

# 新潟県糖尿病性腎症重症化予防プログラム

新潟県医師会  
新潟県糖尿病対策推進会議  
新潟県

本県における糖尿病対策は、第8次新潟県地域保健医療計画（以下「県医療計画」という。）に位置づけて取組を展開している。

県医療計画、「健（検）診ガイドライン」に示す「特定健診において推奨される糖尿病診断の手順（特定保健指導対象者の糖尿病の診断手順フローチャート、特定保健指導対象者以外の者の糖尿病診断手順フローチャート）」（以下「糖尿病フローチャート」という。）及び「慢性腎臓病（CKD）進展予防のための判定基準」を基本に、糖尿病性腎症を原疾患とする人工透析導入数を減らすため、特定保健指導及び医療受診を必要とする者を的確に抽出することができる体制を構築し、重症化を予防するため、「新潟県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」として、以下にまとめる。

## 1 目的

本プログラムは、重症化するリスクの高い健診・医療機関の未受診者及び治療中断者に対して、保険者が医療機関等と連携して、適切な受診勧奨によって継続的な治療につなげるとともに、医療保険者と医療機関とが連携して保健指導等を行うことにより、腎不全、人工透析への進展を抑制し、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、県内の各医療保険者（以下「保険者」という。）が医療機関と連携して重症化予防に取り組むための基本的な考え方等を示すものである。

このため、各保険者における取組内容については、地域の実情に応じ柔軟に対応することが可能であり、現在各保険者において既に行われている取組を尊重するものである。

## 3 対象者

原則として、保険者が個別に定める。

本プログラムで推奨する抽出基準は、以下のとおりとする。

## (1) 対象者の基本的な考え方

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、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。

以下に示す①かつ②、又は①かつ③に該当する者とし、次のア～ウに当てはまる者を抽出する。

① HbA1c (NGSP) 6.5%以上、あるいは空腹時血糖または随時血糖<sup>※1</sup>126mg/dl 以上

② 微量アルブミン尿の確認<sup>※2</sup>、あるいは尿蛋白（±）以上

③ eGFR 60ml/分/1.73 m<sup>2</sup>未満

※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、最後の食事から 10 時間未満に採血が実施されたものとする。

※2 微量アルブミン尿 30mg/gCr 以上の確認

### ア 医療機関未受診者

健診において、要医療と判定された者のうち、医療機関を受診していない者

※医療機関への受診状況が把握できない場合、レセプトデータ等を活用し抽出する。

### イ 医師が必要と判断した者

医療機関において糖尿病治療中の者で、次に該当する者

- ・尿アルブミン、尿蛋白、eGFR 等により腎機能低下が判明し、保健指導が必要であると医師が判断した者

### ウ 治療中断者・放置者かつ健診未受診者

健診データ又はレセプトデータから次のいずれかに該当する者

- ・過去に糖尿病薬使用歴又は糖尿病にて医療機関の受診歴がある。
- ・過去 3 年間程度の健診で 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当該疾病による受療歴がない者

## (2) 留意点

((1) ①の結果のみで受診した者について)

- ・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。

(後期高齢者について)

- ・複合的な疾病合併のみならず、老化に伴う諸臓器の機能低下を基盤として、フレイル、サルコペニア、認知症等の進行がみられ、個人差が大きい。腎症対策では、一律のプログラムではなく、個人の状況に合わせて、QOL の維持・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になる。

## 4 介入方法

### (1) 受診勧奨

保険者が手紙送付、電話、個別面談、戸別訪問等により、対象者の状況に応じて実施する。

### (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、状態に応じた予防、管理の考え方を踏まえたうえで、保健指導を行う専門職が対象者と対面・電話等により接点を持ちながら、生活改善の指導を行う。

### (3) 留意点

(青壮年期について)

- ・糖尿病が疑われる者は、40歳代から増加し、特に男性では50歳代になると急増する。また、高血圧を有する者も増加する。この年齢層に対して糖尿病性腎症重症化予防に取り組むことにより、糖尿病の適切な治療継続や生活習慣の改善等が期待できる。
- ・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。

(後期高齢者について)

- ・高齢者への健診・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。

(その他)

- ・糖尿病性腎症重症化予防の取組においても、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。
- ・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。

## 5 新潟県地域糖尿病・CKD 協力医、かかりつけ医や専門医等との連携

受診勧奨及び保健指導については、保険者は新潟県地域糖尿病・CKD 協力医、かかりつけ医と、また、必要に応じて専門的治療を行う医療機関、かかりつけ歯科医及びかかりつけ薬剤師・薬局等との連携を図ることとする。

保険者と新潟県地域糖尿病・CKD 協力医、かかりつけ医、及び専門的治療を行う医療機関等の役割は表1のとおり、連携体制は図1のとおりである。

また、保険者と新潟県地域糖尿病・CKD 協力医、かかりつけ医、及び専門的治療を行う医療機関等との連携、情報共有のためのツールとして糖尿病性腎症重症化予防のための連絡票等（参考様式1～4）を参考とし、連携体制の構築を図る。

## 6 プログラムの評価

保険者は、健診データ・レセプトデータ等の活用により、受療状況やその後の病状進展状況等を把握し、評価する。

県は、県医療計画において設定した指標及び糖尿病腎症による新規透析導入患者数・率（人口 10 万対数）等の糖尿病関連データの推移等により現状を把握し、評価する。

## 7 地域における円滑な事業の実施に向けて

県は、市町村や保険者が取組を円滑に実施できるよう、市町村や保険者における糖尿病性腎症重症化予防の取組状況や課題を把握し、新潟県医師会や新潟県糖尿病対策推進会議等と連携し、取組の推進について協議する。

また、市町村や保険者は地域の実情に応じた取組を展開する必要があることから、郡市医師会や地域の糖尿病対策推進会議、県地域振興局等の関係者と十分協議の上、推進体制を構築し、糖尿病性腎症重症化予防の取組を進める。

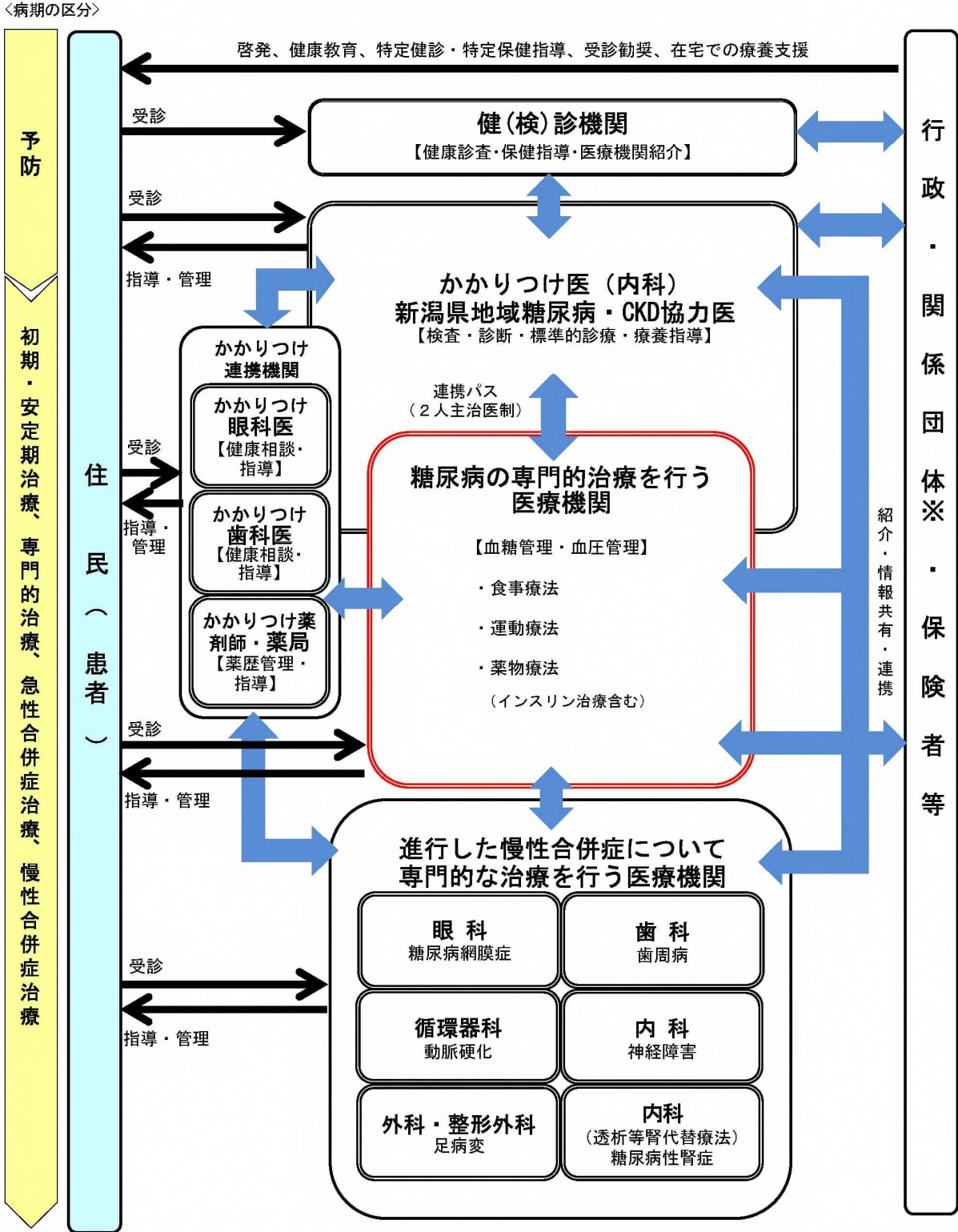
なお、本プログラムに記載のない事項については、日本医師会、日本糖尿病対策推進会議及び厚生労働省の三者連名で策定された「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を参考とする。

## 「糖尿病」の医療連携体制において必要となる医療機能

病期の区分	医療機能	各医療機関等に求められる事項	医療機関等の例
予防	糖尿病を予防する機能	1 健診受診後の受診勧奨等により医療機関を受診した対象者に対し、適切な検査や糖尿病発症予防のための指導を行うこと	病院又は診療所
	糖尿病を予防する機能（行政・保険者）	1 適切な食生活、適度な身体活動をはじめとする生活習慣の改善等により糖尿病発症のリスクを低減させる取組を実施すること 2 禁煙希望者に対する禁煙支援や受動喫煙の防止等のたばこ対策に取り組むこと 3 国民や患者に対し、糖尿病や合併症に関する情報発信や、正しい知識の普及啓発を行うこと 4 保険者は特定健康診査・特定保健指導を実施すること 5 健診受診後に受診勧奨値を超える者が確実に医療機関を受診するよう連携体制を構築すること 6 糖尿病対策推進会議等を活用し、関係団体等と連携して糖尿病対策を推進すること	都道府県・市区町村及び保険者等
初期・安定期治療	糖尿病の重症化予防のための初期・安定期治療を行う機能	1 糖尿病の診断及び患者や家族等に対する専門的指導が可能であること 2 75gOGTT、HbA1c等糖尿病の評価に必要な検査が実施可能であること 3 食事療法、運動療法及び薬物療法による血糖コントロールが可能であること 4 外来栄養食事指導や外来療養指導等の指導を行える体制があること 5 食事療法、運動療法及び薬物療法による血糖コントロールが可能であること 6 高血圧症、脂質異常症の治療や禁煙指導等、包括的な危険因子の管理を行うこと 7 低血糖時及びシックデイの対応が可能であること 8 糖尿病の発症初期から定期的に慢性合併症の検査を行うとともに、継続的な眼科受診、歯科受診を促すこと 9 関連学会で整理された紹介基準等も踏まえて適切に専門医療機関を紹介すること 10 専門的治療を行う医療機関及び急性・慢性合併症治療を行う医療機関等と診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること 11 健診受診後の受診勧奨により医療機関を受診した対象者に対する適切な対応等、糖尿病の発症予防の取組と連携した医療を行うこと 12 高齢者糖尿病の管理に関しては、在宅医療や訪問看護、介護サービス等を行う事業者等との連携が可能であること 13 糖尿病対策推進会議や糖尿病性腎症重症化予防プログラム等、保険者や関係団体等と連携した取組を実施していること 14 糖尿病の動向や治療の実態を把握するための取組を行っていることが望ましい	病院又は診療所
専門的治療	専門的治療を必要とする患者への対応を行う機能	1 75gOGTT、HbA1c、インスリン分泌能、合併症の検査等糖尿病の評価に必要な検査が実施可能であること 2 食事療法、運動療法を実施するための設備があること 3 外来栄養食事指導や外来療養指導、糖尿病透析予防指導等の指導を行える体制があること 4 各専門職種チームによる、食事療法、運動療法、薬物療法等を組み合わせた教育入院等の集中的な治療（心理問題を含む。）が実施可能であること 5 1型糖尿病に対する専門的な治療が可能であること 6 糖尿病患者の妊娠に対応可能であること 7 糖尿病の初期・安定期治療を行う医療機関及び急性・慢性合併症の治療を行う医療機関等と診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること 8 定期的に慢性合併症の検査を行うとともに、継続的な眼科受診、歯科受診を促すこと 9 高齢者糖尿病の管理に関しては、在宅医療や訪問看護、介護サービス等を行う事業者等との連携が可能であること 10 糖尿病対策推進会議や糖尿病性腎症重症化予防プログラム等、保険者や関係団体等と連携した取組を実施していること 11 糖尿病の動向や治療の実態を把握するための取組を行っていることが望ましい	糖尿病内科を有する病院又は診療所
急性合併症治療	急性合併症の治療を行う機能	1 糖尿病昏睡等急性合併症の治療が24時間実施可能であること 2 食事療法、運動療法を実施するための設備があること 3 糖尿病の初期・安定期治療を行う医療機関、専門的治療を行う医療機関及び慢性合併症の治療を行う医療機関等と診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること	糖尿病内科を有する病院又は有床診療所・糖尿病の急性合併症に対する医療を担う病院又は有床診療所
慢性合併症治療	慢性合併症の治療を行う機能	1 糖尿病の慢性合併症（糖尿病網膜症、糖尿病性腎症、糖尿病性神経障害等）について、それぞれ専門的な検査・治療が実施可能であること（単一医療機関で全ての合併症治療が可能である必要はない。） 2 糖尿病網膜症治療の場合、蛍光眼底造影検査、光凝固療法、硝子体出血・網膜剥離の手術等が実施可能であること 3 糖尿病性腎症の場合、尿一般検査、尿中アルブミン排泄量検査、腎生検、腎臓超音波検査、血液透析等が実施可能であること 4 外来栄養食事指導や外来療養指導、糖尿病透析予防指導等の指導を行える体制があること 5 糖尿病の初期・安定期治療を行う医療機関、専門的治療を行う医療機関及び急性合併症の治療を行う医療機関等と診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること	糖尿病内科、腎臓内科、眼科等を有する病院又は診療所

※ 二次保健医療圏ごとの具体的な医療機関名については、毎年度見直しを行い、県のホームページ等で公表。  
<http://www.pref.niigata.lg.jp/fukushihoken/1230062477639.html>

# 糖尿病の医療連携体制



※新潟県糖尿病対策推進会議、医師会、検診機関協議会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会など

第8次新潟県地域保健医療計画 目標値及び現状把握のための指標

No	アウトカム	指標名	定義	調査名	調査年	単位	新潟県		(参考) 二次医療圏							(参考) 全国
							目標値 (R11)	現状値	下越	新潟	県央	中越	魚沼	上越	佐渡	
A	1	HbA1c8.0%以上の者の割合	特定健診受診者、40歳～74歳	NDB	R2	%	1.0	1.12	1.04	1.22	1.19	1.16	0.88	0.84	1.12	1.46%
		糖尿病性腎症による新規人工透析患者数	新規透析実施者のうち、糖尿病性腎症に起因している患者数	新潟県人工透析施設状況調査	R4	人	210	272								(R3) 15,271人
		糖尿病有病者数(糖尿病が強く疑われる者)の割合	「これまで医療機関や健診で糖尿病といわれたことの有無」に「有」と回答した者の割合(20歳以上、年齢調整値)	県民健康・栄養実態調査	R1	%	↓	17.7								
		糖尿病の年齢調整死亡率	糖尿病による年齢調整死亡率	都道府県別年齢調整死亡率	R2	%	↓	(R5.12公表予定)								
B	1	HbA1c6.5%未満の者の割合	特定健診受診者、40歳～74歳	NDB	R2	%	↑	92.8	92.4	92.9	92.4	92.3	92.7	94.2	92.8	92.7
		生活習慣の改善により、糖尿病の発症を予防できている	メタボリックシンドローム該当者(予備群数) / 特定健診受診者数×5歳階級別県人口により算出(40歳～74歳)	特定健診・保健指導に関するデータから算出	R3	人	↓	27.6万人								
B	2	健診未受診者のうち、通院中断者の割合①市町村国保②後期高齢者医療	健診未受診者のうち、通院中断者の割合①市町村国保②後期高齢者医療	KDBより算出	R3	% (人)	↓	①0.67(2,954) ②1.80(6,802)								
		健診受診者で糖尿病基準該当者のうち、医療機関未受診者の割合①市町村国保②後期高齢者医療	健診受診者で糖尿病基準該当者のうち、医療機関未受診者の割合①市町村国保②後期高齢者医療	KDBより算出	R3	% (人)	↓	①7.1(2,289) ②4.6(1,127)								
		HbA1c6.5%以上の者の割合	特定健診受診者、40歳～74歳	NDB	R2	%	↓	7.2	7.6	7.1	7.6	7.7	7.3	5.8	7.2	7.3
B	3	新潟県糖尿病性腎症重症化予防プログラム対象者のうち、医療機関未受診者の割合①市町村国保②後期高齢者医療	新潟県糖尿病性腎症重症化予防プログラム対象者のうち、医療機関未受診者の割合①市町村国保②後期高齢者医療	KDBより算出	R3	% (人)	↓	①14.9(906) ②12.4(722)								
		糖尿病性腎症の早期発見・早期受診により、早い段階で治療及び療養指導を受けることができている	D001尿中特殊物質定性定量検査の外来の尿中アルブミン検査実施件数(定性・定量の合計) / D005血液形態・機能検査のHbA1c検査実施件数	NDB	R3	%	↑	3.49								3.64
		糖尿病患者に対する尿中アルブミン検査実施率(市町村国保・後期高齢者医療)	尿中アルブミン検査あり(定性・定量の合計)の者/糖尿病検査ありの者(市町村国保・後期高齢者医療)	KDB	R3	%	↑	9.58								
B	4	糖尿病の合併症に対しても該当した住民が安心して専門治療を受けることができている														
C	1	特定健診・特定保健指導の実施により、糖尿病の予防が可能な体制が整備されている	特定健診実施率	医療保険者から国に報告された特定健診の実施結果	特定健康診査・特定保健指導に関するデータ	R3	%	↑	61.5							56.2
		特定保健指導実施率	医療保険者から国に報告された特定保健指導の実施結果	特定健康診査・特定保健指導に関するデータ	R3	%	↑	27.2								24.7
C	2	糖尿病や合併症の正しい知識が得られている	糖尿病合併症の認知度①腎臓障害②視力低下③神経障害	「糖尿病が次の病気などに影響を与えることを知っている」と回答した者の割合①腎不全(透析導入)などの腎臓の障害②失明を含む視力低下③足のしびれや痛み、壊疽も含む神経の障害(20歳以上、年齢調整値)	県民健康・栄養実態調査	R4	%	↑	①84.7 ②83.3 ③77.1							
C	3	市町村国保等保険者において、糖尿病の重症化予防のため、健診・医療機関未受診者対策及び医療中断者・放置者対策が実施されている	健診未受診者のうち、糖尿病・CKDハイリスク者への受診勧奨を実施する市町村国保等保険者数	健診未受診者のうち、過去の健診データやレセプト等から、糖尿病・CKDハイリスク者の把握をし、把握した対象者に対して受診勧奨を実施している市町村国保等保険者数(54保険者)	健康づくり支援課調べ	R4	保険者	↑	17							
		糖尿病・CKD治療中断者・放置者への受診勧奨を実施する市町村国保等保険者数	糖尿病・CKD治療中断者・放置者(健診受診・未受診どちらも含む)の把握をし、把握した対象者に対して受診勧奨を実施している市町村国保等保険者数(54保険者)	健康づくり支援課調べ	R4	保険者	↑	30								

No.	アウトカム	指標名	定義	調査名	調査年	単位	新潟県		(参考) 二次医療圏							(参考) 全国			
							目標値 (R11)	現状値	下越	新潟	県央	中越	魚沼	上越	佐渡				
C	4	医療機関で糖尿病の治療や療養指導が受けられる体制が整備されている	新潟県地域糖尿病・CKD協力医(以下、協力医)数	県の地域糖尿病・CKD協力医研修を修了し登録をした、地域の糖尿病・CKD対策に協力する医師数	健康づくり支援課調べ	R4	人	↑	96	12	21	10	16	10	26	1			
			保健指導・受診勧奨従事者の資質向上を目指した取組を実施する市町村国保等保険者数	保健指導、受診勧奨従事者の資質向上を目指した取組について、「実施している」と回答した市町村国保等保険者数(54保険者)	健康づくり支援課調べ	R4	保険者	↑	32										
C	5	市町村国保等保険者、医療機関等の連携体制が整備されている	医療連携体制構築に取り組む地域機関数	地域慢性腎臓病(CKD)・糖尿病対策連携事業を実施した地域機関数	健康づくり支援課調べ	R4	地域	↑	11										
			多職種と連携する協力医数	協力医として、現在取り組んでいる役割として「糖尿病療養指導士、腎臓病療養指導士をはじめ、地域の多職種と連携しながら連携にあたる」と回答した協力医数	健康づくり支援課調べ	R4	人	↑	14										
			地域の糖尿病・CKD対策に携わる協力医数	協力医として、現在取り組んでいる役割として「専門的治療を行う医療機関や医療保険者、行政等と連携し、地域の糖尿病・CKD対策に携わる」と回答した協力医数	健康づくり支援課調べ	R4	人	↑	41										
			「特定健診等で医療機関を勧められた方へ適切な介入を行う」協力医数	協力医として、現在取り組んでいる役割として「特定健診等で糖代謝異常、腎機能低下を指摘され、受診勧奨された者に対し、適切な介入を行う」と回答した協力医数	健康づくり支援課調べ	R4	人	↑	64										
			糖尿病患者の歯科診療に対応できる歯科診療所の割合	「糖尿病に対する医療を担う医療機関と連携し、歯科治療を行うことができる」と回答した歯科診療所の割合	新潟県歯科医療機能連携実態調査(健康づくり支援課調べ)	R1	%	↑	63.6	69.4	61.1	63.4	66.7	56.4	66.1	68.2			
C	6	市町村国保等保険者において「新潟県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を踏まえた健診・医療機関未受診者対策及び医療中断者・放置者対策が実施されている	健診未受診者のうち、糖尿病・CKDハイリスク者への受診勧奨を実施する市町村国保等保険者数(再掲)	健診未受診者のうち、過去の健診データやレセプト等から、糖尿病・CKDハイリスク者の把握をし、把握した対象者に対して受診勧奨を実施している市町村国保等保険者数(54保険者)	健康づくり支援課調べ	R4	保険者	↑	17										
			糖尿病・CKD治療中断者・放置者への受診勧奨を実施する市町村国保等保険者数(再掲)	糖尿病・CKD治療中断者・放置者(健診受診・未受診どちらも含む)の把握をし、把握した対象者に対して受診勧奨を実施している市町村国保等保険者数(54保険者)	健康づくり支援課調べ	R4	保険者	↑	30										
C	7	医療機関で合併症に関する検査・治療が受けられる体制が整備されている	糖尿病・CKD協力医数(再掲)	県の地域糖尿病・CKD協力医研修を終了し登録をした、地域の糖尿病・CKD対策に協力する医師数	健康づくり支援課調べ	R4	人	↑	96	12	21	10	16	10	26	1			
			尿中アルブミン検査実施を心がける協力医数	「日頃の診療で糖尿病患者に対して『尿中アルブミン検査』を実施するように心掛けている」と回答した協力医数	健康づくり支援課調べ	R4	人	↑	61										

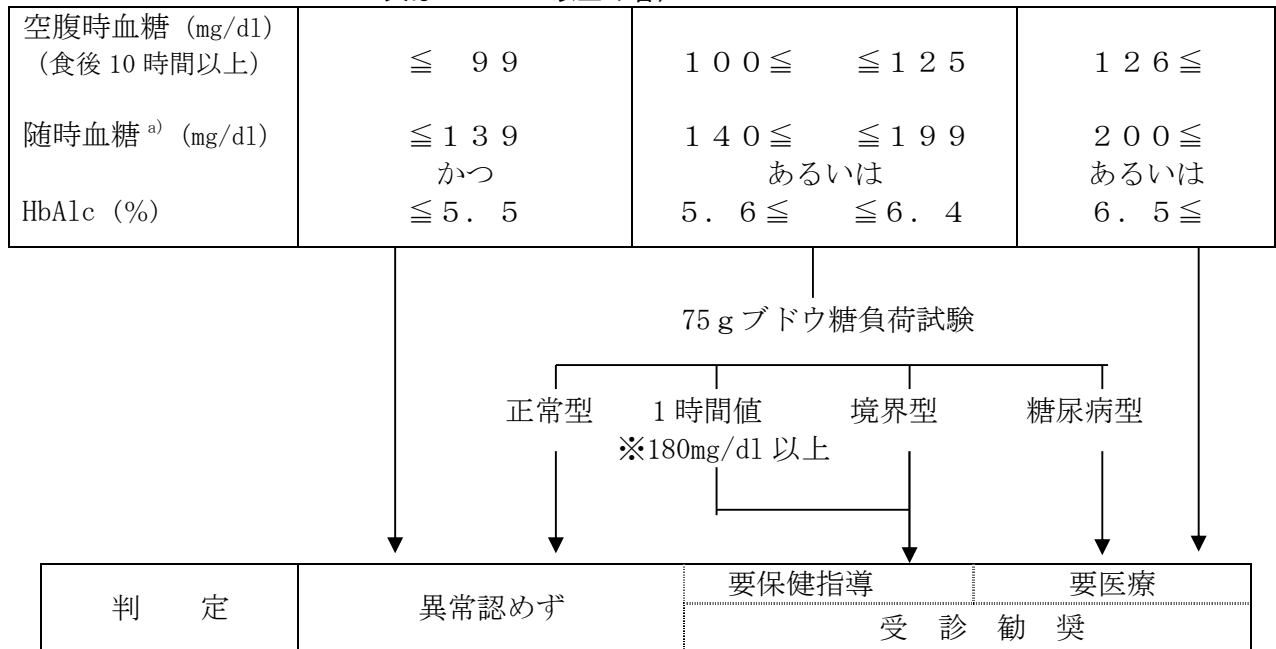
No.	アウトカム	指標名	定義	調査名	調査年	単位	新潟県		(参考) 二次医療圏							(参考) 全国				
							目標値 (R11)	現状値	下越	新潟	県央	中越	魚沼	上越	佐渡					
C	8	市町村国保等保険者、医療機関等の連携体制が整備されている	医療連携体制構築に取り組む地域機関数 (再掲)	地域慢性腎臓病 (CKD)・糖尿病対策連携事業を実施した地域機関数	健康づくり支援課調べ	R4	地域	↑	11	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
			多職種と連携する協力医数 (再掲)	協力医として、現在取り組んでいる役割として「糖尿病療養指導士、腎臓病療養指導士等をはじめ、地域の多職種と連携しながら連携にあたる」と回答した協力医数	健康づくり支援課調べ	R4	人	↑	14	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
			地域の糖尿病・CKD対策に携わる協力医数 (再掲)	協力医として、現在取り組んでいる役割として「専門的治療を行う医療機関や医療保険者、行政等と連携し、地域の糖尿病・CKD対策に携わる」と回答した協力医数	健康づくり支援課調べ	R4	人	↑	41	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
			糖尿病患者の歯科治療に対応できる歯科診療所の割合 (再掲)	「糖尿病に対する医療を担う医療機関と連携し、歯科治療を行うことができる」と回答した歯科診療所の割合	新潟県歯科医療機能連携実態調査 (健康づくり支援課調べ)	R1	%	↑	63.6	69.4	61.1	63.4	66.7	56.4	66.1	68.2	/	/	/	/
C	9	糖尿病性腎症による透析医療を県内どこでも受けられる体制が整備されている	県 (圏域) 内居住患者数あたりの医療機関受入可能患者数	血液透析・血液濾過透析における、居住患者数あたりの医療機関受入可能患者数	新潟県人工腎臓透析実施状況調査	R4	人	1以上	1.00	1.23	0.96	1.10	0.97	0.96	0.98	0.97	/			

出典：第8次新潟県地域保健医療計画

特定健診において推奨される糖尿病診断の手順

(表1) 特定保健指導対象者\*1の糖尿病の診断手順フローチャート

\*1: 腹囲が男性 85 cm以上・女性 90 cm以上の者、内臓脂肪面積が 100 cm<sup>2</sup>以上、又はBMI 25 以上の者)

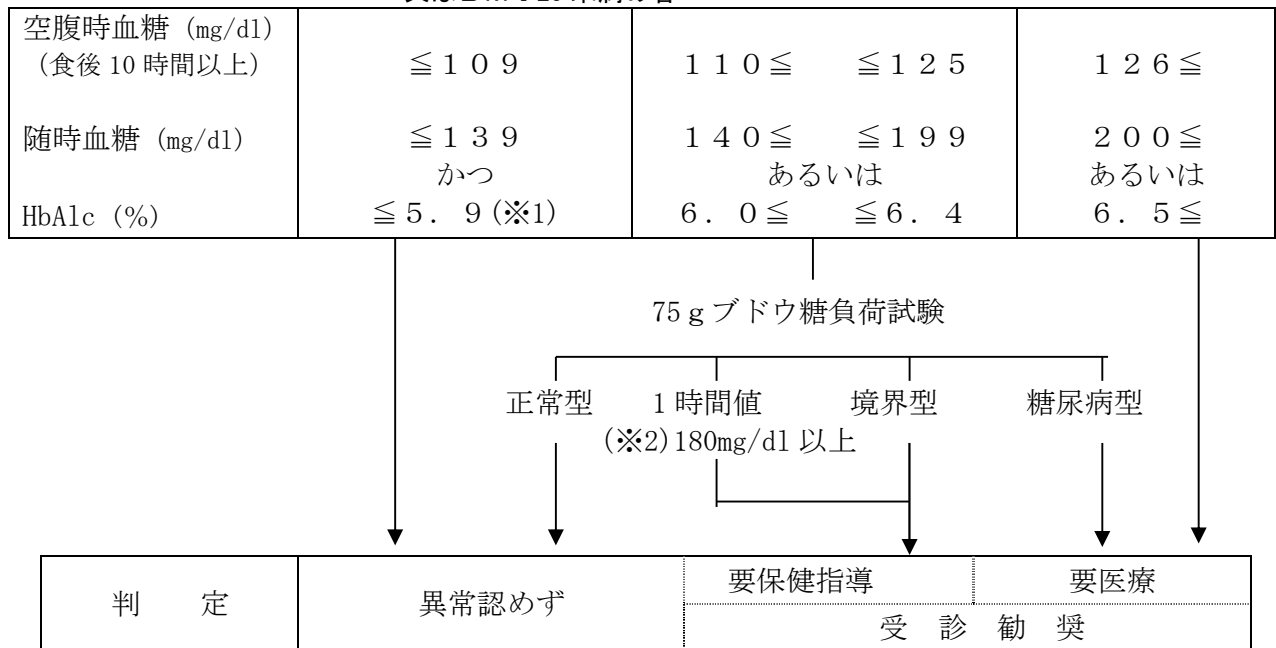


※ 正常型であっても1時間値が180mg/dl 以上の場合は180mg/dl 未満のものに比べて糖尿病に悪化する危険が高いので、境界型に準じた取り扱いをする。

a) 特定健康診査における随時血糖検査は、食直後を除くとされているが当該随時血糖は食直後を含む。

(表2) 特定保健指導対象者以外の者\*2の糖尿病診断手順フローチャート

\*2: 腹囲が男性 85 cm未満・女性 90 cm未満の者、内臓脂肪面積が 100 cm<sup>2</sup>未満、又はBMI 25 未満の者



(※1) 空腹時血糖 100~109mg/dl、又はHbA1c5.6~5.9%の場合でも、他のリスク(家族歴、肥満、高血圧、脂質異常症など)を勘案して、情報提供、追跡あるいは75gブドウ糖負荷試験を行うことが望ましい。

(※2) 正常型であっても1時間値が180mg/dl 以上の場合は180mg/dl 未満のものに比べて糖尿病に悪化する危険が高いので、境界型に準じた取り扱いをする。

出典：健(検)診ガイドライン

## D 腎機能検査

eGFRにより腎機能を評価する。慢性腎臓病（CKD）進展予防の観点から、特定健診結果について、下記のように、eGFR および尿蛋白結果を併せて評価することが望ましい。

なお、下記基準は、原則として40歳～75歳となる者を対象とする。40歳未満及び75歳以上の者については、下記留意点を考慮し対応することが可能である。

### 慢性腎臓病（CKD）進展予防のための判定基準

				尿蛋白		
				A1	A2	A3
				正常 (-)	軽度蛋白尿 (±)	高度蛋白尿 (+～)
eGFR 区分 (ml/分 /1.73 m <sup>2</sup> )	G1 G2	正常または 軽度低下	60～	異常なし	特定保健指導対象の場合に 保健指導※1 尿潜血+の場合 受診勧奨（かかりつけ医）	受診勧奨（かかりつけ医） ※3※4※5
	G3a	軽度～ 中等度低下	45～59	保健指導	受診勧奨（かかりつけ医） ※2※3※4	
	G3b G4 G5	中等度～ 高度低下～ 末期腎不全	0～44	受診勧奨（専門医）		

- (※1) 特定健診判定基準では「異常なし」だが、慢性腎臓病（CKD）進展予防の観点から、本基準においては、「特定保健指導対象の場合に保健指導判定値」とし、特定保健指導を実施する際にCKDに関する内容も含める等で対応することとする。
- (※2) 特定健診判定基準では「保健指導判定値」だが、慢性腎臓病（CKD）進展予防の観点から、本基準においては、「受診勧奨（かかりつけ医）判定値」とする。
- (※3) 地域の実情に応じ専門医への紹介も可。「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（日本腎臓学会作成、日本医師会監修）」を踏まえ、かかりつけ医と専門医が連携することが望ましい。
- (※4) かかりつけ医への紹介の際には、「新潟県地域糖尿病・CKD 協力医」に紹介することが望ましい。
- (※5) 尿潜血+の場合は、専門医への受診勧奨を推奨する。

### 【40歳未満及び75歳以上の者への対応の留意点】

#### (1) 40歳未満

- ・G3aA1の区分については、受診勧奨（かかりつけ医・専門医）を推奨する。
- ・G1G2A2の区分については、メタボリックシンドローム判定基準に該当する（非該当でも高血圧や糖尿病の併発がある）等、生活習慣の改善が必要と認められる場合には、保健指導を行うことが望ましい。
- ・高血圧、糖尿病の併発がない場合には、尿蛋白（±）を（-）と同等に扱うことも可能である。

#### (2) 75歳以上

- ・G3aA2の区分については、2年連続該当の場合に受診勧奨とすることも可能である。
- ・G3aA1、G1G2A2区分については、可能な範囲で情報提供、保健指導を実施することが望ましい。



※1 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		尿蛋白区分		A1	A2	A3
糖尿病	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 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)	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	紹介
	G3b	中等度~高度低下	30~44	紹介	紹介	紹介
	G4	高度低下	15~29	紹介	紹介	紹介
	G5	末期腎不全	<15	紹介	紹介	紹介

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）を改変

※2

CKD ステージによる食事療法基準

CKD ステージ	エネルギー (Kcal/Kg 標準体重/日)	たんぱく質 (g/Kg 標準体重/日)	食塩 (g/日)	カリウム (mg/日)
G1	25~35	過剰な摂取をしない	<6.0	コントロール なし
G2				
G3a		0.8~1.0		2,000 以下
G3b				
G4		0.6~0.8		1,500 以下
G5				

○エネルギーや栄養素は、適正な量を設定するために、合併する疾患（糖尿病、肥満など）のガイドラインなどを参照して病態に応じて調整する。性別、年齢、身体活動度により異なる。

○体重は基本的に標準体重（BMI=22）を用いる。

（慢性腎臓病に対する食事療法基準 2014 年版より一部改編）

<出典> 日本腎臓学会編：CKD 診療ガイド 2024

令和 年 月 日

<紹介先医療機関>

〇〇医療機関  
 〇〇担当医 様

<紹介元医療機関>

□□医療機関  
 所在地  
 □□担当医 印

ふりがな 氏名	生年月日	年 月 日生 ( 歳)	性別	男・女
住所	電話番号		職業	
診断名	<input type="checkbox"/> 糖尿病 ( <input type="checkbox"/> 1型 <input type="checkbox"/> 2型 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明 ) <input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症 ( 病期分類 第 期 )			
合併症 既往	<input type="checkbox"/> 腎症以外の糖尿病合併症 ( <input type="checkbox"/> 糖尿病神経障害 <input type="checkbox"/> 糖尿病網膜症 ) <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 心血管系疾患 <input type="checkbox"/> 閉塞性動脈硬化症 <input type="checkbox"/> その他の合併症・既往 <input type="checkbox"/> 不明			
紹介目的				
糖尿病の 症状経過 及び 検査結果	罹病期間 約 年 ・ <input type="checkbox"/> 不詳 <最近の検査結果 年 月 日 > ・身長 ( cm) ・体重 ( Kg) ・血糖値 mg/dl <input type="checkbox"/> 空腹時 <input type="checkbox"/> 随時 (食後 時間) ・HbA1c ( %) ・eGFR ( ml/分/1.73 m <sup>2</sup> ) ・アルブミン尿 ( mg/gCr)			
現在の 治療内容	<input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 内服 (製剤名 ) <input type="checkbox"/> インスリン (製剤名 単位 : ) (製剤名 単位 : ) <input type="checkbox"/> 食事療法 <input type="checkbox"/> 運動療法 <input type="checkbox"/> その他内服薬 [ ]			
備考				

備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。  
 2. 必要がある場合は、検査の記録を添付すること。

令和 年 月 日

<紹介先医療機関>

〇〇医療機関

〇〇担当医 様

<紹介元医療機関>

〇〇医療機関

所在地

〇〇担当医

印

ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日生 ( 歳)	性別	男・女
住所		電話番号		職業	
診断名	<input type="checkbox"/> 糖尿病 ( <input type="checkbox"/> 1型 <input type="checkbox"/> 2型 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明 ) <input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症 ( 病期分類 第 期 )				
合併症 既往	<input type="checkbox"/> 腎症以外の糖尿病合併症 ( <input type="checkbox"/> 糖尿病神経障害 <input type="checkbox"/> 糖尿病網膜症 ) <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 心血管系疾患 <input type="checkbox"/> 閉塞性動脈硬化症 <input type="checkbox"/> その他の合併症・既往 <input type="checkbox"/> 不明				
紹介目的					
検査結果	<最近の検査結果 年 月 日 > ・身長 ( cm) ・体重 ( Kg) ・血糖値 mg/dl <input type="checkbox"/> 空腹時 <input type="checkbox"/> 随時 (食後 時間) ・HbA1c ( %) ・eGFR ( ml/分/1.73 m <sup>2</sup> ) ・アルブミン尿 ( mg/gCr)				
治療方針 及び 治療内容	<input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 内服 (製剤名 ) <input type="checkbox"/> インスリン (製剤名 単位 : ) (製剤名 単位 : ) <input type="checkbox"/> 食事療法 <input type="checkbox"/> 運動療法 <input type="checkbox"/> その他内服薬 [ ]				
患者への 指導内容					
備考					

備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。

2. 必要がある場合は、検査の記録を添付すること。

糖尿病性腎症重症化予防 保健指導連絡票

令和 年 月 日

主治医様

市町村名（保険者）

担当者名

連絡先（TEL）

下記の方について、糖尿病性腎症重症化予防に関する保健指導を実施しましたので、その概要を御報告いたします。

氏名 <small>ふりがな</small>		生年月日	年 月 日生（ 歳）	性別	男・女
住所		電話番号		職業	

【保健指導実施状況】

実施日時：令和 年 月 日

実施項目	実施状況
・指導実施項目に <input checked="" type="checkbox"/> してください  <input type="checkbox"/> 栄養指導 <input type="checkbox"/> 運動指導 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 禁煙指導 <input type="checkbox"/> その他 （ ）	
<保健指導実施者>	職種 氏名

【その他の連絡事項】