

奈良県糖尿病性腎症重症化予防プログラム
[令和7年3月26日改定・令和7年4月1日実施開始]

奈良県医師会
奈良県糖尿病対策推進会議
奈良県

1 目的

本プログラムに基づいた糖尿病性腎症重症化予防の取組では、「①糖尿病が重症化するリスクの高い未受診者・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・進展の予防等を通して、腎不全や人工透析への移行を予防し、対象者の健康寿命の延伸を図ることを目指す。

2 本プログラムの性格

本プログラムは、奈良県内の保険者においてその実施が容易となるよう、取組の考え方や具体的取組例を示すものである。取組内容については、健康課題の優先順位や保険者の実施体制、医療資源体制、既存の取組内容、取組やすさなどに応じ柔軟に対応することが重要であるが、効果測定を定量的に行うなど、適切なPDCAサイクルの下、実施することが望まれる。

保険者によっては、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重大合併症の予防、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、新規透析導入患者数の減少を目的とした取組を実施している。

健康課題やその取り巻く状況はライフステージにより異なるため、糖尿病性腎症重症化予防の取組においても、ライフコースアプローチの観点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。

特に青壮年については、国民健康保険と被用者保険が連携し、医療機関を含む地域全体で糖尿病性腎症重症化予防の取組を推進すること、対象者本人からの聞き取り等により、生活習慣の状況や身体状況等を把握し、受診勧奨や保健指導に活用することが重要である。

また、う蝕（むし歯）、歯周病、歯の喪失やそれ以外の歯・口腔に関わる疾患等により咀嚼機能が低下すると、野菜や肉類等の摂取量が減少するとともに、生活習慣病や低栄養のリスクが高まると報告されている。特に、血糖コントロールの不良は歯周病を重

症化させることや、歯周病が重症であるほど血糖コントロールが不良となること、歯周病治療によって血糖コントロールの状態も改善することが報告されており、糖尿病性腎症重症化予防の取組においても、必要に応じて口腔衛生の指導をするとともに、歯周病の未治療者に対しては継続的な歯科受診を勧奨することが必要である。

糖尿病の合併症の1つである糖尿病網膜症の進行防止の観点から、定期的、継続的な眼科受診を勧奨することが必要である。

なお、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。

3 対象者の定義及び範囲

保険者の保健事業において扱う糖尿病性腎症の定義は、「糖尿病であり、腎機能が低下していること（疑いも含む）」とし、次の範囲とする。なお、年齢や個別の状況を総合的に勘案し地域の実情に応じて実現可能な対象者を絞り込むなど、保険者ごとの取扱いを妨げるものではない。

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

Ⅰ．空腹時血糖 126mg/dl（随時血糖 200mg/dl）以上、またはHbA1c6.5%以上

Ⅱ．現在、糖尿病で医療機関を受診している

Ⅲ．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）

※ 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：i から iii のいずれかを満たすこと

i．eGFR 60mL/分/1.73 m² 未満

ii．尿蛋白（+）以上

iii．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

<図表 1 「糖尿病性腎症病期分類」と「CKD 重症度分類」の関係>

		ii		
		A1	A2	A3
アルブミン尿区分		正常アルブミン尿	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿
尿アルブミン定量 尿アルブミン/Cr比 (mg/gCr) (尿蛋白定量) (尿蛋白/Cr比) (g/gCr) *1)		30未満	30-299	300以上 (もしくは高度蛋白尿) (0.50以上)
GFR区分 (mL/分 /1.73m ²)	≥90			
	i 60~89	第1期	第2期 *2)	第3期
	45~59	(腎症前期)	(早期腎症期) 医療機関で診断	(顕性腎症期) 健診で把握可能
	30~44		第4期	
	15~29		(腎不全期) Cr測定国保等	
<15		第5期 (透析療法中)		
	(透析療法中)			

*1) アルブミン尿は早期の段階から腎機能予後や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。尿蛋白(-)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)

*2) 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。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。

本プログラムでは「糖尿病性腎症病期分類」と併せ「CKD重症度分類」を加味し、健診時の尿蛋白(尿定性)やeGFRから腎機能低下者を把握することを基本とする(図表1)。

なお、対象者選定に当たっては、高血圧のコントロール不良(目安:140/90mmHg、後期高齢150/90mmHg以上)、eGFRの年間5mL/分/1.73m²以上の低下、医療機関等で測定した尿アルブミン値や糖尿病網膜症や神経障害等、糖尿病特有の細小血管障害の合併状況、糖尿病罹病期間等を考慮し、介入の優先順位を検討する。

(留意点)

- ・医療機関で測定した血清クレアチニン(eGFR)、尿アルブミン、尿蛋白等の検査値については、本プログラムの実施結果を評価する際に不可欠であるため、本人の同意のもと、糖尿病連携手帳の活用等により保健指導の実施者とデータを共有する必要がある。
- ・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。

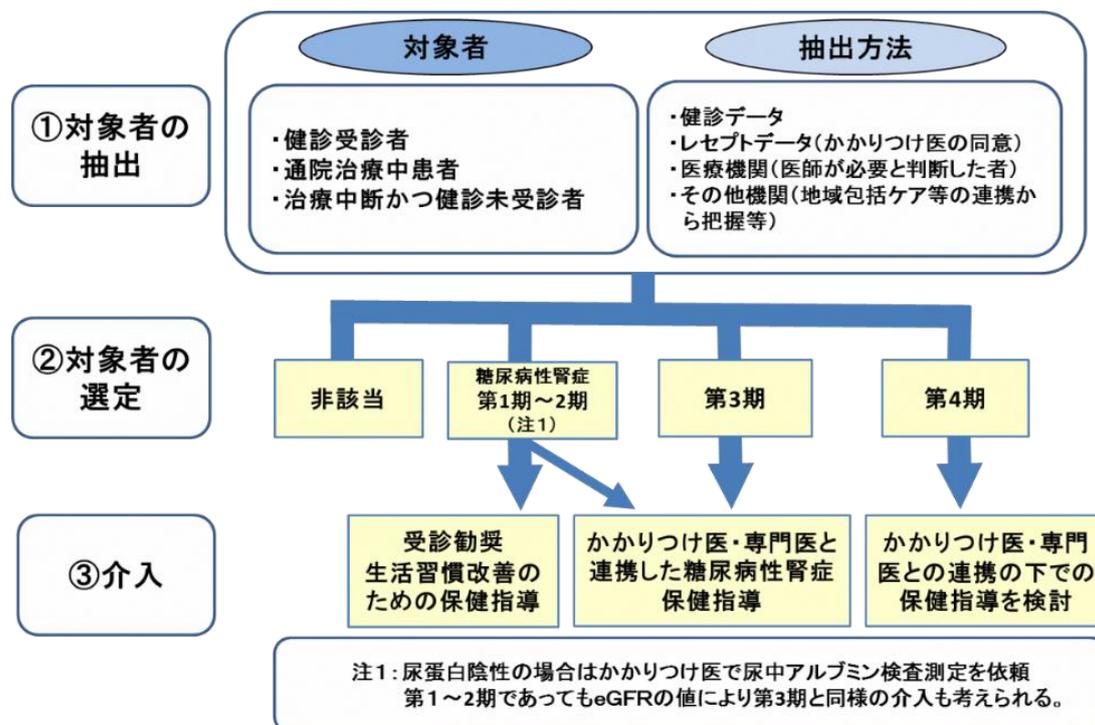
- ・糖尿病患者に腎機能障害がある場合、①糖尿病が原因で腎機能が悪化した状態、②別の原因により腎機能が低下している患者に糖尿病が合併している状態がある。糖尿病性腎症は狭義では①を指し、正確な診断のためには病歴、網膜症等の合併症の状況、生検等の検査が必要となる。一般的には健診で①と②を区別することは困難と考えられるので、本プログラムでは①、②を含め、広く取り扱うこととしている。②であっても、糖尿病が合併することにより腎臓には糖尿病特有の変化が発生し、腎機能が悪化することから、②を含めて対策を行うことには意義があると考えられる。

4 対象者の選定方法

(1) 健診データ・レセプトデータ等を活用したハイリスク者の抽出方法

- ・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、日本腎臓学会のガイドラインに基づく基準を設定し、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。
- ・後期高齢者においては、糖尿病の管理目標が青壮年期等他の年齢層と異なることに留意し、保健指導の対象者選定においてよりリスクの高い者に絞る必要がある。
- ・医療機関等で測定した尿アルブミン値や網膜症、神経障害等の糖尿病特有の細小血管障害の合併状況、糖尿病罹病期間を参考にすることも有用である。
- ・対象者抽出のフローの例は図表2の通りである。

<図表2 保険者における対象者抽出のフローの例>



(2) 医療機関における抽出方法

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患者
- ・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予め相談しておくことが望ましい。

(3) 糖尿病治療中断かつ健診未受診者の抽出方法

以下の者等を対象として状況確認を行い、健診・医療機関受診を勧める。

- ・過去に糖尿病治療歴がある、または過去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データにおける糖尿病受療歴がない者。
- ・歯科や眼科治療中の患者において、糖尿病治療を中断していることが判明した者。
- ・薬局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。

高齢者（65歳以上）は低血糖の危険性、認知機能や基本的ADLなどを考慮した観点から、「高齢者糖尿病診療ガイドライン」において青壮年期よりも緩和した基準(図表3)が提示されており、それを踏まえた対応が必要である。特に、後期高齢者に対する糖尿病性腎症重症化予防については、「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン」のプログラム例を参照し、医師会等地域の関係機関と抽出基準や保健指導の方法等について相談することが望ましい。

(留意点)

- ・第4期については、腎障害の急速な悪化、心血管イベント、心不全の発症リスク、死亡リスクが高く、保健指導のみで対応することは適切ではない。腎臓専門医と連携した対応が必要である。また、透析導入への準備期間として本人、家族の相談に応ずることも求められる。
- ・血清クレアチニンを測定していない場合は、尿蛋白(－)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。
- ・第1期、もしくは尿アルブミンを測定しておらず、腎症の診断ができていない場合にも、将来の腎症発症予防に向け、血糖や血圧コントロールの必要性、減塩等についての情報提供を行うことが望ましい。

- ・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や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。

<図表3 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 ② ADL自立		① 軽度認知障害～軽度認知症 または ② 手段的ADL低下, 基本的ADL自立		① 中等度以上の認知症 または ② 基本的ADL低下 または ③ 多くの併存疾患や機能障害	
重症低血糖が危惧される薬剤(インスリン製剤, SU薬, グリニド薬など)の使用	なし ^{注2)}	7.0%未満		7.0%未満		8.0%未満	
	あり ^{注3)}	65歳以上 75歳未満 7.5%未満 (下限6.5%)	75歳以上 8.0%未満 (下限7.0%)	8.0%未満 (下限7.0%)		8.5%未満 (下限7.5%)	

治療目標は、年齢、罹病期間、低血糖の危険性、サポート体制などに加え、高齢者では認知機能や基本的ADL、手段的ADL、併存疾患なども考慮して個別に設定する。ただし、加齢に伴って重症低血糖の危険性が高くなることに十分注意する。

- 注1) 認知機能や基本的ADL（着衣、移動、入浴、トイレの使用など）、手段的ADL（IADL：買い物、食事の準備、服薬管理、金銭管理など）の評価に関しては、日本老年医学会のホームページを参照する。エンドオブライフの状態では、著しい高血糖を防止し、それに伴う脱水や急性合併症を予防する治療を優先する。
- 注2) 高齢者糖尿病においても、合併症予防のための目標は7.0%未満である。ただし、適切な食事療法や運動療法だけで達成可能な場合、または薬物療法の副作用なく達成可能な場合の目標を6.0%未満、治療の強化が難しい場合の目標を8.0%未満とする。下限を設けない。カテゴリーIIIに該当する状態で、多剤併用による有害作用が懸念される場合や、重篤な併存疾患を有し、社会的サポートが乏しい場合などには、8.5%未満を目標とすることも許容される。
- 注3) 糖尿病罹病期間も考慮し、合併症発症・進展阻止が優先される場合には、重症低血糖を予防する対策を講じつつ、個々の高齢者ごとに個別の目標や下限を設定してもよい。65歳未満からこれらの薬剤を用いて治療中であり、かつ血糖コントロール状態が図の目標や下限を下回る場合には、基本的に現状を維持するが、重症低血糖に十分注意する。グリニド薬は、種類・使用量・血糖値等を勘案し、重症低血糖が危惧されない薬剤に分類される場合もある。

【重要な注意事項】糖尿病治療薬の使用にあたっては、日本老年医学会編「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン」を参照すること。薬剤使用時には多剤併用を避け、副作用の出現に十分に注意する。

【参照「高齢者糖尿病診療ガイドライン」抜粋】

5 介入方法

(1) 受診勧奨

受診勧奨は抽出したすべての対象者に行い、図表4の例のように医療機関受診へとつなげることが原則である。特に、図表5並びに9ページ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。保険者が医療機関の紹介も含め、個別に受診勧奨を行う。

手紙送付（レッドカード（生活習慣病受診勧奨推進）事業の活用含）、電話、面談、訪問等により、健診結果・糖尿病性腎症の病態・受診の必要性・生活上（食事・運動）の留意事項等を説明し、受診勧奨を行う。

<図表4 受診勧奨の例>

時期	内容
開始前	対象者の選定
勧奨開始	<例> 訪問による受診勧奨 ・糖尿病性腎症の病態 ・確実な受診による血圧・血糖管理の必要性
勧奨3ヶ月後	レセプト情報から受診状況を確認 例) 受診歴がない場合は、電話による受診勧奨
勧奨6ヶ月後	レセプト情報から受診状況を確認 例) 受診歴がない場合は、電話による受診勧奨

<図表5 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/ 血压区分 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(-)			
		血压区分 ※2			血压区分 ※2			血压区分 ※2			
		受診中	血压高値 受診なし	正常範囲	受診中	血压高値 受診なし	正常範囲	受診中	血压高値 受診なし	正常範囲	
H b A 1 c (%))	8.0以上	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
	7.0~7.9	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
	6.5~6.9	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
	6.5未満	■	■	■	■	■	■	■	■	■	

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

糖尿病受診中の者 ※4

		腎障害の程度									腎障害の程度/ 血压区分 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(-)			
		血压区分 ※2			血压区分 ※2			血压区分 ※2			
		受診中	血压高値 受診なし	正常範囲	受診中	血压高値 受診なし	正常範囲	受診中	血压高値 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	■ 高血圧受診勧奨
■ 保健指導Ⅲ	■ 受診勧奨Ⅲ	

※保健指導Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、受診勧奨Ⅰ、Ⅱ、Ⅲの内容については図表6参照

- ※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 血压区分の「受診中」：対象年度に高血圧症の受診実績がある者
「血压高値受診なし」：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
「血压高値」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) が可能な者も含む。
- ※3 腎障害の程度 血压区分判定不可：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、血压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6 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	

(受診勧奨における留意点)

- ・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って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、一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市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。
- ・図表7は、検査値レベル別の手段（訪問、面談、電話、通知等）の工夫例を示している。病期や検査値レベルが高い人を優先に訪問を行う等、関係者間での検討により、優先順位を意識した事業計画を行う。

<図表7 健診・レセプトデータで抽出した対象者に対する対応例>

		プログラムによる介入				
		対応不要レベル	情報提供レベル	受診勧奨 (集団対応レベル)	医療機関連携・個別対応レベル	
検査値の目安	HbA1c (mg/dl)	HbA1c<5.6	5.6≤HbA1c<6.5	6.5≤HbA1c<7.0	7.0≤HbA1c<8.5	8.5≤HbA1c
	糖尿病 ¹⁾ の場合の血圧 ²⁾ (mmHg)		120≤SBP<130 または 85≤DBP<90	130≤SBP<140 85≤DBP<90	140≤SBP<160 90≤DBP<100	160≤SBP 100≤DBP
	糖尿病の場合の尿蛋白 ³⁾			(±)※ 尿アルブミン測定を推奨	(+)	(2+)
情報提供	資料提供	検査値の見方・健康管理等		糖尿病に関する情報	腎症、合併症予防等	
受診勧奨 (未治療・中断 中の場合)	はがき・受療行動確認			結果表につけて 受診勧奨	レセプトで 受診確認	
	電話(受診勧奨、確認)				電話で受診勧奨	電話で受診勧奨、 受診確認
保健指導 (生活習慣改善 指導)	保健指導型 受診勧奨				個別面談	個別面談、訪問、 電話フォロー
	動機付け支援型 対面保健指導		結果説明会	糖尿病を対象とした 集団教室(単発型) 個別面談	個別面談、訪問	個別面談、訪問、 受診確認
	積極的支援型 継続的保健指導		生活習慣病予防教室 等	集団教室(継続型) 個別面談		継続的支援+受 診確認

1) : 空腹時血糖≥126mg/dl、またはHbA1c≥6.5%、または糖尿病治療中、過去に糖尿病薬使用

2) : 75歳以上では10mmHg高い設定とする

3) : eGFR<30は腎不全期に相当するため本表の適応範囲ではない

※図表7は国の示す対応例であり、奈良県では図表1のとおり尿蛋白(-)も抽出対象とする

(2) 保健指導

1) 保健指導対象者選定に当たっての考え方

前記3に該当する者のうち、保健指導プログラムへの参加についてかかりつけ医及び本人の同意があった者を対象とする。

なお、次のいずれかに該当する者は対象としないことも検討する。

- ・がん等で終末期にある者
- ・認知機能障害がある者
- ・生活習慣病管理料、糖尿病透析予防指導管理料の算定対象となっている者

また、第4期の対象者は、保健指導により病状の維持または改善が見込めるとかかりつけ医が判断した者とし、第2期の対象者は、特に保健指導が必要であるとかかりつけ医が判断した者とする（家族歴の有無などを考慮）。

2) 保健指導の内容

別紙1「糖尿病性腎症重症化予防に関する保健指導プログラム例」を参照。

3) 保健指導実施の手順の例

- ① 保険者は、前記3を踏まえて保健指導プログラム対象者を選定する。
- ② 保険者は、対象のかかりつけ医に対象者の保健指導プログラムへの参加の必要性（参加候補者としてよいか）を確認する。
- ③ かかりつけ医は、対象者の保健指導プログラムへの参加の必要性（参加候補者としてよいか）を判断する。
- ④ 保険者は、かかりつけ医の同意が得られた候補者に対してプログラム参加案内を行い、プログラム参加同意確認書（別添様式1参照）により参加確認を行う。
- ⑤ かかりつけ医は、プログラム参加同意者への保健指導について、保険者に対して指示を行う。（別添様式2参照）
- ⑥ 保険者は、プログラム参加同意者に対して、検査値等を確認するとともに、糖尿病連携手帳等を活用し、かかりつけ医の指示に基づき保健指導を実施し、指導実施後、その結果をかかりつけ医へ報告する。

※ 保健指導については、糖尿病療養指導、特定保健指導等の知識を有する専門職が実施すること。

※ 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）の活用も効果的であり、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)

- ・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。特に第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。
- ・糖尿病性腎症の者は免疫力が低下し、感染症にかかりやすいことから、感染予防のための日常的な衛生管理についても指導する。
- ・青壮年期における生活習慣病対策から、体重や筋肉量の減少を主因とした低栄養や口腔機能、運動機能、認知機能の低下等のフレイルにも着目しライフステージに応じた対策を行っていく必要がある。
- ・糖尿病連携手帳や保健指導報告書等を通じて、かかりつけ医機能を有する医療機関との情報共有を行う。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ため、保健指導のみで対応することがないようにする。
- ・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。
- ・市町村等が行う受診勧奨や保健指導において、ICTを活用した介入（オンライン面接、アプリ活用等）が実施されることも考えられる。対面での面談が難しい青壮年期層では積極的な活用が望ましい。
- ・遠隔面接による保健指導では、本人確認を確実に行うことやプライバシーが保たれるようにすること、保健指導の質の担保のための資料の工夫が必要である。アプリケーション等を用いた保健指導の際の個人情報の取扱い等に留意する必要がある。
- ・ICTを活用した保健指導の実施に当たっての留意点の詳細は「標準的な健診・保健指導プログラム ICTを活用した保健指導とその留意事項」並びに「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」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。

6 保健指導実施後の継続支援

保険者は、保健指導等の終了した者に対して、継続的に病状の確認及び自己管理維持のための支援を行う。

7 かかりつけ医と糖尿病専門医等との連携

糖尿病患者への医療提供に当たり、かかりつけ医と糖尿病専門医は患者の病状を維持、改善するため、必要に応じて紹介、逆紹介を行うなど連携して患者を中心とした医療を提供する必要がある。これらについては、「奈良県糖尿病診療ネットワーク」を参考にすること。

また、網膜症や神経障害、歯周病などの合併症に対応するために、眼科等との連携や医科歯科連携を検討する。

8 事業評価

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。その達成要因、未達要因をストラクチャー、プロセス面から検討する。(図表 8、9)

事業から得られたデータをとりまとめ、内部での検討を行い、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。分析結果については、地域の関係者間で情報の共有を行う。

- ・アウトプット評価：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5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。

<図表8 保険者が行う事業評価例>

<p>【ストラクチャー評価】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 	<p>【プロセス評価】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・目的に応じた対象者の設定状況 ・対象者への声掛け・募集の方法 ・課題分析結果に応じた方法での事業実施 ・スケジュール調整の状況 ・参加者に関する評価のためのデータ登録状況
---	---

【アウトプット評価】

受診勧奨	・基準に基づいて抽出された対象者の数に対する各方法(はがき・電話・面談・訪問等)で受診勧奨を行った者の数の割合
保健指導	①各方法(保険者による抽出/医療機関からの紹介)で抽出された対象者の数 ②保健指導への参加勧奨を行った者の数 ③保健指導を開始した者の数 ④保健指導を終了した者の数 並びに ①に対する②の割合、②に対する③の割合、③に対する④の割合、①に対する③の割合、①に対する④の割合

※保険者が設定する基準の該当者における値だけでなく、本プログラムの対象者抽出基準の該当者における値もあわせて確認する。
※単年度における介入実績だけでなく、複数年度の中での介入実績を把握することが望ましい。

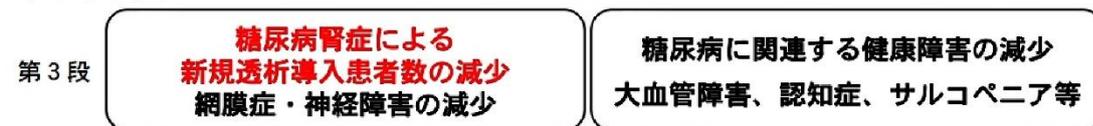
【アウトカム評価】

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

◎は必ず確認すべき指標、○は確認することが望まれる指標を示す。

<図表9 糖尿病領域のロジックモデル>

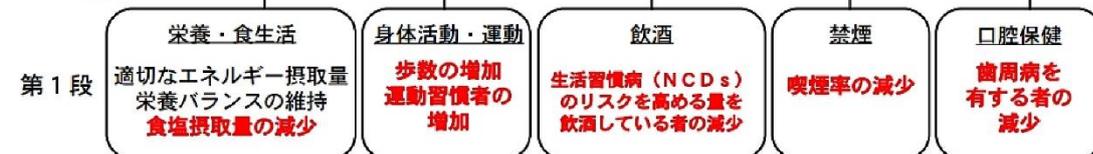
<重症化予防>



<包括的なリスク管理>



<生活習慣等の改善>



生活習慣の改善は、「栄養・食生活」、「身体活動・運動」、「飲酒」「喫煙」「歯・口腔」の領域と連携(環境整備含む)

赤字:健康日本21(第三次)の目標となっているもの

9 円滑な事業実施に向けて

本プログラムでは、糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組方策について示したが、各地域における実施に当たっては、保険者と医療関係者が密接に連携して事業を展開する必要がある。

また、各保険者において事業の取組成果を検証し、より効果的な取組につなげていく必要があり、保健指導対象者の選定方法や保健指導の効果の評価方法について、各地域の糖尿病の専門家の助言を受けることも重要である。

なお、本プログラムに記載のない事項については、令和6年3月28日に改定された国の「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を参考とする。

10 個人情報の取扱い

糖尿病性腎症重症化予防の取組を進めるに当たっては、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正な取扱いが確保されるよう措置を講じる。

なお、個人情報の取り扱いについては、以下のガイドライン並びにガイダンス等を参照すること。

- ・個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン（行政機関等編）
（令和4年1月（令和5年12月一部改正）個人情報保護委員会）
- ・医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス（平成29年4月14日、令和5年3月一部改正、個人情報保護委員会厚生労働省）
- ・その他、「標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）第3編第3章3-3 ICTを活用した保健指導とその留意事項／第4編第3章3-4個人情報の保護とデータの利用に関する方針」を参照のこと。

（事業者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。