

鹿児島県糖尿病性腎症重症化予防プログラム

鹿児島県
鹿児島県医師会
鹿児島県糖尿病対策推進会議

1 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及び治療中断者を治療に結びつけること、②糖尿病又は糖尿病性腎症で治療中の患者のうち、重症化するリスクの高い者に対して医療機関等と連携して保健指導を行い、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的とする。

2 年齢層等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ことから、取組にあたっては以下を考慮すること。

- 青壮年期は、「仕事（家事・育児等）が忙しくて時間がないこと」が健康な食習慣の妨げとなっているとする調査結果があることから、それを考慮した取組となるよう配慮するほか、糖尿病のみでなく、腎障害の悪化につながる高血圧、喫煙、食生活の乱れ（朝食の欠食）などにも留意する。また、青壮年が多く加入している被用者保険との間で、健診データやレセプトデータ等やそれぞれが捉えている地域の健康課題等を共有し連携することも重要である。
- 高齢者の特性を踏まえ、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、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。また、高齢者糖尿病は低血糖に対する脆弱性を有し、低血糖により認知機能低下や心血管イベントの増加をきたす可能性があるため、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ことに留意する。
- 歯周病と血糖コントロールの関係を踏まえ、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、糖尿病合併症の一つである糖尿病網膜症の進行防止の観点から、定期的かつ継続的な眼科受診を勧奨する。

3 取組に当たっての関係者の役割

地域における取組を推進するに当たっては、次に掲げる関係者が、それぞれの役割を認識した上で、相互に連携して取り組むことが重要である。

(1) 市町村の役割

ア 保健師、管理栄養士、歯科衛生士等の専門職や事務職の人材を効率的に活用する、鹿児島県国民健康保険団体連合会（以下、「国保連合会」という。）の知見を活用するなど、柔軟な取組を検討する。

イ 市町村は、健診データやレセプトデータ等を用いて、対象者の抽出を行い、個別支援を実施するとともに、国保及び後期高齢者被保険者の疾病構造や健康問題等を分析し、地域の実情に応じた対策を立案する。

ウ 対象者への支援内容の検討及び取組の実施に当たっては、支援窓口として、地域の医療機関等と連携し、様々な視点から総合的に検討することが重要であり、必要な場合は、郡市医師会に連携体制構築のための協力を依頼するとともに、関係機関との情報共有に努める。

エ 実施した取組については、その結果の評価・分析を行い、PDCAサイクルに基づき、次の事業展開につなげる。

オ 高齢者の保健事業の実施に当たっては、鹿児島県後期高齢者医療広域連合（以下、「広域連合」という。）と市町村の連携を密にし、継続的な支援や評価に取り組むこと。

カ 保健指導を委託する場合は、重症化予防の目的を踏まえて、外部委託事業者と調整の上、事業企画から評価まで確認しながら実施主体としての役割を果たすこと。

(2) 県の役割

ア 関係課が連携して、市町村や広域連合における事業実施状況をフォローするとともに、市町村における円滑な事業実施を支援する観点から、医師会や鹿児島県糖尿病対策推進会議等と市町村の取組状況を共有し、課題、対応策等について検討する。

イ 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活用可能なデータを提供する。

ウ 地域連携については、保険者協議会の場を活用するなど、被用者保険や広域連合とも連携を図り、糖尿病性腎症重症化予防の取組の効果が上がるように調整を行う。

エ 保健所は、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等との連携のつなぎ役となるなど、保健所の機能を活用した取組や支援を行う。

(3) 医師会の役割

県医師会及び郡市医師会は、糖尿病重症化予防に係る県や市町村、広域連合の取組について、会員及び医療従事者へ周知するとともに、必要に応じて助言、市町村とかかりつけ医との連携体制の構築を支援し、かかりつけ医と専門医等との連携を強化するなど、必要な協力を行うように努める。

(4) 鹿児島県糖尿病対策推進会議の役割

糖尿病重症化予防に係る県や市町村、広域連合の取組について、構成団体へ周知するとともに、医学的・科学的観点から助言を行うなど、市町村、広域連合の取組に協力するように努める。

(5) 歯科医師会、歯科衛生士会の役割

糖尿病重症化予防に係る県や市町村、広域連合の取組について、会員及び医療従事者へ周知するとともに、糖尿病と歯周病について正しい知識の普及を図り、本プログラム対象者の歯周病対策を市町村及び医科のかかりつけ医と連携して行う。

(6) 広域連合の役割

保健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、市町村（高齢者医療担当課、介護予防担当課、健康増進担当課、地域包括支援センター）との連携が不可欠である。また、国保との連携を密にし、保健事業の一体的な実施を推進する等、継続的な評価ができるような体制づくりに協力することが重要である。

(7) 国保連合会の役割

KDBシステムの活用によるデータ分析・活用支援や、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県と連携して市町村等への支援を行う。

(8) その他医療関係団体等の役割（県薬剤師会、県看護協会、県栄養士会、糖尿病療養指導士会、各関係学会・協会等）

本プログラムを会員及び医療従事者へ周知するとともに、本プログラムの対象者が、確実に受診を継続できるよう、市町村と連携してかかりつけ医、糖尿病専門医及び腎臓専門医等の指示の下で療養指導を行う。

（各関係団体共通）

関係機関間の連携を推進していけるよう、各関係者・団体及び住民に対し、糖尿病連携手帳等の活用に係る周知・啓発を行っていく。

4 プログラムの条件

市町村で糖尿病性腎症重症化予防プログラムを策定する場合、以下のいずれも満たすこと。

- (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) 取組の実施にあたり、地域の実情に応じて鹿児島県糖尿病対策推進会議等との連携を図ること

5 対象者抽出の考え方と抽出基準

(1) 対象者抽出の考え方（図表 1）

- 対象者の全体像の把握は、
 - ① 糖尿病について治療中の人と、未治療や治療中断の人
 - ② 健診を受診した人（健診結果がある人）と健診未受診者、に分けて考える。
- 対象者に行う基本的な取組は、
 - 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 1 の A+C+E）
 - ② 治療中の患者に対する医療と連携した保健指導の実施（図表 1 の B+D）、である。

図表 1 健診・レセプトデータの有無と対象者抽出の考え方



(2) 抽出基準

75 歳未満の方

ア 健診結果がある人で糖尿病未受診者（糖尿病未治療者・治療中断者）（図表 1 の A+C）
市町村が特定健診データ等から以下の①または②の基準を満たす者を抽出する。

- ① 空腹時血糖または随時血糖^{※1} 126mg/dL 以上、または HbA1c6.5%以上の者で、レセプトデータがない者（未治療者）
- ② 糖尿病治療中の者で最終受診日から 6 か月以上受診記録がない者（治療中断者）

イ 健診結果がある人で糖尿病受診中の人（図表 1 の B）

かかりつけ医が必要と認める場合で、市町村が特定健診データ等から以下の①及び②の基準を満たす者を抽出する。

- ① 糖尿病であるか糖尿病が疑われる状態であること：a から d までのいずれかであること
 - a 空腹時血糖または随時血糖^{※1} 126mg/dL 以上、または HbA1c6.5%以上
 - b 糖尿病治療中
 - c 過去に糖尿病薬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 6 ヶ月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）
 - d その他、市町村又はかかりつけ医が特に必要と認める者
- ② 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：a から d までのいずれかであること
 - a 検査値より腎症第 4 期：eGFR30mL/分/1.73 m²未満
 - b 検査値より腎症第 3 期：尿蛋白陽性
 - c レセプトデータに糖尿病性腎症または腎障害の悪化を示す病名（糖尿病性腎臓病（DKD）、慢性腎臓病（CKD）、腎硬化症、高血圧性腎疾患、動脈硬化腎など）が記載されている。
 - d 腎症第 2 期以下の場合には、以下の情報を参考とする。
 - ・ eGFR45mL/分/1.73 m²未満
 - ・ eGFR60mL/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
 - ・ 尿蛋白（±）の場合、微量アルブミン尿の確認^{※2}
 - ・ 血圧治療の有無、血圧コントロールが不良（目安：140/90mmHg 以上）

※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。

※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。

ウ 健診未受診者からの対象者の抽出方法（図表 1 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、受診勧奨や保健指導が必要となる者がおり、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。

- ・ 過去に糖尿病治療歴がある者、又は過去 3 年間程度の健診にて HbA1c6.5%以上が確認されたが最近 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
- ・ 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

75 歳以上の方（後期高齢者）

後期高齢者の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*の以下の例を参考に、郡市医師会等、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しながら取り組む。

ア 健診結果がある人で糖尿病未受診者（糖尿病未治療者・治療中断者）または治療中の人（図表 1 の A+B+C）

- (ア) 血糖コントロール不良かつ薬剤処方がない人→医療機関受診につなげる
健診で HbA1c $\geq$ 8.0% かつ レセプト（医科・DPC・調剤）で対応する糖尿病の薬剤処方履歴（1 年間）なし
- (イ) 糖尿病の基礎疾患があり、フレイル状態にある人→通いの場等の介護予防事業に繋げる
基礎疾患ありの条件 $\left\{ \begin{array}{l} \text{レセプト（医科・DPC・調剤）で糖尿病治療中もしくは中断} \\ \text{又は健診で HbA1c} \geq 7.0\% \text{以上} \end{array} \right.$
かつ 後期高齢者の質問票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
- (ウ) 腎機能不良かつ医療機関への受診がない人→受診勧奨し透析を予防
健診で eGFR $<$ 45 又は 尿蛋白（+）以上 かつ レセプト（医療）医療未受診

イ 健診未受診で糖尿病の治療を中断している人（図表 1 の E）

抽出年度の健診受診なし かつ 抽出年度以前の 3 年間に糖尿病の薬剤処方歴あり
（レセプト：医科・DPC・調剤）かつ 抽出年度に薬剤処方履歴なし

ウ その他、市町村又はかかりつけ医が特に必要と認める人

*高齢者糖尿病診療ガイドライン 2023（日本老年学会、日本糖尿病学会）
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）
高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第3版

本プログラムの除外対象者について (75 歳未満及び後期高齢者共有)

なお、75 歳未満及び後期高齢者において、次の者は対象者から除外する。

- a 1 型糖尿病の者
- b がん等で終末期にある者
- c 中等度以上の認知機能障害のある者
- d 糖尿病透析予防指導管理料の算定対象となっている者
- e その他の疾患を有していて、かかりつけ医が除外すべきと判断した者

※ 生活習慣病管理料(Ⅰ)(Ⅱ)の算定対象となっている場合でもかかりつけ医が必要と認める場合は、かかりつけ医と連携して保健指導を行う。

6 介入方法

市町村が、対象者の状態像に応じた方法（訪問、面談、電話、通知等）により受診勧奨・保健指導を行う。

具体的な実施方法の検討にあたっては、HbA1c や腎障害の程度、血圧の状況等の重複状況や重症度等を踏まえて、受診勧奨と保健指導の対象者を決定する（図表 2，図表 3）。ただし、市町村における対象者抽出基準の検討に当たっては、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）を勘案した上で、地域の実情に合わせて変更することも考えられる。

※ 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 2 健診・レセプトデータを基にした対象者抽出基準

糖尿病未受診者 ※1

		腎障害の程度									腎障害の 程度/ 血圧区分 判定不可 ※3
		以下のどちらかに該当。 ・eGFR<45 ・尿蛋白(+)以上			以下のどちらかに該当。 ・45≦eGFR<60 ・尿蛋白(±)			以下の両方に該当。 ・60≦eGFR ・尿蛋白(-)			
		血圧区分 ※2			血圧区分 ※2			血圧区分 ※2			
		受診中	血圧高値 受診なし	正常範囲	受診中	血圧高値 受診なし	正常範囲	受診中	血圧高値 受診なし	正常範囲	
		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3参照

※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 mmHg≤収縮期血圧または90 mmHg≤拡張期血圧に該当し、対象年度に高血圧症の受診実績がない者

「血圧高値」判定は、収縮期血圧または拡張期血圧のいずれかの測定値のみでも、有所見判定

(140 mmHg≤収縮期血圧または90 mmHg≤拡張期血圧)が可能なる者も含む。

※3 腎障害の程度血圧区分判定不可：HbA1c判定者のうち、尿蛋白、血圧の測定値がなく、腎障害の程度、血圧区分のいずれかの判定ができない者。
eGFRの判定値がない場合は暫定的に「異常なし」と分類

※4 糖尿病受診中の者：対象年度に2型糖尿病の受診実績がある者

図表3 レベルに応じた介入方法の例

レベル	受診勧奨の場合	保健指導の場合	緊急度に応じた介入の程度
I	通知、健康教室等の案内(面談の機会を設定)	主に糖尿病及び生活習慣の改善に関する内容について通知、健康教室の案内	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

(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。なお、各々のレベルの定義とそれぞれの介入方法や取組については以下を参考にすることが望ましい。

- 糖尿病の基準を満たさないが、「腎機能障害の可能性のある者、特に、尿蛋白定性検査で(+)以上 又は eGFR<45ml/分/1.73m² の者」や「高血圧の基準を満たすも高血圧未治療の者」に対してもCKD対策の観点から受診勧奨の実施が望ましい。

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。

＜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。
- ・ 保健指導は、個人又は集団を対象として行う方法があり、さら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。

＜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。

- ・ 保健指導実施の手順

別紙「糖尿病性腎症重症化予防に関する保健指導」を参照

- ① 市町村は、対象者の抽出を行った後、保健指導の参加候補者名簿を作成し、候補者に対し保健指導への参加案内を行う。
- ② 市町村は、参加同意書の提出があった者を記載した参加同意者リストを作成し、かかりつけ医に提示する。
- ③ かかりつけ医は、保健指導参加同意者への保健指導について、市町村に対して指示を行う。
- ④ 市町村は、保健指導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し、指導実施後、糖尿病連携手帳や保健指導実施報告書等を通じて、かかりつけ医との情報共有を行う。
- ⑤ 市町村は、指導が終了した者に対して、継続的に病状の確認及び自己管理維持のための継続支援を行う。

※ 留意点

- ・ 保健指導に当たっては、個人情報を活用することから取扱いに留意する。
- ・ 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。
- ・ 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。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。

7 事業評価

- ・ 市町村は、効果的・効率的に事業を展開するために、受診勧奨、保健指導及び継続支援の実施結果を把握し、短期・中長期的な評価を継続的に行う。
- ・ 令和6年3月に改定された厚生労働省のプログラムに掲載されている以下の例を参考に評価を行う。評価指標の設定に当たっては、市町村等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4 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。

図表5 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】

- ・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

【プロセス評価】

- ・管内の各保険者のプロセス評価の結果の把握
- ・策定したプログラムについての医師会や医療機関、保険者等の関係機関への周知・啓発の状況
- ・関係者間での都道府県や各保険者の取組内容の共有の状況
- ・管内市町村への支援の実施状況

【アウトプット評価】（受診勧奨・保健指導共通）

- ・管内の各保険者のアウトプット評価の結果の把握
- ・糖尿病性腎症重症化予防事業に取り組む管内市町村の数
- ・支援した管内市町村の数

【アウトカム評価】

受診勧奨	医療機関受診の有無、継続受診の状況	
保健指導	身体状況	血糖・HbA1c、尿蛋白、eGFR、血圧
		体重・BMI、LDLコレステロール（またはnon-HDLコレステロール）、尿アルブミン、口腔機能
	治療状況	新規透析導入（うち糖尿病性腎症を原因とするもの）の状況、糖尿病の服薬状況
医療費	外来医療費、総医療費	

上記に加え、管内の各保険者のアウトカム評価の結果を把握する。また、KDBシステム等を用いて、管内の保険者が介入した被保険者の状況を直接把握することが望ましい。

広域連合の第3期データヘルス計画に基づく指標等

評価指標			評価時期
アウトプット 指標	保健指導	対象者のうち、支援できた者の割合	翌年7月
アウトカム 指標	受診勧奨	医療機関未受診者・中断者で受診勧奨した者のうち、受診した者の割合	翌年7月
	保健指導	HbA1cの維持・改善ができた者の割合	翌々年7月
		HbA1c $\geq$ 8.0%の者の割合	翌年7月
		75歳以上の新規透析導入者の割合	翌年7月

(参考) FBR 作成ツールの活用について (75 歳未満を対象)

- ・ FBR 作成ツール※を用いると、地域の糖尿病や糖尿病性腎症についての状況把握、事業対象者の把握と個人リスト作成、事業の評価等を簡便に行うことができる。
- ・ 糖尿病重症化予防事業については、厚生労働省が作成している「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）」や「標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）」、「市町村対象 FBR 作成ツールを活用した糖尿病性腎症重症化予防マニュアル」も併せて確認する。

※ FBR 作成ツールは、KDB システムから出力されるデータを活用して、糖尿病性腎症重症化予防事業に係る7つの視点の表が作成できる。

8 適用日

平成 29 年 1 月 20 日策定

平成 31 年 3 月 27 日改定

令和 3 年 3 月 24 日改定

令和 7 年 3 月 27 日改定

糖尿病性腎症重症化予防に関する保健指導

※ 「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)」を参考に、対象者の状況や市町村の実態に応じて柔軟に実施しましょう。

<事前準備>

○ 事業計画

- ・ 健康課題, 対象者概数の把握
- ・ 対象者の検討
- ・ 事業に必要な人員・予算を確保する
- ・ 事業内容の検討

○ 体制づくり

- ・ 庁内連携体制の構築
- ・ 地域関係者(医師会, 医療機関等)間の連携体制の構築, 事業内容及び実施方法について説明・相談

<指導前>

○ 対象者の抽出

- ・ 市町村は, 抽出基準に基づきプログラム参加候補者名簿を作成し, 候補者に対してプログラムへの参加案内を行う
- ・ 参加同意書(別添様式1参照)の提出があった者を記載した, プログラム参加同意者リストを作成する
- ・ 参加同意者リストを指示依頼書等(別添様式2参照)を添えて, かかりつけ医へ提示する

○ かかりつけ医へ保健指導に関する連絡, 相談

- ・ 市町村は, 指示依頼書等(別添様式2参照)を用いて, プログラム参加同意者のかかりつけ医へ以下の確認を行う
 - 市町村による保健指導実施の要否
 - (市町村による保健指導が適当と認められた場合), 保健指導に関する指示事項の確認

<保健指導の実施>

(介入例)

概ね3～6か月



* 必要に応じて「糖尿病連携手帳」等を活用する

初回面談

- ・ 生活習慣のアセスメント
(保健指導のアセスメントで把握する内容)
食生活, 運動習慣, 飲酒, 喫煙習慣
日常生活習慣
口腔衛生管理
治療状況(医師からの指導を対象者がどのように受け止めているか)
服薬状況 等
- ・ 行動目標の設定
- ・ かかりつけ医の指示に基づいた保健指導の実施

継続支援

- ・ 通知・電話／面談／訪問／ICTの活用などによる支援
- ・ 健康教室への参加勧奨
- ・ 治療状況の確認
- ・ 行動目標の達成状況の確認
- ・ 継続的な自己管理のための励まし, 助言

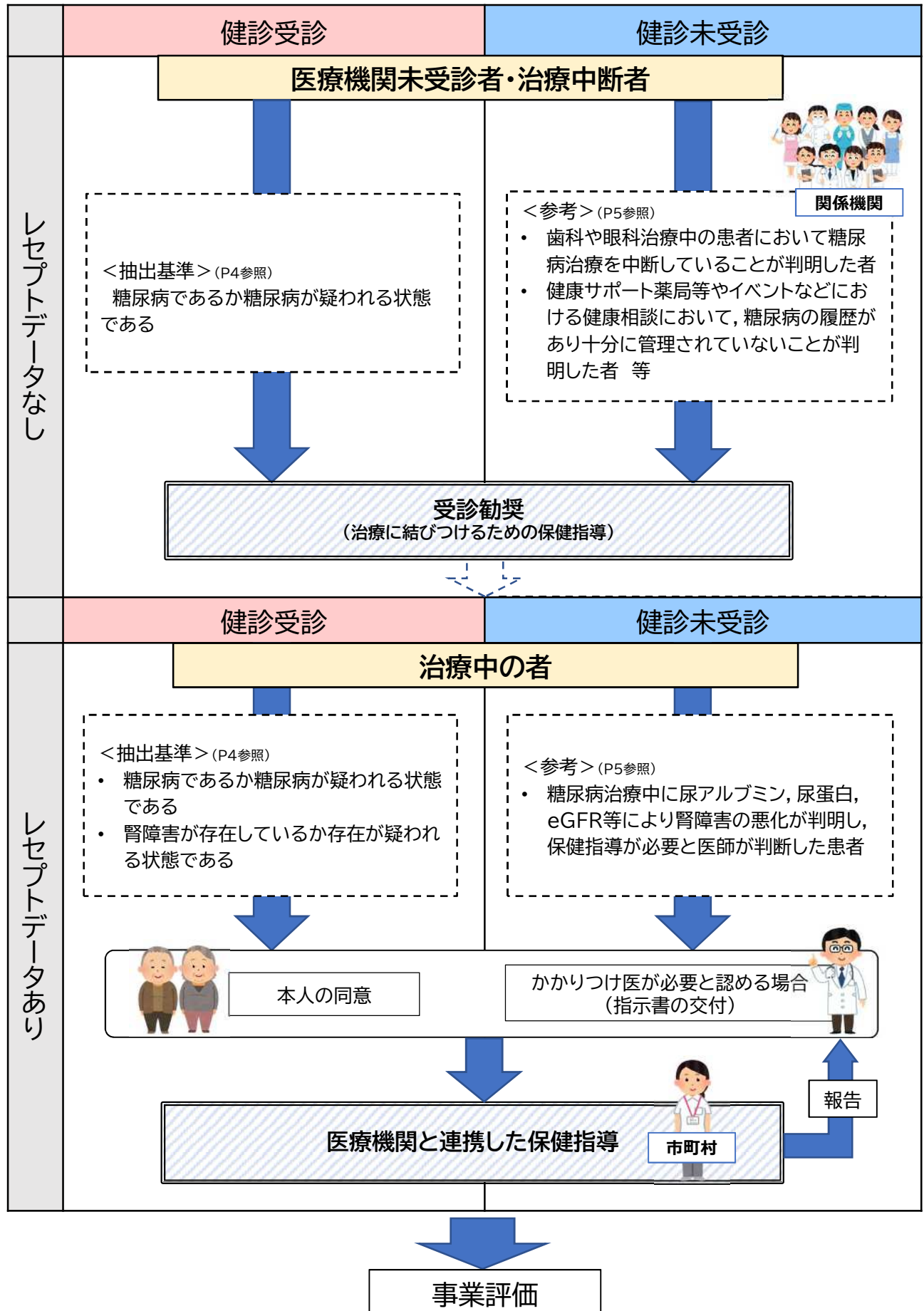
最終面談

- ・ 治療状況の確認
- ・ 行動目標の達成状況の確認, 取組の振り返り
- ・ 取組継続への支援

指導終了

※ 保健指導の実施内容については, 「保健指導実施報告書(別添様式3参照)」等により, かかりつけ医へ情報提供を行う。

鹿児島県糖尿病性腎症重症化予防プログラム フロー図



※市町村の実態に合わせてアレンジしてご活用ください。

糖尿病または糖尿病性腎症重症化予防に係る保健指導 参加同意書

令和 年 月 日

〇〇〇国民健康保険（又は後期高齢者医療制度）担当課長 殿

フリガナ

氏 名

住 所

電 話 番 号

かかりつけ医療機関名

私は、〇〇〇が実施する糖尿病または糖尿病性腎症の重症化予防を目的とした、かかりつけ医の指示に基づく保健指導（指導期間は概ね6か月程度）に参加します。

また、適切な保健指導実施のために、必要な私の情報（診療情報や特定健診結果（経年変化を含む））を、かかりつけ医、保健指導実施機関及び市町村で共有することに同意します。

※記載内容については、各地域の医療機関へ説明・相談の上、取組の実態に合わせてアレンジしてご活用ください。

糖尿病性腎症重症化予防に係る保健指導指示依頼書

年 月 日

医療機関主治医 様

（市町村）では、「鹿児島県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に基づき、糖尿病性腎症重症化の予防に取り組んでいます。

つきましては、本年度の特定健診の結果等から、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、下の太枠内に御記入の上、本人へお渡しいただきますようお願いいたします。

（市町村記入欄）

氏名			生年月日	(歳)	性別	男 ・ 女	
住所					電話番号		
< 健診結果 > (年 月 日実施)							
身長	体重	BMI	空腹時血糖	HbA1c	eGFR	尿蛋白	血圧
cm	kg		mg/dL	%	mL/min/1.73m ²		mmHg
☐ 保健指導の実施に必要な対象者の情報（健診結果、診療情報）を市町村及びかかりつけ医で共有することについてご本人の同意を得ています。（別添参照）							

（医療機関記入欄）

記入日	令和 年 月 日		
医療機関名・ 医師名			連絡先
※必須回答 保健指導の 実施について	☐ 市町村による保健指導を了承する ☐ 不要 ☐ 自院で指導予定のため ☐ その他 ()		
具体的な指示がありましたら、必要部分について下記にご記入ください。			
※任意回答 指導内容	服薬に 関すること		
	運動に 関すること		
	栄養に 関すること	・目標体重 () kg ・エネルギー () kcal/日 ・塩分制限 () g/日 ・たんぱく質 () g/日 ・カリウム制限 (有 ・ 無) ・その他 ()	
	その他	その他、生活指導に関して、注意事項などございましたらご記入ください。	

< 問合せ先 > ○○市○○課 担当○○ 電話番号：

※市町村の実態に合わせてアレンジしてご活用ください。

保健指導実施報告書

年 月 日

医療機関主治医 様

市町村名

下記の方に対して、以下のとおり保健指導を実施しましたのでご報告いたします。

フリガナ 氏名		生年月日	(歳)	性別	男 ・ 女
住所				電話番号	
指導状況					
保健指導年月日	年 月 日 ～ (延べ指導回数 回)				
生活状況					
指導内容					
今後の予定					
本事業に関する問い合わせ先					
担当課・係名	電話番号		担当者名		