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
最終一部改正令和2年3月26日
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

I モデルプログラムの策定について

1 本モデルプログラムの趣旨

- 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」が策定された。
- 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。
- 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。

(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、都道府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。

(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。

(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。

(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。

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。
- 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

【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 m^2 未満
但し、60歳未満の者については、eGFR 60 ml/分/1.73 m^2 未満の者についても受診勧奨することが望ましい。

(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もので、最近6カ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)(対象患者について別紙1を参照のこと)

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。

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。

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。)

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。

- ・治療を中断しがちな患者
- ・生活習慣改善が困難な患者
- ・管理栄養士等がいいため、自施設での実践的な指導が困難な場合
- ・専門的な医療機関との連携が困難な場合

※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。

ただし、次の者は保健指導の対象から除外する。

- ・がん等で終末期にある患者
- ・認知機能障害がある患者
- ・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)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。

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eGFR30ml/分/1.73m²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。

(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」とともに、初回受診勧奨の1～2カ月後、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

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

(2) 保健指導実施の流れ

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。

- ※ 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) 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。

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）

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）

(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。

協議の場は、情報共有の機会にするとともに、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。