長野県糖尿病性腎症重症化予防プログラム

平成 28 年（2016 年）８月３日施行
平成 29 年（2017 年）８月１日改定
令和３年（2021 年）３月 30 日改定
令和７年（2025 年）３月 25 日改定

長　野　県　医　師　会
長野県糖尿病対策推進会議
長 野 県 保 険 者 協 議 会
長　　野　　県

１　はじめに

本プログラムは、県内市町村の糖尿病重症化予防の取組をより一層推進するため、国の「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を踏まえ、平成 28 年８月に策定されて以降、国の動向等を踏まえながら改定を行ってきた。このプログラムを裏付けとして市町村での取組を進め、さらに複数の市町村や圏域では本プログラムを参考に、関係機関と共に独自プログラムを策定する等、市町村等自治体と医療機関等の関係機関が連携して取組を進めるための基盤づくりや取組の強化に活用されている。

市町村をはじめとした自治体や保険者が、医療機関等の関係者と協働し、地域圏域の実情に応じた取組を効果的に推進できるよう、本プログラムでは、これらの取組に係る方策やその考え方を示す。

２　目　的

本プログラムに基づいた糖尿病性腎症重症化予防の取組では、①糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関への未受診者・受診中断者に対して、保険者が医療機関と連携して医療機関への受診勧奨や保健指導を行うことにより、継続的な治療につなげること、②糖尿病性腎症等で通院する者のうち、重症化するリスクの高い者（以下、「ハイリスク者」という）に対して、保険者が医療機関等と連携して保健事業を行うこと、などの取組により良好な血糖のコントロールの維持、合併症の発症・進展の予防等を通して、腎不全や人工透析への移行を予防し、住民や被保険者の健康増進を図り、ひいては医療費適正化に資することを目指す。

３　プログラムの性格（留意事項）

○ 国のプログラム改定に基づき、より効果的な取組となるよう留意点を整理している。対象者の抽出基準や介入方法等の基本的事項は国プログラムに準ずる。なお、本プログラム中の図表及び囲み枠内の記載は国プログラムより抜

粋している。

○ 具体的な取組を推進する場合には、保険者が策定したデータヘルス計画等関連する計画と連動させて実施する必要がある。

○ 糖尿病性腎症重症化予防の取組は、糖尿病対策やCKD対策と連携して行う。

○ 本プログラムに基づく医療機関と連携して行う保健指導は、限られた資源を有効に使うことが求められる。その為、状況に応じて介入の優先度を検討し、一定程度、対象者を絞るなどの対応が必要になる場合がある。介入の優先度を適切に検討するにあたり、地域の健康課題や関連する保健事業と連動させるなど、保健指導が必要な対象者への支援を取りこぼさないよう留意する。

○ ライフコースアプローチの観点を踏まえ、年齢層を考慮した重症化予防の取組推進が重要である。

○ また、歯周病と血糖コントロールの関係から、必要に応じて口腔衛生指導を行うとともに、歯周病の未治療者に対しては継続的な歯科受診を勧奨する。併せて、糖尿病網膜症の進行防止の観点等から、定期的かつ継続的な眼科受診の勧奨を行う。

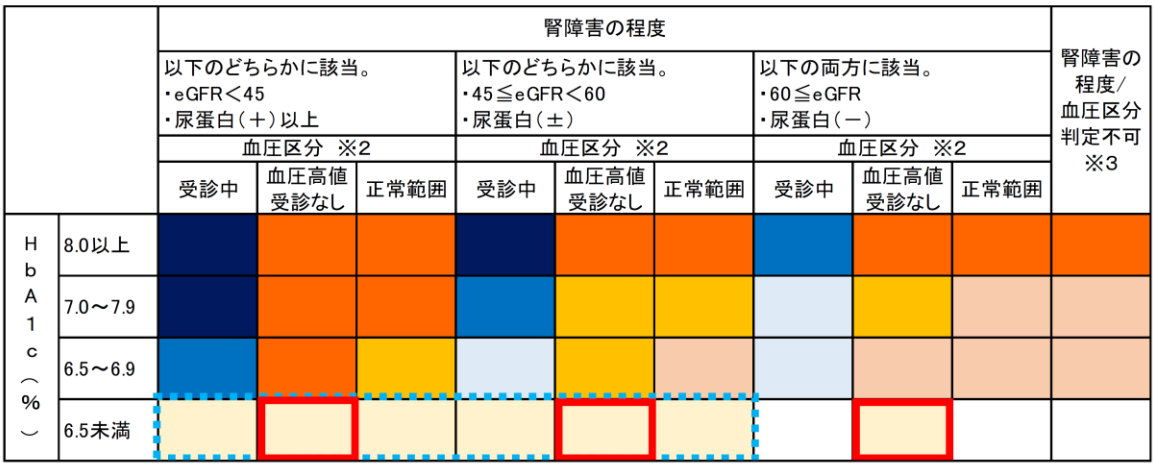
４　医療機関未受診者、糖尿病治療中断者に対する受診勧奨

（１）対象者

原則として、保険者が個別に定める（特定健診、レセプトデータ等から抽出）。なお、本プログラムが参考とする基準は、下記のとおりとする。

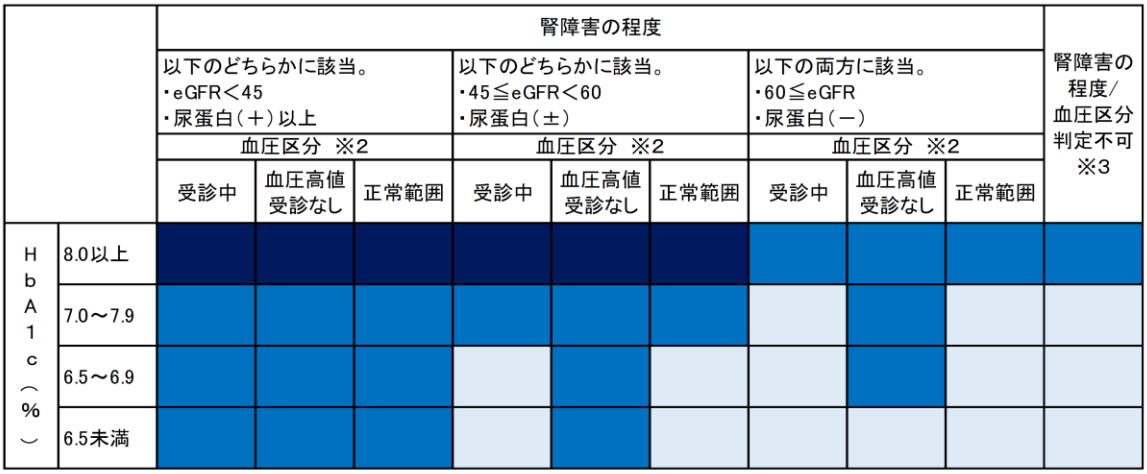
【図表１　健診・レセプトデータを基にした対象者抽出基準】

糖尿病未受診者　※１

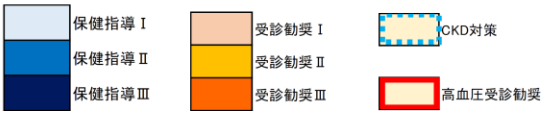


点線青枠、実線赤枠：健診・レセプトデータから糖尿病と判断できないため、糖尿病性腎症重症化予防事業の対象外
（CKD 対策＜点線青枠＞、高血圧対策＜実線赤枠＞としての受診勧奨・保健指導等は必要に応じて行う）

糖尿病受診中の者　※４



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、Ⅱ、Ⅲ、受診勧奨Ⅰ、Ⅱ、Ⅲの内容については図表２参照

※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」：対象年粗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

（留意点）保険者は、慢性腎臓病（ＣＫＤ）対策として、血清クレアチニン検査を実施することが望ましいとともに、ＨｂＡ１ｃ等の結果によらず、尿蛋白、eGFR の結果により、受診勧奨を行うことも考えられる。

【図表２　レベルに応じた介入方法の例】

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

緊急度に応じた介入の程度

弱

強

（２）受診勧奨の方法

○ 保険者は、以下の方法により、対象者に受診勧奨を行う。

① 特定健診の結果の通知（必要に応じて糖尿病合併症に関する資料を追加）

② 特定健診の結果とは別の郵送による通知

③ 電話

④ 個別面談

⑤ その他、保険者が適当と認める方法

○ 受診勧奨は抽出したすべての対象者に行い、医療機関受診へつなげることが原則である。特に、図表１並びに下記に示す受診レベルⅡとⅢについては、可能な限り、電話や訪問等により、個別に速やかに受診勧奨を行い、受診勧奨後に継続的な受診につながっているかを確認するなど適切な対応を行う。

（留意点）

糖尿病治療中断者については、レセプトにより継続的な医療機関受診が認められない場合であっても、治療経過を勘案した医師の判断に基づく場合もあるため、受診勧奨を行う場合には、その経緯について十分に把握した上で行うことが重要である。

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】

1　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）

①血糖：下記のいずれかに該当する場合
〇空腹時血糖または随時血糖（食後3.5時間以上）：126mg/dL以上
〇HbA1c：6.5%以上

②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】

2　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。

①HbA1c：7.0%以上8.0%未満　かつ　＜eGFR：45mL/分/1.73㎡以上　60mL/分/1.73㎡未満または尿蛋白（±）＞

② 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＞

③HbA1c：6.5%以上7.0%未満　かつ　＜eGFR：45mL/分/1.73㎡以上　60mL/分/1.73㎡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＞

④ HbA1c：6.5%以上7.0%未満　かつ　＜eGFR：45mL/分/1.73㎡未満　または　尿蛋白：陽性（１＋以上）＞

【受診勧奨レベルⅢ】

3　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るかについても確認する。

①HbA1c：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㎡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㎡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＞

※　高血圧で受診中でありながらも糖尿病で未受診の場合については、高血圧での受診先医療機関に対し、特定健康診査等における血糖検査の結果が受診勧奨判定値以上であることを相談するよう保健指導する。

5　ハイリスク者に対する保健指導

（１）対象者

〇　現在、糖尿病により医療機関受診中の患者のうち、保険者が個別に定め

る。糖尿病性腎症を発症している者だけでなく、そのリスクが高い者についても、保険者において優先順位をつけて保健指導を行うことが望ましい。本プログラムが参考とする基準は図表３のとおりとする。

○　高齢者、特に後期高齢者については複数疾患の合併、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。検討に当たっては「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン（厚生労働省）」や、日本老年医学会、日本糖尿病学会等の最新の各種ガイドラインを参考にする。

【図表３　健診・レセプトデータを基にした対象者抽出基準】

※図表１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	
HbA1c（%）	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	
HbA1c（%）	8.0以上										
	7.0～7.9										
	6.5～6.9										
	6.5未満										

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

保健指導Ⅰ　保健指導Ⅱ　保健指導Ⅲ　受診勧奨Ⅰ　受診勧奨Ⅱ　受診勧奨Ⅲ　CKD対策　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２参照

※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」：対象年粗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

（２）保健指導対象者選定方法

○　保険者が、特定健診データ、患者・医師からの情報提供等により、保健指導対象の候補者を抽出し、そのうち、保健指導への参加について本人及びかかりつけ医の理解が得られた者を対象とする。ただし、ハイリスク者の基準を満たすため、かかりつけ医が必要と認めた者については、保険者が対応可能な範囲において対象とする。

○　また、保険者は、早期腎症の診断に有用とされるアルブミン尿に関する情報を有していない（尿アルブミンは健診項目に含まれていない）ため、医療機関において尿アルブミン検査を実施するとともに、アルブミン尿を認めた者については、かかりつけ医と保険者の連携の下で保健指導が実施されることが重要である。

○　なお、他疾患等を理由にかかりつけ医が保健指導の実施が適当でないと判断した者については、保健指導対象者から除外する。

（３）保健指導実施までの手順（かかりつけ医との連携体制の構築）

○　保険者は、以下の方法を参考に、かかりつけ医（郡市医師会）と連携して保健指導を実施する。
なお、保健指導には専門職（保健師、管理栄養士等）が携わることとする。

【方法１：かかりつけ医（郡市医師会）から包括的に了解を取得】

①　保険者は、本取組の目的、保健指導の対象者の選定基準、実施する保健指導の内容等について、かかりつけ医（郡市医師会）に説明し、かかりつけ医（郡市医師会）から取組についての包括的な了解を得る。原則として、かかりつけ医から包括的な了解が得られた場合は、その医師を主治医とする患者のうち、選定基準を満たす対象者への実施について了解が得られたものとみなす。同様に郡市医師会から了解が得られた場合は、所属する医師を主治医とする患者のうち、選定基準を満たす対象者への実施について了解が得られたものとみなす。

②　保険者は、保健指導を実施する（対象者ごとに、かかりつけ医への保健指導の実施の可否確認は行わない）とともに、保健指導を実施していること及び保健指導の内容や糖尿病連携手帳等の活用について、かかりつけ医に情報提供する。

【方法２：対象者ごとにかかりつけ医に保健指導の実施の可否を確認】

① 保険者は、保健指導候補者の同意を得た上でかかりつけ医に本取組について説明し、了解を得たのち、上記５（１）を踏まえて保健指導の候補者名簿を作成し、かかりつけ医に送付する。（別添参考様式１、様式２）

② かかりつけ医は、送付された名簿をもとに、上記５（２）を踏まえて保健指導を実施することが適当と認めた者について、保健指導へ参加するよう促す。保健指導への参加について理解が得られた者を保健指導対象者とし、保険者に通知する（別添参考様式１への回答、または参考様式３「糖尿病保健指導連絡票」）。

③ 保険者は、保健指導対象者の参加希望を確認した上で、かかりつけ医から提供された保健指導に当たっての留意事項や、かかりつけ医から対象者に交付された「生活習慣病　療養計画書」を踏まえて保健指導を実施するとともに、保健指導の内容や糖尿病連携手帳等の活用等について、かかりつけ医に情報提供する。

（留意点）

・手順については、方法１を基本としつつ、方法２の考え方も取り入れ、個別に確認すべき対象者の基準を明確にした上で、該当者のみかかりつけ医に名簿を送付する方法や、保険者が、保健指導の候補者を通じてかかりつけ医から理解を得る方法等も考えられる。
・より専門的な保健指導を実施する場合には、方法２を採用することが望ましい。
・かかりつけ医が、患者の状況等から、保険者による保健指導が適当でないと判断した場合、必ずしも、本プログラムに基づき、情報提供書を送信することとはならない。
・保健指導の候補者が、保険者による保健指導の実施に合意した場合で、その候補者に対し既にかかりつけ医が「生活習慣病　療養計画書」を交付している時は、「保険者による生活習慣改善のための保健指導に係る御連絡」（別添参考様式４）を医療機関へ送付し、必ずしもかかりつけ医からの返信を求めない形で治療目標や方針等を確認し、保健指導を実施する方法も考えられる。この場合は、事前に郡市医師会等を通じて当該方法をとる旨、医療機関から了承を得ておくこと、また候補者本人から「療養計画書」の共有・確認について了承を得ておくことが望ましい。
・保険者が、保健指導対象者の情報の提供をかかりつけ医に依頼する場合には、保健指導対象者から同意を取得しておく必要がある。

（４）保健指導の内容

○ 原則として、対象者とともに立てた生活習慣改善のための行動目標に沿って、保険者が個別に定める。病期の進行した患者に対してより専門的な保健指導を実施する場合には、検査値経過等を参考に健康状態や生活背景に合った目標であるかを見直し、医療機関と十分に連携を取るなど、安全管理に留意して実施する。

（留意点）

・保健指導期間中の医療機関との連携及び情報共有には、糖尿病連携手帳等も活用する。
・支援の際は、対象者の年代や特性等を踏まえ、特に青壮年層で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アプリケーション等ＩＣＴを積極的に活用

することが望ましい。

・糖尿病性腎症の者に対して保健指導を実施する場合は、必ず医療機関と連携する。特に腎症第３期、第４期への保健指導については、かかりつけ医を通す等の方法で腎臓専門医とも連携しながら、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。

・高齢者、特に後期高齢者については、複数の疾患を有する等個人差も大きいため、医療機関と連携し、特性に配慮した指導を検討する。また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。低血糖により認知機能低下や心血管イベントの増加などをきたしやすく、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。

＜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。

（５）実施保険者

かかりつけ医から個別の対象者について理解を得る方法（上記５（３）方法２）は、保健指導対象者の選定・同意に関する複数の保険者とのやり取り等が生じるため、かかりつけ医の負担となることが考えられる。市町村国保以外の保険者においては、市町村国保における取組状況を踏まえつつ実施する。市町村国保事業との連携、保健指導の委託等の方法も検討する。

（６）その他

これまでも様々な分野において、かかりつけ医との情報共有や理解のもとに、糖尿病治療中の者も対象となる様々な保健事業が行われている。また、糖尿病治療中の者が市町村等の実施する保健事業に参加した場合、対象者の状況に応じて、受診勧奨や生活習慣の改善に関する保健指導等、必要と考えられる対応を行うことがあり得る。本プログラムは、こうした従来の方法で行われて

いる取組を妨げるものではなく、保険者がかかりつけ医とのより密接な連携の下に保健指導を実施する場合に活用されるものである。

６　かかりつけ医・専門医等の連携

かかりつけ医と糖尿病専門医及び腎臓専門医は、患者の病状を維持・改善するため、十分連携するとともに、必要に応じて、合併症の治療を行う医師、歯科医師等と連携する等、患者を中心とした医療を提供することが求められる。

（１）かかりつけ医から糖尿病専門医への紹介

地域の医師会等は、「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）」等を参考に、専門医等と連携しながら、各地域の医療資源等も考慮に入れた上で、地域の紹介体制を構築すること。

（２）かかりつけ医から腎臓専門医への紹介

地域の医師会等は、「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（作成:日本腎臓学会、監修:日本医師会）等を参考に、専門医等と連携しながら、各地域の医療資源等も考慮に入れた上で、地域の紹介体制を構築すること。

（３）糖尿病専門医・腎臓専門医間の連携について

それぞれの専門医等は、日本糖尿病学会と日本腎臓学会が定める「腎臓専門医から糖尿病専門医の紹介基準」及び「糖尿病専門医から腎臓専門医の紹介基準」等を参考に必要に応じて連携を図ること。

※上記（１）～（３）の各学会が定める紹介基準は、別冊参考資料集参照。

７　事業の評価

（１）目的

○　事業評価は、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、事業の効果や目標の達成状況を踏まえ、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内容を見直すために実施する。

○　加えて、糖尿病性腎症重症化予防の最終目標は糖尿病性腎症による新規透析導入患者数の減少、糖尿病に関連する健康障害の減少等であるため、短期的・中長期的な評価を継続的に実施する。

（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（構造）、プロセス（過程）、アウトプット（実施量）、アウトカム（効果）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。

○　評価・分析した結果は、地域の関係者等で情報共有を図ることが望ましい。

（３）短期・中長期的な評価

○　単年度ごとの事業評価も必要である一方、単年度では効果の見えづらい項目（内容）においては、中長期的な視点をもった評価を行うことが重要である。

○　アウトカム評価において、短期的評価指標と中長期的な評価指標を定める。例として、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、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。

○　加えて、対象者の抽出基準に該当した者のうち、受診勧奨や保健指導を実施した者と、実施していない者でアウトカム指標を比較するとともに、被保険者全体における各種指標の変化について、中長期的な変化を確認することが望ましい。

○　評価指標の設定に当たっては、保険者が策定するデータヘルス計画等、関係する計画の目標や評価指標も踏まえて設定する。

※「信州保健医療総合計画」記載の糖尿病等関連対策に関する数値目標、長野県における「市町村データヘルス計画」共通評価指標は、別冊参考資料集参照。

【図表４　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		○

◎は必ず確認するべき指標、○は確認することが望まれる指標を示す。

【図表５　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。

（４）改善点の明確化とその対応

事業の実施状況の把握・分析結果に基づく改善方策等について関係者間で協議するなど具体的な方策について助言を得ながら検討していくことが望ましい。

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、実施に当たっては、各自治体や圏域等において保険者と医療関係者等が密接に連携して、事業を展開する必要がある。

また、各保険者において事業の取組成果を検証し、より効果的な取組につなげていく必要があり、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、各地域の糖尿病や腎臓病等の専門家の助言を受けることも重要である。

保健福祉事務所を含む県機関においても、地域の実情に応じて関係機関との連携のつなぎ役になるほか、保健福祉事務所単位、県単位での効果分析等を行う等、保険者のより効果的な取組の推進を支援する。

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 日に改定された「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」（日本医師会、日本糖尿病対策推進会議、厚生労働省）を参考とする。

別添参考様式１
※本様式が主治医からの回答も兼ねる場合

保険者による生活習慣改善のための保健指導実施の可否について

令和　　年　　月　　日

（　主　治　医　）　様

保険者名

（市町村担当部署名）

連絡先

日頃、大変お世話になっております。

このたび、貴院に通院中の下記名簿の方は、令和（　）年度特定健康診査の結果から、「長野県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」（策定：長野県医師会、長野県糖尿病対策推進会議、長野県保険者協議会、長野県健康福祉部）の保健指導対象に該当することが分かりました。

つきましては、名簿掲載者に保険者（保健師、管理栄養士等の専門職）による生活習慣改善のための保健指導を実施することの可否について、御意見を伺いたく存じます。

下記名簿の「保健指導の可否」欄、該当部分に〇をつけていただき、　月　　日までに上記保険者あて（同封の返信用封筒にて）御返送をお願いいたします。

なお、保健指導適当との御判断をいただいた名簿掲載者については、「生活習慣病療養計画書」（交付済みの場合）にて治療方針を確認の上、保健指導を実施し、その結果を先生とも共有いたします。

記

No.	氏　名	生年月日	住所	保健指導該当項目	保健指導の可否	備考（留意点等）
1					適当・不適当	
2					適当・不適当	
3					適当・不適当	
4					適当・不適当	

（裏面）　・プログラム対象者抽出基準を掲載

別添参考様式２
※参考様式３により主治医の回答を求める場合

保険者による生活習慣改善のための保健指導実施の可否について

令和　　年　　月　　日

（　主　治　医　）　様

保険者名

（市町村担当部署名）

連絡先

日頃、大変お世話になっております。

このたび、貴院に通院中の下記名簿の方は、令和（　）年度特定健康診査の結果から、「長野県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」（策定：長野県医師会、長野県糖尿病対策推進会議、長野県保険者協議会、長野県健康福祉部）の保健指導対象に該当することが分かりました。

つきましては、名簿掲載者に保険者（保健師、管理栄養士等の専門職）による生活習慣改善のための保健指導を実施することの可否について、添付しました「糖尿病保健指導連絡票」（様式３）に御意見を御記入の上、　月　　日までに上記保険者あて（同封の返信用封筒にて）御返送をお願いいたします。

なお、保健指導適当との御判断をいただいた名簿掲載者については、御提供いただいた情報に沿って保健指導を行い、その結果を先生とも共有いたします。

記

No.	氏　名	生年月日	住所	保健指導 該当項目	備考
1					
2					
3					
4					

（裏面）　・プログラム対象者抽出基準を掲載

別添参考様式３

糖尿病保健指導連絡票

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

氏　名		生年月日	年　　月　　日生	男・女
住　所		電話番号		

保健指導に関する情報提供　（該当事項をチェックしてください。）

保健指導実施　□　適当　□　不適当

（　）患者保管の「生活習慣病　療養計画書」を参考とすること

（　）その他の留意事項あり　※下欄に御記入ください

特に指導を要する点・留意点等があればご記入ください

下記の事項について特に保健指導を実施することが望ましい。

- □　食生活指導
- □　運動指導
- □　禁煙指導
- □　その他　〔　　〕

糖尿病に加えて、下記の疾患に留意して保健指導を実施することが必要である。

- □　高血圧症
- □　脂質異常症
- □　肥満
- □　その他　〔　　〕

治療における目標 HbA1c(NGSP)〔　　〕%

その他留意事項　〔　　〕

尿蛋白区分	□　A1	□　A2	□　A3
尿アルブミン定量(mg/日) 尿アルブミン/Cr比(mg/gCr)	30未満	30～299	300以上

eGFR区分	□　G1	□　G2	□　G3a	□　G3b	□　G4	□　G5
腎機能	正常または高値	正常または軽度低下	軽度～中等度低下	中等度～高度低下	高度低下	末期腎不全(ESKD)
数値(ml/分/1.73㎡)	≧90	60～89	45～59	30～44	15～29	＜15

別添参考様式４

保険者による生活習慣改善のための保健指導に係る御連絡

令和　　年　　月　　日

（　主　治　医　）　様

保険者名

（市町村担当部署名）

連絡先

日頃、大変お世話になっております。

このたび、貴院に通院中の下記の方は、令和（　）年度特定健康診査の結果から、「長野県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」（策定：長野県医師会、長野県糖尿病対策推進会議、長野県保険者協議会、長野県健康福祉部）の保健指導対象に該当することが分かりました。

つきましては、対象者様の生活習慣改善のための保健指導を、保険者（保健師、管理栄養士等の専門職）にて実施させていただきたく存じます。実施にあたっては、先生の治療方針等に則り、対象者様と共に生活習慣改善方法を検討したく、貴院発行、対象者様所有の「生活習慣病　療養計画書」にて治療方針や目標等を確認いたしますことを御了解いただきますようお願いします。

なお、「生活習慣病　療養計画書」は、対象者様の了承が得られた場合に限り、対象者様所有の様式を確認させていただくため、基本的に先生に再交付をお願いすることはございません。御了解をいただける場合、特段連絡は不要ですが、栄養指導等、特に保険者で実施してほしい事項等がありましたら考慮いたしますので、対象者様を通してお知らせください。記載内容等についてより理解を深めるため、保険者（保健師、管理栄養士等）から御相談や問合せをさせていただく場合がありますが、御対応いただけますと幸いです。

また、様々な事情等のため保険者による保健指導が不適当である場合は、実施を差し控えますので、お手数ですが御連絡ください。

記

対象者氏名（生年月日）	
住　　所	
特記事項	

（裏面）　・プログラム対象者抽出基準を掲載

「長野県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」事業対象者抽出基準

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	
HbA1c（%）	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	
HbA1c（%）	8.0以上										
	7.0～7.9										
	6.5～6.9										
	6.5未満										

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

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

介入方法例）保健指導Ⅰ：健康教室等の案内、保健指導Ⅱ：電話・面談等での指導、
保健指導Ⅲ：電話・面談・訪問等での指導　等

※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 ㎜ Hg≦収縮期血圧または 90 ㎜ 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 ㎜ Hg≦収縮期血圧または 90 ㎜ 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

◆「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」（日本医師会、日本糖尿病対策推進会議　厚生労働省　令和６年３月 28 日改定）より一部改変