

白河市糖尿病性腎症重症化予防プログラム

平成29年 3月 7日施行

平成31年 4月 1日改正

令和 2年 1月17日改正

令和 5年 6月 1日改正

白河医師会

白河市

1 趣旨

本プログラムは、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、糖尿病が重症化するリスクの高い未受診者・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」）に対して、市が医療機関と連携して保健指導等を行い、生活習慣の改善と行動の変容を目的とする。

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及び福島県医師会等の糖尿病性腎症重症化予防プログラムを踏まえつつ、市の実情に応じた内容にするとともに、必要に応じて適宜、見直しを行う。

2 医療機関未受診者・受診中断者への保健指導（受診勧奨）

(1) 対象者の抽出

対象者の抽出は、特定健診結果、レセプト情報を基本情報として活用し、原則下記の基準で実施する。

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%以上の者で、糖尿病を治療していない者。ただし、当該基準を満たす者のうち、尿蛋白±以上又は eGFR60ml/分/1.73 m²未満の者については、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。

注1) 慢性腎臓病（CKD）対策としては、市は、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

過去に糖尿病治療歴があるが、6 か月経過後のレセプト情報において糖尿病受診歴が確認できない者を抽出し受診勧奨を行う。

(2) 受診勧奨の方法（対象者への介入方法）

市は、対象者の状況に応じて、以下の方法により受診勧奨を行う。

- ・特定健診等結果通知（必要に応じて糖尿病の合併症についての資料を追加）
- ・特定健診等結果通知とは別の郵便対応による受診勧奨
- ・電話
- ・個別面談
- ・その他、市が適当と判断する方法

注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受診が認められない場合であっても、医

療機関を継続的に受診する必要がないという医師の判断に基づき、医療機関を受診していないことがあるため、電話、個別面談により、受診勧奨を行う場合には、医療機関を受診しなくなった経緯について十分に把握したうえ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

現在、糖尿病により医療機関受診中の者のうち、糖尿病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、市において優先順位をつけて保健指導を実施する。ただし、高齢者については、厳格な管理を行うべきで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。

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あり、以下のいずれかに該当する者）

- 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、60ml/分/1.73 m²未満

2) 糖尿病性腎症は発症していないが、以下のリスクの要因を有する者

- ① II度高血圧以上
- ② 喫煙者

3) その他市が必要と認めたもの（糖尿病治療ガイド2022-2023参照）

(2) 保健指導対象者選定方法

市が、特定健診データ、患者・医師からの情報提供等により、保健指導対象者の候補者を抽出し、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あったものを対象とする。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、市が対応可能な範囲において対象とする。

また、市は、早期腎症の診断に有用とされるアルブミン尿の情報を有していないため、医療機関においてアルブミン尿に関する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、市の連携のもと、保健指導が実施されることが重要である。

なお、次の者については保健指導対象者から除外する。

- ① がん等で終末期にある者
- ② 認知機能障害のある者
- ③ 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

(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）

市は、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（白河及び東白川郡医師会）に説明し、かかりつけ医（白河及び東白川郡医師会）から取組について包括的に了解を得た後保健指導を実施する。（個々の対象者ごとに保健指導実施の可否を確認しない）

市は、糖尿病連携手帳等を活用し、保健指導を実施していること、保健指導の実施内容等について、かかりつけ医に情報提供する。

(4) 保健指導の内容

保健指導については、対象者個々の生活習慣や服薬状況、糖尿病性腎症の病期に応じて、柔軟に対応する。

4 かかりつけ医と糖尿病専門医・腎臓専門医との連携

かかりつけ医と糖尿病専門医及び腎臓専門医は、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、歯科医師等と連携して患者を中心とした医療を提供する。

なお、かかりつけ医・専門医間における紹介・逆紹介の目安を以下に示す。

○かかりつけ医から糖尿病専門医への紹介（糖尿病治療ガイド 2022-2023 参照）

○かかりつけ医から腎臓専門医への紹介（CKD 診療ガイドライン 2018 参照）

5 プログラムの実施状況に関する評価

実施したプログラムの評価としては、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）の各段階で下記の評価基準を定め、評価を行う。また、福島県県南地区重症化予防協議会において、実施状況の把握・分析、事業の取組の見直しを年1回行い、PDCA サイクルに基づき事業を展開する。

評価段階	評価基準
ストラクチャー	国保部門と健康部門、その他の関係部署が連携して定期的に運営状況の確認を行う。
プロセス	健診データ、KDB、レセプト、その他統計資料に基づいて現状分析を行う。
アウトプット	保健指導実施人数・割合
アウトカム	評価の指標 (短期的) ・医療機関未受診者・中断者 ・HbA1c7.0%以上（血圧、脂質異常、体重コントロールを含む） ・CKD 重症度分類による腎臓専門医紹介基準 ・糖尿病治療中の健診未受診者 (中長期的) ・新規透析導入患者数・割合 ・一人当たりの医療費の推移 評価の方法 ・健診データ確認 ・レセプト確認 ・KDB 確認

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、事業実施に当たっては、市と医療関係者が密接に連携して事業を展開する必要がある。

○実施したプログラムの評価は、福島県県南地区重症化予防協議会で行うものとする。

○プログラムに記載のない事項については、厚生労働省保険局より、平成 28 年 4 月 20 日に公表、平成 31 年 4 月 25 日改定された「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を参考とする。

【白河市糖尿病性腎症重症化予防プログラム連絡票】

★★この連絡票は、健診結果通知書と返信用封筒(緑色)を一緒にかかりつけ医へ渡してください。★★

① 白河市→かかりつけ医へ(紹介)

年 月 日

様

白河市長 鈴木 和夫 (担当者) 白河市健康増進課 成人健康係 (電話) 0248 (27) 2114

下記の紹介者は、今年度実施しました国保特定健診の結果、高血糖又はHbA1c 高値等を指摘された方です。下記の者が貴院を希望していますので、ご高診、ご指導よろしくお願いたします。

なお、下記内容をご記入の上、ご返信いただくか、紹介者にお渡しくださるようお願いいたします。

紹介者名	フリガナ		生年月日		性別	
	氏名					
	住所		電話番号			

② かかりつけ医→白河市へ(結果)

年 月 日

白河市長 鈴木和夫

医療機関名 (主治医) (電話) (FAX)

傷病名	<input type="checkbox"/> 糖尿病 (2型・境界型) <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> その他 ()		
検査結果	<input type="checkbox"/> この欄に記載 <input type="checkbox"/> 検査結果を添付 <input type="checkbox"/> 糖尿病連携手帳に記載	<input type="checkbox"/> 尿アルブミン/Cr 値 <input type="checkbox"/> クレアチニン <input type="checkbox"/> eGFR (糸球体ろ過量) <input type="checkbox"/> 空腹時血糖 <input type="checkbox"/> HbA1c <input type="checkbox"/> その他 ()	mg/gCr mg/dl ml/min./1.73 m ² mg/dl %

◇医師以外の専門職の介入について <input type="checkbox"/> 介入あり《 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> その他 ()》 <input type="checkbox"/> 介入なし	
◇治療の内容	
<input type="checkbox"/> 薬物療法	<input type="checkbox"/> 服薬中 (糖尿病・高血圧症・脂質異常症・高尿酸血症・その他 ()) <input type="checkbox"/> 服薬開始 (糖尿病・高血圧症・脂質異常症・高尿酸血症・その他 ()) <input type="checkbox"/> インスリン療法中 <input type="checkbox"/> インスリン療法開始 <input type="checkbox"/> 処方なし
<input type="checkbox"/> 食事指導	<input type="checkbox"/> カロリー kcal <input type="checkbox"/> 塩分 g <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 運動指導	
<input type="checkbox"/> 禁煙指導	
<input type="checkbox"/> その他	
◇その他留意事項	
◇今年度内、白河市における保健指導の介入 <input type="checkbox"/> 必要とする <input type="checkbox"/> 今のところ必要としない	

医療機関名 (_____)

_____先生 御侍史

糖尿病性腎症連絡票（紹介）

下記の方は、専門医療機関との連携が必要と判断しました。

ご高診をよろしくお願いいたします。

ご紹介日： 年 月 日

ふりがな		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	歳
氏名		生年 月日	年 月 日	把握 経路	<input type="checkbox"/> 健診 <input type="checkbox"/> 診察
診断 (疑いも可)					
原疾患 既往症	<input type="checkbox"/> 糖尿病 (<input type="checkbox"/> 加療中 <input type="checkbox"/> 未治療) <input type="checkbox"/> 高血圧症 (<input type="checkbox"/> 加療中 <input type="checkbox"/> 未治療) <input type="checkbox"/> 脂質異常症 (<input type="checkbox"/> 加療中 <input type="checkbox"/> 未治療) <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 (<input type="checkbox"/> 加療中 <input type="checkbox"/> 未治療) <input type="checkbox"/> 肥満 (BMI25 以上) <input type="checkbox"/> その他 (_____)				
検査結果	<ul style="list-style-type: none"> ・尿蛋白定量検査 (_____ g/gCr) ・微量アルブミン尿 (_____ mg/gCr) ・Cr：クレアチニン (_____ mg/dl) ・eGFR：糸球体ろ過量 (_____ ml/min./1.73 m²) ・尿蛋白 <input type="checkbox"/>- <input type="checkbox"/>± <input type="checkbox"/>1+ <input type="checkbox"/>2+ <input type="checkbox"/>3+以上 ・尿潜血 <input type="checkbox"/>- <input type="checkbox"/>± <input type="checkbox"/>1+ <input type="checkbox"/>2+ <input type="checkbox"/>3+以上 または尿沈渣 ・その他 (_____) 				
依頼事項	<input type="checkbox"/> 病態精査・方針決定 <input type="checkbox"/> 薬物調整 <input type="checkbox"/> 食事指導 <input type="checkbox"/> 生活指導 <input type="checkbox"/> その他 (_____)				
今後の 診療方針	<input type="checkbox"/> 専門医療機関の判断に一任 <input type="checkbox"/> 可能な限りかかりつけ医 (当院) で診療 <input type="checkbox"/> 専門医療機関での診療を希望				
診療情報提供書	<input type="checkbox"/> 別添あり <input type="checkbox"/> 別添なし				
その他 連絡事項					

医療機関名 _____

医師名 _____

医療機関名 ()

先生 御侍史

糖尿病性腎症連絡票 (返信・報告)

下記の方のご紹介をいただき、ありがとうございました。

受診しました結果をご報告いたします。

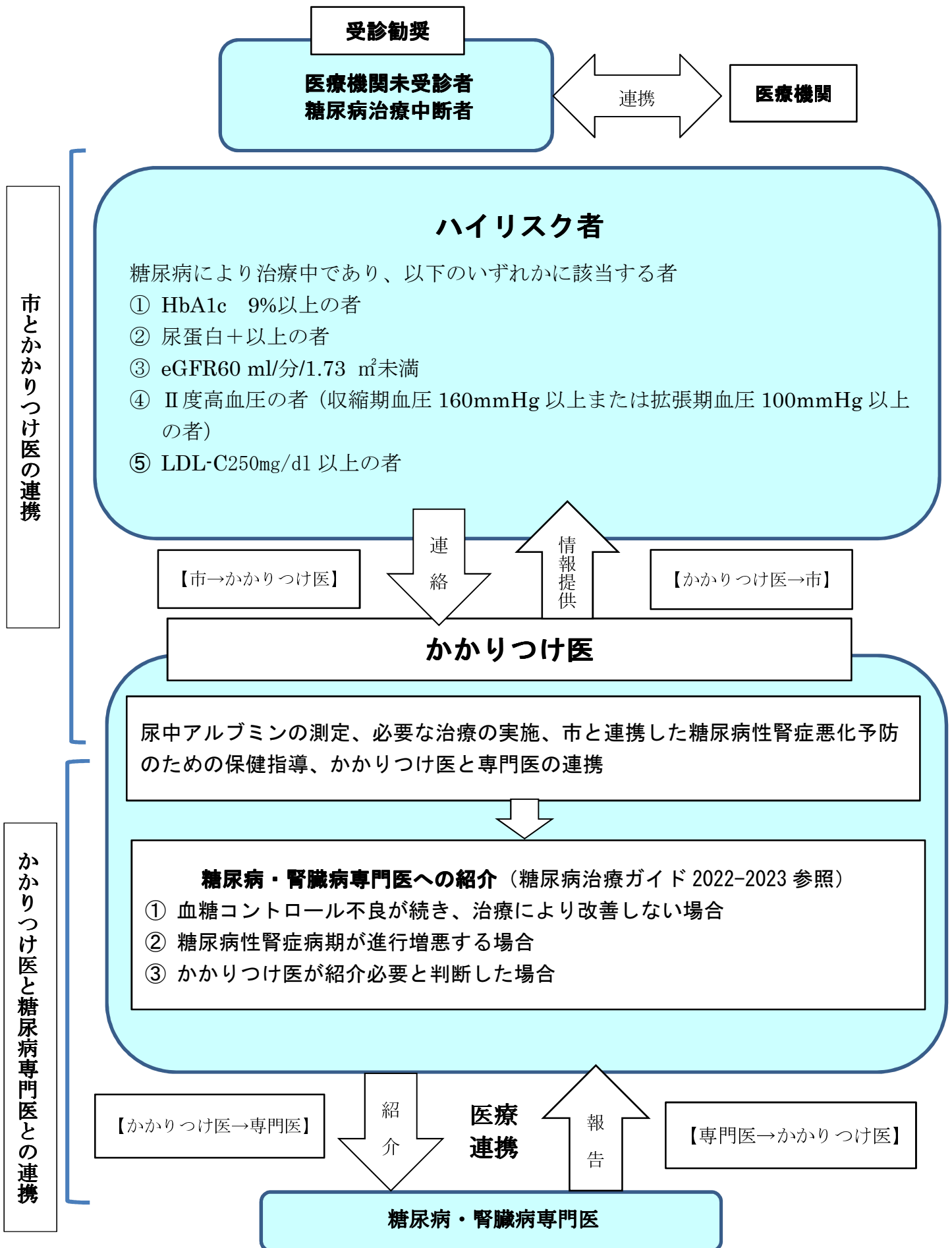
返信・報告日： 年 月 日

ふりがな		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	歳
氏名		生年月日	年 月 日	CKD 連携	<input type="checkbox"/> 初診 <input type="checkbox"/> 再診
診断名					
原因分類	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 腎炎 <input type="checkbox"/> 多発性嚢胞腎 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他 ()				
糖尿病性腎症病期分類	<input type="checkbox"/> 第1期 <input type="checkbox"/> 第2期 <input type="checkbox"/> 第3期 <input type="checkbox"/> 第4期				
CKD重症度分類	G : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3a <input type="checkbox"/> 3b <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 A : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3				
検査結果 <input type="checkbox"/> 右記 <input type="checkbox"/> 別添 (別添の場合 記入不要)	実施日：平成 年 月 日 BUN _____ UA _____ Na _____ K _____ P _____ Cl _____ Hb _____ A1b _____ Ca _____ TC _____ HDL-C _____ TG _____ LDL-C _____ BS _____ HbA1c _____ 血圧 _____ / _____ 脈拍 _____ 浮腫 _____ 画像診断・その他 (_____) 尿蛋白 (<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+以上 または _____ g/gCr) 尿潜血 (<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+以上 または尿沈渣 _____) 尿糖 (<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+以上)				
今後の 診療方針	<input type="checkbox"/> 当院で (<input type="checkbox"/> フォローアップ <input type="checkbox"/> 精査) します <input type="checkbox"/> 当院とかかりつけ医 (貴院) の併診 (月 日 再診) <input type="checkbox"/> かかりつけ医 (貴院) でフォローアップをお願いします。 <input type="checkbox"/> さらなる精査・加療のため他の医療機関に紹介します。 (紹介先 _____)				
現時点で必要 と思われる 事項	<input type="checkbox"/> 薬物調整 (<input type="checkbox"/> 追加 _____ <input type="checkbox"/> 減量 _____ <input type="checkbox"/> 中止 _____) <input type="checkbox"/> 食事指導 (<input type="checkbox"/> 減塩 _____ g <input type="checkbox"/> カロリー _____ cal <input type="checkbox"/> 蛋白 _____ g <input type="checkbox"/> K制限 <input type="checkbox"/> P制限) <input type="checkbox"/> 生活指導 (<input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> 飲酒 <input type="checkbox"/> 運動 _____ <input type="checkbox"/> 家庭内血圧測定) <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> その他 (_____)				
その他 連絡事項					

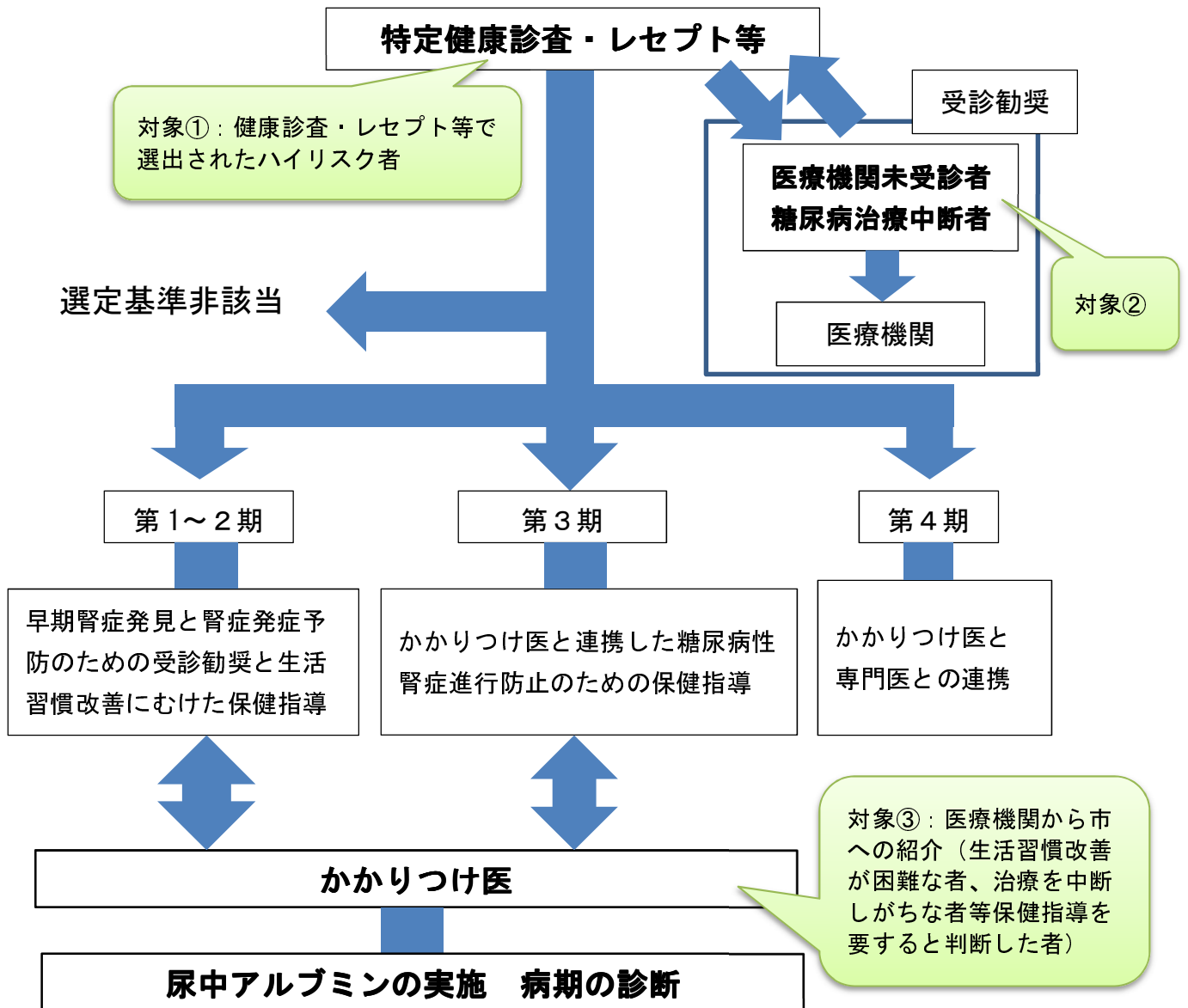
医療機関名 _____

医師名 _____

【糖尿病性腎症重症化予防のための連携フローチャート】



【受診勧奨・保健指導対象者抽出と糖尿病性腎症重症化予防プログラム】



病期	健診データ	状態と介入目的	具体的な介入（保健指導）方法	医療機関での対応
第1～2期	尿蛋白（±）以下	早期腎症の発見 腎症の発症予防	未治療者に対する受診勧奨、受診状況の確認と継続受診の勧め、かかりつけ医と連携した保健指導（食生活の改善、禁煙、減量、身体活動等）	Cr・尿蛋白、尿アルブミン測定による病期の診断、血糖・血圧・脂質等の治療と管理、網膜症等合併症の検査 第2期:患者に対する保健指導の勧奨と保健指導への助言
第3期	尿蛋白（+）以上	顕性腎症 腎機能低下防止	未治療者に対する受診勧奨、受診状況の確認と継続受診の勧め、かかりつけ医と連携した保健指導（食生活の改善、禁煙、減量、身体活動等）、かかりつけ医と連携した保健指導の実施	Cr・尿蛋白、尿アルブミン測定による病期の診断、血糖・血圧・脂質等の治療と管理、網膜症等合併症の検査、腎排泄性薬剤の見直し、保健指導の留意点指示と助言、糖尿病・腎臓専門医への紹介を考慮
第4期	eGFR30ml/分/1.73m ² 未満	透析直前期 透析導入時期の延伸	未治療者に対する強力な受診勧奨、受診状況の確認と継続受診の勧め、医療機関との連携やレセプト情報を活用した治療中断者の把握	血糖・血圧・脂質等の治療と管理、腎排泄性薬剤の見直し、糖尿病・腎臓専門医への紹介