

項目	市町村	市町村	後期高齢者連合	健康保険組合連合会	協会けんぽ	県医師会	県糖尿病対策推進会議	千葉東病院	県糖尿病協会	保健所長会
2 対象者の抽出基準	受診勧奨や保健指導対象の選定条件については、糖尿病性腎症重症化プログラムと同様で異論はないが、「市町村の健康課題や他の保健事業の状況に応じて検討する」と言ったような優先順位をつけて保健指導を実施できるような後期高齢者のような注釈があるが大規模市町村の場合は良いのではないかと 4、実施体制でもCKD診療ガイド2012の記載があるが、糖尿病性腎症病期分類とCKD重症度分類のどちらを指標とすべきか。また受診勧奨対象者①イについては腎eGFR60未満かつ尿蛋白(-)についても対象となる判断としてよろしいか。	③「過去の治療歴」については、できるだけ詳細に定義づけしていただけるとありがたいです。また、自前で抽出する際の手順が示されると各種町村間の質も担保され実施しやすいと思います。なお、今年度当市では、「過去の治療歴」を以下のように捉え委託で分析しました。 ・平成24年4月以降のレセプトにおいて糖尿病病名(※1)または投薬歴(※2)があること。 (※1)ICD10が、E11・E12・E13・E14の何れかである (※2)糖尿病薬の適用コードを持っている ・最新の糖尿病レセプトにおいて、転記区分コードが2(治療)でないこと。 ・最新の糖尿病レセプトにおいて、疑い区分が0(疑いなし)であること。	①の2番目の項目は未治療者には含まれないのではないかと。 ②は受診勧奨対象者には含まれないのではないかと。 ③に①と同様に、空腹時血糖の基準も示した方が良いのではないかと。	糖尿病性腎症病期分類第2期から対象とすることには賛成である。軽度のステージからケアすることにより得られる効果は大きいと考える。認知障害や精神疾患等を有する者の取扱い。	①第2期から第4期該当者の抽出方法の確認が必要、レセプトデータからの分類は可能か。 ②誰が抽出するのか、またその判断となる数値は？主治医・看護師でセルフケアについても支援を実施したが改善が見られない方に医療保険者へ支援してほしい、というルートを作るのか。 その時介入する側のマンパワー等により上限数を定める等はするのか。 ③抽出方法の確認が必要。個別対応になると思うが、イベントだどこの保険者が構わず健康相談を受けることもあるので、「十分に管理されていないもの」という状況と判断するためには、本人の申告を裏付ける健診データやレセプトを確認した上で進める、という考え方か。			②2型糖尿病で治療中の者 尿蛋白(±)以上、 eGFR60ml/分/1.73m <sup>2</sup> 未満  ※後期高齢者 暫定的に HbA1c8.0%以上かつ尿蛋白(+)以上(±)は含めない		①糖尿病性腎症病期分類の第2期では尿タンパクは±となりますが、このレベルでは尿中アルブミンの測定が望ましいです。糖尿病性早期腎症のハイリスク者を抽出するためには、尿中アルブミンを測定が必要となります。かかりつけ医受診時の前に一時間かけてアルブミン尿を測定するスキームの構築をご検討ください。(東京都日野市が実施しています。) ②治療中断者の抽出基準は「過去に一度でも糖尿病の治療歴があるもの」ではないでしょうか？糖尿病性腎症から透析導入となる患者を減らすことが目標な訳ですから、未治療で放置すればするほど腎機能が落ちていることが疑われます。そういう人を見つけるのが目標のはずですが。 ③後期高齢者の糖尿病腎症患者の透析導入が増え続けています。高齢糖尿病患者の血糖コントロール基準は緩くても良いかもしれませんが、透析導入の要因となる糖尿病性腎症をみつけるレベルは若い人と同じで良いと考えます。
3 介入	介入方法	①かかりつけ医がいる者に対しての受診勧奨とはどのような内容を想定されていますでしょうか。当市では、受診勧奨対象者＝治療中断者と捉えて実施しており、前年度受療歴がない者に対して通知発送及び保健師による電話勧奨を実施しています。	①かかりつけ医がいない方には「かかりつけ医を待たない場合には「専門医等を含む」医療機関リストを活用して～と追記するのはいかがか。内服していない方は健診受診のみで毎年違う医療機関を受診する方もいる為、数値や病期分類を参考により専門医への受診に繋げることが望ましいと考えた為。「また、治療中断者については内科のみならず歯科や眼科等の医療機関から逆紹介の連絡があった者も対象とし、保健指導に繋ぐため、本人同意が得られるよう受診勧奨を行う」と追記するのはいかがか。	受診勧奨は容易ではない。かかりつけ医との密接な連携が必須。リスクをわかりやすく説明しながら、対象者へのアプローチ方法の工夫が事業成功の鍵となる。	①抽出受診勧奨対象者のうち「本人、かかりつけの同意があった者を対象」とは、かかりつけ医がいるけれども治療中断している人に再び受診するために勧奨するのか。必要な方への受診勧奨であれば「本人の同意」の有無に関わらず、例えば本人に手紙(親展)で受診勧奨するなど、実施してもよいのではないかと。 案として、地域を限定して、千葉市内だけ、千葉市中区内だけ先行して実施することにして、住まいの近くの医療機関リストを同封した手紙を一斉に送る、など。 ②保健指導は面接を想定しているか。それとも面接・手紙・電話等は対象者が選べるようにするか。ゴールはどこか。セルフケアUPか、生活習慣改善か特保と同じイメージか。		①最近では治療法の進歩により第2期だけでなく第3期の患者も重点的に受診勧奨すべきである。	保健指導にCDE-Chibaを積極的に活用する。	①医療機関リストについては、糖尿病診療の質の担保が必要で、千葉県医師会による糖尿病診療スキルアップの講習会によりCDE-Chiba Medのようなかかりつけ医に限定した講習会の受講者リストを医師会のHPで公開することとし、受診先のかかりつけ医リストとして活用することを推奨します。(参考:東京都医師会糖尿病予防推進医講習会、基礎編とアドバンス編年に1回ずつ開催) ②保健指導にはCDE-Chibaを活用する。	
保健指導内容	委託している他市等の情報では業者に毎月の支援という積極的支援のようなプログラムとなっているが支援の回数等、一定の基準を満たす必要があるのか、地域の実情を考慮し計画立てることも可能か。	保健指導期間中のかかりつけ医との連携として、定期的に指導内容を共有することが望ましいと考えます。			目標を立て、行動変容を促しステージの変化をみるのか。運用がシンプルでかつ事業評価する再に見やすい様式でないと評価するとき苦労する。事業評価とは別に、重症化予防として実施した保健指導が効果的であったか内容の評価も必要ではないか。対象者(利用者からの満足度もアンケート等で確認が必要ではないか。	日本医師会のかかりつけ連携手帳 <a href="https://www.med.or.jp/people/info/people_info/003808.html">https://www.med.or.jp/people/info/people_info/003808.html</a> Iの活用も考慮してほしい。			保健指導については、各学会などでガイドラインやガイドラインに準じたものが出されていますが、地域の医療資源によって差が出ないようにCDE-Chiba等の活用による保健指導レベルの均てん化が必要です。	

項目	市町村	市町村	後期高齢者連合	健康保険組合連合会	協会けんぽ	県医師会	県糖尿病対策推進会議	千葉東病院	県糖尿病協会	保健所長会
4 実施体制	<p>○3つ目の糖尿病連携手帳の部分、かかりつけ医等→「かかりつけ医・保健指導担当者等」の追記はいかがか。</p> <p>○4つ目として、保健指導実施者のスキル等の部分の掲載は必要ではないか。「十分な経験を有し、～研修を受けた専門職が実施することが望ましい」等</p>	<p>かかりつけ医に本事業の趣旨を理解していただくことに苦慮しています。今年度の当市事業対象者において、かかりつけ医の同意を得たため初回面談を実施したところ、過去にがんで膵臓を摘出したことが原因で1型糖尿病と同様の状態となっていることが判明し、指導中止となった方がいます。各市町村での働きかけで医師の理解浸透を徹底することは難しく、出来たとしても自市医師会に留まるため、他市医療機関をかかりつけ医としている対象者は除外せざるを得ない状況です。</p>		<p>被用者保険においては、事業主の協力体制も欠かせない。(個人情報取扱いを勘案しつつ)</p>	<p>○今回のプログラムを通して、関係機関との連携を強化することで、重症化予防以外の保健事業でも情報交換し、相談し合えるような顔の見える関係を構築したい。</p> <p>○かかりつけ医と腎臓専門医の連携が取れるような仕組みづくりが肝心。「連携」が当たり前になる仕組みづくりが必要。</p> <p>○情報共有の方法は医師任せにする方法か、何をもって、「きちんと連携している」とみなすか。実際に運用したら、連携がスムーズにいかない場合、介入して原因解明し具体的に対象する、等。</p>	<p>日本医師会のかかりつけ連携手帳  <a href="https://www.med.or.jp/people/info/people_info/003808.html">https://www.med.or.jp/people/info/people_info/003808.html</a>          の活用も考慮してほしい。</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。」はほぼ同意するが、やはり地域の実情に合わせた取り決めに従って対応する必要がある。例えば腎専門医が少ない地域だと「70歳以上でGFR40mL/分/1.73㎡未満」の人で外来が溢れてしまう可能性がある。</p>	<p>アルブミン尿・・・をどうするか検討が必要</p>	<p>かかりつけ医は尿蛋白±と+の患者では必ずアルブミン尿を測定する。</p> <p>日本糖尿病協会編の「糖尿病連携手帳」を積極的に活用してほしい。</p> <p>腎臓専門医への紹介基準は、日本腎臓学会の「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」を参考にeGFR 50未満を、45未満にしてほしい。</p>	<p>千葉県内で糖尿病および糖尿病が疑われる糖尿病予備群レベルの県民には「糖尿病連携手帳」を必携としたい。日本糖尿病協会を通過して保健センター、保健所でも配付が可能、かかりつけ医は糖尿病関連の薬剤や器械を扱うメーカーが日本糖尿病協会を通過して配付しており無料で患者に配付される。この手帳は糖尿病クリティカルパスのツールとしても腎臓を始めとする専門医やかかりつけ薬局、歯科医師との連携手帳としても有効です。</p>
5 評価	<p>保険者レベルプログラム運用評価指標</p>	<p>プログラムの中の評価ではないが「保健指導に参加しなかった割合」等も保健指導実施群と同様に評価指標に追加できると良いのではないかと。「上記以外にも市町村の健康課題や実情に応じた評価項目を具体的に定めることとする」と追記するのはどうか。</p>	<p>①-1 「保健指導が実施できた割合」の分母と分子を明確に示した方がよいと思います。</p> <p>①-2 「定期的な医療機関受診につながった人の割合」はアウトカム評価ではないでしょうか。また、定期的な受診とみなす受診間隔や、その情報の入手方法(レセプトの確認でしょうか?)を具体的に示していただけると助かります。</p> <p>②-1 アの「生活習慣改善意欲、QOL、行動変容」の評価方法について、アンケートの実施を想定されているのであれば、県で共通様式を作成いただけると助かります。</p> <p>②-2 医療機関からの検査値把握となると、情報提供料が発生することが予想され、また、市職員の事務量の負担が大きくなります。当市では、検査結果の把握は面談都度本人からの聞き取りにより行っています。</p> <p>②-3 保険者努力支援制度での加点を考慮すると、評価基準を「検査値把握」に留めるのではなく、「検査値を把握し前後で評価する」ことが必要ではないでしょうか。つまり、各検査値の改善率を評価するのが良いのではないかと考えます。</p>	<p>ア、イの検査値把握には、2対象者の抽出基準①と同様に空腹時血糖も加えた方が良いのではないかと。</p>	<p>①アウトプット評価  「実施した人数(合計)」も見て、プログラムの利用者が増加する、という目標に対し「実施人数」による数値評価もいかがか。</p> <p>②アウトカム評価  おそらくメタボの方も多いため、体重コントロールも必要になる。評価項目として含めたい。</p>		<p>ほぼ網羅していると考えられるが、糖尿病患者のフォローに必要な尿中アルブミン指数の測定状況、眼科受診状況(これは腎症に直結しないが、総合的な糖尿病管理に必須)や歯科受診状況(最近、腎症と歯周病の関連が指摘されている)などを副次的なアウトカムとしてもいいと思われる。</p>	<p>検査値把握(BMI、HbA1c,eGFR、尿蛋白)とするのはどうか。</p>		
都道府県レベルプログラムの評価指標		<p>特にありません。</p>	<p>治療継続者の定義はどのようにするのか。</p>	<p>介護との関連</p>	<p>医療費は、適切に受診する方が増えれば一時的に上がるのではないかと。医療費の算出基準はどのようにするのか。</p>		<p>異議なし。</p>			