

# 高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラム

令和8年3月

高 知 県 医 師 会  
高知県糖尿病医療体制検討会議  
高 知 県

# 目次

1	本プログラムの趣旨	1
2	目的	2
3	取組にあたっての関係者の役割	2
4	プログラムの対象者選定の考え方及び介入方法	5
5	年齢層を考慮した取組の実施	14
6	取組にあたっての関係者間の連携	15
7	プログラムの評価	18
8	円滑な事業の実施に向けて	21
9	個人情報の取扱い	21
10	様式集	24
11	参考資料	24

## 1 本プログラムの趣旨

現在、日本だけでなく、世界各国において生活習慣と社会環境の変化に伴い、メタボリックシンドローム及び糖尿病患者数の増加が課題となっている。糖尿病が重症化すると、網膜症や腎症などの合併症を引き起こし、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いる。また、糖尿病合併症の1つである糖尿病性腎症は、患者のQOL（生活の質）を著しく低下させるだけでなく、医療経済的にも大きな負担となり、特に、糖尿病性腎症が重症化し人工透析に至ると、日常生活が大きく制限され、患者の肉体的、精神的負担が大きい。

そのため、国では「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)において、2028年までに年間新規透析導入患者数を35,000人以下に減少させるという数値目標を掲げ、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の減少を目指してきた。そして、令和5年10月には「腎疾患対策検討会報告書(平成30年7月)に係る取組の中間評価と今後の取組について」のとりまとめが行われたところである。

本県では、令和5年末現在で約2,500人の人工透析患者がおり、令和3年からの3年間で新たに透析が必要となった患者(年平均約300人)のうち、糖尿病性腎症が原疾患の患者は約3割を占めている。このため、県内の医療関係者や保険者等が協力して糖尿病の重症化を予防する取組を進めることが重要である。

そこで、糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者・治療中断者を適切な受診勧奨によって医療に結びつける(プログラムⅠ)とともに、糖尿病で通院する患者のうち、腎症が重症化するリスクの高い者に対しては、適切な時期の病診連携や保険者と医療機関が連携した保健指導等を行い(プログラムⅡ)、腎症の重症化予防により人工透析の導入を減少させることで、県民の健康増進及び医療費の適正化を図ることを目的として平成30年1月に本プログラムを策定した。

プログラムⅡに基づく糖尿病性腎症の治療中の者への保健指導は、腎症病期が軽度から中等度までの者としていたが、令和2年度からは、数年後に人工透析の導入が予測される腎症が進行した者に対して、人工透析導入の時期を少しでも遅らせることを目指し「糖尿病性腎症透析予防強化プログラム」(以下「透析予防強化プログラム」という。)に取り組むモデル事業を開始した。その結果、透析導入時期を遅延させる可能性が示唆されたため、腎症病期の軽度から重度までの患者への切れ目ない支援を行うことを目的に、令和6年4月に本プログラムを改定し、透析予防強化プログラムとの統合を行った。

これまでの取組のなかで、保険者からは、医療機関との連携促進やプログラムの実施手順及び様式の簡略化・簡素化を求める声があげられており、令和6年3月には国の糖尿病性腎症重症化予防プログラムの改定も行われているため、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に、本プログラムの改定を行う。

なお、本プログラムは、高知県医師会、高知県糖尿病医療体制検討会議及び高知県の三者で策定し、保険者における対策の実施が容易となるよう基本的な考え方

を示すものであり、保険者の実施体制や地域の実情等に応じた方法で実施することができるものとする。

## 2 目的

本プログラムは、糖尿病性腎症の重症化による人工透析導入を減少させることで、県民の健康増進及び医療費の適正化を図ることを目的とする。

## 3 取組にあたっての関係者の役割

### (1) 市町村及び保険者の役割

#### ア 市町村の庁内体制の整備

糖尿病性腎症重症化予防は、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つながることから、自治体全体の問題として扱うことが重要であるため、次の点に留意する。

- ① 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。
- ② 糖尿病性腎症重症化予防の取組には、財源の確保、人材の育成、地域連携、国保データベース（KDB）システム（以下「KDB」という。）等を活用した健康課題分析や対象者抽出・評価など、多彩で膨大な事務作業が発生することから、効率的に取組を進めるためには、手続の円滑化などにおいて事務職等と連携して取り組む。
- ③ 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く、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工夫を行う。また、人事異動がある場合には、後任の担当者に確実に業務の引き継ぎを行うことや連携先に速やかに連絡を取る。

#### イ 事業実施

- ① 保険者は、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問題等を分析し、地域の実情に応じた糖尿病性腎症の重症化予防対策を立案する。
- ② 市町村及び保険者は、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、郡市医師会との連携体制の構築を図り、関係機関との情報共有に努める。
- ③ 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年度の事業展開につなげる。

#### ウ 人材確保・育成

保健指導を効果的に実施するためには、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コミュニケーション、データによる評価やKDB等についての知識やスキルが必要であるため、人材の資質向上が重要であることから、専門職や事務職を問わず、積極的に研修会等に参加してプログラムに関する知識を得ていく。

## (2) 県の役割

- ① 県は、保険者による本プログラム対象者の把握を促進するために、マスメディア等を活用した特定健診の受診勧奨を行うとともに、KDB等を活用した対象者の抽出ツールの開発と保険者による円滑な運用を支援する。なお、国保、後期高齢者広域連合以外の保険者にあつては、保険者協議会を通じて相談するものとする。
- ② 保険者における円滑な事業実施を支援する観点から、保険者からの相談に応じるとともに、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。
- ③ 保険者における事業の実施状況を把握の上、医師会や糖尿病医療体制検討会議、保険者協議会等と情報を共有し、取組に対する総合的な評価・検証を行う。
- ④ 福祉保健所は、地区分析の実施や市町村・広域連合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・広域連合のつなぎ役となるなど、積極的に支援を行う。また、管内関係者等の参加を得たうえでの対策会議の設置（他の協議会に併設することも可能とする）、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るなど保険者の取組を支援する。

## (3) 後期高齢者医療広域連合の役割

後期高齢者について、保険者と県の両者の役割を担うが、特に実施面では、市町村に上記（1）の役割を果たしてもらおうよう、市町村との連携を図る。

特に、保健指導等の対象者が後期高齢者医療制度へ移行することにより、指導や評価が途切れる現象がみられる。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、委託等により市町村が一体的に保健事業を実施することで、年齢に関わらず継続した支援を可能にするといった対応をとることが考えられるが、広域連合が実施する場合も、継続的な評価が可能となるよう体制づくりに協力する。

## (4) 医師会の役割

高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、県や保険者が行う糖尿病性腎症重症化予防の取組を周知し、保険者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。また、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に努める。さらに、必要に応じて助言を行うとともに、関係機関との情報共有に努める。

#### **(5) 高知県糖尿病医療体制検討会議<sup>注1)</sup>の役割**

糖尿病性腎症重症化予防に係る県や保険者の取組について、構成団体へ周知するとともに、医学的・科学的観点から助言を行うなど、保険者の取組に協力するよう努める。さらに、医師会や高知県慢性腎臓病（CKD）対策連絡協議会と連携し、透析予防の取組について助言を行う。

注1) 糖尿病医療提供体制の充実を図るために、かかりつけ医と専門医療機関との連携強化など、医療体制の整備に関する検討や医療計画に基づく取組に関する検討・評価などを行っていくことを目的として設置された組織。糖尿病対策推進会議の幹事団体・主な構成団体を代表する委員より組織されており、「各都道府県単位の糖尿病対策推進会議」と同等の機能を有する。

#### **(6) 高知県慢性腎臓病（CKD）対策連絡協議会<sup>注2)</sup>の役割**

血管病の重症化予防対策の中におけるCKDについての正しい知識の普及やCKD対策に必要な人材の育成等を図るとともに、医師会等と連携し、CKDにおいて重症化するリスクの高い患者についての病診連携を推進する。

注2) CKDに関する正しい知識の普及や人材育成等を目的として設置された組織。

#### **(7) 高知県保険者協議会<sup>注3)</sup>の役割**

本プログラムを保険者に周知するとともに、県内保険者の取組を促進するため、他県での好事例の取組の紹介や保険者に対する研修等の実施、県内保険者の取組実績の調査・分析に取り組む等、事業の円滑な実施に協力する。

注3) 高知県内の医療保険者等が連携・協力し、保健事業の効果的な実施等により被保険者等の健康保持、増進を図るとともに、保険者の円滑な事業運営に資することを目的として設置された組織。

#### **(8) 国保連合会の役割**

国保連合会は、KDBの活用によるデータ分析・技術支援や、データヘルス計画策定の際の健診データ・レセプトデータ等による課題抽出、事業実施後の評価分析などにおいて、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などを通じて、市町村や広域連合への支援を行う。

#### **(9) 高知県歯科医師会の役割**

高知県歯科医師会は、本プログラムを会員に周知するとともに、糖尿病の合併症として歯周病及び歯の喪失等があることから、糖尿病と歯周病について正しい知識の普及を図り、保険者及び医科のかかりつけ医と連携して本プログラム対象者の歯周病対策を行う。

#### **(10) 高知県薬剤師会、高知県看護協会、高知県栄養士会等の役割**

高知県薬剤師会、高知県看護協会、高知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、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を行う。

また、高知家健康づくり支援薬局<sup>注4)</sup>や栄養ケア・ステーション<sup>注5)</sup>が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努める。

注4) 身近で気軽に医薬品や健康に関する相談・支援が受けられる総合的な情報拠点のこと。

注5) 「食」と「栄養」を通して健康づくりを応援するための支援の拠点のこと。

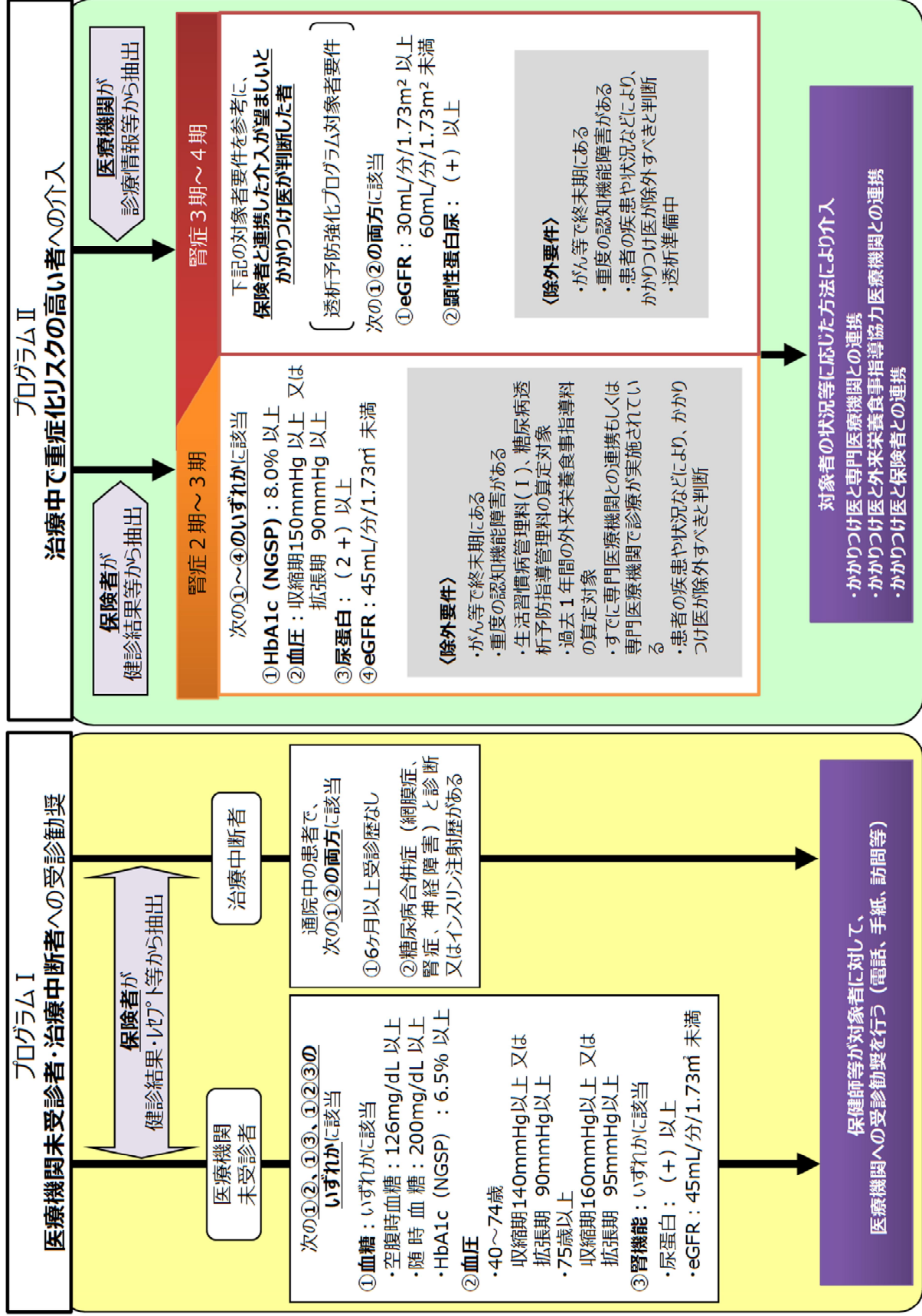
#### **(11) その他、専門学会等の役割**

日本糖尿病学会員、日本腎臓学会員等は、保険者及び地域のかかりつけ医からの相談に対し助言等を行うなど、県内の重症化予防の取組への推進に向けた支援を行う。

また、県下の糖尿病療養指導士は、資質向上に努めるとともに、保険者と連携してかかりつけ医、糖尿病専門医等の下で適切な療養指導を行う。

## **4 プログラムの対象者選定の考え方及び介入方法**

本プログラムは、医療機関未受診者及び治療中断者を適切な医療につなげるための受診勧奨（プログラムⅠ）と、治療中で重症化リスクの高い者への介入（プログラムⅡ）の大きく2つに分かれる。



※ 保険者の実施体制や地域の実情等に応じた方法で実施することができる。

## (1) プログラム I : 医療機関未受診者及び治療中断者への受診勧奨

糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者及び治療中断者を適切な医療につなげるため、保険者が、下記のア、イの基準により、特定健診結果やレセプトデータ等から対象者を抽出する。ただし、保険者の実施体制や地域の実情等に応じて保険者が個別に定めることができるものとする。

### ① 対象者選定の考え方

#### ア 医療機関未受診者<sup>注6)</sup>

特定健診結果において次の表の①②、①③、①②③のいずれかの組み合わせに該当する者。

① 血糖	次のいずれかに該当する者 ・ 空腹時血糖 : 126mg/dL 以上 ・ 随時血糖 : 200mg/dL 以上 ・ HbA1c (NGSP) : 6.5% 以上
② 血圧	・ 40歳～74歳 収縮期140mmHg 以上 又は 拡張期90mmHg 以上 ・ 75歳以上 収縮期160mmHg 以上 又は 拡張期95mmHg 以上
③ 腎機能	次のいずれかに該当する者 ・ 尿蛋白 : (+) 以上 ・ eGFR : 45mL/分/1.73m <sup>2</sup> 未満

注6) 上記項目(尿蛋白を除く)は単独でも特定健診における受診勧奨値であり、健診後速やかに受診勧奨する必要がある。条件に該当する者が、健診後の受診勧奨にもかかわらず一定期間経過した後に未だ受診していない場合に再勧奨を実施する。

#### イ 治療中断者

通院中の患者で、6か月以上受診した記録がない者(レセプト分析により対象者の抽出が可能な保険者のみ実施)のうち、糖尿病合併症(網膜症、腎症、神経障害)と診断、又はインスリン注射歴がある者。

### ② 介入方法

保険者は、対象者の状況に応じた介入を行い、医療機関への受診勧奨を実施するものとし、その際には糖尿病性腎症重症化の危険性に対する情報提供等の保健指導を行う。介入方法としては以下の方法があげられる。

- ・ 個別面談・個別訪問
- ・ 電話
- ・ 手紙送付 等

特に、尿蛋白(2+)以上 又は eGFR45mL/分/1.73m<sup>2</sup> 未満の者に対しては、保健師等の専門職が電話又は個別面談・個別訪問による受診勧奨を行う。

また、必要に応じて受診後のフォローを行うものとし、治療を中断しやすい対象者については、受診継続についての抵抗要因を検討し、その軽減に向けた支援を行う。

## (2) プログラムⅡ：治療中で重症化リスクの高い者への介入

糖尿病の治療中であり、腎症が重症化するリスクの高い者に対して、対象者の状況等に応じた介入（病診連携、外来栄養食事指導又は保険者による保健指導のいずれか、透析予防強化プログラム）を行う。ただし、保険者の実施体制や地域の実情等に応じて保険者が個別に定めることができるものとする。

### ① 対象者選定の考え方

保険者及び医療機関は、下記ア、イの要件を参考に、候補者を抽出する。候補者のうち、本人及びかかりつけ医の同意が得られた者を対象者とする。

ア 保険者が特定健診結果やレセプトデータ等を活用して候補者を選定する場合

検査データ	健診結果等において次の①から④のいずれかに該当する者 ① HbA1c(NGSP)：8.0% 以上 ② 血圧：収縮期150 mmHg 以上 又は 拡張期90mmHg 以上 ③ 尿蛋白：(2+) 以上 ④ eGFR：45mL/分/1.73m <sup>2</sup> 未満
除外要件	ただし、次の者は除外する。 ・がん等で終末期にある者 ・重度の認知機能障害がある者 ・生活習慣病管理料（Ⅰ）、糖尿病透析予防指導管理料の算定対象者 ・過去1年間の外来栄養食事指導料の算定対象者 ・すでに専門医療機関*との連携もしくは専門医療機関*で診療が実施されている者 ・患者の疾患や状況などにより、かかりつけ医が除外すべきと判断した者
その他	全数対応が望ましいが、優先順位付けを行う場合は、下記の両方に該当する者を優先とする。 ・尿蛋白：(2+) 以上 ・eGFR：45mL/分/1.73 m <sup>2</sup> 未満

※ 専門医療機関：県は、かかりつけ医からの紹介を受けて慢性腎臓病の診療可能な医療機関を「慢性腎臓病（CKD）の診療可能な医療機関」として公表する。

イ 医療機関が診療情報等から候補者を選定する場合

糖尿病で通院する患者のうち、下記の透析予防強化プログラムの抽出条件を参考に、保険者と連携して介入することが望ましいとかかりつけ医が判断した者を候補者とする。

〈透析予防強化プログラム抽出条件※〉

検査データ	<p>診療情報等において次の①②の両方に該当する者</p> <p>① eGFR：30mL/分/1.73m<sup>2</sup> 以上 60mL/分/1.73m<sup>2</sup> 未満</p> <p>② 顕性蛋白尿：（+）以上</p> <p>①、②に該当しない場合であっても、かかりつけ医が保険者と連携して介入することが望ましいと判断する場合は、判断理由を明確にしたうえで対象とすることができる。</p>
除外要件	<p>ただし、次の者は除外する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・がん等で終末期にある者</li> <li>・重度の認知機能障害がある者</li> <li>・患者の疾患や状況などにより、かかりつけ医が除外すべきと判断した者</li> <li>・透析準備中の者</li> </ul>
その他	<p>全数対応が望ましいが、優先順位付けを行う場合は、下記のいずれかに該当する者を優先とする。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ ΔeGFR の低下が著しい</li> <li>・ eGFR：45mL/分/1.73 m<sup>2</sup> 未満</li> </ul>

※ 詳細は別冊「糖尿病性腎症透析予防強化プログラム」のとおり

② 介入方法

対象者の状況等に応じた介入を行う。特に、治療を中断しやすい対象者については、本人の思いや生活状況を踏まえた保健指導が重要なことから、医療機関と保険者が十分連携することが必要である。

〈かかりつけ医は治療方針等に合わせ、以下の介入方法の選択が可能〉

対象者の抽出	介入方法	作成する様式	提出先
保険者が 健診結果等から抽出	専門医療機関 <sup>※1</sup> （栄養指導あり）と連携する	・紹介状 又は 様式 3-1	専門医療機関
		・様式 2	保険者
	専門医療機関 <sup>※1</sup> （栄養指導なし）と連携し、 外来栄養食事指導 <sup>※2</sup> を 依頼する	・紹介状 又は 様式 3-1	専門医療機関
		・紹介状 又は 様式 3-2	外来栄養食事指導推進事業協力医療機関
		・様式 2	保険者
	専門医療機関 <sup>※1</sup> （栄養指導なし）と連携し、 保険者による保健指導 <sup>※3</sup> を依頼する	・紹介状 又は 様式 3-1	専門医療機関
・様式 2 ・様式 3-3 ・情報提供書作成 手数料請求書		保険者	

	血糖管理、血圧管理は自施設のみで実施し、	外来栄養食事指導 <sup>※2</sup> を依頼する	・紹介状 又は 様式 3-2 ・様式 2	外来栄養食事指導推進事業協力医療機関 保険者
		保険者による保健指導 <sup>※3</sup> を依頼する	・様式 2 ・様式 3-3 ・情報提供書作成 手数料請求書	保険者
医療機関が診療情報等から抽出	透析予防強化プログラム <sup>※4</sup> により、保険者が医療機関での生活指導をフォローする		別冊「糖尿病性腎症透析予防強化プログラム」参照	

※1 専門医療機関：県は、かかりつけ医からの紹介を受けて慢性腎臓病の診療可能な医療機関を「慢性腎臓病（CKD）の診療可能な医療機関」として公表する。

※2 外来栄養食事指導：県は、かかりつけ医等からの紹介を受けて糖尿病患者に管理栄養士による栄養食事指導を行う外来栄養食事指導推進事業の協力医療機関を公表する。

※3 腎症第4期及び第5期は、保険者による保健指導の対象外とする。

※4 透析予防強化プログラム：医療機関と保険者が連携して生活指導を行うものであるが、対象者への指導は医療機関が主担当で実施し、保険者はその指導内容を家庭で実践できるようフォローを行う。

#### ア 保険者が対象者を選定した後の流れ（例）

- ① 保険者は、プログラム対象者であることを説明し、対象者に連絡票㉞（様式1）等を渡す。その旨を本人の了承のもと、かかりつけ医に連絡しておく。
  - ② 対象者は、連絡票㉞（様式1）の本人同意欄に署名し、診察時にかかりつけ医に提示する。
  - ③ かかりつけ医は、連絡票㉞（様式2）をもとに、プログラムの利用の有無を決定し、利用する場合は介入方法を選択する。
  - ④ かかりつけ医は、選択した介入方法に応じて必要な様式を送付し、プログラムを開始する。
- ※ プログラムを利用しない場合も、連絡票㉞（様式2）は保険者に送付する。

#### イ 保険者が保健指導を行う場合の流れ（例）

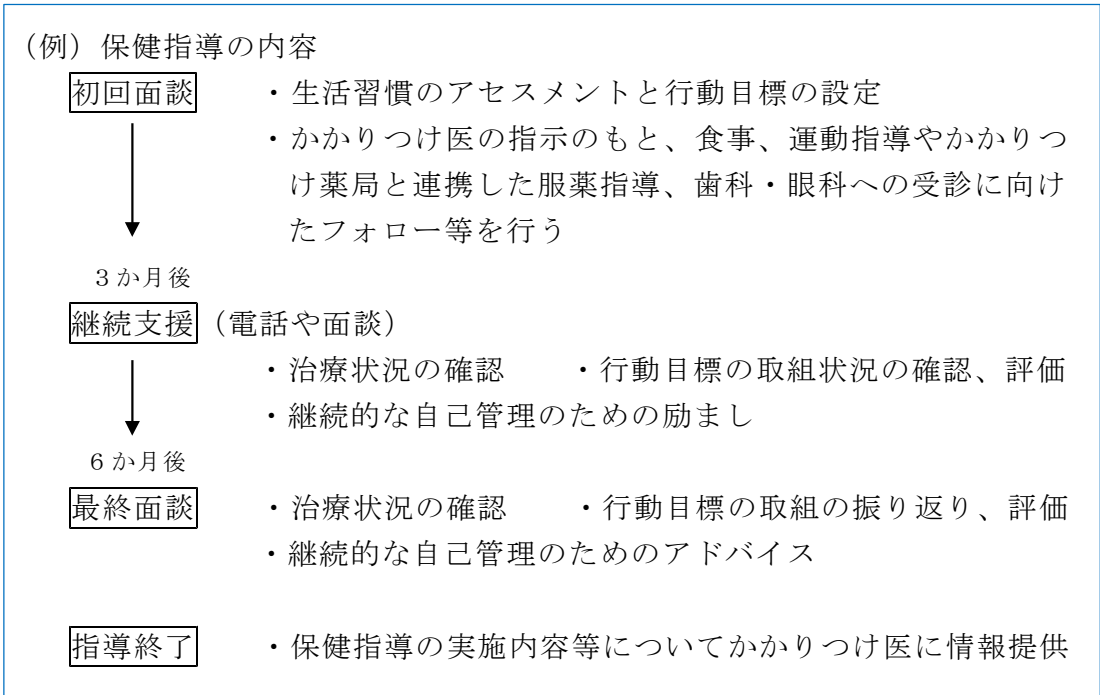
- ① 保険者は、かかりつけ医から送付のあった情報提供書（様式3-3）及び情報提供書作成手数料請求書を確認し、情報提供料を支払う。
- ② 保険者は、情報提供書（様式3-3）の内容を踏まえた保健指導を行う。必要に応じてかかりつけ医の指示のもと、かかりつけ薬局と連携した服薬指導や、歯科及び眼科への受診に向けたフォロー等を行う。
- ③ 保健指導実施後は、保健指導の内容について、糖尿病連携手帳等を活用するなどしてかかりつけ医へ伝達する。

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。

〈保険者による保健指導の方法〉

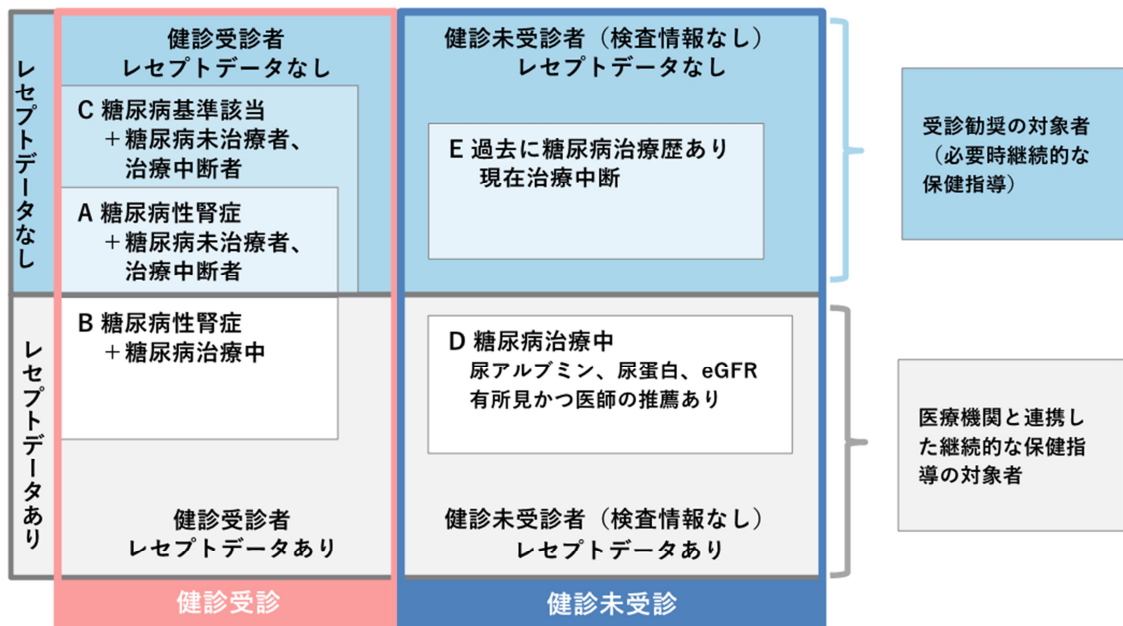
- ① 個別面談・訪問指導      ② 集団指導      ③ 電話等による指導
- ④ ICTの活用 等

※ 単に受診勧奨の手紙を送付するだけのものなどは含まない



【参考1】国の糖尿病性腎症重症化予防プログラム

ア 健診・レセプトデータの有無と対象者の抽出の考え方



イ 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

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	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	
	7.0~7.9	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	
	6.5~6.9	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	
	6.5未満	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	

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	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	
	7.0~7.9	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	
	6.5~6.9	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	
	6.5未満	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	

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 13参照

- ※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

ウ 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	

【参考2】対象者への説明資料（プログラムⅡ）

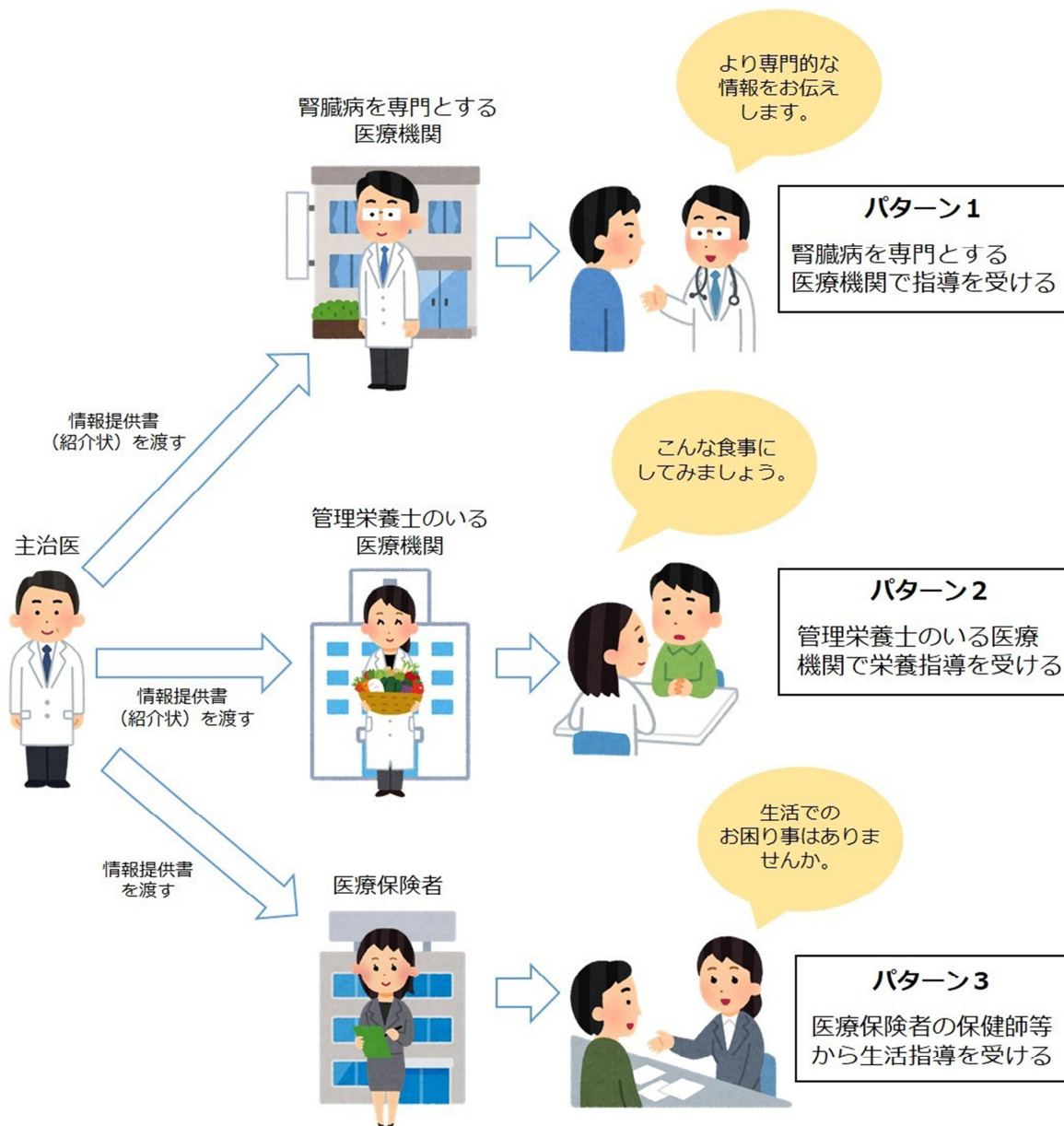
糖尿病性腎症重症化予防プログラムについて

高知県では、平成30年から、糖尿病の治療中で重症化が心配される患者さんを対象とした、腎機能を保つための取組を実施しています。

この取組は、主治医の判断のもと、あなたの病状にあった最善の治療を行いながら、下記のサポートを行うものです。

～糖尿病性腎症重症化予防プログラムの取組～

主治医があなたの状態にあわせてサポートの方法を選択します。



※いずれも、主治医を変更する必要はありません。

### (3) 委託する場合の留意点

保険者の事業委託先としては、民間事業所や地域の特定保健指導実施機関、栄養士会等職能団体などが考えられる。委託する業務は、対象者の抽出、保健指導、資料作成といった専門性のある知識・技術を要する実務的な業務が求められることが多い。保険者は重症化予防の目的を踏まえて外部委託事業者を選定する方法を工夫したり、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必要がある。

委託後に全てを任せきりにするのではなく、現状分析・企画立案・実施・評価それぞれの局面においてその内容をよく確認し、地域の事情に応じて必要な指示を行うなど、実施主体としての役割を果たすことが不可欠である。

例えば、外部委託事業者が医師会やかかりつけ医等と直接やりとりをする形をとる際には、保険者は事業の計画段階から医師会やかかりつけ医等と協議し、保険者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、外部事業者任せきりにするのではなく保険者において事業の詳細を把握し、全体のプロセスをコントロールすることが重要である。

### (4) 後期高齢者における留意点

後期高齢者においては、その特性を踏まえながら、保健事業と介護予防を一体的に実施することが重要であり、地域包括支援センターをはじめとする介護関係の各専門職種との連携も重要である。

## 5 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、ライフステージに応じた取組を推進することが重要である。

### (1) 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。特に30歳代から50歳代では、仕事（家事・育児等）が忙しくて時間がないことも多く、このことを考慮した取組となるよう配慮する。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する。

### (2) 高齢者に対する取組

高齢者の特性を踏まえた健康支援をしていくためには、高齢者に見られる心身機能の特徴や老年症候群の合併頻度が高いこと、学会のガイドライン等の動向や関係部局による事業の方向性等に関する見識を深めておくことが必要である。

（後期高齢者の特性）

- ① 前期高齢者と比べ、加齢に伴い虚弱な状態であるフレイルが顕著に進行しやすい。
- ② 複数の慢性疾患を保有し、フレイル等を要因とする老年症候群の症状も

混在するため、包括的な疾病管理がより重要となる。

- ③ 医療に係る課題として、多医療機関の受診や多剤処方等がある。
- ④ 健康状態や生活機能、生活背景等の個人差が大きい。
- ⑤ 医療のみならず、介護や福祉等の様々なニーズを併せ持つ状況にある者が多い。

高齢者への保健指導では、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、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、地域包括ケア推進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に留意する。

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。

事業の展開に当たっては、高齢者の多くが加入する市町村国保と広域連合が連携のうえ、健康・医療情報等を分析し、地域の健康課題等を共有して、取組を進めていくことが重要である。

## 6 取組にあたっての関係者間の連携

### (1) 保険者とかかりつけ医との連携

重症化予防の取組のためには、被保険者が特定健診を受診し、自らの健康状態を把握することが重要であることから、保険者は被保険者に対する特定健診の受診勧奨を強化するとともに、治療中の者に対しては、医療機関による受診勧奨が行われるよう、かかりつけ医の協力を得る。

かかりつけ医は、日頃から治療中の患者に対して特定健診の受診勧奨に努めるとともに、特に、eGFRが60mL/分/1.73m<sup>2</sup>未満など糖尿病の重症化が懸念される患者に対しては重点的に対応するものとする。

### (2) かかりつけ医と専門医等との連携

糖尿病性腎症の重症化予防には、かかりつけ医と専門医等との間で十分な連携を図り、生涯を通じての治療継続が必要である。

患者の血糖コントロール不良が続く場合には、かかりつけ医が中心となって専門的な診療が可能な医療機関や専門医等と連携することが重要であり、その際には地域の医療資源や対象者の背景を考慮しながら、以下の腎臓・糖尿病専門医への紹介基準に沿って、連携する必要がある。

なお、紹介先の医療機関が、外来栄養食事指導を実施していない場合には、

着実に患者の血糖コントロールの改善が図られるよう、県による外来栄養食事指導推進事業や保険者が実施する保健指導を活用することとする。

糖尿病連携手帳

- ・対象者が質の高い糖尿病診療を受けられるためには、かかりつけ医や専門医等での検査結果や指導内容等を糖尿病連携手帳等に記載し、共有することが効果的です。

**【参考1】かかりつけ医から腎臓・糖尿病専門医への紹介基準について**

ア かかりつけ医から腎臓専門医への紹介基準\*

- ① 高度蛋白尿：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 eGFR45mL/分/1.73m<sup>2</sup> 未満

※日腎会誌59巻2号「腎健診受診者に対する保健指導、医療機関紹介基準に関する提言」より引用

イ かかりつけ医から糖尿病専門医への紹介基準

HbA1c(NGSP)が2か月連続して8.0%以上

**【参考2】かかりつけ医による糖尿病性腎症患者への基本的な治療方針**

(糖尿病性腎症病期分類についてはP35参照)

ア 腎症第1期の患者への対応

- ・食事、運動の指導、薬物療法や歯周病治療などにより、血糖、体重、血清脂質濃度、血圧のコントロールを図る。
- ・治療によっても、HbA1c(NGSP)濃度8.0%以上が続く患者に対しては、外来栄養食事指導推進事業などを利用して病診連携を行い、さらなる生活指導を強化する。
- ・尿アルブミン濃度を定期的(3~6か月に一度)に測定し、腎症に進展のないことを確認する。

イ 腎症第2期の患者への対応

- ・食事、運動の指導、薬物療法や歯周病治療などにより、血糖、体重、血清脂質濃度、血圧のコントロールを図る。
- ・治療によっても、HbA1c(NGSP)濃度8.0%以上が続く患者に対しては、外来栄養食事指導推進事業などを利用して病診連携を行い、さらなる生活指導を強化する。
- ・尿アルブミン濃度を定期的(3~6か月に一度)に測定し、腎症に進展のないことを確認する。
- ・尿アルブミン濃度の上昇、高血圧のある患者に対しては、糖尿病透析予防指導管理料の算定基準を満たす医療機関に紹介し、治療の強化を図る。

ウ 腎症第3期の患者への対応

- ・食事、運動の指導、薬物療法や歯周病治療等により、血糖、体重、血清脂質濃度、血圧のコントロールを図る。
- ・糖尿病透析予防指導管理料を算定できる医療機関との病診連携が望ましい。

### 糖尿病透析予防指導管理料の算定基準

- ・入院中の患者以外の糖尿病患者のうち HbA1c (NGSP) 6.5%以上又は内服薬やインスリン製剤を使用している者であって、糖尿病性腎症第2期以上の患者（現に透析療法を行っている者を除く。）に対して、月に1回に限り算定する。
- ・専任の医師、当該医師の指示を受けた専任の看護師（又は保健師）及び管理栄養士（以下「透析予防診療チーム」という。）が、患者に対し、日本糖尿病学会の「糖尿病治療ガイド」等に基づき、患者の病期分類、食塩制限及びタンパク制限等の食事指導、運動指導、その他生活習慣に関する指導等を必要に応じて個別に実施した場合に算定する。
- ・透析予防診療チームは、糖尿病性腎症のリスク要因に関する評価を行い、その結果に基づいて指導計画を作成すること。
- ・看護師（又は保健師）及び管理栄養士に対して指示を行った医師は、診療録に指示事項を記載すること。
- ・透析予防診療チームは、糖尿病性腎症のリスク要因に関する評価結果、指導計画及び実施した指導内容を診療録、療養指導記録及び栄養指導記録に記載すること。

### (3) かかりつけ医と眼科医、歯科医との連携

糖尿病性網膜症などの合併症や歯周病などの予防、早期発見・早期治療のためには、眼科医療機関、歯科医療機関への定期受診を勧めるとともに、かかりつけ医と連携した診療を行う。また、医科歯科連携においては、歯周病治療によるHbA1c (NGSP) の改善が期待できるため、早期の連携が重要である。

#### 【参考】糖尿病－歯周病 医科歯科連携パンフレット

**歯周病セルフチェックシート**

**歯周病が疑われる症状**

- 朝起きたとき口の中がねばねばする 1点
- 口臭があるとされたことがある 1点
- 食事のあと、歯の間にものがはさまる 2点

**歯周病の代表的症状**

- 歯肉から出血することがある 3点
- 歯肉がはれることがある 4点
- ぐらつく歯がある 5点

**歯周病にかかりやすい要因**

- あまり歯磨きをしない 1点
- タバコをよく吸う 1点
- 歯科診療所には歯が痛いときしか行かない 1点
- ストレスを感じる事が多い 1点
- 骨密度が低いと言われたことがある 1点

結果は **合計 点**

**点数別結果**

**0点 青信号**  
今は歯周病の心配はありません。  
しかし、歯周病のごく初期は自覚症状が少ないので、歯科診療所などで定期的に検査を受けましょう。

**1～4点 青～黄色信号**  
歯周病になっているか、なりやすい要因を持っています。  
丁寧な歯磨きと定期的な歯科健診を受けましょう。

**5～9点 黄色信号**  
歯周病にかかっている可能性大。  
歯科診療所を受診してみてください。専門的な指導を受けて歯磨きもしっかり行いましょう。

**10点以上 赤信号**  
歯周病がかなり進行している可能性があります。  
必ず歯科診療所を受診し、進行しないよう毎食後丁寧に歯をみがいてください。

**糖尿病と歯周病は深い関係にあります**

歯をまもる君 デンちゃん ハハハのハーちゃん  
©やせせたかし/やせせスタジオ

**歯周病治療で糖尿病を改善しましょう**  
ハハハ大医  
©やせせたかし/やせせスタジオ

(出典) 日本歯科医師会発行「歯周病と糖尿病」  
森山貴史著「中年の歯の病気がすべてわかる本」  
主婦と生活社2003より一部改変

高知県 高知県医師会 高知県歯科医師会

**ご存知ですか？ 糖尿病と歯周病の深い関係**

糖尿病 高血糖により歯周病が進行する → 歯周病 成人の約8割

予備群を入れて約2,000万人 ← 歯ぐきの炎症により糖尿病が悪化する

**歯周病治療は糖尿病の改善につながります**

★歯周病治療を継続して行うことにより血糖コントロールの目安となるHbA1c値が有意に改善することがわかってきました。  
★歯周ポケット内に抗菌薬を注入する治療を併用することが有効です。  
Munenaga YS. Diabetes Res Clin Pract.2013より抜粋

HbA1c(%)	治療前	3か月後
7.50	7.40	6.91
7.00		
6.50		

糖尿病と診断されたら、まず歯科診療所を受診して歯周病をチェックしてもらいましょう。このシートをお持ちになって、かかりつけ歯科診療所、又はお近くの歯科診療所を受診してください。

歯科診療所を受診の際に必ずお持ちください

- お薬手帳
- 糖尿病連携手帳
- 血液検査データ

手帳等の準備はできましたか？

薬物療法の内容

- 飲み薬・注射 (GLP-1受容体作動薬)
- インスリン注射
- 食事療法のみ

最近の検査結果

HbA1c \_\_\_\_\_ %

血糖値 \_\_\_\_\_ mg/dL  
(空腹時 随時)

糖尿病のかかりつけ医療機関 (主治医)

歯周病の結果

- あり (軽度 中等度 重度)
- なし

歯周病で受診した歯科診療所

シートを受け取った際に記載してください

歯科診療所を受診後に受診結果を記載してください

## 7 プログラムの評価

実施したプログラムの評価としては、ストラクチャー（構造）、プロセス（過程）、アウトプット（事業実施量）、アウトカム（結果）の各段階を意識した評価を行う必要がある。また、中長期的な費用対効果の観点からの評価も行う必要がある。

健診・医療データの一元管理のため、例えば、以下の対応を進めるなど、アウトカム評価ができる体制づくりが必要である。

### (1) 保険者による評価

具体的な評価指標や評価方法については、各保険者のデータヘルス計画に定めることが考えられる。

また、後期高齢者については、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加入後は評価が困難になる自治体も少なくない。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、高齢者医療担当課（広域連合）との連携が不可欠である。具体的には保険者の変更に伴い、レセプトの追跡を誰が行うのか等、役割を決めておく必要がある。

### (2) 県による評価

保険者の事業の実施状況を把握し、評価・分析を行っていく。

### (3) 事業評価の考え方

保険者は、国から示されている評価指標の例を参考に事業評価を行う。

(毎年把握するデータ)

- ア 保険者における受診勧奨対象者数、受診勧奨を行った人数、医療機関につながった人数
- イ 医療機関との連携した対応を行った人数
  - ・かかりつけ医に「重症化するリスクが高い者」として連絡票④（様式2）を送付した人数・プログラム参加についてかかりつけ医の同意が得られ、情報提供書の提供があった人数
  - ・「栄養指導を実施している専門医療機関」との連携となった人数
  - ・「栄養指導を実施していない専門医療機関」との連携となった人数
  - ・外来栄養食事指導推進事業に基づいて他の医療機関に紹介された人数
  - ・保険者による保健指導の対象となった人数
- ウ 特定健診受診率
- エ 糖尿病治療中の方のうち、特定健診受診者で、HbA1c（NGSP）7.0%以上の人数と割合
- オ 糖尿病治療中の方のうち、特定健診受診者で、HbA1c（NGSP）8.0%以上の人数と割合
- カ 糖尿病治療中の方のうち、特定健診受診者で、eGFR 60 mL/分/1.73m<sup>2</sup>未満、45 mL/分/1.73m<sup>2</sup>未満、30 mL/分/1.73m<sup>2</sup>未満の人数と割合
- キ 新規人工透析導入患者数（糖尿病性腎症患者数）の推移
- ク 人工透析にかかる医療費の推移 等

(中長期的に把握するデータ)

- ア 対象者（介入者）のその後の状況
- イ レセプトによる受療状況、医療費
- ウ 糖尿病性腎症による透析導入の推移

## 【参考】国の糖尿病性腎症重症化予防プログラム

ア 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。

イ 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。

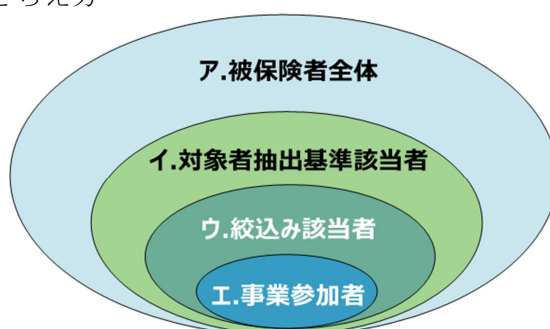
※単年度における介入実績だけでなく、複数年度の中での介入実績を把握することが望ましい。

### 【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。

## ウ 評価対象のとらえ方



## 8 円滑な事業の実施に向けて

本プログラムでは、糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組方策について示したが、各地域・職域での実施に当たっては、保険者と医療関係者が密接に連携して事業を展開する必要がある。

また、各保険者においては、本プログラムを参考に地域及び職域の実情にあった具体的な手順を作成し、取組の成果を検証することで、PDCAサイクルによる見直しを図りながら、より効果的な取組につなげていく必要がある。また、保健指導対象者の選定方法や保健指導の効果の評価方法について、各地域の糖尿病の専門家等の助言を受けることも必要である。

このため、地域の実情に合わせた連携体制を構築する場として、高知県糖尿病医療体制検討会議を活用することとする。

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日改定の国の「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を参考とする。

## 9 個人情報の取扱い

糖尿病性腎症重症化予防の取組を進めるに当たっては、健診データやレセプトデータなどをはじめとして、住民の氏名・住所・年齢・職業・家族構成等といった基本情報、生活習慣に関する情報などの様々な種別の個人情報が、対象者の抽出や受診勧奨・保健指導、現状の確認等に活用されることが多い。

特に、健診データやレセプトデータは、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。以下「個人情報保護法」という。）に定める要配慮個人情報<sup>注7)</sup>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、あらかじめ個人情報の取扱いについて整理することが重要である。

注7) 「本人の人種、信条、社会的身分、病歴、犯罪の経歴、犯罪により害を被った事実その他本人に対する不当な差別、偏見その他の不利益が生じないようにその取扱いに特に配慮を要するものとして政令で定める記述等が含まれる個人情報」（個人情報保護法第2条第3項）

### (1) 市町村及び広域連合における取扱い

市町村及び広域連合が保有する個人情報については、それぞれ市町村及び広域連合が定める個人情報の保護に関する条例（以下「個人情報保護条例」とい

う。)の規定に基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託、第三者(医療機関、他の自治体)への情報提供など、様々な場面において、その適正な取扱いが確保されるべく措置が講じられている。この点に関し、国保及び後期高齢者医療に係る個人情報の取扱いについては、厚生労働省の事務連絡において、診療報酬明細書、特定健診等記録を活用し、被保険者のニーズに応じた保健事業を効果的・効率的に実施することは、国民健康保険法(昭和33年法律第192号)、高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号)等に基づく保険者の事務(事業)に当たるものと既に整理されており<sup>注8)</sup>、糖尿病性腎症重症化予防を含む保健事業に個人情報を活用することは、医療保険者として法令上通常想定される目的内利用であると整理される。

また、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律(平成25年法律第27号)により、市町村及び広域連合がマイナンバーを利用して被保険者の特定健診情報等を管理できるとされているが、情報連携の対象とはされていない。したがって、保険者間で特定健診等データの連携を行う際には、マイナンバー制度の情報提供ネットワークシステムを用いるのではなく、個別の事案ごとに保険者間で照会及び提供する仕組みとなる<sup>注9)</sup>。

また、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に関する有識者会議」の報告書においては、複数の行政機関又は行政機関内の複数の部署において広く一体的に医療、介護情報等の把握・分析を実現できるようにするため、法令上明確化し、情報の一体的な活用を可能とすることが重要である旨言及されている。

注8) 「国保データベース(KDB)システムから提供される情報の活用について」  
(平成25年6月事務連絡 厚生労働省健康局がん対策・健康増進課、老健局介護保険計画課、老健局老人保健課、保険局国民健康保険課、保険局高齢者医療課)

注9) 「特定健康診査及び特定保健指導の記録の写しの保険者間の情報照会及び提供について」(平成29年6月6日付け保連発0606第1号、保保発0606第11号、保国発0606第1号、保高発0606第1号通知)

## (2) 県における取扱い

健診データやレセプトデータは、保険者が保有する個人情報であることから、都道府県が糖尿病性腎症重症化予防の取組を実施するに当たっては、被保険者本人の同意があるなど、保険者が定める個人情報保護条例の要件に該当する場合に限り、当該保険者から都道府県に情報提供されることとなる。

また、県が保険者から情報提供を受けた場合は、県の個人情報保護条例の規定に基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託、第三者(医療機関、他の自治体)への情報提供等に一定の条件が付されることとなる。

国保の都道府県単位化に伴い、平成30年度から県も保険者として市町村とともに国保の運営を担うこととなったが、保険給付や保健事業の実施主体は引き続き市町村であり、健診データやレセプトデータの保有者が市町村であるこ

とに変わりはない。一方、都道府県は、国保の財政運営の責任主体として、管内市町村の保険給付の適正な実施の確保を目的として給付点検等を行うこととしており（国民健康保険法第75条の3）、その効率的な運用のため、国保総合システムやKDB等を閲覧することができる。

したがって、県が糖尿病性腎症重症化予防の取組を実施するに当たっては、一般的に個人情報保護条例において第三者提供の要件として定められる「法令等の規定に基づくとき」に該当するものとなることから、これも踏まえ、給付点検等に必要な範囲かつ、各個人情報保護条例で定める範囲において、個人情報を活用することが可能となる。

### **（３） 医療機関における取扱い**

医療機関では、個人情報保護法や同法を基礎として策定された「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日個人情報保護委員会・厚生労働省。以下「ガイダンス」という。）等に従い、個人情報を取り扱う必要がある。

医療機関が保有する患者の個人情報は、医療の提供に伴い医療機関が保有するものであるため、保険者が治療中の患者を糖尿病性腎症重症化予防の取組の対象とする場合、当該取組に医療機関の有する患者の治療状況等、保険者が有しない情報を活用するに当たっては、あらかじめ当該患者の本人同意が必要である<sup>注10)</sup>等、個人情報保護法やガイダンスに従って、適切に取り扱う必要がある。

注10) 医療機関の有する患者の治療状況等の情報を活用するに当たっては、当該患者の本人同意が必要であるが、場合によっては保険者が医療機関に代わって本人同意を得ることも考えられる。このため、保険者から医療機関にその旨の連絡がある場合が想定されるが、なりすましによる被害を防ぐため、例えば、文書による確認、保険者からの電話に対する折り返し電話、本人への直接確認等といった対応が適切である。

### **（４） 外部委託事業者における取扱い**

保険者が糖尿病性腎症重症化予防の取組を事業者に委託して実施する場合、当該事業者は、個人情報保護条例における委託に関する規定を遵守するとともに、保険者との間で個別に締結される契約書の定めに従って業務を遂行する必要がある。

個人情報を取り扱う事業者には、個人情報保護法やガイダンスに基づき、事業者としての安全管理措置を講ずる責務がある。具体的には、個人情報保護に係る規程の整備、管理監督等のための組織体制の整備、個人データの盗難・紛失等を防ぐための物理的な安全措置などの個人情報の管理について、万全の対策を講じる必要があり、プライバシーマークを取得することが望ましい。また、委託を行う保険者においても、適切に事業者を選定すべく、これらの点に留意して委託仕様等を作成する必要がある。

## 10 様式集

- ・別添様式 1 : 高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラム連絡票㊦……………25  
保険者からかかりつけ医へのプログラム利用依頼及び本人の同意取得
- ・別添様式 2 : 高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラム連絡票㊧……………27  
かかりつけ医から保険者へのプログラム利用依頼に対する回答
- ・別添様式 3 - 1 : 高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラム情報提供書…29  
かかりつけ医から専門医療機関への情報提供書 (紹介状で代用可)
- ・別添様式 3 - 2 : 高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラム情報提供書…31  
かかりつけ医から外来栄養食事指導推進事業協力医療機関への情報提供書  
(紹介状で代用可)
- ・別添様式 3 - 3 : 高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラム情報提供書…33  
かかりつけ医から保険者への情報提供書

※ 様式 1、様式 2、様式 3 - 3 については、保険者の実施体制や地域の実情等に応じて保険者が個別に定めることができる。

## 11 参考資料

- ・参考資料 1 : 糖尿病性腎症病期分類……………35
- ・参考資料 2 : CKD の重症度分類……………36

高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラム連絡票②

医療機関名

主治医

様

保険者名  
担当者名  
連絡先

下記の方は、特定健診の結果等から、治療中で重症化リスクの高い方として、糖尿病性腎症重症化予防プログラムの対象者基準<sup>(※裏面参照)</sup>に該当しますので、重症化を予防するため、今後の対応についてご指導・ご加療をお願いいたします。

また、ご多忙中恐縮ですが、プログラムの利用の有無等について、別添様式2（連絡票①）に記載のうえ、返信いただきますようお願い申し上げます。（※返信方法は別途保険者により提示します。）

● 対象者

ふりがな 氏名	.....				
生年月日	.....年	.....月	.....日	性別	男・女
住所	.....			電話番号	.....

- 添付書類     特定健診結果経年表     本人等からの情報提供

本人同意欄	
私は、高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラムへの参加を	
<input type="checkbox"/> 希望します	<p>※下記の情報提供に同意します。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・(保険者名) からかかりつけ医への、特定健診結果などのデータの提供</li> <li>・かかりつけ医から(保険者名) へのプログラムを利用するか否かの回答、保健指導を依頼する際の情報提供書(治療経過、指導内容等)の内容</li> </ul> <p>糖尿病かかりつけ医療機関名・主治医名</p>
<input type="checkbox"/> 希望しません	希望しない理由
年 月 日	住所
氏名(自署)	
※やむを得ず代筆される場合	
代筆者の氏名	続柄

## 高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラム対象者基準

○糖尿病の治療中であり、腎症が重症化するリスクの高い者

特定健診結果等において、次の①から④のいずれかに該当する者のうち、本人及びかかりつけ医の同意が得られた者

- ① HbA1c (NGSP) : 8.0% 以上
- ② 血圧 : 収縮期 150 mmHg 以上 又は 拡張期 90mmHg 以上
- ③ 尿蛋白 : ( 2 + ) 以上
- ④ eGFR : 45ml/分/1.73m<sup>2</sup> 未満

ただし、次の者は除外する。

- ・ がん等で終末期にある者
- ・ 重度の認知機能障害がある者
- ・ 生活習慣病管理料 ( I )、糖尿病透析予防指導管理料の算定対象者
- ・ 過去 1 年間の外来栄養食事指導料の算定対象者
- ・ すでに専門医療機関との連携もしくは専門医療機関で診療が実施されている者
- ・ 患者の疾患や状況などにより、かかりつけ医が除外すべきと判断した者

年 月 日

高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラム連絡票①

( 保 険 者 名 (責任者名) ) 様

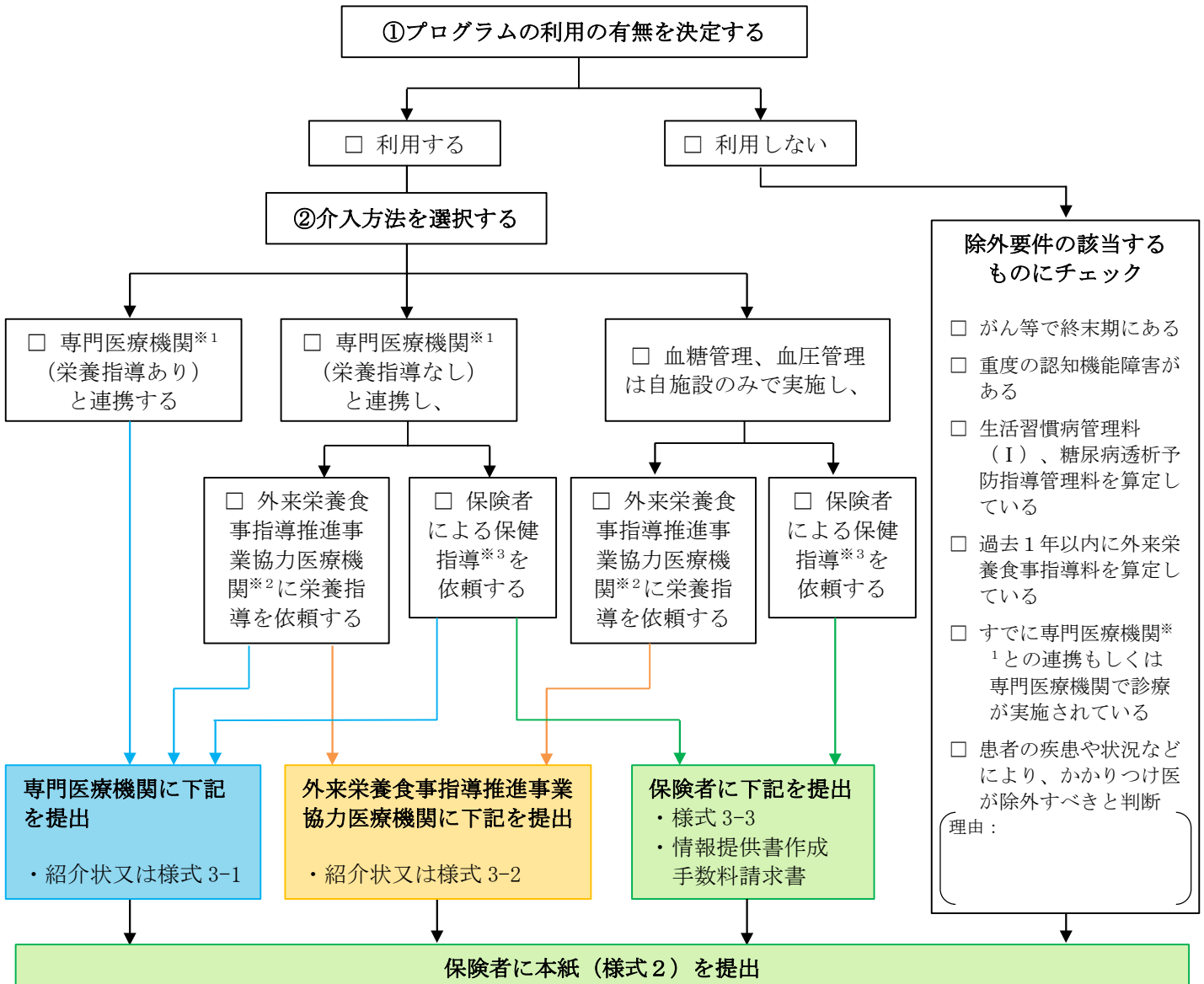
医療機関名  
主治医

印

1 対象者の情報

氏 名		生年月日	年 月 日	男 ・ 女
住 所		電話番号		

2 プログラムの利用の有無及び介入方法について選択し、□にチェックしてください。



※1 専門医療機関については別紙1をご参照ください。

※2 外来栄養食事指導推進事業協力医療機関については別紙2をご参照ください。

※3 保険者による保健指導については、次のページをご参照ください。なお、腎症第4期・第5期は保健指導の対象外です。

## 保険者による保健指導の例

### 指導前

- ①保険者は、本人にプログラム対象者であることを説明し、プログラム参加の同意を得て連絡票等様式を渡す。その旨を本人の了承のもと、かかりつけ医に連絡しておく。
- ②本人は、連絡票⑦（様式1）の本人同意欄に署名し、診察時に連絡票等様式をかかりつけ医に提示する。
- ③かかりつけ医はプログラム利用の有無を決定し、利用する場合は、連絡票①（本紙）と情報提供書（様式3-3）を作成し、情報提供書作成手数料請求書と合わせて保険者に送付する。  
**※ プログラムを利用しない場合も連絡票①（本紙）は保険者に送付する。**
- ④保険者は情報提供書作成手数料を支払い、情報提供書（様式3-3）の内容に基づいて保健指導を開始する。

### 指導開始

#### 初回面談

- ・生活習慣のアセスメントと行動目標の設定
- ・かかりつけ医の指示のもと、食事、運動指導、服薬指導、歯科・眼科への受診に向けたフォロー等を行う

#### 継続支援（3か月後 中間評価）

- 電話、面談による支援
- ・治療状況の確認
  - ・行動目標の取組状況の確認、評価
  - ・継続的な自己管理のための励まし

#### 最終面談（6か月後 最終評価）

- ・治療状況の確認
- ・行動目標の取組の振り返り、評価
- ・継続的な自己管理のためのアドバイス

#### 保健指導期間中の

#### かかりつけ医と保険者の連携方法について

#### かかりつけ医→保険者

情報提供書（様式3-3）による指示以降は「糖尿病連携手帳」の活用をお願いします。

#### 保険者→かかりつけ医

初回面談、中間評価、最終評価を実施後、「保健指導実施報告」を送付します。

### 指導終了

保健指導の実施内容等について、かかりつけ医に情報提供を行う。

かかりつけ医 → 専門医療機関  
(紹介状で代用可)

別添様式 3 - 1  
年 月 日

高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラム情報提供書  
(専門医療機関への紹介状)

( 専門医療機関 科 担当医 ) 様

紹介元 医療機関	所在地	
	医療機関名	
	医師名	
	電話番号	

1 対象者の情報

氏名		性別	男 ・ 女
住所		電話番号	
生年月日	年 月 日 ( 歳 )	職業	

2 下記の情報について、記載又はチェックしてください。

傷病名 □にチェック	<input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症 (第 期) <input type="checkbox"/> 糖尿病性網膜症 <input type="checkbox"/> 末梢神経障害 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> その他 ( )
紹介目的	
既往歴 □にチェック	<input type="checkbox"/> 末梢神経障害 <input type="checkbox"/> 糖尿病性網膜症 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> その他 ( )
家族歴	
症状経過	

検査結果※  検査日 ( 年 月 日 )	・ 血圧 (      /      mmHg) ・ HbA1c (NGSP) (      %) ・ 血糖 (      mg/dl) ( 空腹時 ・ 食後____時間 )	・ 尿蛋白 ( - ± 1+ 2+ 3+ ) ・ 血清クレアチニン (      mg/dl) ・ eGFR (      ml/分/1.73 m <sup>2</sup> ) ・ 尿アルブミン定量 (      mg/ gCr)
治療におけるコントロール目標値		HbA1c (NGSP) (      % )
治療経過		
現在の処方		
備考		

※ 検査結果はデータコピーの添付でも差支えありません。

かかりつけ医 → 外来栄養食事指導推進事業協力医療機関  
(紹介状で代用可)

別添様式 3 - 2  
年 月 日

高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラム情報提供書  
(外来栄養食事指導依頼用)

( 外来栄養食事指導推進事業協力医療機関 科 担当医 ) 様

紹介元 医療機関	所在地	
	医療機関名	
	医師名	
	電話番号	

1 対象者の情報

氏名		性別	男 ・ 女
住所		電話番号	
生年月日	年 月 日 ( 歳)	職業	

2 下記の情報について、記載又はチェックしてください。

傷病名 <input type="checkbox"/> にチェック	<input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症 (第 期) <input type="checkbox"/> 糖尿病性網膜症 <input type="checkbox"/> 末梢神経障害 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> その他 ( )
紹介目的	栄養食事指導
既往歴 <input type="checkbox"/> にチェック	<input type="checkbox"/> 末梢神経障害 <input type="checkbox"/> 糖尿病性網膜症 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> その他 ( )
家族歴	
症状経過	

検査結果※  検査日 ( 年 月 日 )	・血圧 ( / mmHg) ・HbA1c (NGSP) ( %) ・血糖 ( mg/dl) ( 空腹時 ・ 食後 _____ 時間 )	・尿蛋白 ( - ± 1+ 2+ 3+ ) ・血清クレアチン ( mg/dl) ・eGFR ( ml/分/1.73 m <sup>2</sup> ) ・尿アルブミン定量 ( mg/ gCr)
治療におけるコントロール目標値 HbA1c (NGSP) ( % )		
治療経過		
現在の処方		
栄養食事指導 への指示事項 <input type="checkbox"/> にチェック	<input type="checkbox"/> 下記の内容で指導する ・エネルギー ( kcal/日) ・食塩 ( g/日) ・たんぱく質 ( g/日) ・カリウム ( mg/日) <input type="checkbox"/> その他 ( )	
備考	※栄養食事指導を実施するにあたり留意すべきことがあればご指示ください。	

※ 検査結果はデータコピーの添付でも差支えありません。

高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラム情報提供書  
(保険者による保健指導依頼用)

( 保 険 者 名 (責任者名) ) 様

紹介元 医療機関	所在地	
	医療機関名	
	医師名	
	電話番号	

1 対象者の情報

氏名		性別	男 ・ 女
住所		電話番号	
生年月日	年 月 日 ( 歳)	職業	

2 下記の情報について、記載又はチェックしてください。

傷病名 <input type="checkbox"/> にチェック	<input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症 (第 期) ※ 腎症第 4 期・第 5 期は保健指導の対象外 <input type="checkbox"/> 糖尿病性網膜症 <input type="checkbox"/> 末梢神経障害 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> その他 ( )
紹介目的	保険者による保健指導
既往歴 <input type="checkbox"/> にチェック	<input type="checkbox"/> 末梢神経障害 <input type="checkbox"/> 糖尿病性網膜症 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> その他 ( )
家族歴	
症状経過	

検査結果※  検査日 ( 年 月 日 )	・血圧 ( / mmHg) ・HbA1c (NGSP) ( %) ・血糖 ( mg/dl) ( 空腹時 ・ 食後 _____ 時間 )	・尿蛋白 ( - ± 1+ 2+ 3+ ) ・血清クレアチン ( mg/dl) ・eGFR ( ml/分/1.73 m <sup>2</sup> ) ・尿アルブミン定量 ( mg/ gCr)
治療におけるコントロール目標値		HbA1c (NGSP) ( % )
治療経過		
現在の処方		
保健指導への 指示事項 <input type="checkbox"/> にチェック	<input type="checkbox"/> 食生活指導 <input type="checkbox"/> 運動指導 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 禁煙指導 <input type="checkbox"/> 歯科受診フォロー <input type="checkbox"/> 眼科受診フォロー <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 下記の内容で指導する ・エネルギー ( kcal/日 ) ・食 塩 ( g/日 ) ・たんぱく質 ( g/日 ) ・カリウム ( mg/日 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )	
備 考	※保健指導を実施するにあたり留意すべきことがあればご指示ください。	

※ 検査結果はデータコピーの添付でも差支えありません。

	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) ※注3	GFR (eGFR) (推算糸球体濾過量) (mL/分/1.73m <sup>2</sup> ) ※注4
	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※注5	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：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）

※注4：GFR 60 mL/分/1.73m<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5：特定健診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。

(参考資料2) CKDの重症度分類

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 その他	尿蛋白定量 (g/日) 尿蛋白/Cr比 (g/gCr)		正常 (-)	軽度蛋白尿 (±)	高度蛋白尿 (+~)
			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、かかりつけ医と腎臓専門医・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
 なお、詳細は「糖尿病治療ガイド」を参照のこと。

【日本腎臓学会「エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2023」より転載】