

山梨県糖尿病重症化予防プログラム

（平成 30 年 10 月策定、令和 7 年 3 月改定）

市町村（国保保険者）向け解説書

【令和 7 年 3 月版】

山梨県福祉保健部国保援護課

〈 目次 〉

解説書の目的・位置づけ	1
第1章 プログラム改定の背景	
1 山梨県における糖尿病の現状・課題	2
2 県内市町村（国保保険者）における糖尿病重症化予防の取組状況及び課題	4
第2章 県プログラム（改定版）と国プログラム（改定版）との整合性	6
第3章 プログラム（改定版）の解説	
1 プログラム（改定版）における「対象者選定及び介入方法」の 設定理由・留意事項	7
2 市町村・かかりつけ医・専門医との連携推進に向けた取組	16
第4章 留意事項	
1 山梨県の健康課題等に対応した保健指導のポイント	22
2 取組の効果検証	24
3 各種情報ツールの活用	24

解説書の目的・位置づけ

本解説書は、市町村（国保保険者）が「山梨県糖尿病重症化予防プログラム（R7.3 改定版）（以下「プログラム（改定版）」という。）」に基づく取組の意義を理解し、効果的・効率的な事業運営ができることを目的に、山梨県福祉保健部国保援護課が作成するものです。

市町村（国保保険者）は、プログラム（改定版）及び本解説書を確認の上、事業の運営にあたって下さい。

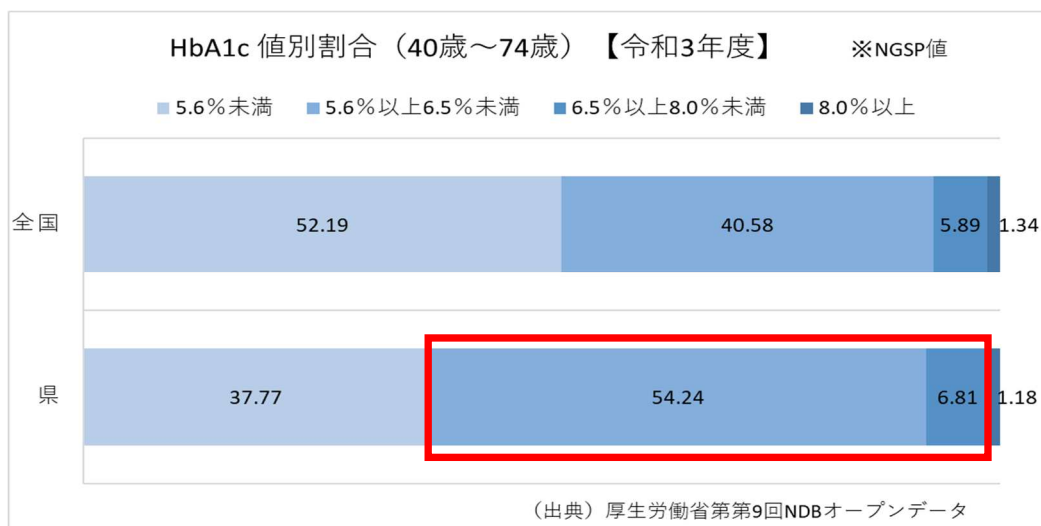
解説書の内容は、国保援護課が開催する「山梨県糖尿病重症化予防事業推進会議※1」等において関係者からいただいた意見や助言を参考としています。必要に応じて内容の追加等を行い、市町村へ情報提供を行います。

※1「山梨県糖尿病重症化予防事業推進会議」：市町村が行う糖尿病重症化予防事業の効果的取組を支援するための検討を目的に国保援護課が開催。構成員は糖尿病専門医（糖尿病対策推進会議）、かかりつけ医（県医師会）、糖尿病看護認定看護師、糖尿病療養指導士、保健事業支援・評価委員会委員、市町村代表者、後期高齢者医療広域連合職員 等。

第1章 プログラム改定の背景

1 山梨県における糖尿病の現状・課題

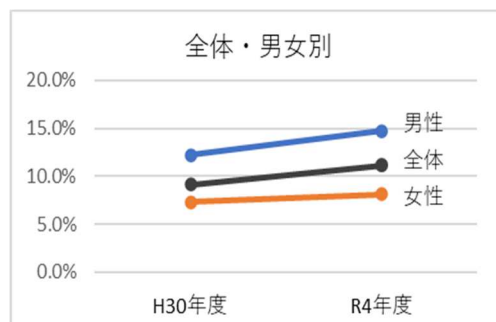
(1) HbA1c 検査値別の割合（特定健診受診者）



山梨県は全国と比較すると HbA1c5.6%以上 6.5%未満、6.5%以上 8.0%未満の割合が多い特徴があります。HbA1c が「ちょっと高い」状態の継続が合併症発症リスクを高めている可能性があります。

⇒合併症発症前からの介入が重要と考え、プログラム（改定版）では対象者基準の見直し（腎障害の所見がなくても対象とする）及びプログラム名称を「糖尿病重症化予防プログラム」に変更。

(2) HbA1c6.5%以上の者の割合の推移（国保・後期高齢者）

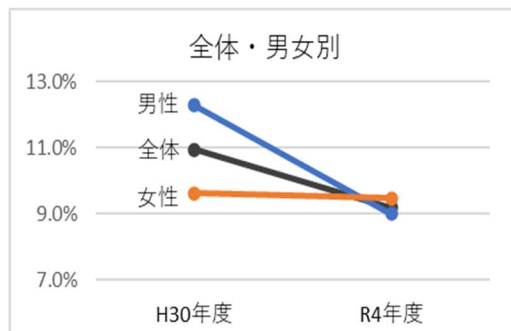


(出典) 山梨県糖尿病性腎症重症化予防支援システム

山梨県糖尿病性腎症重症化予防プログラムが策定された平成 30 年度から 4 年後（令和 4 年度）の推移では、HbA1c6.5%以上の者の割合は、男女ともに増加傾向にあります。

引き続き、糖尿病重症化予防の取組を強化していく必要があると考えられます。

(3) HbA1c6.5%以上の者のうち糖尿病治療なしの者の割合の推移（国保・後期高齢者）



（出典）山梨県糖尿病性腎症重症化予防支援システム

山梨県糖尿病性腎症重症化予防プログラムが策定された平成30年度から4年後（令和4年度）の推移では、HbA1c6.5%以上の者のうち糖尿病治療なしの者の割合は減少傾向にあります。

医療未受診者の減少は望ましい傾向であり、今後も医療受診勧奨等の取組を継続しつつ、その成果との関連をモニタリングしていく必要があります。

(4) HbA1cの悪化率（国保・後期高齢者）

		R4年度													
		健診受診										改善	維持	悪化	
		5.6未満	5.6以上 6.0未満	6.0以上 6.5未満	6.5以上 7.0未満	7.0以上 7.5未満	7.5以上 8.0未満	8.0以上 8.4未満	8.4以上						
* NGSP値 * 単位															
R 3 年 度	健 診 受 診	5.6未満	17,398	13,808	3,540	46	4	0	0	0	0	県計	13.8%	71.8%	14.4%
		5.6以上6.0未満	26,123	3,866	19,398	2,802	43	8	4	2	0				
		6.0以上6.5未満	11,750	70	2,407	8,037	1,108	93	18	7	10				
		6.5以上7.0未満	3,610	6	60	858	1,960	591	101	18	16				
		7.0以上7.5未満	1,565	3	5	106	478	654	227	55	37				
		7.5以上8.0未満	637	3	3	26	107	187	201	55	55				
		8.0以上8.4未満	236	0	5	9	27	41	54	53	47				
		8.4以上	295	1	6	18	28	26	52	35	129	R3・R4ともに 糖尿病治療あり	19.2%	60.6%	20.2%

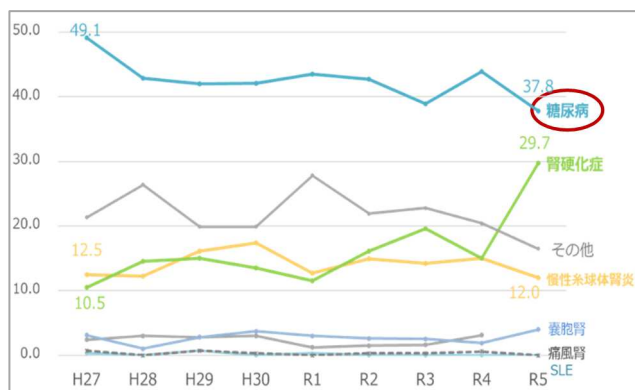
（出典）山梨県糖尿病性腎症重症化予防支援システム

健診受診者における令和3年度と令和4年度のHbA1cの値の変動を見ると、県全体で14.4%の者に数値の悪化が見られます。令和3年度及び令和4年度ともに糖尿病治療を受けている者に絞り込むと、20.2%の者に数値の悪化が見られます。

糖尿病治療を受けていても一定数に悪化が見られることから、専門医・かかりつけ医・行政等との連携による適切な医療管理及び療養指導が必要と考えられます。

⇒プログラム（改定版）では、行政・かかりつけ医・専門医とのより一層の連携推進を図るため、新たな様式（参考様式1-1、1-2、5）を追加。

(5) 新規透析患者の原疾患の推移



（出典）山梨透析研究会統計 R5年度

山梨県では、透析に至る原疾患は糖尿病が最も多い状況です。経年変化を見ると、糖尿病の割合は減少し、高血圧等が主要因とされる腎硬化症の割合が上昇しています。引き続き、糖尿病の重症化による透析移行を防止すると共に、CKD予防対策としては糖尿病以外の要因にも着目した対策が求められます。

(6) 視覚障害者認定の原因疾患の割合

【山梨県】(多い順)

1	糖尿病網膜症	24.1%
2	緑内障	22.4%
3	網膜色素変性	15.5%
4	黄斑変性	12.9%

【他都道府県】4.3%~18.6%

* 2015 年度に新規に視覚障害認定を受けた 18 歳以上の者の原因疾患

(出典) 森實祐基、森典子、他：視覚障害認定の全国調査結果の
都道府県別検討、日本眼科学会雑誌 124(9): 697 - 704, 2020

視覚障害者認定の原疾患について、山梨県は他都道府県に比べ糖尿病網膜症の割合が非常に多い状況です。糖尿病網膜症進行防止の観点から、眼科受診に繋げることが重要です。

⇒プログラム(改定版)では、かかりつけ医と眼科との連携について推奨頻度を記載。

2 県内市町村(国保保険者)における糖尿病重症化予防の取組状況及び課題(※2)

※2：取組状況・課題は、R6,7 に国保援護課が行った「糖尿病性腎症重症化予防プログラムの改定に向けた市町村アンケート」「糖尿病性腎症重症化予防事業かかりつけ医との連携に関する調査」から把握。

(1) 実施取組とその根拠

令和 6 年度には、県内すべての市町村において糖尿病性腎症重症化予防を目的とした取組を実施しています。また、糖尿病発症予防、糖尿病重症化予防を目的とした取組と重層的に行う市町村が多いです。

特に重点を置いている取組は「ハイリスク者に対する保健指導」「医療機関未受診者への受診勧奨」「治療中断者に対する受診勧奨」の順に多い状況でしたが、半数以上の市町村が「その取組を重点とする明確な根拠がない」と回答しています。

⇒プログラム(改定版)では、医療未受診者・治療中断者への受診勧奨の取組を強化する方向とする。その理由は第 3 章 1 (1) ③④に記載。

(2) 医療機関未受診者・治療中断者に対する受診勧奨の実施状況・課題

厚労省が行った糖尿病性腎症重症化予防事業の実態に関するアンケート(R5.7)によると、山梨県では、受診勧奨後医療を受診した者の割合(令和 4 年度実績)は、医療未受診者で 37.4%、治療中断者で 40.0%でした。

また、一部の市町村においては、受診勧奨後の結果を全数把握できていない状況があります。

⇒プログラム(改定版)では、受診勧奨の取組を強化し受診結果の確認及び再勧奨を原則とする。

市町村が感じている課題として多かった内容は次のとおりです。

〔指導方法〕

- ・対象者に受診の必要性を理解してもらうための伝え方が難しい
- ・対象者に治療中断の認識がない場合が多く、対応に苦慮することが多い

〔かかりつけ医との連携〕

- ・受診勧奨により受診に繋がったが、医師から「問題ない」「大丈夫」等と説明を受けたことにより、対象者の生活改善が図られずその後の保健指導に苦慮した事例がある
- ・予防的な視点で受診勧奨基準を設定しているが、医療機関においてその基準値で受診勧奨することに理解を得られない場合がある（軽度であり受診不要と考える、等）
- ・県プログラムには「市町村からかかりつけ医に治療の有無等の意見を聞き、治療中断であることを確認」することが推奨されているが、実際には確認が困難

⇒かかりつけ医に事業対象者の理解を促すこと、また治療不要と判断された者をその後のフォロー（保健指導等）に繋ぐことを目的に、プログラム（改定版）に新たな様式（参考様式 1-1、1-2）を追加。

（３）ハイリスク者に対する保健指導の課題

市町村が感じている課題として多かった内容は次のとおりです。

〔対象者抽出〕

- ・対象者が事業参加の必要性を感じず、同意が得られにくい（事業参加者数が少数である）

〔指導方法〕

- ・対象者の行動変容を促す保健指導が難しい

〔かかりつけとの連携〕

- ・医療機関によって事業への理解度や協力体制が異なる

⇒プログラム（改定版）では、医師会の役割に「県や市町村から相談があった場合には、会員や医療従事者が積極的に対応するよう促す」を追加。

（４）事業評価に関する課題

市町村が感じている課題として多かった内容は次のとおりです。

- ・介入者を中長期的に追跡した評価ができておらず課題と感じている
- ・費用対効果があるか分からない
- ・適切な評価をするための指標設定が難しい

⇒プログラム（改定版）では、保険者が設定する具体的な評価指標の例示を追加

第2章 県プログラム（改定版）と国プログラム（改定版）との整合性

県プログラム（改定版）は、第1章1（1）の課題から合併症発症前からの重症化予防を強化することが重要と考えられたこと、また、プログラムの内容は、糖尿病（疑い含む）のある者を対象に生活習慣の改善や良好な血糖コントロールの維持により、糖尿病の重症化及び糖尿病性腎症等の合併症の発症・重症化予防を目的とする取組であることから、プログラムの名称をより内容に合ったものとするため「山梨県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」から「山梨県糖尿病重症化予防プログラム」に変更しました。

名称は変更しましたが、プログラムの内容は、国の糖尿病性腎症重症化予防プログラム（R6.3改定）の目的・内容に準じたものとなっています。

保険者努力支援制度やその他調査等において、「国の糖尿病性腎症重症化予防プログラム（R6.3改定）を踏まえた糖尿病性腎症重症化予防の取組」の有無を問われた場合には、県プログラム（改定版）に準じた取組を行っている場合は、実施の条件を満たすこととなります。

なお、各市町村（保険者）は、県プログラム（改定版）を参考に保険者の実情にあった具体的な手順を作成し、事業に取り組むことが可能とされています。

第3章 プログラム（改定版）の解説

1 プログラム（改定版）における「対象者選定及び介入方法」の設定理由・留意事項

（1）医療機関未受診者に対する受診勧奨

※赤字：改定により追加
青字：改定により削除

（1）医療機関未受診者に対する受診勧奨

【推奨基準】

過去の健診において、空腹時血糖値 ~~126mg/dL~~（~~随時血糖 200mg/dL~~）または 随時血糖値 126mg/dL^{※1} 以上または HbA1c6.5%以上で糖尿病の医療機関受診のない者のうち、蛋白尿を認める者又は eGFR が 60mL/分/1.73 m²未満の者（特定健診等で血清クレアチニンを測定している場合）

①

ただし、eGFR については、山梨県 CKD 病診連携基準を参考に、40 歳未満の者は 60mL/分/1.73 m²未満、40 歳以上 70 歳未満の者は 50mL/分/1.73 m²未満、70 歳以上の者は 40mL/分/1.73 m²未満を用いる。

②

なお、保険者の疾病状況から目標設定するため、空腹時血糖値の結果によらず、蛋白尿、eGFR により受診勧奨を行うことや、蛋白尿や eGFR の結果によらず、空腹時血糖（随時血糖）、HbA1c により受診勧奨を行うことも考える必要がある。

①

※1 空腹時血糖値は絶食 10 時間以上、随時血糖値は食事開始時から 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。（特定健診においては、血糖検査においてやむを得ず空腹時以外で HbA1c を測定しない場合は、食直後を除き随時血糖による血糖検査を可としている）

- ①：※1 記載のとおり、特定健診においては、飲食をした状態で受診した場合も、食後 3.5 時間以上経過している場合は、随時血糖での血糖検査を可能としています。その際、随時血糖値の受診勧奨判定値は、空腹時血糖値と同じく 126mg/dL とされています。
- ②：第1章1（1）のとおり、山梨県は血糖値が「ちょっと高い」状態の継続が合併症発症リスクを高めている可能性があり、合併症発症前からの介入が重要と考えられることから、腎障害の所見がなくても受診勧奨の対象とすることとしました。また、国プログラム（改定版）においても、HbA1c6.5%以上が受診勧奨対象と設定されています。

(医療機関未受診者に対する受診勧奨)

【介入方法】

- ③ 抽出した対象者すべてに通知・電話・個別面談、訪問指導等のいずれかの方法による受診勧奨を行い、医療機関受診へとつなげることを原則とする。
- ④ 受診勧奨後は、レセプトデータの確認や医療機関への確認、対象者本人への聞き取り等により、受診状況や受診の継続を確認する。医療機関を受診していない場合は、再度勧奨を行う。再度勧奨する際は、電話・個別面談・訪問指導等により対象者本人と直接接点を持ち、受診が必要である旨を伝えることが望ましい。
- ⑤ HbA1c や腎機能、血圧などの状態に応じて、緊急度の高い対象者には介入の程度を強めるなど、具体的な介入方法を検討する(参考:図表3-1・3-2)。
- ⑥ また、対象者の医療受診結果(治療方針・フォローアップ方法等)を確認するため、必要に応じて「糖尿病重症化予防受診勧奨連絡票」(参考様式1-1)及び「受診結果連絡票」(参考様式1-2)を活用し医療機関との連携を図る。
- ⑦ その際、医療機関が治療方針を判断するための参考として「《参考資料》専門医等紹介フロー・糖尿病診療フロー(仮)」(参考様式5)等の情報を必要に応じてかかりつけ医に提供する。

- ③: 健診・レセプト情報を活用した医療受診勧奨は、保険者にしかできない取組であり、糖尿病重症化予防に関わる関係者からも保険者の役割として大きな期待が寄せられている非常に重要な取組です。山梨県としては、医療受診勧奨の取組を強化していく方向とし、対象者すべてに受診勧奨することを原則と位置づけました。また、国プログラム(改定版)においても、「受診勧奨は該当者すべてに行うことが原則」とされています。
- ④: 第1章2(2)のとおり、現状の市町村の実績では、受診勧奨した者のうち医療に繋がった者の割合は半数以下であり、また、勧奨後の受診結果を確認できていない市町村もあります。医療受診者の割合を高めるため、受診結果の確認及び医療機関を受診していない者への再勧奨を徹底していく方向としました。
- ⑤: 国プログラム(改定版)に準じ、対象者の状態に応じて介入の濃淡を付ける考え方を追加しました。図表3-1・3-2は考え方の「参考」として捉え、各市町村において具体的な介入方法を検討することとしています。
なお、図表3-1では、糖尿病の治療はしていないものの高血圧で治療中の人は、まずは治療中の医療機関で糖尿病について相談することを促す必要があることから、「受診勧奨」ではなく「保健指導」対象者として分類しています。
- ⑥: 第1章2(2)のかかりつけ医との連携に関する課題「医療受診に繋がったが、医師から「問題ない」「大丈夫」等と説明を受けたことにより、対象者の生活改善が図られずその後の保健指導に苦慮」の改善に向けた取組として新たに追加したものです。参考様式1-1・1-2の詳細は後述第3章2(6)を参照。
- ⑦: かかりつけ医が治療方針を適切に判断し、専門医や市町村等と連携できるよう、保険者から必要情報を参考として添える取組を推進することとします。

(2) 糖尿病の治療中断者に対する受診勧奨

(2) 糖尿病の治療中断者に対する受診勧奨

【推奨基準】

糖尿病により医療機関受診中の患者のうち、最終の受診日から~~6か月~~一定期間（6か月以上）経過しても糖尿病の受診歴がない者

②

ただし、上記の場合において、かかりつけ医が治療の必要がないと判断されている場合もあるため、レセプトから過去の「糖尿病治療薬」の有無等の情報を確認し、対象者を精査する。

また、必要に応じて、保険者からかかりつけ医に「糖尿病性腎症重症化予防受診勧奨連絡票（治療中断）」（参考様式 2）を送付し、治療の有無等の意見を聞き、治療中断者であることの確認をすることとし、かかりつけ医や患者本人に受診や治療等について確認しながら、受診勧奨の必要性を判断する。

①

- ①：治療中断者は KDB システムや山梨県糖尿病性腎症重症化予防支援システムから抽出することが可能ですが、これらシステムによる抽出条件は「前年度に糖尿病と判定されたレセプトがあり、当年度に糖尿病と判定されたレセプトがない被保険者」です。最終の受診日から「6 か月」後の受診歴を確認するためには、個々のレセプトを確認するなど対応に手間を要し困難な場合があるため、全市町村が対応可能な基準とするため「6 か月」を「一定期間（6 か月以上）」に変更しました。最終の受診日から 6 か月未満の場合は、定期受診による次回までの間隔である可能性があるため、6 か月以上経過していることを目安に対象者を選定するとよいでしょう。
- ②：過去の「糖尿病治療薬」の有無は、山梨県糖尿病性腎症重症化予防支援システムの個別リストを活用することで容易に確認が可能です。当該システムによる確認方法は、「山梨県糖尿病重症化予防支援システム活用マニュアル」を参照下さい（または、国保連合会保健事業課あるいは国保援護課へご相談下さい）。

(糖尿病の治療中断者に対する受診勧奨)

③

【介入方法】

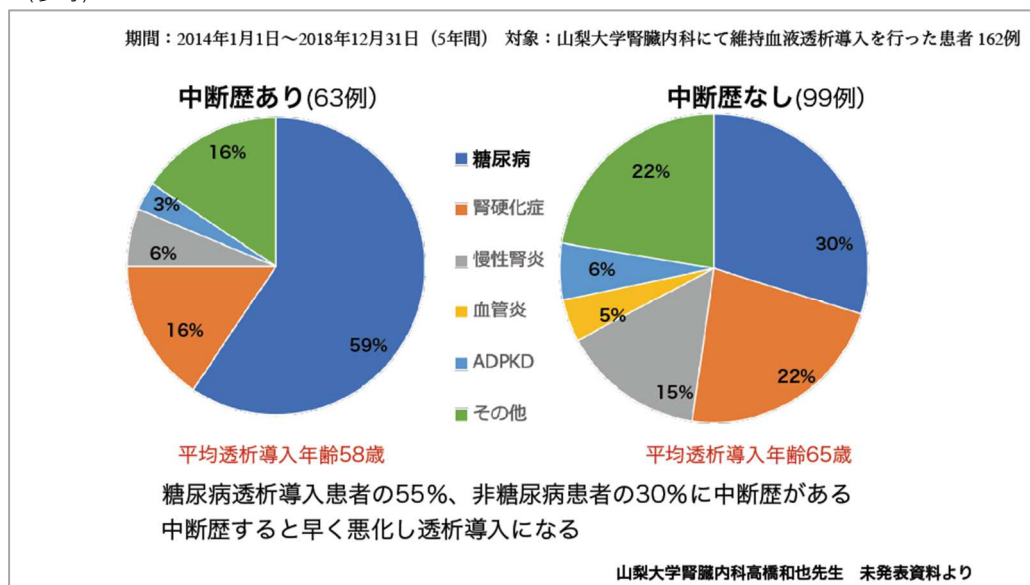
治療中断者は重症化リスクが高いことから、抽出した対象者すべてに通知・電話・個別面談、訪問指導等のいずれかの方法による受診勧奨を行い、医療機関受診へとつなげることを原則とする。

④

また、受診勧奨後は、レセプトデータの確認や医療機関への確認、対象者本人への聞き取り等により、受診状況や受診の継続を確認する。医療機関につながない場合は、再度勧奨を行う。再度勧奨する際は、電話・個別面談・訪問指導等により対象者本人と直接接点を持ち受診が必要である旨を伝えることが望ましい。

- ③： 糖尿病により人工透析導入となった患者は、糖尿病治療中断歴のある者の割合が多く、また中断歴のある者はない者に比べ平均透析導入年齢が低い傾向が確認されています（2014年～2018年、山梨大学にて維持血液透析導入を行った患者162例の調査（下記）参照）。治療中断は重症化リスクを高める重大なファクターとなることから、継続治療に繋ぐ働きかけが大変重要です。

〈参考〉



- ④：（第3章1（1）③④の解説参照）

(3) ハイリスク者（糖尿病で通院する患者のうち重症化するリスクの高い者）に対する保健指導

（ハイリスク者に対する保健指導）

【推奨基準】

① 医療機関に糖尿病で通院中の患者のうち、~~保険者がレセプト・健診データから糖尿病性腎症の病期が第2期、第3期及び第4期と思われる者のうち、~~
HbA1c8.0%以上であり、保健指導への参加について本人及びかかりつけ医の同意があった者

② ~~保健指導の対象者は、第3期の者を中心とし、第2期及び第4期の者は保健指導が必要であるとかかりつけ医が判断した者とする。また、医療機関で糖尿病透析予防指導管理がされている者やその他の疾患を有している者の保健指導については、保険者とかかりつけ医で判断する。~~

また、HbA1c8.0%未満の者についても、HbA1cや腎機能、血圧などの状態から糖尿病の重症化リスクが高いと考えられる者、または生活習慣等に改善すべき課題がある者については、必要に応じて保健指導を行うことが望ましい。

③ 優先的に保健指導を行う対象者として、図表3-1・3-2で示す例を参考とする他、HbA1c6.5%以上の状態が数年間継続している者やeGFRの低下速度の速い者などにも着目し絞り込みを行う。

④ なお、対象者の抽出方法として、保険者が保有するレセプト・健診データから抽出する方法と、医療機関が通院患者から保健指導を必要とする者を抽出する方法がある。

⑤

- ①：“糖尿病”重症化予防の観点から、緊急性が高く優先的な介入が必要と考えられる「ハイリスク者」の定義を、山梨県糖尿病対策推進会議の糖尿病専門医の意見をもとに「HbA1c8.0%以上の者」と整理しました。
- ②：国プログラムには対象者選定において「かかりつけ医の同意を得る」手順は示されていないこと、また、県内市町村の実態として、かかりつけ医の同意の確認は行っていない市町村もあることから、実態に合う形となるよう改定しました。かかりつけ医の「同意」は必須としませんが、かかりつけ医の「指示」を得て保健指導を行うことを原則とします（【介入方法】参照）。
- ③：国プログラム（改定版）に準じ、対象者の状態に応じて介入の濃淡を付ける考え方を追加しました。図表3-1・3-2は考え方の「参考」として捉え、各市町村において具体的な介入方法を検討することとしています。
- ④：第1章1（1）のとおり山梨県はHbA1cの「少し高い」状態の者が多いことから、「少し高い」の長期化による合併症の発症を防ぐため、過去からの状態にも着目しリスクの高い対象者に関わることが大切です。また、過去の検査値との比較においてeGFRの低下速度の速い者についても、腎機能が急激に低下する可能性があり緊急性が高いと判断されます。対象者の過去の状態との変化を確認するにあたっては、山梨県糖尿病性腎症重症化予防支援システムの活用が有効です。（詳細は「山梨県糖尿病性腎症重症化予防支援システム活用マニュアル」参照）

- ⑤：生活改善等が必要とされるより多くの対象者に保健指導を実施できるよう、市町村が健診結果から把握する対象者以外にも、医療機関において対象を拾い上げ市町村の保健指導を紹介する取組が推進されるよう内容を追加しました。

(ハイリスク者に対する保健指導)

⑥

【介入方法】

次の手順を参考に、訪問・面談・電話等の方法で保健指導を行う。

ア 保険者は、対象者選定基準に基づき保健指導候補者名簿を作成し、候補者にプログラムの内容を説明した上で参加の意向を確認する。

⑦

イ 保健指導候補者のうち参加の同意が得られた者について、保険者はかかりつけ医に「糖尿病重症化予防保健指導対象者連絡票」(参考様式 3-1)を送付するとともに、「糖尿病重症化予防保健指導指示書」(参考様式 3-2)の作成を依頼する。

ウ 保険者は、かかりつけ医からの指示書に基づき保健指導を実施する。保健指導実施内容については、糖尿病連携手帳や「保健指導に関する情報提供書」(参考様式 4)等を活用して、かかりつけ医や医療機関に所属する専門職(慢性疾患専門看護師、糖尿病認定看護師、糖尿病療養指導士、腎臓病療養指導士等)と保険者間で情報共有・報告をする。

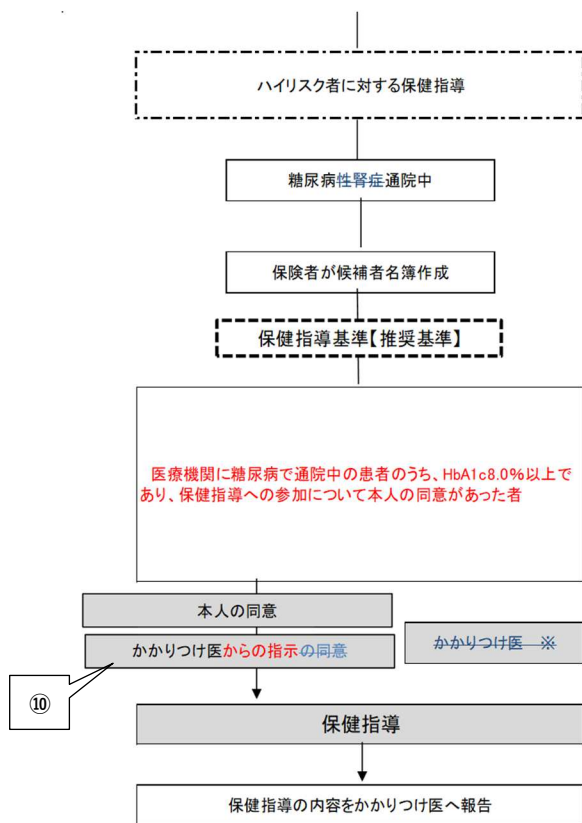
⑧

⑨

なお、ハイリスク者については、かかりつけ医と専門医が連携して診察及び保健指導を行うことが望ましい。必要に応じて「《参考資料》専門医等紹介フロー・糖尿病診療フロー(仮)」(参考様式 5)等の糖尿病診療に関する参考情報をかかりつけ医へ提供する。

- ⑥：ここに示す介入手順は「参考例」です。具体的な方法は各市町村の実情に応じて検討可能です。
- ⑦：かかりつけ医の指示の確認方法は、参考様式 3-2 等の「指示書」による確認や、同行訪問により直接確認する方法があります。その他、医師から直接指示が得られない場合は、糖尿病連携手帳や生活習慣病管理料を算定する医療機関では患者に交付された「生活習慣病療養計画書」の内容を共有することにより、生活習慣を含む総合的な治療管理の方針を確認する方法なども考えられます。
- ⑧：医療機関との連携において、医師以外にも糖尿病療養指導士等の専門職を窓口に関連することも考えられます。
- ⑨：かかりつけ医と専門医の連携を推進するため、保険者からもかかりつけ医と接点を持つ機会を通じて、専門医との連携基準等を啓発する取組を推進することとします。

〔図表 2 受診勧奨及び保健指導の推奨基準〕 (抜粋)



⑩：ハイリスク者に対する保健指導において、かかりつけ医の「同意」は必須とせず、かかりつけ医の「指示」を得て保健指導を行うことを原則とします。

(4) 図表3-1、3-2 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区分(例)

プログラム(改定版)では、市町村等が対象者の優先度や範囲を検討する際の参考とするための「例」として示しています(このレベル区分での対応を基準とするものではありません)。

図表の内容は、国プログラム(改定版)で示された内容をもとに、次のとおり山梨県版として一部改編しています。山梨県では糖尿病重症化予防におけるハイリスク者をHbA1c8.0%以上と定義したため、整合がとれるよう整理しました。

※黒枠：山梨県版としての改編箇所

糖尿病未受診者※1

国		腎障害の程度									腎障害の程度/ 血圧区分 判定不可 ※3
		eGFR<45または 尿蛋白(+)以上			45≧eGFR<60 または尿蛋白(±)			60≧eGFR かつ尿蛋白(-)			
		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	
HbA1c (%)	8.0以上										
	7.0~7.9										
	6.5~6.9										
	6.5未満										

県		腎障害の程度									腎障害の程度/ 血圧区分 判定不可※3
		eGFR<45または 尿蛋白(+)以上			45≦eGFR< 60 または尿蛋白(±)			60≦eGFR かつ尿蛋白(-)			
		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	
HbA1c (%)	8.0以上										
	7.0～7.9										
	6.5～6.9										
	6.5未満										

糖尿病受診中の者※4

国		腎障害の程度									腎障害の 程度/ 血圧区分 判定不可 ※3
		eGFR<45 または尿蛋白(+)以上			45≧eGFR<60 または尿蛋白(±)			60≧eGFR かつ尿蛋白(-)			
		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	
HbA1c (%)	8.0以上										
	7.0～7.9										
	6.5～6.9										
	6.5未満										

県		腎障害の程度									腎障害の 程度/ 血圧区分 判定不可 ※3
		eGFR<45 または尿蛋白(+)以上			45≧eGFR<60 または尿蛋白(±)			60≧eGFR かつ尿蛋白(-)			
		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	
HbA1c (%)	8.0以上										
	7.0～7.9										
	6.5～6.9										
	6.5未満										

レベルに応じた介入方法（例）

※赤下線部：山梨県版としての改編箇所



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 ↓ 強
II	通知・電話／面談	腎障害の悪化を予防するための、 <u>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</u>	
III	通知・電話／面談／訪問にて確実に実施	<u>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</u>	



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 ↓ 強
II	通知・電話／面談	<u>糖尿病の悪化を予防するための、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</u>	
III	通知・電話／面談／訪問にて確実に実施	<u>糖尿病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</u>	

（５）高齢者（主に７５歳以上）に対する保健指導

国プログラム（改定版）に「高齢者に対する取組」が追加されたことに準じ、県プログラム（改定版）にも「高齢者に対する保健指導」の項を追加しました。

国プログラム（改定版）では、「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン等を参照し実施する」とされていますが、対象者基準の表記が 74 歳以下の区分と異なり分かりにくさがあるため、県プログラム（改定版）には、74 歳以下と類似の区分となるよう、次の 3 区分に整理しました。

- ①医療機関未受診者に対する受診勧奨
- ②糖尿病の治療中断者に対する受診勧奨
- ③糖尿病があり、フレイル状態にある者への保健指導

区分③について、74 歳以下の保健指導対象者は「ハイリスク者（糖尿病の重症化リスクが高い者）」であるのに対し、高齢の保健指導対象者は「糖尿病があり、フレイル状態にある者」であり、フレイル予防の視点に重きをおいた保健指導が求められる点に留意が必要です。

2 市町村・かかりつけ医・専門医との連携推進に向けた取組

(1) 市町村（保険者）の役割・取組

プログラム（改定版）には、保険者の役割として「地区医師会に連携体制の構築のための協力を依頼する」と定めています。

かかりつけ医との連携体制を強化するための市町村の取組状況（R6 年度）は次のとおりです。今後も取組を継続・強化する必要があります。

内容	市町村数
医師会への事業説明・協力依頼	13
医療機関への個別訪問による事業説明・協力依頼	14
医療機関への協力依頼通知の送付	14
専門医等を交えた勉強会・事例検討会等の実施	4
専門医等や多職種との連携会議の開催	4
特に何も行っていない	6
その他	4

「糖尿病性腎症重症化予防事業かかりつけ医との連携に関する調査」（R6.7, 国保援護課）

また、山梨県糖尿病重症化予防事業推進会議では、連携推進に向けて「市町村から医療機関に積極的にアプローチすることを考えてほしい」「市町村がかかりつけ医に求める内容等を医師へ伝える工夫が必要」などの意見が聞かれ、プログラム（改定版）では、かかりつけ医とのさらなる連携推進をねらいとした新たな様式（参考様式 1-1、1-2、5）を追加しました。様式の詳細は第3章2（6）で後述します。

(2) 医師会の役割・取組

プログラム（改定版）には、県医師会及び地区医師会の役割として「保険者とかかりつけ医との連携体制の構築を支援する」「かかりつけ医と専門医等との連携を強化する等、必要な協力を行うよう努める」と定めています。

県医師会からは、山梨県糖尿病対策推進会議、山梨県糖尿病重症化予防事業推進会議等に構成員として参加いただき、連携体制構築に向けた意見をいただいています。

また、かかりつけ医と専門医との連携を推進するための情報（連携基準、糖尿病専門医が勤務する施設一覧等）やプログラム（改定版）の会員へ周知を行っています。

(3) 山梨県糖尿病対策推進会議の役割・取組

山梨県糖尿病対策推進会議とは、糖尿病の発症予防、合併症防止等の糖尿病対策をより一層推進することを目的に、糖尿病対策の関係者（専門医等）で構成された組織（事務局：山梨大学医学部 糖尿病・内分泌内科学教室）。

連携推進に関する取組としては、「糖尿病専門医・専門医療機関への紹介の目安」の作成（改定）及び周知等を行っています。

特に令和6年度からは、次の取組を県と共同で実施しています。

- 山梨県糖尿病重症化予防県域研修会：糖尿病対策に関わる関係者の連携強化を通じた重症化予防の推進を目的に、二次医療圏域ごとに研修会を開催。受講した医師を「糖尿病連携医」として登録し、県ホームページにて公表。
- 「山梨県糖尿病専門医が勤務する施設一覧」「山梨県糖尿病緊急相談先一覧」の作成：かかりつけ医と専門医との連携推進を目的に作成。医師会報等を通じて医療機関あて配布。

（４）山梨県 CKD 予防推進対策協議会の役割・取組

山梨県 CKD 予防推進対策協議会（事務局：山梨県医師会（県からの委託））では、本県における効果的な CKD の予防や重症化予防に関する施策を協議し、推進しています。

取組として、腎臓内科専門医とかかりつけ医の連携強化のため、病診連携医認定研修会の開催や、「病診連携医」の認定等を行っています。

病診連携基準及び病診連携医リストは県ホームページにて公表しています。

（５）県の役割・取組

プログラム（改定版）には、県の役割として「県医師会や山梨県糖尿病対策推進会議、山梨県 CKD 予防推進対策協議会等と各保険者の取組状況を共有し、保険者における円滑な事業実施を支援する」と定めています。

山梨県では、上記（３）の取組を糖尿病対策推進会議と共同して実施する他、令和 6 年度から次の会議体を設置し、市町村とかかりつけ医との連携推進に向けた対応策等の検討を行っています。

- 山梨県糖尿病重症化予防事業推進会議：市町村が行う糖尿病重症化予防事業の効果的取組を支援するための検討を目的に開催。構成員は糖尿病専門医（糖尿病対策推進会議）、かかりつけ医（県医師会）、糖尿病看護認定看護師、糖尿病療養指導士、保健事業支援・評価委員会委員、市町村代表者、後期高齢者医療広域連合職員等。

（６）プログラム（改定版）参考様式の活用

第 2 章 2（２）のかかりつけ医との連携に関する課題等の改善を目的に、プログラム（改定版）に新たな参考様式（参考様式 1-1、1-2、5）を追加しました。

プログラム（改定版）に示す様式は「参考様式」であり、市町村の実情に応じて内容を改編して使用することを可能とするものです。

また、事業実施体制によっては様式の使用が難しい場合もあるかと思いますが、様式作成（内容設定）の意図等を理解の上、自市町村においてできる工夫を検討していただきたいと思います。

○参考様式 1-1「糖尿病重症化予防受診勧奨連絡票」〈表面〉

<表面>

(参考様式 1-1)

糖尿病重症化予防受診勧奨連絡票

年 月 日

(かかりつけ医) 様

保険者名
 担当者名
 電話番号

下記の方は、健診において糖尿病が疑われましたが、糖尿病の定期的な医療機関受診が認められないため受診を勧めました。つきましては、糖尿病の重症化を予防するため、食院での継続的管理をしていただくか、保険者(市町村等)での継続的管理をするかのご指示をお願いいたします。

患者氏名		生年月日	年 月 日	男・女
健診結果 (血糖値・HbA1c)	(空腹時血糖または随時血糖 またはHbA1cの値を記載)	健診日	年 月 日	

【糖尿病重症化予防プログラム 受診勧奨者対象者選定基準(医療機関未受診者)】

① **健診受診者のうち空腹時血糖値または随時血糖値^{※1} 126mg/dL または HbA1c 6.5%以上で糖尿病の医療機関受診のない者** (※1: 随時血糖値は食事開始時から 3.5 時間以上絶食 10 時間未満に採血が実施されたもの)

※ 健診結果の詳細は、患者様所持した健診結果(または、別紙「精密検査依頼状」)にてご確認ください。

※ 保険者(市町村等)から食院に特にお願したい指導事項は下記のとおりです。

② ☐ 食事に関する事項(食事内容、摂取時間、間食 等)

()

☐ 身体活動・運動に関する事項

()

☐ 薬の内服に関する事項

()

☐ 糖尿病に対する理解

()

☐ その他

()

《依頼事項》

1. 食院での受診結果を裏面(受診結果連絡票)に記載の上、同封の返信用封筒で返信いただきますようお願いいたします。
2. 患者様の状況については、当保険者(市町村等)としても引き続き次年度の健診結果で確認してまいりますので、次年度の健診を受けるよう併せてご指導をお願いいたします。

③

様式 1-1 は、医療未受診者・治療中断者に対する受診勧奨において聞かれた次の課題の改善を目的に作成した様式です。

- ・受診勧奨により受診に繋がったが、医師から「問題ない」「大丈夫」等と説明を受けたことにより、対象者の生活改善が図られずその後の保健指導に苦慮した事例がある
- ・予防的な視点で受診勧奨基準を設定しているが、医療機関においてその基準値で受診勧奨することに理解を得られない場合がある（軽度であり受診不要と考える、等）

- ①：かかりつけ医に市町村（保険者）が実施する受診勧奨事業の理解を促すため、対象者基準を明記しています。
- ②：治療不要と判断した患者に医師が「大丈夫」とだけ説明し終了としてしまっている背景には、市町村（保険者）がどのようなことを期待して対象者を医療に繋いだのか、かかりつけ医がうまく理解できていない可能性があります。そこで、かかりつけ医に保険者が依頼したい指導事項を記載する項目を設けました。受診勧奨の実施体制によっては、市町村（保険者）が記載の手間をかけられないことも想定されるため、チェック式の項目としています。事例によって、具体的な依頼事項がある場合には、（ ）内に記載します。
- ③：市町村（保険者）において健診を通じた継続的な経過観察ができるよう、次年度の健診受診をかかりつけ医からも勧めてもらうよう依頼文を入れています。

<裏面>

(参考様式1-2)

受診結果連絡票

年 月 日

患者氏名	
------	--

【食院での受診結果（治療方針）】

1. 要治療

① かかりつけ医での定期的な受診

② 専門医への紹介

紹介先：

2. 要経過観察

かかりつけ医で（ ）か月後再検査

~~※次回受診日の目安を患者様にお伝えください。~~

3. 現時点では治療不要

《今後のフォローアップ方法》

① 健診による継続的経過観察

② かかりつけ医での定期的受診

③ 保険者（市町村等）の保健事業（健康教室、健康相談等）を利用

④ 保険者（市町村等）による家庭訪問

⑤ その他

具体的な内容 []

~~※上記フォローアップのご指示を患者様にお伝えください。~~

医療機関名

医師名

※治療方針判断の参考に、
別紙《参考資料》をご参照下さい。

- 20

○参考様式 5「参考資料：かかりつけ医から専門医等への紹介フロー図」〈表面〉

「糖尿病診療フロー（仮）」〈裏面〉

第1章1（4）のとおり、糖尿病治療を受けている者であっても、1年間に20％程度の者にHbA1cの数値の悪化が見られます。参考様式5は、かかりつけ医と専門医が連携し、適切な医療管理が行われるよう、市町村（保険者）からかかりつけ医に情報提供を行うための媒体として作成したものです。

かかりつけ医の糖尿病やCKDの診療の質の向上に向けては、山梨県糖尿病対策推進会議や県医師会等が研修会を実施しているところですが、参加者が課題意識を持つ医師に限定される傾向にあることから、市町村（保険者）からも、かかりつけ医との連携機会を通じて情報提供を行うことで、より広く連携基準等の啓発ができることが期待されます。

例えば、個別ケースを通じた連携場面で、かかりつけ医あての書類に様式5を同封する他、医師会や医療機関に事業の協力依頼を行う際に様式5の情報を共有する方法が考えられます。

第4章 留意事項

1 山梨県の健康課題等に対応した保健指導のポイント

(1) HbA1c が「少し高い」状態の長期化に留意

第1章1(1)のとおり山梨県はHbA1cの「少し高い」状態の者が多く、「少し高い」の長期化が腎障害等の合併症発症リスクを高めている可能性があります。受診勧奨や保健指導の対象者選定においては、直近の状態像に加え過去の状態にも着目し、HbA1cの高い状態が続いている者を優先的に支援するなどの視点も必要です。

対象者の過去の状態との変化を確認するにあたっては、山梨県糖尿病性腎症重症化予防支援システムの活用が有効です。(詳細は「山梨県糖尿病性腎症重症化予防支援システム活用マニュアル」参照)

(2) 減塩対策の強化

山梨県は全国と比較し、高血圧の有所見者割合が多く(NDBオープンデータより)、また、高血圧を引き起こす要因となる食塩の摂取量も全国より多い(国民健康・栄養調査、山梨県県民栄養調査より)傾向にあります。高血圧は腎症の進行に影響し、特にeGFRの低下速度を早めるため、留意が必要です。

健やか山梨21では1日食塩摂取量の目標値を8gと定めています。

また「やまなし減塩プロジェクト※3」による減塩の目安は次のとおりです。

- ・腎不全・心筋梗塞・脳卒中の予防対策として：1日8g以下
- ・慢性腎臓病・高血圧・糖尿病と診断されたら：1日6g以下

(慣れるまでは1日8gにするとよい)

糖尿病重症化予防事業においても、上記の減塩の目安を食事指導等の参考とするとよいでしょう。

※3「やまなし減塩プロジェクト」は山梨大学腎臓内科が立ち上げ、山梨県や県内の医療機関と連携し、山梨県の減塩を推進するための活動を展開している。

(3) 眼科受診状況の確認と定期的な受診勧奨

第1章1(6)のとおり、山梨県は糖尿病網膜症による視覚障害認定者の割合が多いことが課題です。

糖尿病網膜症進行防止の観点から、定期的な眼科受診に繋げることが重要であり、プログラム(改定版)では、かかりつけ医から眼科医への紹介の目安を「患者に自覚障害がなくとも年1回程度」と決めました。

市町村(保険者)においても、糖尿病の診断がついている対象者と関わる際には、糖尿病網膜症の発症リスクの説明に加え、眼科の受診状況を確認し、未受診または中断している場合には定期的な受診を指導することが必要です。

糖尿病重症化予防事業の他、健診結果説明会等の保健指導に関わるスタッフ間で眼科に関する確認・指導事項を共有するなど、組織的に取り組む体制を整えることができるとよいでしょう。

(4) その他

○微量アルブミン尿検査の重要性

尿蛋白と比較して、アルブミン尿は早期の腎障害、特に糖尿病性腎症の早期発見に有効な検査であるとされています。微量アルブミン尿（30-299 mg/gCr）の段階で治療を行うと比較的コントロールがしやすくなるのに対し、顕性アルブミン尿（300 mg/gCr 以上）になると腎機能の低下が早くコントロールが難しくなると言われています。

診療報酬では、尿アルブミン定量測定は、「糖尿病または糖尿病性早期腎症患者であって微量アルブミン尿を疑うもの（糖尿病性腎症第1期又は第2期のものに限る。）に対して行った場合に、3月に1回に限り算定できる」とされています。

糖尿病重症化予防事業の対象者が医療機関で微量アルブミン検査をしている場合には、その数値にも着目して状態を捉えていくことが望ましいです。

しかしながら、山梨県においては、微量アルブミン尿検査を実施する医療機関が少ないことが課題です。まずは、糖尿病診療を行う医療機関に対し、微量アルブミン尿検査の重要性を啓発していく必要があります。

○糖尿病におけるスティグマ

スティグマとは、ある特定の属性により、いわれのない差別や偏見の対象となることを意味します。

糖尿病においても「乱れた生活をしている人がかかる病気」「自己責任」といった糖尿病に対する誤った認識から生まれたスティグマ（差別や偏見）が、糖尿病のある人を苦しめてしまうことがあります。誤った認識による烙印をおされることで、患者本人のモチベーションを下げってしまうことも大きな問題です。

近年では、糖尿病に関するスティグマをもたらず言葉の見直し等も行われています。

糖尿病重症化予防の取組に携わる支援者は、糖尿病の誤った認識を正し、糖尿病のある人が生き生きと暮らせる環境づくりにも目を向ける必要があります。

○仕事と治療の両立支援

糖尿病自体は個々の労働者の業務執行能力に直接影響を与えることは一般的にありませんが、糖尿病合併症の進行により、視力障害や人工透析等が就業の継続や復職を難しくする現状があります。

糖尿病患者が治療を継続し、合併症を予防するためには、仕事と治療の両立が円滑に行われていることが必要です。

糖尿病重症化予防事業において、仕事をしている対象者を支援する際には、就労環境を確認し、必要に応じて主治医や職場の上司等と連携し、治療の継続をサポートすることが必要です。

2 取組の効果検証

プログラム（改定版）では、国プログラム（改定版）に準じて保険者が設定する具体的な評価指標の例示を追加しました。

また、山梨県では、第3期データヘルス計画に県共通評価指標を定め、全市町村の取組成果を同じ指標でモニタリングしています。糖尿病対策（糖尿病の発症・重症化予防、糖尿病性腎症重症化予防、等）の県共通評価指標は次の6項目を設定しています。

県共通評価指標は、毎年度県が前年度値（直近値）を集計し、1月～2月頃に市町村（保険者）に情報提供を行っていますので、数値の変動や県内における自市町村の立ち位置などを確認し、事業の見直しにご活用下さい。

〈第3期データヘルス計画 県共通評価指標〔糖尿病対策〕〉

- ① HbA1c6.5%（NGSP 値）以上の者の割合（高血糖者の割合）
- ② HbA1c8.0%（NGSP 値）以上の者の割合（血糖コントロール不良者の割合）
- ③ HbA1c 悪化率
- ④ 糖尿病性腎症重病期分類 悪化率
- ⑤ HbA1c6.5%（NGSP 値）以上の者のうち、糖尿病治療なしの者の割合
- ⑥ 健診未受診者のうち糖尿病治療中断者の割合

（上記指標は、すべて「山梨県糖尿病性腎症重症化予防支援システム」から出力したデータをもとに集計しています）

3 各種情報ツールの活用

（1）山梨県糖尿病性腎症重症化予防支援システム

本システムは、山梨県が令和5年度に作成した情報システムで、各市町村のKDBシステム用端末（Cドライブ）に保存されています。

本システムの最大の特徴は、任意に設定した「基準年」と「比較年」の2か年について対象群の変化を経年的に捉えることができる点です。例えば、令和4年度に糖尿病性腎症病期分類2期に該当した者、令和5年度にはどの病期に変化しているかなどを把握することができます。「糖尿病性腎症病期分類の推移」や「HbA1cの推移」について確認でき、平成30年度以降の年度について比較が可能です（平成30年度と令和5年度のような中長期的な変化も確認可能）。

また、各区分に該当する者の個別リストが出力でき、基準年と比較年の健診・レセプト情報を一度に確認することができます。

市町村においては、糖尿病重症化予防事業の対象者抽出（介入の優先順位付け）や中長期的視点を踏まえた事業評価等に活用することができます。

プログラム（改定版）に基づく取組の中では、第3章1（2）で解説した治療中断者の抽出や、第3章1（3）で解説したハイリスク者への保健指導で「HbA1c6.5%以上の状態が数年間継続している者やeGFRの低下速度の速い者」を把握する過程に活用することができます。

システムの詳細については、「操作マニュアル」「活用マニュアル」がシステム内に格納されていますので、そちらを参照下さい。また、システムの活用支援は国保連合会が県からの委託を受けて実施していますので、必要時お問い合わせください。

(2) 糖尿病性腎症重症化予防 FBR（フィードバックレポート）作成ツール

厚生労働省が行った「予防・健康づくりに関する大規模実証事業」の研究事業のうちの一つ「糖尿病性腎症重症化予防プログラムの効果検証」にて、研究で収集したデータの自治体への還元を目的に作成されたツールです。自治体が KDB を活用して重症化予防対象者の全体像を把握し、保健事業の実施や事業評価をより簡便に実施できることを目指したものです。

国プログラム（改定版）は、FBR 作成ツールから出力される帳票を対象者の把握に活用する内容となっています。

県プログラム（改定版）は、国プログラム（改定版）を参考とし、FBR ツールから出力される同帳票（一部改編）を対象者選定の“参考”とすることとしています（詳細は、第 3 章 1（4）「図表 3－1、3－2 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区分（例）」参照）

FBR 作成ツールは、KDB システムに機能を搭載し、令和 8 年度からは KDB 本体にて使用できるように改修される見込みです。令和 7 年度にツールを使用する場合には、各市町村にてツールをダウンロードしてご使用下さい。（インストーラーは、令和 5 年 2 月に県から市町村あてに配布済み）

また、ツールのマニュアルは下記 URL に掲載されています。

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000055466_00006.html

(3) KDB（国保データベース）システム

KDB システムとは、PDCA サイクルに沿ったデータヘルス計画の策定や実施等を支援するため、国保連合会が保有する健診・医療・介護の各種データを利活用して、統計情報や個人の健康に関するデータを作成し提供するシステムです。各市町村の端末で活用可能で、過去 10 年間のデータを確認することができます。

プログラム（改定版）に基づく取組では、対象者抽出において「保健事業介入支援管理－介入支援対象者一覧（栄養・重症化予防）」等の帳票が活用できます。

KDB システムの操作・活用に関する相談は国保連合会が窓口となっています。

(4) KDB 補完システム「アシスト」

KDB 補完システム「アシスト」とは、KDB システムの不便な部分を補い、かつ KDB システムで不足しているデータを補うシステムとして、山梨県国保連合会が開発したシステムです。各市町村の端末で活用可能です。

糖尿病重症化予防事業での活用としては、「糖尿病性腎症ヒートマップ（CKD の重症度分類）」が確認でき、ヒートマップの各区分該当者の個別リストの出力が可能です。

「アシスト」の操作・活用に関する相談は国保連合会が窓口となっています。

(5)「一体的実施・KDB 活用支援ツール」「一体的実施・実践支援ツール」

「一体的実施・KDB 活用支援ツール」は、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に特化して簡便に標準的な対象者抽出ができるツールです。

「一体的実施・実践支援ツール」は、「一体的実施・KDB 活用支援ツール」により提供される CSV データをエクセルにて二次加工できるソフトで、市町村における対象者の抽出のみならず、実践や事業評価への各段階で活用することができます。

75 歳以上の高齢者を対象に糖尿病重症化予防事業を行う際には本ツールを活用すると便利です。

各支援ツールの操作・活用に関する相談は国保連合会または後期高齢者医療広域連合が窓口となります。