

大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラム

新旧対照表

【備考欄の用語説明】

新設：項目が新たに追加内容

追加：旧プログラムの項目に追加された内容

変更：文章の一部が変更

削除：文章の取消

移動：記載場所が変更

大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラム 目次 (令和6年改定)	大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラム 目次 (令和4年1月改定)	(変更)
1. 糖尿病性腎症重症化予防プログラム改定の背景…………… 1	1. 糖尿病性腎症重症化予防プログラム改定の背景…………… 1	
2. 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの基本的考え方…………… 1～5	2. 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの基本的考え方…………… 1～2	
1) 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの目的	1) 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの目的	
2) 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの性格	2) 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの性格	
<u>3) 年齢層を考慮した取組の実施</u>		(新設)
<u>4) データヘルス計画等各種計画を踏まえた事業展開</u>		(新設)
3. <u>取組に当たっての</u> 関係者の役割…………… 6～14	3. 具体的な取組における関係者の役割…………… 3～10	(変更)
1) 市町村の役割	1) 市町村の役割	
2) 大分県の役割	2) 大分県の役割	
3) 大分県後期高齢者医療広域連合の役割	3) 大分県後期高齢者医療広域連合の役割	
4) 大分県医師会、各郡市医師会等の役割	4) 大分県医師会、各郡市医師会等の役割	
<u>5) その他医療機関団体の役割</u>	5) 大分県糖尿病対策推進会議の役割	(新設)
<u>6) 大分県糖尿病対策推進会議の役割</u>	6) 大分県糖尿病性腎症重症化予防推進に係る効果検討会議の役割	
<u>7) 大分県糖尿病性腎症重症化予防推進に係る効果検討会議の役割</u>	7) 大分県国民健康保険団体連合会の役割	
<u>8) 大分県国民健康保険団体連合会・国民健康保険中央会</u> の役割		
4. 各医療圏域や各地域における関係機関との連携…………… 15～17	4. 各医療圏域や各地域における関係機関との連携…………… 11～13	
5. 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの条件…………… 18～20	5. 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの条件…………… 14～17	
1) 効果的・効率的な事業を実施するための条件	1) 効果的・効率的な事業を実施するための条件	
2) 更に事業を発展させるための留意事項	2) 更に事業を発展させるための留意事項	
<u>6. 対象者抽出の考え方と取組方策</u> …………… 21～28	6. 取組方策…………… 18～19	(追加)
<u>1) 県プログラムにおける対象者に行う基本的な取組</u>	1) 「健康診査等で抽出されたハイリスク者」及び「レセプトデータ等で抽出された	
<u>2) 県プログラムにおける糖尿病性腎症の定義</u>	糖尿病治療中断かつ健診未受診者」への対応	
<u>3) 健診受診者からの対象者抽出(図表9のA+B+C)</u>	2) 治療中の患者に対する医療と連携した保健指導の推進	
<u>4) 健診結果を基にした抽出に当たっての留意点</u>	3) 治療中の重症化ハイリスク患者におけるかかりつけ医と専門医連携の推進	
<u>5) 健診未受診者からの対象者抽出方法(図表11のD+E)</u>	7. 糖尿病性腎症重症化予防プログラム対象者選定の考え方… 20～21	
<u>6) かかりつけ医と専門医の連携対象者について</u>	8. 対象者の抽出基準…………… 22～23	(移動)
<u>7. 対象者抽出から保健指導や医療連携における基本的な手順・流れ(例)</u>	9. 対象者抽出から保健指導や医療連携における基本的な手順・流れ…………… 24～25	(変更)
…………… 29～30		
1) 「健康診査等で抽出されたハイリスク者」及び「レセプトデータ等で抽出された糖尿病治療中断かつ健診未受診者」への対応	1) 「健康診査等で抽出されたハイリスク者」及び「レセプトデータ等で抽出された糖尿病治療中断かつ健診未受診者」への対応	
2) 治療中の患者に対する医療と連携した保健指導の推進	2) 治療中の患者に対する医療と連携した保健指導の推進	

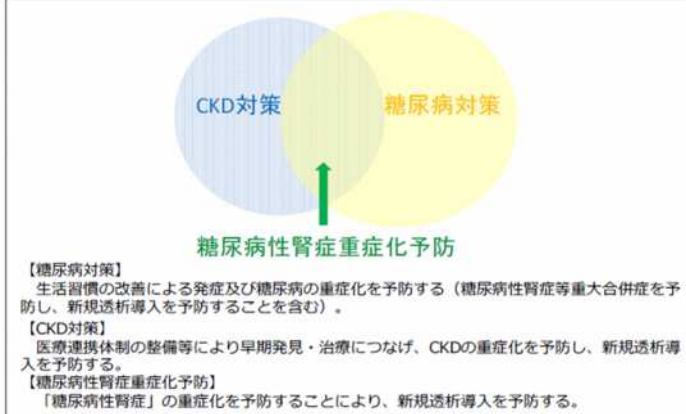
大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
3) 治療中の重症化ハイリスク患者におけるかかりつけ医と専門医連携の推進 <u>8. 介入方法</u>…………… 3 1～3 6 <u>1) 受診勧奨</u> <u>2) 保健指導</u> <u>9. 事業を円滑に進めるための留意点</u>…………… 3 7 <u>1) ICT を活用した取組の実施</u> <u>2) 委託にて事業を実施する際の留意点</u> 1 0. 県、市町村における糖尿病性腎症重症化予防プログラムの評価…………… 3 8～4 1 1) 目的 2) 方法 <u>3) 評価結果の活用</u> 1 1. 個人情報の取扱い…………… 4 2 1. 糖尿病性腎症重症化予防プログラム改定の背景 当県の人工透析患者数は <u>3,904</u> 人（日本透析医学会, <u>R5.12.31</u> 現在）であり、人口 100 万人あたり <u>3,562.0</u> 人で、全国 5 番目の高さで、そのうち約 4 割が糖尿病起因による透析である。また、平成 30 年度に当県で実施した保健・医療・介護データの連結による医療費分析の結果では、「症状別に複数の医療機関で治療中であるが重症化している」「医療機関受診後も治療中断により重症化している」「医療機関の受診後も本人の生活習慣の改善には必ずしもつながっていない」という状況が明らかになった。更に、令和元年度の分析では「虚血性心疾患の発症率及び発症時の状態は、①医療機関の受診のみ、②医療機関＋特定健診の受診、③医療機関＋特定健診＋特定保健指導の受診の順で、発症率が高く、また発症時の状態も重度である」ことが明らかになった。これらの状況から、かかりつけ医（相談医）と専門医、医療機関の連携による個別支援の強化、その体制整備が必要と考	3) 治療中の重症化ハイリスク患者におけるかかりつけ医と専門医連携の推進 1 0. 介入方法…………… 2 6～3 2 1) 「健康診査等で抽出されたハイリスク者」及び「レセプトデータ等で抽出された糖尿病治療中断かつ健診未受診者等」への介入方法の考え方 2) 治療中の患者に対する医療と連携した保健指導の推進についての考え方 3) 治療中の重症化ハイリスク患者におけるかかりつけ医と専門医連携の推進についての考え方 1 1. 県、市町村における糖尿病性腎症重症化予防プログラムの評価…………… 3 3～3 5 1) 目的 2) 方法 3) 短期・中長期的な評価 4) 改善点の明確化とその対応 1 2. 個人情報の取扱い…………… 3 5～3 7 1) 市町村及び広域連合における取扱い 2) 大分県における取扱い 3) 医療機関における取扱い 4) 外部委託事業者における取扱い 1. 糖尿病性腎症重症化予防プログラム改定の背景 当県の人工透析患者数は <u>4,057</u> 人（日本透析医学会, <u>H30.12.31</u> 現在）であり、人口 100 万人あたり <u>3,546.3</u> 人で、全国 5 番目の高さで、そのうち約 4 割が糖尿病起因による透析である。また、平成 30 年度に当県で実施した保健・医療・介護データの連結による医療費分析の結果では、「症状別に複数の医療機関で治療中であるが重症化している」「医療機関受診後も治療中断により重症化している」「医療機関の受診後も本人の生活習慣の改善には必ずしもつながっていない」という状況が明らかになった。更に、令和元年度の分析では「虚血性心疾患の発症率及び発症時の状態は、①医療機関の受診のみ、②医療機関＋特定健診の受診、③医療機関＋特定健診＋特定保健指導の受診の順で、発症率が高く、また発症時の状態も重度である」ことが明らかになった。これらの状況から、かかりつけ医（相談医）と専門医、医療機関の連携による個別支援の強化、その体制整備が必要と考え、当県では、糖尿	(追加) (新設) (変更) (変更) (変更)

大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
え、当県では、糖尿病性腎症及び慢性腎臓病の重症化予防を図ることを目的として、大分県医師会、大分大学と、令和元年 12 月 25 日に「大分県糖尿病性腎症及び慢性腎臓病の重症化予防に係る連携協定（※図表 4）（以下、連携協定と示す）」を締結した。 上記の県内の状況・背景等を踏まえ、今後、保険者における重症化予防の取組の質を高めることを通じて被保険者の健康の保持・増進を図り、更なる医療費適正化につなげていくため、厚労省が提示した糖尿病性腎症重症化予防プログラム(令和 6 年 3 月 28 日改定)等に基づき、現行の大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラム(令和 4 年 1 月改定)を改定することとしたものである。 2. 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの基本的考え方 1) 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの目的 今回改定する大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラム（以下、県プログラムと示す。）は、糖尿病が進行し、腎症の発症、更には重症化するリスクの高い医療機関の未受診者・受診中断者等について、①<u>保険者が医療機関等と連携して医療機関への受診勧奨や保健指導を行うことにより継続的な治療につなげる</u>、②糖尿病で通院する患者のうち糖尿病性腎症等の重症化するリスクの高い者に対して、<u>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・進展の予防等により</u>、腎不全、人工透析への移行を予防すること、糖尿病性腎症等の患者の生活の質（QOL）の維持・向上及び健康寿命の延伸、医療費の適正化につなげることを目的とする。 【成果目標】 糖尿病性腎症（疑いを含む）患者のうち、未治療者及び治療中断者を医療に結びつけ、医療と保険者（<u>市町村等</u>）の連携による個別支援の強化により、人工透析導入前段階の患者の腎機能低下を遅延させ、人工透析導入を予防又は導入の時期を遅らせることを目指す。 2) 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの性格 取組内容や方法等については、各市町村住民（各医療保険加入者）の健康課題等における優先順位や各市町村国保等、各医療保険者（以下、保険者と示す。）の実施体制、地域の医療資源体制、既存の取組内容、取り組みやすさ等に応じ柔軟に対応することが重要であるが、<u>事業評価を定量的な指標を用いて実施するなど</u>、適切な PDCA サイクルの下、実施するこ	病性腎症及び慢性腎臓病の重症化予防を図ることを目的として、大分県医師会、大分大学と、令和元年 12 月 25 日に「大分県糖尿病性腎症及び慢性腎臓病の重症化予防に係る連携協定（※図表 4）（以下、連携協定と示す）」を締結した。 上記の県内の状況・背景等を踏まえ、今後、保険者における重症化予防の取組の質を高めることを通じて被保険者の健康の保持・増進を図り、更なる医療費適正化につなげていくため、厚労省が提示した糖尿病性腎症重症化予防プログラム(平成 31 年 4 月 25 日改定)等に基づき、現行の大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラム(運用開始日：平成 28 年 5 月 17 日)を改定することとしたものである。 2. 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの基本的考え方 1) 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの目的 今回改定する大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラム（以下、県プログラムと示す。）は、糖尿病が進行し、腎症の発症、更には重症化するリスクの高い医療機関の未受診者・受診中断者等について、①<u>関係機関からの適切な受診勧奨、保健指導等を行うことにより</u>、的確な腎症重症化予防に向けた治療に結びつける、②糖尿病で通院する患者のうち糖尿病性腎症等の重症化するリスクの高い者に対して主治医の判断等により保健指導対象者を選定し、保険者・医療機関等との連携による患者の重症化を予防する体制を整備することにより、腎不全、人工透析への移行を遅延または防止すること、糖尿病性腎症等の患者の生活の質（QOL）の維持・向上及び健康寿命の延伸、医療費の適正化につなげることを目的とする。 【成果目標】 糖尿病性腎症（疑いを含む）患者のうち、未治療者及び治療中断者を医療に結びつけ、医療と市町村（保険者）の連携による個別支援の強化により、人工透析導入前段階の患者の腎機能低下を遅延させ、人工透析導入を予防または導入の時期を遅らせることを目指す。 2) 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの性格 取組内容や方法等については、各市町村住民（各医療保険加入者）の健康課題等における優先順位や各市町村国保等、各医療保険者（以下、保険者と示す。）の実施体制、地域の医療資源体制、既存の取組内容、取り組みやすさ等に応じ柔軟に対応することが重要である。その際、取組に係る効果測定を定量的に行うなど、適切な PDCA サイクルの下、実施することが望ま	(変更) (変更)

大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
とが望まれる。 - 既に各保険者は、従来から、糖尿病をはじめとする生活習慣病対策として生活習慣の改善による発症予防や、糖尿病性腎症や慢性腎臓病（CKD）対策として、早期発見、早期治療へ繋げることに<u>よる</u>重症化予防等を活用し、「糖尿病性腎症重症化予防」に<u>取り組んでいる</u>。 - なお、一連の取組は、各保険者が策定したデータヘルス計画との連動により、具体的に実施することが重要である。 <u>腎症重症化予防の取組は、糖尿病対策や CKD 対策と連携して行い、一定の基準に該当する糖尿病又は糖尿病の疑いがある者で糖尿病の治療をしていない者については、医療機関への受診勧奨を行うことが原則である。</u> <u>県プログラムに基づく医療機関と連携して行う保健指導は、限られた資源を有効に使うことが求められる。そのため、状況に応じて介入の優先順位を検討し、一定程度、対象者数を絞るなどの対応が必要になる場合がある。例えば、前年度より腎機能の悪化が顕著である者、予防効果が期待できる青壮年期層、生活習慣上改善の必要を認める者などに対象者を絞ることが考えられる。介入の優先順位を適切に検討するに当たっては、地域の健康課題や関連する保健事業と連動させるなど、保健指導が必要な対象者への支援を取りこぼさないように留意することが重要である。</u> 図表 1 糖尿病性腎症重症化予防と関連する保健事業  【糖尿病対策】生活習慣の改善による発症及び重症化を予防する（糖尿病性腎症等の重大な合併症の発症・重症化を予防し、新規透析導入を予防することを含む）。 【CKD対策】医療連携体制の整備等により早期発見・治療につなげ、CKDの重症化を予防し、新規透析導入を予防する。 【糖尿病性腎症重症化予防】糖尿病性腎症の重症化を予防することにより、新規透析導入を予防する。 - 令和 6 年 3 月に改定された国の糖尿病性腎症重症化予防プログラム（以下、国プログラムと示す。）は、<u>糖尿病性腎症合同委員会</u>「糖尿病性腎	れる。 - 既に各保険者は、従来から、糖尿病をはじめとする生活習慣病対策として生活習慣の改善による発症予防や、糖尿病性腎症や慢性腎臓病（CKD）対策として、早期発見、早期治療及び保健指導等により重症化予防につなげ、新規透析導入患者数の減少を目的とした取組を実施している。この場合、既存の取組を活用し「糖尿病性腎症重症化予防（以下、腎症重症化予防と示す。）」に取り組むことも重要である（図表 1）。 - なお、一連の取組は、各保険者が策定したデータヘルス計画との連動により、具体的に実施することが重要である。 <図表 1：糖尿病性腎症重症化予防と関連する自治体の保健事業>  【糖尿病対策】生活習慣の改善による発症及び糖尿病の重症化を予防する（糖尿病性腎症等重大合併症を予防し、新規透析導入を予防することを含む）。 【CKD対策】医療連携体制の整備等により早期発見・治療につなげ、CKDの重症化を予防し、新規透析導入を予防する。 【糖尿病性腎症重症化予防】「糖尿病性腎症」の重症化を予防することにより、新規透析導入を予防する。 - 平成 31 年 4 月に改定された国の糖尿病性腎症重症化予防プログラム（以下、国プログラムと示す。）は、日本糖尿病学会、日本腎臓学会、日本透析	備考欄 (追加) (図表修正) (変更)

大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
症病期分類 2014 <u>の策定（糖尿病性腎症病期分類改訂）について※1</u>」に基づく名称ならびに分類を用いている。糖尿病性腎症に対する対応については、最新の「糖尿病診療ガイドライン <u>2019※2</u>」、「エビデンスに基づく CKD 診療ガイドライン <u>2023※3</u>」、「<u>腎障害進展予防と腎代替療法へのスムーズな移行 CKD ステージ G3b～5 診療ガイドライン 2017（2015 追補版）※4</u>」に準拠している。また、海外のガイドラインや生活習慣介入研究等のエビデンスをもとに、対象者抽出基準、プログラム内容、評価方法を示したものである。 - 今回の改定による県プログラムは、前述した国プログラムや各ガイドライン等を踏まえ、各保険者や各地域の状況等を踏まえた目的と具体的な成果目標を掲げた、独自の分析、分類、連携等を盛り込んだ内容とする。 ※1 糖尿病性腎症病期分類 2014 の策定（糖尿病性腎症病期分類改訂）について」糖尿病 57 巻 7 号：529-534,2014 https://www.jstage.jst.go.jp/article/tonyoby/57/7/57_529/pdf-char/ja ※2 糖尿病診療ガイドライン 2019 http://www.jds.or.jp/modules/publication/?content_id=4 ※3 エビデンスに基づく CKD 診療ガイドライン 2023 https://jsn.or.jp/medic/newstopics/fromjsn/ckd2023-1.php ※4 腎障害進展予防と腎代替療法へのスムーズな移行 CKD ステージ G3b ～ 5 診療ガイドライン 2017（2015 追補版） https://jsn.or.jp/medic/guideline/ <u>3）年齢層を考慮した取組の実施</u> <u>健康課題やその取り巻く状況はライフステージ※5により異なるため、健康日本 21 をはじめとする各種保健事業の取組において、ライフステージに応じた健康づくりの取組を進めてきている。重症化予防の取組においても、ライフコースアプローチ※6の観点から踏まえライフステージに応じた取組を推進することが重要である。</u> <u>糖尿病の発症・重症化には、食生活の乱れや多量飲酒、身体活動量の低下等、生活習慣が大きく関与している※7。また、受動喫煙を含めた喫煙、睡眠の質や量の低下、うつ傾向や精神的ストレスが発症の危険因子であることや、歯周病が血糖コントロールに影響を与えている※8。</u> <u>このため、青壮年においては、特定健康診査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</u>	医学会、日本病態栄養学会 4 学会合同で策定された「糖尿病性腎症病期分類 2014 ※1」に基づく名称ならびに分類を用いている。糖尿病性腎症への対応については、最新の「糖尿病診療ガイドライン※2」、「エビデンスに基づく CKD 診療ガイドライン 2018 ※3」、「CKD ステージ G3b～5 患者のための腎障害進展予防とスムーズな腎代替療法への移行に向けた診療ガイドライン 2015※4」に準拠している。また海外のガイドラインや生活習慣介入研究等のエビデンスをもとに、対象者選定基準、プログラム内容、評価方法を示したものである。 今回の改定による県プログラムは、前述した国プログラムや各ガイドライン等を踏まえ、各保険者や各地域の状況等を踏まえた目的と具体的な成果目標を掲げた、独自の分析、分類、連携等を盛り込んだ内容とする。 ※1 糖尿病性腎症病期分類 2014 https://cdn.jsn.or.jp/guideline/pdf/CDN2014.pdf ※2 糖尿病診療ガイドライン http://www.jds.or.jp/modules/publication/index.php?content_id=4 ※3 エビデンスに基づく CKD 診療ガイドライン 2018 http://cdn.jsn.or.jp/data/CKD2018.pdf ※4 CKD ステージ G3b～5 患者のための腎障害進展予防とスムーズな腎代替療法への移行に向けた診療ガイドライン 2015 https://cdn.jsn.or.jp/academicinfo/report/CKDG3b-5guideline2015.pdf	（新設）

大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
<u>期高齢者の質問票など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状況等を把握し、受診勧奨や保健指導に活用することが重要である。</u> ・ <u>また、う蝕（むし歯）、歯周病、歯の喪失やそれ以外の歯・口腔に関わる疾患等により咀嚼機能が低下すると、野菜や肉類等の摂取量が減少するとともに、生活習慣病や低栄養のリスクが高まると報告されている^{※9}。特に、血糖コントロールの不良は歯周病を重症化させることや、歯周病が重症であるほど血糖コントロールが不良となること、歯周病治療によって血糖コントロールの状態も改善することが報告されており^{※10}、腎症重症化予防の取組においても、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。</u> <u>（1）青壮年に対する取組</u> ・ <u>高齢期に至るまで健康を保持するためには、青壮年期からの取組が重要であり、糖尿病性腎症重症化予防の取組においても青壮年期から取り組むことが重要である。</u> ・ <u>糖尿病が疑われる者は、40歳代から増加し、特に男性では50歳代になると急増する^{※11}。また、高血圧を有する者も増加する。糖尿病が疑われる者が急増するこの年齢層に対して腎症重症化予防に取り組むことにより、糖尿病についての適切な治療継続や生活習慣の改善等が期待でき、それに伴い合併症の発症・重症化予防や合併症による臓器障害の進行予防等も期待できる。また、人工透析の導入時期も遅らせることが期待でき、対象者本人の生活の質を維持することができるほか、医療経済への影響も小さくすることが期待できる。</u> ・ <u>青壮年、特に30歳代から50歳代では、「健康な食習慣の妨げとなる点」として、「仕事（家事・育児等）が忙しくて時間がないこと」の割合が60歳に比較すると多く^{※12}、糖尿病性腎症重症化予防の取組を実施するに当たっては、このことを考慮した取組となるよう配慮する。糖尿病のみでなく、高血圧、喫煙、食生活の乱れ（朝食の欠食）などが腎障害の悪化につながることに留意する。</u> <u>※5 乳幼児期、青壮年期、高齢期等の人の生涯における各段階のこと。</u> <u>※6 胎児期から高齢期に至るまでの人の生涯を経時的に捉えること。</u>		（新設）

大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
※7 2型糖尿病は生活習慣の影響のみで発生するわけではなく、遺伝的素因等も関与していることには十分に留意する必要がある。健康づくりによる予防の観点から、生活習慣や環境の改善は重要である。 ※8 健康日本 21（第三次）推進のための説明資料 令和5年5月 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会次期国民健康づくり運動プラン（令和6年度開始）策定専門委員会 P.75 https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/kenkou/kenkounippon21_00006.html ※9 標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版） 令和6年4月 厚生労働省健康・生活衛生局 P.95https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000194155_00004.html ※10 糖尿病治療ガイド 2022・2023 日本糖尿病学会編・著 P.94 ※11 令和元年国民健康・栄養調査報告 https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/kenkou/eiyoku/r1-houkoku_00002.html ※12 60歳代以上で最も多いのは「特になし」である。また、「運動習慣の定着の妨げとなる点」についても、この傾向は同じような傾向である。（令和元年国民健康・栄養調査報告） ・ 糖尿病性腎症をはじめとする糖尿病の合併症は、発症後、長期間を経て徐々に進行していくと考えられることから、青壮年が多く加入している被用者保険の保険者においても、重症化予防に取り組むことが重要である。糖尿病性腎症重症化予防の取組は継続して行うことが重要であるため、例えば、保険者協議会や地域・職域連携推進協議会等を活用して、市町村国保と国保組合、被用者保険との間で、健診データやレセプトデータ等（以下「健康・医療情報」と示す。）やそれぞれが捉えている地域の健康課題、保健事業の実施状況等の共有や、役割分担しながらどのように取組を進めていくかなどの連携体制の確認等を行うことが非常に重要である。 （2）高齢者に対する取組 ・ 令和2年4月から高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施が開始され、後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）から委託を受けた市町村により、後期高齢者の保健事業として、糖尿病性腎症重症化予防に関する事業が実施されている。		(新設)

大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
・ <u>高齢者の特性を踏まえた健康支援をしていくためには、高齢者に見られる心身機能の特徴や老年症候群の合併頻度が高いこと、学会のガイドライン等の動向や関係部局による事業の方向性等に関する見識を深めておくことが重要である。</u> <u>(後期高齢者の特性)</u> ① <u>前期高齢者と比べ、加齢に伴い虚弱な状態であるフレイルが顕著に進行しやすい。</u> ② <u>複数の慢性疾患を保有し、フレイル等を要因とする老年症候群の症状も混在するため、包括的な疾病管理がより重要となる。</u> ③ <u>医療に係る課題として、多医療機関の受診や多剤処方等がある。</u> ④ <u>健康状態や生活機能、生活背景等の個人差が大きい。</u> ⑤ <u>医療のみならず、介護や福祉等の様々なニーズを併せ持つ状況にある者が多い。</u> ・ <u>高齢者への健診・保健指導では生活習慣病の重症化予防だけではなく、体重や筋肉量の減少、低栄養等によるフレイル等の予防・改善に着目した対策に徐々に転換することが重要である。特に、75歳以上の者への保健指導については、生活習慣病等の慢性疾患の重症化予防に加え、後期高齢者の質問票等を活用し、フレイル等に関連する老年症候群（低栄養、転倒・骨折、誤嚥性肺炎等）等の心身機能の低下とそれに起因する疾病の予防に着目し、実施する必要がある。また、その方法については、本人が主体的に選択できるように配慮するとともに、認知機能の程度を含む加齢による心身の特性の変化や性差、生活状況等の実情に応じた内容とし、地域包括ケア推進における関係者や地域住民も含めて地域ぐるみで支援を行うことに留意する。</u> ・ <u>個人ごとの健康状態の差が大きくなり多様性が更に高まることや、75歳以上の多くの者が医療機関を受診していることを勘案すると、医療機関と連携した取組を推進する必要がある。</u> ・ <u>医療機関に通院していない高齢者については、青壮年期と同様、健診等の機会を活用して、生活習慣病が軽症のうちに医療につなげ、重症化を予防することが重要である。</u> ・ <u>高齢者糖尿病においては低血糖に対する脆弱性を有するため、低血糖症状の有無を問わず血糖が下がりすぎているかを確認すべきであることに留意する。低血糖により認知機能低下や心血管イベントの増加等をきたしやすく、要介護認定のリスクが高い疾患の一つであることに留意する。</u>		

大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

[illegible]

大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
1) 市町村の役割 (1) 庁内体制の整備 ・ <u>糖尿病性腎症</u>重症化予防は、住民の健康保持・増進、健康寿命の延伸及び QOL の向上につながるものであるとともに、医療費の適正化にも<u>つながら</u>ることから保険者全体の問題として取り組む。 ・ 重症化予防事業の取組意義、現状、課題、方策等について共通認識を持ち、具体的な取組につなげるために、各市町村においては健康増進、国民健康保険（以下、国保と示す。）、高齢者医療、介護保険及び医療政策等、各担当課の担当者等による庁内連携体制を整え、定期的な会議の場を持つことが望ましい。 ・ 個別支援等の具体的な取組に当たっては、保健師・管理栄養士等の専門職が配置されている健康増進担当課と国保担当課等の連携を深め、①各専門職や事務職等の人材を効率的に活用、②専門的知見や人材を有する外部委託事業者の活用、③大分県国民健康保険団体連合会（以下、国保連と示す。）等の知見や人材の活用等、柔軟な取組を検討し、実施する。 ・ 重症化予防に向けた具体的な取組の推進においては、財源の確保、人材の育成、地域連携、国保データベース（KDB）システム（以下、KDB システムと示す。）等の活用による健康課題の分析や対象者抽出・評価<u>などにおいては事務作業も発生する。</u>効果的・効率的に取組を進めるためには、<u>事務職等が専門職と協働して、その</u>役割を果たすことが<u>重要である。</u> (2) 地域連携を通じた課題分析と情報共有 ・ <u>保険者として</u>保有する健診データやレセプトデータ等から未治療者、治療中断者、コントロール不良者の抽出と継続的な追跡を行い、対象者の<u>居住する地域・コミュニティの特性を踏まえて対象者の生活を理解していること</u>、地域包括支援センターや福祉サービス、被用者保険等の他部門、他機関との連携、各市町村が行う日頃からの保健指導の強み等を活かした包括的な支援を行う。 ・ 健康・医療情報を用いて、被保険者の疾病構造や健康問題などを分析する。課題分析や<u>分析結果</u>の解釈を行うに当たっては、<u>互いの持ち得る健</u>	1) 市町村の役割 (1) 庁内体制の整備 ・ 重症化予防は、住民の健康保持・増進、健康寿命の延伸及び QOL の向上につながるものであるとともに、医療費の適正化にも関わることから保険者全体の問題として取り組む。 ・ 重症化予防事業の取組意義、現状、課題、方策等について共通認識を持ち、具体的な取組につなげるために、各市町村においては健康増進、国民健康保険（以下、国保と示す。）、高齢者医療、介護保険及び医療政策等、各担当課の担当者等による庁内連携体制を整え、定期的な会議の場を持つことが望ましい。 ・ 個別支援等の具体的な取組に当たっては、保健師・管理栄養士等の専門職が配置されている健康増進担当課と国保担当課等の連携を深め、①各専門職や事務職等の人材を効率的に活用、②専門的知見や人材を有する外部委託事業者の活用、③大分県国民健康保険団体連合会（以下、国保連と示す。）等の知見や人材の活用等、柔軟な取組を検討し、実施する。 ・ 重症化予防に向けた具体的な取組の推進においては、財源の確保、人材の育成、地域連携、国保データベース（KDB）システム（以下、KDB と示す。）等の活用による健康課題の分析や対象者抽出・評価など、多彩で膨大な事務作業も発生する。そこで、効果的・効率的に取組を進めるために、手続の円滑化等においては事務職等が役割を果たすことが望ましい。 ・ 重症化予防の取組では内外と連携することも多いため、窓口となる担当者を決定し、外部の関係者に明示する等、業務における情報共有や協議を円滑に進められるよう工夫する。 ・ 担当者の人事異動等を見据え、後任の担当者への確実な業務の引き継ぎや、連携先への速やかな連絡等の体制を整える。 (2) 地域連携を通じた課題分析と情報共有 ・ 保有する健診データやレセプトデータ等から未治療者、治療中断者、コントロール不良者の抽出と継続的な追跡を行い、対象者の日常生活を踏まえ、地域包括支援センターや福祉サービス、被用者保険等の他部門、他機関との連携、各市町村が行う日頃からの保健指導の強み等を活かした包括的な支援を行う。 ・ 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する。課題分析や解釈を行うに当たっては、地域の関係団体（郡	(変更) (変更) (削除) (削除) (変更) (変更)

大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
<u>康・医療情報（量的・質的データ）等を共有のうえ、取り組むことが望ましい。</u> - 課題分析においては、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人数、かかりつけ医や専門医療機関との連携体制の状況等）を明らかにする視点を持ち、取組を進める。 - 郡市医師会や<u>かかりつけ医機能を有する医療機関</u>、地域の専門医療機関、大分県（保健所を含む。）、大分県後期高齢者医療広域連合（以下、広域連合と示す。）、糖尿病対策推進会議、<u>国保連</u>、大分県糖尿病性腎症重症化予防推進に係る効果検討会議（以下、効果検討会議と示す。）等の関係機関の担当窓口と顔の見える関係性を築く。また、各市町村内の協議会等を開催し、<u>各自が抱えている健康課題や取組及び、その中で実施している事業の目標設定や企画、実施方法、評価について共有する（既存の会議体を活用できることもある）。</u>特に、後期高齢者医療制度の保健事業との一体的な実施に当たっては、広域連合との連携内容について、十分協議する。 <u>健康・医療情報</u>の分析については、国保連等に <u>KDB システム</u>の活用や<u>国保連に設置されている保健事業支援・評価委員会</u>に助言を受けながら取組を進める。 <u>また、多くの市町村は、複数年に渡り、糖尿病性腎症重症化予防に取り組んでいる。それらの実践の中で明らかになった課題についても整理し、次の取組に活かす必要がある。</u> （３）事業計画の立案 - 上記（２）の<u>課題分析の結果</u>を踏まえ、対象者の<u>年代に応じた</u>抽出条件や取組の優先順位等を考慮し事業計画を立案する。 - 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レセプト<u>データ</u>、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<u>うえ</u>で、<u>医療機関への受診勧奨や保健指導</u>の内容について検討する。 - その際、<u>郡市</u>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。 <u>適切な事業評価を行うために、計画には事業目的を踏まえて目標と評価指標を設定する。糖尿病性腎症重症化予防の目的は、①糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関の未受診者・受診中断者に対して医療機関への受診勧奨や保健指導を行い継続的な治療につなげること、②通院中の重症</u>	市医師会等）と相談することが望ましい。 - 課題分析においては、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人数、かかりつけ医や専門医療機関との連携体制の状況等）を明らかにする視点を持ち、取組を進める。 - 郡市医師会や地域の専門医療機関、大分県（保健所を含む。）、大分県後期高齢者医療広域連合（以下、広域連合と示す。）、糖尿病対策推進会議、大分県糖尿病性腎症重症化予防推進に係る効果検討会議（以下、効果検討会議と示す。）等の関係機関の担当窓口と顔の見える関係性を築く。また、各市町村内の協議会等を開催し、事業の目標設定や企画、実施方法、評価について共有する（既存の会議体を活用できることもある）。特に、後期高齢者医療制度の保健事業との一体的な実施に当たっては、広域連合との連携内容について、十分協議する。 - 健診・レセプトデータ等の分析については、国保連合会に <u>KDB</u> の活用や国保・後期高齢者ヘルスサポート事業の活用等について支援、助言を受けながら取組を進める。 （３）事業計画の立案 - 上記（２）で協議した内容を踏まえ、対象者の抽出条件や取組の優先順位等を考慮し事業計画を立案する。 - 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レセプト情報、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の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。	（変更） （変更） （追加） （変更） （変更） （変更） （追加）

大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
<u>化するリスクの高い者に対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・進展の阻止・抑制等を通して、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、であることを踏まえて、評価指標の設定は、短期的な評価指標だけではなく、中長期的な評価指標も設定することが望ましい。</u> ・ また、評価指標はアウトカム・アウトプットを中心とし、設定したアウトカム・アウトプットを達成するために必要となるプロセス・ストラクチャーについても評価できるように、事業計画に記載し、評価の実施時期や評価方法等も記載する^{*15}（評価指標については、10 プログラム評価参照） （４）事業実施 上記（３）の<u>事業計画</u>に基づき事業を実施する。事業実施に当たっては、以下を参照する。 <u>①対象者の抽出と介入方法（6 対象者抽出の考え方と取組方策、8 介入方法）</u> <u>②ICTの利活用（9 ① ICTを活用した取組の実施）</u> <u>③委託して実施する場合（9 ② 委託にて事業を実施する際の留意点）</u> <u>④個人情報保護（11 個人情報の取扱い）</u> なお、受診勧奨や保健指導の実施に際しては、主に、保険者として実施する健診の結果に基づいて、対象者の抽出を実施することが多いため、<u>特定健康診査や後期高齢者健康診査の受診率を高めていくと同時に、未受診者への支援のあり方や支援方法を検討することも重要である。</u> （５）事業評価 実施した各事業についてその結果を評価し、PDCA サイクルに基づいて次の事業展開に繋げる。<u>（詳細は、10 プログラム評価を参照）</u> （６）事業の効率的・効果的な実施に向けた人材育成や資源の確保 ・ 保健指導を効果的に実施するためには、<u>糖尿病性</u>腎症の病態や保健指	（４）事業実施 ・ 上記（３）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、市町村の地域資源、課題等を踏まえ、市町村自ら受診勧奨や保健指導を行うことや民間事業者等への委託等を検討する。 （５）事業評価 ・ 実施した各事業について、その結果を評価し PDCA サイクルに基づいて次の事業展開につなげる。 ・ 市町村の保健指導等の対象者が後期高齢者医療制度へ移行することにより、指導や評価が途切れる状況が見受けられる。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、高齢者の保健事業を市町村へ委託すること等により市町村が一体的に保健事業を実施する。また、令和6年度から全市町村で開始が求められている「保健事業と介護予防の一体的実施」により、年齢に関わらずライフステージを通じ、継続した支援を行う等により、国保、広域連合のいずれで実施する際も、保険者間の引き継ぎを密にし、継続的な評価を実施する。 （６）事業の効率的・効果的な実施に向けた人材育成や資源の確保 ・ 保健指導を効果的に実施するためには、腎症の病態や保健指導の方法、	（変更） （追加） （変更） （移動） （変更）

大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
導の方法、保健事業の企画、地域の医療関係者との<u>連携・協働</u>、データによる評価や KDB 等についての知識やスキルが必要であることから、<u>保健師や管理栄養士等の計画的な人材の確保・育成</u>、資質向上に取り組む。 <u>※15 アウトカム（成果）：設定した目標に達することができたか、など</u> <u>アウトプット（保健事業の実施状況・実施量）：抽出された対象者に対して何人に保健指導を実施したか、など</u> <u>プロセス（保健事業の実施過程）：受診勧奨の手法は適切か、保健指導実施のための専門職の人員配置が適切か、スケジュール通りに行われているか、など</u> <u>ストラクチャー（計画立案体制・実施構成・評価体制）：事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか、など</u> ・ 県プログラムに関する知識を得ていく必要があるため、専門職や事務職を問わず、<u>担当者が積極的に研修会等に参加できるようにするなど、糖尿病性腎症に関する知識や技術等を習得する機会を設ける必要がある。</u>	保健事業の企画、地域の医療関係者とのコミュニケーション、データによる評価や KDB 等についての知識やスキルが必要であることから、人材の資質向上に取り組む。 ・ 県プログラムに関する知識を得ていく必要があるため、専門職や事務職を問わず、積極的に研修会等に参加する。 ・ 外部事業者に業務を委託する場合には、重症化予防の目的を踏まえ、成果目標の達成が可能と認められる外部事業者を適切に選定し、委託後にも任せきりにするのではなく、事業の詳細を把握し、PDCA を踏まえ、全体のプロセスが円滑に進むよう統括的に調整・進捗管理等を行う。 （委託する場合の留意点） ・ 市町村等の事業委託先としては、民間事業所や地域の特定保健指導実施機関、栄養士会、糖尿病療養指導士会等の職能団体などが考えられる。委託業務としては、特定健診・特定保健指導や医療機関への受診勧奨、特定保健指導等の対象者抽出、保健指導の実施、資料作成といった専門性のある知識・技術を要する実務的な業務が求められることが多い。保険者は重症化予防の目的を踏まえて外部委託事業者を選定する方法の工夫や、契約において保険者が求める仕様を具体的に作成・提示し、事業者と共有する必要がある。 ・ 現状分析・企画立案・実施・評価それぞれの局面においてその内容をよく確認し、地域の事情に応じて必要な指示を行うなど、実施主体としての役割を果たすことが不可欠である。 例えば、外部委託事業者が医師会やかかりつけ医等と直接やりとりを行う形式をとる際には、市町村等は事業の計画段階から医師会やかかりつけ医等へ説明し、協議・検討に努める。その際に、各取組が市町村としての取組であること、その取組を医療と各保険者により一体的に進めたいこと等を伝えるとともに、市町村等において事業の詳細を把握し、全体のプロセスをコント	(変更) (移動) (移動)

大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
<u>(7) 他の保険者との保健事業の連携</u> ・ <u>市町村国保では国保被保険者を対象に保健事業を展開するが、同様の事業は被用者保険でも展開されている。被保険者は、市町村国保と被用者保険の間を異動することもあるため、地域での取組に当たっては、そうした被用者保険の取組と連携することも重要である。</u> ・ <u>また、75歳以上になると、市町村国保の被保険者は後期高齢者医療制度へ移行する。加入する医療保険制度が変更することに伴い、対象者の指導や評価等の支援が途切れる現象がみられる。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、保険者間の引き継ぎを密にし、継続的な支援や評価を可能にすることが重要である。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においても、保険者間の連携を密にし、支援が途切れることがないように取り組む必要がある。</u> <u>図表2 自治体における糖尿病性腎症重症化予防事業の進め方（例）</u>  2) 大分県の役割 ・ 大分県は、<u>保険者として</u>主体的に糖尿病性腎症重症化予防に取り組むとともに、<u>糖尿病性腎症</u>重症化予防に取り組む市町村や広域連合等を支援する。 ・ 県は、効果検討会議、大分県保険者協議会を開催するとともに、大分県糖尿病対策推進会議、地域保健対策推進協議会 腎専門部会、国保連及び	ロールすることが重要である。 2) 大分県の役割 ・ 大分県は、平成 30 年度から、市町村とともに国保の運営を担い、市町村の効果的かつ適切な国保運営に中心的な役割を果たし、市町村支援を担うこととなった。また、県の医療計画により医療提供体制について、県の医療費適正化計画により県・各医療圏域・各市町村の医療費の適正化の推進について、それぞれ役割を担っている。そこで、県民の健康寿命延伸とともに本観点からも主体的に糖尿病性腎症重症化予防に取り組み、重症化予防に取り組む市町村や広域連合等を支援する。 ・ 県は、効果検討会議、大分県保険者協議会を開催するとともに、大分県糖尿病対策推進会議、地域保健対策推進協議会 腎専門部会、国保連及び大	(新設) (図表移動、修正) (変更)

大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
大分県保健所長会等との連携により、各関係機関と市町村が連携し、地域で具体的な対応策を議論の上、課題解決につなげていく等、県内で糖尿病性腎症重症化予防に取り組む機運を醸成し、広域的に展開する。 ・ <u>人口規模の小さな市町村等で、糖尿病性腎症重症化予防に十分にに取り組むことができていない場合は、保健所管轄地域単位等での事業実施の検討など、県が積極的に支援する。</u> ・ 県として主体的に重症化予防の取組を進めるにあたっては、県庁内関係課（医療政策課、高齢者福祉課等）との連携による企画・運営・進捗管理等を実施する。更に、各医療圏や管轄市町村の取組を支援する保健所（保健部）との協働により、各市町村や広域連合等の保健指導担当者等への研修開催、各市町村の個別支援検討会議（患者の状態・支援方針等の情報共有、検討を行う場）等の開催支援、管轄郡市医師会・医療関係者や市町村・広域連合等との調整などの役割を担う。 ・ また、かかりつけ医や保健指導を担う専門職等との連携、医療と市町村等保険者との連携による個別支援の強化に向けた資質向上、情報共有や好事例の横展開等を目的とした研修を開催する。 ・ 更に、糖尿病性腎症重症化予防に向け、青壮年期等、働き盛り世代を焦点化し、重症化予防の観点から県民の行動変容を促すことを目的とした広報・普及啓発活動を実施する。 （１）庁内体制の整備 ・ 市町村や広域連合等の取組を支援するために、保健事業を推進するだけでなく、市町村の実情、管内の医療機関の状況、関係団体の動向、人材の状況など多岐にわたって調整する。担当課だけでは対応できない課題がある場合には、県庁内の関係部署（部局・課）の連携による会議を定期的に開催するなど、問題意識をその都度共有しながら、具体的な取組の推進や市町村・広域連合等への支援を進める。 （２）地域連携に対する支援 ・ 大分県は、連携協定を活かした連携体制の強化・整備や、市町村の状況に応じた県並びに各市町村プログラムの取組が円滑に実施できるよう支援する。 ・ 市町村や広域連合等における円滑な事業実施を支援する観点から、県医師会や県歯科医師会、県薬剤師会、糖尿病対策推進会議等と県内の各医	分県保健所長会等との連携により、各関係機関と市町村が連携し、地域で具体的な対応策を議論の上、課題解決につなげていく等、県内で糖尿病性腎症重症化予防に取り組む機運を醸成し、広域的に展開する。 ・ 県として主体的に重症化予防の取組を進めるにあたっては、県庁内関係課（医療政策課、健康づくり支援課、高齢者福祉課等）との連携による企画・運営・進捗管理等を実施する。更に、各医療圏や管轄市町村の取組を支援する保健所（保健部）との協働により、各市町村や広域連合等の保健指導担当者等への研修開催、各市町村の個別支援検討会議（患者の状態・支援方針等の情報共有、検討を行う場）等の開催支援、管轄郡市医師会・医療関係者や市町村・広域連合等との調整などの役割を担う。 ・ また、かかりつけ医や保健指導を担う専門職等との連携、医療と市町村等保険者との連携による個別支援の強化に向けた資質向上、情報共有や好事例の横展開等を目的とした研修を開催する。 ・ 更に、腎症重症化予防に向け、県として、未治療者・治療中断者への医療機関受診勧奨の徹底に向け、モデル市町村での取組の支援と横展開を行い、中年期等、働き盛り世代を焦点化し、重症化予防の観点から県民の行動変容を促すことを目的とした広報・普及啓発活動を実施する。 （１）庁内体制の整備 ・ 市町村や広域連合等の取組を支援するために、保健事業を推進するだけでなく、保険者の事情、管内の医療機関の状況、関係団体の動向、人材の状況など多岐にわたって調整する。担当課だけでは対応できない課題がある場合には、県庁内の関係部署（部局・課）の連携による会議を定期的に開催するなど、問題意識をその都度共有しながら、具体的な取組の推進や市町村・広域連合等への支援を進める。 ・ 庁内の横断的な取組の推進に向け、関係各課における具体的な課題や情報を取りこぼしたりしないよう、庁内の連携を密にするよう努める。 （２）地域連携に対する支援 ・ 大分県は、連携協定を活かした連携体制の強化・整備や、市町村の状況に応じた県並びに各市町村プログラムの取組が円滑に実施できるよう支援する。 ・ 市町村や広域連合等における円滑な事業実施を支援する観点から、県医師会や県歯科医師会、県薬剤師会、糖尿病対策推進会議等と県内の各医療圏	（追加） （変更） （変更）

大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
療圏域、各市町村の取組状況を共有し、課題、対応策等について、糖尿病性腎症重症化予防推進に係る効果検討会議等の場で協議検討を行う。 ・ <u>保険者協議会の場を活用するなど、被用者保険者や広域連合とも連携を図り、糖尿病性腎症重症化予防の効果が上がるように調整することも重要である。特に、市町村国保から後期高齢者医療制度に移行する者については、継続的な支援を受けることができるよう、市町村において、広域連合等から保健事業の委託を受ける等、一体的な実施に努め、密な連携のう</u> <u>えで継続した取組が円滑に実施されるよう関係機関の調整を行う等の支援を行う。</u> ・ 保健所（保健部）は、各圏域や管轄市町村を支援する立場から、地域診断や地域分析の実施主体である市町村・広域連合・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・広域連合等との調整を図る等、各市町村の体制整備に向けて取組む。 （３）事業計画 ・ <u>事業計画には、市町村支援に関するもののほか、広域的なデータ分析や普及啓発、モデル事業の実施等、都道府県自らが実施する糖尿病性腎症重症化予防の取組、また、事業評価に必要な目標、評価指標を記載する。</u> ・ <u>これらの内容については、都道府県が策定する関係する計画（健康増進計画、医療計画、医療費適正化計画、介護保険事業支援計画等）を踏まえたものとなるようにする。</u> ・ 県は、市町村や広域連合が保有していない都道府県内の保健・医療・福祉等に関する各種データを保有していることから、 <u>国保連と連携して、</u> 都道府県内の健康課題等に関する俯瞰的な整理を行うとともに、市町村や広域連合が現状分析や計画の立案、評価等を行うに当たって活用可能なデータや、県が取り組んだ医療費分析等の結果を随時提供する。 （４）事業実施 ・ <u>事業計画に基づき事業を実施する。</u> ・ <u>かかりつけ医機能を有する医療機関（大分県医師会）と連携した受診勧奨事業、保健指導事業を実施する。</u> ・ 市町村や広域連合の支援に当たっては、 <u>市町村等における</u> 事業実施状況を定期的に把握し、地域資源等（人材や資源等）の不足等、課題がある市町村に対しては重点的に支援する。 （５）事業評価 ・ <u>事業計画に記載した目標や評価指標を踏まえ事業評価を行う。</u> ・ <u>市町村が行う事業評価についても、広域連合、国保連と連携のう</u>	域、各市町村の取組状況を共有し、課題、対応策等について、糖尿病性腎症重症化予防推進に係る効果検討会議等の場で協議検討を行う。 ・ 市町村において広域連合等からの委託による高齢者の保健事業の一体的な実施の取組が着実に進むよう、市町村における一体的な実施に対しても好事例の横展開を始めとした援助を行う。 ・ 保健所（保健部）は、各圏域や管轄市町村を支援する立場から、地域診断や地区分析の実施主体である市町村・広域連合・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・広域連合等との調整を図る等、各市町村の体制整備に向けて取組む。 （３）事業計画 ・ 市町村が策定する健康増進計画、介護保険事業計画等において腎症重症化予防の取組が市町村全体の取組として進められるよう支援する。 ・ 県は、市町村や広域連合が持たない県内の保健・医療・福祉等に関する各種データを保持していることから、県内の健康課題等に関する俯瞰的な整理を行うとともに、市町村や広域連合が現状分析や計画の立案、評価等を行うに当たって活用可能なデータや、県が取り組んだ医療費分析等の結果を随時提供する。 （４）事業実施 ・ 市町村や広域連合における事業実施状況を定期的に把握し、地域資源等（人材や資源等）の不足等、課題がある市町村に対しては重点的に支援する。 （５）事業評価 ・ 被用者保険や広域連合等、各保険者との連携を深め、重症化予防の取組の効果が上がるよう調整する。特に後期高齢者については、年齢に関わらず	 (変更) (変更) (変更) (追加) (変更) (追加) (追加) (変更) (変更)

大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
<u>支援を行う。</u> ・ <u>県は市町村が行う糖尿病性腎症重症化予防の取組の効果について、広域的な観点から、県全体での評価を行う。</u> (6) 人材育成 ・ 人材不足等により、課題を持つ市町村や広域連合等に対し、県として具体的かつ適切な支援を行う。例えば、<u>国保連等と連携して、データ分析や評価、事業実施等の支援に加えて、市町村や広域連合等の担当者への研修の実施等を通して、計画的に人材育成・人材確保を促進する必要がある。</u> ・ <u>県として主体的に糖尿病性腎症重症化予防の取組を進めるに当たっては、保健所の機能・人材も活用する。例えば本庁では、県レベルでの取組の企画等を行い、保健所では市町村や広域連合の担当者への研修等を行ったり地域の医療関係者や市町村・広域連合とのつなぎ役となったりする等、保健所を活用した取組を行う。</u> 3) 大分県後期高齢者医療広域連合の役割 ・ 広域連合は都道府県単位で管内全ての市町村により構成されるものであり、その組織特性上、高齢者一人ひとりの特性に応じたきめ細かな対応が困難な場合が多いという課題がある。このため、自らプログラムに基づいた取組を実施するほか、保健事業を市町村に委託し、<u>市町村</u>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、介護保険・介護予防、健康増進担当課及び各地域包括支援センター等）との連携が不可欠である。 ・ 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事業ガイドライン」を参照しながら、広域連合と市町村との役割分担を明らかにすることや連携体制を整える。 ・ 広域連合は、各事業推進のために、後期高齢者医療制度の運営を通じて包括的、統合的に管理している健康・医療情報を保険者機能として適切かつ積極的に活用する。 ・ <u>広域連合は市町村に対し、</u>高齢者の健康状態や医療費等の状況について	継続的な支援を受けることができるよう、市町村国保等において、広域連合から保健事業の委託を受けて一体的に実施するほか、その他の場合も密に連携し継続した取組や事業評価等が円滑に実施されるよう、各市町村間の調整等の支援を行う。 (6) 人材育成 ・ 人材不足等の課題を持つ市町村や広域連合等に対し、県として具体的かつ適切な支援を行う。例えば、データ分析や評価等の支援、市町村や広域連合等の担当者への研修等を実施する。 ・ 市町村や広域連合等が、マンパワーの問題などで外部事業者に業務を委託する場合も踏まえ、県は保健指導等受託機関向けの研修会等も積極的に開催し、糖尿病性腎症等に関する専門的知識やスキルを継続的に学ぶ機会を提供する。 3) 大分県後期高齢者医療広域連合の役割 ・ 日本透析医学会の統計によると、新規透析導入患者の平均年齢は年々上昇し平成 29 年は 69.7 歳となっており、このうち 7 割は 65 歳以上、4 割は 75 歳以上の後期高齢者が占めている。 ・ 広域連合は都道府県単位で管内全ての市町村により構成されるものであり、その組織特性上、高齢者一人ひとりの特性に応じたきめ細かな対応が困難という課題がある。このため、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、介護保険・介護予防、健康増進担当課及び各地域包括支援センター等）との連携が不可欠である。 ・ 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事業ガイドライン」を参照しながら、広域連合と市町村の役割分担や連携体制を整える。 ・ 広域連合は、各事業推進のために、後期高齢者医療制度の運営を通じて包括的、統合的に管理している健診・レセプト（調剤・歯科含む）等の各データを、保険者機能として適切かつ積極的に活用する。 ・ 高齢者の健康状態や医療費等の状況について、都道府県全体を俯瞰して	(変更) (削除) (追加) (削除) (変更) (変更) (変更) (変更)

大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
て、都道府県全体を俯瞰して健康・医療情報を分析加工した統計資料等の提供や説明を行う。また、市町村が広域連合からの委託により保健事業を実施する際においても、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。 ・ 市町村に委託して保健事業を実施する場合又は広域連合が直接保健事業を実施する場合のいずれにおいても、広域連合は市町村と連携し、双方が主体的に取り組めるよう、企画・実施・評価を行える体制構築に努めることが望ましい。 ・ 被保険者が後期高齢者医療制度へ移行する際に、保健事業が円滑に接続されないケースや評価が途切れるケースがみられた。そのため、令和2年度より、市町村において市町村国保から連続した事業の実施・評価を適切に行えるよう「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」を開始している。広域連合の役割として具体的には、国保や介護予防部局との連携を密にし、国保保健事業や介護予防の取組との一体的な実施を推進してきているところであり、引き続き、継続的な事業実施ができるような体制づくりが求められる。 ・ 大分県医師会や郡市医師会等関係団体に対しては、広域連合が取組内容を説明し、理解及び協力を得ていくことが重要であり、県と連携しながら調整する場合や市町村による調整の支援を行う場合など、状況に応じた調整を行う。 4) 大分県医師会、各郡市医師会等の役割 (1) 医療関係団体における協力体制の整備 ・ 県医師会・薬剤師会等の関係団体は、郡市医師会・薬剤師会等に対して糖尿病性腎症重症化予防に係る国・都道府県における動向等を周知する。 ・ 県医師会及び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。 (2) 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	健康・医療情報を分析加工した統計資料等を提供する。また、事業企画・評価などを市町村とともに実施する。市町村が広域連合からの委託により保健指導を実施する際には、データの閲覧を可能にするなど、実施支援のための情報提供を行う。 ・ 保健事業対象者が後期高齢者医療制度へ移行することにより、74歳まで実施してきた特定健診等の情報が共有されていないケースや評価が途切れるケースがみられる。各市町村において国保から連続した保健事業等の事業評価を適切に行えるように体制を整える。広域連合は国保との連携を密にし、保健事業の一体的な実施を推進するなど、継続的な評価ができるような体制づくりに協力する。 4) 大分県医師会、各郡市医師会等の役割 ・ 県医師会・薬剤師会等の関係団体は、郡市医師会・薬剤師会等に対して、糖尿病性腎症重症化予防に係る国・都道府県における動向等を周知し、必要に応じ助言する。 ・ 県医師会・郡市医師会等は、市町村や広域連合等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周知するとともに、必要に応じて助言、かかりつけ医と専門医等との連携強化など、必要な協力を行うよう努める。	(追加) (変更) (追加) (新設) (変更) (変更) (追加) (新設)

大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
<u>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等、必要な協力を行う。</u> ・ <u>地域の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（連絡票、事例検討等）について自治体と協力する。糖尿病性腎症重症化予防の対象者は必ずしも、住所地のある自治体にある医療機関をかかりつけ医としているとは限らない。県域を超えて受療している対象者についても、自治体が域内の対象者と同様の事業を展開できるよう、近隣の郡市医師会等への周知がなされ、協力が図られることが望ましい。</u> ・ かかりつけ医は、<u>市町村等が行う事業の対象者について、病歴聴取や診察、保険診療における検査等による病期判断、循環器疾患等のリスクや糖尿病合併症（網膜症等）の状況を把握し、対象者本人に説明するとともに、保健指導上の留意点を市町村等に伝える。</u> ・ 市町村等、保険者が行う<u>糖尿病性腎症重症化予防事業</u>に理解のある糖尿病専門医、腎臓専門医等が、継続的に保健事業のアドバイザーとなり、地域の医療機関や透析治療の専門医療機関、糖尿病・腎臓専門医、おおいた糖尿病相談医、かかりつけ医等と相談し、住民の健康や地域課題等を共有することが重要である。 ・ <u>地域の医師会は、かかりつけ医と連携した受診勧奨、保健指導へ協力する。</u> <u>(3) 関係学会のガイドライン等の活用</u> ・ 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」等の積極的に活用する。 ・ 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」等の積極的に活用する <u>5) その他の医療関係団体等の役割</u> ・ CKD 対策等と連動させて<u>糖尿病性腎症重症化予防</u>に取り組む場合は、地域の中核的医療機関の専門医、糖尿病療養指導士^{※16} や腎臓病療養指導士^{※17} 等との連携、<u>地域の看護協会、栄養士会等の職能団体との連携を拡大</u>することができれば、より包括的な地域連携体制を構築することが可能と	・ 糖尿病対策推進会議等の方針のもと、郡市医師会は各地域での推進体制（連絡票の共有、個別支援検討会や事例検討等）について各市町村等と協力する。 ・ かかりつけ医は、病歴聴取や診察、保険診療における検査等により対象者の糖尿病性腎症病期判断、循環器疾患等のリスクや糖尿病合併症（網膜症等）の状況を把握し、本人に説明するとともに、保健指導上の留意点を保健指導の実施者に伝える。 ・ 市町村等、保険者が行う腎症重症化予防事業に理解のある糖尿病専門医、腎臓専門医等が、継続的に保健事業のアドバイザーとなることが望ましい。更に、地域の医療機関や透析治療の専門医療機関、糖尿病・腎臓専門医、おおいた糖尿病相談医、かかりつけ医等と相談し、住民の健康や地域課題等を共有することが重要である。 ・ 健康サポート薬局や栄養ケア・ステーションのように、住民によ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設置されている場合、それらの資源が腎症重症化予防の体制整備に有効に活用されるよう、医療関係団体は市町村や広域連合とともに検討する。 ・ 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（糖尿病専門医向け）」「糖尿病治療ガイド（糖尿病患者を中心に診る非専門医向け）」、日本糖尿病対策推進会議編「糖尿病治療のエッセンス（かかりつけ医向け）」や日本糖尿病学会・日本老年医学会編・著「高齢者糖尿病治療ガイド（糖尿病患者を専門に診る非専門医向け）」等を積極的に活用する。 ・ 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」「エビデンスに基づく CKD 診療ガイド」を積極的に活用する。	(追加) (変更) (変更) (移動) (新設) (変更) (新設) (移動)

大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
なる。 ・ 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、<u>歯科</u>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^{※18}や栄養ケア・ステーション^{※19}、<u>まちの保健室^{※20}</u>等のように、<u>地域で活動する保健医療等の専門職・地域</u>住民による、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<u>がある地域においては</u>、それらの資源が腎症重症化予防の体制整備に有効に活用されるよう、<u>県や市町村、広域連合に情報共有するなど共に検討する。</u> <u>6) 大分県糖尿病対策推進会議の役割</u> ・ 糖尿病対策推進会議^{※21}は、糖尿病診療において、①かかりつけ医機能の充実と病診連携の推進、②受診勧奨と事後指導の充実、③糖尿病治療成績の向上、を目的に平成 17 年に設立された会議であり、国レベルだけでなく全都道府県に設置されている。 ・ 糖尿病対策推進会議は、会議の理念に合致した具体的な行動計画である糖尿病性腎症重症化予防事業に積極的に関与していくことが期待される。 ・ 糖尿病性腎症重症化予防に係る国・都道府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、市町村や<u>広域連合等</u>の取組に協力することが<u>求められている。</u> <u>※16 糖尿病療養指導士は、高度でかつ幅広い専門知識を持ち、患者の糖尿病セルフケアを支援する医療スタッフであり、日本糖尿病療養指導士認定機構および各地の認定組織によって、一定の経験を有し試験に合格した看護師、管理栄養士、薬剤師、臨床検査技師、理学療法士等に与えられる。</u> <u>※17 腎臓病療養指導士は、職種横断的な、CKD 療養指導に関する基本知識を持つ医療スタッフであり、日本腎臓病協会によって、一定の経験を有し合格した看護師・保健師、管理栄養士、薬剤師に与えられる。</u> <u>※18 健康サポート薬局とは、かかりつけ薬剤師・薬局の基本的な機能に加え、国民による主体的な健康の保持増進を積極的に支援する（健康サポート）機能を備えた薬局のことであり、厚生労働大臣が定める基準に適合するものとして都道府県知事に届出を行ったうえでその旨を表示することができる薬局のことである。</u>	5) 大分県糖尿病対策推進会議の役割 ・ 糖尿病対策推進会議は、糖尿病診療において、①かかりつけ医機能の充実と病診連携の推進、②受診勧奨と事後指導の充実、③糖尿病治療成績の向上、を目的に平成 17 年に設立された会議であり、国レベルだけでなく全都道府県に設置されている。 ・ 糖尿病対策推進会議は、会議の理念に合致した具体的な行動計画である糖尿病性腎症重症化予防事業に積極的に関与していくことが期待される。 ・ 糖尿病性腎症重症化予防に係る国・都道府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、市町村の取組に協力するよう努める。	(移動) (移動) (変更) (変更)

大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
<u>※19 栄養ケア・ステーションとは、日本栄養士会及び都道府県栄養士会が設置し、所属する管理栄養士・栄養士が、医療機関や自治体等と連携し、地域住民に対して栄養相談・保健指導等のサービスを提供する地域密着型の拠点である。</u> <u>※20 まちの保健室とは、地域の看護職が、通いの場や訪問看護ステーション等の様々な場を活用し、幅広い年齢層、健康レベルの住民を対象に健康相談やプライマリヘルスケア、地域のネットワークづくり等を担う機能を有するもので、名称は地域等によって異なる場合がある。</u> <u>※21 日本糖尿病対策推進会議を構成する団体※1は、日本医師会、日本糖尿病学会、日本糖尿病協会、日本歯科医師会等 19 団体で構成されている。都道府県糖尿病対策推進会議の構成団体については、これらを参考にされることが望ましい。※1 https://www.med.or.jp/doctor/diabetes/</u> ・ 糖尿病対策推進会議は、市町村等との連携の窓口となる責任者を決めたうえで、その責任者が中心となって調整を行い、当該会議として、市町村等で行う糖尿病性腎症重症化予防の取組に助言等を行うことが期待される。また、市町村や広域連合が太分県糖尿病対策推進会議と連携が図れるように、窓口となる責任者について周知する必要がある。 ・ 地域の住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ことが重要であり、その際には、日本糖尿病学会や日本糖尿病協会から開発提供されている、保健指導に有用な教材を利用することも期待される。 <u>7) 大分県糖尿病性腎症重症化予防推進に係る効果検討会議の役割</u> ・ この効果検討会議は、連携協定に基づく「大分県糖尿病性腎症重症化予防推進事業」の円滑かつ効果的な取組を目指すため、大分県医師会、大分大学、大分県に所属する職員のうち、糖尿病性腎症重症化予防に知見を有する者を委員として、令和3年1月に設置された。以下に示す、具体的な役割等を踏まえ、重症化予防に向け、効果的な協議・検討につなげる。 ア) 好事例の横展開 ・ 個別支援検討会議等の開催による医療・行政関係者の共通認識に基づく「個別支援方針の決定」「治療・検査結果・保健指導情報の共有」「個別支援の継続」に向けた検討 イ) 医療機関と行政との連携体制の強化 ・ 特定健診結果とレセプト情報等を連結した分析結果に基づき、腎機能の悪化が認められる患者に係る情報提供を行うとともに、人工透析への移行が心配される患者の医療機関からの情報提供を促進し、保健指導担当者	・ 糖尿病対策推進会議は、市町村や広域連合との連携の窓口となる責任者1)を決めた上で、その責任者が中心となって調整を行い、当該会議として、市町村で行う糖尿病性腎症重症化予防の取組に助言等を行うことが期待される。また、市町村や広域連合が都道府県糖尿病対策推進会議と連携が図れるように、窓口となる責任者について周知する必要がある。 ・ 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ことが重要であり、その際には、糖尿病学会や糖尿病協会から開発提供されている、保健指導に有用な教材を利用することも期待される。 6) 大分県糖尿病性腎症重症化予防推進に係る効果検討会議の役割 ・ この効果検討会議は、連携協定に基づく「大分県糖尿病性腎症重症化予防推進事業」の円滑かつ効果的な取組を目指すため、大分県医師会、大分大学、大分県に所属する職員のうち、糖尿病性腎症重症化予防に知見を有する者を委員として、令和3年1月に設置された。以下に示す、具体的な役割等を踏まえ、重症化予防に向け、効果的な協議・検討につなげる。 ア) 好事例の横展開 ・ 個別支援検討会議等の開催による医療・行政関係者の共通認識に基づく「個別支援方針の決定」「治療・検査結果・保健指導情報の共有」「個別支援の継続」に向けた検討 イ) 医療機関と行政との連携体制の強化 ・ 特定健診結果とレセプト情報等を連結した分析結果に基づき、腎機能の悪化が認められる患者に係る情報提供を行うとともに、人工透析への移行が心配される患者の医療機関からの情報提供を促進し、保健指導担当者等によ	(変更) (変更) (変更)

大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
等による患者の生活習慣改善に向けた保健指導を強化するための検討 ウ) かかりつけ医（おおいた糖尿病相談医）と糖尿病・腎臓専門医との連携による個別支援体制の構築 ・連携協定に基づく、大分大学医学部附属病院の「糖尿病性腎症重症化予防専門外来（令和2年5月開設）（以下、専門外来と示す。）」等の活用に向けた連携体制の強化に係る検討 ・大分県糖尿病対策推進会議等と連動した、かかりつけ医（おおいた糖尿病相談医）と市町村等、保険者の連携による個別支援の強化に向けた検討 ・具体的な検討方針 ①データ連結分析結果に基づく県民の糖尿病性腎症の現状・課題の共有 ②大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラムの改定に向けた検討 ③上記プログラムに基づく、健診、医療データ等から、腎機能の悪化が認められる住民（患者）の医療と保険者の連携による個別支援強化策の検討 ・定例的な個別支援検討会議（各患者の支援方策検討会議）の開催 ・医療・保険者の共通認識と連携による個別支援方針の決定、治療・検査結果・保健指導情報の共有、個別支援の継続に向けた具体策	る患者の生活習慣改善に向けた保健指導を強化するための検討 ウ) かかりつけ医（おおいた糖尿病相談医）と糖尿病・腎臓専門医との連携による個別支援体制の構築 ・連携協定に基づく、大分大学医学部附属病院の「糖尿病性腎症重症化予防専門外来（令和2年5月開設）（以下、専門外来と示す。）」等の活用に向けた連携体制の強化に係る検討 ・大分県糖尿病対策推進会議等と連動した、かかりつけ医（おおいた糖尿病相談医）と市町村等、保険者の連携による個別支援の強化に向けた検討 ・具体的な検討方針 ①データ連結分析結果に基づく県民の糖尿病性腎症の現状・課題の共有 ②大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラムの改定に向けた検討 ③上記プログラムに基づく、健診、医療データ等から、腎機能の悪化が認められる住民（患者）の医療と保険者の連携による個別支援強化策の検討 ・定例的な個別支援検討会議（各患者の支援方策検討会議）の開催 ・医療・保険者の共通認識と連携による個別支援方針の決定、治療・検査結果・保健指導情報の共有、個別支援の継続に向けた具体策 ・医師、保健指導担当者等、糖尿病療養指導士等、関係者の糖尿病性腎症重症化予防に係る資質向上・人材育成の方策 ④ 県内での好事例の横展開に向けた協議・検討	（移動）
※22 日本医師会では都道府県医師会糖尿病対策（推進会議）の担当者一覧1)をとりまとめ、日本糖尿病学会では市町村単位の担当医2)、また、都道府県単位で日本糖尿病対策推進会議日本糖尿病学会地区担当委員3)を定めており、地域での取組を進めるに当たっては、これらの担当医師と連携しながら進めていくことも重要である。 1) https://www.med.or.jp/doctor/diabetes/ 2) http://www.jds.or.jp/modules/education/index.php?content_id=88 3) http://www.jds.or.jp/modules/education/index.php?content_id=88 ・医師、保健指導担当者等、糖尿病療養指導士等、関係者の糖尿病性腎症重症化予防に係る資質向上・人材育成の方策 ④県内での好事例の横展開に向けた協議・検討	※1) 日本医師会では、都道府県医師会糖尿病対策（推進会議）の担当者一覧※5をとりまとめ、日本糖尿病学会では市町村単位の担当医※6、また都道府県単位で日本糖尿病対策推進会議、日本糖尿病学会地区担当委員※7を定めており、地域での取組を進めるに当たっては、これらの担当医師と連携しながら進めていくことも重要である。 ※5 https://www.med.or.jp/dl-med/tounyoubyou/madoguchi.pdf ※6 http://www.fa.kyorin.co.jp/jds/uploads/jds_dn_dr_list.pdf ※7 http://www.fa.kyorin.co.jp/jds/uploads/jds_against_diabetes_member_list.pdf	

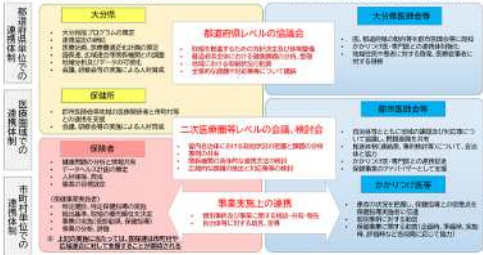
大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
<u>8) 大分県国民健康保険団体連合会(以下、国保連と示す。)・国民健康保険中央会(以下、国保中央会と示す。)の役割</u> ・ 国保連は、<u>国保中央会と一体的に全国の自治体を実施する保険者の保健事業への支援を行っており、</u>保険者である市町村等の連合体として計画策定・評価改善の際に連携することが多く、市町村や広域連合が<u>より効果的・効率的に糖尿病性腎症重症化予防に取り組むことができるよう研修を実施している。</u> ・ 大分県と国保連は、糖尿病性腎症重症化予防事業において、密な連携・協力体制が構築されており、国保連は、主に以下の役割や支援を担っている。 ➢ 事業計画策定時のデータ抽出や分析、事業実施後の評価分析等における技術的支援や助言 ➢ <u>有識者で構成される保健事業支援・</u>評価委員会による支援や国保連独自の支援 ➢ KDB の活用によるデータ抽出・分析における技術的支援や助言 ➢ KDB に関する研修の開催 <u>・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を行う。</u> <u>・ 国保中央会は、国保連が行う研修や KDB システムの活用等の支援を行うことにより、糖尿病性腎症重症化予防事業の充実を図ることが期待される。</u> 4. 各医療圏域や各地域（以下、各地域と示す。）における関係機関との連携 ・ 本事業における各機関の役割は、「<u>取組に当たっての</u>関係者の役割」の項で述べたが、それらが有機的に連携していくことが重要である。各地域における取組を効率的に推進するに当たっては、関係者が各々の役割を理解したうえで、密接に連携して対応することが期待される（図表3） 図表3：関係者の役割分担と連携 	7) 大分県国民健康保険団体連合会(以下、国保連と示す。)の役割 ・ 国保連は、保険者である市町村等の連合体として計画策定・評価改善の際に連携することが多く、市町村や広域連合への支援を行っている。 ・ 大分県と国保連は、糖尿病性腎症重症化予防事業において、密な連携・協力体制が構築されており、国保連は、主に以下の役割や支援を担っている。 ➢ 事業計画策定時のデータ抽出や分析、事業実施後の評価分析等における技術的支援や助言 ➢ 国保・後期高齢者ヘルスサポート事業を通じた支援や評価委員会による個別支援 ➢ KDB の活用によるデータ抽出・分析における技術的支援や助言 ➢ KDB に関する研修の開催 ・人材確保・育成等に課題を有する市町村や広域連合等に対して、引き続きこれらの専門性の高い支援を行う。 4. 各医療圏域や各地域（以下、各地域と示す。）における関係機関との連携 ・ 本事業における各機関の役割は、「3. 具体的な取組における関係者の役割」の項で述べたが、それらが有機的に連携していくことが重要である。各地域における取組を効率的に推進するに当たっては、関係者が各々の役割を理解したうえで、密接に連携して対応することが期待される（図表3）。	(変更) (変更) (変更) (変更) (追加) (変更) (変更) (図表変更、移動)

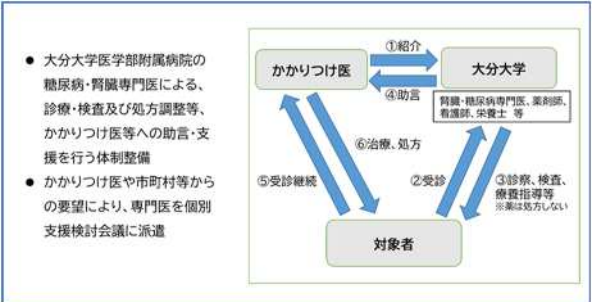
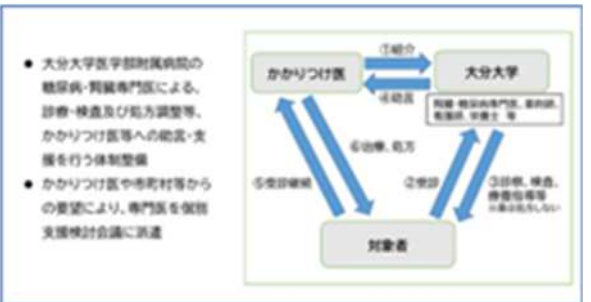
大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
・ 保険者のみで本事業を行うのではなく、各郡市医師会、糖尿病専門医や腎臓専門医等が所属する医療機関（以下、専門医療機関と示す。）、糖尿病対策推進会議、効果検討会議、国保連、大分県等と<u>糖尿病性</u>腎症重症化予防事業の枠組みについての認識の共有、合意形成を図り、対象者の状況に応じた個別支援を推進できる連携体制づくりが重要である。大分県は、連携協定（図表4）を活用し、各市町村、各医療圏域等の状況に応じた、医療と保険者の連携による個別支援の強化に努める。 ・ 以上のような連携を確保するために、以下のような取組がある。 ➤ 大分県や<u>保健所管轄地域</u>単位での対策会議の設置、具体的事例の検討を行う連絡会の開催など、地域の関係者間で顔を合わせる機会を設けることが望ましい（図表5）。 ➤ 本事業の具体的な検討を始める前に、保険者が主体となって、県・各郡市医師会等に対し、<u>地域</u>の健康課題や本事業の目的・目標等について説明及び情報提供を行う。大分県の協力・支援を得ながら各郡市医師会、専門医療機関、他の保険者、糖尿病療養指導士、地域団体等、各地域の関係者との協議の場を<u>設定する</u>。<u>併せて、地域住民にも情報提供する</u>。 ➤ 保険者は、<u>事業</u>の実施状況や評価結果についても、各地域の関係者に情報を提供し、協議の場を持つ。 ➤ 必要に応じてかかりつけ医と専門医が連携できる体制を<u>構築する</u>ことが望ましい。日本糖尿病学会と日本腎臓学会は、かかりつけ医から専門医・専門医療機関への紹介基準を定めている^{*23}。また、両専門医間における紹介基準も定めており、これらを活用しながら医療機関における連携を更に進めていくことが<u>重要である</u>。大分県では、CKD対策と連動した基準値、地域連携パス及び連携協定等に基づき専門外来（図表6）等の活用を推進する。専門外来は、糖尿病、慢性腎臓病などの治療中で重症化のおそれがある患者を対象に、かかりつけ医、専門医、保険者（<u>市町村等</u>）、糖尿病療養指導士等、個別支援に携わる関係者等が連携して対象者の状態に応じた処方の調整、治療の継続、生活習慣の改善を支援する腎症重症化予防のステーションとしての役割を担っている。	・ 保険者のみで本事業を行うのではなく、各郡市医師会、糖尿病専門医や腎臓専門医等が所属する医療機関（以下、専門医療機関と示す。）、糖尿病対策推進会議、効果検討会議、国保連、大分県等と腎症重症化予防事業の枠組みについての認識の共有、合意形成を図り、対象者の状況に応じた個別支援を推進できる連携体制づくりが重要である。大分県は、連携協定（図表4）を活用し、各市町村、各医療圏域等の状況に応じた、医療と保険者の連携による個別支援の強化に努める。 ・ 以上のような連携を確保するために、以下のような取組がある。 ➤ 大分県や 2 次医療圏単位での対策会議の設置、具体的事例の検討を行う連絡会の開催など、地域の関係者間で顔を合わせる機会を設けることが望ましい（図表5）。 ➤ 本事業の具体的な検討を始める前に、保険者が主体となって、県・各郡市医師会等に対象地域の健康課題や本事業の目的・目標等について説明及び情報提供を行う。大分県の協力・支援を得ながら各郡市医師会、専門医療機関、他の保険者、糖尿病療養指導士、地域団体等、各地域の関係者との協議の場を持つ。 ➤ 保険者は、プログラムの実施状況や評価結果についても、各地域の関係者に情報を提供し、協議の場を持つ。 ➤ 必要に応じてかかりつけ医と専門医が連携できる体制をとることが望ましい。日本糖尿病学会と日本腎臓学会は、かかりつけ医から専門医・専門医療機関への紹介基準を定めている 2)。また、両専門医間における紹介基準も定めており、これらを活用しながら医療機関における連携を更に進めていくことが求められる。大分県では、CKD対策と連動した基準値、地域連携パス及び連携協定等に基づき専門外来（図表6）等の活用を推進する。専門外来は、糖尿病、慢性腎臓病などの治療中で重症化のおそれがある患者を対象に、かかりつけ医、専門医、市町村（保険者）、糖尿病療養指導士等、個別支援に携わる関係者等が連携して対象者の状態に応じた処方の調整、治療の継続、生活習慣の改善を支援する腎症重症化予防のステーションとしての役割を担っている。 ➤ CKD 対策等と連動させて糖尿病性腎症重症化予防に取り組む場合においては、地域の中核的医療機関の専門医、糖尿病療養指導士や腎臓病療養指導士、栄養士会等の職能団体との連携を拡大することができれば、より包括的な地域連携体制を構築することが可能となる。 ➤ 糖尿病の合併症としては、腎症だけでなく、網膜症、神経障害、歯周病	（変更） （変更） （変更） （変更） （移動） （移動）

大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
図表 4 大分県糖尿病性腎症及び慢性腎臓病の重症化予防に係る連携協定 大分県糖尿病性腎症及び慢性腎臓病の重症化予防に係る連携協定 令和元年12月25日締結 ※大学を含めた連携協定の締結は全国初  ※23 日本糖尿病学会と日本腎臓学会は、「かかりつけ医から専門医・専門医療機関への紹介基準」、「専門医間の紹介基準」をホームページ等に掲載している。 ・かかりつけ医から専門医・専門医療機関への紹介基準 http://www.jds.or.jp/modules/important/index.php?content_id=92 (日本糖尿病学会) https://jsn.or.jp/medic/newsttopics/formember/post-547.php (日本腎臓学会) ・専門医間の紹介基準 http://www.jds.or.jp/modules/important/index.php?content_id=114 (日本糖尿病学会) https://www.jsn.or.jp/topics/notice/_3537.php (日本腎臓学会) 図表 5：地域における連携体制のイメージ 	及び歯の喪失等があることから、眼科や歯科等との連携の仕組みを構築し活用することが望ましい。 2) 日本糖尿病学会と日本腎臓学会は「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」※8、「腎障害がある患者のかかりつけ医からの腎臓専門医への紹介基準」※9、「専門医間の紹介基準」をホームページ等に掲載している ※8 https://www.jsn.or.jp/data/180227-002.pdf ※9 https://www.jsn.or.jp/data/180227-001.pdf 3) 国の腎疾患対策検討会においては、腎臓専門医の不足や偏在の中、CKDに関する基本的な知識を有する看護師/保健師、管理栄養士、薬剤師等の人材を育成するとともに腎臓専門医以外の医師とも連携することにより、CKD診療に携わる医療従事者数の増加を目指している。 図表 3：関係者の役割分担と連携  図表 4 大分県糖尿病性腎症及び慢性腎臓病の重症化予防に係る連携協定  図表 5：地域における連携体制のイメージ 	(図表移動) (図表変更)

大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
図表 6：糖尿病性腎症重症化予防専門外来  - 大分大学医学部附属病院の糖尿病・腎臓専門医による、診療・検査及び処方調整等、かかりつけ医等への助言・支援を行う体制整備 - かかりつけ医や市町村等からの要望により、専門医を個別支援検討会議に派遣 5. 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの条件 1) 効果的・効率的な事業を実施するための条件 - 各市町村でプログラムを策定する場合には、以下のいずれも 満たす必要がある。 生活習慣病の重症化予防の取組のうち、 ①対象者の抽出基準が明確 であり、対象者の状態像に応じた取組であること ②かかりつけ医と連携した取組であること ③保健指導を実施する場合には、専門職が取組に携わること ④事業の評価を実施すること ⑤取組の実施に当たり、各市町村の状況等に応じて大分県糖尿病対策推進会議、効果検討会議等との連携（県による対応策の議論や取組内容の共有など）を図ること - 以上のプログラムの条件は、以下の点に留意 する。 (1) 対象者の抽出基準が明確 であり、対象者の状態像に応じた取組であること - HbA1c、eGFR 等の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 する。そのうえで、いずれの 集団を対象として 取組を実施するかを決定する。また、これにより、特定健診未受診者層、治療中断者、治療中の者から適切に事業対象者を抽出することができる。	図表 6：糖尿病性腎症重症化予防専門外来  - 大分大学医学部附属病院の糖尿病・腎臓専門医による、診療・検査及び処方調整等、かかりつけ医等への助言・支援を行う体制整備 - かかりつけ医や市町村等からの要望により、専門医を個別支援検討会議に派遣 5. 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの条件 1) 効果的・効率的な事業を実施するための条件 - 各市町村でプログラムを策定する場合には、以下のいずれも満たすものである必要がある。 生活習慣病の重症化予防の取組のうち、 ①対象者の抽出基準が明確であること ②かかりつけ医と連携した取組であること ③保健指導を実施する場合には、専門職が取組に携わること ④事業の評価を実施すること ⑤取組の実施に当たり、各市町村の状況等に応じて大分県糖尿病対策推進会議、効果検討会議等との連携（県による対応策の議論や取組内容の共有など）を図ること - 以上のプログラムの条件に関しては、国の平成 29 年度保険者データヘルス全数調査結果や、平成 29 年 7 月の重症化予防 WG とりまとめ、国の研究や県のデータ分析結果等から見てきた課題等を踏まえ、より効果的・効率的に事業を実施すべく、以下の点に留意されていることが望ましい。 (1) 対象者の抽出基準が明確であること - HbA1c、eGFR 等の健診結果のみならず、レセプトの請求情報（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、いずれの階層に属する住民を対象として糖尿病性腎症重症化予防プログラムを実施するかを決定する。また、これにより、特定健診未受診者層、治療中断者、治療中の者から適切に事業対象者を抽出することができる。	(変更) (変更) (変更) (変更) (変更) (変更)

大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
(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、事業の企画時や準備時、評価時など様々な時点できめ細かく連携することとする。<u>特に治療中の者に保健指導を行う際にはかかりつけ医との間で対象者の状態像（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）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が重要である。</u> <u>保健指導の機会</u>を通じて生活習慣のアセスメント及び生活指導を行うことにより、普段の生活状況を知り診療上有用な情報が得られるなど、かかりつけ医にとってもメリットがある。 (3) 保健指導を実施する場合には、専門職が取組に携わること <u>保健指導は、市町村等、保険者の保健師・管理栄養士等の専門職が行う。これに加え、医師や歯科医師、薬剤師、糖尿病療養指導士等と連携した取組となるようにする。市町村等と医療機関等との連携が深まり、保健指導の質の向上が期待できる。</u> (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。<u>この際、短期的な評価だけでなく、中・長期的な視点での評価も実施する。</u>これにより、<u>事業の糖尿病性腎症重症化予防に「対する」効果や医療費の適正化に「対する」効果を測定・評価</u>することができる。 (5) 各市町村の状況を踏まえた取組推進に向け糖尿病対策推進会議、効果検討会議等との連携を図ること - 糖尿病対策推進会議、効果検討会議等に対して、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<u>することが求められる。</u>これにより、<u>県の取組の方向性を踏まえたものとなり、専門的知見を得ること</u>で取組の質の向上が期待される。	(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、事業の企画時や準備時、評価時など様々な時点できめ細かく連携することとする。このことで、かかりつけ医と連携したPDCA サイクルに基づく取組となる。 - プログラム参加を通じて生活習慣のアセスメント及び生活指導を行うことにより、普段の生活状況を知り診療上有用な情報が得られるなど、かかりつけ医にとってもメリットがある。 (3) 保健指導を実施する場合には、専門職が取組に携わること - 市町村等、保険者の保健師・管理栄養士等のみならず、医師や歯科医師、薬剤師、糖尿病療養指導士等と連携した取組とすることで、医療機関等との連携が深まり、保健指導の質の向上が期待される。 (4) 事業の評価を実施すること - アウトプット指標（保健指導対象として抽出された者のうち保健指導の実施人数等）のみならず、アウトカム指標（特定健診結果の値や人工透析新規導入患者数の変化等）を用いて事業評価を実施する。このことで、腎症の重症化予防効果や医療費適正化効果を測定することができる。 (5) 各市町村の状況を踏まえた取組推進に向け糖尿病対策推進会議、効果検討会議等との連携を図ること - 糖尿病対策推進会議、効果検討会議等に対して、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。このことで、専門的知見によって取組の質の向上が期待される。 - 市町村・広域連合に係る保険者インセンティブ制度（保険者努力支援制度等）における評価項目は、適切な保健事業に向けた評価・検証等の契機となり、各指標は重要な役割を持つ。市町村・広域連合に係る保険者インセンティブ制度では、上記に挙げた5項目に加え、各取組の質に配慮し、アウトプット、アウトカムに着目した評価指標を以下のように設定している。 【平成31年度保険者努力支援制度（市町村分）、平成30年度後期高齢者医療制度の保険者インセンティブにおける指標】 受診勧奨を、抽出基準に基づく全ての対象者に対して、文書の送付等により実施していること。また、実施後、対象者の受診の有無を確認し、受診が無い者には更に面談等を実施していること。	(変更) (変更) (変更) (変更) (変更) (削除)

大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
2) 更に事業を発展させるための留意事項 - プログラムの条件に沿って、更に効果的<u>に事業</u>を実施するために以下の内容に留意することが期待される。 (1) 対象者の抽出基準について - 腎症の病期、健診データ (HbA1c、eGFR、血圧) の重症度、併存疾患 (高血圧、心不全、感染症等)、<u>腎障害の程度</u>の変化 (eGFR の低下速度等) を考慮して抽出することが有効と考えられる。<u>受診勧奨は該当者すべてに行うことが原則である。保健指導については、地域の実情に応じて、特に社会資源が少ない地域においては、ICT 等を利用したオンライン保健指導等を利活用することも検討する。それでもなお、保健指導の対象者数に対して資源が不足する場合は、優先順位付け (絞込み) を行い、取組を実施することも考えられる。</u> <u>事業対象外とする場合の条件の整理や事業対象外に該当する者への支援のあり方・対応方策等も併せて検討することが重要である。</u> - 糖尿病患者に腎機能障害がある場合、①糖尿病が原因で腎機能が悪化した状態、②別の原因により腎機能が低下している患者に糖尿病が合併している状態、がある。糖尿病性腎症は狭義では①を指し、正確な診断のためには病歴、網膜症等他の合併症の状況、生検などの検査が必要となる。一般的には健診で①と②を区別することは困難と考えられるため、県プログラムでは①、②を含め、広く取り扱うこととしている。②であっても、糖尿病が合併することにより腎臓には糖尿病特有の変化が発生し、腎機能が悪化することから、②を含めて対策を行うことは意義があると考えられる。 (2) かかりつけ医と連携した取組について <u>糖尿病や糖尿病性腎症の</u>治療は保険診療として行われるものであり、<u>保険者による取組は適切な受診につながらない人に対する受診勧奨や、生活習慣の改善が必要な者への保健指導が中心である。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県プログラムに基づく取組</u>が相補的に機能することが望ましいが、その役割分担は地域によって異なる。	抽出基準に基づく対象者のうち、保健指導を受け入れることを同意した全ての対象者に対して、面談、電話又は個別通知を含む方法で実施していること。また、実施後、対象者の HbA1c、eGFR、尿蛋白等の検査結果を確認し、実施前後で評価していること。 2) 更に事業を発展させるための留意事項 - 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの 5 つの条件に沿って、更に効果的なプログラムを実施するために以下の内容に留意することが期待される。 (1) 対象者の抽出基準について - 腎症の病期、健診データ (HbA1c、eGFR、血圧) の重症度、併存疾患 (高血圧、心不全、感染症等)、腎機能の変化 (eGFR の低下速度等) を考慮して抽出することが有効と考えられる。 該当者数及びスタッフ等の資源状況などにより、支援の優先順位付け等を行うことが望ましい。 - プログラム対象外とする場合の条件の整理も重要である。 - 糖尿病患者に腎機能障害がある場合、①糖尿病が原因で腎機能が悪化した状態、②別の原因により腎機能が低下している患者に糖尿病が合併している状態、がある。糖尿病性腎症は狭義では①を指し、正確な診断のためには病歴、網膜症等他の合併症の状況、生検などの検査が必要となる。一般的には健診で①と②を区別することは困難と考えられるため、本プログラムでは①、②を含め、広く取り扱うこととしている。②であっても、糖尿病が合併することにより腎臓には糖尿病特有の変化が発生し、腎機能が悪化することから、②を含めて対策を行うことは意義があると考えられる。 (2) かかりつけ医と連携した取組について - 患者の治療は保険診療として行われるものであり、本事業は受診に適切につながらない人や、生活習慣の改善が必要な者への保健指導が中心である。保険診療で指導料として認められている医療行為と本事業が相補的に機能することが望ましいが、その役割分担は地域の実情により異なる。	(変更) (変更) (変更) (変更) (変更)

大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
・ リスクマネジメントの観点からも、保健事業のみで腎症患者に対応すべきではないことに留意する必要がある。 ・ なお、重症化が進んでいる対象者や個別支援が困難な事例においては、連携協定に基づき、かかりつけ医や専門医等につなげるとともに、専門外来等の活用（図表7）により、医療機関と保険者が連携した、より専門性の高い個別支援を行う。 図表7：糖尿病性腎症重症化予防専門外来 受診フロー (3) 保健指導を実施する専門職について ・ 保健指導を行うものは、糖尿病及び慢性腎臓病（CKD）の病態や治療方法等について、治療に当たる医師による講習や各学会のガイドラインの確認等により予め介入に必要な知識・技術を習得する。 ・ 糖尿病の適切な管理のためには、医師による診療と処方のほか、看護師による療養生活にかかる指導、保健師による包括的な保健指導、管理栄養士による栄養指導、薬剤師による服薬期間中の継続的な服薬状況の把握と服薬指導、歯科医師・歯科衛生士による口腔健康管理※24、糖尿病療養指導士による自己管理（療養）指導、健康運動指導士等による身体活動支援などが必要であり、多種の専門職で取り組む。 ・ 後期高齢者においては、その特性を踏まえながら、保健事業と介護予防を一体的に実施することが重要であり、地域包括支援センターをはじめとする介護関係の各専門職種と連携して実施する。 ・ これらの専門職種が効率的に事業に関われるような体制を構築し、そ	・ リスクマネジメントの観点からも、保健事業のみで腎症患者に対応すべきではないことに留意する必要がある。 ・ なお、重症化が進んでいる対象者や個別支援が困難な事例においては、連携協定に基づき、かかりつけ医や専門医等につなげるとともに、専門外来等の活用（図表7）により、医療機関と保険者が連携した、より専門性の高い個別支援を行う。 ＜図表7：糖尿病性腎症重症化予防専門外来 受診フロー＞ (3) 保健指導を実施する専門職について ・ 保健指導を行うものは、糖尿病及び慢性腎臓病（CKD）の病態や治療方法等について、治療に当たる医師による講習や各学会のガイドラインの確認等により予め介入に必要な知識・技術を習得する。 ・ 糖尿病の適切な管理のためには、医師による診療と処方のほか、保健師による包括的な保健指導、管理栄養士による栄養指導、薬剤師による服薬期間中の継続的な服薬状況の把握と服薬指導、歯科医師・歯科衛生士による口腔健康管理4）、糖尿病療養指導士による自己管理（療養）指導、健康運動指導士等による身体活動支援などが必要であり、多種の専門職で取り組む。 ・ 後期高齢者においては、その特性を踏まえながら、保健事業と介護予防を一体的に実施することが重要であり、地域包括支援センターをはじめとする介護関係の各専門職種と連携して実施する。 ・ これらの専門職種が効率的に事業に関われるような仕組みをつくり、そ	(変更) (変更)

大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
それぞれの観点でのアセスメント結果の共有、指導内容や指導結果の共有方法を確立する。 (4) 事業評価の実施について - 適切な評価を実施することにより本事業の意義が一層明確になり、事業の質の改善につながる評価を行う。 - 継続的な対象者の追跡や事業のマクロ的評価のためには KDB システムの活用が有効であり、市町村単独での評価が難しいものについては、大分県や国保連が支援を行う。 - 詳細については、10. プログラムの評価 (P38～41) を参照。 (5) 大分県糖尿病対策推進会議、大分県糖尿病性腎症重症化予防に係る効果検討会議等との連携について - 大分県糖尿病対策推進会議、効果検討会議等の活動状況を把握するとともに、好事例の横展開が必要である。各市町村が設置している糖尿病性腎症重症化予防連携会議・個別支援検討会議等での顔の見える対策等を行う中でも、好事例を横展開していくよう努める。 - 上記会議の効果的な実施においては専門医の役割も重要である。かかりつけ医、糖尿病専門医、腎臓専門医等が協力して各市町村等、各地域の支援を行うことが望ましい。 ※24 口腔健康管理には、口腔機能管理、口腔衛生管理、及び口腔ケアが含まれる。 6. 対象者抽出の考え方と取組方策 1) 県プログラムにおける対象者を行う基本的な取組 - 基本的な取組は①健診・レセプトデータ等で抽出されたハイリスク者に対する確実な受診勧奨と保健指導の実施 (図表 8 の A+C+E)、②治療中の患者に対する医療と連携した保健指導 (図表 8 の B+D) の実施、である。	それぞれの観点でのアセスメント結果の共有、指導内容や指導結果の共有方法を確立する。 4) 口腔健康管理には、口腔機能管理、口腔衛生管理、及び口腔ケアが含まれる。 (4) 事業評価の実施について - 本事業の意義が一層明確になり、事業改善につながる評価を行う。 - 事業評価において、アウトプット評価のみならずアウトカム評価を行うことが重要であり、継続的な対象者の追跡や事業のマクロ的評価のためには KDB の活用が必要である。 - 全ての市町村において、保険者が保有する健診データやレセプトデータ等での病期別の評価を実施する。医療機関と連携して情報を収集し、より精度の高い評価方法を検討する。 (5) 大分県糖尿病対策推進会議、大分県糖尿病性腎症重症化予防に係る効果検討会議等との連携について - 大分県糖尿病対策推進会議、効果検討会議等の活動状況を把握するとともに、好事例の横展開が必要である。各市町村が設置している糖尿病性腎症重症化予防連携会議・個別支援検討会議等での顔の見える対策等を行う中でも、好事例を横展開していくよう努める。 - 上記会議の効果的な実施においては専門医の役割も重要である。かかりつけ医、糖尿病専門医、腎臓専門医等が協力して各市町村等、各地域の支援を行うことが望ましい。 6. 取組方策 - 基本的な取組は、1)「健康診査等で抽出されたハイリスク者」及び「レセプトデータ等で抽出された糖尿病治療中断かつ健診未受診者」への対応、2) 治療中の患者に対する医療と連携した保健指導の推進、3) 治療中の重症化ハイリスク患者におけるかかりつけ医と専門医連携の推進である。	(変更) (変更) (削除) (変更) (新設) (変更)

大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
<u>図表 8 健診・レセプトデータの有無と対象者の抽出の考え方</u>	- 糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れを大きく捉えると、体制整備（庁内連携、地域連携）、事業計画、事業実施、事業評価、改善（次年度事業の修正）である。 - 上記 1）～3）の各取組の考え方は以下の通りである。 1）「健康診査等で抽出されたハイリスク者」及び「レセプトデータ等で抽出された糖尿病治療中断かつ健診未受診者」への対応 - 大分県が実施した保健・医療・介護データ等を連結した医療費分析(H30～R2)等により、糖尿病は進行するまで自覚症状がないことが多いため、対象者は医療機関の受診を先送りしたり、自らの判断で治療中断し重症化する事例が多いことが明らかになった。 - 特定健診等のデータから後述の「対象者の抽出基準」に該当し医療機関への受診が必要なハイリスク者、レセプトデータ等から糖尿病治療中断者である可能性がある者に対して、確実に受診につなげるための個別勧奨等を強化する。 - 受診勧奨の対象者は、国保連等の支援のもと各保険者が抽出するものとし、各保険者は、対象者の状況に応じた個別の受診勧奨を実施する。 2）治療中の患者に対する医療と連携した保健指導の推進 - 当県で実施した保健・医療・介護データの連結による医療費分析では、生活習慣病において、①医療機関の受診のみ、②医療機関＋特定健診の受診、③医療機関＋特定健診＋特定保健指導の受診の順で、発症率が高く、また発症時の状態も重度であることが明らかとなった。そのため、一人ひとりのライフステージを通じた生活習慣病の発症及び重症化予防のためには、まず特定健診等の実施により、必要な対象者への早期介入につなげ、医療機関と保険者の連携による個別支援の強化が必要であることが再確認された。	(図表追加) (削除) (削除) (削除)

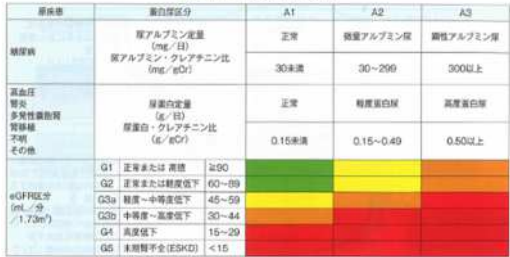
大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
	・ 糖尿病や糖尿病性腎症を有し、重症化予防の観点から保健指導の介入が望ましいと考えられる対象者には、かかりつけ医と保険者等が連携し、保健指導を積極的に取り入れた個別支援を実施する。 ・ 保険者は、健診データやレセプトデータから「対象者の抽出基準」に該当する対象者を抽出し、かかりつけ医の指示を受け保健指導を実施する（各保険者の保健指導プログラムに沿う）。 ３）治療中の重症化ハイリスク患者におけるかかりつけ医と専門医連携の推進 ・ 当県で実施した保健・医療・介護データの連結による医療費分析により、何らかの疾患を有し治療中だが、糖尿病性腎症等の視点からの治療や処方のタイミングを逃してしまい重症化する事例や、健康診査・特定保健指導は受診しているが、医療機関と保険者との情報共有が難しいことから生活習慣の改善に至らず、重症化する事例があると明らかになった。 ・ 糖尿病性腎症重症化の予防のためには、かかりつけ医等の医療機関での治療を継続するとともに、腎機能の悪化等がみられる重症化リスクが高い者については、地域の腎臓専門医や糖尿病性腎症重症化予防専門外来等との医療連携、保健指導の介入等、より専門性の高い個別支援の強化を検討する必要がある。 ・ 治療中であるが、糖尿病や糖尿病性腎症の重症化ハイリスクの状況にあると考えられる者に対して、かかりつけ医、専門医・専門医療機関、保険者の連携により、対象者の状態に応じた処方調整や治療の継続、生活習慣の改善等の個別支援を実施する。 ・ 保険者は、健診データやレセプトデータから後述の「対象者の抽出基準」に該当する者を抽出し、かかりつけ医の指示を受け、地域や圏域の専門医、専門医療機関、または専門外来等と連携し、対象者の状態に応じた処方調整や治療の継続、生活習慣の改善等の個別支援を実施する。 ・ かかりつけ医は、治療中の患者が後述の「対象者の抽出基準」に該当する場合、地域の専門医、専門医療機関、または専門外来等と連携し、対象者の状態に応じた処方調整や治療、生活習慣の改善等の個別支援を実施すること、また、保険者と情報共有し必要に応じて保健指導を導入することが望ましい。 ７．糖尿病性腎症重症化予防プログラム対象者選定の考え方 ・ 各市町村の保健事業において扱う市町村のプログラムは、糖尿病性腎症に関する日本糖尿病学会、日本腎臓学会のガイドラインに基づく国及び県プ	(削除) (削除)

大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄																		
	プログラムに示す対象者の抽出基準をふまえ、地域の実状や課題に応じた内容とする。各市町村は、各郡市医師会等の地域の関係機関と協議し、各地域の実状に応じた対象者の抽出基準、抽出方法、実施の流れなどを設けることが望ましい。 ・ 前述の「6. 取組方策」に示した基本的な取組において、健診データやレセプトデータ等を突合し、後述する「対象者の抽出基準」をもとに抽出される者を対象とする。 ・ 本プログラムでは「糖尿病性腎症病期分類 2014」（図表 8）をふまえ、健診時の尿蛋白（尿定性）や eGFR から腎機能低下者を把握することを基本とする。医療機関等で測定した尿アルブミン値や網膜症や神経障害等、糖尿病特有の細小血管障害の合併状況、糖尿病罹病期間を参考にすることも有用である。 ・ 医療機関等未受診により、糖尿病の診断がついていないが糖尿病性腎症重症化ハイリスクの状況にある者が多数存在する可能性も懸念される。健診データやレセプトデータ等から抽出が可能な、糖尿病の診断がついていない者や糖尿病が原疾患ではないが腎症重症化のハイリスクと考えられる者等も視野に入れ、CKD の重症度分類（図表 9）等も参考に対象者を選定する。 ・ 後期高齢者においては、壮年期・中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。 図表 8 <table border="1"> <thead> <tr> <th>病期</th><th>尿アルブミン値 (mg/gCr) あるいは 尿蛋白値 (g/gCr) ①</th><th>GFR (eGFR) (ml/分/1.73m²)</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>第1期 (腎症前期)</td><td>正常アルブミン尿(30未満)</td><td>30以上</td></tr> <tr> <td>第2期 (早期腎症期) ②</td><td>微量アルブミン尿(30～299)</td><td>30以上</td></tr> <tr> <td>第3期 (顕性腎症期)</td><td>顕性アルブミン尿(300以上) あるいは 持続性蛋白尿(0.5以上)</td><td>30以上</td></tr> <tr> <td>第4期 (腎不全期)</td><td>問わない</td><td>30未満</td></tr> <tr> <td>第5期 (透析療法中)</td><td>透析療法中</td><td></td></tr> </tbody> </table>	病期	尿アルブミン値 (mg/gCr) あるいは 尿蛋白値 (g/gCr) ①	GFR (eGFR) (ml/分/1.73m ²)	第1期 (腎症前期)	正常アルブミン尿(30未満)	30以上	第2期 (早期腎症期) ②	微量アルブミン尿(30～299)	30以上	第3期 (顕性腎症期)	顕性アルブミン尿(300以上) あるいは 持続性蛋白尿(0.5以上)	30以上	第4期 (腎不全期)	問わない	30未満	第5期 (透析療法中)	透析療法中		(図表移動、変更)
病期	尿アルブミン値 (mg/gCr) あるいは 尿蛋白値 (g/gCr) ①	GFR (eGFR) (ml/分/1.73m ²)																		
第1期 (腎症前期)	正常アルブミン尿(30未満)	30以上																		
第2期 (早期腎症期) ②	微量アルブミン尿(30～299)	30以上																		
第3期 (顕性腎症期)	顕性アルブミン尿(300以上) あるいは 持続性蛋白尿(0.5以上)	30以上																		
第4期 (腎不全期)	問わない	30未満																		
第5期 (透析療法中)	透析療法中																			

大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
	図表 9 図表 1-5 CKD重症度分類  重症度は尿蛋白・eGFR 区分・蛋白尿区分を合わせたステージにより評価する。CKD の重症度は死亡、末期腎不全、心血管死発生のリスクを緑色のステージを基準に、黄、オレンジ、赤、赤色の順にステージが上昇するほどリスクは上昇する。 ①CKD G1 G2 G3a G3b G4 G5 ②CKD G1 G2 G3a G3b G4 G5 ③CKD G1 G2 G3a G3b G4 G5 ④CKD G1 G2 G3a G3b G4 G5 ⑤CKD G1 G2 G3a G3b G4 G5 5) アルブミン尿は早期の段階から腎機能予後や CVD（心血管疾患）を予測できる指標であり、早期腎症の診断に有用。蛋白尿陰性の場合の軽度 eGFR 低下は腎機能予後や CVD を予測できず、早期糖尿病性腎症の診断には有用ではない。（CKD 診療ガイドライン 2013 糖尿病性腎症 P80） 6) 特定健診では尿蛋白が必須項目であり、糖尿病に加えて尿蛋白（+）以上であれば第 3 期と考えられる。（±）は微量アルブミン尿の可能性が高いため、医療機関では積極的に尿アルブミン測定を行うことが推奨されている。尿アルブミンは健診項目にはないが、糖尿病で受診勧奨判定値以上の場合、医療機関への受診勧奨がなされ医療機関において尿アルブミンが測定され、第 2 期の把握が可能となる。 8. 対象者の抽出基準 ・ 糖尿病性腎症重症化予防において、かかりつけ医・専門医・保険者の連携による個別支援を強化することが望ましい対象者の抽出基準を図表 10 に示す。 ・ 抽出基準については、大分県糖尿病性腎症重症化予防に係る効果検討会議等において、かかりつけ医、専門医、保険者等の連携による個別支援の実績等を検証し、更に効果的な抽出基準を設定できるものとする。 （1）糖尿病であり、かつ腎機能が低下している 【 糖尿病である 】 ①②のいずれかに該当 ① HbA1c 6.5%以上、かつ 空腹時血糖 126（mg/dl）以上（※1） ② 糖尿病治療中 【 腎機能が低下している 】 ③④⑤のいずれかに該当	（図表削除） （移動） （変更）

大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
<u>2) 県プログラムにおける糖尿病性腎症の定義</u> 県プログラムにおける糖尿病性腎症の定義は以下のとおりとする。 <u>糖尿病であり、かつ腎障害が存在していること（疑いも含む）</u> <u>【 糖尿病であるか糖尿病が疑われる状態であること 】 ①から③のいずれかに該当</u> <u>① 空腹時血糖または随時血糖^{※1} 126mg/dL 以上、または HbA1c6.5%以上</u> <u>② 現在、糖尿病で医療機関を受診している</u> <u>③ 過去に糖尿病薬（経口血糖降下薬・インスリン・GLP-1 受容体作動薬等）使用歴または糖尿病にて医療機関の受診歴がある（ただし、直近の健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）</u> <u>※1 空腹時血糖は、絶食 10 時間以上、随時血糖は食事開始時から 3.5 時間以上絶食 10 時間未満に採血が実施されものとする。</u> <u>【 腎機能が低下しているか存在が疑われる状態であること 】 ①から④のいずれかに該当</u> <u>① 腎症第 4 期：eGFR30mL/分/1.73m² 未満</u> <u>② 腎症第 3 期：尿蛋白陽性</u>	③ 尿タンパクが 1+以上 ④ eGFR が 45 (mL/分/1.73 m²) 未満 ⑤ 2 年以内に eGFR が 30%以上低下 (2)(1)に該当する者の他、eGFR、尿アルブミン、尿タンパク等から腎機能の低下が認められ、医師が対象者と判断 (医師の判断例) - 生活習慣改善が困難な者 - 治療を中断しがちな患者 - 自医療機関等に管理栄養士等が配置されておらず、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 - 地域包括ケア等の連携体制の中で、地域の実状により連携が望ましいと考えられる場合 等 【 除外基準 】 上記で抽出された者のうち、以下いずれかに該当 ① がん患者で終末期 ② その他の疾患を有し、かかりつけ医が除外すべきと判断した者 (※1) 保険者等が健診結果から抽出する場合の基準は、「HbA1c 6.5%以上、または 空腹時血糖 126 (mg/dl) 以上」とする。	(新設)

大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄																					
③ レセプトデータに糖尿病性腎症又は腎障害の悪化を示す病名が記載されている ④ 腎症第2期以下の場合には、次の情報を参考とする ➤ eGFR45mL/分/1.73m2 未満 ➤ eGFR60mL/分/1.73m2 未満のうち、年間 5mL/分/1.73m2 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（±）※2 ➤ 血圧コントロールが不良（目安： 140/90mmHg、後期高齢者 150/90mmHg 以上） ※2 糖尿病に加えて尿蛋白(+)以上であれば第3期と考える。また尿蛋白(±)は微量アルブミン尿の可能性が高いため、医療機関で積極的に尿アルブミンの測定を行うことが推奨される。 参考：糖尿病性腎症病期分類※注1 <table><tr><th>病期※注2</th><th>尿アルブミン値(mg/gCr) あるいは 尿蛋白値(g・gCr)※25</th><th>GFR(eGFR) (ml/分/1.73m²) ※注3</th></tr><tr><td>第1期</td><td>正常アルブミン尿(30未満)</td><td>30以上</td></tr><tr><td>医療機関で診断</td><td>第2期※26</td><td>微量アルブミン尿(30～299)</td><td>30以上</td></tr><tr><td>健診で把握可能</td><td>第3期</td><td>顕性アルブミン尿(300以上) あるいは 持続性蛋白尿(0.5以上)</td><td>30以上</td></tr><tr><td>保険者等による詳細健診の血清Cr測定で把握</td><td>第4期</td><td>問わない</td><td>30未満</td></tr><tr><td>第5期</td><td>透析療法中 あるいは腎移植後</td><td></td></tr></table> 注1：糖尿病性腎症合同委員会は 2023 年度に新分類を発表している（日腎会誌 2023；65(7)：847-856 糖尿病性腎症病期分類 2023 の策定 糖尿病背腎症合同委員会・糖尿病性腎症病期分類ワーキンググループ https://jsn.or.jp/medic/guideline/）が、基本的に 2014 年度分類を踏襲している。 病期名については、第1期：正常アルブミン尿期、第2期：微量アルブミン尿期、第3期：顕性アルブミン尿期、第4期：GFR 高度低下・末期腎不全期、第5期：腎代替療法期、と修正されている。しかし、尿アルブミンは特定健診項目（詳細項目）に含まれていないため、保健事業においては	病期※注2	尿アルブミン値(mg/gCr) あるいは 尿蛋白値(g・gCr)※25	GFR(eGFR) (ml/分/1.73m ²) ※注3	第1期	正常アルブミン尿(30未満)	30以上	医療機関で診断	第2期※26	微量アルブミン尿(30～299)	30以上	健診で把握可能	第3期	顕性アルブミン尿(300以上) あるいは 持続性蛋白尿(0.5以上)	30以上	保険者等による詳細健診の血清Cr測定で把握	第4期	問わない	30未満	第5期	透析療法中 あるいは腎移植後			（図表移動、変更）
病期※注2	尿アルブミン値(mg/gCr) あるいは 尿蛋白値(g・gCr)※25	GFR(eGFR) (ml/分/1.73m ²) ※注3																					
第1期	正常アルブミン尿(30未満)	30以上																					
医療機関で診断	第2期※26	微量アルブミン尿(30～299)	30以上																				
健診で把握可能	第3期	顕性アルブミン尿(300以上) あるいは 持続性蛋白尿(0.5以上)	30以上																				
保険者等による詳細健診の血清Cr測定で把握	第4期	問わない	30未満																				
第5期	透析療法中 あるいは腎移植後																						

大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
<u>2014 年度版に準拠し尿蛋白を判断材料とする。なお、糖尿病対策推進会議等で、糖尿病の診療において尿アルブミンの測定が推奨されていること、その結果を保険者も把握できるとよいことについて地域連携の中で検討することが望ましい。</u> <u>注 2：糖尿病性腎症は必ずしも第 1 期から順次第 5 期まで進行するものではない。本分類は、厚労省研究班の成績に基づき予後(腎、心血管、総死亡)を勘案した分類である</u> <u>注 3：GFR 60 mL/分/1.73m² 未満の症例は CKD に該当し、糖尿病性腎症以外の原因が存在し得るため、他の腎臓病との鑑別診断が必要である。</u> <u>3) 健診受診者からの対象者抽出(図表 9 の A+B+C)</u> ・ 対象者の抽出基準においては、図表 10 に示すように、健診時の尿蛋白(尿定性)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。 ・ 表は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者に対して優先的に受診勧奨(面談等)、保健指導を行うことを基本として作成したものである。高血圧で受診中であるが糖尿病の治療を受けていない者については、主治医との相談を促すことが必要であり、受診勧奨ではなく保健指導として分類している。 ・ 後期高齢者においては、糖尿病の管理目標が青壮年期等の年齢層と異なることに留意し、保健指導の対象者選定においてより優先順位の高い者に絞る必要がある。 <u>※25 アルブミン尿は早期の段階から腎障害の予後や CVD (心血管疾患)を予測できる指標であり、早期腎症の診断に有用である。蛋白尿陰性の場合の軽度 eGFR 低下は腎障害の予後や CVD を予測できず、早期糖尿病性腎症の診断には有用ではない(エビデンスに基づく CKD 診療ガイドライン 2013https://jsn.or.jp/guideline/ckdevidence2013.php P80)</u> <u>※26 特定健康診査では尿蛋白が必須項目であり、糖尿病に加えて尿蛋白(+) 以上であれば第 3 期と考えられる。尿蛋白(±) は微量アルブミン尿の可能性が高いため、医療機関では積極的に尿アルブミン測定を行うことが推奨される。尿アルブミンは健診項目にはないが、糖尿病で受診勧奨判定値以上の場合、医療機関への受診勧奨がなされ医療機関において尿アルブミンが測定され、第 2 期の把握が可能となる。</u>		(新設)

大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄																																																																																																																																																																																																										
図表 9 健診・レセプトデータの有無と対象者の抽出の考え方（再掲） 図表 10 健診・レセプトデータを基にした対象者抽出基準 糖尿病未受診者※1 <table> <tr> <th rowspan="4">HbA1c (%)</th><th colspan="12">腎障害の程度</th></tr> <tr> <th colspan="4">以下のどちらかに該当 ・eGFR<45 ・尿蛋白(+)以上</th><th colspan="4">以下のどちらかに該当 ・45≤eGFR<60 ・尿蛋白(±)</th><th colspan="4">以下の両方に該当 ・eGFR≥60 ・尿蛋白(-)</th></tr> <tr> <th colspan="2">血圧区分※2</th><th colspan="2">血圧区分※2</th><th colspan="2">血圧区分※2</th><th colspan="2">血圧区分※2</th><th colspan="2">血圧区分※2</th><th colspan="2">血圧区分※2</th></tr> <tr> <th>受診中</th><th>受診なし</th><th>受診中</th><th>受診なし</th><th>受診中</th><th>受診なし</th><th>受診中</th><th>受診なし</th><th>受診中</th><th>受診なし</th><th>受診中</th><th>受診なし</th></tr> <tr> <td>8.0以上</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td></tr> <tr> <td>7.0～7.9</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td></tr> <tr> <td>6.5～6.9</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td></tr> <tr> <td>6.5未満</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td></tr> </table> 点検資料、支離系統：健診・レセプトデータから糖尿病と診断できないため、糖尿病性腎症重化手術事実の対象外。 (OK) 対象＜自費資料＞、高血圧対象＜自費資料＞としての受診勧奨・保健指導等は必要に応じて行う。 糖尿病受診中の者※4 <table> <tr> <th rowspan="4">HbA1c (%)</th><th colspan="12">腎障害の程度</th></tr> <tr> <th colspan="4">以下のどちらかに該当 ・eGFR<45 ・尿蛋白(+)以上</th><th colspan="4">以下のどちらかに該当 ・45≤eGFR<60 ・尿蛋白(±)</th><th colspan="4">以下の両方に該当 ・eGFR≥60 ・尿蛋白(-)</th></tr> <tr> <th colspan="2">血圧区分※2</th><th colspan="2">血圧区分※2</th><th colspan="2">血圧区分※2</th><th colspan="2">血圧区分※2</th><th colspan="2">血圧区分※2</th><th colspan="2">血圧区分※2</th></tr> <tr> <th>受診中</th><th>受診なし</th><th>受診中</th><th>受診なし</th><th>受診中</th><th>受診なし</th><th>受診中</th><th>受診なし</th><th>受診中</th><th>受診なし</th><th>受診中</th><th>受診なし</th></tr> <tr> <td>8.0以上</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td></tr> <tr> <td>7.0～7.9</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td></tr> <tr> <td>6.5～6.9</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td></tr> <tr> <td>6.5未満</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td><td>保Ⅲ</td></tr> </table> 糖尿病受診中の場合には、HbA1c<6.5%も糖尿病性腎症重化手術事実の対象。 糖尿病受診中で主治医があるため、高血圧受診でも受診勧奨ではなく、保健指導とする。 保Ⅲ 保健指導Ⅲ 保Ⅱ 保健指導Ⅱ 保Ⅰ 保健指導Ⅰ 保Ⅲ 受診勧奨Ⅲ 保Ⅱ 受診勧奨Ⅱ 保Ⅰ 受診勧奨Ⅰ OK OK対象 高血圧 高血圧受診勧奨 ※1 糖尿病未受診者：対象者(注2)に糖尿病の診断記録がない者 ※2 血圧区分(「受診中」)：対象者(注2)に高血圧の診断記録がある者 ※3 血圧区分(「受診なし」)：140 mmHg以上収縮期血圧または90 mmHg以上拡張期血圧に該当し、対象年度に高血圧症の受診実績がない者 ※4 点検資料、支離系統：点検資料、支離系統(点検資料、支離系統)のいずれかの診断記録がないため、有期利用 (140 mmHg以上収縮期血圧または90 mmHg以上拡張期血圧)が可能な場合 ※5 腎障害の程度：血圧区分(注2)で「保Ⅲ」判定者のうち、保Ⅲの判定記録がなく、腎障害の程度、血圧区分のいずれかの判定ができない者。 ※6 糖尿病受診中の者：対象年度に「糖尿病」の受診実績がある者	HbA1c (%)	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 ・eGFR≥60 ・尿蛋白(-)				血圧区分※2		血圧区分※2		血圧区分※2		血圧区分※2		血圧区分※2		血圧区分※2		受診中	受診なし	受診中	受診なし	受診中	受診なし	受診中	受診なし	受診中	受診なし	受診中	受診なし	8.0以上	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	7.0～7.9	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	6.5～6.9	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	6.5未満	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	HbA1c (%)	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 ・eGFR≥60 ・尿蛋白(-)				血圧区分※2		血圧区分※2		血圧区分※2		血圧区分※2		血圧区分※2		血圧区分※2		受診中	受診なし	受診中	受診なし	受診中	受診なし	受診中	受診なし	受診中	受診なし	受診中	受診なし	8.0以上	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	7.0～7.9	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	6.5～6.9	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	6.5未満	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	図表 10 健診・レセプトデータを基にした対象者抽出基準 図表 追加	備考欄 (図 表 追加) (図 表 追加)
HbA1c (%)		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 ・eGFR≥60 ・尿蛋白(-)																																																																																																																																																																																																		
		血圧区分※2		血圧区分※2		血圧区分※2		血圧区分※2		血圧区分※2		血圧区分※2																																																																																																																																																																																																
	受診中	受診なし	受診中	受診なし	受診中	受診なし	受診中	受診なし	受診中	受診なし	受診中	受診なし																																																																																																																																																																																																
8.0以上	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ																																																																																																																																																																																																
7.0～7.9	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ																																																																																																																																																																																																
6.5～6.9	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ																																																																																																																																																																																																
6.5未満	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ																																																																																																																																																																																																
HbA1c (%)	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 ・eGFR≥60 ・尿蛋白(-)																																																																																																																																																																																																			
	血圧区分※2		血圧区分※2		血圧区分※2		血圧区分※2		血圧区分※2		血圧区分※2																																																																																																																																																																																																	
	受診中	受診なし	受診中	受診なし	受診中	受診なし	受診中	受診なし	受診中	受診なし	受診中	受診なし																																																																																																																																																																																																
8.0以上	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ																																																																																																																																																																																																
7.0～7.9	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ																																																																																																																																																																																																
6.5～6.9	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ																																																																																																																																																																																																
6.5未満	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ	保Ⅲ																																																																																																																																																																																																

大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄 (新設)
<u>4) 健診結果を基にした抽出に当たっての留意点</u> ・自治体における対象者抽出基準検討においては、年齢や治療状況、保健事業に関する資源（予算、マンパワー、委託等）を勘案して検討する。対象者への通知などではできるだけ広く情報提供する。保健指導など介入の濃度が高いものについては、病態、年齢、生活状況等を総合的に勘案し、優先順位を決める必要がある。 ・例えば、基準値を高めに設定すると、対象者の範囲が狭まり、予防可能な段階での介入ができない可能性がある。一方低めに設定すると、対象者数が多くなりすぎ、一部の対象者しか保健指導が行き届かないこともあるため、受診勧奨した結果の受診率や保健指導への参加率が低くなるおそれがある。これら評価指標の到達度等の可能性も勘案しながら、取組内容の評価を適切に行ったうえで、地域の実情に合わせて柔軟に抽出基準を変更することも考えられる。 ・なお、県プログラムに基づき実施される事業の対象者の抽出に当たっては、糖尿病性腎症に関する日本糖尿病学会、日本腎臓学会等各関連学会の最新のガイドラインを参照し、健診等で得られるデータと突合して抽出されるハイリスク者を対象とする。 ・高齢者は低血糖防止等の観点から、「高齢者糖尿病診療ガイドライン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>5) 健診未受診者からの対象者の抽出方法（図表 11 の D+E）</u> ・特定健康診査をはじめとする健診を受診していない者の中にも、糖尿病である者やその疑いがある者、糖尿病の治療が中断している者、血糖コントロールが良好でない者等の受診勧奨や保健指導が必要となる者がおり、これらの者に対しても受診勧奨や保健指導を行う必要がある。保険者が保有する健診・医療情報を活用した対象者抽出の考え方は図表 10 の通りであるが、健診未受診者からの対象者の抽出方法としては以下のような方法が挙げられる。 ・なお、特定健康診査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、糖尿病について受診中であっても、健診の受診を勧奨することが必要である。		(新設)

大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
※27 ・高齢者糖尿病診療ガイドライン 2023（日本老年医学会・日本糖尿病学会） http://www.jds.or.jp/modules/publication/index.php?content_id=37 ・エビデンスに基づく CKD 診療ガイドライン 2023（日本腎臓学会） https://jsn.or.jp/medic/newstopics/fromjsn/ckd2023-1.php ・高齢者高血圧診療ガイドライン 2017（日本老年医学会） https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/tool/pdf/guideline2017_01.pdf ・高齢者高血圧診療ガイドライン 2017（2019 年一部改訂）（日本老年医学会） https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/tool/https://www.jstage.jst.go.jp/article/geriatrics/56/3/56_56.34_3/pdf/-char/ja ・高齢者脂質異常症診療ガイドライン 2017 https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/tool/https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/tool/pdf/guideline2017_03.pdf 図表 11 健診・レセプトデータの有無と対象者の抽出の考え方（再掲） 		（図表追加）

大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
<u>(1) 糖尿病治療中断かつ健診未受診者の抽出方法 (図表 11 の E)</u> <u>以下の者等を対象として状況確認を行い、健診・医療機関受診を勧奨する。</u> ・過去に糖尿病治療歴がある、又は過去 3 年間程度の健診にて HbA1c6.5% 以上が確認されているものの、最近 1 年間に健診受診歴やレセプトデータにおける糖尿病受療歴がない者 ・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、栄養ケア・ステーション、まちの保健室等やイベント等における健康相談において、糖尿病の履歴があり十分に管理されていないことが判明した者 <u>(2) 医療機関における抽出方法 (図表 11 の D)</u> <u>糖尿病治療中に尿アルブミン、尿蛋白、eGFR 等により腎障害の悪化が判明し、保健指導が必要と医師が判断した患者を対象とする。</u> (医師の判断例) ・生活習慣の改善が困難な者	【保険者による保健指導の対象者】 ・保健指導の対象者は、2 型糖尿病性腎症とし、人工透析導入前の者とする。 ・がん患者で終末期、認知機能障害がある者は、原則として、保健指導の対象から除外し、主治医と相談して対応する。 ・糖尿病性腎症病期分類の第 4 期 (eGFR30 (mL/分/1.73 m²) 未満) 該当者は、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に十分に留意する必要がある、保健指導により病状の維持または改善が見込めるとかかりつけ医が判断した者を対象とし、同第 2 期 (微量アルブミン尿及び eGFR30 (mL/分/1.73 m²) 以上) 該当者は、特に生活指導が必要であるとかかりつけ医が判断した者を対象とする。なお、血清クレアチニンを測定していない場合、尿蛋白が陰性の第 4 期を見落とす可能性があることに留意する。 【保険者による治療中断者の抽出】 ・保険者が、2 型糖尿病の治療歴があり、最終の受診から一定期間経過しても受診した記録がない者をレセプト等データから抽出する。 ・診療上、定期的な血糖検査が必要であるために「糖尿病疑い」等の診断がついているケースについては、受診勧奨により対象者が混乱する可能性がある。対象者とすべきかどうかの判断が困難なケースは、受診勧奨が必要か否か、かかりつけ医の判断を得ることが望ましい。 (保険者による抽出例) ・レセプトから糖尿病の治療歴があり、最終の受診から 6 か月経過しても受診した記録がない者 ・過去に糖尿病治療歴がある、又は過去 3 年間程度の健診にて HbA1c6.5% 以上が確認されているものの、最近 1 年間に健診受診歴やレセプトにおける糖尿病受療歴がない者 ・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 ・薬局やイベント等における健康相談において糖尿病の履歴があり十分に管理されていない者等	(移動) (変更) (変更)

大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
・治療を中断しがちな者 ・自施設に管理栄養士等が配置されておらず、実践的な指導が困難な場合 ・専門医療機関との連携が困難な地域 ・その他、地域包括ケア等の連携体制の中で、地域の実情により連携が望ましいと考えられる場合 <u>(3) 留意点</u> 第4期については、<u>腎障害の急速な悪化、心血管イベント、心不全の発症リスク、死亡リスクが高く、保健指導のみで対応することは適切ではない。</u> <u>腎臓専門医と連携した対応が必要である。また、透析導入への準備期間として本人、家族の相談に応ずることも求められる。</u> 血清クレアチニンを測定していない場合は、尿蛋白が陰性の第4期を見落とす可能性があることに留意する必要がある。 <u>後期高齢者は、疾病の重複がある場合が多く、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うえ、専門職によるきめ細かなアウトリーチを主体とした健康支援に取り組む。</u> <u>参考：糖尿病血糖コントロール目標</u>  <u>参考：高齢者糖尿病の血糖コントロール目標（HbA1c 値）（日本老年医学会、日本糖尿病学会編・著 高齢者糖尿病診療ガイドライン 2023）</u> 		(変更) (図表追加)

大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

[illegible]

大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
7. 対象者抽出から保健指導や医療連携における基本的な手順・流れ(例) 1) 「健康診査等で抽出されたハイリスク者」及び「レセプトデータ等で抽出された糖尿病治療中断かつ健診未受診者」への対応 (1) 保険者 ① 国保連等の支援を受けて、対象者の抽出基準に該当する者を抽出する。 ② 糖尿病治療中断者についてかかりつけ医へ情報提供し、受診勧奨対象か否かの判断を受ける。 ※ 保険者や郡市医師会の協議により、②の過程を要しない場合等も考えられる。 ③ 対象者に対して、受診勧奨を行う。 ※ 受診勧奨等の実施については、過去に実績等を有する企業等への委託も検討する。 (2) かかりつけ医 ① 保険者から糖尿病治療中断者の情報提供を受け、受診勧奨対象か否かの判断をする。 ※ 保険者や郡市医師会の協議により、個別情報の提示や対象か否かの判断を不要とする場合等も考えられる。 ② 受診勧奨により医療機関を受診した対象者について保険者へ情報提供し、保険者と連携した個別支援を行なう。 ③ 受診した対象者の状況により、専門医との連携が望ましいと判断した場合は、以下3)に基づき積極的に専門医等と連携した個別支援を行う。 2) 治療中の患者に対する医療と連携した保健指導の推進 (1) 保険者 ※ 各保険者の保健指導に係るプログラム等に沿う。 ① 対象者の抽出基準をもとに対象者を抽出し、保健指導プログラム参加候補者名簿を作成する。 ※ 対象者の抽出は、事務職との連携等、各市町村の状況に応じた体制の構築が望ましい。 ② 保健指導プログラム参加候補者名簿をかかりつけ医へ提示する。名簿を提示する際、健診結果、レセプトデータ、訪問や保健指導の結果や反応等の情報を整理しておく。 ③ 保健指導プログラム参加候補者の中から、かかりつけ医が選定した者に対して、保健指導プログラムへの参加を働きかけ、同意が得られた対象	9. 対象者抽出から保健指導や医療連携における基本的な手順・流れ 1) 「健康診査等で抽出されたハイリスク者」及び「レセプトデータ等で抽出された糖尿病治療中断かつ健診未受診者」への対応 (1) 保険者 ① 国保連等の支援を受けて、対象者の抽出基準に該当する者を抽出する。 ② 糖尿病治療中断者についてかかりつけ医へ情報提供し、受診勧奨対象か否かの判断を受ける。 ※ 保険者や郡市医師会の協議により、②の過程を要しない場合等も考えられる。 ③ 対象者に対して、受診勧奨を行う。 ※ 受診勧奨等の実施については、過去に実績等を有する企業等への委託も検討する。 (2) かかりつけ医 ① 保険者から糖尿病治療中断者の情報提供を受け、受診勧奨対象か否かの判断をする。 ※ 保険者や郡市医師会の協議により、個別情報の提示や対象か否かの判断を不要とする場合等も考えられる。 ② 受診勧奨により医療機関を受診した対象者について保険者へ情報提供し、保険者と連携した個別支援を行なう。 ③ 受診した対象者の状況により、専門医との連携が望ましいと判断した場合は、以下(3)に基づき積極的に専門医等と連携した個別支援を行う。 2) 治療中の患者に対する医療と連携した保健指導の推進 (1) 保険者 ※ 各保険者の保健指導に係るプログラム等に沿う。 ① 「対象者の抽出基準」をもとに対象者を抽出し、保健指導プログラム参加候補者名簿を作成する。 ※ 対象者の抽出は、事務職との連携等、各市町村の状況に応じた体制の構築が望ましい。 ② 保健指導プログラム参加候補者名簿をかかりつけ医へ提示する。名簿を提示する際、健診結果、レセプトデータ、訪問や保健指導の結果や反応等の情報を整理しておく。 ③ 保健指導プログラム参加候補者の中から、かかりつけ医が選定した者に対して、保健指導プログラムへの参加を働きかけ、同意が得られた対象者の	(変更)

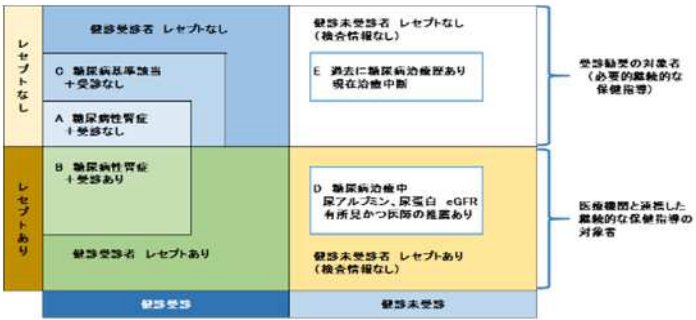
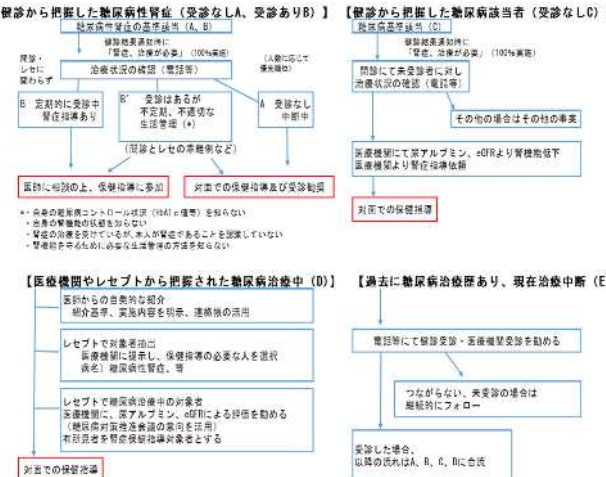
大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
者の「参加同意者リスト」を作成する。 ④ 保健指導プログラム参加同意者に対する保健指導について、かかりつけ医から指示を受ける。 ⑤ 保健指導プログラム参加同意者に対して、かかりつけ医の指示に基づき保健指導を実施する。 ※ 保健指導の実施において、委託も検討する。 ※ 対象者の選定に用いた検査（特定健診等）の実施日から保健指導開始時まで3か月以上経過した場合、保健指導開始時に再度、検査値等を確認すること。 ⑥ 保健指導実施後、結果をかかりつけ医へ報告（別紙2報告書）し、今後の支援方針について、かかりつけ医等と協議し、必要な個別支援を継続する。 （2）医療機関（かかりつけ医） ①保険者から提示された名簿をもとに、対象者を選定する。 ②当該対象者（患者）に対して保健指導プログラムへの参加を勧奨するように努める。 ③保健指導プログラム参加同意者への保健指導について、保険者へ指示を行う（別紙1指示書）。 ※ 指示料については、診療情報提供料を標準とする。（250点） ※ 診療報酬と重複しないこととする。 ④保険者から保健指導の結果報告を受け、今後の支援方針について、保険者とともに協議する。 3）治療中の重症化ハイリスク患者におけるかかりつけ医と専門医連携の推進 （1）保険者 ①国保連等の支援を受けて、対象者の抽出基準に該当する対象者を抽出する。 ※ かかりつけ医へ対象者について情報提供し、対象者として適切か判断を受ける。 ②対象者に対して受診勧奨を行う。 ③かかりつけ医や専門医から対象者の治療方針等について情報提供を受ける。 ④かかりつけ医や専門医から保健指導の指示を受けた場合は、前述2）の保健指導プログラムの流れに沿って保健指導を実施する。 （2）かかりつけ医	「参加同意者リスト」を作成する。 ④ 保健指導プログラム参加同意者に対する保健指導について、かかりつけ医から指示を受ける。 ⑤ 保健指導プログラム参加同意者に対して、かかりつけ医の指示に基づき保健指導を実施する。 ※ 保健指導の実施において、委託も検討する。 ※ 対象者の選定に用いた検査（特定健診等）の実施日から保健指導開始時まで3か月以上経過した場合、保健指導開始時に再度、検査値等を確認すること。 ⑥ 保健指導実施後、結果をかかりつけ医へ報告（別紙2報告書）し、今後の支援方針について、かかりつけ医等と協議し、必要な個別支援を継続する。 （2）医療機関（かかりつけ医） ①保険者から提示された名簿をもとに、対象者を選定する。 ②当該対象者（患者）に対して保健指導プログラムへの参加を勧奨するように努める。 ③保健指導プログラム参加同意者への保健指導について、保険者へ指示を行う（別紙1指示書）。 ※ 指示料については、診療情報提供料を標準とする。（250点） ※ 診療報酬と重複しないこととする。 ④保険者から保健指導の結果報告を受け、今後の支援方針について、保険者とともに協議する。 3）治療中の重症化ハイリスク患者におけるかかりつけ医と専門医連携の推進 （1）保険者 ①国保連等の支援を受けて、「対象者の抽出基準」に該当する対象者を抽出する。 ※ かかりつけ医へ対象者について情報提供し、対象者として適切か判断を受ける。 ②対象者に対して受診勧奨を行う。 ③かかりつけ医や専門医から対象者の治療方針等について情報提供を受ける。 ④かかりつけ医や専門医から保健指導の指示を受けた場合は、前述（2）の保健指導プログラムの流れに沿って保健指導を実施する。 （2）かかりつけ医	

大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
①保険者から対象者について情報提供を受け、対象者として適切か判断する。 ②患者状況に応じて、専門医等と連携する。 ③専門医等との連携状況や治療状況など、保険者との情報共有を継続し、必要に応じて保健指導を指示する。 <u>8.</u> 介入方法	①保険者から対象者について情報提供を受け、対象者として適切か判断する。 ②患者状況に応じて、専門医等と連携する。 ③専門医等との連携状況や治療状況など、保険者との情報共有を継続し、必要に応じて保健指導を指示する。 10. 介入方法 ・ 各市町村において、抽出基準により抽出した対象者に対し、漏れることなくどのように関わっていくかを検討する。 ・ 図表 11 は、保険者が保有する健診データやレセプトデータ等を活用した対象者抽出の考え方を示したものであり、本図表の A～E の対象者層に対する受診勧奨、保健指導の流れを図表 12 に示す。 ・ 図表 13 は、前述の「6. 取組方策」の基本的な取組において、健診データやレセプトデータから把握された糖尿病性腎症ハイリスク対象者（受診あり・受診なし）に対する受診勧奨等の介入方法、医療機関（かかりつけ医、専門医等）、保険者等の連携方法について例として提示するものである。対象者の状況に応じて、大分大学医学部附属病院に開設された「糖尿病性腎症重症化予防専門外来」や、各市町村等の専門医との連携について検討する。 ・ 対象者の状況に応じ、検査値を伝え、医療機関での受診が必要という個別勧奨通知を行うのみの受診勧奨から、保健指導と組み合わせて本人が受診の必要性を十分に理解でき、受診行動に向けて積極的に関わるものまで、対象者の状態を踏まえ関わり方の濃淡等をつけることが必要である。 ・ 図表 14 は、腎症病期に応じた保健指導の目的、保健指導内容や留意点を整理している。 ・ 図表 15 は、検査値レベル別の手段（訪問、面談、電話、通知等）の工夫例を示している。病期や検査値のレベルが高い人を優先的に、訪問指導を行う等、関係者間での検討により、優先順位を意識した事業計画を行う。 ・ 受診勧奨の通知文作成や監修、生活習慣改善のための保健指導等においては、専門職の関与が必要である。特に、はがきや手紙の内容について専門的知識を要する対応や、それらの文書通知だけでは受診がつかない対象者への電話や面談などによる受診勧奨については専門職が関わる必要があるため、保健指導としての位置づけで実施することが望ましい。一方、受診勧奨のためのはがきや手紙の送付等の作業は、非専門職による実施が可能で	(変更) (削除)

大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
	あることから、各市町村等においても職員構成やスタッフ数等により、適切・効果的な役割分担により取り組むことが望ましい。 ＜図表 1 1：健診・レセプトデータの有無と対象者抽出の考え方＞  ＜図表 1 2：糖尿病性腎症プログラム対象者に対する受診勧奨、保健指導の流れ 7＞  7) 本フローは市町村等直営実施の例示であり、これ以外の方法もありうる。関係者で協議の上、フローを整理することが重要である。	(図表削除) (図表削除)

大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
	＜図表 1 3：糖尿病性腎症重症化ハイリスク対象者に対する介入方法（例）＞ ＜図表 1 3：糖尿病性腎症重症化ハイリスク対象者に対する介入方法（例）＞ 【健診やレセプトから把握された糖尿病性腎症ハイリスク対象者（受診あり）】 県（国保連）から提供された対象者リストから、市町村の状況を分析する （対象者の人数や年齢層、男女比、提供された eGFR 低下の有無やその割合、健診受診者の割合、受診医療機関の傾向など） 都市医師会から管下医療機関へ、取組について通知する。 医師会に所属していない医療機関については保険者が個別に説明を実施する。 対象者の優先順位付けをする。 かかりつけ医は、保険者から情報提供を受けた対象者（患者）の身体状況等に応じて、対象者（患者）の同意のもと、専門医等へ紹介（※1）する。 保険者は、対象者へ受診勧奨を実施する。（電話、ハガキ、訪問等） かかりつけ医は、受診した対象者（患者）の身体状況等に応じて、対象者（患者）の同意のもと、専門医等へ紹介（※1）する。 かかりつけ医・専門医等は、治療方針等を保険者と情報共有する。 状況に応じて、積極的に保健指導を実施する。 【健診やレセプトから把握された糖尿病性腎症ハイリスク対象者（受診なし）】 県（国保連）から提供された対象者リストから、市町村の状況を分析する （対象者の人数や年齢層、男女比、提供された eGFR 低下の有無やその割合、健診受診者の割合、受診医療機関の傾向など） 都市医師会から管下医療機関へ、取組について通知する。 医師会に所属していない医療機関については保険者が個別に説明を実施する。 対象者の優先順位付けをする。 保険者が対象者へ受診勧奨を実施する。（電話、ハガキ、訪問等） 診察した医療機関（医師）が「専門医ではない場合は、患者（対象者）の身体状況等に応じて、対象者（患者）の同意のもと、専門医等へ紹介（※1）する。 診察をした医療機関（医師）・専門医等は、治療方針等を保険者と情報共有する。 状況に応じて、積極的に保健指導を実施する。 ※対象者の優先順位付けや、対象者の受診勧奨、専門医等の連携方法等について、各市町村の状況や地域資源に応じて以下の関係者等と協議の上で取り組む。 ・市内の関係者（国保・保健・介護保険等） ・管轄保健所 ・都市医師会 ・地域のかかりつけ医や専門医、相談医 ・地域の糖尿病対策推進会議やケース検討会議 など ※対象者の抽出基準例 ●「健診あり・医療あり」 ●「KDB「保健事業介入支援管理」（介入支援対象者の絞り込み）」 ●以下のいずれかに該当 ・空腹時血糖 126 以上 ・HbA1c 6.5 以上 ・「2 型糖尿病」レセプトあり ●尿蛋白 10 以上 ●「糖尿病性腎症」レセプトなし ●eGFR < 45 ※1 大分大学医学部附属病院 糖尿病性腎症重症化予防専門外来の活用や、地域、圏域の専門医等へ紹介する。	(図表削除)

大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄																																																							
	<図表 1 4：健診・レセプトデータで抽出した対象者に対する対応例（検査値別）＞8) <table><tr><th></th><th></th><th>対応不要レベル</th><th>情報提供レベル</th><th>受診勧奨 (集団対応レベル)</th><th>医療機関連携・個別対応レベル</th></tr><tr><td rowspan="3">検査値の目安</td><td>HbA1c</td><td>HbA1c<5.6</td><td>5.6≤HbA1c<6.5</td><td>6.5≤HbA1c<7.0</td><td>7.0≤HbA1c<8.5 8.5≤HbA1c</td></tr><tr><td>糖尿病^{※1}の場合の 血圧^{※2}</td><td></td><td>120≤SBP^{※3}<130 または 85≤DBP^{※4}<90</td><td>130≤SBP<140 85≤DBP<90</td><td>140≤SBP<160 90≤DBP<100 160≤SBP 100≤DBP</td></tr><tr><td>糖尿病^{※1}の場合の 尿蛋白</td><td></td><td></td><td>(±) 尿アルブミン測定を推奨</td><td>(+) (2+)</td></tr><tr><td>情報提供</td><td>パンフ・資料提供^{※5}</td><td colspan="2">検査値の見方・健康管理等</td><td>糖尿病に関する情報</td><td>腎症、合併症予防等^{※6}</td></tr><tr><td rowspan="3">受診勧奨 (未治療・ 中断中の 場合)</td><td>はがき・受検 行動確認</td><td></td><td></td><td>結果表につけて 受診勧奨</td><td>レセプトで受診確認</td></tr><tr><td>電話(受診勧奨、 確認)</td><td></td><td></td><td></td><td>電話で受診勧奨 電話で受診確認</td></tr><tr><td>保健指導型 受診勧奨</td><td></td><td></td><td></td><td>個別面談 個別面談、訪問、 電話フォロー</td></tr><tr><td rowspan="2">保健指導 (生活習慣改善 指導)</td><td>動機付け支援型 対面保健指導</td><td></td><td>結果説明会</td><td>糖尿病を対象とした 集団教室(単発型)、 個別面談</td><td>個別面談、訪問、 受診確認</td></tr><tr><td>積極的支援型 継続的保健指導</td><td></td><td>生活習慣病予防教室 等</td><td>集団教室(継続型)、 個別面談</td><td>個別面談・訪問・ 電話等による支援 継続的支援+ 受診確認</td></tr></table> ※1 空腹時血糖≥126mg/DL、またはHbA1c≥6.5%、または糖尿病治療中、過去に糖尿病薬使用 ※2 75歳以上では10mmHg高い設定とする ※3 eGFR<30 は腎不全期に相当するため本表の対応範囲ではない ※4 SBPは収縮期血圧 ※5 矢印の太さは必要性 ※6 DBPは拡張期血圧			対応不要レベル	情報提供レベル	受診勧奨 (集団対応レベル)	医療機関連携・個別対応レベル	検査値の目安	HbA1c	HbA1c<5.6	5.6≤HbA1c<6.5	6.5≤HbA1c<7.0	7.0≤HbA1c<8.5 8.5≤HbA1c	糖尿病 ^{※1} の場合の 血圧 ^{※2}		120≤SBP ^{※3} <130 または 85≤DBP ^{※4} <90	130≤SBP<140 85≤DBP<90	140≤SBP<160 90≤DBP<100 160≤SBP 100≤DBP	糖尿病 ^{※1} の場合の 尿蛋白			(±) 尿アルブミン測定を推奨	(+) (2+)	情報提供	パンフ・資料提供 ^{※5}	検査値の見方・健康管理等		糖尿病に関する情報	腎症、合併症予防等 ^{※6}	受診勧奨 (未治療・ 中断中の 場合)	はがき・受検 行動確認			結果表につけて 受診勧奨	レセプトで受診確認	電話(受診勧奨、 確認)				電話で受診勧奨 電話で受診確認	保健指導型 受診勧奨				個別面談 個別面談、訪問、 電話フォロー	保健指導 (生活習慣改善 指導)	動機付け支援型 対面保健指導		結果説明会	糖尿病を対象とした 集団教室(単発型)、 個別面談	個別面談、訪問、 受診確認	積極的支援型 継続的保健指導		生活習慣病予防教室 等	集団教室(継続型)、 個別面談	個別面談・訪問・ 電話等による支援 継続的支援+ 受診確認	(図表 削除)
		対応不要レベル	情報提供レベル	受診勧奨 (集団対応レベル)	医療機関連携・個別対応レベル																																																				
検査値の目安	HbA1c	HbA1c<5.6	5.6≤HbA1c<6.5	6.5≤HbA1c<7.0	7.0≤HbA1c<8.5 8.5≤HbA1c																																																				
	糖尿病 ^{※1} の場合の 血圧 ^{※2}		120≤SBP ^{※3} <130 または 85≤DBP ^{※4} <90	130≤SBP<140 85≤DBP<90	140≤SBP<160 90≤DBP<100 160≤SBP 100≤DBP																																																				
	糖尿病 ^{※1} の場合の 尿蛋白			(±) 尿アルブミン測定を推奨	(+) (2+)																																																				
情報提供	パンフ・資料提供 ^{※5}	検査値の見方・健康管理等		糖尿病に関する情報	腎症、合併症予防等 ^{※6}																																																				
受診勧奨 (未治療・ 中断中の 場合)	はがき・受検 行動確認			結果表につけて 受診勧奨	レセプトで受診確認																																																				
	電話(受診勧奨、 確認)				電話で受診勧奨 電話で受診確認																																																				
	保健指導型 受診勧奨				個別面談 個別面談、訪問、 電話フォロー																																																				
保健指導 (生活習慣改善 指導)	動機付け支援型 対面保健指導		結果説明会	糖尿病を対象とした 集団教室(単発型)、 個別面談	個別面談、訪問、 受診確認																																																				
	積極的支援型 継続的保健指導		生活習慣病予防教室 等	集団教室(継続型)、 個別面談	個別面談・訪問・ 電話等による支援 継続的支援+ 受診確認																																																				
	<図表 1 5：糖尿病性腎症の病期に応じた保健指導等の内容例> <table><tr><th></th><th>健診データ</th><th>状態と介入目的</th><th>具体的な介入方法</th><th>医療機関での対応</th><th>留意点</th><th>評価</th></tr><tr><td>第1～2期</td><td>糖尿病^{※1} かつ 尿蛋白 (±)以下</td><td>早期腎症の発見 腎症の発症予防</td><td>HbA1c、血圧の程度に応じた 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</td><td>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：保健指導紹介</td><td>第1、2期の区別は健診 だけではできない eGFR45mL/分/1.73mL未 満の場合、対応優先</td><td>行動変容 血圧、血糖、 脂質、BMI、 喫煙</td></tr><tr><td>第3期</td><td>糖尿病^{※1} かつ 尿蛋白 (+)以上</td><td>顕性腎症 腎機能低下防止</td><td>受診勧奨^{※2}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</td><td>Cr、尿蛋白・尿アルブミン測定に よる病期確定 血圧、血糖管理 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</td><td>他の循環器疾患、糖尿 病合併症に留意 100%対応できることを目 指す</td><td>受検状況 生活習慣 血糖、血圧、 脂質、喫煙、 腎機能</td></tr><tr><td>第4期</td><td>糖尿病^{※1} かつ eGFR30mL/分 /1.73mL未満</td><td>透析直前期 透析導入時期の 延伸</td><td>強力な受診勧奨^{※3}と受診確 認、治療中断防止^{※3}</td><td>血圧・血糖管理 腎排泄性薬剤の変更 腎臓専門医への紹介</td><td>心不全、脳卒中ハイリス ク Cr測定しなければ病期確 定できない</td><td>受診につな がった割合 定できない</td></tr></table> ※1 空腹時血糖 126mg/dL、または HbA1c 6.5%以上、または 過去に糖尿病の履歴(薬剤服用等) ※2 未治療者への対応 ※3 医療機関との連携を取りながらスキルの高い専門職が保健指導を実施することも考えられる		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	留意点	評価	第1～2期	糖尿病 ^{※1} かつ 尿蛋白 (±)以下	早期腎症の発見 腎症の発症予防	HbA1c、血圧の程度に応じた 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：保健指導紹介	第1、2期の区別は健診 だけではできない eGFR45mL/分/1.73mL未 満の場合、対応優先	行動変容 血圧、血糖、 脂質、BMI、 喫煙	第3期	糖尿病 ^{※1} かつ 尿蛋白 (+)以上	顕性腎症 腎機能低下防止	受診勧奨 ^{※2} 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 血圧、血糖管理 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	他の循環器疾患、糖尿 病合併症に留意 100%対応できることを目 指す	受検状況 生活習慣 血糖、血圧、 脂質、喫煙、 腎機能	第4期	糖尿病 ^{※1} かつ eGFR30mL/分 /1.73mL未満	透析直前期 透析導入時期の 延伸	強力な受診勧奨 ^{※3} と受診確 認、治療中断防止 ^{※3}	血圧・血糖管理 腎排泄性薬剤の変更 腎臓専門医への紹介	心不全、脳卒中ハイリス ク Cr測定しなければ病期確 定できない	受診につな がった割合 定できない	(図表 削除)																											
	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	留意点	評価																																																			
第1～2期	糖尿病 ^{※1} かつ 尿蛋白 (±)以下	早期腎症の発見 腎症の発症予防	HbA1c、血圧の程度に応じた 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：保健指導紹介	第1、2期の区別は健診 だけではできない eGFR45mL/分/1.73mL未 満の場合、対応優先	行動変容 血圧、血糖、 脂質、BMI、 喫煙																																																			
第3期	糖尿病 ^{※1} かつ 尿蛋白 (+)以上	顕性腎症 腎機能低下防止	受診勧奨 ^{※2} 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 血圧、血糖管理 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	他の循環器疾患、糖尿 病合併症に留意 100%対応できることを目 指す	受検状況 生活習慣 血糖、血圧、 脂質、喫煙、 腎機能																																																			
第4期	糖尿病 ^{※1} かつ eGFR30mL/分 /1.73mL未満	透析直前期 透析導入時期の 延伸	強力な受診勧奨 ^{※3} と受診確 認、治療中断防止 ^{※3}	血圧・血糖管理 腎排泄性薬剤の変更 腎臓専門医への紹介	心不全、脳卒中ハイリス ク Cr測定しなければ病期確 定できない	受診につな がった割合 定できない																																																			
	8) 上記対応表中、ブルーが受診勧奨、オレンジが保健指導で、色の濃淡は支援の濃淡を表している。上記対応表については、例示であり、地域の社会資源や連携等の状況に応じた対応表の作成が必要である。	(追加)																																																							

大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
<u>健診受診者（図表 9 の A+B+C）については、以下の基準を参考に対象者の状態像を区分することが可能であり、その区分別に介入方法を変える等の工夫も求められる。</u> <u>※後期高齢者については以下の基準を用いず、高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドラインを参照すること。</u> <u>図表 13 健診結果と糖尿病の治療状況別の状態像の介入方法とそのレベルの区分（図表 10 の再掲）</u>  <u>図表 14 レベルに応じた介入方法の例</u>  ・ <u>上記の方法でも、年齢により有効な介入方法も異なる。年齢層が低い世代には ICT の活用を検討する、年齢層の高い世代には対面での介入を行う等、工夫する必要がある。</u> ・ <u>なお、上記基準値に該当する者のうち、医療機関で治療中の者に対しては、かかりつけ医との十分な連携のもとに保健指導を行う。</u> ・ <u>適切な評価と支援の引継ぎを行うために、誰に対し、いつ、どのよう</u>	(図表追加) (図表追加) (追加)	

大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
<u>な受診勧奨を実施したかやどのくらいの期間や介入強度で保健指導を実施したかについて、記録・保管しておく。</u> <u>1) 受診勧奨</u> - 受診勧奨は抽出したすべての対象者に行い、医療機関受診へとつなげることが原則である。<u>特に、図表 13 並びに下記に示す受診勧奨レベルⅡとⅢについては、可能な限り、電話や訪問等により、個別に速やかに受診勧奨を行い、受診勧奨後に継続的な受診につながっているかを必ず確認し、受診につながっていない場合は、再度受診勧奨をするなど、適切な対応を行う。</u> <u>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保健指導を行う。</u> <u>受診勧奨レベルⅠ、Ⅱ、Ⅲのいずれにおいても、対象者全員に医療機関への受診勧奨を行うことが原則である</u> <u>【受診勧奨レベルⅠ】</u> <u>1 下記の①かつ②に該当する者は、医療機関への受診勧奨をする。</u> <u>(通知による受診勧奨を想定)</u> <u>① 血糖：下記のいずれかに該当する場合</u> <u>空腹時血糖または随時血糖（食後 3.5 時間以上）：126mg/dL 以上</u> <u>・ HbA1c：6.5%以上</u> <u>② 現在、糖尿病について医療機関を受診していない（治療中断も含む）</u> <u>【受診勧奨レベルⅡ】</u> <u>2 下記の①～④のいずれかに該当する者は、可能な限り、電話や訪問等により、個別に、医療機関への受診勧奨をする。また、勧奨後に、治療に結びついているかについても確認する。</u> <u>① HbA1c：7.0%以上 8.0%未満 かつ</u> <u><eGFR：45mL/分/1.73 m²以上 60mL/分/1.73 m²未満または尿蛋白（±）</u> <u>></u>	- 前述の「6. 取組方策」の基本的な取組における介入方法の考え方を以下に記載する。 1) 「健康診査等で抽出されたハイリスク者」及び「レセプトデータ等で抽出された糖尿病治療中断かつ健診未受診者等」への介入方法の考え方 - 受診勧奨は基本的に抽出したすべての対象者に行い医療機関受診へとつなげることが原則である。	(削除) (新設) (変更) (追加) (追加)

大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
② <u>HbA1c : 7.0%以上 8.0%未満 かつ</u> <u>< 血圧 : 140/90mmHg 以上 かつ 高血圧について医療機関を受診してい</u> <u>ない></u> ③ <u>HbA1c : 6.5%以上 7.0%未満</u> <u>かつ < eGFR : 45mL/分/1.73 m²以上 60mL/分/1.73 m²未満または尿蛋白</u> <u>(±) > かつ < 血圧 : 140/90mmHg 以上 かつ 高血圧について医療機関を</u> <u>受診していない></u> ④ <u>HbA1c : 6.5%以上 7.0%未満</u> <u>かつ < eGFR : 45mL/分/1.73 m²未満 または 尿蛋白 : 陽性 (1 + 以上) ></u> <u>【受診勧奨レベルⅢ】</u> 3 下記の①～③のいずれかに該当する者は、可能な限り速やかに、電話や 訪問等により、個別に、医療機関への受診勧奨をする。また、勧奨後に、 治療に結びついているかについても確認する。 ① <u>HbA1c : 8.0%以上 (腎障害の程度、血圧に関係なく)</u> ② <u>HbA1c : 7.0%以上 8.0%未満</u> <u>かつ < eGFR : 45mL/分/1.73 m²未満 または 尿蛋白 : 陽性 (1 + 以上) ></u> ③ <u>HbA1c : 6.5%以上 7.0%未満</u> <u>かつ < eGFR : 45mL/分/1.73 m²未満 または 尿蛋白 : 陽性 (1 + 以上) ></u> <u>かつ < 血圧 : 140/90mmHg 以上 かつ 高血圧について医療機関を受診し</u> <u>ていない></u> <u>※高血圧で受診中でありながらも糖尿病で未受診の場合については、高血</u> <u>圧での受診先医療機関に対し、特定健康診査等における血糖検査の結果が</u> <u>受診勧奨判定値以上であることを相談するよう保健指導する。</u> ・ <u>地域の医師会等を通じて、対象者が受診している個別の医療機関には、</u> <u>県プログラムに基づく事業の目的、対応方法等について事前に説明し、対</u> <u>応に整合性をとる必要がある。</u> ・ 健診結果や糖尿病性腎症重症化予防の必要性を対象者本人が理解・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 りつけ医機能を有する医療機関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。	・ 県・郡市医師会を通じ、各医療機関には本事業の目的、対応方法等につ いて事前説明の上、対応に整合性をとる。 ・ 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(健診結果や病歴、治療状況等) を収集する。糖尿病等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り、必要時、主治医との情報共有や保険者 内・庁内の他部門の支援へつなぐ。	(変更) (変更)

大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
・ 特に受診勧奨レベルが高い人に対し受診勧奨を実施する場合には、単に通知するだけでなく、個別に電話や対面等により、対象者本人と直接接点を持ち受診が必要である旨を伝えるとともに、受診勧奨後の受診状況の確認を行う。 ・ また、本人から受診後の感想を聞き、継続的な治療の必要性について理解できているかを確認することが望ましい。(薬剤が処方されない場合や、食事療法等の指導が行われない場合には、一度の受診だけで中断するケースが少なくない。薬剤がすぐに不要であるからこそ、生活習慣を改善の上、経過を見るために継続して検査を受けることの大切さを伝えることが重要である。) ・ 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を把握することがある。必要時、かかりつけ医機能を有する医療機関との情報共有や市町村の場合は庁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。 ＜受診勧奨レベルごとの取組例＞ <u>受診勧奨レベルⅠ</u> ・ 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、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。 ・ 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。 <u>受診勧奨レベルⅡ</u> ・ 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。 ・ 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た保健指導を行う。 <u>受診勧奨レベルⅢ</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。 ・ 受診勧奨とともに、生活実態の把握をしたうえで、生活習慣の改善を促す保健指導を行う。 ※いずれの受診勧奨レベルにおいても、受診勧奨後に、対象者が継続的な受診につながっているかについて、医療機関からの回答、対象者本人への	・ 受診勧奨実施後は、医療機関との情報共有やレセプト確認、本人への聞き取り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、対応方法の工夫をして再勧奨をする。	(追加) (変更) (追加) (追加) (追加)

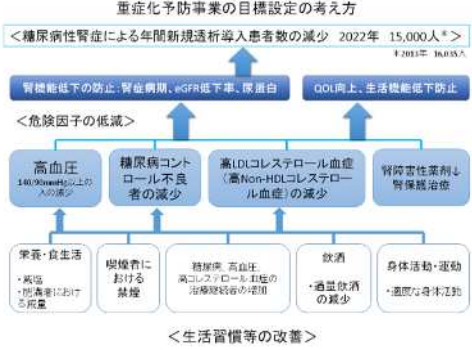
大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
<u>確認、レセプトデータの確認等により受診状況を確認することが必要である。</u> <u>2) 保健指導</u> - 糖尿病性腎症による新規透析導入者を減少させるためには、血糖に加え血圧、脂質のコントロールや薬剤の適正使用が重要である。また、肥満の是正、食生活の改善等、包括的な管理も必要となる。保健指導を行うに当たっては、状態に応じた予防、管理の考え方を踏まえたうえで、<u>保健指導を行う専門職が対象者と対面・電話等により接点を持ちながら、生活改善の指導を行う（図表 10 参照）。</u> - 対象者の糖尿病に対する思いや生活状況を踏まえた<u>血糖、血圧管理等の指導を行う。その際に聞き取った情報、特に治療を中断しがちな者の情報等は医療機関にとっても有用であるため、医療機関と情報共有する。</u> - 糖尿病連携手帳や保健指導報告書等を通じて、かかりつけ医との情報共有を行う。<u>保健指導実施期間中に、医療機関で実施した検査結果を事業の効果評価等に活用する目的で確認する場合には、検査結果を入手することについて、あらかじめ対象者の同意を得ておく。</u> - 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。 <u>・ 保健指導は、個人又は集団を対象として行う方法があり、更に各々について対面及び ICT 等を活用した方法がある。支援の際は、それぞれの特</u>	2) 治療中の患者に対する医療と連携した保健指導の推進についての考え方 - 糖尿病性腎症による新規透析導入者を減少させるためには、血糖に加え血圧、脂質のコントロールや薬剤の適性使用が重要である。また、肥満の是正、食生活の改善等包括的な管理も必要となる。保健指導を行うに当たっては、状態に応じた予防、管理の考え方を踏まえた上で、糖尿病性腎症対象者に対する生活改善指導を行う際のポイントを押さえておく必要がある（図表 16 参照）。 - 対象者の疾患に対する思いや生活状況を踏まえた指導を行い、聞き取った情報等は医療機関と共有する。 - 糖尿病連携手帳や保健指導報告書等の様式を通じて、かかりつけ医との情報共有を行う。糖尿病連携手帳は、日本糖尿病協会が発行しているものであり、糖尿病・合併症関連の検査値が継続的に記入できるため、患者自身が医療・保健を連携する役割を果たし、本人同意のもとデータの提供が可能となる。医療機関で実施した検査結果も効果評価として取得できるよう、あらかじめ対象者の同意を得ておく。 - 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。 - なお、重症化が進んでいる対象者や個別支援が困難な事例においては、かかりつけ医と専門医療機関、保険者が連携した、より専門性の高い個別支援をするため、医療連携について働きかける。 - 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、専門医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。 - 図表 17 は、前述の「6. 取組方策」の基本的な取組み 2) の実施における具体例として、旧大分県版プログラムにおける保健指導の内容を示している。	(追加) (変更) (変更) (変更) (削除) (削除) (削除) (追加)

大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
<u>性を踏まえ、適切に組み合わせて実施する。また、保健指導の際に活用する資料の一つとして自己実践を支援するための資料（特に継続的に支援するための資料）の活用も効果的であり、対象者が設定した行動目標の達成のために活用する実践状況の記録、通信による支援等に用いられる。これらには、体重変化や食事内容、活動量等を対象者自身がモニタリングできるようなアプリケーション等 ICT を活用したものも含まれる。これら保健指導期間中のフォローにおいては、対象者の状況、ICT リテラシー等に応じて、支援の途中であっても支援形態を必要に応じて見直すことが望ましい。</u> <u>（１）保健指導における留意点</u> <u>＜リスクマネジメント体制の確保＞</u> ・ 糖尿病性腎症の者に対して保健指導を実施する場合は、医療との連携が不可欠である。腎症第３期、第４期への保健指導については腎症に関する専門的知識やスキルを有する者が対応する必要がある。また、腎不全のみならず、循環器疾患の発症・死亡リスクが高い集団であることから、保健事業の実施に当たっては、特にリスクマネジメントの体制が確保されていることが重要である。 ・ <u>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ので、保健指導のみで対応することがないようにする。</u> ・ 糖尿病性腎症の者は免疫力が低下し、感染症にかかりやすいことから、感染予防のための日常的な衛生管理についても指導する。 <u>※28 糖尿病連携手帳は、日本糖尿病協会が発行しているものであり、糖尿病・合併症関連の検査値が継続的に記入できるため、患者自身が医療－保健を連携する役割を果たし、本人同意のもとデータの共有が可能となる。</u> <u>＜高齢者を対象とした取組の実施＞</u> ・ 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・多剤処方の状態に陥るなど、健康上の不安が大きくなるため、高齢者の特性を踏まえた対象者抽出基準、保健指導方法を検討する。 ・ <u>査</u>壮年期における生活習慣病対策から、体重や筋肉量の減少を主因とした低栄養や口腔機能、運動機能、認知機能の低下等のフレイルにも着目しライフステージに応じた対策を行っていく必要がある。	（保健指導における留意点） ・ 糖尿病性腎症の対象者に対して保健指導を実施する場合は、医療との連携が欠かせない。特に腎症第３、４期への保健指導については腎症に関する専門的知識やスキルを有する者が対応する必要がある。また、腎不全のみならず、循環器疾患発症リスク、死亡リスクが高い集団であることから、保健事業の実施に当たっては、特にリスクマネジメントの体制の確保が重要である。 ・ 糖尿病性腎症患者は免疫力が低下し、感染症にかかりやすいことから、感染予防のための日常的な衛生管理についても指導する。 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。 ・ 壮年期における生活習慣病対策から、体重や筋肉量の減少を主因とした低栄養や口腔機能、運動機能、認知機能の低下等のフレイルにも着目しライフステージに応じた対策を行う必要がある。	（変更） （追加） （追加） （追加） （変更）

大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
・高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン、高齢者糖尿病診療ガイドライン 2023（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（2019 年一部改訂）（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)等の最新の各種ガイドラインを参考に実施する。	・「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン（平成 30 年 4 月厚生労働省保険局高齢者医療課）」、「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)」等の各種ガイドラインを参考に実施する。 ＜図表 1 6：重症化予防の取組に係るアウトカム評価の考え方＞  ＜図表 1 7：旧「大分県糖尿病性腎症重症化予防保健指導プログラム(平成 28 年 5 月から運用中)」 【生活指導プログラムの内容】 (1) 医師、歯科医師、糖尿病療養指導士、保健師、管理栄養士、看護師等による保健指導を実施する。 ※保健指導を行う者は、糖尿病及び慢性腎臓病（CKD）の病態や治療方法等について、治療に当たる医師による講習や各学会のガイドラインの確認等により予め介入に必要な知識・技術を習得する必要がある。 (2) 実施期間は当初指導 6 か月程度とし、当初指導終了後 6 か月後に、フォローアップのため、簡易な保健指導を行う。 (3) 保険者は参加の状況を確認し、途中脱落を防止するよう努める。 【実施結果のとりまとめ】 (1) 確認の時期 対象者の選定時（または保健指導開始時）、当初 6 か月程度の指導後及びフォローアップ時（または次年度の特定健診結果を活用して把握）に確認を行う。 (2) 確認項目 次の各項目について、改善・維持・悪化の区分で確認を行う。 ① 検査値（eGFR、血糖、血圧、脂質、尿蛋白、尿中アルブミン量） ② 治療状況（服薬・注射） ③ 生活習慣改善状況（意欲含む） ④ 保健指導の途中脱落の場合の脱落理由 ⑤ 未治療者または治療中断者に医療機関への受診勧奨を行い、治療を開始または再開した人数・割合	（図表削除） （図表削除）

大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄 (追加)
<保健指導レベルごとの取組例> <u>保健指導レベルⅠ</u> ・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集団指導による健康教室等への参加を促す。 <u>保健指導レベルⅡ</u> ・レベルⅠの情報提供や集団指導等への参加勧奨に加え、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。合併症の進行を防ぐための継続的な治療の必要性、本人の年齢や生活状況に応じた生活改善の方法など具体的な助言を行うことが重要である。 <u>保健指導レベルⅢ</u> ・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、医療機関と連携し、訪問や個別面談等対面による保健指導を行う。医療機関で指導されたことが十分に理解できているか、疑問点はないかなどを確認し、必要に応じて医療機関につなぐことが求められる。 <u>9事業を円滑に進めるための留意点</u> <u>1) ICTを活用した取組の実施</u> ・市町村等が行う受診勧奨や保健指導において、ICTを活用した介入(オンライン面接、アプリ活用等)が実施されることも考えられる。対面での面談が難しい青壮年期層では積極的な活用が望ましい。 ・遠隔面接による保健指導では、本人確認を確実に行うことやプライバシーが保たれるようにすること、保健指導の質の担保のための資料の工夫が必要である。アプリケーション等を用いた保健指導の際の個人情報の取り扱い等に留意する必要がある。 ・ICTを活用した保健指導の実施に当たっての留意点の詳細は「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)第3編第3章3-3ICTを活用した保健指導とその留意事項」並びに「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き(第4版)」を参照する。 ・また、保健指導が終了した後も、対象者が健康的な生活習慣を維持し、更なる改善に取り組めるよう、社会資源の活用等を行いながら、対象者に応じた継続的な支援を行うことが求められる。 ・ICTの利活用に慣れていない者を対象にICTを活用する場合は、ICTを活用する際の手順等について支援する機会を設定する等の工夫が必要である。		(新設)

大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
<u>2) 委託にて事業を実施する際の留意点</u> ・ <u>市町村等が直営で実施するか、事業者に委託して実施するかについては、市町村等のマンパワーを含めた体制状況、地域資源の状況等地域の実情を踏まえて、最も効果的・効率的と考えられる方法を選択する。委託して実施する場合は、以下のことに留意する。</u> ・ <u>市町村等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、委託元自らが実施する。</u> ・ <u>民間事業者等に委託する場合には、受診勧奨や保健指導の質（実施内容に直接かわる情報収集やアセスメントの質）及び地域の社会資源や地域特性の理解度等を確認したうえで事業者を選定する。委託に当たっては、事前に医師会等、地域の関係団体との間で、委託する内容等の方針について協議を行うことが望ましい。また、市町村等は事業の目的や理念を明確にし、委託する業務を検討する必要がある。そのうえで、委託する目的や目標、業務内容を委託先の事業者に明確に伝えることが重要である。</u> ・ <u>例えば、委託事業者が地域の医師会やかかりつけ医と直接やりとりをする形をとる際には、市町村等は事業の計画段階から地域の医師会等と協議し、市町村等としての取組であること、その取組を一体的に進めたいということを伝える等するとともに、委託事業者に任せきりにするのではなく市町村等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）に評価する等、全体のプロセスを管理し、事業全体の評価は委託元自らが実施することが重要である。</u> ・ <u>その他委託に当たっての留意点は「標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）第1編第1章1・5 健診・保健指導の外部委託」を参照する。</u>		(移動)
※29 https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000194155_00004.html ※30 https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/handbook_31132.htm	3) 治療中の重症化ハイリスク患者におけるかかりつけ医と専門医連携の推進についての考え方 ・ 対象者への医療提供にあたり、かかりつけ医と専門医は患者の病状を維持・改善するため、必要に応じて紹介、逆紹介を行うなどの医療連携により患者を中心とした医療を提供する。	(削除)

大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
10. 県、市町村における糖尿病性腎症重症化予防プログラムの評価 1) 目的 - 事業評価を行う目的 <u>①計画時に設定した評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況を確認すること</u> <u>②事業の効果や目標の達成状況等を踏まえ、より効果的・効率的に事業を展開するために取組内容や事業全体を見直すこと</u> - 保険者は保有する健康・医療情報を活用し、被保険者を追跡し、評価するとともに、被保険者全体の変化について評価することが必要である。<u>特に、市町村においては、国保から後期高齢者医療制度に移行する者について、広域連合とも連携し、切れ目なく支援を継続するとともに、国保と後期高齢者医療制度等の健康・医療情報と併せて分析し評価することが重要である。</u> <u>図表 15 糖尿病領域のロジックモデル※31</u> 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（連携を要する） ※本表：健康日本21（第三次）の目標となっているもの	また、糖尿病性腎症以外の網膜症、神経障害などの合併症に対応するため、眼科等、他科の医師との連携についても検討する。本人並びに連携機関が、臨床における検査値（血圧、血糖、腎機能等）情報を共有するため、糖尿病連携手帳等を活用することが望ましい。 11. 県、市町村における糖尿病性腎症重症化予防プログラムの評価 1) 目的 - 事業評価を行う目的 ①より効果的・効率的な事業展開のために、実施内容を振り返ること ②短期・中長期的な評価を継続的に行い、新規透析導入者を抑制すること - 事業の実施状況の把握・分析結果に基づき、今後の事業の取組を見直すなど PDCA サイクルを回すことが重要である。 - 国保等の保険者は保有する健診データやレセプトデータ等を活用し、被保険者を透析導入まで追跡することが重要である。 - データヘルス計画の中で位置づけ、中長期的な視点で事業の効果判定や検証、評価を実施する。	(変更) (変更) (変更) (削除) (変更) (図表追加)

大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
2) 方法 ・ <u>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。市町村等においては、自らの事業及び支援について振り返り、次年度以降の事業計画に活用するため、受診勧奨や保健指導を実施した被保険者個々人の単位、もしくはその集団（図表 16 の事業参加者）で確認する短期的評価をしっかりと行うことが重要である。</u> ・ <u>アウトプット評価：抽出された対象者のうち、何人に受診勧奨や保健指導を実施できたかの評価を必ず行う。その際、自治体が絞り込んだ対象者に対する割合だけでなく、図表 10 で分類される各レベルの対象者における参加者の割合を把握する。</u> ・ <u>アウトカム評価：短期的評価指標と中長期的な評価指標を定める。例えば、受診勧奨では、短期的指標として受診勧奨による医療機関受診の有無が重要である。そのうえで、1 年後には治療の継続、HbA1c や血圧、腎障害の程度の変化、長期的には透析の導入抑制等が重要な指標となる。</u> ※31 健康日本 21（第三次）の推進のための説明資料 https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/kenkounippon21_00006.html ・ <u>対象者の抽出基準に該当した者（図表 16 のイ.対象者抽出基準該当者）のうち、受診勧奨や保健指導を実施した被保険者（図表 16 のエ.事業参加者）と、受診勧奨や保健指導を実施していない者（図表 16 のイ.対象者抽出基準該当者のうちエ.事業参加者を除いた者）でアウトカム評価指標を比較するとともに、被保険者全体（図表 16 のア.被保険者全体）における各種指標の変化の状況について、中長期的にどのように変化したかについて、確認を行うことが望ましい。</u> ・ <u>以下の点に留意することにより、より適切な評価につながる。</u> ・ <u>アウトプット評価やアウトカム評価においては、属性（年齢、糖尿病性腎症病期等）ごとに詳細を把握する。</u> ・ <u>アウトカム評価においては、介入した集団について、事業参加前・事業参加後等各時点での平均値の変化だけでなく、一定の基準値を超えたものの割合（該当率）の変化を把握することが望ましい。</u> ・ <u>アウトプット評価やアウトカム評価においては、保険者内での経年比較</u>	2) 方法 ・ 評価の方法として、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）の視点をを用いた評価を活用することができる（図表 18）。	（変更） （追加） （追加） （追加） （追加）

大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
<u>を行うほか、都道府県内で他の保険者との比較を行うことが望ましい。その際、保険者間での平均年齢の差による影響を考慮するため、年齢調整を行うことが望ましい。</u> <u>・事業にかかる費用が十分な事業効果につながっているか、費用対効果の観点を考慮した評価を行うことが望ましい。</u> <u>図表 16 評価対象のとらえ方</u>  <u>(1) 市町村が実施する事項</u> ・事業から得られたデータを取りまとめ、内部で検討を行い、更に専門家等の助言を得ながら事業の成果を分析する。分析結果は、<u>地域の関係者間で情報の共有を行う。</u> ・<u>KDB システムでは対象者の抽出、対象者の経年的なデータの抽出、自治体全体のマクロ的な評価を行うことが可能であり、評価ツールとして活用することが有用である。</u> ・<u>KDB システムで得られるデータのほか、被保険者や事業関係者への聞き取りやアンケートによって得られたデータも、事業評価において有用である。</u> ・<u>市町村国保加入時に保健指導を受けていても、後期高齢者医療制度に移行後、評価が困難になる自治体も少なくない。市町村国保から後期高齢者医療制度へ、自治体の中で切れ目なく事業評価できる体制の整備が必要であり、国保担当課や高齢者医療担当課との連携が不可欠である。具体的には、レセプトデータの追跡の主体等、保険者の変更に伴う役割分担を協議して決めておくことなどが必要である。市町村の高齢者保健事業担当が行うのか、保険者である広域連合が行うのかなど、関係者間で十分な協議を行い、あらかじめ長期的な追跡を見込んだ計画を立てることが求められる。</u>	・一市町村の事業では十分な対象者数が確保できない等、効果評価が困難である場合は、医療圏や保健所管轄地域の単位、都道府県単位等で統合して、対象者数を増やし分析する必要がある。広域的な評価を行うに当たっては、都道府県（保健所を含む）が市町村や広域連合を支援する。 ・事業から得られたデータを取りまとめ、内部での検討を行い、さらに専門家等の助言を得ながら事業の成果を分析する。分析結果については、地域全体の観点から、地域の関係者間で情報共有を図る。 ・評価ツールとして、KDB を活用することで、事業対象者や事業対象者の経年的なデータを抽出し、市町村全体並びに県全体のマクロ的な評価を行うことが可能である。	(図表追加) (新設) (削除) (変更) (変更) (追加) (追加)

大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新

旧

備考欄

図表 17 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】
・施設体制の整備状況 ・委員、コーディネーター、教材の確保 ・患者指導者への研修の実施状況 ・運営マニュアル等の整備 ・施設評価・事業評価のための組織 医療サービスの現状	・目的に応じた対象者の選定状況 ・対象者への情報提供・指導の方法 ・経過観察結果に応じた方法での事業実施 ・スケジュール状況の把握 ・参加者に関する評価のためのデータ収集状況
【アウトプット評価】	
受診勧奨 保険指導	・通年に基づいて抽出された対象者の数に対する各方法（ほか会・電話・直接・訪問）で受診勧奨を行った者の割合 ①各方法（参加者による抽出・医療機関からの紹介）で抽出された対象者の数 ②保健指導への参加機会を行った者の数 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 ⑤①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 ⑥①に対する⑤の割合、②に対する⑥の割合、③に対する⑦の割合 ⑦①に対する⑧の割合、②に対する⑨の割合、③に対する⑩の割合 （※後述者が設定する最新の抽出率における割合でなく、未採択者の対象者に対する最新の抽出率における割合もあわせて算出する。 ※採択率における各人算出だけでなく、保険者数の中での各人算出も算出することが望ましい。）
【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
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）、尿酸値、脂質代謝、口呼吸機能
生活習慣病	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

（２）大分県が実施する事項

- ・ アウトカム評価に当たり、保険者間比較のためには都道府県、保健所による分析が求められる。一市町村では十分な対象者数が確保できない等、効果評価が困難である場合は、保健所管轄地域の単位、県単位等で統合して、対象者数を増やし分析する必要がある。
- ・ 広域的な評価や、中長期的な評価を行うに当たっては、県が国保と協力して市町村や広域連合を支援することが必要である。また、県や広域連合は、市町村の評価結果を確認することが求められる。

図表 18 都道府県・広域連合が設定する評価指標の例

【ストラクチャー評価】	【プロセス評価】
・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	・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】	
・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
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）、尿酸値、脂質代謝、口呼吸機能
生活習慣病	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

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。

（図表新設）

（新設）

（図表新設）

大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
	- 国保から後期高齢者医療制度への移行後、事業対象者への支援・評価を途切れさせないためには、事前の体制整備が重要である。評価実施の前段として、保険者の変更に伴い国保担当課・後期高齢者医療担当課のどちらが評価のための追跡を行うのかなど、具体的な体制整備を行う。 <図表18：市町村が行う事業評価（例）> 【ストラクチャー評価】 ・実施体制が構築できたか ・課題分析結果に基づき、対象と目的、方法が決定できたか ・関係者間での理解が得られ、連携体制が構築できたか ・予算、マンパワー、教材の準備 ・保健指導者の研修 ・運営マニュアル等の整備 ・健診・医療データの集約方法 【プロセス評価】 ・スケジュール調整 ・対象者の抽出、データ登録できたか 医療保険者としてのマクロ的評価(KDE)の活用) ・新規透析導入患者 ・糖尿病性腎症病期、未治療率 ・HbA1c 8.0%以上の未治療者 ・健診受診率 ・医療費推移 等 【アウトプット評価】 ・抽出された対象者の何%に受診勧奨、保健指導ができたか ・地区、性・年代別に偏りはないか 【アウトカム評価】 ・受診につながった割合 ・行動変容 ・保健指導介入例のデータ変化(個人・集団) ・血圧、血糖(HbA1c)、脂質、体重 ・喫煙、生活習慣 ・尿蛋白、尿アルブミン、クレアチニン、eGFR低下率、クレアチニン2倍化速度 ・腎症病期、透析新規導入率 ・心血管イベントの発症 ・服薬状況 ・生活機能、QOL 等 【費用対効果】 ・事業に係る費用と効果	(削除) (図表削除)
	3) 短期・中長期的な評価 - 保健事業は単年度ごとの事業評価も必要である一方、単年度では効果の見えづらい本事業においては、中長期的な視点をもった評価を行うことが重要である。 - 中長期的には、事業に参加した人と参加しなかった人を比較することにより、検査値や腎症病期、心血管イベントや合併症の発症、透析導入等に着眼した評価を行う。 - 図表19は、腎症重症化予防事業のアウトカム評価の考え方を示している。 4) 改善点の明確化とその対応	(削除)
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関係者間で協議する。協議の結果、改善が必要な場合は、具体的な方策について関係者から助言を得ながら検討する。関係者に対し報告・共有することにより、対応策の改善や次年度に向けた事業内容の見直しにもつながる。	- 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関係者間で協議の場を設ける。協議の結果、改善を要する点がある場合は、具体的な方策について助言を得ながら検討していくことが望ましい。関係者に対し報告・共有を行うことにより、対応策の改善については次年度に向けた事業内容の見直しにもつながる。 - 対象者選定基準や保健指導方法、評価方法など、早期に修正した方がよいものはプログラムに修正を加える。体制整備等ストラクチャーに係る見直しが生じた場合は、体制図の更新等を行うことも必要である。	(削除) (新設) (変更) (削除)

大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
1 1. 個人情報の取扱い - 糖尿病性腎症重症化予防の取組を進めるに当たっては、健診データやレセプトデータなどをはじめとして、氏名・住所・年齢・職業・家族構成等といった基本情報、生活習慣に関する情報などの様々な種別の個人情報を扱うことになる。 - 特に、健康・医療情報は、一般的には、個人情報の保護に関する法律（平成 15 年法律第 57 号。以下「個人情報保護法」という。）に定める要配慮個人情報^{※32}に該当するため、他の個人情報よりも慎重に取り扱うべきである。 <u>保険者においては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内等での利用、委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取扱いが確保されるよう措置を講じる。</u>	<図表 1 9 : 糖尿病性腎症重症化予防事業のアウトカムの評価の考え方(例)> <短期的指標(前・3か月後・6か月後)> 生活習慣改善意欲、QOL、 行動変容(食生活改善、軽い運動習慣、減酒、口腔衛生、等) 医療機関との連携による検査値把握(血圧、HbA1c、eGFR、尿蛋白等) <1 年後評価指標> 評価の構造を意識した分析 (第一層)食生活(減塩等)、喫煙、体重、飲酒、医療機関受診 (第二層)血糖・HbA1c、血圧、LDL コレステロール(または non-HDL コレステロール) (第三層)腎機能:尿蛋白、クレアチニン、eGFR、尿アルブミン等、生活機能、QOL 参考資料: 総医療費、外来医療費 <中長期的指標(2年～4年)> 検査値:腎症病期、eGFR 低下率、クレアチニン 2 倍化速度、HbA1c 血圧 レセプト:継続した受療率、服薬状況、医療費 心血管イベントの発症、その他糖尿病に関連した合併症の発症状況 <長期的指標:(5年～10年)> レセプトによる受療状況、糖尿病性腎症による透析導入 1 2. 個人情報の取扱い - 腎症重症化予防の取組を進めるに当たっては、健診データやレセプトデータなどをはじめとして、個別支援を効果的かつ適切に行うことを目的として、住民の氏名・住所・年齢・職業・家族構成等といった基本情報、生活習慣に関する情報などの様々な種別の個人情報が、対象者の抽出や受診勧奨・保健指導、現状の確認等に活用されることが多い。 - 特に、健診データやレセプトデータは、一般的には個人情報の保護に関する法律（平成 15 年法律第 57 号。以下「個人情報保護法」という。）に定める要配慮個人情報 10) に該当し、他の個人情報よりも慎重に取り扱う必要があることから、あらかじめ個人情報の取扱いについて整理することが重要である。 1) 市町村及び広域連合における取扱い - 市町村及び広域連合が保有する個人情報については、それぞれ市町村及び広域連合が定める個人情報の保護に関する条例（以下「個人情報保護条例」という。）の規定に基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託、第三者（医療機関、他の市町村）への情報提供など、様々な場面において、その適正な取扱いが確保されるべく措置が講じられている。 - この点に関し、国保及び後期高齢者医療に係る個人情報の取扱いについては、厚生労働省の事務連絡において、診療報酬明細書、特定健診等記録を	(図表削除) (変更) (削除) (変更) (削除)

大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
	活用し、被保険者のニーズに応じた保健事業を効果的・効率的に実施することは、国民健康保険法（昭和 33 年法律第 192 号）、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号）等に基づく保険者の事務（事業）に当たるものと既に整理されており 11）、糖尿病腎症重症化予防を含む保健事業に個人情報を活用することは、医療保険者として法令上通常想定される目的内利用であると整理される。また、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平成 25 年法律第 27 号）により、市町村及び広域連合がマイナンバーを利用して被保険者の特定健診情報等を管理できることとされているが、情報連携の対象とはされていない。したがって、保険者間で特定健診等データの連携を行う際には、マイナンバー制度の情報提供ネットワークシステムを用いるのではなく、個別の事案ごとに保険者間で照会及び提供する仕組みとなる 12）。 ・ また、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に関する有識者会議」の報告書においては、複数の行政機関又は行政機関内の複数の部署において広く一体的に医療、介護情報等の把握・分析を実現できるようにするため、法令上明確化し、情報の一体的な活用を可能とすることが重要である旨言及されている。 2）大分県における取扱い ・ 健診データやレセプトデータは、各市町村又は広域連合（以下「管内保険者」という。）が保有する個人情報であることから、大分県が糖尿病性腎症重症化予防の取組を実施するに当たっては、被保険者本人の同意があるなど、管内保険者が定める個人情報保護条例の要件に該当する場合に限り、当該保険者から大分県に情報提供がされることとなる。 ・ また、各保険者から情報提供を受けた大分県は、当該都道府県が定める個人情報保護条例の規定に基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託、第三者（医療機関、他の市町村）への情報提供等に一定の条件が付されることとなる。 ・ なお、国保の都道府県単位化に伴い、平成 30 年度から都道府県も保険者として市町村とともに国保の運営を担うこととなったが、保険給付や保健事業の実施主体は引き続き市町村であり、健診データやレセプトデータの保有者が市町村であることに変わりはない。一方、都道府県は、国保の財政運営の責任主体として、管内市町村の保険給付の適正な実施の確保を目的として給付点検等を行うこととしており（国民健康保険法第 75 条の 3）、その効率的な運用のため、国保総合システムや KDB 等を閲覧することができる。したがって、各都道府県が糖尿病性腎症重症化予防の取組を実施するに当た	(削除) (削除)

大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
・ <u>なお、個人情報の取り扱いについては、以下のガイドライン並びにガイダンス等を参照すること。</u> ・ <u>個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン（行政機関等編）（令和4年1月（令和5年12月一部改正）個人情報保護委員会）※33</u> ・ <u>医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス（平成29年4月14日、令和5年3月一部改正、個人情報保護委員会厚生労働省）※34</u> ・ <u>その他、「標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）第3編第3章3－3 ICTを活用した保健指導とその留意事項／第4編第3章3－4 個人情報の保護とデータの利用に関する方針」を参照のこと。</u> <u>（事業者に委託する場合の対応）</u> <u>保険者が事業の実施の一部を事業者に委託する際に、委託業務の遂行のために健診結果やレセプトデータ等を当該事業者提供する場合には、当該データの盗難・紛失等を防ぐための組織的、人的、物理的、技術的な安全管理措置及び外的環境の把握等に留意して委託仕様等を作成するとともに、委託先において当該個人データの安全管理措置等が適切に講じられるよう、保険者が必要かつ適切な管理、監督をするなど、個人情報の管理について万全の対策を講じる。</u> <u>※32「本人の人種、信条、社会的身分、病歴、犯罪の経歴、犯罪により害を被った事実その他本人に対する不当な差別、偏見その他の不利益が生じないようにその取扱いに特に配慮を要するものとして政令で定める記述等が含まれる個人情報」（個人情報保護法第2条第3項）</u> <u>※33 https://www.ppc.go.jp/personalinfo/legal/</u> <u>※34 https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000027272.html</u>	っては、一般的に個人情報保護条例において第三者提供の要件として定められる「法令等の規定に基づくとき」に該当するものとなることから、これも踏まえ、給付点検等に必要な範囲かつ、各個人情報保護条例で定める範囲において、都道府県において個人情報を活用することが可能となる。 3) 医療機関における取扱い ・ 医療機関では、個人情報保護法や同法を基礎として策定された「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」（平成29年4月14日個人情報保護委員会・厚生労働省。以下「ガイダンス」という。）等に従い、個人情報を取り扱う必要がある。医療機関が保有する患者の個人情報は、医療の提供に伴い医療機関が保有するものであるため、市町村等が治療中の患者を糖尿病性腎症重症化予防の取組の対象とする場合、当該取組に医療機関の有する患者の治療状況等、市町村等有しない情報を活用するに当たっては、あらかじめ当該患者の本人同意が必要である13)等、個人情報保護法やガイダンスに従って、適切に取り扱う必要がある。 4) 外部委託事業者における取扱い ・ 市町村等が糖尿病性腎症重症化予防の取組を事業者に委託して実施する場合、当該事業者は、個人情報保護条例における委託に関する規定を遵守するとともに、市町村等との間で個別に締結される契約書の定めに従って業務を遂行する必要がある。 ・ 個人情報を取り扱う事業者には、個人情報保護法やガイダンスに基づき、事業者としての安全管理措置を講ずる責務がある。具体的には、個人情報保護に係る規程の整備、管理監督等のための組織体制の整備、個人データの盗難・紛失等を防ぐための物理的な安全措置などの個人情報の管理について、万全の対策を講じる必要があり、プライバシーマークを取得することが望ましい。また、委託を行う市町村等においても、適切に事業者を選定すべく、これらの点に留意して委託仕様等を作成する必要がある。	(削除) (変更) (変更) (変更)