

秋田県糖尿病重症化予防モデルプログラム 新旧対照表

新	旧（現行プログラム）
秋田県糖尿病重症化予防モデルプログラム	秋田県糖尿病重症化予防モデルプログラム
平成29年3月28日 一部改正平成31年4月1日 一部改正令和2年3月26日 一部改正令和5年1月17日 <u>最終一部改正令和7年3月26日</u>	平成29年3月28日 一部改正平成31年4月1日 一部改正令和2年3月26日 最終一部改正令和5年1月17日
秋田県医師会 秋田県糖尿病対策推進会議 秋田県	秋田県医師会 秋田県糖尿病対策推進会議 秋田県
I モデルプログラムの策定について	I モデルプログラムの策定について
1 趣旨	1 <u>本モデルプログラムの趣旨</u>
○ 国において、高齢化が進む中で生活習慣と社会環境の変化に伴う糖尿病患者数の増加が課題となっており、糖尿病は重症化により網膜症・腎症・神経障害などの合併症を引き起こし、患者のQOL（生活の質）を著しく低下させる。 また、医療経済的にも大きな負担を社会に強いることを防ぐため、日本医師会、日本糖尿病対策推進会議と厚生労働省が、「糖尿病性腎症重症化予防に係る連携協定」を締結し、平成28年4月20日「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」 <u>（以下「国プログラム」という。）</u> が策定された。	○ 国において、高齢化が進む中で生活習慣と社会環境の変化に伴う糖尿病患者数の増加が課題となっており、糖尿病は重症化により網膜症・腎症・神経障害などの合併症を引き起こし、患者のQOL（生活の質）を著しく低下させる。 また、医療経済的にも大きな負担を社会に強いることを防ぐため、日本医師会、日本糖尿病対策推進会議と厚生労働省が、「糖尿病性腎症重症化予防に係る連携協定」を締結し、平成28年4月20日「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」 <u>が策定された。</u>
○ <u>本県は、糖尿病・腎不全による粗死亡率が全国の中でも高く、令和5年度末現在で2,195人の人工透析患者がおり、令和2年からの3年間で新たに透析が必要となった患者（年平均280人）のうち、糖尿病性腎症の患者は約4割を占めている。このため、患者のQOLの向上、医療費適正化の観点から糖尿病の重症化を予防する取組を進めることが重要である。</u>	○ <u>国のプログラムには、都道府県レベルで医師会や糖尿病対策推進会議と議論し、連携協定の締結や糖尿病重症化予防プログラムの策定により、都道府県内市町村や後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）における取組が円滑に実施できるよう支援することが望ましいとされている。</u>

秋田県糖尿病重症化予防モデルプログラム 新旧対照表

- そこで、 秋田県医師会、秋田県糖尿病対策推進会議と秋田県が連携し、県内市町村や後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）が糖尿病性腎症等の重症化予防に取り組みやすいように、秋田県糖尿病重症化予防モデルプログラム（以下「県モデルプログラム」という。）を策定する。

2 基本的な考え方

(1) 目的

- 県モデルプログラムは、①糖尿病が重症化するリスクの高い者や、糖尿病ではないが腎機能の低下がみられる者のうち、医療機関未受診者・治療中断者に対して、医療機関への受診勧奨を行うことにより、継続的な治療につなげること、②糖尿病性腎症等で治療中の患者のうち、重症化するリスクの高い者に対して、保険者が医療機関等と連携して保健指導を行うこと、などの取組により、良好な血糖のコントロールの維持、合併症の発症・進展の予防等を通して、腎不全や人工透析への移行を予防し、対象者の健康寿命の延伸を図ることを目的とする。

(2) 県モデルプログラムの性格

- 県モデルプログラムは、国プログラムに準じて、市町村や広域連合での取組が容易となるように、取組の考え方や具体的な取組内容などを例示するものである。このため、各地域の実情に応じて、独自の基準を設定するなど、柔軟に対応することは可能であり、現在既に行われている取組を尊重するものである。

(3) 年齢層を考慮した取組の実施

- 青壮年においては、特定健康診査（以下「特定健診」という。）で使われる標準的な質問票、後期高齢者においては、後期高齢者医療制度の保健事業で使われる後期高齢者の質問票等の情報も参考にしつつ、対象者本人からの聞き取り等により、生活習慣の状況や身体

- そのため、 秋田県医師会、秋田県糖尿病対策推進会議と秋田県が連携し、県内市町村や広域連合
_____が糖尿病性腎症_____の重症化予防に取り組みやすいように、
_____モデルプログラム（
_____を策定する。

2 基本的な考え方

(1) 目的

- 本プログラムは、糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関の未治療者・治療中断者を医療機関での治療に結びつけるとともに、糖尿病性腎症等で治療中の患者のうち、重症化するリスクの高い者に対して、主治医の判断により保健指導対象者を選定し、腎不全、人工透析への移行を防止することを目的とする。

(2) 本プログラムの性格

- 本プログラムは、国のプログラムに準じて、市町村や広域連合での取組が容易となるように、取組の考え方や具体的な取組内容などを例示するものである。このため、各地域の実情に応じて、独自の基準を設定するなど、柔軟に対応することは可能であり、現在既に行われている取組を尊重するものである。

(新設)

状況等を把握し、受診勧奨や保健指導に活用する。

○ 歯周病が血糖コントロール不良の原因の一つと考えられるため、必要に応じて口腔衛生の指導をするとともに、歯周病の未治療者に対しては、継続的な歯科受診を勧奨する。併せて、糖尿病の合併症の1つである糖尿病網膜症の進行防止の観点から、定期的、継続的な眼科受診を勧奨する。

○ 高齢者の保健事業を実施する際には、「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン」、「標準的な健診・保健指導プログラム」等を参照し、実施する。

3 取組に当たっての関係者の役割

○ 地域における取組を検討するに当たっては、以下の役割分担例を念頭に関係者が密接に連携して対応することが期待される。

(1)市町村の役割

① 地域における課題の分析

- 自治体において健診データやレセプトデータ等を用いて、被保険者の疾病構造や健康問題などを分析し、地域の関係団体とともに、互いの持ち得る健診データやレセプトデータ等を共有の上、問題認識の共有を行う。
- 分析に当たっては、その地域が有する保健医療等に関する資源の実態（社会資源、専門的な医療人材の有無や数、かかりつけ医機能を有する医療機関や専門医療機関との連携体制の状況など）を明らかにする。

② 対策の立案

- ①で明らかになった課題について、取組の優先順位等を考慮し、対策を立案する。
- 立案に当たっては、地域の医療機関における連携体制のあり方、ハイリスク者を抽出するための健診項目や健診実施方法、食生活の改善や運動対策などのポピュレーションアプローチなど、様々な観点から総合的に検討した上で、保健指導や受診勧奨内容について検

(3)取組にあたっての関係者の役割

○ 地域における取組を検討するに当たっては、以下の役割分担例を念頭に関係者が密接に連携して対応することが期待される。

(市町村の役割)

① 地域における課題の分析

- 自治体において健診データやレセプトデータ等を用いて、被保険者の疾病構造や健康問題などを分析し、地域の関係団体とともに問題認識の共有を行う。
- 分析にあたっては、その地域が有する保健医療等に関する資源の実態（社会資源、専門的な医療人材の有無や数、かかりつけ医や専門医療機関との連携体制の状況など）を明らかにする。

② 対策の立案

- ①で明らかになった課題について、取り組みの優先順位等を考慮し、対策を立案する。
- 立案にあたっては、地域の医療機関における連携体制のあり方、ハイリスク者を抽出するための健診項目や健診実施方法、食生活の改善や運動対策などのポピュレーションアプローチなど、様々な観点から総合的に検討した上で、保健指導や受診勧奨内容について検

秋田県糖尿病重症化予防モデルプログラム 新旧対照表

討する。

- ・ その際、地域の医師会等の関係団体と、これらの課題・対策について協議する。

③ 対策の実施

- ・ ②の協議の結果に基づき事業を実施する。事業実施に当たっては、**秋田県**国民健康保険団体連合会による支援や、民間事業者への委託なども考えられる。

④ 実施状況の評価

- ・ ③で実施した事業について、その結果を評価（評価方法については5 **事業評価**を参照）し、PDCAサイクルに基づいて次の事業展開につなげる。
- ・ 高齢者の保健事業の実施に当たっては、広域連合と市町村で連携し、委託等により市町村が一体的に保健事業を実施することで、年齢に関わらず、継続した支援を可能にするといった対応をとることが考えられるが、広域連合が実施する場合も保険者間の引き継ぎを密にし、継続的な評価を可能にすることが重要である。

(2) 県の役割

- ・ 市町村や広域連合における事業実施状況をフォローするとともに、市町村や広域連合における円滑な事業実施を支援する観点から、県レベルで**県**医師会や糖尿病対策推進会議等と県内の取組状況を共有し、課題、対応策等について議論する。
- ・ また、県レベルで**県**医師会や糖尿病対策推進会議等と議論し、県モデルプログラムを策定することにより、県内市町村や広域連合における取組が円滑に実施できるよう支援する。
- ・ 保健所は、**地域**分析の実施主体や市町村・広域連合の身近な相談相手としての役割を果たす。また、郡市医師会・医療機関をはじめとする地域の医療関係者や市町村・広域連合との連携のつなぎ役となるなど、保健所**の機能**を活用した取組や市町村・広域連合への支援も積極的に行う。

討する。

- ・ その際、地域の医師会等の関係団体と、これらの課題、対策について協議する。

③ 対策の実施

- ・ ②の議論の結果に基づき事業を実施する。事業実施に当たっては、**都道県**国民健康保険団体連合会による支援や、民間事業者への委託なども考えられる。

④ 実施状況の評価

- ・ ③で実施した事業について、その結果を評価（評価方法については5 **を**参照）し、PDCAサイクルに基づいて次の事業展開につなげる。
- ・ 高齢者の保健事業の実施に当たっては、広域連合と市町村で連携し、委託等により市町村が一体的に保健事業を実施することで、年齢に関わらず、継続した支援を可能にするといった対応をとることが考えられるが、広域連合が実施する場合も保険者間の引き継ぎを密にし、継続的な評価を可能にすることが重要である。

(県の役割)

- ・ 市町村や広域連合における事業実施状況をフォローするとともに、市町村や広域連合における円滑な事業実施を支援する観点から、県レベルで**県**医師会や糖尿病対策推進会議等と県内の取組状況を共有し、課題、対応策等について議論する。
- ・ また、県レベルで**県**医師会や糖尿病対策推進会議等と議論し、糖尿病重症化予防モデルプログラムを策定することにより、県内市町村や広域連合における取組が円滑に実施できるよう支援する。
- ・ 保健所は、**地区**分析の実施主体や市町村・広域連合の身近な相談相手としての役割を果たす。また、郡市医師会・医療機関をはじめとする地域の医療関係者や市町村・広域連合との連携のつなぎ役となるなど、保健所**を**を活用した取組や市町村・広域連合への支援も積極的に行う。

(3) 広域連合の役割

- ・ 広域連合は、都道府県単位ですべての市町村により構成されるものであり、後期高齢者について、上記に記載した市町村と県の両者の役割を担う。このため、自ら糖尿病重症化予防の取組を実施するほか、保健事業を市町村に委託して実施する場合は、市町村国保の保健事業と一体的に実施されるよう調整を行うなど、市町村（高齢者医療担当課・介護予防担当課や健康増進担当課、地域包括支援センター）と連携するものとする。
- ・ 保健事業の実施に当たっては、「高齢者の特性を踏まえた保健指導ガイドライン」等を参照しながら、市町村との役割分担を明確化し、連携体制を構築するほか、市町村に委託して実施する場合は、データの提供や閲覧権限の付与など、実施支援のための情報提供を行う。

(4) 地域の医師会等の役割

(医療関係団体における協力体制の整備)

- ・ 県医師会をはじめとする県の関係団体は、郡市医師会等をはじめとする地域の医療関係団体に対して、糖尿病性腎症等の重症化予防に係る国・県における動向等を周知するとともに、郡市医師会に対し、必要に応じて助言する。
- ・ 県医師会や郡市医師会等をはじめとする地域の医療関係団体は、会員及び医療従事者等に対して、糖尿病性腎症等の重症化予防の取組について周知する。また、県や市町村等から相談があった場合には、糖尿病性腎症等の重症化予防の取組に可能な限り協力するとともに、対象者の健康づくりや糖尿病性腎症等の重症化予防に向けて積極的に対応するよう促す。
- ・ 地域における糖尿病性腎症等の重症化予防の取組は、市町村等の取組に加え、かかりつけ医機能を有する医療機関と専門医等との連携強化が重要であるため、地域の医師会等は各医療機関や医師等と連携し必要な取組を行うよう努める。

(市町村等の取組に対する協力)

- ・ 県医師会をはじめとする地域の医療関係団体は、市町村等の糖尿病性腎症重症化予防の取組に対し、取組が円滑かつ効果的なものと

(広域連合の役割)

- ・ 広域連合は、都道府県毎にすべての市町村で設立されるものであることから、後期高齢者について、上記に記載した市町村と県の両者の役割を担うが、自らプログラムを実施するほか、保健事業を市町村に委託し、国保の保健事業と一体的に実施されるよう調整するなど、市町村（高齢者医療担当課・介護予防担当課や健康増進担当課、地域包括支援センター）と連携するものとする。

(追加)

(地域における医師会等の役割)

- ・ 県医師会等の関係団体は、郡市医師会等に対して、糖尿病性腎症重症化予防に係る国・県における動向等を周知し、郡市医師会に対し、必要に応じ助言する。
- ・ 県医師会や郡市医師会等は、市町村や広域連合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。

(新設)

なるように、市町村等の求めに応じて実施方法等について助言するなど、必要な協力を行う。

(関係学会のガイドライン等の活用)

- ・ 糖尿病診療においては、日本糖尿病学会編・著「糖尿病診療ガイドライン」「糖尿病治療ガイド」、日本糖尿病対策推進会議編「糖尿病治療のエッセンス」や日本糖尿病学会・日本老年医学会編・著「高齢者糖尿病診療ガイドライン」「高齢者糖尿病治療ガイド」等の積極的な活用が求められる。
- ・ 腎疾患診療においては、日本腎臓学会編・著「エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン」等の積極的な活用が求められる。

(5) 県糖尿病対策推進会議の役割

- ・ 糖尿病性腎症等の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するとともに、医学的・科学的観点から県内における糖尿病性腎症等の重症化予防の取組について助言を行うなど、自治体や広域連合等の取組に協力する。
- ・ 県民や糖尿病の患者への啓発、医療従事者への研修に努める。

(6) 国保連合会の役割

- ・ 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の際の健診データ・レセプトデータ等による課題抽出、事業実施後の評価分析などにおいて、市町村や広域連合への支援を行う。
- ・ 取組状況等から支援の必要性はあるが支援を受けていない市町村等に対しても、県と連携して、積極的に支援することが期待される。

(7) その他の医療関係団体等の役割

- ・ 糖尿病の合併症として網膜症、歯周病及び歯の喪失等があることから、眼科、歯科等他科との連携、医科歯科連携の仕組みを構築し活用することが望ましい。
- ・ 健康サポート薬局等の、地域におけ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ある地域においては、そ

(新設)

(県糖尿病対策推進会議の役割)

- ・ 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するとともに、医学的・科学的観点から県内における糖尿病性腎症重症化予防の取組について助言を行うなど、自治体の取組に協力するよう努める。
- ・ 地域の住民や患者への啓発、医療従事者への研修に努める。

(国保連合会の役割)

- ・ KDBの活用によるデータ分析・技術支援や、健診データ・レセプトデータ等による課題抽出、事業実施後の評価分析などにおいて、支援を必要とする市町村や広域連合への支援を行う。
- ・ 人材確保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を行うことが期待される。

(追加)

これらの資源が糖尿病性腎症等の重症化予防の体制整備に有効に活用されるよう、関係団体等は、県や市町村、広域連合と情報を共有し、共に検討する。

4 実施上の留意点

- 糖尿病性腎症等の重症化予防に関するプログラムの実施に当たっては、自治体とかかりつけ医等との連携体制が重要であり、あらかじめ、地域において医師会等と十分に協議の上、推進体制を構築する必要がある。
- 具体的な取組の推進に当たっては、保険者が策定したデータヘルス計画等、関連する計画と連動させて実施する必要がある。
- 目標達成までの道筋を明確にし、保険者機能を発揮する観点から、以下のいずれも満たす必要がある。
 - ① 対象者の抽出基準が明確であり、対象者の状態像（疾患や症状等の医療的側面に関する状況、社会生活面のアセスメント状況等）に応じた取組であること
 - ・ 健診結果のみならず、レセプトデータの請求情報（薬剤や疾患名）も活用し、被保険者の全体像を把握したうえで、事業対象者を抽出すること。
 - ② かかりつけ医と連携した取組であること
 - ・ 事業の実施時のみならず、企画時や準備時、評価時など様々な時点で連携すること。特に治療中の者に保健指導を行う際には、かかりつけ医機能を有する医療機関との間で対象者の状態像や保健指導の内容について十分に情報共有するとともに、支援の方向性を共有すること。
 - ③ 保健指導は専門職が取組に携わること
 - ・ 保健師、管理栄養士等のみならず、医師や歯科医師、薬剤師等と連携した取組であること。

3 実施上の留意点

- 実施にあたっては、自治体とかかりつけ医等との連携体制が重要であり、あらかじめ、地域において医師会等と十分に協議の上、推進体制を構築する必要がある。
- 医療保険者である市町村や広域連合が実施主体であることから、データヘルス計画を策定している場合は、同計画と連動させる必要がある。
- 各地域で糖尿病性腎症重症化予防に関するプログラムを実施する場合には、目標達成までの道筋を明確にし、保険者機能を発揮する観点から以下のいずれも満たすものである必要がある。
 - ① 対象者の抽出基準が明確であること
 - 健診結果のみならず、レセプト 請求情報（薬剤や疾患名）も活用し、被保険者全体像を把握したうえで、事業対象者を抽出すること。
 - ② かかりつけ医と連携した取組であること
 - 事業の実施時のみならず、企画時や準備時、評価時など様々な時点できめ細かく連携すること。
 - ③ 保健指導は専門職が取組に携わること
 - 保健師、管理栄養士等のみならず、医師や歯科医師、薬剤師等と連携した取組であること。

- ④ 事業の評価を実施すること
- ・ アウトプット指標のみならず、アウトカム指標を用いて事業評価を実施すること。この際、短期的な評価だけではなく、中・長期的な視点での評価も実施すること。
- ⑤ 地域の実情に応じて秋田県糖尿病対策推進会議等と連携すること
- ・ 秋田県糖尿病対策推進会議等に対して情報提供を行うのみならず、助言を受け、その助言を参考に事業に反映すること。

Ⅱ 県モデルプログラムの内容について

1 対象者の抽出基準

(1)未治療者(受診勧奨)(図表1)

- 保険者が特定健診データから、図表1に示す者を抽出した上で、レセプトデータを照合し、直近6か月以内に糖尿病（HbA1c 6.5%未満の者）については慢性腎臓病を含む）で受診した記録のない者

図表1 未治療者における受診勧奨対象者の抽出基準

		腎障害の程度			腎障害の程度 ／判定不可 ※2
		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（－）	
H b A 1 c （ ％ ） ※1	8.0以上	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ
	7.0～7.9	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅱ	受診勧奨Ⅱ	受診勧奨Ⅱ
	6.5～6.9	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅱ	受診勧奨Ⅰ	受診勧奨Ⅰ

- ④ 事業の評価を実施すること
- アウトプット指標のみならず、アウトカム指標を用いて事業評価を実施すること。
- ⑤ 地域の実情に応じた秋田県糖尿病対策推進会議等との連携
- 糖尿病対策推進会議等に対して情報提供を行うのみならず、助言を受け、その助言を_____事業に反映すること。

Ⅱ モデルプログラム

1 対象者の抽出基準

(1)未治療者(受診勧奨)

保険者が特定健診データから、次の者を抽出した上で、レセプトデータを照合し、直近6カ月以内に糖尿病（下記【健診データ抽出条件】bについては慢性腎臓病を含む）で受診した記録のない者

(新設)

秋田県糖尿病重症化予防モデルプログラム 新旧対照表

	6.5 未満	受診勧奨Ⅲ (eGFR <45※)	受診勧奨Ⅱ (eGFR <60※60 歳未満)		
		受診勧奨Ⅰ (尿蛋白 (+) 以上)			
※1 HbA1c 未判定または HbA1c 6.5%未満の者のうち、空腹時血糖 126mg/dl (随時血糖 200mg/dL) 以上の者については、受診勧奨レベルⅠとする。 ※2 腎障害の程度 判定不可：HbA1c 判定者のうち、尿蛋白の測定値がなく、腎障害の程度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。 【受診勧奨レベルⅠ】(図表1の受診勧奨Ⅰ) 下記の①または②のいずれかに該当する者 ① 空腹時血糖 126mg/dL (随時血糖 200mg/dL) 以上 または HbA1c 6.5%以上 ② 尿蛋白 (+) 以上 【受診勧奨レベルⅡ】(図表1の受診勧奨Ⅱ) 下記の①から④のいずれかに該当する者 ① HbA1c 6.5%以上 8.0%未満 かつ [eGFR 45 以上 60 未満 (mL/分/1.73 m²) または 尿蛋白 (±)] ② HbA1c 7.0%以上 8.0%未満 かつ [eGFR 60 以上 (mL/分/1.73 m²) かつ 尿蛋白 (－)] ③ HbA1c 7.0%以上 8.0%未満 かつ 腎障害の程度判定不可 ④ 60 歳未満の者で、HbA1c 6.5%未満かつ eGFR 60 未満 (mL/分/1.73 m²) 【受診勧奨レベルⅢ】(図表1の受診勧奨Ⅲ) 下記の①から③のいずれかに該当する者 ① HbA1c 8.0%以上 (腎障害の程度に関係なく)					
【健診データ抽出条件】 a 尿蛋白 (+) 以上かつ空腹時血糖 126 mg / dL (随時血糖 200 mg / dL) 以上 または尿蛋白 (+) 以上かつ HbA1c 6.5%以上 b 血清クレアチニンを測定している場合は、eGFR を算出し、eGFR 45 mL / 分/1.73 m²未満 但し、60 歳未満の者については、eGFR 60 mL / 分/1.73 m²未満の者についても受診勧奨することが望ましい。					

<u>② HbA1c 6.5%以上 8.0%未満かつ尿蛋白（＋）以上</u> <u>③ eGFR 45 未満（mL/分/1.73 m²）</u> <u>○ なお、腎障害の程度にかかわらず HbA1c が 6.5%以上の者のうち、高血圧については受診中で、糖尿病は未受診の者に対しては、かかりつけ医機能を有する医療機関に健診結果を持参の上、血糖検査の結果が受診勧奨判定値（糖尿病の診断基準）を超えていることについて、速やかに相談するよう指導を行うことが望ましい。</u> <u>○ 高齢者は低血糖防止等の観点から、「高齢者糖尿病ガイドライン 2023」において青壮年期よりも緩和した基準が提示されており、それを踏まえた対応が必要である。特に、後期高齢者に対する糖尿病性腎症重症化予防については、「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン」等を参照し、医師会等地域の関係機関と抽出基準や保健指導の方法等について相談することが望ましい。</u> （２）治療中断者（受診勧奨） 保険者がレセプトデータから、過去２年前から１年前までの１年間に糖尿病での治療歴がある<u>者</u>で、最近６<u>ヵ</u>月以内に糖尿病で受診した記録のない者を抽出。 ※ 健診データがある場合は、健診結果による受診勧奨を優先する。 （３）治療中の患者（保健指導）（<u>図表 2</u>） <u>○対象者選定の考え方</u> <u>保険者、医療機関が下記 1）、2）の要件を参考に候補者を抽出する。候補者のうち、「糖尿病重症化予防保健指導プログラム」（以下「保健指導プログラム」という。）への参加について本人及びかかりつけ医の同意が得られた者を対象者とする。</u> <u>1） 保険者が特定健診データやレセプトデータ等を活用して候補者を抽出する場合</u> <u>・ 保険者が特定健診データから図表 2 に示す者を抽出した上で、レ</u>	（２）治療中断者（受診勧奨） 保険者がレセプトデータから、過去２年前から１年前までの１年間に糖尿病での治療歴がある<u>もの</u>で、最近６<u>ヵ</u>月以内に糖尿病で受診した記録のない者を抽出。 ※ 健診データがある場合は、健診結果による受診勧奨を優先する。 （３）治療中の患者（保健指導）（<u>対象患者について別紙 1 を参照のこと</u>） （新設） （追加）
---	---

<u>セプトデータを照合し、直近6か月以内に糖尿病で受診した記録のある者</u> <u>2) 医療機関が診療情報等から候補者を選定する場合</u> <u>・ 図表2を参考としたうえで、糖尿病治療中に、尿アルブミン、尿蛋白、eGFR等により腎機能低下が判明し、次のような視点に基づき保健指導が必要と医師が判断した者</u> <u>① 治療を中断しがちな患者</u> <u>② 生活習慣の改善が困難な患者</u> <u>③ 管理栄養士等がいないため、自施設での実践的な指導が困難な場合</u> <u>④ 専門的な医療機関との連携が困難な場合</u> <u>※必要に応じて、かかりつけ医と専門的な医療機関とが連携して治療できる体制をとることが望ましい。</u> (移動)	(追加) <u>糖尿病で治療中、尿アルブミン、尿蛋白、eGFR等により腎機能低下が判明し、保健指導が必要と医師が判断し、患者本人から保健指導プログラムへの参加について、同意があった者を対象とする。</u> <u>ただし、糖尿病性腎症の病期が第3期相当（尿蛋白1+以上、尿アルブミンクレアチニン比300mg/gCre以上、または尿蛋白クレアチニン比0.5g/g以上）、またはCKD重症度分類ステージがG3b（eGFR30以上45未満ml/min/1.73m²）の患者を優先する。</u> <u>糖尿病性腎症の病期が第4期、またはCKD重症度分類がステージG4以上（eGFR30未満ml/min/1.73m²）の患者、もしくは、eGFR30以上45未満ml/min/1.73m²であっても、eGFRの低下が年5ml/min/1.73m²以上の急速進行例は、心血管イベント、心不全の発症リスク、死亡リスクが高いことから、より専門的な医療機関での治療を行うこととし、保険者による保健指導の対象としない。（専門的な医療機関とは、学会の専門医のみならず、糖尿病の治療に十分な体制で臨める医療機関のこと。）</u> <u>次のような視点に基づき保健指導が必要と判断し、患者の同意があった者を対象とする。</u> <u>・ 治療を中断しがちな患者</u> <u>・ 生活習慣改善が困難な患者</u> <u>・ 管理栄養士等がいないため、自施設での実践的な指導が困難な場合</u> <u>・ 専門的な医療機関との連携が困難な場合</u> <u>※必要に応じて、かかりつけ医と専門的な医療機関とが連携して治療できる体制をとることが望ましい。</u> <u>ただし、次の者は保健指導の対象から除外する。</u> <u>・ がん等で終末期にある患者</u> <u>・ 認知機能障害がある患者</u>
--	--

・糖尿病性腎症の病期が第4期またはC KD重症度分類がステージG4以上（eGFR30未満 ml/min/1.73 m²）と思われる患者
 ※生活習慣病管理料、糖尿病透析予防指導管理料の算定対象となっている者を除外するという考えもある。

なお、上記以外にも地域の実情に応じた基準を地域の医師会と協議することが望ましい。

また、歯科・眼科治療中、もしくは他の疾患で治療中の患者について、糖尿病治療を中断していることが発見された場合、糖尿病治療に対応できる医療機関を紹介するなどの連携が望ましい。

(別紙1から本文中に移動)

図表2 保健指導の対象

アルブミン尿区分		A1	A2	A3
尿定性 蛋白(めやす)		(－)	(+/-)	(+)以上
尿アルブミン・クレアチニン比 (mg/g)		<30	30-299	300 以上
尿蛋白・クレアチニン比(g/g)		<0.15	0.15-0.49	0.50 以上
eGFR	G1	>=90		保健指導※
	G2	60-89		保健指導※
	G3a	45-59	保健指導	保健指導※
	G3b	30-44	保健指導※	保健指導※
	G4	15-29	専門医受診	専門医受診
	G5	<15	専門医受診	専門医受診

※優先的に保健指導を行う対象

参照）糖尿病性腎症病期分類

(別紙 1 から本文中に移動)

		A1	A2	A3
<u>アルブミン尿区分</u>		<u>正常アル</u>	<u>微量アルブ</u>	<u>顕性アルブミ</u>
		<u>ブミン尿</u>	<u>ミン尿</u>	<u>ン尿</u>
尿アルブミン・クレアチニン比 (mg/g)		<30	30-299	300 以上
尿蛋白・クレアチニン比(g/g)		<0.15	0.15-0.49	0.50 以上
eGFR	G1	>=90		
	G2	60-89		
	G3a	45-59		
	G3b	30-44		
	G4	15-29		
G5		<15		
		<u>正常アル</u> <u>ブミン尿期</u> (第 1 期)	<u>微量アルブミ</u> <u>ン尿期</u> (第 2 期)	<u>顕性アルブミ</u> <u>ン尿期</u> (第 3 期)
		<u>GFR 高度低下・末期腎不全期</u> (第 4 期)		
<u>透析療法中あるいは</u> <u>腎移植後</u>		<u>腎代替療法期</u> (第 5 期)		

(対象者)

- ・ eGFR60 未満 (mL/分/1.73 m²) または尿蛋白 (±) 以上の者 (ただし、後述する「専門的な医療機関における治療の対象者」を除く。)

(優先する対象者) (図表 2 の※印)

- ・ 糖尿病性腎症の病期が第 3 期相当 (尿蛋白 1 + 以上、尿アルブミンクレアチニン比 300mg/gCre 以上、または尿蛋白クレアチニン比 0.5g/g 以上)、または C K D 重症度分類ステージが G 3 b (eGFR30 以上 45 未満 (mL/分/1.73 m²)) の者

(移動)

(専門的な医療機関における治療の対象者)

- ・ 糖尿病性腎症の病期が第 4 期または C K D 重症度分類がステージ

(移動・変更)

<u>G 4 以上 (eGFR30 未満 (mL/分/1.73 m²)) と思われる者、もしくは eGFR30 以上 45 未満 (mL/分/1.73 m²) であっても、eGFR の低下が年 5 mL/分/1.73 m²以上の急速進行例は、心血管イベント、心不全の発症リスク、死亡リスクが高いことから、より専門的な医療機関での治療を勧めることとし、保険者による保健指導の対象としない。(専門的な医療機関とは、学会の専門医のみならず、糖尿病の治療に十分な体制で臨める医療機関のこと。)</u> <u>・ 図表 2 は保健指導の対象者をわかりやすく表示するために作成されたが、尿蛋白や血尿など、その他の専門医受診基準は、日本腎臓学会の「エビデンスに基づく CKD 診療ガイドライン」も参照し、選定する。</u> <u>(除外条件)</u> <u>・ がん等で終末期にある者</u> <u>・ 認知機能障害がある者 (ただし、周囲に介護者等がおり、保健指導プログラムを実施することが可能な者はこの限りではない。)</u> <u>・ 患者の疾患や状況などにより、かかりつけ医が除外すべきと判断した者</u> <u>(その他)</u> <u>・ 歯科・眼科治療中、または他の疾患で治療中の患者について、糖尿病治療を中断していることが発見された場合、糖尿病治療に対応できる医療機関を紹介するなどの連携が望ましい。</u> <u>(留意事項)</u> <u>・ 生活習慣病管理料や糖尿病透析予防指導管理料等、保険診療で認められている医療行為と保健指導プログラムに基づく取組が相補的に機能することが望ましいことから、地域の実情に応じた役割分担について地域の医師会と協議することが望ましい。</u> <u>なお、上記以外にも地域の実情に応じた基準について地域の医</u>	(移動) (移動) (移動・変更)
--	--

師会と協議することが望ましい。

- ・ 特定健診をはじめとする健診は、健康づくりの観点から経時的に受診することが望ましく、糖尿病について治療中であっても、健診の受診を推奨することが必要である。

2 医療機関への受診勧奨の方法

(1) 未治療者への受診勧奨

保険者が特定健診データから、1の(1)で抽出した者に対して、次のとおり受診勧奨レベルに応じた受診勧奨を行う。

(移動)

なお、尿蛋白2+以上、またはeGFR30未満(ml/min/1.73 m^2)の者に対しては、糖尿病性腎症の病期が第4期の可能性が高いため、専門的な医療機関への早期の受診を強く勧める。

【受診勧奨レベルⅠ】

- ・ 健診結果通知時に、糖尿病や糖尿病性腎症、慢性腎臓病のおそれがあり、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（面談等による受診勧奨を妨げるものではない）。
- ・ 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（糖尿病や糖尿病性腎症、慢性腎臓病のおそれがあり、医療機関の定期的な受診が必要であることを伝える内容）に加え、可能な限り電話や面談により、医療機関へ

(追加)

2 医療機関への受診勧奨の方法

(1) 未治療者への受診勧奨

保険者が特定健診データから、1の(1)で抽出した者に対して、原則として個別面談による受診勧奨を行う。（来所、訪問は問わない。）

受診勧奨にあたっては、「各数値項目」「糖尿病性腎症の病期」の状況から、将来の人工透析のリスクなど、医療機関での適正な治療を受ける必要性や生活習慣の改善の必要性などを説明する。

尿蛋白2+以上、またはeGFR30未満 ml/min/1.73 m^2 未満の者に対しては、糖尿病性腎症の病期が第4期の可能性が高いため、専門的な医療機関への早期の受診を強く勧める。

(新設)

の受診勧奨を行う。

【受診勧奨レベルⅢ】

- ・ 可能な限り速やかに、面談による医療機関への受診勧奨を行う。
- ・ 受診勧奨に当たっては、「各数値項目」「糖尿病性腎症の病期」
の状況から、将来の人工透析のリスクなど、医療機関での適正な
治療を受ける必要性や生活習慣の改善の必要性などを説明する。

(2) 治療中断者への受診勧奨

健診データが無い場合、糖尿病性腎症の病期やCKD重症度分類
が判らないことから、電話や文書による受診勧奨を行う。

(3) 受診勧奨後の確認

- ・ 「未治療者（受診勧奨レベルを問わない）」、「治療中断者」とも
に、初回受診勧奨の1～2ヵ月後、継続的な受診につながってい
るかについて、レセプトの確認や対象者本人への確認、医療機関
への確認（別紙1 受診確認はがき例を参照）等により受診状況を
確認する。 なお、別紙1の作成に当たり、文書料等の費用は発生
しないものとして取り扱うこととする。
- ・ 受診している場合は、治療の継続を勧める。
- ・ 未受診の場合は、受診勧奨レベルⅡ及びⅢの対象者については、
面談等により、再度「糖尿病性腎症のリスク」、「治療の必要性」
などを説明し、早期の受診を勧める。受診勧奨レベルⅠの対象者
については、再度、文書により通知する（面談等による受診勧奨
を妨げるものではない）。

3 治療中の患者に対する保健指導

(1) 保健指導プログラムの内容

(2) 治療中断者への受診勧奨

健診データが無い場合、糖尿病性腎症の病期やCKD重症度分類
が判らないことから、電話や手紙による受診勧奨を行う。

(3) 受診勧奨後の確認

「未治療者」、「治療中断者」ともに、初回受診勧奨の1～2ヵ月
後、電話で受診状況を確認する。

受診している場合は治療継続を勧める。

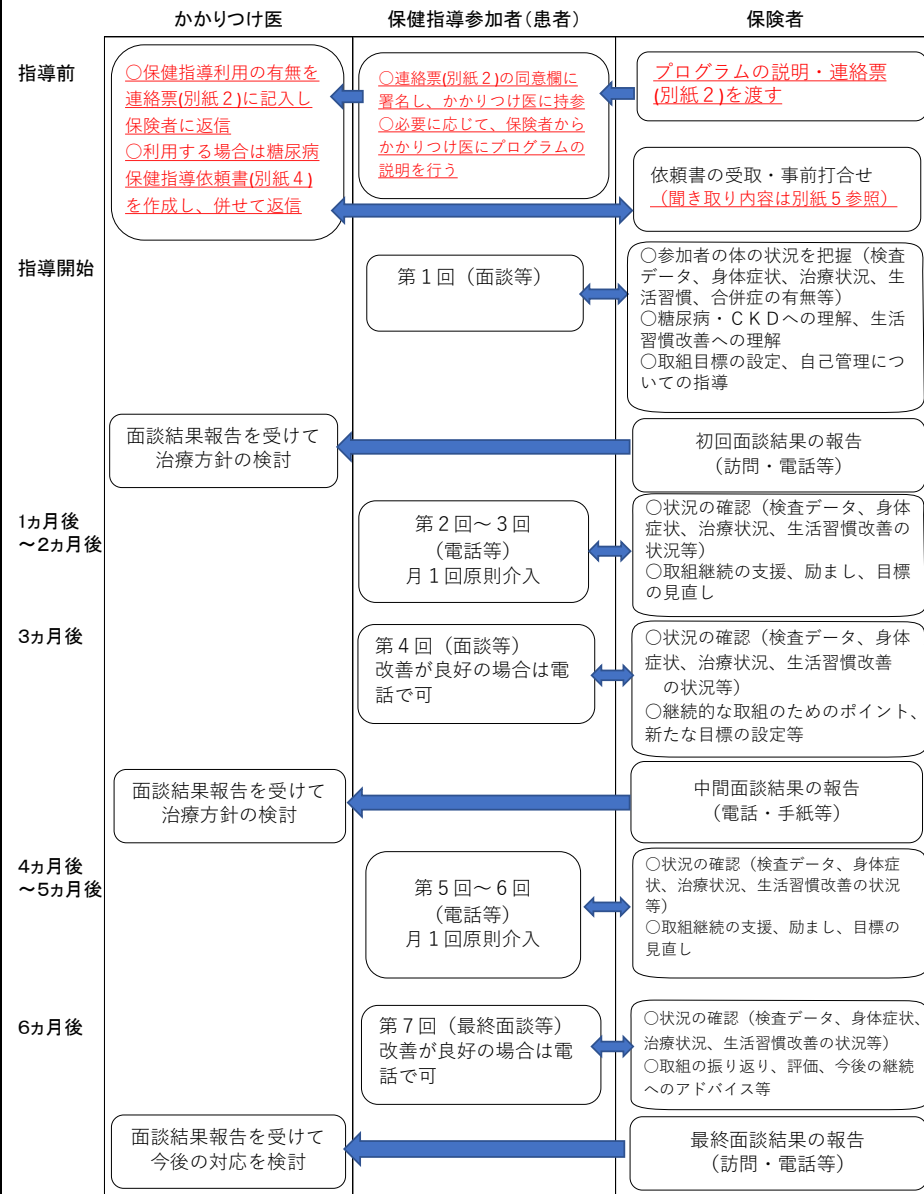
未受診の場合は、面談等により、再度「糖尿病性腎症のリスク」「治
療の必要性」などを説明し、早期の受診を勧める。

3 治療中の患者に対する保健指導

(1) 保健指導プログラムの内容

1) 保険者が健診データ等から抽出する場合

図表3 糖尿病重症化予防保健指導プログラム【保険者が健診データ等から抽出】



※ 糖尿病性腎症の病期が第3期の者についての保健指導プログラム例であり、第2期の者について実施する場合は、指導回数・内容などは軽減可能であるが、初回指導は面談が望ましい。

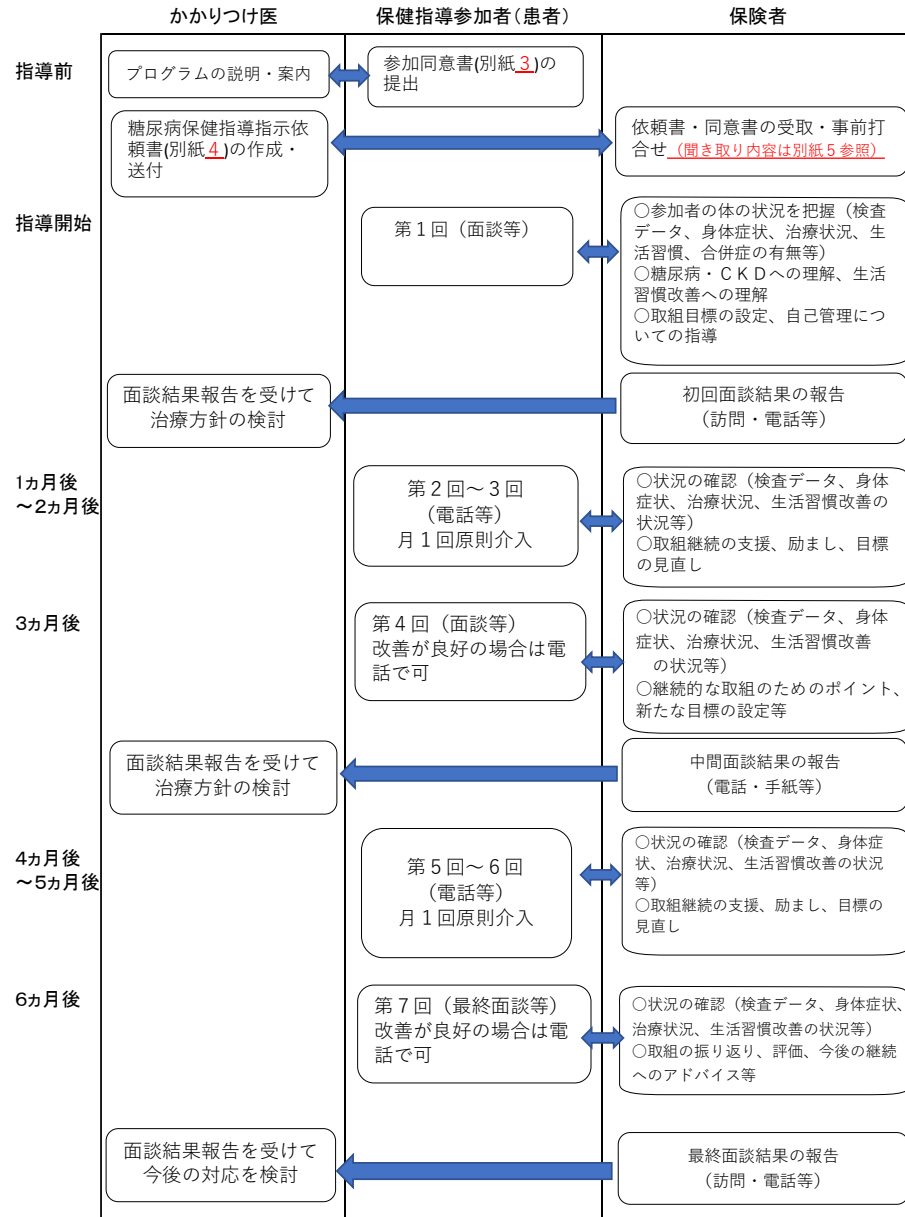
別紙2「糖尿病重症化予防保健指導プログラム」(以下「プログラム」という。)を参照

(新設) ※指導開始後の流れや内容は従来のプログラムと同様

2) 医療機関が患者の診療情報等から選定する場合

図表4 糖尿病重症化予防保健指導プログラム【医療機関が健診データ等から選定】

(別紙2から本文中に移動)



※ 糖尿病性腎症の病期が第3期の者についての保健指導プログラム例であり、第2期の者について実施する場合は、指導回数・内容などは軽減可能であるが、初回指導は面談が望ましい。

(2) 保健指導実施の流れ		(2) 保健指導実施の流れ	
1) 保険者が特定健診データやレセプトデータ等を活用して候補者を抽出し、患者や医療機関に連絡する場合	2) 医療機関が診療情報等から候補者を選定し、保険者に連絡する場合	かかりつけ医が、保険者による保健指導が必要と判断し、患者の同意があった場合、以下の流れで保健指導を実施する。 ① かかりつけ医は、保健指導が必要と判断した患者に対して、「プログラム」について説明し、「糖尿病重症化予防保健指導プログラム参加同意書」(別紙3)(以下「同意書」という。)を手交する。 ② かかりつけ医は、「同意書」の提出があった患者について、「糖尿病保健指導指示依頼書」(別紙4)を作成の上、保険者あて 保健指導の実施を連絡する。 ③ 保険者は、かかりつけ医からの連絡を受けて、かかりつけ医と面談または電話等で保健指導上の留意点などを確認する。 ④ 保険者は、同意のあった患者に対して、かかりつけ医からの助言に基づき保健指導を実施する。 ⑤ 保険者は、保健指導実施中、必要に応じて定期的にかかりつけ医と連絡を取り、保健指導の実施状況を情報共有する。 また、実施後は実施結果をかかりつけ医に報告する。	
①-1 保険者は、対象者に対し、「保健指導プログラム」について説明し、糖尿病重症化予防保健指導連絡票(別紙2)(以下「連絡票」という。)を手交する。 ①-2 対象者は、連絡票の同意欄に署名し、かかりつけ医に持参する。必要に応じて、保険者からかかりつけ医に「保健指導プログラム」についての説明を行う。 ② かかりつけ医は、保健指導プログラムの利用の有無を「連絡票」※に記入し、保険者に返信する。保健指導を利用する場合は「糖尿病保健指導依頼書」(別紙4)※を併せて作成の上、保険者に連絡する。	① かかりつけ医は、保健指導が必要と判断した患者に対し、「保健指導プログラム」について説明し、「糖尿病重症化予防保健指導プログラム参加同意書」(別紙3)(以下「同意書」という。)を手交する ② かかりつけ医は、「同意書」の提出があった患者について、「糖尿病保健指導依頼書」(別紙4)を作成の上、保険者あてに保健指導の実施について連絡する。	③ 保険者は、かかりつけ医からの連絡を受け、かかりつけ医と面談または電話等により保健指導上の留意点(別紙5 糖尿病保健指導 医師意見聴取事項例を参照)などを確認する。 ④ 保険者は、かかりつけ医からの助言に基づき保健指導を実施する。 ⑤ 保険者は、保健指導実施中、必要に応じて定期的にかかりつけ医と連絡を取り、保健指導の実施状況について情報共有する。 また、実施後は実施結果をかかりつけ医に報告する。	

※「連絡票」(別紙2)及び「糖尿病保健指導依頼書」(別紙4)の作成に当たり、文書料等の費用は発生しないものとして取り扱うこととする。

(保健指導における留意点)

- ・ 保健指導の実施に当たっては、かかりつけ医で測定した血清クレアチニン (eGFR)、尿アルブミン、尿蛋白等の検査値が、実施結果の評価に不可欠であるため、患者同意のもと、「糖尿病連携手帳」(公益財団法人 日本糖尿病協会発行)等を活用して、患者のデータを保険者(保健指導実施者)と共有する必要がある。

4 委託にて事業を実施する際の留意点

- 受診勧奨、保健指導等の保健事業については、外部委託が可能であるが、自治体の専門職が関与し、保険者としての責任を持った実施体制の構築が重要である。

保険者の庁内体制の整備や関係機関との調整・連携、課題の分析、事業計画の作成、対象者の抽出基準の設定、実施する受診勧奨や保健指導の内容の決定、事業の評価・見直し等、事業の根幹に関わるものについては、委託する場合であっても、保険者自らが実施する。

- 委託に当たっては、事業の計画段階から地域の医師会等と委託する内容等の方針について協議を行い、保険者としての取組であることを説明の上、取組への協力を求める。また、委託事業者任せにすることなく、保険者において事業の詳細、進捗状況を把握し、委託期間の終了時の評価以外にも、定期的(月ごと、あるいは委託期間の中間時等)に評価するなど、全体のプロセスを管理し、事業全体の評価は保険者自らが実施する。

- 実際の保健指導に当たっては、糖尿病療養指導、特定保健指導等の十分な経験を有し、糖尿病性腎症重症化予防のための研修を受けた専門職が実施することが望ましい。

※ 保健指導の実施にあたっては、かかりつけ医で測定した血清クレアチニン (eGFR)、尿アルブミン、尿蛋白等の検査値が、実施結果の評価に不可欠であるため、患者同意のもと、「糖尿病連携手帳」(日本糖尿病協会発行)等を活用して、患者のデータを保険者(保健指導実施者)と共有する必要がある。(「糖尿病連携手帳」の購入経費は、国保特別調整交付金の保健事業に対する助成の対象となる。)

4 受診勧奨、保健指導の実施者

受診勧奨、保健指導等の保健事業については、外部委託が可能であるが、自治体の専門職が関与し、保険者としての責任を持った実施体制の構築が重要である。

実際の保健指導については、糖尿病療養指導、特定保健指導等の十分な経験を有し、糖尿病性腎症重症化予防のための研修を受けた専門職が実施することが望ましい。

5 事業評価

(1)方法

計画策定時に設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、プロセス、アウトプット、アウトカムの視点で評価を行う。その成功要因、未達要因をストラクチャー、プロセス面から検討する。

(2)評価指標

以下に「必須評価指標」及び「任意評価指標例」を示す。保険者は、「必須評価指標」については必ず評価を行うこととし、保険者の取組状況等に応じて評価指標を追加する場合は、「任意評価指標例」を参考とし、保険者が策定するデータヘルス計画等、関係する計画の目標や評価指標等も踏まえて設定する。

(必須評価指標)【ストラクチャー評価】

- ・（事業を委託している場合）委託先と委託の内容
- ・地域医師会等との連携（会議の開催等）

【プロセス評価】

- ・対象者抽出基準（受診勧奨及び保健指導）
- ・対象者への声掛け・募集の方法

【アウトプット評価】

受診勧奨	<u>保険者が定める基準に基づき抽出された対象者数及び対象者のうち受診勧奨の実施人数及び実施割合</u>
保健指導	<u>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数及び対象者のうち保健指導の実施人数及び実施割合</u>

5 事業評価

(新設)

(追加)

(1)評価項目

事業の実施内容について、次の項目等により評価する。

(新設)

① 受診勧奨【アウトプット評価例】

- ・抽出された対象者の何%に受診勧奨ができたか

【アウトカム評価例】

- ・受診勧奨した者の「6カ月後の受療率」（レセプトデータより）
- ・受診勧奨した後に受診した特定健診受診結果から「空腹時血糖」「HbA1c」「尿蛋白」「血清クレアチニン（eGFR）」の改善状況（人数・率など）

【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】 ・受診勧奨を行った者の受療率（ <u>初回の受診勧奨</u> 終了後から6か月の間の受診状況）（レセプトデ ータより）	○ (6か月後)					
	【継続受診の状況】 ・受診勧奨終了後から1年の間に2回以上医療機 関を受診した者の数	○					
保 健 指 導	検査値の変 化 (確認可能 な項目につ いて評価を 行う)	体重・BMI、血圧、血糖・HbA1c、尿 蛋白、eGFR、尿アルブミンクレアチ ニン比、尿蛋白クレアチニン比、LDL コレステロール（またはnon-HDL コ レステロール）、口腔機能（歯周病 の有無、程度）	○ (介入前、 3か月後、 6か月後)				
	生活習慣の 変化	生活習慣改善意欲／食生活／運動 習慣／飲酒／喫煙	○ (介入前、 3か月後、 6か月後)				
	治療状況	・糖尿病性腎症による人工透析導入 の有無等についての追跡調査の実 施（KDB システム、レセプトデー タより）				○	
医療費		外来医療費、総医療費				○	
透析患者数		総数、新規患者数				○	

② 保健指導

【アウトプット評価例】

・抽出された対象者の何%に保健指導ができたか

【アウトカム評価例】

・保健指導終了時（後）に、かかりつけ医が測定した検査値（血
糖、HbA1c、血清クレアチニン、血圧など）による改善状
況（人数・率など）

・保健指導プログラム参加、非参加による比較（特定健診データ）

③ 中長期的評価

【アウトカム評価例】

・①、②の対象者について、受療状況、糖尿病性腎症による人工
透析導入の有無などについての追跡調査の実施（KDB システ
ム、レセプトデータ）

④ 医療保険者としての評価

【アウトカム評価例】

・医療費適正化、糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数の
減少の視点で推移を評価（新規透析導入患者数・率、医療費な
ど）

(任意評価指標例)【ストラクチャー評価】

- ・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

【プロセス評価】

- ・目的に応じた対象者の設定状況
- ・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

※保険者が設定する基準の該当者における値だけでなく、国プログラムの対象者抽出基準の該当者における値も併せて確認することが望ましい。

※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。

(3) 評価結果の活用

○ 事業の分析結果、評価やそれに基づく改善方策等について、地域の医師会等関係者間で協議することが望ましい。協議の場合は、地域の医師会と管内の保険者合同で定期的を開催するなど、情報共有の機会とするとともに、地域の医師会等の負担等に配慮する。

○ 協議の結果、改善が必要な場合は、具体的な方策について地域の医師会等から助言を得ながら検討する。また、地域の医師会等や管内の保険者等の関係者に報告・共有することにより、対応策の改善や次年度以降の事業内容の見直しにつなげる。

(新設)

(2) 評価体制

事業の評価にあたっては、5（１）の各評価項目について保険者が効果検証をするとともに、事業実施における課題・改善事項等について地域の医師会等と連携した体制を構築することが望ましい。

協議の場合は、情報共有の機会とするとともに、地域の医師会と管内の保険者合同で定期的を開催するなど、地域の医師会の負担等に配慮する。

(追加)