

福岡県糖尿病性腎症重症化予防プログラム

令和3年3月

公益社団法人福岡県医師会
福岡県糖尿病対策推進会議
福岡県糖尿病性腎症重症化予防対策協議会
福 岡 県

福岡県糖尿病性腎症重症化予防プログラム

目次

1	本プログラム策定・改定の背景	1
(1)	策定の背景	1
(2)	改定の背景	1
2	基本的な考え方	1
(1)	プログラムの目的	1
(2)	プログラムの性格	1
(3)	プログラム策定に当たり留意した事項	1
(4)	郡市区医師会との連携	2
3	取組みの流れ	2
(1)	プログラム対象者の選定	2
ア	対象者の要件	2
イ	プログラム対象者の抽出方法	3
(ア)	健診受診者のうち医療機関未受診の者	3
(イ)	糖尿病治療中断者	4
(ウ)	糖尿病治療中で保健指導が必要な者	4
ウ	プログラムの対象外とする者の条件	5
(2)	介入	5
ア	基本的な考え方	5
(ア)	医療機関への受診勧奨	5
(イ)	保健指導	5
イ	対象者ごとの介入方法	6
(ア)	「健診受診者のうち医療機関未受診の者」	
	「糖尿病治療中断者のうち健診を受診している者」	6
(イ)	「糖尿病治療中断者のうち健診を受診していない者」	6
(ウ)	「糖尿病治療中で保健指導が必要な者」	7
(3)	保険者における取組みの優先順位と保健指導	8
(4)	事業の評価	8
(5)	実施上の留意点	9
4	各主体の役割	10
(1)	福岡県糖尿病対策推進会議	10
(2)	県	10
(3)	福岡県糖尿病性腎症重症化予防対策協議会（県主催）	10
(4)	市町村	11
(5)	福岡県後期高齢者医療広域連合	11
(6)	被用者保険等	11
(7)	福岡県国民健康保険団体連合会	12
(8)	地域における医師会	12
(9)	その他関係団体	12

※参考資料

- (1) 連絡票（様式1）
- (2) 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
- (3) 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

1 本プログラム策定・改定の背景

(1) 策定の背景

生活習慣病である糖尿病は、放置することにより網膜症・腎症などの合併症を引き起こす。中でも糖尿病性腎症が重症化すると、新規の人工透析導入につながるなど、患者のQOLを著しく低下させるのみならず、医療経済的にも大きな負担を社会に強いる。このため、糖尿病性腎症の重症化予防に着目した取組みが重要である。

福岡県では、県健康増進計画（計画期間 H25～R4）で「糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数の減少」を目標に掲げ、糖尿病の発症予防及び重症化予防に取り組んでいるが、新規透析導入患者数は平成 25 年度以降も横ばいで推移しており、一層の取組み強化が必要となっている。

医療保険者（市町村国保、後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）、被用者保険等。）（以下「保険者」という。）が糖尿病性腎症の重症化予防の取組みを効果的に行うことができるよう、日本医師会、日本糖尿病対策推進会議及び厚生労働省による「糖尿病性腎症重症化予防に係る連携協定」に基づき策定された「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を参考に、県及び保険者や医療関係者等の各主体の役割、対象者の選定基準、介入方法等についてのプログラムを策定した。

(2) 改定の背景

日本医師会、日本糖尿病対策推進会議及び厚生労働省の「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」が平成 31 年 4 月 25 日に改定されたことから、この内容を反映するとともに、これまでの取組みを踏まえた改定を行う。

2 基本的な考え方

(1) プログラムの目的

糖尿病が重症化するリスクが高い医療機関未受診者・治療中断者に対し、適切な受診勧奨、保健指導を行い治療に結びつけること、及び、糖尿病性腎症等で通院する患者の中から、重症化リスクが高い保健指導対象者を選定し、保健指導を行うことにより、腎不全、人工透析への移行を防止す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、保険者が医療機関等と連携して重症化予防に取り組むための基本的な考え方や方法を示すものである。

保険者の取組み内容は、それぞれの実情に応じたものとするのが可能であり、既に行われている取組みを妨げるものではない。

なお、本プログラムに記載のない事項については、国のプログラムを参考とする。

(3) プログラム策定に当たり留意した事項

本プログラムは以下の点を満たす取組みとなるよう作成している。各保険者において糖尿病性腎症重症化予防（以下「重症化予防」という。）に取り組む場合も、これらの点を満た

すよう実施することが望ましい。

- ① 対象者の抽出基準が明確であること
- ② かかりつけ医と連携した取組みであること
- ③ 保健指導を実施する場合には、専門職が取組みに携わること
- ④ 事業の評価を実施すること
- ⑤ 取組みの実施にあたり、糖尿病対策推進会議等との連携（対応策の議論や取組内容の共有など）を図ること

＜参考＞令和3年度保険者努力支援制度「指標3 糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況」

- ① 対象者の抽出基準が明確であること
- ② かかりつけ医と連携した取組みであること
- ③ 保健指導を実施する場合には、専門職が取組に携わること
- ④ 事業の評価を実施すること
- ⑤ 取組の実施に当たり、地域の実情に応じて糖尿病対策推進会議等との連携（対応策の議論や取組内容の共有など）を図ること
- ⑥ 健診結果のみならず、レセプトの請求情報（薬剤や疾患名）も活用し、糖尿病性腎症対象者の概数を把握していること
- ⑦ ①の抽出基準に基づき、全ての糖尿病未治療者及び治療を中断した者に対して、文書の送付等により受診勧奨を実施していること。また、実施後、対象者の実施の有無を確認し、受診がない者には更に面談等を実施していること
- ⑧ 特定健診受診者のうち、HbA1cが8.0%以上の未治療者割合が小さい順に、平成30年度の市町村規模別の自治体上位3割に当たる割合を達成している場合
- ⑨ 保健指導対象者のHbA1c、eGFR、尿蛋白等の検査結果を確認し、取組の実施前後でアウトカム指標により評価していること。

（4）郡市区医師会との連携

- ・ 糖尿病性腎症重症化予防の取組みは、地域のかかりつけ医との連携が重要であることから、保険者は、本取組みの目的、対象者の選定基準、取組内容について郡市区医師会へあらかじめ説明及び協力要請を行う。
- ・ 保健所は保険者と郡市区医師会との連携体制づくりや取組みを支援する。
- ・ かかりつけ医から保険者への保健指導の内容の指示や留意事項の伝達様式（連絡票（様式1）参照）を定めるとともに、保険者からかかりつけ医へ保健指導内容を情報提供する。

3 取組みの流れ

（1）プログラム対象者の選定

本プログラムの対象者は、糖尿病であり、腎機能が低下している者とする。

ア 対象者の要件

以下①②のいずれにも該当する者

- ① 2型糖尿病であること … (a)～(c)のいずれかに該当
 - (a) 空腹時血糖 126mg/dl（随時血糖 200mg/dl）以上又はHbA1c6.5%以上
 - (b) 現在、糖尿病で医療機関を受診している

- (c) 過去に糖尿病薬使用歴又は糖尿病による医療機関の受診歴がある
(但し、直近の健診データ等により糖尿病の診断基準に該当しない者を除く)

②腎機能が低下していること …(a)～(d)のいずれかに該当

- (a) 検査値より腎症4期：eGFR 30ml/分/1.73 m²未満
(b) 検査値より腎症3期：尿蛋白(+)以上
(c) 腎症2期以下の場合には、以下を参考に判断
- ・ eGFR 45ml/分/1.73 m²未満
 - ・ eGFR 60ml/分/1.73 m²未満のうち、年間5ml/分/1.73 m²以上低下
 - ・ 糖尿病網膜症の存在
 - ・ 微量アルブミン尿の確認、あるいは尿蛋白(±)※
 - ・ 高血圧のコントロールが不良(目安140/90mmHg以上)

※糖尿病に加えて尿蛋白(+)以上であれば第3期と考える。また尿蛋白(±)は微量アルブミン尿の可能性が高いため、医療機関で積極的に尿アルブミンの測定を行うことが推奨される。

- (d) レセプトに糖尿病性腎症、もしくは腎機能低下を示す病名が記載されている

<図表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)	備考
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	医療機関で診断
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	健診で把握可能
第4期 (腎不全期)	問わない	30未満	Cr測定を実施している 保険者は判別可能
第5期 (透析療法期)	透析治療中		

※ なお、後期高齢者については、年齢や罹患状況に応じた柔軟な対応が求められるため、下記

①～③のいずれかに該当する者を優先的に抽出することとする。

		優先度高
① HbA1c	7.0%以上	8.0%以上
② 尿蛋白 eGFR	(+)以上 45未満	(2+)以上 30未満
③ 血圧	140/90mmHg以上	150/90mmHg以上

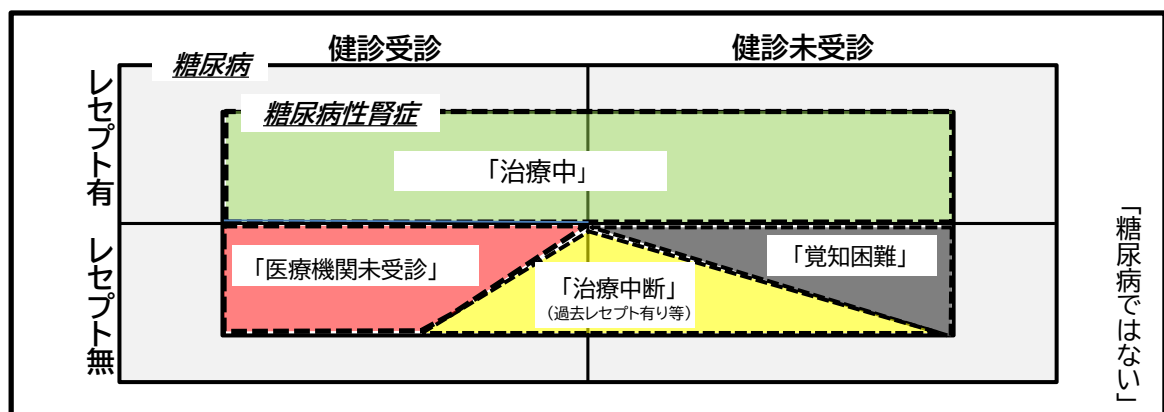
イ プログラム対象者の抽出方法

(7) 健診受診者のうち医療機関未受診の者

- a 実施者 保険者

- b 抽出方法 健診及びレセプトデータを活用し、アの要件に該当する者のうち、レセプト等により過去1年以内に糖尿病受療歴が確認できない者を抽出する。
 (留意事項) 血清クレアチニンを測定していない保険者は、尿蛋白が陰性の4期を見落とす可能性があることに留意すること
- (イ) 糖尿病治療中断者
- a 実施者 保険者、眼科医師、歯科医師、薬剤師等
- b 抽出方法 健診及びレセプトデータを活用する等により、以下の者を抽出する。
- ・ 過去に糖尿病治療歴又は糖尿病薬使用歴があるものの、最近1年間に健診受診歴やレセプトにおける糖尿病受療歴がない者（直近の健診データで糖尿病の診断基準に該当しない者を除く）
 - ・ 糖尿病網膜症や歯周病等を治療中の患者のうち糖尿病治療を中断していることが判明した者
 - ・ 薬局やイベント等での健康相談で糖尿病の履歴があり、糖尿病を十分に管理できていない者
- (ウ) 糖尿病治療中で保健指導が必要な者
- a 実施者 保険者、かかりつけ医
- b 抽出方法 アの要件に該当する糖尿病治療中の者を抽出し、「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た患者の中で、医師が保険者の保健指導が必要と判断し、同意を得た患者」を選定する。
 (保険者が抽出する場合は、かかりつけ医に保健指導の必要性を確認)
- (保険者の保健指導が必要な場合の例)
- ・ 生活習慣の改善が困難な患者
 - ・ 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場合
 - ・ 専門病院との連携が困難な地域
 - ・ 地域の実情により、地域包括ケア等の連携体制の中での取組みが望ましいと考えられる場合

(イメージ図)



※「レセプト有」「無」の“レセプト”は、現在治療中(1年以内に受療しているもの)の糖尿病のレセプトを指す。

ウ プログラムの対象外とする者の条件

- ・ 1型糖尿病である者
- ・ がん等で終末期にある者
- ・ 認知機能障害等により保健指導の実施が困難な者
- ・ 糖尿病透析予防指導管理料の算定対象となっている者（ただし、かかりつけ医が必要と認めた場合は、保険者が対応可能な範囲で対象とする）
- ・ その他の疾患を有するなど、かかりつけ医が除外すべきと判断した者

(2) 介入

ア 基本的な考え方

(7) 医療機関への受診勧奨

- ・ 抽出した医療機関未受診・治療中断中の全対象者に対して行い、医療機関受診へとつなげることを原則とする。対象者に連絡票を交付し、医師に渡すよう指示する。
- ・ 手法の例として「文書通知・はがき」「電話」「面談」がある。対象者によってこれらを組み合わせるなど、保険者が適当と判断した方法をとる。一回の勧奨で受診しない対象者に対しては、方法を変えるなどして勧奨を継続する。

(4) 保健指導

- ・ 保健指導は、プログラム対象者となるハイリスク者のうち、保健指導が必要な者に対して行う。
- ・ 健診データや医療機関での検査値等を用い、自身の健康状態（糖尿病性腎症等）を正しく理解してもらい、病気の進行を防ぐために必要な生活習慣の改善を認識し、行動の変容（生活習慣改善対策）につなげることを目標とする。
- ・ 保健指導は、腎症の病期に応じたものとする。（8ページ図表3参照）
- ・ 保健指導を開始するにあたり、患者の受診状況や状態により、以下の2つの方法が考えられる。

【方法1：医療機関の受診後に医師の指示に基づいて実施】

保険者が抽出した対象者が連絡票を携えて医療機関を受診し、医師が、保健指導が必要と判断し、患者も指導を受けることに同意した場合に、連絡票に記載された医師の指示に従って行う（面談による受診勧奨が、保健指導へと移行するケースもあるが、その場合も必ず受診を勧奨する）。

【方法2：医療機関への受診勧奨と並行して開始】

保険者は、本取組みの目的、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郡市区医師会に包括的に承認を得た後、受診勧奨と並行して保健指導を開始する（個々の対象者ごとに保健指導の実施の可否を確認しない）。

なお、この場合の保健指導の内容は、「糖尿病性腎症重症化予防に関する事業実施の手引き」（厚生労働省保健局国民健康保険課、2019年3月）を参考とする。

イ 対象者ごとの介入手法

(7) 「健診受診者のうち医療機関未受診の者」

「糖尿病治療中断者のうち健診を受診している者」

(医療機関への受診勧奨)

- ① 健診結果の通知時に「受診が必要」と明記した勧奨文書を送付する。
- ② 一定期間経過後、受診が確認できない場合は複数回の電話、面談により勧奨を継続する。この際、受診しない理由を聞き取り、これに応じた勧奨を継続する。

(保健指導)

【方法1：医療機関の受診後に医師の指示に基づいて実施】

- ③ かかりつけ医は、診察の結果、保険者による保健指導が必要と判断した場合は、保健指導を受けるよう促す。この際、患者が持参した連絡票に必要事項を記入し、保険者に返送する。
- ④ 保険者は、医師からの連絡票を受領した後、連絡票の記載内容を参考に保健指導を行う。保健指導の実施内容や行動変容について「糖尿病連携手帳」等を活用してかかりつけ医に情報提供する。

※ かかりつけ医は、診察の結果、「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」（日本腎臓学会）、「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」（日本糖尿病学会）を参考に専門医・専門医療機関への紹介が必要と判断した場合は、専門医・専門医療機関を紹介する。

【方法2：医療機関への受診勧奨と並行して開始】

- ③ 保険者は、病期に応じた保健指導を行う。
- ④ 対象者が医療機関を受診する場合は、これまでの保健指導の内容を記載した「糖尿病連携手帳」等を活用し、保険者、対象者及びかかりつけ医の情報の共有が図れるようにしておく。

(4) 「糖尿病治療中断者のうち健診を受診していない者」

(医療機関への受診勧奨)

- ①-1 レセプトで1年以上の治療中断を確認した場合は、電話等により健診及び医療機関の受診を勧める。医療機関を受診しない場合は複数回の電話や面談により継続的に働きかける。
- ①-2 眼科医師、歯科医師及び薬剤師等は、患者がおよそ1年以上糖尿病治療を中断していることが判明した場合は、健診の受診及び医療機関の受診を促す。

(保健指導)

【方法1：医療機関の受診後に医師の指示に基づいて実施】

- ② かかりつけ医は、診察の結果、保険者による保健指導が必要と判断した場合は、保健指導を受けるように促す。この際、患者が持参した連絡票に必要事項を記入し、保険者に返送する。
- ③ 保険者は、医師からの連絡票を受領した後、連絡票の記載内容を参考に保健指導を行う。保健指導の実施内容や行動変容について「糖尿病連携手帳」等を活用して

かかりつけ医に情報提供する。

※ かかりつけ医は、診察の結果、「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」（日本腎臓学会）、「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」（日本糖尿病学会）を参考に専門医・専門医療機関への紹介が必要と判断した場合は、専門医・専門医療機関を紹介する。

* 健診未受診者はその時点での病期が判明しないため【方法2】は取りえない。

(ウ)「糖尿病治療中で保健指導が必要な者」

(保健指導)

【方法1：医療機関の受診後に医師の指示に基づいて実施】

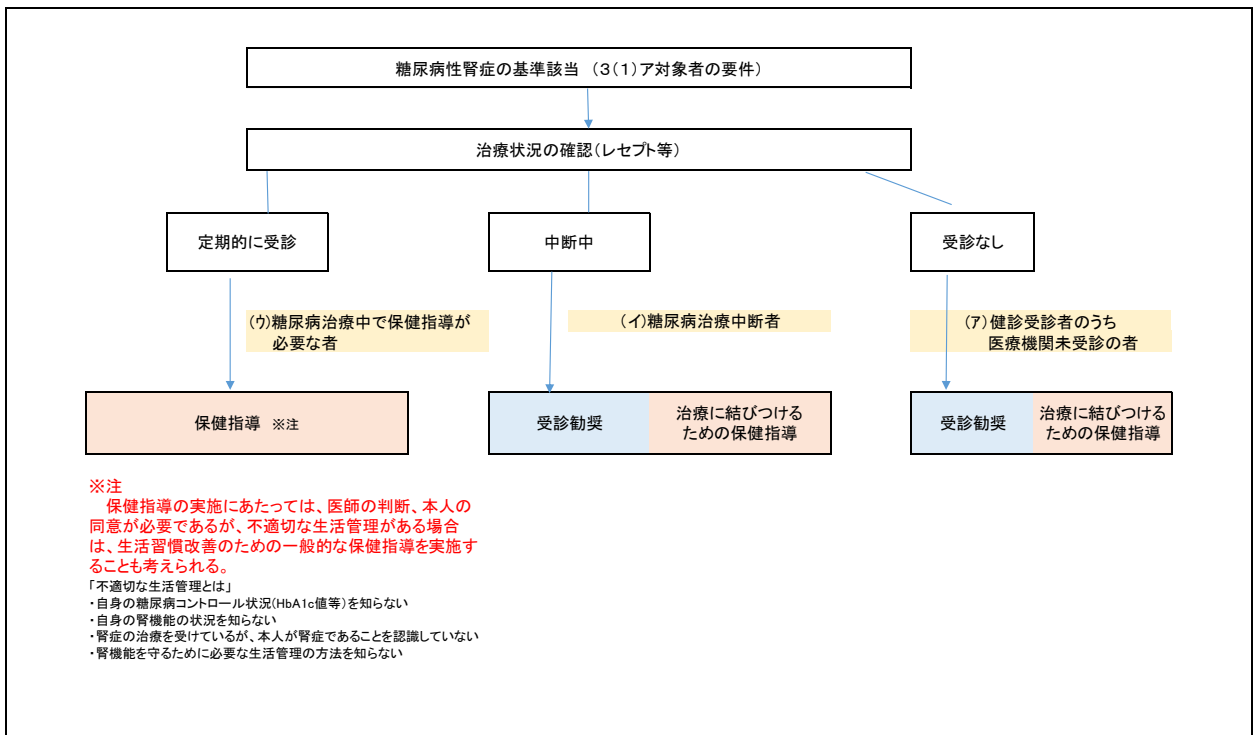
① かかりつけ医は、診察の結果、または保険者からの照会により、治療中の患者で保険者による保健指導が必要と判断した場合は、保健指導を受けるよう促す。この際、患者が持参した連絡票に必要事項を記入し、保険者に返送する。

② 保険者は、医師からの連絡票を受領した後、連絡票の記載内容を参考に保健指導を行う。保健指導の実施内容や行動変容について「糖尿病連携手帳」等を活用してかかりつけ医に情報提供する。

※ かかりつけ医は、診察の結果、「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」（日本腎臓学会）、「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」（日本糖尿病学会）を参考に専門医・専門医療機関への紹介が必要と判断した場合は、専門医・専門医療機関を紹介する。

* 糖尿病治療中の者は、受診勧奨の必要はないため【方法2】は取りえない。

〈図表2：健診・レセプトデータを活用した保険者による受診勧奨、保健指導の流れ〉



(3) 保険者における取組みの優先順位と保健指導

保険者のマンパワーや医療資源等の地域の実情により、対象者を絞り込む場合の優先順位は、「健診受診者のうち医療機関未受診の者」⇒「糖尿病治療中断者」⇒「糖尿病治療中で保健指導が必要な者」を基本とする。

受診勧奨は、対象者全員に必ず実施し、腎症第4期については、特に強力な受診勧奨を行うとともに、レセプトによる受診確認を行う必要がある。

保健指導については、特に腎症第3期の者への優先順位が高いが、中長期的に糖尿病性腎症の患者を減らすためには、腎症第2期以下についても取り組めるような体制づくりが必要である。

<図表3：糖尿病性腎症の病期に応じた保健指導等の内容例>

	状態と介入目的	具体的な介入方法
第1期 ～ 第2期	早期腎症の発見 腎症の発症予防	・ HbA1c、血圧の状況に応じた対応 ・ 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
第3期	顕性腎症 腎機能低下防止	・ 受診勧奨と受診状況の確認 ・ 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
第4期	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

※ 留意事項

- ・ 対象者の思いや生活状況を踏まえた指導とする。
- ・ 腎症の悪化要因として糖尿病等だけでなく歯周病やその他感染症を含む諸疾患の合併、脱水、低栄養状態、多剤服用、アルコール依存状態など複数の要因が潜んでいる場合が少なくないため、患者の病状に合わせた指導やリスクマネジメントを行う。
- ・ 保健指導中は対象者が納得した上で生活習慣上の行動目標を自ら立てるよう支援する。その後の病期や検査値を参考に、必要に応じてかかりつけ医とも相談しながら一緒に目標を見直す。
- ・ 対象者の頑張りすぎに注意し、極端な摂生になっていないかを確認する。
- ・ 腎機能の低下により低血糖を起こしやすくなる。既に治療中の患者は生活習慣改善を強化することで低血糖を起こしやすくなることに注意する。

(4) 事業の評価

- ・ 実施したプログラムについて、実施状況の把握・分析結果を評価し、取組内容を振り返ることを通じ今後の事業の見直しを行うなど、PDCAサイクルを回していく。
- ・ ストラクチャー（構造）、プロセス（過程）、アウトプット（事業実施量）、アウトカム（結果）の各段階を意識した評価を行う。

①ストラクチャー（構造）

重症化予防を円滑に実施するための体制整備の状況の評価する。保険者内や関係機関との連携体制、予算・人員の確保など。

②プロセス（過程）

進捗が順調だったか、計画どおりに行えたかを評価する。

③アウトプット（事業実施量）

実施した事業の量として、受診勧奨や保健指導を行った割合で評価する。

④アウトカム（結果）

受診につながった割合、検査値の変化、病期（尿蛋白と eGFR を活用して判定）、新規透析導入者の推移で、取組みを実施した成果を評価する。

<図表 4：評価内容>

評価項目	内容
ストラクチャー （構造）	①保険者内で実施体制が構築できたか ②関係者間で理解が得られ、連携体制が構築できたか ③データは十分に集約されたか ④予算、マンパワー、教材、マニュアルの準備は適切であったか ⑤保健指導者の研修は十分であったか
プロセス （過程）	①スケジュール調整は適切であったか ②対象者の抽出、データ登録ができたか
アウトプット （事業実施量）	①プログラム対象者のうち医療機関未受診者数、及びそのうち個別に受診勧奨を実施した数 ②プログラム対象者のうち治療中断者数、及びそのうち個別に受診勧奨を実施した数 ③連絡票の回収率（医師記載あり／交付数） ④かかりつけ医と連携し保険者において保健指導を実施した数
アウトカム （結果）	①健診受診率及び健診受診継続率 ②医療機関未受診者で医療機関の受診を勧奨したうち受診につながった人数 ③治療中断者で医療機関の受診を勧奨したうち受診につながった人数 ④糖尿病性腎症病期の維持・改善・悪化の数 ⑤HbA1c8.0%以上の人数及びそのうち糖尿病未治療者の割合 ⑥新規透析導入患者数（糖尿病性腎症患者数） ⑦透析にかかる医療費

（５）実施上の留意点

- ・ この取組みは単年度では効果が見えにくいいため、中・長期的な視点で評価し、関係者に説明していくことが重要である。
- ・ 保健指導の中で食生活指導を行う場合には、歯周病および歯の喪失等歯・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体制を構築して活用する

ことが望ましい。

- ・ 保険者が実施主体であることから、データヘルス計画を策定している場合には同計画と連動させる必要がある。
- ・ 必要に応じてかかりつけ医と専門医が連携できる体制をとることが望ましい。日本糖尿病学会と日本腎臓学会は、かかりつけ医から専門医・専門医療機関への紹介基準を定めている。また、両専門医間における紹介基準も定めており、これらを活用しながら医療機関における連携をさらに進めていくことが求められる。(紹介基準は参考資料参照)
- ・ 糖尿病の合併症の一つとして歯周病及び歯の喪失等があることから、医科歯科連携の仕組みを構築し活用することが望ましい。
- ・ 保険者における事業の評価のためには、臨床における検査値(血圧、血糖、腎機能等)が必要となる。日本糖尿病協会発行の糖尿病連携手帳等を活用し、本人の同意のもと、本人ならびに連携機関と情報を共有できるようにすることが望ましい。
- ・ 高齢者については、各学会から、疾患毎の各種ガイドラインが出されているが、複数の疾患の合併や、加齢に伴う諸臓器に機能低下を基盤としたフレイルやサルコペニア、認知症等の進行により、それぞれのガイドラインをそのまま適用すると、重複診療・多剤処方状態に陥る可能性がある。このため、対応に当たっては年齢も含め、個々人の状況を踏まえたものとする。
- ・ 特に、後期高齢者については、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」に於いて、後期高齢者医療広域連合と市町村が、連携しながら保健事業を推進していくことが重要である。

4 各主体の役割

(1) 福岡県糖尿病対策推進会議

- ・ 県内の糖尿病対策に係る取組状況を把握し、構成団体間で情報を共有する。
- ・ 糖尿病有病者の増加を抑制するための方策を協議し、関係機関に対し、各保険者の取組みに協力するよう求めるとともに、地域の住民や患者に対する啓発を行う。

(2) 県

- ・ 糖尿病性腎症重症化予防に係る国の動向等について、関係団体に対し周知を行う。
- ・ 保険者間における円滑な事業実施を支援する観点から、保険者の事業実施の状況を把握し、(1)糖尿病対策推進会議や(3)福岡県糖尿病性腎症重症化予防対策協議会等において取組状況を共有するとともに、課題、対応策等について議論する。
- ・ 各関係団体と連携の下、市町村や医療従事者に対する研修を行う。
- ・ 各保健福祉(環境)事務所において、地域における重症化予防の取組みが地域の実情に合ったものとなり、円滑に行われるよう、管轄する市町村及び郡市区医師会をはじめとする関係団体等との調整を行う。

(3) 福岡県糖尿病性腎症重症化予防対策協議会(県主催)

- ・ 本プログラムの改定及び推進に関する協議を行う。

- ・ 県内の糖尿病性腎症重症化予防の取組みを把握し、その成果を評価するとともに医学的・科学的観点から助言を行う。

(4) 市町村

ア 課題の分析

- ・ 保険者として、市町村国保及び広域連合の健診データやレセプトデータ等を用いて、地域の保健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や数、かかりつけ医や専門医療機関との連携体制の状況など）を踏まえ、被保険者の疾病構造や健康問題などを分析する。
- ・ 地域の関係団体と問題認識を共有する。

イ 対策の立案

- ・ 分析で明らかになった課題について、取組み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、以下を実施した上で行うものとする。
 - (ア) 地域の医療機関との連携体制、ハイリスク者を抽出するための健診項目や健診実施方法、食生活の改善や運動対策などのポピュレーションアプローチなど、様々な観点から総合的に検討する。
 - (イ) (ア)の検討を踏まえ、保健指導や受診勧奨の内容について検討する。
 - (ウ) 郡市区医師会等の関係団体と、これらの課題、対策について協議する。

ウ 対策の実施

- ・ 糖尿病対策推進会議等における協議の結果に基づき、対策事業を実施する。
 - ※ 事業実施に当たっては、福岡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なども考えられる。

エ 実施状況の評価

- ・ 実施した対策事業について、その結果を評価し、P D C Aサイクルに基づいて次の事業展開につなげる。

(5) 福岡県後期高齢者医療広域連合

- ・ 広域連合は、県内全市町村で構成する単一組織であり、後期高齢者について、上記の市町村と県の両者の役割を担うが、組織特性上、高齢者一人ひとりの特性に応じたきめ細かな対応が困難という課題がある。このため、特に実施面では、事業を市町村に委託し、国保の保健事業と一体的に実施されるよう調整するなど、緊密な連携を図る。
- ・ 保健事業対象者が後期高齢者医療制度へ移行することにより、74歳まで実施してきた特定健診等の情報が共有されない、評価が途切れる、といったケースが生じないよう、他の保険者との連携を緊密にし、保健事業の一体的な実施を推進するなど、継続的な評価ができるような体制づくりを行う。

(6) 被用者保険等

- ・ 本プログラムを参考に重症化予防の取組みを進める。
- ・ 市町村の役割と同様に、加入者の疾病構造や健康問題の分析、対策の立案及びその実施、

実施状況の評価を行う。

(7) 福岡県国民健康保険団体連合会

- ・ 保険者である市町村等の連合体として、支援を必要とする市町村や、広域連合を支援するよう努める。
- ・ KDB（国保データベース）の活用によるデータ分析・技術支援、健診データ・レセプトデータ等による課題抽出、事業実施後の評価分析など、保険者等に対し必要な協力を行うよう努める。

(8) 地域における医師会

- ・ 県医師会は、郡市区医師会に対し、糖尿病性腎症重症化予防に関する国・県における動向等について周知するとともに、必要に応じ助言する。
- ・ 県医師会や郡市区医師会は、会員等に対し、県や保険者が重症化予防に関する取組みを行う場合の周知や、かかりつけ医と専門医等との連携強化など、必要な協力を行うよう努める。
- ・ 郡市区医師会は、各地域での重症化予防の取組みに関し、保険者に協力する。
- ・ 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により対象者の病期判断、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、本人に説明するとともに、保健指導上の留意点を保健指導の実施者に伝える。

(9) その他関係団体

- ・ 関係団体は、糖尿病性腎症重症化予防に係る国・県における動向等について構成員等に周知し、保険者の糖尿病性腎症重症化予防の取組みに必要な協力を行うよう努める。

医療機関受診連絡票

- ・ 福岡県では「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を策定し、重症化予防に取り組んでおり、保険者の保健師や管理栄養士が、該当者に保健指導を実施しています。
- ・ 本年度の健診の結果、下記の方がプログラムの対象に該当しましたので、保健指導の可否や内容について、主治医の先生の御指示を賜りたいと思います。
- ・ お手数ですが、初診時又は2回目の診察時に、下の太枠内に御記入の上、御返送をお願いします。

令和 年 月 日

保険者名 _____ 担当 _____

連絡先 _____

(保険者記載欄)

氏名		生年月日	年 月 日	男 ・ 女
住所				電話番号
<健診結果> (令和 年 月 日実施) 添付資料 (健診経年結果 有 ・ 無)				
・ 血糖 (空腹時・随時)	_____ mg/dl	・ HbA1c	_____ %	
・ 尿定性検査	蛋白 _____ 糖 _____	・ eGFR	_____ ml/分/1.73m ²	
・ 身長 _____ cm	・ 体重 _____ kg	・ その他	_____	

(医療機関記載欄)

医療機関名	医師名 (_____)	連絡先 電話番号	
貴院での 検査結果 ※実施の場合 のみ記載	(検査日 令和 年 月 日) ※ 検査結果の写しでも可	・ 血糖 (空腹時・随時) _____ mg/dl	・ H b A 1 c _____ %
		・ 尿定性検査 蛋白 _____ 糖 _____	
		・ 尿アルブミン _____ mg/gCr	・ eGFR _____ ml/分/1.73m ²
保健指導	<input type="checkbox"/> 当院にて指導 <input type="checkbox"/> 保険者に指導依頼 (※下欄に内容を御記載ください) <input type="checkbox"/> その他 (※ 他院紹介等) (内容: _____)		
	(保険者に依頼する場合) <input type="checkbox"/> 「糖尿病ガイド 2018-2019」に記載のとおり実施 <input type="checkbox"/> 上記以外の場合 (指導内容などを具体的にお書きください。)		
	※ 指導の際に特に注意すべき点 _____		

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(作成:日本糖尿病学会、監修:日本医師会)
 ~主に糖尿病治療ガイドより~

1. 血糖コントロール改善・治療調整

○薬剤を使用しても十分な血糖コントロールが得られない場合、あるいは次第に血糖コントロール状態が悪化した場合
 (血糖コントロール目標(※1)が達成できない状態が3ヵ月以上持続する場合は、生活習慣の更なる介入強化や悪性腫瘍などの
 検索を含めて、紹介が望ましい)。

※1. 血糖コントロール目標

- 新たな治療の導入(血糖降下薬の選択など)に悩む場合。
- 内因性インスリン分泌が高度に枯渇している場合(1型糖尿病等)。
- 低血糖発作を頻回に繰り返す場合。
- 妊婦へのインスリン療法を検討する場合。
- 感染症が合併している場合。

目標	血糖正常化を目指す際の目標	合併症予防のための目標	治療強化が困難な際の目標
HbA1c(%)	6.0未満	7.0未満	8.0未満

高齢者については“高齢者糖尿病の血糖コントロール目標”を参照

2. 教育入院

○食事・運動療法、服薬、インスリン注射、血糖自己測定など、外来で十分に指導ができない場合(特に診断直後の患者や、教育入院経験のない患者ではその可能性を考慮する)。

3. 慢性合併症

- 慢性合併症(網膜症、腎症(※2)、神経障害、冠動脈疾患、脳血管疾患、末梢動脈疾患など)発症のハイリスク者(血糖・血圧・脂質・体重等の難治例)である場合。
- 上記糖尿病合併症の発症、進展が認められる場合。

※2. 腎機能低下やタンパク尿(アルブミン尿)がある場合は“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”を参照のこと。

4. 急性合併症

- 糖尿病ケトアシドーシスの場合(直ちに初期治療を開始し、同時に専門医療機関への緊急の移送を図る)。
- ケトン体陰性でも高血糖(300mg/dl以上)で、高齢者などで脱水徴候が著しい場合
 (高血糖高浸透圧症候群の可能性があるため速やかに紹介することが望ましい)。

5. 手術

- 待機手術の場合(患者指導と、手術を実施する医療機関への日頃の診療状態や患者データの提供が求められる)。
- 緊急手術の場合(手術を実施する医療機関からの情報提供の依頼について、迅速に連携をとることが求められる)。

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。

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 (作成: 日本腎臓学会、監修: 日本医師会)

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	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/ 1.73m 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・診療継続	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・診療継続	紹介
	G3a	軽度~中等度低下	45~59	40歳未満は紹介、 40歳以上は生活指導・診療継続	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ヶ月以内に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。

腎臓専門医・専門医療機関への紹介目的 (原疾患を問わない)

- 1) 血尿、蛋白尿、腎機能低下の原因精査。
- 2) 進展抑制目的の治療強化 (治療抵抗性の蛋白尿 (顕性アルブミン尿)、腎機能低下、高血圧に対する治療の見直し、二次性高血圧の鑑別など。)
- 3) 保存期腎不全の管理、腎代替療法の導入。

原疾患に糖尿病がある場合

- 1) 腎臓内科医・専門医療機関の紹介基準に当てはまる場合で、原疾患に糖尿病がある場合にはさらに糖尿病専門医・専門医療機関への紹介を考慮する。
- 2) それ以外でも以下の場合には糖尿病専門医・専門医療機関への紹介を考慮する。

- ① 糖尿病治療方針の決定に専門的知識 (3カ月以上の治療でもHbA1cの目標値に達しない、薬剤選択、食事運動療法指導など) を要する場合
 - ② 糖尿病合併症 (網膜症、神経障害、冠動脈疾患、脳血管疾患、末梢動脈疾患など) 発症のハイリスク者 (血糖・血圧・脂質・体重等の難治例) である場合
 - ③ 上記糖尿病合併症を発症している場合
- なお、詳細は「糖尿病治療ガイド」を参照のこと。