

平成30年度第1回健康増進事業市町村担当者会議次第

日 時：平成30年8月22日（水）

15：00～16：30

場 所：南相馬市労働福祉会館 会議室2

1 開 会

2 あいさつ

3 議 題

(1) 糖尿病性腎症重症化予防について

ア 福島県糖尿病性腎症重症化予防プログラムについて

イ 県内市町村の取組状況について

(2) 各市町村、各機関の取組状況について

(3) 相双地域における糖尿病性腎症重症化予防対策の方向性について

相双地域 「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」活用推進について

(4) その他

4 閉 会

資料1	福島県糖尿病性腎症重症化予防プログラム
資料2-1	福島県内市町村の取組状況について
資料2-2	福島県〇〇町（村）糖尿病性腎症重症化予防プログラム（南会津）
資料3	平成30年度第1回健康増進事業市町村担当者会議 事前資料まとめ
資料4	相双地域「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」活用推進について（案）

平成30年度第1回健康増進事業市町村担当者議出席者 名簿

No.	所 属	職 名	氏 名	備考
1	相馬郡医師会	会 長	船橋 裕司	
2	〃	事 務 局 長	志賀 ゆかり	
3	双葉郡医師会	会 長	堀川 章仁	
4	相馬歯科医師会	副 会 長	加藤 悟郎	
5	双葉郡歯科医師会	蒲生歯科医院	蒲生 正若	
6	相馬薬剤師会	会 長	八牧 将彦	
7	双葉郡薬剤師会			欠席
8	ふたば医療センター附属病院	副院長兼看護部長	児島由利江	
9	福島県国民健康保険団体連合会	主 事	山崎 友絵	
10	〃	専 門 員	宮田 良子	
11	相馬市 保健センター	健康増進係長	太田 美由紀	
12	相馬市 保険年金課	主 査	酒井 裕太	
13	南相馬市 健康づくり課	健康づくり課主幹	大石 万里子	
14	〃	主任保健師	岩城 啓子	
15	南相馬市 市民課	保険年金係長	宮本 美奈	
16	広野町 健康福祉課	総括主任保健師	佐久間 啓子	
17	〃	主任主査	根本 忠幸	
18	榎葉町 住民福祉課	保健衛生係長兼主任保健師	藤田 恭啓	
19	〃	主任保健師	滝沢 雅子	
20	〃	主 査	吉田 寛哉	
21	富岡町 健康福祉課	専 門 保 健 師	工藤 奈織美	
22	〃	国保年金係長	福島 好邦	
23	川内村 保健福祉課	保 健 師	飯塚 由佳	
24	川内村 住民課	副 主 査	佐々木 大輔	
25	大熊町 健康介護課	保健衛生係長兼主任保健師	澤田 裕美子	
26	〃	主任保健師	那須 留美	
27	大熊町 住民課	国保年金係長	山本 奈々	
28	双葉町 健康福祉課	総括主任保健師兼健康づくり係長	猪井 祥子	
29	〃	保 健 師	中島 美鈴	
30	〃	主任主査兼国保年金係長	鶴沼 浩二	

平成30年度第1回健康増進事業市町村担当者会議出席者 名簿

No.	所 属	職 名	氏 名	備考
31	浪江町 健康保険課	健 康 係 長	吉田 喜美江	
32	〃	国 保 年 金 係 長	渡 邊 啓 一	
33	葛尾村 住民生活課	副主査兼副主任保健師	三 浦 美 咲	
34	新地町 健康福祉課	健康係長兼保健師長	齋 藤 洋 子	
35	〃	保 險 係 長	阿 部 勝 也	
36	飯館村 健康福祉課	主任主幹兼健康係長	松田 久美子	
37	〃	主 任	八代 千賀子	
38	相双保健福祉事務所（保健所）	主幹兼副所長（保健所長）	佐々木 昭彦	
39	相双保健福祉事務所 健康福祉部	部 長	菅 野 雅 浩	
40	〃	副部長兼健康増進課長	三 瓶 ゆかり	
41	〃 健康福祉部健康増進課	専 門 保 健 技 師	風 間 聡 美	
42	〃 いわき出張所	所 長	古 山 綾 子	
43	〃	保 健 技 師	清 水 寛 子	

平成30年度第1回健康増進事業市町村担当者会議 事前資料まとめ

	糖尿病性腎症重症化予防の取組	糖尿病性腎症重症化予防に取組うえでの課題 または、取組の阻害要因
相馬市 114人	実施なし	
南相馬市 34人	特定健診受診者40歳～64歳の者で血糖検査「要精検」で特定保健指導の対象者でない者。 (優先的対象者) HbA1c 8.0%以上	(課題) かかりつけ医との連携が図られていない (阻害要因) 把握できているものではありません。
広野町 ^{H29-} 50人 (75歳以上含む)	対象基準該当者を抽出し、家庭訪問による受診勧奨や医療機関との連携を図りながら保健指導を実施	医療機関との連携
楢葉町 15人	・健診結果・KDB・独自情報提供システム等より対象者を抽出 ・個別指導による保健指導を実施するほか、医師や管理栄養士による個別相談会を実施し、日常生活・療養生活への助言を実施している。 ・糖尿病をはじめとした生活習慣病対策として、歯周病対策は重要な方法の一つだと考えており、総合健診での『お口の健診』の対象年齢を拡大し、ブラッシング指導にも力を入れています。	・医療機関(かかりつけ医・専門医)との連携において、保険者(町)の所在地を管轄する郡市医師会・医療機関だけではなく、通院先の医療機関・郡市医師会との広域的な協働体制をどのように構築するかが課題になってくるのではないかと考えます。 ・歯科衛生士による継続的なサポートが重要だと考えているのですが、人材確保に苦慮しているところです。
富岡町 60人	eGFR50未滿またはHbA1c6.5%以上で未治療者を対象として、郵送による受診勧奨を実施している。	対象を県内居住者に限定しているが、県全域に点在しているため、訪問による働きかけが困難であること、医療機関との連携ができていないことが課題である。
川内村 5人	・HbA1c6.8%以上で未受診者 →受診勧奨 ・HbA1c7.4%以上で治療中 →管理栄養士と家庭訪問 ・診療所の医師と情報共有を図り、必要であれば管理栄養士と訪問 ・検診結果返却会では管理栄養士による栄養相談の場を提供	取組が数値改善に結びつかないこと

	糖尿病性腎症重症化予防の取組	糖尿病性腎症重症化予防に取組うえでの課題 または、取組の阻害要因
大熊町 9人 (県内実施分)	特定保健指導の受診勧奨判定値で医療機関未受診者の方へ受診勧奨通知を送付し、返信のない方へ電話や訪問等で受診確認をしている。	県内外に避難している状況で、かかりつけ医や専門医との連携が困難
双葉町 21人	健診結果でHbA1c7.0%以上の者を家庭訪問し、状況に応じて保健指導を実施している。	主治医との連携が困難である。
浪江町 147人	実施なし	県内広範囲に避難しているので、主治医と連絡とり支援することがなかなか困難である。
葛尾村 1人	特定健診の検査値とレセプトの治療状況から対象者を特定し、面談指導と電話指導を行う。 また、未受診者に対しては医療機関への受診勧奨を行う。	かかりつけ医や医師会との連携について訪問に関し、避難の広域化のため実施が難しい対象者への対応。
新地町 52人	実施なし	・かかりつけ医との連携と事業評価をどうするか ・マンパワーが不足している
飯館村 60人	平成29年度より家庭訪問事業開始 ①健診結果HbA1c7.0%以上の未治療者訪問(受診勧奨) ②健診結果HbA1c6.5%以上ハイリスク者より順に訪問	①糖尿病管理台帳を早急に作成する →系統的・経年的・継続的に事業を展開していくための基盤づくりが課題 ②家庭訪問、個別相談支援の力量形成
双葉郡 歯科医師会		医療機関からの紹介者がいない 歯周治療が必要な者に対しては、HbA1cの値等を聞き取って、データの変化等はチェックしている。
相馬薬剤師会	お薬手帳をチェックしながら、投薬時に体調の変化等を聞き取り、受診勧奨を行う。 すでに糖尿病薬を服薬中の方には、継続した受診、服薬を促す。	
ふたば医療センター附属病院	・糖尿病専門外来 月3回 ・教育入院プログラム作成中 ・未治療者・重症化予防対策の個別指導(ふたば救急総合医療支援センターからの業務継続)	町村の医療機関との連携

相双地域「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」活用推進について（案）

1 目的

生活習慣病の中でも糖尿病性腎症は重症化すると腎不全から透析療法に至る可能性も高まることから、重症化させない取り組みが重要となる。

そのため、市町村及び医師会、歯科医師会、薬剤師会等が連携して、糖尿病患者を支援できるよう相双地域での「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」（以下、プログラムという）を策定し、統一して対応することで、糖尿病の重症化を予防する。

2 実施期間

プログラムを平成30年度中に策定し、平成31年度から実施する。

運用開始後は、必要時、実施状況の確認および改善事項等を検討していく。

3 検討の方法

(1) 健康増進事業市町村担当者会議の開催

管内の医師会、歯科医師会、薬剤師会、関係機関、市町村等が一同に会し、プログラム策定及び実施に関する全体の調整を行う。

(2) 相双地域糖尿病性腎症重症化予防プログラム検討会の開催

管内の医師会、歯科医師会、薬剤師会、関係機関、市町村等から、相双地域で実施するプログラムの内容や連携スキーム等について必要な検討を行う。

ア プログラム策定検討会

プログラムの検討をする。

保健指導の実施手順を検討する。

イ 連携基準検討会

プログラムを活用して連絡を行う「対象者の基準」を検討する。

医療関係者間（専門医とかかりつけ医）の連携について検討する。

(3) 各会議等の構成員は、別表1のとおりとする。

(4) 会議等の開催は、相双保健福祉事務所が担う。

《各会議等の構成員》

会議等名称		構成員
(1) 健康増進事業 市町村担当者会議		相馬郡医師会 双葉郡医師会 相馬歯科医師会 双葉郡歯科医師会 馬郡薬剤師会 双葉郡薬剤師会 ふたば医療センター 相双地域12市町村 (保健衛生担当課・国民健康保険担当課) 相双保健福祉事務所 その他検討に必要な関係機関
(2) 相双地域 糖尿病性腎症 重症化予防検討会	ア プログラム 策定検討会	相馬市 南相馬市 新地町 広野町 富岡町 その他検討に必要な関係機関 相双保健福祉事務所 ※市町村は、保健衛生担当又は国民健康保険担当を 想定
	イ 連携基準検 討会	相馬郡医師会代表(専門医、かかりつけ医) 双葉郡医師会代表(かかりつけ医) ふたば医療センター 相馬市 南相馬市 楢葉町 浪江町 その他検討に必要な関係機関 相双保健福祉事務所

相双地域 「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」 策定スケジュール (案)

	内 容	実施方法	備 考
H30年8月	プログラム策定の方向性の確認	平成30年度第1回健康増進事業市町村担当者会議 (8/22)	
9月			検討会の準備
10月		相双地域糖尿病性腎症重症化予防検討会 (第1回プログラム検討会)	
11月	プログラムの具体的な検討	相双地域糖尿病性腎症重症化予防検討会 (第1回連携基準検討会)	
12月		相双地域糖尿病性腎症重症化予防検討会 (第2回プログラム検討会) (第2回連携基準検討会)	
H31年1月	プログラムの決定	平成30年度第2回健康増進事業市町村担当者会議	プログラムの最終確認 開始時期の検討
2月	平成31年度からプログラム開始に向け		
3月	事務手続きの準備	事務手続きの実施等	
平成31年度	相双地域 「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」 運用開始		

福島県内市町村の取組状況

事務所名	管内内市町村数	市町村での実施状況		プログラムの名称 (実際のプログラムや様式等情報提供可能であれば添付してください)	プログラムにおける対象者の基準値 (市町村毎に違う場合は、それぞれ記入してください)	保健福祉事務所での支援状況 (支援開始時期、平成30年度の支援内・会地名・実施回数等)
		プログラム実施市町村数	実施市町村名			
県北						
	中核市	1	福島市			
県中	11	1	須賀川市	須賀川市糖尿病性腎症重症化予防事業	(1) 受診勧奨対象者は、高血糖のある医療機関未受診・受診中断者 (2) 6ヶ月間の保健指導プログラム対象者は以下のいずれにも該当する者。 ア 2型糖尿病であること： a 空腹時血糖126mg/dl(随時血糖200mg/dl)以上またはHbA1c6.5%以上 b 糖尿病治療中 c 過去に糖尿病薬使用歴又は糖尿病治療歴あり イ 腎機能が低下していること	平成30年7月から8月にかけて、各市町村に本事業の取組状況を伺った。
			須賀川市以外の市町村	策定されていない。		
	中核市	1	郡山市	策定されていない。		
県南	9	8	白河市 西郷村 泉崎村 中島村 矢吹町 棚倉町 楡町 鮫川村	【策定した8市町村】 糖尿病性腎症重症化予防プログラム 【矢祭町】 「糖尿病等重症化予防事業計画書」に基づき、実施。	■ハイリスク者に対する保健指導対象者の基準値については以下のとおり。 ○白河市及び西白河郡(西郷・泉崎・中島・矢吹) HbA1c 9%以上 ○棚倉町 HbA1c 6.5%以上 ○矢祭町 HbA1c 7%以上 ○楡町 HbA1c 6.5%以上 ○鮫川村 HbA1c 6.5%以上	○平成29年度は「地域の栄養サポート体制整備支援検討会」の中で当該事業の取組状況及び課題について情報共有を行った。 【課題】 ・策定したが、本格運用はこれからという自治体が多い。 ・基準値が統一されておらず、医師会との調整が必要。 ○平成30年度は市町村担当者会議を開催し、課題解決にむけた検討を実施予定(10月予定)
会津	13	11	会津若松市、喜多方市、北塩原村、猪苗代町、会津坂下町、湯川村、柳津町、三島町、金山町、昭和村、会津美里町		各市町村により異なる	【支援開始時期】平成30年度 【支援(予定)状況】 第1回情報交換会 7月5日 ※市町村からの要望を受け開催(管内市町村保健衛生・国保、竹田総合病院、会津医療センター附属病院長担当者出席)。今後も様式や実施方法を効果的に行えるよう継続開催予定。
南会津	4	4	下郷町・楡枝岐村・只見町・南会津町	名称「福島県南会津管内町村糖尿病性腎症重症化予防プログラム」 ・平成29年度3月に南会津郡共通のひな形としてプログラム等(様式等含む)を策定、それを基に各町村が町村版を策定。 ・各町村の状況(6月時点) ①下郷町：町版プログラム5月策定。 ②楡枝岐村：5月に村版プログラム策定。 ③只見町：町独自でH28年度策定、腎臓学会の2018CKDガイドライン改定後に、町プログラムを改定予定。当所プログラムからは抽出基準や様式を取り入れる。 ④南会津町：町版プログラム作成5月策定・郡版は南会津保健福祉事務所HPにアップしてあります。	・プログラム参照。	会地名：慢性腎臓病(CKD)予防に向けた検討会(地域の栄養サポート体制整備支援検討会を兼ねる) ・H28年度よりCKD対策として、年2回検討会を開催。 (構成員は別紙要項に記載) ・H29年度は、生活習慣病重症化予防プログラムの南会津郡版の作成に向け、2回検討会を開催し、年度末にプログラム完成。 ・各町村が、かかりつけ医と専門医との連携などにより、プログラムの活用を開始。 ・平成30年度は、プログラム活用の現状把握と課題などについて、2回(9月、2月)検討会を開催予定。 ・検討会は、総務企画課が担当。

事務所名	管内内市町村数	市町村での実施状況		プログラムの名称 (実際のプログラムや様式等情報提供可能であれば添付してください)	プログラムにおける対象者の基準値 (市町村毎に違う場合は、それぞれ記入してください)	保健福祉事務所での支援状況 (支援開始時期、平成30年度の支援内・会地名・実施回数等)
		プログラム実施市町村数	実施市町村名			
相双	12	0	-	実施市町村なし	-	【支援開始時期】平成30年度 【支援(予定)状況】 健康増進事業市町村担当者会議第1回を8月に実施し、実施に向けた検討を協議する 参集範囲(管内市町村保健衛生・国保担当、医師会、歯科医師会、薬剤師会、ふたば医療セン

福島県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに係る地区別説明会

次 第

日 時 平成 30 年 3 月 13 日 (火)
19 時 15 分～
場 所 福島県南相馬市合同庁舎
南庁舎 401 会議室

1 開 会

2 主催者あいさつ

3 説明内容

- (1) 「福島県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」の策定及び「福島県糖尿病性腎症重症化予防に関する連携協定」締結の趣旨について
- (2) 福島県の糖尿病等の状況について
- (3) 福島県糖尿病性腎症重症化予防プログラムの内容について
- (4) 福島県糖尿病性腎症重症化予防に関する連携協定について

4 質疑応答

5 閉会

配付資料一覧

- 1 次第
- 2 参加者名簿
- 3 資料 1 厚生労働省通知
- 4 資料 2 福島県の糖尿病等の状況について
- 5 資料 3 福島県糖尿病性腎症重症化予防プログラム
- 6 資料 4 福島県糖尿病性腎症重症化予防に関する連携協定

福島県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに係る地区別説明会【相双】 参加者名簿

日 時:平成30年3月13日(火) 19:15~

場 所:福島県南相馬合同庁舎 南庁舎401会議室

※順不同

No.	団体名	職名	氏名	備考
1	ひぐちクリニック	院長	樋口 利行	相馬郡医師会
2	ふなばし内科クリニック	院長	船橋 裕司	相馬郡医師会
3	遠藤内科医院	院長	遠藤 徳雄	相馬郡医師会
4	大石医院	院長	大石 明	相馬郡医師会
5	おのだ内科クリニック	院長	小野田 昌敏	相馬郡医師会
6	杉本医院	院長	杉本 広	相馬郡医師会
7	南相馬中央医院	院長	中林 智之	相馬郡医師会
8	上町内科皮フ科クリニック	院長	鈴木 秀幸	相馬郡医師会
9	三澤内科ハートクリニック	院長	三澤 幸辰	相馬郡医師会
10	南相馬市立総合病院	医師	萩原 典之	相馬郡医師会
11	南相馬市立総合病院	医師	社本 博	相馬郡医師会
12	絆診療所	院長	遠藤 清次	相馬郡医師会
13	絆診療所	管理栄養士	鶴島 綾子	相馬郡医師会
14	ふりど循環器科	事務	伊東 香織	相馬郡医師会
15	ふりど循環器科	事務	春原 温美	相馬郡医師会
16	ふりど循環器科	事務	小池 絵梨香	相馬郡医師会
17	ヤマキ保健薬局	薬剤師	八牧 将彦	相馬薬剤師会
18	あさひ薬局	薬剤師	桃井 秀世	相馬薬剤師会
19	パーム薬局 泉町店	薬剤師	黒沢 白合	相馬薬剤師会
20	そよ風薬局 相馬店	薬剤師	熊川 由紀子	相馬薬剤師会
21	相馬市(保健センター)	主任保健師	太田 美由紀	
22	相馬市	主事	中和田 梨沙	
23	浪江町	主任主査兼係長	渡邊 啓一	
24	葛尾村	主任主査兼係長	松本 智子	
25	新地町	健康係長兼保健師長	齋藤 洋子	
26	新地町	保険係長	阿部 勝也	
27	新地町	保健栄養係長栄養士	小野 栄子	
28	南相馬市	課長補佐	大石 万里子	
29	南相馬市	主任保健師	植松 幸江	
30	南相馬市	主任保健師	大樂 千春	
31	南相馬市	保健師	田中 祐子	
32	南相馬市	保健師	猪狩 杏香	
33	相双保健福祉事務所	主幹兼副部長兼課長	中島 誠子	
34	相双保健福祉事務所	専門保健技師	風間 聡美	
35	相双保健福祉事務所	保健技師	野内 菜美子	
36	福島県国民健康保険課(事務局)	課長	菅野 敏	
37	福島県国民健康保険課(事務局)	主任主査	小林 利江	
38	福島県国民健康保険課(事務局)	国保企画員	鈴木 隆生	
39	福島県健康増進課(事務局)	専門保健技師	前田 香	

保 発 0420 第 4 号
平成 28 年 4 月 20 日

都道府県知事 殿

厚生労働省保険局長
(公 印 省 略)

「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」の策定について (依頼)

わが国においては、糖尿病患者数の増加が課題となっており、糖尿病は放置すると網膜症・腎症・神経障害などの合併症を引き起こし、患者のQOLを著しく低下させるのみならず、医療経済的にも大きな負担を社会に強いることとなる。

国では、健康日本21(第2次)において、糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数の減少等を数値目標として掲げており、また、データヘルスの一環として、「経済財政運営と改革の基本方針2015」(平成27年6月30日閣議決定)において重症化予防を含めた疾病予防等に係る好事例を強力に全国に展開することとされた。さらに、平成27年7月10日に開催された日本健康会議で採択された「健康なまち・職場づくり宣言2020」の中でも、「宣言2」として「かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体を800市町村、広域連合を24団体以上とする。その際、糖尿病対策推進会議等の活用を図る。」とされた。

糖尿病性腎症の重症化予防について、その取組を全国に横展開していくためには、行政と医療関係者が協力・連携体制を構築していくことが何より重要である。このため、平成28年3月24日に日本医師会、日本糖尿病対策推進会議及び厚生労働省において、糖尿病性腎症重症化予防に係る連携協定(参考資料。以下「連携協定」という。)を締結するとともに、今般、連携協定に基づき「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」(本文は別紙1、概要は別紙2。以下「本プログラム」という。)を策定した。

本プログラムにおいては、都道府県に求められる取組の例示として、市町村(特別区を含む。以下同じ。)における実施状況のフォロー、都道府県レベルでの医師会や糖尿病対策推進会議等との情報共有、課題・対応策等の議論、本プログラムを参考にした都道府県レベルの糖尿病性腎症重症化予防プログラム

の策定等が盛り込まれており、その旨御了知の上、関係者と協力しつつ、都道府県内の取組が円滑に行われるよう体制構築に取り組んでいただきたい。

また、貴管内の市町村、国民健康保険組合及び後期高齢者医療広域連合並びに関係団体への周知とともに、管内の各自治体において取組が着実に進められるよう、関係団体との連携など必要な支援についても遺漏なきを期されたい。

なお、厚生労働省から日本医師会及び日本糖尿病対策推進会議に対しても、別途、周知の依頼を行うことを申し添える。

保国発 0310 第 1 号
保高発 0310 第 2 号
健健発 0310 第 4 号
平成 29 年 3 月 10 日

都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）長
後期高齢者医療主管課（部）長 殿

厚生労働省保険局国民健康保険課長
厚生労働省保険局高齢者医療課長
厚生労働省健康局健康課長
（ 公 印 省 略 ）

都道府県並びに市町村及び後期高齢者医療広域連合における
糖尿病性腎症重症化予防に係る取組状況について

糖尿病性腎症重症化予防については、昨年 3 月 28 日に日本医師会、日本糖尿病対策推進会議及び厚生労働省の三者で「糖尿病性腎症重症化予防に係る連携協定」を締結し、これを踏まえ同年 4 月 20 日に「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に基づき全国での取組を推進していますが、糖尿病性腎症重症化予防の取組の更なる展開を図るためには、保険者が重症化予防にどのように取り組んでいるのか、その結果、どのような効果があったのか、具体的な取組内容やその効果について把握し、その結果に基づいて対策を検討することが重要であると考えております。

そこで、昨年 11 月、都道府県並びに市町村及び後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という）における糖尿病性腎症重症化予防の具体的な取組内容等を把握するための調査を実施し、回答内容を取り纏め、平成 29 年 2 月 6 日開催の第 4 回重症化予防（国保・後期広域）ワーキンググループに提出いたしました。この調査結果の概要は、別紙のとおりです。

この調査結果によると、糖尿病性腎症重症化予防の取組状況は、都道府県間や市町村間、広域連合間で大きな差が生じています。貴都道府県におかれては、この調査結果をご参照の上、下記のとおり、体制構築や環境整備に一層取り組んでいただくとともに、貴管内市町村、広域連合の取組が円滑に行われ、本取組が着実に推進されるよう、必要な助言等の周知啓発をお願いいたします。

なお、厚生労働省から日本医師会及び日本糖尿病対策推進会議に対しても、別途、本調査結果の周知の依頼を行うとともに、下記の事項へ協力依頼していることを申し添えます。

記

1. 都道府県版プログラムの策定

都道府県レベルでの糖尿病性腎症重症化予防プログラム（以下「都道府県版プログラム」という）の策定は、糖尿病性腎症重症化予防における都道府県、市町村、

広域連合、関係団体等といった関係者の役割を明確にするとともに、都道府県の状況に合わせた連携体制の構築を行い、市町村への様々な支援を行うことで、重症化予防の取組の重要性を関係者に明らかにし、市町村、広域連合が個々に体制を構築する際の負担を軽減させ、継続的な取組の展開を促すことが期待できます。特に、市町村、広域連合が効果的な受診勧奨や保健指導等の働きかけを実施する際には、医療機関との連携が必要不可欠であり、医療機関における治療と地域における日常生活に則した働きかけが連動する受診勧奨や保健指導等を進める仕組みを、都道府県が整備し明示することが期待されます。

そのため、都道府県版プログラムについて、今回の調査において「今後策定する予定」あるいは「策定しておらず、今後も予定なし」としている都道府県（別紙スライド7）におかれましては、厚生労働省が策定した「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」の主旨を踏まえ、市町村、広域連合の取組が円滑に行われるよう関係者と調整の上、都道府県版プログラムを速やかに策定していただくようお願いいたします。

2. 庁内連携の推進

糖尿病性腎症重症化予防は、都道府県が策定する健康増進計画、医療計画、医療費適正化計画等といった法定の計画にも位置付けられており（別紙スライド38）、都道府県、市町村においては国民健康保険担当課のみならず組織横断的な取組が必要となります。一方で、調査の回答を見ると、必ずしも国民健康保険担当課と健康増進担当課等で十分連携が図られていないものも見受けられます。

そのため、都道府県の国民健康保険担当課、後期高齢者医療担当課、健康増進担当課等の間において庁内連携を推進し、それぞれの視点を生かしながら糖尿病性腎症重症化予防の取組が都道府県全体で効果的・効率的に行われるよう調整をお願いいたします。また、市町村においても国民健康保険担当課、後期高齢者医療担当課のみならず、健康増進担当課等へも必要な情報提供が行われ、市町村全体で効果的・効率的に進められるよう、適宜、健康増進担当課等への情報提供・周知の調整をお願いいたします。

3. 連携協定の締結

重症化予防に向けて受診勧奨、保健指導等といった保健事業の取組を各市町村、広域連合において具体的に進めるに当たっては、地域の医療機関や糖尿病性腎症の専門医等の専門関係団体・専門家との連携が不可欠です。また、多くの市町村、広域連合は、保健事業の取組に当たって様々な課題を感じていることも明らかになっており（スライド56、67、75、83、121）、上記1、2も含め、今後、重症化予防の取組を各地域で円滑に進めるためには、それぞれの地域における関係者との連携体制を構築することが必要です。

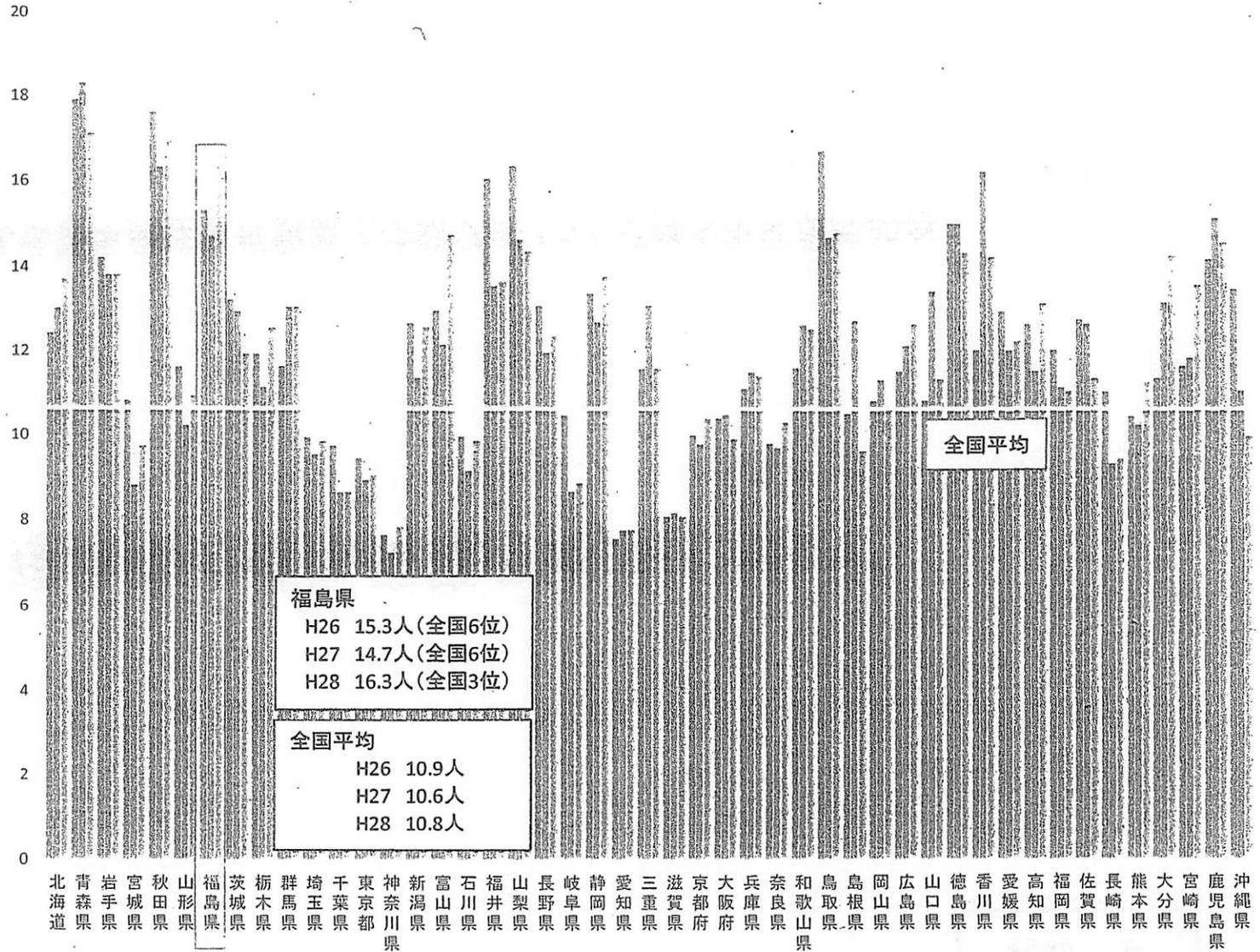
そのため、現在は連携協定を締結している都道府県は少ない状況ですが（スライド14）、都道府県並びに市町村及び広域連合の取組を円滑に進めるため、厚生労働省が締結した連携協定を参考にしながら、各都道府県の関係団体、糖尿病対策推進会議等との間で連携協定を締結することで、目的を共有し、それぞれの立場から協力して取組を進めていただく体制づくりをお願いいたします。

福島県の糖尿病等の状況について

福島県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに係る地区別説明会

糖尿病による死亡率の都道府県別状況(人口10万対)
〔H26年～H28年〕

	H26	H27	H28
平均	10.9	10.6	10.8
北海道	12.4	13	13.7
青森県	17.9	18.3	17.1
岩手県	14.2	13.8	13.8
宮城県	10.8	8.8	9.7
秋田県	17.6	16.3	16.9
山形県	11.6	10.2	10.9
福島県	15.3	14.7	16.3
茨城県	13.2	12.9	11.9
栃木県	11.9	11.1	12.5
群馬県	11.6	13	13.0
埼玉県	9.9	9.5	9.8
千葉県	9.7	8.6	8.6
東京都	9.4	8.9	9.0
神奈川県	7.6	7.2	7.8
新潟県	12.6	11.3	12.5
富山県	12.9	12.1	14.7
石川県	9.9	9.1	9.8
福井県	16	13.5	13.6
山梨県	16.3	14.6	14.3
長野県	13	11.9	12.3
岐阜県	10.4	8.6	8.8
静岡県	13.3	12.6	13.7
愛知県	7.5	7.7	7.7
三重県	11.5	13	11.5
滋賀県	8	8.1	8.0
京都府	9.9	9.7	10.3
大阪府	10.3	10.4	9.8
兵庫県	11	11.4	11.3
奈良県	9.7	9.6	10.2
和歌山県	11.5	12.5	12.4
鳥取県	16.6	14.6	14.7
島根県	10.4	12.6	9.5
岡山県	10.7	11.2	10.5
広島県	11.4	12	12.5
山口県	10.7	13.3	11.2
徳島県	14.9	14.9	14.2
香川県	11.9	16.1	14.1
愛媛県	12.8	11.9	12.1
高知県	12.5	11.4	13.0
福岡県	11.9	11	10.9
佐賀県	12.6	12.5	11.2
長崎県	10.9	9.2	9.3
熊本県	10.3	10.1	11.1
大分県	11.2	13	14.1
宮崎県	11.5	11.7	13.4
鹿児島県	14	15	14.4
沖縄県	13.3	10.9	9.8



○ 福島県の慢性透析患者の状況

(1) 慢性透析患者数

平成25年12月末現在	4,616人	—
平成27年12月末現在	4,885人	+269人

(2) 各年新規透析導入患者数

年	原疾患に記入があった患者数	糖尿病性腎症	糖尿病性腎症からの透析導入割合
平成22年	593人	265人	44.69%
平成23年	557人	258人	46.32%
平成24年	591人	278人	47.04%
平成25年	594人	262人	44.11%
平成26年	559人	262人	46.87%
平成27年	586人	280人	47.79%

(出典元 : 日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況(平成27年12月31日現在)」)

福島県CKD重症度分類(特定健診データ管理システムより抽出した対象者一覧)

平成24年度

原疾患			糖尿病		正常	微量アルブミン尿		顕性アルブミン尿
			高血圧・腎炎など			正常	軽度蛋白尿	
尿蛋白区分			A1		A2		A3	
			GFR区分 (ml/分/1.73㎡)		(-) or (±)	(+)	【再掲】 尿潜血+以上	(2+) 以上
			75,879 人		73,547 人	1,699 人	5 人	633 人
			96.9%		2.2%	0.3%	0.8%	
G1	正常 または高値	90以上	8,576 人	8,309 人	214 人	0 人	53 人	
			11.3%		1.0%	0.3%	0.0%	
G2	正常または 軽度低下	60-90 未満	54,584 人	53,222 人	1,057 人	2 人	305 人	
			71.9%		70.1%	1.4%	0.2%	
G3a	軽度～ 中等度低下	45-60 未満	11,578 人	11,124 人	309 人	2 人	145 人	
			15.3%		14.7%	0.4%	0.6%	
G3b	中等度～ 高度低下	30-45 未満	1,003 人	825 人	9 人	1 人	87 人	
			1.3%		1.1%	0.1%	0.1%	
G4	高度低下	15-30 未満	102 人	52 人	23 人	0 人	27 人	
			0.1%		0.0%	0.0%	0.0%	
G5	末期腎不全 (ESKD)	15未満	36 人	15 人	5 人	0 人	16 人	
			0.0%		0.0%	0.0%	0.0%	

実施者数	75,879 人
GFR区分(G3a以上)	12,719 人
尿蛋白(A2以上)	2,337 人
リスク対象者	14,348 人

平成25年度

原疾患			糖尿病		正常	微量アルブミン尿		顕性アルブミン尿
			高血圧・腎炎など			正常	軽度蛋白尿	
尿蛋白区分			A1		A2		A3	
			GFR区分 (ml/分/1.73㎡)		(-) or (±)	(+)	【再掲】 尿潜血+以上	(2+) 以上
			77,606 人		75,252 人	1,652 人	9 人	702 人
			97.0%		2.1%	0.5%	0.9%	
G1	正常 または高値	90以上	7,322 人	7,071 人	204 人	0 人	47 人	
			9.4%		9.1%	0.3%	0.0%	
G2	正常または 軽度低下	60-90 未満	56,867 人	55,545 人	1,026 人	8 人	296 人	
			73.3%		71.6%	1.3%	0.8%	
G3a	軽度～ 中等度低下	45-60 未満	12,210 人	11,726 人	298 人	1 人	136 人	
			15.7%		15.1%	0.4%	0.3%	
G3b	中等度～ 高度低下	30-45 未満	1,054 人	860 人	93 人	0 人	101 人	
			1.4%		1.1%	0.0%	0.1%	
G4	高度低下	15-30 未満	125 人	45 人	25 人	0 人	52 人	
			0.2%		0.0%	0.0%	0.0%	
G5	末期腎不全 (ESKD)	15未満	28 人	2 人	6 人	0 人	20 人	
			0.0%		0.0%	0.0%	0.0%	

実施者数	77,606 人
GFR区分(G3a以上)	13,417 人
尿蛋白(A2以上)	2,363 人
リスク対象者	14,990 人

平成26年度

原疾患			糖尿病		正常	微量アルブミン尿		顕性アルブミン尿
			高血圧・腎炎など			正常	軽度蛋白尿	
尿蛋白区分			A1		A2		A3	
			GFR区分 (ml/分/1.73㎡)		(-) or (±)	(+)	【再掲】 尿潜血+以上	(2+) 以上
			60,916 人		59,307 人	1,148 人	6 人	461 人
			97.4%		1.9%	0.5%	0.8%	
G1	正常 または高値	90以上	4,714 人	4,586 人	95 人	0 人	33 人	
			7.7%		7.5%	0.2%	0.0%	
G2	正常または 軽度低下	60-90 未満	44,262 人	43,354 人	701 人	3 人	207 人	
			72.7%		71.2%	1.2%	0.4%	
G3a	軽度～ 中等度低下	45-60 未満	10,932 人	10,569 人	246 人	2 人	177 人	
			17.9%		17.4%	0.4%	0.8%	
G3b	中等度～ 高度低下	30-45 未満	871 人	739 人	68 人	0 人	64 人	
			1.4%		1.2%	0.0%	0.0%	
G4	高度低下	15-30 未満	105 人	50 人	27 人	1 人	28 人	
			0.2%		0.0%	0.0%	0.0%	
G5	末期腎不全 (ESKD)	15未満	32 人	9 人	17 人	0 人	12 人	
			0.1%		0.0%	0.0%	0.0%	

実施者数	60,916 人
GFR区分(G3a以上)	11,940 人
尿蛋白(A2以上)	1,615 人
リスク対象者	12,976 人

平成27年度

原疾患			糖尿病		正常	微量アルブミン尿		顕性アルブミン尿
			高血圧・腎炎など			正常	軽度蛋白尿	
尿蛋白区分			A1		A2		A3	
			GFR区分 (ml/分/1.73㎡)		(-) or (±)	(+)	【再掲】 尿潜血+以上	(2+) 以上
			77,126 人		74,624 人	1,816 人	6 人	686 人
			96.8%		2.4%	0.3%	0.9%	
G1	正常 または高値	90以上	7,301 人	7,048 人	205 人	1 人	48 人	
			9.5%		9.1%	0.3%	0.1%	
G2	正常または 軽度低下	60-90 未満	56,038 人	54,625 人	1,095 人	5 人	318 人	
			72.7%		70.8%	1.4%	0.5%	
G3a	軽度～ 中等度低下	45-60 未満	12,493 人	11,968 人	360 人	0 人	165 人	
			16.2%		15.5%	0.6%	0.0%	
G3b	中等度～ 高度低下	30-45 未満	1,115 人	914 人	112 人	0 人	89 人	
			1.4%		1.2%	0.0%	0.0%	
G4	高度低下	15-30 未満	135 人	51 人	34 人	0 人	50 人	
			0.2%		0.0%	0.0%	0.0%	
G5	末期腎不全 (ESKD)	15未満	44 人	18 人	10 人	0 人	16 人	
			0.1%		0.0%	0.0%	0.0%	

実施者数	77,126 人
GFR区分(G3a以上)	13,787 人
尿蛋白(A2以上)	2,508 人
リスク対象者	15,453 人

福島県糖尿病性腎症重症化予防プログラム

平成 29 年 12 月 11 日

福島県医師会
福島県糖尿病対策推進会議
福島県

1. 本プログラムの趣旨・目的

- わが国においては、糖尿病患者数の増加が課題となっている。糖尿病は放置すると心血管病（脳血管疾患・心疾患等）、末期腎不全、末梢動脈疾患による四肢切断、失明、歯周病などの種々の合併症を引き起こし、患者の Quality Of Life（QOL）を著しく低下させるとともに生命を脅かす。また、医療経済的にも大きな負担を社会に強いることになる。
なかでも、糖尿病性腎症は、糖尿病性末梢神経障害及び糖尿病網膜症とともに糖尿病の3大合併症の一つとされ、重症化すると腎不全から透析療法に至る可能性が高まることから、重症化させない積極的な取組が求められている。
- 本県では、「第二次健康ふくしま 21 計画」において合併症からの年間新規透析導入者の減少を数値目標として示し、糖尿病の発症予防、早期発見・早期治療の推進、さらに重症化予防対策の徹底に努めてきた。また、「第二期福島県医療費適正化計画」においても、生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底の重要性を指摘している。
- 本プログラムは、糖尿病が重症化するリスクが高い対象者を選定し、保険者や医療関係者等の関係機関が連携して重症化予防対象者へ必要なアプローチを行い、心血管病、末期腎不全等への重症化を防止していくことを目的とする。また、住民の健康保持・増進、QOL の維持とともに、医療費の適正化を図っていくものとする。
- なお、本プログラムは、保険者における対象者選定、受診勧奨並びに保健指導、かかりつけ医と専門医の連携等の基準策定に際しての一定の推奨を示すものであり、保険者は地域や職域の実情等を考慮して個別のプログラムを定めるものとする。

2. 取組に当たっての関係機関の役割

地域における重症化予防の取組に関する検討及び実施に当たっては、各関係機関がそれぞれの役割分担を念頭に密接に連携して対応するものとする。

役割分担の内容については、別紙「福島県糖尿病性腎症重症化予防プログラム・関係機関の役割」のとおりとする。

3. 医療機関未受診者、糖尿病治療中断者に対する受診勧奨

(1) 対象者の基準

医療機関受診勧奨対象者については、次の①及び②を選定基準とする。

なお、①ア、①イ、②の受診勧奨の優先順位については、保険者の実情によって設定するものとする。

① 医療機関未受診者

ア 空腹時血糖 126mg/dl(随時血糖 200mg/dl)以上又はHbA1c(NGSP) 6.5%以上の者

保険者の実情に合わせて、特定健診等の結果から抽出して受診勧奨の対象とする。

(数値基準：日本糖尿病対策推進会議「糖尿病治療のエッセンス」(2017年度版)及び厚生労働省「標準的な健診・保健指導プログラム」(改訂版)より)

イ アを満たす者のうち尿蛋白+以上又は推算糸球体ろ過量 (eGFR) 60ml/分/1.73 m²未満の者

糖尿病性腎症のリスクが高い者として優先的にターゲットを絞り、個別かつ集中的な受診勧奨を行う。

(数値基準：日本腎臓学会編「CKD診療ガイド2012」より)

※ 慢性腎臓病 (CKD) 対策としては、保険者は血清クレアチニン検査を実施することが望ましいとともに、空腹時血糖等の結果によらずに尿蛋白、eGFRにより、受診勧奨を行うことも考えられる。

② 糖尿病治療中断者

過去に糖尿病治療歴があるが、6か月経過後のレセプト情報において糖尿病受診歴が確認できない者を抽出し受診勧奨を行う。

※ 後期高齢者 (75歳以上の者) については、フレイル (虚弱)、認知症等の状況を勘案し、個別に設定する必要がある。

(2) 受診勧奨の方法 (対象者への介入方法)

保険者は、対象者の状況に応じて、次のいずれかのうち保険者が適当と認める方法により、医療機関の紹介を含めて受診勧奨を行う。

- ・ 特定健診等結果通知と併せて受診勧奨
- ・ 特定健診等結果通知とは別の郵便対応による受診勧奨
- ・ 電話による概要説明と受診勧奨
- ・ 個別面談、戸別訪問による詳細説明と受診勧奨
- ・ その他、保険者が適当と判断する方法による受診勧奨等

※ 勧奨を行っても対象者が受診していない場合、保険者は引き続き受診勧奨 (状況によってはより積極的な受診勧奨) を行って、対象者が確実に医療機関受診に繋がるよう努めていく必要がある。

4. 重症化予防対象者への保健指導

保険者は、重症化予防対象者に対してかかりつけ医、眼科医、歯科医、薬剤師と連携して適切な保健指導を行う。

(1) 重症化予防対象者の基準

保健指導を行うべき重症化予防対象者は、2型糖尿病で通院中の者で次の①から③に該当した者を基準とする。

- ① 特定健診等の結果から抽出する場合は、次に該当する者
 - ア 空腹時血糖 126mg/dl (随時血糖 200mg/dl) 以上又は HbA1c (NG SP) 6.5%以上の者
 - イ 尿蛋白+以上又は推算糸球体ろ過量 (eGFR) 60ml/分/1.73 m²未満の者
- ② 診療情報、レセプト情報から糖尿病性腎症の病期が第2期、第3期及び第4期と思われる者

※ 保険者はアルブミン尿の情報を有していないことから、医療機関においては尿アルブミンの測定を実施 (推奨) して、その結果を基に保険者へ適切な指示を行うなどの連携が必要となる。

※ 糖尿病に加えて、尿蛋白定性検査の結果が尿蛋白+以上の場合、病期が第3期と考えられる。

- ③ 糖尿病性腎症は発症していないが、種々のリスク要因を有し保険者が必要と認めた者

【例】

- ・Ⅱ度高血圧以上の者（収縮期 160mmHg 以上、拡張期 100mmHg 以上）
- ・喫煙者
- ・脂質異常（LDL-C140mg/dl 以上、中性脂肪 300mg/dl 以上）を有する者

（数値基準：厚生労働省「標準的な健診・保健指導プログラム」（改訂版）より）

- ・肥満者（BMI 25 以上、又は腹囲（男性：85cm 以上、女性：90cm 以上）

（数値基準：「厚生労働省「標準的な健診・保健指導プログラム」（改訂版）より）

- ・眼底に糖尿病性変化を認める者
- ・空腹時血糖 126mg/dl（随時血糖 200mg/dl）又は HbA1c（NGSP）6.5%以上の者で、特定健診質問票の歯科に係る問診内容から歯周病および咀嚼障害が疑われ、指導対象とすべき者

（歯科参考：日本歯周病学会「糖尿病患者に対する歯周治療ガイドライン」（改訂第2版）より）

なお、個別の病態や地域における医学的管理の実情を考慮した上で保健指導の対象から除外しうる者の例を示す。

【例】

- ・1型糖尿病の者
- ・がん等で終末期にある者
- ・重度の認知機能障害のある者
- ・生活習慣病管理料、糖尿病透析予防管理料の算定対象になっており、かかりつけ医により適切な管理を受けている者
（ただし、かかりつけ医が必要と認めたものについては保険者の判断で対象とする。）
- ・その他の疾患を有しており、かかりつけ医が除外すべきと判断した者

※ 高齢者（65歳以上の者）への対応について

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を基盤としてフレイル（虚弱）、サルコペニア（筋力または身体能力の低下）、認知症等の進行がみられ個人差が大きいことから、糖尿病性腎症重症化予防の対象者選定基準に合わせた一律のプログラムではなく、個人の状況に合わせて、QOL維持・向上、要介護状態への移行阻止等を含む包括的な対応も考慮する必要がある。

(2) 保健指導実施手順

保険者は、保健指導対象者について郡市医師会及びかかりつけ医と連携した上で保健指導を実施する。

【例】

- ① 県は、保健指導を実施することにつき、郡市医師会へ説明し了承を得る。また、保険者は必要に応じてかかりつけ医に対して実施の説明を行い了承を得る。
- ② 保険者は保健指導対象者を選定する。
- ③ 保険者は、かかりつけ医からの適切な指示を受けて連携を図りながら保健指導を実施する。

※ 連携にあたっては、必要に応じてかかりつけ医からの情報提供を基に保健指導を行うことや、かかりつけ医が保険者へ保健指導対象として依頼を行うケースなども想定する。

また、連携の方法としては、保険者と医療関係者間で作成した様式や糖尿病連携手帳などの活用が考えられる。

(3) 保健指導内容

保健指導は対象者の糖尿病性腎症の病期や合併するリスク要因に応じて適切な内容を保険者が個別に定めることを原則とする。

5. かかりつけ医と糖尿病専門医・腎臓専門医との連携

糖尿病患者への医療提供にあたり、かかりつけ医と糖尿病専門医及び腎臓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・逆紹介を行うなど連携して患者を中心とした医療を提供する。

なお、かかりつけ医・専門医間における紹介・逆紹介の目安を以下に示す。

(1) かかりつけ医から糖尿病専門医への紹介

【例】

- ・ 1型糖尿病など、2型糖尿病以外の糖尿病の場合
- ・ 血糖コントロール不良、あるいは血糖コントロール目標値を達成できない状態が概ね6か月以上続く場合

(2) かかりつけ医から腎臓専門医への紹介

【例】

- ・ 高度尿蛋白/Cr 比 0.50g/gCr 以上、または2+以上
- ・ 尿蛋白と血尿がともに陽性（1+以上）

- ・eGFR50ml/分/1.73 m²未満 (40歳未満ではeGFR<60、腎機能の安定した70歳以上ではeGFR<40)

(3) 専門医からかかりつけ医への逆紹介

【例】

- ・腎機能が落ち着いた状態
- ・血糖コントロールが良好の場合

※ 「糖尿病治療のエッセンス (日本糖尿病対策推進会議2017年度版)」及び「CKD診療ガイド2012 (日本腎臓学会編)」を参考に、かかりつけ医、糖尿病専門医及び腎臓専門医は病状を維持・改善するための紹介基準を定める。

※ かかりつけ医と糖尿病専門医・腎臓専門医との連携においては、保険者と医療関係者間またはその他の医療連携で作成された様式などを紹介・逆紹介に活用することも考えられる。

6. 実施したプログラムの評価

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)の各段階を意識する必要があるが、保険者は、プログラムの実施に当たり地域の実情等に合わせ、独自で評価基準を定め評価するものとする。アウトカムについてはプログラムの内容を踏まえて適切な指標を選択し、適切な時期に評価する必要がある。

また、実施状況の把握・分析や評価に基づき、取組の見直しを行う場合は、PDCAサイクルに基づいて事業を展開していくことが重要となる。

中長期的には費用対効果の観点などからの評価も意識する必要がある。

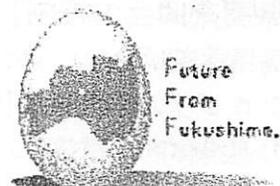
【例】

- ・医療受診勧奨により受診へ繋がった率
- ・健診データが改善した者の率
- ・生活習慣改善のための行動変容に繋がった率
- ・当該疾病等に係る医療費の状況(中長期的指標)
- ・新規人工透析導入患者数(糖尿病性腎症患者数)の推移(中長期的指標)

※ 国保ヘルスアップ事業報告書（平成 26 年国保中央会作成）に示された「保健事業の手順に沿った評価基準」を参考に基準を定め評価することも考えられる。

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、各地域及び職域における事業実施に当たっては、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。
そのために、各保険者においては本プログラムを参考に実情に応じたプログラムを策定し、手順に基づいた事業の実施を図ることが求められる。
また、事業の取り組み成果を検証し、より効果的な取組みに繋げていくことが重要となる。
- なお、既に保険者と医療関係者間で連携体制が確立している場合、本プログラムは従来の実施方法を妨げるものではなく、更に充実した連携体制を構築するためのものとして活用する。
- また、本プログラムの円滑な実施に向けては、対象者選定の基礎情報として特定健診等の検査結果を有することが重要であることから、保険者は健診受診率の向上に向けた取組みを推進する。



ふくしまから
はじめよう。

《福島県糖尿病性腎症重症化予防プログラム・関係機関の役割》

各関係機関の役割は次のとおりとする。

ただし、内容は例示であり、それぞれの実情に応じた取組を尊重するものとする。

【福島県医師会の役割】

福島県医師会は、福島県糖尿病性腎症重症化予防プログラム（以下「県プログラム」という。）を郡市医師会に周知し、保険者等によるプログラムの取組が円滑に実施できるよう協力するとともに、かかりつけ医と糖尿病専門医、腎臓専門医等との連携の強化等、保険者等との連携体制の構築に向けて協力するものとする。

【福島県糖尿病対策推進会議の役割】

福島県糖尿病対策推進会議は、糖尿病性腎症重症化予防に係る県や保険者等の取組について、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、保険者等の取組に協力するものとする。

【福島県の役割】

福島県は、県プログラムを保険者等に周知するとともに、保険者等の事業実施を支援する。また、保険者等における円滑な事業実施を支援する観点から、福島県医師会や福島県糖尿病対策推進会議等と県内保険者等の取組状況を共有し、課題、対応策等について議論する。

【福島県歯科医師会の役割】

福島県歯科医師会は、県プログラムを地域の歯科医師会に周知し、保険者等によるプログラムの取組が円滑に実施できるよう協力するとともに、医療関係者間の連携体制の構築に向けて協力するものとする。

【福島県薬剤師会の役割】

福島県薬剤師会は、県プログラムを地域の薬剤師会に周知し、保険者等によるプログラムの取組が円滑に実施できるよう協力するとともに、医療関係者間の連携体制の構築に向けて協力するものとする。

【保険者の役割】

1 地域・職域における課題の分析

保険者は特定健康診査データやレセプトデータを用いて、被保険者・加入者の健康状態や疾病構造を分析し、地域の関係機関とともに問題認識の

共有を行う。分析に当たっては、保健医療等に関する資源の実態（社会資源、専門的な医療人材の有無や数、かかりつけ医や専門医療機関との連携体制の状況など）を明らかにする。

2 対策の立案

上記1で明らかになった課題について、取組の優先順位等を考慮し、対策を立案する。立案に当たっては、地域の医療機関における連携体制のあり方、重症化予防対象者を選定するための健診項目や健診実施方法、食生活の改善や運動対策などのポピュレーションアプローチなど、様々な観点から総合的に検討した上で、保健指導や受診勧奨の内容について検討する。

その際、地域の医師会等の関係機関と、これらの課題、対策について協議する。

3 対策の実施

上記2の議論の結果に基づき事業を実施する。事業実施に当たっては、福島県国民健康保険団体連合会による支援や、民間事業者への委託なども考えられる。

4 実施状況の評価

上記3で実施した事業について、その結果を評価し、PDCAサイクルに基づいて次の事業展開につなげる。

【福島県後期高齢者医療広域連合の役割】

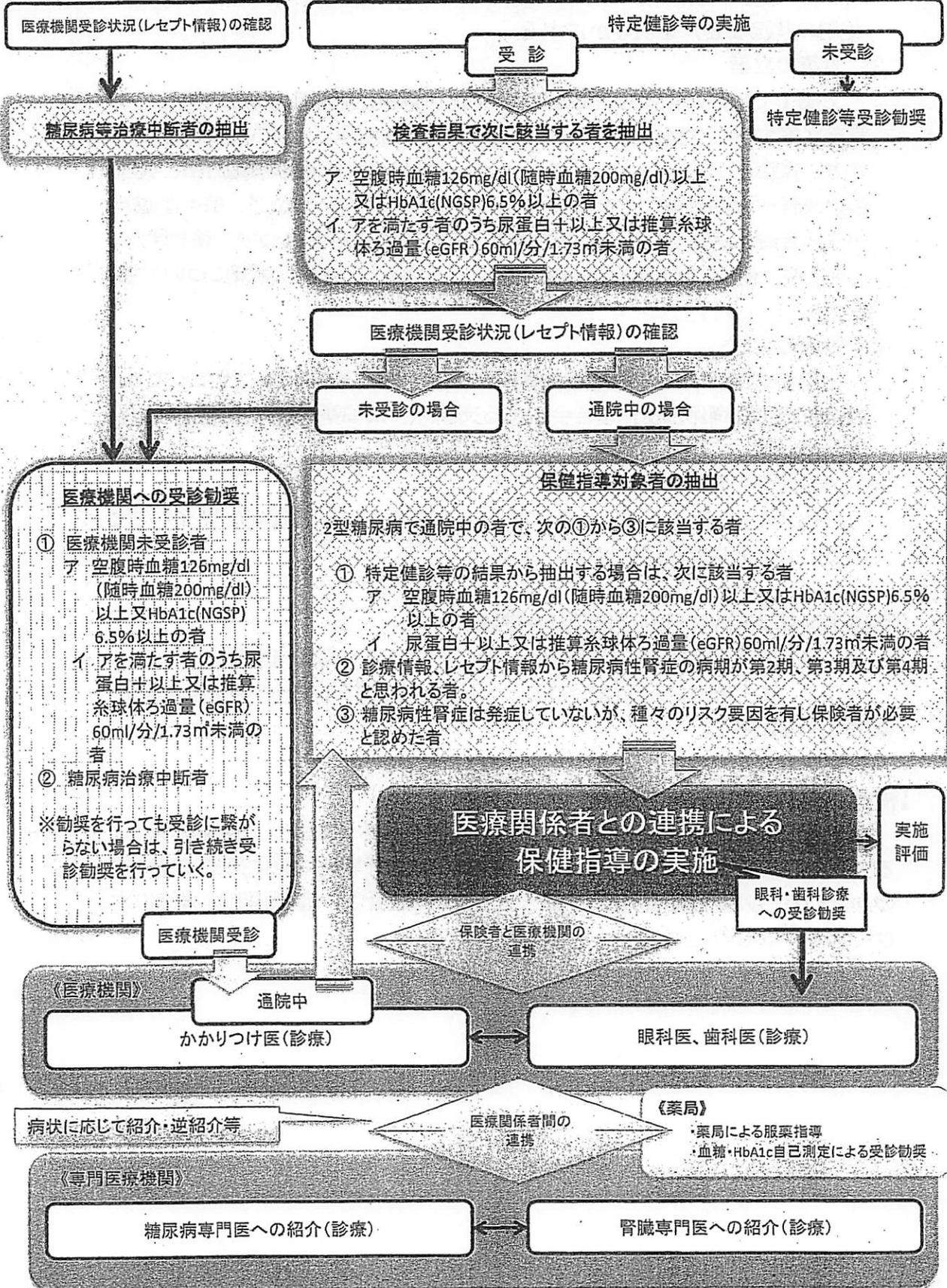
福島県後期高齢者医療広域連合は、県プログラムを構成市町村に周知するとともに、構成市町村と役割を分担した上で、構成市町村への支援を含めた事業の展開を図る。

【福島県保険者協議会の役割】

福島県保険者協議会は、県プログラムを構成団体へ周知し、保険者等によるプログラムに基づく取組を推進するため、保険者等を対象に保健指導の質の向上のための研修等を実施するとともに、保険者との連携体制の構築に向けて協力するものとする。

《福島県糖尿病性腎症重症化予防プログラム・フローチャート》

《保険者》



福島県糖尿病性腎症重症化予防に係る連携協定

糖尿病は放置すると心血管病（脳血管疾患・心疾患等）、末期腎不全、末梢動脈疾患による四肢切断、失明、歯周病などの種々の合併症を引き起こし、患者の Quality Of Life（QOL）を著しく低下させるとともに生命を脅かす。また、医療経済的にも大きな負担を社会に強いることになる。

本県では、「第二次健康ふくしま 21 計画」において合併症からの年間新規透析導入者の減少を数値目標として示し、糖尿病の発症予防、早期発見・早期治療の推進、さらに重症化予防対策の徹底に努めているところである。

糖尿病性腎症重症化予防に向けた取組を推進するためには、対象者に対して保険者や医療関係者等の関係機関が連携して必要なアプローチを行っていくことが重要であることから、福島県医師会、福島県糖尿病対策推進会議及び福島県は、福島県糖尿病性腎症重症化予防プログラム（以下「県プログラムという。」）を策定したところであり、糖尿病性腎症の重症化予防に向けた取組を一層充実させるため、次のとおり「福島県糖尿病性腎症重症化予防に係る連携協定（以下「協定」という。）」を締結する。

（目的）

第1条 この協定は、糖尿病性腎症重症化予防に向けた取組について、福島県医師会、福島県糖尿病対策推進会議及び福島県の三者の役割と連携・協力の内容を定め、地域及び職域における取組の推進を図ることを目的とする。

（役割及び連携・協力）

第2条 地域及び職域における糖尿病性腎症の重症化予防の取組を推進するため、福島県医師会、福島県糖尿病対策推進会議及び福島県は次の各号の取組を進めるものとする。

- 一 福島県医師会は、県プログラムを郡市医師会に周知し、保険者等によるプログラムの取組が円滑に実施できるよう協力するとともに、かかりつけ医と糖尿病専門医、腎臓専門医等との連携の強化等、保険者等との連携体制の構築に向けて協力するものとする。
- 二 福島県糖尿病対策推進会議は、糖尿病性腎症重症化予防に係る県や保険者等の取組について、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、保険者等の取組に協力するものとする。
- 三 福島県は、県プログラムを保険者等に周知するとともに、保険者等の事業実施を支援する。また、保険者等における円滑な事業実施を支援する観

点から、保険者等の取組状況を福島県医師会や福島県糖尿病対策推進会議等と共有し、課題、対応策等について議論する。

（その他）

第3条 この協定に定めない事項について定める必要が生じたとき又はこの協定に定める事項を変更しようとするときは、福島県医師会、福島県糖尿病対策推進会議及び福島県で協議し、その内容を決定するものとする。

2. 協定当事者に変更があった場合であっても、他に定めのないときは、新たな協定が締結されるまでの間、この協定を有効とする。

附 則

この協定は、これを締結する日から実施する。

この協定を証するため、協定書を3通作成し、福島県医師会会長、福島県糖尿病対策推進会議会長及び福島県知事が署名のうえ、各団体1通を保有するものとする。

平成30年1月31日

福島県医師会会長

高谷 雄三

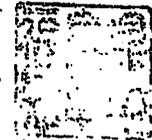


福島県糖尿病対策推進会議会長

高谷 雄三



福島県知事 内堀 雅雄



糖尿病保健指導連絡票

平成 年 月 日

市町村国民健康保険担当課長 様

医療機関名 _____

主治医 _____

氏名		生年月日	年 月 日生	男・女
住所			電話番号	

保健指導に関する情報提供 (該当事項をチェックしてください。)

保健指導実施 適当 不適当

以下は必要に応じて記入してください。

下記の事項について保健指導を実施することが適当である。

- 食生活指導
- 運動指導
- 禁煙指導
- その他 (_____)

糖尿病に加えて、下記の疾患に留意して保健指導を実施することが適当である。

- 高血圧症
- 脂質異常症
- 肥満
- その他 (_____)

治療における目標 HbA1c(NGSP) (_____) %

その他留意事項 (_____)

尿蛋白区分	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> A3
尿アルブミン定量(mg/日) 尿アルブミン/Cr比(mg/gCr)	30未満	30~299	300以上

e GFR区分	<input type="checkbox"/> G1	<input type="checkbox"/> G2	<input type="checkbox"/> G3a	<input type="checkbox"/> G3b	<input type="checkbox"/> G4	<input type="checkbox"/> G5
腎機能	正常または高値	正常または軽度低下	軽度~中等度低下	中等度~高度低下	高度低下	末期腎不全(ESKD)
数値(ml/分/1.73m ²)	≥90	60~89	45~59	30~44	15~29	<15

医療機関名 ()

先生 御侍史

慢性腎臓病 (CKD) 連携 連絡票 (紹介)

下記の方は、専門(協力)医療機関との連携が必要と判断しました。
ご高診をよろしくお願いたします。

ご紹介日：平成 年 月 日

ふりがな 氏名	様	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	把握経路	<input type="checkbox"/> 健診・ <input type="checkbox"/> 診療
生年月日	歳	健康保険	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 他 ()	
診断(疑いも可)				
検査結果	実施日 平成 年 月 日 Cr:クレアチニン () mg/dl eGFR(糸球体ろ過量) () ml/min/1.73mf 尿蛋白 <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+~ または g/gCr 尿潜血 <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+~ または尿沈渣 その他 ()			
併存症 ・ 特記事項 (ある場合のみ分かる範囲でチェック)	・高血圧症 (<input type="checkbox"/> 加療中 <input type="checkbox"/> 未治療) ・糖尿病 (<input type="checkbox"/> 加療中 <input type="checkbox"/> 未治療) ・脂質異常症 (<input type="checkbox"/> 加療中 <input type="checkbox"/> 未治療) ・高尿酸血症 (<input type="checkbox"/> 加療中 <input type="checkbox"/> 未治療) ・肥満(BMI≥25) (<input type="checkbox"/> 有) ・特記事項・その他 ()			
依頼事項	<input type="checkbox"/> 病態精査・方針決定 <input type="checkbox"/> 薬物調整 <input type="checkbox"/> 食事指導 () <input type="checkbox"/> 生活指導 () <input type="checkbox"/> その他 ()			
今後の診療方針	<input type="checkbox"/> 専門(協力)医療機関の判断に一任 <input type="checkbox"/> 可能な限りかかりつけ医(当院)で診療 <input type="checkbox"/> 専門(協力)医療機関での診療を希望			
診療情報提供	<input type="checkbox"/> 別添あり <input type="checkbox"/> 別添なし			
コメント ・ 連絡事項				

医療機関名
(連絡先)
医師氏名

医療機関名 ()
科 _____ 先生 御侍史

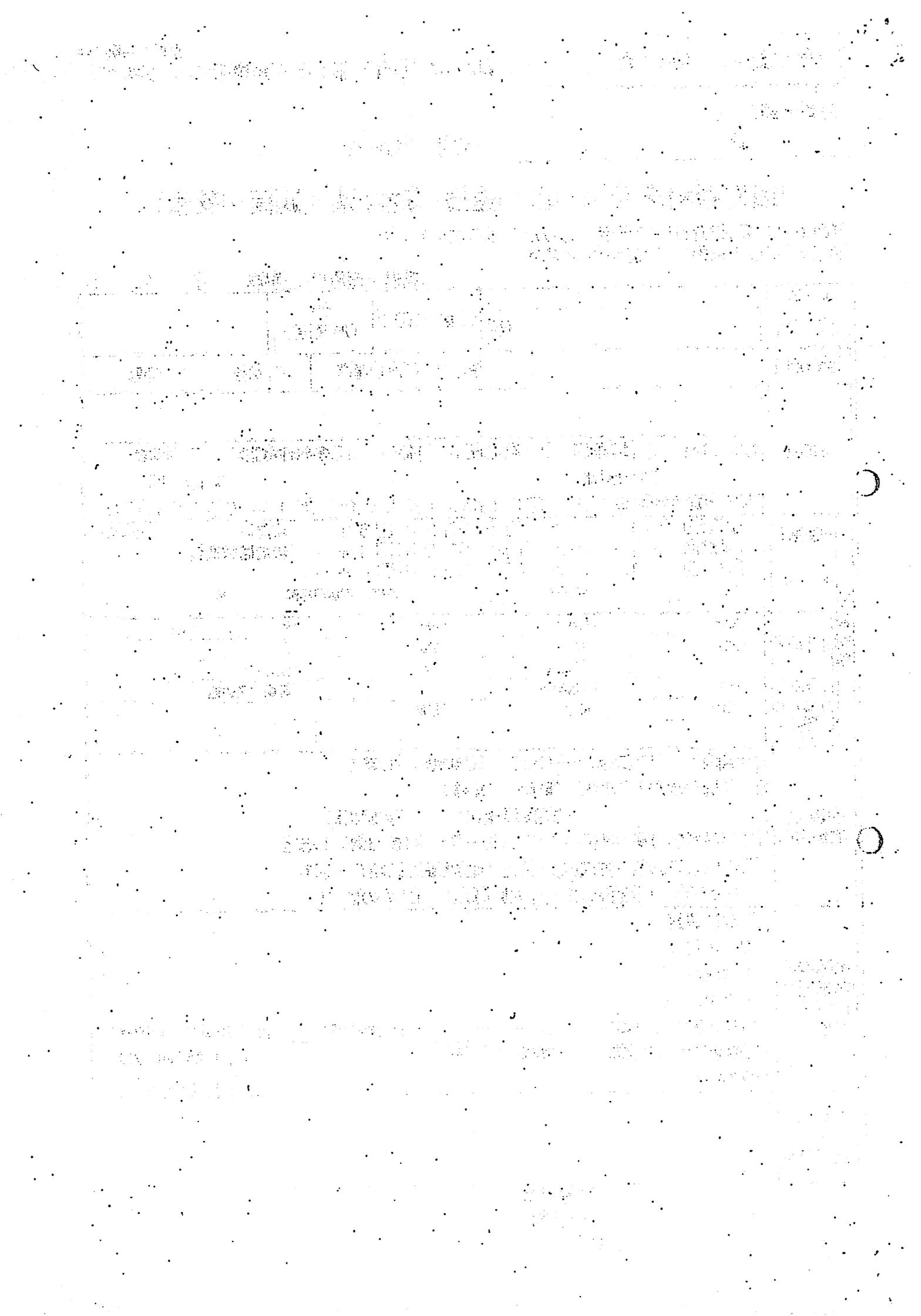
慢性腎臓病（CKD）連携 連絡票（返信・報告）

下記の方のご紹介をいただき、ありがとうございました。
受診しました結果をご報告いたします。

返信・報告日：平成 年 月 日

ふりがな 氏名	_____様		<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	ID (加付番号)	_____					
生年月日	_____	歳	CKD連携	<input type="checkbox"/> 初診	<input type="checkbox"/> 再診					
診断名	原因分類 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 腎炎 <input type="checkbox"/> 多発性嚢胞腎 <input type="checkbox"/> 腎移植 <input type="checkbox"/> その他 (_____) <input type="checkbox"/> 不明 CKD重症度分類 G (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3a <input type="checkbox"/> 3b <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5) A (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3)									
実施日 H	尿蛋白	(<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ ~)	または	g/gCr						
	尿潜血	(<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ ~)	または尿沈渣	(_____)						
検査結果	尿糖	(<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ ~)								
	Cr	_____	eGFR	_____	参考：実施日年齢 _____ 歳					
<input type="checkbox"/> 右記 <input type="checkbox"/> 別添 別添の場合記入不要	BUN	_____	UA	_____	Na	_____	K	_____	Cl	_____
	Hb	_____	Alb	_____	Ca	_____	P	_____		
	TC	_____	HDL-C	_____	TG	_____	LDL-C	_____		
	BS	_____	HbA1c	_____			画像・その他			
	血圧	_____ / _____	脈拍	_____	浮腫	<input type="checkbox"/>				
今後の治療方針	<input type="checkbox"/> 当院で (<input type="checkbox"/> フォローアップ <input type="checkbox"/> 精査) します <input type="checkbox"/> 当院とかかりつけ医 (貴院) の併診 (_____ 力月毎を目途。 _____ 次回再診) <input type="checkbox"/> かかりつけ医 (貴院) でフォローアップをお願いします <input type="checkbox"/> さらなる精査・加療のため他の医療機関に紹介します (紹介先 <input type="checkbox"/> 福島医大 <input type="checkbox"/> 大原医療C <input type="checkbox"/> その他 (_____))									
現時点で必要と思われる事項	<input type="checkbox"/> 薬物調整 <input type="checkbox"/> 追加 (_____) <input type="checkbox"/> 減量 (_____) <input type="checkbox"/> 中止 (_____) <input type="checkbox"/> 食事指導 (<input type="checkbox"/> 減塩 _____ g <input type="checkbox"/> カロリー制限 _____ cal <input type="checkbox"/> 蛋白制限 _____ g <input type="checkbox"/> K制限 <input type="checkbox"/> P制限) <input type="checkbox"/> 生活指導 (<input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> 飲酒 <input type="checkbox"/> 運動 (_____) <input type="checkbox"/> 家庭血圧測定) <input type="checkbox"/> その他 (_____) <input type="checkbox"/> 特になし									
コメント・連絡事項	_____									

医療機関名
(連絡先)
医師名



相馬地域における透析医療提供体制の整備について

一般社団法人 相馬郡医師会
福島県地域医療課

相馬郡医師会では、相馬地域における透析医療の深刻な状況を受け、関係医療機関とともに、地域が連携して透析患者の受入拡大に努めてきましたが、年度内に、住民が地域内で透析医療を受けるために必要な透析医療提供体制について、一定程度整備できる見通しとなりましたので、お知らせします。

記

1 相馬地域における透析医療提供体制の課題

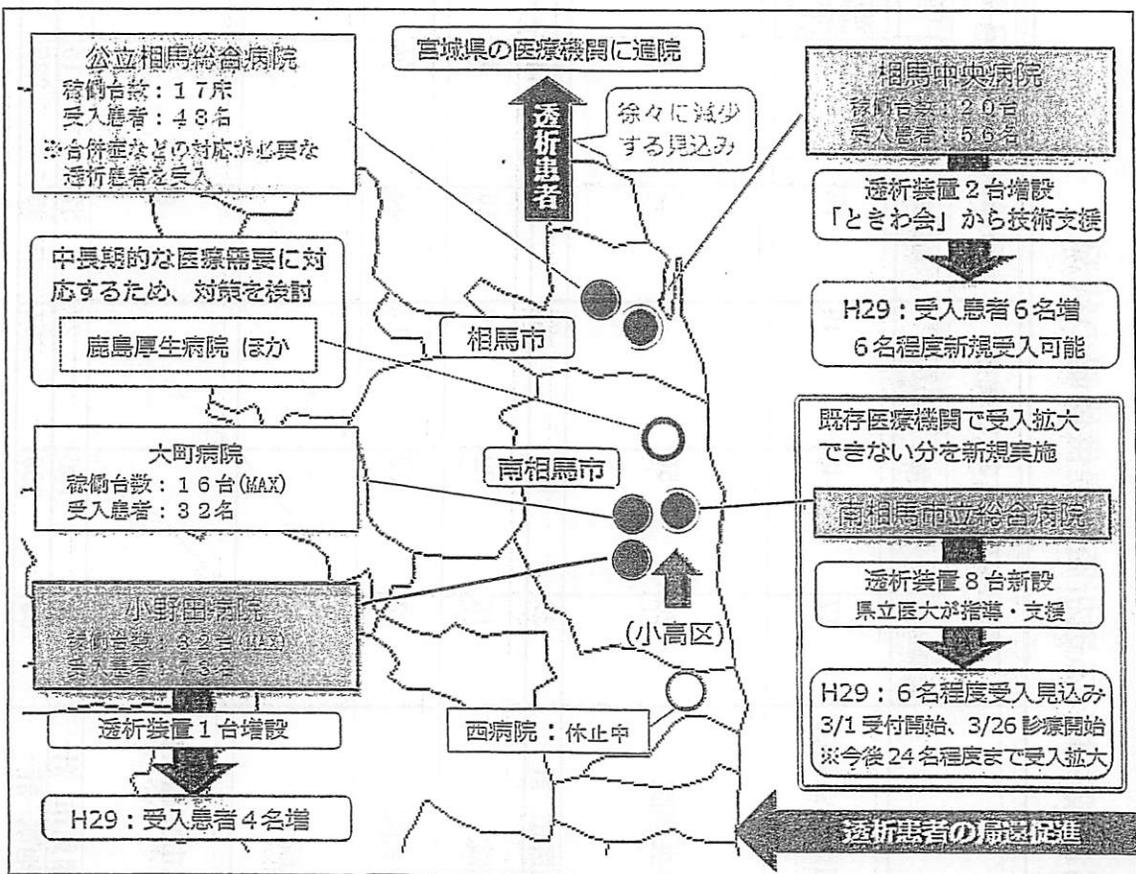
- 待機者が多数いるなど、相馬地域に居住している透析患者が、地域内で人工透析を受けることができない状況。(多くの透析患者が宮城県の医療機関に通院)
- 帰還への影響が懸念されるため、早急に、透析医療提供体制の整備を図る必要。

2 透析患者の受入拡大の取組

- ① 透析医療を行っている医療機関は受入患者の拡大に努めました。また、既存医療機関が対応できない分については、公的医療機関が新たに透析医療に取り組むなど地域が一体となって、待機者や遠距離通院している患者の解消を図りました。

※ 今年度中に16名受入拡大、来年度、さらに20名程度受入拡大の見込み

- ② 帰還の進展等に伴い、今後、医療需要の増大が見込まれるため、引き続き、地域として、中長期的な医療需要に対応できる体制の確保に向けて取り組んでいきます。



◇ お問い合わせ先 ◇
 一般社団法人相馬郡医師会 ☎0244-26-1883 (担当：事務局長 志賀)
 福島県地域医療課 ☎024-521-7271 (担当：課長 平、主幹 渡辺)
 ※ 受入できる症状や時期が異なりますので、詳細については医療機関にお問合せください。

○ 相馬地域における透析医療提供体制の状況

	平成29年6月30日現在			平成30年3月31日見込み			比較増減			参考:平成30年度整備希望			
	稼働台数	受入患者数	待機患者数 (概数)	稼働台数	受入患者数	待機患者数 (概数)	稼働台数	受入患者数	待機患者数 (概数)	新規稼働 見込台数	受入患者 増員見込数	備考	
相馬市	公立相馬総合病院	17	48	15	17	48	※正確に把握していない。	0	0	※正確に把握していない。	-	-	
	相馬中央病院	20	56	9	22	62	6	2	6	-3	0	6	数名程度の空きあり(新規受入可能) ※「稼働台数」には、緊急透析用機器1台を含めていない。
	相馬市 計	37	104	24	39	110	6	2	6	-3	0	6	
南相馬市	大町病院	16	32	10	16	32	10	0	0	0	-	-	
	小野田病院	32	73	17	33	77	14	1	4	-3	-	-	
	鹿島病院										-	-	中長期的な透析医療の実施は引き続き検討
	南相馬市立総合病院				8	6	0	8	6	0	0	18	来年度以降、徐々に受入患者数を増やし、24名程度の受入を見込む。
	南相馬市 計	48	105	27	57	115	24	9	10	-3	0	18	
相馬地域 計	85	209	51	96	225	30	11	16	-6	0	24		

糖尿病性腎症重症化予防プログラム 対象者基準

		福島県	秋田県	栃木県	白河市
受診勧奨対象	未受診者	①FBS \geq 126 又は HbA1c \geq 6.5	①左同	①左同	①左同
① 受診勧奨		②①の中で	②①の中で	②1年間	②①の中で
② 個別かつ集中的な受診勧奨		尿蛋白(+)以上 又は GFR<60	GFR<45 (60歳未満 GFR<60)	未受診	HbA1c \geq 8.0 尿蛋白強(+) GFR<60
	中断者	6か月未受診	6か月間	1年間	6か月間
保険指導対象 (重症化予防 通院中)		①・FBS \geq 126 又は HbA1c \geq 6.5 ・尿蛋白(+)以上 又は GFR<60 ②DKD2.3.4期	①DKD3期以上 CKD G3bを優先 ②DKD4期と CKDG4以上は 対象外	DKD2期以上 かつ 健診データ FBS \geq 126.HbA1c \geq 6.5 かつ 尿蛋白(+)以上か GFR < 60	①HbA1c \geq 9.0 ②DKD2.3.4期 尿蛋白(+)以上 又は GFR<60 ③DM腎症(-)で 収圧 \geq 160 又は拡張 \geq 100 又は BMI \geq 30 又は LDL \geq 180