

滋賀県糖尿病性腎症重症化予防プログラム

滋 賀 県 医 師 会
滋賀県糖尿病対策推進会議
滋 賀 県 保 険 者 協 議 会
滋 賀 県

1 目 的

本県の糖尿病患者数は増加傾向にあり、食事・運動等の生活習慣が発症・重症化にかかわる2型糖尿病（以下「糖尿病」という。）は、病状や病態に応じた治療を受けずに放置すると、網膜症や腎症、神経障害、歯周病等の合併症を引起し、患者のQOL(生活の質)を著しく低下させる。

人工透析者の原因疾患で最も多い糖尿病に対して、重症化のリスクが高い医療機関未受診者、受診中断者を治療につなげるとともに、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（ハイリスク者）に対して県内の保険者および市町が医療機関と連携して、腎不全、人工透析への移行を防止および遅らせることを目的としてプログラムを策定する。

2 本プログラムの性格

本プログラムは、県内の医療保険者である国民健康保険、被用者保険（健康保険組合、全国健康保険協会、共済組合等）、後期高齢者医療広域連合等および市町による重症化予防における取組の全県の展開を目指して、取組の考え方や関係者の役割分担例を示すものである。

このため、各地域においては、関係者と十分協議し、地域の実情に応じて柔軟に取組むものとする。

3 取組にあたっての関係機関の役割

取り組みにあたっては、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ことが期待される。なお、以下の内容は地域の実情に応じた取組を尊重する。

(1) 滋賀県医師会

かかりつけ医と専門医等との連携強化、地域の連携体制の構築にむけて各地域医師会に周知協力を依頼するなど、事業の円滑な実施について支援する。

各地域医師会は、滋賀県糖尿病対策推進会議等の方針のもと、各地域での推進体制（連絡票、事例検討等）について行政と協力する。

(2) 滋賀県糖尿病対策推進会議

プログラムの周知、啓発に努めるとともに、各専門分野から糖尿病性腎症重症化予防プログラムについて助言を行うなど県や各市町における地域医療体制の構築に協力する

(3) 医療保険者および滋賀県保険者協議会

当該保険者に所属する加入者にかかる健診データやレセプトデータを用いて健康課

題の分析、対策の立案およびその実施、実施結果の評価を行い、P D C Aサイクルに基づいて展開するよう努める。

事業計画の立案にあたっては、様々な観点から総合的に、保健指導や受診勧奨の内容について検討するとともに、医療保険者の実情に応じて可能な範囲で事業を実施する。

被保険者の支援にあたっては、保険者同士での連携を密にし、保険者間の異動により支援が途切れないように事業を実施する。

滋賀県保険者協議会は、医療保険者にプログラムを周知し、事業実施にあたってのデータ提供や各医療保険者の取組の情報共有などを行い、事業の円滑な実施に協力する。

(4) 市町

市町において、保健部門と国保・後期高齢者医療部門が連携して健康課題を分析し、地域の関係団体とともに課題認識の共有を行う。

事業計画の立案にあたっては、様々な観点から総合的に、保健指導や受診勧奨の内容について検討するとともに、地域の実情に応じて事業を実施する。実施した結果を評価し、P D C Aサイクルに基づいて展開する。

(5) 県健康福祉事務所（県保健所）・大津市保健所

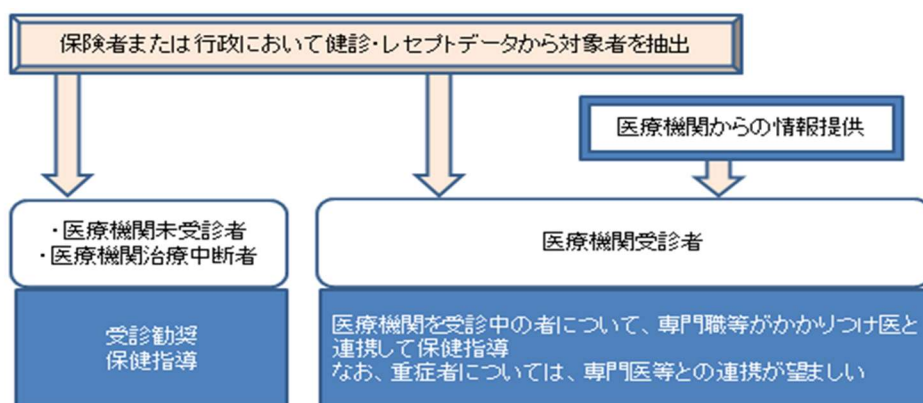
市町における事業実施への支援を行うと共に、取組状況を共有し、糖尿病地域医療連携推進会議等において課題、対応策について検討する。検討結果をふまえ地域の実情に応じた取組みを実施することにより、糖尿病性腎症重症化予防のための関係機関の連携体制を構築する。

(6) 県

本プログラムを関係団体へ周知し、県民に啓発するとともに、滋賀県糖尿病ネットワーク推進会議において、二次医療圏の取り組み状況、課題、対応策について協議し、円滑に実施出来るように支援する。

4 取組内容

- (1) 医療保険者および市町による医療機関未受診者、糖尿病治療中断者に対する受診勧奨・保健指導
- (2) スキルの高い専門職による治療中の患者に対する医療と連携した保健指導
- (3) かかりつけ医および専門医による重症患者※に対する連携した治療



※ 「重症患者」とは、日本腎臓学会作成 CKD 重症分類に基づく G 3 b、G 4、G 5 をさす。

5 対象者の基準

次の①～③に該当する者

①健診等受診者のうち医療機関未受診者

特定健診等データから、次のアに該当し、かつ、イまたはウのいずれかに該当する者で、レセプトデータと照合や本人確認等により受診のない者。

ア	1. 空腹時血糖 126 mg/dl 以上（または随時血糖 200 mg/dl 以上） または 2. HbA1c (NGSP) 6.5%以上（2型糖尿病）
イ	eGFR 50ml/分/1.73m ² 未満（70歳以上 eGFR 40ml/分/1.73m ² 未満）
ウ	尿蛋白（+）以上

②治療中断者

糖尿病治療歴があり、最近1年間に受療歴がない者

③医療機関で糖尿病の治療をしている者

以下のいずれかに該当する者で、かかりつけ医が判断した患者

ア	糖尿病性腎症の病期が第2期、第3期および第4期の者
イ	糖尿病治療中で、腎機能低下が判明し、糖尿病性腎症発症のリスクを有する者

なお、糖尿病性腎症の病期分類は図表1のとおりである。

<図表1：糖尿病性腎症病期分類>

健診の尿検査（尿蛋白）での 尿中アルブミン量の目安 ^{注4}	病期 ^{注2}	尿中アルブミン・クレアチニン比(mg/g) あるいは 尿中蛋白・クレアチニン比(g/g) ¹	GFR(eGFR) ^{注3} (推算糸球体濾過量) (mL/分/1.73m ²)
		正常アルブミン尿(30未満)	30 以上
尿蛋白（-）	第1期	正常アルブミン尿(30未満)	30 以上
尿蛋白（±）	第2期 ²	微量アルブミン尿(30~299)	30 以上
尿蛋白（+）以上	第3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
（血清クレアチニン検査の 結果で把握）	第4期	問わない	30 未満
	第5期	透析療法中あるいは腎移植後	

注1：糖尿病性腎症合同委員会は2023年度に新分類を発表している（日本腎臓学会誌 2023；65(7)：847-856 糖尿病性腎症病期分類2023の策定 糖尿病性腎症合同委員会・糖尿病性腎症病期分類ワーキンググループ<https://jsn.or.jp/medic/guideline/>）が、基本的に2014年度分類を踏襲している。

病期名については、第1期：正常アルブミン尿期、第2期：微量アルブミン尿期、第3期：顕性アルブミン尿期、第4期：GFR 高度低下・末期腎不全期、第5期：腎代替療法期、と修正されている。しかし、尿アルブミンは特定健診項目（詳細項目）に含まれていないため、保健事業においては2014年度版に準拠し尿蛋白を判断材料とする。なお、糖尿病対策推進会議等で、糖尿病の診療において尿アルブミンの測定が推奨されていること、その結果を保険者も把握できるとよいことについて地域連携の中で検討することが望ましい。

注2：糖尿病性腎症は必ずしも第1期から順次第5期まで進行するものではない。本分類は、厚労省研究班の成績に基づき予後（腎、心血管、総死亡）を勘案した分類である。

注3：GFR 60 mL/分/1.73m²未満の症例はCKDに該当し、糖尿病性腎症以外の原因が存在し得るため、他の腎臓病との鑑別診断が必要である。

注4：あくまでも目安であり、健診の尿検査（尿蛋白）では、病期の判断はできない。正確な病期の判定は、医療機関で行う。

¹ アルブミン尿は早期の段階から腎障害の予後や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である。蛋白尿陰性の場合の軽度eGFR低下は腎障害の予後や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（「エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン 2013」p80 糖尿病性腎症 <https://jsn.or.jp/guideline/ckdevidence2013.php>）

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。

（出典：糖尿病性腎症重症化予防事業実施の手引き（令和6年度版））

6 実施方法

別途定める保健指導ガイドを参考に、対象者の状態に応じた受診勧奨および保健指導を実施する。

(1) 受診勧奨

医療保険者は対象者に対し、手紙の送付・電話・面談・個別訪問等の方法により、対象者の状況に応じ、受診勧奨を実施する。

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および必要に応じた再勧奨を実施する。

(2) 保健指導

医療保険者は対象者に対し、専門職による電話等による指導、個別面談、訪問指導、集団指導、教室の開催、ICT の活用等、対象者の状況に応じて、かかりつけ医と連携した保健指導を実施する。

糖尿病性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、医療保険者において優先順位をつけて保健指導を行うことが望ましい。

また、市町における事業評価のためには、臨床における検査値（血圧、血糖、腎機能等）が必要となる。日本糖尿病協会発行の糖尿病連携手帳の活用等により、本人同意のもと、医療機関・市町での情報を共有できるようにすることが望ましい。

自施設（かかりつけ医）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や、専門病院との連携が困難な場合は、医療保険者等と十分情報を共有したうえで保健指導を実施することも必要に応じて行う。

糖尿病性腎症の病期が4期の患者には、腎臓の専門医（地域の実情に合わせて、腎臓の診療に携われる医師）と連携する必要があるので、保険者による保健指導のみで終わることがないようにする。

(3) かかりつけ医と専門医等の連携

糖尿病患者への医療提供にあたり、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、逆紹介を行うとともに、合併症の治療を行う医師、歯科医師等と有機的な連携関係を構築するなどして、患者を中心とした医療を提供する。

行政（市町・保健所）は、各保健医療圏域において、各医師会、糖尿病対策推進会議及び医療機関等の関係者の協力のもと、糖尿病地域医療連携体制を構築する。

(4) 留意事項

健康課題やその取り巻く状況はライフステージにより異なるため、ライフコースアプローチの視点を踏まえライフステージに応じた取組を推進することが重要である。

特に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がみられ、個人差が大きいことから、個人の状況に合わせて、QOLの維持・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。

7 事業評価

医療保険者は、受診勧奨、保健指導およ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。

市町は、地域の糖尿病性腎症の状況や重症化予防の保健事業の実施状況等について保健部門と国保・後期高齢者医療部門が連携して得られたデータ分析を行い、関係者間で情報共有を図り、今後の事業の取組を見直す等PDCAサイクルを回す。

8 その他

本県においては、各保健医療圏域に、医療機関、各関係団体、行政等の関係者からなる「糖尿病地域医療連携推進会議等」を設置し、様々な取組が行われており、本プログラムの実施にあたっては、各地域の実情に応じて、糖尿病地域医療連携推進会議等との連携を図ることとする。

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、日本医師会、日本糖尿病対策推進会議、厚生労働省において策定された「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を参考とする。

平成30年3月29日策定
令和7年3月31日改定