

佐久地域糖尿病性腎症重症化予防プログラム

平成 29 年 10 月 1 日施行

平成 30 年 3 月 1 日改定

平成 31 年 4 月 25 日改定

佐久医師会、小諸北佐久医師会、佐久歯科医師会、北佐久歯科医師会
佐久平糖尿病ネットワーク（SDNet）
東北信地域糖尿病療養指導士育成会、浅間腎不全懇話会
佐久地域全 11 市町村、長野県佐久保健福祉事務所

1 趣旨

このプログラムは、佐久地域において糖尿病性腎症の重症化を予防し、腎不全や人工透析への移行を防止することを目指して、糖尿病及び糖尿病性腎症に関する未受診者・受診中断者及び糖尿病性腎症が重症化するリスクが高い受診患者（ハイリスク受診者）に対して、保健・医療関係者が連携した保健指導を行い、生活習慣の改善と行動の変容を図ることを目的とする。

このプログラムは、日本医師会等の糖尿病性腎症重症化予防プログラム（平成 28 年 4 月 20 日厚生労働省通知）及び長野県医師会等の糖尿病性腎症重症化予防プログラム（平成 29 年 8 月 1 日改定）を踏まえつつ、佐久地域の実情に応じた内容とするとともに、必要に応じて適宜、見直しを行う。

なお、このプログラムは、医療保険者、市町村、医療機関等が地域の実情に応じた方法で糖尿病性腎症の重症化予防に取り組むことを妨げるものではない。

2 個人情報の保護の徹底

- ・本プログラムにより糖尿病重症化予防に取り組む医療保険者、市町村、医療機関等の関係者は、法令、各機関・団体等の規則等の規定に基づき、対象者の個人情報の保護を徹底しなければならない。

3 佐久地域糖尿病性腎症重症化予防連絡会議の設置

（1）目的

佐久地域の保健・医療関係者が連携して糖尿病性腎症重症化予防の取組を円滑に実施するとともに、その取組状況を把握・評価し、本プログラムの見直し等を検討する。

（2）構成機関・団体

- 佐久医師会、小諸北佐久医師会、佐久歯科医師会、北佐久歯科医師会
- 佐久平糖尿病ネットワーク（SDNet）
- 東北信地域糖尿病療養指導士育成会、浅間腎不全懇話会
- 佐久地域全 11 市町村、長野県佐久保健福祉事務所

(3) 事務局

- 佐久保健福祉事務所が SDNet による協力を得て事務局を担当する。
 - ・連絡先：佐久保健福祉事務所健康づくり支援課
 - 電話：0267-63-3163 FAX:0267-63-3221 メール：sakuho-kenko@pref.nagano.lg.jp

(4) 会議事項

- このプログラムを円滑に実施するために必要な事項
 - ・対応困難事例の検討、住民への啓発活動等を含む
- このプログラムに記載された取組の実施状況の把握及び評価に関する事項
- このプログラムの見直し等に関する事項
- その他、糖尿病性腎症重症化予防に関する事項

4 保健指導の実施者

(1) 保健指導の実施主体

- 各医療保険者が当該医療保険の被保険者に対して実施する。
- 医療保険者が実施できない場合であって被保険者が居住する市町村による保健指導が可能である場合には、当該市町村に実施を依頼することができる。

(2) 保健指導の従事者

- 保健指導の従事者は、保健師、看護師、管理栄養士、薬剤師等の保健医療専門職であり、特定保健指導に従事する者及び東北信地域糖尿病療養指導士育成会が認定する地域糖尿病療養指導士（L-CDE）並びにこれらに準ずると認められる者とする。
- 保健指導の従事者は、糖尿病及び慢性腎臓病に関する研修会に積極的に参加するよう努める。

5 糖尿病連携手帳等の活用

(1) 糖尿病連携手帳

- ・糖尿病連携手帳は、公益社団法人日本糖尿病協会が発行している。
- ・【第3版】が最新版であり、「患者さんがご自身の手帳であることをより一層意識でき、療養支援に重点をおいた糖尿病手帳」と規定し、検査結果（合併症検査）項目記入ページ、日糖協教育資材の広告と記入ページの新設など、第2版から大幅に改定されている。

(2) 糖尿病に関するその他の手帳

- ・糖尿病連携手帳以外の手帳を患者に交付して患者指導等に活用している医療機関があり、中には医療機関独自に手帳を作成しているところもある。
- ・このプログラムにおいては、こうした手帳及び糖尿病連携手帳を「糖尿病連携手帳等」として表記しており、いずれのもの使用、活用も可としている。

(3) 糖尿病連携手帳等の交付

- ・医療機関は、診療している糖尿病の患者に対して糖尿病連携手帳等を交付し、その活用を指導することが望ましい。
- ・保健指導の従事者は、糖尿病性腎症重症化予防に関する保健指導等の対象者に対して糖尿病連携手帳等の利用状況を確認し、まだ利用していない対象者に対して糖尿病で受診している医療機関に相談して糖尿病連携手帳等の交付を受けるよう指導する。
- ・なお、保健指導の従事者が糖尿病連携手帳等を渡し、その利用について糖尿病で受診している医療機関に相談するよう指導することも可能とする。

(4) 糖尿病連携手帳等の活用

- ・糖尿病連携手帳等が交付されている患者の場合、医療機関及び保健指導の従事者は、当該手帳を活用して情報の共有を図る。

6 未受診者・受診中断者への保健指導

(1) 対象者の基準

①医療機関未受診者

○糖尿病による医療機関の受診がない者のうち、次のいずれかに該当するもの。

- ・特定健診等の健診（以下「健診」とする。）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。
- ・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%以上であり、かつ、尿蛋白（±）以上又は eGFR が 60ml/分/1.73 m²未満の者については、強めの受診勧奨を行う。

②糖尿病治療中断者

○糖尿病により医療機関を受診していた患者のうち、最終の受診日から6か月経過しても糖尿病による受診の記録がないもの（対象者の抽出が可能な場合のみ実施）。

(2) 対象者の選定

○医療保険者は、健診データ及び診療報酬請求書（レセプト）のデータ等から（1）の基準に合致する者を抽出する。

(3) 保健指導の実施

○医療保険者は、以下の方法等により対象者に対して保健指導を行う。

- ・通知
- ・電話
- ・面接

○保健指導の内容は、糖尿病に関する医療機関への受診とする。

- ・保健指導に当たっては、特定健診の結果の他、必要に応じて、糖尿病及びその合併症に関する情報等を提供する。

○糖尿病治療中断者については、受診を中断した経緯、理由等を確認し、必要な場合と認められ場合に保健指導を行う。

(4) 受診状況、検査値の改善状況の確認

- 医療保険者は、保健指導の結果、受診に至ったかどうか、レセプトのデータ、糖尿病連携手帳等、対象者への連絡等により確認する。
- 医療保険者は、受診・治療により糖尿病や腎症に関する検査値が改善したかどうか、次回以降の健診のデータ、糖尿病連携手帳等、対象者への連絡等により確認する。

7 ハイリスク受診者への保健指導

(1) 対象者の基準

- ①医療機関受診中患者（ハイリスク受診者）
 - ◎医療保険者は、糖尿病により医療機関を受診している者のうち、次のいずれかに該当するものを抽出する。
 - 第1優先グループ
 - ・健診において尿蛋白（±）以上又は eGFR が 60ml/分/1.73 m²未満であり、かつ、Ⅱ度以上の高血圧（収縮期血圧 160mmHg 以上又は拡張期血圧 100mmHg 以上）又は喫煙していることが確認されたもの。
 - 第2優先グループ
 - ・健診において尿蛋白（±）以上又は eGFR が 60ml/分/1.73 m²未満であり、かつ、高塩分摂取、脂質異常症（LDL-コレステロール 120mg/dl 以上）、BMI 高値（25 以上）、腹囲高値（男性 85 cm 以上、女性 90 cm 以上）が確認されたもの。
 - 第3優先グループ
 - ・健診において尿蛋白（±）以上又は eGFR が 60ml/分/1.73 m²未満であるもの。
 - ◎尿蛋白（±）として抽出した者に対して、医療保険者が尿アルブミン検査を実施するか、または、医療機関を受診して尿アルブミン検査を実施した上で、尿アルブミン 30mg/gCr 以上を認めた者を保健指導の対象の候補とする。

(2) 対象者の選定及び対象者の同意

- 医療保険者は、健診データ及び診療報酬請求書（レセプト）のデータから（1）の基準に合致する者を抽出する。
- 医療保険者は、抽出した者に対して、糖尿病性腎症重症化予防に関する保健指導が必要であること、そのため対象者の糖尿病を診療している医師（糖尿病診療医）から保健指導の同意を求めることを説明し、了解を得る。
- 糖尿病診療医は、診療中の糖尿病患者であって、（1）①の検査基準等に合致し、保健指導を必要とする患者について、患者が加入する医療保険者に対して保健指導の実施を依頼することができる。
 - ・この場合、糖尿病診療医は、糖尿病性腎症重症化予防に関する保健指導が必要であること、そのため医療保険者に保健指導を依頼することを当該患者に説明し、了解を得る。

(3) 糖尿病診療医の同意及び患者情報の提供

- 医療保険者は、対象者に対して保健指導を行う場合、対象者ごとに事前に当該対象者の糖尿病診療医から保健指導を行うことの同意を得なければならない。
 - ・医療保険者から糖尿病診療医への連絡は、様式1とする。

- 同意を求められた糖尿病診療医は、様式1により医療保険者に対して同意の状況及び患者情報の提供を行う。
 - ・糖尿病診療医は、保健指導に同意する場合、当該患者に対して保健指導に同意することを説明し、了解を得る。
- 糖尿病診療医から保健指導を依頼する場合には、様式2により医療保険者に対して患者情報の提供を行う。

(4) 保健指導の方法

◎全般事項

- ・保健指導は、1クール6か月間を基本とし、その具体的な時期・内容等は、下記のとおりとするが、対象者の状況等によって柔軟に対応することも可能とする。
- ・6か月以降のフォローは、個別の様子を見て行う。
- ・患者が糖尿病連携手帳等を保有している場合には、当該手帳を活用した情報収集も行う。

◎基本的な保健指導の時期・方法・内容等

○初回：面接

- ・生活状況等に関する情報収集
- ・医療機関の受診状況や医師からの指導内容の確認
- ・患者の希望の確認：指導の方法・時期・内容、その他

○1か月後：面接・電話

- ・病態、食生活、運動に関する情報提供
- ・患者の状況により個別対応、医療機関の状況確認等
- ・検査値、行動変容、受診状況等の評価

○3か月後：面接・電話

- ・病態、食生活、運動に関する情報提供
- ・患者の状況により個別対応、医療機関の状況確認等
- ・検査値、行動変容、受診状況等の評価

○6か月後：面接・電話

- ・初回の時からの生活状況変化の確認
- ・医療機関の受診状況や医師からの指導内容の確認
- ・具体的な数値等の確認
- ・主観的な評価、振り返り、検査値の評価
- ・次回健診受診の勧奨

(5) 糖尿病診療医への報告

- ・保健指導の実施者は、保健指導の状況を様式3により糖尿病診療医に報告する。

(6) 受診状況、検査値の改善状況の確認

- ・医療保険者は、受診・治療により糖尿病や腎症に関する検査値が改善したかどうか、次回以降の健診のデータ、糖尿病連携手帳等、対象者への連絡等により確認する。

8 プログラムの実施状況に関する評価

(1) 保健指導対象者における改善状況

- ・医療保険者は、未受診者・治療中断者が受診に至ったかどうか、レセプトのデータにより確認した結果を集計し、保健指導の評価を行う。
- ・医療保険者は、ハイリスク受診者において受診・治療により糖尿病や腎症に関する検査値が改善したかどうか、次回以降の健診のデータにより確認した結果を集計し、保健指導の評価を行う。
- ・これらの結果は、佐久地域糖尿病性腎症重症化予防連絡会議において共有し、次の取組等に活用する。

(2) 地域全体の改善状況

- ・医療保険者は、被保険者全体における未受診・治療中断、ハイリスク受診の状況を集計し、その評価を行う。
- ・これらの結果は、佐久地域糖尿病性腎症重症化予防連絡会議において共有し、次の取組等に活用する。

9 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、佐久地域で行われている糖尿病に関する地域医療連携等を活用して相互に連携する。

10 かかりつけ医と腎臓専門医等の連携

- ・尿定性検査で尿蛋白 (+/-) 以上の際には、再検査 (尿蛋白 (+/-) および (+) の際は尿中微量アルブミン検査 (Cre 補正など) も行うことを推奨する) を行い、次の基準 (「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)」を一部改訂) に該当する場合、腎臓専門医に紹介することが望ましい。

(1) 年齢・腎機能に関係なく、下記の尿検査異常が『2 回以上』持続する場合、糖尿病性腎症の急速な進行や、糖尿病性腎症以外の腎臓病を合併している危険性があるため、専門医に紹介することが望ましい。

- 尿蛋白 (2+) 以上もしくは尿蛋白 0.5g/gCre 以上
- 尿蛋白 (+/-) 以上もしくは尿蛋白 0.15g/gCre 以上で、かつ血尿 (+)
- 糖尿病を有し、糖尿病性網膜症を認めない尿中微量アルブミン 300mg/gCre 以上

(2) 下記の基準に該当する場合、腎機能障害から腎不全に至る危険性があるため、一度は専門医に紹介することが望ましい。

- 40歳未満：eGFR 60 ml/分/1.73 m² (G3a) 未満
(40歳での目安 血清クレアチニン 男性 1.2 mg/dl 以上、女性 0.9mg/dl 以上)
- 40歳以上：eGFR 45 ml/分/1.73 m² (G3b) 未満

○3 か月以内で 30%以上の eGFR 低下を認める場合は速やかに

11 長野県糖尿病対策推進会議との連携

- ・長野県糖尿病対策推進会議が長野県医師会、長野県保険者協議会及び長野県と策定する糖尿病性腎症重症化予防プログラムを踏まえて本プログラムの策定及び見直しを行う。
- ・本プログラムの実施状況等について、必要に応じて、長野県糖尿病対策推進会議に報告し、助言等を得て、本プログラムの見直し等を行う。

様式 1

糖尿病性腎症重症化予防保健指導連絡票
(医療保険者が対象者を選定した場合)

平成〇年〇月〇日

〇〇医療機関 〇〇医師 様

〇〇市町村国民健康保険担当課長
担当者：〇〇

以下の方について糖尿病性腎症重症化予防に関する保健指導が必要と認められますので、保健指導実施の可否等についてご連絡をお願いします。

先生に連絡することについて、患者の了解を得ています。

●患者

氏名		生年月日	年 月 日	性別	男性・女性
住所	(電話：)				

●健診結果 (平成 年 月 日実施)

空腹時血糖	mg/dl	尿蛋白	- ± + 2 + 上	収縮期血圧	mmHg
随時血糖	mg/dl	eGFR	ml/m/1.73m2	拡張期血圧	mmHg
HbA1c	%	尿アルブミン※	<30・30~299・300<=	喫煙	あり・なし

●その他の連絡事項

※尿アルブミン：mg/gCr

(返信欄)

●保健指導 (該当する項目に○をしてください)

() 適当・() 不適当→理由をお書きください

●保健指導を行う場合、特に必要な保健指導 (該当する項目に○をしてください)

() 食生活 () 運動 () 服薬・注射 () 禁煙 () その他 ()

●保健指導に当たって注意すること等の特記事項

●直近の検査結果 (平成 年 月 日実施)

空腹時血糖	mg/dl	尿蛋白	- ± + 2 + 上	収縮期血圧	mmHg
随時血糖	mg/dl	eGFR	ml/m/1.73m2	拡張期血圧	mmHg
HbA1c	%	尿アルブミン※	<30・30~299・300<=	喫煙	あり・なし

●その他の連絡事項

※尿アルブミン：mg/gCr

平成 年 月 日

医療機関名：〇〇〇〇

医師名：〇〇〇〇

様式 2

糖尿病性腎症重症化予防保健指導連絡票
(糖尿病診療医が対象者を選定した場合)

平成〇年〇月〇日

〇〇市町村国民健康保険担当課長 様

医療機関名 〇〇〇〇

医師名 〇〇

以下の方について糖尿病性腎症重症化予防に関する保健指導が必要と認められますので、保健指導の実施をお願いします。

●患者

氏名		生年月日	年 月 日	性別	男性・女性
住所	(電話:)				

●検査結果 (平成 年 月 日実施)

空腹時血糖	mg/dl	尿蛋白	- ± + 2 + 上	収縮期血圧	mmHg
随時血糖	mg/dl	eGFR	ml/m/1.73m ²	拡張期血圧	mmHg
HbA1c	%	尿アルブミン※	<30・30~299・300<=	喫煙	あり・なし

※尿アルブミン: mg/gCr

●特に必要な保健指導 (該当する項目に○をしてください)

() 食生活	() 運動	() 服薬・注射	() 禁煙	() その他 ()
---------	--------	-----------	--------	-------------

●保健指導に当たって注意すること等の特記事項

--

●その他の連絡事項

--

様式3

糖尿病性腎症重症化予防保健指導連絡票
(医療保険者が対象者を選定した場合)

平成〇年〇月〇日

〇〇医療機関 〇〇医師 様

〇〇市町村国民健康保険担当課長
担当者：〇〇

以下の方について糖尿病性腎症重症化予防に関する保健指導を実施しましたので、その概要をご報告いたします。

●患者

氏名		生年月日	年 月 日	性別	男性・女性
住所	(電話：)				

●保健指導の実施状況 (平成〇年〇月〇日)

実施項目	実施状況
() 食生活	
() 運動	
() 服薬・注射	
() 禁煙	
() その他	

●今後の実施予定

--

●その他の連絡事項

--