

# 兵庫県糖尿病性腎症重症化予防プログラム

制定 平成 29 年 10 月 23 日  
改定 平成 31 年 3 月 28 日  
令和 2 年 4 月 1 日  
令和 7 年 4 月 1 日

兵 庫 県 医 師 会  
兵庫県糖尿病対策推進会議  
兵 庫 県

## 1. 基本的考え方

### (1) 目的

高齢化が進む中で生活習慣と社会環境の変化に伴う糖尿病患者数の増加が課題となっている。糖尿病は放置すると網膜症・腎症・神経障害などの合併症を引き起こし、QOL を著しく低下させる。

本プログラムは、

- ①糖尿病未治療者・治療中断者への受診勧奨と保健指導
- ②糖尿病性腎症ハイリスク者への保健指導
- ③かかりつけ医と糖尿病専門医/腎臓専門医との連携

以上の取組を行うことにより治療に結びつけ、腎不全、人工透析への移行等、重症化を予防し、健康寿命の延伸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、保険者と郡市区医師会等が連携し取り組む際の基本的な考え方を示すものである。このため、各地域においては、関係者と十分協議し、地域の実情に応じて取り組むものとする。

### (3) 年齢層を考慮した取組の実施

青壮年においては、糖尿病のみでなく、高血圧、喫煙、食生活の乱れなどが腎障害の悪化につながることに留意し、取組が継続して行われるよう本事業に關係する機関間で健康・医療情報等を共有するなど、役割分担や連携体制の確認等を行うことが望ましい。

高齢者においては、生活習慣病の重症化予防だけでなく、体重や筋肉量の減少、低栄養等によるフレイル等の予防・改善に着目した対策とし、市町国保と後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）が連携のうえ、取組を進める。

また、歯周病と血糖コントロールの関係を踏まえ、口腔衛生の指導や歯周病未治療者に対する継続的な歯科受診を勧奨するとともに、糖尿病網膜症の進行防止の観点から、定期的かつ継続的な眼科受診を勧奨する。

### (4) データヘルス計画等各種計画を踏まえた事業展開

事業の実施にあたり、データヘルス計画、健康増進計画、医療費適正化計画、介護保険事業計画、医療計画等関連計画を踏まえた保健事業の一環として事業を展開する。

## 2. 対象者の抽出基準

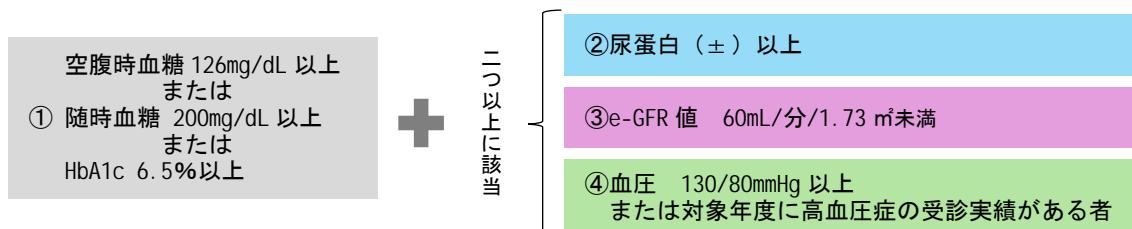
本プログラムを基本とし、郡市区医師会等と協議の上、地域の実情に応じた抽出基準を設定する。なお、状況に応じて介入の優先順位を検討する際は、国プログラムの「対象者の抽出基準と対象者の状態に応じた介入方法の例示」（「8. 参考」）を参照する。

## A. 青壮年～前期高齢者

### (1) 健診等受診者のうち糖尿病未治療者

保険者が健診結果データから次の①に該当し、かつ、②～④のうち2項目に該当する者を抽出した上で、レセプトデータの照合等により「糖尿病」の受診歴を確認し、糖尿病未治療者を抽出する。

- ① 空腹時血糖 126mg/dL または 隨時血糖 200mg/dL 以上 または HbA1c(NGSP)6.5%以上
- ② 尿蛋白 (±) 以上
- ③ e-GFR 値 60mL/分/1.73 m<sup>2</sup>未満
- ④ 血圧 130/80mmHg 以上 または対象年度に高血圧症の受診実績がある者



### (2) 治療中断者

保険者がレセプトデータから過去に糖尿病治療歴（※1）があり、最終の受診から6か月を経過しても受診した記録（※2）がない者を抽出する。

※1：糖尿病治療薬処方歴または糖尿病名あり（疑い病名除く）

抽出年度以前の3年間が望ましい。

※2：糖尿病治療薬処方歴または糖尿病名あり（疑い病名除く）、または糖尿病に係る検査（HbA1c等）歴あり

### (3) 健診等受診者のうち糖尿病治療中者

医療機関で糖尿病の治療をしている者で、健診結果データや、本人、かかりつけ医等からの情報提供により、腎機能低下が判明し、かかりつけ医が保健指導や栄養指導の必要性があると判断した患者を対象とする。

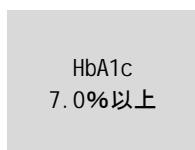
## B. 後期高齢者

### (1) 健診等受診者のうち糖尿病未治療者

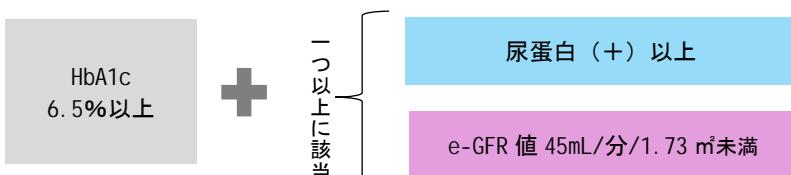
保険者が健診結果データから次の①または②に該当する者を抽出した上で、レセプトデータの照合等により「糖尿病」の受診歴を確認し、糖尿病未治療者を抽出する。

- ① HbA1c(NGSP)7.0%以上

ただし、HbA1c 8.0%以上の者は個別面談等により確実な受診につなげ、糖尿病の診断指導を受けることを勧める。



- ② HbA1c(NGSP)6.5%以上に該当し、かつ、尿蛋白 (+) 以上 またはe-GFR値45mL/分/1.73 m<sup>2</sup>未満



## (2) 治療中断者

保険者がレセプトデータから過去に糖尿病治療歴（※1）があり、最終の受診から6か月を経過しても受診した記録（※2）がない者を抽出する。

※1：糖尿病治療薬処方歴または糖尿病名あり（疑い病名除く）  
抽出年度以前の3年間が望ましい。

※2：糖尿病治療薬処方歴または糖尿病名あり（疑い病名除く）、または糖尿病に係る検査（HbA1c等）歴あり

## (3) 健診等受診者のうち糖尿病治療中者

医療機関で糖尿病の治療をしている者で、健診結果データや、本人、かかりつけ医等からの情報提供により、腎機能低下が判明し、かかりつけ医が保健指導や栄養指導の必要性があると判断した患者を対象とする。

## 3. 実施方法

### (1) 受診勧奨

保険者は対象者に対し、手紙送付（参考1「受診勧奨リーフレット」、参考2「治療中断者用受診勧奨リーフレット」）、電話、SMS、個別面談（オンラインを含む）、個別訪問等のうち、対象者の状況に応じた最適な方法を選択し、必要な検査や治療への動機付けとなる受診勧奨を実施する。

受診勧奨後、医療機関の受診等に結びついたか否かの確認及び必要に応じた再勧奨を実施する。

### (2) 保健指導

地域課題を踏まえ保健指導を実施する場合にあっては、郡市区医師会やかかりつけ医等の関係者と十分協議のうえ、かかりつけ医が必要と判断した患者を対象として治療方針に沿いながら、個別訪問等により対象者の特性を考慮した生活習慣の改善等の指導に取り組むものとする。

### (留意点)

糖尿病性腎症重症化予防の取組の対象者については、できる限り早期の段階から、受診勧奨や保健指導に取り組むことが重要であることから、各保険者が行う対象者の選定や取組評価については、「糖尿病性腎症重症化予防事業実施の手引き」等を参考にする。

高血圧で受診中であっても糖尿病で未受診の場合は、高血圧での受診先医療機関に対し、健診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を行う。

高齢者（特に後期高齢者）については、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、個人差が非常に大きいため、本プログラムの基準にそった一律の対応ではなく、生活機能やQOLの維持・向上、要介護状態への移行防止等を含めた包括的な対応としての受診勧奨や保健指導が必要になる。

また、後期高齢者の多くは、医療機関を受診していることから、取組にあたっては上記に掲げた「2. 対象者の抽出基準」を基本としつつも、改めて対象者抽出基準、保健指導方法を郡市区医師会等地域の関係機関と相談することが望ましい。

※後期高齢者については、「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン」等を参考にする。

## 4. 取組にあたっての関係者の役割

地域における取組を推進するに当たっては、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。

#### (保険者の役割)

##### ① 地域における課題の分析

- ・ 保険者において健診結果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などを分析し、関連する各種計画を踏まえて地域の関係団体とともに問題認識の共有を行う。
- ・ 併せて、その地域が有する保健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や数、かかりつけ医や専門医療機関との連携体制の状況など）を把握する。

##### ② 対策の立案

- ・ ①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。
- ・ 立案にあたっては、地域の医療機関における連携体制のあり方、ハイリスク者を抽出するための健診項目や健診実施方法、食生活の改善や運動対策などのポピュレーションアプローチなど、様々な観点から総合的に検討した上で、受診勧奨等の内容について検討する。

ICTを活用した取組（オンライン面接、アプリ活用等）では、その利点を活かしつつ、プライバシーに配慮し、個人情報の取扱い等に留意する。

- ・ その際、郡市区医師会等の関係団体と、これらの課題、対策について協議する。

##### ③ 対策の実施

- ・ ②の議論の結果に基づき事業を実施する。

#### (郡市区医師会の役割)

##### ① 保険者からの要請を踏まえ、対策の検討に向け助言や協力を行う。

##### ② 市町が取組を行う場合に、会員に対する周知、かかりつけ医と専門医等との連携強化など、必要な協力を努めることとする。

#### (かかりつけ医等の役割)

かかりつけ医等は、対象者が受診の際、本プログラムの趣旨にのっとった適切な診療指導を行い、状態に応じて、関係学会のガイドラインに即して、時期を失すことなく糖尿病や腎臓の専門医受診と連携治療につなげていく。

その取組経過等については、保険者と情報共有できるよう努めることとする。

また、腎症に限らず、網膜症による視力障害や歯周病も合併症として重要であることから、必要に応じて、眼科や歯科との連携も図っていく。

## 5. 事業評価

保険者は健診結果データ・レセプトデータ等の活用により受診状況やその後の健診結果を把握し、評価する。中長期的には、事業に参加した人と参加しなかった人を比較し、検査値や腎病期、心血管イベントや合併症の発症、透析導入等に着目した評価を行う。

(参考) 市町村が設定する評価指標の例 (国 PG より)

【ストラクチャー評価】		【プロセス評価】			
・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		・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。

## 6. 個人情報の取扱い

健診結果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）に定める要配慮個人情報に該当するため、他の個人情報よりも慎重に取り扱うべきである。特に、外部に委託する場合は、適切な委託先の選定、個人情報の管理に万全を期した委託契約の締結、委託先におけるデータの取扱いについての指導・監督等、安全管理措置を徹底すること。

## 7. その他

本プログラムに定める以外の取組の考え方や具体的な取組例等については、日本医師会、日本糖尿病対策推進会議、厚生労働省が策定した「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を参考に保険者が関係者と協議のうえ実施する。

## 8. 参考

「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」（国プログラムより）

(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)

- ・健診・レセプトデータを基にした対象者抽出基準

- ・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

\*後期高齢者については、以下の基準を用い、「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン」を参照すること。

糖尿病未受診者 ※1

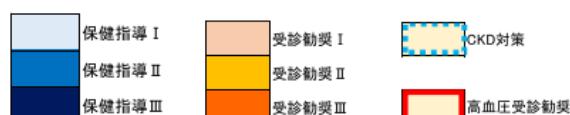
		腎障害の程度									腎障害の程度/ 血圧区分 判定不可 ※3	
		以下のどちらかに該当。 ・eGFR<45 ・尿蛋白(+)以上			以下のどちらかに該当。 ・45≤eGFR<60 ・尿蛋白(±)			以下の両方に該当。 ・60≤eGFR ・尿蛋白(-)				
		血圧区分 ※2			血圧区分 ※2			血圧区分 ※2				
		受診中	血圧高値 受診なし	正常範囲	受診中	血圧高値 受診なし	正常範囲	受診中	血圧高値 受診なし	正常範囲		
H b A 1 c (~ %)	8.0以上											
	7.0~7.9											
	6.5~6.9							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

※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3) 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	弱
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	強