

項目	素案	修正案	検討課題
2 対象者の抽出基準	<p>○受診勧奨対象者</p> <p>①未治療者・ハイリスク者</p> <ul style="list-style-type: none"> 2型糖尿病の未治療者であり、健診データから空腹時血糖126mg/dl(随時血糖200mg/dl)以上又はHbA1c6.5%以上の者であり、次のいずれかである者 ア 尿蛋白(±)以上 イ 血清クレアチニン検査を行っている場合、eGFR60ml/分/m²未満 <p>・レセプトデータから、糖尿病性腎症病期分類第2期から第4期に該当する者</p> <p>②2型糖尿病で治療中の者</p> <p>糖尿病治療中に尿アルブミン、尿蛋白、eGFR等により腎機能低下が判明し、保健指導が必要である者</p> <p>③治療中断かつ健診未受診者</p> <ul style="list-style-type: none"> 過去に治療歴がある、又は過去3年程度の健診にて、HbA1c7.0%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 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 <p>※後期高齢者</p> <p>糖尿病性腎症の対象者選定基準に合わせた一律のプログラムではなく、個人の状況に合わせてQOL維持・向上、要介護状態への移行阻止等を含めた包括的な対応が必要であることから、健診データからの抽出に当たっては暫定的にHbA1c\geq8.0%かつ尿蛋白陽性を抽出基準とし、地域の実情にあわせて検討する。</p> <p>○保健指導対象者</p> <p>受診勧奨対象者に準ずる。</p>	<p>原則として、保険者が個別に定める基準に基づき対象者を抽出するが、本プログラムが推奨する抽出基準は下記のとおりである。</p> <p>○受診勧奨対象者</p> <p>①(1)未治療者・ハイリスク者</p> <p>① 2型糖尿病の未治療者であり、健診データから空腹時血糖値126mg/dl(随時血糖値200mg/dl)以上又はHbA1c6.5%以上の者であり、次のいずれかである者</p> <p>ア 尿蛋白(±)以上</p> <p>イ 血清クレアチニン検査を行っている場合、eGFR60ml/分/m²未満</p> <p>ウ 腎機能が低下しており、特に糖尿病性腎症病期分類2期以上に相当の者</p> <p>※糖尿病に加えて尿蛋白(+)以上であれば糖尿病性腎症病期分類第3期と考えられる。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。</p> <p>(2)③治療中断かつ健診未受診者</p> <p>① 過去に一度でも糖尿病の治療歴がある、又は過去3年程度の健診にて、HbA1c7.0%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</p> <p>なお、過去の治療歴については、「糖尿病名」「糖尿病治療薬等の投薬歴」があること</p> <p>② 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</p> <p>③ 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</p> <p>(3)②2型糖尿病で治療中の者</p> <p>糖尿病治療中に尿アルブミン(微量アルブミン30mg/gCr以上)、尿蛋白(±以上)、eGFR(60ml/分/1.73m²未満)等により腎機能低下が判明し、保健指導が必要であると医師が判断した者</p> <p>※ 対象者抽出における留意事項</p> <p>後期高齢者については、糖尿病性腎症の対象者選定基準に合わせた一律のプログラムではなく、個人の状況に合わせてQOL維持・向上、要介護状態への移行阻止等を含めた包括的な対応が必要であることから、健診データからの抽出に当たっては暫定的にHbA1c\geq8.0%かつ尿蛋白(+)以上を抽出基準とし、地域の実情に合わせて検討する。</p> <p>○保健指導対象者</p> <p>受診勧奨対象者に準ずる。</p>	<p>論点A</p> <p>4の実施体制でも、CKD診療ガイド2012の記載があるが、糖尿病性腎症病期分類とCKD重症度分類のどちらを指標とすべきか。また受診勧奨対象者①イについては腎eGFR60未満かつ尿蛋白(-)についても対象となる判断としてよろしいか</p> <p>論点B</p> <p>糖尿病性早期腎症のハイリスク者を抽出するためには、尿中アルブミンを測定が必要となります。かかりつけ医受診時の前に一時間かけてアルブミン尿を測定するスキーム構築の検討が必要</p> <p>論点C</p> <p>後期高齢者の糖尿病患者の抽出基準を若い人と同じにすべき、という意見があるがいかがか</p> <p>論点D</p> <p>認知障害や精神疾患等を有する者の取り扱いをどうするか</p>
3 介入	<p>介入方法</p> <p>①受診勧奨</p> <p>抽出者のうち、本人、かかりつけ医の同意があった者を対象。かかりつけ医を持たない場合は、医療機関リストを活用して受診勧奨する。特に糖尿病性腎症病期分類第2期に該当する者については、適切な介入により寛解する可能性があることから、強力な受診勧奨を行い保健指導につなげる。2~3か月後にレセプトを確認し受療歴がない場合は再度受診勧奨を行う。</p> <p>②保健指導</p> <p>抽出者のうち、本人、かかりつけ医の同意があった者について、3~6か月間の食事・運動指導等を行う。第4期においてはかかりつけ医の判断により保健指導が必要な者を対象とする。</p> <p>保健指導内容</p> <p>所定の様式を活用して、かかりつけ医の治療方針に基づいた保健指導を実施(所定の様式の必要性も含めて検討中)例)食生活指導、運動等生活指導、継続受診の確認等</p>	<p>①受診勧奨</p> <p>抽出者のうち、本人、かかりつけ医の同意があった者を対象。保険者は、対象者(1)及び(2)で抽出された方に対して、個別に医療機関の紹介を含め受診勧奨を行う。対象者がかかりつけ医をもっていない場合には、千葉県保健医療計画に基づく糖尿病治療を担う機能別医療機関のリストを活用して受診勧奨を行う。</p> <p>受診勧奨の方法は、対象者の状態に応じた受診勧奨の方法(手紙送付、電話、面接等)を検討する。特に、糖尿病性腎症重症化予防段階にある者2期に該当する者については適切な介入により寛解する可能性があることから、強力な受診勧奨(訪問等)を行い保健指導につなげる。</p> <p>保険者は2~3か月後にレセプトデータにより受診勧奨後の糖尿病受療歴の有無を確認し、受療歴がない場合には、再度受診勧奨を行う。</p> <p>また、治療中断者については、内科のみならず歯科や眼科等の医療機関から逆紹介の連絡があった者も対象とし、保健指導につなぐため本人同意が得られるよう受診勧奨を行う。</p> <p>②保健指導</p> <p>保険者は、対象者(1)及び(2)で抽出された方に対して糖尿病性腎症の管理の必要性を説明し、保険者が一定の期間(3か月~6か月)、食事・運動指導等の保健指導を行う。</p> <p>医師は、対象者(3)で抽出された方に対して、糖尿病性腎症の管理の必要性を説明した上、保健指導への参加推奨を行い、参加意向がある場合は、「同意書」により参加の同意を得る。</p> <p>※「同意書」についてはひな形となる所定の書式を検討中</p> <p>所定の様式を活用して、かかりつけ医の治療方針に基づいた保健指導を実施(所定の様式の必要性も含めて検討中)例)食生活指導、運動等生活指導、継続受診の確認等</p>	<p>医療機関リストについては、糖尿病診療の質の担保が必要である。</p> <p>千葉県医師会による糖尿病診療スキルアップの講習会によりCDE-Chiba Medのようなかかりつけ医に限定した講習会の受講者リストを医師会のHPで公開することとし、受診先のかかりつけ医リストとして活用するのはどうか</p>
	<p>保健指導内容</p> <p>所定の様式を活用して、かかりつけ医の治療方針に基づいた保健指導を実施(所定の様式の必要性も含めて検討中)例)食生活指導、運動等生活指導、継続受診の確認等</p>	<p>所定の様式を活用して、かかりつけ医の治療方針に基づいた保健指導を実施(所定の様式の必要性も含めて検討中)例)食生活指導、運動等生活指導、継続受診の確認等</p>	<p>保健指導には指導レベルの均てん化を図るため、CDE-Chibaを活用してはどうか</p>

項目	素案	修正案	検討課題
4 実施体制	<p>○医療保険者は、医師会、地域の医療機関、事業を委託する場合は委託実施機関等、他の関係機関と調整を図る。</p> <p>○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。 また、かかりつけ医は腎臓専門医等とも十分な連携をとり、地域で対象者を中心とした切れ目のない医療を提供する。</p> <p>かかりつけ医は、対象者の状況について、「CKD診療ガイド2012」の腎臓専門医への紹介基準に基づき、腎臓専門医へ紹介する。 1) 高度の尿蛋白 尿蛋白/Cr比0.50g/gCr以上または2+以上 2) 尿蛋白と血尿がともに陽性(1+以上) 3) GFR50mL/分/1.73m²未満(40歳未満の若年者ではGFR60mL/分/1.73m²未満、腎機能の安定した70歳以上ではGFR40mL/分/1.73m²未満)</p> <p>○腎臓専門医等、合併症の治療を行う医師は、「糖尿病連携手帳」等を活用し、かかりつけ医等と対象者の情報を共有する等して連携して医療を提供する。</p>	<p>○医療保険者は、医師会、地域の医療機関、事業を委託する場合は委託実施機関等、他の関係機関と調整を図る。</p> <p>○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。 また、かかりつけ医は腎臓専門医等とも十分な連携をとり、地域で対象者を中心とした切れ目のない医療を提供する。</p> <p>かかりつけ医は、対象者の状況について、「CKD診療ガイド2012」の腎臓専門医への紹介基準に基づき、腎臓専門医へ紹介する。 1) 高度の尿蛋白 尿蛋白/Cr比0.50g/gCr以上または2+以上 2) 尿蛋白と血尿がともに陽性(1+以上) 3) GFR50mL/分/1.73m²未満(40歳未満の若年者ではGFR60mL/分/1.73m²未満、腎機能の安定した70歳以上ではGFR40mL/分/1.73m²未満)</p> <p>○腎臓専門医等、合併症の治療を行う医師は、「糖尿病連携手帳」等を活用し、かかりつけ医・保健指導担当者等と対象者の情報を共有する等して連携して医療を提供する。</p> <p>○保健指導については、糖尿病療養指導、特定保健指導等の十分な経験を有し、糖尿病性腎症重症化予防のための研修等を受けた専門職が実施することが望ましい。</p>	<p>論点A かかりつけ医における尿アルブミンの測定の有無、スキームの構築についてどうするか検討が必要</p> <p>論点B GFR50未満のところを、GFR45未満とする意見があるがいかがか</p> <p>論点C 日本医師会のかかりつけ連携手帳の活用方法について検討が必要</p>
5 評価	<p>①アウトプット評価 保健指導が実施できた割合、定期的な医療機関受診につながった人の割合、一定期間(3か月～6か月)支援継続ができた割合</p> <p>②アウトカム評価 ア 短期的指標(前・3～6か月・1年後) 生活習慣改善意欲、QOL、行動変容、医療機関と連携による検査値把握(HbA1c、eGFR、尿蛋白) イ 中長期的指標(2年～4年) 継続した受療率、服薬状況、医療機関と連携による検査値把握(HbA1c、eGFR、尿蛋白)、医療費、糖尿病性腎症による透析導入数(率) ウ 長期的指標(5年～10年) レシピによる受療状況、医療費、糖尿病性腎症による透析導入数(率)</p>	<p>①ストラクチャー評価 ・目標を設定し、医師会等関係機関(委託の場合は委託業者も含む)と連絡・協力体制を確保しているか ・プログラム実施に必要な人員の確保はしているか ・保健指導の実施者は専門の職員を置くなどして、実施体制を確保しているか</p> <p>②プロセス評価 ・プログラム実施手順書等を作成するなどして、関係者間で共有しているか ・対象者の抽出、事業説明、受診勧奨、保健指導、評価等、各段階で評価しているか ・対象者に合わせた内容を準備できているか</p> <p>③アウトプット評価 保健指導が実施できた割合、定期的な医療機関受診につながった人の割合、一定期間(3か月～6か月)支援継続ができた割合</p> <p>・医療機関受診につながった人の割合(医療機関未受診者数の内、受診勧奨を行った人数・医療機関受診につながった割合) ・対象者の内、保健指導が実施できた割合(保健指導対象者数のうち、保健指導(初回面談)が実施できた割合・保健指導を完了した割合) ・対象者の内、保健指導に参加しなかった者の割合</p> <p>④アウトカム評価 ア 短期的指標(前・3～6か月保健指導終了後・1年後) 生活習慣改善意欲、QOL、行動変容、医療機関と連携による検査値把握(HbA1c、eGFR、尿蛋白) ・生活習慣改善意欲、QOL、行動変容(食生活改善・運動習慣・禁煙・減酒等) ・対象者の検査値(体重・BMI、空腹時血糖値、HbA1c、eGFR、尿蛋白等)の改善率の評価 イ 中長期的指標(2年～4年) 継続した受療率、服薬状況、医療機関と連携による検査値把握(HbA1c、eGFR、尿蛋白)、医療費、糖尿病性腎症による透析導入数(率) ・医療機関につながった人の継続した受療率・服薬状況 ・対象者の検査値(体重・BMI、空腹時血糖値、HbA1c、eGFR、尿蛋白)の評価、及び特定健診受診者全体の検査値の評価 ・医療費、糖尿病性腎症による透析導入数(率) ウ 長期的指標(5年～10年) レシピによる受療状況、医療費、糖尿病性腎症による透析導入数(率)</p> <p>※これら以外にも、各保険者の実情に応じて評価項目を具体的に定めることができる(眼科・歯科受診状況等)</p>	<p>論点A ④ア「生活習慣改善意欲、QOL、行動変容」の評価方法について、県で統一のアンケートの作成が必要か</p> <p>論点B この他に、保健指導が効果的であったか対象者の満足度を測定するアンケートが必要か</p>
都道府県 レベル プログラム 評価指標	<p>・糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数 ・治療継続者の割合 ・血糖コントロール指標におけるコントロール不良者(HbA1c8.0%以上の者)の割合 ・医療費</p>	<p>・糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数(日本透析医学会) ・治療継続者の割合(生活習慣アンケート) ・血糖コントロール指標におけるコントロール不良者(HbA1c8.0%以上の者)の割合(特定健診・特定保健指導に係るデータ分析) ・医療費(国民健康保険病類別疾病統計表)</p>	<p>医療費は、適切に受診する方が増えれば一時的に上がるのではないかと。医療費の算出基準はどのようにするか</p>