

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

山 梨 県 医 師 会

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

山 梨 県

目次

1	山梨県の現状と経緯	1
2	プログラムの目的	1
3	プログラムの位置づけ	1
4	関係者の役割	2
	（１）保険者の役割	2
	（２）医師会の役割	2
	（３）山梨県糖尿病対策推進会議の役割	2
	（４）山梨県ＣＫＤ予防推進対策協議会の役割	2
	（５）県の役割	2
5	保険者におけるプログラム実施の条件	3
6	プログラム対象者選定及び介入方法の考え方	4
	（１）医療機関未受診者に対する受診勧奨	4
	（２）糖尿病の治療中断者に対する受診勧奨	4
	（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	5
	（４）高齢者（主に75歳以上）に対する保健指導	9
7	かかりつけ医と専門医等との連携	11
8	住民や被保険者に対する普及啓発	12
9	事業評価	12
10	円滑な事業の実施に向けて	14
○	参考	15
	山梨県糖尿病重症化予防プログラム概要図	16
	山梨県糖尿病重症化予防プログラム関係機関の連携図【参考図1】	17
	受診勧奨及び保健指導のフロー図【参考図2】	18
	かかりつけ医から専門医への糖尿病患者の紹介フロー図【参考図3】	19
	糖尿病重症化予防受診勧奨連絡票（参考様式1-1）	20
	受診結果連絡票（参考様式1-2）	21
	糖尿病重症化予防受診勧奨連絡票（治療中断）（参考様式2）	22
	糖尿病重症化予防保健指導対象者連絡票（参考様式3-1）	23
	糖尿病重症化予防保健指導指示書（参考様式3-2）	24
	保健指導に関する情報提供書（参考様式4）	25
	《参考資料》 専門医等への紹介フロー・糖尿病診療フロー（仮）（参考様式5）	26

1 山梨県の現状と経緯

糖尿病は、糖尿病性腎症、網膜症、神経障害等の合併症を併発し、心筋梗塞や脳卒中等の心血管疾患のリスク因子となるほか、認知症や大腸がん等の発症リスクを高めることも明らかになっており、生活の質や社会経済的活力と社会保障資源に多大な影響を及ぼす。

山梨県では、新規透析患者のうち糖尿病を起因とする糖尿病性腎症の割合が高いことから、平成27年度より山梨県CKD予防推進対策協議会を立ち上げ、CKDの重症化予防に取り組み、新規透析導入患者数の減少を目指してきた。

平成28年4月、国は糖尿病性腎症重症化予防に向けた取組の促進を図るため「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を策定した。

山梨県では、平成30年10月「山梨県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を策定し、従来からのCKD重症化予防の取組に加え、保険者における重症化予防の取組の質を高めることを通じて被保険者の健康の保持・増進を図り、医療費適正化に繋げていくこととした。

その後の分析等により、山梨県は全国と比べHbA1c8.0%以上の者の割合は少ないが、HbA1c6.5%以上8.0%未満の者の割合が多く、血糖値が少し高い状態の継続が合併症の発症リスクを高めている可能性が示唆され、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。

取組の質のさらなる向上を図るため国の糖尿病性腎症重症化予防プログラムが改定された（令和6年3月）ことに伴い、山梨県においても内容を見直すこととし、前述の課題等を踏まえ、名称を「山梨県糖尿病重症化予防プログラム」と改めるとともに、糖尿病の重症化予防及び糖尿病性腎症等の合併症の発症・重症化予防の取組をより一層推進することとする。

2 プログラムの目的

本プログラムは、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に受診勧奨することにより医療に結びつけるとともに、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（以下「ハイリスク者」という。）に対して、保険者とかかりつけ医等が連携して保健指導を行い、糖尿病の重症化及び糖尿病性腎症等の合併症の発症・重症化を防止することを目的とする。

3 プログラムの位置づけ

本プログラムは、山梨県医師会、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、山梨県の四者で策定し、県内の保険者において糖尿病重症化予防の取組が容易となるよう基本的な考え方を示すものである。

各保険者は、本プログラムを参考に保険者の実情にあった具体的な手順を作成し、事業に取り組むとともに、その結果を検証し、より効果的な取組に繋げていくことが重要である。

4 関係者の役割

(1) 保険者の役割

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、地域の課題に応じた対策を立案する。

対象者への支援方法の検討及び取組の実施に当たっては、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、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ともに、関係機関との情報共有に努める。

また、被保険者は市町村国民健康保険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があるため、保険者間の異動により支援が途切れないよう、保険者間の連携に努める。

なお、本プログラムに基づき実施した事業については、その結果の評価・分析を行い、PDCAサイクルにより次期の事業展開に繋げる。

(2) 医師会の役割

県医師会及び地区医師会は、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等、必要な協力を行うよう努める。

また、県や市町村等から相談があった場合には、糖尿病重症化予防の取組に可能な限り協力するとともに、会員及び医療従事者が積極的に対応するよう促す。

(3) 山梨県糖尿病対策推進会議の役割

糖尿病重症化予防に係る国や県における動向や各保険者の取組状況等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、取組に協力するよう努める。

(4) 山梨県CKD予防推進対策協議会の役割

糖尿病性腎症を含むCKDの重症化予防について医学的・科学的観点から助言を行うなど、取組に協力するよう努める。

(5) 県の役割

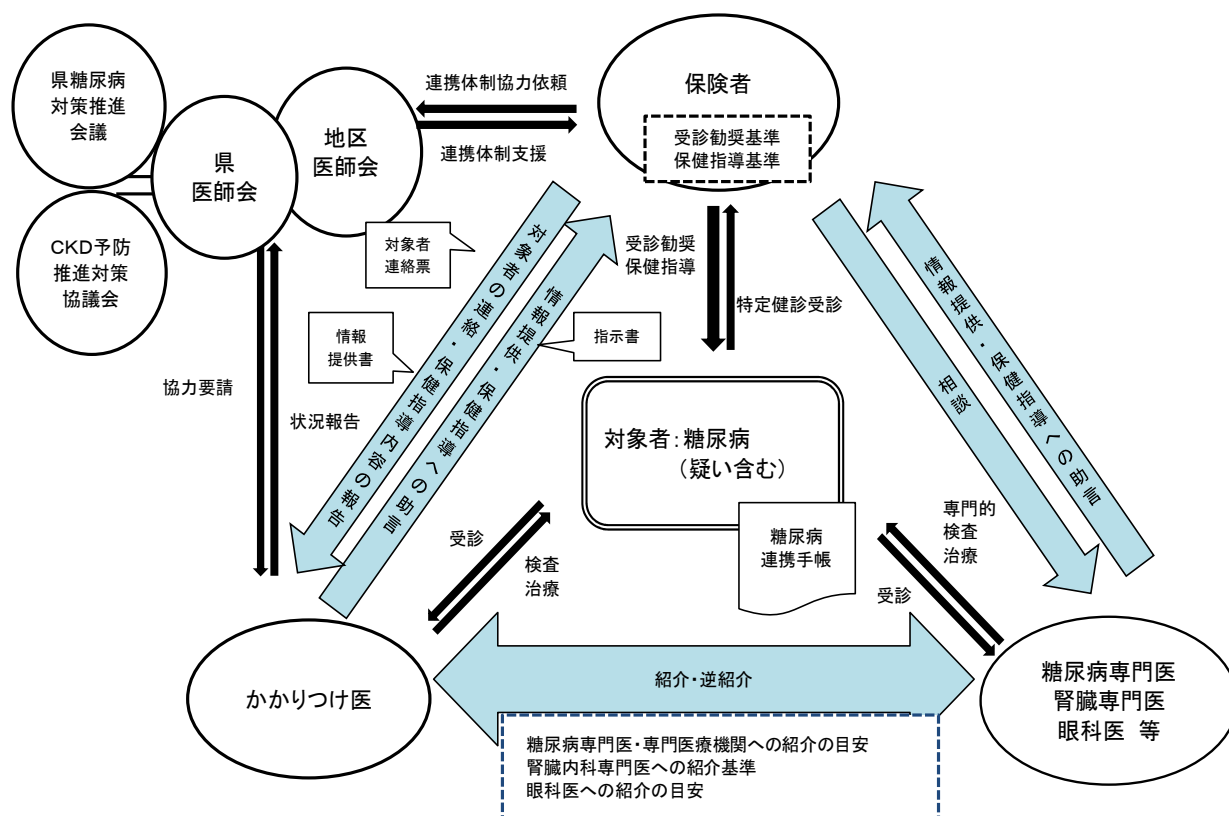
本プログラムを関係団体に周知し県民に啓発するとともに、県医師会や山梨県糖尿病対策推進会議、山梨県CKD予防推進対策協議会等と各保険者の取組状況を共有し、保険者における円滑な事業実施を支援する。

保険者において糖尿病重症化予防に十分取り組むことができていない場合に、事業実施方法の検討を行うなど、県は積極的に支援する。

また、保険者が行う事業評価について、国民健康保険団体連合会等と連携の上支援を行うとともに、取り組みの効果について広域的な観点から県全体での評価を行う。

〔図表1 関係者の役割（連携図）〕

山梨県糖尿病重症化予防プログラム関係機関の連携図



5 保険者におけるプログラム実施の条件

各保険者が本プログラムを参考に糖尿病重症化予防事業を実施する場合には、以下の条件を満たす必要がある。

- (1) 対象者の抽出基準が明確であり、対象者の状態像に応じた取組であること
- (2) かかりつけ医及び専門医と連携した取組であること
- (3) 保健指導を実施する場合は、専門職が取組に携わること
- (4) 事業評価を実施すること
- (5) 取組の実施に当たり、地域の実情に応じて山梨県糖尿病対策推進会議や山梨県CKD予防推進対策協議会等との連携を図ること
- (6) 各地域（各保険者単位、各地区医師会単位、保健所単位等）でかかりつけ医及び専門医等と手順書等を作成して推進すること

6 プログラム対象者選定及び介入方法の考え方

本プログラムが推奨する基準は以下のとおりとする（特定健診、レセプトデータ等からの抽出）。ただし、地域の実情に応じて、保険者が個別に定めることもできるものとする。

（１）医療機関未受診者に対する受診勧奨

【推奨基準】

健診において、空腹時血糖値または随時血糖値 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

※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）

【介入方法】

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。

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。

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）。

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。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。

（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

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。

【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。

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。医療機関につながっていない場合は、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。

（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

【推奨基準】

医療機関に糖尿病で通院中の患者のうち、HbA1c8.0%以上であり、保健指導への参加について本人の同意があった者

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。

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。

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。

【介入方法】

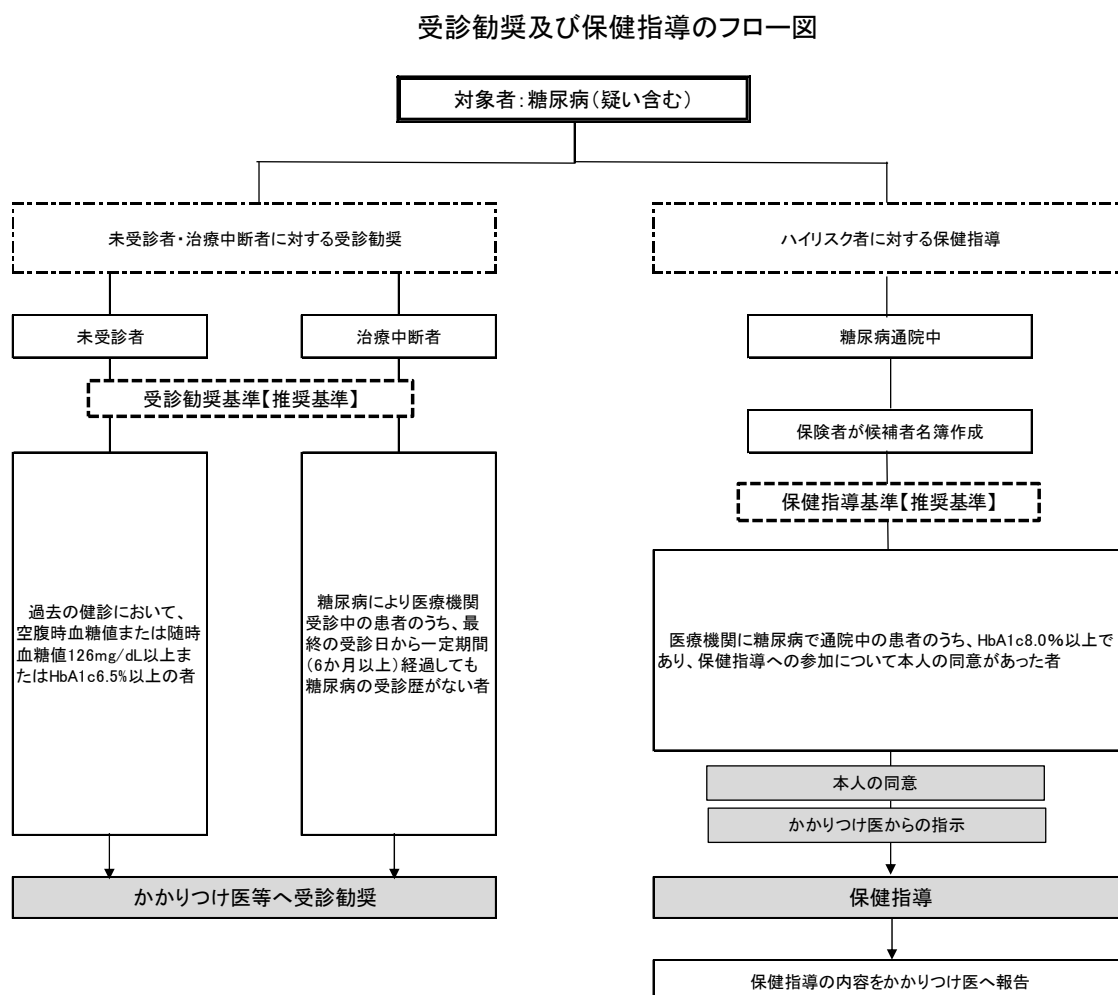
次の手順を参考に、訪問・面談・電話等の方法で保健指導を行う。

- 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。
- 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。

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。

〔図表2 受診勧奨及び保健指導の推奨基準〕



〔図表 3-1 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）〕

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
		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										

点線青枠、実線赤枠：健診・レセプト情報から糖尿病と判断できないため、糖尿病重症化予防の取組の対象外（CKD対策〈実線赤枠〉、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
		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										

糖尿病受診中の場合には、HbA1c<6.5%も糖尿病重症化予防の取組の対象。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。

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

※1 糖尿病未受診者：対象年度に2型糖尿病の受診実績が無い者

※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」：140mmHg≦収縮期血圧または90mmHg≦拡張期血圧に該当し、対象年度に高血圧症の受診実績が無い者。

「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(140mmHg≦収縮期血圧または90mmHg≦拡張期血圧)が可能な者を含む。

※3 腎障害の程度 血圧区分判定不可：HbA1c測定者のうち、尿蛋白、血圧の測定値が無く、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の測定値が無い場合は暫定的に「異常なし」と分類。

※4 糖尿病受診中の者：対象年度に2型糖尿病の受診実績がある者

〔図表 3－2 レベルに応じた介入方法（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	
II	通知・電話／面談	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	
III	通知・電話／面談／訪問にて確実に実施	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	

※図表 3－1、3－2 は、国の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）で示された対象者抽出基準をもとに山梨県版として一部改編

(4) 高齢者（主に75歳以上）に対する保健指導

① 医療機関未受診者に対する受診勧奨

【推奨基準】

健診において HbA1c8.0%以上かつレセプトで対応する糖尿病の薬剤処方履歴が1年間ない者

【介入方法（例）】

- ア 健康状況伺い（通知、電話）並びに受診の勧めを行う。
- イ 上記アへの反応や過去の治療歴を確認し、必要に応じて面談または訪問にて状況を確認。受診勧奨にとどまらず、食生活や身体活動、生活面での相談を行い、適切な受診、健康相談の窓口につなげる。
過去受診歴があればかかりつけ医と連携、介護保険サービスを利用中であれば地域包括支援センターと連携を検討。
- オ 受診勧奨後は、レセプトもしくは本人への連絡にて受診の有無を確認。

② 糖尿病の治療中断者に対する受診勧奨

【推奨基準】

抽出年度の健診未受診者のうち、抽出前年度以前3年間に糖尿病の薬剤処方歴があり、かつ抽出年度の薬剤処方歴がない者

中断期間が長期の者、一定期間の服薬があったもの、経済状況により治療継続が困難と考えられる者等を優先的に対応することが望ましい

【介入方法（例）】

- ア 健康状況伺い（通知、電話）、並びに中断理由の確認及び健診の勧めを行う。
- イ アで把握した情報から、明らかな自己中断であり、中断前の検査結果が HbA1c8.0%以上または現在合併症が疑われる症状の出現があるなど重症化リスクが高いと考えられる場合には、受診勧奨を行う。
- ウ 健診結果で受診の必要性について検討。数値が高ければ、面談等により医療機関受診を勧める。
- エ 受診勧奨にとどまらず、食生活や身体活動、生活面での相談を行い、適切な受診、健康相談の窓口につなげる。
- オ 受診勧奨後は、レセプトもしくは本人への連絡にて受診の有無を確認。

③ 糖尿病があり、フレイル状態にある者への保健指導

【推奨基準】

糖尿病治療中もしくは中断、または健診において HbA1c7.0%以上、かつ後期高齢者の質問票 ①（健康状態※²） ⑥（体重変化※³） ⑧（転倒※⁴） ⑬（外出頻度※⁵）のいずれかに該当する者

※2 質問票① あなたの現在の健康状態はいかがですか → 回答：「あまりよくない」「よくない」に該当

※3 質問票⑥ 6 か月間で 2 ～3kg 以上の体重減少がありましたか → 回答：「はい」に該当

※4 質問票⑧ この 1 年間に転んだことがありますか → 回答：「はい」に該当

※5 質問票⑬ 週に 1 回以上は外出していますか → 回答：「いいえ」に該当

【介入方法（例）】

ア 健康状況・生活状況を伺う（通知、電話）。

通いの場等、介護予防事業への参加状況を確認する。

イ 必要に応じてフレイル予防教室（一般介護予防事業）や栄養相談（健康づくり事業）等につなげる。

ウ 糖尿病治療中で HbA1c8.0%以上の者については、かかりつけ医に治療方針や保健指導の必要性を確認の上、必要に応じて個別保健指導を行う。

④ 高齢者の保健指導における留意事項

糖尿病の高齢者は、糖尿病以外の疾患を複数抱えていたり、認知機能が低下していたりするなど、個別性が高いことに加え、薬剤により低血糖を起こす可能性が高くなる。

保健指導の実施にあたっては、特に後期高齢者を対象とする際は、生活習慣改善等に関する目標値の設定について、青壮年期の対象者と同じレベルの目標値としないことに留意する。

※参考：高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン（令和 6 年 3 月 厚生労働省保険局高齢者医療課）

7 かかりつけ医と専門医等との連携

糖尿病の重症化予防には、かかりつけ医と糖尿病専門医との間で十分な連携を図ることが重要である。

また、腎症の重症化を防止するためには、腎臓内科専門医と連携をする必要がある。

かかりつけ医は、図表4の「糖尿病専門医・専門医療機関への紹介の目安」「腎臓内科専門医への紹介基準」を活用し、各専門医との連携を図る。

また、糖尿病網膜症の進行防止の観点から、定期的かつ継続的（患者に自覚症状がなくとも年1回程度）に眼科受診に繋げるなど、眼科医との連携を図る。

さらに、歯周病と血糖コントロールの関係を踏まえ、歯科医との連携を図る。

保険者等は、「《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おかかりつけ医に情報提供し、適切な糖尿病診療の推進に努める。

〔図表4 かかりつけ医から専門医への紹介基準〕



8 住民や被保険者に対する普及啓発

山梨県では全国と比べ HbA1c 6.5%以上 8.0%未満の者の割合が多く合併症発症のリスクを高めている可能性があることや、新規透析患者のうち糖尿病を起因とする糖尿病性腎症の割合が高いこと、糖尿病の重症化予防の意義や重要性、さらに健康づくりの視点からも糖尿病の発症予防に関する情報発信をすることが重要であるため、住民や被保険者に対して、広報や講演会、健診結果の説明会、運動教室、栄養指導教室等の機会等で普及啓発を行い、糖尿病重症化予防のための対策に積極的に取り組んでいることへの理解を深める。

更に若年層を含めた幅広い年代層に対して、食生活や運動等の生活習慣、健康意識等に関する働きかけを行っていくためには、地域の医療従事者、関係団体、事業主等と連携していくとともに、地元の企業や商工団体、学校、自治会等とも連携していくことも考える。

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。

9 事業評価

保険者が事業の成果を検証し、PDCAサイクルに基づいて次の事業展開に繋げていくため、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）の視点で事業評価を行う。（具体的な評価指標例は図表6を参照）

保険者においては、受診勧奨や保健指導を実施した被保険者個々人の単位、もしくはその集団（図表5のエ.事業参加者）で確認する短期的評価をしっかりと行うことが重要である。

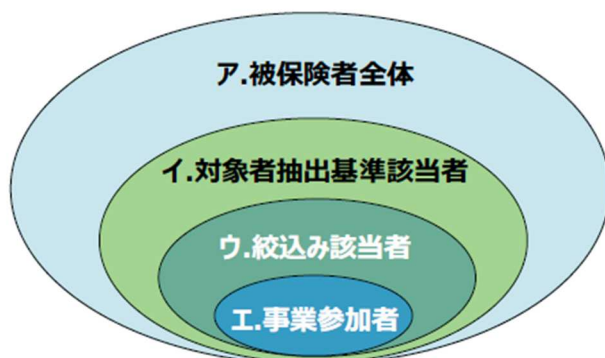
アウトプット評価では、抽出された対象者のうち、何人に受診勧奨や保健指導を実施できたかの評価を必ず行う。

アウトカム評価では、短期的評価指標と中長期的な評価指標を定める。例えば、受診勧奨では、短期的指標として受診勧奨による医療機関受診の有無が重要である。そのうえで1年後には治療の継続、HbA1cや血圧、腎障害の程度の変化、長期的には透析の導入抑制等が重要な指標となる。

対象者の抽出基準に該当した者（図表5のイ.対象者抽出基準該当者）のうち、受診勧奨や保健指導を実施した被保険者（図表5のエ.事業参加者）と、受診勧奨や保健指導を実施していない者（図表5のイ.対象者抽出基準該当者のうちエ.事業参加者を除いた者）でアウトカム評価指標を比較するとともに、被保険者全体（図表5のア.被保険者全体）における各種指標の変化の状況について、中長期的にどのように変化したかについて、確認を行うことが望ましい。

また、事業の評価・分析結果は、関係者間で共有し、助言を得ながら改善方策等について協議することが望ましい。

〔図表 5 評価対象のとりえ方〕



〔図表 6 保険者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。

※図表 5、6 は、国の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）より引用

また、県や後期高齢者医療広域連合においては、広域的な立場から、保険者（市町村）間比較のための分析や、医師会等関係機関との連絡・協力体制等の体制整備に関する状況についても評価していくことが求められる。

10 円滑な事業の実施に向けて

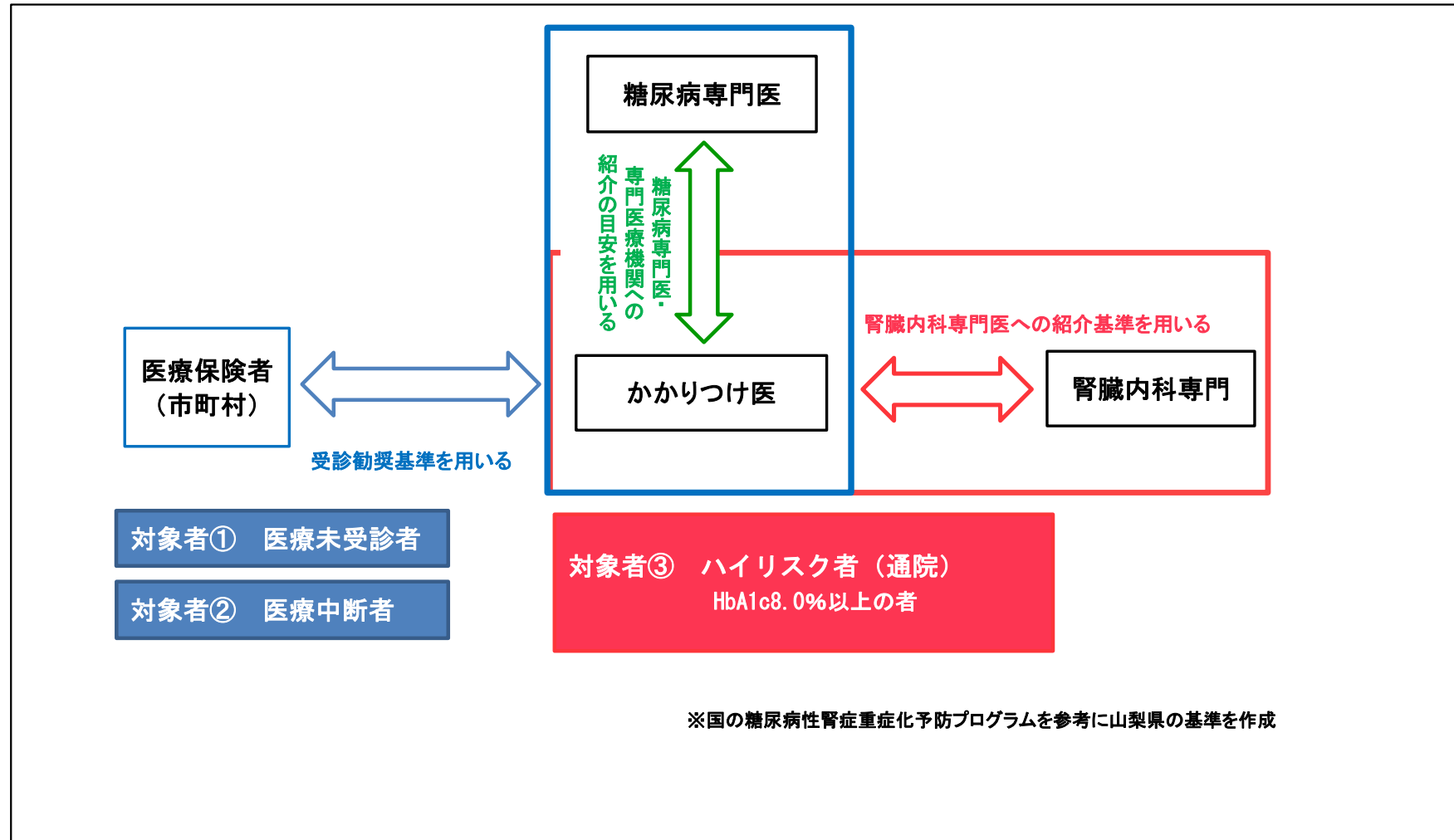
本プログラムでは、糖尿病重症化予防に取り組むに当たり、基本的な考え方を示したが、保険者が保健事業において既に行っている取組を妨げるものではない。地域の実情に応じて柔軟に対応することが可能である。

また、各保険者が事業を実施するに当たっては、保険者と医療関係者が密接に連携し事業を展開することが重要である。

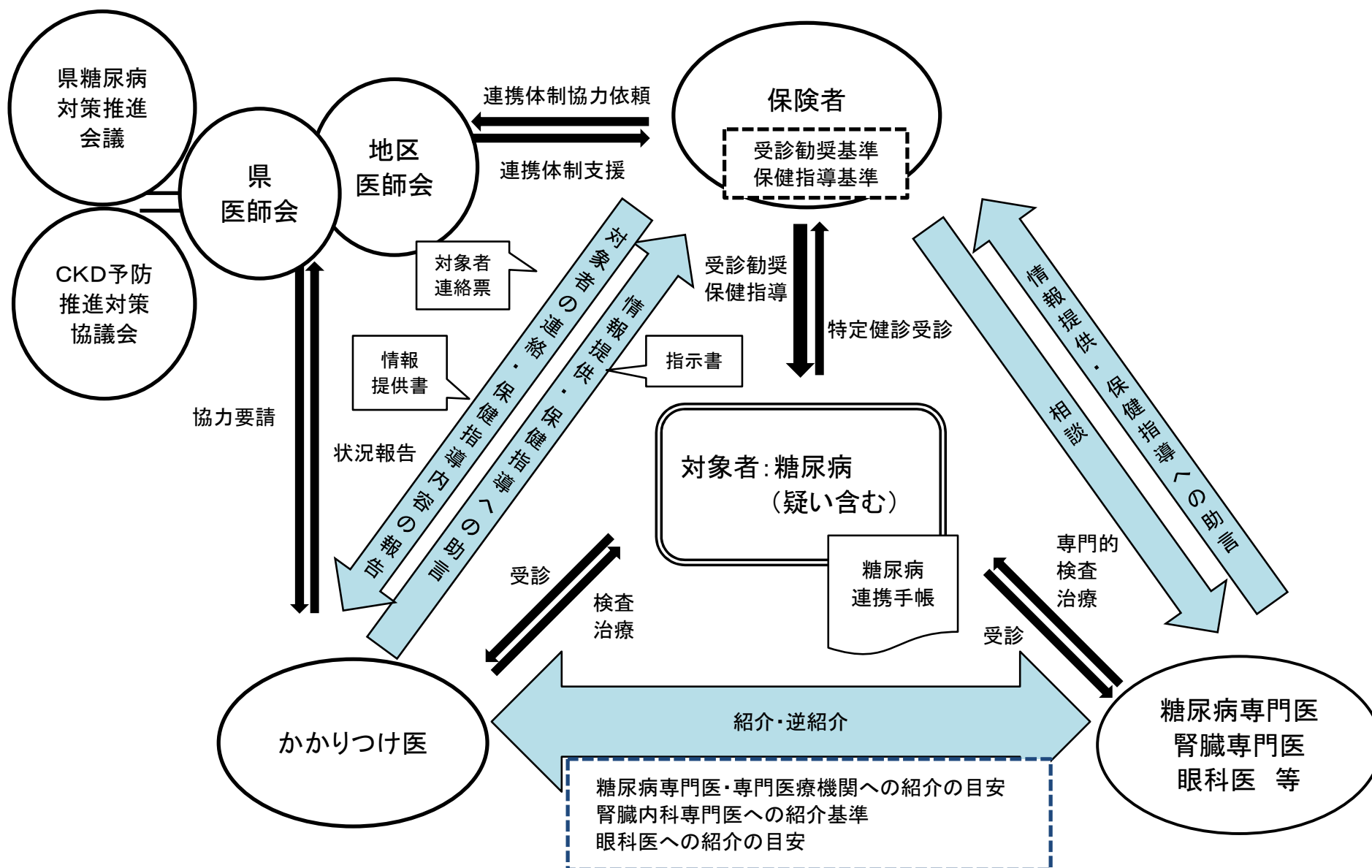
なお、本プログラムに記載のない事項については、国が策定した「糖尿病性腎症重症化予防プログラム（平成28年4月策定、令和6年3月改定）」を参考とすること。

参 考

山梨県糖尿病重症化予防プログラム 概要図

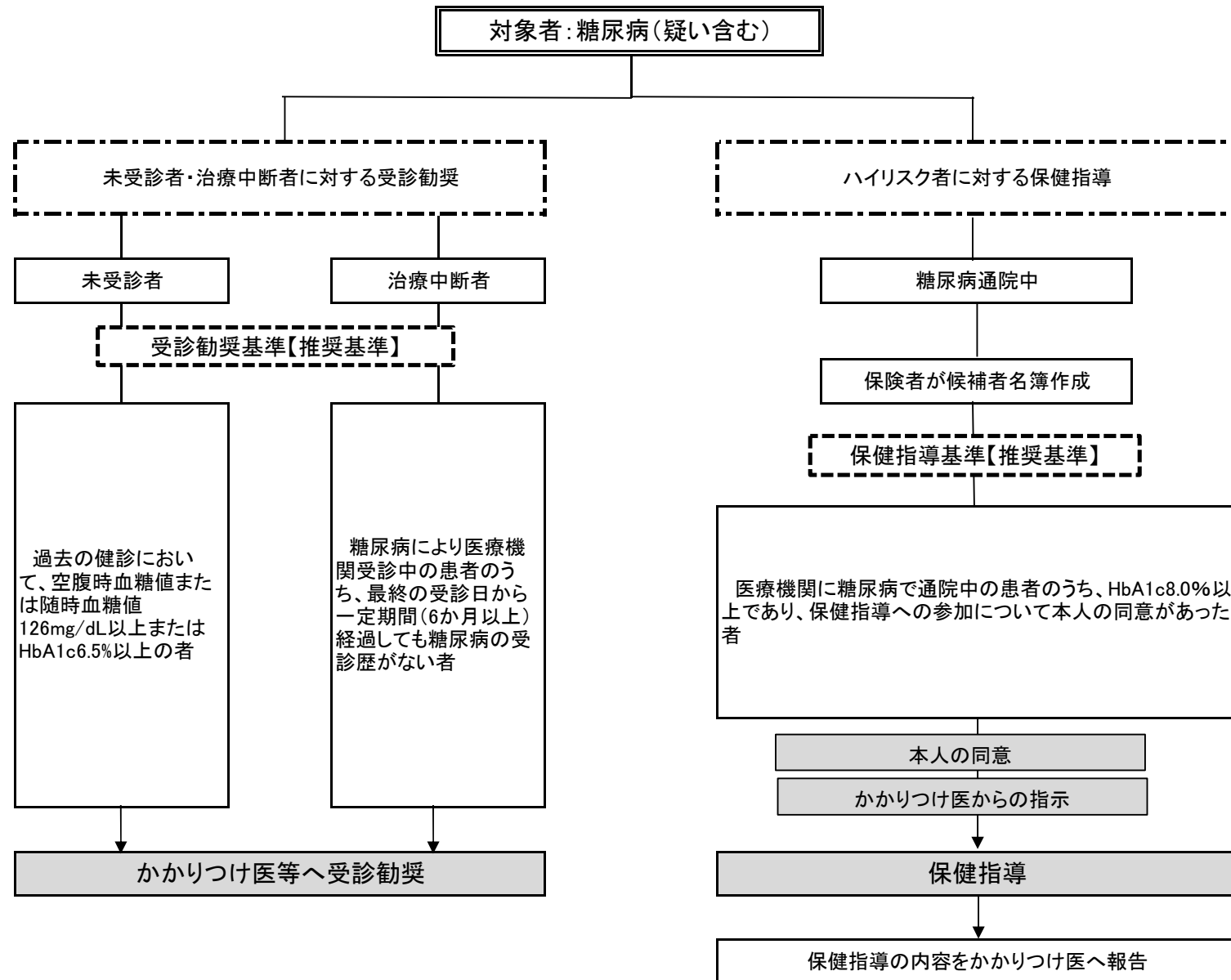


山梨県糖尿病重症化予防プログラム関係機関の連携図



受診勧奨及び保健指導のフロー図

【参考図2】



かかりつけ医から専門医等への糖尿病患者の紹介フロー図

【参考図3】



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、貴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）】

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 HbA1c6.5%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、患者様が持参した健診結果（または、別紙「精密検査依頼状」）にてご確認下さい。

※ 保険者（市町村等）から貴院に特にお願いしたい指導事項は下記のとおりです。

☐ 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》

- 貴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。
- 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、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。

<裏面>

(参考様式 1-2)

受診結果連絡票

年 月 日

患者氏名	
------	--

【貴院での受診結果（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。

※治療方針判断の参考に、
別紙《参考資料》をご参照下さい。

医療機関名

医師名

糖尿病重症化予防受診勧奨連絡票（治療中断）

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、レセプト・健診等の結果から、糖尿病重症化予防プログラムの受診勧奨の対象になりました。

つきましては、御多忙中恐縮ですが、先生からの御意見をお伺いしたいので、下記について記載の上、御返送いただきますよう、お願いいたします。

患者氏名		生年月日	年	月	日	男・女
住 所			電話番号			
最終受診日						

【糖尿病重症化予防プログラム受診勧奨対象者選定基準】

○糖尿病の治療中断者

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

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・【かかりつけ医記載欄】・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

該当事項を記載してください

☐ 治療中断者である
☐ 治療中断者ではない <理由> ☐ 治療が必要ないため ☐ その他 ()

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・【保険者記載欄】・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

☐ 受診勧奨が必要である→プログラム対象	☐ 受診勧奨は必要ではない→プログラム対象外
---	---

糖尿病重症化予防保健指導対象者連絡票

年 月 日

(かかりつけ医) 様

保険者名

担当者名

電話番号

貴院に通院中の下記の方について、レセプト・健診等の結果から、本人同意のもと糖尿病重症化予防プログラムの保健指導の対象になりました。

つきましては、御多忙中恐縮ですが、先生からの御指示をいただき保健師等による保健指導を実施したいので、裏面(参考様式3)に保健指導の必要性等について記載の上、御返送いただきますよう、お願いいたします。

患者氏名		生年月日	年 月 日	男・女
住 所		電話番号		

【糖尿病重症化予防プログラム保健指導対象者選定基準】

医療機関に糖尿病で通院中の患者のうち、HbA1c8.0%以上であり、保健指導への参加について本人の同意があった者

.....(以下に患者本人が自署してください).....

糖尿病重症化予防保健指導参加同意書

私は、(保険者名)から糖尿病重症化予防プログラムの説明を受け、保健指導を受けることに同意します。

年 月 日

本人署名

糖尿病重症化予防保健指導指示書

年 月 日

(保険者) 様

医療機関名

かかりつけ医名

印

医療機関住所

電話番号

患者氏名			
保健指導に関する指示事項 ※以下、該当項目をチェックし、分かる範囲で記入してください。			
保健指導を実施することが ☐ 適当 ☐ 不適当			
保健指導を依頼する内容	☐ 食生活指導 ☐ 運動指導 ☐ 服薬指導 ☐ 禁煙指導 ☐ その他 () 目標体重 : _____ kg (現在 _____ kg) 一日摂取エネルギー量 (標準体重 1 kgあたり) (_____ kcal/日) 一日塩分摂取量の制限 : 無 ・ 有 (_____ g 以下) その他 ()		
傷病名	糖尿病 (1 型・2 型・その他・不明) その他 ()		
検査結果	(検査日 年 月 日) 血糖値 : (空腹時・随時) _____ mg/dL HbA1c : _____ % 尿蛋白 : _____ eGFR : _____ mL/分/1.73 m²		
その他連絡事項			

保健指導に関する情報提供書

年 月 日

情報提供先

所属名

氏名

殿

情報発信元

所属名

氏名

患者氏名

保健指導に関する情報提供

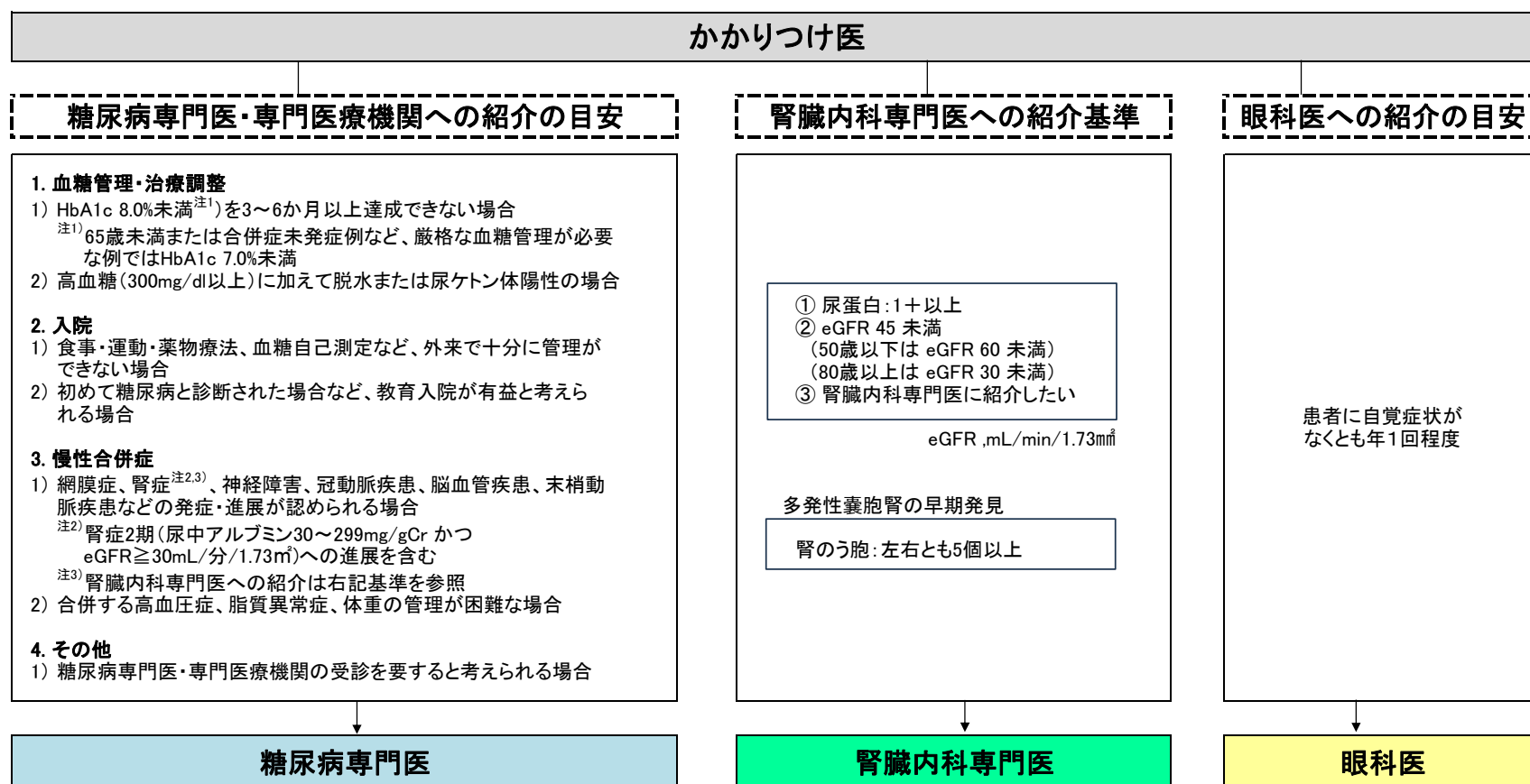
糖尿病患者の診療に次のフローをお役立て下さい。

- ・「かかりつけ医から専門医等への糖尿病患者の紹介フロー（山梨県糖尿病重症化予防プログラム（※¹）規定）」
- ・「糖尿病診療フロー（仮）（山梨県糖尿病対策推進会議（※²）監修）」（裏面）

（※¹）山梨県糖尿病重症化予防プログラム：山梨県医師会、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、山梨県の四者で策定。
糖尿病の重症化及び合併症の発症・重症化を予防することを目的に、県内保険者の取組の基本的な考え方を示すもの。

（※²）山梨県糖尿病対策推進会議：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）

かかりつけ医から専門医等への糖尿病患者の紹介フロー図



<裏面>

糖尿病診療フロー(仮)

完成次第反映予定

(山梨県糖尿病対策推進会議にて作成中)

かかりつけ医が「正常型」、「境界型」、「糖尿病型」を鑑別し、
「1.要治療」、「2.要経過観察」、「3.現時点では治療不要」を判断するためのフローチャート