

令和7年度 高知県糖尿病医療体制検討会議

次 第

1 開 会

2 議 事

(1) 第8期保健医療計画（糖尿病）に基づく令和7年度の取組について

<資料1>

(2) 高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラムの改定について

<資料2>

(3) その他

3 閉 会

日時：令和8年1月8日（木） 18時30分～20時30分

場所：高知城ホール 2階 大会議室

方法：対面とオンライン（Zoom）の併用開催

日本一の健康長寿県構想

県民の誰もが住み慣れた地域で、健やかで心豊かに安心して暮らし続けられるために

お問い合わせ先

高知県健康政策部保健政策課

担当：濱崎・松井

TEL：088-823-9648

FAX：088-823-9137

令和7年度高知県糖尿病医療体制検討会議 委員名簿

氏名	所属等	備考	参加方法
藤本 新平	高知大学医学部 内分泌代謝・腎臓内科 教授 日本糖尿病協会高知県支部 支部長	座長	会場
有井 薫	高知赤十字病院 診療部長・第二内科部長		オンライン
池田 幸雄	高知記念病院 糖尿病内科部長		欠席
稲田 昌二郎	大野内科 院長		オンライン
内田 雅子	高知県立大学 看護学部 教授		オンライン
大黒 美渚	高知県保険者協議会 保険事業部会委員		会場
川島 加奈	高知県栄養士会 理事		オンライン
岸 誠司	高知大学医学部 内分泌代謝・腎臓内科学講座 教授 慢性腎臓病（CKD）対策連絡協議会 会長	新委員	オンライン
計田 香子	高知県医師会 常任理事		会場
小松 ゆり	高知赤十字病院 看護部長		オンライン
中島 信恵	高知県看護協会 専務理事		会場
中村 寿宏	三愛病院 院長		会場
西岡 政道	高知県歯科医師会 常務理事		会場
西村 直祐	高知県薬剤師会 理事	新委員	会場
福永 一郎	高知県須崎福祉保健所 保健監		会場
吉本 幸生	高知高須病院 糖尿病内科・腎臓内科部長		会場

※敬称略、座長を除き五十音順

事務局

保健政策課	保健推進監	松岡 智加
	チーフ (血管病対策担当)	濱崎 絹子
	主査	明神 未来
	技師	松井 優佳

高知県糖尿病医療体制検討会議設置要綱

(目的)

第1条 糖尿病医療提供体制の充実を図るために、かかりつけ医と専門医療機関との連携強化など医療体制の整備に関する検討や医療計画に基づく取組みに関する検討や評価などを行っていくため「高知県糖尿病医療体制検討会議」(以下「会議」という。)を設置する。

(協議事項)

第2条 この会議は、前条の目的を達成するため、次の事項について協議する。

- (1)糖尿病医療体制の整備についての協議
- (2)糖尿病医療における目的を達成するための方策や事業進捗状況の評価についての協議
- (3)その他、糖尿病医療を充実推進するための取組み等の協議

(組織)

第3条 会議の委員は、糖尿病医療に携わる医師、学識経験者、関係団体及び行政機関等の代表者で構成する。

2 会議に座長を置き、委員の互選により選出する。

(会議)

第4条 この会議は、座長が必要に応じて招集し、座長が議長となる。

2 議事は公開とする。

(事務局)

第5条 会議の事務局は、高知県健康政策部保健政策課に置く。

(その他)

第6条 この要綱に定めるものの他、会議の組織及び運営に関し必要な事項は、座長が委員に諮って定める。

附 則

この要綱は、平成20年6月30日から施行する。

附 則

この要綱は、平成23年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成24年5月7日から施行する。

附 則

この要綱は、平成26年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和2年9月25日から施行する。

附 則

この要綱は、令和4年7月14日から施行する。

第8期高知県保健医療計画（糖尿病）に基づく令和7年度の取組について

区分：予防

1 目標達成状況

目標項目	目標値 令和11年度	目標設定時	直近の実績値
1 糖尿病有病者（糖尿病が強く疑われる者）の割合(40-74歳)	増加させない	12.1% 【R2年度】	13.0% 【R5年度】
2 糖尿病予備群（糖尿病の可能性が否定できない者）の割合(40-74歳)	増加させない	13.8% 【R2年度】	15.3% 【R5年度】
3 1日1回以上健康パスポートアプリを利用している人数（月平均人数）	23,000人	14,411人 【R5年10月】	18,731人 【R7年11月】
4 特定健康診査実施率	70%以上	53.7% 【R3年度】	55.9% 【R5年度】
5 特定保健指導実施率	45%以上	24.4% 【R3年度】	26.1% 【R5年度】

2 第7期の総括（評価や課題など）

- ・糖尿病有病者数、予備群は増加傾向
予防のための生活習慣改善に関する継続した普及啓発が必要
- ・健康パスポート交付者数（ダウンロード数）は目標到達見込
引き続き市町村や企業と連携した「職場」での健康づくりの取組を推進する
- ・特定健診受診率・特定保健指導実施率は増加傾向
- ・市町村国保及び協会けんぽ被扶養者の受診率向上の取組強化が必要
- ・特定保健指導の実施率向上のため、特定保健指導の利用勧奨の強化や質の向上に取り組む

3 第8期の対策

- ・マスメディア等を活用した危険因子に関する知識の普及
- ・高知家健康パスポートを活用した健康づくりの県民運動を推進
- ・働きざかり世代の職場での健康づくりを支援
- ・個別健診の受診勧奨を強化
- ・協会けんぽ被扶養者が受診しやすい環境整備や継続した受診勧奨の実施
- ・糖尿病の専門医師による講演の開催
- ・公開講座などの開催
- ・県民への広報
- ・職域における啓発

4 令和7年度の取組

(生活習慣の改善)

<P (計画) >

【保健政策課】

- 健康づくりひとくちメモ（30秒テレビ広報、年間104回）による栄養・運動・喫煙・飲酒・糖尿病等血管病の重症化予防・高血圧等の啓発
- 民間企業等と連携した「高知家健康チャレンジ」による県民への啓発
- 高知家健康パスポートを活用した県民の健康づくり
- 地域と職域が連携して進める健康づくり県民運動のさらなる推進

【福祉保健所】

- 安芸福祉保健所
 - ・「高知家健康チャレンジ」による県民への啓発
 - ・「高知家健康パスポート」を活用した県民の健康づくりの取組推進
- 中央東福祉保健所
 - ・保険者や事業所等と連携し、壮年期男性をターゲットに「血圧・喫煙・多量飲酒」に着目した健康づくりの取組を推進
 - ・従業員数50人未満の事業所を訪問し、状況把握や高知家健康パスポート等を活用した健康経営の取組を支援
- 中央西福祉保健所
 - ・福祉保健所と食生活改善推進協議会が連携した普及啓発イベントの開催
- 須崎福祉保健所
 - ・健康づくり推進部会と連携した啓発活動の継続
 - ・事業所での主体的な健康づくり（健康経営）の取組促進 ・出前健康教室の実施
- 幡多福祉保健所
 - ・福祉保健所・健康づくり団体等官民が連携した普及啓発イベントの開催

<D (実行) >

【保健政策課】

- 健康づくりひとくちメモによる啓発
 - ・栄養7回、運動4回、禁煙3回、飲酒2回、血管病の重症化予防4回、高血圧4回、特定健診8回（R7年11月末）
- 「高知家健康チャレンジ」による県民への啓発
 - ・コラボ企業と連携した「レコ活」「5アクション+1」（5つの分野「減塩、野菜摂取、運動、節酒、禁煙」に、新たに「朝食摂取の定着化」を追加）の啓発
 - ・テレビCMやチラシ・ポスター等の制作等
- 高知家健康パスポート
 - ・事業所版を活用した県内事業所の健康づくりの取組を支援
- 地域と職域が連携して進める健康づくり県民運動のさらなる推進
 - ・高知家健康会議生活習慣病対策部会により、事業所（職場）向けイベントの実施など、具体的な取り組みの実践を行う

【福祉保健所】

○安芸福祉保健所

- ・事業所訪問（商工会5か所、事業所10か所）、市町村担当者会における啓発
- ・事業所での講話（1か所）

○中央東福祉保健所

- ・高血圧予防の取組として、壮年期男性を含む働き盛り世代を対象としたモデル事業所（管内6事業所）で、ミニ講話（ナトカリ）、血圧測定、ベジチェック、アンケートを実施（8/18～9/19）
- ・健康グッズ貸出し（4事業所）
- ・従業員50人未満の事業所訪問による健康経営の取組支援（10事業所）

○中央西福祉保健所

- ・日高家まつりの開催（10/12）
内容：野菜量りクイズコーナー、高知家健康パスポート事業の周知及びポイント付与、啓発資材の配布（200セット）
来場者：53組

○須崎福祉保健所

- ・健康づくり推進部会の開催（7/31、2/9予定）開催 ・地域のケーブルテレビやイベントを活用して野菜摂取や家庭血圧測定の啓発 ・腎機能保護（水分摂取）のチラシ作成
- ・事業所訪問（20件）、腎機能保護（水分摂取）・禁煙支援のチラシを活用し、研修会や事業所訪問の際に啓発 ・出前健康教室の実施
- ・地域のイベントでの啓発（11/16JAくろしおまつり：野菜350gあてクイズ、血圧測定 11/30中土佐町みんなで元気になる大会：野菜350gあてクイズ、骨密度測定）

○幡多福祉保健所

- ・福祉保健所・健康づくり団体等官民が連携した普及啓発イベントの開催（9/7）
イベント名：健康フェスタinフジグラン四万十
内容：野菜350gあてクイズ、血圧測定、栄養相談、歯科相談、運動等
来場者数：180名

（糖尿病の知識の普及）

<P（計画）>

- 糖尿病に関する予防啓発を継続する。行政や高知大学医学部と協力し、生活習慣病関連疾患（糖尿病を含む）について県民向け研修会を開催予定（高知県医師会）
- 糖尿病公開講座の開催
糖尿病対策検討会の取組（糖尿病啓発記事の作成及びホームページ等での掲載）（幡多福祉保健所）

<D（実行）>

- 世界糖尿病デーにあわせ、高知城をブルーライトアップ（高知県医師会、JADEC(日本糖尿病協会)高知県支部)
- 歩いて学ぶ高知ウォークラリー（11/9）（JADEC(日本糖尿病協会)高知県支部）
- 高知県世界糖尿病デー市民公開講座（11/9）（JADEC(日本糖尿病協会)高知県支部、高知県医師会、高知県糖尿病医療体制検討会議）
- 世界糖尿病デーのポップを作成し、全国糖尿病週間に庁舎内に掲示（須崎福祉保健所）

○糖尿病公開講座の開催（10/19）

開催場所：三原村農業構造改善センター、テーマ：「糖尿病のこと誤解してませんか？」、

参加者数：39名

糖尿病対策検討会の取組：医師、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士、保健師が糖尿病啓発記事を作成。ホームページや市町村広報誌、健康イベント等で周知（幡多福祉保健所）

（特定健診受診率の向上）

<P（計画）>

【国民健康保険課・保健政策課】

- 市町村国保の特定健診受診対象世代に向けて受診の呼びかけを実施（テレビCM・ラジオCM・WEB広告・新聞広告の掲載 6～7月、10～11月）
- クリスマスマーケットで特定健診受診啓発イベントを実施（12/21）
- 特定健診受診前世代（39歳）に向けて受診啓発を実施（WEB広告 3月）
- 特定健診受診前世代（39歳）に向けたリーフレットを作成（2月）
- 特定健診情報提供事業を県が広域的に実施
- 個別健診受診勧奨事業を実施
- 特定保健指導従事者育成研修会の開催（6月初任者編）
- 特定保健指導プログラムの普及と効果的な指導に向けた研修会の開催（全5回）

<D（実行）>

【保健政策課】

- 市町村国保の特定健診受診対象世代に向けて受診の呼びかけを実施（テレビCM・ラジオCM・WEB広告・新聞広告の掲載 6～7月、10～11月）
- クリスマスマーケットで特定健診受診啓発イベントを実施予定（12/21）
- 特定健診情報提供事業の勧奨資材を作成し、県内22市町村で12月、1月に発送予定
- 個別健診受診勧奨事業実施予定市町村との打ち合わせを実施（芸西村、香南市、室戸市、土佐市、大豊町）
- 医師会（県、市、郡）、関係医療機関等へ事業説明及び協力を依頼
- 特定保健指導従事者育成研修会の開催（6/25初任者編）
- 保健指導スキルアップ研修会の開催（5/16、8/19、10/17、2/6）

第8期高知県保健医療計画（糖尿病）に基づく令和7年度の取組について

区分：患者への対応

1 目標達成状況

目標項目	目標値 令和11年度	目標設定時	直近の実績値
1 糖尿病性腎症による新規人工透析導入患者数	100人以下	108人 【R2～R4年の平均値】	106人 【R3～R5年の平均値】
2 糖尿病年齢調整死亡率	減少	男性 11.1 女性 5.6 【R3年度】	男性 16.7 女性 7.8 【R5年度】
3 糖尿病性腎症重症化予防プログラムによる未治療ハイリスク者のうち治療開始の割合	50%以上	35.5 % 【R3年度】	46.6% 【R5年度】
4 糖尿病性腎症重症化予防プログラムによる治療中断者のうち治療再開の割合	70%以上	68.7% 【R3年度】	68.1% 【R5年度】
5 糖尿病年齢調整外来受療率	減少	82.5 【R2年度】	82.5 【R2年度】
6 糖尿病性腎症透析予防強化プログラムを実施する市町村数	34市町村	11市町村 【R5年度】	34市町村 【R7年度】
7 医療圏域ごとの外来栄養食事指導SCR	各医療圏100以上	安芸35.1 中央96.4 高幡15.8 幡多26.7 (県76.6) 【R2年度】	安芸30.3 中央102.7 高幡11.4 幡多32.3 (県81.0) 【R4年度】

2 第7期の総括（評価や課題など）

- ・新規人工透析患者数はR4年で減少。病診連携体制の推進とともに、糖尿病性腎症重症化予防プログラムと糖尿病性腎症透析予防強化プログラムを統合し、軽度から重度までの患者に切れ目なく支援する体制を構築する。
- ・血管病調整看護師を核として、医療機関と地域が連携した支援体制の構築が必要
- ・医療機関の未受診や治療中断を防ぐために、医療機関と市町村等の保険者が患者情報を共有し協働して患者の支援を行う等、さらなる連携強化が必要
- ・医科と歯科との連携による歯科検診の受診勧奨の推進や継続した歯周病予防に関する啓発が必要

3 第8期の対策

- ・「高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラム（高知県糖尿病性腎症透析予防強化プログラムを含む）により重症化予防の取組を推進
- ・二次保健医療圏単位等での会議開催等による地域連携の強化
- ・血管病調整看護師を核とし、医療機関と地域が協働で患者を支援する体制のさらなる構築
- ・自己判断による服薬等中断を防ぐため、効果的な服薬指導の実施に向けた体制の充実

4 令和7年度の取組

(糖尿病の重症化予防)

<P (計画)>

【保健政策課】

- 糖尿病性腎症透析予防強化プログラムの推進
 - ・国の改定内容やこれまでの課題を踏まえた県版プログラムの改定
 - ・糖尿病アドバイザーを派遣し、市町村の取組を支援
- 糖尿病性腎症透析予防強化プログラムの普及及び効果検証
 - ・医療機関及び保険者の連絡窓口の設置
 - ・情報提供に対するインセンティブの提供
 - ・生活指導への外部人材の活用
 - ・モデル事業実施医療機関を対象とした追跡調査の実施
- プログラムの推進のための研修会等の開催

【福祉保健所】

- 安芸福祉保健所
 - ・安芸圏域糖尿病専門部会の開催
 - ・糖尿病性腎症透析予防強化プログラム実施医療機関拡大のための医療機関訪問
- 中央東福祉保健所
 - ・糖尿病性腎症重症化予防プログラム推進のための医療機関訪問の実施
 - ・糖尿病重症化予防のための糖尿病アドバイザー派遣事業の実施 ・血管病対策検討会
- 中央西福祉保健所
 - ・医療機関訪問 ・中央西地域糖尿病等対策専門部会の開催
- 須崎福祉保健所
 - ・特定健診の受診率向上や糖尿病性腎症重症化予防プログラム実施医療機関の拡充に向け、市町と連携し医療機関を個別訪問
 - ・糖尿病対策検討会の開催（7月・1月）と医療機関や市町職員を対象とした研修会の開催
- 幡多福祉保健所
 - ・糖尿病対策検討会の開催（年2回） ・糖尿病アドバイザー派遣事業の活用
 - ・糖尿病性腎症重症化予防プログラムの推進のための関係機関訪問
 - ・糖尿病性腎症重症化予防プログラム関係者調整会議の開催

<D (実行)>

【保健政策課】

- 糖尿病性腎症透析予防強化プログラムの推進
 - ・プログラムの改定に向けたワーキンググループの設置及び開催（8/4、10/8）
 - ・16箇所に糖尿病アドバイザーを派遣（予定含む）
- 糖尿病性腎症透析予防強化プログラムの普及及び効果検証
 - ・実施医療機関拡大のための医療機関訪問を実施
 - ・プログラム実施市町村数：15市町村（+2市町村）
 - ・プログラムによる介入を開始した医療機関数：20医療機関（+4医療機関）
 - ・モデル事業実施医療機関を対象とした追跡調査の結果、介入4年後においても腎機能の低下が緩やかになる傾向が見られた
- プログラムの推進のための研修会等の開催
 - ・医療従事者向けセミナー等でのプログラムの周知

【福祉保健所】

○安芸福祉保健所

- ・安芸圏域糖尿病専門部会の開催（7/10、1/23予定）
安芸専門部会委員に歯科医師を追加
清涼飲料水等の多飲による高血糖予防に関する啓発資材を作成し、当所ホームページや委員所属等で周知
- ・糖尿病性腎症透析予防強化プログラム実施医療機関拡大のための医療機関訪問（6～11月、計19機関）

○中央東福祉保健所

- ・医療機関訪問（1医療機関）※プログラム改定後に医療機関訪問再開
- ・糖尿病アドバイザー派遣事業（3市町村）

○中央西福祉保健所

- ・24医療機関訪問（8病院、16診療所）を実施
- ・中央西地域糖尿病等対策専門部会（2回/年：8月1日、12月18日予定）
- ・糖尿病性腎症重症化予防に係る研修会の開催（10/10）

○須崎福祉保健所

- ・市町と連携した医療機関個別訪問（5医療機関）
- ・糖尿病対策検討会（7/16、1/21予定）、糖尿病対策研修会（12/2）の開催

○幡多福祉保健所

- ・糖尿病対策検討会の開催（7/15、2/9実施予定）
- ・糖尿病性腎症重症化予防プログラムの推進のための医療機関訪問（2カ所）
- ・糖尿病性腎症重症化予防プログラム関係者調整会議の開催（8/29）
- ・糖尿病アドバイザー派遣事業の活用（広域、1市、1村）

（関係機関との連携体制の構築）

<P（計画）>

【保健政策課】

- 血管病調整看護師の質の向上に向けた取組
 - ・血管病調整看護師対象の研修会の開催
- 地域の連携体制の推進に向けた取組
 - ・血管病調整看護師の福祉保健所単位の糖尿病対策協議会等への参画

【薬剤師会】

- 薬局等における服薬指導及び相談対応

<D（実行）>

【保健政策課】

- 血管病調整看護師の質の向上に向けた取組
 - ・血管病調整看護師対象の研修会兼情報交換会の開催（9/19）
- 地域の連携体制の推進に向けた取組
 - ・血管病調整看護師が福祉保健所単位の糖尿病対策協議会等に参画（安芸圏域：7/10、中央東圏域：1月頃、中央西圏域：8/1,12/18、須崎圏域：7/16、幡多圏域：7/15,2/9）

【薬剤師会】

- 啓発資材、服薬指導手引き等を活用し、各薬局において服薬指導等を継続して実施

第8期高知県保健医療計画（糖尿病）に基づく令和7年度の取組について

区分：医療提供体制

1 目標達成状況

「患者への対応」と同じ

2 第7期の総括（評価や課題など）

- ・各職種がチームとなって医療を提供する必要がある。
- ・重症化を予防するための病診連携が十分でない。
- ・県中央部以外の管理栄養士による外来栄養食事指導の実施件数及び連携体制が十分でない。
- ・医療圏ごとの外来栄養食事指導SCRは中央・安芸圏域において増加するも西部において低調。各圏域での推進が必要。
- ・新興感染症発生・まん延時においても切れ目なく適切な医療が受けられる体制整備が必要

3 第8期の対策

- ・診療レベルの均一化を図るための専門職のスキルアップ
- ・患者に対する積極的な歯科検診の受診勧奨
- ・外来栄養食事指導推進事業協力医療機関を中心とした外来栄養食事指導の推進
- ・新興感染症発生・まん延時における医療の体制整備

4 令和7年度の取組

（専門職のスキルアップ）

<P（計画）>

【高知県薬剤師会】

- 高知県糖尿病療養指導士(CDE高知)認定取得に係る支援の継続
- 県等が実施する勉強会や研修会への糖尿病アドバイザー(CDE高知)の派遣

【高知県栄養士会】

- 栄養食事指導技術向上のため、スキルアップ研修会・事例検討会の開催

【福祉保健所】

○安芸福祉保健所

- ・安芸福祉保健所血管病重症化予防対策研修会の開催
- ・高知県糖尿病療養指導士（CDE高知）東部地区の状況調査

○中央東福祉保健所

- ・血管病対策研修会の開催

○中央西福祉保健所

- ・重症化予防プログラム実施に向けた市町村ヒアリングの実施 ・糖尿病性腎症重症化予防に係る研修会の開催 ・中央西福祉保健所管内健康増進業務等担当者会の開催

○須崎福祉保健所

- ・糖尿病アドバイザー派遣事業の広域実施の継続と効果的な運営内容の導入
- ・医療機関や市町職員を対象とした研修会の開催

○幡多福祉保健所

- ・医療従事者及び市町村の国保・健康づくり担当者を対象とした糖尿病性腎症重症化予防に係る研修会の開催

<D (実行)>

【高知県薬剤師会】

- 高知県糖尿病療養指導士(CDE高知)認定取得に係る支援の継続：全薬局にFAX等で案内（11月2回）
- 県等が実施する勉強会や研修会への糖尿病アドバイザー(CDE高知)の派遣：四万十市（8月）、南国市（9月）、須崎福祉保健所（11月）、土佐市（12月予定）、安芸福祉保健所（12月予定）

【高知県栄養士会】

- スキルアップ研修会（R7年7月19日 総合あんしんセンターにて開催、西部地区会場へはWEB配信）（38施設73名参加）
- 二次保健医療圏毎の連絡会（ミニ講義・事例検討会）
高知地区（R7年12月21日予定）、須崎地区 7施設 13名（R7年10月27日）、安芸地区 6施設 14名（R7年10月21日）、幡多地区（R7年12月13日予定）

【福祉保健所】

- 安芸福祉保健所
 - ・安芸福祉保健所血管病重症化予防対策研修会の開催
「心腎代謝連関を考慮した生活習慣病対策について」（2/2予定）
 - ・高知県糖尿病療養指導士（CDE高知）東部地区の状況調査（9～10月）
調査結果から、啓発チラシを作成し、CDE高知東部地区が参加するイベントで配布した（管内のCDE高知取得者数 22施設64名）
- 中央東福祉保健所
 - ・血管病対策研修会（今年度中）
- 中央西福祉保健所
 - ・重症化予防プログラム実施に向けた市町村ヒアリングの実施（5～6月）
 - ・中央西福祉保健所管内健康増進業務等担当者会（6/20）
- 須崎福祉保健所
 - ・糖尿病アドバイザー派遣事業の広域開催（看護師:8/26、管理栄養士:10/31、薬剤師:11/12）
 - ・糖尿病対策研修会（12/2）
- 幡多福祉保健所
 - ・糖尿病性腎症重症化予防に係る研修会の開催（1/22予定）

(歯科)

<P (計画)>

【保健政策課】

- 歯と口の健康に関するイベント（健口DAY）の開催
- 歯周病による全身疾患への影響についてCM放送による周知啓発
- 歯科衛生士を対象とした研修会の開催（フォローアップ研修会、実技研修会）
- 事業所での歯科保健指導を実施

<D（実行）>

【保健政策課】

- 健口DAYの開催（R8.2.15開催）
- 歯周病による全身疾患への影響についてCM放送（時期未定）
- 事業所での歯科保健指導を15回実施（11月末時点：8回実施）
- 歯科衛生士を対象とした研修会の開催（実技研修会：7/27、フォローアップ研修会：9/7）

（外来栄養食事指導の推進）

<P（計画）>

【高知県栄養士会】

- 二次保健医療圏毎に病診連携のための連絡会（ミニ講義・事例検討含む）の開催
- 協力医療機関における外来栄養食事指導報告書の集計と県への報告、協力医療機関の拡大、事業の推進及び指導件数の増加に向けた啓発を行う
- 栄養ケア・ステーションに専任コーディネーターを配置し、診療所で栄養食事指導を担当する管理栄養士のフォローアップを行い、派遣調整等を行う
- 県民および医療機関に対し、外来栄養食事指導啓発活動の実施

<D（実行）>

【高知県栄養士会】

- 二次保健医療圏毎に連絡会（事例検討含む）の開催
安芸地区14名（R7年10月21日）、須崎地区13名（R7年10月27日）、
幡多地区延べ（R7年12月13日予定）、高知地区（R7年12月21日予定）
- 外来栄養食事指導推進事業協医療機関における外来栄養食事指導の実績の集計・報告書の作成（四半期ごと）、事業の推進及び指導件数の増加に向けた啓発を実施
- 栄養ケア・ステーションに専任コーディネーターを配置し、診療所で外来栄養食事指導を担当する管理栄養士等との調整を実施
- 診療所担当者連絡会の開催（年2回）

（外来栄養食事指導の体制整備）

<P（計画）>

【保健政策課】

- 協力医療機関の周知

<D（実行）>

【保健政策課】

- 県HPにて協力医療機関の掲載
- 県栄養士会と外来栄養食事指導体制の充実にに向けた検討の実施

1 プログラムの概要

〈目的〉 糖尿病性腎症の重症化による人工透析導入を減少させることで、県民の健康増進及び医療費の適正化を図る

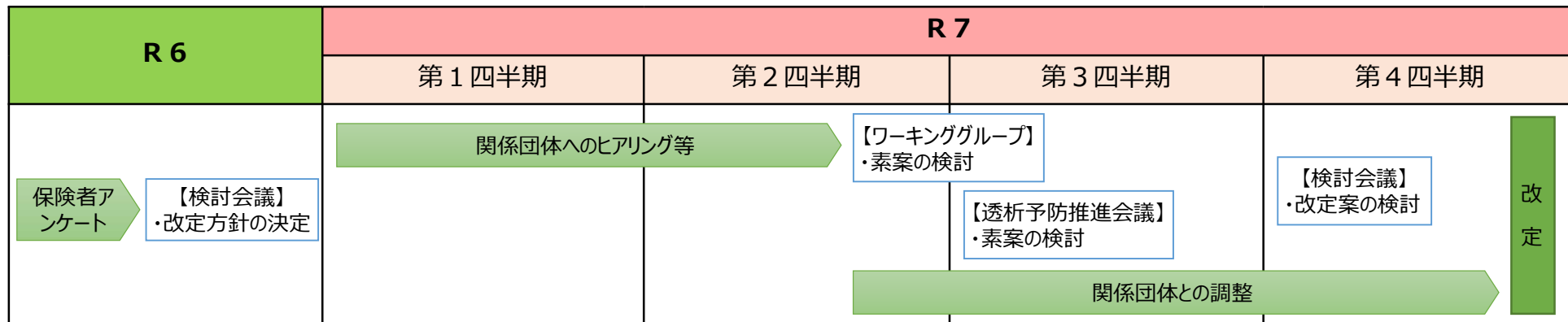
〈内容〉 (1) 医療機関未受診者・治療中断者への受診勧奨事業（プログラムⅠ）
 (2) 治療中で重症化リスクの大きい者への保健指導事業（プログラムⅡ） ※糖尿病性腎症透析予防強化プログラムを含む（R6.4月～）

〈経過〉 H28年4月 日本医師会・日本糖尿病対策推進会議・厚生労働省が糖尿病性腎症重症化予防プログラムを策定
 H30年1月 高知県医師会・高知県糖尿病医療体制検討会議・高知県の三者で、県版プログラムを策定
 R6年4月 「糖尿病性腎症透析予防強化プログラム」と1つのプログラムとするために改定

R6年3月 国のプログラムが改定

2 改定作業のスケジュール

- 保険者や関係機関（医科、歯科、薬局）、専門医等で構成するワーキンググループでの素案の検討を経て、糖尿病医療体制検討会議にて改定案を検討
- 関係団体との協議



国のプログラム改定内容への対応①

国プログラム改定の概要		県プログラムの改定案
①対象者の年齢層に応じた取組の推進	<ul style="list-style-type: none"> ・ライフコースアプローチの観点を踏まえ、年齢層（青壮年層、高齢者）を考慮した取組を推進 	<ul style="list-style-type: none"> ・年齢層を考慮した取組について追加（参考資料6 P14-15）
	<ul style="list-style-type: none"> ・歯周病と血糖コントロールの関係を踏まえ、口腔衛生の指導や歯周病の未治療者に対する継続的な歯科受診を勧奨 ・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、定期的かつ継続的な眼科受診を勧奨 	<ul style="list-style-type: none"> ・プログラムⅡにおいて、保険者がかかりつけ医の指示のもと、歯科及び眼科への受診に向けたフォローを行うことについて追加（参考資料6 P11） ・参考資料として、糖尿病と歯周病に関するリーフレットを追加（参考資料6 P17-18）
②関係者の連携に向けた役割の提示	<p>【保険者（市町村）】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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や後期高齢者医療制度への異動もあるため、被用者保険と市町村間、広域連合と市町村間等でそれぞれ連携を密にし、保険者間の異動により支援が途切れないようにすることや長期的な視点で評価を行う 	<ul style="list-style-type: none"> ・既に記載があるため追加なし（参考資料6 P2-3） ・県医師会及び県歯科医師会の役割に、医科歯科連携に努める旨追加（参考資料6 P3-4） ・県薬剤師会及び県栄養士会の役割に、健康づくり支援薬局及び栄養ケア・ステーションの活用に関する旨追加（参考資料6 P4-5） ・既に記載があるため追加なし（参考資料6 P4）
	<p>【都道府県】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・取組が十分にできていない市町村等に対して、保健所単位等での事業実施を検討するなど、積極的な支援を実施する 	
	<p>【広域連合】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域の医師会等の関係団体に対して、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。 	
	<p>【地域の医師会等医療関係団体の役割】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 ・糖尿病の合併症として網膜症や歯周病、歯の喪失等があることを踏まえ、医科歯科連携の仕組みを構築し活用する ・健康サポート薬局、栄養ケア・ステーション、まちの保健室等の資源を有効活用した体制整備の検討を行う 	
	<p>【国保連合会、国保中央会】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・取組状況等から支援の必要性があると考えられるが支援を受けていない市町村に対しても、都道府県と連携して、積極的に支援する 	

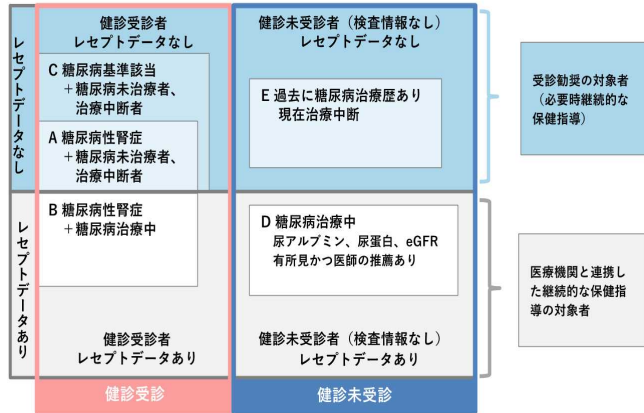
国のプログラム改定内容への対応②

国プログラム改定の概要

県プログラムの改定案

- 健康診査の結果の有無、糖尿病についての治療状況別（未治療、治療中）に、それぞれ対象者の把握方法を例示
- 健康診査の結果がある者については、糖尿病についての治療状況別（未治療、治療中）に、HbA1cの状況、腎障害の程度（eGFRまたは尿蛋白の状況）、血圧の状況（血圧値、治療状況）を踏まえた対象者の抽出基準と対象者の状態に応じた介入方法を例示

【健診・レセプトデータの有無と対象者の抽出の考え方】



【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】

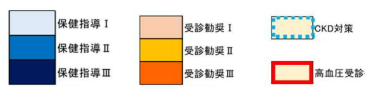
糖尿病未受診者 ※1

HbA1c (%)	腎障害の程度 / 血圧区分判定不可 ※3	腎障害の程度								
		以下のとどちらかに該当。 ・eGFR<45 ・尿蛋白(+)以上			以下のとどちらかに該当。 ・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	
8.0以上		受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ
7.0~7.9		受診勧奨Ⅱ	受診勧奨Ⅱ	受診勧奨Ⅱ	受診勧奨Ⅱ	受診勧奨Ⅱ	受診勧奨Ⅱ	受診勧奨Ⅱ	受診勧奨Ⅱ	受診勧奨Ⅱ
6.5~6.9		受診勧奨Ⅰ	受診勧奨Ⅰ	受診勧奨Ⅰ	受診勧奨Ⅰ	受診勧奨Ⅰ	受診勧奨Ⅰ	受診勧奨Ⅰ	受診勧奨Ⅰ	受診勧奨Ⅰ
6.5未満		保健指導Ⅲ	保健指導Ⅲ	保健指導Ⅲ	保健指導Ⅲ	保健指導Ⅲ	保健指導Ⅲ	保健指導Ⅲ	保健指導Ⅲ	保健指導Ⅲ

糖尿病受診中の者 ※4

HbA1c (%)	腎障害の程度 / 血圧区分判定不可 ※3	腎障害の程度								
		以下のとどちらかに該当。 ・eGFR<45 ・尿蛋白(+)以上			以下のとどちらかに該当。 ・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	
8.0以上		受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ
7.0~7.9		受診勧奨Ⅱ	受診勧奨Ⅱ	受診勧奨Ⅱ	受診勧奨Ⅱ	受診勧奨Ⅱ	受診勧奨Ⅱ	受診勧奨Ⅱ	受診勧奨Ⅱ	受診勧奨Ⅱ
6.5~6.9		受診勧奨Ⅰ	受診勧奨Ⅰ	受診勧奨Ⅰ	受診勧奨Ⅰ	受診勧奨Ⅰ	受診勧奨Ⅰ	受診勧奨Ⅰ	受診勧奨Ⅰ	受診勧奨Ⅰ
6.5未満		保健指導Ⅲ	保健指導Ⅲ	保健指導Ⅲ	保健指導Ⅲ	保健指導Ⅲ	保健指導Ⅲ	保健指導Ⅲ	保健指導Ⅲ	保健指導Ⅲ

糖尿病受診中の場合には、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。



③対象者の抽出基準と対象者の状態に応じた介入方法の例示

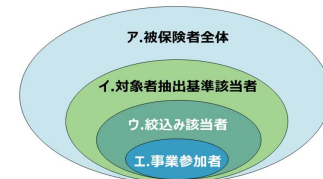
【レベルに応じた介入方法の例】

レベル	受診勧奨の場合	保健指導の場合	緊急度に応じた介入の程度
I	通知、健康教室等の案内(面談の機会を設定)	主に糖尿病及び生活習慣の改善に関する内容について通知、健康教室の案内	弱
II	通知・電話/面談	腎障害の悪化を予防するための、糖尿病等生活習慣病の管理に関する内容を中心とし、通知・電話/面談	↓
III	通知・電話/面談/訪問にて確実に実施	腎障害の悪化を防ぐための治療や生活に関する内容を中心とし、通知・電話/面談/訪問を確実に実施	強

④市町村、都道府県等が設定する評価指標例の提示

- 評価では、受診勧奨や保健指導を実施した対象者ごとに行う評価に加えて、対象者全体（集団）での評価も行う
- 評価では、ア 被保険者全体、イ 対象者抽出基準該当者、ウ 絞込み該当者、エ 事業参加者、を意識して評価を行う

【評価対象のとりえ方】



・参考資料として追加 (参考資料6 P11-12)

・参考資料として追加 (参考資料6 P21)

これまでの課題等への対応

これまでいただいたご意見や課題		県プログラムの改定案	
プログラムⅡ	1	<ul style="list-style-type: none"> ・プログラムに取り組む上での課題 1位：対象者の同意取得が困難（63.0%） 	<ul style="list-style-type: none"> ・患者向け説明資料を作成（参考資料6 P13）
		<ul style="list-style-type: none"> ・患者へのプログラムⅡの説明に難しさを感じる。 	
	2	<ul style="list-style-type: none"> ・プログラムの改定に向けて県に期待すること 2位：プログラムⅡの実施手順の簡略化（44.4%） 	<ul style="list-style-type: none"> ・保険者の実施体制や地域の実情等に応じて、保険者が個別に定めることができる旨を明記（参考資料6 P8） ・取組例として、「保険者が対象者に様式1（連絡票㊸）等を渡した後に、その旨を本人の了承のもとかかりつけ医に連絡しておく」ことを記載（参考資料6 P10）
		<ul style="list-style-type: none"> ・保険者がかかりつけ医に、対象者がプログラムを利用する方で良いか聞くことも大切ではないか。 ・健診データからの抽出より、はじめから医療機関と協働した方が効率が良いのではないか。 	
	3	<ul style="list-style-type: none"> ・プログラムの改定に向けて県に期待すること 2位：連絡票、情報提供書等の様式の簡素化（44.4%） 	<ul style="list-style-type: none"> ・様式の見直し（様式2はフローチャートに変更）（参考資料6 P25-34）
		<ul style="list-style-type: none"> ・様式2「連絡票㊸」を見た瞬間、医師は面倒となるかもしれない。 ・選択肢をフローチャートの模式図にしているかどうか。 	
透析予防強化プログラム	1	<ul style="list-style-type: none"> ・医師が「糖尿病性腎症」とは診断せず、カルテに「腎症」とだけ記載のある場合も、検査値等からプログラムの利用に繋がりたいケースもある。 	<ul style="list-style-type: none"> ・抽出条件に該当しない場合でも、かかりつけ医が本プログラムでの介入が望ましいと判断した場合は、対象とする旨を明記（参考資料7 P9）
	2	<ul style="list-style-type: none"> ・評価結果報告書（様式3）を保険者にもフィードバックしてほしい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ご意見のとおり修正（参考資料7 P15）
	3	<ul style="list-style-type: none"> ・保険者と医療機関が情報をやりとりする際の様式を作成してほしい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・参考様式を作成（参考資料7 P26-27）

令和7年度 高知県糖尿病医療体制検討会議

～参考資料集～

- 1 第8期高知県保健医療計画 評価調書
【参考資料1】
- 2 令和6年度の取組
【参考資料2】
- 3 糖尿病の医療体制構築に係る現状把握のための指標
【参考資料3】
- 4 糖尿病に関する高知県の基本データ
【参考資料4】
- 5 外来栄養食事指導推進事業
【参考資料5】
- 6 高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラム改定案
【参考資料6】
- 7 糖尿病性腎症透析予防強化プログラム改定案
【参考資料7】
- 8 高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラムの取組状況
【参考資料8】

日時：令和8年1月8日（木） 18時30分～20時30分

場所：高知城ホール 2階 大会議室

方法：対面とオンライン（Zoom）の併用開催

日本一の健康長寿県構想

県民の誰もが住み慣れた地域で、健やかで心豊かに安心して暮らし続けられるために

お問合せ先

高知県健康政策部保健政策課

担当：濱崎・松井

TEL: 088-823-9648

FAX: 088-823-9137

第8期 高知県保健医療計画 評価調書

参考資料1

評価項目	糖尿病	担当課名	保健政策課
------	-----	------	-------

第8期 高知県保健医療計画 記載内容

現状(医療計画策定時)	課題	対策	目標			
			項目	目標設定時	直近値 (計画評価時)	目標 (令和11年度)
<p>【予防の状況】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●40～69歳の肥満状況 男性38.5% 女性24.5% ●運動習慣のある者 20～64歳男性25.5% 女性21.8% 65歳以上男性58.2% 女性36.7% ●特定健康診査受診率 53.7%(全国平均より2.5ポイント低い) ●特定保健指導実施率 24.4%(全国平均より0.3ポイント低い) ●市町村国保特定健康診査実施状況 個別16.4% 集団19.5% <p>【患者の状況】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●年齢調整外来受療率(人口10万人対) 82.5 ●特定健診受診者40～74歳で糖尿病が強く疑われる者の割合 12.1% ●糖尿病の可能性を否定できない者の割合 13.8% ●糖尿病性腎症重症化予防プログラムによる未治療ハイリスク者のうち治療開始の割合 35.5% ●糖尿病性腎症重症化予防プログラムによる治療中断者のうち治療再開の割合 68.7% ●特定健診での糖尿病治療者のうちHbA1c8.0%以上の者の割合 男性11.4% 女性10.4% ●人工透析患者 2,549人 ●新規透析導入患者 316人 うち、糖尿病性腎症 98人(31.0%) 人口10万人当たりでは14.5人 ●年齢調整死亡率 男性11.1 女性5.6 ●外来栄養食事指導料SCR 安芸39.3 中央96.4 高幡15.8 幡多26.7 県76.6 ●受療動向(入院) 高幡、安芸は中央医療圏へ流出 30～50%(5人～10人程度) <p>【医療提供体制の状況】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●糖尿病教室実施医療機関数 県23 安芸2 中央18 高幡1 幡多2 ●日本糖尿病学会専門医在籍医療機関数(人口10万人当たり) 県3.9 安芸0 中央4.6 高幡2.1 幡多2.6 ●日本糖尿病療養指導士在籍医療機関数(人口10万人当たり) 県4.9 安芸9.7 中央5.0 高幡2.1 幡多3.9 ●高知県糖尿病療養指導士数 県503 安芸146 中央257 高幡14 幡多86 ●外来栄養食事指導実施件数 県13.6 安芸6.6 中央18.3 高幡1.6 幡多4.3 ●血管病調整看護師在籍医療機関数 県13 安芸1 中央10 高幡1 幡多1 ●日本腎臓学会腎臓専門医在籍医療機関数(人口10万人当たり) 県2.5 安芸0 中央3.2 高幡0 幡多1.3 ●日本歯周病学会歯周病専門医在籍医療機関数(人口10万人当たり) 県0.58 安芸0 中央0.79 高幡0 幡多0 ●糖尿病透析予防指導管理料の届出施設数 県17 安芸0 中央15 高幡1 幡多1 ●糖尿病腎症による透析実施可能医療機関 県39 安芸3 中央26 高幡4 幡多6 	<p>1. 予防</p> <ul style="list-style-type: none"> ●糖尿病が強く疑われる者や糖尿病の可能性が否定できない者の割合が減少していないことから、生活習慣の改善についての普及啓発や健康づくりの取組の強化が必要 ●特定健診実施率が全国に比べ低いことから、受診勧奨等による実施率の向上が必要 <p>2. 患者への対応</p> <ul style="list-style-type: none"> ●医療機関の未受診や治療中断を防ぐために、医療機関と市町村等の保険者が患者情報を共有し協働して患者の支援を行う等、さらなる連携強化が必要 ●糖尿病患者の重症化を防ぐために、かかりつけ医と眼科医や歯科医との連携が必要 <p>3. 医療提供体制</p> <ul style="list-style-type: none"> ●各職種がチームとなって医療を提供する必要がある。 ●重症化を予防するための病診連携が十分でない。 ●県中央部以外の管理栄養士による外来栄養食事指導の実施件数及び連携体制が十分でない。 ●新興感染症発生・まん延時においても切れ目なく適切な医療が受けられる体制整備が必要 	<p>1. 予防</p> <ul style="list-style-type: none"> ●マスメディア等を活用した危険因子に関する知識の普及 ●高知家健康パスポートを活用した健康づくりの県民運動を推進 ●働きざかり世代の職場での健康づくりを支援 ●個別健診の受診勧奨を強化 ●被扶養者が受診しやすい環境整備や継続した受診勧奨 ●糖尿病の専門医師による講演の開催 ●公開講座などを開催 ●県民への広報 ●職域における啓発 <p>2. 患者への対応</p> <ul style="list-style-type: none"> ●「高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」及び「高知県糖尿病性腎症透析予防強化プログラム」により重症化予防の取組を推進 ●二次保健医療圏単位等での会議開催等による地域連携の強化 ●血管病調整看護師を核とし、医療機関と地域が協働で患者を支援する体制の構築 ●自己判断による服薬等中断を防ぐため、効果的な服薬診療レベルの均一化を図るための専門職のスキルアップ ●患者に対する積極的な歯科検診の受診勧奨 ●外来栄養食事指導推進事業協力医療機関を中心とした外来栄養食事指導の推進 ●新興感染症発生・まん延時における医療の体制整備 <p>3. 医療提供体制</p> <ul style="list-style-type: none"> ●診療レベルの均一化を図るための専門職のスキルアップ ●患者に対する積極的な歯科検診の受診勧奨 ●外来栄養食事指導推進事業協力医療機関を中心とした外来栄養食事指導の推進 ●新興感染症発生・まん延時における医療の体制整備 	<p>1. 糖尿病有病者(糖尿病が強く疑われる者)の割合(40-74歳)</p> <p>2. 糖尿病予備群(糖尿病の可能性が否定できない者)の割合(40-74歳)</p> <p>3. 1日1回以上健康パスポートアプリを利用している人数(月平均人数)</p> <p>4. 特定健診実施率</p> <p>5. 特定保健指導実施率</p>	<p>1. 12.1% 【R2年度】</p> <p>2. 13.8% 【R2年度】</p> <p>3. 14,411人 【R5年10月末】</p> <p>4. 53.7% 【R3年度】</p> <p>5. 24.4% 【R3年度】</p>	<p>1. 13.0% 【R5年度】</p> <p>2. 15.3% 【R5年度】</p> <p>3. 18,731人 【R7年11月末】</p> <p>4. 55.9% 【R5年度】</p> <p>5. 26.1% 【R5年度】</p>	<p>1. 増加させない</p> <p>2. 増加させない</p> <p>3. 23,000人</p> <p>4. 70%以上</p> <p>5. 45%以上</p>
			<p>1. 糖尿病性腎症による新規人工透析導入患者数</p> <p>2. 糖尿病年齢調整死亡率</p> <p>3. 糖尿病性腎症重症化予防プログラムによる未治療ハイリスク者のうち治療開始の割合</p> <p>4. 糖尿病性腎症重症化予防プログラムによる治療中断者のうち治療再開の割合</p> <p>5. 糖尿病年齢調整外来受療率</p> <p>6. 糖尿病性腎症透析予防強化プログラムを実施する市町村数</p> <p>7. 医療圏域ごとの外来栄養食事指導SCR</p>	<p>1. 108人 【R2～4の平均値】</p> <p>2. 男性11.1 女性 5.6 【R3年度】</p> <p>3. 35.5% 【R3年度】</p> <p>4. 68.7% 【R3年度】</p> <p>5. 82.5 【R2年度】</p> <p>6. 11市町村 【R5年度】</p> <p>7. 県 76.6 安芸 35.1 中央 96.4 高幡 15.8 幡多 26.7 【R2年度】</p>	<p>1. 106人 【R3～5の平均値】</p> <p>2. 男性16.7 女性 7.8 【R5年度】</p> <p>3. 46.6% 【R5年度】</p> <p>4. 68.1% 【R5年度】</p> <p>5. 82.5 【R2年度】</p> <p>6. 34市町村 【R7年度】</p> <p>7. 県 81.0 安芸 30.3 中央 102.7 高幡 11.4 幡多 32.3 【R4年度】</p>	<p>1. 100人以下</p> <p>2. 減少</p> <p>3. 50%以上</p> <p>4. 70%以上</p> <p>5. 減少</p> <p>6. 34市町村</p> <p>7. 各医療圏100以上</p>

令和6年度の取組

参考資料2

項目	番号	P(計画)	D(実行)	C(評価)	A(改善)	
					課題	今後の対策
予防	1	<p>(生活習慣の改善・危険因子に関する知識の普及 高知家健康パスポートを活用した健康づくり県民運動の 推進、働きざかり世代の職場での健康づくりを支援等) 【保健政策課】 ○健康づくりひとくちメモ(30秒テレビ広報、年間104回)による栄養・運動・喫煙・飲酒・糖尿病等血管病の重症化予防・高血圧等の啓発 ○民間企業や保険者等と連携した「高知家健康チャレンジ」による県民への啓発 ○高知家健康パスポートを活用した県民の健康づくり ○地域と職場が連携して進める健康づくり県民運動のさらなる推進</p> <p>【福祉保健所】 ○職場と連携した運動や適正体重に関する啓発、高知家健康パスポートアプリ活用の推進 ○働きざかり世代の健康づくりに関する研修会の開催や事業所訪問による健康経営の取組を支援(中央東福祉保健所) ○健康づくり推進部会の開催と連携 事業所での健康づくり(健康経営)の促進のため、健康管理担当者サポート事業(事業所訪問)の実施(目標23社) 事業所対象の職場の健康づくり応援研修会の開催 出前健康教室の実施(須崎福祉保健所) ○福祉保健所・栄養士ネットワークが連携した普及啓発イベントの開催(幅多福祉保健所)</p>	<p>【保健政策課】 ○健康づくりひとくちメモによる啓発 ・栄養10回、運動8回、禁煙5回、飲酒4回、血管病の重症化予防5回、高血圧5回 ○「高知家健康チャレンジ」による県民への啓発 ・5つの分野(「減塩」「野菜摂取」「運動」「節酒」「禁煙」)に加えて、新たに高血糖・高血圧予防には日間的な体重および血圧の測定・記録の習慣が第一歩であることの啓発 ・量販店等と協働でプロモーションを実施 ・コラボ対象企業に、家電量販店(体重記録の啓発)や外食チェーン(野菜摂取の啓発)などを加えるとともに、長期(1か月→3か月以上：9月～11月以降)でキャンペーンを実施 ・テレビCMやチラシ・ポスター等の制作等 ○高知家健康パスポート ・市町村版及び事業所版を活用し、市町村及び県内事業所の健康づくりの取組を支援 ○地域と職場が連携して進める健康づくり県民運動のさらなる推進 ・高知家健康会議生活習慣病対策部会の設置 ・事業所(職場)向けイベントの開催と健康づくりに関する情報の提供</p> <p>【福祉保健所】 ○啓発リーフレットの作成(「体重と歩数を測って健康30日チャレンジ」) 出前講座(7回)、健康グッズの貸出し(管内3事業所) 職場の健康づくり応援研修会(1回43名)、従業員数50人未満の事業所訪問(香美市内12事業所)(中央東福祉保健所) ○令和6年度健康づくり推進部会の開催(7/24、1/29) 事業所での健康づくり(健康経営)の促進のため、健康管理担当者サポート事業として20事業所の訪問を実施 事業所対象の職場の健康づくり応援研修会の開催(11/5) 出前健康講座の開催(8/9:51名、9/4:25名、11/26:6名)(須崎福祉保健所) ○福祉保健所・栄養士ネットワークが連携した普及啓発イベントの開催(1/17)(参加者:34名) 福祉保健所・健康づくり団体等が連携した普及啓発イベントの開催(9/8) イベント名：#高知家健康チャレンジ 健康フェスタinフジグラン四万十 内容：野菜350gあてクイズ、高知家健康パスポートアプリ支援、体操等 来場者数：155名(幅多福祉保健所)</p>	<p>【保健政策課】 ○健康づくりひとくちメモによる啓発 多くの県民の視聴が得られる夕方のローカル情報番組内で放映することにより、健康づくりへの関心を広めることにつながった ○「高知家健康チャレンジ」の展開 量販店や市町村等と協働でプロモーションを行ったことで、生活習慣の改善につながる意識醸成を図ることができた。 ・アンケート結果 ①街頭アンケート：認知度52% ②健康パスポートアプリでのアンケート：認知度69% ○高知家健康パスポート アプリのメリットを生かした取組を進めたことで県民の健康意識のさらなる醸成を図ることができた。 ・アプリダウンロード件数：66,198件 ・事業所アカウント取得事業所数：128 ・市町村版活用市町村数：19 ○地域と職場が連携して進める健康づくり県民運動のさらなる推進 ・高知家健康会議生活習慣病対策部会を設置し、職場を対象にしたイベントを開催し、職場の健康づくりの機運の醸成を図ることができた。</p> <p>【福祉保健所】 ○応援研修会：管内の企業による好事例の紹介や食の視点からの健康経営の具体策などの周知ができた。 事業所訪問：健康課題の大きい壮年期男性が多い事業所(建設業)への訪問ができたことにより、健康問題と体重の関係についての周知や健康経営の認知度を高めることができた。(中央東福祉保健所) ○健康づくり推進部会との連携により、地域の課題に応じた啓発チラシを作成し、研修会等で活用できた。また、職場の健康づくり応援研修会や地域のケーブルテレビでも、啓発チラシとテーマを揃えることで、ポイントを絞って啓発することができた。(須崎福祉保健所) ○商業施設での糖尿病を含めた生活習慣病のリスクについて参加型の各コーナーを設置したことで、住民に健康づくりの普及ができた。また、高知家健康パスポートアプリや所ホームページ等で積極的に広報したことで参加者の増加につながった。(「健康フェスタinフジグラン四万十」来場者数：R4 137名) 事業所の従業員等へ糖尿病予防の知識に加え、幅多地区のヘルスメイトの協力のもと試食やレシピの配布を行い、食事の工夫のポイントなどを知ってもらう機会となった。(幅多福祉保健所)</p>	<p>【保健政策課】 ○健康づくりひとくちメモによる啓発の継続 ○「高知家健康チャレンジ」の展開 民間企業等と協働で取り組む団体を増やし、認知度の向上、行動変容の後押しをする必要がある。 ○高知家健康パスポート 事業所アカウント取得事業所数の拡大に向け、包括連携協定締結企業等と連携した取組を強化 ○地域と職場が連携して進める健康づくり県民運動のさらなる推進 ・職場の健康づくりの機運を醸成し、健康づくりに取り組む働きざかり世代の男性を増やすため、高知家健康会議生活習慣病対策部会による職場と連携した健康づくりの取組を強化する。</p> <p>【福祉保健所】 ○保険者や事業所と連携し、壮年期男性をターゲットに「血圧・喫煙・多量飲酒」に着目した健康づくりの取組を推進 従業員数50人未満の事業所を訪問し、状況把握や高知家健康パスポート等を活用した健康経営の取組を支援(中央東福祉保健所) ○健康づくり推進部会と連携した啓発活動の継続 事業所での主体的な健康づくり(健康経営)の取組促進(須崎福祉保健所) ○より魅力的なイベントとなるよう、商業施設や幅多地域健康づくり推進検討会などの機会に地域の関係団体と連携・協議する。(幅多福祉保健所)</p>	
	2	<p>(糖尿病の知識の普及：公開講座、講演の実施、県民への広報、職場における啓発等) 【高知県医師会・CDE高知・福祉保健所・日本糖尿病協会高知県支部】 ○糖尿病公開講座の開催(幅多福祉保健所)</p>	<p>【高知県医師会・CDE高知・福祉保健所・日本糖尿病協会高知県支部】 ○世界糖尿病デーにあわせ、高知城をブルーライトアップ及び関連したポケットティッシュの配布(高知県医師会)(日本糖尿病協会高知県支部) ○歩いて学ぶ高知ウォークラリー(11/10)(日本糖尿病協会高知県支部) ○高知県世界糖尿病デー市民公開講座(11/10)(日本糖尿病協会高知県支部)(高知県医師会) ○糖尿病公開講座の開催(7/7) 開催場所：四万十市総合文化センターしまんとびあ テーマ：健康長寿を目指す人生100年時代～糖尿病のあるひとにもないひとみんなと一緒に考える～ 参加者：46名 全国糖尿病啓発週間に合わせて、所ホームページでの糖尿病予防に関する啓発を実施(11/7～11/28)(幅多福祉保健所)</p>	<p>【高知県医師会・CDE高知・福祉保健所・日本糖尿病協会高知県支部】 ○県民に糖尿病予防の重要性を視覚的に訴え、認知度を高めることで効果的な啓発が行えた(高知県医師会) ○ライフスタイルに応じた食事の工夫や、肥満やサルコペニア予防を含めた適切な生活習慣について住民に啓発できた。 全国糖尿病週間に合わせて所のホームページで糖尿病予防について掲載し、住民へ啓発ができた。(幅多福祉保健所)</p>	<p>【高知県医師会・CDE高知・福祉保健所・日本糖尿病協会高知県支部】 ○世界糖尿病デーに合わせて高知城をブルーライトアップし、糖尿病予防の重要性を広く啓発し続ける(高知県医師会) ○糖尿病予防に関する公開講座の開催や、ホームページ、市町村広報誌などさまざまな機会を確保し、住民に啓発していく必要がある。(幅多福祉保健所)</p>	
	3	<p>(特定健診受診率の向上：個別健診の受診勧奨の強化、被扶養者が受診しやすい環境整備、継続した勧奨等) 【国民健康保険課・保健政策課】 ○市町村国保の特定健診受診対象世代及び健診受診前世代(39歳)に向けた啓発 ・特定健診受診対象世代へ受診の呼びかけを実施(テレビCM・ラジオCM・WEB広告・新聞広告の掲載 6～7月、10～11月) ○特定健診受診前世代(39歳)に向けて受診啓発を実施(テレビCM・WEB広告 2月～3月) ○特定健診受診前世代(39歳)に向けたリーフレットを作成(2月) ○特定健診情報提供事業を県が広域的に実施 ○個別健診受診勧奨モデル事業を実施 ○特定保健指導従事者育成研修会の開催(6月初任者編、10月経験者編Ⅰ、12月経験者編Ⅱ) ○特定保健指導プログラムの作成</p>	<p>【国民健康保険課・保健政策課】 ○市町村国保の特定健診受診対象世代に向けて受診の呼びかけを実施(テレビCM・ラジオCM・WEB広告・新聞広告の掲載 6～7月、10～11月) ○特定健診受診前世代(39歳)に向けた啓発(テレビCM・ラジオCM・WEB広告・リーフレットの送付 2～3月) ○特定健診情報提供事業の勧奨資材を作成し、県内20市町村で11月、12月、1月に発送予定 ○個別健診受診勧奨モデル事業実施予定市町村との打ち合わせを実施(芸西村、香南市) 県医師会、香美市医師会、関係医療機関等へ事業説明を実施 ○特定保健指導従事者育成研修会の開催(6/24初任者編) ○保健指導スキルアップ研修会の開催(7/18、8/13、10/4、12/5、1/17) ○効果的な保健指導を行うための高知県版特定保健指導プログラムの作成</p>	<p>【国民健康保険課・保健政策課】 ・令和6年度の市町村国保の特定健診受診率(法定報告)は38.1%で、令和5年度の37.6%から0.5ポイント上昇した。 ・令和6年度特定健診情報提供事業により、全体の受診率が0.4ポイント(令和5年度も0.4ポイント)上昇した。 ・令和6年度の市町村国保の特定健診個別受診率(月別報告速報値)は16.56%で、令和5年度の16.55%から0.01ポイント上昇した。 ・保健指導従事者向け研修会を定期的に開催し、スキルアップにつなげた。</p>	<p>【国民健康保険課・保健政策課】 ・受診率は上昇傾向にあるが、全国平均及び目標値には達していない。 ・対象者の行動変容を促す効果的な保健指導を実施できるよう人材育成が必要</p>	
	4	<p>(糖尿病の重症化予防：糖尿病性腎症重症化予防プログラムの推進 二次保健医療圏単位等での重症化予防の取組) 【保健政策課】 ○糖尿病性腎症透析予防強化プログラムの普及 ・医療機関及び保険者の連絡窓口を設置(R6.4) ○プログラム推進のため、保険者支援として市町村向け説明会の開催やその他保険者への個別訪問、医療従事者向けセミナー等でのプログラムの周知等を実施</p> <p>【福祉保健所】 ○安芸圏域糖尿病専門部会の開催(7/4、1/29) 糖尿病性腎症透析予防強化プログラム実施医療機関拡大のための医療機関訪問(6～10月、計24機関)(安芸福祉保健所) ○プログラム実施医療機関拡大のための医療機関訪問 国民健康保険課との合同市町村ヒアリング 市町村と医療機関との実務者検討会(R6.12月中旬頃) 糖尿病アドバイザー派遣事業の実施(3市1町) 血管病対策検討会(1/16)(中央東福祉保健所) ○中央西地域糖尿病等対策専門部会(1回/年、2/14)(中央西福祉保健所) ○第1回糖尿病対策検討会開催(7/9)(須崎福祉保健所) ○糖尿病対策検討会の開催(7/30、2/18) 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの推進のための関係機関訪問(7カ所) 糖尿病性腎症重症化予防情報交換会の開催(1/29)(幅多福祉保健所)</p>	<p>【保健政策課】 ・透析予防強化プログラムの連絡窓口を設置することで、保険者の窓口が一括化され、医療機関の負担軽減につながった ・研修会等でのプログラムの周知を図り、実施市町村数及び実施医療機関数の増加につながった</p> <p>【福祉保健所】 ○医薬品連携や清涼飲料水の多飲による高血糖等の地域課題の共有や地域での連携体制の構築に向けた協議を行うことができた。 管内の医療機関に対して、糖尿病性腎症透析予防強化プログラムを周知することができた。(安芸福祉保健所) ○医療機関訪問：プログラム実施医療機関が拡大した。 血管病対策検討会：治療継続や眼科・歯科受診の啓発は、医療機関・市町村の両方で取り組む必要があることの認識を共有できた。(中央東福祉保健所) ○各市町村、医療機関と重症化予防に関する取組等について情報共有が図れた 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの周知を図るとともに、糖尿病治療支援一最近の動向一について理解していただくことができた(中央西福祉保健所) ○糖尿病重症化予防に取り組んでいくうえで、医療機関と市町村との連携の必要性の理解が進んだ。 糖尿病対策検討会の開催により、発症予防と重症化予防に向けた課題を整理し、連携した取組の必要性が共有できた。(須崎福祉保健所) ○糖尿病対策対策検討会では、各関係機関の取組の共有や事例検討を実施し、それぞれの役割や課題について話し合いができた。 個別医療機関訪問とおして糖尿病性腎症重症化予防プログラムの周知ができた。 情報交換会では、各市町村が作成している住民向けのプログラム説明資料を共有し、事業の円滑な実施に向けて話し合うことができた。(幅多福祉保健所)</p>	<p>【保健政策課】 ・新規透析導入患者数の減少に向けて、透析予防強化プログラムのさらなる実施拡大が必要 ・国の糖尿病性腎症重症化予防プログラムの改定等を踏まえた県版プログラムの改定が必要</p>	<p>【保健政策課】 ・透析予防強化プログラムの普及に向けた取組の継続及びモデル事業実施医療機関を対象とした追跡調査の実施 ・糖尿病性腎症重症化予防プログラムの改定</p> <p>【福祉保健所】 ○安芸専門部会委員に歯科医師を追加し、引き続き、地域課題への対策を協議する。 引き続き、医療機関訪問を行い、事業の周知や、活用に繋がらない要因の聴き取りを行う。(安芸福祉保健所) ○医療機関訪問や糖尿病アドバイザー派遣事業により、糖尿病性腎症重症化予防プログラムの実施医療機関の拡大や関係機関の連携体制を強化 ・血管病対策検討会等での糖尿病合併症予防の取組検討(中央東福祉保健所) ○多職種が重症化予防について理解を深め、連携した取組につながる専門部会や研修会を実施する(中央西福祉保健所) ○特定健診の受診率向上や糖尿病重症化予防プログラム実施医療機関の拡充に向け、市町と医療機関を戸別訪問 糖尿病対策検討会の開催(7月・1月)と医療機関や市町職員を対象とした研修会の開催(須崎福祉保健所) ○糖尿病対策検討会を開催(年2回) ・糖尿病対策検討会の委員に歯科医師、薬剤師を追加し、地域での連携の強化等について更に協議する。 医療機関への個別訪問による糖尿病性腎症重症化予防プログラムの説明 管内市町村及び医療機関の情報交換会等の開催 アドバイザー派遣事業の活用(幅多福祉保健所)</p>	
	5	<p>(関係機関との連携体制の構築：血管病調整看護師を核とした支援体制の構築等、効果的な服薬指導が実施できる体制整備等) 【保健政策課】 ○血管病調整看護師へのフォローアップ ○県及び福祉保健所単位の糖尿病対策協議会の開催</p> <p>【薬剤師会】 ○薬局等における服薬指導及び相談対応</p>	<p>【保健政策課】 ○血管病調整看護師フォローアップ事業に8医療機関が参画 ○血管病調整看護師が福祉保健所単位の糖尿病対策協議会に参画</p> <p>【薬剤師会】 ○啓発資材、服薬指導手引き等を活用し、各薬局において服薬指導等を継続して実施</p>	<p>【保健政策課】 ・基幹病院合同連絡会やブロック別事例検討会を通じたフォローアップにより、血管病調整看護師の質の向上につながった ・血管病調整看護師が福祉保健所単位の糖尿病対策協議会に参画することで、地域の関係機関との連携体制の推進を図った</p> <p>【薬剤師会】 ○通常業務の中で気になる患者に対応していると思われるが、個々の薬剤師、薬局の評価ができない。</p>	<p>【保健政策課】 ・血管病調整看護師の質の向上や地域の連携体制の推進に向けた継続的な取組が必要</p> <p>【薬剤師会】 ○啓発資材、服薬指導手引き等を活用し、各薬局において服薬指導等を継続して実施</p>	

項目	番号	P(計画)	D(実行)	C(評価)	A(改善)	
					課題	今後の対策
医療 提供体制	6	<p>(専門職のスキルアップ) 【高知県医師会・薬剤師会・県栄養士会・CDE高知・福祉保健所】 【高知県薬剤師会】 ○高知県糖尿病療養指導士(CDE高知)認定取得に係る支援の継続 ○薬剤師のスキルアップのための糖尿病研修会の開催 ○県等が実施する勉強会や研修会への糖尿病アドバイザー(CDE高知)の派遣 【高知県栄養士会】 ○栄養食事指導技術向上のため、スキルアップ研修会・事例検討会の開催 【福祉保健所】 ○東部地区の関係機関が連携した活動(安芸福祉保健所) ○他職種が連携した支援体制構築のための研修会の開催(中央東福祉保健所) ○医療機関と市町との連携のための研修会の開催(血管病対策研修会)(中央西・須崎福祉保健所) ○糖尿病アドバイザー派遣事業の広域開催(須崎福祉保健所) ○医療従事者及び市町村の国保・健康づくり担当者を対象とした糖尿病性腎症重症化予防に係る研修会の開催(幡多福祉保健所)</p>	<p>【高知県医師会】 ○日医かかりつけ医機能研修制度応用研修会特別講演「かかりつけ医の糖尿病管理」令和6年9月16日実施:参加者24名 【高知県薬剤師会】 ○CDE高知認定講習会受講(令和6年12月1日予定) 受講予定者(11/6現在):新規6名、5年度からの継続5名 ○CDE高知新規認定者:9名 ○薬剤師を対象とした糖尿病研修会の開催(令和7年1月12日予定) オンライン開催(受講者:47名) ○市町村職員等を対象とした勉強会や研修会へのアドバイザー派遣(4回) 土佐町(9月)、須崎福祉保健所5市町広域(9月)、中央東福祉保健所(11月)、いの町(R7.1月) 【高知県栄養士会】 ○スキルアップ研修会 総合あんしんセンターにて開催(西部地区会場へはWEB配信)、協力医療機関28施設75名参加(7/20) ○二次保健医療圏毎のミニ講義・事例検討会 高知地区 協力医療機関17施設 47名(R6年12月4日)、須崎地区 協力医療機関7施設 17名(R6年11月22日)、安芸地区 協力医療機関4施設 16名(R6年10月9日)、幡多地区 協力医療機関6施設 15名(R6年10月26日) 【福祉保健所】 ○関係機関向け糖尿病研修会の開催 R6.12.7開催予定の糖尿病重症化予防対策研修会(保健政策課主催・オンライン)の際、東部地区サテライト会場を設け、情報交換を行う(参加者:17名) 高知県糖尿病療養指導士(CDE高知)東部地区の状況調査(9~10月):調査結果から啓発チラシを作成し、CDE高知東部地区が参加するイベント、研修会で配布した。(管内のCDE高知取得者数 23施設73名)(安芸福祉保健所) ○血管病対策研修会(11/28)(中央東福祉保健所) ○医療機関や市町村職員を対象とした研修会の開催(血管病対策研修会)(12/19、中央西・須崎福祉保健所合同) ○アドバイザー派遣事業の広域開催(8/9、9/26、10/29) 重症化予防プログラム実施に向けた、市町ヒアリングの実施(3回)(須崎福祉保健所) ○糖尿病性腎症重症化予防に係る研修会の開催(12/13)(幡多福祉保健所)</p>	<p>【高知県医師会】 ○かかりつけ医が適切に糖尿病を管理できる体制の強化は地域医療の質向上に直結し、最新の診療知識を共有して糖尿病管理の最新知見を学ぶことで診療力の向上に寄与する機会となった(高知県医師会) 【高知県薬剤師会】 ○CDE高知の資格認定取得希望者が減少傾向 ○薬剤師を対象とした糖尿病研修会 受講者アンケートでは高評価であったが、受講者数が減少傾向 ○市町村職員等を対象とした勉強会や研修会へのアドバイザー派遣 平日の開局時間中の薬剤師の派遣が厳しい 【高知県栄養士会】 ○スキルアップ研修会 スキルアップ研修会においては、西部地区にサテライト会場を設置し、オンライン配信を行った結果、前年度比較にて1.5倍の参加となった。参加者からは、医師の講義に対し、普段得る事の出来ない最新の情報や知識を習得できたとの高評価であった。 ○事例検討会 事例検討会では、糖尿病性腎症重症化予防プログラム及び糖尿病性腎症透析予防強化プログラム参加事例を含めた事例発表が行われ、各プログラムの周知に繋がった。 連絡会では、事業協力医療機関から提出された指導実績集計結果を元に、各地区において指導件数が増加している医療機関と指導件数増加に苦慮している医療機関を抽出し情報交換を行った。市町村保健所・福祉保健所の管理栄養士・栄養士や管理栄養士不在だった診療所に栄養食事指導に出向いている管理栄養士の参加があり、同職種間での情報交換や検討を実施した。 【福祉保健所】 ○糖尿病重症化予防対策研修会の東部地区サテライト会場では、多職種で情報交換を行うことができた。(安芸福祉保健所) ○血管病対策研修会:糖尿病重症化予防における、薬局の取組や支援内容を他機関や多職種が知ること、医療機関と行政が連携していくことの必要性の理解につながった。(中央東福祉保健所) ○糖尿病アドバイザー派遣事業の広域開催により、発症予防と重症化予防に向けた課題を整理し、連携した取組の必要性が共有できた。(須崎福祉保健所) ○研修会の機会をとおり、糖尿病性腎症重症化予防プログラムの周知を図るとともに、病態生理や治療等について医療従事者等へ周知することができた。(幡多福祉保健所)</p>	<p>【高知県医師会】 ○研修は一度きりの開催で終わる傾向があり、定期的な実施体制が十分でないため、参加者の知識やスキルが継続的に更新・定着しにくい 【高知県薬剤師会】 ○糖尿病への関心度をより高める取組が必要 【高知県栄養士会】 ○各研修会においては管理栄養士だけでなく多職種での研修会を行いたい。 ○栄養食事指導の実践力向上に繋がる研修が必要。 【福祉保健所】 ○医療機関からの参加者が少ないため、実施にあたり案内方法や時期について検討が必要。(安芸福祉保健所) ○循環器病も含めた血管病対策としての取組が必要。(中央東福祉保健所) ○糖尿病性腎症重症化予防プログラムの活用促進のため、さらに担当者のスキルアップが必要(須崎福祉保健所) ○研修会参加者が少ないため、実施にあたり開催方法や時期、テーマについて検討する。また、対象となる医療従事者等へ参加してもらう働きかけが必要。(幡多福祉保健所)</p>	<p>【高知県医師会】 ○多職種への展開を図るとともに、最新知見を継続的に共有できる体制を整える必要がある 【高知県薬剤師会】 ○CDE高知の資格取得に係る啓発を強化するとともに当会糖尿病委員会委員への働きかけ ○糖尿病委員会、研修会開催を含め次年度計画を検討中 ○市町村職員等を対象とした勉強会や研修会へのアドバイザー派遣の継続とCDE高知資格取得者への事業参加への働きかけ 【高知県栄養士会】 ○引き続き他の職種への研修会の参加を試みる。 ○令和7年度スキルアップ研修会には栄養指導の技術に定評のある管理栄養士による指導技術の質の向上に向けた講演を開催する。 【福祉保健所】 ○医師会等との連携強化や開催方法の工夫を行う。(安芸福祉保健所) ○糖尿病や循環器病等の重症化予防に関する対策の検討を行い、医療機関や行政の多職種が連携し軽度から重度の患者に切れ目な支援できる体制整備を支援(中央東福祉保健所) ○糖尿病アドバイザー派遣事業の広域実施の継続と効果的な運営内容の導入(須崎福祉保健所) ○アンケートで参加者が希望するテーマを把握し、ニーズに沿った講演内容を検討のうえ、引き続き糖尿病性腎症重症化予防に係る研修会を開催する。(幡多福祉保健所)</p>
	7	<p>(歯科) 【保健政策課】 ○歯と口の健康に関するイベント(健口DAY)の開催 ○歯周病による全身疾患への影響についてCM放送 ○歯科衛生士を対象とした研修会の開催 ○事業所での歯科保健指導を実施</p>	<p>【保健政策課】 ○健口DAYの開催(R6.11.23開催) ○歯周病による全身疾患への影響についてCM放送(令和6年12月24日~令和7年3月31日放送、総本数:44本) ○事業所での歯科保健指導を15回実施(11月末時点) ○歯科衛生士を対象とした研修会の開催(R6.7.14、R6.8.4)</p>	<p>【保健政策課】 ○アドバイザー養成研修会により、事業所での歯科保健指導が実施できる歯科衛生士を新たに10名養成。3年間で53名のアドバイザーを養成することができた。 ○歯科保健指導受講者の中には、しばらく歯科受診をしていないため、受診したいと思うという方や全身にも影響があることを知り、より一層口腔ケアを進めたいという方もおり、歯周病予防の重要性について周知することができた。</p>	<p>【保健政策課】 ○歯科疾患等の早期発見に繋げるため、引き続き、定期的な歯科健診受診の意識づけや、歯周病予防の重要性について周知啓発が必要。 ○養成したアドバイザーのフォローアップや歯周病保健指導の充実が必要。</p>	<p>【保健政策課】 ○歯と口の健康に関するイベント(健口DAY)の開催 ○歯周病による全身疾患への影響についてCM放送 ○歯科衛生士を対象とした研修会の開催(フォローアップ研修会、実技研修会) ○事業所での歯科保健指導を実施</p>
	8	<p>(外来栄養食事指導の推進:栄養食事指導件数の増加、病診連携の推進等) 【高知県栄養士会】 ○二次保健医療圏毎に病診連携のための連絡会(事例検討含む)の開催 ○外来栄養食事指導推進事業協力医療機関における外来栄養食事指導の実績の集計・報告書の作成(四半期ごと)、事業の推進及び指導件数の増加に向けた啓発を実施 ○栄養ケア・ステーションに専任コーディネーターを配置し、診療所で外来栄養指導を担当する管理栄養士等との調整を実施 ○診療所担当者連絡会の開催し、外来栄養食事指導の情報共有を行った。(R6年9月21日・R7年2月22日) ○高知県栄養士会が実施、参加する各種イベントで啓発用チラシを活用し、外来栄養食事指導啓発活動を実施</p>	<p>【高知県栄養士会】 ○二次保健医療圏毎に連絡会(ミニ講義・事例検討会含む)の開催 高知地区47名(R6年12月4日)、須崎地区17名(R6年11月22日)、安芸地区16名(R6年10月9日)、幡多地区15名(R6年10月26日) ○外来栄養食事指導推進事業協力医療機関における外来栄養食事指導の実績の集計・報告書の作成(四半期ごと)、事業の推進及び指導件数の増加に向けた啓発を実施 ○栄養ケア・ステーションに専任コーディネーターを配置し、診療所で外来栄養指導を担当する管理栄養士等との調整を実施 ○診療所担当者連絡会の開催し、外来栄養食事指導の情報共有を行った。(R6年9月21日・R7年2月22日) ○高知県栄養士会が実施、参加する各種イベントで啓発用チラシを活用し、外来栄養食事指導啓発活動を実施</p>	<p>【高知県栄養士会】 ○栄養ケア・ステーション 専任コーディネーターを配置し、診療所との調整を実施し、延べ41件の栄養指導の実施となった。 ○診療所担当者連絡会 診療担当栄養士と外来栄養食事指導の情報共有を行った。 ○外来栄養食事指導報告書の集計と事業の推進及び指導件数の増加 協力医療機関91施設(令和7年1月現在) 協力医療機関2施設の新規参加があった。医師への積極的な介入依頼などを行い栄養食事指導件数は16749件(+94件)前年比1.01、糖尿病患者への栄養指導件数は7609件(+167件)前年非1.02で前年度より件数増加 ○リレー・フォー・ライフ、県民公開講座等を通して外来栄養食事指導の啓発活動を実施した。</p>	<p>【高知県栄養士会】 ○外来栄養食事指導推進事業協力医療機関における外来栄養食事指導実績の集計 協力医療機関数は2施設増加したが、管理栄養士不在となり辞退した1施設があった。前年度より指導件数が増加となった施設は32施設(35.2%)に留まった。</p>	<p>【高知県栄養士会】 ○二次保健医療圏毎に連絡会(事例検討含む)の開催 栄養指導技術の向上のため、今後も継続してスキルアップ研修会・連絡会(ミニ講義・事例検討会を含む)開催する。 ○外来栄養食事指導推進事業協力医療機関における外来栄養食事指導の実績の集計 今後も栄養食事指導の実績集計を継続し、件数の増加に向けた啓発を行う。</p>
9	<p>(外来栄養食事指導の体制整備) 【保健政策課】 ○協力医療機関の周知</p>	<p>【保健政策課】 ○県HPにて協力医療機関の掲載:協力医療機関は91医療機関(R7.3)</p>	<p>【保健政策課】 ○外来栄養食事指導件数は前年度と比べて月平均で0.6%ほど増加し、うち糖尿病患者の指導件数においても前年度と比べて月平均で2.2%ほど増加した(安芸、中央、高幡圏域で増加)。栄養指導目的の患者数は月平均で22.9%減少し、高幡、幡多圏域で0件であった。</p>	<p>【保健政策課】 ○継続した協力医療機関制度の周知が必要 ○圏域ごとに指導件数の増減を評価し、件数を伸ばすための方策について検討する場が必要</p>	<p>【保健政策課】 ○協力医療機関制度の継続した周知 ○栄養指導体制について検討できる会を圏域ごとに開催し、協議していく。</p>	

糖尿病の医療体制構築に係る現状把握のための指標
 ●国の作成指針で示された指標 ■県独自で追加した指標

糖尿病の予防		年度等	計等	医療圏				出典等	
				安芸 医療圏	中央 医療圏	高橋 医療圏	幡多 医療圏		
アウトカム 指標	●年齢調整死亡率(人口10万人対)	H28	男11.6、女8.5	【参考】全国:男14.2、女7.7				人口動態調査	
		H29	男13.8、女7.3	【参考】全国:男14.8、女7.6					
		H30	男14.7、女9.7	【参考】全国:男14.6、女7.5					
		R1	男13.6、女6.6	【参考】全国:男13.9、女7.1					
		R2	男13.3、女5.9	【参考】全国:男13.9、女6.9					
		R3	男11.1、女5.6	【参考】全国:男14.1、女7.0					
		R4	男15.7、女7.5	【参考】全国:男15.7、女7.4					
		R5	男16.7、女7.8	【参考】全国:男14.9、女7.1					
	●糖尿病有病者(糖尿病が強く疑われる者)の人数及び割合(割合)	H28	33,312(11.1%)	-				特定健診結果 (市町村国保+協会けんぽ)から推計	
		H29	33,299(11.3%)	-					
		H30	33,205(11.8%)	-					
		R1	34,476(11.7%)	-					
		R2	36,065(12.1%)	-					
		R3	35,872(11.9%)	-					
		R4	34,342(12.0%)	-					
		R5	34,801(13.0%)	-					
	●糖尿病予備群(糖尿病の可能性が否定できない者)の人数及び割合(割合)	H28	40,438(13.5%)	-				特定健診結果 (市町村国保+協会けんぽ)から推計	
		H29	41,682(14.0%)	-					
		H30	41,428(14.0%)	-					
		R1	42,103(14.2%)	-					
		R2	40,716(13.8%)	-					
		R3	41,336(14.0%)	-					
		R4	40,486(14.2%)	-					
		R5	41,522(15.3%)	-					
	●特定健康診査での受診勧奨により実際に医療機関へ受診した糖尿病未治療患者の割合	R4	24.4%	-				厚生労働省提供資料	
	プロセス 指標	■1日1回以上健康パスポートアプリを利用している人数(月平均人数)	R6.10	16,682人	-				高知家健康パスポート データ
			R7.11	18,731人	-				
		●特定健診実施率	H28	48.2%	【参考】全国:51.4%				特定健康診査・特定保健指導に関するデータ (厚生労働省)
H29			49.2%	【参考】全国:53.1%					
H30			50.7%	【参考】全国:54.7%					
R1			52.5%	【参考】全国:55.6%					
R2			51.5%	【参考】全国:53.1%					
R3			53.7%	【参考】全国:56.5%					
R4			53.7%	【参考】全国:58.1%					
R5			55.9%	【参考】全国:59.9%					
●特定保健指導実施率		H28	18.0%	【参考】全国:18.8%					
		H29	17.9%	【参考】全国:19.5%					
		H30	23.7%	【参考】全国:23.2%					
		R1	23.7%	【参考】全国:23.0%					
		R2	24.0%	【参考】全国:23.3%					
		R3	24.4%	【参考】全国:24.7%					
		R4	25.6%	【参考】全国:26.5%					
		R5	26.1%	【参考】全国:27.6%					

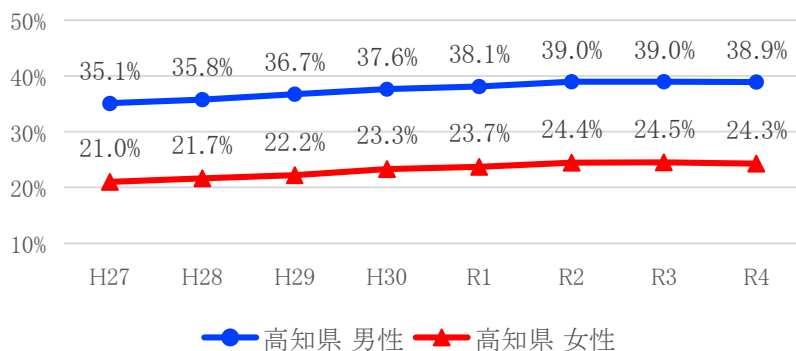
糖尿病の治療・重症化予防		年度等	計等	医療圏				出典等	
				安芸 医療圏	中央 医療圏	高幡 医療圏	幡多 医療圏		
アウトカム 指標	●年齢調整死亡率(人口10万人対)	H28	男11.6、女8.5	【参考】全国：男14.2、女7.7				人口動態調査	
		H29	男13.8、女7.3	【参考】全国：男14.8、女7.6					
		H30	男14.7、女9.7	【参考】全国：男14.6、女7.5					
		R1	男13.6、女6.6	【参考】全国：男13.9、女7.1					
		R2	男13.3、女5.9	【参考】全国：男13.9、女6.9					
		R3	男11.1、女5.6	【参考】全国：男14.1、女7.0					
		R4	男15.7、女7.5	【参考】全国：男15.7、女7.4					
		R5	男16.7、女7.8	【参考】全国：男14.9、女7.1					
	●糖尿病治療を主にした入院の発生 (DKA・昏睡・低血糖などに限定)(糖尿病 患者1年当たり)	R5	190.9	—				厚生労働省提供資料	
		●治療継続者の割合							
		R4	0.0025	—					
		R5	0.0029	—					
		●特定健康診査での受診勧奨により 実際に医療機関へ受診した糖尿病未 治療者の割合							
		「糖尿病の予防」に同じ							
■糖尿病性腎症重症化予防プログラム による未治療ハイリスク者のうち治 療開始の割合	R4	43.6%	—				高知県糖尿病性腎症重 症化予防プログラム市 町村取組調査		
	R5	46.6%	—						
	R4	76.4%	—						
	R5	68.1%	—						
プロセス 指標	●年齢調整外来受療率(人口10万人 対)	H27	99.4	【参考】全国：98.4				厚生労働省提供資料	
		H29	84.2	【参考】全国：95.2					
		R2	82.5	【参考】全国：92.0					
	●HbA1cもしくはGA検査の実施割合	R4	0.96	—					
		R5	0.96	—					
	●インスリン治療の実施割合	R4	0.11	—					
		R5	0.11	—					
	●糖尿病透析予防指導もしくは糖尿 病合併症管理の実施割合	R4	0.0049	—					
		R5	0.0042	—					
	●外来栄養食事指導の実施割合	R4	0.040	—					
		R5	0.038	—					
	■特定健診受診者で、糖尿病治療中 のうち、HbA1c8.0以上の人の割合	R3	男性11.0%、女性10.1%	—					特定健診結果 (市町村国保+協会け んぽ)
		R4	男性12.1%、女性9.9%	—					
		R5	男性12.3%、女性9.1%	—					
■医療圏ごとの外来栄養食事指導 SCR	R2	76.6	35.1	96.4	15.8	26.7	経済・財政と暮らしの指 標「見える化」ポータル サイト		
	R3	80.2	38.9	100.7	14.9	30.2			
	R4	81.0	30.3	102.7	11.4	32.3			

糖尿病の治療・重症化予防		年度等	計等	出典等				
				安芸医療圏	中央医療圏	高幡医療圏	幡多医療圏	
ストラクチャー指標	●糖尿病専門医が在籍する医療機関数(人口10万人当たり)	R6.10	4.3	0	5	1.5	2.6	日本糖尿病学会HP
		R7.10	3.9	0	4.5	0	4.2	
	●日本糖尿病療養指導士が在籍する医療機関数(人口10万人当たり)	R6	5.3	10	5.4	2.2	4	日本糖尿病療養指導士認定機構HP
		R7	4.2	10.4	4.1	2.2	2.8	
	●1型糖尿病に対する専門的治療を行う医療機関数	R4	8					厚生労働省提供資料
		R5	8					
	●妊娠糖尿病・糖尿病合併妊婦に対する専門的治療を行う医療機関数	R4	4					
		R5	4					

糖尿病合併症の発症予防・治療・重症化予防		年度等	計等	出典等					
				安芸医療圏	中央医療圏	高幡医療圏	幡多医療圏		
アウトカム指標	●治療が必要な糖尿病網膜症の発生(糖尿病患者1年当たり)	R4	0.01483					厚生労働省提供資料	
		R5	0.01575						
	●糖尿病腎症による新規人工透析導入患者数(括弧内は人口10万人対)	H28	118(16.3)					日本透析医学会提供資料	
		H29	120(16.8)						
		H30	127(18.0)						
		R1	125(17.9)						
		R2	104(15.0)						
		R3	122(17.8)						
		R4	97(14.5)						
	R5	98(14.7)							
●糖尿病患者の下肢切断の発生(糖尿病患者1年当たり)	R5	51					厚生労働省提供資料		
●年齢調整死亡率			「糖尿病の治療・重症化予防」に同じ				人口動態調査		
プロセス指標	●眼底検査の実施割合	R4	0.36					厚生労働省提供資料	
		R5	0.37						
	●尿中アルブミン・蛋白定量検査の実施割合	R4	0.16						
		R5	0.16						
	●クレアチニン検査の実施割合	R4	0.90						
		R5	0.91						
	●糖尿病透析予防指導もしくは糖尿病合併症管理の実施割合			「糖尿病の治療・重症化予防」に同じ					
	●外来栄養食事指導の実施割合			「糖尿病の治療・重症化予防」に同じ					
	■特定健診受診者で、糖尿病治療中のうち、HbA1c8.0以上の人の割合			「糖尿病の治療・重症化予防」に同じ					特定健診結果(市町村国保+協会けんぽ)
	■医療圏ごとの外来栄養食事指導SCR			「糖尿病の治療・重症化予防」に同じ					経済・財政と暮らしの指標「見える化」ポータルサイト
■糖尿病性腎症透析予防強化プログラムを実施する市町村数	R6	13市町村					高知県糖尿病性腎症透析予防強化プログラム		
	R7	34市町村							
■糖尿病性腎症による新規人工透析導入患者の平均年齢	R4	男性68.43歳、女性-歳					日本透析学会		
	R5	男性69.69歳、女性-歳							
ストラクチャー指標	●腎臓専門医が在籍する医療機関数(人口10万人当たり)	R6.10	2.89	0	3.63	0	1.35	(一社)日本腎臓学会HP	
		R7.10	2.95	0	3.48	0	2.77		
	●歯周病専門医が在籍する医療機関数(人口10万人当たり)	R6.10	0.61	0	0.81	0	0	日本歯周病学会HP	
		R7.10	0.78	0	1.02	0	0		
	●糖尿病網膜症に対する専門的治療を行う医療機関数(人口10万人当たり)	R4	5.69					厚生労働省提供資料	
		R5	6.07						
	●糖尿病性腎症に対する専門的治療を行う医療機関数(人口10万人当たり)	R5	1.33						
		R4	1.61						
●糖尿病足病変に対する専門的治療を行う医療機関数(人口10万人当たり)	R4	1.61							
	R5	1.78							

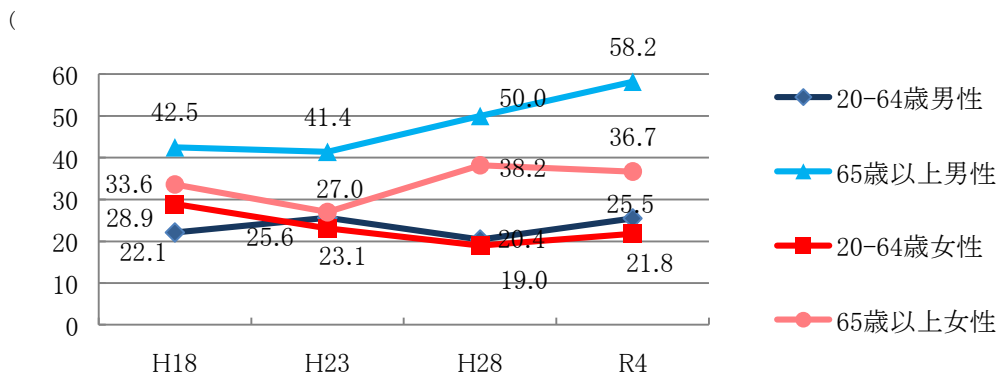
(1) 生活習慣等の状況

40-69歳の肥満者（BMI25以上）の割合



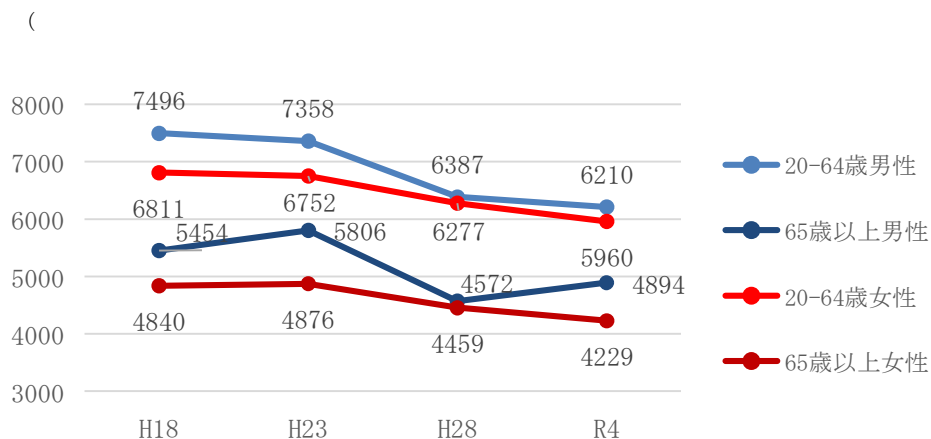
出典：NDBデータ

運動習慣のある者の割合



出典：高知県県民健康・栄養調査

1日の平均歩数

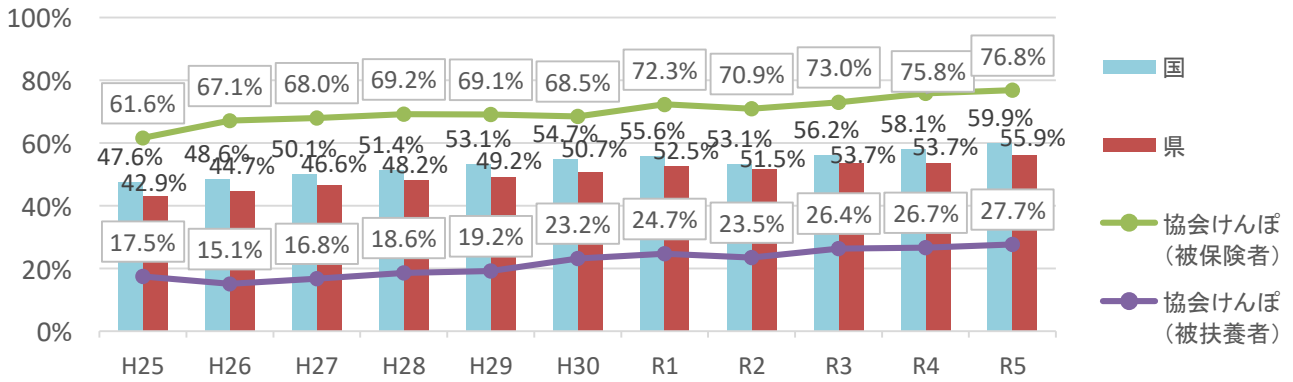


出典：高知県県民健康・栄養調査

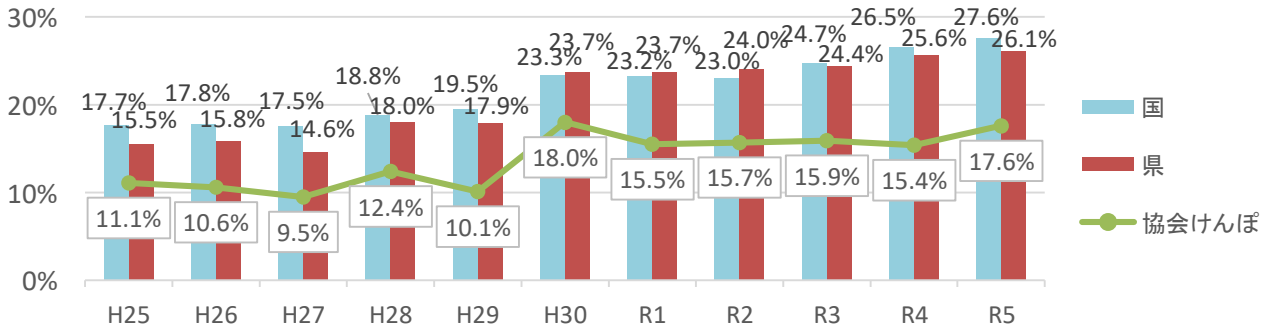
- 肥満者（BMI 25以上）の割合は、男女とも増加傾向。
- 運動習慣のある人の割合は、65歳以上の男性は増加傾向。
- 1日の平均歩数は減少傾向

(2) 特定健診・特定保健指導実施率の推移

① 特定健診



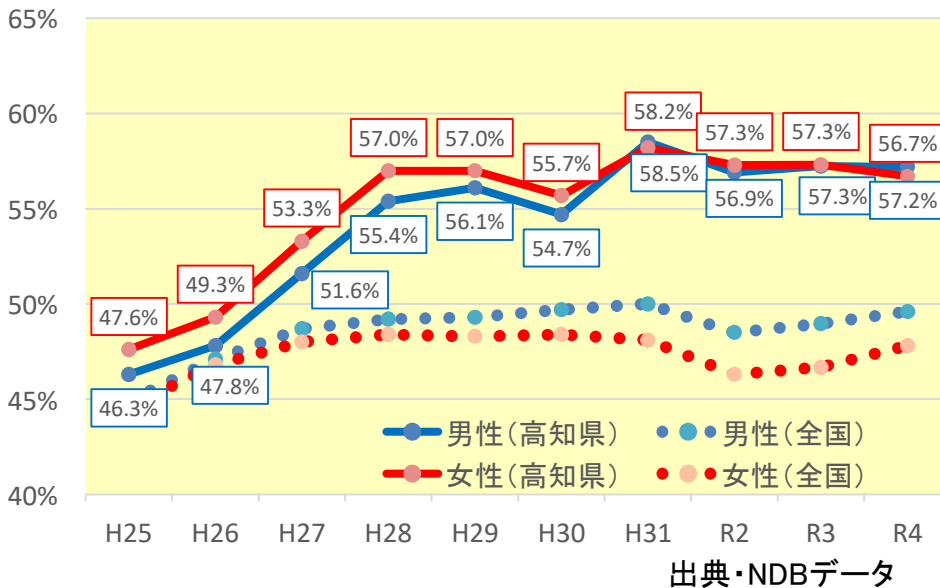
② 特定保健指導



出典：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ」

・ 特定健診・特定保健指導の実施率は上昇傾向にあるが、目標値には達していない。

(3) 特定健診結果にみる血糖値有所見者の割合 (HbA1c 5.6%以上)



出典・NDBデータ

本県では男女ともH27年度から割合が上昇し、依然として全国を大きく上回っている。年代(5歳刻み)別でも、全年代で同様の傾向がみられた。市町村国保+協会けんぽの健診結果でも上昇がみられる。

血糖値有所見者 (HbA1c5.6%以上)の割合 (高知県)

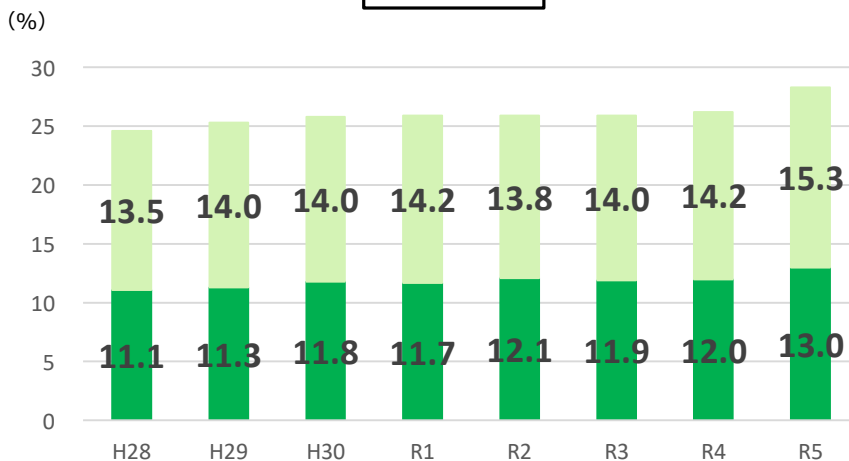
年度	男	女
H25	46.3% (19,318人) [41,758人]	47.6% (23,101人) [48,567人]
H29	56.1% (26,756人) [47,706人]	57.0% (30,160人) [52,936人]
H30	54.7% (25,003人) [45,749人]	55.7% (28,704人) [51,496人]
H31	58.5% (27,654人) [47,265人]	58.2% (30,686人) [52,722人]
R2	56.9% (25,532人) [44,896人]	57.3% (29,178人) [50,965人]
R3	57.3% (26,298人) [45,934人]	57.3% (30,289人) [52,843人]
R4	57.2% (25,871人) [45,243人]	56.7% (28,809人) [50,770人]

()内は実人数、[]内は全数

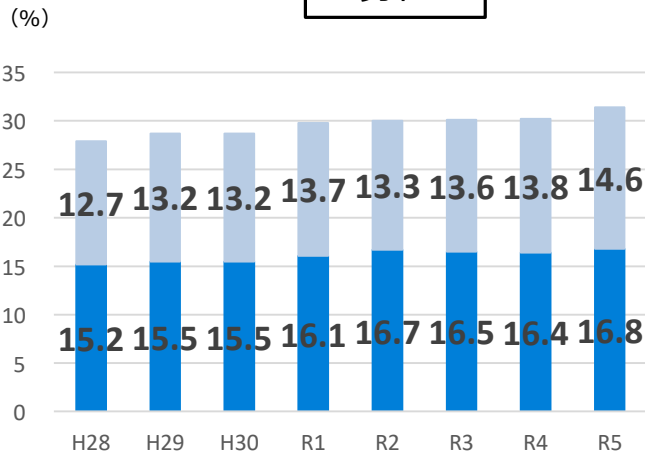
協会けんぽの支部別スコアリングレポート(2023(R5))では、代謝(血糖)リスクの保有率は、男女ともにワースト1位となっている。(男女ともに2014~2023まで連続ワースト1位)

(4) 特定健診結果からみた糖尿病有病者と予備群の割合（高知県）

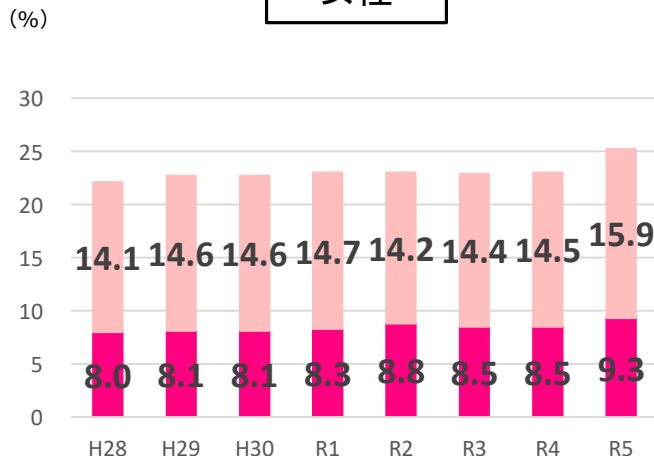
総計



男性



女性



糖尿病の可能性を否定できない者（予備群）（HbA1c 6.0-6.4）

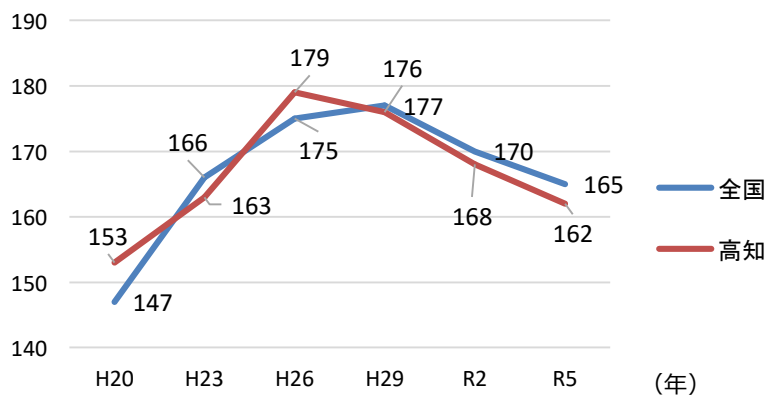
 糖尿病が強く疑われる者（有病者）（服薬者+HbA1c 6.5以上）

出典：市町村国保・協会けんぽ「特定健診実績」

・糖尿病が強く疑われる者及び糖尿病の可能性を否定できない者の割合は増加傾向である。

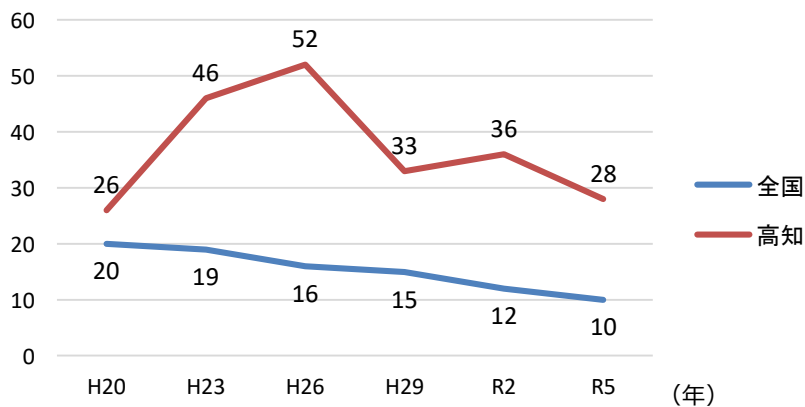
(5) 糖尿病の受療状況

外来受療率（人口10万人当たり）



出典：厚生労働省「患者調査」

入院受療率（人口10万人当たり）



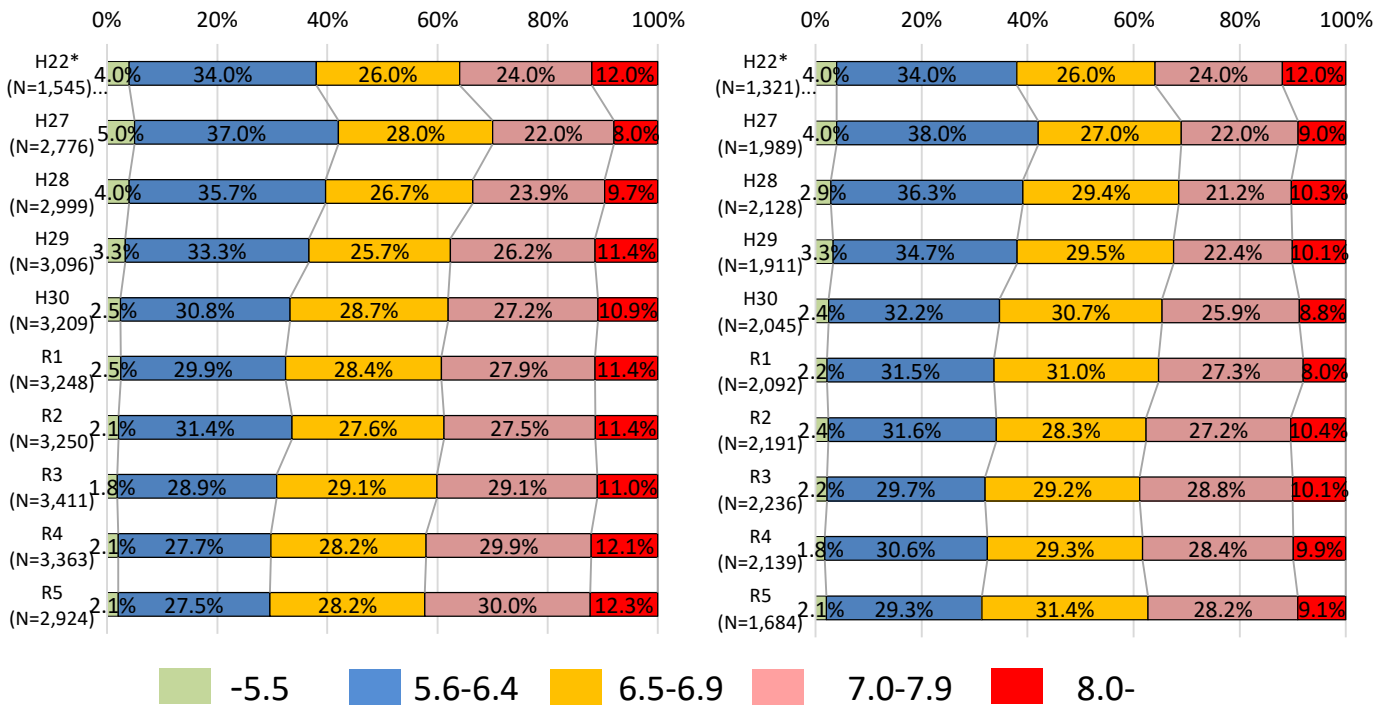
出典：厚生労働省「患者調査」

- ・ 外来受療率は、平成26年を境に下降傾向で全国と同水準であるが、入院受療率は全国よりも高い状況が続いている。

(6) 特定健診結果からみる糖尿病治療者（服薬有）のヘモグロビンA1c値の状況

男性

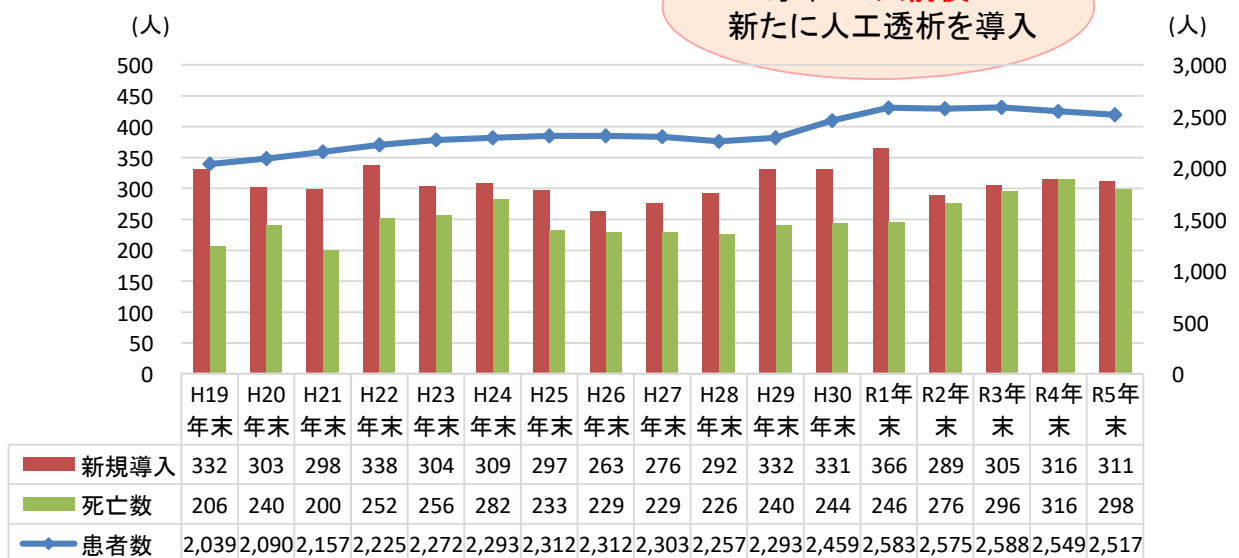
女性



出典：市町村国保・協会けんぽ高知支部「特定健診実績」

平成28年度以降、HbA1c 7.0%以上の患者の割合が再び増加傾向にある。

(7) 人工透析の状況

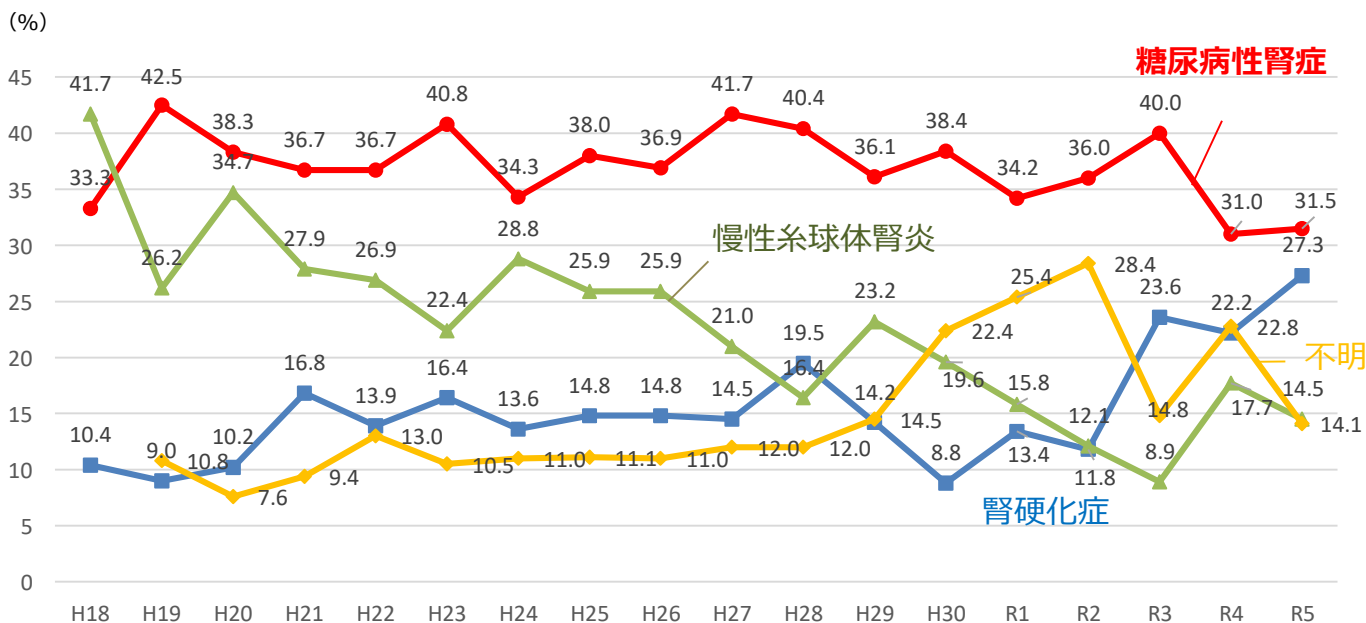


出典：日本透析医学会 統計調査委員会「わが国の慢性透析療法の現況」 2007年～2023年

※ H26年回答39施設 H27～H28年回答37施設 H29年回答38施設 H30～R3年回答39施設 R4年回答38施設 R5年回答39施設

人工透析患者数は増加傾向で推移していたが、令和4年以降減少。
人口100万人あたりの患者数は全国2位の多さである（R5年末現在）。

(8) 新規透析導入患者における主要原疾患割合の推移



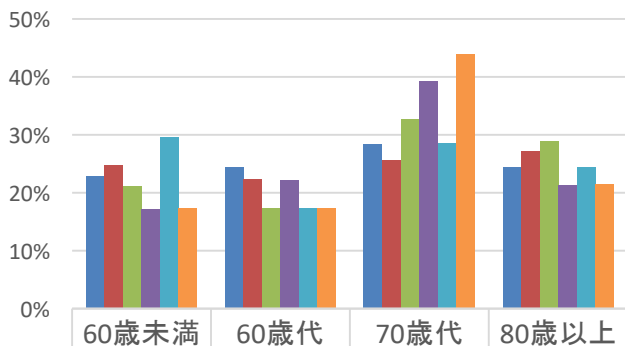
糖尿病性腎症による新規透析導入状況

年	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4	R5
県(実数)	106	113	97	115	118	120	127	125	104	122	98	98
県(10万人対)	14.1	15.1	13.2	15.8	16.4	16.8	18.0	17.9	15.1	17.8	14.5	14.7
全国(10万人対)	12.7	12.6	12.4	12.6	12.7	13.0	12.8	12.7	12.5	12.2	11.5	11.1

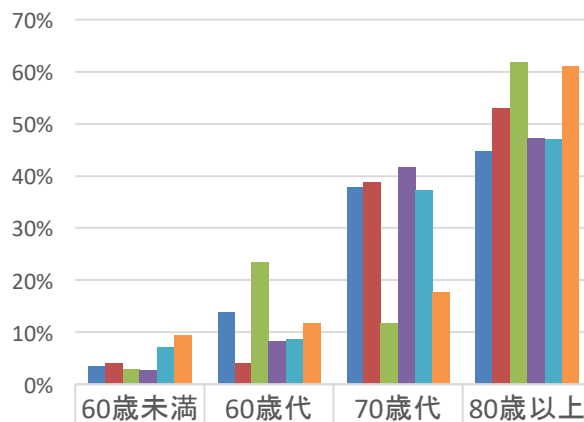
- ・新規導入透析患者のうち、約3割は糖尿病性腎症が原因である。
- ・10万人あたりの糖尿病性腎症による新規透析導入患者数は全国より多い。

(9) 糖尿病性腎症及び腎硬化症による新規透析導入患者の年齢分布

糖尿病性腎症による新規透析導入患者割合



腎硬化症による新規透析導入患者割合



出典：日本透析医学会員の協力を得て高知県で作成

糖尿病性腎症を主要原疾患とする新規透析導入患者の約4割が70歳未満の患者である。

(10) 糖尿病性腎症による新規透析導入患者数とその平均年齢

		H28年	H29年	H30年	R1年	R2年	R3年	R4年	R5年
新規透析導入患者		292人	332人	331人	366人	289人	305人	316人	311人
(再掲) 糖尿病性腎症による新規透析導入患者		118人	120人	127人	125人	104人	122人	98人	98人
糖尿病性腎症による新規透析導入患者 (3年平均)		122人							
				124人					
				118人					
				117人					
				108人					
					106人				
糖尿病性腎症による新規透析導入患者の年齢(平均値)	合計	68.69歳	69.28歳	69.21歳	69.38歳	70.45歳	71.04歳	68.62歳	71.19歳
	男性	68.6歳	66.54歳	68.73歳	66.57歳	69.14歳	69.53歳	68.43歳	69.69歳
	女性	68.82歳	74.02歳	70.31歳	76.63歳	73.03歳	74.94歳	-	-

- ・糖尿病性腎症を主要原疾患とする3年平均の新規透析導入患者数は減少傾向にある。
- ・新規透析導入時の患者の平均年齢は上昇傾向にあったが、R5年に再び上昇。

-目的-

外来栄養食事指導の実施により血管病の重症化を予防するため、外来栄養食事指導を提供する体制を整備するとともに、管理栄養士のスキルアップ研修を実施する。

【外来栄養指導推進事業の流れ】 (委託事業)

【管理栄養士不在診療所等】



①受診

②医師による栄養
食事指導必要性の
判断



* 栄養指導以外の治療などは上記の診療所等が主体

⑥通院・治療継続



報告 ↑ ↓ 委託

県栄養士会



③外来栄養食事指導の依頼

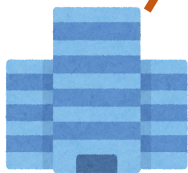
栄養指導件数、
指導標の提出

④外来栄養食事指導の実施

⑤指導状況の情報提供

【協力医療機関】

参加



協力医療機関数	保健医療圏	施設数
	安芸圏域	5
中央圏域	61	
高幡圏域	9	
幡多圏域	15	
計	90	

【R7年12月現在】

-実績-

令和元年度 (協力医療機関数93)	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計 (1年)	月平均	月・施設平均
外来栄養食事指導件数	998	1,022	1,024	1,149	1,069	1,050	1,153	1,068	1,056	1,096	1,002	996	12,683	1,056.9	11.4
糖尿病患者の指導件数	496	480	441	536	479	510	561	541	521	539	493	476	6,073	506.1	5.4
糖尿病患者の指導件数の割合	50%	47%	43%	47%	45%	49%	49%	51%	49%	49%	49%	48%	48%	48%	48%
栄養指導目的の紹介患者数	19	7	16	14	14	11	14	8	8	14	16	15	156	13.0	0.14
糖尿病患者紹介数	13	6	14	7	11	9	9	5	8	10	13	9	114	9.5	0.10
糖尿病患者紹介数の割合(%)	68%	86%	88%	50%	79%	82%	64%	63%	100%	71%	81%	60%	73%	73%	73%

令和2年度 (協力医療機関数91)	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計 (1年)	月平均	月・施設平均
外来栄養食事指導件数	892	928	1,078	1,169	1,098	1,196	1,267	1,182	1,204	1,198	1,173	1,328	13,713	1,142.8	12.8
糖尿病患者の指導件数	432	420	483	539	491	512	558	527	534	518	515	586	6,115	509.6	5.7
糖尿病患者の指導件数の割合	48%	45%	45%	46%	45%	43%	44%	45%	44%	43%	44%	44%	45%	45%	44%
栄養指導目的の紹介患者数	11	5	9	15	21	16	9	9	5	17	15	17	149	12.4	0.14
糖尿病患者紹介数	9	5	6	10	14	9	7	7	4	17	14	21	123	10.3	0.12
糖尿病患者紹介数の割合(%)	82%	100%	67%	67%	67%	56%	78%	78%	80%	100%	93%	124%	83%	83%	83%

令和3年度 (協力医療機関数93)	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計 (1年)	月平均	月・施設平均
外来栄養食事指導件数	1,277	1,261	1,346	1,320	1,335	1,352	1,266	1,223	1,275	1,288	1,089	1,316	15,348	1,279.0	13.8
糖尿病患者の指導件数	608	587	612	596	599	596	583	572	593	579	495	586	7,006	583.8	6.3
糖尿病患者の指導件数の割合	48%	47%	45%	45%	45%	44%	46%	47%	47%	45%	45%	45%	46%	46%	46%
栄養指導目的の紹介患者数	15	8	12	7	9	7	10	9	15	6	3	7	108	9.0	0.10
糖尿病患者紹介数	14	8	9	5	8	4	8	9	14	6	3	7	96	8.0	0.09
糖尿病患者紹介数の割合(%)	93%	100%	75%	71%	89%	57%	80%	100%	93%	100%	100%	100%	89%	89%	89%

令和4年度 (協力医療機関数91)	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計 (1年)	月平均	月・施設平均
外来栄養食事指導件数	1,326	1,282	1,442	1,319	1,028	1,251	1,295	1,267	1,274	1,172	1,184	1,375	15,215	1,267.9	13.6
糖尿病患者の指導件数	547	532	572	574	487	558	608	601	598	568	577	664	6,886	573.8	6.2
糖尿病患者の指導件数の割合	41%	41%	40%	44%	47%	45%	47%	47%	47%	48%	49%	48%	45%	45%	45%
栄養指導目的の紹介患者数	5	6	14	19	4	12	16	13	17	11	20	24	161	13.4	0.14
糖尿病患者紹介数	5	6	10	10	5	13	14	11	15	11	15	16	131	10.9	0.12
糖尿病患者紹介数の割合(%)	100%	100%	71%	53%	125%	108%	88%	85%	88%	100%	75%	67%	81%	81%	81%

令和5年度 (協力医療機関数90)	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計 (1年)	月平均	月・施設平均
外来栄養食事指導件数	1,356	1,415	1,410	1,385	1,409	1,252	1,388	1,426	1,440	1,385	1,396	1,393	16,655	1,387.9	20.3
糖尿病患者の指導件数	606	635	641	603	620	582	590	628	632	633	632	640	7,442	620.2	9.1
糖尿病患者の指導件数の割合	45%	45%	45%	44%	44%	46%	43%	44%	44%	46%	45%	46%	45%	45%	45%
栄養指導目的の紹介患者数	15	16	11	9	13	12	11	16	17	9	6	22	157	13.1	0.19
糖尿病患者紹介数	13	15	7	9	10	12	6	13	11	8	6	20	130	10.8	0.16
糖尿病患者紹介数の割合(%)	87%	94%	64%	100%	77%	100%	55%	81%	65%	89%	100%	91%	83%	83%	83%

令和6年度 (協力医療機関数91)	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計 (1年)	月平均	月・施設平均
外来栄養食事指導件数	1,493	1,410	1,402	1,492	1,346	1,306	1,498	1,375	1,394	1,395	1,296	1,342	16,749	1,395.8	15.3
糖尿病患者の指導件数	681	620	631	651	643	592	664	614	628	668	602	615	7,609	634.1	7.0
糖尿病患者の指導件数の割合	46%	44%	45%	44%	48%	45%	44%	45%	45%	48%	46%	46%	45%	45%	45%
栄養指導目的の紹介患者数	10	7	11	8	9	13	6	5	9	14	19	10	121	10.1	0.11
糖尿病患者紹介数	9	7	11	8	6	13	6	5	9	11	19	9	113	9.4	0.10
糖尿病患者紹介数の割合(%)	90%	100%	100%	100%	67%	100%	100%	100%	100%	79%	100%	90%	93%	93%	93%

高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラム

令和8年 月

高 知 県 医 師 会
高知県糖尿病医療体制検討会議
高 知 県

目次

- 1 本プログラムの趣旨 _____
- 2 目的 _____
- 3 取組にあたっての関係者の役割 _____
- 4 プログラムの対象者選定の考え方及び介入方法 _____
- 5 年齢層を考慮した取組の実施 _____
- 6 取組にあたっての関係者間の連携 _____
- 7 プログラムの評価 _____
- 8 円滑な事業の実施に向けて _____
- 9 個人情報の取扱い _____
- 10 様式集 _____
- 11 参考資料 _____

1 本プログラムの趣旨

現在、日本だけでなく、世界各国において生活習慣と社会環境の変化に伴い、メタボリックシンドローム及び糖尿病患者数の増加が課題となっている。糖尿病が重症化すると、網膜症や腎症などの合併症を引き起こし、**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いる。**また、**糖尿病合併症の1つである糖尿病性腎症は、患者のQOL（生活の質）を著しく低下させるだけでなく、医療経済的にも大きな負担となり、特に、糖尿病性腎症が重症化し人工透析に至ると、日常生活が大きく制限され、患者の肉体的、精神的負担が大きい。**

そのため、国では「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)において、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、新規の人工透析導入患者数の減少を目指してきた。**そして、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」のとりまとめが行われたところである。**

本県では、令和5年末現在で**約2,520人**の人工透析患者がおり、令和3年からの3年間で新たに透析が必要となった患者(年平均**約310人**)のうち、**糖尿病性腎症が原疾患**の患者は**約35%**を占めている。このため、県内の医療関係者や保険者等が協力して糖尿病の重症化を予防する取組を進めることが重要である。

そこで、糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者・治療中断者を適切な受診勧奨によって医療に結びつける(**プログラムI**)とともに、糖尿病で通院する患者のうち、腎症が重症化するリスクの高い者に対しては、適切な時期の病診連携や保険者と医療機関が連携した保健指導等を行い、腎症の重症化予防により人工透析の導入を減少させることで、県民の健康増進及び医療費の適正化を図ることを目的として平成30年1月に本プログラムを策定した。

プログラムIIに基づく糖尿病性腎症の治療中の者への保健指導は、腎症病期が軽度から中等度までの者としていたが、令和2年度からは、数年後に人工透析の導入が予測される腎症が進行した者に対して、人工透析導入の時期を少しでも遅らせることを目指し「糖尿病性腎症透析予防強化プログラム」(以下「透析予防強化プログラム」という。)に取り組むモデル事業を開始した。その結果、透析導入時期を遅延させる可能性が示唆された**ため、腎症病期の軽度から重度までの患者への切れ目ない支援を行うことを目的に、令和6年4月に本プログラムを改定し、透析予防強化プログラムとの統合を行った。**

これまでの取組のなかで、保険者からは、医療機関との連携促進やプログラムの実施手順及び様式の簡略化・簡素化を求める声があげられており、令和6年3月には国の糖尿病性腎症重症化予防プログラムの改定も行われているため、**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、本プログラムの改定を行う。**

なお、本プログラムは、高知県医師会、高知県糖尿病医療体制検討会議及び高知県の三者で策定し、保険者における対策の実施が容易となるよう基本的な考え方

を示すものであり、保険者の実施体制や地域の実情等に応じた方法で実施することができるものとする。

2 目的

本プログラムは、糖尿病性腎症の重症化による人工透析導入を減少させることで、県民の健康増進及び医療費の適正化を図ることを目的とする。

3 取組にあたっての関係者の役割

(1) 市町村及び保険者の役割

ア 市町村の庁内体制の整備

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ため、次の点に留意する。

- ① 健康増進担当課や国保担当課、高齢者医療担当課（広域連合）等の担当者による庁内連携体制を整え、定期的な会議の場を持ち、糖尿病性腎症重症化予防事業に取り組む意義について共通認識を持つ。
- ② 糖尿病性腎症重症化予防の取組には、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」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、多彩で膨大な事務作業が発生することから、効率的に取組を進めるためには、手続の円滑化などにおいて事務職等と連携して取り組む。
- ③ 糖尿病性腎症重症化予防の取組では内外と連携することが多く、窓口となる担当者が誰なのかを外部の関係者に明示するなど、業務における情報共有や協議を円滑に進めやすくする工夫を行う。また、人事異動がある場合には、後任の担当者に確実に業務の引き継ぎを行うことや連携先に速やかに連絡を取る。

イ 事業実施

- ① 保険者は、健診データやレセプトデータ等を用いて、被保険者の疾病構造や健康問題等を分析し、地域の実情に応じた糖尿病性腎症の重症化予防対策を立案する。
- ② 市町村及び保険者は、対象者への支援内容の検討及び取組の実施にあたっては、地域の医療機関等と連携し、様々な観点から総合的に検討することが重要であり、郡市医師会との連携体制の構築を図り、関係機関との情報共有に努める。
- ③ 実施した取組については、その結果の評価・分析を行い、PDCAサイクルに基づき次年度の事業展開につなげる。

ウ 人材確保・育成

保健指導を効果的に実施するためには、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コミュニケーション、データによる評価やKDB等についての知識やスキルが必要であるため、人材の資質向上が重要であることから、専門職や事務職を問わず、積極的に研修会等に参加してプログラムに関する知識を得ていく。

(2) 県の役割

- ① 県は、保険者による本プログラム対象者の把握を促進するために、マスメディア等を活用した特定健診の受診勧奨を行うとともに、KDB等を活用した対象者の抽出ツールの開発と保険者による円滑な運用を支援する。なお、国保、後期高齢者広域連合以外の保険者にあつては、保険者協議会を通じて相談するものとする。
- ② 保険者における円滑な事業実施を支援する観点から、保険者からの相談に応じるとともに、腎症に関する専門的知識やスキルを継続的に学ぶ機会を提供する。
- ③ 保険者における事業の実施状況を把握の上、医師会や糖尿病医療体制検討会議、保険者協議会等と情報を共有し、取組に対する総合的な評価・検証を行う。
- ④ 福祉保健所は、地区分析の実施や市町村・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・広域連合のつなぎ役となるなど、積極的に支援を行う。また、管内関係者等の参加を得たうえでの対策会議の設置（他の協議会に併設することも可能とする）、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など保険者の取組を支援する。

(3) 後期高齢者医療広域連合の役割

後期高齢者について、保険者と県の両者の役割を担うが、特に実施面では、市町村に上記（1）の役割を果たしてもらおうよう、市町村との連携を図る。

特に、保健指導等の対象者が後期高齢者医療制度へ移行することにより、指導や評価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、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も、継続的な評価が可能となるよう体制づくりに協力する。

(4) 医師会の役割

高知県医師会及び郡市医師会は、会員及び医療従事者に対して、県や保険者が行う糖尿病性腎症重症化予防の取組を周知し、保険者とかかりつけ医との連携体制の構築を支援するとともに、かかりつけ医と専門医等との連携を強化するなど、必要な協力を行うよう努める。また、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、歯科等他科との連携に努める。さらに、必要に応じて助言を行うとともに、関係機関との情報共有に努める。

(5) 高知県糖尿病医療体制検討会議^{注1)}の役割

糖尿病性腎症重症化予防に係る県や保険者の取組について、構成団体へ周知するとともに、医学的・科学的観点から助言を行うなど、保険者の取組に協力するよう努める。さらに、医師会や高知県慢性腎臓病（CKD）対策連絡協議会と連携し、透析予防の取組について助言を行う。

注1) 糖尿病医療提供体制の充実を図るために、かかりつけ医と専門医療機関との連携強化など、医療体制の整備に関する検討や医療計画に基づく取組に関する検討・評価などを行っていくことを目的として設置された組織。糖尿病対策推進会議の幹事団体・主な構成団体を代表する委員より組織されており、「各都道府県単位の糖尿病対策推進会議」と同等の機能を有する。

(6) 高知県慢性腎臓病（CKD）対策連絡協議会^{注2)}の役割

血管病の重症化予防対策の中におけるCKDについての正しい知識の普及やCKD対策に必要な人材の育成等を図るとともに、医師会等と連携し、CKDにおいて重症化するリスクの高い患者についての病診連携を推進する。

注2) CKDに関する正しい知識の普及や人材育成等を目的として設置された組織。

(7) 高知県保険者協議会^{注3)}の役割

本プログラムを保険者に周知するとともに、県内保険者の取組を促進するため、他県での好事例の取組の紹介や保険者に対する研修等の実施、県内保険者の取組実績の調査・分析に取り組む等、事業の円滑な実施に協力する。

注3) 高知県内の医療保険者等が連携・協力し、保健事業の効果的な実施等により被保険者等の健康保持、増進を図るとともに、保険者の円滑な事業運営に資することを目的として設置された組織。

(8) 国保連合会の役割

国保連合会は、KDBの活用によるデータ分析・技術支援や、データヘルス計画策定の際の健診データ・レセプトデータ等による課題抽出、事業実施後の評価分析などにおいて、国保・後期高齢者ヘルスサポート事業を通じた支援や評価委員会による個別支援などを通じて、市町村や広域連合への支援を行う。

(9) 高知県歯科医師会の役割

高知県歯科医師会は、本プログラムを会員に周知するとともに、**糖尿病の合併症として歯周病及び歯の喪失等があることから、糖尿病と歯周病について正しい知識の普及を図り、保険者及び医科のかかりつけ医と連携して**本プログラム対象者の歯周病対策を行う。

(10) 高知県薬剤師会、高知県看護協会、高知県栄養士会等の役割

高知県薬剤師会、高知県看護協会、高知県栄養士会等関係団体は、本プログラムを会員及び医療従事者に周知するとともに、本プログラムの対象者が、確

実に受診を継続できるよう、保険者と連携してかかりつけ医、糖尿病専門医及び腎臓専門医等の指示の下で療養指導を行う。

また、健康づくり支援薬局^{注4)}や栄養ケア・ステーション^{注5)}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努める。

注4) 身近で気軽に医薬品や健康に関する相談・支援が受けられる総合的な情報拠点のこと。

注5) 「食」と「栄養」をとおして健康づくりを応援するための支援の拠点のこと。

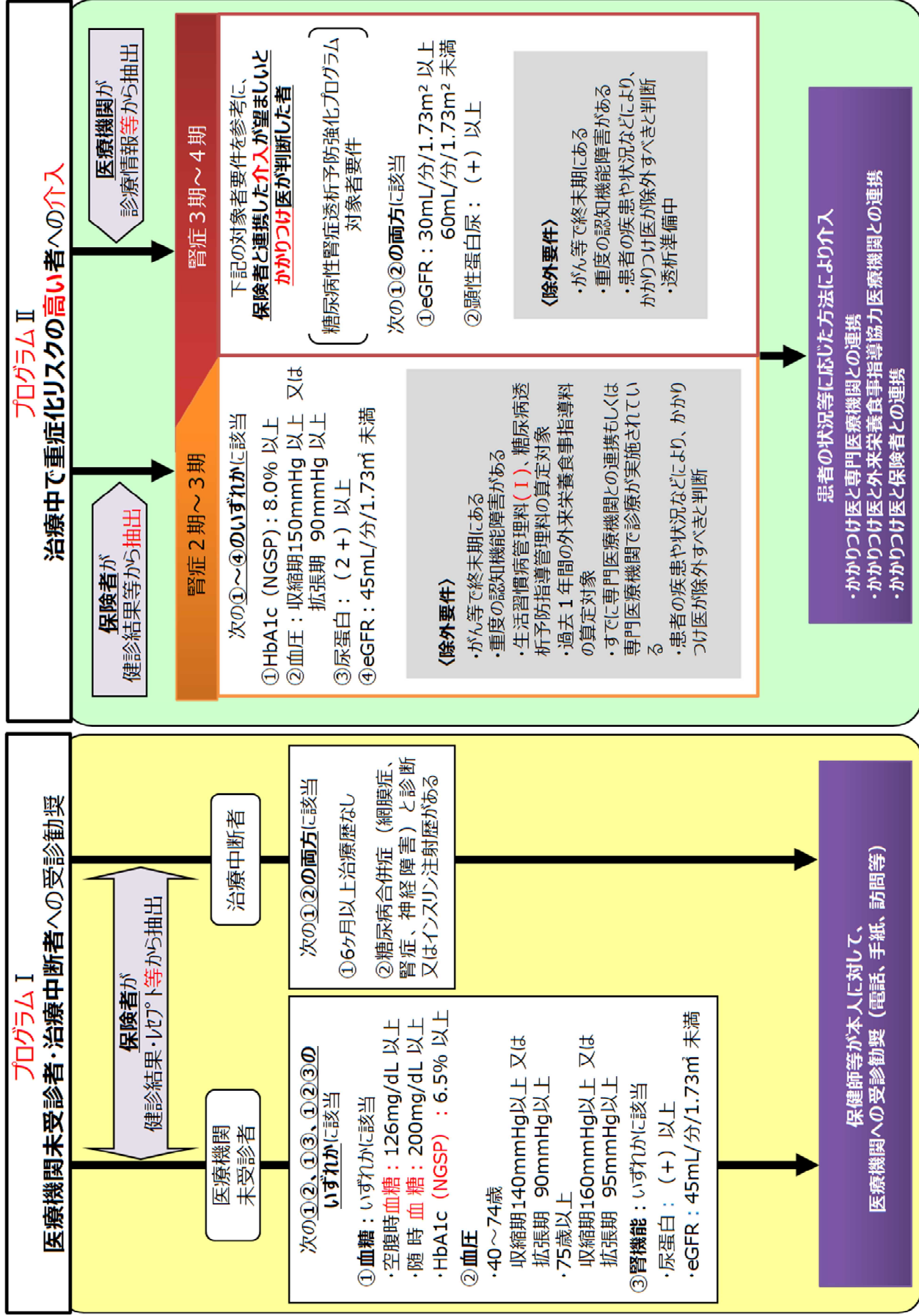
(11) その他、専門学会等の役割

日本糖尿病学会員、日本腎臓学会員等は、保険者及び地域のかかりつけ医からの相談に対し助言等を行うなど、県内の重症化予防の取組への推進に向けた支援を行う。

また、県下の糖尿病療養指導士は、資質向上に努めるとともに、保険者と連携してかかりつけ医、糖尿病専門医等の下で適切な療養指導を行う。

4 プログラムの対象者選定の考え方及び介入方法

本プログラムは、医療機関未受診者及び糖尿病治療中断者を適切な医療につなげるための受診勧奨（プログラムⅠ）と、治療中で重症化リスクの**高い**者への**介入**（プログラムⅡ）の大きく2つに分かれる。



※ 保険者の実施体制や地域の実情等に応じた方法で実施することができる。

(1) プログラム I : 医療機関未受診者及び治療中断者への受診勧奨

糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者及び治療中断者を適切な医療につなげるため、保険者が、下記のア、イの基準により、特定健診結果やレセプトデータ等から抽出する。ただし、**保険者の実施体制**や**地域の実情等**に応じて保険者が個別に定めることができるものとする。

① 対象者選定の考え方

ア 医療機関未受診者^{注6)}

特定健診結果において次の表の①②、①③、①②③のいずれかの組み合わせに該当する者。

① 血糖	次のいずれかに該当する者 ・ 空腹時血糖 : 126mg/dL 以上 ・ 随時血糖 : 200mg/dL 以上 ・ HbA1c (NGSP) : 6.5% 以上
② 血圧	・ 40歳～74歳 収縮期140mmHg 以上 又は 拡張期90mmHg 以上 ・ 75歳以上 収縮期160mmHg 以上 又は 拡張期95mmHg 以上
③ 腎機能	次のいずれかに該当する者 ・ 尿蛋白 : (+) 以上 ・ eGFR : 45mL/分/1.73m ² 未満

注6) 上記項目(尿蛋白を除く)は単独でも特定健診における受診勧奨値であり、健診後速やかに受診勧奨する必要がある。条件に該当する者が、健診後の受診勧奨にもかかわらず一定期間経過した後に未だ受診していない場合に再勧奨を実施する。

イ 糖尿病治療中断者

通院中の患者で、6か月以上受診した記録がない者(レセプト分析により対象者の抽出が可能な保険者のみ実施)のうち、糖尿病合併症(網膜症、腎症、神経障害)と診断、又はインスリン注射歴がある者。

② 介入方法

保険者は、対象者の状況に応じた介入を行い、医療機関への受診勧奨を実施するものとし、その際には糖尿病性腎症重症化の危険性に対する情報提供等の保健指導を行う。介入方法としては以下の方法があげられる。

- ・ 個別面談・個別訪問
- ・ 電話
- ・ 手紙送付 等

特に、尿蛋白(2+)以上 **又は** eGFR45mL/分/1.73m² 未満の者に対しては、保健師等の専門職が電話又は個別面談・個別訪問による受診勧奨を行う。

また、必要に応じて受診後のフォローを行うものとし、治療を中断しやすい人については、受診継続についての抵抗要因を検討し、その軽減に向けた支援を行う。

(2) プログラムⅡ：治療中で重症化リスクの高い者への介入

糖尿病の治療中であり、腎症が重症化するリスクの高い者に対して、対象者の状況等に応じた介入（病診連携、外来栄養食事指導又は保険者による保健指導のいずれか、透析予防強化プログラム）を行う。ただし、保険者の実施体制や地域の実情等に応じて保険者が個別に定めることができるものとする。

① 対象者選定の考え方

保険者、医療機関が下記ア、イの要件を参考に、候補者を抽出する。候補者のうち、本人及びかかりつけ医の同意が得られた者を対象者とする。

ア 保険者が特定健診結果やレセプトデータ等を活用して候補者を選定する場合

検査データ	健診結果において次の①から④のいずれかに該当する者 ① HbA1c(NGSP)：8.0% 以上 ② 血圧：収縮期150 mmHg 以上 又は 拡張期90mmHg 以上 ③ 尿蛋白：(2+) 以上 ④ eGFR：45mL/分/1.73m ² 未満
除外要件	ただし、次の者は除外する。 ・がん等で終末期にある者 ・重度の認知機能障害がある者 ・生活習慣病管理料（Ⅰ）、糖尿病透析予防指導管理料の算定対象者 ・過去1年間の外来栄養食事指導料の算定対象者 ・すでに専門医療機関*との連携もしくは専門医療機関*で診療が実施されている者 ・患者の疾患や状況などにより、かかりつけ医が除外すべきと判断した者
その他	全数対応が望ましいが、優先順位付けを行う場合は、下記の両方に該当する者を優先とする。 ・尿蛋白：(2+) 以上 ・eGFR：45mL/分/1.73 m ² 未満

* 専門医療機関：県は、かかりつけ医からの紹介を受けて慢性腎臓病の治療可能な施設を「慢性腎臓病（CKD）の診療可能な医療機関」として公表する。

イ 医療機関が診療情報等から候補者を選定する場合

糖尿病で通院する患者のうち、下記の糖尿病性腎症透析予防強化プログラムの対象者抽出条件を参考に、保険者と連携して介入することが望ましいとかかりつけ医が判断した者を対象者とする。

〈糖尿病性腎症透析予防強化プログラム対象者抽出条件※〉

検査データ	<p>診療情報等において次の①②の両方に該当する者</p> <p>① eGFR：30mL/分/1.73m² 以上 60mL/分/1.73m² 未満</p> <p>② 顕性蛋白尿：（+）以上</p> <p>ただし、①、②に該当しない場合であっても、かかりつけ医が保険者と連携して介入することが望ましいと判断する場合は、判断理由を明確にしたうえで対象とすることができる。</p>
除外要件	<p>ただし、次の者は除外する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・がん等で終末期にある者 ・重度の認知機能障害がある者 ・患者の疾患や状況などにより、かかりつけ医が除外すべきと判断した者 ・透析準備中の者
その他	<p>全数対応が望ましいが、優先順位付けを行う場合は、下記のいずれかに該当する者を優先とする。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ ΔeGFR の低下が著しい ・ eGFR：45mL/分/1.73m² 未満

※ 詳細は別冊「糖尿病性腎症透析予防強化プログラム」のとおり

② 介入方法

糖尿病で通院する患者のうち、腎症が重症化するリスクの高い者に対し、対象者の状況に応じ、医療機関と保険者等が連携した介入を行う。特に、治療を中断しがちな人については、本人の思いや生活状況を踏まえた保健指導が重要なことから、医療機関と保険者間が十分連携することが必要である。

〈かかりつけ医は治療方針等に合わせ、以下の介入方法の選択が可能〉

対象者の把握・抽出	介入方法	作成する様式	提出先	
保険者が 特定健診結果等から抽出	専門医療機関 ^{※1} （栄養指導あり）と連携する	・紹介状 又は 様式 3-1	専門医療機関	
		・様式 2	保険者	
	専門医療機関 ^{※1} （栄養指導なし）と連携し、	外来栄養食事指導 ^{※2} を依頼する	・紹介状 又は 様式 3-1	専門医療機関
			・紹介状 又は 様式 3-2	外来栄養食事指導推進事業協力医療機関
		保険者による保健指導 ^{※3} を依頼する	・様式 2	保険者
			・紹介状 又は 様式 3-1	専門医療機関
・様式 3-3	保険者			

			<ul style="list-style-type: none"> ・ 情報提供書 作成手数料請求書 ・ 様式 2 	
	血糖管理、血圧管理は自施設のみで実施し、	外来栄養食事指導 ^{※2} を依頼する	<ul style="list-style-type: none"> ・ 紹介状 又は 様式 3-2 ・ 様式 2 	外来栄養食事指導推進事業協力医療機関
		保険者による保健指導 ^{※3} を依頼する	<ul style="list-style-type: none"> ・ 様式 3-3 ・ 情報提供書 作成手数料請求書 ・ 様式 2 	保険者
医療機関が診療情報等から抽出	糖尿病性腎症透析予防強化プログラム ^{※4} により、保険者が医療機関での生活指導をフォローする		別冊「糖尿病性腎症透析予防強化プログラム」参照	

※1 専門医療機関：県は、かかりつけ医からの紹介を受けて慢性腎臓病の治療可能な施設を「慢性腎臓病（CKD）の診療可能な医療機関」として公表する。

※2 外来栄養食事指導：県は、かかりつけ医等からの紹介を受けて糖尿病患者に管理栄養士による栄養食事指導を行う外来栄養食事指導推進事業の協力医療機関を公表する。

※3 腎症第4期及び第5期は、保険者による保健指導の対象外とする。

※4 糖尿病性腎症透析予防強化プログラム：医療機関と保険者が連携して生活指導を行うものであるが、対象者への指導は医療機関が主担当で実施し、保険者はその指導内容を家庭で実践できるようフォローを行う。

ア 保険者が対象者を選定した後の流れ（例）

- ① 保険者は、プログラム対象者であることを説明し、対象者に連絡票⑦（様式1）等を渡す。その旨を本人の了承のもと、かかりつけ医に連絡しておく。
 - ② 対象者は、連絡票⑦（様式1）の本人同意欄に署名し、診察時にかかりつけ医に提示する。
 - ③ かかりつけ医は、プログラムの利用の有無を決定し、利用する場合は介入方法を選択する。
 - ④ かかりつけ医は、選択した介入方法に応じて必要な様式を専門医療機関や保険者に送付し、プログラムを開始する。
- ※ プログラムを利用しない場合も、連絡票⑦（様式2）は保険者に送付する。

イ 保険者が保健指導を行う場合の流れ（例）

- ① 保険者は、かかりつけ医から送付のあった情報提供書（様式3-3）及び情

報提供書作成手数料請求書を確認し、情報提供料（2,500円）を支払う。

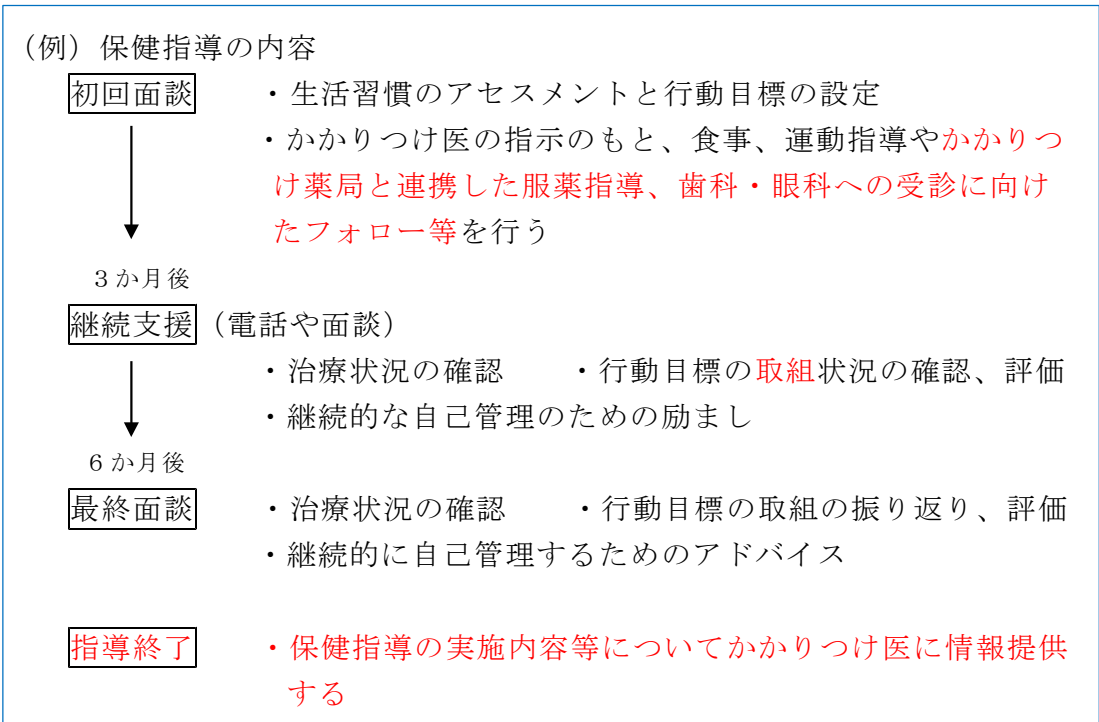
- ② 保険者は、かかりつけ医から提供された保健指導を実施する際の留意事項を踏まえた保健指導を行う。必要に応じてかかりつけ医の指示のもと、かかりつけ薬局と連携した服薬指導や、歯科及び眼科への受診に向けたフォロー等を行う。
- ③ 保健指導実施後は、保健指導の内容について、糖尿病連携手帳等を活用するなどしてかかりつけ医へ伝達する。

医療機関で実施した検査結果も効果評価として取得できるよう、あらかじめ対象者の同意を得ておく。

〈保険者による保健指導の方法〉

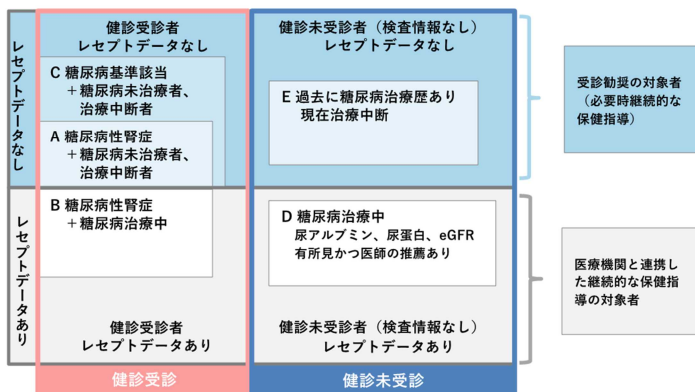
- ① 個別面談・訪問指導 ② 集団指導 ③ 電話等による指導
- ④ ICTの活用 等

※ 単に受診勧奨の手紙を送付するだけのものなどは含まない



【参考1】国の糖尿病性腎症重症化予防プログラム

ア 健診・レセプトデータの有無と対象者の抽出の考え方



イ 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

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

糖尿病受診中の者 ※4

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

糖尿病受診中の場合には、HbA1c<6.5%も糖尿病性腎症重症化予防事業の対象。糖尿病受診中で主治区があるため、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

ウ 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	

【参考2】対象者への説明資料（プログラムⅡ）

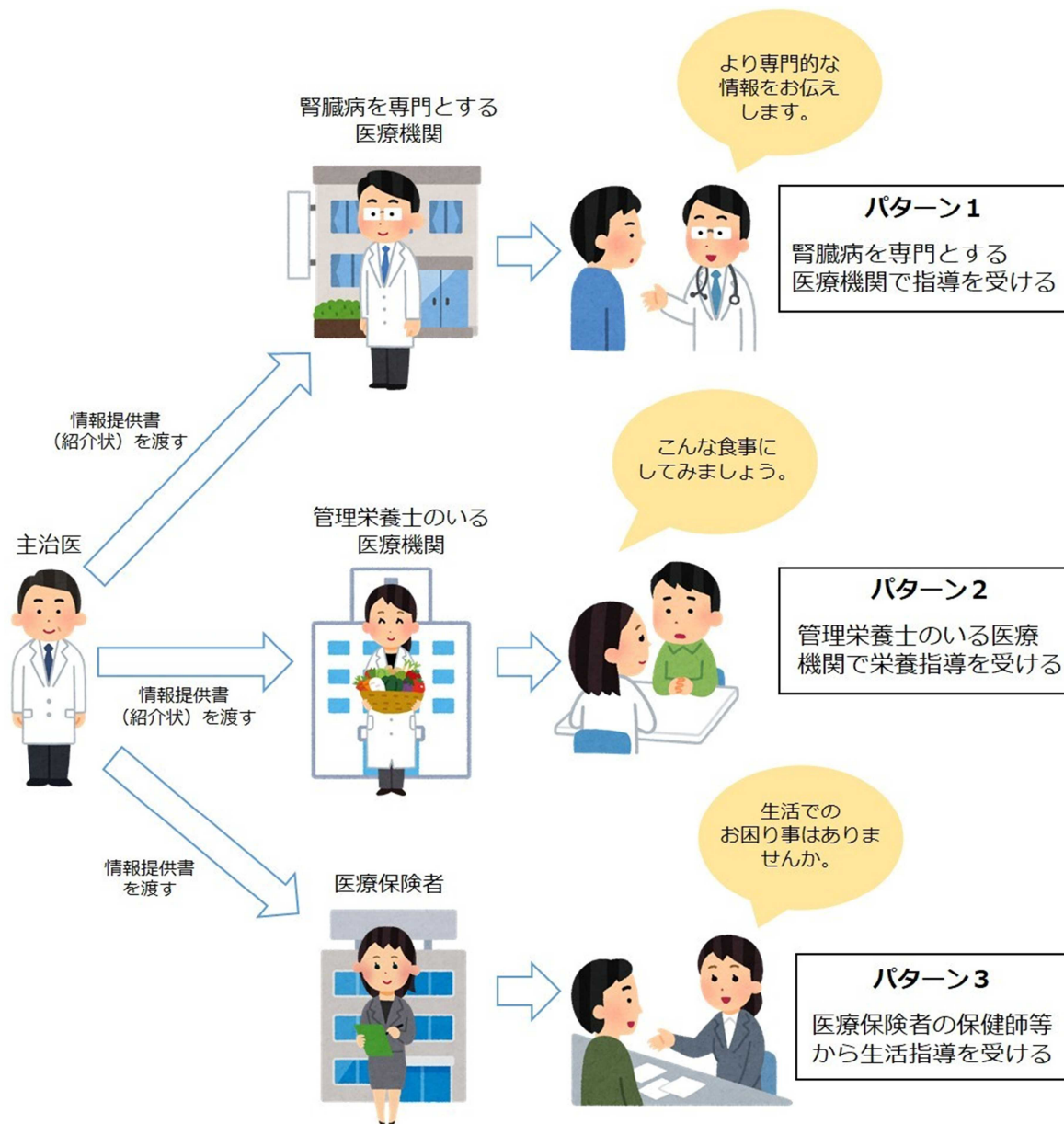
糖尿病性腎症重症化予防プログラムについて

高知県では、平成30年度から、糖尿病の治療中で重症化が心配される患者さんを対象とした、腎機能を保つための取組を実施しています。

この取組は、主治医の判断のもと、あなたの病状にあった最善の治療を行いながら、下記のサポートを行うものです。

～糖尿病性腎症重症化予防プログラムの取組～

主治医があなたの状態にあわせて介入パターンを選択します。



※いずれも、主治医を変更する必要はありません。

(3) 委託する場合の留意点

保険者の事業委託先としては、民間事業所や地域の特定保健指導実施機関、栄養士会等職能団体などが考えられる。委託する業務は、対象者の抽出、保健指導、資料作成といった専門性のある知識・技術を要する実務的な業務が求められることが多い。保険者は重症化予防の目的を踏まえて外部委託事業者を選定する方法を工夫したり、契約において保険者が求める仕様を具体的に事業者と共有する必要がある。

委託後に全てを任せきりにするのではなく、現状分析・企画立案・実施・評価それぞれの局面においてその内容をよく確認し、地域の事情に応じて必要な指示を行うなど、実施主体としての役割を果たすことが不可欠である。

例えば、外部委託事業者が医師会やかかりつけ医等と直接やりとりをする形をとる際には、**保険者**は事業の計画段階から医師会やかかりつけ医等と協議し、**保険者**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、外部事業者任せきりにするのではなく保険者において事業の詳細を把握し、全体のプロセスをコントロールすることが重要である。

(4) 後期高齢者における留意点

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。

5 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により異なるため、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。

特に30歳代から50歳代では、仕事（家事・育児等）が忙しくて時間がないことも多く、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。

(2) 高齢者に対する取組

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。

（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、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。

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。

6 取組にあたっての関係者間の連携

(1) 保険者とかかりつけ医との連携

重症化予防の取組のためには、被保険者が特定健診を受診し、自らの健康状態を把握することが重要であることから、保険者は被保険者に対する特定健診の受診勧奨を強化するとともに、治療中の者に対しては、医療機関による受診勧奨が行われるよう、かかりつけ医の協力を得る。

かかりつけ医は、日頃から治療中の患者に対して特定健診の受診勧奨に努めるとともに、特に、eGFRが60mL/分/1.73m²未満など糖尿病の重症化が懸念される患者に対しては重点的に対応するものとする。

(2) かかりつけ医と専門医等との連携

糖尿病性腎症の重症化予防には、かかりつけ医と専門医等との間で十分な連携を図り、生涯を通じての治療継続が必要である。

患者の血糖コントロール不良が続く場合には、かかりつけ医が中心となって専門的な診療が可能な医療機関や専門医等と連携することが重要であり、その際には地域の医療資源や対象者の背景を考慮しながら、以下の腎臓・糖尿病専門医への紹介基準に沿って、連携する必要がある。

なお、紹介先の医療機関が、外来栄養食事指導を実施していない場合には、着実に患者の血糖コントロールの改善が図られるよう、県による外来栄養食事指導推進事業や保険者が実施する保健指導を活用することとする。

糖尿病連携手帳

- ・対象者が質の高い糖尿病診療を受けられるためには、かかりつけ医や専門医等での検査結果や指導内容等を糖尿病連携手帳等に記載し、共有することが効果的です。

【参考1】かかりつけ医から腎臓・糖尿病専門医への紹介基準について

ア かかりつけ医から腎臓専門医への紹介基準*

- ① 高度蛋白尿：尿蛋白/Cr 比0.50g/gCr 以上、または2+以上
- ② 尿蛋白と血尿がともに陽性（1+）以上
- ③ eGFR45mL/分/1.73m² 未満

※日腎会誌59巻2号「腎健診受診者に対する保健指導、医療機関紹介基準に関する提言」より引用

イ かかりつけ医から糖尿病専門医への紹介基準

HbA1c(NGSP)が2か月連続して8.0%以上

【参考2】かかりつけ医による糖尿病性腎症患者への基本的な治療方針

(糖尿病性腎症病期分類についてはP__参照)

ア 腎症第1期の患者への対応

- ・食事、運動の指導、薬物療法や歯周病治療などにより、血糖、体重、血清脂質濃度、血圧のコントロールを図る。
- ・治療によっても、HbA1c(NGSP)濃度8.0%以上が続く患者に対しては、外来栄養食事指導推進事業などを利用して病診連携を行い、さらなる生活指導を強化する。
- ・尿アルブミン濃度を定期的(3~6か月に一度)に測定し、腎症に進展のないことを確認する。

イ 腎症第2期の患者への対応

- ・食事、運動の指導、薬物療法や歯周病治療などにより、血糖、体重、血清脂質濃度、血圧のコントロールを図る。
- ・治療によっても、HbA1c(NGSP)濃度8.0%以上が続く患者に対しては、外来栄養食事指導推進事業などを利用して病診連携を行い、さらなる生活指導を強化する。
- ・尿アルブミン濃度を定期的(3~6か月に一度)に測定し、腎症に進展のないことを確認する。
- ・尿アルブミン濃度の上昇、高血圧のある患者に対しては、糖尿病透析予防指導管理料の算定基準を満たす医療機関に紹介し、治療の強化を図る。

ウ 腎症第3期の患者への対応

- ・食事、運動の指導、薬物療法や歯周病治療等により、血糖、体重、血清脂質濃度、血圧のコントロールを図る。
- ・糖尿病透析予防指導管理料を算定できる医療機関との病診連携が望ましい。

糖尿病透析予防指導管理料の算定基準

- ・入院中の患者以外の糖尿病患者のうち HbA1c (NGSP) 6.5%以上又は内服薬やインスリン製剤を使用している者であって、糖尿病性腎症第2期以上の患者（現に透析療法を行っている者を除く。）に対して、月に1回に限り算定する。
- ・専任の医師、当該医師の指示を受けた専任の看護師（又は保健師）及び管理栄養士（以下「透析予防診療チーム」という。）が、患者に対し、日本糖尿病学会の「糖尿病治療ガイド」等に基づき、患者の病期分類、食塩制限及びタンパク制限等の食事指導、運動指導、その他生活習慣に関する指導等を必要に応じて個別に実施した場合に算定する。
- ・透析予防診療チームは、糖尿病性腎症のリスク要因に関する評価を行い、その結果に基づいて指導計画を作成すること。
- ・看護師（又は保健師）及び管理栄養士に対して指示を行った医師は、診療録に指示事項を記載すること。
- ・透析予防診療チームは、糖尿病性腎症のリスク要因に関する評価結果、指導計画及び実施した指導内容を診療録、療養指導記録及び栄養指導記録に記載すること。

(3) かかりつけ医と眼科医、歯科医との連携

糖尿病性網膜症などの合併症や歯周病などの予防、早期発見・早期治療のためには、眼科医療機関、歯科医療機関への定期受診を勧めるとともに、かかりつけ医と連携した診療を行う。また、医科歯科連携においては、歯周病治療によるHbA1c (NGSP) の改善が期待できるため、早期の連携が重要である。

【参考】糖尿病－歯周病 医科歯科連携パンフレット

歯周病セルフチェックシート

歯周病が疑われる症状

- 朝起きたとき口の中がねばねばする 1点
- 口臭があるとされたことがある 1点
- 食事のあと、歯の間にものがはさまる 2点

歯周病の代表的症状

- 歯肉から出血することがある 3点
- 歯肉がはれることがある 4点
- ぐらつく歯がある 5点

歯周病にかかりやすい要因

- あまり歯磨きをしない 1点
- タバコをよく吸う 1点
- 歯科診療所には歯が痛いときしか行かない 1点
- ストレスを感じることが多い 1点
- 骨密度が低いと言われたことがある 1点

☑のついた項目の点数の **合計** 点

点数別結果

0点 青信号
今は歯周病の心配はありません。
しかし、歯周病のごく初期は自覚症状が少ないので、歯科診療所などで定期的に検査を受けましょう。

1～4点 青～黄色信号
歯周病になっているか、なりやすい要因を持っています。
丁寧な歯磨きと定期的な歯科健診を受けましょう。

5～9点 黄色信号
歯周病にかかっている可能性大。
歯科診療所を受診してみてください。専門的な指導を受けて歯磨きもしっかり行いましょう。

10点以上 赤信号
歯周病がかなり進行している可能性が**あります**。
必ず歯科診療所を受診し、進行しないよう毎食後丁寧に歯をみがいてください。

(出典) 日本歯科医師会発行「歯周病と糖尿病」
森山貴史著「中年の歯の病気がすべてわかる本」
主婦と生活社2003より一部改変



糖尿病と歯周病は深い関係にあります。

歯周病治療で糖尿病を改善しましょう。

歯をまもる君 デンちゃん ハハハのハーちゃん
ハハハ大医
©やせせたがし/やせスタジオ

高知県 高知県医師会 高知県歯科医師会

ご存知ですか？ 糖尿病と歯周病の深い関係

糖尿病 高血糖により歯周病が進行する 歯周病
予備群を入れて約2,000万人 歯ぐきの炎症により糖尿病が悪化する 成人の約8割

歯周病治療は糖尿病の改善につながります

歯周病に感染しにくくなる

身体の抵抗力が上がる

歯周病の改善

糖尿病の改善

血糖値が下がる

インスリンの効きが良くなる

治療前	3か月後
HbA1c(%) 7.40	HbA1c(%) 6.91

★歯周病治療を継続して行うことにより血糖コントロールの目安となるHbA1c値が有意に改善することがわかってきました。
★歯周ポケット内に抗菌薬を注入する治療を併用することが有効です。
Munenaga YS. Diabetes Res Clin Pract.2013より抜粋

糖尿病と診断されたら、まず歯科診療所を受診して歯周病をチェックしてもらいましょう。このシートをお持ちになって、かかりつけ歯科診療所、又はお近くの歯科診療所を受診してください。

歯科診療所受診の際に必ずお持ちください

- お薬手帳
- 糖尿病連携手帳
- 血液検査データ

薬物療法の内容

- 飲み薬・注射 (GLP-1 受容体作動薬)
- インスリン注射
- 食事療法のみ

最近の検査結果
 HbA1c _____ %
 血糖値 _____ mg/dL
 (空腹時 随時)

糖尿病のかかりつけ医療機関 (主治医)

歯周病の結果

- あり (軽度 中等度 重度)
- なし

歯周病で受診した歯科診療所

7 プログラムの評価

実施したプログラムの評価としては、ストラクチャー（構造）、プロセス（過程）、アウトプット（事業実施量）、アウトカム（結果）の各段階を意識した評価を行う必要がある。また、中長期的な費用対効果の観点からの評価も行う必要がある。

健診・医療データの一元管理のため、例えば、以下の対応を進めるなど、アウトカム評価ができる体制づくりが必要である。

(1) 保険者による評価

具体的な評価指標や評価方法については、各保険者のデータヘルス計画に定めることが考えられる。

また、後期高齢者については、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加入後は評価が困難になる自治体も少なくない。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、高齢者医療担当課（広域連合）との連携が不可欠である。具体的には保険者の変更に伴い、レセプトの追跡を誰が行うのか等、役割を決めておく必要がある。

(2) 県による評価

保険者の事業の実施状況を把握し、評価・分析を行っていく。

(3) 事業評価の考え方

保険者は、国から示されている事業評価（例）やアウトカム評価の考え方を

参考に事業評価を行う。

(毎年把握するデータ)

- ア 保険者における受診勧奨対象者数、受診勧奨を行った人数、医療機関につながった人数
- イ 医療機関との連携した対応を行った人数
 - ・かかりつけ医に「重症化するリスクが高い者」として糖尿病性腎症重症化予防プログラム連絡票を送付した人数・プログラム参加についてかかりつけ医の同意が得られ、情報提供書の提供があった人数
 - ・「栄養指導を実施している糖尿病性腎症対応機関」との連携となった人数
 - ・「栄養指導を実施していない糖尿病性腎症対応機関」との連携となった人数
 - ・外来栄養食事指導推進事業に基づいて他の医療機関に紹介された人数
 - ・保険者による生活指導の対象となった人数
- ウ 特定健診受診率
- エ 糖尿病治療中の方のうち、特定健診受診者で、HbA1c (NGSP) 7.0%以上の人数と割合
- オ 糖尿病治療中の方のうち、特定健診受診者で、HbA1c (NGSP) 8.0%以上の人数と割合
- カ 糖尿病治療中の方のうち、特定健診受診者で、eGFR 60 mL/分/1.73m²未満、45 mL/分/1.73m²未満、30 mL/分/1.73m²未満の人数と割合
- キ 新規人工透析導入患者数(糖尿病性腎症患者数)の推移
- ク 人工透析にかかる医療費の推移 等

(中長期的に把握するデータ)

- ア 対象者(介入者)のその後の状況
- イ レセプトによる受療状況、医療費
- ウ 糖尿病性腎症による透析導入の推移

【参考】国の糖尿病性腎症重症化予防プログラム

ア 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
		体重・BMI、LDLコレステロール(またはnon-HDLコレステロール)、尿アルブミン、口腔機能
	治療状況	新規透析導入(うち糖尿病性腎症を原因とするもの)の状況、糖尿病の服薬状況
医療費	外来医療費、総医療費	

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

イ 市町村が設定する評価指標の例

【ストラクチャー評価】

- 実施体制の構築状況
- 予算、マンパワー、教材の準備
- 保健指導者への研修の実施状況
- 運営マニュアル等の整備
- 課題分析・事業評価のための健診・医療データの集約状況

【プロセス評価】

- 目的に応じた対象者の設定状況
- 対象者への声掛け・募集の方法
- 課題分析結果に応じた方法での事業実施
- スケジュール調整の状況
- 参加者に関する評価のためのデータ登録状況

【アウトプット評価】

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

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

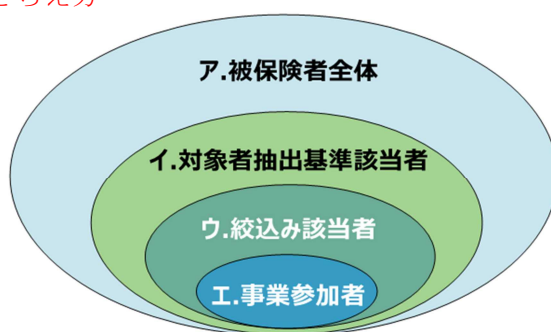
※単年度における介入実績だけでなく、複数年度の中での介入実績を把握することが望ましい。

【アウトカム評価】

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

◎は必ず確認すべき指標、○は確認することが望まれる指標を示す。

ウ 評価対象のとらえ方



8 円滑な事業の実施に向けて

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・職域での実施に当たっては、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、各保険者においては、本プログラムを参考に地域及び職域の実情にあった具体的な手順を作成し、取組の成果を検証することで、PDCAサイクルによる見直しを図りながら、より効果的な取組につなげていく必要がある。また、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等の助言を受けることも必要である。

このため、地域の実情に合わせた連携体制を構築する場として、高知県糖尿病医療体制検討会議を活用することとする。

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日改定の国の「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を参考とする。

9 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、住民の氏名・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が、対象者の抽出や受診勧奨・保健指導、現状の確認等に活用されることが多い。

特に、健診データやレセプトデータは、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^{注7)}に該当し、他の個人情報よりも慎重に取り扱う必要があることから、あらかじめ個人情報の取扱いについて整理することが重要である。

注7) 「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）

(1) 市町村及び広域連合における取扱い

市町村及び広域連合が保有する個人情報については、それぞれ市町村及び広域連合が定める個人情報の保護に関する条例（以下「個人情報保護条例」とい

う。)の規定に基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託、第三者(医療機関、他の自治体)への情報提供など、様々な場面において、その適正な取扱いが確保されるべく措置が講じられている。この点に関し、国保及び後期高齢者医療に係る個人情報の取扱いについては、厚生労働省の事務連絡において、診療報酬明細書、特定健診等記録を活用し、被保険者のニーズに応じた保健事業を効果的・効率的に実施することは、国民健康保険法(昭和33年法律第192号)、高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号)等に基づく保険者の事務(事業)に当たるものと既に整理されており^{注8)}、糖尿病腎症重症化予防を含む保健事業に個人情報を活用することは、医療保険者として法令上通常想定される目的内利用であると整理される。

また、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律(平成25年法律第27号)により、市町村及び広域連合がマイナンバーを利用して被保険者の特定健診情報等を管理できるとされているが、情報連携の対象とはされていない。したがって、保険者間で特定健診等データの連携を行う際には、マイナンバー制度の情報提供ネットワークシステムを用いるのではなく、個別の事案ごとに保険者間で照会及び提供する仕組みとなる^{注9)}。

また、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に関する有識者会議」の報告書においては、複数の行政機関又は行政機関内の複数の部署において広く一体的に医療、介護情報等の把握・分析を実現できるようにするため、法令上明確化し、情報の一体的な活用を可能とすることが重要である旨言及されている。

注8) 「国保データベース(KDB)システムから提供される情報の活用について」
(平成25年6月事務連絡 厚生労働省健康局がん対策・健康増進課、老健局介護保険計画課、老健局老人保健課、保険局国民健康保険課、保険局高齢者医療課)

注9) 「特定健康診査及び特定保健指導の記録の写しの保険者間の情報照会及び提供について」(平成29年6月6日付け保連発0606第1号、保保発0606第11号、保国発0606第1号、保高発0606第1号通知)

(2) 県における取扱い

健診データやレセプトデータは、**保険者**が保有する個人情報であることから、都道府県が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、被保険者本人の同意があるなど、保険者が定める個人情報保護条例の要件に該当する場合に限り、当該保険者から都道府県に情報提供されることとなる。

また、県が保険者から情報提供を受けた場合は、県の個人情報保護条例の規定に基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託、第三者(医療機関、他の自治体)への情報提供等に一定の条件が付されることとなる。

国保の都道府県単位化に伴い、平成30年度から県も保険者として市町村とともに国保の運営を担うこととなったが、保険給付や保健事業の実施主体は引き続き市町村であり、健診データやレセプトデータの保有者が市町村であるこ

とに変わりはない。一方、都道府県は、国保の財政運営の責任主体として、管内市町村の保険給付の適正な実施の確保を目的として給付点検等を行うこととしており（国民健康保険法第75条の3）、その効率的な運用のため、国保総合システムやKDB等を閲覧することができる。

したがって、県が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、一般的に個人情報保護条例において第三者提供の要件として定められる「法令等の規定に基づくとき」に該当するものとなることから、これも踏まえ、給付点検等に必要な範囲かつ、各個人情報保護条例で定める範囲において、個人情報を活用することが可能となる。

（3） 医療機関における取扱い

医療機関では、個人情報保護法や同法を基礎として策定された「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日個人情報保護委員会・厚生労働省。以下「ガイダンス」という。）等に従い、個人情報を取り扱う必要がある。

医療機関が保有する患者の個人情報は、医療の提供に伴い医療機関が保有するものであるため、**保険者**が治療中の患者を糖尿病性腎症重症化予防の取組の対象とする場合、当該取組に医療機関の有する患者の治療状況等、**保険者**が有しない情報を活用するに当たっては、あらかじめ当該患者の本人同意が必要である^{注10)}等、個人情報保護法やガイダンスに従って、適切に取り扱う必要がある。

注10) 医療機関の有する患者の治療状況等の情報を活用するに当たっては、当該患者の本人同意が必要であるが、場合によっては**保険者**が医療機関に代わって本人同意を得ることも考えられる。このため、**保険者**から医療機関にその旨の連絡がある場合が想定されるが、なりすましによる被害を防ぐため、例えば、文書による確認、**保険者**からの電話に対する折り返し電話、本人への直接確認等といった対応が適切である。

（4） 外部委託事業者における取扱い

保険者が糖尿病性腎症重症化予防の取組を事業者に委託して実施する場合、当該事業者は、個人情報保護条例における委託に関する規定を遵守するとともに、**保険者**との間で個別に締結される契約書の定めに従って業務を遂行する必要がある。

個人情報を取り扱う事業者には、個人情報保護法やガイダンスに基づき、事業者としての安全管理措置を講ずる責務がある。具体的には、個人情報保護に係る規程の整備、管理監督等のための組織体制の整備、個人データの盗難・紛失等を防ぐための物理的な安全措置などの個人情報の管理について、万全の対策を講じる必要があり、プライバシーマークを取得することが望ましい。また、委託を行う**保険者**においても、適切に事業者を選定すべく、これらの点に留意して委託仕様等を作成する必要がある。

10 様式集

- ・別添様式 1 : 高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラム連絡票㉞……………
保険者からかかりつけ医へのプログラム利用依頼及び本人の同意取得
- ・別添様式 2 : 高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラム連絡票㉟……………
かかりつけ医から保険者へのプログラム利用依頼に対する回答
- ・別添様式 3 - 1 : 高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラム情報提供書…
かかりつけ医から専門医療機関への情報提供書 (紹介状で代用可)
- ・別添様式 3 - 2 : 高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラム情報提供書…
かかりつけ医から外来栄養食事指導推進事業協力医療機関への情報提供書
(紹介状で代用可)
- ・別添様式 3 - 3 : 高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラム情報提供書…
かかりつけ医から保険者への情報提供書

※ 様式 1、様式 2、様式 3 - 3 については、保険者の実施体制や地域の実情等に応じて保険者が個別に定めることができる。

11 参考資料

- ・参考資料 1 : 糖尿病性腎症病期分類……………
- ・参考資料 2 : CKD の重症度分類……………

糖尿病性腎症重症化予防プログラム対象者基準

(高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラムより抜粋)

○糖尿病の治療中であり、腎症が重症化するリスクの高い者

特定健診結果等において、次の①から④のいずれかに該当する者のうち、本人及びかかりつけ医の同意が得られた者

- ①HbA1c (NGSP) : 8.0% 以上
- ②血圧 : 収縮期 150 mmHg 以上 又は 拡張期 90mmHg 以上
- ③尿蛋白 : (2+) 以上
- ④eGFR : 45ml/分/1.73m² 未満

ただし、次の者は除外する。

- ・がん等で終末期にある者
- ・重度の認知機能障害がある者
- ・生活習慣病管理料 (I)、糖尿病透析予防指導管理料の算定対象者
- ・過去1年間の外来栄養食事指導料の算定対象者
- ・すでに専門機関との連携もしくは専門医療機関で診療が実施されている者
- ・患者の疾患や状況などにより、かかりつけ医が除外すべきと判断した者

年 月 日

高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラム連絡票①

(保 険 者 名 (責任者名)) 様

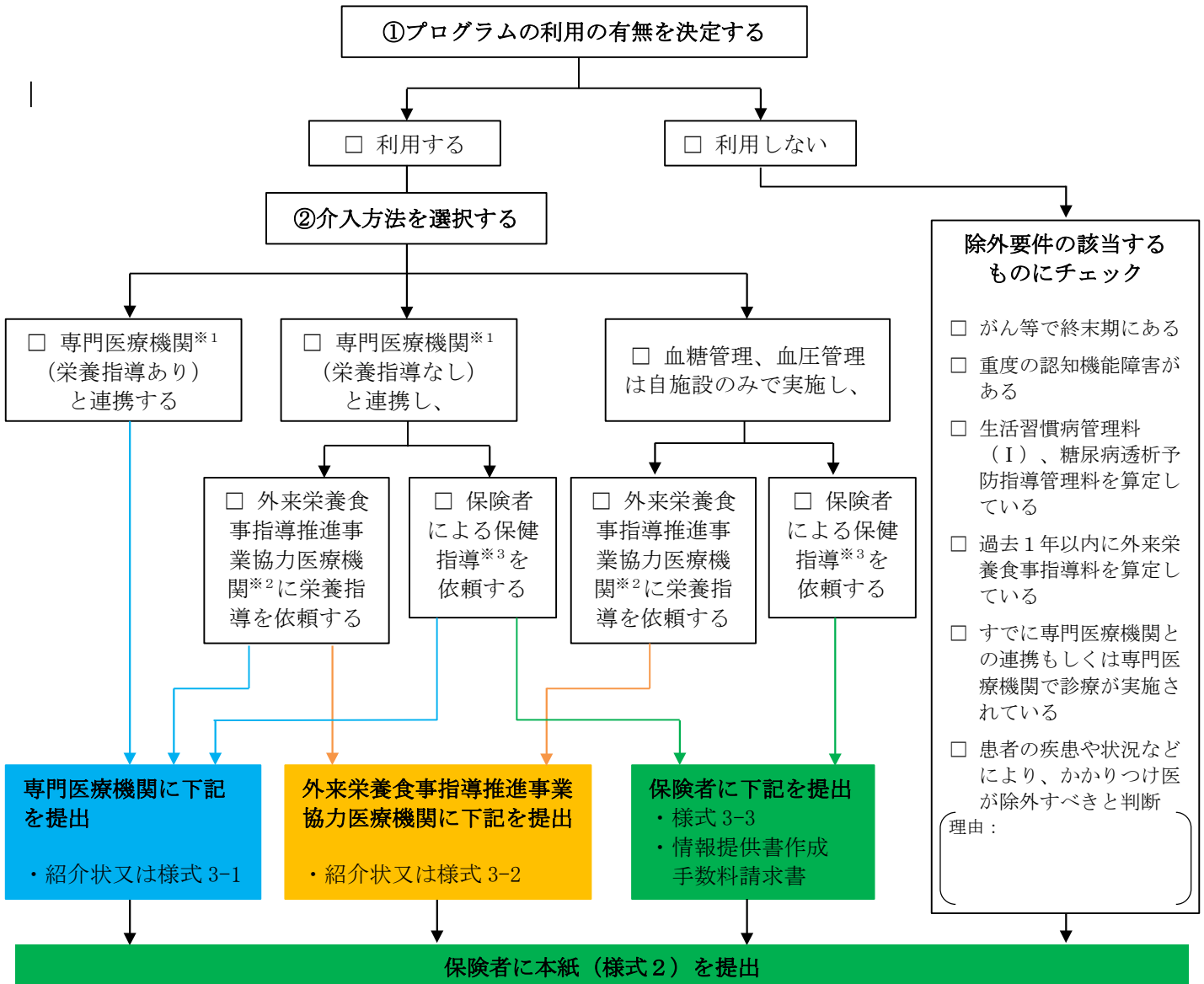
医療機関名
主治医

印

1 対象者の情報

氏 名		生年月日	年 月 日	男 ・ 女
住 所		電話番号		

2 プログラムの利用の有無及び介入方法について選択し、にチェックしてください。



※1 専門医療機関については別紙1をご参照ください。

※2 外来栄養食事指導推進事業協力医療機関については別紙2をご参照ください。

※3 保険者による保健指導については、次のページをご参照ください。なお、腎症4期・5期は保健指導の対象外です。

保険者による保健指導の例

指導前

- ①保険者は、本人にプログラム対象者であることを説明し、プログラム参加の同意を得て連絡票等様式を渡す。その旨を本人の了承のもと、かかりつけ医に連絡しておく。
- ②本人は**本人同意欄に署名し**、診察時に連絡票等様式をかかりつけ医に提示**する**。
- ③かかりつけ医はプログラム利用の有無を決定し、**利用する**場合は、連絡票①（様式2）と情報提供書（様式3-3）を作成し、情報提供書作成手数料請求書と合わせて保険者に送付する。
利用しない場合も連絡票①（様式2）は保険者に送付する。
- ④保険者は情報提供書作成手数料（2,500円）を支払い、情報提供書（様式3-3）の保健指導に関する指示事項に基づいて保健指導を開始する。

指導開始

初回面談

- ・生活習慣のアセスメントと行動目標の設定
- ・かかりつけ医の指示のもと、**食事、運動指導、服薬指導、歯科・眼科への受診に向けたフォロー**等を行う

継続支援（3か月後 中間評価）

- 電話、面談による支援
- ・治療状況の確認
 - ・行動目標の**取組**状況の確認、評価
 - ・継続的な自己管理のための励まし

最終面談（6か月後 最終評価）

- ・治療状況の確認
- ・行動目標の取組の振り返り、評価
- ・継続的に自己管理するためのアドバイス

保健指導期間中の、かかりつけ医と保険者の連携方法について

かかりつけ医→保険者

様式3-3による指示以降は「糖尿病連携手帳」の活用をお願いします。

保険者→かかりつけ医

初回面談、中間評価、最終評価を実施後、「保健指導実施報告」を送付します。

指導終了

保健指導の実施内容等について、かかりつけ医に情報提供を行う。

検査結果※ 検査日 (年 月 日)	・ 血圧 (/ mmHg) ・ HbA1c (NGSP) (%) ・ 血糖 (mg/dl) (空腹時 ・ 食後____時間)	・ 尿蛋白 (- ± 1+ 2+ 3+) ・ 血清クレアチニン (mg/dl) ・ eGFR (ml/分/1.73 m ²) ・ 尿アルブミン定量 (mg/ gCr)
	治療におけるコントロール目標値 HbA1c (NGSP) (%)	
治療経過		
現在の処方		
備考		

※ 検査結果はデータコピーの添付でも差支えありません。

かかりつけ医 → 外来栄養食事指導推進事業協力医療機関

別添様式 3 - 2
年 月 日

高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラム情報提供書
(外来栄養食事指導依頼用)

(外来栄養食事指導推進事業協力医療機関 科 担当医) 様

紹介元 医療機関	所在地	
	医療機関名	
	医師名	
	電話番号	

1 対象者の情報

氏名		性別	男 ・ 女
住所		電話番号	
生年月日	年 月 日 (歳)	職業	

2 下記の情報について、記載又はチェックしてください。

傷病名 □にチェック	<input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症 (第 期) <input type="checkbox"/> 糖尿病性網膜症 <input type="checkbox"/> 末梢神経障害 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> その他 ()
紹介目的	栄養食事指導
既往歴 □にチェック	<input type="checkbox"/> 末梢神経障害 <input type="checkbox"/> 糖尿病性網膜症 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> その他 ()
家族歴	
症状経過	

検査結果※ 検査日 (年 月 日)	・血圧 (/ mmHg) ・HbA1c (NGSP) (%) ・血糖 (mg/dl) (空腹時 ・ 食後 _____ 時間)	・尿蛋白 (- ± 1+ 2+ 3+) ・血清クレアチン (mg/dl) ・eGFR (ml/分/1.73 m ²) ・尿アルブミン定量 (mg/ gCr)
治療経過		治療におけるコントロール目標値 HbA1c (NGSP) (%)
現在の処方		
栄養食事指導 への指示事項 <input type="checkbox"/> にチェック	<input type="checkbox"/> 下記の内容で指導する ・エネルギー (kcal/日) ・食塩 (g/日) ・たんぱく質 (g/日) ・カリウム (mg/日) <input type="checkbox"/> その他 ()	
備考	※栄養食事指導を実施するにあたり留意すべきことがあればご指示ください。	

※ 検査結果はデータコピーの添付でも差支えありません。

検査結果※ 検査日 (年 月 日)	・血圧 (/ mmHg) ・HbA1c (NGSP) (%) ・血糖 (mg/dl) (空腹時 ・ 食後 _____ 時間)	・尿蛋白 (- ± 1+ 2+ 3+) ・血清クレアチン (mg/dl) ・eGFR (ml/分/1.73 m ²) ・尿アルブミン定量 (mg/ gCr)
治療におけるコントロール目標値 HbA1c (NGSP) (%)		
治療経過		
現在の処方		
保健指導への 指示事項 <input type="checkbox"/> にチェック	<input type="checkbox"/> 食生活指導 <input type="checkbox"/> 運動指導 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 禁煙指導 <input type="checkbox"/> 歯科受診フォロー <input type="checkbox"/> 眼科受診フォロー <input type="checkbox"/> その他 ()	
備考	※保健指導を実施するにあたり留意すべきことがあればご指示ください。	

※ 検査結果はデータコピーの添付でも差支えありません。

	病期 ※注2	尿中アルブミン・クレアチニン比 (mg/g) あるいは 尿中蛋白・クレアチニン比 (g/g) ※注3	GFR (eGFR) (推算糸球体濾過量) (mL/分/1.73m ²) ※注4
	第1期	正常アルブミン尿 (30未満)	30以上
医療機関で診断	第2期※注5	微量アルブミン尿 (30~299)	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 糖尿病背腎症合同委員会・糖尿病性腎症病期分類ワーキンググループ <https://jsn.or.jp/medic/guideline/>）が、基本的に2014年度分類を踏襲している。病期名については、第1期：正常アルブミン尿期、第2期：微量アルブミン尿期、第3期：顕性アルブミン尿期、第4期：GFR 高度低下・末期腎不全期、第5期：腎代替療法期、と修正されている。しかし、尿アルブミンは特定健診項目（詳細項目）に含まれていないため、保健事業においては2014年度版に準拠し尿蛋白を判断材料とする。なお、糖尿病対策推進会議等で、糖尿病の診療において尿アルブミンの測定が推奨されていること、その結果を保険者も把握できるとよいことについて地域連携の中で検討することが望ましい。

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

※注3：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。蛋白尿陰性の場合の軽度eGFR低下は腎機能の予後や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 <https://jsn.or.jp/guideline/ckdevidence2013.php> P80）

※注4：GFR 60 mL/分/1.73m²未満の症例はCKDに該当し、糖尿病性腎症以外の原因が存在し得るため、他の腎臓病との鑑別診断が必要である。

※注5：特定健診では尿蛋白が必須項目であり、糖尿病に加えて尿蛋白(+)以上であれば第3期と考えられる。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。

(参考資料2) CKDの重症度分類

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 (作成: 日本腎臓学会, 監修: 日本医師会)

原疾患	蛋白尿区分		A1	A2	A3
糖尿病性腎臓病	尿アルブミン定量 (mg/日) 尿アルブミン/Cr比 (mg/gCr)		正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿
			30未満	30~299	300以上
高血圧性腎硬化症 腎炎 多発性嚢胞腎 その他	尿蛋白定量 (g/日) 尿蛋白/Cr比 (g/gCr)		正常 (-)	軽度蛋白尿 (±)	高度蛋白尿 (+~)
			0.15未満	0.15~0.49	0.50以上
GFR区分 (mL/分/ 1.73m ²)	G1	正常または高値	≥90	血尿+なら紹介, 蛋白尿のみならば生活指導・診療継続	紹介
	G2	正常または軽度低下	60~89	血尿+なら紹介, 蛋白尿のみならば生活指導・診療継続	紹介
	G3a	軽度~中等度低下	45~59	40歳未満は紹介, 40歳以上は生活指導・診療継続	紹介
	G3b	中等度~高度低下	30~44	紹介	紹介
	G4	高度低下	15~29	紹介	紹介
	G5	高度低下~末期腎不全	<15	紹介	紹介

上記以外に、3か月以内に30%以上の腎機能の悪化を認める場合は速やかに紹介。

上記基準ならびに地域の状況等を考慮し、かかりつけ医が紹介を判断し、かかりつけ医と腎臓専門医・専門医療機関で逆紹介や併診等の受診形態を検討する。

腎臓専門医・専門医療機関への紹介目的 (原疾患を問わない)

- 1) 血尿、蛋白尿、腎機能低下の原因精査
- 2) 進展抑制目的の治療強化 (治療抵抗性の蛋白尿 (顕性アルブミン尿)、腎機能低下、高血圧に対する治療の見直し、二次性高血圧の鑑別など)
- 3) 保存期腎不全の管理、腎代替療法の導入

原疾患に糖尿病がある場合

- 1) 腎臓内科医・専門医療機関の紹介基準に当てはまる場合で、原疾患に糖尿病がある場合にはさらに糖尿病専門医・専門医療機関への紹介を考慮する。
- 2) それ以外でも以下の場合には糖尿病専門医・専門医療機関への紹介を考慮する。
 - ①糖尿病治療方針の決定に専門的知識 (3か月以上の治療でもHbA1cの目標値に達しない、薬剤選択、食事運動療法指導など) を要する場合
 - ②糖尿病合併症 (網膜症、神経障害、冠動脈疾患、脳血管疾患、末梢動脈疾患など) 発症のハイリスク患者 (血糖・血圧・脂質・体重等の難治例) である場合
 - ③上記糖尿病合併症を発症している場合
 なお、詳細は「糖尿病治療ガイド」を参照のこと。

【日本腎臓学会「エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2023」より転載】

高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラム別冊

糖尿病性腎症透析予防強化プログラム

－ V e r . 4 －

令和 8 年 月

高知県

目 次

1. 本プログラムの概要.....	
2. 実施フロー図.....	
3. 関係機関の役割.....	
4. プログラムの対象者抽出・決定.....	
(1) 対象者の抽出方法.....	
(2) 対象者同意の取得.....	
(3) 同意を取得した対象者の報告.....	
(4) 保険者から医療機関へのプログラム実施に向けた具体的な連絡調整.....	
5. 介入の実際.....	
(1) 医療機関にける介入の実際.....	
(2) 保険者における介入の実際.....	
6. 介入結果の評価.....	
(1) 評価方法.....	
(2) 1クール介入終了後の対応について.....	
(3) 地域ごとの事業評価について.....	
様式集.....	
本プログラムに関する連絡先.....	

1. 本プログラムの概要

本プログラムは、高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラムのプログラムⅡ（治療中で重症化するリスクの高い者への介入）による取組の一部であるが、特に以下の内容で実施するものとする。

なお、本プログラムは、保険者における取組が容易となるよう基本的な考え方を示すものであり、保険者の実施体制等に応じた方法で実施することができる。

目的

急速に進行する糖尿病性腎症患者に対し、医療機関と保険者が連携して患者支援を行うことにより、透析導入時期の遅延を図る。特に、本県の糖尿病性腎症を原疾患とした新規透析導入患者の約4割が70歳未満となっており、壮年期の患者の透析導入時期の延伸によるQOLの維持が重点課題である。

対象（詳細は9ページ参照）

糖尿病で通院する患者のうち、下記の抽出条件を参考に、保険者と連携して介入することが望ましいとかかりつけ医が判断した者。ただし、除外要件に該当する者は除外する。

【抽出条件】

診療情報等において①②の両方に該当する者

- ① eGFR：30mL/分/1.73m² 以上 60mL/分/1.73m² 未満
- ② 顕性蛋白尿：(+) 以上

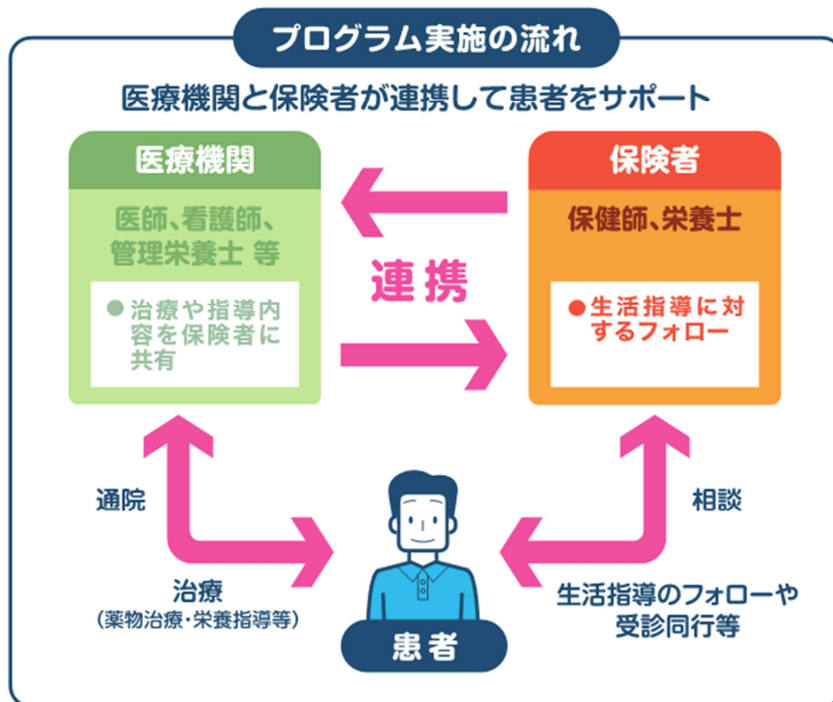
※ ①、②に該当しない場合であっても、かかりつけ医が保険者と連携して介入することが望ましいと判断する場合は、判断理由を明確にしたうえで対象とすることができる。

【除外要件】

- ・ がん等で終末期にある者
- ・ 重度の認知機能障害がある者
- ・ 患者の疾患や状況などにより、かかりつけ医が除外すべきと判断した者
- ・ 透析準備中の者

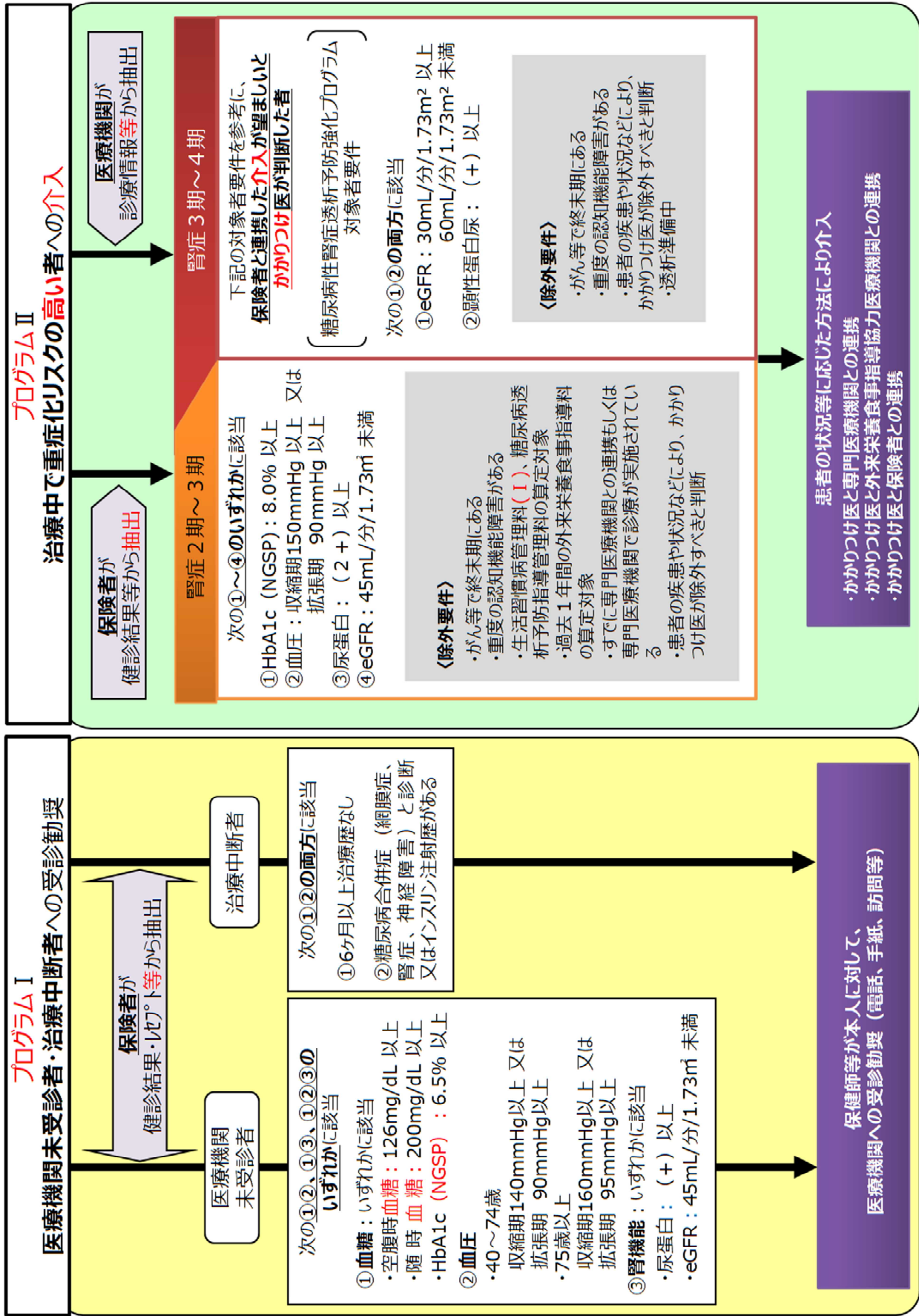
介入方法

腎保護療法（薬物治療）と1クール6か月の生活指導の強化



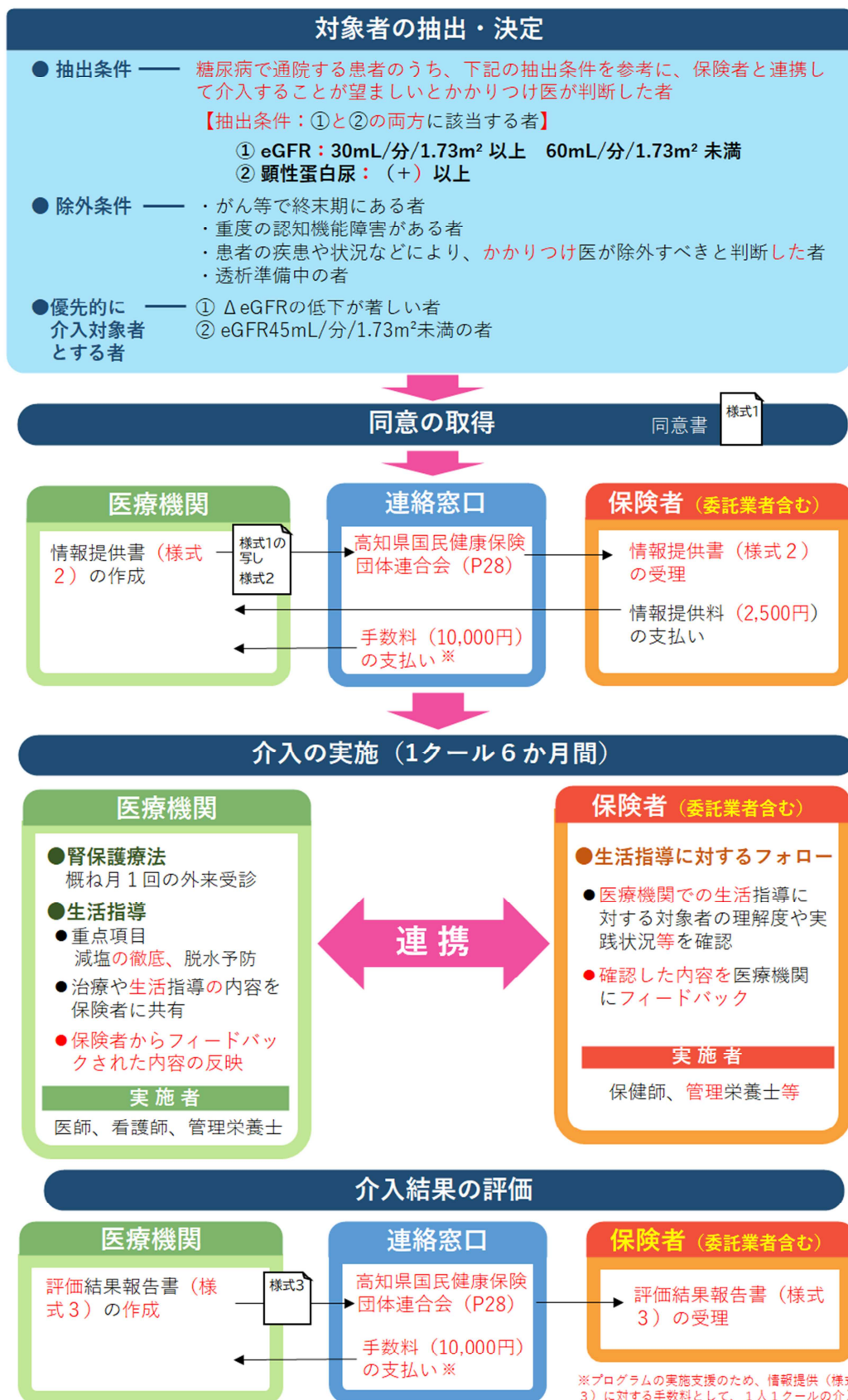
医療機関	<ul style="list-style-type: none"> ● 腎保護療法 <p>概ね月1回の外来受診</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・下記の「推奨される腎保護療法」を参考としつつ、主治医の診断のもと、最新の効果的な治療法を実施する。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p style="text-align: center;">推奨される腎保護療法</p> <ul style="list-style-type: none"> ① GLP-1 受容体作動薬の使用 ② SGLT 2 阻害薬の使用 </div>
	<ul style="list-style-type: none"> ● 生活指導 	<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関と保険者が連携し、1クール6か月間の生活指導を実施する。重点項目は「減塩の徹底」と「脱水予防」とする。 ・治療や生活指導の内容等を保険者に共有する。 ・保険者からフィードバックされた内容を次回の生活指導に反映させる。
(委託含む) 保険者	<ul style="list-style-type: none"> ● 生活指導に対するフォロー 	<ul style="list-style-type: none"> ・電話や訪問等により、医療機関での生活指導に対する対象者の理解度や実践状況等を確認する。 ・確認した内容を医療機関にフィードバックする。

【参考】糖尿病性腎症重症化予防プログラムの体系図



※ 保険者の実施体制や地域の実情等に応じた方法で実施することができる。

2. 実施フロー図



上記を参考に、保険者の実施体制等に応じた方法で実施することができる。

3. 関係機関の役割

医療機関

医療機関は、次の事項を実施する。

- (1) 糖尿病で通院する患者の診療情報等から、対象者を抽出する。
- (2) 対象者に、説明資料（参考様式1）等を用いてプログラムの説明を行い、同意書（様式1）により介入の同意を取得する。同意書は、原本を医療機関で保管し、写しを対象者が保管する。また、介入方法等について対象者の希望を聴取し、診療記録等に残す。
- (3) 保険者に提供するための情報提供書（様式2）を作成し、同意書（様式1）の写しと併せて連絡窓口（高知県国民健康保険団体連合会）に提出する。
- (4) 保険者（委託業者を含む。以下同じ。）から連絡があったら、医療機関での生活指導内容の共有方法（例：指導への保険者の同席、メール・電話など）、保険者の介入方法（例：対象者への電話、自宅訪問など）、保険者からのフィードバックの方法（例：医療機関へのメール・電話など）等について打合せを行う。
- (5) 診療報酬の範囲内の生活指導を実施する。
- (6) (4)の打合せで決定した方法で、医療機関での生活指導内容等について保険者と共有する。
- (7) 保険者からフィードバックを受けた家庭での実践状況等に関する情報をもとに、次回の生活指導に反映させるなど、対象者の生活実態に沿った指導となるよう工夫する。
- (8) 1クール6ヶ月間の介入が終了したら、保険者からの情報も踏まえて対象者の生活習慣の改善状況などを参考様式2-1～2-4を用いて評価する。
- (9) (8)で評価した行動変容ステージや検査データ等を評価結果報告書（様式3）に記入し、連絡窓口（高知県国民健康保険団体連合会）に提出する。
- (10) 1クール終了後の介入の必要性や支援体制については、介入結果の評価等に基づき、保険者と協議したうえで決定する。

※ 継続介入の対象者であり、上記（2）同意取得や（3）保険者への情報提供書の作成を行わない場合、（3）の連絡窓口へ提出する様式は、様式1、2の代わりに様式4を使用する。

保険者

保険者（委託業者含む。以下同じ。）は、次の事項を実施する。

- (1) 連絡窓口（高知県国民健康保険団体連合会）を介して情報提供書（様式2）を確認のうえ、生活指導に向けて実施体制を整える。
- (2) 医療機関に情報提供料（2,500円）を支払う。
- (3) 医療機関に連絡し、医療機関での生活指導内容の共有方法（例：指導への保険者の同席、メール・電話など）、対象者への介入方法（例：対象者への電話、自宅訪問など）、医療機関へのフィードバックの方法（例：医療機関へのメール・電話など）等について打合せを行う。
- (4) (3)の打合せで決定した方法で、医療機関での生活指導内容等について情報提供を受ける。
- (5) (3)の打合せで決定した方法で対象者に介入し、医療機関での生活指導内容に対する実践状況等を確認する。また、対象者の状況に応じて、悩みへの傾聴、励まし等を行い、実践促進を図る。
- (6) (5)で確認した内容を、(3)の打合せで決定した方法で医療機関にフィードバックする。
- (7) 1クール6ヶ月間の介入が終了したら、連絡窓口（高知県国民健康保険団体連合会）を介して評価結果報告書（様式3）を確認のうえ、対象者への介入結果を評価する。
- (8) 1クール終了後の介入の必要性や支援体制については、介入結果の評価等に基づき、医療機関と協議したうえで決定する。

※ 必要に応じて、保険者においても、特定健診結果やレセプトデータから、本プログラムの介入対象者を抽出する。

高知県

高知県保健政策課及び各福祉保健所は、次の事項を実施する。

- (1) 保健政策課は、医療機関から提出のあった評価結果報告書（様式3）により結果を把握し、定期的に介入効果の検証のためのデータ分析を行う。県単位の糖尿病対策協議会議等に報告及び助言をもらいつつ、必要時には本プログラムの見直しを行う。
- (2) 各福祉保健所は、圏域単位の糖尿病対策協議会等において、本プログラムによる取組促進や関係機関の連携体制の構築を支援する。

連絡窓口

本プログラムにおける医療機関と保険者の「連絡窓口」を高知県国民健康保険団体連合会（国保連）内に設置する（高知県の委託事業）。連絡窓口は、県内すべての医療保険者の対象者について、一元的に医療機関からの連絡を受け付けることとし、次の事項を実施する。

- (1) 医療機関が同意取得した対象者について、同意書（様式1）の写し及び情報提供書（様式2）（または**継続介入報告書（様式4）**）を受け付ける。当該対象者の保険者と調整のうえ、保険者に情報提供書を送付する。
- (2) **医療機関に情報提供（様式1または様式4）に対する手数料（10,000円）を支払う。**
- (3) プログラムに基づき介入を行った医療機関からの評価結果報告書（様式3）を受け付ける。**保険者に評価結果報告書を送付する。**
- (4) **医療機関に情報提供（様式3）に対する手数料（10,000円）を支払う。**

糖尿病性腎症透析予防強化プログラム連絡窓口
（高知県**国民健康保険団体連合会** 保険者支援課内）
〒780-8536 高知県高知市丸ノ内2丁目6番5号
TEL：088-820-8415
FAX：088-820-8416

4. プログラムの対象者抽出・決定

(1) 対象者の抽出方法

糖尿病で通院する患者のうち、下記の抽出条件を参考に、保険者と連携して介入することが望ましいとかかりつけ医が判断した者を対象とする。ただし、除外要件に該当する者は除外する。

抽出条件	
年齢	限定しない（かかりつけ医の判断による）
疾患名	2型糖尿病または糖尿病性腎症（腎生検は必須でない）
検査データなど	<p>診療情報等において、①②の両方に該当する者</p> <p>※①、②に該当しない場合であっても、かかりつけ医が保険者と連携して介入することが望ましいと判断する場合は、判断理由を明確にしたうえで対象とすることができる。</p> <p>① eGFR：30mL/分/1.73m² 以上 60mL/分/1.73m² 未満 ※各医療機関の判断により、eGFR 15mL/分/1.73m² 以上 30mL/分/1.73m² 未満の者も対象とすることができる。</p> <p>② 顕性蛋白尿：(+) 以上 ※尿定性検査の結果のみで対象者として抽出された場合には、医療機関にて尿定量検査を実施し、尿蛋白 0.5g/gCr 以上または尿中アルブミン 300mg/gCr 以上を認める者を対象とする。</p> <p>全数対応が望ましいが、優先順位付けを行う場合は、下記のいずれかに該当する者を優先する。</p> <ul style="list-style-type: none">・ ΔeGFR の低下が著しい・ eGFR45mL/分/1.73m² 未満
除外要件	
<ul style="list-style-type: none">・ がん等で終末期にある者・ 重度の認知機能障害がある者・ 患者の疾患や状況などにより、かかりつけ医が除外すべきと判断した者・ 透析準備中の者	

(2) 対象者の同意の取得

主治医は、説明資料（参考様式1）等を用いて対象者にプログラムの概要を説明し、同意書（様式1）により介入の同意を得る。同意書は、原本を医療機関で保管し、写しを対象者が保管する。

また、介入方法等について対象者の希望を聴取し、診療記録等に残す。

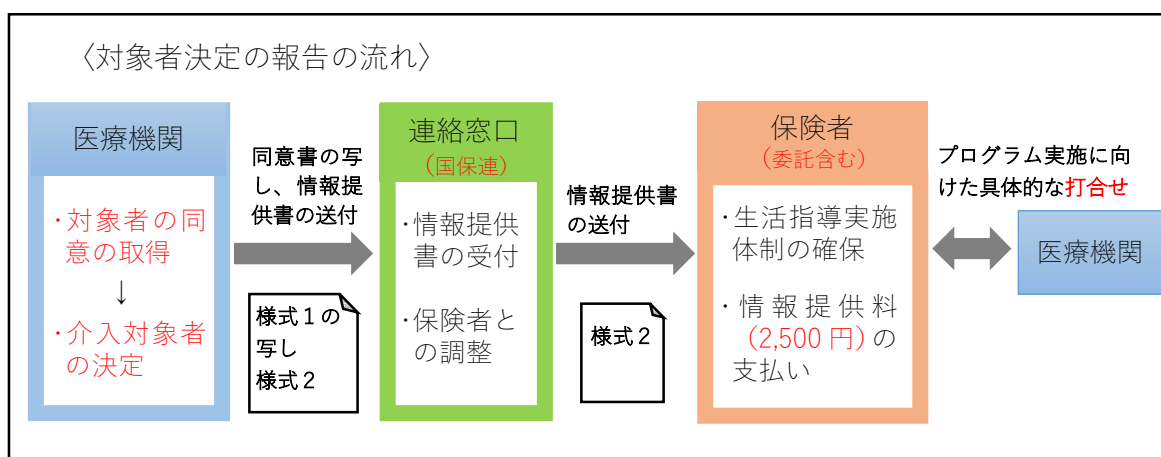
(3) 同意を取得した対象者の報告

主治医は、対象者の同意取得後、本プログラムの連絡窓口（高知県国民健康保険団体連合会）に、次の2つを提出し、同意を取得した対象者の報告を行う。

- ・ 同意書（様式1）の写し
- ・ 保険者に提供する情報提供書（様式2）

情報提供書（様式2）は、連絡窓口（高知県国民健康保険団体連合会）を通じて、対象者が加入する保険者（委託業者含む）に送付される。情報提供書を受理した保険者は、生活指導実施体制を確保するとともに、情報提供料（2,500円）を医療機関に支払う*。

※ 何らかの事情で介入中止等になった場合においても、被保険者に関する健康情報を保険者に提供するものであるため、保険者から情報提供料は支払うこととする。



(4) プログラム実施に向けた打合せ

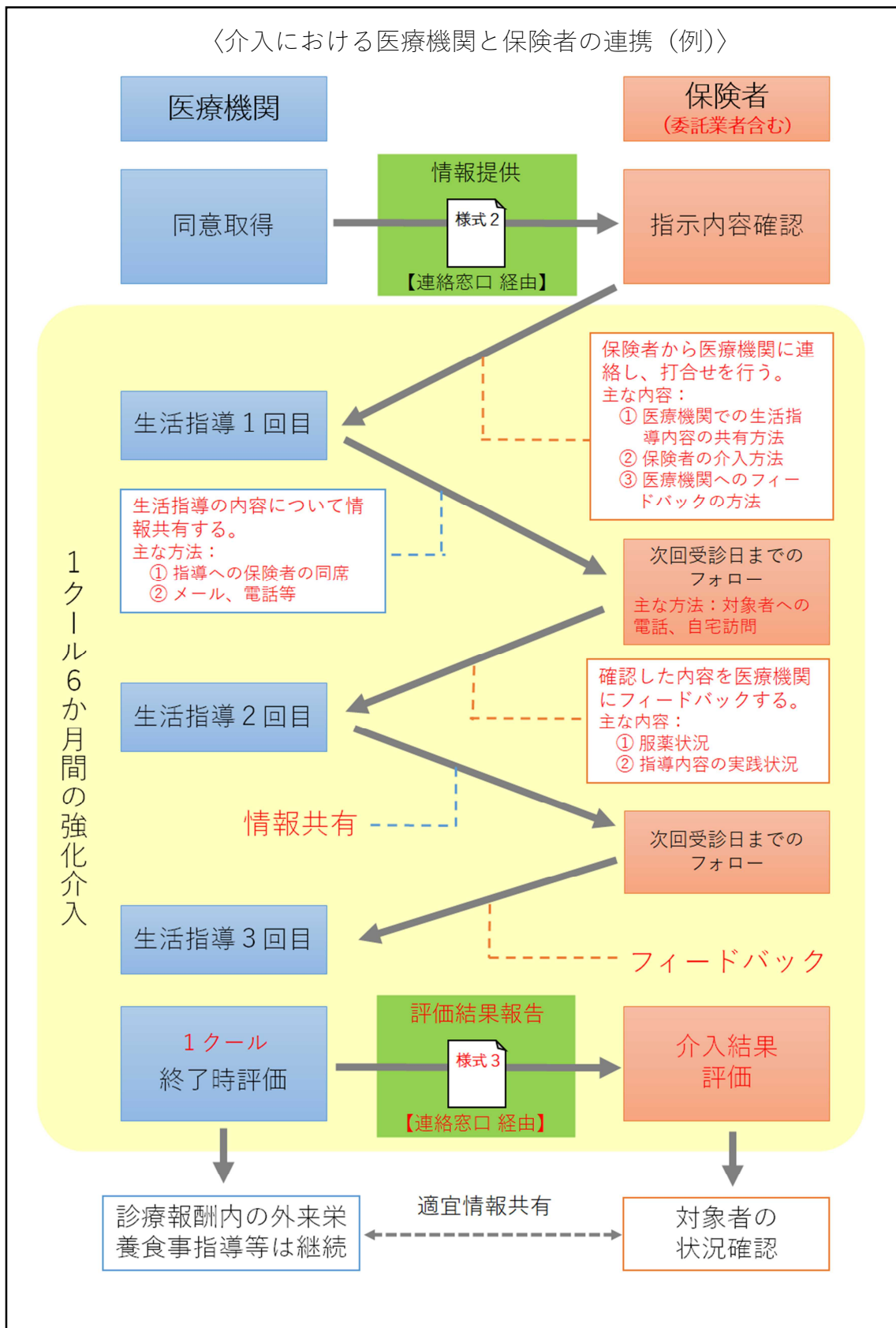
プログラムによる介入に向けて、保険者（委託業者含む）は医療機関に連絡し、今後の予定等について具体的な打合せを行う。

〈保険者と医療機関の打合せ内容（例）〉

- 医療機関での生活指導内容の保険者への共有方法
（例：指導への保険者の同席、メール・電話など）
- 保険者の介入方法
（例：対象者への電話、自宅訪問など）
- 保険者から医療機関へのフィードバックの方法
（例：医療機関へのメール・電話など）

など

5. 介入の実際



* 上記は実施例であり、対象者の状況や保険者の実施体制等に応じた方法で実施可能。

(1) 医療機関における介入の実際

医療機関においては、診療報酬の範囲内の指導を実施する。指導教材等については、従来各医療機関で活用しているものを使用して差し支えない。また、個別指導を基本とするが、対象者の状況に合わせて、糖尿病教室等の集団指導の場を活用することも可能とする。

1 クールの介入期間の間は、電話やメール、症例カンファレンスの開催等により、対象者情報及び生活指導内容等について保険者と共有する。

また、保険者からフィードバックを受けた対象者の家庭での実践状況等に関する情報をもとに、生活指導に反映させるなど、対象者の生活実態に沿った指導となるよう工夫する。

(2) 保険者（委託業者含む）における介入の実際

医療機関から、連絡窓口（高知県国民健康保険団体連合会）を介して情報提供書（様式2）により情報提供を受けたら、医療機関に連絡し、医療機関での生活指導内容の共有方法、対象者への介入方法、医療機関へのフィードバックの方法等について打合せを行う。

1 クールの介入期間の間は、医療機関から情報提供を受けた生活指導内容等をもとに、電話や訪問等により、以下のような対象者の指導の理解状況等を確認する。確認した内容は、電話やメール、カンファレンス等により、医療機関にフィードバックする。

〈保険者による確認事項（例）〉

- 服薬状況
- 指導内容の理解、受け止め
- 指導内容の実践状況（減塩、脱水予防を中心に）
- セルフケア能力
- 実践上の阻害要因
- 治療や病気に関する疑問、悩み等がないか など

また、対象者の状況に応じて、患者の悩みへの傾聴、励まし等を行い、実践促進を図る。

ー モデル地域での実践事例 ー

事例1

保険者が対象者の自宅に訪問すると、糖分の多い乳酸菌飲料が大量にあることが判明。対象者は「乳酸菌が入っているから良いものだと思っていた」とのこと。保険者からの情報を、次の栄養指導の内容に組み込むことができた。

事例2

外来受診時、対象者は「自宅で体重を量っている」と話していたが、保険者が自宅を訪問すると、体重計が柔らかい場所に設置されており、きちんと量れていなかったことが判明。実際に自宅の様子を見てアドバイスできることが強みになっている。

6. 介入結果の評価

(1) 評価方法

1 クール介入後、医療機関を中心に評価を行い、その結果を評価結果報告書（様式3）により連絡窓口（高知県国民健康保険団体連合会）に報告する。

評価結果報告書（様式3）は、連絡窓口（高知県国民健康保険団体連合会）を通じて、対象者が加入する保険者に送付される。

評価にあたっては、下記の参考様式を参考する。

1クール介入終了時 （介入開始から6か月頃）	・参考様式2-1（～6か月間の振り返り～ 患者用①） ・参考様式2-2（～6か月間の振り返り～ 支援者用①）
介入終了後3か月目 （介入開始から9か月頃）	・参考様式2-3（～生活の振り返り～ 患者用②） ・参考様式2-4（～生活の振り返り～ 支援者用②）

(2) 1クール介入終了後の対応について

1クール終了後も、医療機関における診療は継続し、対象者の検査値等を継続的に評価する。保険者においても、必要に応じて状況確認を行う。

1クール終了後の介入の必要性や支援体制については、介入結果の評価等に基づき、医療機関と保険者が協議したうえで決定する。

なお、継続介入を行う場合、患者の同意の再取得や保険者への情報提供書の作成を行わないことが想定されることから、前述の4（3）による同意を取得した対象者の報告は、継続介入報告書（様式4）により行う。

(3) 地域ごとの事業評価について

本プログラムによる介入が必要な患者に、医療機関及び保険者の限られたマンパワーを充てるためには、個別事例の評価のみならず、対象者の優先順位付けの考え方なども含め、事業評価が重要となる。高知県（保健政策課及び福祉保健所）は、各医療機関や保険者の介入状況等を把握のうえ、圏域単位の糖尿病対策協議会等も活用しながら、関係機関の取組支援を行う。

糖尿病性腎症透析予防強化プログラムへの参加のお願い

(医療機関名) _____

このプログラムは、これまでどおり主治医による治療を継続するとともに、日常生活での困りごとや気がかりなことを相談しやすい環境を整え、糖尿病と上手く付き合いながらあなたらしい生活を長く送っていただけるように、健康保険者（委託業者含む。以下同じ。）の保健師や管理栄養士等もあなたの治療（薬物療法、生活指導）に6か月間共に関わらせていただくものです。

つきましては、あなたの腎臓の治療に、医療機関と健康保険者の保健師や管理栄養士等が6か月間共に関わること、また、そのために必要な治療内容等についての情報共有を行うことについて、ご了承いただきますようお願いいたします。

また、プログラムの利用に同意されなくても、治療内容には一切影響せず、あなたの不利益となることはありません。一旦同意されても、途中で同意を取り消すことも可能です。

同意書

(医療機関名) _____ 管理者 様

私は、上記の内容を理解し、糖尿病性腎症透析予防強化プログラムを利用します。

年 月 日

住所 _____

氏名（自署） _____

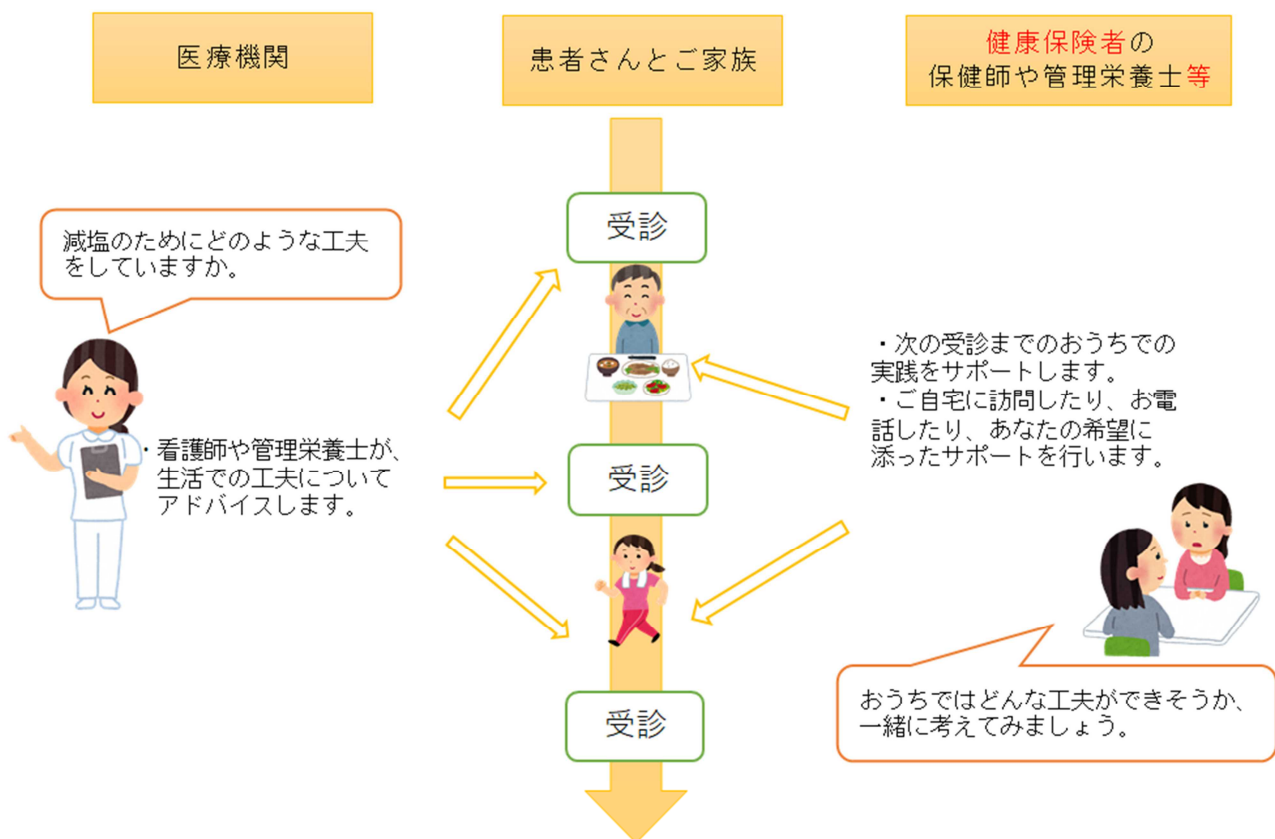
糖尿病性腎症透析予防強化プログラムについて

高知県では、令和2年度より、たんぱく尿がみられるなど糖尿病性腎症の進展が心配される患者さんを対象とした、腎機能を保つための取組を実施しています。

この取組は、主治医のもと、あなた（2型糖尿病及び糖尿病性腎症の患者さん）の病状にあった最善の治療を行いながら、通院先医療機関の看護師・管理栄養士や健康保険者（委託業者含む。以下同じ。）の保健師や管理栄養士等が、あなたと一緒に減塩方法や脱水予防方法について考え、アドバイスしていくものです。

6か月間、医療機関で受けたアドバイスをもとに、あなたのおうちでの生活を健康保険者の保健師や管理栄養士等がサポートします。その後も、あなたの体調や生活に合わせて、必要なサポートを一緒に考えながら継続していきます。

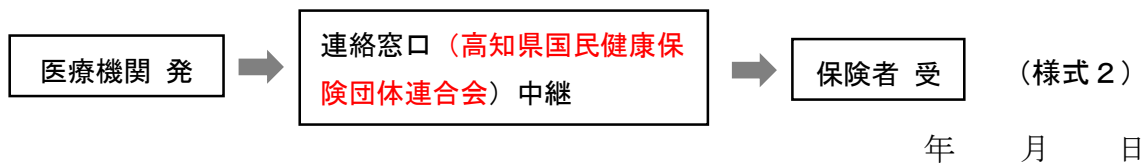
～糖尿病性腎症透析予防強化プログラムの取り組み～



※ 健康保険者の保健師や管理栄養士等が関わることによる追加の費用は一切ありません。

※ 健康保険者の保健師や管理栄養士等は、あなたのご希望に添った方法でサポートをさせていただきます。次のうち、お断りされたいものがありましたら、お申し出ください。

- ・ 病院での指導への同席
- ・ 自宅、職場、その他公的施設等での面談
- ・ 電話



高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラム情報提供書
（糖尿病性腎症透析予防強化事業版）

医療 機関	所在地		
	医療機関名		
	医師名		
	保険者からの 連絡窓口	担当者名	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> 電話・メールいずれも可 T E L : E-Mail :

1 対象者の情報

氏名		性別	男 ・ 女
住所		電話番号	
生年月日	年 月 日 (歳)	職業	
保険番号	(保険者番号が不明な場合は保険者名：)		

2 下記の情報について、記載又はチェックしてください

傷病名 <input type="checkbox"/> にチェック	<input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症（第 期） ※ 腎症5期は保健指導の対象外 <input type="checkbox"/> 糖尿病性網膜症 <input type="checkbox"/> 末梢神経障害 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> その他 ()
紹介目的	糖尿病性腎症透析予防強化プログラムの利用
既往歴 <input type="checkbox"/> にチェック	<input type="checkbox"/> 末梢神経障害 <input type="checkbox"/> 糖尿病性網膜症 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> その他 ()
家族歴	
症状経過	

検査結果※ ¹ 検査日 (年 月 日)	・ 血圧 (/ mmHg) ・ HbA1c (NGSP) (%) ・ 血糖 (mg/dl) (空腹時 ・ 食後 時間)	・ 尿蛋白 (- ± 1+ 2+ 3+) ・ 血清クレアチン (mg/dl) ・ eGFR (ml/分/1.73 m ²) ・ 尿アルブミン定量 (mg/ gCr)
	・ 検査結果が抽出条件※ ² を満たさない場合は、対象者と判断した理由 ()	
	治療におけるコントロール目標値 HbA1c (NGSP) (%)	
治療経過		
現在の処方		
指示事項 <input type="checkbox"/> にチェック	<input type="checkbox"/> 食生活指導 <input type="checkbox"/> 運動指導 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 禁煙指導 <input type="checkbox"/> 歯科受診フォロー <input type="checkbox"/> 眼科受診フォロー <input type="checkbox"/> その他 ()	
	<input type="checkbox"/> 下記の内容で指導する ・ エネルギー (kcal/日) ・ 食塩 (g/日) ・ たんぱく質 (g/日) ・ カリウム (mg/日) <input type="checkbox"/> その他 ()	
次回受診日	年 月 日 () 曜日 時 分	
保険者に依頼し たいこと		
備考	※生活指導を実施するにあたり留意すべきことがあればご指示ください。	

※1：検査結果はデータコピーの添付でも差支えありません。

※2：抽出条件 糖尿病で通院する患者のうち、①と②の両方に該当する者

① eGFR：30mL/分/1.73m² 以上 60mL/分/1.73m² 未満

② 顕性蛋白尿：(+) 以上

No.	
-----	--

※連絡窓口で記入



糖尿病性腎症透析予防強化プログラム評価結果報告書

年 月 日

医療機関名	
担当者名	
電話番号	

1 対象者 No. _____

2 介入開始・終了時期と行動変容ステージ

介入開始 時点	開始日	年 月 日
	行動変容 ステージ	無関心期 ・ 関心期 ・ 準備期 ・ 実行期 ・ 維持期
介入終了 時点	評価日	年 月 日
	行動変容 ステージ	無関心期 ・ 関心期 ・ 準備期 ・ 実行期 ・ 維持期

3 直近の検査データ

検査年月日： 年 月 日	
・ HbA1c (NGSP) (%)	・ 尿蛋白 (- ± 1+ 2+ 3+)
・ 血糖 (mg/dl) (空腹時 ・ 食後_____時間)	・ eGFR (ml/分/1.73 m ²)

4 薬物治療の状況

種別	<input type="checkbox"/> ARB/ACE 阻害薬 <input type="checkbox"/> GLP-1 受容体作動薬 <input type="checkbox"/> SGLT2 阻害薬
使用開始 時期	<input type="checkbox"/> プログラム実施前から使用していた <input type="checkbox"/> プログラム実施中に使用を開始した

医療機関



連絡窓口（高知県国民健康保険団体連合会）

（様式4）

糖尿病性腎症透析予防強化プログラム介入対象者（継続介入）報告書

1 対象者の情報

対象者 No. _____ (※)

(※) 1クール目の介入開始が令和5年度以前の場合、または対象者 No. が不明な場合は、下表に必要な事項を記入してください。

氏名		性別	男 ・ 女
住所		電話番号	
生年月日	年 月 日 (歳)	職業	
保険者番号	(保険者番号が不明な場合は保険者名 : _____)		

2 直近の検査データ

検査年月日 :	年 月 日
・HbA1c (NGSP) (_____ %) ・血糖 (_____ mg/dl) (空腹時 ・ 食後 _____ 時間)	・尿蛋白 (- ± 1+ 2+ 3+) ・eGFR (_____ ml/分/1.73 m ²)

3 介入開始時期

ク ー ル 数 : _____ クール目

介入開始時期 : _____ 年 _____ 月

(注意事項)

- ・ 本様式は、継続介入（2クール目以降）であるため、介入前の対象者への同意取得や保険者への情報提供書の提供を行わない場合を想定した報告様式です。
- ・ 前回介入から期間が空くなどにより、対象者への同意取得や保険者への情報提供書の提供を再度行う場合は、同意書（様式1）の写し及び情報提供書（様式2）を連絡窓口（高知県国民健康保険団体連合会）にご提出ください。

～6か月間の振り返り～

(参考様式2-1)
患者用①

No. _____ 記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

1	腎機能を守るための減塩の必要性について、理解が深まりましたか。	とても思う・思う・ほとんど思わない・全く思わない
2	減塩のための工夫について、知ることができましたか。	とても思う・思う・ほとんど思わない・全く思わない
3	減塩について、具体的に取り組んでいることがありますか。 取り組んでいる場合、それはどのようなことですか。	ある・ない 取り組んでいること (_____)
4	腎機能を守るための脱水予防の必要性について、理解が深まりましたか。	とても思う・思う・ほとんど思わない・全く思わない
5	脱水予防のための生活での工夫について、知ることができましたか。	とても思う・思う・ほとんど思わない・全く思わない
6	脱水予防について、具体的に取り組んでいることがありますか。 取り組んでいる場合、それはどのようなことですか。	ある・ない 取り組んでいること (_____)
7	現在の治療は、自分のためにプラスになっていると思いますか。	とても思う・思う・ほとんど思わない・全く思わない
8	自分のできる範囲でしっかりと治療に取り組んでいると感じますか。	とても思う・思う・ほとんど思わない・全く思わない

～6 か月間の振り返り～

(参考様式2-2)
支援者用①

症例No. _____

かかりつけ医療機関名 _____

評価記入者 _____

評価日 _____

年 月 日

1	指導を行う看護師、管理栄養士、保健師等の人材を確保できたか。	とても思う・思う・ほとんど思わない・全く思わない
2	医療機関と保険者の相談体制（症例カンファレンス等）を構築できたか。	とても思う・思う・ほとんど思わない・全く思わない
3	対象者に合った生活指導方法を計画できたか。	とても思う・思う・ほとんど思わない・全く思わない
4	対象者は毎回予定どおり医療機関を受診できたか。	とても思う・思う・ほとんど思わない・全く思わない
5	対象者は毎回予定どおり生活指導を受けることができたか。	とても思う・思う・ほとんど思わない・全く思わない
6	対象者の行動変容ステージは変化したか。 ※	強化開始時：無関心期・関心期・準備期・実行期・維持期 強化終了時：無関心期・関心期・準備期・実行期・維持期
7	対象者は生活での改善点を理解できたか。	とても思う・思う・ほとんど思わない・全く思わない
8	対象者は生活習慣を具体的に改善することができたか。	とても思う・思う・ほとんど思わない・全く思わない
9	検査値の改善があったか。	
10	ΔeGFRの値は改善されたか。	

※ 参考 行動変容ステージモデル

無関心期：6 か月以内に行動を変えようと思っていない

関心期：6 か月以内に行動を変えようと思っている

準備期：1 か月以内に行動を変えようと思っている

実行期：行動を変えて6 か月未満である

維持期：行動を変えて6 か月以上である

～生活の振り返り～

(参考様式2-3)
患者用②

記入日 年 月 日

No. _____

1	減塩の目標について、継続して取り組んでいますか。 取り組んでいる場合、それはどのようなことですか。	とても思う・思う・ほとんど思わない・全く思わない 取り組んでいること ()
2	脱水予防の目標について、継続して取り組んでいますか。 取り組んでいる場合、それはどのようなことですか。	とても思う・思う・ほとんど思わない・全く思わない 取り組んでいること ()
3	その他、腎臓を守るために工夫して取り組んでいることはありますか。 取り組んでいる場合、それはどのようなことですか。	ある・ない 取り組んでいること ()
4	現在の治療は、自分のためにプラスになっていると思いますか。	とても思う・思う・ほとんど思わない・全く思わない
5	自分のできる範囲でしっかりと治療に取り組んでいると感じますか。	とても思う・思う・ほとんど思わない・全く思わない

～生活の振り返り～

(参考様式2-4)
支援者用②

No. _____ 記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

1	対象者は減塩の目標に継続して取り組んでいるか。	とても思う・思う・ほとんど思わない・全く思わない
2	対象者は脱水予防の目標に継続して取り組んでいるか。	とても思う・思う・ほとんど思わない・全く思わない
3	その他、対象者が工夫して取り組んでいる生活習慣の改善行動はあるか。 それはどのような内容か。	ある・ない 取り組んでいること (_____)
4	対象者は行動変容ステージのどの時期にあるか。	無関心期・関心期・準備期・実行期・維持期
5	その他、生活指導強化終了後の対象者の変化について、気がかりな点等があれば記載してください。	

※ 参考 行動変容ステージモデル

無関心期：6か月以内に行動を変えようと思っていない
関心期：6か月以内に行動を変えようと思っている
準備期：1か月以内に行動を変えようと思っている

実行期：行動を変えて6か月未満である
維持期：行動を変えて6か月以上である

医療機関から保険者への指導内容共有用

(参考様式3-1)

指導内容等の連絡票 (医療機関→保険者)

年 月 日

医療機関名	
担当者名	
電話番号	

1 対象者 No. _____

2 対象者の状況

受診日	年 月 日 () 曜日
検査結果 □にチェック	<input type="checkbox"/> 前回の情報から変更なし <input type="checkbox"/> 前回の情報から変更あり (変更内容について下記に記入) ・ 血圧 (/ mmHg) ・ 尿蛋白 (- ± 1+ 2+ 3+) ・ HbA1c (NGSP) (%) ・ 血清クレアチン (mg/dl) ・ 血糖 (mg/dl) ・ eGFR (ml/分/1.73 m ²) (空腹時 ・ 食後__時間) ・ 尿アルブミン定量 (mg/gCr)
指示事項 □にチェック	<input type="checkbox"/> 前回の情報から変更なし <input type="checkbox"/> 前回の情報から変更あり (変更内容について下記に記入) <input type="checkbox"/> 食生活指導 <input type="checkbox"/> 運動指導 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 禁煙指導 <input type="checkbox"/> 歯科受診フォロー <input type="checkbox"/> 眼科受診フォロー <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 下記の内容で指導する ・ エネルギー (kcal/日) ・ 食塩 (g/日) ・ たんぱく質 (g/日) ・ カリウム (mg/日)
対象者の反応	
次回受診日	年 月 日 () 曜日 時 分
保険者に依頼 したいこと	
その他	

保険者から医療機関へのフィードバック用
(参考様式3-2)

確認内容等の連絡票 (保険者→医療機関)

年 月 日

保険者名	
担当者名	
電話番号	

1 対象者 No. _____

2 対象者の状況

状況を確認した日： 年 月 日

確認方法： 電話 訪問 その他 (_____)

生活状況	
服薬状況	
指導内容の理解・受け止め	
実践状況	
医療機関への伝達事項	
その他	

本プログラムに関する連絡先

〈連絡窓口〉

窓口業務	医療機関に対して：同意書（様式1）の写し、情報提供書（様式2）、評価結果報告書（様式3）、継続介入報告書（様式4）の提出先 保険者に対して：医療機関から受け付けた情報提供書（様式2）、評価結果報告書（様式3）を送付
連絡先	高知県国民健康保険団体連合会 別館 保険者支援課内 〒780-8536 高知県高知市丸ノ内2丁目6番5号 TEL：088-820-8415 FAX：088-820-8416

〈本プログラムに関するお問い合わせ〉

高知県健康政策部保健政策課 よさこい健康プラン21推進室 〒780-8570 高知県高知市丸ノ内1丁目2番20号 TEL：088-823-9648 FAX：088-823-9137
--

〈各福祉保健所〉

1	安芸福祉保健所 健康障害課 〒784-0001 高知県安芸市矢ノ丸1丁目4番36号 TEL：0887-34-3177 FAX：0887-34-3170
2	中央東福祉保健所 健康障害課 〒782-0016 高知県香美市土佐山田町山田1128番1号 TEL：0887-53-3172 FAX：0887-52-4561
3	中央西福祉保健所 健康障害課 〒789-1201 高知県高岡郡佐川町甲1243番4号 TEL：0889-22-1249 FAX：0889-22-9031
4	須崎福祉保健所 健康障害課 〒785-8585 高知県須崎市東古市町6番26号 TEL：0889-42-1875 FAX：0889-42-8924
5	幡多福祉保健所 健康障害課 〒787-0028 高知県四万十市中村山手通19 TEL：0880-34-5120 FAX：0880-35-5980

【未治療ハイリスク者】

①令和5年度特定健診受診者

	国保連合会 名簿新規対 象者数 (A)	Aのうち、 市町村での 介入対象者 数 (B)	Bのうち、 介入人数 (C)		Cのうち、 医療機関受 診した人 (D)	
			介入割合 C/B	介入割合 D/C		
高知市	48	31	31	100.0%	17	54.8%
安芸	24	24	11	45.8%	3	27.3%
中央東	28	17	13	76.5%	7	53.8%
中央西	23	22	10	45.5%	4	40.0%
須崎	26	20	11	55.0%	8	72.7%
幡多	37	29	12	41.4%	2	16.7%
県全体	186	143	88	61.5%	41	46.6%

②令和6年度特定健診受診者

	国保連合会 名簿新規対 象者数 (A)	Aのうち、 市町村での 介入対象者 数 (B)	Bのうち、 介入人数 (C)		Cのうち、 医療機関受 診した人 (D)	
			介入割合 C/B	介入割合 D/C		
高知市	43	30	30	100.0%	9	30.0%
安芸	16	15	0	0.0%	0	0.0%
中央東	30	22	18	81.8%	6	33.3%
中央西	28	25	6	24.0%	1	16.7%
須崎	23	23	11	47.8%	4	36.4%
幡多	35	30	10	33.3%	1	10.0%
県全体	175	145	75	51.7%	21	28.0%

【治療中断者】

①令和5年度対象者

	国保連合会 名簿新規対 象者数 (A)	Aのうち、 市町村での 介入対象者 数 (B)	Bのうち、 介入人数 (C)		Cのうち、 医療機関受 診した人 (D)	
			介入人数 (C)	介入割合 C/B	介入人数 (D)	介入割合 D/C
高知市	157	46	46	100.0%	30	65.2%
安芸	45	25	8	32.0%	3	37.5%
中央東	65	28	19	67.9%	15	78.9%
中央西	35	22	5	22.7%	4	80.0%
須崎	28	26	9	34.6%	6	66.7%
幡多	38	22	7	31.8%	6	85.7%
県全体	368	169	94	55.6%	64	68.1%

②令和6年度対象者

	国保連合会 名簿新規対 象者数 (A)	Aのうち、 市町村での 介入対象者 数 (B)	Bのうち、 介入人数 (C)		Cのうち、 医療機関受 診した人 (D)	
			介入人数 (C)	介入割合 C/B	介入人数 (D)	介入割合 D/C
高知市	119	32	32	100.0%	18	56.3%
安芸	44	41	6	14.6%	6	100.0%
中央東	67	32	26	81.3%	12	46.2%
中央西	46	18	10	55.6%	4	40.0%
須崎	20	13	4	30.8%	4	100.0%
幡多	44	30	12	40.0%	8	66.7%
県全体	340	166	90	54.2%	52	57.8%

【プログラムⅡ 治療中ハイリスク者】

①令和5年度特定健診受診者

令和5年度健診受診者 (配信名簿 令和5年6月～ 令和6年5月)	国保連合 会名簿新 規対象者 数 (A)	Aのうち、 市町村で の介入対 象者数 (B)	Bのうち、 介入人数 (通知や 訪問等) (C)	介入割合 (C/B)	Cのうち、 対象者へ 連絡票を 渡した数 (D)	連絡票活用 割合 (D/C)	医療機関からの返信数						プログラム 利用割合	②-2b、②- 3bのうち、 情報提供 料の請求 があった件 数	②-2b、②- 3bのうち、 保健指導 が終了した 件数	保健指導実施の 評価(内訳)					
							①「プログラ ムを利用し ない」数	②「プログラムを利用する」数				プログラム 利用割合				②-2b、②- 3bのうち、 保健指導 が終了した 件数	改善し た	変わら ない	悪化し た	(評価で きない)	
								②-1 専門医療機関 (栄養指導あり) との連携数	②-2 専門医療機関(栄養食事指導な し)との連携数		②-3 かかりつけ医での 血糖管理、血圧管理										
									a 栄養食事 協力医療機関 への紹介数	b 保険者による 保健指導	a 栄養食事 協力医療機関 への紹介数										b 保険者による 保健指導
高知市	638	141	141	100.0%	141	100.0%	3	4	0	0	0	0	2.8%	0	0	0	0	0	0	0	
安芸(実施市町村4/9)	279	186	37	19.9%	8	21.6%	0	0	0	2	0	1	37.5%	3	2	2	0	0	0	0	
中央東(実施市町村4/7)	399	125	47	37.6%	21	44.7%	1	0	0	0	0	7	33.3%	7	2	2	0	0	0	0	
中央西(実施市町村1/6)	370	223	25	11.2%	0	0.0%	0	0	0	0	0	0	0.0%	0	0	0	0	0	0	0	
須崎(実施市町村2/5)	227	195	3	1.5%	0	0.0%	0	0	0	0	0	0	0.0%	0	0	0	0	0	0	0	
幡多(実施市町村4/6)	360	148	70	47.3%	21	30.0%	4	3	0	0	2	1	28.6%	1	1	0	1	0	0	0	
県 計(15/34)	2,273	1,018	323	31.7%	191	59.1%	8	7	0	2	2	9	10.5%	11	5	4	1	0	0	0	

②令和6年度特定健診受診者

令和6年度健診受診者 (配信名簿 令和6年6月～ 令和7年5月)	国保連合 会名簿新 規対象者 数 (A)	Aのうち、 市町村で の介入対 象者数 (B)	Bのうち、 介入人数 (通知や 訪問等) (C)	介入割合 (C/B)	Cのうち、 対象者へ 連絡票を 渡した数 (D)	連絡票活用 割合 (D/C)	医療機関からの返信数						プログラム 利用割合	②-2b、②- 3bのうち、 情報提供 料の請求 があった件 数	②-2b、②- 3bのうち、 保健指導 が終了した 件数	保健指導実施の 評価(内訳)					
							①「プログラ ムを利用し ない」数	②「プログラムを利用する」数				プログラム 利用割合				②-2b、②- 3bのうち、 保健指導 が終了した 件数	改善し た	変わら ない	悪化し た	(評価で きない)	
								②-1 専門医療機関 (栄養指導あり) との連携数	②-2 専門医療機関(栄養食事指導な し)との連携数		②-3 かかりつけ医での 血糖管理、血圧管理										
									a 栄養食事 協力医療機関 への紹介数	b 保険者による 保健指導	a 栄養食事 協力医療機関 への紹介数										b 保険者による 保健指導
高知市	638	137	137	100.0%	14	10.2%	3	0	0	0	0	0	0.0%	0	0	0	0	0	0	0	
安芸(実施市町村4/9)	241	151	20	13.2%	6	30.0%	2	0	0	1	0	2	50.0%	3	1	0	1	0	0	0	
中央東(実施市町村4/7)	379	77	49	63.6%	27	55.1%	2	0	0	0	0	8	29.6%	8	5	2	2	1	0	0	
中央西(実施市町村3/6)	316	131	25	19.1%	3	12.0%	0	1	0	0	0	0	33.3%	0	0	0	0	0	0	0	
須崎(実施市町村3/5)	223	132	16	12.1%	8	50.0%	4	1	0	0	0	1	25.0%	1	0	0	0	0	0	0	
幡多(実施市町村5/6)	345	182	77	42.3%	15	19.5%	5	0	0	1	1	0	13.3%	1	0	0	0	0	0	0	
県 計(20/34)	2,142	810	324	40.0%	73	22.5%	16	2	0	2	1	11	21.9%	13	6	2	3	1	0	0	