

千葉県糖尿病性腎症重症化予防プログラム

千葉県医師会
千葉県糖尿病対策推進会議
千葉県保険者協議会
千葉県糖尿病協会
千葉県

本プログラムの趣旨

平成28年4月20日付け保発0420第4号にて厚生労働省保険局長から「『糖尿病性腎症重症化予防プログラム』の策定について（依頼）」があり、県内市町村等における糖尿病性腎症重症化予防に向けた取組が円滑に実施できるよう都道府県レベルのプログラムの策定に向けて取り組むこととされた。

そこで県は、県医師会、県糖尿病対策推進会議と協議し、実施方法や体制整備について検討するため、関係機関・有識者を含めた「千葉県糖尿病性腎症重症化予防対策推進検討会」を設置し平成29年12月20日「千葉県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を策定した。

なお、糖尿病性腎症重症化予防対策は、千葉県健康増進計画「健康ちば21（第2次）」、千葉県保健医療計画、千葉県における健康福祉の取組と医療費の見直しに関する計画（医療費適正化計画）、千葉県国民健康保険運営方針に位置付けて施策を展開している。

1 基本的考え方

(1) 目的

糖尿病性腎症の発症・重症化のリスクを有する、糖尿病未治療者・健診未受診者・治療中断者・糖尿病により受診中で重症化リスクの高い者等に対して、受診・継続受診を勧奨すると併せて適切な保健指導を行い、糖尿病性腎症の重症化を予防し、ひいては人工透析への導入を阻止することで、県民の健康増進と医療費の適正化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、県内の各医療保険者（以下「保険者」）が、県内医療機関と連携して、重症化予防に取り組むための考え方や標準的な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、現在各保険者が既に行っている取組を尊重するものである。

(3) 取組に当たっての関係者の役割

地域における取組を検討するに当たっては、以下の役割分担例を念頭に関係者が密接に連携して対応することとする。

(千葉県糖尿病性腎症重症化予防対策推進検討会の役割)

千葉県糖尿病性腎症重症化予防対策推進検討会は、糖尿病性腎症重症化予防に係る国・都道府県における動向等について、構成団体に周知するとともに、医学的・科学的観点から県内保険者が実施する糖尿病性腎症重症化予防の取組について助言を行うなど、保険者の取組に協力する。

(県の役割)

千葉県は、千葉県糖尿病性腎症重症化予防対策推進検討会を開催し、本プログラムを関係団体へ周知し県民に啓発するとともに、糖尿病の発症と重症化を予防する生活習慣の改善に向けて、関係機関と連携し、保険者における事業取組が円滑に実施できるよう支援する。

また、県保健所は、管内の地区医師会、薬剤師会等と、必要に応じて連携調整を図る。

(市町村の役割)

各市町村は、国保部門及び保健衛生部門間で横断的に連携を図り、以下を実施する。

① 課題の分析

- ・健診データやレセプトデータ等を用いて、被保険者の疾病構造や健康課題を分析し、関係団体とともに課題認識の共有を行う。
- ・分析に当たっては、その地域が有する保険医療等に関する資源の実態（社会資源、専門的な医療人材の有無（糖尿病専門医や糖尿病療養指導士「CDEJ 又は CDE-Chiba」等）、かかりつけ医、かかりつけ薬剤師等専門医療機関との連携体制の状況）を明らかにする。

② 対策の立案

- ・①で明らかになった課題について、取組の優先順位等を考慮し、対策を立案する。
- ・立案に当たっては、地域の医療機関における連携体制のあり方、ハイリスク者抽出のための健診項目や健診実施方法、食生活や運動習慣の改善等のポピュレーションアプローチ等、様々な観点から保健指導や受診勧奨内容について検討する。
- ・その際、医師会等の関係団体とこれらの課題や対策について協議する。

③ 対策の実施

- ・②の議論の結果に基づき事業を実施する。事業実施に当たっては、千葉県国民健康保険団体連合会による支援や民間事業者への委託等も考えられる。民間業者に委託する場合は、進捗状況を経時的に確認し、必要に応じて軌道修正できるスキームの構築が望ましい。

④ 実施状況の評価

- ・③で実施した事業について、その結果を評価（評価方法については5を参照）し、PDCA サイクルに基づいて次の事業展開につなげる。

⑤ 千葉県糖尿病性腎症重症化予防対策推進検討会との連携

- ・事業実施状況や取組内容等について同検討会に報告し、必要に応じ協議し助言を得る。

(千葉県後期高齢者医療広域連合の役割)

千葉県後期高齢者医療広域連合は、後期高齢者について、上記に記載した市町村の役割を担うが、特に実施面では市町村後期高齢者医療担当部門が上記の役割を円滑に果たせるよう、市町村や関係機関と連携を図る。

(全国健康保険協会千葉支部及び健康保険組合連合会千葉連合会等に所属の各団体の役割)

全国健康保険協会千葉支部及び健康保険組合連合会千葉連合会等に所属する団体は、上記に記載した市町村の役割と同様に、当該団体に所属する加入者に係る健康課題の分析、対策の立案、実施、評価を行うよう努める。

(千葉県国民健康保険団体連合会の役割)

千葉県国民健康保険団体連合会は、市町村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対象者抽出等の支援を行うため、市町村や県等の関係機関と連携を図る。

(千葉県医師会・地区医師会の役割)

千葉県医師会及び地区医師会は、本プログラムを会員及び医療関係者に対して周知するとともに、かかりつけ医と専門医等との連携を強化して、保険者との連携体制の構築に向けて必要な協力を行う。また、千葉県糖尿病対策推進会議と連携協力してかかりつけ医等会員に対して糖尿病治療のエッセンス（日本糖尿病対策推進会議編）、糖尿病治療ガイド・糖尿病診療ガイドライン（日本糖尿病学会）や、糖尿病標準診療マニュアル（国立国際医療研究センター病院）や、CKD 診療ガイド（日本腎臓学会編）、生活習慣病からの新規透析導入患者の減少に向けた提言（日本腎臓学会編）に基づく治療が行われるための研修等を開催し、資質向上を図る。

(千葉県糖尿病対策推進会議)

千葉県糖尿病対策推進会議は、引き続き CDE-Chiba（千葉県糖尿病療養指導士／支援士）の養成を行うとともに、本プログラムや糖尿病性腎症重症化予防に係る国・都道府県における動向等について構成団体及び会員等に周知するとともに医学的・科学的観点から県内における糖尿病性腎症重症化予防の取組について助言を行うなど、保険者の取組に協力するよう努める。

また、千葉県医師会と連携協力してかかりつけ医等会員に対して糖尿病治療のエッセンス（日本糖尿病対策推進会議編）、糖尿病治療ガイド・糖尿病診療ガイドライン（日本糖尿病学会）、糖尿病標準診療マニュアル（国立国際医療研究センター病院）や CKD 診療ガイド（日本腎臓学会編）、生活習慣病からの新規透析導入患者の減少に向けた提言（日本腎臓学会編）に基づく治療が行われるための研修等を開催し、資質向上を図る。

(千葉県歯科医師会、千葉県薬剤師会、千葉県看護協会、千葉県栄養士会等の役割)

千葉県歯科医師会、千葉県薬剤師会、千葉県看護協会、千葉県栄養士会等関係団体は、本プログラムを会員及び医療従事者に周知するとともに、本プログラムの対象者が、确实

に受診を継続できるように、保険者と連携してかかりつけ医、糖尿病専門医及び腎臓専門医等の指示の下で療養指導を行い、対象者の糖尿病セルフケアを支援する。

(CDEJ・CDE-Chiba(日本・千葉県糖尿病療養指導士／支援士)の役割)

CDEJ・CDE-Chiba(日本・千葉県糖尿病療養指導士／支援士)は本プログラムの対象者が確実に受診を継続できるよう、かかりつけ医、糖尿病専門医及び腎臓専門医等の指示の下で、他の医療従事者と連携して療養指導を行い対象者の糖尿病セルフケアを支援する。

(千葉県糖尿病協会の役割)

千葉県糖尿病協会*は、本プログラム及び糖尿病連携手帳を、会員及び関係団体に周知するとともに、本プログラムの対象者が確実に受診を継続できるように保険者等の関係機関と連携して対象者の糖尿病セルフケアを支援する。

※糖尿病患者、家族、医療スタッフ等で組織されており、「患者・家族と広く予備群の方々への療養支援」等を行う団体である。

2 対象者の抽出基準

原則として、保険者が個別に定める基準に基づき糖尿病性腎症を発症・重症化する可能性のある者を対象者とし抽出するが、本プログラムが推奨する抽出基準は以下のとおりである。

◆ 「75歳未満の者を対象とする際の抽出基準」

(1) 2型糖尿病の診断を受けたことがない健診受診者(保険者が抽出する場合)

(フロー図1参照)

2型糖尿病未治療者のうち、健診データから空腹時血糖値 126mg/dl(随時血糖値 200mg/dl)以上又はHbA1c 6.5%以上の者であり、かつ次のいずれかである者

① 尿蛋白(±)以上

② 血清クレアチニン検査を行っている場合

ア. eGFR 60ml/分/1.73 m²未満(70歳以上:eGFR 50ml/分/1.73 m²未満)

イ. eGFR 60ml/分/1.73 m²以上(70歳以上:eGFR 50ml/分/1.73 m²以上)であっても1年間のeGFR低下が5ml/分/1.73 m²以上又は1年間のeGFRの低下率が25%以上

※①・②を満たさない場合、本プログラムの対象ではないが、糖尿病患者である可能性があるため、未受診の場合には受診勧奨する。

(2) 2型糖尿病の治療歴があるが治療を中断している者、又は治療中ではない当該年度健診未受診者(保険者又は歯科・眼科・薬局等の関係機関が抽出する場合)(フロー図2参照)

① 過去に一度でも糖尿病治療歴がある者、又は過去3年程度の健診にて空腹時血糖値が126mg/dl(随時血糖値 200mg/dl)以上若しくはHbA1c 6.5%以上が確認されている者で、最近1年間に、健診を受診した記録やレセプトデータから糖尿病で受診した記

録がない者。なお、過去の糖尿病治療歴については、レセプト上で「糖尿病名」「糖尿病治療薬等の投薬歴」があること。

- ② 歯科や眼科治療受診中の患者において糖尿病未受診や治療中断が判明した者
- ③ 薬局やイベント等における健康相談において眼科受診歴が無い者や定期的受診をしていない等、糖尿病の管理が不十分な者（糖尿病未治療者や治療中断者を含む）

※①～③の者が当該年度の健診を受診した場合はフロー図1に従い抽出を行うと共に、プログラム対象者となった場合には特に重症化の危険が高い者として注意を要する。

(3) 2型糖尿病で治療中の者(かかりつけ医等医療機関が抽出する場合) (フロー図3参照)

2型糖尿病治療中の者に対して定期的に行う検査（少なくとも1回/年）で、尿蛋白（±以上）、eGFR（基準値は（1）参照）、尿アルブミン（微量アルブミン 30mg/gCr以上）等により、糖尿病性腎症第2期以上の腎機能低下が判明し、実生活に即した保健指導が必要であると医師が判断した者

※なお上記の者が当該年度の健診を受診した場合はフロー図1に従い医療保険者が抽出を行うと共に、かかりつけ医等医療機関と連携して保健指導を行う。

◆「75歳以上の後期高齢者を対象者に抽出する上での留意事項」

後期高齢者については、「75歳未満の者を対象とする際の抽出基準」に合わせた一律のプログラムではなく、個人の状況に合わせてQOL維持・向上、要介護状態への移行阻止等を含めた包括的な対応が必要であることから、健診データからの対象者抽出に当たっては暫定的にHbA1c \geq 8.0%かつ尿蛋白（+）以上を基準とし、地域の実情に合わせて検討する。

3 介入方法

(1) 受診勧奨

保険者は、「2 対象者の抽出基準について」(1)～(3)で抽出された者に対して、個別に医療機関の紹介を含め受診勧奨を行う。対象者がかかりつけ医をもっていない場合には、千葉県保健医療計画中に記載された糖尿病治療を担う機能別医療機関のリストを活用して受診勧奨を行う。

受診勧奨の方法（手紙送付、電話、面接等）は、対象者の状態に応じて検討する。特に、糖尿病性腎症第2期に該当する者については、時宜を逸しない適切な介入により寛解する可能性があることから、強力な受診勧奨（訪問等）を行い保健指導に繋げる。

保険者は2～3か月後にレセプトデータにより受診勧奨後の受診の有無を確認し、受診の記録がない場合には、再度受診勧奨を行う。治療中断者については、内科のみならず歯科や眼科、医療機関や薬局等から保険者へ紹介の連絡があった者も対象とし、保健指導につなぐため本人の同意が得られるよう受診勧奨を行う。

(2) 保健指導

保険者は、「2 対象者の抽出基準について」(1)～(3)で抽出された者に対して糖尿病性腎症の管理の必要性を説明し、本人の同意を得て、保険者が一定の期間(3か月～6か月)、食事・運動指導等の対象者の実生活に即した具体的な保健指導を行う。なお、かかりつけ医がいる場合は対象者が当該プログラムに参画する旨をかかりつけ医に伝え連携する。

保険者及び医師は、「2 対象者の抽出基準について」(3)で抽出された者に対して糖尿病性腎症の管理の必要性を説明した上、保健指導への参加推奨を行い、参加意向を確認し、同意を得る(プログラム参加同意表明記載例は別紙1参照)。

糖尿病連携手帳等の所定の様式を活用して、かかりつけ医の治療方針を確認し、重症化を阻止・遅延するために、対象者の実生活に即した具体的な保健指導を実施する。

保健指導の内容は、原則として薬剤師、保健師、管理栄養士等の専門職が、かかりつけ医及び医療機関と連携し、原則的には以下の内容について3か月～6か月間を目安に複数回行うものとする。

- ・受診状況確認、受診継続指導
- ・医師の指示に基づく食事・運動等生活習慣に関する指導
- ・血糖・血圧のコントロールの確認、適切な服薬指導
- ・禁煙、適量飲酒等の生活指導
- ・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

◆腎症病期分類、対応例、病期に応じた保健指導等の内容例は付録資料図表1～図表4参照

4 実施体制

保険者は担当窓口を明確にし、医師会、地域の医療機関、事業を委託する場合は委託実施機関等他の関係機関と調整を図る。

かかりつけ医は、病歴聴取や診察、保険診療における検査等(定期的なeGFRの算出、尿アルブミン検査(基準は2対象者の抽出基準(1)及び(3)を参照)により対象者の病期診断、循環器疾患等のリスクや糖尿病合併症(網膜症等)の状況を把握し、本人に生活面の留意点を説明するとともに、保健指導上の留意点を保険者の保健指導の実施者に伝える。また、かかりつけ医は腎臓専門医、かかりつけ薬局等とも十分な連携をとり、一元的な情報提供に基づき、地域で対象者を中心とした切れ目のない医療を提供する。

さらに、かかりつけ医等医療機関は、以下の基準に基づき腎臓専門医へ紹介する。

◆かかりつけ医等医療機関から腎臓専門医への紹介基準

- (1) 高度の尿蛋白 尿蛋白/Cr比 0.50g/gCr以上又は(2+)以上
- (2) 尿蛋白と血尿がともに陽性(1+)以上
- (3) eGFR 45ml/分/1.73 m²未満

保険者、かかりつけ医、糖尿病・腎臓専門医、かかりつけ薬局薬剤師等は、「糖尿病連携手帳」等を活用して対象者の情報を共有[※]し、連携して医療提供と保健指導を行う。保健指導については、糖尿病療養指導や特定保健指導等の十分な経験を有し、糖尿病性腎症重症化予防のための研修等を受けた専門職が CDEJ、CDE-Chiba 等と連携して実施することが望ましい。

千葉県医師会及び千葉県糖尿病対策推進会議は、連携協力してかかりつけ医等に対して糖尿病治療のエッセンス（日本糖尿病対策推進会議編）、糖尿病治療ガイド・糖尿病診療ガイドライン（日本糖尿病学会）、糖尿病標準診療マニュアル（国立国際医療研究センター病院）や CKD 診療ガイド（日本腎臓学会編）、生活習慣病からの新規透析導入患者の減少に向けた提言（日本腎臓学会編）に基づく治療が行われるための研修等を開催し、資質向上を図っている医療機関名等の公表も今後検討する。また、引き続き CDE-Chiba の養成と資質の向上のための研修を行いながら、併せてプログラムを周知する。

※「糖尿病連携手帳」等を活用した対象者の情報の共有内容については、関係機関が情報共有しやすいように、以下の点に留意して明確に記載することが重要である。

- ・かかりつけ医、糖尿病・腎臓専門医等：診療日、診療方針、保健指導のポイント等
- ・保険者等関係機関：保健指導実施日、保健指導の内容等

5 プログラム評価指標

（保険者におけるプログラム運用の評価）

保険者は、本プログラムに基づく受診勧奨及び保健指導について、次の評価指標を参考に取組評価を行う。また、保険者は、本プログラムの対象者について、健診データやレセプトデータ等により翌年度以降もプログラム評価を行うことが望ましい。

（1）ストラクチャー評価

- ・目標を設定し、医師会等関係機関（委託の場合は委託業者も含む）と連絡・協力体制を確保しているか
- ・プログラム実施に必要な人員の確保はしているか
- ・保健指導の実施者は、薬剤師、保健師、管理栄養士等専門の職員を置くなどして、実施体制を確保しているか

（2）プロセス評価

- ・糖尿病連携手帳を活用したプログラム実施手順書等を作成するなどして、関係者間で意見を交換し情報共有しているか
- ・対象者の抽出、事業説明、受診勧奨、保健指導、評価等、各段階で評価しているか
- ・対象者に合わせた実施内容を準備できているか

(3) アウトプット評価

- ・受診勧奨を行った人数（医療機関未受診者数の内、受診勧奨を行った人数）
- ・対象者の内、保健指導が実施できた割合（保健指導対象者数の内、保健指導（初回面談が実施できた人数・保健指導を完了した人数））

(4) アウトカム評価

① 短期的指標（保健指導終了前・後・1年後）

- ・医療機関受診につながった人の人数（医療機関未受診者数の内、受診勧奨を行った人数・医療機関受診につながった人数）
- ・生活習慣改善意欲、QOL、行動変容（食生活改善・運動習慣・禁煙・減酒 等）
- ・対象者の検査値（体重・BMI、空腹時血糖値、HbA1c、eGFR、尿蛋白等）の改善率
- ・対象者の内、保健指導に参加しなかった者の人数
- ・プログラム内容に関する満足度や参加者の意識・行動の変化（【参考となるアンケート項目例】は別紙2参照）

② 中長期的指標（2年～4年）

- ・医療機関受診につながった人の継続した受療率・服薬状況
- ・対象者の検査値（体重・BMI、空腹時血糖値、HbA1c、eGFR、尿蛋白、アルブミン尿）の評価、及び特定健診受診者全体の検査値の評価
- ・医療費、糖尿病性腎症による透析導入数（率）

③ 長期的指標（5年～10年）

レセプトによる受療状況、医療費、糖尿病性腎症による透析導入数（率）

※これら以外にも、各保険者の実情に応じて評価項目を具体的に定めることができる。

（眼科・歯科受診状況、薬局等）

(県におけるプログラム運用の評価)

(1) ストラクチャー評価

- ・目標を設定し、医師会等関係機関（委託の場合は委託業者も含む）と連絡・協力体制を確保しているか
- ・プログラム実施に必要な医師・専門職等との連携体制を確保しているか

(2) プロセス評価

- ・プログラムを策定し、医師会や医療機関、保険者等関係機関への周知・啓発を実施しているか
- ・関係者間で、プログラムに関する県の対応策や保険者の取組内容の共有を図っているか
- ・糖尿病治療実施医療機関の糖尿病連携手帳使用率（千葉県保健医療計画改定に関する調査）

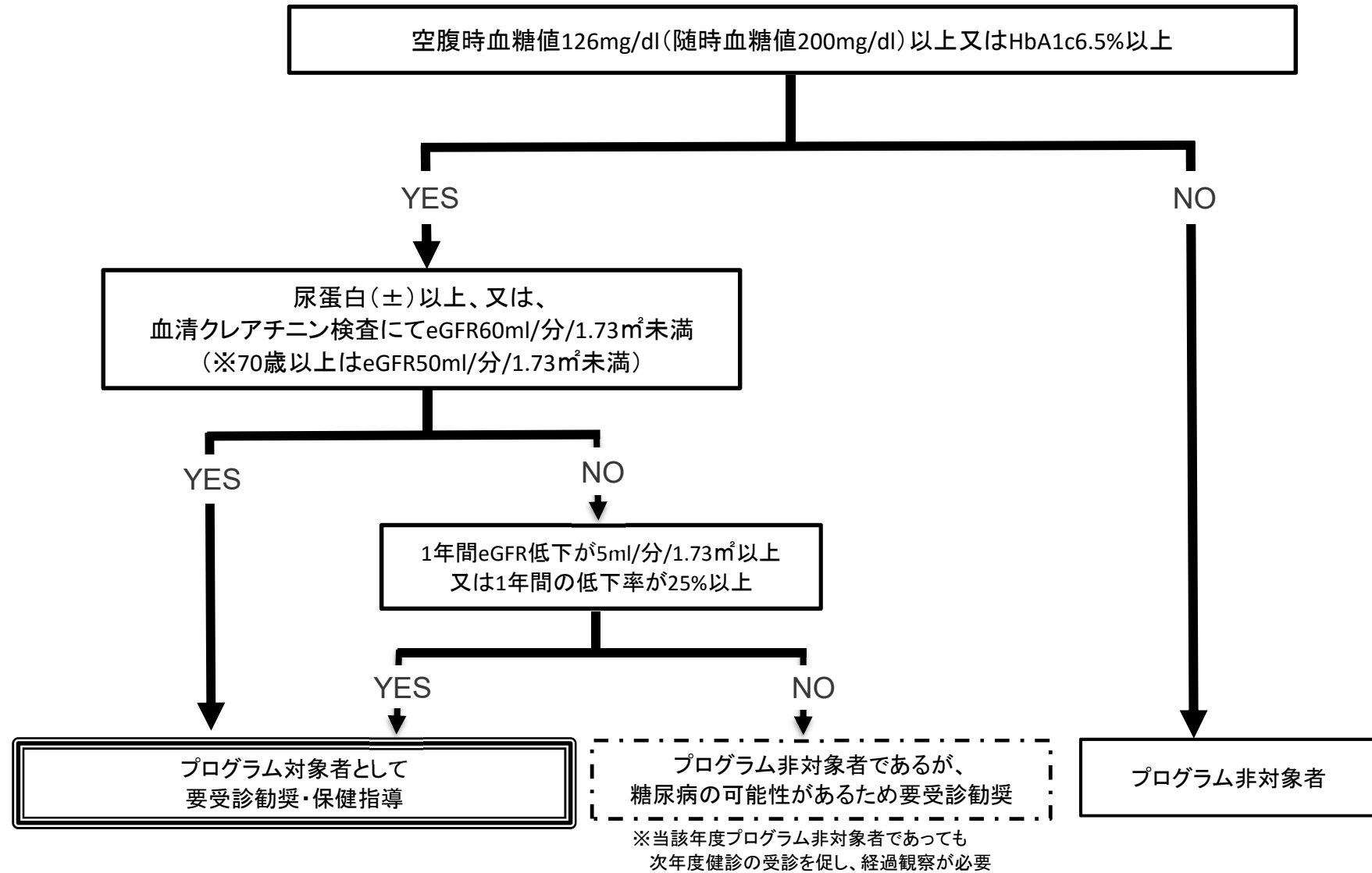
(3) アウトプット評価

- ・プログラム及び糖尿病性腎症重症化予防の取組保険者数（保険者努力支援制度申請市町村数）
- ・プログラム実施に連携協力している医療機関数等

(4) アウトカム評価

- ・糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数（日本透析医学会）
- ・治療継続者の割合（生活習慣アンケート）
- ・HbA1c 6.5%又は空腹時血糖値 126mg/dl 以上で、かつ尿蛋白（±）以上の者のうち糖尿病未治療者の割合（特定健診・特定保健指導に係るデータ分析）
- ・医療費（国民健康保険病類別疾病統計表）

図1 2型糖尿病の診断を受けたことがない健診受診者の場合の対象者抽出フロー図(保険者が健診データから抽出)



※ なお、プログラム対象者の中で、過去に糖尿病の治療歴があるものの、レセプト上で最近1年間糖尿病の治療歴がない場合は、糖尿病性腎症重症化の可能性があるので、特に強い勧奨が必要である。

図2 2型糖尿病の治療歴があるが治療を中断している者、又は治療中ではない健診未受診者の場合の対象者抽出フロー図(保険者及び関係機関が抽出)

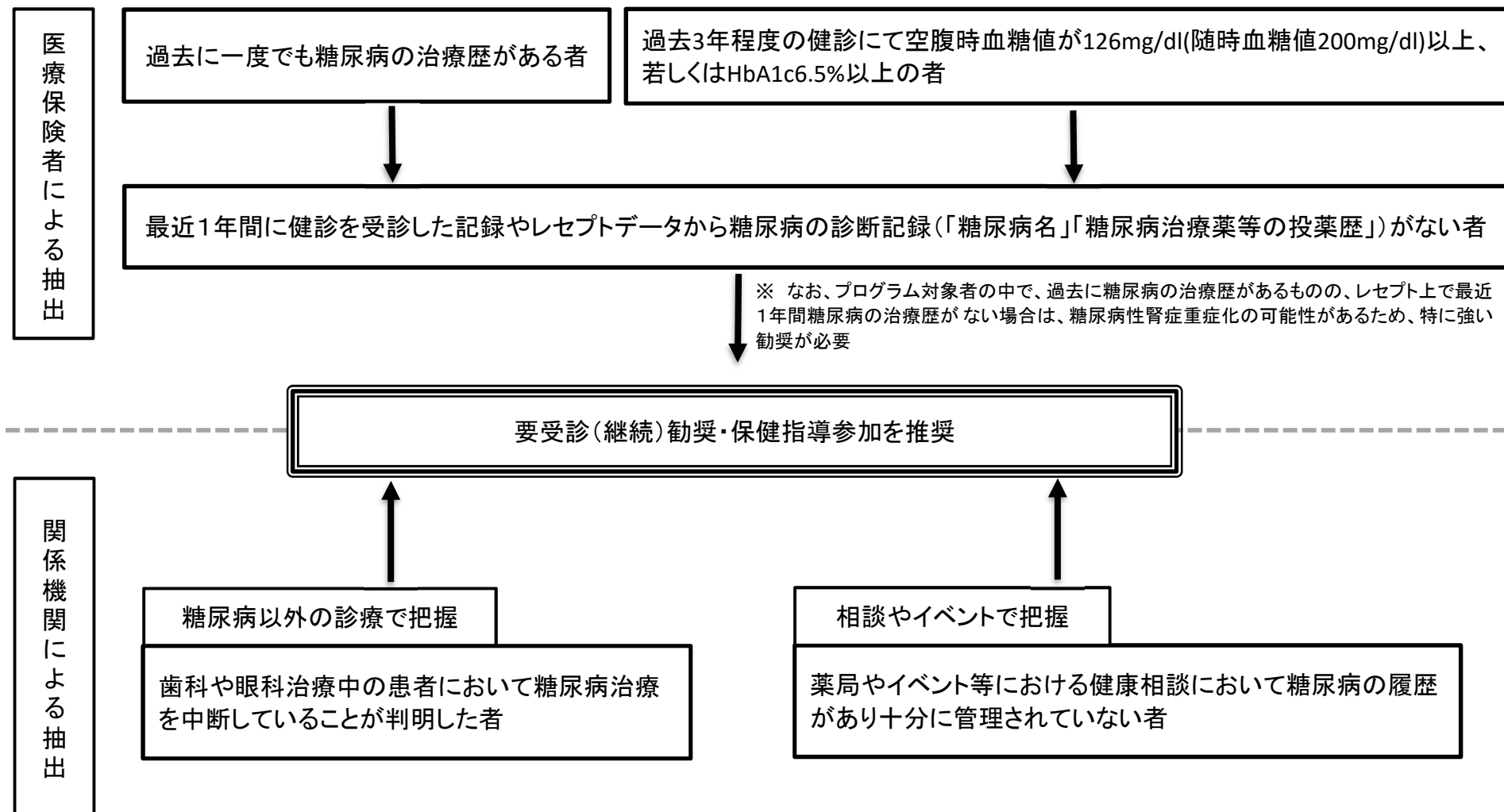
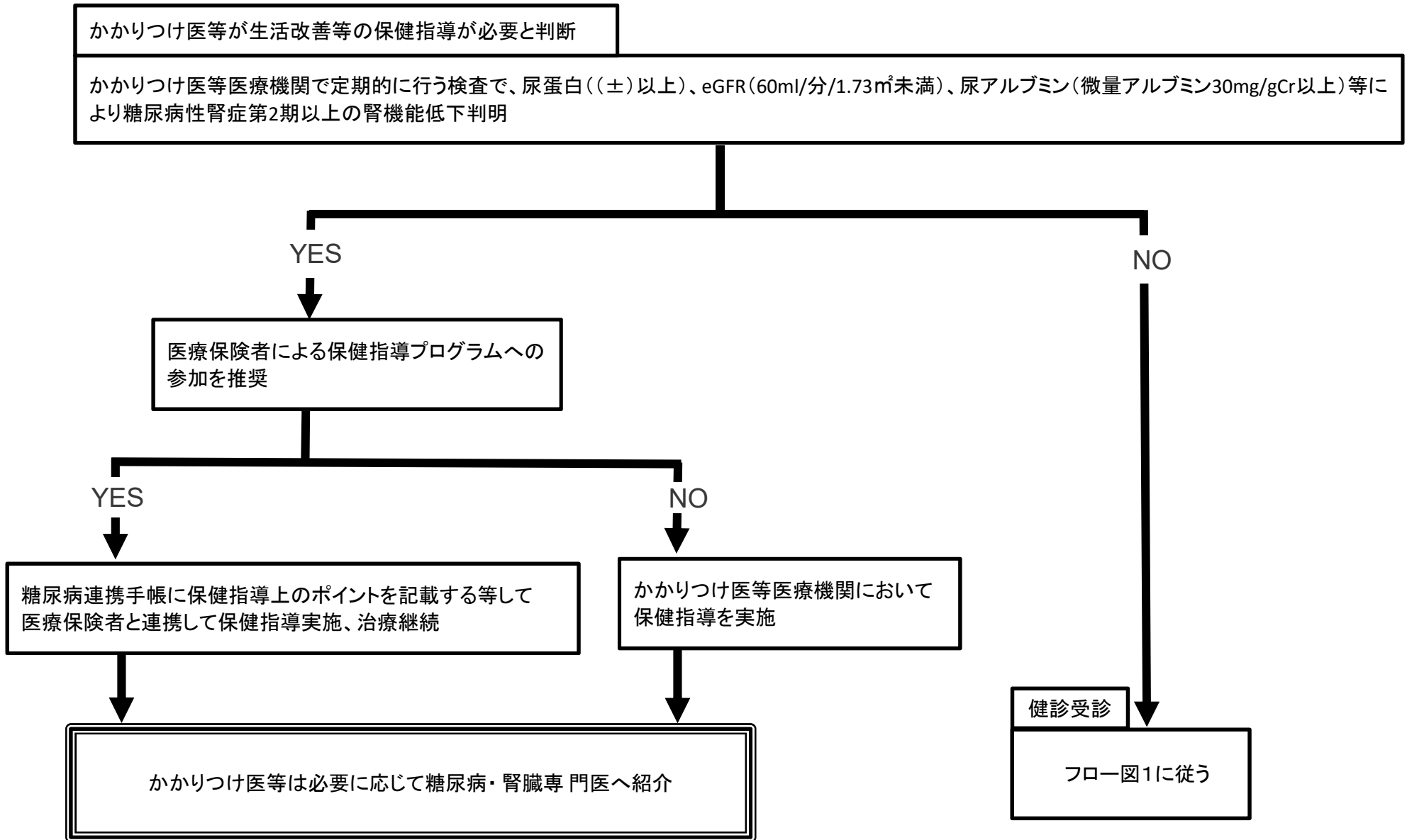


図3 2型糖尿病で治療中の者の場合の対象者抽出フロー図(かかりつけ医等医療機関が抽出)



糖尿病性腎症重症化予防プログラム参加同意表明記載例

対象者のプログラム参加同意表明記載例の一つとして、日本糖尿病協会が作成・発行している「糖尿病連携手帳」を活用することが考えられる。その場合、連携パスの使用は不要であるため記載の必要はない。

【 活用方法例 】

糖尿病連携手帳 P7 を活用した例

■ ●●市▲▲課 (連携パスの使用 / なし ・ あり)

「私は●●市の糖尿病性腎症重症化予防プログラムへの参加を同意します」

対象者氏名 (自署): 千葉県 太郎

TEL: ()

■ (連携パスの使用 / なし ・ あり)

TEL: ()

【対象者の参加同意を得る際の説明事項の例】

1. (保険者) は、かかりつけ医の治療方針に基づき、電話・面接・必要時訪問等により、生活習慣の改善に向けた保健指導を行います。
2. 保健指導は概ね (3 か月～6 か月) 程度であり、その間保険者とかかりつけ医等の関係する機関は、診療情報等の保健指導に必要な情報を共有します。
3. 糖尿病治療に関する指示はかかりつけ医に従ってください。
4. (保険者) が実施するプログラムスケジュールは以下のとおりです。

| 例 | 開始月 | 1 か月 | 2 か月 | 3 か月 | 4 か月 | 5 か月 | 6 か月 |
|---|-------|------|-------|------|-------|------|------|
| | 対面で面接 | 電話 | 対面で面接 | 電話 | 対面で面接 | 電話 | 電話 |

【参考となるアンケート項目例】

保健指導が効果的であるかどうかについては、プログラム参加前後に、プログラム参加者の意識と行動の変化や満足度等の変化をアンケート等により確認することで評価することも可能である。

以下は、参考となるアンケート項目の一覧である。(我孫子市実施アンケートより一部抜粋)

《自己管理への自信に関する質問》

- ・自分の体に気を配ることができる
- ・健康のためなら喫煙、飲酒はやめることができる
- ・規則正しい生活を送ることができる
- ・病気に必要な検査は続けて行うことができる
- ・適度な運動を計画通りに続けることができる
- ・食事の制限についての自己管理ができる
- ・薬を指示通りに飲むことができる
- ・医師や看護師等の医療関係者の指示を守ることができる
- ・適度な体重を維持することができる
- ・病気の再発を防ぐために定期的に治療を受けることができる
- ・体調が悪くなったときの対処が自分でできる
- ・病気に関することは受け入れることができる

等

千葉県糖尿病性腎症重症化予防対策推進検討会委員名簿

平成29年12月20日現在

| 各所団体 | 各委員 |
|---------------------------|------------|
| 船橋市 | 荒 井 光 代 |
| 船橋市 | 岩 埜 則 昭 |
| 我孫子市 | 辻 恵 |
| 千葉県後期高齢者医療広域連合 | 田 上 裕 行 |
| 健康保険組合連合会千葉連合会 | 柳 賢 一 |
| 全国健康保険協会千葉支部 | 蒔 田 洋 |
| 千葉県国民健康保険団体連合会 | 伊 藤 佳 明 |
| (公社) 千葉県医師会 | ○海 村 孝 子 |
| (一社) 千葉県糖尿病対策推進会議 | 橋 本 尚 武 |
| (独) 国立病院機構千葉東病院 | 今 澤 俊 之 |
| (国) 千葉大学 | ◎横 手 幸 太 郎 |
| (公社) 日本糖尿病協会千葉県支部千葉県糖尿病協会 | 三 村 正 裕 |
| 千葉県保健所長会 | 藤 川 眞 理 子 |

(順不同、敬称略、◎会長、○副会長)

○ オブザーバー

一般社団法人 千葉県歯科医師会

一般社団法人 千葉県薬剤師会

公益社団法人 千葉県看護協会

公益社団法人 千葉県栄養士会

付録資料集

【図表 1】糖尿病腎症病期分類^{注1)} (2017年版 糖尿病治療のエッセンスより引用)

| 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/1.73m ²) |
|------------|--|---|
| 第1期(腎症前期) | 正常アルブミン尿(30未満) | 30以上 ^{注2)} |
| 第2期(早期腎症期) | 微量アルブミン尿(30~299) ^{注3)} | 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 ^{注4)} |
| 第4期(腎不全期) | 問わない ^{注5)} | 30未満 |
| 第5期(透析療養期) | 透析療養中 | |

注1) 糖尿病腎症は、必ずしも第1期から順次第5期まで進行するものではない。本分類は、厚労省研究班の成績に基づき予後を勘案した分類である。

注2) GFR60ml/分/1.73m²未満の症例はCKDIに該当し、糖尿病腎症以外の原因が存在し得るため、他の腎臓病との鑑別診断が必要である。

注3) 微量アルブミン尿を認めた症例では、糖尿病腎症早期診断基準に従って鑑別診断を行った上で、早期腎症と診断する。

注4) 顕性アルブミン尿の症例では、GFR60ml/分/1.73m²未満からGFRの低下に伴い腎イベント(eGFRの半減、透析導入)が増加するため、注意が必要である。

注5) GFR30ml/分/1.73m²未満の症例は、尿アルブミン値あるいは尿蛋白値にかかわらず、腎不全期に分類される。しかし、とくに正常アルブミン尿・微量アルブミン尿の場合は、糖尿病腎症以外の腎臓病との鑑別診断が必要である。

【図表 2】医療機関受診・健診受診の有無・病期別の国保等の対応例】

| | 健診受診あり | | | 健診受診なし | |
|--------------------------------------|--|--|---|--|-------------------------------------|
| | 腎症第1~2期 | 腎症第3期 | 腎症第4期 | 糖尿病履歴なし | 糖尿病履歴あり |
| 糖尿病等生活習慣病 関連レセプトあり | 医療機関での管理 治療中断しがちな場合の保健指導 保健資源を活用した予防事業 | | 主治医に健診結果連 絡、腎症対策強化に ついて連携 | / | 医療機関での管理主 体に 年に1度の健診受診 は促す |
| | 第2期に対する腎症 予防事業 | 医療と連携した腎症 悪化防止のための保 健指導 | ※ | | |
| 他疾患レセプトはある が、糖尿病等のレセ プト、内科受診なし | 糖尿病管理の必要 性を本人に通知、 HbA1c等検査値に応 じて受診勧奨・保健 指導 | 糖尿病・腎症対策の 必要性を本人に通知 し、適切な医療につ ながるよう、受診勧 奨・保健指導 | 本人(主治医)に健 診結果を通知、糖尿 病性腎症の適切な医 療につなげる | 健診受診勧奨 3年以上健診未受診 の場合の対応策等 腎症対策以外の一 般的な取組 | 健診または医療機関 受診(生活習慣病管 理)の積極的な促し |
| 医科レセプトなし | | | 強力な受診勧奨 | | |

※ 医療機関との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ことも考えられる

【図表3 健診・レセプトデータで抽出した対象者に対する対応例（検査値別）】

| | | 対応不要 レベル | 情報提供レベル | 受診勧奨 (集団対応レベル) | 医療機関連携・個別対応レベル | |
|--------------------------|----------------------------|-------------------|--------------------------|-----------------------------|---------------------------|--------------------|
| 検査値の目安 | HbA1c | HbA1c<5.6 | 5.6≤HbA1c<6.5 | 6.5≤HbA1c<7.0 | 7.0≤HbA1c<8.5 | 8.5≤HbA1c |
| | ※1 糖尿病の場合の ※2 血糖値 | | 120≤SBP<130 85≤DBP<90 | 130≤SBP<140 85≤DBP<90 | 140≤SBP<160 90≤DBP<100 | 160≤SBP 100≤DBP |
| | ※1 糖尿病の場合の 尿蛋白 | | | (±) 尿アルブミン測定を推奨 | (+) | (2+) |
| 情報提供 | パンフ・資料提供 ※3 | 検査値の見方・健康管理等 ⇒ | | 糖尿病に関する情報 ⇒ | 腎症、合併症予防等 ⇒ | |
| 受診勧奨 (未治療・中断 中の場合) | はがき・受療行動確認 | | | 結果表につけて 受診勧奨 | レセプト受診確認 | |
| | 電話(受診勧奨、確認) | | | | 電話で受診勧奨 | 電話で受診勧奨、受診 確認 |
| | 保健指導型受診勧奨 | | | | 個別面談 | 個別面談、訪問、電話 フォロー |
| 保健指導 (生活習慣改善 指導) | 動機づけ支援型対面保 健指導 | | 結果説明会 | 糖尿病を対象とした集団教室 (単発型)、個別面談 | 個別面談、訪問 | 個別面談、訪問、受診 確認 |
| | 積極的支援型継続的保 健指導 | | 生活習慣病予防教室等 | 集団教室(継続型) 個別面談 | 個別面談、訪問訪問、 電話による支援 | 継続的支援+受診確認 |

※1: 空腹時血糖≥126mg/dl、またはHbA1c≥6.5%、または、糖尿病治療中、過去に糖尿病薬使用

※2: 75歳以上では10mmHg高い設定とする

※3: eGFR<30は腎不全期に相当するため、本表の適応範囲ではない

※4: 矢印の太さは必要性

【図表4 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 | 評価 |
|-------|-----------------------------|------------------------|---|--|---|-----------------------------------|
| 第1～2期 | ※1 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(別表) 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 点を置いた指導 | Cr、蛋白尿・尿アルブ ミン測定による病期確定 血糖、血圧管理 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 | 行動変容 血圧・血糖・脂質、BMI、 喫煙、腎機能 |
| 第3期 | ※1 糖尿病かつ 尿蛋白(+) 以上 | 顕性腎症 腎機能低下防止 | ※2 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、蛋白尿、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 | 受療状況、生活習慣、 血糖・血圧・脂質、喫 煙、腎機能 |
| 第4期 | ※1 糖尿病かつ eGFR<30 | 透析直前期 透析導入時期の延 伸 | ※2 強力な受診勧奨と、受診確認、 治療中断防止 ※3 | 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 | 受診につながった割合 |

※1 空腹時血糖≥126mg/dl、またはHbA1c≥6.5%、または過去に糖尿病の履歴(薬剤服用等)

※2 未治療者への対応

※3 医療機関との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ことも考えられる

図表2～図表4は国プログラムより引用