

岐阜県糖尿病性腎症重症化予防プログラム

都市医師会と保険者との連携体制

(2019年10月28日改訂)

未受診者・治療中断者への対応

【対象者抽出】保険者（市町村）が抽出

- ①特定健康診査で
-空腹時血糖126 mg/dl以上 または
-隨時血糖200 mg/dl以上 または
-HbA1c 6.5 %以上
- ②レセプト上、過去に糖尿病治療歴がある
①または②であるも、レセプトデータ上で
過去1年間に糖尿病受療歴がない者

【受診勧奨と保健指導】

保険者は、文書通知、個別面談、家庭訪問、電話などの方法により、医師会の先生方への受診勧奨をします。また、治療連携（眼科、歯科、糖尿病・腎臓専門医等）に必要な**糖尿病連携手帳**を渡して、医療専門職が保健指導を実施します。

受診勧奨について保健師から相談されたら、
ご判断をお願いします。

【対象者がかかりつけ医を受診】

- ◆未受診や治療中断を非難せず、受診したことを褒め、かかりつけ医として血糖管理治療を開始してください。
- ◆連絡票で受診があったことを保険者に報告し連携してください。
- ◆定期的に血糖、HbA1cを測定し、検査結果や処方内容を**糖尿病連携手帳**に記入してください。

通院中で 重症化リスクが高い者への対応

【対象者抽出】特定健康診査結果より保険者（市町村）が抽出

- ①糖尿病性腎症第2～4期と思われる者
- ②リスク要因（肥満、高血圧、脂質異常、高尿酸血症）がある者
- ③生活習慣・家族歴にリスク要因ある者、生活習慣改善が困難な者

保健指導候補者名簿が、かかりつけ医へ送付されます。
保健指導の必要性を確認し患者の同意を得て、保健指導への参加を促してください。

【保険者（市町村）による保健指導】

依頼票に従って専門職による保健指導を実施します。**糖尿病連携手帳**は、かかりつけ医による受診状況や検査結果の記録、保健指導内容の記録に活用され、情報共有に役立ちます。

保険者（市町村）へ保健指導依頼表を送付し、
保健指導を依頼し、指導内容や効果については、
情報を共有し、連携してください。

【対象者抽出】かかりつけ医が保健指導の必要な患者を抽出

- ①糖尿病治療中に腎機能低下が判明し保険者（市町村）による保健指導が必要とかかりつけ医が判断した者
- ②管理栄養士等の配置がないなど実践的な保健指導が困難な場合
- ③専門医療機関との連携が困難な地域

【かかりつけの先生方へのお願い】

本プログラムが確実に実行されるためには特定健康診査データが必要です。

通院中の患者さんにも、**特定健康診査**をしてもらってください。もしくは**特定健康診査情報提供事業**にご協力ください。

かかりつけ医から腎臓専門医・専門医療機関への紹介基準(作成:日本腎臓学会、監修:日本医師会)

原疾患		蛋白尿区分		A1	A2	A3
糖尿病		尿アルブミン定量(mg/日) 尿アルブミン/Cr比(mg/gCr)		正常 30未満	微量アルブミン尿 30~299	顕性アルブミン尿 300以上
		尿蛋白定性(g/日) 尿蛋白/Cr比(g/gCr)		正常 (一)	軽度蛋白尿 (±)	高度蛋白尿 (+~)
高血圧 腎炎 多発性囊胞腎 その他				0.15未満	0.15~0.49	0.50以上
GFR区分 (mL/min/ 1.73m ²)	G1	正常または高値 ≥90			血尿+なら紹介、 蛋白尿のみならば生活指導・診療継続	紹介
	G2	正常または軽度低下 60~89			血尿+なら紹介、 蛋白尿のみならば生活指導・診療継続	紹介
	G3a	軽度～中等度低下 45~59	40歳未満は紹介、 40歳以上は生活指導・診療継続		紹介	紹介
	G3b	中等度～高度低下 30~44	紹介		紹介	紹介
	G4	高度低下 15~29	紹介		紹介	紹介
	G5	末期腎不全 <15	紹介		紹介	紹介

上記以外に、3カ月以内に30%以上の腎機能の悪化を認める場合は速やかに紹介。

上記基準ならびに地域の状況等を考慮し、かかりつけ医が紹介を判断し、かかりつけ医と専門医・専門医療機関で逆紹介や併診等の受診形態を検討する。

腎臓専門医・専門医療機関への紹介目的(原疾患を問わない)

- 1) 血尿、蛋白尿、腎機能低下の原因精査。
- 2) 進展抑制目的の治療強化(治療抵抗性の蛋白尿(顕性アルブミン尿)、腎機能低下、高血圧に対する治療の見直し、
二次性高血圧の鑑別など)。
- 3) 保存期腎不全の管理、腎代替療法の導入。

原疾患に糖尿病がある場合

- 1) 腎臓内科医・専門医療機関の紹介基準に当てはまる場合で、原疾患に糖尿病がある場合にはさらに糖尿病専門医・専門医療機関への紹介を考慮する。
 - 2) それ以外でも以下の場合には糖尿病専門医・専門医療機関への紹介を考慮する。
 - ①糖尿病治療方針の決定に専門的知識(3カ月以上の治療でもHbA1cの目標値に達しない、薬剤選択、食事運動療法指導など)を要する場合
 - ②糖尿病合併症(網膜症、神経障害、冠動脈疾患、脳血管疾患、末梢動脈疾患など)発症のハイリスク者(血糖・血圧・脂質・体重等の難治例)である場合
 - ③上記糖尿病合併症を発症している場合
- なお、詳細は「糖尿病治療ガイド」を参照のこと。

出典:日本腎臓学会「エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2018」

かかりつけ医から糖尿病専門医・専門医療機関への紹介基準(作成:日本糖尿病学会、監修:日本医師会) ～主に糖尿病治療ガイドより～

1. 血糖コントロール改善・治療調整								
<ul style="list-style-type: none"> ○薬剤を使用しても十分な血糖コントロールが得られない場合、あるいは次第に血糖コントロール状態が悪化した場合(血糖コントロール目標(※1)が達成できない状態が3カ月以上持続する場合は、生活習慣の更なる介入強化や悪性腫瘍などの検索を含めて、紹介が望ましい)。 								
※1. 血糖コントロール目標								
<ul style="list-style-type: none"> ○新たな治療の導入(血糖降下薬の選択など)に悩む場合。 ○内因性インスリン分泌が高度に枯渇している場合(1型糖尿病等)。 ○低血糖発作を頻回に繰り返す場合。 ○妊婦へのインスリン療法を検討する場合。 ○感染症が合併している場合。 								
<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <th>目標</th> <th>血糖正常化を目指す際の目標</th> <th>合併症予防のための目標</th> <th>治療強化が困難な際の目標</th> </tr> <tr> <td>HbA1c(%)</td> <td>6.0未満</td> <td>7.0未満</td> <td>8.0未満</td> </tr> </table> <p>高齢者については“高齢者糖尿病の血糖コントロール目標”を参照</p>	目標	血糖正常化を目指す際の目標	合併症予防のための目標	治療強化が困難な際の目標	HbA1c(%)	6.0未満	7.0未満	8.0未満
目標	血糖正常化を目指す際の目標	合併症予防のための目標	治療強化が困難な際の目標					
HbA1c(%)	6.0未満	7.0未満	8.0未満					
2. 教育入院								
<ul style="list-style-type: none"> ○食事・運動療法、服薬、インスリン注射、血糖自己測定など、外来で十分に指導ができない場合(特に診断直後の患者や、教育入院経験のない患者ではその可能性を考慮する)。 								
3. 慢性合併症								
<ul style="list-style-type: none"> ○慢性合併症(網膜症、腎症(※2)、神経障害、冠動脈疾患、脳血管疾患、末梢動脈疾患など)発症のハイリスク者(血糖・血圧・脂質・体重等の難治例)である場合。 ○上記糖尿病合併症の発症、進展が認められる場合。 								
※2. 腎機能低下やタンパク尿(アルブミン尿)がある場合は“かかりつけ医から腎臓専門医・専門医療機関への紹介基準”を参照のこと。								
4. 急性合併症								
<ul style="list-style-type: none"> ○糖尿病ケトアシドーシスの場合(直ちに初期治療を開始し、同時に専門医療機関への緊急の移送を図る)。 ○ケトン体陰性でも高血糖(300mg/dl以上)で、高齢者などで脱水徴候が著しい場合(高血糖高浸透圧症候群の可能性があるため速やかに紹介することが望ましい)。 								
5. 手術								
<ul style="list-style-type: none"> ○待機手術の場合(患者指導と、手術を実施する医療機関への日頃の診療状態や患者データの提供が求められる)。 ○緊急手術の場合(手術を実施する医療機関からの情報提供の依頼について、迅速に連携をとることが求められる)。 								

上記基準ならびに地域の状況等を考慮し、かかりつけ医が紹介を判断し、かかりつけ医と専門医・専門医療機関で逆紹介や併診等の受診形態を検討する。