

## 岩手県糖尿病性腎症重症化予防プログラム（令和7年2月14日 改定）

岩手県医師会  
岩手県糖尿病対策推進会議  
岩手県

### 1 目的

糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関の未受診者・治療中断者について、適切な受診勧奨を行うことにより治療に結びつけるとともに、糖尿病性腎症等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かかりつけ医の判断により対象者を選定して保健指導を行い、腎不全、腎代替療法（血液透析、腹膜透析及び腎臓移植）への移行を防止することを目的とする。

### 2 プログラムの性格

本プログラムは、県内の市町村における取組の推進を目指して、その実施が容易となるよう、取組の考え方や具体例を示すものである。

このため、各市町村の取組内容については、それぞれの実情に応じて柔軟に対応することが可能であり、既に行われている取組を尊重するものである。

### 3 関係者の役割

取組を検討するに当たっては、以下の役割分担例を念頭に関係者が密接に連携して対応するものとする。

#### （市町村の役割）

- ・ 特定健康診査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、地域の実情に応じた対策を立案する。
- ・ 対象者への支援内容の検討及び取組の実施にあたっては、郡市医師会や地域の医療機関等と連携し、様々な観点から検討を行う。
- ・ 実施した事業の結果を評価し、PDCA サイクルに基づいてより効果的な取組につなげる。
- ・ データヘルス計画を策定している場合には、糖尿病性腎症重症化予防に係る取組を同計画と連動させる。
- ・ 被保険者に対して、糖尿病性腎症重症化予防に係る取組の周知を行う。

#### （県の役割）

- ・ 市町村に対して糖尿病性腎症重症化予防に係る国や県の動向等について周知し、必要に応じて助言する。
- ・ 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の実施を支援する観点から、岩手県医師会や岩手県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。

- ・ 県民に対して、糖尿病重症化予防の啓発を行う。

(岩手県後期高齢者医療広域連合の役割)

- ・ 岩手県後期高齢者医療広域連合は、後期高齢者に対して市町村と県の両者の役割を担うが、実施にあたっては、市町村が上記の役割を果たせるよう、市町村との連携を図る。

(医師会の役割)

- ・ 岩手県医師会は、郡市医師会に対して、糖尿病性腎症重症化予防に係る国や県の動向等を周知し、必要に応じて助言する。
- ・ 岩手県医師会と郡市医師会は、会員及び医療従事者に対して、県や市町村が行う糖尿病性腎症重症化予防の取組を周知するとともに、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。
- ・ 岩手県医師会と郡市医師会は、住民及び患者に対して、糖尿病重症化予防の啓発を行うとともに、患者に対して市町村における取組を啓発するよう努める。

(岩手県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国や県の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、市町村の取組に協力するよう努める。
- ・ 県民に対して、糖尿病重症化予防の啓発を行うよう努める。

#### 4 プログラムの対象者

- (1) 糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者・糖尿病又は糖尿病性網膜症治療中断者
- (2) 糖尿病性腎症等で通院する患者のうち重症化するリスクの高い者

#### 5 対象者の選定基準及び介入方法

- (1) 糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者、糖尿病又は糖尿病性網膜症治療中断者への受診勧奨

〈対象者の選定基準〉

原則として、市町村が個別に定める基準に従い、特定健康診査データ、レセプトデータ等から対象者を選定する。本プログラムが推奨する基準は、下記のとおりとする。

##### ① 医療機関未受診者

過去の特健康診査データにおいて、以下のいずれかに該当する者のうち、レセプトデータ等で未受診の者。

ア 空腹時血糖 126mg/dl または随時血糖 200mg/dl 以上

イ HbA1c 6.5%以上

##### ② 糖尿病又は糖尿病性網膜症治療中断者

過去の特定健康診査データ又はレセプトデータにおいて、以下のいずれかに該当する者。

ア レセプトデータから過去に糖尿病又は糖尿病性網膜症の受診歴があり、最終の受診日から半年又は1年を経過しても受診した記録がない。

イ 過去3年間程度の特定健康診査データから糖尿病であることが明らか（糖尿病治療歴があり、空腹時血糖 126mg/dl（随時血糖 200mg/dl）以上又はHbA1c6.5%以上であること）で、ここ半年間又は1年間に治療歴がない。

〈対象者への受診勧奨〉

市町村は、選定した者に対して、専門職の関与の下、個別の状況に応じた受診勧奨を実施する。受診勧奨の方法としては、以下の方法があげられる。

ア 手紙送付

イ 電話

ウ 個別面談・戸別訪問 など

これらの方法にて受診勧奨を行う際には、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勧奨だけではなく、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勧奨を行うなど、個別の状況に応じて本人への関わり方に濃淡をつけること。

受診勧奨時には、市町村で実施している糖尿病の健康教室や健康教育の参加案内も周知するなど、対象者の行動変容につながる機会の提供にも取り組むことが望ましい。

なお、受診勧奨後、医療機関の受診等に結びついたか否かの確認及び必要に応じた再勧奨を実施する。

## (2) 糖尿病性腎症等で通院する患者のうち重症化するリスクの高い者への保健指導

〈対象者の選定基準〉

本プログラムでは、下記のとおり、かかりつけ医が自院に通院する患者のうち、市町村による保健指導が必要であると認めた者を対象者とする。なお、市町村では、これとは別の基準にて対象者を選定してもよい。

### ○ かかりつけ医が市町村による保健指導を必要と認めた患者

糖尿病治療中において、以下のすべてに該当する者。

ア かかりつけ医が糖尿病治療中に尿アルブミン、尿蛋白、eGFR 等により腎機能の低下を把握し、保健指導が必要と認める。

イ 患者本人が保健指導への参加に同意している。

糖尿病で通院する患者のうち、重症化するリスクが高い者としては、以下のような者が想定される。

- ・ 生活習慣の改善が困難な患者
- ・ 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、実践的な栄養指導を受けることが

## 困難な患者

かかりつけ医は、市町村に保健指導を依頼する際に、対象者から参加同意書（参考様式1）をとること。また、指示事項、診療情報等を記載した連絡票（参考様式2）を作成し、同意書と合わせて市町村に提出すること。

### 〈対象者への保健指導〉

市町村は、選定した者に対して、糖尿病性腎症重症化予防のための研修を受けた専門職に個別の状況に応じた保健指導を行わせる。保健指導では、参加者自身の健康状態を理解してもらい、生活習慣の改善につなげることを目標とする。保健指導の方法としては、以下の方法があげられる。

- ア 電話等による指導
- イ 集団指導
- ウ 個別面談・訪問指導 など

市町村は、保健指導の実施に際して、治療の継続が図られるよう糖尿病連携手帳等により治療状況・医師の指導内容を対象者本人に確認するなど、医療と連携した保健指導を行う。保健指導を終了した際には、その実施結果を実施報告書（参考様式3）により、かかりつけ医に報告すること。

また、保健指導の中で食生活指導を行う場合には、歯周病及び歯の喪失等歯・口腔のリスクに係る判定に基づき指導を行うとともに、かかりつけ歯科医と連携することが望ましい。

### （上記(1)及び(2)に係る留意点）

- ・ 市町村は、地域の実情に合わせて、郡市医師会や地域の医療機関等と選定方法を協議しておくことが必要である。
- ・ 市町村は、受診勧奨、保健指導、受診勧奨と保健指導を一体化した取組等の中から、地域の実情に応じ適切なものを実施することが必要である。
- ・ 受診勧奨及び保健指導については、外部委託が可能であるが、市町村として責任をもった企画と評価を行うことが重要である。
- ・ 市町村は、かかりつけ医から保健指導や栄養指導等の指示があった場合の対応可能な範囲をあらかじめ明確にしておくことが必要である。
- ・ 市町村は、保健指導中においても、かかりつけ医とその間で実施状況を共有することが望ましい。
- ・ 腎機能が著しく低下した第4期（腎不全期）については、医療機関への受診勧奨と糖尿病専門医や腎臓専門医等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、死亡リスクが高いことから、保健事業の実施に当たっては、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。後期高齢者の糖尿病性腎症対策では、対象者の選定基準に合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である。

## 6 かかりつけ医、専門医等の連携

- ・ 糖尿病性腎症の重症化予防には、患者が生涯を通じての治療を継続できるように、かかりつけ医と専門医等が連携することが必要である。
- ・ 糖尿病性腎症以外の網膜症、神経障害、歯周病等の合併症に対応するため、眼科及び神経内科等の医師並びに歯科医師と連携することが必要である。
- ・ 歯科・眼科治療中又は他の疾病にて治療中に、その患者が糖尿病の治療を中断していることを把握した場合は、糖尿病に対応できる医療機関を紹介することが必要である。

## 7 事業評価

市町村は、実施したプログラムの結果について、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）を意識した評価を行う必要がある。なお、評価を行うため収集しておくべきデータとして次のような項目が考えられる。

- ・ 特定健康診査受診率
- ・ 受診勧奨及び保健指導の対象者数、実施者数
- ・ 保健指導の脱落者数
- ・ 糖尿病治療継続者の人数・割合
- ・ HbA1c 8.0%以上の人数・割合
- ・ 糖尿病性腎症病期別の人数・割合
- ・ 糖尿病性腎症による年間新規透析患者数
- ・ 透析療法（血液透析、腹膜透析）にかかる医療費 など

事業の実施状況の把握・分析や評価に基づき、今後の事業の取組を見直すなど、PDCAサイクルを回すことが重要である。

## 8 プログラムの見直し

国の動向や本プログラムに基づく市町村の取組結果を踏まえ、必要に応じてプログラムを見直すものとする。

## 9 その他

本プログラムに記載のない事項については、令和6年3月28日保発0328第1号厚生労働省保険局長通知別紙「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」（令和6年11月19日保発1119第3号 一部訂正）を参考とすること。

糖尿病性腎症重症化予防保健指導プログラム参加同意書

年 月 日

(市町村長) 様

氏名 (自署) \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

私は、次の説明を受け、糖尿病性腎症重症化予防保健指導プログラムに参加することに同意します。

- 1 (市町村) は、かかりつけ医から連絡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 (市町村) とかかりつけ医は、保健指導に必要な診療情報や実施した保健指導の内容を共有すること。
- 3 糖尿病の治療に関することは、かかりつけ医の指示に従うこと。

かかりつけ医療機関名 \_\_\_\_\_

かかりつけ医師名 \_\_\_\_\_



糖尿病性腎症重症化予防保健指導実施報告書

年 月 日

医療機関名

医師氏名 様

市町村長名 \_\_\_\_\_ (印)

下記のとおり指導しましたので報告いたします。

患者氏名		住 所	
性 別	男 ・ 女		
生年月日	年 月 日生	電話番号	
保健指導 の期間 及び回数	<開始> 年 月 日 ~ <終了> 年 月 日 延べ指導回数 回		

保健指導の実施内容

※該当する実施内容をチェック☑してください。

- 食事指導   
  運動指導   
  禁煙指導   
  その他 (                      )

具体的内容

担当課・係名 \_\_\_\_\_

担当者名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_