

# 佐賀県糖尿病性腎症重症化予防プログラム

平成 2 9 年 1 月 策 定

（平成 3 0 年 2 月 改 定）

（令和 3 年 3 月 改 定）

（令和 7 年 3 月 改 定）

佐 賀 県 医 師 会

佐賀県糖尿病対策推進会議

佐賀県保険者協議会

佐 賀 県

## 目 次

1	本プログラムの基本的考え方	1
(1)	プログラムの目的	
(2)	プログラムの性格	
(3)	年齢層を考慮した取組の実施	
(4)	データヘルス計画等各種計画を踏まえた事業展開	
2	取組に当たっての関係者の役割	2
(1)	保険者の役割	
(2)	県の役割	
(3)	佐賀県医師会及び郡市医師会の役割	
(4)	糖尿病基幹病院の役割	
(5)	佐賀県歯科医師会の役割	
(6)	佐賀県薬剤師会、佐賀県看護協会、佐賀県栄養士会、佐賀県歯科衛生士会の 役割	
(7)	佐賀県糖尿病対策推進会議の役割	
(8)	佐賀県国民健康保険団体連合会の役割	
3	プログラム対象者選定の考え方と取組方策	4
(1)	対象者に行う基本的な取組	
(2)	本プログラムにおける糖尿病性腎症の定義	
(3)	健診受診者からの対象者抽出（図表1のA+B+C）	
(4)	健診未受診者からの対象者の抽出方法（図表1のD+E）	
4	対象者への介入方法	7
(1)	受診勧奨	
(2)	保健指導	
5	かかりつけ医と保険者との連携	11
(1)	連携の方法	
(2)	実施保険者	
(3)	その他	
6	かかりつけ医と専門医等との連携	11
7	プログラムの評価	14
(1)	目的	
(2)	方法	
(3)	評価指標の例	
(4)	評価結果の活用	
8	個人情報の取扱い	17
9	円滑な事業の実施に向けて	17
(1)	保険者と医療関係者の連携	
(2)	ICTを活用した取組の実施	
(3)	委託にて事業を実施する際の留意点	
◇	参考様式	18
	【別添様式1-表面】（様式例：保険者→かかりつけ医） 糖尿病性腎症重症化予防 連絡票	
	【別添様式1-裏面】糖尿病性腎症重症化予防プログラム対象者基準	

- 【別添様式 2-表面】（様式例：かかりつけ医→保険者）  
糖尿病性腎症重症化予防 保健指導情報提供書
- 【別添様式 2-裏面】CKD の重症度分類（CKD 診療ガイド 2024）  
栄養等の参考
- 【別添様式 3】（様式例：保険者→かかりつけ医）  
糖尿病性腎症重症化予防 保健指導結果報告書

## 1 本プログラムの基本的考え方

### (1) プログラムの目的

本プログラムは、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及び保健指導を行うことによって医療に結びつけるとともに、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保険者が医療と連携した保健指導等を行い、人工透析への移行を防止することによって、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。

なお、本プログラムは、佐賀県医師会、佐賀県糖尿病対策推進会議、佐賀県保険者協議会及び佐賀県の四者で策定し、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る。

### (2) プログラムの性格

- 取組内容については、健康課題の優先順位や保険者等の実施体制、医療資源体制などに応じて柔軟に対応することが重要である。あわせて事業評価を定量的な指標を用いて実施する等、適切な PDCA サイクルのもとで実施することが望まれる。
- 特に、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観点から、状況に応じて介入の優先順位を検討し、一定程度、対象者数を絞るなどの対応もあり得るが、優先順位付けに当たっては、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に留意する必要がある。
- 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。
- 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。
- 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日改定された日本医師会・日本糖尿病対策推進会議・厚生労働省の「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」（平成28年4月20日策定）を参考とする。

### (3) 年齢層を考慮した取組の実施

- 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り、青壮年には、「仕事（家事・育児等）が忙しくて時間がないこと」が健康な食習慣の妨げとなっているとする調査結果があることから、それを考慮した取組となるよう配慮するほか、糖尿病のみでなく、腎障害の悪化につながる高血圧、喫煙、食生活の乱れ（朝食の欠食）などにも留意する。
- また、歯周病が重症であるほど血糖コントロールが不良となること、歯周病治療によって血糖コントロールの状態も改善することなど、歯周病と血糖コントロールとの関係性が報告されていることを踏まえ、必要に応じて口腔衛生の指導をするとともに、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。あわ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。
- 高齢者の特性を踏まえ、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、高齢者糖尿病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るかを確認すべきことに留意する。

#### (4) データヘルス計画等各種計画を踏まえた事業展開

糖尿病性腎症重症化予防の取組は、各保険者において保健事業の一環として行われるものである。事業の実施に当たっては、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（支援）計画、医療計画等をはじめとする保健事業と密接に関係する計画を踏まえて事業を展開する必要がある。

## 2 取組に当たっての関係者の役割

### (1) 保険者の役割

ア 保険者は、保健師・管理栄養士等の専門職や事務職の人材のほか、専門的知見や人材を有する外部委託事業者なども効率的に活用し、事業関係者が共通認識を持って取り組む体制を整え、円滑かつ継続的な事業実施に努める。

イ 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対策を立案する。

ウ 本プログラムにおいて保健指導等を行う対象者への支援内容の検討及び取組の実施に当たっては、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、必要な場合は、郡市医師会に連携体制構築のための協力を依頼するとともに、関係機関との情報共有に努める。

エ 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事業展開につなげる。

オ 効果的な保健指導等が維持できるよう知識や技術の向上を図り、人材育成及び確保に努める。

カ 後期高齢者については、後期高齢者医療制度と市町国保の保健事業が一体的に実施されるように、後期高齢者医療広域連合は市町と調整を行うとともに、実施支援のための情報提供などを実施する。また、後期高齢者医療広域連合は、医師会等医療関係団体に対して取組内容を説明し、市町国保による関係団体との調整への支援を行う。

キ 被保険者は、市町国保と被用者保険の間を異動することもあるため、地域での取組においては、市町国保と被用者保険が連携して保健事業に取り組むように努める。

### (2) 県の役割

ア 保険者、医療機関及びその他の関係機関との多岐にわたる調整や情報収集等を行うため、部署間の連携が密にとれる体制を整え、保険者が本事業を円滑に実施できるよう支援する。

イ 保険者における事業の実施を後押しするとともに、保険者における円滑な事業実施を支援する観点から、医師会や糖尿病対策推進会議等と保険者の取組状況を共有し、取組に対する総合的な評価・検証を行う。

ウ 県及び二次医療圏単位で開催するストップ糖尿病対策会議等において、地域の健康課題の共有及びその解決に向けた取組の協議を行うことにより、医療関係者、保険者、関係団体等との連携促進を図る。

### (3) 佐賀県医師会及び郡市医師会の役割

佐賀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に努める。

#### (4) 糖尿病基幹病院（※1）の役割

ア 糖尿病患者の医療及び療養指導、保健指導を行う関係者による連絡会を開催するなどし、患者症例や地域での課題の検討等を行う。さらに、各基幹病院に所属する糖尿病コーディネート看護師（※2）を通じて、基幹病院の糖尿病専門医と地域のかかりつけ医との情報共有を図り、治療や療養指導に関する技術移転を行うなど、糖尿病患者の重症化予防の支援を行う。

イ 基幹病院のうち、大学病院においては、各基幹病院に所属する糖尿病専門医及び糖尿病コーディネート看護師の育成支援、指導並びに情報提供などを行うなど、関係者の資質向上を図る。また、糖尿病専門医や糖尿病コーディネート看護師による連絡会を開催し、治療や療養指導が困難な症例の検討会を行う他、各基幹病院の取組状況を共有するなど、基幹病院間の連携を図る。

（※1）糖尿病基幹病院とは、糖尿病コーディネート看護師を配置し、専門治療や急性増悪時治療を行う医療機関である。

（※2）糖尿病コーディネート看護師とは、糖尿病基幹病院で勤務する糖尿病療養指導士の資格を持つ看護師であり、追加教育を受けて、地域の糖尿病治療を支援する看護師をいう。契約医療機関等を訪問し、糖尿病地域連携パスに沿って、メディカルスタッフへ患者への療養指導、インスリン注射やフットケアなどの技術移転を行う。

#### (5) 佐賀県歯科医師会の役割

本プログラムを会員に周知するとともに、糖尿病と歯周病について正しい知識の普及を図り、本プログラム対象者の歯周病対策を保険者及びかかりつけ医と連携して行うことにより、医科歯科連携の仕組みを構築し活用する。

#### (6) 佐賀県薬剤師会、佐賀県看護協会、佐賀県栄養士会、佐賀県歯科衛生士会の役割

本プログラムを会員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、かかりつけ医、糖尿病専門医、腎臓専門医及びかかりつけ歯科医等との連携の下で療養指導を行うための体制を構築する。

#### (7) 佐賀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に努める。

また、地域の住民・患者への啓発、医療従事者への研修に努める。

#### (8) 佐賀県国民健康保険団体連合会の役割

KDB等の活用によるデータ分析・技術支援や国保・後期高齢者ヘルスサポート事業を通じた支援など、市町国保、後期高齢者医療広域連合等の保険者に対し、専門性の高い支援を行う。

### 3 プログラム対象者選定の考え方と取組方策

#### (1) 対象者に行う基本的な取組

ア 本プログラムの対象者は、

- ① 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
- ② 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である。

イ 本プログラムの基本的な取組は、

- 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1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1のB+D）の実施である。

図表1 健診・レセプトデータの有無と対象者抽出の考え方



#### (2) 本プログラムにおける糖尿病性腎症の定義

本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。

本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/1.73m<sup>2</sup> 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/1.73m<sup>2</sup> 未満
  - eGFR60mL/分/1.73m<sup>2</sup> 未満のうち、年間 5mL/分/1.73m<sup>2</sup> 以上低下
  - 糖尿病網膜症の存在
  - 微量アルブミン尿の確認、あるいは尿蛋白（±）※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、医療機関で積極的に尿アルブミンの測定を行うことが推奨される。

(3) 健診受診者からの対象者抽出 (図表1のA+B+C)

健診受診者からの抽出基準においては、図表2のとおり、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し、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。

なお、受診勧奨と保健指導の優先順位及び介入方法については、「4 対象者への介入方法」で後述する。

保険者は、取組内容の評価を適切に行ったうえで、地域の実情に合わせて個別に抽出基準を変更することも考えられる。

また、高齢者にあつては複数疾患の合併、加齢に伴う諸臓器の機能低下など高齢者の特性を踏まえて対象者選定を検討する。

図表2 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	■	■

- ※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 mmHg ≤ 収縮期血圧または 90 mmHg ≤ 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 mmHg ≤ 収縮期血圧または 90 mmHg ≤ 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

(4) 健診未受診者からの対象者の抽出方法（図表 1 の D+E）

特定健康診査をはじめとする健診を受診していない者の中にも、糖尿病である者やその疑いがある者、糖尿病の治療が中断している者、血糖コントロールが良好でない者等の受診勧奨や保健指導が必要となる者がおり、これらの者に対しても受診勧奨や保健指導を行う必要がある。

（糖尿病治療中断かつ健診未受診者の抽出方法：図表 1 の E）

以下の者等を対象として状況確認を行い、健診・医療機関受診を勧奨する。

- ・過去に糖尿病治療歴がある、又は過去 3 年間程度の健診にて HbA1c 6.5%以上が確認されているものの、最近 1 年間に健診受診歴やレセプトデータにおける糖尿病受療歴がない者
- ・歯科や眼科治療中の患者において糖尿病治療を中断していることが判明した者

（医療機関における抽出方法：図表 1 の D）

糖尿病治療中に尿アルブミン、尿蛋白、eGFR 等により腎障害の悪化が判明し、保健指導が必要と医師が判断した患者を対象とする。例えば、以下の者が想定される。保険者は、かかりつけ医から保健指導や栄養指導等の指示があった場合の対応可能な範囲を明確にしておく。

- ・生活習慣の改善が困難な者
- ・治療を中断しがちな者
- ・医療機関に管理栄養士等が配置されておらず、実践的な指導を受けることが困難な者

（その他）

糖尿病治療中で健診未受診者のうち、過年度の健診データにより、保険者が重症化予防のための保健指導が必要と判断する場合は、まずは健診の受診勧奨を行うこと。

#### 4 対象者への介入方法

図表2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た優先順位の例であり、健診時の尿蛋白（尿定性）、eGFR、血圧、HbA1cの区分に応じて、受診勧奨レベルⅢ＞Ⅱ＞Ⅰ及び保健指導レベルⅢ＞Ⅱ＞Ⅰと区分を設けた。なお、各区分レベルへの介入方法の例は、図表3のとおりである。保険者は、下記図表2、3を参考に、介入優先度及び介入方法を検討する。

図表2 健診・レセプトデータを基にした対象者抽出基準（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

- ※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 受診勧奨レベル、保健指導レベルに応じた介入方法

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	

(1) 受診勧奨

受診勧奨は抽出したすべての対象者に行い、医療機関受診へとつなげることが原則である。特に、図表2並びに下記に示す受診勧奨レベル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必ず確認し、受診につながっていない場合は、再度受診勧奨をするなど、適切な対応を行う。

なお、受診勧奨を実施する場合は、佐賀県医師会推薦糖尿病医療機関（※）を中心とした適切な医療につなげるよう努める。

（※）佐賀県医師会推薦糖尿病医療機関とは、健診での糖尿病リスク者及び患者に対し、早期の指導、診療を行い合併症を減少させるため、病診・診診、専門医及び他科との連携システムを構築することを目的とし、必要な要件を満たし登録された医療機関である。

腎障害の程度にかかわらず HbA1c が 6.5%以上の者のうち、高血圧については受診中で、糖尿病は未受診の者に対しては、かかりつけ医に健診結果を持参の上、血糖検査の結果が受診勧奨判定値（糖尿病の診断基準）を超えていることについて、速やかに相談するよう保健指導を行う。

特に受診勧奨レベルが高い人に対し受診勧奨を実施する場合には、単に通知するだけではなく、個別に電話や対面等により、対象者本人と直接接点を持ち受診が必要である旨を伝えるとともに、受診勧奨後の受診状況の確認を行う。



## (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、保険者は、治療の継続が図られるよう佐賀県糖尿病連携手帳等により、治療状況・医師の指導内容を対象者本人と確認するなど、医療と連携した保健指導を行う。

なお、保険者はアルブミン尿の情報を有していない場合もあるため、医療機関ではアルブミン尿に関する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、保健指導が実施されることが重要である。

また、各糖尿病基幹病院の糖尿病コーディネート看護師が介入している患者について、保険者が保健指導を実施する際は、必要に応じて糖尿病コーディネート看護師との連携を図る。

### <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。

### (留意点)

- 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とあり、特に腎症第4期の保健指導にあたっては、糖尿病療養指導士（CDE）などの資格を持っている者が行うことが望ましい。
- 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。

## 5 かかりつけ医と保険者との連携

### (1) 連携の方法

保険者は、以下の方法により、かかりつけ医と連携した上で、保健指導を実施する。

ア 保険者は、対象者について、かかりつけ医に糖尿病性腎症重症化予防連絡票（別添様式1）（以下「連絡票」という。）を送付し、保健指導を実施する際の留意事項等について指示を得る。

イ 連絡票を受理したかかりつけ医は、保険者と連携した保健指導が必要と認め、本人の同意を得た患者について、必要な検査情報や保健指導の際の留意事項について糖尿病性腎症重症化予防保健指導情報提供書（別添様式2）（以下「情報提供書」という。）に記載し、保険者に送付する。

ウ 保険者は、かかりつけ医から提供された保健指導を実施する際の留意事項を踏まえた保健指導を行うとともに、保健指導実施後、必要に応じて、糖尿病性腎症重症化予防保健指導結果報告書（別添様式3）又は佐賀県糖尿病連携手帳等を活用し、保健指導の内容をかかりつけ医へ伝達する。

（注）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、あらかじめ保健指導対象者から同意を得ておく必要がある。

### (2) 実施保険者

個々の対象者に対するかかりつけ医と連携した保健指導については、かかりつけ医との合意を得て実施する。

### (3) その他

従来、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下に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。かかりつけ医から情報提供書が届かない場合であっても、治療中の者が市町等の実施する保健事業に参加するなどした場合、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など必要と考えられる対応を行うことがあり得る。

本プログラムに基づく保健指導は、こうした従来の方法で行われているものを妨げるものではなく、保険者がより密接にかかりつけ医との連携の下に保健指導を実施する場合に本プログラムを実施する。

## 6 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。

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、必要に応じて各糖尿病基幹病院の糖尿病コーディネート看護師との連携を図る。

なお、本県では、かかりつけ医の診療を支援するため腎臓専門医へ早期から紹介する下記の紹介基準を推奨している。

### 【佐賀県糖尿病重症化予防診療ガイド（2023年度版）に基づく紹介基準】

〔かかりつけ医から腎臓専門医への紹介基準〕

どのステージでも紹介、連携可能。以下の場合は早めに紹介する。

#### (1) 初めて腎機能障害を認めた場合

ア 尿蛋白（+）

イ アルブミン尿 30mg/gCr 以上

※ 尿蛋白（±～+）かつ尿潜血（+）は糸球体腎炎の可能性があり腎臓専門医紹介必須

（2）腎機能障害が進行した場合

ア eGFR60ml/分/1.73 m<sup>2</sup>未満

イ クレアチン 男性 1.2 mg/dl 以上 女性 1.0 mg/dl 以上

ウ 尿蛋白（+） 尿蛋白定量 0.5g/gCr 以上

エ eGFR <5.0ml/分/1.73 m<sup>2</sup>/年 低下

※ 腎臓病の大部分は尿検査の異常を伴っており、無症状の腎臓病や腎機能の悪化を早期に発見するには尿検査が極めて重要である。

〔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

〔かかりつけ医から循環器医への紹介基準〕

頸動脈エコー最大肥厚 1.5mm 以上

〔定期受診〕

眼科・歯科などの合併症については、眼科医、歯科医師への定期受診によりかかりつけ医と連携した診療を行う。

【参考】日本腎臓学会作成、日本医師会監修による「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」

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

原疾患	蛋白尿区分		A1	A2	A3
糖尿病性腎症	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、 尿蛋白のみならば 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、 尿蛋白のみならば 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
- なお、詳細は「糖尿病治療ガイド」を参照のこと

(作成:日本腎臓学会、監修:日本医師会)

出典 エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2023(編集 日本腎臓学会)

## 7 プログラムの評価

### (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。

保険者は、保有する健康・医療情報を活用し、被保険者を追跡し、評価するとともに、被保険者全体の変化について評価することが必要である。

### (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（事業実施量）、アウトカム（結果）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。

アウトプット評価：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。

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。

なお、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ことにより、より適切な評価につながる。

### (3) 評価指標の例

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等も踏まえて設定する。以下、評価指標の例を示す。

## <市町、被用者保険者が設定する評価指標の例>

### 【ストラクチャー評価】

- ・実施体の構築状況
- ・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
事業全体	・かかりつけ医と連携した対応を行った数（本プログラムの様式1～3の発行数及び受領数） ・糖尿病連携手帳の発行数

※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。

## <県、後期高齢者医療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、継続受診の結果の状況
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) 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。関係者に対し報告・共有することにより、対応策の改善や次年度に向けた事業内容の見直しにもつながる。

また、実施状況の把握・分析や評価に基づき、取組の見直しを行う場合は、PDCAサイクルに基づいて事業を展開していくことが重要となる。中長期的には費用対効果の観点などからの評価も意識する必要がある。

## 8 個人情報の取扱い

本事業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等をはじめとする様々な個人情報が活用されるので、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。

個人情報保護法を念頭に、県・市町・後期高齢者医療広域連合においては、それぞれが定める個人情報の保護に関する条例の規定に基づき、また関係機関においては、それぞれが定める個人情報の保護に関する規定等に基づき、適切に取り扱うこと。

## 9 円滑な事業の実施に向けて

### （1）保険者と医療関係者の連携

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 サイクルを回し、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、各地域の糖尿病の専門家等の助言を受けることも必要である。

そのためには、糖尿病性腎症重症化予防に向けた取組の推進体制を構築する場として、佐賀県糖尿病対策推進会議や県及び二次医療圏ごとに開催するストップ糖尿病対策会議等を活用することが重要である。

### （2）ICT を活用した取組の実施

保険者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、本人確認を確実にする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必要がある。

### （3）委託にて事業を実施する際の留意点

保険者内の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（実施内容に直接関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。また、保険者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、業務内容を委託先の事業者にも明確に伝えることが重要である。

(様式例：保険者→かかりつけ医)

(別添様式 1 - 表面)

## 糖尿病性腎症重症化予防 連絡票

年 月 日

主治医 様

市町名 (保険者名)

担 当 者 名

連 絡 先 (TEL) ( ) -

下記の方について、特定健診の結果、糖尿病性腎症重症化予防プログラム対象者基準(※裏面参照)に該当されました。つきましては、今後の御指導・御加療をお願いいたします。

なお、御多忙中恐縮ですが、保険者が実施する保健指導及び栄養指導において先生からの御指示をいただき重症化予防に活かしたいことから、別紙(別添様式2)を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する。)

あわせて、今後の継続支援の情報共有のために、下記の方が佐賀県糖尿病連携手帳等をお持ちでない場合は、発行について御検討いただければ幸いです。

### 対象者

ふりがな									
氏 名									
生 年 月 日		年		月		日 ( ) 歳	性別	男・女	
住 所									
電 話 番 号									

【添付書類】 ①特定健診結果経年表

②e-GFR の推移とステージ (病期分類)

### 【本人同意欄】

私は、この糖尿病性腎症重症化予防プログラムの趣旨を理解し、医療機関から情報提供書を\_\_\_\_\_市(町)に提供されることに同意します。

年 月 日 氏名

R7.3月改定

< (※) 糖尿病性腎症重症化予防プログラム対象者基準 > (別添様式 1-裏面)

下記基準 (佐賀県糖尿病性腎症重症化予防プログラムより) 及び地域の実情に応じて保険者が個別に定める者

1 健診受診者からの対象者の抽出基準 (佐賀県糖尿病性腎症重症化予防プログラム P5 図表 2)

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	■ 高血圧受診勧奨
■ 保健指導Ⅲ	■ 受診勧奨Ⅲ	

- ※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 mmHg ≤ 収縮期血圧または 90 mmHg ≤ 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 mmHg ≤ 収縮期血圧または 90 mmHg ≤ 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 健診未受診者からの対象者の抽出基準

(糖尿病治療中断かつ健診未受診者)

- ・過去に糖尿病治療歴がある、又は過去3年間程度の健診にてHbA1c6.5%以上が確認されているものの、最近1年間に健診受診歴やレセプトデータにおける糖尿病治療歴がない者
- ・歯科や眼科治療中の患者において糖尿病治療を中断していることが判明した者

(医療機関における抽出)

糖尿病治療中に尿アルブミン、尿蛋白、eGFR等により腎障害の悪化が判明し、保健指導が必要と医師が判断した患者



### (※1) CKDの重症度分類(CKD診療ガイド2024)

原疾患	蛋白尿区分		A1	A2	A3
糖尿病性腎症	尿アルブミン定量 (mg/日)	正常	30未満	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)				
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)	正常	0.15未満	軽度蛋白尿	高度蛋白尿
	尿蛋白/Cr比 (g/gCr)				
GFR区分 (mL/分/ 1.73m <sup>2</sup> )	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、黄色 ■、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 guideline2012を日本人用に改変)

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。

尿試験紙法での尿蛋白定性評価は、-をA1、±をA2、1+以上をA3とするが、尿蛋白定性検査は濃縮尿や希釈尿の影響を強く受けるため、定量の結果で評価することが望ましい。

「エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2023」(編集 日本腎臓学会)「CKD診療ガイド2024」(編集 日本腎臓学会)より引用

### (※2) 栄養等の参考

食事療法の継続のためには、

\*個々の食習慣を尊重しながら、柔軟な対応を行っていく。

\*患者個々のリスクを評価し、医学的齟齬のない範囲で、食を楽しむことを最も優先させる。

#### ■ 総エネルギー摂取量

総エネルギー摂取量 (kcal/日)*1	目標体重 (kg)*2	エネルギー係数の目安
目標体重 × エネルギー係数 (kg) (kcal/kg)	① 65歳未満 身長(m) <sup>2</sup> × 22	① 軽い労作：25~30 (大部分が座位の静的活動)
	② 65~74歳 身長(m) <sup>2</sup> × 22~25	② 普通の労作：30~35 (座位中心だが通勤・家事、 軽い労作含む)
	③ 75歳以上 身長(m) <sup>2</sup> × 22~25*3	③ 重い労作：35~ (力仕事、活発な習慣がある)

\*1: エネルギー摂取量の過不足の評価は、BMI又は体重変化量を用いる。

\*2: 目標体重は現体重に基づいて、段階的に再設定する等の柔軟性に配慮する。

\*3: 75歳以上の後期高齢者では、現体重に基づき、フレイル、ADL低下、併発症、体組成、身長短縮、摂取状況や代謝状況を踏まえて適宜判断する。

#### ■ たんぱく質摂取量：エネルギー摂取量の20%以下が望ましい。

栄養障害、フレイル・サルコペニアを有する症例(特に高齢者)では、重度の腎機能障害が無ければ、充分なたんぱく質の摂取が推奨される。

#### ■ 食塩摂取量：高血圧合併やeGFR60未満(CKDG3a以降)の場合は、6g未満/日を推奨する。

# 糖尿病性腎症重症化予防 保健指導結果報告書

年 月 日

主治医様

先日、御紹介を頂きました \_\_\_\_\_様について、下記のとおり  
保健指導を行いましたので、御報告いたします。

対象者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	
指導状況	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>(記載項目例)</p> <p>&lt;保健指導実施日、実施場所&gt;</p> <p>&lt;対象者の生活状況&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 食事状況</li> <li>・ 運動状況</li> <li>・ 服薬状況</li> <li>・ 就労状況</li> <li>・ 家庭の状況</li> <li>・ その他特記すべき事項 等</li> </ul> <p>&lt;保健指導内容&gt;</p> </div>	
	<p><input type="checkbox"/> 今後の連携支援のために佐賀県糖尿病連携手帳等の発行について御検討いただければ幸いです。</p> <p><input type="checkbox"/> 今後の継続した連携支援のために佐賀県糖尿病連携手帳等にも記載しております。</p>	

〇〇市(町)〇〇課

担当者名(職種)

TEL ( ) -