（日糖推 31）
平成２９年７月１４日

日本糖尿病対策推進会議を構成する団体　御中

日本糖尿病対策推進会議
会長　横　倉　義　武
（公印省略）

重症化予防（国保・後期広域）ワーキンググループとりまとめ
「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開に向けて」の公表について

時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

この度、厚生労働省保険局国民健康保険課ならびに高齢者医療課より、重症化予防（国保・後期広域）ワーキンググループとりまとめ「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開に向けて」が公表され、別添の周知協力方依頼が参りました。

糖尿病性腎症重症化予防の推進にあたっては、行政と医療関係者との連携体制を構築していく必要があり、都道府県・市町村・広域連合・関係団体・関係者等がそれぞれの立場で協力して役割を果たすことが重要とされています。

つきましては、貴団体におかれましても本件についてご了知いただき、管下都道府県支部等への周知および協力方につきまして、ご高配のほどよろしくお願い申し上げます。

なお、本件につきましては、日本医師会より都道府県医師会にも周知、協力方依頼をいたしておりますことを申し添えます。

保国発 0710 第 14 号
保高発 0710 第 4 号
平成 29 年 7 月 10 日

日本糖尿病対策推進会議会長　殿

厚生労働省保険局国民健康保険課長
厚生労働省保険局高齢者医療課長
（　公　印　省　略　）

重症化予防（国保・後期広域）ワーキンググループとりとめ
「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開に向けて」の公表について

国民健康保険及び後期高齢者医療の保健事業の推進につきましては、平素から格別の御高配を賜り厚く御礼申し上げます。

この度、厚生労働省において重症化予防（国保・後期広域）ワーキンググループとりまとめ「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開に向けて」を公表したことを受け、別添のとおり、都道府県・広域連合宛て通知を発出いたしました。

糖尿病性腎症の重症化予防の推進にあたっては、本とりまとめでも指摘されているとおり、行政と医療関係者とが協力し、連携体制を構築していくことが非常に重要であり、都道府県、市町村、広域連合、関係団体、関係者等それぞれの立場からそれぞれが果たすべき役割を協力して実施することが重要です。つきましては、貴会議におかれましても、構成する団体に周知いただき、各団体を通じて各都道府県の支部等に周知されるとともに、国民への啓発、医療従事者への研修や都道府県及び市町村並びに広域連合による地域医療体制の構築などに向けて格段のご協力を賜りますよう、よろしくお願いいたします。

糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開に向けて

（別紙１）

（平成29年７月10日　重症化予防（国保･後期広域）ワーキンググループとりまとめ）

1．現状

○　新規人工透析導入患者は**約３万１千人**であり、世界主要国のなかでは日本が最も人工透析患者数（人口当たり）が多い。このうち、原疾患が糖尿病性腎症である者が**４３.7%**と最も多い。

○　医科診療医療費全体のうち糖尿病による医療費は**約1.2兆円（4.4%）**を占める。

○　人工透析には**一人月額約40万円、年間約1.57兆円**を要する等、医療費全体から見ても大きな課題。

2．重症化予防を進める意義

（都道府県）

○　都道府県内の医療費適正化を推進、国保財政の基盤強化

（市町村・広域連合）

○　住民の健康保持・増進

○　医療費適正化、保険料の伸び抑制

（患者及び家族）

○　心身の苦痛、行動制限、金銭等の負担軽減

○　健康保持・増進、健康寿命の延伸、QOL向上

（かかりつけ医・専門医等）

○　医療機関未受診・治療中断患者の受診

○　医療機関の人的・物的資源の効率的活用

3．基本的な取組の流れ

○　市町村等が基本的な取組を実施するときは、**庁内連携、地域連携、事業計画策定、事業実施、事業評価、次年度事業の修正をPDCA**により実施することが必要である。

○　特に、**あらかじめ地域における医師会等の関係者と密接に連携**することが必要である。

【実施すべき事項】

・医師会等に市町村等の課題や事業のねらいを情報提供する

・医師会等と連携方策について協議し共通認識の形成を図る

（参考）糖尿病性腎症重症化予防プログラム（平成28年４月20日付け保発0420第４号保険局長通知）において、基本的な取組の考え方や取組例を示している。地域の実情に応じた柔軟な対応が可能。

重症化予防の基本的な取組の流れ

庁内連携 → 地域連携 → 事業計画 → 事業実施 → 事業評価 → 次年度事業修正

NO		項目
1	P 計画準備	チーム形成（国保･衛生･広域等）
2		健康課題の把握
3		チーム内での情報共有
4		保健事業の構想を練る（予算等）
5		医師会等への相談（情報提供）
6		糖尿病対策推進会議等への相談
7		情報連携方法の確認
8		対象者選定基準検討
9		基準に基づく該当者数試算
10		介入方法の検討
11		予算･人員配置の確認
12		実施方法の決定
13		計画書作成
14		募集法の決定
15		マニュアル作成
16		保健指導等の準備
17		（外部委託の場合）事業者との協議 関係者へ共有
18		個人情報の取り決め
19		苦情、トラブル対応

NO		項目
20	D 受診勧奨	介入開始（受診勧奨）
21		記録、実施件数把握
22		かかりつけ医との連携状況把握
23		レセプトにて受診状況把握
24	D 保健指導	募集（複数の手段で）
25		対象者決定
26		介入開始（初回面接）
27		継続的支援
28		カンファレンス、安全管理
29		かかりつけ医との連携状況確認
30		記録、実施件数把握
31	C 評価報告	3か月後実施状況評価
32		6か月後評価（実施状況、データ）
33		1年後評価（健診･レセプト）
34		医師会等への事業報告
35		糖尿病対策推進会議等への報告
36	A 改善	改善点の検討
37		マニュアル修正
38		次年度計画策定

平成28年度厚生労働科学研究「糖尿病性腎症重症化予防プログラムの開発のための研究」　津下一代ほか

5．更なる展開に向けた取組

（1）市町村

課題	更なる展開に向けて
● 取組を実施しない市町村の存在 ● 幹部等のリーダーシップの不足	○ 市町村の意識の啓発 ・首長・幹部等が意義を理解しリーダーシップを発揮し優先順位を上げることが重要。 ・都道府県や国保連の研修等を活用した専門的人材の育成、国保担当課と健康増進担当課等との連携による庁内人材の効率的活用、外部委託事業者の活用等が必要。 ・健康の保持増進、健康寿命延伸と医療費適正化を目指す目標の明確化が重要。
● 組織の縦割りの弊害	○ 担当課の縦割の排除 ・予防・健康づくりの施策と医療費を踏まえた対応に向け、健康増進担当課と国保担当課等における縦割を排除し、組織一体的に取り組むことが必要。 ・事務職の役割も大きく 業務を整理し個人の属性に頼らない仕組み化が重要。 ・窓口を明示して内外の情報共有や協議を円滑にする工夫が必要。
● 事業目的とのかい離 ● 状況に応じた対象者の限定・変更	○ 抽出基準の明確化 ・従来の業務との連続性が重要。 ・市町村等の状況に即した適切な対象者の抽出基準を設定することが必要。 ・抽出基準が課題を解決するために適切か、医師会等と検討が必要。
● 医師会・かかりつけ医等との連携不足	○ 医師会等との連携の推進 ・対象者への継続的な医療を担うかかりつけ医等との連携は不可欠。特に、受療中断者や治療中の患者を対象とする場合は個別に連携・協力が必要。このため、企画段階から医師会等と協議し実施体制の合意形成が重要。 ・かかりつけ医・専門医等の連携が円滑に進むよう地域の連携体制の整備が必要。
● 糖尿病対策推進会議等との低い連携	○ 都道府県糖尿病対策推進会議等との連携 ・都道府県との連携体制を確認したうえで、糖尿病対策推進会議等と連携することが必要。CKD対策のネットワークも活用が可能。 ・情報提供のみではなく、取組のあり方や実施方法等について糖尿病対策推進会議と直接相談することが重要。

（2）広域連合

課題	更なる展開に向けて
● 市町村との連携不足	○ 市町村との連携の推進 ・保険者機能を有する者として、保有する後期高齢者の健診・医療情報を積極的に構成市町村に提供。 ・広域連合と市町村の双方参画のもとで企画運営組織を設け、定期的に会議を開催するなど、実施体制の確保に努めることが必要。 ・高齢期に一貫性、連続性のある取組を行えるよう、市町村と情報や課題を共有し、一貫した保健指導を行うなど連携を推進が必要。

（3）都道府県

課題	更なる展開に向けて
● 幹部等のリーダーシップの不足	○ 都道府県の意識の啓発 ・平成30年度から国保の保険者としての役割を担うため、都道府県全体の問題として幹部等のリーダーシップが発揮されるよう進め、主体的な取組と市町村等への支援を行うことが重要。
● 庁内の縦割	○ 担当課の縦割りの排除 ・部署間の連携を密にすることが必要。 ・健康増進計画、医療費適正化計画等の策定主体として、関係課が一体で取り組むべき。
● 都道府県の取組の温度差	○ 市町村等への支援 ・都道府県の連携体制、支援内容の機能等を市町村等へ示すことが必要。 ・市町村等の実施状況を定期的に把握し、遅れている市町村を重点的に支援することが必要。 ・市町村等に都道府県の持つデータを提供することが必要。 ・人材不足・財政不足に悩む市町村等に人的・財政的支援を行うことが必要。 ・保健所の機能・人材を有効に活用し、医療関係者と市町村等のつなぎ役となる。

（3）都道府県（つづき）

課題	更なる展開に向けて
● 少ない連携協定の締結 ● 都道府県医師会･都道府県糖尿病対策推進会議等との連携不足	○ 医療関係者との連携の促進 ･都道府県医師会･糖尿病対策推進会議･拠点病院等の医療関係者との連携を仲立ちする役割が必要。 ･糖尿病対策推進会議等の地域の実情に応じた組織を柔軟に活用して連携の枠組みを作り、市町村に具体的な連携方法等を情報提供することが必要。 ･都道府県医師会･糖尿病対策推進会議等と連携協定を締結する。
● 都道府県版プログラムの未策定	○ 都道府県版重症化予防プログラム策定の推進 ･市町村等の状況に応じた選定基準が設定できるようにする。 ･かかりつけ医等と保険者が相互に補完しながら策定することが必要。 ･地域の課題に柔軟に対応できるものとしつつ、連携体制など共通事項を示し、関係者との関係づくり、進捗管理、人材の計画的養成などを行う。 ･策定に当たっては、保険者努力支援制度で市町村･都道府県が評価されることを念頭におく。

（4）糖尿尿対策推進会議等

課題	更なる展開に向けて
● 市町村等との連携不足 ● 連携の認識不足	○ 糖尿病対策推進会議等と市町村等との連携の意義 ･従来の事業のほか、行政と連携･協力して行う個々の支援を想定した具体的取組の検討を進めることが必要。
● 構成団体の地域差 ● 市町村への周知不足	○ 糖尿病対策推進会議等の体制のあり方 ･かかりつけ医等と専門医等が連携できる団体構成とするとともに、歯科･保健･看護･栄養･薬剤等の幅広い専門職と連携を図ることができる体制が必要。
● 市町村等との直接的な連携の不足	○ 市町村等との連携体制の構築 ･都道府県と連携を進め、都道府県糖尿病対策推進会議と市町村等の連携のあり方をあらかじめ協議し、地域の実情に合った体制構築に協力することが必要。 ･必要な場合には専門医等へ相談できる支援体制を構築することが必要。 ･市町村担当者が直接相談できる一元的な窓口を提示する。

（4）糖尿尿対策推進会議等（つづき）

課題	更なる展開に向けて
● 多様な治療ガイドラインの存在 ● 多くの専門職種の関わり	○ 構成団体による取組の推進 ・各構成団体は、担当者を置き専門性に応じた可能な取組を行うことが必要。 ・重症化予防に寄与する多職種は必要に応じて協力体制を構築し効果的に実施する。 ・学会等でのシンポジウムや研修会を関係団体共同で開催することにより、会員へ連携体制を周知・啓発することが重要。 ・かかりつけ医と専門医等が地域で連携できる仕組みを築くことが必要。

（5）関係団体

課題	更なる展開に向けて
● 都道府県・市町村との連携体制構築の問題	○ 医師会等関係団体による行政機関との連携 ・医療関係団体それぞれが連携が進んでいない市町村等の求めに応じて必要な協力を行うよう周知・啓発が必要。

（6）国保連

課題	更なる展開に向けて
○ 保険者保有データの未活用	○ KDB活用等による支援 ・健診データと合わせてレセプトデータから受診状況、服薬等の状況の確認ができるため、KDBによりレセプトデータの活用を再検討することが重要。 ・今後も支援・評価委員会やKDBを充実して市町村への支援を行うことが必要。

（7）取組内容の充実

課題	更なる展開に向けて
● 対象者からの受診勧奨や保健指導の断り	○住民の理解と参加を得るための方策の推進 ・対象者及び家族や近隣住民、地域の企業等へわかりやすい方法で周知徹底が重要。 ・対象者自身が自主的に取り組むよう、個人インセンティブを併用することも必要。 ・保健指導員や健康づくり推進員の養成や催しの開催、要望の吸い上げ等、住民を受け手から担い手にする健康なまちづくりの工夫が必要。
● 取組等の濃淡の存在	○取組等の濃淡を比較する手法の検討・開発 ・基本的な取組を他市町村等と比較することが難しく、実施状況の濃淡や自市町村等の位置づけが見える手法が検討・開発されることが必要。 ○取組の目標・評価・手法の検討 ・短・中・長期の評価指標を設定し、各期間でPDCAサイクルを意識した評価が必要。 ・エビデンスを踏まえたより効果の高い取組の手法が検討されることが必要。 ・効果的な介入方法、相関の高い評価指標を検討・開発することが必要。
● 保健・医療・福祉等との連携不足	○地域包括ケアに向けての体制づくり ・国保では前期高齢者の割合が高いことから、医療サービスに止まらず、高齢者を支える地域包括ケアシステムの構築を念頭に重症化予防に取り組むことが必要。

6．国による支援

○ **研究の推進**
・継続的に市町村等の取組状況を把握し、国版プログラムの評価・検証することが必要。

○ **取組状況の把握と情報提供・働きかけ**
・市町村等の取組状況を評価・分析し、今後の取組の方向性を整理することが必要。
・都道府県の支援状況等を把握し、都道府県間の進捗状況をフィードバックし助言することが必要。

○ **先進的事例の収集と横展開**
・好事例の収集・横展開に努めることが重要。（とりまとめ別冊として事例集を作成）

○ **医療関係者との連携**
・国、都道府県、市町村、広域連合それぞれのレベルで医療関係者と連携を図ることが重要。特に国では、施策の更なる深化に努め、各地域での取組を支援することが必要。

6．国による支援（つづき）

○　制度的なインセンティブの活用

・平成30年度からの保険者努力支援制度（支援金）では重症化予防の取組を指標としているが、今後さらに指標の内容を進化させることが必要。

○　関係施策との連携

・法定の計画や施策と密に連携する必要があることを都道府県に周知・啓発することが重要。

7．留意点

○　外部委託事業者の活用と留意点

・市町村等は、地域の実情に応じた必要な指示を行うなど、司令塔としての役割を果たすことが必要。

○　個人情報の取扱い

・健診・レセプトデータは個人情報保護法に定める要配慮個人情報に該当するため、あらかじめ取扱いについて整理することが重要。

・市町村等による保健事業での個人情報の活用は一般的に条例で定める法令上通常想定される目的内利用であり、改めての個人同意は不要。

・市町村等が有する健診・レセプトデータ等の個人情報は本人同意があれば都道府県への情報提供が可能。平成30年4月以降は給付点検等に必要な範囲は、条例の範囲内で本人同意なくとも活用可能。

・医療機関はガイダンスに従い個人情報を取り扱うことが必要。

・外部委託事業者は条例・契約書の定めに従い、安全管理措置等万全の対策を講じることが必要。

○　被用者保険との連携

・国保の加入前からの予防・健康づくりが重要であり、被用者保険との情報提供の推進が重要。

・保険者協議会等を通じて、被用者保険から国保、後期高齢者医療制度の一貫した重症化予防の取組が重要。

○　高齢者に対する対応

・後期高齢者は、前期高齢者であったときの状況やその後の状況変化が、加齢に伴う心身機能の変化とともに健康状態等へ影響を及ぼす可能性を考慮し、国保等の若者世代から連続した取組を進めることが必要。

別紙2

糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開に向けて

平成 29 年 7 月 10 日

重症化予防（国保・後期広域）ワーキンググループ

重症化予防（国保・後期広域）ワーキンググループ

【構成員】◎：座長　　所属五十音順

◎津下　一代	あいち健康の森健康科学総合センター　センター長
榛澤　俊成（第１～４回）	神奈川県後期高齢者医療広域連合 事務局長
栁澤　和也（第５～７回）	神奈川県後期高齢者医療広域連合 事務局長
宮田　俊男	京都大学産官学連携本部 客員教授
橋田　淳一	高知県椋原町保健福祉支援センター　センター長
飯山　幸雄	国民健康保険中央会 常務理事
唐橋　竜一（第１～４回）	埼玉県保健医療部保健医療政策課 政策幹
清水　雅之（第５～７回）	埼玉県保健医療部　健康長寿課長
佐藤　文俊	全国国民健康保険組合協会 常務理事
片岡　孝	東京都荒川区 福祉部長
春日　雅人	糖尿病対策推進会議 常任幹事
今村　聡	日本医師会 副会長
迫　和子	日本栄養士会 専務理事
福井　トシ子（第１～６回）	日本看護協会 常任理事
中板　育美（第７回）	日本看護協会 常任理事
深井　穫博（第１回）	日本歯科医師会 常務理事
髙野　直久（第２～７回）	日本歯科医師会 常務理事
山縣　邦弘	日本腎臓学会 理事
門脇　孝	日本糖尿病学会　理事長
有澤　賢二	日本薬剤師会 常務理事
森山　美知子	広島大学大学院医歯薬保健学研究科 教授

【オブザーバー】

渡辺　俊介	日本健康会議　事務局長

【開催日】

第１回：平成 27 年 11 月９日
第２回：平成 28 年３月 28 日
第３回：平成 28 年 11 月 15 日
第４回：平成 29 年２月６日
第５回：平成 29 年４月５日
第６回：平成 29 年５月 31 日
第７回：平成 29 年７月６日

【事務局】

厚生労働省保険局国民健康保険課
厚生労働省保険局高齢者医療課

糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開に向けて

目次

Ⅰ．糖尿病性腎症の現状と重症化予防の意義 1
1　糖尿病性腎症の現状 1
2　重症化予防のエビデンス 1
3　重症化予防を進める意義 2
4　基本的な方向 2
Ⅱ．重症化予防に向けた取組の現状 4
1　重症化予防に向けたこれまでの取組 4
（1）先進自治体の取組 4
（2）医療関係者の動き 4
（3）日本健康会議の動き 5
（4）健康なまち・職場づくり宣言 2020 の達成基準の設定 6
（5）連携協定の締結 6
（6）重症化予防プログラムの策定 7
（7）研究班による研究の推進 8
（8）厚生労働省における財政支援 8
2　保険者データヘルス全数調査等から見た自治体の取組状況 10
（1）市町村 10
（2）広域連合 12
（3）都道府県 12
3　個別ヒアリングで取り上げた自治体の取組の特徴 18
Ⅲ．日本健康会議が掲げる目標の実現に向けた課題 22
1　日本健康会議が掲げる目標の実現に向けた課題 22
（1）「対象者の抽出基準が明確であること」について 22
（2）「かかりつけ医と連携した取組であること」について 23

（３）「保健指導を実施する場合には、専門職が取組に携わること」について ..23
（４）「事業の評価を実施すること」について 24
（５）「取組の実施にあたり、地域の実情に応じて各都道府県の糖尿病対策推進会議等との連携を図ること」について 25
Ⅳ　基本的な取組の流れ 26
１　基本的な取組の流れ 26
（１）基本的な取組方策 26
（２）基本的な取組の流れ 26
２　基本的な流れの留意点 28
（１）対象者選定（抽出） 28
（２）介入 29
（３）評価 30
Ⅴ．更なる展開に向けた取組 31
１　市町村での取組の推進 31
（１）市町村の意識の啓発 31
（２）担当課の縦割の排除 32
（３）抽出基準の明確化 33
（４）医師会・かかりつけ医等との連携の推進 35
２　広域連合での取組の推進 38
（１）広域連合の意識の啓発 38
（２）市町村との連携の推進 39
（３）医師会等との連携 40
３　都道府県による取組の推進 41
（１）都道府県の意識の啓発 41
（２）担当課の縦割の排除 42
（３）市町村等への支援 42
（４）医療関係者との連携の推進 44
（５）都道府県版重症化予防プログラムの策定の推進 46
４　糖尿病対策推進会議等による取組の推進 48

（1）糖尿病対策推進会議等と市町村等との連携の意義 48
（2）糖尿病対策推進会議等の体制のあり方 49
（3）糖尿病対策推進会議等と市町村等との連携体制の構築 50
（4）構成団体による取組の推進 51
5　医師会等医療関係団体による行政機関との連携 53
6　国保連による支援 54
7　重症化予防の取組内容の充実 55
（1）住民の理解と参加を得るための方策の推進 55
（2）市町村等の取組の濃淡を比較する手法の検討・開発 57
（3）取組の目標・評価・手法の検討 57
（4）地域包括ケアに向けての体制づくり 59
8　国による支援 60
（1）研究の推進 60
（2）市町村・広域連合・都道府県の取組状況の把握と情報提供・働きかけ 60
（3）先進的事例の収集と横展開 60
（4）医療関係者との連携 60
（5）制度的なインセンティブの活用 60
（6）関係施策との連携 61
Ⅵ. 取組を推進する上での留意点 62
1　関係者の間での目的・ねらいの共有 62
2　外部委託事業者の活用と留意点 62
3　個人情報の取扱い 63
4　被用者保険との連携 65
5　高齢者に対する対応 66

Ⅰ．糖尿病性腎症の現状と重症化予防の意義

1　糖尿病性腎症の現状

我が国では、社会環境や生活習慣の変化、さらには高齢化の進行に伴い、生活習慣病が増加し、健康施策の中心的な対象疾患となっている。生活習慣病による死亡者は約 699 万人（約 54.1%）[1]、糖尿病を主な傷病として継続的に医療を受けている患者は約 317 万人[2]おり、さらに、糖尿病の可能性が否定できない者は過去５年間で 60 万人増加して 1,100 万人[3]であった。また、新規の人工透析導入患者は約３万１千人となっており、世界主要国の中では、日本が最も人工透析患者数（人口当たり）が多い[4]。このうち、原疾患が糖尿病性腎症である者が 43.7%[7]と最も多い状況にある。

医療費をみると、医科診療医療費全体約 29.3 兆円のうち、生活習慣病による医療費は約 30.9%[5]、糖尿病による医療費は約 1.2 兆円（約 4.4%）[6]を占めている。人工透析には一人月額約 40 万円を要することから、これに係る年間医療費の総額は約 1.57 兆円[7]に達する等、医療費全体から見ても大きな課題となっている。したがって、国民の健康保持・増進のため、糖尿病及び糖尿病性腎症等の合併症の発症や進展等の重症化予防に重点を置いた対策が重要である。

そのため、糖尿病が強く疑われる者や糖尿病を有する者などのうち重症化リスクの高い者の健康保持・増進を図るほか、健康寿命の延伸と医療費の適正化の観点から、糖尿病性腎症重症化予防の取組を推進することが喫緊の課題となっている。

2　重症化予防のエビデンス

糖尿病性腎症の重症化予防については、疫学的なエビデンスも蓄積されてきている。例えば、保存期腎不全患者(eGFR60mL/分/1.73㎡/月)における多職種介入効果について、多職種が介入した群と介入していない群を比較検討した結果では、介入群では非介入群と比べて eGFR 低下速度が有意に遅くなり、心血管イベントや感染が少なかったということや、医療コストについても、介入群では非介入群と比べて年間一人当たりの医療費、救急科でのコスト、入院費が有意に低くなることが分かっている[8]。

また、かかりつけ医と腎臓専門医の連携については、高血圧又は糖尿病を合併する CKD（慢性腎臓病）患者に対して、通常の診療のほか、受診促進支援（2 ヶ月以上中断者）、診療支援 IT システムによる情報提供（１、６ヶ月毎）、生活・食事指導（３ヶ月毎）を行った介入群と対照群を５年間追跡したところ、介入群でプログラムに則り外来管理することで、血糖コントロールが有意に改善し、eGFR 低下率が有意に遅くなり、CKD の進行が遅くなることが分かっている[9]。

1　厚生労働省「人口動態調査」（平成 27 年）
2　厚生労働省「患者調査」(平成 26 年)
3　厚生労働省「国民健康・栄養調査」(平成 24 年)
4　OECD Health Statistics 2015
5　厚生労働省「国民医療費の概況」（平成 26 年度）
6　厚生労働省「国民医療費の概況」（平成 26 年度）
7　(社)日本透析医学会「我が国の慢性透析療法の現状」(平成 25 年末)
8　Chen,P.M.,et al.,*Multidisciplinary Care Program for Advanced Chronic Kidney Disease:Reduces Renal Replacement and Medical Costs*.American Journal of Medicine,2015.128(1):p.68-76
9　山縣邦弘他,腎臓病重症化予防のための戦略研究,厚生労働科学研究補助金（第 348 中医協資料）

3　重症化予防を進める意義

糖尿病性腎症の原疾患である糖尿病は、過食、運動不足などの生活習慣及びその結果としての肥満が原因となり、インスリン作用不足を生じて発症することが多い[10]。さらに、糖尿病性腎症の発症・進展抑制には、血糖値と血圧のコントロールが重要である。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満、脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要である[11]。

後期高齢者については、複合的な疾病合併のみならず、老化に伴う諸臓器の機能低下を基盤として、フレイル、サルコペニア、認知症等の進行が見られ、個人差が大きいため、各対象者の状況を総合的に把握し、個人差等に応じた包括的な対応が特に必要である[12]。したがって、糖尿病性腎症重症化予防においては、これらの留意事項を踏まえて主体的な生活習慣改善を促すとともに、必要な者に対して適切に保健指導等を実施する必要がある。

糖尿病性腎症は、患者及び家族にとって身体的・精神的な苦痛のみならず、行動の制限、金銭的支出などにおいても大きな負担が、早期発見・早期介入することで、それらの負担が軽減されることとなる。患者及び家族が糖尿病性腎症重症化予防の取組に参加することは、生涯にわたっての健康保持・増進、健康寿命の延伸、ひいては QOL 向上につながるという個人のメリットにつながるものである。

保険者である市町村や後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）にとっては、重症化予防の取組は、医療機関が直接関わることが難しい治療中断者や未治療者を洗い出して個別に直接アプローチを行う取組を含むものであり、住民の健康保持・増進につながるとともに医療費適正化にもつながるため、実施する意義は大きい。

都道府県は、平成 30 年度からは、市町村とともに国民健康保険（以下「国保」という。）の財政運営の責任を担い、国保運営に中心的な役割を果たすこととなり、また、医療計画により医療提供体制について、医療費適正化計画により域内の医療費についてそれぞれ役割を担っていることから、今後都道府県の医療費に対するガバナンスも大きく期待されることとなる。そういった中で、都道府県にとっても重症化予防の取組により、都道府県内の医療費について適正化を推進し、もって、国保財政の基盤を強化するよう努めるメリットは大きい。

かかりつけ医・主治医　（以下「かかりつけ医等」という。）、専門医等にとっても、重症化予防が進められることは、医療機関未受診・治療中断した患者の洗い出しが進められ、行政機関から勧奨されることで、適切な受診の増加につながり、また、患者の重症化予防・改善が進められることで、医療機関の有する貴重な人的・物的資源をより効率的に活用できるようになる。併せて、市町村及び広域連合（以下「市町村等」という。）が行う保健指導等は患者の健康の保持・増進に寄与することを踏まえ、市町村等との連携・協力が進むことが期待される。

4　基本的な方向

糖尿病性腎症の重症化は、患者の健康を著しく損なうとともに、医療経済的にも大き

10　日本糖尿病学会「糖尿病治療ガイドライン 2016」（平成 28 年 6 月）
11　日本腎臓学会「CKD 診療ガイド 2012」（平成 24 年 7 月）
12　津下一代他　糖尿病腎症重症化予防プログラムの開発に関する研究．厚生労働科学研究補助金．2017

な負担を社会に強いることとなるため、国においては、健康日本 21（第２次）[13]において糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数の減少、糖尿病患者の受療率の向上、糖尿病有病者の減少等を数値目標として掲げ、様々な取組を進めており、健康の増進に関する基本的な方向としては、健康寿命の延伸と健康格差の縮小、生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底（NCD（非感染性疾患）の予防）等を掲げている。さらに、データヘルスの一環として、「経済財政運営と改革の基本方針 2015」（平成 27 年６月 30 日閣議決定）において重症化予防を含めた疾病予防等に係る好事例を強力に全国に展開することとされた。

このような中で、平成 27 年７月 10 日に健康寿命の延伸とともに医療費の適正化を図ることを目的に日本健康会議（後述）が発足し、「健康なまち・職場づくり宣言 2020」が採択された。その中の宣言２「かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体を 800 市町村、広域連合を 24 団体以上とする。その際、糖尿病対策推進会議等の活用を図る。」の達成に向けて、まずは要件を満たす市町村、広域連合の取組を増やすことが当面の課題であるが、取組の裾野は広がりを見せている。これからはさらに重症化予防に取り組む市町村、広域連合を増やすとともに、健康寿命の延伸、医療費の適正化を踏まえ、取組内容の濃淡を見える化し、効率的・効果的な取組を推進することが必要であり、加えて、都道府県による市町村等への支援、市町村等とかかりつけ医等との連携も推進されるべきである。そのためには、改めて既存の取組のあり方を見直すとともに、取組の更なる推進を後押しする仕組みの検討（保険者努力支援制度（後述）の評価指標等の検討）を進める必要がある。

[13] 平成 25 年度から平成 34 年度までの国民健康づくり運動を推進するため、健康増進法に基づく「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」（平成 15 年厚生労働大臣告示）を改正するもの。

Ⅱ．重症化予防に向けた取組の現状

1　重症化予防に向けたこれまでの取組

（1）先進自治体の取組

国保の保険者である市町村をはじめとして、自治体発で様々な重症化予防の取組が先進的に進められている。

（呉市の例）

呉市では、専門能力のある民間事業者を上手く活用し、レセプト（診療報酬明細書）等を分析するとともに、さらに、地元医師会に協力を求め、専門医やかかりつけ医等との連携を行うことで、保健指導の対象者を明確に洗い出し、糖尿病性腎症重症化予防の取組を実施してきた。また、同市では国保加入者の高齢化率、一人当たり医療費などが全国平均と比べ高いことから、国保財政に関する危機意識を地元医師会、歯科医師会、薬剤師会との間で共有することで、多職種連携を推進し、対象者への総合的なアプローチを進めてきた。併せて、地元の大学等との連携により、糖尿病性腎症重症化予防事業についての協議や効果検証などを行い、より効果的な事業の実施に向けて取組を進めてきた。

（埼玉県の例）

埼玉県では、平成 26 年５月に埼玉県医師会・埼玉県糖尿病対策推進会議と連携し、都道府県レベルで、県医師会、県糖尿病対策推進会議と協力して糖尿病性腎症重症化予防プログラム（以下「都道府県版プログラム」という）を策定した。その中で「目的」、「対象者の抽出基準」、「未受診、受診中断者への受診勧奨」、「通院患者への保健指導」、「保健指導実施後の継続支援」、「事業評価」及び「かかりつけ医と糖尿病専門医の連携」を明確に示し、県内の市町村と医療関係者が連携するための基盤整備を進め、県内市町村との共同による糖尿病性腎症重症化予防の取組を進めてきた。

（先進事例のポイント）

これらの先進事例では、市町村が保有する健診結果やレセプト等のデータを活用し、及び分析することで介入すべき対象者や取り組むべき課題を明確にしたこと、都道府県や医師会、歯科医師会、看護協会、薬剤師会、栄養士会等といった関係団体（以下「医師会等」という）、学会を巻き込んだ体制を構築し効果的な事業運用が展開されたこと、これらの事業評価を行ったこと、などが功を奏したと考えられたため、重症化予防における好事例として全国に横展開されることとなった。

（2）医療関係者の動き

糖尿病は、幅広い年齢層で発症し、様々な病態を引き起こすが、自覚症状が乏しいことから放置されていたり、又は治療を中断したりする者が大勢いる。このような現状に鑑み、糖尿病対策について、積極的に取り組む必要があるとの共通認識により、日本医師会、日本糖尿病学会、日本糖尿病協会の三者で、平成 17 年２月に「日本糖尿病対策推進会議」が設立された。その後、活動趣旨に賛同した複数の団体が加入したことによ

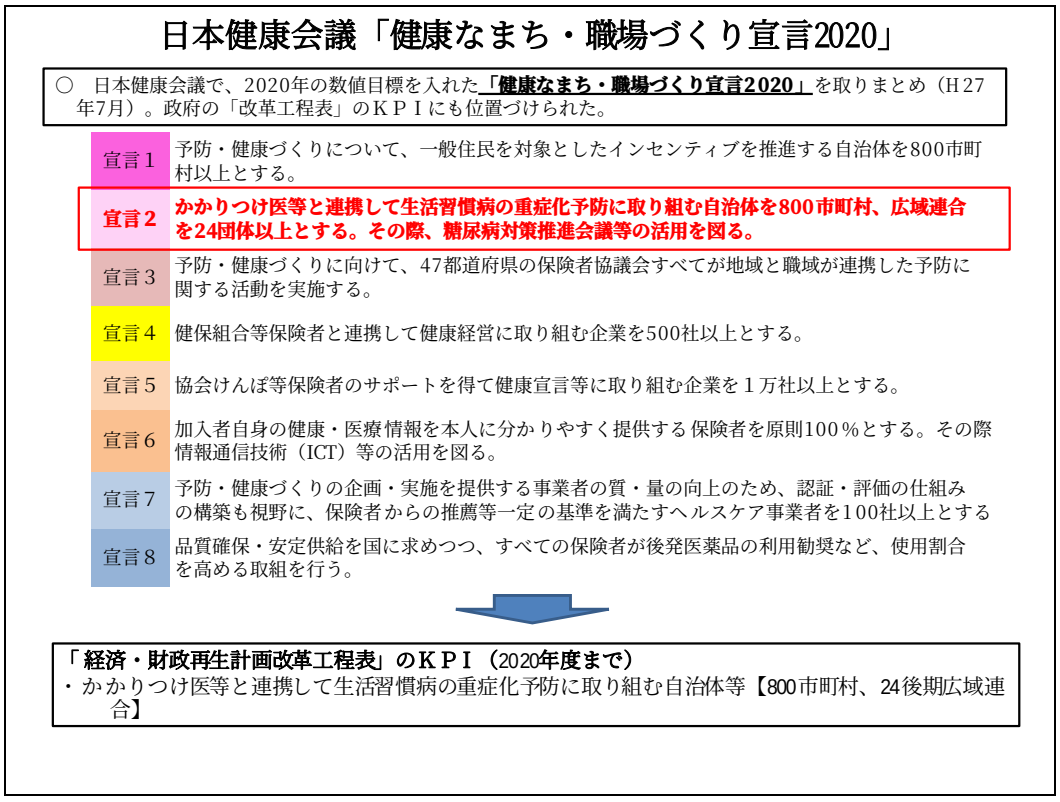
り、平成 22 年２月に組織の改編が行われ、日本医師会、日本糖尿病学会、日本糖尿病協会及び日本歯科医師会を「幹事団体」と位置付け、健康保険組合連合会、国民健康保険中央会、日本腎臓学会、日本眼科医会、日本看護協会、日本病態栄養学会、健康・体力づくり事業財団、日本健康運動指導士会、日本糖尿病教育・看護学会、日本総合健診医学会、日本栄養士会、日本人間ドック学会、日本薬剤師会及び日本理学療法士協会を「構成団体」として、様々な団体がより柔軟に参加、協力できる新たな体制で幅広く活動している。また、各地域においても都道府県等で糖尿病対策推進会議が立ち上がり、地域の実情に応じた取組が行われている。

（３）日本健康会議の動き

平成 27 年７月に、経済界・医療関係団体・自治体・保険者の民間主導で、健康寿命の延伸とともに医療費の適正化を図り、予防・健康づくりの取組状況の「見える化」と先進事例の「横展開」を強く進めていくために、「日本健康会議」が発足した。

このとき、平成 32 年（2020 年）の数値目標を定めた８つの宣言からなる「健康なまち・職場づくり宣言 2020」が取りまとめられたが、宣言２において「かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体を 800 市町村、広域連合を 24 団体以上とする。その際、糖尿病対策推進会議等の活用を図る。」こととされ、糖尿病の重症化予防を目標とする宣言が掲げられた（図表１）。また、この目標は我が国の経済財政政策の司令塔である経済財政諮問会議の「経済・財政再生計画改革工程表」（平成 27 年 12 月）においても KPI[14]に位置付けられた。

【図表１】



[14] KPI（Key Performance Indicator）：「重要業績評価指標」等と言われる。

翌年の平成 28 年７月には、日本健康会議 2016（第２回）が開催され、同年３月現在の全保険者を対象とした「健康なまち・職場づくり宣言 2020」に係る達成状況調査の調査結果を公表した。その後、日本健康会議データポータルサイト[15]において、その達成状況を公表、併せて、都道府県ごとに各宣言の達成状況をデータマッピングで見える化して実施するなど、取組の加速化を図っている。

（４）健康なまち・職場づくり宣言 2020 の達成基準の設定

日本健康会議で平成27年７月に取りまとめられた「健康なまち・職場づくり宣言2020」に糖尿病の重症化予防に係る宣言が掲げられたことから、厚生労働省としてもこの動きをバックアップしていくために、同年 11 月、重症化予防に係る宣言（宣言２）の達成基準のあり方について検討を行う「重症化予防（国保・後期広域）ＷＧ」（座長：津下一代あいち健康の森健康科学総合センター長）を設置し、市町村等における取組の実施状況を把握しながら検討作業を進めた。その結果、平成 28 年３月にＷＧとして考え方を整理し、以下の５つの要件を全て満たす場合に、宣言２における市町村・広域連合として数えることができることとした。

生活習慣病の重症化予防の取組のうち、
① 対象者の抽出基準が明確であること。
② かかりつけ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には、専門職が取組に携わること。
④ 事業の評価を実施すること。
⑤ 取組の実施にあたり、地域の実情に応じて各都道府県の糖尿病対策推進会議等との連携（各都道府県による対応策の議論や取組内容の共有など）を図ること。

※ 国保は糖尿病性腎症重症化予防にかかる取組を対象としているが、後期高齢者は、その特性からそれ以外の取組についても対象とする。

（５）連携協定の締結

呉市、埼玉県等の先進自治体では、各自治体、医師会、糖尿病対策推進会議等が協働・連携できる体制が整備され、有機的な連携と相まって効果が上がっている。このように、糖尿病性腎症重症化予防の取組を効果的に推進していくためには、市町村等と医療関係者等が協働・連携できる体制の整備が重要である。

また、取組を広げていくためには、埼玉県の例のように、都道府県が当該都道府県の医師会、糖尿病対策推進会議と協力し、都道府県版プログラムを作成することで、市町村等の取組を促進することが効果的である。

このような実例を踏まえ、国レベルでも行政と医療関係者が連携する枠組みを構築することが、各都道府県・市町村等における重症化予防の取組を大きく後押しすることにつながることから、平成 28 年３月 24 日、以下を内容とする糖尿病性腎症重症化予防に

15 日本健康会議ポータルサイト http://kenkokaigi-data.jp/

係る連携協定を、厚生労働省、日本医師会及び日本糖尿病対策推進会議の三者で締結した。

① 厚生労働省・日本医師会・日本糖尿病対策推進会議の三者で糖尿病性腎症重症化予防プログラムを策定すること。
② 日本医師会において、策定するプログラムを都道府県医師会や郡市区医師会へ周知し、かかりつけ医と専門医等との連携の強化など自治体等との連携体制の構築への協力すること。
③ 日本糖尿病対策推進会議において、策定するプログラムを構成団体へ周知し、国民や患者への啓発すること。あわせて、医療従事者への研修に努め、自治体等による地域医療体制の構築に協力すること。
④ 厚生労働省において、策定するプログラムを自治体等に周知し、取組を行う自治体に対するインセンティブの導入等を実施すること。加えて、自治体等の取組実績について、分析及び研究の推進を図ること。

（6）重症化予防プログラムの策定

平成 28 年 3 月 24 日に締結された連携協定に基づき、厚生労働省、日本医師会及び日本糖尿病対策推進会議は全国で糖尿病性腎症重症化予防に向けた取組を促進するため、平成 27 年度厚生労働科学研究費補助金（糖尿病性腎症重症化予防プログラム開発のための研究（研究代表者：津下一代あいち健康の森健康科学総合センター長））の報告書等を踏まえ、平成 28 年 4 月 20 日に糖尿病性腎症重症化予防プログラム（以下「国版プログラム」という）を策定した。

この国版プログラムは、糖尿病が重症化するリスクの高い者が腎不全、人工透析へ移行することを防止するために、「基本的考え方」、「対象者選定の考え方」、「介入方法」、「かかりつけ医や専門医等との連携」及び「評価」についての考え方や取組例を示したものである。

こうした重症化予防の取組に当たっては、国、都道府県、市町村及び広域連合だけでなく、地域の医師会、糖尿病対策推進会議といった関係者の果たす役割も重要であることから、それぞれの役割を明確にした。また、病期に応じた対象者の考え方や抽出方法、病期に応じた介入の対応例を具体的に示している。

これを同年５月に各都道府県宛に通知し、都道府県版プログラムの策定を依頼するとともに、その後の重症化予防ＷＧの議論も踏まえ、平成 29 年３月 10 日にも保険局国民健康保険課・保険局高齢者医療課・健康局健康課連名で改めて各都道府県宛に通知し、地域の医療機関や糖尿病性腎症の専門医等の専門関係団体・専門家との連携が不可欠であることから連携協定を締結するとともに、都道府県版プログラム未策定の都道府県は、国版プログラムを踏まえ、市町村等の取組が円滑に行われるよう庁内連携を図り、関係者と調整の上、都道府県版プログラムを速やかに策定することを求めている。

（７）研究班による研究の推進

平成 27 年度より、地域における重症化予防の取組が、糖尿病性腎症による腎機能悪化防止、透析導入率の減少に与える効果の検証を目的として、厚生労働科学研究費補助金により「糖尿病性腎症重症化予防プログラム開発のための研究」（研究代表者：津下一代（あいち健康の森健康科学総合センター長））が開始された。

平成 27 年度は、実現可能性を考慮した糖尿病性腎症重症化予防プログラムを開発し、これは、国版プログラム（平成 28 年４月）策定のベースとなった。研究班では、糖尿病性腎症重症化予防プログラムの開発に当たって、糖尿病性腎症重症化予防に関するガイドライン及び生活習慣介入に関する文献レビュー、都道府県等が策定した既存の糖尿病性腎症重症化予防に関するプログラムの調査を行い、得られた知見を整理した。国内では糖尿病性腎症重症化予防として多くの保健事業が行われているが、対象者選定基準が不明確なものや病期別の対策が不十分、評価指標が示されていない等の課題があることが明らかになったことから、関係者の役割、かかりつけ医等との連携などの体制構築に係る留意点を示した糖尿病性腎症重症化予防プログラム案を作成した。

平成 28 年度は、91 自治体、５広域連合の参加を得て、当該研究班で開発した重症化予防プログラム案がベースとなった国版プログラムによる実証研究を行うとともに、参加自治体を対象とした研修会等を開催し、国版プログラムの基本的考え方を確認し、情報交換を行った。また、参加自治体の進捗管理・データ登録シートを作成するとともに、運営マニュアルや保健指導教材、Q&A を提供し、個別の支援にも応じた。この実証研究では、受診勧奨の場合には継続受診を確認できた割合、保健指導の場合には行動変容や血糖・血圧・体重、腎機能（尿蛋白、eGFR）など検査値の変化について、介入群と非介入群で比較することとし、87 自治体 6995 例[16]が登録されたところである（平成 29 年３月末時点）。

平成 29 年度は、実証研究において、参加自治体から収集した対象者データのデータベースを作成するとともに、実施体制、事業進捗状況、対象者抽出割合、受療状況や検査値、レセプトデータ等を評価し、検証を進めている。

（８）厚生労働省における財政支援

（保険者努力支援制度）

医療保険加入者の予防・健康づくりを進め、ひいては医療費の適正化を進めるため、国民健康保険制度改革の中で公費による財政支援の拡充を行う一環として、平成 30 年度から自治体への新たなインセンティブ制度である保険者努力支援制度が創設されることとなった。さらに、同制度については、「経済財政運営と改革の基本方針 2015」（平成 27 年６月 30 日閣議決定）を踏まえ[17]、平成 28 年度から、市町村に対して特別調整交付金の一部を活用して前倒し実施している。

具体的な交付の仕方は、各市町村が持つ体制構築加点に、評価項目の達成状況に応じて点数を加点し、合計点にそれぞれの市町村の被保険者数を乗じることで、その市町村のトータルの持ち点を決め、市町村分に充てられる交付金額総額を、各市町村の持ち点

[16] 登録された 6995 例の属性は、年齢 66.4±7.7 歳、HbA1c6.98±1.31%、eGFR73.0±17.3ml/min/1.73 ㎡、糖尿病性腎症病期分類：第２期以下 80.6%　第３期 18.5%　第４期 0.9%であった。

[17] 同方針に「国民健康保険において、保険者努力支援制度の趣旨を現行補助制度に前倒しで反映する。」と記載。

に応じて按分して、交付金額が定まるようにすることとしている。市町村がそれぞれ工夫して取組を行い、成果を上げれば、交付金がより多く得られることになる。

評価項目としては、保険者による健診・保健指導等に関する検討会の取りまとめ（28年１月）において保険者共通の指標として糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況が盛り込まれたことから、地方団体と協議の上、国保については、重症化予防ＷＧで取りまとめられた５つの基準をすべて満たす場合に最も高い配点で評価されることとし、市町村に取組を進めるインセンティブを持たせた（図表２）。

【図表２】

市町村等に対する予防･健康づくり等のインセンティブの仕組み

保険者努力支援制度

〔概要〕 ○ 医療費適正化への取組や国保固有の構造問題への対応等を通じて保険者機能の役割を発揮してもらう観点から、保険者としての努力を行う都道府県や市町村に対し、適正かつ客観的な指標（後発医薬品使用割合･収納率等）に基づき得られる得点に応じて支援金を交付することで、国保の財政基盤を強化する。

〔規模〕 ○ H28･29年度は市町村について特別調整交付金の一部を活用して前倒し実施。（H28年度は150億円）
○ H30年度以降は都道府県･市町村合わせて700～800億円程度。

【評価指標の考え方について】
○ 保険者種別それぞれの特性に応じた新たなインセンティブ制度を設ける中で、保険者種別共通の項目を設定。各項目の具体的な基準や、保険者種別の特性を踏まえて追加する項目は保険者種別毎に設定。
○ 糖尿病等の重症化予防、後発医薬品の使用促進、特定健診受診率向上、個人へのインセンティブ提供などの医療費適正化に資する取組の実施状況を共通項目として設定する。

【評価指標ごとの加点の考え方について】
○ 各評価指標ごとに医療費適正化効果、取組の困難さ及び基礎的な体制構築等を総合的に考慮し5～40点を配点する。

加点	項目
40点	重症化予防の取組、収納率向上 ※本来「後発医薬品の使用割合」はこの配点であるが、使用割合の把握方法が不十分なため暫定的に15点とする。
20点	特定健診受診率、特定保健指導実施率、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率、個人へのインセンティブ提供、個人への分かりやすい情報提供
15点 ※暫定的な点数設定	後発医薬品の使用割合、後発医薬品の促進の取組
10点	がん検診受診率、歯周疾患（病）検診、重複服薬者に対する取組、データヘルス計画の策定、医療費通知の取組、第三者求償の取組
5点	地域包括ケアの推進

（保健事業への助成）

また、厚生労働省では従来から国保の実施する保健事業に対して国保ヘルスアップ事業及び国保保健指導事業の区分で助成を行っているが、平成 28 年度から助成対象として糖尿病性腎症重症化予防を明確に位置付けた。特に、国保ヘルスアップ事業は、データヘルス計画に沿った保健事業を実施すること、国民健康保険団体連合会に設置された学識経験者等から構成される支援・評価委員会を活用することを要件とした上で厚めに助成しており、保健事業をデータ分析に基づく PDCA サイクルに沿って効率的・効果的に実施することを目指している。

（特別調整交付金によるインセンティブ等）

後期高齢者医療においても、広域連合による予防・健康づくりや医療費適正化の取組が全国規模で展開されることを目指し、各広域連合の取組状況等を評価して特別調整交付金に反映する保険者インセンティブを平成 28 年度から実施し、糖尿病性腎症を含む生活習慣病等の重症化予防の取組を支援している。また、同じく平成 28 年度から、生

活習慣病等重症化予防の取組を含む高齢者の特性を踏まえた保健事業（モデル事業）について、広域連合を対象とする補助制度を始めている。

2　保険者データヘルス全数調査等から見た自治体の取組状況

（1）市町村

日本健康会議が、平成 28 年 7 月に全保険者を対象とした保険者データヘルス全数調査（平成 28 年 3 月時点調査）を実施したところ、図表 3 のとおり、「糖尿病性腎症の重症化予防の取組を行っている」としているのは 659 市町村であったが、そのうち、宣言 2 の達成基準の一つである「⑤取組の実施にあたり、地域の実情に応じて各都道府県の糖尿病対策推進会議等との連携を図ること」を満たすのは 136 市町村と 1／5 に減少しており、連携が大きな課題になっていることがうかがえる。結果として、宣言 2 の達成基準を全て達成しているのは 118 市町村であった。

【図表 3】

重症化予防の達成基準の該当状況

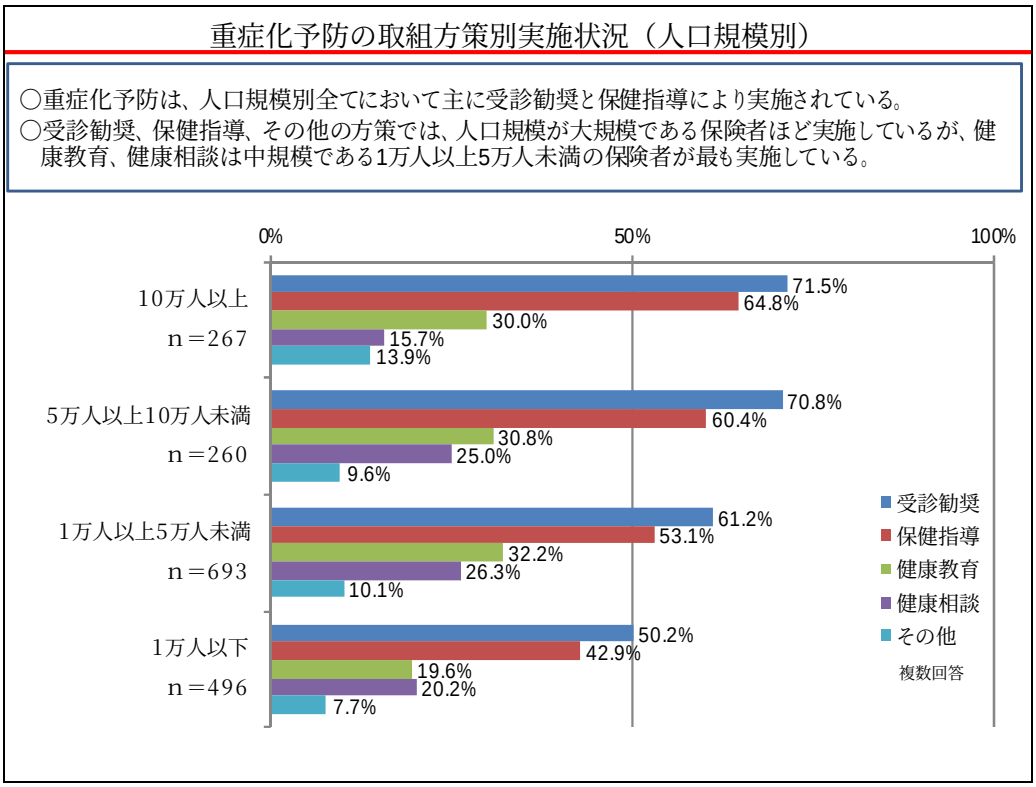
宣言2　かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体を800市町村、広域連合を24団体以上とする。その際、糖尿病対策推進会議等の活用を図る。

保険者データヘルス全数調査の達成状況

	保険者全体	市町村国保	広域連合
糖尿病性腎症の重症化予防の取組を行っている	1,104	659	9
現在は実施していないが予定あり	602	362	10
現在も過去も実施していない	1,385	520	12
過去実施していたが現在は実施していない	66	35	0
①対象者の抽出基準が明確であること	1,035	622	7
②かかりつけ医と連携した取組であること	523	503	6
③保健指導を実施する場合には、専門職が取組に携わること	823	566	5
④事業の評価を実施すること	932	582	6
⑤取組の実施にあたり、地域の実情に応じて各都道府県の糖尿病対策推進会議等との連携（各都道府県による対応策の議論や取組内容の共有など）を図ること	150	136	2
全要件達成数（対象保険者）		118	4

さらに、平成 28 年 11 月に市町村糖尿病性腎症重症化予防取組内容調査（同年 10 月時点調査）を実施したところ、「糖尿病性腎症の重症化予防の取組を行っている」としているのは 1236 市町村となり、同年 3 月時点と比較し、約 2 倍に増加した。加えて、受診勧奨、保健指導、健康教育、健康相談、その他の取組内容を調査したところ、実施状況は、受診勧奨 60.3%、保健指導 52.9%、健康教育 27.6%、健康相談 23.0%、その他 9.8%であり、図表 4 のとおり、受診勧奨、保健指導、その他の方策では、人口規模が大規模である保険者ほど実施している割合が高かった。

【図表４】



その後、平成 28 年度保険者努力支援制度前倒し実施のために、平成 29 年１月時点の実績[18]により市町村から申請された内容を見ると、日本健康会議の宣言２の要件を全て達成したのは 816 市町村となり、平成 28 年３月との比較では約７倍に増加した（図表５）。

【図表５】

重症化予防の達成基準の該当状況

宣言2　かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体を800市町村、広域連合を24団体以上とする。その際、糖尿病対策推進会議等の活用を図る。

要件	保険者データヘルス全数調査（平成28年3月時点）	市町村糖尿病性腎症重症化予防取組内容調査（平成28年10月1日時点）	保険者努力支援制度の前倒し（平成29年1月時点）
糖尿病性腎症の重症化予防の取組を行っている	659	1236	—
現在は実施していないが予定あり	362	—	—
現在も過去も実施していない	520	—	—
過去実施していたが現在は実施していない	35	—	—
①対象者の抽出基準が明確であること	622	1317	—
②かかりつけ医と連携した取組であること	503	—	—
③保健指導を実施する場合には、専門職が取組に携わること	566	—	—
④事業の評価を実施すること	582	526	—
⑤取組の実施にあたり、地域の実情に応じて各都道府県の糖尿病対策推進会議等との連携（各都道府県による対応策の議論や取組内容の共有など）を図ること	136	192	—
全要件達成数（対象保険者）	118	—	816

[18] 保険者努力支援制度の平成 28 年度前倒し実施分に係る実績を集計したもの。

（２）広域連合

保険者データヘルス全数調査によると、平成 28 年３月時点で、糖尿病性腎症等の重症化予防の取組を行っている広域連合は、個々の要件を満たしていないものも含め９広域連合であった。広域連合の取組については、高齢者の特性を踏まえ、糖尿病性腎症の重症化予防に加え循環器疾患、筋骨格系･運動器疾患等の取組についても対象としている状況にある。

さらに、平成 28 年 11 月に実施した後期高齢者医療広域連合糖尿病性腎症等重症化予防取組内容調査結果（図表６）によると、同年 10 月 1 日時点で、受診勧奨については 21 広域連合、保健指導については 17 広域連合が実施しており、今後実施予定を合わせると、それぞれ 26、21 広域連合となった。しかし、実施している広域連合においても、目標設定や評価の実施、糖尿病対策推進会議との連携状況などに濃淡があり、対象者の抽出などについて課題ととらえている現状が明らかになった。

【図表６】

広域連合における取組の実施状況

○実施している取組では、受診勧奨と保健指導が多くなっている。
○対象疾患別では、糖尿病性腎症が最も多くなっている。また、糖尿病性腎症は受診勧奨が、循環器疾患は保健指導が、筋骨格系疾患は健康教育が多くなっている。

＜選択肢の内容＞ ①実施している ②過去は実施していないが、今後実施する予定 ③過去実施していたが、現在は実施していない ④過去実施しておらず、現在も実施していない （広域連合数）

対象疾患	受診勧奨				保健指導				実施広域
	①	②	③	④	①	②	③	④	
糖尿病性腎症	12	3	1	27	10	4	1	28	18
循環器疾患	3	2	1	31	7	1	0	29	7
筋骨格系疾患	1	0	0	35	0	0	0	36	1
その他の生活習慣病	10	2	0	30	13	0	0	28	15
広域連合計※	21	5	2	38	17	4	1	40	27

対象疾患	健康教育				健康相談			
	①	②	③	④	①	②	③	④
糖尿病性腎症	2	0	1	40	3	0	1	39
循環器疾患	1	0	0	36	2	0	0	35
筋骨格系疾患	5	0	0	31	1	0	0	35
その他の生活習慣病	5	0	0	36	6	0	0	35
広域連合計※	8	0	1	45	7	0	1	44

※複数の取組を実施している場合があるため、広域連合計は実数となっている

142

（３）都道府県

都道府県を対象に平成 28 年秋に実施した糖尿病性腎症重症化予防に係る取組内容調査（平成 28 年 10 月時点）によると、都道府県版プログラムの策定状況については図表７のとおり、策定済みは６府県（12.8%）、今後策定する予定は 29 道府県（61.7%）となっており、合わせて 35 道府県（74.5%）が策定済み又は策定予定であった一方、12 都県（25.5%）が策定しておらず、今後も予定なしだった。

【図表７】

都道府県版重症化予防プログラムの策定状況

○47都道府県のうち都道府県版重症化予防プログラムを、策定しているのは6府県（12.8%）、今後策定する予定は29道府県（61.7%）、合わせて35道府県（74.5%）が策定済み又は策定予定であった。

策定している	今後策定する予定	策定しておらず、今後も予定なし
（平成26年度策定） 埼玉県（糖尿病性腎症重症化予防プログラム） （平成27年度策定） 大阪府（汎用性の高い行動変容プログラム（特定健診の場を利用した糖尿病対策（非肥満を含む）） （平成28年度策定） 石川県（糖尿病性腎症重症化予防プログラム） 長野県（糖尿病性腎症重症化予防プログラム） 広島県（広島県糖尿病性腎症重症化予防プログラム） 大分県（大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラム）	（平成28年度予定） 秋田県　山形県　栃木県 富山県　山口県　香川県 福岡県　佐賀県　長崎県 鹿児島県　沖縄県 （平成29年度予定） 北海道　岩手県　福島県 茨城県　千葉県　福井県 静岡県　京都府　奈良県 島根県　徳島県　愛媛県 高知県　宮崎県 （平成30年度予定） 群馬県　鳥取県 （平成31年度以降予定） 愛知県※1　和歌山県※2	青森県　宮城県　東京都 神奈川県　新潟県　山梨県 岐阜県　三重県　滋賀県 兵庫県　岡山県　熊本県
6府県（12.8%）	29道府県（61.7%）	12都県（25.5%）

※1　未定　※2　平成29年度策定の可能性あり

都道府県版プログラムを策定していない場合でも、図表８のとおり、CKD に関するプログラムを策定している、通知等で市町村に対して取組の実施を促している等の理由から、都道府県版プログラムを策定していない都道府県もあった。

【図表８】

都道府県版重症化予防プログラムを策定しない理由

○都道府県版重症化予防プログラムの策定の予定なし回答とした12都県のうち、重症化予防プログラムを策定しない理由は「その他」「都道府県版プログラムは策定していないが、通知等で市町村に対して取組の実施を促しているため」の順に多い。

他の計画等(CKDに関するプログラム等を除く)で糖尿病性腎症重症化予防の取組を実施するよう明記しているため	CKDに関するプログラム等を策定しており、その中に糖尿病性腎症重症化予防の取組を含んでいるため	都道府県版プログラムは策定していないが、通知等で市町村に対して取組の実施を促しているため	必要ないと感じるため	その他
0	1 （岡山県）	4 （宮城県・三重県・滋賀県・兵庫県）	0	7 （青森県・東京都・神奈川県・山梨県・岐阜県・滋賀県・熊本県）

複数選択　n＝12

【策定していない理由「その他」の内容】

○健康づくりの担当課とも協議を始めているが見通しが立たない。【青森県】
○現在、糖尿病重症化予防に向けて既に独自の取組を継続している区市町村も多く、都独自のプログラムを策定することが区市町村の取組に制約が生じることが懸念されることから、都では独自のプログラム策定の予定はない。【東京都】
○医師会や糖尿病対策推進会議との連携協定について検討している段階であり、連携協定を締結する場合にはプログラムの作成も協定の中に含めるべきか、県独自プログラムの必要性、どのようなプログラムであれば可能か、も含めて、さらにその先の検討事項となる状況である。【神奈川県】
○慢性腎臓病予防推進事業として、糖尿病性腎症を含めた取組を実施しているが、糖尿病性腎症に特化しているものではなく、またプログラムとして機能しているものではない。【山梨県】
○プログラムの策定については、今後、市町村からの要望等を踏まえて検討していく予定。【山梨県】
○保険者の取組状況を踏まえて検討する。【岐阜県】
○国のプログラムに準じて実施し、県版の策定が必要であれば検討していく方針。【滋賀県】
○熊本地震の影響もあり検討ができておらず、未定。【熊本県】

また、都道府県と都道府県糖尿病対策推進会議との連携は図表９のとおり、47 都道府県のうち連携済みは 30 道府県（63.8%）、今後連携する予定は 12 都県（25.6%）、合わせて 42 都道府県（89.4%）が連携済み又は連携予定であった一方、５県（10.6%）が連携しておらず、今後も予定なしであった。

【図表９】

都道府県糖尿病対策推進会議との連携状況

○都道府県における都道府県糖尿病対策推進会議との連携は、47都道府県のうち連携しているとするのは30道府県（63.8%）、今後連携する予定は12都県（25.6%）、合わせて42都道府県（89.4%）が連携済み又は連携予定であった。

連携している	今後連携する予定	連携しておらず、今後も予定なし
（平成23年以前） 山形県　栃木県　新潟県 富山県　石川県　福井県 京都府　大阪府　奈良県 鳥取県　島根県　徳島県 福岡県　熊本県 （平成25年度） 埼玉県 （平成27年度） 群馬県　長野県　広島県 大分県　鹿児島県 （平成28年度） 北海道　宮城県　秋田県 神奈川県　滋賀県　兵庫県 和歌山県　山口県　佐賀県 沖縄県	（平成28年度予定） 東京都　岡山県　香川県 長崎県　宮崎県 （平成29年度予定） 岩手県　福島県　千葉県 静岡県　愛知県　愛媛県 （平成30年度予定） 三重県	青森県　茨城県　山梨県 岐阜県　高知県
30道府県（63.8%）	12都県（25.6%）	5県（10.6%）

都道府県が都道府県糖尿病対策推進会議と連携していない場合でも、図表 10 のとおり、都道府県糖尿病対策推進会議が運営してない、糖尿病に係る医療連携体制を検討する別の会議と連携を進めている等の理由から、連携していない都道府県もあった。

【図表 10】

都道府県糖尿病対策推進会議と連携していない理由

○都道府県糖尿病対策推進会議と連携していない5県のうち、連携していない理由は、「自組織に連携を図れる者がいない」「糖尿病対策推進会議との調整がつかない」「その他」が挙げられた。
○連携していない理由「その他」の内容からは、都道府県糖尿病対策推進会議の活動が低調であることが挙げられていた。

糖尿病対策推進会議の存在を知らない	糖尿病対策推進会議がどのような役割を果たしているか知らない	自組織に連携を図れる者がいない	糖尿病対策推進会議との調整がつかない	財源の確保が難しい	費用対効果が低い	その他
0	0	1 (岐阜県)	1 (茨城県)	0	0	4 (青森県･茨城県･山梨県･高知県)

複数選択　n＝5

【連携していない理由「その他」の内容】
○平成18年に設置され、平成19年度に1度会議を開催したきりであり、現在は組織が運営されてない状況。連携を図るためには、県医師会に組織を再生していただく必要がある。また、県が主体となり設置している糖尿病対策検討部会において、県の糖尿病対策の検討を行っている。当部会の構成団体として県医師会も含まれており、改めて糖尿病対策推進会議と連携を図る必要があるかどうかは今後検討が必要である。【茨城県】
○過去、糖尿病対策推進会議名簿の修正等について確認をされたこともあったが、現在は、会議そのものの動きがない。【山梨県】
○本県には、都道府県糖尿病対策推進会議を設置していないが、代替の取組として、医療計画における糖尿病に係る医療連携体制を検討する会議を設置しており、これと連携した取組を進めている。【高知県】
○健康づくりの担当課と協議をしているがいつから連携を図ることができるかの見通しが立たない。【青森県】

都道府県民全体向けの取組（ポピュレーションアプローチ）の実施状況は図表 11 のとおり、47 都道府県のうち既に実施していたのは 28 道府県（59.6%）、今後実施する予定は９県（19.1%）、合わせて 37 道府県（78.7%）が実施中又は実施予定であった。

【図表 11】

県民全体向けの取組（ポピュレーションアプローチ）の実施状況

○都道府県における県民全体向けの取組（ポピュレーションアプローチ）は、47都道府県のうち実施しているのは28道府県（59.6%）、今後実施する予定は9県（19.1%）、合わせて37道府県（78.7%）が実施又は実施予定であった。

実施している	今後実施する予定	実施しておらず、今後も予定なし
(平成23年度以前) 山形県　栃木県　群馬県 埼玉県　石川県　福井県 岐阜県　静岡県　滋賀県 京都府　大阪府　奈良県 鳥取県　岡山県　徳島県 熊本県　沖縄県 (平成24年度) 島根県　高知県　佐賀県 鹿児島県 (平成26年度) 北海道　茨城県　新潟県 山梨県 (平成27年度) 神奈川県　富山県 (平成28年度) 広島県	(平成28年度予定) 山口県 (平成29年度予定) 秋田県　福島県　千葉県 長崎県　大分県　宮崎県 (平成30年度予定) 岩手県　兵庫県	青森県　宮城県　東京都 長野県　愛知県　三重県 和歌山県　香川県　愛媛県 福岡県
28道府県(59.6%)	9県(19.1%)	10都県(21.3%)

都道府県の市町村向けの取組の実施状況は図表 12 のとおり、47 都道府県のうち既に実施していたのは 32 道府県（68.1%）、今後実施する予定は９県（19.1%）、合わせて 41 道府県（87.2%）が実施中又は実施予定であった。

【図表 12】

市町村向けの取組の実施状況

○都道府県における市町村向けの取組は、47都道府県のうち実施しているのは32道府県（68.1%）、今後実施する予定は9県（19.1%）、合わせて41道府県（87.2%）が実施又は実施予定であった。

実施している	今後実施する予定	実施しておらず、今後も予定なし
（平成23年度以前） 山形県 群馬県 岐阜県 静岡県 滋賀県 大阪府 広島県 徳島県 佐賀県 熊本県 （平成24年度） 鳥取県 島根県 鹿児島県 （平成25年度） 北海道 茨城県 神奈川県 石川県 福井県 奈良県 （平成26年度） 埼玉県 京都府 岡山県 （平成27年度） 山梨県 長崎県 大分県 沖縄県 （平成28年度） 青森県 富山県 長野県 兵庫県 和歌山県 高知県	（平成28年度予定） 栃木県 香川県 福岡県 宮崎県 （平成29年度予定） 秋田県 福島県 千葉県 （平成30年度予定） 岩手県 新潟県	宮城県 東京都 愛知県 三重県 山口県 愛媛県
32道府県（68.1%）	9県（19.1%）	6都県（12.8%）

都道府県の広域連合向けの取組の実施状況は図表 13 のとおり、47 都道府県のうち既に実施していたのは９道府県（19.1%）、今後実施する予定は８県（17.0%）、合わせて 17 道府県（36.2%）が実施中又は実施予定であった。

【図表 13】

後期高齢者医療広域連合向けの取組の実施状況

○都道府県における後期高齢者医療広域連合向けの取組の実施は、47都道府県のうち実施しているのは9道府県（19.1%）、今後実施する予定は8県（17.0%）、合わせて17道府県（36.2%）が実施又は実施予定であった。

実施している	今後実施する予定	未定
（平成23年度以前） 群馬県 京都府 奈良県 （平成26年度） 岡山県 （平成28年度） 北海道 山形県 鳥取県 高知県 大分県	（平成28年度予定） 神奈川県 （平成29年度予定） 秋田県 栃木県 香川県 宮崎県 鹿児島県 （平成30年度予定） 岩手県 兵庫県	青森県 宮城県 福島県 茨城県 埼玉県 千葉県 東京都 新潟県 富山県 石川県 福井県 山梨県 長野県 岐阜県 静岡県 愛知県 三重県 滋賀県 大阪府 和歌山県 島根県 広島県 山口県 徳島県 愛媛県 福岡県 佐賀県 長崎県 熊本県 沖縄県
9道府県（19.1%）	8県（17.0%）	30都府県（63.9%）

都道府県の医療機関向けの取組の実施状況は図表 14 のとおり、47 都道府県のうち既に実施していたのは 27 都道府県（57.2%）、今後実施する予定は 9 府県（19.1%）、合わせて 36 都道府県（76.6%）が実施中又は実施予定であった。

【図表 14】

医療機関向けの取組の実施状況

○都道府県における医療機関向けの取組は、47都道府県のうち実施しているのは27都道府県（57.4%）、今後実施する予定は9府県（19.1%）、合わせて36都道府県（76.6%）が実施又は実施予定であった。

実施している	今後実施する予定	実施しておらず、今後も予定なし
（平成23年度以前） 山形県 栃木県 群馬県 東京都 富山県 福井県 静岡県 滋賀県 大阪府 鳥取県 島根県 岡山県 愛媛県 熊本県 （平成24年度） 高知県 （平成25年度） 北海道 茨城県 神奈川県 新潟県 石川県 鹿児島県 （平成26年度） 埼玉県 （平成27年度） 山梨県 （平成28年度） 長野県 奈良県 広島県 大分県	（平成28年度予定） 福岡県 （平成29年度予定） 秋田県 福島県 千葉県 京都府 佐賀県 長崎県 宮崎県 （平成30年度） 岩手県	青森県 宮城県 岐阜県 愛知県 三重県 兵庫県 和歌山県 山口県 徳島県 香川県 沖縄県
27都道府県（57.4%）	9府県（19.1%）	11県（23.4%）

なお、この糖尿病性腎症重症化予防に係る取組内容調査については、都道府県の国保担当課を通じて回答を得たものであるが、都道府県庁内で健康推進担当と必ずしも連携を図らずに回答している場合があり得る点に留意する必要がある。

3　個別ヒアリングで取り上げた自治体の取組の特徴

重症化予防WGではこれまで都道府県・市町村等の取組事例を聴取した。詳細な資料は別冊に取りまとめているが、各事例のポイントは次のようなものとなっている。

（1）都道府県

○　富山県

県庁健康課と厚生センター（保健所）とが連携を取りながら透析患者等発生予防推進事業連絡協議会を開催する等の糖尿病対策の基盤づくりを行い、４つの厚生センター（保健所）で、糖尿病関係者連絡会、保健・医療従事者研修会等を開催している。

県では、平成 21 年度より医療関係者との連絡協議会･ワーキンググループを設置し、平成 23 年度には糖尿病重症化予防対策マニュアル及びマニュアル実施のための指針を策定した。（事例集 P１参照）

○　長野県

市町村の特徴や保険者の取組状況を踏まえ、県版の「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を策定した事例である。

保険者協議会との連携、柔軟な対象者選定基準、小規模市町村の事務負担軽減につながる保健指導対象者の包括同意の採用といった点に特徴がある。

同県としては今後、全市町村で受診勧奨の取組を平成 29 年度中に開始することを目標とし、市町村が郡市医師会等と調整を行う際のサポート等に取り組む予定である。（事例集 P９参照）

○　島根県

「島根県糖尿病予防・管理指針」を作成・改訂し、糖尿病専門医・腎臓専門医へ紹介する基準、各機関に期待される機能と実施できること等を明確に示した。その上で、県が市町村を含め連携する島根県医師会、中核病院・糖尿病専門医等と、保健所が地域保健の観点から連携する各郡市区医師会糖尿病対策推進会議等の圏域糖尿病対策会議の２つのまとまりが協働するために「糖尿病対策圏域合同連絡会議」を開催したことにより、県内の地域課題の共有と総合的な糖尿病対策の推進に取り組むことができた。（事例集 P15 参照）

○　高知県

高知県は規模の小さい自治体も多く、未治療者への受診勧奨が不十分であること等の課題があった。そこで、効果的な介入ができる仕組みづくりから検討を始め、KDB（国保データベースシステム）と特定健診等データ管理システムを活用した「未治療者」及び「治療中断者」の対象者抽出ツールを県独自で国民健康保険団体連合会と連携・協働

して開発し、抽出した者のリストを県内全市町村と広域連合に配付した。本取組は、健康政策部の４課（健康長寿政策課、医療政策課、国保指導課及び健康対策課）が連携して取り組んでいる。（事例集 P23 参照）

（２）市町村

○　燕市（新潟県）

健康づくり課には、母子保健、各種健診、介護予防等といった業務に携わる保健師 30 人配置に対して、保険年金課には看護師 1 人配置という保健師不足の状況であったため、まず、保険年金課の事務職が医療費適正化の観点から医療費の分析等を行った。その分析結果を踏まえ、実施する保健事業の検討、保健事業の実施と評価といった専門知識や指導スキルを必要とするような業務については外部委託事業者が行い、健康づくり課が全体のフォローアップを担うことで、外部委託事業者まかせではない地域の課題に合わせた活用ができた。（事例集 P32 参照）

○　志木市（埼玉県）

医療費適正化と市民の健康寿命延伸に向けたポピュレーションアプローチに取り組み、ICT を活用したデータの見える化等、次の戦略につながる仕組みづくりや健診結果及び医療費の分析を行い、評価検証した事例である。

２つの事業で構成される「健康寿命のばしマッスルプロジェクト」の平成 27 年度の成果では、介入による国保医療費（平均）の変化について、医療費削減効果が得られたとしている。（事例集 P39 参照）

○　香取市（千葉県）

庁内外の体制づくりを進め、地域連携体制を構築。糖尿病性腎症重症化予防プログラムの開発研究事業に参加し、糖尿病性腎症第３期に対する受診勧奨と継続的な保健指導を行った。

平成 26 年度から平成 28 年度にかけては人員配置等についての庁内体制づくり、平成 27 年度には香取郡市医師会に重症化予防の協力体制に係るアンケート調査の実施や市内・外病院との体制整備の推進により、庁外との連携が円滑になった。（事例集 P50 参照）

○　松本市（長野県）

２型糖尿病性腎症第２～３期で治療中の患者に対し、松本市医師会、松本薬剤師会の協力を得て、かかりつけ医、薬局薬剤師、管理栄養士等が協働で重症化予防を目的とした保健指導を実施した。

かかりつけ医からの指示に基づいて薬局薬剤師から対象者へ６ヶ月間の「コーチングプログラム（服薬・食事・生活習慣等の自己管理支援プログラム）」を実施した結果、糖尿病服薬遵守率が支援前の 91％から 99％への改善等が得られた。（事例集 P58 参照）

○　藤枝市（静岡県）

平成 25 年度まで市立病院の腎臓内科専門医不在により CKD 診療体制が不十分な状況

等があったが、平成 26 年、腎臓内科専門医の市立病院赴任後、平成 27 年度には行政と医療機関、医師会、薬剤師会が一体となり、「ふじえだ CKD ネット」を構築し、「守れ腎臓！ふじえだ CKD ネットマニュアル」を共同で作成して関係者の役割を明示し、診療基準を定めた。（事例集 P68 参照）

○　寝屋川市（大阪府）

透析患者への訪問を重ね、それを契機に医師会、歯科医師会、薬剤師会、関西医科大学香里病院及び寝屋川市の５者の生活習慣病予防の地域連携協定締結に至った事例である。協定ではかかりつけ医と腎専門医の２人を主治医とする体制を推奨し、腎臓専門医も主治医とすることで腎機能の定期的なチェックによる腎機能維持を図ることとしている。（事例集 P74 参照）

○　熊本市（熊本県）

熊本市独自の専門医紹介基準（かかりつけ医→腎臓専門医）、紹介状様式を作成して、CKD 病診連携医と腎臓専門医の双方で診療する２人主治医制とする「CKD 病診連携システム」を構築した結果、検査データの改善がおおむね認められる等の成果があった。今後は、地域に出向いて働き盛り世代から糖尿病予防の啓発を行うため、地域で簡易血糖検査を実施し、検査結果から受診につなげたり、保健指導を実施する等を重点的に行っていく。（事例集 P79 参照）

○　津久見市（大分県）

保健所主体で津久見市中央病院、津久見市健康管理センター等を含めた津久見市糖尿病等生活習慣病検討会を設置し、平成 28 年度には津久見市主体に移行して協会けんぽ大分支部がオブザーバーとして参加することとなった。受診中断者に対してはかかりつけ医の同意を得て受診勧奨したり、市内医療機関で治療中の患者で同意がとれた者に対しては津久見市が保健指導を行う等、かかりつけ医と津久見市の連携によって受診中断者、受診中の患者に保健指導している。その結果、HbA1c、体重等が改善した事例も多い。（事例集 P86 参照）

（３）広域連合

○　福岡県後期高齢者医療広域連合

糖尿病性腎症（２型糖尿病）患者で人工透析導入前の人を対象に、重症化予防事業を開始し、文書通知や電話連絡により訪問可能となった 20 人に対し、主治医との連携を図りつつ生活習慣の改善等の保健指導を行った。

事業を実施する中で高齢者の場合、糖尿病性腎症等の疾病の状態だけでなく、生活環境、生活歴、背景、抱える問題等が個人の QOL に大きく影響することや、高齢者を取り巻く関係者との連携が必要なことが改めて認識された。（事例集 P95 参照）

○　長崎県後期高齢者医療広域連合

医師会と連携しながら、かかりつけ医の指示・依頼を必須条件に、健診のみならずレ

セプトからも抽出した国保・後期計121名に対して訪問による栄養指導を行った。
　事業は、県下全市町での実施を前提に、市町に委託して実施したが、実施に当たっては、かかりつけ医との連携を図るための関係作りとシステムの構築が重要であることを認識した。（事例集P114参照）

Ⅲ. 日本健康会議が掲げる目標の実現に向けた課題

1　日本健康会議が掲げる目標の実現に向けた課題

重症化予防WGでは、日本健康会議で平成 27 年７月に取りまとめられた「健康なまち・職場づくり宣言 2020」における重症化予防に係る宣言２の達成基準として、

① 対象者の抽出基準が明確であること。
② かかりつけ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には、専門職が取組に携わること。
④ 事業の評価を実施すること。
⑤ 取組の実施にあたり、地域の実情に応じて各都道府県の糖尿病対策推進会議等との連携（各都道府県による対応策の議論や取組内容の共有など）を図ること。

を示した。市町村等における実施状況を見ると、これらの基準の達成に向けては各基準ごとに以下のような課題がある。

（１）「対象者の抽出基準が明確であること」について

（保険者保有データの未活用）

糖尿病性腎症重症化予防の取組を行う概ね全ての市町村等は、対象者の抽出基準を設けている[19]。しかしながら、抽出すべき対象者を、医療機関未受診者、医療機関受診中断者、重症化ハイリスク者[20]といった医療機関の受診の有無を確認する必要がある者としているにも関わらず、抽出基準としては健診データが多く用いられており、受診状況が把握できるレセプトデータはあまり使用されていない[21]。レセプトデータを用いず受診状況を確認する場合には、健診時の問診で確認する又は医療機関からの情報提供などの方法[22]により確認することになり、この確認方法では健診未受診者については把握できない又は医療機関からの情報提供を待つことになる。しかし、国保が保有するレセプトデータを用いると、健診受診の有無に関わらず医療機関の受診の有無等を確実に正しく把握することができ、処方の中断などを見ることにより受診中断者の把握も可能である。国保データベース（KDB）システム[23]により健診データと合わせてレセプトデータを活用して対象者を抽出することが可能であるため、情報の確実性や迅速性等を踏まえ、レセプトデータの活用を再検討することも重要である。

（事業目的とのかい離）

対象者の抽出基準は、市町村等において、地域の状況を健診データやレセプトデータ

---

19 厚生労働省保険局国民健康保険課「市町村糖尿病性腎症重症化予防取組内容調査」（平成 28 年 10 月１日時点）では、糖尿病性腎症重症化予防の取組を実施する市町村のうち、94.4%の保険者が対象者の抽出基準を設けていた。

20 厚生労働省保険局国民健康保険課「市町村糖尿病性腎症重症化予防取組内容調査」（平成 28 年 10 月１日時点）では、受診勧奨を実施している市町村のうち、対象者は医療機関未受診者 81.6%、重症化ハイリスク者 68.5%、医療機関受診中断者 47.4%であった。保健指導を実施している市町村のうち、重症化ハイリスク者 90.6%、医療機関未受診者 59.4%、医療機関受診中断者 39.5%であった。

21 日本健康会議「保険者データヘルス全数調査」（平成 28 年３月時点）では、受診勧奨を実施している市町村のうち、対象者の抽出方法は健診データより抽出 97.8%、レセプトデータより抽出 26.8%であった。保健指導を実施している市町村のうち、健診データより抽出 91.4%、レセプトデータより抽出 28.2%であった。

22 厚生労働省保険局国民健康保険課「市町村糖尿病性腎症重症化予防取組内容調査」（平成 28 年 10 月１日時点）では、健診データのみで医療機関未受診者を抽出する場合、健診時の問診で確認する、あるいは別の疾患で通院している医療機関から受診勧奨してほしいとの依頼があった等の方法が挙げられた。

23 国保データベース（KDB）システムは、国保連が各種業務を通じて管理する情報（健診・医療、介護）等から統計情報・個人の健康に関するデータを作成し、市町村国保等へ提供している。

等により分析し、優先順位等を考慮しながら検討した上で設定するべきものであるが、その際、例えば、全国平均よりも糖尿病患者割合が高いために糖尿病の発症予防を事業目的としているにも関わらず、対象者の抽出基準を第４期のみとしていることから、糖尿病性腎症が進行しつつある第３期や多くの糖尿病患者に対する対策ができていないなど、抽出基準が当初の事業目的とかい離している場合がある。市町村等が当面する課題から目的と目標を明確化し、それらに沿った抽出基準を関係者間で検討し共有する必要がある。

（２）「かかりつけ医と連携した取組であること」について

（医師会・かかりつけ医等との連携不足）

重症化予防の取組を進めるに当たっては、個々の被保険者の病態に即した対応が必要となるために、市町村等のみで事業を行うのではなく、地域の医師会やかかりつけ医と事業の枠組みについて問題認識を共有し、合意形成を図り、個々の患者の状況に応じた対応を確保しつつ進める連携体制の下で取り組むことが必要である。しかし、実際には、市町村等における医師会との連携は約６割、かかりつけ医との連携は約７割にとどまっており、地元の医師会になかなか相談できなかったり、相談をしても理解を得るまでに時間を要したりするなど、調整・関係づくりが円滑に進みにくい地域もあるのが現状である。その結果、市町村等が取組を実施するに当たっては、医師会・かかりつけ医等いずれとも連携していないという回答が多い[24]

また、かかりつけ医等との連携の枠組みができた場合にも、かかりつけ医等へ受診勧奨や保健指導の結果がフィードバックされていない場合もあり、かかりつけ医等が連携することに意義を見出すことができない、さらに、連携につながるような関係作りができていない地域もある。

また、そもそも「連携」の具体的な内容が市町村等の担当者や医師会等に必ずしも伝わっておらず、市町村等と医師会・かかりつけ医等との連携は具体的にどういうことなのか、どのような効果があるのか、連携を図るために具体的にどのように必要な調整を行うことが望ましいのか示す必要がある。

（３）「保健指導を実施する場合には、専門職が取組に携わること」について

（人材の不足）

保健指導の計画策定・実施・評価・改善の全ての段階において約５割は保健師、管理栄養士等が関与している[25]が、市町村における専門職の人材不足により重症化予防の取組の実施が困難となっている場合もある[26]。

---

24 日本健康会議「保険者データヘルス全数調査」（平成 28 年 3 月時点）では、重症化予防の取組を実施している市町村のうち、かかりつけ医・医師会いずれとも連携していない 143 市町村（21.6%）の連携していない理由は「かかりつけ医との調整がつかない」30.8%、「医師会との調整がつかない」28.0%、「得られる効果を十分に把握できていない」18.9%の順に多かった。

25 日本健康会議「保険者データヘルス全数調査」（平成 28 年 3 月時点）では、重症化予防を実施している市町村のうち、保健指導に関与する専門職は、計画策定では保健師 76.8%、栄養士 10.6%、実施では保健師 81.9%、栄養士 19.9%、評価改善では保健師 74.1%、栄養士 11.5%の順に多かった。

26 日本健康会議「保険者データヘルス全数調査」（平成 28 年 3 月時点）では、重症化予防を実施していない市町村が実施していない理由は、「事業を企画・運営できる者がいない」28.8%、「その他」23.8%、「保健指導できる者がいない」17.5%の順に多かった。

なお、市町村においては、国民健康保険担当課と比べ、健康増進担当課が取組を実施する場合の方が、専門職の連携がより進んでいる傾向がある[27]等、庁内の担当課や職員配置によって取組状況に差が生じている。

（４）「事業の評価を実施すること」について

（不十分な指標による評価）

重症化予防において取組の評価を行う市町村は、全市町村の約３割[28]に止まっており、受診勧奨や保健指導を行っていても評価を行っていない市町村がある。評価項目としてはアウトカム指標が最も多く、アウトプット指標がそれに次いでいる。一方で、数値によらない定性的な評価であったり、そもそも評価すら行っていないという市町村もなお見られる[29]。

指標による評価の中では、事業実施人数などを示すアウトプット指標は重要であるが、一部の限られた対象者への保健指導等を指標とするケースも見られる。この場合にはそれだけで評価するのは不十分であり、本来は、市町村等が抱える対象となるべき者全体に占める割合を踏まえて一定の規模（全対象者の 10%や 20%、数千人等）以上実施することを評価しなければ事業の効果の評価にはつながらない。

（分かりにくい取組の成果）

重症化予防の取組は、医療費適正化などにつなげることも重要である。このため、人工透析導入者の減少や医療費削減などを測定するアウトカム指標によって取組の成果が分かりやすく見えるようにならなければ、取組の動機付けや見直しにつなげることができず、市町村等の内部で重症化予防に係る取組の優先度が低くなることも懸念される。

また、糖尿病性腎症重症化予防の目的は、腎不全、人工透析への移行の防止であることを考慮すると、その成果である新規透析導入者数又は腎機能を評価する eGFR の変化も合わせて評価することが望ましい。

（不十分な PDCA 評価）

評価に当たっては、事業目標と合わせて一連の PDCA サイクルを意識した評価を行うことを意識する必要があるが、評価を実施しているとする市町村等においても、まだその意識を浸透させる必要がある。そのためにも、図表 14「重症化予防の基本的な取組の流れ」を活用した進捗管理が必要である。

また、KDB が普及してきたことにより、市町村等の目的に沿った健康づくりのデータ分析が可能となっているが、市町村等によっては、KDB を使いこなすことが難しいとの判断により外部委託事業者が分析した結果を活用している場合もある。その場合、委託

---

27 日本健康会議「保険者データヘルス全数調査」（平成 28 年 3 月時点）では、重症化予防の取組に関与する専門職は、主担当部署が国民健康保険担当課の場合は保健師 275 人、栄養士 168 人、健康増進担当課の場合は保健師 525 人、栄養士 419 人であった。

28 厚生労働省保険局国民健康保険課「市町村糖尿病性腎症重症化予防取組内容調査」（平成 28 年 10 月 1 日時点）では、重症化予防の取組を実施している市町村のうち、取組を評価している市町村は 30.3%、今後評価する予定の市町村は 21.7%、合わせて 52.0%であった。

29 日本健康会議「保険者データヘルス全数調査」（平成 28 年 3 月時点）では、重症化予防の取組を実施し、評価している市町村のうち、アウトプット指標 48.4%、検査値等のアウトカム指標 47.6%、透析新規導入患者 36.9%の順に多かった。評価していない市町村は 7.7%であった。

事業者の提案の通りに実施し、市町村等における担当者が十分に理解していないまま事業を行っている場合もある。特に、健康増進担当課等の保健師が関与していない場合にこのようなケースが生じる。

（５）「取組の実施にあたり、地域の実情に応じて各都道府県の糖尿病対策推進会議等との連携を図ること」について

（低い連携状況）

都道府県糖尿病対策推進会議と連携している市町村は、全体では３割程度に過ぎず、連携予定を含めて６割弱[30]となる程度であり、市町村における糖尿病対策推進会議等との連携の取組はまだ低い水準となっている。

市町村においては、都道府県糖尿病対策推進会議がどのような役割を果たしているのか知らない、存在そのものを知らないとするものが多く[31]、まだ都道府県糖尿病対策推進会議の存在や役割について市町村への周知が徹底できていない。

（直接的な連携の不足）

糖尿病対策推進会議等との連携については、都道府県糖尿病対策推進会議と連携しているとする市町村において、都道府県を通じて情報提供している、都道府県を通じて助言を受けているとする市町村が多く見られ、直接の情報提供や助言はわずかであり、市町村等においては都道府県を通じて間接的に行うものと受け止められている。また、具体的な連携の内容も糖尿病対策推進会議に情報提供すれば十分と市町村等に認識されている可能性もある。

[30] 厚生労働省保険局国民健康保険課「市町村糖尿病性腎症重症化予防取組内容調査」（平成 28 年 10 月 1 日時点）では、都道府県糖尿病対策推進会議と連携している市町村は 30.3%、連携する予定の市町村は 26.3%、合わせて 56.6%であった。

[31] 日本健康会議「保険者データヘルス全数調査」（平成 28 年 3 月時点）では、都道府県糖尿病対策推進会議と連携していない市町村のうち、その理由は「どのような役割を果たしているのか知らない」45.6%、「糖尿病対策推進会議の存在を知らない」39.4%、「その他」16.6%の順に多かった。

Ⅳ　基本的な取組の流れ

1　基本的な取組の流れ

（1）基本的な取組方策

市町村等の重症化予防の取組については、国版プログラムにおいて、市町村等の健康課題や他の保健事業の状況に応じて選択できるよう複数の取組方策を示しているが、基本的な取組は、

①健康診査・レセプト等で抽出されたハイリスク者に対する受診勧奨、保健指導

②治療中の患者に対する医療と連携した保健指導

③糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応

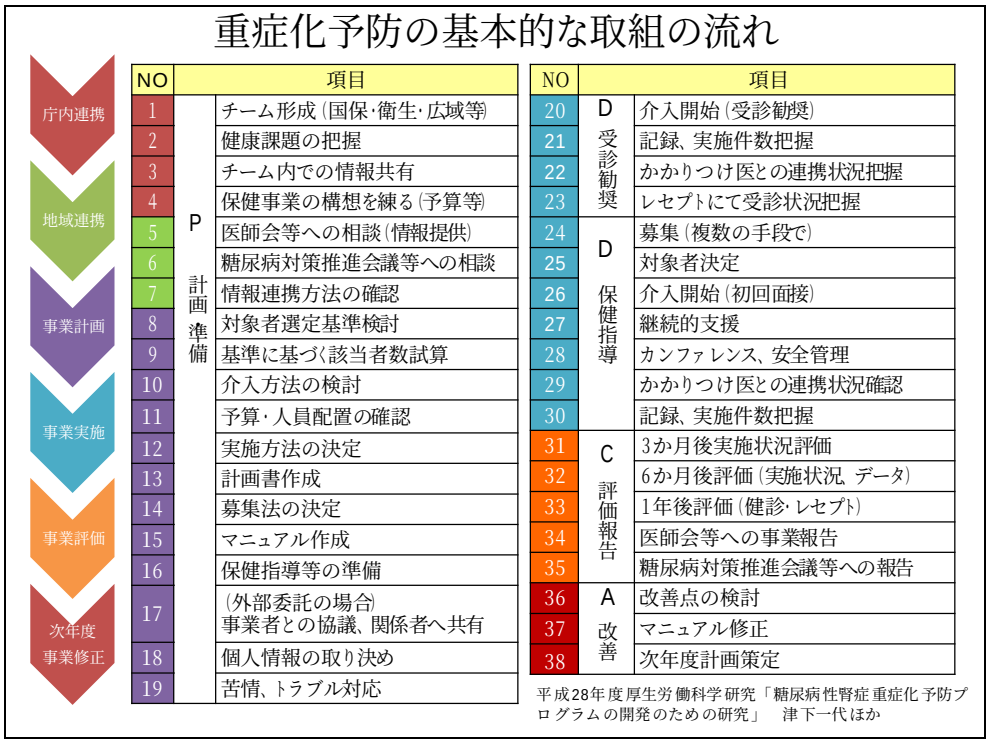
としている。

（2）基本的な取組の流れ

上記の基本的な取組を実施するに当たっては、重症化予防の基本的な取組の流れは大きく捉えると①～⑥のとおり（詳細は図表 15）であるが、地域の実情に応じ柔軟に対応することが可能である。

また、PDCA に基づいた一連の取組を実施するに当たっては、あらかじめ地域における関係者と密接に連携することが重要である。

【図表 15】



重症化予防の基本的な取組の流れ

NO		項目
1	P 計画準備	チーム形成（国保・衛生・広域等）
2		健康課題の把握
3		チーム内での情報共有
4		保健事業の構想を練る（予算等）
5		医師会等への相談（情報提供）
6		糖尿病対策推進会議等への相談
7		情報連携方法の確認
8		対象者選定基準検討
9		基準に基づく該当者数試算
10		介入方法の検討
11		予算・人員配置の確認
12		実施方法の決定
13		計画書作成
14		募集法の決定
15		マニュアル作成
16		保健指導等の準備
17		（外部委託の場合） 事業者との協議、関係者へ共有
18		個人情報の取り決め
19		苦情、トラブル対応

NO		項目
20	D 受診勧奨	介入開始（受診勧奨）
21		記録、実施件数把握
22		かかりつけ医との連携状況把握
23		レセプトにて受診状況把握
24	D 保健指導	募集（複数の手段で）
25		対象者決定
26		介入開始（初回面接）
27		継続的支援
28		カンファレンス、安全管理
29		かかりつけ医との連携状況確認
30		記録、実施件数把握
31	C 評価報告	3か月後実施状況評価
32		6か月後評価（実施状況、データ）
33		1年後評価（健診・レセプト）
34		医師会等への事業報告
35		糖尿病対策推進会議等への報告
36	A 改善	改善点の検討
37		マニュアル修正
38		次年度計画策定

平成28年度厚生労働科学研究「糖尿病性腎症重症化予防プログラムの開発のための研究」　津下一代ほか

①庁内連携

市町村において、国保担当課、健康増進担当課、高齢者医療担当課等と重症化予防を進めるためのチームを形成したうえで、国保担当課で健診・レセプトデータ等を分析して結果を確認し、保健事業を進める上での課題を整理する。

②地域連携

具体的な検討を始める前に、医師会等に対象地域の健康課題や事業のねらいを情報提供した上で、都道府県の協力支援を得ながら市町村及び広域連合が主体となって、医師会等、他の保険者、地域団体など地域の関係者との協議会を設置する。その上で、データ分析結果を提示するとともに重症化予防対策における連携方針を確認し、対象者の選定基準、介入方法、実施方法等について相談し、助言を受ける。さらに、個別に糖尿病性腎症重症化予防を進める際のかかりつけ医等との連携方策について相談する。

【実施すべき事項】

・医師会等に対象地域の健康課題や事業のねらいを情報提供する。
・対象者の介入方法（受診勧奨、保健指導等）及び実施方法（手紙、電話、個別面談、戸別訪問、集団指導等）について、医師会等や専門医に相談し、助言を受ける。
・医師会等に連携方策（病診連携手帳、データ収集フォーマット等）について協議し、共通認識を図る。

③事業計画

対象者選定基準を決定し対象者数の概数を把握した上で、実施形態の検討、実施マニュアルの作成、保健指導者の研修、医療機関等との連絡票、データ収集方式等の具体的な実施の手法を検討した上で、対象者、介入方法、実施方法を決定する。

【実施すべき事項】

・対象者の決定：対象者の選定基準を決定する。
・介入方法の決定：介入（受診勧奨、保健指導等）の方法を決定する。
・実施方法の決定：具体的な実施（手紙、電話、個別面談、戸別訪問、集団指導等）の方法を決定する。

④事業実施

受診勧奨、保健指導等の介入を実施し、進捗管理しつつ、個別事案にはその都度対応する。介入に当たっては、記録、介入件数把握、個人情報の管理等といった運営管理も行う。

【実施すべき事項】

・対象者選定（抽出）：対象者の選定基準に基づき、健診データ、レセプトデータ等を活用して対象者を選定する。
・介入：対象者に対して、受診勧奨、保健指導等を実施する。
・かかりつけ医等との連携：治療状況、保健指導の内容についてかかりつけ医等と連携し、適宜助言を求める。
・医師会等との連携：必要時、医師会等の専門家に相談し、適宜助言を求める。

⑤事業評価

事業から得られたデータをとりまとめ、内部での検討を行い、さらに専門家等の助言を得ながら事業の成果を分析する。

【実施すべき事項】

・評価：個別、集団データを収集し、事業の進捗や改善点を評価する。
・かかりつけ医等、医師会等の地域の関係者に報告し、適宜助言を求める。

⑥次年度事業の修正

地域の協議会等にて分析結果を共有し、事業の改善策を検討する。改善策は次年度計画の策定に反映させる。また、長期的に特定健診やレセプト等でフォローアップできるよう、通常業務として把握できる仕組みを整える。

2　基本的な流れの留意点

上記の基本的な取組を実施するに当たっては、特に、PDCA に基づく「対象者選定（抽出）」、「介入」及び「評価」について、次のような留意が必要である。

（１）対象者選定（抽出）

健診データ・レセプトデータ等を活用して、医療機関の未受診者・受診中断者、通院する患者のうち重症化するリスクの高い者といった重症化ハイリスク者を抽出するに当たって、基盤となる糖尿病性腎症の病期は図表 16[32]のとおりである。対象者の抽出では、市町村等とかかりつけ医等との連携、かかりつけ医等と専門医との連携、市町村等の実施体制、財政状況等を考慮した上で、糖尿病性腎症に関する日本糖尿病学会、日本腎臓学会のガイドラインに基づく基準を設定し、健診やレセプト等のデータと突合して抽出されるハイリスク者を対象とする。

【図表 16】

病期	尿アルブミン値（mg/gCr） あるいは 尿蛋白値（g/gCr）	GFR(eGFR) （ml/分/1.73 ㎡）
第1期 （腎症前期）	正常アルブミン尿（30 未満）	30 以上
第2期[33] （早期腎症期）	微量アルブミン尿（30～299）	30 以上
第3期 （顕性腎症期）	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
第4期 （腎不全期）	問わない	30 未満
第5期 （透析療法期）	透析療法中	

[32] 糖尿病性腎症合同委員会「糖尿病性腎症病期分類」

[33] 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。（±）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ている。
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。

留意すべきは、CKD[34]は進行して透析直前になるまで症状に乏しいため、自覚症状に頼ると発見が遅れる[10]ことである。そのため、CKD の早期発見のためには、CKD の有無を判断できる特定健診などの健診（以下「特定健診等」という。）を受診することが必要であり、市町村等は特定健診受診率の向上に取り組むことが重要である。また、CKD の有無は尿蛋白と腎機能（eGFR）で判断[10]されるが、特定健診等の検査項目には尿蛋白がある一方で、腎機能（eGFR）を換算する血清クレアチニン検査は詳細な項目とされているため、特定健診のみでは腎機能（eGFR）が評価されない場合があると考えられる。市町村等は、糖尿病性腎症重症化予防においては、血糖（HbA1c）などの特定健診の結果のみならず、腎機能（eGFR）にも注目し、糖尿病及び糖尿病性腎症の早期発見に努めることが必要である。なお、CKD の重症度分類は尿蛋白[35]と腎機能（eGFR)により、将来的に透析が必要となる末期腎不全への進展リスク、心臓血管病による死亡リスクの高まりを判定可能であり、積極的に毎年１回は CKD の重症度判定を実施することがすすめられている。

また、重症化予防は、透析導入を予防することを目的としているため、第３～４期を対象として行うことも考えられるが、中長期視点で考えれば、第１～２期に対する対策を合わせて行うことにより将来のハイリスク者の増加を抑制することも重要である。

（２）介入

介入に当たっては、対象者の病期に合わせ、市町村等とかかりつけ医等との連携、かかりつけ医等と専門医との連携、市町村等の実施体制、財政状況等を考慮した上で、介入方法を選択する必要がある。

病期ごとの対応の例は以下のとおりであるが、図表 18[12]のとおり、情報提供、受診勧奨、保健指導等を行うに当たっては、病期や検査値の状況に応じた効果的なタイミングを計ることが重要である。病期全体では CKD としての管理が重要であるが、第１～２期では、血糖や血圧・脂質のコントロール、肥満の是正、運動・身体活動の励行、禁煙、減塩など糖尿病患者に対する一般的な指導が中心となる。第３～４期には、減塩、水分管理など腎臓病患者の観点での生活指導もそれに加わる。CKD として捉えた場合には、CKD ステージが進行しないようにし、重症度の悪化を未然に防ぐ管理[36]、指導が求められる。

第１～２期：（受診勧奨）市町村等の判断で優先順位を検討する。その際、例えば、HbA1c、血圧等の受診勧奨判定値が重複している者や単独の異常も著しく高い者を優先するなどの方法がある[37]
（保健指導）個別、集団などを組み合わせて実施する。

第３～４期：（受診勧奨）受診勧奨をしても受診が確認されない場合、再度、別

[34] 日本腎臓病学会「CKD 診療ガイド 2012」（平成 24 年）：CKD（慢性腎臓病）とは、eGFR で表される腎機能の低下があるが、もしくは腎臓の障害を示唆する所見が慢性的（3 ヶ月以上）に持続するものすべてを包含する。

[35] 尿アルブミン定量（mg/日）に対応する尿蛋白定量（ｇ/日）は、正常アルブミン尿と尿蛋白（－)、微量アルブミン尿と尿蛋白（±)、顕性アルブミン尿（＋）としている。CKD 診療ガイド 2012,ｐ３,表２一部改変

[36] 脱水、感染等による急性憎悪もあることから、それらを防ぐための対策についても検討しておく必要がある。

[37] 対象者の選定基準の検討、受診勧奨の通知文作成又は監修、生活習慣改善のための保健指導には専門職の関与が必要であるが、受診勧奨の手紙の送付等の作業は専門的知識を必要としないことから、非専門職が実施可能である。ただし、手紙の内容について専門的な知識を要する対応や、手紙だけで受診につながらない対象者への電話や面談等による受診勧奨については専門職が関わる必要があるため、保健指導としての位置づけが可能である。

の方法で受診勧奨を試みる（手紙→電話→訪問）。
（保健指導）初回は個別面談、訪問等による対面での指導を行う。

【図表 17】

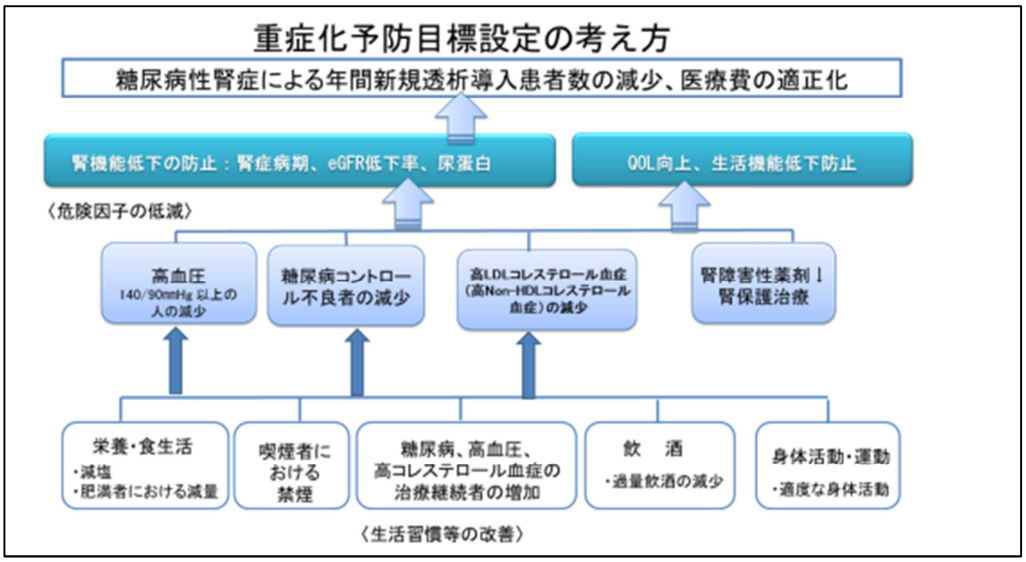
		対応不要レベル	情報提供レベル	受診勧奨（集団対応レベル）	医療機関連携・個別対応レベル	
検査値の目安	HbA1c	HbA1c<5.6	5.6≦HbA1c<6.5	6.5≦HbA1c<7.0	7.0≦HbA1c<8.5	8.5≦HbA1c
	糖尿病*1の場合の血圧*2		120≦SBP<130 または 85≦DBP<90	130≦SBP<140 85≦DBP<90	140≦SBP<160 90≦DBP<100	160≦SBP 100≦DBP
	糖尿病*1の場合の尿蛋白			（±）尿アルブミン測定を推奨	（+）	（2+）
情報提供	パンフ・資料提供*3	検査値の見方・健康管理等		糖尿病に関す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

＊1：空腹時血糖≧126mg/dl、またはHbA1c≧6.5%、または糖尿病治療中、過去に糖尿病薬使用。 ＊2 75歳以上では 10mmHg高い設定とする
＊3 eGFR<30 は腎不全期に相当するため本表の適応範囲ではない。 ＊4 矢印の太さは必要性

（３）評価

評価は、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。特に、アウトカム評価は図表 15[12] のステップを踏まえて、生活習慣等の改善が危険因子の低減につながり、ひいては腎機能低下の防止等となることを確認する必要がある。評価指標は短期的（行動変容、医療機関受診、体重、HbA1c、血圧、脂質等）、中期的（HbA1c、血圧、腎機能等）、長期的（腎機能、透析新規導入率等）など、どの時期にどのようなデータを用いて評価するのか、計画段階から検討していく必要がある。他の保険者とも比較できるよう、一定の方式で評価できることが望ましい。加齢による国保から後期高齢者医療への移行があることから、長期的評価に際しては保険者を連結した評価も必要となる。このような評価を行うに当たっては KDB の活用が効率的と考えられる。

【図表 18】



Ⅴ．更なる展開に向けた取組

1　市町村での取組の推進

（1）市町村の意識の啓発

【当面する課題】

（取組を実施していない市町村の存在）

市町村の基本的な役割としては、①様々なデータに基づき地域における課題を分析すること、②分析に基づき地域で取り組むべき目標を整理し、その達成に向けて最も効果的な対策を立案すること、③対策を具体的に着実に実施すること、④実施状況について様々な数値指標による評価を行い、その結果を踏まえて次に実施する対策に反映する PDCA サイクルを適切に回して、効果を上げることが期待されている。しかし、糖尿病性腎症重症化予防の取組を実施していない市町村もあり、その解消が重要な課題である。

実施していない主な理由としては、次のようなものが挙げられている。

・人材不足・業務負担
・体制・連携が整っていない
・対象者の抽出困難
・対象者・参加者が少ない
・財源不足

未実施市町村の解消に向けては、これらの課題の解消が必要になる。

また、未実施の市町村のなかには、取組を CKD 対策として糖尿病性腎症を含む CKD 患者の透析導入予防を目的とした取組を行う市町村も存在するものの、糖尿病性腎症重症化予防対策として認識されていないところもあった[38]。

（リーダーシップの不足）

政策課題としての位置付けが低く予算がつかず、人員の配置が適切に行われない、あるいは組織の縦割りで意思疎通や連携がうまくいかない背景には、市町村における幹部等の重症化予防に向けたリーダーシップの不足も影響する。市町村や都道府県が重症化予防に主体的に取り組む必要性が必ずしも幹部等に届いていない。

（リーダーシップ発揮に向けた環境整備）

糖尿病性腎症重症化予防を未実施の市町村に取組を促進するためには、保健事業により実施すべき内容を検討するだけでなく、市町村の人員体制、スキル、財政制約など多岐にわたる未実施の要因に対応することが必要である。そのためには重症化予防の問題を、国保部門のみならず、市町村全体の問題として扱うことが重要であり、そのためには市町村の首長・幹部の理解を得て、そのリーダーシップが発揮されるようにすることが重要である。

[38] 日本健康会議「保険者データヘルス全数調査」（平成 28 年 3 月時点）では、糖尿病性腎症重症化予防に取り組んでいない 555 市町村のうち、取り組んでいない理由として「CKD 重症化予防を実施している」、「糖尿病重症化予防を実施している」、「生活習慣病重症化予防を実施している」、「糖尿病性腎症に特化した取組は行っていない」等が挙げられた。

そのためには、市町村として積極的に取組を進めようと思える、糖尿病性腎症重症化予防の分かりやすい成果が示されることが重要であることから、国・都道府県は医療費適正化、要介護者の減少の効果見込み等の参考資料を示すとともに、都道府県単位での連携協定締結や都道府県版プログラムの策定、国の保険者努力支援制度での重症化予防の取組の評価等により、国・都道府県として重症化予防を強力に進めようとする姿勢を示し、また未実施となっている要因に対応した必要な支援策を用意することで、担当者による庁内理解を促進し、市町村において一体的に取り組むべき課題として優先順位の向上に努める必要がある。

（専門的人材の確保）

先述の市町村が実施していない主な理由の一つである「人材不足、業務負担」としては、保健師の不足、専門職等の職員が少ない等が挙げられている。特に、病期が第３期（顕性腎症期）以降の対象者に対する保健指導は相当の専門性スキルを要する者が対応する必要があることから、保健師、管理栄養士等といった人材の配置、育成を推進する、協力可能な医療機関を増やすなどの対策が必要である。

このため、都道府県や都道府県国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という）において研修等を行い人材を育成するほか、市町村においても健康増進担当課と国保担当課の連携を深め、保健師等の専門職や事務職の人材を効率的に活用する、専門的知見や人材を有する外部委託事業者を活用する、国保連の知見や人材を活用する等、柔軟な取組を検討する必要がある。

また、国保等の保険者および医療機関・健診機関等は、都道府県等が開催する研修等を活用し積極的に人材の育成に努めることが求められる。

（目標の明確化）

糖尿病性腎症については、重症化の予防が可能であることから、市町村は、被保険者（住民）の QOL の向上のため、健康の保持増進を図り、住民の健康寿命の延伸とともに医療費適正化を目指すという目標を明確に持つことが重要である。その際には、その目標を医師会・かかりつけ医等をはじめとする関係者と共有できるように重症化予防の実施に向けて企画段階から議論の積み重ねを図ることも重要である。

（２）担当課の縦割の排除

【当面する課題】

（組織の縦割りの弊害）

重症化予防は保健事業としての性格をもつとともに、医療保険の課題でもあることから、市町村では健康増進担当課と国保担当課両課で課題を共有しながら、それぞれの有する人的・物的資源を有効に活用し、それぞれの立場からできることを取り組むべきであるが、組織の縦割りの弊害により、情報共有をはじめ両課の庁内連携が図られず、結果的に人材不足や情報不足を招き、具体的な課題の解決につながらない事態が発生しやすい。

（部署間の縦割りの排除）

市町村の糖尿病性腎症重症化予防の体制では、主担当部署は健康増進担当課が多く[39]、市町村全体の予防・健康づくりにつながる施策として位置付けられていることが多いと考えられる。一方で、市町村の国保被保険者の医療費の状況や疾病構造を踏まえた対応も必要であり、国保担当課の持つレセプトデータや健診データなどを併せて活用することも最終的には地域の保険料の伸びを抑えることにつながる。そのため、重症化予防は市町村を挙げて組織一体的な取組が必要であり、部署間の縦割り行政によって限定的な取組に陥ったり、具体的な課題を取りこぼしたりしないように部署間の連携を密にする必要がある。

また、市町村で健康増進担当課が実施する場合であっても、保険者努力支援制度などの国保における保険者インセンティブの制度の動向をしっかりと把握しながら、適切に対応できるよう国保担当課と連携することが重要である。

（専門職と事務職による取組）

重症化予防の取組には、専門職が担ったほうが効率的である業務もあるが、専門職がいないと何もできないというものではない。事務職が果たすことができる役割も大きく、重症化予防の推進に向けて行うべき業務を整理し、個人的な属性だけに頼らない担当者による分担を仕組み化することで運営することが重要である。一方で、分析・保健指導を外部委託している市町村では、事務担当者が庁内の保健師や医師会等との連携を十分図らずに、外部委託事業者の提案のまま実施している場合などもあり、事務担当者が中心となって進める場合にも、庁内連携、地域連携を十分に図って実施していく必要がある。

（窓口の明示）

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ことで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も必要である。

（３）抽出基準の明確化

【当面する課題】

（事業目的とのかい離：再掲）

対象者の抽出基準は、市町村等において、地域の状況を健診データやレセプトデータ等により分析し、優先順位等を考慮しながら検討した上で設定するべきものであるが、その際、例えば、全国平均よりも糖尿病患者割合が高いために糖尿病の発症予防を事業目的としているにも関わらず、対象者の抽出基準を第４期として糖尿病性腎症の中でもより重症な者に対してアプローチするなど、抽出基準が当初の事業目的とかい離している場合がある。市町村等が当面する課題から目的と目標を明確化し、それ

[39] 日本健康会議「保険者データヘルス全数調査」（平成 28 年 3 月時点）では、重症化予防の取組を実施している市町村のうち、重症化予防の主担当は健康増進担当課 46.7%、国民健康保険担当課 29.1%、保健所・保健センター12.6%の順に多かった。

らに沿った抽出基準を関係者間で検討し共有する必要がある。

（状況に応じた対象者の限定・変更）

抽出基準の設定に当たり、対象者を医療機関未受診者、医療機関受診中断者、重症化ハイリスク者と設定しても、地域における分布状況や財政面やマンパワーの制約等を理由として、受診勧奨や保健指導の対象とする層をより絞り込む必要がある場合もあり得る（例えば、重症化ハイリスク者のうち、血糖コンロトール不良の者などに重点化して、事業実施を優先する場合がある。）。

また、対象者抽出基準を腎症病期の重症な者（第４期等）として設定した場合、保健指導担当者の経験や病態の知識が不足しており、現状では保険者として十分それに対応できる体制が整っていない場合もある。この場合、初年度は実施可能な範囲で行いつつ、より重度の対処法について医師会等や糖尿病対策推進協議会等の助言を受けるなど、段階的に体制を整えていくことが必要となる。

このようなそれぞれの状況に即して対象者の抽出基準を適切に設定する必要がある。

（従来の業務との連続性）

これまで市町村が行ってきた取組の連続性や連携も重要であり、枠にとらわれずに独自の取組が評価されてしかるべきである。

（対象者の抽出に当たっての留意点）

特定健診等で実施されている尿蛋白定性検査[40]のみで糖尿病性腎症の重症度を判断する場合、持続性蛋白尿が出現する第３期（顕性腎症）まで発見されず、予防可能な時期を逃す恐れがある。そのため、定期的な尿アルブミン／クレアチニン比（㎎/gCr）検査で腎機能（eGFR）を把握することも必要である。

また、特定健診等で血清クレアチニンを測定していない場合は、尿蛋白が陰性の第４期（腎不全期）[41]を見落とす可能性があることに留意する必要がある。

注）第１期、もしくは尿アルブミンを測定しておらず腎症の診断ができない場合にも将来の腎症発症予防に向け、血糖や血圧コントロールの必要性、減塩等についての情報提供を行うことが望ましい。

さらに、糖尿病性腎症重症化予防には血圧のコントロールが重要である。現在の市町村の取組状況から、重症化予防の取組の対象者を抽出するに当たって血糖を基準としている場合が多い[42]が、きめ細かい重症化予防を行うのであれば、血圧を基準に取り入れることも重要である。

市町村は、糖尿病で治療中の対象者に尿アルブミン／クレアチニン比（㎎/gCr）検査[43]及び血圧測定の重要性を理解するとともに、糖尿病連携手帳を活用したり、かかりつけ医等に確認して検査値を把握し、適切な糖尿病性腎症の重症度の把握[44]に努めることが必

40 試薬を染みこませた試験紙を尿に浸し、色の濃度で蛋白（+）や（-）を判定する。尿中アとルブミン量が健常の 10～20 倍になってはじめて検出される。

41 日本腎臓学会「2 型糖尿病性腎症の臨床経過」：2 型糖尿病性腎症における尿アルブミンは、第 3 期では増加して顕性アルブミン尿となり、第 4 期では減少して微量アルブミン尿に近づいていく。

42 厚生労働省保険局国民健康保険課「市町村糖尿病性腎症重症化予防取組内容調査」（平成 28 年 10 月 1 日時点）では、重症化予防に取り組んでいる市町村のうち、対象者の抽出基準にHbA1c を用いている市町村は82.0%であった。

43 尿から尿アルブミン、尿クレアチニンを検出し、その量をもとに計算して算出する。

44 日本腎臓学会「生活習慣病からの新規透析導入患者の減少に向けた提言」（平成 28 年）

要である。

対象者の抽出基準の値については、可逆的な第１～２期を対象とする、蛋白尿が現れる第３期から対象とすること等、様々な考え方がある。どのような対象にアプローチすることが市町村の抱える課題を解決するために適切か、市町村は現状を踏まえて医師会・かかりつけ医等と連携しながら検討する必要がある。

例えば、第１～４期にはそれぞれどのくらいの患者が存在するのか把握することが必要である。腎症病期別に対象者の概数を算出し、優先順位をどうするか勘案した上で、市町村ごとに抽出基準を決めることが必要である。

抽出に当たっては、レセプトデータ・健診データを活用して分析し、対象者を絞り込んで抽出することとなるが、市町村単独で難しい場合には、国保連の提供する KDB を活用することが可能であるので、国保連に相談すれば必要な支援を受けることが可能であることを周知することが必要である。他方で民間事業者に委託することも可能である。

（４）医師会・かかりつけ医等との連携の推進

【当面する課題】

（医師会・かかりつけ医等との連携不足：再掲）

重症化予防の取組を進めるに当たっては、個々の被保険者の病態に即した対応が必要となるために、市町村等だけで事業を行うのではなく、地域の医師会やかかりつけ医等と事業の枠組みについて問題認識を共有し、合意形成を図り、個々の患者の状況に応じた対応を確保しつつ進める連携体制の下で取り組むことが必要である。しかし、実際には、市町村等における医師会との連携は約６割、かかりつけ医等との連携は約７割にとどまっており、市町村の担当者にその意識が欠けている、地元の医師会になかなか相談できない、相談をしても理解を得るまでに時間を要するなど、調整・関係づくりが円滑に進みにくい地域もあるのが現状である。その結果、市町村が取組を実施するに当たっては、医師会・かかりつけ医等いずれとも連携していないという回答が多い[45]。

また、かかりつけ医等との連携の枠組みができた場合にも、かかりつけ医等へ受診勧奨や保健指導の結果がフィードバックされていない場合もあり、かかりつけ医等が連携することに意義を見出すことができない、さらに、連携につながるような関係づくりができていない地域もある。

（連携の認識の不足）

そもそも、「連携」の具体的な内容が市町村等担当者や医師会、都道府県糖尿病対策推進会議等に必ずしも伝わっておらず、市町村等と医師会・かかりつけ医との連携は具体的にどういうことなのか、どのような効果があるのか、連携を図るために具体的にどのように必要な調整を行うことが望ましいのか示す必要がある。

[45] 日本健康会議「保険者データヘルス全数調査」（平成 28 年 3 月時点）では、重症化予防の取組を実施している市町村のうち、かかりつけ医・医師会いずれとも連携していない 143 市町村（21.6%）の連携していない理由は「かかりつけ医との調整がつかない」30.8%、「医師会との調整がつかない」28.0%、「得られる効果を十分に把握できていない」18.9%の順に多かった。

（郡市区医師会との調整不足）

都道府県医師会と都道府県が相談しコンセンサスが得られたとしても、市町村が重症化予防の取組を実施するにあたっては、郡市区医師会と調整する場合が多い[46]。その場合、郡市区医師会では賛同を得られない場合もあることから、都道府県医師会とともに郡市区医師会とどのように連携するかあらかじめ具体的に協議しておくことが有効である。

（医師会・かかりつけ医等の連携）

保険者は、重症化予防により対象者の掘り起こしや一定期間重点的な指導を行うことは可能であるが、対象者への継続的な医療はかかりつけ医等が担うことから、保険者と医師会等の両者の連携が不可欠である。糖尿病性腎症重症化予防の取組を新たに実施する、又は見直すことが必要な場合は、関係機関、特に地域の医師会等と企画段階から早めに相談し、保険者の企画に対する助言・意見等を得ながら関係者への周知の仕方等も含めて協議を重ねることが、事業を遂行しやすくするために必要であり、連携の具体的な第一歩となる。

特に、市町村が実施する重症化予防の取組においては、治療中断している者や治療中の者を対象者とする際、かかりつけ医等に保健指導の内容を相談する、患者の情報提供を依頼する、保健指導を進める中で、かかりつけ医等の助言を踏まえて、被保険者に必要な糖尿病専門医・腎臓専門医等の受診勧奨を実施したり、特定健診の結果を踏まえたCKD精密検査依頼を行ったりする等、個別にかかりつけ医等との連携・協力が必要となる場合が多い。

基本的には、通院中の患者に対する保健指導等を含めた健康管理はかかりつけ医等が担っていることから、医師会と実施体制についてあらかじめ合意を形成しておくことが重要となる。

加えて、医師会のみならず、かかりつけ医等や専門医、専門学会や基幹病院等にもあらかじめ相談することが必要な場合があることにも留意すべきである。例えば、かかりつけ医等の助言を踏まえて、必要な糖尿病専門医や腎臓専門医等の受診を勧奨する、特定健診の結果を踏まえたCKD精密検査を依頼する等、市町村とかかりつけ医等との連携を構築することが想定される。医療関係者はそれぞれ独自に取組を行っている側面もあるため、地域住民の健康を担う市町村が主体的に医療関係者にメッセージを発信し、意見交換を重ね、地域の医療関係者と顔の見える関係を築きながら取組を進めることが必要である。その際には、市町村の保健師等がかかりつけ医等との連携を強化することが望ましい。

また、連携を図る際には、市町村の実態をデータで示し、どのような者が糖尿病で受診しているのか、重症化しているのか、人工透析などに罹患しているのか等、市町村自ら状況を理解した上で、医師会等の関係団体、関係者に理解を求めることが重要である。

[46] 厚生労働省保険局国民健康保険課「市町村糖尿病性腎症重症化予防取組内容調査」（平成28年10月1日時点）では、既に位置付けられている法定の計画は「健康増進計画」24、「医療計画」19、「医療費適正化計画」10の順で多かった。今後位置付けられる予定の法定の計画は「医療費適正化計画」8、「健康増進計画」2、「医療計画」2の順に多かった。

（医師会・かかりつけ医等と糖尿病専門医・腎臓専門医等の連携体制の整備）

患者の中には様々な理由で血糖コントロール不良の患者もおり、かかりつけ医等は、糖尿病性腎症の病期を踏まえて糖尿病専門医・腎臓専門医等と連携する必要がある場合もあることから、市町村は、かかりつけ医等と糖尿病専門医・腎臓専門医等の連携[47]が円滑に進むよう、糖尿病対策推進会議、慢性腎臓病対策協議会[48]、CKD ネットワーク等の地域での連携体制を整備することも場合によっては必要である。

（５）都道府県糖尿病対策推進会議等との連携

【当面する課題】

（低い連携状況：再掲）

都道府県糖尿病対策推進会議と連携している市町村は、全体では 3 割程度に過ぎず、連携予定を含めて６割弱[49]となる程度であり、市町村における糖尿病対策推進会議等との連携の取組はまだ低い水準となっている。

そもそも市町村においては、都道府県糖尿病対策推進会議がどのような役割を果たしているのか知らない、存在そのものを知らないとするものが多く、市町村における都道府県糖尿病対策推進会議の認知度が低い。

（直接的な連携の不足：再掲）

糖尿病対策推進会議等との連携については、都道府県糖尿病対策推進会議と連携しているとする市町村において、都道府県を通じて情報提供している、都道府県を通じて助言を受けているとする市町村が多く見られ、直接の情報提供や助言はわずかであり、市町村等においては都道府県を通じて間接的に行うものと受け止められている。また、具体的な連携の内容も糖尿病対策推進会議に情報提供すれば十分と市町村等に認識されている可能性もある。

（糖尿病対策推進会議等との連携）

市町村が新たに都道府県糖尿病対策推進会議と連携しようとする場合には、都道府県と都道府県糖尿病対策推進会議はどのような連携体制を構築しているのか、糖尿病対策推進会議との連携のあり方についてあらかじめ都道府県へ確認し、市町村の実情に合った形で連携することが必要である。

現在、地域によっては都道府県及び市町村は慢性腎臓病対策協議会等の地域の実情に合わせた連携体制を既に構築している場合もある。目的に沿った会議体があれば、都道府県糖尿病対策推進会議に限らず、市町村はそれらを活用して糖尿病性腎症重症化予防

47 かかりつけ医から腎臓専門医への紹介基準は、CKD 診療ガイド 2012 を参照。

48 都道府県レベルの会議体は、慢性腎臓病対策協議会や日本糖尿病対策協議会支部が設置されており、糖尿病性腎症をはじめとする各種腎疾患による透析導入予防を目的としてかかりつけ医との連携、病診、病病連携の推進を図っている。

49 厚生労働省保険局国民健康保険課「市町村糖尿病性腎症重症化予防取組内容調査」（平成 28 年 10 月 1 日時点）では、都道府県糖尿病対策推進会議と連携している市町村は30.3%、連携する予定の市町村は26.3%、合わせて56.6%であった。

に取り組むことも可能である。なお、「糖尿病対策推進会議」のほか、日本慢性腎臓病対策協議会の都道府県組織等も存在する。これらの CKD 対策のネットワークとの連携を各市町村が行うことで、関係団体や専門職との連携を実現することに留意すべきである。

いずれにしても、糖尿病性腎症重症化予防に関わる多様な関係者の意見を聞き、協力を得ながら取り組むことが重要である。

（直接的な連携の推進）

糖尿病対策推進会議・慢性腎臓病対策協議会に対しては、市町村から情報提供するのみではなく取組のあり方や実施方法等について直接相談したり、糖尿病対策推進会議等に都道府県が出席する等して、糖尿病対策推進会議と国・都道府県・市町村・広域連合が一体的に取り組む仕組みとしていくことが重要である。

2　広域連合での取組の推進

（１）広域連合の意識の啓発

【当面する課題】

（取組を実施していない広域連合の状況）

市町村と同様に、広域連合においても、PDCA サイクルを適切に回し、重症化予防の効果を上げることが期待されている。

しかしながら、重症化予防の取組を実施していない広域連合もあり、その主な理由としては、次のようなものが挙げられている。

・重症化予防の取組について、健康課題としての優先順位が低い
・保健指導ができる者が不足している
・関係団体との調整が難しい

未実施広域連合の解消に向けては、これらの課題の解消が必要になる。

さらに、後期高齢者医療においては、糖尿病性腎症重症化予防とともに、循環器系や筋骨格系疾患なども含めた生活習慣病等の重症化予防の取組を進める必要があり、KPI の達成要件となっているが、こうした取組の数は少ない。

（高齢者の特性を踏まえた保健事業の推進）

複数の慢性疾患を保有し、フレイルなどを要因とする老年症候群の症状が混在するため、包括的な疾病管理がより重要であるという後期高齢者の特性を踏まえ、広域連合においては、メタボリックシンドローム対策に重点を置いた生活習慣病対策から、体重や筋肉量の減少、低栄養等によるロコモティブシンドロームやフレイル等の予防・改善に着目した対策に徐々に転換することも必要である。具体的には、①生活習慣病の発症予防より、生活習慣病の重症化予防等の取組がより重要であること、②壮年期からの生活習慣病の延長線上で肥満傾向にある高齢者も多く、過体重の影響や加齢に伴う変形性膝関節症などの筋骨格系疾患等の慢性疾患への取組も重要であることなどを認識した上で、保健事業を実施することが必要である。また、一般的に、年齢と共に血圧、血糖の平均値及び有病率が上昇するため、地域の健康課題に応じ、かかりつけ医等と連携した

循環器疾患等への対応を進めることも必要となる。

（専門的人材の確保）

市町村と同様に、広域連合においても保健師などの専門職の職員が不足しており、都道府県や国保連などにおける研修等を通じた人材育成のほか、職員派遣や相互人事交流など都道府県や市町村と連携した人材の効率的な活用や、国保連が実施する国保・後期高齢者ヘルスサポート事業における支援・評価委員会など外部の専門的知見の活用を検討する必要がある。また、都道府県栄養士会、都道府県薬剤師会等の関連団体と連携することにより、会員である専門職の協力を得た取組を展開することも可能となる。

重症化予防の取組には、事務職が果たすことができる役割も大きいことから、組織内において、重症化予防の推進に向けて行うべき業務を整理し、個人的な属性だけに頼らない担当者による分担を仕組み化して運営することが重要である。特に、職員のほとんどが市町村等からの出向者で、数年で交代する広域連合においては、在職中に得たノウハウ等を効率よく後任者に引き継げるよう、データヘルス計画等の中長期的な事業計画に位置付けることや業務マニュアルなどを整備することが重要である。また、職員に業務を習得させ、専任化できる程度の出向期間を設定するなどの人事上の配慮について検討することも考えられる。

（２）市町村との連携の推進

【当面の課題】

（市町村との連携不足）

現状では、市町村との連携を困難とする広域連合も多く、市町村からのニーズがないとして取組を実施しない広域連合も少なくない。また、都道府県の広域連合向けの取組は少なく、広域連合と市町村との調整を行っている都道府県は一部にとどまっている。

特に、透析導入が最も多い年代は、女性が 75～85 歳、男性が 65～80 歳であることから、国保と後期高齢者医療との境目における重症化予防の対応が重要であり、国保の保険者である市町村と広域連合との連携が求められる。

（広域連合の役割）

広域連合は保険者機能を有しており、保有する後期高齢者に係る健診・医療レセプト（調剤･歯科を含む。）等を包括的、統合的に管理し活用することができる。データヘルスの推進に当たっては、こうした健診・医療情報を積極的に構成市町村等に提供することにより、地域の健康課題の把握、効率的な対象者の抽出、事業評価等の取組が円滑に進められるよう努めることが求められる。

（連携のための実施体制の整備）

後期高齢者に対する重症化予防の取組の実施主体は広域連合であるが、多くの場合において、住民に最も身近な基礎自治体として、住民の状況やニーズを直接把握しており、

それ以前の保険者（国保）と連続して健康の保持増進の総合的な取組を行う市町村が、主導的な役割を担い、実施の中心になることが想定される。この場合において、広域連合は、都道府県域内で実施される取組との調整を図るとともに、高齢者の特性を踏まえた保健事業としての取組の重要性の理解・協力が得られるよう、データ等の根拠を基に市町村に働きかけ、十分な調整の上、事業委託等の形式により実施することが必要である。

また、広域連合が市町村に委託等をすることなく、直接に又は民間委託により重症化予防の取組を実施することも考えられるが、この場合においても、取組を実施する対象地域において、地元市町村の介護保険や健康づくり事業との連携を図るため、相互に情報共有を行うなど協力体制を整える必要がある。

いずれの場合においても、広域連合と市町村（後期高齢者医療担当部署、国保担当部署、衛生担当部署、介護担当部署等）の連携体制づくりのために、双方参画のもとで取組を企画、実施、評価できるよう、企画運営組織を設け、定期的に会議を開催するなど、実施体制の確保に努めることが必要である。一方で、高齢者の抱える課題は複雑で多岐にわたり、支援の関係者についても多方面に及ぶため、これらを全て一度に充足することは困難である。このため、地域資源や関係者の連携状況、市町村等の体制、健康課題の共有状況などの状況を踏まえ、まずは、取り組みやすい範囲や資源の整った部分から着手し、そこから取組の範囲を広げるという発想も必要となる。

（国保との連携）

前期・後期という年齢区分にとらわれず、高齢期に一貫性、連続性のある取組を行えるよう、他の医療保険者、とりわけ前期高齢者が多く加入する国保の保険者である市町村と情報や課題を共有し、国保から後期高齢者医療へと移行した被保険者のデータの履歴を保管活用して一貫した保健指導を行うなど連携を推進するとともに、広域連合内において、より多くの市町村が重症化予防に取り組むよう横展開を図ることが必要である。

また、国保の既存の取組との組み合わせにより、継続的な取組が行われるよう検討するとともに、国保から後期高齢者医療に移行した被保険者については、取組の効果の追跡把握やフィードバックについて検討することが必要である。

（介護保険等との連携）

重症化予防の際のアセスメントでは、低栄養や口腔機能、認知機能や身体活動状況等のフレイルの状態も合わせて把握する必要性が高く、その場合、訪問等による保健指導の実施後において、その結果を踏まえ、地域支援事業等で進められている地域サロン等の集いの場への紹介や介護予防のサービス事業等につなぐことなどが考えられる。

（３）医師会等との連携

【当面する課題】
（医師会・かかりつけ医等との連携不足：再掲）

重症化予防の取組を進めるに当たっては、市町村の取組と同様に地域の医師会やかか

りつけ医等との間で、問題認識を共有し、合意形成を図り、個々の患者の状況に応じた対応を確保しつつ進める連携体制の下で取り組むことが必要であると考えられる。しかしながら、実際には、市町村同様に、広域連合においても、医師会との連携は約６割、かかりつけ医との連携は約７割にとどまっている。

（医師会・かかりつけ医等との連携）

重症化予防の取組において、広域連合にとっても医師会との連携が不可欠であり、事業の企画等早い段階から相談し、協議を重ねることが重要であることは、市町村と同様である。

特に、後期高齢者の多くは、医療機関等を受診していることから、取組の実施に当たっては、かかりつけ医や専門医等との情報共有を図り、助言や指導を得るなど連携を密にする必要がある。

具体的には、高齢者の健康課題に関する情報の分析結果等について、取組の企画段階から情報を提供し、助言を得られるような関係を構築することが望ましく、また、現場においては、対象者の選定や保健指導上の留意点をかかりつけ医等に相談するとともに、保健指導結果をフィードバックするなど、連携を図りつつ取組を進め、さらに、取組の内容によっては関係者への説明会や研修会等を開くなど、情報共有に努める必要がある。

また、取組の実施主体は広域連合であるが、実際の取組においては市町村が中心となることが多いことから、広域連合においては、都道府県医師会との連絡調整はもとより、市町村の取組が円滑に進められるよう、都道府県医師会を経由した周知や、現地を赴いての説明・情報共有など、取組を実施する地域の郡市区医師会と連携を図るよう留意する必要がある。

３　都道府県による取組の推進

（１）都道府県の意識の啓発

【当面の課題】

（リーダーシップの不足）

政策課題としての位置付けが低く予算がつかなかったり、人員の配置が適切に行われない、あるいは組織の縦割りで意思疎通や連携がうまくいかない背景には、都道府県における幹部・首長のリーダーシップの不足も影響する。

（リーダーシップ発揮の促進）

平成 30 年度からは、都道府県は市町村とともに国保の保険者としての役割を担い、都道府県内の国保医療費に責任を有することとなる。そのため、都道府県としても医療費の適正化を推進することが必要となり、都道府県が当事者として主体的に糖尿病性腎症重症化予防に取り組むとともに、地域できめ細かく重症化予防に取り組む市町村等への支援を行っていくことが必要となる。市町村等の取組を支援・フォローするためには、保健事業を推進するだけではなく、保険者の事情、管内の医療機関の状況、関係団体の動向、人材の状況など多岐にわたって対応することが必要であり、担当課だけでなく、

組織をあげた取組が必要となる。そのためには重症化予防の問題を、国保のみならず、都道府県全体の問題として扱うことが重要であり、都道府県の幹部・知事の理解を得て、そのリーダーシップが発揮されるように進めることが重要である。

そのため、都道府県が積極的に取組を進められるよう、国は医療費適正化の効果見込み等の参考資料を示すことが必要である。また、国においては、既に連携協定を締結し行政と医療関係者が連携する枠組みを構築するとともに、国版プログラムを示し、都道府県単位での連携協定締結や都道府県版プログラムの策定を求めているところであり、さらに、国の保険者努力支援制度において重症化予防の取組が評価対象となっていることも踏まえ、担当者による庁内理解を促進し、意識の改革を進め、都道府県における一体的な取組として優先順位の向上に努める必要がある。

（２）担当課の縦割の排除

【当面の課題】
（庁内の縦割）

都道府県においても、重症化予防の取組は健康増進担当課において行われることが多く、国保担当課の有する人材や保険者としての視点、連携会議を通じた市町村等とのつながりも生かしつつ、両課で課題を共有しながらそれぞれの立場から多角的にできることに取り組むべきであるが、縦割り行政の中で、両課の庁内連携が図られず、そもそも健康増進担当課で実施していることが国保担当課では把握されていないことがあることが明らかとなった。

市町村の糖尿病性腎症重症化予防の体制では、主担当部署は健康増進担当課が多く、都道府県の主担当部署も市町村と同様である場合が多く見られる。一方で、これからは都道府県も国保の財政運営主体としての立場から、管内市町村の医療費の状況や適正化に向けた取組を側面から支援することで、保険者努力支援制度による公費の配分を確保し、都道府県全体の財政負担の伸びを抑えることも必要であり、国保担当課としての関わりが重要となる。そのため、市町村と同様に、部署間の縦割り行政のために限定的な取組に陥ったり、具体的な課題を取りこぼしたりしないよう、部署間の連携を密にする必要がある。

特に、都道府県は、健康増進計画、医療費適正化計画、医療計画、介護保険事業支援計画等といった多くの保健・医療に関する法定の計画を策定することとなっていることから、都道府県の関係課が一体となって取り組むべきである。

（３）市町村等への支援

【当面の課題】
（都道府県の取組の温度差）

都道府県が行う市町村等向けの支援の多くは、主に一般都道府県民向け、市町村向け、広域連合向け、医療機関向けに、研修会等の人材教育、関係団体との調整、データ提供、

ノウハウ提供など、多岐にわたるものとなっている。
都道府県ごとに重症化予防に向けた取組の状況を見ると、県民全体向けの取組や、市町村向けの取組、広域連合向けの取組、医療機関向けの取組などで都道府県により取り組むところと全く取り組まないところと温度差が大きいのが現状である。それが一人当たり糖尿病患者入院外医療費の違いや、管内市町村等の取組状況の違いにも反映されている。
都道府県は医療計画や医療費適正化計画の策定主体であり、平成 30 年４月からは国保の財政運営主体として都道府県内の国保の医療費に関わることとなることから、今後は正に当事者として主体的に重症化予防に取り組むとともに、市町村や広域連合の事業実施を支援・フォローすることで、保険者機能の発揮を進めることが必要である。

（都道府県の機能・支援内容の明確化）
都道府県は市町村や広域連合に対して、都道府県ではどのような連携体制が構築されているのか、市町村や広域連合へどのような支援を行うことができるか等、都道府県の機能や支援の範囲を市町村や広域連合へ示すことが必要である。

（市町村等の状況把握と重点的支援）
市町村における事業実施状況を定期的に把握し、市町村の取組に濃淡があるときには、都道府県がそれを分析し、進んでいない市町村を重点的に支援することも必要である。その際には、市町村の財政・人材等の背景を踏まえつつ助言することが求められる。さらに、被用者保険や後期高齢者医療とも連携を取り、重症化予防の取組の効果が上がるよう調整することも重要である。特に広域連合については、国保等と連続して医療保険を運営する組織であり、前期高齢者から後期高齢者にかけて高齢期の健康状態等の実態把握に欠かせないデータを保有していることから、市町村における国保から継続した取組や事業評価等が円滑に実施されるような調整等の支援が期待される。

（市町村計画の策定支援）
都道府県は、市町村が策定する健康増進計画、介護保険事業計画等において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、支援することが必要である。そのためには、都道府県の関係課が一体となって市町村に対して支援することが重要である。

（市町村等へのデータ提供）
都道府県は、市町村や広域連合が持たない都道府県内の保健・医療・福祉等に関する各種データを持っていることから、市町村や広域連合が現状分析や評価をするために活用できるデータを提供することが必要である。また、こうしたデータや情報の提供のため、市町村や広域連合が保有するデータや取組状況等の実態を把握することが求められると考えられる。
さらに、平成 30 年度からは、都道府県は市町村とともに国保の保険者としての役割を担うことから、保険者のデータを集めて都道府県レベルでの施策に活用するため、個人情報保護の観点には留意した上で、都道府県でシステム化してデータを保有し、人口

動静態、保健・医療・福祉等の資源等といった地域の特性と糖尿病性腎症ハイリスク要因との関係等、より高度な分析を担うことも考えられる。

（人的・財源的支援）

市町村や広域連合では人材不足・財源不足に悩むところがあることから、都道府県として必要な支援を行うことも必要である。例えば、データ分析や評価等の支援、市町村や広域連合の担当者への研修等が考えられる。特に広域連合においては、専門職を含めた職員の大半が市町村などからの出向者であり、専門職の派遣も有効な支援の手段と考えられる。

なお、市町村や広域連合への支援において、必要なデータやノウハウを提供するに当たっては、国保連と連携して取組を行うことが効果的である。

（保健所による支援）

保健所は都道府県、政令指定都市、中核都市などに設置されており、地域保健において精神保健、難病対策、感染症対策などの役割を担っている。主に健康増進に係る健康教室・健康相談・成人検診・各種がん検診などの実施、食生活改善や運動普及促進事業も展開しており、医師、歯科医師、薬剤師、保健師、管理栄養士などの専門職が配置されている。

都道府県として主体的に重症化予防の取組を進めるに当たっては、このような保健所の機能・人材の活用も有効であり、例えば都道府県の本庁では、都道府県レベルでの取組の企画等を行い、保健所では、市町村や広域連合の担当者への研修等を行ったり、現場の医療機関・郡市医師会をはじめとする医療関係者や市町村等との連携のつなぎ役となるなど、保健所を活用した取組や支援も積極的に行われるべきである。

（４）医療関係者との連携の推進

【当面の課題】

（少ない連携協定）

現時点では、都道府県において連携協定を締結しているところは少なく[50]、多くの都道府県では締結する予定がないとしている。

（都道府県医師会・都道府県糖尿病対策推進会議等との連携不足）

重症化予防の取組を進めるに当たっては、市町村等が郡市区医師会や都道府県糖尿病対策推進会議等と連携しながら取組を進めることが必要であるが、市町村等が独自に調整を行い連携体制を構築するには限界がある場合も多いことから、都道府県が都道府県医師会や都道府県糖尿病対策推進会議等との間を仲介するなどして円滑に連携が進むよう支援する役割を担う必要がある。

[50] 厚生労働省保険局国民健康保険課「都道府県糖尿病性腎症重症化予防取組内容調査」（平成 28 年 10 月 1 日時点）では、都道府県における重症化予防に係る連携協定を締結状況は、「締結している」3（6.4%）、「今後締結する予定」10（21.3%）、「締結しておらず、今後も予定なし」34（72.3%）であった。

しかし、都道府県における都道府県医師会や都道府県糖尿病対策推進会議等との連携について、連携しているとする都道府県は２／３程度であった。また取組の企画時が連携するタイミングとしては最も多いが、実施時・評価時となると連携する都道府県は少なくなっていた。

なお、都道府県糖尿病対策推進会議の活動状況には濃淡があることから、場合によっては都道府県が率先して地域の糖尿病対策を推進するそれ以外のネットワークと糖尿病対策を推進するための会議体を計画的・網羅的に整備するなどして、市町村等が取組を円滑に進めることができるよう、総合的に支援することが求められる。

（連携に向けた関係者への働きかけ）

都道府県は、市町村等単独では対応が困難な都道府県医師会や都道府県糖尿病対策推進会議等と市町村との連携を仲介する役割が大きい。また、都道府県は、地域におけるかかりつけ医等が拠点病院と連携できるよう、その仲立ちをする役割も期待される。

市町村等がかかりつけ医等と連携するに当たっては、まず重症化予防の協働した取組を行う仕組みの構築に向けて、地域の医師会に相談し、かかりつけ医等の医療機関へ働きかけることとなるが、まずは重症化予防の取組の目的を説明し、問題意識を共有することが重要である。その際あらかじめ都道府県から都道府県医師会又は都道府県糖尿病対策推進会議等を通じて会員、関係団体、関係者へ、取組の趣旨や市町村との連携の重要性を周知・啓発するとともに、関係機関へ直接働きかけることも場合によっては必要である。また、都道府県担当者が都道府県医師会・郡市区医師会、糖尿病対策推進会議等の関係会議に出席するなどして、市町村等と一体となって取り組む姿勢を示すことも重要である。

（連携の枠組みづくり）

都道府県糖尿病対策推進会議の活動状況は濃淡様々であり、さらに、郡市区医師会単位での糖尿病対策推進会議は設置されていない場合が多い。都道府県は、「糖尿病対策推進会議」を基本としつつも、同様の機能を持ち、従来実施してきた「生活習慣病対策協議会」「糖尿病等のネットワーク」も含めて柔軟に活用していくことが 必要である。

そのような会議体の中で、個々の機関の関係づくりを円滑にするために、必要に応じて、例えば、都道府県が主体的に市町村等と都道府県糖尿病対策推進会議、都道府県慢性腎臓病対策協議会や都道府県医師会等が連携するための枠組みを作り、共通認識の形成を図り、都道府県から市町村等に対して糖尿病対策推進会議、慢性腎臓病対策協議会等との具体的な連携方法等について情報提供して、糖尿病対策推進会議等との具体的連携を促進することも意義が大きい。

（都道府県団体を通じた働きかけ）

都道府県が都道府県医師会等とあらかじめ調整を行い、都道府県医師会から郡市区医師会に対して市町村の重症化予防の取組について協力が得られるよう周知・啓発することを依頼することも有用である。

（都道府県版連携協定の締結の促進）

糖尿病性腎症重症化予防の取組を進める上では、都道府県医師会や都道府県糖尿病対策推進会議等などとの協力が不可欠である。都道府県として取組をスタートさせるに当たって、あらかじめ連携協定を締結することは、都道府県が体制づくりを進めることを関係者に広く表明することとなるとともに、関係者の役割と連携・協力の内容などを定めることによって、その後都道府県が策定する都道府県版プログラムに基づき、都道府県と市町村等が取り組む重症化予防の取組を具体的に進める基盤を形成することとなる。

関係主体としては、都道府県医師会や都道府県糖尿病対策推進会議等が主たる主体として想定されるが、その他にも地域の実情に応じて医療関係団体や被用者保険などの他の保険者を加えることも考えられる。

国としては、都道府県における連携協定の締結に向けて、既に平成 29 年３月に通知を発出しているが、今後保険者努力支援制度のうち都道府県分の評価指標を今後設定する中で、都道府県における連携協定の締結状況を評価することも検討するべきである。また、医療関係者も国レベルで協定が締結されていることを踏まえ、改めて各都道府県の組織に対して、都道府県に連携協定を締結するよう申し入れるなどの働きかけを行うよう呼び掛けることが期待される。

（５）都道府県版重症化予防プログラムの策定の推進

【当面の課題】

（都道府県版プログラムの未策定）

都道府県が主体的に取組を進める上では、国版プログラムを参考にしつつ、都道府県版プログラムを策定して関係者の役割を明確にし、連携体制の構築を行い、市町村等への様々な支援を行うことで、取組の重要性を関係者に明らかにし、市町村等が体制を構築する際の負担を軽減させ、継続的な取組の展開を促すことが効果的であるが、策定する予定がない都道府県は、いまだ約１／４あり[51]、策定予定があるとしても先送りされている都道府県もある。

都道府県版プログラムを策定する予定がない理由としては、市町村の要望・取組状況を踏まえると市町村の取組に制約が生じる懸念等があること等が挙げられている。しかしながら、都道府県が都道府県版プログラムを策定していない地域では、市町村の取組が比較的進んでいない[52]こと、市町村としては都道府県版プログラムの策定による支援を望んでいることも踏まえつつ、引き続き、都道府県版プログラムの策定をはじめとして、都道府県レベルでの取組の充実を図る必要がある。

---

51 厚生労働省保険局国民健康保険課「市町村糖尿病性腎症重症化予防取組内容調査」（平成 28 年 10 月 1 日時点）では、都道府県版重症化予防プログラムの策定状況は、「策定しているの」6（12.8%）、「今後策定する予定」29（61.7%）、「策定しておらず今後も予定なし」12（25.5%）であった。

52 厚生労働省保険局国民健康保険課「市町村糖尿病性腎症重症化予防取組内容調査」（平成 28 年 10 月 1 日時点）では、都道府県のプログラム策定の有無による市町村の糖尿病対策推進会議との連携は、策定済みが平均 60.2%、未策定が平均 20.4%、受診勧奨の実施の有無は、策定済みが平均 81.7%、未策定が平均 58.6%、保健指導の実施の有無は、策定済みが平均 68.7%、未策定が平均 50.3%であった。

（市町村等の状況に応じた選定基準）

地域によって糖尿病・腎症の医療体制は異なることから、都道府県版プログラムはそれぞれの地域の疾病構造や市町村等の抱える課題に応じて策定されることが期待される。その際、都道府県は、市町村等が一律の選定基準の下に実施することにするよりも、参考になる基準を示しつつ、それぞれの市町村等の状況に合わせて検討することができるように重症化予防プログラムを策定することが必要である。その場合、都道府県として重点的に取り組んでもらいたい事項、例えば、喫煙者やメタボ等のリスクが高い者を含めた選定基準を示した上で、市町村等が柔軟に検討できるようにすることが重要である。

（かかりつけ医等と保険者の相互補完）

検討する際には、かかりつけ医等が特定の患者を診る視点と保険者が被保険者全体を見る視点は異なるため、連携協定をベースとしながら、あらかじめ医療関係者とも意見交換を行い、互いに理解し、治療及び生活習慣上の視点をそれぞれ補完しながら策定することが必要である。かかりつけ医等のみならず、市町村等の状況によっては被用者保険での取組も必要になることから、保険者協議会とも連携して策定することも重要である。

（都道府県による環境の整備）

受診勧奨や保健指導等の介入方法は、市町村等が自身の課題を踏まえるとともに、実施体制や財政状況等に合わせて選択するべきであるが、情報の取扱い、都道府県糖尿病対策推進会議との連携体制の構築等といった市町村等に共通、かつ判断に迷いが生じやすいと思われる事項は、都道府県が整理し具体的に提示することが重要である。

これらを都道府県版プログラムに盛り込むためには、市町村等が実施できるような体制づくりが必要であり、関係者との関係づくり、支援ツールの開発、進捗管理等を都道府県が主体的に取り組む必要がある。さらに、各都道府県は、関係団体が実施する研修を支援する等、糖尿病療養指導士、糖尿病看護認定看護師等の人材養成を支援することも方策の一つである。

また、都道府県版プログラムを策定する際には、所管の市町村等の取組状況を把握するとともに、好事例を紹介するなど、市町村等が取り組むに当たって参考になる情報を収集し、周知することも必要である。

（保険者努力支援制度における評価）

保険者努力支援制度においては、平成 28 年度から前倒し実施されている市町村分について、重症化予防の取組状況が評価されていること、また平成 30 年度から始まる都道府県分の評価に当たっても、都道府県版プログラムの策定状況など糖尿病性腎症重症化予防の取組についても評価される方向であることも念頭に置いて、プログラム策定を検討するべきである。

４　糖尿病対策推進会議等による取組の推進

（１）糖尿病対策推進会議等と市町村等との連携の意義

【当面の課題】

（低い連携状況：再掲）

都道府県糖尿病対策推進会議と連携している市町村は、全体では 3 割程度に過ぎず、連携予定を含めて６割弱[53]となる程度であり、市町村における糖尿病対策推進会議等との連携の取組はまだ低い水準となっている。広域連合においても同様に、連携した取組はほとんど見られない状況にある。

（連携の認識の不足：再掲）

そもそも「連携」の具体的な内容が市町村等の担当者、医師会、都道府県糖尿病対策推進会議等に必ずしも伝わっておらず、市町村等との連携は具体的にどういうことなのか、どのような効果があるのか、連携を図るために具体的にどのように必要な調整を行うことが望ましいのか示す必要がある。

（市町村等と協力した取組意識の不足）

都道府県糖尿病対策推進会議の事業内容は地域により異なり、会議の開催のほか、研修会や啓発イベント等を実施しているものが多い。糖尿病対策推進会議は全国共通の議題が定められていないために、医師会や都道府県の担当者に、糖尿病対策推進会議でどのようなことをすべきか委ねられている。関係会議への出席など行政機関が行う取組への協力は必要に応じて行われているが、行政機関特に市町村と連携・協力して個々の住民を想定した具体的取組を進めることについては、一部の地域における先駆的な取組に限られていた。糖尿病対策推進会議及びその構成団体においても、そういった具体的取組については、これまであまり意識されてこなかった。

（連携を進める意義）

市町村等が個別に受診勧奨や保健指導を行う際には、一義的にはかかりつけ医等との連携が必要となるが、なぜ腎機能が下がったか、どのような検査や内服が必要か、今後体の中でどのようなことが起こるのか、人工透析をどう防ぐことができるのかといった点については、専門医等も交えて取り組むことで、腎機能を長期にわたり維持することが可能となる。

市町村等としては都道府県糖尿病対策推進会議（「糖尿病対策推進会議」のほか、日本慢性腎臓病対策協議会の都道府県組織等も存在する。）等との連携が得られることで、地域におけるこのような支援体制を構築することができ、個別の支援を得られることとなる。

これに伴い、都道府県糖尿病対策推進会議を構成している関係団体の専門医や関連職種としても、市町村等と協力することにより、より効果的に重症化予防の取組を進める

[53] 厚生労働省保険局国民健康保険課「市町村糖尿病性腎症重症化予防取組内容調査」（平成 28 年 10 月 1 日時点）では、都道府県糖尿病対策推進会議と連携している市町村は30.3%、連携する予定の市町村は26.3%、合わせて56.6%であった。

こととなり、また未受診者・受診中断者を適切に医療につなげることにもつながり、地域全体でより大きな効果を上げることができることとなる。

（市町村等との連携意識の喚起と取組）

都道府県糖尿病対策推進会議等は、日本糖尿病対策推進会議が目標とする①かかりつけ医機能の充実と病診連携の推進、②受診勧奨と事後指導の充実、③糖尿病治療成績の向上を踏まえ、各都道府県で糖尿病対策の推進を図っている。

都道府県糖尿病対策推進会議等は、上記のような連携の重要性に鑑み、関係会議への出席等の従来の事業のほか、新たに行政機関との間で直接的・継続的な連携を図る重要性を構成団体はじめ関係者に意識喚起しつつ、行政機関特に市町村と連携・協力して個々の住民への支援を行うことを想定した具体的取組を検討し、進めることとする。

（２）糖尿病対策推進会議等の体制のあり方

【当面の課題】

（構成団体の地域差）

都道府県糖尿病対策推進会議の具体的な構成はそれぞれの地域の関係者の判断によるが、構成団体を、都道府県医師会、日本糖尿病学会支部、都道府県歯科医師会、都道府県のみとする医療関係者に絞った地域もあれば、都道府県看護協会、都道府県薬剤師会、都道府県栄養士会等の関係する職能団体のほか、国民健康保険団体連合会、保険者協議会、商工会等の保険者や地域団体など幅広い団体が参画することとする地域もあるなど、地域によって異なっているのが実態である[54]。

（市町村に対する周知不足）

このようなこともあって、都道府県糖尿病対策推進会議がどのような役割を果たしているのか知らない、存在を知らない市町村が多く[55]（連絡先がわからないという市町村もある）、地域における都道府県糖尿病対策推進会議の認知度が低い現状となっている。

（団体構成のあり方の検討）

都道府県糖尿病対策推進会議等の具体的な構成はそれぞれの地域の関係者の判断によるが、糖尿病性腎症の発病に係る適切な診断が腎臓専門医に求められることから、都道府県糖尿病対策推進会議においては、かかりつけ医等と糖尿病専門医・腎臓専門医等の連携を図ることができるような体制を構築することができる構成とすることが必要となる。また、適切な保健指導を効果的に進める観点からは、歯科・薬剤・保健・看護・栄養の医療関係の専門職との連携を図ることができるような体制を構築することも必要である。さらには、国保や後期高齢者医療のみならず、被用者保険などの関係保険者との連携や、地域の保険者を支援する団体や、地域の住民・企業との連携を図ることができ

54 日本医師会「平成 28 年度都道府県糖尿病対策推進会議活動事業状況調査」（平成 28 年 11 月）

55 日本健康会議「保険者データヘルス全数調査」（平成 28 年 3 月時点）では、糖尿病対策推進会議と連携していない市町村のうち、連携していない理由は、「どのような役割を果たしているか知らない」45.6%、「存在を知らない」39.4%の順に多かった。

るような体制を構築することが必要である。

既に各都道府県に設置されている糖尿病対策推進会議がこのような機能を果たすことが難しい場合には、都道府県にある健康対策、糖尿病対策、CKD 対策の観点からの協議会等の活用も視野に入れることが考えられる。

（市町村等をカバーする体制）

都道府県の保険者数や人口規模は様々であり一概に言うことはできないが、都道府県によっては、一つの都道府県糖尿病対策推進会議等が全ての市町村等をカバーするのは困難である場合もあるので、そのようなときには糖尿病対策推進会議等の支部組織を設けることや慢性腎臓病対策協議会などCKD対策ネットワークを積極的に活用することにも留意しながら体制の在り方を検討するべきである。

（３）糖尿病対策推進会議等と市町村等との連携体制の構築

【当面の課題】

（都道府県を通じた会議との連携）

市町村等は都道府県糖尿病対策推進会議との連携に当たっては、都道府県を通じて情報提供を行い、助言を受けていることが多く[56]、会議に対しては、都道府県が市町村等の窓口となっており、市町村等との間で相互に直接連携を図るような仕組みとはなっていないことが多い状況である。

（市町村等との連携体制の構築）

都道府県糖尿病対策推進会議は、まずは都道府県と連携を進め、都道府県糖尿病対策推進会議と市町村等との連携のあり方についてあらかじめ協議し、地域の実情に合った連携体制の構築に協力することで、市町村等が必要な場合はその連携体制を活用して都道府県糖尿病対策推進会議と連携が図れるように周知する必要がある。

（専門医等による支援体制の構築）

専門医等は必ずしも全ての市町村に所在しているわけではないため、各市町村等で支援を具体的に進めるに当たって必要な場合には専門医等へ相談することができるよう、都道府県・都道府県医師会も交えて調整を行い、中核的な拠点的機能を担う医療機関を定めるなど適切な支援体制を構築することが必要である。

（窓口の明示）

市町村等の担当者が直接相談することができるように一元的な窓口はどこかを明示することも求められる。そのためには、各専門医の属する学会からも地域での連携に向けて協力を呼びかけるとともに、地域のかかりつけ医等と糖尿病専門医・腎臓専門医等が体系的に連携するような連携パス等のツールを開発することも有用である。

[56] 日本健康会議「保険者データヘルス全数調査」（平成 28 年 3 月時点）では、糖尿病対策推進会議と連携している市町村のうち、連携内容は、「都道府県を通じて情報提供している」34.3%、「都道府県を通じて助言を受けている」28.8%、自組織の取組について直接情報提供している」16.2%の順に多かった。

（会議への行政の参加）

糖尿病対策推進会議等では、専門職の立場から地域における糖尿病対策に関する方策を検討しているが、都道府県、市町村、広域連合等の担当者の参加を推進することで地域の実情に合わせた方策を検討することが重要である。行政と、地域における糖尿病に関する情報提供、健康課題、取組状況、実施体制等の情報を共有することで、より適切な連携体制を構築することができる。

（４）構成団体による取組の推進

【当面の課題】

（多様な治療ガイドラインの存在）

糖尿病性腎症に係る治療のためのガイドラインには、日本糖尿病学会の治療ガイドライン等の複数のガイドラインがあり、さらに、かかりつけ医等の判断により、どのような方針で治療するかは様々である。したがって、現状においては、早期介入のタイミング、実施する検査等、糖尿病性腎症の重症化予防に対する考え方は、必ずしもかかりつけ医等・専門医等の間で統一が図られていない。

（多くの専門職種の関わり）

重症化予防の取組を進める上では、適度な運動のアドバイスが重要なため、健康スポーツ医、健康運動指導士等の運動の専門職、さらに、糖尿病療養指導士、糖尿病病態栄養専門管理栄養士といった専門職等、多くの専門職が糖尿病治療に関わることが期待される。さらに、腎症の重症化予防と言う視点からは、各地域の腎臓専門医、慢性腎臓病療養指導士といった腎疾患の重症化予防にかかわる専門職の参画が必要である。

（各医療関係団体による個別の取組）

糖尿病対策推進会議を構成する各医療関係団体においても、それぞれの活動の中で重症化予防に向けて個別に取組を進めることが効果的である。どのような取組が可能となるかはそれぞれの専門性により異なるが、重症化リスクの高い者・未受診者・受診中断者に対する支援に向けて担当者を置きながら対応可能な取組をそれぞれ行うことが期待される。その際には、重症化予防において目指すべき共通の目標を各医療関係団体で共有することで効果的・効率的な個別の取組が期待されることから、例えば、各学会の連名で糖尿病性腎症に特化したガイドラインを作成する等の仕組みが必要である。

（重症化予防に寄与する多職種の協力体制）

糖尿病性腎症重症化予防に寄与する職種は多く、かかりつけ医等、糖尿病専門医・腎臓専門医等の医師のほか、眼科医、歯科医、薬剤師等、保健指導等で関わる職種として、糖尿病看護認定看護師[57]、慢性腎臓病療養指導士[58]、糖尿病療養指導士[59]、糖尿病薬物療

[57] 糖尿病看護認定看護師とは、糖尿病看護の分野において、熟練した看護技術と知識を有する看護師に対し、日本看護協会が認める資格。

[58] 慢性腎臓病療養指導士とは、腎臓病に関連する病態と栄養の知識および専門的技術を習得し、臨床経験を積んだ医

法認定薬剤師[60]、糖尿病病態栄養専門管理栄養士[61]・腎臓病病態栄養専門管理栄養士[62]・在宅訪問管理栄養士[63]等、さらに認定健康スポーツ医[64]等がいる。これらの職種は市町村等が実施する糖尿病性腎症重症化予防の取組内容に合わせて必要に応じて協力体制を構築し、効果的に実施することが期待される。

職種の活用としては、職種の専門性を活かした保健指導等を実施するのはもちろんであるが、例えば、医療機関の糖尿病療養指導士や糖尿病看護認定看護師と自治体の保健師が連携することで、患者情報を継続的に活用し、受療中断を予防できる可能性もある。また、栄養ケア・ステーション[65]による栄養管理・食事管理、薬局による糖尿病患者に指導が行われている事例（松本市）や、都道府県版重症化予防プログラムに「歯のプログラム」を入れている事例（埼玉県）、歯科医が歯周病によって糖尿病の重症化を察知して医療につながる例もある。これらのようにそれぞれの職種が既に持つネットワークや活動拠点、特性を活かす取組が考えられる。

（関係団体共同の研修会等の開催）

日本糖尿病対策推進会議の構成団体においては、学会・地方会でのシンポジウムや研修会等を共同して開催することにより、互いの職種を理解するとともに、会員へ連携体制を周知・啓発することが重要である。

（医療関係者間の連携）

様々な理由を抱えた血糖コントロール不良の患者等がある場合には、かかりつけ医等が１人で抱えないよう、安心して糖尿病専門医・腎臓専門医につなげることができる仕組みを築くことが必要である。そのためには、例えば、かかりつけ医等と専門医が地域で連携できるよう、学会等が市町村単位での専門医のリスト化を行う等きめ細やかな情報提供を進める、他の専門医等へつなげるタイミングが共通の認識となるよう紹介基準を示すといったことも有効である。

療従事者に対し、日本腎臓病学会が認定する資格。

59 糖尿病療養指導士とは、糖尿病とその療養指導全般に関する正しい知識を有し、医師の指示の下で患者に熟練した療養指導を行うことのできる医療従事者に対し、認定機構が認める資格。糖尿病療養指導士認定機構が認定している「日本糖尿病療養指導士」、地方ごとの NPO 法人が認定している「（地域名）糖尿病療養指導士」がある。

60 糖尿病薬物療法認定薬剤師とは、糖尿病療養指導の中で「薬 物療法」に関する十分な知識及び技能を有する薬剤師に対して、日本くすりと糖尿病学会が認める資格。その他、糖尿病薬物療法に関する自己研鑽を積んだ薬剤師としては、糖尿病薬物療法準認定薬剤師がある。

61 糖尿病病態栄養専門管理栄養士とは、糖尿病に関連する病態と栄養の知識および専門的技術を習得し、臨床経験を積んだ管理栄養士に対し、日本病態栄養学会と日本栄養士会が共同認定する資格。

62 腎臓病病態栄養専門管理栄養士とは、腎臓病に関連する病態と栄養の知識および専門的技術を習得し、臨床経験を積んだ管理栄養士に対し、日本病態栄養学会と日本栄養士会が共同認定する資格。

63 在宅訪問管理栄養士とは、在宅療養者の疾患・病状・栄養状態に適した栄養食事指導(支援)を習得し、臨床経験を積んだ管理栄養士に対し、日本在宅栄養管理学会と日本栄養士会が共同認定する資格。

64 認定スポーツ医とは、健康スポーツ医学講習会を修了したと認められる医師に対して、日本医師会が認める資格。

65 日本栄養士会又は都道府県栄養士会が設置・運営する、栄養ケアを地域住民の日常生活の場で実施提供する仕組みとその拠点。ほか、栄養士会以外の事業者が設置・運営する認定栄養ケアステーションがあり、コンビニ、病院、薬局等に設置される。

５　医師会等医療関係団体による行政機関との連携

【当面の課題】

（医師会・かかりつけ医等との連携不足：再掲）

重症化予防の取組を進めるに当たっては、個々の被保険者の病態に即した対応が必要となるために、市町村等だけで事業を行うのではなく、地域の医師会やかかりつけ医等「と事業の枠組みについて問題認識を共有し、合意形成を図り、個々の患者の状況に応じた対応を確保しつつ進める連携体制の下で取り組むことが必要である。しかし、実際には、市町村等における医師会との連携は約６割、かかりつけ医との連携は約７割にとどまっており、地元の医師会になかなか相談できなかったり、相談をしても理解を得るまでに時間を要したりするなど、調整・関係づくりが円滑に進みにくい地域もあるのが現状である。その結果、市町村が取組を実施するに当たっては、医師会・かかりつけ医等いずれとも連携していないという回答が多い

また、かかりつけ医等との連携の枠組みができた場合にも、かかりつけ医等へ受診勧奨や保健指導の結果がフィードバックされていない場合もあり、かかりつけ医等が連携することに意義を見出すことができない、さらに、連携につながるような関係づくりができていない地域もある。

（連携の認識の不足：再掲）

そもそも「連携」の具体的な内容が市町村等の担当者や医師会、都道府県糖尿病対策推進会議等に必ずしも伝わっておらず、市町村等と医師会・かかりつけ医との連携は具体的にどういうことなのか、どのような効果があるのか、連携を図るために具体的にどのように必要な調整を行うことが望ましいのか示す必要がある。

（都道府県・市町村等との連携体制構築の問題）

国版プログラムでは、都道府県医師会等の関係団体については、郡市区医師会に対して糖尿病性腎症重症化予防に係る国・都道府県における動向等を周知し、郡市区医師会に対し必要に応じ助言すると位置付けるとともに、都道府県医師会等や郡市区医師会等は、都道府県や市町村等が糖尿病性腎症重症化予防に係る取組を行う場合には、会員及び医療従事者に対して周知するとともに、かかりつけ医等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旨を示している。

しかしながら、医師会及びかかりつけ医等と都道府県及び市町村等との連携が必ずしも進んでいない状況である。

（医療関係団体それぞれによる連携の推進）

市町村等や都道府県との連携は都道府県糖尿病対策推進会議等として進めることが必要であるが、一方で、都道府県糖尿病対策推進会議等を構成する医療関係団体それぞれにおいても必要に応じて都道府県や市町村等の行政機関との連携を進めることが考えられる。

国版プログラムでは、糖尿病性腎症重症化予防の取組を進めるため、都道府県医師会

等の関係団体は、郡市区医師会等に対して、糖尿病性腎症重症化予防に係る国・都道府県における動向等を周知し、郡市区医師会に対し必要に応じ助言するとともに、都道府県や市町村等が糖尿病性腎症重症化予防に係る取組を行う場合には、会員及び医療従事者に対して周知し、かかりつけ医等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こととしており、これを踏まえた対応が求められる。

しかしながら、市町村等では、糖尿病性腎症重症化予防の取組をするに当たって、郡市区医師会等との連携が進まず、取組を進めるに当たっての協力が得られていない場合もあることから、改めて市町村等の求めに応じて必要な協力を行うよう周知・啓発を行うことが必要である。

また、健康サポート薬局[66]のように、住民による主体的な健康の保持増進を積極的に支援する機能を備えた機関等が設置されている場合、それらの資源が重症化予防の体制整備に有効に活用されるよう、医療関係団体は市町村等とともに検討していくことも望ましい。

6　国保連による支援

【当面の課題】
（保険者保有データの未活用：再掲）

糖尿病性腎症重症化予防の取組を行う概ね全ての市町村等は、対象者の抽出基準を設けている[67]。しかしながら、抽出すべき対象者を、医療機関未受診者、医療機関受診中断者、重症化ハイリスク者[68]といった医療機関の受診の有無を確認する必要がある者としているにも関わらず、抽出基準としては健診データが多く用いられており、受診状況が把握できるレセプトデータはあまり使用されていない[69]。レセプトデータを用いず受診状況を確認する場合、健診時の問診で確認する又は医療機関からの情報提供などの方法により確認することになり、この確認では健診未受診者については把握できない又は医療機関からの情報提供を待つことになる。

（KDB データの活用）

国保や広域連合が保有するレセプトデータを用いると、医療機関の受診の有無等を確実に正しく把握することができ、処方の中断などにより受診中断者の把握も可能になる。KDB を活用し、健診データから保健指導対象者を抽出し、レセプトデータで受診状況、服薬等の状況を

66　健康サポート薬局とは、かかりつけ薬剤師・薬局の基本的な機能に加え、国民による主体的な健康の保持増進を積極的に支援する（健康サポート）機能を備えており、健康の保持増進に関する相談への対応、必要に応じ医療機関への受診勧奨を行う。「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律施行規則の一部を改正する省令の施行等について」（平成 28 年 2 月 12 日付け薬生発 0212 第 5 号厚生労働省医薬・生活衛生局長通知）

67　厚生労働省保険局国民健康保険課「市町村糖尿病性腎症重症化予防取組内容調査」（平成 28 年 10 月 1 日時点）では、糖尿病性腎症重症化予防の取組を実施する市町村のうち、94.4%の保険者が対象者の抽出基準を設けていた。

68　厚生労働省保険局国民健康保険課「市町村糖尿病性腎症重症化予防取組内容調査」（平成 28 年 10 月 1 日時点）では、受診勧奨を実施している市町村のうち、対象者は医療機関未受診者 81.6%、重症化ハイリスク者 68.5%、医療機関受診中断者 47.4%であった。保健指導を実施している市町村のうち、重症化ハイリスク者 90.6%、医療機関未受診者 59.4%、医療機関受診中断者 39.5%であった。

69　日本健康会議「保険者データヘルス全数調査」（平成 28 年 3 月時点）では、受診勧奨を実施している市町村のうち、対象者の抽出方法は健診データより抽出 97.8%、レセプトデータより抽出 26.8%であった。保健指導を実施している市町村のうち、健診データより抽出 91.4%、レセプトデータより抽出 28.2%であった。

確認して、合わせてレセプトデータから受診状況、服薬等の状況を確認することができるため、情報の確実性や迅速性等を踏まえ、レセプトデータの活用を再検討することも重要である。、

なお、KDB の有効な活用のためには、後期高齢者の健診のデータについても適切に KDB システムに入力されることが重要である。後期高齢者の健診は、特定健診に準じ実施されているため、健診機関等からの結果報告についても特定健診のスキームを活用することにより、電子化された情報として入手することが可能となっている。そのため、広域連合が委託等により健診を実施する際には、健診機関等からの結果報告の際に電子情報として入手できるよう、契約書や補助要綱等に明記し求めることが必要である。

（国保連による支援）

国保連は、保険者である市町村の連合体として、市町村や広域連合への支援を行っており、計画策定・評価改善の際に連携することが多い[70]。具体的には、データヘルス計画策定の際の健診データやレセプトデータ等による課題抽出や、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[71]の支援・評価委員会による個別支援や KDB の活用によってデータ分析や技術支援を行っており、今後も、地域の有識者の参加を得る等して、これらを充実し、支援を必要とする市町村や広域連合への支援を行うことが求められる。

また、人材不足に悩む市町村や広域連合に対してこれらの専門性の高い支援ができるよう、専門職の配置を充実することが期待される。

7　重症化予防の取組内容の充実

（1）住民の理解と参加を得るための方策の推進

【当面の課題】

糖尿病性腎症重症化予防において受診勧奨や保健指導を実施している市町村等においては、対象者に関する課題を感じていることが多い[72]。具体的には、受診勧奨や保健指導を実施しても医療機関の受診や生活習慣の改善などにつながらない理由として、対象者から受診勧奨や保健指導を断られる、家族のサポートが無い、経済的問題がある等が挙げられる。

また、既に医療機関を受診しているので、地域の保健指導は不要であるというような理由も多く挙げられる。

一方で、すでに腎症の状態になっていることについては、本人や家族が気づかないことが多い。重症化予防についての家族の理解を深め、家族が早期に健康状態の変化

[70] 日本健康会議「保険者データヘルス全数調査」（平成 28 年 3 月時点）では、市町村における外部組織との連携先は、国保連等が計画策定 25.6%・評価改善 24.1%で最も多く連携しており、郡市区医師会が実施 23.1%で最も多く連携していた。

[71] 国保・後期高齢者ヘルスサポート事業：平成 26 年度より公益社団法人国民健康保険中央会が実施する事業。都道府県国民健康保険団体連合会に「保健事業支援・評価委員会」を設置し、国民健康保険の保険者及び広域連合が行う保健事業の実施計画（データヘルス計画）の策定、実施、評価等の支援を行う。28 年度は 946 保険者（49.1%）を支援。

[72] 厚生労働省保険局国民健康保険課「市町村糖尿病性腎症重症化予防取組内容調査」（平成 28 年 10 月 1 日時点）では、重症化予防において受診勧奨で課題を感じている市町村は 97.8%、そのうち対象者に関する課題 46.0%、実施者に対する課題 43.5%であった。保健指導で課題を感じている市町村は 89.4%、そのうち対象者に関する課題 56.4%、実施者に関する課題 45.6%であった。

に気づき、保健事業へとつなげるなど、重症化予防について家族の理解を求めるとともに、協力してもらうことも必要である。
　このため、住民に重症化予防の意義や必要性について、わかりやすい方法で周知徹底するなど、予防・健康づくりに対する意識を啓発していくことが重要である。
　また、取組を継続的に進めていく上では、すべて行政と医療機関で担うだけでなく、住民自身がリーダーとなって、講演やウォーキングイベントなどのポピュレーションアプローチを実施することも必要である。

（幅広い関係者への意識の啓発）

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、多くの市町村等が課題を抱えており、特に対象者に関する課題を抱えている[73]。そのため、重症化予防の取組を推進するためには、対象者自身及び家族や近隣住民、さらに地域の企業に重症化予防の意義や必要性について、わかりやすい方法で周知徹底する等、予防・健康づくりに対する意識を啓発していくことが重要である。

そのためには、まずは各市町村等において住民に対するキャンペーン等の活用も含めてメリハリのある広報活動を活発に行い、地元の企業や事業主の集まりと連携して啓発する等、地域での気運を盛り上げることが望まれる。

（本人のインセンティブ）

本人自身が状況を理解して自主的に取り組んでこそ効果が上がることから、各市町村等において個人インセンティブの取組も併用することで、できるだけ支援が必要な者が参加するようなアプローチをすることも望まれる。

（住民を受け手から担い手にする工夫）

さらに、行政と医療関係者だけで取組を進め、住民を受け身の立場に置くのではなく、住民自身を単なる情報の受け手から地域における重症化予防の担い手に位置付けを変え、自律的な取組が進むように仕掛けを工夫することも各市町村等に期待される。例えば保健推進員や健康づくり推進員の養成と自らの企画・実施による健康づくりの催しの開催や情報交換、アンケート等による啓発推進、地域の要望やニーズの吸い上げなどである。これはまさに健康なまちづくりといった地域づくりの一環としても位置付けられるものであり、その場合、行政のお仕着せだけでは地域に根差したものとはならないことに留意が必要である。将来どのような地域にしたいか、どのように暮らしていきたいかは住民自身が主体となって決め、進めるものであるので、住民を主役としながら、その仕掛けを進めることが期待される。

[73] 厚生労働省保険局国民健康保険課「市町村糖尿病性腎症重症化予防取組内容調査」（平成 28 年 10 月 1 日時点）では、課題を感じている市町村のうち、対象者に課題を感じている市町村は、受診勧奨では 46.0%、保健指導では 56.4%、51.3%、健康相談では 36.5%と全ての取組において最も多かった。

（２）市町村等の取組の濃淡を比較する手法の検討・開発

【当面の課題】
（取組手法等の濃淡の存在）
　市町村等では、主に医療機関への受診勧奨、保健指導により重症化予防が実施されているが、受診勧奨は医療機関未受診者、保健指導は重症化ハイリスク者を対象としている市町村等が多い一方で、医療機関受診中断者を対象としている市町村等はいずれも５割に満たない状況となっている。また、市町村等によってその実施対象や実施内容などには濃淡がある。
　どのような内容の重症化予防の取組が、どのような人に、どの程度の頻度をもって実施されることが効果的であるのかは、最低限実施すべき中核的な取組を押さえつつ、市町村等の背景や抱える課題、さらに、マンパワーや地域資源も考慮して検討する必要がある。

　各種調査により、取組を実施する市町村等によってその実施対象や実施内容などには濃淡があることがうかがわれるが、一方で市町村等においては、前年との比較は行うものの、基本的なメニューは共通するために他市町村等との取組状況の比較が難しいことから、糖尿病性腎症重症化予防の取組を適切に評価するため、国において実施状況の濃淡を比較し、自市町村等の位置付けが見えるようにする手法を検討・開発する必要がある。

（３）取組の目標・評価・手法の検討

【当面の課題】
（参考情報の不足）
　市町村等が積極的に重症化予防の取組を進めるに当たっては、市町村等が抱える課題の優先順位を考慮し、さらに、検査結果や医療費等のデータがどのように変化・改善するのか等のエビデンスとなる効果が示される必要がある。
　また、取組が進んでいる市町村等における取組推進のきっかけ・背景事情や取組推進の調整過程での具体的な方法論等の情報も少なく、市町村等が事業を進める上で参考となる材料・モデルの共有が不足している。

（成果の判断が困難）
　透析新規導入者数の減少を目標としても、短期又は中期を取組の成果をどのように判断してよいか分かりづらい。そのため、他の市町村と比較できるような、共通の評価指標が必要である。

（目標の設定と評価の推進）
　市町村等は医療保険財政の中で事業を継続するため、短・中・長期の評価指標を設定し、それぞれの期間で PDCA サイクルを意識する必要がある。

アウトプット指標については、市町村等が抱える対象となるべき者全体に占める割合を踏まえて一定の規模（全対象者の 10%や 20%、数千人等）以上実施することを評価することが望ましい。

アウトカム指標については、保険者別、市町村別の人工透析導入患者数や年末人工透析患者数、保健指導の効果が現れる臨床検査データにより行うことが望ましいが、評価に必要な情報を得るため、目標の設定や評価について、都道府県や国保連等と協議・調整しながら進めることが考えられる。

行政だけではなく住民も含めて幅広い関係者が役割を分担して取組を進めるとともに、具体的な目標を立てて定期的に達成状況の評価を行い、内容の見直しを行うといった取組を行いつつ、国において各市町村等の全国での位置付けが明確に見える手法を開発することも今後期待される。

（成果指標の開発）

糖尿病性腎症重症化予防の成果や費用対効果については、他市町村等の事例や大学における DPC データ等の検証があり、独自の検証のみならず他事例をより活用していくことが重要である。

例えば、市町村において、保健指導の対象者との関わりの中で、過去の服薬状況や透析開始の時期を確認し、どれだけインスリン開始や透析開始を遅らせることができたか評価している事例もある。

さらに医療費適正化、健康の保持増進といった観点から、国において効果的な介入方法、相関の高い評価指標を検討・開発することも期待される。

（効果の高い取組の検討）

糖尿病性腎症重症化予防の取組は、今後取り組む市町村等の数を増やしてその裾野を拡大することが引き続き必要である一方で、個々の取組について限られた資源を有効に活用して、エビデンスを踏まえたより効果の高い取組の手法を検討し、その取組を促進することが必要である。

糖尿病性腎症重症化予防では受診勧奨・保健指導・健康教育・健康相談などの取組を行うこととなるが、これらを組み合わせて行うようにするとともに、それぞれについてより効果が上がるように工夫することが必要である。例えば、受診勧奨を取り上げると、目標の設定状況、対象とする者の範囲、対象者の抽出方法、対象者の状況に応じた勧奨方法の変更、勧奨後の受診状況の把握などいくつかの切り口でとらえて、地域の特性に即した効果的な受診勧奨を工夫することが必要である。

合わせて、事業の効果・効率を高めるために参考になるような官民連携等における様々なモデル事業、実証事業の成果を取り入れていくことも有益と考えられる。

（４）地域包括ケアに向けての体制づくり

【当面の課題】
（法定計画での位置付け不足）
重症化予防については、健康増進法（平成 14 年法律第 103 号）により健康増進計画に既に位置付けられており、医療法（昭和 23 年法律第 205 号）により医療計画上５疾病５事業の一つに糖尿病が位置付けられ、必要な医療機能とそれを担う医療機関の名称を記載することが求められている。また平成 30 年度から第３期医療費適正化計画に重症化予防が位置付けられることがすでに「医療費適正化に関する施策についての基本的な方針」（平成 28 年厚生労働省告示第 128 号）において示されている。しかし、都道府県国保担当課に法定計画への位置付けを照会したところ、健康増進計画が最も多いものの半数程度に止まっており、医療計画や医療費適正化計画はそれを下回る状況となっている。今後位置付けられる予定の計画では医療費適正化計画が最も多いもののかなり低い水準となっている。この状況からは、都道府県によっては国保担当課と関係する法定計画の担当課との間での情報連携が必ずしも進んでいないこと、法定計画の位置付けが進んでいないことがうかがわれる。

透析患者は体力が弱く、介護サービスの利用につながりやすいため、40～64 歳の第２号被保険者が要介護認定を受けることができる特定疾病の一つに糖尿病性腎症が含まれ、要介護認定を受ければ、介護サービス・介護予防サービスを利用できることとなる。また、高齢独居の世帯は買い物や調理ができないなど、食環境に問題がある場合があり、後期高齢者については食事管理をどうするかが大きな問題である。

そもそも国保では被保険者のうち、65 歳以上高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半を超えている。このような状況にかんがみれば、高齢者が地域で元気に暮らし、医療サービスをできるだけ必要としないようにするための対策は国保にとっても市町村にとっても非常に重要である。その際には、単に医療サービスだけに止まらず、高齢者の暮らしを中心に置けば、医療・介護・保健・福祉など各種サービスが相まって高齢者を支える地域包括ケアシステムの構築が必要である。このため、都道府県や市町村等は、重症化予防の取組を進めるに当たっては、地域包括ケアの構築ということを念頭に置きながら取り組むことが必要である。

地域ごとに様々な取組の仕方があるが、例えば、受診勧奨や保健指導の際には、保健・介護・生活支援・介護予防などの関連事業を意識しながら、必要があれば近隣で調達しやすい食材・店舗の紹介や要フォロー者について地域包括支援センターの担当者などに情報をつなぐことが期待される。また、安定した食生活を確保するため、配食サービス等の充実に向けて関係者と議論し、地域の資源を開発することが期待される。さらに、地域ケア会議に参加することでニーズを把握したり、情報提供することも期待される。

健康教室など地域住民自身が担い手となるプログラムを進めたり、逆に介護サイドの自主組織に働きかけることも期待される。

8　国による支援

（1）研究の推進

これまで厚生労働科学研究費等により研究班を立ち上げ、国版プログラムを策定したところであるが、継続的に都道府県及び市町村等における糖尿病性腎症重症化予防の取組状況を把握し、国版プログラムを評価・検証するとともに、全国の取組みの中で、効果的な事例を抽出し、プログラムに反映する必要がある。これを踏まえ、今後、この研究成果を広く自治体や医療関係者に情報提供することが重要である。

（2）市町村・広域連合・都道府県の取組状況の把握と情報提供・働きかけ

糖尿病性腎症は経過が長い疾患であるため、これらの取組が長期フォローアップされる仕組みづくりが必要である。今後全国における取組を促進するためには、定期的に市町村等の取組状況を調査し、市町村等における受診勧奨等の実施状況や、目標と実績の状況などを把握分析して、今後の取組の方向性を整理することが必要である。また、都道府県の支援の状況などを把握して、都道府県間の進捗状況の違いを整理し、都道府県にフィードバックして改善に役立てるとともに、必要な助言を行うことが必要である。

また、日本健康会議等を活用し、取組が進んでいる・進んでいない都道府県を公表する等の仕組みを導入することも必要である。その際、国保の保険者努力支援制度や後期高齢者医療の保険者インセンティブにおける重症化予防の取組の実施状況の評価も活用することが考えられる。

（3）先進的事例の収集と横展開

糖尿病性腎症重症化予防については、都道府県・市町村・広域連合それぞれのレベルで先駆的に取り組んでいる事例がある。事例は現在のその姿を参考とすることも重要であるが、そこに至るまでの関係者との議論の積み重ねを見ることも参考となる。

このため、本取りまとめと合わせて、これまで本WGにおいてヒアリング等を行ってきた都道府県・市町村・広域連合の事例を別冊にまとめ、周知することで横展開を図り、どの地域でも当たり前に展開されるようにすることを目指すこととする。また、今後とも国は好事例の収集・横展開に努めることが重要である。

（4）医療関係者との連携

糖尿病性腎症重症化予防の取組を継続的に進める上では、国・都道府県・市町村・広域連合それぞれのレベルで医療関係者との連携を図ることが重要である。

国においては、今後毎年継続的に実態調査を行い、その結果を本WGに報告し、関係者の意見を聞いて、施策の更なる深化に努めるとともに、国レベルの各医療等関係団体の自主的な取組を促進し、必要に応じて関係団体に情報提供や要請を行うことで、各地域での取組を支援することが必要である。

（5）制度的なインセンティブ等の活用

保険者の予防・健康づくりを進め、ひいては医療費の適正化を進めるため、国保における新たなインセンティブ制度として、平成 30 年度から、保険者努力支援制度（支援金）

を創設することとし、平成 28 年度からは市町村について一部前倒し実施している。

現在、糖尿病性腎症重症化予防の取組について、本ＷＧで取りまとめた５つの要件を満たす場合に、各指標の中で最高得点を得られるようにしているが、これにより、重症化予防に取り組む市町村が増加したことを踏まえ、今後さらにその内容を進化させていくことが必要である。

当面は５つの要件を満たす場合の評価も継続することで、要件に該当する市町村数を更に増加させていく一方で、取組内容の充実を図る方向で評価を進めることが必要である。また、新たに 30 年度からは都道府県分の評価指標を設定することとしていることから、都道府県による重症化予防の取組への支援について評価することで、都道府県を挙げた取組を後押しすることが必要である。例えば、連携協定の締結や都道府県版プログラムの策定が評価される仕組みとする必要がある。また、後期高齢者医療においても、平成 28 年度から保険者インセンティブの取組として、重症化予防への取組も含め広域連合の取組を点数化し、特別調整交付金の配分に反映することにより、取組の推進を図っている。

さらに、厚生労働省では、従来からの国保ヘルスアップ事業及び国保保健指導事業における国保が実施する保健事業に対する助成について、必要な人材の確保に要する費用に充てることができるため、更に活用が図られるよう周知・啓発を進めることが求められる。

医療機関と市町村の情報共有、薬局における薬剤情報の一元管理、医療機関と地域包括支援センターの連携体制構築等、医療機関・薬局が地域と連携した取組が、診療報酬の充実等により評価される仕組みが期待される。

（６）関係施策との連携

都道府県の担当課と、糖尿病性腎症重症化予防が位置付けられている法定の計画の所管課との連携を進めるため、国においては、重症化予防に関する法定の計画や施策と密に連携する必要があることを都道府県に対して周知・啓発することが重要である。

また、重症化予防は健康増進計画、医療費適正化計画、医療計画等、様々な法定の計画に位置付けられているが、国は、それぞれの見直しがある機会をとらえて、重症化予防に向けた取組が多角的に取り組まれるように必要な対応が盛り込まれるよう調整することが求められる。

VI. 取組を推進する上での留意点

1　関係者の間での目的・ねらいの共有

糖尿病性腎症重症化予防の取組には、市町村等・都道府県の行政関係者、中でも健康推進担当と国民健康保険担当と、かかりつけ医等、地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会等の関係団体、糖尿病対策推進会議のほか慢性腎臓病対策協議会等、専門医、薬剤師、保健師、看護師、管理栄養士等の医療関連の専門職、国保連、被用者保険の保険者、住民やその家族、さらには介護事業者や地域の関係者といった非常に幅広い関係者が関わりを持つこととなる。

重症化予防の取組が成功するかどうかは、この取組がそれぞれの関係者にとって自分事となっているかどうかにかかっている。他人から言われてやらされているという他人事の感覚が残っていると、取組には広がりが出てこない。

そのためには、なぜ重症化予防に向けてその地域で取り組むのか、これに取り組むことでどのようなことが期待されるのか、その目的やねらいを共有していくことが不可欠である。

具体的には、関係者との議論を始めるに当たって確認するとともに、折に触れ原点に戻って再確認することを重ねながら取組を深めていくことが重要である。

2　外部委託事業者の活用と留意点

市町村合併が進み、自治体の公務員の数は一頃の７割に減少し、職員は限られた人的資源となっていることから、全て市町村等の職員により業務を進めるというスタイルではなく、必要に応じて外部の民間事業者を活用して業務を委託することも今日では一般的となってきている。

市町村が外部委託事業者へ委託する業務は、対象者の抽出、保健指導、資料作成（保健指導を行う際のツールの作成）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く[74]、さらに、市町村は委託において、地域特性や加入者の特性などをよく理解した上で提案することを外部事業者に求めている[75]。外部事業者に求められるこういった専門性の高い業務の実施や、定型的ではなく市町村等の特性を踏まえた事業を展開する能力が担保されるようにするためには、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。

事業者によっては、その専門性をいかんなく発揮するものもある一方で、保険者ごとに本来異なる健康課題や保険者規模を踏まえた事業該当者、該当人数を抽出しておらず、外部委託業者が実施可能な人数に合わせてしまったり、地域の現状分析に基づいた保健事業ではなく、事業内容・実施方法が画一的な内容となっていたりする場合もある。

このため、市町村等としては、外部の事業者に業務を委託する場合には、委託後に全

74　日本健康会議「保険者データヘルス全数調査」（平成 28 年 3 月時点）では、重症化予防の取組を実施している市町村のうち、直営 76.3%、全部または一部委託 18.8%であった。委託している業務内容は、保健指導 15.2%、資料作成 12.2%、対象者の抽出 11.1%の順に多かった。

75　日本健康会議「保険者データヘルス全数調査」（平成 28 年 3 月時点）では、外部委託事業者を活用している市町村が外部委託事業者に期待することは、「自組織の特性（地域特性や加入者の特性など）をよく理解したうえでの提案が欲しい」42.9%、「費用対効果を上げて欲しい」35.3%、「外部委託により何ができるのかを知りたい」34.6%の順に多かった。

てを丸投げするのではなく、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、司令塔としての役割を果たすことが不可欠である。

また、市町村等が委託した外部委託事業者が医師会やかかりつけ医等と接触する必要がある場合には、突然直接接触すると医療関係者に誤解を生ずる場合があることから、市町村等は事業の計画段階からあらかじめ医師会やかかりつけ医等と協議し、市町村等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しっかり伝える等するとともに、外部委託事業者に任せきりにするのではなく市町村等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。

3　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、住民の住所・氏名・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等、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[76]に該当するため、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。

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、他の地方自治体）への情報提供等、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、厚労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率的かつ効果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 58 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[77]、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。

したがって、市町村及び広域連合が、糖尿病性腎症重症化予防の取組の実施を目的として、個人（被保険者）情報を提供する場合において、個人（被保険者）同意の必要があるかどうか、個人情報保護条例等の適用を判断するに当たっては、一般的に個人情報

---

[76] 「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）

[77] 「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）

保護条例において第三者提供の条件として定められる「法令等の規定に基づくとき」に該当するものと解され、当該情報の提供に際して個別に改めて個人（被保険者）同意を得る必要はないことに留意する必要がある。

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こととされているが、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[78]。

②都道府県における取扱い

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等、管内市町村又は広域連合（以下「管内保険者」という。）が定める個人情報保護条例の基準に該当する場合に限り、当該管内保険者から都道府県に情報提供がされることとなる。

また、管内保険者から情報提供を受けた都道府県は、当該都道府県が定める個人情報保護条例の規定に基づき、庁内利用、外部委託事業者への業務委託、第三者（医療機関、他の地方自治体）への情報提供等に一定の条件が付されることとなる。

なお、平成 30 年度からは、都道府県も保険者として市町村とともに国保の財政運営の責任を担うこととなる。しかし制度施行後も、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についても、その保有者は市町村であることに変わりはない。一方、都道府県は 30 年４月以降、国保の財政運営の責任を担うことから、管内市町村の保険給付の適正な実施の確保等を目的として、都道府県が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 等を閲覧できることとなる。

したがって、平成 30 年度以降、各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、制度改正により、一般的に個人情報保護条例において第三者提供の条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、都道府県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、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

[78] 「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）

あるため、市町村等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、市町村等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[79]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。

④外部委託事業者における取扱い

市町村等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、市町村等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り、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等、個人情報の管理について、万全の対策を講じる必要がある。また、委託を行う市町村等においても、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べきである。

4　被用者保険との連携

（情報提供の仕組みづくり）

国保被保険者の年齢構成では、60 歳以上が多い[80]ことを踏まえれば、生活習慣病に大きく影響される糖尿病及び糖尿病性腎症は、国保の加入に至る前段階からの予防・健康づくりが重要である。しかしながら、こうした被保険者に関し、国保は被用者保険の健診データを入手できていない場合が多く、国保と被用者保険の情報提供の仕組みの改善が課題である。保険者間の特定健診等データの移動については、当面は本人を通じた移動、保険者間の直接のやり取りによる移動が考えられる[81]。本人を通じた特定健診等データの移動を推進するためには、旧保険者が、資格喪失時に、当該旧保険者の加入期間内の特定健診等データを本人に提供しなければならず、更に、本人を通じたデータ提供ができない場合に、保険者間でのデータ移動となるが、この場合であっても、本人の同意を取得することが前提となっている。

被用者保険から国保へ加入した者が、重症化リスクが高くても被用者保険からの情報がなかったために見逃されていた、という場合もあることから、今後被用者保険の段階からの重症化予防の取組や連携が必要である。

（被用者保険からの一貫した取組）

被用者保険の被保険者についても、定年退職等により国保へ加入し、後に後期高齢者

---

[79] 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、場合によっては市町村等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。そのため、市町村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、市町村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。

[80] 国民健康保険実態調査（平成 28 年度速報）では、国民健康保険被保険者数の構成比が、15 歳～19 歳 3.1%、20 歳～24 歳 3.5%、25 歳～29 歳 3.6%、30 歳～34 歳 4.1%、35 歳～39 歳 4.7%、40 歳～44 歳 5.6%、45 歳～49 歳 5.7%、50 歳～54 歳 5.1%、55 歳～59 歳 5.9%、60 歳～64 歳 11.1%、65 歳～69 歳 22.1%、70 歳～74 歳 18.5%であった。

[81] 「保険者間の特定健診等データの移動に係る当面の対応について」（平成 28 年６月 30 日付け厚生労働省保険局医療介護連携政策課データヘルス・医療費適正化対策室事務連絡）

医療に加入することになるため、今後保険者協議会の場などを通じて、被用者保険に属している段階から、適切な生活習慣等を理解、実施することにより、健康寿命の延伸に向けて取り組むよう求めるべきである。そのためにも、市町村は、40 歳代の住民が、20～30 年後に腎不全にならないような中期、長期の目標を立て取り組むことが重要である。

一方で、被用者保険でもデータヘルス計画に基づき　重症化予防に取り組む必要がある。特に、被用者保険では　腎症第３期の対応、第１～２期の受診中断対策、コントロール不良者対策を強化することにより、国保へ移行した後の腎機能悪化を防ぎ、ひいては、後期高齢者医療費の低減が期待できることから、被用者保険、国保等からの後期高齢者支援金の抑制にも寄与する。そのため、国保は保険者協議会を通じて人工透析を受けている者の現状を被用者保険に共有し、重症化予防の取組を推進するよう働きかけることが重要である。

また、地域では、かかりつけ医等以外に様々な医療関係者が各医療保険に関わっているため、行政が各保険者をまとめていくことが必要である。

5　高齢者に対する対応

後期高齢者は、複合的な疾病合併のみならず、老化に伴う諸臓器の機能低下を基盤としてフレイル、サルコペニア、認知症等の進行が見られ、個人差が大きいことから、腎症対策としては、糖尿病性腎症の対象者選定基準に合わせた一律のプログラムではなく、個人の状況に合わせて、QOL の維持・向上、要介護状態への移行阻止等を含めかかりつけ医等とも連携した包括的な対応が必要である。

保健指導に当たっては、健診結果等の客観的な情報も踏まえ、生活の上で「できること」に着目し、本人の自信や前向きな姿勢を育むという観点から目標を設定するなど、生活に根ざした支援内容となるよう留意する必要がある。

また、こうした後期高齢期に重症化する事例は、後期高齢者となってから急に発生するものではなく、それ以前からの健康管理が重要である。例えば、前期高齢者であったときの疾病や健康管理の状況、退職等による生活習慣や家庭環境の変化等の状況変化が加齢に伴う心身機能の変化と相まって健康状態等に影響を及ぼしている可能性を考慮し、国保等の若者世代から連続した取組に努めることが必要である。国保の重症化予防事業の評価は、国保の年代だけでなく、後期高齢者になってからの重症化（透析）や医療費等に反映されることから、事業評価の点でも、市町村と広域連合が協力して実施することが望ましい。