

宮崎県糖尿病発症予防・糖尿病性腎症重症化予防指針（第2期改定版）

令和6年3月19日策定

令和7年2月20日改定



宮崎県糖尿病・慢性腎臓病（CKD）対策検討会

宮崎県医師会

宮崎県歯科医師会

宮崎県糖尿病対策推進会議

宮崎県慢性腎臓病対策推進会議

宮崎県保険者協議会

宮崎県健康づくり推進センター

宮崎県保健所長会

宮崎県

第1章 全体概要

1 趣旨

宮崎県は、「健康寿命男女とも日本一」を目指して、だれもがいつまでも健康で、いきがいをもって暮らすことができる健康長寿社会の実現に向けて、生活習慣の改善、社会環境の整備等に官民一体となって取り組んでいる。また、自治体や事業所、各種団体による健康づくり対策や医療保険者による特定健診・特定保健指導、医療機関による治療や指導など、多方面から糖尿病対策を講じているところである。

食事、運動等の生活習慣が発症に関わるとされる2型糖尿病（以下、糖尿病とする）は、網膜症、腎症、神経障害、歯周病、脳・心血管疾患等の様々な合併症を引き起こし、患者の生活の質を低下させかねない。

日本医師会、日本糖尿病対策推進会議、厚生労働省は、平成28年3月24日「糖尿病性腎症重症化予防に係る連携協定」を締結し、「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を策定した。

「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」には、「自治体とかかりつけ医等との連携体制は重要であり、あらかじめ、都道府県、市町村において医師会や糖尿病対策推進会議等の地域の関係者と十分協議の上、推進体制を構築する必要がある」と示されている。

このような中で、関係者が共通の目的・目標を持って一層の連携を図り、糖尿病対策に向けた取組を促進するため、宮崎県医師会、宮崎県歯科医師会、宮崎県糖尿病対策推進会議、宮崎県慢性腎臓病対策推進会議、宮崎県保険者協議会、宮崎県健康づくり推進センター、宮崎県保健所長会、宮崎県は協働して本指針を策定する。

なお、本指針は、「糖尿病発症予防」及び「糖尿病性腎症重症化予防」の二つを併せて定めるものであるが、国の「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に該当する事項は、第4章に記載する。

2 目的

糖尿病有病者の増加抑制及び糖尿病性腎症重症化予防のための一次、二次、三次予防に、関係機関が連携して取り組み、生活習慣の改善や医療機関への受診につなげる。特に、重症化するリスクの高い医療機関未受診者や受診中断者にアプローチを強化し、糖尿病発症や糖尿病性腎症重症化、人工透析への移行を防止する。

3 本指針の方向性

本指針は、医療保険者や自治体等が行う糖尿病発症予防・糖尿病性腎症重症化予防に向けた取組の考え方や標準的な内容を示すものである。

このため、取組にあたっては地域の実情に応じ、柔軟に対応することが可能であり、医療保険者や自治体等で既に行われている取組を尊重するものである。

また、糖尿病発症を予防するための取組についても、各関係機関の連携により実施することが重要であることから、本県は、本指針に糖尿病の発症予防を含めて記載することとし、合併症の中では特に、糖尿病性腎症重症化予防の取組を中心に記載する。

4 定義

本指針において使用する文言については、以下のとおり定義する。

糖尿病	2 型糖尿病
HbA1c	NGSP 値
空腹時血糖または随時血糖	空腹時血糖は絶食 10 時間以上、随時血糖は食事開始時から 3.5 時間以上絶食 10 時間未満に採血が実施されたもの
糖尿病性腎症	糖尿病と診断されており、腎障害が存在している状態（疑いも含む）
保険者	市町村国保、国保組合、全国健康保険協会、健康保険組合、共済組合等の医療保険者 ※平成 30 年度より県も市町村国保の保険者であるが、特定健診等の実施主体は市町村であることから、本指針中では保険者として県を含めない
健診	以下を中心に糖尿病関連検査項目がある健康診査 ・高齢者の医療の確保に関する法律に定める特定健康診査 ・労働安全衛生法等に定める健康診断の事業者健診 ・健康増進法に定める市町村の実施する健康診査
健診実施者	上記健診を実施する主体となる者

5 計画の見直し（第 2 期：令和 6 年度から令和 11 年度まで）

当指針に基づく各団体の取組実績や検証結果を踏まえ、宮崎県医療計画、宮崎県医療費適正化計画に合わせ 6 年ごとに見直すものとする。ただし、必要に応じて、6 年の経過を待たずに見直すことも可能とする。

6 留意点

（１）介入方法

介入方法については、健康教室の案内、通知、電話、面接、訪問等様々な手段が考えられるが、年齢により有効な介入方法が異なる。年齢層が低い世代には ICT の活用（オンライン面接、アプリ活用等）、年齢層の高い世代には対面での介入を行う等、工夫する必要がある。事例や保険者等関係機関（以下、団体という）のマンパワー等に応じて、団体が適当と認める方法により介入を行う。

（２）年齢層を考慮した取組の実施

取組については、ライフコースアプローチの観点を踏まえライフステージに応じた取組を推進することが重要である。

特に、歯周病治療によって血糖コントロールの状態が改善することが報告されていることから、口腔衛生の指導や歯周病の未治療者に対して継続的な歯科受診を勧奨する。併せて、糖尿病の合併症の1つである糖尿病網膜症の進行防止の観点から、定期的、継続的な眼科受診を勧奨する。

(※詳細については、第5章参照)

1) 青壮年層に対する取組

高齢期に至るまで健康を保持するためには、青壮年層からの取組が重要である。糖尿病が疑われる者は、40歳代から増加し、特に男性では50歳代になると急増するため、この年齢層に対し取り組むことで、糖尿病についての適切な治療継続や生活習慣の改善等が期待でき、それに伴い合併症の発症・重症化予防や合併症による臓器障害の進行予防等も期待できる。また、人工透析の導入時期も遅らせることが期待でき、対象者本人の生活の質を維持することができるほか、医療経済への影響も小さくすることが期待できる。

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

2) 高齢者層に対する取組

高齢者に対する取組については、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歳以上の後期高齢者については、複数疾患により個人差が大きくなり、多病・多剤処方状態に陥るなど、健康上の不安が大きくなるため、高齢者の特性を踏まえた対象者選定基準の設定が必要である。

また、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ない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、治療に伴う低血糖や低血糖発作は要介護認定のリスクが高い病態の一つであることに留意する。

高齢者の保健事業を実施する際には、高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン、標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）等を参照し、実施する。

さらに、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。

(3) 各種計画を踏まえた事業展開

本指針のより効果的な取組を期すため、各種計画（健康みやぎ行動計画21・医療費適正化計画・データヘルス計画等）と整合性を図る必要がある。

7 個人情報の取扱い

取組を進めるに当たっては、健診データやレセプトデータなどをはじめとして、氏名・住所・年齢・職業・家族構成等といった基本情報、生活習慣に関する情報などの様々な種別の個人情報を扱うことになる。特に健康・医療情報は、一般的には、個人情報の保護に関する法律（平成15年法

律第57号)に定める要配慮個人情報に該当するため、他の個人情報よりも慎重に取り扱うべきである。

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

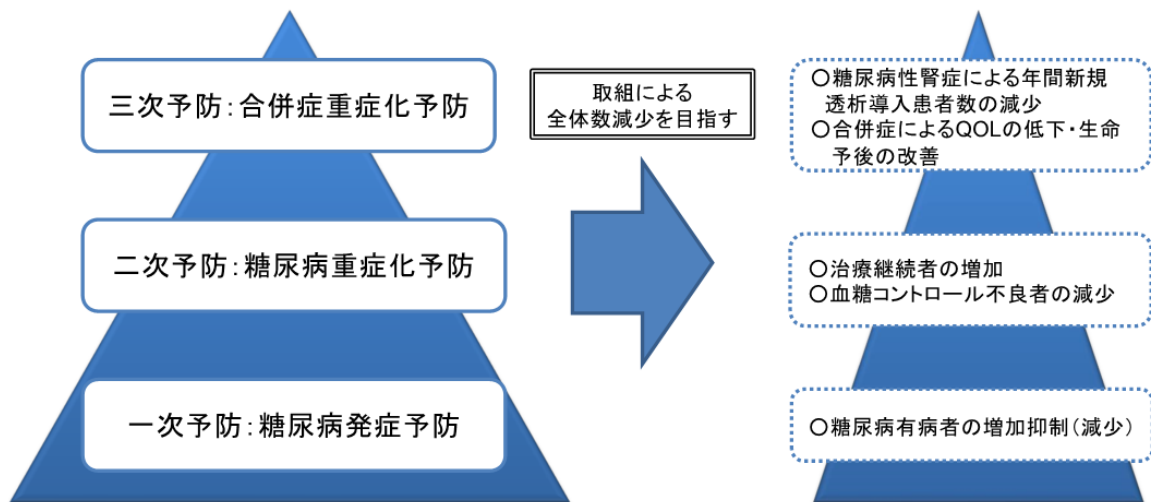
- ・個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン（行政機関等編）
（令和4年1月（令和5年12月一部改正）個人情報保護委員会）
- ・医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス
（平成29年4月14日、令和5年3月一部改正、個人情報保護委員会 厚生労働省）

その他、「標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版） 第3編第3章3-3 ICTを活用した保健指導とその留意事項／第4編第3章3-4 個人情報の保護とデータの利用に関する方針」を参照のこと。

8 参考資料

- ・日本医師会、日本糖尿病対策推進会議、厚生労働省
「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」（令和6年3月28日改定）
- ・日本糖尿病学会編・著「糖尿病治療ガイド2022-2023」，文光堂，2022
- ・日本腎臓学会「CKD診療ガイド2024」

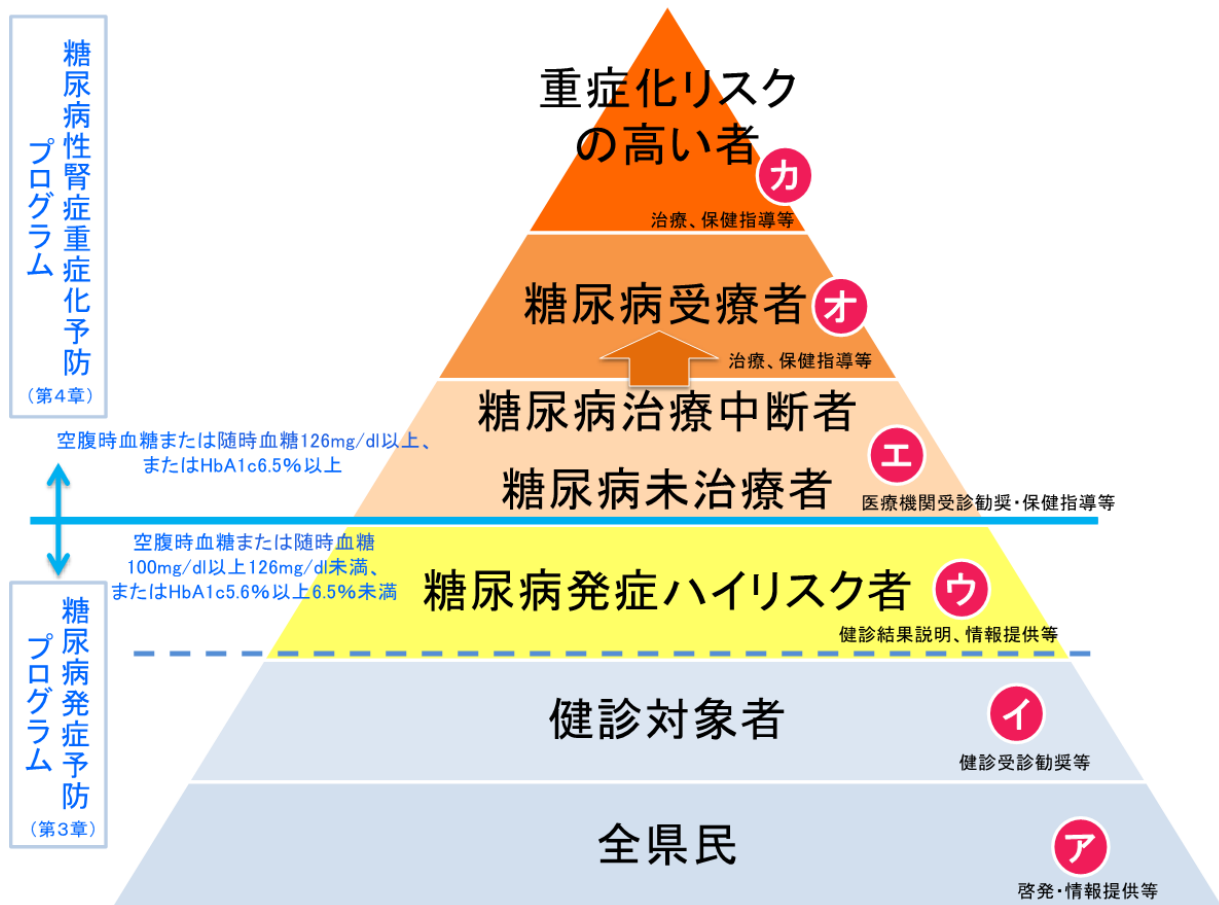
第2章 糖尿病対策の目標設定、取組及び役割



1 目標設定と取組概要

区 分		長期目標
一次予防	ア～ウ	糖尿病有病者の増加抑制（減少）
二次予防	エ～オ	①治療継続者の増加 ②血糖コントロール不良者の減少
三次予防	カ	①糖尿病性腎症の年間新規透析導入患者数の減少 ②合併症による QOL の低下・生命予後の改善

区分	対象	短期目標	介入方法
一次予防	ア 全県民	啓発、健康教育等により糖尿病発症予防に必要な生活習慣を身につける	啓発、情報提供、健康教育、保健指導等
	イ 健診対象者(医療機関受診者を含む)	健診により、自らの身体の状態を把握する	健診受診率向上のための啓発、健診受診勧奨等
	ウ 健診受診者のうち糖尿病発症ハイリスク者	健診結果説明や情報提供により、生活習慣を見直す	健診結果説明、情報提供等
二次予防	エ 糖尿病未治療者及び治療中断者	受診勧奨により医療機関を受診する	医療機関受診勧奨、保健指導等
	オ 糖尿病受療者	適切な治療及び保健指導を受ける	治療、保健指導等
三次予防	カ 糖尿病受療者のうち重症化リスクの高い者	糖尿病合併症（腎症含む）の悪化を防止する	治療、保健指導等



2 本指針の取組における県民及び各団体の役割

(1) 県民の役割

県民の健康の保持増進を図るためには、県民自らが生涯にわたって日常生活において健康の増進、疾病の予防等に取り組むことが基本[※]であることから、本指針においては次の2つを役割とする。

- ・ 疾病の予防、早期発見のため、適切な健診及び保健指導を受ける。
- ・ 健康及び医療に関する基本的な知識を学ぶこと等により自らの健康づくりに努める。

[※]宮崎県の地域医療を守り育てる条例（平成25年3月28日公布）

(2) 各団体の役割

【全団体共通】

- ・ 本指針を関係機関へ周知する。
- ・ 本指針の取組が円滑に実施できるよう協力する。
- ・ 県・二次医療圏レベルで協議会や検討会を実施するなど連携体制の強化を図る。
- ・ 本指針及び糖尿病連携手帳等を活用して多職種連携を図る。
- ・ 各団体の特性に応じた研修（医師研修、専門職研修等）を実施することにより、糖尿病発症予防及び糖尿病性腎症重症化予防の対策を行える人材の育成に努める。

【宮崎県医師会(郡市医師会)・宮崎県歯科医師会(郡市歯科医師会)・宮崎県薬剤師会(郡市薬剤師会)】

- ・宮崎県糖尿病対策推進会議等を活用し、かかりつけ医と糖尿病専門医や腎臓専門医、眼科医、歯科医、薬局薬剤師等との連携強化を図る。
- ・宮崎県医師会・宮崎県歯科医師会・宮崎県薬剤師会は、郡市の医師会・歯科医師会・薬剤師会に対して糖尿病発症及び糖尿病性腎症重症化予防に係る国や県における動向等を周知する。
- ・会員に対し、県や市町村、保険者等から取組についての相談があった場合には、可能な限り協力するとともに、取組に向けて積極的に対応するように促す。また、かかりつけ患者への特定健診の受診勧奨、又は特定健診関係項目を保険者へ情報提供するよう周知する。

【宮崎県糖尿病対策推進会議】

- ・各団体の活動状況を把握の上、市町村等との連携の窓口となる責任者を周知するなど自治体の取組に協力するよう努めるとともに、本県の糖尿病対策の進め方を検討する。
- ・構成団体に国・県の動向について周知し、医学的・科学的観点からの助言を行う。
- ・かかりつけ医が、糖尿病発症予防及び糖尿病性腎症重症化予防の視点に基づき、治療を行えるよう支援する。
- ・かかりつけ医に対し、専門医への紹介を行う基準や判断根拠等の周知を含めた医学的・科学的観点からの助言を行う。
- ・地域住民及び患者への啓発や医療従事者への研修を行う。
- ・歯科受診時、薬局来局時やイベント等の様々な場面で、糖尿病治療の中断又は十分な管理が出来ていないことが判明した住民に対し、可能な範囲で医療機関への受診勧奨を行う。

【宮崎県慢性腎臓病対策推進会議】

- ・各団体の活動状況を把握の上、本県の糖尿病性腎症重症化予防対策の進め方を検討する。
- ・「CKD in 宮崎」の開催（オンラインによる会議）など二次医療圏ごとの慢性腎臓病対策について検討や推進を図り、慢性腎臓病に関する知識の普及・啓発に努める。
- ・かかりつけ医が糖尿病性腎症重症化予防の視点に基づき、治療を行えるよう支援する。
- ・かかりつけ医に対し、専門医への紹介を行う基準や判断根拠等の周知等を含めた医学的・科学的観点からの助言を行う。
- ・歯科受診時や薬局来局時、イベント等様々な場面で、糖尿病治療の中断又は十分な管理が出来ていないことが判明した住民に対し、可能な範囲で医療機関への受診勧奨を行う。

【支援に携わる従事者の役割】

- ・眼科医及び歯科医は、これまでの経過や現状等を把握したうえで、専門的な治療に努めるとともに、かかりつけ医やその他診療科への紹介（逆紹介）を積極的に活用し、早期発見・早期治療、重症化予防に努める。定期的な受診継続についても支援する。
- ・薬局薬剤師は、服薬状況の管理・把握に努めるとともに、医療機関等関係機関と連携を図りながら、患者の理解度に応じた支援を行う。

【宮崎県保険者協議会】

- ・保険者間の取組の情報共有、取組実績の集約、各種データの調査・分析を行い、保険者による指針に基づく取組を推進する。
- ・県民（被保険者）に対する健康づくり（糖尿病性腎症重症化予防を含む）の啓発を行う。
- ・特定健診及び後期高齢者健診の受診率向上に積極的に取り組む。

【市町村】

- ・行政としての住民を対象とした健康づくり施策と、保険者としての被保険者を対象とした保健事業について、相互で整合性を図りながら、取組を推進する。
- ・庁内での連携体制を整え、共通認識のもと、糖尿病発症予防・糖尿病性腎症重症化予防事業に取り組む。実施にあたっては、特に健康増進部門と国民健康保険部門の連携を深め、保健師や管理栄養士などの専門職や事務職の人材を効率的に活用する。
- ・後期高齢者医療広域連合との連携を密にし、保健事業の一体的な実施を推進するとともに継続的な評価ができるよう体制づくりに取り組む。
- ・本指針を参考に、郡市医師会等各関係団体と連携して地域の実情に応じた取組を行う。事業の目標設定や企画、実施方法、評価等を共有する。
- ・PDCAサイクル（地域の健康課題の分析、立案、実施、評価、改善）に基づき、各種事業を展開する。課題分析においては、その地域が有する保健医療等に関する資源の実態（社会資源、専門的な医療人材の有無や数、かかりつけ医や専門医療機関との連携体制の状況など）を明らかにする。
- ・事業計画の立案については、様々な観点から総合的に判断した上で、保健指導や受診勧奨の内容について検討する。
- ・健康・医療情報から未治療者、治療中断者、コントロール不良者を抽出し、継続的に追跡できることや被用者保険等の他部門、他機関と連携した包括的な支援が行えることは自治体の保健指導の強みであることから、積極的な活用を図り、医療機関との更なる連携強化に努める。
- ・保健指導の効果的な実施のためには人材の資質向上が重要であり、積極的な研修会等への参加などプログラムに関する知識を得るよう努める。
- ・市町村国保では、国保被保険者を対象に保健事業を展開するが、同様の事業は被用者保険でも展開される。被保険者は、市町村国保と被用者保険の間を異動することもあるため、地域での取組に当たっては、そうした被用者保険の取組と連携することも重要である。

【後期高齢者医療広域連合（以下、広域連合）】

- ・国保との連携を密にし、保健事業の一体的な実施を推進するとともに、継続的な評価ができるよう体制づくりに取り組む。
- ・国保の保健事業と一体的に実施できるよう調整するなど、市町村の関係各課との連携を図り、広域連合と市町村の役割分担や連携体制を整えて実施にあたる。
- ・高齢者の健康状態や医療費等の状況について、県全体を俯瞰して健康・医療情報を分析加工した統計資料等を提供し、事業企画・評価などを市町村とともに実施する。

【その他の保険者】

- ・本指針を参考に、関係機関と連携して、実情に応じた取組を行う。
- ・PDCAサイクル（被保険者や地域の健康課題の分析、立案、実施、評価、改善）に基づき、保健事業を展開する。
- ・被保険者の加入保険者の変更がある場合には、被保険者の不利益や治療・指導中断が生じることのないよう、被保険者の居住する市町村や企業等との情報共有や連携を図る。
- ・特定健診の受診率向上に積極的に取り組む。

【国保連合会】

- ・支援を必要とする市町村や広域連合に対し、専門性の高い支援を行うとともに、取組状況等から支援の必要性はあるが支援をうけていない市町村等に対しても、県と連携して、積極的に支援する。
(KDB の活用によるデータ分析・活用支援、データヘルス計画策定の際の健康・医療情報による課題抽出、事業実施後の評価分析などにおける有識者で構成される保健事業支援・評価委員会による支援、国保連合会独自の支援など)

【宮崎県】

- ・ 県内の医療体制の構築や連携体制の推進に取り組み、二次医療圏ごとの取組にばらつきが生じないように支援を行う。
- ・ 関係部署の連携を密に行い、具体的な課題や情報を共有した取組を推進する。
- ・ データ分析や評価、事業実施等の支援、市町村や広域連合の担当者への研修の実施等を通して、計画的に県としての人材育成・人材確保支援を実施する。保健所の機能や人材を活用した取組を推進する。
- ・ 保健所は、地域分析の実施主体や市町村・広域連合の身近な相談相手としての役割を果たすよう努めるとともに、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・広域連合への支援を積極的に実施する。
- ・ 県内の健康課題等に関する俯瞰的な整理を行うとともに、市町村や広域連合が現状分析や計画の立案、評価等を行うにあたり、活用可能なデータを提供する。市町村や広域連合における事業実施状況を定期的に把握し、取組にばらつきがないよう重点的支援等を考慮する。
- ・ 県民に対し、糖尿病に関連する生活習慣の改善に向けて、県の各種計画との整合性を図りながら、健康づくりの啓発や各種健診の推進に取り組む。
- ・ 医療費の適正化を推進し、主体的に糖尿病性腎症重症化予防に取り組むとともに、重症化予防に取り組む市町村や広域連合への支援を行う。
- ・ 市町村が策定する各種計画において糖尿病性腎症重症化予防の取組が市町村全体の取組として進められるよう支援する。

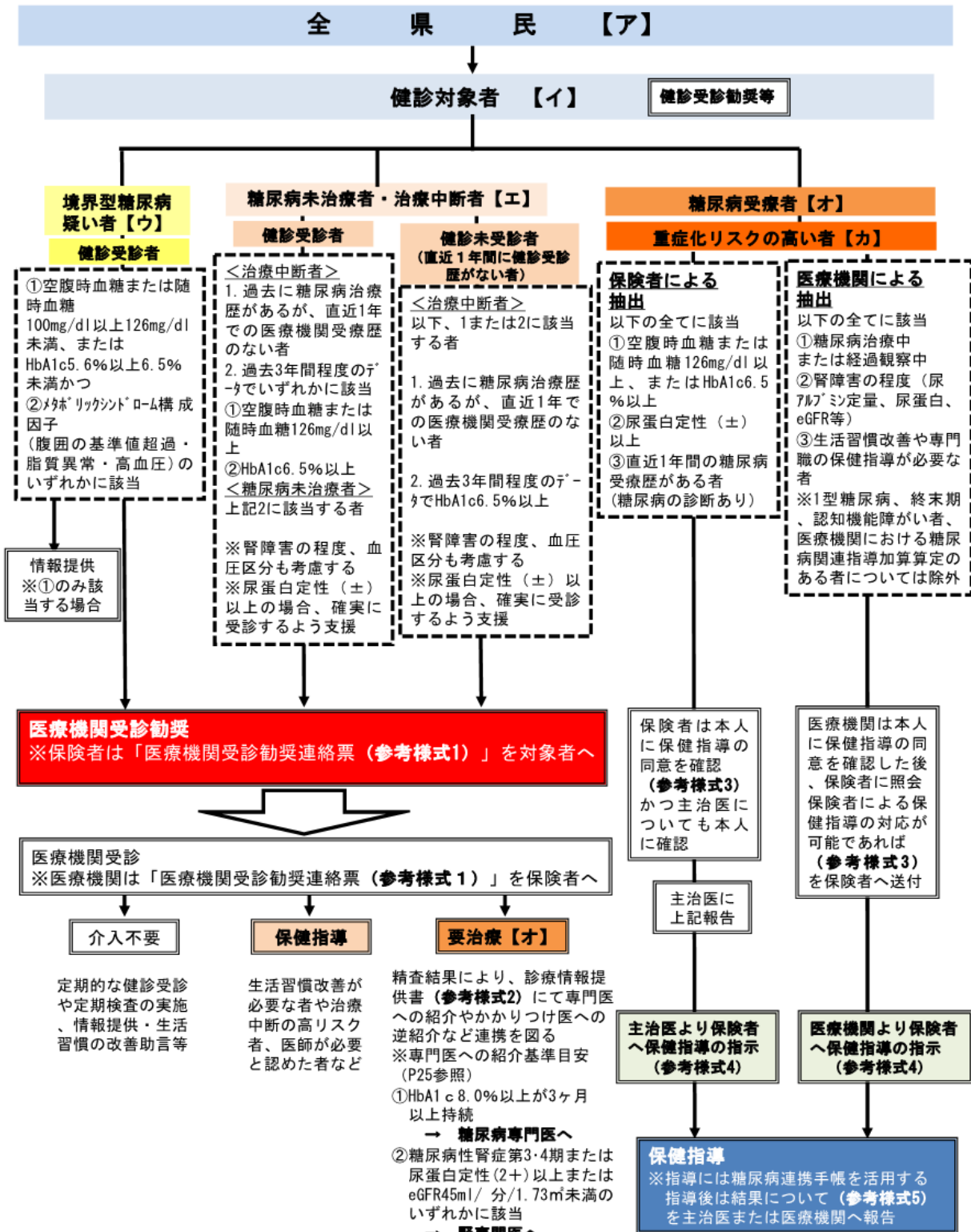
（３）専門医・かかりつけ医の役割

- ・ 各団体の取組が円滑に実施できるよう協力する。
- ・ 各医療機関は糖尿病発症予防及び糖尿病性腎症重症化予防の視点を持ち、糖尿病連携手帳を活用する。各地域の自治体と医療機関が共同して取り組んでいる糖尿病や慢性腎臓病に対する医療連携システムを有効に活用し、必要時はかかりつけ医と専門医が相互に紹介（逆紹介）を行いながら、治療を行う。
- ・ 歯周病と糖尿病は相互に関係していることから、歯科医はかかりつけ医や専門医と相互に紹介（逆紹介）を行い、連携を図る。
- ・ 医療機関での保健指導では、十分な効果が期待できない場合（医療機関に保健指導を行える環境がない場合等）や治療中断の可能性がある患者等については、保険者等との連携により保健指導等のアプローチを行う。
- ・ 患者に対し、特定健診の受診勧奨を行う。
- ・ 保険者に対し、連絡票や指示書等を活用して、特定健診関係項目の情報提供を行う。

第3章 糖尿病発症予防プログラム

この章では、健康な状態及び健診等検査結果で空腹時血糖又は随時血糖 126mg/dl 未満、又は HbA1c6.5%未満の対象者に対する各団体の取組について記載する。

[図1 対象別全体フロー図]



区分 [ア]	
対象者の基準	全県民
短期目標	啓発、健康教育等により糖尿病発症予防に必要な生活習慣を身につける
介入方法	糖尿病は、食事、運動等の生活習慣が発症に関わるとされることから、健康な時期からの、食事や運動等をはじめとする正しい生活習慣の定着が重要である。 全県民を対象とするが、対象を絞った介入も考えられる。 <全団体> - 各団体の作成した啓発資料や健康教育の案内ちらし等を掲示するなど、可能な範囲で協力する。 <県> 「健康みやざき行動計画21」に基づく普及啓発をはじめ、「健康長寿社会づくりプロジェクト推進事業」等の活用により、野菜摂取量や身体活動量の増加等の生活習慣の改善について啓発を行う。 - 全県民に対し、糖尿病と歯周病の関連など歯科保健について正しい知識の啓発を行う。 - 庁内各部局をはじめ、関係機関に情報提供を行うとともに、連携しながら取組を展開する。 <市町村> - ライフステージ各期に適した啓発や健康教育を行う。 →乳幼児期から高齢期まで対象とする施策の実施主体であることから、「健康みやざき行動計画21」を参考に庁内及び関係機関と連携し、啓発を行う。 <保険者> - 市町村同様、可能な限り、被保険者の特性に応じた啓発や健康教育に取り組む。 →被保険者証交付時や特定健診結果送付時に、検査値の見方や生活習慣の改善を記載した啓発ちらし等を送付するほか、特定健診等検査結果説明会での情報提供を行う。 - 市町村等の各団体との連携した取組や情報共有を行う。

区分 [イ]	
対象者の基準	健診対象者（医療機関受診者を含む）
短期目標	健診により、自らの身体の状態を把握する
介入方法	定期的な健診受診や医療機関受診がない場合、自らの身体の状態を把握する機会が少なくなるだけでなく、疾患を早期に発見する機会がなくなる。 健診受診勧奨や健診結果説明の際には、健診を受けることだけではなく、健診により、本人が自身の身体の状態を明確に把握できるような介入が必要である。 ＜保険者＞ ・健診の受診機会の拡大（夜間や休日に受診できるようにする等）に努めるとともに、年1回の継続した健診受診を促す積極的な取組を行う。 → 未受診者に対しては、未受診の理由を把握した上で、複数年の健診未受診者に対する訪問や、地区組織や関係機関と連携し多方面からの健診受診勧奨を行う。 ・医療機関との適切な連携により、かかりつけ医の診療における検査を積極的に活用する。 ・健診結果の見方が理解できるような結果説明（又は説明文書の送付）を行う。 ・継続的な健診受診が、自身の身体状態を把握し、生活習慣を見直す機会になることを説明。 ＜医療機関＞（歯科医療機関を含む） ・患者に対して健診受診を促す。^{※1※2} → 他疾患受診中の患者やかかりつけ患者の健診受診状況を問診等の適切な方法により把握し、以下に取り組む。 ① 健診既受診者：年1回の健診受診の継続を促す。 ② 健診未受診者：年1回の健診受診勧奨、又は健診検査項目の検査結果を保険者に情報提供することを検討する。 ・健診受診結果検査値等を診療へ活用する。 ^{※1}特定健診は、「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づき、保険者に義務づけられた健診であり、同法第29条第2項において、実施にあたっては、医療機関を含む関係機関との連携に努めなければならないこととされている。 ^{※2}保健指導等保健事業の実施に際しては、経年的な健診結果をもとに対象者抽出を行うため、健診結果がない場合、保健事業が真に必要な者が対象者から除外されてしまう可能性がある。そのため、上記取組の積極的な活用を考慮する。

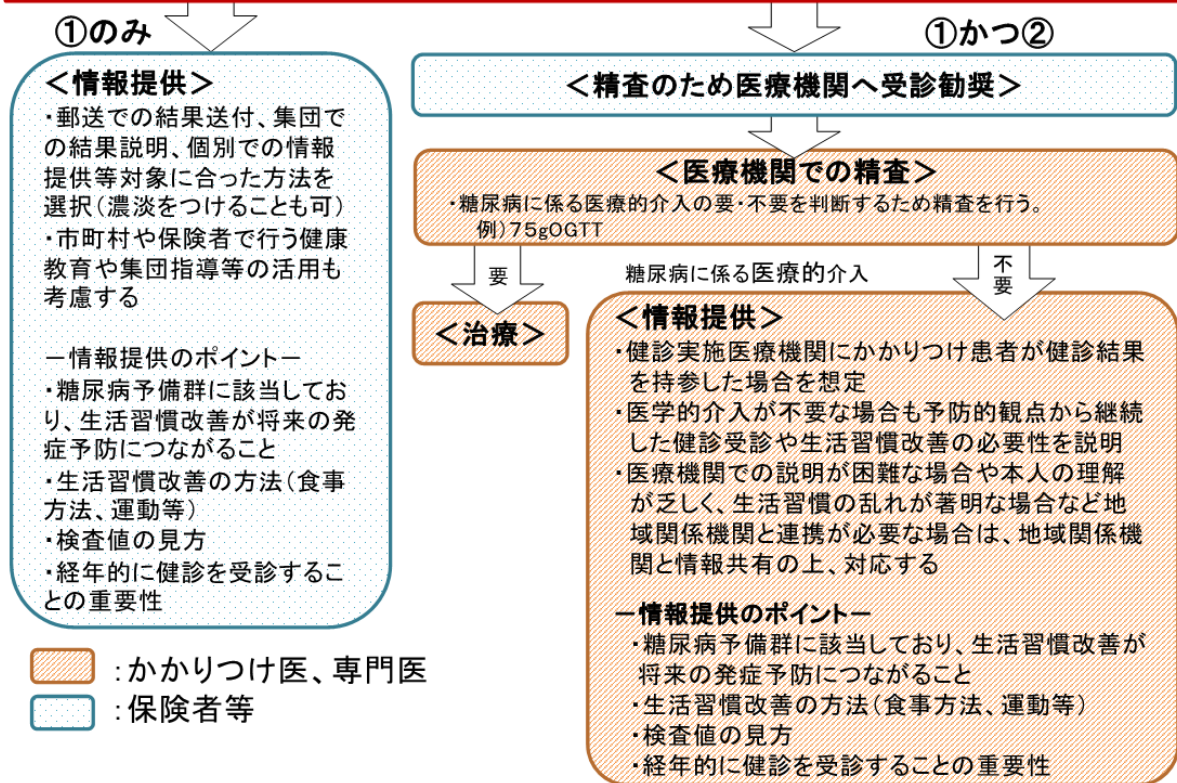
区分 [ウ]	
対象者の基準	健診受診者のうち糖尿病発症ハイリスク者 (境界型糖尿病が疑われる者)
短期目標	健診結果説明や情報提供により、生活習慣を見直す
介入方法	空腹時血糖正常高値等により境界型糖尿病が疑われる者については、生活習慣の重要性や検査値の意味などを情報提供することが必要である。 加えて、メタボリックシンドロームの構成因子（腹囲の基準値超過、脂質異常、高血圧）のいずれかを有する場合は、医療機関での精査を行い、発症予防に向けた早期介入が推奨される。 [図2 区分 [ウ] 境界型糖尿病が疑われる際の対応] 参照 <保険者> - 対象者の生活習慣改善に向けた動機付けが図られるよう丁寧な健診結果説明・情報提供（保健指導）を行う。 → 将来の糖尿病や糖尿病性腎症の発症予防に向け、血糖・血圧コントロールの必要性、減塩等について、継続的に情報提供を行うことが望ましい。 → 特に、専門職等の介入が可能な場合は、生活環境や理解度に応じて、実施内容の濃淡をつけることも可能であり、高齢者への指導については、フレイル等にも留意する。 - 境界型糖尿病が疑われる健診結果（図1参照）に加え、メタボリックシンドロームの構成因子（腹囲の基準値超過、脂質異常、高血圧）のいずれかを有する場合は、医療機関での精査が推奨されるため、受診勧奨を行う。 - 医療機関への受診勧奨を行う際は、対象者の受診状況、受診結果等を把握するため、医療機関と情報共有を行い、確実な受診やその後のフォローが行われるよう、医療機関と連携体制を構築する。 <医療機関> - 境界型糖尿病が疑われる健診結果に加え、メタボリックシンドロームの構成因子（腹囲の基準値超過、脂質異常、高血圧）のいずれかを有する者が、医療機関に受診した場合、精査（75gOGTT等）を行う。 - 精査の結果、糖尿病に係る医学的介入は必要ないと判断された場合についても、予防的観点から、生活習慣の改善や定期的な健診受診の必要性を助言する。 - 保険者から情報共有や連携を求められた際は、連絡票や指示書を積極的に活用するなど協力を行う。

[図2 区分[ウ] 境界型糖尿病が疑われる際の対応]

【区分[ウ] 境界型糖尿病が疑われる際の対応】

健診結果

- ①空腹時血糖または随時血糖100mg/dl以上126mg/dl未満、または HbA1c 5.6%以上6.5%未満
②メタボリックシンドロームの構成因子(腹囲の基準値超過、脂質異常、高血圧)のいずれかを有する



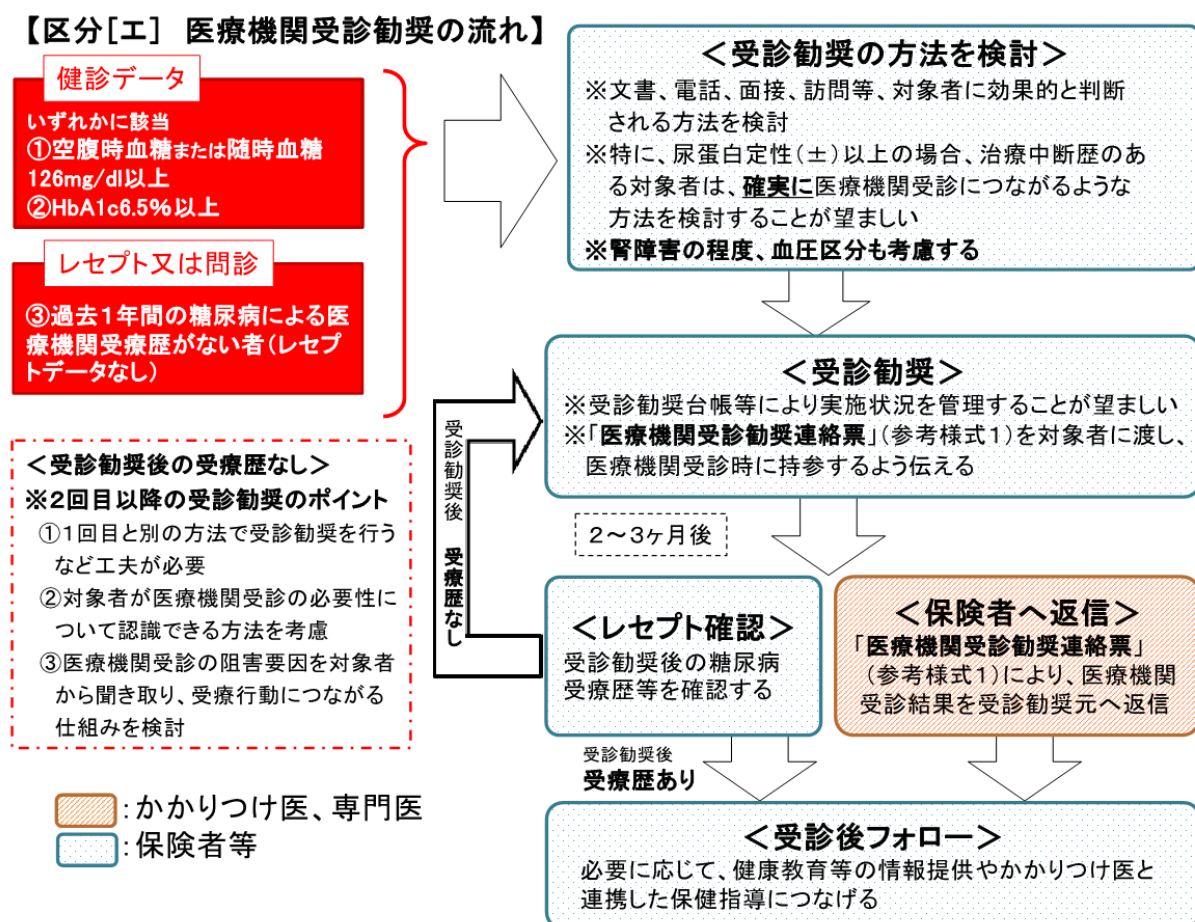
第4章 糖尿病性腎症重症化予防プログラム

この章では、合併症の中でも特に、糖尿病性腎症重症化予防の取組として、空腹時血糖又は随時血糖 126mg/dl 以上、又はHbA1c6.5%以上の対象者に対する各団体の取組について記載する。

区分 [エ]	
対象者の基準	健診受診者のうち糖尿病未治療者及び治療中断者／健診未受診者（直近1年間に健診受診歴がない者）のうち治療中断者 <参考> [健診データ] ① 空腹時血糖又は随時血糖*126mg/dl 以上 ② HbA1c6.5%以上 ※空腹時血糖は絶食10時間以上、随時血糖は食事開始時から3.5時間以上絶食10時間未満に採血が実施されたものとする。 [レセプト又は問診] ③ 過去1年間の糖尿病による医療機関受療歴のない者（レセプトデータなし） [必要に応じて] 腎障害の程度、血圧区分も考慮する。
	(1) 糖尿病未治療者 ・過去3年間程度の健診データで、上記①又は②に該当する者 → 特に直近1年で糖尿病に関する医療機関受療歴がない者への介入が重要 (2) 治療中断者 ・過去に糖尿病治療歴があり、上記③に該当する者 <健診受診者> ・過去3年間程度の健診データで上記①又は②に該当する者 <健診未受診者（直近1年間に健診受診歴がない者）> ・過去3年間程度の健診データで上記②に該当する者
短期目標	受診勧奨により医療機関を受診する

介入方法	確実に継続的な医療機関受診行動につながる介入が必要である。 〔図3 区分〔エ〕医療機関受診勧奨の流れ〕参照 ＜保険者＞ ・文書送付、電話、個別面接、戸別訪問など医療機関受診へとつなげる受診勧奨を実施する。 ・対象者の状況に応じて、受診勧奨や保健指導を組み合わせ、対象者本人が医療機関受診の必要性を十分理解でき、受診行動につながるまで関わるなど、緊急度に応じた介入の強弱をつけて実施する。 ・前年度健診データや当年度の糖尿病に係る検査データが著しく悪い者、腎障害の存在が疑われる者、受診勧奨項目が血圧等で重複する者については、介入優先順位を高くするなど、保険者の有するマンパワーや特性に応じて決定する。 ・受診が確認されない場合は、勧奨方法を見直しの上、再度、受診勧奨を試みる。 ・治療中断歴のある者については、再中断に至るリスクが想定されることから、受診継続についての抵抗要因を把握した場合は、医療機関等との情報共有や生活環境の整備など、抵抗要因の軽減に向けた支援を行う。 ・受診勧奨に伴う医療機関への連絡方法として、参考様式1（医療機関受診勧奨連絡票）の活用を検討する。 ＜医療機関＞ ・受診勧奨により医療機関を受診した場合は、受診結果（診断結果等）を参考様式1（医療機関受診勧奨連絡票）により受診勧奨元へ返信するなど情報の共有及び連携を行う。
------	--

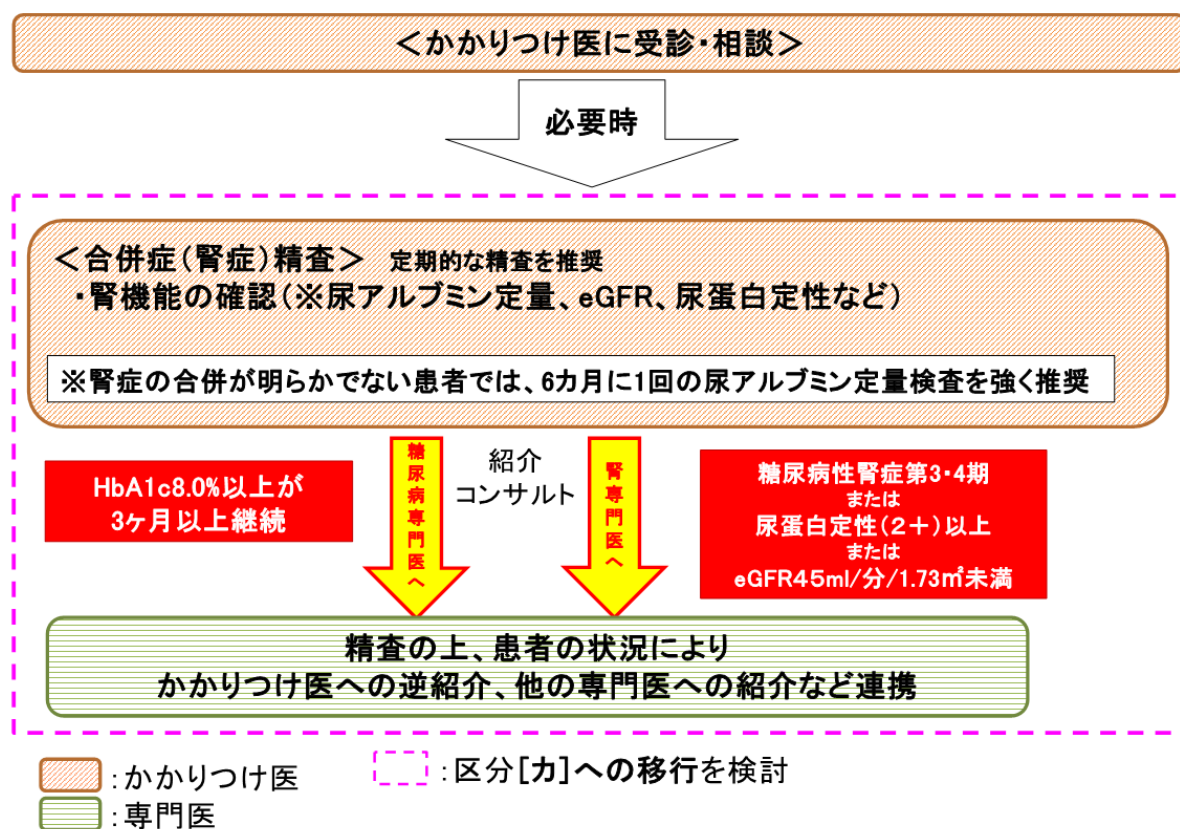
[図3 区分[エ] 医療機関受診勧奨の流れ]



区分 [オ]	
対象者の基準	糖尿病受療者
短期目標	適切な治療及び保健指導を受ける
介入方法	適切な治療継続が図られるよう、関係機関の連携のもと、切れ目のない適切な医療を提供することが必要である。 [図4 区分 [オ] 専門医介入までの流れ] 参照 ＜宮崎県医師会(郡市医師会)・宮崎県糖尿病対策推進会議・保険者＞ ・本県では、専門医の配置状況に地域差があることから、糖尿病及び糖尿病性腎症の治療や重症化予防等に携わる医師を対象とした糖尿病治療技術等に関する研修等を開催するほか、専門医とかかりつけ医をつなぐ体制づくりを行う。 ・地域の実情に応じて、地域レベルでの専門医、かかりつけ医との医療連携体制や関係機関連携体制の構築を考慮する。 ＜医療機関＞ ・保険者等の受診勧奨により受診した患者について、精査した結果、糖尿病に係る医療的介入が必要ないと判断された場合も含め、参考様式1（医療機関受診勧奨連絡票）を受診勧奨した保険者に返信する。 →保険者が行う保健指導等の基礎データとなるため可能な限り返信する。 ・「糖尿病治療ガイド」（日本糖尿病学会）等を参考に治療を行う。 ・合併症の発症の有無を定期的に精査する必要がある。（詳細については第5章） →糖尿病性腎症の早期発見のため、定期的な腎機能検査（尿アルブミン定量検査）を行う。 ・医療機関において保健指導の実施が可能な場合は、保健指導を行う。 →腎障害が認められるなど、生活習慣の改善が必要であり、専門職による保健指導が必要であると医師が判断した者については、後述する区分 [カ] の取組への移行を検討する。区分 [カ] に該当しない場合についても、治療中断のリスクが高いと判断される患者については、本人の思いや生活状況を踏まえた保健指導が効果的な場合があることから、可能な範囲で治療と保健指導の連携を検討する。 →関係機関のマンパワーや対応可能な事項について、事前に情報共有の上、連携のあり方や課題を検討しておくことが望ましい。 ・かかりつけ医と糖尿病専門医、腎専門医等との十分な連携を図り、紹介や逆紹介を行う。（参考様式2の活用を検討する） ・他科受診の場合、患者に糖尿病連携手帳の持参を指導し、他科との連携を図る。 ＜保険者＞ ・医療機関から生活状況を踏まえた保健指導を求められた場合、情報を共有しながら、対応可能な範囲で、対象者の生活習慣の改善に向けた保健指導を実施する。

[図4 区分[オ] 専門医介入までの流れ]

【区分[オ] 専門医介入までの流れ】

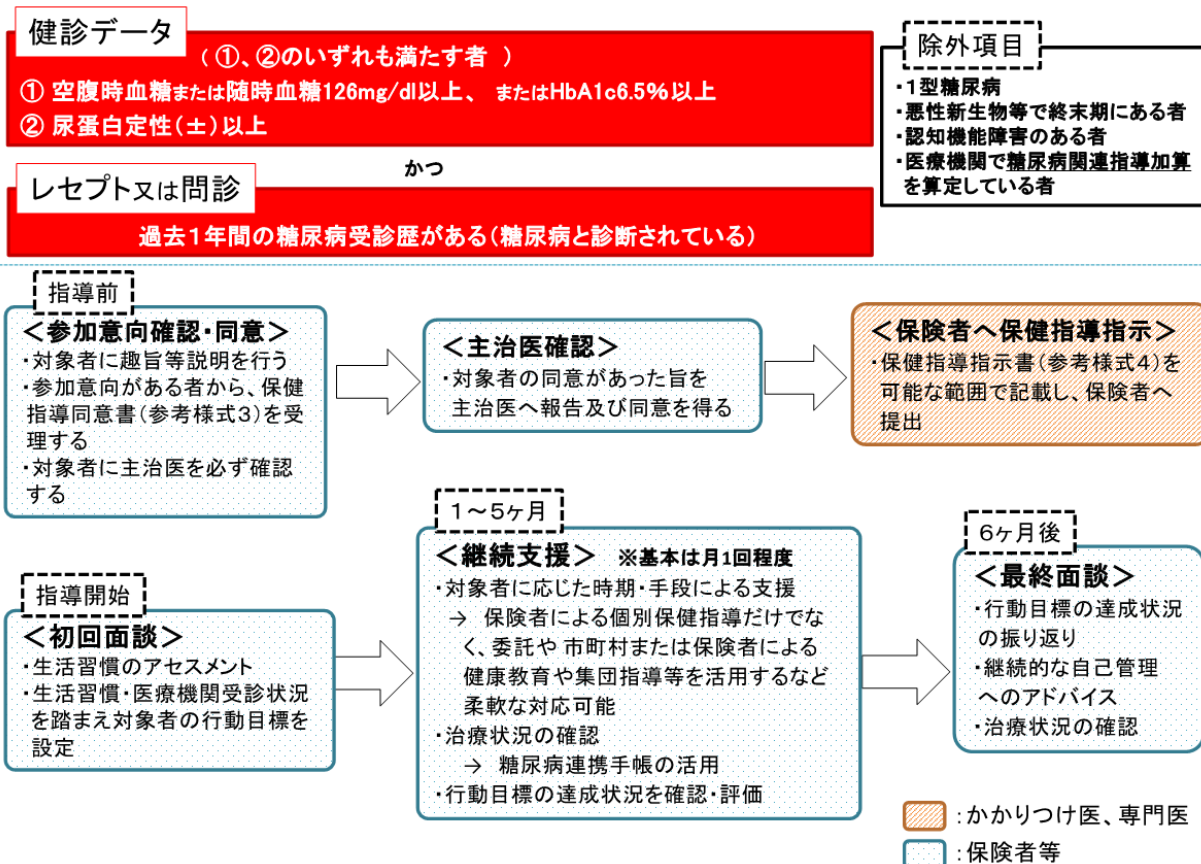


区分 [カ]	
対象者の基準	糖尿病受療者 [オ] のうち重症化リスクの高い者 〈保険者による抽出〉※¹ ①～③を全て満たす者 〔健診データ〕 ① 空腹時血糖又は随時血糖 126mg/dl 以上、又は HbA1c 6.5%以上 ② 尿蛋白定性（±）以上 〔レセプト又は問診〕 ③ 直近 1 年間の糖尿病受診歴がある者 〈医療機関による抽出〉※¹ 次の①、②のいずれも満たす者のうち、生活習慣の改善が必要であり、専門職による保健指導が必要と医師が判断した者 ① 糖尿病治療中又は経過観察中 ② 腎障害の程度（尿アルブミン定量、尿蛋白、eGFR 等）
	・糖尿病透析予防指導管理料、生活習慣病管理料等が算定されている者は、基本的に医療機関の専門職で対応する。 ・患者や地域の状況から、医療機関と保険者による連携対応を要する※²と判断される場合は、両者での協議等を行う。 ※¹以下の者は、除外する。 ・ 1 型糖尿病 ・ 悪性新生物等で終末期にある者 ・ 認知機能障害のある者 ・ 糖尿病透析予防指導管理料又は生活習慣病管理料等が算定されている者 ※²保険者との連携による保健指導を必要とする者の例 ・ 治療を中断しがちな者、医療機関での専門職配置がなく保健指導が困難な者
短期目標	糖尿病合併症（腎症含む）の悪化を防止する
介入方法	保険者と医療機関とで情報共有を行い、医療機関における受診状況、医師の指示、血糖や血圧のコントロール目標と、保険者による食事、運動、禁煙等の保健指導が連携することにより、対象者の行動変容や自己管理の状況が相互に確認できることから、治療と保健指導等の適切かつ効果的な実施が図られ、合併症重症化を防止することが期待される。 ＜保険者・医療機関＞ 以下参照 〔図 5 区分 [カ] <u>保険者</u>が選定する場合〕 〔図 6 区分 [カ] <u>医療機関</u>が選定する場合〕 ・保健指導にあたっては、治療中断のリスクが高いと判断される患者については、本人の思いや生活状況を踏まえた保健指導を行うことが重要である。

介入方法	・介入手段は、以下を参考に、事例や保険者のマンパワー等を検討し、保険者が適当と認める方法で行う。 ① 特定健診結果通知（健診結果説明会含む） ② 特定健診結果と別郵送による通知 ③ 電話 ④ 個別面接 ⑤ 戸別訪問 ・保健指導に関連する参考様式を別途（参考様式3～5）提示する。 →患者は住所地市町村外に所在する医療機関を受診することもあることから、団体・地域で様式を定める際は、本プログラムで示す方針を踏まえ、同様の内容を検討する。 ・保健指導を実施する専門職は、糖尿病患者への保健指導のための専門研修等を受けることが望ましい。 ＜保健指導内容＞ ・病期に応じた保健指導を行うことが望ましい。 <table border="1" data-bbox="557 804 1358 1200"> <tr> <td rowspan="8">各病期共通</td><td>医療機関受診の状況確認</td></tr> <tr> <td>糖尿病治療内容の確認</td></tr> <tr> <td>医療機関受診継続の指導</td></tr> <tr> <td>医師の指示に基づく食事・運動指導</td></tr> <tr> <td>禁煙、適量飲酒等の保健指導</td></tr> <tr> <td>血糖・血圧のコントロール状況</td></tr> <tr> <td>行動変容状況の確認</td></tr> <tr> <td>自己管理の実施状況の確認</td></tr> <tr> <td rowspan="2">糖尿病性腎症 第3期以上</td><td>合併症管理状況の確認</td></tr> <tr> <td>腎関係治療状況の確認</td></tr> </table>	各病期共通	医療機関受診の状況確認	糖尿病治療内容の確認	医療機関受診継続の指導	医師の指示に基づく食事・運動指導	禁煙、適量飲酒等の保健指導	血糖・血圧のコントロール状況	行動変容状況の確認	自己管理の実施状況の確認	糖尿病性腎症 第3期以上	合併症管理状況の確認	腎関係治療状況の確認
各病期共通	医療機関受診の状況確認												
	糖尿病治療内容の確認												
	医療機関受診継続の指導												
	医師の指示に基づく食事・運動指導												
	禁煙、適量飲酒等の保健指導												
	血糖・血圧のコントロール状況												
	行動変容状況の確認												
	自己管理の実施状況の確認												
糖尿病性腎症 第3期以上	合併症管理状況の確認												
	腎関係治療状況の確認												

[図5 区分[カ] 保険者が選定する場合]

【区分[カ] 保険者が選定する場合】

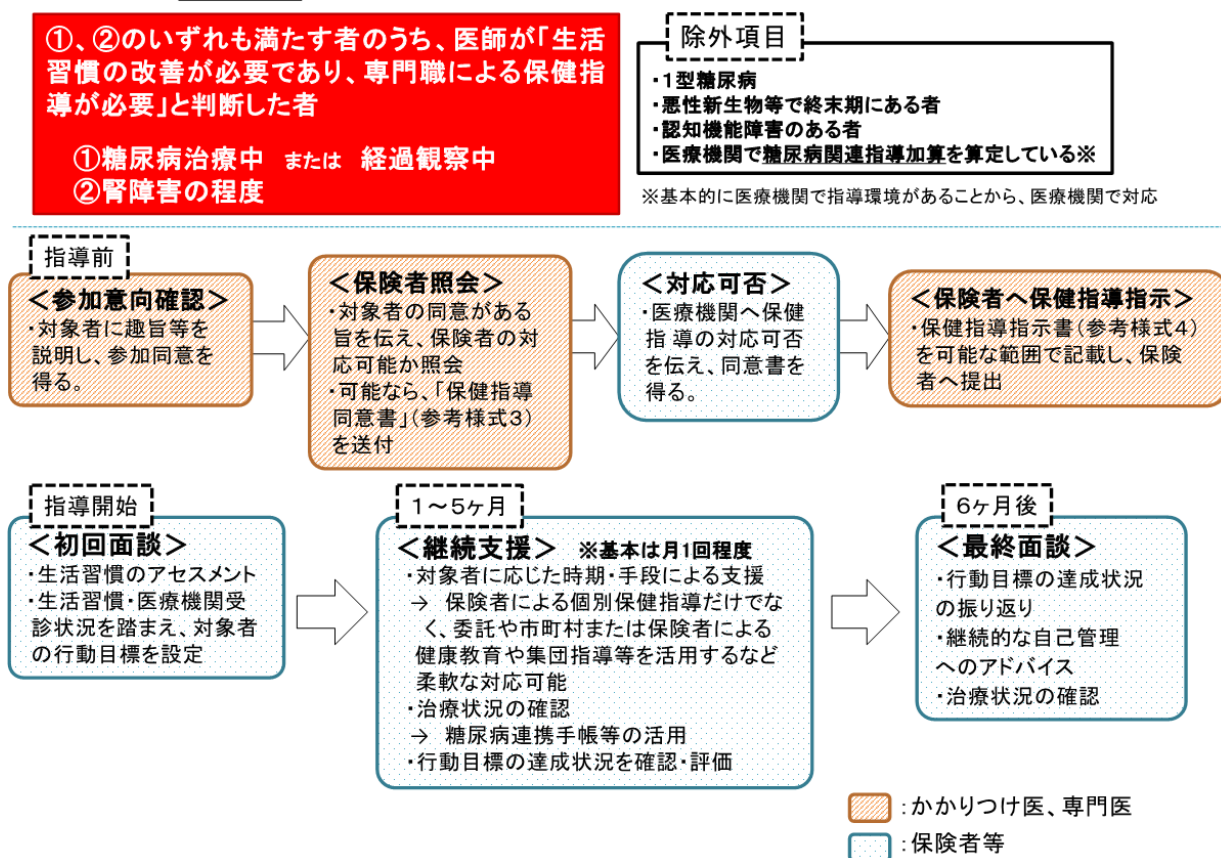


＜保険者と医療機関の情報連携ツール＞

指導前	医療機関は「保健指導指示書」(参考様式4)により、指導ポイントを保険者へ指示
指導中	「糖尿病連携手帳」を活用し、医療機関は治療・検査状況を記載、保険者は指導状況を記載
指導終了後	保険者は、指導終了後、「保健指導実施報告書」(参考様式5)により、保健指導結果を医療機関へ報告

[図6 区分[カ] 医療機関が選定する場合]

【区分[カ] 医療機関が選定する場合】



＜保険者と医療機関の情報連携ツール＞

指導前	医療機関は「保健指導指示書」(参考様式4)により、指導ポイントを保険者へ指示
指導中	「糖尿病連携手帳」を活用し、医療機関は治療・検査状況を記載、保険者は指導状況を記載
指導終了後	保険者は、指導終了後、「保健指導実施報告書」(参考様式5)により、保健指導結果を医療機関へ報告

第5章 かかりつけ医と専門医の介入

1 医療機関と関係機関の連携

- ・前述のとおり、糖尿病は発症予防から合併症重症化予防まで、関係機関と連携した取組が必要である。
- ・関係機関の保健指導等と治療が方向性の一致した介入を行うことで、対象者により高い効果が生じることが見込まれる。
- ・医療機関が保健指導の実施が必要と判断した場合には、保険者への情報提供と適切な指示を行い、保健指導開始後は、指導状況の把握に努め、状況に応じて適切な助言を行う。
- ・保険者は、医療機関への適切な状況報告や相談を行うなど積極的な介入を検討する。
- ・患者には、他科受診の際も糖尿病連携手帳を持参し、他機関と連携が図られるよう指導する必要がある。

2 かかりつけ医と専門医の連携

- ・治療にあたっては、糖尿病治療ガイド（日本糖尿病学会）等を参考に実施することが求められる。
 - かかりつけ医は、病歴聴取や診察、保険診療における検査等により、対象者の病期判断、循環器疾患等のリスクや糖尿病合併症（網膜症等含む）の状況を把握し、適切な治療と本人への指導を行うことが必要である。
- ・糖尿病治療の経過中、必要に応じた各専門医等との連携が求められる。
 - 本指針での専門医への照会やコンサルトの基準については、前述の[図4 区分「オ」専門医介入までの流れ]を確認する。
 - 本指針に記載されていない専門医等への紹介基準については、糖尿病治療ガイド（日本糖尿病学会）を確認する。（表1 専門医への紹介基準の目安）
- ・糖尿病腎症管理には、定期的な尿検査、クレアチニン検査、尿アルブミン定量検査等の実施が必要である。
 - これらの検査は、特定健診等で必須項目となっていないため、医療機関を受診し、糖尿病の確定診断をした場合、上記検査結果及びその重症度を確認する。
 - 特に、糖尿病かつ尿蛋白定性（－）の患者の中には、糖尿病性腎症に該当する者も含まれるため、尿アルブミン定量検査によって精査する必要がある。
- ・上記検査項目については、合併症の早期発見をはじめ、保健指導実施の際における重要な指標となるため、経過観察中や治療継続中においても、定期的に検査を実施することが望ましい。
- ・糖尿病の合併症の1つとして、歯周病及び歯の喪失等のリスクがあることから、医科歯科連携も念頭に置き、歯科への受診勧奨を行うことも必要である。

[表1 専門医への紹介基準の目安]

糖尿病専門医 へ紹介	○薬剤を使用しても十分な血糖コントロールが得られない場合 ○一旦良好なコントロールが得られていたのに次第にコントロール状態が悪化した場合 ○血糖コントロールの目標値が達成できない状態が3ヶ月以上持続する場合 ○新たな治療を導入する場合 ○インスリン依存状態の治療 ○食事・運動療法、服薬、インスリン注射、血糖自己測定など、外来で十分指導ができない場合の教育入院を検討する場合 ○糖尿病ケトアシドーシス、高浸透圧高血糖状態の急性合併症が疑われる場合 <参考> 日本糖尿病学会編・著：糖尿病治療ガイド2022-2023，P111-112，文光堂，2022
腎専門医へ紹介	※年1回の尿検査と血清クレアチニン検査でCKDの評価を行う。 糖尿病の場合、糖尿病性腎症の早期診断のために尿アルブミン/クレアチニン比(mg/gCr)の定量検査で判断することが必要。 ※定期的（3～6ヶ月に1回）尿中アルブミン検査の実施を推奨 ※基本的には、第4章 区分「オ」に該当する場合は、腎専門医への紹介を推奨するが、以下の場合についても紹介を検討する。 ○高度蛋白尿：尿蛋白/Cr比0.50g/gCr以上または2+以上 ○尿蛋白と血尿がともに陽性1+以上 ○eGFR45ml/分/1.73m²未満（40歳未満は<60） ○遅くとも尿アルブミン/クレアチニン比が300mg/gCrを超えたとき
歯科医へ紹介	○歯肉からの出血、腫脹がある場合 ○口臭がある場合
眼科医へ紹介	※糖尿病診断時に必ず眼科受診を指導する。眼科受診間隔は以下が目安となる。 網膜症なし・・・・・・・・・・・・・1回/1年 単純網膜症・・・・・・・・・・・・・1回/6カ月 増殖前網膜症・・・・・・・・・・・・・1回/2カ月 増殖網膜症・・・・・・・・・・・・・1回/1カ月 ※上記の診療間隔は目安であり、症状により短縮・延長が必要。受診した眼科医の指導に従う。
かかりつけ医 へ紹介	○症状が安定 ○血糖コントロールが良好 ○自己管理ができる ○インスリン導入が良好 など
上記以外の 専門医へ紹介	糖尿病治療ガイドを参考に、循環器科等への紹介を行う。

第6章 情報共有と事業評価

1 情報共有

地域や職域等での各団体の取組状況を把握・情報共有し、各地域や県全体の課題を検討することで、糖尿病対策のより一層の推進が図られると考えられる。この課題検討の場として、宮崎県糖尿病対策推進会議や保健所の活用を考慮する。

2 事業評価

保険者は、計画策定時に設定した目標や評価指標、評価方法に基づいて、ストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカムの視点で評価を行うとともに、必要に応じ、取組の見直しを実施する。

表2に評価指標の例を示す。評価指標の設定に当たっては、保険者が策定するデータヘルス計画等、関係する計画の目標や評価指標等も踏まえて設定する。

[表2 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。

<参考：糖尿病血糖コントロール目標>

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

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

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

出典：日本糖尿病学会編・著：糖尿病治療ガイド2022-2023

<参考：高齢者糖尿病の血糖コントロール目標>

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

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

注1) 認知機能や基本的ADL(着衣、移動、入浴、トイレの使用など)、手段的ADL(IADL: 買い物、食事の準備、服薬管理、金銭管理など)の評価に関しては、日本老年医学会のホームページを参照する。エンドオブライフの状態では、著しい高血糖を防止し、それに伴う脱水や急性合併症を予防する治療を優先する。

注2) 高齢者糖尿病においても、合併症予防のための目標は7.0%未満である。ただし、適切な食事療法や運動療法だけで達成可能な場合、または薬物療法の副作用なく達成可能な場合の目標を6.0%未満、治療の強化が難しい場合の目標を8.0%未満とする。下限を設けない。カテゴリーⅢに該当する状態で、多剤併用による有害作用が懸念される場合や、重篤な併存疾患を有し、社会的サポートが乏しい場合などには、8.5%未満を目標とすることも許容される。

注3) 糖尿病罹病期間も考慮し、合併症発症・進展阻止が優先される場合には、重症低血糖を予防する対策を講じつつ、個々の高齢者ごとに個別の目標や下限を設定してもよい。65歳未満からこれらの薬剤を用いて治療中であり、かつ血糖コントロール状態が図の目標や下限を下回る場合には、基本的に現状を維持するが、重症低血糖に十分注意する。グリニド薬は、種類・使用量・血糖値等を勘案し、重症低血糖が危惧されない薬剤に分類される場合もある。

評価指標【県全体】

項目		直近値 (令和5年度)		目標値 (令和11年度)
一 次 予 防	最終的な特定健診受診率	51.5% ²⁾		70%以上
	健診未受診者への健診受診勧奨を実施した保険者数	35 ³⁾		38(全保険者)
	〔対象者全員へ受診勧奨を行った保険者数〕	26 ³⁾		30
	医療機関を受診した患者に対し、健診の受診勧奨を実施した医療機関の割合	100%	9.7% ⁴⁾	実施していない (0%)医療機関をな くす
		90%以上100%未満	15.5%	
		70%以上90%未満	9.7%	
		30%以上70%未満	26.6%	
		1%以上30%未満	28.8%	
		0%	9.7%	
	空腹時血糖100mg/dl以上126mg/dl未満の人の割合	27.7% ¹⁾		20.0%
	HbA1c5.6%以上6.5%未満の人の割合	46.2% ¹⁾		40.0%
二 次 予 防	空腹時血糖126mg/dl以上の人の割合 【糖尿病性腎症重症化予防プログラム対象者】	6.3% ¹⁾		5.0%
	HbA1c6.5%以上の人の割合【糖尿病性腎症重症化予防プログラム対象者】	8.3% ¹⁾		6.0%
	特定健診対象者のうち尿蛋白定性（1＋）以上の人の割合	3.9% ¹⁾		2.0%
	治療中断者・医療機関未受診者に医療機関受診勧奨を行った保険者数	32 ³⁾		35
	治療中断者・医療機関未受診者に受診勧奨したことを医療機関へ連絡した保険者数	21 ³⁾		26
	医療機関受診勧奨を行った治療中断者・医療機関未受診者のうち実際に医療機関を受診した割合	36.0% ³⁾		50%
三 次 予 防	年間新規透析導入患者数	478人 ⁵⁾		400人
	糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数	167人 ⁶⁾		144人
	医師から保険者へ連絡又は保健指導指示書（様式4等）が届いた件数	18件 ³⁾		150件
	保険者が保健指導指示書（様式4等）等に基づき初回面談を実施した割合	100% ³⁾		100%
	医療機関からの指示に基づき保険者が対象者と面談を実施し、その結果を医療機関へ報告（様式5等）した割合	77.8% ³⁾		80.0%

【使用元データ】

- 1) 第8回NDBオープンデータ(令和2年度特定健診情報)
- 2) 厚生労働省ホームページ(令和3年度)
- 3) 令和5年度宮崎県健康増進課調べ(宮崎県糖尿病発症予防・糖尿病性腎症重症化予防事業に係る調査〔保険者調査〕)
- 4) 令和5年度宮崎県健康増進課調べ(宮崎県糖尿病発症予防・糖尿病性腎症重症化予防事業に係る調査〔医療機関調査〕)
- 5) 令和4年度健康増進課調べ(慢性透析患者等の状況調査)
- 6) 令和4年日本透析医学会(わが国の慢性透析療法の現況)

参考様式1

健診結果により、医療機関へ受診勧奨する際に使用

本人に健診結果とともに持参させ、医療機関が返信欄に記載し受診勧奨元へ返信

医療機関受診勧奨連絡票

(医療機関名) 主治医 殿

受診勧奨元

団体名：〇〇市町村

担当：〇〇課 〇〇

連絡先：

以下の者について、〇〇健診の結果、宮崎県糖尿病発症予防・糖尿病性腎症重症化予防指針に基づき、受診勧奨を行いました。

御高診いただき、受診結果を記載の上、〇〇へ返送ください。

ふりがな 患者氏名			性別	男 ・ 女
生年月日	T・S・H	年 月 日 (歳)	職業	
住所	電話： — —			
治療歴	☐ あり (年～ 年) ☐ なし ☐ 不明			
治療(自己)中断歴	☐ あり ☐ なし ☐ 不明			
健診の検査データ (年 月 日) ※添付可	☐空腹時血糖()mg/dl ☐HbA1c()% ☐eGFR()ml/分/1.73 m² ☐尿蛋白定量()mg/gCre ☐随時血糖()mg/dl ☐クレアチニン()mg/dl ☐尿蛋白定性() ☐尿アルブミン定量()mg/gCr			

受診勧奨元が可能な範囲で記載

[返信欄]

受診の結果は、以下のとおりです。

受診医療機関名：〇〇病院

診察医師名：

受診日： 年 月 日

- ☐ 経過観察（定期的受診不要）
☐ 経過観察（定期的受診予定）
☐ 本院で治療開始
☐ 他院（専門医）へ紹介 [紹介先：]
☐ その他 ()

- ☐ (受診勧奨元) による保健指導を希望する。

※患者同意のもと医療機関での検査結果等情報提供可能な場合は、添付も考えられる。

参考様式2

糖尿病治療も行っているかかりつけ医から専門医療機関へ紹介する際に使用

診療情報提供書（かかりつけ医→専門医療機関）

依頼先 病院 科 先生 御侍史

住所
医療機関名
医師名

電話

㊦

※以下について、わかる範囲でご記入下さい。

患者氏名 ふりがな		性別	男 ・ 女
生年月日	T・S・H 年 月 日 (歳)	職業	
住所	電話： — —		
病名	☐ 1型糖尿病 ☐ 2型糖尿病 ☐ その他の糖尿病 ()		
既往歴・家族歴			
紹介目的	☐ 初期治療及び教育 ☐ インスリン導入 ☐ 血糖コントロール ☐ 合併症精査 ☐ 合併症治療 ☐ 急性合併 () ☐ その他 ()		
経過概要 (症状・治療)	☐ 初診日： 年 月 日 ☐ 発症時期（推定/確定）： 年 月 ☐ 経口薬開始： 年 月 日 ☐ インスリン開始： 年 月 ☐ 腎機能低下：無 ・ 有 ☐ 糖尿病性腎症：無 ・ 有 → (ステージ) ☐ 末梢神経障害：無 ・ 有 ☐ 網膜症：無 ・ 有 → (単純・前増殖・増殖) ☐ 他科最終受診：無 ・ 有 → ☐ 腎専門医： 年 月 ☐ 眼 科： 年 月 ☐ そ の 他： 年 月		
現治療状況			
検査結果 (添付可)			
特記事項	☐ 逆紹介希望 (有 ・ 無)		

参考様式3

治療中の患者のうち、保険者等団体の基準で保健指導が必要であると判断した場合に、保健指導を実施することを患者が了承した場合に利用

保健指導 同意書

(保険者等名) 殿

私は、糖尿病重症化予防に係る保健指導について、次の説明を受け、〇〇による保健指導に参加することに同意します。

- 1 糖尿病治療に係る指示は、かかりつけ医に従うこと
- 2 保健指導の期間は、概ね〇ヶ月程度であり、保健指導に係る診療情報等は、必要に応じて〇〇とかかりつけ医は、情報共有をすること
- 3 〇〇は、かかりつけ医の指示のもと生活習慣の改善に向けた保健指導を行うこと

令和 年 月 日

ふりがな

氏 名

住 所

電 話

かかりつけ医療機関

参考様式4 - 表面

治療中の患者のうち、保険者等団体の基準で保健指導が必要であると判断した場合に、保健指導を実施することをかかりつけ医が了承した場合に利用

保健指導指示書

(保険者名) 殿

年 月 日

医療機関名

住所

主治医名

㊤

※以下について、わかる範囲でご記入下さい

ふりがな 患者氏名			性別	男 ・ 女			
生年月日	T・S・H 年 月 日 (歳)		電話				
住所							
治療方針	☐ 治療中もしくは開始 ☐ 経過観察 (月後) ☐ 他医紹介 ()						
保健指導の 指示事項	☐ 連携支援のため糖尿病連携手帳を発行しています ☐ 食生活指導 ☐ 運動指導 ☐ 服薬指導 ☐ 禁煙指導 ※保健指導を実施するにあたり留意すべきことがあれば御指示ください []						
保健師・ 栄養士への 栄養素等の 指示事項	☐ 裏面「(※1) 栄養等の参考」により実施してよい ☐ 下記内容で指導する ・エネルギー ・食塩 ・たんぱく質 ・カリウム制限 () kcal/日 () g/日 () g/日 なし ・ あり () mg/日						
医療機関 検査データ 検査日 年 月 日 ※写し添付可	身長 cm	体重 kg	血糖 (mg/dl) □空腹時 □随時	HbA1c (%) %	尿蛋白	eGFR (ml/分/1.73 m ²)	尿アルブミン定量 (mg/gCr)

(※1) 栄養等の参考

食事療養の継続のためには、

*個々の食習慣を尊重しながら、柔軟な対応を行っていく。

*患者個々のリスクを評価し、医学的齟齬のない範囲で、食を楽しむことを最も優先させる

■ 総エネルギー摂取量

総エネルギー摂取量(kcal/日)*1	目標体重(kg)*2	エネルギー係数の目安
目標体重×エネルギー係数 (kg) (kcal/kg)	①65歳未満 身長(m) ² ×22 ②65～74歳 身長(m) ² ×22～25 ③75歳以上 身長(m) ² ×22～25*3	①軽い労作:25～30 (大部分が座位の静的活動) ②普通の労作:30～35 (座位中心だが通勤・家事、 軽い運動を含む) ③重い労作:35～ (力仕事、活発な運動習慣がある)

*1: エネルギー摂取量の過不足の評価は、BMI 又は体重の変化を用いる。

*2: 目標体重は現体重に基づいて、段階的に再設定する等の柔軟性に配慮する。

*3: 75歳以上の後期高齢者では、現体重に基づき、フレイル、ADL 低下、合併症、体組成、身長短縮、摂食状況や代謝状態の評価を踏まえて適宜判断する。

■ たんぱく質摂取量: 腎症の発症や進展予防の観点からは、たんぱく質摂取量の上限をエネルギー摂取量の20%未満とすることが望ましい。

栄養障害、フレイル・サルコペニアを有する症例（特に高齢者）では、重度の腎機能障害が無ければ、十分なたんぱく質の摂取が推奨される。

■ 食塩摂取量: 高血圧合併や顕性腎症の場合は、6g 未満/日を推奨する。

参考様式5

かかりつけ医了承のもとにおいて、保健指導を実施中（又は終了後）の保険者等から、医療機関（かかりつけ医）宛てに使用

保健指導実施報告書

（医療機関名）

（医師氏名）様

（保険者名）

下記のとおり指導しましたので報告します。

ふりがな 患者氏名			性別	男 ・ 女	
生年月日	T・S・H 年 月 日（ 歳）		職業		
住所	電話： — —				
病名 ※指示書より転記	☐ 2型糖尿病 ☐ その他（ ）				
保健指導 年月日	年 月 日～ 年 月 日 (延べ指導回数 回)				
長期(年 月) 行動目標					
短期(年 月) 行動目標					
保健指導内容 特記事項	手段： ☐ 電話 ☐ 個別面接 ☐ 家庭訪問 ☐ その他（ ）				
担当課名		担当者名		連絡先	