

愛知県糖尿病性腎症重症化予防プログラム

平成30年3月策定
令和3年12月改定
令和7年 3月改定

愛知県医師会 愛知県糖尿病対策推進会議 愛知県

目次

1 プログラムの趣旨	1
2 基本的考え方	1
(1) 目的	1
(2) 年齢層を考慮した取組の実施	1
(3) データヘルス計画等各種計画を踏まえた事業展開	2
3 取組にあたっての関係者の役割	2
(1) 市町村の役割	2
(2) 県の役割	3
(3) 医師会の役割	3
(4) 愛知県糖尿病対策推進会議の役割	3
(5) 歯科医師会、薬剤師会、栄養士会の役割	4
(6) 広域連合の役割	4
(7) 国保連合会の役割	4
4 かかりつけ医や専門医等との連携	4
(1) かかりつけ医との連携	4
(2) 地域における関係機関との連携	4
(3) 推進協力医療機関との連携	5
5 取組の流れ	7
(1) 基本的な取組方策	7
(2) 取組の進め方	7
(3) 対象者抽出の考え方	8
(4) プログラムにおける糖尿病性腎症の基本的な考え方	8
(5) 健診受診者からの対象者抽出（図表3のA+B+C）	9
(6) 健診未受診者からの対象者抽出（図表3のD+E）	13
6 介入方法	14
(1) 受診勧奨	15
(2) 保健指導	16
7 事業を円滑に進めるための留意点	17
(1) ICTを活用した取組の実施	17
(2) 委託にて事業を実施する際の留意点	18
8 事業の評価	18
(1) 目的	18
(2) 方法	19
(3) 評価指標	21
(4) 評価結果の活用	22
9 個人情報の取扱い	22
10 円滑な事業の実施に向けて	22

【別紙】愛知県糖尿病性腎症重症化予防プログラム推進協力医療機関名簿
【参考】糖尿病を合併しない慢性腎臓病（CKD）患者の受診勧奨例について
【参考様式1】保健指導プログラム（例）
【参考様式2】糖尿病性腎症保健指導連絡票＜簡易版＞
【参考様式3】糖尿病性腎症保健指導連絡票＜詳細版＞
【参考様式4】糖尿病性腎症保健指導報告書

1 プログラムの趣旨

- 糖尿病は様々な合併症を併発し、心血管疾患のリスク要因となるほか、生活の質や社会保障資源等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。特に、糖尿病合併症の一つである糖尿病性腎症は、個人の生活の質への影響と医療経済への影響等が大きい。
- 糖尿病性腎症重症化予防の取組を全国的に展開する観点から、平成28年4月に日本医師会・日本糖尿病対策推進会議・厚生労働省の三者の合意のもと、「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」（以下「国プログラム」という。）を策定した。
- 本県においては、平成30年4月から国民健康保険制度改革に伴い、都道府県が市町村とともに国保の保険者を担うことから、市町村国保における糖尿病性腎症重症化予防の取組の推進を図るため、国プログラムに基づき、平成30年3月に愛知県医師会・愛知県糖尿病対策推進会議・愛知県の三者の合意（以下「三者合意」という。）のもと、「愛知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。
- その後、平成31年4月に国プログラムが改定されたこと、令和2年4月から市町村による後期高齢者医療制度と国保の保健事業の一体的実施が本格的に開始されたこと等に対応するため、三者合意のもと、令和3年12月に県プログラムを改定した。
- この度、令和6年3月に国プログラムが再び改定されたことに基づき、最新の知見を踏まえた対象者の抽出基準と対象者の状態に応じた介入方法の提示、ライフコースアプローチの観点を取り入れた取組の積極的な推進、糖尿病療養指導士等を交えた連携強化及び慢性腎臓病（以下「CKD」という。）対策との連動などを目指し、三者合意のもと、県プログラムを再び改定する。

2 基本的考え方

（1）目的

- 糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関の未受診者・受診中断者に対し、適切な受診勧奨、保健指導を行うことにより治療に結びつけるとともに、糖尿病で治療中の患者のうち、腎症が重症化するリスクの高い通院患者に対し、医療保険者が医療機関と連携して保健指導を行い、腎不全、人工透析への移行を予防し、健康寿命の延伸を図る。

（2）年齢層を考慮した取組の実施

- 糖尿病性腎症重症化予防について、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実施する。
 - 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には、青壮年期からの取組が重要である。
- 特定健康診査で使われる標準的な質問票の情報を参考にしつつ、対象者本人が

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を実施する。

イ 高齢者に対する取組

- 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。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、認知機能の程度を踏まえた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、地域包括ケア推進における関係者と連携して支援を行うことに留意する。
- 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て実施する。
- 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る。
- 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し、医療機関と連携した取組を推進する。

<参考資料>

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)

(3) データヘルス計画等各種計画を踏まえた事業展開

- 糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたって、データヘルス計画等の保健事業と密接に関係する計画を踏まえて実施する。

3 取組にあたっての関係者の役割

(1) 市町村の役割

ア 庁内体制の整備

- 健康増進担当部署と国保担当部署との連携を深め、保健師等の専門職や事務職の人材を効率的に活用するほか、専門的知見や人材を有する委託事業者を活用するとともに、国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」という。）の知見や人材を活用する。

イ 地域等における連携

- 国保データベース（以下「KDB」という。）システム等を用いて、被保険者の疾病構造や健康問題等を分析し、郡市医師会等とともに問題意識の共有を図りつつ、地域の実情に応じた対策を立案する。
- 対象者への支援内容の検討及び取組の実施にあたっては、地域の医療機関等と

連携し、様々な観点から総合的に検討することが重要であり、郡市医師会等に連携体制構築のための協力を依頼するとともに、情報共有に努める。

- 後期高齢者医療制度に異動した市町村国保の被保険者等、加入保険者が変更した場合でも、年齢等に関わらず継続的な支援や評価を図る。

ウ 事業実施等（＊注:P18 の 8 事業の評価参照）

- 実施した取組については、その結果の評価・分析を行い、PDCAサイクルに基づき次期の取組の展開につなげる。

（２）県の役割

ア 本庁における役割

- 市町村における取組状況を把握し、県全体の取組の進捗管理を行うとともに、好事例等の横展開や市町村職員等の実務に資する糖尿病性腎症重症化予防推進研修会等を行い、取組の推進を図る。
- 愛知県医師会や愛知県糖尿病対策推進会議等で構成する愛知県糖尿病性腎症重症化予防推進会議を実施し、県プログラムの県内の取組状況を共有のうえ、課題・対策について検討するとともに、愛知県糖尿病性腎症重症化予防プログラム推進協力医療機関（以下「推進協力医療機関」という。）【別紙】との連携体制を整備することなどにより、市町村における円滑な取組を支援する。

イ 保健所における役割

- 市町村と郡市医師会・地域の医療関係者等で構成する糖尿病性腎症重症化予防地域連携推進会議を実施し、県プログラムの圏域レベルの取組状況を共有のうえ、課題・対策について検討すること等により、市町村における円滑な取組を支援する。

（３）医師会の役割

- 愛知県医師会は、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を周知し、必要に応じ助言する。
- 愛知県医師会及び郡市医師会は、会員及び医療従事者に対して、県や市町村等が行う糖尿病性腎症重症化予防の取組を周知し、市町村とかかりつけ医との連携体制の構築を支援するとともに、かかりつけ医と糖尿病専門医・腎臓専門医等との連携を強化するなど、必要な協力を行う。

（４）愛知県糖尿病対策推進会議の役割

- 糖尿病性腎症重症化予防に係る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、専門的観点から県内における糖尿病性腎症重症化予防の取組について助言を行うなど、市町村等の取組に協力する。
- 地域住民や患者への啓発、医療従事者への研修を行う。

（５）歯科医師会、薬剤師会、栄養士会の役割

- 愛知県歯科医師会、愛知県薬剤師会、愛知県栄養士会等関係団体は、糖尿病性腎症重症化予防に係る県の動向等について会員等に周知し、県及び市町村等の糖尿病性腎症重症化予防に係る取組に必要な協力を行う。

（６）広域連合の役割

- 後期高齢者に対する取組にあたっては、市町村において国保の保健事業と一体的な実施ができるよう関係者との調整を図り、実施体制の構築に努める。

（７）国保連合会の役割

- 市町村、県及び広域連合等に対し、地域課題の適切な把握や、効果的かつ効率的な取組のため、ＫＤＢシステムを活用した企画立案や評価分析の研修を始めとした技術支援等を行う。
- 国保・後期高齢者ヘルスサポート事業を通じた支援や評価委員会による個別支援を行う。

４ かかりつけ医や専門医等との連携

（１）かかりつけ医との連携

- ア 市町村はかかりつけ医との連携について、あらかじめ郡市医師会と地域での推進体制（連絡票【参考様式２・３・４】、糖尿病連携手帳、事例検討等）を構築する。
- イ かかりつけ医は、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（網膜症等）の状況を把握し、本人に説明するとともに、保健指導上の留意点を保健指導の実施者に伝える。

（２）地域における関係機関との連携

- ア かかりつけ医と糖尿病専門医・腎臓専門医は必要に応じて連携できる体制を構築する。
糖尿病専門医・腎臓専門医への紹介については、日本糖尿病学会及び日本腎臓学会作成の「かかりつけ医から専門医・専門医療機関への紹介基準（図表１）」に基づき行うことが望ましい。
- イ 診診連携の仕組の活用により、眼科医で糖尿病の合併症である網膜症の視力障害に対応する。
- ウ 医科歯科連携の仕組の活用により、歯科医で糖尿病の合併症である歯周病の治療及び歯の喪失に対応する。
- エ 医薬連携の仕組の活用により、かかりつけ薬局等の薬剤師の服薬指導を充実する。
- オ 糖尿病性腎症重症化予防の取組について、ＣＫＤ対策との連動を図る場合、４

(1)、4(3)のとおり、かかりつけ医と糖尿病専門医・腎臓専門医等との連携に加え、糖尿病療養指導士、腎臓病療養指導士や管理栄養士・栄養士等との連携拡大を図る。

(3) 推進協力医療機関との連携

- かかりつけ医等が、専門的な見地からの助言等を必要とした場合は、推進協力医療機関【別紙】に相談する。

図表 1：日本糖尿病学会及び日本腎臓学会作成の「かかりつけ医から専門医・専門医療機関への紹介基準」
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、監修: 日本医師会)
 ～主に糖尿病治療ガイドより～

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カ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型糖尿病病)。 ○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P12“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圧(300mg/dl以上)で、高齢者などで脱水徴候が著しい場合 (高血糖高浸透症候群の可能性があるので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、迅速に連携を取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。

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)

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	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿
	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 (一)	軽度尿蛋白 (±)	高度蛋白尿 (十～)
	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 ²)	G1	正常または高値	≥90	血尿+なら紹介、 蛋白尿のみなら生活指導・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カ月以内に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、腎代替療法の導入。
原疾患に糖尿病がある場合
1) 腎内科医・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)発症のハイリスク患者(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

5 取組の流れ

(1) 基本的な取組方策

- ア 健康診査等で選定された該当者に対する受診勧奨、保健指導
- イ 治療中の患者に対するかかりつけ医等と連携した保健指導
- ウ レセプト等による糖尿病治療中断者や健診未受診者の把握と受診勧奨、保健指導

(2) 取組の進め方

- 取組について、P D C A (庁内連携、地域連携、計画策定、受診勧奨・保健指導、評価報告、改善)により実施する。(図表2)
- 一連の取組にあたっては、K D B の活用等により、健診・レセプトデータに基づき、地域の課題の分析等を行い計画策定し、対象者を選定のうえ保健指導等を実施する。また、実施した保健指導等を評価することで、次年度の修正につなげる。

図表2：重症化予防の基本的な取組の流れ



平成28年度厚生労働科学研究「糖尿病性腎症重症化予防プログラムの開発のための研究」（研究代表：津下一代）から引用

（３）対象者抽出の考え方

- 基本的な取組は①健診・レセプトデータ等で抽出されたハイリスク者に対する確実な受診勧奨と保健指導の実施（図表３のA＋C＋E）、②治療中の患者に対する医療と連携した保健指導（図表３のB＋D）の実施である。

図表３：健診・レセプトデータの有無と対象者の抽出の考え方



（厚生労働省「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」より抜粋）

（４）プログラムにおける糖尿病性腎症の基本的な考え方

- 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。

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、あるいは蛋白尿（±）^{※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。また蛋白尿（±）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。

参考：糖尿病性腎症病期分類^{注1}

	注2 病期	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)*1	GFR(eGFR) ^{注3} (推算糸球体濾過量) (mL/分/1.73m 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*2	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 糖尿病性腎症合同委員会・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/1.73m²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。 *1：アルブミン尿は早期の段階から腎障害の予後やCVD(心血管疾患)を予測できる指標であり、早期腎症の診断に有用である。蛋白尿陰性の場合の軽度eGFR低下は腎障害の予後やCVDを予測できず、早期糖尿病性腎症の診断には有用ではない(エビデンスに基づくCKD 診療ガイドライン2013 https://jsn.or.jp/guideline/ckdevidence2013.php P80) *2：特定健康診査では尿蛋白が必須項目であり、糖尿病に加えて尿蛋白(+)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。
--

(厚生労働省「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」より抜粋)

(5) 健診受診者からの対象者抽出(図表3のA+B+C)

ア 健康診査等で選定された該当者

(ア) 健診結果から糖尿病性腎症基準に該当した場合(図表3-A B)

- ・空腹時血糖又は随時血糖^{※1}126mg/dl 以上又は HbA1c 6.5%以上、かつ尿蛋白(+) 以上又は eGFR45ml/分/1.73m² 未満
- ・空腹時血糖又は随時血糖^{※1}126mg/dl 以上又は HbA1c 6.5%以上、かつ尿蛋白(±) 又は eGFR45ml/分/1.73m² 以上 60 ml/分/1.73m² 未満
- ・空腹時血糖又は随時血糖^{※1}126mg/dl 以上又は HbA1c 6.5%以上、かつ尿蛋白(一) かつ eGFR60ml/分/1.73m² 未満のうち年間 5 ml/分/1.73m² 以上低下

※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。

(イ) 健診結果から尿蛋白は陽性ではないが、糖尿病と判定された場合(図表3-C)

※Bに対し保健指導をおこなう際には、かかりつけ医の了解を得る。

※健診対象年度に高血圧の受診実績のある者について、測定値を確認する。

(ウ) 留意点

- 対象者の抽出基準においては、図表5に示すように、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。

- 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。
- 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必要がある。
- 医療機関等で測定した尿アルブミン値や網膜症、神経障害等の糖尿病特有の細小血管障害の合併状況、糖尿病罹病期間を参考にすることも有用である。
- なお、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。

図表 4：健診・レセプトデータの有無と対象者の抽出の考え方（再掲）



（厚生労働省「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」より抜粋）

図表 5：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

		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）

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	
H b A 1 c (%)	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。

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

※保健指導Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、受診勧奨Ⅰ、Ⅱ、Ⅲの内容については図表8参照

※1 糖尿病未受診者：対象年度に2型糖尿病の受診実績がない者

※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ない者

「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判定者のうち、尿蛋白、血圧の測定値がなく、腎障害の程度、血圧区分のいずれかの判定ができない者。eGFRの判定値がない場合は暫定的に「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

(厚生労働省「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」より抜粋)

参考: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)

コントロール目標値 ^{注4)}			
目標	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。

参考:高齢者糖尿病の血糖コントロール目標(HbA1c 値)
(日本老年医学会、日本糖尿病学会編・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			
	カテゴリーⅠ	カテゴリーⅡ	カテゴリーⅢ	
	①認知機能正常 かつ ②ADL 自立	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	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%)	8.5%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。

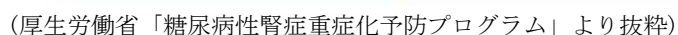
注3)糖尿病罹病期間も考慮し、合併症発症・進展阻止が優先される場合には、重症低血糖を予防する対策を講じつつ、個々の高齢者ごとに個別の目標や下限を設定してもよい。65歳未満からこれらの薬剤を用いて治療中であり、かつ血糖コントロール状態が図の目標や下限を下回る場合には、基本的に現状を維持するが、重症低血糖に十分注意する。グリニド薬は、種類・使用量・血糖値等を勘案し、重症低血糖が危惧されない薬剤に分類される場合もある。

ア 糖尿病治療中断かつ健診未受診者（図表3のE）

○ 過去に糖尿病治療歴がある、又は過去3年間程度

- 例えば、

- 図表6：健診・レセプトデータの有無と対象者の抽出の考え方（再掲）



6 介入方法

- 健診受診者（図表3のA+B+C）については、以下の基準を参考に対象者の状態像を区分することが可能であり、その区分別に介入方法を変える等の工夫をする。

図表7：健診結果と糖尿病の治療状況別の状態像の介入方法とそのレベルの区分
(図表5再掲)

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)

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	
H b A 1 c (%)	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。

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

※保健指導Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、受診勧奨Ⅰ、Ⅱ、Ⅲの内容については図表8参照

※1 糖尿病未受診者：対象年度に2型糖尿病の受診実績がない者

※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ない者

「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判定者のうち、尿蛋白、血圧の測定値がなく、腎障害の程度、血圧区分のいずれかの判定ができない者。eGFRの判定値がない場合は暫定的に「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

(厚生労働省「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」より抜粋)

図表 8：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	緊急度に応じた介入の程度
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	

（厚生労働省「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」より抜粋）

（１）受診勧奨

受診勧奨レベルⅠ、Ⅱ、Ⅲのいずれにおいても、対象者全員に医療機関への受診勧奨を行うことが原則である。

【受診勧奨レベルⅠ】

- 下記の①かつ②に該当する者は、医療機関への受診勧奨をする。
（通知による受診勧奨を想定）
 - 血糖：下記のいずれかに該当する場合
 - 空腹時血糖または随時血糖（食後 3.5 時間以上）：126mg/dL 以上
 - HbA1c：6.5%以上
 - 現在、糖尿病について医療機関を受診していない（治療中断も含む）

【受診勧奨レベルⅡ】

- 下記の①～④のいずれかに該当する者は、可能な限り電話や訪問等により個別に、医療機関への受診勧奨をする。また、勧奨後に治療に結びついているかについても確認する。
 - HbA1c:7.0%以上 8.0%未満 かつ <eGFR:45mL/分/1.73 m²以上 60mL/分/1.73 m²未満または尿蛋白（±）>
 - HbA1c：7.0%以上 8.0%未満 かつ< 血圧：140/90mmHg 以上 かつ 高血圧について医療機関を受診していない>
 - HbA1c:6.5%以上 7.0%未満 かつ <eGFR:45mL/分/1.73 m²以上 60mL/分/1.73 m²未満または尿蛋白（±）>かつ< 血圧：140/90mmHg 以上 かつ 高血圧について医療機関を受診していない>
 - HbA1c：6.5%以上 7.0%未満 かつ <eGFR：45mL/分/1.73 m²未満 または 尿蛋白：陽性（1＋以上）>

【受診勧奨レベルⅢ】

- 下記の①～③のいずれかに該当する者は、可能な限り速やかに、電話や訪問等に

より、個別に医療機関への受診勧奨をする。また、勧奨後に治療に結びついていないかについても確認する。

① HbA1c : 8.0%以上（腎障害の程度、血圧に関係なく）

② HbA1c : 7.0%以上 8.0%未満 かつ <eGFR : 45mL/分/1.73 m²未満 または 尿蛋白 : 陽性（1 +以上） >

③ HbA1c : 6.5%以上 7.0%未満 かつ <eGFR : 45mL/分/1.73 m²未満 または 尿蛋白 : 陽性（1 +以上） > かつ <血圧 : 140/90mmHg 以上 かつ 高血圧について医療機関を受診していない>

※1 高血圧で受診しているが糖尿病で受診していない場合

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、高血圧の受診医療機関に対し相談するよう保健指導する。

※2 糖尿病を合併しないCKD患者の場合（CKD対策実施市町村）

別添「【参考】糖尿病を合併しない慢性腎臓病（CKD）患者の受診勧奨例について」を参考とする。

（２）保健指導

- 糖尿病性腎症による新規透析導入者を減少させるためには、血糖に加え血圧、脂質のコントロールや薬剤の適正使用が重要である。また、肥満の是正、食生活の改善等、包括的な管理も必要となる。保健指導を行うに当たっては、状態に応じた予防、管理の考え方を踏まえたうえで、保健指導を行う専門職が対象者と対面・電話等により接点を持ちながら、生活改善の指導を行う（図表2参照）。
- 対象者の糖尿病に対する思いや生活状況を踏まえた血糖、血圧管理等の指導を行う。その際に聞き取った情報、特に治療を中断しがちな者の情報等は医療機関にとっても有用であるため、医療機関との情報共有が重要である。
- 糖尿病連携手帳や保健指導報告書等を通じて、かかりつけ医機能を有する医療機関との情報共有を行う。保健指導実施期間中に、医療機関で実施した検査結果を事業の効果評価等に活用する目的で確認する場合には、検査結果を入手することについて、あらかじめ対象者の同意を得ておく。
- 保健指導期間中は対象者とともに生活習慣改善のための行動目標を立案するが、腎症病期や検査値経過を参考に、個人の健康状態や生活背景にあった目標であるかを見直す。必要時は、かかりつけ医機能を有する医療機関や地域担当医へ相談する等、安全管理に留意する。
- 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。また、保健指導の際に活用する資料の一つとして自己実践を支援するための資料（特に継続的に支援するための資料）の活用も効果的であり、対象者が設定した行動目標の達成のために活用する実践状況の記録、通信による支援等に用いられる。これらには、体重変化や食事内容、活動量等を対

象者自身がモニタリングできるようなアプリケーション等 ICT を活用したものも含まれる。これら保健指導期間中のフォローにおいては、対象者の状況、ICT リテラシー等に応じて、支援の途中であっても支援形態を必要に応じて見直すことが望ましい。

（保健指導における留意点）

＜リスクマネジメント体制の確保＞

- 糖尿病性腎症の者に対して保健指導を実施する場合は、医療との連携が不可欠である。腎症第3期、第4期への保健指導については腎症に関する専門的知識やスキルを有する者が対応する必要がある。また腎不全のみならず、循環器疾患の発症・死亡リスクが高い集団であることから、保健事業の実施に当たっては、特にリスクマネジメントの体制が確保されていることが重要である。
- 特に、腎症第4期については、腎臓専門医が関与する必要があることから、保健指導のみで対応することがないようにする。
- 糖尿病性腎症の者は免疫力が低下し、感染症にかかりやすいことから、感染予防のための日常的な衛生管理についても指導する。

＜高齢者を対象とした取組の実施＞

- 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っていく必要がある。

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。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。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。
- 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3-3 ICT 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）」を参照する。

- また、保健指導が終了した後も、対象者が健康的な生活習慣を維持し、更なる改善に取り組めるよう、社会資源の活用等を行いながら、対象者に応じた継続的な支援を行うことが求められる。
- ICT の利活用に慣れていない者を対象に ICT を活用する場合は、ICT を活用する際の手順等について支援する機会を設定する等の工夫が必要である。

(2) 委託にて事業を実施する際の留意点

- 市町村等が直営で実施するか、事業者に委託して実施するかについては、市町村等のマンパワーを含めた体制状況、地域資源の状況等地域の実情を踏まえて、最も効果的・効率的と考えられる方法を選択する。
- 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。
- 民間事業者等に委託する場合には、受診勧奨や保健指導の質（実施内容に直接かわる情報収集やアセスメントの質）及び地域の社会資源や地域特性の理解度等を確認したうえで事業者を選定する。委託に当たっては、事前に医師会等、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、業務内容を委託事業者に明確に伝えることが重要である。
- 委託事業者が地域の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地域の医師会等と協議し、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。
- 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。

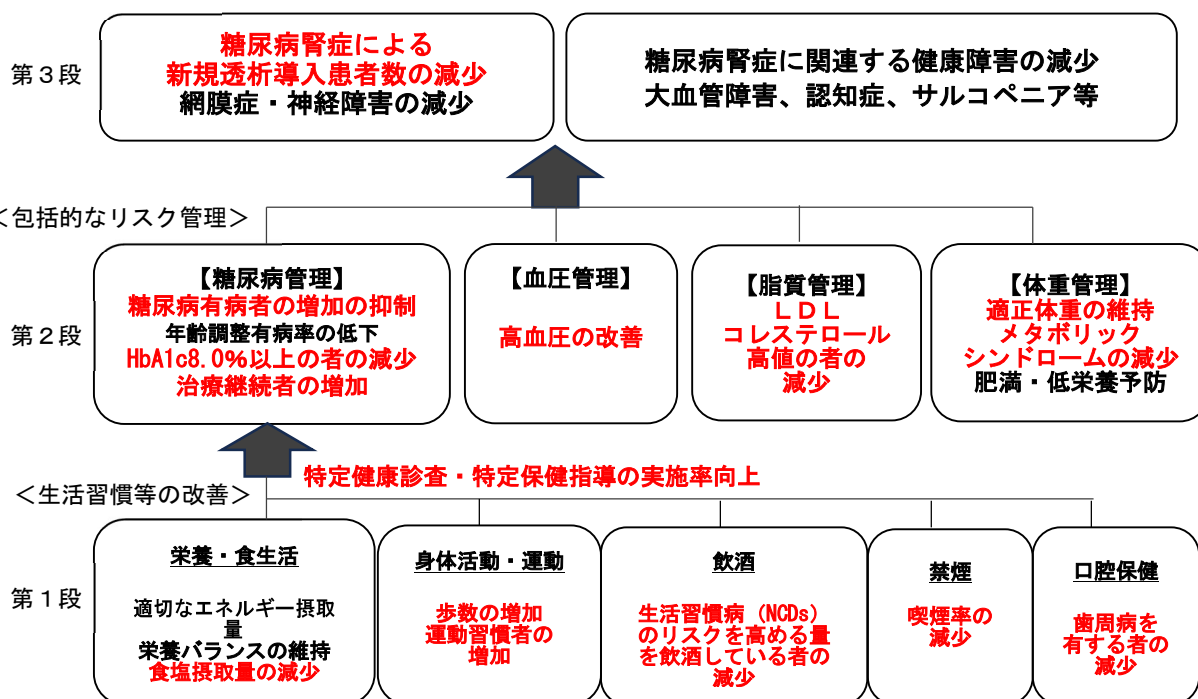
8 事業の評価

(1) 目的

- 事業評価を行う目的は、①計画時に設定した評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況を確認すること、②事業の効果や目標の達成状況等を踏まえ、より効果的・効率的に事業を展開するために取組内容や事業全体を見直すことである。
- 市町村においては、国保から後期高齢者医療制度に移行する者について、広域連合とも連携し、切れ目なく支援を継続するとともに、国保と後期高齢者医療制度等の健康・医療情報と併せて分析し評価することが必要である。

図表9:糖尿病領域のロジックモデル※

<重症化予防>



生活習慣の改善は、「栄養・食生活」、「身体活動・運動」、「飲酒」、「喫煙」、「歯・口腔」の領域と連携（環境整備含む）

赤太字：健康日本21（第三次）の目標となっているもの

（厚生労働省「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」より抜粋）

※健康日本21（第三次）の推進のための説明資料参照

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/kenkounippon21_00006.html

（2）方法

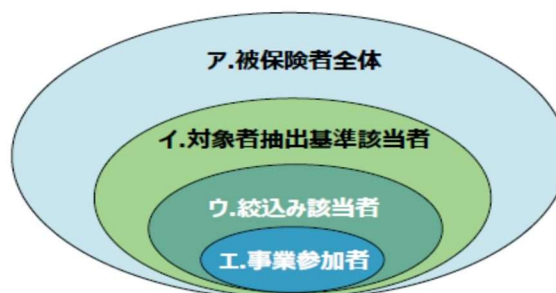
- 計画策定時に設定した目標や評価指標、評価方法に基づいて、ストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカムの視点で評価を行う。その成功要因、未達要因をストラクチャー、プロセス面から検討する。
- 市町村等においては、自らの事業及び支援について振り返り、次年度以降の事業計画に活用するため、受診勧奨や保健指導を実施した被保険者個々人の単位、もしくはその集団（図表10のエ.事業参加者）で確認する短期的評価をしっかりと行うことが重要である。
- アウトプット評価は抽出された対象者のうち、何人に受診勧奨や保健指導を実施できたかの評価を必ず行う。その際、自治体が絞り込んだ対象者に対する割合だけでなく、図表10で分類される各レベルの対象者における参加者の割合を把握する。
- アウトカム評価は、短期的評価指標と中長期的な評価指標を定める。例えば、受診勧奨では、短期的指標として受診勧奨による医療機関受診の有無が重要である。そのうえで、1年後には治療の継続、HbA1cや血圧、腎障害の程度の変化、長期的には透析の導入抑制等が重要な指標となる。
- 対象者の抽出基準に該当した者（図表10のイ.対象者抽出基準該当者）のうち、受診勧奨や保健指導を実施した被保険者（図表10のエ.事業参加者）と、受診勧

奨や保健指導を実施していない者(図表 10 のイ. 対象者抽出基準該当者のうちエ. 事業参加者を除いた者) でアウトカム評価指標を比較するとともに、被保険者全体(図表 10 のア. 被保険者全体)における各種指標の変化の状況について、中長期的にどのように変化したかについて、確認を行うことが望ましい。

また、以下の点に留意することにより、より適切な評価につながる。

- アウトプット評価やアウトカム評価においては、属性(年齢、糖尿病性腎症病期等)ごとに詳細を把握する。
- アウトカム評価においては、介入した集団について、事業参加前・事業参加後等各時点での平均値の変化だけでなく、一定の基準値を超えたものの割合(該当率)の変化を把握することが望ましい。
- アウトプット評価やアウトカム評価においては、保険者内での経年比較を行うほか、都道府県内で他の保険者との比較を行うことが望ましい。その際、保険者間での平均年齢の差による影響を考慮するため、年齢調整を行うことが望ましい。
- 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。

図表 10：評価対象のとりえ方



(厚生労働省「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」より抜粋)

＜効果的な評価に向けて＞

- 事業から得られたデータを取りまとめ、内部で検討を行い、更に専門家等の助言を得ながら事業の成果を分析する。分析結果は、地域の関係者間で情報の共有を行う。
- KDB システムでは対象者の抽出、対象者の経年的なデータの抽出、自治体全体のマクロ的な評価を行うことが可能であり、評価ツールとして活用することが有用である。
- KDB システムで得られるデータのほか、被保険者や事業関係者への聞き取りやアンケートによって得られたデータも、事業評価において有用である。
- 市町村国保加入時に保健指導を受けていても、後期高齢者医療制度に移行後、評価が困難になる自治体も少なくない。市町村国保から後期高齢者医療制度へ、自治体の中で切れ目なく事業評価できる体制の整備が必要であり、国保担当課や高齢者医療担当課との連携が不可欠である。具体的には、レセプトデータの追跡の主体等、保険者の変更に伴う役割分担を協議して決めておくことなどが必要である。市町村の高齢者保健事業担当が行うのか、保険者である広域連合が行うのかなど、関係者間で十分な協議を行い、あらかじめ長期的な追跡を見込んだ計画を立てることが求められる。

(3) 評価指標

図表 11：市町村が設定する評価指標（例）

ストラクチャー	目的・目標を踏まえ、医師会等医療関係機関（委託の場合は委託業者も含む）と連絡・協力体制を確保しているか	
	必要な予算は確保できたか	
	プログラム実施に必要な人員の確保はしているか	
	保健指導者等の研修を実施したか	
	運営マニュアル等の整備ができたか	
	健診・医療における検査データ等を集約する方法が了解されたか	
プロセス	目的に応じた対象者が設定できたか	
	対象者への声掛け・募集方法は適切か	
	スケジュール調整ができたか	
	保健指導対象のデータを登録できたか	
アウトプット	受診勧奨	基準に基づいて抽出された対象者の数に対する各方法（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

				短期	中長期
アウトカム	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。

※短期：保健指導前、6か月後、1年後、中長期：2～4年

図表 12：愛知県が設定する評価指標

ストラクチャー	市町村のストラクチャー評価の結果の把握			
プロセス	市町村のプロセス評価の結果の把握			
アウトプット	市町村のアウトプット評価の結果の把握			
	糖尿病性腎症重症化予防事業に取り組む管内市町村の数			
	支援した管内市町村の数			
アウトカム	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	
		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	
	医療費		外来医療費、総医療費	

（４）評価結果の活用

- 事業の分析結果、評価やそれに基づく改善方策等について関係者間で協議する。協議の結果、改善が必要な場合は、具体的な方策について関係者から助言を得ながら検討する。

９ 個人情報の取扱い

- 保険者と医療関係者等においては、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、保有する個人情報を適切に取り扱う。

<参考資料>

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）

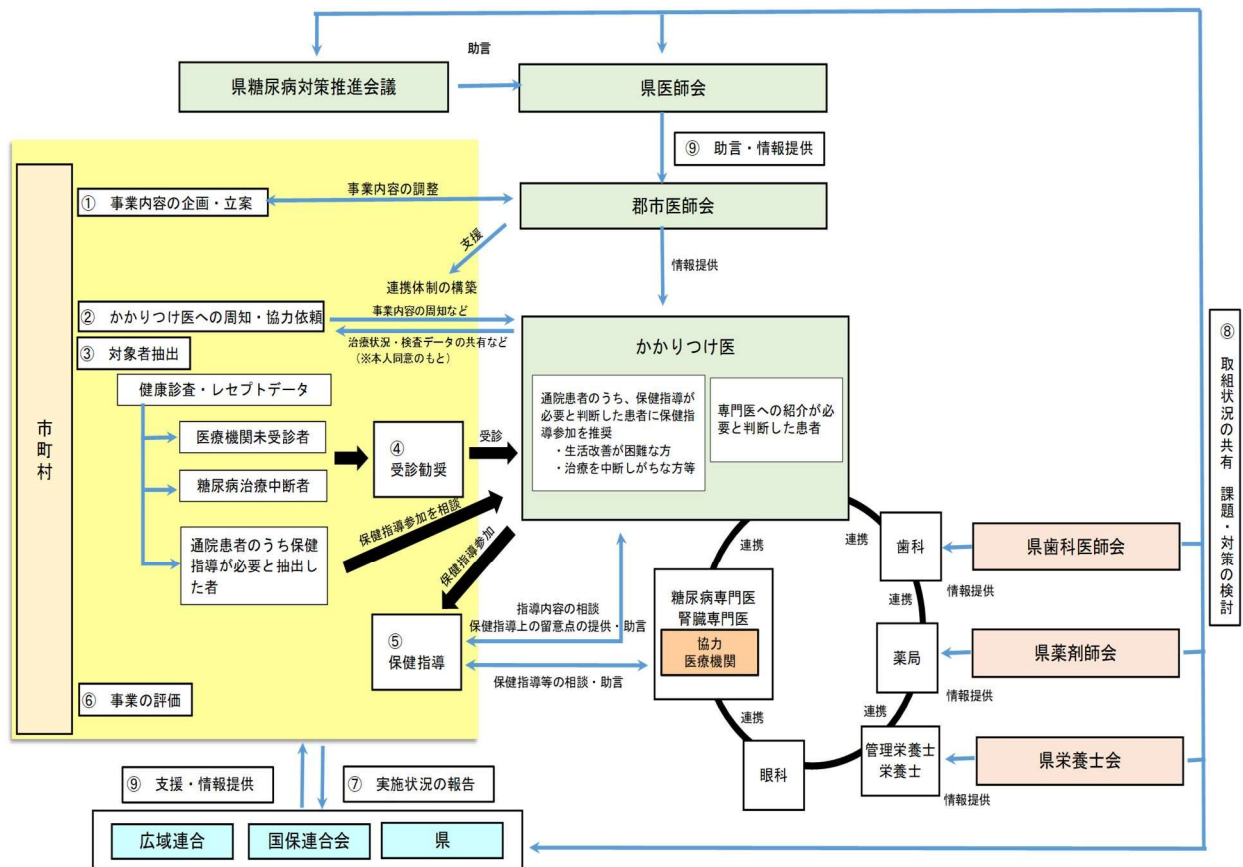
医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス

（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）
「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

10 円滑な事業の実施に向けて

- 県プログラムは、愛知県において糖尿病性腎症重症化予防の取組が容易となるよう、基本的な取組方策について示したものであり、保険者が保健事業において既に行っている取組を妨げるものではない。地域の実情に応じて柔軟に対応することが可能であり、各地域で実施するにあたっては、保険者と医療関係者等が密接に連携して、事業を展開する。
- 県プログラムに記載のない事項については、日本医師会、日本糖尿病対策推進会議、厚生労働省による国プログラムを参考とする。

図表13: 愛知県糖尿病性腎症重症化予防プログラムの概要図



愛知県糖尿病性腎症重症化予防プログラム推進協力医療機関名簿

(令和7年1月31日現在)

所在市町村	病 院 名	領域	診療科名
名古屋市 (千種区)	名古屋市立大学医学部附属 東部医療センター	糖尿病 腎臓病	内分泌・糖尿病内科 腎臓内科
	愛知学院大学歯学部附属病院	糖尿病・腎臓病	糖尿病内科
(北区)	名古屋市立大学医学部附属 西部医療センター	糖尿病 腎臓病	内分泌・糖尿病内科 腎臓・透析内科
	社会医療法人愛生会 総合上飯田第一病院	糖尿病 腎臓病	糖尿病内分泌内科 腎臓内科
(西区)	名鉄病院	糖尿病	内分泌・代謝内科
(中村区)	日本赤十字社愛知医療センター 名古屋第一病院	糖尿病 腎臓病	内分泌内科 腎臓内科
	医療法人衆済会 増子記念病院	糖尿病・腎臓病	腎臓内科
	名古屋セントラル病院	糖尿病 腎臓病	糖尿病・内分泌内科 腎臓内科
(中区)	独立行政法人国立病院機構 名古屋医療センター	糖尿病	糖尿病内分泌内科
	国家公務員共済組合連合会 名城病院	糖尿病 腎臓病	糖尿病・内分泌内科 腎臓内科
(昭和区)	名古屋大学医学部附属病院	糖尿病 腎臓病	糖尿病・内分泌内科 腎臓内科
	日本赤十字社愛知医療センター 名古屋第二病院	糖尿病 腎臓病	糖尿病・内分泌内科 腎臓内科
(瑞穂区)	名古屋市立大学病院	糖尿病 腎臓病	内分泌・糖尿病内科 腎臓内科
(中川区)	名古屋掖済会病院	糖尿病 腎臓病	糖尿病・内分泌内科 腎臓内科
	医療法人偕行会 名古屋共立病院	腎臓病	腎臓内科
	藤田医科大学ばんだね病院	糖尿病 腎臓病	内分泌・代謝・糖尿病内科 腎臓内科
(港区)	独立行政法人労働者健康安全機構 中部労災病院	糖尿病 腎臓病	糖尿病・内分泌科 腎臓内科
名古屋市 (南区)	独立行政法人地域医療機能推進機 構 (JCHO) 中京病院	糖尿病 腎臓病	内分泌・糖尿病内科 腎臓内科
	医療法人名南会 名南病院	糖尿病	内科
	社会医療法人宏潤会 大同病院	糖尿病 腎臓病	糖尿病・内分泌内科 腎臓内科

所在市町村	病 院 名	領域	診療科名
(天白区)	名古屋記念病院	糖尿病 腎臓病	代謝・内分泌内科 腎臓内科
	新生会第一病院	腎臓病	腎臓内科
北名古屋市	医療法人済衆館 済衆館病院	糖尿病 腎臓病	糖尿病内科 腎臓内科
津島市	津島市民病院	糖尿病 腎臓病	内分泌内科 腎臓内科
弥富市	愛知県厚生農業協同組合連合会 海南病院	糖尿病 腎臓病	糖尿病・内分泌内科 腎臓内科
瀬戸市	公立陶生病院	糖尿病・腎臓病	内分泌・代謝内科
尾張旭市	独立行政法人労働者健康安全機構 旭労災病院	糖尿病 腎臓病	糖尿病・内分泌内科 腎臓内科
豊明市	藤田医科大学病院	糖尿病 腎臓病	内分泌・代謝・糖尿病内科 腎臓内科
長久手市	愛知医科大学病院	糖尿病 腎臓病	糖尿病内科 腎臓・リウマチ膠原病内科
一宮市	一宮市立市民病院	糖尿病 腎臓病	糖尿病・内分泌内科 腎臓内科
	総合大雄会病院	糖尿病 腎臓病	内分泌・糖尿病内科 腎臓内科
	社会医療法人杏嶺会 一宮西病院	糖尿病	内分泌・糖尿病内科
稲沢市	稲沢市民病院	糖尿病	糖尿病・内分泌内科
春日井市	春日井市民病院	糖尿病 腎臓病	糖尿病・内分泌内科 腎臓内科
小牧市	小牧市民病院	糖尿病	糖尿病・内分泌内科
江南市	愛知県厚生農業協同組合連合会 江南厚生病院	糖尿病・腎臓病	内分泌・糖尿病内科 腎臓内科
半田市	半田市立半田病院	腎臓病	腎臓内科
美浜町	愛知県厚生農業協同組合連合会 知多厚生病院	糖尿病	内科
常滑市	常滑市民病院	腎臓病	腎臓内科
東海市	公立西知多総合病院	糖尿病 腎臓病	糖尿病・内分泌内科 腎臓内科

所在市町村	病 院 名	領域	診療科名
大府市	国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター	糖尿病	代謝内科
豊田市	愛知県厚生農業協同組合連合会 豊田厚生病院	糖尿病 腎臓病	糖尿病・代謝内科 腎臓内科
	トヨタ記念病院	糖尿病 腎臓病	内分泌・糖尿病内科 腎臓内科
岡崎市	岡崎市民病院	糖尿病 腎臓病	内分泌・糖尿病内科 腎臓内科
	藤田医科大学岡崎医療センター	糖尿病 腎臓病	内分泌・代謝・糖尿病内科 腎臓内科
	愛知医科大学メディカルセンター	糖尿病 腎臓病	糖尿病内科 腎臓・リウマチ膠原病内科
刈谷市	医療法人豊田会 刈谷豊田総合病院	糖尿病 腎臓病	糖尿病・内分泌内科 内科（腎臓内科）
安城市	愛知県厚生農業協同組合連合会 安城更生病院	糖尿病 腎臓病	内分泌・糖尿病内科 腎臓内科
西尾市	西尾市民病院	糖尿病	内分泌・糖尿病内科
豊橋市	豊橋市民病院	糖尿病	糖尿病・内分泌内科
	社会医療法人明陽会 成田記念病院	糖尿病・腎臓病	腎・糖尿科
豊川市	豊川市民病院	糖尿病 腎臓病	糖尿病・内分泌内科 腎臓内科

※ 協力医療機関：市町村からの事業の推進等に関する相談に対し、専門的な見地からの助言・指導等の協力が得られる医療機関

糖尿病を合併しない慢性腎臓病（CKD）患者の受診勧奨例について（P16 記載）

糖尿病を合併しない慢性腎臓病(Chronic Kidney Disease:CKD)患者が、透析治療を要する末期腎不全に至る場合も多い。日本透析医学会の統計調査報告では、令和4年度の透析導入原疾患の第1位は糖尿病性腎症(38.7%)であるが、続いて腎硬化症(18.7%)、不明(15.0%)の順となる。このため、千葉県や山形県などでは、CKDについても、受診勧奨を推進している。そこで、愛知県においても、地域の実情に応じて、CKDの受診勧奨を行うことが望ましい。

「糖尿病を合併しない慢性腎臓病（CKD）患者の受診勧奨例」

（糖尿病を合併しているCKD患者の受診勧奨は本文（P15）記載）

- **CKD診断基準は参考図表1**のとおり。
- 一般にCKDは自覚症状に乏しいため、特定健診では、尿検査に加えて、血清クレアチニン値を測定し、推算糸球体濾過量（Glomerular Filtration Rate:GFR）を算出して、腎機能を評価することが重要である。高齢者、特に後期高齢者ではCKD合併が多いため、腎機能評価がより重要である。
- CKD患者において、透析導入リスクはGFRが低下するほど、また蛋白尿やアルブミン尿が多いほど高い。**CKD重症度分類は参考図表2**のとおり。
- 尿試験紙による尿蛋白定性検査では、（－）が正常のA1、（±）が軽度蛋白尿のA2、（1＋）以上が高度蛋白尿のA3に該当する。この重症度分類では、1回の特定健診結果における尿蛋白と推算GFRから重症化リスクを評価できるが、複数回の特定健診結果がある場合には、加えてGFR低下速度を評価することが望ましい。
- GFR低下速度の評価方法として、一定期間におけるGFR低下%とGFR slope（傾き）が有用である。例えば、3年前の特定健診における推算GFRが60ml/分/1.73m²であり、3年後の推算GFRが45ml/分/1.73m²であった場合には、GFR低下%は25%、GFR slopeは－5.0ml/分/1.73m²/年と算出される。1～3年間でeGFR低下%が30%を超える場合は、透析導尿などを要する末期腎不全のリスクが高い。同様にGFR slopeが－5.0ml/分/1.73m²/年より負に急峻な場合は、rapid progressionとされ、末期腎不全のリスクが高い。
- 日本腎臓学会などが定める**健診施設から、かかりつけ医への受診勧奨を参考図表3**のとおりである。
- CKD対策の実施にあたっては、本文（P6）**図表1による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等**を参考に、糖尿病を合併しないCKD患者の受診勧奨基準を地域の実情に応じて定めることが望ましい。この基準の設定においては、地域ごとの医療環境を考慮して、地区医師会や地域の腎臓専門医療機関と協議することが望ましい。

参考図表 1 CKD診断基準：健康に影響を与える腎臓の構造や機能の異常
(以下のいずれか)が3カ月を越えて持続

腎障害の指標	蛋白尿(0.15g/24時間以上;0.15g/gCr以上)アルブミン尿 (30mg/24時間以上;30mg/gCr以上) 尿沈渣の異常 尿細管障害による電解質異常やその他の異常 病理組織検査による異常,画像検査による形態異常 腎移植の既往
GFRの低下	GFR60mL/分/1.73m ² 未満

参考図表 2 CKD の重症度分類

原疾患		蛋白尿区分		A1	A2	A3
糖尿病性腎臓病		尿アルブミン定量 (mg/日) 尿アルブミン/Cr 比 (mg/gCr)		正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿
				30 未満	30～299	300 以上
高血圧性腎硬化症 腎炎 多発性嚢胞腎 移植腎 不明 その他		尿蛋白定量 (g/日) 尿蛋白/Cr 比 (g/gCr)		正常	軽度尿蛋白	高度蛋白尿
				0.15 未満	0.15～0.49	0.50 以上
GFR 区分 (mL/分/ 1.73m ²)	G1	正常または高値	≥90			
	G2	正常または軽度低下	60～89			
	G3a	軽度～中等度低下	45～59			
	G3b	中等度～高度低下	30～44			
	G4	高度低下	15～29			
	G5	高度低下～末期腎不全	<15			

重症度は原疾患・GFR 区分・蛋白尿区分を合わせたステージにより評価する。CKD の重症度は死亡、末期腎不全、CVD 死亡発症のリスクを緑のステージを基準に、黄、オレンジ、赤の順にステージが上昇するほどリスクは上昇する。
(KDIGO_CKD_guideline_2012 を日本用に改変)

注:わが国の保険診療では、アルブミン尿の定量測定は、糖尿病または糖尿病性早期腎症であって微量アルブミン尿を疑う患者に対し、3カ月に1回に限り認められている。糖尿病において、尿定性で1以上の明らかな尿蛋白を認める場合は尿アルブミン測定は保険で認められていないため、治療効果を評価するために定量検査を行う場合は尿蛋白定量を検討する。

参考図表 3 健診施設からかかりつけ医への受診勧奨

健診施設 → かかりつけ医への受診勧奨

- 尿蛋白 1+ 以上を医療機関への受診勧奨基準とする。尿蛋白 (±) が 2 年連続みられた場合もかかりつけ医への受診を勧奨する。
- eGFR 45 mL/分/1.73 m² 未満 (CKD ステージ G3b 以降) の場合、かかりつけ医への受診を推奨する。
- 40 歳未満では、eGFR 60 mL/分/1.73 m² 未満 (CKD ステージ G3a) をかかりつけ医への受診推奨基準とする。

保健指導プログラム（例）

時期	実施項目	実施内容
指導前	対象者の選定 プログラムの案内	・手紙・電話・面談・訪問による保健指導プログラムへの参加勧奨 ・参加の決定
指導開始	初回面談 (訪問も含む)	○目標の設定 ・生活習慣のアセスメント ・生活習慣・受療状況を踏まえ、行動目標の設定 ・セルフモニタリングについての説明 ○かかりつけ医の指示のもと、食事・運動指導を行う ・糖尿病腎症の病態 ・確実な受診による血圧・血糖管理の必要性 ・禁煙、適正飲酒
3～6 か月間	電話・メール・面談 等	・実践状況の確認と目標の修正 ・治療状況の確認（検査データ、身体状況、定期的な受診行動について） ・継続的な自己管理のための励まし ※3 か月目に中間評価
3～6 か月後	最終面談	・実践状況の振り返りと評価 ・治療状況の確認（検査データ、身体状況、定期的な受診行動について） ・目標の修正、今後の継続のために
1 年後		・健診データ・受診状況等の把握、評価

○指導開始後は、2 週間から 1 か月に 1 回程度の支援を基本とするが、支援頻度や方法については対象者及び市町村の実情に応じて柔軟に対応。

(様式例)

糖尿病性腎症保健指導連絡票＜簡易版＞

令和 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

患者氏名		生年月日 (年齢)	年 月 日生 (歳)	男・女
住所			電話	
保健指導に関する情報提供 ※以下、該当項目をチェック☑し、わかる範囲で御記入ください。				
◆保健指導を実施することが ☐ 適当 ☐ 不適当				
◆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。 ☐ 食事指導 ☐ 運動指導 ☐ 禁煙指導 ☐ その他 ()				
留意事項 ()				
検 査 値	※最新の検査結果を記載してください。検査日(年 月 日現在)			
	血糖 <空腹時・随時> _____ mg/dl		血清クレアチニン _____ mg/dl	
	HbA1c _____ %		eGFR _____ ml/分/1.73m ²	
	尿蛋白 <u> — ± 1+ 2+ 3+ </u>			
	尿中アルブミン _____ mg/gCr			
治療内容	※行っている治療をチェック☑してください。 ☐ 食事・運動療法 ☐ 内服治療 ☐ インスリン注射 ☐ その他 ()			

(上記情報は可能な範囲でお願いします。)

糖尿病性腎症保健指導連絡票＜詳細版＞

令和 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 _____

下記のとおり情報提供します。

患者氏名		生年月日 (年齢)	年 月 日 (生 歳)	男・女
住所			電話	
治療 状況等	◆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 ☐ 不適当 ◆2型糖尿病 およその病歴 : 約 _____ 年前～ 現在の治療内容 : 服薬 (有 ・ 無)、インスリン (有 ・ 無) ◆その他の疾患 (該当するものに☑してください。) ☐ 糖尿病性腎症 (第 _____ 期) ☐ 糖尿病網膜症 ☐ 糖尿病性神経障害 ☐ 高血圧 ☐ 脂質異常症 ☐ 心疾患 (_____) ☐ その他 (_____)			
処方薬	・ _____ ・ _____ (お薬手帳のコピーの添付、または患者様本人にお薬手帳を持参いただければ、ご記入は不要です)			
検査 結果	※最新の検査結果を記載してください。検査日 (_____ 年 月 日現在) 血糖 <空腹時・随時> _____ mg/dl 血清クレアチニン _____ mg/dl HbA1c _____ % eGFR _____ ml/分/1.73m² 尿蛋白 _____ - ± 1+ 2+ 3+ _____ 尿中アルブミン _____ mg/gCr			
※特に留意すべき点がございましたら、☑してください。 ☐ 1日の摂取エネルギー量 (_____ kcal) ☐ 1日塩分摂取量 (_____ g) ☐ 1日たんぱく質摂取量 (_____ g) ☐ 血圧 (_____ ～ _____ mmHg) ☐ 運動制限 (制限の程度 : _____) ☐ その他 (喫煙・飲酒や体重・HbA1c・血圧の目標値など) ☐ 他科受診の必要性 (☐眼科 ☐歯科 ☐その他 (_____))				

(上記情報は可能な範囲でお願いします。)

(様式例)

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

医師氏名 様 (御机下)

市町村名_____

下記のとおり指導いたしましたので報告いたします。

フリガナ 患者氏名	(男 ・ 女)		
生年月日	年 月 日 (歳)		
住 所			
保健指導年月日	年 月 日 ～ (延べ指導回数 回)		
〈行動目標〉			
〈保健指導内容〉			
担当課・係名	電話番号	担当者名	