

令和6年11月12日（火）
福岡県健康増進課

福岡県糖尿病性腎症重症化予防プログラムの改定について

1 県プログラム改定の概要

(1) 従来の県プログラムの内容を基本とし国プログラムで新たに示された内容等を反映。

- ① 県プログラムを用いてCKD対策に取り組む場合の流れを追記。
- ② 後期高齢者の抽出基準及び、高齢者を対象とした取組みを追記。
新たに、後期高齢者被保険者の評価指標を設定。
- ③ 「各関係機関の役割」に、関係者の連携に向けた内容を追記。
- ④ 対象者の抽出基準と対象者の状態に応じた介入方法を例示。

(2) プログラムの評価方法

- ・ 県は国が提供するフィードバックレポート（FBR）作成ツールを用いて、市町村の取組状況を広域的に評価する。国のFBR作成ツールでは把握できない項目については別途市町村及び保健所に照会し集計することとする。
- ・ 後期高齢者被保険者の評価は、市町村から福岡県後期高齢者広域連合に報告されたデータを用いることとする。
- ・ 市町村国保以外の保険者の取組みについては、別途、各保険者に取組の評価を照会し共有することとする。

2 改定スケジュール

10月1日	第1回福岡県糖尿病性腎症重症化予防対策協議会 議題：県プログラム改定素案について 福岡県糖尿病対策推進会議 議題：県プログラム改定素案について 他
10月	県プログラム改定素案の修正
12月	福岡県糖尿病性腎症重症化予防対策協議会及び 福岡県糖尿病対策推進会議へ修正案の意見照会
2月上旬	第2回福岡県糖尿病性腎症重症化予防対策協議会 議題：プログラム改定案について 他
2月中旬	福岡県医師会、福岡県糖尿病対策推進会議への合議
3月下旬	県プログラム改定・公表

福岡県糖尿病性腎症重症化予防プログラム改定素案抜粋

イ 対象者ごとの介入手法

＜健診受診者（図表2（P6）のA+B+C）＞

- ・ 健診受診者については、以下の基準を参考に対象者の状態像を区分することが可能であり、その区分別に介入方法を変える等の工夫も求められる。

※ 後期高齢者については以下の基準を用いず「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン」を参照すること。

（図表3：健診結果と糖尿病の治療状況別の状態像の介入方法とそのレベルの区分）

糖尿病未受診者 ※1

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

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

糖尿病受診中の者 ※4

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

糖尿病受診中の場合には、HbA1c<6.5%も糖尿病性腎症重症化予防事業の対象。糖尿病受診中で主治医があるため、高血圧未受診でも受診勧奨ではなく、保健指導とする。

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

※保健指導Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、受診勧奨Ⅰ、Ⅱ、Ⅲの内容については図表4参照

- ※1 糖尿病未受診者：対象年度に2型糖尿病の受診実績がない者
- ※2 血圧区分の「受診中」：対象年度に高血圧症の受診実績がある者
「血圧高値受診なし」：140 mm Hg ≤ 収縮期血圧または 90 mm Hg ≤ 拡張期血圧に該当し、対象年度に高血圧症の受診実績がない者
「血圧高値」判定は、収縮期血圧または拡張期血圧のいずれかの測定値のみでも、有所見判定（140 mm Hg ≤ 収縮期血圧または 90 mm Hg ≤ 拡張期血圧）が可能な者も含む。
- ※3 腎障害の程度 血圧区分判定不可：HbA1c 判定者のうち、尿蛋白、血圧の測定値がなく、腎障害の程度、血圧区分のいずれかの判定ができない者。
eGFR の判定値がない場合は暫定的に「異常なし」と分類。
- ※4 糖尿病受診中の者：対象年度に2型糖尿病の受診実績がある者

(図表 4：レベルに応じた介入方法の例)

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

<参考> 受診勧奨レベル・保健指導レベルごとの取組例

受診勧奨レベル I

- ・ 健診結果通知時に、糖尿病性腎症のおそれがあり医療機関の定期的な受診が必要であることについて、標準的な健診・保健指導プログラムのフィードバック文例集や糖尿病性腎症重症化予防に関する事業実施の手引き等を参照し、文書で通知する。
- ・ 必要に応じて、上記通知に加え、電話や案内した健康教室参加時等に受診勧奨を行う。

受診勧奨レベル II

- ・ レベル I の文書による通知に加え、結果説明を行うための電話や面談により、個別に医療機関への受診勧奨を行う。
- ・ 受診勧奨とともに、生活実態を把握したうえで、対象者の状況に合わせた保健指導を行う。

受診勧奨レベル III

- ・ 可能な限り、訪問や面談等の対面により個別での受診勧奨を速やかに行う。
- ・ 受診勧奨とともに、生活実態の把握をしたうえで、生活習慣の改善を促す保健指導を行う。

保健指導レベル I

- ・ 糖尿病や生活習慣の改善等に関する情報を中心に提供し、生活習慣の改善を促す集団指導による健康教室等への参加を促す。

保健指導レベル II

- ・ レベル I の情報提供や集団指導等への参加勧奨に加え、医療機関と連携し、腎障害の悪化を予防するための糖尿病を含む生活習慣病の管理に関する内容を中心に、電話や訪問等により保健指導を行う。合併症の進行を防ぐための継続的な治療の必要性、本人の年齢や生活状況に応じた生活改善の方法など具体的な助言を行うことが重要である。

保健指導レベル III

- ・ 腎障害の悪化を防ぐための治療や生活に関する内容を中心に、医療機関と連携し、訪問や個別面談等対面による保健指導を行う。医療機関で指導されたことが十分に理解できているか、疑問点はないかなどを確認し、必要に応じて医療機関につなぐことが求められる。