

大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラム

令和7年3月改定版

大 分 県

大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラム 目次 (令和7年改定)

1. 糖尿病性腎症重症化予防プログラム改定の背景	1
2. 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの基本的考え方	1～5
1) 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの目的	
2) 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの性格	
3) 年齢層を考慮した取組の実施	
4) データヘルス計画等各種計画を踏まえた事業展開	
3. 取組に当たっての関係者の役割	6～14
1) 市町村の役割	
2) 大分県の役割	
3) 大分県後期高齢者医療広域連合の役割	
4) 大分県医師会、各郡市医師会等の役割	
5) その他医療機関団体の役割	
6) 大分県糖尿病対策推進会議の役割	
7) 大分県糖尿病性腎症重症化予防推進に係る効果検討会議の役割	
8) 大分県国民健康保険団体連合会・国民健康保険中央会の役割	
4. 各医療圏域や各地域における関係機関との連携	15～17
5. 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの条件	18～20
1) 効果的・効率的な事業を実施するための条件	
2) 更に事業を発展させるための留意事項	
6. 対象者抽出の考え方と取組方策	21～28
1) 県プログラムにおける対象者に行う基本的な取組	
2) 県プログラムにおける糖尿病性腎症の定義	
3) 健診受診者からの対象者抽出（図表9のA+B+C）	
4) 健診結果を基にした抽出に当たっての留意点	
5) 健診未受診者からの対象者抽出方法（図表11のD+E）	
6) かかりつけ医と専門医の連携対象者について	
7. 対象者抽出から保健指導や医療連携における基本的な手順・流れ（例）	29～30
1) 「健康診査等で抽出されたハイリスク者」及び「レセプトデータ等で抽出された糖尿病治療中断かつ健診未受診者」への対応	
2) 治療中の患者に対する医療と連携した保健指導の推進	
3) 治療中の重症化ハイリスク患者におけるかかりつけ医と専門医連携の推進	
8. 介入方法	31～36
1) 受診勧奨	
2) 保健指導	
9. 事業を円滑に進めるための留意点	37
1) ICTを活用した取組の実施	
2) 委託にて事業を実施する際の留意点	
10. 県、市町村における糖尿病性腎症重症化予防プログラムの評価	38～41
1) 目的	
2) 方法	
3) 評価結果の活用	
11. 個人情報の取扱い	42

- 【参考資料】 (別紙1) 糖尿病生活指導指示書（例）
 (別紙2) 糖尿病生活指導報告書（例）
 (別紙3) かかりつけ医と専門医の連携対象者について（基準の根拠等）

1. 糖尿病性腎症重症化予防プログラム改定の背景

当県の人工透析患者数は 3,904 人（日本透析医学会, R5.12.31 現在）であり、人口 100 万人あたり 3,562.0 人で、全国 5 番目の高さで、そのうち約 4 割が糖尿病起因による透析である。また、平成 30 年度に当県で実施した保健・医療・介護データの連結による医療費分析の結果では、「症状別に複数の医療機関で治療中であるが重症化している」「医療機関受診後も治療中断により重症化している」「医療機関の受診後も本人の生活習慣の改善には必ずしもつながっていない」という状況が明らかになった。更に、令和元年度の分析では「虚血性心疾患の発症率及び発症時の状態は、①医療機関の受診のみ、②医療機関＋特定健診の受診、③医療機関＋特定健診＋特定保健指導の受診の順で、発症率が高く、また発症時の状態も重度である」ことが明らかになった。これらの状況から、かかりつけ医（相談医）と専門医、医療機関の連携による個別支援の強化、その体制整備が必要と考え、当県では、糖尿病性腎症及び慢性腎臓病の重症化予防を図ることを目的として、大分県医師会、大分大学と、令和元年 12 月 25 日に「大分県糖尿病性腎症及び慢性腎臓病の重症化予防に係る連携協定（※図表 4）（以下、連携協定と示す）」を締結した。

上記の県内の状況・背景等を踏まえ、今後、保険者における重症化予防の取組の質を高めることを通じて被保険者の健康の保持・増進を図り、更なる医療費適正化につなげていくため、厚労省が提示した糖尿病性腎症重症化予防プログラム(令和 6 年 3 月 28 日改定)等に基づき、現行の大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラム(令和 4 年 1 月改定)を改定することとしたものである。

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) 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの目的

今回改定する大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラム（以下、県プログラムと示す。）は、糖尿病が進行し、腎症の発症、更には重症化するリスクの高い医療機関の未受診者・受診中断者等について、①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、②糖尿病で通院する患者のうち糖尿病性腎症等の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のコントロールの維持、合併症の発症・進展の予防等により、腎不全、人工透析への移行を予防すること、糖尿病性腎症等の患者の生活の質（QOL）の維持・向上及び健康寿命の延伸、医療費の適正化につなげることを目的とする。

【成果目標】

糖尿病性腎症（疑いを含む）患者のうち、未治療者及び治療中断者を医療に結びつけ、医療と保険者（市町村等）の連携による個別支援の強化により、人工透析導入前段階の患者の腎機能低下を遅延させ、人工透析導入を予防又は導入の時期を遅らせることを目指す。

2) 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの性格

- ・ 取組内容や方法等については、各市町村住民（各医療保険加入者）の健康課題等における優先順位や各市町村国保等、各医療保険者（以下、保険者と示す。）の実施体制、地域の医療資源体制、既存の取組内容、取り組みやすさ等に応じ柔軟に対応することが重要であるが、事業評価を定量的な指標を用いて実施するなど、適切な PDCA サイクルの下、実施することが望まれる。

- ・ 既に各保険者は、従来から、糖尿病をはじめとする生活習慣病対策として生活習慣の改善による発症予防や、糖尿病性腎症や慢性腎臓病（CKD）対策として、早期発見、早期治療へ繋げることによる重症化予防等を活用し、「糖尿病性腎症重症化予防」に取り組んでいる。
- ・ なお、一連の取組は、各保険者が策定したデータヘルス計画との連動により、具体的に実施することが重要である。
- ・ 糖尿病性腎症重症化予防の取組は、糖尿病対策や CKD 対策と連携して行い、一定の基準に該当する糖尿病又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。
- ・ 県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順位を検討し、一定程度、対象者数を絞るなどの対応が必要になる場合がある。例えば、前年度より腎機能の悪化が顕著である者、予防効果が期待できる青壮年期層、生活習慣上改善の必要を認める者などに対象者を絞ることが考えられる。介入の優先順位を適切に検討するに当たっては、地域の健康課題や関連する保健事業と連動させるなど、保健指導が必要な対象者への支援を取りこぼさないように留意することが重要である。

図表 1 糖尿病性腎症重症化予防と関連する保健事業



- ・ 令和6年3月に改定された国の糖尿病性腎症重症化予防プログラム（以下、国プログラムと示す。）は、糖尿病性腎症合同委員会「糖尿病性腎症病期分類 2014 の策定（糖尿病性腎症病期分類改訂）について※1」に基づく名称ならびに分類を用いている。糖尿病性腎症に対する対応については、最新の「糖尿病診療ガイドライン 2019※2」、「エビデンスに基づく CKD 診療ガイドライン 2023※3」、「腎障害進展予防と腎代替療法へのスムーズな移行 CKD ステージ G3b～5 診療ガイドライン 2017（2015 追補版）※4」に準拠している。また、海外のガイドラインや生活習慣介入研究等のエビデンスをもとに、対象者抽出基準、プログラム内容、評価方法を示したものである。
- ・ 今回の改定による県プログラムは、前述した国プログラムや各ガイドライン等を踏まえ、各保険者や各地域の状況等を踏まえた目的と具体的な成果目標を掲げた、独自の分析、分類、連携等を盛り込んだ内容とする。

※1 糖尿病性腎症病期分類 2014 の策定（糖尿病性腎症病期分類改訂）について」糖尿病 57 巻 7 号：529-534,2014
https://www.jstage.jst.go.jp/article/tonyobyol/57/7/57_529/pdf-char/ja

※2 糖尿病診療ガイドライン 2019 http://www.jds.or.jp/modules/publication/?content_id=4

※3 エビデンスに基づく CKD 診療ガイドライン 2023 <https://jsn.or.jp/medic/newstoppers/fromjsn/ckd2023-1.php>

※4 腎障害進展予防と腎代替療法へのスムーズな移行 CKD ステージ G3b～5 診療ガイドライン 2017（2015 追補版）<https://jsn.or.jp/medic/guideline/>

3) 年齢層を考慮した取組の実施

- 健康課題やその取り巻く状況はライフステージ^{※5}により異なるため、健康日本 21 をはじめとする各種保健事業の取組において、ライフステージに応じた健康づくりの取組を進めてきている。重症化予防の取組においても、ライフコースアプローチ^{※6}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。
- 糖尿病の発症・重症化には、食生活の乱れや多量飲酒、身体活動量の低下等、生活習慣が大きく関与している^{※7}。また、受動喫煙を含めた喫煙、睡眠の質や量の低下、うつ傾向や精神的ストレスが発症の危険因子であることや、歯周病が血糖コントロールに影響を与えている^{※8}。
- このため、青壮年においては、特定健康診査で使われる標準的な質問票、後期高齢者においては、後期高齢者医療制度の保健事業で使われる後期高齢者の質問票などの情報も参考にしつつ、対象者本人からの聞き取り等により、生活習慣の状況や身体状況等を把握し、受診勧奨や保健指導に活用することが重要である。
- また、う蝕（むし歯）、歯周病、歯の喪失やそれ以外の歯・口腔に関わる疾患等により咀嚼機能が低下すると、野菜や肉類等の摂取量が減少するとともに、生活習慣病や低栄養のリスクが高まると報告されている^{※9}。特に、血糖コントロールの不良は歯周病を重症化させることや、歯周病が重症であるほど血糖コントロールが不良となること、歯周病治療によって血糖コントロールの状態も改善することが報告されており^{※10}、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。併せて、糖尿病の合併症の1つである糖尿病網膜症の進行防止の観点から、定期的、継続的な眼科受診を勧奨する。

(1) 青壮年に対する取組

- 高齢期に至るまで健康を保持するためには、青壮年期からの取組が重要であり、糖尿病性腎症重症化予防の取組においても青壮年期から取り組むことが重要である。
- 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^{※11}。また、高血圧を有する者も増加する。糖尿病が疑われる者が急増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、糖尿病についての適切な治療継続や生活習慣の改善等が期待でき、それに伴い合併症の発症・重症化予防や合併症による臓器障害の進行予防等も期待できる。また、人工透析の導入時期も遅らせることが期待でき、対象者本人の生活の質を維持することができ、医療経済への影響も小さくすることが期待できる。
- 青壮年、特に 30 歳代から 50 歳代では、「健康な食習慣の妨げとなる点」として、「仕事（家事・育児等）が忙しくて時間がないこと」の割合が 60 歳に比較すると多く^{※12}、糖尿病性腎症重症化予防の取組を実施するに当たっては、このことを考慮した取組となるよう配慮する。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。

※5 乳幼児期、青壮年期、高齢期等の人の生涯における各段階のこと。

※6 胎児期から高齢期に至るまでの人の生涯を経時的に捉えること。

※7 2 型糖尿病は生活習慣の影響のみで発生するわけではなく、遺伝的素因等も関与していることには十分に留意する必要がある。健康づくりによる予防の観点から、生活習慣や環境の改善は重要である。

※8 健康日本 21（第三次）推進のための説明資料 令和 5 年 5 月 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会次期国民健康づくり運動プラン（令和 6 年度開始）策定専門委員会 P.75 https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/kenkou/kenkouinippon21_00006.html

※9 標準的な健診・保健指導プログラム（令和 6 年度版）

令和 6 年 4 月 厚生労働省健康・生活衛生局 P.95 https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000194155_00004.html

※10 糖尿病治療ガイド 2022-2023 日本糖尿病学会編・著 P.94

※11 令和元年国民健康・栄養調査報告 https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/kenkou/eiyoku/r1-houkoku_00002.html

※12 60 歳代以上で最も多いのは「特になし」である。また、「運動習慣の定着の妨げとなる点」についても、この傾向は同じような傾向である。

（令和元年国民健康・栄養調査報告）

- ・ 糖尿病性腎症をはじめとする糖尿病の合併症は、発症後、長期間を経て徐々に進行していくと考えられることから、青壮年が多く加入している被用者保険の保険者においても、重症化予防に取り組むことが重要である。糖尿病性腎症重症化予防の取組は継続して行うことが重要であるため、例えば、保険者協議会や地域・職域連携推進協議会等を活用して、市町村国保と国保組合、被用者保険との間で、健診データやレセプトデータ等（以下「健康・医療情報」と示す。）やそれぞれが捉えている地域の健康課題、保健事業の実施状況等の共有や、役割分担しながらどのように取組を進めていくかなどの連携体制の確認等を行うことが非常に重要である。

（２）高齢者に対する取組

- ・ 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、後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）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重要である。

（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となる。
 - 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重要である。特に、75歳以上の者への保健指導については、生活習慣病等の慢性疾患の重症化予防に加え、後期高齢者の質問票等を活用し、フレイル等に関連する老年症候群（低栄養、転倒・骨折、誤嚥性肺炎等）等の心身機能の低下とそれに起因する疾病の予防に着目し、実施する必要がある。また、その方法については、本人が主体的に選択できるように配慮するとともに、認知機能の程度を含む加齢による心身の特性の変化や性差、生活状況等の実情に応じた内容とし、地域包括ケア推進における関係者や地域住民も含めて地域ぐるみで支援を行うことに留意する。
 - ・ 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、75歳以上の多くの者が医療機関を受診していることを勘案すると、医療機関と連携した取組を推進する必要がある。
 - ・ 医療機関に通院していない高齢者については、青壮年期と同様、健診等の機会を活用して、生活習慣病が軽症のうちに医療につなげ、重症化を予防することが重要である。
 - ・ 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、低血糖症状の有無を問わず血糖が下がりすぎていないかを確認すべきであることに留意する。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。

- ・ 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。
- ・ 高齢者の保健事業を実施する際には、高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン^{※13}、標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）^{※14}等を参照し、実施する。

4) データヘルス計画等各種計画を踏まえた事業展開

- ・ 糖尿病性腎症重症化予防の取組は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、例えば、データヘルス計画、健康増進計画、医療費適正化計画、介護保険事業（支援）計画、医療計画等をはじめとする保健事業と密接に関係する計画を踏まえて事業を展開する必要がある。

※13 高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/hoken/hokenjigyou/index_00003.html

※14 標準的な健診・保健指導プログラム https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000194155_00004.html

3. 取組に当たっての関係者の役割

1) 市町村の役割

(1) 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、健康寿命の延伸及び QOL の向上につながるものであるとともに、医療費の適正化にもつながることから保険者全体の問題として取組む。
- ・ 重症化予防事業の取組意義、現状、課題、方策等について共通認識を持ち、具体的な取組につなげるために、各市町村においては健康増進、国民健康保険（以下、国保と示す。）、高齢者医療、介護保険及び医療政策等、各担当課の担当者等による庁内連携体制を整え、定期的な会議の場を持つことが望ましい。
- ・ 個別支援等の具体的な取組に当たっては、保健師・管理栄養士等の専門職が配置されている健康増進担当課と国保担当課等の連携を深め、①各専門職や事務職等の人材を効率的に活用、②専門的知見や人材を有する外部委託事業者の活用、③大分県国民健康保険団体連合会（以下、国保連と示す。）等の知見や人材の活用等、柔軟な取組を検討し、実施する。
- ・ 重症化予防に向けた具体的な取組の推進においては、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 システムと示す。）等の活用による健康課題の分析や対象者抽出・評価などにおいては事務作業も発生する。効果的・効率的に取組を進めるためには、事務職等が専門職と協働して、その役割を果たすことが重要である。

(2) 地域連携を通じた課題分析と情報共有

- ・ 保険者として保有する健診データやレセプトデータ等から未治療者、治療中断者、コントロール不良者の抽出と継続的な追跡を行い、対象者の居住する地域・コミュニティの特性を踏まえて対象者の生活を理解していること、地域包括支援センターや福祉サービス、被用者保険等の他部門、他機関との連携、各市町村が行う日頃からの保健指導の強み等を活かした包括的な支援を行う。
- ・ 健康・医療情報を用いて、被保険者の疾病構造や健康問題などを分析する。課題分析や分析結果の解釈を行うに当たっては、互いの持ち得る健康・医療情報（量的・質的データ）等を共有のうえ、取り組むことが望ましい。
- ・ 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人数、かかりつけ医や専門医療機関との連携体制の状況等）を明らかにする視点を持ち、取組を進める。
- ・ 郡市医師会やかかりつけ医機能を有する医療機関、地域の専門医療機関、大分県（保健所を含む。）、大分県後期高齢者医療広域連合（以下、広域連合と示す。）、糖尿病対策推進会議、国保連、大分県糖尿病性腎症重症化予防推進に係る効果検討会議（以下、効果検討会議と示す。）等の関係機関の担当窓口と顔の見える関係性を築く。また、各市町村内の協議会等を開催し、各自が抱えている健康課題や取組及び、その中で実施している事業の目標設定や企画、実施方法、評価について共有する（既存の会議体を活用できることもある）。特に、後期高齢者医療制度の保健事業との一体的な実施に当たっては、広域連合との連携内容について、十分協議する。
- ・ 健康・医療情報の分析については、国保連等に KDB システムの活用や国保連に設置されている保健事業支援・評価委員会に助言を受けながら取組を進める。

- ・ また、多くの市町村は、複数年に渡り、糖尿病性腎症重症化予防に取り組んでいる。それらの実践の中で明らかになった課題についても整理し、次の取組に活かす必要がある。

(3) 事業計画の立案

- ・ 上記(2)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、地域の医療機関における連携体制のあり方、ハイリスク者を抽出するための健診項目やレセプトデータ、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したうえで、医療機関への受診勧奨や保健指導の内容について検討する。
- ・ その際、郡市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。糖尿病性腎症重症化予防の目的は、①糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関の未受診者・受診中断者に対して医療機関への受診勧奨や保健指導を行い継続的な治療につなげること、②通院中の重症化するリスクの高い者に対して保健指導を行うこと、などの取組により、良好な血糖のコントロールの維持、合併症の発症・進展の阻止・抑制等を通して、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、であることを踏まえて、評価指標の設定は、短期的な評価指標だけではなく、中長期的な評価指標も設定することが望ましい。
- ・ また、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、事業計画に記載し、評価の実施時期や評価方法等も記載する※15(評価指標については、10 プログラム評価参照)

(4) 事業実施

上記(3)の事業計画に基づき事業を実施する。事業実施に当たっては、以下を参照する。

- ①対象者の抽出と介入方法(6 対象者抽出の考え方と取組方策、8 介入方法)
- ②ICT の利活用(9 1) ICT を活用した取組の実施)
- ③委託して実施する場合(9 2) 委託にて事業を実施する際の留意点)
- ④個人情報保護(11 個人情報の取扱い)

なお、受診勧奨や保健指導の実施に際しては、主に、保険者として実施する健診の結果に基づいて、対象者の抽出を実施することが多いため、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。

(5) 事業評価

実施した各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繋げる。

(詳細は、10プログラム評価を参照)

(6) 事業の効率的・効果的な実施に向けた人材育成や資源の確保

- ・ 保健指導を効果的に実施するためには、糖尿病性腎症の病態や保健指導の方法、保健事業の企画、地域の医療関係者との連携・協働、データによる評価や KDB 等についての知識やスキルが必要であることから、保健師や管理栄養士等の計画的な人材の確保・育成、資質向上に取り組む。

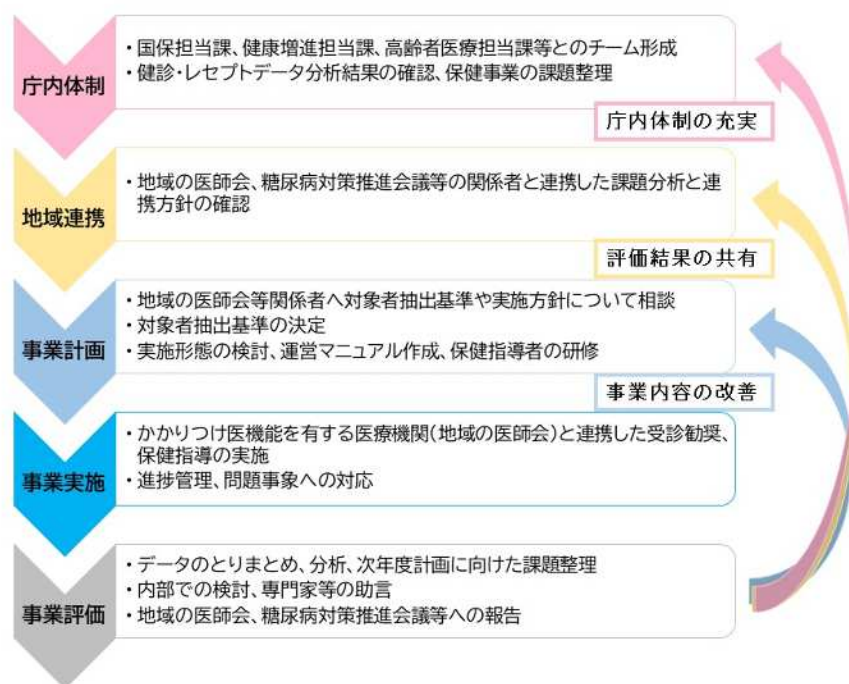
※15 アウトカム(成果): 設定した目標に達することができたか、など
 アウトプット(保健事業の実施状況・実施量): 抽出された対象者に対して何人に保健指導を実施したか、など
 プロセス(保健事業の実施過程): 受診勧奨の手法は適切か、保健指導実施のための専門職の人員配置が適切か、スケジュール通りに行われているかなど
 ストラクチャー(計画立案体制・実施構成・評価体制): 事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか、など

- ・ 県プログラムに関する知識を得ていく必要があるため、専門職や事務職を問わず、担当者が積極的に研修会等に参加できるようにするなど、糖尿病性腎症に関する知識や技術等を習得する機会を設ける必要がある。

(7) 他の保険者との保健事業の連携

- ・ 市町村国保では国保被保険者を対象に保健事業を展開するが、同様の事業は被用者保険でも展開されている。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、地域での取組に当たっては、そうした被用者保険の取組と連携することも重要である。
- ・ また、75 歳以上になると、市町村国保の被保険者は後期高齢者医療制度へ移行する。加入する医療保険制度が変更することに伴い、対象者の指導や評価等の支援が途切れる現象がみられる。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。委託等により市町村が一体的に保健事業を実施することで、年齢に関わらず継続した支援を可能にするといった対応をとることが考えられるが、広域連合が実施する場合においても、保険者間の連携を密にし、支援が途切れることがないように取り組む必要がある。

図表 2 自治体における糖尿病性腎症重症化予防事業の進め方（例）



2) 大分県役割

- ・ 大分県は、保険者として主体的に糖尿病性腎症重症化予防に取り組むとともに、糖尿病性腎症重症化予防に取り組む市町村や広域連合等を支援する。
- ・ 県は、効果検討会議、大分県保険者協議会を開催するとともに、大分県糖尿病対策推進会議、地域保健対策推進協議会 腎専門部会、国保連及び大分県保健所長会等との連携により、各関係機関と市町村が連携し、地域で具体的な対応策を議論の上、課題解決につなげていく等、県内で

糖尿病性腎症重症化予防に取り組む機運を醸成し、広域的に展開する。

- ・ 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十分に取り組むことができていない場合は、保健所管轄地域単位等での事業実施の検討など、県が積極的に支援する。
- ・ 県として主体的に重症化予防の取組を進めるにあたっては、県庁内関係課（医療政策課、高齢者福祉課等）との連携による企画・運営・進捗管理等を実施する。更に、各医療圏や管轄市町村の取組を支援する保健所（保健部）との協働により、各市町村や広域連合等の保健指導担当者等への研修開催、各市町村の個別支援検討会議（患者の状態・支援方針等の情報共有、検討を行う場）等の開催支援、管轄郡市医師会・医療関係者や市町村・広域連合等との調整などの役割を担う。
- ・ また、かかりつけ医や保健指導を担う専門職等との連携、医療と市町村等保険者との連携による個別支援の強化に向けた資質向上、情報共有や好事例の横展開等を目的とした研修を開催する。
- ・ 更に、糖尿病性腎症重症化予防に向け、県として、青壮年期等、働き盛り世代を焦点化し、重症化予防の観点から県民の行動変容を促すことを目的とした広報・普及啓発活動を実施する。

（１）庁内体制の整備

- ・ 市町村や広域連合等の取組を支援するために、保健事業を推進するだけでなく、市町村の実情、管内の医療機関の状況、関係団体の動向、人材の状況など多岐にわたって調整する。担当課だけでは対応できない課題がある場合には、県庁内の関係部署（部局・課）の連携による会議を定期的に開催するなど、問題意識をその都度共有しながら、具体的な取組の推進や市町村・広域連合等への支援を進める。

（２）地域連携に対する支援

- ・ 大分県は、連携協定を活かした連携体制の強化・整備や、市町村の状況に応じた県並びに各市町村プログラムの取組が円滑に実施できるよう支援する。
- ・ 市町村や広域連合等における円滑な事業実施を支援する観点から、県医師会や県歯科医師会、県薬剤師会、糖尿病対策推進会議等と県内の各医療圏域、各市町村の取組状況を共有し、課題、対応策等について、糖尿病性腎症重症化予防推進に係る効果検討会議等の場で協議検討を行う。
- ・ 保険者協議会の場を活用するなど、被用者保険者や広域連合とも連携を図り、糖尿病性腎症重症化予防の効果が上がるように調整することも重要である。特に、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は、継続的な支援を受けることができるよう、市町村において、広域連合等から保健事業の委託を受ける等、一体的な実施に努め、密な連携のうえで継続した取組が円滑に実施されるよう関係機関の調整を行う等の支援を行う。
- ・ 保健所（保健部）は、各圏域や管轄市町村を支援する立場から、地域診断や地域分析の実施主体である市町村・広域連合・郡市医師会・医療機関をはじめとする地域の医療関係者や市町村・広域連合等との調整を図る等、各市町村の体制整備に向けて取り組む。

（３）事業計画

- ・ 事業計画には、市町村支援に関するもののほか、広域的なデータ分析や普及啓発、モデル事業の実施等、都道府県自らが実施する糖尿病性腎症重症化予防の取組、また、事業評価に必要な目標、評価指標を記載する。
- ・ これらの内容については、都道府県が策定する関係する計画（健康増進計画、医療計画、医療費

適正化計画、介護保険事業支援計画等）を踏まえたものとなるようにする。

- ・ 県は、市町村や広域連合が保有していない都道府県内の保健・医療・福祉等に関する各種データを保有していることから、国保連と連携して、都道府県内の健康課題等に関する俯瞰的な整理を行うとともに、市町村や広域連合が現状分析や計画の立案、評価等を行うに当たって活用可能なデータや、県が取り組んだ医療費分析等の結果を随時提供する。

（４）事業実施

- ・ 事業計画に基づき事業を実施する。
- ・ かかりつけ医機能を有する医療機関（大分県医師会）と連携した受診勧奨事業、保健指導事業を実施する。
- ・ 市町村や広域連合の支援に当たっては、市町村等における事業実施状況を定期的に把握し、地域資源等（人材や資源等）の不足等、課題がある市町村に対しては重点的に支援する。

（５）事業評価

- ・ 事業計画に記載した目標や評価指標を踏まえ事業評価を行う。
- ・ 市町村が行う事業評価についても、広域連合、国保連と連携のうえ、支援を行う。
- ・ 県は市町村が行う糖尿病性腎症重症化予防の取組の効果について、広域的な観点から、県全体での評価を行う。

（６）人材育成

- ・ 人材不足等により、課題を持つ市町村や広域連合等に対し、県として具体的かつ適切な支援を行う。例えば、国保連等と連携して、データ分析や評価、事業実施等の支援に加えて、市町村や広域連合等の担当者への研修の実施等を通して、計画的に人材育成・人材確保を促進する必要がある。
- ・ 県として主体的に糖尿病性腎症重症化予防の取組を進めるに当たっては、保健所の機能・人材も活用する。例えば本庁では、県レベルでの取組の企画等を行い、保健所では市町村や広域連合の担当者への研修等を行ったり地域の医療関係者や市町村・広域連合とのつなぎ役となったりする等、保健所を活用した取組を行う。

３）大分県後期高齢者医療広域連合の役割

- ・ 広域連合は都道府県単位で管内全ての市町村により構成されるものであり、その組織特性上、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な場合が多いという課題がある。このため、自らプログラムに基づいた取組を実施するほか、保健事業を市町村に委託し、市町村国保の保健事業と一体的に実施されるよう調整を行うなど、市町村（高齢者医療、介護保険・介護予防、健康増進担当課及び各地域包括支援センター等）との連携が不可欠である。
- ・ 保健事業の実施に当たっては、「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン」を参照しながら、広域連合と市町村との役割分担を明らかにすることや連携体制を整える。
- ・ 広域連合は、各事業推進のために、後期高齢者医療制度の運営を通じて包括的、統合的に管理している健康・医療情報を、保険者機能として適切かつ積極的に活用する。
- ・ 広域連合は市町村に対し、高齢者の健康状態や医療費等の状況について、都道府県全体を俯瞰して健康・医療情報を分析加工した統計資料等の提供や説明を行う。また、市町村が広域連合か

らの委託により保健事業を実施する際においても、データの提供や閲覧権限の付与など、実施支援のための情報提供を行う。

- ・ 市町村に委託して保健事業を実施する場合又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・評価を行える体制構築に努めることが望ましい。
- ・ 被保険者が後期高齢者医療制度へ移行する際に、保健事業が円滑に接続されないケースや評価が途切れるケースがみられた。そのため、令和2年度より、市町村において市町村国保から連続した事業の実施・評価を適切に行えるよう「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」を開始している。広域連合の役割として具体的には、国保や介護予防部局との連携を密にし、国保保健事業や介護予防の取組との一体的な実施を推進してきているところであり、引き続き、継続的な事業実施ができるような体制づくりが求められる。
- ・ 大分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ことが重要であり、県と連携しながら調整する場合や市町村による調整の支援を行う場合など、状況に応じた調整を行う。

4) 大分県医師会、各郡市医師会等の役割

(1) 医療関係団体における協力体制の整備

- ・ 県医師会・薬剤師会等の関係団体は、郡市医師会・薬剤師会等に対して糖尿病性腎症重症化予防に係る国・都道府県における動向等を周知する。
- ・ 県医師会及び郡市医師会等をはじめとする地域の医療関係団体は、会員及び医療従事者等に対して糖尿病性腎症重症化予防の取組について周知する。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。
- ・ 地域における糖尿病性腎症重症化予防の取組は、市町村等の取組に加え、かかりつけ医と専門医等との連携強化が重要であるため、地域の医師会等は各医療機関や医師等と連携し必要な取組を行う。

(2) 市町村等の取組に対する協力

- ・ 県医師会をはじめとする地域の医療関係団体は、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。
- ・ 地域の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（連絡票、事例検討等）について自治体と協力する。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。県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。
- ・ かかりつけ医は、市町村等が行う事業の対象者について、病歴聴取や診察、保険診療における検査等による病期判断、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、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。

- ・ 市町村等、保険者が行う糖尿病性腎症重症化予防事業に理解のある糖尿病専門医、腎臓専門医等が、継続的に保健事業のアドバイザーとなり、地域の医療機関や透析治療の専門医療機関、糖尿病・腎臓専門医、おおいた糖尿病相談医、かかりつけ医等と相談し、住民の健康や地域課題等を共有することが重要である。
- ・ 地域の医師会は、かかりつけ医と連携した受診勧奨、保健指導へ協力する。

(3) 関係学会のガイドライン等の活用

- ・ 糖尿病診療においては、日本糖尿病学会編・著「糖尿病診療ガイドライン」「糖尿病治療ガイド」、日本糖尿病対策推進会議編「糖尿病治療のエッセンス」や日本糖尿病学会・日本老年医学会編・著「高齢者糖尿病診療ガイドライン」「高齢者糖尿病治療ガイド」等の積極的に活用する。
- ・ 腎疾患診療においては、日本腎臓学会編・著「エビデンスに基づく CKD 診療ガイドライン」等の積極的に活用する

5) その他の医療関係団体等の役割

- ・ CKD 対策等と連動させて糖尿病性腎症重症化予防に取り組む場合は、地域の中核的医療機関の専門医、糖尿病療養指導士^{※16}や腎臓病療養指導士^{※17}等との連携、地域の看護協会、栄養士会等の機能団体との連携を拡大することができれば、より包括的な地域連携体制を構築することが可能となる。
- ・ 糖尿病の合併症として網膜症、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ことが望ましい。
- ・ 健康サポート薬局^{※18}や栄養ケア・ステーション^{※19}、まちの保健室^{※20}等のように、地域で活動する保健医療等の専門職・地域住民による、主体的な健康の保持・増進を積極的に支援する機能を備えた機関等がある地域においては、それらの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、県や市町村、広域連合に情報共有するなど共に検討する。

6) 大分県糖尿病対策推進会議の役割

- ・ 糖尿病対策推進会議^{※21}は、糖尿病診療において、①かかりつけ医機能の充実と病診連携の推進、②受診勧奨と事後指導の充実、③糖尿病治療成績の向上、を目的に平成 17 年に設立された会議であり、国レベルだけでなく全都道府県に設置されている。
- ・ 糖尿病対策推進会議は、会議の理念に合致した具体的な行動計画である糖尿病性腎症重症化予防事業に積極的に関与していくことが期待される。
- ・ 糖尿病性腎症重症化予防に係る国・都道府県における動向等について、構成団体に周知するとともに、医学的・科学的観点から県内における糖尿病性腎症重症化予防の取組について助言を行うなど、市町村や広域連合等の取組に協力することが求められている。

※16 糖尿病療養指導士は、高度でかつ幅広い専門知識を持ち、患者の糖尿病セルフケアを支援する医療スタッフであり、日本糖尿病療養指導士認定機構および各地の認定組織によって、一定の経験を有し試験に合格した看護師、管理栄養士、薬剤師、臨床検査技師、理学療法士等に与えられる。

※17 腎臓病療養指導士は、職種横断的な、CKD 療養指導に関する基本知識を持つ医療スタッフであり、日本腎臓病協会によって、一定の経験を有し合格した看護師・保健師、管理栄養士、薬剤師に与えられる。

※18 健康サポート薬局とは、かかりつけ薬剤師・薬局の基本的な機能に加え、国民による主体的な健康の保持増進を積極的に支援する（健康サポート）機能を備えた薬局のことであり、厚生労働大臣が定める基準に適合するものとして都道府県知事に届出を行ったうえでその旨を表示することができる薬局のことである。

※19 栄養ケア・ステーションとは、日本栄養士会及び都道府県栄養士会が設置し、所属する管理栄養士・栄養士が、医療機関や自治体等と連携し、地域住民に対して栄養相談・保健指導等のサービスを提供する地域密着型の拠点である。

※20 まちの保健室とは、地域の看護職が、通いの場や訪問看護ステーション等の様々な場を活用し、幅広い年齢層、健康レベルの住民を対象に健康相談やプライマリヘルスケア、地域のネットワークづくり等を担う機能を有するもので、名称は地域等によって異なる場合がある。

※21 日本糖尿病対策推進会議を構成する団体※1は、日本医師会、日本糖尿病学会、日本糖尿病協会、日本歯科医師会等 19 団体で構成されている。都道府県糖尿病対策推進会議の構成団体については、これらを参考にすることが望ましい。※1 <https://www.med.or.jp/doctor/diabetes/>

- ・ 糖尿病対策推進会議は、市町村等との連携の窓口となる責任者※22を決めたうえで、その責任者が中心となって調整を行い、当該会議として、市町村等で行う糖尿病性腎症重症化予防の取組に助言等を行うことが期待される。また、市町村や広域連合が大分県糖尿病対策推進会議と連携が図れるように、窓口となる責任者について周知する必要がある。
- ・ 地域の住民や糖尿病の患者への啓発、医療従事者への研修に努めることが重要であり、その際には、日本糖尿病学会や日本糖尿病協会から開発提供されている、保健指導に有用な教材を利用することも期待される。

7) 大分県糖尿病性腎症重症化予防推進に係る効果検討会議の役割

- ・ この効果検討会議は、連携協定に基づく「大分県糖尿病性腎症重症化予防推進事業」の円滑かつ効果的な取組を目指すため、大分県医師会、大分大学、大分県に所属する職員のうち、糖尿病性腎症重症化予防に知見を有する者を委員として、令和3年1月に設置された。以下に示す、具体的な役割等を踏まえ、重症化予防に向け、効果的な協議・検討につなげる。

ア) 好事例の横展開

- ・ 個別支援検討会議等の開催による医療・行政関係者の共通認識に基づく「個別支援方針の決定」「治療・検査結果・保健指導情報の共有」「個別支援の継続」に向けた検討

イ) 医療機関と行政との連携体制の強化

- ・ 特定健診結果とレセプト情報等を連結した分析結果に基づき、腎機能の悪化が認められる患者に係る情報提供を行うとともに、人工透析への移行が心配される患者の医療機関からの情報提供を促進し、保健指導担当者等による患者の生活習慣改善に向けた保健指導を強化するための検討

ウ) かかりつけ医（おおいた糖尿病相談医）と糖尿病・腎臓専門医との連携による個別支援体制の構築

- ・ 連携協定に基づく、大分大学医学部附属病院の「糖尿病性腎症重症化予防専門外来（令和2年5月開設）（以下、専門外来と示す。）」等の活用に向けた連携体制の強化に係る検討
- ・ 大分県糖尿病対策推進会議等と連動した、かかりつけ医（おおいた糖尿病相談医）と市町村等、保険者の連携による個別支援の強化に向けた検討

・ 具体的な検討方針

- ① データ連結分析結果に基づく県民の糖尿病性腎症の現状・課題の共有
- ② 大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラムの改定に向けた検討
- ③ 上記プログラムに基づく、健診、医療データ等から、腎機能の悪化が認められる住民（患者）の医療と保険者の連携による個別支援強化策の検討
 - 定例的な個別支援検討会議（各患者の支援方策検討会議）の開催
 - 医療・保険者の共通認識と連携による個別支援方針の決定、治療・検査結果・保健指導情報の共有、個別支援の継続に向けた具体策

※22 日本医師会では都道府県医師会糖尿病対策（推進会議）の担当者一覧 1)をとりまとめ、日本糖尿病学会では市町村単位の担当医 2)、また、都道府県単位で日本糖尿病対策推進会議日本糖尿病学会地区担当委員 3)を定めており、地域での取組を進めるに当たっては、これらの担当医師と連携しながら進めていくことも重要である。

1) <https://www.med.or.jp/doctor/diabetes/>

2) http://www.jds.or.jp/modules/education/index.php?content_id=88

- 医師、保健指導担当者等、糖尿病療養指導士等、関係者の糖尿病性腎症重症化予防に係る資質向上・人材育成の方策

④ 県内での好事例の横展開に向けた協議・検討

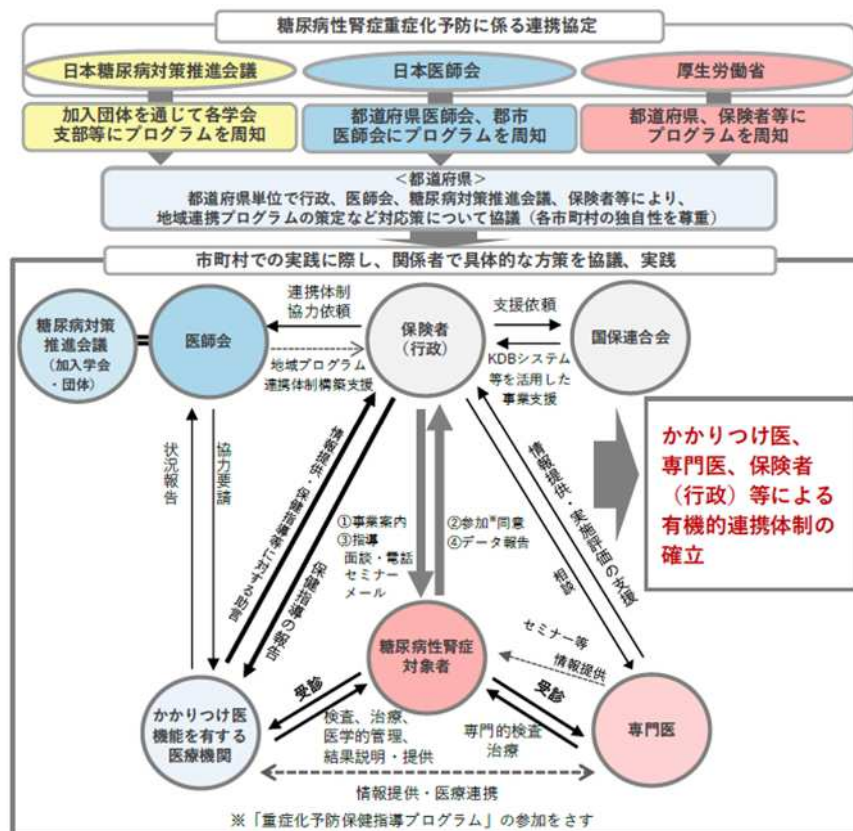
8) 大分県国民健康保険団体連合会(以下、国保連と示す。）・国民健康保険中央会（以下、国保中央会と示す。）の役割

- ・ 国保連は、国保中央会と一体的に全国の自治体が実施する保険者の保健事業への支援を行っており、保険者である市町村等の連合体として計画策定・評価改善の際に連携することが多く、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に取り組むことができるよう研修を実施している。
- ・ 大分県と国保連は、糖尿病性腎症重症化予防事業において、密な連携・協力体制が構築されており、国保連は、主に以下の役割や支援を担っている。
 - 事業計画策定時のデータ抽出や分析、事業実施後の評価分析等における技術的支援や助言
 - 国保・後期高齢者ヘルスサポート事業を通じた支援や評価委員会による個別支援
 - KDB の活用によるデータ抽出・分析における技術的支援や助言
 - KDB に関する研修の開催
- ・ 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を行う。
- ・ 国保中央会は、国保連が行う研修や KDB システムの活用等の支援を行うことにより、糖尿病性腎症重症化予防事業の充実を図ることが期待される。

4. 各医療圏域や各地域（以下、各地域と示す。）における関係機関との連携

- ・ 本事業における各機関の役割は、「3. 取組に当たっての関係者の役割」の項で述べたが、それらが有機的に連携していくことが重要である。各地域における取組を効率的に推進するに当たっては、関係者が各々の役割を理解したうえで、密接に連携して対応することが期待される（図表3）。

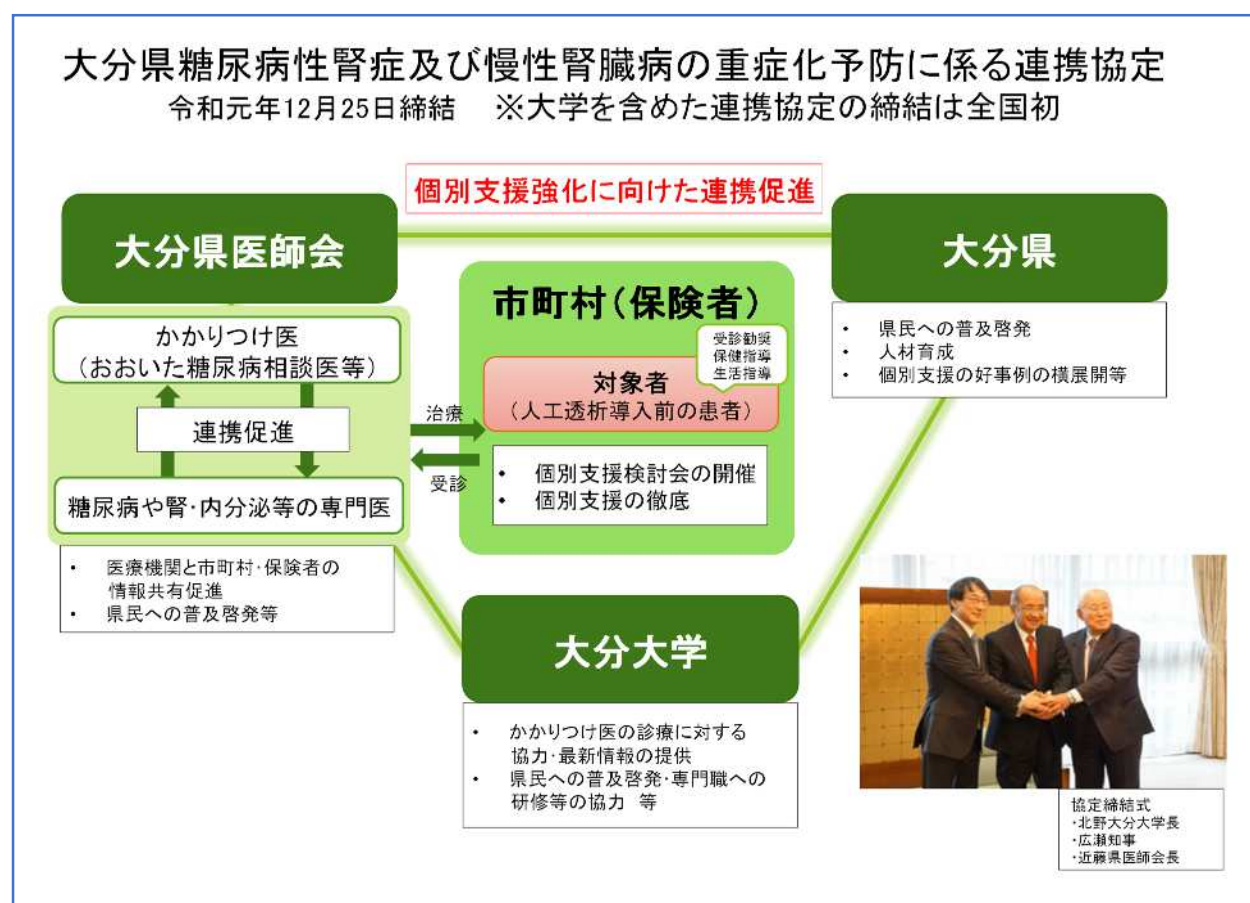
図表 3：関係者の役割分担と連携



- ・ 保険者のみで本事業を行うのではなく、各郡市医師会、糖尿病専門医や腎臓専門医等が所属する医療機関（以下、専門医療機関と示す。）、糖尿病対策推進会議、効果検討会議、国保連、大分県等と糖尿病性腎症重症化予防事業の枠組みについての認識の共有、合意形成を図り、対象者の状況に応じた個別支援を推進できる連携体制づくりが重要である。大分県は、連携協定（図表４）を活用し、各市町村、各医療圏域等の状況に応じた、医療と保険者の連携による個別支援の強化に努める。
- ・ 以上のような連携を確保するために、以下のような取組がある。
 - 大分県や保健所管轄地域単位での対策会議の設置、具体的事例の検討を行う連絡会の開催など、地域の関係者間で顔を合わせる機会を設けることが望ましい（図表５）。
 - 本事業の具体的な検討を始める前に、保険者が主体となって、県・各郡市医師会等に対し、地域の健康課題や本事業の目的・目標等について説明及び情報提供を行う。大分県の協力・支援を得ながら各郡市医師会、専門医療機関、他の保険者、糖尿病療養指導士、地域団体等、各地域の関係者との協議の場を設定する。併せて、地域住民にも情報提供する。

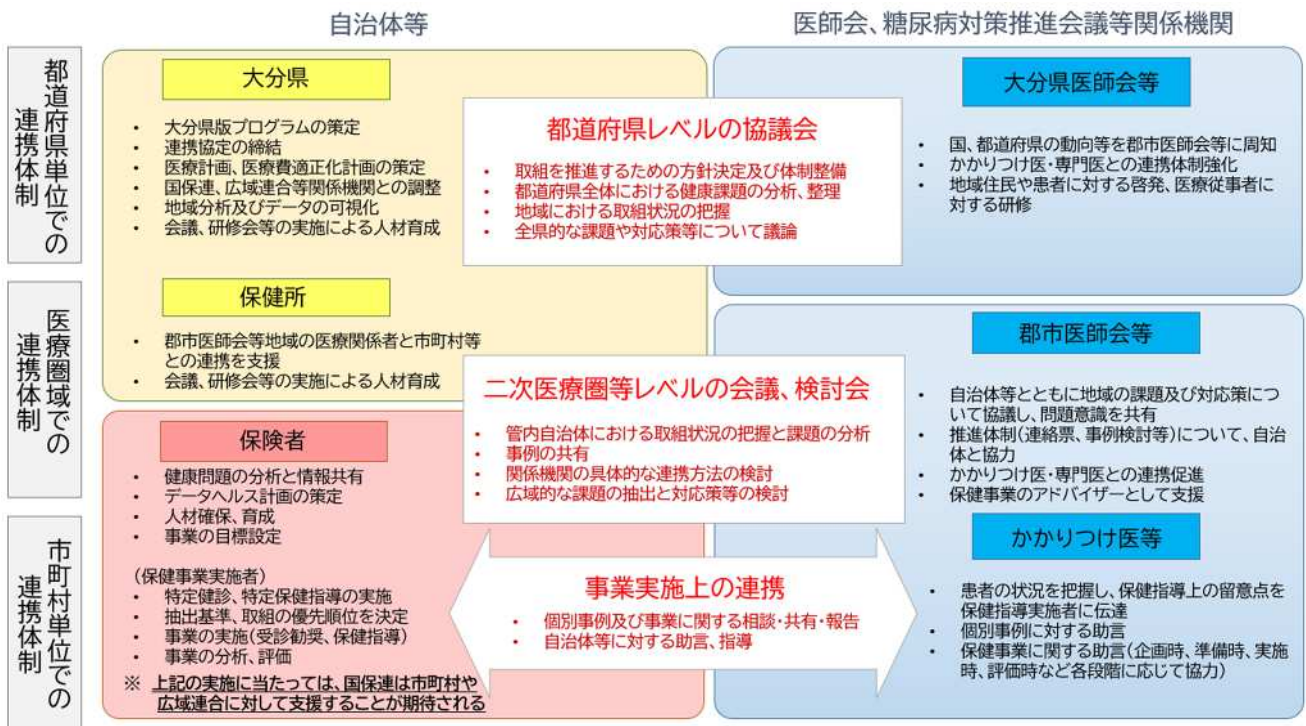
- 保険者は、事業の実施状況や評価結果についても、各地域の関係者に情報を提供し、協議の場を持つ。
- 必要に応じてかかりつけ医と専門医が連携できる体制を構築することが望ましい。日本糖尿病学会と日本腎臓学会は、かかりつけ医から専門医・専門医療機関への紹介基準を定めている※23。また、両専門医間における紹介基準も定めており、これらを活用しながら医療機関における連携を更に進めていくことが重要である。大分県では、CKD 対策と連動した基準値、地域連携パス及び連携協定等に基づき専門外来(図表6)等の活用を推進する。専門外来は、糖尿病、慢性腎臓病などの治療中で重症化のおそれがある患者を対象に、かかりつけ医、専門医、保険者(市町村等)、糖尿病療養指導士等、個別支援に携わる関係者等が連携して対象者の状態に応じた処方調整、治療の継続、生活習慣の改善を支援する腎症重症化予防のステーションとしての役割を担っている。

図表4：大分県糖尿病性腎症及び慢性腎臓病の重症化予防に係る連携協定

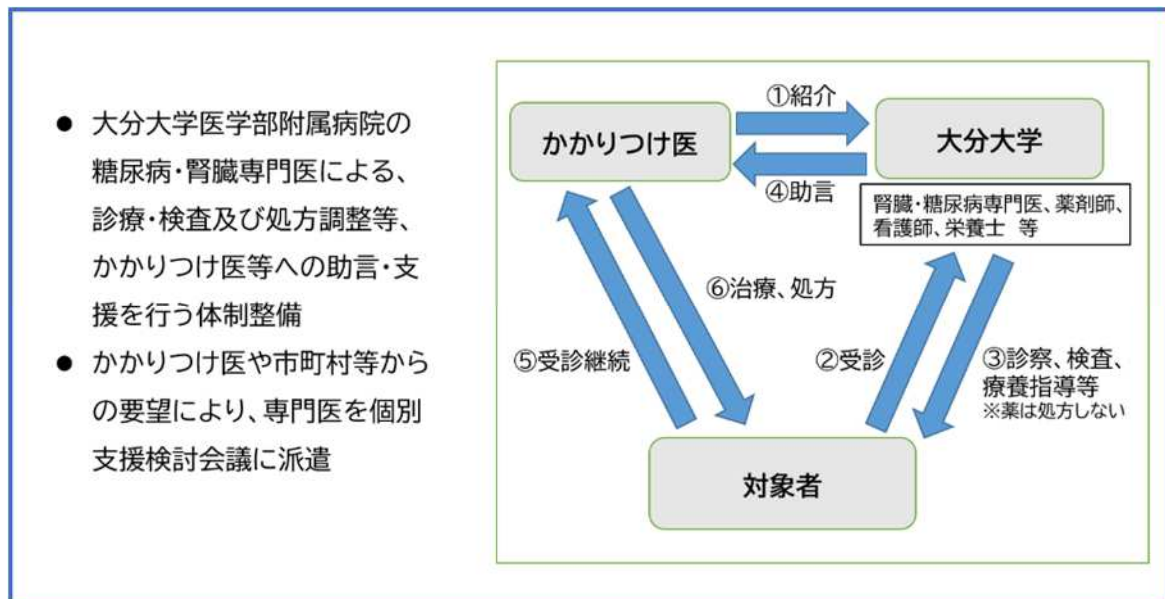


※23 日本糖尿病学会と日本腎臓学会は、「かかりつけ医から専門医・専門医療機関への紹介基準」、「専門医間の紹介基準」をホームページ等に掲載している。
 ・かかりつけ医から専門医・専門医療機関への紹介基準
http://www.jds.or.jp/modules/important/index.php?content_id=92 (日本糖尿病学会)
<https://jsn.or.jp/medic/newstopics/formember/post-547.php> (日本腎臓学会)
 ・専門医間の紹介基準
http://www.jds.or.jp/modules/important/index.php?content_id=114 (日本糖尿病学会)
https://www.jsn.or.jp/topics/notice/_3537.php (日本腎臓学会)

図表 5：地域における連携体制のイメージ



図表 6：糖尿病性腎症重症化予防専門外来



5. 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの条件

1) 効果的・効率的な事業を実施するための条件

- ・ 各市町村で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、各市町村の状況等に応じて大分県糖尿病対策推進会議、効果検討会議等との連携（県による対応策の議論や取組内容の共有など）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、eGFR 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。また、これにより、特定健診未受診者層、治療中断者、治療中の者から適切に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きめ細かく連携することとする。特に治療中の者に保健指導を行う際にはかかりつけ医との間で対象者の状態像（疾患や症状等の医療的側面に関する状況、社会生活面のアセスメント状況等）や保健指導の内容について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。
- ・ 保健指導の機会を通じて生活習慣のアセスメント及び生活指導を行うことにより、普段の生活状況を知り診療上有用な情報が得られるなど、かかりつけ医にとってもメリットがある。

(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

- ・ 保健指導は、市町村等、保険者の保健師・管理栄養士等の専門職が行う。これに加え、医師や歯科医師、薬剤師、糖尿病療養指導士等と連携した取組となるようにする。市町村等と医療機関等との連携が深まり、保健指導の質の向上が期待できる。

(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なく、中・長期的な視点での評価も実施する。これにより、事業の糖尿病性腎症重症化予防に対する効果や医療費の適正化に対する効果を測定・評価することができる。

(5) 各市町村の状況を踏まえた取組推進に向け糖尿病対策推進会議、効果検討会議等との連携を図ること

- ・ 糖尿病対策推進会議、効果検討会議等に対して、情報提供を行うのみならず、助言を受け、その助言を事業に反映することが求められる。これにより、県の取組の方向性を踏まえたものとなり、専門的知見を得ることで取組の質の向上が期待される。

2) 更に事業を発展させるための留意事項

- ・ プログラムの条件に沿って、更に効果的に事業を実施するために以下の内容に留意することが

期待される。

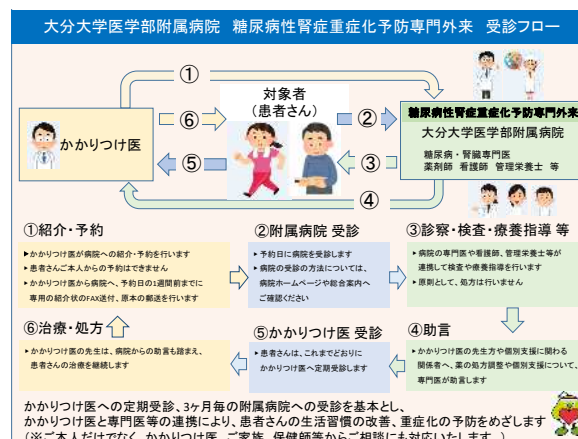
(1) 対象者の抽出基準について

- 腎症の病期、健診データ（HbA1c、eGFR、血圧）の重症度、併存疾患（高血圧、心不全、感染症等）、腎障害の程度の変化（eGFRの低下速度等）を考慮して抽出することが有効と考えられる。受診勧奨は該当者すべてに行うことが原則である。保健指導については、地域の実情に応じて、特に社会資源が少ない地域においては、ICT等を利用したオンライン保健指導等を利活用することも検討する。それでもなお、保健指導の対象者数に対して資源が不足する場合は、優先順位付け（絞込み）を行い、取組を実施することも考えられる。
- 事業対象外とする場合の条件の整理や事業対象外に該当する者への支援のあり方・対応方策等も併せて検討することが重要である。
- 糖尿病患者に腎機能障害がある場合、①糖尿病が原因で腎機能が悪化した状態、②別の原因により腎機能が低下している患者に糖尿病が合併している状態、がある。糖尿病性腎症は狭義では①を指し、正確な診断のためには病歴、網膜症等他の合併症の状況、生検などの検査が必要となる。一般的には健診で①と②を区別することは困難と考えられるため、県プログラムでは①、②を含め、広く取り扱うこととしている。②であっても、糖尿病が合併することにより腎臓には糖尿病特有の変化が発生し、腎機能が悪化することから、②を含めて対策を行うことは意義があると考えられる。

(2) かかりつけ医と連携した取組について

- 糖尿病や糖尿病性腎症の治療は保険診療として行われるものであり、保険者による取組は適切な受診につながらない人に対する受診勧奨や、生活習慣の改善が必要な者への保健指導が中心である。生活習慣病管理料や糖尿病透析予防指導管理料等、保険診療で認められている医療行為と県プログラムに基づく取組が相補的に機能することが望ましいが、その役割分担は地域によって異なる。
- リスクマネジメントの観点からも、保健事業のみで腎症患者に対応すべきではないことに留意する必要がある。
- なお、重症化が進んでいる対象者や個別支援が困難な事例においては、連携協定に基づき、かかりつけ医や専門医等につなげるとともに、専門外来等の活用（図表7）により、医療機関と保険者が連携した、より専門性の高い個別支援を行う。

図表7：糖尿病性腎症重症化予防専門外来 受診フロー



（３）保健指導を実施する専門職について

- ・ 保健指導を行うものは、糖尿病及び慢性腎臓病（CKD）の病態や治療方法等について、治療に当たる医師による講習や各学会のガイドラインの確認等により予め介入に必要な知識・技術を習得する。
- ・ 糖尿病の適切な管理のためには、医師による診療と処方のほか、看護師による療養生活にかかる指導、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と服薬指導、歯科医師・歯科衛生士による口腔健康管理※24、糖尿病療養指導士による自己管理（療養）指導、健康運動指導士等による身体活動支援などが必要であり、多種の専門職種で取り組む。
- ・ 後期高齢者においては、その特性を踏まえながら、保健事業と介護予防を一体的に実施することが重要であり、地域包括支援センターをはじめとする介護関係の各専門職種と連携して実施する。
- ・ これらの専門職種が効率的に事業に関われるような体制を構築し、それぞれの観点でのアセスメント結果の共有、指導内容や指導結果の共有方法を確立する。

（４）事業評価の実施について

- ・ 適切な評価を実施することにより本事業の意義が一層明確になり、事業の質の改善につながる評価を行う。
- ・ 継続的な対象者の追跡や事業のマクロ的評価のためには KDB システムの活用が有効であり、市町村単独での評価が難しいものについては、大分県や国保連が支援を行う。
- ・ 詳細については、10. プログラムの評価（P38～41）を参照。

（５）大分県糖尿病対策推進会議、大分県糖尿病性腎症重症化予防に係る効果検討会議等との連携について

- ・ 大分県糖尿病対策推進会議、効果検討会議等の活動状況を把握するとともに、好事例の横展開が必要である。各市町村が設置している糖尿病性腎症重症化予防連携会議・個別支援検討会議等での顔の見える対策等を行う中でも、好事例を横展開していくよう努める。
- ・ 上記会議の効果的な実施においては専門医の役割も重要である。かかりつけ医、糖尿病専門医、腎臓専門医等が協力して各市町村等、各地域の支援を行うことが望ましい。

※24 口腔健康管理には、口腔機能管理、口腔衛生管理、及び口腔ケアが含まれる。

6. 対象者抽出の考え方と取組方策

1) 県プログラムにおける対象者に行う基本的な取組

- 基本的な取組は①健診・レセプトデータ等で抽出されたハイリスク者に対する確実な受診勧奨と保健指導の実施（図表 8 の A+C+E）、②治療中の患者に対する医療と連携した保健指導（図表 8 の B+D）の実施、である。

図表 8 健診・レセプトデータの有無と対象者の抽出の考え方



2) 県プログラムにおける糖尿病性腎症の定義

- ・ 県プログラムにおける糖尿病性腎症の定義は以下のとおりとする。

糖尿病であり、かつ腎障害が存在していること（疑いも含む）

【糖尿病であるか糖尿病が疑われる状態であること】①から③のいずれかに該当

- 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
また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ものとする。

【腎機能が低下しているか存在が疑われる状態であること】

①から④のいずれかに該当

- 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：糖尿病性腎症病期分類※注1

	病期※注2	尿アルブミン値(mg/gCr) あるいは 尿蛋白値(g・gCr)※25	GFR(eGFR) (ml/分/1.73m ²) ※注3
	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※26	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 糖尿病背腎症合同委員会・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。

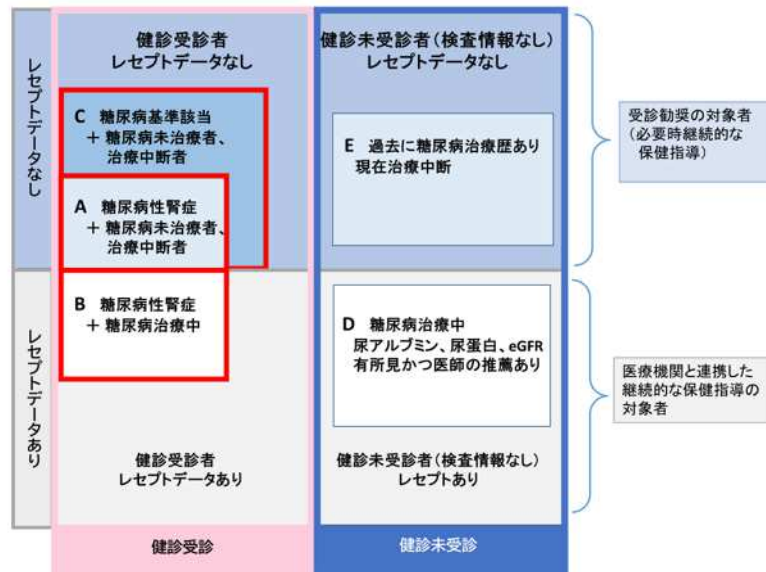
3) 健診受診者からの対象者抽出(図表 9 の A+B+C)

- 対象者の抽出基準においては、図表 10 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。
- 表は腎障害が存在している者、HbA1c が高い者、高血圧の治療をしていない者に対して優先的に受診勧奨（面談等）、保健指導を行うことを基本として作成したものである。高血圧で受診中であるが糖尿病の治療を受けていない者については、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している。
- 後期高齢者においては、糖尿病の管理目標が青壮年期等他の年齢層と異なることに留意し、保健指導の対象者選定においてより優先順位の高い者に絞る必要がある。
- 医療機関等で測定した尿アルブミン値や網膜症、神経障害等の糖尿病特有の細小血管障害の合併状況、糖尿病罹病期間を参考にすることも有用である。

※25 アルブミン尿は早期の段階から腎障害の予後や CVD（心血管疾患）を予測できる指標であり、早期腎症の診断に有用である。蛋白尿陰性の場合の軽度 eGFR 低下は腎障害の予後や CVD を予測できず、早期糖尿病性腎症の診断には有用ではない(エビデンスに基づく CKD 診療ガイドライン 2013 <https://jsn.or.jp/guideline/ckdevidence2013.php> P80)

※26 特定健康診査では尿蛋白が必須項目であり、糖尿病に加えて尿蛋白(+)以上であれば第3期と考えられる。尿蛋白(±)は微量アルブミン尿の可能性が高いため、医療機関では積極的に尿アルブミン測定を行うことが推奨される。尿アルブミンは健診項目にはないが、糖尿病で受診勧奨判定値以上の場合、医療機関への受診勧奨がなされ医療機関において尿アルブミンが測定され、第2期の把握が可能となる。

図表 9 健診・レセプトデータの有無と対象者の抽出の考え方（再掲）



図表 10 健診・レセプトデータを基にした対象者抽出基準

		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 ・eGFR≦60 ・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	
HbA1c (%)	8.0以上	保Ⅲ	受Ⅲ	受Ⅲ	保Ⅲ	受Ⅲ	受Ⅲ	保Ⅱ	受Ⅲ	受Ⅲ	受Ⅲ
	7.0～7.9	保Ⅲ	受Ⅲ	受Ⅲ	保Ⅱ	受Ⅱ	受Ⅱ	保Ⅰ	受Ⅱ	受Ⅰ	受Ⅰ
	6.5～6.9	保Ⅱ	受Ⅲ	受Ⅱ	保Ⅰ	受Ⅱ	受Ⅰ	保Ⅰ	受Ⅰ	受Ⅰ	受Ⅰ
	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

		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 ・eGFR≤60 ・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	
HbA1c (%)	8.0以上	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅱ	保Ⅱ	保Ⅱ	保Ⅱ
	7.0～7.9	保Ⅱ	保Ⅱ	保Ⅱ	保Ⅱ	保Ⅱ	保Ⅱ	保Ⅰ	保Ⅱ	保Ⅰ	保Ⅰ
	6.5～6.9	保Ⅱ	保Ⅱ	保Ⅱ	保Ⅰ	保Ⅱ	保Ⅰ	保Ⅰ	保Ⅱ	保Ⅰ	保Ⅰ
	6.5未満	保Ⅱ	保Ⅱ	保Ⅱ	保Ⅰ	保Ⅱ	保Ⅰ	保Ⅰ	保Ⅰ	保Ⅰ	保Ⅰ

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Ⅰ	保健指導Ⅰ	受Ⅰ	受診勧奨Ⅰ	CKD対策
保Ⅱ	保健指導Ⅱ	受Ⅱ	受診勧奨Ⅱ	
保Ⅲ	保健指導Ⅲ	受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

4) 健診結果を基にした抽出に当たっての留意点

- 自治体における対象者抽出基準検討においては、年齢や治療状況、保健事業に関する資源（予算、マンパワー、委託等）を勘案して検討する。対象者への通知などはできるだけ広く情報提供する。保健指導など介入の濃度が高いものについては、病態、年齢、生活状況等を総合的に勘案し、優先順位を決める必要がある。
- 例えば、基準値を高めを設定すると、対象者の範囲が狭まり、予防可能な段階での介入ができない可能性がある。一方低めに設定すると、対象者数が多くなりすぎ、一部の対象者しか保健指導が行き届かないこともあるため、受診勧奨した結果の受診率や保健指導への参加率が低くなるおそれがある。これら評価指標の到達度等の可能性も勘案しながら、取組内容の評価を適切に行ったうえで、地域の実情に合わせて柔軟に抽出基準を変更することも考えられる。
- なお、県プログラムに基づき実施される事業の対象者の抽出に当たっては、糖尿病性腎症に関する日本糖尿病学会、日本腎臓学会等各関連学会の最新のガイドラインを参照し、健診等で得られるデータと突合して抽出されるハイリスク者を対象とする。
- 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提示されており、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性腎症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」※²⁷等を参照し、医師会等地域の関係機関と抽出基準や保健指導の方法等について相談することが望ましい。

5) 健診未受診者からの対象者の抽出方法（図表 11 の D+E）

- 特定健康診査をはじめとする健診を受診していない者の中にも、糖尿病である者やその疑いがある者、糖尿病の治療が中断している者、血糖コントロールが良好でない者等の受診勧奨や保健指導が必要となる者がおり、これらの者に対しても受診勧奨や保健指導を行う必要がある。保険者が保有する健診・医療情報を活用した対象者抽出の考え方は図表 10 の通りであるが、健診未受診者からの対象者の抽出方法としては以下のような方法が挙げられる。
- なお、特定健康診査をはじめとする健診は、健康づくりの観点から経時的に受診することが望ましく、糖尿病について受診中であっても、健診の受診を勧奨することが必要である。

※²⁷

- 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）
http://www.jds.or.jp/modules/publication/index.php?content_id=37
- エビデンスに基づく CKD 診療ガイドライン 2023（日本腎臓学会）
<https://jsn.or.jp/medic/newstopics/fromjsn/ckd2023-1.php>
- 高齢者高血圧診療ガイドライン 2017（日本老年医学会）
https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/tool/pdf/guideline2017_01.pdf
- 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）
<https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/tool/>
- https://www.jstage.jst.go.jp/article/geriatrics/56/3/56_56.343/_pdf/-char/ja
- 高齢者脂質異常症診療ガイドライン 2017
<https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/tool/>
- https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/tool/pdf/guideline2017_03.pdf

図表 11 健診・レセプトデータの有無と対象者の抽出の考え方（再掲）



（1）糖尿病治療中断かつ健診未受診者の抽出方法（図表 11 の E）

以下の者等を対象として状況確認を行い、健診・医療機関受診を勧奨する。

- 過去に糖尿病治療歴がある、又は過去3年間程度の健診にて 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
- 歯科や眼科治療中の患者において糖尿病治療を中断していることが判明した者
- 健康サポート薬局、栄養ケア・ステーション、まちの保健室等やイベント等における健康相談において、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

（2）医療機関における抽出方法（図表 11 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。

（医師の判断例）

- 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

（3）留意点

- ・ 第4期については、腎障害の急速な悪化、心血管イベント、心不全の発症リスク、死亡リスクが高く、保健指導のみで対応することは適切ではない。腎臓専門医と連携した対応が必要である。また、透析導入への準備期間として本人、家族の相談に応ずることも求められる。
- ・ 血清クレアチニンを測定していない場合は、尿蛋白が陰性の第4期を見落とす可能性があることに留意する必要がある。

・ 後期高齢者は、疾病の重複がある場合が多く、個別の疾患のガイドラインでは対応できない点も多くなる。そのまま適用すると重複受診・薬剤の過剰投与になるおそれもあるため、かかりつけ医と連携のうえ、専門職によるきめ細かなアウトリーチを主体とした健康支援に取り組む。

参考：糖尿病血糖コントロール目標

(日本糖尿病学会編・著 糖尿病治療ガイド 2022～2023)

コントロール目標値 ^{注4)}			
目標	血糖正常化を ^{注1)} 目指す際の目標	合併症予防 ^{注2)} のための目標	治療強化が ^{注3)} 困難な際の目標
HbA1c(%)	6.0未満	7.0未満	8.0未満

治療目標は年齢、罹患期間、臓器障害、低血糖の危険性、サポート体制などを考慮して個別に設定する

注1) 適切な食事療法や運動療法だけで達成可能な場合、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の目標とする

注2) 合併症予防の観点からHbA1cの目標値を7%未満とする。対応する血糖値としては、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の目標とする

注4) いずれも成人に対しての目標値であり、また妊娠例は除くものとする

参考：高齢者糖尿病の血糖コントロール目標（HbA1c 値）

(日本老年医学会、日本糖尿病学会編・著 高齢者糖尿病診療ガイドライン 2023)

患者の特徴 健康状態 ^{注1)}	カテゴリーⅠ		カテゴリーⅡ		カテゴリーⅢ
	①認知機能正常かつ ②ADL自立		①軽度認知障害～ 軽度認知症 または ②手段的ADL低下、 基本的ADL自立		①中等度以上の認知度 または ②基本的ADL低下 または ③多くの併存疾患や 機能障害
重症低血糖 が危惧される 薬剤(イン スリン製剤、 SU薬、グリ ニド薬など) の使用	なし ^{注2)}	7.0%未満	7.0%未満	7.0%未満	8.0%未満
	あり ^{注3)}	65歳以上 75歳未満 7.5%未満 (下限6.5%)	75歳以上 8.0%未満 (下限7.0%)	8.0%未満 (下限7.0%)	8.5%未満 (下限7.5%)

治療目標は、年齢、罹患期間、低血糖の危険性、サポート体制などに加え、高齢者では認知機能や基本的ADL、手段的ADL、併存疾患なども考慮して個別に設定する。ただし、加齢に伴って重症低血糖の危険性が高くなることに十分注意する。

注1) 認知機能や基本的ADL(着衣、移動、入浴、トイレの使用など)、手段的ADL(IADL:買い物、食事の準備、服薬管理、金銭管理など)の評価に関しては、日本老年医学会のホームページ(<https://www.jpn-geriatr-soc.or.jp/>)を参照する。エンドオブライフの状態では、著しい高血糖を防止し、それに伴う脱水や急性合併症を予防する治療を優先する。

注2) 高齢者糖尿病においても、合併症予防のための目標は7.0%未満である。ただし、適切な食事療法や運動療法だけで達成可能な場合、または薬物療法の副作用なく達成可能な場合の目標を6.0%未満、治療の強化が難しい場合の目標を8.0%未満とする。下限を設けない。カテゴリーⅢに該当する状態で、多剤併用による有害作用が懸念される場合や、重篤な併存疾患を有し、社会的サポートが乏しい場合などには、8.5%未満を目標とすることも許容される。

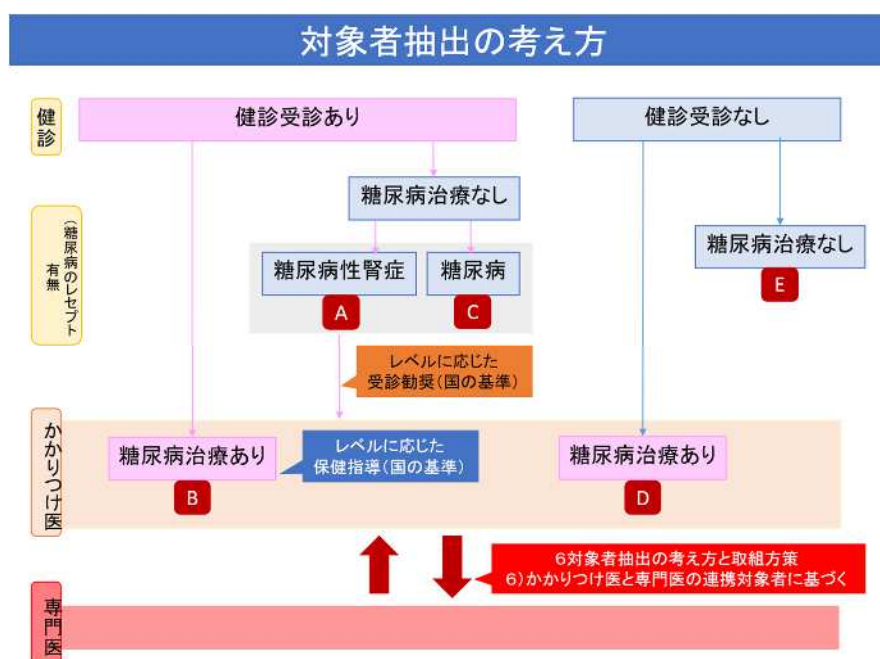
注3) 糖尿病罹患期間も考慮し、合併症発症・進展阻止が優先される場合には、重症低血糖を予防する対策を講じつつ、個々の高齢者ごとに個別の目標や下限を設定してもよい。65歳未満からこれらの薬剤を用いて治療中であり、かつ血糖コントロール状態が図の目標や下限を下回る場合には、基本的に現状を維持するが重症低血糖に十分注意する。グリニド薬は種類・使用量・血糖値等を勘案し、重症低血糖が危惧されない薬剤に分類される場合もある

6) かかりつけ医と専門医の連携対象者について

- ・糖尿病性腎症重症化予防において、かかりつけ医・専門医・保険者の連携による個別支援を強化することが望ましい対象者の抽出基準を以下に示す。
- ・抽出基準については、大分県糖尿病性腎症重症化予防に係る効果検討会議等において、かかりつけ医、専門医、保険者等の連携による個別支援の実績等を検証し、更に効果的な抽出基準を設定できるものとする。

(1) 糖尿病であり、かつ腎障害が存在していること ※糖尿病性腎症の定義の詳細は、6 2) 県プログラムにおける糖尿病性腎症の定義参照 【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④のいずれかに該当 ① 空腹時血糖 126mg/dL 以上、または HbA1c6.5%以上 ② 糖尿病治療中 ③ 過去に糖尿病治療歴あり ④ 糖尿病網膜症 【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】 ⑤から⑨のいずれかに該当 ⑤ 尿蛋白が 1+以上 ⑥ eGFR が 45 (mL/分/1.73 m²) 未満 ⑦ 2 年以内に eGFR が 30%以上低下 ⑧ eGFR が 60 (mL/分/1.73 m²) 未満かつ微量アルブミン尿の確認 ⑨ eGFR が 60 (mL/分/1.73 m²) 未満かつ診察室血圧 140/90mmHg 以上 ※③④⑧⑨は令和 7 年 3 月の改定で新規追加
【除外基準】 上記で抽出された者のうち、以下のいずれかに該当 ① がん患者で終末期 ② その他の疾患を有し、かかりつけ医が除外すべきと判断した者

図表 12 対象者抽出の考え方



7. 対象者抽出から保健指導や医療連携における基本的な手順・流れ（例）

1) 「健康診査等で抽出されたハイリスク者」及び「レセプトデータ等で抽出された糖尿病治療中断かつ健診未受診者」への対応

(1) 保険者

- ① 国保連等の支援を受けて、対象者の抽出基準に該当する者を抽出する。
- ② 糖尿病治療中断者についてかかりつけ医へ情報提供し、受診勧奨対象か否かの判断を受ける。
※ 保険者や郡市医師会の協議により、②の過程を要しない場合等も考えられる。
- ③ 対象者に対して、受診勧奨を行う。
※ 受診勧奨等の実施については、過去に実績等を有する企業等への委託も検討する。

(2) かかりつけ医

- ① 保険者から糖尿病治療中断者の情報提供を受け、受診勧奨対象か否かの判断をする。
※ 保険者や郡市医師会の協議により、個別情報の提示や対象か否かの判断を不要とする場合等も考えられる。
- ② 受診勧奨により医療機関を受診した対象者について保険者へ情報提供し、保険者と連携した個別支援を行なう。
- ③ 受診した対象者の状況により、専門医との連携が望ましいと判断した場合は、以下3)に基づき積極的に専門医等と連携した個別支援を行う。

2) 治療中の患者に対する医療と連携した保健指導の推進

(1) 保険者

- ※ 各保険者の保健指導に係るプログラム等に沿う。
- ① 対象者の抽出基準をもとに対象者を抽出し、保健指導プログラム参加候補者名簿を作成する。
※ 対象者の抽出は、事務職との連携等、各市町村の状況に応じた体制の構築が望ましい。
- ② 保健指導プログラム参加候補者名簿をかかりつけ医へ提示する。名簿を提示する際、健診結果、レセプトデータ、訪問や保健指導の結果や反応等の情報を整理しておく。
- ③ 保健指導プログラム参加候補者の中から、かかりつけ医が選定した者に対して、保健指導プログラムへの参加を働きかけ、同意が得られた対象者の「参加同意者リスト」を作成する。
- ④ 保健指導プログラム参加同意者に対する保健指導について、かかりつけ医から指示を受ける。
- ⑤ 保健指導プログラム参加同意者に対して、かかりつけ医の指示に基づき保健指導を実施する。
※ 保健指導の実施において、委託も検討する。
※ 対象者の選定に用いた検査（特定健診等）の実施日から保健指導開始時まで3か月以上経過した場合、保健指導開始時に再度、検査値等を確認すること。
- ⑥ 保健指導実施後、結果をかかりつけ医へ報告（別紙2 報告書）し、今後の支援方針について、かかりつけ医等と協議し、必要な個別支援を継続する。

(2) 医療機関（かかりつけ医）

- ① 保険者から提示された名簿をもとに、対象者を選定する。
- ② 当該対象者（患者）に対して保健指導プログラムへの参加を勧奨するように努める。
- ③ 保健指導プログラム参加同意者への保健指導について、保険者へ指示を行う（別紙1 指示書）。
 - ※ 指示料については、診療情報提供料を標準とする。（250 点）
 - ※ 診療報酬と重複しないこととする。
- ④ 保険者から保健指導の結果報告を受け、今後の支援方針について、保険者とともに協議する。

3) 治療中の重症化ハイリスク患者におけるかかりつけ医と専門医連携の推進

(1) 保険者

- ① 国保連等の支援を受けて、対象者の抽出基準に該当する対象者を抽出する。
 - ※ かかりつけ医へ対象者について情報提供し、対象者として適切か判断を受ける。
- ② 対象者に対して受診勧奨を行う。
- ③ かかりつけ医や専門医から対象者の治療方針等について情報提供を受ける。
- ④ かかりつけ医や専門医から保健指導の指示を受けた場合は、前述2) の保健指導プログラムの流れに沿って保健指導を実施する。

(2) かかりつけ医

- ① 保険者から対象者について情報提供を受け、対象者として適切か判断する。
- ② 患者状況に応じて、専門医等と連携する。
- ③ 専門医等との連携状況や治療状況など、保険者との情報共有を継続し、必要に応じて保健指導を指示する。

8. 介入方法

健診受診者（図表 9 の A+B+C）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 13 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（図表 10 の再掲）

		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 ・eGFR≤60 ・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	
HbA1c (%)	8.0以上	保Ⅲ	受Ⅲ	受Ⅲ	保Ⅲ	受Ⅲ	受Ⅲ	保Ⅱ	受Ⅲ	受Ⅲ	受Ⅲ
	7.0～7.9	保Ⅲ	受Ⅲ	受Ⅲ	保Ⅱ	受Ⅱ	受Ⅱ	保Ⅰ	受Ⅱ	受Ⅰ	受Ⅰ
	6.5～6.9	保Ⅱ	受Ⅲ	受Ⅱ	保Ⅰ	受Ⅱ	受Ⅰ	保Ⅰ	受Ⅰ	受Ⅰ	受Ⅰ
	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）

		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 ・eGFR≤60 ・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	
HbA1c (%)	8.0以上	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅱ	保Ⅱ	保Ⅱ	保Ⅱ
	7.0～7.9	保Ⅱ	保Ⅱ	保Ⅱ	保Ⅱ	保Ⅱ	保Ⅱ	保Ⅰ	保Ⅱ	保Ⅰ	保Ⅰ
	6.5～6.9	保Ⅱ	保Ⅱ	保Ⅱ	保Ⅰ	保Ⅱ	保Ⅰ	保Ⅰ	保Ⅱ	保Ⅰ	保Ⅰ
	6.5未満	保Ⅱ	保Ⅱ	保Ⅱ	保Ⅰ	保Ⅱ	保Ⅰ	保Ⅰ	保Ⅰ	保Ⅰ	保Ⅰ

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Ⅰ	保健指導Ⅰ	受Ⅰ	受診勧奨Ⅰ	CKD対策
保Ⅱ	保健指導Ⅱ	受Ⅱ	受診勧奨Ⅱ	
保Ⅲ	保健指導Ⅲ	受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）が可能な者を含む。

※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 14 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	弱
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	強

- ・ 上記の方法でも、年齢により有効な介入方法も異なる。年齢層が低い世代には ICT の活用を検討する、年齢層の高い世代には対面での介入を行う等、工夫する必要がある。
- ・ なお、上記基準値に該当する者のうち、医療機関で治療中の者に対しては、かかりつけ医との十分な連携のもとに保健指導を行う。
- ・ 適切な評価と支援の引継ぎを行うために、誰に対し、いつ、どのような受診勧奨を実施したかやどのくらいの期間や介入強度で保健指導を実施したかについて、記録・保管しておく。

1) 受診勧奨

- ・ 受診勧奨は抽出したすべての対象者に行い、医療機関受診へとつなげることが原則である。特に、図表 13 並びに下記に示す受診勧奨レベル II と III については、可能な限り、電話や訪問等により、個別に速やかに受診勧奨を行い、受診勧奨後に継続的な受診につながっているかを必ず確認し、受診につながっていない場合は、再度受診勧奨をするなど、適切な対応を行う。
- ・ 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）を超えていることについて、速やかに相談するよう保健指導を行う。

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】

- 1 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
 - 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】

- 2 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。
 - ① HbA1c：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（±）＞
 - ② HbA1c：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＞
 - ③ HbA1c：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＞
 - ④ 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（1＋以上）＞

【受診勧奨レベルⅢ】

- 3 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）
 - 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（1＋以上）＞
 - 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（1＋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＞

※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。

- ・ 地域の医師会等を通じて、対象者が受診している個別の医療機関には、県プログラムに基づく事業の目的、対応方法等について事前に説明し、対応に整合性をとる必要がある。
- ・ 健診結果や糖尿病性腎症重症化予防の必要性を対象者本人が理解・納得しているかが重要であるとともに、受診勧奨通知や紹介状を通じてかかりつけ医機能を有する医療機関に事業の目的が伝わるように工夫する。
- ・ 受診勧奨を行う前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）を収集しておくことが重要である。
- ・ 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の確認を行う。
- ・ また、本人から受診後の感想を聞き、継続的な治療の必要性について理解できているかを確認することが望ましい。（薬剤が処方されない場合や、食事療法等の指導が行われない場合には、一度の受診だけで中断するケースが少なくない。薬剤がすぐに不要であるからこそ、生活習慣を改善の上、経過を見るために継続して検査を受けることの大切さを伝えることが重要である。）
- ・ 受診勧奨の際、糖尿病に対する恐怖心や経済的理由、家庭問題等の理由が未受診の背景に隠れていることを把握することがある。必要時、かかりつけ医機能を有する医療機関との情報共有や市町村の場合は庁内の他部門の支援へとつないでいくことも解決策として考えられる。

<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。

※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、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。

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（図表 10 参照）
- ・ 対象者の糖尿病に対する思いや生活状況を踏まえた血糖、血圧管理等の指導を行う。その際に聞き取った情報、特に治療を中断しがちな者の情報等は医療機関にとっても有用であるため、医療機関と情報共有する。
- ・ 糖尿病連携手帳^{※28}や保健指導報告書等を通じて、かかりつけ医との情報共有を行う。保健指導実施期間中に、医療機関で実施した検査結果を事業の効果評価等に活用する目的で確認する場合には、検査結果を入手することについて、あらかじめ対象者の同意を得ておく。
- ・ 保健指導期間中は対象者とともに生活習慣改善のための行動目標を立案するが、腎症病期や検査値経過を参考に、個人の健康状態や生活背景にあった目標であるかを見直す。必要時は、かかりつけ医や地域担当医へ相談するなど、安全管理に留意した運営を行う。
- ・ 保健指導は、個人又は集団を対象として行う方法があり、更に各々について対面及び ICT 等を活用した方法がある。支援の際は、それぞれの特性を踏まえ、適切に組み合わせて実施する。また、保健指導の際に活用する資料の一つとして自己実践を支援するための資料（特に継続的に支援するための資料）の活用も効果的であり、対象者が設定した行動目標の達成のために活用する実践状況の記録、通信による支援等に用いられる。これらには、体重変化や食事内容、活動量等を対象者自身がモニタリングできるようなアプリケーション等 ICT を活用したものも含まれる。これら保健指導期間中のフォローにおいては、対象者の状況、ICT リテラシー等に応じて、支援の途中であっても支援形態を必要に応じて見直すことが望ましい。

（1）保健指導における留意点

＜リスクマネジメント体制の確保＞

- ・ 糖尿病性腎症の者に対して保健指導を実施する場合は、医療との連携が不可欠である。腎症第3期、第4期への保健指導については腎症に関する専門的知識やスキルを有する者が対応する必要がある。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。
- ・ 糖尿病性腎症の者は免疫力が低下し、感染症にかかりやすいことから、感染予防のための日常的な衛生管理についても指導する。

※28 糖尿病連携手帳は、日本糖尿病協会が発行しているものであり、糖尿病・合併症関連の検査値が継続的に記入できるため、患者自身が医療－保健を連携する役割を果たし、本人同意のもとデータの共有が可能となる。

<高齢者を対象とした取組の実施>

- ・ 高齢者、特に後期高齢者については、複数疾患の合併のみならず、加齢に伴う諸臓器の機能低下を基盤としたフレイルやサルコペニア、認知症等の進行により個人差が大きくなり、多病・多剤処方状態に陥るなど、健康上の不安が大きくなるため、高齢者の特性を踏まえた対象者抽出基準、保健指導方法を検討する。
- ・ 青壮年期における生活習慣病対策から、体重や筋肉量の減少を主因とした低栄養や口腔機能、運動機能、認知機能の低下等のフレイルにも着目しライフステージに応じた対策を行っていく必要がある。
- ・ 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。

<保健指導レベルごとの取組例>

保健指導レベルⅠ

- ・ 糖尿病や生活習慣の改善等に関する情報を中心に提供し、生活習慣の改善を促す集団指導による健康教室等への参加を促す。

保健指導レベルⅡ

- ・ レベルⅠの情報提供や集団指導等への参加勧奨に加え、医療機関と連携し、腎障害の悪化を予防するための糖尿病を含む生活習慣病の管理に関する内容を中心に、電話や訪問等により保健指導を行う。合併症の進行を防ぐための継続的な治療の必要性、本人の年齢や生活状況に応じた生活改善の方法など具体的な助言を行うことが重要である。

保健指導レベルⅢ

- ・ 腎障害の悪化を防ぐための治療や生活に関する内容を中心に、医療機関と連携し、訪問や個別面談等対面による保健指導を行う。医療機関で指導されたことが十分に理解できているか、疑問点はないかなどを確認し、必要に応じて医療機関につなぐことが求められる。

9. 事業を円滑に進めるための留意点

1) ICT を活用した取組の実施

- ・ 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。
- ・ 遠隔面接による保健指導では、本人確認を確実に行うことやプライバシーが保たれるようにすること、保健指導の質の担保のための資料の工夫が必要である。アプリケーション等を用いた保健指導の際の個人情報の取扱い等に留意する必要がある。
- ・ 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」^{※29}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）」^{※30}を参照する。
- ・ また、保健指導が終了した後も、対象者が健康的な生活習慣を維持し、更なる改善に取り組めるよう、社会資源の活用等を行いながら、対象者に応じた継続的な支援を行うことが求められる。
- ・ ICT の利活用に慣れていない者を対象に ICT を活用する場合は、ICT を活用する際の手順等について支援する機会を設定する等の工夫が必要である。

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。委託して実施する場合は、以下のことに留意する。
- ・ 市町村等の庁内体制の整備や関係機関との調整・連携、課題の分析、事業計画の作成、対象者の抽出基準の設定・実施する受診勧奨や保健指導の内容の決定、事業の評価・見直し等、事業の根幹に関わるものについては、委託する場合であっても、委託元自らが実施する。
- ・ 民間事業者等に委託する場合には、受診勧奨や保健指導の質（実施内容に直接かわる情報収集やアセスメントの質）及び地域の社会資源や地域特性の理解度等を確認したうえで事業者を選定する。委託に当たっては、事前に医師会等、地域の関係団体との間で、委託する内容等の方針について協議を行うことが望ましい。また、市町村等は事業の目的や理念を明確にし、委託する業務を検討する必要がある。そのうえで、委託する目的や目標、業務内容を委託先の事業者へ明確に伝えることが重要である。
- ・ 例えば、委託事業者が地域の医師会やかかりつけ医と直接やりとりをする形をとる際には、市町村等は事業の計画段階から地域の医師会等と協議し、市町村等としての取組であること、その取組を一体的に進めたいということを伝える等するとともに、委託事業者に任せきりにするのではなく市町村等において事業の詳細、進捗状況を把握し、委託期間の終了時の評価以外にも定期的（月ごと、あるいは委託期間の中間時）に評価する等、全体のプロセスを管理し、事業全体の評価は委託元自らが実施することが重要である。
- ・ その他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。

※29 https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000194155_00004.html

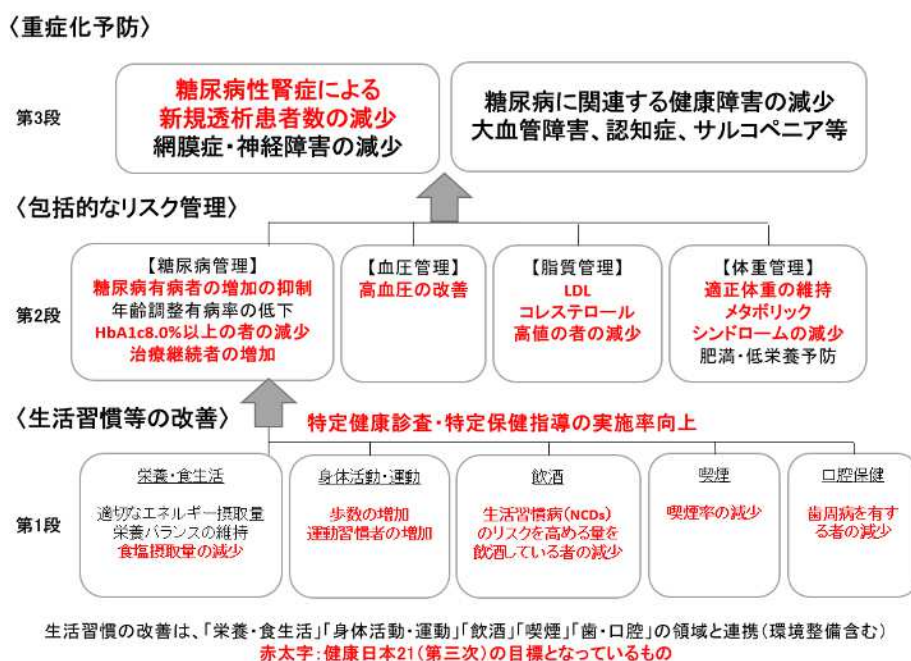
※30 https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/handbook_31132.html

10. 県、市町村における糖尿病性腎症重症化予防プログラムの評価

1) 目的

- 事業評価を行う目的
 - 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
- 保険者は保有する健康・医療情報を活用し、被保険者を追跡し、評価するとともに、被保険者全体の変化について評価することが必要である。特に、市町村においては、国保から後期高齢者医療制度に移行する者について、広域連合とも連携し、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ことが重要である。

図表 15 糖尿病領域のロジックモデル※31



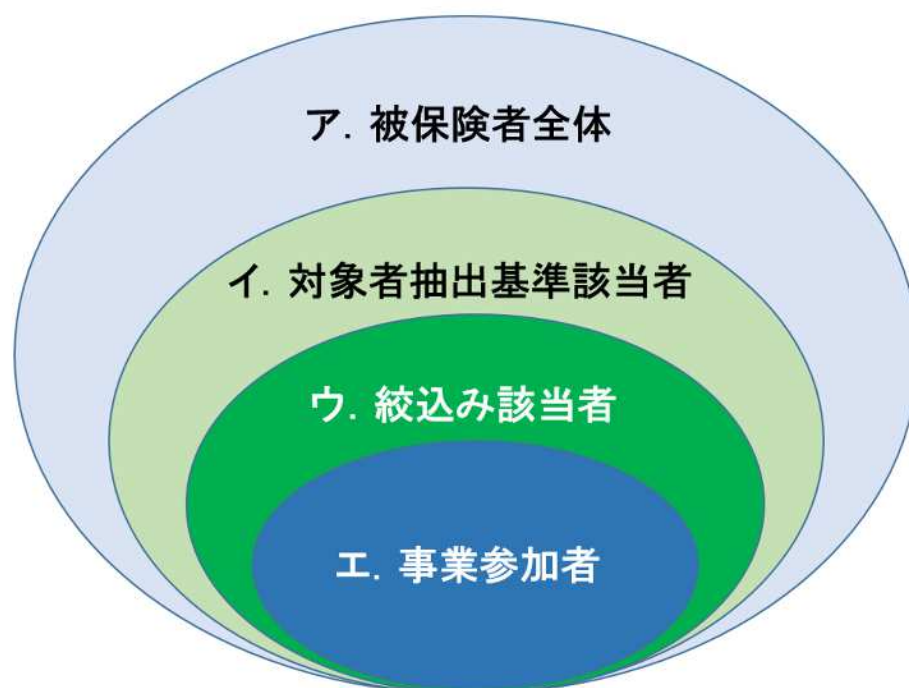
2) 方法

- 計画策定時に設定した目標や評価指標、評価方法に基づいて、ストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカムの視点で評価を行う。その成功要因、未達要因をストラクチャー、プロセス面から検討する。市町村等においては、自らの事業及び支援について振り返り、次年度以降の事業計画に活用するため、受診勧奨や保健指導を実施した被保険者個々人の単位、もしくはその集団（図表 16 の事業参加者）で確認する短期的評価をしっかりと行うことが重要である。
- アウトプット評価：抽出された対象者のうち、何人に受診勧奨や保健指導を実施できたかの評価を必ず行う。その際、自治体が絞り込んだ対象者に対する割合だけでなく、図表 10 で分類される各レベルの対象者における参加者の割合を把握する。
- アウトカム評価：短期的評価指標と中長期的な評価指標を定める。例えば、受診勧奨では、短期的指標として受診勧奨による医療機関受診の有無が重要である。そのうえで、1年後には治療の継続、HbA1c や血圧、腎障害の程度の変化、長期的には透析の導入抑制等が重要な指標となる。

※31 健康日本 21（第三次）の推進のための説明資料
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/kenkounippon21_00006.html

- 対象者の抽出基準に該当した者（図表 16 のイ.対象者抽出基準該当者）のうち、受診勧奨や保健指導を実施した被保険者（図表 16 のエ.事業参加者）と、受診勧奨や保健指導を実施していない者（図表 16 のイ.対象者抽出基準該当者のうちエ.事業参加者を除いた者）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（図表 16 のア.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。
- 以下の点に留意することにより、より適切な評価につながる。
 - アウトプット評価やアウトカム評価においては、属性（年齢、糖尿病性腎症病期等）ごとに詳細を把握する。
 - アウトカム評価においては、介入した集団について、事業参加前・事業参加後等各時点での平均値の変化だけでなく、一定の基準値を超えたものの割合（該当率）の変化を把握することが望ましい。
 - アウトプット評価やアウトカム評価においては、保険者内での経年比較を行うほか、都道府県内で他の保険者との比較を行うことが望ましい。その際、保険者間での平均年齢の差による影響を考慮するため、年齢調整を行うことが望ましい。
 - 事業にかかる費用が十分な事業効果につながっているか、費用対効果の観点を考慮した評価を行うことが望ましい。

図表 16 評価対象のとりえ方



（１）市町村が実施する事項

- ・ 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。
- ・ KDB システムでは対象者の抽出、対象者の経年的なデータの抽出、自治体全体のマクロ的な評価を行うことが可能であり、評価ツールとして活用することが有用である。
- ・ KDB システム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。
- ・ 市町村国保加入時に保健指導を受けていても、後期高齢者医療制度に移行後、評価が困難になる自治体も少なくない。市町村国保から後期高齢者医療制度へ、自治体の中で切れ目なく事業評価できる体制の整備が必要であり、国保担当課や高齢者医療担当課との連携が不可欠である。具体的には、レセプトデータの追跡の主体等、保険者の変更に伴う役割分担を協議して決めておくことなどが必要である。市町村の高齢者保健事業担当が行うのか、保険者である広域連合が行うのかなど、関係者間で十分な協議を行い、あらかじめ長期的な追跡を見込んだ計画を立てることが求められる。

図表 17 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
保健師指導	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	◎	○
	生活習慣病	○	○
	治療状況		○
	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。

（２）大分県が実施する事項

- ・アウトカム評価に当たり、保険者間比較のためには都道府県、保健所による分析が求められる。一市町村では十分な対象者数が確保できない等、効果評価が困難である場合は、保健所管轄地域の単位、県単位等で統合して、対象者数を増やし分析する必要がある。
- ・広域的な評価や、中長期的な評価を行うに当たっては、県が国保連と協力して市町村や広域連合を支援することが必要である。また、県や広域連合は、市町村の評価結果を確認することが求められる。

図表 18 都道府県・広域連合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】	
・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】			
・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	
	生活習慣病	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	

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。

3）評価結果の活用

- ・事業の分析結果、評価やそれに基づく改善方策等について関係者間で協議する。協議の結果、改善が必要な場合は、具体的な方策について関係者から助言を得ながら検討する。関係者に対し報告・共有することにより、対応策の改善や次年度に向けた事業内容の見直しにもつながる。

1 1. 個人情報の取扱い

- ・ 糖尿病性腎症重症化予防の取組を進めるに当たっては、健診データやレセプトデータなどをはじめとして、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様々な種別の個人情報を扱うことになる。
- ・ 特に、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^{※32}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。
- ・ なお、個人情報の取り扱いについては、以下のガイドライン並びにガイダンス等を参照すること。
 - ・ 個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン（行政機関等編）
（令和 4 年 1 月（令和 5 年 12 月一部改正）個人情報保護委員会）^{※33}
 - ・ 医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス（平成 29 年 4 月 14 日、令和 5 年 3 月一部改正、個人情報保護委員会 厚生労働省）^{※34}
- ・ その他、「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／第 4 編第 3 章 3－4 個人情報の保護とデータの利用に関する方針」を参照のこと。

（事業者に委託する場合の対応）

保険者が事業の実施の一部を事業者に委託する際に、委託業務の遂行のために健診結果やレセプトデータ等を当該事業者提供する場合には、当該データの盗難・紛失等を防ぐための組織的、人的、物理的、技術的な安全管理措置及び外的環境の把握等に留意して委託仕様等を作成するとともに、委託先において当該個人データの安全管理措置等が適切に講じられるよう、保険者が必要かつ適切な管理、監督をするなど、個人情報の管理について万全の対策を講じる。

※32 「本人の人種、信条、社会的身分、病歴、犯罪の経歴、犯罪により害を被った事実その他本人に対する不当な差別、偏見その他の不利益が生じないようにその取扱いに特に配慮を要するものとして政令で定める記述等が含まれる個人情報」（個人情報保護法第 2 条第 3 項）

※33 <https://www.ppc.go.jp/personalinfo/legal/>

※34 <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000027272.html>

(別紙1)

糖尿病生活指導指示書(例)

年 月 日

市町村国民健康保険担当課長 様

医療機関名

主治医

連絡先

(記名・押印または署名をお願いします)

下記のとおり生活指導を依頼します。

患者氏名			生年月日	昭和 平成	年	月	日()歳	男・女
住所					電話番号			
糖尿病性腎症 病期分類		該当の病期に チェックをして ください。		尿アルブミン値(mg/gCr) あるいは 尿タンパク値(g/gCr)		GFR(eGFR) (ml/分/1.73m2)		
			第1期	正常アルブミン尿(30未満)		30以上		
			第2期	微量アルブミン尿(30~299)		30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		
			第4期	問わない		30未満		
			第5期	透析療養中あるいは腎移植後				

生活指導に関する指示事項

該当事項をチェックしてください。

☐ 糖尿病性腎症患者に対する生活指導プログラムのとおり実施することが適当である。

☐ 生活指導プログラムのほか、下記事項に留意することが適当である。

・

・

・

・

・

☐ その他

(別紙2)

糖尿病生活指導報告書(例)

年 月 日

主治医

様

市町村国民健康保険担当課長

連絡先

下記のとおり報告します。

患者氏名		生年月日	昭和 平成	年	月	日 () 歳	男・女
住所				電話番号			
プログラム参加状況							

(別紙3)

令和7年3月改定 大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラム
かかりつけ医と専門医の連携対象者について(基準の根拠等)

	No	R6追加 変更	基準	基準の設定背景等	出典
糖尿病であるか糖尿病が疑われる状態であること	1	変更	空腹時血糖126mg/dL以上、または HbA1c6.5%以上	・国プログラム(糖尿病性腎症の定義)に記載あり 「空腹時血糖または随時血糖 126mg/dL以上、または HbA1c6.5%以上」 ・なお、国プログラムに記載のある「随時血糖126mg/dL以上以上」は基準として設定していない ・国プログラムには、注釈に「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ものとする」と記載があるが、日本糖尿病学会による糖代謝異常の判定区分の1つである「随時血糖値200mg/dL以上」と数値が異なっており、混乱する可能性が考えられたため、設定しなかった	・厚生労働省 令和6年3月28日改定の糖尿病性腎症重症化予防プログラム(以下、国プログラム) (P29) ・日本糖尿病学会 (糖尿病診療ガイド2024,P14診断のための検査)
	2		糖尿病治療中	・国プログラム(糖尿病性腎症の定義)に記載あり 「現在、糖尿病で医療機関を受診している」	・厚生労働省 (国プログラムP29)
	3	追加	過去に糖尿病治療歴あり	・国プログラム(糖尿病性腎症の定義)に記載あり 「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」	・厚生労働省 (国プログラムP29)
	4	追加	糖尿病網膜症	・国プログラム(糖尿病性腎症の定義)に記載あり 「糖尿病網膜症の存在」 ・なお、日本糖尿病学会では、「確実な糖尿病網膜症」を糖尿病の診断基準として設定しているため、県の基準では、「糖尿病であるか糖尿病が疑われる状態であること」の基準として設定している	・厚生労働省 (国プログラムP29) ・日本糖尿病学会 (糖尿病診療ガイド2024,P17糖尿病の診断)
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	5		⑤尿蛋白が ^a 1+以上	・国プログラム(糖尿病性腎症の定義)に記載あり 「腎症第3期:尿蛋白陽性」 ・CKD診療ガイドに記載あり	・厚生労働省 (国プログラムP29) ・日本腎臓学会 (CKD診療ガイド2024、P19表1-7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)
	6		eGFR が ^a 45(mL/分/1.73m ²)未満	・国プログラム(糖尿病性腎症の定義)に記載あり 「腎症第2期以下の場合には、次の情報を参考とする。eGFR45mL/分/1.73m ² 未満」 ・CKD診療ガイドに記載あり	・厚生労働省 (国プログラムP29) ・日本腎臓学会 (CKD診療ガイド2024、P19表1-7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)
	7		2年以内にeGFRが ^a 30%以上低下	・腎保護治療薬の早期効果判定のために腎臓学会が発表した論文にて記載あり ・海外の治験では「eGFR-40%/年」が用いられることが多いが、日本慢性疾患重症化予防学会で、各地の検診データより高リスク腎症を抽出するツールとして、「eGFR-30%/2年」が最も相当性の高い結果が得られている ・年間に複数回eGFRを測定しているかかりつけ医から専門医への紹介基準であれば、本来の急速進行の定義である、eGFR-5/年(eGFR<60)も採用に値すると思われるが、あくまでも健診データを用いた専門医への紹介基準として、少ないデータ(3ポイント)でトリアージを行うための有効なツールとして考えられるため、本基準を設定	【論文①】腎領域における慢性疾患に関する臨床評価ガイドライン案 AMED 医薬品等規制緩和・評価研究事業腎領域における慢性疾患に関する臨床評価ガイドラインの策定に関する研究班 【論文②】Risk of end-stage renal disease in Japanese patients with chronic kidney disease increases proportionately to decline in estimated glomerular filtration rate
	8	追加	eGFR が ^a 60(mL/分/1.73m ²)未満かつ微量アルブミン尿の確認	・国プログラム(糖尿病性腎症の定義)に記載あり 「腎症第2期以下の場合には、次の情報を参考とする。微量アルブミン尿の確認、あるいは尿蛋白(±)」 ・CKD診療ガイドに記載あり	・厚生労働省 (国プログラムP29) ・日本腎臓学会 (CKD診療ガイド2024、P19表1-7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)
	9	追加	eGFR が ^a 60(mL/分/1.73m ²)未満かつ診察室血圧140/90mmHg以上	・国プログラム(糖尿病性腎症の定義)に記載あり 「腎症第2期以下の場合には、次の情報を参考とする。血圧コントロールが不良」 ・高血圧ガイドラインにて、日本の高血圧有病者は4,300万人、そのうち3,100万人が血圧140/90mmHg以上である ・CKD診療ガイドでは、尿蛋白+、尿蛋白-かつ糖尿病合併ありの高圧目標は、診察室血圧130/80mmHg、尿蛋白-は140/90mmHg未満となっているが、高血圧有病者の4人に3人は、140/90mmHg以上という現状があること、健診のデータから紹介することを考慮し、年齢に関わらず診察室血圧140/90mmHg以上を紹介基準とする	・厚生労働省 (国プログラムP29) ・日本高血圧学会 (高血圧治療ガイドライン2019、P10図1-6わが国の高血圧有病者、薬物治療者、管理不良者などの推計数) ・日本腎臓学会 (CKD診療ガイド2024、P27高血圧の管理)

付記：本プログラムは、大分県医師会、大分大学、大分県糖尿病性腎症重症化予防に係る効果検討会議及び各市町村等保険者の意見・合議を得て、改定いたしました。

大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラム（改定版）

発行日：令和7年3月

発 行：大分県

事務局：大分県