

項目	検討会後再修正案	検討会後再修正案をメール審議にて修正した案	検討会後委員意見
2 対象者の抽出基準	<p>原則として、保険者が個別に定める基準に基づき糖尿病性腎症を発症・悪化する者を対象者として抽出するが、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>◆「75歳未満の者を対象とする際の抽出基準」</p> <p>(1) 治療歴はないが糖尿病性腎症の疑いがある者(保険者が抽出する場合)</p> <p>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(治療歴はないが糖尿病性腎症が疑われる対象者の抽出フロー図1参照)</p> <p>① 尿蛋白(±)以上</p> <p>② 血清クレアチニン検査を行っている場合</p> <p>ア. eGFR60ml/分/1.73m<sup>2</sup>未満(70歳以上:eGFR50ml/分/1.73m<sup>2</sup>未満)</p> <p>イ. eGFR60ml/分/1.73m<sup>2</sup>以上(70歳以上:eGFR50ml/分/1.73m<sup>2</sup>以上)であっても、1年間eGFR低下が5ml/分/1.73m<sup>2</sup>以上もしくは1年間のeGFRの低下率が25%以上</p> <p>※①・②を満たさない場合は、本プログラムの対象ではないものの、糖尿病患者である可能性があり、未受診の場合には受診勧奨する</p> <p>(2) 治療中断かつ健診未受診者(保険者及び歯科・眼科・薬局等の関係機関が抽出する場合)</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(空腹時血糖値126mg/dl(随時血糖値200mg/dl)以上)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治療歴がない者。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(治療中断かつ健診未受診者における対象者の抽出フロー図2参照)。</p> <p>(3) 2型糖尿病で治療中の者(保険者及びかかりつけ医等医療機関が抽出する場合)</p> <p>① 保険者が抽出する場合</p> <p>2型糖尿病の治療中の者であり、健診データにおいて(1)の抽出基準に該当する者。なお、抽出フロー図1の「2型糖尿病の未治療者」の部分を「2型糖尿病の治療中である者」と読替えて参照とする。</p> <p>② かかりつけ医等医療機関が抽出する場合</p> <p>糖尿病治療中の者に対して、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/1.73m<sup>2</sup>未満)等の検査を実施して、糖尿病性腎症第2期以上の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。(2型糖尿病で治療中の者における対象者抽出フロー図3(かかりつけ医等医療機関が抽出する場合)参照)</p> <p>◆ 「75歳以上の後期高齢者を対象者に抽出する上での留意事項」</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<math>\geq</math>8.0%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>原則として、保険者が個別に定める基準に基づき糖尿病性腎症を発症・悪化又は重症化する可能性のある者を対象者として抽出するが、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>◆「75歳未満の者を対象とする際の抽出基準」</p> <p>(1) 治療歴はないが糖尿病性腎症の疑いがある者2型糖尿病での治療中ではない健診受診者(保険者が抽出する場合)</p> <p>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(治療中ではないが糖尿病性腎症が疑われる対象者の抽出フロー図1参照)</p> <p>① 尿蛋白(±)以上</p> <p>② 血清クレアチニン検査を行っている場合</p> <p>ア. eGFR60ml/分/1.73m<sup>2</sup>未満(70歳以上:eGFR50ml/分/1.73m<sup>2</sup>未満)</p> <p>イ. eGFR60ml/分/1.73m<sup>2</sup>以上(70歳以上:eGFR50ml/分/1.73m<sup>2</sup>以上)であっても、1年間eGFR低下が5ml/分/1.73m<sup>2</sup>以上もしくは1年間のeGFRの低下率が25%以上</p> <p>※①・②を満たさない場合は、本プログラムの対象ではないものの、糖尿病患者である可能性があり、未受診の場合には受診勧奨する。</p> <p>(2) 治療中断かつ健診未受診者糖尿病の治療歴があるものの治療を中断している者(保険者又は歯科・眼科・薬局等の関係機関が抽出する場合)</p> <p>① 健診未受診者(治療中断かつ健診未受診者における対象者の抽出フロー図2参照)</p> <p>A 過去に一度でも糖尿病治療歴がある、又は過去3年程度の健診にて空腹時血糖値126mg/dl(随時血糖値200mg/dl)以上又はHbA1c6.5%以上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治療歴がない者。なお、過去の治療歴については、「レセプト上で「糖尿病名」「糖尿病治療薬等の投薬歴」があること。</p> <p>B 歯科や眼科治療受診中の患者において糖尿病未受診や治療中断していることが判明した者</p> <p>C 薬局やイベント等における健康相談において眼科受診歴が無い者や定期的受診をしていない等、糖尿病の管理が不十分な者(糖尿病未受診者や治療中断者を含む)糖尿病の履歴があり十分に管理されていない者</p> <p>② 健診受診者</p> <p>フロー図1に従い抽出を行うと共に、プログラム対象者となった場合には、特に重症化の危険が高いものとして注意を要する。</p> <p>(3) 2型糖尿病で治療中の者(かかりつけ医等医療機関又は保険者が抽出する場合)(フロー図3参照)</p> <p>① かかりつけ医等医療機関が抽出する場合</p> <p>糖尿病治療中の者に対して、尿アルブミン(微量アルブミン30mg/gCr以上)、尿蛋白(±以上)、eGFR(基準値は(1)参照)等の検査を実施して、糖尿病性腎症第2期以上の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>—(2型糖尿病で治療中の者における対象者抽出フロー図3(かかりつけ医等医療機関が抽出する場合)参照)</p> <p>② 保険者が抽出する場合</p> <p>2型糖尿病の治療中の者であり、健診データにおいて(1)の抽出基準に該当する者。なお、抽出フロー図1の「2型糖尿病の未治療者」の部分を「2型糖尿病の治療中である者」と読替えて参照とする。あるものの糖尿病性腎症の発症・進展が健診により発見された可能性がある場合(フロー図3を参照)</p> <p>◆ 「75歳以上の後期高齢者を対象者に抽出する上での留意事項」</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<math>\geq</math>8.0%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>修正箇所</p> <p>①前文の下線部の「糖尿病性腎症を発症・悪化する者の表現が適切ではないとの意見あり、青字で修正しました。</p> <p>②(1)の定義をより明確に記載しました。</p> <p>③(2)治療中断であっても健診を受診して抽出する場合と、健診未受診の場合にさらに場合分けしました。</p> <p>④(3)2型糖尿病で治療中であっても、健診を受診して抽出する場合を加えました。</p> <p>⑤(2)の①、治療中断者の中の抽出基準について、「過去3年程度の健診でHbA1c7.0%以上が確認されている」という基準は、(1)との整合性をとり、また委員からの助言もあり、HbA1c6.5%以上又は空腹時血糖値126mg/dl(随時血糖値200mg/dl以上)としました。</p>

項目	検討会後再修正案	検討会後再修正案をメール審議にて修正した案	検討会後委員意見
3 介入	<p><b>①受診勧奨</b>            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。            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。            また、治療中断者については、内科のみならず歯科や眼科、医療機関や薬局等から保険者へ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><b>②保健指導</b>            保険者は、対象者(1)～(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、本人の同意(必要により「同意書」に記入)を得て、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。            保険者及び医師は、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、参加意向を確認し、本人の同意(必要により「同意書」に記入)を得る。  <i>※「同意書」についてはひな形となる所定の書式を検討中</i></p>	<p><b>①受診勧奨</b>            保険者は、対象者(1)及び(2)～(3)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。            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。            また、治療中断者については、内科のみならず歯科や眼科、医療機関や薬局等から保険者へ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><b>②保健指導</b>            保険者は、対象者(1)～(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、本人の同意(必要により「同意書」に記入)を得て、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。<b>なお、かかりつけ医がいる場合は対象者が当該プログラムに参画する旨をかかりつけ医に伝える。</b>            保険者及びかかりつけ医は、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、参加意向を確認し、本人の同意(必要により「同意書」に記入)を得る。  <i>※「同意書」様式の雛型は別紙1参照</i></p>	<p>論点  <b>同意書についても医師会や薬剤師会、歯科医師会と協議し、簡便に糖尿病連携手帳に受診、指導の日時とポイントだけは記載を義務付けることの検討が望まれる</b>            →4実施体制の部分に青字で追加しました。</p>
4 実施体制	<p><b>○保険者は担当窓口を明確にし、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。</b></p> <p><b>○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、本人に生活面の留意点を説明するとともに、保健指導上の留意点を保険者の保健指導の実施者に伝える。</b>  <b>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。</b></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/1.73m<sup>2</sup>未満(40歳未満の若年者ではGFR60mL/分/1.73m<sup>2</sup>未満、腎機能の安定した70歳以上ではGFR40mL/分/1.73m<sup>2</sup>未満)</p> <p><b>○保険者、かかりつけ医、糖尿病・腎臓専門医等は、「糖尿病連携手帳」等を活用して対象者の情報を共有し、連携して医療を提供する。</b></p> <p><b>○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。</b></p> <p><b>○県医師会及び県糖尿病対策推進会議は、糖尿病診療マニュアルや腎臓病診療マニュアルに基づく治療が行われるための研修等を開催するために、連携協力して糖尿病治療に携わる者の知識の普及と資質の向上を図る。また、引き続きCDE-Chibaの育成を行いながら、併せてプログラムを周知する。</b></p>	<p><b>○保険者は担当窓口を明確にし、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。</b></p> <p><b>○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、本人に生活面の留意点を説明するとともに、保健指導上の留意点を保険者の保健指導の実施者に伝える。</b>  <b>また、かかりつけ医は腎臓専門医、かかりつけ薬局等とも十分な連携をとり、一元的な情報提供に基づき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。</b></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/1.73m<sup>2</sup>未満(40歳未満の若年者ではGFR60mL/分/1.73m<sup>2</sup>未満、腎機能の安定した70歳以上ではGFR40mL/分/1.73m<sup>2</sup>未満)</p> <p><b>○腎臓専門医等、合併症の治療を行う医師は、保険者、かかりつけ医、糖尿病・腎臓専門医等は、「糖尿病連携手帳」等※を活用してかかりつけ医・保健指導担当者等と対象者の情報を共有し、連携して医療提供と保健指導を行う。</b>  <b>※「糖尿病連携手帳」の記載内容については、関係機関が情報共有しやすいように、以下の点に留意して明確に記載することが重要である。</b>  <b>・かかりつけ医、糖尿病・腎臓専門医等:診療日時、診療方針、保健指導のポイント等</b>  <b>・保険者等関係機関:保健指導の内容等</b></p> <p><b>○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CDEJ、CDE-Chiba等と連携して実施することが望ましい。</b></p> <p><b>○県医師会及び県糖尿病対策推進会議は、連携協力してかかりつけ医に対して糖尿病診療マニュアルや腎臓病診療マニュアルに基づく治療が行われるための研修を開催する等して、資質向上を図っている医療機関名等の公表も今後検討する。</b>  <b>また、引き続きCDE-Chibaの養成と資質の向上のための研修を行いながら、併せてプログラムを周知する。</b></p>	<p>論点A  <b>「CKD診療ガイド2012」の内容だけでなく、糖尿病診療全般について、糖尿病治療ガイド等により、かかりつけ医、専門医、保健指導者、かかりつけ薬局における説明、指導内容が一元的であることが必須です。既存のマニュアルに基づくのであれば、研修会等の開催が必要と考えます。あるいは非専門医、かかりつけ薬局、(介護スタッフも含め)のための「千葉県糖尿病腎症重症化予防ミニマム」の策定が必要と考えます。</b>            →保健指導実施者及び医療機関関係者に対しては、県が主催で知識の普及啓発及びプログラムの周知を図るための全体研修会の実施を予定しています。また、平成30年度からの事業として、県医師会、糖尿病対策推進会議と協力して医療機関等へのプログラムと糖尿病性腎症に関する知識の普及啓発を図ります。</p> <p>論点B  <b>かかりつけ医から腎臓専門医への紹介基準について、「CKD診療ガイド2012」に基づき、eGFRは50ml/分/1.73m<sup>2</sup>未満としているが、『eGFR45ml/分/1.73m<sup>2</sup>未満』の方がよいのではないかと、との意見があります。</b>  <b>※「eGFR45ml/分/1.73m<sup>2</sup>」とは、平成30年度から実施される第3期特定健康診査における標準プログラムの中に、受診勧奨判値の基準値として設定されています。</b></p> <p>論点C  <b>県医師会と県糖尿病対策推進会議の実施体制について、プログラムを実行可能なものにするためにかかりつけ医等の糖尿病診療に係る研修受講や受講者名の公表を今後位置付けたいと考えています。文言については青字下線部のように追記してよろしいか。</b></p>

項目	検討会後再修正案	検討会後再修正案をメール審議にて修正した案	検討会後委員意見
5 評価	<p>保険者レベルプログラム運用評価指標</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 ・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(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) ・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 ウ 長期的指標(5年～10年) レセプトによる受療状況、医療費、糖尿病性腎症による透析導入数(率)  ※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>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CDE-Chibaや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 ・糖尿病連携手帳を活用したプログラム実施手順書等を作成するなどして、関係者間で意見を交換し情報共有しているか ・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 →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) ・受診勧奨を行った割合(受診勧奨を行った人数/医療機関未受診者数) ・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 ・糖尿病連携手帳の使用率</p> <p>④アウトカム評価 ア 短期的指標(前・保健指導終了後・1年後) ・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) ・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 ・対象者の内、保健指導に参加しなかった者の割合 ・プログラム内容に関する満足度や参加者の意識・行動の変化(付録資料集【参考となるアンケート項目例】参照) イ 中長期的指標(2年～4年) ・医療機関受診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、アルブミン尿)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) レセプトによる受療状況、医療費、糖尿病性腎症による透析導入数(率)  ※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、薬局等)</p>	<p>論点 ③アウトプット評価 糖尿病連携手帳の使用率を評価項目として入れるべきとの意見が上がっているが、実際に評価可能か</p> <p>追加箇所 ④アウトカム評価 第1回目検討会において、「効果的な保健指導の有無や参加者の満足度等の、生活習慣改善意欲や意識・行動変容」の評価方法としてアンケートの実施が必要であるか、という意見については、プログラム本体(資料1-4)の付録資料集に、我孫子市が使用しているアンケートの一部を抜粋し、参考となるアンケート項目として追加しました。</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>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医師・専門職等との連携体制を確保しているか</p> <p>②プロセス評価 ・プログラムを策定し、医師会や医療機関、保険者等関係機関への周知・啓発を実施しているか ・プログラムに関する県の対応策や保険者の取組内容の共有を図っているか</p> <p>③アウトプット評価 ・プログラム及び糖尿病性腎症重症化予防の取組保険者数(国保については保険者努力支援制度申請市町村数) ・プログラム実施に連携・協力している関係機関数や保健指導実施専門職(CDE-Chiba等)数</p> <p>④アウトカム評価 ・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) ・HbA1c6.5%又は空腹時血糖値126mg/dl以上で、かつ尿蛋白±以上の者のうち、糖尿病未治療者の割合(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>	