

# 鹿児島県糖尿病性腎症重症化予防プログラム

鹿児島県  
鹿児島県医師会  
鹿児島県糖尿病対策推進会議

## 1 目的

糖尿病が重症化するリスクの高い未受診者・治療中断者を治療に結びつけるとともに、糖尿病又は糖尿病性腎症で治療中の患者のうち、重症化するリスクの高い者に対して保健指導を行い、重症化を予防する。

## 2 取組に当たっての関係者の役割

地域における取組を推進するに当たっては、次に掲げる関係者が、それぞれの役割を認識した上で、相互に連携して取り組むことが重要である。

### (1) 市町村の役割

- ア 保健師・管理栄養士等の専門職や事務職の人材を効率的に活用する、鹿児島県国民健康保険団体連合会（以下、「国保連合会」という。）の知見を活用するなど、柔軟な取組を検討する。
- イ 市町村は、健診データやレセプトデータ等を用いて、対象者の抽出を行い、個別支援を実施するとともに、国保及び後期高齢者被保険者の疾病構造や健康問題等を分析し、地域の実情に応じた対策を立案する。
- ウ 対象者への支援内容の検討及び取組の実施に当たっては、支援窓口として、地域の医療機関等と連携し、様々な視点から総合的に検討することが重要であり、必要な場合は、郡市医師会に連携体制構築のための協力を依頼するとともに、関係機関との情報共有に努める。
- エ 実施した取組については、その結果の評価・分析を行い、PDCAサイクルに基づき、次の事業展開につなげる。

### (2) 県の役割

- ア 関係課が連携して、市町村や鹿児島県後期高齢者医療広域連合（以下、「広域連合」という。）における事業実施状況をフォローするとともに、市町村における円滑な事業実施を支援する観点から、医師会や鹿児島県糖尿病対策推進会議等と市町村の取組状況を共有し、課題、対応策等について検討する。
- イ 県内の健康課題等に関する俯瞰的な整理を行うとともに、市町村や広域連合が活用可能なデータを提供する。

### (3) 医師会の役割

県医師会及び郡市医師会は、会員及び医療従事者に対して、県や市町村、広域連合が行う糖尿病重症化予防の取組を周知し、必要に応じて助言、市町村とかかりつけ医との連携体制

の構築を支援するとともに、かかりつけ医と専門医等との連携を強化するなど、必要な協力を行うように努める。

(4) 鹿児島県糖尿病対策推進会議の役割

糖尿病重症化予防に係る県や市町村、広域連合の取組について、構成団体へ周知するとともに、医学的・科学的観点から助言を行うなど、市町村、広域連合の取組に協力するように努める。

(5) 広域連合の役割

保健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、市町村（高齢者医療担当課、介護予防担当課、健康増進担当課、地域包括支援センター）との連携が不可欠である。また、国保との連携を密にし、保健事業の一体的な実施を推進する等、継続的な評価ができるような体制づくりに協力することが重要である。

(6) 国保連合会の役割

KDBの活用によるデータ分析・技術支援や、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市町村等への専門性の高い支援を行う。

### 3 プログラムの条件

市町村で糖尿病性腎症重症化予防プログラムを策定する場合、以下のいずれも満たすこと。

- (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) 取組の実施にあたり、地域の実情に応じて鹿児島県糖尿病対策推進会議等との連携を図ること

### 4 対象者の抽出基準（標準）

#### ○ 若年から前期高齢者

(1) 未受診者

市町村が特定健診データ等から次の者を抽出する。

- ① 空腹時血糖 126mg/dl（随時血糖 200mg/dl）以上又はHbA1c6.5%以上

(2) 治療中断者

市町村がレセプトデータから糖尿病治療中の者で最終の受診日から6か月経過しても受診した記録がない者を抽出する。

(3) 治療中の者

市町村が健診データ等から以下の基準を満たす者を抽出する。

- ① 2型糖尿病であること：aからdまでのいずれかであること

- a 空腹時血糖 126mg/dl（随時血糖 200mg/dl）以上又はHbA1c6.5%以上
  - b 糖尿病治療中
  - c 過去に糖尿病薬使用歴又は糖尿病治療歴あり
  - d その他，市町村又はかかりつけ医が特に必要と認める者
- ② 腎機能が低下していること：a から d までのいずれかであること
- a 検査値より腎症 4 期：eGFR30mL/分/1.73 m<sup>2</sup>未満
  - b 検査値より腎症 3 期：尿蛋白陽性
  - c レセプトより糖尿病性腎症または腎機能低下を示す病名（糖尿病性腎臓病（DKD），慢性腎臓病（CKD），腎硬化症，高血圧性腎疾患，動脈硬化腎など）が記載されている。
  - d 腎症 2 期以下の場合には，以下の情報を参考とする。
    - ・ eGFR45mL/分/1.73 m<sup>2</sup>未満
    - ・ eGFR60mL/分/1.73 m<sup>2</sup>未満のうち，年間 5mL/分/1.73 m<sup>2</sup>以上低下
    - ・ 糖尿病網膜症の存在
    - ・ 尿蛋白（±）の場合，微量アルブミン尿の確認 ※
    - ・ 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。

## ○ 後期高齢者

### (1) 未受診者

市町村が長寿健診データ等から次の者を抽出する。

- ① 空腹時血糖 130mg/dl 以上又はHbA1c7.0%以上

### (2) 治療中断者

市町村がレセプトデータから糖尿病治療中の者で最終の受診日から 6 か月経過しても受診した記録がない者を抽出する。

### (3) 治療中の者

市町村が長寿健診データ等から以下の基準を満たす者を抽出する。

- ① 2 型糖尿病であること：a から d までのいずれかであること
  - a 空腹時血糖 130mg/dl 以上又はHbA1c7.0%以上
  - b 糖尿病治療中
  - c 過去に糖尿病薬使用歴又は糖尿病治療歴あり
  - d その他，市町村又はかかりつけ医が特に必要と認める者
- ② 腎機能が低下していること：a から c までのいずれかであること
  - a eGFR45mL/分/1.73 m<sup>2</sup>未満
  - b 尿蛋白（+）以上
  - c レセプトより糖尿病性腎症または腎機能低下を示す病名（糖尿病性腎臓病（DKD），慢性腎臓病（CKD），腎硬化症，高血圧性腎疾患，動脈硬化腎など）が記載されている。

なお、若年から前期高齢者及び後期高齢者において、次の者は対象者から除外する。

- a がん等で終末期にある者
- b 中等度以上の認知機能障害のある者
- c 生活習慣病管理料又は糖尿病透析予防指導管理料の算定対象となっている者
- d 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者

## 5 保健指導等の内容

### (1) 未受診者、治療中断者

市町村が、対象者に応じた方法（面談や電話等）により受診勧奨を行う。

ただし、若年から前期高齢者においては、抽出基準を満たす者のうち、尿蛋白を認める者又は、eGFRが60mL/分/1.73m<sup>2</sup>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、強めの受診勧奨を行う。

### (2) 治療中の者

別紙「糖尿病性腎症重症化予防に関する保健指導」を参照

#### ※ 留意点

高齢者、特に後期高齢者については、複数疾患の合併のみならず、加齢に伴う諸臓器の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個人差が大きくなり、多病・多剤処方状態に陥るなど、健康上の不安が大きくなる。高齢者の特性を踏まえた対象者選定基準、保健指導方法を検討する。

## 6 保健指導実施の手順

- (1) 市町村は、対象者の抽出を行った後、保健指導の参加候補者名簿を作成し、候補者に対し、保健指導への参加案内を行う。
- (2) 市町村は、参加同意書の提出があった者を記載した参加同意者リストを作成し、かかりつけ医に提示する。
- (3) かかりつけ医は、保健指導参加同意者への保健指導について、市町村に対して指示を行う。
- (4) 市町村は、保健指導参加同意者に対して、かかりつけ医の指示に基づき保健指導を実施し、指導実施後、その結果をかかりつけ医へ報告する。

※ 保健指導に当たっては、個人情報を活用することから取扱いに留意する。

## 7 保健指導実施後の継続支援（フォローアップ）

市町村は、指導が終了した者に対して、継続的に病状の確認及び自己管理維持のための支援を行う。

## 8 事業評価

市町村は、効果的・効率的に事業を展開するために、受診勧奨、保健指導及び継続支援の実施結果を把握し、短期・中長期的な評価を継続的に行う。

○ 事業評価（例）

ストラクチャー評価（構造）	アウトカム評価（結果）
<ul style="list-style-type: none"> <li>実施体制が構築できたか</li> <li>課題分析結果に基づき、対象、目的、方法が決定できたか</li> <li>関係者間での理解が得られ、連携体制が構築できたか</li> <li>予算、マンパワー、教材の準備</li> <li>保健指導者の研修</li> <li>運営マニュアル等の整備</li> <li>健診・医療データの集約方法</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>受診につながった割合</li> <li>行動変容</li> <li>保健指導介入例のデータ変化（個人・集団）</li> <li>血圧、血糖（HbA1c）、脂質、体重</li> <li>喫煙、生活習慣</li> <li>尿蛋白、尿アルブミン、クレアチニン、eGFR 低下率、クレアチニン2倍化速度、腎症病期、透析新規導入率</li> <li>心血管イベントの発症</li> <li>服薬状況</li> <li>生活機能 QOL 等</li> </ul> <p>（医療保険者としてのマクロ的評価（KDBの活用））</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>新規透析導入患者</li> <li>糖尿病性腎症病期、未治療率</li> <li>HbA1c8.0%以上の未治療者</li> <li>健診受診率・医療費推移 等</li> </ul>
プロセス評価（過程）	
<ul style="list-style-type: none"> <li>スケジュール調整</li> <li>対象者の抽出、データ登録ができたか</li> </ul>	
アウトプット評価（事業実施量）	費用対効果
<ul style="list-style-type: none"> <li>抽出された対象者の何%に受診勧奨、保健指導ができたか</li> <li>地区、性・年代別に偏りはないか</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>事業にかかる費用と効果</li> </ul>

○ 糖尿病性腎症重症化予防事業のアウトカム評価の考え方（例）

短期的指標（前、3か月後、6か月後）
<ul style="list-style-type: none"> <li>生活習慣改善意欲、QOL</li> <li>行動変容（食生活改善、軽い運動習慣、減酒、口腔衛生等）</li> <li>医療機関との連携による検査値把握（血圧、HbA1c、eGFR、尿蛋白等）</li> </ul>
1年後評価指標
<ul style="list-style-type: none"> <li>食生活（減塩等）、喫煙、体重、飲酒、医療機関受診</li> <li>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）</li> <li>腎機能：尿蛋白、クレアチニン、eGFR、尿アルブミン等</li> <li>生活機能、QOL （参考資料：総医療費、外来医療費）</li> </ul>
中長期的指標（2～4年）
<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>レセプト：継続した受療率、服薬状況、医療費</li> <li>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生状況</li> </ul>
長期的指標（5～10年）
<ul style="list-style-type: none"> <li>レセプトによる受療状況、糖尿病性腎症による透析導入</li> </ul>

9 適用日

平成 29 年 1 月 20 日策定

平成 31 年 3 月 27 日改定

令和 3 年 3 月 24 日改定

# 糖尿病性腎症重症化予防に関する保健指導

## 実施項目

## 実施内容

**対象者の抽出  
名簿作成**

**対象者への案内**

**主治医からの承諾**

**指示書等がある者の  
名簿作成**

**対象者への案内**

第1回  
**(面接)**

第2回  
**(教室)**

第3回  
**(電話)**

第4回  
**(教室)**

第5回  
**(電話)**

第6回  
**(面接)**

約  
6  
ヶ月  
を目  
安

**評価**

↓

**[ 終了後6ヶ月  
(電話) ]**

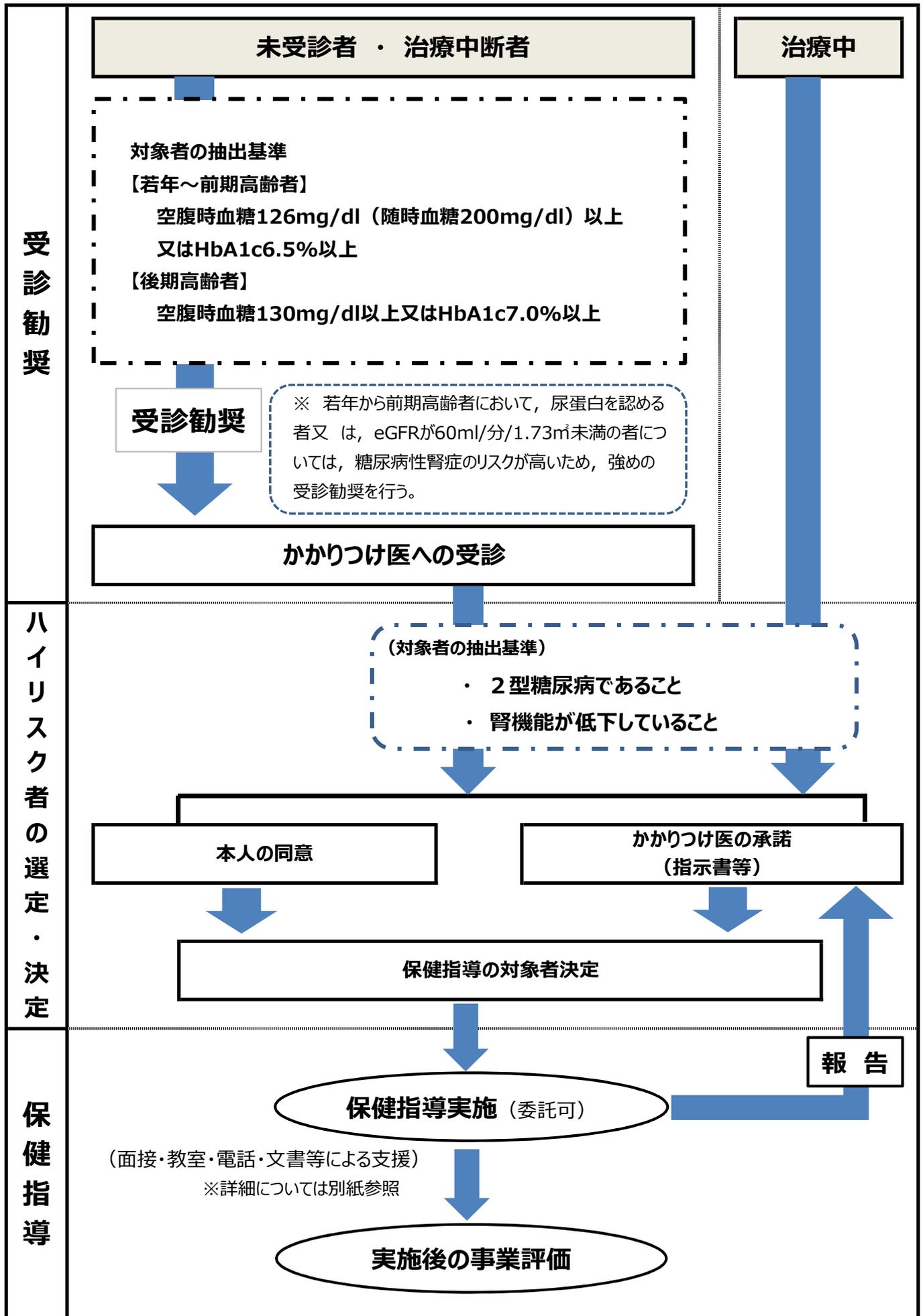
- 抽出基準を元に対象者の選定を行い、名簿を作成
- 対象者への案内（参加希望者は参加同意書を保険者へ提出）
- 参加同意者リストをかかりつけ医へ提示
- かかりつけ医は市町村へ保健指導の指示を行う（指示書等）
- 指示書を元に対象者への案内を実施

### 対象者の確定

- 初回面接・目標設定  
（生活改善に向けた、具体的な取組目標の設定）
- 教室  
（運動や栄養等に関する教室の実施）
- 電話でのフォロー  
（励まし、生活状況の確認、目標確認（必要に応じ見直し））
- 教室  
（運動や栄養等に関する教室の実施）
- 電話でのフォロー  
（励まし、生活状況の確認、目標確認）
- 最終面接・取組継続への支援  
（支援内容の確認、取組継続に向けたアドバイス）
- 評価（対象者個人の評価と事業全体の評価を実施する）  
（評価指標等については市町村と保健指導実施機関等と要検討）
- 電話でのフォロー  
（生活状況の確認、励まし）

# 鹿児島県糖尿病性腎症重症化予防プログラムの流れ

参考



**糖尿病性腎症重症化予防に係る保健指導 指示書（案）**

令和 年 月 日

市町村国民健康保険（又は後期高齢者医療制度）担当課長 殿

医療機関名

主治医

印

患者氏名		生年月日	年 月 日 歳
住所		連絡先	
該当する病名に○をお願いします。（合併症含む）			
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 2型糖尿病</li> <li>・ 末梢神経障害</li> <li>・ 虚血性心疾患</li> <li>・ 糖尿病腎症（ステージ ）</li> <li>・ 高血圧</li> <li>・ その他（ ）</li> <li>・ 糖尿病網膜症</li> <li>・ 脂質異常症</li> </ul>			
保健指導に関する指示事項			
<input type="checkbox"/> 対象者に対して、「糖尿病診療ガイドライン」を元に保健指導を実施することが適当である。			
<input type="checkbox"/> 上記のほか、具体的な指示がありましたら、該当項目のみ記載をお願いします。			
栄養に関すること	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ エネルギー量（ ）kcal/日</li> <li>・ たんぱく質（ ）g/日</li> <li>・ その他（ ）</li> <li>・ 塩分量（ ）g/日</li> <li>・ カリウム制限（有・無）</li> </ul>		
運動に関すること			
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ その他、保健指導の参加にあたり、合併症等について注意すべき点がありましたら御記入下さい。</li> </ul>		
			
<b>【市町村自由記載欄】</b>			
（例）今後、対象者の保健指導の内容等について情報提供させていただきます。 どうぞよろしくお願いいたします。			
<b>市町村からの報告欄</b>			
主治医からの連絡を受け、令和 年 月 日（訪問・電話・面接）により 下記のとおり保健指導を実施しました。			
<b>本事業に関する問合せ先</b>			
〇〇市町村〇〇課〇〇係		担当者：〇〇〇・〇〇〇	
電話：	FAX：	メールアドレス：	

以上です。ありがとうございました。

糖尿病または糖尿病性腎症重症化予防に係る保健指導 参加同意書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

〇〇〇国民健康保険（又は後期高齢者医療制度）担当課長 殿

フリガナ  
氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

住 所 \_\_\_\_\_

電 話 番 号 \_\_\_\_\_

かかりつけ医療機関名 \_\_\_\_\_

私は、〇〇〇が実施する糖尿病または糖尿病性腎症の重症化予防を目的とした、かかりつけ医の指示に基づく保健指導（指導期間は概ね6か月程度）に参加します。

また、適切な保健指導実施のために、必要な私の情報（診療情報や特定健診結果（経年変化を含む））を、かかりつけ医、保健指導実施機関及び市町村で共有することに同意します。