



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）



まえがき

わが国では、糖尿病患者数の増加に伴い、人工透析の主な原因疾患である糖尿病性腎症の重症化予防が課題となっています。

厚生労働省は、「健康日本21（第三次）」において、糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数の減少等を数値目標として掲げ、さまざまな取組を進めています。また、行政と医療関係者が連携体制を構築し、その取組を全国に横展開するため、平成28（2016）年3月に、日本医師会、日本糖尿病対策推進会議および厚生労働省は「糖尿病性腎症重症化予防に係る連携協定」を締結して、同年4月に糖尿病性腎症重症化予防プログラム（以下「プログラム」という）を策定し、平成31（2019）年4月には、同プログラムを改定しました。

糖尿病性腎症重症化予防に取り組む市町村数は徐々に増加していますが、自治体関係者から具体的な取り組み方がよく分からないという声をいただくこともあることから、実践事例等を収集・参照しながら、平成31年3月には、市町村向けの手引きを作成しました。

そのほか、財政面では、国民健康保険制度における保険者努力支援制度等により、自治体の糖尿病性腎症重症化予防の取組を促進しています。

これらの取組も相まって、令和5（2023）年3月現在、糖尿病性腎症重症化予防に取り組む市町村数は1,664市町村と増加しています。

こうした重症化予防の取組をさらに広げるとともに質の確保を図るため、令和2（2020）年度から令和4（2022）年度まで、予防・健康づくりに関する大規模実証事業において、プログラムの効果についてエビデンスを確認・蓄積するための効果検証事業を行いました。その結果、医療機関受診に関する効果が一定程度認められた一方で、糖尿病性腎症重症化予防の取組の対象者の抽出基準が市町村で異なることなどにより、アウトカム指標の改善について臨床的意義のある効果までは認められませんでした。

この度、市町村での取組状況や効果検証事業の結果等を踏まえ、プログラムを改定しました。対象者の年齢層を考慮した取組、対象者の抽出基準と対象者の状態に応じた介入方法及び評価指標例を提示しています。

プログラムの改定を受け、実用的な手引き書として本手引きをまとめました。

糖尿病性腎症重症化予防の取組を具体的に進めるため、ご活用いただければ幸いです。

令和6（2024）年3月

厚生労働省 保険局
国民健康保険課

目次

1 | 糖尿病性腎症重症化予防の 取組の基本的な考え方

1. 糖尿病性腎症重症化予防の取組の目指す方向と介入方法	7
2. 糖尿病性腎症と糖尿病関連腎臓病（DKD）	9
3. 糖尿病性腎症重症化予防の取組と関係する各種計画	11
4. 糖尿病性腎症重症化予防における具体的な介入方法	11
5. 国保保健事業で行う保健指導と医療機関が行う療養指導	12
6. 事業対象者の概数把握と抽出	13

2 | 事業実施体制の整備

1. 庁内連携体制の構築	19
2. 予算の確保	21
3. 庁内人材の育成	21
4. 関係機関との連携の推進	24
5. 関係機関からの支援の活用	28

3 | 対象者の状態に合わせた 受診勧奨・保健指導の実施

1. 健康課題の分析と事業計画の立案	31
2. 受診勧奨の企画と方法	33
3. 保健指導の企画と方法	36
4. 高齢者に対して保健指導を行う場合の留意事項	50

4 | PDCAサイクルによる事業の評価と改善

1. 4つの視点による事業の評価	51
2. 抽出基準該当者のうち、何人に受診勧奨や保健指導を実施したか、カバー率の確認 （アウトプット評価）	52
3. 事業効果の確認（アウトカム評価）	54
4. 設定したアウトプット・アウトカム目標を達成するために必要なストラクチャー、 プロセスの評価	57
5. 評価結果の共有と事業改善への反映	59
参考資料	61



はじめに

この手引きは、糖尿病性腎症重症化予防に取り組む自治体等が、その推進の道しるべとしていただくために、国の新たなプログラムに準拠しつつ、現場目線に立って作成したものです。

前回版(2018年度版)では糖尿病性腎症重症化予防に取り組む市町村数を増やすことを目標に、「まだ手掛けている自治体が、『これならできそう』と、勇気を持てる手引きに」を意識しながら作成しました。あれから5年。ほぼ全国の市町村で糖尿病性腎症重症化予防の取組が実施され、「医療機関との連携が深まった」、「これまでアプローチできなかった人に対応できるようになった」などの手応えを感じる自治体も増えてきた状況です。

一方、糖尿病性腎症重症化予防事業全体がどのような効果をもたらしたかを検討した予防・健康づくりに関する大規模実証事業では、アウトカム指標の改善について臨床的意義のある効果までは認められませんでした。プログラムは地域の実情に応じた取組を推奨しているため糖尿病性腎症重症化予防事業の実施率は高まったのですが、基準が標準化されていないために評価が困難であったこと、統一した対象者選定基準で横串を通した評価では実施率が低かったこと、担当者の異動もあり保健指導記録等から後方視的に分析する情報が不足していたことなどが課題に挙がりました。

そこで大規模実証研究班では、糖尿病性腎症重症化予防事業対象者の全体像の見える化、保健事業の対象者抽出、評価に資するツールとして「フィードバックレポート(FBR)作成ツール」を開発しました。約200の自治体からご意見をいただき改善を重ねたもので、保健事業のプロセスに沿ったレポートを国保データベースシステム情報から自動作成できるツールです。大規模実証ではワークショップを通じて自治体の皆様の生の声を聞いたことも収穫でした。データ分析に要する時間を短縮し、限られた保健指導のマンパワーを地域住民の保健事業に関わる時間へシフトできることを期待しています。

また、近年、透析導入の高齢化が進んでいるため、後期高齢者に対する保健事業への対応も適切に行う必要があると考えられました。「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」において糖尿病性腎症重症化予防の取組も位置付けられていますが、その目的や対象者抽出基準、指導内容も青壮年期とは異なる要素が含まれます。プログラムや本手引きの見直しにあたって委託事業により実施した調査によると、「国保も後期高齢も同一基準で実施している」と回答している自治体が約半数あったことから、この問題の解決も必要と考えました。

このように、「効果を実感できる重症化予防へ」の観点で策定された本手引きは、「糖尿病性腎症重症化予防プログラム(令和6年度版)」に準拠し、より具体的で実践的に解説しています。「手引き改訂ワーキンググループ」構成員からのコラム・事例紹介も大変興味深く、「そうだよね!」と納得できるような内容や、「あっ! そういう工夫があったのか」と参考になる事柄がつつられています。

令和元(2019)年には16,019人であった糖尿病性腎症による透析導入患者数は、令和3(2021)年には15,271人、令和4年には14,330人へと減少傾向を示し、特に75歳未満で大きな減少がみられています。治療法の進歩もありますが、このような治療につなげていく重症化予防の取組を適切に行うことで、健康日本21(第三次)の目標(令和14(2032)年度に12,000人)に近づけていくことが可能になると思います。

本書をかたわらに、地域のチームワークを強化して糖尿病性腎症重症化予防の取組を進めていただけることを、ワーキンググループ一同、心より願ってやみません。

令和6年3月

糖尿病性腎症重症化予防に関する事業実施の手引き改訂ワーキンググループを代表して

女子栄養大学 津下 一代

糖尿病とは



① 糖尿病ってどんな病気？

- 糖尿病とは、インスリンというホルモンの働きが十分でないために、血液中のブドウ糖（血糖）が長い間増えてしまう病気のことです。
- インスリンは、すい臓で作られるホルモンであり、食後に血糖値が上がると、すい臓からインスリンが出て、血液中の血糖の量（血糖値）を一定の範囲に保ちます。
- 糖尿病になっても、初期の場合は、自覚症状がないこともあります。糖尿病は、病気になってからなるべく早い時期に治療を始めることが、病気の進行や合併症の予防にとって非常に重要です。糖尿病を治療している場合でも、糖尿病以外の病気の早期発見や健康の維持、増進のためには、特定健康診査（以下、特定健診という）をはじめとする健診を定期的に受けることが大切です。

② 糖尿病を治療しないでいると……

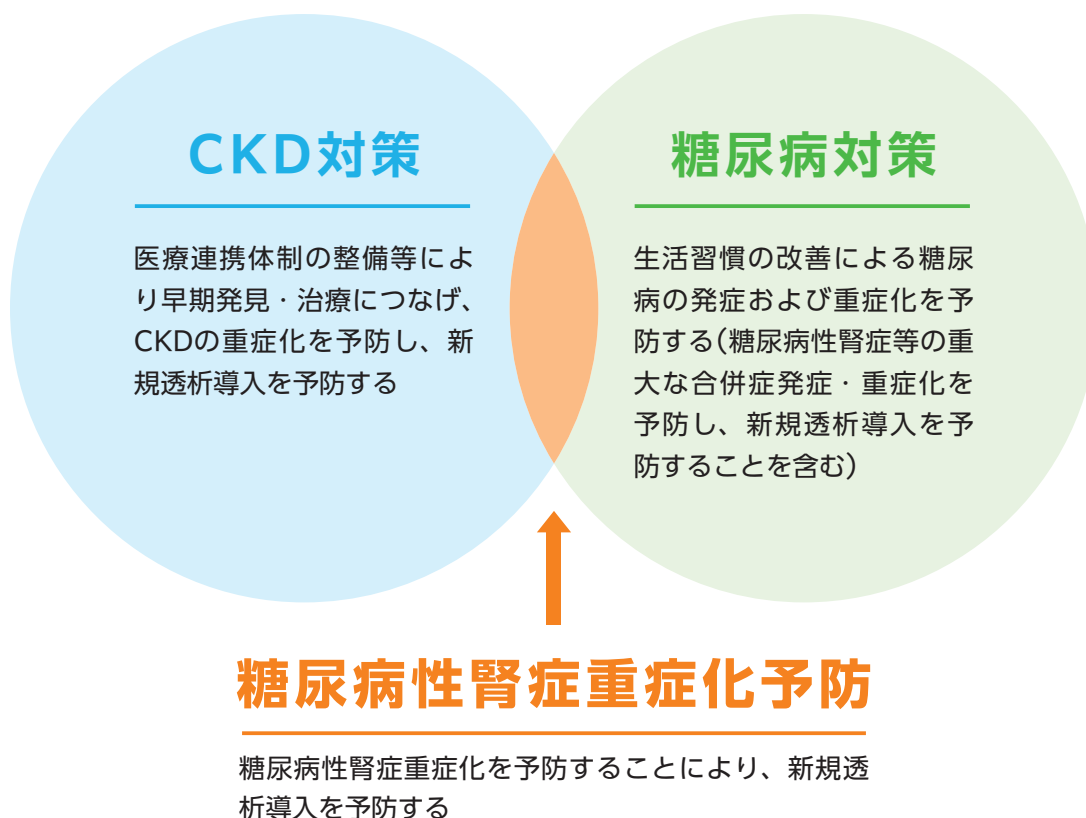
- 長期間、糖尿病を治療しないでいると、病気が進行したり、合併症が起こったりすることがあります。
- 糖尿病により血糖値の高い状態が長く続くと、全身の血管が傷ついたり、詰まったりして、さまざまな合併症(慢性合併症)が起こります。
- 細い血管が傷ついて起こる病気(合併症)には、神経の合併症(糖尿病性神経障害)、眼の合併症(糖尿病網膜症)、腎臓の合併症(糖尿病性腎症)などがあります。
- 太い血管が詰まって起こる病気(合併症)では、動脈硬化症があり、動脈硬化症が進行すると、心臓の血管が詰まる合併症(心筋梗塞)や脳の血管が詰まる合併症(脳梗塞)、足の血管が詰まる合併症(末梢動脈疾患)などがあります。

③ 糖尿病性腎症と慢性腎臓病(CKD)の関係って？

●慢性腎臓病(CKD)とは、明らかな腎障害がある状態、あるいは腎機能が低下した状態が3か月以上続く病気のことです。この中で、糖尿病であり、蛋白尿が確認されてから腎機能が低下するものを糖尿病性腎症といいます。

●慢性腎臓病(CKD)が重症化すると、透析治療が必要になりますが、新たに透析になった患者を原因疾患別に分けると、糖尿病性腎症が一番多く、約4割を占めています。

●糖尿病の治療を放置し、血糖値の高い状態が長く続くと、徐々に腎機能が低下し、一般に、10～15年以上経過した頃には透析治療が必要な状態になりうるといわれています。



④ 適切に治療を続ければ合併症は防げます！

●糖尿病の合併症を予防するためには、糖尿病の治療を継続することが大切です。医師と相談のうえ、以下のことに取り組みましょう。

- ・定期的に診察や検査を受ける(治療を中断しない)
- ・血糖値、血圧、コレステロール、体重を医師の指示の範囲で維持する
- ・生活習慣を見直す(食事、運動など)
- ・たばこを吸っている場合はたばこをやめる
- ・特定健診をはじめとする健診を毎年受ける

●血糖値や血圧などを適切に保つことで、糖尿病性腎症や糖尿病網膜症などの病気になることを防いだり、進行を遅らせたりすることが期待できます。

1

糖尿病性腎症重症化予防の 取組の基本的な考え方

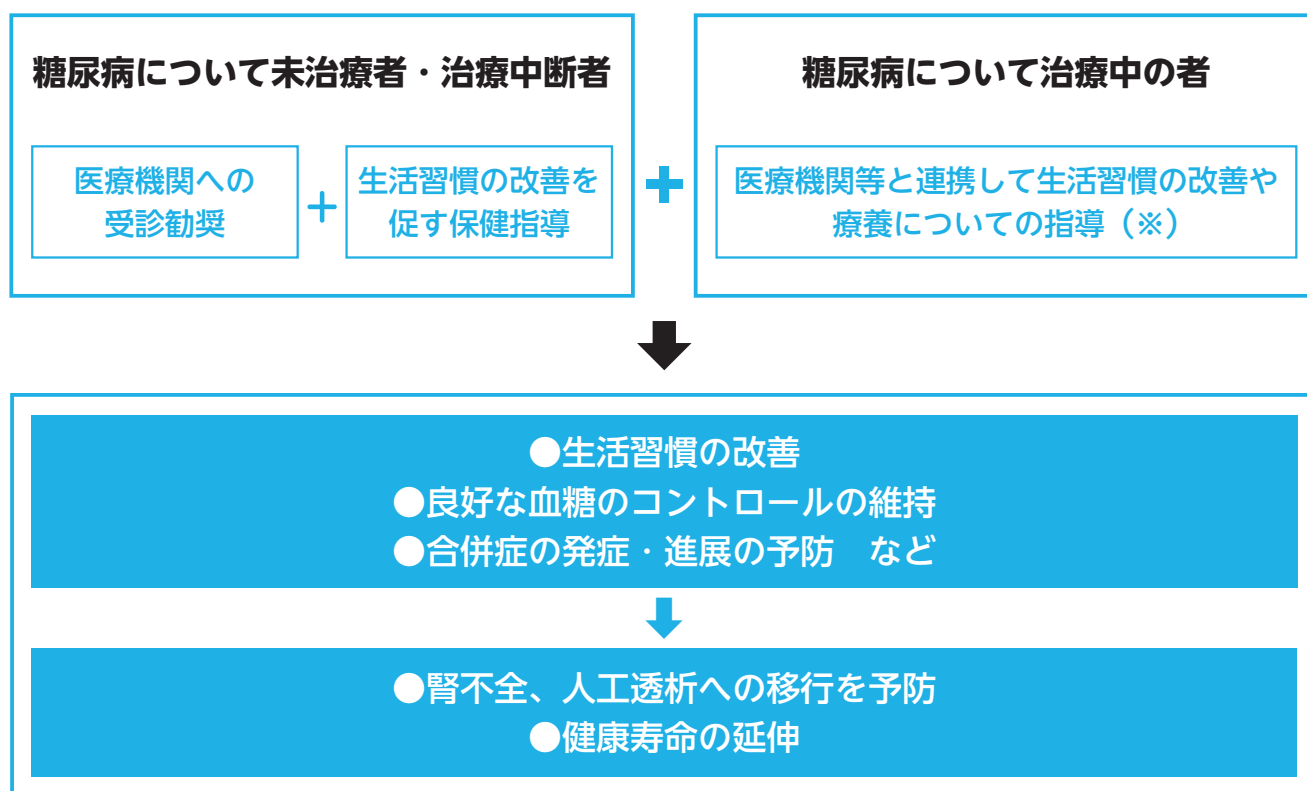


1

糖尿病性腎症重症化予防の取組の 目指す方向と介入方法

糖尿病性腎症重症化予防の取組の目的と方策は以下のように整理できます（図表 1-1）。

図表 1-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組の目指す方向と介入方法



※医療機関で糖尿病療養指導士等から療養指導を受けている人については、原則除外する。医療機関と相談のうえ必要性が高い場合には、保健指導を実施する。

また、糖尿病性腎症重症化予防プログラム（以下、「プログラム」という）において、糖尿病性腎症重症化予防の取組の対象となる者は、以下のように整理しています（p8 図表 1-2）。この中から、p13～18「6 事業対象者の概数把握と抽出」に従い、該当者を抽出し、状態像を踏まえて、医療機関への受診勧奨や保健指導の対象者を決定します。

図表 1-2 糖尿病性腎症重症化予防の取組の対象者

糖尿病性腎症重症化予防の取組の対象者：糖尿病であり、腎障害が存在している者（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、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。

図表 1-3 糖尿病性腎症病期分類^{注 1}

健診の尿検査（尿蛋白）での尿中アルブミン量の目安 ^{注 4}	病期 ^{注 2}	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) ¹	GFR(eGFR) ^{注 3} (推算糸球体濾過量) (mL/分/1.73 m ²)
		尿蛋白（-）	第 1 期
尿蛋白（±）	第 2 期 ²	微量アルブミン尿(30~299)	30 以上
尿蛋白（+）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
（血清クレアチニン検査の結果で把握）	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（日本腎臓学会誌 2023；65(7)：847-856 糖尿病性腎症病期分類 2023 の策定 糖尿病性腎症合同委員会・糖尿病性腎症病期分類ワーキンググループ<https://jsn.or.jp/medic/guideline/>）が、基本的に 2014 年度分類を踏襲している。

病期名については、第 1 期：正常アルブミン尿期、第 2 期：微量アルブミン尿期、第 3 期：顕性アルブミン尿期、第 4 期：GFR 高度低下・末期腎不全期、第 5 期：腎代替療法期、と修正されている。しかし、尿アルブミンは特定健診項目（詳細項目）に含まれていないため、保健事業においては 2014 年度版に準拠し尿蛋白を判断材料とする。なお、糖尿病対策推進会議等で、糖尿病の診療において尿アルブミンの測定が推奨されていること、その結果を保険者も把握できるとよいことについて地域連携の中で検討することが望ましい。

注 2：糖尿病性腎症は必ずしも第 1 期から順次第 5 期まで進行するものではない。本分類は、厚労省研究班の成績に基づき予後（腎、心血管、総死亡）を勘案した分類である。

注 3：GFR 60 mL/分/1.73m²未満の症例は CKD に該当し、糖尿病性腎症以外の原因が存在し得るため、他の腎臓病との鑑別診断が必要である。

注 4：あくまでも目安であり、健診の尿検査（尿蛋白）では、病期の判断はできない。正確な病期の判定は、医療機関で行う。

¹ 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」p80 糖尿病性腎症 <https://jsn.or.jp/guideline/ckdevidence2013.php>）

² 特定健診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。（±）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。

腎症第2期以下の人が未治療などにより血糖コントロールが不良のまま経過した場合、徐々に腎機能が低下し始め、10～15年以上経過した頃には人工透析が必要な状態にもなりうるといわれています。腎症第2期までに適切な治療や保健指導をすることにより、糖尿病性腎症の進行を遅らせること、場合によっては寛解することが期待できます。このため、できる限り早期の段階から、受診勧奨や保健指導に取り組むことが重要です。

また、第3期、第4期は、腎障害が急速に進行する時期であり、適切な治療を受けることが重要です。糖尿病性腎症重症化予防の取組においても治療が継続できるよう、医療と連携した保健指導を行います。

Point!

腎障害の程度を判断する場合は、尿中アルブミン・クレアチニン比、尿中蛋白・クレアチニン比、血清クレアチニン値から推計されるeGFR、尿蛋白などで確認することが多くなっています。しかし、糖尿病性腎症重症化予防の取組において受診勧奨や保健指導の対象者を抽出する際には、これらのすべての検査値を把握して判断する必要はありません。特定健診の結果をもとに対象者を抽出する場合は、特定健診の検査項目である尿蛋白、またはeGFRによって腎障害の程度を把握しましょう！ 血圧が高いと糖尿病性腎症の進行を早めることが知られています。併せて血圧の状態も確認しましょう。

2 | 糖尿病性腎症と 糖尿病関連腎臓病 (DKD)

糖尿病であり、腎機能が低下している場合に、糖尿病性腎症、糖尿病関連腎臓病(DKD)、糖尿病合併CKDなどの病名がつくことがあります。この違いについて解説します。専門医、地域の医師会との協議において、この定義が話題になる場合があるからです。

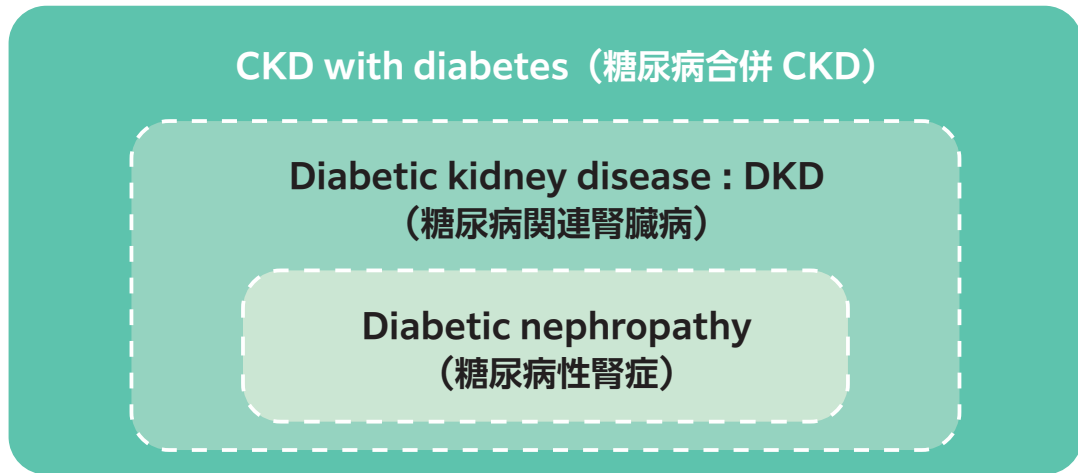
慢性腎臓病(chronic kidney disease : CKD)とは、①明らかな腎障害(尿異常、画像診断、血液検査、病理診断等)による。特に0.15g/gCr以上の蛋白尿(30mg/gCr以上のアルブミン尿)の存在)、もしくは②腎機能の低下(eGFR 60mL/分/1.73m²未満)のいずれか、または両方が3か月を超えて持続する場合を指します。これには原因疾患が糖尿病以外も含まれます。

この中で、糖尿病が合併している場合、糖尿病が腎臓病の原因と考えられる場合を**糖尿病関連腎臓病(diabetic kidney disease : DKD)**、糖尿病と直接関係しない腎疾患(IgA腎症や多発性嚢胞腎など)の患者がたまたま糖尿病を合併している場合を**糖尿病合併CKD(CKD with diabetes)**といいます。

糖尿病では、蛋白尿が確認された後に腎機能が低下することが多く、以前から**糖尿病性腎症**と診断してきました。近年、糖尿病に加えて高血圧等による動脈硬化を背景に、蛋白尿を伴わないままeGFRが低下する場合もあることが報告され、これらを合わせたのがDKDの概念です(p10 図表 1-4)。糖尿病性腎症の病期分類において、蛋白尿(アルブミン尿)の区分で第1期～第3期を分類し、第4期以上はGFRの高度低下で判断しますが(p8 図表 1-3、p10 図表 1-5)、これは、糖尿病性腎症ではアルブミン尿が先に出現することを重視しているからです。

自治体が行う糖尿病性腎症重症化予防の取組では、血糖値(HbA1c)と腎障害(尿蛋白)、腎機能(eGFR)で対象者の選定や評価を行います。腎不全の予防のため、蛋白尿が出現していなくても腎機能低下がみられる者も対象にすべきと考えられます。特に、前年度の健診結果と比較して急激にeGFRの低下がみられる人(eGFR 60mL/分/1.73m²未満の人のうち、年間で5 mL/分/1.73m²以上の低下がみられる人)は、優先的に受診勧奨・保健指導の対象にすることが必要です。

図表 1-4 DKD の概念図



出典：日本腎臓学会(編)「エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2023」p44 図1より一部改変

図表 1-5 糖尿病性腎症病期分類 2023 と CKD 重症度分類との関係

アルブミン尿区分			A1	A2	A3
			正常アルブミン尿		
尿中アルブミン・クレアチニン比 (mg/g)			30 未満	30 ~ 299	300 以上
尿蛋白・クレアチニン比 (g/g)					0.50 以上
GFR 区分 (mL/分/1.73m ²)	G1	≥ 90	正常 アルブミン尿期 (第1期)	微量 アルブミン尿期 (第2期)	顕性 アルブミン尿期 (第3期)
	G2	60 ~ 89			
	G3a	45 ~ 59			
	G3b	30 ~ 44	GFR 高度低下・末期腎不全期 (第4期)		
	G4	15 ~ 29			
	G5	< 15	腎代替療法期 (第5期)		
	透析療法中あるいは腎移植後				

出典：日本腎臓学会誌「委員会報告糖尿病性腎症病期分類2023 の策定」

3 糖尿病性腎症重症化予防の取組と関係する各種計画

令和6年4月から、市町村国保では、第3期データヘルス計画がスタートします。「国民健康保険保健事業の実施計画（データヘルス計画）策定の手引き」では、すべての保険者で糖尿病性腎症等の生活習慣病の重症化予防に取り組むこととしています。

糖尿病性腎症については、健康日本21（第三次）においてもその対応の必要性が唱えられています。その方針を受けて、都道府県、市町村においても、健康増進計画において、糖尿病性腎症への対応が取り上げられています。また、医療費適正化計画においても、多くの都道府県において糖尿病性腎症重症化予防の取組が掲げられています。そのほか、介護保険事業（支援）計画や高齢者保健福祉計画等、さまざまな計画とも関連します。

4 糖尿病性腎症重症化予防における具体的な介入方法

糖尿病性腎症の重症化を予防するための具体的な介入方法は、以下の2つがあります。

- ①未治療者に対する医療機関への受診勧奨（継続的な治療の必要性などの説明や対象者が抱える課題や疑問への対応等への保健指導の要素が含まれる）
- ②治療中の者に対する医療機関等と連携した生活習慣の改善や療養についての保健指導（医療機関で療養指導を受けている場合は、医療機関と相談のうえ、必要に応じて実施）

これらの取組の方法や対象者等は地域の医療資源の状況、実施体制等を踏まえて市町村ごとに決めます。

コラム

糖尿病性腎症重症化予防事業を開始する段階での意識づけ

糖尿病性腎症は平成10（1998）年以降、透析療法導入原因疾患の第1位であり、わが国の医療費に大きな影響を与えています。透析となる患者を増やさないために糖尿病性腎症重症化予防事業は重要であり、各自治体における透析患者の実態を把握することは大切です。

本事業の主たる対象者は国民健康保険加入者であり、健診の受診を促し対象者を適切に抽出することが重要です。各自治体における特定健診などの受診率を再確認し、健診受診率向上の取組を検討することが重要です。

また、行政と医療機関との実践的な連携体制を、それぞれの自治体の実情に応じて構築することも必要です。地域の医師会などを通じて、双方の意見交換ができる場を設けることが好ましいです。医療者にも地域における健診受診率や、糖尿病未受診者の実態を知ってもらうことで、本事業の必要性を理解いただくことにつながります。

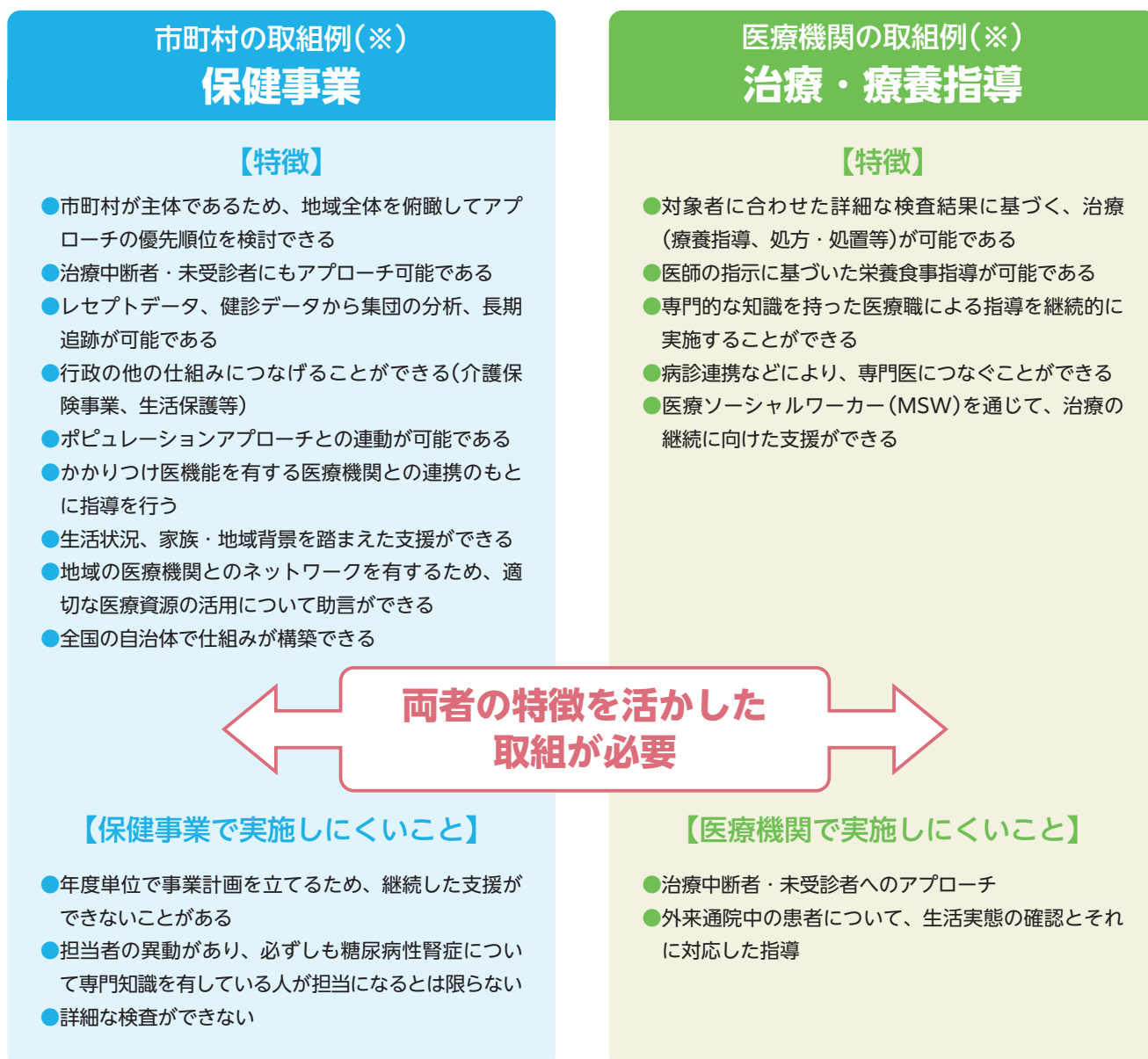
（旭川赤十字病院 副院長 兼 糖尿病・内分泌内科部長 安孫子 亜津子）

5 国保保健事業で行う保健指導と医療機関が行う療養指導

市町村が保健事業として実施する保健指導と、医療機関が保険診療として行う療養指導には、一般的には以下のように整理できます(図表 1-6)。ただし、市町村が行う保健事業と医療機関が行う治療・療養指導の役割については、地域ごと、また、対象者ごとに異なるものであり、地域の社会資源の状況等を踏まえて、関係者間で話し合っ決めていくことが必要です。それぞれの取組の特徴を活かして重症化予防の取組を進めていくことが重要です。

市町村(保険者)が保健指導を行う際には、市町村(保険者)の果たすべき役割を確認しつつ、事業を組み立てていくことが必要です。

図表 1-6 市町村の取組例(保健事業)と医療機関の取組例(治療・療養指導)の違い(イメージ)



※市町村(保険者)と医療機関の役割分担については、地域の社会資源の状況等地域の実情に応じて異なるものであり、上記はイメージである。

市町村で行う保健指導の課題を解決するための地域連携

市町村が保健指導を行ううえでの課題としては、詳細な検査や関連疾患の情報の把握が難しいこと、単年度事業が多いことによる継続性の確保が困難であること、定期異動により専門知識を有する人員の継続した配置が困難(専門的指導が困難)といった事情があります。このような課題を補完するためにも、医療機関、委託先、栄養ケア・ステーション等と連携した保健指導の実施体制を構築し、地域の実情に合わせた連携体制を構築することが必要です。

また、介護や生活困窮等、治療を継続するうえで生活の場での課題を抱えていることも少なくないため、日頃から他課との連携体制を構築し、連携した支援ができるとういでしょう。

(栃木県保健福祉部健康増進課 がん・生活習慣病担当 主任 若林 奈々恵)

6 事業対象者の概数把握と抽出

事業対象者(糖尿病性腎症の人またはその疑いのある人)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ことができます。①はレセプトデータで、②は特定健診の結果で、それぞれ判断することができます(p14 図表 1-7)。糖尿病について未治療の人や治療中断者については、必要な治療が行われていない可能性が高いため、医療機関への受診勧奨と保健指導を行います。糖尿病について治療中の人に対しては、医療機関と連携した保健指導を必要に応じて行います。

限りある資源を用いて、効果的に事業を行うにあたっては、対象者の状態を踏まえて、緊急性の高い対象者や効果が見込まれる対象者に対して優先的に事業を行うことが大切です。その際、健診・レセプトデータを活用した地域の健康課題の分析を行い、対象者の全体像を把握したうえで、適切に絞込みを行うことが求められます。

なお、抽出基準や方法は、最終的には事業実施者である市町村が決定するものですが、これらを設定する際は、都道府県、国民健康保険団体連合会(「以下、「国保連合会」という)、地域の医師会をはじめとする医療関係団体・医療機関(以下、「地域の医師会等」という)と連携して情報を収集し、相談のうえ、決定していくことが望ましいといえます。

図表 1-7 健診・レセプトデータの有無と対象者の抽出の考え方

レセプトデータなし	健診受診者 レセプトデータなし	健診未受診者(検査情報なし) レセプトデータなし	受診勧奨の対象者 (必要時継続的な 保健指導)
	C糖尿病基準該当+ 糖尿病未治療者、治療中断者 A糖尿病性腎症+ 糖尿病未治療者、治療中断者		
レセプトデータあり	B糖尿病性腎症+ 糖尿病治療中 健診受診者 レセプトデータあり	D糖尿病治療中 尿アルブミン、尿蛋白、eGFR 有所見かつ医師の推薦あり 健診受診者(検査情報なし) レセプトデータあり	医療機関と連携 した継続的な保 健指導の対象者
	健診受診	健診未受診	

1 健診結果がある人で糖尿病未治療の人 (図表1-7のA、Cに相当)

特定健診の標準的な質問票やレセプトデータにより、糖尿病での治療の有無を確認します。糖尿病の治療を受けていない人については、健診結果により、血糖の状態(HbA1c)と腎障害の程度(eGFR、尿蛋白)を確認します。また、血圧が高値であるほど腎障害が進行しやすいため、血圧や高血圧の治療状況も確認します。

これらの重複状態や重症度を踏まえて、受診勧奨と保健指導の対象者を決定します(p15 図表 1-8)。図表 1-8における各枠の該当者数や具体的な対象者の情報(氏名・住所・検査値等)の一覧は、フィードバックレポート(FBR)作成ツール³(以下、「FBR作成ツール」という)により、国民健康保険中央会(以下、「国保中央会」という)が開発した国保データベースシステム(以下、「KDBシステム」という)のデータを活用して簡単に把握することができます。こうして抽出された人の中から地域の医療資源の状況、市町村での予算等を踏まえ、どの範囲を対象にするかを検討します。

2 健診結果がある人で糖尿病治療中の人 (図表1-7のBに相当)

糖尿病について治療中の人についても、①血糖の状態(HbA1c)、②腎障害の程度(eGFR、尿蛋白)、③血圧の状態により、糖尿病未受診者と同様に対象者を分類します。糖尿病治療中の方は、医療機関において継続的な医学的管理の一環として、療養指導や生活習慣の改善の支援等が行われていますが、継続的に医療機関を受診していない場合や血糖のコントロールが良好ではない場合、腎障害が進行している場合などについては、必要に応じて医療機関と連携した保健指導を行います。

Point!

糖尿病性腎症重症化予防では、HbA1cと腎障害の程度(eGFR、尿蛋白)の値に着目されがちですが、高血圧は腎症の進行に影響し、特にeGFRの低下速度を早めます。

対象者抽出の際には、健診での血圧値、医療機関での高血圧の治療状況についても確認しましょう！

³ 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの効果検証等事業(糖尿病性腎症重症化予防プログラムの効果検証 研究代表者：津下一代(女子栄養大学特任教授))
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_18949.html <https://ktsushita.com/index.php/4kenkyuhan/zyusyokayobou/>

図表 1-8 健診・レセプトデータをもと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	
HbA1c (%)	8.0 以上	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	
	7.0 ~ 7.9	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	
	6.5 ~ 6.9	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	
	6.5 未満	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	

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の取組の対象外(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	
HbA1c (%)	8.0 以上	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	
	7.0 ~ 7.9	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	
	6.5 ~ 6.9	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	
	6.5 未満	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	

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の取組の対象。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。

 受診勧奨Ⅰ	 保健指導Ⅰ	 CKD対策
 受診勧奨Ⅱ	 保健指導Ⅱ	 高血圧受診勧奨
 受診勧奨Ⅲ	 保健指導Ⅲ	

受診勧奨・保健指導のレベルについては p33 図表 3-3を参照

※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」：140mmHg ≤ 収縮期血圧または90mmHg ≤ 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(140mmHg ≤ 収縮期血圧または90mmHg ≤ 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

3 健診を受診していない人 (p14 図表1-7の㉔、㉕に相当)

健診を受診していない人についても糖尿病やその疑いがある人、治療を中断している人などには、医療機関への受診勧奨や保健指導を行うことが必要です。また、特定健診をはじめとする健診は、医療機関の受診中であっても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、併せて健診の重要性を伝える必要があります。

健診を受診していない人から対象者を抽出する方法として、図表 1-9が考えられます。医療機関や関係機関からの紹介や情報提供、保健事業での把握などによっても対象者を把握することができます(図表 1-10)。

図表 1-9 健診結果がない場合の受診勧奨や保健指導の対象者の抽出例

具体例	KDB システムでの把握の可能性
過去に糖尿病治療歴があるものの、直近一定期間の治療がない人	○
当該年度に健診受診はないものの、過去3年以内の健診結果でHbA1cが6.5%以上であり、糖尿病での治療歴がない人	○
歯科や眼科で治療中の患者で、糖尿病の治療が中断していることが判明した人	
健康サポート薬局 ⁴ 、栄養ケア・ステーション ⁵ 、まちの保健室 ⁶ 等や自治体の健康相談等で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人	

図表 1-10 医療機関等と連携して行う健診未受診者の保健指導対象者の抽出例

- 生活習慣の改善が困難な人
- 過去に治療中断の経験がある人
- 自施設に療養指導を担当する看護師や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
- 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

⁴ 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。

⁵ 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。

⁶ 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さまざまな場を活用し、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クア、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。

4 高齢者を対象にする場合の留意事項

プログラムに示す対象者抽出基準に合致していても、高齢者については注意が必要です。特に後期高齢者を対象とする際には、必ずしも青壮年期までの人と同じ基準ではなく、高齢者の特性に合わせた基準を設定することが求められます。

高齢者(特に後期高齢者)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にした、フレイルやサルコペニア、認知症等の進行による生活機能の低下や、健康状態の個人差が大きくなるとともに、多剤処方状態に陥りやすいなど、健康上の不安が大きくなります。

高齢者は薬剤等により低血糖を起こしやすく、また、低血糖が認知症や心血管疾患のリスク因子となることが知られており、高齢者糖尿病の血糖コントロール目標は、年齢、罹患期間、低血糖の危険性、支援体制等を考慮して決めます。そのため、青壮年期までの人(市町村国保の被保険者)と同じ基準で対象者を抽出して受診勧奨や保健指導を実施しようとする、かかりつけ医⁷がその必要性を認めないこともあります。

高齢者を対象とした事業における絞込みの条件は、厚生労働省による「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン 第3版」等において、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の取組として行う糖尿病性腎症重症化予防の具体的なプログラム例等も明示されているので、これらを参考に、地域の医師会等と相談して決めましょう。なお、後期高齢者に対する保健事業の実施にあたっては、後期高齢者医療制度事業費補助金や後期高齢者医療制度の特別調整交付金等の財源を活用するとよいでしょう。

参考：高齢者糖尿病の血糖コントロール目標(HbA1c値)

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中等度以上の認知障害 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%)	

出典：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」

注1) 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、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://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・血糖値などを勘案し、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。

⁷ 本手引きでは、かかりつけ医機能を有する医療機関について「かかりつけ医」とする。

Point!

糖尿病と診断された人は、心疾患や他の合併症予防のために、血糖値を下げるための目標(血糖コントロール目標)が立てられます。目標は、年齢や糖尿病の罹患期間、臓器障害の程度等を考慮して設定されますが、65歳未満の場合の「血糖正常化を目指す際の目標」は、HbA1c6.0%未満とされています。一方、高齢者の血糖コントロール目標では、認知機能が正常、かつADLも自立している高齢者で、インスリン製剤等の重症低血糖が危惧される薬剤を服用していない場合はHbA1c7.0%未満、服薬がある後期高齢者の場合はHbA1c8.0%未満(下限7.0%)となっています。

後期高齢者について受診勧奨や保健指導を行う場合は、青壮年同期と同じ基準で対象者を決めるのではなく、高齢者の特性に合わせた血糖値等の基準値を参考に、一人ひとりの状況を踏まえて保健指導等の必要性を判断しましょう。

1 定義／対象者

2 実施体制整備

3 受診勧奨・保健指導

4 評価と改善

事業実施体制の整備

1 庁内連携体制の構築

糖尿病性腎症重症化予防の取組を、より効果的・効率的に展開するにあたっては、庁内外の連携体制の構築が必要です。糖尿病性腎症重症化予防の取組の実施体制を見ると、国保部局に配置された保健・医療専門職が中心を担っている場合もあれば、衛生部局等と連携して双方の強みを活かした体制で実施している場合もあります。特に、国保部局に保健・医療専門職が配置されていない市町村では、国保部局の判断だけで委託等により事業を実施するのではなく、他部局の保健・医療専門職と連携して事業を実施することにより、地域特性に合った継続的な糖尿病性腎症重症化予防の取組につながります。

市町村に配置されている各職種に求められる主な役割は図表 2-1のとおりです。ただし、これらの役割は必ずしも当該職種のみが担うものではなく、互いに連携しながらその役割を果たしていくことが重要です。例えば、対象者の選定の検討、受診勧奨の通知文作成または監修、生活習慣改善のための保健指導には保健・医療専門職の関与が必要ですが、受診勧奨の通知の送付等の業務は専門的知識を必要としないので、保健・医療専門職以外でも実施可能です。ただし、対象者から通知の内容についての専門的な知識を要する問い合わせや、通知だけでは受診につながらない対象者への電話や面談等による受診勧奨については、保健・医療専門職が実施する必要があり、その受診勧奨については、保健指導としての位置付けも含まれます。

また庁内の連携体制づくり、予算確保、広報、情報管理などについては、事務職が主体的な役割を担うことが考えられます。

図表 2-1 各職種と主な役割

職種	主な役割
事務職	予算（国庫補助を含む）確保、予算の執行、取組の広報（被保険者への周知） KDB システムを用いた課題分析・事業計画の作成 （委託の場合）保健・医療専門職と連携した委託先との調整・事業評価 等
保健・医療専門職 （保健師・管理栄養士等）	地域の医師会等との連絡調整（事前・事後の説明を含む） 受診勧奨や保健指導の実施 国保部局・衛生部局と連携した健康課題の分析と対象者抽出、事業評価 等

※必要に応じて、それぞれの職種が連携して行う

糖尿病性腎症重症化予防の取組を、国保の被保険者に対してのみ実施している市町村もありますが、後期高齢者医療制度の被保険者に対して「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」の枠組みで実施している市町村が増えてきました。後期高齢者の糖尿病性腎症重症化予防の取組については、国保と同一の選定基準とせず、高齢者の特性に合わせた保健指導の実施が必要です。国保・後期高齢者とも同一の担当が実施している場合には、それぞれの特性に合わせた保健事業を行うことが求められます。後期高齢者医療制度の被保険者は、介護保険部局による介護予防の取組や介護保険給付の対象となっていることもあるので、介護保険部局との連携も必要です。

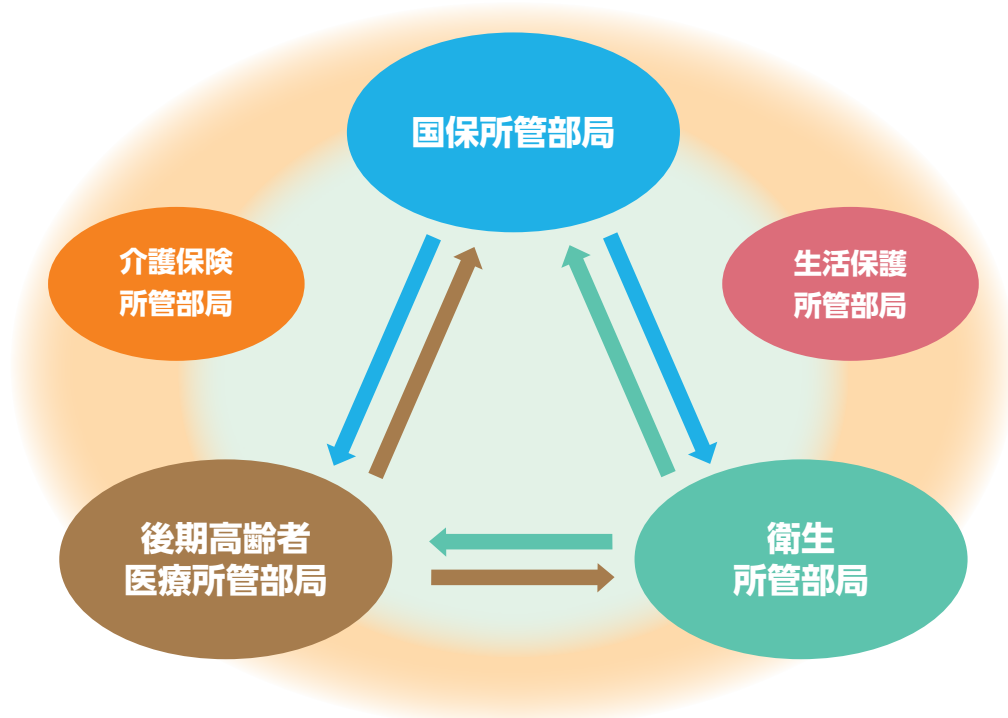
国保と後期高齢者を別の担当が実施している場合にも、事業評価や継続性の観点から調整や連携が必要です。後期高齢者の透析導入が増えている現在、国保加入期間だけでは長期的な評価を行うことはできません。また、後期高齢者を対象に糖尿病性腎症重症化予防の取組を企画する際にも、国保加入期間での健診や治療状況、保健事業の参加状況が参考になります。両担当がカンファレンスの機会を持ち、情報共有できることが望ましいといえます。

また、被用者保険からの移行時にすでに血糖や腎機能などの状況が悪化している人への対応や生活保護を必要とする人への対応も視野に入れ、全国健康保険協会等の被用者保険都道府県支部や生活保護担当との連携も必要です。

市町村国保で糖尿病性腎症重症化予防の取組を実施する際には、国保部局だけではなく、複数の関係部局と情報共有しながら事業展開していくことが求められます。

これら複数部局の連携は、首長や幹部の理解を得ることにより、より進みやすくなります。

図表 2-2 庁内連携の関係部局



2 予算の確保

糖尿病性腎症重症化予防の取組に係る費用の一部について、国民健康保険保険者努力支援交付金(事業費分)を都道府県、市町村それぞれに交付しています。さらに、都道府県、市町村が実施する取組状況や取組内容に応じて、都道府県に配分する国民健康保険保険者努力支援交付金(事業費連動分)があります。

また、都道府県、市町村における取組を評価する指標(令和6年度の指標では、生活習慣病の発症予防・重症化予防の取組及び重症化予防のマクロ的評価)を設定し、達成状況に応じて交付金を交付する国民健康保険保険者努力支援交付金(取組評価分)もあります。国民健康保険保険者努力支援交付金は、事業費分だけでなく、都道府県内での取組内容や取組状況を加味したインセンティブ制度となっています。これらの制度を活用しながら、事業を展開していくとよいでしょう。

3 庁内人材の育成

1 最新動向に関する情報の共有による知見の蓄積

保健事業担当者がカンファレンスの機会を持ち、受診勧奨や保健指導を行った結果や、過去の事業の振り返り、改善点等の情報共有・交換の機会を設けることは人材育成につながります。また、国保連合会に設置されている、保健事業支援・評価委員会等の第三者に支援を求めながら事業に取り組むことも、人材育成につながります。

都道府県や国保連合会、地域の医師会等が行っている糖尿病性腎症重症化予防に関する研修会やセミナー等に担当職員が参加しやすい環境を整えることが必要です。

そのほか、厚生労働省、国保中央会、関係学会、厚生労働科学研究の研究班等のホームページには、糖尿病性腎症重症化予防に関連した情報が掲載されています。

図表 2-3 参考となる情報源の例

種類	概要	URL
厚生労働省	国民健康保険制度の保健事業について	https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryohoken/hokenjigyou/index_00011.html
	高齢者の保健事業について	https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryohoken/hokenjigyou/index_00003.html
国保中央会	保健事業情報	https://www.kokuho.or.jp/hoken/
関係学会等の情報	一般社団法人 日本糖尿病学会	http://www.jds.or.jp/
	公益社団法人 日本糖尿病協会	https://www.nittokyo.or.jp/
	一般社団法人 日本腎臓学会	https://jsn.or.jp/
	NPO 法人 日本腎臓病協会	https://j-ka.or.jp/
<p>予防・健康づくりに関する大規模実証事業 (令和2年度～令和4年度) 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの 効果検証等事業</p>		<ul style="list-style-type: none"> ●糖尿病性腎症重症化予防プログラムの効果検証 (研究代表者：女子栄養大学特任教授 津下 一代) https://ktsushita.com/index.php/4kenkyuhan/zyusyokayobou/ ●糖尿病性腎症未治療及び治療中断者への受診勧奨の有効性検証 (研究代表者：岐阜大学大学院医学系研究科糖尿病・内分泌代謝内科学教授 矢部 大介) https://www.med.gifu-u.ac.jp/diabetes/ppdn/index.html

2 具体的な方策

① データ分析を行う人材の育成

糖尿病性腎症重症化予防の取組を進めるには、健診情報、医療費情報等、既存のデータをもとに、健康課題を分析したり、対象者を抽出したり、結果の評価を行うことが必要になります。市町村では、これらのデータは、KDBシステム等を用いて閲覧・加工等を行うことができます。

KDBシステム等を効果的に活用するためには、国保連合会が行う操作研修等を積極的に受講し、データを実際に取り扱ってみることが重要です。

② 保健指導を行う人材の育成

実際に受診勧奨や保健指導を行う保健・医療専門職の人材育成では、図表 2-4 のような方法が考えられます。

なお、庁内で複数人が担当して指導を行う場合には、情報共有のためにも、マニュアル等を作成し、指導の質の担保・標準化を図ります。マニュアル等は、担当者が異動した場合でも、ノウハウの共有が可能となるため、継続的な事業運営にあたって有効です。

図表 2-4 人材のスキルアップの方法

方法	概要
事例検討会等の実施	具体的な受診勧奨や保健指導の事例をもとに、保健・医療専門職同士で、対象者に対し、どのような接し方をするのか、どのような情報を提供するのか等について検討する。
保健指導の実践場面を活用したトレーニング	保健指導に一定の経験を有する職員と経験の浅い職員がペアとなり、対象者に対して保健指導を実施して、その結果を共有し、改善策を検討する。
保健事業支援・評価委員会等外部有識者との意見交換や相談	国保連合会が設置する有識者から助言を受けることができる場である保健事業支援・評価委員会に参加する等により、具体的な事業の進め方等について意見交換したり、直接助言を受ける。他の市町村が助言を受けた内容について確認する。(保健事業支援・評価委員会については p30 事例④「保健事業支援・評価委員会による保健事業の伴走支援」を参照)
外部研修会等への参加	都道府県、国保連合会等が開催する研修会に参加する。地域の医師会をはじめとする地域の医療機関(看護協会、栄養士会、薬剤師会、日本糖尿病協会、日本腎臓病協会、日本糖尿病療養指導士機構等)、専門医療機関等が開催する研修会等に参加することも考えられる。
自己学習	自分が行った保健指導を振り返り、改善点がないか検討する。保健指導の専門書等を熟読して保健・医療専門職に必要とされる知識を習得する。

4 関係機関との連携の推進

糖尿病性腎症重症化予防の取組を円滑に進めるにあたっては、事業実施前に、地域の医師会等に、事業の目的、事業内容、関係機関に期待する役割等について、あらかじめ説明を行い、理解を得ることが重要です。また、事業の開始前だけでなく、必要に応じて、事業の途中で実施状況を説明したり、事業を実施した結果を説明することも必要です(図表 2-5)。

図表 2-5 地域の医師会等に対し説明すべき内容例

取組	説明すべき内容
取組全般	<ul style="list-style-type: none"> ● KDB システムで得られる地域の健康課題・医療費の状況 ● 過去の取組状況、成果、具体的な事例 ● 医師会等・医療機関に期待する役割・内容（プログラムならびに自治体固有の状況）等
受診勧奨	<ul style="list-style-type: none"> ● 方法（電話・文書・訪問等）、内容 ● 実施時期、頻度 ● 対象者の範囲（基準値等） ● 結果の確認方法（レセプトデータの確認、医療機関からの返書等の提供等）等
保健指導	<ul style="list-style-type: none"> ● 対象者の範囲（基準値等） ● 実施者（職種や委託の有無等） ● 実施時期、期間、頻度 ● 関係機関に協力を求める事項（医療機関の場合の例：対象者の紹介、留意すべき点等の情報提供、指導期間中の検査結果情報の提供等）等

説明にあたっては、地域の医師会等、関係機関が、市町村と連携することにより、どのようなメリットがあるかについても伝えと、連携がとりやすくなります。

市町村が行う糖尿病性腎症重症化予防の取組に、医療機関が関わることのメリットとしてはp25 図表 2-6 のようなものが例として挙げられます。地域の実情に応じてこれらの点を積極的に伝えて、事業への協力を依頼するとよいでしょう。

また、医療機関の協力が得られることにより、糖尿病性腎症重症化予防の取組が円滑に進むことを伝え、協力を要請します。例えば、特定健診の受診時に本人の同意を得たうえで、医療機関別の保健指導対象者リストを作成し、地域の医師会等と連携し、当該医療機関へ情報提供を行うことで、医師等から対象者へ事業参加を勧奨してもらう取組をしている自治体もあります。



事例①

地域の医師会や主治医と連携して行うプログラムへの参加勧奨と保健指導の成果

広島県呉市では、平成 25 (2013) 年に市医師会、市歯科医師会、市薬剤師会に行政が連携する「地域総合チーム医療推進専門部会」を設けて、糖尿病性腎症の重症化予防事業だけでなく、市民の QOL の向上や健康寿命の延伸などに取り組んでいます。

市と市医師会が委託契約（呉市地域総合チーム医療主治医連携）を行い、市は、レセプトデータ等によりリストアップした対象者候補リストを主治医に提供し、主治医は、事業参加者の選定や参加勧奨を実施し、対象者の参加同意を得ています。

市からも対象者に対して個別に勧奨していますが、主治医からも勧奨してもらうことで、スムーズなプログラム導入につなげることができています。生活習慣病対策の必要性を広く市民に周知するうえでも、医療関係者の協力は欠かせません。市医師会や医療機関とはこまめに連絡を取り合い、新しい事業については、企画段階から相談するなど、日ごろからの関係づくりに努めています。

令和3年度プログラム修了者 28 名のうち、血糖コントロール区分による HbA1c の前後比較では、検査数値を確認できた者の 81.0%が維持改善しました。また、CKD 重症度分類による eGFR 区分の前後比較では、検査数値を確認できた者の 90.0%が維持改善しました。

図表 2-6

市町村が行う糖尿病性腎症重症化予防の取組に関わることの医療機関側のメリット

- 治療を中断した人や治療が不安定な人への支援を依頼できる
- 管理栄養士等を配置していない場合に食事のとり方や栄養面での指導を依頼できる
- 患者の生活面の課題等を把握できることで、治療方針の参考となる
- 患者の状態が改善し、医療機関での療養管理がしやすくなる
- 取組の推進で保険者努力支援制度での評価点が高まり、市町村国保の財源が増加する
- 保健事業の予算を増やすことができ、結果的に地域全体の健康増進につながる 等

コラム

医療機関が感じる糖尿病性腎症重症化予防のメリット

糖尿病性腎症重症化予防で最も重要なことは、糖尿病であることを知らずにいる潜在糖尿病患者の発見と受診勧奨です。高血糖であっても自覚症状がないことが多く、糖尿病であることを知らない人が多くいます。このような人が未治療のままであることが腎症重症化の大きなリスクとなります。医療機関側は受診をしていただければ治療介入ができませんので、その前段階として糖尿病の早期発見と早期治療介入につなげていただくことが本取組の重要なメリットと考えます。

医療機関に通院中であっても、血糖値や血圧の改善に生活習慣の見直しが必要な人に対して、行政の保健師による保健指導や管理栄養士による栄養指導は、治療への意欲を維持したり、治療中断を予防したりすることにつながるため、糖尿病性腎症重症化予防の取組は医療機関にとっても大きなメリットとなっています。

(旭川赤十字病院 副院長 兼 糖尿病・内分泌内科部長 安孫子 亜津子)

なお、地域の医療機関との連携を図る際には、医療機関それぞれの特性について十分に留意する必要があります。疾患を有する多くの方は、かかりつけ医を決めています。地域におけるかかりつけ医には、必ずしも糖尿病や腎臓病の専門医がいるとは限りません。地域の身近なかかりつけ医と、糖尿病や腎臓病に関する専門医それぞれの役割を認識し、両者をつなぐ仕組みを構築する等しながら、地域全体で被保険者の糖尿病性腎症の重症化予防を目指すことが大切です。

糖尿病性腎症重症化予防の取組の対象者が関係する医療機関は、市町村内にとどまらず、域外の医療機関を利用している人もいます。対象者が関係する医療機関に関しては、都道府県・保健所等の協力のもと、連携体制を構築することが求められます。

そのほか、地域には、糖尿病性腎症の人を支援する訪問看護ステーションや栄養ケア・ステーションがあり、これらの関係機関と連携して糖尿病性腎症重症化予防の取組を進めていくことも考えられます。

コラム

保険者と医療機関との連携

市のプログラムに基づく事業を実施していくにあたり、すでに医療機関で治療している人が対象となることが多いと思います。

そのような人を事業への参加につなげるには、医師の事業への理解を得ることが必要です。

東京都日野市では、プログラムについて、平成27(2015)年度の事業立ち上げ時に市医師会に事業の目的や保健指導の内容を説明し、理解いただいたうえで事業を実施しています。患者が初めてプログラムに参加する医療機関へは、市の担当職員が直接出向き、患者の参加にご理解いただけるよう説明し、連携を図ってきました。

プログラムの保健指導と、医師が実施している指導等に矛盾があってはいけないため、市では、プログラム参加に必要な医師の指導方針等が分かる「生活指導確認書」を医師に作成していただき、指導方針を把握し、それに沿った形での保健指導を展開しています。また、指導実施後は、市から医師に指導内容について都度報告を行うような情報連携の体制を整えています。両者が互いの指導内容を把握し指導を行うことで、相乗効果が生まれ、より効果的な指導を行うことができるため、情報共有は非常に重要といえます。

課題として感じていることは、市医師会加入の医療機関を中心に連携していますが、市外の医療機関で治療している人へのプログラム参加勧奨ができておらず、地域の壁を感じているところでもあります。

(日野市市民部保険年金課 給付係 係長 今井 信之)

コラム

かかりつけ医と糖尿病専門医との連携の必要性

糖尿病の人が、健康的な食事や運動、薬について学び、前向きに治療を継続するには、糖尿病に造詣の深い医療チームによる教育・支援が大切です。

例えば、食事・運動は現状や行動変容に関する準備状況を把握したうえで管理栄養士や理学療法士等が継続可能な内容を提案することが有効です。低血糖やシックデイ、インスリン注射・血糖測定等の説明も看護師、薬剤師、臨床検査技師等が重要です。

「かかりつけ医」では、こうしたリソースが必ずしも揃わないことから、地域連携パスを活用し、「糖尿病専門医」の在籍する専門施設との連携が推奨されます。

岐阜県では、県医師会や日本糖尿病学会岐阜県支部、岐阜県糖尿病協会を中心に岐阜県糖尿病対策推進協議会で策定した糖尿病地域連携パスにより、「かかりつけ医」が毎月の診察や検査、処方を行い、「糖尿病専門医」の在籍する専門機関が3～4か月に1度、栄養相談やフットケアなどの教育・支援と共に治療方針の確認、ホスピタルベースの合併症検査を行います。また、日本糖尿病協会発行「糖尿病連携手帳」を用いて関係者が情報共有を図れるよう、医療機関等の窓口に貼るステッカーやポスターを県が配布しています。

最近のレセプトデータの解析から診断後早期に栄養指導などを通して糖尿病に対する教育・支援を受けている人ほど治療中断リスクが低下することが確認されています。保健師・管理栄養士の受診勧奨・保健指導により医療機関を受診した人が治療中断しないためにも、糖尿病に造詣の深い医療チームから継続的に教育・支援を受けられる枠組みの構築・維持は重要です。

(岐阜大学大学院医学系研究科 糖尿病・内分泌代謝内科学／膠原病・免疫内科学 教授 矢部 大介)

5 関係機関からの支援の活用

糖尿病性腎症重症化予防の取組を効果的・効率的に実施するためには、都道府県や国保連合会、大学等、関係機関の支援を活用します。

なかでも、都道府県が設置する保健所には、保健・医療専門職が配置されていると同時に、地域の医療機関との関係も深く、市町村を支援することが期待されています。

都道府県によっては、管内の取組状況について情報収集し、それらを市町村に対し還元しているところもあります。また、国保連合会は、保健事業支援・評価委員会を設置し、有識者から助言を得られる機会を提供しています。

市町村で取組を実施する際に、少しでも悩んだり、つまづくようなことがあれば、抱え込まずに、積極的に相談し、助言を求めましょう。



事例②

かかりつけ医と専門医の連携のための全県的な取組に向けて

医療の細分化、専門化に伴い、日本腎臓学会ではかかりつけ医と専門的な治療や管理を必要とする疾患に対応する専門医の2人主治医制を推奨しています。糖尿病の日常管理はかかりつけ医の先生が活躍する分野ですが、糖尿病に関する患者教育、合併症の診断やコントロール不良者に対する適切な薬物治療については糖尿病専門医との連携が必要となり、腎機能が低下し始めている場合には腎臓専門医との連携が必要になります。

腎障害に関しては典型的な糖尿病性腎症の経過とは異なり、アルブミン尿、蛋白尿が軽微、もしくはそれらを伴わずに腎障害が進行する糖尿病患者も増えてきています。この変化に対応するためには、かかりつけ医が糖尿病のみならず慢性腎臓病への関心を高める必要があります。

多くの自治体には専門医が近隣におらず、専門的な腎臓病診療に困難を伴うことが多いと思われます。こうした状況においては慢性腎臓病に関心を有し、専門医への橋渡しをする“準”専門医的なかかりつけ医の存在が必要です。

徳島県では、徳島県慢性腎臓病医療連携協議会において、「年2回の研修受講」と「詳細な検査」に対応いただける先生を「CKD（慢性腎臓病）二次診療医」として認定する制度を、徳島県医師会の協力を得て発足しました。

（徳島大学大学院 医歯薬学研究部 腎臓内科学分野 教授 脇野 修）

事例③

市町村・保健所と共同での地域の医療機関との連携促進

福岡県田川郡香春町は、人口1万人程度で、一般内科診療所が2か所あります。町民は、町外の医療機関を含めて受診していますが、二次保健医療圏に常勤の糖尿病専門医はいません。

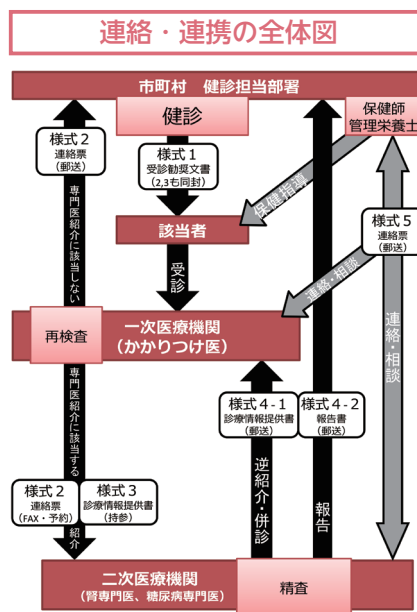
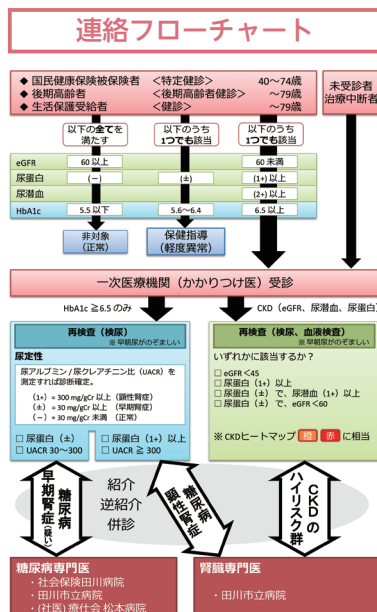
糖尿病重症化予防対策を実施していくには、かかりつけ医や専門医との連携が不可欠ですが、1つの町では完結できませんでした。そこで、二次保健医療圏が同じ1市6町1村・福岡県田川保健福祉事務所(保健所)・田川医師会・田川市立病院腎臓内科の連携により、健診結果から一次医療機関(かかりつけ医)での受診・再検査基準、再検査結果から二次医療機関(専門医)へ紹介する基準を作り、平成30(2018)年度に田川地区CKD・糖尿病予防連携システムとしての運用が開始されました。

保健所は医師会にシステムの説明と活用協力依頼までを一元的に担い、各市町村は、システムを住民に理解してもらえよう、保健指導での活用と町内医療機関へのシステムの補足説明を行いました。

町では、導入前の平成29(2017)年度と令和5年度を比較した場合、システム該当者で受診を働きかけた人のうち医療機関を受診した人は、システム導入前の平成29年度では48.5%でしたが、令和5年度は63.5%となりました。

システム運用開始から6年経過しましたが、システムの効果や課題を把握するためにも事業評価を毎年実施し、2年に1度は改正を行うこととしています。また、保健所は毎年医師会向けシステムの説明を実施し、医師会はかかりつけ医へ糖尿病専門医による研修の場を設けたり、糖尿病に関する医師会会員向けの学術講演会に市町村保健師も参加できるよう調整したりするなど、医療機関と市町村が共通認識で糖尿病性腎症重症化予防事業に取り組むための連携を図っています。

(香春町保険健康課 健康づくり係 係長 野添 華)



参考：
田川地区CKD・糖尿病予防連携システム
<http://hospital.city.tagawa.fukuoka.jp/page716.html>





事例④

保健事業支援・評価委員会による保健事業の伴走支援

全国の国保連合会には、公衆衛生・公衆衛生看護等の保健・医療・介護に造詣が深い大学等研究機関・地域の関係機関等の有識者、都道府県職員、地域の関係者等から構成された「保健事業支援・評価委員会」が設置されています。

国保連合会ごとに運営方法、支援内容は異なりますが、保健事業の展開に向けて外部有識者の助言を得ることができます。データ分析の手法が分かることで、健康課題を明確にできたり、健康課題が明確になることで有効な保健事業を展開できます。そして、事業の評価を受けることにより、次期に向けた事業の改善ができるため、事業展開で助言を得たい事項があれば、支援を申請してみるとよいでしょう。この支援を受けて糖尿病性腎症重症化予防事業に取り組む市町村が増えていきます。

なお、国保中央会では、各国保連合会における保健事業支援・評価委員会が円滑に運営され、さらなる展開につなげることができるよう支援しています。



対象者の状態に合わせた 受診勧奨・保健指導の実施

1 健康課題の分析と事業計画の立案

地域の糖尿病等の状況を踏まえて、受診勧奨や保健指導をどのぐらいの規模で、どのように行うかについて、事業計画として立案することが必要です。その際、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ます。

事業計画として記載する内容は、図表 3-1のとおりです。

図表 3-1 事業計画に記載すべき内容

- 既存事業の内容とその達成状況の整理
- 事業の目的（背景、位置付け）、目標、評価指標
- 事業の対象者（選定基準を含む）と募集方法
- 事業の方法、内容
- 事業の実施体制（関係者における連絡、調整、情報共有の方法）
- 事業を継続的に実施する方策（中断防止策等）
- 事業のスケジュール管理
- 評価指標の集め方、評価時期、評価方法
- 個人情報の取扱い及び危機管理の方策、苦情、トラブル対策 等

Point!

よりよい事業展開を行うためには、事業の評価が大切です。適切に評価するためには、事業計画の段階において、どのように評価を行うか（評価指標の設定、評価に必要なデータの収集方法等）を決めておく必要があります（事業評価についてはp51～[4 PDCAサイクルによる事業の評価と改善]を参照）。

糖尿病性腎症重症化予防の取組の対象者の全体像の把握については、p13～18「6 事業対象者の概数把握と抽出」で示した通り、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健診を受診した人と健診を受診していない人、とに分けて考えます。健診を受診した人（健診結果がある人）については、図表 3-2 や p33 図表 3-3 を参考に、HbA1c や腎障害の程度、血圧の状況に応じて、受診勧奨や保健指導の具体的な実施方法を検討します。

実際に受診勧奨や保健指導を行う人の範囲については、地域の社会資源の状況や予算、マンパワー等の状況に合わせて対象者抽出基準該当者から絞り込んでいくこととなります（p36「対象者リストの作成と事業対象者の絞り込み」）が、糖尿病未受診者のうち受診勧奨レベル、保健指導レベルのⅡ・Ⅲについては、可能な限りどの自治体でも実施することが期待されます。

なお、事業実施中に課題であると感じた点が出てきた際には、速やかに見直し・改善につなげる等、PDCA サイクルを回していくように心がけましょう。

図表 3-2 健診・レセプトデータをもとにした対象者抽出基準（再掲）

糖尿病未受診者

		腎障害の程度									腎障害の程度／ 血圧区分 判定不可
		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			血圧区分			血圧区分			
		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	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	
	7.0 ~ 7.9	受診勧奨Ⅱ	受診勧奨Ⅱ	受診勧奨Ⅱ	受診勧奨Ⅱ	受診勧奨Ⅱ	受診勧奨Ⅱ	受診勧奨Ⅱ	受診勧奨Ⅱ	受診勧奨Ⅱ	
	6.5 ~ 6.9	受診勧奨Ⅰ	受診勧奨Ⅰ	受診勧奨Ⅰ	受診勧奨Ⅰ	受診勧奨Ⅰ	受診勧奨Ⅰ	受診勧奨Ⅰ	受診勧奨Ⅰ	受診勧奨Ⅰ	
	6.5 未満	保健指導Ⅲ	保健指導Ⅲ	保健指導Ⅲ	保健指導Ⅲ	保健指導Ⅲ	保健指導Ⅲ	保健指導Ⅲ	保健指導Ⅲ	保健指導Ⅲ	

糖尿病受診中の者

		腎障害の程度									腎障害の程度／ 血圧区分 判定不可
		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			血圧区分			血圧区分			
		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	保健指導Ⅲ	保健指導Ⅲ	保健指導Ⅲ	保健指導Ⅲ	保健指導Ⅲ	保健指導Ⅲ	保健指導Ⅲ	保健指導Ⅲ	保健指導Ⅲ	
	7.0 ~ 7.9	保健指導Ⅱ	保健指導Ⅱ	保健指導Ⅱ	保健指導Ⅱ	保健指導Ⅱ	保健指導Ⅱ	保健指導Ⅱ	保健指導Ⅱ	保健指導Ⅱ	
	6.5 ~ 6.9	保健指導Ⅰ	保健指導Ⅰ	保健指導Ⅰ	保健指導Ⅰ	保健指導Ⅰ	保健指導Ⅰ	保健指導Ⅰ	保健指導Ⅰ	保健指導Ⅰ	
	6.5 未満	保健指導Ⅰ	保健指導Ⅰ	保健指導Ⅰ	保健指導Ⅰ	保健指導Ⅰ	保健指導Ⅰ	保健指導Ⅰ	保健指導Ⅰ	保健指導Ⅰ	

- 受診勧奨Ⅰ
- 保健指導Ⅰ
- CKD対策
- 受診勧奨Ⅱ
- 保健指導Ⅱ
- 高血圧受診勧奨
- 受診勧奨Ⅲ
- 保健指導Ⅲ

脚注等については、p15 図表 1-8を参照

図表 3-3 受診勧奨レベル、保健指導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 弱 ↓ 強
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	

2 受診勧奨の企画と方法

糖尿病性腎症の重症化予防の取組における受診勧奨には、主に、①糖尿病について医療機関受診をしていない未治療者への受診勧奨と、②糖尿病について治療歴があるものの、治療を中断した、あるいは定期的な受診ができていない人への受診勧奨があります。

医療機関への受診勧奨は、単に医療機関への受診を勧奨するだけでなく、対象者自身が、①糖尿病性腎症についての理解を深めること、②定期的な受診によって血糖コントロールや生活習慣の改善等を行い腎障害を悪化させないこと、を目的に支援することが必要です。

特に、電話や面談、訪問等により対象者に直接受診勧奨を行う場合は、保健師や管理栄養士等の保健・医療の専門職が対応します。受診勧奨の方法としては、①文書の送付やSMS(ショートメッセージサービス)等の配信等、対象者に直接接することなく通知で行う場合と、②電話や訪問等、対象者と保健・医療専門職が直接会話できる状態で行う場合があります。

受診勧奨の具体的な方法や内容について企画する際には、p58、59 図表 4-10も参考にしながら、より効果的・効率的な事業展開を心がけましょう。

1 対象者リストの作成

あらかじめ作成した対象者の抽出基準(p32 図表 3-2を参照)に従って対象者のリストを作成します。対象者の医療機関の受診状況等で、受診勧奨、保健指導についての対応は異なります。

対象者リストは、KDBシステムの介入支援対象者一覧を用いて作成することができます。また、介入支援対象者一覧のデータをもとに、FBR作成ツールを用いて作成することも可能で、作業時間の短縮と標準化を図ることができます(p67 参考資料「フィードバックレポート(FBR)作成ツールの機能」を参照)。

※後期高齢者の場合は、「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン 第3版」等を参照。

2 受診勧奨時に検討すべき内容

受診勧奨は、原則として、①糖尿病またはその疑いがある人、②腎障害またはその疑いがある人、③糖尿病または高血圧について現在治療をしていない人、に該当するすべての人(受診勧奨レベルⅠ・Ⅱ・Ⅲに該当する人)に対して行います。また、糖尿病の治療はしていないものの高血圧で治療中の人については、まずは治療中の医療機関で糖尿病について相談すること等について保健指導します。

なお、受診勧奨を行う際には、通知文の内容や対象者に伝える内容について、あらかじめ地域の医師会等と共有します。

図表 3-4 受診勧奨の実施にあたり検討すべき内容の具体例(対象者の範囲を除く)

方法	検討内容	受診勧奨レベル
通知 (文書送付／SMS等)	<ul style="list-style-type: none"> ● 通知内容(文面) ● 送付時期／送付媒体(文書送付の場合) ● 発信時期・時間帯・回数／電話番号の入手方法(SMSの場合) ● 委託事業者・委託内容(委託の場合) 等 	Ⅰ
電話	<ul style="list-style-type: none"> ● 架電時期・時間帯・リコールの回数 ● 実施者(庁内外・職種) 等 	Ⅰ・Ⅱ
来所・訪問等の対面	<ul style="list-style-type: none"> ● 来所・訪問時期(健診結果説明会や特定保健指導の初回面接時等のタイミング)／時間帯 ● 使用媒体 ● 実施者(庁内外・職種) 等 	Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ
共通	<ul style="list-style-type: none"> ● 事後フォローの方法 等 	Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ

3 受診勧奨時の留意点

受診勧奨では、単に医療機関への受診を促すだけでなく、以下のことに留意しましょう。受診勧奨や継続的な受診への支援ではその背景要因への支援も必要になるので、保健師や管理栄養士等の保健・医療専門職が対応します。

【医療機関未受診の背景を理解する】

医療機関を未受診または治療中断している背景には、治療の必要性を理解していないことや糖尿病に対する恐怖心、経済状況、家庭問題等のさまざまな要因が隠れていることがあります。通知だけでなく、電話等で受診勧奨する場合には、対象者が受診しない理由を確認するようにしましょう。かかりつけ医等との情報共有や市町村内で他の部局への支援につなぐことにより、継続的な受診につながることがあります。

【継続的な受診につなげる】

受診勧奨によって、医療機関の受診に結びついた場合でも、さまざまな要因により、受診が継続しないこともあります。継続的な受診につながらない人についても、未受診者の場合と同様に、その背景を検討しましょう。例えば、経済的な理由により継続的な治療につながっていない場合は、医療機関と相談し薬剤処方調整を行うなど、背景要因を軽減する支援を行うことにより、継続的な受診につながります。



Q 自覚症状のない人への効果的なアプローチ方法は？

A 健診を受けた人の中には、自覚症状がないため結果を重要視できず、支援者のアプローチに対して無反応や拒否反応を示す人や、健診実施機関等からの結果返却時に詳しい説明がないと「問題はない」と解釈している人がいます。このような対象者に健診結果が身体に及ぼす影響を説明し理解してもらうことは難しい場合がありますが、継続して健診を受診している場合には、検査値の変化をグラフ等で可視化することで客観的に伝えることができます。

また、対象者の自己決定を尊重する“ガイド的スタイル”でアプローチする「動機づけ面接(Motivational Interviewing : MI)」という面接手法があります。人は行動を変える過程で「変わりたいと思う気持ち」と「変わりがたくない気持ち」の相反する気持ち(両価性)を持っています。支援者は、対象者が発した“変わりたいという気持ちを含む言葉”に気づき、引き出すような関わりを心がけましょう。例えば、「間食をやめたいと思っている」という発言が聞かれた場合は、すぐに具体的な方法を提案するのではなく、「やめなきゃいけないと思っているのですね。やめたほうがよいと思う理由は何でしょうか？」と尋ねることで、対象者自身が自己を振り返ることを促し、行動変容の動機づけや具体的な計画に結びつけることが可能になります。

参考：北田雅子、村田千里「医療スタッフのための動機づけ面接2 糖尿病などの生活習慣病におけるMI実践」(医歯薬出版、2020年)
(富士市保健部健康政策課健診担当 統括主幹 塩谷 祐実)

4 受診勧奨後の状況の確認

受診勧奨実施後は、レセプトデータの確認や医療機関への確認、対象者本人への聞き取り等により、受診状況や受診の継続状況を確認します。医療機関受診につながっていない場合は、一度行った受診勧奨とは方法を変える等の工夫をして、再勧奨を行います。

3 保健指導の企画と方法

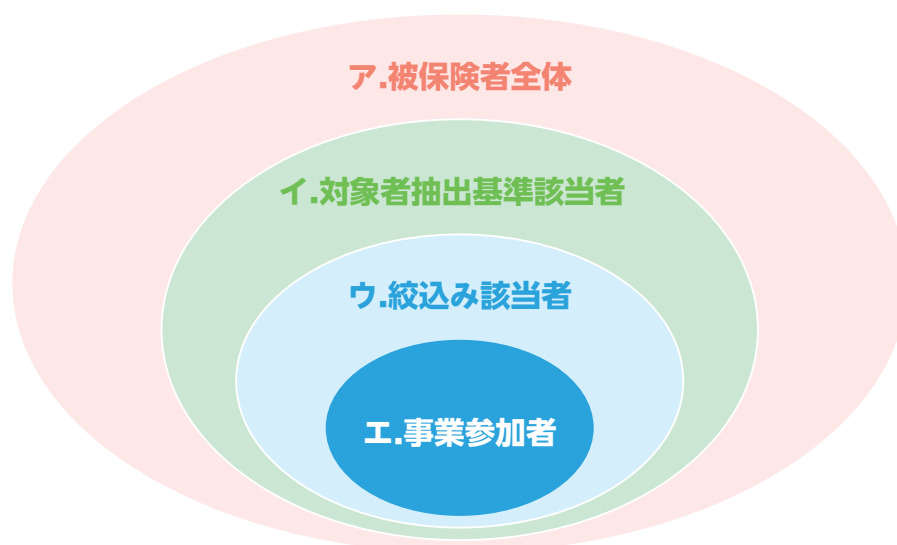
1 対象者リストの作成と事業対象者の絞込み

健診結果・レセプトデータをもとに、対象者リストを作成します。受診勧奨を行った対象者のうち、医療機関と連携して引き続き保健指導を行う場合もあります。

p32 図表 3-2やp33 図表 3-3を踏まえ、保健指導の対象者の範囲をどのように絞り込むか(図表 3-5のイの中からウへの絞込み)と同時に、対象とする人にどのようにアプローチするか、どのような内容の保健指導を行うのかを、対象者の状態に合わせて企画することが重要です。ただし、単年度で考えると事業実施体制の観点から適宜絞込みが必要となりますが、複数年にわたって考えた際には、可能な限り多くの対象者に対して保健指導を実施していく(ウをイの範囲を近づける)とよいでしょう。

なお、事業に取り組み始めたばかりの場合は、効果が上がりやすい属性の人から優先的に対象者への絞込みを行うなどして、対象者の状態像の変化等、目に見えた効果を確認できるようにすると、保健指導の実施者のモチベーションアップにもつながります。

図表 3-5 事業における対象者の範囲の考え方



図表 3-6 保健指導の具体的実施方法を検討する際のポイント

- 対象者の絞込みについて、対象者の年齢、重症度・状態像に応じたアプローチ方法を検討しているか
- リストの中からアプローチする対象者の優先順位を決めているか
- 対象者に分かりやすい資料や説明を準備しているか
- 保健指導の達成目標を対象者・支援者・医師等が共有できるシートを作成しているか
- 保健指導の頻度や期間は実現可能性やマンパワー、予算を考慮して検討したか
- どのような方法で、指導期間中や指導終了後に対象者をフォローするか
- 地域の医師会・医療機関に事前協議や相談をして了解されているか
- 方法について事業実施途中でも振り返り改善していく計画となっているか 等

図表 3-7 絞込みの際の優先的に対象とする人の例

- 尿蛋白が陽性の人
- eGFRの低下速度の高い人（eGFRが60未満で年間で5mL/分/1.73m²以上）
- 新たに国保に加入した人
- レセプトデータで糖尿病の初診日が10年以上前の人、糖尿病網膜症で治療中の人
- HbA1cやeGFR、血圧等の検査値が悪い人
- 医療機関からの紹介がある人
- 治療中断歴がある人
- 生活習慣等に改善すべき課題がある人、生活に困難を抱えている人 等

2 参加者の募集

対象者には、保健指導参加勧奨を行い、参加者を募集します。通知や電話等で保健指導についての勧奨を行うこともあれば、健診結果説明会やその他の事業を通じて案内する場合があります。健診受診時等に対象者本人の同意を得たうえで、対象者一覧を作成し、かかりつけ医に情報提供し、医師から患者に対して参加勧奨してもらうことも考えられます。



保健指導の参加者を増やすには？

A

【対象者へのアプローチの工夫】

●リスクの高さに応じた段階的な対象者群への勧奨が有効です。リスクの高い対象者群には約束のない訪問を実施したり、リスクの高さを対面で直接伝えて危機感を持たせたりすることで、その後の継続支援における信頼関係づくりにもつながります。

●勧奨資材をカラーにして差別化を図ったり、「あなたの数値はココ！」と目立たせたりすることで、対象者がより「自分ごと」として関心を持ちやすくなります。

●毎年保健指導の対象となる人も増える中、途切れない関係づくりやスモールステップでの取組継続のため、担当が変わっても指導方針等を確実に引き継げるよう、記録方法の統一やロールプレイ等による指導のスキルアップ研修も大切です。

【地域の医師会や医療機関と連携した事業展開】

●医師会を通じて保健事業全体の目的や内容を周知し、保健指導の結果を報告する機会を持つことで、治療における保健指導の効果が認知され、医療機関からの保健指導の依頼や保健指導全体における参加者の増加にもつながります。

●医師会を通じたアプローチに加えて、医療機関ごとに事業対象者数の情報を提供したり、可能な限り各医療機関と直接顔の見える関係づくりを行って、対象者についての情報を事前に主治医と共有したりすることで、保健指導の声掛けの協力をいただき、「主治医の指示なら」と納得した指導にもつながりやすくなります。

(船橋市健康部健康づくり課 特定保健指導係 係長 関根 真紀子)

3 保健指導実施前の情報収集

保健指導実施者が対象者に保健指導を行う前に、可能な限り個々の対象者についての情報を事前に把握したうえで指導を始めます。

市町村が対象者について事前に把握できる情報としては、KDBシステムを用いて閲覧できる過去の健診・レセプトデータ(p41 図表 3-9、p42 図表 3-10)が主となりますが、そのほか、対象者本人の同意のもと、糖尿病連携手帳⁸等を活用しながら、かかりつけ医等から対象者の直近の検査結果や服薬情報、禁忌事項等に関する情報を入手することも有効です。

また、特定健診で使用される「標準的な質問票」、後期高齢者医療制度の保健事業で使用される「後期高齢者の質問票」等から、生活習慣や身体状況等を把握することができます。それらの情報も、保健指導を実施するうえでは重要な情報です。

そのほか、すでに過去に同様の取組の対象となり、受診勧奨や保健指導を受けている場合もあります。過去の指導時の情報(指導内容や対象者の反応等)も貴重な情報となります。

これらの情報は、保健指導を実施するチーム内でカンファレンス等を実施し、共有するようにしましょう。

図表 3-8 かかりつけ医から情報収集する必要があると考えられる事項

- 治療方針に基づく目標値(目安等)としている、体重、検査値、摂取エネルギー量等
- 保健指導の内容に影響する糖尿病以外の病気の状況、検査値や服薬状況
- 運動を推奨する場合に留意すべき点
- その他 かかりつけ医が把握している生活上の問題点(以前できていたことができなくなった等)

⁸ 糖尿病連携手帳とは、公益社団法人日本糖尿病協会が発行している、糖尿病患者と患者に関わる専門職の情報共有のための手帳です。基本情報や毎月の検査値、治療内容のほか、歯科や眼科の検査結果、合併症の検査所見、療養指導内容などを記録することができます。かかりつけ医にとっては決まった様式に記入することで、治療状況や保健指導内容を共有できます。自治体にとっては、この手帳の情報から本人同意のもとで、検査値などの情報を把握して事業評価に活用できるほか、対象者に適した保健指導を行ったり、指導の状況を関係者に伝える際に有用です。

指導前にレセプトデータでの状態像の確認を！

【疾病や薬剤に関する正確な情報】

本人が疾病や薬剤名などの情報を正確に言えるとは限らず、特に高齢者の場合は、過去に処方された薬剤と混同する場合や、認知機能低下なども考えられるため、自己申告のみに頼った情報収集は困難です。

レセプトデータを確認することにより、処方薬が適切に内服できているか、重複処方の有無がないか等の適切なアセスメントにつなげることができます。

【定期的な受診状況の確認】

本人の申告とレセプトデータの情報を踏まえて、受診状況を確認することができます。治療中断している場合は、その理由を聞き、状況に応じた受診勧奨をすることができます。

【長期的な観点における保健指導】

長期間(1年から2年程度)の医療レセプトデータを確認することで、特に入院(他の疾患によるものも含む)などのイベントがあると、保健指導だけでは把握しにくい、入院時のレセプトデータから、治療内容の経緯が読み取れる場合があります。

保健指導前のレセプトデータの確認により、対象者と専門職双方の負担の軽減と、保健指導の質の向上が期待できます。

(神奈川県立保健福祉大学 保健福祉学栄養学科 教授 田中 和美)

図表 3-9 KDB システムの個人別履歴画面

受診状況表示欄をクリックすると、該当月の「レセプト検索情報」画面が開きます。
 ※[レセプト]ボタンをクリックすると、過去120か月分の情報が表示されます。ただし、レセプトの閲覧は、過去60か月分のみ可能です。

[履歴]ボタンをクリックすると、「5年間の履歴」へ画面遷移します。

個人別履歴

受診があると、黒く表示されます。
 過去5年間の受診状況が表示されます。

数字の入っている履歴月をクリックすると、該当月の「レセプト検索情報」画面が開きます。

レセプト検索情報

5年間の履歴

レセプトに記載されている摘要(診療行為・医薬品・特定器材・調剤行為)の回数を診療年月ごとに集計したものが表示されます。

「個人別履歴」画面から「5年間の履歴」画面や「レセプト検索情報」画面へ遷移することができます。

「レセプト検索情報」画面の[表示]をクリックすると、該当のレセプトが表示されます(次ページへ続く)。

1 定義 / 対象者

2 実施体制整備

3 受診勧奨・保健指導

4 評価と改善

図表 3-10 KDB システムのレセプトデータの閲覧画面

1 定義 / 対象者

2 実施体制整備

3 受診勧奨・保健指導

4 評価と改善



レセプト画面

レセプト(診療報酬明細書)を見ることができます。

診療開始日から診療年月までの受診期間を確認します。

診療実日数から受診頻度を confirms します。

○ 診療報酬明細書 (医科入院外)

令和 2 年 1 月分

都道府県番号: _____ 医療機関コード: _____

1 ①社・国	3 後期	④単独	2 本外	③高外一
医科	2 公費	4 退職	4 六外	0 高外7
		3 3併	6 家外	
			10 ⑧	8
			7 ()	

保険者番号: _____

被保険者証・手帳等の記号: _____

氏名: **山田 太郎**

特記事項: _____

保険医療機関の所在地及び名称: 東京都千代田区 × × × 中央病院

傷病名: (1) 急性上気道炎 (2) アレルギー性鼻炎 (3) _____

診療開始日: 1) 平成31年 4月 1日 2) 平成31年 4月 1日 3) 年 月 日

診療実日数: 1 日

受診している傷病名を確認します。

初診	時間外・休日・深夜	1 回	282 点	公費分点数
再診	×	回		
外来管理加算	×	回		
時間外	×	回		
休日	×	回		
深夜	×	回		

13 * 薬情 手帳 13 × 1

21 * アスベリン錠20mg3T 6 × 3
アストマ配合カプセル6C 5 × 3

22 * エバステン錠10mg「ケミファ」IT 1 × 3

処方された薬剤名を確認します。

処方せん欄に記載がある場合は、ひもづく調剤レセプトを確認します。

80 処方せん	1 日	68
---------	-----	----

他の薬剤

療養の給付	390	点	※	点	一部負担金額	円
減額		点	※	点	割(円)免除・支払猶予	円
給付		点	※	点	※高額療養費	円
					※公費負担点数	点
					※公費負担点数	点

4 保健指導の実施

糖尿病性腎症の悪化を防いだり、進行を遅らせるためには、血糖や血圧、脂質のコントロール、肥満の是正、禁煙などが必要です。保健指導の内容は、その対象者の状態像、生活歴等に応じて変えていく必要があり、聞き取り(アセスメント)しながら、対象者の行動変容ステージを把握し、対象者と相談しながら、行動変容につながる目標を設定し、必要な情報提供や支援を行います。

図表 3-11 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
- 日常の生活習慣
- 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
- 認知機能、生活機能
- 暮らしぶりの変化（家族構成、仕事等社会的活動）
- これまでの糖尿病等との向き合い方 等

Point!

保健指導の内容や必要な期間・回数は、心身の状態や病気の状態、生活習慣が構築された背景、就労状況などの生活状況等、行動変容ステージの状況、対象者の状況によって異なります。一律に、保健指導の内容や保健指導を実施する期間、回数等を決めて保健指導を実施するのではなく、対象者の状況に応じて柔軟に実施しましょう。



行動変容につなげるための目標設定のあり方は？

A | 目標設定には以下の点を考慮しましょう。

- ①個別化された目標設定：患者一人ひとりの生活習慣、健康状態、糖尿病の進行度に合わせた目標を設定すること。
 - ②現実的かつ達成可能な目標：現実的で達成可能な小さな目標を設定し、徐々にステップアップしていくこと。
 - ③定期的なモニタリングとフィードバック：定期的に保健師や医療機関によるモニタリングを行い、必要に応じて目標を調整すること。また、患者自身も自己モニタリングを行い、自身の進捗状況を理解すること。
 - ④教育とサポート：糖尿病や腎症に関する教育を受け、自己管理のスキルを高めることが重要です。また、家族や友人などのサポートも重要な役割を果たします。
 - ⑤動機づけの促進：患者が自己管理を継続するためには、動機づけを高めることが必要です。小さな成功を祝うことや、ポジティブなフィードバックを提供することが含まれます。
- これらの要素を組み合わせることで、患者の行動変容を促し、糖尿病性腎症の重症化を効果的に予防することが可能になります。

実際に保健師や医療機関、そして患者や患者家族が継続して行うためには、共通の教育支援ツールが必要です。その一つに日本糖尿病協会が作成した糖尿病カードシステムと腎機能チェック(eGFRの年間低下速度自動計算・グラフ表示)があります。その内容は日本糖尿病協会のホームページ(https://www.nittokyo.or.jp/modules/doctor/index.php?content_id=1)でご確認ください。



(佐賀大学医学部内科学講座 肝臓・糖尿病・内分泌内科 教授 安西 慶三)

保健指導の主な内容はp45～47 図表 3-12のとおりです。保健指導を実施する際に留意すべきこととしては、対象者が「頑張りすぎ」ないようにすることです。対象者が指導内容を過度に深刻に受け止め、以前より真面目に薬を飲んだり、厳格な摂取制限をすることによって、予期せぬ結果が生じることもあります。極端な摂生になっていないかを確認することも大切です。

なお、対象者が糖尿病で治療中の場合は、そのかかりつけ医等に、保健指導の内容や留意点を確認したうえで、保健指導の内容や目標を決定します。

図表 3-12 保健指導の主な内容

種類	指導項目	具体的内容等
栄養・食生活	適正体重	<ul style="list-style-type: none"> ●減量が必要な肥満者や、体重維持や体重増加が必要なフレイルが危惧される人に対しては、目標体重の設定、可能ならば1日あたりのエネルギー摂取量等に関する計画を立てます
	食塩摂取	<ul style="list-style-type: none"> ●食塩が過剰な場合、1日6g未満を目安に減塩の方法をアドバイスします。しかし、行き過ぎた減塩により食欲が低下する場合がありますので特に高齢者への指導では注意が必要です ●腎機能が低下している人や高齢者などに食塩摂取制限を指導する場合は、医療機関と必ず相談してください
	たんぱく質摂取	<ul style="list-style-type: none"> ●たんぱく質を過剰に摂取している場合には適正量を指導します ●摂取量の制限は、必要性を含めて、医療機関との連携のもとで方針を立てます ●高齢者においては、過度なたんぱく質摂取制限は、低栄養、サルコペニア、フレイル、認知機能障害、貧血のリスクが上がる可能性があることに留意します
	健康食品、サプリメントの摂取	<ul style="list-style-type: none"> ●健康食品やサプリメントによっては、腎機能や全身の健康状態に悪影響を及ぼすことがあることについて注意喚起します。医師、薬剤師と相談することを勧めます
	血糖コントロール	<ul style="list-style-type: none"> ●生活リズムを整え、規則的な食事間隔で3食をほぼ均等にとることを推奨します ●生活環境によっては、糖尿病用組み合わせ食品（特別用途食品）等の糖尿病患者向けの配食サービスの利用も選択肢の一つとなるため、利用に関する情報提供を行います ●生活改善や服薬が同時に開始されると、低血糖を伴うことがあります。また、重症低血糖が危惧される薬剤（インスリン製剤、スルホニル尿素（SU）薬、速効型インスリン分泌促進薬（グリニド薬）など）を使用している人も重症低血糖になるリスクがあるため、低血糖時の症状と対応方法（補食とする食品と量等）を伝えることが重要です
	その他	<ul style="list-style-type: none"> ●「医師・コメディカルのための慢性腎臓病生活・食事指導マニュアル」記載のチェックリストは、検査値や生活管理状況から優先順位を意識した支援を行う際に活用できます
運動・身体活動	運動のすすめ	<ul style="list-style-type: none"> ●糖尿病性腎症の人にとっても、運動は身体機能や生活の質を向上させるため推奨されます ●肥満またはメタボリックシンドロームを伴うCKDの人に対する運動療法は、アルブミン尿・蛋白尿の減少やeGFR低下の抑制に有効である可能性があります ●日常の身体活動量を維持し、筋肉量を落とさないことは、サルコペニア予防の観点からも、血糖の改善・コントロールにも有効です

1 定義／対象者

2 実施体制整備

3 受診勧奨・保健指導

4 評価と改善

種類	指導項目	具体的内容等
運動・ 身体活動	運動強度	<ul style="list-style-type: none"> ●糖尿病性腎症の人では、血圧を高度に上げるような激しい運動は避け、有酸素運動を主体とした中程度までの運動が推奨されます。運動の種類や強度、時間、頻度等については、かかりつけ医等と相談するよう促します ●糖尿病網膜症を併発している場合には、眼底出血を誘発するおそれがあるため注意が必要です。眼底検査を定期的に受けたうえで、眼科医とも相談したうえで運動をするように勧めてください
飲酒・ 喫煙習慣	飲酒	<ul style="list-style-type: none"> ●長年にわたって多量に飲酒すると、糖尿病のコントロールを悪化させたり、腎機能低下につながります ●アルコールは、炭水化物、たんぱく質、脂肪などの栄養素を含まないため、糖尿病の人は、原則として飲酒しないようにしますが、自己管理ができる場合は、飲酒の可否、量や回数等は、かかりつけ医等と相談のうえ決定します ●服薬している場合、飲酒は薬の作用、副作用に影響を与える可能性があるため、医師や薬剤師に相談する必要があります。特に、インスリン療法中の人は急性効果としての低血糖に注意が必要です ●飲酒関連問題の評価のため「AUDIT（アルコール使用障害スクリーニング）」を活用し、継続的な減酒支援あるいは専門医へつなげるなどの対応を行います
	喫煙	<ul style="list-style-type: none"> ●喫煙は糖尿病性腎症の悪化や、心筋梗塞、脳卒中の発症リスクを高めます ●喫煙者の喫煙状況の把握や禁煙の重症性を高めるアドバイス、禁煙のための解決策の提案等を行います ●禁煙継続のための保健指導や禁煙治療のための医療機関等を紹介します
口腔健康管理	<input type="checkbox"/> 口腔機能管理、 <input type="checkbox"/> 口腔衛生管理	<ul style="list-style-type: none"> ●特定健診の標準的な質問票の咀嚼に関する質問（13）、介護予防・日常生活支援総合事業の基本チェックリスト（13、14、15）、後期高齢者の質問票の口腔に関する質問（4、5）により、口腔機能に問題がある人に歯周病の治療を勧奨することで、糖尿病の重症化予防も期待できます
服薬指導（多剤 併用の場合）	適正服薬	<ul style="list-style-type: none"> ●服薬アドヒアランス*の低下防止のため、適切な服薬継続の重要性について確認します ※服薬アドヒアランス…医師と患者の相互理解により、患者の理解、意思決定、治療協力に基づいて服薬内容を遵守すること ●医療機関から処方された薬剤だけでなく、市販薬についても情報収集し、助言します ●お薬手帳等を活用しながら、自身による服薬量の調整や、飲み忘れ、服薬管理の状況を把握し、適切な服薬ができるよう、服用時刻の異なる薬剤の飲み忘れ対策を行います ●解熱鎮痛剤や造影剤による腎障害進行例の報告もあることから、「エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2023」の「注意が必要な薬剤」を参考にしつつ、検査値の変化に留意します ●医療機関を複数受診している場合には、医師間での情報共有ができていないために、同一成分の薬剤や腎機能を低下させる組み合わせの処方になっている場合があります。お薬手帳やレセプトデータにてこのような状況が確認された場合には、医師・薬剤師に相談することが重要です

種類	指導項目	具体的内容等
その他	受診状況	<ul style="list-style-type: none"> ●糖尿病の合併症である網膜症の予防や早期治療のために、定期的な眼科受診を指導します（網膜症がない場合で1年に1回。網膜症がある場合は眼科医と相談） ●歯周疾患との関連を確認するために、歯科の受診状況の確認を行い、治療等が必要と思われる場合で未受診である場合は、歯科受診を勧奨します
	感染予防	<ul style="list-style-type: none"> ●糖尿病性腎症の人は免疫力が低下し、感染症にかかりやすく、特に血糖コントロールが不良な人は、感染症に罹患した場合、重症化しやすいといわれています。不要な人混みを避けることや、帰宅したら手洗い等を行うことなど、感染予防のための日常的な衛生管理を指導します
	ワクチン接種勧奨	<ul style="list-style-type: none"> ●肺炎球菌感染症やインフルエンザ、新型コロナウイルス感染症に対するワクチンの予防接種を勧奨します

上記の表は、以下の資料を参照し作成しました。保健指導の際にも参照してください。

*厚生労働省「日本人の食事摂取基準(2020年版)」3-3 糖尿病(p461～475)

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/kenkou/eiyousyokujikijyun.html

*厚生労働省「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版) 別添2「保健指導におけるアルコール使用障害スクリーニング(AUDIT)とその評価結果に基づく減酒支援(ブリーフインターベンション)の手引き」(2023年2月)(<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001215491.pdf>)のAUDIT(アルコール使用障害同定テスト)

*日本糖尿病学会(編・著)「糖尿病治療ガイド2022-2023」(2022年4月)

*日本糖尿病学会(編・著)「糖尿病治療の手びき2023」(2023年9月)

*日本腎臓学会「エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2023」(2023年6月)

*日本腎臓学会「医師・コメディカルのための慢性腎臓病生活・食事指導マニュアル」(2015年10月) <https://jsn.or.jp/medic/guideline/>



毎年対象となる人へのアプローチのポイント

A 毎年対象となる人へアプローチを行う際には、事前に健診結果や質問票の経年データを確認するだけでなく、過去にアプローチした時の状況や使用した資料について確認することが必要です。必要に応じて、ケース検討会を開き、これまでの支援の経過を振り返り、過去に状況把握や説明等が十分できていない対象者には、訪問するなどアプローチ方法を再検討したり、担当する専門職の職種を変更することも有効です。

対象者に対しては、継続して健診を受診していることを称賛し、結果の受け止め方や考え方を確認します。過去に保健指導を実施し、生活習慣の改善に取り組んでいる場合は、取組状況を確認しねぎらいます。

また、過去に医療機関を受診していた場合は、その後の医療機関との関わりを確認します。診察の結果によってはすぐに治療開始とならないことや、本人の都合により受診を中断している可能性もあります。そのような場合には、かかりつけ医を持つことのメリットのほか、年1回の健診受診だけでなく、医療機関での経過観察が必要であることを伝えていきます。

(富士市保健部健康政策課 健診担当 統括主幹 塩谷 祐美)

5 保健指導に関する記録の作成

保健指導を実施した内容や状況については、台帳等を作成のうえ、個別に記録を残します。記録を作成する場合は、事後に適切な評価や事業改善ができるように、保健指導を実施した日時や指導をした内容、対象者の受け止め、対象者の治療や療養の状況、血糖コントロールの状況をはじめとする各種検査結果の推移等、今後の保健指導や評価に必要と考えられるものを、活用しやすいように整理して記録します。

KDBシステムの介入支援対象者一覧(図表 3-13)では、保健指導をした場合の、担当者名、開始日、終了日を登録できるとともに、詳細情報を入力することもできます。

図表 3-13 KDBシステムの介入支援対象者一覧の入力画面

番号	被保	事業実施予定者	事業実施者	事業実施中断者	事業担当者	事業実施期間		異動年月	事業実施予定者	事業実施中断者	事業担当者	事業実施期間		事業実施履歴				体重		BMI	BMI
						開始日	終了日					開始日	終了日	R04年度	R03年度	R02年度	R01年度	当年度	前年度との差		
1		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	事業 一部				<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	事業 一部			0	0	0	1	0.0		0.0	0
2		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	事業 一部				<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	事業 一部	H29.06.01	H29.06.30	0	0	0	0	0.0		0.0	0
3		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	事業 一部	H29.06.01	H29.06.30		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	事業 一部	H29.06.01		0	0	1	0	0.0		0.0	0
4		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	事業 一部	H29.06.01			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				0	0	0	0	0.0		0.0	0
5		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	事業 一部	H29.06.01			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				0	0	0	0	54.1	▲0.7	28.1	0
6					女 90				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				0	0	0	0	0.0		0.0	0
7					男 90				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				0	0	0	0	0.0		0.0	0
8					男 90				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				0	0	1	0	0.0		0.0	0
9					女 91				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				0	0	1	0	0.0		0.0	0

保健指導の実施内容は、市町村内部で適宜共有するだけでなく、かかりつけ医等にも、フィードバックをしましょう。

また、継続的にアプローチする場合には、対象者本人が生活習慣改善のための行動目標を実践できるように支援しますが、腎症病期や検査値経過等を参考に、対象者の健康状態や生活背景に合った目標であるかを適宜確認し、必要に応じて見直しが必要です。

医療機関との情報共有とそのコツ

医療機関との連携・情報共有は本事業に必須ですが、思うように情報が得られない、といった悩みが聞かれます。情報共有を充実させるにあたり、効果があった取組例を紹介します。

A市では、プログラム開始後、2年経過した頃に地区医師会担当医と事例検討を行いました。すると、「短い診療時間では把握できないような情報が得られた。もっと行政と連携して保健指導等から得られた情報を活用したい。もっとプログラムを周知すべきだ」という意見が、改めて挙がったそうです。従前から、事業については各医療機関へ文書で周知してきたものの、実はそれだけでは事業内容に対する十分な理解が得られていなかったことが明らかになりました。顔を合わせて一緒に事業を振り返る場を持ったことは大変効果的であったといえるでしょう。

そのほかには、「糖尿病連携手帳にシールを貼って、医師からの指示へ対応できるようにしている」と、手帳を活用して医療機関と情報共有している例も多くみられています。

また、「定期的にかかりつけ医へ保健指導経過を報告することで、医療機関から事業に対する賛同の声が高くなり、連携の充実につながった」「保健師が直接主治医のところに出向いて事業説明に力を入れた。その時期は非常に労力がかかったが、その分しっかりとした理解が得られ、以降のスムーズな情報共有につながった」「保健所が圏域の地区医師会向けの研修会を開催してくれた。その機会に、事業成果を医療機関へ具体的に報告することができ、よりよい体制づくりについて話し合えた」という声も聞かれています。事業の開始時や評価時のみならず、定期的に経過を報告することや、手帳の活用、直接かかりつけ医等と話す機会をつくること、そして保健所からの支援を得ることも、医療機関との連携・情報共有の充実に有効であるといえるでしょう。

(大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻総合ヘルスプロモーション科学講座 教授 樺山 舞)

6 保健指導実施後の対応

保健指導の目標が達成された場合や必要な支援を提供した場合、保健指導は終了となります。支援を終了する際には、これまでの取組の評価や既存の生活習慣病予防に資する保健事業の紹介、今後の予定等を説明するとともに、継続的な取組が重要であることを伝えます。また、保健指導が終了して一定期間経過後、対象者の状態がどのように変化したか、医療機関の受診や健診受診を継続しているか、対象者が困っていることはないか等を、適宜確認します。

かかりつけ医等に対しては、実施した指導内容やその結果、保健指導の中で把握した医師と共有しておいた方がよい事項等を報告します。日々忙しい医療機関では把握しきれない情報をコンパクトに提供できると、その後の医療機関での治療や療養指導においても役立ちます。

対象者の重症化の予防、QOLの向上という共通の目的を掲げ、市町村と医療機関、両者にとってメリットになるということを意識しながら、Win-Winの関係を構築していきましょう。

4 高齢者に対して保健指導を行う場合の留意事項

保健指導による生活習慣改善により、血圧や血糖の状態の維持・改善、腎障害の進行の抑制を目指すことが必要であることは言うまでもありません。しかし、糖尿病の高齢者の場合は、糖尿病以外の疾患を複数抱えていたり、認知機能が低下していたりするなど、個別性が高いことに加え、薬剤により低血糖を起こす可能性が高くなります。低血糖が転倒の原因となったり、認知症や心血管イベントの増加につながるなどの悪影響があることが分かっています。このように、糖尿病性腎症重症化予防の取組として、特に後期高齢者を対象とする保健指導においては、生活習慣改善等に関する目標値の設定について、青壮年期の人と同じレベルの目標値としないことに留意します。

一方で、血糖コントロールの悪化によって、認知機能の低下や生活環境の変化、がんや感染症などの併存疾患の発見につながることもあります。高齢者に対して糖尿病性腎症重症化予防のための保健指導を行う場合は、後期高齢者の質問票等により生活機能を含む健康状態を把握するとともに、食事の準備状況等、生活状況も十分に把握したうえで、必要に応じて、介護保険サービス等の医療・福祉サービスにつなぐといった包括的な支援が必須となります。

コラム

地域ケア会議との積極的な連携を！

高齢者の糖尿病の重症化予防は、服薬と保健指導のみでは十分ではなく、地域で長期的に支える視点が大切です。そのためには、介護予防の視点を取り入れた多職種で協議する地域ケア会議を上手に活用するとよいでしょう。地域ケア会議は、地域包括ケアシステムの実現に向けた手法であり、高齢者の個別課題の解決を図るために、医療、介護等の多職種が協働して行う会議です。

なかでも地域ケア個別会議では、高齢者等個人が有する課題への対応について、介護支援専門員、各専門職、住民代表としての民生委員や自治会代表者、ボランティア、行政職員等、地域の医師会をはじめとする医療関係団体や本人・家族などの参加があり、多様な視点から検討を行い支援する会議です。

高齢者は住環境により食生活等の日常生活の行動が左右されやすいため、飲食店や食料品店の品揃えや店までのアクセス、定期的に運動ができる施設、高齢者サロンの雰囲気や実施内容・頻度等のインフォーマルサービス等の会議から得られた情報は、個人に合った保健指導にすぐに役立てることができます。

地域ケア個別会議は、地域包括支援センターが中心になって開催されることが多いので、特に対象者が要支援高齢者であり、多職種のアドバイスを受けて保健指導の質の向上を図りたい場合は、事例として提供し、協議しましょう。その際にKDBシステム等から詳細な医療情報を併せて共有すれば、効果的な糖尿病重症化予防と介護予防が期待できます。

(神奈川県立保健福祉大学 保健福祉学栄養学科 教授 田中 和美)

4

PDCAサイクルによる 事業の評価と改善



1 4つの視点による事業の評価

よりよい事業を展開するには、事業の企画立案だけではなく、実施後に評価し、その結果を踏まえて事業を改善していくことが重要です。カンファレンス等を通じて庁内関係者間で情報共有をしたり、支援や事業を振り返り、事業の結果等に関する情報を関係機関と共有することにより事業の改善につながります。

改善に向けた事業の評価は、対象者への支援の質の向上につながるだけでなく、保健事業担当者によるよりよい指導の実施にもつながります。

事業実施が優先され、事業評価に手が回らなかったり、事業評価をどのように行えばよいか分からない、と多くの自治体が悩むところですが、評価が自己目的化して、そこに多くの労力をかけるのではなく、評価はあくまでも事業を改善するために行うものと位置付け、事業開始時点から以下の点を意識して進めてください。

事業の評価はp52 図表 4-1に挙げるストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカムの4つの視点で行います。

なお、事業評価を含め、事業の計画、実施にあたっては、都道府県(保健所)、国保連合会(保健事業支援・評価委員会を含む)、その他の外部の専門家等の助言を得ながら進めます。

図表 4-1 事業評価の4つの視点

視点	内容
ストラクチャー評価	<ul style="list-style-type: none"> ●事業を円滑に実施するための体制整備について確認します ●予算や人材を確保できたか、庁内や関係機関との連携体制を構築できたか、人材育成のための研修を実施できたかなど実施体制を評価します ●長期的な視点で評価を行うために必要な対象者についての情報を経年的に追跡できる体制整備ができていないかを評価します
プロセス評価	<ul style="list-style-type: none"> ●対象者の把握・分析方法、抽出基準、対象者への通知方法等、事業の実施方法が適切であったかを確認します。その際、p62～64 参考資料に提示した進捗管理シートが参考になります ●事業担当者間で役割を決め、進捗は順調であったか、計画どおりに行えたかどうかを評価します ●なお、事業実施中にも、事業担当者で適宜カンファレンス（打ち合わせ）を実施し、プロセス上の課題を明確にしておきます
アウトプット評価	<ul style="list-style-type: none"> ●抽出基準該当者や絞込み該当者のうち、受診勧奨や保健指導を行うことができた人数等の割合を評価します（p36 図表 3-5 参照）
アウトカム評価	<ul style="list-style-type: none"> ●受診勧奨や保健指導を実施した対象者個人単位と対象者全体の状況について評価します ●レセプトデータの確認、医療機関や対象者本人への確認等により、医療機関受診につながったか、継続して受診しているか等を評価します ●受診勧奨や保健指導の前後での身体状況の変化（体重、BMI、血圧、血糖、脂質、腎機能等）や行動変容の状況、生活習慣の改善状況等を評価します

2 抽出基準該当者のうち、何人に受診勧奨や保健指導を実施したか、カバー率の確認（アウトプット評価）

糖尿病性腎症重症化予防の取組の効果を上げるためには、なるべく多くの抽出基準該当者に対して受診勧奨や保健指導を行うことが必要です。

このため、抽出基準該当者や絞込み該当者に対して、どのくらいの人に受診勧奨や保健指導ができたか（カバー率）を確認することが重要です。それに加えて、p15 図表 1-8の該当者のうち、どのくらいの割合の人に介入了りできたかを確認することにより、他保険者と比較して、自保険者の取組がどの程度進展しているかを確認することが可能となります。

また、より精緻な評価には、p15 図表 1-8で示されている受診勧奨や保健指導のレベル、65歳以上／65歳以下等の年齢、「通知（はがき等）」「非対面での面談（電話等）」「対面での面談（訪問等）」等の介入方法、保健指導における「参加勧奨」「指導開始」「指導終了」等の段階等を区別して値を確認することも効果的です。プログラムには、p53 図表 4-2のように、アウトプット評価の指標が示されています。これらを参考に、p53 図表 4-3、図表 4-4のような表に数値を入れ、カバー率を算出します。

また、カバー率の確認に加えて、受診勧奨や保健指導を行った対象者に偏りがないかについても確認します。

なお、FBR作成ツールを用いると、p54 図表 4-5のとおり、受診勧奨や保健指導のレベルごとに抽出基準該当者数や参加状況を把握できるため、どの部分がカバーしきれていないのか等を把握することができます。

図表 4-2 市町村が設定する評価指標の例【アウトプット評価】

【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、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。

図表 4-3 アウトプット評価の例(受診勧奨)

		実数					割合
		A 該当者数	B 勧奨した者の数				勧奨率 (B/A)
			B 総数 (重複を除く)	B1 はがき	B2 非対面の面談 (電話等)	B3 対面の面談 (訪問等)	
保険者が 設定した基準							
プログラ ム図表 10 の基準	レベルⅠ						
	レベルⅡ						
	レベルⅢ						

図表 4-4 アウトプット評価の例(保健指導)

		実数				割合				
		A 該当者数	B 参加勧奨 した者の数	C 指導 開始者数	D 指導 終了者数	参加勧奨率 (B/A)	勧奨成功率 (C/B)	指導終了率 (D/C)	指導開始率 (C/A)	指導実施率 (D/A)
保険者が 設定した基準										
プログラ ム図表 10 の基準	レベルⅠ									
	レベルⅡ									
	レベルⅢ									

図表 4-5 FBR作成ツールを活用した事業評価(FBR作成ツール 表7)

7. 重症化予防事業該当者数と参加状況

重症化予防事業対象者分類 ^{※1}	対象者抽出年度：2018年			対象者抽出年度：2019年			対象者抽出年度：2020年			対象者抽出年度：2021年			対象者抽出年度：2022年			集計期間内対象者実人数 ^{※2}	
	対象者数	参加者数 ^{※3}	参加率	対象者数	参加者数 ^{※3}	参加率	対象者数	参加者数 ^{※3}	参加率	対象者数	参加者数 ^{※3}	参加率	対象者数	参加者数 ^{※3}	参加率		
受診勧奨	Ⅲ	36	0	0.0%	32	-	-	29	0	0.0%	35	-	-	7	-	-	113
	Ⅱ	36	2	5.6%	44	-	-	36	1	2.8%	38	-	-	5	-	-	134
	Ⅰ	147	2	1.4%	180	-	-	169	2	1.2%	158	-	-	45	-	-	510
	受診勧奨全体	219	4	1.8%	256	0	0.0%	234	3	1.3%	231	0	0.0%	57	0	0.0%	757
保健指導	Ⅲ	116	3	2.6%	133	-	-	154	5	3.2%	131	-	-	56	-	-	463
	Ⅱ	896	20	2.2%	1,093	-	-	1,056	14	1.3%	1,067	-	-	363	-	-	2,914
	Ⅰ	3,868	16	0.4%	4,188	-	-	3,761	13	0.3%	3,719	-	-	1,128	-	-	8,310
	保健指導全体	4,880	39	0.8%	5,414	0	0.0%	4,971	32	0.6%	4,917	0	0.0%	1,547	0	0.0%	11,687
保健事業対象者全体	5,099	47	0.9%	5,670	0	0.0%	5,205	35	0.7%	5,148	0	0.0%	1,604	0	0.0%	12,444	

※1 重症化予防事業対象者分類：分類方法については「3. 糖尿病性腎症重症化予防事業 対象と方法の例示」参照

※2 集計期間内対象者実人数：集計期間の同一分類における実人数。集計期間に異なる分類へ異動した場合はそれぞれでカウント。

※3 参加者数(合計数値を除く)は直接入力、編集可能。参加者数の変更に伴い、参加率、参加者数の合計数値は自動計算される。

3 事業効果の確認(アウトカム評価)

受診勧奨や保健指導を実施した対象者にどのような変化がみられたかを評価します。また、対象者一人ひとりの評価に加えて、対象者全体についても評価します。評価は、短期的な視点、中長期的な視点の両方で行います。

【評価単位】

アウトカム評価では、受診勧奨や保健指導を行った対象者一人ひとりの個人単位での評価と、被保険者全体や抽出基準該当者、絞込み該当者、受診勧奨等を行った対象者等の集団での評価の2つの視点で行います。

【評価の例】

- 受診勧奨後に、レセプトデータの確認、医療機関や対象者本人への確認等により、対象者一人ひとりについて、医療機関受診につながったか、継続して受診しているか等々を評価します。また、集団の評価として、医療機関受診につながった割合を評価します。
- 健診の結果や医療機関からの情報提供、対象者が日々測定し記録しているデータ等から、身体状況の変化(体重、BMI、血圧、血糖、脂質、腎機能等)や行動変容の状況、生活習慣の改善状況等を評価します。
- 受診勧奨や保健指導を実施した対象者全体について、治療継続者の割合、HbA1cや血圧のコントロール不良者の割合、糖尿病性腎症の病期別人数、透析の状況、医療費等の経年的変化を評価します。

●受診勧奨や保健指導を実施した対象者と実施しなかった対象者とで、糖尿病性腎症の病期、心血管イベントや糖尿病の合併症の発症状況、透析の導入状況等を比較して評価します。

【短期的な視点と中長期的な視点での評価】

- アウトカム評価は、短期的な視点と中長期的な視点の両方の観点から行います。
- 市町村では、特に、次年度以降の事業に評価結果を反映させるために、短期的評価を確実に行います。
- 短期的評価は、受診勧奨や保健指導実施前後の比較や、3か月後、6か月後、1年後等に、主に、対象者個人単位の評価をします。
- 中長期的評価は、個人単位の評価に加えて、受診勧奨や保健指導を実施した対象者と実施しなかった対象者とで、HbA1cをはじめとする検査値等がどのように変化したか等について評価します。
- 中長期的評価では、国保のデータだけで評価をするのではなく、後期高齢者の保健事業のデータと併せて評価します。
- アウトカム評価に活用できる評価指標としては、図表 4-6 のようなものが考えられます。

図表 4-6 市町村が設定する評価指標の例【アウトカム評価】

【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		○	

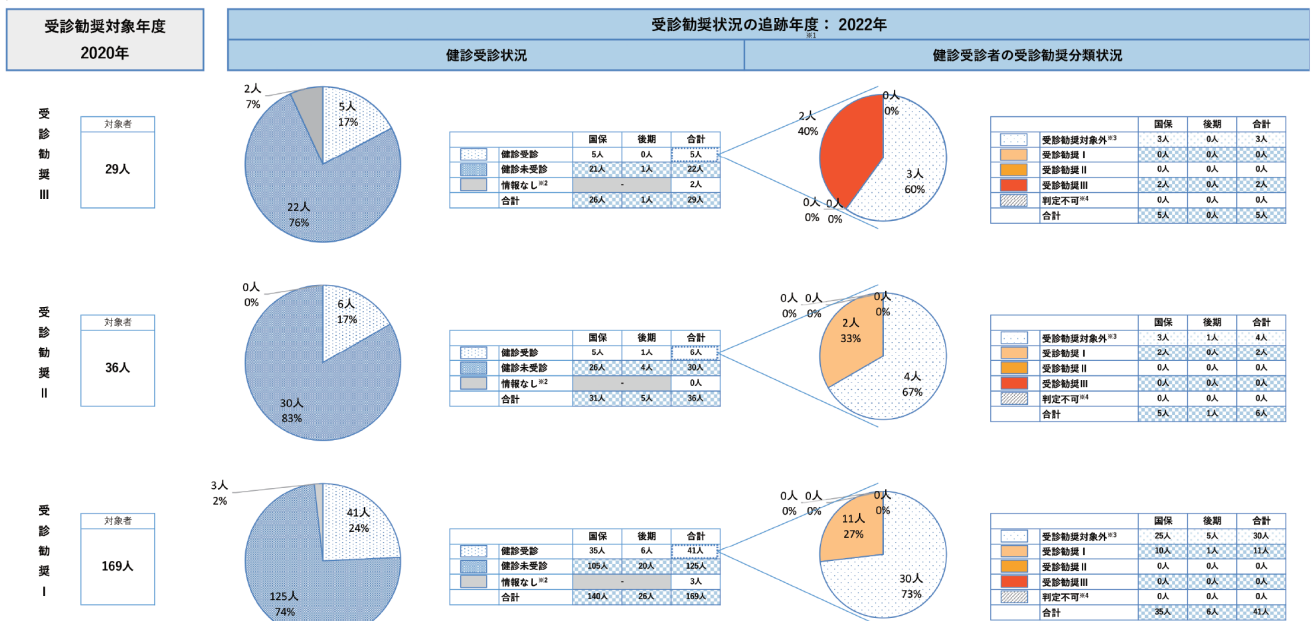
◎は必ず確認すべき指標、○は確認することが望まれる指標を示す。

KDBシステムを用いて評価を行う場合については、p65、66 参考資料「事業評価に用いることができるKDBシステムの帳票画面」をご覧ください。

また、FBR作成ツールを活用すると、p56 図表 4-7のように、受診勧奨対象者のその後の経過(医療機関の受診の有無等)や被保険者全体のアウトカム評価を確認できます。受診勧奨対象者が2年後に健診を受診したかや、対象者抽出基準のどの段階に推移したかを確認することが可能です。

図表 4-7 FBR作成ツールで行うことができる受診勧奨の評価例(FBR作成ツール 表5)

5. 重症化予防(受診勧奨)対象者の、2年後の受診等の状況



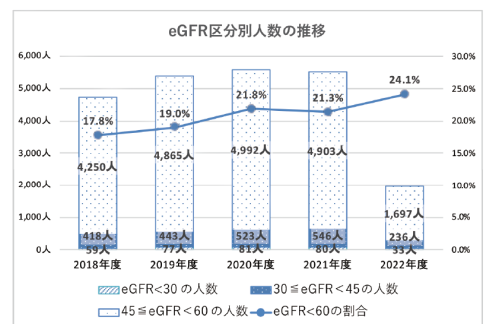
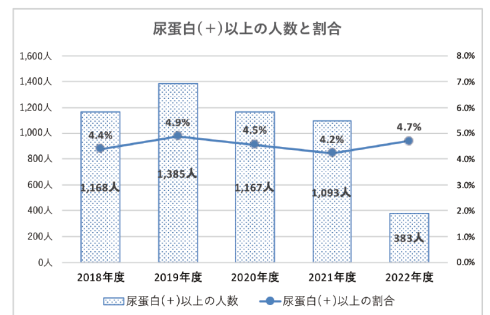
※1 受診勧奨状況の追跡年度：画面指定の「出力対象年度T」
 ※2 情報なし：出力対象年度に国保または後期の被保険者資格情報が無く、追跡できない者。
 ※3 受診勧奨対象外：糖尿病等の受診につながり、HbA1c等検査値が改善した者。
 ※4 判定不可：出力対象年度のHbA1cの測定値が無く、受診勧奨分類判定ができない者。該当者の詳細は「対象者リスト」にて詳細情報の確認可能。

図表 4-8 FBR作成ツールで行うことができる集団での評価例(FBR作成ツール 表1)

1. 健診受診者のうちの、糖尿病・高血圧・腎機能低下者の数、有所見率(年次推移)

対象者数、有所見率	式	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度
対象者数 単位：人						
健診受診者数		26,676	28,477	25,685	25,942	8,175
HbA1c測定者数	(a1)	26,609	28,402	25,594	25,629	8,048
糖尿病あり ^{※1} の人数	(a2)	5,114	5,688	5,224	5,206	1,623
血圧測定者数 ^{※2}	(b1)	26,676	28,475	25,684	25,941	8,175
高血圧症あり ^{※3} の人数	(b2)	13,629	14,603	13,999	14,028	4,450
尿蛋白測定者数	(c1)	26,662	28,449	25,662	25,921	8,164
尿蛋白(+)以上の人数	(c2)	1,168	1,385	1,167	1,093	383
eGFR測定者数	(d1)	26,612	28,410	25,647	25,909	8,166
eGFR<60の人数	(d2) = d3+d4+d5	4,727	5,385	5,596	5,529	1,966
eGFR<30の人数	(d3)	59	77	81	80	33
30≦eGFR<45の人数	(d4)	418	443	523	546	236
45≦eGFR<60の人数	(d5)	4,250	4,865	4,992	4,903	1,697
eGFR及び尿蛋白測定者数 ^{※4}	(e1)	26,665	28,458	25,670	25,932	8,169
eGFR<60または尿蛋白(+)以上の人数	(e2)	5,497	6,319	6,321	6,210	2,199
有所見率	式	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度
糖尿病あり ^{※1} の割合	(a2÷a1)	19.2%	20.0%	20.4%	20.3%	20.2%
高血圧症あり ^{※3} の割合	(b2÷b1)	51.1%	51.3%	54.5%	54.1%	54.4%
尿蛋白(+)以上の割合	(c2÷c1)	4.4%	4.9%	4.5%	4.2%	4.7%
eGFR<60の割合	(d2÷d1)	17.8%	19.0%	21.8%	21.3%	24.1%
eGFR<30の割合	(d3÷d1)	0.2%	0.3%	0.3%	0.3%	0.4%
30≦eGFR<45の割合	(d4÷d1)	1.6%	1.6%	2.0%	2.1%	2.9%
45≦eGFR<60の割合	(d5÷d1)	16.0%	17.1%	19.5%	18.9%	20.8%
eGFR<60または尿蛋白(+)以上の割合	(e2÷e1)	20.6%	22.2%	24.6%	23.9%	26.9%

※1 糖尿病あり：HbA1c測定者のうちHbA1c測定結果が6.5%以上、もしくは該当年度に2型糖尿病の受診実績のある者。
 ※2 血圧測定者数：収縮期血圧、拡張期血圧の両方、もしくはいずれかの測定値がある者のうち、片方の血圧測定値で有所見判定が可能な者。
 ※3 高血圧症あり：血圧測定者のうち140mmHg≦収縮期血圧または90mmHg≦拡張期血圧に該当、もしくは該当年度に高血圧症の受診実績のある者。
 ※4 eGFR及び尿蛋白測定者数：尿蛋白、eGFRの両方、もしくはいずれかの測定値がある者の人数。
 eGFRの測定値が無い場合でも、eGFRの結果を暫定的に「異常なし」と分類し、尿蛋白のみで判定するため人数に含む。
 尿蛋白の測定値が無い場合でも、eGFRの測定のみで、腎機能低下が判定可能な場合は人数に含む。



なお、市町村全体のマクロ的評価では、p56 図4-8のように、糖尿病、高血圧、腎機能低下者の年次推移をみることができます。一連の取組により、腎機能低下者の割合がどう推移していくかをみていくことが重要です。

特定健診の検査項目には含まれていない検査の数値等、KDBシステムで確認できない情報は、対象者本人や医療機関から情報を収集します。ICTを活用して対象者のPHR(パーソナルヘルスレコード)⁹をかかりつけ医等と共有することも考えられます。これらの情報共有には、対象者本人の同意が必要です。

4 設定したアウトプット・アウトカム目標を達成するために必要なストラクチャー、プロセスの評価

事業の評価は、アウトプット評価、アウトカム評価に加えて、ストラクチャー、プロセスの視点も加え、多角的に評価を行います。

取組の効果が見られない場合(全体へのカバー率が低いことも含む)や事前に設定した事業目標を達成できていない場合は、ストラクチャーやプロセスが適切であったか等を確認して、原因や事業の見直しの必要性を検討します。

ストラクチャーとプロセスの評価は、p52 図表 4-1や、図表 4-9の指標等を参考に実施します。

図表 4-9 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】

【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
- 参加者に対する評価のためのデータ登録状況

振り返りにおいて、事業目標を達成している場合は、担当者間でその状況を共有、その成功要因を明らかにし、協力してくれた医療機関等の関係各所を含め、外部に向けて発信していきましょう。また、事業をよりよくするための方策も検討しましょう。

事業の振り返りによって、確認すべきポイントの例はp58、59 図表 4-10のとおりです。

⁹生涯にわたる個人の保健医療情報(健診(検診)情報、予防接種歴、薬剤情報、検査結果等診療関連情報及び個人が自ら日々測定するバイタル等)

図表 4-10 事業の振り返りポイントの例

方法	課題	確認すべきポイント例
受診勧奨	対象者と直接話せない、面会できない	<ul style="list-style-type: none"> ●（電話勧奨の場合）健診時に、結果に問題があった場合には電話することを伝えているか。その際、本人を特定できる電話番号、電話に出やすい時間帯などを確認しておくことよい ●（電話勧奨の場合）架電の曜日・時間帯は適切か。勧奨を行う電話番号の市外局番が当該保険者の市外局番と同じか（近年、知らない人からの電話に出ない人が増加している） ●（訪問の場合）市町村が行っている事業であることを対象者に十分に認識してもらえるような案内になっているか
	勧奨したものの受診につながった人が少ない	<ul style="list-style-type: none"> ●（郵送の場合）通知文の入っている封筒は目に留まりやすいものだったか。通知文は、分かりやすいタイトルで、見やすい文字で書かれていたか ●通知文の内容は、対象者の受診喚起につながる内容であったか ●直接対話した際に対象者の受診のモチベーションをあげるための声掛けができていたか ●未受診の理由を丁寧に確認して受診勧奨したか ●受診につなげる先の医療機関との連携はできているか ●受診勧奨の回数は適切か ●2年連続受診勧奨の対象になる人や、重症度が高い人を優先的に対象にしているか
	抽出基準該当者に対するカバー率が低い	<ul style="list-style-type: none"> ●受診勧奨レベルに応じて受診勧奨の方法を変える等により、できるだけ多くの人にアプローチできるような勧奨方法となっているか（人的リソースを要する訪問等での対応のみで受診勧奨者数が少なくなっていないか等）
保健指導	参加者が増えない	<ul style="list-style-type: none"> ●（医療機関から紹介を受ける場合）医療機関に取組の趣旨を十分に説明し理解を得ているか。医療機関への依頼内容が過度に負担をかけるものになっていないか ●参加勧奨の方法が魅力的か（医療機関の後押しがあったか） ●実施する保健指導の方法（訪問型・来所型・オンライン型）や時間帯等が、参加者のニーズに合ったものか ●地域の関係者とのネットワークが構築できていたか ●庁内の人的リソースが十分であったか ●他の事業との連携を検討したか ●対象者の年齢層に応じた募集をしたか ●地理的条件による工夫をしたか
	対象者の状態像に変化が見られない	<ul style="list-style-type: none"> ●対象者の行動変容ステージを把握しているか。対象者の行動変容ステージに合った保健指導の内容となっているか。対象者へのモチベーションをあげるための支援ができていたか ●医療・介護予防サービス等との連携ができたか ●適切に治療すれば腎症は予防できる病気であることをきちんと伝えられたか（危機感だけでは前向きになれないことがある）
	抽出基準該当者に対するカバー率が低い	<ul style="list-style-type: none"> ●絞込み条件が限定的ではないか
	（委託の場合）	<ul style="list-style-type: none"> ●委託先の保健指導実施プロセス、教材は適切であったか。参加者の声を聞き取る
全体	対象者が追跡できず評価ができない	<ul style="list-style-type: none"> ●毎年健診を受診するよう働きかけているか ●後期高齢者医療制度のデータとの連携ができているか

1 定義／対象者

2 実施体制整備

3 受診勧奨・保健指導

4 評価と改善

方法	課題	確認すべきポイント例
全体	評価できる人材を確保できない	<ul style="list-style-type: none"> ● データ分析・保健指導に必要な人材を確保したか ● 担当者の研修等を実施したか ● 都道府県や国保連合会（保健事業支援・評価委員会を含む）等の外部からの支援を受けているか
	庁内職員や関係機関の負担が大きすぎる	<ul style="list-style-type: none"> ● 持続的で無理のない事業運営となっているか ● 事業体制と事業量・事業内容のバランスは適切か ● 連携する医療機関が一部の医療機関に偏っていないか

5 評価結果の共有と事業改善への反映

評価結果や事業の効果等は、事業担当者や庁内関係者間で共有し、対象者の抽出基準や保健指導の方法、評価方法等について、見直しをする必要があるか等を検討します。その際、都道府県(保健所)や国保連合会(保健事業支援・評価委員会を含む)、地域の医師会等の関係機関にも結果等を共有し、意見を求めることで考察を深めます。委託の場合には、プロセスに問題がないかを聞き取り、成果や課題について情報共有し、よりよい保健事業に向けた対策を検討します。



事例⑤

新規人工透析患者のデータや支援の振り返りからみえること

千葉県船橋市では、中長期的な指標として新規人工透析患者数、糖尿病の有病割合、HbA1c6.5%以上の者の割合等を設定しています。新規人工透析患者については、国民健康保険の特定疾病療養受療証から過去5年間の健診受診や保健指導の有無、医療レプトデータ等をみて、透析に至った過程を確認しています。これらのデータは事業の評価や推進計画の参考にするとともに、船橋市医師会CKD対策委員会を通じた研修会等で情報共有し、現場での保健指導に活かすようにしています。

新規人工透析患者数は現在微増傾向にありますが、市国保の年齢構成の変化等による影響や、社会保険をはじめとする被用者保険加入時からの人工透析導入、導入間近での国保加入ケースも多く、増減に対する評価が難しいところです。例えば、令和4年度は国保の加入年数が5年未満の者が65.2%で、特に70～74歳の男性が最も多い状況でした。過去5年間での健診受診者は12.4%と少なく、尿蛋白が(+)以上の者が多い一方、HbA1cは6.5%未満の者が多くなっているという変化がみられました。健診受診の約7割には保健指導が実施できており、まずは健診受診を促す取組が重要と考えますが、定期治療中でリピーターとなる対象者への保健指導内容が継続治療の確認等にとどまることも多く、治療効果を高めるための効果的な指導方法等が今後の課題であると感じています。

(船橋市健康部健康づくり課 特定保健指導係 係長 関根 真紀子)

また、事業評価の結果は、市町村(国保)の中で完結するのではなく、庁内外に積極的に提示していきましょう。特に、事業に参加した人の状態像がどのように変化したのか等については、地域関係者の関心を引く事項であるため、次なる潜在的な参加者の募集に際し協力が得られる可能性があります。

地域の医師会や医療機関等の関係機関には、事業の結果報告だけではなく、次期計画の内容についての相談も行い、地域全体でより効果的・効率的な取組を目指していきましょう。

なお、評価結果を庁外に報告・公表する際には、年齢や性別、居住地域等の情報から個人が特定されないことがないように、個人情報保護に十分配慮しなければなりません。

市町村の事業は年度単位で展開されることが多く、事業評価も年度単位で行うのが通例ですが、その評価結果については、単年度で終わらせるのではなく、複数年を通じた評価を行うことも重要です。事業評価の中で確認した改善点を、それぞれどのように改善すべきかを検討し、次期計画に反映していきましょう。



次年度の改善につなげるための評価

糖尿病性腎症重症化予防プログラムを実施するうえで重要なのは、PDCAサイクルにより事業を改善していくことだと思います。しかし、実際に事業を実施すると、改善を行わずに、次年度も同様の内容を繰り返していませんか。そうならないためには、事業実施中の過程から結果に至るまでを記録する必要があります。これを怠ると結果だけでの評価となり、過程から結果へのプロセスが分からなくなるため、改善が難しくなると考えます。

東京都日野市では、プログラムを実施していくうちに評価・改善する点が分かってきました。例えば、事業開始当初はプログラムの参加者を手挙げ方式で募集していました。参加者の取組状況は順調で、保健指導終了1年後に、生活習慣の改善状況等を聞き取ると、保健指導時の取組を継続している方が多数でした。しかし、参加者の意欲があまりにも高いことに違和感を覚え、理由を考えたところ、手挙げ方式での参加者募集では、生活習慣改善への意欲がもともと高い人しか参加してもらえないことに気づきました。そこで、市保健師が、重症度が高く、ぜひプログラムに参加してもらいたい人に直接参加勧奨を実施する方法に一部改めました。

事業実施中に違和感があれば、それは事業が順調ではないことのサインだと思います。その部分を評価し改善していくことで次年度の事業がよりよいものになるでしょう。

本手引きは、自治体職員が人事異動等を経てプログラムに携わったとしても参考にいただけるものです。ぜひプログラムの最終目標である「糖尿病による人工透析患者の抑制」と「健康寿命の延伸」を一緒に目指しましょう。

(日野市市民部保険年金課 給付係 係長 今井 信之)

参考資料

- 進捗管理シート
- 事業評価に用いることができるKDBシステムの帳票画面
- フィードバックレポート(FBR)作成ツールの機能
- 糖尿病性腎症重症化予防に関する被保険者向けパンフレット・ポスター・広報動画
- 受診勧奨通知の例
- 保健指導に関する医療機関との情報共有のための書式の例

進捗管理シート

■…庁内連携/次年度の事業修正 ■…地域連携 ■…事業計画 ■…事業実施 ■…事業評価

▼チェック欄▼

No	項目	内容	着手	済
0	事業担当部局・役割分担の決定	事業担当部局の役割分担を決定する		
1	健康課題の把握	健康日本 21 計画やデータヘルス計画等より市町村の健康課題について課題を把握する		
2	対象者概数の把握	FBR 作成ツール等を使いながら健診データやレセプトデータ（空腹時血糖・HbA1c・尿蛋白・eGFR・糖尿病治療有無・レセプト疾患名や薬剤名）を活用して、糖尿病性腎症の概数を把握する		
3	対象者の検討	自治体の健康課題や糖尿病性腎症の概数の試算に基づき、どのような対象者（腎症病期、治療有無、人数、年齢等）にアプローチするかを検討する		
4	事業内容の検討	事業対象者に対して実施する受診勧奨保健指導内容（医療機関受診勧奨・継続的な保健指導）について検討する		
5	予算・人員の確保	事業に必要な人員・予算を確保する		
6	庁内体制の整備	市町村の首長・幹部の理解を得る 関係部局（国保課、健康担当課、後期高齢担当課等）の連携体制を整える		
7	地域関係者とのチーム形成 （都道府県、地区医師会、医療機関、委託機関等）	地域全体の課題として糖尿病性腎症重症化予防対策を進めるために、地域関係者間の連携体制、会議等の開催を企画する		
8	(計画時の) 医師会への相談	郡市医師会に市町村の健康課題や保健事業のねらいについて情報提供する		
9		郡市医師会や専門医に対して、対象者の選定基準や事業内容（受診勧奨・保健指導）および実施方法（手紙・電話・個別面談・戸別訪問・集団指導）について相談する		
10	糖尿病対策推進会議等への相談	都道府県糖尿病対策推進会議に対し、直接あるいは都道府県を通じて情報提供している、助言を受けている		
11	かかりつけ医との連携方策の決定・情報連携	郡市医師会で、受診勧奨あるいは保健指導の際、かかりつけ医との情報共有方法、連携方法について具体的に相談する（受診勧奨通知文、保健指導依頼書、糖尿病連携手帳の活用等）		
12	対象者決定	対象者の抽出基準をもとに、対象者の絞り込みを行う		
13	保健指導内容の決定	レベルに応じて受診勧奨や保健指導の具体的内容を決定する、腎症病期やコントロール状況に応じた保健指導を工夫する		
14	保健指導方法の決定	上記の保健指導内容をどのような方法で実施するかを決定する 具体的な実施手段（手紙・電話・個別面談・個別訪問・集団指導）、指導頻度、担当職種等を決定する		
15	事業評価計画の策定	事業評価の時期、評価指導、指標の収集方法を計画する		
16	(参加募集法の決定)	保健指導（個別・集団とも）において参加者を募集する場合、募集方法を決定している		
17	チーム内での情報共有	市町村（国保課、健康担当課、後期高齢担当課等）、広域連合の間で医師会と協議する内容（対象者の選定基準・保健指導内容や方法）について共有する		
18	計画書作成	事業実施計画書を作成する		
19	担当者に必要なスキルの習得	行政担当者に必要なスキル（事務職や専門職を含む事業担当者、行政の保健指導者）を取得するため、研修会に参加する		
20	マニュアル作成	運営マニュアル、保健指導マニュアルを作成する（受診勧奨レベル、保健指導レベルに応じた介入方法、対応のポイントなどが記載されている）		
21	保健指導教材の準備、勉強会実施	保健指導に必要な教材を準備する、保健指導者間での勉強会を実施する		
22	(外部委託の場合) 委託あり <input type="checkbox"/> 委託なし <input type="checkbox"/>	(対象者抽出、保健指導実施、事業評価等について、外部事業者に委託する場合は考えられる) 外部委託の場合には、その選定基準、実施委託内容、研修体制、連携体制、評価について協議し、医師会等と関係者と情報共有する		
23	個人情報の取決め	個人情報の取扱いについてルールを明確化する		

P
計画準備

No	項目	内容	着手	済		
24	苦情、トラブルの対応	トラブル発生時の相談窓口を決める				
25	連携体制の構築 (庁内関係者)	庁内関係者間で、チーム内での役割分担を行う、事業計画やマニュアル、教材等の確認を行う				
26	連携体制の構築 (地域関係者)	都道府県や保健所、地区医師会、専門医、委託機関など事業に関わる地域関係者と連絡会を行い、事業の具体的内容や連絡票等の確認を行う				
27	受診 勸奨	対象者一覧作成	抽出基準に基づき、対象者一覧を作成する			
28		事前情報収集	受診勧奨を行う対象者の情報（健診結果、病歴、治療状況等）を確認し、必要に応じて受診勧奨実施者間でカンファレンスを行う			
29		受診勧奨の実施	マニュアルに準じた受診勧奨、個々の状態に合わせた情報提供を行っている			
30		記録	受診勧奨・保健指導の内容について記録を残す			
31		実施件数把握	受診勧奨の方法別に対象者数、実施件数を把握する			
32		受診状況把握	本人への聞き取り、かかりつけ医からの返信、レセプトデータより受療状況を把握する			
33		個人情報の管理	個人情報を適切に管理する			
34		マニュアル修正	必要時*マニュアルの見直しや修正を行う（*腎症第3～4期の対象者の場合、手紙→電話→訪問と実施法を変える等）			
35	D 受診 勸奨・ 保健 指導	保健 指導	対象者一覧作成	抽出基準に基づき、対象者一覧を作成する		
36			募集法の検討	予定した対象者を募集するための方法（市町村から募集あるいはかかりつけ医から声掛け等）を工夫する		
37			対象者の確定	実施計画書に基づいた対象者を募集し、予定人数を確保する		
38			事前情報収集	保健指導を行う対象者の情報（健診結果、病歴、治療状況等）を確認し、カンファレンスを行う		
39			かかりつけ医への 留意点確認	かかりつけ医に対し、連絡票などを通じて保健指導上の留意点を確認する		
40			初回支援	指導マニュアルに従い初回面接を行う		
41			継続支援	指導マニュアルに従い継続的な支援（手紙・電話・個別面談・戸別訪問・集団指導）を行う		
42			記録	保健指導の内容、本人の反応、次回支援のポイント等について記録を残す		
43		かかりつけ医との連携	保健指導報告書を通じてかかりつけ医に保健指導実施内容を報告する			
44		医療機関等の情報収集	医療機関情報（治療経過や検査結果等の情報）を本人や糖尿病連携手帳等を通じて確認する			
45		安全管理、個別対応	安全管理に留意した運営を行う、個人の健康状態や生活背景に合わせた保健指導を行う			
46		個人情報の管理、 本人の同意	個人情報を適切に管理する、医療機関からの情報取得等、個人情報の取扱いについてあらかじめ本人の同意を得る			
47		チーム内の情報共有	関係者間で情報共有やカンファレンスを実施する			
48		マニュアル修正	必要時マニュアルの見直しや修正を行う			
49	事業実施中の 医師会への相談	事業実施上の進捗や課題について地区医師会や専門医に報告し、助言を得る				

No	項目	内容	着手	済
50	ストラクチャー評価 委託あり□ 委託なし□	庁内の理解が得られ、事業の実施体制が構築できた		
51		地域の実情に合わせた対象者抽出基準や保健指導方法を決定することができた		
52		地域の関係機関との連携体制が構築できた		
53		事業実施計画書、マニュアル（運営マニュアル、保健指導マニュアル等）、保健指導教材の準備ができた		
54		（委託の場合）委託機関の事業計画、マニュアル、教材、研修体制の確認をした		
55	プロセス評価	スケジュール、マニュアル等に基づいて進捗管理を行った		
56		事業目的に合った対象者を選定、受診勧奨、保健指導を行うことができた		
57		必要時、マニュアルの修正を行い、随時改善を行った		
58	アウトプット評価	（受診勧奨の場合）受診勧奨を行った割合（実施率）、受診勧奨レベル別・性年代別・地区別・勧奨方法別等の評価を行った		
59		（保健指導の場合）保健指導に参加した人の割合（実施率）、保健指導レベル別・性年代別・地区別・募集方法別等の評価を行った		
60	事業参加者についての アウトカム評価 （～1年後）	（受診勧奨の場合）医療機関受診につながった割合（受療率）の評価を行った		
61		指導時の質問等から生活習慣や行動変容等の評価を行った		
62		（受診勧奨、保健指導）翌年健診結果等で検査値変化（体重、BMI、血圧、血糖、脂質、腎機能等）を評価した		
63	事業参加者についての アウトカム評価（中長期的）	（受診勧奨、保健指導）事業対象者の検査値、治療状況、腎症病期、透析導入、心疾患イベント発生の状況を経年的に追跡する		
64	保険者全体のアウトカム評価 （マクロ的評価）	医療保険者が持つデータより、透析導入患者数、糖尿病性腎症対象者数（病期）、未治療率、血糖や血圧コントロール不良者の割合、健診受診率、医療費推移等の視点から経年変化を評価する		
65	改善点の明確化	事業の振り返りを行い、改善点を明確にする		
66	事業評価時の医師会等への 報告、相談	事業評価について、地区医師会に適宜報告、情報共有、改善点等の相談等を行う		
67	糖尿病対策推進会議との 連携体制の構築	都道府県糖尿病対策推進会議に対し、直接あるいは都道府県を通じて、進捗状況や事業評価について情報提供し、連携体制を築く		
68	地域協議会への報告	地域の協議会などで分析結果の報告や改善策の検討を行う		
69	A 改善	次年度計画の立案	次年度の計画策定を行う	
70		長期追跡体制の構築	通常業務として、長期的に特定健診やレセプトデータで評価できる体制を整える保険の移行を想定し、保険者間の引継ぎ、連携体制を整える（国保、高齢者医療、被用者保険）	
71		継続的な業務の引継ぎ	介入対象者の継続的な追跡、毎年の事業実施について、年度や担当者が変わっても進捗が滞らないような対策をする	

平成30年度「糖尿病性腎症重症化予防プログラムの効果検証と重症化予防のさらなる展開を目指した研究」をもとに改変

事業評価に用いることができるKDBシステムの帳票画面

KDBシステムでは以下のような画面において、介入支援対象となった個人と集団の結果を確認することが可能なので、参考にしてください。

合計欄では、表示対象となる被保険者(参加群+未参加群+中断群)の合計人数が表示されます。

比較年度表示は、対象者抽出年度をN年度とした場合、「N-1年度」~「N+3年度」まで表示されます。

項目	基本情報			事業実施期間		喪失年月日			事業実施状況	体重	BMI	糖化HbA1c	空腹時血糖	HbA1c	中性脂肪(TG)	HDL	LDL	non-HDL	
	被保険者番号	氏名	性別	開始月	終了月	国保	後期	介護											
合計	2,303																		
8			女	02															
9			女	02															
						R02年度													
						R01年度													
						H30年度	54.9	22.0	0.0	0.0	431	0.0	5.9	102	160	79.0	61	0	
						H29年度	55.8	22.4	0.0	0.0	445	0.0	5.9	-	194	67.0	97	-	
						R03年度	0												
						R02年度	0												
						R01年度	0												
						H30年度	0	41.9	20.1	0.0	0.0	435	0.0	5.5	0	125	68.0	140	0
						H29年度	0	43.4	20.8	0.0	0.0	446	0.0	5.8	0	117	63.0	146	0
						H29年度	0	43.8	20.9	0.0	0.0	451	0.0	5.9	-	105	64.0	153	-

対象者一覧画面で入力した事業実施期間が個人別に表示されます。

事業実施状況に「1以上の数値」が表示された年度が事業実施年度であり、事業実施前後の比較を表します。

事業評価に用いることができるKDBシステムの帳票画面

比較年度表示は、対象者抽出年度をN年度とした場合、「N年度」「N+1年度」が表示されます。

S27_011

保険者番号 : 保険者名 : 地区 : 作成年月 : H30年度

平均値

介護支援実施前後の 比較(栄養・重症化予防等)_全体

ヒント CSV 印刷 戻る 終了 検索

管理ID	保健事業名	介入分類	人数		比較年度	検査情報													
			男性	女性		BMI	空腹アルブミン	赤血球数	空腹血糖	HbA1c	随時血糖	血糖(7時)	HDL	LDL	non-HDL	収縮期血圧	拡張期血圧		
M0100010000001	高齢者の保健事業	事業参加群	2	R01年度	男	1.2	23.1	0.0	418.0	0.0	5.6	0.0	117.5	53.0	88.5	0.0	146.0	70.5	
				H30年度	女	1.9	22.0	0.0	420.0	0.0	5.8	0.0	128.5	59.0	113.0	0.0	149.0	71.0	
		事業未参加群	33	R01年度	男	0.1	23.5	0.0	446.5	0.0	5.9	0.0	147.5	66.5	89.0	0.0	169.0	70.5	
				H30年度	女	0.7	22.8	0.0	429.5	0.0	6.0	0.0	82.5	61.5	99.0	0.0	144.5	76.0	
		事業未参加群	0	R01年度	男	0.1	22.4	0.0	403.5	0.0	5.8	162.0	106.3	61.6	99.0	0.0	143.0	69.5	
				H30年度	女	0.3	25.3	0.0	414.0	0.0	6.0	201.0	126.7	67.9	118.3	0.0	140.2	69.4	

事業参加群(上段)と事業未参加群(中段)の2年間の比較を表します。

医療費	医療情報				介護情報	
	入院	外来	歯科	調剤	介護給付利用率	介護給付費

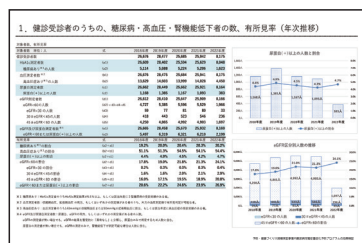
健診情報	2カ年度共に健診結果がある者のみを母数とし、健診値の平均値等を表示
医療情報	レセプトの発生有無に関わらず参加群/未参加群全体を母数とし、医療受診率や医療費等の平均値等を表示
介護情報	介護認定有無または給付有無に関わらず、参加群/未参加群全体を母数とし、介護給付利用率や介護給付費を表示

1件のうち1~1を表示

フィードバックレポート(FBR)作成ツールの機能

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下記7つの視点で表が作成できるものです。

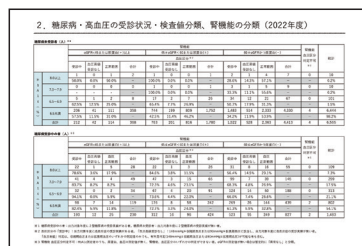
① 地域全体の健康課題の傾向を把握する



地域の全体像を見る表です。年次推移から地域の傾向を知ることができます。

(表1:「健診受診者のうちの、糖尿病・高血圧・腎機能低下者の数、有所見率(年次推移)」)

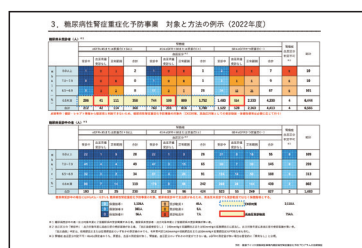
② 健診受診者全体の状況を把握して事業を決める



健診受診者全体の状況をながめ、糖尿病(腎症)対策、CKD対策、高血圧対策をどのように行っていくか考えます。

(表2:「糖尿病・高血圧の受診状況・検査値分類、腎機能の分類(単年度)」)

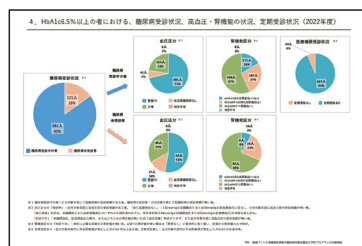
③ 糖尿病性腎症重症化予防対策の対象者と対策を考える



事業対象者をリスクで色分けしています。クリックすると「対象者情報一覧」を表示できます。

(表3:「糖尿病性腎症重症化予防事業 対象と方法の例示(単年度)」)

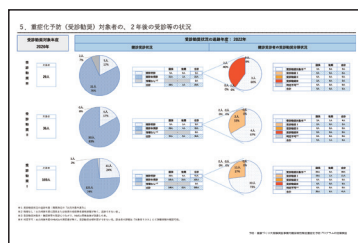
④ HbA1c6.5%以上の者の血圧や腎機能状況、定期受診の状況を知る



糖尿病受診・未受診それぞれで、血圧や腎機能の状況を円グラフで比較できます。定期的な受診の有無も分かります。

(表4:「HbA1c 6.5%以上の者における、糖尿病受診状況、高血圧・腎機能の状況、定期受診状況」)

⑤ 糖尿病性腎症重症化予防の対象者のその後の受診勧奨の状況を知る



受診勧奨対象者を各レベルに分類し、それぞれ2年後の健診受診の有無、受診勧奨からの変化を見ることができます。

(表5:「重症化予防(受診勧奨)対象者の、2年後の受診等の状況」)

⑥ 糖尿病の人のその後(医療・介護費)を知る



糖尿病ありの人の経過(健診受診の有無や要介護認定、透析導入の発生状況、医療費・介護給付費)を継続的に追うことができます。

(表6:「糖尿病ありの者の追跡:医療費・介護等の状況」)

⑦ 糖尿病性腎症重症化予防事業のアウトプットを見る

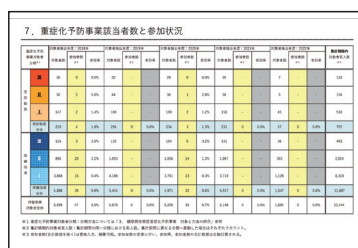


表3の受診勧奨、保健指導の対象者数の年次推移になります。参加情報を登録しておくと、事業のアウトプット評価になります。

(表7:「重症化予防事業該当者数と参加状況」)

糖尿病性腎症重症化予防に関する 被保険者向けパンフレット・ポスター・広報動画

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000055466_00005.html

●パンフレット



●ポスター



●広報動画



受診勧奨通知の例

●予防・健康づくりに関する大規模実証事業で作成の受診勧奨通知(未治療者用)

●予防・健康づくりに関する大規模実証事業で作成の受診勧奨通知(治療中断者用)

受診勧奨通知の例

●千葉県船橋市

新たな健康情報

CKD(慢性腎臓病)をご存じですか?

CKDは次の①、②いずれか、または両方が3か月以上続くときに診断されます。

①糸球体ろ過量(eGFR)が低下している
②尿にたんぱくが出ている
※詳しくは裏面参照

わたしは症状が何もないのでまだ大丈夫ですよ。

いいえ。腎臓病は、多くの場合進行するまで無症状です。

腎臓病発症 → 無症状 → 症状出現 → 透析

腎臓は「沈黙の臓器」と言われています。

症状出現: 血圧上昇、むくみ、たるさ、貧血、骨が弱くなる

透析: 裏面で、あなたの腎臓の状態を確認してみましょう!

船橋 太郎 様 特定健康診査 受診結果 2023年〇月〇日

(参考: 日本腎臓学会編 CKD診療ガイドライン2018)

検査項目	基準値	検査結果
腎臓が老廃物を排出する能力を測る指標である。数値が低いほど機能が低下していることを検出されます。	eGFR (mL/min/1.73m ²)	60以上
尿たんぱく	(-)	(+)

非病に心配

生活習慣を見直してCKD予防

- 減塩 (1日6g未満)
- 肥満の予防・改善 (BMI25未満)
- 適切な水分摂取 (飲料水として1日1.5Lを目安に)
- 適度な運動 (ウォーキングなど)
- 必要な薬以外は服用、使用しない (サプリメントも含む)
- 禁煙
- 飲酒は適量を守る (1日2会が目安、週2日は休肝日をもうけましょう)

一度、かかりつけ医に受診・ご相談ください。

お問い合わせ先
船橋市 健康づくり課
電話: 047-409-3394

保健指導に関する医療機関との情報共有のための書式の例

●千葉県船橋市

船橋市健康部 健康づくり課受て FAX 047-409-2934
TEL 047-409-3394

医療機関→健康づくり課 保健指導依頼書

記入日	年 月 日	FAX	
医療機関名		Tel	
医師名	診療科		

対象者 <生年月日> 年 月 日 <年齢> 歳
<性別> 男・女
<健診受診> 有・無

依頼内容(複数可)

定期的に保健指導をお願いしたい(糖尿病性腎症予防プログラムへの参加、等)
食事指導依頼(エネルギー kcal / タンパク質 g / 塩分 g等)
在宅での療養確認
専門医連携への繋ぎをしてほしい
内服状況の確認(残薬確認)
生活状況の確認
体重コントロール
運動指導の紹介(強度および注意点:)
その他:(療せてきている等、透析導入を助めたいが…)

主治医からのコメント ()

既往・治療歴・所見等

【治療中の疾患(疑い含)】
高血圧症 脂質異常症 心血管疾患

糖尿病(2型・1型・その他) 【罹患期間】 約 年(年発症)
 合併症の有無 糖尿病性腎症 糖尿病網膜症 糖尿病神経症
その他 ()

【通院状況】 1 回 / 月 【採血状況】 1 回 / 月
 【内服薬名】 経口薬・インスリン等

採血日付				
空腹時血糖 mg/dl				
食後血糖 mg/dl (h)				
HbA1c %				
血清クレアチニン				
eGFR				
アルブミン尿				
血清アルブミン				

【コントロール】 優・良・可・不良・不可
 【特記事項】 ()

※当課の保健師・管理栄養士が訪問させていただきますので、ご都合の良い曜日・時間帯があればご記入ください。(曜日 / 時頃～ 時頃) 船橋市健康部健康づくり課 047-409-3394

健康づくり課→医療機関 保健指導報告書

医療機関名 () 先生

保健指導実施日	年 月 日	保健指導依頼日 (年 月 日)
健康づくり課 保健師・管理栄養士	担当者名:	

【保健指導依頼内容】

【在宅での療養状況】
 ※服薬・残業等、買い物状況、食事の摂り方

【現在の在宅での本人の取組み状況】
 ※指示エネルギーを守るようにしているが週半分は外食等

【本人の理解度および受け止め方・医療への期待感】
 ※認知も精査

【対象者の医療機関への要望等】

【生活改善のための目標設定】

【セルフケア能力】
 【家族の協力等】

【介護保険等の利用の有無】

【問題点】

【保健指導実施内容】
 ・食生活および運動指導内容

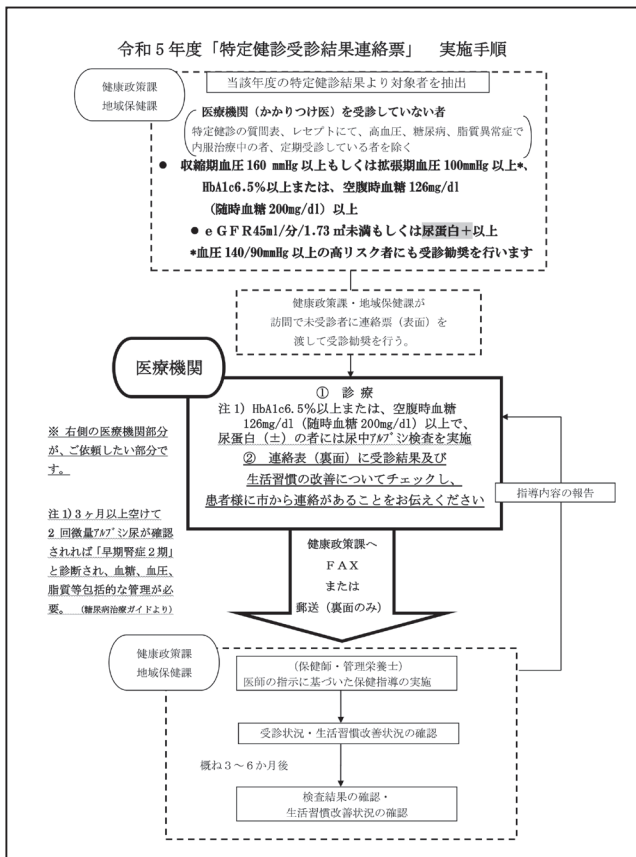
【今後の方針】
 今後も定期的に支援し、結果を報告していく等。

保健指導に関する医療機関との情報共有のための書式の例

静岡県富士市

表面	
特定健診受診結果連絡票	
【富士市→医療機関】	
富士市 No 糖-	令和 年 月 日
医療機関	御中
受診者	
(ふりがな)	
氏 名	
生年月日	
住 所	
<通信欄> 月 日の特定健診で <input type="checkbox"/> 糖代謝 (HbA1c: 空腹時・随時血糖:) <input type="checkbox"/> 血圧 () 腎機能 (eGFR:) (尿蛋白:) <input type="checkbox"/> 脂質 () <input type="checkbox"/> その他 ()	
上記の異常が認められました。健診結果をご高覧いただき、ご指導・ご加療をお願いいたします。 富士市 保健部 健康政策課・地域保健課 電話 64-8992・64-8993	
<受診者同意書> 受診結果を医療機関から富士市健康政策課へ報告することに同意します。 令和 年 月 日 署名 _____	

裏面	
FAX: 0545-64-7172	
特定健診受診結果連絡票	
【医療機関→富士市】	
富士市 No 糖-	令和 年 月 日
富士市健康政策課 健診担当 行	
■ 受診結果を連絡します。	
受診日	令和 年 月 日
受診結果	<input type="checkbox"/> 要治療 (当院で治療・他院 () へ紹介)
	<input type="checkbox"/> 経過観察 (ヶ月後)
	<input type="checkbox"/> 異常なし
尿中7α7βミシ検査	<input type="checkbox"/> 実施 (結果 mg/g・Cre) <input type="checkbox"/> 未実施
■ 生活習慣の改善について、保健師・管理栄養士から話してほしい項目の口にチェックし、指示事項等がある場合は記載してください。(患者様には市から連絡があることをお伝えください)	
<input type="checkbox"/> 食事のチェック	(指示事項)
<input type="checkbox"/> 運動のすすめ	(注意事項)
その他注意事項等	
医療機関名	



糖尿病性腎症重症化予防に関する事業実施の手引き改訂ワーキンググループ 構成員

座長

津下 一代 女子栄養大学 特任教授

安孫子 亜津子 旭川赤十字病院 副院長 兼 糖尿病・内分泌内科部長

安西 慶三 佐賀大学医学部内科学講座 肝臓・糖尿病・内分泌内科 教授

今井 信之 日野市市民部保険年金課 給付係 係長

樺山 舞 大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻

総合ヘルスプロモーション科学講座 教授

塩谷 祐実 富士市保健部健康政策課 健診担当 統括主幹

関根 真紀子 船橋市健康部健康づくり課 特定保健指導係 係長

田中 和美 神奈川県立保健福祉大学 保健福祉学栄養学科 教授

野添 華 香春町保険健康課 健康づくり係 係長

矢部 大介 岐阜大学大学院医学系研究科

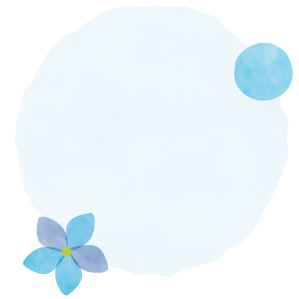
糖尿病・内分泌代謝内科学／膠原病・免疫内科学 教授

若林 奈々恵 栃木県保健福祉部健康増進課 がん・生活習慣病担当 主任

脇野 修 徳島大学大学院 医歯薬学研究部 腎臓内科学分野 教授

(敬称略)

(役職名は2024年2月時点)



ひと、暮らし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare