

富山県糖尿病性腎症重症化予防プログラム

令和8年4月15日改定

富 山 県 医 師 会
富 山 県 糖 尿 病 対 策 推 進 会 議
富山県透析患者等発生予防推進事業連絡協議会
富 山 県 厚 生 部



目 次

第 1 章 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの概要	3
1 はじめに	3
(1) 富山県における糖尿病性腎症の現状	3
(2) これまでの糖尿病性腎症重症化予防への取組	3
2 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの基本的考え方	4
(1) プログラムの目的	4
(2) プログラムの性格（留意事項）	4
(3) 年齢層を考慮した取組の推進	4
(4) データヘルス計画等各種計画を踏まえた事業展開	5
第 2 章 糖尿病性腎症重症化予防プログラム	6
1 実施にあたっての考え方	6
(1) 糖尿病性腎症重症化予防プログラム（国）の条件	6
(2) 富山県糖尿病性腎症重症化予防プログラムの考え方	6
2 対象者の抽出と介入方法の考え方	7
(1) 対象者に行う基本的な取組	7
(2) プログラムにおける糖尿病性腎症の定義	7
(3) 対象者の抽出基準（推奨基準）	8
(4) 介入方法	11
3 後期高齢者医療の対象者の抽出と実施方法	17
(1) 抽出基準	17
(2) 実施方法	17
4 プログラムの評価	18
(1) 目的	18
(2) 方法	18
(3) 評価指標の例	18
(4) 評価結果の活用	19
5 個人情報の取扱い	20
第 3 章 糖尿病の重症化予防	21
1 糖尿病の重症化予防における連携体制について	21
(1) かかりつけ医と専門医の連携の必要性について	21
(2) かかりつけ医と専門医との医療連携のめやす	22
2 医療保険者と医療等との連携について	23
3 関係機関等との連携体制	24

第4章 糖尿病重症化予防の推進体制	25
1 関係機関の役割	25
（1）市町村の役割	25
（2）富山県後期高齢者医療広域連合の役割	26
（3）富山県医師会・郡市医師会等の役割	26
（4）富山県糖尿病対策推進会議の役割	27
（5）県の役割	27
（6）富山県保険者協議会の役割	28
（7）富山県国民健康保険団体連合会の役割	28
（8）その他の医療関係団体等との連携体制	28
 - 資 料 -	 29
1 かかりつけ医から専門医・専門医療機関への紹介基準	30
（1）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）	30
（2）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）	31
（3）糖尿病専門医から腎臓専門医への紹介基準（作成：日本糖尿病学会、日本腎臓学会）	32
（4）腎臓専門医から糖尿病専門医への紹介基準（作成：日本糖尿病学会、日本腎臓学会）	33
2 糖尿病性腎症の定義	34
3 関係機関との連携様式（参考様式1～参考様式7）	35
4 県内糖尿病対策事業窓口一覧	43
（1）市町村窓口	43
（2）関係機関窓口	43
（3）県・厚生センター窓口	44
5 糖尿病対策事業評価指標（富山県医療計画（2024（令和6）年3月改定版）より抜粋）	45
6 糖尿病対策事業数値目標（富山県医療計画（2024（令和6）年3月改定版）より抜粋）	47
 富山県透析患者等発生予防推進事業連絡協議会設置要綱	 48
富山県透析患者等発生予防推進事業連絡協議会委員名簿	49
富山県透析患者等発生予防推進ワーキンググループ設置要綱	50
富山県透析患者等発生予防推進ワーキンググループ委員名簿	51
引用・参考文献	52

第1章 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの概要

1 はじめに

(1) 富山県における糖尿病性腎症の現状

- 厚生労働省の令和4年国民生活基礎調査によると、糖尿病による通院者数（傷病者数）は、全国では681.1万人、本県では約5.9万人と推計され、全国、本県ともに増加傾向となっている。
- 糖尿病は、神経障害、網膜症、糖尿病性腎症等の合併症を併発し、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おり、生活の質や社会経済的活力と社会保障資源に多大な影響を及ぼすことから適切な対策が必要である。
- 糖尿病合併症の1つである糖尿病性腎症は本県の新規人工透析導入患者の原因疾患の約4割を占めており、人工透析が必要な状態となると、個人の生活の質への影響や医療資源・医療経済への影響も大きい。
- 県民の健康寿命の延伸のため、糖尿病の発症予防、糖尿病の適切な治療・生活習慣の改善等による合併症の予防、合併症による臓器障害の予防等各段階での予防の取組が重要である。

※富山県における糖尿病性腎症の現状は、「富山県の糖尿病対策について」を参照（富山県 HP を参照）

(2) これまでの糖尿病性腎症重症化予防への取組

- 本県では、富山県健康増進計画、富山県医療計画等において、「糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数の減少」を数値目標とし、糖尿病性腎症重症化予防に取り組んでいる。
- 糖尿病専門医、腎臓専門医、かかりつけ医、医療保険者、行政等で構成する「富山県透析患者等発生予防推進事業連絡協議会」を設置し、糖尿病重症化予防に向けた具体的な対応策の検討と、かかりつけ医と専門医との連携、医師と医療保険者間の連携推進にむけた体制整備を行っている。
- 市町村における糖尿病性腎症重症化予防の取組を一層推進するため、厚生労働省のプログラムに基づき、平成29年3月に「富山県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を策定。国の動向等を踏まえ改定を重ねながら、地域の実情に応じた取組を推進している。

2 糖尿病性腎症重症化予防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、治療中断者に対して、保険者が医療機関等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糖尿病性腎症で通院する者のうち、重症化するリスクの高い者に対して、保険者が医療機関等と連携して保健指導を行うこと、などの取組により、良好な血糖コントロールの維持、合併症の発症・進展の予防等を通じて、腎不全や人工透析への移行を予防し、対象者の健康寿命の延伸を図ることを目指す。

(2) プログラムの性格（留意事項）

- 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、既存の取組内容、取組みやすさなどに応じ柔軟に対応すること。また、事業評価と適切なPDCAサイクルの下、実施する。
- 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の関連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。
- 糖尿病または糖尿病の疑いがある者で糖尿病の未治療者については、医療機関への受診勧奨を行うことが原則である。
- 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。そのため、状況に応じて介入の優先度を検討し、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に留意する。

(3) 年齢層を考慮した取組の推進

- 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、糖尿病性腎症重症化予防についても、ライフコースアプローチの観点を踏まえ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。
- 歯周病は血糖コントロールに影響を与えることから、糖尿病性腎症重症化予防への取組の中で、必要に応じて口腔衛生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。

① 青壮年層に対する取組

- 糖尿病が疑われる人は40代から増え、男性では50代で急増し、高血圧も同様に増加する。この年齢層に対して糖尿病性腎症の重症化予防に取り組むことにより、糖尿病の治療継続や生活習慣の改善及び合併症の発症・重症化予防や合併症による臓器障害の進行予防が期待できる。また、人工透析の導入時期の遅延や対象者の生活の質の維持や医療経済への負担軽減が期待できる。
- 糖尿病性腎症などの合併症は、発症後、長期間を経て徐々に進行することから、青壮年が多く加入する被用者保険の保険者においても、糖尿病性腎症重症化予防に取り組む必要がある。
- 保険者協議会や地域・職域連携推進協議会等を活用して、市町村国保、国保組合及び被用者保険の間で、健診データやレセプトデータ、地域課題、保健事業の実施状

況等を共有するとともに、役割分担を踏まえた連携体制の確認等を行うことが必要である。

② 高齢者に対する取組

- 後期高齢者への保健事業は、富山県後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）が実施する「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」の取組により、糖尿病性腎症重症化予防事業に取り組んでいる。
- 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になる。
 - 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を実施することが必要である。特に、後期高齢者への保健指導については、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。
 - 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、低血糖に注意する。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。
 - 個人ごとの健康状態の差が大きくなり多様性が更に高まることや、後期高齢者の多くの者が医療機関を受診していることから、医療機関と連携した取組を推進する必要がある。
 - 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。
 - 高齢者の特性を踏まえた健康支援をしていくためには、学会のガイドライン等の動向や、「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン」等を参照し実施することが必要である。

（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保健事業の一環として行われるため、事業実施に当たっては、データヘルス計画、健康増進計画、医療費適正化計画、医療計画等をはじめとする関連計画を踏まえた事業展開を行う。

第2章 糖尿病性腎症重症化予防プログラム

1 実施にあたっての考え方

(1) 糖尿病性腎症重症化予防プログラム（国）の条件

○糖尿病性腎症重症化予防プログラムを策定する場合には、以下のいずれも満たす必要がある。

生活習慣病の重症化予防の取組のうち、

- ①対象者の抽出基準が明確であり、対象者の状態像に応じた取組であること
- ②かかりつけ医と連携した取組であること
- ③保健指導を実施する場合には、専門職が取組に携わること
- ④事業の評価を実施すること
- ⑤取組の実施に当たり、地域の実情に応じて各都道府県の糖尿病対策推進会議等との連携を図ること

以上のプログラムの条件は、以下の点に留意する。

- ① 対象者の抽出基準が明確であり、対象者の状態像に応じた取組であること
 - ・HbA1c等の健診結果のみならず、レセプトデータの請求情報（薬剤や疾患名）も活用し、被保険者の全体像を把握する。そのうえで、いずれの集団を対象として取組を実施するかを決定する。これにより、特定健診未受診者層や、治療中断者、治療中の者から事業対象者を抽出することができる。
- ② かかりつけ医と連携した取組であること
 - ・事業実施時のみならず、事業の企画時や準備時、評価時、治療中の者に保健指導を行う際等には郡市医師会等と連携し、十分に情報共有するとともに、支援の方向性を共有することが重要である。
- ③ 保健指導を実施する場合には、専門職が取組に携わること
 - ・保健師・管理栄養士等が医師や歯科医師、薬剤師等と連携し、保健指導を行う。
- ④ 事業の評価を実施すること
 - ・アウトプット指標のみならず、アウトカム指標を用いて事業評価を実施する。この際、短期的な評価だけではなく、中・長期的な視点での評価も実施する。
- ⑤ 取組の実施に当たり、地域の実情に応じて各都道府県の糖尿病対策推進会議等との連携を図ること
 - ・県が実施している研修会や報告会等に参加し、意見交換を図ることで、都道府県の方針性を踏まえた、専門的知見を得た取組となることが期待される。

(2) 富山県糖尿病性腎症重症化予防プログラムの考え方

○上記の条件等を踏まえ、下記の①～④に取り組む。

- ①対象者の抽出基準該当者を明確にし、対象者の状態像に応じた受診勧奨や保健指導を実施すること
- ②かかりつけ医や郡市医師会等と連携して取り組むこと
- ③保健指導は、保険者がかかりつけ医に情報提供するとともに、指導依頼内容に沿って専門職が実施すること
- ④事業の評価を実施すること
- ⑤取組の実施にあたっては、関係機関・団体等と連携し助言を受けながら実施するとともに、富山県透析患者等発生予防推進事業連絡協議会及び富山県糖尿病対策推進会議等への事業報告を行う。

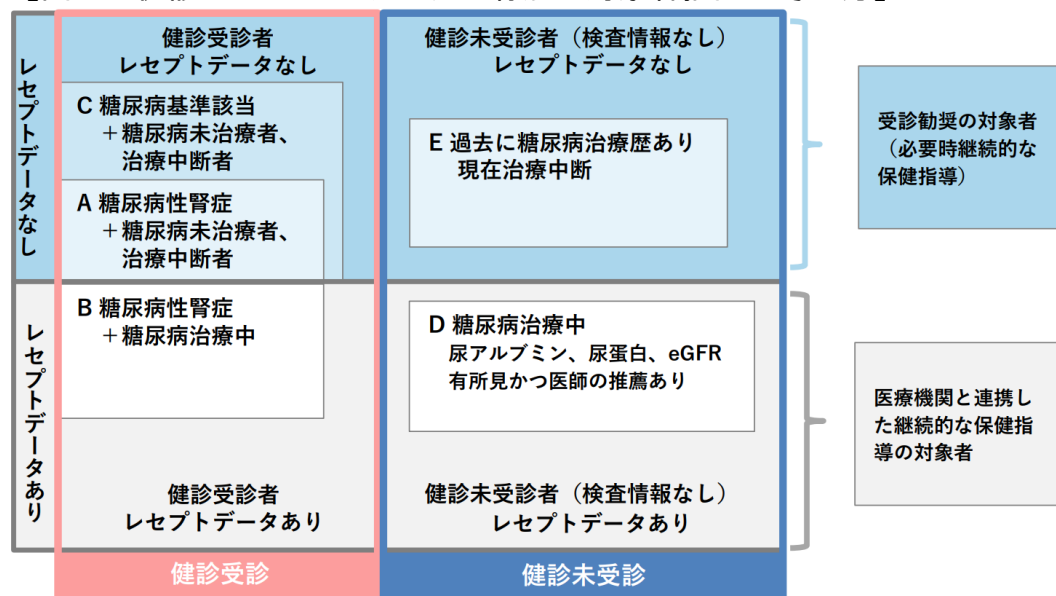
2 対象者の抽出と介入方法の考え方

(1) 対象者に行う基本的な取組

○本プログラムの基本的な取組は以下の通りである。

- 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1のB+D）の実施

【図1 健診・レセプトデータの有無と対象者抽出の考え方】



(2) プログラムにおける糖尿病性腎症の定義

○糖尿病性腎症の定義及び取組の対象者は以下の通りとする。

糖尿病性腎症重症化予防の取組の対象者：糖尿病であり、腎障害が存在している者（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/1.73m² 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/1.73m² 未満
 - eGFR60mL/分/1.73m² 未満のうち、年間 5mL/分/1.73m² 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。

【参考表 1】糖尿病性腎症病期分類

参考：糖尿病性腎症病期分類 ^{注1}

	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) ³⁴	GFR (eGFR) ^{注3} (推算糸球体濾過量) (mL/分/1.73 m ²)
	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 ³⁵	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：GFR 60 mL/分/1.73m²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。

（3）対象者の抽出基準（推奨基準）

○保険者においては、年齢や治療状況、保健事業における資源（予算、マンパワー、業務委託の有無等）を勘案し、地域の実情に応じて対象者基準を選定することとする。

① 健診受診者（図1のA+B+C）

○対象者の抽出基準においては、図表2に示すように、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。

○腎障害が存在している者、HbA1cが高い者、高血圧の未治療者に対して、優先的に受診勧奨、保健指導を行うことを基本とする。高血圧で受診中であるが、糖尿病の未治療者については、主治医との相談を促すことが必要であり、受診勧奨ではなく保健指導として分類する。

○ただし、保険者においては、年齢や治療状況、保健事業における資源（予算、マンパワー、業務委託の有無等）を勘案し、地域の実情に応じて対象者基準を選定することとする。

【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		①	②		③	④		⑤	⑥	⑦
	7.0～7.9		⑧	⑨		⑪	⑫		⑬	⑭	⑮
	6.5～6.9		⑩	⑬		⑮	⑯		⑰	⑱	⑲
	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

②健診未受診者（図 1 の D+E）

（糖尿病治療中断かつ健診未受診者の抽出方法：図 1 の E）

- ・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受療歴がない者
- ・歯科や眼科において治療中であるが、糖尿病の治療を中断していることが判明した者
- ・健康サポート薬局や健診以外の保健事業等において、糖尿病の履歴があり十分に管理されていないことが判明した者

（医療機関における抽出方法：主に図 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)

- ・生活習慣の改善が困難な者
- ・治療を中断しがちな者
- ・自施設に管理栄養士等が配置されておらず、実践的な指導が困難な場合
- ・専門医療機関との連携が困難な地域
- ・その他、地域包括ケア等の連携体制の中で、地域の実情により連携が望ましいと考えられる場合

○糖尿病治療中の者であっても、健診受診の意義について、県医師会・郡市医師会、保険者等からも働きかけを行うことが重要である。

(4) 介入方法

○健診受診者（図1のA+B+C）については、図表2の基準を参考に対象者の状態像を区分することが可能であり、その区分別に介入方法を変える等の工夫も求められる。

【図表2（再掲） 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		①	②		③	④		⑤	⑥	⑦
	7.0～7.9		⑧	⑨		⑪	⑫		⑬	⑭	⑮
	6.5～6.9		⑩	⑬		⑫	⑭		⑮	⑯	⑰
	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

レベルに応じた受診勧奨・保健指導の内容については、図表3を参照

※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	
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	弱 ↓ 強

①受診勧奨

○受診勧奨は抽出したすべての対象者に行い、医療機関につなげることが原則である。特に、図表 2・3 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繋がっているかを必ず確認し、受診に繋がっていない場合には、再度受診勧奨する等、適切に対応する。

○腎障害の有無にかかわらず、HbA1c 6.5%以上の者のうち、高血圧受診中で、糖尿病未治療者に対しては、かかりつけ医機能を有する医療機関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。

【図表 2（再掲・一部抜粋） 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		①	②		③	④		⑤	⑥	⑦
	7.0～7.9		⑧	⑨		⑪	⑫		⑬	⑭	⑮
	6.5～6.9		⑩	⑬		⑮	⑯		⑰	⑱	⑲
	6.5未満										

※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

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】

- 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
○空腹時血糖または随時血糖（食後 3.5 時間以上）：126mg/dL 以上
○HbA1c：6.5%以上 → (図表 2 ⑩～⑲)
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】

- 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 m²以上 60mL/分/1.73 m²未満または尿蛋白（±）> → (図表 2 ⑪・⑫)
②HbA1c：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> → (図表 2 ⑬)
③HbA1c：6.5%以上 7.0%未満 かつ <eGFR：45mL/分/1.73 m²以上 60mL/分/1.73 m²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> → (図表 2 ⑮)
④HbA1c：6.5%以上 7.0%未満 かつ <eGFR：45mL/分/1.73 m²未満 または 尿蛋白：陽性（+以上）> → (図表 2 ⑭)

【受診勧奨レベルⅢ】

- 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。
① HbA1c：8.0%以上（腎障害の程度、血圧に関係なく） → (図表 2 ①～⑦)
② HbA1c：7.0%以上 8.0%未満 かつ <eGFR：45mL/分/1.73 m²未満 または 尿蛋白：陽性（+以上）> → (図表 2 ⑧・⑨)
③ HbA1c：6.5%以上 7.0%未満 かつ <eGFR：45mL/分/1.73 m²未満 または 尿蛋白：陽性（+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> → (図表 2 ⑩)

※ 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。

<受診勧奨レベルごとの取組例>

○受診勧奨レベルⅠ

- ・健診結果通知時に、糖尿病性腎症のおそれがあり医療機関の定期的な受診が必要であることについて、標準的な健診・保健指導プログラムのフィードバック文例集や糖尿病性腎症重症化予防に関する事業実施の手引き等を参照し、文書で通知する。
- ・必要に応じて、上記通知に加え、電話等で受診勧奨を行う。

○受診勧奨レベルⅡ

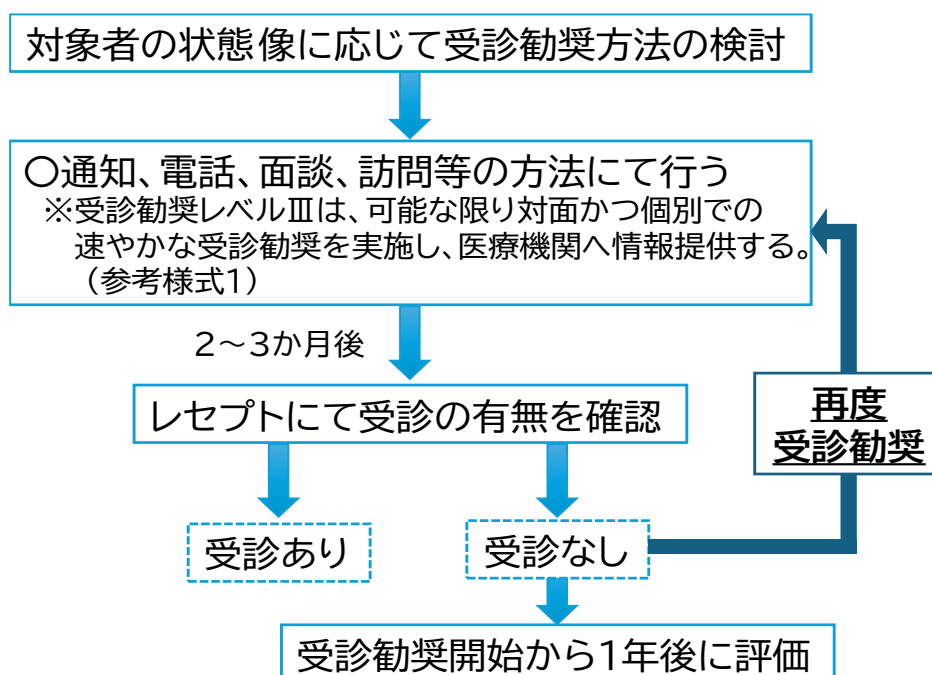
- ・レベルⅠの文書による通知に加え、結果説明を行うための電話や面談により、個別に医療機関への受診勧奨を行う。
- ・受診勧奨とともに、生活実態を把握したうえで、対象者の状況に合わせた保健指導を行う。

○受診勧奨レベルⅢ

- ・可能な限り、訪問や面談等の対面により個別での受診勧奨を速やかに行う。
- ・受診勧奨とともに、生活実態の把握をしたうえで、生活習慣の改善を促す保健指導を行う。

※いずれの受診勧奨レベルにおいても、受診勧奨後に、対象者が継続的な受診につながっているかについて、医療機関からの回答や対象者本人への確認、レセプトデータの確認等により受診状況を確認することが必要である。

【図4 受診勧奨の流れ（例）】



②保健指導

- 保健指導を行う専門職は、状態に応じた予防、管理の考え方を踏まえた上で、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（図表 2 参照）。
- 医療機関は、保健指導が必要と判断した場合、患者が加入している医療保険者に依頼することができる（参考様式 3）。

（保健指導における留意点）

- 糖尿病性腎症第 3 期と想定される者を優先的に保健指導の対象者とする。詳細な抽出基準や優先順位については、保険者が健診データ及びレセプト等から対象者を抽出したうえで、医師会と保険者等で十分な協議を行う。
- 糖尿病性腎症の者へ保健指導を実施する場合には、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。また、腎不全のみならず、循環器疾患の発症・死亡リスクが高い集団であることから、保健事業の実施に当たっては、特にリスクマネジメントの体制が確保されていることが重要である。
- 特に、腎症第 4 期については、腎臓専門医が関与する必要があるので、保健指導のみで対応することがないようにする。
- 保健指導にあたり、実施の有無、実施方法に判断を要する場合（高齢者、がん等終末期、認知機能障害、糖尿病透析予防指導管理料算定者等）は、主治医（かかりつけ医等）と十分協議のうえ、対応する。

<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。

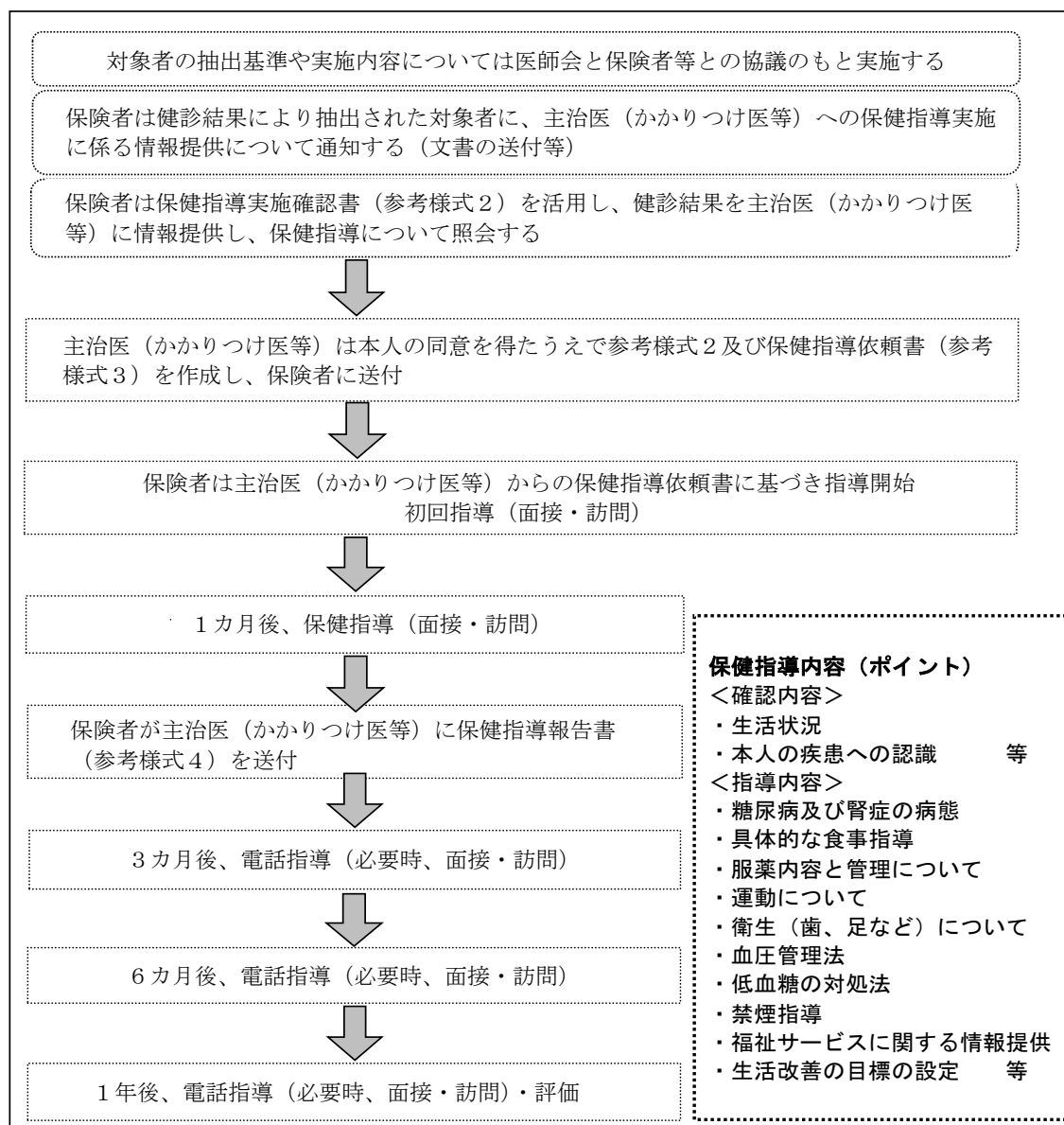
○保健指導レベルⅡ

- ・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、訪問や個別面談等の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。

【図5 保健指導の流れ（例）】



③実施にあたる留意事項

- 地域の実情に応じて、医療と保健の役割分担を行い、連携して対応する。
- 医師による診療、保健師による包括的な保健指導、管理栄養士による栄養指導、薬剤師による服薬期間中の継続的な服薬状況の把握や服薬指導、歯科医師・歯科衛生士による口腔健康管理など、多職種が連携して取り組むことにより、保健指導の質の向上が期待される。

3 後期高齢者医療の対象者の抽出と実施方法

(1) 抽出基準

- 高齢者は低血糖防止等の観点から、「高齢者糖尿病診療ガイドライン 2023」において青壮年期よりも緩和した基準が示されており、それを踏まえた対応が必要である。
- 特に、後期高齢者に対しては、「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン」等を参照し、「富山県高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業実施要領」（以下、「実施要領」という）において抽出基準を示していく。

抽出基準（実施要領より抜粋）

A：糖尿病のコントロール不良者

- ・健診：HbA1c8.0%以上 かつ

レセプト（医科・DPC/調剤）：対応する糖尿病の薬剤履歴（1年間）なし

B：糖尿病治療中断者

- ・抽出年度の健診履歴なし かつ

レセプト（医科・DPC・調剤）：抽出前年度以前の3年間に糖尿病の薬剤処方歴あり かつ 抽出年度に薬剤処方の履歴なし

C：糖尿病とフレイルの併存者

- ・レセプト（医科・DPC・調剤）：糖尿病治療中もしくは中断 または
健診：HbA1c7.0%以上 かつ

質問票①（健康状態） ⑥（体重変化）⑧（転倒）⑬（外出頻度）のいずれかに該当

D：腎機能低下者

- ・eGFR<45ml/分 1.73m²未満 または 尿蛋白（+）以上 かつ

レセプト：（入院・外来・歯科）未受診

(2) 実施方法

- 広域連合から委託を受けた市町村において実施要領に基づき、高齢者に対する個別支援（ハイリスクアプローチ）の取組を行う。
- 実施にあたっては、かかりつけ医と連携しながらアウトリーチを主体とした受診勧奨及び保健指導を行う。

4 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。

(2) 方法

- 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とともにその成功要因、未達要因をストラクチャー、プロセス面から検討する。
- 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被保険者と、受診勧奨や保健指導を実施していない者でアウトカム評価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の状況について、中長期的にどのように変化したかについて、確認を行うことが望ましい。
- 事業から得られたデータを取りまとめ、専門家等の助言を得ながら事業の成果を分析する。分析結果は、地域の関係者間で情報の共有を行う。
- KDB システム等で得られるデータのほか、被保険者や事業関係者への聞き取りやアンケートによって得られたデータも、事業評価において有用である。
- 市町村国保から後期高齢者医療制度に移行する者について、国保と後期高齢者医療制度等の健康・医療情報と併せて分析し、切れ目なく事業評価を行う。

(3) 評価指標の例

- 図表 6 及び図表 7 に評価指標の例を示す。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を踏まえて設定する。
- 「FBR 作成ツール^(※)を活用した糖尿病性腎症重症化予防マニュアル」等を参考に、FBR ツールの活用も含め、各保険者の実情に応じた評価方法を検討する。

※ FBR（フィードバックレポート）作成ツール

国保データベース（KDB）を活用して、重症化予防対象者の全体像を把握し、保健事業の実施や事業評価をより簡便に行うための支援ツール。厚生労働科学研究「糖尿病性腎症重症化予防プログラムの効果検証と重症化予防のさらなる発展を目指した研究」において開発された。

【図表 6 市町村が設定する評価指標の例】

【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		○

◎は必ず確認すべき指標、○は確認することが望まれる指標を示す。

【図表 7 都道府県・富山県後期高齢者広域連合が設定する指標の例】

【ストラクチャー評価】		【プロセス評価】	
・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		・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）評価結果の活用

- 富山県透析患者等発生予防推進事業連絡協議会及び糖尿病対策推進会議等へ事業内容や地域の課題・対策等の情報提供を行い、助言を受け事業へ反映する。

5 個人情報の取扱い

- 健康・医療情報は、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。
- 保険者においては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内等での利用、委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取扱いが確保されるよう措置を講じる。

第3章 糖尿病の重症化予防

1 糖尿病の重症化予防における連携体制について

(1) かかりつけ医と専門医の連携の必要性について

○糖尿病の重症化予防・合併症予防には、かかりつけ医と専門的な診療が可能な病院や関連専門医とが積極的に連携を進めることが重要であることから、本県ではかかりつけ医と専門医間が連携した支援体制を整備している。

【かかりつけ医】

- ・かかりつけ医は、糖尿病の初診時に必要な診療を行った上で、合併症の予防が必要な患者に対して、病態、糖尿病合併症の検査、チーム医療による自己管理のための指導が可能な専門病院や関連専門医に紹介する。
- ・逆紹介後は良好な血糖コントロール維持に努めるなど定期管理を行う。また、血糖コントロール悪化時の他、合併症の検査や自己管理のための再指導等を目的に定期的に専門病院へ紹介する。

【専門的な診療が可能な病院】

- ・できる限り初回、初発の段階で合併症や病態の検査を行う。
- ・また、教育入院や糖尿病専門外来を通してチーム医療(糖尿病に関する知識、食事・運動療法指導、インスリン手技、フットケアなど)を展開し、自己管理のための基本的な指導を行う。
- ・糖尿病昏睡、血糖コントロールの急激な悪化、血糖コントロール不可例、インスリン導入が必要な場合、術前の管理、妊娠希望、妊娠中の糖尿病などに対し、専門的な診療、指導を行う。安定後は速やかにかかりつけ医に逆紹介する。安定後も定期的に合併症の検査、治療薬の見直し、自己管理のための再指導を行う。
- ・糖尿病合併症、特に糖尿病腎症(疑い含む)がある場合には、糖尿病専門医と腎臓専門医の連携による専門的な診療の上、かかりつけ医へ逆紹介し、その後も定期的に専門医によるケア・サポートを行っていく。

(2) かかりつけ医と専門医との医療連携のめやす

○地域の医師会等は、以下に示す各専門医への紹介のめやす等を参考に、専門医と連携しながら、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が望ましい。

○市町村等保険者においても、対象者の健康状態によっては、本人の意向を踏まえ、かかりつけ医と相談の上、必要な専門治療を受けるよう助言する。郡市医師会と協議の上、かかりつけ医と専門医の連携について、相互の紹介基準等を決めておくこと円滑な保健指導を行うことができる。そのため、下記の紹介基準を基に、各医療圏で専門医へ照会する基準等を作成することが望ましい。

① かかりつけ医から糖尿病専門医への紹介（参照：P30、1（1））

「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）」

② かかりつけ医から腎臓専門医への紹介（参照：P31、1（2））

「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）」

③ 糖尿病専門医・腎臓専門医間の連携について（参照：P32・33、1（3）・（4））

それぞれの専門医等は、日本糖尿病学会と日本腎臓病学会が定める「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。

④ 眼科医への紹介

糖尿病網膜症等の発症予防・進行防止のため、糖尿病患者については定期的、継続的（少なくとも年1回）な眼科受診を勧奨する。

⑤ 歯科医への紹介

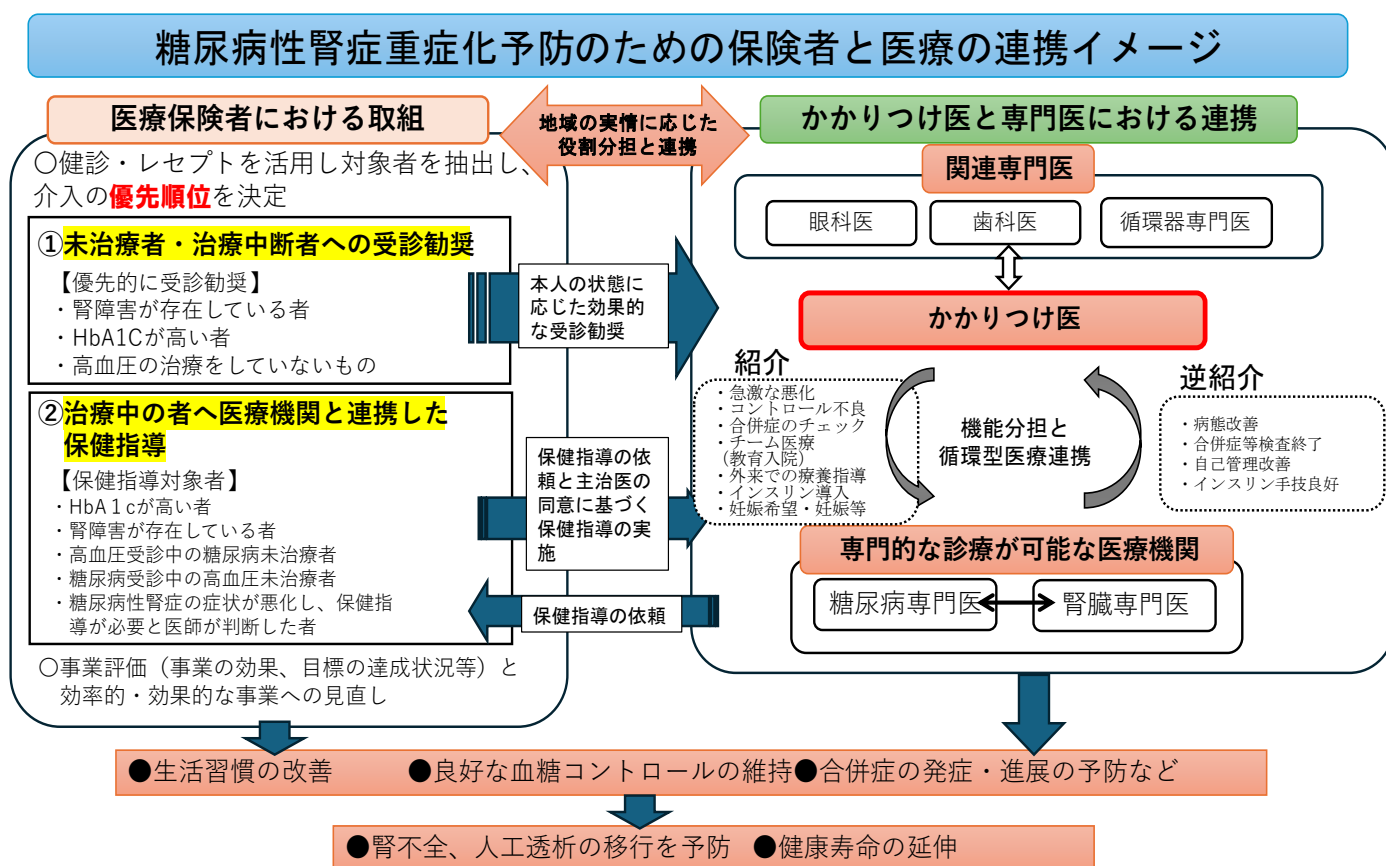
歯周病は血糖コントロールに影響を与え、また糖尿病があると歯周病になりやすく悪化しやすくなることから、定期的、継続的（少なくとも年1回）な歯科受診を勧奨する。

2 医療保険者と医療等との連携について

保険者が糖尿病性腎症重症化予防の取組を進めるにあたっては、地域の医療機関と連携し、地域全体で支援体制を構築することが重要である。特に、対象者の受診勧奨後の治療継続支援や治療中患者への保健指導は、医療機関と連携しながら実施する。保険者は、事業の円滑な実施にむけ、郡市医師会等に事前に事業の目的や内容、医療機関に期待する役割等を説明し、理解と協力を得る。保険者は、事業の実施状況や成果等も共有し、継続的な連携を図ることで、地域全体で糖尿病対策の推進を図る。

糖尿病性腎症重症化予防のための医療保険者と医療等との連携体制に関するイメージを図7に示す。

【図7 糖尿病性腎症重症化予防のための保険者と医療の連携イメージ】

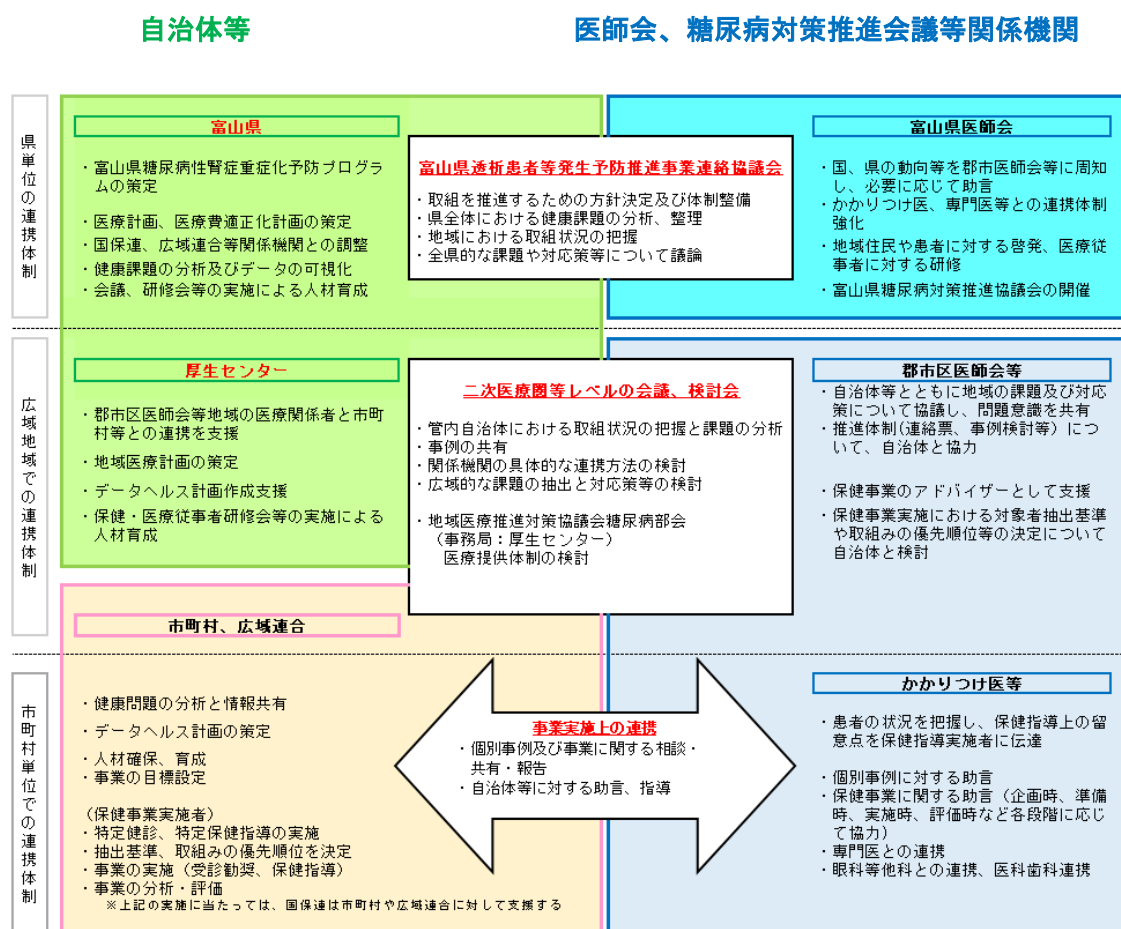


3 関係機関等との連携体制

本県の糖尿病性腎症重症化予防は、CKD対策と糖尿病対策を連動して取り組んでいる。特に、図8のとおり、県全体、二次医療圏及び市町村における連携体制の強化に取り組んでいる。

さらに、CKD対策等と連動して取り組む地域においては、地域の中核病院の専門医、糖尿病療養指導士や腎臓病療養指導士等との具体的な連携方策についての検討が重要となる。

【図8 連携体制】



第4章 糖尿病重症化予防の推進体制

本県では糖尿病性腎症を含めた糖尿病合併症の重症化予防に向けて関係機関の連携体制の強化に取り組んできた（図7）。

1 関係機関の役割

（1）市町村の役割

○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。
- ・健康増進担当課と国保担当課の連携を深め、人材の効率的活用、国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」という。）の知見や人材を活用するなど、柔軟な取組を検討する必要がある。
- ・国民健康保険担当、高齢者医療担当、健康増進担当の各主管部局等との庁内連携体制を整え、定期的な会議の場をもち、事業の共通認識を図る。（事業の意義、効率的な取組方法などを共有）

○地域における課題分析と情報共有

- ・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などの実態を把握する。課題分析や分析結果の解釈に当たっては、地域の関係団体（郡市医師会等）等と連携し、情報共有する。
- ・課題分析においては、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、かかりつけ医機能を有する医療機関や専門医療機関との連携体制の状況など）を明らかにすることも重要である。
- ・郡市医師会や専門医療機関、厚生センター・支所、広域連合等の関係機関と健康課題やそれに対する取組及び事業の目標設定、企画、実施方法、評価について共有する。
- ・後期高齢者の糖尿病性腎症重症化予防については、広域連合と十分な協議を行い、取り組む。また、国保からの継続する課題等について情報を共有する。

○事業計画の立案

- ・郡市医師会等の関係団体と地域の課題・対策について十分に協議し、実施体制の合意形成を図るとともに、より地域の実情に応じた実施に向けての事業計画・対策を立案する。

○事業実施

- ・郡市医師会との協議結果に基づき実施する。また、実施にあたり、事業内容等について郡市医師会へ情報提供するとともに、個々の患者への保健指導については、かかりつけ医と連携して取り組む。
- ・事業実施過程で、事業内容について郡市医師会から助言を受けながら実施する。
- ・事業の実施に当たっては、関係団体による支援や、民間事業者への委託なども検討する。
- ・特定健康診査や後期高齢者健康診査の受診率を高めていくと同時に、未受診者への支援のあり方や支援方法を検討することも重要である。

○事業評価

- ・実施結果を経時的に評価し、PDCAサイクルに基づいて次の事業展開につなげる。

○人材確保・育成

- ・糖尿病性腎症の病態や保健指導の方法、保健事業の企画や地域の医療関係者との連携・協働、データ分析等について、積極的に知識やスキルを得るなど資質向上に努める。また、保健師や管理栄養士等の計画的な人材の確保・育成が重要である。

○他の保険者の保健事業との連携

- ・被保険者は、市町村国保と被用者保険の間を異動することもあるため、被用者保険の取組と連携することも重要である。
- ・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、保険者間の引き継ぎを密にし、継続的な支援や評価を可能にすることが重要である。

(2) 富山県後期高齢者医療広域連合の役割

- ・広域連合は自らのプログラムに基づいた取組を実施するほか、保健事業を市町村へ委託し、市町村国保の保健事業と一体的に実施されるよう調整する。
- ・高齢者の健康状況や医療費等の状況について、健康・医療情報の分析・加工した統計資料や保健事業を実施する際に参考となるデータ等を情報提供し、事業の展開を図る。
- ・都道府県医師会や郡市医師会等関係団体に対しては、広域連合が取組内容を説明し、理解及び協力を得ていくとともに、富山県と連携しながら市町村の支援を行う。

(3) 富山県医師会・郡市医師会等の役割

○協力体制の整備

- ・国、県における動向等を郡市医師会に周知し、必要に応じ助言する。
- ・かかりつけ医と専門医療機関との医療連携を強化し、各医療機関や医師等と連携し必要な取組を行うよう努める。富山県医師会においては、郡市医師会での本プログラム実施を促進する。
- ・各種研修会開催などを通して、医療従事者の資質向上に努める。

○市町村等の取組に対する協力

- ・医療関係団体は、市町村等の糖尿病性腎症重症化予防の取組に対し、取組が円滑かつ効果的なものとなるように、市町村等の求めに応じて実施方法等について助言する等、必要な協力を行う。
- ・富山県糖尿病対策推進会議等の方針のもと、郡市医師会等は各地域での推進体制について市町村と協力する。市町村の域を超えて受療している対象者についても、市町村が域内の対象者と同様の事業を展開できるよう、近隣の郡市医師会等への周知がなされ、協力が図られることが望ましい。
- ・かかりつけ医機能を有する医療機関は、市町村等が行う事業の対象者について、病期判断、合併症の状況やリスクを把握し、対象者本人に説明するとともに、保健指導上の留意点を市町村等に伝えることが求められる。
- ・糖尿病性腎症重症化予防に理解と熱意を持つ専門医等が、継続的に保健事業のアドバイザーとなり、地域医療機関や専門医療機関で透析や糖尿病性腎症、糖尿病の専門的な医療を担当している医師等と相談し、問題意識を共有・体制を

構築することが重要である。

- ・かかりつけ医機能を有する医療機関と連携し、受診勧奨や保健指導へ協力する。

（４）富山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国・県における動向等について、構成団体に周知する。また、医学的・科学的観点から、糖尿病性腎症重症化予防に関する取組について県内自治体への助言・協力を行うとともに、地域住民や患者への啓発、医療従事者への研修等に努める。

（５）県の役割

（本庁における役割）

○地域連携に対する支援

- ・県は、富山県透析患者等発生予防推進事業連絡協議会を開催し、医療連携体制及び保健・医療の連携体制や腎症による透析患者の発生予防に関する検討を行う。
- ・県内の健康課題や保健医療に関する資源の実態等を把握、分析するとともに、市町村や広域連合が、現状分析、計画の立案、評価等を行う際に必要となるデータ等を提供する。
- ・富山県医師会や富山県糖尿病対策推進会議、県が主催する協議会等で本プログラムの県内の取組状況を情報提供するとともに、課題、対策等について討議するなど、円滑な実施を支援する。
- ・市町村や広域連合における事業実施状況を把握しながら支援する。
- ・県内保険者における本プログラム実施状況をフォローする。
- ・各保険者と連携を図り、継続的な事業評価を行う。
- ・被用者保険や広域連合と連携を取り、糖尿病性腎症重症化予防の取組の効果が上がるよう調整する。

○人材育成

- ・県内保険者に所属する保健指導実施者の資質向上などの人材育成・人材確保の推進に努める。

（厚生センターにおける役割）

○所内体制の整備

- ・圏域ごとに関係者連絡会を開催し、本プログラムの取組状況を情報共有するとともに、課題・対策等について検討する。

○地域連携に対する支援

- ・管内市町村における本プログラム実施状況をフォローする。
- ・管内の郡市医師会及び市町村との連携を強化し、管内市町村における取組が円滑に実施できるよう支援する。
- ・地域の実情に応じた医療診療ネットワークが展開されるよう、かかりつけ医、専門医、保険者等と医療圏内での紹介基準等を検討するよう努める。
- ・地域・職域連携推進協議会等を通じて、被用者保険における取組が円滑に実施できるよう支援する。
- ・管内の健康課題等を俯瞰的に分析するとともに、市町村が現状分析や計画の立案、評価等を行う際に必要なデータを提供する。
- ・管内市町村等と連携を図り、事業評価等が円滑に実施されるよう支援する。

○人材育成

- ・研修会開催等を通し、かかりつけ医と専門医療機関との連携の強化並びに保健指導実施者の資質向上に努める。

(6) 富山県保険者協議会の役割

- ・本プログラムを保険者に周知し、保険者による取組を推進するため、保険者を対象に、好事例の横展開や保健指導の質の向上ための研修等を実施するとともに保険者の取組の実態把握や分析に取り組むなど、事業の円滑な実施に努める。

(7) 富山県国民健康保険団体連合会の役割

- ・市町村等に対して、KDB システムの活用によるデータ分析・活用支援や、データヘルス計画策定の際の健康・医療情報による課題抽出、事業実施後の評価分析などにおいて支援する。また、国保連合会に設置されている有識者で構成される保健事業支援・評価委員会の活用を図る。
- ・市町村や広域連合がより効果的・効率的に糖尿病性腎症重症化予防事業に取り組むことができるよう県等と連携し研修を実施する。
- ・取組状況等から支援の必要性があると考えられるが支援を受けていない市町村等に対しても、県と連携して支援する。

(8) その他の医療関係団体等との連携体制

- ・糖尿病の合併症として糖尿病性網膜症、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、医科歯科連携の仕組みを構築し活用する。
- ・地域の健康増進に関する資源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、医療関係団体等は、都道府県、市町村や広域連合に情報共有するなど共に検討する。
- ・薬剤師会においては、服薬期間中の継続的な服薬状況の把握と服薬指導により、治療中断を予防するための仕組みづくりに努めている。特に、地域支援体制加算届出薬局において糖尿病患者へ、調剤後も指導を行うことにより、保健指導の質の向上に資する。
- ・栄養士会においては、地域や医療機関に対して栄養支援を行うとともに、住民の栄養、食生活に関する相談等に応じ、食生活改善や糖尿病重症化予防に努める。
- ・在宅で療養する高齢の糖尿病患者への訪問看護では、かかりつけ医等と連携し、血糖コントロールに必要な支援を行う。

- 資 料 -

- 1 かかりつけ医から専門医・専門医療機関への紹介基準
 - (1) 糖尿病専門医・専門医療機関への紹介基準
 - (2) 腎臓専門医・専門医療機関への紹介基準
 - (3) 糖尿病専門医から腎臓専門医への紹介基準
 - (4) 腎臓専門医から糖尿病専門医への紹介基準
- 2 糖尿病性腎症の定義
- 3 関係機関との連携様式（参考様式 1 ～ 7）
 - 参考様式 1 保健から医療への医師連絡票（受診勧奨者対象）
 - 参考様式 2 保健から医療への保健指導実施確認書
 - 参考様式 3 医療から保健への糖尿病保健指導依頼書
 - 参考様式 4 保健から医療への糖尿病保健指導報告書
 - 参考様式 5 かかりつけ医から専門医への診療情報提供書
 - 参考様式 6 専門医からかかりつけ医への診療情報提供書
 - 参考様式 7 かかりつけ医と歯科医の連携（歯科疾患診療情報提供書）
- 4 県内糖尿病対策事業窓口一覧
- 5 糖尿病対策事業評価指標（第 8 次医療計画より抜粋）
- 6 糖尿病対策事業数値目標（第 8 次医療計画より抜粋）

1 かかりつけ医から専門医・専門医療機関への紹介基準

(1) 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)

1 血糖コントロール改善・治療調整			
○薬剤を使用しても十分な血糖コントロールが得られない場合、あるいは次第に血糖コントロール状態が悪化した場合 (血糖コントロール目標(※1)が達成できない状態が3カ月以上持続する場合は、生活習慣の更なる介入強化や悪性腫瘍などの検索を含めて、紹介が望ましい。) ○新たな治療の導入(血糖降下薬の選択など)に悩む場合。 ○内因性インスリン分泌が高度に枯渇している場合(1型糖尿病。) ○低血糖発作を頻回に繰り返す場合。 ○妊婦へのインスリン療法を検討する場合。 ○感染症が合併している場合。			
目標	血糖正常化を目指す際の目標	合併症予防のための目標	治療強化が困難な際の目標
HbA1c(%)	6.0未満	7.0未満	8.0未満
高齢者については“高齢者糖尿病の血糖コントロール目標”を参照			
2 教育入院			
○食事・運動療法、服薬、インスリン注射、血糖自己測定など、外来で十分に指導ができない場合 (特に診断直後の患者や、教育入院経験のない患者ではその可能性を考慮する。)			
3 慢性合併症			
○慢性合併症(網膜症、腎症(※2)、神経障害、冠動脈疾患、脳血管疾患、末梢動脈疾患など)発症のハイリスク者(血糖・血圧・脂質・体重等の難治例)である場合。 ○上記糖尿病合併症の発症、進展が認められる場合。 ※2 腎機能低下やタンパク尿(アルブミン尿)がある場合は、“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”を参照のこと。			
4 急性合併症			
○糖尿病ケトアシドーシスの場合(直ちに初期治療を開始し、同時に専門医療機関への緊急の移送を図る)。 ○ケトン体陰性でも高血糖(300 mg/dℓ以上)で、高齢者などで脱水徴候が著しい場合(高血糖高浸透圧症候群の可能性があるため速やかに紹介することが望ましい)。			
5 手術			
○待機手術の場合(患者指導と、手術を実施する医療機関への日頃の診療状態や患者データの提供が求められる)。 ○緊急手術の場合(手術を実施する医療機関からの情報提供の依頼について、迅速に連携をとることが求められる)。			

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、かかりつけ医と専門医・専門医療機関で逆紹介や並診等の受診形態を検討する。

出典：日本糖尿病学会HP「かかりつけ医から専門医・専門医療機関への紹介基準」について(2018年2月27日)

(平成29年度 厚生労働科学研究費補助金(「今後の糖尿病対策と医療提供体制の整備のための研究事業」))

(2) 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		尿アルブミン定量(mg/日)		正常	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)		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)		正常 (－)	軽度蛋白尿 (±)	高度蛋白尿 (+～)
		尿蛋白/Cr比(g/gCr)		0.15未満	0.15～0.49	0.50以上
GFR区分 (mL/分 /1.73m ²)	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

上記以外に、3ヶ月以内に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、尿蛋白、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。

出典: 日本腎臓学会「エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2018」

(3) 糖尿病専門医から腎臓専門医への紹介基準（作成：日本糖尿病学会、日本腎臓学会）

1) 主に腎臓専門医による腎疾患の鑑別を目的とした紹介基準

（紹介後は診断結果に応じて併診あるいは糖尿病専門医での糖尿病治療の継続）

- ①糖尿病網膜症を伴わない 0.5 g/gCr 以上の尿蛋白
- ②集学的治療後も遷延する 0.5 g/gCr 以上の尿蛋白
- ③円柱もしくは糸球体型赤血球を伴う顕微鏡的血尿かつ 0.5 g/gCr 以上の尿蛋白
- ④顕性蛋白尿を伴わない腎機能低下（年齢別）
 - 40 歳未満：eGFR 60ml/min/1.73m² 未満
 - 40 歳以上 75 歳未満：eGFR 45 ml/min/1.73m² 未満
 - 75 歳以上：eGFR 45 ml/min/1.73m² 未満で腎機能低下が進行する場合
- ⑤3 カ月以内に eGFR が 30%以上低下する急速な腎機能低下（注釈 1, 2）

2) 主に腎臓専門医による継続管理を目的とした紹介基準（紹介後は腎臓専門医での継続管理あるいは糖尿病専門医との併診加療）

- ①保存期腎不全（eGFR 30ml/min/1.73m² 未満）
- ②ネフローゼ症候群（血清アルブミン値 3.0g/dL 以下かつ尿蛋白 3.5g/gCr 以上）
- ③eGFR 10 ml/min/1.73m²/年以上の腎機能低下
- ④薬物療法が必要な電解質異常（高カリウム血症、高リン血症、低カルシウム血症）や代謝性アシドーシス
- ⑤薬物療法が必要な腎性貧血あるいは ESA 低反応性貧血（複数回の検査で Hb 値 11g/dL 未満）
- ⑥治療抵抗性の体液貯留（心不全・浮腫）や高血圧上記基準を参考に、地域や施設の医療状況を考慮した上で、腎臓専門医への紹介ならびに紹介後の管理体制を判断する。

注釈 1；薬剤(ビタミン D 製剤、NSAIDs、抗癌剤など)、脱水、急速進行性糸球体腎炎、血液疾患、膠原病、悪性腫瘍、感染症に伴う腎障害等の鑑別目的。

注釈 2；急性腎障害(AKI)の診断基準として“48 時間以内に 0.3 mg/dL 以上の Cr 上昇あるいは 7 日間でベースラインより 1.5 倍以上の Cr 上昇”を満たす場合も紹介。

＜上記の基準を参考に施設・地域の医療状況や、社会的リソース・サポート体制などの患者背景を考慮し腎臓専門医への紹介を柔軟に判断する。＞

(4) 腎臓専門医から糖尿病専門医への紹介基準（作成：日本糖尿病学会、日本腎臓学会）

1) 糖尿病治療の大幅な変更等が望まれる場合の紹介基準

（紹介後は診断結果に応じて併診あるいは腎臓専門医での腎臓病治療の継続）

- ①血糖コントロール不良が一定期間持続する場合※1
- ②糖尿病治療の見直しを要する場合※2
- ③糖尿病急性増悪の場合 もしくは急性合併症※3
- ④周術期あるいは手術にそなえて血糖コントロールを必要とする場合
- ⑥ 糖尿病の患者教育が改めて必要になった場合※4

※1 通常は HbA1c8.0%以上、高齢者については HbA1c8.5%以上が3カ月以上持続することを目安とする。

※2 腎機能低下に伴う薬剤効果増強に起因する低血糖を防止する場合（SU薬やインスリン療法の用量調整）、メトホルミン製剤の使用を見直す場合など

※3 ステロイド使用や、膵疾患（膵癌、膵摘出後）、感染症に伴い血糖値の急激な悪化を認めた場合、あるいは糖尿病ケトアシドーシス、高血糖高浸透圧症候群、乳酸アシドーシスなどの急性代謝失調状態

※4 糖尿病の基本的な疾患概念や、他の糖尿病合併症（網膜症・神経障害・大血管障害）に対する患者教育が改めて必要になった場合など

2) 糖尿病専門医による糖尿病の継続管理が望ましいと考えられる場合の紹介基準

（紹介後は両専門医による継続的な併診加療を含めて検討）

- ① 内因性インスリン分泌が高度に枯渇している可能性がある場合※5

※5 1型糖尿病、低血糖を頻回に繰り返す症例、ブリットル糖尿病（血糖変動が顕著）、膵切除後症例、末期腎不全においても空腹時血中Cペプチド $\leq 0.5\text{ng/ml}$ の症例など

＜上記の基準を参考に施設・地域の医療状況や、社会的リソース・サポート体制などの患者背景を考慮し糖尿病専門医への紹介を柔軟に判断する。＞

2 糖尿病性腎症の定義

【糖尿病性腎症病期分類 2023 と C K D 重症度分類との関係】

アルブミン尿区分			A1	A2	A3
			正常アルブミン尿	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿
尿中アルブミン・クレアチニン比 (mg/g)			30 未満	30 ~ 299	300 以上
尿蛋白・クレアチニン比 (g/g)					0.50 以上
GFR 区分 (mL/分/1.73㎡)	G1	≥ 90	正常 アルブミン尿期 (第1期)	微量 アルブミン尿期 (第2期)	顕性 アルブミン尿期 (第3期)
	G2	60 ~ 89			
	G3a	45 ~ 59			
	G3b	30 ~ 44			
	G4	15 ~ 29	GFR 高度低下・末期腎不全期 (第4期)		
	G5	< 15			
	透析療法中あるいは腎移植後		腎代替療法期 (第5期)		

出典：日本腎臓学会誌「委員会報告糖尿病性腎症病期分類2023の策定」

【糖尿病性腎症病期分類】

健診の尿検査(尿蛋白)での 尿中アルブミン量の目安 ^{注4}	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) ¹	GFR(eGFR) ^{注3} (推算糸球体濾過量) (mL/分/1.73 m ²)
尿蛋白(ー)	第1期	正常アルブミン尿(30未満)	30 以上
尿蛋白(±)	第2期 ²	微量アルブミン尿(30~299)	30 以上
尿蛋白(+)以上	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
(血清クレアチニン検査の 結果で把握)	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(日本腎臓学会誌 2023 ; 65(7) : 847-856 糖尿病性腎症病期分類2023の策定 糖尿病性腎症合同委員会・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：GFR 60 mL/分/1.73m²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4：あくまでも目安であり、健診の尿検査(尿蛋白)では、病期の判断はできない。正確な病期の判定は、医療機関で行う。

参考様式 1

年 月 日

主治医

御机下

市町村名

保健指導担当課長名

患者氏名		男・女	生年月日		年	月	日(歳)
住 所				電話番号			
既往歴	☐ なし ☐ あり { ☐ 高血圧症 ☐ 脂質異常症 ☐ 心疾患 ☐ その他()						
健診結果	特定健康診断受診日 年 月 日 身長 _____ cm 体重 _____ kg BMI _____ 血圧 ____ / ____ mmHg 中性脂肪 _____ mg/dl HDLコレステロール _____ mg/dl LDLコレステロール _____ mg/dl GOT _____ IU/l GPT _____ IU/l γ-GTP _____ IU/l HbA1c _____ % 尿糖(____) 尿蛋白(____) eGFR _____ ml/分/1.73m² ※これまでの健診結果について						
未受診の理由							
生活状況	<家族背景> <就業状況> ☐就業あり(仕事内容:_____) ☐就業なく(家庭での役割:_____) <1日の生活の流れ> <その他>						
受診勧奨時指導内容							
特記事項等	☐ HbA1c 6.5%以上 ☐ eGFR低下 ☐ 蛋白尿陽性						

担当者名

TEL:

※なお、今後継続的な指導が必要な場合は、様式3「医療から保健への糖尿病保健指導依頼書」によりご連絡ください。

平成29年3月改訂

保健から医療への保健指導実施確認書

年 月 日

医療機関名

主治医

御机下

富山県糖尿病性腎症重症化予防プログラムで定めた、「糖尿病性腎症患者に対する保健指導」の選定基準（裏面基準参照）に基づき、特定健康診査の結果、貴院に通院中の下記の方が該当となりましたので、保健師等による保健指導実施の必要性について確認するためご連絡いたします。

保健指導の必要性について、下記の「保健指導を依頼します」もしくは「保健指導を依頼しません」にチェックの上、ご返送いただきますよう、お願いいたします。

なお、「保健指導が必要」な場合は、事前に患者様の同意をお取りいただいた上、様式3「医療から保健への糖尿病保健指導依頼書」とともに本書をご返送いただきますよう、お願いいたします。

市町村名

担当者名

TEL

患者氏名	男・女	生年月日	昭和・平成	年	月	日（ 歳）
住 所	電話番号					
健診結果	特定健康診査受診日 年 月 日					
	身長 _____ cm		体重 _____ kg		BMI _____ ・ 血圧 _____ / _____ mmHg	
	中性脂肪 _____ mg/dl		HDLコレステロール _____ mg/dl		LDLコレステロール _____ mg/dl	
	GOT _____ IU/l		GPT _____ IU/l		γ-GTP _____ IU/l	
	HbA1c _____ %		尿糖（ _____ ）		尿蛋白（ _____ ）	
			eGFR _____ ml/分/1.73未満			
※これまでの健診結果について						

..... <以下医療機関記入>

市町村衛生主管課長 様

医療機関名

住 所

主 治 医

上記の患者様について

☐ 保健指導を依頼します

（以下についてご記入ください）

* 保健指導を受けることに関する患者様の同意日（ 年 月 日）

☐ 保健指導を依頼しません

（以下についてご記入ください）

* 依頼しない理由

※ 現在の治療状況及び詳細な保健指導依頼内容につきましては別紙（様式3）をご記入の上、本書とともにお送りいただきますようお願いいたします。

令和8年4月15日改訂

(様式 1、2 裏面) 「富山県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」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		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 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

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

医療から保健への糖尿病保健指導依頼書

年 月 日

保健指導担当課(担当者)

様

医療機関名

主治医

TEL

以下のとおり保健指導を依頼します。

患者氏名	男・女	生年月日	年 月 日 (歳)		
住 所		電話番号		職業	
糖尿病 罹症期間	約 年 (昭・平・令 年 発症・発見)				
診 断 名	糖尿病 : ☐ 2型 ☐ 1型 ☐ その他 ☐ 境界型・耐糖能異常				
	糖尿病腎症: ☐ あり (2期・3期・4期) ☐ なし				
	<その他の合併症等について> ☐ 高血圧 ☐ 脂質異常症 ☐ 心疾患 () ☐ その他の糖尿病合併症等 ()				
保健指導 依頼内容	☐ 生活状況(環境、食事、運動等)の把握				
	☐ 食事指導 ☐ 血圧管理 ☐ 禁煙指導				
	☐ 服薬管理 () ☐ 運動指導 ()				
	☐ 衛生管理 () ☐ 低血糖、シックデイ指導 ()				
	☐ 福祉サービス等に関する情報提供 ☐ その他 ()				
治療内容	☐ 運動・食事療法 ☐ 内服治療 ☐ インスリン注射 ☐ その他 ()				
	■食事療法: ☐ 糖尿病食(標準体重に応じた適正なエネルギーの指導を依頼)				
	☐ 糖尿病 () 単位食・ () kcal				
	☐ 塩分制限 ☐ たんぱく質制限				
	☐ カリウム制限 ☐ 水分制限				
血糖 コントロール	年 月 日実施				
	HbA1c _____ % 血糖値(空腹時) _____ mg/dl 血糖値(随時) _____ mg/dl				
	身長 _____ cm 体重 _____ kg BMI _____ 血圧 _____ / _____ mmHg				
	総コレステロール _____ mg/dl LDLコレステロール _____ mg/dl HDLコレステロール _____ mg/dl				
	中性脂肪 _____ mg/dl AST _____ IU/l ALT _____ IU/l				
検査結果※	血清Cr _____ mg/dl 尿中アルブミン _____ mg/gCr 尿蛋白 ()				
	eGFR _____ ml/分/1.73m ²				
	連絡事項				

上記情報はわかる範囲でお願いします。

検査結果(※)はデータコピーの添付でも差支えありません。

保健から医療への糖尿病保健指導報告書

年 月 日

医療機関名

主治医 御机下

ご紹介いただきました下記の方の保健(栄養)指導を実施しましたので報告いたします。

市町村名

保健指導担当課長名

患者氏名	男・女	生年月日	年 月 日 (歳)
住 所	電話番号		
保健指導 実施日	年 月 日	指導対象	☐ 本人のみ ☐ 本人・家族 ☐ 家族のみ
指示内容	食事療法: ☐ 糖尿病 () 単位食・ () kcal ☐ 塩分制限 ☐ たんぱく質制限 ☐ カリウム制限 ☐ その他 () 運動療法: ☐ 制限なし ☐ 制限あり () そ の 他:		
指導にあ たっての 問診情報	< 家族背景 > < 就業状況 > ☐ 就業あり (仕事内容:) ☐ 就業なし (家庭での役割:) < 1 日の生活の流れ > < 食事 > ・食事時間 朝食 時 (分) 昼食 時 (分) 夕食 時 (分) ・家庭での主な調理担当者 (本人・妻・夫・嫁・その他) ・外食・惣菜利用 (回 / 週) ・偏食 ☐ なし ☐ あり (具体的に) ・1 食あたりの主食分量 ご飯 杯 パン 枚 ・1 日あたりの肉・魚等摂取状況: (肉 回・魚 回・卵 回・大豆 回) ・食塩摂取状況 (1 日の味噌汁摂取回数、漬物摂取回数・量 等) () ・嗜好品 タバコ 本 / 日 飲酒 合 / 日 ・間食 ☐ なし ☐ あり (具体的に) ・その他 < 定期的な運動 > ☐ 未実施 ☐ 実施 (具体的な内容) < その他 >		
指導内容			
問 題 点			
今後の方針 ※	☐ 終了 (本人の希望があれば相談に応じていく) ☐ 継続指導予定 (ヶ月後) ☐ その他 ()		
連絡事項			

※治療の継続及び中止等保健指導についてのご指示等
ございましたら、ご連絡をお願いいたします。

保健指導担当者名

TEL:

平成 29 年 3 月改訂

かかりつけ医から専門医への診療情報提供書

参考様式 5

年 月 日

<紹介先医療機関>

病院・医院
科 先生 侍史

<紹介元医療機関>

医師名 印
TEL

患者氏名	男 ・ 女	生年月日	年 月 日 (歳)												
住 所		電話番号													
健康保険証	記号	番号													
糖尿病 罹症期間	約 年 (昭・平・令 年 発症 ・ 発見)														
診 断 名	☐ 糖尿病(2型 1型 その他) ☐ 境界型・耐糖能異常 ☐ 糖尿病腎症(第 期) ☐ 高血圧 ☐ 脂質異常症 ☐ 心疾患() ☐ その他()														
紹介目的	☐ 初発、初回 ☐ 急激な悪化 ☐ 血糖コントロール不良 ☐ 合併症チェック ☐ 教育入院 ☐ 生活指導・栄養指導 ☐ インスリン導入 ☐ 糖尿病合併妊娠 ☐ その他()														
紹 介 歴	☐ 初診 ☐ 再診(前回 平成 年 月)														
経 過	☐コントロール状況:HbA1c % <参考> <table border="1"> <thead> <tr> <th>目標</th> <th colspan="3">血糖コントロール</th> </tr> <tr> <th>成人の場合の目標値であり、妊娠例は除く</th> <th>血糖正常化を目指す際の目標 注1)</th> <th>合併症予防のための目標 注2)</th> <th>治療強化が困難な際の目標 注3)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>HbA1c (%)</td> <td>6.0 未満</td> <td>7.0 未満</td> <td>8.0 未満</td> </tr> </tbody> </table> 注1) 基本治療(食事・運動)だけで達成可能、または薬物療法中でも低血糖などの副作用なく達成可能な場合。 注2) 合併症予防の観点からHbA1cの目標値を7%未満とする。対応する血糖値は、空腹時血糖値130mg/dl未満、食後2時間血糖値180mg/dl未満をおおよその目安とする。 注3) 低血糖などの副作用、その他の理由で治療の強化が難しい場合。 ※検査データ等添付資料 ☐ あり			目標	血糖コントロール			成人の場合の目標値であり、妊娠例は除く	血糖正常化を目指す際の目標 注1)	合併症予防のための目標 注2)	治療強化が困難な際の目標 注3)	HbA1c (%)	6.0 未満	7.0 未満	8.0 未満
目標	血糖コントロール														
成人の場合の目標値であり、妊娠例は除く	血糖正常化を目指す際の目標 注1)	合併症予防のための目標 注2)	治療強化が困難な際の目標 注3)												
HbA1c (%)	6.0 未満	7.0 未満	8.0 未満												
治療内容	<食事療法> ☐ 不明 ☐ 指示あり【糖尿病()単位食・()kcal】 <薬物療法> <その他>														
連絡事項															

専門医からかかりつけ医への診療情報提供書

年 月 日

<紹介先医療機関>

病院・医院

<紹介元医療機関>

科

先生 御侍史

病院

医師名

印

Tel

患者氏名	男 ・ 女	生年月日	年 月 日 (歳)
住 所	電話番号		
健康保険証	記号 番号		
診 断 名	☐ 糖尿病 ☐ 境界型・耐糖能異常 ☐ 糖尿病合併症(網膜症・腎症・神経障害) ☐ 高血圧 ☐ 脂質異常症 ☐ 心疾患() ☐ その他()		
紹介目的	☐ 治療の継続 ☐ その他()		
経 過	 ※検査データ・指導報告書等添付資料 ☐ あり		
治療内容	食事療法: 糖尿病()単位食 ・ ()kcal その他() 運動療法: ☐ 制限なし ☐ 制限あり() 薬物療法		
連絡事項	☐ 次回、当院受診()ヶ月後要 ☐ その他()		

糖尿病診療情報提供書（歯科）

紹介先

病院・医院

先生

患者氏名

様（男・女）明・大・昭・平・令

年

月

日生（

才）

全身所見

【診断名】 糖尿病（2型・1型・その他・妊娠糖尿病）

合併症 1 糖尿病網膜症 : (あ り ・ な し ・ 不 明)
 2 糖尿病腎症 : (あ り ・ な し ・ 不 明)
 3 糖尿病神経症 : (あ り ・ な し ・ 不 明)
 4 高血圧症 : (あ り ・ な し)
 5 心血管疾患 : (あ り ・ な し ・ 不 明)
 6 その他 : ()

【糖尿病罹症期間】 約 年（昭・平・ 年 発症・発見）

【治療】 未治療・食事療法のみ・経口薬・インスリン・その他（

【検査所見】

日 付（月／日）	／	／	／
空腹時血糖値 mg/dl			
食後（ 時間）血糖値 mg/dl			
HbA1c（NGSP） %			
HbA1c（JDS） %			

【コントロール】 優 ・ 良 ・ 可 ・ 不良 ・ 不可

【歯科治療上の留意点等特記事項】

年 月 日

病院・医院

科 医師名

口腔内所見

【現症・検査・診断】

1 口腔清掃状態 : 良 好 ・ 普 通 ・ 不 良 （PCR %）
 2 歯肉の状態 : 良 好 ・ 普 通 ・ 不 良
 3 歯周病の程度 : 歯周炎（重 度・中等度・軽 度） ・ 歯肉炎 ・ 異常なし
 4 歯周病治療歴 : あ り ・ な し ・ 治 療 中
 5 その他 : ()

【今後の治療方針】

1 ブラッシング指導 2 スケーリング
 3 スケーリング・ルートプレーニング（SRP） 4 歯周外科治療
 5 定期的管理 6 その他（

【次回治療予定日】

年

月

日

ヵ月後

【特記事項】

年 月 日

歯科

歯科医師名

4 県内糖尿病対策事業窓口一覧

(1) 市町村窓口

	市町村名	所 属	住 所	電話番号	FAX
1	朝 日 町	保健センター	〒939-0741 下新川郡朝日町荒川262-1	0765-83-3309	0765-83-3309
2	入 善 町	元気わくわく健康課	〒939-0642 下新川郡入善町上野2793-1	0765-72-0343	0765-72-5082
3	黒 部 市	健康増進課	〒938-8555 黒部市三日市1301	0765-54-2411	0765-54-2519
4	魚 津 市	健康センター	〒937-0041 魚津市吉島1165	0765-24-3999	0765-24-3684
5	滑 川 市	市民健康センター	〒936-0056 滑川市田中新町127	076-475-8011	076-475-8243
6	上 市 町	保健センター	〒930-0361 中新川郡上市町湯上野1176	076-473-9355	076-473-9356
7	舟 橋 村	健康福祉課	〒930-0295 中新川郡舟橋村仏生寺55	076-464-1122	076-464-1066
8	立 山 町	保健センター	〒930-0229 中新川郡立山町前沢新町1169	076-463-0618	076-463-9011
9	富 山 市	保健所地域健康課 (糖尿病予防)	〒939-8588 富山市蜷川459-1	076-428-1153	076-428-1150
		保険年金課 (腎症重症化予防)	〒930-8510 富山市新桜町7-38	076-443-2064	076-443-1260
10	高 岡 市	健康増進課	〒933-0045 高岡市本丸町7-25	0766-20-1345	0766-20-1347
11	射 水 市	健康推進課	〒939-0241 射水市中村38	0766-52-7070	0766-52-7071
12	氷 見 市	健康・医療対策課	〒935-0011 氷見市中央町12-21	0766-74-8062	0766-74-8257
13	砺 波 市	健康センター	〒939-1395 砺波市新富町1-61	0763-32-8062	0763-32-7059
14	南 砺 市	健康課	〒932-0293 南砺市北川166-1	0763-23-2027	0763-23-4657
15	小矢部市	健康福祉課	〒932-0821 小矢部市鷺島15	0766-67-8605	0766-67-8602
		市民課	〒932-0821 小矢部市本町1-1	0766-67-1760	0766-68-2171

(2) 関係機関窓口

	名称	住 所	電話番号
1	富山県後期高齢者医療広域連合	〒939-2798 富山市婦中町速星754 富山市婦中行政サービスセンター5階	076-465-7505
2	富山県国民健康保険団体連合会	〒930-8538 富山市下野字豆田995-3 富山県市町村会館内	076-431-9829

(3) 県・厚生センター窓口

	名称	所管市町村	住 所	電話番号
1	富山県健康課	県全域	〒930-8501 富山市新総曲輪1-7	076-444-3224
2	新川厚生センター 本所	黒部市・入善町・朝日町	〒938-0025 黒部市堀切新343	0765-52-2647
3	新川厚生センター 魚津支所	魚津市	〒937-0875 魚津市本江1397	0765-24-0359
4	中部厚生センター 本所	滑川市・上市町・舟橋村・立山町	〒930-0355 中新川郡上市町横法音寺40	076-472-0637
5	高岡厚生センター 本所	高岡市	〒933-8523 高岡市赤祖父211	0766-26-8415
6	高岡厚生センター 射水支所	射水市	〒939-0351 射水市戸破1875-1	0766-56-2666
7	高岡厚生センター 氷見支所	氷見市	〒935-0021 氷見市幸町34-9	0766-74-1780
8	砺波厚生センター 本所	砺波市・南砺市	〒939-1506 南砺市高儀147	0763-22-3512
9	砺波厚生センター 小矢部支所	小矢部市	〒932-0833 小矢部市綾子5532	0766-67-1070

5 糖尿病対策事業評価指標（富山県医療計画（2024（令和6）年3月改定版）より抜粋）

指標名及び指標の説明	国	現状 (直近)	参考値 (コロナ前)	出典等
糖尿病の年齢調整死亡率 (人口10万対)	男13.9 女 6.9	男13.7 女6.0	—	人口動態統計特殊報告（2020年）
特定健康診査受診率	56.2%	62.9%	61.7% (2019年)	特定健康診査・特定保健指導に関するデータ（2021年）
特定保健指導実施率	24.7	29.6%	29.3% (2019年)	特定健康診査・特定保健指導に関するデータ（2021年）
糖尿病患者の年齢調整外来受療率（人口10万対）	92.0	88.7	85.0 (2017年)	患者調査（2020年）
糖尿病専門医が在籍する医療機関数（人口10万対）	3機関	4機関	-	日本糖尿病学会 HP（2022年）
腎臓専門医が在籍する医療機関数 (人口10万対)	2.3機関	3機関	-	腎臓専門医県別人数（日本腎臓学会 HP）（令和5年1月31日現在）
歯周病専門医が在籍する医療機関数（人口10万人対）	0.8機関	0.7機関	-	歯周病専門医の認定状況（日本歯周病学会 HP）（令和5年12月31日現在）
糖尿病療養指導士が在籍する医療機関数（人口10万対）	4.1機関	5.7機関	-	日本糖尿病療養指導士認定機構 HP（2022年）
1型糖尿病に対する専門的治療を行う医療機関数 (人口10万対)	1.2機関	2.2機関	2.15機関 (2019年)	NDB（2021年）
妊娠糖尿病・糖尿病合併妊婦に対する専門的治療を行う医療機関数	1,273機関	11機関	-	NDB（2021年）
HbA1c もしくは GA 検査の実施割合	95.7%	96.1%	-	NDB（2021年）
インスリン治療の実施割合	12.1%	13.4%	-	NDB（2021年）
糖尿病透析予防指導もしくは糖尿病合併症管理の実施割合	0.8%	1.5%	-	NDB（2021年）
外来栄養食事指導料の実施割合	5.1%	6.0%	-	NDB（2021年）

重症低血糖の発生 (糖尿病患者 1 年当たり)	0.7%	0.6%	-	N D B (2021年)
糖尿病網膜症に対する専門的治療を行う医療機関数 (人口 10 万対)	5.2機関	6.0機関	-	N D B (2021年)
糖尿病性腎症に対する専門的治療を行う医療機関数 (人口 10 万対)	0.9機関	2.1機関	-	N D B (2021年)
糖尿病足病変に対する専門的治療を行う医療機関数 (人口 10 万対)	1.6機関	2.6機関	-	N D B (2021年)
眼底検査の実施割合	40.0%	38.8%	-	N D B (2021年)
尿中アルブミン・尿蛋白定量検査の実施割合	18.4%	11.5%	-	N D B (2021年)
クレアチニン検査の実施割合	88.3%	85.2%	-	N D B (2021年)
治療が必要な糖尿病網膜症の発生 (糖尿病患者1年当たり)	1.6%	2.0%	-	N D B (2021年)
糖尿病治療を主にした入院の発生 (DKA・昏睡・低血糖等に限定) (糖尿病患者1年当たり)	213.1	244.1	-	N D B (2021年)
糖尿病患者の下肢切断の発生 (糖尿病患者1年当たり)	61.1	46.1	-	N D B (2021年)
糖尿病性腎症による新規人工透析導入患者数	15,271人	141人	133人 (2019年)	わが国の慢性透析療法の現況 (日本透析医学会) (2021年)
N D B : 厚生労働省レセプト情報・特定健診等情報データベース (ナショナルデータベース)				

6 糖尿病対策事業数値目標（富山県医療計画（2024（令和6）年3月改定版）より抜粋）

指標名及び指標の説明	現状	国	2029年	出典等
糖尿病の年齢調整死亡率 （人口10万人対）	男 13.7 女 6.0	男 13.9 女 6.9	全国平均以下 を維持しつつ 低下	人口動態統計特殊報告 （2020年）
特定健康診査受診率	62.9%	56.2%	70%	特定健康診査・特定 保健指導に関するデー タ（2021年）
特定保健指導実施率	29.6%	24.7%	45%	特定健康診査・特定 保健指導に関するデー タ（2021年）
糖尿病性腎症による 新規人工透析導入患者数	141人	15,271人	減少	わが国の慢性透析療 法の現況（日本透析医 学会）（2021年）
1型糖尿病患者に対する 専門的治療を行う医療機 関数（人口10万対）	2.2機関	1.2機関	現状維持	NDB（2021年）
HbA1C もしくはGA 検査 の実施割合	96.1%	95.7%	増加	NDB（2021年）
眼底検査の実施割合	38.8%	40.0%	増加	NDB（2021年）
尿中アルブミン・尿蛋白 定量検査の実施割合	11.5%	18.4%	増加	NDB（2021年）

NDB：厚生労働省レセプト情報・特定健診等情報データベース（ナショナルデータベース）

富山県透析患者等発生予防推進事業連絡協議会設置要綱

(目的)

第1条 糖尿病や慢性腎症による透析患者等の発生予防を図ることを目的として、富山県透析患者等発生予防推進連絡協議会（以下「協議会」という。）を設置する。

(所掌事項)

第2条 協議会は、次の各号に掲げる事項について協議する。

- (1) 医療連携体制及び保健・医療の連携体制に関すること。
- (2) 腎症による透析患者等の発生予防に関すること。

(組織)

第3条 協議会は、委員30人以内で組織する。

(委員)

第4条 協議会は、次に掲げる者から厚生部長（以下「部長」という。）が委嘱する。

- (1) 各医療圏域の専門医療機関を代表する者
- (2) 富山県医師会を代表する者
- (3) 各医療圏域の医師会を代表する者
- (4) 関係団体、行政機関の職員
- (5) 必要に応じて関係機関を代表する者

2 委員の任期は、2年とする。ただし、補欠の委員の任期は前任者の残任期間とする。

3 委員は、再任されることができる。

(委員長等)

第5条 協議会に委員長及び副委員長を置き、委員長は委員が互選し、副委員長は委員長が指名する。

2 委員長は、会議を進行する。

3 委員長が出席できないときは、副委員長がその職務を代理する。

(会議)

第6条 協議会は、部長が招集する。

2 協議会は、必要に応じて、委員以外の者から意見を聴取することができる。

(ワーキンググループ)

第7条 協議会の下部組織として第2条に掲げる事項について専門的検討を行うためワーキンググループを設置することができる。

2 ワーキンググループの長は、協議会の委員のうちから委員長が指名する。

3 ワーキンググループのメンバーは、ワーキンググループの長が指名する。

(庶務)

第8条 協議会の庶務は、富山県厚生部健康課で処理する。

(細則)

第9条 この要綱に定めるもののほか、協議会の運営に関し必要な事項は、委員長が会議に諮って定める。

附則

この要綱は、平成21年10月21日から施行する。

附則

この要綱は、平成25年7月1日から施行する。

附則

この要綱は、平成26年4月1日から施行する。

富山県透析患者等発生予防推進事業連絡協議会委員名簿

令和8年3月時点

		所属	役職	氏名
専門医療機関・医師会	全 県	富山県医師会	理事	寶田 茂
		富山県内科医会	顧問	若栗 宣人
		富山県歯科医師会	専務理事	佐渡 忠司
	新 川	黒部市民病院	糖尿病・内分泌内科部長	毛利 研祐
		下新川郡医師会	副会長	川瀬 紀夫
		魚津市医師会	理事	平野 真澄
	富 山	富山市民病院	富山市病院事業管理者	石田 陽一
		富山市医師会	会長	舟坂 雅春
		富山県立中央病院	内科（内分泌・代謝内科） 部長	吉澤 都
		富山大学	准教授	藤坂 志帆
		中新川郡医師会	理事	宮本 市郎
		滑川市医師会	理事	荒川 志朗
	高 岡	高岡市民病院	内科 主任部長	東 滋
		高岡市医師会	会員	酒井 成
		射水市医師会	会員	平谷 和幸
		氷見市医師会	副会長	福田 一仁
	砺 波	市立砺波総合病院	内科部長	早川 哲雄
		砺波医師会	理事	大澤 謙三
		南砺市医師会	理事（副会長）	鷹西 敏雄
		小矢部市医師会	理事	井上 亮
保健関係団体	医療・	富山県薬剤師会	会長	西尾 公秀
		富山県看護協会	会長	岡本 里美
		富山県栄養士会	会長	甲村 亮二
		富山県市町村保健師研究連絡協議会	会長	金兵 留美
医療保険者 (富山県保険者協議会)		健康保険組合連合会富山連合会	副会長	吉野 幹典
		全国健康保険協会富山支部	企画総務部長	溝渕 文宏
		富山県国民健康保険団体連合会	国保事業運営委員会委員長	吉村 正一
		富山県後期高齢者医療広域連合	事業課 課長	鎧塚 英樹
行政		厚生センター所長・支所長会	代表	長瀬 博文

富山県透析患者等発生予防推進ワーキンググループ設置要綱

(目的)

第1条 糖尿病及び慢性腎症患者の医療連携体制及び保健・医療の連携体制を専門的に検討するため富山県透析患者等発生予防推進ワーキンググループ（以下「ワーキング」という）を設置する。

(所掌事項)

第2条 ワーキングは、次の各号に掲げる事項について検討する。

- (1) 医療連携体制、保健・医療連携体制に関すること。
- (2) 医療・保健支援体制マニュアルに関すること。
- (3) その他、透析患者等発生予防の推進に必要なこと。

(組織)

第3条 ワーキングは、次に掲げる者により構成する。

- (1) 各医療圏域の専門医療機関を代表する者
- (2) 各医療圏域の医師会を代表する者
- (3) 行政機関の職員
- (4) 必要に応じて関係機関を代表する者

(任期)

第4条 メンバーの任期は、2年とする。ただし、補欠のメンバーの任期は、前任者の残任期間とする。

2 メンバーは、再任を妨げない。

(役員)

第5条 ワーキングに座長を置く。

2 座長は協議会の委員のうちから協議会の委員長が指名する。

(庶務)

第6条 ワーキングの庶務は、富山県厚生部健康課で行う。

(細則)

第7条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、別に定める。

附則

この要綱は、平成21年11月9日から施行する。

附則

この要綱は、平成25年7月1日から施行する。

富山県透析患者等発生予防推進ワーキンググループ委員名簿

令和8年3月時点

区分	所 属	役 職	氏 名
医師会・専門医療機関・関係団体	全県	富山県医師会	理事 寶田 茂
		富山県眼科医会	会員 丸山 和一
	新川	下新川郡医師会	理事 高櫻 明子
		黒部市民病院 (糖尿病専門医)	糖尿病・内分泌内科部長 毛利 研祐
		黒部市民病院 (腎臓専門医)	腎臓・リウマチ内科部長 吉本 敬一
	富山	富山市医師会	理事 山本 宏樹
		富山大学 (糖尿病専門医)	准教授 藤坂 志帆
		富山県立中央病院 (糖尿病専門医)	内科（内分泌・代謝内科） 部長 吉澤 都 (委員長)
		富山市民病院 (腎臓専門)	腎臓内科部長 大田 聡
	高岡	高岡市医師会	会員 酒井 成
		済生会高岡病院 (糖尿病専門医)	内科部長 高野 敦子
		厚生連高岡病院 (糖尿病専門医)	糖尿病・内分泌代謝内科 診療部長 島 孝佑
		高岡市民病院 (腎臓専門医)	内科部長 中濱 克之
	砺波	市立砺波総合病院 (糖尿病専門医)	内科部長 早川 哲雄
		北陸中央病院 (腎専門医)	医務局長 武藤 寿生
		砺波医師会	理事 大澤 謙三
	全県	富山県歯科医師会	専務理事 佐渡 忠司
		富山県薬剤師会	副会長 増田 晶彦
保険者		全国健康保険協会富山支部	保健専門職 手塚 昌子
		富山県後期高齢者医療広域連合	保健推進員 越坂 裕子
		富山市福祉保健部保険年金課	係長 伊藤 純子
行政		高岡市福祉保健部健康増進課	係長 橘 美里
		厚生センター所長・支所長会	代表 長瀬 博文

引用・参考文献

○糖尿病治療ガイド 2024

編著：日本糖尿病学会 刊行：文光堂

○糖尿病診療ガイドライン 2024

編著：日本糖尿病学会 刊行：南江堂

○高齢者糖尿病診療ガイドライン 2023

編著：日本糖尿病学会・日本老年医学会 刊行：文光堂

○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 刊行：東京医学社

○CKD診療ガイド 2024

編集：日本腎臓学会 刊行：東京医学社

○高血圧治療ガイドライン 2025

編集：日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会 発行：日本高血圧学会

○高齢者高血圧診療ガイドライン 2017

編集：日本老年医学会

○高齢者脂質異常症診療ガイドライン 2017

○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

○糖尿病性腎症重症化予防に関する事業実施の手引き

厚生労働省保険局国民健康保険課 令和6年3月

○高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン（第3版）

厚生労働省保険局高齢者医療課 令和6年3月

第1版 平成29年3月30日
第2版 平成29年7月26日
第3版 令和2年3月26日
第4版 令和8年4月15日