

## 東京都糖尿病性腎症重症化予防プログラム（たたき台）

平成 30 年 1 月

東京都医師会  
東京都糖尿病対策推進会議  
東京都

## 1 本プログラムの趣旨

- 生活習慣病の重症化を予防するためには、確実に医療機関を受診し、かかりつけ医の指導の下、生活習慣の改善を図ることや、適切な薬の服用等、継続した治療を行うことが重要である。
- 特に、糖尿病は、初期には自覚症状が乏しく、未治療や治療中断者が半数を占めており、糖尿病になり、血糖値が高い状態が持続すると、糖尿病性腎症による人工透析や、糖尿病網膜症による失明など、深刻な合併症を引き起こし、患者のQOL（生活の質）を著しく低下させるのみならず、医療財政にも大きな負担となる。
- 都においては、東京都健康推進プラン21（第二次）、東京都保健医療計画において、糖尿病による新規人工透析導入率や失明発症率を減らすことを目標に定め、糖尿病の発症、重症化予防に向けた取組を推進している。
- また、平成30年度から、都道府県は、区市町村と共に国民健康保険の保険者となり、財政運営の責任主体として中心的な役割を担うこととされたことに伴い、都は、平成29年12月に、国民健康保険運営方針を定め、その中で、糖尿病性腎症重症化予防の推進を医療費適正化の取組の一つとして、区市町村を支援していくこととしている。
- このため、東京都は、東京都医師会、東京都糖尿病対策推進会議、区市町村等の関係機関と連携し、事業の円滑な推進を図るため、「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を策定する。

## 2 基本的考え方

## (1) 目的

- 本プログラムは、都内の区市町村国保及び後期高齢者医療広域連合（以下「区市町村等」という。）が医療機関と連携し、糖尿病が重症化するリスクの高い未受診者・治療中断者を医療に結びつけるとともに、糖尿病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」という。）に対し、保健指導等を行い、糖尿病腎症による透析等の合併症の発症を防止することを目的とする。

## (2) 本プログラムの性格

- 区市町村等が医療機関と連携して糖尿病性腎症重症化予防に取り組むこと

- を目指し、重症化予防に向けた取組の考え方や標準的な内容を示すものである。
- このため、区市町村等における取組内容については、地域の実情に応じて柔軟に対応することが可能であり、現在各区市町村において既に行われている取組を尊重するものである。
  - なお、都民全体への展開を目指し、区市町村等以外の医療保険者についても、本プログラムに基づき取組を推進することが望ましい。

### (3) 取組にあたっての関係機関の役割

#### 【WG 検討事項】

- ・ 必要な関係機関に不足はないか。
- ・ 各関係機関の役割に不足はないか。

- 地域における取組みを検討するに当たっては、関係機関は次の役割分担例を念頭に、密接に連携して対応するものとする。

#### (都の役割)

- 都は、本プログラムを関係団体へ周知し、都民に啓発するとともに、区市町村等がプログラムの取組みを円滑に実施できるよう、東京都医師会、東京都糖尿病対策推進会議と継続的に連携し、区市町村等の課題や対応策等について協議し、事業実施を支援・フォローする。
- また、取組みが、都内の区市町村等以外の医療保険者にも広がるよう、東京都保険者協議会等にも協力を依頼し、プログラムの目的や取組みについての理解促進を図る。

#### (区市町村の役割)

- ① 地域における課題の分析
  - ・ 各区市町村は、健診データやレセプトデータ等により、被保険者の疾病構造（患者数や医療費の多寡等）や地域の健康課題等を分析し、地区医師会など関係機関と課題の共有を行う。
  - ・ 分析にあたっては、その区市町村や医療圏が有する保健医療等に関する資源の実態（医療機関等の社会資源、糖尿病専門医等の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）を明らかにする。
- ② 対策の立案
  - ・ ①で明らかになった課題について、優先順位等を考慮し、対策を立案する。
  - ・ 立案にあたっては、地域の医療機関との連携体制のあり方、ハイリスク者を抽出する健診項目や健診実施方法、食生活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、様々な観点から地域の医師会等の関係団体と協議した上で、保健指導や受診勧奨の内容について検討する。

③ 対策の実施

- ・②で立案した対策に基づき事業を実施する。事業実施にあたっては、東京都国民健康保険団体連合会による支援も受けながら、区市町村内の関係部局が連携して実施する。必要な場合は、民間事業者への委託等についても考慮する。

④ 実施状況の評価

- ・③で実施した事業について、結果を評価し、PDCAサイクルにより次の事業展開につなげる。

**(東京都後期高齢者医療広域連合の役割)**

- 東京都後期高齢者医療広域連合（以下、「広域連合」という。）は、後期高齢者について、上記に記載した区市町村と都の両者の役割を担うとともに、特に実施にあたっては、区市町村が上記の役割を果たせるよう、区市町村との連携を図る。

**(東京都医師会及び地区医師会の役割)**

- 東京都医師会は、本プログラムを地区医師会へ周知し、地区医師会に対し必要に応じ助言する。
- 東京都医師会及び地区医師会は、都及び区市町村等が本プログラムに係る取組を行う場合には、会員である医療機関及び医療従事者に対して周知し、取組が円滑に実施できるよう協力するとともに、かかりつけ医と糖尿病専門医等との連携の強化等、都及び区市町村等との連携体制の構築に向け必要な協力を行う。

**(東京都糖尿病対策推進会議の役割)**

- 糖尿病性腎症重症化予防に係る都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・科学的観点から都内区市町村等が実施す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、都及び区市町村等の取組に協力するよう努める。
- 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。

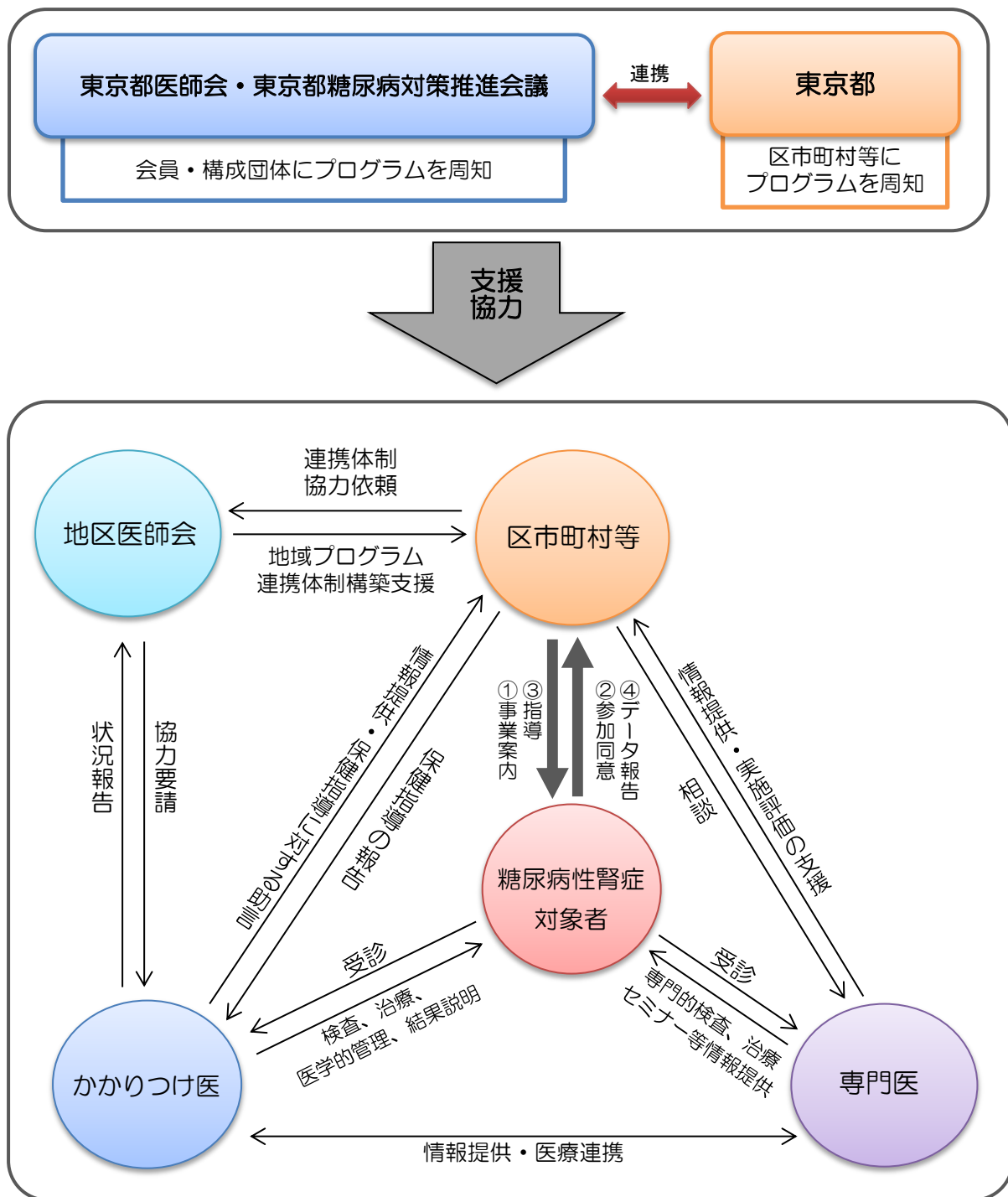
**(東京都歯科医師会、東京都薬剤師会、東京都看護協会、東京都栄養士会等の役割)**

- 東京都歯科医師会、東京都薬剤師会、東京都看護協会、東京都栄養士会等関係団体は、糖尿病性腎症重症化予防に係る都における動向等について会員等に周知し、都及び区市町村等の糖尿病性腎症重症化予防に係る取組に必要な協力を行うよう努める。
- また、本プログラム対象者が、確実に受診を継続できるように、区市町村等と連携してかかりつけ医、糖尿病専門医及び腎臓専門医等の指示の下で療養指導を行い対象者のセルフケアを支援する。

**(東京都国民健康保険団体連合会の役割)**

- 区市町村等が実施する地域における課題の分析や事業実施を効率的に行うための支援を行うため、区市町村等及び都との連携を図る。
- 国保データベース（KDB）等の活用推進を図り、区市町村等の課題分析や事業実施を支援する。

<図表 1 : 関係機関の連携図>



(4) 取組方法

- 本プログラムでは、区市町村等の健康課題や他の保健事業の状況に応じて選択できるよう複数の取組方策を示している。具体的には、
  - ① 健康診査・レセプト等で抽出されたハイリスク者に対する受診勧奨、保健指導

- ② 治療中の患者に対する医療と連携した保健指導
- ③ 糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応  
などを想定している。また、糖尿病性腎症の病期に準じて対象者選定基準等  
を設定し、対応する介入方法も示している。

#### (5) 実施上の留意点

- 後期高齢者については、年齢層を考慮した対象者選定基準を設定する必要があるとともに、実施上の留意事項がある。また、広域連合は、区市町村と連携して保健事業を行うことが重要である。
- 区市町村等とかかりつけ医等との連携体制は重要であり、あらかじめ、地区医師会や糖尿病対策推進会議等の関係機関と十分協議の上、推進体制を構築する必要がある。
- 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。
- 区市町村等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。

### 3 プログラムの条件

- 区市町村等が糖尿病性腎症重症化予防プログラムを策定する場合には、以下のいずれも満たすものである必要がある。
  - 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

### 4 本プログラムの見直し

- 特定健診・特定保健指導制度等の改正が行われた場合やプログラムに基づく取組実績の検証結果を踏まえ、必要に応じて本プログラムを見直すものとする。

## 5 対象者の選定

### 【WG 検討事項】

- ・抽出基準（健診データ数値等）は適当か。

#### （1）対象者の基本的な考え方

##### （受診勧奨の対象者について）

- プログラムの対象者は、下記の①②いずれにも該当する者とし、次の（2）～（4）の方法を組み合わせて抽出することが考えられる。
  - ① 空腹時血糖126mg/dl（随時血糖200mg/dl）以上又はHbA1c6.5%以上
  - ② eGFR60ml/分/1.73 m<sup>2</sup>未満又は尿蛋白（±）以上

##### （保健指導の対象者について）

- 糖尿病性腎症の病期が第2期以上相当の者（＜図表2：病期に応じた保健指導内容＞のとおり）として保険者が抽出した者。

なお、次のいずれかに該当する者は除く。

- ・1型糖尿病の者及びがん等で終末期にある者
- ・認知機能障害がある者
- ・糖尿病透析予防指導管理料及び生活習慣病管理料の算定対象となっている者

##### （留意点）

- 糖尿病性腎症病期分類第4期については、心血管イベント、心不全の発症リスク、死亡リスクが高いことに十分に留意する必要がある。
- 特定健診では尿蛋白が必須項目であり、糖尿病に加えて尿蛋白（+）以上であれば、第3期と考えられる。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ている。合わせて、医療機関で測定した血清クレアチニン（eGFR）、尿アルブミン、尿蛋白等の検査値については、本プログラムの実施結果を評価する際に不可欠であるため、本人の同意のもと、保健指導の実施者とデータを共有する必要がある。
- 糖尿病が存在することにより、早期から特徴的な病理学的所見が腎臓にみられる。本プログラムでは＜図表3：糖尿病性腎症病期分類＞のとおり、対象者を糖尿病性腎症としてひろく取り扱う。ただし、網膜症や神経障害等、糖尿病特有の細小血管症の合併状況や糖尿病罹病期間を参考にすることが重要である。

<図表 2 : 病期に応じた保健指導内容>

病期	保健指導
<p><b>第2期 早期腎症期</b>                      [次のいずれにも該当する方]                      ○空腹時血糖126mg/dl以上                        又は HbA1c 6.5%以上                      ○尿蛋白(±)以下                      ○eGFR<math>\geq</math>30ml/分/1.73m<sup>2</sup>                        (検査数値がある場合)                      ○微量アルブミン尿                        30~300mg/gCr 未満                        (検査数値がある場合)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・糖尿病の管理、腎症改善のための指導</li> <li>・治療を継続することを指導</li> <li>・血糖・血圧のコントロール、禁煙、減塩、適量飲酒を中心に指導</li> <li>・栄養指導と生活状況を踏まえた指導(口腔保健を含む。)</li> <li>・適度な身体活動・運動を指導</li> </ul> <p>※第2期の初回指導は集団による指導も可</p>
<p><b>第3期 顕性腎症期</b>                      [次のいずれにも該当する方]                      ○空腹時血糖126mg/dl以上                        又は HbA1c6.5%以上                      ○尿蛋白(+)以上                      ○eGFR<math>\geq</math>30ml/分/1.73m<sup>2</sup>                        (検査数値がある場合)                      ○顕性アルブミン尿                        300mg/gCr 以上                        (検査数値がある場合)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・(未治療者及び治療中断者には受診勧奨し、)医療と連携したリスクマネジメントが適切に行われる状況で実施</li> <li>・治療を継続することを指導</li> <li>・網膜症の有無の確認</li> <li>・蛋白制限はかかりつけ医の指示のもとに実施                      なお、高齢者の過度の制限に留意する。</li> <li>・血糖・血圧のコントロール、禁煙、減塩、適量飲酒を中心に指導</li> <li>・栄養指導と生活状況を踏まえた指導(口腔保健を含む。)</li> <li>・適度な身体活動・運動を指導</li> </ul>
<p><b>第4期 腎不全期</b>                      ○eGFR&lt;30ml/分/1.73m<sup>2</sup></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・(未治療者及び治療中断者には受診勧奨し、)医療と連携したリスクマネジメントが適切に行われる状況で実施</li> <li>・治療を継続することを指導</li> <li>・網膜症の有無の確認</li> <li>・血糖・血圧のコントロール、禁煙、減塩、適量飲酒を中心に指導</li> <li>・蛋白制限はかかりつけ医の指示のもとに実施                      なお、高齢者の過度の制限に留意する。</li> <li>・腎排泄性の薬剤の使用状況を確認する。</li> <li>・栄養指導と生活状況を踏まえた指導(口腔保健を含む。)</li> <li>・適度な身体活動・運動をかかりつけ医の指示のもとに実施</li> </ul>



<図表 3：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/1.73m <sup>2</sup> )
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
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
第4期 (腎不全期)	問わない	30未満
第5期 (透析療法期)	透析療法中	

(出典：日本糖尿病学会「糖尿病治療ガイド 2016-2017」)

## (2) 健康診査データ・レセプトデータ等を活用したハイリスク者の抽出方法 (抽出基準について)

- プログラムの対象となるハイリスク者の抽出に当たっては、糖尿病性腎症に関する日本糖尿病学会、日本腎臓学会のガイドラインに基づく基準を設定し、健康診査等で得られるデータと突合して抽出されるハイリスク者を対象とする。
- eGFR30~44ml/分/1.73m<sup>2</sup>の場合CKD重症度分類によるとG3bに該当する。糖尿病性腎症の病期に加え、eGFRも参考にして対象者の優先順位を決めることが望ましい。

### (留意点)

- 腎機能が著しく低下した第4期の患者は、医療機関への受診勧奨と専門医との連携を要する病期である。また、腎不全のみならず、循環器疾患発症リスク、死亡リスクが高い集団であることから、保健事業の実施にあたっては、特にリスクマネジメントの体制が確保されていることが重要である。健診データのほか、循環器疾患や他の合併症に関する検査所見等を十分に考慮したうえで、主治医とのカンファレンスなどを実施する体制が必要である。
- 後期高齢者については、複合的な疾病合併のみならず、老化に伴う諸臓器の機能低下を基盤としてフレイル、サルコペニア、認知症等の進行がみられ、個人差が大きい。後期高齢者の腎症対策では、糖尿病性腎症の対象者選定基準にあわせた一律のプログラムではなく、個人の状況に合わせて、QOL 維持、向上、要介護状態への移行阻止等を含めた包括的な対応が必要になる。
- 腎合併症のハイリスク糖尿病後期高齢者においては厳格な管理を求めるべきではないとの考え方から、健診データから対象者の抽出に当たって例えば、暫定的にHbA1c $\geq$ 8.0%とする等配慮が必要である。

#### (レセプトによる抽出)

- 健診未受診者であっても、レセプトデータを活用し、併発疾病等を有するハイリスク者を抽出することが望ましい。

#### (3) 医療機関における抽出方法

- 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、保健指導が必要と医師が判断した患者を対象とする。例えば

- ・生活習慣改善が困難な方
- ・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
- ・その他、地域包括ケア等の連携体制の中で、地域の実情により連携が望ましいと考えられる場合

などが想定される。地域の実情に合わせ、区市町村等は地区医師会と抽出方法を協議することが望ましい。

#### (4) 糖尿病治療中断かつ健診未受診者の抽出方法

- 以下の者等を対象として状況確認を行い、健診・医療機関受診を勧め、以後は(2)、(3)の流れにのせて対応する。
  - ・過去に糖尿病治療歴がある、又は過去3年間程度の健診にてHbA1c7.0%以上が確認されているものの、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
  - ・歯科や眼科治療中の患者において糖尿病治療を中断していることが判明した者
  - ・薬局やイベント等における健康相談において糖尿病の履歴があり十分に管理されていない者

## 6 介入方法

### 【WG 検討事項】

- ・ 介入時期及び病期に応じた受診勧奨、保健指導の内容は適当か。

- 対象者の状況別の受診勧奨及び保健指導の対応例は<図表 4：標準的な受診勧奨>及び<図表 5：標準的な保健指導>の通りである。

#### (1) 受診勧奨：手紙送付、電話、個別面談、戸別訪問等 (実施方法等)

- <図表 4：標準的な受診勧奨>のとおり、実施にあたっては、受診勧奨の方法について検討し、必要に応じて数回、数種類の受診勧奨を行う。また、実施後は、受診継続や保健指導につながるような支援を行う。
  - ・ 病期ごとの対応の例は以下の通りである。
    - 第 1～2 期：区市町村等の判断で優先順位を検討する。その際、例えば、HbA1C、血圧等の受診勧奨判定値が重複している者や単独の異常も著しく高い者を優先するなどの方法がある。
    - 第 3～4 期：受診勧奨をしても受診が確認されない場合、再度、別の方法で受診勧奨を試みる（手紙→電話→訪問）。
  - ・ 実施方法を検討するために、保険者は前年度の健診データ等でおおよその対象者数を把握し、優先順位や方法を検討する。
  - ・ 対象者の状況に応じ、検査値を伝え、医療機関での受診が必要という通知を行うだけの軽い受診勧奨から、保健指導と組み合わせて本人が受診の必要性を十分に理解でき、受診行動につながるまで関わるものまで、本人への関わり方の濃淡をつけることが考えられる。
  - ・ また、必要に応じて受診後のフォローも行うことが考えられる。治療を中断しやすい人については、受診継続についての抵抗要因を検討し、その軽減に向けた支援を行う。
  - ・ 受診勧奨、保健指導等の保健事業については外部委託が可能であるが、区市町村等の専門職が関与し、保険者としての責任を持った企画と評価を行うことが重要である。

#### (2) 保健指導：電話等による指導、個別面談、訪問指導、集団指導等 (実施方法等)

- <図表 5：標準的な保健指導>のとおり、参加意向の確認後、かかりつけ医と連携しながら、概ね 6 か月程度の保健指導を行う。
  - ・ 病期に応じた保健指導内容は<図表 5：病期に応じた保健指導内容>のとおり
  - ・ 保健指導としては、健康診査データや医療機関での検査値等を用いて自身の健康状態（糖尿病性腎症）を正しく理解してもらい、必要な生活習慣改善につなげることを目標とする。
  - ・ 指導に当たっては、定期的検査の必要性についてよく理解できるように

支援する。また本人の疑問にも適切に対応し、必要に応じてかかりつけ医と連携した対応を行うことが重要である。

#### (実施までの手順)

区市町村等は、次の手順により、本人の同意及びかかりつけ医の指示を得るものとする。

##### <区市町村等が抽出する場合>

- ア 区市町村等は、保健指導対象者の受診状況をレセプトデータで確認し、保健指導の内容を説明した上で、対象者に保健指導の参加意向を確認する。
- イ 対象者は、参加意向がある場合には、「(様式1)糖尿病性腎症保健指導プログラム参加同意書」(以下「同意書」という。)を区市町村等宛てに提出する。
- ウ 区市町村等は、同意が得られた対象者について、かかりつけ医宛てに「(様式2)糖尿病性腎症保健指導指示書」(以下「指示書」という。)の作成を依頼する。
- エ かかりつけ医は、対象者の受診時に治療及び保健指導方針について協議の上、「指示書」を作成し、区市町村等宛てに提出する。

##### <医療機関が抽出する場合>

- ア かかりつけ医は、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、保健指導が必要と判断した場合、保健指導を要する対象者が所在する区市町村等が本プログラムに基づく保健指導を実施している場合には、対象者に保健指導への参加勧奨を行う。
- イ 対象者は、参加意向がある場合には、「同意書」をかかりつけ医宛てに提出する。
- ウ かかりつけ医は、対象者の受診時に治療及び保健指導方針について協議の上、「指示書」を作成し、「同意書」とともに区市町村等宛てに提出する。

#### (情報の共有)

区市町村等は、必要に応じて、保健指導の実施状況をかかりつけ医に報告する。保健指導終了後、区市町村等は、保健指導の実施結果を「(様式3)保健指導実施報告書」により、かかりつけ医に報告する。

<図表 4 : 標準的な受診勧奨>

受診勧奨の方法の検討

- 前年度の健診データ等を使っておおよその対象者数を把握し、優先順位や方法を検討する。
- 対象者の状態に応じた、受診勧奨の方法を検討する。
- 外部委託によって受診勧奨を行う場合でも、専門職が関与するなど、保険者としての責任を持って実施する。

受診勧奨

- 手紙の送付、電話、個別面談、訪問等の方法により行う。  
検査値によっては、保健指導と組み合わせて受診の必要性を十分に伝えるなど、本人への関わり方の濃淡をつけることが考えられる。
- 受診勧奨台帳等により、実施状況を管理する。

2～3か月後

- レセプトを活用して、受診勧奨後の糖尿病受療歴等を確認する。

レセプトなし

※継続して受診勧奨を行う

レセプトあり

再度受診勧奨

- 特に重症度の高い者（第3期、第4期の者）については、手紙、電話、訪問等、方法を変えて受診勧奨を試みる。

- ★対象者が医療機関受診に対する意識を高められるよう工夫する。
- ★対象者から聞き取りにより、医療機関受診を阻害する要因を把握した上で、対象者に共感を示しながら支援する。

受診後のフォロー

- 重症度によっては必要に応じて、かかりつけ医と連携した保健指導につなげる。
- 治療を中断しやすい者については、受診を継続させるための支援を行う。

<図表 5 : 標準的な保健指導>

指導前

- 区市町村等又はかかりつけ医は、対象者へプログラムの案内を行い、参加意向を確認し、対象者から「糖尿病性腎症保健指導プログラム参加同意書（様式1）」を取得する。
- かかりつけ医は「糖尿病性腎症保健指導指示書（様式2）」を作成し、同意書（様式1）とともに、区市町村等に提出する。

指導開始

- 初回面談**
- 目標設定
    - ・生活習慣のアセスメント（食事、運動、生活リズム、口腔衛生等）
    - ・生活習慣及び医療機関受診状況を踏まえ、生活習慣改善に向けて行動目標を設定
  - かかりつけ医の指示のもと、食事、運動指導を行う。
    - ・血糖・血圧のコントロールの必要性、禁煙、適量飲酒を中心に指導
    - ・病期によって、網膜症の有無の確認や蛋白制限等も実施

1～5か月間

- 電話、面談による支援**
- 治療状況の確認
    - ・検査データ、身体症状、定期的な受診行動について把握
  - 行動目標の改善状況の確認、評価
  - 継続的な自己管理のための励まし

※月1回程度の支援を基本とするが、支援方法や頻度については対象者及び保険者の実情に応じて柔軟に対応。  
※個別の保健指導に限らず、保険者による保健事業（集団指導等）による指導も可能。

6か月後

- 最終面談**
- 治療状況の確認
    - ・検査データ、身体症状、定期的な受診行動について把握
  - 行動目標の取組の振り返り、評価
  - 継続的に自己管理するためのアドバイス

指導終了

※保健指導の実施結果を「保健指導実施報告書（様式3）」により、かかりつけ医に報告

<図表 6 : 医療機関受診・健診受診の有無・病期別の対応例>

	健診受診あり				健診受診なし	
	腎症第 1 期	腎症第 2 期	腎症第 3 期	腎症第 4 期	糖尿病履歴なし	糖尿病履歴あり
<b>糖尿病等の生活習慣病関連レセプトあり</b>	・医療機関での管理 ・保健資源を活用した予防事業 ・腎症予防事業	・医療機関での管理 ・治療中断しがちな場合の保健指導 ・腎症改善のための指導	・医療と連携した腎症悪化防止のための保健指導	・主治医に健診結果連絡、腎症対策強化について連携 ・可能であれば、スキルの高い専門職による保健指導	/	・医療機関での管理 ・年に1度の健診受診促す
<b>他疾患レセプトあり、糖尿病等のレセプト及び内科受診なし</b>	・糖尿病管理の必要性を本人に通知、受診勧奨	・糖尿病管理の必要性を本人に通知、保健指導	・糖尿病、腎症対策の必要性を本人に通知、適切な医療につながるよう、受診勧奨、保健指導	・本人（主治医）に健診結果を通知、糖尿病性腎症の適切な医療につなげる ・強力な受診勧奨		・健診受診勧奨（3年以上健診未受診の場合の対策等） ※腎症対策外の一般的な取組
<b>医科レセプトなし</b>						・強力な受診勧奨

（厚生労働省「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を参考に改変）

## 7 かかりつけ医や専門医との連携

### 【WG 検討事項】

- ・連携のために必要な内容が漏れなく盛り込まれているか。
- ・かかりつけ医と専門医における紹介、逆紹介の判断基準を記載すべきかどうか。（参考資料 2-1、2-2 を参考に検討）

### (1) かかりつけ医との連携

- 区市町村等とかかりつけ医等との連携体制については、あらかじめ医師会等の関係機関と十分協議の上、推進体制を構築する必要がある。
- 本プログラムを踏まえ、地区医師会は各地域での推進体制について区市町村等と協力する。
- 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ことが求められる。

### (2) 地域における関係機関との連携

- 必要に応じてかかりつけ医と糖尿病専門医、腎臓専門医が連携できる体制をとることが望ましい。
- 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。

- 保健指導中もできる限りかかりつけ医と実施状況を共有することが望ましい。
- 保健指導等の終了後も継続的な治療、継続的な支援につなげることが重要である。
- 臨床における検査値（血圧、血糖、腎機能等）について、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、必要に応じて地域包括支援センターとも連携する必要がある。

<紹介、逆紹介の判断基準>





## 8 プログラム評価指標

### 【WG 検討事項】

- ・評価基準は適切か。
- ・評価に必要な内容が盛り込まれているか。

### (区市町村等におけるプログラム運用の評価)

- 区市町村等は、本プログラムに基づく受診勧奨及び保健指導について、次の評価指標を参考に取組評価を行う。また、区市町村等は、本プログラムの対象者について、健診データやレセプトデータ等により翌年度以降もプログラム評価を行うことが望ましい。

#### (1) ストラクチャー評価

- 目標を設定し、医師会等関係機関（委託の場合は委託業者も含む）と連絡・協力体制を確保しているか
- プログラム実施に必要な人員の確保はしているか
- 保健指導の実施者は、薬剤師、保健師、看護師、管理栄養士等専門の職員を置くなどして、実施体制を確保しているか 等

#### (2) プロセス評価

- プログラム実施手順書等を作成するなどして、関係機関の間で意見を交換し情報共有しているか
- 対象者の抽出、事業説明、受診勧奨、保健指導、評価等、各段階で評価しているか
- 対象者に合わせた実施内容を準備できているか 等

#### (3) アウトプット評価

- 受診勧奨を行った人数（医療機関未受診者数のうち、受診勧奨を行った人数）
- 対象者のうち、保健指導が実施できた割合（保健指導対象者数の内、保健指導（初回面談が実施できた人数・保健指導を完了した人数）） 等

#### (4) アウトカム評価

- ① 短期的指標（保健指導終了前・後・1年後）
  - 医療機関受診につながった人の人数（医療機関未受診者数のうち、受診勧奨を行った人数・医療機関受診につながった人数）
  - 生活習慣改善意欲、QOL、行動変容（食生活改善・運動習慣・禁煙・減酒 等）
  - 対象者の検査値（体重・BMI、空腹時血糖値、HbA1c、eGFR、尿蛋白、尿アルブミン等）の改善率
  - プログラム内容に関する満足度や参加者の意識・行動の変化 等
- ② 中長期的指標（2年～4年）
  - 医療機関受診につながった人の継続した受療率・服薬状況
  - 対象者の検査値（体重・BMI、空腹時血糖値、HbA1c、eGFR、尿蛋白、尿アルブミン等）の評価、及び特定健診受診者全体の検査値の評価
  - 医療費、糖尿病性腎症による透析導入数（率） 等

③ 長期的指標（5年～10年）

- レセプトによる受療状況、医療費、糖尿病性腎症による透析導入数（率）等

※ これら以外にも、各区市町村等の実情に応じて評価項目を具体的に定めることができる。（眼科・歯科受診状況、薬局等）

**（都におけるプログラム運用の評価）**

- 都は、区市町村等における取組状況や評価の実施状況を把握するとともに、下記の評価を行い、区市町村等における取組を適切に支援していく。

**（1）ストラクチャー評価**

- 糖尿病に関する診療内容
  - ・ 「ひまわり」の糖尿病関連項目より設定
- 糖尿病医療連携に参画する多職種の数
  - ・ 都内の「東京都医師会糖尿病予防推進医講習会」修了者数等
- 地域連携クリティカルパスの導入率
- 「糖尿病地域連携の登録医療機関」の医療機関数
- 地域ごとの連携率
  - ・ 他の医療機関と連携している医療機関数
  - ・ 糖尿病患者を継続的に診療している医療機関数 等

**（2）プロセス評価**

- プログラムを策定し、医師会や医療機関、保険者等関係機関への周知・啓発を実施しているか
- 関係機関の間で、プログラムに関する都の対応策や保険者の取組内容の共有を図っているか 等

**（3）アウトプット評価**

- プログラム及び糖尿病性腎症重症化予防の取組区市町村数（国民健康保険保険者努力支援交付金（市町村分）申請区市町村数） 等

**（4）アウトカム評価**

- 糖尿病による失明発症率
  - ・ 糖尿病による失明発症率（人口10万人対）（人）/18歳以上
  - ・ 新規失明者数（人）/18歳以上
- 糖尿病腎症による新規透析導入率
  - ・ 糖尿病による人口透析新規導入率（人口10万人対）（人）
  - ・ 糖尿病による人口透析新規導入患者数（人）
- 年齢調整死亡率
  - ・ 糖尿病の年齢調整死亡率（人口10万人対）（人）/男性
  - ・ 糖尿病の年齢調整死亡率（人口10万人対）（人）/女性
- 都民医療費 等

## 糖尿病性腎症保健指導プログラム参加同意書

平成 年 月 日

(保険者名) 様

フリガナ  
氏 名

---

住 所 〒

---

電話番号

---

私は、糖尿病性腎症重症化予防の重要性の他、次の説明を受け、糖尿病重症化予防プログラムに参加することに同意します。

- 1 (保険者名) は、かかりつけ医から指示を受けた内容に基づき、電話・面談等により、生活習慣の改善に向けた保健指導を行うこと
- 2 保健指導の期間は概ね6か月程度であり、その間、保険者とかかりつけ医は、必要に応じ、診療情報等の保健指導に必要な情報を共有すること
- 3 糖尿病治療に関する指示はかかりつけ医に従うこと

※かかりつけ医と連携した保健指導を行うため、下記にかかりつけ医療機関名をご記入ください。

医療機関名

---

## 糖尿病性腎症保健指導指示書

平成 年 月 日

(保険者名) 様

医療機関名  
住 所  
電 話 番 号  
医 師 氏 名

印

フリガナ 患者氏名		性別	男 ・ 女	
生年月日	年 月 日 ( 歳 )	職業		
住 所				
傷 病 名 (該当するものに○ をつけてください)	2型糖尿病 糖尿病性腎症 ( 期 ) 糖尿病性網膜症 ( 無 ・ 有 )、糖尿病性神経障害 ( 無 ・ 有 ) 高血圧症、脂質異常症、虚血性心疾患 その他 ( )			
家 族 歴	糖尿病の家族歴 ( 無 ・ 有 ・ 不明 )			
現在の治療状況 今後の治療方針	食事療法	エネルギー摂取量 _____ kcal 炭水化物比率 ( 50% 55% 60% )		
	運動療法			
	薬物療法			
保健指導における 具体的な指示事項	目標体重 : _____ kg (現在 _____ kg) 塩分制限 : 無 ・ 有 ( _____ g ) たんぱく質制限 : 無 ・ 有 ( _____ g ) カリウム制限 : 無 ・ 有 ( _____ mEq) その他 : ( )			
検査データ (検査日 年 月 日)	血糖 (空腹時・随時)	mg/dl	血圧	mmHg
	eGFR	ml/分/1.73 m <sup>2</sup>	HbA1c	%
	アルブミン尿	mg/gCr	尿蛋白	
その他の 留意事項	<input type="checkbox"/> 生活習慣改善が困難である <input type="checkbox"/> 治療が中断しがちである <input type="checkbox"/> その他 ( )			

保健指導実施報告書

平成 年 月 日

(医療機関名)  
(医師名) 様

(保険者名)

下記のとおり指導いたしましたので報告いたします。

フリガナ 患者氏名	( 男 ・ 女 )	
生年月日	年 月 日 ( 歳 )	
住 所		
保健指導年月日	平成 年 月 日 ~	(延べ指導回数 回)
<行動目標>		
<保健指導内容>		
担当課・係名	電話番号	担当者名