

鳥取県糖尿病性腎症重症化予防プログラム

鳥取県医師会
鳥取県糖尿病対策推進会議
鳥取県

1 目的

この鳥取県糖尿病性腎症重症化予防プログラム（以下「本プログラム」という。）は、本県の人工透析患者が増加の一途をたどっている現状を鑑み、糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関の未受診者や治療の中断者について、各医療保険者及び後期高齢者医療広域連合（以下「保険者」という。）からの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等に対して、保険者が医療機関と連携して保健指導による糖尿病療養支援を行い、腎不全、人工透析への移行を防止する又は移行を遅らせることを目的とする。

2 プログラムの性格

本プログラムは、県内の保険者による糖尿病性腎症重症化予防の全県的な展開を目指して、標準的な取組方策を示すものである。

このため、現在保険者において既に行われている取組については尊重することとして、保険者の健康課題や保健事業等の状況に応じて、保険者が柔軟に対応することを可能とするものである。

また、本プログラムは、保険者における取組の実施が容易となるように、鳥取県医師会、鳥取県糖尿病対策推進会議及び鳥取県の三者で策定するものである。

3 取組にあたっての関係者の役割

県内において、関係機関が密接に連携して対応しやすいように、次のとおり役割の例を示す。

（1）保険者の役割

- ア 保険者は、特定健康診査データ（以下「健診データ」という。）やレセプトデータ等を用いて、被保険者の疾病問題や健康問題等を分析し、地域の課題を明らかにするとともに、関係団体と課題を共有する。
- イ 前記アで明らかになった課題に対して、必要に応じて地区医師会等と協議しながら、地域の医療機関との連携体制のあり方、対象者の抽出方法などを総合的に検討した上で、受診勧奨や保健指導などの対策を立案する。
- ウ 前記イに基づき事業を実施し、その結果については評価を行い、PDC Aサイクルに基づいて、次の事業展開につなげる。
- エ 本プログラムによる受診勧奨や保健指導の対象者が、他の保険者に異動する場合、対象者の同意を得ながら情報共有を行うなど、引き続き円滑に重症化予防が実施できるよう、異動前と異動後の保険者で相互の連携に努めるものとする。

(2) 県の役割

県は、本プログラムを策定するとともに、保険者における円滑な事業実施を支援する観点から、鳥取県医師会や鳥取県糖尿病対策推進会議等と、県内の状況（別添の県内のレセプトデータ等の分析結果、取組状況等）や課題を共有し、対応等を検討する。

(3) 医師会の役割

鳥取県医師会及び各地区医師会は、会員及び医療従事者に対して、県や保険者が行う糖尿病性腎症重症化予防に係る取組や本プログラムを周知するとともに、保険者とかかりつけ医との連携強化、かかりつけ医と専門医との連携強化など、必要な連携体制の構築に協力するように努めるものとする。

(4) 鳥取県糖尿病対策推進会議の役割

鳥取県糖尿病対策推進会議は、糖尿病性腎症重症化予防に係る県や保険者の取組を構成団体へ周知するとともに、医学的・科学的観点から取組への助言を行うなど、県や保険者の取組に協力するように努めるものとする。

(5) 鳥取県国民健康保険団体連合会の役割

鳥取県国民健康保険団体連合会は、県内国保及び後期高齢者医療のデータ抽出や加工などを行い、糖尿病性腎症重症化予防に係る国保保険者及び後期高齢者医療広域連合の取組を支援するものとする。

また、県内糖尿病性腎症重症化予防の事業評価についても、関係機関との協議などに基づいてデータ分析を行う。

4 対象者の抽出基準及び対象者への介入方法

本プログラムが推奨する対象者の抽出基準及び介入方法は、次のとおりとする。

保険者は、「受診勧奨」「保健指導」等を実施するものとするが、実施に当たっては地域の実情に応じて、抽出基準及び介入方法を独自に定めることができる。

(1) 医療機関未受診者の抽出基準

医療機関未受診者については、保険者が過去の健診データから抽出した、空腹時血糖 126mg/dl(随時血糖 200mg/dl)以上又はHbA1c(NGSP) 6.5%以上の者のうち、尿蛋白(±)以上の者又は eGFR : 60ml/分/1.73 m²未満の者(別表「CKD重症度分類」の①②③④に該当)のうち、レセプトデータを照合して未受診と特定された者とする。

(2) 糖尿病治療中断者の抽出基準

糖尿病治療中断者(以下「治療中断者」という。)については、保険者がレセプトデータから抽出した糖尿病性腎症の通院歴のある患者で、最終の受診日から6か月経過しても受診した記録がない者とする。

なお、幅広く糖尿病の重症化を予防する観点から、保険者の判断により、糖尿病の通院歴のある患者で、最終の受診日から6か月経過しても受診した記録がない者も対象とする。

ただし、市町村国保の保険者にとってレセプトデータによる抽出が困難などの事情がある場合には、鳥取県国民健康保険団体連合会から1年ごとに抽出される者を対象として差し支えないものとする。

(3) 医療機関未受診者及び治療中断者への受診勧奨

前記(1)(2)で抽出した医療機関未受診者及び治療中断者に対して、保険者が適切と思う方法(電話・手紙送付・個別面談・個別訪問等)で、個別にかかりつけ医等医療機関への受診勧奨を行う。

なお、保険者による受診勧奨の優先順位の判断の参考とするために、eGFR値、尿蛋白値などの重症度合いに応じて、受診勧奨の強さの度合い、かかりつけ医や専門医への紹介など、取組の目安を次表に例示する。

<重症度合いに応じた取組の目安>

病態等の状況 (別表「CKD重症度分類」)	別表 欄	受診勧奨の方法・医療機関別の目安
【黄色の部分】 ○eGFR病期ステージ：1期～2期 尿蛋白ステージ：A2 ○eGFR病期ステージ：3期a 尿蛋白ステージ：A1	①	<ul style="list-style-type: none"> 電話又は手紙等により、かかりつけ医(※)への受診を勧奨する。 受診が確認されない場合、再度受診勧奨を行う。
【オレンジ色の部分】 ○eGFR病期ステージ：1期～2期 尿蛋白ステージ：A3 ○eGFR病期ステージ：3期a 尿蛋白ステージ：A2 ○eGFR病期ステージ：3期b 尿蛋白ステージ：A1	②	<ul style="list-style-type: none"> 電話又は手紙等により、かかりつけ医又は専門医への受診を強く勧奨する。 受診が確認されない場合には、別の方法(個別面談、個別訪問等)により、受診勧奨を行う。
【赤色の部分】 ○eGFR病期ステージ：3期a 尿蛋白ステージ：A3 ○eGFR病期ステージ：3期b 尿蛋白ステージ：A2～A3 ○eGFR病期ステージ：4期～5期	③④	<ul style="list-style-type: none"> 電話又は手紙等により、専門医への受診を強く勧奨する。 受診が確認されない場合には、別の方法(個別面談、個別訪問等)により、受診を確認するまで受診勧奨を行う。

(※) 保険者はかかりつけ医への受診勧奨を実施する場合、「鳥取県・糖尿病医療連携登録かかりつけ医」を紹介するなど、適切な医療に結び付けるよう努めるものとする。

(4) 医療機関通院患者の抽出基準

医療機関通院患者(以下「通院患者」という。)については、糖尿病性腎症等で通院する患者のうち、保険者がレセプトデータ・健診データから抽出した、空腹時血糖126mg/dl(随時血糖200mg/dl)以上又はHbA1c(NGSP)6.5%以上の者のうち、尿蛋白(±)以上の者又はeGFR:15ml/分/1.73m²以上60ml/分/1.73m²未満の者(別表「CKD重症度分類」の①②③に該当する者を保健指導プログラムへの参加対象者(以下「参加対象者」という。)とする。

なお、医療機関未受診者又は治療中断者のうち別表「CKD重症度分類」の①②③に該当する者について、前記(3)の受診勧奨の結果、かかりつけ医等への受診が確認された場合も、同様に参加対象者とする。

また、市町村国保の保険者にあつては、鳥取県国民健康保険団体連合会から1年ごとに抽出される者を対象として差し支えないものとする。

(5) 通院患者に対する保健指導

ア 保健指導対象者選定の手順

前記(4)で抽出された参加対象者のうち、保健指導プログラムへの参加について、本人及びかかりつけ医の同意があつた者を保健指導対象者とする。

(ア) 参加対象者への案内

保険者は、前記(4)により抽出した参加対象者に対して保健指導プログラムへの参加案内を行い、参加についてかかりつけ医と相談するよう依頼する。

(イ) かかりつけ医による参加勧奨

①参加の勧奨

かかりつけ医は、参加対象者のうち保健指導プログラムへの参加について相談があつた者(以下「相談者」という。)に対して、保険者による保健指導が必要と判断した場合、保健指導プログラムへの参加を勧奨する。

ただし、かかりつけ医は、相談者が次のいずれかに該当する場合には、保健指導プログラムの対象としない。

- ・1型糖尿病である者及びがん等で終末期にある者
- ・認知機能に障がいがある者
- ・生活習慣病管理料、糖尿病透析予防指導管理料の算定対象となっている者
- ・その他の疾患を有して、かかりつけ医が除外すべきと判断した者

②参加対象者に追加

かかりつけ医は相談者以外でも、通院患者のうち糖尿病治療中に尿アルブミン、尿蛋白、eGFR等により、腎機能低下が判明し、保険者による保健指導が必要とかかりつけ医が判断した次の患者についても、保健指導プログラムへの参加を勧奨することができる。

なお、かかりつけ医は別表「CKD重症度分類」の④に該当する者は追加できないものとし、同分類③に該当する者を追加しようとする場合は、事前に保険者に意見を聞くこととする。また、必要に応じて後記5(2)により専門医等との連携を図るものとする。

- ・生活習慣改善が困難な患者
- ・治療を中断しがちな患者
- ・自施設に管理栄養士等が配置されておらず、実践的な指導が困難な患者
- ・専門病院との連携が困難な患者 等

(ウ) 相談者等による同意手続等

かかりつけ医は、上記(イ)①の相談者及び②の追加の参加対象者が保健指導プログラムへの参加に同意した場合、「保健指導プログラム参加報告書」(様式1)を作成した上で保険者に提出するよう説明するとともに、治療及び保健指導方針を保健指導対象者と協議の上、「保健指導プログラム実施指示書」(様式2)(以下

「指示書」という。)を作成し、保険者に提出する。

なお、保健指導プログラムに参加しない場合であっても、「保健指導プログラム参加報告書」(様式1)を作成し、相談者から保険者に提出するよう説明する。

(エ) 保健指導対象者の決定

保険者は、(ウ)の提出を受け、改めて被保険者であることを確認し、保健指導対象者を決定する。

イ 保健指導の内容

別紙1「保健指導プログラム」を参照

ウ 保健指導の実施

保険者は、かかりつけ医の指示書を基に、保健指導対象者に対して専門職による保健指導を実施する。

保険者は、必要に応じかかりつけ医と打ち合わせを行い、適宜実施状況をかかりつけ医に報告するとともに、かかりつけ医の医療の状況等の情報を共有しながら、保健指導を実施することに努めるものとする。

また、保健指導実施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、保健指導プログラムを踏まえながら、保健指導対象者の特性に応じて実施する。

エ 保健指導実施後の継続支援

保険者は、保健指導プログラムを終了した者に対して、かかりつけ医と打ち合わせをしながら必要に応じて継続的に病状の確認及び自己管理維持のための支援を行う。

5 関係機関の連携

(1) かかりつけ医と保険者との連携

保険者は、前記4(5)により、かかりつけ医と連携した上で、保健指導を実施する。

(2) かかりつけ医と専門医等との連携

かかりつけ医と専門医は患者の病状を維持・改善するため、十分な連携を図り、必要に応じて紹介、逆紹介を行うなど、患者を中心とする医療を提供する。

なお、紹介、逆紹介は、別紙2「紹介・逆紹介の目安について」を参考に、適切なタイミング、方法で行う。

また、糖尿病性腎症以外の網膜症、神経障害などの合併症に対応するため、眼科や心臓血管外科、皮膚科、循環器内科など、糖尿病専門医以外の医師との連携や、加えて歯周病との関連から歯科医師との連携を図る。

6 プログラムの評価方法

保険者は受診勧奨・保健指導等の実施結果を把握し、糖尿病性腎症の進行状況を踏まえた事業評価を行う。

(1) 受診勧奨の評価指標

受診勧奨に関する取組の評価指標は、受診勧奨前後での次の比較とする。

- ・医療機関未受診者の治療開始状況
- ・治療中断者の治療再開状況
- ・医療機関未受診者及び治療中断者の受療継続の状況

(2) 保健指導の評価指標

保健指導に関する取組の評価指標は、保健指導前後での次の比較とする。

- ・検査値
 - 随時血糖、HbA1c、血清クレアチニン (eGFR)、尿蛋白、血圧、体重 (BMI)、脂質 (コレステロール)、病期ステージ、網膜症の有無
- ・問診
 - 服薬状況、行動変容等
 - QOL (生活の質)、自己管理の実施状況
- ・レセプトデータ
 - 医療費、医療機関への継続受診
- ・保健指導プログラムの脱落者数

別表

【CKD重症度分類】

【原疾患】 糖尿病、高血圧、腎炎、多発性嚢胞腎、 腎移植、不明、その他				尿たんぱくステージ	A1	A2	A3
				たんぱく尿の目安	(-)	(±)	(+)以上
eGFR 区分 (mL/分/1.73 m ²)	病期 ステージ	1 期	≥90	正常または高値		①	②
		2 期	60~89	正常または軽度低下		①	②
		3 期 a	45~59	軽度~中等度低下	①	②	③
		3 期 b	30~44	中等度~高度低下	②	③	③
		4 期	15~29	高度低下~ 糖尿病者は腎不全	③	③	③
		5 期	<15	末期腎不全	④	④	④

保健指導プログラム（例）

時期	実施項目	実施内容
指導前	対象者決定	<ul style="list-style-type: none"> ・保険者による参加対象者の抽出 ・参加対象者に対するプログラムの案内 ・参加対象者の同意取得、かかりつけ医の指示書取得
指導開始	初回面談 ○生活習慣の現状把握 ○目標設定	<ul style="list-style-type: none"> ・問題のある生活習慣の抽出（食事、運動、生活リズム、健康管理（体調・歯と口の状態等）） ・体の状態を理解させ、生活習慣・受療状況を踏まえ生活習慣改善に向けて取組目標を設定
1か月目	電話	<ul style="list-style-type: none"> ・初回面談以降の生活習慣改善状況を確認 ・取組への励まし ・必要に応じて目標の見直し
2か月目	中間面談 ○自己管理への支援	<ul style="list-style-type: none"> ・継続的な自己管理のための動機づけ ・取組を継続させるためのポイントを提案
3か月～ 5か月目	電話（月1回で3回）	<ul style="list-style-type: none"> ・中間面談以降の生活習慣の確認 ・取組への励まし
6か月目	最終面談 ○取組継続への支援	<ul style="list-style-type: none"> ・取組の振り返り、評価 ・自己管理を継続するための助言

※上記のプログラムは目安であり、保険者は通院患者の状況を踏まえ、指導する回数・内容・期間について見直すことも可能とする。その場合、初回面談での指導と6か月目の面談での助言を行うことを基本とする。

※効果的な保健指導にするためには、指導を開始する前に、保険者による指導方針（食事や運動等）やかかりつけ医による治療方法等の情報等を基にした打ち合わせを行うことが望ましい。

※また、その際には、数値だけでなく、適宜プロセス、行動指標（生活習慣の変容等）での目標を設定することも重要となる。

※保険者は、適宜保健指導の状況をかかりつけ医に報告を行うとともに、必要に応じて定期的にかかりつけ医と打ち合わせをし、情報交換を行いながら保健指導を行うことが望ましい。

※保険者は、初回面談時に通院患者に対して、医療機関で行った検査等のデータ結果をその都度保管、また、糖尿病連携手帳やお薬手帳に検査や薬の情報をその都度貼付しておくよう指導し、面談等の必要時に、直近のデータを確認しながら、保健指導を行うことが望ましい。

※保険者は、上記のプログラムを終了した者に対して、必要に応じて継続的に病状の確認及び自己管理維持のための支援を行う。

保健指導プログラム 参加報告書

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療保険者 様
(市町村国民健康保険担当課長 等)

氏名 _____

住所 _____

電話番号 _____

私は、かかりつけ医から保健指導プログラムへの参加について、次のとおり指示・勧奨を受けましたので報告します。

※ 次の（ ）内のいずれかに○をしてください。

- 1 () 私は、かかりつけ医から、保健指導プログラムへの参加は必要ないという指示を受けました。
- 2 () 私は、かかりつけ医から保健指導プログラムへ参加するよう勧奨がありました。

※ 2の場合、次の〈 〉内のいずれかに○をしてください。

- 2-①〈 〉かかりつけ医からの勧奨がありましたが、私は参加を希望しません。
- 2-②〈 〉かかりつけ医からの勧奨があり、私は参加を希望します。

※ 2-②の場合、以下の記載をお願いします。

◆かかりつけ医を記入してください。

医療機関名 _____

かかりつけ医名 _____

私の検査データを、保険者が医療機関（かかりつけ医）と共有することに同意します。
※ かかりつけ医と連携した保健指導を行うため、あなたの検査データ(血清クレアチニン、尿アルブミン、尿たんぱく等)を、保険者が医療機関から提供していただく必要があります。

◆ 面談等の日程調整のための電話連絡が受けにくい曜日、時間帯等があれば記入してください。
(_____)

※ 検査データ等の個人情報は、特定の個人が識別されない方法で統計・調査研究をするときに限り使用する場合がありますことを御了承ください。

※ 個人情報については取り扱いを厳重にして、第三者にこの目的以外で情報提供・開示することは一切ありません。

※ 事業参加後、このことについて同意できなくなった場合は、連絡してください。

保健指導プログラム 実施指示書

記入日 年 月 日

医療保険者 様

(市町村国民健康保険担当課長 等)

医療機関名 _____
 所在地 _____
 電話番号 _____
 主治医 _____ 印

次のとおり保健指導を依頼します。

対象者氏名		生年月日	年 月 日生	男・女
			(歳)	
住所			電話番号	
病名	※該当項目にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 2型糖尿病 <input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症 (ステージ) <input type="checkbox"/> 糖尿病網膜症 <input type="checkbox"/> 糖尿病性神経障害 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> その他 ()			
検査 数値等	(年 月 日現在) 身長 _____ cm 体重 _____ kg 血圧 _____ / _____ HbA1c (NGSP) _____ % 血糖 _____ mg/dl (空腹時・食後 _____ 時間) eGFR _____ ml/分/1.73 m ² 血清クレアチニン _____ mg/dl 尿蛋白 _____ ・ 土 ・ 1+ ・ 2+ ・ 3+ 尿蛋白 (定量) _____ g/gCr 尿アルブミン指数 _____ mg/gCr			
保健指導に関する指示事項				
◆保健指導に当たっての目安などの留意事項等 <input type="checkbox"/> 1日摂取エネルギー量 _____ kcal <input type="checkbox"/> 1日塩分摂取量 _____ g <input type="checkbox"/> 1日蛋白質摂取量 _____ g <input type="checkbox"/> 運動制限 無・有 () <input type="checkbox"/> その他 _____ ()				

紹介・逆紹介の目安について

糖尿病性腎症の重症化予防を図るためには糖尿病の発症を早期に発見し、早期治療につなげ、かかりつけ医と専門医との十分な連携の下で、生涯を通じての治療の継続が必要である。

かかりつけ医は患者の病状管理等に大きな役割を果たしているが、糖尿病の進行状況等に応じて糖尿病専門医、腎臓専門医と連携することが極めて重要である。

また、糖尿病専門医等は紹介患者の病状が改善された場合など、かかりつけ医へ逆紹介を行うなど、地域で切れ目のない医療を提供していく必要があるため、かかりつけ医・専門医間における紹介・逆紹介の目安を以下に示す。

【1 かかりつけ医から糖尿病専門医への紹介】

- ◆ 次のいずれかに該当する CKD は糖尿病専門医に紹介し、連携して診療する。
 - 1 型糖尿病の場合
 - 血糖コントロール不良（HbA1c8.0%以上）が 3 か月以上続く場合
 - 教育入院が必要な場合
 - インスリン療法を開始する場合
 - 急性合併症併発など病状が悪化した場合
 - 妊娠時に糖尿病が発見された場合、妊娠を希望する糖尿病患者の場合 など

【2 かかりつけ医から腎臓専門医への紹介】

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	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿
			30未満	30~299	300以上
高血圧 腎炎 多発性嚢胞腎 その他	尿蛋白定量(g/日) 尿蛋白/Cr比(g/gCr)		正常 (-)	軽度蛋白尿 (±)	高度蛋白尿 (+~)
			0.15未満	0.15~0.49	0.50以上
GFR区分 (mL/分/ 1.73 m 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・動脈硬縮	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・動脈硬縮	紹介
	G3a	軽度~中等度低下 45~59	40未満は紹介、40以上 は生活指導・動脈硬縮	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か月以内に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、かかりつけ医と腎臓専門医・専門医療機関で逆紹介や併診等の受診形態を検討する。

作成: 日本腎臓学会、監修: 日本医師会

「エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2018」より抜粋

※上記1、2に該当しなくても、かかりつけ医の判断で必要に応じて専門医に紹介し、連携して診療する。

【3 専門医からかかりつけ医への逆紹介】

- 自己管理が改善され、病状が安定した場合
- インスリン導入や血糖コントロールが良好の場合 など

鳥取県内の透析、糖尿病及び糖尿病性腎症の状況

<人工透析患者数の推移>

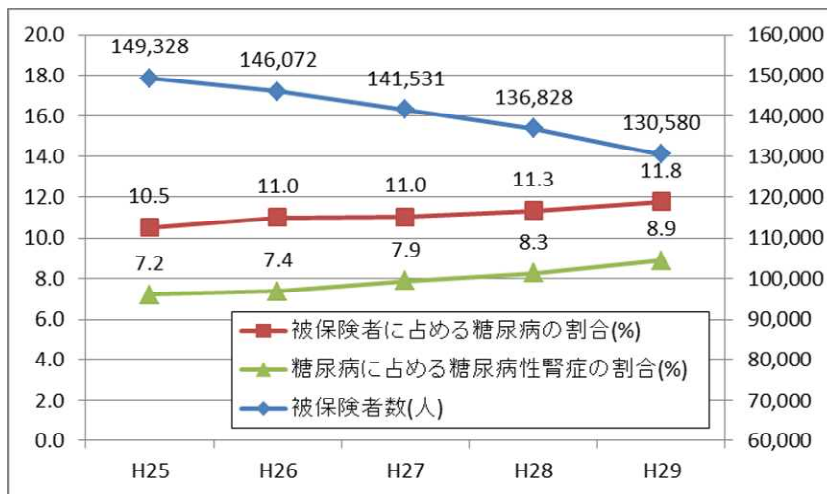
本県の人工透析患者数は増加傾向にあり、日本透析医学会の調査結果によると人工透析になる原因の第1位は糖尿病性腎症となっている。



※出典：公益財団法人鳥取県臓器・アイバンク調べ（各年9月1日現在）

<国民健康保険被保険者数と糖尿病患者数に占める糖尿病性腎症患者数>

県内の国民健康保険のデータでは、平成29年5月時点で、被保険者のうち11.8%が糖尿病の有病者であり、そのうち8.9%が糖尿病性腎症となっています。また、被保険者における糖尿病の割合、糖尿病に占める糖尿病性腎症の割合とも、近年は増加傾向です。



※出典：国保連合会作成データ（KDB5月診療分レセプトデータ）

參考資料

保健指導プログラム 実施報告書 (例)

年 月 日

(所属)

(氏名)

(電話番号)

保健指導プログラムによる保健指導の実施状況について報告します。

対象者氏名	生年月日	年 月 日生 (歳)	男 女
自己管理	【目標】 【指導】 (○か月)		
検査値	【目標】 【指導】 (○か月)		
食事	【目標】 【指導】 (○か月)		
運動	【目標】 【指導】 (○か月)		
その他	【目標】 【指導】 (○か月)		

※お気づきの点がありましたら御連絡ください。

【記載の留意点】

※指導の経過がわかるように、指導の時期と内容を記載することが望ましい。

保健指導のご案内（例）

〔 被保険者名 〕様については、特定健康診査の検査結果等から、糖尿病性腎症等が重症化しないよう、かかりつけ医と連携しながら『保健指導』による糖尿病療養支援を行う参加対象者とさせていただきました。

これは、別紙のとおり、6か月程度かかりつけ医の治療と並行して、保健師等の専門職が関わりながら、栄養指導、運動や睡眠、生活のリズムなどの生活習慣の改善を図ることにより、重症化を予防しようとして行うものです。

つきましては、別添の「かかりつけ医への連絡票」をかかりつけ医へ提示されながら、この保健指導を受けられた方がいいのかどうか、かかりつけ医と御相談していただくようお願いいたします。

つきましては、かかりつけ医に御相談された場合、別紙の「保健指導プログラム参加報告書」に必要な事項を記載され、同封の返信用封筒で、御返送していただくようお願いいたします。

〔 保険者名 〕 担当者連絡先・報告書の送付先
 所在地 〒 —
 所属名
 担当者名
 電話番号

【参考】

特定健康診査でのあなたの検査結果は、次の○印の部分です。

【CKD重症度分類】				陰性 ←————→ 陽性			
【原疾患】 糖尿病、高血圧、腎炎、多発性囊胞腎、 腎移植、不明、その他				尿たんぱくステージ	A1	A2	A3
				たんぱく尿の目安	(-)	(±)	(+)以上
eGFR 区分 (mL/分/1.73 mi)	病期 ステージ	1期	≥90	正常または高値		①	②
		2期	60~89	正常または軽度低下		①	②
		3期 a	45~59	軽度~中等度低下	①	②	③
		3期 b	30~44	中等度~高度低下	②	③	③
		4期	15~29	高度低下~ 糖尿病患者は腎不全	③	③	③
		5期	<15	末期腎不全	④	④	④

正常 ↑

↓ 末期

かかりつけ医への連絡票（例）

医療機関の長（主治医）様

「鳥取県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」（鳥取県医師会、鳥取県糖尿病対策推進会議、鳥取県が連名で策定）に基づく取組に関するお願いです。

〔 保険者名 〕の被保険者である〔 被保険者名 〕様について、特定健康診査の結果等から糖尿病性腎症重症化予防に係る保健指導の参加対象者となりました。かかりつけ医の先生とご本人の同意をいただけましたら、保健師の面談等による保健指導を半年間実施いたします。

つきましては、次の1、2についてご対応くださいますようお願いいたします。

1 参加の勧奨

かかりつけ医の先生が〔 被保険者名 〕様への保健指導を必要と判断された場合は、〔 被保険者名 〕様に対して〔 保険者 〕が行う保健指導プログラムへの参加の勧奨をお願いします。

（参考）次のいずれかに該当する場合には、保健指導プログラムの対象としません。

- ・ 1型糖尿病である者及びがん等で終末期にある者
- ・ 認知機能に障がいがある者
- ・ 生活習慣病管理料、糖尿病透析予防指導管理料の算定対象となっている者
- ・ その他の疾患を有していて、かかりつけ医が除外すべきと判断した者

2 同意手続き

〔 被保険者名 〕様が保健指導プログラムへの参加に同意された場合は、次の手続きをお願いします。

〔 被保険者名 〕様と治療及び保健指導方針を協議の上、「保健指導プログラム実施指示書」（様式2）に検査数値や留意点等を記入して〔 保険者 〕へ送付。

※ 保険者によって、当実施指示書を郵送等の送付ではなく、説明を受けにかかりつけ医へ訪問されたい場合は、適宜、「連絡していただく」旨に修正のこと。

保健指導については、必要に応じて適宜、保険者と打ち合わせを行いながら実施することが望ましいため、実施状況等を〔 保険者 〕からかかりつけ医の先生に適宜御報告いたします。よろしくお願いたします。

〔 保険者名 〕担当者連絡先・様式2の送付先
 所属名
 電話番号
 所在地 〒 —

尿中アルブミン定量検査の実施について

糖尿病性腎症重症化の予防を推進するためには、早期に腎症を診断できる尿中の微量アルブミンの量を示す『尿中アルブミン定量検査』を実施することが大切であり、当検査の実施、算定に当たって留意する事項を以下に示す。

尿中アルブミン定量検査（105点）

【算定要件】

- 糖尿病又は糖尿病性早期腎症患者であって微量アルブミン尿を疑うもの（糖尿病性腎症第1期又は第2期のものに限る。）に対して行った場合に、3月に1回に限り算定できる。
- 他に尿中トランスフェリン（107点）、尿中IV型コラーゲン（194点）を同時に行った場合は、主たるもののみ算定する。
（社会保険研究所発行「医科点数表の解釈（平成30年4月版）」一部改変して抜粋）

【留意事項】

- 当検査は、3月に1回に限り算定できる検査であるため、レセプトには前回実施日（初回の場合は初回である旨）の記載が必要とされている。
- また傷病名「糖尿病性早期腎症」は、尿蛋白が陰性で、アルブミン定量（尿）の測定により微量アルブミン尿を診断できる患者であり、通知に該当すると考えられると支払基金からは通知されている。
- 随時尿で検査を行う場合、尿中アルブミン濃度を尿中クレアチニン濃度の比をとったアルブミン指数を算定して用いることが推奨されているため、尿中クレアチニンも同時に測定する必要がある。
- 糖尿病性腎症の診断指標としては、アルブミン指数が30以上、300未満で微量アルブミン尿と判断される。

〔 診断基準としては、3回測定して2回以上、上記基準値に該当した場合に
微量アルブミン尿と判定する。 〕

【検査結果】

正常：<30
微量アルブミン尿：30≦、<300
顕性たんぱく尿：300≦

- 尿中クレアチニン測定は、診療報酬点数表では生化学的検査Ⅰの中の検査料11点とされているが、他の血液生化学検査を含めて5項目以上になれば包括点数化されるので注意を要する。
- また尿中クレアチニンと尿中アルブミンの両者のみを単独で測定して両者の合計で保険請求した際に、定性検査（検査料41点）と判断され、定量検査としての算定が認められないケースも出ているので、注意を要する。