

高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラム

令和元年11月時点改訂版（案）

高 知 県 医 師 会
高知県糖尿病医療体制検討会議
高 知 県

高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラム

平成31年1月改訂版

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	5
4 対象者への介入方法	6
5 取組にあたっての関係者間の連携	9
6 プログラムの評価	11
7 円滑な事業の実施に向けて	14
8 個人情報の取扱い	14
9 高知県版糖尿病性腎症重症化予防プログラム概要	17
10 様式集	20

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。

1-① 追加 そのため、国では「腎疾患対策検討会報告書～腎疾患対策の更なる推進を目指して～」（平成30年7月）において、2028年までに年間新規透析導入患者数を35,000人以下に減少させるという数値目標を掲げ、慢性腎臓病（糖尿病性腎症を含む慢性に経過する腎臓病の総称。以下「CKD」という。）の取組を推進することにより、新規の人工透析導入患者数の減少を目指すこととされた。

1-② 追加 修正 本県には、平成29年末現在で約2,400人の人工透析患者がおり、平成27年からの3年間で新たに透析が必要となった患者年平均約300人のうち、糖尿病性腎症の患者は約4割を占めている。このため、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。

1-③ 追加 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平成30年1月に本プログラムを策定した。平成31年4月には、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・増進を図るため、国版糖尿病性腎症重症化予防プログラムが改定されたことから、これを踏まえ、本プログラムについても改定を行う。

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 市町村の庁内体制の整備

2-① 追加 糖尿病性腎症重症化予防は、住民の健康保持・増進、健康寿命の延伸、ひいてはQOLの向上につながるものであるとともに、結果的には医療費の適正化にも関わることから、自治体全体の問題として扱うことが重要であることから、次の点に留意する。

① 健康増進担当課や国保担当課、高齢者医療担当課（広域連合）等の担当者による庁内連携体制を整え、定期的な会議の場を持ち、糖尿病性腎症重症化予防事業に取り組む意義について共通認識を持つ。

② 糖尿病性腎症重症化予防の取組には、財源の確保、人材の育成、地域連

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。

1-② 修正 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。

1-② 修正 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、都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

1-⑤ 修正 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とっては、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

携、国保データベース（KDB）システム（以下「KDB」という。）等を活用した健康課題分析や対象者抽出・評価など、多彩で膨大な事務作業が発生することから、効率的に取組を進めるためには、手続の円滑化などにおいて事務職等と連携して取り組む。

- ③ 糖尿病性腎症重症化予防の取組では内外と連携することが多く、窓口となる担当者が誰なのかを外部の関係者に明示するなど、業務における情報共有や協議を円滑に進めやすくする工夫を行う。また、人事異動がある場合には、後任の担当者に確実に業務の引き継ぎを行うことや連携先に速やかに連絡を取る。

イ 事業実施

- ① 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。
- ② 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。
- ③ 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。

ウ 人材確保・育成

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、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ため、人材の資質向上が重要であることから、専門職や事務職を問わず、積極的に研修会等に参加してプログラムに関する知識を得ていく。

(2) 県の役割

ア 庁内体制の整備

保険者の取組を支援するためには、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ことが求められることから、関係部署（部局・課）が連携して取り組むことが重要であるため、定期的に庁内のワーキングを開催するなど、問題意識をその都度共有しながら支援を進める。

イ 保険者への支援

- ① 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とっては、保険者協議会を通じて相談す

るものとする。

② 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、腎症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 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。

④ 福祉保健所は、地区分析の実施や市町村・広域連合の身近な相談相手としての役割を果たすことが重要である。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・広域連合のつなぎ役となるなど、積極的に支援を行う。
また、管内関係者等の参加を得たうえでの対策会議の設置（他の協議会に併設することも可能とする）、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など保険者の取組を支援する。

(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。

②-⑥ 追加
特に、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現象がみられるため、高齢者の保健事業の実施に当たっては、広域連合と市町村で連携し、委託等により市町村が一体的に保健事業を実施することで、年齢に関わらず継続した支援を可能にするといった対応をとることが考えられるが、広域連合が実施する場合も、継続的な評価が可能となるよう体制づくりに協力する。

(4) 医師会の役割

②-⑦ 修正
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、必要に応じて助言を行うとともに、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^{※1)}の役割

②-⑧ 修正
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、透析予防の取組について助言を行う。

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。

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

②-⑦ 修正
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^{※1)}の役割

②-⑧ 修正
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^{※2)}の役割

②-⑧ 修正
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^{※3)}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。

⑨
修正

(6) 高知県慢性腎臓病（CKD）対策連絡協議会^{注2）}の役割

血管病の重症化予防対策の中におけるCKD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の病診連携を推進する。

注2）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^{注3）}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。

⑩
追加

(8) 国保連合会の役割

国保連合会は、KDBの活用によるデータ分析・技術支援や、データヘルス計画策定の際の健診データ・レセプトデータ等による課題抽出、事業実施後の評価分析などにおいて、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などを通じて、市町村や広域連合への支援を行う。

(9) 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。

(10) 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。

(11) その他、専門学会等の役割

日本糖尿病学会、日本腎臓学会等は、保険者及び地域のかかりつけ医からの相談に対し助言等を行うなど、県内の重症化予防の取組への推進に向けた支援を行う。

また、県下の糖尿病療養指導士は、資質向上に努めるとともに、保険者と連携してかかりつけ医、糖尿病専門医等の下で適切な療養指導を行うこと。

(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^{注4）}

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 ² 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

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^{注4)}

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
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/1.73㎡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/1.73㎡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

※全数対応が望ましいが、優先順位付けを行う場合は、次の事項を参考にする。

・抽出基準のうち、下記の基準に該当の方を優先とします。

③尿蛋白：(2+)以上 かつ

④eGFR：45ml/分/1.73m²未満

委員の皆様のご意見をお願いします。

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1：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。

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/1.73m²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1：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

- 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/1.73m²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。

また、必要に応じて受診後のフォローを行うものとし、治療を中断しやすい人については、受診継続についての抵抗要因を検討し、その軽減に向けた支援を行う。

4-①
追加

(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。

特に、治療を中断しがちな人については、本人の思いや生活状況を踏まえた保健指導が重要なことから、医療機関と保険者間が十分連携することが必要である。

4-②
追加

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⑦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。

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。

4-③
追加

① 通院医	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有無・決定と連携依頼 （保険者→患者） →かかりつけ医	1 専門医療機関（栄養指導あり）と連携する 2 専門医療機関（栄養指導なし）と連携する 3 血糖管理、血圧管理は施設外のみで実施する	様式3-1 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） 様式3-2 高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラム情報提供書 （外来栄養指導等依頼用） 様式3-3 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/1.73m²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

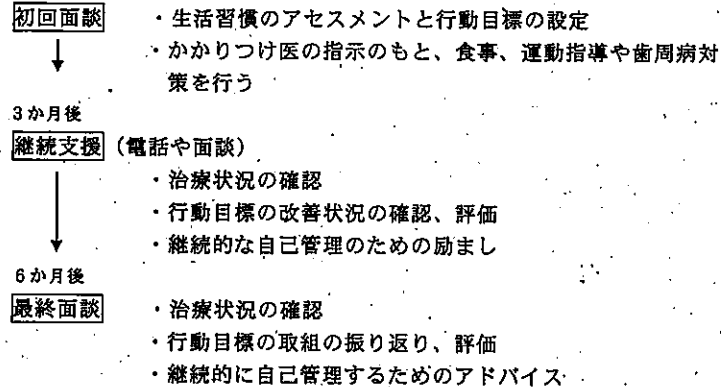
- ① 保険者は、プログラム対象者であることを説明し、連絡票⑦を渡す
- ② 対象者は、連絡票⑦の同意欄に署名し、かかりつけ医に持参する
- ③ かかりつけ医は、プログラムの利用の有無を決定し、保険者に連絡票⑦を送付する。
- ④ かかりつけ医は、利用するプログラムを選択し、連絡先に情報提供書を送付の上、プログラムを開始する
- ⑤ 保険者は、かかりつけ医から提供された保健指導を実施する際の留意事項を踏まえた保健指導を行うこととし、必要に応じてかかりつけ薬局と連携した服薬指導を行う。また、保健指導実施後は、保健指導の内容について、糖尿病連携手帳等を活用するなどしてかかりつけ医へ伝達する。

① 通院医	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有無・決定と連携依頼 （保険者→患者） →かかりつけ医	1 専門医療機関（栄養指導あり）と連携する 2 専門医療機関（栄養指導なし）と連携する 3 血糖管理、血圧管理は施設外のみで実施する	様式3-1 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） 様式3-2 高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラム情報提供書 （外来栄養指導等依頼用） 様式3-3 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）

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。

（4）委託する場合の留意点

保険者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、栄養士会等職能団体などが考えられる。委託する業務は、対象者の抽出、保健指導、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を工夫したり、契約において保険者が求める仕様を具体的に事業者と共有する必要がある。

委託後に全てを任せきりにするのではなく、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する形をとる際には、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、外部事業者任せきりにするのではなく保険者において事業の詳細を把握し、全体のプロセスをコントロールすることが重要である。

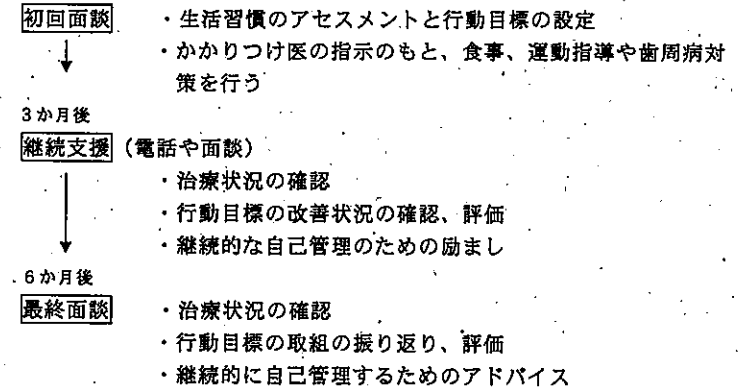
（5）後期高齢者における留意点

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

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/1.73m²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。

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の連携も重要である。

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/1.73m²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/1.73m²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。

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 m²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。

【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。

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 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)	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	

国の糖尿病性腎症重症化予防プログラムより引用

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 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)	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。

また、後期高齢者については、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加入後は評価が困難になる自治体も少なくない。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、高齢者医療担当課（広域連合）との連携が不可欠である。具体的には保険者の変更に伴い、レセプトの追跡を誰が行うのか等、役割を決めておく必要がある。

(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。

(3) 事業評価の考え方

保険者は、国から示されている事業評価（例）やアウトカム評価の考え方を参考に事業評価を行う。

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

6-③ 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/1.73m²未満、45 ml/分/1.73m²未満、30 ml/分/1.73m²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

(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

エ 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

オ 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

カ 糖尿病治療中の方のうち、特定健診受診者で、eGFR 60 ml/分/1.73m²未満、45 ml/分/1.73m²未満、30 ml/分/1.73m²未満の人数と割合

主 新規人工透析導入患者数(糖尿病性腎症患者数)の推移

ク 人工透析にかかる医療費の推移 等

(中長期的に把握するデータ)

ア 対象者(介入者)のその後の状況

イ レセプトによる受療状況、医療費

ウ 糖尿病性腎症による透析導入の推移

6-④
(中長期)
から
(毎年)
に
修正

6-⑤
追加

参考1：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、データ登録ができたか	【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】 ・事業にかかる費用と効果
---	---

医療保険者としてのマクロ的評価（KDBの活用）

- ・新規透析導入患者
- ・糖尿病性腎症病期、未治療率
- ・HbA1c8.0%以上の未治療者
- ・健診受診率・医療費推移等

出典：国糖尿病性腎症重症化予防プログラム

参考2：アウトカム評価の考え方（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
--

出典：国糖尿病性腎症重症化予防プログラム

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。

7-①
修正
なお、本プログラムに記載のない事項については、平成31年4月25日の改定後の国の「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を参考とする。

8 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、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類の個人情報が、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（注5）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。

8
追加
注5）「本人の氏名、性別、年齢、職業、学歴、社会的地位、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）

（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、他の自治体）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）

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。

7-①
修正
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。

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（注 6）、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規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（注 7）。

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。

注 6)「国保データベース（KDB）システムから提供される情報の活用について」（平成 25 年 6 月事務連絡 厚生労働省健康局がん対策・健康増進課、老健局介護保険計画課、老健局老人保健課、保険局国民健康保険課、保険局高齢者医療課）

注 7)「特定健康診査及び特定保健指導の記録の写しの保険者間の情報照会及び提供について」（平成 29 年 6 月 6 日付け保連発 0606 第 1 号、保保発 0606 第 11 号、保国発 0606 第 1 号、保高発 0606 第 1 号通知）

（2）県における取扱い

健診データやレセプトデータは、管内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、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、当該管内保険者から都道府県に情報提供がされることとなる。

また、県が管内保険者から情報提供を受けた場合は、県の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、他の自治体）への情報提供等に一定の条件が付されることとなる。

国保の都道府県単位化に伴い、平成 30 年度から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、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、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、市町村等が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（注8）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。

注8）医療機関の有する患者の治療状況等の情報を活用するに当たっては、当該患者の本人同意が必要であるが、場合によっては市町村等が医療機関に代わって本人同意を得ることも考えられる。このため、市町村から医療機関にその旨の連絡がある場合が想定されるが、なりすましによる被害を防ぐため、例えば、文書による確認、市町村からの電話に対する折り返し電話、本人への直接確認等といった対応が適切である。

(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。

<高知県版糖尿病性腎症重症化予防プログラム概要>

高知県版糖尿病重症化予防プログラムは、医療機関への受診が必要にもかかわらず未受診の者や治療中断者を適切な医療につなげるための受診勧奨事業(プログラムⅠ)と、治療中ではあるがコントロール不良等により重症化リスクの大きい者について、かかりつけ医と保険者の連携による保健指導等を実施する事業(プログラムⅡ)の2部構成とする。

また、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。そのため、プログラム開始の前段として、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必要がある。さらに、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ことが重要である。

プログラムⅠ及びプログラムⅡの 対象者抽出から事業実施までの流れ(P20 事業体系図参照)

1 プログラムⅠ：医療機関未受診者・治療中断者への受診勧奨事業

(1) 保険者による対象者の抽出

① 医療機関未受診者

特定健診受診後、医療機関への受診が必要にもかかわらず未受診の者を抽出する。

【抽出条件】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、・随時血糖200mg/dl以上 ・HbA1c (NGSP) 6.5%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 ² 未満

② 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を抽出する。

(2) 保険者による受診勧奨及び保健指導の実施

対象者の状況に応じて電話、手紙、訪問等の方法により医療機関への受診勧奨を実施する。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。

※尿蛋白(2+)以上又はeGFR45ml/分/1.73m²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。

(3) 対象者に対する受診後の支援の実施

治療を中断しやすい人については、受診継続についての抵抗要因を検討し、その軽減に向けた支援を行う。

2 プログラムⅡ：治療中で重症化リスクの大きい者への保健指導事業

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、重症化リスクの大きい者のうち、かかりつけ医の同意があった者を病診連携、外来栄養指導または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。

(1) 保険者による対象者の抽出

特定健診結果から、次の表の①～④要件に該当する者を抽出する。ただし、除外条件ア～カに該当する者は除く。

抽出条件	除外条件
①HbA1c(NGSP):8.0%以上	ア がん等で終末期にある者
②血圧:収縮期150 mmHg以上 または 拡張期90 mmHg以上	イ 重度の認知機能障害がある者
③尿蛋白:(2+)以上	ウ 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
④eGFR:45ml/分/1.73 m ² 未満	エ 過去1年間の外来栄養食事指導料の算定対象者
	オ 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
	カ 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

(2) 保険者による対象者への事業説明

- ①保険者は、上記(1)で抽出した者に、プログラムの対象者であることを説明し、別添様式「1」高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラム連絡票の1を渡す。
- ②対象者は、連絡票の同意欄に署名し、かかりつけ医に持参する。

(3) かかりつけ医によるプログラム利用の有無の決定

- ①かかりつけ医は、対象者が上記2(2)の除外条件に該当しないか判断のうえ、プログラムの利用の有無を決定し、保険者に連絡票②を送付する。
【除外条件】
オ 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
カ 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
- ②かかりつけ医による治療中の患者に対する特定健診の受診勧奨
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。特に、eGFRが60ml/分/1.73m²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。

(4) 保険者によるプログラム(保健指導)の実施

①保健指導の実施

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て、個別面談・訪問指導、集団指導、電話等による指導などの方法で保健指導を行う。その際には、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。

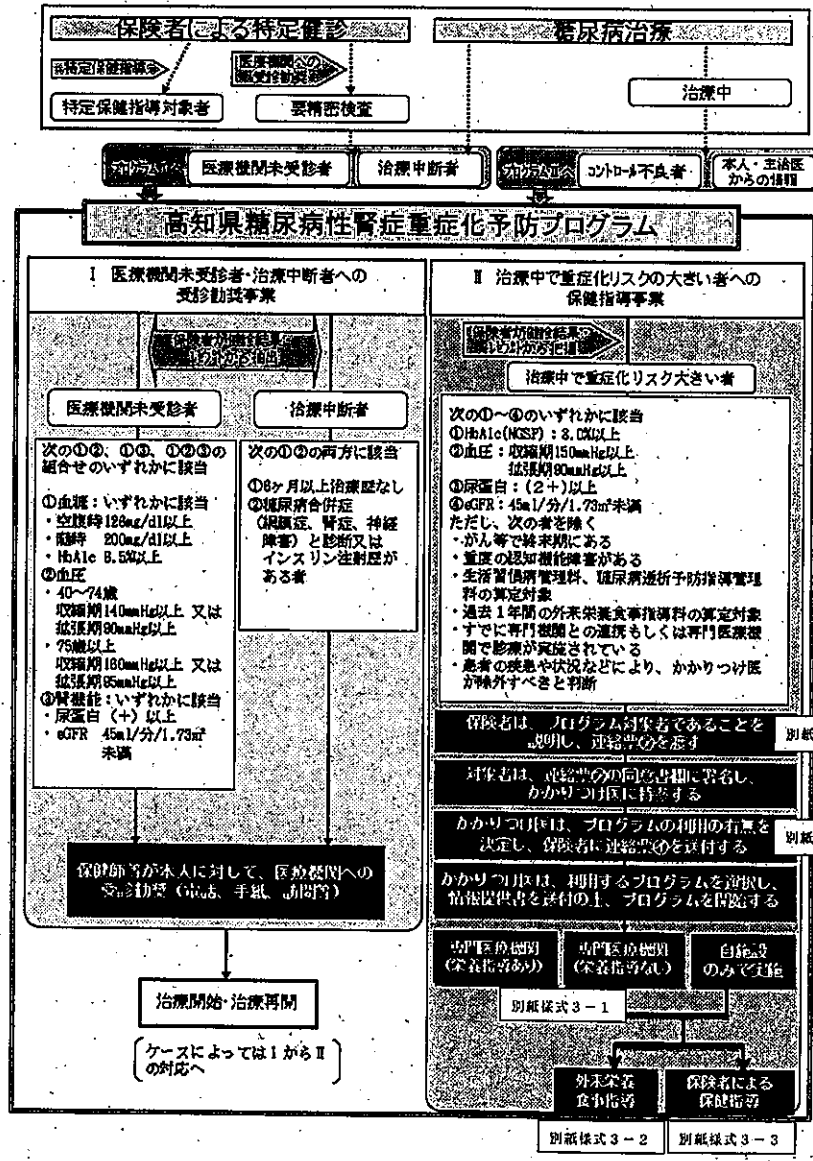
【注意事項】

- ・単に受診勧奨の手紙を送付しただけのものは保健指導には含まれない。
- ・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。
- ・後期高齢者については、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。そのため、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の連携も重要になる。

②保健指導実施後の情報共有

保険者は、実施した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とともに、対象者への介入状況等について県に対して報告する。

<糖尿病性腎症重症化予防事業体系図>



<糖尿病性腎症重症化予防事業体系図>

