

Invited Article

糖尿病性腎症重症化予防プログラムにおける都道府県間の倫理的配慮の比較

林航平（東京大学医学部）

Abstract

糖尿病患者には、医療従事者の指示に従順でなかった場合にスティグマを負わされる側面や、診断時の糖尿病管理についてのコミュニケーションより苦痛やセルフケア行動の度合いが変化するという側面があることが指摘されている。糖尿病患者の受診率向上により重症化を予防することを目的とした糖尿病性腎症重症化予防プログラムにおいて、「受診勧奨時に必要な倫理的配慮についてどのように指示されているか」、「フォーマットとして提示されている同意書にはどのような項目が含まれているか」、「受診勧奨時に患者に示されているリーフレット等にはどのような記載がみられるか」の三項目について倫理的な立場から評価した。厚労省の改定に伴い受診勧奨時の倫理的配慮について追加の記載がみられた都道府県もあったが、改定が行われているにもかかわらず倫理的配慮については追加されていない都道府県もあった。同意書のフォーマットには、一部の都道府県で「かかりつけ医の指示に従うこと」という項目が記載されており、これにはスティグマ・自律などの点から懸念があることが明らかになった。リーフレット等には、具体的な行動計画やケアによる予防効果について明記されているものがある一方で、重篤な合併症のみを強調しているだけでセルフケア行動を低下させる懸念のあるものもあった。それぞれの都道府県の制定している糖尿病性腎症予防プログラムには、糖尿病患者のスティグマやセルフケア行動低下につながりうる記載があることが明らかになった。

キーワード：糖尿病、受診勧奨、倫理的配慮、スティグマ

It has been reported that the social stigma may be attached to diabetes patients if they are not obedient to health professionals' instruction. Concerning the program for prevention aggravation of diabetic nephropathy, which aims at the reduction of the number of the serious patients by the promotion of health check-ups, those three items were analyzed and discussed from the viewpoints of ethics: instructions about the ethical consideration when recommending the medical consultation, points in the sample of the letter of consent, and wording in the leaflet for patients. Some prefectures added some comments about the ethical consideration following the revision by Ministry of Health, Labour and Welfare, while some didn't make any additional comments about it though they also revised their program. As for the sample of the letter of consent, the point which requires patients to "comply with the instruction of their primary care doctors" was mentioned in some prefectures, and this could be a matter of concern considering the social stigma, or the autonomy of patients. It was found that some statements in the prefecture version of the program might cause the stigmatization of diabetes patients or the decrease in the self-care in them.

Keywords: diabetes, ethical consideration, stigma

1. Introduction

糖尿病患者数は、生活習慣と社会環境の変化に伴って急速に増加している¹⁾。厚生労働省の調査によると、糖尿病が強く疑われる人、糖尿病の可能性を否定できない人は2016年にはそれぞれ1000万人に達しており、20年前の1997年と比較するとそれぞれ1.45倍、1.47倍となっている²⁾。糖尿病は放置されると、網膜症、腎症、神経障害、そして心血管疾患のリスクが上昇するため、患者の生命予後の悪化およびQOLの低下に大きな影響を与える。また、社会の高齢化に伴って医療経済面での負担も増加しており、糖尿病の一次予防・二次予防・三次予防はいずれも極めて重大な課題である。

糖尿病患者で厳格な血糖管理を行うことにより、糖尿病の微小血管合併症の頻度や重症度を低下させることが示されており³⁾、糖尿病が診断された上でも適切な治療が提供されることにより合併症の進行を抑制することが期待されている。現状は糖尿病患者に対して網羅的に治療が提供されているとは言えない状態であり、令和元年には糖尿病が強く疑われる人のうち現在治療を受けていると回答した人は76.9%であった⁴⁾。長期的に見れば増加傾向ではあるものの、今後も引き続き糖尿病について適切な情報発信と受診勧奨を継続的に行う必要がある。

一方では、生活習慣病の一つに位置付けられる糖尿病の患者は、適切な自己管理を怠った人として道徳的な責務を果たしていないとみなされ、スティグマを負わされる可能性があるという側面が長らく指摘されている⁵⁾。スティグマを負った場合には、糖尿病検診に行くことすら拒むこと・検診を受けて糖尿病と診断されても診断を否定して治療を開始しないこと・糖尿病教室に参加しない

こと・家族や友人への病気の開示ができず、食事療法に取り組めないこと・適切な社会的サポートを受けられないことなど、糖尿病の治療に対してかえって後ろ向きな行動をとってしまうことがあり得る⁵⁾。

このようなスティグマは、メディアや家族・友人・同僚などの発言のみならず、医療従事者の発言自体も影響していることが示唆されている⁶⁾。Diabetes Australiaにより行われた研究によると、“victims”, “sufferer”などの特定の用語は多くの糖尿病患者にとって unacceptable であるという結果が示されており、「それ（我々が糖尿病患者に対してどのような言葉を使用するかということ）は、単なるポリティカルコレクトネスではなく、糖尿病患者の感じ方、個人や社会が糖尿病患者に対してどのように認識するかに影響を与えている。我々全員には、苦痛や危害、人の能力を損なったりすることにより糖尿病を抱えて生きることの責任を増やさないと責任がある」と提言されている⁷⁾。また、田中永昭(2020)は、医療従事者の糖尿病患者に対する視線は、医療従事者の指導に基づいて積極的に治療行動に取り組んだとしても“模範的な糖尿病患者”として“糖尿病ではない人”よりも低く位置づけるものになっており、さらに個別の糖尿病患者を見る際には“糖尿病患者のあるべき姿”から逸脱した状態として蔑む視線があると指摘している⁸⁾。療養指導を受けるたびに、どれほど糖尿病の治療を一生懸命に取り組んでも、糖尿病である限りは糖尿病ではない人と同じようにはならないという認識を刷り込まれる様は、あたかも心理的トラウマのようであるとしており、「服薬コンプライアンス」「アドヒアランス」「良いコントロール/悪いコントロール」などのようなスティグマが入り込む余地のある言葉を使用して、

図らずも糖尿病患者にスティグマを付与することがないように慎重を期する必要があると指摘している⁸⁾。

また、スティグマに加えて別の文脈においても、糖尿病患者に対して言葉遣いや心理的配慮が肝要であることが指摘されている。例えば、糖尿病診断の際の医療従事者とのコミュニケーションが1年後から5年後のセルフケアの状態に影響するという報告もある⁹⁾。この研究によれば、医療従事者によって「糖尿病は適切なケアによりうまく管理できる」ということが伝えられなかった患者において糖尿病による苦痛(17-item Diabetes Distress System¹⁰⁾によって測定された)が高かったこと、診断時に明確な行動計画を提供されたことを覚えている患者において食生活のセルフケアが有意に良好で糖尿病による苦痛が有意に低かったことが示されている。したがって、糖尿病はうまく管理できるといふことと医療従事者が継続的な支援とケアを提供するということを伝え、医療従事者と患者が共同で明確で具体的な行動計画を立てられることが重要である。そうでなければ、指示内容に対する信頼感が薄まったり、医療従事者から見放されたという気持ちを抱いたり、精神的に打ちのめされたりして、セルフケアから遠ざかってしまうかもしれない⁹⁾。医療従事者が、より良好な「コンプライアンス」や「アドヒアランス」を目指して糖尿病の合併症など負の側面を強調して強迫的な従属関係におくという医師患者関係は、自律の侵害というのみならず、治療の上でも効果的でない可能性もある。

現在我が国では、厚生労働省主導で、「糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関の未受診者・受診中断者について、関係機関からの適切な受診勧奨、保健指導を行うことにより治療に結びつける」

ことを目的とした糖尿病性腎症重症化予防プログラム(平成28年4月策定、平成31年4月改訂)(以下予防プログラム)が進められている¹¹⁾。前述のように糖尿病がスティグマ化されるプロセスには医療従事者自身の発言や診断時のコミュニケーションも影響していることを踏まえると、糖尿病を疑われている未受診者や受診中断者に対する受診勧奨や、保健指導にあたって必要となる同意書も、記述内容や表現によってはスティグマ化に繋がる可能性が考えられる。予防プログラムに関して見つかった2件の先行研究¹²⁾¹³⁾はいずれも、倫理的な視点から検討されたものではなかった。

予防プログラムが進められる中、未受診者や受診中断者に対する受診勧奨がどのように行われているのかを検討するため、実行主体である自治体や保険者に対する各都道府県の指示からどれだけ倫理的配慮を汲み取れるかを比較することを目的とした。今回検討したのは、各都道府県が制定した予防プログラムであり、都道府県が受診勧奨の方法について記載した内容が各自治体における実際的な取り組みを明確に反映しているわけではないため、臨床的に患者が経験するものを強く反映するわけではないということに留意する必要がある。また、受診勧奨時に取られるコミュニケーションが糖尿病のスティグマ化に関与しうるということを前提しているが、実際にスティグマ化につながっているか否かについては検証されておらず、留意する必要がある。そのためこの論文では、臨床的なレベルにおける倫理的配慮の度合いではなく、予防プログラムの取り組まれ方を指示する書類として十分倫理的な配慮がみられるかを評価しており、また倫理的な欠如があった都道府県の記載がスティグマ化に明確に関与していると結論づけるものではない。実際に着手される時に糖尿病

患者に対するコミュニケーションに影響する可能性のある項目として、「受診勧奨時になされるべき配慮についての記述」「フォーマットとして提示されている同意書に含まれる項目」「受診勧奨時に患者に提示されるリーフレット等に含まれる記載」の3項目について、それぞれの都道府県でどれほど倫理的配慮がみられるか評価することを目的とした。

2. Methods

都道府県ごとの予防プログラムは、都道府県や都道府県内の医師会によって策定されるもので、実施主体である保険者に対するおおよその方向を示すものである。都道府県におけるこれらの記載を比較するため、47都道府県のホームページ上で公開されている「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」のpdfファイルを閲覧し、

1. 最終改定年月日および改訂の有無
2. 未受診者の判定基準
3. 後期高齢者に対する特別な基準
4. 受診勧奨時になされるべき配慮についての記述
5. 保健指導対象者に対する同意書の有無およびその条項

について、2・3・4については倫理的な配慮の度合いに基づいてグループ化を行い、それぞれのグループに属する都道府県の個数の表を作成した。

受診勧奨時に患者に提示されるリーフレット等については、フォーマットを入手することができた都道府県に限定して Discussion で検討した。

47都道府県のうち、該当のpdfファイルが閲覧できなかった長野県・長崎県、大阪がん循環器病予防センターと共同で「行動変容プログラム」の

一環として糖尿病性腎症重症化予防に取り組んでいる大阪府は対象から除外した。

3. Results

長野県、大阪府、長崎県を除いた44都道府県について前述の項目について調査した結果次の表1の通りになった。細かい分類基準については、後述した。

3.1. 最終改定年月日および改定の有無について

最終改定年月日は44都道府県のうち7都道府県で不明であったため、残りのものについて調査した。改定が見られたのは31都道府県、改定されていないのは6都道府県、残りは不明であった。

表1

1.改定の有無	
改定有り	31
改定無し	6
改定不明	7
計	44
2.未受診者の判定基準	
A:高血糖±高血圧	17
B:高血糖+腎症状	22
C:ガイドライン準拠など	5
計	44
3.後期高齢者記載	
P:高齢者除外	3
Q:特別な記載なし	16
R:都道府県独自の記載	14
S:厚労省一部採用	5
T:厚労省全部採用	6
計	44

4.受診勧奨時の配慮	
V:具体的な記載なし	28
W:行動変容	6
X:阻害要因・抵抗要因	5
Y:複数項目	4
Z:特殊例	1(滋賀県)
計	44
5.同意書の有無と条項	
有り	23
・プログラム参加	18
・行政からの指導	12
・個人情報提供	20
・かかりつけ医の指示	10
必要だが形式なし	13
言及なし	8
計	44

3.2. 未受診者の判定基準について

未受診者の判定基準については、高血糖（空腹時血糖 126mg/dl 以上（随時血糖 200mg/dl）または HbA1c6.5%以上）や腎症状（eGFR60ml/分/1.73 m²未満または尿蛋白 1+以上）をもとに判定している都道府県が多かったため、表記の上で便宜的に以下のようなグループ化を採用した。

A 群 (17) : B 群よりも対象者が広がるような基準。高血糖のみ、もしくは高血糖と高血圧でも判定される基準もここに含んだ。

B 群 (22) : 高血糖と腎症状の両方によって判定される基準。高血糖の基準として空腹時血糖・随時血糖・HbA1c のうちの一部のみを採用している基準、腎症状を eGFR60 ml/分/1.73 m²未満もしくは尿蛋白 1+以上のうちの一部のみを採用している基準や、eGFR と尿蛋白のいずれか一方がこれよりか重症の値が採用されて

いる基準もここに含んだ。eGFR の基準も尿蛋白の基準もともに重症の値が採用されている場合には C 群に含んだ。

C 群 (5) : B 群よりも対象者が狭くなりうる群。一部の都道府県では厚労省の予防プログラム改定に倣って、75 歳以下の患者について腎症状の重症度合いに応じて様々な基準を設定していたが、そのような基準もこちらに含んだ。以下に厚労省の予防プログラム改定時に提示されていた基準を示す。

○ プログラムの対象者は、下記のア及びイいずれにも該当する者とし、次の (2) ~ (4) の方法を組み合わせて抽出することが考えられる。なお、対象者の選定に当たっては、以下の抽出条件に加えて、年齢や個別 の状況を総合的に勘案し、地域の実情に応じて実現可能な対象者を絞り込む など、自治体ごとに検討することが推奨される。次のいずれかに該当する者は除く。

- ・ 1 型糖尿病の者及びがん等で終末期にある者
- ・ 認知機能障害がある者
- ・ 糖尿病透析予防指導管理料又は生活習慣病管理料の算定対象となっている者

ア 糖尿病であること：(ア) から (ウ) のいずれかを満たすこと

(ア) 空腹時血糖 126mg/dl (随時血糖 200mg/dl) 以上、または HbA1c6.5%以上

(イ) 現在糖尿病で医療機関を受診している

(ウ) 過去に糖尿病薬（経口血糖降下薬・インスリン・GLP-1 受容体作動薬）使用歴がある、または糖尿病で医療機関を受診歴がある（ただし、直近の 診データ等により糖尿病の診断基準に該当しない対象者を除く）

イ 腎機能が低下していること：(ア) から (エ) のいずれかを満たすこと

(ア) 検査値より腎症 4 期：eGFR30ml/分/1.73 m²未満

(イ) 検査値より腎症 3 期：尿蛋白陽性

(ウ) レセプトより糖尿病性腎症又は腎機能低下を示す病名が記載されている。

(エ) 腎症 2 期以下の場合には、次の情報を参考にすること。

- ・ eGFR45ml/分/1.73 m²未満
- ・ eGFR60ml/分/1.73 m²未満のうち、年間 5mL/分/1.73 m²未満以上低下
- ・ 糖尿病網膜症の存在
- ・ 微量アルブミン尿の確認、あるいは尿蛋白（±）
- ・ 高血圧のコントロールが不良（目安：140/90 mm Hg、後期高齢者 150/90 mm Hg 以上）

3.3. 後期高齢者に対する特別な基準の設定の有無について

厚労省は、関係者の連携や取組の内容等実施上の課題に対応し更なる推進を目指すという目的で、2019 年 4 月 25 日に重症化予防に取り組む際の留意点を具体化する¹⁴⁾などの改定を行っている。改定版においては、対象者の選定方法および介入方法に関して次のような項目が記載されていた。

7. プログラム対象者選定の考え方

(中略)

- 後期高齢者においては、壮年期よりも緩和した基準を提示している学会ガイドライン¹¹⁾もあり、地域の実情に合わせ、医師会等地域の関係機関と抽出基準について相談することが望ましい。

¹¹⁾ 高齢者糖尿病診療ガイドライン 2017（日本老年医学会・日本糖尿病学会）、高齢者高血圧診療

ガイドライン 2017（日本老年医学会）、高齢者脂質異常症診療ガイドライン 2017（日本老年医学会）

(中略)

- 後期高齢者は、疾病の重複が多く、個別の疾患のガイドラインでは対応できない点も多くなる。そのまま適用すると重複受診・薬剤の過剰投与になるおそれもあるため、かかりつけ医と連携の上、専門職によるきめ細やかなアウトリーチを主体とした健康支援に取り組むことが適当である。[糖尿病治療中断かつ健診未受診者の抽出方法に関する留意点]

(中略)

- 高齢者、特に後期高齢者については、複数疾患の合併のみならず、加齢に伴う諸臓器の機能低下を基盤としたフレイルやサルコペニア、認知症等の進行により個人差が大きくなり、多病・多剤処方状態に陥るなど、健康上の不安が大きくなる。高齢者の特性を踏まえた対象者選定基準、保健指導方法を検討する。[保健指導における留意点]

このような改定を受けて、例えば東京都では次のような記載が加えられている¹⁵⁾。ただし、3つ目の項目については旧版の段階から記載されていた。

- 後期高齢者においては、壮年期よりも緩和した基準を提示している学会ガイドライン（「高齢者糖尿病診療ガイドライン 2017（日本老年医学会）」、「高齢者高血圧診療ガイドライン 2017（日本老年医学会）」、「高齢者脂質異常症ガイドライン 2017（日本老年医学会）」等）もあり厳格な管理を求めるときではないとの考え方から、健診データからの対象者の抽出に当たって、HbA1c ≧

8.0%とする等の配慮が必要である。ただし、高齢人口層を中心に新規透析導入患者数が増加しているという現状を踏まえ、地域の実情に合わせて、地区医師会等地域の関係機関と抽出基準について相談する。

(中略)

○ また、後期高齢者は疾病の重複が多く、個別の疾患のガイドラインでは対応できない点も多くなる。そのまま適用すると重複受診、薬剤の過剰投与にもなるおそれもあるため、かかりつけ医と連携の上、専門職によるきめ細やかなアウトリーチを主体とした健康支援に取り組むことが適当である。

(中略)

○ 高齢者、特に後期高齢者については、複合的な疾病合併のみならず、加齢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、認知症等の進行により個人差が大きくなり、多病・多剤処方の状態に陥るなど、健康上の不安が大きくなる。高齢者の特性を踏まえた対象者選定基準、保健指導方法を検討する。

このような都道府県があることを踏まえて、後期高齢者患者の選定については以下の基準にて便宜的にグループ化を行った。

P 群 (3) : 70 歳以上、もしくは 75 歳以上の高齢者を対象から除外している。「40 歳から 60 歳代の者を優先し、介入する」と記載されていた和歌山県もこちらに含んだ。

Q 群 (16) : 高齢者に関する記載なし

R 群 (14) : 厚生労働省の改定版の上記引用部分を採用しているわけではないが、高齢者に対して緩和的・もしくは個人の状況に配慮した判断が必要である旨が記載されている。

S 群 (5) : 厚生労働省の改定版の上記引用部分を一部採用している。

T 群 (6) : 厚生労働省の改定版の上記引用部分を 3 項目とも採用している。もしくは、「フレイル」または「サルコペニア」、「個人差」、「緩和した基準」の全てに言及されていたも（奈良県など）もこちらに含んだ。

3.4. 受診勧奨時になされるべき配慮についての記述

受診勧奨の方法について、一部の都道府県のプログラムにおいては場合によっては単なる通知では不十分であることが明記されている。「3. 後期高齢者に対する特別な基準の設定の有無について」同様、厚労省の改定を受けて東京都の「糖尿病性腎症重症化予防プログラム新旧対象表」にて次の項目などが追加されている。

8. 介入方法

(1) 受診勧奨

(中略)

○ 健診結果や糖尿病性腎症重症化予防の必要性を本人が納得しているかが重要であるとともに、受診勧奨通知や紹介状を通じてかかりつけ医に事業の目的が伝わるように工夫する。

(中略)

○ 受診勧奨の際、糖尿病に対する恐怖心や経済的理由、家庭問題等の理由が未受診の背景に隠れていることがある。必要時、主治医との情報共有や行政内の他部門の支援へとつないでいくことも解決策として考えられる。

(中略)

(2) 保健指導

(中略)

- 保健指導期間中は対象者とともに生活習慣改善のための行動目標を立案するが、腎症病期や検査値経過を参考に、個人の健康状態や生活背景にあった目標であるかを見直す。必要時は、かかりつけ医や地域担当医へ相談する等し、安全管理に留意した運営を行う。

このように、受診勧奨や通知を単なる結果としないで、実際の行動へとつなげるように本人の納得・個人の生活背景の配慮・阻害要因の検討などが必要であることが追記されている。これに基づいて、各都道府県の受診勧奨方法の記述について次のようなグループ化を行った。

V 群 (28) : 記述なし。一部の患者群に対しては「強めの受診勧奨」が必要とのみ記述。「糖尿病医療中断者については、レセプトにより継続的な受診が認められない場合であっても、医療機関に継続的に受診する必要がないとの医師の判断に基づき、医療機関を受診していないこともあるため、電話、個別面談等により、受診勧奨を行う場合には、医療機関を受診しなくなった経緯について十分把握した上で行うことが重要である。」とのみ記述されていた場合もこちらに含んだ。

W 群 (6) : 「検査値を伝え、医療機関での受診が必要という通知を行うだけの軽い勧奨だけではなく、保健指導と組み合わせ本人が受診の必要性を十分に理解でき、受診行動につながるまで勧奨を行うなど、個別の状況に応じて本人への関わり方に濃淡をつける」など、行動変容について言及されている、もしくはこれに類する記述だけが見られたもの。実施

例などを示して、生活習慣改善に向けた指導について記述されているものも含めた。

X 群 (5) : 「対象者から聞き取りにより、医療機関受診を阻害する要因を把握した上で、対象者に共感を示しながら支援する」「治療を中断しやすい人(経済的、必要性の理解、過去の受療状況等から判断)については、受診継続の阻害要因を検討し、その軽減に向けた支援を受診後も実施する。」など受診を阻害する原因について言及されている、もしくはこれに類する記述だけが見られたもの。

Y 群 (4) : 厚労省の上記項目を複数または全部採用している記述。

Z 群 (1) : その他。以下に具体例を示す。

滋賀県では、受診干渉の方法について次のように言及されていた。

1. 対象者への連絡
 - ・ 受診していない理由について確認、記録する。
2. 受診の必要性と危険性の説明
 - ・ 糖尿病はコントロールする病気である。
 - ・ HbA1c を 7.0%未満にコントロールすることで合併症の発症を抑えることができる。
 - ・ 受診をしていない間に、知らぬ間にコントロールは悪化していることがある。(症状が出てから受診をしたときには、HbA1c が 12%や 14%という状態になっていることも珍しくない。)
 - ・ 2型糖尿病患者では、糖尿病と診断された時点で、既に血管合併症を発症している場合がある。(糖尿病の発症時期が明確ではないため。)

これらの結果について、改定の有無も加えた結果は次のようになった。

表 2

	改定あり	改定なし	改定不明	計
V	19	4	5	28
W	4	0	2	6
X	4	1	0	5
Y	4	0	0	4
Z	0	1	0	1

3.5. 保健指導対象者に対する同意書の有無およびその条項について

かかりつけ医と保険者との間の情報提供に関して、一部の都道府県では保健指導対象者群に対して同意書を必要と記載していた。同意書が必要と記載されていた都道府県のうち、その形式が入手できたもの (23)、必要とは記載されていたが形式が入手できなかったもの (13)、同意書が必要との記載が見られなかった (8) 三群に分類した。その上で、形式が入手できたものについては、以下の条項を含んでいるか否かに基づいて分類した。

- ・プログラムへの参加 (18*)
- ・行政からの指導が一定期間行われるということ (12)
- ・個人情報の提供について (20)
- ・かかりつけ医の指示に従うということ (10)

保健指導対象者群に対する同意書の形式が入手できた都道府県に対しては、同意書に含まれた条項について検討した。同意書の形式は、厚労省によって特に指定されていなかった。23 の都道府県で形式が入手でき、そのいずれもが「プログラムへの参加」「行政からの指導が一定期間行われるということ」「個人情報の提供について」のいずれかの項目を最低一つ含んでおり、「プログラムへの参加」自体に対する同意を取る都道府県と「個人情報の提供」の部分について同意を取る都道府県が見ら

れた。これらの間では、倫理的な配慮の度合いに差があるとは判断できなかった。プログラムへの参加という項目が記載されていた 18 の都道府県のうち 5 つの都道府県では、「不参加」という項目がフォーマットにも記載されており、これには参加を希望しない場合の心理的負荷を軽減する効果が期待できると考えられる。「かかりつけ医の指示に従うこと」という項目は 10 の都道府県に含まれており、Discussion での検討の対象とする。

4. Discussion

この研究の主要な評価対象は、各都道府県で予防プログラムが進められる上で「受診勧奨時になされるべき配慮についての記述」「フォーマットとして提示されている同意書に含まれる項目」「受診勧奨時に患者に提示されるリーフレット等に含まれる記載」にどの程度倫理的配慮がみられるかであった。

糖尿病は、生活習慣病の一つとして位置付けられていることから、道徳的な責務と関連づけてスティグマを負わされる側面があることが知られており、患者に対して医療従事者によって発される言葉が責任の一端を担っていることが指摘されている⁷⁾。例えば、糖尿病患者に対する、糖尿病でない人からの逸脱と、医療従事者の指導に基づいて模範的な生活を行う「模範的な糖尿病患者」からの逸脱という二重の逸脱としての自己認識を刷り込まれる状態は、自己スティグマにつながるものとして非難されている⁸⁾。加えて、診断時に「糖尿病は適切な介入が行われることによって予後が改善するということ」「医療従事者が継続的な支援とケアを提供すると伝え、具体的な行動計画を示すこと」がなければ、糖尿病管理に関して混乱や医療従事者に対する信頼の欠如、精神的に打ちの

めされてしまうことによってセルフケアからかえって遠ざかってしまうことが指摘されている⁹⁾。

これらを前提として、i) 受診勧奨時になされるべき配慮についての記述、ii) 同意書の「かかりつけ医の指示に従うこと」という項目についての倫理的な懸念、iii) 一部の都道府県でアクセスできた受診勧奨リーフレット等の記載の比較、の三項目について検討したい。以下で検討する記載は、保険者に対する指示内容の元となるものであり、実際にそれぞれの都道府県で行われている臨床的な倫理的配慮の度合いを鋭敏に反映するものではない。一方で、糖尿病患者に対して倫理的配慮や慎重な言葉遣いを行うことが重要であるということが、現在保険者や都道府県のレベルにおいて、網羅的にかつ十分に認識されているかは不明である。これが否定的であることを示唆する根拠についてはiii)にて後述するが、このことが保険者や都道府県のレベルにおいて十分に認識されていない限りにおいては、都道府県の予防プログラムの記載に受診勧奨の項目等について倫理的配慮や慎重な言葉遣いの必要性が詳細に記載されることが極めて重要となる。

i) 受診勧奨時になされるべき配慮についての記述

受診勧奨の方法として、V群、W群、X群、Y群、Z群というグループ化を採用した。

W群の記載には、「本人が受診の必要性を十分に理解でき」「行動変容につなげる」ことが重要という文言が含まれていた。糖尿病であるということを知っているにもかかわらず受診という行動が見られていない場合、患者本人が何らかの理由で受診の必要性を十分に理解できていないことが原因で行動変容に至っていないという立場を示している。これは、患者本人が受診行動を起こすに至ら

なかった場合に、糖尿病患者に当てはめられがちなステレオタイプと結びつけて患者本人の人格や怠惰さを原因とみなすのではなく、コミュニケーションや指示内容の明瞭さといった患者と医療従事者/保険者の間の関係を問題として検討すべきであることを示している。この点で、受診を行っていない場合にはただ受診勧奨を強めるというだけのV群と比較して、受診勧奨を行っている保険者側が患者のみに責任を負わせるべきではないという考えを持つ可能性が高くなる。そうであれば、医療従事者の指導に基づいて模範的な生活を行う「模範的な糖尿病患者」⁸⁾からの逸脱という自己認識を患者に刷り込む効果は小さくなる。しかし、「保健指導と組み合わせる本人が受診の必要性を十分に理解でき、受診行動につながるまで勧奨を行う」といった記載では、「受診の必要性を理解すれば(個人の事情によらず)必ず受診行動につながる」といった解釈も可能である。生活上の問題・経済的な問題・個人にとっての幸福などさまざまな阻害要因が受診行動をしない背景にあることが想起されなかった場合には、人格的な部分ではないにせよ患者の理解能力の欠如などが責められてしまう可能性がある。

X群においては、「対象者からの聞き取りと共感」「受診継続の阻害要因の軽減」といった、阻害要因自体にフォーカスすることが促されていた。さらに、阻害要因に対して保険者側が協調的な立場を取ることが指定されており、患者が個人では対処しきれない問題に対して保険者側から理解・協力が得られる可能性が高まる。仮に問題自体の根本解決には至らなくとも保険者から適切な理解が得られれば、単なる強い再三の勧奨とは違ったアプローチがとられる可能性もある。ただ単に受診しないという行動のみを評価されて、“自分は糖尿

病だから、糖尿病ではない人よりも劣った人間である”と思いこんでしまい、自尊心や自己効力感が低下した状態(自己スティグマ)⁸⁾にまで落ち込んでしまう状態を予防する効果が期待できる。

以上から、患者に対する勧奨の方法として、より自己スティグマを負わせる可能性が高い順に V 群、W 群、X 群、Y 群となっている。改定の有無が不明であった 7 都道府県を別にすれば、W 群、X 群、Y 群に分類された 13 都道府県のうち 12 都道府県は改定が行われていた。旧版との比較が可能であった一部都道府県においては、改定によってこれらの記載が加えられており、12 都道府県のうち多くは厚労省の改定によって加えられた文言と一致していたため、厚労省の改定の効果によるものと思われる。しかし、改定が加えられた上で受診勧奨の方法については記載が加えられなかった都道府県も 19 にのぼり、厚労省の改定にもかかわらずこれらの指示は不要と判断される場合も多いことがわかった。

一方で、上記 4 群のいずれにも分類されなかったのが滋賀県で、滋賀県では改定歴がなかったにも関わらず、受診勧奨の方法について詳述されていた。特に「糖尿病はコントロールする病気である。HbA1c を 7.0%未満にコントロールすることで合併症の発症を抑えることができる」と記載されていた。糖尿病患者に対して、長期的な予防行動があまりとられないというステレオタイプに基づいて糖尿病の重篤な合併症ばかりが強調されることや受診行動をとるようにと再三指示されることもあるが、このような場合には糖尿病自体に対する恐怖心によって打ちのめされてしまう可能性や、予防行動に目的が見いだせない可能性もある。糖尿病と向き合う初期からこれらの項目が伝えられることで、適切なケアにより悪い結果を回避でき

るという安心感や長期的な予防行動に取り組む意味を見出すことができる。したがってこれらの項目は糖尿病患者のセルフケアを推進する上できわめて重要であり、これが厚労省による改定に先立って記載されていたということは特筆すべきである。一つ留意する点は、滋賀県の場合は「滋賀県糖尿病性腎症予防プログラム」ではなく「滋賀県糖尿病腎症重症化予防プログラム保健指導ガイド」が公開されておりこちらを参照したため、他の都道府県と異なった役割が期待された書類である可能性がある。

厚労省による予防プログラムには、下記のような記載が認められた。

- 健診結果や糖尿病性腎症重症化予防の必要性を本人が納得しているかが重要であるとともに、受診勧奨通知や紹介状を通じてかかりつけ医に事業の目的が伝わるように工夫する。
- 受診勧奨を行う前に個々の対象者の情報（健診結果やこれまでの病歴、治療状況等）を収集しておくことが重要である。
- 受診勧奨の際、糖尿病に対する恐怖心や経済的理由、家庭問題等の理由が未受診の背景に隠れていることがある。必要時、主治医との情報共有や行政内の他部門の支援へとつないでいくことも解決策として考えられる。
- 受診勧奨実施後は、医療機関からの回答書、本人への聞き取り、レセプト確認等の方法で受診状況を把握する。医療機関受診につなげていない場合は、前回とは対応方法を変える等の工夫をして再勧奨を行う。

以上の記載には前述の通り、阻害要因の検討など自己の責任として受け止める必要のない社会背

景について行政することが言及されており、糖尿病のスティグマ化を防ぐという観点で非常に良い記載である。一方、ここには滋賀県の予防プログラムの記載に見られた、適切なケアにより悪い結果を回避できるという安心感や長期的な予防行動に取り組む意味を与えるための指示が漏れている。そのため、滋賀県の予防プログラムの記載を基にして以下のような記載を加えた予防プログラムが糖尿病のスティグマ化予防という観点で最も望ましい記載であろう。

- 健診結果や糖尿病性腎症重症化予防の必要性を本人が納得しているかが重要であるとともに、受診勧奨通知や紹介状を通じてかかりつけ医に事業の目的が伝わるように工夫する。
- 受診勧奨を行う前に個々の対象者の情報（健診結果やこれまでの病歴、治療状況等）を収集しておくことが重要である。
- 受診勧奨の際、糖尿病に対する恐怖心や経済的理由、家庭問題等の理由が未受診の背景に隠れていることがある。必要時、主治医との情報共有や行政内の他部門の支援へとつないでいくことも解決策として考えられる。
- 受診勧奨実施後は、医療機関からの回答書、本人への聞き取り、レセプト確認等の方法で受診状況を把握する。医療機関受診につながっていない場合は、前回とは対応方法を変える等の工夫をして再勧奨を行う。
- 糖尿病の合併症のこののみを強調するのではなく、「糖尿病はコントロールする病気である。HbA1c を 7.0%未満にコントロールすることで合併症の発症を抑えることができる。」など、長期的な予防行動によって悪い結果が回避できるということも伝える。

ii) 同意書の「かかりつけ医の指示に従うこと」という項目についての倫理的な懸念

同意書のフォーマットが入手できた 23 の都道府県のうち、10 の都道府県では「かかりつけ医の指示に従うこと」という項目が含まれていた。都道府県によって示されているフォーマットが必ずしも各保険者によって臨床的に使用されているものと同一であるとは限らない。しかし、保険者によって使用されるべきでない表現があるのであれば、そのまま使用される可能性のある都道府県によるフォーマットにも示されているべきではない。これを踏まえると、この項目については 2 つの視点から検討することが必要である。第一に、Diabetes Australia による研究⁷⁾では、“adherent/non-adherent”や“compliant/non-compliant”といった表現が患者に対して使用された場合には、“unacceptable”であると捉える患者が多いことが示されている。これは、「服薬コンプライアンス」「アドヒアランス」などといった言葉が糖尿病患者に対するスティグマにつながりうる⁸⁾とする田中永昭の立場と一致している。このような、糖尿病患者として医師の言うことに従い続けることを怠ると社会的にもしくは自己的に逸脱と見做されるような仕組みは、田中永昭のいう「模範的な糖尿病患者のあるべき姿」としてのレッテルの貼り付けに当てはまるであろう。これらの立場からは、「医師の指示に従うこと」という記載を同意書に盛り込むことは必ずしも好ましくない。第二に、「医師の指示に従うこと」を署名により制約するのは、患者の自律の侵害にあたるのではないかという懸念がある。糖尿病は長期的な服薬・生活管理が必要となる疾患であり、生活上の問題・経済的な問題・個人にとっての幸福など個人の価値観に基づいて行動を選択する権利を侵害してしまうおそれがある。同時

に、患者を医師の指示に一方的に従う立場として規定するような、パターナリスティックな医師・患者関係を強化するような効果があるかもしれない。このようなコンプライアンスといった伝統的な主従関係は非難されており、開放的な医師患者関係こそが患者の疾患理解および医師の患者理解に必要であるとされている¹⁶⁾。ただし、パキスタンの糖尿病患者を対象に行った研究¹⁷⁾では、糖尿病患者たちは医療の合意形成モデルについてあまり耳にしたことがなく、“they expected the doctor to “tell them” how to manage their condition.”と報告されており、日本の糖尿病患者においても同様に全ての患者が合意形成型の医師患者関係を望んでいるわけではない可能性に留意する必要がある。しかし、あくまで一部の患者が伝統的な医師患者関係を望んでいたとしても、全ての患者に対して一律にそのような医師患者関係が求められるべきではなく、第二の自律の侵害という点からも、このような記載はやはり好ましくないという結論に至る。行動を同意書により制約することにより治療行動に積極的に取り組まれるようになり、予後および QOL の改善につながるという可能性を現段階で否定することはできない。しかし、あくまで自律やスティグマといった倫理的問題との比較衡量の上でなされるべきであり、この項目を同意書に含めることの正当化には公衆衛生的な検討が必要かもしれない。

iii) 一部の都道府県でアクセスできた受診勧奨リーフレット等の文言の比較

受診勧奨用のリーフレットや送付はがき等実際の患者に送付される書類のフォーマットが得られた都道府県について、その文言を検討する。兵庫県¹⁸⁾・和歌山県¹⁹⁾については受診勧奨用のリーフ

レット、千葉県²⁰⁾については「腎機能に関する検査のすすめ」、大分県²¹⁾については受診勧奨用のハガキ例の情報にアクセスすることができた。これらについて、

- ・「医療従事者による継続的な支援とケアの提供」が保証されているか
- ・「糖尿病は適切なケアによりうまく管理できる」ことが記載されているか
- ・「明確で具体的な行動計画」が記載されているか

について下記表3を作成した。

医療従事者などによる支援という項目では、兵庫県のリーフレットには「医師や関係職種と一緒に相談や指導を受けながら」といった文言が記載されていたが、他の3県では類似した表現は見つからなかった。ケアによる予防という点では、兵庫県では適切なケアによって「健康な人と同じような生活ができる」と明確に記載されていた。和歌山県・千葉県では治療の奥的が予防であることまでしか記載されておらず、大分県では「そのまま放置すると、もしかしたら人工透析が必要になるかもしれません」と悪い結果を強く示す一方で、行動を起こした場合に結果がどれほど変わるのかということは明記されていなかった。具体的な行動という項目では、千葉県では医療機関への受診以外に生活上の注意についても指示されていた。Polonsky(2010)を踏まえると、

「医師や関係職種と一緒に相談や指導を受けながら、血糖をうまくコントロールし続けることで、健康な方と同じような生活を送ることができます。」

表 3

	兵庫	和歌山	千葉	大分（ハガキ）
・医療従事者などによる支援	「医師や関係職種と一緒に相談や指導を受けながら、血糖をうまくコントロールし続けることで、健康な方と同じような生活を送ることができます。」	記載なし	記載なし	記載なし
・ケアによる予防		「きちんと医療機関を受診して、さらに合併症を引き起こさないように、医師の指示に従って、治療や定期的な受診をしましょう。」	「早期に適切な治療を受けることで、腎機能の悪化を防ぎましょう。」	「このまま放置すると、もしかしたら人工透析が必要になるかもしれません」
・具体的な行動	「糖尿病の診断や治療のためには、インスリン分泌能や合併症の状況などの検診では確認できない検査を医療機関で行う必要があります。」		「～腎機能の悪化を防ぐために以下のことに気を付けましょう！～ ・健診で異常を指摘されたら必ず受診する ・医師から経過観察と言われたら、指示された時期に忘れずに受診する ・治療中の人は、治療を自己判断で中断しない ・血圧のコントロール ・食生活は減塩で！」	「かかりつけ医等を受診してください。」

「～腎機能の悪化を防ぐために以下のことに気を付けましょう！～

- ・健診で異常を指摘されたら必ず受診する
- ・医師から経過観察と言われたら、指示された時期に忘れずに受診する
- ・治療中の人は、治療を自己判断で中断しない
- ・血圧のコントロール
- ・食生活は減塩で！」

などといった項目が受診勧奨用のリーフレットに記載されていると、患者のセルフケア改善に寄与する可能性がある。一方で、大分県の採用してい

る受診勧奨用はがきのフォーマットには、これらのような項目が記載されていない一方で、重篤な合併症による弊害が激しく強調されていた。一部の患者においては、これらにより糖尿病による恐怖心が沸いてしまい、糖尿病治療に対して忌避的な行動を取ったり、セルフケアが適切に行われなくなったりする可能性もある。スティグマや患者のセルフケアといった観点からは、受診勧奨用はがきのフォーマットとして検討される余地がある。

少なくとも、これらの4都道府県の間で、実際に患者の目に触れうる可能性があるものとして採用されているフォーマットには、倫理的配慮の度合いに大きな差があった。これらは糖尿病患者に

対しての倫理的配慮の必要性が都道府県のレベルにおいて、網羅的にかつ十分に認識されていないということを示唆している。

この研究の大きな限界は、医療従事者の発言自体も影響していることが示唆されているという先行研究を元に「受診勧奨時の倫理的配慮の欠如が糖尿病患者のスティグマ付与に関与しうる」という仮説に基づいていることである。受診勧奨時に不適切なコミュニケーションが取られることによって実際に糖尿病患者のスティグマ化につながるか否かということは検証されていない。そのため、本研究で「倫理的配慮が欠如している」という判断になった記載は、あくまで「スティグマ付与に関与している可能性が高い」とまでしか言及することができない。もう一つの大きな限界は、都道府県の制定している予防プログラムの書類のみを検討しており、実際に糖尿病患者が臨床的に経験しているケアを反映していないことである。目的を予防プログラムの記載上どの程度倫理的配慮がみられるかを評価することに設定しており、その中で患者が実際に経験するケアに関連した評価項目を採用しているが、これらが実態をどれほど反映しているかは検証されていない。あくまで制定されたプログラムの記載の中に倫理的配慮を汲み取れたかを評価した。このような限界に留意した上で、以上3項目について、糖尿病患者に対するスティグマ・糖尿病患者のセルフケア行動への影響という点で評価した。結果、都道府県レベルにおいて糖尿病患者に対する倫理的配慮の度合いには大きなばらつきがあることが明らかになり、一部の都道府県では再考の余地のある記載が採用されていることがわかった。この研究には、一部都道府県の予防プログラムの倫理的配慮を改善できるような提言が可能となったという点で、意義が

あった。また、予防プログラムを倫理の立場から検討するという点で新規性があった。医療従事者に加えて受診勧奨に関与する保険者も、糖尿病患者のスティグマ形成やセルフケア行動に関与している可能性を指摘した。今後は、予防プログラムの臨床での倫理的配慮を評価するような研究が期待される。

5. まとめ

糖尿病患者には、医療従事者の指示に従順でなかった場合にスティグマを負わされる側面や、診断時の糖尿病管理についてのコミュニケーションより苦痛やセルフケア行動の度合いが変化するという側面がある。このような性質を踏まえて、糖尿病性腎症重症化予防プログラムの「受診勧奨時になされるべき配慮についての記述」「フォーマットとして提示されている同意書に含まれる項目」「受診勧奨時に患者に提示されるリーフレット等に含まれる記載」の倫理的配慮の度合いを都道府県ごとに評価した。都道府県ごとに倫理的配慮の度合いにはばらつきがあり、スティグマやセルフケア行動低下が懸念される記載もみられた。各都道府県の制定している糖尿病性腎症重症化予防プログラムの書類が評価対象であり、臨床的な現場における倫理的配慮の度合いを反映しているわけではない。とはいえ、フォーマットなどは実際にそのまま使用される可能性のあるものであり、実際の患者への悪影響が否定できるわけではない。今回の研究により、これらの悪影響が少ないと考えられる記載がどのようなものか示すことができた。今後は、予防プログラムの臨床現場における倫理的配慮を評価するような研究が期待される。

文献

- 1) 厚生労働省「健康日本 21（糖尿病）」 https://www.mhlw.go.jp/www1/topics/kenko21_11/b7f.html (2022年4月22日閲覧)
- 2) 厚生労働省「平成 28 年度国民健康・栄養調査」 <https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/eiyou/h28-houkoku.html> (2022年4月22日閲覧)
- 3) Ohkubo Y, Kishikawa H, Araki E, Miyata T, Isami S, Motoyoshi S, Kojima Y, Furuyoshi N, Shichiri M. Intensive insulin therapy prevents the progression of diabetic microvascular complications in Japanese patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus: a randomized prospective 6-year study. *Diabetes Res Clin Pract.* 1995 May;28(2):103-17.
- 4) 厚生労働省「令和元年度国民健康・栄養調査」 https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/eiyou/r1-houkoku_00002.html (2022年4月22日閲覧)
- 5) 加藤明日香「2型糖尿病とスティグマに関する文献レビュー—医療分野の視点から—」*医療と社会*.2016;26(2):197-206.
- 6) Browne JL, Ventura A, Mosely K, Speight J. 'I call it the blame and shame disease': a qualitative study about perceptions of social stigma surrounding type 2 diabetes. *BMJ Open.* 2013 Nov 18;3(11):e003384.
- 7) Speight J, Skinner T C, Dunning , Black T, Kilov G, Lee C, Scibilia R, Johnson G. Our language matters: Improving communication with and about people with diabetes. A position statement by *Diabetes Australia. Diabetes Res Clin Pract.* 2021 Mar;173:108655.
- 8) 田中永昭「スティグマとアドボカシーを考慮した糖尿病療養指導」*医学のあゆみ*.2020;273(2):176-180
- 9) 1. Polonsky WH, Fisher L, Guzman S, Sieber WJ, Philis-Tsimikas A, Edelman SV. Are Patients' Initial Experiences at the Diagnosis of Type 2 Diabetes Associated With Attitudes and Self-management Over Time? *The Diabetes Educator.* 2010;36(5):828-834.
- 10) Polonsky, William H et al. "Assessing psychosocial distress in diabetes: development of the diabetes distress scale." *Diabetes care* vol. 28,3 (2005): 626-31.
- 11) 厚生労働省「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」 <https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/program.pdf> (2022年4月22日閲覧)
- 12) 平井愛山「5.糖尿病性腎症重症化予防プログラムの展開」*糖尿病*.2018;61(8):534-536
- 13) 長瀬有紀、小林良清「糖尿病性腎症重症化予防プログラムにおける保健指導による特定健診データの改善に関する評価」*信州公衆衛生雑誌*. 14(1): 28-29(2019)
- 14) 厚生労働省ホームページ「糖尿病性腎症重症化予防プログラムの改定について」 https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000121935_00001.html (2022年4月22日閲覧)
- 15) 東京都ホームページ「東京都糖尿病性腎症重症化予防プログラム新旧対照表」 <https://www.>

- fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/iryoku/kokuho/tonyobyoprogram.html (2022年4月23日閲覧)
- 16) Chatterjee JS. From compliance to concordance in diabetes. *J Med Ethics*. 2006;32(9):507-510. doi:10.1136/jme.2005.012138
- 17) Bissell P, May C, Noyce P. From compliance to concordance: meeting the needs of patients? *The International Journal of Pharmacy Practice* 2001;97
- 18) 兵庫県ホームページ <https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf07/tounyourenkeikyoutei.html> (2022年4月25日閲覧)
- 19) 和歌山県ホームページ https://www.pref.wakayama.lg.jp/prefg/041200/h_kenkou/d00154768.html (2022年4月25日閲覧)
- 20) 千葉県ホームページ <https://www.pref.chiba.lg.jp/kenzu/press/2017/documents/dmpuroguramuzennbunn2.pdf> (2022年4月25日閲覧)
- 21) 大分県ホームページ https://www.pref.oita.jp/up-loaded/life/2122146_3086851_misc.pdf (2022年4月25日閲覧)

各都道府県糖尿病性腎症重症化予防プログラム出典 (2022年4月22日閲覧)

都道府県	ソース
北海道	https://www.pref.hokkaido.lg.jp/fs/2/3/5/8/4/7/8/_/kaiteigopuroguramu.pdf
青森	https://www.pref.aomori.lg.jp/soshiki/kenko/ganseikatsu/files/dmprogram.pdf
岩手	https://www.pref.iwate.jp/_res/projects/default_project/_page_/001/020/491/kentounyoubyou.pdf
宮城	https://www.pref.miyagi.jp/documents/15013/1071267_1243992_misc.pdf
秋田	https://www.pref.akita.lg.jp/pages/archive/31155
山形	https://www.pref.yamagata.jp/documents/2880/all.pdf
福島	https://www.pref.fukushima.lg.jp/uploaded/attachment/427461.pdf
茨城	https://www.pref.ibaraki.jp/hokenfukushi/yobo/zukuri/documents/tounyoubyou.pdf
栃木	https://www.pref.tochigi.lg.jp/e04/documents/reviseddmprogram.pdf
群馬	https://www.pref.gunma.jp/contents/100164028.pdf
埼玉	https://www.pref.saitama.lg.jp/documents/32312/program3.pdf
千葉	https://www.pref.chiba.lg.jp/kenzu/press/2017/documents/dmpuroguramuzennbunn2.pdf
東京	https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/iryoku/kokuho/tonyobyoprogram.files/program.pdf
神奈川	http://www.pref.kanagawa.jp/documents/23413/kanagawa_program.pdf
新潟	http://insurancemeeting.blog-niigata.net/blog/files/tonyobyojinsyoprogram.pdf
富山	https://www.pref.toyama.jp/documents/18113/r1puroguramu.pdf
石川	https://www.pref.ishikawa.lg.jp/kenkou/documents/r1ishikawaprogram.pdf
福井	https://www.pref.fukui.lg.jp/doc/016250/kenkou-zukuri/diabetesmeasures_d/fil/fail1.pdf

山梨	https://www.pref.yamanashi.jp/kokuho/documents/yamanashitounyoubyouseiinjinsyou.pdf
岐阜	https://www.pref.gifu.lg.jp/uploaded/attachment/123323.pdf
静岡	https://www.pref.shizuoka.jp/kousei/ko-430/documents/program.pdf
愛知	https://www.pref.aichi.jp/uploaded/attachment/403977.pdf
三重	https://www.pref.mie.lg.jp/common/content/000760309.pdf
滋賀	https://www.pref.shiga.lg.jp/file/attachment/5161383.pdf
京都	https://www.pref.kyoto.jp/kentai/documents/program_ver3.pdf
兵庫	https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf07/documents/hyogodmprogram202004.pdf
奈良	https://www.pref.nara.jp/secure/184932/01_puroguramu.pdf
和歌山	https://www.pref.wakayama.lg.jp/prefg/041200/h_kenkou/d00154768_d/fil/yoboupuroguramu-v1.pdf
鳥取	https://www.pref.tottori.lg.jp/secure/1151738/puroguramu.pdf
島根	https://www.pref.shimane.lg.jp/medical/kenko/kenko/chouju_info/tounyoubyou-taisaku/index.data/diabeticnephropathyprogram2.pdf?site=sp
岡山	https://www.pref.okayama.jp/uploaded/life/548480_4357816_misc.pdf
広島	https://www.pref.hiroshima.lg.jp/uploaded/attachment/424228.pdf
山口	https://www.pref.yamaguchi.lg.jp/uploaded/attachment/48773.pdf
徳島	https://www.pref.tokushima.lg.jp/file/attachment/616494.pdf
香川	https://www.pref.kagawa.lg.jp/documents/1933/wjecfr191008150902_f12.pdf
愛媛	https://www.pref.ehime.jp/h20180/kokuho/documents/honbun.pdf
高知	pref.kochi.lg.jp/soshiki/131601/files/2020042800060/file_honbun_1.pdf
福岡	https://www.pref.fukuoka.lg.jp/uploaded/attachment/132824.pdf
佐賀	https://www.pref.saga.lg.jp/kiji00334275/3_34275_209036_up_bdkk1ipc.pdf
熊本	https://www.pref.kumamoto.jp/uploaded/attachment/49596.pdf
大分	https://www.pref.oita.jp/uploaded/life/2174903_3581601_misc.pdf
宮崎	https://www.pref.miyazaki.lg.jp/documents/32178/32178_20210122095300-1.pdf
鹿児島	https://www.pref.kagoshima.jp/ae02/kokuho/documents/71521_20210325163820-1.pdf
沖縄	https://www.pref.okinawa.jp/site/hoken/kokuho/documents/program.pdf