

千葉県糖尿病性腎症重症化予防プログラム(令和7年度改訂)

千葉県医師会
千葉県糖尿病対策推進会議
千葉県保険者協議会
千葉県糖尿病協会
千葉県

はじめに

平成 28 年 4 月 20 日付け保発 0420 第 4 号厚生労働省保険局長通知『『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)』に基づき、県は、県医師会等関係機関・有識者を含めた「千葉県糖尿病性腎症重症化予防対策推進検討会」を設置し平成 29 年 12 月 20 日「千葉県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を策定し周知を図るとともに、実施方法や体制整備について検討を重ねてきた。

平成 31 年 4 月 25 日付け保発 0424 第 2 号厚生労働省保険局長通知『『糖尿病性腎症重症化予防プログラム』の改定について(依頼)』があり、併せて、「腎疾患対策検討会報告書～腎疾患対策の更なる推進を目指して～」(平成 30 年 7 月)が示され、慢性腎臓病(糖尿病性腎症を含む慢性に経過する腎臓病の総称。以下「CKD」という。)の取組を推進することにより、新規の人工透析導入患者数を 2028 年までに 35,000 人以下に減少させるという数値目標を掲げていることから、CKD 重症化予防についても併せて取り組んでいくことで体制強化につなげるため、令和元年度に「千葉県慢性腎臓病(CKD)重症化予防対策部会」を設置した。

国保制度におけるインセンティブ制度の創設により、保険者の取組は増加したが、KDB・レセプトを用いた対象者の抽出、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の取組やアウトカム指標での評価により重症化予防の取組の質を高めることを通じて、被保険者の健康の保持・増進を図り、更なる医療費適正化につなげていくため、令和 2 年度に改定を行い、保険者による対象者の抽出と保健指導・受診勧奨の取組強化や、CKD 対策協力医の活用促進等の体制整備を推進してきたところである。

その後、千葉県の新規透析導入患者の原因疾患における糖尿病性腎症の割合は、令和 2 年時点で 41.5%、令和 5 年時点で 37.3%と減少傾向ではあるものの、全体の約 4 割を占めている現状がある。

令和 2 年度から 3 年間、厚生労働省では、今後の施策等に反映させるために予防・健康づくりに関する大規模実証事業の一環として、自治体等における糖尿病性腎症重症化予防の取組状況やプログラムの効果についての効果検証事業を行った。この検証事業結果をふまえ、令和 6 年 3 月 28 日付け保発 0328 第 1 号及び令和 6 年 11 月 19 日付け保発 1119 第 3 号で厚生労働省保険局長通知『糖尿病性腎症重症化予防プログラム』の一部改定があった。主な改定のポイントとして、(1)対象者の年齢層に応じた取組の推進、(2)関係者の連携に向けた役割の提示、(3)対象者の抽出基準と対象者の状態に応じた介入方法の例示、(4)市町村、

都道府県等が設定する評価指標例の提示があげられる。(1)については、国に準じて反映し、(2)は既に各関係者の役割が明記されていることから現状の記載とし、(3)(4)は、現時点ですべての保険者に共通する内容ではないため、参考として付録資料集に掲載することとした。

なお、糖尿病性腎症重症化予防対策は、千葉県健康増進計画「健康ちば21(第3次)」、千葉県保健医療計画、千葉県における健康福祉の取組と医療費の見直しに関する計画(医療費適正化計画)、千葉県国民健康保険運営方針に位置付けて施策を展開している。

1 基本的考え方

(1) プログラムの目的

糖尿病性腎症の発症・重症化のリスクを有する、糖尿病未治療者・健診未受診者・治療中断者・糖尿病により受診中で重症化リスクの高い者等に対して、受診・継続受診を勧奨すると併せて適切な保健指導を行い、糖尿病性腎症の重症化を予防するとともに、CKDについても健診から腎機能が低下している者を抽出し、早期受診やかかりつけ医・専門医との連携を強化することで重症化を予防する。これらの対策により、人工透析への導入を阻止することで、県民の健康増進と医療費の適正化を図ることを目的とする。

(2) 本プログラムの性格

本プログラムは、県内の各医療保険者(以下「保険者」)が、県内医療機関と連携して、糖尿病性腎症及びCKD重症化予防対策として早期発見・治療へつなげることによる重症化予防に取り組むための考え方や標準的な内容を示すものである。

(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、ライフコースアプローチの観点を踏まえ、以下のとおり対象者の年齢層(①青壮年層、②高齢者)に応じた取組を推進することが重要である。

また、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。そのため、必要に応じて口腔衛生の指導及び、歯周病の未治療者に対しての継続的な歯科受診を勧奨する。

併せて、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。

① 青壮年層に対する取組

糖尿病が疑われる者は40歳代から増加し、併せて高血圧を有する者も増加する。そのため、これらの青壮年層に対しては、重症化リスクの高い対象者に医療機関への受診勧奨や保健指導を行い、継続的な治療につなげ、良好な血糖コントロールの維持や、生活習慣の改善を目指し、合併症の発症や進展を予防する。

また、人工透析の導入時期も遅らせるなど、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。

さらに、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の保険者においても、糖尿病性腎症重症化予防に取り組むことが必要である。各保険者間で、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の共有や、役割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。

② 高齢者に対する取組

高齢者に対して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、フレイル等に関連する老年症候群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するとともに、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。

また、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、地域ぐるみでの支援を行う。

(4) 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、以下の役割分担例を念頭に関係者が密接に連携して対応することとする。

(千葉県糖尿病性腎症重症化予防対策推進検討会等の役割)

千葉県糖尿病性腎症重症化予防対策推進検討会は、糖尿病性腎症重症化予防に係る国・都道府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保険者が実施す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、保険者の取組に協力する。

千葉県慢性腎臓病（CKD）重症化予防対策部会は、CKD対策の必要性の周知を図り、保険者が実施するCKD重症化予防について助言を行い、糖尿病性腎症重症化予防も含め保険者の取組に協力する。

(県の役割)

千葉県は、千葉県糖尿病性腎症重症化予防対策推進検討会・CKD部会を開催し、本プログラムを関係団体へ周知し県民に啓発するとともに、糖尿病性腎症及びCKDの重症化を予防する生活習慣の改善に向けて、関係機関と連携し、保険者における事業取組が円滑に実施できるよう支援する。

① 庁内体制の整備

- ・部内関係課で問題意識を共有し、部署間の連携を密にしながら取組や市町村・千葉県後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）への支援を行う。

② 地域連携に対する支援

- ・市町村において、広域連合からの委託による高齢者の保健事業の一体的な実施の取組が着実に進むよう支援する。

- ・県保健所は、管内の地区医師会、薬剤師会等の医療関係者や市町村等と必要に応じて連携調整を図る。

③ 事業計画

- ・県内の健康課題等に関する俯瞰的な整理を行い、市町村や広域連合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を提供する。

④ 事業実施

- ・市町村や広域連合における事業実施状況を定期的に把握し、取組に濃淡があるときには、進んでいない市町村等を重点的に支援する。

⑤ 事業評価

- ・被用者保険や後期高齢者医療とも連携を取り、糖尿病性腎症及び **CKD** 重症化予防の取組の効果が上がるよう調整する。特に後期高齢者については、年齢に関わらず継続的な支援を受けることができるよう、市町村国保等における継続した取組や事業評価等の円滑な実施に向け、関係自治体間の調整等の支援を行う。

⑥ 人材育成

- ・市町村等保険者や保健指導等受託機関への研修会等を開催し、腎症に関する専門的知識やスキルを継続的に学ぶ機会を提供する。

（市町村の役割）

① 庁内体制の整備

- ・糖尿病性腎症及び **CKD** 重症化予防は、住民の健康保持・増進、健康寿命の延伸、ひいては **QOL** の向上につながるものであるとともに、結果的には医療費の適正化にも関わることから、自治体全体の問題として扱う。
- ・健康増進担当課や国保担当課、高齢者医療担当課（広域連合）等の担当者による庁内連携体制を整え、定期的な会議の場を持ち、糖尿病性腎症及び **CKD** 重症化予防事業に取り組む意義について共通認識を持つ。
- ・国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」という。）や医師会、かかりつけ医等、内外と連携することから、窓口となる担当者が誰なのか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やすくするよう工夫する。

② 地域連携を通じた課題分析と情報共有

- ・保有する健診データやレセプトデータ等から未治療者、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、対象者の日常生活を踏まえ、他部門、他機関と連携した包括的な支援を行う。
- ・健診データやレセプトデータ等を用いて、被保険者の疾病構造や健康課題を分析し、関係団体とともに課題認識の共有を行う。
- ・分析に当たっては、その地域が有する保険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（糖尿病専門医や糖尿病療養指導士「**CDEJ**」又は **CDE-Chiba**」等）、かかりつけ医、かかりつけ薬剤師等専門医療機関との連携体制の状況）を明らかにする。

- ・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、広域連合との連携内容について、十分協議する。
- ・健診・レセプトデータ等の分析にあたっては、KDB の活用等について、必要に応じて国保連合会に支援を求める。

③ 事業計画の立案

- ・②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、ハイリスク者抽出のための健診項目やレセプト情報、健診実施方法、食生活や運動習慣の改善等のポピュレーションアプローチ等、様々な観点から保健指導や受診勧奨内容について検討する。
- ・その際、医師会等の関係団体とこれらの課題や対策について協議する。
- ・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。評価指標については、6 プログラムの評価 参照。

④ 事業実施

- ・③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、国保連合会による支援や民間事業者への委託等も考えられる。民間業者に委託する場合は、進捗状況を経時的に確認し、必要に応じて軌道修正できるスキームの構築が望ましい。

【効果的・効率的な事業を実施するための条件】

生活習慣病の重症化予防の取組のうち、

ア) 対象者の抽出基準が明確であり対象者の状態像に応じた取組であること

イ) かかりつけ医と連携した取組であること

ウ) 保健指導を実施する場合には、専門職が取組に携わること

エ) 事業の評価を実施すること

オ) 取組の実施に当たり、地域の実情に応じて各都道府県の糖尿病対策推進会議等との連携（各都道府県による対応策の議論や取組内容の共有など）を図ること

⑤ 事業評価

- ・④で実施した事業について、その結果を評価（評価方法については6を参照）し、PDCAサイクルに基づいて次の事業展開につなげる。
- ・高齢者の保健事業の実施に当たっては、広域連合と市町村で連携し、年齢に関わらず継続した支援及び評価を行う。

⑥ 人材確保・育成

- ・保健指導の効果的な実施に向け、専門職や事務職を問わず、積極的に研修会等に参加しプログラムに関する知識を得る。
- ・外部事業者に業務を委託する場合には、糖尿病性腎症及びCKD重症化予防の目的を踏まえて外部事業者を選定し、契約において保険者が求める仕様を具体的に事業者と共有するとともに、委託後も現状分析・企画立案・実施・評価それぞれの局面において詳細を把握し、実施主体として全体のプロセスをコントロールする。

⑦ 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、被用者保険の取組とも連携する。
- ・また、75 歳以上では加入する医療保険制度の変更を伴うが、対象者の指導や評価等の支援が途切れないよう、高齢者の保健事業の実施に当たっては、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行う。

⑧ 千葉県糖尿病性腎症重症化予防対策推進検討会との連携

- ・事業実施状況や取組内容等について同検討会に報告し、必要に応じ協議し助言を得る。

(広域連合の役割)

健康日本 21（第二次）最終評価報告書（令和 4 年 10 月）によると、糖尿病性腎症による透析導入時の平均年齢は年々高齢化しており、平成 27 年時点で 67.29 歳、令和元年時点で 68.16 歳であった。

広域連合は、後期高齢者について、上記に記載した市町村の役割を担うが、特に実施面では保健事業を市町村に委託し、国保の保健事業と一体的に実施するよう調整するなど、市町村（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）及び関係機関との連携を図る。

保健事業の実施に当たっては、「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン」を参照しながら、広域連合と市町村の役割分担や連携体制を整える。

また、健診・医療レセプト（調剤・歯科含む）等のデータ活用・閲覧など実施支援のための情報提供を行う。

制度移行により支援が途切れることなく、継続的な評価ができる体制づくりに協力する。

(全国健康保険協会千葉支部及び健康保険組合連合会千葉連合会等に所属の各団体の役割)

全国健康保険協会千葉支部及び健康保険組合連合会千葉連合会等に所属する団体は、上記に記載した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と情報共有、事業計画の立案、実施、評価を行うよう努める。

(千葉県医師会・地区医師会等の役割)

千葉県医師会及び地区医師会等は、本プログラムを会員及び医療関係者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して、保険者との連携体制の構築に向けて必要な協力を行う。また、糖尿病治療のエッセンス（日本糖尿病対策推進会議編）、糖尿病治療ガイド・糖尿病診療ガイドライン（日本糖尿病学会）、糖尿病標準診療マニュアル（日本糖尿病・生活習慣病ヒューマンデータ学会）、高齢者糖尿病治療ガイド・高齢者糖尿病診療ガイドライン（日本糖尿病学会・日本老年医学会編）、エビデンスに基づく CKD 診療ガイドライン・CKD 診療ガイド（日本腎臓学会編）、生活習慣病からの新規透析導入患者の減少に向けた提言（日本腎臓学会編）等の積極的な活用が求められることから、千葉県糖尿病対策推進会議と連携協力して、かかりつけ医等会員に対する研修等を開催し、活用周知を図る。

必要に応じてかかりつけ医と専門医が連携できる体制をとることが望ましい。日本糖尿病学会と日本腎臓学会は、かかりつけ医から専門医・専門医療機関への紹介基準を定めて

いる。また、糖尿病専門医・腎臓専門医間における紹介基準も定めており、これらを活用しながら医療機関における連携を更に進めていく。

かかりつけ医は、保険診療における検査等により対象者の病期の判断や合併症等のリスクを把握し、保健指導ツールやCKDシール等を活用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。また、腎機能低下者（eGFR低下者や尿中アルブミン陽性者等）に対する薬局からの疑義照会への対応や専門医への紹介を行う。

（千葉県糖尿病対策推進会議）

千葉県糖尿病対策推進会議は、引き続きCDE-Chiba（千葉県糖尿病療養指導士／支援士）の養成を行うとともに、本プログラムや糖尿病性腎症重症化予防に係る国・都道府県における動向等について構成団体及び会員等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、保険者の取組に協力するよう努める。

また、千葉県医師会と連携協力してかかりつけ医等会員に対して糖尿病治療のエッセンス（日本糖尿病対策推進会議編）、糖尿病治療ガイド・糖尿病診療ガイドライン（日本糖尿病学会）、糖尿病標準診療マニュアル（日本糖尿病・生活習慣病ヒューマンデータ学会）、高齢者糖尿病治療ガイド・高齢者糖尿病診療ガイドライン（日本糖尿病学会・日本老年医学会編）、エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン・CKD診療ガイド（日本腎臓学会編）、生活習慣病からの新規透析導入患者の減少に向けた提言（日本腎臓学会編）に基づく治療が行われるための研修等を開催し、資質向上を図る。

（国保連合会の役割）

国保連合会は、市町村がKDBの活用による地域における課題の分析や事業実施を効率的に行えるよう対象者抽出や事業実施後の評価分析等の支援を行うため、市町村や県等の関係機関と連携を図る。

（千葉県歯科医師会、千葉県薬剤師会、千葉県看護協会、千葉県栄養士会等の役割）

千葉県歯科医師会、千葉県薬剤師会、千葉県看護協会、千葉県栄養士会等関係団体は、本プログラムを会員及び医療従事者に周知するとともに、本プログラムの対象者が、確実に受診を継続できるように、保険者と連携してかかりつけ医、糖尿病専門医及び腎臓専門医等の指示の下で療養指導及び腎機能低下者（eGFR低下者や尿中アルブミン陽性者等）に対する疑義照会等を行い、対象者の糖尿病セルフケアを支援する。

（CDEJ・CDE-Chiba（日本・千葉県糖尿病療養指導士／支援士）の役割）

CDEJ・CDE-Chiba（日本・千葉県糖尿病療養指導士／支援士）は本プログラムの対象者が確実に受診を継続できるよう、かかりつけ医、糖尿病専門医及び腎臓専門医等の指示の下で、他の医療従事者と連携して療養指導を行い対象者の糖尿病セルフケアを支援する。

（千葉県糖尿病協会等患者会の役割）

千葉県糖尿病協会*等患者会は、本プログラム及び糖尿病連携手帳、腎機能低下者（eGFR低下者や尿中アルブミン陽性者等）の留意事項を、会員及び関係団体に周知するとともに、本プログラムの対象者が確実に受診を継続できるように保険者等の関係機関と連携して

対象者の糖尿病セルフケアを支援する。

※糖尿病患者、家族、医療スタッフ等で組織されており、「患者・家族と広く予備群の方々への療養支援」等を行う団体である。

2 取組方策

基本的な取組は「健康診査・レセプト等で抽出されたハイリスク者に対する受診勧奨、保健指導」、「治療中の患者に対する医療と連携した保健指導」、「糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応」である。

3 プログラム対象者選定の考え方

本プログラムが推奨する抽出基準は以下のとおりである。なお、対象者の抽出に当たっては、以下の抽出基準に加えて、年齢や個別の状況を総合的に勘案し地域の実情に応じて実現可能な対象者を絞り込むなど、保険者ごとに検討する。

【糖尿病性腎症重症化予防における対象者の抽出】

◆ 「75 歳未満の者を対象とする際の抽出基準」

(1) 糖尿病の診断を受けたことがない健診受診者(保険者が抽出する場合)

(フロー図1参照)

糖尿病未治療者のうち、健診データから空腹時又は随時血糖値(食後 3.5 時間以上) 126mg/dl 以上、又は HbA1c 6.5%以上の者であり、かつ次のいずれかを満たす者

① 尿蛋白(±)以上

② 血清クレアチニン検査を行っている場合

ア. eGFR 60ml/分/1.73 m²未満(70 歳以上: eGFR 50ml/分/1.73 m²未満)

イ. eGFR 60ml/分/1.73 m²以上(70 歳以上: eGFR 50ml/分/1.73 m²以上)であっても 1 年間の eGFR 低下が 5ml/分/1.73 m²以上又は 1 年間の eGFR の低下率が 25%以上

※①・②を満たさない場合、本プログラムの対象ではないが、糖尿病患者である可能性があるため、未受診の場合には受診勧奨する。

※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。

(2) 過去に糖尿病の治療歴があるが治療を中断している者、又は治療中ではない当該年度健診未受診者(保険者又は歯科・眼科・薬局等の関係機関が抽出する場合)(フロー図2参照)

① 過去に一度でも糖尿病治療歴がある者、又は過去 3 年程度の健診にて空腹時又は随時血糖値(食後 3.5 時間以上) 126mg/dl 以上若しくは HbA1c 6.5%以上が確認されている者で、最近 1 年間に、健診を受診した記録やレセプトデータから糖尿病で受診した記録がない者。なお、過去の糖尿病治療歴については、レセプト上で「糖尿病名」「糖尿病治療薬等の投薬歴」があること。

② 歯科や眼科治療受診中の患者において糖尿病未受診や治療中断が判明した者

③ 薬局やイベント等における健康相談において眼科受診歴が無い者や定期的受診をして

いない等、糖尿病の管理が不十分な者（糖尿病未治療者や治療中断者を含む）

※①～③の者が当該年度の健診を受診した場合はフロー図 1 に従い抽出を行うと共に、プログラム対象者となった場合には特に重症化の危険が高い者として注意を要する。

(3) 糖尿病で医療機関を受診している者（かかりつけ医等医療機関が抽出する場合）（フロー図3参照）

糖尿病治療中の者に対して定期的に行う検査（少なくとも 1 回／年）で、尿蛋白（(±) 以上）、eGFR（基準値は（1）参照）、尿アルブミン（微量アルブミン 30mg/gCr 以上）等により、糖尿病性腎症第 2 期以上の腎機能低下が判明し、実生活に即した保健指導が必要であると医師が判断した者

※上記の者が当該年度の健診を受診した場合はフロー図 1 に従い医療保険者が抽出を行うと共に、かかりつけ医等医療機関と連携して保健指導を行う。

◆「75 歳以上の後期高齢者を対象者に抽出する上での留意事項」

後期高齢者については、「75 歳未満の者を対象とする際の抽出基準」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めた包括的な対応が必要であることから、健診データからの対象者抽出に当たっては暫定的に HbA1c $\geq$ 8.0%かつ尿蛋白（+）以上を基準とし、地域の実情に合わせて検討する。

【CKD 重症化予防における対象者の抽出】

(4) 糖尿病でないが、腎機能の低下又は尿異常がみられる者（糖尿病性腎症重症化予防プログラムの対象とはならない CKD 患者）（フロー図4参照）

フロー図 4 に従い医療保険者が抽出し、CKD 対策協力医・腎臓専門医への受診勧奨を行う。（受診勧奨通知例は別紙 2-1、2-2 参照）

【抽出時の留意事項】

※上記の基準に該当しない場合にも、糖尿病網膜症の存在や高血圧のコントロールが不良（目安：140/90mmHg、後期高齢 150/90mmHg 以上）等の情報を参考として、必要に応じて抽出する。

4 介入方法

(1) 受診勧奨

保険者は、「3 プログラム対象者選定の考え方」（1）～（3）（フロー図 1～3）で抽出された者に対して、個別に医療機関の紹介を含め受診勧奨を行う。対象者がかかりつけ医をもっていない場合には、千葉県保健医療計画中に記載された糖尿病治療を担う機能別医療機関のリストを活用して受診勧奨を行う。また、（4）（フロー図 4）で抽出された者に対して、「CKD 対策協力医リスト」や「腎臓専門医が在籍する千葉県 CKD 重症化対策協力施設リスト」、日本腎臓学会の腎臓専門医一覧を活用し、必要に応じて CKD 対策協力医（かかりつけ医）や腎臓専門医へ受診勧奨を行う。なお、糖尿病性腎症重症化予防プログラムと CKD（フロー図 4）の両方で対象となる場合には、前者のプログラムで対応することとする。

受診勧奨の方法（手紙送付、電話、面接等）は、対象者の状態に応じて検討する。特に、

糖尿病性腎症第2期に該当する者については、時宜を逸しない適切な介入により寛解する可能性があることから、強力な受診勧奨（訪問等）を行い保健指導に繋げる。

保険者は2～3か月後にレセプトデータや本人への聞き取り等により受診勧奨後の受診の有無を確認し、医療機関受診につながっていない場合には、前回とは対応方法を変える等の工夫をして再度受診勧奨を行う。治療中断者については、内科のみならず歯科や眼科、医療機関や薬局等から保険者へ紹介の連絡があった者も対象とし、保健指導につなぐため本人の同意が得られるよう受診勧奨を行う。

（2）保健指導

保険者は、「3 プログラム対象者選定の考え方」（1）～（3）で抽出された者に対して糖尿病性腎症の管理の必要性を説明し、本人の同意を得て、保険者が一定の期間（3か月～6か月）、食事・運動指導等の対象者の実生活に即した具体的な保健指導を行う。なお、かかりつけ医がいる場合は対象者が当該プログラムに参画する旨をかかりつけ医に伝え連携する。

保険者及び医師は、「3 プログラム対象者選定の考え方」（3）で抽出された者に対して糖尿病性腎症の管理の必要性を説明した上、保健指導への参加推奨を行い、参加意向を確認し、同意を得る（プログラム参加同意表明記載例は別紙1参照）。

糖尿病連携手帳等や保健指導報告書等の所定の様式を活用して、かかりつけ医と情報共有し、重症化を阻止・遅延するために、対象者の実生活に即した具体的な保健指導を実施する。

保健指導の内容は、原則として薬剤師、保健師、管理栄養士等の専門職が、かかりつけ医及び医療機関と連携し、原則的には以下の内容について3か月～6か月間を目安に複数回行うものとする。

- ・受診状況確認、受診継続指導
- ・医師の指示に基づく食事・運動等生活習慣に関する指導
- ・血糖・血圧・血清脂質の確認、適切な服薬指導
- ・禁煙、適量飲酒等の生活指導
- ・効果的な行動変容、実現可能性を考慮した目標の設定と自己管理の指導

（保健指導における留意点）

- ・糖尿病性腎症の対象者への保健指導に当たっては、医療と連携し、リスクマネジメントの体制を確保する。
- ・千葉県糖尿病性腎症重症化予防対策推進検討会及び千葉県慢性腎臓病（CKD）重症化予防対策部会、その他団体が作成したリーフレットやホームページ等のツールを必要に応じて活用する。
- ・高齢者、特に後期高齢者については、複数疾患の合併に加え、フレイルやサルコペニア、認知症等により、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選定基準、保健指導方法を検討する。
- ・高齢者への保健事業においては、「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン（厚生労働省保険局高齢者医療課）」、「高齢者糖尿病診療ガイドライン 2023（日本老年医学会）」、「高齢者高血圧診療ガイドライン 2017（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)」等の各種ガイドラインを参考に実施する。

※対象者の抽出、介入、保健指導の参考として、付録資料集に図表 1～9 を掲載した。

5 実施体制

保険者は担当窓口を明確にし、医師会、地域の医療機関、事業を委託する場合は委託実施機関等他の関係機関と調整を図る。

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（定期的な eGFR の算出、尿アルブミン検査（基準は 3 プログラム対象者選定の考え方（1）及び（3）を参照）により対象者の病期診断、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、保健指導ツールや CKD シール等を活用して本人に生活面の留意点を説明するとともに、保健指導上の留意点を保険者の保健指導の実施者に伝える。また、かかりつけ医は腎臓専門医、かかりつけ薬局等とも十分な連携をとり、腎機能低下者（eGFR 低下者や尿中アルブミン陽性者等）に対する薬局からの疑義照会への対応等、一元的な情報提供に基づき、地域で対象者を中心とした切れ目のない医療を提供する。

さらに、かかりつけ医等医療機関は、以下の基準に基づき腎臓専門医へ紹介する。

◆かかりつけ医等医療機関から腎臓専門医への紹介基準

以下の（1）～（3）のいずれかの場合に腎臓専門医へ紹介する

（1）高度の尿蛋白 尿蛋白/Cr 比 0.50g/gCr 以上又は（2+）以上

（2）尿蛋白と血尿がともに陽性（1+）以上

（3）eGFR 45ml/分/1.73 m²未満

保険者、かかりつけ医、糖尿病・腎臓専門医、かかりつけ薬局薬剤師等は、対象者へ「糖尿病連携手帳」や「お薬手帳」等の積極的な活用を呼びかけ、受診時に主治医や薬局薬剤師等へ主体的に申告や相談ができるよう促すとともに、「糖尿病連携手帳」や「お薬手帳」、「千葉県 CKD 診療連携紹介状」等を活用して対象者の情報を共有[※]し、連携して医療提供と保健指導を行う。保健指導については、糖尿病療養指導や特定保健指導等の十分な経験を有し、糖尿病性腎症重症化予防のための研修等を受けた専門職が CDEJ、CDE-Chiba 等と連携して実施することが望ましい。

千葉県医師会及び千葉県糖尿病対策推進会議は、連携協力してかかりつけ医等に対して糖尿病治療のエッセンス（日本糖尿病対策推進会議編）、糖尿病治療ガイド・糖尿病診療ガイドライン（日本糖尿病学会）、糖尿病標準診療マニュアル（日本糖尿病・生活習慣病ヒューマンデータ学会）、高齢者糖尿病診療ガイドライン・高齢者糖尿病治療ガイド（日本糖尿病学会・日本老年医学会）、エビデンスに基づく CKD 診療ガイドライン・CKD 診療ガイド（日本腎臓学会編）、生活習慣病からの新規透析導入患者の減少に向けた提言（日本腎臓学会編）に基づく治療が行われるための研修等を開催する。また、引き続き CDE-Chiba の養成と資質の向上のための研修を行いながら、併せてプログラムを周知する。

※「糖尿病連携手帳」等を活用した対象者の情報の共有内容については、関係機関が情報共有しやすいように、以下の点に留意して明確に記載することが重要である。

- ・かかりつけ医、糖尿病・腎臓専門医等：診療日、診療方針、保健指導のポイント等
- ・保険者等関係機関：保健指導実施日、保健指導の内容等

また、お薬手帳の活用時には CKD シールの有無を確認し、適切な対応を行う。

6 プログラムの評価

(1) 目的

事業評価を行う目的は、①より効果的・効率的に事業を展開するために取組内容を振り返ること、②糖尿病性腎症及び CKD 重症化予防の最終目標は新規透析導入抑制であるため、短期・中長期的な評価を継続的に行うことである。また、保険者は、本プログラムの対象者について、健診データやレセプトデータ等により翌年度以降もプログラム評価を行うことが望ましい。

(2) 方法

(保険者におけるプログラム運用の評価)

保険者は、本プログラムに基づく受診勧奨及び保健指導について、次の評価指標を参考にストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカムの視点で取組評価を行う。なお、国保から後期高齢者医療制度へ、切れ目なく事業評価できる体制の整備が必要であり、役割分担等を含めあらかじめ長期的追跡を見込んだ計画を立案する。

保険者においては、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（付録資料集 9 参照）で確認する短期的評価を確実に行うことが重要である。

1) ストラクチャー評価

- ・目標を設定し、医師会等関係機関（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
- ・プログラム実施に必要な人員の確保はしているか
- ・保健指導の実施者は、薬剤師、保健師、管理栄養士等専門の職員を置くなどして、実施体制を確保しているか

2) プロセス評価

- ・糖尿病連携手帳を活用したプログラム実施手順書等を作成するなどして、関係者間で意見を交換し情報共有しているか
- ・対象者の抽出、事業説明、受診勧奨、保健指導、評価等、各段階で評価しているか
- ・対象者に合わせた実施内容を準備できているか

3) アウトプット評価

- ・受診勧奨を行った人数（医療機関未受診者数の内、受診勧奨を行った人数）
- ・対象者の内、保健指導が実施できた割合（保健指導対象者数の内、保健指導（初回面談が実施できた人数・保健指導を完了した人数））

4) アウトカム評価

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。

① 短期的指標（保健指導終了前・3か月後・6か月後）

- ・医療機関受診につながった人の人数（医療機関未受診者数の内、受診勧奨を行った人数・医療機関受診につながった人数）
- ・かかりつけ医からの紹介により、腎臓専門医受診につながった人の人数
- ・生活習慣改善意欲、QOL、行動変容（食生活改善・運動習慣・禁煙・減酒・口腔衛生等）
- ・対象者の検査値（体重・BMI、空腹時血糖値、HbA1c、eGFR、尿蛋白等）の改善率
- ・対象者の内、保健指導に参加しなかった者の人数
- ・プログラム内容に関する満足度や参加者の意識・行動の変化

② 1年後評価指標

- ・評価の構造を意識した分析
 - （第一層）食生活（適正なたんぱく質摂取量、減塩等）、喫煙、体重、飲酒、医療機関受診
 - （第二層）血糖・HbA1c、血圧、LDL コレステロール（または non-HDL コレステロール）
 - （第三層）腎機能：尿蛋白、クレアチニン、eGFR、尿アルブミン等、生活機能、QOL

③ 中長期的指標（2年～4年）

- ・医療機関受診につながった人の継続した受療率・服薬状況
- ・対象者の検査値（体重・BMI、空腹時血糖値、HbA1c、eGFR、尿蛋白、アルブミン尿）の評価、及び特定健診受診者全体の検査値の評価
- ・医療費、糖尿病性腎症による透析導入数（率）

④ 長期的指標（5年～10年）

レセプトによる受療状況、医療費、糖尿病性腎症による透析導入数（率）

※これら以外にも、各保険者の実情に応じて評価項目を具体的に定めることができる。

（眼科・歯科受診状況、薬局等）

※KDB では事業対象者の抽出、事業対象者の経年的なデータ抽出、保険者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。

【医療保険者としてのマクロ的評価（KDB の活用）】

- ・新規透析導入患者
- ・糖尿病性腎症病期、未治療率
- ・HbA1c8.0%以上の未治療者
- ・健診受診率、医療費推移 等

（県におけるプログラム運用の評価）

1) ストラクチャー評価

- ・目標を設定し、医師会等関係機関（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
- ・プログラム実施に必要な医師・専門職等との連携体制を確保しているか

2) プロセス評価

- ・プログラムを策定し、医師会や医療機関、保険者等関係機関への周知・啓発を実施しているか
- ・関係者間で、プログラムに関する県の対応策や保険者の取組内容の共有を図っているか
- ・糖尿病治療実施医療機関の糖尿病連携手帳使用率（千葉県保健医療計画改定に関する調査）

3) アウトプット評価

- ・糖尿病性腎症重症化予防に取り組む保険者数（市町村国保）
（糖尿病性腎症重症化予防プログラム等取組状況調査）
- ・CKD シール貼付枚数、薬局から医療機関等への疑義照会件数
- ・CKD 対策協力医の登録者数
- ・保険者から CKD 対策協力医及び腎臓専門医への受診勧奨件数
- ・保険者からの受診勧奨により CKD 対策協力医及び腎臓専門医を受診した件数
- ・CKD 対策協力医、腎臓専門医間の紹介件数・逆紹介件数

4) アウトカム評価

- ・年間新規透析導入患者数（糖尿病性腎症によるもの、その他の原疾患によるもの）
（日本透析医学会）
 - ・糖尿病有病者の増加の抑制（国民生活基礎調査）
 - ・治療継続者の割合（生活習慣アンケート）
 - ・HbA1c 6.5%又は空腹時血糖値 126mg/dl 以上で、かつ尿蛋白（±）以上の者のうち糖尿病未治療者の割合（千葉県国保ヘルスアップ支援事業 特定健診・レセプトデータ等分析結果）
 - ・外来医療費、総医療費（国保データベース（KDB）システム）
- なお、参考として、市町村及び都道府県・広域連合が設定する評価指標の例を付録資料集の図表 10～11 に掲載する。

7 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し、他の個人情報よりも慎重に取り扱うべきである。具体的な取扱いは、以下の国プログラムを参照されたい。

（以下、国の糖尿病性腎症重症化予防プログラムから抜粋）

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。

（事業者へ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へ委託する際に、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へ提供する場合には、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。

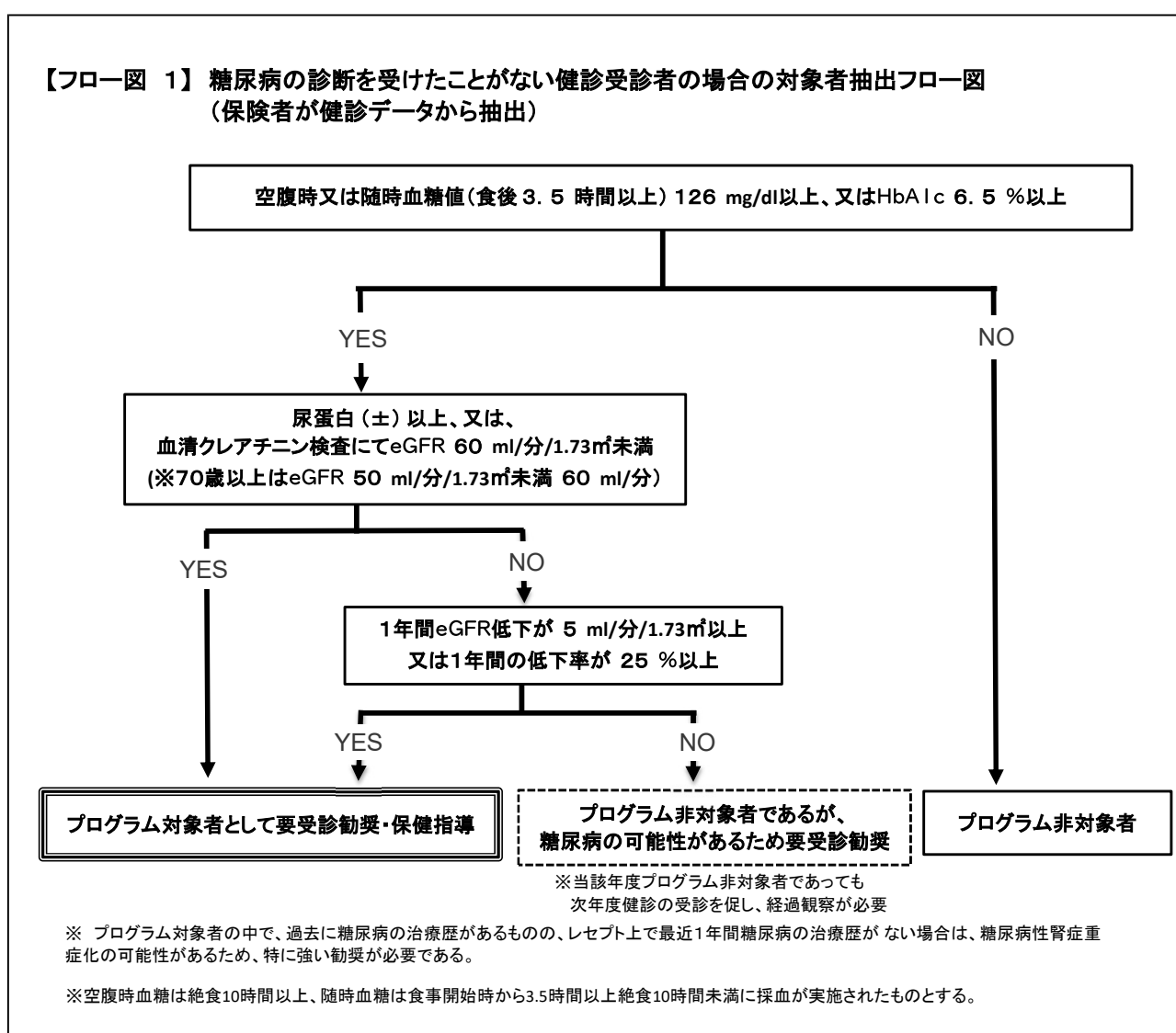
糖尿病性腎症・CKD重症化予防 対象者抽出フロー図

【フロー図1】糖尿病の診断を受けたことがない健診受診者（保険者が健診データから抽出）

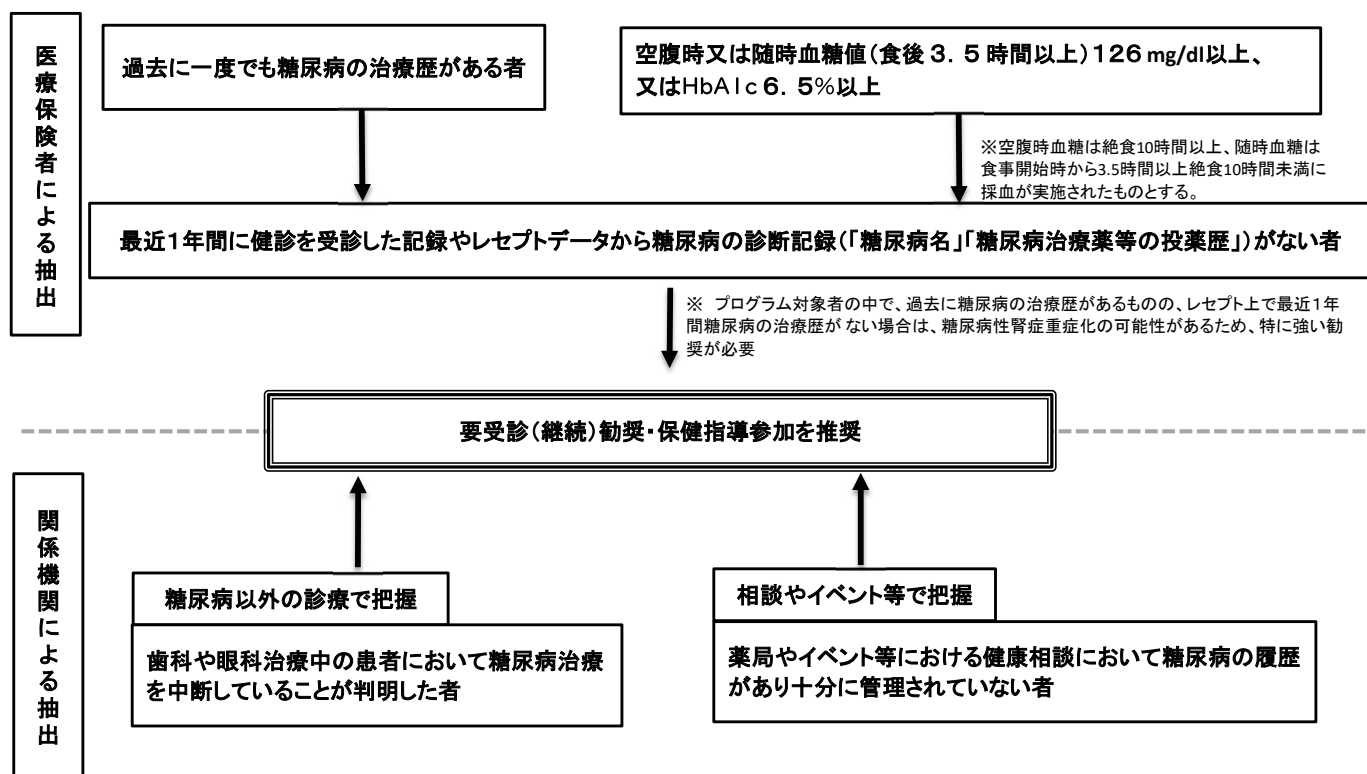
【フロー図2】糖尿病の治療中断者、又は未治療者（保険者及び関係機関が抽出）

【フロー図3】糖尿病で治療中の者（かかりつけ医等医療機関が抽出）

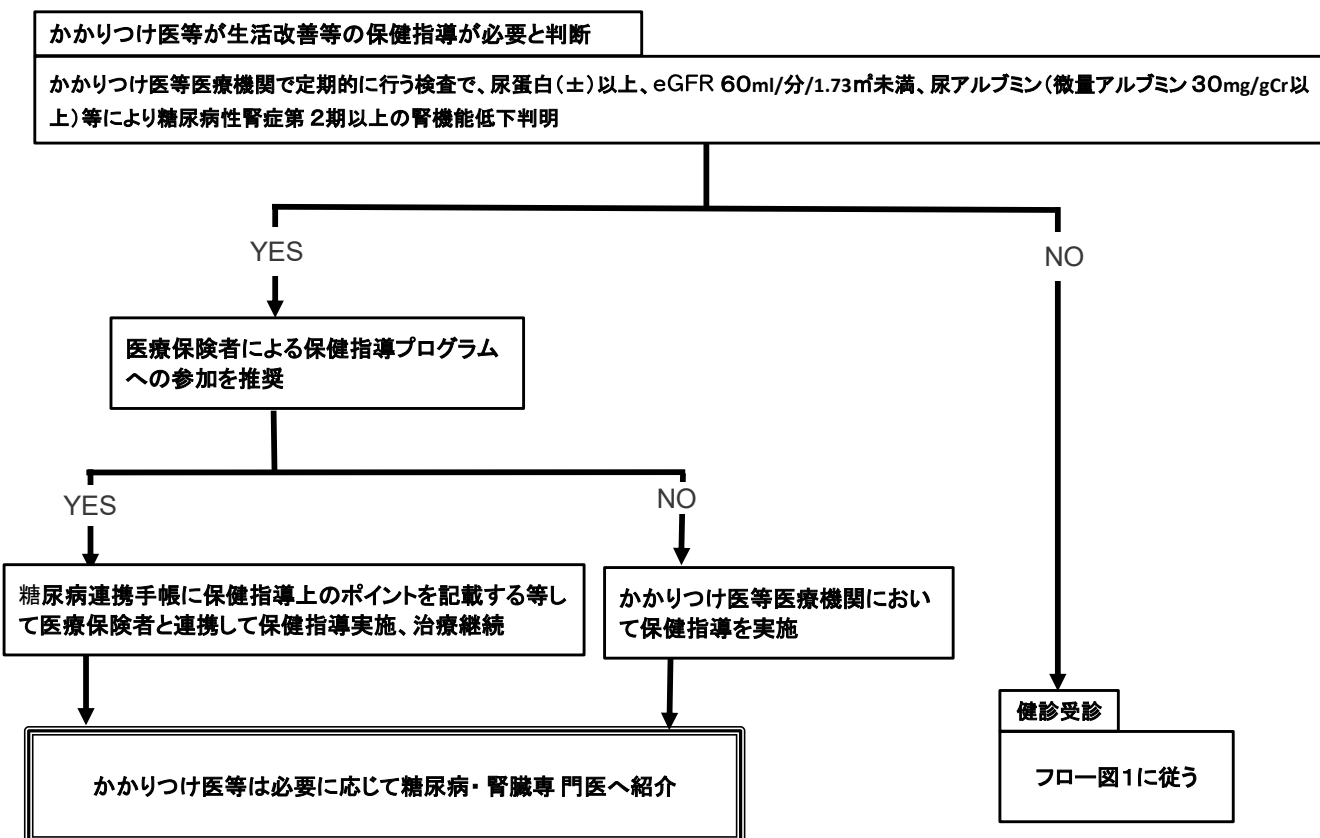
【フロー図4】CKD抽出フロー図（特定健診結果から保険者が抽出）



【フロー図 2】 糖尿病の治療中断者、又は未治療者抽出フロー図（保険者及び関係機関が抽出）

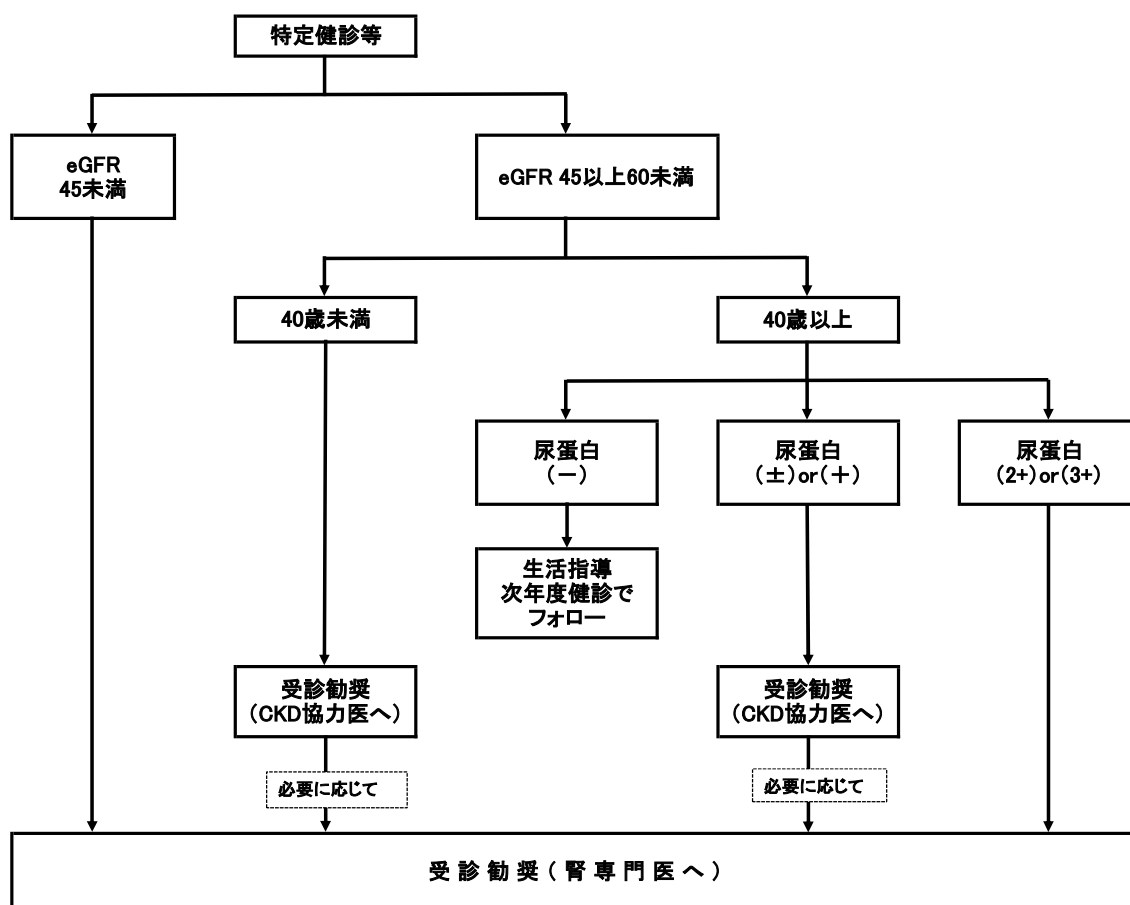


【フロー図 3】 糖尿病で治療中の者の場合の対象者抽出フロー図（かかりつけ医等医療機関が抽出）



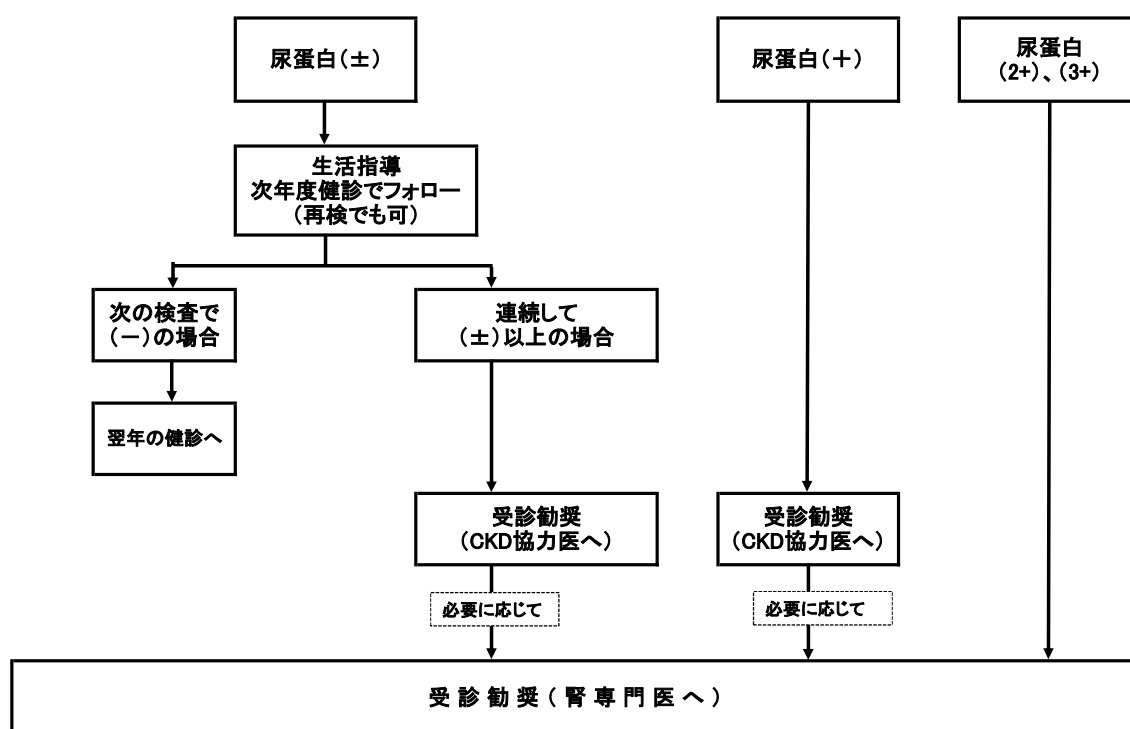
【フロー図 4】 CKD抽出フロー図(特定健診等結果から保険者が抽出)

【eGFR による抽出基準】



【尿蛋白による抽出基準】

※eGFR による抽出が不可の場合に使用



【糖尿病性腎症重症化予防プログラム参加同意表明記載例】

対象者のプログラム参加同意表明記載例の一つとして、日本糖尿病協会が作成・発行している「糖尿病連携手帳」を活用することが考えられる。その場合、連携パスの使用は不要であるため記載の必要はない。

【 活用方法例 】

糖尿病連携手帳（公益社団法人日本糖尿病協会）P7の下段空白欄を活用した例

■	●●市▲▲課	（連携パスの使用／ なし ・ あり ）
「私は●●市の糖尿病性腎症重症化予防プログラムへの参加を同意します」 対象者氏名（自署）： 千葉県 太郎 TEL： ()		
■	（連携パスの使用／ なし ・ あり ）	
TEL： ()		

7

【対象者の参加同意を得る際の説明事項の例】

1. （ 保険者 ）は、かかりつけ医の治療方針に基づき、電話・面接・必要時訪問等により、生活習慣の改善に向けた保健指導を行います。
2. 保健指導は概ね（3か月～6か月）程度であり、その間保険者とかかりつけ医等の関係する機関は、診療情報等の保健指導に必要な情報を共有します。
3. 糖尿病治療に関する指示はかかりつけ医に従ってください。
4. （ 保険者 ）が実施するプログラムスケジュールは以下のとおりです。

例

開始月	1 か月	2 か月	3 か月	4 か月	5 か月	6 か月
対面で面接 電話	対面で面接 電話	対面で面接 電話	電話	電話	電話	対面で面接



腎機能に関する検査のお勧め

健診の結果から、あなたの腎機能は低下している可能性があります。

腎疾患の重症化を予防するため、早期に医療機関を受診し、定期的に検査を受ける必要があります。

この通知と健診の結果をお持ちになり、同封した「CKD協力医リスト」に記載のある医療機関を受診してください。

※かかりつけ医がいる場合には、この通知をお持ちになり、かかりつけ医にご相談ください。

早期に適切な治療を受けることで、腎機能の悪化を防ぎましょう。

＜腎疾患の特徴＞

腎疾患の発症や進行には、高血圧、糖尿病、脂質異常症などの生活習慣病や、肥満、食塩の過剰摂取、過度の飲酒、喫煙などの生活習慣も深く関係しています。また、腎臓の機能は年齢とともに低下します。

腎機能は低下しても自覚症状が出にくく、進行すると人工透析が必要になることもあります。

～腎機能の悪化を防ぐために以下のことに気を付けましょう！～

- ・ 健診で異常を指摘されたら必ず受診する
- ・ 医師から経過観察と言われたら、指示された時期に忘れずに受診する
- ・ 治療中の人は、治療を自己判断で中断しない
- ・ 血圧のコントロール ・ 食生活は減塩で！

※CKD 協力医（かかりつけ医）の先生方へ

定期的に腎機能の評価を行い、腎臓専門医への紹介基準に該当した場合には、腎臓専門医へ紹介をお願いします。腎臓専門医への紹介基準は、日本腎臓学会のHPや県が作成した下敷きを御確認ください。また、腎臓専門医は、腎臓専門医が在籍する千葉県CKD重症化予防対策協力施設リスト（2次元コード参照）及び日本腎臓学会のHPから検索できます。



【問い合わせ先】

腎機能に関する検査のお勧め



健診の結果から、あなたの腎機能は低下している可能性があります。

腎疾患の重症化を予防するため、早期に医療機関を受診し、定期的に検査を受ける必要があります。

この通知と健診の結果をお持ちになり、同封した「腎臓専門医リスト」に記載のある医療機関を受診してください。

※かかりつけ医がいる場合にはこの通知をお持ちになり、かかりつけ医にご相談ください。

なお、腎臓専門医は、日本腎臓学会のホームページ（<https://www.jsn.or.jp/specialist/listindex.php>）からも検索できます。

早期に適切な治療を受けることで、腎機能の悪化を防ぎましょう。

＜腎疾患の特徴＞

腎疾患の発症や進行には、高血圧、糖尿病、脂質異常症などの生活習慣病や、肥満、食塩の過剰摂取、過度の飲酒、喫煙などの生活習慣も深く関係しています。また、腎臓の機能は年齢とともに低下します。

腎機能は低下しても自覚症状が出にくく、進行すると人工透析が必要になることもあります。

～腎機能の悪化を防ぐために以下のことに気を付けましょう！～

- ・ 健診で異常を指摘されたら必ず受診する
- ・ 医師から経過観察と言われたら、指示された時期に忘れずに受診する
- ・ 治療中の人は、治療を自己判断で中断しない
- ・ 血圧のコントロール ・ 食生活は減塩で！

※かかりつけ医の先生方へ

健診の結果から腎臓専門医への紹介基準に達しておりますので、腎臓専門医への紹介をご検討ください。

腎臓専門医への紹介基準は、日本腎臓学会のHPや県が作成した下敷きを御確認ください。

また、腎臓専門医は腎臓専門医が在籍する千葉県CKD重症化予防対策協力施設リスト（2次元コード参照）及び日本腎臓学会のHPから検索できます。



【問い合わせ先】

千葉県糖尿病性腎症重症化予防対策推進検討会委員名簿

令和7年9月16日現在

各所団体	各委員
船橋市	村 井 亜 矢
木更津市	高 橋 由 美 子
千葉県後期高齢者医療広域連合	青 木 大 河
健康保険組合連合会千葉連合会	磯 信 明
全国健康保険協会千葉支部	山 本 晃 靖
千葉県国民健康保険団体連合会	渡 部 統 明
(公社) 千葉県医師会	志 賀 元
(一社) 千葉県糖尿病対策推進会議	橋 本 尚 武
(国) 千葉大学	横 手 幸 太 郎
(国) 千葉大学	浅 沼 克 彦
(公財) 日本糖尿病協会千葉県支部千葉県糖尿病協会	三 村 正 裕
千葉県保健所長会	影 山 育 子
(一社) 千葉県歯科医師会 (理事)	堀 川 早 苗
(一社) 千葉県薬剤師会 (副会長)	佐 藤 勝 巳
(公社) 千葉県栄養士会 (理事)	佐 々 木 徹
(公社) 千葉県看護協会 (会長)	増 渕 美 恵 子

(順不同、敬称略、◎会長、○副会長)

○ オブザーバー

帝京平成大学	藤川 眞理子
順天堂大学医学部附属浦安病院	今澤 俊之
聖隷佐倉市民病院	藤井 隆之
成田赤十字病院	倉本 充彦
帝京大学ちば総合医療センター	伊藤 孝史
千葉大学大学院医学研究院	小野 啓
千葉大学大学院医学研究院	前澤 善朗
千葉県衛生研究所	吉森 和宏

(順不同、敬称略)

付録資料集

【図表 1】 健診・レセプトデータの有無と対象者の抽出の考え方



【図表 2】糖尿病性腎症病期分類

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/1.73m²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。

【図表 3】 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 5 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」：140 mm Hg≤収縮期血圧または 90 mm Hg≤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

(140 mm Hg≤収縮期血圧または 90 mm Hg≤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

【図表 4】 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。

【図表 5】 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Ⅰ		カテゴリーⅡ	カテゴリーⅢ
		① 認知機能正常 かつ ② ADL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%)	8.0%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。

【図表 6】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 弱 ↓ 強
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	

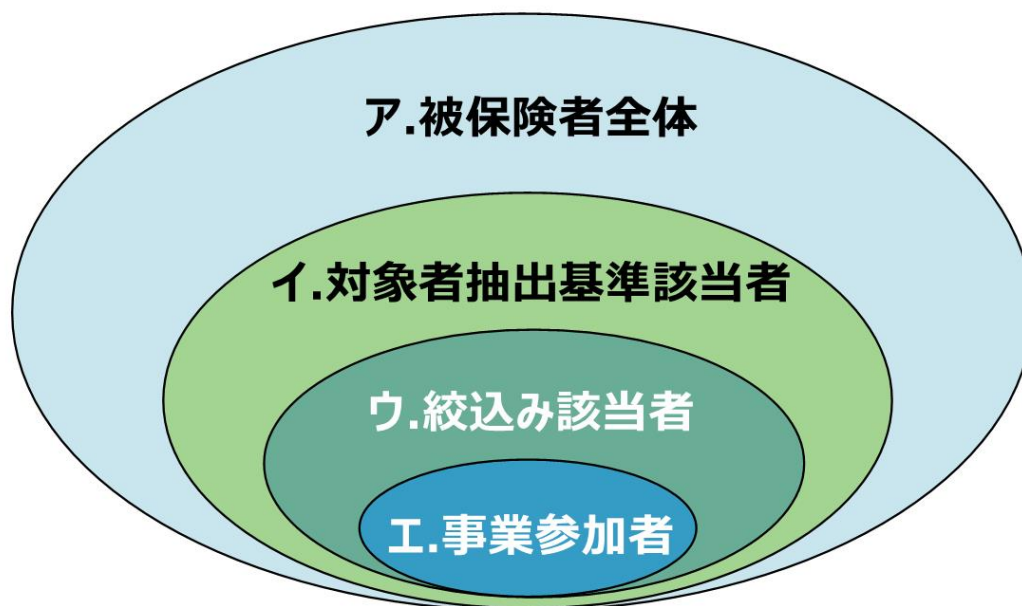
【図表 7】受診勧奨レベルごとの取組例

<受診勧奨レベルごとの取組例> ○ 受診勧奨レベル I ・ 健診結果通知時に、糖尿病性腎症のおそれがあり医療機関の定期的な受診が必要であることについて、標準的な健診・保健指導プログラムのフィードバック文例集や糖尿病性腎症重症化予防に関する事業実施の手引き等を参照し、文書で通知する。 ・ 必要に応じて、上記通知に加え、電話や案内した健康教室参加時等に受診勧奨を行う。 ○ 受診勧奨レベル II ・ レベル I の文書による通知に加え、結果説明を行うための電話や面談により、個別に医療機関への受診勧奨を行う。 ・ 受診勧奨とともに、生活実態を把握したうえで、対象者の状況に合わせた保健指導を行う。 ○ 受診勧奨レベル III ・ 可能な限り、訪問や面談等の対面により個別での受診勧奨を速やかに行う。 ・ 受診勧奨とともに、生活実態の把握をしたうえで、生活習慣の改善を促す保健指導を行う。 ※いずれの受診勧奨レベルにおいても、受診勧奨後に、対象者が継続的な受診につながっているかについて、医療機関からの回答、対象者本人への確認、レセプトデータの確認等により受診状況を確認することが必要である。
--

【図表 8】保健指導レベルごとの取組例

<保健指導レベルごとの取組例> ○ 保健指導レベル I ・ 糖尿病や生活習慣の改善等に関する情報を中心に提供し、生活習慣の改善を促す集団指導による健康教室等への参加を促す。 ○ 保健指導レベル II ・ レベル I の情報提供や集団指導等への参加勧奨に加え、医療機関と連携し、腎障害の悪化を予防するための糖尿病を含む生活習慣病の管理に関する内容を中心に、電話や訪問等により保健指導を行う。合併症の進行を防ぐための継続的な治療の必要性、本人の年齢や生活状況に応じた生活改善の方法など具体的な助言を行うことが重要である。 ○ 保健指導レベル III ・ 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に、医療機関と連携し、訪問や個別面談等対面による保健指導を行う。医療機関で指導されたことが十分に理解できているか、疑問点はないかなどを確認し、必要に応じて医療機関につなぐことが求められる。

【図表 9】 評価対象のとらえ方



【図表 10】市町村が設定する評価指標の例

【ストラクチャー評価】

- ・実施体制の構築状況
- ・予算、マンパワー、教材の準備
- ・保健指導者への研修の実施状況
- ・運営マニュアル等の整備
- ・課題分析・事業評価のための健診・医療データの集約状況

【プロセス評価】

- ・目的に応じた対象者の設定状況
- ・対象者への声掛け・募集の方法
- ・課題分析結果に応じた方法での事業実施
- ・スケジュール調整の状況
- ・参加者に関する評価のためのデータ登録状況

【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。

【図表 11】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】

- ・管内の各保険者のストラクチャー評価の結果の把握
- ・医師会等関係機関との連絡・協力体制の整備状況
- ・管内市町村の支援体制の整備状況

【プロセス評価】

- ・管内の各保険者のプロセス評価の結果の把握
- ・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
- ・関係者間での都道府県や各保険者の取組内容の共有の状況
- ・管内市町村への支援の実施状況

【アウトプット評価】（受診勧奨・保健指導共通）

- ・管内の各保険者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

【アウトカム評価】

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、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、管内の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、管内の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。

※図表 1～11 は国プログラムより引用

【参照】・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 日本医師会 日本糖尿病対策推進会議 厚生労働省）
・糖尿病性腎症重症化予防に関する事業実施の手引き（令和 6 年度版）（厚生労働省 保険局 国民健康保険課）