

島根県医師会糖尿病対策委員会  
島根県健康福祉部健康推進課

## 1 目的

本プログラムは、糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者・受診中断者を適切な受診勧奨によって医療に結びつけるとともに、糖尿病性腎症等で通院する患者のうち重症化するリスクの高い者（以下、「ハイリスク者」という）等に対して保険者が医療機関と連携して保健指導を行い、腎不全・人工透析への移行を防ぐことを目的とする。

## 2 プログラムの考え方

本プログラムは、保険者が具体的な取組を検討するための島根県における標準的な取組方策を示す。

なお、地域によって取組状況に差があることから、まずは、リスクの高い者を確実に医療機関受診や保健指導につなげる取組を推進する。

保険者における取組内容は、従来から行われている糖尿病対策としての発症予防・合併症予防やCKD対策としての早期発見・重症化予防等の既存の取組を活用し、地域の実情に応じて柔軟に対応することが重要である。

また、『島根県糖尿病予防・管理指針（第4版）』や糖尿病教育媒体『あなたの糖尿病を重症化させないために』とあわせて、重症化予防の取組を推進する。

## 3 標準的な取組方法

保険者は、「受診勧奨」「保健指導」「受診勧奨と保健指導を一体化した取組」等、地域の実情に応じて実施する。

また、対象者の抽出から受診勧奨・保健指導の手順、かかりつけ医から専門医への紹介手順など、地域の実情に応じたフローを作成し、実効性のある取組を検討する。

なお、事業の検討にあたっては、実施時のみならず、企画時や準備時、評価時など、かかりつけ医等医療機関や関係機関ときめ細かく連携をとることが重要である。

### 1) 医療機関未受診者・受診中断者への受診勧奨<sup>1</sup> ※p6「《参考1》受診勧奨の流れ」参照

#### (1) 対象者の抽出基準の考え方

対象者は、保険者が医療機関と協議のうえ、個別に定めることを基本とする。

その際、特定健診結果だけでなくレセプトデータも活用して、特定健診未受診者層や治療中断者からも対象者を把握した上で、優先順位付けを行い実現可能な対象者を絞り込むなど、地域の実情に応じたものとする。

以下に、標準的な基準を示す。

#### ア 医療機関未受診者

特定健診結果等から次の①②いずれにも該当する者を抽出し、レセプトデータ等で受診の有無を確認する。

<sup>1</sup> 対象者の抽出基準は、『島根県糖尿病・予防管理指針』の「CKD（慢性腎臓病）の管理と紹介基準（CKD診療ガイドライン2018参考）」を参考に、糖尿病専門医・腎臓専門医の知見、県内の実態等を踏まえて設定

- |  |
|--|
| ①HbA1c 6.5%以上 または 空腹時血糖 126mg/dl (随時血糖 200mg/dl) 以上<br>②尿たんぱく (2+) 以上 または eGFR 45 ml/分/1.73 m <sup>2</sup> 未満<br>(40歳未満は 60 ml/分/1.73 m <sup>2</sup> 未満) |
|--|

※地域の医療機関と協議のうえ、より早期に介入することが可能な場合は、②尿たんぱく (+) 以上に該当する者への勧奨を検討する。

イ 受診中断者

糖尿病で通院する患者で最終の受診日から概ね3か月以上受診が確認できない者
--------------------------------------

(2) 受診勧奨の方法・手順

- ①保険者が適切と思う方法で、すべての対象者 (または優先順位をつけた対象者) に対し、かかりつけ医等医療機関へ受診勧奨する。
  - ・個別面談・個別訪問
  - ・電話
  - ・手紙送付
- ②実施後、受診の有無を確認する。
  - ・かかりつけ医等医療機関からの回答書 (連携体制が構築されている場合)
  - ・電話等による対象者への聞き取り
  - ・レセプトの確認
- ③受診がない者には、さらに面談等による受診勧奨などの介入を行う。
  - ・電話等による未受診理由の確認
  - ・①とは対応を変える等、工夫をした再勧奨

2) ハイリスク者への保健指導

※p7「《参考2》保健指導の流れ」参照

(1) 対象者の抽出基準の考え方

次の①②のいずれかの該当者のうち、糖尿病性腎症で通院中の者でかかりつけ医が必要と認める者、また、特定健診結果等より糖尿病性腎症のリスクが高いと思われる者を保険者が優先順位をつけて抽出する。

- |   |
|---|
| ①糖尿病性腎症第2期までに該当する者<br>②特定健診結果等より、糖尿病*で尿たんぱく (+) 以上 または eGFR 60ml/分/1.73m <sup>2</sup> 未満の者<br><br>※糖尿病：HbA1c 6.5%以上 または 空腹時血糖 126 mg/dl (随時血糖 200mg/dl) 以上、<br>または治療中 |
|---|

※糖尿病性腎症第3期、4期は、かかりつけ医から専門医へ紹介する時期であり、保健指導を実施する場合は特に専門的知識を有した者が対応しリスクマネジメントの体制が確保されていることが重要である。

※糖尿病で喫煙者や収縮期血圧 140 mmHg かつ/または拡張期血圧 90 mmHg 以上の者など、生活指導が必要と認める者については、地域の実情に応じた取組を検討する。

※糖尿病で尿たんぱくが (±) 以上である者は、保健指導の実施にあたり、かかりつけ医と相談し、尿アルブミン値の測定を促すなど、より早期の介入を検討する。

※なお、以下の者は保健指導から除く。

- ・がん等の終末期や認知機能障害等の疾患を有していて、保健指導が難しいと判断した者
- ・生活習慣病管理料・糖尿病透析予防指導管理料等の算定対象者となっている者

## (2) 保健指導の方法・手順

①保険者は、対象者の状況に応じ医療機関と連携した保健指導を行う。

- ・個別面談・個別訪問
- ・集団指導
- ・電話等による指導

②対象者の同意を得て、指示書を作成、送付する。

《かかりつけ医による紹介の場合》

かかりつけ医は、保健指導が必要と判断した患者に対し、本人の同意を得て、保険者に保健指導指示書を作成・送付する。

《保険者が特定健診結果から対象者を抽出する場合》

保健指導が必要な者を抽出し、かかりつけ医に対象者かどうかを確認する。

かかりつけ医は、保健指導が必要と判断した患者に対し、本人の同意を得て、保険者に保健指導指示書を作成・送付する。

《健診実施医療機関が特定健診結果から対象者を抽出する場合》

健診実施医療機関は保健指導が必要かどうかを確認する。

主治医（健診医）は、本人の同意を得て、保険者に保健指導指示書を作成・送付する。

③保健指導を実施する。

- ・保険者は、かかりつけ医からの指示をうけ、対象者に連絡を取り、専門職による保健指導を実施する。
- ・保健指導実施者は、必要に応じ、実施状況をかかりつけ医に報告・情報を共有するとともに、指導実施終了後はその結果をかかりつけ医に報告する。  
なお、保健指導は、1回面接型、3～6か月間の継続支援型など、対象者の特性に応じて実施する。
- ・保健指導の実施は、保健師、管理栄養士以外にも、薬剤師、歯科医師・歯科衛生士、健康運動指導士等、また高齢者への対応には介護関係の各専門職種等とも連携し、多種の専門職が効率的に取り組むことが重要である。

\*参考：糖尿病教育媒体『あなたの糖尿病を重症化させないために』

(監修：NPO 法人島根糖尿病療養支援機構)

## 4 高齢者への対応

高齢者については、かかりつけ医等医療機関との連携を図りながら、個人の状況を考慮した対応を検討する。(参考：島根県糖尿病予防・管理指針(第4版) P15-17)

## 5 事業の評価

保険者は受診勧奨・保健指導等の結果を把握し、糖尿病性腎症の進行過程を踏まえた事業評価を行い、より効果的・効率的な事業の展開につなげる。

評価指標は、ストラクチャー(構造)、プロセス(過程)、アウトプット(実施量)、アウトカム(効果)の視点を用いた評価を活用する。

＝具体的な評価項目例＝

評価の視点	項目例
ストラクチャー評価	<input type="checkbox"/> 関係者間で地域における糖尿病性腎症対策の理解がなされたか <input type="checkbox"/> 必要な関係者間の連携体制が構築できたか <input type="checkbox"/> 必要な予算は確保できたか <input type="checkbox"/> 必要なマンパワー、教材は準備できたか <input type="checkbox"/> 保健指導者等の研修を実施したか など
プロセス評価	<input type="checkbox"/> スケジュール調整ができたか <input type="checkbox"/> 手順通り対象者の抽出ができたか <input type="checkbox"/> 医療機関等関係機関と情報共有ができたか など
アウトプット評価	<input type="checkbox"/> 抽出された対象者のうち、何%に受診勧奨・保健指導ができたか <input type="checkbox"/> 保健指導を行った対象者の満足度・理解度 など
アウトカム評価	<input type="checkbox"/> 受診勧奨を行った対象者のうち、何%が受診につながったか (未治療者の治療開始状況、受診中断者の受診再開状況) <input type="checkbox"/> 保健指導(事業)に参加した者の検査データの改善状況 (比較:開始前後 など) など

このほか、糖尿病性腎症重症化予防事業は単年度では効果が見えづらいため、中長期的な視点をもった評価を行うことが重要である。中長期的な評価として、事業に参加した人としなかった人の比較、検査値や腎症病期、心血管イベントや合併症の発症、糖尿病性腎症による透析導入、医療費の推移などが考えられる。

また、対象者以外も含めた地域全体の状況についてデータ分析し、関係者間で情報共有することが望ましい。

＝例＝

- ・新規透析導入患者数・率(人口10万対)の推移、うち糖尿病性腎症を原因とする者の割合
- ・糖尿病性腎症各期の数、うち未治療率
- ・HbA1c 8.0%以上者数・割合、うち未治療者の割合
- ・健診受診率、保健指導実施率
- ・医療費の推移 など

## 6 取組に当たっての役割と関係機関との連携

### (1) 市町村・保険者の役割

- ・保険者は、健診データやレセプトデータ等を用いて、被保険者の疾病構造や健康問題などを分析し、地域の実情に応じた対策を立案する。
- ・取組の実施にあたっては、地域の医師会等の関係団体と問題認識の共有や対策についての協議を行うなど連携に努める。
- ・実施した取組について、その結果を評価し、PDC Aサイクルに基づいて次の事業展開につなげる。

### (2) 県・保健所の役割

- ・県および保健所は、糖尿病対策検討会等とともに糖尿病対策の推進、評価を行う。
- ・保健所は、圏域の特性に応じた糖尿病対策検討会等を開催し、現状分析から得られた問題提起等を行い、各地域での糖尿病対策が推進されるためのコーディネートを行う。

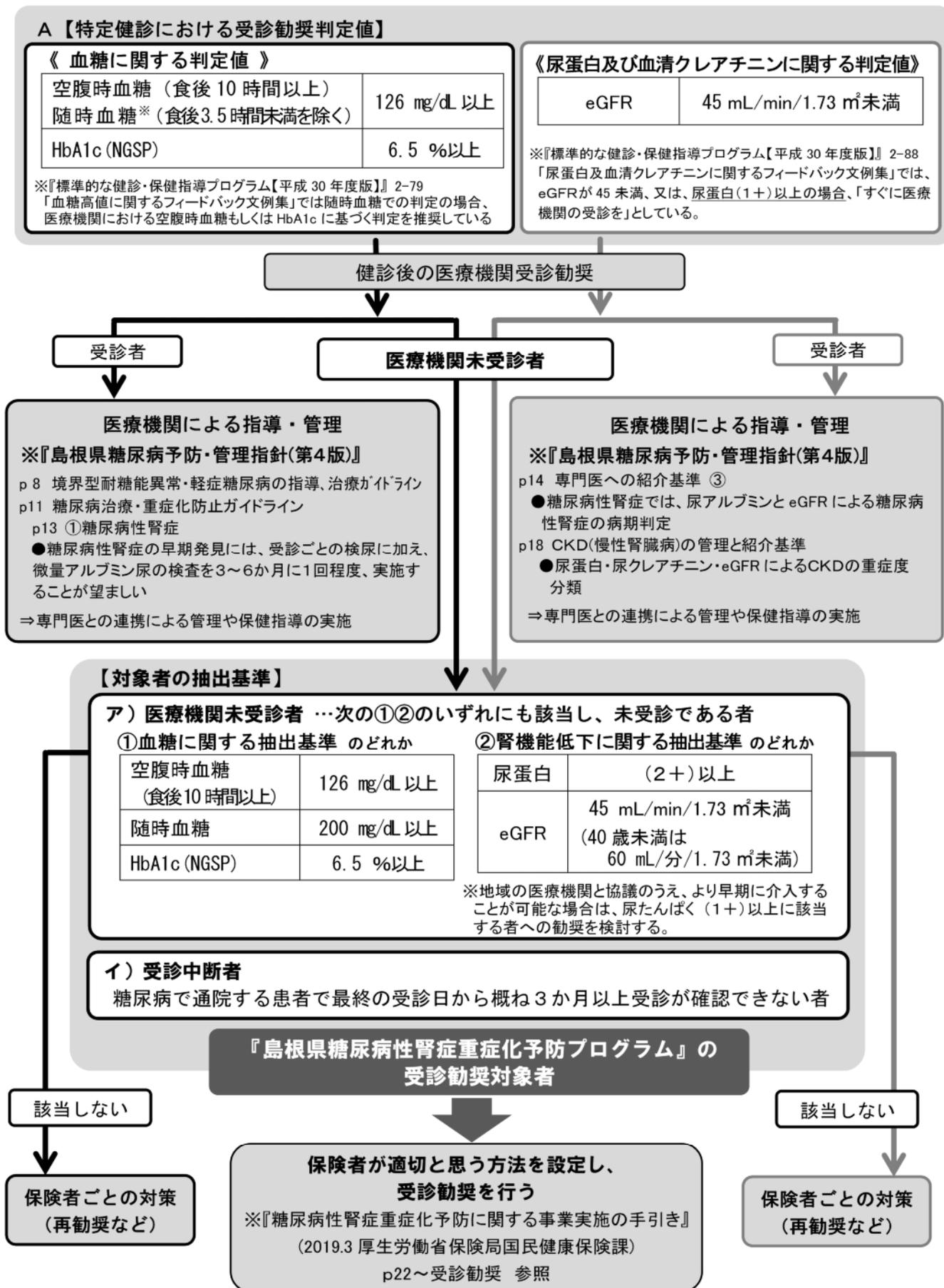
### (3) 島根県医師会をはじめとした各関係機関との連携

- ・重症化予防の取組は、地域と医療、かかりつけ医と糖尿病専門医・腎臓専門医、その他関係機関が連携を図り、一体となって推進することが大切である。  
糖尿病対策の推進体制、各機関の役割・機能等については、「島根県糖尿病予防・管理指針（第4版）P5-7」に示すとおりである。
- ・島根県医師会糖尿病対策委員会・各地域糖尿病対策会議をはじめ、島根県糖尿病委員会、島根県糖尿病対策圏域合同連絡会議、圏域糖尿病対策会議等において情報を共有し必要な助言を行う等、保険者における円滑な事業実施を推進する。
- ・かかりつけ医と専門医の連携の基準は『島根県糖尿病予防・管理指針（第4版）』に示す。
  - p 14 ①かかりつけ医から糖尿病専門医への紹介基準
  - ②専門医からかかりつけ医への逆紹介
  - ③糖尿病性腎症患者を糖尿病専門医、腎臓専門医へ紹介するタイミング
- p 18 VI CKD（慢性腎臓病）の管理と紹介基準

## 7 個人情報の取り扱い

重症化予防の取組を進めるに当たっては、健診データやレセプトデータなどをはじめとした様々な個人情報を活用することになるため、これらの個人情報の取扱いについてはあらかじめ整理を行っておく。

《参考1》 島根県糖尿病性腎症重症化予防プログラムによる受診勧奨の流れ



※地域の実情に応じて優先順位付けを行い、フロー図を作成して実効性のある取組を検討する

《参考2》 島根県糖尿病性腎症重症化予防プログラムによる保健指導の流れ

『島根県糖尿病性腎症重症化予防プログラム』の  
保健指導対象者

【対象者の抽出基準】

① 糖尿病性腎症第2期までに該当する者

《糖尿病性腎症病期分類》 ※詳細は『島根県糖尿病予防・管理指針(第4版)』 p14を確認

GFR区分 (mL/分/ 1.73 m <sup>2</sup> )	アルブミン尿区分 尿アルブミン定量 尿アルブミン/Cr比 (mg/g・Cr) (尿蛋白定量) (尿蛋白/Cr比) (g/g・Cr)	A 1	A 2	A 3
			正常 アルブミン尿 30未満	微量 アルブミン尿 30～299
GFR区分 (mL/分/ 1.73 m <sup>2</sup> )	≥90	第1期 (腎症前期)	第2期 (早期腎症期)	第3期 (顕性腎症期)
	60～89			
	45～59	第4期 (腎不全期)		
	30～44	第5期 (透析療法期)		
	15～29			
	<15			
	(透析療法中)			

② 特定健診結果等より抽出 … 糖尿病で、尿蛋白またはeGFRが次に該当する者

《糖尿病の基準》

《b. 腎機能に関する抽出基準》

空腹時血糖 (食後10時間以上)	126 mg/dL 以上
随時血糖	200 mg/dL 以上
HbA1c (NGSP)	6.5 %以上
または、糖尿病で治療中	

尿蛋白	(+)以上
eGFR	60 mL/分/1.73 m <sup>2</sup> 未満

※尿たんぱくが(±)以上である者は、かかりつけ医と相談し、尿アルブミン値の測定を促すなど、より早期の介入を検討する。

※糖尿病で喫煙者や、収縮期血圧 140mmHg かつ/または拡張期血圧 90mmHg 以上の者など、生活指導が必要と認める者については、地域の実情に応じた取組を検討する

上記の①②のいずれかの該当者のうち、

糖尿病性腎症で通院中の者で、  
かかりつけ医が必要と認める者

特定健診結果等より、  
糖尿病性腎症のリスクが高いと思われる者  
(保険者が優先順位をつけて抽出する)

かかりつけ医による紹介

本人の同意を得て、保険者に  
保健指導指示書を送付

保険者による抽出

抽出した対象者について  
かかりつけ医に確認、  
かかりつけ医が保健指導が必要と  
判断した場合、本人の同意を得て、  
保険者に保健指導指示書を送付

健診実施医療機関による抽出

主治医 (健診医) が  
本人の同意を得て、保険者に  
保健指導指示書を送付

保険者は、対象者の状況に応じ、医療機関と連携して保健指導を行う

※「糖尿病性腎症重症化予防に関する事業実施の手引き」(2019.3 厚生労働省保険局国民健康保険課)  
p29～保健指導 参照

※地域の実情に応じて優先順位付けを行い、フロー図を作成して実効性のある取組を検討する