

山形県糖尿病及び慢性腎臓病(CKD)重症化予防プログラム

平成28年12月20日制定

平成29年12月20日一部改定

平成31年3月14日一部改定

令和3年3月24日一部改定

令和7年7月30日一部改定

山形県医師会

山形県糖尿病対策推進会議

山形県保険者協議会

山形県

1 趣旨

本県における透析患者数は増加傾向にあり、糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数は、「健康やまがた安心プラン」に定める目標値を上回る数で推移している。

糖尿病は放置すると網膜症・腎症・神経障害などの合併症を引き起こし、患者の生活の質を著しく低下させる。また、糖尿病性腎症による透析導入は、生活の質と医療経済への影響が大きいことから、腎不全、透析への移行等、重症化を予防し、対象者の健康寿命の延伸を図ることが重要である。

このようななか、山形県医師会、山形県糖尿病対策推進会議（※1）、山形県保険者協議会（※2）等及び山形県は、県内の各保険者等による糖尿病及び慢性腎臓病(CKD)重症化予防に向けた取組を更に推進するため、協働で本プログラムを策定する。

※1 山形県糖尿病対策推進会議構成団体：

山形県医師会、日本糖尿病学会、日本糖尿病協会山形県支部、
山形県歯科医師会、山形県薬剤師会、山形県看護協会、
山形県栄養士会、山形県健康福祉部

※2 山形県保険者協議会構成団体：

健康保険組合連合会山形連合会、全国健康保険協会山形支部、
地方職員共済組合山形県支部、公立学校共済組合山形支部、
警察共済組合山形県支部、山形県市町村職員共済組合、
32市町村国保保険者、山形県医師国民健康保険組合、
山形県歯科医師国民健康保険組合、山形県建設国民健康保険組合、
山形県後期高齢者医療広域連合、山形県、
山形県国民健康保険団体連合会

2 基本的考え方

(1) 目的

糖尿病及び慢性腎臓病(CKD)(以下「糖尿病等」という)が重症化するリスクの高い医療機関の未受診者・治療中断者等について、保険者等関係機関からの適切な受診勧奨、保健指導を行うことにより治療に結びつけるとともに、糖尿病等で治療中の患者のうち、重症化するリスクの高い者に対して、かかりつけ医の判断により保健指導対象者を選定し、保険者が医療機関と連携して保健指導等を行い、腎不全、人工透析への移行を防止し、対象者の健康寿命の延伸を図ることを目的とする。

(2) 本プログラムの性格

本プログラムは、保険者と医療機関が連携して取組を行うための基本的な考え方や標準的な取組内容を示すものである。

このため、各保険者における取組内容については、実情に応じて柔軟に対応することが可能であり、現在各保険者が行っている取組を妨げるものではない。

(3) 関係者の役割

地域における取組を推進するに当たっては、関係者は次の役割分担を念頭に、密接に連携して対応することとする。

① 市町村及び保険者の役割

市町村及び各保険者は、被保険者について、特定健診データやレセプトデータ等を用いて、被保険者の健康問題を分析し、地域の実情や取組の優先順位を考慮して対策を立案・実施し、事業評価を行うものとする。

② 県の役割

県は、山形県医師会、山形県糖尿病対策推進会議等と連携し、県内における糖尿病等重症化予防対策の体制構築を推進するとともに、山形県糖尿病等対策検討会を開催し、情報共有、対策に関する検討を行う。

また、保険者の取組状況を把握し、事業の取組が円滑に実施できるよう支援する。

③ 山形県医師会の役割

山形県医師会は、本プログラムを郡市地区医師会、会員等に周知するなど、保険者による取組が円滑に実施できるよう協力する。また、かかりつけ医と専門医との連携強化や保険者との連携体制の構築に向けた協力を行う。

④ 山形県薬剤師会の役割

山形県薬剤師会は、本プログラムを会員等に周知するなど、かかりつけ医と専門医等との連携を推進するため、「糖尿病連携手帳」の普及について協力する。山形県薬剤師会を通じて薬局薬剤師は「糖尿病連携手帳」の普及に努める。

⑤ 山形県糖尿病対策推進会議の役割

山形県糖尿病対策推進会議は、本プログラムに基づき実施される取組について円滑に実施できるよう、構成団体に本プログラムを周知する。また、構成団体は、本プログラムに基づく取組を推進するとともに、指

導・助言するなど協力を行う。

⑥ **山形県保険者協議会の役割**

山形県保険者協議会は、本プログラムを保険者へ周知するとともに、取組を推進するため、保健指導の質の向上のための研修などを開催し、事業の円滑な実施に協力する。

⑦ **山形県後期高齢者医療広域連合の役割**

山形県後期高齢者医療広域連合は、本プログラムに基づいた取組を市町村等に委託し、市町村との連携を密に市町村国保の保健事業と一体的に実施する。

⑧ **山形県国民健康保険団体連合会の役割**

山形県国民健康保険団体連合会は、市町村国保等が地域における課題の分析や事業実施を効率的に行えるよう、市町村国保等及び県との連携を図りながら必要な支援を行う。

3 対象者の抽出基準

(1) **医療機関未受診者**

健康診査データから次の①又は②に該当する者を抽出した上で、レセプトデータの照合等により受診を確認できなかった者とする。

① **次のアに該当し、かつイ又はウのいずれかに該当する者**

ア 空腹時血糖 126mg/dl (随時血糖200mg/dl) 以上又はHbA1c6.5%以上

イ eGFR 60ml/分/1.73m²未満

ウ 尿蛋白 陽性 (+) 以上

② **eGFR 45ml/分/1.73m²未満の者**

(2) **治療中断者**

レセプトデータから糖尿病による診療歴のある患者で最終の受診から6か月を経過しても受診した記録がない者を抽出する。

(3) **重症化のリスクが高い糖尿病及び慢性腎臓病の患者**

現在、糖尿病等の治療中の患者で、重症化のリスクが高い者の中から、保健指導が必要と医師が判断した者とする。

(4) **留意点**

① **高齢者に対する取組に関する留意点**

後期高齢者については、複数疾患の合併のみならず、加齢に伴う諸臓器の機能低下を基盤としたフレイルやサルコペニア、認知症等の進行がみられ、個人差が大きい。個人の状況に合わせて、QOL維持・向上、要介護状態への移行防止等を含めた包括的な対応が必要になる。

高齢者は「高齢者糖尿病診療ガイドライン2023」を踏まえた対応が必要である。特に、後期高齢者に対しては、「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン」等を参照し対応することが重要である。

② **その他の留意点**

健康診査が未受診でかつ1年以上医療機関を受診していない者についての状況確認及び健康診査の受診勧奨も重要である。

4 介入方法

(1) 医療機関未受診者及び治療中断者への受診勧奨

保険者は「3 対象者の抽出基準」(1)～(2)で抽出された者に対して、個別に受診勧奨を行う。

受診勧奨の方法（手紙送付、電話、個別面談等）は、対象者の状態に応じて検討する。

医療機関との連携にあたっては、「健康診査受診勧奨値該当者〔糖尿病・慢性腎臓病〕結果連絡票及び健康診査受診勧奨値該当者〔糖尿病・慢性腎臓病〕診察結果回報書（別紙3）」（以下「結果連絡票・回報書」という。）を活用するなど、情報共有を図る。

受診勧奨後、医療機関の受診等に結びついたか否かを医療機関からの回報書又はレセプトデータ等により確認するとともに、必要に応じて再勧奨を実施する。

※後期高齢者については、高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドラインを参照すること。

(2) 保健指導

保険者は、「3 対象者の抽出基準」で抽出された者に対して、必要な保健指導を行う。

保健指導の方法（電話等による指導、個別面談、訪問指導、集団指導等）は、対象者の状態に応じて検討する。

保健指導は、原則として保健師・管理栄養士等の専門職がかかりつけ医等と連携し、以下の内容について行う。

- ・受診状況確認、受診継続指導
- ・医師の指示に基づく食事や運動等生活習慣に関する指導
- ・血糖や血圧等のコントロールの確認、適切な服薬指導
- ・禁煙、適量飲酒、口腔ケア等の生活指導
- ・効果的な行動変容、実現可能性を考慮した目標の設定と自己管理の実施状況の把握

※腎症病期分類、対象者抽出の考え方、受診勧奨・保健指導の流れ、病期に応じた保健指導等の内容例は図表1～5を参照。

かかりつけ医が、保険者・市町村等による保健指導が必要であると認めた場合には、「糖尿病及び慢性腎臓病(CKD)保健指導依頼書（別紙4）」（以下「保健指導依頼書」という。）により保険者に依頼する。この際「糖尿病及び慢性腎臓病(CKD)重症化予防事業における情報提供同意書（別紙5）」（以下「同意書」という。）により、本人の同意を得ることとする。

保険者は、対象者が保健指導を希望する場合に、「山形県糖尿病及び慢性腎臓病(CKD)重症化予防連絡票（別紙7）」を活用し、かかりつけ医に保健指導の指示を依頼する。この際、「同意書」により本人の同意を得ることとする。

なお、対象者が同意を撤回する場合は、「山形県糖尿病及び慢性腎臓病(CKD)重症化予防事業における情報提供同意撤回書（別紙6）」の活用などにより行うものとする。

保健指導を実施した保険者・市町村等は、指導結果について「糖尿病及び慢性腎臓病(CKD)保健指導報告書(別紙8)」によりかかりつけ医に報告する。

(3) 保険者とかかりつけ医等との連携

保険者は、受診勧奨及び保健指導について、あらかじめ対象者の同意を得て別紙3～8、「糖尿病及び慢性腎臓病(CKD)重症化予防事業患者情報提供依頼書(別紙12)」(以下「情報提供依頼書」という。)の様式や「糖尿病連携手帳」等を活用して、かかりつけ医等との連携を図ることとする。

- ① 歯科に関する保健指導の中では、歯周病及び歯の喪失等、歯・口腔のリスクに係る判定に基づき指導を行うと共に、かかりつけ歯科医との連携を図ることに留意する。かかりつけ歯科医がない場合には、かかりつけ医から紹介してもらおう等、かかりつけ歯科医をもち、継続的な歯科受診を行うように助言する。
- ② 眼科に関する保健指導の中では、糖尿病の合併症の一つである糖尿病網膜症の進行防止の観点から定期的、継続的な眼科受診を行うよう助言する。

5 かかりつけ医と専門医等との連携

糖尿病合併症の発症予防及び慢性腎臓病(CKD)の重症化予防には、対象者の病状や病態に応じて、かかりつけ医と専門医との間で十分な連携をとり、患者が受診を継続することが必要である。

連携にあたっては、あらかじめ対象者の同意を得て「診療情報提供書(糖尿病及び慢性腎臓病(CKD)患者紹介用)(別紙9)」、「診療情報提供書(糖尿病及び慢性腎臓病(CKD)患者逆紹介用)(別紙10)」及び「糖尿病連携手帳」等を活用し、情報共有を図る。

(1) 糖尿病専門医に紹介が必要な場合

「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(別紙1)」等を参考にすること。

(2) 腎臓専門医に紹介が必要な場合

「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(別紙2)」等を参考にすること。

6 事業評価

保険者は、事業についてストラクチャー(構造)、プロセス(過程)、アウトプット(実施量)、アウトカム(効果)の視点を用いて評価を行う(図表8及び図表9を参照)。

評価にあたっては、「結果連絡票・回報書」の状況を把握するとともに、健康診査データ、レセプトデータ及び国保データベース(KDB)システム等を活用するほか、「糖尿病及び慢性腎臓病(CKD)精密検査結果成績表(別紙11)」により状況を確認する。

また、医療機関から「保健指導依頼書」が発行された対象者に関して、保

健指導を継続する間は年1回、保健指導を終了した場合は概ね1年後に「情報提供依頼書」により医療機関から情報提供を受け、対象者の受診状況やその後の検査結果等を把握し、評価する。

山形県糖尿病及び慢性腎臓病（CKD）重症化予防プログラム 図、様式、図表一覧

図 関係機関の役割と連携

- 別紙 1 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
- 別紙 2 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
- 別紙 3 健康診査受診勧奨値該当者[糖尿病・慢性腎臓病]結果連絡票及び健康診査受診勧奨値該当者[糖尿病・慢性腎臓病]診察結果回報書
- 別紙 4 糖尿病及び慢性腎臓病（CKD）保健指導依頼書
- 別紙 5 糖尿病及び慢性腎臓病（CKD）の重症化予防事業における情報提供同意書
- 別紙 6 糖尿病及び慢性腎臓病（CKD）の重症化予防事業における情報提供同意撤回書
- 別紙 7 山形県糖尿病及び慢性腎臓病（CKD）重症化予防連絡票
- 別紙 8 糖尿病及び慢性腎臓病（CKD）保健指導報告書
- 別紙 9 診療情報提供書（糖尿病及び慢性腎臓病（CKD）患者紹介用）
- 別紙10 診療情報提供書（糖尿病及び慢性腎臓病（CKD）患者逆紹介用）
- 別紙11 糖尿病及び慢性腎臓病（CKD）精密検査結果成績表
- 別紙12 糖尿病及び慢性腎臓病（CKD）重症化予防事業患者情報提供依頼書

- 図表 1 参考：糖尿病性腎症病期分類
- 図表 2 健診・レセプトデータの有無と対象者の抽出の考え方
- 図表 3 検診結果と糖尿病の治療状況別の状態像の介入方法とそのレベルの区分
- 図表 4 参考：糖尿病血糖コントロール目標
- 図表 5 参考：高齢者糖尿病の血糖コントロール目標
- 図表 6 レベルに応じた介入方法の例
- 図表 7 糖尿病領域のロジックモデル
- 図表 8 市町村が設定する評価指標の例
- 図表 9 都道府県・広域連合が設定する評価指標の例