

# 平成 30 年度第 1 回高知県糖尿病医療体制検討会議

平成 30 年 12 月 13 日（木） 18:30～

高知城ホール 大会議室

## 1 開 会

## 2 協議事項

### （1）第 6 期高知県保健医療計画について

資料 1-1 評価調書

資料 1-2 平成 29 年度の取り組み

資料 1-3 現状把握のための指標

### （2）第 7 期高知県保健医療計画について

資料 2-1 評価調書

資料 2-3 平成 30 年度の取り組み

### （3）高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラムについて

資料 3-1 各意見の反映

資料 3-2 参考資料の追加

## 3 その他

第6期 高知県保健医療計画 評価調書

評価項目	糖尿病	担当課名	医療政策課
------	-----	------	-------

第6期 高知県保健医療計画 記載内容

現状(医療計画策定時)	課題	対策	目標			
			項目	目標設定時	直近値 (計画評価時)	目標 (平成29年度)
<p>予防の状況:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>働き盛りの年代(40~50歳代)肥満者の割合が高い。小児の肥満も増加。</li> <li>健康診断・健康診査の受診率が全国平均より低い。高知県59.8%(男性62.1 女性57.5) 全国64.3%(男性69.4 女性59.7)</li> <li>健診で医療機関の受診指導があった者のうち、受診した患者は77.0%(全国78.2%)→未受診者23.0%</li> <li>健診等で糖尿病と言われた者のうち糖尿病の未治療者(28.5%)及び治療中断者(8.9%)は、全部で37.4% →健診未受診者、未治療者・治療中断者が重症化している可能性が高い。</li> </ul> <p>患者の状況:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>受療率(人口10万人対) 高知県 男性181 女性176 全国 男性183 女性153</li> <li>脳卒中を発症した患者のうち、糖尿病を基礎疾患に持つ患者の割合 23.9%</li> </ul>	<p>予防:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>食生活や運動習慣などの改善の取り組みが不十分。</li> <li>心筋梗塞、脳卒中などの心血管疾患の発症の基礎に糖尿病が存在する。</li> <li>→継続した健康づくりの取り組みが必要。</li> </ul>	<p>予防の推進:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>「高知県健康増進計画」に基づく適正な栄養・食生活、運動、喫煙などの生活習慣の改善の啓発(県)</li> <li>「高知県食育推進計画」に基づく食育を推進(県)</li> </ul>				
	<p>県民自身の健康管理:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>定期的な健診を受診しない県民が多く存在する。</li> <li>→県民に健診の必要性についての教育が必要。</li> <li>→県民自身の健康管理に対する意識の向上が必要。</li> </ul>	<p>健診の促進:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>特定健康診査の受診を促進(保険者)</li> <li>健診後の保健指導の実施、医療機関受診の促進(保険者)</li> <li>医療機関未受診者の受診の促進(保険者)</li> </ul>				
	<p>糖尿病の知識の普及:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>糖尿病あるいはその予備軍と診断された場合、糖尿病の正しい知識がないため、医療機関を受診しない者が多く存在する。</li> <li>糖尿病患者は生活習慣の見直しが必要で、治療が長期に及ぶ。このため、患者の周囲の者も糖尿病について正しく理解、患者をサポートすることが必要。</li> <li>→糖尿病の知識を広く県民に周知する必要がある。</li> </ul>	<p>糖尿病の知識の普及:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>糖尿病の専門医師による講演を開催(県、医師会)</li> <li>公開講座などを開催(県、医師会)</li> <li>県民への広報(県)</li> <li>職域における啓発(県)</li> </ul>				
	<p>保健と医療の連携:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>健診後医療機関受診を勧めても、自覚症状がないため医療機関の受診に結びつかない。</li> <li>医療機関未受診者は、糖尿病が重症化している可能性がある。</li> <li>→未受診者への受診奨励対策が必要。</li> </ul>	<p>保健と医療の連携:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>特定健診で「要医療」、「要精査」となった者の医療機関の受診を促成(保健者)</li> <li>受診結果や受診状況を把握し治療の中断を防ぐ(保険者)</li> <li>保険者と医療機関の連携が重要→意見交換会等の情報交換の場の構築を目指す(県)</li> </ul>				
<p>医療体制:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>糖尿病の専門的な医療従事者の地域的な偏在。</li> <li>チーム医療の体制が不十分。</li> <li>かかりつけ医・専門医・合併症治療医療機関の紹介・逆紹介などの連携が不十分。</li> <li>医療機関における歯科健診の勧奨が不十分。</li> <li>医療機関の管理栄養士の配置が不十分→食事指導が不十分。</li> </ul>	<p>医療体制:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>かかりつけ医と専門医、合併症治療機関の紹介・逆紹介を促し連携を図る(医師会)</li> <li>研究会やセミナーなどを通じて多職種の連携体制の構築を図る(県、医師会、関係団体)</li> <li>歯科健診の勧奨を促進(医師会)</li> <li>各地域に応じた連携クリニカルパスを検討(県、医師会、関係団体)</li> <li>管理栄養士の育成・指導、管理栄養士の派遣体制の整備(県栄養士会)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>糖尿病腎症による新規透析導入率(人口10万人当たり)</li> <li>糖尿病で初めて硝子体手術を受けた者のうち増殖網膜症が原因であった人数(人口10万人当たり)</li> </ul>	16.2	16.4(H28)	増加させない	
			10.1	10.1(H28)	増加させない	

資料1-2

平成29年度の取り組みについて

項目	番号	P(計画)	D(実行)	C(評価)	A(改善)	
					課題	今後の対策
予防の推進	1	【栄養】 ・食育の重要性や野菜摂取・減塩の必要性を県民に広く啓発し、食育の推進や生活習慣病予防へ繋げるために、食育応援店と協働した減塩プロジェクトの展開を図る。 ・小学校高学年を対象に、正しい食習慣の形成と子どもから家庭への波及を目指して、学校での健康教育を実施する。	・食を通じた生活習慣の改善提案(減塩の啓発、減塩商品の紹介、減塩惣菜の販売等)を行う減塩プロジェクトを展開 ・小学校高学年を対象にヘルスマイトによる食育教育を実施	・減塩プロジェクト参加企業35社により、野菜摂取や減塩の啓発、減塩商品の紹介等に取り組めた。 ・ヘルスマイトによる食育教育を101回実施し、朝食の重要性等を家庭で再学習する取組が実施できた。	・引き続き広報・啓発が必要	・減塩プロジェクトの継続 ・ヘルスマイトによる食育教育の継続
	2	【運動】 ・高知家健康パスポート事業さらに展開し、市町村での日々の健康づくりを促進させる健康づくり事業の後押しを行うなどして、運動習慣の定着を図る。 ・出前講座による健康教育と啓発を継続する。	・市町村や企業・団体等が開催するウォーキング大会や健康づくりに関するイベントにおいて健康パスポート事業のヘルシーポイントシールの付与を実施 ・出前講座による健康教育と啓発を継続	・ヘルシーポイントの付与により運動週間の定着を促進できた。(パスポート取得者数29,935名/H29年度末)	・無関心層に対して、より積極的に広報を行う必要がある。	・健康パスポートのアプリを開発し、歩数が記録できる機能を設けることを検討
	3	・e-ラーニングは、医師、薬剤師の受講が増えるよう、禁煙外来開設医療機関や高知家健康づくり支援薬局への周知を強化する。 ・機会をとらえて事業者に対し、受動喫煙防止の取組と「ノンスモーカー応援施設」及び「空気もおいしい！」認定事業の事業周知を十分に行う。	・禁煙外来開設医療機関や健康づくり支援薬局の医師・薬剤師・看護師などを対象にe-ラーニング研修を実施 ・福祉保健所を中心に受動喫煙防止に取り組む飲食店や事業所等への登録を呼びかけ(「空気もおいしい！」認定事業・ノンスモーカー応援施設)	・e-ラーニング研修に医師・薬剤師・看護師など92名の受講があり、禁煙指導のスキルアップが図れた。 ・平成29年度末時点で「ノンスモーカー応援施設」計377施設(+9施設)、「空気もおいしい！認定店」計210施設(+28施設)を認定し、受動喫煙対策に取り組む事業所が増加した。	・禁煙外来開設医療機関や健康づくり支援薬局のe-ラーニング受講率の向上	・禁煙外来開設医療機関や高知家健康づくり支援薬局への個別案内を継続
	4	【飲酒】 ・広告掲載やテレビ放送による啓発を継続する。	・テレビ放送「健康づくりローメモ」による啓発を実施	・テレビ放送「健康づくりローメモ」において適正飲酒の内容を5回放送し県民への啓発が図れた。	・引き続き広報・啓発が必要	・テレビ放送による啓発を継続する。
健診の推進	5	(県) ・市町村との個別協議を行い、国保保健事業や健康づくり団体連携促進事業費補助金の積極的な活用等受診率向上対策を働きかける。	・特定健診等の受診勧奨を行う地域の健康づくり団体の活動支援を行うための市町村助成を実施	・健康づくり団体連携促進事業費補助金を13市町村が活用し、健康づくり団体による「直接の声かけ」による受診勧奨が図られた。	・年代別に受診率が最も低い40歳代への受診率向上対策を検討する必要がある。	・40歳代への受診勧奨を強化
糖尿病の知識の普及	6	・広告掲載やテレビ放送による啓発を継続する。	・テレビ放送「健康づくりローメモ」による啓発を実施	・テレビ放送「健康づくりローメモ」においてCKDの内容を3回放送し県民への啓発が図れた。	・引き続き広報・啓発が必要	・テレビ放送による啓発を継続する。
	7					
	8	(医師会) 随時、講師名簿の更新を実施する。	報告があったものについて更新を実施。	計画通りリストアップされている。		引き続き、実施する。
	9	(医師会) 市民公開講座を継続して開催する。	世界糖尿病デーにあわせて開催している。	計画通り知識の普及が行われている。		引き続き、実施する。
	10	・引き続き、歯科診療所等からの歯周病予防の啓発や県民公開講座の開催などにより県民への啓発を実施。	・歯科診療所等において糖尿病と歯周病に関するリーフレット等を通じた知識の普及啓発を実施 ・歯周病予防県民公開講座を開催	・リーフレット配布による啓発が実施された。 ・公開講座による啓発が実施された。	・引き続き広報・啓発が必要	・引き続き、歯科診療所等からの歯周病予防の啓発や県民への啓発を実施

項目	番号	P(計画)	D(実行)	C(評価)	A(改善)	
					課題	今後の対策
保健と医療の連携	11	(保険者) ・検討会議へ保険者の参画について、検討する。	・検討会議委員に新たに保険者協議会を追加、また国保連合会がオブザーバーとして会議に参加	・検討会議に保険者の参画が得られた。	—	・現在の検討会議の体制による検討の継続
	12	(県) ・保健指導従事者向け研修会を充実する。	・糖尿病の予防と治療、保健指導について研修会を開催	・保健師、管理栄養士を中心に116名が受講しスキルアップが図れた。	・引き続きスキルアップが必要	・保健指導従事者向け研修会を継続
医療体制	13	(医師会) 医師会会員による研究会やセミナーの開催及び、その開催状況について今後、把握をしていくか等について検討する。	糖尿病を専門とする医師会会員による勉強会等が適宜開催されており、それをもって実行としている。	計画どおり、地域の医療機関のレベルアップが図られている。	実施状況の細かい把握がされていない。	今後、把握をしていくか等について検討する。
	14	(県、医師会) 糖尿病療養指導士が、それぞれの地域事情に合わせた活躍ができるように、情報提供等を行っていく。	平成29年度の講習会を経て新たに49名の認定者が誕生した。	計画通り人数の拡充がされている。	更新時にどのくらいの更新者がいるかが今後の課題	糖尿病療養指導士が、それぞれの地域事情に合わせた活躍ができるように、情報提供等を行っていく。
	15	(県 高知県内の糖尿病看護の質の向上を目指すため、高知県糖尿病看護「土佐の会」が主体となって研修会を継続予定。各地域での学習の場の提供や、日本糖尿病療養指導士および高知県糖尿病療養指導士との連携が必要。	高知県糖尿病看護「土佐の会」により、総会及び研修会を年3回実施。 参加者数：合計：約110名 内容：地域包括ケアシステムにおける糖尿病看護の役割、 フットケア、糖尿病チーム医療について等	県が開催した「専門分野糖尿病における質の高い看護師育成時事業」修了者が中心となり、高知県糖尿病看護「土佐の会」が発足し、県の事業終了後も、自主的な研修会等が定期的に開催されている。 高知県糖尿病療養指導士の資格が得られる研修内容にもなっており、県内の糖尿病看護に貢献できている。 ※会員数94名 うち糖尿病認定看護師 7名、日本糖尿病療養指導士 54名 ※「高知県糖尿病看護土佐の会」の事務局：細木病院 ※代表世話人：高知県立大学看護学部高樽助教 ※ホームページの充実を図り、会の活動をみえる化を実施 H28「糖尿病性腎症重症化予防プログラムについて」講演会 ：長寿政策課の事業（89名参加、1日間） H27「血管系疾患看護研修」を実施した。（31名参加、6日間） H26「糖尿病中期研修」を実施した。（11名、16日間） H25「糖尿病における質の高い看護師育成研修」を実施した。（11名、40日間）	継続した研修会の開催が必要。	高知県内の糖尿病看護の質の向上を目指すため、高知県糖尿病看護「土佐の会」が主体となって研修会を継続予定。 各地域に出た学習の場の提供や、日本糖尿病療養指導士および高知県糖尿病療養指導士との連携が必要。 しかし、糖尿病に特化した事業の継続は困難であり、血管病変を含む血管病重症化予防策に係る研修の継続をすすめる。
	16	(歯科医師会) ・医科歯科連携に向けた歯科医療従事者の研修会を充実する。	・高知糖尿病チーム医療検討会への参加による医科歯科連携の推進	・高知糖尿病チーム医療検討会にシンポジストとして参加し、医科歯科連携の現状・課題・今後の対応等について検討を進めた。	引き続き多職種による医科歯科連携の取組が必要	・高知糖尿病チーム医療検討会による検討の継続
	17	(県)・管理栄養士不在の診療所と病院が連携した栄養指導の実施	(安芸地区) ・糖尿病専門部会の開催(2回) ・東部地区糖尿病勉強会の開催(2回 100人) ・自助グループ等を対象とした糖尿病勉強会の開催1回(21人) (中央西地区) ・高知県栄養士会に委託し、モデル地区の診療所へ管理栄養士を派遣した。(指導実施延べ52人) ・糖尿病講演会の開催(2回 100人) ・糖尿病重症化予防及び高血圧対策事業検討会の開催 ・地域予防活動の実施 (県下全域) ・外来栄養食事指導推進事業開始 ・協力医療機関として75医療機関登録 ・外来栄養食事指導件数:7,074件(H29.7~H30.3) ・内、栄養指導目的の紹介患者数は30件(3.8%) ・外来栄養食事指導研修会開催(2回 115人)	・計画通り、管理栄養士派遣によって診療所での栄養指導が行われた。 ・講演会等の研修事業も継続的に行われており、地域の糖尿病に対する理解の向上に寄与している。 ・診療所からの紹介先となる協力医療機関を全医療圏に登録できた。 ・栄養指導目的の紹介件数が少ない。	・栄養士会で派遣できる管理栄養士に限りがあり、栄養指導の実施件数は伸びていない。 ・モデル地域に限らず管理栄養士による外来栄養食事指導が必要な方に行きわたっていない。 ・事業周知、協力医療機関数の増加が必要。	・管理栄養士不在の診療所と病院が連携した栄養指導の実施。 ・事業周知、協力医療機関数の増加対策を実施。
18	(栄養士会) ・引き続き生涯教育や栄養CS登録者研修会の実施により活動できる管理栄養士の育成を図る。 ・外来栄養食事指導推進事業を通じ、栄養指導技術のスキルアップ向上を図るとともに、外来栄養食事指導の効果の検証、評価を行う。 ・望ましい生活習慣の定着のため、県民(患者)の身近な場所で継続的に栄養食事指導を受けられる体制づくりを目指す。	・栄養指導技術のスキルアップのため生涯教育は年間14日、延べ530名が受講した。 ・外来栄養食事指導推進研修会を2回開催し、延べ115名が受講した。また、75施設の協力のもと126名(延指導件数286)のデータから外来栄養食事指導の効果の検証を行った。 ・研修会や機関誌等を通じて協力医療機関および会員への周知、啓発を行った。	・計画どおり研修会を開催し、栄養指導技術のスキルアップを図ることができた。 ・H29年7月~H30年2月の栄養食事指導票分析では、体重については有意な変化は見られなかったが、指導の初回と最終では、全体のHbA1cが8.0%から7.2%に有意に減少するほか、意識や行動など生活習慣の改善に関係する多くの項目で改善が見られた。 ・協力医療機関における7月~2月末までの外来栄養食事指導件数は5078件で、うち糖尿病の指導件数は2476件(48.8%)を占めていた。栄養指導目的の紹介患者数は全体で18件(0.4%)と少なく、期間中の指導件数の伸びは殆どなかった。	・栄養CS登録者は増加したが、まだ活動できる管理栄養士は十分ではない。 ・管理栄養士が雇用されていない診療所等に限らず、管理栄養士が雇用されている病院等でも外来栄養食事指導の件数が少ない。 ・病診連携による外来栄養食事指導件数は少ない。	・生涯教育や栄養CS登録者研修会の実施により活動できる管理栄養士の育成を図る。 ・栄養指導技術の向上のため、継続してスキルアップ研修会の開催と栄養食事指導のデータ集積を行わない外来栄養食事指導件数の増加を図る。 ・協力医療機関の医師、管理栄養士を対象に栄養食事指導に対するアンケート調査を行い実態把握と課題整理を行う。	

資料1-3

糖尿病医療体制構築に係る現状把握のための指標

●国の作成指針で示された指標 ■県独自で追加した指標

初期・安定期治療		H22	安芸医療圏			中央医療圏			高幡医療圏	幡多医療圏	計等	出典等
			中央東	高知市	中央西	中央東	高知市	中央西				
ストラクチャー指標	●糖尿病内科(代謝内科)医師数	H22	0	8	8	2	0	1	19	医師・歯科医師・薬剤師調査(2年ごと)		
		H24	0	8	10	3	0	0	21			
		H26	2	19	32	7	0	6	66			
		H28	3	21	33	9	0	4	70			
	●糖尿病内科(代謝内科、内分泌代謝内科)を標榜する医療機関数	H24.2	0	4	16	3	0	1	24	こうち医療ネット調べ(随時)		
		H27.8	0	7	18	5	0	1	31			
●管理栄養士を配置している医療機関数	H28.8	0	4	15	4	0	1	24	県医療機能調査			
	H30.11	0	7	17	4	0	3	31				
	H24	4	4	20	5	1	7	41				
プロセス指標	●健康診断・健康検査の受診率(40~74歳)	H22	59.8%[男62.1%、女57.5%] (全国64.3%)						国民生活基礎調査(大規模は3年ごと)			
		H25	55.3%[男58.8%、女52.3%] (全国62.3%)									
	●高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率(人口10万人対)	H20	248[男229、女264] (全国260[男241、女273])						患者調査補正值			
		H22	77.0%[男72.7%、女82.1%] (全国78.2%[男75.6%、女81.3%])									
	●検診を契機に受診した患者数(20歳以上の受診率)	H25	H25調査ではなし。						国民生活基礎調査(大規模は3年ごと)			
		H23	32.1% (全国38.1%)									
	■肥満者の割合(20歳以上)	H23	32.1% (全国38.1%)						H23県民健康・栄養調査/国民健康・栄養調査/H23県調べ			
	■住民への啓発活動	H24	0	0	0	0	1	0		1		
	■糖尿病患者に対し必ず眼科検診を進めている医療機関の割合	H24	10	22	61	19	13	15	140	県医療機能調査		
		H24	8	14	32	6	1	6	67			
■糖尿病患者に対し積極的に歯科検診を進めている医療機関の割合	H29	11	36	63	23	12	24	169	県医療機能調査			
	H23	19.5% (全国23.6%)						H23県民健康・栄養調査/国民健康・栄養調査				
●治療中断率	未受診者	H23	28.5% (全国33.0%)									
		治療を受けたことはあるが今は治療していない	H23	8.9% (全国13.5%)								
●年齢調整死亡率(人口10万人対)	男	H22	10.64	4.95		2.43	9.24	5.60	(全国6.70)	人口動態特殊報告(5年ごと)		
		H27	6.03	3.68		2.10	1.85	3.42	(全国3.30)			
	女	H22	6.1(全国5.5)						人口動態特殊報告(5年ごと)			
		H27	2.1(全国2.5)									
■年齢調整受療率(人口10万人対)	H23	332.1	312.4		267.0	242.8		H23県患者動態調査				
●退院患者平均在院日数	H20	37.3	36.6		26.0	49.8	36.7	(全国38.6)	患者調査(3年ごと)			
	H23	96.6 (全国36.1)										
アウトカム指標	●糖尿病腎症による新規透析導入率(人口10万人対)	H26	41.0 (全国35.5)						日本透析医学会(各年新規透析導入患者)			
		H17								11.3		
		H18								13.0		
		H19								18.0		
		H20								15.0		
		H21								14.0		
		H22								16.2		
		H23								16.3		
		H24								14.1		
		H25								15.2		
		H26								13.1		
		H27								15.8		
		H28								16.4		

専門治療		H24	安芸医療圏			中央医療圏			高幡医療圏	幡多医療圏	計等	出典等
			中央東	高知市	中央西	中央東	高知市	中央西				
ストラクチャー指標	●教育入院を行う医療機関数	H24	5	11	27	8	4	10	65	県医療機能調査		
		H29	2	11	24	9	4	15	65			
	●糖尿病専門外来のある医療機関数	H24	1	3	14	4	0	1	23	こうち医療ネット		
		H29	1	4	20	3	0	2	30			
	■糖尿病看護認定看護師	H23.12							3	日本看護協会		
		H24.12							4			
H25.12								6				
H26.12								8				
H27.8								8				
H28.8								7				
H29.12								7				
■日本糖尿病療養指導士数	H24.11	9	28	94	19	2	8	160	日本糖尿病療養指導士認定機構			
	H26.6							176				
	H27.6							176				
	H28.6							171				
	H30.6							163				
	H30.11							163				
■日本糖尿病学会専門医数	H24.11	1	11	24	3	0	1	40	日本糖尿病学会			
	H26.5	0	11	24	2	0	1	38				
	H27.8	0	13	24	2	0	1	40				
	H28.8	0	14	25	2	0	1	42				
	H30.10	0	13	25	2	0	1	41				
	H30.11	0	13	25	2	0	1	41				
■日本内分科学会専門医数	H24.5	0	9	7	1	0	0	17	日本内分科学会			
	H26.6	0	6	10	1	0	0	17				
	H27.6	0	6	10	1	0	0	17				
	H28.4	0	6	8	1	0	0	15				
	H30.10	0	5	8	1	0	0	14				
	H30.11	0	5	8	1	0	0	14				
■小児の糖尿病治療が可能な医療機関数	H24	1	1	9	2	2	4	19	県医療機能調査			
	H29	3	5	6	0	3	5	22				
プロセス指標	●特定健診要医療率	H22	31.2%	29.7%	34.3%	28.8%	33.7%	32.5%	市町村国保特定健康診査			
		H25	26.5%	25.3%	28.1%	25.6%	26.3%	29.9%				
		H26	28.2%	27.4%	28.8%	27.5%	28.2%	29.9%				
	●血圧要医療率	H22	50.9%	44.9%	37.1%	50.7%	49.6%	50.6%	市町村国保特定健康診査			
		H25	52.9%	48.8%	48.1%	50.3%	52.9%	49.7%				
		H26	53.3%	48.5%	47.3%	52.1%	52.7%	50.9%				
	●肥満要指導率	H22	33.3%	25.2%	22.6%	27.5%	25.4%	24.2%	市町村国保特定健康診査			
		H25	33.4%	27.9%	24.2%	26.9%	26.4%	25.3%				
		H26	33.5%	27.5%	23.7%	26.7%	26.3%	25.6%				
	●メタボ該当者率	H22	21.1%	18.1%	16.1%	18.0%	18.1%	19.8%	市町村国保特定健康診査			
H25		20.4%	18.7%	17.5%	17.0%	17.2%	17.9%					
H26		21.8%	19.0%	17.6%	17.4%	17.6%	18.5%					
アウトカム指標	●年齢調整死亡率(再掲)	初期・安定期治療に同じ										
	■年齢調整受療率(再掲)	初期・安定期治療に同じ										
	●退院患者平均在院日数(再掲)	初期・安定期治療に同じ										
	●糖尿病腎症による新規透析導入率(再掲)	初期・安定期治療に同じ										

急性憎悪時治療		H24	安芸医療圏			中央医療圏			高幡医療圏	幡多医療圏	計等	出典等
			中央東	高知市	中央西							
ストラクチャー指標	●24時間緊急時の初期対応が行える医療機関数	H24	6	8	19	8	5	8	54	県医療機能調査		
	H29	5	12	19	7	5	16	64				
アウトカム指標	●年齢調整死亡率(再掲)	初期・安定期治療に同じ										
	■年齢調整受療率(再掲)											
	●退院患者平均在院日数(再掲)											
	●糖尿病腎症による新規透析導入率(再掲)											

慢性合併症治療		H24	安芸医療圏			中央医療圏			高幡医療圏	幡多医療圏	計等	出典等
			中央東	高知市	中央西							
ストラクチャー指標	●糖尿病網膜症のレーザー治療が可能な医療機関数	H24	3	5	16	3	3	4	34	県医療機能調査		
	H29	1	7	19	2	2	5	36				
	●糖尿病足病変に関する指導を実施する医療機関数 (糖尿病合併症管理料の届出機関数)	H24.11	1	0	13	4	0	0	18	診療報酬施設基準 (毎月)		
		H26	0	2	16	1	1	4	24			
		H27.8	1	1	16	1	0	0	19			
		H28.8	1	1	16	4	0	0	22			
		H30.10	1	2	16	3	0	1	23			
	■日本糖尿病協会登録歯科医師数	H24.5	1	3	20	1	1	4	30	日本糖尿病協会		
		H26	0	2	17	1	1	4	25			
		H27.8	0	2	16	1	1	3	23			
		H28.8	0	2	15	1	1	3	22			
	■糖尿病透析予防管理指導料の届出医療機関数	H24	1	3	9	3	1	1	18	H24県医療機能調査		
		H26.6	0	3	9	4	1	1	18			
		H28.8	0	2	10	3	0	1	16			
		H30.10	0	2	9	3	0	1	15			
■腎不全に対して人工透析が可能な医療機関数	H24	3	6	16	4	3	6	38	県医療機能調査			
	H29	3	7	16	3	3	5	37				
アウトカム指標	●糖尿病を基礎疾患に持つ患者の脳卒中発生率	H23.11～ H24.9	2,855症例のうち、糖尿病患者23.9%(治療あり18.7%、未治療5.2%)									県脳卒中患者調査
		H26.2～ H27.1	28.4%	20.5%	24.9%	21.7%	27.1%	22.9%	23.9%			
		H27.2～ H28.1	29.8%	22.8%	26.3%	20.3%	28.4%	24.8%	28.9%			
		H28.2～ H29.1	24.6%	31.1%	23.5%	21.1%	21.2%	23.5%	24.9%			
		H28.2～ H29.1	25.0%	24.5%	24.8%	25.3%	25%	18.8%	24.2%			
		H29.1	33.4%	25.8%	24.9%	13.2%	38.2%	27.2%				
	■糖尿病網膜症に対する硝子体手術を行った実患者数	H24	0	48	87	0	1	0	136	H24県医療機能調査		
	■糖尿病網膜症に対するレーザー治療を行った実患者数	H24	15	109	232	61	27	21	465			
	●年齢調整死亡率(再掲)	初期・安定期治療に同じ										
	■年齢調整受療率(再掲)											
●退院患者平均在院日数(再掲)												
●糖尿病腎症による新規透析導入率(再掲)												

その他の指標		H23	安芸医療圏			中央医療圏			高幡医療圏	幡多医療圏	計等
			中央東	高知市	中央西						
高知県における新規硝子体手術を受けた糖尿病患者数(PDR) (人口10万人対)	H23									10.2	
	H24									9.6	
	H25									14.5	
	H26									10.2	
	H28									10.1	

全国との比較		全国			高知県		
糖尿病腎症による新規透析導入率(人口10万人対)の全国との比較	H22	12.7			16.2		
	H23	13.1			16.3		
	H24	12.7			14.1		
	H25	12.6			15.2		
	H26	12.4			13.1		
	H27	12.6			15.8		
	H28	12.7			16.4		
特定健康診査受診率(%)の全国との比較	H22	42.6%			38.1%		
	H23	44.0%			41.5%		
	H24	45.6%			43.4%		
	H25	47.1%			42.9%		
	H26	48.6%			44.7%		
	H27	50.1%			46.6%		
特定保健指導の実施率(%)の全国との比較	H22	13.3%			12.7%		
	H23	15.3%			15.1%		
	H24	16.8%			15.6%		
	H25	18.0%			15.5%		
	H26	17.8%			15.8%		
	H27	17.5%			14.6%		

日本透析医学会(各  
年新規透析導入患  
者)、人口動態調査

厚生労働省特定健康  
診査・特定保健指導  
に関するデータ

資料2-1

第7期 高知県保健医療計画 評価調査

評価項目	糖尿病	担当課名	医療政策課
------	-----	------	-------

第7期 高知県保健医療計画 記載内容

現状(医療計画策定時)	課題	対策	目標			
			項目	目標設定時	直近値 (計画評価時)	目標 (平成35年度)
<p>【予防の状況】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●40～69歳の肥満状況 男性34.2% 女性20.2%</li> <li>●運動習慣のある者 20～64歳男性20.4% 女性19.0% 65歳以上男性50.0% 女性38.2%</li> <li>●特定健康診査受診率 46.6%(全国平均より3.5ポイント低い)</li> <li>●特定保健指導実施率 14.6%(全国平均より2.9ポイント低い)</li> <li>●市町村国保特定健康診査実施状況 個別15.2% 集団20.6%</li> </ul> <p>【患者の状況】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●年齢調整外来受療率(人口10万人対) 99.4</li> <li>●特定健診受診者40～74歳で糖尿病が強く疑われる者 約2万8千人(対象人口の約8.2%)</li> <li>●糖尿病の可能性を否定できない者 約3万2千人(対象人口の約9.3%)</li> <li>●特定健診での未治療ハイリスク者 市町村国保602人 協会けんぽ330人 後期高齢者107人</li> <li>●特定健診での糖尿病治療者のうちHbA1c7.0%以上 1,485人</li> <li>●糖尿病合併症あり、糖尿病治療レセプトが無い者 市町村国保753人 協会けんぽ268人</li> <li>●人工透析患者 2,303人(人口1万人当たり31.8人)</li> <li>●新規透析導入患者 276人 うち、糖尿病性腎症 115人(41.7%) 人口10万人当たりでは15.8人</li> <li>●糖尿病網膜症により新規硝子体手術を受けた患者数 77人 人口10万人対10.6人</li> <li>●年齢調整死亡率 男性6.1 女性2.1</li> <li>●外来栄養食事指導料SCR 安芸35.1 中央77.3 高幡12 幡多32.9 県62.5</li> <li>●受療動向(入院) 高幡、安芸は中央医療圏へ流出 30%～50%(10人～20人程度)</li> </ul> <p>【医療提供体制の状況】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●糖尿病教室実施医療機関数 県35 安芸4 中央27 高幡1 幡多3</li> <li>●糖尿病内科医師数 県23 安芸0 中央21 高幡0 幡多1</li> <li>●糖尿病教育入院可能医療機関数 県66 安芸3 中央44 高幡5 幡多14</li> <li>●小児糖尿病治療実施可能医療機関数 県22 安芸3 中央12 高幡2 幡多4</li> <li>●日本糖尿病学会専門医在籍医療機関数 県23 安芸0 中央22 高幡0 幡多1</li> <li>●日本内分泌学会専門医在籍医療機関数 県14 安芸0 中央14 高幡0 幡多0</li> <li>●日本糖尿病学会糖尿病専門医数 県42 安芸0 中央41 高幡0 幡多1</li> <li>●日本腎臓学会腎臓専門医数 県26 安芸0 中央25 高幡0 幡多1</li> <li>●日本糖尿病療養指導士数 県162 安芸9 中央138 高幡1 幡多9</li> <li>●高知県糖尿病療養指導士数 県449 安芸164 中央206 高幡9 幡多70</li> <li>●24時間緊急時初期対応実施可能医療機関数 県56 安芸5 中央36 高幡4 幡多11</li> <li>●糖尿病の集学的治療実施可能医療機関数 県16 安芸2 中央11 高幡1 幡多2</li> <li>●糖尿病透析予防指導管理料の届出施設数 県14 安芸0 中央13 高幡0 幡多1</li> <li>●糖尿病腎症による透析実施可能医療機関数 県37 安芸3 中央27 高幡2 幡多5</li> <li>●管理栄養士配置医療機関数 県141 安芸9 中央107 高幡9 幡多16</li> <li>●外来栄養食事指導実施件数 県1023 安芸35 中央920 高幡10 幡多58</li> <li>●糖尿病網膜症への光凝固療法実施可能医療機関数 県38 安芸3 中央28 高幡2 幡多5</li> <li>●積極的に歯科健診を勧めている医療機関数 県157 安芸11 中央123 高幡5 幡多18</li> </ul>	<p>1. 予防</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●危険因子啓発、特定健診等による健康状態把握・生活習慣改善による発症リスク低減必要</li> <li>●栄養・食生活習慣改善、運動習慣定着などの身体活動・運動習慣改善重要</li> </ul> <p>2. 患者への対応</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●特定健康診査にて保健指導、受診勧奨実施するも、自覚症状無しのため未受診継続・受診中断あり</li> <li>●上記には重症化進行に伴い、糖尿病性腎症を原疾患とする新規人工透析導入者も含まれるため対策必要</li> </ul> <p>3. 医療提供体制</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●各職種間、紹介・逆紹介の連携体制が十分とは言えない</li> <li>●糖尿病専門的医療従事者は県中央部へ集中</li> <li>●医療機関における管理栄養士による外来栄養食事指導実施件数及び連携体制が十分ではない。</li> </ul>	<p>1. 予防</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●危険因子の知識普及(県)</li> <li>●インセンティブ事業による健康づくりの県民運動展開(県)</li> <li>●未受信者への受診勧奨、がん健診とのセット化といった環境整備、健診受診率の向上(県、保険者)</li> <li>●従事者研修、体制強化による特定保健指導の充実(県、保険者)</li> <li>●健診後未治療ハイリスク者の受診勧奨強化(県、保険者)</li> <li>●専門医師による講演など実施(県、市町村、医師会、歯科医師会)</li> <li>●公開講座など実施(県、医師会、歯科医師会)</li> <li>●広報紙やラジオ、テレビでの県民への広報、事業主と連携した職域での啓発活動(県)</li> </ul> <p>2. 患者への対応</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●糖尿病性腎症重症化予防プログラムにおいて、未受診者・治療中断者へ受診勧奨及び危険性に対する情報提供等の保健指導実施</li> <li>●同プログラムにおいて、重症化ハイリスク者への病診連携、外来栄養食事指導、保健指導のいずれか又は組み合わせを実施</li> </ul> <p>3. 医療提供体制</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●糖尿病性腎症重症化予防プログラムに沿って保険者への情報提供・保健指導(かかりつけ医)</li> <li>●医療資源の地域偏在緩和のため高知県糖尿病療養指導士との連携推進(県、医師会)</li> <li>●糖尿病患者に対する積極的歯科健診受診勧奨(医師会、歯科医師会)</li> <li>●糖尿病連携手帳を活用し多職種との連携を図る</li> <li>●外来栄養食事指導推進事業を推進し(県、栄養士会)、外来栄養食事指導実績向上(協力医療機関)、管理栄養士不在診療所等からの紹介患者の病診連携に取り組む</li> </ul>	<p>1. 糖尿病有病者数(40-74歳)</p> <p>2. 糖尿病予備群数</p> <p>3. 健康パスポート交付者数</p> <p>4. 特定健康診査受診率</p> <p>5. 特定保健指導実施率</p> <p>6. 公開講座、啓発活動開催</p> <p>7. 運動によるインセンティブ事業実施市町村数</p> <p>8. 健康パスポートと連携した運動イベント数</p>	<p>1. 28,608人</p> <p>2. 32,565人</p> <p>3. 13,500人</p> <p>4. 46.6%</p> <p>5. 14.6%</p> <p>6. 行っている</p> <p>7. 14</p> <p>8. 50</p>	<p>1. 増加させない</p> <p>2. 30,000人以下</p> <p>3. 50,000人</p> <p>4. 70%</p> <p>5. 45%</p> <p>6. 各保健医療圏ごとに年1回以上</p> <p>7. 34市町村</p> <p>8. 100以上</p>	
				<p>1. 糖尿病性腎症による新規人工透析患者数</p> <p>2. 糖尿病網膜症により新規に硝子体手術を受けた糖尿病患者数</p> <p>3. 糖尿病外来受療率</p> <p>4. 糖尿病治療中断者数</p> <p>5. 未治療ハイリスク者数</p> <p>6. 特定健診受診者で、糖尿病治療中の者のうち、HbA1c7.0%以上の数</p> <p>7. 未治療ハイリスク者・治療中断者への受診勧奨を実施した件数</p> <p>8. 未治療ハイリスク者・治療中断者への受診勧奨で受診につながった人数</p> <p>9. 保険者がかかりつけ医にプログラム連絡票を送付した人数</p> <p>10. 保険者へ送られた情報提供書の枚数</p> <p>11. 専門医療機関(栄養指導あり)と連携した人数</p> <p>12. 専門医療機関(栄養指導なし)と連携した人数</p> <p>13. 外来栄養食事指導推進事業に基づいて他の医療機関に紹介された人数</p> <p>14. 保険者による保健指導の対象となった人数</p> <p>15. 医療圏ごとの外来栄養食事指導SCR</p>	<p>1. 108人</p> <p>2. 87人</p> <p>3. 179</p> <p>4. 今後検討</p> <p>5. 1,039人</p> <p>6. 1,485人</p> <p>7. 今後検討</p> <p>8. 今後検討</p> <p>9. 今後検討</p> <p>10. 今後検討</p> <p>11. 今後検討</p> <p>12. 今後検討</p> <p>13. 今後検討</p> <p>14. 今後検討</p> <p>15. 安芸35.1 中央77.3 高幡12 幡多32.9</p>	<p>1. 増加させない</p> <p>2. 増加させない</p> <p>3. 200以上</p> <p>4. 今後検討</p> <p>5. 500人以下</p> <p>6. 700人以下</p> <p>7. 1,000人以上</p> <p>8. 今後検討</p> <p>9. 今後検討</p> <p>10. 今後検討</p> <p>11. 今後検討</p> <p>12. 今後検討</p> <p>13. 今後検討</p> <p>14. 今後検討</p> <p>15. 各医療圏100以上</p>

資料2-2

平成30年度の取り組みについて

項目	番号	P(計画)	D(実行)	C(評価)	A(改善)	
					課題	今後の対策
予防	1	(生活習慣の改善) ・健康づくりロモモ(30秒テレビ広報、年間102回)による栄養・運動・ストレス・喫煙・飲酒・血管病の重症化予防・高血圧等の啓発 ・高血圧対策サポーター企業による高血圧の啓発 ・減塩プロジェクトによる減塩等の啓発 ・高知家健康パスポート事業による健康づくりの県民運動の展開	・健康づくりロモモによる啓発 ・栄養6回、運動3回、ストレス3回、喫煙6回、飲酒3回、血管病の重症化予防3回、高血圧3回放送(H30.11月末) ・高血圧対策サポーター企業による啓発 ・認定企業515事業所(コンビニ、薬局等)による高血圧予防の啓発(家庭血圧測定、運動、野菜摂取)を展開 ・減塩プロジェクトによる啓発 ・参加企業35社(スーパー、食品メーカー等)による減塩の啓発や減塩商品の紹介等を展開 ・高知家健康パスポート事業 ・パスポート取得者数30,428名(H30.9月末) ・パスポートⅢへのランクアップの導入(4月) ・マイスターへのランクアップの導入(9月) ・健康パスポートアプリの配信(9月)			
	2	(健康診断の受診率向上) ・特定健診、特定保健指導の受診率向上対策	・40歳代前半(約8,000人)を対象とした受診勧奨リーフレット(知事からの手紙)を市町村から対象者に配付(10月) ・国保被保険者が所属する団体(JA等)と連携した受診勧奨の実施(9・10月) ・県栄養士会の特定保健指導受託体制を強化するため補助事業を実施(通年) ・特定保健指導従事者のスキルアップを図るため研修会を開催(8月初任者編1回、9・10月経験者編全2回)			
	3	講師名簿の更新を実施	報告があったものについて更新を実施			
	4	市民公開講座を開催	世界糖尿病デーにあわせて開催			
患者への対応	5	(糖尿病の重症化予防) ・高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づく重症化予防対策	・国保連合会から毎月市町村に対象者名簿を通知(5月～)、対象者名簿の作成を自動化できるよう作成ツールを改良(9月) ・市町村担当者を対象に取組の推進に関する説明会を開催(5・8月全2回) ・かかりつけ医へのプログラム周知を図るため糖尿病講演会を開催(11月中央・高幡各1回、1月幡多1回予定) ・重症化予防プログラムの概要や専門医への紹介基準等を掲載したリーフレットを作成配布(11月)			
医療提供体制	6	(県、医師会) 糖尿病療養指導士が、それぞれの地域事情に合わせた活躍ができるように、情報提供等を行っていく。	平成30年度の講習会は10月に開催(CDE高知)			
	7	勉強会等でのCDE高知単位取得機会の確保	CDE高知単位が取得できる勉強会等を医師会会員が開催			
	8	CDE高知と連携した活動実施	講演会開催 糖尿病療養指導学会での発表 イベントでの血糖測定等実施			
	9	(歯科健診の受診勧奨) ・糖尿病の合併症である歯周病との関連を紹介したリーフレットによる啓発 ・全市町村が参加する県内統一の成人歯科健診制度の創設	・歯科医療機関等において、リーフレットを活用した歯科検診の受診勧奨を実施 ・県内統一の成人歯科健診制度の創設に向けて、関係機関(市町村、県歯科医師会、国保連合会)との調整を実施			
	10	(県) 外来栄養食事指導推進事業の推進	・協力医療機関として2医療機関増加。計77医療機関。 ・外来栄養食事指導件数:H29年度と比較し1ヶ月平均49件増加(H30.4～6)。 ・内、栄養指導目的の紹介患者数は0.4% ・外来栄養食事指導研修会開催(2回 178人) ・管理栄養士派遣意向調査実施(県内診療所対象) ・人件費補助があれば21ヶ所の診療所が派遣を希望(人件費補助なしであれば10ヶ所が希望)。 ・地域の勉強会、講演会等にて事業広報実施			
11	(栄養士会) ・生涯教育や栄養CS登録者研修会の実施により活動できる管理栄養士の育成を図る。 ・栄養指導技術の向上のため、継続してスキルアップ研修会の開催と栄養食事指導のデータ集積を行わない外来栄養食事指導件数の増加を図る。 ・協力医療機関の医師、管理栄養士を対象に栄養食事指導に対するアンケート調査を行い実態把握と課題整理を行う。	・栄養指導技術のスキルアップのため生涯教育は年間9日間を予定し開催中。 ・外来栄養食事指導推進研修会を2回開催し、延べ178名が受講した。 ・協力医療機関の医師と管理栄養士に対し、栄養食事指導に関するアンケート調査を実施した。 ・12月末まで栄養指導のデータ集積を行わない結果の評価、分析を予定。				

高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラム  
修正案

※下線部は意見反映案

平成 30 年 1 月

高 知 県 医 師 会  
高知県糖尿病医療体制検討会議  
高 知 県

# 目次

1	本プログラムの趣旨及び目的	1
2	取組にあたっての関係者の役割	1
3	プログラム対象者選定の考え方	3
4	対象者への介入方法	4
5	取組にあたっての関係者間の連携	6
6	プログラムの評価	9
7	円滑な事業の実施に向けて	10
8	様式集	12

## 1 本プログラムの趣旨及び目的

現在、日本だけでなく、世界各国において生活習慣と社会環境の変化に伴い、メタボリックシンドローム及び糖尿病患者数の増加が課題となっている。糖尿病が重症化すると、網膜症や腎症などの合併症を引き起こし、患者のQOL（生活の質）を著しく低下させるだけでなく、医療経済的にも大きな負担となり、特に、糖尿病性腎症が重症化し人工透析に至ると、日常生活が大きく制限され、患者の肉体的、精神的負担が大きい。

本県には、平成27年末現在で約2,300人の人工透析患者がおり、平成27年に新たに透析が必要となった患者のうち、糖尿病性腎症の患者は約4割を占めている。このため、県民が地域で健康に暮らしていくためには、県内の医療関係者や保険者等が協力して糖尿病の重症化を予防する取組を進めることが重要である。

そこで、糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者・治療中断者を適切な受診勧奨によって医療に結びつけるとともに、糖尿病で通院する患者のうち、腎症が重症化するリスクの高い者に対しては、適切な時期に病診連携を行うことや保険者と医療機関が連携した保健指導等を行い、腎症の重症化予防により人工透析の導入を減少させることで、県民の健康増進及び医療費の適正化を図ることを目的として本プログラムを策定する。

なお、本プログラムは、高知県医師会、高知県糖尿病医療体制検討会議及び高知県の三者で策定し、保険者における対策の実施が容易となるよう基本的な考え方を示すものである。

## 2 取組にあたっての関係者の役割

### (1) 市町村及び保険者の役割

ア 保険者は、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等を分析し、地域の実情に応じた糖尿病性腎症の重症化予防対策を立案する。

イ 市町村及び保険者は、対象者への支援内容の検討及び取組の実施にあたっては、地域の医療機関等と連携し、様々な観点から総合的に検討することが重要であり、郡市医師会との連携体制の構築を図り、関係機関との情報共有に努める。

ウ 実施した取組については、その結果の評価・分析を行い、PDCAサイクルに基づき次年度の事業展開につなげる。

### (2) 県の役割

県は、保険者による本プログラム対象者の把握を促進するために、マスメディア等を活用した特定健診の受診勧奨を行うとともに、KDB（国保データベース）システム等を活用した対象者の抽出ツールの開発と保険者による円滑な運用を支援する。なお、国保、後期高齢者広域連合以外の保険者にあつては、保険者協議会を通じて相談するものとする。

また、保険者における円滑な事業実施を支援する観点から、保険者からの相談に応じるとともに、保険者における事業の実施状況を把握の上、医師会や糖尿病

医療体制検討会議、保険者協議会等と情報を共有し、取組に対する総合的な評価・検証を行う。

### **(3) 後期高齢者医療広域連合の役割**

後期高齢者について、保険者と県の両者の役割を担うが、特に実施面では、市町村に上記(1)の役割を果たしてもらうよう、市町村との連携を図る。

### **(4) 医師会の役割**

高知県医師会及び郡市医師会は、会員及び医療従事者に対して、県や保険者が行う糖尿病性腎症重症化予防の取組を周知し、保険者とかかりつけ医との連携体制の構築を支援するとともに、かかりつけ医と専門医等との連携を強化するなど、必要な協力を行うよう努める。また、必要な場合は、保険者に連携体制構築のための協力を依頼するとともに、関係機関との情報共有に努める。

### **(5) 高知県糖尿病医療体制検討会議<sup>注1)</sup>の役割**

糖尿病性腎症重症化予防に係る県や保険者の取組について、構成団体へ周知するとともに、医学的・科学的観点から助言を行うなど、保険者の取組に協力するように努める。さらに、医師会や高知県慢性腎臓病(CKD)対策連絡協議会と連携し、透析予防を目的とした病診連携体制の構築を提言する。

注1) 糖尿病医療提供体制の充実を図るために、かかりつけ医と専門医療機関との連携強化など、医療体制の整備に関する検討や医療計画に基づく取組みに関する検討・評価などを行っていくことを目的として設置された組織。糖尿病対策推進会議の幹事団体・主な構成団体を代表する委員より組織されており、「各都道府県単位の糖尿病対策推進会議」と同等の機能を有する。

### **(6) 高知県慢性腎臓病(CKD)対策連絡協議会<sup>注2)</sup>の役割**

血管病の重症化予防対策の中で、慢性腎臓病についての正しい知識の普及やCKD対策に必要な人材の育成等を図るとともに、医師会等と連携し、CKDにおいて重症化するリスクの高い患者について病診連携を推進する体制を構築する。

注2) 慢性腎臓病(CKD)に関する正しい知識の普及や人材育成等を目的として設置された組織。

### **(7) 高知県保険者協議会<sup>注3)</sup>の役割**

本プログラムを保険者に周知するとともに、県内保険者の取組を促進するため、他県での好事例の取組の紹介や保険者に対する研修等を実施するとともに、県内保険者の取組実績について調査・分析に取り組む等、事業の円滑な実施に協力する。

注3) 高知県内の医療保険者等が連携・協力し、保健事業の効果的な実施等により被保険者等の健康保持、増進を図るとともに、保険者の円滑な事業運営に資することを目的として設置された組織。

### **(8) 高知県歯科医師会の役割**

高知県歯科医師会は、本プログラムを会員に周知するとともに、糖尿病と歯周病について正しい知識の普及を図り、本プログラム対象者の歯周病対策を保険者及び医科のかかりつけ医と連携して行う。

### **(9) 高知県薬剤師会、高知県看護協会、高知県栄養士会等の役割**

高知県薬剤師会、高知県看護協会、高知県栄養士会等関係団体は、本プログラムを会員及び医療従事者に周知するとともに、本プログラムの対象者が、確実に受診を継続できるよう、保険者と連携してかかりつけ医、糖尿病専門医及び腎臓専門医等の指示の下で療養指導を行う。

## **3 プログラム対象者選定の考え方**

本プログラムが推奨する基準は下記のとおりとする（特定健診、レセプトデータ等から抽出）。ただし、地域の実情に応じて保険者が個別に定めることができるものとする。\*将来的に、歯周病疾患の組み入れ検討

### **(1) プログラムⅠ：医療機関未受診者及び糖尿病治療中断者**

ア 医療機関未受診者<sup>注4)</sup>

健診結果において次の表の①②、①③、①②③のいずれかの組み合わせに該当する者。

①血糖	次のいずれかに該当する者 ・空腹時血糖126mg/dl以上、 ・HbA1c (NGSP) 6.5%以上 ・随時血糖200mg/dl以上
②血圧	・40歳～74歳：収縮期140mmHg以上または拡張期90mmHg以上 ・75歳以上：収縮期160mmHg以上または拡張期95mmHg以上
③腎機能	・尿蛋白：(+)以上 または eGFR：45ml/分/1.73m <sup>2</sup> 未満

注4) 上記項目（尿蛋白を除く）は単独でも特定健診における受診勧奨値であり、健診後速やかに受診勧奨する必要がある。条件に該当する者が、健診後の受診勧奨にもかかわらず一定期間経過した後に未だ受診していない場合に再勧奨を実施する。

イ 糖尿病治療中断者

通院中の患者で、6ヶ月以上受診した記録がない者（レセプト分析により対象者の抽出が可能な保険者のみ実施）のうち、糖尿病合併症（網膜症、腎症、神経障害）と診断、又はインスリン注射歴がある者。

### **(2) プログラムⅡ：糖尿病で通院する患者のうち、腎症が重症化するリスクの高い者**

糖尿病の治療中であり、健診結果や本人及び医師からの情報提供により次の①から④のいずれかに該当する者のうち、かかりつけ医の同意があった者を病診連携、外来栄養指導、保健指導のいずれか（それらを組み合わせる場

合を含む)の対象者とする。

健診結果において、

- ①HbA1c(NGSP)：8.0%以上
- ②血圧：収縮期150 mmHg以上または拡張期90mmHg以上
- ③尿蛋白：(2+)以上
- ④eGFR：45ml/分/1.73m<sup>2</sup>未満

ただし、次の者は除外する。

- ・がん等で終末期にある者
- ・重度の認知機能障害がある者
- ・生活習慣病管理料、糖尿病透析予防指導管理料の算定対象者
- ・過去1年間の外来栄養食事指導料の算定対象者
- ・すでに専門医療機関との連携もしくは専門医療機関で診療が実施されている者
- ・患者の疾患や状況などにより、かかりつけ医が除外すべきと判断した者

かかりつけ医は治療方針・地域の状況などに応じて以下の選択が可能である。

- 1.「慢性腎臓病の診療可能な医療機関」のうち「栄養指導を実施している糖尿病性腎症対応機関」との連携
- 2.「慢性腎臓病の診療可能な医療機関」のうち「栄養指導を実施していない糖尿病性腎症対応機関」との連携と外来栄養指導もしくは保健指導実施の依頼
3. 病診連携は実施せず、外来栄養指導もしくは保険者による保健指導（腎症第4期及び第5期を除く）実施の依頼

県は、かかりつけ医からの紹介を受けて慢性腎臓病の治療可能な施設を「糖尿病性腎症対応機関」として、また、診療所等からの紹介を受けて糖尿病患者に管理栄養士による栄養食事指導を行う外来栄養食事指導推進事業の協力医療機関（別表1）を公表する。

#### 4 対象者への介入方法

保険者は、受診勧奨と保健指導を一体化した取組等の中から、地域及び職域の実情に応じ適切なものを実施する。

なお、本プログラムは、「1 本プログラムの趣旨及び目的」に記載したとおり、保険者における糖尿病性腎症重症化予防対策の実施が容易となるよう基本的な考え方を示すものであり、保険者が従来から実施している取組を妨げるものではない。

##### (1) プログラムⅠ：医療機関未受診者及び治療中断者への受診勧奨及び保健指導

保険者は、対象者の状況に応じた介入を行い、医療機関への受診勧奨を実施するものとし、その際には糖尿病性腎症重症化の危険性に対する情報提供等の

保健指導を行う。介入方法としては以下の方法があげられる。

- ① 個別面談・個別訪問
- ② 電話
- ③ 手紙送付 等

医療機関未受診者及び糖尿病治療中断者について受診勧奨を実施する場合は、適切な医療に結び付けるよう努める。

特に、尿蛋白（2+）以上又はeGFR45ml/分/1.73m<sup>2</sup>未満の者に対しては、保健師等の専門職が電話又は個別面談・個別訪問による受診勧奨を行う。

## （2） プログラムⅡ：重症化するリスクの高い者への保健指導

保険者は、糖尿病で通院する患者のうち、腎症が重症化するリスクの高い者に対し、対象者の状況に応じ医療と連携した保健指導を行う。

### ア 保健指導におけるかかりつけ医等との連携の方法

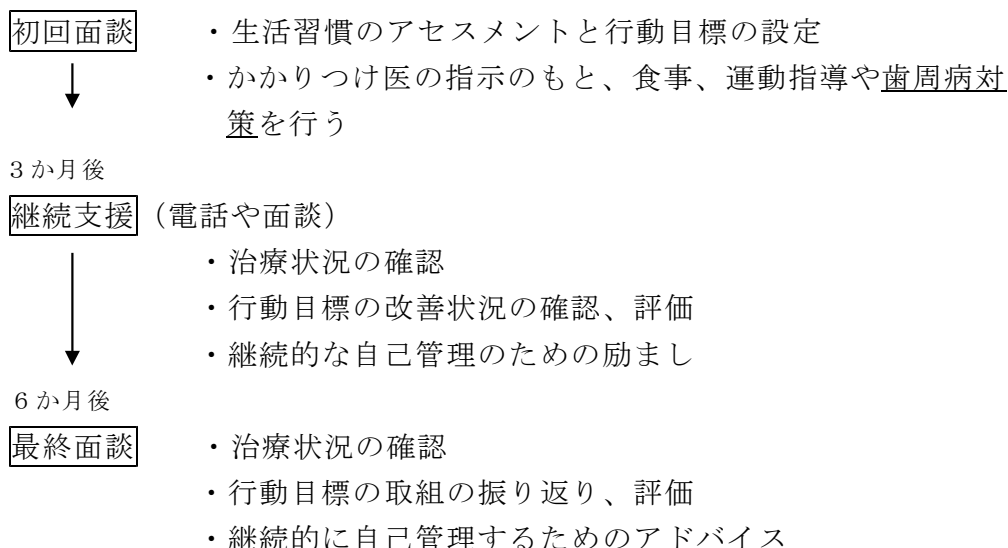
- ① 保険者は、プログラム対象者であることを説明し、連絡票⑦を渡す
- ② 対象者は、連絡票⑦の同意欄に署名し、かかりつけ医に持参する
- ③ かかりつけ医は、プログラムの利用の有無を決定し、保険者に連絡票⑧を送付する。
- ④ かかりつけ医は、利用するプログラムを選択し、連絡先に情報提供書を送付の上、プログラムを開始する
- ⑤ 保険者は、かかりつけ医から提供された保健指導を実施する際の留意事項を踏まえた保健指導を行うこととし、必要に応じてかかりつけ薬局と連携した服薬指導を行う。また、保健指導実施後は、保健指導の内容について、糖尿病連携手帳等を活用するなどしてかかりつけ医へ伝達する。

①連絡票		②かかりつけ医によるプログラムの選択		③かかりつけ医からの情報提供書		
プログラムの利用の同意・確認と返信依頼 保険者⇒患者 ⇒かかりつけ医  高知果糖尿病性腎症重症化予防プログラム連絡票⑦	プログラムの利用の有無及びプログラムの選択の返信 かかりつけ医⇒保険者  高知果糖尿病性腎症重症化予防プログラム連絡票⑧	1 専門医療機関(栄養指導あり)と連携する	⇒	様式3-1 高知果糖尿病性腎症重症化予防プログラム情報提供書 (専門医療機関への紹介状)		
		2 専門医療機関(栄養指導なし)と連携する	外来栄養食事指導	⇒	様式3-1 高知果糖尿病性腎症重症化予防プログラム情報提供書 (専門医療機関への紹介状)	様式3-2 高知果糖尿病性腎症重症化予防プログラム情報提供書 (外来栄養食事指導依頼用)
			保険者による保健指導	⇒	様式3-1 高知果糖尿病性腎症重症化予防プログラム情報提供書 (専門医療機関への紹介状)	様式3-3 高知果糖尿病性腎症重症化予防プログラム情報提供書 (保険者による保健指導依頼用)
		3 血糖管理、血圧管理は自施設のみで実施する	外来栄養食事指導	⇒	様式3-2 高知果糖尿病性腎症重症化予防プログラム情報提供書 (外来栄養食事指導依頼用)	
保険者による保健指導	⇒		様式3-3 高知果糖尿病性腎症重症化予防プログラム情報提供書 (保険者による保健指導依頼用)			

イ 保険者による保健指導の方法（単に受診勧奨の手紙を送付するだけのものなどは含まない）

- ① 個別面談・訪問指導
- ② 集団指導
- ③ 電話等による指導 等

（例）保健指導の内容



### （3） 介入状況の報告

保険者は、対象者への介入状況等について県に対して報告を行うものとする。

## 5 取組にあたっての関係者間の連携

### （1） 保険者とかかりつけ医との連携

重症化予防の取組のためには、被保険者が特定健診を受診し、被保険者本人が自らの健康状態を把握することが重要であることから、保険者は被保険者に対する特定健診の受診勧奨を強化するとともに、治療中の者に対しては、医療機関による受診勧奨が行われるよう、かかりつけ医の協力を得る。

かかりつけ医は、日頃から治療中の患者に対して特定健診の受診勧奨に努めるとともに、特に、eGFRが60ml/分/1.73m<sup>2</sup>未満など糖尿病の重症化が懸念される患者に対しては重点的に対応するものとする。

### （2） かかりつけ医と専門医等との連携

糖尿病性腎症の重症化予防には、かかりつけ医と専門医等との間で十分な連携を図り、生涯を通じての治療継続が必要である。

患者の血糖コントロール不良が続く場合には、かかりつけ医が中心となって専門的な診療が可能な医療機関や専門医等と連携することが重要であり、その際には地域の医療資源や対象者の背景を考慮しながら、以下の腎臓・糖尿病専門医への紹介基準に沿って、連携する必要がある。

なお、紹介先の医療機関が、外来栄養食事指導を実施していない場合には、着実に患者の血糖コントロールの改善が図られるよう、県による外来栄養食事指導推進事業や保険者が実施する保健指導を活用することとする。

#### 糖尿病連携手帳

・対象者が質の高い糖尿病診療を受けられるためには、かかりつけ医や専門医等での検査結果や指導内容等を糖尿病連携手帳等に記載し、共有することが効果的です。

### 【参考1】かかりつけ医から腎臓・糖尿病専門医への紹介基準について

ア かかりつけ医から腎臓専門医への紹介基準\*

- ① 高度蛋白尿：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 eGFR45ml/分/1.73 m<sup>2</sup>未満

※日腎会誌59巻2号「腎健診受診者に対する保健指導、医療機関紹介基準に関する提言」より引用

イ かかりつけ医から糖尿病専門医への紹介基準

HbA1c(NGSP)が2か月連続して8.0%以上

ウ 眼科医、歯科医との連携

糖尿病性網膜症などの合併症や歯周病などの予防や早期発見・早期治療のためには、眼科医療機関、歯科医療機関への定期受診を勧めるとともに、かかりつけ医と連携した診療を行う。また、医科歯科連携においては、歯周病治療によるHbA1c(NGSP)の改善が期待できるため、早期の連携が重要である。

### 【参考2】かかりつけ医による糖尿病性腎症患者への基本的な治療方針

(糖尿病性腎症病期分類についてはp8参照)

ア 腎症第1期の患者への対応

- ・食事、運動の指導、薬物療法や歯周病治療などにより、血糖、体重、血清脂質濃度、血圧のコントロールを図る。
- ・治療によっても、HbA1c(NGSP)濃度8.0%以上が続く患者に対しては、外来栄養食事指導推進事業の病診連携の取組を活用し、さらなる生活指導を強化する。
- ・尿アルブミン濃度を定期的(3~6ヵ月に一度)に測定し、腎症に進展のないことを確認する。

イ 腎症第2期の患者への対応

- ・食事、運動の指導、薬物療法や歯周病治療などにより、血糖、体重、血清脂質濃度、血圧のコントロールを図る。
- ・治療によっても、HbA1c(NGSP)濃度8%以上が続く患者に対しては、外来栄養食事指導推進事業などを利用して、病診連携を行い、さらなる生活指導を強化する。
- ・尿アルブミン濃度を定期的(3~6ヵ月に一度)に測定し、腎症に進展のないことを確認する。
- ・尿アルブミン濃度の上昇、高血圧のある患者に対しては、糖尿病透析予防指導管理料の算定基準を満たす医療機関に紹介し、治療の強化を図る。

### ウ 腎症第3期の患者への対応

- ・食事、運動の指導、薬物療法や歯周病治療等により、血糖、体重、血清脂質濃度、血圧のコントロールを図る。
- ・糖尿病透析予防指導管理料を算定できる医療機関との病診連携が望ましい。

#### 糖尿病透析予防指導管理料の算定基準

- ・入院中の患者以外の糖尿病患者のうちHbA1c (NGSP) 6.5%以上または内服薬やインスリン製剤を使用している者であって、糖尿病性腎症第2期以上の患者（現に透析療法を行っている者を除く。）に対して、月に1回に限り算定する。
- ・専任の医師、当該医師の指示を受けた専任の看護師（又は保健師）及び管理栄養士（以下「透析予防診療チーム」という。）が、患者に対し、日本糖尿病学会の「糖尿病治療ガイド」等に基づき、患者の病期分類、食塩制限及びタンパク制限等の食事指導、運動指導、その他生活習慣に関する指導等を必要に応じて個別に実施した場合に算定する。
- ・透析予防診療チームは、糖尿病性腎症のリスク要因に関する評価を行い、その結果に基づいて指導計画を作成すること。
- ・看護師（又は保健師）及び管理栄養士に対して指示を行った医師は、診療録に指示事項を記載すること。
- ・透析予防診療チームは、糖尿病性腎症のリスク要因に関する評価結果、指導計画及び実施した指導内容を診療録、療養指導記録及び栄養指導記録に記載すること。

#### 糖尿病性腎症病期分類

病期	尿アルブミン値 (mg/gCr) あるいは 尿蛋白値 (g/gCr)	GFR (eGFR) (ml/分/1.73m <sup>2</sup> )
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)	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 (透析療法期)	透析療法中	

国の糖尿病性腎症重症化予防プログラムより引用

## 6 プログラムの評価

実施したプログラムの評価としては、ストラクチャー（構造）、プロセス（過程）、アウトプット（事業実施量）、アウトカム（結果）の各段階を意識した評価を行う必要がある。また、中長期的な費用対効果の観点からの評価も行う必要がある。

健診・医療データの一元管理のため、例えば、以下の対応を進めるなど、アウトカム評価ができる体制づくりが必要である。

### (1) 保険者による評価

具体的な評価指標や評価方法については、各保険者のデータヘルス計画に定めることが考えられる。

### (2) 県による評価

保険者の事業の実施状況を把握し、評価・分析を行っていくため収集しておくべきデータとして、次のような項目が考えられる。

(毎年把握するデータ)

- ア 保険者における受診勧奨対象者数、受診勧奨を行った人数、医療機関につながった人数
- イ 医療機関との連携した対応を行った人数
  - ・かかりつけ医に「重症化するリスクが高い者」として糖尿病性腎症重症化予防プログラム連絡票を送付した人数・プログラム参加についてかかりつけ医の同意が得られ、情報提供書の提供書があった人数
  - ・「栄養指導を実施している糖尿病性腎症対応機関」との連携となった人数
  - ・「栄養指導を実施していない糖尿病性腎症対応機関」との連携となった人数
  - ・外来栄養食事指導推進事業に基づいて他の医療機関に紹介された人数
  - ・保健指導プログラムの対象となった人数
- ウ 健診受診率

(中長期的に把握するデータ)

- ア 糖尿病治療中の方のうち、特定健診受診者で、HbA1c (NGSP) 7.0%以上の人数と割合
- イ 糖尿病治療中の方のうち、特定健診受診者で、HbA1c (NGSP) 8.0%以上の人数と割合
- ウ 糖尿病治療中の方のうち、特定健診受診者で、eGFR 60 ml/分/1.73m<sup>2</sup>未満、45 ml/分/1.73m<sup>2</sup>未満、30 ml/分/1.73m<sup>2</sup>未満の人数と割合
- エ 新規人工透析導入患者数（糖尿病性腎症患者数）の推移
- オ 人工透析にかかる医療費の推移 等

## 7 円滑な事業の実施に向けて

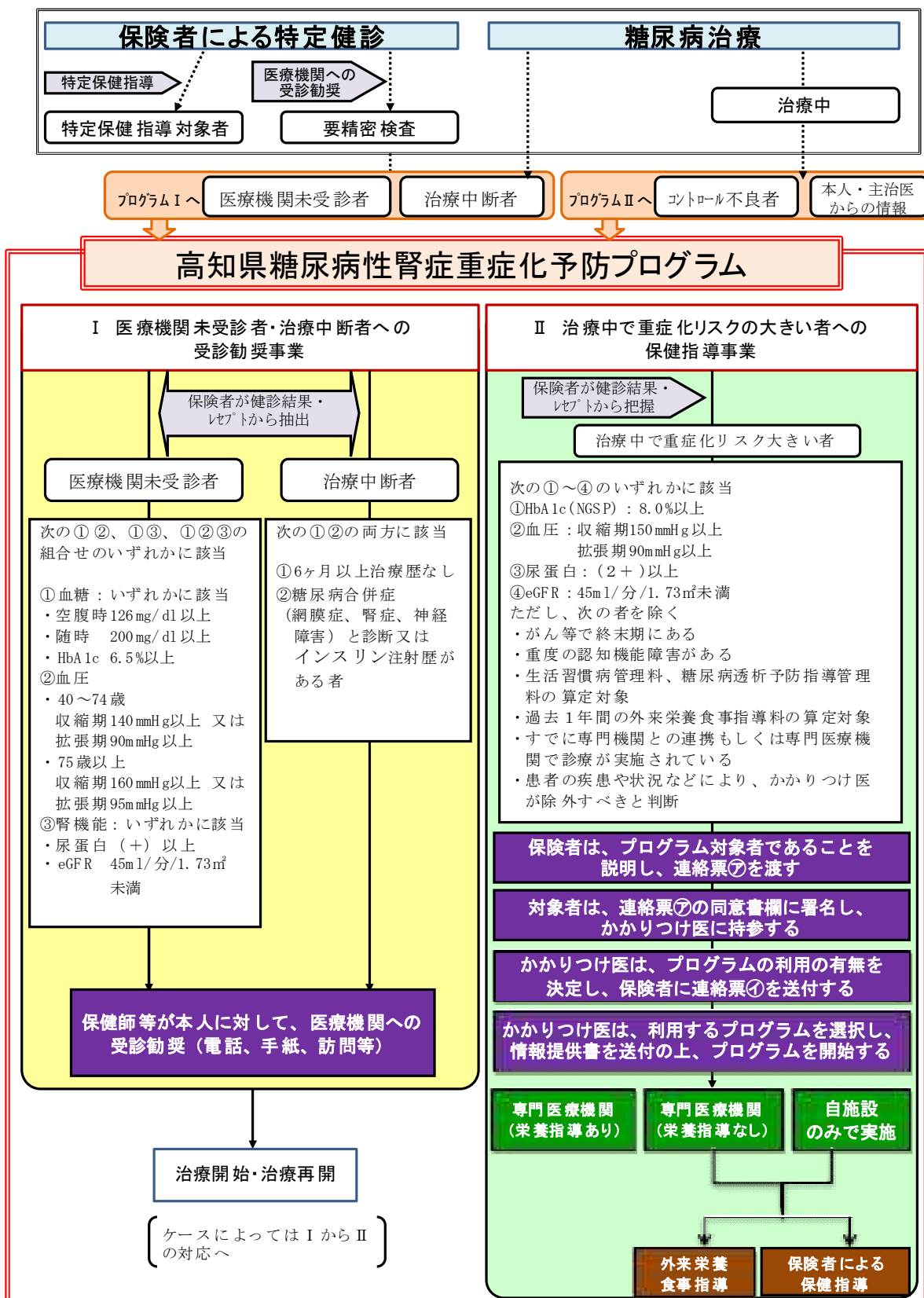
本プログラムでは、糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組方策について示したが、各地域・職域での実施に当たっては、保険者と医療関係者が密接に連携して事業を展開する必要がある。

また、各保険者においては、本プログラムを参考に地域及び職域の実情にあった具体的な手順を作成し、取組の成果を検証することで、PDCAサイクルによる見直しを図りながら、より効果的な取組につなげていく必要がある。また、保健指導対象者の選定方法や保健指導の効果の評価方法について、各地域の糖尿病の専門家等の助言を受けることも必要である。

このため、地域の実情に合わせた連携体制を構築する場として、高知県糖尿病医療体制検討会議を活用することとする。

なお、本プログラムに記載のない事項については、平成28年4月20日に公表された国の「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を参考とする。

## ＜糖尿病性腎症重症化予防事業体系図＞



高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラム連絡票⑦

主治医 様  
 保険者名  
 担当者名  
 連絡先

下記の方は、特定健診の結果等から、糖尿病性腎症重症化予防プログラム対象者基準(※裏面参照)に該当しますので、重症化を予防するため、今後の対応についてご指導・ご加療をお願いいたします。

また、ご多忙中恐縮ですが、検査結果等に関する情報提供及び保健指導プログラムの利用の有無等について、別紙(別添様式2)に記載のうえ、返信いただきますようお願い申し上げます。(※返信方法は別途保険者により提示します。)

対象者

ふりがな 氏名	.....
生年月日	.....年.....月.....日.....性別.....男.....女.....
住所	.....
電話番号	.....

添付書類  特定健診結果経年表  本人等からの情報提供

糖尿病性腎症重症化予防プログラムにつきましては、別紙をご参照ください

**本人同意欄**

私は、糖尿病性腎症重症化予防プログラムに参加を

希望します ※下記の情報提供に同意します。  
 ・(保険者名) からかかりつけ医への、特定健診結果などのデータの提供  
 ・かかりつけ医から(保険者名) へのプログラムを利用するか否かの回答、  
 連携体制の通知

糖尿病かかりつけ医療機関名・主治医名

希望しません ※希望しない理由 ( )

年 月 日 住所

氏名(自署)

※やむを得ず代筆の場合は、代筆者の続柄と氏名を記入してください。

## ※プログラムⅡ対象者基準（高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラムより抜粋）

下記及び地域の実情に応じて保険者が個別に定める者

### ○糖尿病で通院する患者のうち、腎症が重症化するリスクの高い者

健診データ、本人・医師からの情報提供により、次の①から④のいずれかに該当する者のうち、かかりつけ医の同意があった者

健診結果において、

①HbA1c：(NGSP)8.0%以上、②血圧：収縮期150 mmHg以上または拡張期90mmHg以上

③尿蛋白：(2+)以上、④eGFR45ml/分/1.73m<sup>2</sup>未満

ただし、次の者は除外する。

- ・がん等で終末期にある者
- ・重度の認知機能障害がある者
- ・生活習慣病管理料、糖尿病透析予防指導管理料の算定対象者
- ・過去1年間の外来栄養食事指導料の算定対象者
- ・すでに専門機関との連携もしくは専門医療機関で診療が実施されている者
- ・患者の疾患や状況などにより、かかりつけ医が除外すべきと判断した者

## （例）保険者による保健指導プログラム

### 指導前

・保険者は、本人の同意のもと、かかりつけ医に連絡票を送付し、保健指導を実施する際の留意事項について情報提供書を受け取る。



### 指導開始

#### 初回面談

- ・生活習慣のアセスメントと行動目標の設定
- ・かかりつけ医の指示のもと、栄養・運動指導や歯周病対策を行う



### 継続支援（3ヵ月後）

電話、面談による支援

- ・治療状況の確認
- ・行動目標の改善状況の確認、評価
- ・継続的な自己管理のための励まし



### 最終面談（6ヶ月後）

- ・治療状況の確認
- ・行動目標の取組の振り返り、評価
- ・継続的に自己管理するためのアドバイス

### 指導終了

※保健指導の実施内容等については、かかりつけ医に情報提供を行う。

高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラム連絡票①

( 保 険 者 名 (責任者名) ) 様


医療機関名  
主治医

印

1 対象者の情報

氏 名		生年月日	年 月 日	男 ・ 女
住 所			電話番号	

2 プログラムの利用 (該当事項に記載又はチェックしてください)

<input type="checkbox"/> <b>利用する</b> 	<input type="checkbox"/> <b>利用しない</b> ※除外項目 右記のいずれかの場合は、 原則としてプログラムの 対象外となります。 該当するものがあれば チェックして下さい。 ↓ <b>プログラムの対象外・                  情報提供終了</b>	<input type="checkbox"/> がん等で終末期にある <input type="checkbox"/> 重度の認知障害がある <input type="checkbox"/> 生活習慣病管理料、透析予防管理料を算定している <input type="checkbox"/> 過去1年以内に外来栄養食事指導料を算定している <input type="checkbox"/> すでに専門医療機関との連携もしくは専門医療機関 で診療が実施されている <input type="checkbox"/> 患者の疾患や状況などにより、かかりつけ医が除外 すべきと判断した者
---	--	--

3 「利用する」を選択した場合は記載又はチェックしてください

プログラム 利用における 連携体制等	<input type="checkbox"/> 1 専門医療機関(栄養指導あり)と連携する <input type="checkbox"/> 2 専門医療機関(栄養指導なし)と連携する <input type="checkbox"/> 3 血糖管理、血圧管理は自施設のみで実施する ※上記2, 3の場合、aかbを選択してください <input type="checkbox"/> a 外来栄養食事指導推進事業協力医療機関に栄養指導を依頼する (→注) 別表1参照 栄養士への指示事項 ( ) (→選択した場合は 様式3-2へ続く) <input type="checkbox"/> b 保険者による保健指導を利用する (腎症4期・5期は保健指導の対象外) (→選択した場合は 様式3-3へ続く)
--------------------------	--

4 連携体制の選択：利用する連携体制をチェックしてください

	連携体制	連携先への様式 (対象者が持参)	保険者へ送付 (返信用封筒あり)
<input type="checkbox"/>	<b>専門医療機関※(栄養指導あり)と連携する</b> ※専門医療機関については別紙をご参照ください。	・紹介状又は様式 3-1	・様式 2 (連絡票①)
<input type="checkbox"/>	<b>専門医療機関 (栄養指導なし)と 連携し、</b>	外来栄養食事指導推進事業協力医療機関(※1)に栄養指導を依頼する	・様式 2 (連絡票①)
<input type="checkbox"/>		保険者による保健指導(※2)を利用する(腎症 4 期・5 期は保健指導の対象外)	・様式 2 (連絡票①) ・様式 3-3 ・情報提供書作成手数料請求書
<input type="checkbox"/>	<b>血糖管理、血圧 管理は自施設のみで実施し、</b>	外来栄養食事指導推進事業協力医療機関(※1)に栄養指導を依頼する	・様式 2 (連絡票①)
<input type="checkbox"/>		保険者による保健指導(※2)を利用する(腎症 4 期・5 期は保健指導の対象外)	・様式 2 (連絡票①) ・様式 3-3 ・情報提供書作成手数料請求書

(※1) 外来栄養食事指導推進事業協力医療機関については別紙3をご参照ください。

(※2) 保険者による保健指導を利用する場合は下記のプログラム例をご参照ください。

**(例) 保険者による保健指導プログラム**

**指導前**

- ① 保険者は、本人にプログラム対象者であることを説明し、プログラム参加の同意を得て連絡票①等様式を渡す。その旨を本人の了承のもと、かかりつけ医に連絡しておく。
- ② 本人は診察時に連絡票等様式をかかりつけ医に提示。
- ③ かかりつけ医はプログラム利用の有無を決定し、利用の場合は、連絡票①と情報提供書(様式 3-3)を作成し、情報提供書作成手数料請求書と合わせて保険者に送付する。
- ④ 保険者は情報提供書作成手数料を支払い、情報提供書(様式 3-3)の保健指導に関する指示事項に基づいて保健指導を開始する。

**指導開始**

**初回面談**

- ・生活習慣のアセスメントと行動目標の設定
- ・かかりつけ医の指示のもと、栄養・運動指導を行う

**継続支援 (3 ヶ月後 中間評価)**

- 電話、面談による支援
- ・治療状況の確認
- ・行動目標の改善状況の確認、評価
- ・継続的な自己管理のための励まし

**最終面談 (6 ヶ月後 最終評価)**

- ・治療状況の確認
- ・行動目標の取組の振り返り、評価
- ・継続的に自己管理するためのアドバイス

**保健指導期間中の、かかりつけ医と保険者の  
連携方法について**

**かかりつけ医→保険者**

様式 3-3 による指示以降は「糖尿病連携手帳」の活用をお願いします。

**保険者→かかりつけ医**

初回面接、中間評価、最終評価を実施後、「保健指導実施報告」を送付します。

**指導終了**

高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラム情報提供書  
(専門医療機関への紹介状)

( 専門医療機関 科 担当医 ) 様

紹介元 医療機関	所在地	
	医療機関名	
	医師名	⑩
	電話番号	

1 対象者の情報

氏名		性別	男 ・ 女
住 所		電話番号	
生年月日	年 月 日 ( 歳)	職業	

2 別添様式2で「1 専門医療機関(栄養指導あり)と連携する」又は「2 専門医療機関(栄養指導なし)と連携する」を選択した場合は記載又はチェックしてください

※検査結果はデータコピーの添付でも差支えありません。

傷病名 □にチェック	<input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症 (第 期) <input type="checkbox"/> 糖尿病性網膜症 <input type="checkbox"/> 末梢神経障害 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> その他 ( )
紹介目的	
既往歴	<input type="checkbox"/> 末梢神経障害 <input type="checkbox"/> 糖尿病性網膜症 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> その他 ( )
家族歴	
症状経過	

検査結果※	・血圧 ( / mmHg) ・HbA1c(NGSP) (%) ・血糖 ( mg/dl) ( 空腹時 ・ 食後____時間 )	・尿蛋白 ( - ± 1+ 2+ 3+ ) ・血清クレアチニン ( mg/dl) ・eGFR ( ml/分/1.73 m <sup>2</sup> ) ・尿アルブミン定量 ( mg/ gCr)
	※治療におけるコントロール目標値 HbA1c(NGSP) (%)	
治療経過		
現在の処方		
備考		

※2 「専門医療機関（栄養指導なし）と連携する」を選択した場合は、a 「外来栄養食事指導推進事業協力医療機関に栄養指導を依頼する」（→様式3-2へ続く）か b 「保険者による保健指導を利用する」（→様式3-3へ続く）を選択してください。

高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラム情報提供書  
(外来栄養食事指導依頼用)

( 外来栄養食事指導実施機関 科 担当医 ) 様

紹介元 医療機関	所在地	
	医療機関名	
	医師名	⑨
	電話番号	

1 対象者の情報

氏名		性別	男 ・ 女
住 所		電話番号	
生年月日	年 月 日 ( 歳 )	職業	

2 別添様式2で「a 外来栄養食事指導推進事業協力医療機関に栄養指導を依頼する」を選択した場合は記載又はチェックしてください ※検査結果はデータコピーの添付でも差支えありません。

傷病名 □にチェック	<input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症 (第 _____ 期) <input type="checkbox"/> 糖尿病性網膜症 <input type="checkbox"/> 末梢神経障害 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )		
紹介目的	栄養食事指導		
既往歴	<input type="checkbox"/> 末梢神経障害 <input type="checkbox"/> 糖尿病性網膜症 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )		
家族歴			
症状経過			
検査結果※	・ 血圧 ( _____ / _____ mmHg) ・ HbA1c(NGSP) ( _____ %) ・ 血糖 ( _____ mg/dl) ( 空腹時 ・ 食後 _____ 時間 )	・ 尿蛋白 ( - ± 1+ 2+ 3+ ) ・ 血清クレアチニン ( _____ mg/dl) ・ eGFR ( _____ ml/分/1.73 m <sup>2</sup> ) ・ 尿アルブミン定量 ( _____ mg/ gCr)	

	※治療におけるコントロール目標値 HbA1c(NGSP) ( %)
治療経過	
現在の処方	
食生活指導への指示事項	<input type="checkbox"/> 「糖尿病腎症生活指導基準」(参考資料3)により実施してよい <input type="checkbox"/> 下記の内容で指導する ・エネルギー ( kcal/日) ・食塩 ( g/日) ・たんぱく質 ( g/日) ・カリウム ( mg/日) <input type="checkbox"/> その他 ( )
備考	※栄養指導を実施するにあたり留意すべきことがあればご指示ください。

高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラム情報提供書  
(保険者による保健指導依頼用)

( 保 険 者 名 (責任者名) )

紹介元 医療機関	所在地	
	医療機関名	
	医師名	⑩
	電話番号	

1 対象者の情報

氏名		性別	男 ・ 女
住 所		電話番号	
生年月日	年 月 日 ( 歳)	職業	

2 別添様式2で「b 保険者による保健指導を利用する」を選択した場合は記載又はチェックしてください

※検査結果はデータコピーの添付でも差支えありません。

傷病名 □にチェック	<input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症 (第 期) (腎症 4 期・5 期は保健指導の対象外) <input type="checkbox"/> 糖尿病性網膜症 <input type="checkbox"/> 末梢神経障害 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
紹介目的		
既往歴	<input type="checkbox"/> 末梢神経障害 <input type="checkbox"/> 糖尿病性網膜症 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
家族歴		
症状経過		
検査結果※	・ 血圧 ( / mmHg) ・ HbA1c(NGSP) (%) ・ 血糖 ( mg/dl) ( 空腹時 ・ 食後 時間 )	・ 尿蛋白 ( - ± 1+ 2+ 3+ ) ・ 血清クレアチニン ( mg/dl) ・ eGFR ( ml/分/1.73 m <sup>2</sup> ) ・ 尿アルブミン定量 ( mg/ gCr)
	※治療におけるコントロール目標値 HbA1c(NGSP) ( %)	

治療経過	
現在の処方	
指示事項	<input type="checkbox"/> 食生活指導 <input type="checkbox"/> 運動指導 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 禁煙指導 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	<input type="checkbox"/> 「糖尿病腎症生活指導基準」(参考資料3)により実施してよい <input type="checkbox"/> 下記の内容で指導する ・エネルギー ( kcal/日) ・食 塩 ( g/日) ・たんぱく質 ( g/日) ・カリウム ( mg/日) <input type="checkbox"/> その他 ( )
備 考	※栄養指導を実施するにあたり留意すべきことがあればご指示ください。

(参考資料1) 糖尿病性腎症病期分類

国糖尿病性腎症重症化予防プログラムより引用

	病期	尿アルブミン値 (mg/gCr) あるいは 尿蛋白値 (g/gCr) ※注1	GFR (eGFR) (ml/分/1.73m <sup>2</sup> )
	第1期 (腎症前期)	正常アルブミン尿 (30未満)	30以上
<b>医療機関で診断</b>	第2期※注2 (早期腎症期)	微量アルブミン尿 (30~299)	30以上
<b>健診で把握可能</b>	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
<b>Cr 測定国保等</b>	第4期 (腎不全期)	問わない	30未満
	第5期 (透析療法期)	透析療法中	

※注1：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)

※注2：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。

(参考資料2) CKDの重症度分類

(2) 腎臓専門医への紹介基準

原疾患		蛋白尿区分			A1	A2	A3
糖尿病	尿アルブミン定量 (mg/日)				正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿
	尿アルブミン/Cr 比 (mg/gCr)				30 未満	30～299	300 以上
高血圧 腎炎 多発性嚢胞腎 移植腎 不明 その他	尿蛋白定量 (g/日)				尿蛋白 (-) 軽度蛋白尿	尿蛋白 (±) 軽度蛋白尿	尿蛋白 (+) 以上 高度蛋白尿
	尿蛋白/Cr 比 (g/gCr)				0.15 未満	0.15～0.49	0.50 以上
GFR 区分 (mL/分 /1.73 m <sup>2</sup> )	G1	正常または 高値	≥90			*	紹介
	G2	正常または 軽度低下	60～89			*1	紹介
	G3a	軽度～ 中等度低下	45～59		生活習慣の 改善・指導	紹介	紹介
	G3b	中等度～ 高度低下	30～44		紹介	紹介	紹介
	G4	高度低下	15～29		紹介	紹介	紹介
	G5	末期腎不全	<15		紹介	紹介	紹介

3 カ月以内に 30%以上の腎機能の悪化を認める場合は腎臓専門医へ速やかに紹介すること

\*1：生活習慣病の改善・指導、血尿を伴えば紹介

【日本腎臓学会腎臓病対策委員会「腎健診受診者に対する保健指導、医療機関照会基準に関する提言」より引用】

(参考資料3) 糖尿病腎症生活指導基準

病期	生活一般	食 事				運 動 <sup>注2)</sup>	勤 務	家 事	妊娠・出産	治療、食事、生活のポイント
		総エネルギー <sup>注1)</sup> kcal/kg体重/日	たんぱく質	食塩相当量	カリウム					
第1期 (腎症前期)	・普通生活	25～30	20%エネルギー以下	高血圧があれば 6g未満/日	・制限せず	・原則として糖尿病の運動療法を行う	・普通勤務	・普通	可	・糖尿病食を基本とし、血糖コントロールに努める ・降圧治療 ・脂質管理 ・禁煙
第2期 (早期腎症期)	・普通生活	25～30	20%エネルギー以下 <sup>注3)</sup>	高血圧があれば 6g未満/日	・制限せず	・原則として糖尿病の運動療法を行う	・普通勤務	・普通	慎重な管理を要する	・糖尿病食を基本とし、血糖コントロールに努める ・降圧治療 ・脂質管理 ・禁煙 ・たんぱく質の過剰摂取は好ましくない
第3期 (顕性腎症期)	・普通生活	25～30 <sup>注4)</sup>	0.8～1.0 <sup>注4)</sup> g/kg体重/日	6g未満/日	・制限せず (高カリウム血症があれば <2.0g/日)	・原則として運動可 ・ただし病態によりその程度を調整する ・過激な運動は避ける	・普通勤務	・普通	推奨しない	・適切な血糖コントロール ・降圧治療 ・脂質管理 ・禁煙 ・たんぱく質制限食
第4期 (腎不全期)	・疲労を感じない程度の生活	25～35	0.6～0.8 g/kg体重/日	6g未満/日	<1.5g/日	・体力を維持する程度の運動は可	・原則として軽勤務 ・疲労を感じない程度の座業を主とする ・残業、夜勤は避ける	・疲労を感じない程度の軽い家事	推奨しない	・適切な血糖コントロール ・降圧治療 ・脂質管理 ・禁煙 ・たんぱく質制限食 ・貧血治療
第5期 (透析療法期)	・軽度制限 ・疲労の残らない範囲の生活	血液透析(HD) <sup>注5)</sup> :30～35	0.9～1.2 g/kg体重/日	6g未満/日 <sup>注6)</sup>	<2.0g/日	・原則として軽運動 ・過激な運動は不可	・原則として軽勤務 ・超過勤務、残業は時に制限	・普通に可 ・疲労の残らない程度にする	推奨しない	・適切な血糖コントロール ・降圧治療 ・脂質管理 ・禁煙 ・透析療法または腎移植 ・水分制限(血液透析患者の場合、最大透析間隔日の体重増加を6%未満とする)
		腹膜透析(PD) <sup>注5)</sup> :30～35	0.9～1.2 g/kg体重/日	PD除水量(L)×7.5 +尿量(L)×5(g)/日	原則制限せず					

- 注1) 軽い労作の場合を例示した。  
 注2) 尿蛋白量、高血圧、大血管症の程度により運動量を慎重に決定する。ただし、増殖網膜症を合併した症例では、腎症の病期にかかわらず激しい運動は避ける。  
 注3) 一般的な糖尿病の食事基準に従う。  
 注4) GFR<45では第4期の食事内容への変更も考慮する  
 注5) 血糖および体重コントロールを目的として25～30kcal/kg体重/日までの制限も考慮する。  
 注6) 尿量、身体活動度、体格、栄養状態、透析間体重増加を考慮して適宜調整する。

【日本糖尿病学会編・著「糖尿病治療ガイド2016-2017」P.84-85、文光堂、201631用】

## 『高知県版糖尿病性腎症重症化予防プログラム』に対する意見とそれに対する事務局の考え方

平成30年12月

No.	提出委員	該当ページ	該当項目	意見	事務局の考え方	計画（案）の修正
1	石黒委員	P1 1行目	1 本プログラムの趣旨及び目的	「現在、全国的に生活習慣と社会環境の変化に伴う糖尿病患者数の増加が課題となっている。」の下線部を次のとおり修正。 ↓ 近年、先進国だけでなく、多くの国において生活習慣と社会環境の変化に伴いメタボリックシンドローム及び糖尿病患者数の増加が課題となっている。	○糖尿病患者数の増加は全国的に課題であることも伝わるように、意見を踏まえて、次のとおり修正してはどうか。 「現在、日本だけでなく、世界各国において生活習慣と社会環境の変化に伴いメタボリックシンドローム及び糖尿病患者数の増加が課題となっている。」	あり
2	〃	P1 3行目	1 本プログラムの趣旨及び目的	「、患者のQOL(生活の質)を著しく低下させるだけでなく、医療経済的にも大きな負担となり、特に、糖尿病性腎症が重症化し人工透析に至ると、日常生活が大きく制限され、患者の肉体的、精神的負担が大きい。」 の下線部を、後ろに持ってくる。	○患者のQOLの低下について先に述べるのがよいと考えるので、現行のとおりとしてはどうか。	なし
3	〃	P1 8行目	〃	「本県には、平成27年末現在で約2,300人の人工透析患者がおり、平成27年に新たに透析が必要となった患者のうち、糖尿病性腎症の患者は約4割を占めている。このため、県民が地域で健康に暮らしていくためには、県内の医療関係者や保険者等が協力して糖尿病の重症化を予防する取組を進めることが重要である。」の下線部の省略	○意見のとおり反映してはどうか。	あり
4	〃	P1 13行目	〃	「、人工透析導入につながる腎症の重症化を予防し、県民の健康増進及び医療費の適正化を図ることを目的として本プログラムを策定する。」の下線部を次のとおり修正。 ↓ 腎症の重症化予防により人工透析を減少させることで、	○意見のとおり反映するとともに、「人工透析の導入を減少」としてはどうか。	あり
5	〃	P1 下から6行目	2取組にあたっての関係者の役割 (2)県の役割	「KDBシステム等を活用した」のKDBへの注釈(国保データベース)を入れる。	○意見のとおり「KDB(国保データベース)システム」とします。	あり
6	西岡委員	P1 P12行目	1 本プログラムの趣旨及び目的	「適切な時期に病診連携を行うことや保険者と医療機関が連携した保健指導等を行い、」の病診連携の後に「歯科医師連携」を追加	○(8)に高知県歯科医師会の役割として追記してはどうか。	なし
7	〃	P1	2取組にあたっての関係者の役割 (1)市町村及び保険者の役割	イの郡医師会の後に歯科医師会を追加	○(8)に高知県歯科医師会の役割として追記してはどうか。	なし

No.	提出委員	該当ページ	該当項目	意見	事務局の考え方	計画(案)の修正
8	西岡委員	P1	2取組にあたっての関係者の役割 (2)県の役割	医師会の後に歯科医師会を追加	○(8)に高知県歯科医師会の役割として追記してはどうか。	なし
9	〃	P2	〃 (4)医師会の役割	(4)に歯科医師会を追加 「高知県医師会及び郡市医師会は、会員及び医療従事者に対して、県や保険者が行う糖尿病性腎症重症化予防の取組を周知し、保険者とかかりつけ医との連携体制の構築を支援するとともに、かかりつけ医と専門医等との連携を強化するなど、」の医師会の後に、「歯科医師会」を追加。また、保険者とかかりつけ医との連携、かかりつけ医と専門医との連携にそれぞれ「歯科医師会」を追加	○(8)に高知県歯科医師会の役割として追記してはどうか。	なし
10	〃	P2	〃 (5)高知県糖尿病医療体制検討会議の役割	「さらに、医師会や高知県慢性腎臓病(CKD)対策連絡協議会と連携し、透析予防を目的とした病診連携体制の構築を提言する。」の医師会の後に「歯科医師会」を、病診連携体制の後に「医科歯科連携体制」を追加	○(8)に高知県歯科医師会の役割として追記してはどうか。	なし
11	〃	P2	〃 (6)高知県慢性腎臓病(CKD)対策連絡協議会の役割	「、医師会等と連携し、CKDにおいて重症化するリスクの高い患者について病診連携を推進する体制を構築する。」の病診連携の後に「医科歯科連携」を追加	○(8)に高知県歯科医師会の役割として追記してはどうか。 ○(9)に、高知県薬剤師会、高知県看護協会、高知県栄養士会等の役割として追記してはどうか。 【案】 <b>(8) 高知県歯科医師会の役割</b> 高知県歯科医師会は、本プログラムを会員に周知するとともに、糖尿病と歯周病について正しい知識の普及を図り、本プログラム対象者の歯周病対策を保険者及び医科のかかりつけ医と連携して行う。 <b>(9) 高知県薬剤師会、高知県看護協会、高知県栄養士会等の役割</b> 高知県薬剤師会、高知県看護協会、高知県栄養士会等関係団体は、本プログラムを会員及び医療従事者に周知するとともに、本プログラムの対象者が、確実に受診を継続できるよう、保険者と連携してかかりつけ医、糖尿病専門医及び腎臓専門医等の指示の下で療養指導を行う。	項目追加
12	〃	P3	3 プログラム対象選定の考え方	対象者の選定の考え方について、将来的に、歯周病患者の組み入れを検討していただきたい。	○プログラム全体の見直し時に検討してはどうか。	なし

No.	提出委員	該当ページ	該当項目	意見	事務局の考え方	計画(案)の修正
13	"	P4	4 対象者への介入方法 (1)プログラム I	保険者から対象者への介入時に、糖尿病性腎症重症化の危険性と合わせて「歯周病治療の重要性」を追加	○プログラム I は、まず医療機関を受診してもらうことを目的としているため、現行のとおりとしてはどうか。	なし
14	西岡委員	P5	" (2)プログラム II ア保健指導におけるかかりつけ医等との連携の方法	「③かかりつけ医は、プログラムの利用の有無を決定し、保険者に連絡票④を送付する」に、「対象者には歯科受診勧奨を行う。」ことを追加	○この③では連絡票の流れを説明しているため、現行のとおりとしてはどうか。	なし
15	"	"	"	「⑤保険者は、かかりつけ医から提供された保健指導を実施する際の留意事項を踏まえた保健指導を行うこととし、必要に応じてかかりつけ薬局と連携した服薬指導を行う。」の服薬指導の後に「歯科受診勧奨」を追加	○歯科受診勧奨は、前行の「保健指導」に含まれます。	なし
16	"	P6	" イ 保険者による保健指導の方法	(例) 保健指導の初回面談の2つめの・「かかりつけ医の指示のもと、食事、運動指導を行う」の運動指導の後に、「歯科受診勧奨」を追加	○糖尿病における歯周病対策は重要であることから、歯科受診勧奨ではなく包括的に「歯周病対策」を追加することとしてはどうか。  【案】 ・かかりつけ医の指示のもと、食事、運動指導や歯周病対策を行う	あり
17	"	"	5 取組にあたっての関係者間の連携 (1)保険者とかかりつけ医との連携	「重症化予防の取組のためには、被保険者が特定健診を受診し、被保険者本人が自らの健康状態を把握することが重要であることから、保険者は被保険者に対する特定健診の受診勧奨を強化するとともに、」を次の下線部のとおり修正。 ↓ 「重症化予防の取組のためには、被保険者が特定健診を受診し、被保険者本人が自らの健康状態を把握するとともに、 <u>歯周病治療の必要性を理解することが重要であることから、</u> 保険者は被保険者に対する特定健診及び歯科への受診勧奨を強化するとともに、	○この項目は、プログラムの取組の充実のためには、まず特定健診を受けてもらうことが重要である旨を記載した項目のため、現行のとおりとしてはどうか。	なし
18	"	"	" (2)かかりつけ医と専門医等との連携	専門医との連携に歯科医を追加	○歯科医との連携は【参考 I】ウ眼科医、歯科医との連携に記載内容を追記しているため、この項目は現行のとおりとしてはどうか。	なし
19	"	P7	" "	ウ眼科医、歯科医との連携に、次の一文を追加。 「特に、医科歯科連携においては、歯周病治療によるHbA1c (NGSP)の改善が期待できるため、早期の連携が重要である。」	○糖尿病治療における歯周病対策は重要であるため、追加してはどうか。その際、「特に、」ではなく「また、」で文章をつなぐこととしてはどうか。	あり
20	"	"	【参考2】かかりつけ医による糖尿病性腎症重症患者への基本的な治療方針	「ア腎症第1期の患者への対応」の1つめの「食事、運動の指導、薬物療法などにより、血糖、体重、血清脂質濃度、血圧のコントロールを図る。」の薬物療法の後に歯周病治療を追加	○糖尿病診療ガイドライン2016で血糖コントロールの改善において、糖尿病患者への歯周病治療が推奨されていることから、追記してはどうか。	あり

No.	提出委員	該当ページ	該当項目	意見	事務局の考え方	計画(案)の修正
21	西岡委員	P7	【参考2】かかりつけ医による糖尿病性腎症重症患者への基本的な治療方針	「イ腎症第2期の患者への対応」の1つめの「食事、運動の指導、薬物療法などにより、血糖、体重、血清脂質濃度、血圧のコントロールを図る。」の薬物治療の後に歯周病治療を追加	同上	あり
22	〃	P8	〃	「ウ腎症第3期の患者への対応」の1つめの「食事、運動の指導、薬物療法等により、血糖、体重、血清脂質濃度、血圧のコントロールを図る。」の薬物療法の後に歯周病治療を追加	同上	あり
23	〃	P9	6プログラムの評価 (2)県による評価	【毎年把握するデータ】に、「保険者における歯科受診勧奨を行った人数(歯科受診につながった人数?)」を追加 【中長期的に把握するデータ】に「保険者における歯科受診勧奨を行った人数(歯科受診につながった人数?)」を追加	○評価指標とする場合は、歯科受診が必要な人のうち歯科受診につながった人数(もしくは歯科受診勧奨をした人数)を算出することになるが、歯科受診が必要な人を抽出するスキームがないため、把握が困難。	なし
24	〃	P10	7円滑な事業の実施に向けて	「また、保健指導対象者の選定方法や保健指導の効果の評価方法について、各地域の糖尿病の専門家等の助言を受けることも必要である。」の専門家の後に歯科医を追加	○「専門家」の中に歯科医も含まれると考え、現行のとおりとしてはどうか。	なし
25	〃	P11	糖尿病性腎症重症化予防事業体系図	体系図のプログラムⅠでは「保健師等」の部分、プログラムⅡでは「保険者」と「かかりつけ医」の部分に、「歯科受診勧奨」の文言を追加	○プログラムⅠでは、NO13のとおり歯周病についての言及はしない方向で考えているため、追記はしない。また、プログラムⅡではNO16のとおり追加したらどうかと考えるが、必要に応じての歯科受診勧奨であるため、体系図には追記しない。	なし
26	〃	P13	別紙様式1	『高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラム連絡票⑦』の裏面の保険者による保健指導プログラム例の初回面談の2つめの「かかりつけ医の指示のもと、栄養・運動指導を行う」に「歯科受診勧奨」を追加	○NO16のとおり、「歯周病対策」を運動指導の後に追加してはどうか	あり
27	〃	P14	別紙様式2	『高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラム連絡票④』に、4「歯科受診勧奨」の実施についてのチェック項目を追加	○NO19のとおり、ウ眼科医、歯科医との連携の項目で、かかりつけ医と歯科医との連携について記載してはどうかと考えている。その場合、連携の必要性はあるが、必要に応じての位置づけであることから記載しておらず、現行のとおりとしてはどうか。	なし
28	津田委員			【論点】 腎ぞうの手帳にあるような病期と対策がわかりやすく明示されると、糖尿病や腎症が専門で無いDrにも使い易いのではないか。	本文修正せず、長寿作成チラシに別紙として新規作成し挟み込み予定。津田委員と連絡し作成中。	なし

No.	提出委員	該当ページ	該当項目	意見	事務局の考え方	計画(案)の修正
29	保険者協議会	P1	2取組にあたっての関係者の役割 (2)県の役割	<p>県の役割に、保険者の相談窓口としての役割を追加していただきたい。</p> <p>【理由】プログラムを進めるにあたり、対象者や医療機関とのトラブルが生じたときの相談窓口を県の役割として設置していただきたい。4つの課(健康長寿政策課、国民健康保険課、医療政策課、健康対策課)が担当されているが、どこかの1つの課が窓口となって、現場の困りごとを集約し対応策を全体化していただくとありがたいです。</p>	<p>意見を反映し、次のとおり修正をしてはどうか。相談内容によって担当が変わるので、通知文書等を発出する際に担当課を記載させていただく。</p> <p>【案】</p> <p>2 取組にあたっての関係者の役割 (2)県の役割</p> <p>また、保険者における円滑な事業実施を支援する観点から、保険者からの相談に応じるとともに、保険者における事業の実施状況を把握の上、医師会や糖尿病医療体制検討会議、保険者協議会等と情報を共有し、取組に対する総合的な評価・検証を行う。</p>	あり
30	保険者協議会	P5	4 対象者への介入方法 (2)プログラムⅡ	<p>プログラム参加における本人同意について、<u>主治医にプログラム対象者がどうか判断していただいてから、本人にプログラム参加の同意を得ていただく流れとしていただきたい。</u>(修正案連絡票㉗㉘参照)</p> <p>【理由】</p> <p>対象者が検査病名(※)であった場合や、健診日以降の直近の病院での治療による検査結果の改善や、当日の状況や、その他の医師の判断によりプログラム対象でなくなる場合がある。日頃からの医師との信頼関係もあることから本人同意も得やすいと考えられます。</p> <p>なお、保険者からは事前に本人に健診結果からプログラム対象になる可能性はあるが、主治医に相談してもらうよう病院受診を促す流れとすればよりスムーズと考えます。</p> <p>また、本人と主治医に理解を得るためにも連絡票㉗には該当となった健診結果と検査日などの記載が必須と考えます。</p> <p>(※)対象者の抽出が、レセプトに糖尿病の診断名がある人となっているため、検査病名(HbA1cの検査をするためにつける診断名)の方も対象者としてあがる。実際にプログラムⅡにおいて、HbA1cは5%代だが検査病名があり、健診時の収縮期血圧150代であったため対象となる事例あり。本人にHbA1cの検査値は正常なのに、糖尿病性腎症重症化予防プログラムの説明をすることになり、困惑させる恐れあり。</p>	<p>プログラム対象か否かは保険者が抽出し把握している個人情報のため、現行どおり(保険者→患者)がよいと思われず。</p>	なし
31	〃	P15	別紙様式2	<p>『高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラム連絡票㉘』の様式について、地元医師から「連携の流れ、どの場合にどの様式が必要か、どのように書類を流すかが一目でわかるようにしてもらいたい。」との要望があり。</p> <p>【理由】プログラムの連携先の組み合わせが5パターンあり、紹介先や保険者に渡す様式、診療情報提供料などの請求方法など連携方法が複雑であるため。</p>	追加する	追加

No.	提出委員	該当ページ	該当項目	意見	事務局の考え方	計画(案)の修正
32	〃	P7	4 対象者への介入方法 (2)プログラムⅡ	<p>糖尿病連携手帳の活用を、保険者とかかりつけ医との連携方法にとどまらず、外来栄養指導の内容記載等、保険者や本人が状況を理解できるよう広く進めていただきたい。</p> <p>【理由】 保険者による保健指導は、指導期間や内容などがプログラムに例示されていますが、外来栄養食事指導については、回数や内容、評価結果などの情報が医療保険者には把握できない。把握する手段として、診療情報提供書は本人の自己負担も生じる。糖尿病連携手帳は、関係者の情報共有と本人に病識を持ってもらうためにも良いツールと思われます。</p>	<p>P6 「5 取組にあたっての関係者間の連携」に(2)の後に以下を追加してはどうか。</p> <p>【案】 「糖尿病連携手帳 ・対象者が質の高い糖尿病診療を受けられるためには、かかりつけ医や専門医等での検査結果や指導内容等を糖尿病連携手帳等に記載し、共有することが効果的です。」</p>	あり

(案)

## 高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラム参考資料

### ～高知県の現状について～

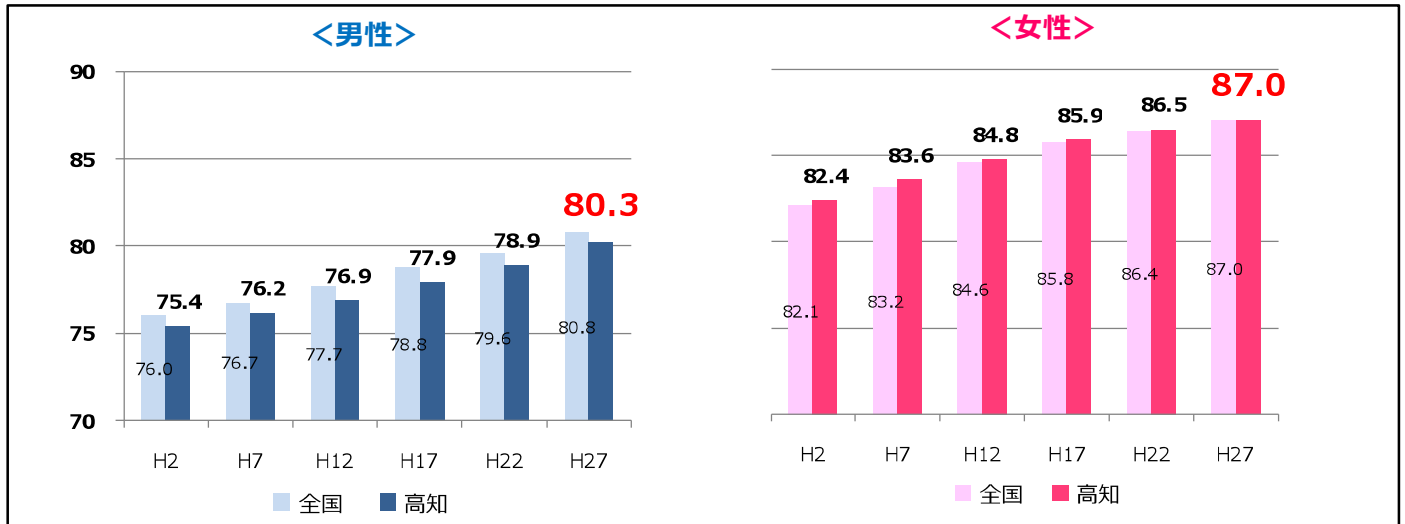
#### <資料内容>

- 1 高知県の健康課題
- 2 高知県の糖尿病の現状
- 3 高知県の医療費の状況
- 4 重症化予防対策の取組

# 1 高知県の健康課題

## (1) 平均寿命

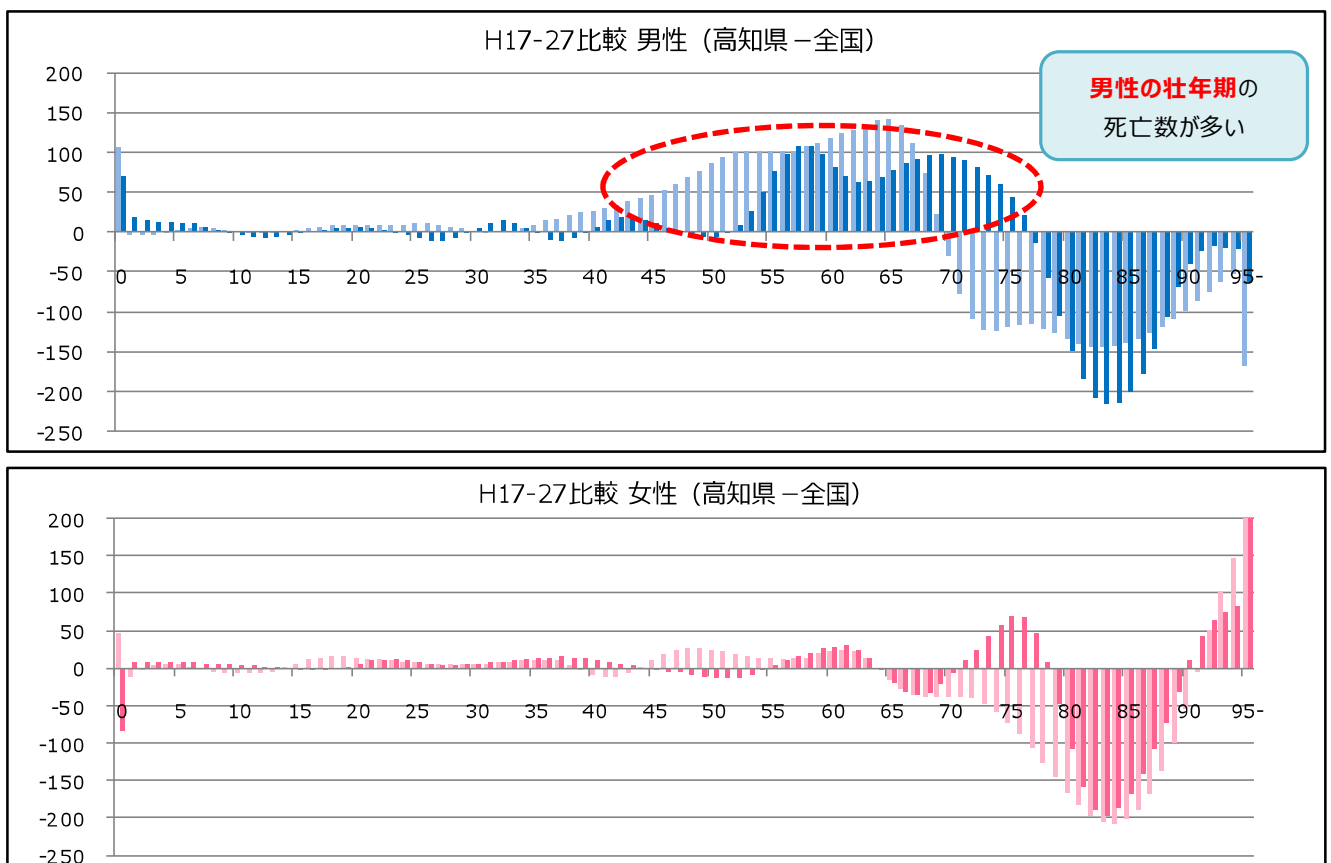
本県の平均寿命（0歳におけるその後生きられる平均の年数）は、男女とも伸びており、女性は全国と同水準であるが、男性は全国より0.51年寿命が短く、全国順位も下位となっている。



出典：厚生労働省「都道府県別生命表の概況」

## (2) 高知県と全国の死亡の差

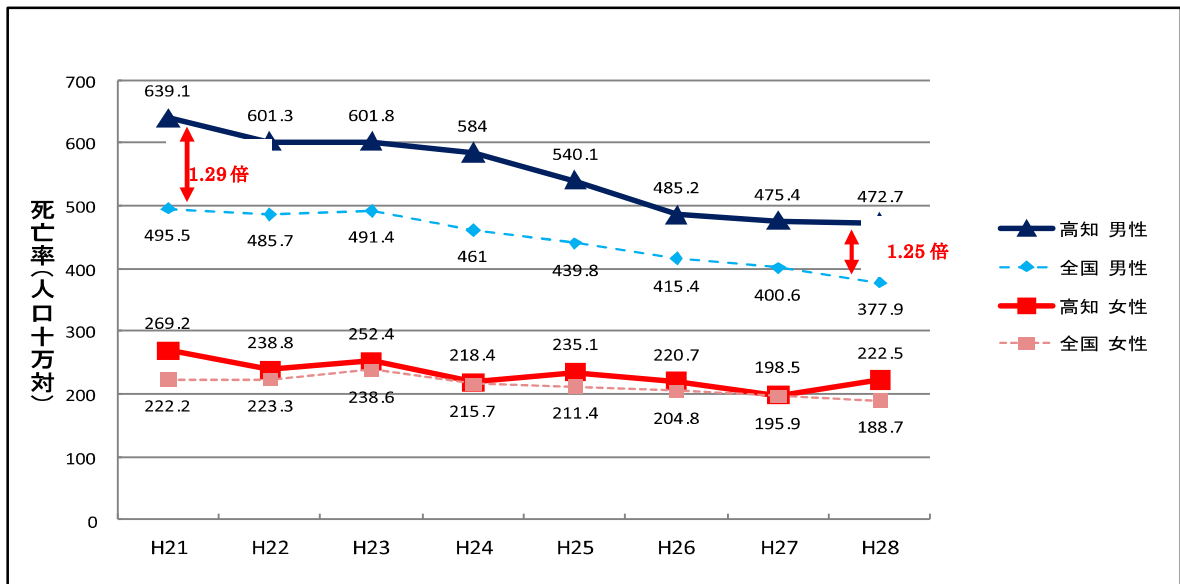
男性の40歳から74歳までの過剰死亡数は、平成17年と比べて平成27年は減少しているが、依然として全国に比べて壮年期の過剰死亡数が多い。



出典：厚生労働省「都道府県別生命表」

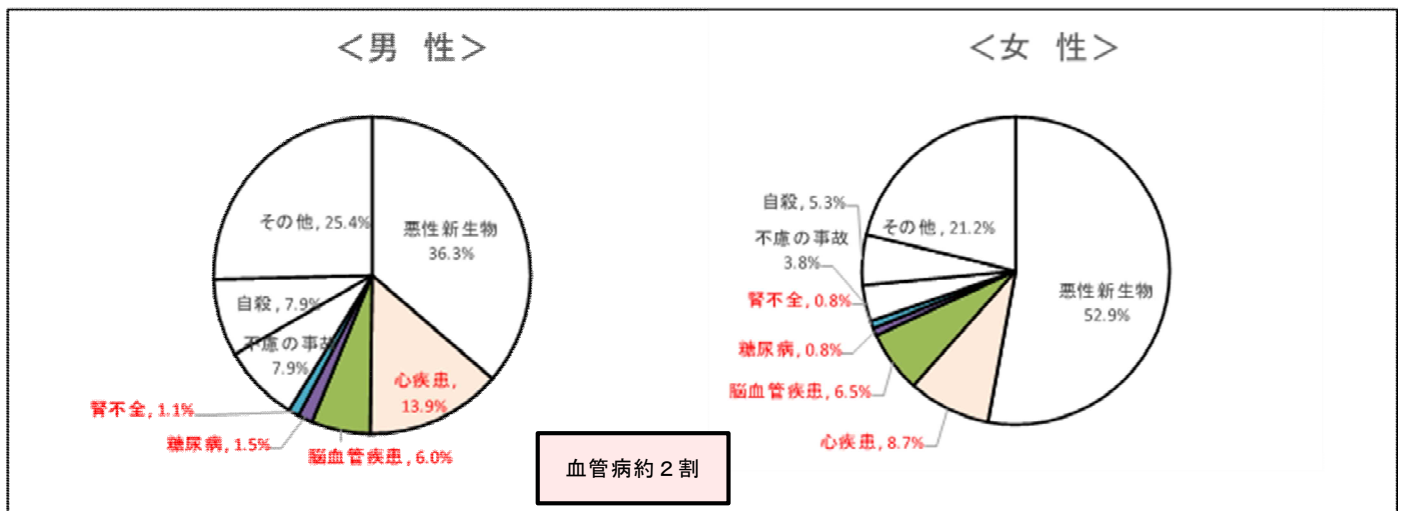
### (3) 壮年期（40～64歳）死亡率と死亡原因

40-64歳の死亡率は、平成21年と比較して、平成28年は男女とも減少しているが、依然として男性は全国より高い。



出典：厚生労働省 人口動態統計より算出

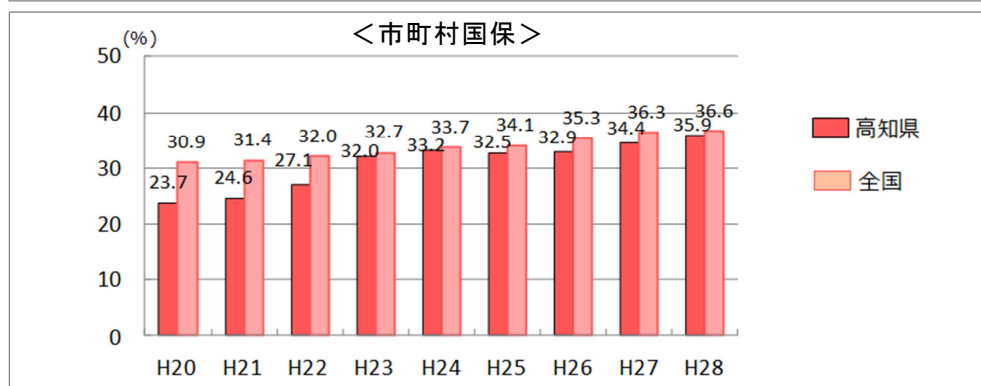
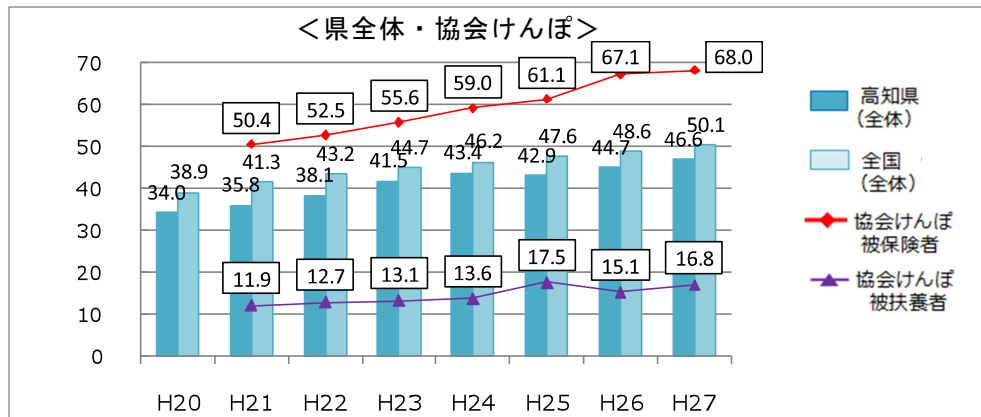
男性の40-64歳の死因別死亡数のうち、約2割が血管病（脳血管疾患などの血管内壁障害により起こる疾病）である。



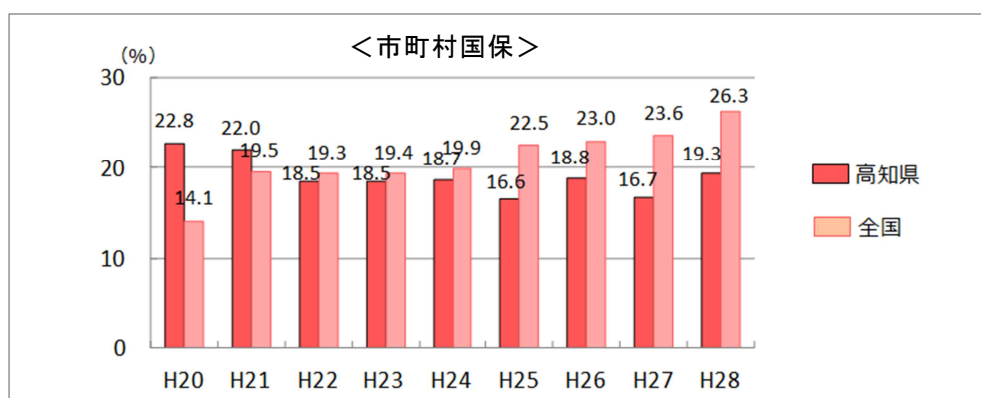
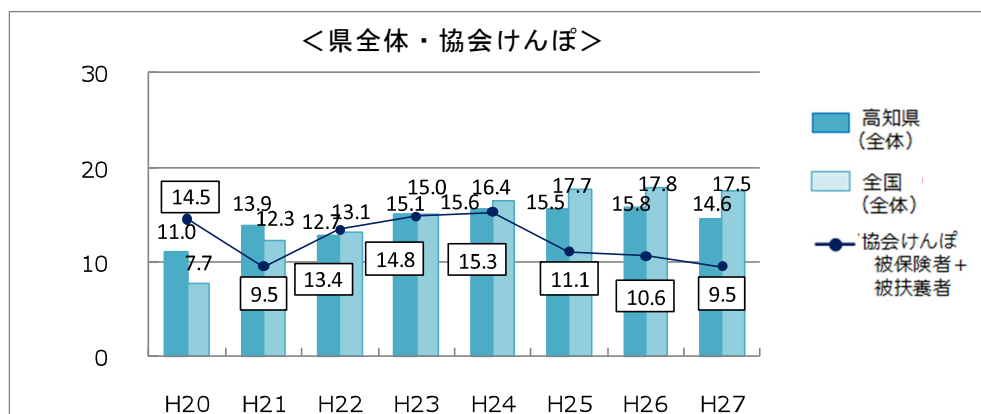
出典：厚生労働省「平成28年人口動態統計」

#### (4) 特定健診・特定保健指導の実施率

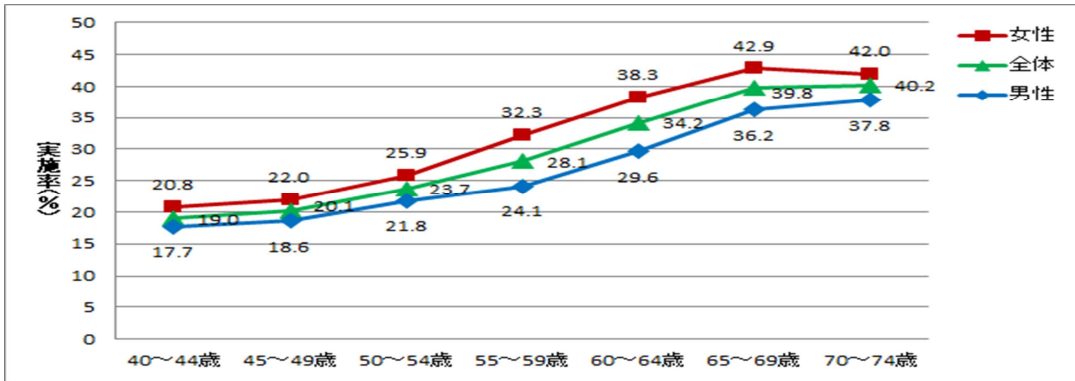
特定健診の実施率は年々上昇傾向であるが、全国平均に達していない。特に、市町村国保と協会けんぽの被扶養者の健診実施率が低いことが課題となっている。



特定保健指導の実施率は横ばい傾向であり、全国平均には達しておらず、市町村国保、協会けんぽ（被保険者＋被扶養者）も全国平均より低くなっている。

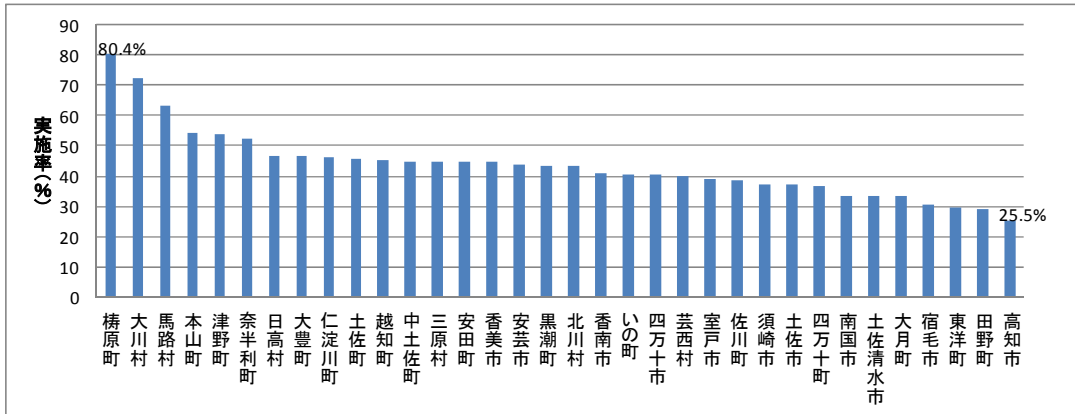


＜平成 27 年度 性別・年齢階層別 特定健診の実施率＞



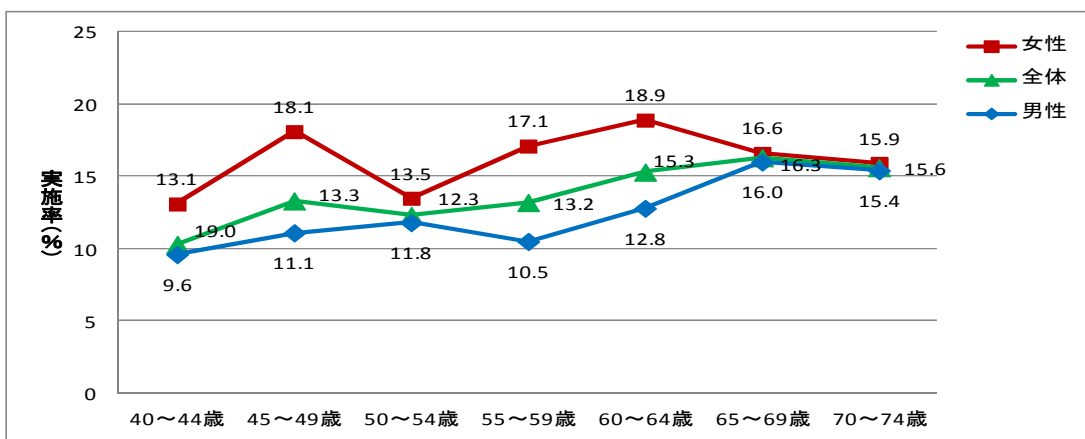
出典：法定報告データ

＜平成 27 年度 市町村別 特定健診の実施率＞



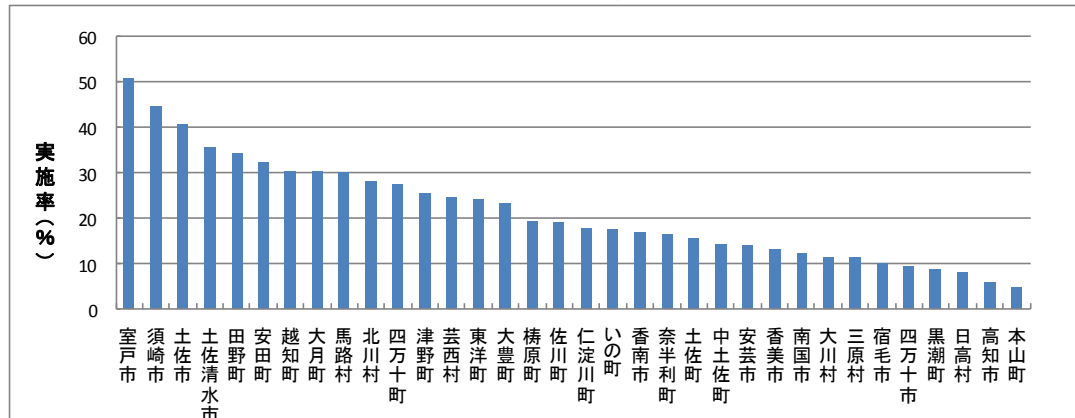
出典：法定報告データ

＜平成 27 年度 性別・年齢階層別 特定保健指導の実施率＞



出典：法定報告データ

＜平成 27 年度 市町村別 特定保健指導の実施率＞



## 2 高知県の糖尿病の現状

### (1) 糖尿病の推計患者数

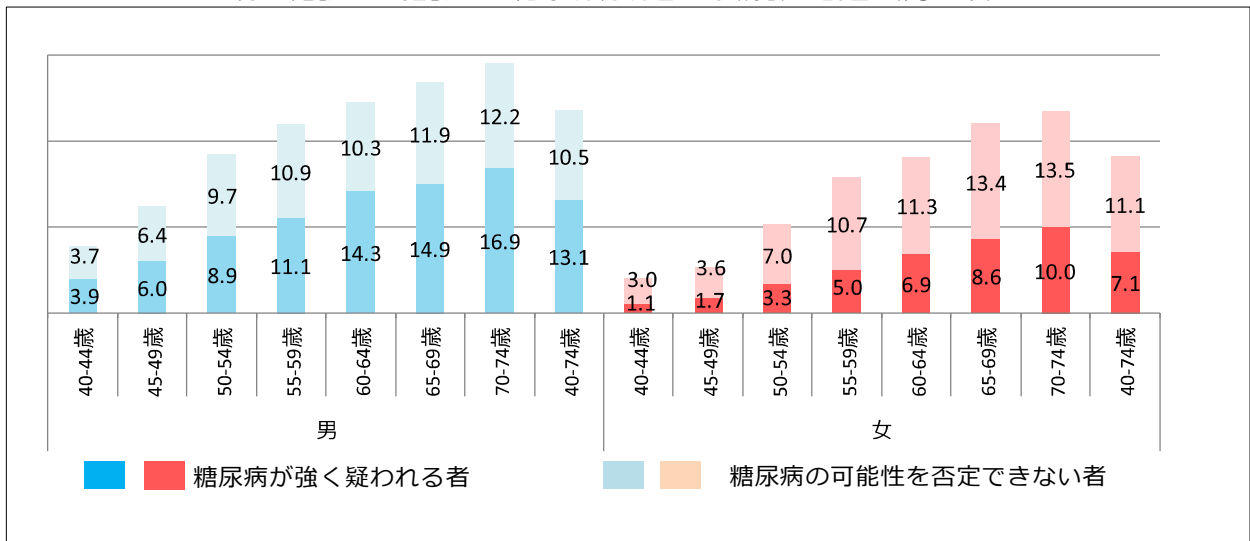
平成 26 年度特定健診（市町村国保＋協会けんぽ）受診者から推計すると、糖尿病が強く疑われる者は約 2 万 8 千人（対象人口の約 8 %）、糖尿病の可能性を否定できない者は、約 3 万 2 千人（対象人口の約 9 %）となっている。

＜高知県の特定健診から推計した糖尿病有病者と予備軍の人数＞

性別	推計人口40-74歳 (平成28年10月)	糖尿病が強く 疑われる者	糖尿病の可能性を 否定できない者	計
男	168,644人	18,650人	15,782人	34,432人
女	180,556人	9,958人	16,783人	26,741人
県計	349,200人	28,608人	32,565人	61,173人

出典：市町村国保・協会けんぽ「平成 26 年度特定健診実績」、高知県「推計人口」より算出

＜特定健診から推計した糖尿病有病者と予備群の割合（高知県）＞

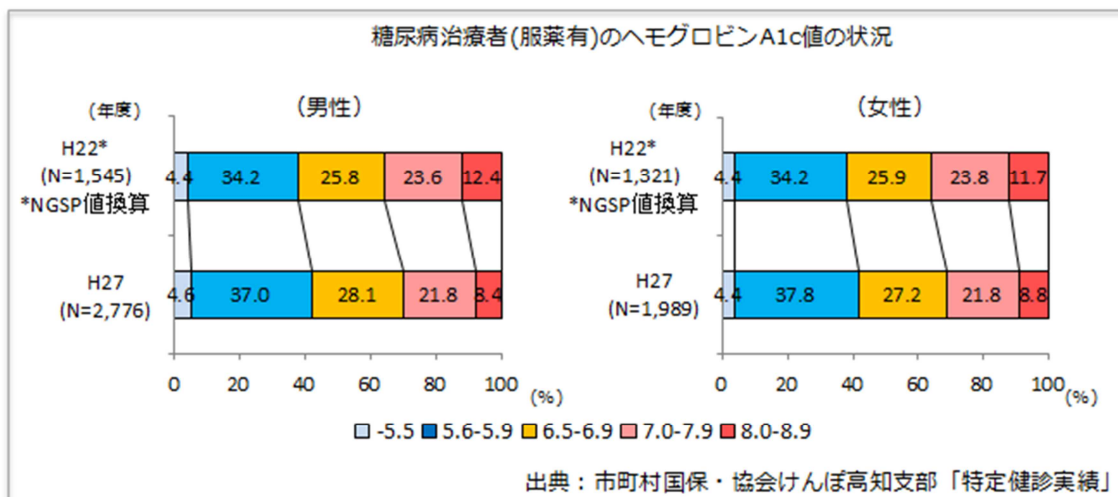


出典：市町村国保・協会けんぽ「平成 26 年度特定健診実績」、高知県「推計人口」より算出

### (2) 糖尿病治療者のヘモグロビン A1c 値の状況

特定健診結果からみた糖尿病治療者（服薬有）のヘモグロビン A1c 分布の状況を平成 22 年度と平成 27 年度で比較すると、低い値の割合が増加しており、平成 27 年度のヘモグロビン A1c 値のコントロール率は向上しているといえる。

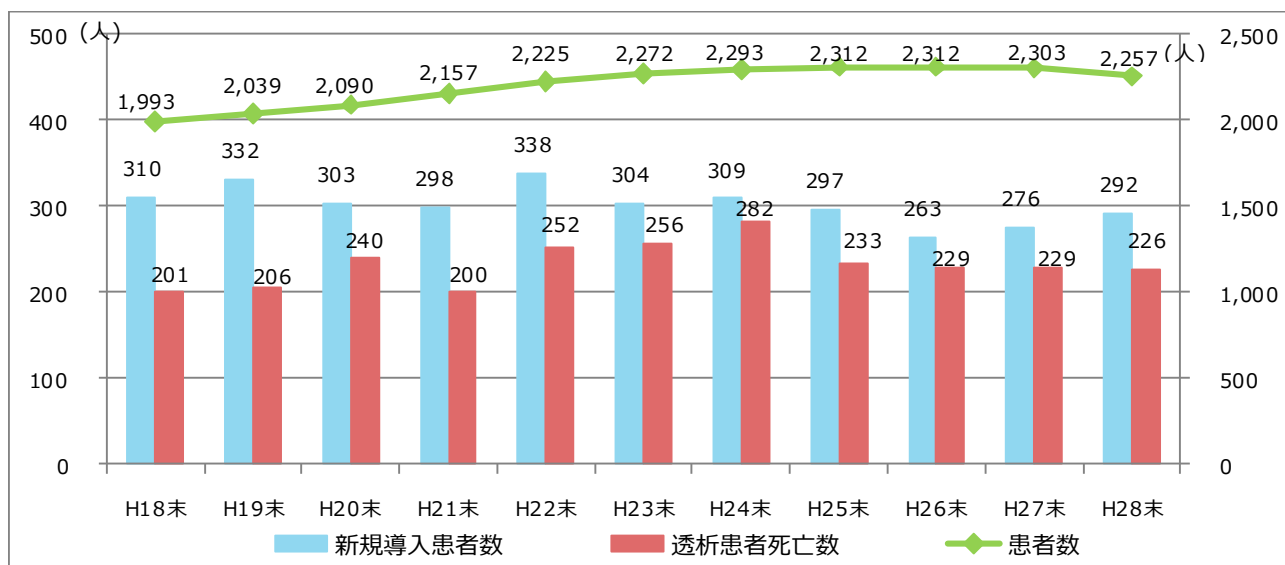
特に、糖尿病治療中で、ヘモグロビン A1c 値が 8 % を超える人の割合は男性 8.4 %、女性 8.8 % で、平成 22 年と比べて減少している。しかし、糖尿病性腎症の重症化による人工透析を防ぐためには、血糖値のコントロールが重要であり、市町村等保険者と医療機関が連携した取組が必要である。



### (3) 人工透析患者の推移

本県の人工透析患者数は、平成 18 年末の 1,993 人から、平成 28 年末には 2,257 人と増加しており、人口 1 万人当たりの患者数は平成 27 年末で 31.8 人となっており全国 (25.9 人) と比べて高い状況にある。

＜高知県における人工透析患者数の推移＞

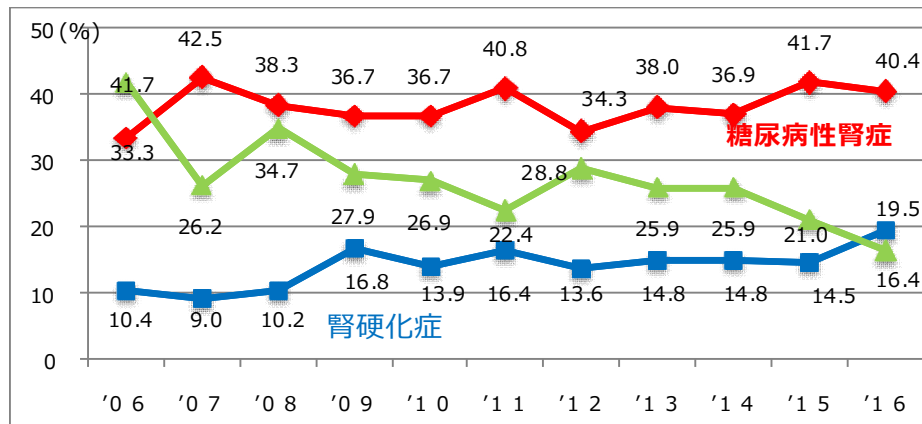


※1：H26 年回答 39 施設 ※2：H27 年回答 37 施設 ※3：H28 年回答 37 施設

出典：日本透析医学会「我が国の慢性透析療法の現況 12 月 31 日現在 2006 年～2016 年」

人工透析の新規導入透析患者のうち、約4割は糖尿病性腎症が原因となっており、平成28年末の人口10万人当たりの糖尿病性腎症による新規透析導入患者数は16.3人で、全国（12.7人）より多い。

＜高知県における新規透析導入患者における主要原疾患割合の推移＞



※1：H26年回答 39施設 ※2：H27年回答 37施設 ※3：H28年回答 37施設

出典：日本透析医学会「我が国の慢性透析療法の現況 12月31日現在 2006年～2016年」

＜糖尿病性腎症による新規透析導入状況＞

年	'09 (H22)	'10 (H23)	'12 (H24)	'13 (H25)	'14 (H26)	'15 (H27)	'16 (H28)
県(実数)	124	124	106	113	97	115	118
県(10万人対)	16.2	16.3	14.1	15.1	13.1	15.8	16.3
全国(10万人対)	12.7	13.1	12.7	12.6	12.4	12.6	12.7

出典：日本透析医学会「我が国の慢性透析療法の現況 12月31日現在 2006年～2016年」

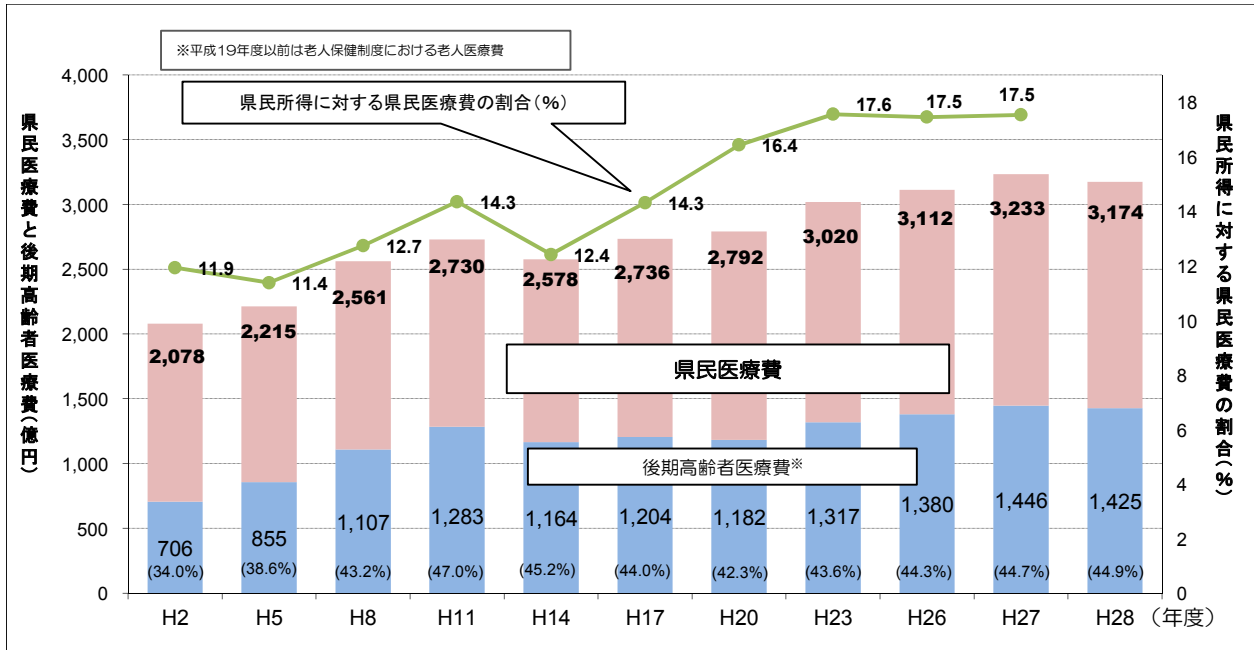
### 3 高知県の医療費の状況

#### (1) 高知県の医療費の推移

平成 28 年度の県民医療費は、3,174 億円となっており、前年度に比べ約 1.8% の減少となっているが、年々増加傾向にある。

また、本県の後期高齢者医療費は約 1,425 億円と、県民医療費の 44.9% を占め、高齢化が進行し、医療費に対する後期高齢者医療費の占める割合が高くなっている。

＜県民医療費と後期高齢者医療費の推移＞

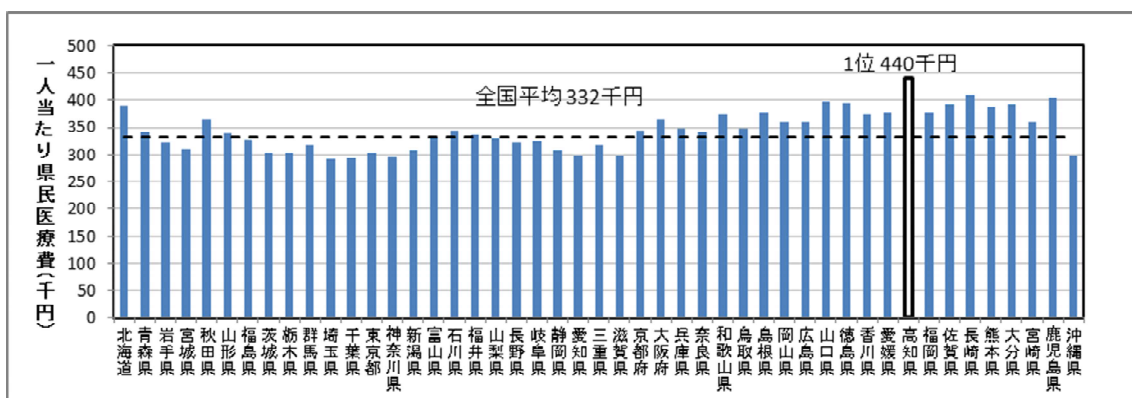


出典：国民医療費は「国民医療費の概況」(厚生労働省) / 後期高齢者医療費は「事業状況報告」(厚生労働省)  
 県民所得は「県民経済計算」(高知県)

#### (2) 一人当たり医療費の推移

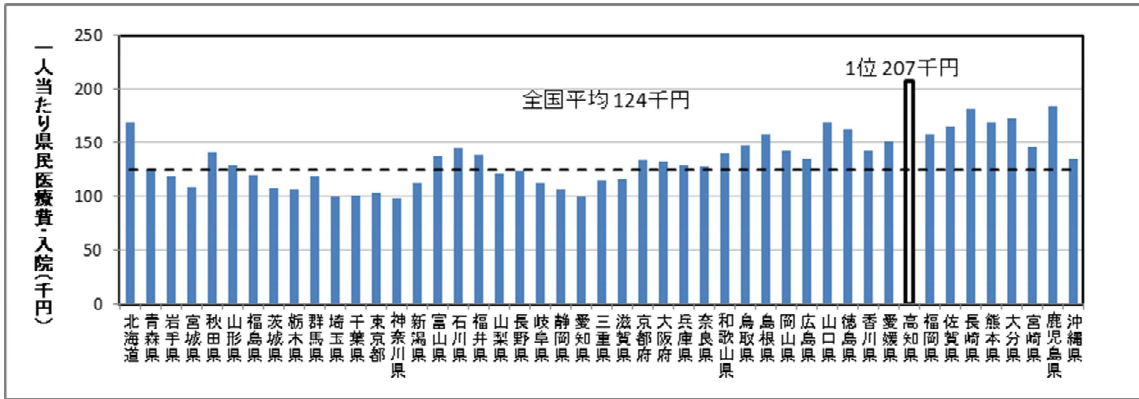
本県の平成 28 年度の一人当たり県民医療費は、440 千円と全国平均の 332 千円より 108 千円高く、全国 1 位となっている。特に一人当たり県民医療費(入院)は 207 千円と全国 1 位で全国平均の約 1.7 倍となっている。また、一人当たり県民医療費(入院外)については 124 千円と全国 9 位となっている

＜平成 28 年度 都道府県別一人当たり県民医療費＞



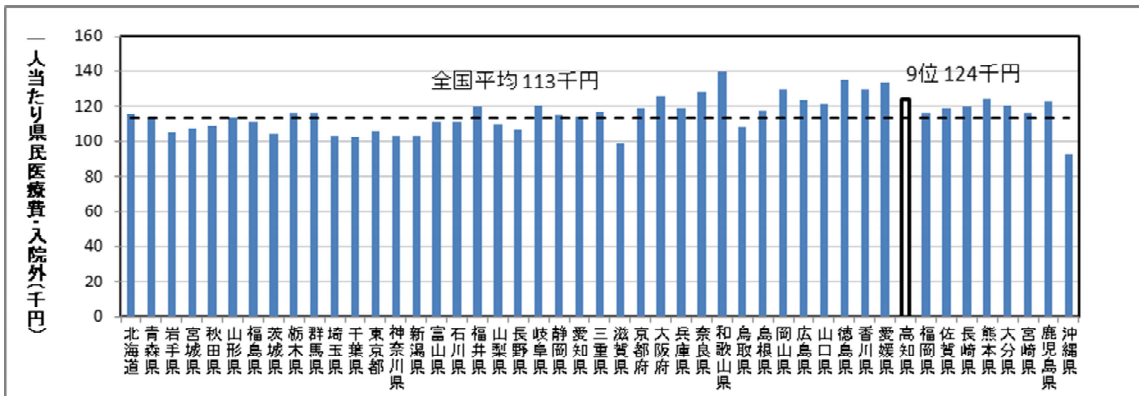
出典：厚生労働省「平成 28 年度国民医療費の概況」

＜平成 28 年度 都道府県別一人当たり県民医療費（入院）＞



出典：厚生労働省「平成 28 年度国民医療費の概況」

＜平成 28 年度 都道府県別一人当たり県民医療費（入院外）＞



出典：厚生労働省「平成 28 年度国民医療費の概況」

平成 28 年度における本県の市町村国保の一人当たりの医療費は、411 千円で全国 8 位となっており、入院医療費、入院外医療費ともに全国平均を上回り、年々上昇傾向にある。

また、平成 28 年度における本県の後期高齢者医療の一人当たり医療費は、1,154 千円で全国 2 位となっており、入院外医療費は全国平均を下回る一方で、入院医療費は全国 1 位の 700 千円と全国平均の約 1.5 倍となっていることから、入院医療費が後期高齢者医療費に大きく影響している。

＜市町村国保の一人当たり医療費の推移＞

年 度	市町村国保一人当たり医療費											
	全体				入院（食事療養・生活療養診療費含む）				入院外（調剤診療費含む）			
	(円)	前年度比	全国比	順位	(円)	前年度比	全国比	順位	(円)	前年度比	全国比	順位
24	363,076	102.0%	114.9%	10	160,490	102.8%	133.5%	8	176,185	101.2%	105.8%	12
25	376,156	103.6%	115.9%	9	168,186	104.8%	137.0%	7	181,428	103.0%	105.3%	12
26	386,318	102.7%	115.9%	9	171,994	102.3%	136.4%	7	187,076	103.1%	105.6%	11
27	406,635	105.3%	116.3%	8	178,189	103.6%	136.5%	7	200,116	107.0%	106.3%	9
28	411,083	101.1%	116.5%	8	184,883	103.8%	138.6%	7	197,613	98.7%	104.9%	15

出典：厚生労働省「国民健康保険事業状況報告書（事業年報）」

＜後期高齢者医療の一人当たり医療費の推移＞

年 度	後期高齢者医療一人当たり医療費											
	全体				入院（食事療養・生活療養診療費含む）				入院外（調剤診療費含む）			
	(円)	前年度比	全国比	順位	(円)	前年度比	全国比	順位	(円)	前年度比	全国比	順位
24	1,107,185	100.8%	120.4%	2	668,274	101.4%	146.3%	1	405,281	100.0%	97.0%	22
25	1,120,838	101.2%	120.6%	2	670,487	100.3%	147.0%	1	415,488	102.5%	97.2%	22
26	1,137,065	101.4%	122.0%	2	685,134	102.2%	149.7%	1	415,667	100.0%	97.2%	23
27	1,184,293	104.2%	124.8%	2	711,921	103.9%	154.9%	1	435,484	104.8%	98.7%	20
28	1,153,981	97.4%	123.5%	2	699,967	98.3%	152.7%	1	416,481	95.6%	97.5%	22

出典：厚生労働省「後期高齢者医療事業状況報告」

(3)生活習慣病に係る疾病別医療費の状況

平成28年度の市町村国保の生活習慣病に係るレセプト1件当たりの医療費について、国保データベースシステム（以下「KDB」という）から医療圏別に見みると、安芸医療圏（室戸市、安芸市、東洋町、奈半利町、田野町、安田町、北川村、馬路村、芸西村）では、入院外の糖尿病と心疾患が高く、中央医療圏（高知市、南国市、土佐市、香南市、香美市、本山町、大豊町、土佐町、大川村、いの町、仁淀川町、佐川町、越知町、日高村）では、入院の高血圧症と腎不全が高い。

また、高幡医療圏（須崎市、中土佐町、禰原町、津野町、四万十町）では、入院の糖尿病、脂質異常症、脳血管疾患が高くなっており、幡多医療圏（宿毛市、土佐清水市、四万十市、大月町、三原村、黒潮町）は、入院外の脂質異常症、脳血管疾患が高くなっている。

＜医療圏別市町村国保の生活習慣病1件当たり医療費（H28年度）＞

	糖尿病				高血圧症				脂質異常症			
	入院		入院外		入院		入院外		入院		入院外	
	金額	順位	金額	順位	金額	順位	金額	順位	金額	順位	金額	順位
県平均	548,276		36,553		565,799		30,608		533,429		29,075	
安芸医療圏	549,642	(3)	39,376	(1)	549,676	(3)	32,061	(2)	508,024	(3)	28,727	(2)
中央医療圏	554,203	(2)	35,649	(4)	578,827	(1)	30,383	(3)	543,211	(2)	28,681	(3)
高幡医療圏	568,027	(1)	36,392	(3)	573,971	(2)	28,319	(4)	550,251	(1)	28,440	(4)
幡多医療圏	500,058	(4)	39,348	(2)	499,834	(4)	32,332	(1)	494,551	(4)	32,273	(1)

	脳血管疾患				心疾患				腎不全			
	入院		入院外		入院		入院外		入院		入院外	
	金額	順位	金額	順位	金額	順位	金額	順位	金額	順位	金額	順位
県平均	614,452		36,617		604,950		63,966		639,276		153,072	
安芸医療圏	581,385	(3)	38,817	(2)	624,154	(2)	100,443	(1)	648,608	(2)	153,621	(3)
中央医療圏	621,651	(2)	35,215	(4)	594,322	(3)	62,694	(2)	659,608	(1)	155,157	(2)
高幡医療圏	648,207	(1)	38,105	(3)	682,227	(1)	47,398	(4)	580,684	(3)	162,713	(1)
幡多医療圏	566,961	(4)	42,252	(1)	592,006	(4)	60,224	(3)	547,894	(4)	136,902	(4)

出典：KDB「健診・医療・介護データから見る地域の健康課題」より

## 4 血管病（糖尿病）の重症化予防の取組

### (1) 取組の背景

本県には次のような課題があるため、平成 28 年度から血管病対策として市町村及び後期高齢者医療制度（以下「市町村等」という。）で重症化予防に取り組むこととした。

（課題）

- ・一人当たり県民医療費が 442 千円で全国 1 位（H26 年度）
- ・壮年期男性の死亡率が全国と比べて高く、死亡原因の約 2 割が血管病
- ・人口 10 万人当たりの人工透析患者数が全国平均より高く推移している
- ・新規透析導入者数の約 4 割が糖尿病性腎症である

### (2) H28、H29 年度の取組

対象者の抽出に当たり、KDB では操作に専門的技術力を要することや、抽出作業を行うためのマンパワーが不足している市町村の現状を踏まえ、県と高知県国民健康保険団体連合会が協働して対象者抽出ツールを作成のうえ、市町村等に配布し、市町村等で特定健診の結果、医療機関への受診が必要にも関わらず未治療の者（以下「未治療ハイリスク者」という。）や、糖尿病の治療中断者を抽出し、受診勧奨を始めた。

①対象要件：原則として次の者。地域の実情に応じて抽出条件の見直しは可。

○未治療ハイリスク者

- ・対象者：H28 年度健診受診者で条件に該当する者の内、H28 年度内に血圧・血糖・脂質のいずれも服薬が無い有資格者
- ・抽出条件：血圧 160/100 以上、HbA1c8.4 以上、尿蛋白 2+以上、eGFR40 未満のいずれかに該当

○治療中断者

- ・対象者：H28 年度に糖尿病治療等【糖尿病薬、インスリン注射、HbA1c 検査、生活習慣病管理料（糖尿病）、栄養指導料】が有り、H29 年度（4～5 月診療分）に糖尿病治療等の無い者の内、H28 年度に糖尿病性合併症（網膜症・腎症・神経障害）又はインスリン注射が有る市町村国保の有資格者

②H29 年度取組結果

34 市町村のうち 32 市町村で実施された。

平成 29 年度未治療ハイリスク者では、対象者 789 人に対して 640 人に受診勧奨を実施し、介入率は 81.1%であり介入者の 23.9%に当たる 153 人が医療機関への受診につながった。

また、治療中断者については、対象者 180 人に対して 94 人に受診勧奨を実施した結果、44 人が医療機関を受診しており保健指導（受診勧奨）の成功率は 46.8%であった。

<未治療ハイリスク者>

介入対象者数 789名 <b>a</b>
介入者数 640名 <b>b</b> (介入率 81.1%…b/a)
受診者数 153名 <b>c</b> (医療機関受診率 19.4%…c/a) (保健指導成功率 23.9%…c/b)

介入状況 福祉保健所 管内別市町村	介入 対象者数 a	介入人数		介入後の医療機関への受診者数		
		b	介入率 b/a	c	医療機関受 診率c/a	保健指導成 功率c/b
高知市	18	18	100.0%	8	44.4%	44.4%
安芸管内	239	182	76.2%	24	10.0%	13.2%
中央東管内	84	58	69.0%	17	20.2%	29.3%
中央西管内	113	75	66.4%	23	20.4%	30.7%
須崎管内	115	91	79.1%	16	13.9%	17.6%
幡多管内	220	216	98.2%	65	29.5%	30.1%
計	789	640	81.1%	153	19.4%	23.9%

<治療中断者>

介入対象者数 180名 <b>a</b>
介入者数 94名 <b>b</b> (介入率 52.2%…b/a)
受診者数 44名 <b>c</b> (医療機関受診率 24.4%…c/a) (保健指導成功率 46.8%…c/b)

介入状況 福祉保健所 管内別市町村	介入 対象者数 a	介入人数		介入後の医療機関への受診者数		
		b	介入率 b/a	c	医療機関受 診率c/a	保健指導成 功率c/b
高知市	16	16	100.0%	7	43.8%	43.8%
安芸管内	35	2	5.7%	0	0.0%	0.0%
中央東管内	36	23	63.9%	5	13.9%	21.7%
中央西管内	31	7	22.6%	1	3.2%	14.3%
須崎管内	19	5	26.3%	1	5.3%	20.0%
幡多管内	43	41	95.3%	30	69.8%	73.2%
計	180	94	52.2%	44	24.4%	46.8%