茨城県糖尿病性腎症重症化予防プログラム

平成30年　３月１２日策定
令和２年　１月　６日改定
令和７年　３月２８日改定

茨　城　県　医　師　会
茨城県糖尿病対策推進会議
茨城県慢性腎臓病対策協議会
茨 城 県 保 険 者 協 議 会
茨　　　城　　　県

茨城県糖尿病性腎症重症化予防プログラム　目次

１　プログラムの趣旨　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　１
２　基本的考え方　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　２
（１）プログラムの目的
（２）プログラムの性格
（３）年齢層を考慮した取組の実施
　ア　青壮年に対する取組
　イ　高齢者に対する取組
３　取組に当たっての関係者の役割　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　３
（１）市町村の役割
（２）茨城県国保連合会の役割
（３）茨城県広域連合の役割
（４）全国健康保険協会茨城支部、共済組合、国保組合及び
　　　健康保険組合連合会茨城連合会に所属する各団体の役割
（５）茨城県保険者協議会の役割
（６）茨城県の役割
（７）茨城県医師会等の役割
（８）茨城県糖尿病対策推進会議の役割
４　地域における関係機関との連携　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　６
５　対象者の抽出基準　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　８
（１）本プログラムにおける糖尿病性腎症の定義
（２）対象者の抽出基準
　ア　健診受診者からの対象者抽出
　イ　健診未受診者からの対象者抽出
６　介入方法　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　１２
（１）受診勧奨
（２）保健指導
　ア　保健指導の内容
　イ　保健指導実施までの手順
　ウ　保健指導における情報の共有
　エ　高齢者を対象とした取組の実施について
７　事業を円滑に進めるための留意点　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　１４
（１）ICT を活用した取組の実施
（２）委託にて事業を実施する際の留意点
８　プログラムの評価　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　１５
（１）実施体制の評価
（２）受診勧奨の評価指標
（３）保健指導の評価指標
（４）プログラムの評価指標
９　個人情報の取扱い　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　１６

１　プログラムの趣旨

本県の高齢化率は、令和６（2024）年に 31.0％に達し、高齢化が進む中で生活習慣と社会環境の変化に伴う糖尿病患者数の増加が課題となっている。

糖尿病の発症・重症化には、食生活の乱れや多量飲酒、身体活動量の低下等、生活習慣が大きく関与している。また、受動喫煙を含めた喫煙、睡眠の質や量の低下、うつ傾向や精神的ストレスが発症の危険因子であることや、歯周病が血糖コントロールに影響を与えていることが報告されている。

このため、本県では、「健康いばらき 21 プラン」を策定し、糖尿病有病者の割合や糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数の減少などを目標に掲げ、適切な食習慣、適度な身体活動や運動習慣、適正体重の維持の大切さなどの啓発等により生活習慣病の発症・重症化予防に取り組んでいるが、若年期からのより一層の取組の強化が重要である。

糖尿病は、神経障害、網膜症、腎障害等を併発し、心筋梗塞や脳卒中等の心血管疾患のリスク因子となるほか、認知症や大腸がん等の発症リスクを高めることも明らかになっており、生活の質や社会経済的活力と社会保障資源に多大な影響を及ぼすことから適切な対策が必要である。

また、健康寿命の延伸のためには、糖尿病の発症予防、糖尿病の適切な治療・生活習慣の改善等による合併症の予防、合併症による臓器障害の進展予防等各段階での取組が重要である。

糖尿病によって継続的に医療を受けている本県の患者数は約 105,000 人(※1)と推計され、令和４(2022)年度の県内における糖尿病有病者(※2)の割合は男性が 14.5%、女性が 6.9%(※3)となっており、微増傾向にある。また、合併症である糖尿病性腎症により新たに人工透析を導入した患者は毎年 400 人前後で、新規人工透析導入患者に占める割合は 44.2%（全国 38.3%）(※4)と全国より高い傾向にある。

そのため、県は、平成 30（2018）年３月に糖尿病の重症化や腎不全、人工透析への移行を防止することを目的に茨城県医師会、茨城県糖尿病対策推進会議、茨城県慢性腎臓病対策協議会、茨城県保険者協議会、茨城県が協働し、本プログラムを策定した。その後、平成 31（2019）年４月の国のプログラム改定を受け、実施上の課題に対応するため、関係者の役割の明確化や重点指導対象者を明記したほか、地域における関係機関との連携について盛り込むなど、県プログラムを改定した。

この度、令和６（2024）年３月の国のプログラム改定及びこれまでの市町村をはじめとした保険者等における糖尿病性腎症重症化予防の取組状況や新規透析導入時の高齢化等を踏まえ、糖尿病性腎症重症化予防の取組の質の更なる向上を図るため、本プログラムを改定する。

なお、本プログラムに定める以外の取組の考え方や具体的な取組例等については、日本医師会、日本糖尿病対策推進会議、厚生労働省が策定した「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」（令和６年３月 28 日改定）に準ずるものとする。

（※１）令和５（2023）年患者調査（厚生労働省）

（※２）糖尿病有病者：市町村国民健康保険者で特定健康診査受診者（40～74 歳）のうち空腹時血糖 126mg/dl 以上随時血糖 126mg/dl 以上、又は、HbA1c（NGSP 値）6.5%以上に該当、若しくは、インスリン注射または血糖を下げる薬服用者

（※３）令和６（2023）年茨城県市町村別健康指標

（※４）わが国の慢性透析療法の現況 令和５（2023）年 12 月 31 日現在（(一社) 日本透析医学会）

２　基本的考え方

（１）プログラムの目的

健康寿命の延伸を図るため、本プログラムに基づいた糖尿病性腎症重症化予防の取組では、①糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関への未受診者・受診中断者に対して、保険者が医療機関等と連携して医療機関への受診勧奨や保健指導を行うことにより継続的な治療につなげること、②糖尿病性腎症等で通院する者のうち、重症化するリスクの高い者に対して、保険者が医療機関等と連携して保健指導を行うこと、などの取組により良好な血糖のコントロールの維持、合併症の発症・進展の予防等を通して、腎不全や人工透析への移行を防止することを目的とする。

本プログラムでは、これらの取組に係る方策やその考え方を示す。

（２）プログラムの性格

本プログラムは、県内の各保険者による医療機関と連携した糖尿病性腎症重症化予防に向けた取組の考え方や標準的な内容（関係者の役割）等を示すものである。このため、各保険者における運用については、健康課題の優先順位や保険者の実施体制、医療資源体制、既存の取組内容、取り組みやすさ等、地域の実情に応じ柔軟に対応することが可能であり、現在各保険者において既に行われている取組を尊重するものである。

また、糖尿病性腎症重症化予防の取組は保健事業の一環として行われるものであることから、事業の実施に当たっては、データヘルス計画等の関連計画を踏まえた事業展開を検討すること。

（３）年齢層を考慮した取組の実施

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、糖尿病性腎症重症化予防の取組においても、ライフコースアプローチの観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。また、特定健康診査等で使われる質問票などの情報も参考にしつつ、対象者本人からの聞き取り等により、生活習慣の状況や身体状況等を把握し、受診勧奨や保健指導に活用することが重要である。

さらに、糖尿病と歯周病は相互に関係があることから、糖尿病性腎症重症化予防の取組においても、必要に応じて口腔衛生の指導をするとともに、歯周病の未治療者に対しては継続的な歯科受診を勧奨する。あわせて、糖尿病の合併症の１つである糖尿病網膜症の進行防止の観点から、定期的、継続的な眼科受診を勧奨する。

ア　青壮年に対する取組

高齢期に至るまで健康を保持するため、糖尿病性腎症重症化予防の取組の実施に当たっては、糖尿病のみでなく、高血圧、喫煙、食生活の乱れ（朝食の欠食）などが腎障害の悪化につながることに留意し、青壮年期から取り組む必要がある。

糖尿病が疑われる者が急増するこの年齢層に対し、糖尿病性腎症重症化予防の取組を実施することにより、糖尿病についての適切な治療継続や生活習慣の改善等が期待でき、それに伴い合併症の発症・重症化予防や合併症による臓器障害の進展予防等も期待できる。

また、人工透析の導入時期も遅らせることが期待でき、対象者本人の生活の質を維持することができるほか、医療経済への影響も小さくすることが期待できる。

糖尿病性腎症をはじめとする糖尿病の合併症は、発症後、長期間を経て徐々に進行していくと考

えられることから、青壮年が多く加入している被用者保険においても、糖尿病性腎症重症化予防に取り組むことが必要である。例えば保険者協議会や地域・職域連携推進協議会等を活用して、市町村国民健康保険者（以下「市町村国保」という。）と国保組合、被用者保険との間で、健診データやレセプトデータ等（以下「健康・医療情報」という）の他、それぞれが捉えている地域の健康課題、保健事業の実施状況等を共有するなどして、役割を分担しながらどのように取組を進めていくかなどの連携体制の確認等を行うことが非常に重要である。

イ　高齢者に対する取組

高齢者の保健事業を実施する際には、高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン、標準的な健診・保健指導プログラム（令和６年度版）等を参照し、実施することが望ましい。

高齢者への健診・保健指導では生活習慣病の重症化予防だけではなく、体重や筋肉量の減少、低栄養等によるフレイル等の予防・改善に着目した対策に徐々に転換することが必要である。特に、75 歳以上の者への保健指導については、生活習慣病等の慢性疾患の重症化予防に加え、後期高齢者の質問票等を活用し、フレイル等に関連する老年症候群（低栄養、転倒・骨折、誤嚥性肺炎等）等の心身機能の低下とそれに起因する疾病の予防に着目し、実施する必要がある。また、その方法については、本人が主体的に選択できるように配慮するとともに、認知機能の程度を含む加齢による心身の特性の変化や性差、生活状況等の実情に応じた内容とし、地域包括ケアシステムにおける関係者や地域住民も含めて地域ぐるみでの支援を行うことも検討する。

また、個人ごとの健康状態の差が大きくなり多様性が更に高まることや、75 歳以上の多くの者が医療機関を受診していることを勘案すると、医療機関と連携した取組を推進する必要がある。

さらに、高齢者糖尿病においては低血糖に対する脆弱性を有するため、低血糖症状の有無を問わず血糖が下がりすぎていないかを確認すべきであることに留意する。低血糖により認知機能低下や心血管イベントの増加等をきたしやすく、要介護認定のリスクが高い疾患の一つであることに留意する。

３　取組に当たっての関係者の役割

地域における取組を検討するに当たっては、以下の役割を念頭に、関係者が密接に連携して対応するものとする。

（１）市町村の役割

ア　庁内体制の整備

健康増進担当課や国保担当課、後期高齢者医療担当課等の担当者による庁内連携体制を整え、定期的な会議等の場を持ち、糖尿病性腎症重症化予防事業への共通認識を持つ。

実施に当たっては、健康増進担当課と国保担当課の連携を深め、保健師・管理栄養士等の専門職や事務職の人材を効率的に活用する、専門知見や人材を有する外部委託事業者を活用する、茨城県国民健康保険団体連合会（以下「茨城県国保連合会」という。）の知見や人材を活用するなど、柔軟な取組を検討する。

糖尿病性腎症重症化予防の取組では、内外と連携することが多いため、窓口となる担当者を外部の関係者に明示するなど、業務における情報共有や協議を円滑に進められるよう工夫する。

イ　地域連携を通した課題分析と情報共有

自治体が保有する健康・医療情報等から未治療者、治療中断者、コントロール不良者を抽出し継続的に追跡するとともに、他部門、他機関と連携した包括的な支援を行う。

健康・医療情報を用いて、被保険者の疾病構造や健康問題などを分析する。課題分析や分析結果の解釈に当たっては、地域の関係団体（郡市医師会等）と連携し、互いの持ち得る健康・医療情報（量的・質的データ）等を共有のうえ、取り組むことが望ましい。

課題分析においては、その地域が有する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、かかりつけ医機能を有する医療機関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。

郡市医師会やかかりつけ医機能を有する医療機関、地域の専門医療機関、県（保健所を含む。）、茨城県後期高齢者医療広域連合（以下「茨城県広域連合」という。）、茨城県糖尿病対策推進会議、茨城県国保連合会等の関係機関の担当窓口と顔の見える関係性を築く。また、協議会の開催等により、各自が捉えている健康課題や取組及び、その中で実施している事業の目標設定や企画、実施方法、評価について共有する（既存の会議体の活用も検討する）。特に、後期高齢者医療制度の保健事業との一体的な実施に当たっては、茨城県広域連合との連携内容について、十分協議する。

健康・医療情報等の分析については、茨城県国保連合会等に支援を求め、国保データベース(KDB)システム（以下「KDB システム」という。）の活用や茨城県国保連合会に設置されている保健事業支援・評価委員会の助言を受けるなど活用することが望ましい。

また、糖尿病性腎症重症化予防の取組の実践の中で明らかになった課題についても整理し、次の取組に活かす。

ウ　事業計画の立案

イの課題分析の結果を踏まえ、対象者の年代に応じた抽出条件や取組の優先順位等を考慮し、事業計画を立案する。

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、ハイリスク者を抽出するための健診項目やレセプトデータ、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うえで、医療機関への受診勧奨や保健指導の内容について検討する。

その際、郡市医師会等の関係団体と、これらの課題、対策について協議する。

また、適切な事業評価を行うために、計画には事業目的を踏まえて目標と評価指標を設定する。評価指標の設定は、短期的な評価指標だけではなく、中長期的な評価指標も設定することが望ましく、評価の実施時期や評価方法等も記載する。

エ　事業実施

ウの事業計画に基づき事業を実施する。

なお、保険者として実施する健診の結果に基づいて対象者の抽出を実施することが多いことから、特定健康診査や後期高齢者健康診査の受診率を高めていくと同時に、未受診者への支援のあり方や支援方法を検討すること。

オ　事業評価

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。

カ　人材確保・育成

保健指導を効果的に実施するためには、糖尿病性腎症の病態や保健指導の方法、保健事業の企

画、地域の医療関係者との連携・協働、データによる評価やKDBシステムなどについての知識やスキルが必要であることから、保健師や管理栄養士等の計画的な人材の確保・育成・資質向上が重要である。

また、専門職や事務職を問わず担当者が積極的に研修会等へ参加できるようにするなど、糖尿病性腎症に関する知識や技術等を習得する機会を設けるよう努める。

キ　他の保険者の保健事業との連携

被保険者は、市町村国保と被用者保険の間を異動することもあるため、地域での取組に当たっては、そうした被用者保険の取組と連携することが望ましい。また、高齢者の保健事業の実施に当たっては、茨城県広域連合と市町村で連携し、保険者間の引き継ぎを密にし、継続的な支援や評価を可能にすることが重要である。

（２）茨城県国保連合会の役割

茨城県国保連合会は、市町村国保や茨城県広域連合がより効果的・効率的に糖尿病性腎症重症化予防事業に取り組むことができるよう、市町村及び茨城県広域連合、県との連携を図る。また、KDBシステムの活用によるデータ提供・分析や活用支援等により、支援を必要とする市町村等への支援を行う。

（３）茨城県広域連合の役割

茨城県広域連合は、自らプログラムに基づいた取組を実施するほか、保健事業を市町村に委託し、市町村国保の保健事業と一体的に実施されるよう調整を行うなど、市町村（後期高齢者医療担当課・介護予防担当課や健康増進担当課、地域包括支援センター）との連携を図る。

また、高齢者の健康状態や医療費等の状況について、県全体を俯瞰して健康・医療情報を分析加工した統計資料等の提供や説明を行う。

市町村が茨城県広域連合からの委託により保健事業を実施する際においても、データの提供や閲覧権限の付与など、実施支援のための情報提供を行う。

市町村に委託して保健事業を実施する場合または茨城県広域連合が直接保健事業を実施する場合のいずれにおいても、茨城県広域連合は市町村と連携し、双方が主体的に取り組めるよう、企画・実施・評価を行える体制構築に努めること。

（４）全国健康保険協会茨城支部、共済組合、国保組合及び健康保険組合連合会茨城連合会に所属する各団体の役割

全国健康保険協会茨城支部、共済組合、国保組合及び健康保険組合連合会茨城連合会に所属する各団体は、市町村の役割と同様に当該団体に所属する加入者に係る健康課題の分析、事業計画の立案、事業の実施、事業の評価、人材確保・育成及び他の保険者と連携を行うよう努める。

（５）茨城県保険者協議会の役割

茨城県保険者協議会は、保険者間の情報共有、保険者の取組状況についての調査・分析に取り組む。また、保険者による本プログラムに基づく取組を促進するため、保険者を対象とした保健指導の質の向上のための研修を開催する等、事業の円滑な実施に協力する。

（６）茨城県の役割

茨城県は、本プログラムを関係団体へ周知し、保険者における取組が円滑に実施できるよう医療連携体制の構築を図る。また、茨城県医師会や茨城県糖尿病対策推進会議等と県内の取組状況を共有し、糖尿病性腎症重症化予防の取組の効果について、広域的な観点から、県全体での評価を行う。

糖尿病性腎症重症化予防の取り組みの推進に当たっては、県内の健康課題等に関する俯瞰的な整理を行うとともに、保険者が現状分析や計画の立案・評価等を行うに当たって活用可能なデータの提供やデータの分析・評価の支援、研修等を行う。

保健所は、地域分析の実施主体や市町村及び保険者の身近な相談相手としての役割を果たすことが重要である。郡市医師会・医療機関をはじめとする地域の医療関係者や市町村及び保険者との連携のつなぎ役となるなど、保健所の機能を活用した取組や支援を積極的に行う。

（７）茨城県医師会等の役割

茨城県医師会は、保険者による本プログラムに基づく取組が円滑に実施できるよう、プログラムを郡市医師会へ周知するとともに、かかりつけ医機能を有する医療機関や茨城県糖尿病登録医、専門医と保険者との連携体制の構築に努める。

また、郡市医師会等に対して、糖尿病性腎症重症化予防の取組に係る県における動向等を周知し、必要に応じ助言する。

地域における糖尿病性腎症重症化予防の取組は、市町村及び保険者の取組に加え、かかりつけ医機能を有する医療機関と専門医等との連携強化などが重要であるため、茨城県医師会及び郡市医師会は会員及び医療従事者等に対し、その取組を周知する。

また、都道府県や市町村等から相談があった場合には糖尿病性腎症重症化予防の取組に可能な限り協力するとともに、実施方法等について助言するほか、受診勧奨、保健指導の取組の実施に必要な協力を行う。

郡市医師会は、各地域での推進体制（連絡票、事例検討等）について保険者と協力する。

（８）茨城県糖尿病対策推進会議の役割

茨城県糖尿病対策推進会議は、保険者による本プログラムに基づく取組が円滑に実施できるよう、プログラムや糖尿病性腎症重症化予防の取組に係る県の動向等について構成団体へ周知するとともに、医学的・科学的観点から県内の取組について助言を行うなど、県や保険者の取組に協力する。

また、保険者が茨城県糖尿病対策推進会議と連携を図れるよう、窓口となる責任者を決め、周知するとともに、責任者は県や保険者が行う糖尿病性腎症重症化予防の取組への助言など、必要な協力を行う。

会議の構成団体は、県民や患者への啓発、医療従事者への研修に努め、地域医療体制の構築に協力する。

４　地域における関係機関との連携

本プログラムにおける各機関の役割については「３　取組に当たっての関係者の役割」で述べたが、それらが有機的に連携していくことが重要である。地域における取組を効率的に推進するに当たっては、関係者が各々の役割を理解したうえで、密接に連携して対応することが期待される。

地域の医療関係団体は、糖尿病性腎症重症化予防の取組が円滑かつ効果的なものとなるように、

市町村及び保険者の求めに応じて必要な協力を行う。

また、糖尿病性腎症重症化予防の取組は市町村等が単独で実施するのではなく、地域の医療関係団体と課題を共有し、合意形成を図り、個々の対象者の状況に応じた対応を確保して進める必要がある。

（1）市町村及び保険者は、かかりつけ医機能を有する医療機関等との連携体制について、あらかじめ郡市医師会や茨城県糖尿病対策推進会議等の地域の関係者と十分協議の上、推進体制を構築する。

地域の推進体制の構築に当たっては、保健所と協力し、地域の実情に応じた支援体制を構築する。例えば、広域的な対策会議や具体的事例の検討を行う連絡会の開催など、地域の関係者間で顔を合わせる機会を設け、事業の枠組みについて問題認識の共有、合意形成を図り、各保険者の事業の実施状況、評価結果等について地域の関係者に情報を提供し、協議の場をもつことなどが考えられる。

保険者における事業の評価のためには、臨床における検査値（血圧、血糖、腎機能等）が必要となることから、糖尿病連携手帳等を活用し、本人ならびに連携機関と情報を共有する。

（2）かかりつけ医機能を有する医療機関、茨城県糖尿病登録医、糖尿病専門医及び腎臓専門医は、糖尿病患者への医療提供に当たり、糖尿病の診断時から、必要に応じてかかりつけ医と専門的な管理を行う医療機関の連携により、患者を中心とした医療を提供する。連携に当たっては、日本糖尿病学会と日本腎臓学会が作成する紹介基準等を参考に検討するものとする。また、地域の実情に合わせて地域連携パスの作成、運用等、必要に応じて相互に連携できる体制を整える。

（3）糖尿病の合併症として網膜症、歯周病及び歯の喪失等があることから、眼科、歯科等他科との連携、医科歯科連携の仕組みを構築し活用することが望ましい。

（4）かかりつけ薬局や健康サポート薬局、栄養ケア・ステーション、まちの保健室など、地域で活動する保健医療等の専門職・地域住民による主体的な健康の保持・増進を支援する機関と連携し、糖尿病性腎症重症化予防の体制整備に有効に活用されるよう検討する。

５　対象者の抽出基準

（１）本プログラムにおける糖尿病性腎症の定義

本プログラムにおける糖尿病性腎症の定義は以下のとおりとする。

本プログラムにおける糖尿病性腎症の定義

：糖尿病であり、腎障害が存在していること（疑いも含む）

糖尿病であるか糖尿病が疑われる状態であること：①から③のいずれかを満たすこと

① 空腹時血糖または随時血糖※1 126mg/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 受容体作動薬等）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）

※1 空腹時血糖は絶食 10 時間以上、随時血糖は食事開始時から 3.5 時間以上絶食 10 時間未満に採血が実施されたものとする。

腎障害が存在しているか存在が疑われる状態であること：①から④のいずれかを満たすこと

① 腎症第４期：eGFR30mL/分/1.73m² 未満

② 腎症第３期：尿蛋白陽性

③ レセプトデータに糖尿病性腎症又は腎障害の悪化を示す病名が記載されている

④ 腎症第２期以下の場合には、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 5mL/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（±）※2

○ 血圧コントロールが不良（ 目安： 140/90mmHg 、後期高齢者 150/90mmHg 以上）

※2 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。

（２）対象者の抽出基準

ア　健診受診者からの対象者抽出

健診結果やレセプトデータを基に、別表の基準に該当する者として保険者が抽出した者。

対象者の抽出基準においては、健診時の尿蛋白（尿定性）や eGFR から腎障害が存在している者を把握、糖尿病については治療の有無と HbA1c・血糖の状況、血圧についても治療の有無と受診勧奨値以上であるかを把握することを基本とする。別表は腎障害が存在している者、HbA1c が高い者、高血圧の治療をしていない者に対して優先的に受診勧奨（面談等）、保健指導を行うことを基本として作成したものである。高血圧で受診中であるが糖尿病の治療を受けていない者については、主治医との相談を促すことが必要であり、受診勧奨ではなく保健指導として分類している。

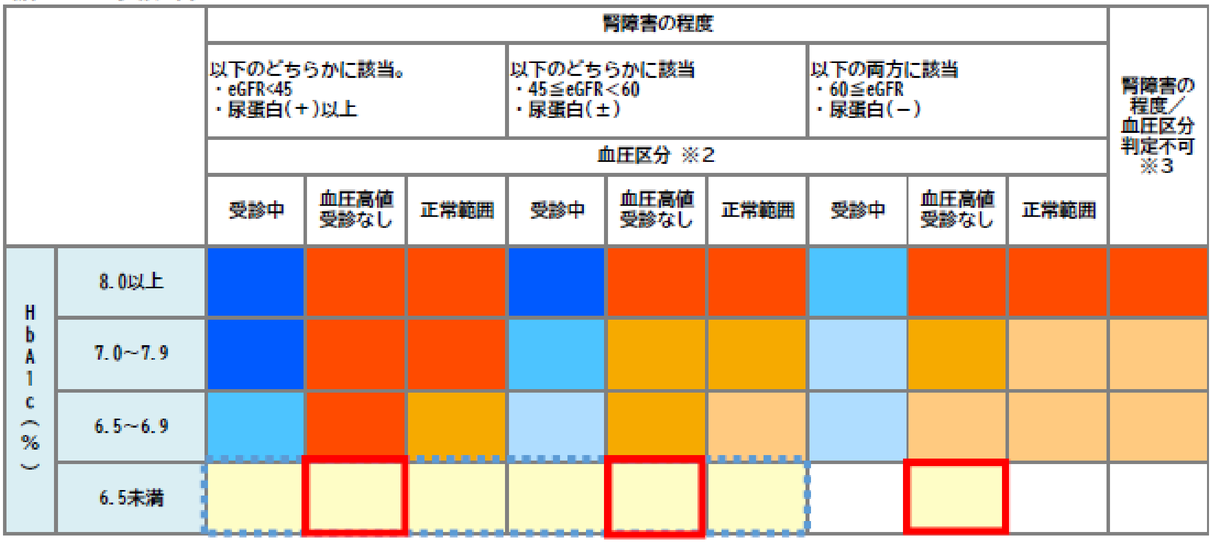
また、後期高齢者においては、糖尿病の管理目標が青壮年期等他の年齢層と異なることに留意し、保健指導の対象者選定においてより優先順位の高い者に絞ることも検討する。

なお、次のいずれかに該当する者は除く。

- がん等で終末期にある者
- 糖尿病に関する服薬、運動、栄養等の療養上の管理を行っている者（在宅自己注射指導管理料、生活習慣病管理料、糖尿病透析予防指導管理料等の診療報酬における加算の算定対象となっている者）

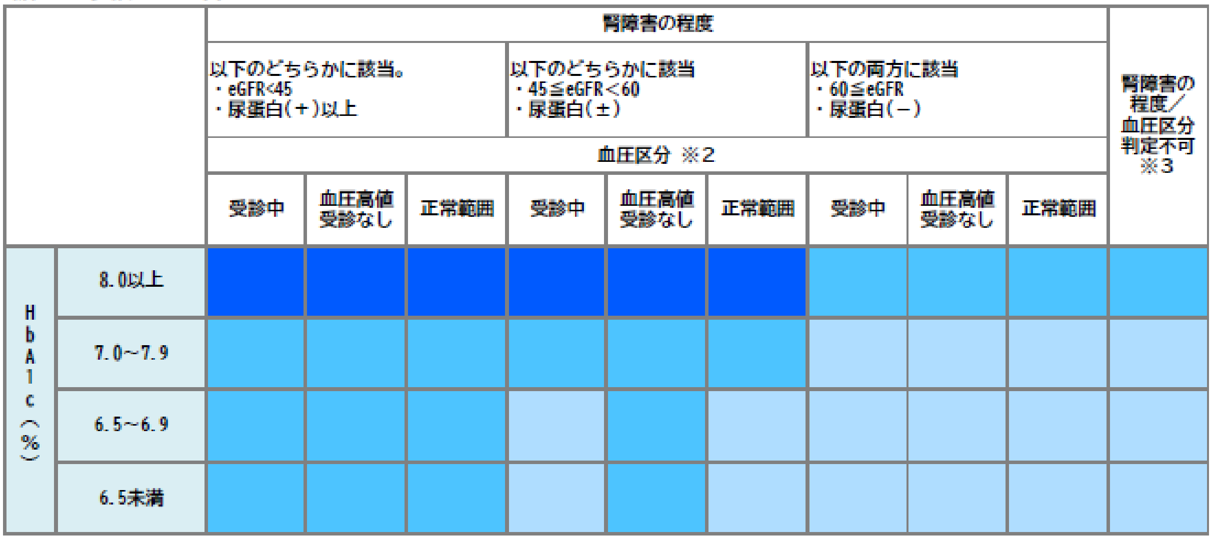
【別表】健診・レセプトデータを基にした対象者抽出基準

糖尿病未受診者　※1



点線青枠：健診・レセプト情報から糖尿病と判断できないため、糖尿病性腎症重症化予防事業の対象外。
（CKD対策＜点線青枠＞、高血圧対策＜実線赤枠＞としての受診勧奨・保健指導等は必要に応じて行う）

糖尿病受診中の者　※4



糖尿病受診中の場合にはHbA1c<6.5%も糖尿病性腎症重症化予防事業の対象。
糖尿病受診中で主治医があるため、高血圧未受診でも受診勧奨ではなく保健指導とする。

※１糖尿病未受診者：対象年度に２型糖尿病の受診実績が無い者。
※２　血圧区分の「受診中」：対象年度に高血圧症の受診実績がある者。
「血圧高値受診なし」：140mmHg≦収縮期血圧または90mmHg≦拡張期血圧に該当し、対象年度に高血圧症の受診実績が無い者。
「血圧高値」判定は、収縮期血圧または拡張期血圧のいずれかの測定値のみでも、有所見判定(140mmHg≦収縮期血圧または90mmHg≦拡張期血圧)が可能な者も含む。
※３　腎障害の程度／血圧区分判定不可：HbA1c測定者のうち、尿蛋白、血圧の測定値が無く、腎機能、血圧区分のいずれかの判定ができない者。
eGFRの測定値が無い場合は暫定的に「異常なし」と分類。
※４　糖尿病受診中の者：対象年度に２型糖尿病の受診実績がある者。

（ア）健診結果を基にした抽出に当たっての留意点

本プログラムに基づき実施される事業の対象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、日本腎臓学会等各関連学会の最新のガイドラインを参照し、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。

高齢者は低血糖防止等の観点から、「高齢者糖尿病診療ガイドライン 2023」において青壮年期よりも緩和した基準が提示されており、それを踏まえた対応が必要である。特に、後期高齢者に対する糖尿病性腎症重症化予防については、「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン」等を参照し、医師会等地域の関係機関と抽出基準や保健指導の方法等について相談することが望ましい。

イ　健診未受診者からの対象者抽出

特定健康診査をはじめとする健診を受診していない者の中にも、糖尿病である者やその疑いがある者、糖尿病の治療が中断している者、血糖コントロールが良好でない者等の受診勧奨や保健指導が必要となる者がおり、これらの者に対しても受診勧奨や保健指導を行う必要がある。

なお、特定健康診査をはじめとする健診は、健康づくりの観点から経時的に受診することが望ましく、糖尿病について受診中であっても、健診の受診を勧奨することが必要である。

（ア）保険者が抽出する場合（糖尿病治療中断かつ健診未受診者）

以下のいずれかに該当する者を対象として状況確認を行い、健診・医療機関受診を勧奨する。

・過去に糖尿病治療歴がある者で、直近１年間において糖尿病受療歴がない者。（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者を除く）なお、若い年齢からの介入がより効果が高いため、年齢層を考慮する。

・過去３年間程度の健診データにおいて空腹時血糖 126mg/dl 以上又は HbA1c　6.5%以上が確認されているものの、直近１年間において健診受診歴や糖尿病受療歴がない者。（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者を除く）

なお、次のいずれかに該当する者は除く。

・がん等で終末期にある者

・糖尿病に関する服薬、運動、栄養等の療養上の管理を行っている者（在宅自己注射指導管理料、生活習慣病管理料、糖尿病透析予防指導管理料等の診療報酬における加算の算定対象となっている者）

（イ）医療機関が抽出する場合

糖尿病治療中に尿アルブミン、尿蛋白、eGFR 等により腎障害の悪化が判明し、保健指導が必要と医師が判断した者。

例）・生活習慣の改善が困難な者

・治療を中断しがちな者

・自施設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

・専門医療機関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連携が望ましいと考えられる場合

６　介入方法

健診受診者については、別表の基準を参考に、保険者の実情に合わせて介入方法を検討すること。

【レベルに応じた介入方法の例】

レベル	受診勧奨の場合	保健指導の場合
Ⅰ	通知、健康教室等の案内（面談の機会を設定）	主に糖尿病及び生活習慣の改善に関する内容について通知、健康教室の案内
Ⅱ	通知・電話／面談	腎障害の悪化を予防するための、糖尿病等生活習慣病の管理に関する内容を中心とし、通知・電話／面談
Ⅲ	通知・電話／面談／訪問にて確実に実施	腎障害の悪化を防ぐための治療や生活に関する内容を中心とし、通知・電話／面談／訪問を確実に実施

緊急度に応じた介入の程度
弱 → 強

なお、上記基準値に該当する者のうち、医療機関で治療中の者に対しては、かかりつけ医機能を有する医療機関との十分な連携のもとに保健指導を行うこと。

また、後期高齢者については「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン」等を参照すること。

（１）受診勧奨

保険者は、抽出したすべての対象者へ受診勧奨を行い、医療機関受診につなげるとともに、必要に応じて受診後のフォローを行う。

特に、受診勧奨レベルが高い者に対し受診勧奨を実施す場合には、可能な限り電話や訪問等により、個別に速やかに受診勧奨を行うとともに、受診勧奨から２～３か月後に医療機関からの回答書、本人への聞き取り、レセプトデータ等により受診状況を確認し、医療機関受診につながっていない場合には、再勧奨を行う。

なお、腎障害の程度にかかわらず、HbA1c が 6.5%以上の者のうち、高血圧で受診中でありながらも糖尿病で未受診の場合については、高血圧で受診している医療機関等に健診結果を持参の上、血糖検査の結果が受診勧奨判定値以上であることを相談するよう保健指導する。

受診勧奨の方法としては、以下の方法等があげられる。

① 郵送による通知
② 電話
③ 個別面談
④ 戸別訪問

（２）保健指導

ア　保健指導の内容

保健指導は、個人又は集団を対象として行う方法があり、更に各々について対面及び ICT 等を活用した方法がある。支援の際は、それぞれの特性を踏まえ、適切に組み合わせて実施する。

原則として、保険者が個別に定める。なお、治療中患者の対象者へ保健指導を複数月にわたり定

期的に実施する場合は、指導方針について医療機関と十分に連携を取り、専門職（保健師、管理栄養士等）が保健指導を実施する。

イ　保健指導実施までの手順（参考資料６　フローチャート参照）

保険者は、以下のいずれかの方法もしくは保険者が個別に定める方法により、かかりつけ医機能を有する医療機関（または郡市医師会等）と連携した上で、保健指導を実施する。

（ア）保険者が抽出する場合

a　保険者は、保健指導候補者（対象者）へ、健診結果・レセプトデータ等をかかりつけ医機能を有する医療機関へ情報提供することについて、「健診データ等情報提供書（様式１）」（以下「健診データ等」という。）により承諾を得る。

b　保険者は、かかりつけ医機能を有する医療機関に「健診データ等」により相談のうえ、保健指導対象者を選定し、かかりつけ医機能を有する医療機関から対象者へ保健指導の参加勧奨を行う。

なお、かかりつけ医機能を有する医療機関への相談に当たっては、必要に応じて専門職（保健師、管理栄養士等）が訪問することが望ましい。

c　かかりつけ医機能を有する医療機関は、プログラム参加への同意が得られた対象者について、受診時に治療及び保健指導方針等を協議の上、「糖尿病性腎症保健指導情報提供書（様式２）」（以下「情報提供書」という。）を作成し、保険者宛てに提出する。

なお、「情報提供書」の作成に当たっては、必要に応じて専門職（保健師、管理栄養士等）が訪問するなどし、かかりつけ医機能を有する医療機関と共同して作成することが望まれる。

d　対象者は、初回の保健指導実施までに、「糖尿病性腎症保健指導プログラム参加同意書（様式３）」（以下「同意書」という。）を保険者宛てに提出する。

（イ）医療機関が抽出する場合

a　かかりつけ医機能を有する医療機関は、保健指導を要する対象者の加入保険者が本プログラムに基づく保健指導を実施している場合には、保険者へ連絡のうえ対象者に保健指導への参加勧奨を行う。

b　かかりつけ医機能を有する医療機関は、プログラム参加への同意が得られた対象者について、受診時に治療及び保健指導方針について協議の上、「情報提供書」を作成し、保険者宛てに提出する。

c　対象者は、初回の保健指導実施までに、「同意書」を保険者宛てに提出する。

ウ　保健指導における情報の共有

かかりつけ医機能を有する医療機関は、病歴聴取や診察、保険診療における検査等により、対象者の病期判断、循環器疾患等のリスクや糖尿病合併症の状況を本人に説明するとともに、保健指導上の留意点を「情報提供書」により、保険者に伝える。

また、保健指導終了後、保険者は、保健指導の実施結果を「糖尿病性腎症保健指導実施報告書（様式４）」により、かかりつけ医機能を有する医療機関に報告する。

なお、保険者、対象者及びかかりつけ医機能を有する医療機関等は、必要に応じて糖尿病連携手

帳を活用し、情報を共有する。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ことが望ましい。

エ　高齢者を対象とした取組の実施について

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、認知症等の進行により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ため、高齢者の特性を踏まえた対象者抽出基準、保健指導方法を検討する。

青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う。

高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン、高齢者糖尿病診療ガイドライン 2023（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（2019 年一部改訂）(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)等の最新の各種ガイドラインを参考に実施する。

7　事業を円滑に進めるための留意点

（１）ICT を活用した取組の実施

市町村等が行う受診勧奨や保健指導において、ICT を活用した介入（オンライン面接、アプリ活用等）が実施されることも考えられることから、対面での面談が難しい青壮年期層では積極的な活用が望ましい。

遠隔面接による保健指導では、本人確認を確実に行うことやプライバシーが保たれるようにすること、保健指導の質の担保のための資料の工夫が必要である。

なお、アプリケーション等を用いた保健指導の際の個人情報の取扱い等に留意すること。

ICT を活用した保健指導の実施に当たっての留意点の詳細は「標準的な健診・保健指導プログラム（令和６年度版）第３編第３章３－３ICT を活用した保健指導とその留意事項」並びに「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（第４版)」を参照のこと。

（２）委託にて事業を実施する際の留意点

市町村等の庁内体制の整備や関係機関との調整・連携、課題の分析、事業計画の作成、対象者の抽出基準の設定・実施する受診勧奨や保健指導の内容の決定、事業の評価・見直し等、事業の根幹に関わるものについては、委託する場合であっても、委託元自らが実施することが望ましい。

委託に当たっては、事前に郡市医師会等、地域の関係団体との間で、委託する内容等の方針について協議を行うことが望ましい。また、市町村等は事業の目的や理念を明確にし、委託する業務を検討する必要がある。そのうえで、委託する目的や目標、業務内容を委託先の事業者に明確に伝えることが重要である。

例えば、委託事業者が郡市医師会やかかりつけ医機能を有する医療機関等と直接やりとりをする形をとる際には、市町村等は事業の計画段階から郡市医師会等と協議し、市町村等としての取組であること、その取組を一体的に進めたいということを伝える等するとともに、委託事業者に任せきりにするのではなく市町村等において事業の詳細、進捗状況を把握し、委託期間の終了時の評価以外にも定期的（月ごと、あるいは委託期間の中間時）に評価する等、全体のプロセスを

管理し、事業全体の評価は委託元自らが実施すること。

その他委託に当たっての留意点は「標準的な健診・保健指導プログラム（令和６年度版）第１編第１章１－５健診・保健指導の外部委託」を参照すること。

８　プログラムの評価

保険者は、計画策定時に設定した目標や評価指標、評価方法に基づいて、ストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカムの視点で評価を行う。

評価に当たっては、事業にかかる費用が十分な事業効果につながっているか、費用対効果の観点を考慮した評価を行うことが望ましい。

（１）実施体制の評価

ア　課題分析の実施

イ　課題分析結果に基づく対象、目的、方法の決定

ウ　関係者間の連携体制の構築

エ　予算、マンパワー等の確保

（２）受診勧奨の評価指標

ア　基準に基づき抽出された対象者に対し、受診勧奨を行った者の人数及び割合

イ　基準に基づき抽出された対象者及び受診勧奨を行った者のうち、医療機関受診につながった者の人数及び割合

（３）保健指導の評価指標

ア　基準に基づき抽出された対象者のうち、保健指導の参加勧奨を行った者の人数及び割合

イ　基準に基づき抽出された対象者及び保健指導の参加勧奨を行った者のうち、保健指導を開始した者の人数及び割合

ウ　基準に基づき抽出された対象者及び保健指導を開始した者のうち、保健指導を終了した者の人数及び割合

エ　保健指導を終了した者のうち、次の項目が改善した者の人数及び割合

（ア）身体状況（検査データ）

血糖・HbA1c、尿蛋白、eGFR、血圧

体重（BMI)、LDL コレステロール、尿アルブミン、口腔機能

（イ）生活習慣

食生活改善意欲、食生活、運動習慣、飲酒、喫煙

（ウ）医療機関への継続受診

オ　保健指導を開始した者のうち、保健指導脱落者の人数及び割合、脱落の理由

（４）プログラムの評価指標

新規透析導入患者数の推移、うち糖尿病性腎症を原因とする者の人数及び割合

９　個人情報の取扱い

健康・医療情報は、一般的には、個人情報の保護に関する法律（平成 15 年法律第 57 号。）に定める要配慮個人情報に該当するため、他の個人情報よりも慎重に取り扱うこと。

保険者においては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内等での利用、委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取扱いが確保されるよう措置を講じる。

なお、個人情報の取り扱いについては、以下のガイドライン並びにガイダンス等を参照すること。

・個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン（行政機関等編）
（令和４年１月（令和５年 12 月一部改正）個人情報保護委員会）

・医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス
（平成 29 年４月 14 日、令和５年３月一部改正、個人情報保護委員会 厚生労働省）

その他、「標準的な健診・保健指導プログラム（令和６年度版） 第３編第３章３－３ ICT を活用した保健指導とその留意事項／第４編第３章３－４ 個人情報の保護とデータの利用に関する方針」を参照のこと。

（事業者に委託する場合の対応）

保険者が事業の実施の一部を事業者に委託する際に、委託業務の遂行のために健診結果やレセプトデータ等を当該事業者に提供する場合には、当該データの盗難・紛失等を防ぐための組織的、人的、物理的、技術的な安全管理措置及び外的環境の把握等に留意して委託仕様等を作成するとともに、委託先において当該個人データの安全管理措置等が適切に講じられるよう、保険者が必要かつ適切な管理、監督をするなど、個人情報の管理について万全の対策を講じること。

（参考資料）

1　糖尿病性腎症病期分類

2　糖尿病血糖コントロール目標

3　高齢者の糖尿病の血糖コントロール目標（HbA1c 値）

4　かかりつけ医から糖尿病専門医・専門医療機関への紹介基準

5　かかりつけ医から腎臓専門医・専門医療機関への紹介基準

6　フローチャート

（様式１）健診データ等情報提供書

（様式２）糖尿病性腎症保健指導情報提供書

（様式３）糖尿病性腎症保健指導プログラム参加同意書

（様式４）糖尿病性腎症保健指導実施報告書

1　糖尿病性腎症病期分類（注１）

	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）[34]	GFR（eGFR）[注３] （推算糸球体濾過量） （mL/分/1.73 m^2）
	第１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[35]	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
保険者等による詳細健診の血清Cr測定で把握	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（日腎会誌　2023 ；65(7) ：847-856　糖尿病性腎症病期分類2023の策定　糖尿病背腎症合同委員会・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/1.73m^2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。

2　糖尿病血糖コントロール目標

日本糖尿病学会編・著　糖尿病治療ガイド　2022-2023

目標	コントロール目標値 注4)		
	血糖正常化を目指す際の目標 注1)	合併症予防のための目標 注2)	治療強化が困難な際の目標 注3)
HbA1c（%）	6.0未満	7.0未満	8.0未満

治療目標は年齢、罹患期間、臓器障害、低血糖の危険性、サポート体制などを考慮して個別に設定する。

注１）適切な食事療法や運動療法だけで達成可能な場合、または薬物療法中でも低血糖などの副作用なく達成可能な場合の目標とする。

注２）合併症予防の観点からHbA1cの目標値を７%未満とする。対応する血糖値としては、空腹時血糖値130mg/dL未満、食後２時間血糖値180mg/dL未満をおおよその目安とする。

注３）低血糖などの副作用、その他の理由で治療の強化が難しい場合の目標とする。

注４）いずれも成人に対しての目標値であり、また妊娠例は除くものとする。

３　高齢者の糖尿病の血糖コントロール目標（HbA1c 値）

日本老年学会、日本糖尿病学会・著　高齢者糖尿病診療ガイドライン 2023

患者の特徴・健康状態 注1)		カテゴリーⅠ ①認知機能正常 かつ ②ADL自立		カテゴリーⅡ ①軽度認知障害～軽度認知症 または ②手段的ADL低下，基本的ADL自立	カテゴリーⅢ ①中等度以上の認知症 または ②基本的ADL低下 または ③多くの併存疾患や機能障害
重症低血糖が危惧される薬剤（インスリン製剤、SU薬、グリニド薬など）の使用	なし 注2)	7.0%未満		7.0%未満	8.0%未満
	あり 注3)	65歳以上75歳未満 7.5%未満 （下限6.5%）	75歳以上 8.0%未満 （下限7.0%）	8.0%未満 （下限7.0%）	8.5%未満 （下限7.5%）

治療目標は、年齢、罹病期間、低血糖の危険性、サポート体制などに加え、高齢者では認知機能や基本的ADL、手段的ADL、併存疾患なども考慮して個別に設定する。ただし、加齢に伴って重症低血糖の危険性が高くなることに十分注意する。

注１）認知機能や基本的ADL（着衣、移動、入浴、トイレの使用など）、手段的ADL（IADL：買い物、食事の準備、服薬管理、金銭管理など）の評価に関しては、日本老年医学会のホームページ（https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/）を参照する。エンドオブライフの状態では、著しい高血糖を防止し、それに伴う脱水や急性合併症を予防する治療を優先する。

注２）高齢者糖尿病においても、合併症予防のための目標は7.0%未満である。ただし、適切な食事療法や運動療法だけで達成可能な場合、または薬物療法の副作用なく達成可能な場合の目標を6.0%未満、治療の強化が難しい場合の目標を8.0%未満とする。下限を設けない。カテゴリーⅢに該当する状態で、多剤併用による有害作用が懸念される場合や、重篤な併存疾患を有し、社会的サポートが乏しい場合などには、8.5%未満を目標とすることも許容される。

注３）糖尿病罹病期間も考慮し、合併症発症・進展阻止が優先される場合には、重症低血糖を予防する対策を講じつつ、個々の高齢者ごとに個別の目標や下限を設定してもよい。65歳未満からこれらの薬剤を用いて治療中であり、かつ血糖コントロール状態が図の目標や下限を下回る場合には、基本的に現状を維持するが、重症低血糖に十分注意する。グリニド薬は、種類・使用量・血糖値等を勘案し、重症低血糖が危惧されない薬剤に分類される場合もある。

4　かかりつけ医から糖尿病専門医・専門医療機関への紹介基準　～主に糖尿病治療ガイドより～
作成：日本糖尿病学会、監修：日本医師会

1. 血糖コントロール改善・治療調整

○薬剤を使用しても十分な血糖コントロールが得られない場合、あるいは次第に血糖コントロール状態が悪化した場合
（血糖コントロール目標（※1）が達成できない状態が3ヵ月以上持続する場合は、生活習慣の更なる介入強化や悪性腫瘍などの検索を含めて、紹介が望ましい）。

○新たな治療の導入（血糖降下薬の選択など）に悩む場合。

○内因性インスリン分泌が高度に枯渇している場合（1型糖尿病等）。

○低血糖発作を頻回に繰り返す場合。

○妊婦へのインスリン療法を検討する場合。

○感染症が合併している場合。

※1. 血糖コントロール目標

目標	血糖正常化を目指す際の目標	合併症予防のための目標	治療強化が困難な際の目標
HbA1c(%)	6.0未満	7.0未満	8.0未満

高齢者については"高齢者糖尿病の血糖コントロール目標"を参照

2. 教育入院

○食事・運動療法、服薬、インスリン注射、血糖自己測定など、外来で十分に指導ができない場合（特に診断直後の患者や、教育入院経験のない患者ではその可能性を考慮する）。

3. 慢性合併症

○慢性合併症（網膜症、腎症（※2）、神経障害、冠動脈疾患、脳血管疾患、末梢動脈疾患など）発症のハイリスク者（血糖・血圧・脂質・体重等の難治例）である場合。

○上記糖尿病合併症の発症、進展が認められる場合。

※2. 腎機能低下やタンパク尿（アルブミン尿）がある場合は"かかりつけ医から腎臓専門医・専門医療機関への紹介基準"を参照のこと。

4. 急性合併症

○糖尿病ケトアシドーシスの場合（直ちに初期治療を開始し、同時に専門医療機関への緊急の移送を図る）。

○ケトン体陰性でも高血糖（300mg/dl以上）で、高齢者などで脱水徴候が著しい場合
（高血糖高浸透圧症候群の可能性があるため速やかに紹介することが望ましい）。

5. 手術

○待機手術の場合（患者指導と、手術を実施する医療機関への日頃の診療状態や患者データの提供が求められる）。

○緊急手術の場合（手術を実施する医療機関からの情報提供の依頼について、迅速に連携をとることが求められる）。

上記基準ならびに地域の状況等を考慮し、かかりつけ医が紹介を判断し、かかりつけ医と専門医・専門医療機関で逆紹介や併診等の受診形態を検討する。

5　かかりつけ医から腎臓専門医・専門医療機関への紹介基準

作成：日本腎臓学会、監修：日本医師会

<table>
<tr><th colspan="2">原疾患</th><th colspan="2">蛋白尿区分</th><th>A1</th><th>A2</th><th>A3</th></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">糖尿病</td><td colspan="2" rowspan="2">尿アルブミン定量（mg/日）
尿アルブミン/Cr比（mg/gCr）</td><td>正常</td><td>微量アルブミン尿</td><td>顕性アルブミン尿</td></tr>
<tr><td>30未満</td><td>30～299</td><td>300以上</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">高血圧
腎炎
多発性嚢胞腎
その他</td><td colspan="2" rowspan="2">尿蛋白定量（g/日）
尿蛋白/Cr比（g/gCr）</td><td>正常
(-)</td><td>軽度蛋白尿
（±）</td><td>高度蛋白尿
（+～）</td></tr>
<tr><td>0.15未満</td><td>0.15～0.49</td><td>0.50以上</td></tr>
<tr><td rowspan="6">GFR区分
(mL/分/
$1.73m^2$)</td><td>G1</td><td>正常または高値</td><td>≧90</td><td></td><td>血尿+なら紹介、
蛋白尿のみならば生活指導・診療継続</td><td>紹介</td></tr>
<tr><td>G2</td><td>正常または軽度低下</td><td>60～89</td><td></td><td>血尿+なら紹介、
蛋白尿のみならば生活指導・診療継続</td><td>紹介</td></tr>
<tr><td>G3a</td><td>軽度～中等度低下</td><td>45～59</td><td>40歳未満は紹介、
40歳以上は生活指導・診療継続</td><td>紹介</td><td>紹介</td></tr>
<tr><td>G3b</td><td>中等度～高度低下</td><td>30～44</td><td>紹介</td><td>紹介</td><td>紹介</td></tr>
<tr><td>G4</td><td>高度低下</td><td>15～29</td><td>紹介</td><td>紹介</td><td>紹介</td></tr>
<tr><td>G5</td><td>末期腎不全</td><td>＜15</td><td>紹介</td><td>紹介</td><td>紹介</td></tr>
</table>

上記以外に、3ヶ月以内に30%以上の腎機能の悪化を認める場合は速やかに紹介。
上記基準ならびに地域の状況等を考慮し、かかりつけ医が紹介を判断し、かかりつけ医と専門医・専門医療機関で逆紹介や併診等の受診形態を検討する。

腎臓専門医・専門医療機関への紹介目的（原疾患を問わない）

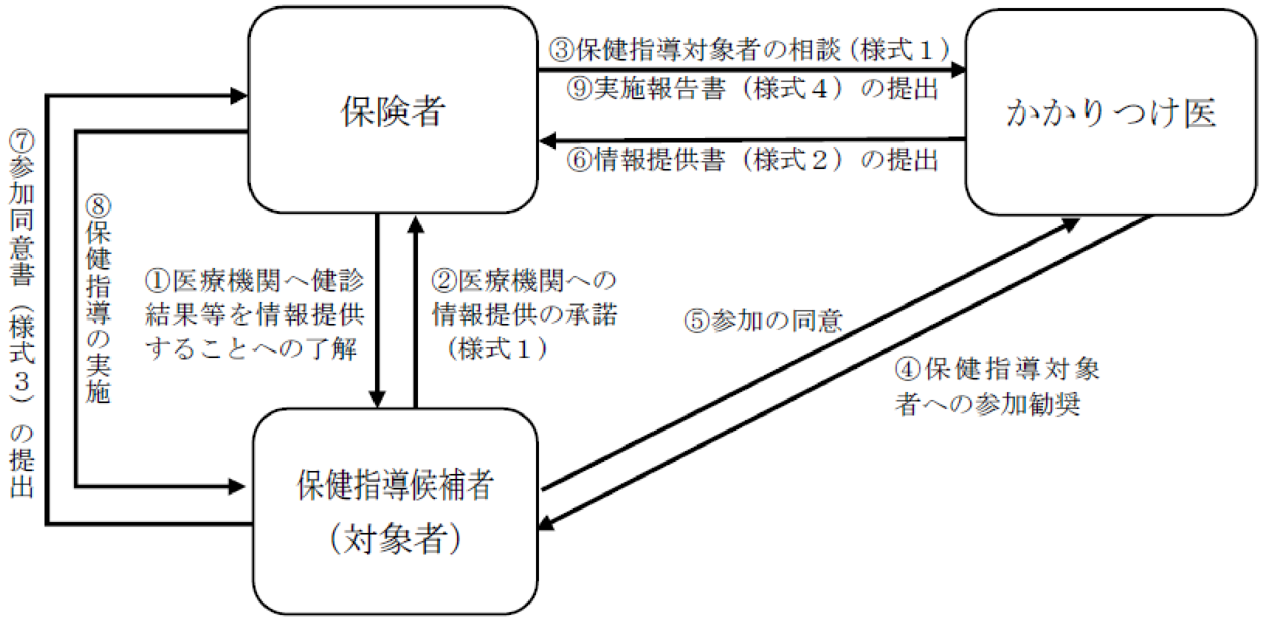
1）血尿、蛋白尿、腎機能低下の原因精査。
2）進展抑制目的の治療強化（治療抵抗性の蛋白尿（顕性アルブミン尿）、腎機能低下、高血圧に対する治療の見直し、二次性高血圧の鑑別など。）
3）保存期腎不全の管理、腎代替療法の導入。

原疾患に糖尿病がある場合

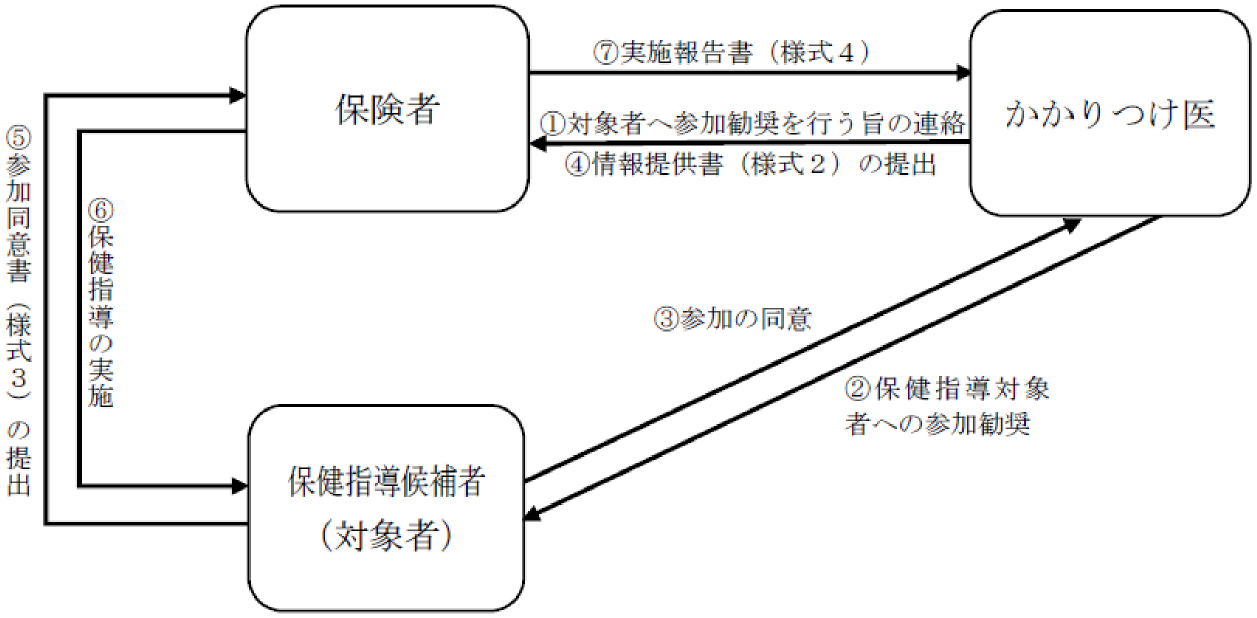
1）腎臓内科医・専門医療機関の紹介基準に当てはまる場合で、原疾患に糖尿病がある場合にはさらに糖尿病専門医・専門医療機関への紹介を考慮する。
2）それ以外でも以下の場合には糖尿病専門医・専門医療機関への紹介を考慮する。
①糖尿病治療方針の決定に専門的知識（3カ月以上の治療でもHbA1cの目標値に達しない、薬剤選択、食事運動療法指導など）を要する場合
②糖尿病合併症（網膜症、神経障害、冠動脈疾患、脳血管疾患、末梢動脈疾患など）発症のハイリスク者（血糖・血圧・脂質・体重等の難治例）である場合
③上記糖尿病合併症を発症している場合
なお、詳細は「糖尿病治療ガイド」を参照のこと。

6　フローチャート

<保険者が抽出する場合>



<医療機関が抽出する場合>



（様式１）

健診データ等情報提供書

令和　　年　　月　　日

医療機関名（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）
主 治 医 名（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）様

保険者名（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

過日実施しました（氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）氏の健康診査結果（検査日：令和　年　月　日）等について情報提供いたします。
保健指導の実施の可否について，御指導ください。

私は，（保険者名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）から（医療機関名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）へ健康診査結果等の情報を提供することを承諾いたします。 令和　　年　　月　　日　　　　　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

【担当者名：　　　　　　　　　　，連絡先：　　　　　　　　　】

（様式２）

糖尿病性腎症保健指導情報提供書

令和　　年　　月　　日

保険者名　　　　　　　　　　　　　様

医療機関名
主 治 医 名　　　　　　　　　　　印

氏　名	男・女	生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日（　　歳）

■診断名

□高血圧症　□脂質異常症　□高尿酸血症　□肥満（BMI25 以上）
□網膜症　□神経障害　□心血管疾患　□脳血管疾患
□精神疾患　□認知症　□その他（　　　　　　　　）

■保健指導を実施することが適当である事項

□服薬管理　□インスリン注射　□食生活　□生活習慣　□運動　□喫煙

＜※必要に応じて，具体的な指示事項がある場合は，該当項目にご記入ください。＞

□目標体重：（　　　　　）kg

□食事制限：（　　　　　　　　　　　　　　　　）

□運動内容・強度等：（　　　　　　　　　　　　）

□その他　：（　　　　　　　　　　　　　　　　）

■最新の検査データがある場合は，以下へご記入ください。（検査日：　　年　　月　　日）

血糖値（空腹・随時）	mg/dL
HbA1c	%

尿蛋白区分	□A1	□A2	□A3
尿定性検査（蛋白）	－	±	＋以上

eGFR 区分	□G1	□G2	□G3a	□G3b	□G4	□G5
数値（mL/分/1.73 ㎡）	≧90	60～89	45～59	30～44	15～29	＜15

■連絡事項等

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（様式３）

糖尿病性腎症保健指導プログラム参加同意書

令和　　年　　月　　日

保険者名（　　　　　　　　　　　　　　）様

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　印

住　　所　〒

電話番号

私は，糖尿病性腎症重症化予防の重要性の他，次の説明を受け，糖尿病重症化予防プログラムに参加することに同意します。

１　（保険者名：　　　　　　　　　　　　　）は，かかりつけ医から指示を受けた内容に基づき，電話・面談等により，生活習慣の改善に向けた保健指導を行うこと

２　保健指導の期間は概ね３～６か月程度であり，その間，（保険者名：　　　）とかかりつけ医は，必要に応じ，診療情報等の保健指導に必要な情報を共有すること

３　糖尿病治療に関する指示はかかりつけ医に従うこと

※かかりつけ医と連携した保健指導を行うため，下記にかかりつけ医療機関名及び主治医名を御記入ください。

医療機関名

主 治 医 名

（様式４）

糖尿病性腎症保健指導実施報告書

令和　　年　　月　　日

医療機関名
主 治 医 名　　　　　　　　　　　　　様

保険者名

氏　名	男・女	生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日（　　歳）
指導実施日	年　　月　　日（　／　回）	指導対象	□本人のみ　□本人・家族　□家族のみ

■対象者の情報（職業，家族構成，調理担当者，食事時間，運動習慣，アレルギー等）

■問題点	**■目標**

■指導内容

服薬管理：□服薬のﾀｲﾐﾝｸﾞ　□飲み忘れ　□＿＿＿＿　□＿＿＿＿
（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

食 生 活：□ｴﾈﾙｷﾞｰ摂取量　□食塩摂取量　□欠食　□間食
□調理　□飲酒　□＿＿＿＿　□＿＿＿＿
（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

生活習慣：□生活ﾘｽﾞﾑ　□睡眠時間　□＿＿＿＿　□＿＿＿＿
（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

運　　動：□運動内容　□運動強度　□＿＿＿＿　□＿＿＿＿
（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

そ の 他：□体重管理　□喫煙　□＿＿＿＿　□＿＿＿＿
（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

■指導内容の理解度

本人：□理解している　□概ね理解している　□あまり理解していない　□理解していない
家族：□理解している　□概ね理解している　□あまり理解していない　□理解していない

■連絡事項（今後の指導方針等）

【担当者名：　　　　　　　　　，連絡先：　　　　　　　　】