

高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラム別冊

## 糖尿病性腎症透析予防強化プログラム

－ V e r . 3 －

高知県糖尿病性腎症透析予防強化事業推進会議

令和6年4月

高知県

## 目 次

1. 本プログラムの概要.....	2
2. 実施フロー図.....	3
3. 関係機関の役割.....	4
4. プログラムの対象者抽出・決定.....	6
(1) 対象者の抽出方法.....	6
(2) 対象者同意の取得.....	7
(3) 同意を取得した対象者の報告.....	7
5. 介入の実際.....	8
(1) 医療機関にける介入の実際.....	9
(2) 保険者における介入の実際.....	10
6. 介入結果の評価.....	11
(1) 評価方法.....	11
(2) 1クール介入終了後の対応について.....	11
様式集.....	12
本プログラムに関する連絡先.....	22

## 1. 本プログラムの概要

本プログラムは、高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラムのプログラム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）による取組の一部であるが、特に以下の内容で実施するものとする。

### 目的

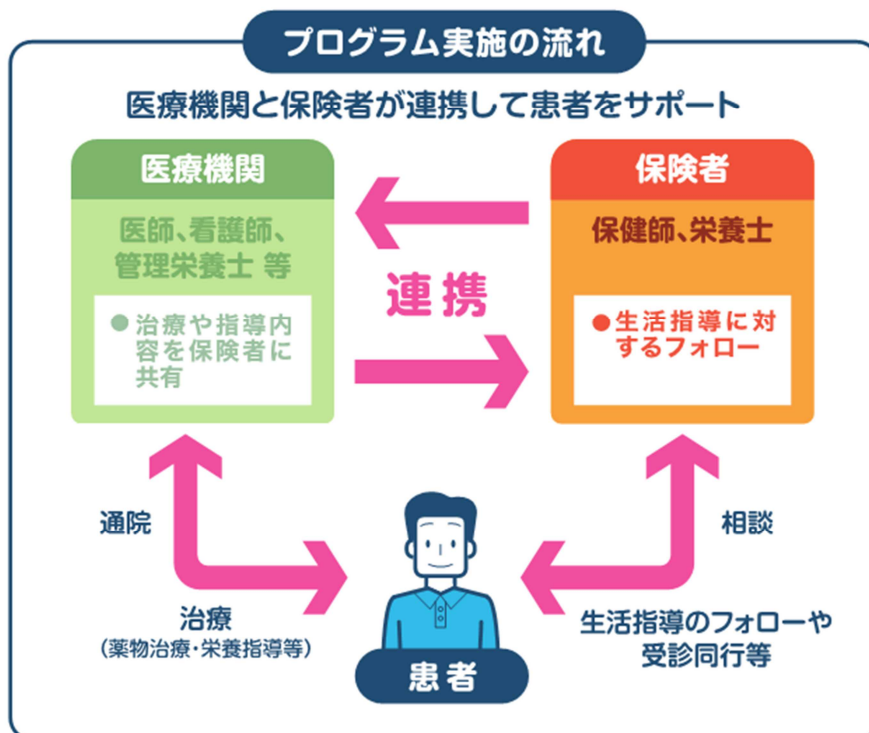
急速に進行する糖尿病性腎症患者に対し、医療機関と保険者が連携して患者支援を行うことにより、透析導入時期の遅延を図る。特に、本県の糖尿病性腎症を原疾患とした新規透析導入患者の約4割が70歳未満となっており、壮年期の患者の透析導入時期の延伸によるQOLの維持が重点課題である。

### 対象

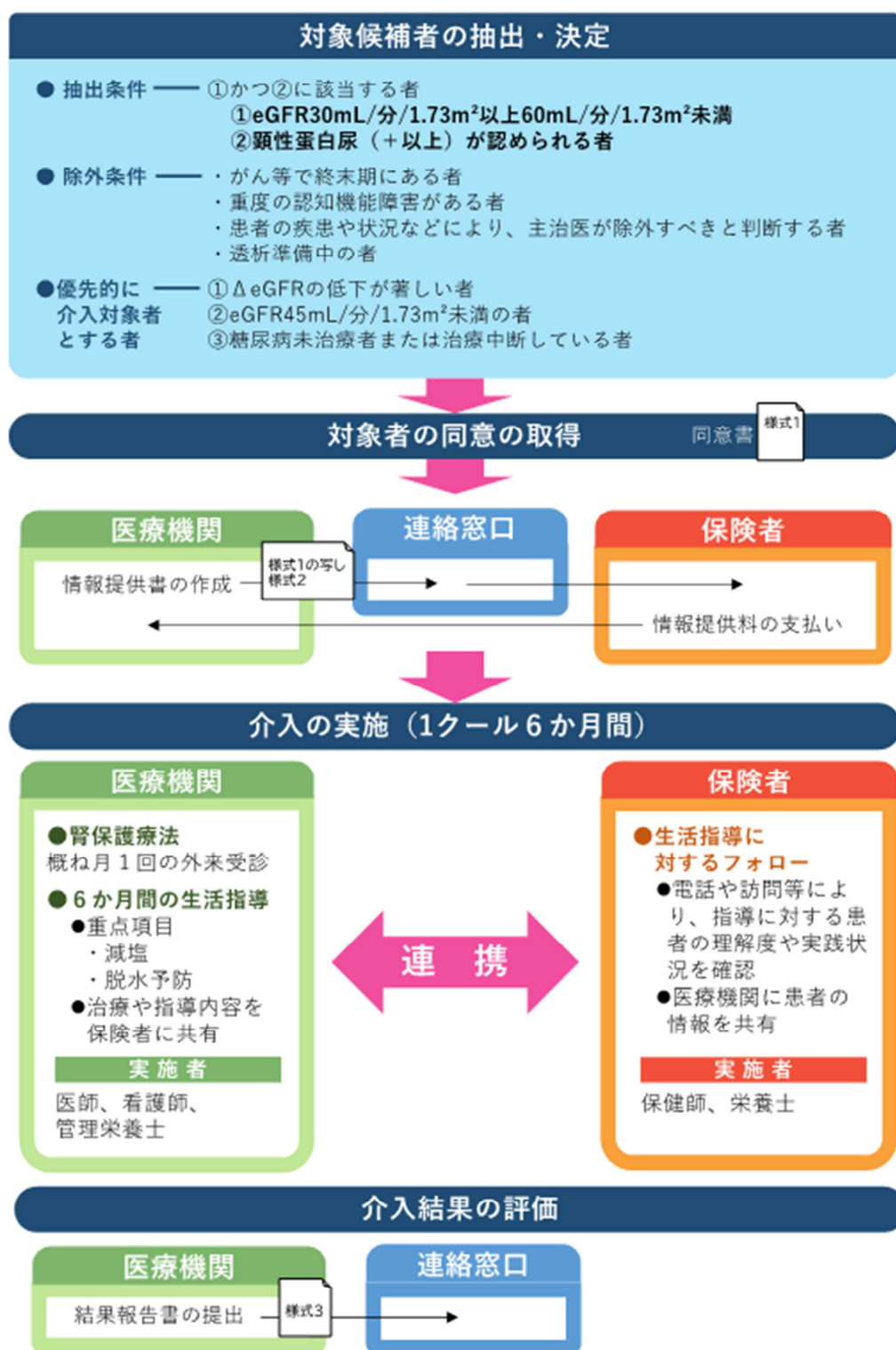
かかりつけ医による検査で、eGFR30mL/分/1.73m<sup>2</sup>以上60mL/分/1.73m<sup>2</sup>未満かつ顕性蛋白尿（+以上）

### 介入方法

腎保護療法（薬物治療）と1クール6か月の生活指導の強化



## 2. 実施フロー図



## 3. 関係機関の役割

### 医療機関

医療機関は、次の事項を実施する。

- (1) 診療情報から、本プログラムの介入対象者を抽出する。
- (2) 介入対象者に、説明資料（参考様式1）を用いて本プログラムの説明を行い、同意書（様式1）により同意を取得する。
- (3) 保険者に提供するための情報提供書（様式2）を作成し、様式1の写しと併せて連絡窓口に提出する。
- (4) 保険者（委託業者含む）と連携し、対象者に生活指導を実施する。
- (5) 対象者の生活習慣の改善状況などを参考様式2-1～2-4を用いて評価する。
- (6) (5)で評価した行動変容ステージと検査データを評価結果報告書（様式3）に記入し、連絡窓口に提出する。

※ 継続介入の対象者であり、上記（2）同意取得や（3）保険者への情報提供書の作成を行わない場合、（3）の連絡窓口に提出する様式は、様式1、2の代わりに様式4を使用する。

### 保険者

保険者は、医療機関からの診療や生活指導に関する情報提供に基づき、以下の手順で、対象者の指導事項に対する理解度や実践状況、実践上の阻害要因等を確認し、医療機関にフィードバックする。

- (1) 連絡窓口を介して対象者の情報提供書（様式2）を確認のうえ、生活指導に向けて実施体制を整える。
- (2) 医療機関に情報提供料を支払う。
- (3) 医療機関と連携し、訪問や電話等により、対象者に生活指導を実施する（委託による実施の場合も含む）。
- (4) 対象者への介入結果を医療機関とともに評価する。

※ 必要に応じて、保険者においても、特定健診結果やレセプトデータから、本プログラムの介入対象者を抽出する。

## 高知県

---

高知県保健政策課及び各福祉保健所は、次の事項を実施する。

- (1) 保健政策課は、医療機関から提出のあった評価結果報告書（様式3）により結果を把握し、定期的に介入効果の検証のためのデータ分析を行う。県単位の糖尿病対策協議会議等に報告及び助言をもらいつつ、必要時には本プログラムの見直しを行う。
- (2) 各福祉保健所は、圏域単位の糖尿病対策協議会等において本プログラムによる取組促進や関係機関の連携体制の構築を支援する。

## 連絡窓口

---

本プログラムにおける医療機関と保険者の「連絡窓口」を高知県国民健康保険団体連合会（国保連）内に設置する（高知県の委託事業）。連絡窓口は、県内すべての医療保険者の対象者について一元的に医療機関からの連絡を受け付けることとし、次の事項を実施する。

- (1) 医療機関が同意取得した対象者について、同意書（様式1）の写し及び情報提供書（様式2）（または様式4）を受け付ける。当該対象者の保険者と調整のうえ、保険者に情報提供書を送付する。
- (2) プログラムに基づき介入を行った医療機関からの評価結果報告書（様式3）を受け付ける。

糖尿病性腎症透析予防強化プログラム連絡窓口  
（高知県国保連合会 保険者支援課内）  
〒780-8536 高知県高知市丸ノ内2丁目6番5号  
TEL：088-820-8415  
FAX：088-820-8416

## 4. プログラムの対象者抽出・決定

### (1) 対象者の抽出方法

医療機関は診療情報から、下記を参考に対象候補者を抽出する。その後、主治医が保険者と連携して介入することが望ましいと判断した者を、対象者として決定する。

抽出条件	
年 齢	限定しない（主治医の判断による）
疾 患 名	2型糖尿病または糖尿病性腎症（腎生検は必須でない）
検査データなど	<p>①かつ②に該当する者</p> <p><b>①eGFR30mL/分/1.73m<sup>2</sup> 以上 60mL/分/1.73m<sup>2</sup> 未満</b>            ※各医療機関の判断により、eGFR15mL/分/1.73m<sup>2</sup> 以上 30mL/分/1.73m<sup>2</sup> 未満の者も対象とすることができる。</p> <p><b>②顕性蛋白尿（+以上）が認められる者</b>            ※ 尿定性検査の結果のみで対象候補者として抽出された場合には、医療機関にて尿定量検査を実施し、尿蛋白 0.5g/gCr 以上または尿中アルブミン 300mg/gCr 以上を認める者を対象候補者とする。</p> <p>上記基準に該当する者のうち、下記のいずれかに該当する者を優先し、介入対象者とする。</p> <p>①ΔeGFRの低下が著しい者            ②eGFR45mL/分/1.73m<sup>2</sup> 未満の者            ③糖尿病未治療者または治療中断している者</p>
除外条件	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・がん等で終末期にある者</li> <li>・重度の認知機能障害がある者</li> <li>・患者の疾患や状況などにより、主治医が除外すべきと判断する者</li> <li>・透析準備中の者</li> </ul>	

## (2) 対象者同意の取得

かかりつけ医療機関の主治医は、説明資料（参考様式1）を用いて対象者にプログラムの概要を説明し、同意書（様式1）により介入の同意を得る。同意書は、原本を医療機関で保管し、写しを対象者が保管する。

また、介入方法について、説明資料（参考様式1）を使用するなどにより、対象者の希望を聴取し、医療機関で診療記録等に残す。

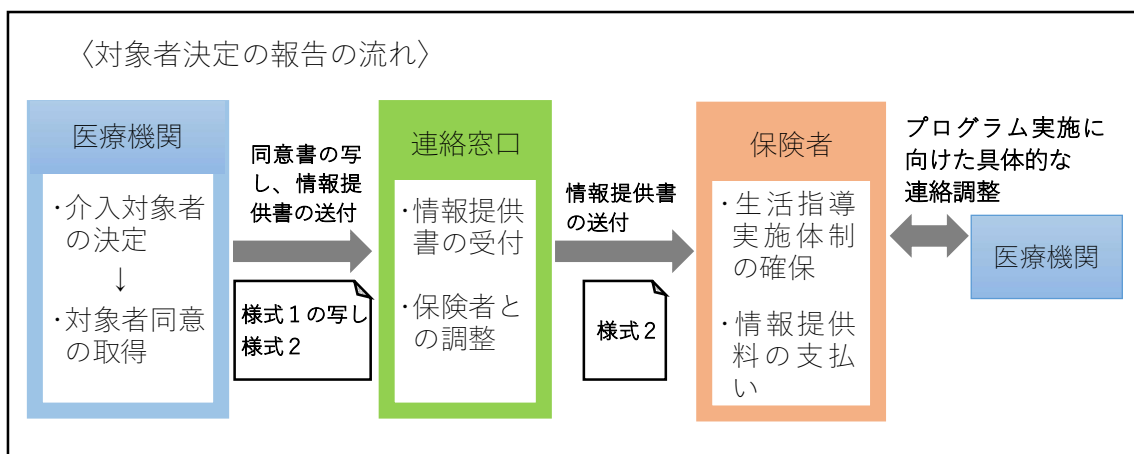
## (3) 同意を取得した対象者の報告

かかりつけ医療機関の主治医は、対象者の同意取得後、本プログラムの連絡窓口、次の2つを提出し、同意を取得した対象者の報告を行う。

- ・ 同意書（様式1）の写し
- ・ 保険者に提供する情報提供書（様式2）

情報提供書（様式2）は、連絡窓口を通じて対象者が加入する保険者に送付される。情報提供書を受取した保険者は、生活指導実施体制を確保するとともに、情報提供料を医療機関に支払う\*。

※ 何らかの事情で介入中止等になった場合においても、被保険者に関する健康情報を保険者に提供するものであるため、保険者から情報提供料は支払うこととする。

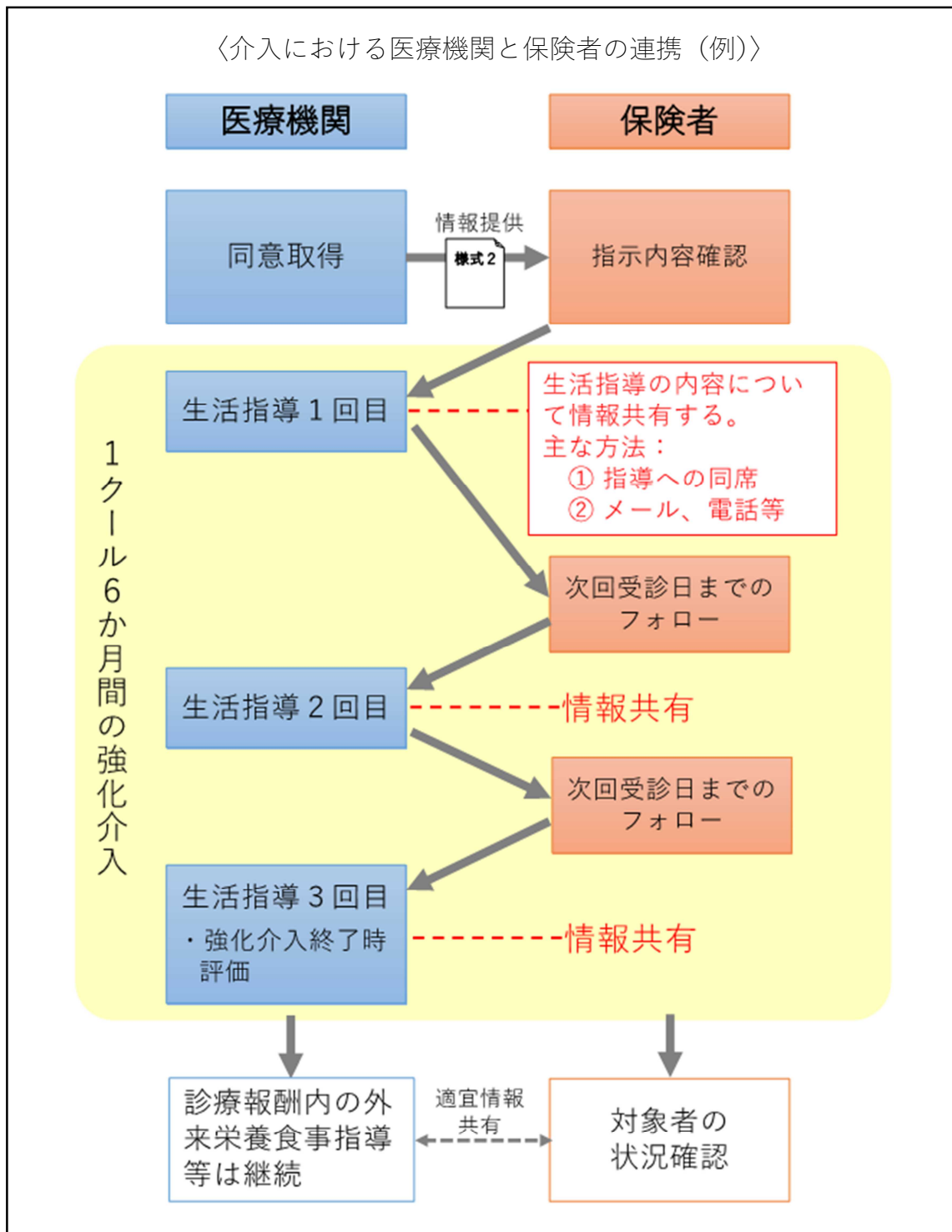


## (4) 保険者から医療機関へのプログラム実施に向けた具体的な連絡調整

プログラムによる介入に向けて、保険者は医療機関に連絡し、今後の予定について具体的な打ち合わせを行う。



## 5. 介入の実際



\* 上記は実施例であり、対象者の状況等に応じた方法にて実施可能。

<p>● 腎保護療法</p>	<p>下記「推奨される腎保護療法」を参考としつつ、主治医の診断のもと、最新の効果的な治療法を実施する。</p> <div data-bbox="501 405 1235 685" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>推奨される腎保護療法（参考）</p> <p>① <b>GLP-1 受容体作動薬の使用</b></p> <p>② <b>SGLT 2 阻害薬の使用</b></p> </div>
<p>● 生活指導</p>	<p>医療機関と保険者が連携し、1クール6か月間、3か月に1回（1クール3回）以上を目安に生活指導を実施する（参考：P8「介入における医療機関と保険者の連携(例)」）。</p> <p>重点項目は「<b>減塩の徹底</b>」と「<b>脱水予防</b>」とする。</p> <p>生活指導の実施者については、原則1人の専門職者が1クール継続して実施する。</p>

## (1) 医療機関における介入の実際

医療機関においては、診療報酬の範囲内の指導を実施する。指導教材等については、従来各医療機関で活用しているものを使用して差し支えない。また、個別指導を基本とするが、対象者の状況に合わせて、糖尿病教室等の集団指導の場を活用することも可能とする。

1クルールの介入期間の間は、電話や症例カンファレンスの開催等により、対象者情報及び指導内容について適宜保険者と共有する。

また、保険者からフィードバックを受けた対象者の家庭での実践状況等に関する情報をもとに、生活指導に反映させるなど、対象者の生活実態に沿った指導となるよう工夫する。

## (2) 保険者における介入の実際

医療機関から、連絡窓口を介して情報提供書（様式2）により情報提供を受け、電話や訪問等により、以下のような医療機関での指導事項に対する対象者の指導の理解状況等を確認する。確認した内容は、電話やカンファレンス等により、医療機関に適宜フィードバックする。

### 〈保険者による確認事項（例）〉

- 服薬状況
- 指導内容の理解、受け止め
- 指導内容の実践状況（減塩、脱水予防を中心に）
- セルフケア能力
- 実践上の阻害要因
- 治療や病気に関する疑問、悩み等がないか                      など

また、対象者の状況に応じて、患者の悩みへの傾聴、励まし等を行い、実践促進を図る。

### － モデル地域での実践事例 －

#### 事例1

保険者が対象者の自宅に訪問すると、糖分の多い乳酸菌飲料が大量にあることが判明。対象者は「乳酸菌が入っているから良いものだと思っていた」とのこと。保険者からの情報を、次の栄養指導の内容に組み込むことができた。

#### 事例2

外来受診時、対象者は「自宅で体重を量っている」と話していたが、保険者が自宅を訪問すると、体重計が柔らかい場所に設置されており、きちんと量れていなかったことが判明。実際に自宅の様子を見てアドバイスができることが強みになっている。

## 6. 介入結果の評価

### (1) 評価方法

1 クール介入後、生活指導の実施者（医療機関）を中心に評価を行い、その結果を様式3により連絡窓口へ報告する。

評価にあたっては、下記の参考様式を参考する。

1クール介入終了時 (介入開始から6か月頃)	・参考様式2-1 (～6か月間の振り返り～ 患者用①) ・参考様式2-2 (～6か月間の振り返り～ 支援者用①)
介入終了後3か月目 (介入開始から9か月頃)	・参考様式2-3 (～生活の振り返り～ 患者用②) ・参考様式2-4 (～生活の振り返り～ 支援者用②)

### (2) 1クール介入終了後の対応について

1クールの介入終了後も、医療機関における診療は継続し、対象者の検査値等継続的に評価する。保険者においても、必要に応じて介入終了後にも状況確認を行う。

その結果、生活習慣改善維持の支援等が必要と判断した場合等には、2クール目を実施するなど、対象者の状況等に応じて対応する。

なお、継続介入を行う場合、患者の同意の再取得や保険者への情報提供書の作成を行わないことが想定されることから、前述の4(3)による同意を取得した対象者の報告は、様式4により行う。

### (3) 地域ごとの事業評価について

本プログラムによる介入が必要な患者に、医療機関及び保険者の限られたマンパワーを充てるためには、個別事例の評価のみならず、対象者の優先順位付けの考え方なども含め、事業評価が重要となる。高知県（保健政策課及び福祉保健所）は、各医療機関や保険者の介入状況等を把握のうえ、圏域単位の糖尿病対策協議会等も活用しながら、各関係機関の取組支援を行う。

(様式 1)

## 糖尿病性腎症透析予防強化プログラムへの参加のお願い

(医療機関名) \_\_\_\_\_

このプログラムは、これまでどおり主治医による治療を継続するとともに、日常生活での困りごとや気がかりなことを相談しやすい環境を整え、糖尿病と上手く付き合いながらあなたらしい生活を長く送っていただけるように、健康保険者の保健師や管理栄養士等もあなたの治療（薬物療法、生活指導）に共に関わらせていただくものです。

つきましては、あなたの腎臓の治療に、医療機関と健康保険者の保健師や管理栄養士が共に関わること、また、そのために必要な治療内容等についての情報共有を行うことについて、ご了承いただきますようお願いいたします。

また、プログラム利用について同意されなくても、治療内容には一切影響せず、あなたの不利益となることはありません。一旦同意されても、途中で同意を取り消すことも可能です。

### 同 意 書

\_\_\_\_\_ 管理者 様

私は、上記の内容を理解し、糖尿病性腎症透析予防強化プログラムを利用します。

年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

氏名（自署） \_\_\_\_\_

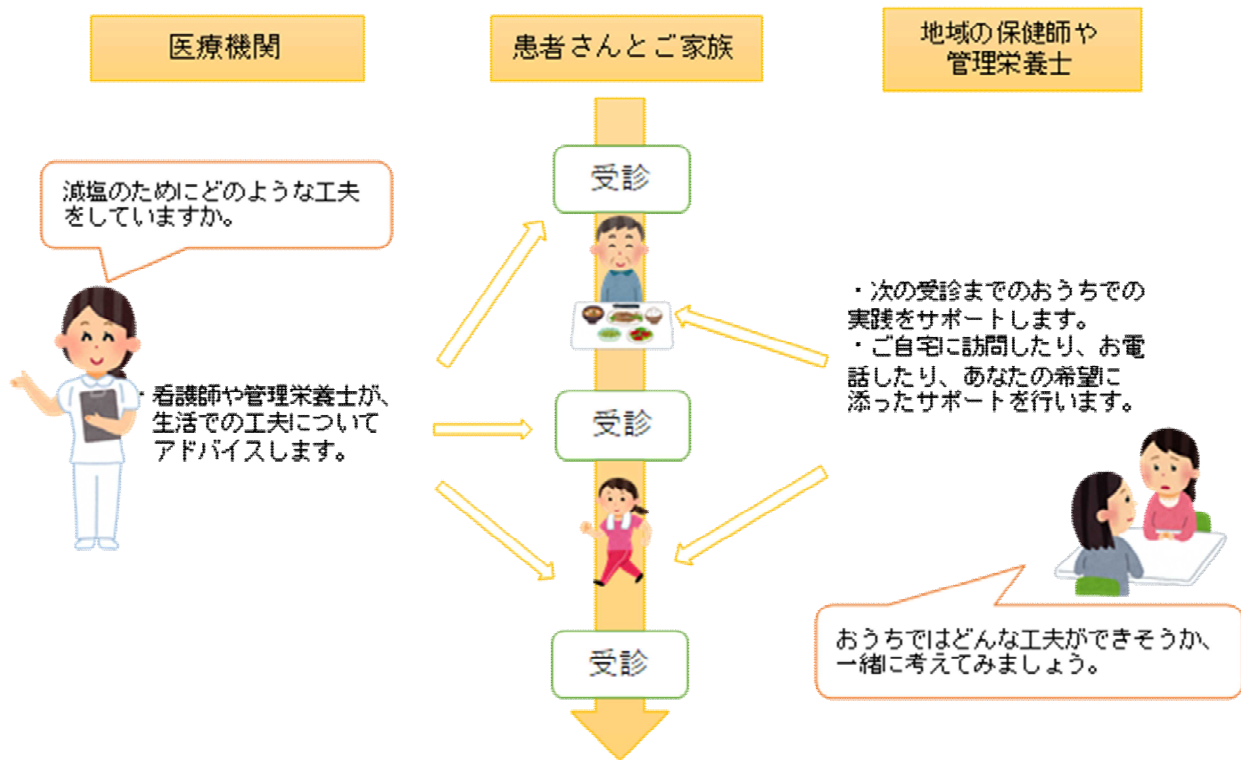
## 糖尿病性腎症透析予防強化プログラムについて

高知県では、令和2年度より、たんぱく尿がみられるなど糖尿病性腎症の進展が心配される患者さんを対象とした、腎機能を保つための取組を実施しています。

この取組は、主治医のもと、あなた（2型糖尿病及び糖尿病性腎症の患者さん）の病状にあった最善の治療を行いながら、通院先医療機関の看護師・管理栄養士や健康保険者の保健師等があなたと一緒に減塩方法や脱水予防方法について考え、アドバイスしていくものです。

まずは6か月間、医療機関で受けたアドバイスをもとに、あなたのおうちでの生活を健康保険者の保健師や管理栄養士がサポートします。その後も、あなたの体調や生活に合わせて、必要なサポートと一緒に考えながら継続していきます。

### ～糖尿病性腎症透析予防強化プログラムの取り組み～



※ 健康保険者の保健師や管理栄養士が関わることによる追加の費用は一切ありません。

※ プログラム参加中には、保健師や管理栄養士等があなたに合ったアドバイスをできているか確認するため、アンケートにご協力いただくことがあります。

※ 健康保険者の保健師や管理栄養士は、あなたのご希望に添った方法でサポートをさせていただきます。次のうち、お断りされたいものがありましたら、お申し出ください。

- ・ 病院での指導への同席
- ・ 自宅、職場、その他公的施設等での面談
- ・ 電話



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+ ) ・ 血清クレアチン ( mg/dl) ・ eGFR ( ml/分/1.73 m <sup>2</sup> ) ・ 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 □にチェック	<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"/> 糖尿病性腎症生活指導基準 <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。	

※受付窓口で記入

No.	
-----	--





## 糖尿病性腎症透析予防強化プログラム介入対象者（継続介入）報告書

## 1 対象者の情報

対象者 No. \_\_\_\_\_ (※)

(※) 1クール目の介入開始が令和5年度以前の場合、または対象者 No. が不明な場合は、下表に必要事項を入力

氏名		性別	男・女
住所		電話番号	
生年月日	年 月 日 ( 歳)	職業	
保険者番号	(保険者番号が不明な場合は保険者名： )		

## 2 直近の検査データ

検査年月日： 年 月 日	
・HbA1c(NGSP) (                   %) ・血糖 (                   mg/dl) ( 空腹時・食後_____時間 )	・尿蛋白 ( - ± 1+ 2+ 3+ ) ・eGFR (                   ml/分/1.73 m <sup>2</sup> )

## 3 介入開始時期

クール数：\_\_\_\_\_クール目

介入開始時期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月

## (注意事項)

- ・本様式は、継続介入（2クール目以降）であるため、介入前の対象者への同意取得や保険者への情報提供書の提供を行わない場合を想定した報告様式です。
- ・前回介入から期間があくなどにより対象者への同意取得や保険者への情報提供書の提供を再度行う場合は、同意書（様式1）の写し及び情報提供書（様式2）を窓口にご提出ください。

～6 か月間の振り返り～

(参考様式2 - 1)  
患者用①

No. \_\_\_\_\_ 記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

1	腎機能を守るための減塩の必要性について、理解が深まりましたか。	とても思う・思う・ほとんど思わない・全く思わない
2	減塩のための工夫について、知ることができましたか。	とても思う・思う・ほとんど思わない・全く思わない
3	減塩について、具体的に取り組んでいることがありますか。 取り組んでいる場合、それはどのようなことですか。	ある・ない 取り組んでいること ( )
4	腎機能を守るための脱水予防の必要性について、理解が深まりましたか。	とても思う・思う・ほとんど思わない・全く思わない
5	脱水予防のための生活での工夫について、知ることができましたか。	とても思う・思う・ほとんど思わない・全く思わない
6	脱水予防について、具体的に取り組んでいることがありますか。 取り組んでいる場合、それはどのようなことですか。	ある・ない 取り組んでいること ( )
7	現在の治療は、自分のためにプラスになっていると思いますか。	とても思う・思う・ほとんど思わない・全く思わない
8	自分のできる範囲でしっかりと治療に取り組んでいると感じますか。	とても思う・思う・ほとんど思わない・全く思わない

～6か月間の振り返り～

(参考様式2-2)  
支援者用①

症例No. \_\_\_\_\_

評価記入者 \_\_\_\_\_

かかりつけ医療機関名 \_\_\_\_\_

評価日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

1	指導を行う看護師、管理栄養士、保健師等の人材を確保できたか。	とても思う・思う・ほとんど思わない・全く思わない
2	医療機関と保険者の相談体制（症例カンファレンス等）を構築できたか。	とても思う・思う・ほとんど思わない・全く思わない
3	対象者に合った生活指導方法を計画できたか。	とても思う・思う・ほとんど思わない・全く思わない
4	対象者は毎回予定どおり医療機関を受診できたか。	とても思う・思う・ほとんど思わない・全く思わない
5	対象者は毎回予定どおり生活指導を受けることができたか。	とても思う・思う・ほとんど思わない・全く思わない
6	対象者の行動変容ステージは変化したか。 ※	強化開始時：無関心期・関心期・準備期・実行期・維持期 強化終了時：無関心期・関心期・準備期・実行期・維持期
7	対象者は生活での改善点を理解できたか。	とても思う・思う・ほとんど思わない・全く思わない
8	対象者は生活習慣を具体的に改善することができたか。	とても思う・思う・ほとんど思わない・全く思わない
9	検査値の改善があったか。	
10	ΔeGFRの値は改善されたか。	

※ 参考 行動変容ステージモデル

無関心期：6か月以内に行動を変えようと思っていない  
関心期：6か月以内に行動を変えようと思っている  
準備期：1か月以内に行動を変えようと思っている

実行期：行動を変えて6か月未満である  
維持期：行動を変えて6か月以上である

～生活の振り返り～

No. \_\_\_\_\_ 記入日 年 月 日

1	減塩の目標について、継続して取り組んでいますか。 取り組んでいる場合、それはどのようなことですか。	とても思う・思う・思う・ほとんど思わない・全く思わない 取り組んでいること ( )
2	脱水予防の目標について、継続して取り組んでいますか。 取り組んでいる場合、それはどのようなことですか。	とても思う・思う・思う・ほとんど思わない・全く思わない 取り組んでいること ( )
3	その他、腎臓を守るために工夫して取り組んでいることはありますか。 取り組んでいる場合、それはどのようなことですか。	ある・ない 取り組んでいること ( )
4	現在の治療は、自分のためにプラスになっていると思いますか。	とても思う・思う・思う・ほとんど思わない・全く思わない
5	自分のできる範囲でしっかりと治療に取り組んでいると感じますか。	とても思う・思う・思う・ほとんど思わない・全く思わない

～生活の振り返り～

No. \_\_\_\_\_ 記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

1	対象者は減塩の目標に継続して取り組んでいるか。	とても思う・思う・ほとんど思わない・全く思わない
2	対象者は脱水予防の目標に継続して取り組んでいるか。	とても思う・思う・ほとんど思わない・全く思わない
3	その他、対象者が工夫して取り組んでいる生活習慣の改善行動はあるか。それはどのような内容か。	ある・ない 取り組んでいること ( )
4	対象者は行動変容ステージのどの時期にあるか。	無関心期・関心期・準備期・実行期・維持期
5	その他、生活指導強化終了後の対象者の変化について、気がかりな点等があれば記載してください。	

**※ 参考 行動変容ステージモデル**  
 無関心期：6か月以内に行動を変えようと思っていない  
 関心期：6か月以内に行動を変えようと思っている  
 準備期：1か月以内に行動を変えようと思っている  
 実行期：行動を変えて6か月未満である  
 維持期：行動を変えて6か月以上である

## 本プログラムに関する連絡先

### 〈連絡窓口〉

窓口業務	医療機関に対して：様式1の写し及び様式2、様式3の提出先 保険者に対して：医療機関から受け付けた情報提供書(様式2)を送付
連絡先	高知県国民健康保険団体連合会 別館 保険者支援課内 〒780-8536 高知県高知市丸ノ内2丁目6番5号 TEL：088-820-8415 FAX：088-820-8416

### 〈本プログラムに関するお問い合わせ〉

高知県健康政策部保健政策課 よさこい健康プラン21推進室 〒780-8570 高知県高知市丸ノ内1丁目2番20号 TEL：088-823-9648 FAX：088-823-9137
--

### 〈各福祉保健所〉

1	安芸福祉保健所 健康障害課 〒784-0001 高知県安芸市矢ノ丸1丁目4番36号 TEL：0887-34-3177 FAX：0887-34-3170
2	中央東福祉保健所 健康障害課 〒782-0016 高知県香美市土佐山田町山田1128番1号 TEL：0887-53-3172 FAX：0887-52-4561
3	中央西福祉保健所 健康障害課 〒789-1201 高知県高岡郡佐川町甲1243番4号 TEL：0889-22-1247 FAX：0889-22-9031
4	須崎福祉保健所 健康障害課 〒785-8585 高知県須崎市東古市町6番26号 TEL：0889-42-1875 FAX：0889-42-8924
5	幡多福祉保健所 健康障害課 〒787-0028 高知県四万十市中村山手通19 TEL：0880-34-5120 FAX：0880-35-5980