

平成29年3月29日
令和3年3月30日改定

糖尿病性腎症重症化予防プログラム

徳島県医師会
徳島県医師会糖尿病対策班
(徳島県糖尿病対策推進会議)

徳島県保険者協議会
徳島県

1 目的

糖尿病性腎症重症化予防対策として、まずは、糖尿病発症予防のための生活習慣の改善、早期発見のための健診受診、そして糖尿病重症化予防のための適切な治療（生活習慣改善指導を含む）が重要である。さらに、糖尿病性腎症の重症化を予防するためには、糖尿病性腎症を的確に診断し、各病期に応じた対策を講じる必要がある。

このことから、糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者・受診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、糖尿病性腎症患者のうち、重症化するリスクの高い者（ハイリスク者）に対し、主治医の判断により保健指導対象者として、医療保険者（以下「保険者」という）と医療機関が連携して保健指導等を実施する。これらの取組により、糖尿病性腎症から腎代替療法（人工透析、移植等）への移行を防止することを目的とする。

2 プログラムの位置づけ

本プログラムは、徳島県医師会、徳島県医師会糖尿病対策班（徳島県糖尿病対策推進会議）、徳島県保険者協議会、徳島県の4者で策定し、県内の保険者において事業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。

各保険者は本プログラムを参考に保険者の実情にあった具体的な手順を作成し、事業に取り組むとともに、その成果を検証し、より効果的な取組につなげていくことが重要である。

3 関係者の役割(図表1)

(1) 保険者の役割(市町村国民健康保険・被用者保険・後期高齢者医療広域連合)

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、地域の実状に応じた対策を立案する。

イ 対象者への支援内容の検討及び取組の実施に当たっては、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、必要な場

合は郡市医師会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。

ウ 徳島県保険者協議会は、各保険者の対応可能な範囲や担当窓口等を確認し、徳島県医師会糖尿病対策班（徳島県糖尿病対策推進会議）に報告するとともに、ホームページへの掲載等かかりつけ医への周知方法を検討する。

(2) 市町村の役割

健康増進担当課や国保担当課、高齢者医療担当課、介護保険担当課等による連携体制を整えるとともに、郡市医師会や地域の医療機関・保健所及び国保連合会等と連携のもと、保健事業等を実施する。

(3) 県の役割

健康づくり主管課・国保主管課・医療政策主管課等及び保健所と連携のもと、県で把握する各種データの分析を行い、現状と課題を把握し、関係機関等と一体的に糖尿病対策（一次予防を含む）を推進する。

医師会や徳島県医師会糖尿病対策班（徳島県糖尿病対策推進会議）等と県内保険者や市町村の取組状況を共有し、保険者・市町村における円滑な事業実施を支援する。

(4) 医師会の役割

徳島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、県や保険者が行う各取組を周知し、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等、必要な協力を行うよう努める。

(5) 徳島県医師会糖尿病対策班(徳島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及び関連学会における動向等について、構成団体へ周知するとともに、保険者・市町村・県等の取組状況や分析結果に対し、医学的・科学的観点からその成果の検証等を行い、県内における取組について助言を行う等、各取組に協力するよう努める。

(6) その他関係機関・団体の役割

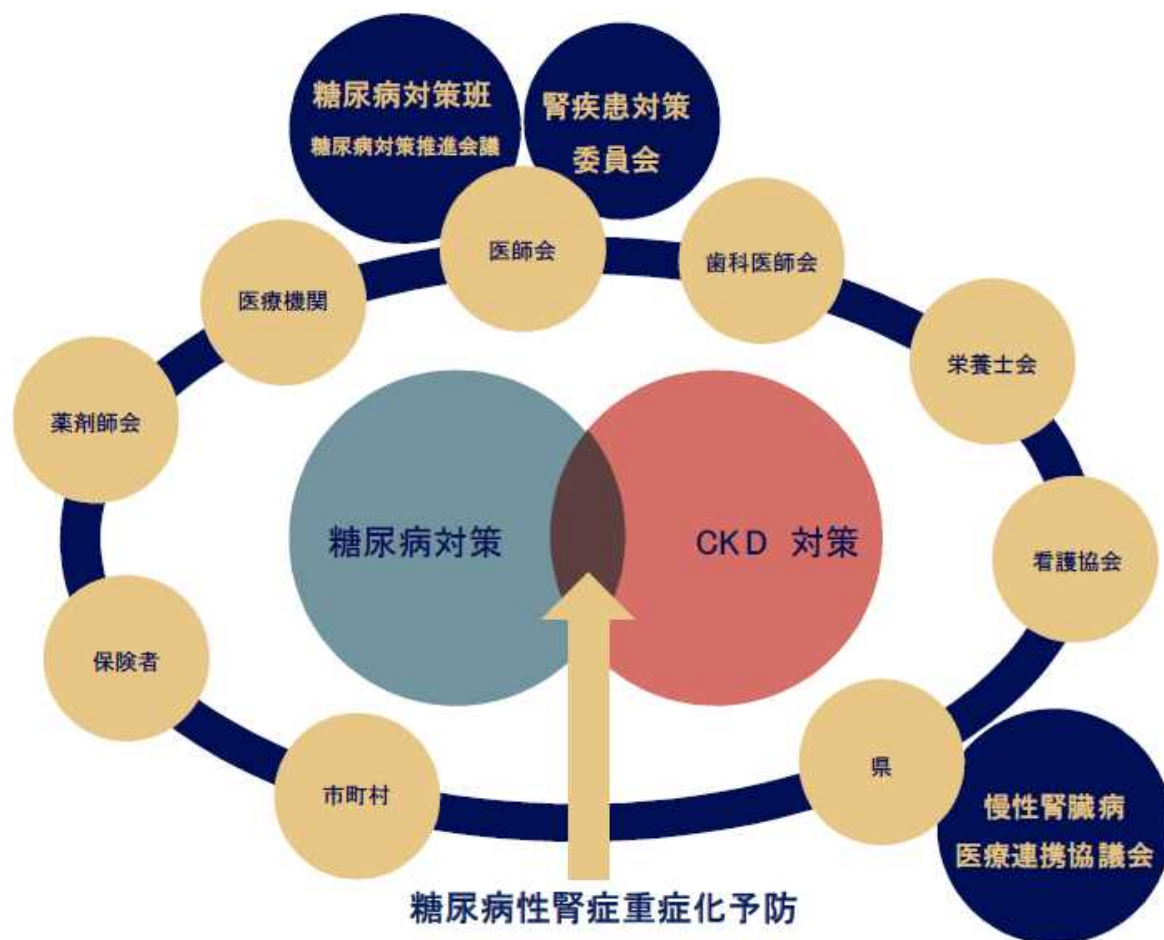
ア 徳島県歯科医師会、徳島県栄養士会等

各専門的な立場から、糖尿病対策における活動に取組むとともに、保険者・市町村・県等の取組に対して支援を行う。

イ 徳島県慢性腎臓病医療連携協議会

慢性腎臓病の予防及び重症化予防対策の取組は、糖尿病性腎症重症化予防に繋がることから、糖尿病対策を視野に入れた取組を推進する。

<図表1:糖尿病性腎症重症化予防と関連する関係機関等>



【糖尿病対策】

生活習慣の改善による発症及び糖尿病の重症化を予防する

【CKD 対策】

医療連携体制の整備や地域との連携体制の強化等により，CKD の予防及び早期発見・治療を推進する。

【糖尿病性腎症重症化予防】

「糖尿病性腎症」の重症化を予防することにより，新規透析導入を予防する。

4 プログラムの条件

- (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であること（糖尿病連携手帳等の活用）
- (3) 保健指導を実施する場合には，専門職が取組に携わること
- (4) 事業の評価を実施すること
- (5) 取組の実施に当たり，地域の実情に応じて徳島県医師会糖尿病対策班（徳島県糖尿病対策推進会議）や保健所等における会議等との連携（対応策の議論や取組内容の共有など）を図ること

5 プログラムの対象者選定の考え方

- 糖尿病性腎症¹ 対象者の定義は次のとおりとする。なお、対象者の選定に当たっては、次の抽出基準に加えて、年齢や個別の状況を総合的に勘案する。

本プログラムにおいて扱う糖尿病性腎症対象者の定義：糖尿病であり、腎機能が低下していること

◆ 糖尿病であること：①から③のいずれかを満たすこと

- ① 空腹時血糖 126mg/dl(随時血糖 200mg/dl)以上、または HbA1c6.5%以上
- ② 現在、糖尿病で医療機関を受診している
- ③ 過去に糖尿病薬（経口血糖降下薬・インスリン・GLP-1 受容体作動薬）使用歴又は糖尿病にて医療機関の受診歴がある（ただし、直近の健診データ等により糖尿病の診断基準に該当しない対象者を除く）

◆ 腎機能が低下していること：①から④のいずれかを満たすこと

- ① 検査値より腎症 4 期：eGFR30mL/分/1.73m² 未満
- ② 検査値より腎症 3 期：尿蛋白陽性
- ③ レセプトより糖尿病性腎症又は腎機能低下を示す病名が記載されている
- ④ 腎症 1 期及び 2 期の場合には、次の情報を参考とする。
 - eGFR45mL/分/1.73m² 未満
 - eGFR60mL/分/1.73m² 未満のうち、年間 5 mL/分/1.73m² 以上低下
 - 糖尿病網膜症の存在
 - 微量アルブミン尿の確認、あるいは尿蛋白（±）※
 - 高血圧のコントロールが不良（目安：140/90mmHg，後期高齢 150/90mmHg 以上）

※糖尿病に加えて尿蛋白(+)以上であれば第 3 期と考える。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る。

1 糖尿病患者に腎機能障害がある場合、①糖尿病が原因で腎機能が悪化した状態、②別の原因により腎機能が低下している患者に糖尿病が合併している状態、がある。糖尿病性腎症は狭義では①を指し、正確な診断のためには病歴、網膜症等の合併症の状況、生検等の検査が必要となる。一般的には健診で①と②を区別することは困難と考えられるので、本プログラムでは①、②を含め、広く取り扱うこととしている。

②であっても、糖尿病が合併することにより腎臓には糖尿病特有の変化が発生し、腎機能が悪化することから、②を含めて対策を行うことには意義があると考えられる。

- 本プログラムでは「糖尿病性腎症病期分類 2014」（図表 2）に基づき、健診時の尿蛋白（尿定性）や eGFR から腎機能低下者を把握することを基本とする。医療機関等で測定した尿アルブミン値や網膜症や神経障害等、糖尿病特有の細小血管障害の合併状況、糖尿病罹病期間を参考にすることも有用である。
- 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、健診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。
- 後期高齢者においては、壮年期よりも緩和した基準を提示している学会ガイドライン²もあり、地域の実情に合わせ、医師会等地域の関係機関と抽出基準について相談することが望ましい。
- 国保などの保険者が保有する健診データやレセプトデータ等を活用した対象者抽出の考え方を図表 3 に示すが、実情に応じた抽出方法を検討する。
- 慢性腎臓病（CKD）に該当する方には、徳島県慢性腎臓病医療連携協議会が作成した「病診連携紹介基準（図表 4）」を用い、CKD 全般について介入する。

（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
 - ・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、地域の関係機関（郡市医師会、市町村、保険者、保健所等）と抽出方法について予め相談しておくことが望ましい。

（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、医療機関の受診及び健診受診を勧める。
 - ・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 HbA1c6.5 %（HbA1c が把握不可の場合は空腹時血糖 126mg/dl）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

2 高齢者糖尿病診療ガイドライン 2017（日本老年医学会・日本糖尿病学会）、高齢者高血圧診療ガイドライン 2017（日本老年医学会）、高齢者脂質異常症診療ガイドライン 2017（日本老年医学会）

(留意点)

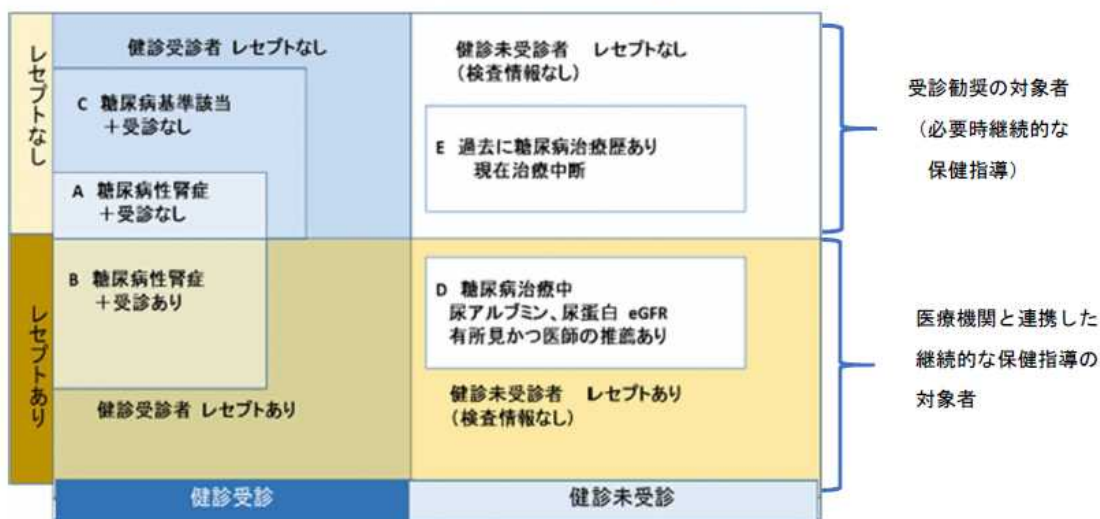
- 第4期については、心血管イベント、心不全の発症リスク、死亡リスクが高いことに十分に留意する必要がある。
- 血清クレアチンを測定していない場合は、尿蛋白が陰性の第4期を見落とす可能性があることに留意する必要がある。
- 後期高齢者は、疾病の重複が多く、個別の疾患のガイドラインでは対応できない点も多くなる。そのまま適用すると重複受診・薬剤の過剰投与になるおそれもあるため、かかりつけ医と連携の上、専門職によるきめ細やかなアウトリーチを主体とした健康支援に取り組むことが適当である。

<図表2: 糖尿病性腎症病期分類>

病期	尿アルブミン値(mg/gCr) ³ 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
医療機関で診断 第2期 ⁴ (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	

-
- 3 糖尿病患者における尿アルブミン測定は、糖尿病性腎症の早期診断に有用であり推奨する。
(CKD 診療ガイドライン 2018 糖尿病性腎症 P106, 糖尿病診療ガイドライン 2019 糖尿病(性)腎症 P145)
 - 4 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。

<図表3: 健診・レセプトデータの有無と対象者の抽出の考え方>



<図表4: 徳島県慢性腎臓病(CKD)病診連携紹介基準>

徳島県慢性腎臓病(CKD)病診連携紹介基準



検査数値が、①から⑥のいずれかに該当する場合は腎臓診療医と連携して診療します。

なお糖尿病がある場合は、eGFR値が5mL/min/1.73mL/年(または25%/年)以上低下、
微量アルブミン尿以上の程度を問わない蛋白尿陽性も紹介をご検討ください。

ご紹介いただく際のお願い

- ✓ 蛋白尿の異常は可能な限り尿蛋白/尿クレアチニン比を定量してご紹介ください。
- ✓ 可能な限り血清クレアチニン(Cr)値の経時的推移をお知らせください。
- ✓ 診療情報提供書に必ず今後のフォロー先(紹介元・専門医・どちらでもよい)を明記してください。
- ✓ 必ず現在の処方内容と半年以内の処方変更歴や臨時処方をお知らせください。
(患者さんに過去半年分のお薬手帳を持参いただいても結構です。)

かかりつけ医

腎臓専門医

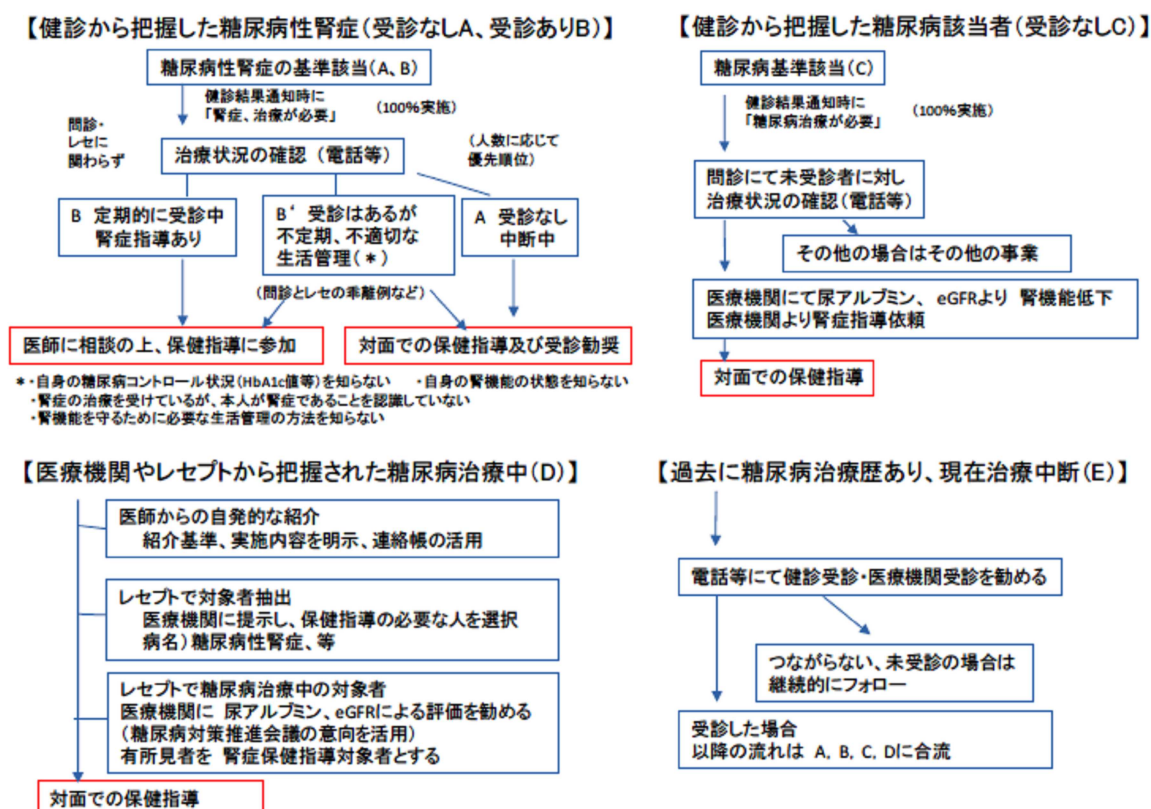
徳島県慢性腎臓病医療連携協議会 令和2年3月作成

6 介入方法

- 本事業の対象者選定基準を検討した後は、抽出した対象者に対し、漏れることなくどのように関わっていくかを検討する。図表3のA～Eの対象者層に対する受診勧奨、保健指導の流れを図表5に示す。

- 図表 6 は、腎症病期に応じた保健指導の目的、保健指導内容や留意点を整理している。
- 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。
- 図表 7 は、検査値レベル別の手段（訪問、面談、電話、通知等）の工夫例を示している。病期や検査値レベルが高い人を優先に訪問を行う等、関係者間での検討により、優先順位を意識した事業計画を行う。
- 医療機関（かかりつけ医、専門医等）や保健指導実施機関（地域における保健師や管理栄養士等）等、多くの関係機関が関わるため、糖尿病連携手帳⁵を活用し、情報共有を行う。

<図表5: 糖尿病性腎症プログラム対象者に対する受診勧奨, 保健指導の流れ⁶>



- 5 糖尿病連携手帳は、日本糖尿病協会が発行しているものであり、糖尿病・合併症関連の検査値が継続的に記入できるため、患者自身が医療と保健を連携する役割を果たし、本人同意のもとデータの共有が可能となる。
- 6 本フローは市町村等直営実施の例示であり、この方法以外もありうる。関係者で協議の上、フローを整理することが重要である。

<図表6: 糖尿病性腎症の病期に応じた保健指導等の内容例>

	健診データ	状態と介入目的	具体的な介入方法	医療機関での対応	留意点	評価
第1~2期	糖尿病 ^{※1} かつ 尿蛋白 (±)以下	早期腎症の発見 腎症の発症予防	HbA1c、血圧の程度に応じた対応 第1期では糖尿病管理、第2期ではそれに加え腎症改善に重点をおいた指導	Cr、尿蛋白・尿アルブミン測定による病期確定 血糖、血圧管理 網膜症等合併症検査 第2期:保健指導紹介	第1、2期の区別は健診だけではできない eGFR45mL/分/1.73m2未満の場合、対応優先	行動変容 血圧、血糖、脂質、BMI、喫煙、
第3期	糖尿病 ^{※1} かつ 尿蛋白 (+)以上	顕性腎症 腎機能低下防止	受診勧奨 ^{※2} と受診状況の確認 医師と連携した保健指導 減塩、減酒等の食生活改善、禁煙、肥満者では減量、身体活動の維持	Cr、尿蛋白・尿アルブミン測定による病期確定 血圧、血糖管理 網膜症等合併症検査 腎排泄性薬剤の見直し 保健指導の留意点指示 腎臓専門医への紹介を考慮する	他の循環器疾患、糖尿病合併症に留意 100%対応できることを目指す	受療状況 生活習慣 血糖、血圧、脂質、喫煙、腎機能
第4期	糖尿病 ^{※1} かつ eGFR30mL/分/1.73m2未満	透析直前期 透析導入時期の延伸	強力な受診勧奨 ^{※2} と受診確認、治療中防止 ^{※3}	血圧・血糖管理 腎排泄性薬剤の変更 腎臓専門医への紹介	心不全、脳卒中ハイリスク Cr測定しなければ病期確定できない	受診につながった割合

※1 空腹時血糖 126mg/dlまたはHbA1c6.5%以上または過去に糖尿病の履歴(薬剤服用等)

※2 未治療者への対応

※3 医療機関との連携を取りながらスキルの高い専門職が保健指導を実施することも考えられる

<図表7: 健診・レセプトデータで抽出した対象者に対する対応例(検査値別) ⁷>

		対応不要レベル	情報提供レベル	受診勧奨(集団対応レベル)	医療機関連携・個別対応レベル	
検査値の目安	HbA1c	HbA1c<5.6	5.6≤HbA1c<6.5	6.5≤HbA1c<7.0	7.0≤HbA1c<8.5	8.5≤HbA1c
	糖尿病 ^{※1} の場合の血圧 ^{※2}		120≤SBP ^{※5} <130 または 85≤DBP ^{※6} <90	130≤SBP<140 85≤DBP<90	140≤SBP<160 90≤DBP<100	160≤SBP 100≤DBP
	糖尿病 ^{※1} の場合の尿蛋白			(±) 尿アルブミン測定を推奨	(+)	(2+)
情報提供	パンフ・資料提供 ^{※3}	検査値の見方・健康管理等		糖尿病に関する情報	腎症、合併症予防等 ^{※4}	
受診勧奨(未治療・中断中の場合)	はがき・受療行動確認			結果表につけて受診勧奨	レセプトで受診確認	
	電話(受診勧奨、確認)				電話で受診勧奨	電話で受診勧奨、受診確認
	保健指導型受診勧奨				個別面談	個別面談、訪問、電話フォロー
保健指導(生活習慣改善指導)	動機付け支援型 対面保健指導		結果説明会	糖尿病を対象とした 集団教室(単発型)、 個別面談	個別面談、訪問	個別面談、 訪問 受診確認
	積極的支援型 継続的保健指導		生活習慣病予防教室等	集団教室(継続型) 個別面談	個別面談・訪問・電話等による支援	継続的支援+ 受診確認

* 1 : 空腹時血糖≥126mg/dl、またはHbA1c≥6.5%、または糖尿病治療中、過去に糖尿病薬使用

* 2 : 75歳以上では10mmHg高い設定とする

* 3 : eGFR<30 は腎不全期に相当するため本表の適応範囲ではない

* 4 : 矢印の太さは必要性

* 5 : SBPは収縮期血圧 * 6 : DBPは拡張期血圧

7 上記対応表中、ブルーが受診勧奨、オレンジが保健指導で、色の濃淡は支援の濃淡を表している。上記対応表については、例示であり、地域の社会資源や連携等の状況に応じた対応表の作成が必要である。

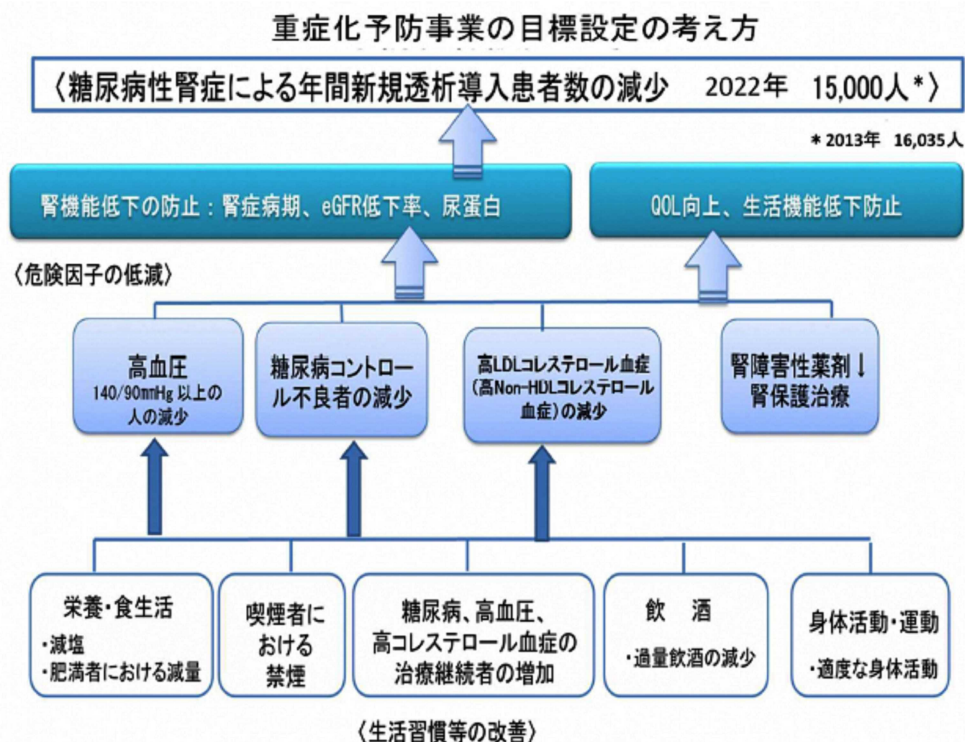
(1) 受診勧奨

- 受診勧奨は基本的に抽出したすべての対象者に行い、医療機関受診へとつなげることが原則である。
- 医師会を通じて医療機関には本事業の目的、対応方法について事前に説明し、対応に整合性がとれる必要がある。
- 健診結果や糖尿病性腎症重症化予防の必要性を本人が納得しているかが重要であるとともに、受診勧奨通知や紹介状を通じてかかりつけ医に事業の目的が伝わるように工夫する。必要に応じて、糖尿病連携手帳や参考様式1を活用する。
- 受診勧奨を行う前に個々の対象者の情報（健診結果やこれまでの病歴、治療状況等）を収集しておくことが重要である。
- 受診勧奨の際、糖尿病に対する恐怖心や経済的理由、家庭問題等の理由が未受診の背景に隠れていることがある。必要時、主治医との情報共有や行政内の他部門の支援へとつないでいくことも解決策として考えられる。
- 受診勧奨実施後は、医療機関からの回答書、本人への聞き取り、レセプト確認等の方法で受診状況を把握する。医療機関受診につながっていない場合は、前回とは対応方法を変える等の工夫をして再勧奨を行う。

(2) 保健指導

- 糖尿病性腎症による新規透析導入者を減少させるためには、血糖に加え血圧、脂質のコントロールや薬剤の適正使用が重要である。また、肥満の是正、食生活の改善等包括的な管理も必要となる。保健指導を行うに当たっては、状態に応じた予防、管理の考え方を踏まえた上で、糖尿病性腎症対象者に対する生活改善指導を行う際のポイントを押さえておく必要がある（図表8 参照）。
- 対象者の糖尿病に対する思いや生活状況を踏まえた血糖、血圧管理等の指導を行う。その際に聞き取った情報、特に治療を中断しがちな患者の情報等は医療機関にとっても役立つことがあるため、医療機関との情報共有が重要である。
- 糖尿病連携手帳を通じて、かかりつけ医等との情報共有を行う。医療機関で実施した検査結果も効果評価として取得できるよう、あらかじめ対象者の同意を得ておく。必要に応じて参考様式2を活用する。
- 保健指導期間中は対象者とともに生活習慣改善のための行動目標を立案するが、腎症病期や検査値経過を参考に、個人の健康状態や生活背景にあった目標であるかを見直す。必要時は、かかりつけ医や地域担当医へ相談する等し、安全管理に留意した運営を行う。

<図表8：重症化予防の取組に係るアウトカム評価の考え方>



(保健指導における留意点)

- 糖尿病性腎症の対象者に対して保健指導を実施する場合は、医療との連携が欠かせない。特に腎症第3，4期への保健指導については腎症に関する専門的知識やスキルを有する者が対応する必要がある。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重要である。
- 糖尿病患者は免疫力が低下し、感染症にかかりやすいことから、感染予防のための日常的な衛生管理についても指導する。
- 高齢者、特に後期高齢者については、複数疾患の合併のみならず、加齢に伴う諸臓器の機能低下を基盤としたフレイルやサルコペニア、認知機能の低下による個人差が大きくなり、多病・多剤処方の状態に陥るなど、健康上の不安が大きくなる。高齢者の特性を踏まえた対象者選定基準、保健指導方法を検討する。
- 壮年期における生活習慣病対策から、体重や筋肉量の減少を主因とした低栄養や口腔機能、運動機能、認知機能の低下等のフレイルにも着目しライフステージに応じた対策を行っていく必要がある。
- 「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン（平成30年4月厚生労働省保険局高齢者医療課）」、「高齢者糖尿病診療ガイドライン 2017（日本老年医学会）」、「高齢者高血圧診療ガイドライン 2017（日本老年医学会）」、「高齢者脂質異常症ガイドライン 2017（日本老年医学会）」等の各種ガイドラインを参考に実施する。

7 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(図表9)。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、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。図表10は、糖尿病性腎症重症化予防事業のアウトカム評価の考え方を示している。

(1) 方法

- 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、各保険者で随時データの共有を行う。
- 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。データを保険者協議会でとりまとめ、徳島県医師会糖尿病対策班(徳島県糖尿病対策推進会議)の支援によりその成果を検証し見直しを行うことより、より効果的な取組につなげていく。

(毎年把握するデータ)

- ①保険者における対象者数、そのうち個別に働きかけた数
- ②かかりつけ医と連携して対応した数
- ③CKD重症度分類のステージの維持・改善
- ④健診受診率 等

(中長期的に把握するデータ)

- ①HbA1c8.0%(HbA1cが把握不可の場合は、空腹時血糖高値の基準を設定)以上の人数、うち糖尿病未治療者の割合の推移
- ②新規人工透析導入患者数(糖尿病性腎症患者数)の推移
- ③人工透析にかかる医療費の推移等

(2) 改善点の明確化とその対応

- 事業の分析結果、評価やそれに基づく改善方策等については、徳島県医師会糖尿病対策班(徳島県糖尿病対策推進会議)において協議する。協議の結果、改善を要する点がある場合は、具体的な方策について助言を得ながら検討する。関係者に対し報告・共有を行うことにより、対応策の改善については次年度に向けた事業内容の見直しにもつながる。
- 対象者選定基準や保健指導方法、評価方法など、早期に修正した方がよいものは修正を加える。体制整備等ストラクチャーに係る見直しが生じた場合は、体制図の更新等を行うことも必要である。

<図表9:事業評価>

<p>【ストラクチャー評価】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・実施体制が構築できたか ・課題分析結果に基づき、対象と目的、方法が決定できたか ・関係者間での理解が得られ、連携体制が構築できたか ・予算、マンパワー、教材の準備 ・保健指導者の研修 ・運営マニュアル等の整備 ・健診・医療データの集約方法 <p>【プロセス評価】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・スケジュール調整 ・対象者の抽出、データ登録ができたか 	<p>【アウトプット評価】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・抽出された対象者の何%に受診勧奨、保健指導ができたか ・地区、性・年代別に偏りはないか <p>【アウトカム評価】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・受診につながった割合 ・行動変容 ・保健指導介入例のデータ変化(個人・集団) ・血圧、血糖(HbA1c)、脂質、体重 ・喫煙、生活習慣 ・尿蛋白、尿アルブミン、クレアチニン、eGFR低下率、クレアチニン2倍化速度、腎症病期、透析新規導入率 ・心血管イベントの発症 ・服薬状況 ・生活機能QOL等 <p>【費用対効果】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業にかかる費用と効果
<p>医療保険者としてのマクロ的評価(KDBの活用)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・新規透析導入患者 ・糖尿病性腎症病期、未治療率 ・HbA1c8.0%以上の未治療者 ・健診受診率・医療費推移等 	

<図表10:糖尿病性腎症重症化予防事業のアウトカム評価の考え方>

<p><短期的指標(前・3か月後・6か月後)></p> <p>生活習慣改善意欲、QOL、 行動変容(食生活改善、軽い運動習慣、減酒、口腔衛生、等) 医療機関との連携による検査値把握(血圧、HbA1c、eGFR、尿蛋白等)</p> <p><1年後評価指標></p> <p>評価の構造を意識した分析</p> <p>(第一層) 食生活(減塩等)、喫煙、体重、飲酒、医療機関受診 (第二層) 血糖・HbA1c、血圧、LDLコレステロール(またはnon-HDLコレステロール) (第三層) 腎機能:尿蛋白、クレアチニン、eGFR、尿アルブミン等、 生活機能、QOL</p> <p>参考資料: 総医療費、外来医療費</p> <p><中長期的指標(2年~4年)></p> <p>検査値: 腎症病期、eGFR低下率、クレアチニン2倍化速度、HbA1c 血圧 レセプト: 継続した受療率、服薬状況、医療費 心血管イベントの発症、その他糖尿病に関連した合併症の発症状況</p> <p><長期的指標:(5年~10年)></p> <p>レセプトによる受療状況、糖尿病性腎症による透析導入</p>

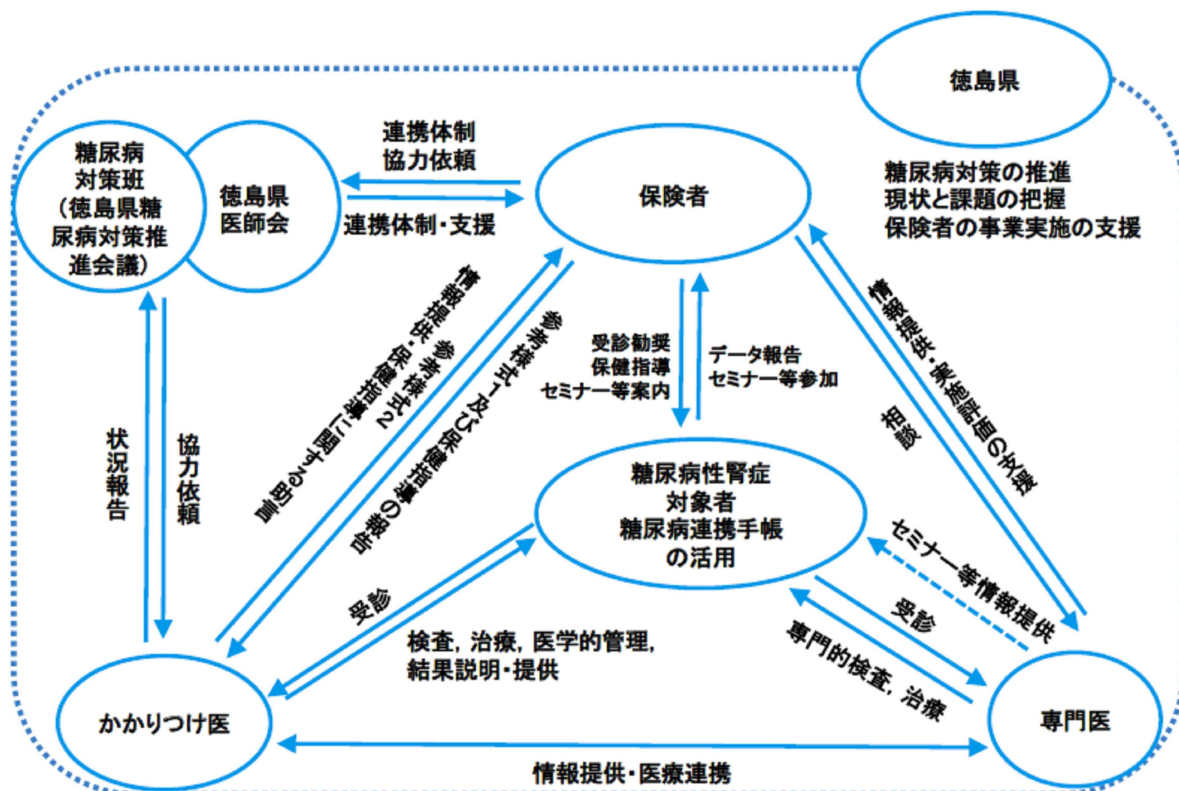
8 円滑な事業の実施に向けて

本プログラムの推進に当たっては、徳島県における糖尿病対策の中心的役割を担う徳島県医師会糖尿病対策班による「徳島県医師会糖尿病認定医制度」や、「徳島県糖尿病療養指導士認定制度」を通じて、医療従事者の資質向上を図るとともに、同対策班で構築した糖尿病地域医療連携の基盤等を効果的に活用することにより、保険者と医療関係者が密接に連携した事業を展開する。

また、糖尿病性腎症の重症化を予防するためには、糖尿病の早期発見・早期治療（2次予防）や、糖尿病にならないための環境づくり（1次予防）が重要であり、引き続き、保険者と行政、医療関係者等とが連携し、糖尿病治療・予防の切れ目のない体制整備を推進する。

なお、本プログラムに記載のない事項については、平成31年4月25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改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。

<関係者の役割>



(参考様式1)

年 月 日

紹介状(保険者→一次医療機関)

保険者 機関名
担当者名
Tel
fax

紹介者名
ふりがな
氏 名
生年月日
年
月
日 (歳)
性 別
男
女
住 所
電話番号

一次医療機関(かかりつけ医)
医療機関名
医師名
Tel
fax

健診で高血糖又はHbA1c高値等を指摘された方です。
今後のご指導・ご加療よろしくお願いたします。

所属〇〇 職名〇〇 氏名〇〇〇〇

年 月 日

連絡票(一次医療機関→保険者)

一次医療機関(かかりつけ医)

医療機関名	
医師名	
Tel	fax

紹介者名

ふりがな			
氏 名			
生年月日	年	月	日 (歳)
性 別	男	女	
住 所			
電話番号			

保険者

機関名	
担当者名	
Tel	fax

傷病名 糖尿病(2型)

検査結果

◇専門職の介入について

- 介入あり《看護師 管理栄養士 薬剤師 理学療法士 その他()》
 介入なし

◇治療の内容

食事療法

運動療法

薬物療法

今後保健指導の介入

- 必要とする 必要としない

今後HbA1cなどの検査結果や処方などの診療情報の提供

- 可能 不可能