

可児市糖尿病性腎症・慢性腎臓病（CKD）重症化予防プログラム

平成29年4月施行

令和3年1月改定

令和7年3月改定

可児医師会
可児市

1 目的

糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者および治療中断者について、関係機関からの適切な受診勧奨、保健指導を行うことにより継続的に治療に結びつけるとともに、糖尿病性腎症等で通院する患者のうち、重症化するリスクの高い者に対して医療機関と連携して保健指導等を行い、良好な血糖コントロールの維持、合併症の発症・進展を予防する。また、慢性腎臓病（CKD）についても健診結果から腎機能が低下している者を抽出し、早期受診や病診連携を強化することで、腎不全や人工透析への移行を予防することによって、市民の健康増進と医療費の適正化を図る。

2 関係者の役割

(1) 可児市(以下「市」という。)の役割

- 国民健康保険担当課や健康増進担当課等の担当者による庁内連携体制を整え、定期的な会議の場を持ち、糖尿病性腎症・慢性腎臓病（CKD）重症化予防事業に取り組む意義について共通認識を持つものとする。
- 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を分析し、取組の優先順位等を考慮して事業計画を立案する。
- 課題分析や分析結果の解釈、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るため、医師会に連携体制構築のための協力を依頼する。また、かかりつけ医と連携した取組になるよう、事業の実施時のみならず、事業の企画時や準備時、評価時など様々な時点で関係機関と細かく相談し、情報共有に努める。
- 事業実施にあたっては、岐阜県糖尿病対策推進協議会、岐阜県国民健康保険団体連合会等の助言・支援を受ける。
- 実施した取組については、その結果の評価・分析を行い、PDCAサイクルの考え方に基づき次期の事業展開につなげる。

(2) 可児医師会(以下「医師会」という。)等の役割

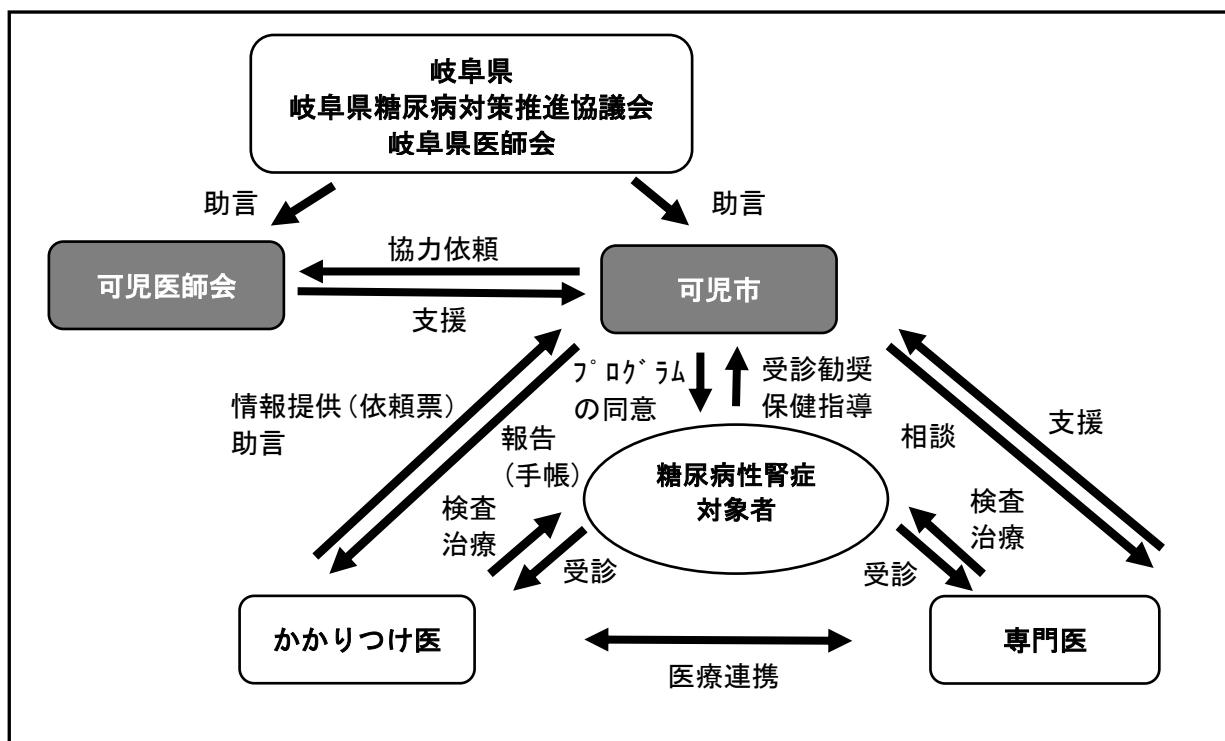
- 医師会は、本プログラムを会員に周知し、プログラムの取組が円滑に実施できるよう必要に応じ助言するとともに、かかりつけ医と糖尿病専門医等との連携の強化等、連携体制の構築に向けて協力する。

- かかりつけ医は、病歴聴取や診察、保険診療における検査等により対象者の病期判断、循環器疾患等のリスクや糖尿病合併症の状況を把握し、本人に説明するとともに、保健指導上の留意点を保健指導の実施者に伝える。
- 保健事業のアドバイザーを専門医等から選定し、継続的に助言を行う。また、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、問題意識を共有する。

(3) 「可児地域糖尿病重症化予防連携会議」の役割

- 連携会議は、糖尿病性腎症・慢性腎臓病（CKD）重症化予防に取り組む団体等が連携を図り、糖尿病性腎症・慢性腎臓病（CKD）重症化に関する情報共有や対策の検討を行い、その成果を評価、分析することで、患者のQOLの低下防止及び医療費適正化を目指すことを目的とする。
- 連携会議は、上述の目的を達成するために次の事項を協議する。
 - (1) 市内の取組状況を共有し、課題や対応等を検討すること。
 - (2) 可児市糖尿病性腎症・慢性腎臓病（CKD）重症化予防プログラムの策定、推進に関すること。
 - (3) その他、可児地域糖尿病性腎症・慢性腎臓病（CKD）予防対策推進の効果的な実施に関するこ

<可児市糖尿病腎症重症化予防プログラムに係る連携体制の図>



3 取組方策

以下の対象者に対して受診勧奨並びに保健指導を実施する。

(1) 対象者の選定・決定・保健指導の実施

市は、以下に示す抽出基準により、健診データやレセプトデータの分析から対象者を抽出する。

抽出した者について、医療機関から保健指導依頼票が届いた者の内から保健指導が可能と判断した者を対象者として、市が決定する。

なお、次の者については保健指導対象者から除外する。

- ・がん等で終末期にある者
- ・人工透析中の者

①糖尿病が重症化するリスクが高い医療機関未受診者

当該年度の健診において、空腹時血糖 126mg/dl（隨時血糖 126mg/dl）以上または

HbA1c(NGSP)6.5%以上の者で、レセプトデータから未受診と思われる者。

ただし、当該基準を満たす者のうち、尿蛋白を認める者、またはeGFRが60ml/分/1.73 m²未満の者については、糖尿病性腎症の発症のリスクが高いため、より強く受診勧奨を行う。

【留意点】

○空腹時血糖等の結果によらず、尿蛋白陽性、eGFR低下者には、受診勧奨を行う。

○高齢者は低血糖防止の観点から、「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する糖尿病重症化予防については、「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン」を参考し、可児医師会と抽出基準や保健指導の方法等について相談する。

②糖尿病が重症化するリスクが高い糖尿病治療中断者

レセプト分析により、過去に糖尿病治療歴がある、または過去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糖尿病治療受療歴がないと思われる者。他疾患治療中（歯科・眼科を含む）の患者で糖尿病治療を中断していると判明した者。

③通院中の糖尿病患者のうち腎症重症化のリスクの高い者

糖尿病で治療中の者のうち、糖尿病性腎症を発症している者、またはそのリスクの高い者で、保健指導が必要である以下の者。

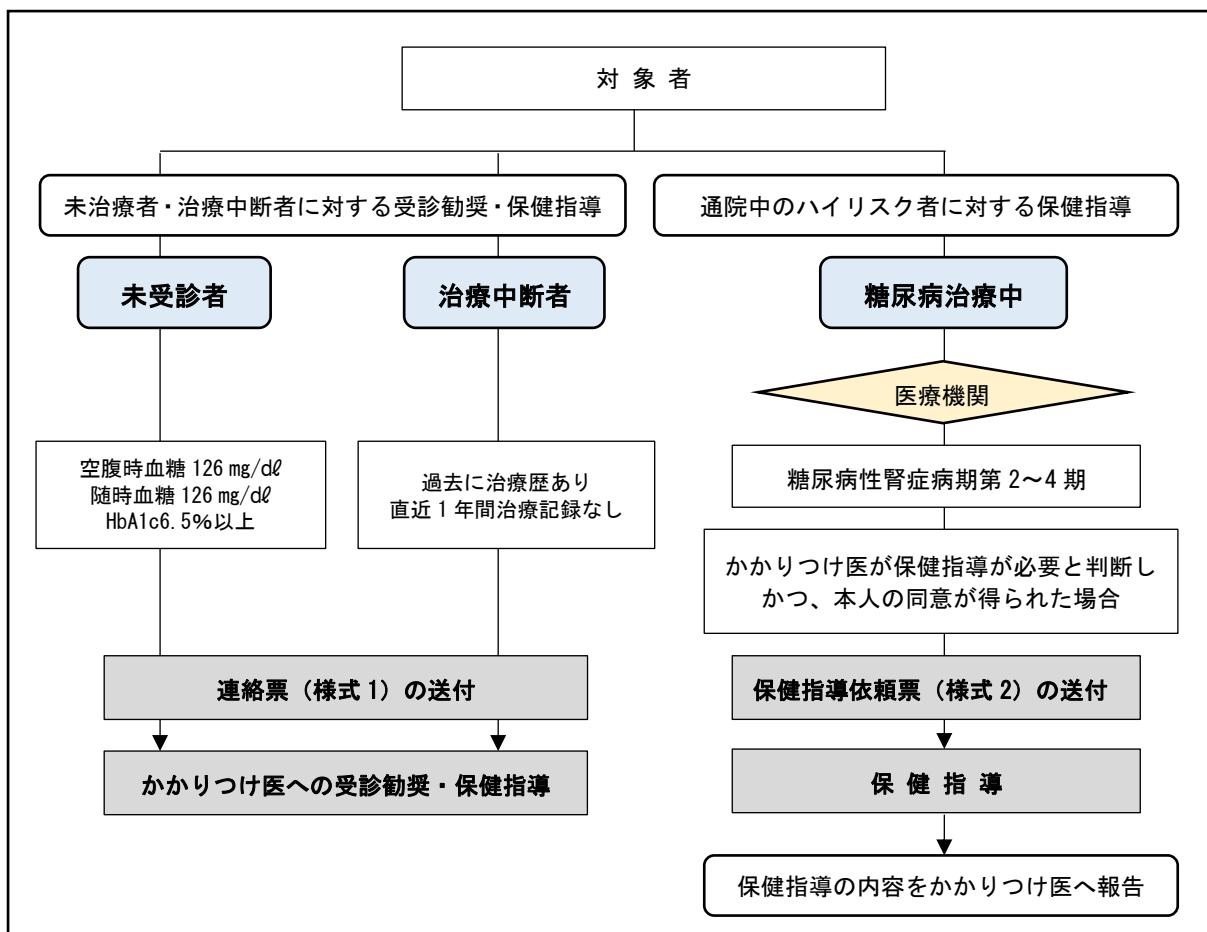
ア. 医療機関からの情報提供による者

糖尿病治療中に尿アルブミン、尿蛋白、eGFR等により腎機能低下が判明し、市による保健指導が必要とかかりつけ医が判断した者。

※その場合、医療機関は、事前に市に受け入れの可否を確認するとともに、保健指導対象者の同意を得て、市に保健指導依頼票（様式2）を送付する。

イ. 糖尿病の治療中で糖尿病性腎症発症が疑われる者の中で、健診データやレセプトデータの分析から、保健指導、受診勧奨が必要と考えられる者。

<未治療者・治療中断者及び通院中のハイリスク者に対する受診勧奨・保健指導のフロー図>



④糖尿病ではないが、腎機能の低下がみられる以下の者

ア. 医療機関からの情報提供による者

腎機能低下が判明し、市による保健指導が必要とかかりつけ医が判断した者。

イ. 健診の結果が以下に該当する医療機関未受診の者

eGFR が 60ml/分/1.73 m²未満の者(受診勧奨文書指導)

尿蛋白 (+) 以上 (受診勧奨文書指導)

eGFR が 45ml/分/1.73 m²未満の者(受診勧奨・保健指導)

(CKD重症度分類)

原疾患	蛋白尿区分		A1	A2	A3
糖尿病性腎臓病	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	
高血圧性腎硬化症 腎炎 多発性囊胞腎 腎移植 不明 その他	尿蛋白定性 (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 ²)	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、eGFR 区分・尿蛋白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、心血管死亡発症のリスクを のステージを基準に 、 、 の順にステージが上昇するほどリスクは上昇する。

【保健指導実施までの手順】

市は、以下の方法により、医師会の協力のもと、かかりつけ医と連携し、保健指導を実施する。なお、保健指導には専門職（看護師、保健師、管理栄養士、薬剤師、歯科医師、歯科衛生士、健康運動指導士等）が携わることとする。

- ① 市は、かかりつけ医に本取組について説明し、了解を得る。
- ② かかりつけ医は、対象者に対し保健指導への参加を促す。また、保健指導対象者の同意を得て、市に保健指導依頼票を送付する。
- ③ 市は、かかりつけ医から提供された依頼事項に基づき保健指導を実施するとともに、保健指導の内容を糖尿病連携手帳等によりかかりつけ医に情報提供する。

(2) 受診勧奨・保健指導

市は、抽出した全ての対象者に対して、以下のいずれかにより、受診勧奨・保健指導を行う。

- ① 文書等の通知による勧奨（糖尿病・糖尿病性腎症・CKDについての資料を同封）
- ② 個別面談や家庭訪問による勧奨
- ③ 電話による勧奨
- ④ その他、市が適当と認める方法

- 受診勧奨にあたっては、連絡票（様式 1）・糖尿病連携手帳等により、医療機関と情報共有し連携を図る。

- 受診勧奨とともに、個々の対象者の情報（健診結果やこれまでの病歴、治療状況等）を収集し、生活実態を把握した上で状況に合わせた保健指導を実施する。
- 受診勧奨の実施後には、継続的な受診につながっているかを必ず確認し、結果の評価・分析を行うとともに、受診がない場合は、再度受診勧奨するなど、適切な対応を行う。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、受診後の感想を聞き、継続的な治療の必要性についての理解を確認する。

(3) 保健指導の内容

健診データや医療機関での検査値等を用いて、自身の健康状態を正しく理解してもらい、必要な生活習慣につなげることを目標とする。必要時は、かかりつけ医や地域担当医へ相談する。また、糖尿病性腎症第3、4期への保健指導は医療機関と十分に連携を取りながら腎症に関するスキルの高い保健指導を実施する。

<糖尿病性腎症の病期に応じた保健指導の内容例>

	健診データ	状態と介入目的	具体的な介入方法	医療機関での対応	留意点
第1期～ 第2期	糖尿病 かつ尿蛋白±以下	早期腎症の発見 腎症の発症予防	・HbA1c、血圧の程度に応じた対応 ・第1期では糖尿病管理 ・第2期ではそれに加え腎症改善に重点をおいた指導	・Cr、尿蛋白・尿アルブミン測定による病期確定 ・血糖、血圧管理 ・網膜症等合併症検査 ・第2期：保健指導紹介	・第1、2期の区別は健診だけではできない ・eGFR<40の場合、対応優先
第3期	糖尿病 かつ尿蛋白（+）以上	顕性腎症 腎機能低下防止	・受診勧奨と受診状況の確認 ・医師と連携した保健指導 ・減塩、減酒等の食生活改善 ・禁煙 ・肥満者では減量 ・身体活動の維持	・Cr、尿蛋白・尿アルブミン測定による病期確定 ・血糖、血圧管理 ・網膜症等合併症検査 ・腎排泄性薬剤の見直し ・保健指導の留意点指示 ・腎臓専門医への紹介を考慮する	・他の循環器疾患、糖尿病合併症に留意 ・100%対応できることを目指す
第4期	糖尿病 かつeGFR<30	透析直前期 透析導入期の延伸	・強力な受診勧奨と受診確認 ・治療中断防止	・血糖、血圧管理 ・腎排泄性薬剤の変更 ・腎臓専門医への紹介	・心不全、脳卒中ハイリスク ・Cr測定しなければ病期確定できない

(4) その他

これまで、様々な分野において、かかりつけ医との情報共有や理解のもとに、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が、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い。

4 事業の評価

(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の取組内容や事業全体を見直すことである。

そのため、市が事業の成果を検証し、PDCAサイクルの考え方に基づいて次の事業展開につなぐ事業評価を行い、健診データやレセプトデータを活用し、被保険者を透析導入まで追跡する。

(2) 方法

評価方法は、取組の推進体制の構造（ストラクチャー）、推進の過程（プロセス）、事業実施（アウトプット）、実施結果とその効果（アウトカム）の視点を用いた評価を活用する。

市国保から後期高齢者制度に移行する者について、広域連合と連携し、切れ目なく支援を継続するとともに、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評価する。

(3) 評価指標

① 推進体制の構造（ストラクチャー）

- ・可児医師会との連携体制
- ・市内関係機関との事業の協働実施
- ・可児地域糖尿病重症化予防連携会議の設置
- ・運営マニュアル、保健指導マニュアル等の作成

② 推進の過程（プロセス）

- ・関係事業の実施、評価
- ・関係機関との連携
- ・レセプト等のデータ分析
- ・連絡票、依頼票、糖尿病連携手帳等による情報連携

③ 事業実施（アウトプット）

- ・健診結果において医療機関未受診だった者に対する受診勧奨率
- ・糖尿病治療中断者に対する受診勧奨率
- ・かかりつけ医からの保健指導依頼者数、保健指導者数
- ・糖尿病教室への参加率

④ 実施結果とその効果（アウトカム）

- ・医療機関受診につながった割合（3か月後、6か月後のレセプト傷病名、薬剤名を確認）
- ・特定健康診査にて HbA1c6.5%以上の人の医療機関未受診割合の減少
- ・翌年の健診結果等で検査値変化（体重、BMI、血圧、血糖、脂質、腎機能等）を確認
- ・腎症病期の移行（尿蛋白、eGFR を用いて腎症の病期を判定）
- ・特定健康診査の質問票等から生活習慣や行動変容等の評価（食事、運動、喫煙、飲酒等）

⑤ 中長期的な評価

- ・事業対象者の検査値、治療状況、腎症病期、透析導入、心血管イベント発生、合併症の発症の状況
- ・新規人工透析導入患者数、糖尿病性腎症対象者数（病期）の推移
- ・人工透析にかかる医療費の推移

(4) 改善点の明確化とその対応

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の協議の場を設け、対応策の改善や次年度に向けた事業内容の見直しにつなげる。

なお、本事業は長期的な効果評価が必要なため、細かな修正点を改善しつつ、一定の事業計画で継続して実施していく。

5 個人情報の取扱い

健診データやレセプトデータなどをはじめとして、対象者の氏名・住所・年齢・職業・家族構成等といった基本情報、生活習慣に関する情報などの個人情報について、個人情報保護に関する法律（平成15年法律第57号）に基づき、対象者の抽出、受診勧奨・保健指導、医療機関への連絡、現状の確認、統計調査にのみ利用し、適正で安全な取扱いに努める。

※本プログラムに記載のない事項については、令和6年12月1日に改訂された岐阜県糖尿病性腎症・慢性腎臓病（CKD）重症化予防プログラム（岐阜県）を参考とする。

郵便番号(打ち出し)

住所(打ち出し)

氏名(打ち出し)

令和7年4月1日

可児市長 富田 成輝 (公印省略)

1

医療機関の長様

日頃は、国保事業に御理解と御協力を賜り、誠にありがとうございます。

この用紙をお持ちの方につきまして、特定健康診査において糖尿病に関する検査項目の数値が高かったため、「可児市糖尿病性腎症・慢性腎臓病（CKD）重症化予防プログラム」に基づき、受診勧奨を行いました。

糖尿病性腎症及び慢性腎臓病（CKD）の重症化を予防するため、貴院にて精査ならびに今後の継続的医療管理の手配をお願いします。

※今後の医療管理が順調に進むよう、必要な方へ市の保健師・管理栄養士が保健指導を実施いたしますので、御指示内容も含め、別紙「連絡票」に記入し、同封封筒で返送してください。

また、貴院との情報共有・指導連携に努めてまいりますので「糖尿病連携手帳」を活用ください。

※受診者様の治療状況等については、当保険者としても引き続き次年度の特定健康診査結果等で確認をしてまいります。通院継続中の受診者様についても、次年度の特定健康診査を受けるよう併せて御指導をお願いいたします。

<連絡先（今回の紹介者様に関するここと）>

所 属	可児市健康増進課成人保健係		
住 所	〒509-0209 可児市下恵土一丁目100番地 可児市子育て健康プラザ マーノ		
電 話	0574-62-1111	F A X	0574-63-7070

<連絡先（当保険者の糖尿病性腎症重症化予防事業全般に関するここと）>

所 属	可児市国保年金課保険給付係		
住 所	〒509-0292 可児市広見一丁目1番地		
電 話	0574-62-1111	F A X	0574-61-4624

連絡票

(R7.3月改正)

氏名	様	性別				
		生年月日				
電話番号						
健診結果概要	健診日					
	血糖値	空腹時血糖	mg/dL	隨時血糖	mg/dL	
	HbA1c			%	血圧	mmHg
	eGFR	mL/分/1.73m ²			クレアチニン	mg/dL
	尿検査	尿糖		尿蛋白		尿潜血
	その他					

＜貴院での受診結果＞

受診日	令和 年 月 日				
検査結果	糖尿病性腎症及び慢性腎臓病(CKD)に関する検査結果 (*検査結果のコピー、糖尿病連携手帳やGFRグラフへの記載でも結構です)				
診断名	<input type="checkbox"/> 糖尿病(1型・2型・その他・不明) <input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症(病期分類 第 期)(重症度分類) <input type="checkbox"/> 糖尿病を伴わない慢性腎臓病(CKD)(eGFR低下・尿所見異常) <input type="checkbox"/> その他()				
治療方針	1 要治療(治療中もしくは開始予定) ①薬物療法(内服・インスリン) ②食事療法 ③運動療法 ④その他() 2 要経過観察(か月後再検査) 3 治療不要				
保険者への指導事項	1 特定健康診査による継続的経過観察 2 定期受診の確認と勧奨 3 内服薬確認 4 家庭訪問等による保健指導 具体的指示内容 [] 5 腎症に関する高度なスキルを持つ専門職による栄養指導				
医療機関名		医師名			

保健指導依頼票

令和 年 月 日

可児市

保健指導担当者 宛

医療機関名医師名電話番号

当院で治療中の以下の患者について、保健指導を依頼します。

氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日(歳)
住所		電話番号	

診断名	<input type="checkbox"/> 糖尿病(型) <input type="checkbox"/> CKD	<input type="checkbox"/> 肥満症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> その他()											
治療状況	処方薬(内服・注射) *コピー添付または糖尿病連携手帳への記載の場合省略可													
	検査値 *検査結果のコピー添付または糖尿病連携手帳への記載の場合省略可 検査日 令和 年 月 日 ※検査された項目に囲し、結果を記載してください。 <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 血糖値(空腹時・隨時) · HbA1c</td> <td>()mg/dL · ()%</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> eGFR</td> <td>()mL/分/1.73 m²</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 尿蛋白定性</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 糖尿病あり</td> <td>尿アルブミン/クレアチニン比 ()mg/gCr</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 糖尿病なし</td> <td>尿蛋白/クレアチニン比 ()g/gCr</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> その他</td> <td></td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> 血糖値(空腹時・隨時) · HbA1c	()mg/dL · ()%	<input type="checkbox"/> eGFR	()mL/分/1.73 m ²	<input type="checkbox"/> 尿蛋白定性		<input type="checkbox"/> 糖尿病あり	尿アルブミン/クレアチニン比 ()mg/gCr	<input type="checkbox"/> 糖尿病なし	尿蛋白/クレアチニン比 ()g/gCr	<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 血糖値(空腹時・隨時) · HbA1c	()mg/dL · ()%													
<input type="checkbox"/> eGFR	()mL/分/1.73 m ²													
<input type="checkbox"/> 尿蛋白定性														
<input type="checkbox"/> 糖尿病あり	尿アルブミン/クレアチニン比 ()mg/gCr													
<input type="checkbox"/> 糖尿病なし	尿蛋白/クレアチニン比 ()g/gCr													
<input type="checkbox"/> その他														
依頼事項	患者と共有している治療目標レベル <input type="checkbox"/> HbA1c ()% <input type="checkbox"/> 血圧(/) mmHg <input type="checkbox"/> 腎機能が維持できる													
	必要な保健指導項目 1 定期受診の確認と勧奨 2 薬物療法の確認 3 生活指導 <input type="checkbox"/> 食生活指導 · 指示カロリー()kcal／日 · 塩分制限()g／日 · その他制限()													
	<input type="checkbox"/> 運動指導 <input type="checkbox"/> 禁煙指導 <input type="checkbox"/> 体重減量の必要性(有・無)													
	4 その他()													
	保健指導・栄養指導担当者への指示や留意事項等													

お願い

糖尿病については患者様に「糖尿病連携手帳」をお渡しいただき、処方薬、検査値などを記入ください。専門職が実施する保健指導内容もこの手帳に記入し、情報を共有させていただきます。

以下情報提供について患者様がご記入ください。

疾患の治療状況および保健指導について医療機関と可児市健康増進課が情報を共有すること 及び 可児市や岐阜県が、特定の個人が認別されることがない方法で統計・調査研究時に限り使用することに

同意します 令和 年 月 日 氏名