

## 糖尿病対策に関する自治体の取組調査（ヒアリング調査）結果

# 調査概要

自治体における糖尿病対策の取組に関する好事例を整理するにあたり、都道府県及び市町村を対象として、現状実施している取組内容や、工夫、課題等についてヒアリングを実施した。

## ヒアリング概要

<b>目的</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ 本調査は、特徴的・効果的な糖尿病対策を実施している自治体の取組内容を把握し、今後の糖尿病対策の参考とすることを目的として、アンケート調査結果を踏まえたヒアリング調査を実施する。</li></ul>
<b>対象</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ アンケート結果を確認のうえ、好事例として位置づけられる地域を選定。</li><li>■ 地方（北海道・東北、関東、中部、中国・四国、九州）で分散するよう都道府県を選定。</li><li>■ 都道府県と市町村の連携等を確認するため、できる限り上記都道府県内で市町村を選定。</li></ul>
<b>方法</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ オンライン開催（1月末～2月前半に実施）</li></ul>

# 調査項目

ヒアリング調査では、当該自治体における糖尿病の全体像を確認したうえで、力を入れている・工夫している取組の内容、患者支援やスティグマ対策の状況、糖尿病対策の課題、今後の展望および国への要望を伺った。

#	調査項目	ヒアリング事項
1	糖尿病対策の全体像	① 糖尿病に関する状況や地域特性等 ② 糖尿病対策の実施体制（担当部門等）の全体像 ③ 外部との連携に活用している会議体
2	力を入れている・工夫している取組	① 取組開始の背景 ② 取組の内容・運用 ③ 成果・取組のポイント（他の自治体が参考にできるポイント） ④ 事業を進めるなかで、住民より聞かれた具体的な声（市町村）
3	患者支援	① 取組んでいる患者支援の内容（対象自治体のみ） ② 患者支援において感じている課題
4	スティグマ対策	① 取組んでいるスティグマ対策の内容（対象自治体のみ） ② スティグマ対策において感じている課題
5	糖尿病対策の課題	① 貴自治体で感じている課題 ② 多くの自治体で感じている課題 【例】医療機関との連携、受診行動につなげる工夫 など
6	今後の展望	① これから行いたい施策 ② 国への要望

# 結果の概要（1 / 3）

糖尿病対策は、医師や協会けんぽ等と連携しながら取組が実施されていた。

#	調査項目	ヒアリング概要
1	糖尿病対策の全体像	<ul style="list-style-type: none"><li>■ 都道府県・市町村共通<ul style="list-style-type: none"><li>➢ 糖尿病対策の内容は、基本的に医師（医師会・医療機関等）を含む会議体で検討されていた。国保以外の人への取組は地域職域連携推進会議等の場で協会けんぽ等の関係者と連携されていた。</li></ul></li><li>■ 都道府県・市町村連携（都道府県から市町村に向けた支援）<ul style="list-style-type: none"><li>➢ 人口の集中している市近辺を中心に、一般の方向けの普及啓発を行っている。</li><li>➢ 専門医の不足を受け、かかりつけ医による糖尿病治療の向上とネットワーク形成のため、かかりつけ医向け研修を開催。広域に向けリスティング広告／TVer広告による普及啓発を実施。</li><li>➢ 県版予防プログラムに協会けんぽの位置づけを盛り込んだり、専門職に向けた研修資料を作るなど市町村を支援。</li><li>➢ 相談医養成により市町村の体制整備を推進しており、糖尿病専門医の少ない県南に相談医を養成。</li><li>➢ 県の健康増進計画に糖尿病対策を最重要施策の1つとして位置づけ。専門医・かかりつけ医の連携のためのツールの作成、連携医の養成、熊本地域糖尿病療養指導士の養成など、医療連携体制の強化に幅広く取組んでいる。</li></ul></li></ul>
2	力を入れている・工夫している取組	<ul style="list-style-type: none"><li>■ 都道府県・市町村共通<ul style="list-style-type: none"><li>➢ 地域の課題感が強く関係者間で取組の重要性が共有できている場合は、予算が確保しやすく、担当者が変わっても長期的に取組まれていた。</li><li>➢ 取組の結果としてアウトカムの変化まで実感している自治体は少なかった。</li></ul></li><li>■ 都道府県<ul style="list-style-type: none"><li>➢ 特定健診受診率向上を目指したイベントの開催、かかりつけ医等を対象にした研修、国保以外の方に対する重症化予防プログラムの推進、保険者や専門医との連携を図りやすくすることを目的とした連携ツールの作成等が実施されていた。</li></ul></li><li>■ 市町村<ul style="list-style-type: none"><li>➢ SNSを用いた働く世代へのアプローチ（早期発見/受診勧奨）、協会けんぽとの連携による保健指導等の周知（職域・就労世代への取組）、動画やチラシの作成、イベントの開催（普及啓発）等が実施されていた。</li><li>➢ 取組を行ったところ、介護保険第2号被保険者の要介護認定率が減少した自治体があった。</li></ul></li></ul>

## 結果の概要（2/3）

患者支援としては、他疾患も含めた治療と仕事の両立のためのセミナーを実施している自治体があった。糖尿病対策の課題として、働く世代へのアプローチ等があった。

#	調査項目	ヒアリング概要
3	患者支援	<ul style="list-style-type: none"><li>■ 都道府県・市町村共通<ul style="list-style-type: none"><li>➢ 仕事への両立支援、患者への心理的なサポート等について、現状で課題感を認識している自治体は少なかった</li></ul></li><li>■ 都道府県<ul style="list-style-type: none"><li>➢ 他疾患も含めた治療と仕事の両立のためのセミナーを実施している自治体があった。</li></ul></li></ul>
4	スティグマ対策	<ul style="list-style-type: none"><li>■ 都道府県・市町村共通<ul style="list-style-type: none"><li>➢ ブルーライトアップやHPでの情報提供等一般市民向けの普及啓発等の取組があった。</li><li>➢ 専門職向けの指導資材にスティグマ回避のポイントを盛り込む等の取組があった。</li><li>➢ 取組を実施していない自治体でも、会議体での医師の発言からスティグマ対策に課題感を持つ自治体もあった。</li><li>➢ ただし市町村であっても当事者から直接意見を確認できている自治体はなかった。</li></ul></li><li>■ 都道府県<ul style="list-style-type: none"><li>➢ 一般の健康相談窓口寄せられた内容等からスティグマ対策に課題感を持つ自治体もあった。</li></ul></li></ul>
5	糖尿病対策の課題	<ul style="list-style-type: none"><li>■ 都道府県<ul style="list-style-type: none"><li>➢ 働き世代へのアプローチ、医療機関との連携、受診率の地域差、KDB等のデータ活用における課題に加え、取組の成果測定が難しいとの声もあった。</li></ul></li><li>■ 市町村<ul style="list-style-type: none"><li>➢ 地域のかかりつけ医や眼科・歯科との連携、協会けんぽ等国保以外の加入者の対策、また、小規模自治体等では人手・資源不足といった課題等があった。</li></ul></li></ul>

## 結果の概要（3 / 3）

今後の展望として、医療機関との連携の強化、保険者を越えたデータ連携、全国的な普及啓発等が求められていた。

#	調査項目	ヒアリング概要
6	今後の展望	<ul style="list-style-type: none"><li>■ 都道府県・市町村共通<ul style="list-style-type: none"><li>➢ 人材・財源不足や地域格差に対応し、医師会・多職種・企業連携を持続的に強化するとの声があった。</li><li>➢ 国への要望としては、好事例の情報提供、都道府県－市町村間や国保－協会けんぽ間のデータ連携の柔軟化、若年層・働く世代への予防施策や啓発支援（事業主向け含む）の拡充があった。</li></ul></li><li>■ 都道府県<ul style="list-style-type: none"><li>➢ 今後の展望として、糖尿病・CKDを一体的に捉えた対策を行うとの声があった。</li><li>➢ 国への要望としては、専門職連携体制や人材育成、スティグマに関する全国的な状況の把握などがあった。</li></ul></li><li>■ 市町村<ul style="list-style-type: none"><li>➢ 好事例の情報提供、都道府県－市町村間や国保－協会けんぽ間のデータ連携の柔軟化、若年層・働く世代への予防施策や啓発支援（事業主向け含む）の拡充、スティグマに関する全国的な状況の把握などがあった。</li><li>➢ 今後の展望として、ライフコースの予防を行うとの声があった。</li></ul></li></ul>

# 自治体における取組事項（1/2）

各自治体の、発症予防、早期発見/受診勧奨、就労世代（若年層）の取組は以下の通り。

課題	実施事項
発症予防	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 普及啓発               <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 糖尿病に関する普及啓発（例：公式YouTubeでの住民講演の公開、講演会、市民講座、イベント開催等）</li> <li>➢ 糖尿病と歯周病疾患に関する普及啓発（例：動画作成、イベント開催等）</li> <li>➢ 世界糖尿病デーに合わせた普及啓発（例：記念講演、啓発資材の配布等）</li> </ul> </li> <li>■ 保健指導               <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ フレイル対策と生活習慣病対策を連動させた指導資材の作成</li> </ul> </li> <li>■ アプリの活用               <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 県独自の健康アプリの活用（ポイントによる健康行動の促進）</li> </ul> </li> </ul>
早期発見/ 受診勧奨	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 健診・早期発見               <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 健診で予備群であった人へのOGTT（糖負荷検査）補助</li> <li>➢ 19～39歳への健診の実施等（及び、糖尿病予備群へのOGTTの実施）</li> </ul> </li> <li>■ 患者情報の確認・共有               <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 検査データより経時的に変化を確認</li> <li>➢ 患者情報の共有（例：教育入院後、在宅に戻った患者の生活状況を保健師が訪問して確認し、病院へ共有）</li> </ul> </li> <li>■ 受診勧奨               <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 市の保健師が専門医へ直接紹介するための支援を実施</li> <li>➢ HbA1c高値者（6.5%以上等）の台帳管理と個別支援の実施</li> <li>➢ 家庭訪問や架電による継続的な患者フォロー</li> <li>➢ 国保以外の方に対する重症化予防プログラムの推進</li> </ul> </li> <li>■ 中断対策               <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 治療中断者や受診控えのある住民に対する保健師による継続的なアプローチを実施</li> </ul> </li> </ul>
就労世代/ 若年層	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 就労世代、若年層へのアプローチ               <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 国保加入者以外の保健指導（例：協会けんぽから対象者を抽出、協会けんぽからのデータ受領等）</li> <li>➢ 糖尿病に限らず、脳卒中・がんなど他疾患も含めた「治療と仕事の両立支援セミナー」の開催</li> </ul> </li> <li>■ 普及啓発               <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 企業との地域連携協定を締結し、広報を実施</li> <li>➢ 職員の手によるショート動画の作成</li> <li>➢ SNS（例：公式のLINEやX）、ホームページなどを通じた周知</li> </ul> </li> </ul>

# 自治体における取組事項（2/2）

各自治体の、医療提供体制整備等の取組は以下の通り。

課題	実施事項
医療提供体制整備	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>かかりつけ医への研修や啓発</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 医師会との連携による、かかりつけ医に対する糖尿病に関する研修の開催（例：基礎研修、症例検討等）</li> <li>➢ 医師に行政の施策を周知するための動画やチラシの作成（例：糖尿病性腎症重症化予防プログラムの普及資材等）</li> <li>➢ 専門医が少ない地域において、かかりつけ医が専門医の役割を担うための標準治療に関する研修</li> <li>➢ 相談医養成制度を設置</li> <li>➢ 「重症化予防診療ガイド」の整備</li> </ul> </li> <li>■ <b>連携強化</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 糖尿病連携手帳の活用（専門医、医師、歯科医師等）</li> <li>➢ 連携医や専門医療機関、眼科医、歯科、自治体、保険者等との連携を図るための糖尿病手帳等の活用</li> <li>➢ 二次医療圏ごとの連携会議の開催</li> <li>➢ 専門医への照会、生活状況の情報提供</li> <li>➢ 自治体の保健師と病院の看護師で連携した患者情報の共有</li> <li>➢ 開業医と専門医の循環システムの強化</li> </ul> </li> </ul>
糖尿病対策を進めるための全体的な取組	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>機関連携等</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 国保連との連携（例：健康・医療データを分析するための情報プラットフォームの活用）</li> <li>➢ 協会けんぽとの連携（例：協会けんぽの健診受診者へ地区保健師が保健指導を実施）</li> <li>➢ 医師会との連携（例：各種会議の参加）</li> <li>➢ 歯科医師会との連携（例：開催するイベントに歯科相談のブースを設置）</li> <li>➢ 大学との連携（例：糖尿病性腎症及び慢性腎臓病の重症化予防に係る連携協定の締結）</li> <li>➢ 企業との連携（例：企業と地域連携協定を締結し、啓発活動を実施）</li> </ul> </li> </ul>
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>小児への介入</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 小学生、中学生へ健康づくりや生活習慣病の早期の予防や早期の健康作りの教育</li> <li>➢ 中学生への健診</li> </ul> </li> <li>■ <b>妊婦への支援</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 妊婦へのOGTT（糖負荷検査）補助</li> </ul> </li> <li>■ <b>食事</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 糖尿病の方でも安心して食べられるメニューを提供することを目的とした「ブルーサークルメニュー」の作成</li> </ul> </li> </ul>

# 協会けんぽ、国保との連携事例

イベント開催、データ連携、保健指導等が実施されていた。

自治体	内容
北海道	<ul style="list-style-type: none"><li>■ 協会けんぽを含め、関係者と糖尿病対策の普及啓発イベントを開催</li><li>■ 国保と協会けんぽのデータを道や市町村で確認できるように独自システムを整備</li></ul>
福島県	<ul style="list-style-type: none"><li>■ 協会けんぽで実施する受診勧奨と保健指導の対象を一部地域から全県に展開することを支援</li><li>■ 会議体に協会けんぽが参加</li></ul>
栃木県	<ul style="list-style-type: none"><li>■ （保険者間の連携を促すために）県版糖尿病重症化予防プログラムに協会けんぽを含め国保以外の関係者の役割を明記</li></ul>
新潟県上越市	<ul style="list-style-type: none"><li>■ 連携協定のもと地区担当保健師が協会けんぽの健診受診者への保健指導を実施</li><li>■ 協会けんぽと保健事業連携会議を実施</li></ul>
京都府京都市	<ul style="list-style-type: none"><li>■ 個別の意見交換や事業検討の場を設置</li></ul>

# 自治体の取組内容



# 北海道の取組（概要）

凡例



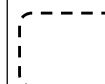
担当課  
実施事項



会議体



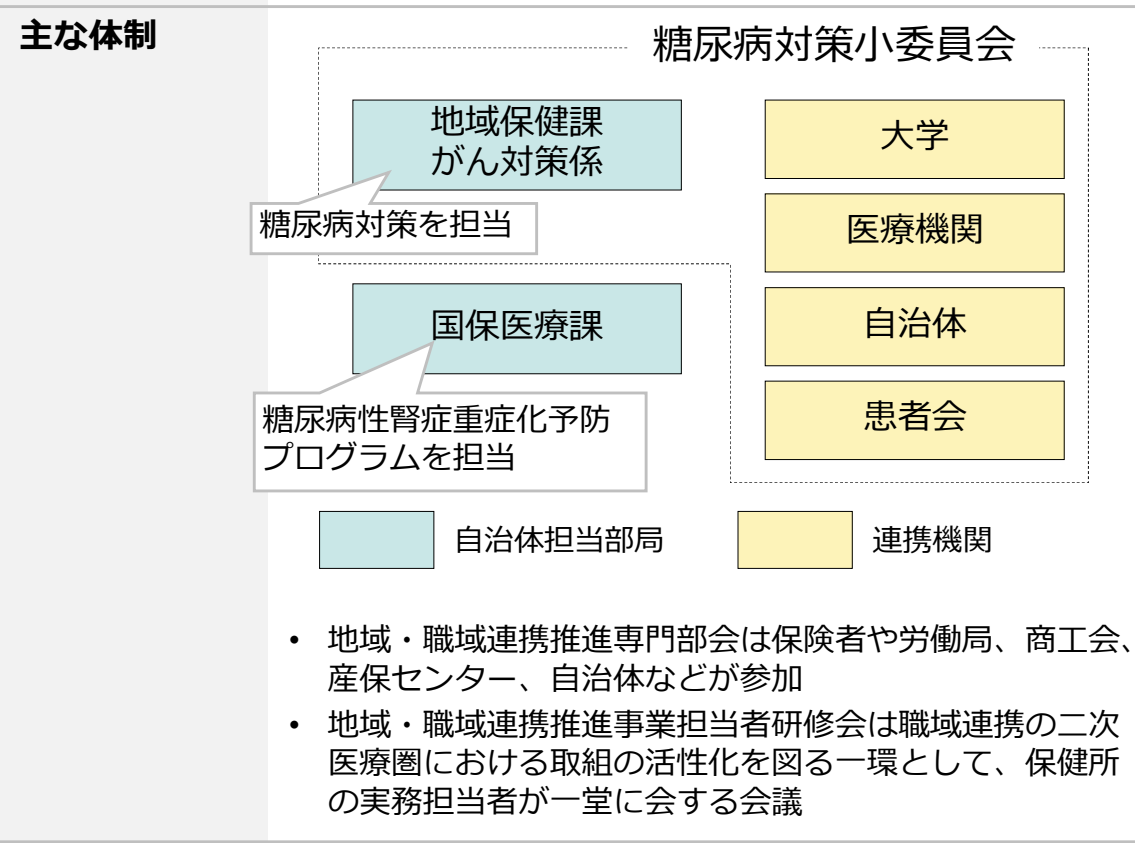
部署連携



協定、  
連携

北海道は、糖尿病対策小委員会、地域職域連携推進協議会、保健所実務者の会議（担当者会議）等の会議を開催。

人口	5,044,825人（令和7年1月1日現在）
糖尿病対策の実施体制	<p><b>担当部局</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>地域保健課がん対策係：糖尿病対策を担当</li> <li>国保医療課：糖尿病性腎症重症化予防プログラムを担当</li> </ul> <p><b>検討体制・会議体</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>糖尿病対策小委員会</li> </ul> <p><b>都道府県・市町村連携</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>人口の集中している札幌市近辺を中心に幅広く、一般の方向けの普及啓発を行っている。</li> </ul>



**確認している指標**

#	項目
1	糖尿病性腎症による新規透析導入患者数（R6：584人）
2	特定健診の受診者数・実施率（R5：49.5%）
3	特定保健指導の実施者数・実施率（R5：22.4%）
4	地域連携クリティカルパスを導入している医療機関数

**活用しているデータ**

#	項目
1	国民健康保険データベース（KDB）
2	特定健康診査・特定保健指導のデータ（NDBオープンデータ）
3	KDB Expander

**主な取組（赤字の詳細は次ページ参照）**

#	項目	内容
1	啓発資材の作成	北海道公式YouTubeで住民講演を公開
2	イベントの開催	特定健診の普及を目的とした大型イベントの開催

# 北海道の取組（詳細）～普及啓発～

働き世代をターゲットとした動画メディアを活用した広域普及の推進と体験型イベント開催により、健康意識を醸成。

## 背景

- 地理的な特徴を踏まえた体験型イベントの限定的な効果が課題

## 取組内容

- 動画メディア（YouTube）を活用した住民向けセミナー配信
  - 平日イベント参加が困難な働き世代がターゲット
  - 主なコンテンツ
    - 慢性腎臓病（CKD）  
ー大切な腎臓を守るためには-
    - 食生活管理
- 体験型のイベント開催
  - 特定健診普及啓発イベント
    - コンテンツ
      - 血管年齢の測定
      - 体脂肪の測定
      - 健康チェック体験
      - 肥満模型の展示
    - 開催場所と曜日
      - 札幌駅前地下歩道開催
      - 土曜日開催
    - 共催
      - 協会けんぽ
      - 北海道労働保健管理協会
      - 札幌市
      - 企業 等



- 動画とイベントを組み合わせることで多様な層への情報提供が可能になると思われる。

## 特定健診普及啓発イベントの開催について

### ◆イベント内容

★健康チェックコーナー 血管年齢や肥満度を手軽に測定することができます。

★パネル展示コーナー 特定健診やがん検診、肥満、血圧についてイラストを用いてわかりやすく解説したパネルを展示します。

★模型展示コーナー 肥満や血管についての模型を展示します。自分の身体について目で見て知りましょう！

★リーフレットやパンフレット配布！

# 福島県の取組（概要）

凡例



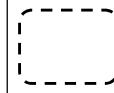
担当課  
実施事項



会議体



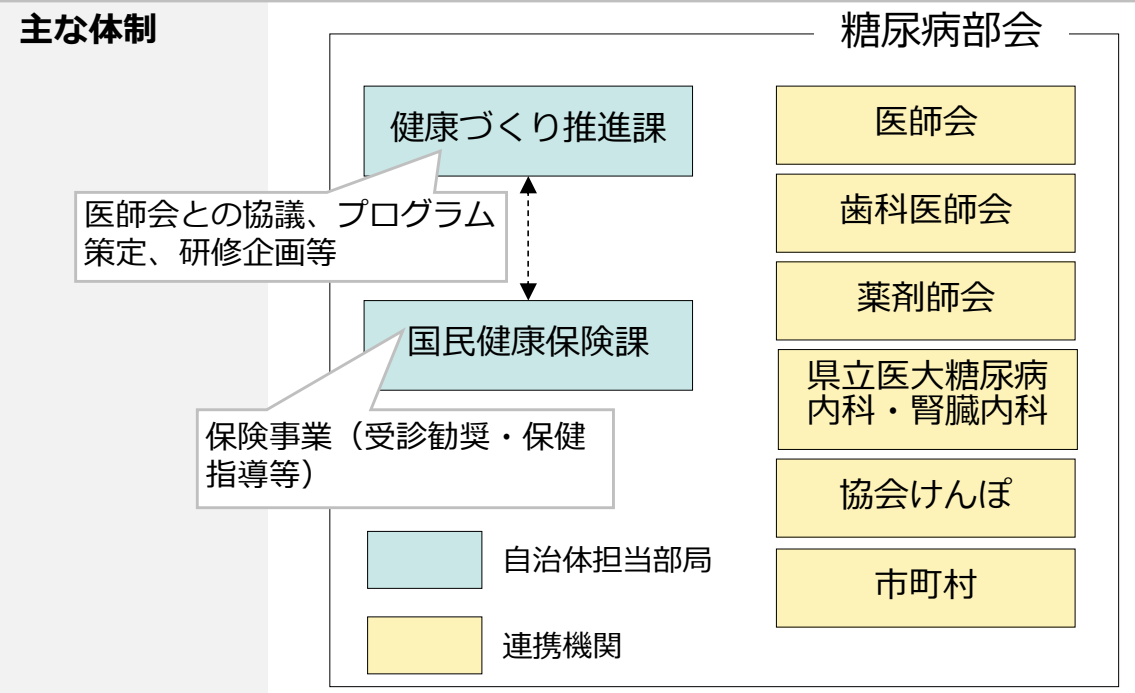
部署連携



協定、  
連携

福島県は、生活習慣病検診等管理指導協議会の一つとして、糖尿病部会を県独自に設置。

人口	1,712,635人（令和8年1月1日現在）
糖尿病対策の実施体制	<p><b>担当部局</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>健康づくり推進課：医師・保健師が所属し、医師会との協議、プログラム策定、研修企画等を担当</li> <li>国民健康保険課：住民支援として保険事業（受診勧奨・保健指導支援等）を担当</li> </ul> <p><b>検討体制・会議体</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>生活習慣病検診等管理指導協議会の一つとして、糖尿病部会を県独自に設置</li> </ul> <p><b>都道府県・市町村連携</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>かかりつけ医向け研修を開催。広域に向けインターネットを用いた動画等による普及啓発を実施。</li> </ul>



確認している指標	
#	項目
1	糖尿病性腎症による新規透析導入患者数（R5：217人）
2	血糖コントロール不良者数・割合（HbA1c 8.0%以上の方等）（R4：1.41%）
3	糖尿病の有病者数・割合（R4：8.5%）
4	特定健診の受診者数・実施率（R5：58.3%）
5	特定保健指導の実施者数・実施率（R5：29.5%）

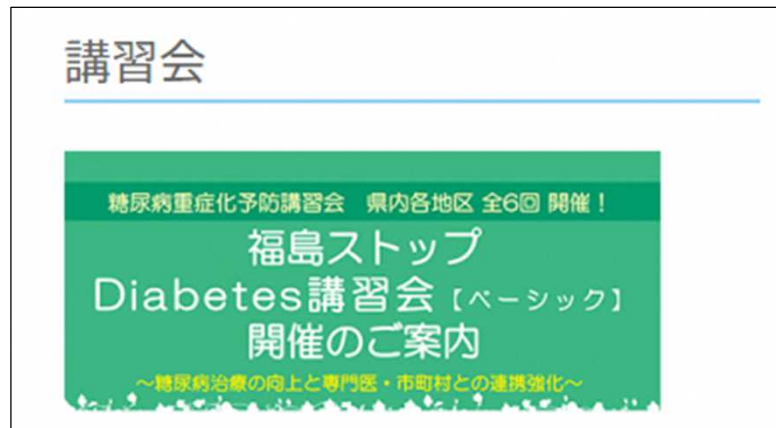
活用しているデータ	
#	項目
1	国民健康保険データベース（KDB）
2	特定健康診査・特定保健指導のデータ（国保分） 特定健康診査・特定保健指導のデータ（NDBオープンデータ、協会けんぽや健康保険組合、共済組合等のデータなど、国保分以外）
3	レセプトデータ（国保分）

主な取組（赤字の詳細は次ページ参照）		
#	項目	内容
1	研修の開催	専門医不足解消を目的とした、かかりつけ医向け標準治療研修および医師同士の連携を目的とした研修の実施
2	普及資材の作成	自治体の取組周知を目的とした、医師向け動画・チラシの作成
3	保健指導支援	協会けんぽが保健指導を全県に展開することを支援
4	啓発資材の作成・周知	企業と地域連携協定を締結し、啓発活動を実施

# 福島県の取組（詳細）～かかりつけ医研修～

e-ラーニングを活用したかかりつけ医研修を推進。動画メディアとリーフレットを活用した糖尿病無関心層医師に対するアプローチの推進。

<b>背景</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 専門医不足</li> <li>■ かかりつけ医による標準治療提供ニーズの増大</li> <li>■ 専門医とかかりつけ医の連携強化の必要性増大</li> <li>■ 医師会からアドバイス             <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「専門医とかかりつけ医の顔の見える関係性の構築が必要」</li> </ul> </li> </ul>
<b>取組内容</b>	<p>かかりつけ医向け重症化予防講習会の開催</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 基礎研修（標準治療に関する研修） 3回</li> <li>■ 発展研修（症例検討） 1回/年</li> </ul> <p>糖尿病無関心層医師へのアプローチの推進</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 動画やチラシの作成</li> </ul>
<b>実施形態</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 企画 県および医師会</li> <li>■ 研修 医師会（県から委託）</li> </ul>
<b>財源</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 被災者支援総合交付金</li> </ul>
<b>今後の課題</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 財源の確保</li> </ul>



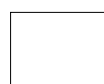
時間や場所に制約されず受講でき、且つ均質な研修内容を提供可能なe-ラーニングコンテンツを提供。

# 栃木県の取組（概要）

凡例



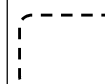
担当課  
実施事項



会議体



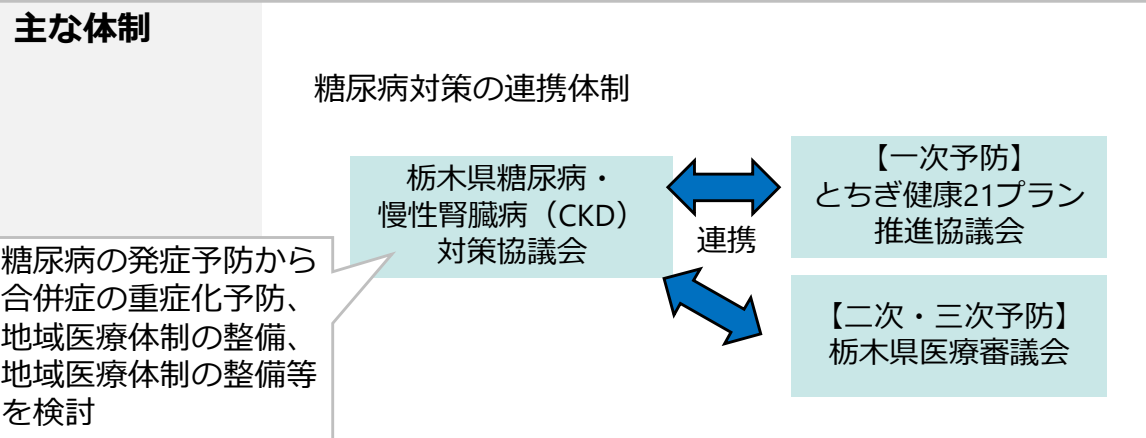
部署連携



協定、  
連携

栃木県では、栃木県糖尿病・慢性腎臓病対策協議会を開催し、糖尿病対策の方向性を検討。

人口	1,868,706人（令和8年10月1日現在）
糖尿病対策の実施体制	<p><b>担当部局</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>健康増進課：がん・生活習慣病担当と健康長寿推進班の2担当において、糖尿病対策に係る1次予防から3次予防を行っている。</li> <li>このほか、連携体制については、市町国保の糖尿病対策は国保部門と、医療連携体制については医療政策課等と連携を図りながら実施している。</li> </ul> <p><b>検討体制・会議体</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>栃木県糖尿病・慢性腎臓病対策協議会を開催</li> </ul>



（栃木県糖尿病慢性腎臓病対策協議会構成員）  
 職能団体、大学病院、栃木県糖尿病療養指導士認定機構、とちぎCDEJの会、患者会の代表、食生活改善推進員、保険者協議会、経営者協会、市町代表

## 確認している指標

#	項目
1	糖尿病性腎症による新規透析導入患者数（R5：243人）
2	糖尿病の有病者数・割合（R4：14.1%）
3	健康寿命（R2：（男性）73.06、（女性）75.36）
4	特定健診の受診者数・実施率（R3：56.5%）
5	特定保健指導の実施者数・実施率（R3：27.8%）
6	特定健診後の受診勧奨実施者の医療機関受診状況

## 活用しているデータ

#	項目
1	患者調査
2	国民健康・栄養調査
3	県民健康・栄養調査 （国と同様の基準で都道府県が独自に実施する調査）
4	医療計画作成支援データブック
5	特定健康診査・特定保健指導のデータ

## 主な取組（赤字の詳細は次ページ参照）

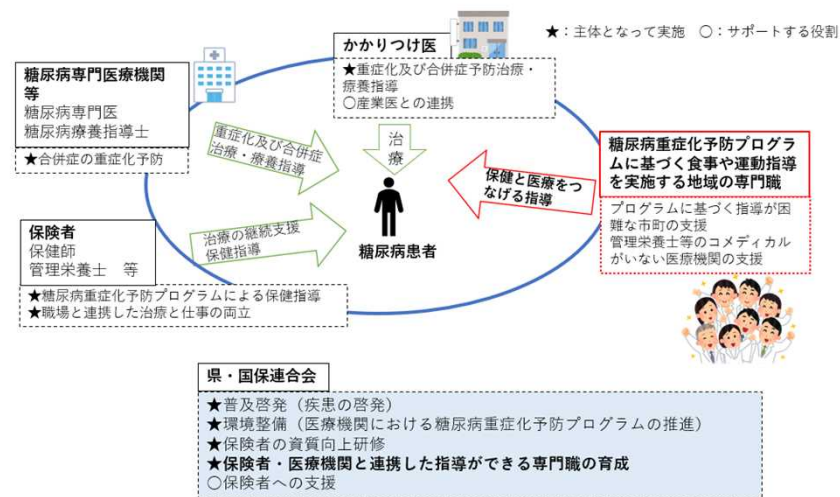
#	項目	内容
1	協議会の開催	一次予防を踏まえた効果的・効率的な取組の検討
2	重症化予防プログラム の推進	保険者が中心となり糖尿病性腎症重症化予防を推進
3	指導資材の作成	指導に係る標準的かつ効果的な保健と医療が連携した従事者向けの指導資材の作成

# 栃木県の取組（詳細）（1/2）～協議会の開催～

糖尿病性腎症重症化予防を推進するための保健と医療を結ぶための連携体制の検討。

目的	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 糖尿病及びCKDの効果的・効率的な予防対策を検討するとともに、保健と医療の連携を推進する</li> </ul>
取組内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 栃木県糖尿病重症化予防プログラムの活用推進に向けた検討</li> <li>■ 糖尿病性腎症重症化を予防するために、糖尿病患者が質の高い治療や療養に係る支援を継続して受けられる体制構築に向けた地域の専門職との連携体制の検討</li> </ul>
実施主体	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 栃木県</li> </ul>
評価指標	<p>中間的アウトカム指標</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 糖尿病予備群の減少</li> <li>・ 糖尿病治療治療継続者の増加</li> <li>・ 糖尿病医療提供体制の状況（糖尿病関連の検査・診療の実施） ※医療政策課と調整しながら実施</li> </ul> <p>長期的アウトカム指標</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 糖尿病が強く疑われる者の割合</li> <li>・ 糖尿病患者の年齢調整外来受療率</li> <li>・ 糖尿病定期受診者のインスリン治療</li> <li>・ 糖尿病性腎症による新規透析導入患者数</li> <li>・ 糖尿病の年齢調整死亡率</li> <li>・ 糖尿病の医療提供体制の状況（糖尿病関連の医療の発生） ※医療政策課と調整しながら実施</li> </ul>
課題と対策	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 透析導入患者数や糖尿病性腎症による透析導入患者の割合が高く、社会保障費を圧迫している。</li> <li>■ 糖尿病専門医の偏在、保険者のマンパワー不足等の理由により、地域や保険者によって糖尿病対策の取り組み状況に差がある。</li> <li>■ 保健分野と医療の分野において、支援方法が標準化されていない。</li> <li>■ 保険者と医療機関が連携して糖尿病患者を支援する体制を構築する必要がある。</li> </ul>

## 糖尿病患者への支援体制で目指す姿



適切な治療や療養に係る支援が継続的に提供できる環境の構築を目的とし、糖尿病重症化予防に特化した指導ができる人材の育成と、育成した人材が活用される体制の整備に取り組む

# 栃木県の取組（詳細）（2/2）～指導資材の作成～

プログラムに基づく保健指導の質の標準化や、保健事業と医療との連携を目的とした指導資材の作成。

<b>目的</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 医療も保健も同じ方向性を持って糖尿病性腎症重症化予防を推進するための糖尿病患者を支援するための情報共有ツールが必要であることから、標準的かつ効果的な指導資材を作成</li> </ul>
<b>取組内容</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 保健と医療が連携し、効果的かつ効率的な保健指導を実施するための指導資材の作成</li> <li>■ 厚生労働省作成の「糖尿病性腎症重症化予防に関する手引き」記載の保健指導の主な内容の項目（①栄養・食生活、②運動・身体活動、③飲酒・喫煙習慣、④口腔健康管理、⑤服薬指導（多剤併用の場合）、⑥その他）に沿って作成</li> <li>■ 高齢者の糖尿病患者の割合は増加しており、指導の際に配慮が必要であることから、フレイル対策と連動させて活用できる資材とした</li> <li>■ 保健や医療現場で活躍する栄養ケア・ステーション等の地域の専門職が活用できる内容に配慮</li> </ul>
<b>作成主体</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 栃木県（栃木県栄養士会委託）</li> </ul>
<b>評価指標</b>	<p>短期的指標</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 指導資材を用いた研修会の開催回数・満足度</li> <li>・ 指導資材を活用した保健指導の回数</li> </ul> <p>中間的アウトカム指標</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 食生活や生活習慣の行動改善の状況</li> <li>・ 糖尿病重症化予防プログラムに基づく保健指導対象者数</li> </ul> <p>長期的アウトカム指標</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 血糖コントロールの状況</li> <li>・ 治療の継続状況</li> <li>・ 糖尿病患者数・透析導入患者数・糖尿病性腎症による透析導入患者数</li> </ul>
<b>課題と対策</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 保健指導の質の標準化や、指導を行う地域の専門職の人材確保を行い、質の高い保健指導を継続して受けられる体制を構築する必要がある。</li> </ul>

「保健と医療を結ぶ専門職のための糖尿病・腎症重症化予防指導者カード(仮)」構成(作成中)

保健指導項目

I 病態 (対象者向け、専門職向け補足資料)	III 運動・身体活動
II 栄養・食生活	IV 飲酒
(1) 良好な血糖値コントロールのために	V 喫煙
(2) 減量指導	VI 口腔の健康管理
(3) 食事の工夫	VII 服薬指導
(4) 健康食品・サプリメントの摂取	VIII その他
(5) 減塩の工夫	(1) 感染症
【腎症重症化予防】	(2) 糖尿病とメンタルヘルス
(6) エネルギー量の管理	(3) 糖尿病スティグマ
(7) たんぱく質量の調整	
(8) カリウムの制限	
(9) リンの摂りすぎに注意しましょう	

配慮が必要な方への指導  
I 高齢者糖尿病患者 II 精神疾患を持つ糖尿病患者

指導報告書作成の考え方



高齢者への指導は専門職のためのフレイル予防指導者カードと連動

- ・ 指導資材は栄養・食生活分野を中心に、県栄養士会が中心となって有識者や多職種で内容を検討し作成した
- ・ フレイル対策と糖尿病や生活習慣病対策を連携させた資材の作成より、ライフステージに応じた保健指導が実施できる
- ・ 多職種で活用できる資料となっている

# 大分県の取組（概要）

凡例



担当課  
実施事項



会議体



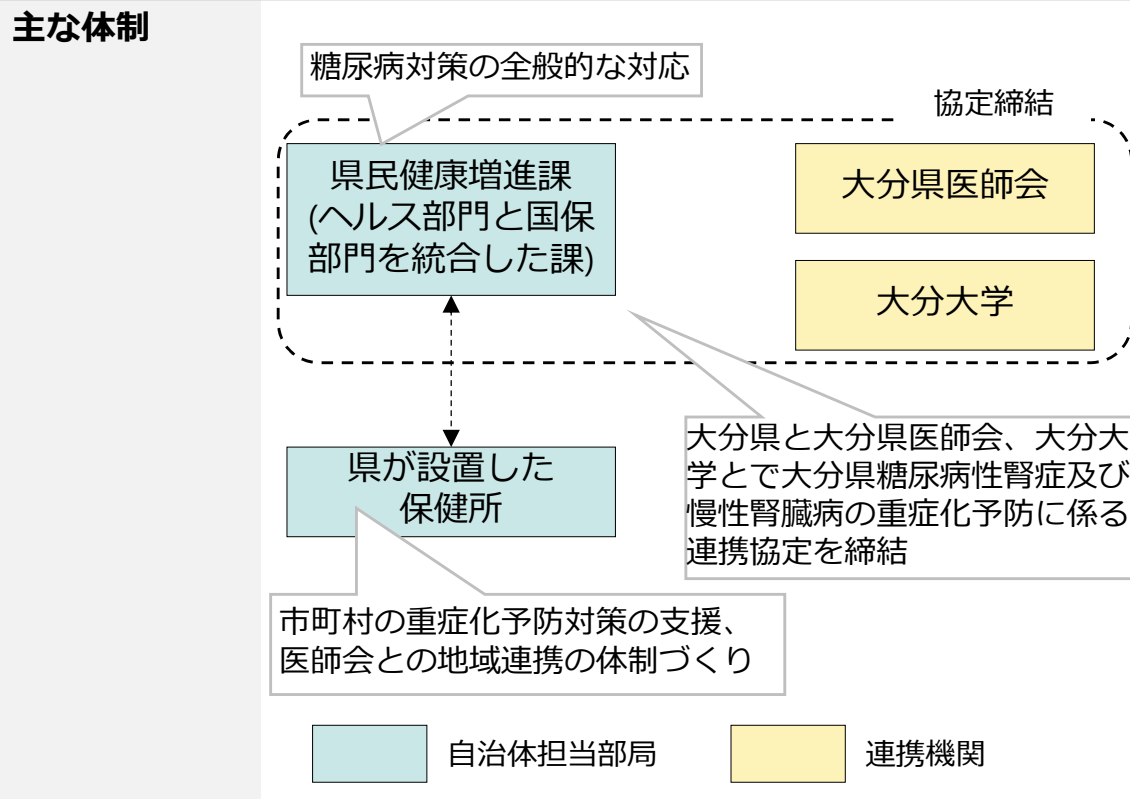
部署連携



協定、  
連携

大分県は、大分県医師会、大分大学と協定を締結。

人口	1,074,257 人（令和7年10月1日現在）
糖尿病対策の実施体制	<p><b>担当部局</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>県民健康増進課（ヘルス部門と国保部門を統合した課） ※県が設置した保健所も、市町村の重症化予防対策の支援、医師会との地域連携の体制づくりを担っている。</li> </ul> <p><b>検討体制・会議体</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>「大分県糖尿病医療連携協議会」を開催</li> <li>「大分県糖尿病性腎症重症化予防効果検討会議」を開催（糖尿病対策と慢性腎臓病対策を検討）</li> </ul>



## 確認している指標

#	項目
1	糖尿病性腎症による新規透析導入患者数
2	血糖コントロール不良者数・割合（HbA1c 8.0%以上の方等）
3	特定健診の受診者数・実施率
4	特定健診後の受診勧奨実施者の医療機関受診状況
5	糖尿病の年齢調整死亡率、糖尿病の年齢調整外来受療率

## 活用しているデータ

#	項目
1	国民健康保険データベース（KDB）
2	特定健康診査・特定保健指導のデータ（国保分）
3	特定健康診査・特定保健指導のデータ（NDBオープンデータ、協会けんぽや健康保険組合、共済組合等のデータなど、国保分以外）
4	レセプトデータ（国保分）
5	国民健康・栄養調査
6	都道府県が独自に実施する調査のデータ（県民健康・栄養調査等）
7	患者調査

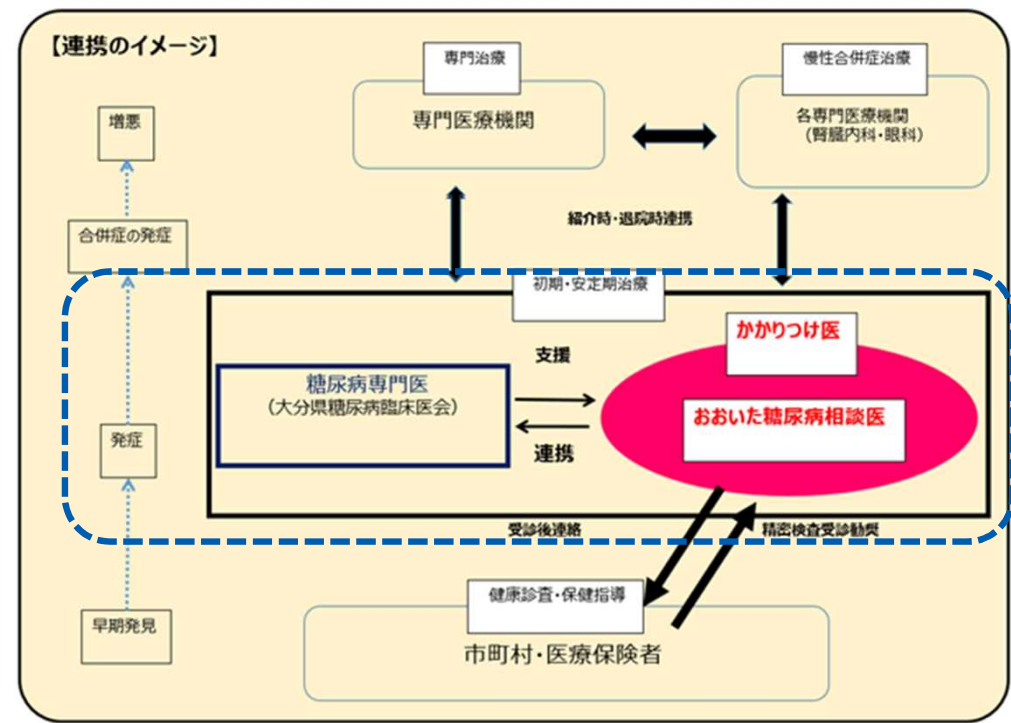
## 主な取組（赤字の詳細は次ページ参照）

#	項目	内容
1	医療従事者の養成	「おおいた糖尿病相談医」養成制度を設置 かかりつけ医から専門医への紹介基準等を記載した「大分県糖尿病性腎症重症化予防診療ガイド」の整備
2	ガイドの作成	県公式の健康アプリ「あるとつく」の活用や県HPで糖尿病情報を発信
3	アプリの活用	世界糖尿病デーに合わせた記念講演の周知や啓発資材の配布を実施
4	普及啓発の実施	

# 大分県の取組（詳細）～「おおいた糖尿病相談医」養成制度の推進～

かかりつけ医をおおいた糖尿病相談医として養成し、生活圏内で専門的助言を受けられる体制を整備。専門医偏在の是正に資する「おおいた糖尿病相談医」養成制度の推進。

<b>背景</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 専門医不足                     <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 専門医不足の地域があり十分な対応が困難な地域の存在</li> <li>・ 住民の専門医受診のニーズの高まり</li> </ul> </li> </ul>
<b>目的</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ かかりつけ医の養成                     <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域の糖尿病診療の窓口となる医師の養成</li> </ul> </li> <li>■ かかりつけ医による早期介入                     <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 早期の医療及び生活習慣指導への介入の実現</li> </ul> </li> <li>■ 糖尿病専門医と適切な連携体制の構築                     <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 円滑な医療連携の推進を目指した糖尿病専門医と適切な連携を行える体制の整備</li> </ul> </li> </ul>
<b>財源</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 感染症国庫補助金                     <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 安定的な予算を確保</li> </ul> </li> <li>■ 県医師会との費用分担                     <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 共同事業の位置づけとし、事務負担を県医師会と分担（養成研修のオンライン化によるコスト削減も実施）</li> </ul> </li> </ul>
<b>医師会連携と周知のポイント</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 医師会訪問・対面説明                     <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 異動等により引継ぎが発生した場合は、医師会・専門医を直接訪問</li> <li>・ 対面による事業概要説明の実施</li> </ul> </li> <li>■ 県医師会長との連名による発信*                     <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 相談医募集の案内</li> <li>・ 相談医更新時の案内</li> </ul> </li> </ul> <p>* 医師の反応率が高まる効果がある</p>



専門医の受診は、「通院距離が長くなる」、「予約が取りづらい」等の難点がある。本取組みは、かかりつけ医を相談医として養成することで生活圏内で高度なアドバイスが受けられ、専門医偏在の解決に資する取組となる位置づけである。

# 熊本県の取組（概要）

凡例



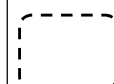
担当課  
実施事項



会議体



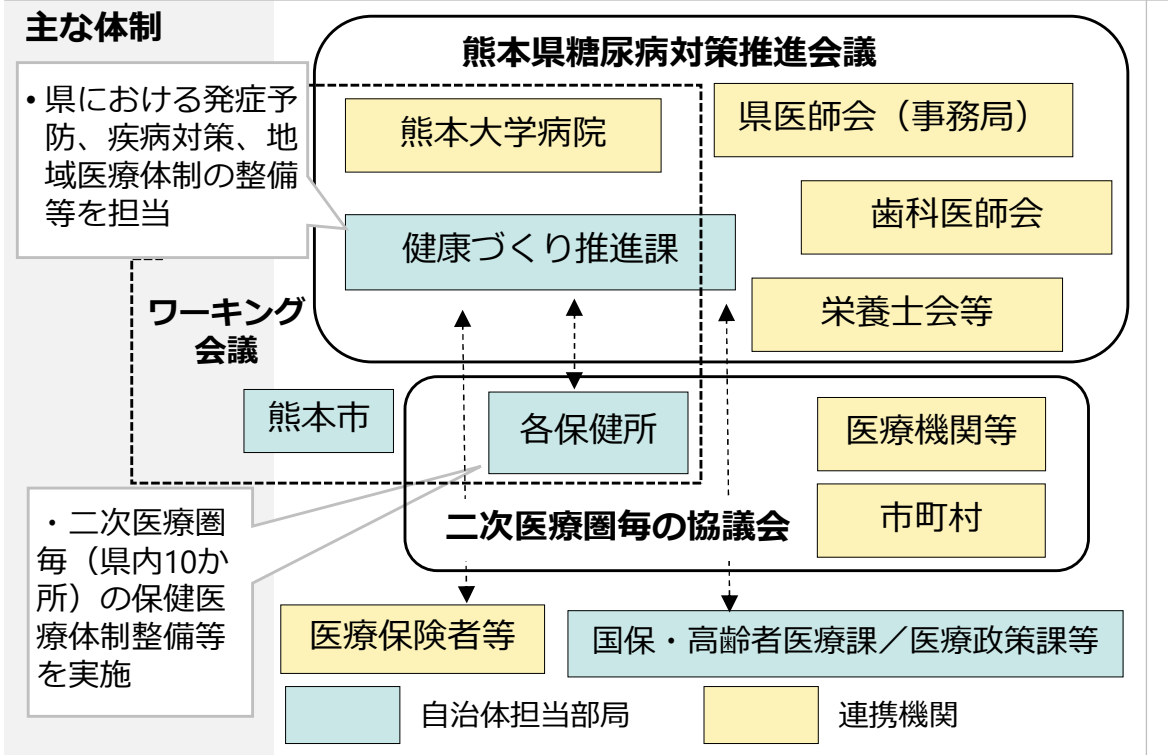
部署連携



協定、  
連携

熊本県では熊本県医師会に、糖尿病学会、糖尿病協会、熊本県健康づくり推進課の協力のもと「熊本県糖尿病対策推進会議」を設置し、糖尿病対策に取り組んでいる。

人口	1,680,826人（令和8年1月1日現在）
糖尿病対策の実施体制	<p><b>担当部局</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>健康づくり推進課：発症予防、疾病対策、地域医療体制の整備等を担当。また、国保・高齢者医療課等とも連携</li> </ul> <p><b>検討体制・会議体</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>熊本県糖尿病対策推進会議（事務局：県医師会）</li> <li>糖尿病対策ワーキング会議（健康づくり推進課・各保健所・熊本市）等</li> </ul>



## 確認している指標

#	項目
1	糖尿病性腎症による新規透析導入患者数（R5：186）
2	血糖コントロール不良者数・割合（HbA1c 8.0%以上の方等）（R4：1.44%）
3	特定健診の受診者数・実施率（R5：56.4%）
4	特定保健指導の実施者数・実施率（R5：41.5%）

## 活用しているデータ

#	項目
1	国民健康保険データベース（KDB）
2	特定健康診査・特定保健指導のデータ（国保分）
3	特定健康診査・特定保健指導のデータ（NDBオープンデータ、協会けんぽや健康保険組合、共済組合等のデータなど、国保分以外）
4	レセプトデータ（国保分）
5	レセプトデータ（協会けんぽや健康保険組合、共済組合等など国保分以外）
6	国民健康・栄養調査
7	都道府県が独自に実施する調査のデータ（県民健康・栄養調査等）

## 主な取組（赤字の詳細は次ページ参照）

#	項目	内容
1	連携ツール作成	保険者や専門医等との連携を図りやすくすることを目的とした「DM熊友パス」の作成
2	研究会・会議の開催	圏域ごとの連携強化を目的として、ネットワーク研究会や会議を、熊本大学が中心となり開催
3	メニューの開発	糖尿病予防の機運醸成の一環として、糖尿病患者が安心して食べることができるメニュー「ブルーサークルメニュー」を開発

# 熊本県の取組（詳細）～「DM熊友パス」の作成～

「DM熊友パス」を作成し、かかりつけ医と専門医が患者情報を共有し連携して診療をサポートするため体制を構築。

<p><b>背景</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ かかりつけ医機能強化および専門医との役割分担の必要性の拡大             <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 連携医※と専門医療機関との病診連携をより円滑に行うためのツールとしてH22年～運用開始</li> <li>・ 当初は連携医のみ使用</li> <li>・ かかりつけ医による使用需要の顕在化</li> </ul> </li> </ul> <p>※健診で糖代謝異常を指摘された患者への対応や、地域の糖尿病診療の窓口となる医師の養成を目的に熊本県糖尿病対策推進会議がH19年に設定した熊本県独自の制度</p>
<p><b>目的</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 専門医とかかりつけ医の明確な役割分担による医療資源最適化</li> <li>■ 紹介・逆紹介の標準化による診療プロセスの透明化</li> <li>■ 保険者や専門医等との情報共有</li> <li>■ 自己管理を支援するための多職種・他機関連携</li> </ul>
<p><b>取組内容</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 地域連携パスの運用</li> <li>■ 特定健康診査結果等の結果、医療機関受診が必要な対象者（条件あり）への医療保険者等からの配布</li> <li>■ 医療機関からの糖尿病加療中の者への配布</li> <li>■ 患者や関係者への周知</li> <li>■ 定期的な運用の見直し等</li> </ul>

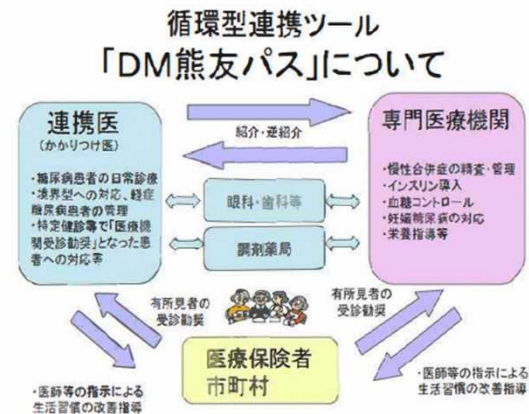


図2) 自己管理チェック表(表紙の裏)

糖尿病地域連携パススケジュール表  
【自己管理チェック表】

項目	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
血糖値の測定回数(1日1回以上)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
血糖値の測定回数(1日2回以上)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
血糖値の測定回数(1日3回以上)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
血糖値の測定回数(1日4回以上)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
血糖値の測定回数(1日5回以上)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
血糖値の測定回数(1日6回以上)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
血糖値の測定回数(1日7回以上)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
血糖値の測定回数(1日8回以上)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
血糖値の測定回数(1日9回以上)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
血糖値の測定回数(1日10回以上)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
血糖値の測定回数(1日11回以上)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
血糖値の測定回数(1日12回以上)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

自己管理チェック表などがある表紙と、検査結果などを書き込む糖尿病協会発行の糖尿病連携手帳、診察券やお薬手帳、保険証等をひとまとめに収納するビニールカバーが一式セットとなっている。



# 北海道大樹町の取組（詳細） ～HbA1c高値者（6.5%以上等）の台帳管理と個別支援の実施～

北海道大樹町は台帳管理と個別支援を実施。

<b>経緯</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 国保の二号認定者が増えており、管理が必要になってきたこと</li> </ul>
<b>対象者</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 台帳管理している方が200人弱</li> <li>■ それに対し、保健師が4人、栄養士1人態勢で本取組を実施</li> <li>■ 優先順位をつけてアプローチ</li> </ul>
<b>取組の内容 (台帳の管理)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 国保だけでなく、若年、後期高齢者、社会保険加入者も含めて高リスク者を台帳で管理</li> <li>■ 事業所に訪問し本取組を説明し、社会保険加入者のデータを受領</li> </ul>
<b>取組の内容 (アプローチ方法)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 優先度（未治療・治療中断・コントロール不良等）に応じて、集中的にアプローチを行っている。</li> </ul>
<b>取組の内容 (面接)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 健診受診者には健診結果をもとに「高血糖が続くとどうなるか」を臓器障害や検査値をもとに説明し、生活改善を一緒に考える取組を進めている。また、健診未受診者には健診受診勧奨したり、病院での検査結果を確認させてもらっている。</li> <li>■ HbA1c高値の未治療者・治療中断者には保健師・栄養士が面接し、受診を促している。</li> <li>■ 社会保険でデータを受領している場合は、事業主にも働きかけ、受診勧奨を実施している。</li> </ul>

### ■ 特定保健指導

特定健康診査の結果から、生活習慣病の発症リスクが高く、生活習慣の改善による生活習慣病の予防効果が多く期待できる方に対しては、生活習慣を見直すサポート（特定保健指導）を行います。

特定保健指導は、リスクの程度に応じて、「動機付け支援」と「積極的支援」に分類されます。

大樹町では特定保健指導の対象を国民健康保険に加入の方としていますが、他の保険に加入の方でも対応可能な場合があります。

指導を希望される方は保健福祉課 健康推進係へお問い合わせください。

The table is a complex grid used for tracking individual patient data. It includes columns for patient ID, name, date of birth, sex, and various HbA1c measurement dates and values. It also tracks treatment status (e.g., 'not treated', 'treatment interrupted') and management actions taken by healthcare staff.

糖尿病管理台帳を用いて管理  
保健指導において活用

特定保健指導の対象を国民健康保険に加入の方としているが、他の保険に加入の方でも対応可能な場合がある旨が記載されており、対象者拡大が期待される。

# 栃木県宇都宮市の取組 (概要)

凡例



担当課  
実施事項



会議体



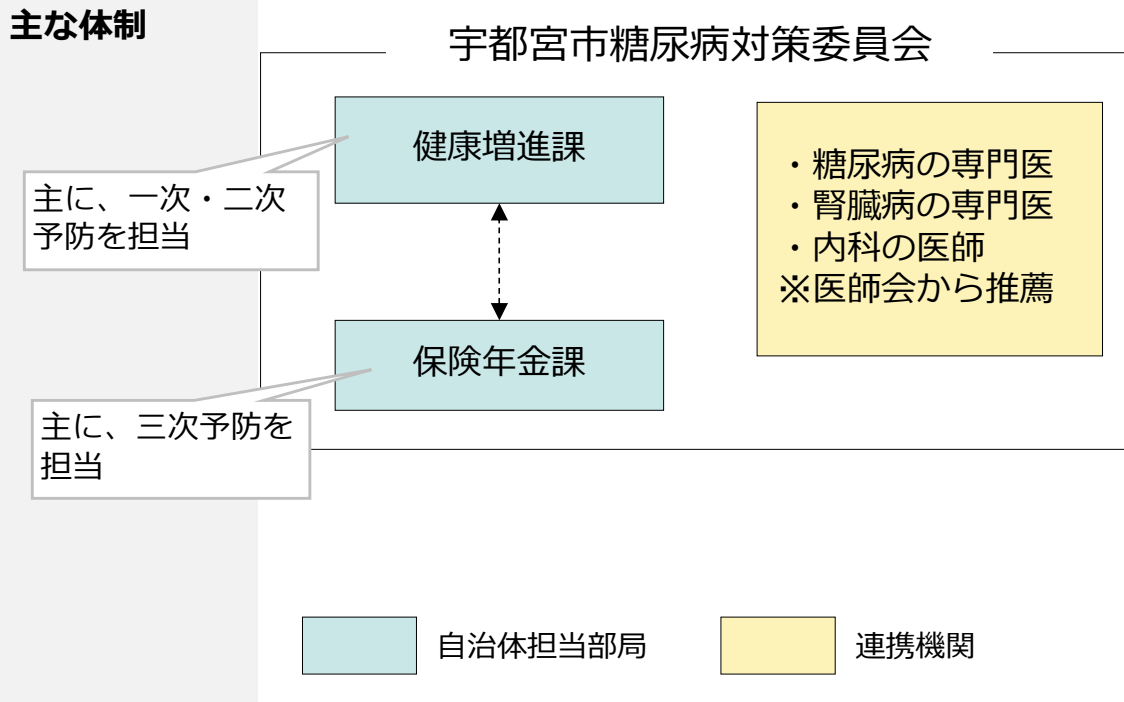
部署連携



協定、  
連携

栃木県宇都宮市は宇都宮市糖尿病対策委員会を開催している。

人口	510,740人（令和8年1月現在）
糖尿病対策の実施体制	<p><b>担当部局</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>健康増進課：主に、一次・二次予防を担当。糖尿病発症予防・重症化予防啓発用リーフレットの作成・配布等の業務は健康増進課と保険年金課が連携し取り組んでいる。</li> <li>保険年金課：健診受診後の医療機関への受診勧奨や糖尿病性腎症保健指導を担当</li> </ul> <p><b>検討体制・会議体</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>宇都宮市糖尿病対策委員会</li> </ul>



## 確認している指標

#	項目
1	糖尿病性腎症による新規透析導入患者数（R6：99）
2	血糖コントロール不良者数・割合（HbA1c 8.0%以上の方等）（R3：7.4%）
3	特定健診の受診者数・実施率（R4：29.5%）
4	特定保健指導の実施者数・実施率（R4：24.6%）
5	特定健診後の受診勧奨実施者の医療機関受診状況
6	事業参加者の健康状態（HbA1cの改善率等）

## 活用しているデータ

#	項目
1	国民健康保険データベース（KDB）
2	特定健康診査・特定保健指導のデータ（国保分）
3	レセプトデータ（国保分）
4	国民健康・栄養調査
5	都道府県が実施する調査のデータ（県民健康・栄養調査等）

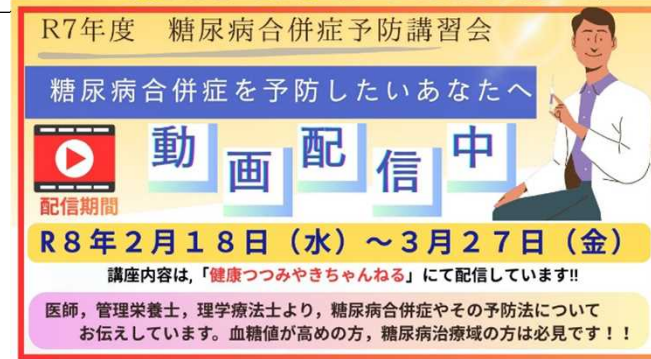
## 主な取組（赤字の詳細は次ページ参照）

#	項目	内容
1	啓発資材の作成・周知	動画（数分程度）を作成し、市公式YouTubeチャンネルにて配信。動画は、市の公式LINEやX、ホームページなどを通じて周知。
2	啓発資材の作成・周知	歯周病と全身疾患との関連についての動画を作成
3	イベントの開催	糖尿病と歯周病・全身疾患との関連をテーマとしたイベントの開催

# 栃木県宇都宮市の取組（詳細）（1/2）～普及啓発～

糖尿病予防講座のオンデマンド配信、Youtubeチャンネルの開設とショート動画の配信など普及啓発を推進。

<p><b>背景</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 働き世代アプローチの必要性             <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 野菜摂取量の減少や減塩の取組の必要性</li> <li>・ リアルイベント（健康教育、各種講演講座）における働き世代の集客が困難</li> <li>・ 限定的なアプローチ手段</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>取組内容</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ オンデマンド配信             <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 糖尿病予防講座など各種講演会のオンデマンド配信</li> </ul> </li> <li>■ 糖尿病をはじめとした生活習慣病の予防を目的とした各種啓発動画の配信             <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 動画の種類                 <ol style="list-style-type: none"> <li>①忙しい世代が隙間時間で学べる「ちょこっと動画」</li> <li>②国が定める強化月間のテーマに応じた「健康普及啓発動画」</li> </ol> </li> <li>・ 市公式YouTubeチャンネルにおける配信、SNS等を活用した周知（LINE,X,ホームページ,健康ポイントアプリ等）</li> </ul> </li> <li>■ 専門家意見のコンテンツへの反映             <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 市広報アドバイザーをはじめ、動画の内容に応じて宇都宮市糖尿病対策委員会委員,宇都宮市腎臓病対策委員会委員,市歯科医師会の意見を動画コンテンツに反映（動画は市職員が作成）。</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>実施ポイント</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ ちょこっと動画は「何か気になる」と思わせるCM動画を併せて作成</li> <li>■ 聞き手の心に届くキャッチーなメッセージや写真・映像を意識して採用</li> </ul>
<p><b>今後の計画</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ コンテンツの多様化と充実化             <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 市の課題に応じて,栄養・運動・休養・歯科口腔の4分野において多様性のある動画の作成を予定</li> <li>・ コンテンツの充実化を目指した取り組みの継続</li> </ul> </li> </ul>

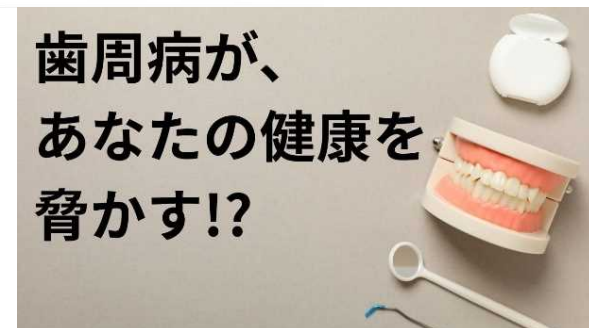


オンデマンド配信やYoutubeチャンネルを開設することで、忙しい世代の方でも時間や場所に制約されないアクセスを実現

# 栃木県宇都宮市の取組（詳細）（2/2）～歯科連携～

糖尿病予防事業と連携した歯周病予防の啓発。

<b>背景</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ 歯科（歯周病）連携の必要性<ul style="list-style-type: none"><li>・ 糖尿病と歯周病疾患との関連性の普及啓発の重要性拡大</li><li>・ 歯科保健の計画を一体的に進める健康増進計画の中での存在</li></ul></li></ul>
<b>取組内容</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ 糖尿病と歯周病関連動画の作成<ul style="list-style-type: none"><li>・ 歯周病予防や全身疾患との関連についての動画を作成</li></ul></li><li>■ 体験型イベント開催<ul style="list-style-type: none"><li>➢ 日本糖尿病協会栃木県支部との連携<ul style="list-style-type: none"><li>・ 民間商業施設での開催</li><li>・ 全身疾患との関連をテーマに設定</li><li>・ 無関心層や親子連れの方も巻き込むための健康クイズラリーなどの実施</li></ul></li><li>➢ 市歯科医師会との連携<ul style="list-style-type: none"><li>・ 歯周病との関連をテーマに設定</li><li>・ 歯科相談のブースの設置</li></ul></li></ul></li></ul>



# 新潟県上越市の取組 (概要)

凡例



担当課  
実施事項



会議体



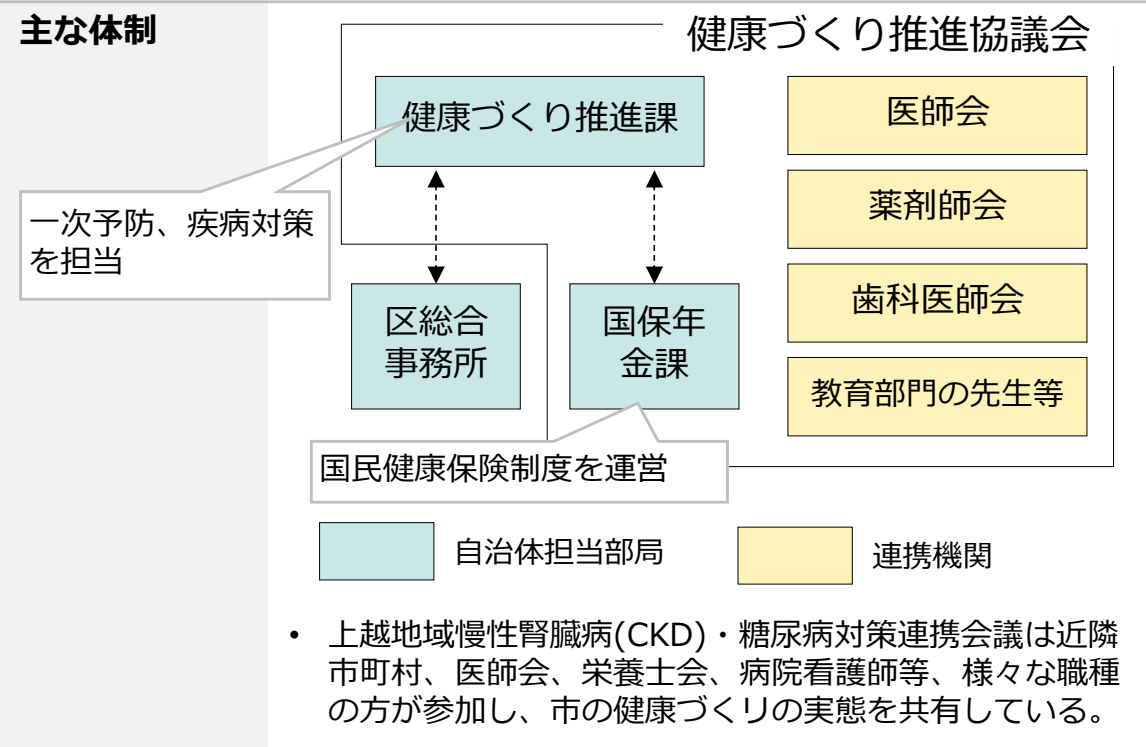
部署連携



協定、  
連携

新潟県上越市は、健康づくり推進協議会を開催し、上越保健所が開催する上越地域慢性腎臓病(CKD)対策・糖尿病対策連携会議に参加。

人口	177,670人 (令和8年2月1日現在)
糖尿病対策の実施体制	<p><b>担当部局</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>健康づくり推進課、区総合事務所：一次予防、疾病対策を担当</li> <li>国保年金課：国民健康保険制度を運営</li> </ul> <p><b>検討体制・会議体</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>健康づくり推進協議会</li> <li>上越市と協会けんぽ新潟支部における保健事業連携会議</li> <li>上越地域慢性腎臓病(CKD)・糖尿病対策連携会議 (保健所主催)</li> </ul>



**確認している指標**

#	項目
1	糖尿病性腎症による新規透析導入患者数 (R6: 13人)
2	血糖コントロール不良者数・割合 (HbA1c 8.0%以上) (R6: 0.5%)
3	特定健診の受診者数・実施率 (R6: 53.2%)
4	特定保健指導の実施者数・実施率 (R6: 71.4%)
5	HbA1c6.5%以上の未治療・中断の人の割合 (R6: 28.7%)

**活用しているデータ**

#	項目
1	国民健康保険データベース (KDB)
2	特定健康診査・特定保健指導のデータ (国保分)
3	特定健康診査・特定保健指導のデータ (NDBオープンデータ、協会けんぽや健康保険組合、共済組合等のデータなど、国保分以外)
4	レセプトデータ (国保分)
5	市町村で独自に実施する調査のデータ

**主な取組 (赤字の詳細は次ページ参照)**

#	項目	内容
1	機関連携	協会けんぽ被保険者(糖尿病予備群)に対して、上越市保健指導を受講可能である旨を協会けんぽより周知
2	学童血液検査・教育	保健師および栄養士による小児への啓発(生活習慣病の早期予防、早期の健康意識の醸成)

# 新潟県上越市の取組（詳細） ～協会けんぽとの連携、若年層への介入～

協会けんぽ新潟支部と「健康づくりの推進に向けた包括的連携協定」を締結。協会けんぽ被保険者（糖尿病予備群）に対して、上越市保健指導を受講可能である旨を協会けんぽより周知。

## 背景

- 若年層アプローチの重要性
  - ・ 若年層の糖尿病、高血圧、肥満等の疾患の増加
  - ・ 若年層の生活習慣病の進行による就業中断事例と就業中断に伴う国保加入ケースの存在
- 介護保険財政の圧迫懸念
  - ・ 国保加入時点の罹患者増加に起因する財政の圧迫
  - ・ 早期予防措置ニーズの高まり
  - ・ 協会けんぽとの連携の必要性の増大

## 取組内容

- 協会けんぽ被保険者への保健指導
  - ・ HbA1c 6.5以上または空腹時血糖126以上の方を対象
  - ・ 本人同意があった人へ市保健師・栄養士が保健指導を実施
- 18歳～39歳の市民健診受診者への介入
  - ・ HbA1c 6.5以上の対象者への訪問
  - ・ 重症化予防の対象となる指標として11項目の訪問基準を設定
  - ・ 訪問基準に該当する方への訪問や面談を実施
  - ・ 健康づくり推進課、区総合事務所、国保年金課の保健師、栄養士連携による担当地域介入
- 小学5年生、中学2年生への介入
  - ・ 学校ごとに血液検査の実施
  - ・ 地区担当の保健師および栄養士による学校訪問
  - ・ 個別の保健指導の実施
  - ・ 生活習慣病の予防、健康づくり、食事、運動に関する講義の実施

## 事業継続のポイント

- 確実な引継ぎ
  - ・ 当該地区担当者に対する確実な引き継ぎがキー
  - ・ 医療受診状況、健診状況が把握できる国保は経年的にみていく（具体的には、HbA1c 6.5以上者の一覧表を作成し管理）（一方で、協会けんぽの対象者は一覧化が困難なことが課題）。

上越市と「健康づくりの推進に向けた包括的連携協定」を締結しました

平成29年04月25日

協会けんぽ新潟支部は、上越市と「健康づくりの推進に向けた包括的連携協定」を締結しました。

### ■ 協定締結日

平成28年2月3日（水）

### ■ 目的

地域の自治体及び職域の医療保険者のそれぞれの立場から、協会けんぽ新潟支部と上越市とが相互に連携し、及び協力して、市民の健康づくりの推進に向けた取組を行い、市民の健康増進、健康寿命の延伸及び健康格差の縮小を図る。

### ■ 連携・協力事項

糖尿病性腎症の重症化予防に関すること  
 特定健康診査、がん検診、歯科健診等の受診促進に関すること  
 地域・職域連携による健康づくりに関する具体的な取組の検討及び実施に関すること  
 市民の健康状況を把握するための地域・職域における統計データの共有及び地区ごとの分析に関すること  
 「上越市健診・保健指導検討会」における医療保険者としての意見発信に関すること  
 保健指導従事者の研修に関すること  
 保健事業連携会議の定期的な開催に関すること  
 ジェネリック医薬品の使用並びにかかりつけ医・かかりつけ薬局及び残薬ゼロの促進と連携協力に関すること  
 後方における連携・協力に関すること  
 その他、目的を達成するために必要な事項

市と協会けんぽが連携することにより、早期介入の実現が期待される。

# 京都府京都市の取組 (概要)

凡例



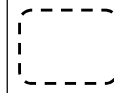
担当課  
実施事項



会議体



部署連携



協定、  
連携

京都市は、京都府糖尿病重症化予防戦略会議設置要領に基づき、地域戦略会議等を開催し、糖尿病対策について協議を行っている。

人口 1,431,419人（令和8年1月1日現在）

## 糖尿病対策の 実施体制

### 担当部局

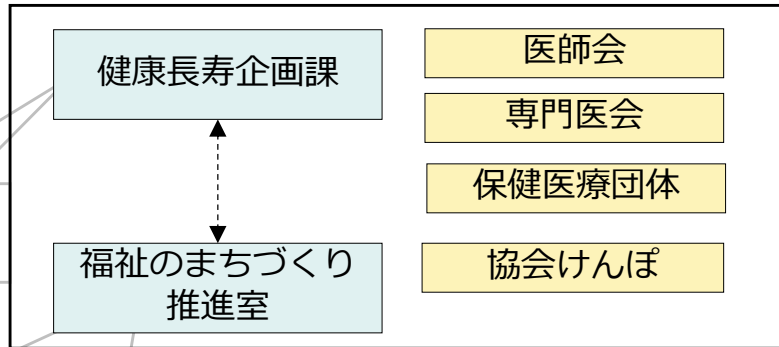
- 健康長寿企画課（京都市保健所）：地域戦略会議の開催、健康増進法に基づく取組を実施
- 福祉のまちづくり推進室：国保の方を対象とした糖尿病重症化予防対策を含め、特定保健指導も実施

### 検討体制・会議体

- 京都市糖尿病重症化予防地域戦略会議
- 京都市民健康づくり推進会議

## 主な体制

### 京都市糖尿病重症化予防地域戦略会議



健康増進法に基づく取組を実施

国保の方を対象とした糖尿病重症化予防対策を含め、特定保健指導も実施

自治体担当部局

連携機関

## 確認している指標

#	項目
1	血糖コントロール不良者数・割合（HbA1c 8.0%以上の方等）（R5：1.2%）
2	糖尿病の有病者数・割合（R5：9.8%）
3	特定健診の受診者数・実施率（R6：43791(27.1%)）
4	特定保健指導の実施者数・実施率（R6：775(16.4%)）
5	特定健診後の受診勧奨実施者の医療機関受診状況
6	事業参加者の健康状態（HbA1cの改善率等）
7	事業参加者のアンケート調査の結果（意識の変化等）

## 活用しているデータ

#	項目
1	国民健康保険データベース（KDB）
2	特定健康診査・特定保健指導のデータ（国保分）
3	レセプトデータ（国保分）
4	レセプトデータ（協会けんぽや後期高齢者医療保険等など国保分以外）
5	国民健康・栄養調査
6	都道府県が実施する調査のデータ（府民健康・栄養調査等）

## 主な取組（赤字の詳細は次ページ参照）

#	項目	内容
1	糖尿病発症予防プログラムの開催	市民の健康データに基づく地域課題分析と地域特性に応じた健康づくり事業の一環として開催
2	協会けんぽとの連携	協会けんぽ加入者への京都市の健康づくり情報の提供および糖尿病対策に関する協会けんぽとの連携を検討

# 京都府京都市の取組（詳細）～糖尿病発症予防プログラムの開催～

保健福祉センターにおいて、市民の健康に関するデータを分析し、地域課題を把握のうえ、地域特性に応じた健康づくり事業を実施している。特に、糖尿病については、京都市の重点取組項目として掲げ、取組を推進している。

**取組内容**

- 各区役所・支所保健福祉センターにおいて、食生活や運動等の生活習慣の改善にかかる健康教育や保健指導等を実施
- 福祉のまちづくり推進室との連携による個別通知
  - ・ 京都市国保特定健診データから、糖尿病予備群(HbA1C6.0-6.4%)を抽出し、該当する方へプログラムを個別通知
  - ・ 教室不参加の方にもアプローチできるよう、個別通知に啓発チラシを同封

チラシでは、HP「京・けんこうひろば」糖尿病啓発ページを紹介

**成果・取組のポイント**

- 取り組みの効果の検証
 

糖尿病発症予防プログラム参加者に対するアンケート調査を実施

  - ・ 初回及び3ヶ月後に生活習慣のチェックを行い、行動目標を設定。
  - ・ 取組みの効果（行動変容の状況・持続性）を検証
- 結果
  - ・ 参加者の行動変容は、維持または改善を確認
  - ・ 自身の生活を振り返る機会となったとの意見も獲得
  - ・ 糖尿病発症予防プログラムに組み込んだグループワークの効果として、参加者同士の交流が有意義であったことを確認

**課題**

- ・ 働き盛り世代に対するアプローチ強化の必要性
- ・ 京都市国民健康保険の加入者は市民全体の約2割と限定的

## 糖尿病啓発チラシ



## HP「京・けんこうひろば」



糖尿病の啓発ページを開設し、糖尿病の病態や予防について紹介

糖尿病を予防するために

**1. 適正体重を維持しよう**

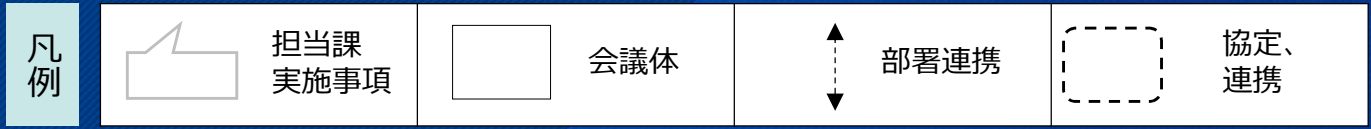
BMI：身長と体重のバランス  
計算式：体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)

正常	18.5未満	18.5-25未満	25以上
----	--------	-----------	------

2. 食事の工夫

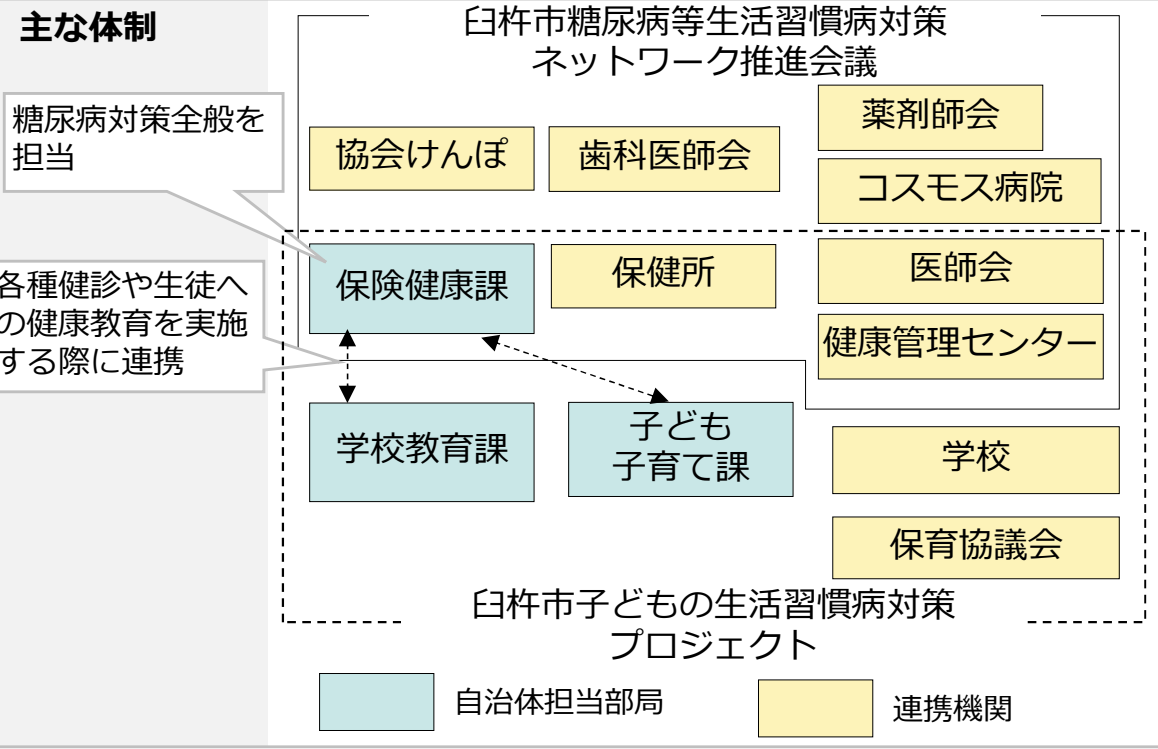
- ・ 食べ方を工夫する（①野菜や魚・肉から食べる ②よくかんで食べる③夕食・夜遅い食事は避ける）
- ・ 適切なエネルギー量をとろう
- ・ 主食・主菜・副菜をバランスよく
- ・ 脂・油のとりすぎに注意
- ・ 間食・甘い飲料に注意
- ・ 減塩を心がける

# 大分県臼杵市の取組 (概要)



大分県臼杵市は臼杵市糖尿病等生活習慣病対策ネットワーク推進会議を開催。

人口	32,560人（令和8年1月1日現在）
糖尿病対策の実施体制	<p><b>担当部局</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>保険健康課：糖尿病対策全般を担当</li> <li>学校教育課、子ども子育て課：子どもヘルス健診（中2）、小児生活習慣病予防健診（小5、中1）、生徒（小6・中2）への健康教育を実施する際に連携</li> </ul> <p><b>検討体制・会議体</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>臼杵市糖尿病等生活習慣病対策ネットワーク推進会議を開催</li> </ul>



#	項目
1	糖尿病性腎症による新規透析導入患者数（R6年度：0人）
2	血糖コントロール不良者数・割合（HbA1c 8.0%以上の方等）（R6年度；25人（1%））
3	糖尿病の有病者数・割合（R6年度：1199人（19.24%））
4	特定健診の受診者数・実施率（R6年度：2504人（48%））
5	特定保健指導の実施者数・実施率（R6年度：160人（75.8%））
6	糖尿病に関する医療費の推移
7	特定健診後の受診勧奨実施者の医療機関受診状況

#	項目
1	国民健康保険データベース（KDB）
2	特定健康診査・特定保健指導のデータ（国保分）
3	特定健康診査・特定保健指導のデータ（NDBオープンデータ、協会けんぽや健康保険組合、共済組合等のデータなど、国保分以外）レセプトデータ（国保分）
4	レセプトデータ（国保分）

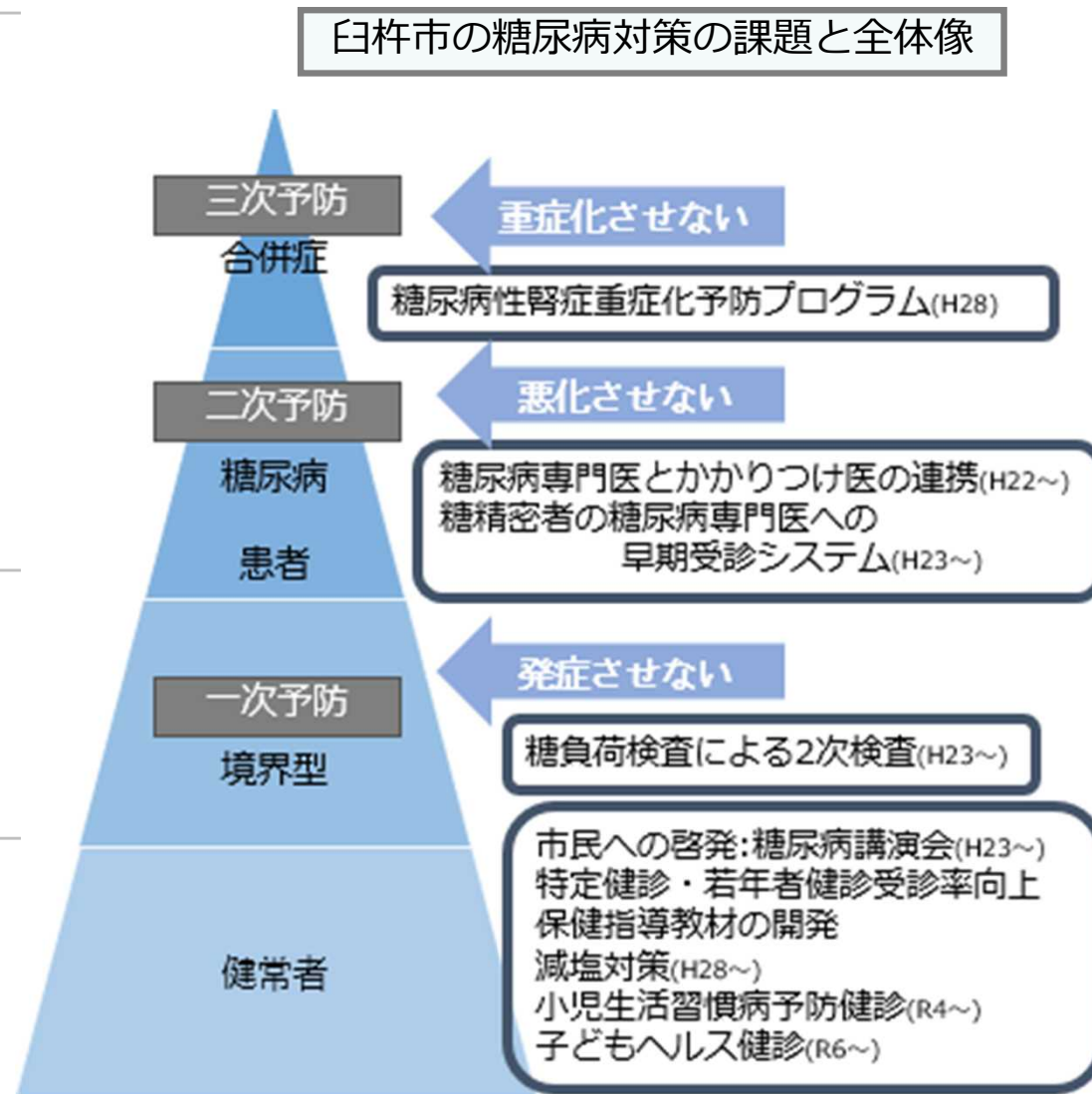
#	項目	内容
1	OGTT補助・若年者健診	特定健診でHbA1c5.6～6.4%該当者に対するOGTT（糖負荷検査）による二次検査補助と保健指導。若年者健診の実施。
2	子どもヘルス健診	中学2年生を対象とし、身体測定・血液検査を実施し、必要な対象へ個別指導を実施

# 大分県臼杵市の取組（詳細）～糖尿病予備群や若年層への介入～

糖尿病予備群を対象としたOGTT（糖負荷検査）による二次検査の補助と保健指導、若年者（19～39歳）健診や中学2年生を対象とした「子どもヘルス健診」を実施。

<p><b>重点課題</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 糖尿病等生活習慣病対策ネットワーク推進会議では毎年6つの重点課題の進捗確認と評価を実施</li> <li>① 糖尿病で未治療の方への介入 (特定健診受診者でHbA1c6.5以上の未治療者)</li> <li>② 境界型糖尿病群の発症予防 (特定健診受診者でHbA1c6.4以下の未治療者)</li> <li>③ 治療中の糖尿病群の悪化予防・治療中断者のフォロー・重症化予防</li> <li>④ 特定健診未受診者対策</li> <li>⑤ 市民への糖尿病に関する普及啓発</li> <li>⑥ 多職種間での病診連携 (指導のための共通したツールの作成・活用)</li> </ul>
<p><b>取組内容 (OGTT補助・若年者健診)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 特定健診でHbA1c5.6～6.4%該当者に対するOGTT（糖負荷検査）による二次検査補助と保健指導</li> <li>■ 19～39歳に対する若年者健診の実施、及びHbA1c 5.6～6.4%該当者に対するOGTTの補助と保健指導</li> </ul>
<p><b>取組内容 (小児の健診)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 中学2年生を対象にした「子どもヘルス健診」（ライフコースアプローチ）を実施             <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 保護者（特に母親）への生活習慣改善支援と肥満度の高い子どもへの個別指導を実施</li> <li>・ 地域特性を踏まえた取組であり、将来の糖尿病リスクを軽減させるための長期的患者支援</li> </ul> </li> </ul>

臼杵市の糖尿病対策の課題と全体像



# スティグマ対策の状況



# 自治体におけるスティグマ対策の状況（都道府県）

各都道府県におけるスティグマ対策の状況は以下の通り。

都道府県	スティグマ対策の状況
現在の取組	<ul style="list-style-type: none"><li>■ 専門職向け指導資材の中にスティグマ回避のポイントを明確に位置づけた。また、指導者側が配慮すべきポイントを明示した（言い方・コミュニケーションの注意点など）。「行政からも文書として提示されている」ことが、患者自身が職場などに配慮を求める際の材料（後押し）になるかと考えている。</li></ul>
課題認識	<ul style="list-style-type: none"><li>■ 会議に参加する医師から、「生活習慣病」「糖尿病」といった言葉の使い方がスティグマにつながりうるため、学会で用語変更の取組みが進んでおり、言葉の使い方を考えてほしい、という問題提起が度々ある。</li><li>■ 糖尿病の住民の意識調査の結果を見ると、「合併症が不安」「服薬管理の負担が大きい」などの回答があり、住民は糖尿病に対しネガティブイメージが強い。労働基準協会の関連会議で、「月1回仕事を休んで治療に行くことがなかなかできない」事例があると聞いている。</li><li>■ 県が患者本人から直接話を聞く機会が少ない。なお、会議に患者会代表が参加しており、その場で患者視点の情報を得ている。患者調査などは実施しておらず、現状のスティグマの状況が把握できていない。</li><li>■ 医師会の主催の会議において、患者会に関与している医師から「糖尿病」という言葉の捉え方に対する意見が出ている。差別や偏見、仕事を理由に治療を中断することに関しては、医師・保健師等から直接話を聞いたことはないが、医師同士で話しているのを聞いたことがある。</li><li>■ 医師からスティグマが問題になっているという声を聞いている。また、住民から「まわりの人に何か言われそうで病名を言いたくない」という相談が入ったことがある。</li></ul>

# 自治体におけるスティグマ対策の状況（市町村）

各市町村におけるスティグマ対策の状況は以下の通り。

都道府県	スティグマ対策の状況
現在の取組	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 市民の方から議員を通し、糖尿病についてもう少し詳しく知りたいという話があったことから、市のホームページの地域職域連携推進協議会が運営するサイトに、1型糖尿病や2型糖尿病の違い等の情報を掲載している。</li> <li>■ 研修会の中で、スティグマ対策に関する以下の内容を取り込んでいる。             <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 糖尿病治療ガイドの改訂時に更新内容の共有や理解を深める。</li> <li>➢ 生活習慣のみが原因で糖尿病を発症するとの認識に偏らないよう再確認する。</li> <li>➢ 遺伝歴の聴取の重要性について改めて認識する。</li> </ul> </li> <li>■ 保健指導のツールにスティグマに関わる観点を含めている。</li> <li>■ 糖尿病対策に従事する実務者に対してスティグマに関する研修会を行った。研修会では、「生活習慣病」という言葉の意味や受診勧奨表現のあり方、啓発媒体における表現上の留意点を共有した。参加者はスティグマの存在を漠然と認識していたものの、その概念や背景について体系的に理解する機会は限られていたようである。研修によって、参加者は新たな気づきが得られたと考えられる。</li> </ul>
課題認識	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 1型糖尿病で、職場で見られないようトイレでインスリン注射を行うケースがある。「肥満者になる」「好き勝手に食べた結果」といった偏見が根強く、受診・治療継続や職場での配慮が必要と考えている。患者会・ピアサポート等の仕組みについて住民からの要望があるものの実施できていない。なお、小規模自治体でコミュニティが狭いことから、糖尿病患者の住民同士の会話のなかで自然と情報交換を行っていることがあり、その会話がきっかけで受診につながった場合もあるようである。</li> <li>■ 偏見による不利益の声は住民からはあまり聞いておらず、現状ではスティグマ対策の取組は実施していない。ただし、重症で就労が困難な事例に対して、もっと早い段階で対策が必要だったのではないかと庁内で議論することはある。</li> </ul>