

長岡市糖尿病性腎症重症化予防プログラム

長 岡 市 医 師 会
長岡地域糖尿病対策推進会議
長 岡 市

1 目的

透析導入者は年々増加し、特に糖尿病を原因とする割合が高くなっている。長岡市国民健康保険では平成 30 年度の人工透析患者は 243 人で、そのうち約 60%が糖尿病有病者であり、患者一人あたりの医療費は約 500 万円となっている。平成 30 年度特定健康診査結果では糖尿病型は 1,754 人(12.0%)、そのうち、腎不全、人工透析の予防や進展抑制が可能な糖尿病型かつ尿蛋白陽性である糖尿病性腎症 3 期は 170 人(9.7%)、尿蛋白擬陽性である糖尿病性腎症 2 期は 318 人(18.1%)であった。一方、未治療者は 306 人(17.4%)という状況である。糖尿病は生活習慣の改善により重症化の予防が可能であることから 長岡市糖尿病性腎症重症化予防プログラム(以下プログラム)を作成し、かかりつけ医をはじめ当プログラムを関係者と共有することで、新規透析患者の減少を目指すことを目的とする。

2 目標

- (1) 糖尿病が重症化するリスクの高い未治療者・治療中断者が適切な受診勧奨によって医療に結びつくことを目指す。
- (2) 糖尿病性腎症等で通院する患者のうち、ハイリスク者に対して医療保険者と医療機関が連携して保健指導を行うことにより、腎不全、人工透析への進展を抑制することを目指す。

3 対象者

糖尿病があり腎機能が低下している者

「空腹時血糖 126mg/ dL 以上(随時血糖 200mg/ dL)または HbA1c6.5%以上」 または「糖尿病薬治療中」

かつ

「尿蛋白(+)以上(尿アルブミンが 300mg/ gCr 以上)」、「尿蛋白(±)(尿アルブミンが 30～299mg/ gCr)」または「eGFR45mL/ 分/ m²未満」

上記のうち下記の(1)～(3)に該当する者

- (1) 健診で判定された者のうち医療機関未受診者
- (2) 糖尿病治療中で、尿アルブミン、尿蛋白、eGFR 等により腎機能が低下し保健指導が必要と医師が認めた者
- (3) 過去5年間に糖尿病治療歴があるが、最近6か月間に当該疾病による治療歴がない者、又は、過去5年間の健診で HbA1c6.5%以上が確認されているものの前年度の健診受診歴や最近6か月間に当該疾病による治療歴がない者

4 対象者の抽出方法(長岡市国民健康保険)

(1) 特定健診結果からの抽出方法

(糖尿病型及び糖尿病薬内服中のうち)

- 1) 糖尿病性腎症 3 期、4 期(尿蛋白+以上)
- 2) 糖尿病性腎症 2 期以下(尿蛋白±、eGFR<45mL/分/ m²未満)
- 3) コントロール不良者(HbA1c8.0%以上)

(2) レセプトデータからの抽出方法

1) 治療中断者

- ① 過去5年間に糖尿病で内服治療していたもののうち治療を中断している者 (最近6か月間に当該疾病による受療歴がない者)
- ② 過去5年間の健診で HbA1c6.5%以上が確認されているものの前年度の健診受診歴や最近6か月間に当該疾病による治療歴がない者
- ③ その他医師の指示があるもの(本人同意のある場合)

2) 保健指導対象者

糖尿病の診断がついてから10年以上経過する者、糖尿病性腎症・糖尿病性網膜症の診断がある者で医師の指示のある者

5 介入方法

(1) 受診勧奨

1) ねらい プログラム対象者を医療機関受診に結びつける。

2) 内容

	対象	方法
1	健診でプログラムに該当した者 ・糖尿病性腎症 3 期、4 期(尿蛋白+以上) ・糖尿病性腎症 1~2 期(尿蛋白±、eGFR45 未満) ・コントロール不良者(HbA1c8.0%以上)	特定健診結果通知時に糖尿病性腎症の疑いがあることと、医療機関への受診及び保健指導が必要なことを通知する。 【様式1】【様式2】 ・3 期、4 期の者は訪問等で受診勧奨と保健指導を行う。 ・1 期~2 期は電話等で受診勧奨を行う。 ・結果通知後5か月以上たっても診療結果通知書やレセプトで受診確認ができない者は、再度受診勧奨通知をし、その後、保健師等が訪問により受診勧奨を行う。 ・コントロール不良者(HbA1c8.0%以上)は健診後に、訪問で受診状況を確認し、必要に応じて主治医の指示で保健指導を実施する。
2	・糖尿病の治療歴があるが、6か月以上医療機関を受診	レセプトと健診結果から対象者を抽出し、治療と健診受診をすすめる勧奨通知をし、その後、保健師等が訪問

していない者 ・ 過去 5 年の 健 診 で HbA1c6.5% 以上が確認され ているが、前年度に健診受 診歴がなく最近6か月間に当 該疾病による治療歴がない 者	により受診勧奨と保健指導を行う。
---	------------------

(2) 保健指導

1)ねらい 糖尿病の重症化予防、合併症予防のために、食事療法、運動療法、薬物療法のセルフケアを身につけ実践できる。

2)対象 ①プログラム対象者で医師の指示のある者 **【様式2】**

②糖尿病の診断がついてから 10 年以上経過する者、糖尿病性腎症・糖尿病性網膜症の診断がある者は、プログラムの該当になることを本人に通知し、本人がかかりつけ医に受診した際に保健指導の指示をもらうことにより、保健指導を実施する。

【様式3】

③4 期は専門医療機関による指導を基本とする。

3)内容

① 各医療機関(栄養士派遣事業含む)

② 長岡市

番号	事業	内容 (支援方法)
1	腎臓にやさしい栄養教室	疾病の理解、検査値の見方、疾病管理、食事療法について(指示量の理解、減塩) 試食、個別相談。面接 2 回+個別相談(電話と面接)を基本とする (積極的支援)
2	糖尿病教室	検査値の見方・糖尿病の合併症予防・食事療法についての講義、グループワーク、試食 (動機付け支援)
3	生活改善プログラム	個別栄養指導および運動指導 指導者:保健師、管理栄養士、運動指導員 (積極的支援・動機付け支援)
4	訪問	内容:栄養、生活習慣に関する訪問指導 指導者:保健師、管理栄養士 (積極的支援・動機付け支援)

・1, 2は管理栄養士、糖尿病看護認定看護師、糖尿病療養指導士、腎臓病療養指導士等の協力を得る。

・積極的支援は 3 回程度、動機付け支援は 1 回程度の保健指導を行う。

5 留意点

(1) かかりつけ医や専門医等と連携する。(保健指導連絡票、糖尿病連携手帳を活用する)

【診療・保健指導の流れ】

(2) 医師会、糖尿病対策推進会議と協議の上、推進体制を構築し取組みを進める。

(3) 特定健診未受診者の中に重症化している者がいることから、受療の有無にかかわらず特定健診の受診率の向上を図る。

6 評価指標

新規透析導入者数、被保険者に対する人工透析者の割合、糖尿病型のうち未治療の割合、治療中断者数、保健指導実施者数、受診勧奨後の医療機関受診率、受診勧奨後の特定健診受診率、介入前後の尿蛋白、HbA1c、eGFR

〒

年 月 日

様

長 岡 市 長

健診結果についてのお知らせ

あなたは 月 日に受診された特定健康診査の結果、糖尿病性腎症の疑いが認められました。【受診および保健指導が必要（受療中を含む）】と判定されましたのでお知らせいたします。すみやかにかかりつけの医療機関（またはお近くの内科等）を受診してください。

【検査結果】

項目	あなたの検査結果	正常値	受診勧奨判定基準（該当箇所は■）
HbA1c		5.5 以下	■ HbA1c6.5 以上または空腹時血糖 126 以上または 随時血糖 200 以上かつ <input type="checkbox"/> ①尿蛋白±以上 <input type="checkbox"/> ②eGFR45 未満 <input type="checkbox"/> ③HbA1c8 以上
空腹時血糖		99 以下	
随時血糖		食後 3.5 時間以上 99 以下 食後 3.5 時間未満 139 以下	
尿蛋白		－・± (糖尿病のある方は、±でも腎機能低下の可能性がありあります)	
血清クレアチニン (mg/dl)		男性 1.1 以下 女性 0.9 以下	
eGFR (推定糸球体ろ過量※) (ml/min./1.73 m ²)		60 以上	

※腎機能低下の有無を判断するための検査で、年齢・性別・血清クレアチニン値で推算します

【受診時の持ち物】

- ① 同封の「長岡市糖尿病性腎症重症化予防プログラム診療依頼書兼保健指導連絡票（様式2）」
- ② 同封の返信用封筒
- ③ 今年度の特定健康診査結果
- ④ 健康保険証
- ⑤ 受診費用（健康保険を使つての診療となります）

※このことで市からかかりつけ医へ連絡させていただくことがあります。御了解頂けない場合は下記へ御連絡くださるようお願いいたします。

（担当：長岡市福祉保健部健康課 TEL0258 - 32 - 5000）

長岡市糖尿病性腎症重症化予防プログラム 診療依頼書兼保健指導連絡票

医療機関御中

年 月 日
長 岡 市 長

下記の方は特定健診の結果、長岡市糖尿病性腎症重症化予防プログラムの対象となりました。糖代謝および腎機能について御高診頂くとともに、生活習慣の見直し、改善が重要となりますので、保健指導（栄養指導）の実施について御配慮くださるようお願いいたします。

氏 名	様
生 年 月 日	昭・平 年 月 日生 (歳)
住 所	長岡市

※下記へ御記入の上、同封の返信用封筒にて長岡市健康課へ御返送くださるようお願いいたします。

※新規に専門医等へ紹介の場合、裏面の診療情報提供書を紹介状様式として御利用いただけます。その際、原本を専門医等へ提出し、コピー（表面のみ）を長岡市へ御提出ください。

検査結果		項目	検査結果	HbA1c8%以上または 顕性アルブミン尿(300以上) の場合、 糖尿病外来・専門医師への紹介を推奨 します eGFR45未満の場合、 腎臓内科への紹介を推奨 します(HbA1c8%以上では糖専門医を優先)
	※必須	尿蛋白	- 士 ()+	
		尿アルブミン	mg/ g Cr	
		血清クレアチニン (mg/dl)	mg/dl	
		e G F R	ml/min./1.73m ²	
		HbA1c	%	
		血糖 (空腹時・随時)	mg/dl	
かかりつけ医記入欄	診療結果	<input type="checkbox"/> 糖尿病外来・専門医師へ紹介 (新規 ・ 紹介済 紹介先:) <input type="checkbox"/> 腎臓内科へ紹介 (新規 ・ 紹介済 紹介先:) <input type="checkbox"/> 自院で治療 (疾患名: 服薬: 開始・継続) <input type="checkbox"/> 経過観察 (か月後) <input type="checkbox"/> 異常なし		
	保健指導	<input type="checkbox"/> 専門医へ紹介し、専門医の下で実施 (新規 ・ 継続) <input type="checkbox"/> 自施設にて指導 → 該当する指導者に○ 糖尿病療養指導士・管理栄養士(栄養士派遣事業利用を含む) ・その他 () <input type="checkbox"/> 長岡市保健指導事業を利用 ※糖尿病ガイドラインに基づいて指導しますが、その他特に留意すべき点がありましたら ご記入ください 【食事】 【運動】 【喫煙・飲酒・その他】		
		受診日 年 月 日	医療機関名 担当医師名	

診療情報提供書（御紹介）

（紹介先）

（医院名）

印

患者氏名	
生年月日	昭・平 年 月 日 （ 歳）
患者住所	性別 男 ・ 女
電話番号	職業
傷病名	
紹介目的	
既往歴及び家族歴	
症状経過及び検査結果	
治療経過	
現在の処方	
備考	

〒

様

年 月 日

長 岡 市 長

「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」の御案内

近年、糖尿病の合併症の一つである「糖尿病性腎症」が重症化し、人工透析が必要となる方が増えています。

「糖尿病性腎症」は糖尿病発症から 10 年程度経過するとリスクが高くなるという報告があります。この通知は、長岡市国民健康保険加入者で、糖尿病初診日より 10 年以上が経過している方や糖尿病性腎症、糖尿病性網膜症の診断名が確認できた方へお送りしています。長岡市では「かかりつけ医」と連携し、重症化を予防するための取り組みを進めております。この通知を必ず「かかりつけ医」へ提出してください。

※重症化予防のため、貴方の健康状態について市とかかりつけ医が連携したり、市の保健師等が訪問させていただく場合があります。御心配なことがありましたら長岡市健康課まで御連絡くださるようお願いいたします。 TEL : (0258) 32-5000

かかりつけ医 様 (※御記入の上、返信用封筒にて市へ御返送ください)

上記の方はレセプトより糖尿病の診療開始日より 10 年以上経過されている、または糖尿病性腎症や糖尿病性網膜症の診断名が確認できたため、「長岡市糖尿病性腎症重症化予防プログラム」の対象となりました。プログラムに基づき、糖代謝及び腎機能検査の実施と保健指導をお願いいたします。(長岡市保健指導事業をご利用いただく場合は裏面の保健指導連絡票にもご記入ください)

※HbA1c8%以上または顕性アルブミン尿 (300 以上) の場合、糖尿病外来・専門医師への紹介を推奨します。

※eGFR45 未満の場合、腎臓内科への紹介を推奨します (HbA1c8%以上では糖尿病外来・専門医師を優先)

かかりつけ医記入欄	診療結果	<input type="checkbox"/> 糖尿病外来・専門医師へ紹介(新規 ・ 紹介済 紹介先:) <input type="checkbox"/> 腎臓内科へ紹介(新規 ・ 紹介済 紹介先:) <input type="checkbox"/> 自院で治療継続
	保健指導	<input type="checkbox"/> 専門医へ紹介し、専門医の下で実施 <input type="checkbox"/> 自施設にて指導 →該当する指導者に○ 糖尿病療養指導士 ・ 管理栄養士(栄養士派遣事業含む) ・ その他() <input type="checkbox"/> 長岡市保健指導事業を利用→裏面の保健指導連絡票にご記入ください <input type="checkbox"/> コントロール良好のため不要 (参考:HbA1c % 尿中アルブミン mg/gcr)
記入日	年 月 日	医療機関名 担当医師名

保 健 指 導 連 絡 票

- 市の保健指導事業への参加を勧めました
 具体的な事業名があれば○：
 イエローカード ・ 腎臓にやさしい栄養教室
 糖尿病教室 ・ 訪問指導

氏名		生年月日	昭・平 年 月 日
患者電話番号		市への情報提供について	本人の同意 <input type="checkbox"/>

2 診断名について、該当するものに○をお願いします

- ・2型糖尿病(境界型・糖尿病型) ・高血圧症 ・脂質異常症 ・慢性腎臓病 ・その他()
 ※糖尿病合併症：糖尿病性腎症(ステージ 期) ・網膜症 ・神経障害 ・その他()

3 直近の検査データをご記入ください(下線は必須、他は任意。検査値のコピー添付でも可)

身長	cm	<u>HbA1c</u>	%	血圧	mmHg	<u>尿蛋白</u> または <u>尿アルブミン</u>	-・±・()+	中性脂肪	mg/dl
体重	kg	空腹時 血糖	mg/dl	<u>血清クレア チニン</u> または <u>eGFR</u>	mg/dl		mg/gcr	HDL コレステロール	mg/dl
BMI		随時 血糖	mg/dl		ml/分/1.73m ²	血清カリウム	mEq/l	LDL コレステロール	mg/dl

4 内服薬 (任意)

--

5 生活指導に関する指示

食事、運動、目標体重等

4 内服薬 (任意)

<input type="checkbox"/> 糖尿病ガイドラインどおり <input type="checkbox"/> CKDガイドラインどおり <input type="checkbox"/> その他 (一日エネルギー量、一日塩分量、一日たんぱく質量等)

※医療機関様

・上記情報を市へ提供することについて、ご本人様の同意を(口頭で)お取りください。

・市に届き次第、ご本人様へ保健師が日程調整等の連絡を行います。