

健康日本21（第三次）「アクションプラン研修会」

第2回：健康寿命の自治体格差、疾病の予防・重症化予防

＜糖尿病＞

津下一代

女子栄養大学栄養学部・特任教授

内容

- ・糖尿病領域の基本的な考え方と目標
- ・ロジックモデルとその根拠
- ・糖尿病領域のアクションプラン

全国での取組の推進（重症化予防）

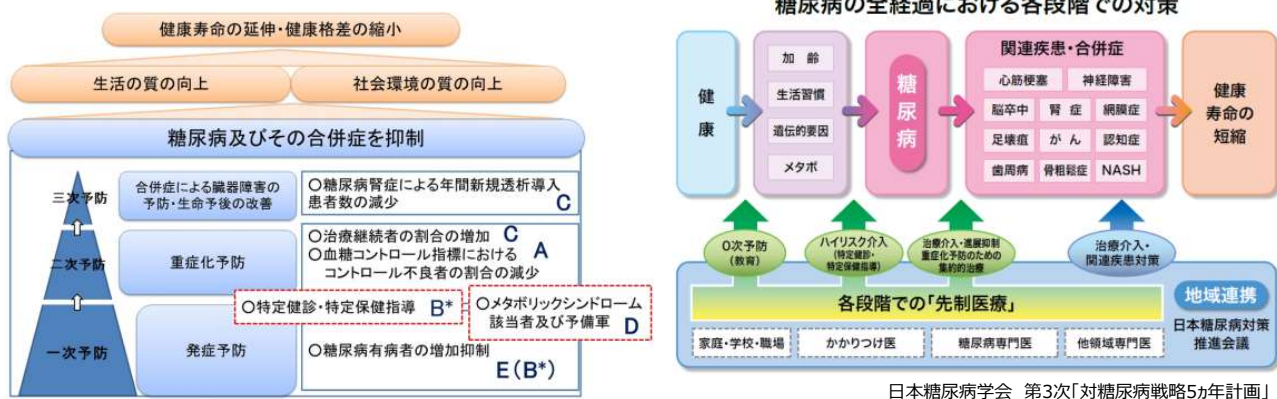
全国での取組の推進（特定健診・保健指導 データヘルス計画）

地域・職域連携、健康経営

健康日本21(第三次) 糖尿病領域の基本的な考え方

糖尿病の発症予防、重症化予防、合併症の治療の多段階において、**糖尿病及びその合併症に関する対策を切れ目なく講じていく**ことが、国民の健康増進の総合的な推進策として重要であることから、糖尿病対策に関する目標としては、**一次予防、二次予防、三次予防**それぞれに関わるものを設定することが望ましい。

健康日本21(第二次)の目標を継続(一部修正)

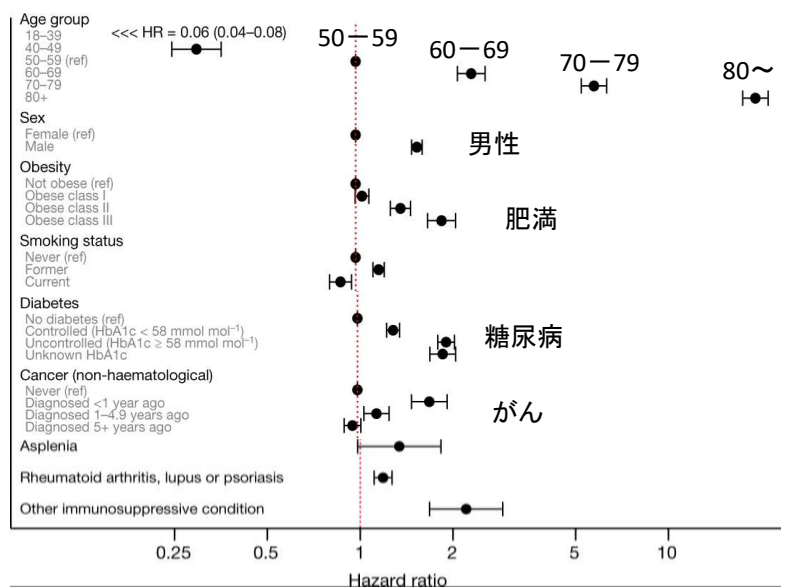


COVID-19 重症化リスク

「新型コロナウイルス感染症COVID-19 診療の手引き」第4版

重症化のリスク因子

- 高年齢者
- 慢性閉塞性肺疾患 (COPD)
- 慢性腎臓病
- 糖尿病
- 高血圧
- 心血管疾患
- 肥満 (BMI 30以上)



Nature (2020) <https://www.nature.com/articles/s41586-020-2521-4>

健康日本21(第三次) 糖尿病発症予防・重症化予防

- 遺伝的素因等も関与していることには十分に留意する
- 健康づくりによる予防の観点からは、**生活習慣や環境の改善**は重要な要素
食生活の乱れや多量飲酒、身体活動量の低下、受動喫煙を含めた喫煙、
睡眠の質・量の低下、うつ傾向や精神的ストレス、歯周病 等
- 糖尿病の合併症の予防・進展抑制には、血糖管理だけでなく、高血圧症や
脂質異常症の治療、禁煙、肥満の是正などの**包括的な管理**が必要
- 若年女性のやせや妊娠中の喫煙⇒低出生体重⇒児の将来の肥満や糖尿病へ
- こどもの肥満が増加している⇒ライフコースアプローチも考慮が必要

(第三次 説明資料より)

健康日本21(第三次)糖尿病領域の各指標とその推移

指標(第三次)	データソース	R1 (2019)	R2 (2020)	R3 (2021)	R4 (2022)	第三次目標値 (R14 2032)
糖尿病腎症の年間新規 透析導入患者数(人)	日本透析医学会「わが 国の慢性透析療法の 現況	16,019	15,690	15,271	14,334	12,000
治療継続者の増加	国民健康・栄養調査	67.6%				75%
HbA1c8.0%以上の者の割合	NDBオープンデータ ベース	1.32% 男:1.86% 女:0.71%	1.46% 2.00% 0.82%	1.34% 1.89% 0.71%	(未発表)	1.0%
糖尿病有病者(万人)増加抑制	国民健康・栄養調査より 推計	1,150			(年齢調整該当 率は横ばい)	約 1,350
メタボリックシンドロームの該 当者及び予備群(年齢調整値)	特定健診・特定保健指 導の実施状況(厚生労 働省)	△13.5%	△10.9%	△13.8%	△16.1%	R11: H20年 度に比して 25%減
特定健康診査の実施率の向上		55.6%	53.4%	56.5%	58.1%	R11: 70% 以上
特定保健指導の実施率の向上		23.2%	23.0%	24.6%	26.5%	R11: 45%

(令和2年度、3年度は国民健康・栄養調査 新型コロナウイルス感染症の影響により調査中止)

内容

- 糖尿病領域の基本的な考え方と目標
- ロジックモデルとその根拠
- 糖尿病領域のアクションプラン

全国での取組の推進(重症化予防)

全国での取組の推進(特定健診・保健指導 データヘルス計画)

地域・職域連携、健康経営

ロジックモデル

赤太字：
健康日本21
(第三次)の
目標

<重症化予防>

第3段

糖尿病腎症による
新規透析導入患者数の減少
網膜症・神経障害の減少

糖尿病に関連する健康障害の減少
大血管障害、認知症、サルコペニア等

<包括的なリスク管理>

第2段

【糖尿病管理】
糖尿病有病者の増加の抑制
年齢調整有病率の低下
HbA1c8.0%以上の者の減少
治療継続者の増加

【血压管理】
高血圧の改善

【脂質管理】
LDL
コレステロール
高値の者の
減少

【体重管理】
適正体重の維持
メタボリック
シンドロームの減少
肥満・低栄養予防

<生活習慣等の改善>

第1段

特定健康診査・特定保健指導の実施率向上

栄養・食生活
適切なエネルギー摂取量
栄養バランスの維持
食塩摂取量の減少

身体活動・運動
歩数の増加
運動習慣者の
増加

飲酒
生活習慣病(NCDs)
のリスクを高める量を
飲酒している者の減少

禁煙
喫煙率の減少

口腔保健
歯周病を
有する者の
減少

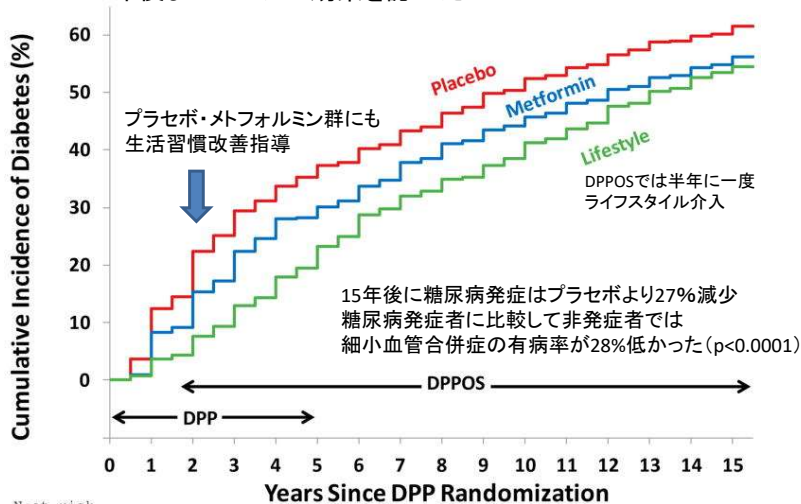
生活習慣の改善は、「栄養・食生活」、「身体活動・運動」、「飲酒」「喫煙」「歯・口腔」の領域と連携(環境整備含む)

主要な生活習慣介入研究

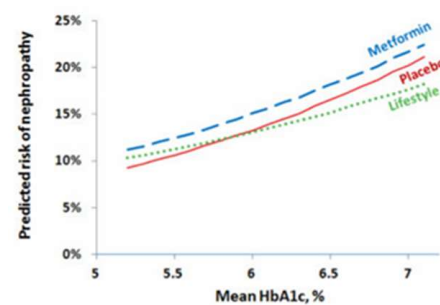
	Diabetes Prevention Program(DPP) 米国	Finnish Diabetes Prevention Study フィンランド	Malmo Feasibility Study(non-RCT) スウェーデン	Da Qing IGT and Diabetes Study 中国
対象者 BMI	IGT 3,234人 BMI $\geq$ 25 アジア人は22以上 BMI34	IGT522人 BMI $\geq$ 25 mBMI31.1(control群) 31.3 (I群)	平均BMI ① T2DM 27.7 ②IGT 26.6 ③control IGT26.7 ④control 正常24.3	IGT577人(47人lost) BMI $\geq$ 25は322人 BMI<25は208人 平均25.8
群分け	介入I群(栄養、運動介入)、 Metformin群(850mg $\times$ 2回/ 日)、Placebo群	介入I群(栄養・運動介入)、 コントロールC群 (一般的な治療)	介入群 ①初期T2DM41人 ②IGT181人	①コントロール群 ②栄養 ③運動 ④栄養+運動
生活習慣 介入	最初の24週で16以上のセッ ションを持ち、月に1回はコン タクトをとる、運動セッション 週に1回	食事記録を基に定期的な セッションを開催、有酸素運 動を奨励	それぞれ6か月間の栄養 、運動介入、集団ま たは個人	内科医による個人or 集団セッションを定期的 に開催、身体活動量を増 やすよう推奨
生活習慣 介入目標	7%の減量、脂肪摂取を25% 未満、減量を達成できなけれ ばカロリー制限、週150分の 適度な強度の運動を維持	5-10kgの減量を目指し、飽 和脂肪酸10%以下、未達成 時は減量超低カロリー食、 適度な運動を維持	食事のアドバイス、身 体活動量を増やす	1kg/月でBMI23まで減 量を目指し、C55-65% F25-30%P10-15%、 身体活動量を可能なら1 ~2Uへ
効果	DM発生率はM群31%減、I群 58%減 (P群比較)、3年の予 測累積DM発症はP群 28.9%M群21.7%I群 14.4%	介入後の追跡期間(中央値 7年)中DM罹患率はI群で 4.9、C群7.0 RelativeRisk32%減	DM発生率②群10.6 ③28.6% RR0.37(p<0.003) ① 53.8%で寛解	20年間の追跡で累積 DM発症は介入群80%、 C群93%、 多変量解析では 43%減

DPPOS(DPP Outcome Study)

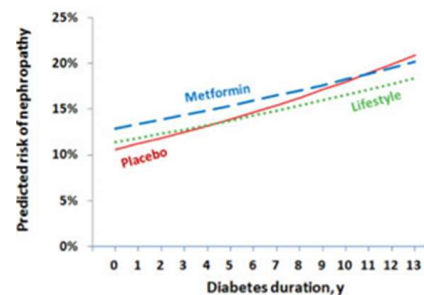
生活習慣介入により糖尿病発症が抑制され、
15年後までレガシー効果を認めた・



期間中の平均HbA1cと腎症リスク予測



糖尿病の罹病期間と腎症リスク予測



Lancet Diabetes Endocrinol. 2015 November ; 3(11): 866–875. doi:10.1016/S2213-8587(15)00291-0.

DPP/DPPPOS 中央値21年間追跡

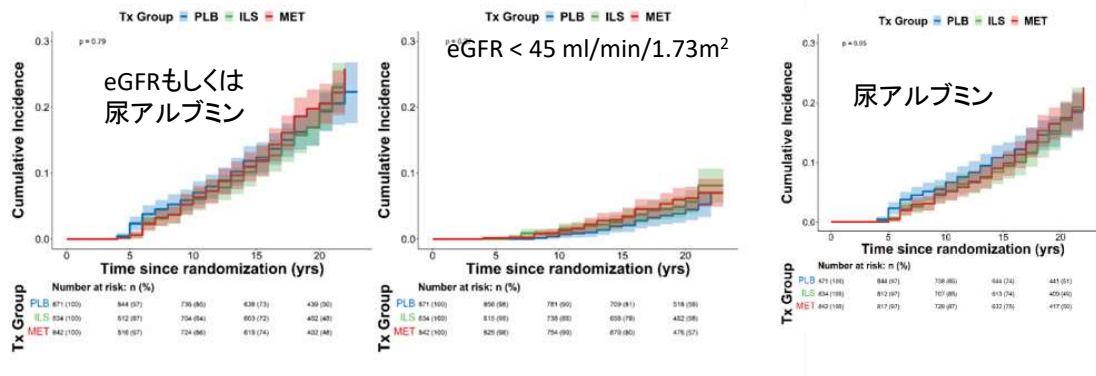
糖尿病発症: プラセボ群と比較して、生活習慣介入群: HR 0.73 [95%CI=0.62, 0.85]

METグループ (HR 0.85 [0.73, 0.99]) 有意に発症が減少した。

慢性腎臓病(ここでは eGFR < 45 ml/min/1.73m² もしくは尿アルブミン/Cr ≥ 3.39 mg/mmol)

糖尿病発症群は非発症群よりもリスクが高い(HR 1.81 [1.43, 2.30])

しかし、介入群には依存しない(どんな方法でも糖尿病を発症しない方が良い)



J Diabetes Complications. 2023 September ; 37(9): 108556.
doi:10.1016/j.jdiacomp.2023.108556.

2型糖尿病患者に対する介入 (J-DOIT3)

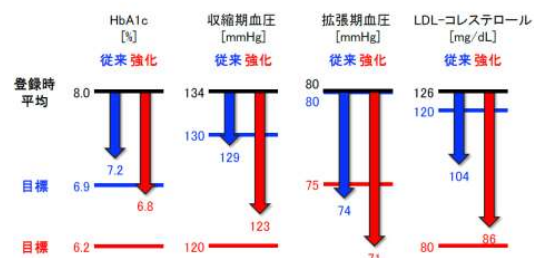
対 象

高血圧または脂質代謝異常のある2型糖尿病(45-69歳)
HbA1c ≥6.9%
[n=2542, 初発予防89%, 再発予防11%]

生活習慣改善と自己測定

	従来治療群	強化治療群
食事療法	1日総カロリー25-35 kcal/kg	1日総カロリー25kcal/kg以下 (BMI 25以上), 27kcal/kg以下 (BMI 25未満)
運動療法	歩数計を貸与	加速度計を貸与, 毎日の消費カロリーおよび歩数を外来受診時に報告
禁煙	ガイドラインに沿って行なう [14]	外来受診時に喫煙本数を報告, 必要場合には禁煙補助剤を導入
教育	ガイドラインに沿って行なう [14]	生活習慣改善のためのコアプログラム・ポストコアプログラム
自己測定	血糖計を貸与	血糖測定器と血圧計を貸与

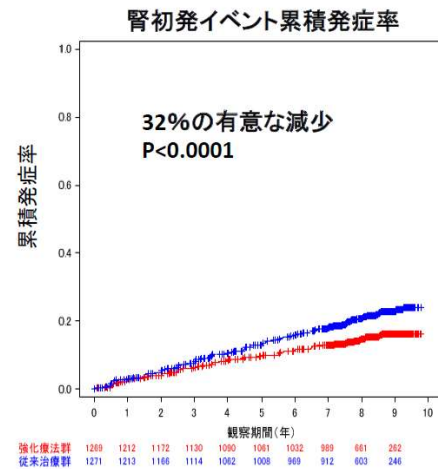
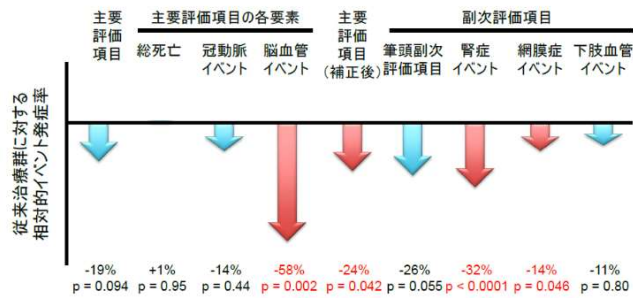
血糖・血圧・脂質のコントロール状況のまとめ



低血糖をおこさないように留意しつつ血糖のコントロール
血圧、脂質も包括的に管理
生活習慣改善を重視(身体活動の増加)

DOIT3の結果

強化療法群の治療効果



Ueki et al. Lancet Diabetes Endocrinology 2017

13

慢性腎疾患重症化予防のための戦略研究(FROM-J)

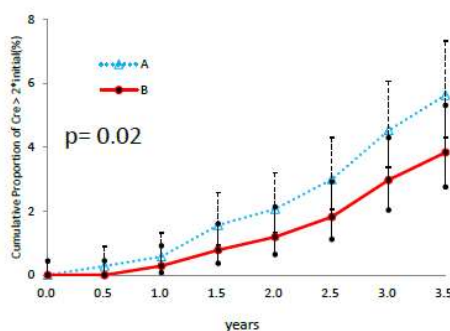
介入A群: CKD診療ガイドに則った診療、各地で地域連携ミーティング開催
介入B群: A群の内容に中断者受診促進支援、ITシステム、生活・食指導を追加

結果

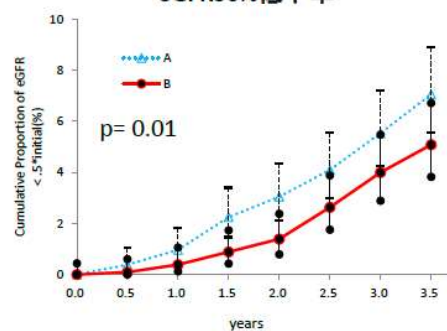
- ① 受診継続率、専門医への紹介率は、B群が有意に高かった
- ② 体重、血糖、血圧の目標達成率はB群の方が高かった
- ③ クレアチン2倍化率、eGFR50%低下率について、B群が有意に小さかった

Figure 4

血清クレアチニンの2倍化率



eGFR50%低下率



腎症悪化の要因分析：2年間で30%以上eGFRが低下する要因

分析対象者 n = 486, 103					分析対象者 n = 486, 103				
2018年度 特定健診情報	単変量解析 オッズ比 (95%信頼区間)	p値	多変量解析 オッズ比 (95%信頼区間)	p値	単変量解析 オッズ比 (95%信頼区間)	p値	多変量解析 オッズ比 (95%信頼区間)	p値	
年齢					尿蛋白				
60歳未満	基準 = 1		基準 = 1		-	基準 = 1	基準 = 1		
60歳以上65歳未満	0.97 (0.94, 1.00)	0.072	1.03 (0.95, 1.12)	0.512	±	1.25 (1.21, 1.30)	<0.001	1.18 (1.10, 1.27)	<0.001
65歳以上70歳未満	1.02 (0.98, 1.05)	0.35	1.20 (1.12, 1.28)	<0.001	1+	2.02 (1.94, 2.11)	<0.001	1.59 (1.45, 1.73)	<0.001
70歳以上	1.09 (1.04, 1.14)	<0.001	1.23 (1.13, 1.33)	<0.001	2+	5 (4.77, 5.25)	<0.001	3.84 (3.51, 4.21)	<0.001
性別					3+	13.02 (12.01, 14.10)	<0.001	8.9 (7.91, 10.01)	<0.001
男性	基準 = 1		基準 = 1		LDLコレステロール, mg/dl				
女性	0.94 (0.91, 0.98)	0.002	1.01 (0.94, 1.08)	0.803	100未満	基準 = 1	基準 = 1		
ヘモグロビンA1c, %					100以上120未満	0.82 (0.79, 0.85)	<0.001	0.81 (0.77, 0.86)	<0.001
5.6未満	1.12 (0.96, 1.29)	0.147	0.91 (0.72, 1.16)	0.463	120以上	0.74 (0.72, 0.76)	<0.001	0.72 (0.68, 0.76)	<0.001
5.6以上6.2未満	基準 = 1		基準 = 1		ヘモグロビン, g/dL				
6.2以上6.9未満	0.98 (0.93, 1.05)	0.617	0.99 (0.91, 1.08)	0.802	9未満	2.15 (1.66, 2.79)	<0.001	2.14 (1.26, 3.63)	0.005
6.9以上7.4未満	1.10 (1.03, 1.17)	0.005	1.02 (0.93, 1.12)	0.627	9以上11未満	2.56 (2.30, 2.85)	<0.001	2.4 (2.00, 2.89)	<0.001
7.4以上8.4未満	1.38 (1.28, 1.49)	<0.001	1.27 (1.15, 1.40)	<0.001	11以上13未満	1.98 (1.89, 2.07)	<0.001	1.98 (1.82, 2.15)	<0.001
8.4以上	2.76 (2.57, 2.96)	<0.001	2.37 (2.14, 2.62)	<0.001	13以上	基準 = 1	基準 = 1		
Body mass index (BMI), kg/m ²					分數 (保険者)		0.042 (0.024, 0.075)		
18.5未満	0.99 (0.89, 1.11)	0.879	0.94 (0.76, 1.16)	0.567	保険者数		1,825		
18.5以上25未満	基準 = 1		基準 = 1						
25以上	1.14 (1.11, 1.17)	<0.001	0.97 (0.93, 1.02)	0.191					
収縮期血圧, mmHg									
120未満	基準 = 1		基準 = 1						
120以上130未満	1.15 (1.10, 1.21)	<0.001	1.18 (1.11, 1.26)	<0.001					
130以上140未満	1.39 (1.33, 1.45)	<0.001	1.31 (1.23, 1.40)	<0.001					
140以上150未満	1.61 (1.53, 1.70)	<0.001	1.55 (1.43, 1.68)	<0.001					
150以上160未満	1.95 (1.85, 2.06)	<0.001	1.77 (1.61, 1.95)	<0.001					
160以上	2.59 (2.45, 2.74)	<0.001	2.16 (1.97, 2.37)	<0.001					

高齢、HbA1c高値、収縮期血圧高値、
尿蛋白あり、貧血が関連要因である。

令和4年度厚生労働省委託事業 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの効果検証等事業報告書より<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000786057.pdf>

生活習慣と2年後のeGFR の急激な低下との関連：年代別

2018・2020年度糖尿病該当者：n= 573,860

分析対象者 n =295, 073				
2018年度標準的問診票	40-59歳		60-74歳	
	オッズ比 (95%信頼区間)	p値	オッズ比 (95%信頼区間)	p値
十分な睡眠がとれていない	1.18 (1.07, 1.31)	0.001	1.09 (0.99, 1.21)	0.081
喫煙有	1.26 (1.13, 1.39)	<0.001	1.48 (1.33, 1.65)	<0.001
朝食抜き	1.36 (1.21, 1.53)	<0.001	1.40 (1.21, 1.62)	<0.001
運動習慣無	1.05 (0.93, 1.19)	0.447	1.31 (1.19, 1.45)	<0.001
就寝直前の夕食	1.04 (0.94, 1.15)	0.437	1.07 (0.96, 1.19)	0.216
多量飲酒	0.79 (0.70, 0.90)	<0.001	1.06 (0.94, 1.21)	0.351

多重ロジスティック回帰分析
従属変数：2年後のeGFR30%以上低下
調整変数：性別、BMI、既往歴（心臓病、脳卒中、腎不全）、貧血、低密度リポ蛋白、収縮期血圧、ヘモグロビンA1C、糖尿病治療薬、降圧薬、脂質低下薬、クレメジン、非ステロイド性抗炎症薬、糖尿病性腎症の処方薬

令和4年度厚生労働省委託事業 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの効果検証等事業報告書より<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000786057.pdf>

第1段 生活習慣の改善

糖尿病ととくに関連の深い指標を援用

	糖尿病	目標	指標
栄養・食生活	発症予防 重症化予防	適正体重を維持している者の増加 (肥満の減少)	BMI18.5 以上 25 未満の者の割合
身体活動 ・運動	発症予防 重症化予防	日常生活における歩数の増加	1日の歩数の平均値(年齢調整値)
		運動習慣者の増加	運動習慣者の割合(年齢調整値)
休養・睡眠	発症予防 重症化予防	睡眠で休養がとれている者の増加	睡眠で休養がとれている者の割合
		睡眠時間が十分に確保できている者の増加	睡眠時間が6～9時間
飲酒	発症予防 重症化予防	生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の減少	1日当たりの純アルコール摂取量が 男性 40g以上、女性 20g以上の者の割合
喫煙	重症化予防	喫煙率の減少(喫煙をやめたい者がやめる)	20 歳以上の者の喫煙率

17

第1→2段 早期発見 早期介入(特定健診・特定保健指導)

第2段 包括的なリスク管理(アウトカム評価)

第3段 重症化予防

	目標	指標	保険者 (国保、被用者保険)	都道府県
重症化 予防	糖尿病の合併症(糖尿病腎症)の減少	糖尿病腎症の年間新規 透析導入患者数	KDB 人工透析	KDB (人工透析、腎不全)×糖尿病 主要死因別標準化死亡比(SMR) 日本透析医学会「わが国の慢性透析療 法の現況 新規導入患者 原疾患:糖 尿病性腎症(2017～2022年末) (pdfファイル 123 KB)」
包括的な リスク管理	治療継続者の増加	治療継続者の割合	KDB(FBR)	市町村FBRの集計にて推計
	血糖コントロール不良 者の減少	HbA1c8.0%以上の者 の割合	KDB(FBR)	NDBオープンデータ 【NDB】NDBオープンデータ 厚生労働省 (mhlw.go.jp) 標準化該当比
発症予防 早期発見・ 早期介入	特定健康診査の実施率 の向上	特定健康診査の実施率	法定報告値	特定健診・特定保健指導について 厚生労働省 (mhlw.go.jp)
	特定保健指導の実施率 の向上	特定保健指導の実施率	法定報告値	
	糖尿病有病者の増加の 抑制	糖尿病有病者数	KDB(FBR) 健康スコアリング	国民健康・栄養調査(都道府県分) NDBオープンデータ

18

内容

- 糖尿病領域の基本的な考え方と目標
- ロジックモデルとその根拠
- 糖尿病領域のアクションプラン

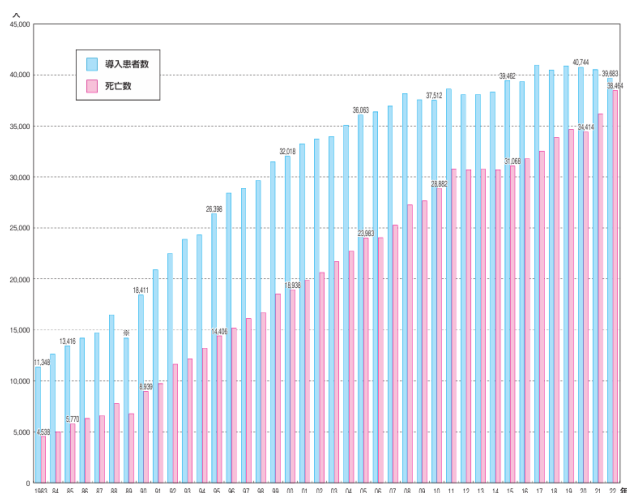
全国での取組の推進(重症化予防)

全国での取組の推進(特定健診・保健指導 データヘルス計画)

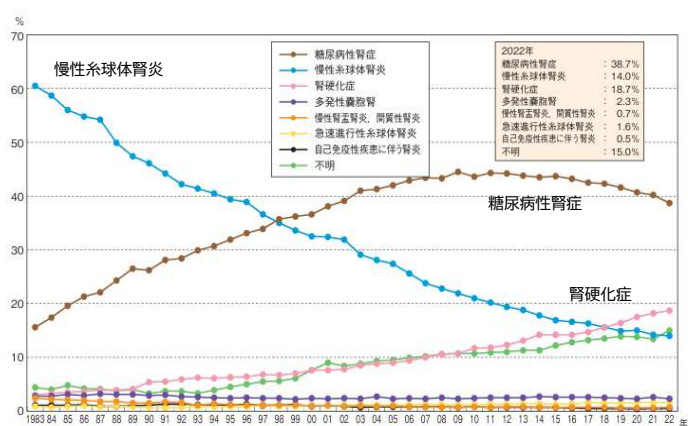
地域・職域連携、健康経営

目標:糖尿病の合併症(糖尿病腎症)の減少

透析導入患者数および死亡患者数の推移

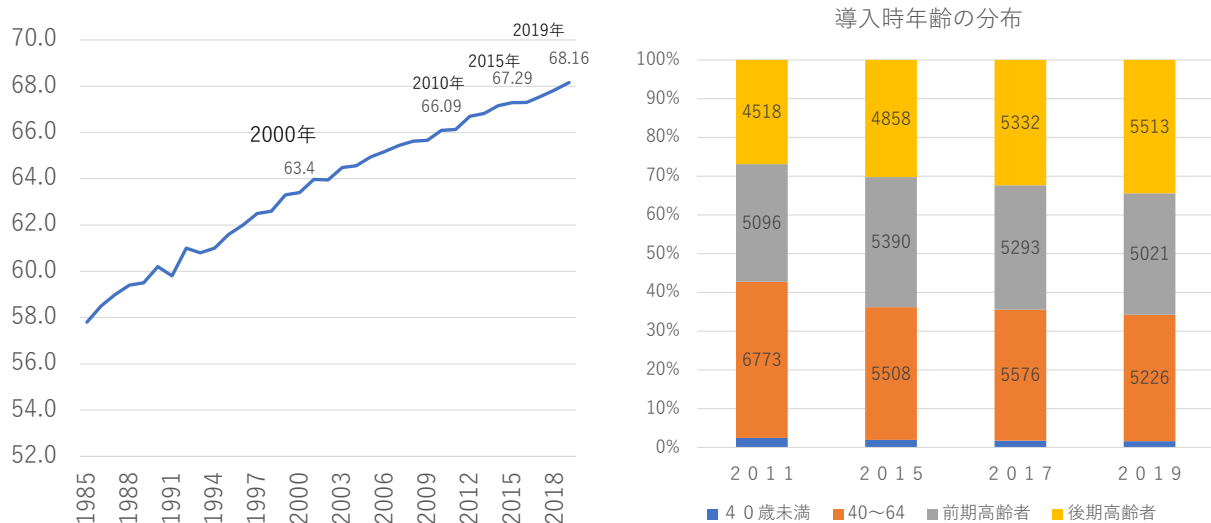


透析導入患者 原疾患の割合の推移



糖尿病性腎症による透析導入時の平均年齢・年齢分布の推移

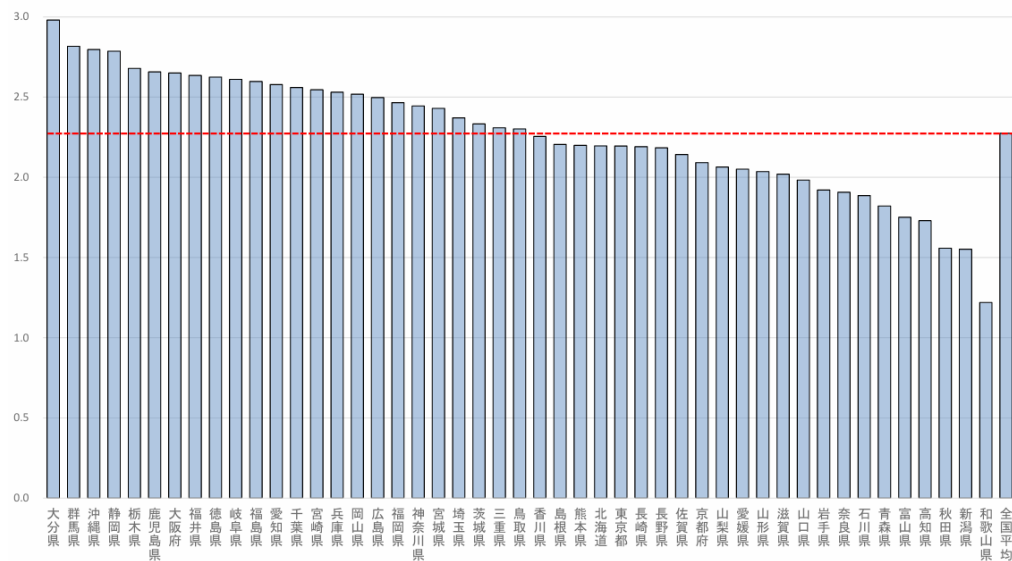
2011年と2019年の比較：透析導入患者数は16,801人⇒16,019人（Δ 782人）
75歳未満の透析導入患者数は12,283人⇒10,506人（Δ1,777人）



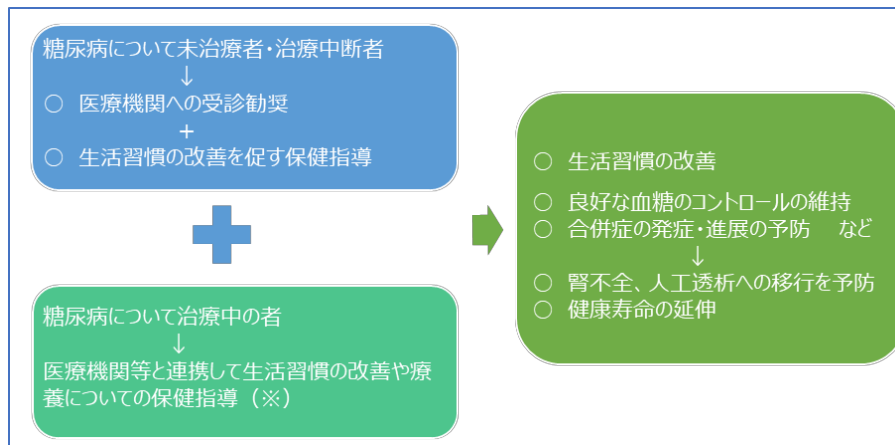
一般社団法人 日本透析医学会 「わが国の慢性透析療法の現況」から作図

令和6年度保険者努力支援制度（都道府県分）重症化予防のマクロ的評価

年齢調整後新規透析導入患者数(対被保険者1万人)



糖尿病性腎症重症化プログラム（令和6年度版） 健診・レセプトデータを活用した事業対象者の明確化



レセプトにて 糖尿病治療の有無を確認
健診データにて 血糖の状況(HbA1c)、腎障害(尿蛋白、eGFR)、高血圧の有無(治療状況)
保健事業の枠組みを活用した生活習慣改善支援・受診継続支援

2019年度版



「まだ手掛けていない自治体が『これならできそう』と、勇気を持てる手引きに」

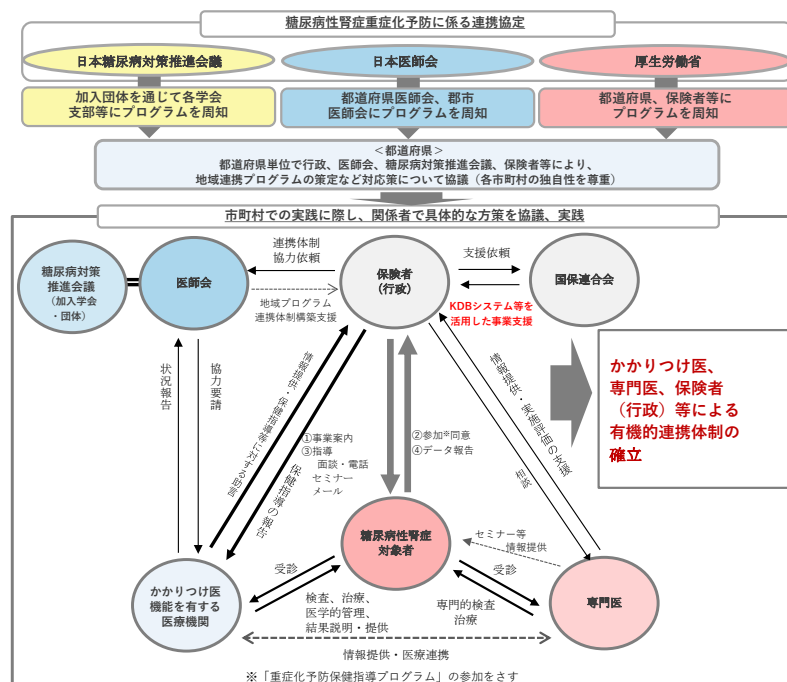


2024年度版

取組を進めている自治体が、より着実に『効果を実感できる重症化予防へ』

23

関係者の役割と連携



24

重症化予防事業とFBRとの活用例

所内体制

地域連携

事業計画

事業実施

事業評価

次年度事業の修正

FBR作成ツールで作成できる表一覧

FBR作成ツールでは、下記の表1～7を作成することができます。

表1「健診受診者のうち、糖尿病・高血圧・腎機能低下者の数、有病率(年次推移)(P14)

地域全体の健康課題の傾向を把握する
地域の全体像を見る表です。年次推移

表2「糖尿病・高血圧の受診状況・検査結果」

健診受診者全体の状況を把握して、健診受診者全体の状況をながめ、想つかえます。

表3「糖尿病性腎症重症化予防事業の対象者」

糖尿病性腎症重症化予防事業の対象者(糖尿病・高血圧・腎機能低下者)を色分けして見(表3)が作成されます。

表4「HbA1c6.5%以上の者におけるHbA1c6.5%以上の者の血圧や腎機能」

糖尿病性腎症重症化予防事業の対象者(糖尿病・高血圧・腎機能低下者)を色分けして見(表3)が作成されます。

表5「重症化予防(受診勧奨)対象者の状況」

糖尿病性腎症重症化予防事業の対象者(糖尿病・高血圧・腎機能低下者)を色分けして見(表3)が作成されます。

表6「糖尿病ありの者の追跡・医療機関」

糖尿病性腎症重症化予防事業の対象者(糖尿病・高血圧・腎機能低下者)を色分けして見(表3)が作成されます。

表7「重症化予防事業実施者数と事業」

糖尿病性腎症重症化予防事業の対象者(糖尿病・高血圧・腎機能低下者)を色分けして見(表3)が作成されます。

表1～7の能力・考え方についてはP14より解説します。

5. 重症化予防(受診勧奨)対象者の、2年後の受診等の状況

受診勧奨対象年度 2020年度

受診勧奨状況の推移年度 2022年度

受診勧奨者の受診勧奨率の推移年度 2022年度

出力基準年度	2022年度
事業対象者数	9999 1234567
受診勧奨率	9999 1234568
受診勧奨率	9999 1234569
受診勧奨率	9999 1234570
受診勧奨率	9999 1234571
受診勧奨率	9999 1234572

<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001226153.pdf>

25

腎臓を守るために・・・腎症病期ごとの対応

	健診データ	状態と介入目的	具体的な介入方法	医療機関での対応	評価
第1～2期	糖尿病 かつ 尿蛋白 (±)以下	早期腎症の発見 腎症の発症予防	HbA1c、血圧の状況に 応じた対応 第1期では糖尿病管理、 第2期ではそれに加え腎 症改善に重点をおいた 指導	Cr、尿蛋白・尿アルブミン測 定による病期確定 血糖、血圧管理 網膜症等合併症検査 第2期：自施設にて指導困 難な場合、糖尿病専門医紹 介もしくは腎症保健指導紹 介	行動変容 血圧、血糖、 脂質、BMI、 喫煙、
第3期	糖尿病 かつ 尿蛋白 (+)以上	顕性腎症 腎機能低下防止	受診勧奨と受診状況の 確認 医師と連携した保健指 導 減塩、減酒等の食生活 改善、禁煙、肥満者では 減量、身体活動の維持	Cr、尿蛋白・尿アルブミン測 定による病期確定 血糖、血圧管理 網膜症等合併症検査 腎排泄性薬剤の見直し 保健指導の留意点指示 腎臓専門医への紹介を考 慮する	受療状況 生活習慣 血糖、血圧、 脂質、喫煙、 腎機能
第4期	糖尿病 かつ eGFR30 未満	透析直前期 透析導入時期の 延伸	強力な受診勧奨と受診 確認、治療中断防止	血圧・血糖管理 腎排泄性薬剤の変更 腎臓専門医への紹介	受診につな がった割合



平成30年度 糖尿病性腎症重症化予防の推進に向けた広報事業③動画



○厚生労働省公式YouTubeにて、公開中
「知って備えよう! 糖尿病性腎症」
(約13分)

※ 音声はついておりません。

動画QRコード



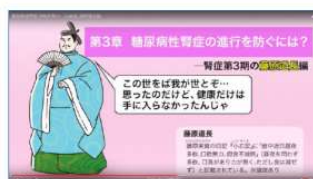
第1章 糖尿病性腎症とは?

- 腎臓の仕組み
- 腎臓の主な働き
- 糖尿病性腎症の経過



第2章 糖尿病性腎症を予防するには?

- 糖尿病性腎症の主な検査項目
- 糖尿病性腎症の発症経過
- 糖尿病性腎症の予防方法
- 生活習慣改善のポイント



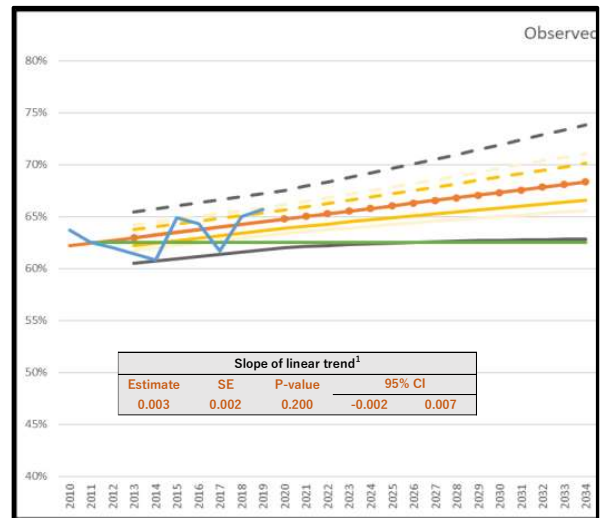
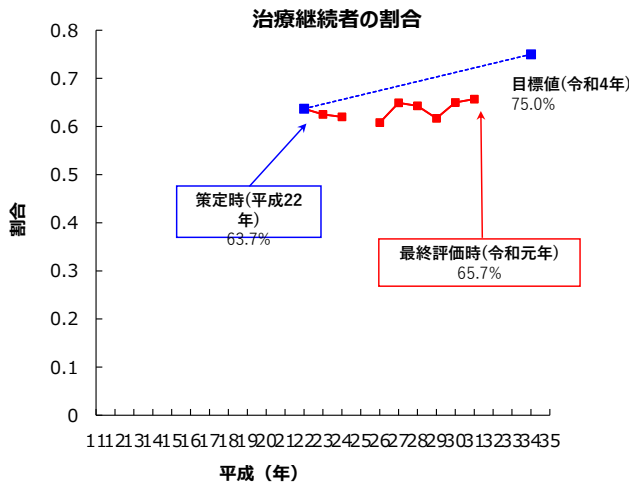
第3章 糖尿病性腎症の進行を防ぐには?

- 糖尿病性腎症の病期分類
- 糖尿病性腎症の主な症状
- 糖尿病性腎症の治療方法
- 新規人工透析導入の原疾患の割合

動画URL : <https://www.youtube.com/watch?v=-uaISwwetOg>

目標:治療継続者の割合の増加

第二次の最終評価

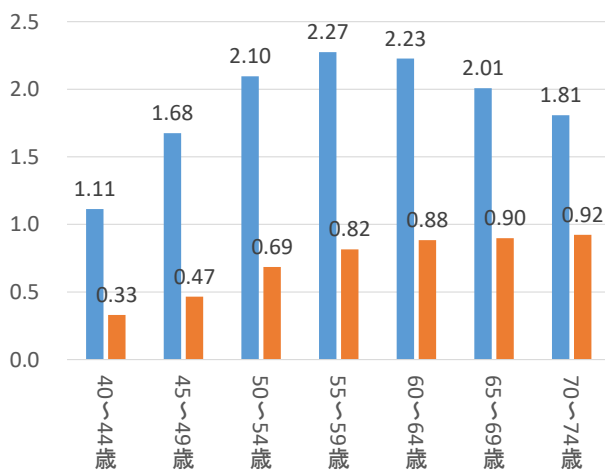


目標:血糖コントロール不良者の減少

HbA1c 8.0%以上の割合

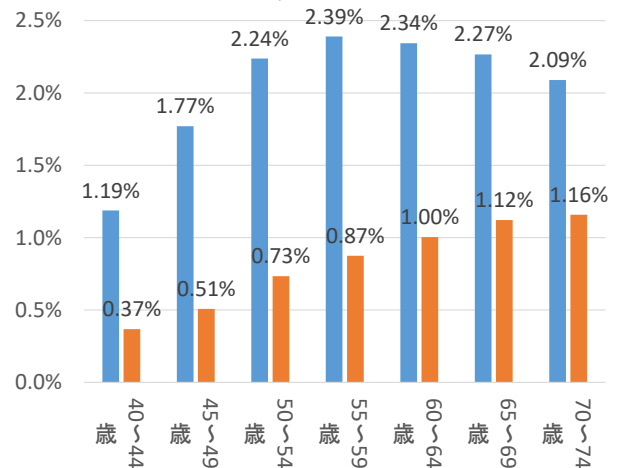
(令和元年度第7回NDBオープンデータより)

(%)
■ 男 ■ 女



第8回NDBオープンデータ 令和2年度

■ 男性 ■ 女性



健診からの対象者選定のためのカテゴリー化(大規模実証FBRツール・令和6年度版プログラム)

		腎機能												総計
		eGFR<45または尿蛋白(+)以上				45≦eGFR<60または尿蛋白(=)				60≦eGFRかつ尿蛋白(-)				
		血圧区分												
		治療中	血圧高値 治療なし	正常範囲	合計	治療中	血圧高値 治療なし	正常範囲	合計	治療中	血圧高値 治療なし	正常範囲	合計	
H b A 1 c (%)	8.0以上	321	563	518	1,402	305	375	563	1,243	575	916	1,301	2,792	5,437
	7.0~7.9	921	785	976	2,582	1,200	1,084	1,785	4,069	2,552	2,027	3,651	8,230	14,881
	6.5~6.9	1,707	923	1,384	4,014	3,363	1,913	3,536	8,812	6,502	3,993	7,443	17,938	30,764
	6.5未満	26,821	12,061	22,557	61,439	74,549	43,050	103,462	221,061	155,140	109,338	308,645	573,123	855,623
	合計	29,670	14,332	25,435	69,437	79,417	46,422	109,346	235,185	164,769	116,274	321,040	602,083	906,705

青枠：健診・レポート情報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、高血圧対策としての受診勧奨・保健指導等が必要に応じて行う）

特定健診受診者において
糖尿病服薬者の人数
服薬の有無別に
健診データのランク別人数を示す
(HbA1c、血圧、腎機能)

原病別薬使用者（人）		腎機能												総計
		eGFR<45または尿蛋白(+)以上				45≦eGFR<60または尿蛋白(=)				60≦eGFRかつ尿蛋白(-)				
		血圧区分												
		治療中	血圧高値 治療なし	正常範囲	合計	治療中	血圧高値 治療なし	正常範囲	合計	治療中	血圧高値 治療なし	正常範囲	合計	
H b A 1 c (%)	8.0以上	1,290	162	324	1,776	1,150	191	488	1,838	2,178	533	1,471	4,182	7,796
	7.0～7.9	2,870	285	588	3,743	3,614	542	1,424	5,580	6,913	1,500	4,281	12,694	22,017
	6.5～6.9	2,550	213	492	3,255	3,809	512	1,559	5,880	7,181	1,434	4,235	12,850	21,985
	6.5未満	3,287	184	485	3,956	4,880	535	1,598	7,013	9,003	1,395	4,694	15,092	26,061
	合計	9,997	844	1,889	12,730	13,462	1,780	5,069	20,311	25,275	4,862	14,681	44,818	77,859

糖尿病薬服用中の場合にはHbA1c<6.5%も「糖尿病」対策の対象。糖尿病治療中で主治医があるため、高血圧未治療でも受診勧奨ではなく保健指導とする。

保健指導Ⅰ	61,965人	受診勧奨Ⅰ	18,623人	CKD対策	282,500人
保健指導Ⅱ	28,179人	受診勧奨Ⅱ	8,193人	高血圧受診勧奨	164,449人
保健指導Ⅲ	5,061人	受診勧奨Ⅲ	6,920人		

糖尿病治療継続者の評価案

1) HbA1c $\geq$ 7.0% の中で
服薬ありの者の割合: 59.5%

(7,796+22,017) / (5,437+14,881+7,796+22,017)

2) HbA1c $\geq$ 8.0% の中で
服薬あり者の割合: 58.9%

7,796 / (5,437+7,796)

3) HbA1c $\geq$ 6.5% の中で
服薬あり者の割合: 50.3%

(6.5≦HbA1c<7.0%の場合、医療機関を受診していても
糖尿病薬処方がないことが比較的多い点に留意)

標準化該当比

NDBオープンデータから作成

<埼玉県> 令和2年度 特定健康診査

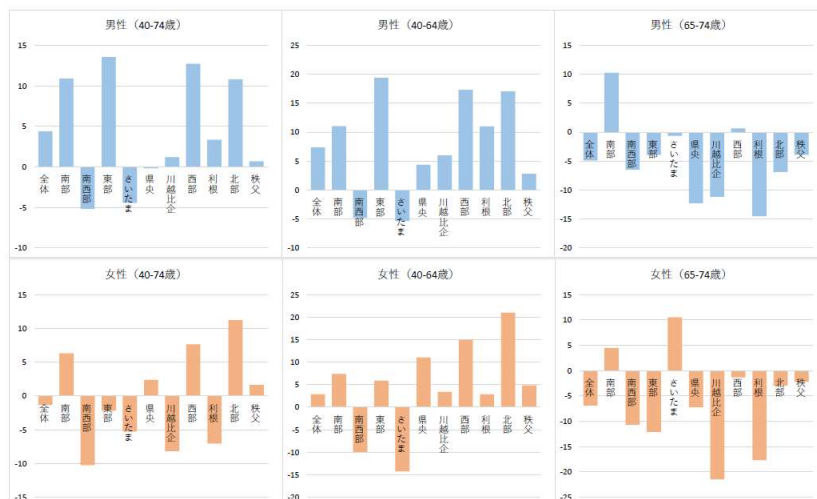
【HbA1c $\geq$ 8.0%】

グラフの縦軸の値：標準化該当比-100（縦軸の範囲はグラフに合わせ変動するので比較時には注意）

※解釈：基準集団との比較から期待される該当者数よりも、実際に観察された該当者数が〇〇%多い／少ない

標準化該当比（対全国）-100

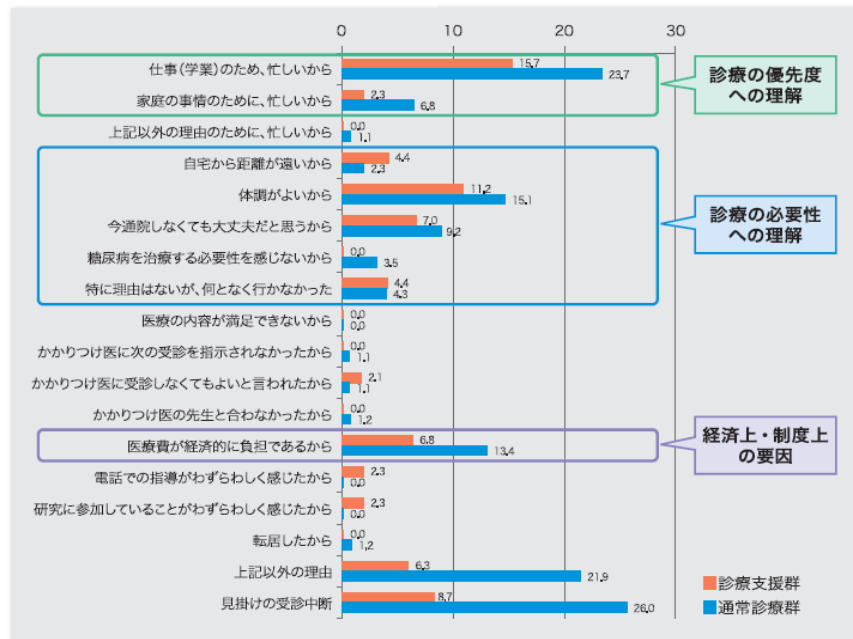
第8回NDBオープンデータより作成



<https://ktsushita.com/index.php/kenkyuhan-tiiki04/>

図. 1,000 人年当たりの受診中断理由数 (J-DOIT2 全体*, 複数回答可)

*パイロット研究+大規模研究、回答率：87/225=38.7%



糖尿病受診中断対策包括ガイド(厚労科研 J-DOIT2)の提言 (H26.5)

○ 受診継続を促す環境の構築

- ・初診の糖尿病の患者に、継続的に受診が必要であることを伝える。
- ・医療に対する満足度の向上、**栄養指導、療養指導は受診中断の減少に有効**である。
- ・過去に受診中断した人には受診中断した理由を尋ねる。
- ・残薬がある場合には、医療費が**経済的に負担**である可能性を考慮する。
- ・**受診勧奨**(電話、はがき、メール、実施者は医療施設、医療保険者、産業医の三者)
- ・雇用者に対する被雇用者の受療確認、および受療促進

最近の追加事項

IoTの活用

○ 患者の時間的負担、手間を軽減

- ・若年者には可能な範囲で受診時間の融通性を高くする。

オンラインの活用

○ 経済的負担の軽減

- ・医療費が経済的に負担である場合は、より薬価の低い薬剤や後発医薬品を考慮
- ・薬剤を中止できそうな場合も、その後の受診中断の可能性を考慮して慎重に判断する。

データヘルス計画
重症化予防事業

○ 転医や病診連携も多いことから、受診中断の減少は医療機関のみでは達成できない。

病院や診療所を離れた仕組みを各地域の実情に合わせて構築する必要がある。

保険者等による受診のチェックと受診勧奨、療養(保健指導)の実施、このような仕組みにインセンティブを付与する。

標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版) フィードバック文例集

⇒血圧については P.128 を参照

健診判定		対応	
異常 ↑	受診勧奨判定値を 超えるレベル	収縮期血圧 $\geq 160\text{mmHg}$ 又は拡張期血圧 $\geq 100\text{mmHg}$ 又は $140\text{mmHg} \leq \text{収縮期血圧} < 160\text{mmHg}$ 又は $90\text{mmHg} \leq \text{拡張期血圧} < 100\text{mmHg}$	① すでに医療機関の受診を ② 生活習慣を改善する努力をした上で、 数値が改善しないなら医療機関の受診を
	保健指導判定値を 超えるレベル	$130\text{mmHg} \leq \text{収縮期血圧} < 140\text{mmHg}$ 又は $85\text{mmHg} \leq \text{拡張期血圧} < 90\text{mmHg}$	③ 特定保健指導の積極的な 活用と生活習慣の改善を
	保健指導判定値 未満のレベル	収縮期血圧 $< 130\text{mmHg}$ かつ 拡張期血圧 $< 85\text{mmHg}$	④ 生活習慣の改善を
	正常		⑤ 今後も継続して健診受診を

⇒脂質については P.133 を参照

健診判定		対応	
異常 ↑	受診勧奨判定値を 超えるレベル	LDL-C $\geq 180\text{mg/dL}$ 又は TG $\geq 500\text{mg/dL}$ (※空腹時、随時を問わない) $140\text{mg/dL} \leq \text{LDL-C} < 180\text{mg/dL}$ 又は $300\text{mg/dL} \leq \text{TG} < 500\text{mg/dL}$ (※空腹時、随時を問わない)	① 早期に医療機関の受診を
	保健指導判定値を 超えるレベル	$120\text{mg/dL} \leq \text{LDL-C} < 140\text{mg/dL}$ 又は 空腹時 150mg/dL (随時 175mg/dL) $\leq \text{TG} < 300\text{mg/dL}$ 又は HDL-C $< 40\text{mg/dL}$	③ 特定保健指導の積極的な 活用と生活習慣の改善を
	基準範囲内	LDL-C $< 120\text{mg/dL}$ かつ TG $< \text{空腹時 } 150\text{mg/dL}$ (随時 175mg/dL) かつ HDL-C $\geq 40\text{mg/dL}$	④ 生活習慣の改善を
	正常		⑤ 今後も継続して健診受診を

⇒血糖については P.139 を参照

健診判定			対応			
異常 ↑ 						

*1 標準的な質問票、2 a. 血糖を下げる薬又はインスリン注射の使用の有無 に対する回答による。

健診結果を通知する際に同封できる用紙例

- イラストを入れたり、受診者が該当する表中の箇所丸をつける等、より理解が進むように適宜工夫して使用してください。
- 健診受診者及び医療関係者が、受診目的等を共有することが可能となるとともに、医療関係者への周知・啓発につながる事が期待されます。

特定健康診査で血糖高値のため医療機関の受診を勧められています。

※医療機関受診時、この用紙をご持参ください。

空腹時血糖 () mg/dl

随時血糖 () mg/dl

HbA1c () % (NGSP)

※ やむを得ず空腹時以外において採血を行い、HbA1c を測定しない場合は、測定後血糖値を随時血糖により補正を行うこととする。なお、空腹時は起床 10 時間以上、測定後は食事開始時から 3.5 時間経過とする。(特定健診・保健指導プログラム(令和6年度版))

厚生労働省健康局の策定した「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)」
P.139 フィードバック文例集では、以下のように医療機関での対応をお勧めしています。

健診判定	HbA1c (NGSP %)	対応			
		糖尿病治療中*	糖尿病未治療*	糖尿病治療中*	糖尿病未治療*
異常 ↑	126～	6.5～	1 受診勧奨、血糖 マネジメントにつ いて確認・相談を 受診を	2 定期的に医療機 関を受診していな ければすぐに医療 機関受診を	3 受診勧奨、血糖 マネジメントにつ いて確認・相談を 受診を
異常 ↑	110～125	6.0～6.4	4 受診勧奨	5 特定保健指導の 積極的な活用と生 活習慣の改善を、 また、精密検査を 推奨	6 受診勧奨
	100～109	5.6～5.9	7 生活習慣の改善を ぜい精密検査を	8 生活習慣の改善を リスクの重症等あ れば精密検査を	9 生活習慣の改善を リスクの重症等あ れば精密検査を
正常 ↓	～99	～5.5	10 今後も継続して 健診受診を	11 今後も継続して 健診受診を	12 今後も継続して 健診受診を

大規模実証：糖尿病性腎症重症化予防プログラムの介入効果の検証

【目的】糖尿病性腎症重症化予防プログラムの効果を明らかにする。

【分析対象】193市町村、
プログラム実施 99市町村、非実施 94市町村

【活用データ】
国保データベース(KDB)システムのデータ
実施自治体の介入者リスト

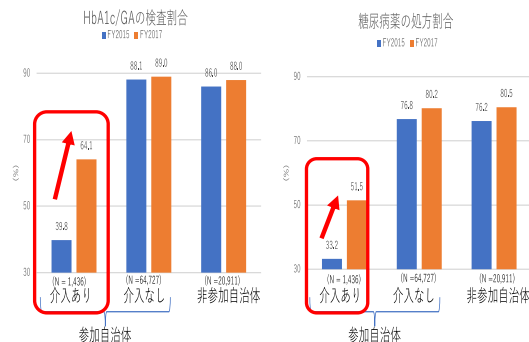
【分析方針】
介入(①受診勧奨、②保健指導、③受診勧奨＋保健指導)を受けた者の医療機関受診、検査値等の指標の変化を分析

【結果】

- プログラムによる介入を行った集団では、介入後に糖代謝指標の検査の実施割合と糖尿病治療薬の処方の実施割合が増加していた。
- eGFR低下や新規透析導入等の腎アウトカムについては有意差が得られなかった。
- 市町村による抽出基準やプログラムの多様性が見られ、eGFRの変化割合に市町村間差がみられた。

HbA1c/グリコアルブミン検査の
医療機関での実施割合

糖尿病治療薬の処方の実
施割合



第8次医療計画 糖尿病の医療体制構築に係る現状把握のための指標例

	糖尿病の予防	糖尿病の治療・重症化予防	糖尿病合併症の 発症予防・治療・重症化予防
ストラクチャー		糖尿病専門医が在籍する医療機関数 (人口10万人当たり)	腎臓専門医が在籍する医療機関数 (人口10万人当たり)
		糖尿病療養指導士が在籍する医療機関数 (人口10万人当たり)	歯周病専門医が在籍する医療機関数 (人口10万人当たり)
		1型糖尿病に対する専門的治療を行う医療機関数	糖尿病網膜症に対する専門的治療を行う 医療機関数(人口10万人当たり)
		妊娠糖尿病・糖尿病合併妊娠に対する 専門的な治療を行う医療機関数	糖尿病性腎症に対する専門的治療を行う 医療機関数(人口10万人当たり)
			糖尿病足病変に対する専門的治療を行う 医療機関数(人口10万人当たり)
プロセス	● 特定健診受診率	糖尿病患者の年齢調整外受療率	● 眼底検査の実施割合
	特定保健指導実施率	● HbA1cもしくはGA検査の実施割合	● 尿中アルブミン・蛋白定量検査の実施割合
		インスリン治療の実施割合	クレアチニン検査の実施割合
		糖尿病透析予防指導及び糖尿病合併症管理の実施割合	
		外来栄養食事指導の実施割合	
アウトカム	糖尿病予備群の者の数	糖尿病治療を主にした入院患者数の発生 (DKA・昏睡・低血糖などに限定) (糖尿病患者1年当たり)	治療が必要な糖尿病網膜症の発生 (糖尿病患者1年当たり)
	糖尿病が強く疑われる者の数	治療継続者の割合	● 糖尿病性腎症による新規人工透析導入患者数
		重症低血糖の発生 (糖尿病患者1年当たり)	● 糖尿病患者の下肢切断術の発生 (糖尿病患者1年当たり)
	● 特定健診での受診勧奨により実際に医療機関へ受診した糖尿病未治療患者の割合		
	(●は重点指標)	● 糖尿病患者の年齢調整死亡率	

37

令和6年度診療報酬改定 Ⅲ-5 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進

生活習慣病に係る疾病管理のイメージ

○ 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組のイメージは以下のとおり。

治療に係る情報についての療養計画書を用いた説明

医療DXを活用した情報共有の推進

診療ガイドライン等を参考とした質の高い疾病管理

歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士等による多職種連携

糖尿病患者に対する歯科受診の推奨

リフィル処方及び長期処方の活用

(厚生労働省保険局資料 令和6年3月)

○運動

運動処方:種類(ウォーキング・時間(30分以上・)、頻度(ほぼ毎日・週 日)強度(息がはずむが会話が可能な強さ or 脈拍 拍/分 or)

日常生活の活動量増加(例:1日1万歩・) 担当者の氏名 (印)

運動時の注意事項など()

生活習慣病療養計画書(厚生労働省)

(別紙様式)

生活習慣病 療養計画書 初回用 (記入日: 年 月 日)

患者氏名: (男・女) 主病: 糖尿病 高血圧症 脂質異常症

生年月日: 明・大・昭・平・令 年 月 日生(才)

ねらい:検査結果を理解できること・自分の生活上の問題点を抽出し、目標を設定できること

【目標】

①達成目標:患者と相談した目標

②行動目標:患者と相談した目標

【重点を置く領域と指導項目】

食事摂取量を適正にする 食事・調味料を控える

野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす 外食の際の注意事項()

油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす ③その他()

④食事: ⑤減らす(種類・量)を減らす ⑥回()

⑦間食: ⑧減らす(種類・量)を減らす ⑨回()

⑩食べ方: (ゆっくり食べる・その他())

⑪食事時間: 朝食、昼食、夕食を規則正しくとる

⑫運動処方:種類(ウォーキング・)、時間(30分以上・)、頻度(ほぼ毎日・週 日)強度(息がはずむが会話が可能な強さ or 脈拍 拍/分 or)

⑬日常生活の活動量増加(例:1日1万歩・)

⑭運動時の注意事項など()

⑮非喫煙者である

⑯禁煙・節煙の有効性 ⑰禁煙の実施方法等

⑱仕事 ⑲余暇 ⑳睡眠の確保(質・量) ㉑減量

㉒家庭での計測(歩数、体重、血圧、腹囲等) ㉓その他()

【血液検査項目】(採血日 月 日) ㉔総コレステロール (mg/dl)

㉕血糖(空腹時 随時 ⑳時間) ㉖中性脂肪 (mg/dl)

㉗HbA1c: (%) ㉘HDLコレステロール (mg/dl)

㉙LDLコレステロール (mg/dl)

㉚その他()

※血液検査結果を手交している場合は記載不要 ㉛その他()

【その他】

㉜栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満)

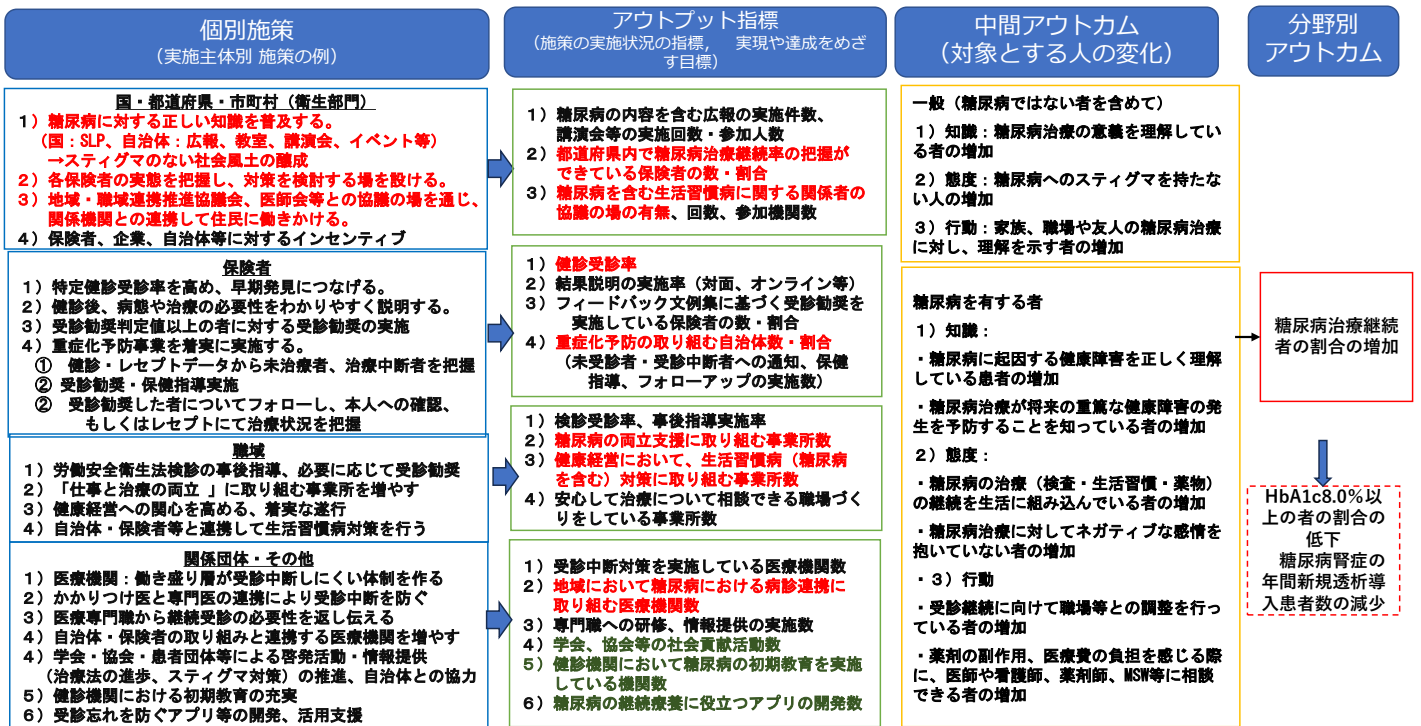
㉝その他()

※実施項目は、㉞にチェック、()内には具体的に記入

患者署名 医師氏名

38

ロジックモデル＜糖尿病治療継続者の増加＞



有疾患も安心して働けるように

厚生労働省 「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」

がん、脳卒中、糖尿病
肝疾患、難病、心疾患について
留意事項

★◎ Q46. 私病等を持つ従業員への復職支援、就業と治療の両立支援としてどのような取り組みを行っていますか。（いくつでも）

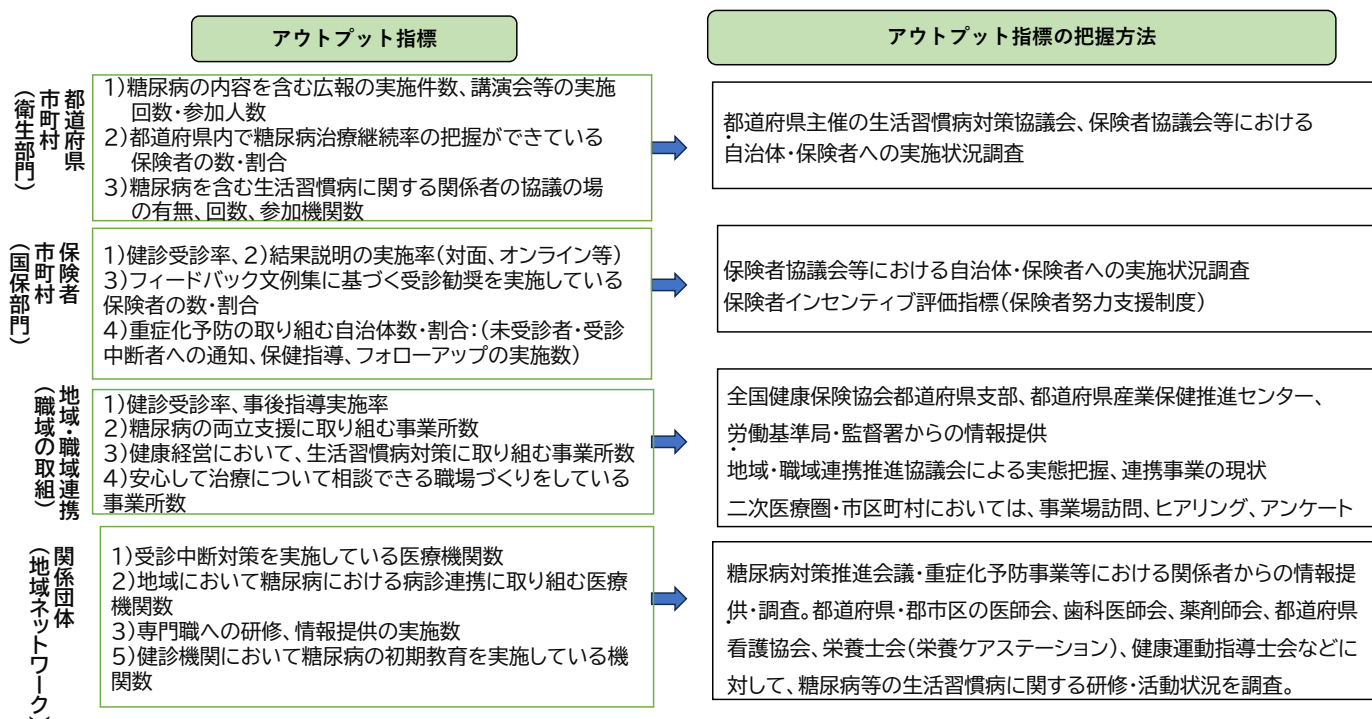
- ◆研修・情報提供に関する取り組みは除きます。
- ◆メンタルヘルス不調に限定した取り組みは除きます。Q57でお答えください。

＜私病等を持つ従業員への復職支援に関する取り組み＞	
☐	1 産業医の意見の聴取等により復職に向けた支援体制・計画を整備している
☐	2 休業期間中や復職後における相談窓口の設置や支援体制の構築を行っている
☐	3 慣らし運転的復職を始めるための勤務制度を整備している (例：短時間勤務、試し出勤制度、リハビリ勤務等)
＜私病等を持つ従業員への就業と治療の両立支援に関する取り組み＞	
☐	4 両立支援に関する相談体制や対応手順を整備している
☐	5 本人の状況を踏まえた働き方（配置・勤務内容・勤務時間・勤務地等）を策定している
☐	6 治療に配慮した休暇制度や勤務制度を整備している (例：時間単位年次休暇、病気休暇、通院時間の就業時間認定、時差出勤、在宅勤務等)
☐	7 復職する部門の上司に対する、両立支援への理解を促すための教育・定期面談等を実施している
☐	8 団体保険等により治療費の補助や休業補償の支給を行っている（健保組合等保険者からの一時金は除く）
☐	9 病気の治療と仕事の両立に向けた定期的な面談・助言を実施している
☐	10 その他
☐	11 いずれも特に行っていない ⇒評価項目不適合

事業場における治療と仕事の
両立支援のためのガイドライン

令和3年3月改訂版
厚生労働省

アウトプット指標の把握方法：糖尿病治療継続者の増加（自治体が把握可能なもの）



中間アウトカム（対象とする人の変化）

対象とする人の変化指標の把握方法

一般(糖尿病ではない者を含めて)

- 1) 知識: 糖尿病治療の意義を理解している者の増加
- 2) 態度: 糖尿病へのスティグマを持たない人の増加
- 3) 行動: 家族、職場や友人の糖尿病治療に対し、理解を示す者の増加

糖尿病(生活習慣病)予防の啓発事業におけるアンケート

糖尿病を有する者

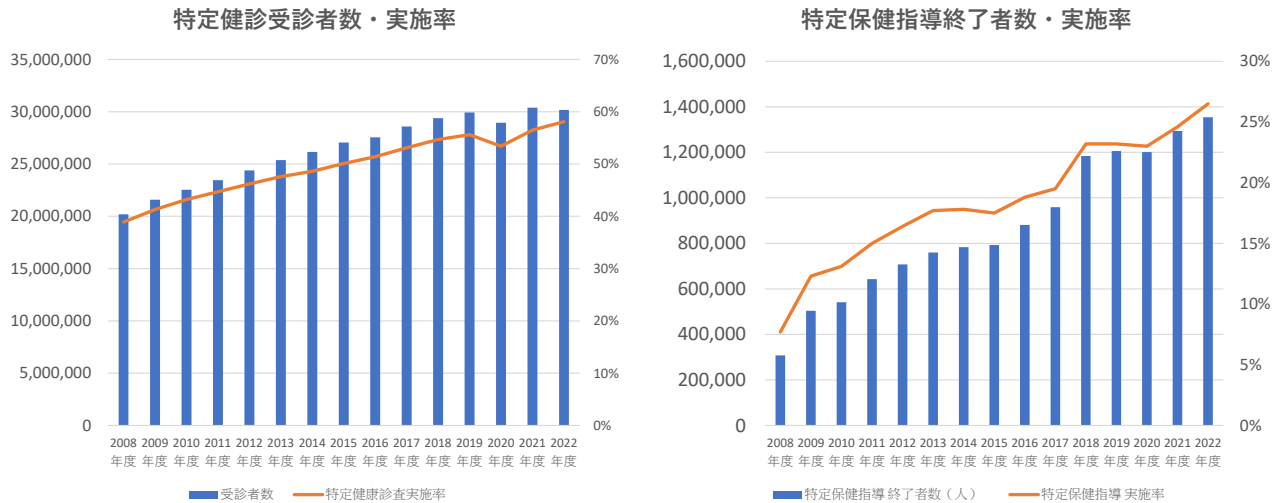
- 1) 知識:
 - ・糖尿病に起因する健康障害を正しく理解している患者の増加
 - ・糖尿病治療が将来の重篤な健康障害の発生を予防することを知っている者の増加
- 2) 態度:
 - ・糖尿病の治療(検査・生活習慣・薬物)の継続を生活に組み込んでいる者の増加
 - ・糖尿病治療に対してネガティブな感情を抱いていない者の増加
- 3) 行動
 - ・受診継続に向けて職場等との調整を行っている者の増加
 - ・薬剤の副作用、医療費の負担を感じる際に、医師や看護師、薬剤師、MSW等に相談できる者の増加
 - ・治療継続率の向上

特定健診における結果説明
 糖尿病予防教室
 特定保健指導参加者
 糖尿病重症化予防事業対象者
 に対する、実施前後でのアンケート調査で比較

ハイリスク対象者の治療開始の確認(レセプト)
 KDB(FBR)

目標:発症予防:特定健診・特定保健指導

特定健診・保健指導参加者数と実施率の推移(2008～2022年度)

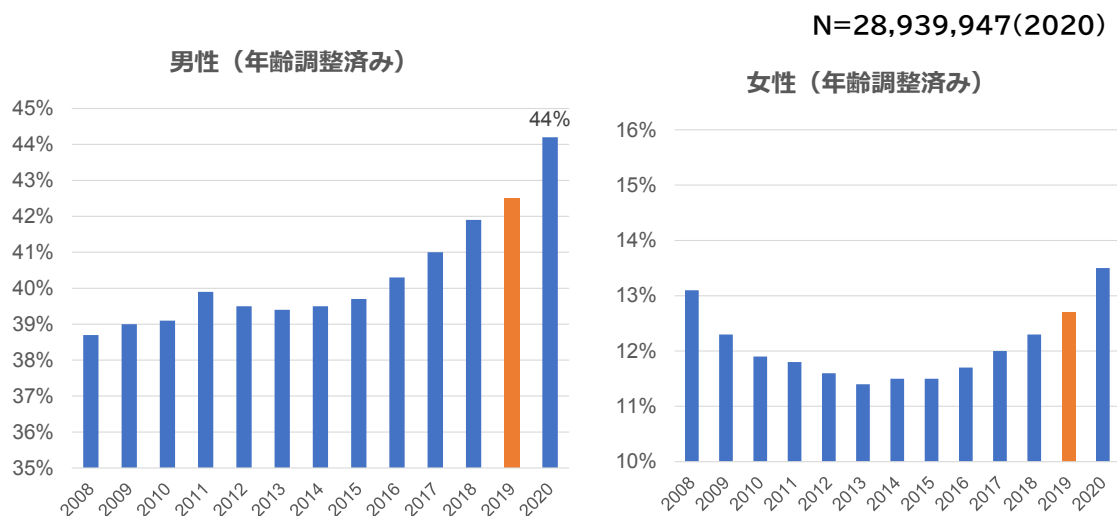


(厚生労働省 「2022年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況について」より作図)

43

目標:発症予防:メタボリックシンドローム・予備群の割合の変化

(特定健診NDBより)



44

特定保健指導制度の変遷

第1期：2008年度～2012年度 制度の普及を目指す
研修、運用の支援に力点

健康日本21の指標に

第2期：2013年度～2017年度
特定保健指導の要件緩和等の運用見直し
加算・減算制度、保険者努力支援などの保険者インセンティブ開始
質問票の見直し（口腔）、随時血糖
階層化基準の見直し検討⇒見送り

重症化予防事業
(2016～)

第3期：2018年度～2023年度
フィードバック文例集の拡充
積極的支援ポイント制度の見直しに向けて、モデル実施の導入
詳細健診にeGFR導入

第4期：2024年度～
随時中性脂肪の導入、血圧基準は変更せず
積極的支援におけるアウトカム（体重・腹囲、行動変容）評価の導入
保健指導の見える化、ICTの活用推進

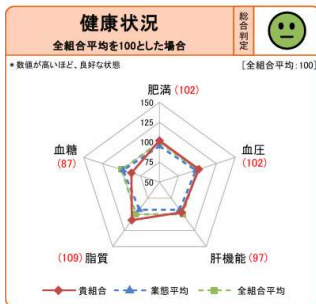
第4期 加算・減算制度(2024年度～)

健康保険組合の共通評価指標

共通評価指標分類	比較的变化を捉えやすい指標			共通評価指標を設定しない領域		
	アクティビティ	アウトプット	アウトカム	アクティビティ	アウトプット	アウトカム
生活習慣病対策 (予防・早期発見)	(特定健診・保健指導を除いて、個々の保健事業の実施方法には保険者の裁量がある一方、アウトカム又はアウトプットで適切な指標が設定されていれば、必ずしもアクティビティの指標は必要ではないため)	特定健診実施率	生活習慣：リスク保有者率			
		特定保健指導実施率	健康状況：リスク保有者率			
			健康状況：内臓脂肪症候群該当者割合			
			健康状況：特定保健指導対象者割合			
			健康状況：特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率			
			健康状況：肥満解消率			
生活習慣病対策 (早期治療・重症化予防)		受診勧奨対象者の医療機関受診率	健康状況：予備群の状態コントロール割合			
がん対策		5大がん精密検査受診率 (がん検診受診率は取得困難)	(がんの治療アウトカムには、保険者の取組で関与が難しいため)			
歯科疾患対策		(現状、一律に取得可能な指標がないため)				
上手な医療のかかり方			後発医薬品の使用割合			
			重複・多剤投薬の患者割合			

2023年度版（2022年度実績分） 健康スコアリングレポート

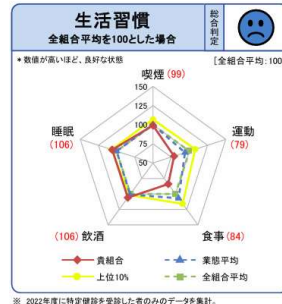
業態平均との比較、組合の経年変化をグラフ化



※ 2022年度に特定健診を受診した者のみのデータを集計。

健康状況の経年変化

	2020	2021	2022	
肥満	貴組合 101	101	102	😊
業態平均	97	96	95	
血圧	貴組合 88	104	102	😊
業態平均	99	99	98	
肝機能	貴組合 98	99	97	😊
業態平均	96	95	93	
脂質	貴組合 107	114	109	😊
業態平均	96	96	93	
血糖	貴組合 87	92	87	😊
業態平均	99	99	98	

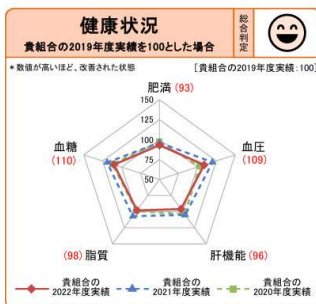


※ 2022年度に特定健診を受診した者のみのデータを集計。

生活習慣の経年変化

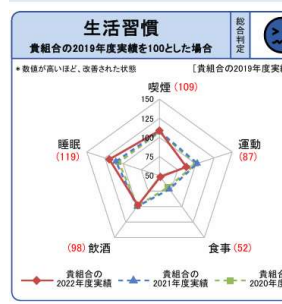
	2020	2021	2022	ランクUPまで (人)
喫煙	貴組合 98	98	99	😊 あと 338人
業態平均	101	100	100	
上位10%	107	107	107	
運動	貴組合 91	91	79	😞 あと 50人
業態平均	95	95	94	
上位10%	108	108	108	
食事	貴組合 116	121	84	😞 あと 251人
業態平均	106	106	107	
上位10%	121	116	116	
飲酒	貴組合 108	109	106	😊 最上位です
業態平均	101	101	101	
上位10%	101	102	102	
睡眠	貴組合 102	105	106	😊 あと 40人
業態平均	101	101	100	
上位10%	107	108	107	

※ 上位10%は業態平均のスコア(組合スコア)上位10%の平均値を表す。ただし、業態内の組合数が50以下の場合は、全組合の組合スコア上位10%の平均値を表す。
(*) "ランクUP"は、5段階評価のランクを1つ上げるための目安(リスク対象者を減らす人数)を記載。



健康状況の経年変化

	2020	2021	2022	
肥満	貴組合 97	96	93	😞
血圧	貴組合 103	120	109	😊
肝機能	貴組合 104	105	96	😞
脂質	貴組合 99	107	98	😞
血糖	貴組合 112	119	110	😊



生活習慣の経年変化

	2020	2021	2022	
喫煙	貴組合 107	108	109	😊
運動	貴組合 100	102	87	😞
食事	貴組合 69	72	52	😞
飲酒	貴組合 99	100	98	😞
睡眠	貴組合 106	110	119	😊

健康日本21(第三次)の目標と地域・職域連携推進事業

- 都道府県は、「地域・職域連携推進協議会等も活用し、市町村や医療保険者、企業、教育機関、民間団体等の関係者の連携強化のための中心的役割を担い、データの活用や分析を積極に行い、市町村における健康増進計画の策定の支援を行う」
- 企業における健康経営を健康日本21の目標の一つに掲げ、「**企業が健康経営を進めることに加え、地方公共団体が企業と連携した取組を進めること**で、地域全体でより効果的・効率的な健康づくりを進めることが可能となる」
- 地域・職域連携事業として自治体が、全国保険協会(協会けんぽ)や商工会議所等と連携して事業所支援をしている事例において、管内の事業所における健康経営の取り組みが活性化している。

働く人・事業場についての健康日本21(第三次)の目標項目・指標

休養・睡眠	週労働時間 60 時間以上の雇用者の減少
こころの健康	メンタルヘルス対策に取り組む事業場の増加
自然に健康になれる環境づくり	望まない受動喫煙の機会(職場)を有する者の減少
誰もがアクセスできる健康増進のための基盤の整備	スマート・ライフ・プロジェクト活動企業の増加 健康経営の推進 必要な産業保健サービスを提供している事業場の増加

就労者世代に関連の深い目標項目

健康状態	適正体重を維持している者の増加(肥満の減少) 生活習慣病(糖尿病、高血圧、脂質異常症等)治療継続者の増加、コントロール不良者の減少
生活習慣	日常生活における歩数の増加、運動習慣者の増加 睡眠で休養がとれている者の増加 睡眠時間が十分に確保できている者の増加 心理的苦痛を感じている者の減少 リスクを高める量を飲酒している者の減少 喫煙率の減少(喫煙をやめたい者がやめる)
健診・検診	特定健康診査、特定保健指導の実施率の向上 がん検診の受診率の向上 歯科検診の受診者の増加

女性就労者と関連の深い目標項目・指標

若年女性のやせの減少
妊娠中の喫煙をなくす
骨粗鬆症検診受診率の向上

高齢就労者と関連の深い目標項目・指標

適正体重を維持している者の増加
バランスの良い食事を摂っている者の増加
よく噛んで食べることができる者の増加
ロコモティブシンドロームの減少
地域の人々とのつながりが強いと思う者の増加
② 社会活動を行っている者の増加

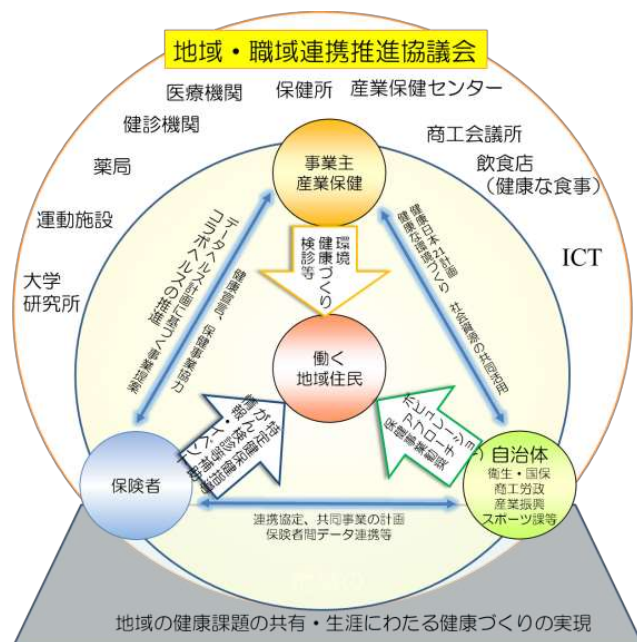
49

働き盛りの健康づくりのために～地域・職域連携推進事業の活用

参加が期待されている関係機関

機関名
都道府県
保健所
市区町村
労働局 (都道府県単位)
労働基準監督署
産業保健 総合支援センター (都道府県単位)
地域産業保健 センター

機関名
保険者 国保 被用者保険 健保・協会等
国民健康保険団体 連合会
医師会・歯科医師会・薬剤 師会・看護協会・栄養士会 等
健診機関
住民ボランティア等
学識経験者(産業保健、 公衆衛生等)
事業場 地方経営者団体 商工会議所・ 商工会 協同組合



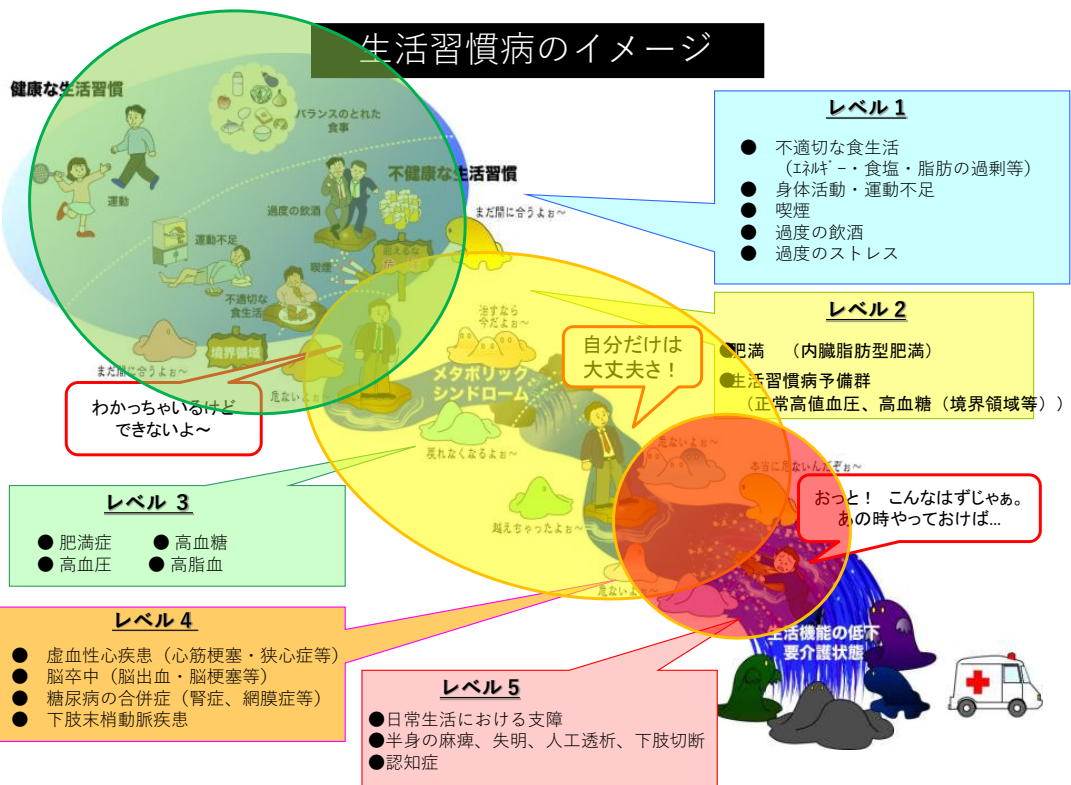
50

地域・職域連携推進ガイドライン 3.12MB



地域・職域連携のポータルサイト | 厚生労働省 (mhlw.go.jp)

51



52

糖尿病分野のアクションプラン

- 健診・医療データ、患者調査などの活用によるモニタリング
NDB、保険者データ(国保、被用者保険)
日本健康会議保険者全数調査などの活用
医師会、学会のデータベース活用(J-DOME、日本透析医学会等)
- 自治体、保険者等における対策の着実な実行
プログラム・ガイドライン・手引き・研修・評価システム等
インセンティブの有効活用
- わかりやすい情報提供、誰一人取り残さないための戦略
「一生治らない」⇒「予防できる病気」のイメージを打ち出す
- 生活習慣の他分野との連携強化