

岡山県糖尿病性腎症 重症化予防プログラム

平成30年3月策定
令和7年3月改定

岡山県医師会
岡山県糖尿病対策推進会議
岡山県糖尿病医療連携体制検討会議
岡山県糖尿病対策専門会議
岡山県CKD・CVD対策専門会議
岡山県国民健康保険団体連合会
岡山県

岡山県糖尿病性腎症重症化予防プログラム 目次

1. はじめに	1
(1) 岡山県の現状について	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	4
(1) プログラムの目的	4
(2) プログラムの性格	4
(3) 年齢層を考慮した取組の実施	5
(4) データヘルス計画等各種計画を踏まえた事業展開	5
3. 取組に当たっての関係者の役割	5
(1) 市町村の役割	5
1) 庁内体制の整備	5
2) 地域連携を通じた課題分析と情報共有	5
3) 事業計画の立案	6
4) 事業実施及び委託して実施する場合の留意点	6
5) 事業評価	7
6) 人材確保・育成	7
7) 他の保険者の保健事業との連携	7
(2) 岡山県の役割	8
1) 地域連携に対する支援	8
2) 事業計画	9
3) 事業実施	9
4) 事業評価	9
5) 人材育成	9
(3) 広域連合の役割	9
(4) 地域の医師会等の役割	9
(5) その他の医療関係団体等の役割	10
(6) 岡山県糖尿病対策推進会議・岡山県糖尿病対策専門会議の役割	10
(7) 国保連合会・国保中央会の役割	11
4. 地域における関係機関との連携	12
5. プログラムの条件	15
(1) 効果的・効率的な事業を実施するための条件	15
(2) 更に事業を発展させるための留意事項	16
6. 対象者抽出の考え方と取組方策	18
(1) 本プログラムにおける対象者に行う基本的な取組	18
(2) 本プログラムにおける糖尿病性腎症の定義	19
(3) 対象者抽出基準の設定（健診受診者からの対象者抽出）（図表 9 の A+B+C）	20
(4) 健診結果を基にした抽出に当たっての留意点	23
(5) 健診未受診者からの対象者の抽出方法（図表 11 の D+E）	24
7. 介入方法	26
(1) 受診勧奨	27
(2) 保健指導	29
8. 事業を円滑に進めるための留意点	31
(1) ICT を活用した取組の実施	31

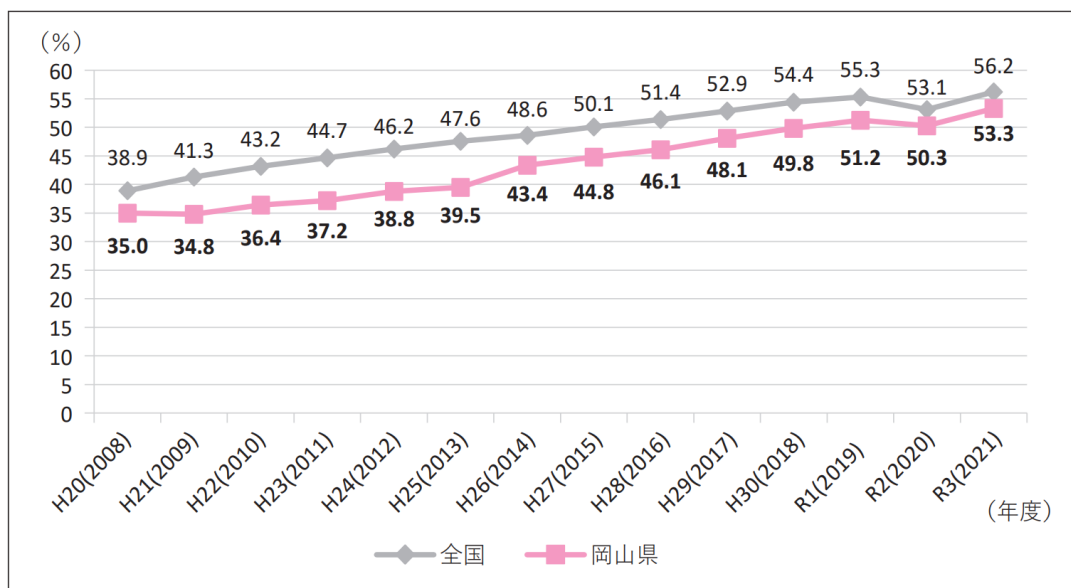
(2) 委託にて事業を実施する際の留意点	31
9. プログラムの評価	31
(1) 目的	31
(2) 方法	32
(3) 評価指標の例	34
(4) 評価結果の活用	34
10. 個人情報の取扱い	34
巻末 青年層、後期高齢者、歯・口腔疾患について	36

1. はじめに

(1) 岡山県の現状について

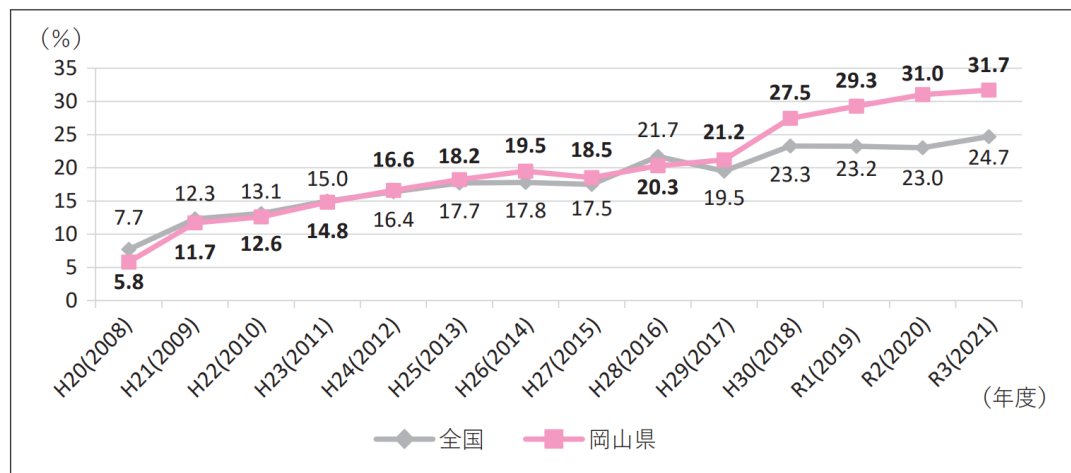
岡山県の令和 3（2021）年度特定健康診査の実施率（受診率）は 53.3%と全国より低い状況にあり、特定保健指導の実施率（終了率）は 31.7%と全国より高い状況にある（図表 1、2）。糖尿病の予防のために、対象者が適切に特定健康診査を受診し、必要な特定保健指導を受け、高血圧や脂質異常、高血糖等を早期に発見し、生活習慣の改善や医療機関の受診などを適切に行うことが必要であり、各保険者は、これを促進する必要がある。

図表 1 特定健診診査受診率の推移



(出典：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」)

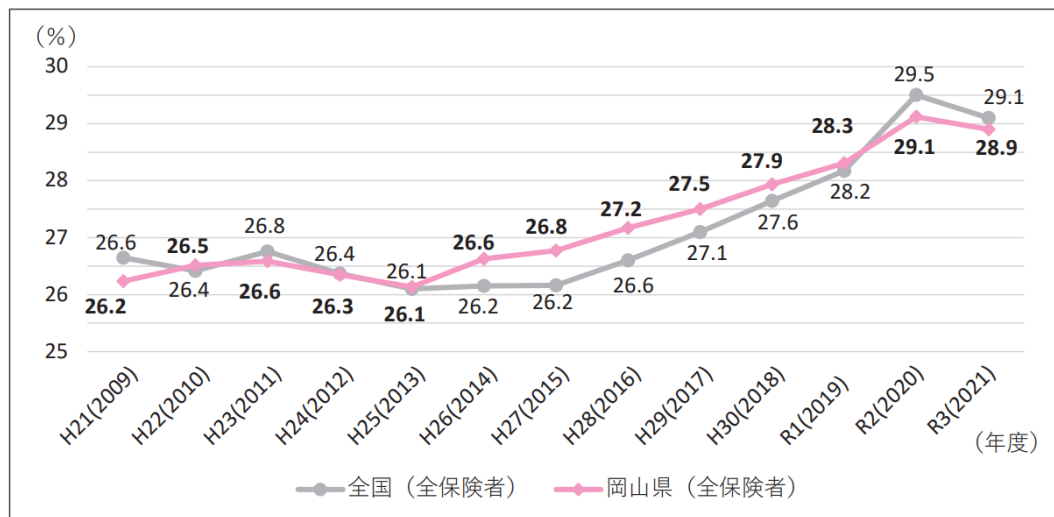
図表 2 特定保健指導実施率の推移



(出典：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」)

特定健康診査において、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合については増加傾向にある（図表 3）。メタボリックシンドロームの概念とその予防、悪化防止について普及啓発し、若年層からの良い生活習慣と適正体重の維持の定着を図り、さらに、該当者及び予備群を早期に発見して、生活習慣の改善に向けた取組を進める必要がある。

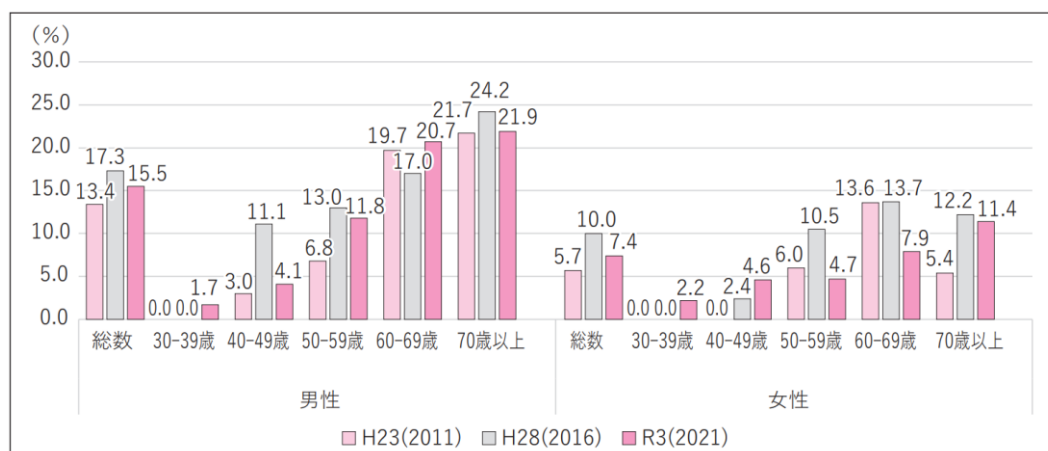
図表 3 メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合



（出典：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」）

令和 3（2021）年県民健康調査では、糖尿病が強く疑われる者の割合が、男性 15.5%、女性 7.4%であり、5 年前の同調査（男性 17.3%、女性 10.0%）と比べ減少しているが、10 年前の同調査（男性 13.4%、女性 5.7%）と比べ増加しているため、若年層からの発症予防に向けた普及啓発や早期発見に向けた健診の受診勧奨、さらに、必要な医療機関の受診勧奨等が重要である（図表 4）。

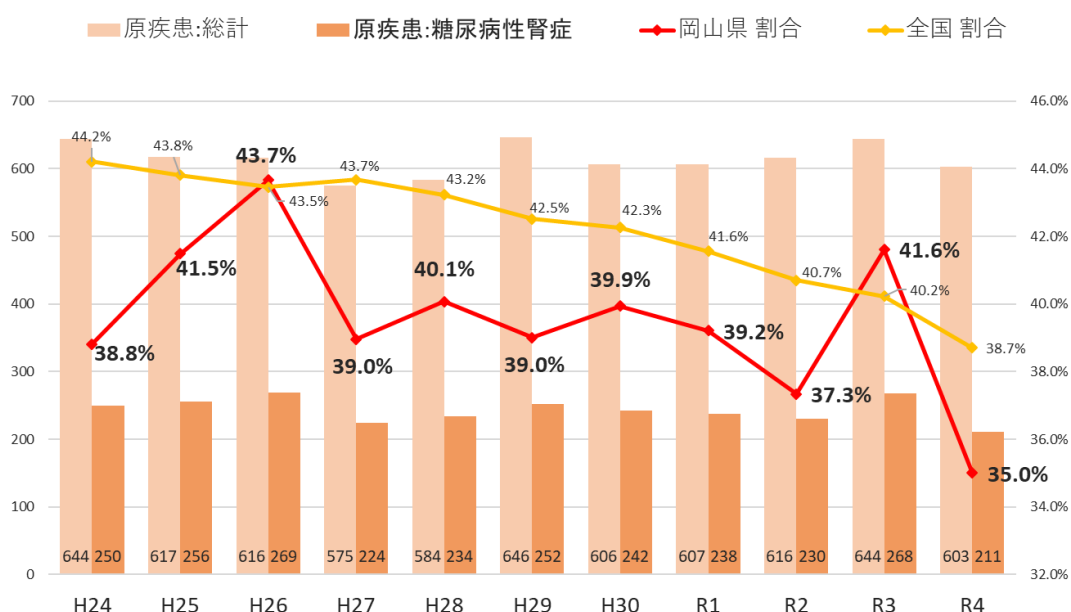
図表 4 糖尿病が強く疑われる者の割合



（出典：県民健康調査）

糖尿病性腎症は新規透析導入原疾患の第1位であるが、岡山県においては全国平均より低く推移しており、糖尿病性腎症による新規透析患者数は年間211名（令和4（2022）年）となっている（図表5）。

図表5 新規透析導入患者のうち原疾患が糖尿病性腎症の患者割合



（出典）社団法人日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」

糖尿病の早期発見、早期治療のため、住民が適切に特定健康診査を受診し、必要な特定保健指導を受け、高血圧や脂質異常、高血糖等を早期に発見し、生活習慣の改善や医療機関の受診などを適切に行うことが必要である。

また、糖尿病性腎症重症化予防のため、患者が適切に医療と保健指導が受けられるよう、各保険者は、医療機関と連携の上、さらなる取組の推進を図る必要がある。

2. 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの基本的考え方

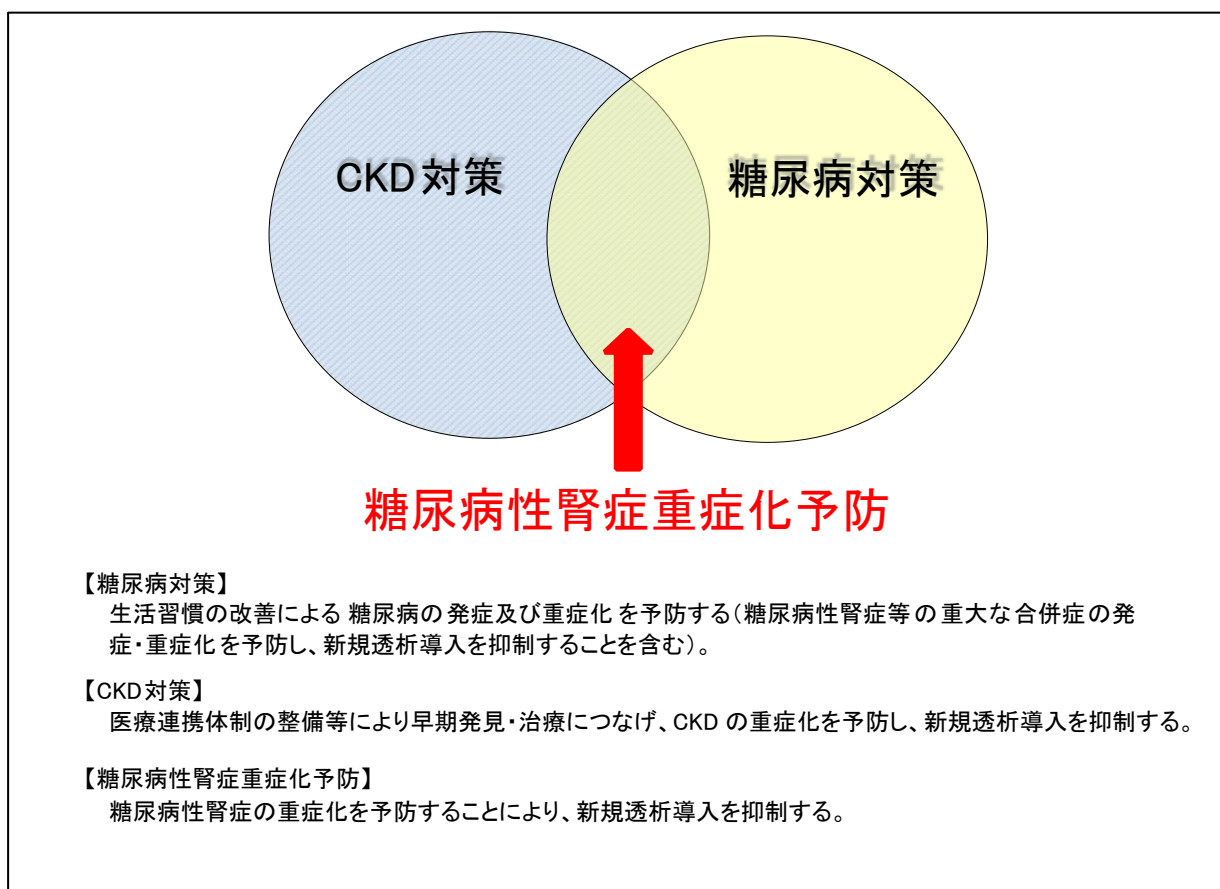
(1) プログラムの目的

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・受診中断者に対して、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糖尿病性腎症等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管理の維持、合併症の発症・進展の予防等を通して、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を目指す。本プログラムでは、これらの取組に係る方策やその考え方を示す。

(2) プログラムの性格

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、取り組みやすさなど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等、適切な PDCA サイクルの下、実施することが望まれる。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は、糖尿病対策やCKD対策と連携して行う。後述する一定の基準に該当する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。

図表 6 糖尿病性腎症重症化予防と関連する保健事業



（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が進められており、糖尿病性腎症重症化予防の取組においても、ライフコースアプローチの観点から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。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、歯周病が血糖管理に影響を与えていることが報告されている。

（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。

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、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。
- 実施に当たっては、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、柔軟な取組を検討する必要がある。

２）地域連携を通じた課題分析と情報共有

- 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に当たっては、地域の関係団体（郡市医師会等）と連携し、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、岡山県（保健所を含む）、広域連合、糖尿病対策推進会議、糖尿病対策専門会議、国保連合会等の関係機関の担当窓口と顔の見える関係性を築く必要がある。協議会等を開催し、各自が捉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必要がある。

- 岡山県では岡山県糖尿病医療連携推進事業により、①総合管理医療機関(かかりつけ医)と②専門治療医療機関(専門治療を行う医療機関)、③慢性合併症の治療を行う医療機関(網膜症、腎症、神経障害、動脈硬化性疾患、歯周病)、④急性増悪時の治療を行う医療機関を認定し、連携診療を推進している(岡山糖尿病医療連携体制「おかやま DM ネット」)。これらの体制を考慮し、医療と連携した取組の推進が必要である。

さらに、糖尿病性腎症重症化予防研修会、糖尿病性腎症重症化予防のための保健指導スキルアップセミナー、糖尿病性腎症重症化予防報告会等を実施している。今後もこれらの会で自治体間での意見交換や情報共有を図ることにより、より効果的な取組を検討する必要がある。

3) 事業計画の立案

- 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。
- 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、良好な血糖の管理の維持、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、事業計画に記載する。評価の実施時期や評価方法等も記載する。
- 評価指標については9. プログラムの評価(P31~34)を参照する。

4) 事業実施及び委託して実施する場合の留意点

- 3) の事業計画に基づき事業を実施する。事業の実施に当たっては、以下を参照する。
 - ・ 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(P18~25)並びに7. 介入方法(P26~30)
 - ・ ICTの利活用
 - 8. (1) ICTを活用した取組の実施(P31)
 - ・ 委託して実施する場合

- 8. (2) 委託にて事業を実施する際の留意点 (P31)
- ・ 個人情報保護
- 10. 個人情報の取扱い (P34)

- なお、受診勧奨や保健指導の実施に際しては、健診の結果に基づいて、対象者を抽出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向上に関する取組を進めることも重要である。

5) 事業評価

- 実施した事業について、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。
- 詳細は、9. プログラムの評価 (P31～34) を参照。

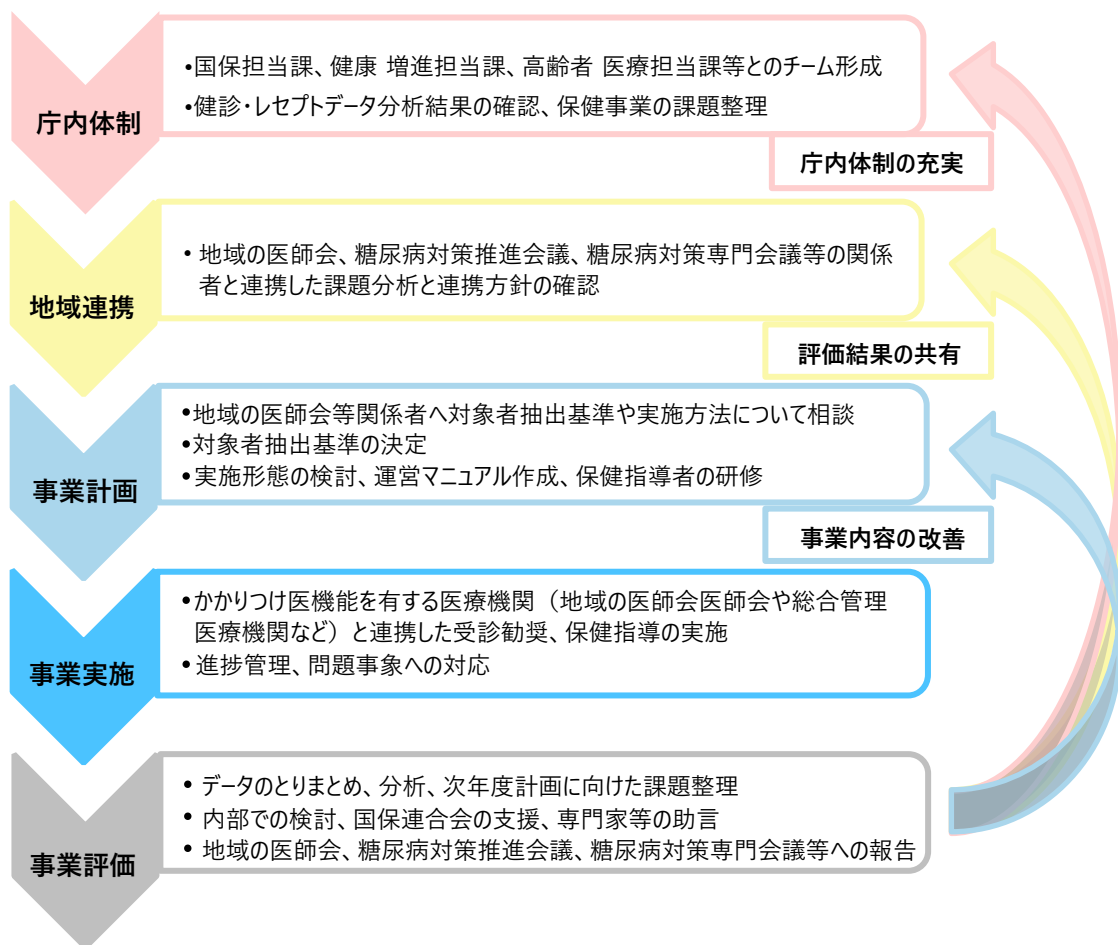
6) 人材確保・育成

- 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 システムなど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、資質向上が重要である。
- このため、糖尿病性腎症重症化予防研修会、保健指導スキルアップセミナー等に参加する等により、知識や技術等を習得する機会を設けることが望まれる。

7) 他の保険者の保健事業との連携

- 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おり、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、被用者保険との取組連携を図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ないよう、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、継続的な支援や評価を行うことが重要である。

図表 7 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）岡山県の役割

岡山県は、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への支援を行う。

岡山県は、県医師会、岡山大学病院、国保連合会と連携し、現状分析やアウトカム評価等、県全体での取組を実施しており、継続して、県全体での取組推進を図る。

１）地域連携に対する支援

- 市町村や広域連合における円滑な事業実施を支援する観点から、県レベルで県医師会や糖尿病対策推進会議、糖尿病対策専門会議等と県内の取組状況を共有し、課題、対応策等について議論する。
- 保健所は、地域分析の実施主体や協議会の開催支援等、身近な相談相手として、市町村・広域連合への支援を行う。

2) 事業計画

- 事業計画については、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、国保連合会と連携して、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を提供する。

3) 事業実施

- かかりつけ医機能を有する医療機関（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、取組が進んでいない市町村等を重点的に支援する。

4) 事業評価

- 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。

5) 人材育成

- 県は、国保連合会等と連携して、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・人材確保を推進する。

(3) 広域連合の役割

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、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・評価を行える体制構築に努める。

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することで、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。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、状況に応じた調整を行うことが求められる。

(4) 地域の医師会等の役割

(医療関係団体における協力体制の整備)

岡山県医師会、岡山県糖尿病対策推進会議、岡山県糖尿病対策専門会議は、郡市医師会に対して、糖尿病性腎症重症化予防に係る国や岡山県における動向等を

周知する。岡山県医師会及び郡市医師会は、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を周知する。

また、岡山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。

岡山県での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、岡山県糖尿病医療連携体制（「おかやま DM ネット」）の枠組みを活用し、取り組んでいく。

（市町村等の取組に対する協力）

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（網膜症や歯周病等）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ことが求められる。郡市医師会は、かかりつけ医機能を有する医療機関と連携した受診勧奨、保健指導へ協力する。

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。

（関係学会のガイドライン等の活用）

岡山県では、かかりつけ医機能を有する医療機関を対象とした糖尿病性腎症の「診療の手引き」を作成している。関連学会のガイドライン等とともに活用することが望ましい。

（５）その他の医療関係団体等の役割

糖尿病対策推進会議、糖尿病対策専門会議、CKD・CVD 対策専門会議等により、関係機関連携を図ることにより、より包括的な地域連携体制を構築する。

健康サポート薬局や栄養ケア・ステーション、まちの保健室等のように、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、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。

（６）岡山県糖尿病対策推進会議・岡山県糖尿病対策専門会議の役割

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、自治体や広域連合等の取組に協力する。

岡山県医師会、岡山県糖尿病対策推進会議、岡山県糖尿病対策専門会議は日本糖尿病学会が指名する「糖尿病性腎症重症化予防における日本糖尿病学会市町村担当医」とともに、市町村などの糖尿病性腎症重症化予防の取組が円滑かつ効果的なものとなるよう、必要な協力を行う。県民公開講座や世界糖尿病デー、全国

糖尿病週間における住民向けの糖尿病啓発活動、医療従事者への研修会の開催等に努める。

（７）国保連合会・国保中央会の役割

国保連合会は、国民健康保険中央会（以下「国保中央会」という。）と一体的に全国の自治体を実施する保険者の保健事業への支援を行っており、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研修を実施している。

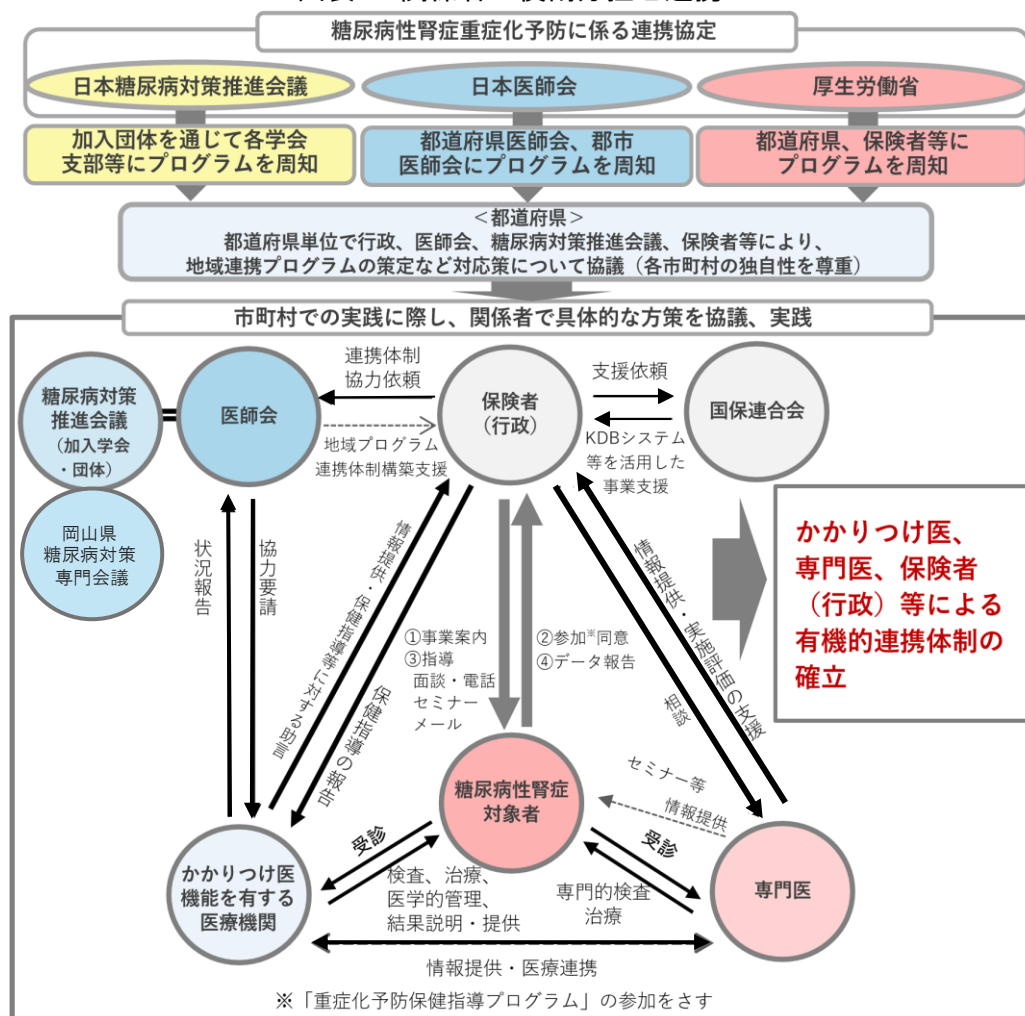
また、KDB システムの活用によるデータ分析・活用支援や、データヘルス計画策定の際の健康・医療情報による課題抽出、事業実施後の評価分析などにおいて、有識者で構成される保健事業支援・評価委員会による支援や国保連合会独自の支援を行っている。今後も支援を必要とする市町村等への支援を行うとともに、取組状況等から支援の必要性はあるが支援を受けていない市町村等に対しても、都道府県と連携して、積極的に支援することが期待される。

国保中央会は、国保連合会が行う研修や 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. 地域における関係機関との連携

本プログラム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（P5～11）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。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 8）。

図表 8 関係者の役割分担と連携



市町村単独で事業を実施するのではなく、県医師会・郡市医師会・専門医療機関・県・糖尿病対策推進会議・糖尿病対策専門会議・国保連合会等と事業の枠組みについて問題認識を共有し、合意形成を図り、個々の対象者の状況に応じた対応を確保して進める必要がある。

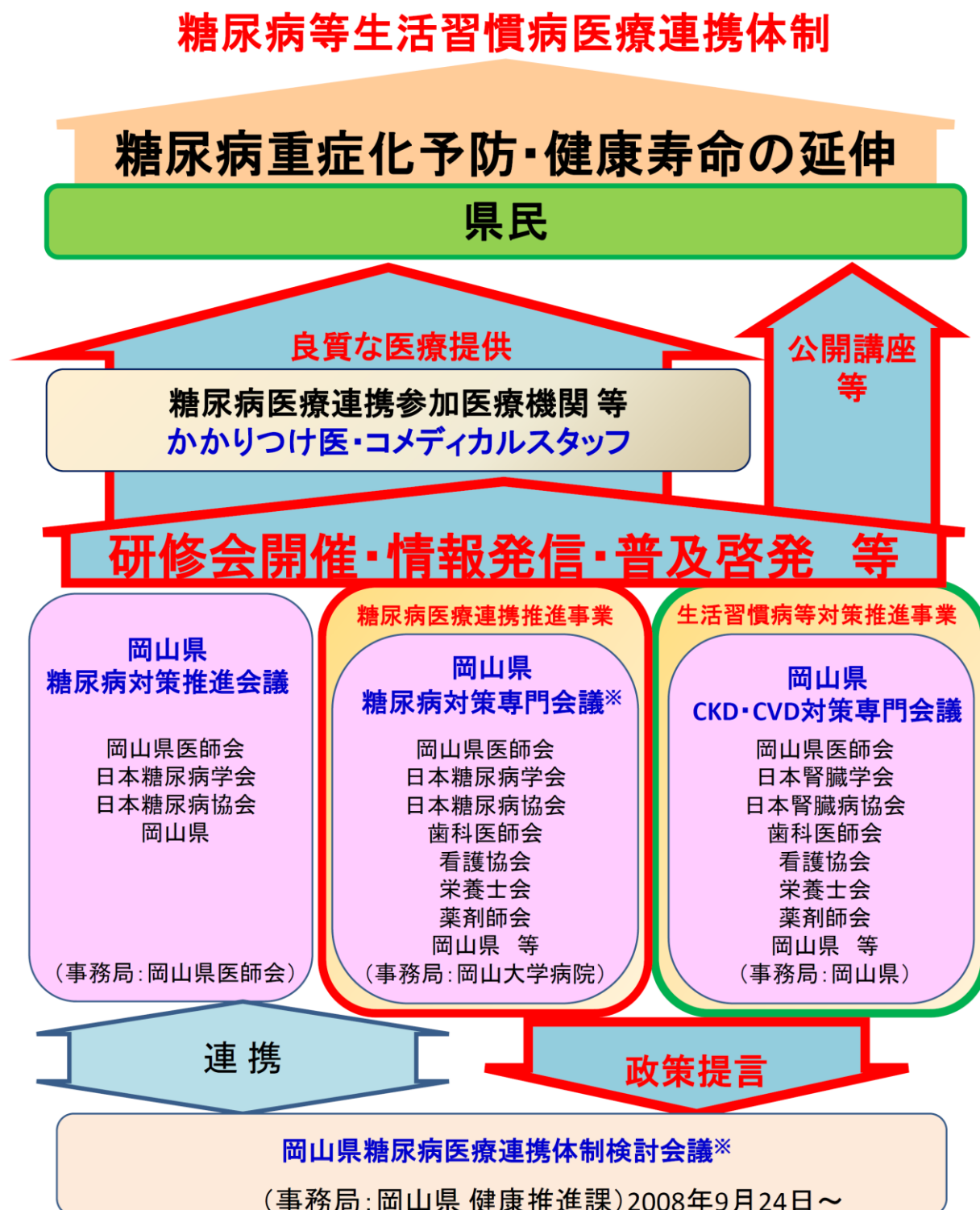
県では、医療機関等相互の役割分担と連携を推進することにより、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の構築を図ることとしており、医療機関等相互の連携の推進と県民の適切な医療機関等の選択に役立てることを目的に、糖尿病の総合管理（かかりつけ医）、専門治療、慢性合併症治療、急性増悪時治療の経過に応じて、求められる医療機能の要件を取りまとめ、これらの医療機能を担う医療機関等の名称等を公表している。

<糖尿病の医療連携体制を担う医療機関等一覧>

岡山県 HP : <https://www.pref.okayama.jp/page/300572.html>

おかやま DM ネット : <https://www.ouhp-dmcenter.jp/project/dm/>

図表 9 糖尿病等生活習慣病医療連携体制



※岡山県糖尿病対策専門会議と岡山県糖尿病医療連携体制検討会議の委員は同一である。

図表 10 岡山県の糖尿病医療体制に求められる機能

岡山県の糖尿病医療体制に求められる医療機能

	【総合管理(かかりつけ医)】	【専門治療】	【慢性合併症治療】	【急性増悪時治療】
機能	合併症の発症を予防するための糖尿病治療の総合管理を行う	血糖コントロール不良例の治療を行う糖尿病治療の総合管理を行う医療機関への協力、又は、糖尿病患者の治療方針の決定を行う	糖尿病の慢性合併症の治療を行う	急性合併症の治療を行う
目標	●糖尿病の診断及び生活習慣の指導を実施すること ●良好な血糖コントロールを目指した治療を実施すること ●患者に対して必要により専門治療慢性合併症治療を行う医療機関への受診を促すこと	●血糖コントロール指標を改善するために、教育入院等の集中的な治療を実施すること ●1型糖尿病や妊娠糖尿病・糖尿病合併症妊娠に対する専門的な治療を実施すること	●糖尿病の慢性合併症の専門的な治療・検査・指導を実施すること	●糖尿病昏睡時等急性合併症の治療を実施すること
求められる事項	●糖尿病治療ガイドに則した診療を行っていること※ ●糖尿病の診断及び一般的な患者教育が可能であること ●食事療法、運動療法及び薬物療法による血糖コントロールが実施可能であること ●メタボリックシンドロームや歯周病治療に関する連携・指導が可能であること ●低血糖時及びシックデイの対応が可能であること ●専門治療を行う医療機関、慢性合併症治療を行う医療機関及び急性増悪時治療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること ●高齢者糖尿病の管理に関しては、在宅医療や訪問看護、介護サービス等を行う事業者等との連携が可能であること ●糖尿病対策推進会議や糖尿病性腎症重症化予防プログラム等、保険者や関係団体等と連携した取組を実施していること	●糖尿病診療ガイドラインに則した診療を行っていること※ ●1型糖尿病に対する専門的な治療が可能であること ●妊娠糖尿病・糖尿病合併症妊娠に対する専門的な治療が可能であること ●糖尿病の総合管理を行う医療機関、慢性合併症治療を行う医療機関及び急性増悪時治療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること ●高齢者糖尿病の管理に関しては、在宅医療や訪問看護、介護サービス等を行う事業者等との連携が可能であること ●糖尿病対策推進会議や糖尿病性腎症重症化予防プログラム等、保険者や関係団体等と連携した取組を実施していること	●糖尿病診療ガイドラインに則した診療を行っていること ●食事療法、運動療法及び薬物療法による血糖コントロールが実施可能であること ●糖尿病の慢性合併症(糖尿病網膜症、糖尿病性腎症、糖尿病性神経障害、動脈硬化性疾患等)についてそれぞれ、専門的な検査治療が実施可能であること(単一医療機関で全ての合併症治療が可能である必要はない) ●糖尿病網膜症治療の場合、蛍光眼底造影検査、光凝固療法、硝子体出血・網膜剥離の手術等が実施可能であること ●糖尿病性腎症の場合、尿一般検査、尿中微量アルブミン量検査、腎生検、腎臓超音波検査、血液透析等が実施可能であること ●糖尿病性神経障害や足病変について専門的な検査・治療が実施可能であること ●動脈硬化性疾患(冠動脈硬化症・脳血管障害・下肢閉塞性動脈硬化症)の診断と治療が可能であること ●歯周病の場合、糖尿病診療の歯科治療に実績があり計画的な管理が可能であること ●糖尿病の総合管理を行う医療機関、専門治療を行う医療機関及び急性増悪時治療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること ●外来栄養食事指導や外来療養指導、糖尿病透析予防指導等の指導を行える体制があること	●糖尿病診療ガイドラインに則した診療を行っていること ●糖尿病の昏睡等急性合併症の治療が24時間実施可能であること ●糖尿病の総合管理を行う医療機関、専門治療を行う医療機関及び慢性合併症治療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること
備考	※「糖尿病治療ガイドに則した診療を行っていること」に包含される事柄 ●外来栄養食事指導や外来療養指導等の指導を行える体制があること ●高血圧症、脂質異常症の治療や禁煙指導等、包括的な危険因子の管理を行うこと ●糖尿病の発症初期から定期的に慢性合併症の検査を行うとともに、継続的な眼科受診、歯科受診を促すこと ●関連学会で整理された紹介基準等も踏まえて適切に専門医療機関を紹介すること ●健診受診後の受診勧奨により医療機関を受診した対象者に対する適切な対応等、糖尿病の発症予防の取組と連携した医療を行うこと	※「糖尿病診療ガイドラインに則した診療を行っていること」に包含される事柄 ●75gOGTT、HbA1c等糖尿病の評価に必要な検査が実施可能であること ●各専門職種のチームによる食事療法、運動療法、薬物療法等を組み合わせた教育入院等の集中的な治療(心理問題を含む)が実施可能であること ●定期的に慢性合併症の検査を行うとともに、継続的な眼科受診、歯科受診を促すこと		

5. 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

各地域で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。

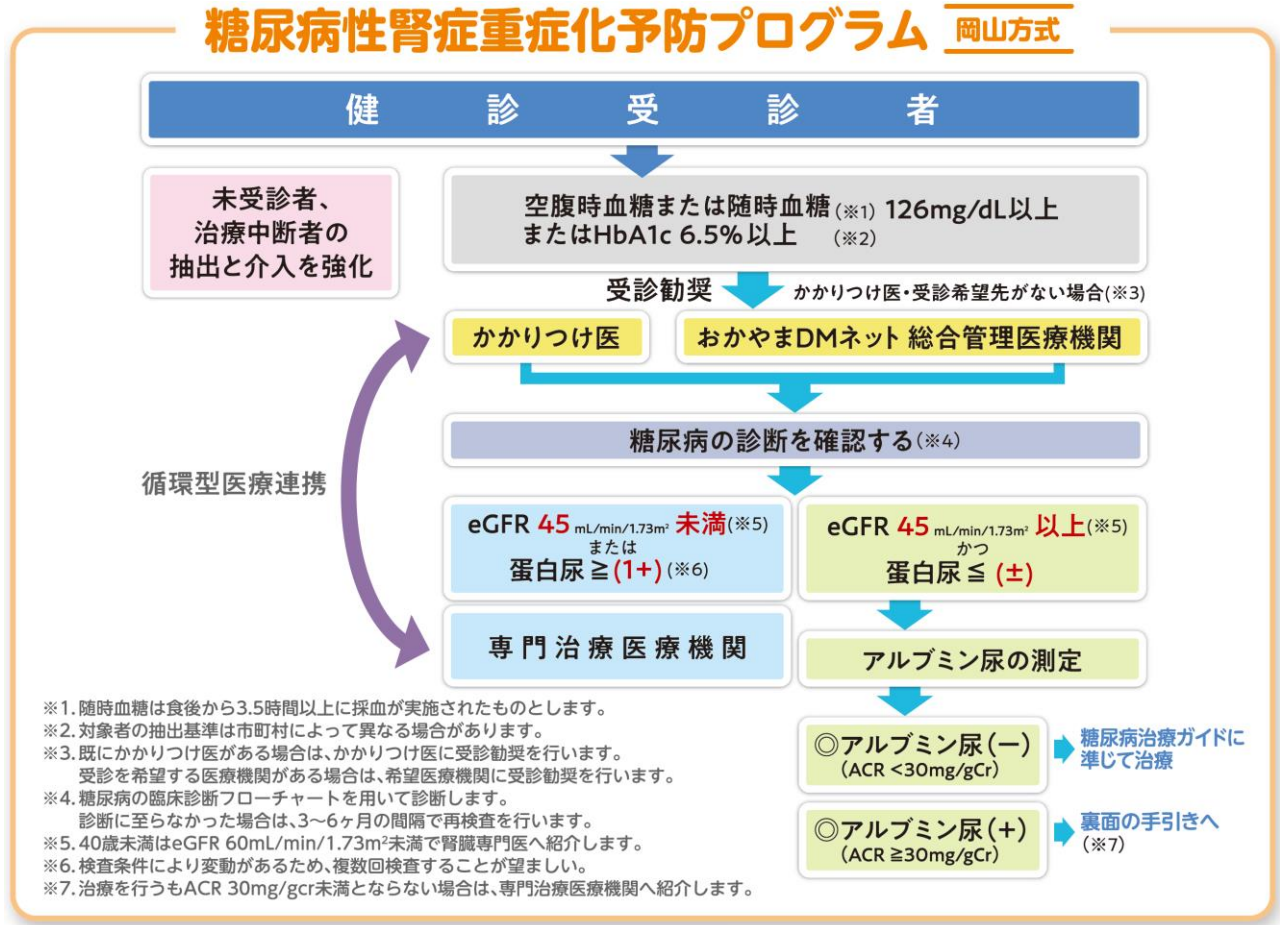
生活習慣病の重症化予防の取組のうち、

- 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県糖尿病対策推進会議等との連携（県による対応策の議論や取組内容の共有等）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、特定健康診査未受診者層や、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
 - ・ 事業の実施時のみならず、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
 - ・ 保健指導は、医師や歯科医師、薬剤師等と連携し、保健師・管理栄養士等の専門職が行う。
- 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県の糖尿病対策推進会議、糖尿病対策専門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。

図表 11 対象者選定とフロー図



(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、血圧等）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 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。
- ・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。

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本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。
- ・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。

③ 保健指導を実施する専門職について

- ・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、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、多種の専門職で取り組むことが重要である。
- ・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の連携も重要である。
- ・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の構築が求められている。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の確立が必要である。

④ 事業評価の実施について

- ・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、県や国保連合会が支援を行う。
- ・詳細については、9. プログラムの評価（P31～34）を参照。

⑤ 取組の実施における県の糖尿病対策推進会議等との連携について

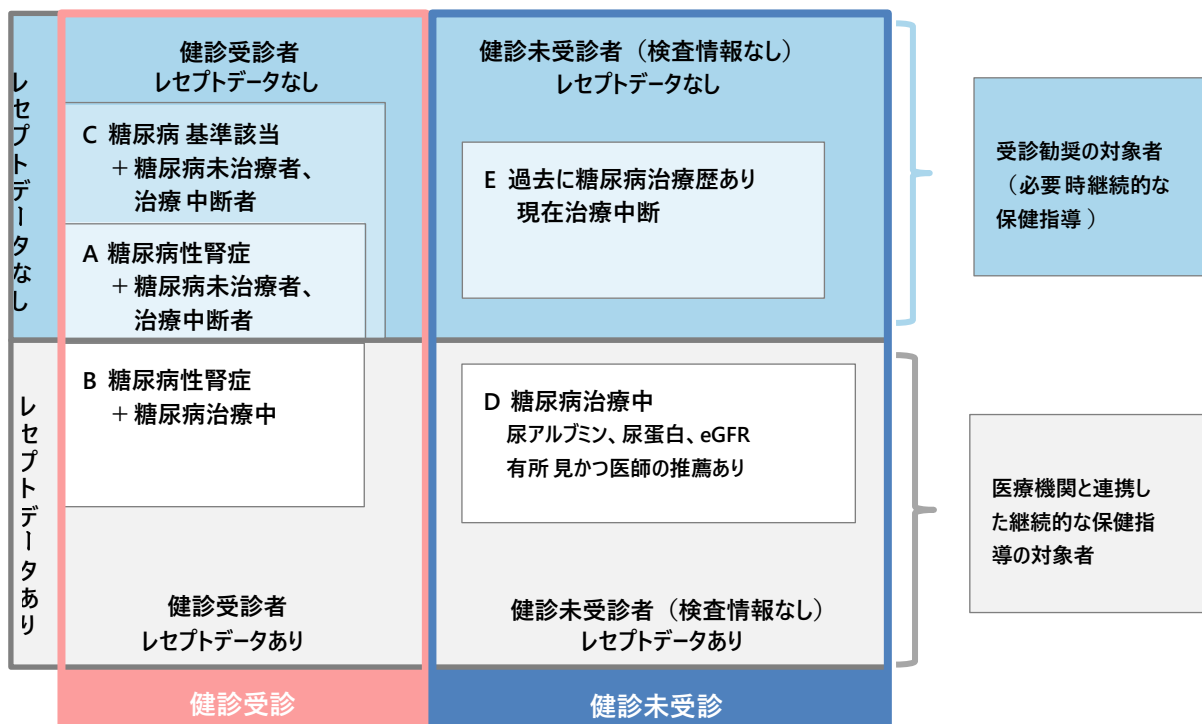
- ・糖尿病対策推進会議・糖尿病対策専門会議の活動状況の把握が重要であり、好事例の横展開が必要である。
- ・糖尿病対策推進会議・糖尿病対策専門会議においては専門医の役割が重要となる。糖尿病専門医、腎臓専門医等が協力して地域支援を行うことが望ましい。

6. 対象者抽出の考え方と取組方策

(1) 本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 12 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 12 の B+D）の実施、である。

図表 12 健診・レセプトデータの有無と対象者の抽出の考え方



(2) 本プログラムにおける糖尿病性腎症の定義

本プログラムにおける糖尿病性腎症の定義は以下の通りとする。

本プログラムにおける糖尿病性腎症の定義：糖尿病であり、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 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。

図表 13 参考：糖尿病性腎症病期分類

	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) (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	

(3) 対象者抽出基準の設定（健診受診者からの対象者抽出）（図表 14 の A+B+C）

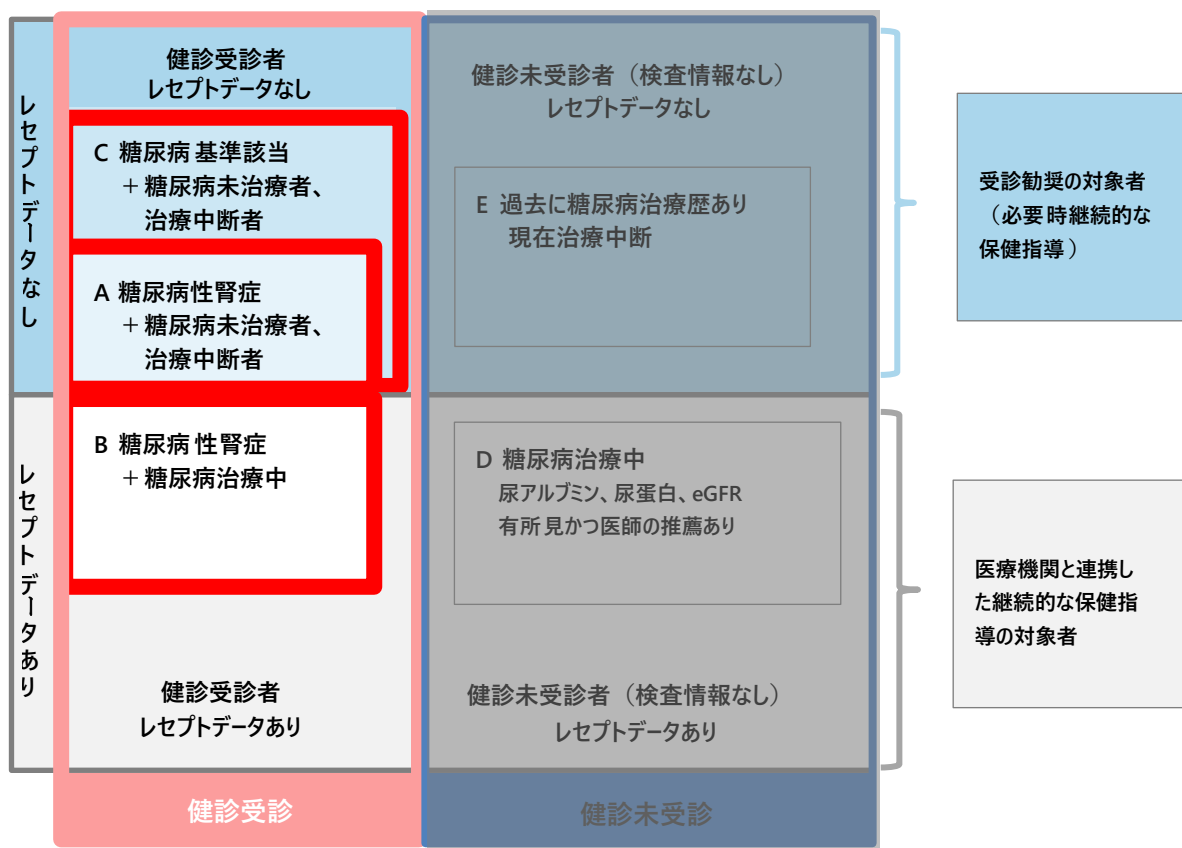
対象者の抽出基準においては、図表 15 に示すように、健診時の尿蛋白（尿定性）や eGFR から腎障害が存在している者を把握、糖尿病については治療の有無と HbA1c・血糖の状況、血圧についても治療の有無と受診勧奨値以上であるかを把握することを基本とする。

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。

図表 14 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 15 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										
	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

※保健指導Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、受診勧奨Ⅰ、Ⅱ、Ⅲの内容については図表 13 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

(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で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、本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。

図表 16 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 2024)

目標	コントロール目標値 ^{注4)}		
	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。

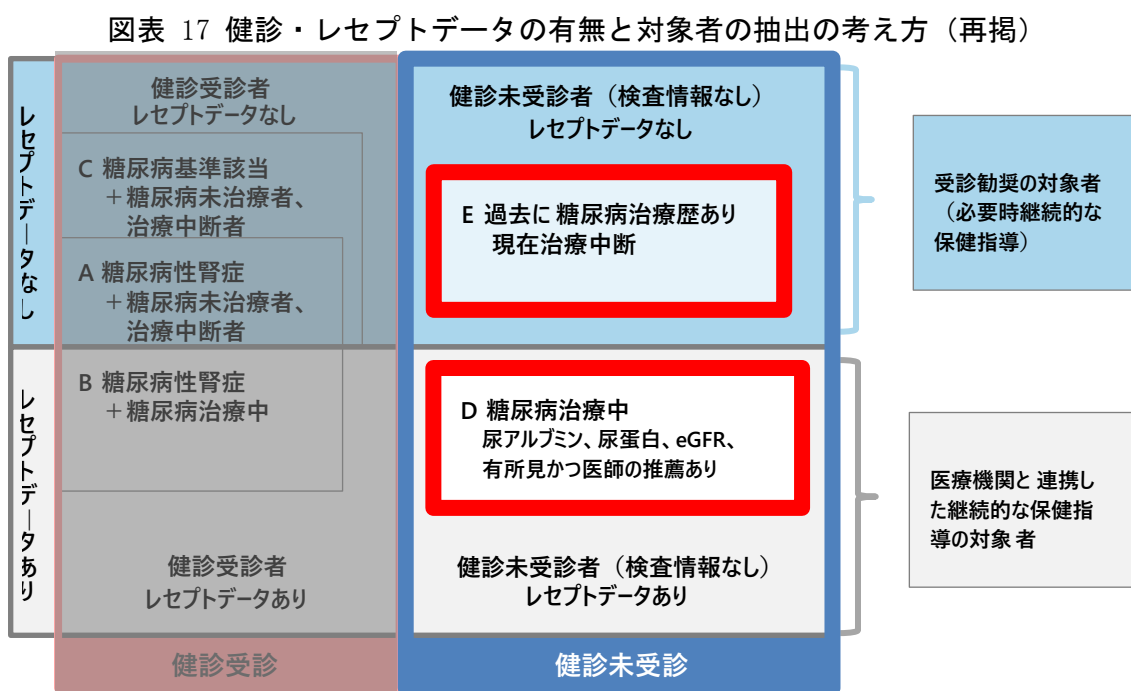
注2) 合併症予防の観点から HbA1c の目標値を 7%未満とする。対応する血糖値としては、空腹時血糖値 130mg/dL 未満、食後2時間血糖値 180mg/dL 未満をおおよその目安とする。

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) いずれも成人に対する目標値であり、また妊娠例は除くものとする。

（５）健診未受診者からの対象者の抽出方法（図表 17 の D+E）

○特定健康診査をはじめとする健診未受診者の中にも、糖尿病患者やその疑いがある者、治療中断者、血糖管理目標未達成な者等があり、これらの者に対しても受診勧奨や保健指導が必要である。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 15 の通りであり、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。



（糖尿病治療中断かつ健診未受診者の抽出方法：図表 17 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 HbA1c 6.5% 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

（医療機関における抽出方法：主に図表 17 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。例えば、

- ・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 などが想定される。地域の実情に合わせ、自治体は医師会等地域の関係機関と抽出方法についてあらかじめ相談しておくことが望ましい。

(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、かかりつけ医機能を有する医療機関と連携のうえ、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ことが適当である。

7. 介入方法

○健診受診者（図表 14 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 18 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 15 の再掲)

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

※保健指導Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、受診勧奨Ⅰ、Ⅱ、Ⅲの内容については図表 13 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 19 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	

(1) 受診勧奨

- 受診勧奨実施率 100%を目標に取組実施し、状態像に応じた取組の推進を進める。
国プログラムでは下記の介入方法が示されており、状態像に応じた取組の推進にあたっては、これらの内容を参考に行う。
- 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 18 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。

＜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、脂質の管理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 15 参照）。
- 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。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、適切に組み合わせる。

（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。

＜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・多剤処方の状態に陥るなど、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。

8. 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」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

- 委託して事業実施する場合は、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に明確に伝え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。

9. プログラムの評価

(1) 目的

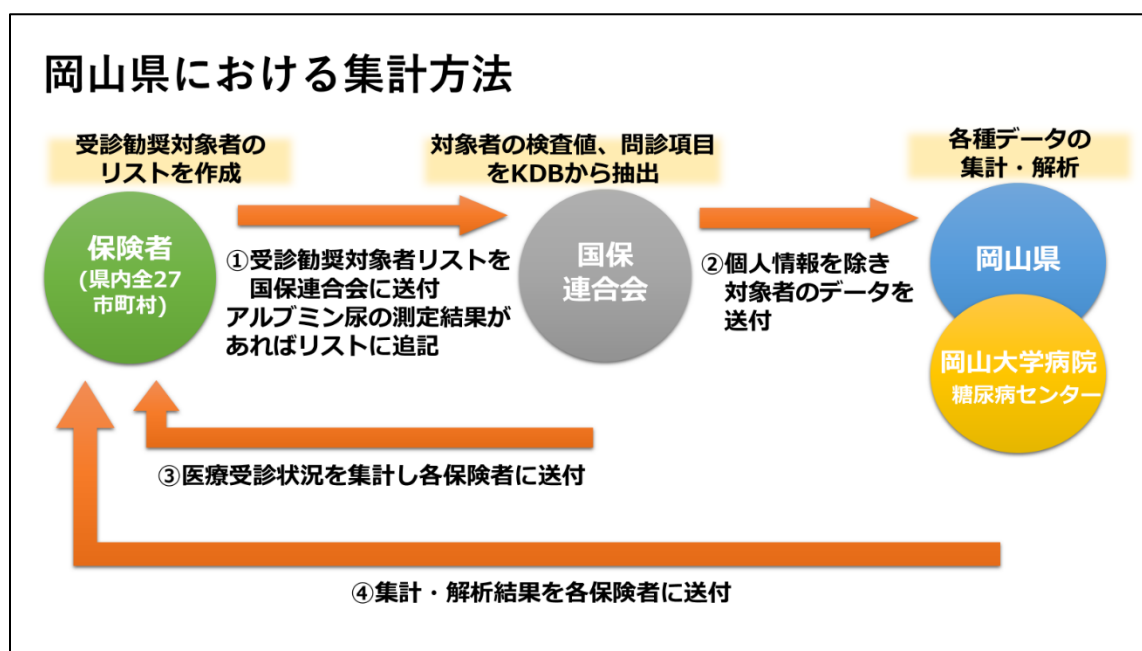
- 事業評価を行う目的は、①計画時に設定した評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況を確認すること、②事業の効果や目標の達成状況等を踏まえ、より効果的・効率的に事業を展開するために取組内容や事業全体を見直すことである。
- 保険者は保有する健康・医療情報を活用し、被保険者を追跡し、評価するとともに、被保険者全体の変化について評価することが必要である。特に、市町村においては、国保から後期高齢者医療制度に移行する者について、広域連合とも連携し、切れ目なく支援を継続するとともに、国保と後期高齢者医療制度等の健康・医療情報と併せて分析し評価することが重要である。

(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 21 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、受診勧奨や保健指導を実施した人数の評価を行う。まずは、市町村の設定した条件により抽出された対象者すべてに受診勧奨を実施することを目標とする。しかし、図表 15 で分類される各レベルに応じた受診勧奨や保健指導を行うことが求められており、市町村の設定した抽出条件による受診勧奨を 100%実施できている自治体より、次のステップとして、図 15 で分類される各レベルに応じた受診勧奨や保健指導の実施および人数の把握に努める。
- アウトカム評価：短期的な評価指標(1～2 年)と中長期的な評価指標(3～5 年ないしそれ以上)を定める。短期的評価指標として受診勧奨後の医療受診の有無を集計している。またレセプト情報や KDB システムを用い、通院継続の有無や HbA1c、腎障害の程度の変化を確認している（図表 20）。今後、血圧や脂質も集計に追加していく。医療受診後も特定健康診査の受診を継続することにより、中期的な追跡も可能となる。

また、これまで述べたミクロ的なアウトカム評価に加え、マクロ的评价として岡山県における、糖尿病性腎症による新規透析導入割合の推移や、糖尿病による死亡率の推移、アルブミン尿の測定回数の推移を追跡している。

図表 20 岡山県における集計方法

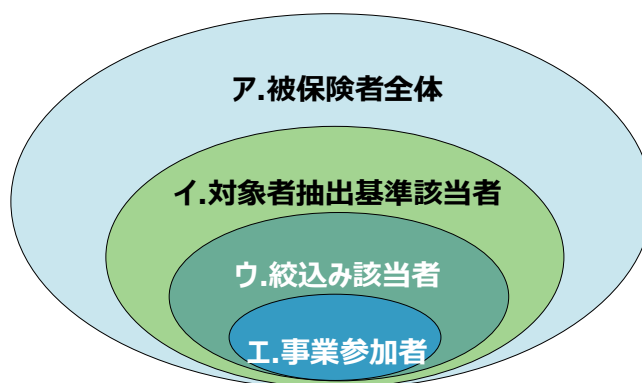


○対象者の抽出基準に該当した者（図表 21 のイ. 対象者抽出基準該当者）のうち、受診勧奨や保健指導を実施した被保険者（図表 21 のエ. 事業参加者）と、受診勧奨や保健指導を実施していない者（図表 21 のイ. 対象者抽出基準該当者のうちエ. 事業参加者を除いた者）でアウトカム評価指標を比較するとともに、被保険者全体（図表 21 のア. 被保険者全体）における各種指標の変化の状況について、中長期的にどのように変化したかについて、確認を行うことが望ましい。

○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 21 評価対象のとらえ方



＜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共有を行う。
- KDB システムでは対象者抽出、対象者の経年的なデータ抽出、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。
- 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。

＜岡山県が実施する事項＞

県が実施しているアウトカム評価により、広域的・中長期的な保険者間の比較分析を実施し、評価結果を共有することで、市町村を支援する。

（３）評価指標の例

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も踏まえて設定する。

図表 22 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。

（４）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。

10. 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）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。
- 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）
 - ・ 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）
- 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に提供する場合には、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。

青年層、後期高齢者、歯・口腔疾患について

岡山県糖尿病性腎症重症化予防プログラムは、岡山県内の市町村国民健康保険加入者を主な対象として平成31年に作成された。令和6年現在においても、国保ヘルスアップ支援事業として運用を行っており、特定健康診査にて糖尿病の疑いありと判定された40歳以上75歳未満の市町村国保加入者が対象となっている。令和6年3月に厚生労働省より「糖尿病性腎症重症化予防プログラム(令和6年度版)」が発表され、青年層(30歳代)や後期高齢者(75歳以上)に関する記載が随所に見られるようになっている。また、歯・口腔疾患に関わる記載も設けられている。青年層や後期高齢者、歯・口腔疾患に関する岡山県での見解について、巻末に記載する。

(青年層に対する取組)

20歳代、30歳代の住民に対する糖尿病の判定基準や糖尿病性腎症をはじめとする合併症の発症・重症化予防の意義は40歳代以降と変わらない。青年層が多く加入してい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。なお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歳代以上に比較すると多く、ライフステージに応じた取組が望ましい。

(後期高齢者に対する取組)

後期高齢者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。事業展開に当たっては、市町村国保と広域連合が連携し、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。

後期高齢者の特性として、健康状態や生活機能、生活背景等の個人差が大きいことが挙げられる。また多医療機関の受診や多剤処方等の医療に係る課題に加え、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。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し、医療機関と連携した取組を行う必要がある。一方、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となる。

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」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。

保健指導の実施においては、青壮年期からの生活習慣病対策から、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う必要がある。

(歯・口腔疾患に対する取組)

糖尿病管理が目標未達成であると歯周病を重症化させること、歯周病が重症であると糖尿病管理が目標未達成になることが報告されている一方で、糖尿病管理が目標達成されると歯周病の状態も改善すること、歯周病治療によって糖尿病の状態も改善す

ることも報告されている。糖尿病性腎症重症化予防の取組においても、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ことが望ましい。

岡山県では以前より糖尿病診療における医科歯科連携事業を行ってきた。岡山県糖尿病医療連携体制「おかやま DM ネット」では慢性合併症治療を行う医療機関の1つとして歯科医療機関を登録しており、また糖尿病ケアを担うメディカルスタッフ「おかやま糖尿病サポーター」の対象職種の1つとして歯科衛生士を含んでいる。令和6年度現在、岡山県、岡山県医師会、岡山県歯科医師会等、関係団体の間で議論を重ね、医科及び歯科の医療機関を対象とした研修会等を開催する等の取組を行っている。

図表 23 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中等度以上の認知症 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	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、罹病期間、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-geriat-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) 糖尿病罹病期間も考慮し、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。