

高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラム

平成 31 年 1 月改訂版

高 知 県 医 師 会
高知県糖尿病医療体制検討会議
高 知 県

目次

1	本プログラムの趣旨及び目的	1
2	取組にあたっての関係者の役割	1
3	プログラム対象者選定の考え方	3
4	対象者への介入方法	4
5	取組にあたっての関係者間の連携	6
6	プログラムの評価	9
7	円滑な事業の実施に向けて	10
8	様式集	12

1 本プログラムの趣旨及び目的

現在、日本だけでなく、世界各国において生活習慣と社会環境の変化に伴い、メタボリックシンドローム及び糖尿病患者数の増加が課題となっている。糖尿病が重症化すると、網膜症や腎症などの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だけでなく、医療経済的にも大きな負担となり、特に、糖尿病性腎症が重症化し人工透析に至ると、日常生活が大きく制限され、患者の肉体的、精神的負担が大きい。

本県には、平成27年末現在で約2,300人の人工透析患者がおり、平成27年に新たに透析が必要となった患者のうち、糖尿病性腎症の患者は約4割を占めている。このため、県内の医療関係者や保険者等が協力して糖尿病の重症化を予防する取組を進めることが重要である。

そこで、糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者・治療中断者を適切な受診勧奨によって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、腎症が重症化するリスクの高い者に対しては、適切な時期に病診連携を行うことや保険者と医療機関が連携した保健指導等を行い、腎症の重症化予防により人工透析の導入を減少させることで、県民の健康増進及び医療費の適正化を図ることを目的として本プログラムを策定する。

なお、本プログラムは、高知県医師会、高知県糖尿病医療体制検討会議及び高知県の三者で策定し、保険者における対策の実施が容易となるよう基本的な考え方を示すものである。

2 取組にあたっての関係者の役割

(1) 市町村及び保険者の役割

ア 保険者は、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等を分析し、地域の実情に応じた糖尿病性腎症の重症化予防対策を立案する。

イ 市町村及び保険者は、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、地域の医療機関等と連携し、様々な観点から総合的に検討することが重要であり、郡市医師会との連携体制の構築を図り、関係機関との情報共有に努める。

ウ 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年度の事業展開につなげる。

(2) 県の役割

県は、保険者による本プログラム対象者の把握を促進するために、マスメディア等を活用した特定健診の受診勧奨を行うとともに、KDB（国保データベース）システム等を活用した対象者の抽出ツールの開発と保険者による円滑な運用を支援する。なお、国保、後期高齢者広域連合以外の保険者にあつては、保険者協議会を通じて相談するものとする。

また、保険者における円滑な事業実施を支援する観点から、保険者からの相談に応じるとともに、保険者における事業の実施状況を把握の上、医師会や糖尿病

医療体制検討会議、保険者協議会等と情報を共有し、取組に対する総合的な評価・検証を行う。

(3) 後期高齢者医療広域連合の役割

後期高齢者について、保険者と県の両者の役割を担うが、特に実施面では、市町村に上記(1)の役割を果たしてもらうよう、市町村との連携を図る。

(4) 医師会の役割

高知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、県や保険者が行う糖尿病性腎症重症化予防の取組を周知し、保険者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努める。また、必要な場合は、保険者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。

(5) 高知県糖尿病医療体制検討会議^{注1)}の役割

糖尿病性腎症重症化予防に係る県や保険者の取組について、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、保険者の取組に協力するように努める。さらに、医師会や高知県慢性腎臓病(CKD)対策連絡協議会と連携し、透析予防を目的とした病診連携体制の構築を提言する。

注1) 糖尿病医療提供体制の充実を図るために、かかりつけ医と専門医療機関との連携強化など、医療体制の整備に関する検討や医療計画に基づく取組みに関する検討・評価などを行っていくことを目的として設置された組織。糖尿病対策推進会議の幹事団体・主な構成団体を代表する委員より組織されており、「各都道府県単位の糖尿病対策推進会議」と同等の機能を有する。

(6) 高知県慢性腎臓病(CKD)対策連絡協議会^{注2)}の役割

血管病の重症化予防対策の中で、慢性腎臓病についての正しい知識の普及やCKD対策に必要な人材の育成等を図るとともに、医師会等と連携し、CKDにおいて重症化するリスクの高い患者について病診連携を推進する体制を構築する。

注2) 慢性腎臓病(CKD)に関する正しい知識の普及や人材育成等を目的として設置された組織。

(7) 高知県保険者協議会^{注3)}の役割

本プログラムを保険者に周知するとともに、県内保険者の取組を促進するため、他県での好事例の取組の紹介や保険者に対する研修等を実施するとともに、県内保険者の取組実績について調査・分析に取り組む等、事業の円滑な実施に協力する。

注3) 高知県内の医療保険者等が連携・協力し、保健事業の効果的な実施等により被保険者等の健康保持、増進を図るとともに、保険者の円滑な事業運営に資することを目的として設置された組織。

(8) 高知県歯科医師会の役割

高知県歯科医師会は、本プログラムを会員に周知するとともに、糖尿病と歯周病について正しい知識の普及を図り、本プログラム対象者の歯周病対策を保険者及び医科のかかりつけ医と連携して行う。

(9) 高知県薬剤師会、高知県看護協会、高知県栄養士会等の役割

高知県薬剤師会、高知県看護協会、高知県栄養士会等関係団体は、本プログラムを会員及び医療従事者に周知するとともに、本プログラムの対象者が、確実に受診を継続できるよう、保険者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う。

3 プログラム対象者選定の考え方

本プログラムが推奨する基準は下記のとおりとする（特定健診、レセプトデータ等から抽出）。ただし、地域の実情に応じて保険者が個別に定めることができるものとする。＊将来的に、歯周病疾患の組み入れ検討

(1) プログラムⅠ：医療機関未受診者及び糖尿病治療中断者

ア 医療機関未受診者^{注4)}

健診結果において次の表の①②、①③、①②③のいずれかの組み合わせに該当する者。

①血糖	次のいずれかに該当する者 ・空腹時血糖126mg/dl以上、 ・HbA1c (NGSP) 6.5%以上 ・随時血糖200mg/dl以上
②血圧	・40歳～74歳：収縮期140mmHg以上または拡張期90mmHg以上 ・75歳以上：収縮期160mmHg以上または拡張期95mmHg以上
③腎機能	・尿蛋白：(+)以上 または eGFR：45ml/分/1.73m ² 未満

注4) 上記項目（尿蛋白を除く）は単独でも特定健診における受診勧奨値であり、健診後速やかに受診勧奨する必要がある。条件に該当する者が、健診後の受診勧奨にもかかわらず一定期間経過した後に未だ受診していない場合に再勧奨を実施する。

イ 糖尿病治療中断者

通院中の患者で、6ヶ月以上受診した記録がない者（レセプト分析により対象者の抽出が可能な保険者のみ実施）のうち、糖尿病合併症（網膜症、腎症、神経障害）と診断、又はインスリン注射歴がある者。

(2) プログラムⅡ：糖尿病で通院する患者のうち、腎症が重症化するリスクの高い者

糖尿病の治療中であり、健診結果や本人及び医師からの情報提供により次の①から④のいずれかに該当する者のうち、かかりつけ医の同意があった者を病診連携、外来栄養指導、保健指導のいずれか（それらを組み合わせる場

合を含む)の対象者とする。

健診結果において、

- ①HbA1c(NGSP)：8.0%以上
- ②血圧：収縮期150 mmHg以上または拡張期90mmHg以上
- ③尿蛋白：(2+)以上
- ④eGFR：45ml/分/1.73m²未満

ただし、次の者は除外する。

- ・がん等で終末期にある者
- ・重度の認知機能障害がある者
- ・生活習慣病管理料、糖尿病透析予防指導管理料の算定対象者
- ・過去1年間の外来栄養食事指導料の算定対象者
- ・すでに専門医療機関との連携もしくは専門医療機関で診療が実施されている者
- ・患者の疾患や状況などにより、かかりつけ医が除外すべきと判断した者

かかりつけ医は治療方針・地域の状況などに応じて以下の選択が可能である。

- 1.「慢性腎臓病の診療可能な医療機関」のうち「栄養指導を実施している糖尿病性腎症対応機関」との連携
- 2.「慢性腎臓病の診療可能な医療機関」のうち「栄養指導を実施していない糖尿病性腎症対応機関」との連携と外来栄養指導もしくは保健指導実施の依頼
3. 病診連携は実施せず、外来栄養指導もしくは保険者による保健指導（腎症第4期及び第5期を除く）実施の依頼

県は、かかりつけ医からの紹介を受けて慢性腎臓病の治療可能な施設を「糖尿病性腎症対応機関」として、また、診療所等からの紹介を受けて糖尿病患者に管理栄養士による栄養食事指導を行う外来栄養食事指導推進事業の協力医療機関（別表1）を公表する。

4 対象者への介入方法

保険者は、受診勧奨と保健指導を一体化した取組等の中から、地域及び職域の実情に応じ適切なものを実施する。

なお、本プログラムは、「1 本プログラムの趣旨及び目的」に記載したとおり、保険者における糖尿病性腎症重症化予防対策の実施が容易となるよう基本的な考え方を示すものであり、保険者が従来から実施している取組を妨げるものではない。

(1) プログラムⅠ：医療機関未受診者及び治療中断者への受診勧奨及び保健指導

保険者は、対象者の状況に応じた介入を行い、医療機関への受診勧奨を実施するものとし、その際には糖尿病性腎症重症化の危険性に対する情報提供等の

保健指導を行う。介入方法としては以下の方法があげられる。

- ① 個別面談・個別訪問
- ② 電話
- ③ 手紙送付 等

医療機関未受診者及び糖尿病治療中断者について受診勧奨を実施する場合は、適切な医療に結び付けるよう努める。

特に、尿蛋白（2+）以上又はeGFR45ml/分/1.73m²未満の者に対しては、保健師等の専門職が電話又は個別面談・個別訪問による受診勧奨を行う。

（2） プログラムⅡ：重症化するリスクの高い者への保健指導

保険者は、糖尿病で通院する患者のうち、腎症が重症化するリスクの高い者に対し、対象者の状況に応じ医療と連携した保健指導を行う。

ア 保健指導におけるかかりつけ医等との連携の方法

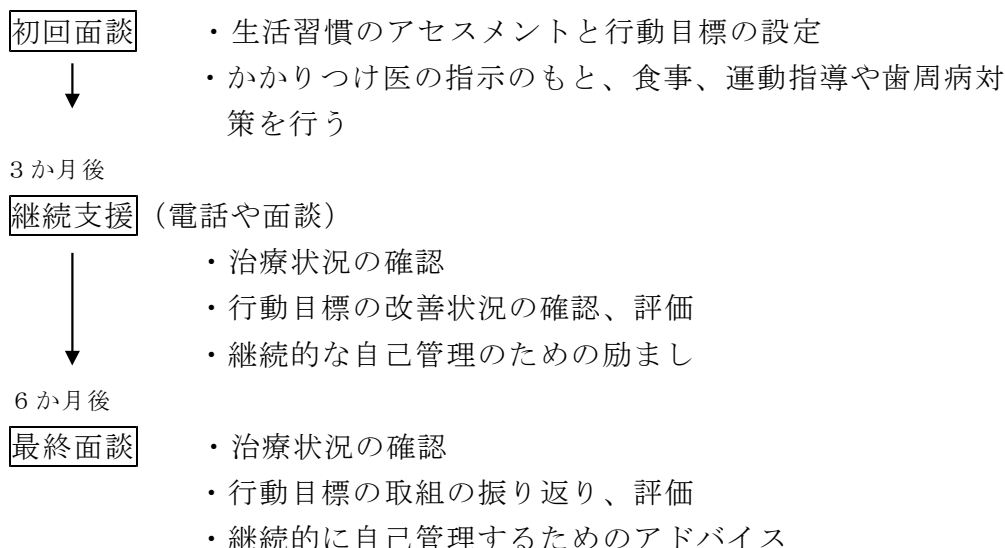
- ① 保険者は、プログラム対象者であることを説明し、連絡票⑦を渡す
- ② 対象者は、連絡票⑦の同意欄に署名し、かかりつけ医に持参する
- ③ かかりつけ医は、プログラムの利用の有無を決定し、保険者に連絡票⑧を送付する。
- ④ かかりつけ医は、利用するプログラムを選択し、連絡先に情報提供書を送付の上、プログラムを開始する
- ⑤ 保険者は、かかりつけ医から提供された保健指導を実施する際の留意事項を踏まえた保健指導を行うこととし、必要に応じてかかりつけ薬局と連携した服薬指導を行う。また、保健指導実施後は、保健指導の内容について、糖尿病連携手帳等を活用するなどしてかかりつけ医へ伝達する。

①連絡票		②かかりつけ医によるプログラムの選択		③かかりつけ医からの情報提供書		
プログラムの利用の同意・確認と返信依頼 保険者⇒患者 ⇒かかりつけ医 高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラム連絡票⑦	プログラムの利用の有無及びプログラムの選択の返信 かかりつけ医⇒保険者 高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラム連絡票⑧	1 専門医療機関(栄養指導あり)と連携する	⇒	様式3-1 高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラム情報提供書 (専門医療機関への紹介状)		
		2 専門医療機関(栄養指導なし)と連携する	外来栄養食事指導	⇒	様式3-1 高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラム情報提供書 (専門医療機関への紹介状)	様式3-2 高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラム情報提供書 (外来栄養食事指導依頼用)
			保険者による保健指導	⇒	様式3-1 高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラム情報提供書 (専門医療機関への紹介状)	様式3-3 高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラム情報提供書 (保険者による保健指導依頼用)
		3 血糖管理、血圧管理は自施設のみで実施する	外来栄養食事指導	⇒	様式3-2 高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラム情報提供書 (外来栄養食事指導依頼用)	
保険者による保健指導	⇒		様式3-3 高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラム情報提供書 (保険者による保健指導依頼用)			

イ 保険者による保健指導の方法（単に受診勧奨の手紙を送付するだけのものなどは含まない）

- ① 個別面談・訪問指導
- ② 集団指導
- ③ 電話等による指導 等

（例）保健指導の内容



（3） 介入状況の報告

保険者は、対象者への介入状況等について県に対して報告を行うものとする。

5 取組にあたっての関係者間の連携

（1） 保険者とかかりつけ医との連携

重症化予防の取組のためには、被保険者が特定健診を受診し、被保険者本人が自らの健康状態を把握することが重要であることから、保険者は被保険者に対する特定健診の受診勧奨を強化するとともに、治療中の者に対しては、医療機関による受診勧奨が行われるよう、かかりつけ医の協力を得る。

かかりつけ医は、日頃から治療中の患者に対して特定健診の受診勧奨に努めるとともに、特に、eGFRが60ml/分/1.73m²未満など糖尿病の重症化が懸念される患者に対しては重点的に対応するものとする。

（2） かかりつけ医と専門医等との連携

糖尿病性腎症の重症化予防には、かかりつけ医と専門医等との間で十分な連携を図り、生涯を通じての治療継続が必要である。

患者の血糖コントロール不良が続く場合には、かかりつけ医が中心となって専門的な診療が可能な医療機関や専門医等と連携することが重要であり、その際には地域の医療資源や対象者の背景を考慮しながら、以下の腎臓・糖尿病専門医への紹介基準に沿って、連携する必要がある。

なお、紹介先の医療機関が、外来栄養食事指導を実施していない場合には、着実に患者の血糖コントロールの改善が図られるよう、県による外来栄養食事指導推進事業や保険者が実施する保健指導を活用することとする。

糖尿病連携手帳

・対象者が質の高い糖尿病診療を受けられるためには、かかりつけ医や専門医等での検査結果や指導内容等を糖尿病連携手帳等に記載し、共有することが効果的です。

【参考1】かかりつけ医から腎臓・糖尿病専門医への紹介基準について

ア かかりつけ医から腎臓専門医への紹介基準*

- ① 高度蛋白尿：尿蛋白/Cr 比0.50g/gCr 以上、または2+以上
- ② 尿蛋白と血尿がともに陽性（1+）以上
- ③ eGFR45ml/分/1.73 m²未満

※日腎会誌59巻2号「腎健診受診者に対する保健指導、医療機関紹介基準に関する提言」より引用

イ かかりつけ医から糖尿病専門医への紹介基準

HbA1c(NGSP)が2か月連続して8.0%以上

ウ 眼科医、歯科医との連携

糖尿病性網膜症などの合併症や歯周病などの予防や早期発見・早期治療のためには、眼科医療機関、歯科医療機関への定期受診を勧めるとともに、かかりつけ医と連携した診療を行う。また、医科歯科連携においては、歯周病治療によるHbA1c(NGSP)の改善が期待できるため、早期の連携が重要である。

【参考2】かかりつけ医による糖尿病性腎症患者への基本的な治療方針

(糖尿病性腎症病期分類についてはp8参照)

ア 腎症第1期の患者への対応

- ・食事、運動の指導、薬物療法や歯周病治療などにより、血糖、体重、血清脂質濃度、血圧のコントロールを図る。
- ・治療によっても、HbA1c(NGSP)濃度8.0%以上が続く患者に対しては、外来栄養食事指導推進事業の病診連携の取組を活用し、さらなる生活指導を強化する。
- ・尿アルブミン濃度を定期的(3~6ヵ月に一度)に測定し、腎症に進展のないことを確認する。

イ 腎症第2期の患者への対応

- ・食事、運動の指導、薬物療法や歯周病治療などにより、血糖、体重、血清脂質濃度、血圧のコントロールを図る。
- ・治療によっても、HbA1c(NGSP)濃度8%以上が続く患者に対しては、外来栄養食事指導推進事業などを利用して、病診連携を行い、さらなる生活指導を強化する。
- ・尿アルブミン濃度を定期的(3~6ヵ月に一度)に測定し、腎症に進展のないことを確認する。
- ・尿アルブミン濃度の上昇、高血圧のある患者に対しては、糖尿病透析予防指導管理料の算定基準を満たす医療機関に紹介し、治療の強化を図る。

ウ 腎症第3期の患者への対応

- ・食事、運動の指導、薬物療法や歯周病治療等により、血糖、体重、血清脂質濃度、血圧のコントロールを図る。
- ・糖尿病透析予防指導管理料を算定できる医療機関との病診連携が望ましい。

糖尿病透析予防指導管理料の算定基準

- ・入院中の患者以外の糖尿病患者のうちHbA1c (NGSP) 6.5%以上または内服薬やインスリン製剤を使用している者であって、糖尿病性腎症第2期以上の患者（現に透析療法を行っている者を除く。）に対して、月に1回に限り算定する。
- ・専任の医師、当該医師の指示を受けた専任の看護師（又は保健師）及び管理栄養士（以下「透析予防診療チーム」という。）が、患者に対し、日本糖尿病学会の「糖尿病治療ガイド」等に基づき、患者の病期分類、食塩制限及びタンパク制限等の食事指導、運動指導、その他生活習慣に関する指導等を必要に応じて個別に実施した場合に算定する。
- ・透析予防診療チームは、糖尿病性腎症のリスク要因に関する評価を行い、その結果に基づいて指導計画を作成すること。
- ・看護師（又は保健師）及び管理栄養士に対して指示を行った医師は、診療録に指示事項を記載すること。
- ・透析予防診療チームは、糖尿病性腎症のリスク要因に関する評価結果、指導計画及び実施した指導内容を診療録、療養指導記録及び栄養指導記録に記載すること。

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 ²)
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	

国の糖尿病性腎症重症化予防プログラムより引用

6 プログラムの評価

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）の各段階を意識した評価を行う必要がある。また、中長期的な費用対効果の観点からの評価も行う必要がある。

健診・医療データの一元管理のため、例えば、以下の対応を進めるなど、アウトカム評価ができる体制づくりが必要である。

（１） 保険者による評価

具体的な評価指標や評価方法については、各保険者のデータヘルス計画に定めることが考えられる。

（２） 県による評価

保険者の事業の実施状況を把握し、評価・分析を行っていく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。

（毎年把握するデータ）

- ア 保険者における受診勧奨対象者数、受診勧奨を行った人数、医療機関につながった人数
- イ 医療機関との連携した対応を行った人数
 - ・かかりつけ医に「重症化するリスクが高い者」として糖尿病性腎症重症化予防プログラム連絡票を送付した人数・プログラム参加についてかかりつけ医の同意が得られ、情報提供書の提供書があった人数
 - ・「栄養指導を実施している糖尿病性腎症対応機関」との連携となった人数
 - ・「栄養指導を実施していない糖尿病性腎症対応機関」との連携となった人数
 - ・外来栄養食事指導推進事業に基づいて他の医療機関に紹介された人数
 - ・保健指導プログラムの対象となった人数
- ウ 健診受診率

（中長期的に把握するデータ）

- ア 糖尿病治療中の方のうち、特定健診受診者で、HbA1c（NGSP）7.0%以上の人数と割合
- イ 糖尿病治療中の方のうち、特定健診受診者で、HbA1c（NGSP）8.0%以上の人数と割合
- ウ 糖尿病治療中の方のうち、特定健診受診者で、eGFR 60 ml/分/1.73m²未満、45 ml/分/1.73m²未満、30 ml/分/1.73m²未満の人数と割合
- エ 新規人工透析導入患者数（糖尿病性腎症患者数）の推移
- オ 人工透析にかかる医療費の推移 等

7 円滑な事業の実施に向けて

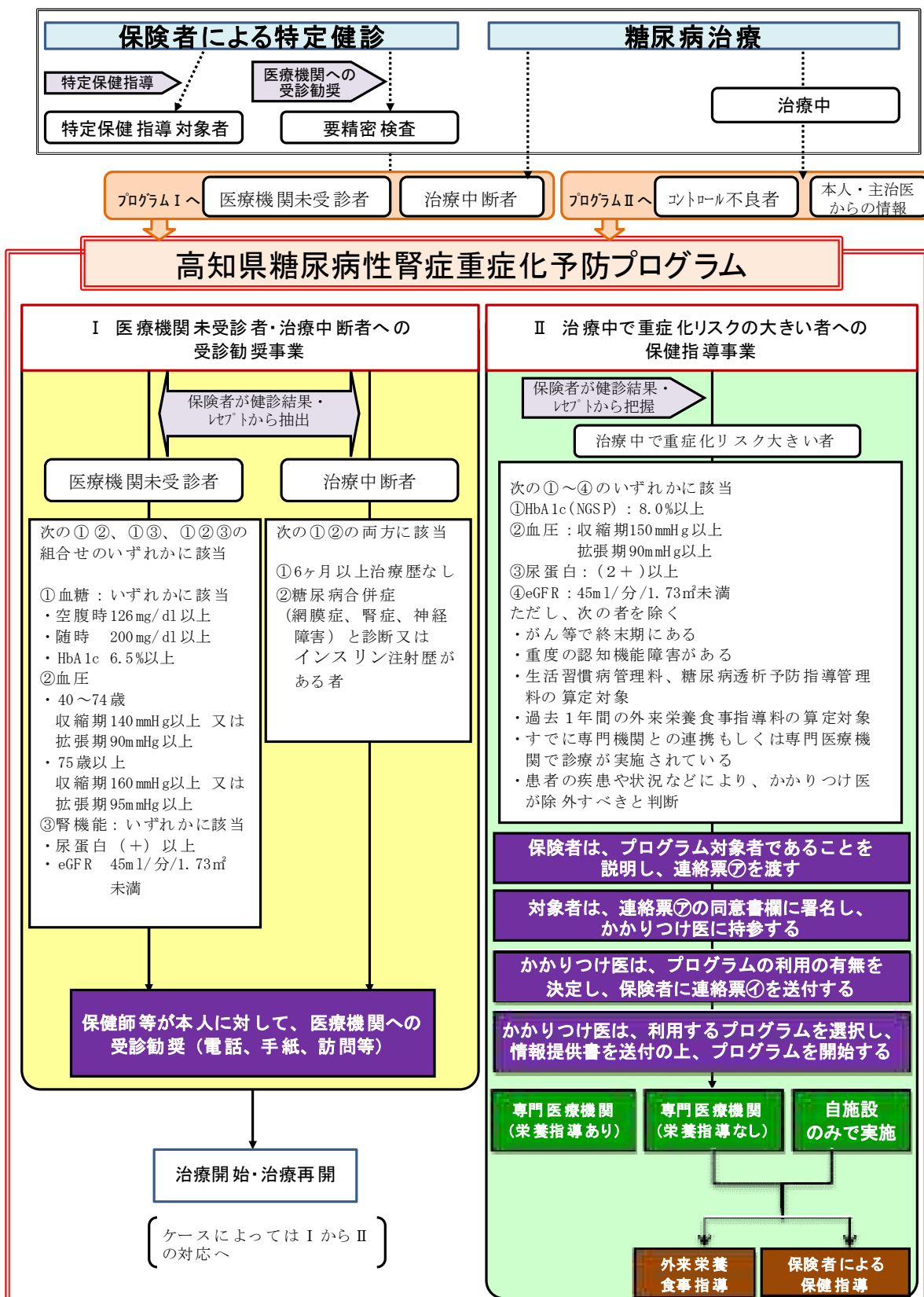
本プログラムでは、糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組方策について示したが、各地域・職域での実施に当たっては、保険者と医療関係者が密接に連携して事業を展開する必要がある。

また、各保険者においては、本プログラムを参考に地域及び職域の実情にあった具体的な手順を作成し、取組の成果を検証することで、PDCAサイクルによる見直しを図りながら、より効果的な取組につなげていく必要がある。また、保健指導対象者の選定方法や保健指導の効果の評価方法について、各地域の糖尿病の専門家等の助言を受けることも必要である。

このため、地域の実情に合わせた連携体制を構築する場として、高知県糖尿病医療体制検討会議を活用することとする。

なお、本プログラムに記載のない事項については、平成28年4月20日に公表された国の「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を参考とする。

＜糖尿病性腎症重症化予防事業体系図＞



高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラム連絡票⑦

主治医 様

保険者名
担当者名
連絡先

下記の方は、特定健診の結果等から、糖尿病性腎症重症化予防プログラム対象者基準(※裏面参照)に該当しますので、重症化を予防するため、今後の対応についてご指導・ご加療をお願いいたします。

また、ご多忙中恐縮ですが、検査結果等に関する情報提供及び保健指導プログラムの利用の有無等について、別紙(別添様式2)に記載のうえ、返信いただきますようお願い申し上げます。(※返信方法は別途保険者により提示します。)

対象者

ふりがな 氏名
生年月日年.....月.....日.....性別.....男.....女.....
住所
電話番号

添付書類 特定健診結果経年表 本人等からの情報提供

糖尿病性腎症重症化予防プログラムにつきましては、別紙をご参照ください

本人同意欄

私は、糖尿病性腎症重症化予防プログラムに参加を

希望します ※下記の情報提供に同意します。
 ・(保険者名) からかかりつけ医への、特定健診結果などのデータの提供
 ・かかりつけ医から(保険者名) へのプログラムを利用するか否かの回答、
 連携体制の通知

糖尿病かかりつけ医療機関名・主治医名

希望しません ※希望しない理由 ()

年 月 日 住所

氏名(自署)

※やむを得ず代筆の場合は、代筆者の続柄と氏名を記入してください。

※プログラムⅡ対象者基準（高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラムより抜粋）

下記及び地域の実情に応じて保険者が個別に定める者

○糖尿病で通院する患者のうち、腎症が重症化するリスクの高い者

健診データ、本人・医師からの情報提供により、次の①から④のいずれかに該当する者のうち、かかりつけ医の同意があった者

健診結果において、

①HbA1c：(NGSP)8.0%以上、②血圧：収縮期150 mmHg以上または拡張期90mmHg以上

③尿蛋白：(2+)以上、④eGFR45ml/分/1.73m²未満

ただし、次の者は除外する。

- ・がん等で終末期にある者
- ・重度の認知機能障害がある者
- ・生活習慣病管理料、糖尿病透析予防指導管理料の算定対象者
- ・過去1年間の外来栄養食事指導料の算定対象者
- ・すでに専門機関との連携もしくは専門医療機関で診療が実施されている者
- ・患者の疾患や状況などにより、かかりつけ医が除外すべきと判断した者

（例）保険者による保健指導プログラム

指導前

・保険者は、本人の同意のもと、かかりつけ医に連絡票を送付し、保健指導を実施する際の留意事項について情報提供書を受け取る。



指導開始

初回面談

- ・生活習慣のアセスメントと行動目標の設定
- ・かかりつけ医の指示のもと、栄養・運動指導や歯周病対策を行う



継続支援（3ヵ月後）

電話、面談による支援

- ・治療状況の確認
- ・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



最終面談（6ヶ月後）

- ・治療状況の確認
- ・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

※保健指導の実施内容等については、かかりつけ医に情報提供を行う。

高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラム連絡票①

(保 険 者 名 (責任者名)) 様

医療機関名
主治医

印

1 対象者の情報

氏 名		生年月日	年 月 日	男 ・ 女
住 所		電話番号		

2 プログラムの利用 (該当事項に記載又はチェックしてください)

<input type="checkbox"/> 利用する ↓	<input type="checkbox"/> 利用しない ※除外項目 右記のいずれかの場合は、 原則としてプログラムの 対象外となります。 該当するものがあれば チェックして下さい。 ↓ プログラムの対象外・ 情報提供終了	<input type="checkbox"/> がん等で終末期にある <input type="checkbox"/> 重度の認知障害がある <input type="checkbox"/> 生活習慣病管理料、透析予防管理料を算定している <input type="checkbox"/> 過去1年以内に外来栄養食事指導料を算定している <input type="checkbox"/> すでに専門医療機関との連携もしくは専門医療機関 で診療が実施されている <input type="checkbox"/> 患者の疾患や状況などにより、かかりつけ医が除外 すべきと判断した者
------------------------------------	--	--

3 「利用する」を選択した場合は記載又はチェックしてください

	連携体制	連携先への様式 (対象者が持参)	保険者へ送付 (返信用封筒あり)
<input type="checkbox"/>	専門医療機関※(栄養指導あり)と連携する ※専門医療機関については別紙をご参照ください。	・ 紹介状又は様式 3-1	・ 様式 2 (連絡票①)
<input type="checkbox"/>	専門医療機関 (栄養指導なし)と 連携し、 外来栄養食事指導推進事業協力医 療機関(※1)に栄養指導を依頼する	・ 紹介状又は様式 3-1 ・ 紹介状又は様式 3-2	・ 様式 2 (連絡票①)
<input type="checkbox"/>	保険者による保健指導(※2)を利用 する(腎症 4 期・5 期は保健指導の対 象外)	・ 紹介状又は様式 3-1	・ 様式 2 (連絡票①) ・ 様式 3-3 ・ 情報提供書作成手数料請求書
<input type="checkbox"/>	血糖管理、血圧 管理は自施設の みで実施し、 外来栄養食事指導推進事業協力医 療機関(※1)に栄養指導を依頼する	・ 紹介状又は様式 3-2	・ 様式 2 (連絡票①)
<input type="checkbox"/>	保険者による保健指導(※2)を利用 する(腎症 4 期・5 期は保健指導の対 象外)	/	・ 様式 2 (連絡票①) ・ 様式 3-3 ・ 情報提供書作成手数料請求書

(※1) 外来栄養食事指導推進事業協力医療機関については別表1をご参照ください。

(※2) 保険者による保健指導を利用する場合は下記のプログラム例をご参照ください。

（例）保険者による保健指導プログラム

指導前

- ①保険者は、本人にプログラム対象者であることを説明し、プログラム参加の同意を得て連絡票②等様式を渡す。その旨を本人の了承のもと、かかりつけ医に連絡しておく。
- ②本人は診察時に連絡票等様式をかかりつけ医に提示。
- ③かかりつけ医はプログラム利用の有無を決定し、利用の場合は、連絡票①と情報提供書(様式 3-3)を作成し、情報提供書作成手数料請求書と合わせて保険者に送付する。
- ④保険者は情報提供書作成手数料を支払い、情報提供書(様式 3-3)の保健指導に関する指示事項に基づいて保健指導を開始する。

指導開始

初回面談

- ・生活習慣のアセスメントと行動目標の設定
- ・かかりつけ医の指示のもと、栄養・運動指導や歯周病対策を行う

継続支援（3ヵ月後 中間評価）

- 電話、面談による支援
- ・治療状況の確認
- ・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

最終面談（6ヶ月後 最終評価）

- ・治療状況の確認
- ・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

保健指導期間中の、かかりつけ医と保険者の連携方法について

かかりつけ医→保険者

様式 3-3 による指示以降は「糖尿病連携手帳」の活用をお願いします。

保険者→かかりつけ医

初回面接、中間評価、最終評価を実施後、「保健指導実施報告」を送付します。

指導終了

※保健指導の実施内容等については、かかりつけ医に情報提供を行う。

高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラム情報提供書
(専門医療機関への紹介状)

(専門医療機関 科 担当医) 様

紹介元 医療機関	所在地	
	医療機関名	
	医師名	⑩
	電話番号	

1 対象者の情報

氏名		性別	男 ・ 女
住 所		電話番号	
生年月日	年 月 日 (歳)	職業	

2 別添様式2で「1 専門医療機関(栄養指導あり)と連携する」又は「2 専門医療機関(栄養指導なし)と連携する」を選択した場合は記載又はチェックしてください

※検査結果はデータコピーの添付でも差支えありません。

傷病名 □にチェック	<input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症 (第 期) <input type="checkbox"/> 糖尿病性網膜症 <input type="checkbox"/> 末梢神経障害 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> その他 ()
紹介目的	
既往歴	<input type="checkbox"/> 末梢神経障害 <input type="checkbox"/> 糖尿病性網膜症 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> その他 ()
家族歴	
症状経過	

検査結果※	・血圧 (/ mmHg) ・HbA1c(NGSP) (%) ・血糖 (mg/dl) (空腹時 ・ 食後____時間)	・尿蛋白 (- ± 1+ 2+ 3+) ・血清クレアチニン (mg/dl) ・eGFR (ml/分/1.73 m ²) ・尿アルブミン定量 (mg/ gCr)
	※治療におけるコントロール目標値 HbA1c(NGSP) (%)	
治療経過		
現在の処方		
備考		

※2 「専門医療機関（栄養指導なし）と連携する」を選択した場合は、a 「外来栄養食事指導推進事業協力医療機関に栄養指導を依頼する」（→様式3-2へ続く）か b 「保険者による保健指導を利用する」（→様式3-3へ続く）を選択してください。

高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラム情報提供書
(外来栄養食事指導依頼用)

(外来栄養食事指導実施機関 科 担当医) 様

紹介元 医療機関	所在地	
	医療機関名	
	医師名	⑨
	電話番号	

1 対象者の情報

氏名		性別	男 ・ 女
住 所		電話番号	
生年月日	年 月 日 (歳)	職業	

2 別添様式2で「a 外来栄養食事指導推進事業協力医療機関に栄養指導を依頼する」を選択した場合は記載又はチェックしてください ※検査結果はデータコピーの添付でも差支えありません。

傷病名 □にチェック	<input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症 (第 _____ 期) <input type="checkbox"/> 糖尿病性網膜症 <input type="checkbox"/> 末梢神経障害 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
紹介目的	栄養食事指導		
既往歴	<input type="checkbox"/> 末梢神経障害 <input type="checkbox"/> 糖尿病性網膜症 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
家族歴			
症状経過			
検査結果※	・ 血圧 (_____ / _____ mmHg) ・ HbA1c(NGSP) (_____ %) ・ 血糖 (_____ mg/dl) (空腹時 ・ 食後 _____ 時間)	・ 尿蛋白 (- ± 1+ 2+ 3+) ・ 血清クレアチニン (_____ mg/dl) ・ eGFR (_____ ml/分/1.73 m ²) ・ 尿アルブミン定量 (_____ mg/ gCr)	
	※治療におけるコントロール目標値 HbA1c(NGSP) (_____ %)		

治療経過	
現在の処方	
食生活指導への指示事項	<input type="checkbox"/> 「糖尿病腎症生活指導基準」（参考資料3）により実施してよい <input type="checkbox"/> 下記の内容で指導する ・エネルギー （ kcal／日） ・食 塩 （ g／日） ・たんぱく質 （ g／日） ・カリウム （ mg／日） <input type="checkbox"/> その他（ ）
備 考	※栄養指導を実施するにあたり留意すべきことがあればご指示ください。

高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラム情報提供書
(保険者による保健指導依頼用)

(保 険 者 名 (責任者名))

紹介元 医療機関	所在地	
	医療機関名	
	医師名	⑩
	電話番号	

1 対象者の情報

氏名		性別	男 ・ 女
住 所		電話番号	
生年月日	年 月 日 (歳)	職業	

2 別添様式2で「b 保険者による保健指導を利用する」を選択した場合は記載又はチェックしてください

※検査結果はデータコピーの添付でも差支えありません。

傷病名 □にチェック	<input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症 (第 期) (腎症 4 期・5 期は保健指導の対象外) <input type="checkbox"/> 糖尿病性網膜症 <input type="checkbox"/> 末梢神経障害 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> その他 ()	
紹介目的		
既往歴	<input type="checkbox"/> 末梢神経障害 <input type="checkbox"/> 糖尿病性網膜症 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> その他 ()	
家族歴		
症状経過		
検査結果※	・ 血圧 (/ mmHg) ・ HbA1c(NGSP) (%) ・ 血糖 (mg/dl) (空腹時 ・ 食後 時間)	・ 尿蛋白 (- ± 1+ 2+ 3+) ・ 血清クレアチニン (mg/dl) ・ eGFR (ml/分/1.73 m ²) ・ 尿アルブミン定量 (mg/ gCr)
	※治療におけるコントロール目標値 HbA1c(NGSP) (%)	

治療経過	
現在の処方	
指示事項	<input type="checkbox"/> 食生活指導 <input type="checkbox"/> 運動指導 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 禁煙指導 <input type="checkbox"/> 歯周病対策 <input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 「糖尿病腎症生活指導基準」(参考資料3)により実施してよい <input type="checkbox"/> 下記の内容で指導する ・エネルギー (kcal/日) ・食 塩 (g/日) ・たんぱく質 (g/日) ・カリウム (mg/日) <input type="checkbox"/> その他 ()
備 考	※栄養指導を実施するにあたり留意すべきことがあればご指示ください。

(参考資料1) 糖尿病性腎症病期分類

国糖尿病性腎症重症化予防プログラムより引用

	病期	尿アルブミン値 (mg/gCr) あるいは 尿蛋白値 (g/gCr) ※注1	GFR (eGFR) (ml/分/1.73m ²)
	第1期 (腎症前期)	正常アルブミン尿 (30未満)	30以上
医療機関で診断	第2期※注2 (早期腎症期)	微量アルブミン尿 (30~299)	30以上
健診で把握可能	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
Cr 測定国保等	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	

※注1：アルブミン尿は早期の段階から腎機能予後やCVD(心血管疾患)を予測できる指標であり、早期腎症の診断に有用。

蛋白尿陰性の場合の軽度eGFR低下は腎機能予後やCVDを予測できず、早期糖尿病性腎症の診断には有用ではない
(CKD診療ガイドライン2013 糖尿病性腎症 P80)

※注2：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。(±)は微量アルブミン尿の可能性が高いため、医療機関では積極的に尿アルブミン測定を行うことが推奨されている。

尿アルブミンは健診項目にはないが、糖尿病で受診勧奨判定値以上の場合、医療機関への受診勧奨がなされ医療機関において尿アルブミンが測定され、第2期の把握が可能となる。

(参考資料2) CKDの重症度分類

(2) 腎臓専門医への紹介基準

原疾患		蛋白尿区分			A1	A2	A3
糖尿病	尿アルブミン定量 (mg/日)			正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿	
	尿アルブミン/Cr 比 (mg/gCr)			30 未満	30～299	300 以上	
高血圧 腎炎 多発性嚢胞腎 移植腎 不明 その他	尿蛋白定量 (g/日)			尿蛋白 (-) 正常	尿蛋白 (±) 軽度蛋白尿	尿蛋白 (+) 以上 高度蛋白尿	
	尿蛋白/Cr 比 (g/gCr)			0.15 未満	0.15～0.49	0.50 以上	
GFR 区分 (mL/分 /1.73 m ²)	G1	正常または 高値	≥90		*	紹介	
	G2	正常または 軽度低下	60～89		*1	紹介	
	G3a	軽度～ 中等度低下	45～59	生活習慣の 改善・指導	紹介	紹介	
	G3b	中等度～ 高度低下	30～44		紹介	紹介	
	G4	高度低下	15～29		紹介	紹介	
	G5	末期腎不全	<15		紹介	紹介	

3 カ月以内に 30%以上の腎機能の悪化を認める場合は腎臓専門医へ速やかに紹介すること

*1：生活習慣病の改善・指導、血尿を伴えば紹介

【日本腎臓学会腎臓病対策委員会「腎健診受診者に対する保健指導、医療機関照会基準に関する提言」より引用】

(参考資料3) 糖尿病腎症生活指導基準

病期	生活一般	食事				運動 ^{注2)}	勤務	家事	妊娠・出産	治療、食事、生活のポイント
		総エネルギー ^{注1)} kcal/kg体重/日	たんぱく質	食塩相当量	カリウム					
第1期 (腎症前期)	・普通生活	25~30	20%エネルギー以下	高血圧があれば 6g未満/日	・制限せず	・原則として糖尿病の運動療法を行う	・普通勤務	・普通	可	・糖尿病食を基本とし、血糖コントロールに努める ・降圧治療 ・脂質管理 ・禁煙
第2期 (早期腎症期)	・普通生活	25~30	20%エネルギー以下 ^{注3)}	高血圧があれば 6g未満/日	・制限せず	・原則として糖尿病の運動療法を行う	・普通勤務	・普通	慎重な管理を要する	・糖尿病食を基本とし、血糖コントロールに努める ・降圧治療 ・脂質管理 ・禁煙 ・たんぱく質の過剰摂取は好ましくない
第3期 (顕性腎症期)	・普通生活	25~30 ^{注4)}	0.8~1.0 ^{注4)} g/kg体重/日	6g未満/日	・制限せず (高カリウム血症があれば <2.0g/日)	・原則として運動可 ・ただし病態によりその程度を調整する ・過激な運動は避ける	・普通勤務	・普通	推奨しない	・適切な血糖コントロール ・降圧治療 ・脂質管理 ・禁煙 ・たんぱく質制限食
第4期 (腎不全期)	・疲労を感じない程度の生活	25~35	0.6~0.8 g/kg体重/日	6g未満/日	<1.5g/日	・体力を維持する程度の運動は可	・原則として運動可 ・ただし病態によりその程度を調整する	・疲労を感じない程度の軽い家事	推奨しない	・適切な血糖コントロール ・降圧治療 ・脂質管理 ・禁煙 ・たんぱく質制限食 ・貧血治療
第5期 (透析療法期)	・軽度制限 ・疲労の残らない範囲の生活	血液透析(HD) ^{注5)} :30~35	0.9~1.2 g/kg体重/日	6g未満/日 ^{注6)}	<2.0g/日	・原則として軽運動 ・過激な運動は不可	・原則として運動可 ・ただし病態によりその程度を調整する	・普通に可 ・疲労の残らない程度にする	推奨しない	・適切な血糖コントロール ・降圧治療 ・脂質管理 ・禁煙 ・透析療法または腎移植 ・水分制限(血液透析患者の場合、最大透析間隔日の体重増加を6%未満とする)
		腹膜透析(PD) ^{注5)} :30~35	0.9~1.2 g/kg体重/日	PD除水量(L)×7.5 +尿量(L)×5(g)/日	原則制限せず					

- 注1) 軽い労作の場合を例示した。
 注2) 尿蛋白量、高血圧、大血管症の程度により運動量を慎重に決定する。ただし、増殖網膜症を合併した症例では、腎症の病期にかかわらず激しい運動は避ける。
 注3) 一般的な糖尿病の食事基準に従う。
 注4) GFR<45では第4期の食事内容への変更も考慮する。
 注5) 血糖および体重コントロールを目的として25~30kcal/kg体重/日までの制限も考慮する。
 注6) 尿量、身体活動度、体格、栄養状態、透析間体重増加を考慮して適宜調整する。

【日本糖尿病学会編・著「糖尿病治療ガイド2018-2019」P.88-89, 文光堂, 2018引用】