

熊本県糖尿病性腎症重症化予防プログラム

令和7年（2025年）3月改訂版

熊本県医師会
熊本県糖尿病対策推進会議
熊本県保険者協議会
熊本県

1 目的

高齢期に至るまで健康を保持するためには、青壮年期からの取組が重要であり、糖尿病性腎症重症化予防においても青壮年期からの継続した取組が必要である。

本プログラムは、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、医療機関と連携した保健指導等を行い、人工透析等への移行を防止することを目的とする。

なお、本プログラムは、熊本県医師会、熊本県糖尿病対策推進会議、熊本県保険者協議会及び熊本県の四者で策定し、対策の実施が容易となるような基本的な考え方を示すものであり、地域・職域の実情に応じ柔軟に対応が可能であり、既に行われている取組を尊重するものである。

2 取組にあたっての関係者の役割

(1) 市町村・保険者の役割

ア 市町村・保険者は、健診データやレセプトデータ等を用いて、住民や被保険者の疾病構造や健康問題等を分析し、地域・職域の実情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あたっては、地域の医療機関等と連携し、様々な視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 実施した取組については、その結果の評価・分析を行い、PDCAサイクルに基づいて次の事業展開につなげる。

(2) 県の役割

市町村・保険者における事業実施状況をフォローするとともに、市町村・保険者における円滑な事業実施を支援する観点から、医師会や糖尿病対策推進会議等と市町村・保険者の取組状況を共有し、課題、対応策等について議論する。

(3) 医師会の役割

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、県や市町村・保険者が行う糖尿病性腎症重症化予防の取組を周知し、市町村・保険者とかかりつけ医¹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に努める。

¹ かかりつけ医とは、糖尿病連携医を含むかかりつけ医のこと。

(4) 熊本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県や市町村・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、市町村・保険者の取組に協力するように努める。

また、県内の二次医療圏域毎に糖尿病専門医等の責任者を定める。

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(健診データ、レセプトデータ等から抽出)。ただし、地域・職域の実情に応じて市町村・保険者が個別に定めることができるものとする。

(1) 健診を受診した者のうち医療機関未受診者

①別添1(P5)のフローチャートの3つの条件(A・B・C)すべてに該当する者
(早期に積極的に受診勧奨が必要な者)

②①以外であっても別添1を参考に、健診結果より受診勧奨が必要な者

(2) 糖尿病治療中断者

通院中の患者で最終の受診日から6ヵ月経過しても受診した記録がない者

(3) 重症化するリスクの高い者

健診データ、本人・医療機関からの情報提供により、糖尿病治療中で血糖コントロール目標を達成できていない者や尿アルブミン、尿たんぱく、eGFR 等により腎症と診断された者及び腎症が疑われる者。

※(2)、(3)については、健診受診の有無に関わらず対象とする。

4 対象者への介入方法

(1) 健診を受診した者のうち医療機関未受診者、糖尿病治療中断者に対する受診勧奨、保健指導

原則、①個別面談 ②電話 ③文書の郵送にて受診勧奨、保健指導を実施するが、専門職(保健師、管理栄養士等)による個別面談や訪問にて受診勧奨、保健指導することが望ましい。

健診を受診した者のうち医療機関未受診者や中断者について受診勧奨を実施する場合は、別添1のフローチャートを参考に糖尿病連携医等に紹介し、適切な医療に結びつけることが望ましい。

※別添2(P7)の「軽症糖尿病、境界型の取扱いの基本指針(熊本県版)」「軽症糖尿病および境界型の診断・管理のためのフローチャート(熊本県版)」²参考

² 軽症糖尿病、境界型患者の診療について、県内で適正化、均一化を図るために、平成23年度に熊本県糖尿病対策推進会議・熊本県・熊本県医師会・熊本県歯科医師会・糖尿病協会熊本支部・熊本県栄養士会・日本糖尿病学会・熊本大学病院で作成したもの。

(2)重症化するリスクの高い者への保健指導

市町村・保険者は、かかりつけ医と十分に連携した上で保健指導を実施する。

また、対象者への保健指導の方法は、対象者個々人の生活習慣や服薬状況、糖尿病性腎症の病期に応じて柔軟に対応する必要があり、市町村・保険者が個別に定める。

連携の際には、糖尿病地域連携パス(DM熊友パス)^①、糖尿病連携手帳、連絡(受付)台帳^②や連絡票等を活用し、保健指導の指示や保健指導の内容について相互に伝達を行う(連絡票については、これまで保険者が使用していたもので差し支えない^③)。

①「糖尿病地域連携パス(DM熊友パス)」

関係機関との連携をより円滑に行うためのパス

(医療保険者から配布する場合の配布基準:以下の条件をすべて満たす人)

- ・特定健康診査等受診者のうち HbA1c 6.5%以上
- ・医療機関未受診者(自己中断者を含む)
- ・原則として、糖尿病連携医受診希望者

②「連絡(受付)台帳」

医療機関と市町村の連携のために作成された連絡(受付)台帳。

③(参考)日本腎臓学会編「生活習慣病からの新規透析導入患者の減少に向けた提言」

参考資料 健診からのCKD精密検査紹介書式 熊本県版

5 かかりつけ医と専門医等との連携

糖尿病患者への医療提供に当たり、かかりつけ医と糖尿病専門医は患者の症状を維持・改善するため、紹介、逆紹介を行うとともに、必要に応じて、合併症の治療を行う医師、歯科医師等と連携し、患者を中心とした医療を提供する。

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。

なお、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。

また、以下に評価指標の例を示す。評価に当たっては、保険者が策定するデータヘルス計画等の評価指標も踏まえて実施する。

【評価指標の例】

(アウトプット)

- ① プログラム対象者数、そのうち個別に働きかけた数
- ② かかりつけ医等と連携した対応を行った数

(アウトカム)

- ① 糖尿病性腎症病期分類のステージの維持・改善・悪化の数
- ② 新規人工透析導入患者数(糖尿病性腎症患者数)の年度毎の推移
- ③ 人工透析にかかる医療費の年度毎の推移
- ④ 特定健診受診者で別添1のBに該当する者のうち医療機関未受診者の割合
- ⑤ 治療中断者(別添1のBに該当する糖尿病および糖尿病性腎症の患者で最終の受診日から6ヵ月経過しても受診した記録がない者)の割合

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、各地域における実施に当たっては、市町村・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、市町村・保険者においては、事業の取組成果を検証し、より効果的な取組につなげていくことが重要である。

なお、本プログラムに定めのない事項については、日本医師会・日本糖尿病対策推進会議・厚生労働省の三者による「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を参考とする。

平成29年(2017年)12月1日策定

平成31年(2019年)2月5日改訂

令和3年(2021年)11月12日改訂

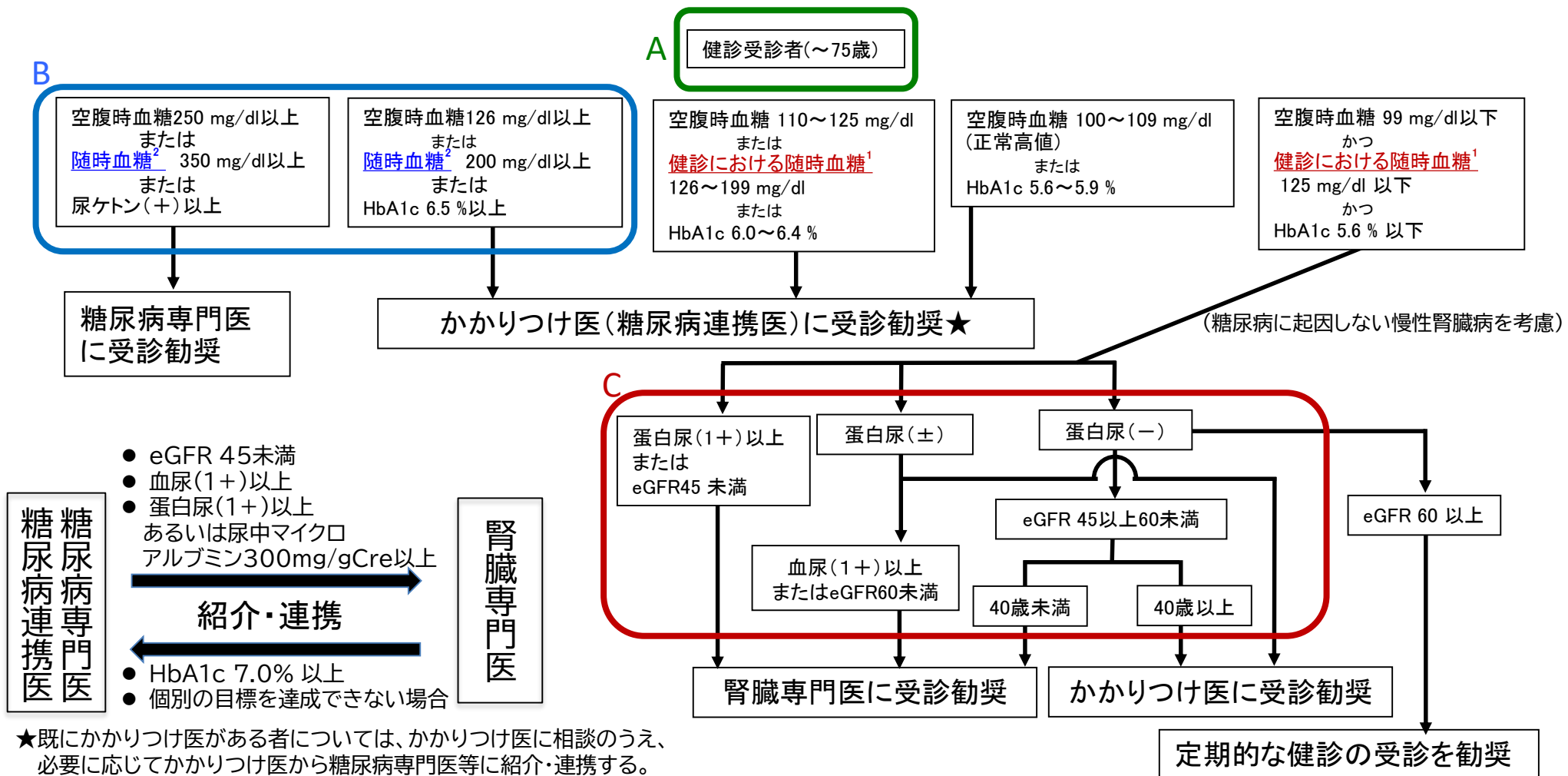
令和7年(2025年)3月11日改訂

医療保険者・健診担当者用 熊本県糖尿病性腎症重症化予防プログラム対象者選別と受診勧奨先振り分け

糖尿病性腎症重症化予防プログラム対象者(プログラム本文3(1))

A **B** **C** すべての条件該当者* または 糖尿病で尿中マイクロアルブミン300mg/gCre以上の者

*「BMI 25以上」または「140 mm Hg ≤ 収縮期血圧または90 mm Hg ≤ 拡張期血圧」の者は、優先順位が高い



※1「**健診における随時血糖**」 食事開始時から3.5時間以上絶食10時間未満に採血が実施されたもの

※2「**随時血糖**」 食事と採血時間との時間関係を問わないで測定した血糖値(糖負荷後の血糖値は除く)

軽症糖尿病、境界型の取り扱いの基本指針(熊本県版)

熊本県糖尿病対策推進会議・熊本県・県医師会・
県歯科医師会・糖尿病協会熊本支部・県栄養士会・
日本糖尿病学会・熊本大学病院
(http://www.kumamoto.med.or.jp/cts15_tounyou/index.html)

特定健診等で、糖代謝異常を指摘され『医療機関受診』を勧められた患者については原則、医療機関における定期的なフォローアップを要する。

本邦における軽症糖尿病および境界型の管理の問題点

1. 健診で異常を指摘されても病院を受診しない(ことが多い)。
2. 病院を受診しても継続的に管理されていない(患者が多い)。
3. 境界型と診断されても、「まだ病気ではないから大丈夫」と自己判断し、定期検査を中断したり、指導に従わない(患者が多い)。
4. 「この位、大したことはない」「まだ大丈夫」という医療者の一言が、患者の生活習慣改善へのモチベーションを低下させているという指摘がある。

軽症糖尿病および境界型の継続的管理の意義

1. 境界型は糖尿病に進行する可能性が高い状態。
2. 食後高血糖は動脈硬化を進行させる可能性がある。
3. 肥満、高血圧、脂質異常症を合併することが多い。
4. 上記3や糖代謝異常の集積は心血管病発症リスクを高める(いわゆる“メタボリックシンドローム”)
5. 生活習慣改善は上記1～4の進行を抑制する。

経口糖負荷試験(75g-OGTT)の意義

1. 軽い糖代謝異常の有無を調べる最も鋭敏な検査。
2. 空腹時血糖値、随時血糖値、HbA1c測定で、判定が確定しない時に、糖尿病かどうかを判断する有力な情報を与える。
3. 次頁のA(糖尿病の疑いがあるグループ)やB(将来の糖尿病ハイリスクグループ)に該当する場合、糖負荷試験を行って耐糖能を確認する。
(Aの場合は糖負荷試験が強く推奨され、Bの場合も実施することが望ましい。)

経口糖負荷試験(75g-OGTT)の必要採血項目(目的別)

	空腹時	30分	60分	120分
血糖値	判 I R	I	(判)	判
インスリン値	I R	I		

判 : 75gOGTTの型判定に必要

I : インスリン分泌指数の算出に必要

R : HOMA-Rの算出に必要

* 裏面のB 将来の糖尿病発症ハイリスクグループにおいては、糖負荷試験は保険適応にならない場合がありますので
ご注意ください。

経口糖負荷試験(75g-OGTT)の判定基準

	正常域	糖尿病域
空腹時値	< 110 mg/dl	≥ 126 mg/dl
75g-OGTT 2時間値	< 140 mg/dl	≥ 200 mg/dl
75g-OGTTの判定	両者をみたまのものを 正常型とする。	いずれかをみたまのものを 糖尿病型とする。
	正常型にも糖尿病型にも属さないものを 境界型とする。	

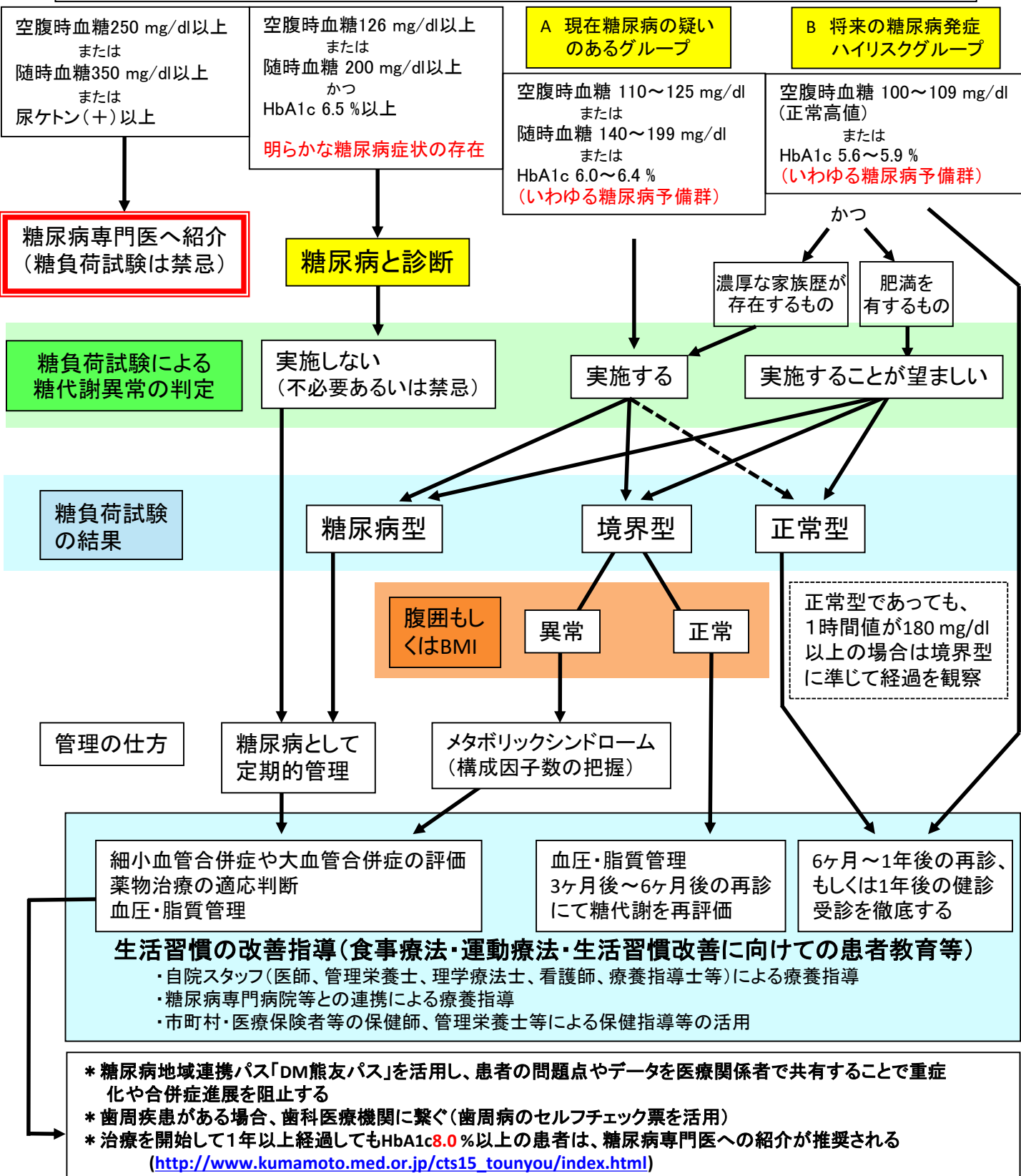
随時血糖値 ≥ 200mg/dl、および HbA1c ≥ 6.5% の場合も糖尿病型とみなす。

正常型であっても、1時間値が180mg/dl以上の場合には、180mg/dl未満のものに比べて糖尿病に悪化する危険性が高いので、境界型に準じた取り扱い(経過観察など)が必要。

軽症糖尿病および境界型の診断・管理のためのフローチャート(熊本県版)

下記の事項は、初診時あるいは受診後早期に調べる。

1. 血糖(空腹時血糖もしくは随時血糖)、HbA1c、尿糖、尿ケトン、尿タンパク
2. 身長・体重(BMI)、腹囲、血圧
3. 血中脂質(必要なら肝機能、腎機能、ヘモグラムなどの検査も実施)
4. 生活習慣(食事・運動・ストレス・飲酒・喫煙など)の把握
5. 過去の健診データや健康手帳等を診察の際に活用



* 上記の B 将来の糖尿病発症ハイリスクグループにおいては、糖負荷試験は保険適応にならない場合がありますのでご注意下さい。
* 空腹時血糖100 mg/dl 未満かつ随時血糖140mg/dl未満かつHbA1c 6.5%以上の方については、血糖値の再検査あるいは75g糖負荷試験の施行をご検討ください。