

埼玉県糖尿病性腎症重症化予防プログラム

制定 平成 26 年 5 月 16 日

改訂 平成 29 年 12 月 23 日

平成 30 年 12 月 26 日

令和 6 年 7 月 3 日

令和 6 年 11 月 8 日

埼 玉 県 医 師 会
埼玉糖尿病対策推進会議
埼 玉 県

1 目的

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、糖尿病性腎症で治療中の患者のうち、重症化するリスクの高い通院患者に対して保健指導を行い、人工透析への移行を防止する。

2 関係者の役割

地域における取組を検討する際には、以下の役割分担を念頭に関係者が密接に連携して対応することとする。

(1) 市町村の役割

ア 地域における課題の分析

自治体において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問題などを分析し、地域の関係団体と共に問題認識の共有を行う。

イ 対策の立案

ア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。その際、地域の郡市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。

ウ 対策の実施

イの議論の結果に基づき事業を実施する。事業実施にあたっては、埼玉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。また、事業目的を踏まえて目標と評価指標を設定することが望ましい。

エ 実施状況の評価

ウで実施した事業について、その結果の評価（評価方法については 7 を参照）を行う。また、PDCA（Plan（計画）→Do（実行）→Check（評価）→Action（改善））の手順に基づいて事業を実施することにより、次の事業展開につなげる。

オ 他の保険者の保険事業との連携

同様の事業を実施している他の被用者保険の取組と連携するよう努める。

(2) 埼玉県役割

市町村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、埼玉県が埼玉県医師会や埼玉糖尿病対策推進会議等と県内の取組状況を共有し、課題、対応策等について議論する。

(3) 地域における埼玉県医師会等の役割

- ア 埼玉県医師会等の関係団体は、郡市医師会等に対して、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を周知し、郡市医師会に対し必要に応じ助言する。
- イ 埼玉県医師会や郡市医師会は、埼玉県や市町村が糖尿病性腎症重症化予防に係る取組を行う場合には、会員及び医療従事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するなど、必要な協力を行うよう努める。

(4) 埼玉糖尿病対策推進会議の役割

- ア 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、自治体の取組に助言するよう努める。
- イ 地域の住民や患者への啓発、医療従事者への研修に努める。

3 対象者の抽出基準

(1) 未受診、受診中断者

- ア 未受診者については市町村が特定健診データから、次の①、②の両方に該当する者を抽出した上でレセプトデータを照合して受診の有無を確認する。
 - ① 空腹時血糖 126mg/dl（随時血糖 200mg/dl）以上 又は HbA1c（NGSP）6.5%以上
 - ② eGFR が基準値（60ml/分/1.73 m²）未満
- イ 受診中断者については、市町村がレセプトデータから糖尿病性腎症で通院歴のある患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。
- ウ なお、幅広く糖尿病の重症化を予防する観点から、上記のほか次の①又は②に該当する者も市町村の判断により対象とする。
 - ① 未受診者については、ア①のみに該当する者
 - ② 受診中断者については、糖尿病で通院歴のある患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

(2) 通院患者

市町村がレセプト・健診データから糖尿病性腎症の病期が第2期、第3期及び第4期と思われる者を抽出し名簿を作成する。

なお、次の者は除外する。

- ① がん等で終末期にある者

- ② 認知機能障害がある者
- ③ 糖尿病透析予防指導管理料の算定対象となっている者
- ④ 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

4 未受診、受診中断者への受診勧奨

(1) 受診勧奨の実施

市町村が医療機関の紹介を含め、個別に受診勧奨を行う。

なお、3 (1) アのうち、尿蛋白 2+以上あるいは eGFR30ml/分/1.73 m²未満の者は、重症度が高いと考えられるため、強めの受診勧奨を行う。

(2) 更なる受診勧奨の実施

受診勧奨実施後、対象者の受診の有無を確認し、受診がない場合には、更なる受診勧奨を市町村の判断により実施する。

5 通院患者への保健指導

(1) 保健指導対象者選定に当たっての考え方

上記 3 (2) で抽出された者のうち、保健指導プログラムへの参加について、本人及びかかりつけ医の同意があった者を対象とする。

ただし、第 4 期の対象者は、保健指導により病状の維持又は改善が見込めるとかかりつけ医が判断した者とし、第 2 期の対象者は、特に保健指導が必要であるとかかりつけ医が判断した者とする。(家族歴の有無などを考慮)

(2) 保健指導の内容

保健指導の内容については、別紙 1 「保健指導プログラム」を参照する。

(3) 保健指導実施の手順

- ① 市町村は、前記 3 (2) を踏まえて保健指導プログラム参加候補者名簿を作成し、候補者に対してプログラム参加案内を行う。
- ② かかりつけ医は、保健指導が必要と判断した患者に対し、プログラム参加の推薦書を手交する。
- ③ 市町村は、かかりつけ医の推薦書を添えてプログラム参加同意書の提出があった者を記載したプログラム参加同意者リストを作成し、かかりつけ医に提示する。
- ④ かかりつけ医は、プログラム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。(別添様式 1 参照)
- ⑤ 市町村は、プログラム参加同意者に対して、かかりつけ医の指示に基づき専門職による保健指導を実施し、指導実施後、その結果をかかりつけ医へ報告する。

6 保健指導実施後の継続支援（フォローアップ）

市町村は、保健指導プログラムを修了した者に対して、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。

7 事業評価

埼玉県及び市町村は、受診勧奨、保健指導及び継続支援の実施結果を把握し、糖尿病性腎症の進行過程を踏まえた事業評価を行う。

8 かかりつけ医と専門医の連携

糖尿病患者への医療提供に当たり、かかりつけ医と専門医は患者の病状を維持・改善するため、必要に応じて紹介、逆紹介を行うなど連携して患者を中心とした医療を提供する。

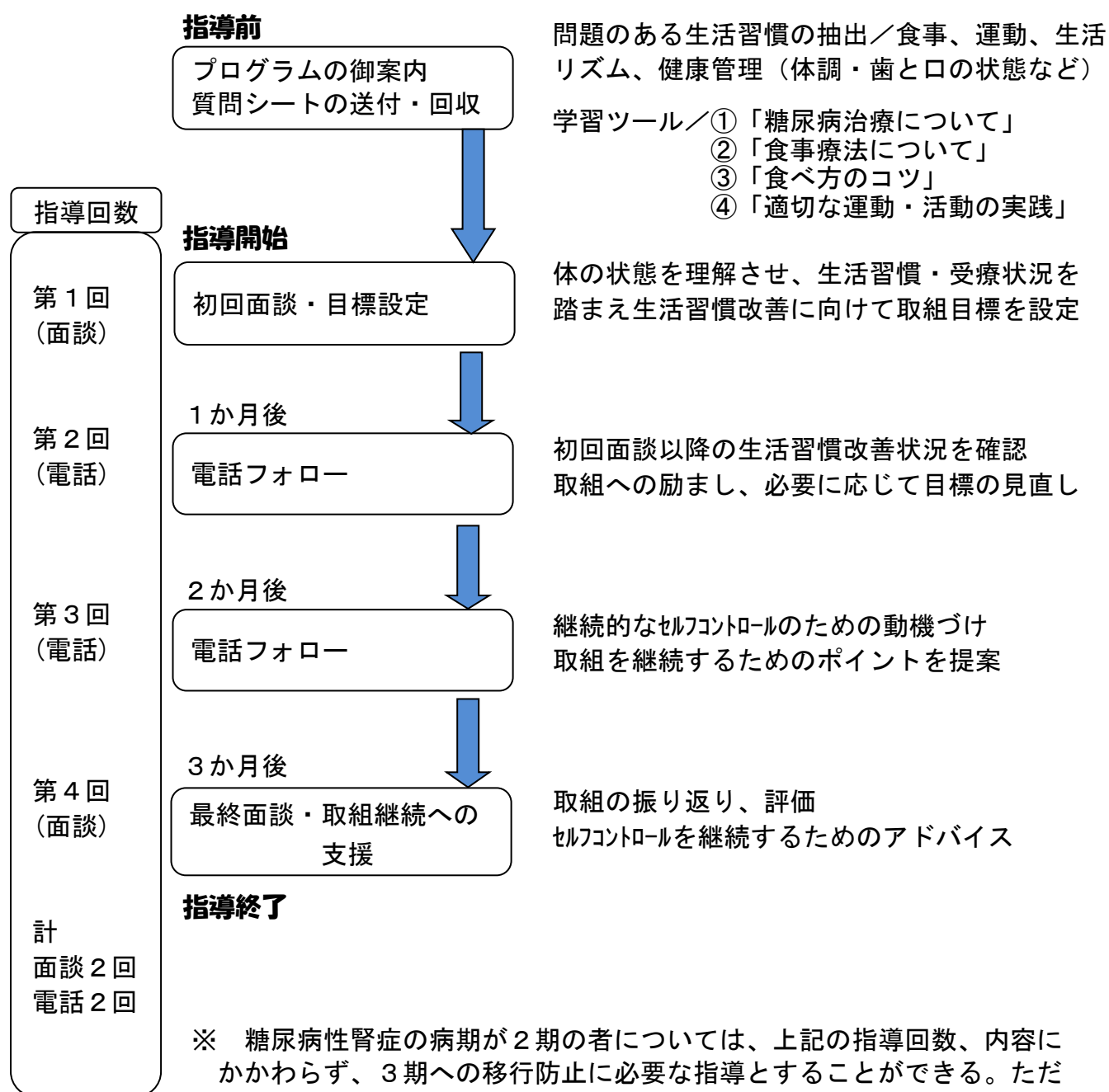
なお、紹介、逆紹介は原則として、別紙2「かかりつけ医から糖尿病専門医、腎臓専門医への紹介ガイドライン及び診療情報提供方法」を参考に、適切なタイミング、方法で行う。

また、糖尿病性腎症以外の網膜症、神経障害などの合併症に対応するため、眼科や血管外科など、糖尿病専門医以外の医師との連携策について検討する。

附則

3(2)は、令和7年4月1日から施行する。

糖尿病性腎症患者に対する保健指導プログラム



かかりつけ医から糖尿病専門医、腎臓専門医への 紹介ガイドライン及び診療情報提供方法について

1. かかりつけ医から糖尿病専門医、腎臓専門医への紹介ガイドライン

- ### ①【高血糖の観点】 HbA1c8.4%以上の状態が3か月以上続く場合

- ## ②【腎機能の観点】尿検査で尿蛋白1+が2回以上連続した場合

かかりつけ医は、①の場合は糖尿病専門医へ、②の場合は腎臓専門医へ紹介し、連携して診療する

逆紹介については、「糖尿病治療のエッセンス（日本糖尿病対策推進会議編）」に基づき、適切に行う。

2. 診療情報提供方法

糖尿病連携手帳（日本糖尿病協会発行／令和2年4月 第4版）の「検査結果」により診療情報を提供する。

うち検査日、体重、血圧、血糖値、HbA1c、Cr(クレアチニン)、eGFR、尿蛋白は必須とする。

なお糖尿病と高血圧の罹患歴(いつ発症か)を治療のポイント欄に記載すること。



検査日	/ /	/ /
年齢		
体重(kg)		
血圧(mmHg)	/	/
血糖値(mg/dL)	空腹時・食後	空腹時・食後
HbA1c(%)		
肝臓	AST/ALT	/
	γ-GTP	/
脂質	LDL-C/HDL-C	/
	中性脂肪	
	eGFR	
腎臓	クレアチニン	
	尿アルブミン指数	mg/gCr
	尿蛋白 定 性	ー、±、1+、2+、3+

〔治療・指導のポイント〕

※連携手帳は、協賛企業(製薬会社)が無償で配布していますので、各医療機関においてお取り寄せ下さい。

糖尿病保健指導指示依頼書

年 月 日

●●市●●課●●担当課長 様

医療機関名 _____

主治医 _____ 印

(署名または押印をお願いします)

下記のとおり保健指導を依頼します。

患者 氏名		生年 月 日	年 月 日	性別	男性・女性
住所				電話 番号	

保健指導に関する指示事項

↓該当する場合は、☒ (チェック)をお願いします。

☒ 糖尿病性腎症患者に対して、「糖尿病診療ガイドライン」(日本糖尿病学会)及び保健指導プログラムのとおり実施することが適当である。

(任意) 上記の他、留意することがある場合のみ、ご記載いただける範囲でご記入下さい。

例えば、合併症の状況、運動・塩分制限、摂取カロリー等

(任意) 最新の検査値がございましたら可能な範囲でご記入下さい。

[検査日： 年 月 日現在]

身長	体重	クレアチニン	収縮期血圧	拡張期血圧
cm	kg	mg/dl	mmHg	mmHg
HbA1c	eGFR	尿蛋白(定性)	空腹時血糖 ・ 随時血糖	
%	ml/分	- ・ ± ・ + ・ 2+ ・ 3+	mg/dl	