

糖尿病性腎症重症化予防プログラム

平成 28 年（2016 年）8 月 3 日施行

平成 29 年（2017 年）8 月 1 日改定

令和 3 年（2021 年）3 月 30 日改定

長野県医師会
長野県糖尿病対策推進会議
長野県保険者協議会
長野県

1 目的

糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者・受診中断者を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のうち重症化するリスクの高い者（以下、「ハイリスク者」という）に対して医療保険者が医療機関と連携して保健指導等を行い、人工透析への移行を防止することによって、住民や被保険者の健康増進と医療費の増加抑制を図ることを目的として、本プログラムを策定する。

2 医療機関未受診者、糖尿病治療中断者に対する受診勧奨

（1）対象者

原則として、保険者が個別に定める（特定健診、レセプトデータ等から抽出）。ただし、本プログラムが推奨する基準は、下記のとおりとする。

① 医療機関未受診者

過去の健診において、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。ただし、当該基準を満たす者のうち、尿蛋白を認める者又は、eGFR が 60ml/分/1.73 m²未満の者（特定健診の際に血清クレアチニンを測定している場合）については、糖尿病性腎症のリスクが高いため、より積極的な受診勧奨を行うことが望ましい。

（留意点 1）保険者は、慢性腎臓病（CKD）対策として、血清クレアチニン検査を実施することが望ましいとともに、空腹時血糖等の結果によらず、尿蛋白、eGFR の結果により、受診勧奨を行うことも考えられる。

② 糖尿病治療中断者

糖尿病により医療機関受診中の患者のうち、最終の受診日から 6 か月経過しても糖尿病受療歴がない者（レセプト分析により対象者の抽出が可能な保険者のみ実施）。

（2）受診勧奨の方法

保険者は、以下の方法により、対象者に受診勧奨を行う。

① 特定健診の結果の通知（必要に応じて糖尿病合併症に関する資料を追加）

- ② 特定健診の結果とは別の郵送による通知
- ③ 電話
- ④ 個別面談
- ⑤ その他、保険者が適当と認める方法

(留意点2) 糖尿病治療中断者については、レセプトにより継続的な医療機関受診が認められない場合であっても、治療経過を勘案した医師の判断に基づく場合もあるため、受診勧奨を行う場合には、その経緯について十分に把握した上で行うことが重要である。

3 ハイリスク者に対する保健指導

(1) 対象者

保険者に対する予防・健康づくり等のインセンティブの見直しにおける評価指標を踏まえ、現在、糖尿病により医療機関受診中の患者のうち、保険者が個別に定める。糖尿病性腎症を発症している者だけでなく、そのリスクが高い者についても、保険者において優先順位をつけて保健指導を行うことが望ましいことから、本プログラムが推奨する基準は下記のとおりとする。

ただし、高齢者については厳格な管理を行うべきではないとの考え方もあるため、年齢を考慮して候補者の抽出を行うことが重要である。

(留意点3) 糖尿病性腎症を発症していない者については、新たなインセンティブ制度における評価の対象とならない可能性があることから、保険者において個別に評価対象となるか否かを確認する必要がある。

- ① 糖尿病性腎症の病期が、第2期、第3期及び第4期と思われる者（特定健診等の結果から抽出する場合には、糖尿病により治療中で以下のいずれかに該当する者）
 - a. 尿蛋白（±）以上
 - b. 血清クレアチニン検査を行っている場合、eGFR 60ml/分/1.73 m²未満
- ② 糖尿病性腎症を発症していないが、以下のリスク要因を有する者
 - a. II度高血圧以上の者
 - b. 喫煙者
- ③ その他、保険者が必要と認めた者

(例)

- ・食塩摂取量が一定基準以上の者（高血圧のハイリスク者）
- ・脂質異常症（LDL コレステロール 120mg/dl 以上）、高尿酸血症（7.0mg/dl 以上）等を認める者
- ・BMI25 以上、又は腹囲が一定基準（男性：85cm、女性：90cm）以上の者
- ・糖尿病の家族歴がある者
- ・生活習慣の改善が困難な者

(2) 保健指導対象者選定方法

保険者が、特定健診データ、患者・医師からの情報提供等により、保健指導対象の候補者を抽出し、そのうち、保健指導への参加について本人及びかかりつけ医の理解が得られた者を対象とする。ただし、ハイリスク者の基準を満たすため、かかりつけ医が必要と認めた者については、保険者が対応可能な範囲において対象とする。

また、保険者は、早期腎症の診断に有用とされるアルブミン尿に関する情報を有していないため、医療機関において尿アルブミン検査を実施するとともに、アルブミン尿を認めた者については、かかりつけ医と保険者の連携の下で保健指導が実施されることが重要である。

なお、他疾患等を理由にかかりつけ医が保健指導の実施が適当でないと判断した者については、保健指導対象者から除外する。

(3) 保健指導実施までの手順（かかりつけ医との連携体制の構築）

保険者は、以下のいずれかの方法により、かかりつけ医（郡市医師会）と連携して保健指導を実施する。

なお、保健指導には専門職（保健師、管理栄養士等）が携わることとする。

【方法1：かかりつけ医（郡市医師会）から包括的に了解を取得】

- ① 保険者は、本取組の目的、保健指導の対象者の選定基準、実施する保健指導の内容等について、かかりつけ医（郡市医師会）に説明し、かかりつけ医（郡市医師会）から取組についての包括的な了解を得る。
- ② 保険者は、保健指導を実施する（対象者ごとに、かかりつけ医への保健指導の実施の可否確認は行わない）とともに、保健指導を実施していること及び保健指導の内容や糖尿病連携手帳等の活用について、かかりつけ医に情報提供する。

【方法2：対象者ごとにかかりつけ医に保健指導の実施の可否を確認】

- ① 保険者は、かかりつけ医に本取組について説明し、了解を得たのち、上記3（1）を踏まえて保健指導の候補者名簿を作成し、かかりつけ医に送付する。
- ② かかりつけ医は、送付された名簿をもとに、上記3（2）を踏まえて保健指導を実施することが適当と認めた者について、保健指導へ参加するよう促す。保健指導への参加について理解が得られた者を保健指導対象者とし、保険者に「糖尿病保健指導連絡票」を送信する（別添参考様式）。
- ③ 保険者は、保健指導対象者の参加希望を確認した上で、かかりつけ医から提供された保健指導に当たっての留意事項を踏まえて保健指導を実施するとともに、保健指導の内容や糖尿病連携手帳等の活用等について、かかりつけ医に情報提供する。

(留意点4)

- ・手順については、方法1を基本としつつ、方法2の考え方も取り入れ、個別に確認すべき対象者の基準を明確にした上で、該当者のみかかりつけ医に名簿を送付する方法や、保険者が、保健指導の候補者を通じてかかりつけ医から理解を得る方法等も考えられる。
- ・より専門的な保健指導を実施する場合には、方法2を採用することが望ましい。
- ・かかりつけ医が、患者の状況等から、保険者による保健指導が適当でない判断した場合、必ずしも、本プログラムに基づき、情報提供書を送信することとはならない。
- ・保険者が、保健指導対象者の情報の提供をかかりつけ医に依頼する場合には、保健指導対象者から同意を取得しておく必要がある。

(4) 保健指導の内容

原則として、保険者が個別に定める。ただし、病期の進行した患者に対してより専門的な保健指導を実施する場合には、医療機関と十分に連携を取りながら、スキルの高い専門職が保健指導を実施する必要がある。

(5) 実施保険者

かかりつけ医から個別の対象者について理解を得る方法(上記3(3)方法2)は、保健指導対象者の選定・同意に関する複数の保険者とのやり取り等については、かかりつけ医の負担となることが考えられるため、市町村国保における取組状況を踏まえつつ、他の保険者においては、かかりつけ医(郡市医師会)との合意を得て、順次を実施することとする。

(6) その他

これまでも様々な分野において、かかりつけ医との情報共有や理解のもとに、糖尿病治療中の者も対象となる様々な保健事業が行われている。また、糖尿病治療中の者が市町村等の実施する保健事業に参加した場合、対象者の状況に応じて、受診勧奨や生活習慣の改善に関する保健指導等、必要と考えられる対応を行うことがあり得る。本プログラムは、こうした従来の方法で行われている取組を妨げるものではなく、保険者がかかりつけ医とのより密接な連携の下に保健指導を実施する場合に活用されるものである。

4 かかりつけ医と糖尿病専門医等の連携

かかりつけ医と糖尿病専門医は、患者の病状を維持・改善するため、紹介・逆紹介を行うとともに、必要に応じて、合併症の治療を行う医師、歯科医師等と有機的な連携関係を構築する等、患者を中心とした医療を提供することが求められる。

なお、紹介・逆紹介を行う対象者は、各地域において例を参考に検討するものとする。

【かかりつけ医から専門医への紹介】(例)

- 1型糖尿病の場合

- 血糖コントロール不良（HbA1c (NGSP) 8.4%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

【専門医からかかりつけ医への逆紹介】（例）

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

5 事業の評価

（1）目的

より効果的・効率的に事業を展開するために取組内容を振り返ること、更に糖尿病性腎症重症化予防の最終目標は新規透析導入抑制であるため、短期的・中長期的な評価を継続的に実施する。

（2）方法

評価の方法として、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）の視点を用いた評価が活用できる。

事業の成果を分析し、地域の関係者等で情報共有を図ることが望ましい。

（3）短期・中長期的な評価

単年度ごとの事業評価も必要である一方、単年度では効果の見えづらい項目（内容）においては、中長期的な視点をもった評価を行うことが重要である。

（4）改善点の明確化とその対応

事業の実施状況の把握・分析結果に基づく改善方策等について関係者間で協議するなど具体的な方策について助言を得ながら検討していくことが望ましい。

<糖尿病性腎症重症化予防事業のアウトカム評価指標の考え方（例）>

<短期的指標（前・3か月後・6か月後）>

生活習慣改善意欲、QOL、

行動変容（食生活改善、軽い運動習慣、減酒、口腔衛生、等）

医療機関との連携による検査値把握（血圧、HbA1c、eGFR、尿蛋白等）

<1年後評価指標>

評価の構造を意識した分析

（第一層）食生活（減塩等）、喫煙、体重、飲酒、医療機関受診

（第二層）血糖・HbA1c、血圧、LDL コレステロール（または non-HDL コレステロール）

（第三層）腎機能：尿蛋白、クレアチニン、eGFR、尿アルブミン等、生活機能、QOL

参考資料：総医療費、外来医療費

<中長期的指標（2年～4年）>

検査値：腎症病期、eGFR 低下率、クレアチニン2倍化速度、HbA1c 血圧

レセプト：継続した受療率、服薬状況、医療費

心血管イベントの発症、その他糖尿病に関連した合併症の発症状況

<長期的指標：（5年～10年）>

レセプトによる受療状況、糖尿病性腎症による透析導入

（厚生労働省「糖尿病性腎症重症化予防プログラム（平成31年4月25日改定）」より抜粋）

6 円滑な事業の実施に向けて

本プログラムでは、糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組方策について示したが、実施に当たっては、各地域において保険者と医療関係者等が密接に連携して、事業を展開する必要がある。

また、各保険者において事業の取組成果を検証し、より効果的な取組につなげていく必要があり、保健指導対象者の選定方法や保健指導の効果の評価方法について、各地域の糖尿病の専門家の助言を受けることも重要である。

なお、本プログラムに記載のない事項については、平成31年4月25日に改定された「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」（日本医師会、日本糖尿病対策推進会議、厚生労働省）を参考とする。

糖尿病保健指導連絡票

令和 年 月 日

市町村国民健康保険担当課長 様

医療機関名

主治医

氏名	生年月日	年 月 日生	男・女
住所	電話番号		

保健指導に関する情報提供 (該当事項をチェックしてください。)

保健指導実施 適当 不適当

以下は必要に応じて記入してください。

下記の事項について保健指導を実施することが適当である。

- 食生活指導
 運動指導
 禁煙指導
 その他 ()

糖尿病に加えて、下記の疾患に留意して保健指導を実施することが適当である。

- 高血圧症
 脂質異常症
 肥満
 その他 ()

治療における目標 HbA1c (NGSP) () %

その他留意事項 ()

尿蛋白区分	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> A3
尿アルブミン定量(mg/日) 尿アルブミン/Cr比(mg/gCr)	30未満	30~299	300以上

e GFR区分	<input type="checkbox"/> G1	<input type="checkbox"/> G2	<input type="checkbox"/> G3a	<input type="checkbox"/> G3b	<input type="checkbox"/> G4	<input type="checkbox"/> G5
腎機能	正常または高値	正常または軽度低下	軽度~中等度低下	中等度~高度低下	高度低下	末期腎不全(ESKD)
数値(ml/分/1.73m ²)	≥90	60~89	45~59	30~44	15~29	<15