

福岡県糖尿病性腎症重症化予防プログラム

平成 29 年 6 月策定
令和 3 年 3 月改定
令和 7 年 3 月改定

公 益 社 団 法 人 福 岡 県 医 師 会
福 岡 県 糖 尿 病 対 策 推 進 会 議
福岡県糖尿病性腎症重症化予防対策協議会
福 岡 県

福岡県糖尿病性腎症重症化予防プログラム

目次

1	本プログラムの趣旨	1
2	基本的な考え方	1
(1)	プログラムの目的	1
(2)	プログラムの性格	1
(3)	プログラム策定に当たり留意した事項	2
(4)	地域における関係機関との連携	2
3	取組みの流れ	3
(1)	プログラム対象者の抽出	3
ア	対象者の要件	3
イ	プログラム対象者の抽出方法	5
	健診受診者のうち糖尿病未治療者及び治療中断者	5
	健診未受診者のうち糖尿病治療中断者	5
	糖尿病治療中で保健指導が必要な者	5
ウ	プログラムの対象外とする者の条件	6
(2)	介入	7
ア	基本的な考え方	7
	医療機関への受診勧奨	7
	保健指導	7
イ	対象者ごとの介入手法	8
	健診受診者	8
	健診未受診者のうち糖尿病治療中断者	10
	糖尿病治療中で保健指導が必要な者	10
	高齢者を対象とした取組み	10
(3)	保険者における取組みの優先順位	11
(4)	事業の評価	11
	福岡県糖尿病性腎症重症化予防プログラム評価指標	12
4	各関係機関の役割	14
(1)	市町村	14
(2)	福岡県糖尿病対策推進会議	15
(3)	県	15
(4)	福岡県後期高齢者医療広域連合	15
(5)	被用者保険等	16
(6)	福岡県国民健康保険団体連合会	16
(7)	地域における医師会	16
(8)	その他関係団体	17

※参考資料

- (1) 医療機関受診連絡票（様式1）
- (2) 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
- (3) 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

1 本プログラムの趣旨

生活習慣病である糖尿病は、放置することにより網膜症・腎症などの合併症を引き起こす。中でも糖尿病性腎症が重症化すると、人工透析導入につながるなど、患者のQOLを著しく低下させるのみならず、医療経済的にも大きな負担を社会に強いる。このため、糖尿病性腎症の重症化予防に着目した取組みが重要である。

福岡県では、県健康増進計画で「糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数の減少」を目標に掲げ、糖尿病の発症予防及び重症化予防に取り組んでいるが、新規透析導入患者数は平成25年度以降も横ばいで推移しており、一層の取組み強化が必要となっている。

また、医療保険者（市町村国保、後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）、被用者保険等。）（以下「保険者」という。）においては、それぞれが糖尿病性腎症の重症化予防に取り組んでいるところであるが、その取組みを効果的なものとするために、引き続き医療機関等との連携を進め、着実に取組みを進めていく必要がある。

本プログラムは、福岡県医師会、福岡県糖尿病対策推進会議、福岡県糖尿病性腎症重症化予防対策協議会及び福岡県が、県内の保険者や関係機関が連携して糖尿病性腎症等の重症化予防に取り組むための基本的な考え方を示すものである。

今般、日本医師会、日本糖尿病対策推進会議及び厚生労働省の「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」が令和6年3月に改定されたことから、この内容を反映するとともに、これまでの取組みを踏まえた改定を行う。

2 基本的な考え方

（1）プログラムの目的

本プログラムは、①糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者・治療中断者に対し、医療機関等と連携して適切な受診勧奨、保健指導を行い継続的な治療につなげること、②糖尿病性腎症等で通院する患者の中から、重症化リスクが高い者に対して、医療機関と連携して保健指導を行うこと、などの取組みにより良好な血糖のコントロールの維持、合併症の発症・進展の予防等を通して、腎不全への移行や人工透析導入を予防し、対象者の健康寿命の延伸を図ることを目指す。

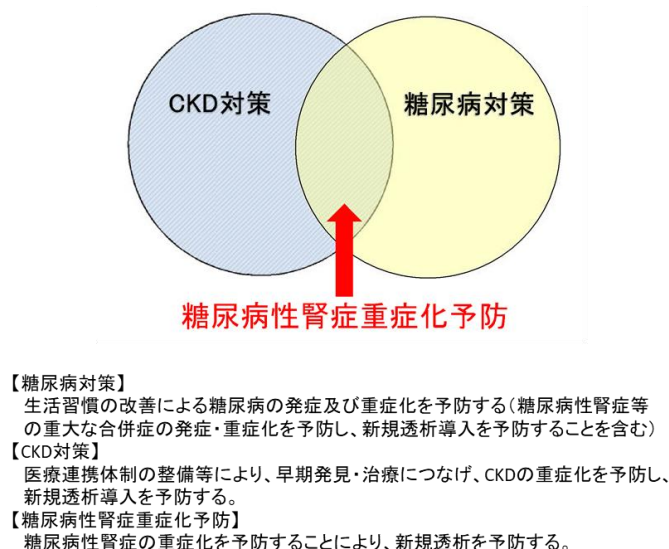
（2）プログラムの性格

- ・ 本プログラムは、保険者が医療機関等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や方法を示すものである。
- ・ 保険者の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、医療資源の状況、既存の取組内容等に応じ柔軟に対応することが可能であり、既に行われている取組みを妨げるものではない。
- ・ 糖尿病性腎症重症化予防の取組みは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、保険者が作成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必要がある。
- ・ 糖尿病性腎症重症化予防の取組みは、糖尿病対策や慢性腎臓病（以下「CKD」という。）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治療をしていない者

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。

- ・ なお、本プログラムに記載のない事項については、国のプログラム及び糖尿病性腎症重症化予防事業実施の手引き（令和6年度版）を参考とする。

（図表 1：糖尿病性腎症重症化予防と関連する保健事業）



（3）プログラム策定に当たり留意した事項

本プログラムは以下の点を満たす取組みとなるよう作成している。各保険者において糖尿病性腎症重症化予防（以下「重症化予防」という。）に取り組む場合も、これらの点を満たすよう実施すること。

- ① 対象者の抽出基準が明確であること
- ② かかりつけ医と連携した取組みであること
- ③ 保健指導を実施する場合には、専門職が取組みに携わること
- ④ 事業の評価を実施すること
- ⑤ 取組みの実施にあたり、糖尿病対策推進会議等との連携（対応策の議論や取組内容の共有など）を図ること

（4）地域における関係機関との連携

- ・ 糖尿病性腎症重症化予防の取組みを地域で効果的に推進するにあたっては、関係者が各々の役割を理解したうえで、密接に連携することが重要である。（「4. 各関係機関の役割」参照）
- ・ 関係機関との連携の中でも、特に、地域のかかりつけ医との連携が重要であることから、保険者は、本取組みの目的、対象者の選定基準、取組内容について郡市区医師会へあらかじめ説明及び協力要請を行う。
- ・ 保健所は保険者と郡市区医師会との連携体制づくりや取組みを支援する。
- ・ かかりつけ医から保険者への保健指導の内容の指示や留意事項の伝達様式（連絡票（様式1）参照）を定めるとともに、保険者からかかりつけ医へ保健指導内容を情報提供する。

3 取組みの流れ

(1) プログラム対象者の抽出

ア 対象者の要件

本プログラムの対象者は、糖尿病であり、腎障害が存在している者とする。(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 …①～③のいずれかに該当

- ① 空腹時血糖または随時血糖^{※1}126mg/dl 以上又は HbA1c6.5%以上
- ② 現在、糖尿病で医療機関を受診している
- ③ 過去に糖尿病薬使用歴又は糖尿病による医療機関の受診歴がある
(但し、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 …①～④のいずれかに該当

- ① 検査値より腎症 4 期：eGFR 30ml/分/1.73 m²未満
- ② 検査値より腎症 3 期：尿蛋白（+）以上
- ③ 腎症 2 期以下の場合には、以下を参考に判断
 - ・ eGFR 45ml/分/1.73 m²未満
 - ・ eGFR 60ml/分/1.73 m²未満のうち、年間 5ml/分/1.73 m²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}
 - ・ 高血圧のコントロールが不良（目安 140/90mmHg 以上）
- ④ レセプトに糖尿病性腎症、もしくは腎機能低下を示す病名が記載されている

※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。

また、本プログラムを用いて CKD 対策に取り組む場合は、次の基準に従い、医療保険者が対象者を抽出し介入を行うほか、他地域の取組み等を参考にすることが考えられる。

糖尿病ではないが、腎機能の低下または尿異常がみられる者…①②のいずれかに該当

- ① eGFR 60ml/分/1.73 m²未満
- ② 尿蛋白（±）以上

なお、CKD 対策としての介入方法については、本プログラムに加え、「エビデンスに基づく CKD 診療ガイドライン」等を参考にすることが望ましい。

	注2 病期	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)	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	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。

後期高齢者については以下のいずれかに該当する者とする。

糖尿病のコントロール不良者 …①②いずれにも該当

- ①（健診）HbA1c 8.0%以上
- ②（レセプト）糖尿病の薬剤処方履歴1年間なし

糖尿病治療中断者 …①～③いずれにも該当

- ①（健診）抽出年度の健診履歴なし
- ②（レセプト）抽出年度以前の3年間に糖尿病の薬剤処方履歴あり
- ③（レセプト）抽出年度に薬剤処方履歴なし

糖尿病とフレイルの併存者 …①②いずれにも該当

- ①（レセプト）糖尿病治療中もしくは中断 または、
（健診）HbA1c 7.0%以上
- ②（健診）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

腎機能不良未受診者 …①②いずれにも該当

- ①（健診）eGFR 45 mL/分/1.73 m²未満もしくは尿蛋白（+）以上
- ②（レセプト）医療機関未受診

イ プログラム対象者の抽出方法

＜健診受診者のうち糖尿病未治療者及び治療中断者（図表 2 の A+C）＞

①実施者 保険者

②抽出方法 FBR 作成ツール、健診・レセプトデータを活用し「ア 対象者の要件」に該当する者のうちレセプトに糖尿病受療歴が確認できない者を抽出^{※3}する。

※3 留意事項：血清クレアチニンを測定していない保険者は、尿蛋白が陰性の 4 期を見落とす可能性があることに留意すること

＜健診未受診者のうち糖尿病治療中断者（図表 2 の E）＞

①実施者 保険者、眼科医師、歯科医師、薬剤師等

②抽出方法

- ・ レセプトデータを活用し、過去に糖尿病治療歴又は糖尿病薬使用歴があるものの、最近 1 年間に健診受診歴やレセプトにおける糖尿病受療歴がない者（直近の健診データで糖尿病の診断基準に該当しない者を除く）を抽出する。
- ・ 糖尿病網膜症や歯周病等を治療中のために医療機関を受診した者から抽出する。
- ・ 薬局やイベント等での健康相談を活用する。

＜糖尿病治療中で保健指導が必要な者（図表 2 の B+D）＞

①実施者 保険者、かかりつけ医

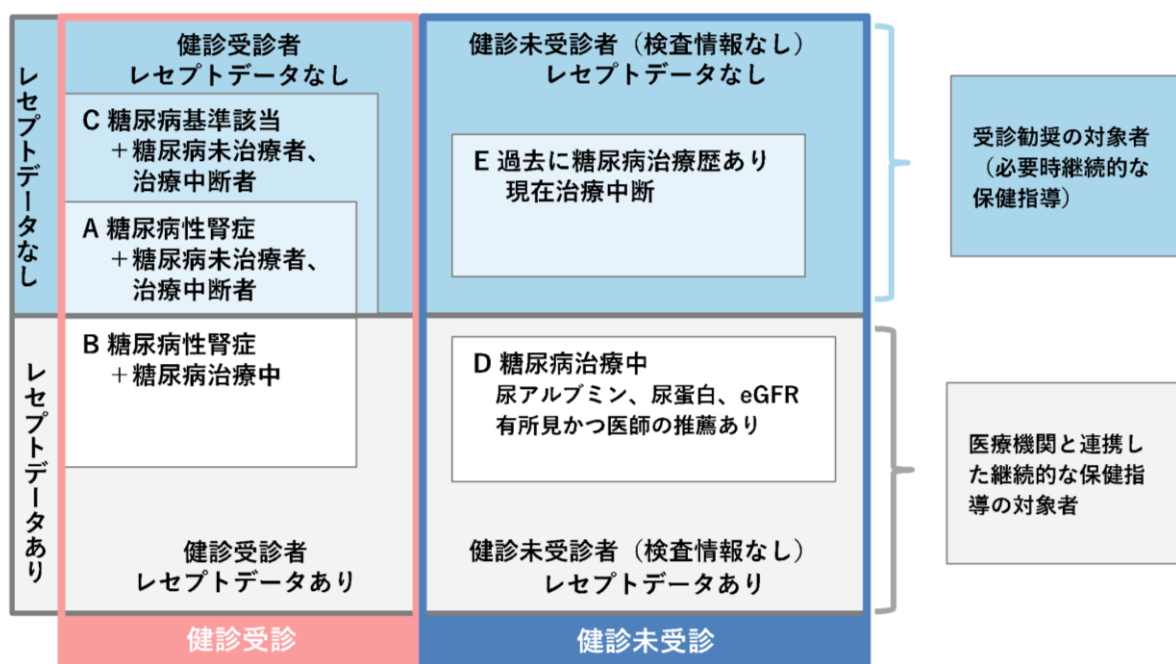
②抽出方法 「ア 対象者の要件」に該当する糖尿病治療中の者のうち、医師が保険者の保健指導が必要と判断し、同意を得た患者を抽出する。

（保険者が抽出する場合は、かかりつけ医に保健指導の必要性を確認）

（保険者の保健指導が必要な場合の例）

- ・ 生活習慣の改善が困難な患者
- ・ 治療を中断しがちな患者
- ・ 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
- ・ 専門病院との連携が困難な地域
- ・ 地域の実情により、地域包括ケア等の連携体制の中での取組みが望ましいと考えられる場合

(図表 2 : 健診・レセプトデータの有無と対象者の抽出の考え方)



ウ プログラムの対象外とする者の条件

- ・ 1 型糖尿病である者
- ・ がん等で終末期にある者
- ・ 認知機能障害等により保健指導の実施が困難な者
- ・ 糖尿病透析予防指導管理料の算定対象となっている者（ただし、かかりつけ医が必要と認めた場合は、保険者が対応可能な範囲で対象とする）
- ・ その他の疾患を有するなど、かかりつけ医が除外すべきと判断した者

(2) 介入

ア 基本的な考え方

<医療機関への受診勧奨>

- ・ 抽出した糖尿病未治療・治療中断中の全対象者に対して行い、医療機関受診へとつなげることを原則とする。対象者に連絡票を交付し、医師に渡すよう指示する。
- ・ 受診勧奨の方法は、図表3（P8）の基準に応じて実施する。
- ・ 一回の勧奨で受診しない対象者に対しては、方法を変えるなどして勧奨を継続する。
- ・ 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（糖尿病の診断基準）を超えていることを、速やかに相談するよう指導を行う。

<保健指導>

- ・ 保健指導は、プログラム対象者のうち、保健指導が必要な者に対して行う。
- ・ 健診データや医療機関での検査値等を用い、自身の健康状態（糖尿病性腎症等）を正しく理解してもらい、病気の進行を防ぐために必要な生活習慣の改善を認識し、行動の変容（生活習慣改善対策）につなげることを目標とする。
- ・ 保健指導は、図表3（P8）の基準に応じて実施する。
- ・ 保険者は糖尿病連携手帳や保健指導報告書等を通じて、かかりつけ医機能を有する医療機関との情報共有を行う。
- ・ かかりつけ医は、診察の結果、「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）、「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」（日本糖尿病学会）を参考に専門医・専門医療機関への紹介が必要と判断した場合は、専門医・専門医療機関を紹介する。
- ・ 保健指導を開始するにあたり、患者の受診状況や状態により、以下の2つの方法が考えられる。

【方法1：医療機関の受診後に医師の指示に基づいて実施】

保険者が抽出した対象者が連絡票を携えて医療機関を受診し、医師が、保健指導が必要と判断し、患者も指導を受けることに同意した場合に、連絡票に記載された医師の指示に従って行う（面談による受診勧奨が、保健指導へと移行するケースもあるが、その場合も必ず受診を勧奨する）。

【方法2：医療機関への受診勧奨と並行して開始】

保険者は、本取組みの目的、保健指導の対象者の選定基準、実施する保健指導の内容等について郡市区医師会に包括的に承認を得た後、受診勧奨と並行して保健指導を開始する（個々の対象者ごとに保健指導の実施の可否を確認しない）。

イ 対象者ごとの介入手法

＜健診受診者（図表 2（P6）の A+B+C）＞

- ・ 健診受診者については、以下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。

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

（図表 3：健診結果と糖尿病の治療状況別の状態像の介入方法とそのレベルの区分）

糖尿病未受診者 ※ 1										
		腎障害の程度								
		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・保健指導等には必要に応じて行う）

糖尿病受診中の者 ※ 4										
		腎障害の程度								
		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

※保健指導Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、受診勧奨Ⅰ、Ⅱ、Ⅲの内容については図表 4 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4：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	

<参考> 受診勧奨レベル・保健指導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、電話や案内した健康教室参加時等に受診勧奨を行う。

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。

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。

＜健診未受診者のうち糖尿病治療中断者（図表 2（P6）の E）＞

- ・ 以下の方法により健診及び医療機関への受診勧奨を行う。
 - ① レセプトで 1 年以上の治療中断を確認した場合は、電話等により健診及び医療機関の受診を勧める。 医療機関を受診しない場合は複数回の電話や面談により継続的に働きかける。
 - ② 眼科医師、歯科医師及び薬剤師等により、患者が糖尿病治療を中断していることが判明した場合は、健診及び医療機関の受診を促す。
- ・ 医療機関受診後は【方法 1】（P7）により医師の指示に基づき保健指導を実施

＜糖尿病治療中で保健指導が必要な者（図表 2（P6）の D）＞

- ・ 【方法 1】（P7）により医師の指示に基づき保健指導を実施。

＜高齢者を対象とした取組み＞

- ・ 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・多剤処方の状態に陥るなど、健康上の不安が大きくなるため、図表 3 の基準を用いず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。
- ・ 令和 2 年 4 月から高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施が開始され、広域連合から委託を受けた市町村により、後期高齢者の保健事業として、糖尿病性腎症重症化予防に関する事業が実施されている。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診・レセプトデータ等を分析し、地域の健康課題等を共有して取組みを進めていくこと。
- ・ 高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン、高齢者糖尿病診療ガイドライン 2023（日本老年医学会・日本糖尿病学会）、高齢者高血圧診療ガイドライン 2017（2019 年一部改訂）（日本老年医学会）、高齢者脂質異常症ガイドライン 2017（日本老年医学会）等の最新の各種ガイドラインを参考に実施する。

＜参考＞事業を円滑に進めるための留意点

（1）ICT を活用した取組みの実施

- ・ 市町村等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。
- ・ ICT を活用した保健指導の実施に当たっての留意点の詳細は「標準的な健診・保健指導プログラム（令和 6 年度版）第 3 編第 3 章 3-3 ICT を活用した保健指導とその留意事項」並びに「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（第 4 版）」を参照する。

（2）委託にて事業を実施する際の留意点

- ・ 市町村等が直営で実施するか、事業者へ委託して実施するかについては、市町村等のマンパワーを含めた体制状況、地域資源の状況等地域の実情を踏まえて、最も効果的・効率的と考えられる方法を選択する。
- ・ 委託に当たっての留意点は「標準的な健診・保健指導プログラム（令和 6 年度版）第 1 編第 1 章 1-5 健診・保健指導の外部委託」を参照する。

(3) 保険者における取組みの優先順位

- ・ 保険者のマンパワーや医療資源等の地域の実情により、対象者を絞り込む場合の優先順位は、**受診勧奨レベル、保健指導レベルⅢ→Ⅱ→Ⅰ（に該当する対象者）**の順を基本とする。
- ・ 健診受診者については、図表3（P8）の基準を参考に対象者の状態区分に応じて介入方法を変える等の工夫も求められる。
- ・ 受診勧奨は、対象者全員に必ず実施し、腎症第4期については、特に強力な受診勧奨を行うとともに、レセプトによる受診確認を行う必要がある。
- ・ 保健指導については、特に腎症第3期の者への優先順位が高いが、中長期的に糖尿病性腎症の患者を減らすためには、腎症第2期以下についても取り組めるような体制づくりが必要である。

(4) 事業の評価

- ・ 実施した事業について、取組状況の把握・分析結果を評価し、取組内容を振り返ることを通じ今後の事業の見直しを行うなど、PDCAサイクルを回していく。
- ・ 事業から得られたデータを取りまとめ、内部で検討を行い、更に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。
- ・ 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）の各段階を意識した評価を行う。

①ストラクチャー（計画立案体制・実施構成・評価体制）

事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか、など

②プロセス（保健事業の実施過程）

受診勧奨の手法は適切か、保健指導実施のための専門職の人員配置が適切か、スケジュール通りに行われているか、など

③アウトプット（保健事業の実施状況・実施量）

抽出された対象者に対して、何人に保健指導を実施したか、など

④アウトカム（成果）

設定した目標に達することができたか、など

福岡県糖尿病性腎症重症化予防プログラム評価指標

県は、以下の評価指標により、市町村の取組状況を広域的に評価する。

段階	NO	評価項目	評価内容
ストラクチャー	1	医師会等関係機関との連絡・協力体制の整備状況	・連携体制の構築(システム構築)状況 ・二次医療圏内の保健医療等に関する資源の実態の把握(事業に同意している医療機関数)
	2	管内市町村の支援体制の整備状況	管内市町村のストラクチャー評価(マンパワー過不足、担当者職種、マニュアル作成状況等)結果の把握
プロセス	3	医師会等関係機関や医療機関との連携状況	・医師会への事業説明・協力依頼の実施 ・二次医療圏域ごとの医療連携会議の実施の有無、協議内容 ・関係機関との具体的な取組み
	4	各市町村への支援の実施状況	・管内市町村のプロセス評価(事業対象者の設定状況、受診勧奨、保健指導の内容・方法、委託の有無、課題としていること等)結果の把握 ・各市町村の取組内容や捉えている課題の共有、課題解決に向けた取組み
アウトプット	5	健診受診者のうち糖尿病未治療者及び治療中断者(A+C)に対し受診勧奨を実施した人数および割合〔レベルⅠ・Ⅱ・Ⅲ・全体〕	受診勧奨を実施した対象者数/健診受診者のうち糖尿病未治療者及び治療中断者数(A+C)〔レベルⅠ・Ⅱ・Ⅲ・全体〕
	6	健診未受診者のうち糖尿病治療中断者(E)に対し受診勧奨を実施した人数および割合	受診勧奨を実施した対象者数/健診未受診者のうち糖尿病治療中断者数(E)
	7	連絡票の回収率	連絡票返信数/連絡票発行数
	8	連絡票の返信があった医療機関数及び割合	連絡票の返信があった医療機関数/事業に同意した医療機関数
	9	糖尿病治療中で保健指導が必要な者(B+D)に対し、医療機関の指示のもと保健指導を実施した人数及び割合〔レベルⅠ・Ⅱ・Ⅲ・全体〕	医療機関の指示のもと保健指導を実施した対象者数/糖尿病治療中で保健指導が必要な者(B+D)〔レベルⅠ・Ⅱ・Ⅲ・全体〕
アウトカム	10	健診受診者のうち糖尿病未治療者及び治療中断者(A+C)に対し受診勧奨したうち、医療機関の受診につながった人数及び割合	医療機関の受診につながった数/健診受診者のうち糖尿病未治療者及び治療中断者(A+C)に対し受診勧奨した数
	11	健診未受診者のうち糖尿病治療中断者(E)に対し受診勧奨したうち、医療機関の受診につながった人数及び割合	医療機関の受診につながった数/健診未受診者のうち糖尿病治療中断者(E)に対し受診勧奨した数
	12	HbA1c6.5%以上の者における高血圧の状況	FBRツール表4 「血圧区分」の人数・割合
	13	HbA1c6.5%以上の者における腎機能の状況	FBRツール表4 「腎機能区分」の人数・割合
	14	HbA1c8.0%以上の人数及びそのうち糖尿病未治療者の割合	FBRツール表2 「糖尿病未治療者8.0以上」/「糖尿病治療中者8.0以上」+「糖尿病未治療者8.0以上」
	15	健診受診者のうち、尿蛋白(+)以上及びeGFR区分別の人数および割合	FBRツール表1 「尿蛋白(+)以上」「eGFR<60」の人数・割合
	16	糖尿病性腎症病期第3期から第4期に悪化した人数及び割合	国保連合会提供データ
	17	新規透析導入患者数及びそのうち糖尿病性腎症の患者数及び割合	日本透析医学会データ
	18	透析関連医療費	国保連合会提供データ

<後期高齢者被保険者>

段階	NO	評価項目	評価内容
ストラクチャー	1	一体的実施事業(糖尿病性腎症重症化予防対策)実施市町村数・割合	「糖尿病性腎症重症化予防対策」の実施市町村数/60市町村
プロセス	2	関係者間における基本方針、実施計画書、高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドラインや取組内容の共有	庁内連携会議等の実施の有無
アウトカム	3	対象者のうち支援できた者の割合	介入できた者の数/対象者数
アウトカム	4	医療機関未受診者で受診勧奨したうち受診につながった者の割合	介入後、受診した者の数/介入者数
	5	治療中断者のうち健康診査または医療機関受診につながった者の割合	介入後、受診した者の数/介入者数
	6	生活習慣病の維持・改善につながった者の割合	介入後、よい生活習慣を維持または望ましくない生活習慣(自己設定目標)を改善した者の数/介入者数
	7	HbA1c $\geq$ 8.0%の割合	該当する介入者のうち、介入後の検査値が $\geq$ HbA1c $\geq$ 8.0%の者の数/該当する介入者数
	8	重症化予防(コントロール不良者)ハイリスク者の割合	「糖尿病のコントロール不良者」の基準に該当する者の数/被保険者数
	9	重症化予防(糖尿病等治療中断者)ハイリスク者の割合	「糖尿病治療中断者」の基準に該当する者の数/被保険者数
	10	重症化予防(基礎疾患保有+フレイル)ハイリスク者の割合	「糖尿病とフレイルの併存者」の基準に該当する者の数/被保険者数
	11	重症化予防(腎機能不良未受診者)ハイリスク者割合	「腎機能不良未受診者」の基準に該当する者の数/被保険者数
	12	新規透析導入患者数(糖尿病性腎症)の割合	介入者数のうち、新規透析導入患者数(糖尿病性腎症)数/介入者数

<参考>市町村が設定する評価指標の例

【ストラクチャー評価】

- ・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

【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

※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。

4 各関係機関の役割

(1) 市町村

ア 庁内体制の整備

- ・ 取組みは、健康増進担当課と国保担当課の連携を深め、保健師・管理栄養士等の専門職や事務職の人材を効率的に活用する、専門的知見や人材を有する委託事業者を活用する、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、柔軟な取組みを検討する。
- ・ 糖尿病性腎症重症化予防事業に関する財源の確保、人材の育成、地域連携、国保データベース（KDB）システム（以下「KDBシステム」という。）等を活用した健康課題分析や対象者抽出・評価などにおいては、事務作業も発生する。効率的に取組みを進めるために、事務職等が専門職と協同することが重要である。

イ 地域連携を通じた課題の分析と情報共有

- ・ 保険者として、市町村国保及び広域連合の健診・レセプトデータを用いて、地域の保健医療等に関する資源の実態（社会資源、専門的な医療人材の有無や数、かかりつけ医や専門医療機関との連携体制の状況など）を踏まえ、被保険者の疾病構造や健康問題などを分析する。
- ・ 各自が捉えている健康課題や取組み及び、その中で実施している事業の目標設定や企画、実施方法、評価について関係団体と共有する。
- ・ 健診・レセプトデータの分析については、国保連合会等の支援により、KDBシステムや保健事業支援・評価委員会の助言を活用する。

ウ 事業計画の立案と実施

- ・ イの課題分析の結果を踏まえ、対象者の年代に応じた抽出条件や取組みの優先順位等を考慮し事業計画を立案する。
- ・ 立案に当たっては、以下を実施した上で行うものとする。
 - ① 地域の医療機関との連携体制、ハイリスク者を抽出するための健診項目や健診実施方法、食生活の改善や運動対策などのポピュレーションアプローチなど、様々な観点から総合的に検討する。
 - ② ①の検討を踏まえ、保健指導や受診勧奨の内容について検討する。
 - ③ 郡市区医師会等の関係団体と、これらの課題、対策について協議する。
- ・ 適切な事業評価を行うために、計画には事業目的を踏まえて目標と評価指標を設定する。評価指標はアウトカム・アウトプットを中心とし、設定したアウトカム・アウトプットを達成するために必要となるプロセス・ストラクチャーについても評価できるように、事業評価を記載する。評価の実施時期や評価方法も記載する。
- ・ 事業計画に基づき事業を実施する。

エ 事業評価

- ・ 実施した対策事業について、その結果を評価し、PDCAサイクルに基づいて次の事業展開につなげる。

(2) 福岡県糖尿病対策推進会議

- ・ 県内の糖尿病対策に係る取組状況を把握し、構成団体間で情報を共有する。
- ・ 糖尿病有病者の増加を抑制するための方策を協議し、関係機関に対し、各保険者の取組みに協力するよう促す。
- ・ 地域住民や糖尿病患者への啓発、医療従事者への研修の実施にあたり、日本糖尿病学会や日本糖尿病協会が提供する教材や講演会の活用を促進する。

(3) 県

ア 地域連携に対する支援

- ・ 県健康増進課は、糖尿病性腎症重症化予防に係る国の動向等について、関係団体に対し周知を行う。
- ・ 保険者間における円滑な事業実施を支援する観点から、保険者の事業実施の状況を把握し、福岡県糖尿病性腎症重症化予防対策協議会等において、その成果を評価するとともに医学的・科学的観点から、課題、対応策等について議論する。
- ・ 保険者協議会等の場を活用するなど、広域連合や被用者保険とも連携し、糖尿病性腎症重症化予防の取組みの効果が上がるよう調整する。
- ・ 保健所は、地域における重症化予防の取組みが地域の実情に合ったものとなり、円滑に行われるよう、管轄する市町村及び郡市区医師会をはじめとする関係団体等との調整を行う。また、人口規模の小さな市町村等で、糖尿病性腎症重症化予防にまだ取り組むことができていない場合や十分に取り組むことができていない場合は積極的に支援する。

イ 人材育成

- ・ 各関係団体と連携の下、市町村や医療従事者に対する研修を行う。

ウ 事業評価

- ・ 県健康増進課はP12の評価指標により、市町村の取組状況の評価を行う。
なお、被用者保険については、各保険者の取組みの評価を別途照会する。
- ・ 保健所においては、管轄する市町村の取組状況を把握する観点からも、地域での事業評価を実施すること。

(4) 福岡県後期高齢者医療広域連合

- ・ 広域連合は、県内全市町村で構成する単一組織であり、後期高齢者について、前記の市町村と県の両者の役割を担うが、組織特性上、高齢者一人ひとりの特性に応じたきめ細かな対応が困難という課題がある。このため、特に実施面では、事業を市町村に

委託し、国保の保健事業と一体的に実施されるよう調整するなど、緊密な連携を図る。

- ・ 保健事業対象者が後期高齢者医療制度へ移行することにより、74歳まで実施してきた特定健診等の情報が共有されない、評価が途切れる、といったケースが生じないよう、他の保険者との連携を緊密にし、保健事業の一体的な実施を推進するなど、継続的な評価ができるような体制づくりを行う。
- ・ 市町村に委託して保健事業を実施する場合または広域連合が直接保健事業を実施する場合のいずれにおいても、広域連合は市町村と連携し、双方が主体的に取り組めるよう、企画・実施・評価を行える体制を構築する。

（５）被用者保険等

- ・ 本プログラムを参考に重症化予防の取組みを進める。
- ・ 市町村の役割と同様に、加入者の疾病構造や健康問題の分析、対策の立案及びその実施、取組状況の評価を行う。
- ・ 保険者協議会や地域・職域連携推進協議会等を活用して、地域の健康課題、保健事業の取組状況等の共有や、役割分担しながらどのように取組みを進めていくかなどの連携体制の確認等を行う。

（６）福岡県国民健康保険団体連合会

- ・ 保険者である市町村等の連合体として、支援を必要とする市町村や、広域連合を支援する。
- ・ KDBシステムの活用によるデータ分析・活用支援、健診・レセプトデータ等による課題抽出、事業実施後の評価分析などにおいて、有識者で構成される保健事業支援・評価委員会による支援等を保険者等に対して行う。また取組状況等から支援の必要性はあるが支援を受けていない市町村等に対しても、県と連携して積極的に支援する。

（７）地域における医師会

- ・ 県医師会は、郡市区医師会に対し、糖尿病性腎症重症化予防に関する国・県における動向等について周知するとともに、必要に応じ助言する。
- ・ 県医師会や郡市区医師会は、会員等に対し、糖尿病性腎症重症化予防に関する取組みについて周知する。また、県や市町村等から相談があった場合には、糖尿病性腎症重症化予防の取組みに可能な限り協力するとともに、対象者の健康づくりや糖尿病性腎症重症化予防に向けて積極的に対応するよう促す。
- ・ 郡市区医師会がかかりつけ医機能を有する医療機関と専門医等との連携強化のため、各医療機関や医師等と連携し必要な取組みを行う。
- ・ かかりつけ医機能を有する医療機関は、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（網膜症等）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。
- ・ 糖尿病性腎症重症化予防の対象者は必ずしも、住所地のある自治体にある医療機関をかかりつけ医としているとは限らないため、自治体の域を超えて受療している対象者

についても、自治体が域内の対象者と同様の事業を展開できるよう、近隣の郡市区医師会等への周知がなされ、協力が図られること。

（８）その他関係団体

- ・ 関係団体は、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員等に周知し、保険者の糖尿病性腎症重症化予防の取組みに必要な協力を行うよう努める。
- ・ 糖尿病の合併症として歯周病及び歯の喪失、網膜症等があることから、歯科、眼科等の医療機関は、都道府県、市町村や広域連合に情報共有するなど取組みに協力を行うよう努める。

保険者⇒医療機関⇒保険者

(様式 1)

医療機関受診連絡票

- ・ 福岡県では「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を策定し、重症化予防に取り組んでおり、保険者の保健師や管理栄養士が、該当者に保健指導を実施しています。
- ・ 本年度の健診の結果、下記の方がプログラムの対象に該当しましたので、保健指導の可否や内容について、主治医の先生の御指示を賜りたいと思います。
- ・ お手数ですが、初診時又は2回目の診察時に、下の太枠内に御記入の上、御返送をお願いします。

令和 年 月 日

保険者名 担当

連絡先

(保険者記載欄)

氏名		生年月日	年 月 日	男 ・ 女
住所				電話番号
<健診結果> (令和 年 月 日実施) 添付資料 (健診経年結果 有 ・ 無)				
・ 血糖 (空腹時・随時) _____ mg/dl		・ HbA1c _____ %		
・ 尿定性検査 蛋白 _____ 糖 _____		・ eGFR _____ ml/分/1.73m ²		
・ 身長 _____ cm		・ 体重 _____ kg		・ その他 _____

(医療機関記載欄)

医療機関名	医師名 ()	連絡先 電話番号	
貴院での 検査結果 ※実施の場合 のみ記載	(検査日 令和 年 月 日) ※ 検査結果の写しでも可 ・ 血糖 (空腹時・随時) _____ mg/dl ・ H b A 1 c _____ % ・ 尿定性検査 蛋白 _____ 糖 _____ ・ 尿アルブミン _____ mg/gCr ・ eGFR _____ ml/分/1.73m ²		
保 健 指 導	☐ 当院にて指導 ☐ 保険者に指導依頼 (※下欄に内容を御記載ください) ☐ その他 (※ 他院紹介等) (内容 : _____)		
	(保険者に依頼する場合) 指導内容などを具体的にお書きください。 ※指示がない場合は各種ガイドラインに沿って指導します。		
	※ 指導の際に特に注意すべき点		

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）
～主に糖尿病治療ガイドより～

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か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型糖尿病等）。			
○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。			
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（300mg/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併診等の受診形態を検討する。			

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（作成：日本腎臓学会、監修：日本医師会）

原疾患	尿蛋白区分	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 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/ 1.73 m2)	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
			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		
	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)

- 血尿、蛋白尿、腎機能低下の原因精査
- 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)
- 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

- 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。
 - 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。
 - 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
 - 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
 - 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