

# いしかわ糖尿病性腎症重症化予防プログラム

令和8年 3月13日改定

石 川 県 医 師 会  
石川県糖尿病対策推進会議  
石 川 県 保 険 者 協 議 会  
石 川 県

## 1 プログラムの目的

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、医療保険者（以下「保険者」という。）が医療機関等と連携し、①糖尿病が重症化するリスクの高い未治療者・治療中断者を継続的な治療につなげること、②糖尿病性腎症で通院する患者のうち重症化するリスクの高い者（以下「ハイリスク者」という。）に対して保健指導等を行うこと、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予防し、対象者の健康寿命の延伸を図ることを目指す。

## 2 プログラムの性格

本プログラムは、県内の保険者による取組のさらなる推進を目指して、その実施が容易となるよう、取組の考え方や具体的取組例を示すものである。

このため、各地域における取組内容については、地域の実情に応じ柔軟に対応することが可能であり、既に行われている取組を尊重するものである。

## 3 関係機関の役割

取組を検討するに当たっては、以下の役割分担例を念頭に関係者が密接に連携して対応することが期待される。

### （1）県医師会の役割

県医師会は、郡市医師会に対して、糖尿病性腎症重症化予防に係る国や県における動向等や市町の取組を周知し、必要に応じ助言する。

また、県や市町、保険者が糖尿病性腎症重症化予防に係る取組を行う場合には、会員及び医療従事者等に対して周知するとともに、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努める。

### （2）郡市医師会の役割

郡市医師会は、「糖尿病地域連携協議会（以下「地域連携協議会」という。）」を設置または設置に協力し、地域の実情に応じた取組を進めるとともに、市町等の取組に対し、取組が円滑かつ効果的なものとなるよう市町等の求めに応じて実

施方法等について助言する等、必要な協力を行う。

また、かかりつけ医と専門医等との連携強化が重要であるため、各医療機関や医師等と連携した必要な取組を行うよう努めるとともに、かかりつけ医と連携した受診勧奨、保健指導へ協力する。なお、糖尿病性腎症重症化予防の対象者は必ずしも、住所地のある自治体にある医療機関をかかりつけ医としているとは限らない。自治体の域を超えて受療している対象者についても、自治体が域内の対象者と同様の事業を展開できるよう必要な協力を行うよう努める。

### (3) 県糖尿病対策推進会議の役割

県糖尿病対策推進会議は、医療関係団体等の構成団体と連携・協力し、糖尿病性腎症重症化予防に積極的に関与することが求められる。

具体的には、糖尿病性腎症重症化予防に係る国や県における動向等について構成団体に周知するとともに、医学的・科学的観点から県内における取組について助言を行うなど、自治体や保険者の取組を支援する役割を担う。

また、地域住民や糖尿病の患者への啓発、医療従事者への研修に努める。

### (4) 保険者の役割

保険者は、保険者として保有する健診データ・レセプトデータ（以下「健診・レセデータ」という。）等から未治療者、治療中断者、コントロール不良者などの全体像を把握し、被保険者の疾病構造や健康問題などを分析し、取組の優先順位等を考慮して対策を立案する。課題の分析、対策の立案にあたっては、保険者協議会等を通じて関係団体等と連携し、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。

また、糖尿病性腎症重症化予防に係る取組を行う場合には、郡市医師会ごとに設置されている地域連携協議会と連携するとともに、必要に応じて、住民の健康増進等の役割を担う市町の協力を得て実施するよう努める。

なお、事業を実施した結果を評価し、PDCA サイクルに基づいて次なる事業展開を行う。

### (5) 市町の役割

市町は、各担当部署間による庁内連携体制を整えるとともに、国民健康保険団体連合会（以下、「国保連」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。また、保険者とも連携を図り、必要に応じ保健指導を実施する。

後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）とは、連携を密にし、継続的な支援や評価が可能となるよう後期高齢者医療制度の保健事業と一体的に取組を実施するよう努める。

また、地域連携協議会等に参加し、事業の目標や企画、実施方法、評価について共有するとともに、助言を受け事業に反映する。

## (6) 県の役割

県庁及び保健福祉センターは、重症化予防に取り組む保険者や広域連合へ国や県における動向等を周知し、必要に応じ助言または支援を行う。

また、地域連携協議会の活動を支援し、管内の健康課題の分析、評価及び情報提供等、地域単位の取り組みを促進する。

さらに、県内の健康課題について俯瞰的な整理を行い、保険者における事業の実施状況をフォローするとともに、保険者における円滑な事業の実施を支援する観点から、石川県医師会、石川県糖尿病対策推進会議及び石川県保険者協議会等と県内の取組状況を共有し、課題、対応策等について議論する。

## (7) 広域連合の役割

広域連合は、その組織特性上、高齢者一人ひとりの特性に応じたきめ細かな対応が困難な場合が多いという課題がある。このため、自らが事業を実施する他、市町との連携が不可欠である。

また、広域連合は、高齢者の健康状態や医療費等の状況について、市町単位に県全体を俯瞰して健康・医療情報を分析し課題抽出するとともに、市町への後方支援を行う。

## (8) 国保連の役割

国保連合会は、国保データベースシステム（以下、「KDB」という。）の活用によるデータ分析・活用支援や、データヘルス計画の策定の際の健康・医療情報による課題抽出、事業実施後の評価分析等、市町や広域連合等に対してこれらの支援を行う。

## (9) その他の医療関係団体等の役割

糖尿病性腎症重症化予防の推進に当たっては、保険者の取組のみならず、地域における医療専門職の協力が不可欠である。

そのため、地域の中核的医療機関の専門医をはじめ、糖尿病療養指導士、腎臓病療養指導士等の専門職、さらには看護協会、栄養士会等の職能団体と連携し取組を進めることが望まれる。

## 4 対象者抽出の考え方と取組方策

本プログラムでは、以下の3つを基本的な取組とし、保険者の健康課題や他の保健事業の状況に応じて実施することとする。各保険者は、健診・レセデータ（薬剤や疾患名）等から未治療者、治療中断者、コントロール不良者などの全体像を把握し<sup>注1</sup>、本プログラムを参考にそれぞれの実情に合った手順を作成し、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。

- (1) 未治療者、治療中断者に対する受診勧奨
- (2) ハイリスク者に対する保健指導
- (3) かかりつけ医と糖尿病専門医等の連携

## (1) 未治療者、治療中断者に対する受診勧奨

### ① 対象者の抽出

原則として、保険者が個別に定める基準に基づき、健診・レセデータ等から対象者を抽出する<sup>注2)</sup>。本プログラムが推奨する抽出基準は、次のとおりとする。

#### ア 未治療者

過去からの健診において、次のいずれかに該当する者でレセプトデータ等で未受診の者

- ・空腹時血糖値または随時血糖値（食後 3.5 時間以上）126mg/dL 以上
- ・HbA1c 6.5%以上

ただし、後期高齢者に関しては、腎機能や血圧に異常がない場合は、その特性を考慮し HbA1c 7.0%以上の者を対象とする。

なお、次のいずれかに該当する者については、糖尿病性腎症のリスクが高いため、より強く受診勧奨を行う。

- ・HbA1c 8.0%以上
- ・HbA1c 7.0%以上 8.0 未満  
かつ eGFR 45 mL/分/1.73 m<sup>2</sup>未満または尿蛋白 1 + 以上
- ・HbA1c 6.5%以上 7.0 未満  
かつ eGFR 45 mL/分/1.73 m<sup>2</sup>未満または尿蛋白 1 + 以上  
かつ 140mmHg ≤ 収縮期血圧または 90mmHg ≤ 拡張期血圧

- ・eGFR 60 mL/分/1.73 m<sup>2</sup>未満のうち、年間 5 mL/分/1.73 m<sup>2</sup>以上低下

ただし、高血圧で受診中でありながら糖尿病で未受診の場合については、高血圧の受診先医療機関に相談し、特定健康診査等における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。

<参考> ※緑の囲み線内を本プログラムの対象とする

eGFR 60mL/分/1.73 m<sup>2</sup>未満のうち、  
年間5 mL/分/1.73 m<sup>2</sup>以上低下

糖尿病未受診者 ※1

		腎障害の程度									腎障害の程度/ 血圧区分 判定不可 ※3
		以下のどちらかに該当。 ・eGFR<45 ・尿蛋白(+)以上			以下のどちらかに該当。 ・45≤eGFR<60 ・尿蛋白(±)			以下の両方に該当。 ・60≤eGFR ・尿蛋白(-)			
		血圧区分 ※2			血圧区分 ※2			血圧区分 ※2			
		受診中	血圧高値 受診なし	正常範囲	受診中	血圧高値 受診なし	正常範囲	受診中	血圧高値 受診なし	正常範囲	
H b A 1 c ( %) )	8.0以上										
	7.0~7.9										
	6.5~6.9										
	6.5未満										

点線青枠、実線赤枠：健診・レセプトデータ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)

	保健指導Ⅰ		受診勧奨Ⅰ		CKD対策
	保健指導Ⅱ		受診勧奨Ⅱ		高血圧受診勧奨
	保健指導Ⅲ		受診勧奨Ⅲ		

糖尿病性腎症重症化予防プログラムから抜粋

### イ 治療中断者

過去に治療歴のある患者で最終  
の治療日から6か月経過しても治療した記録がない者。

## ② 受診勧奨の方法

受診勧奨は、基本的に抽出したすべての対象者に行い、医療機関へとつなげるのが原則である。保険者は、対象者の状況に応じ、次のアからエのいずれかの方法により、受診勧奨及び保健指導を行う。

なお、受診勧奨にあたっては、紹介状(様式例2)により、医療機関との連携を図ることが望ましい。

- ア 個別面談
- イ 電話
- ウ 郵送による通知
- エ その他保険者が適当と認める方法

受診勧奨後は、対象者の受診の有無を確認し、受診がない場合は更に面談等を実施する。

## ③ 受診勧奨先

かかりつけ医を持たない未治療者に対しては、石川県医療計画の「糖尿病に関する医療機関リスト」を参考に、受診勧奨を行う。

## (2) ハイリスク者に対する保健指導

### ① 対象者の抽出

#### ア 保険者による抽出

原則として、糖尿病で治療中の者（経過観察含む）の中から、郡市医師会等と相談し地域の実情に応じ保険者が個別に定める基準に基づき、対象者を抽出する。

なお、糖尿病性腎症を発症している者だけでなく、そのリスクが高い者についても、保険者において優先順位をつけて保健指導を行うことが望ましいことから、本プログラムが推奨する基準は、次のとおりとする。

#### (ア) 糖尿病性腎症の病期<sup>注3)</sup>が第2期から第4期と思われる者

特定健診等の結果から抽出する場合は、以下のいずれかに該当する者

- ・尿蛋白±以上
- ・eGFR60mL/分/1.73 m<sup>2</sup>未満（年間5 mL/分/1.73 m<sup>2</sup>以上低下している者を優先とする）

優先順位を検討する際は、血压区分（受診中・血压高値受診なし・正常範囲）を考慮する。

ただし、後期高齢者に関しては、その特性を考慮し次のいずれかの基準に該当する者とする（糖尿病性腎症の病期が第3期から第4期と思われる者）。

- ・尿蛋白1+以上
- ・eGFR45mL/分/1.73 m<sup>2</sup>未満

#### (イ) 糖尿病性腎症を発症していないが、以下のリスク要因を有する者

- ・HbA1c 7.0%以上であり、以下のいずれかに該当する者
  - a 血压コントロール不良（目安：140/90mmHg 以上）
  - b メタボリックシンドローム該当者

優先順位を検討する際は、血压区分（受診中・血压高値受診なし・正常範囲）を考慮する。

ただし、後期高齢者に関しては、その特性を考慮し次の基準とする。

- ・HbA1c 8.0%以上
- かつ血压コントロール不良（目安：150/90mmHg 以上）の者

<参考> ※緑の囲み線内を本プログラムの対象とする

eGFR 60mL/分/1.73 m<sup>2</sup>未満のうち、年間5 mL/分/1.73 m<sup>2</sup>以上低下の者を優先とする

以下のいずれかに該当する者  
a 血圧コントロール不良 (目安：140/90mmHg) 以上  
b メタボリックシンドローム該当者

**糖尿病受診中の者 ※4**

		腎障害の程度									腎障害の程度/血圧区分判定不可 ※3
		以下のどちらかに該当。 ・eGFR<45 ・尿蛋白(+)以上			以下のどちらかに該当。 ・45≤eGFR<60 ・尿蛋白(±)			以下の両方に該当。 ・60≤eGFR ・尿蛋白(-)			
		血圧区分 ※2			血圧区分 ※2			血圧区分 ※2			
		受診中	血圧高値受診なし	正常範囲	受診中	血圧高値受診なし	正常範囲	受診中	血圧高値受診なし	正常範囲	
HbA1c (%)	8.0以上										
	7.0~7.9										
	6.5~6.9										
	6.5未満										

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。

糖尿病性腎症重症化予防プログラムから抜粋

	保健指導Ⅰ
	保健指導Ⅱ
	保健指導Ⅲ

(ウ) その他、保険者が必要と認める者

(例)

- ・脂質異常症 (LDL コレステロール 120mg/dL 以上)、高尿酸血症 (7.1mg/dL 以上) 等を認める者
- ・BMI:25 以上の者
- ・生活習慣の改善が困難な者(減塩、禁煙等)
- ・腎機能が低下 (eGFR 低下速度等)
- ・レセプトデータ等により糖尿病性網膜症、糖尿病性腎症等がある者

イ 医療機関による抽出

糖尿病治療中で尿アルブミン<sup>注4)</sup>、尿蛋白、eGFR 等により腎障害の悪化が判明し、保険者による保健指導が必要とかかりつけ医が判断した者を対象者として抽出する。

具体的には、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や、専門医療機関との連携が困難な地域等において、保険者と連携し、保健指導を行う必要があると判断した場合が想定される。

その場合、医療機関は、事前に保険者に受入れの可否を確認するとともに、保健指導対象者の同意を得た上で、保険者に情報提供書（様式例3）を送付する。

## ② 対象者の選定方法

4（2）①により保険者又は医療機関が抽出した者のうち、保健指導への参加について本人及びかかりつけ医の同意があった者を対象とする。

なお、次の者については保健指導対象者から除外する。

ア がん等で終末期にある者

イ 認知機能障害のある者

ウ 生活習慣病管理料、糖尿病透析予防指導管理料を算定している者

エ その他の疾患を有していて、かかりつけ医が除外すべきと判断した者

## ③ 保健指導実施までの手順（かかりつけ医との連携体制の構築）

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（または郡市医師会）、糖尿病療養指導士等の専門職と連携した上で、保健指導を実施する。

ア かかりつけ医（または郡市医師会）から包括的に同意を取得

（ア）保険者は、本取組の目的、保健指導の対象者の抽出基準、実施する保健指導の内容等についてかかりつけ医（または郡市医師会）に説明し、包括的に同意を得た後、保健指導を実施する（個々の対象者ごとに保健指導の実施の可否を確認しない）。

（イ）保険者は糖尿病連携手帳等を活用し、保健指導を実施していること、保健指導の内容等について、かかりつけ医に情報提供する。

イ 個々の対象者ごとにかかりつけ医に保健指導の実施の可否を確認

（ア）保険者は、抽出した対象者について、かかりつけ医に個々に保健指導の実施の可否を「糖尿病性腎症重症化予防プログラム参加への主治医の確認書（様式例4）」等により確認する。

ウ かかりつけ医ごとに保健指導の候補者名簿を作成し、まとめて確認

（ア）保険者は、本取組の目的、保健指導の対象者の抽出基準、実施する保健指導の内容等についてかかりつけ医に説明し、同意を得た<sup>注5)</sup>後、4（2）①のアに基づき、保健指導の候補者名簿を作成し、かかりつけ医に送付する。

（イ）かかりつけ医は、送付された名簿をもとに、4（2）②に基づき保健指導対象者を選定し、当該対象者に対して保健指導への参加を促す。

（ウ）かかりつけ医は、保険者による保健指導を実施することが適当と認めた者について、本人の同意を得た上で保険者に情報提供書を送付する<sup>注6)</sup>。

(エ) 保険者は、保健指導対象者の意向を確認した上で、情報提供書に記載された留意事項を踏まえて保健指導を行うとともに、保健指導実施後、糖尿病連携手帳等を活用し、保健指導の内容をかかりつけ医へ報告する。

エ かかりつけ医（または郡市医師会）から保険者に対して保健指導に関する連携依頼

(ア) かかりつけ医は、4（2）①のイに基づき保健指導の対象者を抽出し、本人に本取組の目的、保健指導の対象者の抽出基準、実施する保健指導の内容等について説明し、本人の同意を得た上で保険者に情報提供書を送付する。

(イ) 保険者は、保健指導対象者の意向を確認した上で、情報提供書に記載された留意事項を踏まえて保健指導を行うとともに、保健指導実施後、糖尿病連携手帳等を活用し、保健指導の内容をかかりつけ医へ報告する。

(ウ) かかりつけ医は、保険者による保健指導をより効果的に進めるため、糖尿病連携手帳等を活用し検査データ（尿アルブミン、尿蛋白、eGFR 等）を保険者へ提供する。

#### ④ 保健指導の内容

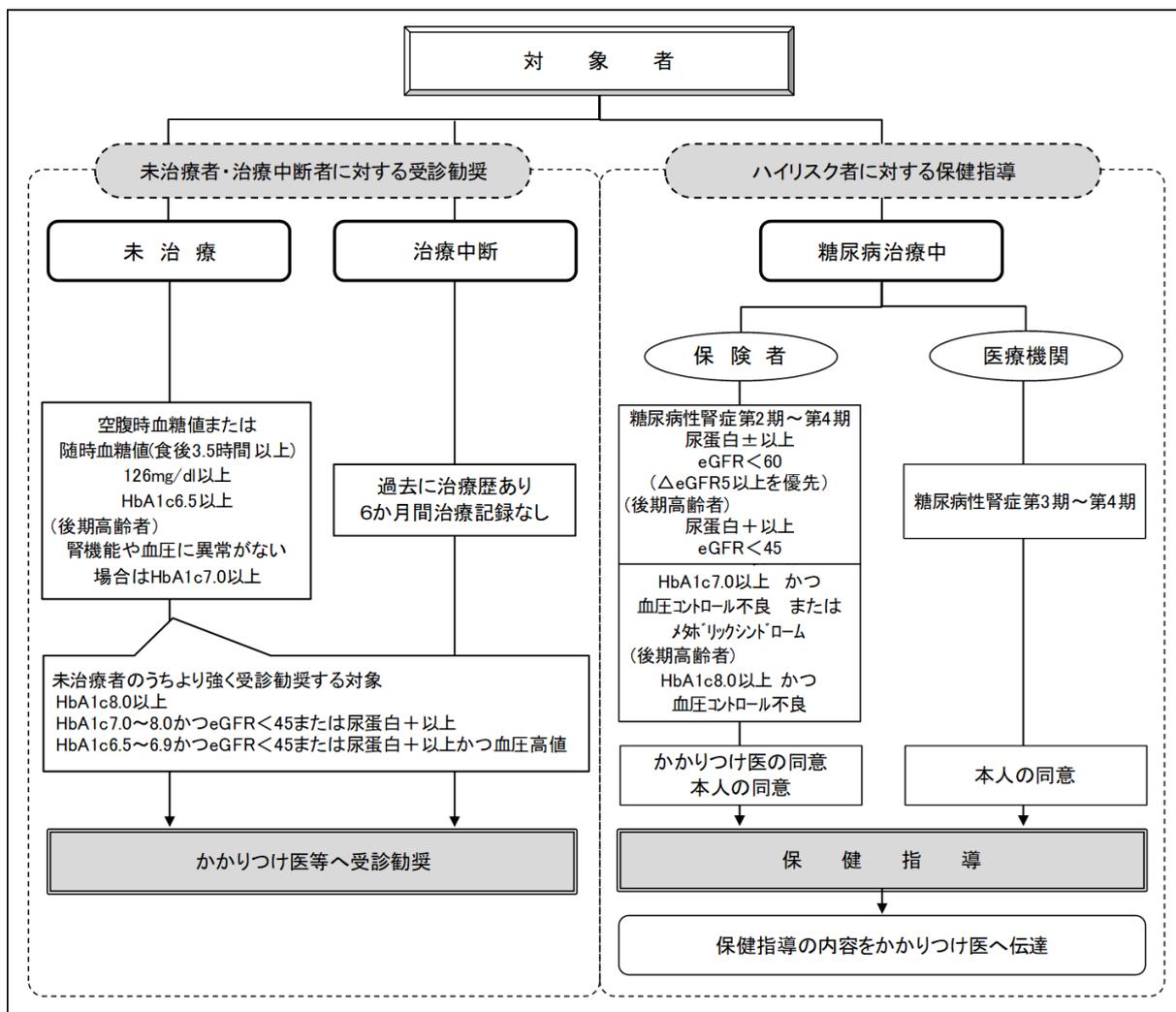
原則として、保険者が個別に定める。ただし、糖尿病性腎症第3期、第4期の者に対して保健指導を実施する場合には、医療機関と十分に連携を取りながらスキルの高い専門職が保健指導を実施する必要がある。

特に、腎症第4期においては、腎障害の急速な悪化や心血管イベント、心不全の発症リスク、さらには死亡リスクが高いため、腎臓専門医の関与が必要であり、保健指導のみで対応することがないよう留意する。

#### ⑤ 実施保険者

保健指導対象者の選定・同意取得に関し、かかりつけ医が複数の保険者とやり取りを行うことは大きな負担となるため、4（2）③のア、イ、ウについては、当面は市町国保のみにおいて取組を実施する。他の保険者については、市町国保における取組を踏まえ、円滑な実施方法が確立し、かかりつけ医（または郡市医師会）との合意が得られた場合に実施することとする。

図1 未治療者・治療中断者に対する受診勧奨及びハイリスク者に対する保健指導フロー図



### (3) かかりつけ医と糖尿病専門医等の連携

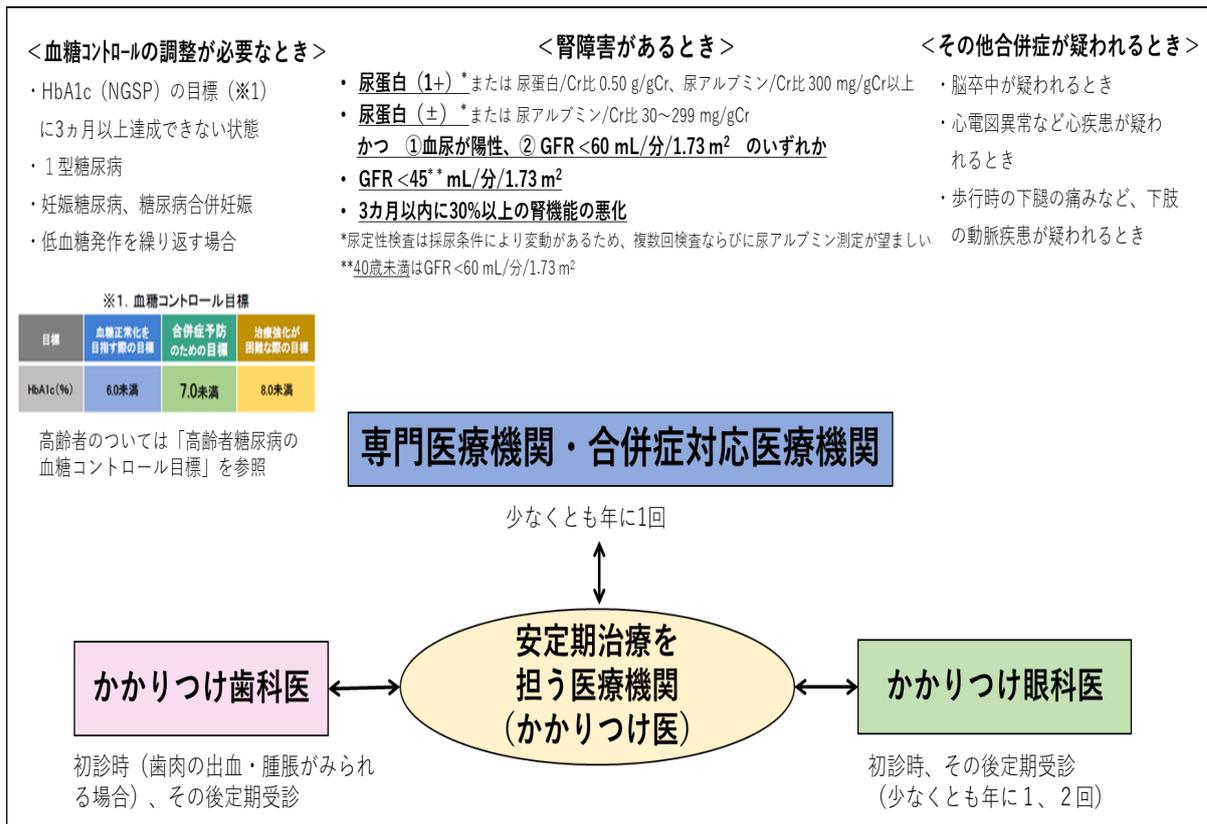
かかりつけ医は各種診療ガイドラインを活用して糖尿病患者の診療を行う。

また、かかりつけ医と糖尿病専門医は、糖尿病患者への医療提供に当たり、適切な治療調整により患者の病状を維持・改善するため、図2「糖尿病の紹介・連携基準」を参考に、各地域で協議した方法により、必要に応じて紹介、逆紹介を行うとともに、合併症の精査および重症化予防のため、合併症の治療を行う医師、歯科医師、眼科医等と連携関係を構築するなどして、患者を中心とした医療を提供する。

#### 【参考】

- ・口腔疾患（むし歯や歯周病など）による咀嚼機能の低下は、食事内容の偏りや生活習慣病・低栄養のリスクを高めると報告されている。特に歯周病は血糖コントロールと密接に関連しており、治療により改善が見込まれるため、糖尿病性腎症重症化予防では口腔衛生指導や歯科受診の勧奨が重要である。
- ・また、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。

図2 糖尿病の紹介・連携基準（石川県糖尿病対策推進会議）注7, 8)



#### (4) 年齢層を考慮した取組

##### ① 青壮年層に対する取組

糖尿病性腎症の重症化を防ぐには、青壮年期からの継続的な取組が重要である。特に30~50歳代では、仕事や家事・育児で忙しく健康的な食習慣が取りにくいいため、糖尿病性腎症予防の取組ではこの状況に配慮する必要がある。

糖尿病は40歳代から増加し、特に男性では50歳代で急増する。適切な治療や生活習慣の改善によって、合併症の発症・重症化予防が期待できる。また、糖尿病だけでなく、高血圧や喫煙、朝食欠食といった生活習慣も腎機能悪化につながることを留意する。

糖尿病性腎症の進行は長期にわたるため、青壮年が多く加入する被用者保険の保険者においても早期から対策を講じることが求められる。予防には継続的な取組と関係機関の連携が不可欠であり、保険者協議会等を通じて、健診や医療情報、地域課題の共有、役割分担の明確化などを進めることが必要である。

##### ② 高齢者に対する取組

高齢者の健康支援には、加齢による心身機能の変化や老年症候群の発症頻度の高さなど高齢者の特性を踏まえた対策が必要である。

健診や保健指導では、生活習慣病の重症化予防だけでなく、体重や筋肉量の減少、低栄養などによるフレイルの予防・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歳以上の高齢者には、低栄養、転倒、誤嚥性肺

炎などの老年症候群に配慮した指導が求められる。本人の選択を尊重しつつ、認知機能や性差、生活状況に応じた柔軟な支援が大切であり、地域包括ケアの関係者や地域住民と連携する必要がある。

また、高齢者は個人差が大きく、多くが医療機関を利用しているため、医療機関との連携も重要である。一方で、通院していない高齢者には健診を通じて早期に医療とつなげ重症化を予防することが重要である。

特に高齢者の糖尿病では低血糖に対する脆弱性があり、認知機能低下や心血管イベント、要介護のリスクが高まることに注意すべきである。事業展開においては、高齢者が多く加入する市町国保と広域連合が協力し、健康・医療情報の分析と課題共有を行い、地域全体で取り組むことが必要である。

## (5) その他

各機関間の連携を円滑に行うため、関係団体（医師会、保険者等）は、窓口となる担当者を定め、明らかにすることとする。

## 5 事業の評価<sup>注9)</sup>

事業の効果や目標の達成状況を確認、取組内容や事業全体を見直すことで、より効果的・効率的に事業を展開するため、事業の評価を行う。

その際、「石川県医療計画」の糖尿病対策の施策・指標マップや数値目標、「いしかわ健康フロンティア戦略」の目標項目を参考に、アウトカム指標を設定する<sup>注10)</sup>。

また、県及び県糖尿病対策推進会議は、各保険者の評価指標を基に、一保険者だけでなく広域的な地域単位での評価を行うことも重要である。

## 6 個人情報取り扱い

事業に使用する健診・レセデータは、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し、他の個人情報よりも慎重に取り扱う必要があることから、各保険者の個人情報保護に関する規定に基づき適切に取り扱う。

## 7 その他

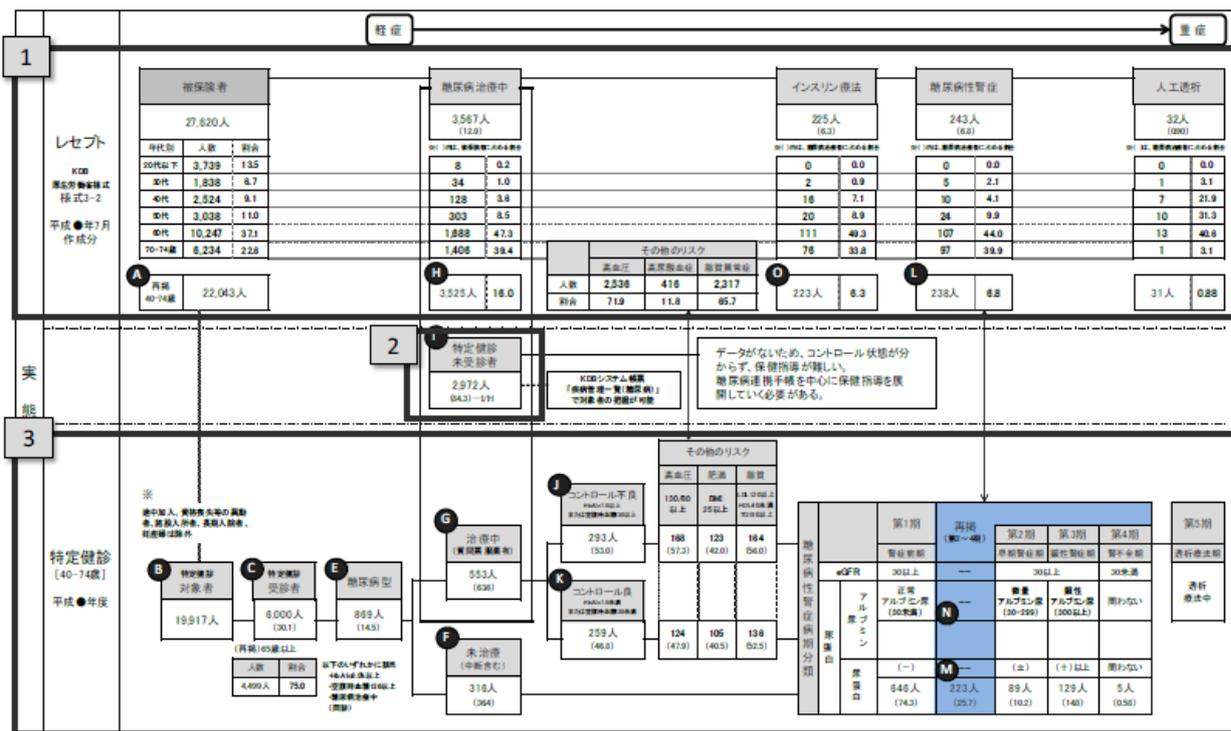
本県においては、郡市医師会単位の地域で、地域連携協議会を設置し、様々な取組が行われているため、専門医療機関、市町等の関係機関は、地域連携協議会の取組に対して協力するよう努めるとともに、本プログラムの実施にあたっては、各地域の実情に応じて、地域連携協議会との連携を図ることとする。

糖尿病性腎症重症化予防事業の実施主体は保険者であるが、特に市町国保の場合、市町としての役割を鑑み、対象者が他の医療保険へ移行しても、関りを継続できるよう工夫することが望ましい。

なお、本プログラムに記載のない事項については、令和6年3月28日に改定された国の「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を参考とする。

注1) 健診データとレセプトデータを突合せさせた対象者の全体像を把握した例

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



- 1 KDBシステム帳票「厚生労働省様式3糖尿病のレセプト分析から患者数・インスリン療法の数を計上
- 2 KDB帳票の糖尿病患者-特定健診問診票のうち、「服薬あり」と回答した者
- 3 特定健診結果からそれぞれの該当者を計上

注2) 未治療者、治療中断者を早期に把握するため、保険者は、国保データベースシステム (KDB) 等を活用し、積極的に通院状況等を確認するとともに、糖尿病重症化予防管理台帳 (別添様式例1) を作成、活用することが効果的と考えられる。

注3) 糖尿病性腎症病期分類 2014※1

病期※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)	GFR1 (eGFR) ※3 (推算糸球体濾過量) (eGFR mL/分/1.73 m <sup>2</sup> )
第1期	正常アルブミン尿 (30未満)	30以上
第2期	微量アルブミン尿 (30~299)	30以上
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
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	

※1: 糖尿病性腎症病期分類については2023年度に新分類を発表しているが、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。

※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。

※3: GFR 60mL/分/1.73 m<sup>2</sup>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。

注4) 特定健康診査では尿蛋白定性検査が必須項目であり、糖尿病に加えて尿蛋白 1+以上であれば第3期と考えられる。尿蛋白±は微量アルブミン尿の可能性が高いため、医療機関では積極的に尿アルブミン測定を行うことが推奨される。

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。

注5) 保険者が、保健指導対象者を通じて、かかりつけ医から同意を取得する方法も考えられる。

注6) かかりつけ医が、患者の状況等から、保健指導を行うことが適当でないと判断することも考えられるため、必ずしも全ての対象者について本プログラムに基づき、情報提供書を送付するものではない。

注7) 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（作成：日本糖尿病学会）

<b>1. 血糖コントロール改善・治療調整</b>											
<p>○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か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。</p> <p>○新たな治療の導入（血糖降下薬の選択など）に悩む場合。</p> <p>○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）。</p> <p>○低血糖発作を頻回に繰り返す場合。</p> <p>○妊婦へのインスリン療法を検討する場合。</p> <p>○感染症が合併している場合。</p>											
<p>※1. 血糖コントロール目標</p> <table border="1" style="margin: auto;"> <thead> <tr> <th>目標</th> <th>血糖正常化を目指す際の目標</th> <th>合併症予防のための目標</th> <th>治療強化が困難な際の目標</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>HbA1c(%)</td> <td>6.0未満</td> <td>7.0未満</td> <td>8.0未満</td> </tr> </tbody> </table> <p>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</p>				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
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								
<b>2. 教育入院</b>											
○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）。											
<b>3. 慢性合併症</b>											
<p>○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。</p> <p>○上記糖尿病合併症の発症、進展が認められる場合。</p> <p>※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。</p>											
<b>4. 急性合併症</b>											
<p>○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）。</p> <p>○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）。</p>											
<b>5. 手術</b>											
<p>○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）。</p> <p>○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）。</p>											

注8) 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（「CKD 診療ガイド 2024」より引用）

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

上記以外に、3か月以内に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などを考慮し、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など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（RRT）の導入

**原疾患に糖尿病（DM）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DM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 DM治療方針の決定に専門的知識（3か月以上の治療でもHbA1cの目標値に達しない、薬剤選択、食事療法指導など）を要する場合
  - ② DM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）発症のハイリスク患者（血糖・血圧・脂質・体重などの難治例）である場合
  - ③ 上記DM合併症を発症している場合

（作成：日本腎臓学会、監修：日本医師会）

注9) 評価指標の例

<保険者、市町村が設定する評価指標の例>

【ストラクチャー評価】

【プロセス評価】

<ul style="list-style-type: none"> <li>・実施体制の構築状況</li> <li>・予算、マンパワー、教材の準備</li> <li>・保健指導者の研修の実施状況</li> <li>・運営マニュアル等の整備</li> <li>・健診・医療データの集約方法</li> <li>・課題分析・事業評価のための健診・医療データの集約状況</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・目的に応じた対象者の設定状況</li> <li>・対象者への声掛け・募集の方法</li> <li>・課題分析結果に応じた方法での事業実施</li> <li>・スケジュール調整の状況</li> <li>・参加者に関する評価のためのデータ登録状況</li> </ul>
--	--

【アウトプット評価】

受診勧奨	基準に基づいて抽出された対象者に対する各方法（はがき・電話・面談・訪問等）で受診勧奨を行った者の数の割合
保健指導	①各方法（保険者による抽出/医療機関からの紹介）で抽出された対象者の数 ②保健指導への参加勧奨を行った者の数 ③保健指導を開始した者の数 ④保健指導を終了した者の数 並びに ①に対する②の割合、②に対する③の割合、③に対する④の割合、①に対する③の割合、①に対する④の割合

※保険者が設定する基準の該当者における値だけでなく、本プログラムの対象者抽出基準の該当者における値もあわせて確認する。

※単年度における介入実績だけでなく、複数年度の中での介入実績を把握することが望ましい。

【アウトカム評価】

		短期	中長期
受診勧奨	医療機関受診の有無、継続受診の状況	◎	○
保健指導	身体状況	血糖・HbA1c、尿蛋白、eGFR、血圧	◎
		体重・BMI、LDL コレステロール（または non-HDL コレステロール）、尿アルブミン、口腔機能	○
	生活習慣	生活習慣改善意欲／食生活／運動習慣／飲酒／喫煙	○
	治療状況	新規透析導入（うち糖尿病性腎症を原因とするもの）の状況、糖尿病の服薬状況	○
医療費	外来医療費、総医療費		○

◎は必ず確認すべき指標、○は確認することが望まれる指標を示す。

<都道府県・広域連合が設定する評価指標の例>

【ストラクチャー評価】

【プロセス評価】

<ul style="list-style-type: none"> <li>・各保険者のストラクチャー評価の結果の把握</li> <li>・医師会等関係機関との連絡・協力体制の整備状況</li> <li>・市町の支援体制の整備状況</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保険者のプロセス評価の結果の把握</li> <li>・策定したプログラムについての医師会や医療機関、保険者等の関係機関への周知・啓発の状況</li> <li>・関係者間での県や各保険者の取組内容の共有の状況</li> <li>・市町への支援の実施状況</li> </ul>
---	--

【アウトプット評価】（受診勧奨・保健指導共通）

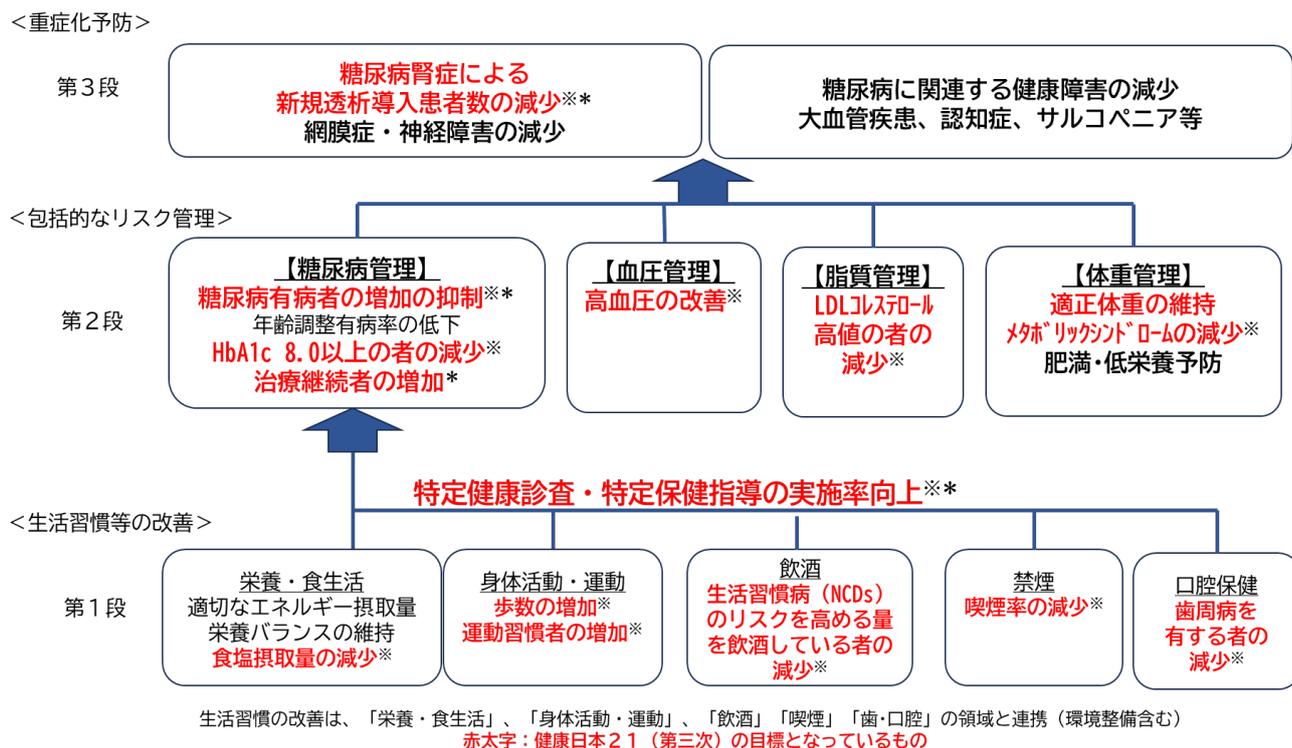
<ul style="list-style-type: none"> <li>・保険者のアウトプット評価の結果の把握</li> <li>・糖尿病性腎症重症化予防事業に取り組む市町の数</li> <li>・支援した市町の数</li> </ul>
---

【アウトカム評価】

受診勧奨	医療機関受診の有無、継続受診の有無	
保健指導	身体状況	血糖・HbA1c、尿蛋白、eGFR、血圧
		体重・BMI、LDL コレステロール(または non-HDL コレステロール)、尿アルブミン、口腔機能
	治療状況	新規透析導入(うち糖尿病性腎症を原因とするもの)の状況、糖尿病の服薬状況
医療費	外来医療費、総医療費	

上記に加え、各保険者のアウトカム評価の結果を把握する。また、KDB システム等を用いて、保険者が介入した被保険者の状況を直接把握することが望ましい。

注 10) 糖尿病領域のロジックモデル



出典：健康日本 21（第三次）推進のための説明資料

※：いしかわ健康フロンティア戦略の目標となっているもの

\*：石川県医療計画の数値目標となっているもの

平成29年3月16日 策定  
令和2年3月31日 改定  
令和5年4月1日 改定  
令和8年3月13日 改定

糖尿病管理台帳

(HbA1c6.5以上)

※糖尿病服薬は問診結果による

※「追加年度」は初めて対象者抽出基準に該当した年度を指す

※追加年度別に年度末年齢が若い順に並び替え

番号	地区	追加年度	個人番号	記号	番号	氏名	性別	R1年度末年齢	診療開始日 合併症の有無		項目	H26	H27	H28	H29	H30	R1	転出・死亡等	備考
									糖尿病	合併症									
1		H24					男	49	糖尿病		服薬				社保	社保	社保		
									高血圧		糖	HbA1c	7.8						
									虚血性心疾患		糖	体重	81.3						
									脳血管疾患		以外	BMI	29.4						
									糖尿病性腎症		以外	血圧	139/89						
											CKD	GFR	84						
											CKD	尿蛋白	+						
2		H24					男	49	糖尿病	H24.8.7	糖	服薬		○					
									高血圧		糖	HbA1c	7.1	7.1					
									虚血性心疾患		糖	体重	89.5	88.2					
									脳血管疾患		以外	BMI	29.1	28.4					
									糖尿病性腎症		以外	血圧	122/90	150/102					
											CKD	GFR	87	91					
											CKD	尿蛋白	-	-					
3		H24					男	51	糖尿病	H22.3.5	糖	服薬	○	○	○		社保	社保	
									高血圧	H22.3.31	糖	HbA1c	7.9	8.2	7				
									虚血性心疾患		糖	体重	88.7	83.9	84.6				
									脳血管疾患		以外	BMI	32.2	30.4	30.5				
									糖尿病性腎症	H24.11.14	以外	血圧	132/70	120/64	126/70				
											CKD	GFR	73	66.8	65				
											CKD	尿蛋白	-	+	++				
4		H24					男	52	糖尿病	H22.10.18	糖	服薬	○	○	○	○	○	○	
									高血圧	H22.10.18	糖	HbA1c	7.1	7.6	8.1	7.8	7.7	7.1	
									虚血性心疾患		糖	体重	81.8	85.6	87.6	77	76	77.5	
									脳血管疾患		以外	BMI	26.3	27.6	28	24.8	24.6	24.9	
									糖尿病性腎症		以外	血圧	110/70	130/85	110/80	110/72	124/76	109/66	
											CKD	GFR	85	84.3	85	73	61.8	68	
											CKD	尿蛋白	-	-	-	-	-	-	
5		H24					女	53	糖尿病	H25.6.5	糖	服薬							
									高血圧	H25.6.5	糖	HbA1c	8.3						
									虚血性心疾患		糖	体重	67						
									脳血管疾患		以外	BMI	29						
									糖尿病性腎症		以外	血圧	157/108						
											CKD	GFR	104						
											CKD	尿蛋白	-						

## 紹介状

謹啓

いつも、〇〇〇〇の保健事業にご協力いただきありがとうございます。

特定健診の結果、以下が認められましたので、ご高診くださいますよう、よろしく願いいたします。

お手数ですが、諸検査結果から今後の方針がわかりましたら、下記受診結果連絡票にてご教示いただきますよう重ねてお願い申し上げます。（ご記入の上、ご返送いただきますようお願いいたします。）

なお、糖尿病と診断された方で、HbA1c 8.0%以上、あるいはeGFR 50mL/分/1.73 m<sup>2</sup>未満の方は、「いしかわ糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に基づき、専門医への紹介、受診をお願いいたします。

謹白

年 月 日

保険者名 所属 (担当 ) 連絡先

<b>【健診結果（※受診勧奨項目）】</b>		<b>健診受診日：</b> 年 月 日				
血圧						
検尿						
心電図						
血液検査	TG	HDL-C	AST	ALT	γ-GT	LDL
	Cre	eGFR	UA	HbA1c	血糖	
その他						

\*詳細な検査値等につきましては、本人持参の健診結果を参考にいただければ幸いです。

## 受診結果連絡票

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 年 月 日生 性別 男 ・ 女

住所 \_\_\_\_\_

1) 受診日	年 月 日
2) 診断名	
3) 主な検査結果	
4) 今後の対応	<input type="checkbox"/> 翌年の健診で再評価 (→市町で生活指導・翌年度の健診受診勧奨をお願いします) <input type="checkbox"/> 当院で経過観察 <input type="checkbox"/> 当院で薬物治療開始・治療中 <input type="checkbox"/> 他院への紹介 (紹介先 _____)
5) 保険者での保健指導の実施 (保健師・管理栄養士による保健指導を実施したいと考えています。保健指導に当たり、注意すべき点等をご教示いただければ幸いです。)	<input type="checkbox"/> 生活習慣に関する保健指導 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) ◆保健指導上の注意事項 ( _____ ) ※治療困難等で、ガイドラインとは異なる血糖コントロール目標値を設定している場合 ◆目標とする HbA1c 値 ( _____ %)
<input type="checkbox"/> 必要 (指導を依頼する) <input type="checkbox"/> 不要 (当院で実施する)	

受診結果は以上のとおりですのでお知らせします。

年 月 日

医療機関名

医師名

糖尿病性腎症予防のための保健指導情報提供書

年 月 日

保険者特定健診担当課長 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		

■ 該当事項をチェックしてください。

保健指導を実施することが  適当

■ 必要に応じて、以下へも記入してください。

血糖値 (空腹・随時) \_\_\_\_\_ mg/dL、HbA1c \_\_\_\_\_ % (検査日: 年 月 日)

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)	30 未満	30~299	300 以上
尿アルブミン/Cr 比 (mg/gCr)			

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/1.73 m <sup>2</sup> )	≥90	60~89	45~59	30~44	15~29	<15

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 ※最新の「日本人の食事摂取基準」(厚生労働省)・「慢性腎臓病に対する食事療法基準」(日本腎臓学会) 参照

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 { \_\_\_\_\_ % }

その他の留意事項

全体的なご意見がありましたら、下記にご記載ください

## 糖尿病性腎症重症化予防プログラム参加への主治医の確認書

謹啓

いつも、〇〇〇〇の保健事業に御協力いただきありがとうございます。

現在、〇〇〇〇では、石川県医師会、石川県糖尿病対策推進会議、石川県保険者協議会、石川県で策定した「いしかわ糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に基づき、保健指導を実施しています。この中で、糖尿病で治療中の方にも、医療と連携した保健指導が保険者に求められています。

このたび、特定健診の結果、下記の方が糖尿病性腎症重症化予防プログラムの対象者に該当しました。

主治医の先生のご了承と本人の同意の元、保健指導を実施したいと考えておりますので、保健指導の要否や保健指導を実施するにあたり注意すべき点がございましたら、下記主治医確認票にて、ご教示いただきますようよろしくお願い申し上げます。(ご記入の上、ご返送いただきますよう重ねてお願いいたします。)

謹白

年 月 日  
 保険者名 所属 (担当 ) 連絡先

## 【対象者】

氏名		生年月日	年 月 日生	男 ・ 女
住所				
健診日：	年 月 日	血糖値 (空腹・随時)	mg/dL	HbA1c %

今後の保健指導の状況や治療の経過などについては、石川県糖尿病対策推進会議等で推奨されている「糖尿病連携手帳」を用いて、情報共有を勧めていきたいと思っております。  
 お手数ではありますが、連携手帳の記載や確認等、よろしくお願い申し上げます。

## 主治医確認票

保険者での保健指導	<input type="checkbox"/> 保健指導の実施を認める	<input type="checkbox"/> 不要
◎糖尿病の状況 (最近の値をご記載ください)		
・血糖値(空腹・随時)	検査日( 月 日)	mg/dl
・HbA1c	検査日( 月 日)	%
・尿蛋白区分	検査日( 月 日)	- ・ 土 ・ + ・ 2+以上
※尿中アルブミン定量、尿アルブミン/Cr 比を測定している場合	検査日( 月 日)	30 未満 ・ 30~299 ・ 300 以上
※治療困難等で、ガイドラインとは異なる血糖コントロール目標値を設定している場合		
◎目標とするHbA1c値 ( %)		
◎依頼したい保健指導の内容、保健指導にあたっての注意事項などがあればご記載ください。		
<input type="checkbox"/> 生活習慣に関する保健指導		
<input type="checkbox"/> その他 ( )		
◆保健指導上の注意事項 ( )		

上記のとおりお知らせします。

年 月 日

医療機関名

医 師 名