

## 参考資料2

令和7年11月19日(水)開催  
令和7年度富山県透析患者等発生予防推進ワーキンググループ資料

# 「富山県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」 の主な改定内容について

国のプログラム内容を踏まえた変更点

# 1 年齢層を考慮した取組に関する内容を追加

※素案P2, p3参照

※国プログラム内容を反映

## ①歯科受診勧奨

・歯周病は血糖コントロールと深い関係があることから、**口腔衛生指導の実施と歯周病未治療者への継続的な歯科受診勧奨**の必要性に関する記載を追加

## ②眼科受診勧奨

・**糖尿病網膜症の進行防止の観点**から、**定期的、継続的な眼科受診勧奨**の必要性に関する記載を追加。

## ③青壮年層への取組

・青壮年層への取組の必要性に関する記載を追加。

・**保険者協議会、地域・職域連携推進協議会等の活用**し、市町村国保と国保組合、被用者保険との間で、健診・レセプトデータ等や地域課題、保健事業の実施状況の共有と連携を行う旨の記載を追加

## ④高齢者への取組

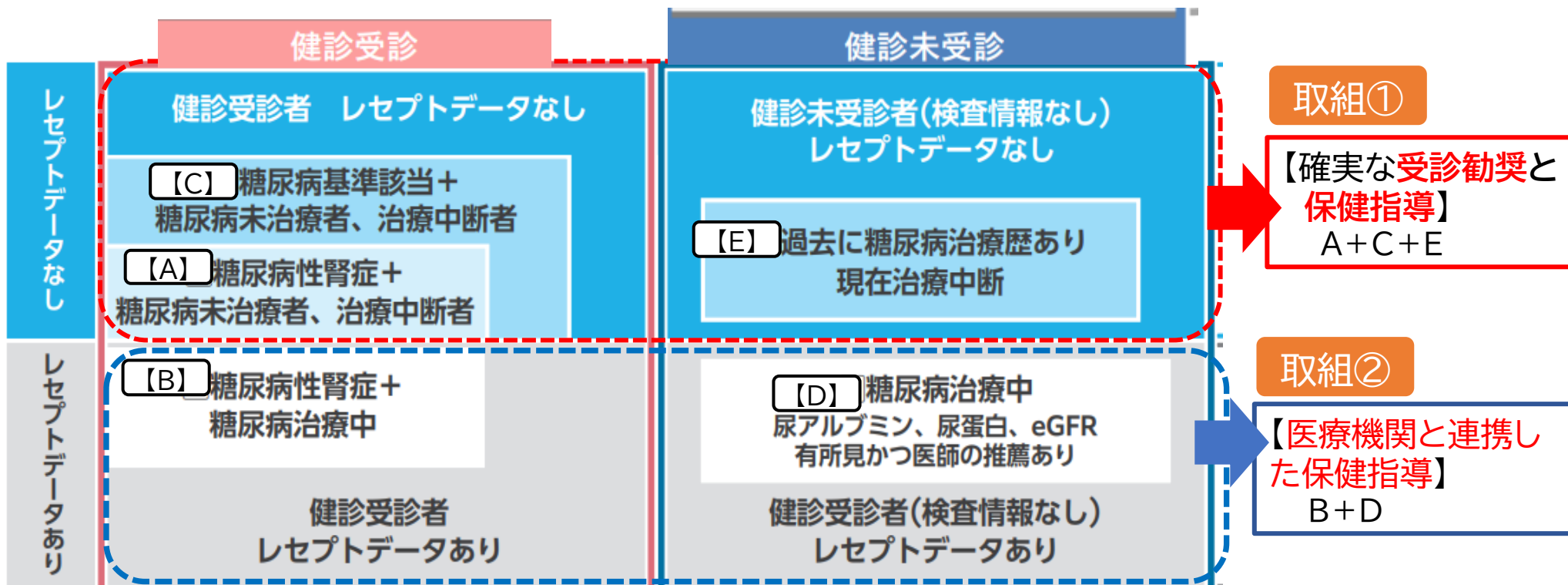
・**フレイル、低血糖等の高齢者の特性に留意した取組の必要性**に関する記載を追加  
・**市町村国保と広域連合が連携して取組を行う旨**の記載を追加

## 2 対象者に行う基本的な取組

※素案P5参照

### 【取組】

- ①健診・レセプトデータ等で抽出されたハイリスク者への確実な受診勧奨と保健指導
- ②治療中の患者に対する医療と連携した保健指導の実施



- ・上記図のA～Eの対象者の状況を把握したうえで、**優先的に受診勧奨・保健指導を行う対象者を抽出。**
- ・実施方法等については、**郡市医師会と十分な協議**を行う。

### 3 対象者の状態像のレベルに応じた介入方法(推奨)

※素案10参照

健診結果や治療状況等から、対象者の状態像を区分し、緊急度に応じて介入方法を工夫する

#### レベルに応じた介入法の例

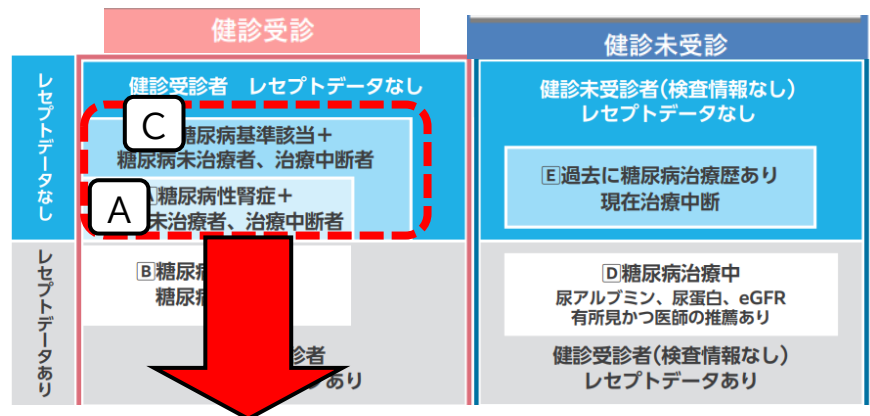
レベル	受診勧奨の場合	保健指導の場合	緊急度に応じた 介入の程度
I	【受診勧奨Ⅰ】 通知、健康教室等の案内(面談の機会を設定)	【保健指導Ⅰ】 主に糖尿病及び生活習慣の改善に関する内容について通知、健康教室の案内	
II	【受診勧奨Ⅱ】 通知・電話／面談	【保健指導Ⅱ】 腎障害の悪化を予防するための、糖尿病等生活習慣病の管理に関する内容を中心とし、通知・電話／面談	
III	【受診勧奨Ⅲ】 通知・電話／面談／訪問にて確実に実施	【保健指導Ⅲ】 腎障害の悪化を防ぐための治療や生活に関する内容を中心とし、通知・電話／面談／訪問を確実に実施	強

# 4 対象者の抽出基準(推奨基準)

## (1)重症化リスクの高い未受診者・治療中断者の把握【A+C】

健診結果とレセプトデータから**糖尿病・高血圧の未治療者・治療中断者**を把握する。

下記表もとに対象者を区分し、介入の緊急度、優先度を踏まえた**確実な受診勧奨と保健指導**を行う。



### 【優先的な受診勧奨・保健指導】

- 腎障害が存在している者 ○HbA1cが高い者
- 高血圧未治療者
- (140mm Hg ≤ 収縮期血圧または90mm Hg ≤ 拡張期血圧で受診なし)

※高血圧受診中の糖尿病未治療者は、主治医への相談を促す必要があるため、保健指導として分類

## 糖尿病未受診者における対象者区分とレベルに応じた介入方法(推奨)

		腎障害の程度								
		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
HbA1c (%)	8.0 以上									
	7.0 ~ 7.9									
	6.5 ~ 6.9									
	6.5 未満									

### 【対象者把握の留意点】

・健診時の尿蛋白やeGFRから腎障害が存在している者を把握、糖尿病については、治療の有無とHbA1c・血糖の状況、血圧についても治療の有無と、受診勧奨値以上であるかを把握することを基本とする。

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

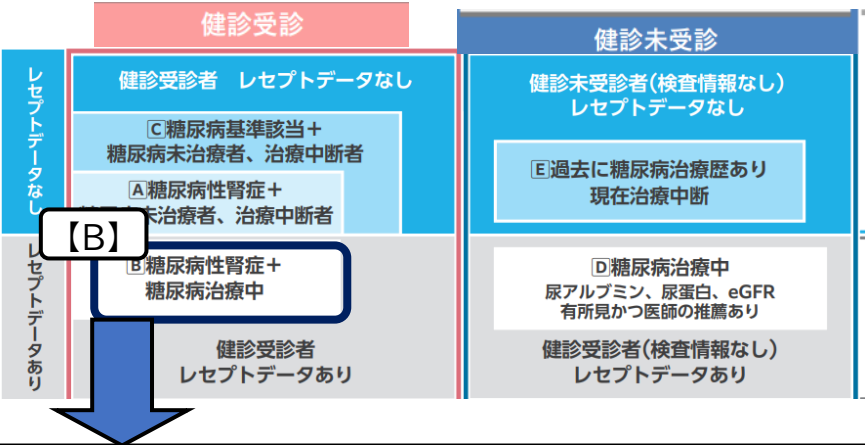
レセプトデータから糖尿病と判断できないため、CKD対策、高血圧対策として受診勧奨、保健指導を必要に応じて行う

# 4 対象者の抽出基準(推奨基準)

※素案P6,p7参照

## (2)重症化リスクの高い治療中患者の把握【B】

糖尿病受診中であるが、糖尿病性腎症が疑われる患者、重症化リスクの高い患者を把握。  
下記表もとに対象者を区分し、介入の緊急度、優先度を踏まえ、**かかりつけ医と連携した保健指導**を行う。



主治医に保健指導の可否について、確認を行い、主治医の指示のもと保健指導行う。

## 糖尿病受診者における対象者区分とレベルに応じた介入方法(推奨)

		腎障害の程度								
		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
HbA1c (%)	8.0 以上									
	7.0 ~ 7.9									
	6.5 ~ 6.9									
	6.5 未満									

【対象者把握の留意点】  
・健診時の尿蛋白やeGFRから腎障害が存在している者を把握、糖尿病については、治療の有無とHbA1c・血糖の状況、血圧についても治療の有無と、受診勧奨値以上であるかを把握することを基本とする。

保健指導Ⅰ

保健指導Ⅱ

保健指導Ⅲ

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の取組の対象。糖尿病受診中で主治医があるため、高血圧未受診でも受診勧奨ではなく、保健指導とする。

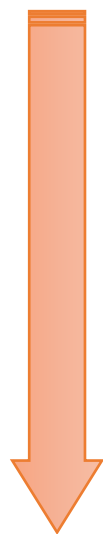


# 5 受診勧奨レベルに応じた介入方法(推奨)

※素案P12参照

緊急度に応じた介入の程度

弱



強

受診勧奨レベル	取組例	
レベルⅠ	通知、健康教育等の案内(面談の機会を設定)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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、文書で通知。</li> <li>・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。</li> </ul>
レベルⅡ	通知・電話／面談	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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て保健指導を行う。</li> </ul>
レベルⅢ	通知・電話／面談／訪問 <u>確実に実施</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・<u>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。</u></li> <li>・受診勧奨とともに、生活実態の把握をした上、生活習慣の改善を促す保健指導を行う。</li> </ul>

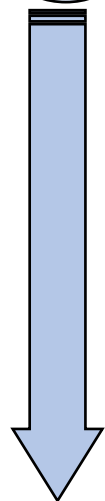
※いずれのレベルにおいても、受診勧奨後に対象者が継続的に受診につながっているか確認することが必要。

## 5 保健指導レベルに応じた介入方法(推奨)

※素案P13参照

緊急度に応じた介入の程度

弱



強

保健指導レベル	取組例
レベルⅠ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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<b>集団指導による健康教室等への参加を促す。</b></li> </ul>
レベルⅡ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・レベルⅠの情報提供や集団指導等への参加勧奨に加え、<b>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。</b></li> <li>・合併症の悪化を防ぐための継続的な治療の方法など具体的な助言を行うことが重要である。</li> </ul>
レベルⅢ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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、<b>医療機関と連携し、訪問や個別面談等の対面による保健指導を行う。</b></li> <li>・医療機関で指導されたことが十分理解できているか、疑問点はないかなどを確認し、必要に応じて医療機関に繋ぐ。</li> </ul>

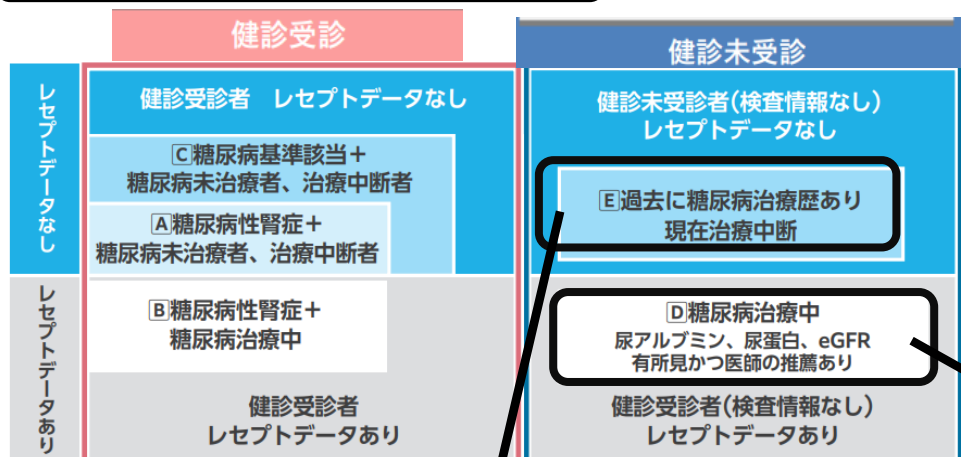
※保健指導の際には、医療との連携が不可欠である。特に、腎症第4期については、腎臓専門医が関与する必要があるため、保健指導のみでは対応することがないよう留意する。



## 6 健診未受診者からの対象抽出基準(推奨)

※素案P8参照

### 対象者の把握(E、D)



#### 【E】【糖尿病治療中断かつ健診未受診者】

【以下を対象として、  
状況確認および受診勧奨を行う】

- ・過去の健診結果やレセプト情報から抽出
- ・歯科や眼科治療中の患者において糖尿病治療を中断していることが判明した者
- ・健康サポート薬局等の地域資源からの情報、健康相談等の保健事業等から対象者を把握

#### 【D】【糖尿病治療中かつ健診未受診者】

【医療機関と連携した保健指導】

※主に糖尿病治療中に、腎機能の悪化が判明し、保健指導が必要と医師が判断した者  
(医師の依頼に基づく保健指導の実施)

- ・生活習慣の改善が困難な者
- ・治療が中断しがちな者
- ・医療機関での実践的な指導が困難な場合 等

## 7 後期高齢者医療の対象者の抽出と介入方法

- 後期高齢者は「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン」を参照し、「富山県高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業」の取組として実施。
- 対象者の抽出基準は国のガイドランを基本とし、これまでの治療中コントロール不良者等はオリジナル基準として当該事業実施要領に定める。

### 対象者の抽出基準

※参考「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第3版」

#### A:糖尿病のコントロール不良者

健診:HbA1c8.0%以上 かつ

レセプト(医科・DPC/調剤):対応する糖尿病の薬剤履歴(1年間)なし

#### B:糖尿病治療中断者

・抽出年度の健診履歴なし かつ

レセプト(医科・DPC・調剤):抽出前年度以前の3年間に糖尿病の薬剤処方歴あり かつ

抽出年度に薬剤処方の履歴なし

#### C:糖尿病とフレイルの併存者

・レセプト(医科・DPC・調剤):糖尿病治療中もしくは中断、

または 検診:HbA1c7.0%以上 かつ 質問票①(健康状態) ⑥(体重変化)⑧(転倒)

⑬(外出頻度)のいずれかに該当

#### D:腎機能低下者

・eGFR<45ml/分1.73m<sup>2</sup>未満 または 尿蛋白(+)以上 かつ レセプト:(入院・外来・歯科)未受診

### 実施方法

○広域連合から委託を受けた市町村において、「富山県高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業実施要領」に基づき、個別支援(ハイリスクアプローチ)の取組を行う。

○実施にあたっては、かかりつけ医と連携しながらアウトリーチを主体とした受診勧奨及び保健指導を実施

# 8 プログラムの評価指標の例

※素案P17参照

・計画時に策定した目標や評価指標、評価方法に基づいて、ストラクチャー(構造)、プロセス(過程)、アウトプット(実施量)、アウトカム(効果)の視点で評価を行う。成功要因、未達要因をストラクチャー、プロセスの面から検討

## 市町村が設定する 評価指標の例

【ストラクチャー評価】		【プロセス評価】	
・実施体制の構築状況 ・予算、マンパワー、教材の準備 ・保健指導者への研修の実施状況 ・運営マニュアル等の整備 ・課題分析・事業評価のための健診・医療データの集約状況		・目的に応じた対象者の設定状況 ・対象者への声掛け・募集の方法 ・課題分析結果に応じた方法での事業実施 ・スケジュール調整の状況 ・参加者に関する評価のためのデータ登録状況	
【アウトプット評価】			
受診勧奨	・基準に基づいて抽出された対象者の数に対する各方法（はがき・電話・面談・訪問等）で受診勧奨を行った者の数の割合		
保健指導	①各方法（保険者による抽出/医療機関からの紹介）で抽出された対象者の数 ②保健指導への参加勧奨を行った者の数 ③保健指導を開始した者の数 ④保健指導を終了した者の数 並びに①に対する②の割合、②に対する③の割合、③に対する④の割合、①に対する③の割合、①に対する④の割合		
※保険者が設定する基準の該当者における値だけでなく、本プログラムの対象者抽出基準の該当者における値もあわせて確認する。 ※単年度における介入実績だけでなく、複数年度の中での介入実績を把握することが望ましい。			
【アウトカム評価】			
		短期	中長期
受診勧奨	医療機関受診の有無、継続受診の状況		◎ ○
保健指導	身体状況	血糖・HbA1c、尿蛋白、eGFR、血圧	◎ ○
		体重・BMI、LDL コレステロール（または non-HDL コレステロール）、尿アルブミン、口腔機能	○ ○
	生活習慣	生活習慣改善意欲／食生活／運動習慣／飲酒／喫煙	○ ○
	治療状況	新規透析導入（うち糖尿病性腎症を原因とするもの）の状況、糖尿病の服薬状況	○
医療費	外来医療費、総医療費		○

◎は必ず確認すべき指標、○は確認することが望まれる指標を示す。

# 8 プログラムの評価指標の例

## 県・広域連合が設定する評価指標の例

### 【ストラクチャー評価】

- ・管内の各保険者のストラクチャー評価の結果の把握
- ・医師会等関係機関との連絡・協力体制の整備状況
- ・管内市町村の支援体制の整備状況

### 【プロセス評価】

- ・管内の各保険者のプロセス評価の結果の把握
- ・策定したプログラムについての医師会や医療機関、保険者等の関係機関への周知・啓発の状況
- ・関係者間での都道府県や各保険者の取組内容の共有の状況
- ・管内市町村への支援の実施状況

### 【アウトプット評価】(受診勧奨・保健指導共通)

- ・管内の各保険者のアウトプット評価の結果の把握
- ・糖尿病性腎症重症化予防事業に取り組む管内市町村の数
- ・支援した管内市町村の数

### 【アウトカム評価】

受診勧奨	医療機関受診の有無、継続受診の状況	
保健指導	身体状況	血糖・HbA1c、尿蛋白、eGFR、血圧 体重・BMI、LDLコレステロール(またはnon-HDLコレステロール)、尿アルブミン、口腔機能
	治療状況	新規透析導入(うち糖尿病性腎症を原因とするもの)の状況、糖尿病の服薬状況
医療費	外来医療費、総医療費	

上記に加え、管内の各保険者のアウトカム評価の結果を把握する。また、KDBシステム等を用いて、管内の保険者が介入した被保険者の状況を直接把握することが望ましい。

# 9 関係者の役割(1)

糖尿病対重症化予防にむけた関係機関の役割を明記

※素案P22～25参照

関係機関	主な役割 ※下線は国プログラム改定内容等を踏まえ追加
市町村	<p>○地域における課題分析と情報共有</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・健診・レセプトデータから疾病構造・健康課題の把握と、地域の郡市医師会等への情報共有</li> </ul> <p>○事業計画の立案、事業実施</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医師会と協議の上で事業を実施。・特定健診等の受診率向上と未受診者への支援方法を検討</li> </ul> <p>○人材確保・育成</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・保健師や管理栄養士等の計画的な人材の確保・育成</li> </ul> <p>○他の保険者の保健事業との連携</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・被用者保険との連携と、継続的な支援・評価に向けた広域連合との連携</li> </ul>
県後期高齢者医療広域連合	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市町村国保の保健事業との一体的実施にむけた調整</li> <li>・高齢者の健康状況や医療費等の情報提供と事業展開</li> <li>・県医師会や郡市医師会等関係団体への取組説明と協力依頼、県と連携した市町村支援</li> </ul>
県医師会・郡市医師会	<p>○協力体制の整備・かかりつけ医と専門医療機関と連携の強化。各医療機関や医師等と連携した取組の実施</p> <p>○市町村等への取組に対する協力</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・市町村等の取組が効果的なものとなるよう、助言等の協力を行う。</li> <li>・富山県糖尿病対策推進会議等の方針のもと、郡市医師会等は各地域での推進体制について自治体と協力</li> <li>・かかりつけ医は、市町村等の事業対象者へ病期・合併症のリスク等を説明。保健指導上の留意点を市町村等に伝える。</li> </ul>
その他の医療関係団体等	<p>○眼科、歯科等他科との連携、医科歯科連携の仕組みの構築</p> <p>○医療関係団体</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域資源が糖尿病重症化予防に活用されるよう、県・市町村や広域連合へ情報共有</li> </ul> <p>○薬剤師会</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・治療中断予防のための継続的な服薬状況の把握と服薬指導</li> <li>・地域支援体制加算届出薬局での調剤後指導</li> </ul> <p>○訪問看護</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅療養中の高齢の糖尿病患者等へのかかりつけ医等と連携した血糖コントロール支援</li> </ul>



# 9 関係者の役割(2)

関係機関	主な役割 ※下線は国プログラム改定内容等を踏まえ追加
富山県糖尿病対策推進協議会 (県医師会)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・糖尿病性腎症重症化予防に係る国・県における動向等について、構成団体に周知</li> <li>・医学的・科学的観点から、糖尿病性腎症重症化予防に関する取組みについて県内自治体への助言・協力</li> <li>・地域住民や患者への啓発、医療従事者への研修の実施</li> </ul>
県	<ul style="list-style-type: none"> <li>○地域連携に対する支援               <ul style="list-style-type: none"> <li>・富山県透析患者等発生予防推進事業連絡協議会にて医療連携体制を検討</li> <li>・県医師会や富山県糖尿病対策推進会議等で本プログラムの取組を報告</li> <li>・被用者保険や広域連合と連携を取り、糖尿病性腎症重症化予防の取組の効果が上がるよう調整</li> </ul> </li> <li>○人材育成 ・保健指導実施者の資質向上などの人材育成・人材確保の推進</li> <li>【厚生センターにおける役割】</li> <li>○所内体制の整備               <ul style="list-style-type: none"> <li>・圏域ごとに関係者連絡会を開催し、本プログラムの取組状況の把握と課題、対策等の検討</li> </ul> </li> <li>○地域連携に対する支援               <ul style="list-style-type: none"> <li>・管内郡市医師会、市町村との連携を強化し、市町村の取組が円滑に実施できるよう支援</li> <li>・地域・職域連携推進協議会等を通じた被用者保険への取組支援</li> </ul> </li> </ul>
富山県保険者協議会	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本プログラムを保険者に周知。好事例の横展開や保健指導の質の向上のための研修等を実施</li> <li>・保険者の取組の実態把握や分析に等、事業の円滑な実施に取組む。</li> </ul>
富山県国民健康保険団体連合会の役割	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市町村等へのKDBシステムの活用によるデータ分析・活用支援やデータヘルス計画策定時への支援</li> <li>・効果的・効率的な糖尿病性腎症重症化予防事業実施に向けた研修会の開催</li> <li>・支援が必要な市町村等に対する県と連携した支援</li> </ul>



富山県

- ・富山県糖尿病性腎症重症化予防プログラムの策定
- ・医療計画、医療費適正化計画の策定
- ・国保連、広域連合等関係機関との調整
- ・健康課題の分析及びデータの可視化
- ・会議、研修会等の実施による人材育成

富山県透析患者等発生予防推進事業連絡協議会

- ・取組を推進するための方針決定及び体制整備
- ・県全体における健康課題の分析、整理
- ・地域における取組状況の把握
- ・全県的な課題や対応策等について議論

富山県医師会

- ・国、県の動向等を都市医師会等に周知し、必要に応じて助言
- ・かかりつけ医、専門医等との連携体制強化
- ・地域住民や患者に対する啓発、医療従事者に対する研修
- ・富山県糖尿病対策推進協議会の開催

厚生センター

- ・郡市区医師会等地域の医療関係者と市町村等との連携を支援
- ・地域医療計画の策定
- ・データヘルス計画作成支援
- ・保健・医療従事者研修会等の実施による人材育成

二次医療圏等レベルの会議、検討会

- ・管内自治体における取組状況の把握と課題の分析
- ・事例の共有
- ・関係機関の具体的な連携方法の検討
- ・広域的な課題の抽出と対応策等の検討
- ・地域医療推進対策協議会糖尿病部会（事務局：厚生センター）医療提供体制の検討

郡市区医師会等

- ・自治体等とともに地域の課題及び対応策について協議し、問題意識を共有
- ・推進体制（連絡票、事例検討等）について、自治体と協力
- ・保健事業のアドバイザーとして支援
- ・保健事業実施における対象者抽出基準や取組みの優先順位等の決定について自治体と検討

市町村、広域連合

- ・健康問題の分析と情報共有
- ・データヘルス計画の策定
- ・人材確保、育成
- ・事業の目標設定

（保健事業実施者）

- ・特定健診、特定保健指導の実施
- ・抽出基準、取組みの優先順位を決定
- ・事業の実施（受診勧奨、保健指導）
- ・事業の分析・評価

※上記の実施に当たっては、国保連は市町村や広域連合に対して支援する

事業実施上の連携

- ・個別事例及び事業に関する相談・共有・報告
- ・自治体等に対する助言、指導

かかりつけ医等

- ・患者の状況を把握し、保健指導上の留意点を保健指導実施者に伝達
- ・個別事例に対する助言
- ・保健事業に関する助言（企画時、準備時、実施時、評価時など各段階に応じて協力）
- ・専門医との連携
- ・眼科等他科との連携、医科歯科連携

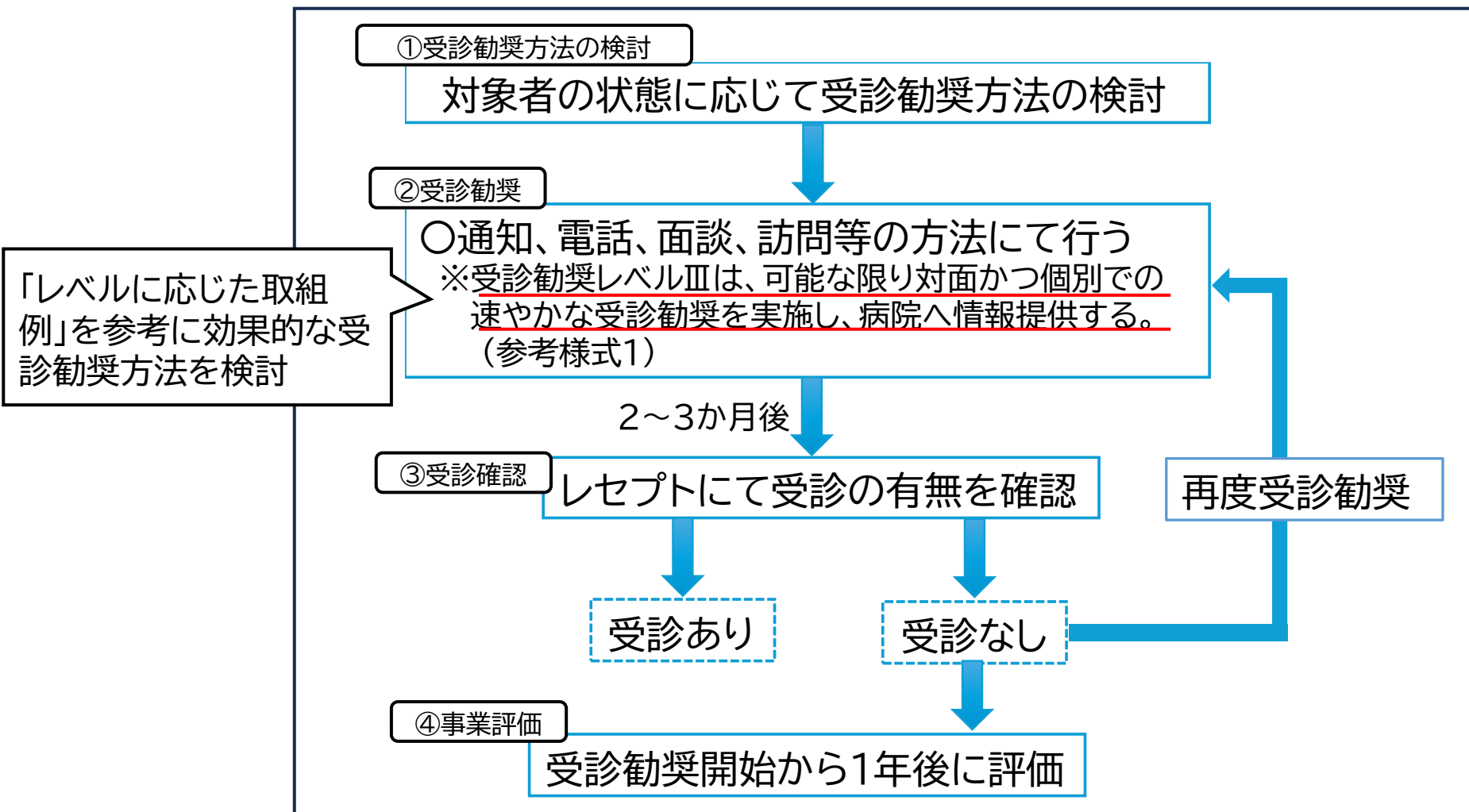
# 糖尿病性腎症重症化予防に向けた プログラムの取組方法について(参考)

# 1 保険者における受診勧奨の流れ(参考)

○受診勧奨を行う前に、対象者の情報(健診結果や病歴、治療状況等)を収集し、対象者の状況に応じた受診勧奨方法(通知、電話、面談、訪問)を検討する。

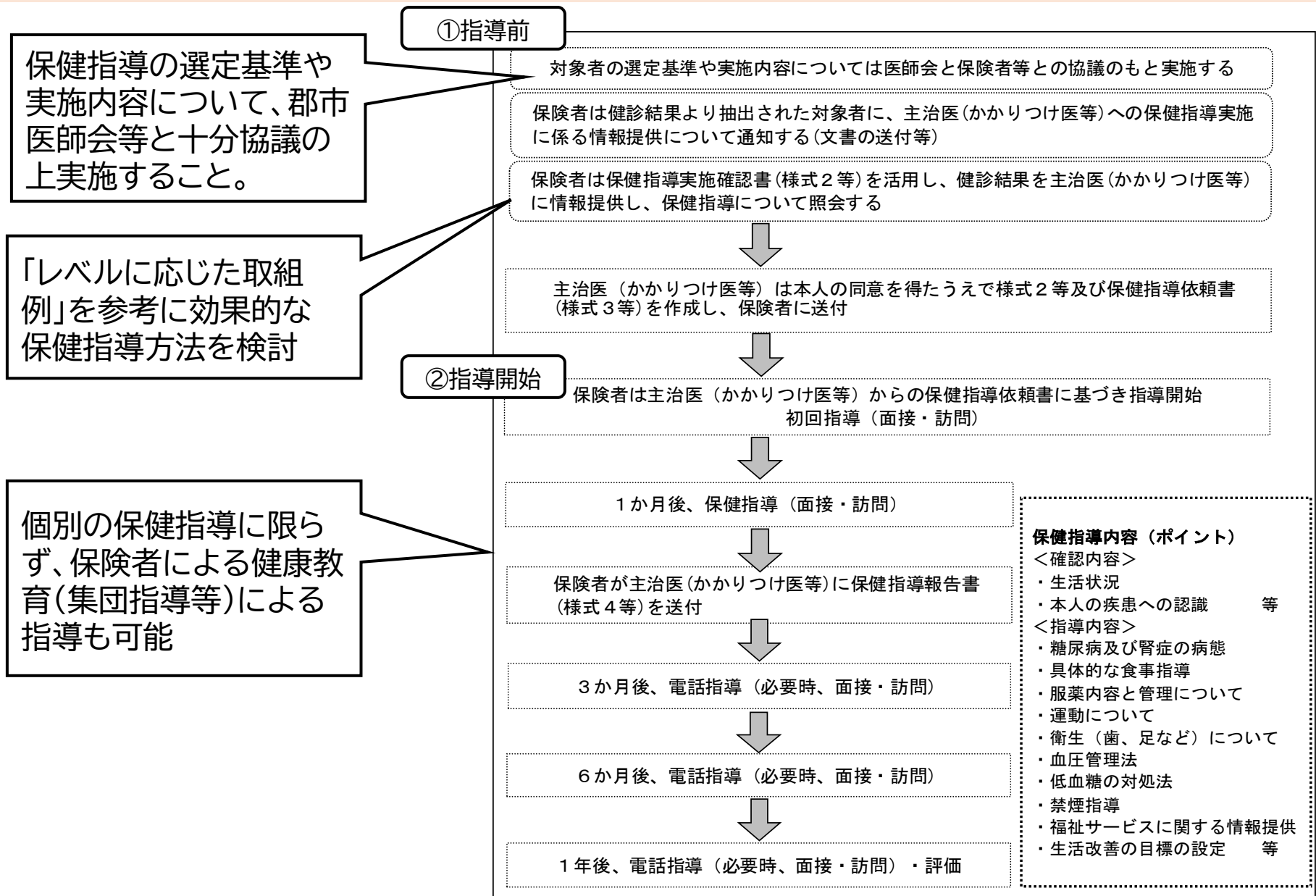
○**受診勧奨レベルⅢ**は**可能な限り対面かつ個別での速やかな受診勧奨**を実施。

○受診勧奨後はレセプト等から受診状況を確認。未治療の場合は再度受診勧奨を行う。



# 2 保険者における保健指導の流れ(参考)

○本人の同意及びかかりつけ医の指示を得た上で、かかりつけ医と連携を図りながら保健指導を実施。



### 3 かかりつけ医と専門医との連携について

○糖尿病重症化予防・合併症予防には、かかりつけ医と専門医等が積極的に連携することが重要であることから、下記の紹介基準のめやす等を参考とした支援体制を推進する。

#### 紹介基準のめやす

##### ①かかりつけ医から糖尿病専門医への紹介

「かかりつけ医から糖尿病専門医・専門医療機関への紹介基準」  
(作成:日本糖尿病学会、監修:日本医師会)」

##### ②かかりつけ医から腎臓専門医への紹介

「かかりつけ医から腎臓専門医・専門医療機関への紹介基準」  
(作成:日本腎臓学会、監修:日本医師会)

##### 【新】③糖尿病専門医・腎臓専門医間の連携について

それぞれの専門医等は、日本糖尿病学会と日本腎臓病学会が定める「腎臓専門医から糖尿病専門医の紹介基準」及び「糖尿病専門医から腎臓専門医の紹介基準」等を参考に必要に応じて連携を図ること。

##### 【新】④眼科医への紹介

糖尿病網膜症等の発症予防・進行防止のため、糖尿病患者への定期的、継続的な眼科受診を勧奨。

##### 【新】⑤歯科医への紹介

歯周病は血糖コントロールに影響を与え、また糖尿病があると歯周病になりやすく悪化しやすくなることから、定期的、継続的な歯科受診を勧奨。

# 糖尿病性腎症重症化予防のための保険者と医療の連携イメージ

## 医療保険者における取組

○健診・レセプトを活用し対象者を抽出し、介入の**優先順位**を決定

### ①未治療者・治療中断者への受診勧奨

【優先的に受診勧奨】

- ・腎障害が存在している者
- ・HbA1Cが高い者
- ・高血圧の治療をしていないもの

### ②治療中の者へ医療機関と連携した保健指導

【保健指導対象者】

- ・HbA1cが高い者
- ・腎障害が存在している者
- ・高血圧受診中の糖尿病未治療者
- ・糖尿病受診中の高血圧未治療者
- ・糖尿病性腎症の症状が悪化し、保健指導が必要と医師が判断した者

○事業評価(事業の効果、目標の達成状況等)と効率的・効果的な事業への見直し

地域の実情に応じた役割分担と連携

本人の状態に応じた効果的な受診勧奨

保健指導の依頼と主治医の同意に基づく保健指導の実施

保健指導の依頼

## かかりつけ医と専門医における連携

### 関連専門医

眼科医

歯科医

循環器専門医

### かかりつけ医

紹介 機能分担と循環型医療連携 逆紹介

### 専門的な診療が可能な医療機関

糖尿病専門医

腎臓専門医

●生活習慣の改善

●良好な血糖コントロールの維持 ●合併症の発症・進展の予防など

●腎不全、人工透析の移行を予防 ●健康寿命の延伸