

糖尿病性腎症重症化予防プログラム  
（令和6年度版）  
改訂案

令和6年●月

日本医師会 日本糖尿病対策推進会議 厚生労働省

## 糖尿病性腎症重症化予防プログラム 目次

<b>1. はじめに</b> .....	<b>1</b>
(1) 糖尿病性腎症の現状 .....	1
(2) これまでの糖尿病性腎症重症化予防の取組 .....	3
(3) 糖尿病性腎症重症化予防プログラム効果検証事業 .....	3
(4) 自治体における糖尿病性腎症重症化予防の取組状況 .....	4
<b>2. 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの基本的考え方</b> .....	<b>7</b>
(1) プログラムの目的 .....	7
(2) プログラムの性格 .....	7
(3) 年齢層を考慮した取組の実施 .....	8
1) 青壮年に対する取組 .....	8
2) 高齢者に対する取組 .....	9
(4) データヘルス計画等各種計画を踏まえた事業展開 .....	11
<b>3. 取組に当たっての関係者の役割</b> .....	<b>12</b>
(1) 市町村の役割 .....	12
1) 庁内体制の整備 .....	12
2) 地域連携を通じた課題分析と情報共有 .....	12
3) 事業計画の立案 .....	13
4) 事業実施及び委託して実施する場合の留意点 .....	14
5) 事業評価 .....	14
6) 人材確保・育成 .....	14
7) 他の保険者の保健事業との連携 .....	15
(2) 都道府県の役割 .....	16
1) 庁内体制の整備 .....	17
2) 地域連携に対する支援 .....	17
3) 事業計画 .....	17
4) 事業実施 .....	18
5) 事業評価 .....	18
6) 人材育成 .....	18
(3) 広域連合の役割 .....	18
(4) 地域における医師会等の役割 .....	19
(5) その他の医療関係団体等の役割 .....	20
(6) 都道府県糖尿病対策推進会議の役割 .....	21
(7) 国保連合会・国保中央会の役割 .....	22
<b>4. 地域における関係機関との連携</b> .....	<b>23</b>
<b>5. プログラムの条件</b> .....	<b>26</b>
(1) 効果的・効率的な事業を実施するための条件 .....	26
(2) 更に事業を発展させるための留意事項 .....	27
<b>6. 対象者抽出の考え方と取組方策</b> .....	<b>29</b>

(1) 本プログラムにおける対象者に行う基本的な取組 .....	29
(2) 本プログラムにおける糖尿病性腎症の定義 .....	30
(3) 対象者抽出基準の設定 .....	31
(4) 健診結果を基にした抽出に当たっての留意点 .....	34
(5) 健診結果に基づかない対象者の抽出方法 .....	36
<b>7. 介入方法 .....</b>	<b>38</b>
(1) 受診勧奨 .....	39
(2) 保健指導 .....	41
<b>8. 事業を円滑に進めるための留意点 .....</b>	<b>44</b>
(1) ICTを活用した取組の実施 .....	44
(2) 外部委託にて事業を実施する際の留意点 .....	44
<b>9. プログラムの評価 .....</b>	<b>46</b>
(1) 目的 .....	46
(2) 方法 .....	46
(3) 評価指標の例 .....	49
(4) 評価結果の活用 .....	50
<b>10. 個人情報の取扱い .....</b>	<b>51</b>



## 1. はじめに

### (1) 糖尿病性腎症の現状

- 糖尿病は、神経障害、網膜症、糖尿病性腎症等の合併症を併発し、心筋梗塞や脳卒中等の心血管疾患のリスク因子となるほか、認知症や大腸がん等の発症リスクを高めることも明らかになっており、生活の質や社会経済的活力と社会保障資源に多大な影響を及ぼすことから適切な対策が必要である。
- 糖尿病合併症の1つである糖尿病性腎症は、個人の生活の質への影響と医療経済への影響等が大きいことを踏まえて、健康日本21（第三次）では、「糖尿病の合併症（糖尿病腎症）の減少」が糖尿病の三次予防<sup>1</sup>に関する目標として設定されている。また、二次予防に関する目標として「治療継続者の増加」、「血糖コントロール不良者の減少」が設定されている。
- また、「腎疾患対策検討会報告書～腎疾患対策の更なる推進を目指して～」(平成30年7月)<sup>2</sup>においても、2028年までに年間新規透析導入患者数を35,000人以下に減少させるという数値目標を掲げ、慢性腎臓病（糖尿病性腎症を含む慢性に経過する腎臓病の総称。以下「CKD」という。）の取組を推進することにより、新規透析導入患者数の減少を目指してきた。令和5年10月には「腎疾患対策検討会報告書（平成30年7月）に係る取組の中間評価と今後の取組について」<sup>3</sup>のとりまとめを行ったところである。
- 人工透析が必要な状態になると個人の生活の質への影響や、医療資源・医療経済への影響も大きい。健康寿命の延伸のためには、糖尿病の発症予防、糖尿病の適切な治療・生活習慣の改善等による合併症の予防、合併症による臓器障害の予防等各段階での予防の取組が重要であり、今後もこれらの取組を着実に進めていく必要がある。
- 新規透析導入患者の原因疾患割合の推移をみると、概ね平成10年頃から糖尿病性腎症が最多となっている。医療の進展や特定健康診査・特定保健指導をはじめとする生活習慣病予防の取組等を通して、新規透析導入患者の原因疾患における糖尿病性腎症の割合は、平成23年頃から微減傾向にあるものの令和3年時点で4割を超えている状況である<sup>4</sup>。

---

<sup>1</sup> 糖尿病対策における一次予防とは「糖尿病の発症予防」、二次予防とは「糖尿病の適切な治療による合併症の予防」、三次予防とは「合併症による臓器障害の予防・生命予後の改善」とされている。（健康日本21（第三次）推進のための説明資料（令和5年5月））

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/kenkou/kenkounippon21\\_00006.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/kenkounippon21_00006.html)

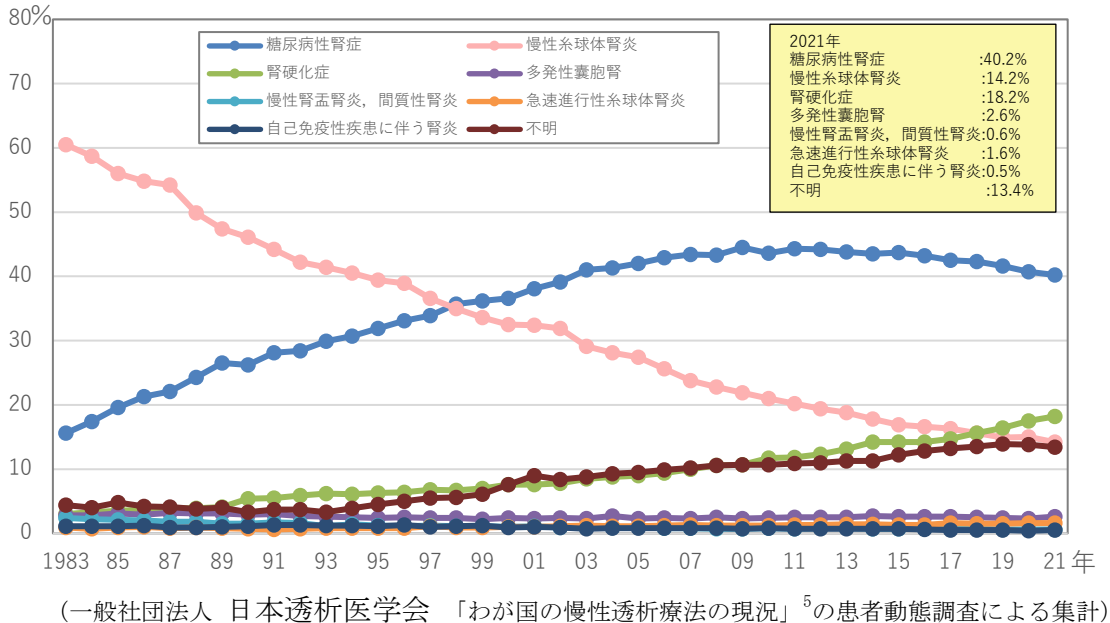
<sup>2</sup> [https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000172968\\_00002.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000172968_00002.html)

<sup>3</sup> [https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_36051.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_36051.html)

<sup>4</sup> 一般社団法人日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」（2021年12月31日現在）

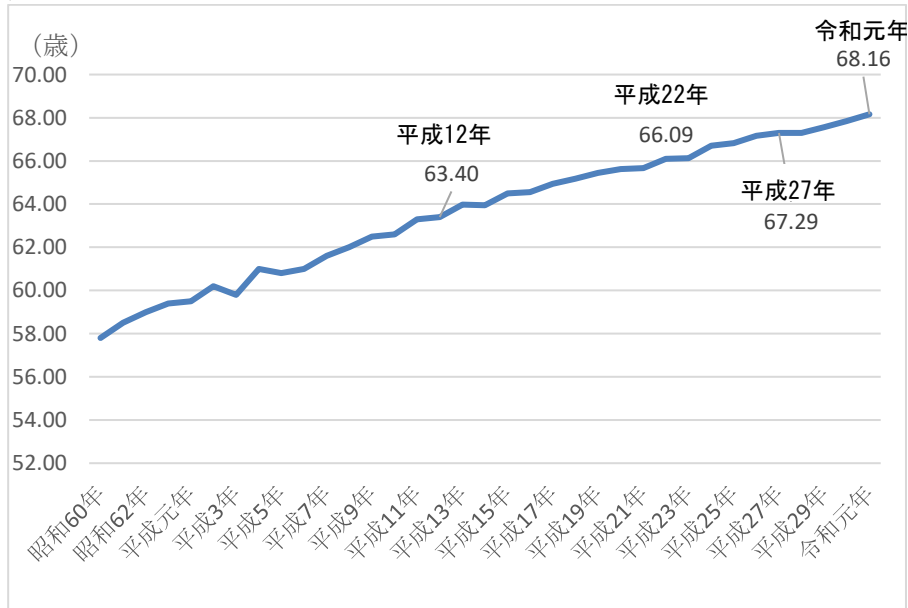
<https://www.jsdt.or.jp/dialysis/2227.html>

図表 1 透析導入患者の原疾患割合の推移（1983-2021）



○ また、糖尿病性腎症による透析導入時の平均年齢は、年々高齢化しており、令和元年は68.16歳であった。

図表 2 糖尿病性腎症による透析導入時の平均年齢の推移（1983-2021）<sup>6</sup>



<sup>5</sup> 一般社団法人日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」(2021年12月31日現在)  
<https://www.jsdt.or.jp/dialysis/2227.html>

<sup>6</sup> 健康日本21(第二次)最終評価報告書 令和4年10月 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会・健康日本21(第二次)推進専門委員会  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/kenkou/kenkounippon21.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/kenkounippon21.html)

## (2) これまでの糖尿病性腎症重症化予防の取組

- 平成27年に、保険者等における先進的な予防・健康づくりの取組を全国に広げること等を通して健康寿命の延伸等を図ることを目指す、民間主導の活動体である日本健康会議<sup>7</sup>が発足した。同会議の第1期（2015年～2020年）に掲げられた「健康なまち・職場づくり宣言2020」に糖尿病性腎症重症化予防にも取り組むことが記載された。
- これを受けて、平成28年に、日本医師会、日本糖尿病対策推進会議及び厚生労働省の三者で糖尿病性腎症重症化予防に係る連携協定を締結し、糖尿病性腎症重症化予防プログラムを策定した。また、市町村における糖尿病性腎症重症化予防の取組をより一層推進するために、厚生労働省では、同プログラムに基づいた具体的な事業の実施方法を整理した糖尿病性腎症重症化予防に関する事業実施の手引き<sup>8</sup>を平成31年に作成した。
- 現在では、地域の実情に応じた糖尿病性腎症重症化予防の取組の推進のために、同プログラム等を参考にしつつ、全都道府県において都道府県版のプログラムが策定されている。また、自治体や保険者では、それらのプログラム等を参考に糖尿病性腎症重症化予防の取組が展開されており、9割以上の市町村で実施されている。
- 自治体における糖尿病性腎症重症化予防の取組については、有識者の協力を得て、厚生労働省において取組事例を収集、分析して、他自治体の参考となりうるものについて会議等を通じて周知している<sup>9</sup>。

## (3) 糖尿病性腎症重症化予防プログラム効果検証事業

- 自治体等における糖尿病性腎症重症化予防の取組状況やプログラムの効果を検証し、今後の施策等に反映させるために、厚生労働省では、令和2年度から3年間、予防・健康づくり事業の大規模実証事業の一環として効果検証事業を行った<sup>10</sup>。
- 同プログラムで示した5つの効果的・効率的な事業を実施するための条件を満たした取組を実施している市町村では、対象者の医療機関への受診率等がより向上することなど、同プログラムには一定の効果がある可能性が示唆された。
- 一方で、同プログラムの策定から研究開始までの期間が4年程度と短く、腎

<sup>7</sup> 保険者等における予防・健康づくりの取組を全国に広げるため、経済団体・医療関係団体・自治体・保険者団体等により構成される民間主導の活動体（平成27年7月発足）。関係機関が連携し、健康寿命の延伸とともに、医療費適正化を図ることを目的としている。

<sup>8</sup> [https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000055466\\_00005.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000055466_00005.html)

<sup>9</sup> [https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/iryuu/hokenjigyuu/index\\_00011.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/hokenjigyuu/index_00011.html)

<sup>10</sup> 効果実証事業の結果については、[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_18949.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_18949.html)を参照。

障害の程度や新規透析導入等の長期的な視点での評価が困難であったことや、介入対象者の抽出基準や対象者の状態像、取組内容等が市町村ごとに異なり、効果も市町村ごとに差があることがわかった。

**図表 3 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの効果検証事業の概要**

	目的	結果・考察
実証事業(1) 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの効果検証	糖尿病性腎症重症化予防プログラムの効果を明らかにする	・糖尿病患者における腎障害の程度の変化について実施自治体と未実施自治体の有意な差は認めなかった。観察期間が短いこと、並びに自治体による重症化予防プログラムが多様であったこと(対象者抽出基準や介入内容の影響)が考えられた。 ・プログラムによる介入を行った集団では、介入後に糖代謝指標の検査を実施した割合、並びに糖尿病治療薬の処方割合が増加した。
実証事業(2) 糖尿病性腎症未治療および治療中断者への受診勧奨の有効性検証	未治療者や治療中断者に対し、電話等を用いた受診勧奨が、医療機関への受診率及び再受診率向上に寄与するかを検証する	・通知に加えて架電による受診勧奨は、年齢が高くなるほど成立しやすかった。 ・2回架電が成立した対象者では、受診率が上昇した。 ・年齢や地域が、架電の成立に影響した。
実証事業(3) ビッグデータ分析による糖尿病性腎症重症化予防プログラムの効果検証	NDBのビッグデータ分析により、糖尿病性腎症重症化予防プログラムの効果を明らかにする	・高年齢、性別(男性)、肥満、血圧高値、HbA1c高値、貧血、尿蛋白(+以上)が腎症病期進行の要因として影響していた。 ・プログラムの5条件(※)を満たした保険者に属する糖尿病該当者の方が、プログラムを実施していない保険者よりも医療機関の受診率の伸びが高かった。

※ここでの5条件は、①対象者の抽出基準が明確であること、②かかりつけ医と連携した取組であること、③保健指導を実施する場合には、専門職が取組に携わること、④事業の評価を実施すること、⑤取組の実施に当たり、地域の実情に応じて各都道府県の糖尿病対策推進会議等との連携を図ることであり、平成31年7月のプログラムでの条件である。

#### (4) 自治体における糖尿病性腎症重症化予防の取組状況

今般、プログラム改訂に当たり、都道府県が策定したプログラムの分析、並びに、都道府県及び市町村を対象に、糖尿病性腎症重症化予防の取組状況について調査を行ったところ<sup>11</sup>、主な結果は以下の通りであった。

##### <都道府県>

- すべての都道府県において、都道府県版の糖尿病性腎症重症化予防プログラムを策定していた。市町村における取組の実施については、38都道府県(80.9%)が、都道府県版プログラムの内容を参考にしながらも市町村の自由裁量に任せている。
- 都道府県版のプログラムにおいては、通知等による受診勧奨の基準値、並び

<sup>11</sup> 令和5年7月に全国47都道府県と1741市町村を対象にアンケート調査を実施。回答数は都道府県：47(回収率：100.0%)、市町村：1,453(回収率：83.5%)であった。



に保健指導の基準値を定めているのは、それぞれ36都道府県（76.6%）である。

- 後期高齢者に対する受診勧奨、並びに保健指導の対象者抽出基準を、国保と同一の基準としているのは、それぞれ20都道府県（42.6%）である。
- 管内市町村の取組状況を把握しているのは、38都道府県（80.9%）、事業評価を行っているのは25都道府県（53.2%）である。

### <市町村>

- 国保・後期高齢者医療制度の被保険者の両方に対して糖尿病性腎症重症化予防の取組を実施しているのは768市町村（52.9%）、国保被保険者のみに対して実施しているのは633市町村（43.6%）、後期高齢者医療制度被保険者のみに対して実施しているのは6市町村（0.4%）である。
- 国保被保険者に対して、糖尿病性腎症重症化予防の取組を実施している1,401市町村のうち、市町村版のプログラムを策定しているのは621市町村（44.3%）である。
- 糖尿病性腎症重症化予防において、市町村は医師会との連携を進めており、ここ数年で、保健指導時に必要な情報提供の依頼、事業企画時の相談、事業の経過・結果報告等の取組が進展した。
- 国保被保険者に対して取組を実施している1,401市町村のうち、受診勧奨を実施しているのは1,359市町村（97.0%）。そのうち、通知等による受診勧奨を実施しているのは1,107市町村（79.0%）、電話・訪問等による受診勧奨を実施しているのは1,218市町村（86.9%）であった。保健指導を実施しているのは1,321市町村（94.3%）である。
- 後期高齢者に対して糖尿病性腎症重症化予防の取組を実施している774市町村のうち、国保と同一の基準で対象者抽出を実施しているのは231市町村（29.8%）、保健指導を実施しているのは222市町村（28.7%）である。
- 国保被保険者に対して受診勧奨を実施している1,359市町村のうち、外部委託にて実施しているのは258市町村（19.0%）、ICT（Information and Communication Technology：以下「ICT」という。）を活用しているのは、52市町村（3.8%）。保健指導を実施している1,321市町村のうち、外部委託しているのは392市町村（29.7%）、ICTを活用しているのは、199市町村（15.1%）である。
- 糖尿病性腎症重症化予防の取組を実施している1,401市町村のうち、アウトカムでの事業評価について、単年度でのみ実施しているのは、698市町村（49.8%）、単年度だけではなく、事業実施後数年度の（中長期的）評価を実施しているのは674市町村（48.1%）である。

これまでの市町村をはじめとした保険者等における糖尿病性腎症重症化予防の取組状況や効果実証事業の結果、新規透析導入時の高齢化等を踏まえ、糖尿病性腎症重症化予防の取組の質の更なる向上を図るために、本プログラム<sup>12</sup>を改訂する。

---

<sup>12</sup> 本プログラムは、糖尿病性腎症合同委員会「糖尿病性腎症病期分類2014の策定（糖尿病性腎症病期分類改訂）について」糖尿病57巻7号：529-534, 2014<sup>※1</sup>に基づく名称ならびに分類を用いている。糖尿病性腎症に対する対応については、最新の「糖尿病診療ガイドライン2019<sup>※2</sup>」、「エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2023<sup>※3</sup>」、「腎障害進展予防と腎代替療法へのスムーズな移行 CKDステージG3b～5 診療ガイドライン2017（2015追補版）<sup>※4</sup>」に準拠している。また海外のガイドラインや生活習慣介入研究等のエビデンスをもとに、対象者抽出基準、プログラム内容、評価方法を示したものである。

※1 [https://www.jstage.jst.go.jp/article/tonyobyoy/57/7/57\\_529/\\_pdf/-char/ja](https://www.jstage.jst.go.jp/article/tonyobyoy/57/7/57_529/_pdf/-char/ja)

※2 [http://www.jds.or.jp/modules/publication/?content\\_id=4](http://www.jds.or.jp/modules/publication/?content_id=4)

※3 <https://jsn.or.jp/medic/newsttopics/fromjsn/ckd2023-1.php>

※4 <https://jsn.or.jp/medic/guideline/>

## 2. 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの基本的考え方

### (1) プログラムの目的

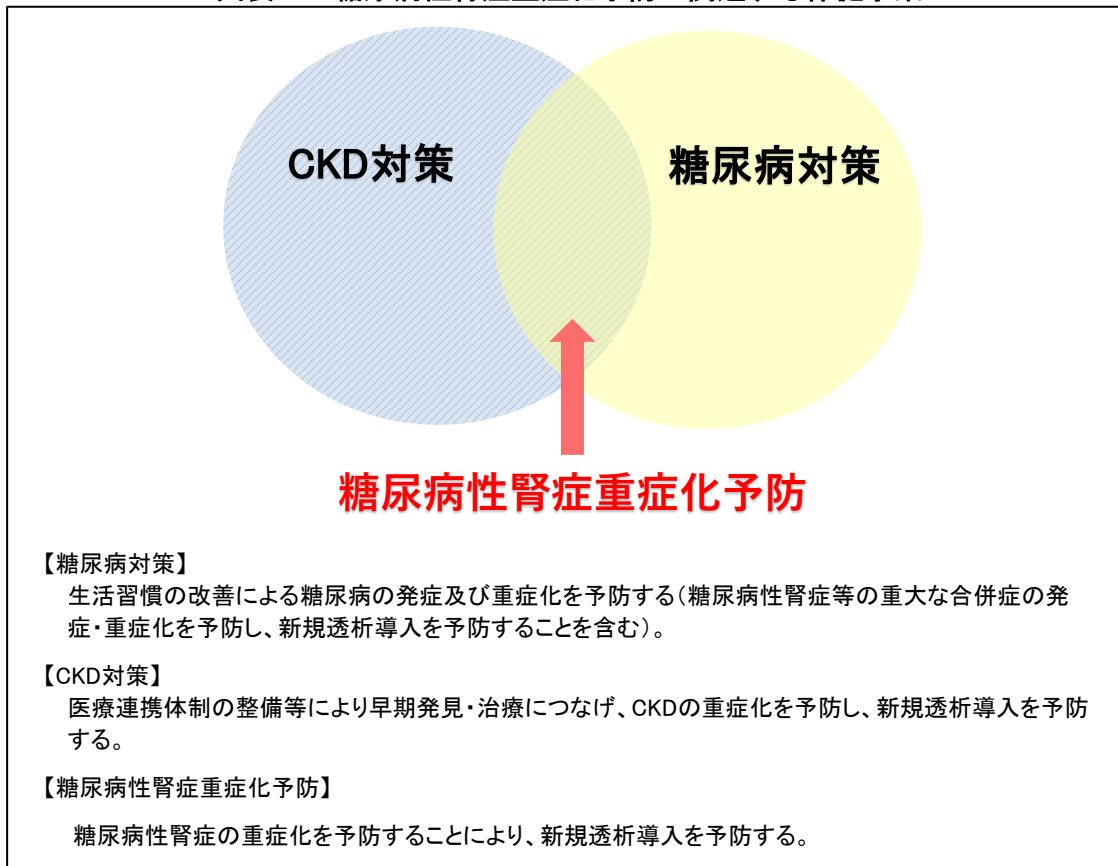
- 本プログラムに基づいた糖尿病性腎症重症化予防の取組では、①糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関への未受診者・受診中断者に対して、保険者が医療機関等と連携して医療機関への受診勧奨や保健指導を行うことにより継続的な治療につなげること、②糖尿病性腎症等で通院する者のうち、重症化するリスクの高い者に対して、保険者が医療機関等と連携して保健指導を行うこと、などの取組により良好な血糖のコントロールの維持、合併症の発症・進展等を通して、腎不全や人工透析への移行を予防し、対象者の健康寿命の延伸を図ることを目指す。
- 本プログラムでは、これらの取組に係る方策やその考え方を示す。

### (2) プログラムの性格

- 本プログラムでは、全国の糖尿病性腎症重症化予防の取組状況や効果検証事業の結果で得られた知見等を踏まえ、全国の自治体や保険者等における取組が更に広がるよう実施可能性を考慮しつつ、同時に質の高い取組となるよう留意点等を整理している。
- 取組内容については、健康課題の優先順位や保険者等の実施体制、医療資源体制、既存の取組内容、取り組みやすさなどに応じ柔軟に対応することが重要であるが、事業評価を定量的な指標を用いて実施する等、適切なPDCAサイクルの下、実施することが望まれる。
- 保険者等によっては、従来から、糖尿病対策として生活習慣の改善による発症予防や糖尿病性腎症等の重大な合併症の発症・重症化予防、CKD対策として早期発見・治療へつなげることによる重症化予防等を活用し、糖尿病性腎症重症化予防に取り組んできた。
- 具体的な取組を推進する場合には、保険者が策定したデータヘルス計画等関連する計画と連動させて実施する必要がある。
- 糖尿病性腎症重症化予防の取組は、糖尿病対策やCKD対策と連携して行う。後述する一定の基準に該当する糖尿病または糖尿病の疑いがある者で糖尿病の治療をしていない者については、医療機関への受診勧奨を行うことが原則である。本プログラムに基づく医療機関と連携して行う保健指導は、限られた資源を有効に使うことが求められる。そのため、状況に応じて介入の優先順位を検討し、一定程度、対象者数を絞るなどの対応が必要になる場合がある。例えば、前年度より腎障害の悪化が顕著である者、予防効果が期待できる壮年期層、生活習慣上改善の必要を認める者などに対象者を絞ることが考えられる。介入の優先順位を適切に検討するに当たっては、地域の健康課題や関連する保健事業と連動させるなど、保健指導が必要な対象者への支援を取り

こぼさないように留意する必要がある。

図表 4 糖尿病性腎症重症化予防と関連する保健事業



### (3) 年齢層を考慮した取組の実施

健康課題やその取り巻く状況はライフステージ<sup>13</sup>により異なるため、健康日本21をはじめとする各種保健事業の取組において、ライフステージに応じた健康づくりの取組を進めてきた。糖尿病性腎症重症化予防の取組においても、ライフコースアプローチ<sup>14</sup>の観点を踏まえライフステージに応じた取組を推進することが重要である。

#### 1) 青壮年に対する取組

- 高齢期に至るまで健康を保持するためには、青壮年期からの取組が重要である。糖尿病性腎症重症化予防の取組においても青壮年期から取り組む必要がある。
- 糖尿病が疑われる者は、40歳代から増加し、特に男性では50歳代になる

<sup>13</sup> 乳幼児期、青壮年期、高齢期等の人の生涯における各段階のこと。

<sup>14</sup> 胎児期から高齢期に至るまでの人の生涯を経時的に捉えること。

と急増する<sup>15</sup>。また、高血圧を有する者も増加する。糖尿病が疑われる者が急増するこの年齢層に対して糖尿病性腎症重症化予防に取り組むことにより、糖尿病についての適切な治療継続や生活習慣の改善等が期待でき、それに伴い合併症の発症・重症化予防や合併症による臓器障害の進行予防等も期待できる。また、人工透析の導入時期も遅らせることが期待でき、対象者本人の生活の質を維持することができるほか、医療経済への影響も小さくすることが期待できる。

○青壮年、特に30歳代から50歳代では、「健康な食習慣の妨げとなる点」として、「仕事（家事・育児等）が忙しくて時間がないこと」の割合が60歳代以上に比較すると多く<sup>16</sup>、糖尿病性腎症重症化予防の取組を実施するに当たっては、このことを考慮した取組となるよう配慮する。糖尿病のみでなく、高血圧、喫煙、食生活の乱れ（朝食の欠食）などが腎障害の悪化につながることに留意する。

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

## 2) 高齢者に対する取組

○令和2年4月から高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施が開始され、後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）から委託を受けた市町村により、後期高齢者の保健事業として、糖尿病性腎症重症化予防に関する事業が実施されている。

○高齢者の特性を踏まえた健康支援をしていくためには、高齢者に見られる心身機能の特徴や老年症候群の合併頻度が高いこと、学会のガイドライン等の動向や関係部局による事業の方向性等に関する見識を深めておくことが必要である。

<sup>15</sup> 令和元年国民健康・栄養調査報告

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/kenkou/eiyuu/r1-houkoku\\_00002.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/eiyuu/r1-houkoku_00002.html)

<sup>16</sup> 60歳代以上で最も多いのは「特になし」である。また、「運動習慣の定着の妨げとなる点」についても、この傾向は同じような傾向である。（令和元年国民健康・栄養調査報告）

### (後期高齢者の特性)

- ① 前期高齢者と比べ、加齢に伴い虚弱な状態であるフレイルが顕著に進行しやすい。
- ② 複数の慢性疾患を保有し、フレイル等を要因とする老年症候群の症状も混在するため、包括的な疾病管理がより重要となる。
- ③ 医療に係る課題として、多医療機関の受診や多剤処方等がある。
- ④ 健康状態や生活機能、生活背景等の個人差が大きい。
- ⑤ 医療のみならず、介護や福祉等の様々なニーズを併せ持つ状況にある者が多い。

○ 高齢者への健診・保健指導では生活習慣病の重症化予防だけではなく、体重や筋肉量の減少、低栄養等によるフレイル等の予防・改善に着目した対策に徐々に転換することが必要である。特に、75歳以上の者への保健指導については、生活習慣病等の慢性疾患の重症化予防に加え、後期高齢者の質問票等を活用し、フレイル等に関連する老年症候群（低栄養、転倒・骨折、誤嚥性肺炎等）等の心身機能の低下とそれに起因する疾病の予防に着目し、実施する必要がある。また、その方法については、本人が主体的に選択できるように配慮するとともに、認知機能の程度を含む加齢による心身の特性の変化や性差、生活状況等の実情に応じた内容とし、地域包括ケア推進における関係者や地域住民も含めて地域ぐるみでの支援を行うことに留意する。

○ 個人ごとの健康状態の差が大きくなり多様性が更に高まることや、75歳以上の多くの者が医療機関を受診していることを勘案すると、医療機関と連携した取組を推進する必要がある。

○ 医療機関に通院していない高齢者については、壮年期と同様、健診等の機会を活用して、生活習慣病が軽症のうちに医療につなげ、重症化を予防することが重要である。

○ 高齢者糖尿病においては低血糖に対する脆弱性を有するため、低血糖症状の有無を問わず血糖が下がりすぎているかを確認すべきであることに留意する。低血糖により認知機能低下や心血管イベントの増加等をきたしやすく、要介護認定のリスクが高い疾患の一つであることに留意する。

○ 事業の展開に当たっては、高齢者の多くが加入する市町村国保と広域連合が連携のうえ、健康・医療情報等を分析し、地域の健康課題等を共有して、取組を進めていくことが重要である。

○ 高齢者の保健事業を実施する際には、高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第2版（令和元年10月厚生労働省保険局高齢者医療課）

<sup>17</sup>、高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第2版補足版（令和4年厚生労働省保険局高齢者医療課）<sup>18</sup>、標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）<sup>19</sup>等を参照し、実施する。

#### （4）データヘルス計画等各種計画を踏まえた事業展開

- 糖尿病性腎症重症化予防の取組は保健事業の一環として行われるものである。事業の実施に当たっては、例えば、データヘルス計画、健康増進計画、医療費適正化計画、介護保険事業（支援）計画、医療計画等をはじめとする保健事業と密接に関係する計画を踏まえて事業を展開する必要がある。

---

<sup>17</sup> [https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000204952\\_00001.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000204952_00001.html)

<sup>18</sup> [https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000204952\\_00004.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000204952_00004.html)

<sup>19</sup> [https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000194155\\_00004.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000194155_00004.html)

### 3. 取組に当たっての関係者の役割

#### (1) 市町村の役割

##### 1) 庁内体制の整備

- 糖尿病性腎症重症化予防は、住民の健康保持・増進、健康寿命の延伸、ひいてはQOLの向上につながるものであるとともに、結果的には医療費の適正化にもつながることから、自治体全体の問題として扱うことが重要である。
- 実施に当たっては、健康増進担当課と国保担当課の連携を深め、保健師・管理栄養士等の専門職や事務職の人材を効率的に活用する、専門的知見や人材を有する委託事業者を活用する、国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」という。）の知見や人材を活用するなど、柔軟な取組を検討する必要がある。
- 糖尿病性腎症重症化予防事業に関する財源の確保、人材の育成、地域連携、国保データベース（KDB）システム（以下「KDBシステム」という。）等を活用した健康課題分析や対象者抽出・評価などにおいては、事務作業も発生する。効率的に取組を進めるためには、事務職等が専門職と共同して、その役割を果たすことが重要である。

##### 2) 地域連携を通じた課題分析と情報共有

- 自治体が行う保健指導の強みは、保険者として保有する健診データやレセプトデータ等から未治療者、治療中断者、コントロール不良者を抽出し継続的に追跡できること、対象者の居住する地域・コミュニティの特性を踏まえて対象者の生活を理解していること、地域包括支援センターや福祉サービス、被用者保険等の他部門、他機関と連携した包括的な支援が行えることである。
- 健康・医療情報を用いて、被保険者の疾病構造や健康問題などを分析する。課題分析や分析結果の解釈に当たっては、地域の関係団体（郡市医師会等）と連携し、互いの持ち得る健康・医療情報（量的・質的データ）等を共有のうえ、取り組むことが望ましい。
- 課題分析においては、その地域が有する保健医療等に関する資源の実態（社会資源、専門的な医療人材の有無や数、かかりつけ医機能を有する医療機関や専門医療機関との連携体制の状況など）を明らかにすることも重要である。
- 郡市医師会やかかりつけ医機能を有する医療機関、地域の専門医療機関、都道府県（保健所を含む。）、広域連合、糖尿病対策推進会議・国保連合会等の関係機関の担当窓口と顔の見える関係性を築く必要がある。協議会等を開催し、各自が捉えている健康課題や取組及び、その中



で実施している事業の目標設定や企画、実施方法、評価について共有する必要がある（既存の会議体を活用できる場合は積極的に活用する）。特に、後期高齢者医療制度の保健事業との一体的な実施に当たっては、広域連合との連携内容について、十分協議することが必要である。

- 健康・医療情報の分析については、国保連合会等に支援を求めることも有用である。KDBシステムの活用や国保連合会に設置されている保健事業支援・評価委員会の助言を受けるなど活用することが望ましい。
- また、多くの市町村は、複数年に渡り、糖尿病性腎症重症化予防に取り組んでいる。それらの実践の中で明らかになった課題についても整理し、次の取組に活かす必要がある。

### 3) 事業計画の立案

- 2) の課題分析の結果を踏まえ、対象者の年代に応じた抽出条件や取組の優先順位等を考慮し事業計画を立案する。
- 立案に当たっては、地域の医療機関における連携体制のあり方、ハイリスク者を抽出するための健診項目やレセプト情報、健診実施方法、食生活の改善や運動対策などのポピュレーションアプローチなど、様々な観点から総合的に検討したうえで、医療機関への受診勧奨や保健指導の内容について検討する。
- その際、郡市医師会等の関係団体と、これらの課題、対策について協議する。
- 適切な事業評価を行うために、計画には事業目的を踏まえて目標と評価指標を設定する。糖尿病性腎症重症化予防の目的は、①糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関の未受診者・受診中断者に対して医療機関への受診勧奨や保健指導を行い継続的な治療につなげること、②通院中の重症化するリスクの高い者に対して保健指導を行うこと、などの取組により、良好な血糖のコントロールの維持、合併症の発症・進展の阻止・抑制等を通して、腎不全や人工透析への移行を予防し、対象者の健康寿命の延伸を図ること、であることを踏まえて、評価指標の設定は、短期的な評価指標だけではなく、中長期的な評価指標も設定することが望ましい。
- また、評価指標はアウトカム・アウトプットを中心とし、設定したアウトカム・アウトプットを達成するために必要となるプロセス・ストラクチャーについても評価できるように、事業計画に記載する<sup>20</sup>。評価の実

<sup>20</sup> アウトカム（成果）：設定した目標に達することができたか、など  
アウトプット（保健事業の実施状況・実施量）：抽出された対象者に対して何人に保健指導を実施した

施時期や評価方法等も記載する。

○評価指標については9. プログラムの評価 (p47～) を参照する。

#### 4) 事業実施及び委託して実施する場合の留意点

○3) の事業計画に基づき事業を実施する。

事業の実施に当たっては、以下を参照する。

- ・対象者の抽出と介入方法 → 6. 対象者抽出の考え方と取組方策 (p29～) 並びに7. 介入方法 (p38～)
- ・個人情報保護 → 10. 個人情報の取扱い (p51～)
- ・委託して実施する場合  
→ 8. (2) 委託にて事業を実施する際の留意点 (p44)
- ・ICTの利活用  
→ 8. (1) ICTを活用した取組の実施 (p44)

○なお、受診勧奨や保健指導の実施に際しては、主に、保険者として実施する健診の結果に基づいて、対象者の抽出を実施することが多い。そのため、特定健康診査や後期高齢者健康診査の受診率を高めていくと同時に、未受診者への支援のあり方や支援方法を検討することも重要である。

#### 5) 事業評価

○実施した事業について、その結果を評価し、PDCAサイクルに基づいて次の事業展開につなげる。

○詳細は、9. プログラムの評価 (p46～) を参照。

#### 6) 人材確保・育成

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

○このため、専門職や事務職を問わず担当者が積極的に研修会等に参加できるようにするなど、糖尿病性腎症に関する知識や技術等を習得する機

---

か、など

プロセス (保健事業の実施過程) : 受診勧奨の手法は適切か、保健指導実施のための専門職の人員配置が適切であるか、スケジュール通りに行われているか、など

ストラクチャー (計画立案体制・実施構成・評価体制) : 事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか、など

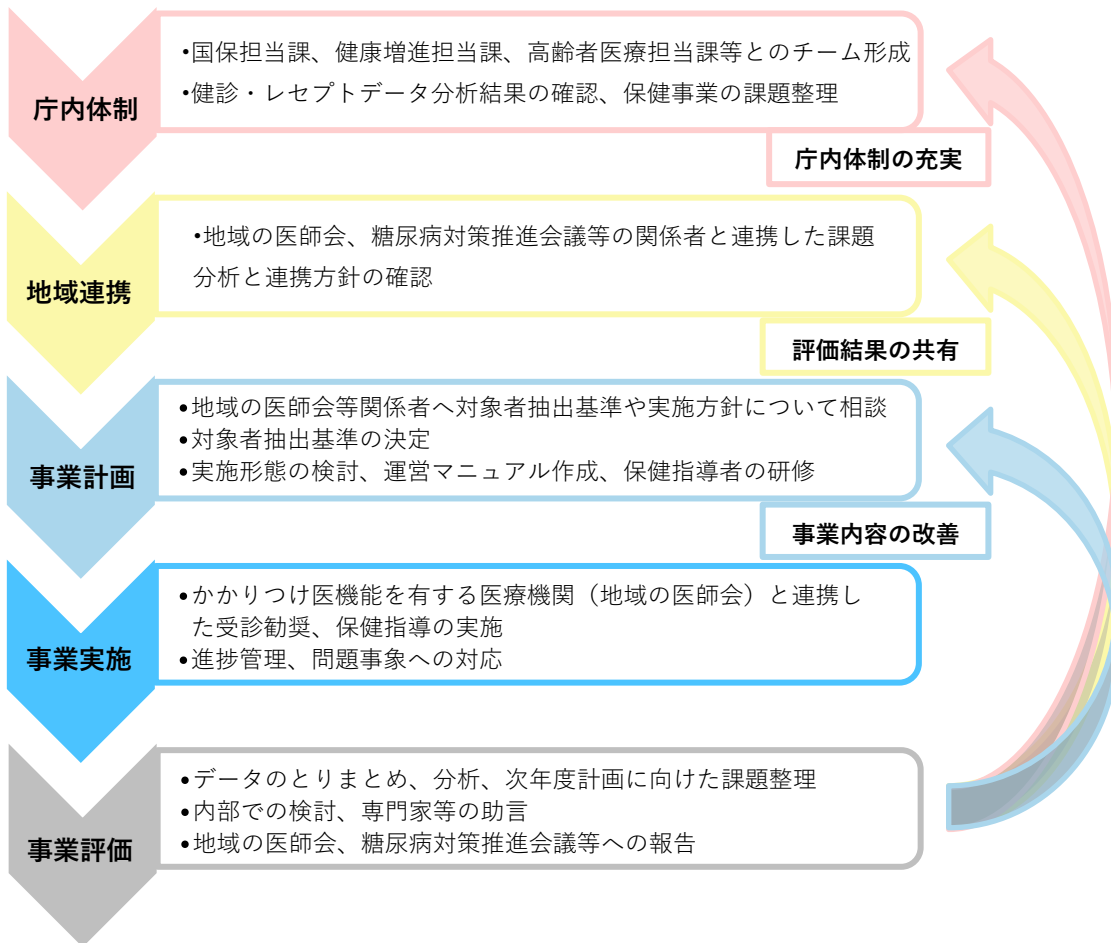
会を設ける必要がある。

## 7) 他の保険者の保健事業との連携

○市町村国保では国保被保険者を対象に保健事業を展開するが、同様の事業は被用者保険でも展開されている。被保険者は、市町村国保と被用者保険の間を異動することもあるため、地域での取組に当たっては、そうした被用者保険の取組と連携することも重要である。

○また、75歳以上になると、市町村国保の被保険者は後期高齢者医療制度へ移行する。加入する医療保険制度が変更することに伴い、対象者の指導や評価等の支援が途切れる現象がみられる。高齢者の保健事業の実施に当たっては、広域連合と市町村で連携し、保険者間の引き継ぎを密にし、継続的な支援や評価を可能にすることが重要である。委託等により市町村が一体的に保健事業を実施することで、年齢に関わらず継続した支援を可能にするといった対応をとることが考えられるが、広域連合が実施する場合においても、保険者間の連携を密にし、支援が途切れることがないように取り組む必要がある。

図表 5 自治体における糖尿病性腎症重症化予防事業の進め方（例）



## （２）都道府県の役割

- 都道府県は、保険者として主体的に糖尿病性腎症重症化予防に取り組むとともに、糖尿病性腎症重症化予防に取り組む市町村や広域連合への支援を行う。
- 地域版日本健康会議の開催等を通して、都道府県内で各関係機関と自治体が連携し、地域で具体的な対応策を議論のうえ、課題解決につなげていく等、糖尿病性腎症重症化予防に取り組む機運を醸成し、広域的な展開を目指していくことも期待される。
- また、人口規模の小さな市町村等で、糖尿病性腎症重症化予防にまだ取り組むことができていない場合や十分に取り組むことができていない場合に、保健所管轄地域単位等での事業実施の検討など、都道府県が積極的に支援する。

## 1) 庁内体制の整備

- 市町村や広域連合の取組を支援するためには、保健事業を推進するだけでなく、市町村の実情、管内の医療機関の状況、関係団体の動向、人材の状況など多岐にわたって調整することが求められる。担当課だけでは対応できない課題がある場合には、関係部署（部局・課）が連携して取り組むことが重要である。このため、関係部署の連携会議を定期的に開催するなど、問題意識を共有しながら取組や市町村・広域連合への支援を進めることが重要である。

## 2) 地域連携に対する支援

- 市町村や広域連合における円滑な事業実施を支援する観点から、都道府県レベルで都道府県医師会や糖尿病対策推進会議等と都道府県内の取組状況を共有し、課題、対応策等について議論する。

○例えば保険者協議会の場を活用するなど、被用者保険や広域連合とも連携を取り、糖尿病性腎症重症化予防の取組の効果が上がるよう調整することも重要である。特に市町村国保から後期高齢者医療制度に移行する者については、継続的な支援を受けることができるよう、市町村において、広域連合から保健事業の委託を受ける等、一体的な実施に努め、密な連携のうえで継続した取組が円滑に実施されるよう関係機関の調整を行う等の支援が必要である。

○保健所は、地域分析の実施主体や市町村・広域連合の身近な相談相手としての役割を果たすことが重要である。郡市医師会・医療機関をはじめとする地域の医療関係者や市町村・広域連合との連携のつなぎ役となるなど、保健所の機能を活用した取組や市町村・広域連合への支援も積極的に行う必要がある。

## 3) 事業計画

- 事業計画には、市町村支援に関するもののほか、広域的なデータ分析や普及啓発、モデル事業の実施等、都道府県自らが実施する糖尿病性腎症重症化予防の取組、また、事業評価に必要な目標、評価指標を記載する。

○これらの内容については、都道府県が策定する関係する計画（健康増進計画、医療計画、医療費適正化計画、介護保険事業支援計画、等）を踏まえたものとなるようにする。

○都道府県は、市町村や広域連合が保有していない都道府県内の保健・医療・福祉等に関する各種データを保有していることから、国保連合会と連携して、都道府県内の健康課題等に関する俯瞰的な整理を行うとともに

に、市町村や広域連合が現状分析や計画の立案、評価等を行うに当たって活用可能なデータを提供する。

#### 4) 事業実施

- 事業計画に基づき事業を実施する。
- かかりつけ医機能を有する医療機関（都道府県医師会）と連携した受診勧奨事業、保健指導事業を実施する。
- 市町村や広域連合の支援に当たっては、市町村等における事業実施状況を定期的に把握し、取組が進んでいない市町村等を重点的に支援する。

#### 5) 事業評価

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

#### 6) 人材育成

- 人材不足等により、糖尿病性腎症重症化予防の取組を十分に実施できない市町村や広域連合もあるため、都道府県は、国保連合会等と連携して、データ分析や評価、事業実施等の支援に加えて、市町村や広域連合の担当者への研修の実施等を通して、計画的に人材育成・人材確保を推進する必要がある。
- 都道府県として主体的に糖尿病性腎症重症化予防の取組を進めるに当たっては、保健所の機能・人材の活用も有効であり、例えば都道府県本庁では、都道府県レベルでの取組の企画等を行い、保健所では市町村や広域連合の担当者への研修等を行ったり地域の医療関係者や市町村・広域連合とのつなぎ役となったりする等、保健所を活用した取組が期待される。

### (3) 広域連合の役割

- 広域連合は都道府県単位で管内全ての市町村により構成されるものであり、その組織特性上、高齢者一人ひとりの特性に応じたきめ細かな対応が困難な場合が多いという課題がある。このため、自らプログラムに基づいた取組を実施するほか、保健事業を市町村に委託し、市町村国保の保健事業と一体的に実施されるよう調整を行うなど、市町村（高齢者医療担当課・介護予防担当課や健康増進担当課、地域包括支援センター）との連携が不可欠である。

- 保健事業の実施に当たっては、高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン等を参照しながら、広域連合と市町村との役割分担を明らかにすることや連携体制を整えることが重要である。
- 広域連合は、後期高齢者医療制度の運営を通じて健康・医療情報を包括的、統合的に管理しており、保険者機能として事業推進のためにそれらのデータを活用することができる。
- 広域連合は市町村に対し、高齢者の健康状態や医療費等の状況について、都道府県全体を俯瞰して健康・医療情報を分析加工した統計資料等の提供や説明を行う。また、市町村が広域連合からの委託により保健事業を実施する際においても、データの提供や閲覧権限の付与など、実施支援のための情報提供を行う。
- 市町村に委託して保健事業を実施する場合または広域連合が直接保健事業を実施する場合のいずれにおいても、広域連合は市町村と連携し、双方が主体的に取り組めるよう、企画・実施・評価を行える体制構築に努めることが望ましい。
- 被保険者が後期高齢者医療制度へ移行する際に、保健事業が円滑に接続されないケースや評価が途切れるケースがみられた。そのため、令和2年度より、市町村において市町村国保から連続した事業の実施・評価を適切に行えるよう「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」を開始した。広域連合の役割として具体的には、国保や介護予防部局との連携を密にし、国保保健事業や介護予防の取組との一体的な実施を推進してきているところであり、引き続き、継続的な事業実施ができるような体制づくりが求められる。
- 都道府県医師会や郡市医師会等関係団体に対しては、広域連合が取組内容を説明し、理解及び協力を得ていくことが重要であり、都道府県と連携しながら調整する場合や市町村による調整の支援を行う場合など、状況に応じた調整を行うことが求められる。

#### (4) 地域の医師会等の役割

##### (医療関係団体における協力体制の整備)

- 都道府県医師会をはじめとする都道府県の医療関係団体は、郡市医師会をはじめとする地域の医療関係団体に対して、糖尿病性腎症重症化予防に係る国・都道府県における動向等を周知する。
- 都道府県医師会及び郡市医師会等をはじめとする地域の医療関係団体は、会員及び医療従事者等に対して糖尿病性腎症重症化予防の取組について周知する。また、都道府県や市町村等から相談があった場合には、糖尿病性腎症重症化予防の取組に可能な限り協力するとともに、対象者の健康づくりや糖尿



病性腎症重症化予防に向けて積極的に対応するよう促す。

- 地域における糖尿病性腎症重症化予防の取組は、市町村等の取組に加え、かかりつけ医機能を有する医療機関と専門医等との連携強化が重要であるため、地域の医師会等は各医療機関や医師等と連携し必要な取組を行うよう努める。

#### **(市町村等の取組に対する協力)**

- 都道府県医師会をはじめとする地域の医療関係団体は、市町村等の糖尿病性腎症重症化予防の取組に対し、取組が円滑かつ効果的なものとなるように、市町村等の求めに応じて実施方法等について助言する等、必要な協力を行う。
- 地域の糖尿病対策推進会議等の方針のもと、郡市医師会等は各地域での推進体制（連絡票、事例検討等）について自治体と協力する。糖尿病性腎症重症化予防の対象者は必ずしも、住所地のある自治体にある医療機関をかかりつけ医としているとは限らない。自治体の域を超えて受療している対象者についても、自治体が域内の対象者と同様の事業を展開できるよう、近隣の郡市医師会等への周知がなされ、協力が図られることが望ましい。
- かかりつけ医機能を有する医療機関は、市町村等が行う事業の対象者について、病歴聴取や診察、保険診療における検査等による病期判断、循環器疾患等のリスクや糖尿病合併症（網膜症等）の状況を把握し、対象者本人に説明するとともに、保健指導上の留意点を市町村等に伝えることが求められる。
- 糖尿病性腎症重症化予防に理解と熱意を持つ専門医等が、継続的に保健事業のアドバイザーとなり、地域医療機関や専門医療機関で透析や糖尿病性腎症、糖尿病の専門的な医療を担当している医師等と相談し、問題意識を共有・体制を構築することが重要である。
- 地域の医師会は、かかりつけ医機能を有する医療機関と連携した受診勧奨、保健指導へ協力する。

#### **(関係学会のガイドライン等の活用)**

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

#### **(5) その他の医療関係団体等の役割**

- CKD対策等と連動させて糖尿病性腎症重症化予防に取り組む場合は、地域の中



核的医療機関の専門医、糖尿病療養指導士<sup>21</sup>や腎臓病療養指導士<sup>22</sup>等との連携、地域の看護協会、栄養士会等の職能団体との連携を拡大することができれば、より包括的な地域連携体制を構築することが可能となる。

- 糖尿病の合併症として網膜症、歯周病及び歯の喪失等があることから、眼科等他科との連携、医科歯科連携の仕組みを構築し活用することが望ましい。健康サポート薬局や栄養ケア・ステーション、まちの保健室等のように、地域で活動する保健医療等の専門職・地域住民による、主体的な健康の保持・増進を積極的に支援する機能を備えた機関等がある地域においては、それらの資源が糖尿病性腎症重症化予防の体制整備に有効に活用されるよう、医療関係団体等は、都道府県、市町村や広域連合に情報共有するなど共に検討する。

## (6) 都道府県糖尿病対策推進会議の役割

- 糖尿病対策推進会議は、糖尿病診療において、①かかりつけ医機能の充実と病診連携の推進、②受診勧奨と事後指導の充実、③糖尿病治療成績の向上、を目的に平成17年に設立された会議であり、国レベルだけでなく全都道府県に設置されている。
- 糖尿病対策推進会議は、会議の理念に合致した糖尿病性腎症重症化予防事業に積極的に関与していくことが期待される。
- 糖尿病性腎症重症化予防に係る国・都道府県における動向等について、構成団体に周知するとともに、医学的・科学的観点から県内における糖尿病性腎症重症化予防の取組について助言を行うなど、自治体や広域連合等の取組に協力することが求められている。
- 糖尿病対策推進会議は、市町村等との連携の窓口となる責任者<sup>23</sup>を決めたうえで、その責任者が中心となって調整を行い、当該会議として、自治体等で行う糖尿病性腎症重症化予防の取組に助言等を行うことが期待される。また、市町村等が都道府県糖尿病対策推進会議と連携が図れるように、窓口となる責任者について周知する必要がある。

<sup>21</sup> 糖尿病療養指導士は、高度でかつ幅広い専門知識を持ち、患者の糖尿病セルフケアを支援する医療スタッフであり、日本糖尿病療養指導士認定機構および各地の認定組織によって、一定の経験を有し試験に合格した看護師、管理栄養士、薬剤師、臨床検査技師、理学療法士等に与えられる。

<sup>22</sup> 腎臓病療養指導士は、職種横断的な、CKD療養指導に関する基本知識を持つ医療スタッフであり、日本腎臓病協会によって、一定の経験を有し合格した看護師・保健師、管理栄養士、薬剤師に与えられる。

<sup>23</sup> 日本医師会では都道府県医師会糖尿病対策（推進会議）の担当者一覧<sup>※1</sup>をとりまとめ、日本糖尿病学会では市町村単位の担当医<sup>※2</sup>、また、都道府県単位で日本糖尿病対策推進会議 日本糖尿病学会地区担当委員<sup>※3</sup>を定めており、地域での取組を進めるに当たっては、これらの担当医師と連携しながら進めていくことも重要である。

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

※2 [http://www.jds.or.jp/modules/education/index.php?content\\_id=88](http://www.jds.or.jp/modules/education/index.php?content_id=88)

※3 [http://www.jds.or.jp/modules/education/index.php?content\\_id=88](http://www.jds.or.jp/modules/education/index.php?content_id=88)

- 地域の住民や糖尿病の患者への啓発、医療従事者への研修に努めることが重要であり、その際には、日本糖尿病学会や日本糖尿病協会から開発提供されている、保健指導に有用な教材を利用することも期待される。

#### (7) 国保連合会・国保中央会の役割

- 国保連合会は、国民健康保険中央会（以下「国保中央会」という。）と一体的に全国の自治体を実施する保険者の保健事業への支援を行っており、市町村や広域連合がより効果的・効率的に糖尿病性腎症重症化予防事業に取り組むことができるよう研修を実施している。

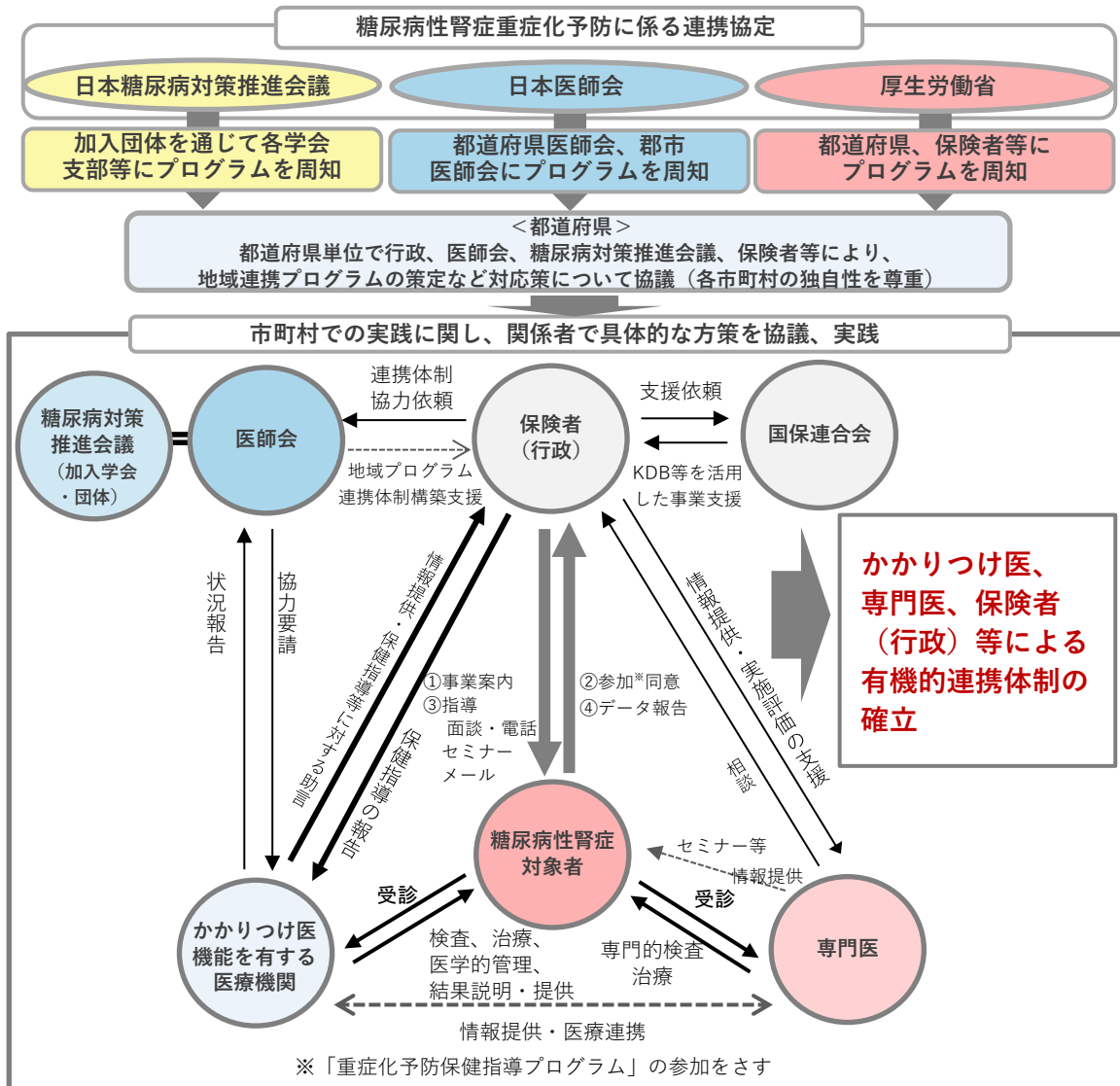
○ また、KDBシステムの活用によるデータ分析・活用支援や、データヘルス計画策定の際の健康・医療情報による課題抽出、事業実施後の評価分析などにおいて、有識者で構成される保健事業支援・評価委員会による支援や国保連合会独自の支援を行っている。今後も支援を必要とする市町村等への支援を行うとともに、取組状況等から支援の必要性はあるが支援を受けていない市町村等に対しても、都道府県と連携して、積極的に支援することが期待される。

- 国保中央会は、国保連合会が行う研修やKDBシステムの活用等の支援を行うことにより、糖尿病性腎症重症化予防事業の充実を図ることが期待される。

#### 4. 地域における関係機関との連携

○ 本プログラムにおける各機関の役割は3. 取組に当たっての関係者の役割 (p12~) で述べたが、それらが有機的に連携していくことが重要である。地域における取組を効率的に推進するに当たっては、関係者が各々の役割を理解したうえで、密接に連携して対応することが期待される (図表 6)。

図表 6 関係者の役割分担と連携



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

○ 以上のような連携を確保するために、以下のような取組が求められる。

- ・都道府県や保健所管轄地域単位での対策会議の設置、具体的事例の検討を行う連絡会の開催など、地域の関係者間で顔を合わせる機会を設ける（図表 7）。
- ・事業の具体的な検討を始める前に、市町村や広域連合が主体となって、郡市医師会等に対し、地域の健康課題や事業の目的等について情報提供を行う。都道府県の協力・支援を得ながら郡市医師会・専門医療機関や他の保険者、地域団体など地域の関係者との協議の場を設定する。併せて、地域住民にも情報提供する。
- ・市町村等は、事業の実施状況や評価結果についても、地域の関係者に情報を提供し、協議の場を持つ。
- ・必要に応じて、かかりつけ医機能を有する医療機関と専門医とが連携<sup>24</sup>できる体制を構築することが望ましい。日本糖尿病学会と日本腎臓学会は、かかりつけ医機能を有する医療機関から専門医・専門医療機関への紹介基準<sup>23</sup>を定めている。また、糖尿病専門医・腎臓専門医間における紹介基準<sup>23</sup>も定めており、これらを活用しながら医療機関における連携を更に進めていくことが重要である。地域の実情に合わせて地域連携パスなどを作成し、地域で運用することも考えられる。

---

<sup>24</sup> 日本糖尿病学会と日本腎臓学会は、「かかりつけ医から糖尿病専門医・専門医療機関への紹介基準」、「かかりつけ医から腎臓専門医・専門医療機関への紹介基準」、「専門医間の紹介基準」をホームページ等に掲載している。

・かかりつけ医から専門医・専門医療機関への紹介基準

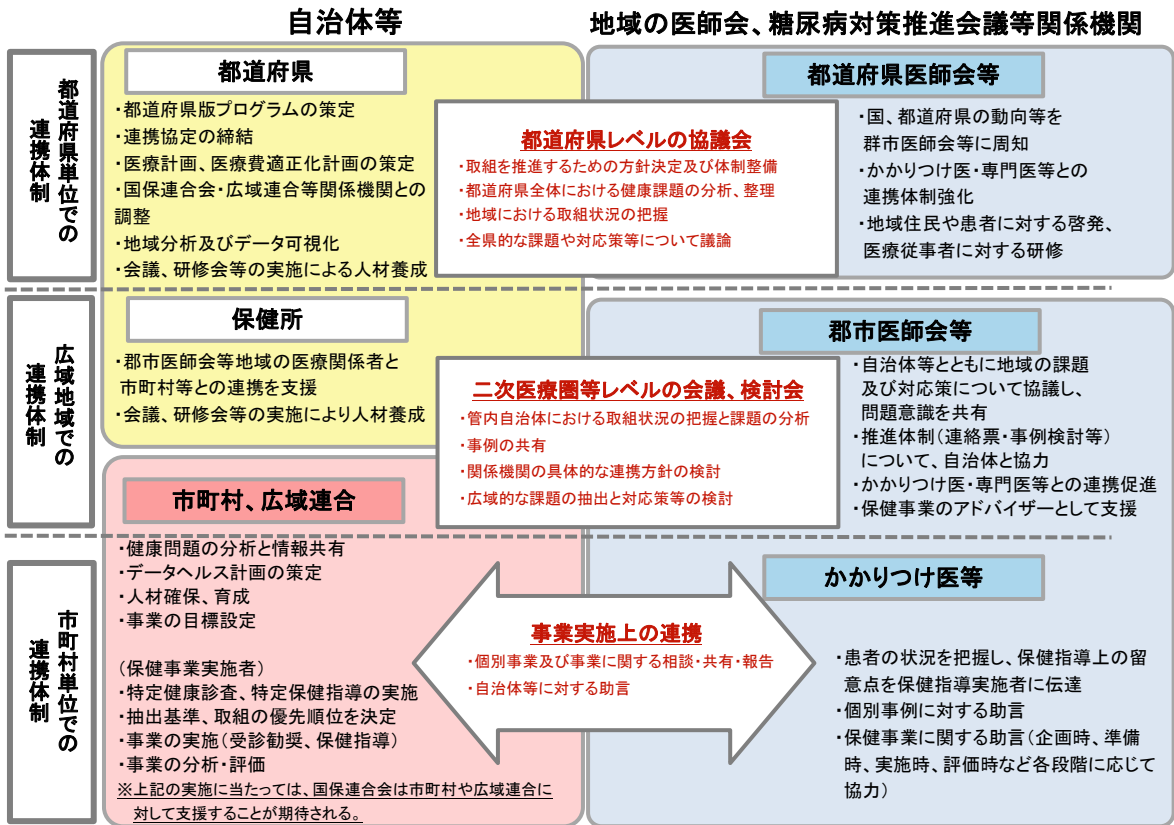
<https://jsn.or.jp/medic/newsttopics/formember/post-547.php>

・専門医間の紹介基準

[http://www.jds.or.jp/modules/important/index.php?content\\_id=114](http://www.jds.or.jp/modules/important/index.php?content_id=114)（日本糖尿病学会）

[https://www.jsn.or.jp/topics/notice/\\_3537.php](https://www.jsn.or.jp/topics/notice/_3537.php)（日本腎臓学会）

図表 7 地域における連携体制のイメージ



## 5. プログラムの条件

### (1) 効果的・効率的な事業を実施するための条件

- 各地域で糖尿病性腎症重症化予防プログラムを策定する場合には、以下のいずれも満たす必要がある。

生活習慣病の重症化予防の取組のうち、

- ① 対象者の抽出基準が明確であり、対象者の状態像に応じた取組であること
- ② かかりつけ医と連携した取組であること
- ③ 保健指導を実施する場合には、専門職が取組に携わること
- ④ 事業の評価を実施すること
- ⑤ 取組の実施に当たり、地域の実情に応じて各都道府県の糖尿病対策推進会議等との連携（各都道府県による対応策の議論や取組内容の共有等）を図ること

- 以上のプログラムの条件は、以下の点に留意する。

- ① 対象者の抽出基準が明確であり、対象者の状態像に応じた取組であること
  - ・ HbA1c等の健診結果のみならず、レセプトの請求情報（薬剤や疾患名）も活用し、被保険者の全体像を把握する。そのうえで、いずれの集団を対象として取組を実施するかを決定する。これにより、特定健康診査未受診者層や、治療中断者、治療中の者から事業対象者を抽出することができる。
- ② かかりつけ医と連携した取組であること
  - ・ 事業の実施時のみならず、事業の企画時や準備時、評価時など様々な時点で連携する。特に治療中の者に保健指導を行う際にはかかりつけ医機能を有する医療機関との間で対象者の状態像（疾患や症状等の医療的側面に関する状況、社会生活面のアセスメント状況等）や保健指導の内容について十分に情報共有するとともに、支援の方向性を共有することが重要である。
  - ・ 保健指導の機会を通じて生活習慣のアセスメント及び生活指導を行うことにより、普段の生活状況を知り診療上有用な情報が得られるなど、かかりつけ医機能を有する医療機関にとってもメリットがある。
- ③ 保健指導を実施する場合には、専門職が取組に携わること
  - ・ 保健指導は、保健師・管理栄養士等の専門職が行う。これに加え、医師や歯科医師、薬剤師等と連携した取組となるようにする。このことにより、市町村等と医療機関等との連携が深まり、保健指導の質の向上が期待できる。
- ④ 事業の評価を実施すること
  - ・ アウトプット指標のみならず、アウトカム指標を用いて事業評価を実施す

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

⑤ 取組の実施に当たり、地域の実情に応じて各都道府県の糖尿病対策推進会議等との連携を図ること

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

## (2) 更に事業を発展させるための留意事項

○ プログラムの条件に沿って、更に効果的に事業実施するために以下の内容に留意することが期待される。

① 対象者の抽出基準について

- ・腎症の病期、健診データ（HbA1c、血圧等）の重症度、併存疾患（高血圧、心不全、感染症等）、腎障害の程度の変化（eGFR低下速度等）を考慮して抽出することが有効と考えられる。受診勧奨は該当者すべてに行うことが原則である。保健指導については、地域の実情に応じて、特に社会資源が少ない地域においては、ICT等を利用したオンライン保健指導等を利活用することも検討する。それでもなお保健指導の対象者数に対して資源が不足する場合は、優先順位付け（絞込み）を行い、取組を実施することも考えられる。
- ・事業対象外とする場合の条件の整理や事業対象外に該当する者への支援のあり方・対応方策等も併せて検討することが重要である。

② かかりつけ医と連携した取組について

- ・糖尿病や糖尿病性腎症の治療は保険診療として行われるものであり、保険者による取組は適切な受診につながらない人に対する受診勧奨や、生活習慣の改善が必要な者への保健指導が中心である。生活習慣病管理料や糖尿病透析予防指導管理料等、保険診療で認められている医療行為と本プログラムに基づく取組が相補的に機能することが望ましいが、その役割分担は地域によって異なる。
- ・リスクマネジメントの観点からも、保健事業のみで腎症患者に対応すべきではないことに留意する必要がある。

### ③ 保健指導を実施する専門職について

- ・糖尿病の適切な管理のためには、医師による診療と処方のほか、看護師による療養生活にかかる指導、保健師による包括的な保健指導、管理栄養士による栄養指導、薬剤師による服薬期間中の継続的な服薬状況の把握と服薬指導、歯科医師・歯科衛生士による口腔健康管理<sup>25</sup>、健康運動指導士等による身体活動支援などが必要であり、多種の専門職で取り組むことが重要である。
- ・後期高齢者においては、その特性を踏まえながら、保健事業と介護予防を一体的に実施することが重要であり、地域包括支援センターをはじめとする介護関係の各専門職種との連携も重要である。
- ・これらの専門職種が効率的に事業に関われるような体制の構築が求められている。それぞれの観点でのアセスメント結果の共有、指導内容や指導結果の共有方法の確立が必要である。

### ④ 事業評価の実施について

- ・適切な評価を実施することにより事業の意義が一層明確になり、事業の質の改善につながる。
- ・継続的な対象者の追跡や事業のマクロ的評価のためにはKDBシステムの活用が有効であり、市町村単独での評価が難しいものについては、都道府県や国保連合会が支援を行う。
- ・詳細については、9. プログラムの評価 (P. 46～P. 50) を参照。

### ⑤ 取組の実施における各都道府県の糖尿病対策推進会議等との連携について

- ・都道府県糖尿病対策推進会議の活動状況の把握が重要であり、好事例の横展開が必要である。郡市医師会にも糖尿病対策推進会議を設置して顔の見える対策をしている好事例も出てきている一方、十分な活動につながっていない保険者もある。
- ・糖尿病対策推進会議においては専門医の役割が重要となる。糖尿病専門医、腎臓専門医等が協力して地域支援を行うことが望ましい。

---

<sup>25</sup> 口腔健康管理には、口腔機能管理、口腔衛生管理、及び口腔ケアが含まれる。

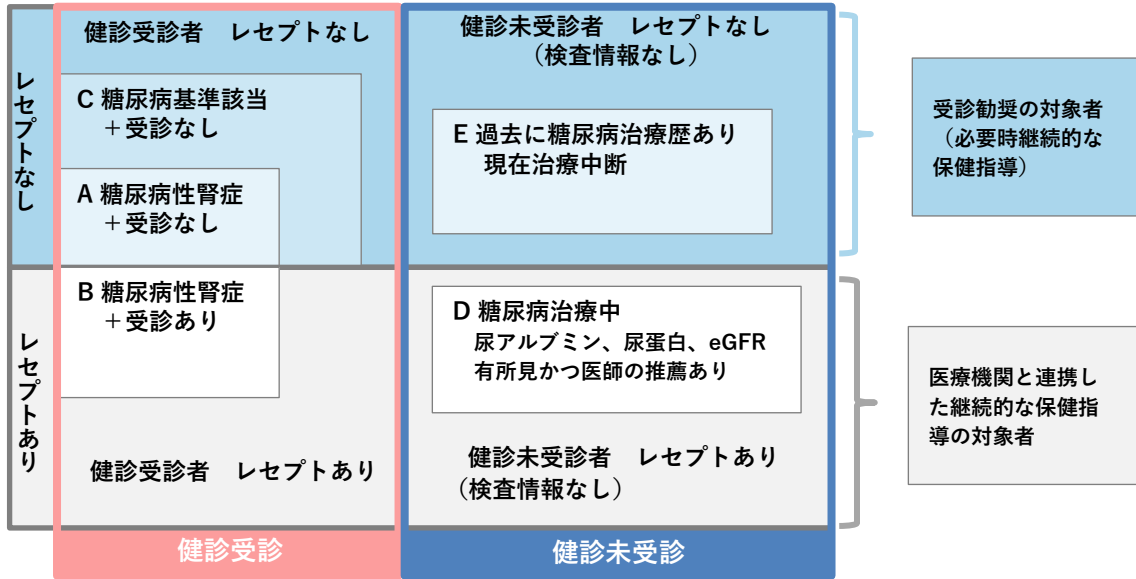


6. 対象者抽出の考え方と取組方策

(1) 本プログラムにおける対象者に行う基本的な取組

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

図表 8 健診・レセプトデータの有無と対象者の抽出の考え方



## (2) 本プログラムにおける糖尿病性腎症の定義

○ 本プログラムにおける糖尿病性腎症<sup>26</sup>の定義は以下の通りとする。

本プログラムにおける糖尿病性腎症の定義：糖尿病であり、腎障害が存在していること（疑いも含む）

糖尿病であるか糖尿病が疑われる状態であること：①から③のいずれかを満たすこと

- ① 空腹時血糖または随時血糖<sup>※1</sup> 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）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/1.73m<sup>2</sup> 未満
- ② 腎症第3期：尿蛋白陽性
- ③ レセプト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/1.73m<sup>2</sup> 未満
  - eGFR60mL/分/1.73m<sup>2</sup> 未満のうち、年間 5mL/分/1.73m<sup>2</sup> 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（±）<sup>※2</sup>
  - 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。

<sup>26</sup> 糖尿病患者に腎障害がある場合、①糖尿病が原因で腎障害が悪化した状態、②別の原因により腎障害が悪化している患者に糖尿病が合併している状態、がある。

糖尿病性腎症は狭義では①を指し、正確な診断のためには病歴、網膜症等他の合併症の状況、生検等の検査が必要となる。

一般的には健診で①と②を区別することは困難と考えられるので、本プログラムでは①、②を含め、広く取り扱うこととしている。

②であっても、糖尿病が合併することにより腎臓には糖尿病特有の変化が発生し、腎機能が悪化することから、②を含めて対策を行うことには意義があると考えられる。

参考：糖尿病性腎症病期分類<sup>注1</sup>

	病期	尿中アルブミン・クレアチニン比 (mg/g) あるいは尿中蛋白・クレアチニン比 (g/g) <sup>27</sup>	GFR (eGFR) (推算糸球体濾過量) (mL/分/1.73 m <sup>2</sup> )
	第1期	正常アルブミン尿 (30未満)	30以上 <sup>注2</sup>
医療機関で診断	第2期 <sup>28</sup>	微量アルブミン尿 (30~299) <sup>注3</sup>	30以上
健診で把握可能	第3期	顕性アルブミン尿 (300以上) あるいは持続性蛋白尿 (0.5以上)	30以上
保険者等による詳細健診の 血清Cr測定で把握	第4期	問わない	30未満
	第5期	透析療法中あるいは腎移植後	

注1: 糖尿病性腎症合同委員会は2023年度に新分類を発表している(日腎会誌 2023 ; 65(7) : 847-856 糖尿病性腎症病期分類2023の策定 糖尿病腎症合同委員会・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、厚生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/1.73m<sup>2</sup>未満の症例はCKDに該当し、糖尿病性腎症以外の原因が存在し得るため、他の腎臓病との鑑別診断が必要である。

(3) 対象者抽出基準の設定(健診受診者からの対象者抽出)

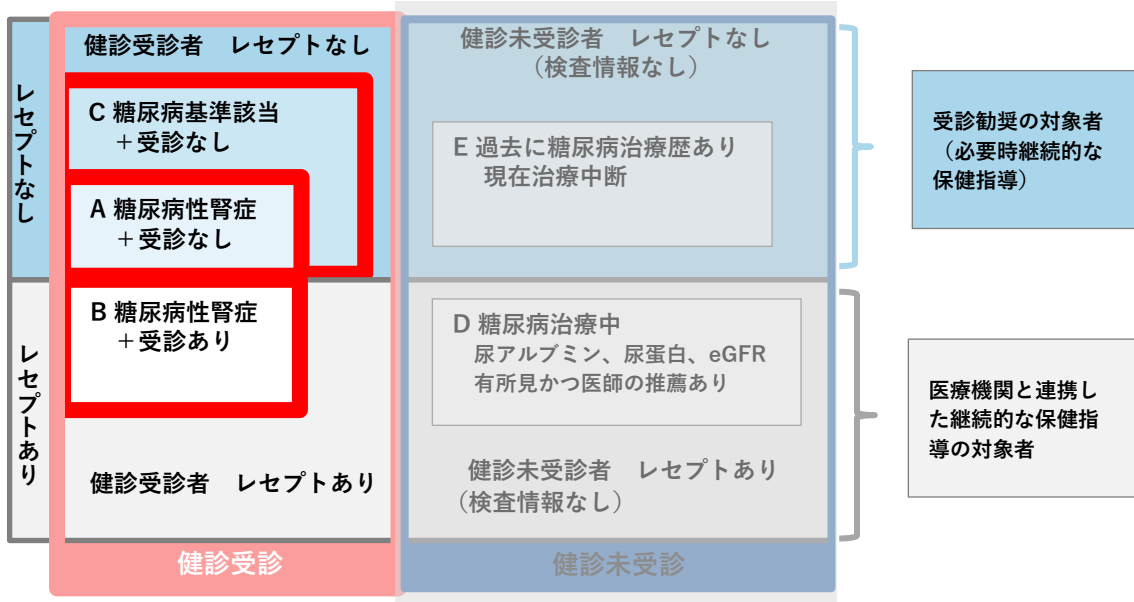
- 対象者の抽出基準においては、図表 10に示すように、健診時の尿蛋白(尿定性)やeGFRから腎障害が存在している者を把握、糖尿病については治療の有無とHbA1c・血糖の状況、血圧についても治療の有無と受診勧奨値以上であるかを把握することを基本とする。
- 表は腎障害が存在している者、HbA1cが高い者、高血圧の治療をしていない者に対して優先的に受診勧奨(面談等)、保健指導を行うことを基本として作成したものである。高血圧で受診中であるが糖尿病の治療を受けていない者については、主治医との相談を促すことが必要であり、受診勧奨ではなく保健指導として分類している。
- 後期高齢者においては、糖尿病の管理目標が壮年期等他の年齢層と異なることに留意し、保健指導の対象者選定においてより優先順位の高い者に絞る必要がある。

<sup>27</sup> 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 糖尿病性腎症 P80)

<sup>28</sup> 特定健康診査では尿蛋白が必須項目であり、糖尿病に加えて尿蛋白(+)以上であれば第3期と考えられる。(±)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。

- 医療機関等で測定した尿アルブミン値や網膜症、神経障害等の糖尿病特有の細小血管障害の合併状況、糖尿病罹病期間を参考にすることも有用である。

図表 9 健診・レセプトデータの有無と対象者の抽出の考え方（再掲）



**図表 10 健診・レセプトデータを基にした対象者抽出基準**

**糖尿病未受診者 ※1**

		腎障害の程度									腎障害の程度/ 血圧区分判定不可 ※3
		以下のどちらかに該当。 ・eGFR<45 ・尿蛋白(+)以上			以下のどちらかに該当。 ・45≤eGFR<60 ・尿蛋白(±)			以下の両方に該当。 ・60≤eGFR ・尿蛋白(-)			
		血圧区分 ※2			血圧区分 ※2			血圧区分 ※2			
		受診中	血圧高値 受診なし	正常範囲	受診中	血圧高値 受診なし	正常範囲	受診中	血圧高値 受診なし	正常範囲	
H b A 1 c ( %) )	8.0以上	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
	7.0~7.9	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
	6.5~6.9	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
	6.5未満	■	■	■	■	■	■	■	■	■	

点線青枠：健診・レセプトデータから糖尿病と判断できないため、糖尿病性腎症重症化予防事業の対象外  
(CKD 対策、高血圧対策としての受診勧奨・保健指導等は必要に応じて行う)

**糖尿病受診中の者 ※4**

		腎障害の程度									腎障害の程度/ 血圧区分判定不可 ※3
		以下のどちらかに該当。 ・eGFR<45 ・尿蛋白(+)以上			以下のどちらかに該当。 ・45≤eGFR<60 ・尿蛋白(±)			以下の両方に該当。 ・60≤eGFR ・尿蛋白(-)			
		血圧区分 ※2			血圧区分 ※2			血圧区分 ※2			
		受診中	血圧高値 受診なし	正常範囲	受診中	血圧高値 受診なし	正常範囲	受診中	血圧高値 受診なし	正常範囲	
H b A 1 c ( %) )	8.0以上	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
	7.0~7.9	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
	6.5~6.9	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
	6.5未満	■	■	■	■	■	■	■	■	■	

糖尿病受診中の場合には、HbA1c<6.5%も糖尿病性腎症重症化予防事業の対象。糖尿病受診中で主治医があるため、高血圧未受診でも受診勧奨ではなく、保健指導とする。

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

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

- ※1 糖尿病未受診者：対象年度に2型糖尿病の受診実績がない者
- ※2 血圧区分の「受診中」：対象年度に高血圧症の受診実績がある者  
「血圧高値受診なし」：140 mm Hg ≤ 収縮期血圧または 90 mm Hg ≤ 拡張期血圧に該当し、対象年度に高血圧症の受診実績がない者  
「血圧高値」判定は、収縮期血圧または拡張期血圧のいずれかの測定値のみでも、有所見判定  
(140 mm Hg ≤ 収縮期血圧または 90 mm Hg ≤ 拡張期血圧) が可能な者も含む。
- ※3 腎障害の程度 血圧区分判定不可：HbA1c 判定者のうち、尿蛋白、血圧の測定値がなく、腎障害の程度、血圧区分のいずれかの判定ができない者。  
eGFRの判定値がない場合は暫定的に「異常なし」と分類。
- ※4 糖尿病受診中の者：対象年度に2型糖尿病の受診実績がある者

#### (4) 健診結果を基にした抽出に当たっての留意点

- 自治体における対象者抽出基準検討においては、年齢や治療状況、保健事業に関する資源（予算、マンパワー、委託等）を勘案して検討する。対象者への通知などはできるだけ広く情報提供する。保健指導など介入の濃度が高いものについては、病態、年齢、生活状況等を総合的に勘案し、優先順位を決める必要がある。
- 例えば、基準値を高めを設定すると、対象者の範囲が狭まるとともに、病態が進行しているため、保健指導の効果があまり確認できないおそれもある。一方低めに設定すると、対象者に病識が乏しいこともあるため、受診勧奨した結果の受診率や保健指導への参加率が低くなるおそれがある。これら評価指標の到達度等の可能性も勘案しながら、取組内容の評価を適切に行ったうえで、地域の実情に合わせて柔軟に抽出基準を変更することも考えられる。
- なお、本プログラムに基づき実施される事業の対象者の抽出に当たっては、糖尿病性腎症に関する日本糖尿病学会、日本腎臓学会等各関連学会の最新のガイドライン<sup>29</sup>を参照し、健診等で得られるデータと突合して抽出されるハイリスク者を対象とする。
- 特に、高齢者は、高齢者糖尿病診療ガイドライン2023において壮年期よりも緩和した基準が提示されている。当該基準は糖尿病治療時の血糖コントロールの目安であり、その範囲外である場合は医療管理が必要であることを踏まえ、高齢者に対する糖尿病性腎症重症化予防の取組においても、抽出基準等を緩和することも考えられる。抽出基準等の緩和などについては、最新の専門的な見識を踏まえつつ地域の実情に合わせることを求められるため、医師会等地域の関係機関と相談することが望ましい。なお、後期高齢者については、高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン等を併せて参照する。

---

<sup>29</sup> ○ 高齢者糖尿病診療ガイドライン2023（日本老年医学会・日本糖尿病学会）

[http://www.jds.or.jp/modules/publication/index.php?content\\_id=37](http://www.jds.or.jp/modules/publication/index.php?content_id=37)

○ エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2023（日本腎臓学会）

<https://jsn.or.jp/medic/newstopics/fromjsn/ckd2023-1.php>

○ 高齢者高血圧診療ガイドライン2017（日本老年医学会）

[https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/tool/pdf/guideline2017\\_01.pdf](https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/tool/pdf/guideline2017_01.pdf)

○ 高齢者高血圧診療ガイドライン2017（2019年一部改訂）（日本老年医学会）

<https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/tool/>

[https://www.jstage.jst.go.jp/article/geriatrics/56/3/56\\_56.343/\\_pdf/-char/ja](https://www.jstage.jst.go.jp/article/geriatrics/56/3/56_56.343/_pdf/-char/ja)

○ 高齢者脂質異常症診療ガイドライン2017

<https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/tool/>

[https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/tool/pdf/guideline2017\\_03.pdf](https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/tool/pdf/guideline2017_03.pdf)

参考：糖尿病血糖コントロール目標  
(日本糖尿病学会編・著 糖尿病治療ガイド 2022-2023)

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

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

- 注1) 適切な食事療法や運動療法だけで達成可能な場合、または薬物療法中でも低血糖などの副作用なく達成可能な場合の目標とする。  
 注2) 合併症予防の観点からHbA1cの目標値を7%未満とする。対応する血糖値としては、空腹時血糖値130mg/dL未満、食後2時間血糖値180mg/dL未満をおおよその目安とする。  
 注3) 低血糖などの副作用、その他の理由で治療の強化が難しい場合の目標とする。  
 注4) いずれも成人に対しての目標値であり、また妊娠例は除くものとする。

参考：高齢者糖尿病の血糖コントロール目標 (HbA1c値)  
(日本老年医学会、日本糖尿病学会編・著 高齢者糖尿病診療ガイドライン2023)

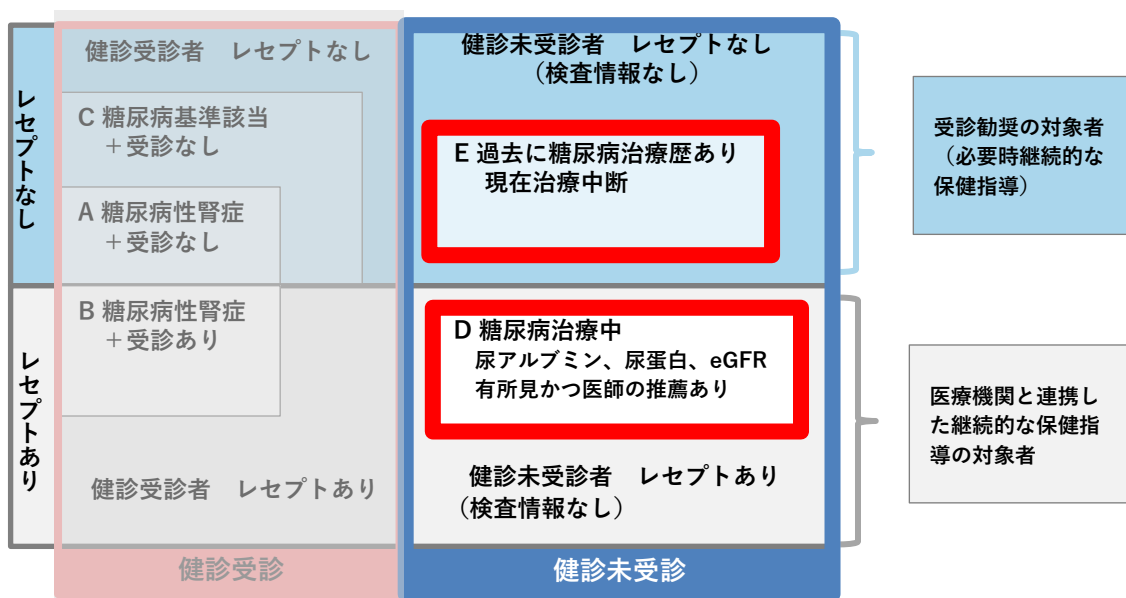
患者の特徴・健康状態 <sup>注1)</sup>	カテゴリーⅠ		カテゴリーⅡ	カテゴリーⅢ
		①認知機能正常 かつ ②ADL自立	①軽度認知障害～軽度認知症 または ②手段的ADL低下、基本的ADL自立	①中等度以上の認知障害 または ②基本的ADL低下 または ③多くの併存疾患や機能障害
重症低血糖が危惧される薬剤(インスリン製剤、SU薬、グリニド薬など)の使用	なし <sup>注2)</sup>	7.0%未満	7.0%未満	8.0%未満
	あり <sup>注3)</sup>	65歳以上 75歳未満 7.5%未満 (下限6.5%)	75歳以上 8.0%未満 (下限7.0%)	8.0%未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

- 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。

## (5) 健診未受診者からの対象者の抽出方法

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

図表 11 健診・レセプトデータの有無と対象者の抽出の考え方（再掲）



### (糖尿病治療中断かつ健診未受診者の抽出方法: 図表 11のE)

- 以下の者等を対象として状況確認を行い、健診・医療機関受診を勧奨する。
  - ・ 過去に糖尿病治療歴がある、又は過去3年間程度の健診にてHbA1c6.5%以上が確認されているものの、最近1年間に健診受診歴やレセプトにおける糖尿病受療歴がない者
  - ・ 歯科や眼科治療中の患者において糖尿病治療を中断していることが判明した者
  - ・ 健康サポート薬局、栄養ケア・ステーション、まちの保健室等やイベント等における健康相談において、糖尿病の履歴があり十分に管理されていないことが判明した者



#### (医療機関における抽出方法:主に図表 11のD)

○ 糖尿病治療中に尿アルブミン、尿蛋白、eGFR等により腎障害の悪化が判明し、保健指導が必要と医師が判断した患者を対象とする。例えば、

- ・生活習慣の改善が困難な者
- ・治療を中断しがちな者
- ・自施設に管理栄養士等が配置されておらず、実践的な指導が困難な場合
- ・専門医療機関との連携が困難な地域
- ・その他、地域包括ケア等の連携体制の中で、地域の実情により連携が望ましいと考えられる場合

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

#### (留意点)

- 第4期については、腎障害の急速な悪化、心血管イベント、心不全の発症リスク、死亡リスクが高く、保健指導のみで対応することは適切ではない。適宜、腎臓専門医と連携した対応が必要である。また、透析導入への準備期間として本人、家族の相談に応ずることも求められる。
- 血清クレアチニンを測定していない場合は、尿蛋白が陰性の第4期を見落とす可能性があることに留意する必要がある。
- 後期高齢者は、疾病の重複がある場合が多く、個別の疾患のガイドラインでは対応できない点も多くなる。そのまま適用すると重複受診・薬剤の過剰投与になるおそれもあるため、かかりつけ医機能を有する医療機関と連携のうえ、専門職によるきめ細かなアウトリーチを主体とした健康支援に取り組むことが適当である。

## 7. 介入方法

○ 健診受診者（図表 11のA+B+C）については、以下の基準を参考に対象者の状態像を区分することが可能であり、その区分別に介入方法を変える等の工夫も求められる。

※後期高齢者については以下の基準を用いず、高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドラインを参照すること。

**図表 12 健診結果と糖尿病の治療状況別の状態像の介入方法とそのレベルの区分（図表 10の再掲）**

### 糖尿病未受診者 ※1

		腎障害の程度									腎障害の程度/ 血圧区分 判定不可 ※3
		以下のどちらかに該当。 ・eGFR<45 ・尿蛋白(+)以上			以下のどちらかに該当。 ・45≤eGFR<60 ・尿蛋白(±)			以下の両方に該当。 ・60≤eGFR ・尿蛋白(-)			
		血圧区分 ※2			血圧区分 ※2			血圧区分 ※2			
		受診中	血圧高値 受診なし	正常範囲	受診中	血圧高値 受診なし	正常範囲	受診中	血圧高値 受診なし	正常範囲	
H b A 1 c ( %) )	8.0以上	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
	7.0~7.9	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
	6.5~6.9	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
	6.5未満	■	■	■	■	■	■	■	■	■	

点線青枠：健診・レセプトデータから糖尿病と判断できないため、糖尿病性腎症重症化予防事業の対象外（CKD対策、高血圧対策としての受診勧奨・保健指導等が必要に応じて行う）

### 糖尿病受診中の者 ※4

		腎障害の程度									腎障害の程度/ 血圧区分 判定不可 ※3
		以下のどちらかに該当。 ・eGFR<45 ・尿蛋白(+)以上			以下のどちらかに該当。 ・45≤eGFR<60 ・尿蛋白(±)			以下の両方に該当。 ・60≤eGFR ・尿蛋白(-)			
		血圧区分 ※2			血圧区分 ※2			血圧区分 ※2			
		受診中	血圧高値 受診なし	正常範囲	受診中	血圧高値 受診なし	正常範囲	受診中	血圧高値 受診なし	正常範囲	
H b A 1 c ( %) )	8.0以上	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
	7.0~7.9	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
	6.5~6.9	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
	6.5未満	■	■	■	■	■	■	■	■	■	

糖尿病受診中の場合には、HbA1c<6.5%も糖尿病性腎症重症化予防事業の対象。糖尿病受診中で主治医があるため、高血圧未受診でも受診勧奨ではなく、保健指導とする。

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

※保健指導Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、受診勧奨Ⅰ、Ⅱ、Ⅲの内容については図表 13参照

- ※1 糖尿病未受診者：対象年度に2型糖尿病の受診実績がない者
- ※2 血圧区分の「受診中」：対象年度に高血圧症の受診実績がある者  
「血圧高値受診なし」：140 mm Hg≤収縮期血圧または90 mm Hg≤拡張期血圧に該当し、対象年度に高血圧症の受診実績がない者  
「血圧高値」判定は、収縮期血圧または拡張期血圧のいずれかの測定値のみでも、有所見判定（140 mm Hg≤収縮期血圧または90 mm Hg≤拡張期血圧）が可能なるも含む。
- ※3 腎障害の程度 血圧区分判定不可；HbA1c判定者のうち、尿蛋白、血圧の測定値がなく、腎障害の程度、血圧区分のいずれかの判定ができない者。eGFRの判定値がない場合は暫定的に「異常なし」と分類。
- ※4 糖尿病受診中の者：対象年度に2型糖尿病の受診実績がある者

図表 13 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	
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	

緊急度に応じた介入の程度

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

### (1) 受診勧奨

- 受診勧奨は抽出したすべての対象者に行い、医療機関受診へとつなげることが原則である。特に、図表 12並びに下記に示す受診勧奨レベルⅡとⅢについては、可能な限り、電話や訪問等により、個別に速やかに受診勧奨を行い、受診勧奨後に継続的な受診につながっているかを必ず確認し、受診につながっていない場合は、再度受診勧奨をするなど、適切な対応を行う。
- 腎障害の程度にかかわらずHbA1cが6.5%以上の者のうち、高血圧については受診中で、糖尿病は未受診の者に対しては、かかりつけ医機能を有する医療機関に健診結果を持参の上、血糖検査の結果が受診勧奨判定値（糖尿病の診断基準）を超えていることについて、速やかに相談するよう保健指導を行う。

**受診勧奨レベルⅠ、Ⅱ、Ⅲのいずれにおいても、対象者全員に医療機関への受診勧奨を行うことが原則である**

**【受診勧奨レベルⅠ】**

- 1 下記の①かつ②に該当する者は、医療機関への受診勧奨をする。  
(通知による受診勧奨を想定)

①血糖値：下記のいずれかに該当する場合

○空腹時血糖：126mg/dL以上、または随時血糖（食後3.5時間以上）200mg/dL）以上

○HbA1c：6.5%以上

②現在、糖尿病について医療機関を受診していない（治療中断も含む）

**【受診勧奨レベルⅡ】**

- 2 下記の①～③のいずれかに該当する者は、可能な限り、電話や訪問等により、個別に、医療機関への受診勧奨をする。また、勧奨後に、治療に結びついているかについても確認する。

①HbA1c：7.0%以上8.0%未満 かつ <eGFR：45mL/分/1.73m<sup>2</sup>以上 60mL/分/1.73m<sup>2</sup>未満または尿蛋白（±）>

②HbA1c：6.5%以上8.0%未満 かつ <血圧：140/90mmHg以上 かつ 高血圧について医療機関を受診していない>

③HbA1c：6.5%以上7.0%未満 かつ <eGFR：45mL/分/1.73m<sup>2</sup>未満 または 尿蛋白：陽性（1以上）>

**【受診勧奨レベルⅢ】**

- 3 下記の①～③のいずれかに該当する者は、可能な限り速やかに、電話や訪問等により、個別に、医療機関への受診勧奨をする。また、勧奨後に、治療に結びついているかについても確認する。

①HbA1c：8.0%以上（腎障害の程度、血圧に関係なく）

②HbA1c：7.0%以上8.0%未満 かつ <eGFR：45mL/分/1.73m<sup>2</sup>未満 または 尿蛋白：陽性（1以上）>

③HbA1c：6.5%以上7.0%未満 かつ <eGFR：45mL/分/1.73m<sup>2</sup>未満 または 尿蛋白：陽性（1以上）> かつ <血圧：140/90mmHg以上 かつ 高血圧について医療機関を受診していない>

※高血圧で受診中でありながらも糖尿病で未受診の場合については、高血圧での受診先医療機関に対し、特定健康診査等における血糖検査の結果が受診勧奨判定値以上であることを相談するよう保健指導する。

- 地域の医師会等を通じて、対象者が受診している個別の医療機関には、本プログラムに基づく事業の目的、対応方法等について事前に説明し、対応に整合性をとる必要がある。
- 健診結果や糖尿病性腎症重症化予防の必要性を対象者本人が理解・納得しているかが重要であるとともに、受診勧奨通知や紹介状を通じてかかりつけ医療機能を有する医療機関に事業の目的が伝わるように工夫する。
- 受診勧奨を行う前に個々の対象者の情報（健診結果やこれまでの病歴、治療状況等）を収集しておくことが重要である。

- 特に受診勧奨レベルが高い人に対し受診勧奨を実施する場合には、単に通知するだけでなく、個別に電話や対面等により、対象者本人と直接接点を持ち受診が必要である旨を伝えるとともに、受診勧奨後の受診状況の確認を行う。
- また、本人から受診後の感想を聞き、継続的な治療の必要性について理解できているかを確認することが望ましい。（薬剤が処方されない場合や、食事療法等の指導が行われない場合には、1度の受診だけで中断するケースが少なくない。薬剤がすぐに不要であるからこそ、生活習慣を改善の上、経過を見るために継続して検査を受けることの大切さを伝えることが重要である。）
- 受診勧奨の際、糖尿病に対する恐怖心や経済的理由、家庭問題等の理由が未受診の背景に隠れていることを把握することがある。必要時、かかりつけ医機能を有する医療機関との情報共有や市町村の場合は庁内の他部門の支援へとつないでいくことも解決策として考えられる。

#### <受診勧奨レベルごとの取組例>

##### ○ 受診勧奨レベルⅠ

- ・ 健診結果通知時に、糖尿病性腎症のおそれがあり医療機関の定期的な受診が必要であることについて、標準的な健診・保健指導プログラムのフィードバック文例集や糖尿病性腎症重症化予防に関する事業実施の手引き等を参照し、文書で通知する。
- ・ 必要に応じて、上記通知に加え、電話や案内した健康教室参加時等に受診勧奨を行う。

##### ○ 受診勧奨レベルⅡ

- ・ レベルⅠの文書による通知に加え、結果説明を行うための電話や面談により、個別に医療機関への受診勧奨を行う。
- ・ 受診勧奨とともに、生活実態を把握したうえで、対象者の状況に合わせた保健指導を行う。

##### ○ 受診勧奨レベルⅢ

- ・ 可能な限り、訪問や面談等の対面により個別での受診勧奨を速やかに行う。
- ・ 受診勧奨とともに、生活実態の把握をしたうえで、生活習慣の改善を促す保健指導を行う。

※いずれの受診勧奨レベルにおいても、受診勧奨後に、対象者が継続的な受診につながっているかについて、医療機関からの回答、対象者本人への確認、レセプトの確認等により受診状況を確認することが必要である。

## (2) 保健指導

- 糖尿病性腎症による新規透析導入者を減少させるためには、血糖に加え血圧、脂質のコントロールや薬剤の適正使用が重要である。また、肥満の是正、食生活の改善等、包括的な管理も必要となる。保健指導を行うに当たっては、状態に応じた予防、管理の考え方を踏まえたうえで、保健指導を行う専門職が対象者と対面・電話等により接点を持ちながら、生活改善の指導を行う

(図表 10参照)。

- 対象者の糖尿病に対する思いや生活状況を踏まえた血糖、血圧管理等の指導を行う。その際に聞き取った情報、特に治療を中断しがちな者の情報等は医療機関にとっても有用であるため、医療機関との情報共有が重要である。
- 糖尿病連携手帳<sup>30</sup>や保健指導報告書等を通じて、かかりつけ医機能を有する医療機関との情報共有を行う。保健指導実施期間中に、医療機関で実施した検査結果を事業の効果評価等に活用する目的で確認する場合には、検査結果を入手することについて、あらかじめ対象者の同意を得ておく。
- 保健指導期間中は対象者とともに生活習慣改善のための行動目標を立案するが、腎症病期や検査値経過を参考に、個人の健康状態や生活背景にあった目標であるかを見直す。必要時は、かかりつけ医機能を有する医療機関や地域担当医へ相談するなど、安全管理に留意する。
- 保健指導は、個人又は集団を対象として行う方法があり、更に各々について対面及びICT等を活用した方法がある。支援の際は、それぞれの特性を踏まえ、適切に組み合わせて実施する。また、保健指導の際に活用する資料の一つとして自己実践を支援するための資料（特に継続的に支援するための資料）があり、対象者が設定した行動目標の達成のために活用する実践状況の記録、通信による支援等に用いられる。これらには、体重変化や食事内容、活動量等を対象者自身がモニタリングできるようなアプリケーション等ICTを活用したものも含まれる。これら保健指導期間中のフォローにおいては、対象者の状況、ICTリテラシー等に応じて、支援の途中であっても支援形態を必要に応じて見直すことが望ましい。

#### (保健指導における留意点)

##### <リスクマネジメント体制の確保>

- 糖尿病性腎症の者に対して保健指導を実施する場合は、医療との連携が不可欠である。腎症第3期、第4期への保健指導については腎症に関する専門的知識やスキルを有する者が対応する必要がある。また、腎不全のみならず、循環器疾患の発症・死亡リスクが高い集団であることから、保健事業の実施に当たっては、特にリスクマネジメントの体制が確保されていることが重要である。
- 特に、腎症第4期については、腎臓専門医が関与する必要があるので、保健指導のみで対応することがないようにする。
- 糖尿病性腎症患者は免疫力が低下し、感染症にかかりやすいことから、感染

<sup>30</sup> 糖尿病連携手帳は、日本糖尿病協会が発行しているものであり、糖尿病・合併症関連の検査値が継続的に記入できるため、患者自身が医療-保健を連携する役割を果たし、本人同意のもとデータの共有が可能となる。

予防のための日常的な衛生管理についても指導する。

### ＜高齢者を対象とした取組の実施＞

- 高齢者、特に後期高齢者については、複数疾患の合併のみならず、加齢に伴う諸臓器の機能低下を基盤としたフレイルやサルコペニア、認知症等の進行により個人差が大きくなり、多病・多剤処方の状態に陥るなど、健康上の不安が大きくなるため、高齢者の特性を踏まえた対象者抽出基準、保健指導方法を検討する。
- 壮年期における生活習慣病対策から、体重や筋肉量の減少を主因とした低栄養や口腔機能、運動機能、認知機能の低下等のフレイルにも着目しライフステージに応じた対策を行っていく必要がある。
- 高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第2版（令和元年10月厚生労働省保険局高齢者医療課）、高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第2版補足版（令和4年3月厚生労働省保険局高齢者医療課）、高齢者糖尿病診療ガイドライン2023（日本老年医学会・日本糖尿病学会）、高齢者高血圧診療ガイドライン2017（2019年一部改訂）（日本老年医学会）、高齢者脂質異常症ガイドライン2017（日本老年医学会）等の最新の各種ガイドラインを参考に実施する。

### ＜保健指導レベルごとの取組例＞

#### ○ 保健指導レベルⅠ

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

#### ○ 保健指導レベルⅡ

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

#### ○ 保健指導レベルⅢ

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

## 8. 事業を円滑に進めるための留意点

### (1) ICTを活用した取組の実施

- 市町村等が行う受診勧奨や保健指導において、ICTを活用した介入（オンライン面接、アプリ活用等）が実施されることも考えられる。対面での面談が難しい壮年期層では積極的な活用が望ましい。
- 遠隔面接による保健指導では、本人確認を確実に行うことやプライバシーが保たれるようにすること、保健指導の質の担保のための資料の工夫が必要である。アプリケーション等を用いた保健指導の際の個人情報の取扱い等に留意する必要がある。
- ICTを活用した保健指導の実施に当たっての留意点の詳細は「標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）第3編第3章3-3 ICTを活用した保健指導とその留意事項」<sup>31</sup>並びに「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（第4版）」<sup>32</sup>を参照する。
- また、保健指導が終了した後も、対象者が健康的な生活習慣を維持し、更なる改善に取り組めるよう、社会資源の活用等を行いながら、対象者に応じた継続的な支援を行うことが求められる。
- ICTの利活用に慣れていない者を対象にICTを活用する場合は、ICTを活用する際の手順等について支援する機会を設定する等の工夫が必要である。

### (2) 委託にて事業を実施する際の留意点

- 市町村等が直営で実施するか、事業者へ委託して実施するかについては、市町村等のマンパワーを含めた体制状況、地域資源の状況等地域の実情を踏まえて、最も効果的・効率的と考えられる方法を選択する。委託して実施する場合は、以下のことに留意する。
- 市町村等の庁内体制の整備や関係機関との調整・連携、課題の分析、事業計画の作成、対象者の抽出基準の設定・実施する受診勧奨や保健指導の内容の決定、事業の評価・見直し等、事業の根幹に関わるものについては、委託する場合であっても、委託元自らが実施する。
- 民間事業者等に委託する場合には、受診勧奨や保健指導の質（実施内容に直接かかわる情報収集やアセスメントの質）及び地域の社会資源や地域特性の理解度等を確認したうえで事業者を選定する。委託にあたっては、事前に医師会等、地域の関係団体との間で、委託する内容等の方針について協議を行うことが望ましい。また、市町村等は事業の目的や理念を明確にし、委託する業務を検討する必要がある。そのうえで、委託する目的や目標、業務内容

<sup>31</sup> [https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000194155\\_00004.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000194155_00004.html)

<sup>32</sup> [https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/handbook\\_31132.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/handbook_31132.html)



を委託先の事業者に明確に伝えることが重要である。

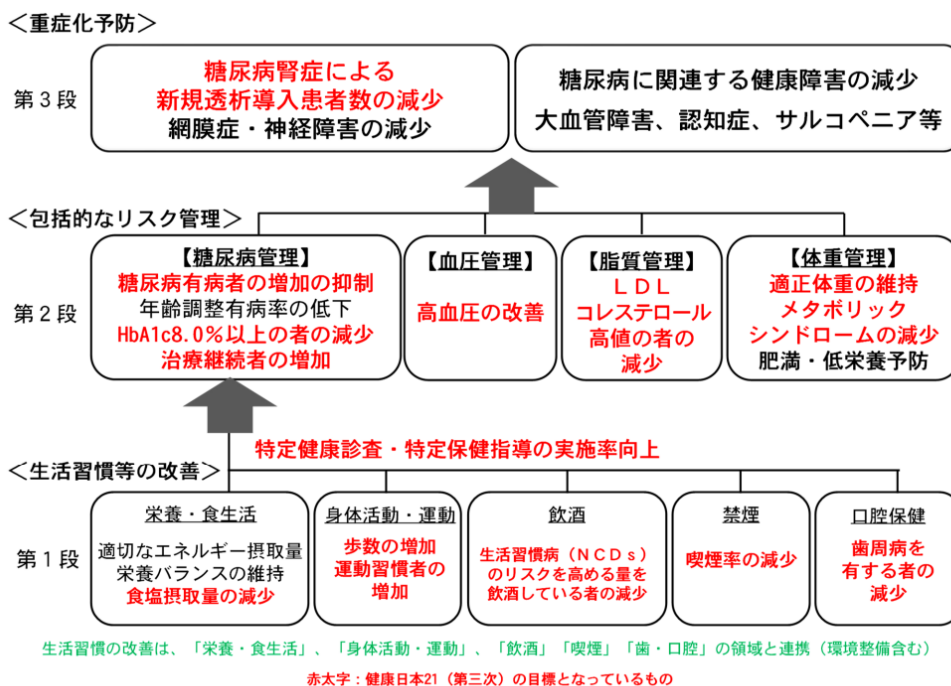
- 例えば、委託事業者が地域の医師会やかかりつけ医機能を有する医療機関等と直接やりとりをする形をとる際には、市町村等は事業の計画段階から地域の医師会等と協議し、市町村等としての取組であること、その取組を一体的に進めたいということを伝える等するとともに、委託事業者任せきりにするのではなく市町村等において事業の詳細、進捗状況を把握し、委託期間の終了時の評価以外にも定期的（月ごと、あるいは委託期間の中間時）に評価する等、全体のプロセスを管理し、事業全体の評価は委託元自らが実施することが重要である。
- その他委託に当たっての留意点は「標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版） 第1編第1章1-5 健診・保健指導の外部委託」を参照する。

## 9. プログラムの評価

### (1) 目的

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

図表 14 糖尿病領域のロジックモデル<sup>33</sup>



### (2) 方法

- 計画策定時に設定した目標や評価指標、評価方法に基づいて、ストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカムの視点で評価を行う。その成功要因、未達要因をストラクチャー、プロセス面から検討する。
- 市町村等においては、自らの事業及び支援について振り返り、次年度以降の事業計画に活用するため、受診勧奨や保健指導を実施した被保険者個々人の

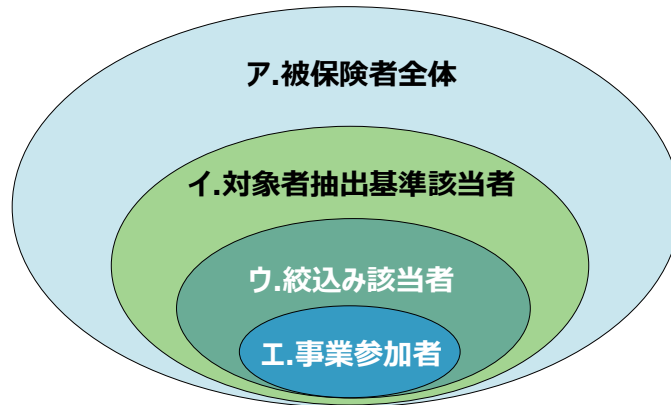
<sup>33</sup> 健康日本21（第三次）の推進のための説明資料

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/kenkou/kenkounippon21\\_00006.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/kenkounippon21_00006.html)

単位、もしくはその集団（図表 15の事業参加者）で確認する短期的評価をしっかりと行うことが重要である。

- プロセス評価：抽出された対象者のうち、何人に受診勧奨や保健指導を実施できたかの評価を必ず行う。その際、自治体が絞り込んだ対象者に対する割合だけでなく、図表 10で分類される各レベルの対象者における参加者の割合を把握する。
- アウトカム評価：短期的評価指標と中長期的な評価指標を定める。例えば、受診勧奨では、短期的指標として受診勧奨による医療機関受診の有無が重要である。そのうえで、1年後には治療の継続、HbA1cや血圧、腎障害の程度の変化、長期的には透析の導入抑制等が重要な指標となる。
- 対象者の抽出基準に該当した者（図表 15のイ.対象者抽出基準該当者）のうち、受診勧奨や保健指導を実施した被保険者（図表 15のエ.事業参加者）と、受診勧奨や保健指導を実施していない者（図表 15のイ.対象者抽出基準該当者のうちエ.事業参加者を除いた者）でアウトカム評価指標を比較するとともに、被保険者全体（図表 15のア.被保険者全体）における各種指標の変化の状況について、中長期的にどのように変化したかについて、確認を行うことが望ましい。
- 以下の点に留意することにより、より適切な評価につながる。
  - ・ アウトプット評価やアウトカム評価においては、属性（年齢、糖尿病性腎症病期等）ごとに詳細を把握する。
  - ・ アウトカム評価においては、介入した集団について、事業参加前・事業参加後等各時点での平均値の変化だけでなく、一定の基準値を超えたものの割合（該当率）の変化を把握することが望ましい。
  - ・ アウトプット評価やアウトカム評価においては、保険者内での経年比較を行うほか、都道府県内で他の保険者との比較を行うことが望ましい。その際、保険者間での平均年齢の差による影響を考慮するため、年齢調整を行うことが望ましい。
  - ・ 事業にかかる費用が十分な事業効果につながっているか、費用対効果の観点を考慮した評価を行うことが望ましい。

図表 15 評価対象のとらえ方



<市町村が実施する事項>

- 事業から得られたデータを取りまとめ、内部で検討を行い、さらに専門家等の助言を得ながら事業の成果を分析する。分析結果は、地域の関係者間で情報の共有を行う。
- KDBシステムでは対象者の抽出、対象者の経年的なデータの抽出、自治体全体のマクロ的な評価を行うことが可能であり、評価ツールとして活用することが有用である。
- KDBシステムで得られるデータのほか、被保険者や事業関係者への聞き取りやアンケートによって得られたデータも、事業評価において有用である。
- 市町村国保加入時に保健指導を受けていても、後期高齢者医療制度に移行後、評価が困難になる自治体も少なくない。市町村国保から後期高齢者医療制度へ、自治体の中で切れ目なく事業評価できる体制の整備が必要であり、国保担当課や高齢者医療担当課との連携が不可欠である。具体的には、レセプトの追跡の主体等、保険者の変更に伴う役割分担を協議して決めておくことなどが必要である。市町村の高齢者保健事業担当が行うのか、保険者である広域連合が行うのかなど、関係者間で十分な協議を行い、あらかじめ長期的な追跡を見込んだ計画を立てることが求められる。

<都道府県が実施する事項>

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

県や広域連合は、市町村の評価結果を確認することが求められる。

### (3) 評価指標の例

- 以下に評価指標の例を示す。評価指標の設定に当たっては、保険者が策定するデータヘルス計画等、関係する計画の目標や評価指標等も踏まえて設定する。

**図表 16 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】
<ul style="list-style-type: none"> <li>・実施体制の構築状況</li> <li>・予算、マンパワー、教材の準備</li> <li>・保健指導者への研修の実施状況</li> <li>・運営マニュアル等の整備</li> <li>・課題分析・事業評価のための健診・医療データの集約状況</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・目的に応じた対象者の設定状況</li> <li>・対象者への声掛け・募集の方法</li> <li>・課題分析結果に応じた方法での事業実施</li> <li>・スケジュール調整の状況</li> <li>・参加者に関する評価のためのデータ登録状況</li> </ul>
【アウトプット評価】	
受診勧奨	・基準に基づいて抽出された対象者の数に対する各方法(はがき・電話・面談・訪問等)で受診勧奨を行った者の数の割合
保健指導	①各方法(保険者による抽出/医療機関からの紹介)で抽出された対象者の数 ②保健指導への参加勧奨を行った者の数 ③保健指導を開始した者の数 ④保健指導を終了した者の数 並びに ①に対する②の割合、②に対する③の割合、③に対する④の割合、①に対する③の割合、①に対する④の割合

※保険者が設定する基準の該当者における値だけでなく、本プログラムの対象者抽出基準の該当者における値もあわせて確認する。

※単年度における介入実績だけでなく、複数年度の中での介入実績を把握することが望ましい。

#### 【アウトカム評価】

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

◎は必ず確認すべき指標、○は確認することが望まれる指標を示す。

**図表 17 都道府県・広域連合が設定する評価指標の例**

**【ストラクチャー評価】**

- ・管内の各保険者のストラクチャー評価の結果の把握
- ・医師会等関係機関との連絡・協力体制の整備状況
- ・管内市町村の支援体制の整備状況

**【プロセス評価】**

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

**【アウトプット評価】(受診勧奨・保健指導共通)**

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

**【アウトカム評価】**

受診勧奨	医療機関受診の有無、継続受診の状況	
保健指導	身体状況	血糖・HbA1c、尿蛋白、eGFR、血圧
	治療状況	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 新規透析導入(うち糖尿病性腎症を原因とするもの)の状況、糖尿病の服薬状況
医療費	外来医療費、総医療費	

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

**(4) 評価結果の活用**

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

## 10. 個人情報の取扱い

- 糖尿病性腎症重症化予防の取組を進めるに当たっては、健診データやレセプトデータなどをはじめとして、氏名・住所・年齢・職業・家族構成等といった基本情報、生活習慣に関する情報などの様々な種別の個人情報を扱うことになる。
- 特に、健康・医療情報は、一般的には、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号。以下「個人情報保護法」という。）に定める要配慮個人情報<sup>34</sup>に該当するため、他の個人情報よりも慎重に取り扱うべきである。
- 保険者においては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内等での利用、委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取扱いが確保されるよう措置を講じる。
- なお、個人情報の取り扱いについては、以下のガイドライン並びにガイダンス等を参照すること。
  - ・ 個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン（行政機関等編）（令和4年1月（令和4年9月一部改正）個人情報保護委員会）<sup>35</sup>
  - ・ 医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス（平成29年4月14日、令和5年3月一部改正、個人情報保護委員会 厚生労働省）<sup>36</sup>
- その他、「標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版） 第3編第3章3-3 ICTを活用した保健指導とその留意事項／第4編第3章3-4 個人情報の保護とデータの利用に関する方針」を参照のこと。

### （事業者へ委託する場合の対応）

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

<sup>34</sup> 「本人の人種、信条、社会的身分、病歴、犯罪の経歴、犯罪により害を被った事実その他本人に対する不当な差別、偏見その他の不利益が生じないようにその取扱いに特に配慮を要するものとして政令で定める記述等が含まれる個人情報」（個人情報保護法第2条第3項）

<sup>35</sup> <https://www.ppc.go.jp/personalinfo/legal/>

<sup>36</sup> <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000027272.html>