

三重県糖尿病性腎症重症化予防プログラム

1 目的

我が国では高齢化が進む中、糖尿病患者が増加の一途を辿り、2016年の国民健康・栄養調査では1,000万人を上回る事となった。加えて治療に関する状況をみると、糖尿病が強く疑われる者の中で約25%は治療を受けていないと言われている。

そのため糖尿病の慢性合併症が進行する例がいまだに多く、三重県においては新たに人工透析に至った症例が2015年には206例であった（全国16,072例、1.28%）。こうした合併症の進行は患者本人の生活の質（QOL）の低下を招くのみならず、医療費の増加に拍車をかける結果となる。

このような状況を打開するため、三重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、国民健康保険の特定健康診査の結果及び診療報酬明細書から、糖尿病及び糖尿病性腎症の重症化の予防が必要と思われる被保険者に対し、かかりつけ医等関係機関と十分な連携を図りながら受診勧奨や保健指導を実施することにより、糖尿病への進展予防及び糖尿病管理の徹底を行い、合併症である腎不全、人工透析への移行を防止する又は遅らせることを目的として策定する。

また、本プログラムの考え方や手法をもとに国民健康保険者（市町）での取組を進めるとともに、被用者保険においても参考とし、全県的な糖尿病対策を促進することを目指すものとする。

2 対象者の選定

国民健康保険加入者40～74歳を対象とする。ただし、次のものは除外する。

- ①がん等で終末期にある者
- ②認知機能障害がある者で、主治医が除外すべきと判断した者
- ③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
- ④その他の疾患を有していて、主治医が除外すべきと判断した者

3 受診勧奨

（1）受診勧奨の方法

保険者は、以下の被保険者に対して、個別に、医療機関の紹介を含め、手紙送付、電話、個別面談及び個別訪問により、受診勧奨を行う。

なお、イは重症度が高いと考えられるため、特に糖尿病性腎症の重症化のリスクを説明したうえで、確実な受診勧奨を行うこととする。

ア 糖尿病発症予防対策対象者（ハイリスク者）

食生活や運動等の生活習慣の改善により糖尿病の発症の予防が期待される者等で特定健康診査において、空腹時血糖値：110～125mg/dl またはHbA1c：6.0～6.4%（境界域）を示す、糖尿病またはその疑いがある者

イ 糖尿病性腎症重症化予防対策対象者（治療中断、未受療及び健診未受診者）

食生活や運動等の生活習慣の改善や服薬管理等により糖尿病や糖尿病性腎症の重症化の予防が期待される者等で

- ①特定健康診査において、空腹時血糖値：126mg/dl 以上またはHbA1c：6.5%以上で、糖尿病またはその疑いが強くあり、内服等の治療を要する（要治療）と判定されたが、レセプトにおいて、健診受診日を含めて6か月以上未受療の状態が確認された者（治療中断及び未受療は問わない）
- ②過去の特定健康診査の受診時の検査結果において、
 - 空腹時血糖値：126mg/dl（随時血糖200mg/dl）以上またはHbA1c：6.5%以上かつ、
 - 尿蛋白1+以上の者

(2) 受診勧奨の評価

保険者は、対象者に対して受診勧奨を行った後、その評価を次の指標により行うこととし、課題等がある場合には、医師会や県等の関係機関と協議を行う。

- ①対象者の受診開始状況（治療開始人数（率）、未治療の場合は、その理由）
- ②治療中断者の治療再開状況（治療再開人数（率）、治療未再開の場合は、その理由）
- ③未治療者及び治療中断者の受療継続の状況（受療中断の場合は、その理由）

4 保健指導

(1) 保健指導参加候補者の選定（下の表1を参照）

保険者がレセプト・健診データから糖尿病性腎症と思われる被保険者を抽出し、保健指導への参加について、本人及びかかりつけ医の同意があった方（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方は除く。）を対象とする。

表1 糖尿病性腎症病期分類

病期	尿アルブミン値 (mg/gCr) あるいは尿蛋白値 (g/gCr)	GFR (eGFR) (ml/分/1.73 m ²)
第1期（腎症前期）	正常アルブミン尿 (30未満)	30以上
第2期（早期腎症期）	微量アルブミン尿 (30～299)	30以上
第3期（顕性腎症期）	顕性アルブミン尿 (300以上) あるいは持続性蛋白尿 (0.5以上)	30以上
第4期（腎不全期）	問わない	30未満
第5期（透析療法期）	透析療法中	

(糖尿病性腎症病期分類 2014による)

(注) 特定健診では尿蛋白定性検査が必須項目であり、糖尿病に加えて尿蛋白1+以上であれば第3期と考えられる。尿蛋白±は微量アルブミンの可能性が高いため、医療機関では積極的に尿アルブミン測定を行うことが推奨されている。

尿アルブミンは健診項目にはないが、受診勧奨判定値以上の場合、受診した医療機関において、尿アルブミンが測定され、第2期の把握が可能となる。

(2) 保健指導の内容（下の表2を参照）

- ①糖尿病治療ガイド（日本糖尿病学会編）に則り、かかりつけ医や専門医と協働して、病期に合致したものとすること
- ②多職種によるチームにより、各地域の社会的資源を活用し、一人ひとりの状況に応じた具体的な保健指導を実施すること。
- ③効果的な行動変容及び自己管理の指導方法が含まれていること。

表2 糖尿病性腎症の病期に応じた保健指導等の内容例

	健診データ	状態と介入目的	具体的な介入方法	医療機関での対応	留意点
第1期 ～ 第2期	糖尿病かつ尿蛋白(±)以下	早期腎症の発見 腎症の発症予防	・HbA1c、血圧の程度に応じた対応 ・第1期では糖尿病管理 ・第2期ではそれに加え腎症改善に重点をおいた指導	・Cr、尿蛋白・尿アルブミン測定による病期確定 ・血圧・血糖管理 ・網膜症等合併症検査 ・第2期：保健指導紹介	・第1、2期の区別は健診だけではできない ・eGFR<45の場合、対応優先
第3期	糖尿病かつ尿蛋白(+)以上	顕性腎症 腎機能低下防止	・受診勧奨と受診状況確認 ・医師と連携した保健指導 ・減塩、減酒等の食生活改善 ・禁煙、肥満者では減量 ・身体活動の維持	・Cr、尿蛋白・尿アルブミン測定による病期確定 ・血圧・血糖管理 ・網膜症等合併症検査 ・腎排泄性薬剤の見直し ・保健指導の留意点指示 ・腎臓専門医への紹介を考慮する	・他の循環器疾患、糖尿病合併症に留意 ・100%対応できることを目指す
第4期	糖尿病かつeGFR<30	透析直前期 透析導入時期の延伸	・強力な受診勧奨と受診確認、治療中断防止	・血圧・血糖管理 ・腎排泄性薬剤の変更 ・腎臓専門医への紹介	・心不全、脳卒中ハイリスク ・Cr測定しなければ病期確定できない

（日本医師会、日本糖尿病対策推進会議、厚生労働省作成の糖尿病性腎症重症化予防プログラムより抜粋）

(3) 保健指導実施までの手順

ア 候補者の同意とかかりつけ医の指示書

(ア) 候補者が治療中の場合

- a 保険者は、候補者に対し次のことを行う。
 - ①糖尿病性腎症進展予防の必要性を説明し、保健指導を受けるよう参加勧奨を行う。
 - ②候補者の情報をかかりつけ医と共有することの同意を得ておく。
 - ③参加する場合、同意書（様式1）への記入と保険者あての提出を依頼する。
- b 保険者は、候補者のかかりつけ医に対し、次のことを行う。
 - ①候補者から同意書（様式1）を受領した後に、保健指導の実施の可否について確認を行ったうえで、同意を得る。
 - ②治療及び保健指導方針について候補者との協議を依頼し、併せて指示書（様式2）の作成と保険者あての提出を依頼する。

(イ) 候補者が未治療及び治療中断の場合

- a 保険者は、候補者に対し次のことを行う。
 - ①糖尿病性腎症管理の必要性を説明し、速やかに受診するよう受診勧奨を行う。
 - ②受診する医療機関の医師に相談の上、保健指導を受けるよう参加勧奨を行う。
 - ③参加する場合、同意書（様式1）への記入と保険者あての提出を依頼する。

- b 保険者は、候補者の受診する医療機関に対し、次のことを行う。
- ①候補者から同意書（様式 1）を受領した後に、保健指導の実施の可否について確認を行ったうえで、同意を得る。
 - ②治療及び保健指導方針について候補者との協議を依頼し、併せて指示書（様式 2）の作成と保険者あての提出を依頼する。

イ 保健指導の実施及び情報の共有

保険者は、次のことを実施する。

- ①参加を同意した者（以下「参加者」という。）に対し、かかりつけ医の指示に基づき保健指導を実施する。
- ②適宜、参加者に検査値等を確認するとともに、糖尿病連携手帳等を活用し、参加者及びかかりつけ医等と情報を共有する。
- ③必要に応じて、保健指導の実施状況をかかりつけ医へ報告する。
- ④保健指導終了後は実施結果を報告する。

（4）保健指導の評価指標

保険者は、参加者に対して保健指導を行った後、年 1 回以上は次の指標により評価を行うことが望ましい。課題等がある場合には、医師会や県等の関係機関と協議を行うこととする。

- ①HbA1c
- ②血清クレアチニン（eGFR）
- ③尿蛋白
- ④血圧
- ⑤体重（BMI）
- ⑥イベントの発生（脳梗塞、心筋梗塞、人工透析導入等）
- ⑦脱落者数（率）（脱落理由）

5 かかりつけ医と糖尿病専門医等の連携

糖尿病性腎症の重症化予防にあたり、かかりつけ医と糖尿病専門医及び腎臓専門医は患者の病状を維持・改善するため、必要に応じて紹介、逆紹介を行うなど連携して患者を中心とした医療を提供する。

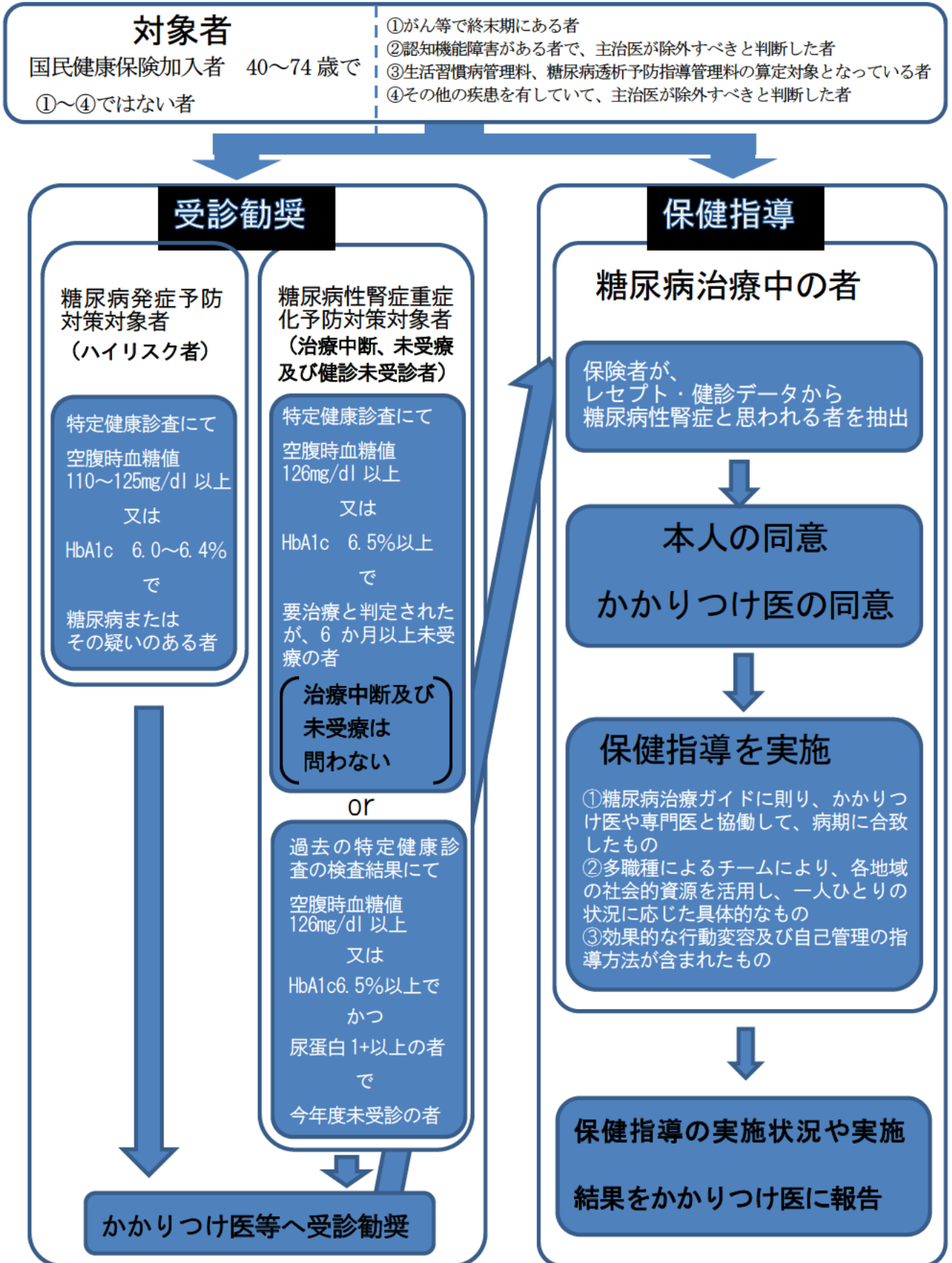
6 地域における円滑な事業の実施に向けて

本プログラムは、県内の各保険者が糖尿病性腎症の重症化予防に取り組むにあたって円滑に事業が実施できるよう、基本的な方策について示したものである。

また、将来的な事業の効率的・効果的な実施や広域的な分析・評価を行うために標準的な基準づくりをめざし、具体的な対象者の選定や保健指導の内容を合わせて示したものである。

一方で、各保険者が既に取り組んでいる内容や地域における実情の重要性も尊重すべきと考えており、各地域で実施するにあたっては、保険者と医療関係者が密接に連携して、事業を展開していただきたい。

三重県糖尿病性腎症重症化予防プログラム受診勧奨及び保健指導フロー図



糖尿病性腎症重症化予防保健指導参加同意書

平成 年 月 日

市町国民健康保険担当課長 様

氏名 _____

住所 〒 _____

電話番号 _____

(氏名は自署をお願いします。)

◆かかりつけ医がある場合、記入してください。

医療機関名: _____ 医師名: _____

◆「参加します(左欄)」又は「参加しません(右欄)」のいずれかにチェックしてください。
また、その後のそれぞれの「問」に回答してください。

□参加します

【問1】面談の実施場所について

御希望の場所をいずれか1つをお選びください。

- かかりつけ医の医療機関(施設)
- 会議室等の会場(※注1)

※注1 会場をご希望の方が多数の場合、自宅での面談をお願いします場合があります。

【問2】日程調整のためのご連絡時間について

・あらかじめ電話連絡にて面談日、訪問日を調整させていただきます。次の表に、電話連絡の可能な時間帯全てに「○」をつけてください。

いつでも	平日			土曜日			日曜日		
	午前	午後	夜間	午前	午後	夜間	午前	午後	夜間

※時間帯の目安

午前 9:00~12:00

午後 12:00~18:00

夜間 18:00~21:00

・電話連絡が可能な時間帯に連絡いたしますが、連絡がとれない場合は、それ以外の時間帯に連絡する場合がありますので、その旨ご了承ください。

□参加しません

【問】理由は何ですか。

次のいずれかにチェックしてください。
その他の場合、具体的な理由を記入してください。

- かかりつけ医が参加を勧めなかったから
- かかりつけ医の指導で十分と思うから
- 自己管理ができているから
- 参加する時間がないから
- その他

※ この事業の検査結果等の個人情報は、特定の個人が識別されることがない方法で統計・調査研究をする時に限り使用する場合がありますことをご了承ください。

第三者に先の目的以外で情報提供・開示することは一切ありません。

また、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。

糖尿病性腎症重症化予防保健指導指示書

平成 年 月 日

市町国民健康保険担当課長 様

医療機関名

住 所

主 治 医

⑩

(記名・押印または署名をお願いします。)

次のとおり保健指導を依頼します。

患者氏名	生年月日	年 月 日生	男・女
住 所	電話番号		
病名 (該当病名に○をし てください。)	・糖尿病性腎症(ステージ) ・高血圧 ・脂質異常症 ・その他() ・既往歴()		
現在の数値等 検査日 (年 月)	①身長 cm	②体重 kg	③HbA1c %
	④血圧 /	⑤随時血糖値	mg/dl (食後 時間)
	⑥eGFR ml/分/1.73 m ²	⑦尿蛋白 1+ 2+ 3+	
	⑧尿アルブミン値	mg/gCr	
保健指導に関する指示事項			
<p>◆該当事項をチェックしてください。</p> <p>患者に対して保健指導を実施するにあたり、留意すべきことがあればご指示ください。</p> <p><input type="checkbox"/> 1日摂取エネルギー量(標準体重1kgあたり)※選択してください。</p> <p>① 25~30kcal (軽労作 デスクワーク)</p> <p>② 30~35kcal (普通労作 立ち仕事)</p> <p>③ 35kcal 以上 (重労作 力仕事)</p> <p>④ その他 ()</p> <p><input type="checkbox"/> 1日塩分摂取量の制限 不要 必要(_____g 以下)</p> <p><input type="checkbox"/> 運動療法 不要または不可(その理由:)</p> <p>必要(具体的指示)</p> <p><input type="checkbox"/> その他ご意見ご指示等がございましたらご自由に記載してください。</p> <p>()</p>			
<p>◆そちらの診療所で指導する場所(小さなスペースで結構です。)を提供していただくことが可能ですか。</p> <p><input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可</p> <p>※不可の場合は、本人と調整して、指導を実施する会場にお越しいたきます。</p>			