

# 糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

【本資料の留意事項】

- ・ 変更している部分は、下線で表示

# 糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
<p>1. はじめに</p> <p>（1）<u>糖尿病性腎症の現状</u></p> <p>（2）<u>これまでの糖尿病性腎症重症化予防の取組</u></p> <p>（3）<u>糖尿病性腎症重症化予防プログラム効果検証事業</u></p> <p>（4）<u>自治体における糖尿病性腎症重症化予防の取組状況</u></p> <p>2. 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの基本的考え方</p> <p>（1）プログラムの目的</p> <p>（2）プログラムの性格</p> <p>（3）<u>年齢層を考慮した取組の実施</u></p> <p>    1）<u>青壮年に対する取組</u></p> <p>    2）<u>高齢者に対する取組</u></p> <p>（4）<u>データヘルス計画等各種計画を踏まえた事業展開</u></p> <p>3. 取組に当たっての関係者の役割</p> <p>（1）市町村の役割</p> <p>    1）庁内体制の整備</p> <p>    2）地域連携を通した課題分析と情報共有</p> <p>    3）事業計画の立案</p> <p>    4）事業実施及び委託して実施する場合の留意点</p> <p>    5）事業評価</p> <p>    6）人材確保・育成</p> <p>    7）他の保険者の保健事業との連携</p> <p>（2）都道府県の役割</p> <p>    1）庁内体制の整備</p> <p>    2）地域連携に対する支援</p> <p>    3）事業計画</p> <p>    4）事業実施</p>	<p>1. <u>糖尿病性腎症重症化予防プログラム改定の背景</u></p> <p>2. 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの基本的考え方</p> <p>（1）プログラムの目的</p> <p>（2）プログラムの性格</p> <p>3. 取組に当たっての関係者の役割</p> <p>（1）市町村の役割</p> <p>（2）都道府県の役割</p>	<p>（変更）</p> <p>（新設）</p> <p>（新設）（変更）</p> <p>（新設）</p> <p>（新設）</p> <p>（新設）</p> <p>（新設）</p> <p>（新設）</p> <p>（新設）</p> <p>（新設）</p>

糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
<p>5) 事業評価</p> <p>6) 人材育成</p> <p>(3) 広域連合の役割</p> <p>(4) 地域の医師会等の役割</p> <p><u>(5) その他の医療関係団体等の役割</u></p> <p><u>(6) 都道府県糖尿病対策推進会議の役割</u></p> <p><u>(7) 国保連合会・国保中央会の役割</u></p> <p>4. 地域における関係機関との連携</p> <p>5. プログラムの条件</p> <p>(1) 効果的・効率的な事業を実施するための条件</p> <p>(2) 更に事業を発展させるための留意事項</p> <p>6. <u>対象者抽出の考え方と取組方策</u></p> <p><u>(1) 本プログラムにおける対象者に行う基本的な取組</u></p> <p><u>(2) 本プログラムにおける糖尿病性腎症の定義</u></p> <p><u>(3) 対象者抽出基準の設定（健診受診者からの対象者抽出）</u></p> <p><u>(図表 9のA+B+C)</u></p> <p><u>(4) 健診結果を基にした抽出に当たっての留意点</u></p> <p><u>(5) 健診未受診者からの対象者の抽出方法（図表11のD+E）</u></p> <p>7. 介入方法</p> <p>(1) 受診勧奨</p> <p>(2) 保健指導</p> <p>8. <u>事業を円滑に進めるための留意点</u></p> <p><u>(1) ICTを活用した取組の実施</u></p> <p><u>(2) 委託にて事業を実施する際の留意点</u></p> <p>9. プログラムの評価</p> <p>(1) 目的</p>	<p>(3) 広域連合の役割</p> <p>(4) <u>地域における</u>医師会等の役割</p> <p><u>(5) 都道府県糖尿病対策推進会議の役割</u></p> <p><u>(6) 国保連合会の役割</u></p> <p>4. 地域における関係機関との連携</p> <p>5. プログラムの条件</p> <p>(1) 効果的・効率的な事業を実施するための条件</p> <p>(2) 更に事業を発展させるための留意事項</p> <p>6. 取組方策</p> <p><u>7. プログラム対象者選定の考え方</u></p> <p><u>8. 介入方法</u></p> <p>(1) 受診勧奨</p> <p>(2) 保健指導</p> <p>9. プログラムの評価</p> <p>(1) 目的</p>	<p>(変更)</p> <p>(新設)</p> <p>(追加)</p> <p>(変更)</p> <p>(新設)</p> <p>(変更)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>

# 糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
<p>(2) 方法</p> <p>(3) <u>評価指標の例</u></p> <p>(4) <u>評価結果の活用</u></p> <p>10. 個人情報の取扱い</p>	<p>(2) 方法</p> <p>(3) <u>短期・中長期的な評価</u></p> <p>(4) <u>改善点の明確化とその対応</u></p> <p>10. 個人情報の取扱い</p>	<p>(削除)</p> <p>(変更)</p>

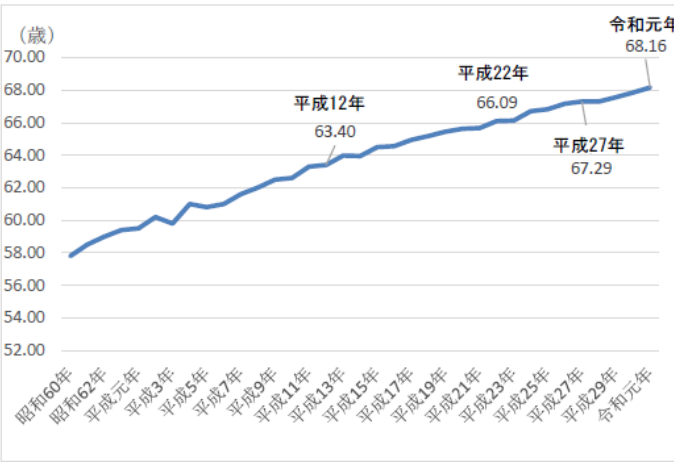
糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
<p>１．はじめに</p> <p><u>（１）糖尿病性腎症の現状</u></p> <p>○ <u>糖尿病は、神経障害、網膜症、糖尿病性腎症等の合併症を併発し、心筋梗塞や脳卒中等の心血管疾患のリスク因子となるほか、認知症や大腸がん等の発症リスクを高めることも明らかになっており、生活の質や社会経済的活力と社会保障資源に多大な影響を及ぼすことから適切な対策が必要である。</u></p> <p>○ <u>糖尿病合併症の１つである糖尿病性腎症は、個人の生活の質への影響と医療経済への影響等が大きいことを踏まえて、健康日本21（第三次）では、「糖尿病の合併症（糖尿病腎症）の減少」が糖尿病の三次予防<sup>1</sup>に関する目標として設定されている。また、二次予防に関する目標として「治療継続者の増加」、「血糖コントロール不良者の減少」が設定されている。</u></p> <p>○ <u>また、「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）<sup>2</sup>においても、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、新規透析導入患者数の減少を目指してきた。令和５年10月には「腎疾患対策検討会報告書（平成30年７月）に係る取組の中間評価と今後の取組について」<sup>3</sup>のとりまとめを行ったところである。</u></p> <p>○ <u>人工透析が必要な状態になると個人の生活の質への影響や、医療資源・医療経済への影響も大きい。健康寿命の延伸のためには、糖尿病の発症予防、糖尿病の適切な治療・生活習慣の改善等による合併症の予防、合併症による臓器障害の予防等各段階での予防の取組が重要であり、今後もこれらの取組を着実に進めていく必要がある。</u></p>	<p>１．<u>糖尿病性腎症重症化予防プログラム改定の背景</u></p> <p>○ <u>わが国においては、高齢化が進む中で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。糖尿病は放置すると網膜症・腎症・神経障害などの合併症を引き起こすが、その中で糖尿病性腎症については、それが進行（重症化）し腎不全に陥ること</u> <u>で人工透析を要する状態となる。</u></p> <p>○ <u>人工透析を要する状態となると、患者のQOLを著しく低下させるのみならず、医療経済的にも社会的に大きな負担となる。</u></p> <p>○ <u>そのため、「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す～」（平成30年７月）においても、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している。</u></p>	<p>(変更) (新設) (変更) （削除）</p> <p>(変更) （削除） (追加)</p> <p>(追加)</p>

# 糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
<p>○ <u>新規透析導入患者の原因疾患割合の推移をみると、概ね平成10年頃から糖尿病性腎症が最多となっている。医療の進展や特定健康診査・特定保健指導をはじめとする生活習慣病予防の取組等を通して、新規透析導入患者の原因疾患における糖尿病性腎症の割合は、平成23年頃から微減傾向にあるものの令和4年時点では、38.7%であった<sup>4</sup>。</u></p> <p>図表 1 透析導入患者の原疾患割合の推移（1983-2022）</p> <p>（一般社団法人 日本透析医学会 「わが国の慢性透析療法の現況」<sup>5</sup>の患者動態調査による集計）</p> <p>○ <u>また、糖尿病性腎症による透析導入時の平均年齢は、年々高齢化しており、令和元年は68.16歳であった。</u></p>	<p>○ <u>新規の人工透析導入患者数のうち、原疾患が糖尿病性腎症である者が最も多く4割以上を占めていることから、国では、健康日本21（第2次）において、糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数の減少等を数値目標として掲げ、様々な取組を進めてきている。しかしながら、平成30年に実施した中間評価において、糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数は平成23年をピークに横ばい傾向で、年間約16,000人<sup>1</sup>を超える状況が続いており、糖尿病性腎症の重症化予防の取組を全国的に推進、強化していくことが必要である。</u></p>	<p>（変更）（削除）</p> <p>（図表新設）</p> <p>（追加）</p>

# 糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄																																						
<div>図表 2 糖尿病性腎症による透析導入時の平均年齢の推移(1983-2021)<sup>6</sup></div> <div><table><caption>図表 2 糖尿病性腎症による透析導入時の平均年齢の推移(1983-2021)<sup>6</sup></caption><thead><tr><th>年</th><th>平均年齢(歳)</th></tr></thead><tbody><tr><td>昭和60年</td><td>58.00</td></tr><tr><td>昭和62年</td><td>58.50</td></tr><tr><td>平成元年</td><td>59.00</td></tr><tr><td>平成3年</td><td>59.50</td></tr><tr><td>平成5年</td><td>60.00</td></tr><tr><td>平成7年</td><td>60.50</td></tr><tr><td>平成9年</td><td>61.00</td></tr><tr><td>平成11年</td><td>61.50</td></tr><tr><td>平成13年</td><td>62.00</td></tr><tr><td>平成15年</td><td>62.50</td></tr><tr><td>平成17年</td><td>63.00</td></tr><tr><td>平成19年</td><td>63.40</td></tr><tr><td>平成21年</td><td>64.00</td></tr><tr><td>平成23年</td><td>64.50</td></tr><tr><td>平成25年</td><td>65.00</td></tr><tr><td>平成27年</td><td>66.09</td></tr><tr><td>平成29年</td><td>67.29</td></tr><tr><td>令和元年</td><td>68.16</td></tr></tbody></table></div> <div>(2) これまでの糖尿病性腎症重症化予防の取組</div> <div><div>○ <u>平成27年に、保険者等における先進的な予防・健康づくりの取組を全国に広げること等を通して健康寿命の延伸等を図ることを目指す、民間主導の活動体である日本健康会議<sup>7</sup>が発足した。同会議の第1期(2015年～2020年)に掲げられた「健康なまち・職場づくり宣言2020」に糖尿病性腎症重症化予防にも取り組むことが記載された。</u></div><div>○ <u>これを受けて、平成28年に、日本医師会、日本糖尿病対策推進会議及び厚生労働省の三者で糖尿病性腎症重症化予防に係る連携協定を締結し、糖尿病性腎症重症化予防プログラムを策定した。また、市町村における糖尿病性腎症重症化予防の取組をより一層推進するために、厚生労働省では、同プログラムに基づいた具体的な事業の実施方法等を整理した糖尿病性腎症重症化予防に関する事業実施の手引き<sup>8</sup>を平成31年に作成した。</u></div><div>○ <u>現在では、地域の実情に応じた糖尿病性腎症重症化予防の取組の推</u></div></div>	年	平均年齢(歳)	昭和60年	58.00	昭和62年	58.50	平成元年	59.00	平成3年	59.50	平成5年	60.00	平成7年	60.50	平成9年	61.00	平成11年	61.50	平成13年	62.00	平成15年	62.50	平成17年	63.00	平成19年	63.40	平成21年	64.00	平成23年	64.50	平成25年	65.00	平成27年	66.09	平成29年	67.29	令和元年	68.16	<div><div>○また、データヘルスの一環として、「経済財政運営と改革の基本方針2015」(平成27年6月30日閣議決定)において重症化予防を含めた疾病予防等に係る好事例を強力に全国に展開することとされ、さらに、平成27年7月10日に開催の日本健康会議<sup>2</sup>で採択された「健康なまち・職場づくり宣言2020」の「宣言2」においても「かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体を800市町村、広域連合を24団体以上とする。その際、糖尿病対策推進会議等の活用を図る。」とされ、生活習慣病の重症化予防に係る取組についての要件<sup>3</sup>及び取り組む自治体数の目標が掲げられた。</div><div>○このような中で、行政と医療関係者が連携体制を構築し、その取組を全国に横展開するため、平成28年3月に、日本医師会、日本糖尿病対策推進会議及び厚生労働省は「糖尿病性腎症重症化予防に係る連携協定」を締結した。</div><div>○平成27年度厚生労働科学研究費補助金「糖尿病性腎症重症化予防プ</div></div>	<div>(新設)</div> <div>(変更)</div>
年	平均年齢(歳)																																							
昭和60年	58.00																																							
昭和62年	58.50																																							
平成元年	59.00																																							
平成3年	59.50																																							
平成5年	60.00																																							
平成7年	60.50																																							
平成9年	61.00																																							
平成11年	61.50																																							
平成13年	62.00																																							
平成15年	62.50																																							
平成17年	63.00																																							
平成19年	63.40																																							
平成21年	64.00																																							
平成23年	64.50																																							
平成25年	65.00																																							
平成27年	66.09																																							
平成29年	67.29																																							
令和元年	68.16																																							

## 糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
<p><u>進のために、同プログラム等を参考にしつつ、全都道府県において都道府県版のプログラムが策定されている。また、自治体や保険者では、それらのプログラム等を参考に糖尿病性腎症重症化予防の取組が展開されており、9割以上の市町村で実施されている。</u></p> <p>○ <u>自治体における糖尿病性腎症重症化予防の取組については、有識者の協力を得て、厚生労働省において取組事例を収集、分析して、他自治体の参考となりうるものについて会議等を通じて周知している<sup>9</sup>。</u></p>	<p><u>ログラム開発のための研究（研究代表者：津下一代あいち健康の森健康科学総合センター長。以下「研究班」という。）」の報告書も踏まえ、日本健康会議に設置した重症化予防（国保・後期広域）ワーキンググループ（座長：津下一代）において議論を行った上、平成28年4月に糖尿病性腎症重症化予防プログラムを策定した。</u></p> <p>○この重症化予防（国保・後期広域）ワーキンググループにおいては、更に事例の収集・検証や、取組に当たっての課題等の検討を行い、平成29年7月に議論のとりまとめ「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開に向けて」（以下「WGとりまとめ」という。）及び事例集を公表した。</p> <p>○また、国保制度において、自治体への新たなインセンティブ制度である保険者努力支援制度を創設し、重症化予防の取組状況等に関する指標を高い配点で設定することにより、自治体の取組を促進している（平成28年度から前倒し実施、平成30年度からは総額1,000億円規模で本格実施）。後期高齢者医療制度においても、同様に保険者インセンティブを創設して後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）の取組を促進している。</p> <p>○こうした取組も相まって、日本健康会議で採択された「健康なまち・職場づくり宣言2020」の中の「宣言2」を達成した自治体数は、平成28年3月末時点で118市町村、4広域連合、平成29年3月末時点で654市町村、14広域連合、平成30年3月末時点で1,003市町村、31広域連合と飛躍的に増加し、目標を前倒しで達成した。</p> <p>○一方、これらの達成市町村においても、対象者の抽出においてレセプトを用いている保険者が少ない、保健指導において医師が関与する保険者が少ない、アウトカム指標で評価する保険者が少ない、企画時には医師会と連携しているが運営・評価時等の連携は不十分な保険者が多い、糖尿病対策推進会議等の連携は情報提供にとどまる保険者が多いなど、取組の質にはば</p>	



## 糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
<p><b><u>(3) 糖尿病性腎症重症化予防プログラム効果検証事業</u></b></p> <p>○ <u>自治体等における糖尿病性腎症重症化予防の取組状況やプログラムの効果を検証し、今後の施策等に反映させるために、厚生労働省では、令和2年度から3年間、予防・健康づくりに関する大規模実証事業の一環として効果検証事業を行った<sup>10</sup>。</u></p> <p>○ <u>同プログラムで示した5つの効果的・効率的な事業を実施するための条件を満たした取組を実施している市町村では、対象者の医療機関への受診率等がより向上することなど、同プログラムには一定の効果がある可能性が示唆された。</u></p> <p>○ <u>一方で、同プログラムの策定から研究開始までの期間が4年程度と短く、腎障害の程度や新規透析導入等の長期的な視点での評価が困難であったことや、介入対象者の抽出基準や対象者の状態像、取組内容等が市町村ごとに異なり、効果も市町村ごとに差があることがわかった。</u></p>	<p><u>らつきが見られる。</u></p> <p><u>○研究班においても、全国96自治体（91市町村、5広域連合）の糖尿病性腎症重症化予防プログラムの実証支援、事業評価を実施し、成果や課題をとりまとめた。</u></p> <p><u>○また、高齢者の特性を踏まえた取組の観点からは、介護予防やフレイル<sup>4</sup>対策、生活習慣病等の疾病予防・重症化予防を効果的に実施するため、厚生労働省においては、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施について、「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」における検討が進められてきた。平成30年12月には、報告書が取りまとめられたところであり、現在、法制上の措置を含め、その具体化に向けた対応を進めているところである。</u></p>	<p>(新設)</p>

# 糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄											
<div>図表 3 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの効果検証事業の概要</div> <table><tr><th></th><th>目的</th><th>結果・考察</th></tr><tr><td>実証事業(1) 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの効果検証</td><td>糖尿病性腎症重症化予防プログラムの効果を明らかにする</td><td>・糖尿病患者における腎障害の程度の変化について実施自治体と未実施自治体の有意な差は認めなかった。観察期間が短いこと、並びに自治体による重症化予防プログラムが多様であったこと(対象者抽出基準や介入内容の影響)が考えられた。 ・プログラムによる介入を行った集団では、介入後に糖代謝指標の検査を実施した割合、並びに糖尿病治療薬の処方の割合が増加した。</td></tr><tr><td>実証事業(2) 糖尿病性腎症未治療および治療中断者への受診勧奨の有効性検証</td><td>未治療者や治療中断者に対し、電話等を用いた受診勧奨が、医療機関への受診率及び再受診率向上に寄与するかを検証する</td><td>・通知に加えて架電による受診勧奨は、年齢が高くなるほど成立しやすかった。 ・2回架電が成立した対象者では、受診率が上昇した。 ・年齢や地域が、架電の成立に影響した。</td></tr><tr><td>実証事業(3) ビッグデータ分析による糖尿病性腎症重症化予防プログラムの効果検証</td><td>NDBのビッグデータ分析により、糖尿病性腎症重症化予防プログラムの効果を明らかにする</td><td>・高年齢、性別(男性)、肥満、血圧高値、HbA1c高値、貧血、尿蛋白(＋以上)が腎症病期進行の要因として影響していた。 ・プログラムの5条件(※)を満たした保険者に属する糖尿病該当の方が、プログラムを実施していない保険者よりも医療機関の受診率の伸びが高かった。</td></tr></table> <p>※ここでの5条件は、①対象者の抽出基準が明確であること、②かかりつけ医と連携した取組であること、③保健指導を実施する場合には、専門職が取組に携わること、④事業の評価を実施すること、⑤取組の実施に当たり、地域の実情に応じて各都道府県の糖尿病対策推進会議等との連携を図ることであり、平成31年7月のプログラムでの条件である。</p>		目的	結果・考察	実証事業(1) 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの効果検証	糖尿病性腎症重症化予防プログラムの効果を明らかにする	・糖尿病患者における腎障害の程度の変化について実施自治体と未実施自治体の有意な差は認めなかった。観察期間が短いこと、並びに自治体による重症化予防プログラムが多様であったこと(対象者抽出基準や介入内容の影響)が考えられた。 ・プログラムによる介入を行った集団では、介入後に糖代謝指標の検査を実施した割合、並びに糖尿病治療薬の処方の割合が増加した。	実証事業(2) 糖尿病性腎症未治療および治療中断者への受診勧奨の有効性検証	未治療者や治療中断者に対し、電話等を用いた受診勧奨が、医療機関への受診率及び再受診率向上に寄与するかを検証する	・通知に加えて架電による受診勧奨は、年齢が高くなるほど成立しやすかった。 ・2回架電が成立した対象者では、受診率が上昇した。 ・年齢や地域が、架電の成立に影響した。	実証事業(3) ビッグデータ分析による糖尿病性腎症重症化予防プログラムの効果検証	NDBのビッグデータ分析により、糖尿病性腎症重症化予防プログラムの効果を明らかにする	・高年齢、性別(男性)、肥満、血圧高値、HbA1c高値、貧血、尿蛋白(＋以上)が腎症病期進行の要因として影響していた。 ・プログラムの5条件(※)を満たした保険者に属する糖尿病該当の方が、プログラムを実施していない保険者よりも医療機関の受診率の伸びが高かった。	<div>(図表新設)</div> <div>(新設)</div>
	目的	結果・考察											
実証事業(1) 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの効果検証	糖尿病性腎症重症化予防プログラムの効果を明らかにする	・糖尿病患者における腎障害の程度の変化について実施自治体と未実施自治体の有意な差は認めなかった。観察期間が短いこと、並びに自治体による重症化予防プログラムが多様であったこと(対象者抽出基準や介入内容の影響)が考えられた。 ・プログラムによる介入を行った集団では、介入後に糖代謝指標の検査を実施した割合、並びに糖尿病治療薬の処方の割合が増加した。											
実証事業(2) 糖尿病性腎症未治療および治療中断者への受診勧奨の有効性検証	未治療者や治療中断者に対し、電話等を用いた受診勧奨が、医療機関への受診率及び再受診率向上に寄与するかを検証する	・通知に加えて架電による受診勧奨は、年齢が高くなるほど成立しやすかった。 ・2回架電が成立した対象者では、受診率が上昇した。 ・年齢や地域が、架電の成立に影響した。											
実証事業(3) ビッグデータ分析による糖尿病性腎症重症化予防プログラムの効果検証	NDBのビッグデータ分析により、糖尿病性腎症重症化予防プログラムの効果を明らかにする	・高年齢、性別(男性)、肥満、血圧高値、HbA1c高値、貧血、尿蛋白(＋以上)が腎症病期進行の要因として影響していた。 ・プログラムの5条件(※)を満たした保険者に属する糖尿病該当の方が、プログラムを実施していない保険者よりも医療機関の受診率の伸びが高かった。											
<div>(4) 自治体における糖尿病性腎症重症化予防の取組状況</div> <div>○<u>今般、プログラム改定に当たり、都道府県が策定したプログラムの分析、並びに、都道府県及び市町村を対象に、糖尿病性腎症重症化予防の取組状況について調査を行ったところ<sup>11</sup>、主な結果は以下の通りであった。</u></div> <div>&lt;都道府県&gt;</div> <div>○ <u>すべての都道府県において、都道府県版の糖尿病性腎症重症化予防プログラムを策定していた。市町村における取組の実施については、38都道府県(80.9%)が、都道府県版プログラムの内容を参考にしながらも市町村の自由裁量に任せている。</u></div> <div>○ <u>都道府県版のプログラムにおいては、通知等による受診勧奨の基準値、並びに保健指導の基準値を定めているのは、それぞれ36都道府県(76.6%)である。</u></div>													

## 糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
<p>○ <u>後期高齢者に対する受診勧奨、並びに保健指導の対象者抽出基準を、国保と同一の基準としているのは、それぞれ20都道府県(42.6%)である。</u></p> <p>○ <u>管内市町村の取組状況を把握しているのは、38都道府県(80.9%)、事業評価を行っているのは25都道府県(53.2%)である。</u></p> <p>&lt;市町村&gt;</p> <p>○ <u>国保・後期高齢者医療制度の被保険者の両方に対して糖尿病性腎症重症化予防の取組を実施しているのは768市町村(52.9%)、国保被保険者のみに対して実施しているのは633市町村(43.6%)、後期高齢者医療制度被保険者のみに対して実施しているのは6市町村(0.4%)である。</u></p> <p>○ <u>国保被保険者に対して、糖尿病性腎症重症化予防の取組を実施している1,401市町村のうち、市町村版のプログラムを策定しているのは621市町村(44.3%)である。</u></p> <p>○ <u>糖尿病性腎症重症化予防において、市町村は医師会との連携を進めており、ここ数年で、保健指導時に必要な情報提供の依頼、事業企画時の相談、事業の経過・結果報告等の取組が進展した。</u></p> <p>○ <u>国保被保険者に対して取組を実施している1,401市町村のうち、受診勧奨を実施しているのは1,359市町村(97.0%)。そのうち、通知等による受診勧奨を実施しているのは1,107市町村(79.0%)、電話・訪問等による受診勧奨を実施しているのは1,218市町村(86.9%)であった。保健指導を実施しているのは1,321市町村(94.3%)である。</u></p> <p>○ <u>後期高齢者に対して糖尿病性腎症重症化予防の取組を実施している774市町村のうち、国保と同一の基準で対象者抽出を実施しているのは231市町村(29.8%)、保健指導を実施しているのは222市町</u></p>		

# 糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
<p><u>村（28.7％）である。</u></p> <p>○ <u>国保被保険者に対して受診勧奨を実施している1,359市町村のうち、外部委託にて実施しているのは258市町村（19.0％）、ICT（Information and Communication Technology：以下「ICT」という。）を活用しているのは、52市町村（3.8％）。保健指導を実施している1,321市町村のうち、外部委託しているのは392市町村（29.7％）、ICTを活用しているのは、199市町村（15.1％）である。</u></p> <p>○ <u>糖尿病性腎症重症化予防の取組を実施している1,401市町村のうち、アウトカムでの事業評価について、単年度でのみ実施しているのは、698市町村（49.8％）、単年度だけではなく、事業実施後数年度の（中長期的）評価を実施しているのは674市町村（48.1％）である。</u></p> <p>○ <u>これまでの市町村をはじめとした保険者等における糖尿病性腎症重症化予防の取組状況や効果実証事業の結果、新規透析導入時の高齢化等を踏まえ、糖尿病性腎症重症化予防の取組の質の更なる向上を図るために、本プログラム<sup>12</sup>を改定する。</u></p> <p>（脚注）</p> <p><sup>1</sup> 糖尿病対策における一次予防とは「糖尿病の発症予防」、二次予防とは「糖尿病の適切な治療による合併症の予防」、三次予防とは「合併症による臓器障害の予防・生命予後の改善」とされている。（健康日本21（第三次）推進のための説明資料（令和5年5月）） <a href="https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/kenkounippon21_00006.html">https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/kenkounippon21_00006.html</a></p> <p><sup>2</sup> <a href="https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000172968_00002.html">https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000172968_00002.html</a></p> <p><sup>3</sup> <a href="https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_36051.html">https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_36051.html</a></p> <p><sup>4</sup> 一般社団法人日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」（2022年12月31日現在） <a href="https://www.jsdt.or.jp/dialysis/2227.html">https://www.jsdt.or.jp/dialysis/2227.html</a></p>	<p>○ <u>こうした状況等を踏まえ、今後、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・増進を図り、更なる医療費適正化につなげていくため、本プログラム<sup>5</sup>を改定する。</u></p> <p>（脚注）</p> <p><sup>1</sup> （社）日本透析医学会「我が国の慢性透析療法の現況」（平成29年末）</p>	<p>（変更）（削除）</p>

## 糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
<p><sup>5</sup> 一般社団法人日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」（2022年12月31日現在）<a href="https://www.jsdt.or.jp/dialysis/2227.html">https://www.jsdt.or.jp/dialysis/2227.html</a></p> <p><sup>6</sup> 健康日本21（第二次）最終評価報告書 令和4年10月 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会・健康日本21（第二次）推進専門委員会 <a href="https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/kenkou/kenkounippon21.html">https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/kenkou/kenkounippon21.html</a></p> <p><sup>7</sup> 保険者等における予防・健康づくりの取組を全国に広げるため、経済団体・医療関係団体・自治体・保険者団体等により構成される民間主導の活動体（平成27年7月発足）。関係機関が連携し、健康寿命の延伸とともに、医療費適正化を図ることを目的としている。</p> <p><sup>8</sup> <a href="https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000055466_00005.html">https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000055466_00005.html</a></p> <p><sup>9</sup> <a href="https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/iryohoken/hokenjigyoku/index_00011.html">https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/iryohoken/hokenjigyoku/index_00011.html</a></p> <p><sup>10</sup> 効果実証事業の結果については、<a href="https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_18949.html">https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_18949.html</a>を参照。</p> <p><sup>11</sup> 令和5年7月に全国47都道府県と1741市町村を対象にアンケート調査を実施。回答数は都道府県：47（回収率：100.0%）、市町村：1,453（回収率：83.5%）であった。</p> <p><sup>12</sup> 本プログラムは、糖尿病性腎症合同委員会「糖尿病性腎症病期分類2014の策定（糖尿病性腎症病期分類改訂）について」糖尿病57巻7号：529-534, 2014※1に基づく名称ならびに分類を用いている。糖尿病性腎症に対する対応については、最新の「糖尿病診療ガイドライン2019※2」、「エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2023※3」、「腎障害進展予防と腎代替療法へのスムーズな移行 CKDステージG3b～5診療ガイドライン2017（2015追補版）※4」に準拠している。また、海外のガイドラインや生活習慣介入研究等のエビデンスをもとに、対象者抽出基準、プログラム内容、評価方法を示した</p>	<p><sup>2</sup> 保険者等における予防・健康づくりの取組を全国に広げるため、経済団体・医療関係団体・自治体・保険者団体等により構成される民間主導の活動体（平成27年7月発足）。関係機関が連携し、健康寿命の延伸とともに、医療費適正化を図ることを目的としている。</p> <p><sup>3</sup> 本プログラムでは、宣言2を達成するために掲げられた要件を、各地域でプログラムを策定する際に満たすべき条件としている（15ページ参照）。</p> <p><sup>4</sup> フレイルは、「要介護状態に至る前段階として位置づけられるが、身体的脆弱性のみならず精神・心理的脆弱性や社会的脆弱性などの多面的な問題を抱えやすく、自立障害や死亡を含む健康障害を招きやすいハイリスク状態」を意味し（「フレイル診療ガイド2018年版」（日本老年医学会／国立長寿医療研究センター、2018））、運動、口腔、栄養等に係る指導等の適切な介入・支援により、生活機能の維持向上が可能とされている。また、口腔機能の維持・向上の重要性を啓発することを目的として、オーラルフレイルという概念が提案されている（同文献）。</p> <p><sup>5</sup> 本プログラムは、日本糖尿病学会、日本腎臓学会、日本透析医学会、日本病態栄養学会4学会合同で策定された「糖尿病性腎症病期分類2014※1」に基づく名称ならびに分類を用いている。糖尿病性腎症に対する対応については、最新の「糖尿病診療ガイドライン※2」、「エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2018※3」、「CKDステージG3b～5患者のための腎障害進展予防とスムーズな腎代替療法への移行に向けた診療ガイドライン2015※4」に準拠している。また海外のガイドラインや生活習慣介入研究等のエビデンスをもとに、対象者選定基準、プログラム内容、評価方法を示した</p>	

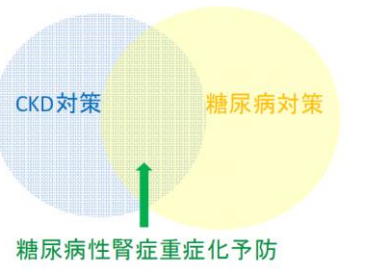
# 糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
<p>たものである。</p> <p>※1 <a href="https://www.jstage.jst.go.jp/article/tonyobyoy/57/7/57_529/_pdf/-char/ja">https://www.jstage.jst.go.jp/article/tonyobyoy/57/7/57_529/_pdf/-char/ja</a></p> <p>※2 <a href="http://www.jds.or.jp/modules/publication/?content_id=4">http://www.jds.or.jp/modules/publication/?content_id=4</a></p> <p>※3 <a href="https://jsn.or.jp/medic/newstopics/fromjsn/ckd2023-1.php">https://jsn.or.jp/medic/newstopics/fromjsn/ckd2023-1.php</a></p> <p>※4 <a href="https://jsn.or.jp/medic/guideline/">https://jsn.or.jp/medic/guideline/</a></p> <p>2. 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの基本的考え方</p> <p>(1) プログラムの目的</p> <p>○ <u>本プログラムに基づいた糖尿病性腎症重症化予防の取組では、①糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関への未受診者・受診中断者に対して、保険者が医療機関等と連携して医療機関への受診勧奨や保健指導を行うことにより継続的な治療につなげること、②糖尿病性腎症等で通院する者のうち、重症化するリスクの高い者に対して、保険者が医療機関等と連携して保健指導を行うこと、などの取組により良好な血糖のコントロールの維持、合併症の発症・進展の予防等を通して、腎不全や人工透析への移行を予防し、対象者の健康寿命の延伸を図ることを目指す。</u></p> <p>○ <u>本プログラムでは、これらの取組に係る方策やその考え方を示す。</u></p> <p>(2) プログラムの性格</p> <p>○ <u>本プログラムでは、全国の糖尿病性腎症重症化予防の取組状況や効果検証事業の結果で得られた知見等を踏まえ、全国の自治体や保険者等における取組が更に広がるよう実施可能性を考慮しつつ、同時に質の高い取組となるよう留意点等を整理している。</u></p>	<p>ものである。</p> <p>※1 <a href="http://www.jds.or.jp/modules/important/index.php?page=article&amp;storyid=46">http://www.jds.or.jp/modules/important/index.php?page=article&amp;storyid=46</a></p> <p>※2 <a href="http://www.jds.or.jp/modules/publication/?content_id=4">http://www.jds.or.jp/modules/publication/?content_id=4</a></p> <p>※3 <a href="https://cdn.jsn.or.jp/data/CKD2018.pdf">https://cdn.jsn.or.jp/data/CKD2018.pdf</a></p> <p>※4 <a href="http://reach-j.jp/wp-content/uploads/2015/07/guideline.pdf">http://reach-j.jp/wp-content/uploads/2015/07/guideline.pdf</a></p> <p>2. 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの基本的考え方</p> <p>(1) プログラムの目的</p> <p>○本プログラムは、糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関の未受診者・受診中断者について、<u>関係機関からの適切な受診勧奨、保健指導を行うことにより治療に結びつけるとともに、糖尿病性腎症等で通院する患者のうち、重症化するリスクの高い者に対して主治医の判断により保健指導対象者を選定し、腎不全、人工透析への移行を防止することを目的とする。</u></p> <p>(2) プログラムの性格</p> <p>○本プログラムは、<u>呉市、荒川区、埼玉県等の自治体ですでに実施している取組の横展開を目指し、策定したものである。</u></p> <p>○<u>これまで、プログラムの策定及びWGとりまとめの公表等により糖尿病性腎症重症化予防の取組を推進してきたところであるが、関係者の連携や取組内容等実施上の課題に対応し更なる推進を目指すため、市町村等の実例を踏まえ、記載の充実をはかるものである。</u></p> <p>○併せて、<u>研究班で得た科学的知見を加えるとともに、全国の自治体に</u></p>	<p>(変更) (削除)</p> <p>(追加)</p> <p>(変更)</p>

## 糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
<p>○ 取組内容については、健康課題の優先順位や保険者等の実施体制、医療資源体制、既存の取組内容、取り組みやすさなどに応じ柔軟に対応することが重要であるが、<u>事業評価を定量的な指標を用いて実施する等、適切なPDCAサイクルの下、実施することが望まれる。</u></p> <p>○ 保険者等によっては、従来から、糖尿病対策として生活習慣の改善による発症予防や糖尿病性腎症等<u>の重大な合併症の発症・重症化予防、CKD対策として早期発見・治療へつなげることによる重症化予防等を活用し、糖尿病性腎症重症化予防に取り組んできた。</u></p> <p>○ <u>具体的な取組を推進する場合には、保険者が策定したデータヘルス計画等関連する計画と連動させて実施する必要がある。</u></p> <p>○ <u>糖尿病性腎症重症化予防の取組は、糖尿病対策やCKD対策と連携して行う。後述する一定の基準に該当する糖尿病または糖尿病の疑いがある者で糖尿病の治療をしていない者については、医療機関への受診勧奨を行うことが原則である。</u></p> <p>○ <u>本プログラムに基づく医療機関と連携して行う保健指導は、限られた資源を有効に使うことが求められる。そのため、状況に応じて介入の優先順位を検討し、一定程度、対象者数を絞るなどの対応が必要になる場合がある。例えば、前年度より腎障害の悪化が顕著である者、予防効果が期待できる青壮年期層、生活習慣上改善の必要を認める者などに対象者を絞ることが考えられる。介入の優先順位を適切に検討するに当たっては、地域の健康課題や関連する保健事業と連動させるなど、保健指導が必要な対象者への支援を取りこぼさないように留意する必要がある。</u></p>	<p>おける取組が更に広がるよう実施可能性を考慮しつつ、同時に質の高い取組となるよう留意点等を整理している。</p> <p>○取組内容については、健康課題の優先順位や保険者の実施体制、医療資源体制、既存の取組内容、取り組みやすさなどに応じ柔軟に対応することが重要であるが、<u>効果測定を定量的に行うなど、適切なPDCAサイクルの下、実施することが望まれる。</u></p> <p>○保険者によっては、従来から、糖尿病対策として生活習慣の改善による発症予防や糖尿病性腎症等重大合併症の予防、CKD対策として早期発見・治療へつなげることによる重症化予防等、<u>新規透析導入患者数の減少を目的とした取組を実施している。この様に、既存の取組を活用し「糖尿病性腎症重症化予防」に取り組むことも考えられる（図表1）。</u></p> <p>○<u>国保等医療保険者が実施主体であることから、データヘルス計画を策定している場合には同計画と連動させる必要がある。</u></p>	<p>(変更)</p> <p>(変更)</p> <p>(削除)</p> <p>(変更) (削除)</p> <p>(追加)</p> <p>(追加)</p>

# 糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
<p>図表 4 糖尿病性腎症重症化予防と関連する保健事業</p>  <p>【糖尿病対策】 生活習慣の改善による糖尿病の発症及び重症化を予防する（糖尿病性腎症等の重大な合併症の発症・重症化を予防し、新規透析導入を予防することを含む）。</p> <p>【CKD対策】 医療連携体制の整備等により早期発見・治療につなげ、CKDの重症化を予防し、新規透析導入を予防する。</p> <p>【糖尿病性腎症重症化予防】 糖尿病性腎症の重症化を予防することにより、新規透析導入を予防する。</p> <p><b>（３）年齢層を考慮した取組の実施</b></p> <p>○健康課題やその取り巻く状況はライフステージ<sup>13</sup>により異なるため、健康日本21をはじめとする各種保健事業の取組において、ライフステージに応じた健康づくりの取組を進めてきた。糖尿病性腎症重症化予防の取組においても、ライフコースアプローチ<sup>14</sup>の観点を踏まえライフステージに応じた取組を推進することが重要である。</p> <p>○糖尿病の発症・重症化には、食生活の乱れや多量飲酒、身体活動量の低下等、生活習慣が大きく関与している<sup>15</sup>。また、受動喫煙を含めた喫煙、睡眠の質や量の低下、うつ傾向や精神的ストレスが発症の危険因子であることや、歯周病が血糖コントロールに影響を与えていることが報告されている<sup>16</sup>。</p> <p>○このため、青壮年においては、特定健康診査で使われる標準的な質問票、後期高齢者においては、後期高齢者医療制度の保健事業で使われる後期高齢者の質問票などの情報も参考にしつつ、対象者本人</p>	<p>＜図表 1：糖尿病性腎症重症化予防と関連する自治体の保健事業＞</p>  <p>【糖尿病対策】 生活習慣の改善による発症及び糖尿病の重症化を予防する（糖尿病性腎症等重大合併症を予防し、新規透析導入を予防することを含む）。</p> <p>【CKD対策】 医療連携体制の整備等により早期発見・治療につなげ、CKDの重症化を予防し、新規透析導入を予防する。</p> <p>【糖尿病性腎症重症化予防】 「糖尿病性腎症」の重症化を予防することにより、新規透析導入を予防する。</p> <p>(図表修正)</p> <p>(新設)</p>	



## 糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
<p><u>からの聞き取り等により、生活習慣の状況や身体状況等を把握し、 受診勧奨や保健指導に活用することが重要である。</u></p> <p><u>○また、う蝕（むし歯）、歯周病、歯の喪失やそれ以外の歯・口腔に 関わる疾患等により咀嚼機能が低下すると、野菜や肉類等の摂取量 が減少するとともに、生活習慣病や低栄養のリスクが高まると報告 <sup>17</sup>されている。特に、血糖コントロールの不良は歯周病を重症化さ せることや、歯周病が重症であるほど血糖コントロールが不良とな ること、歯周病治療によって血糖コントロールの状態も改善するこ とが報告<sup>18</sup>されており、糖尿病性腎症重症化予防の取組において も、必要に応じて口腔衛生の指導をするとともに、歯周病の未治療 者に対しては継続的な歯科受診を勧奨する。併せて、糖尿病の合併 症の1つである糖尿病網膜症の進行防止の観点から、定期的、継続 的な眼科受診を勧奨する。</u></p> <p><b>1) 青壮年に対する取組</b></p> <p><u>○高齢期に至るまで健康を保持するためには、青壮年期からの取組が 重要である。糖尿病性腎症重症化予防の取組においても青壮年期か ら取り組む必要がある。</u></p> <p><u>○糖尿病が疑われる者は、40歳代から増加し、特に男性では50歳代に なると急増する<sup>19</sup>。また、高血圧を有する者も増加する。糖尿病が疑 われる者が急増するこの年齢層に対して糖尿病性腎症重症化予防に 取り組むことにより、糖尿病についての適切な治療継続や生活習慣 の改善等が期待でき、それに伴い合併症の発症・重症化予防や合併 症による臓器障害の進行予防等も期待できる。また、人工透析の導 入時期も遅らせることが期待でき、対象者本人の生活の質を維持す ることができるほか、医療経済への影響も小さくすることが期待で きる。</u></p>		

## 糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
<p>○<u>青壮年、特に30歳代から50歳代では、「健康な食習慣の妨げとなる点」として、「仕事（家事・育児等）が忙しくて時間がないこと」の割合が60歳代以上に比較すると多く<sup>20</sup>、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、このことを考慮した取組となるよう配慮する。糖尿病のみでなく、高血圧、喫煙、食生活の乱れ（朝食の欠食）などが腎障害の悪化につながることに留意する。</u></p> <p>○<u>糖尿病性腎症をはじめとする糖尿病の合併症は、発症後、長期間を経て徐々に進行していくと考えられることから、青壮年が多く加入している被用者保険の保険者においても、糖尿病性腎症重症化予防に取り組むことが必要である。糖尿病性腎症重症化予防の取組は継続して行うことが重要であるため、例えば保険者協議会や地域・職域連携推進協議会等を活用して、市町村国保と国保組合、被用者保険との間で、健診データやレセプトデータ等（以下「健康・医療情報」という）やそれぞれが捉えている地域の健康課題、保健事業の実施状況等の共有や、役割分担しながらどのように取組を進めていくかなどの連携体制の確認等を行うことが非常に重要である。</u></p> <p><b>2）高齢者に対する取組</b></p> <p>○<u>令和2年4月から高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施が開始され、後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）から委託を受けた市町村により、後期高齢者の保健事業として、糖尿病性腎症重症化予防に関する事業が実施されている。</u></p> <p>○<u>高齢者の特性を踏まえた健康支援をしていくためには、高齢者に見られる心身機能の特徴や老年症候群の合併頻度が高いこと、学会のガイドライン等の動向や関係部局による事業の方向性等に関する見識を深めておくことが必要である。</u></p>		

## 糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
<p><u>(後期高齢者の特性)</u></p> <p>① <u>前期高齢者と比べ、加齢に伴い虚弱な状態であるフレイルが顕著に進行しやすい。</u></p> <p>② <u>複数の慢性疾患を保有し、フレイル等を要因とする老年症候群の症状も混在するため、包括的な疾病管理がより重要となる。</u></p> <p>③ <u>医療に係る課題として、多医療機関の受診や多剤処方等がある。</u></p> <p>④ <u>健康状態や生活機能、生活背景等の個人差が大きい。</u></p> <p>⑤ <u>医療のみならず、介護や福祉等の様々なニーズを併せ持つ状況にある者が多い。</u></p> <p>○<u>高齢者への健診・保健指導では生活習慣病の重症化予防だけではなく、体重や筋肉量の減少、低栄養等によるフレイル等の予防・改善に着目した対策に徐々に転換することが必要である。特に、75歳以上の者への保健指導については、生活習慣病等の慢性疾患の重症化予防に加え、後期高齢者の質問票等を活用し、フレイル等に関連する老年症候群（低栄養、転倒・骨折、誤嚥性肺炎等）等の心身機能の低下とそれに起因する疾病の予防に着目し、実施する必要がある。また、その方法については、本人が主体的に選択できるように配慮するとともに、認知機能の程度を含む加齢による心身の特性の変化や性差、生活状況等の実情に応じた内容とし、地域包括ケア推進における関係者や地域住民も含めて地域ぐるみでの支援を行うことに留意する。</u></p> <p>○<u>個人ごとの健康状態の差が大きくなり多様性が更に高まることや、75歳以上の多くの者が医療機関を受診していることを勘案すると、医療機関と連携した取組を推進する必要がある。</u></p> <p>○<u>医療機関に通院していない高齢者については、青壮年期と同様、健診等の機会を活用して、生活習慣病が軽症のうちに医療につなげ、</u></p>		

## 糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
<p><u>重症化を予防することが重要である。</u></p> <p>○<u>高齢者糖尿病においては低血糖に対する脆弱性を有するため、低血糖症状の有無を問わず血糖が下がりすぎていないかを確認すべきであることに留意する。低血糖により認知機能低下や心血管イベントの増加等をきたしやすく、要介護認定のリスクが高い疾患の一つであることに留意する。</u></p> <p>○<u>事業の展開に当たっては、高齢者の多くが加入する市町村国保と広域連合が連携のうえ、健康・医療情報等进行分析し、地域の健康課題等を共有して、取組を進めていくことが重要である。</u></p> <p>○<u>高齢者の保健事業を実施する際には、高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン<sup>21</sup>、標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）<sup>22</sup>等を参照し、実施する。</u></p> <p><b>（４）データヘルス計画等各種計画を踏まえた事業展開</b></p> <p>○ <u>糖尿病性腎症重症化予防の取組は保健事業の一環として行われるものである。事業の実施に当たっては、例えば、データヘルス計画、健康増進計画、医療費適正化計画、介護保険事業（支援）計画、医療計画等をはじめとする保健事業と密接に関係する計画を踏まえて事業を展開する必要がある。</u></p> <p>（脚注）</p> <p><sup>13</sup> <u>乳幼児期、青壮年期、高齢期等の人の生涯における各段階のこと。</u></p> <p><sup>14</sup> <u>胎児期から高齢期に至るまでの人の生涯を経時的に捉えること。</u></p> <p><sup>15</sup> <u>2型糖尿病は生活習慣の影響のみで発生するわけではなく、遺伝的素因等も関与していることには十分に留意する必要がある。健康づくりによる予防の観点から、生活習慣や環境の改善は重要である。</u></p>		（新設）

## 糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
<p><sup>16</sup> 健康日本21（第三次）推進のための説明資料 令和5年5月 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会次期国民健康づくり運動プラン（令和6年度開始）策定専門委員会 P.75 <a href="https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/kenkou/kenkounippon21_00006.html">https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/kenkou/kenkounippon21_00006.html</a></p> <p><sup>17</sup> 標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版） 令和6年4月 厚生労働省健康・生活衛生局 P.95 <a href="https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000194155_00004.html">https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000194155_00004.html</a></p> <p><sup>18</sup> 糖尿病治療ガイド2022-2023 日本糖尿病学会編・著 P.94</p> <p><sup>19</sup> 令和元年国民健康・栄養調査報告 <a href="https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/kenkou/eiyou/r1-houkoku_00002.html">https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/kenkou/eiyou/r1-houkoku_00002.html</a></p> <p><sup>20</sup> 60歳代以上で最も多いのは「特になし」である。また、「運動習慣の定着の妨げとなる点」についても、この傾向は同じような傾向である。（令和元年国民健康・栄養調査報告）</p> <p><sup>21</sup> <a href="https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/iryohoken/hokenjigyoku/index_00003.html">https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/iryohoken/hokenjigyoku/index_00003.html</a></p> <p><sup>22</sup> <a href="https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000194155_00004.html">https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000194155_00004.html</a></p> <p>3. 取組に当たっての関係者の役割</p>	<p>3. 取組に当たっての関係者の役割</p> <p>○関係者は糖尿病性腎症重症化予防事業の進め方を念頭におき、各段階でそれぞれ必要な対応をすることが重要である（図表2）。</p>	<p>(削除)</p>

# 糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
<p>(1) 市町村の役割</p> <p>1) 庁内体制の整備</p> <p>○ 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<u>つながる</u>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。</p> <p>○ 実施に当たっては、健康増進担当課と国保担当課の連携を深め、保健師・管理栄養士等の専門職や事務職の人材を効率的に活用する、専門的知見や人材を有する委託事業者を活用する、国民健康保険団</p>	<p>＜図表2：糖尿病性腎症重症化予防事業の進め方（例）＞</p> <p>(1) 市町村の役割</p> <p>1) 庁内体制の整備</p> <p>○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。</p> <p>○<u>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ことが必要である。</u></p> <p>○実施に当たっては、健康増進担当課と国保担当課の連携を深め、保健師・管理栄養士等の専門職や事務職の人材を効率的に活用する、専門的知見や人材を有する外部委託事業者を活用する、国民健康保</p>	<p>(図表移動、修正)</p> <p>(変更)</p> <p>(削除)</p>

## 糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
<p>体連合会（以下「国保連合会」という。）の知見や人材を活用するなど、柔軟な取組を検討する必要がある。</p> <p>○ 糖尿病性腎症重症化予防事業に関する財源の確保、人材の育成、地域連携、国保データベース（KDB）システム（以下「KDBシステム」という。）等を活用した健康課題分析や対象者抽出・評価などにおいては、事務作業も発生する。効率的に取組を進めるためには、事務職等が専門職と共同して、その役割を果たすことが重要である。</p> <p><b>2）地域連携を通した課題分析と情報共有</b></p> <p>○ 自治体が行う保健指導の強みは、<u>保険者として保有する健診データやレセプトデータ等から未治療者、治療中断者、コントロール不良者を抽出し継続的に追跡できること、対象者の居住する地域・コミュニティの特性を踏まえて対象者の生活を理解していること、地域包括支援センターや福祉サービス、被用者保険等の他部門、他機関と連携した包括的な支援が行えることである。</u></p> <p>○ <u>健康・医療情報を用いて、被保険者の疾病構造や健康問題などを分析する。課題分析や分析結果の解釈に当たっては、地域の関係団体（郡市医師会等）と連携し、互いの持ち得る健康・医療情報（量的・質的データ）等を共有のうえ、取り組むことが望ましい。</u></p> <p>○ 課題分析においては、その地域が有する保健医療等に関する資源の実態（社会資源、専門的な医療人材の有無や数、かかりつけ医機能</p>	<p>険団体連合会（以下「国保連合会」という。）の知見や人材を活用するなど、柔軟な取組を検討する必要がある。</p> <p>○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、<u>多彩で膨大な事務作業が発生する。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が役割を果たすことが重要である。</u></p> <p>○<u>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も必要である。</u></p> <p>○<u>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ことで、バトンを落とすことがないようにすることが重要である。</u></p> <p><b>2）地域連携を通した課題分析と情報共有</b></p> <p>○自治体が行う保健指導の強みは、保有する健診データやレセプトデータ等から未治療者、治療中断者、コントロール不良者を抽出し継続的に追跡できること、対象者の<u>日常生活を踏まえ</u>地域包括支援センターや福祉サービス、被用者保険等の他部門、他機関と連携した包括的な支援が行えることである。</p> <p>○<u>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などを分析する。課題分析や解釈を行うに当たっては、地域の関係団体（郡市区医師会等）と相談することが望ましい。</u></p> <p>○課題分析においては、その地域が有する保健医療等に関する資源の実態（社会資源、専門的な医療人材の有無や数、かかりつけ医や専門医療</p>	<p>（変更）（削除）</p> <p>（削除）</p> <p>（削除）</p> <p>（追加）（変更）</p> <p>（変更）（削除）</p> <p>（変更）</p>

## 糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
<p><u>を有する医療機関や専門医療機関との連携体制の状況など</u>）を明らかにすることも重要である。</p> <p>○ <u>郡市区医師会やかかりつけ医機能を有する医療機関、地域の専門医療機関、都道府県（保健所を含む）、広域連合、糖尿病対策推進会議、国保連合会等の関係機関の担当窓口と顔の見える関係性を築く必要がある。協議会等を開催し、各自が捉えている健康課題や取組及び、その中で実施している事業の目標設定や企画、実施方法、評価について共有する必要がある（既存の会議体を活用できる場合は積極的に活用する）。</u>特に、後期高齢者医療制度の保健事業との一体的な実施に当たっては、広域連合との連携内容について、十分協議することが必要である。</p> <p>○ <u>健康・医療情報の分析については、国保連合会等に支援を求めるとも有用である。KDBシステムの活用や国保連合会に設置されている保健事業支援・評価委員会の助言を受けるなど活用することが望ましい。</u></p> <p>○ <u>また、多くの市町村は、複数年に渡り、糖尿病性腎症重症化予防に取り組んでいる。それらの実践の中で明らかになった課題についても整理し、次の取組に活かす必要がある。</u></p> <p><b>3）事業計画の立案</b></p> <p>○ <u>2）の課題分析の結果を踏まえ、対象者の年代に応じた抽出条件や取組の優先順位等を考慮し事業計画を立案する。</u></p> <p>○ <u>立案に当たっては、地域の医療機関における連携体制のあり方、ハイリスク者を抽出するための健診項目やレセプトデータ、健診実施方法、食生活の改善や運動対策などのポピュレーションアプローチなど、様々な観点から総合的に検討したうえで、医療機関への受診勧奨や保健指導の内容について検討する。</u></p>	<p>機関との連携体制の状況など）を明らかにすることも重要である。</p> <p>○ <u>郡市区医師会や地域の専門医療機関、都道府県（保健所を含む）、広域連合、糖尿病対策推進会議等の関係機関の担当窓口と顔の見える関係性を築く必要がある。協議会等を開催し、事業の目標設定や企画、実施方法、評価について共有する必要がある（既存の会議体を活用できることもある）。</u>特に、後期高齢者医療制度の保健事業との一体的な実施に当たっては、広域連合との連携内容について、十分協議することが必要である。</p> <p>○ <u>健診・レセプトデータ等の分析については、国保連合会に支援を求めるとも有用である。KDBの活用や国保・後期高齢者ヘルスサポート事業の活用等について助言を受けることが望ましい。</u></p> <p><b>3）事業計画の立案</b></p> <p>○ <u>2）で協議した内容を踏まえ、対象者の抽出条件や取組の優先順位等を考慮し事業計画を立案する。</u></p> <p>○ <u>立案に当たっては、地域の医療機関における連携体制のあり方、ハイリスク者を抽出するための健診項目やレセプト情報、健診実施方法、食生活の改善や運動対策などのポピュレーションアプローチなど、様々な観点から総合的に検討した上で、保健指導や受診勧奨の内容について検討する。</u></p>	<p>(削除) (追加)</p> <p>(変更) (削除)</p> <p>(追加)</p> <p>(変更)</p> <p>(変更) (追加)</p>



## 糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
<p>○ その際、<u>郡市医師会等</u>の関係団体と、これらの課題、対策について協議する。</p> <p>○ <u>適切な事業評価を行うために、計画には事業目的を踏まえて目標と評価指標を設定する。糖尿病性腎症重症化予防の目的は、①糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関の未受診者・受診中断者に対して医療機関への受診勧奨や保健指導を行い継続的な治療につなげる</u> <u>こと、②通院中の重症化するリスクの高い者に対して保健指導を行うこと、などの取組により、良好な血糖のコントロールの維持、合併症の発症・進展の阻止・抑制等を通して、腎不全や人工透析への移行を予防し、対象者の健康寿命の延伸を図ること、であることを踏まえて、評価指標の設定は、短期的な評価指標だけではなく、中長期的な評価指標も設定することが望ましい。</u></p> <p>○ <u>また、評価指標はアウトカム・アウトプットを中心とし、設定したアウトカム・アウトプットを達成するために必要となるプロセス・ストラクチャーについても評価できるように、事業計画に記載する<sup>23</sup>。評価の実施時期や評価方法等も記載する。</u></p> <p>○ <u>評価指標については9. プログラムの評価（P45～49）を参照。</u></p> <p><b>4）事業実施及び委託して実施する場合の留意点</b></p> <p>○ 3）の<u>事業計画</u>に基づき事業を実施する。 事業の実施に当たっては、<u>以下を参照する。</u></p> <p style="padding-left: 20px;">・ <u>対象者の抽出と介入方法→6. 対象者抽出の考え方と取組方策</u> <u>（P28～36）並びに7. 介入方法（P37～42）</u></p> <p style="padding-left: 20px;">・ <u>ICTの利活用</u> <u>→8. （1）ICTを活用した取組の実施（P43）</u></p> <p style="padding-left: 20px;">・ <u>委託して実施する場合</u> <u>→8. （2）委託にて事業を実施する際の留意点（P43～44）</u></p>	<p>○その際、<u>地域の</u>医師会等との関係団体と、これらの課題、対策について協議する。</p> <p><b>4）事業実施</b></p> <p>○3）の<u>議論の結果</u>に基づき事業を実施する。事業実施に当たっては、<u>自治体自ら受診勧奨や保健指導を行うことや民間事業者等への委託なども考えられる。</u></p>	<p>（変更）</p> <p>（追加）</p> <p>（変更）</p> <p>（変更）</p>

# 糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
<p>・個人情報保護</p> <p>● 二</p> <p>10. 個人情報の取扱い (P50)</p> <p>○ <u>なお、受診勧奨や保健指導の実施に際しては、主に、保険者として実施する健診の結果に基づいて、対象者の抽出を実施することが多い。そのため、特定健康診査や後期高齢者健康診査の受診率を高めていくと同時に、未受診者への支援のあり方や支援方法を検討することも重要である。</u></p> <p><b>5) 事業評価</b></p> <p>○ 実施した事業について、その結果を評価し、PDCAサイクルに基づいて次の事業展開につなげる。</p> <p>○ <u>詳細は、9. プログラムの評価 (P45～49) を参照。</u></p> <p><b>6) 人材確保・育成</b></p> <p>○ 保健指導を効果的に実施するためには、<u>糖尿病性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連携・協働、データによる評価やKDBシステムなどについての知識やスキルが必要であることから、保健師や管理栄養士等の計画的な人材の確保・育成、資質向上が重要である。</u></p> <p>○ <u>このため、専門職や事務職を問わず担当者が積極的に研修会等に参加できるようにするなど、糖尿病性腎症に関する知識や技術等を習</u></p>	<p><b>5) 事業評価</b></p> <p>○ 実施した事業について、その結果を評価し、PDCAサイクルに基づいて次の事業展開につなげる。</p> <p>○ <u>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。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保険者間の引き継ぎを密にし、継続的な評価を可能にすることが重要である。</u></p> <p><b>6) 人材確保・育成</b></p> <p>○ 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<u>コミュニケーション</u>、データによる評価やKDBなどについての知識やスキルが必要であることから、人材の資質向上が重要である。</p> <p>○ <u>このため、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必要がある。</u></p> <p>○ <u>また、外部事業者業務を委託する場合には、糖尿病性腎症重症化</u></p>	<p>(追加)</p> <p>(移動)</p> <p>(変更)</p> <p>(変更)</p> <p>(追加)</p> <p>(変更) (追加)</p> <p>(移動)</p>

糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
得する機会を設ける必要がある。	<p><u>予防の目的を踏まえて外部事業者を選定できる能力が必要である。委託後にも任せきりにするのではなく、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。</u></p> <p><u>(委託する場合の留意点)</u></p> <p>○市町村等の<u>事業委託先として、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。</u></p> <p>○<u>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。</u></p> <p>○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するとともに、<u>外部事業者に任せきりにするのではなく市町村等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。</u></p>	<p>(移動)</p>          <p>(変更)</p>          <p>(新設)</p>
<p><b>7) 他の保険者の保健事業との連携</b></p> <p>○ <u>市町村国保では国保被保険者を対象に保健事業を展開するが、同様の事業は被用者保険でも展開されている。被保険者は、市町村国保と被用者保険の間を異動することもあるため、地域での取組に当たっては、そうした被用者保険の取組と連携することも重要である。</u></p>		

# 糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
<p>○ また、75歳以上になると、市町村国保の被保険者は後期高齢者医療制度へ移行する。加入する医療保険制度が変更することに伴い、対象者の指導や評価等の支援が途切れる現象がみられる。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、保険者間の引き継ぎを密にし、継続的な支援や評価を可能にすることが重要である。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においても、保険者間の連携を密にし、支援が途切れることがないように取り組む必要がある。</p> <p>図表 5 自治体における糖尿病性腎症重症化予防事業の進め方(例)</p> <pre> graph LR     subgraph "Municipal System (Red)"         A["・国保担当課、健康増進担当課、高齢者医療担当課等とのチーム形成 ・健診・レセプトデータ分析結果の確認、保健事業の課題整理"]     end     subgraph "Regional Cooperation (Yellow)"         B["・地域の医師会、糖尿病対策推進会議等の関係者と連携した課題分析と連携方針の確認"]     end     subgraph "Business Plan (Blue)"         C["・地域の医師会等関係者へ対象者抽出基準や実施方針について相談 ・対象者抽出基準の決定 ・実施形態の検討、運営マニュアル作成、保健指導者の研修"]     end     subgraph "Business Implementation (Blue)"         D["・かかりつけ医機能を有する医療機関（地域の医師会）と連携した受診勧奨、保健指導の実施 ・進捗管理、問題事象への対応"]     end     subgraph "Business Evaluation (Grey)"         E["・データのとりまとめ、分析、次年度計画に向けた課題整理 ・内部での検討、専門家等の助言 ・地域の医師会、糖尿病対策推進会議等への報告"]     end      A -- "市内体制の充実" --&gt; A     B -- "評価結果の共有" --&gt; B     C -- "事業内容の改善" --&gt; C     E -- "事業評価" --&gt; E      A --&gt; B     B --&gt; C     C --&gt; D     D --&gt; E     E --&gt; A </pre>		(図表移動、修正)

# 糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
<p><b>(2) 都道府県の役割</b></p> <p>○ 都道府県は、<u>保険者として主体的に糖尿病性腎症重症化予防に取り組むとともに、糖尿病性腎症重症化予防に取り組む市町村や広域連合への支援を行う。</u></p> <p>○ <u>地域版日本健康会議の開催等を通して、都道府県内で各関係機関と自治体が連携し、地域で具体的な対応策を議論のうえ、課題解決につなげていく等、糖尿病性腎症重症化予防に取り組む機運を醸成し、広域的な展開を目指していくことも期待される。</u></p> <p>○ <u>また、人口規模の小さな市町村等で、糖尿病性腎症重症化予防にまだ取り組むことができていない場合や十分にに取り組むことができていない場合に、保健所管轄地域単位等での事業実施の検討など、都道府県が積極的に支援する。</u></p> <p><b>1) 庁内体制の整備</b></p> <p>○ 市町村や広域連合の取組を支援するためには、保健事業を推進するだけでなく、<u>市町村の実情</u>、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。担当課だけでは対応できない課題がある場合には、関係部署（部局・課）が連携して取り組むことが重要である。このため、関係部署の連携会議を定期的に開催するなど、問題意識を共有しながら取組や市町村・広域連合への支援を進めることが重要である。</p>	<p><b>(2) 都道府県の役割</b></p> <p>○都道府県は、<u>平成30年度から、市町村とともに国保の運営を担い、国保運営に中心的な役割を果たすこととなった。また、医療計画により医療提供体制について、医療費適正化計画により域内の医療費について、それぞれ役割を担っている。このため、都道府県においても医療費の適正化を推進することが必要であり、主体的に糖尿病性腎症重症化予防に取り組むとともに、重症化予防に取り組む市町村や広域連合への支援を行っていく必要がある。</u></p> <p>○<u>地域版日本健康会議を開催することにより、各関係機関と自治体が連携し、地域で具体的な対応策を議論の上、課題解決につなげていく等、都道府県内で糖尿病性腎症重症化予防に取り組む機運を醸成し、広域的な展開を目指していくことも期待される。</u></p> <p><b>1) 庁内体制の整備</b></p> <p>○市町村や広域連合の取組を支援するためには、保健事業を推進するだけでなく、<u>保険者の事情</u>、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。担当課だけでは対応できない課題がある場合には、<u>知事・幹部のリーダーシップのもとに</u>関係部署（部局・課）が連携して取り組むことが重要である。このため、<u>幹部を交えて</u>関係部署の連携会議を定期的に開催するなど、問題意識を<u>その都度</u>共有しながら取組や市町村・広域連合への支援を進めることが重要である。</p> <p><u>○部署間の縦割り行政のために限定的な取組に陥ったり、具体的な課</u></p>	<p>(変更)</p> <p>(変更)</p> <p>(削除)</p> <p>(追加)</p> <p>(変更) (削除)</p> <p>(削除)</p>

## 糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
<p><b>2) 地域連携に対する支援</b></p> <p>○ 市町村や広域連合における円滑な事業実施を支援する観点から、都道府県レベルで都道府県医師会や糖尿病対策推進会議等と都道府県内の取組状況を共有し、課題、対応策等について議論する。</p> <p>○ <u>例えば保険者協議会の場を活用するなど、被用者保険や広域連合とも連携を取り、糖尿病性腎症重症化予防の取組の効果が上がるよう調整することも重要である。特に市町村国保から後期高齢者医療制度に移行する者については、継続的な支援を受けることができるよう、市町村において、広域連合から保健事業の委託を受ける等、一体的な実施に努め、密な連携のうで継続した取組が円滑に実施されるよう関係機関の調整を行う等の支援が必要である。</u></p> <p>○ 保健所は、地域分析の実施主体や市町村・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・広域連合との連携のつなぎ役となるなど、保健所の機能を活用した取組や市町村・広域連合への支援も積極的に行う必要がある。</p> <p><b>3) 事業計画</b></p> <p>○ <u>事業計画には、市町村支援に関するもののほか、広域的なデータ分析や普及啓発、モデル事業の実施等、都道府県自らが実施する糖尿病性腎症重症化予防の取組、また、事業評価に必要な目標、評価指標を記載する。</u></p> <p>○ <u>これらの内容については、都道府県が策定する関係する計画（健康増進計画、医療計画、医療費適正化計画、介護保険事業支援計画</u></p>	<p><u>題や情報を取りこぼしたりしないよう、部署間の連携を密にする必要がある。</u></p> <p><b>2) 地域連携に対する支援</b></p> <p>○市町村や広域連合における円滑な事業実施を支援する観点から、都道府県レベルで医師会や糖尿病対策推進会議等と都道府県内の取組状況を共有し、課題、対応策等について議論する。</p> <p>○各都道府県で、連携協定（都道府県、医師会、糖尿病対策推進会議等）を締結することや、本プログラムを踏まえ都道府県版重症化予防プログラムの改定を検討するなど、都道府県内の市町村や広域連合における取組が円滑に実施できるよう支援することが望ましい。</p> <p>○市町村において広域連合からの委託による高齢者の保健事業の一体的な実施の取組が着実に進むよう、好事例の横展開を始め、市町村における一体的な実施に対して援助を行っていくことも求められる。</p> <p>○保健所は、地区分析の実施主体や市町村・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。郡市区医師会・医療機関をはじめとする地域の医療関係者や市町村・広域連合との連携のつなぎ役となるなど、保健所を活用した取組や市町村・広域連合への支援も積極的に行う必要がある。</p> <p><b>3) 事業計画</b></p> <p>○市町村が策定する健康増進計画、介護保険事業計画等において糖尿病性腎症重症化予防の取組が市町村全体の取組として進められるよう支援する必要がある。</p>	<p>(追加)</p> <p>(変更)</p> <p>(変更) (削除)</p> <p>(変更) (追加)</p> <p>(変更)</p> <p>(追加)</p>

# 糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
<p><u>等)を踏まえたものとなるようにする。</u></p> <p>○ 都道府県は、市町村や広域連合が<u>保有していない</u>都道府県内の保健・医療・福祉等に関する各種データを<u>保有している</u>ことから、<u>国保連合会と連携して、都道府県内の健康課題等に関する俯瞰的な整理を行うとともに、市町村や広域連合が現状分析や計画の立案、評価等を行うに当たって活用可能なデータを提供する。</u></p> <p><b>4) 事業実施</b></p> <p>○ <u>事業計画に基づき事業を実施する。</u></p> <p>○ <u>かかりつけ医機能を有する医療機関（都道府県医師会）と連携した受診勧奨事業、保健指導事業を実施する。</u></p> <p>○ 市町村や広域連合の<u>支援に当たっては、市町村等における事業実施状況を定期的に把握し、取組が進んでいない市町村等を重点的に支援する。</u></p> <p><b>5) 事業評価</b></p> <p>○ <u>事業計画に記載した目標や評価指標を踏まえ事業評価を行う。</u></p> <p>○ <u>また、市町村が行う事業評価についても、広域連合、国保連合会と連携のうえ、支援を行う。</u></p> <p>○ <u>都道府県は市町村が行う糖尿病性腎症重症化予防の取組の効果について、広域的な観点から、都道府県全体での評価を行う。</u></p> <p><b>6) 人材育成</b></p> <p>○ 人材不足等により、<u>糖尿病性腎症重症化予防の取組を十分に実施できない市町村や広域連合もあるため、都道府県は、国保連合会等と連携して、データ分析や評価、事業実施等の支援に加えて、市町村や広域連合の担当者への研修の実施等を通して、計画的に人材育</u></p>	<p>○都道府県は、市町村や広域連合が<u>持たない</u>都道府県内の保健・医療・福祉等に関する各種データを<u>持っている</u>ことから、都道府県内の健康課題等に関する俯瞰的な整理を行うとともに、市町村や広域連合が現状分析や計画の立案、評価等を行うに当たって活用可能なデータを提供する<u>必要がある。</u></p> <p><b>4) 事業実施</b></p> <p>○市町村や広域連合における事業実施状況を定期的に把握し、<u>取組に濃淡があるときには、進んでいない市町村等を重点的に支援することが重要である。</u></p> <p><b>5) 事業評価</b></p> <p>○被用者保険や後期高齢者医療とも連携を取り、<u>糖尿病性腎症重症化予防の取組の効果が上がるよう調整することも重要である。特に後期高齢者については、年齢に関わらず継続的な支援を受けることができるよう、市町村国保等において、広域連合から保健事業の委託を受けて一体的に実施するほか、その他の場合も密に連携し継続した取組や事業評価等が円滑に実施されるよう、関係自治体間の調整等の支援が期待される。</u></p> <p><b>6) 人材育成</b></p> <p>○人材不足・財源不足に悩む市町村や広域連合もあるため、<u>都道府県として支援を行うことも必要である。例えば、データ分析や評価等の支援、市町村や広域連合の担当者への研修等が考えられる。</u></p>	<p>(追加)</p> <p>(削除)</p> <p>(追加)</p> <p>(追加)</p> <p>(変更)</p> <p>(削除)</p> <p>(変更)</p> <p>(変更)</p>

## 糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
<p><u>成・人材確保を推進する必要がある。</u></p> <p>○ 都道府県として主体的に糖尿病性腎症重症化予防の取組を進めるに当たっては、保健所の機能・人材の活用も有効であり、例えば都道府県本庁では、都道府県レベルでの取組の企画等を行い、保健所では市町村や広域連合の担当者への研修等を行ったり地域の医療関係者や市町村・広域連合とのつなぎ役となったりする等、保健所を活用した取組が期待される。</p> <p><b>（３）広域連合の役割</b></p> <p>○ 広域連合は都道府県単位で管内全ての市町村により構成されるものであり、その組織特性上、高齢者一人ひとりの特性に応じたきめ細かな対応が困難な場合が多いという課題がある。このため、自らプログラムに基づいた取組を実施するほか、保健事業を市町村に委託し、<u>市町村国保の保健事業と一体的に実施されるよう調整を行う</u>など、市町村（高齢者医療担当課・介護予防担当課や健康増進担当課、地域包括支援センター）との連携が不可欠である。</p> <p>○ 保健事業の実施に当たっては、高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン等を参照しながら、<u>広域連合と市町村との役割分担を明らかにすることや連携体制を整えることが重要である。</u></p> <p>○ 広域連合は、後期高齢者医療制度の運営を通じて健康・医療情報を</p>	<p>○都道府県として主体的に糖尿病性腎症重症化予防の取組を進めるに当たっては、保健所の機能・人材の活用も有効であり、例えば都道府県本庁では、都道府県レベルでの取組の企画等を行い、保健所では市町村や広域連合の担当者への研修等を行ったり地域の医療関係者や市町村・広域連合とのをつなぎ役となったりする等、保健所を活用した取組が期待される。</p> <p><u>○マンパワーの問題などで外部事業者に業務を委託する市町村や広域連合も多く、都道府県は保健指導等受託機関向けの研修会等も積極的に開催し、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ことが重要である。</u></p> <p><b>（３）広域連合の役割</b></p> <p><u>○日本透析医学会の統計によると、新規透析導入患者の平均年齢は年々上昇し平成29年は69.7歳となっており、このうち7割は65歳以上、4割は75歳以上の後期高齢者が占めている。</u></p> <p>○広域連合は都道府県単位で管内全ての市町村により構成されるものであり、その組織特性上、高齢者一人ひとりの特性に応じたきめ細かな対応が困難という課題がある。このため、自らプログラムを実施するほか、保健事業を市町村に委託し、国保の保健事業と一体的に実施されるよう調整するなど、市町村（高齢者医療担当課・介護予防担当課や健康増進担当課、地域包括支援センター）との連携が不可欠である。</p> <p>○保健事業の実施に当たっては、<u>「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン」を参照しながら、広域連合と市町村の役割分担や連携体制を整えることが重要である。</u></p> <p>○広域連合は、後期高齢者医療制度の運営を通じて健診・医療レセプト</p>	<p></p> <p>(削除)</p> <p>(削除)</p> <p>(追加) (変更)</p> <p>(変更)</p> <p>(追加)</p> <p>(変更)</p>



## 糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
<p>包括的、統合的に管理しており、保険者機能として事業推進のためにそれらのデータを活用することができる。</p> <p>○ <u>広域連合は市町村に対し、高齢者の健康状態や医療費等の状況について、都道府県全体を俯瞰して健康・医療情報を分析加工した統計資料等の提供や説明を行う。また、市町村が広域連合からの委託により保健事業を実施する際においても、データの提供や閲覧権限の付与など、実施支援のための情報提供を行う。</u></p> <p>○ <u>市町村に委託して保健事業を実施する場合または広域連合が直接保健事業を実施する場合のいずれにおいても、広域連合は市町村と連携し、双方が主体的に取り組めるよう、企画・実施・評価を行える体制構築に努めることが望ましい。</u></p> <p>○ <u>被保険者が後期高齢者医療制度へ移行する際に、保健事業が円滑に接続されないケースや評価が途切れるケースがみられた。そのため、令和2年度より、市町村において市町村国保から連続した事業の実施・評価を適切に行えるよう「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」を開始した。広域連合の役割として具体的には、国保や介護予防部局との連携を密にし、国保保健事業や介護予防の取組との一体的な実施を推進してきているところであり、引き続き、継続的な事業実施ができるような体制づくりが求められる。</u></p> <p>○ <u>都道府県医師会や郡市医師会等関係団体に対しては、広域連合が取組内容を説明し、理解及び協力を得ていくことが重要であり、都道府県と連携しながら調整する場合や市町村による調整の支援を行う場合など、状況に応じた調整を行うことが求められる。</u></p>	<p><u>（調剤・歯科含む）等を包括的、統合的に管理しており、保険者機能として事業推進のためにそれらのデータを活用することができる。</u></p> <p>○ <u>高齢者の健康状態や医療費等の状況について、都道府県全体を俯瞰して健康・医療情報を分析加工した統計資料等を提供する。また、事業企画・評価などを市町村とともに実施する。市町村が広域連合からの委託により保健指導を実施する際には、データの閲覧を可能にするなど、実施支援のための情報提供が重要な役割となる。</u></p> <p>○ <u>各市町村において国保から連続した保健事業等の事業評価を適切に行えるようにすることも求められる。保健事業対象者が後期高齢者医療制度へ移行することにより、74歳まで実施してきた特定健診等の情報が共有されていないケースや評価が途切れるケースがみられる。広域連合は国保との連携を密にし、保健事業の一体的な実施を推進するなど、継続的な評価ができるような体制づくりに協力することが重要である。</u></p>	<p>（追加）（変更）</p> <p>（変更）</p> <p>（追加）（変更）</p> <p>（追加）</p>

## 糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
<p>(4) <u>地域の医師会等の役割</u>  <u>(医療関係団体における協力体制の整備)</u></p> <p>○ <u>都道府県医師会をはじめとする都道府県の医療関係団体は、郡市医師会をはじめとする地域の医療関係団体に対して、糖尿病性腎症重症化予防に係る国・都道府県における動向等を周知する。</u></p> <p>○ <u>都道府県医師会及び郡市医師会等をはじめとする地域の医療関係団体は、会員及び医療従事者等に対して糖尿病性腎症重症化予防の取組について周知する。また、都道府県や市町村等から相談があった場合には、糖尿病性腎症重症化予防の取組に可能な限り協力するとともに、対象者の健康づくりや糖尿病性腎症重症化予防に向けて積極的に対応するよう促す。</u></p> <p>○ <u>地域における糖尿病性腎症重症化予防の取組は、市町村等の取組に加え、かかりつけ医機能を有する医療機関と専門医等との連携強化が重要であるため、地域の医師会等は各医療機関や医師等と連携し必要な取組を行うよう努める。</u></p> <p><u>(市町村等の取組に対する協力)</u></p> <p>○ <u>都道府県医師会をはじめとする地域の医療関係団体は、市町村等の糖尿病性腎症重症化予防の取組に対し、取組が円滑かつ効果的なものとなるように、市町村等の求めに応じて実施方法等について助言する等、必要な協力を行う。</u></p> <p>○ <u>地域の糖尿病対策推進会議等の方針のもと、郡市医師会等は各地域での推進体制（連絡票、事例検討等）について自治体と協力する。糖尿病性腎症重症化予防の対象者は必ずしも、住所地のある自治体にある医療機関をかかりつけ医としているとは限らない。自治体の域を超えて受療している対象者についても、自治体が域内の対象者と同様の事業を展開できるよう、近隣の郡市医師会等への周知がな</u></p>	<p>(4) <u>地域における医師会等の役割</u></p> <p>○都道府県医師会等の関係団体は、郡市区医師会等に対して、糖尿病性腎症重症化予防に係る国・都道府県における動向等を周知し、必要に応じ助言する。</p> <p>○都道府県医師会等や郡市区医師会等は、市町村や広域連合等が糖尿病性腎症重症化予防に係る取組を行う場合には、会員及び医療従事者に周知するとともに、必要に応じて助言、かかりつけ医と専門医等との連携強化など、必要な協力をを行うよう努める。</p> <p>○糖尿病対策推進会議等の方針のもと、郡市区医師会は各地域での推進体制（連絡票、事例検討等）について自治体と協力する。</p>	<p>(変更)</p> <p>(新設)</p> <p>(変更)</p> <p>(変更)</p> <p>(追加)</p> <p>(新設)</p> <p>(追加)</p> <p>(追加)</p> <p>(追加)</p>

## 糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
<p><u>され、協力が図られることが望ましい。</u></p> <p>○ <u>かかりつけ医機能を有する医療機関は、市町村等が行う事業の対象者について、病歴聴取や診察、保険診療における検査等による病期判断、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、対象者本人に説明するとともに、保健指導上の留意点を市町村等に伝えることが求められる。</u></p> <p>○ 糖尿病性腎症重症化予防に理解と熱意を持つ専門医等が、継続的に保健事業のアドバイザーとなり、<u>地域医療機関や専門医療機関で透析や糖尿病性腎症、糖尿病の専門的な医療を担当している医師等と相談し、問題意識を共有・体制を構築することが重要である。</u></p> <p>○ <u>地域の医師会は、かかりつけ医機能を有する医療機関と連携した受診勧奨、保健指導へ協力する。</u></p> <p><u>（関係学会のガイドライン等の活用）</u></p> <p>○ 糖尿病診療においては、日本糖尿病学会編・著「糖尿病診療ガイドライン」「糖尿病治療ガイド」、日本糖尿病対策推進会議編「糖尿病治療のエッセンス」や日本糖尿病学会・日本老年医学会編・著「高齢者糖尿病診療ガイドライン」「高齢者糖尿病治療ガイド」等の積極的な活用が求められる。</p> <p>○ 腎疾患診療においては、日本腎臓学会編・著「エビデンスに基づく</p>	<p>○かかりつけ医は、病歴聴取や診察、保険診療における検査等により<u>対象者の病期判断、循環器疾患等のリスクや糖尿病合併症（網膜症等）の状況を把握し、本人に説明するとともに、保健指導上の留意点を保健指導の実施者に伝えることが求められる。</u></p> <p>○糖尿病性腎症重症化予防<u>事業</u>に理解と熱意を持つ専門医等が、継続的に保健事業のアドバイザーとなる<u>ことが望ましい。</u>地域医療機関や専門医療機関で透析や糖尿病性腎症、糖尿病の専門的な医療を担当している医師等と相談し、問題意識を共有することが重要である。</p> <p>○健康サポート薬局や栄養ケア・ステーションのように、住民による主体的な健康の保持・増進を積極的に支援する機能を備えた機関等が<u>設置されている場合、それらの資源が糖尿病性腎症重症化予防の体制整備に有効に活用されるよう、医療関係団体は市町村や広域連合とともに検討していく。</u></p> <p>○糖尿病診療においては、日本糖尿病学会編・著「糖尿病診療ガイドライン（<u>糖尿病専門医向け</u>）」「糖尿病治療ガイド（<u>糖尿病患者を中心に診る非専門医向け</u>）」、日本糖尿病対策推進会議編「糖尿病治療のエッセンス（<u>かかりつけ医向け</u>）」や日本糖尿病学会・日本老年医学会編・著「高齢者糖尿病治療ガイド（<u>糖尿病患者を専門に診る非専門医向け</u>）」等の積極的な活用が求められる。</p> <p>○腎疾患診療においては、日本腎臓学会編・著「エビデンスに基づく</p>	<p>（追加）（変更）</p> <p>（削除）（変更）（追加）</p> <p>（移動）</p> <p>（追加）</p> <p>（新設）</p> <p>（削除）</p> <p>（追加）</p>

## 糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
<p>CKD診療ガイドライン」等の積極的な活用が求められる。</p> <p><b>（５）その他の医療関係団体等の役割</b></p> <p>○ CKD対策等と連動させて糖尿病性腎症重症化予防に取り組む場合は、地域の中核的医療機関の専門医、糖尿病療養指導士<sup>24</sup>や腎臓病療養指導士<sup>25</sup>等との連携、<u>地域の看護協会、栄養士会等の職能団体との連携を拡大することができれば、より包括的な地域連携体制を構築することが可能となる。</u></p> <p>○ 糖尿病の合併症として網膜症、歯周病及び歯の喪失等があることから、眼科、<u>歯科</u>等他科との連携、医科歯科連携の仕組みを構築し活用することが望ましい。</p> <p>○ 健康サポート薬局<sup>26</sup>や栄養ケア・ステーション<sup>27</sup>、<u>まちの保健室<sup>28</sup>等のように、地域で活動する保健医療等の専門職・地域住民による、主体的な健康の保持・増進を積極的に支援する機能を備えた機関等がある地域においては、それらの資源が糖尿病性腎症重症化予防の体制整備に有効に活用されるよう、医療関係団体等は、都道府県、市町村や広域連合に情報共有するなど共に検討する。</u></p> <p><b>（６）都道府県糖尿病対策推進会議の役割</b></p> <p>○ 糖尿病対策推進会議<sup>29</sup>は、糖尿病診療において、①かかりつけ医機能の充実と病診連携の推進、②受診勧奨と事後指導の充実、③糖尿病治療成績の向上、を目的に平成17年に設立された会議であり、国レベルだけでなく全都道府県に設置されている。</p> <p>○ 糖尿病対策推進会議は、会議の理念に合致した糖尿病性腎症重症化予防事業に積極的に関与していくことが期待される。</p>	<p>CKD診療ガイドライン」の積極的な活用が求められる。</p> <p><b>（５）都道府県糖尿病対策推進会議の役割</b></p> <p>○ 糖尿病対策推進会議は、糖尿病診療において、①かかりつけ医機能の充実と病診連携の推進、②受診勧奨と事後指導の充実、③糖尿病治療成績の向上、を目的に平成17年に設立された会議であり、国レベルだけでなく全都道府県に設置されている。<u>しかし、その取組には都道府県格差がみられるのが現状である。</u></p> <p>○ 糖尿病対策推進会議は、会議の理念に合致した<u>具体的な行動計画である糖尿病性腎症重症化予防事業に積極的に関与していくことが期待される。実際、糖尿病対策推進会議が機能している都道府県では、事業実施自治体数が多いばかりでなく、地域連携体制の推進や</u></p>	<p>(新設)</p> <p>(移動)</p> <p>(移動)</p> <p>(変更)</p> <p>(削除)</p> <p>(削除)</p>

## 糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
<p>○ 糖尿病性腎症重症化予防に係る国・都道府県における動向等について、構成団体に周知するとともに、医学的・科学的観点から県内における糖尿病性腎症重症化予防の取組について助言を行うなど、自治体や広域連合等の取組に協力することが求められている。</p> <p>○ 糖尿病対策推進会議は、市町村等との連携の窓口となる責任者<sup>30</sup>を決めたうえで、その責任者が中心となって調整を行い、当該会議として、自治体等で行う糖尿病性腎症重症化予防の取組に助言等を行うことが期待される。また、市町村等が都道府県糖尿病対策推進会議と連携が図れるように、窓口となる責任者について周知する必要がある。</p> <p>○ 地域の住民や糖尿病の患者への啓発、医療従事者への研修に努めることが重要であり、その際には、<u>日本糖尿病学会や日本糖尿病協会から開発提供されている、保健指導に有用な教材を利用することも期待される。</u></p> <p><b>(7) 国保連合会・国保中央会の役割</b></p> <p>○ 国保連合会は、<u>国民健康保険中央会（以下「国保中央会」という。）と一体的に全国の自治体を実施する保険者の保健事業への支援を行っており、市町村や広域連合がより効果的・効率的に糖尿病性腎症重症化予防事業に取り組むことができるよう研修を実施している。</u></p> <p>○ <u>また、KDBシステムの活用によるデータ分析・活用支援や、データヘルス計画策定の際の健康・医療情報による課題抽出、事業実施後の評価分析などにおいて、有識者で構成される保健事業支援・評価委員会による支援や国保連合会独自の支援を行っている。今後も支援を必要とする市町村等への支援を行うとともに、取組状況等から</u></p>	<p><u>より効果的な保健事業の実施にもつながっている。</u></p> <p>○糖尿病性腎症重症化予防に係る国・都道府県における動向等について、構成団体に周知するとともに、医学的・科学的観点から県内における糖尿病性腎症重症化予防の取組について助言を行うなど、自治体の取組に協力するよう努めるべきである。</p> <p>○糖尿病対策推進会議は、市町村や広域連合との連携の窓口となる責任者<sup>6</sup>を決めた上で、その責任者が中心となって調整を行い、当該会議として、自治体で行う糖尿病性腎症重症化予防の取組に助言等を行うことが期待される。また、市町村や広域連合が都道府県糖尿病対策推進会議と連携が図れるように、窓口となる責任者について周知する必要がある。</p> <p>○地域の住民や患者への啓発、医療従事者への研修に努めることが重要であり、その際には、糖尿病学会や糖尿病協会から開発提供されている、保健指導に有用な教材を利用することも期待される。</p> <p><b>(6) 国保連合会の役割</b></p> <p>○国保連合会は、<u>保険者である市町村等の連合体として、市町村や広域連合への支援を行っており、計画策定・評価改善の際に連携することが多い。</u></p> <p>○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、<u>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を行っている。今後も支援を必要とする市町村や広域連合への支援を行うことが求められる。</u></p>	<p>(追加) (変更)</p> <p>(追加) (変更)</p> <p>(追加)</p> <p>(追加) (変更)</p> <p>(追加) (変更)</p>

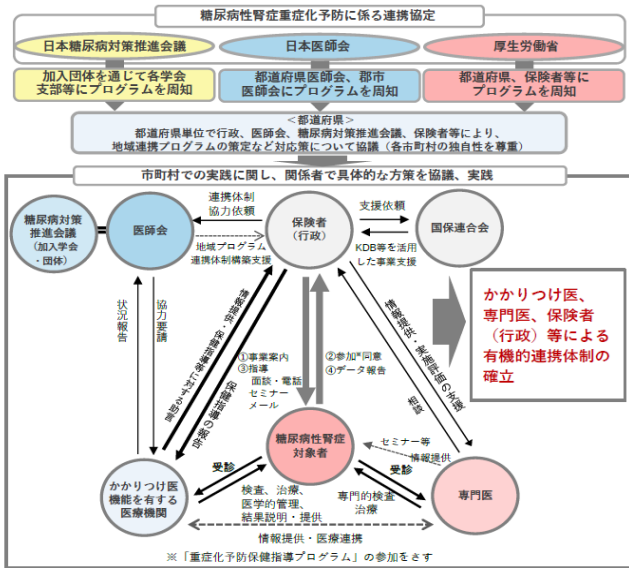
## 糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
<p><u>支援の必要性はあるが支援を受けていない市町村等に対しても、都道府県と連携して、積極的に支援することが期待される。</u></p> <p>○ <u>国保中央会は、国保連合会が行う研修やKDBシステムの活用等の支援を行うことにより、糖尿病性腎症重症化予防事業の充実を図ることが期待される。</u></p> <p>(脚注)</p> <p><sup>23</sup> <u>アウトカム（成果）：設定した目標に達することができたか、など</u></p> <p><u>アウトプット（保健事業の実施状況・実施量）：抽出された対象者に対して何人に保健指導を実施したか、など</u></p> <p><u>プロセス（保健事業の実施過程）：受診勧奨の手法は適切か、保健指導実施のための専門職の人員配置が適切であるか、スケジュール通りに行われているか、など</u></p> <p><u>ストラクチャー（計画立案体制・実施構成・評価体制）：事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか、など</u></p> <p><sup>24</sup> <u>糖尿病療養指導士は、高度でかつ幅広い専門知識を持ち、患者の糖尿病セルフケアを支援する医療スタッフであり、日本糖尿病療養指導士認定機構および各地の認定組織によって、一定の経験を有し試験に合格した看護師、管理栄養士、薬剤師、臨床検査技師、理学療法士等に与えられる。</u></p> <p><sup>25</sup> <u>腎臓病療養指導士は、職種横断的な、CKD療養指導に関する基本知識を持つ医療スタッフであり、日本腎臓病協会によって、一定の経験を有し合格した看護師・保健師、管理栄養士、薬剤師に与えられる。</u></p> <p><sup>26</sup> <u>健康サポート薬局とは、かかりつけ薬剤師・薬局の基本的な機能に加え、国民による主体的な健康の保持増進を積極的に支援する（健康サポート）機能を備えた薬局のことであり、厚生労働大臣が定める基準に適合するものとして都道府県知事に届出を行ったうえでその旨を表示することができる薬局のことである。</u></p> <p><sup>27</sup> <u>栄養ケア・ステーションとは、日本栄養士会及び都道府県栄養士会が設置し、所属す</u></p>	<p><u>○人材確保に悩む市町村や広域連合に対してこれらの専門性の高い支援を行うことが期待される。</u></p> <p>(脚注)</p>	<p>(削除)</p> <p>(追加)</p>

# 糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

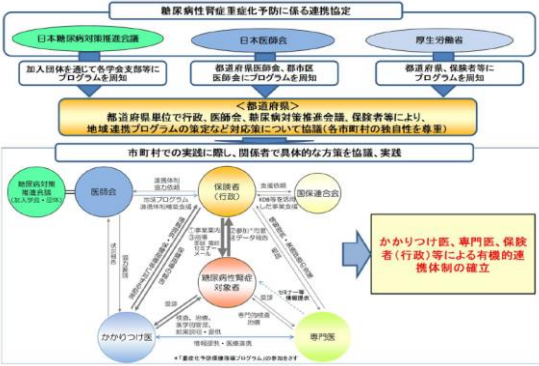
新	旧	備考欄
<p>る管理栄養士・栄養士が、医療機関や自治体等と連携し、地域住民に対して栄養相談・保健指導等のサービスを提供する地域密着型の拠点である。</p> <p><sup>28</sup> まちの保健室とは、地域の看護職が、通いの場や訪問看護ステーション等の様々な場を活用し、幅広い年齢層、健康レベルの住民を対象に健康相談やプライマリヘルスケア、地域のネットワークづくり等を担う機能を有するもので、名称は地域等によって異なる場合がある。</p> <p><sup>29</sup> 日本糖尿病対策推進会議を構成する団体※1は、日本医師会、日本糖尿病学会、日本糖尿病協会、日本歯科医師会等19団体で構成されている。都道府県糖尿病対策推進会議の構成団体については、これらを参考にされることが望ましい。</p> <p>※1 <a href="https://www.med.or.jp/doctor/diabetes/">https://www.med.or.jp/doctor/diabetes/</a></p> <p><sup>30</sup> 日本医師会では都道府県医師会糖尿病対策（推進会議）の担当者一覧※1をとりまとめ、日本糖尿病学会では市町村単位の担当医※2、また、都道府県単位で日本糖尿病対策推進会議日本糖尿病学会地区担当委員※3を定めており、地域での取組を進めるに当たっては、これらの担当医師と連携しながら進めていくことも重要である。</p> <p>※1 <a href="https://www.med.or.jp/doctor/diabetes/">https://www.med.or.jp/doctor/diabetes/</a></p> <p>※2 <a href="http://www.jds.or.jp/modules/education/index.php?content_id=88">http://www.jds.or.jp/modules/education/index.php?content_id=88</a></p> <p>※3 <a href="http://www.jds.or.jp/modules/education/index.php?content_id=88">http://www.jds.or.jp/modules/education/index.php?content_id=88</a></p> <p><b>4. 地域における関係機関との連携</b></p> <p>○ 本プログラムにおける各機関の役割は3. 取組に当たっての関係者の役割（P12～21）で述べたが、それらが有機的に連携していくことが重要である。地域における取組を効率的に推進するに当たっては、関係者が各々の役割を理解したうえで、密接に連携して対応することが期待される。（図表6）</p>	<p><sup>6</sup> 日本医師会では都道府県医師会糖尿病対策（推進会議）の担当者一覧※1をとりまとめ、日本糖尿病学会では市町村単位の担当医※2、また、都道府県単位で日本糖尿病対策推進会議日本糖尿病学会地区担当委員※3を定めており、地域での取組を進めるに当たっては、これらの担当医師と連携しながら進めていくことも重要である。</p> <p>※1 <a href="http://dl.med.or.jp/dl-med/tounyoubyou/madoguchi.pdf">http://dl.med.or.jp/dl-med/tounyoubyou/madoguchi.pdf</a></p> <p>※2 <a href="http://www.fa.kyorin.co.jp/jds/uploads/jds_dn_dr_list.pdf">http://www.fa.kyorin.co.jp/jds/uploads/jds_dn_dr_list.pdf</a></p> <p>※3 <a href="http://www.fa.kyorin.co.jp/jds/uploads/jds_against_diabetes_member_list.pdf">http://www.fa.kyorin.co.jp/jds/uploads/jds_against_diabetes_member_list.pdf</a></p> <p><b>4. 地域における関係機関との連携</b></p> <p>○ 本事業における各機関の役割は3で述べたが、それらが有機的に連携していくことが重要である。地域における取組を効率的に推進するに当たっては、関係者が各々の役割を理解したうえで、密接に連携して対応することが期待される（図表3）。</p>	<p>（変更）（追加）</p>

# 糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
<p>図表 6 関係者の役割分担と連携</p>  <p>○ 市町村単独で事業を実施するのではなく、<u>都道府県医師会・郡市医師会・専門医療機関・都道府県・糖尿病対策推進会議・国保連合会</u>等と事業の枠組みについて問題認識を共有し、合意形成を図り、<u>個々の対象者の状況に応じた対応を確保して進める</u>必要がある。</p> <p>○ 以上のような連携を確保するために、以下のような取組が<u>求められる</u>。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・都道府県や<u>保健所管轄地域単位</u>での対策会議の設置、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（図表7）。</li> <li>・事業の具体的な検討を始める前に、市町村や広域連合が主体となって、<u>郡市医師会等に対し、地域の健康課題や事業の目的等について情報提供を行う</u>。都道府県の協力・支援を得ながら<u>郡市医師会・専門医療機関</u>や他の保険者、地域団体など地域の関係者との協議の場を<u>設定する</u>。<u>併せ</u></li> </ul>	<p>○市町村等のみで本事業を行うのではなく、<u>地域の医師会・専門医療機関・都道府県・糖尿病対策推進会議・国保連合会</u>と事業の枠組みについて問題認識を共有し、合意形成を図り、<u>個々の患者の状況に応じた対応を確保しつつ進める</u>必要がある。</p> <p>○以上のような連携を確保するために、以下のような取組が<u>ある</u>。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・都道府県や<u>2次医療圏単位</u>での対策会議の設置、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<u>ことが望ましい</u>（図表4）。</li> <li>・本事業の具体的な検討を始める前に、市町村や広域連合が主体となって、医師会等に対象地域の健康課題や<u>本事業の狙い</u>について情報提供する。都道府県の協力・支援を得ながら<u>地域の医師会・専門医療機関</u>や他の保険者、地域団体など地域の関係者との協議の場を<u>持つ</u>。</li> </ul>	<p>（図表修正、移動）</p> <p>（変更）</p> <p>（変更）（削除）</p> <p>（削除）（変更）（追加）</p>



# 糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
<p>て、地域住民にも情報提供する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・市町村等は、<u>事業</u>の実施状況や評価結果についても、地域の関係者に情報を提供し、協議の場を持つ。</li> <li>・必要に応じて、かかりつけ医機能<sup>31</sup>を有する医療機関と専門医とが連携<sup>31</sup>できる体制を構築することが望ましい。日本糖尿病学会と日本腎臓学会は、かかりつけ医から専門医・専門医療機関への紹介基準<sup>31</sup>を定めている。また、<u>糖尿病専門医・腎臓専門医間</u>における紹介基準<sup>31</sup>も定めており、これらを活用しながら医療機関における連携を更に進めていくことが重要である。<u>地域の实情に合わせて地域連携パス</u>などを作成し、地域で運用することも考えられる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市町村等は、<u>プログラム</u>の実施状況や評価結果についても、地域の関係者に情報を提供し、協議の場を持つ。</li> <li>・必要に応じてかかりつけ医と専門医が連携<sup>7</sup>できる体制をとることが望ましい。日本糖尿病学会と日本腎臓学会は、かかりつけ医から専門医・専門医療機関への紹介基準を定めている。また、<u>両専門医間</u>における紹介基準も定めており、これらを活用しながら医療機関における連携を更に進めていくことが<u>求められる</u>。地域連携パスなどを作成し、地域で運用することも考えられる。</li> <li>・CKD対策等と連動させて糖尿病性腎症重症化予防に取り組む場合においては、地域の中核的医療機関の専門医、糖尿病療養指導士や腎臓病療養指導士等<sup>8</sup>との連携、栄養士会等の職能団体との連携を拡大することができれば、より包括的な地域連携体制を構築することが可能となる。</li> <li>・糖尿病の合併症として網膜症、歯周病及び歯の喪失等があることから、眼科等他科との連携、医科歯科連携の仕組みを構築し活用することが望ましい。</li> </ul> <p>＜図表3：関係者の役割分担と連携＞</p> 	<p>(変更)</p> <p>(追加) (変更)</p> <p>(移動)</p> <p>(図表移動)</p>

# 糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
<p>図表 7 地域における連携体制のイメージ</p> <p>自治体等 都道府県 ・都道府県医プログラムの策定 ・連携協定の締結 ・医療計画、医療費適正化計画の策定 ・医療連携会・広域連合等関係機関との調整 ・地域分析及びデータ可視化 ・会議、研修会等の実施による人材養成</p> <p>地域の医師会、糖尿病対策推進会議等関係機関 都道府県医師会等 ・国、都道府県の動向等を ・市医師会等に周知 ・かかりつけ医・専門医等との ・連携体制強化 ・地域住民や患者に対する啓発、 ・医療従事者に対する研修</p> <p>保健所 ・都市医師会等地域の医療関係者と ・市町村等との連携を支援 ・会議、研修会等の実施により人材養成</p> <p>二次医療圏等レベルの会議、検討会 ・管内自治体における取組状況の把握と課題の分析 ・事例の共有 ・関係機関の具体的な連携方針の検討 ・広域的な課題の抽出と対応策等の検討</p> <p>市町村、広域連合 ・健康問題の分析と情報共有 ・データヘルズ計画の策定 ・人材確保、育成 ・事業の目標設定 （保健事業実施者） ・特定健康診査、特定保健指導の実施 ・抽出基準、取組の優先順位を決定 ・事業の実施（受診勧奨、保健指導） ・事業の分析・評価 ※上記の事業に当たっては、関係機関は市町村や広域連合に 対して支援することが期待される。</p> <p>かかりつけ医等 ・自治体等とともに地域の課題 及び対応策について協議し、 ・問題意識を共有 ・推進体制（連絡会・事例検討等） について、自治体と協力 ・かかりつけ医・専門医等との連携促進 ・保健事業のアドバイザーとして支援</p> <p>事業実施上の連携 ・個別事業及び事業に関する相談・共有・報告 ・自治体等に対する助言 ・患者の状況を把握し、保健指導上の重 要点を保健指導実施者に伝達 ・個別事例に対する助言（企画時、準備 時、実施時、評価時など各段階に応じて 協力）</p>	<p>＜図表 4：地域における連携体制のイメージ＞</p> <p>自治体等 都道府県 ・都道府県医プログラムの策定 ・連携協定の締結 ・医療計画、医療費適正化計画の策定 ・医療連携会・広域連合等関係機関との調整 ・地域分析及びデータ可視化 ・会議、研修会等の実施による人材養成</p> <p>医師会、糖尿病対策推進会議等関係機関 都道府県医師会等 ・国、都道府県の動向等を都道府県医師会 等に周知 ・かかりつけ医・専門医等との連携体制 強化 ・地域における取組状況の把握 ・広域的な課題や対応策等について議論</p> <p>保健所 ・都市医師会等地域の医療関係者と市 町村等との連携を支援 ・会議、研修会等の実施により人材養成</p> <p>二次医療圏等レベルの会議、検討会 ・管内自治体における取組状況の把握と課題の分析 ・事例の共有 ・関係機関の具体的な連携方法の検討 ・広域的な課題の抽出と対応策等の検討</p> <p>市町村、広域連合 ・健康問題の分析と情報共有 ・データヘルズ計画の策定 ・人材確保、育成 ・事業の目標設定 （保健事業実施者） ・特定健康診査、特定保健指導の実施 ・抽出基準、取組の優先順位を決定 ・事業の実施（受診勧奨、保健指導） ・事業の分析・評価 ※上記の事業に当たっては、関係機関は市町村や広域連合に 対して支援することが期待される。</p> <p>かかりつけ医等 ・自治体等とともに地域の課題及び対応 策について協議し、問題意識を共有 ・推進体制（連絡会、事例検討等）につ いて、自治体と協力 ・かかりつけ医・専門医等との連携促進 ・保健事業のアドバイザーとして支援</p> <p>事業実施上の連携 ・個別事例及び事業に関する相談・共有・報告 ・自治体等に対する助言、指導 ・患者の状況を把握し、保健指導上の留意点 を保健指導実施者に伝達 ・個別事例に対する助言 ・保健事業に関する助言（企画時、準備時、 実施時、評価時など各段階に応じて協力）</p>	<p>(図表修正)</p> <p>(脚注)</p> <p><sup>31</sup> 日本糖尿病学会と日本腎臓学会は、「かかりつけ医から専門医・専門医療機関への紹介基準」、「専門医間の紹介基準」をホームページ等に掲載している。</p> <p>・かかりつけ医から専門医・専門医療機関への紹介基準</p> <p><a href="http://www.jds.or.jp/modules/important/index.php?content_id=92">http://www.jds.or.jp/modules/important/index.php?content_id=92</a>（日本糖尿病学会）</p> <p><a href="https://jsn.or.jp/medic/newsttopics/formember/post-547.php">https://jsn.or.jp/medic/newsttopics/formember/post-547.php</a>（日本腎臓学会）</p> <p>・専門医間の紹介基準</p> <p><a href="http://www.jds.or.jp/modules/important/index.php?content_id=114">http://www.jds.or.jp/modules/important/index.php?content_id=114</a>（日本糖尿病学会）</p> <p><a href="https://www.jsn.or.jp/topics/notice/_3537.php">https://www.jsn.or.jp/topics/notice/_3537.php</a>（日本腎臓学会）</p> <p><sup>7</sup> 日本糖尿病学会と日本腎臓学会は、「かかりつけ医から糖尿病専門医・専門医療機関への紹介基準」、「かかりつけ医から腎臓専門医・専門医療機関への紹介基準」、「専門医間の紹介基準」をホームページ等に掲載している。</p> <p><a href="http://www.jds.or.jp/modules/important/index.php?page=article&amp;storyid=114">http://www.jds.or.jp/modules/important/index.php?page=article&amp;storyid=114</a></p> <p><a href="https://www.jsn.or.jp/topics/notice/_3537.php">https://www.jsn.or.jp/topics/notice/_3537.php</a></p> <p><sup>8</sup> 腎疾患対策検討会においては、腎臓専門医の不足や偏在の中、CKDに関する基本的な知識を有する看護師/保健師、管理栄養士、薬剤師等の人材を育成するとともに腎臓専門医以外の医師とも連携することにより、CKD診療に携わる医療従事者数の増加を目指し</p>

## 糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
<p><b>5. プログラムの条件</b></p> <p><b>(1) 効果的・効率的な事業を実施するための条件</b></p> <p>○ 各地域で糖尿病性腎症重症化予防プログラムを策定する場合には、以下のいずれも<u>満たす必要がある</u>。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>生活習慣病の重症化予防の取組のうち、</p> <p>① 対象者の抽出基準が明確であり、<u>対象者の状態像に応じた取組であること</u></p> <p>② かかりつけ医と連携した取組であること</p> <p>③ 保健指導を実施する場合には、専門職が取組に携わること</p> <p>④ 事業の評価を実施すること</p> <p>⑤ 取組の実施に当たり、地域の実情に応じて各都道府県の糖尿病対策推進会議等との連携（各都道府県による対応策の議論や取組内容の共有等）を図ること</p> </div> <p>○ 以上のプログラムの条件は、以下の点に<u>留意する</u>。</p> <p>①対象者の抽出基準が明確であり、<u>対象者の状態像に応じた取組であること</u></p> <p>・ HbA1c等の健診結果のみならず、<u>レセプトデータの請求情報（薬剤や疾患名）も活用し、被保険者の全体像を把握する</u>。<u>そのうえで、いずれの集団を対象として取組を実施するかを決定する</u>。これにより、特定健康診査未受診者層や、治療中断者、治療中の者から事業対象者を抽出することができる。</p> <p>②かかりつけ医と連携した取組であること</p> <p>・ 事業の実施時のみならず、事業の企画時や準備時、評価時など様々な</p>	<p><u>ている</u>。</p> <p><b>5. プログラムの条件</b></p> <p><b>(1) 効果的・効率的な事業を実施するための条件</b></p> <p>○各地域で糖尿病性腎症重症化予防プログラムを策定する場合には、以下のいずれも満たすものである必要がある。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>生活習慣病の重症化予防の取組のうち、</p> <p>① 対象者の抽出基準が明確であること</p> <p>② かかりつけ医と連携した取組であること</p> <p>③ 保健指導を実施する場合には、専門職が取組に携わること</p> <p>④ 事業の評価を実施すること</p> <p>⑤ 取組の実施に当たり、地域の実情に応じて各都道府県の糖尿病対策推進会議等との連携（各都道府県による対応策の議論や取組内容の共有など）を図ること</p> </div> <p>○以上のプログラムの条件に関しては、<u>平成29年度保険者データヘルス全数調査結果や平成29年7月の重症化予防WGとりまとめ、研究班から見てきた課題等を踏まえ、より効果的・効率的に事業を実施すべく、以下の点に留意されていることが望ましい</u>。</p> <p>① 対象者の抽出基準が明確であること</p> <p>・ HbA1c等の健診結果のみならず、レセプトの請求情報（薬剤や疾患名）も活用し、被保険者の全体像を把握したうえで、<u>いずれのセグメントを対象として糖尿病性腎症重症化予防プログラムを実施するかを決定しているか</u>。これにより、特定健診未受診者層や、治療中断者、治療中の者から事業対象者を抽出することができる。</p> <p>② かかりつけ医と連携した取組であること</p> <p>・ 事業の実施時のみならず、事業の企画時や準備時、評価時など</p>	<p>(変更)</p> <p>(変更)</p> <p>(変更)</p> <p>(変更)</p> <p>(変更)</p> <p>(変更)</p>

## 糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
<p>時点で連携する。特に治療中の者に保健指導を行う際にはかかりつけ医機能を有する医療機関との間で対象者の状態像（疾患や症状等の医療的側面に関する状況、社会生活面のアセスメント状況等）や保健指導の内容について十分に情報共有するとともに、支援の方向性を共有することが重要である。</p> <p>・保健指導の機会を通じて生活習慣のアセスメント及び生活指導を行うことにより、普段の生活状況を知り診療上有用な情報が得られるなど、かかりつけ医機能を有する医療機関にとってもメリットがある。</p> <p>③保健指導を実施する場合には、専門職が取組に携わること</p> <p>・保健指導は、保健師・管理栄養士等の専門職が行う。これに加え、医師や歯科医師、薬剤師等と連携した取組となるようにする。このことにより、市町村等と医療機関等との連携が深まり、保健指導の質の向上が期待できる。</p> <p>④事業の評価を実施すること</p> <p>・アウトプット指標のみならず、アウトカム指標を用いて事業評価を実施する。この際、短期的な評価だけではなく、中・長期的な視点での評価も実施する。これにより、事業の糖尿病性腎症重症化予防に対する効果や医療費の適正化に対する効果を測定・評価することができる。</p> <p>⑤取組の実施に当たり、地域の実情に応じて各都道府県の糖尿病対策推進会議等との連携を図ること</p> <p>・糖尿病対策推進会議等に対して、情報提供を行うのみならず、助言を受け、その助言を事業に反映することが求められる。これにより、都道府県の取組の方向性を踏まえたものとなり、専門的知見を得ることで取組の質の向上が期待される。</p>	<p>様々な時点できめ細かく連携することとしているか。これにより、かかりつけ医と連携したPDCAサイクルに基づく取組となる。</p> <p>・プログラム参加を通じて生活習慣のアセスメント及び生活指導を行うことにより、普段の生活状況を知り診療上有用な情報が得られるなど、かかりつけ医にとってもメリットがある。</p> <p>③ 保健指導を実施する場合には、専門職が取組に携わること</p> <p>・保健師・管理栄養士等のみならず、医師や歯科医師、薬剤師等と連携した取組となっているか。これにより、医療機関等との連携が深まり、保健指導の質の向上が期待される。</p> <p>④ 事業の評価を実施すること</p> <p>・アウトプット指標（保健指導対象として抽出された者のうち保健指導の実施人数等）のみならず、アウトカム指標（特定健診結果の値や人工透析新規導入患者数の変化等）を用いて事業評価を実施しているか。これにより、腎症の重症化予防効果や医療費適正化効果を測定することができる。</p> <p>⑤ 取組の実施に当たり、地域の実情に応じて各都道府県の糖尿病対策推進会議等との連携を図ること</p> <p>・糖尿病対策推進会議等に対して、情報提供を行うのみならず、助言を受け、その助言を事業に反映しているか。これにより、専門的知見によって取組の質の向上が期待される。</p> <p>○なお、市町村・広域連合に係る保険者インセンティブ制度（保険者</p>	<p>(変更)</p> <p>(変更)</p> <p>(追加) (変更)</p> <p>(削除) (変更) (追加)</p> <p>(変更)</p> <p>(削除)</p>

## 糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
<p>(2) 更に事業を発展させるための留意事項</p> <p>○ プログラムの条件に沿って、更に効果的に事業実施するために以下の内容に留意することが期待される。</p> <p>①対象者の抽出基準について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>腎症の病期、健診データ（HbA1c、血圧等）の重症度、併存疾患（高血圧、心不全、感染症等）、腎障害の程度の変化（eGFR低下速度等）を考慮して抽出することが有効と考えられる。<u>受診勧奨は該当者すべてに行うことが原則である。保健指導については、地域の実情に応じて、特に社会資源が少ない地域においては、ICT等を利用したオンライン保健指導等を利活用することも検討する。それでもなお保健指導の対象者数に対して資源が不足する場合は、優先順位付け（絞込み）を行い、取組を実施することもあると考えられる。</u></li> <li><u>事業対象外とする場合の条件の整理や事業対象外に該当する者への支援のあり方・対応方策等も併せて検討することが重要である。</u></li> </ul>	<p><u>努力支援制度等）における評価項目は、適切な保健事業に向けた意欲喚起の契機となるため、その指標は重要な役割を持つ。市町村・広域連合に係る保険者インセンティブ制度では、上記に挙げた5項目に加え、取組の質に配慮し、アウトプット、アウトカムに着目した評価指標を以下のように設定している。</u></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>【平成31年度保険者努力支援制度（市町村分）、平成30年度後期高齢者医療制度の保険者インセンティブにおける指標】</p> <p>⑥ 受診勧奨を、①の抽出基準に基づく全ての対象者に対して、文書の送付等により実施していること。また、実施後、対象者の受診の有無を確認し、受診が無い者には更に面談等を実施していること。</p> <p>⑦ ①の抽出基準に基づく対象者のうち、保健指導を受け入れることを同意した全ての対象者に対して、面談、電話又は個別通知を含む方法で実施していること。また、実施後、対象者のHbA1c、eGFR、尿蛋白等の検査結果を確認し、実施前後で評価していること。</p> </div> <p>(2) 更に事業を発展させるための留意事項</p> <p>○<u>重症化予防プログラムの5条件に沿って、更に効果的なプログラムを実施するために以下の内容に留意することが期待される。</u></p> <p>① 対象者の抽出基準について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>腎症の病期、健診データ（HbA1c、血圧等）の重症度、併存疾患（高血圧、心不全、感染症等）、<u>腎機能</u>の変化（eGFR低下速度等）を考慮して抽出することが有効と考えられる。<u>該当者数によっては優先順位付けを行うことが望ましい。</u></li> <li><u>プログラム対象外とする場合の条件の整理も重要である。</u></li> </ul>	<p>(削除) (変更)</p> <p>(変更) (追加)</p> <p>(変更) (追加)</p>

糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
②かかりつけ医と連携した取組について ・ <u>糖尿病や糖尿病性腎症の治療は保険診療として行われるものであり、保険者による取組は適切な受診につながらない人に対する受診勧奨や、生活習慣の改善が必要な者への保健指導が中心である。生活習慣病管理料や糖尿病透析予防指導管理料等、保険診療で認められている医療行為と本プログラムに基づく取組が相補的に機能することが望ましいが、その役割分担は地域によって異なる。</u> ・リスクマネジメントの観点からも、保健事業のみで腎症患者に対応すべきではないことに留意する必要がある。	② かかりつけ医と連携した取組について ・ <u>患者の治療は保険診療として行われるものであり、本事業は受診に適切につながらない人や、生活習慣の改善が必要な者への保健指導が中心である。保険診療で指導料として認められている医療行為と本事業が相補的に機能することが望ましいが、その役割分担は地域の实情によって異なっている。</u>  ・リスクマネジメントの観点からも、保健事業のみで腎症患者に対応すべきではないことに留意する必要がある。	(変更)
③保健指導を実施する専門職について ・ <u>糖尿病の適切な管理のためには、医師による診療と処方のほか、看護師による療養生活にかかる指導、保健師による包括的な保健指導、管理栄養士による栄養指導、薬剤師による服薬期間中の継続的な服薬状況の把握と服薬指導、歯科医師・歯科衛生士による口腔健康管理<sup>32</sup>、健康運動指導士等による身体活動支援などが必要であり、多種の専門職で取り組むことが重要である。</u> ・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。 ・これらの専門職種が効率的に事業に関わるような <u>体制の構築</u> が求められている。それぞれの観点でのアセスメント結果の共有、指導内容や指導結果の共有方法の確立が必要である。	③ 保健指導を実施する専門職について ・糖尿病の適切な管理のためには、医師による診療と処方のほか、保健師による包括的な保健指導、管理栄養士による栄養指導、薬剤師による服薬期間中の継続的な服薬状況の把握と服薬指導、歯科医師・歯科衛生士による口腔健康管理 <sup>9</sup> 、健康運動指導士等による身体活動支援などが必要であり、多種の専門職で取り組むことが重要である。  ・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。 ・これらの専門職種が効率的に事業に関わるような <u>仕組みづくり</u> が求められている。それぞれの観点でのアセスメント結果の共有、指導内容や指導結果の共有方法の確立が必要である。	(追加)   (変更)
④事業評価の実施について ・ <u>適切な評価を実施することにより事業の意義が一層明確になり、事業の質の改善につながる。</u>	④ 事業評価の実施について ・評価により <u>本事業の意義が一層明確になり、事業改善につながるこ</u> <u>とが期待されるが、実際に保健事業効果を適切に評価している自治体が少ないのが現状である。</u>	(変更)   (削除)

## 糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
<ul style="list-style-type: none"> <li>・継続的な対象者の追跡や事業のマクロ的評価のためにはKDBシステムの活用が有効であり、市町村単独での評価が難しいものについては、都道府県や国保連合会が支援を行う。</li> <li>・詳細については、9. プログラムの評価（P45～49）を参照。</li> </ul> <p>⑤取組の実施における各都道府県の糖尿病対策推進会議等との連携について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・都道府県糖尿病対策推進会議の活動状況の把握が重要であり、好事例の横展開が必要である。郡市医師会にも糖尿病対策推進会議を設置して顔の見える対策をしている好事例も出てきている一方、十分な活動につがっていない保険者もある。</li> <li>・糖尿病対策推進会議においては専門医の役割が重要となる。糖尿病専門医、腎臓専門医等が協力して地域支援を行うことが望ましい。</li> </ul> <p>（脚注）</p> <p><sup>32</sup> 口腔健康管理には、口腔機能管理、口腔衛生管理、及び口腔ケアが含まれる。</p> <p><b>6. 対象者抽出の考え方と取組方策</b></p> <p><b>（1）本プログラムにおける対象者に行う基本的な取組</b></p> <p>○ 基本的な取組は①健診・レセプトデータ等で抽出されたハイリスク者に対する<u>確実な受診勧奨と保健指導の実施（図表8のA+C+E）</u>、<u>②治療中の患者に対する医療と連携した保健指導（図表8のB+D）の実施</u>である。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業評価において、アウトプット評価のみならずアウトカム評価を行うことが重要であり、継続的な対象者の追跡や事業のマクロ的評価のためにはKDBの活用が必要である。</li> <li>・保険者が保有する健診データやレセプトデータ等での病期別の評価が重要であり、全ての自治体での実施が望ましい。医療機関と連携して情報を収集し、より精度の高い評価方法を検討していくことも重要である。</li> </ul> <p>⑤ 取組の実施における、各都道府県の糖尿病対策推進会議等との連携について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・都道府県糖尿病対策推進会議の活動状況の把握が重要であり、好事例の横展開が必要である。郡市区医師会にも糖尿病対策推進会議を設置して顔の見える対策をしている好事例も出てきている一方、十分な活動につがっていない保険者もある。</li> <li>・糖尿病対策推進会議においては専門医の役割が重要となる。糖尿病専門医、腎臓専門医等が協力して地域支援を行うことが望ましい。</li> </ul> <p>（脚注）</p> <p><sup>9</sup> 口腔健康管理には、口腔機能管理、口腔衛生管理、及び口腔ケアが含まれる。</p> <p><b>6. 取組方策</b></p> <p>○基本的な取組は「健康診査・レセプト等で抽出されたハイリスク者に対する受診勧奨、保健指導」、<u>「治療中の患者に対する医療と連携した保健指導」</u>、「<u>糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応</u>」である。</p> <p><u>○糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れを大きく捉えると、体</u></p>	<p>（変更）</p> <p>（削除）</p> <p>（変更）</p> <p>（変更）</p> <p>（変更）</p> <p>（新設）</p> <p>（変更）</p> <p>（削除）</p>

# 糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
<p>図表 8 健診・レセプトデータの有無と対象者の抽出の考え方</p> <p>(2) <u>本プログラムにおける糖尿病性腎症の定義</u></p> <p>○ <u>本プログラムにおける糖尿病性腎症<sup>33</sup>の定義は以下の通りとする。</u></p> <p>本プログラムにおける糖尿病性腎症の定義：糖尿病であり、腎障害が存在していること（疑いも含む）</p> <p>糖尿病であるか糖尿病が疑われる状態であること：①から③のいずれかを満たすこと</p> <p>① 空腹時血糖または随時血糖<sup>※1</sup> 126mg/dL以上、または HbA1c6.5%以上</p> <p>② 現在、糖尿病で医療機関を受診している</p> <p>③ 過去に糖尿病薬（経口血糖降下薬・インスリン・GLP-1 受容体</p>	<p><u>制整備（庁内連携、地域連携）、事業計画、事業実施、事業評価、改善（次年度事業の修正）である。</u></p> <p>(図表移動、変更)</p> <p>7. <u>プログラム対象者選定の考え方</u></p> <p>○自治体の保健事業において扱う、<u>糖尿病性腎症<sup>10</sup>対象者の定義は以下のとおりとする。なお、対象者の選定に当たっては、以下の抽出基準に加えて、年齢や個別の状況を総合的に勘案し地域の実情に応じて実現可能な対象者を絞り込むなど、自治体ごとに検討することが推奨される。</u></p> <p><u>自治体の保健事業において取り扱う糖尿病性腎症の定義：糖尿病であり、腎機能が低下していること</u></p> <p>◆糖尿病であること：①から③のいずれかを満たすこと</p> <p>① 空腹時血糖126mg/dl（随時血糖200mg/dl）以上、またはHbA1c6.5%以上</p> <p>② 現在、糖尿病で医療機関を受診している</p> <p>③ 過去に糖尿病薬（経口血糖降下薬・インスリン・GLP-1 受容体作動</p>	<p>(変更)</p> <p>(変更) (削除)</p> <p>(変更)</p>



## 糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
<p>作動薬等）使用歴又は糖尿病にて医療機関の受診歴がある（ただし、直近の健診データ等により糖尿病の診断基準に該当しない対象者を除く）</p> <p>※1 空腹時血糖は絶食10時間以上、随時血糖は食事開始時から3.5時間以上絶食10時間未満に採血が実施されたものとする。</p> <p>腎障害が<u>存在</u>しているか<u>存在が疑われる状態</u>であること：①から④のいずれかを満たすこと</p> <p>① 腎症第4期：eGFR30mL/分/1.73m<sup>2</sup> 未満</p> <p>② 腎症第3期：尿蛋白陽性</p> <p>③ レセプトデータに糖尿病性腎症又は腎障害の悪化を示す病名が記載されている</p> <p>④ 腎症第2期以下の場合には、次の情報を参考とする</p> <p>○ eGFR45mL/分/1.73m<sup>2</sup> 未満</p> <p>○ eGFR60mL/分/1.73m<sup>2</sup> 未満のうち、年間5mL/分/1.73m<sup>2</sup> 以上低下</p> <p>○ 糖尿病網膜症の存在</p> <p>○ 微量アルブミン尿の確認、あるいは尿蛋白（±）※2</p> <p>○ 血圧コントロールが不良（目安：140/90mmHg、後期高齢者150/90mmHg以上）</p> <p>※2 糖尿病に加えて尿蛋白（+）以上であれば第3期と考える。また尿蛋白（±）は微量アルブミン尿の可能性が高いため、医療機関で積極的に尿アルブミンの測定を行うことが推奨される。</p>	<p>薬）使用歴又は糖尿病にて医療機関の受診歴がある（ただし、直近の健診データ等により糖尿病の診断基準に該当しない対象者を除く）</p> <p>◆腎機能が<u>低下</u>していること：①から④のいずれかを満たすこと</p> <p>① 検査値より腎症4期：eGFR30mL/分/1.73m<sup>2</sup> 未満</p> <p>② 検査値より腎症3期：尿蛋白陽性</p> <p>③ レセプトより糖尿病性腎症又は腎機能低下を示す病名が記載されている</p> <p>④ 腎症2期以下の場合には、次の情報を参考とされたい。</p> <p>○ eGFR45mL/分/1.73m<sup>2</sup> 未満</p> <p>○ eGFR60mL/分/1.73m<sup>2</sup> 未満のうち、年間5 mL/分/1.73m<sup>2</sup> 以上低下</p> <p>○ 糖尿病網膜症の存在</p> <p>○ 微量アルブミン尿の確認、あるいは尿蛋白（±）※</p> <p>○ 高血圧のコントロールが不良（目安：140/90mmHg、後期高齢150/90mmHg 以上）</p> <p>※糖尿病に加えて尿蛋白（+）以上であれば第3期と考える。また尿蛋白（±）は微量アルブミン尿の可能性が高いため、医療機関で積極的に尿アルブミンの測定を行うことが推奨される。</p>	

# 糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄																		
<p>参考:糖尿病性腎症病期分類 注1</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>注2 病期</th><th>尿中アルブミン・クレアチニン比 (mg/g) あるいは尿中蛋白・クレアチニン比 (g/g) 注5</th><th>GFR (eGFR) 注3 (推算糸球体濾過量) (mL/分/1.73 m<sup>2</sup>)</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>第1期</td><td>正常アルブミン尿 (30未満)</td><td>30以上</td></tr> <tr> <td>医療機関で診断 第2期<sup>注6</sup></td><td>微量アルブミン尿 (30~299)</td><td>30以上</td></tr> <tr> <td>健診で把握可能 第3期</td><td>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)</td><td>30以上</td></tr> <tr> <td>保険者等による詳細健診の 血清Cr測定で把握 第4期</td><td>問わない</td><td>30未満</td></tr> <tr> <td>第5期</td><td>透析療法中あるいは腎移植後</td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>注1: 糖尿病性腎症合同委員会は2023年度に新分類を発表している(日腎会誌 2023; 65(7): 847-856 糖尿病性腎症病期分類2023の策定 糖尿病腎症合同委員会・糖尿病性腎症病期分類ワーキンググループ <a href="https://jsn.or.jp/medic/guideline/">https://jsn.or.jp/medic/guideline/</a>) が、基本的に2014年度分類を踏襲している。 病期名については、第1期: 正常アルブミン尿期、第2期: 微量アルブミン尿期、第3期: 顕性アルブミン尿期、第4期: GFR 高度低下・末期腎不全期、第5期: 腎代替療法期、と修正されている。しかし、尿アルブミンは特定健診項目(詳細項目)に含まれていないため、保健事業においては2014年度版に準拠し尿蛋白を判断材料とする。なお、糖尿病対策推進会議等で、糖尿病の診療において尿アルブミンの測定が推奨されていること、その結果を保険者も把握できるとよいことについて地域連携の中で検討することが望ましい。 注2: 糖尿病性腎症は必ずしも第1期から順次第5期まで進行するものではない。本分類は、厚生省研究班の成績に基づき予後(腎、心血管、総死亡)を勘案した分類である。 注3: GFR 60 mL/分/1.73m<sup>2</sup>未満の症例はCKDに該当し、糖尿病性腎症以外の原因が存在し得るため、他の腎臓病との鑑別診断が必要である。</p> <p>(3) <u>対象者抽出基準の設定(健診受診者からの対象者抽出)</u> <u>(図表9のA+B+C)</u></p> <p>○ <u>対象者の抽出基準においては、図表10に示すように、健診時の尿蛋白(尿定性)やeGFRから腎障害が存在している者を把握、糖尿病については治療の有無とHbA1c・血糖の状況、血圧についても治療の有無と受診勧奨値以上であるかを把握することを基本とする。</u></p> <p>○ <u>表は腎障害が存在している者、HbA1cが高い者、高血圧の治療をしていない者に対して優先的に受診勧奨(面談等)、保健指導を行うことを基本として作成したものである。高血圧で受診中であるが糖尿病の治療を受けていない者については、主治医との相談を促すこ</u></p>	注2 病期	尿中アルブミン・クレアチニン比 (mg/g) あるいは尿中蛋白・クレアチニン比 (g/g) 注5	GFR (eGFR) 注3 (推算糸球体濾過量) (mL/分/1.73 m <sup>2</sup> )	第1期	正常アルブミン尿 (30未満)	30以上	医療機関で診断 第2期 <sup>注6</sup>	微量アルブミン尿 (30~299)	30以上	健診で把握可能 第3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	保険者等による詳細健診の 血清Cr測定で把握 第4期	問わない	30未満	第5期	透析療法中あるいは腎移植後		<p>○本プログラムでは「<u>糖尿病性腎症病期分類2014</u>」(図表5)に基づき、<u>健診時の尿蛋白(尿定性)やeGFRから腎機能低下者を把握することを基本とする。医療機関等で測定した尿アルブミン値や網膜症や神経障害等、糖尿病特有の細小血管障害の合併状況、糖尿病罹病期間を参考にすることも有用である。</u></p> <p>○プログラムの対象となるハイリスク者の抽出に当たっては、<u>糖尿病性腎症に関する日本糖尿病学会、日本腎臓学会のガイドラインに基づく基準を設定し、健診等で得られるデータと突合して抽出されるハイリスク者を対象とする。</u></p>	<p>(参考表移動、修正)</p> <p>(新設)</p> <p>(削除)</p> <p>(移動)</p> <p>(新設)</p>
注2 病期	尿中アルブミン・クレアチニン比 (mg/g) あるいは尿中蛋白・クレアチニン比 (g/g) 注5	GFR (eGFR) 注3 (推算糸球体濾過量) (mL/分/1.73 m <sup>2</sup> )																		
第1期	正常アルブミン尿 (30未満)	30以上																		
医療機関で診断 第2期 <sup>注6</sup>	微量アルブミン尿 (30~299)	30以上																		
健診で把握可能 第3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																		
保険者等による詳細健診の 血清Cr測定で把握 第4期	問わない	30未満																		
第5期	透析療法中あるいは腎移植後																			

# 糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
<p>とが必要であり、受診勧奨ではなく保健指導として分類している。</p> <p>○ 後期高齢者においては、<u>糖尿病の管理目標が青壮年期等他の年齢層と異なることに留意し、保健指導の対象者選定においてより優先順位の高い者に絞る必要がある。</u></p> <p>○ <u>医療機関等で測定した尿アルブミン値や網膜症、神経障害等の糖尿病特有の細小血管障害の合併状況、糖尿病罹病期間を参考にすることも有用である。</u></p> <p>図表 9 健診・レセプトデータの有無と対象者の抽出の考え方(再掲)</p>	<p>○後期高齢者においては、<u>壮年期よりも緩和した基準を提示している学会ガイドライン<sup>11</sup>もあり、地域の実情に合わせ、医師会等地域の関係機関と抽出基準について相談することが望ましい。</u></p> <p>○<u>国保などの保険者が保有する健診データやレセプトデータ等を活用した対象者抽出の考え方を図表 6 に示す。</u></p>	<p>(変更)</p> <p>(新設)</p> <p>(削除)</p> <p>(図表追加)</p>

糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新

旧

備考欄

図表 10 健診・レセプトデータを基にした対象者抽出基準

糖尿病未受診者 ※1

		腎障害の程度									腎障害の 程度/ 血圧区分 判定不可 ※3	
		以下のどちらかに該当。 ・eGFR<45 ・尿蛋白(+)以上			以下のどちらかに該当。 ・45≤eGFR<60 ・尿蛋白(±)			以下の両方に該当。 ・60≤eGFR ・尿蛋白(-)				
		血圧区分 ※2			血圧区分 ※2			血圧区分 ※2				
		受診中	血圧高値 受診なし	正常範囲	受診中	血圧高値 受診なし	正常範囲	受診中	血圧高値 受診なし	正常範囲		
H b A 1 c (%)	8.0以上											
	7.0～7.9											
	6.5～6.9											
	6.5未満											

点検青枠：実線赤枠：健診・レセプトデータから糖尿病と判断できないため、糖尿病性腎症重症化予防事業の対象外  
(CKD対策<点検青枠>、高血圧対策<実線赤枠>としての受診勧奨・保健指導等が必要に応じて行う)

糖尿病受診中の者 ※4

		腎障害の程度									腎障害の 程度/ 血圧区分 判定不可 ※3	
		以下のどちらかに該当。 ・eGFR<45 ・尿蛋白(+)以上			以下のどちらかに該当。 ・45≤eGFR<60 ・尿蛋白(±)			以下の両方に該当。 ・60≤eGFR ・尿蛋白(-)				
		血圧区分 ※2			血圧区分 ※2			血圧区分 ※2				
		受診中	血圧高値 受診なし	正常範囲	受診中	血圧高値 受診なし	正常範囲	受診中	血圧高値 受診なし	正常範囲		
H b A 1 c (%)	8.0以上											
	7.0～7.9											
	6.5～6.9											
	6.5未満											

糖尿病受診中の場合には、HbA1c<6.5%も糖尿病性腎症重症化予防事業の対象。糖尿病受診中で主治医があるため、高血圧未受診でも受診勧奨ではなく、保健指導とする。

	保健指導Ⅰ	受診勧奨Ⅰ	CKD対策
	保健指導Ⅱ	受診勧奨Ⅱ	
	保健指導Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	高血圧受診勧奨

※保健指導Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、受診勧奨Ⅰ、Ⅱ、Ⅲの内容については図表 13参照

※1 糖尿病未受診者：対象年度に2型糖尿病の受診実績がない者

※2 血圧区分の「受診中」：対象年度に高血圧症の受診実績がある者  
「血圧高値受診なし」：140 mmHg≤収縮期血圧または90 mmHg≤拡張期血圧に該当し、対象年度に高血圧症の受診実績がない者  
「血圧高値」判定は、収縮期血圧または拡張期血圧のいずれかの測定値のみでも、有所見判定（140 mmHg≤収縮期血圧または90 mmHg≤拡張期血圧）が可能なるも含む。

※3 腎障害の程度 血圧区分判定不可：HbA1c判定者のうち、尿蛋白、血圧の測定値がなく、腎障害の程度、血圧区分のいずれかの判定ができない者。  
eGFRの判定値がない場合は暫定的に「異常なし」と分類。

※4 糖尿病受診中の者：対象年度に2型糖尿病の受診実績がある者

(図表追加)

糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
<p>(４) 健診結果を基にした抽出に当たっての留意点</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <u>自治体における対象者抽出基準検討においては、年齢や治療状況、保健事業に関する資源（予算、マンパワー、委託等）を勘案して検討する。対象者への通知などはできるだけ広く情報提供する。保健指導など介入の濃度が高いものについては、病態、年齢、生活状況等を総合的に勘案し、優先順位を決める必要がある。</u></li> <li>○ <u>例えば、基準値を高めに設定すると、対象者の範囲が狭まり、予防可能な段階での介入ができない可能性がある。一方低めに設定すると、対象者数が多くなりすぎ、一部の対象者しか保健指導が行き届かないこともあるため、受診勧奨した結果の受診率や保健指導への参加率が低下することがある。これら評価指標の到達度等の可能性も勘案しながら、取組内容の評価を適切に行ったうえで、地域の実情に合わせて柔軟に抽出基準を変更することも考えられる。</u></li> <li>○ <u>なお、本プログラムに基づき実施される事業の対象者の抽出に当たっては、糖尿病性腎症に関する日本糖尿病学会、日本腎臓学会等各関連学会の最新のガイドラインを参照し、健診等で得られるデータと突合して抽出されるハイリスク者を対象とする。</u></li> <li>○ <u>高齢者は低血糖防止等の観点から、「高齢者糖尿病診療ガイドライン2023」において青壮年期よりも緩和した基準が提示されており、それを踏まえた対応が必要である。特に、後期高齢者に対する糖尿病性腎症重症化予防については、「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン」等<sup>36</sup>を参照し、医師会等地域の関係機関と抽出基準や保健指導の方法等について相談することが望ましい。</u></li> </ul>		<p>(新設)</p>       <p>(移動)</p>

# 糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄																										
<div>参考：糖尿病血糖コントロール目標 (日本糖尿病学会編・著 糖尿病治療ガイド 2022-2023)</div> <div><div>コントロール目標値<sup>注4)</sup></div><table><tr><td>目標</td><td>血糖正常化を 目指す際の目標<sup>注1)</sup></td><td>合併症予防 のための目標<sup>注2)</sup></td><td>治療強化が 困難な際の目標<sup>注3)</sup></td></tr><tr><td>HbA1c (%)</td><td>6.0未満</td><td>7.0未満</td><td>8.0未満</td></tr></table><div>治療目標は年齢、罹患期間、臓器障害、低血糖の危険性、サポート体制などを考慮して個別に設定する。</div><div>注1) 適切な食事療法や運動療法だけで達成可能な場合、または薬物療法中でも低血糖などの副作用なく達成可能な場合の目標とする。 注2) 合併症予防の観点からHbA1cの目標値を7%未満とする。対応する血糖値としては、空腹時血糖値130mg/dL未満、食後2時間血糖値180mg/dL未満をおおよその目安とする。 注3) 低血糖などの副作用、その他の理由で治療の強化が難しい場合の目標とする。 注4) いずれも成人に対しての目標値であり、また妊娠例は除くものとする。</div><div>参考：高齢者糖尿病の血糖コントロール目標 (HbA1c値) (日本老年医学会、日本糖尿病学会編・著 高齢者糖尿病診療ガイドライン2023)</div><table><tr><td rowspan="2">患者の特徴・ 健康状態<sup>注1)</sup></td><td>カテゴリーⅠ</td><td>カテゴリーⅡ</td><td>カテゴリーⅢ</td></tr><tr><td>①認知機能正常 または ②ADL自立</td><td>①軽度認知障害～軽度 認知症 または ②手段的ADL低下、 基本的ADL自立</td><td>①中重度以上の認知障害 または ②基本的ADL低下 または ③多くの併存疾患や 機能障害</td></tr><tr><td rowspan="2">重症低血糖 が危惧され る薬剤（イン スリン製剤、 SU薬、グリ ニド薬など） の使用</td><td>なし<sup>注2)</sup></td><td>7.0%未満</td><td>7.0%未満</td></tr><tr><td>あり<sup>注3)</sup></td><td>65歳以上 75歳未満 7.5%未満 (下限6.5%)</td><td>75歳以上 8.0%未満 (下限7.0%)</td></tr><tr><td></td><td></td><td>8.0%未満 (下限7.0%)</td><td>8.5%未満 (下限7.5%)</td></tr></table><div>注1) 機能や基本的ADL（着衣、移動、入浴、トイレの使用など）、手段的ADL（買い物、食事の準備、薬管理、金銭管理など）の評価に関しては、日本老年医学会のホームページ（<a href="https://jpn-geriatr-soc.or.jp/">https://jpn-geriatr-soc.or.jp/</a>）を参照する。エンドオブライフの状態では、著しい高血糖を防止し、それに伴う脱水や急性合併症を予防する治療を優先する。 注2) 高齢者糖尿病においても、合併症予防のための目標は7.0%未満である。ただし、適切な食事療法や運動療法だけで達成可能な場合、または薬物療法の副作用なく達成可能な場合の目標を6.0%未満、治療の強化が難しい場合の目標を8.0%未満とする。下限を設けない。カテゴリーⅢに該当する状態で、多剤併用による有害作用が懸念される場合や、重篤な併存疾患を有し、社会的サポートが乏しい場合などには、8.5%未満を目標とすることも許容される。 注3) 糖尿病罹患期間も考慮し、合併症発症・進展阻止が優先される場合には、重症低血糖を予防する対策を講じつつ、個々の高齢者ごとに個別の目標や下限を設定してもよい。65歳未満からこれらの薬剤を用いて治療中であり、かつ血糖コントロール状態が図の目標や下限を下回る場合には、基本的に現状を維持するが、重症低血糖に十分注意する。グリニド薬は、種類・使用量・血糖値などを勘案し、重症低血糖が危惧されない薬剤に分類される場合もある。</div></div>	目標	血糖正常化を 目指す際の目標 <sup>注1)</sup>	合併症予防 のための目標 <sup>注2)</sup>	治療強化が 困難な際の目標 <sup>注3)</sup>	HbA1c (%)	6.0未満	7.0未満	8.0未満	患者の特徴・ 健康状態 <sup>注1)</sup>	カテゴリーⅠ	カテゴリーⅡ	カテゴリーⅢ	①認知機能正常 または ②ADL自立	①軽度認知障害～軽度 認知症 または ②手段的ADL低下、 基本的ADL自立	①中重度以上の認知障害 または ②基本的ADL低下 または ③多くの併存疾患や 機能障害	重症低血糖 が危惧され る薬剤（イン スリン製剤、 SU薬、グリ ニド薬など） の使用	なし <sup>注2)</sup>	7.0%未満	7.0%未満	あり <sup>注3)</sup>	65歳以上 75歳未満 7.5%未満 (下限6.5%)	75歳以上 8.0%未満 (下限7.0%)			8.0%未満 (下限7.0%)	8.5%未満 (下限7.5%)		<div>(参考図追加)</div> <div>(参考図追加)</div> <div>(新設)</div>
目標	血糖正常化を 目指す際の目標 <sup>注1)</sup>	合併症予防 のための目標 <sup>注2)</sup>	治療強化が 困難な際の目標 <sup>注3)</sup>																									
HbA1c (%)	6.0未満	7.0未満	8.0未満																									
患者の特徴・ 健康状態 <sup>注1)</sup>	カテゴリーⅠ	カテゴリーⅡ	カテゴリーⅢ																									
	①認知機能正常 または ②ADL自立	①軽度認知障害～軽度 認知症 または ②手段的ADL低下、 基本的ADL自立	①中重度以上の認知障害 または ②基本的ADL低下 または ③多くの併存疾患や 機能障害																									
重症低血糖 が危惧され る薬剤（イン スリン製剤、 SU薬、グリ ニド薬など） の使用	なし <sup>注2)</sup>	7.0%未満	7.0%未満																									
	あり <sup>注3)</sup>	65歳以上 75歳未満 7.5%未満 (下限6.5%)	75歳以上 8.0%未満 (下限7.0%)																									
		8.0%未満 (下限7.0%)	8.5%未満 (下限7.5%)																									

## (5) 健診未受診者からの対象者の抽出方法 (図表11のD+E)

- 特定健康診査をはじめとする健診を受診していない者の中にも、糖尿病である者やその疑いがある者、糖尿病の治療が中断している者、血糖コントロールが良好でない者等の受診勧奨や保健指導が必要となる者がおり、これらの者に対しても受診勧奨や保健指導を行う必要がある。保険者が保有する健診・医療情報を活用した対象者

糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
<p>抽出の考え方は図表10の通りであるが、健診未受診者からの対象者の抽出方法としては以下のような方法が挙げられる。</p> <p>○ <u>なお、特定健康診査をはじめとする健診は、健康づくりの観点から経時的に受診することが望ましく、糖尿病について受診中であつても、健診の受診を勧奨することが必要である。</u></p> <p>図表 11 健診・レセプトデータの有無と対象者の抽出の考え方(再掲)</p> <p>（糖尿病治療中断かつ健診未受診者の抽出方法：図表11のE）</p> <p>○ 以下の者等を対象として状況確認を行い、健診・医療機関受診を勧奨する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・過去に糖尿病治療歴がある、又は過去3年間程度の健診にてHbA1c6.5%以上が確認されているものの、最近1年間に健診受診歴やレセプトデータにおける糖尿病受療歴がない者</li> <li>・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</li> <li>・健康サポート薬局、栄養ケア・ステーション、まちの保健室等やイベント等における健康相談において、<u>糖尿病の履歴があり十分に管理されていないことが判明した者</u></li> </ul>	<p>（医療機関における抽出方法）</p> <p>○糖尿病治療中に尿アルブミン、尿蛋白、eGFR等により腎機能低下が判明し、保健指導が必要と医師が判断した患者を対象とする。例えば</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・生活習慣改善が困難な方</li> <li>・治療を中断しがちな患者</li> <li>・自施設に管理栄養士等が配置されておらず、実践的な指導が困難な場合</li> <li>・専門病院との連携が困難な地域</li> <li>・その他、地域包括ケア等の連携体制の中で、地域の実情により連携が望ましいと考えられる場合</li> </ul> <p>などが想定される。地域の実情に合わせ、自治体は医師会等地域の</p>	<p>（図表追加）</p> <p>（抽出方法の掲載順変更）</p>

## 糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
<p>(医療機関における抽出方法：主に図表11のD)</p> <p>○ 糖尿病治療中に尿アルブミン、尿蛋白、eGFR等により腎<u>障害の悪化</u>が判明し、保健指導が必要と医師が判断した患者を対象とする。例えば、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・生活習慣の改善が困難な者</li> <li>・治療を中断しがちな者</li> <li>・自施設に管理栄養士等が配置されておらず、実践的な指導が困難な場合</li> <li>・専門医療機関との連携が困難な地域</li> <li>・その他、地域包括ケア等の連携体制の中で、地域の実情により連携が望ましいと考えられる場合</li> </ul> <p>などが想定される。地域の実情に合わせ、自治体は医師会等地域の関係機関と抽出方法についてあらかじめ相談しておくことが望ましい。</p> <p>(留意点)</p> <p>○ 第4期については、<u>腎障害の急速な悪化、心血管イベント、心不全の発症リスク、死亡リスクが高く、保健指導のみで対応することは適切ではない。腎臓専門医と連携した対応が必要である。また、透析導入への準備期間として本人、家族の相談に応ずることも求められる。</u></p> <p>○ 血清クレアチニンを測定していない場合は、尿蛋白が陰性の第4期を見落とす可能性があることに留意する必要がある。</p> <p>○ 後期高齢者は、疾病の重複がある場合が多く、個別の疾患のガイドラインでは対応できない点も多くなる。そのまま適用すると重複受診・薬剤の過剰投与になるおそれもあるため、かかりつけ医機能を</p>	<p>関係機関と抽出方法について予め相談しておくことが望ましい。 (糖尿病治療中断かつ健診未受診者の抽出方法)</p> <p>○以下の者等を対象として状況確認を行い、健診・医療機関受診を勧める。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・過去に糖尿病治療歴がある、又は過去3年間程度の健診にてHbA1c6.5%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における糖尿病受療歴がない者</li> <li>・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</li> <li>・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</li> </ul> <p>(留意点)</p> <p>○第4期については、心血管イベント、心不全の発症リスク、死亡リスクが高いことに十分に留意する必要がある。</p> <p>○血清クレアチニンを測定していない国保等では、尿蛋白が陰性の第4期を見落とす可能性があることに留意する必要がある。</p> <p>○後期高齢者は、疾病の重複が多く、個別の疾患のガイドラインでは対応できない点も多くなる。そのまま適用すると重複受診・薬剤の過剰投与になるおそれもあるため、かかりつけ医と連携の上、専門</p>	<p></p> <p>(追加) (変更)</p> <p>(変更)</p> <p>(追加) (変更)</p>



# 糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄																		
<p>有する医療機関と連携の<u>うえ</u>、専門職によるきめ細かなアウトリーチを主体とした健康支援に取り組むことが適当である。</p>	<p>職によるきめ細やかなアウトリーチを主体とした健康支援に取り組むことが適当である。</p> <p>＜図表 5：糖尿病性腎症病期分類（改訂）＞</p> <table><tr><th>病期</th><th>尿アルブミン値(mg/gCr) あるいは 尿蛋白値(g/gCr)<sup>12</sup></th><th>GFR(eGFR) (ml/分/1.73 m<sup>2</sup>)</th></tr><tr><td>第1期 (腎症前期)</td><td>正常アルブミン尿(30未満)</td><td>30以上</td></tr><tr><td>医療機関で診断 第2期<sup>13</sup> (早期腎症期)</td><td>微量アルブミン尿(30～299)</td><td>30以上</td></tr><tr><td>第3期 健診で把握可能(顕性腎症期)</td><td>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)</td><td>30以上</td></tr><tr><td>第4期 (腎不全期) Or測定国保等</td><td>問わない</td><td>30未満</td></tr><tr><td>第5期 (透析療法期)</td><td>透析療法中</td><td></td></tr></table> <p>＜図表 6：健診・レセプトデータの有無と対象者の抽出の考え方＞</p> <p>(脚注)</p> <p><sup>33</sup> 糖尿病患者に腎障害がある場合、①糖尿病が原因で腎障害が悪化した状態、②別の原因により腎障害が<u>悪化</u>している患者に糖尿病が合併している状態、がある。糖尿病性腎症は狭義では①を指し、正確な診断のためには病歴、網膜症等他の合併症の状況、生検等の検査が必要となる。一般的には健診で①と②を区別することは困難と考えられるので、本プログラムでは①、②を含め、広く取り扱うこととしている。②であっても、糖尿病が合併することにより腎臓には糖尿病特有の変化が発生し、腎機能が悪化することから、②を含めて対策を行うことには意義があると考えられる。</p>	病期	尿アルブミン値(mg/gCr) あるいは 尿蛋白値(g/gCr) <sup>12</sup>	GFR(eGFR) (ml/分/1.73 m <sup>2</sup> )	第1期 (腎症前期)	正常アルブミン尿(30未満)	30以上	医療機関で診断 第2期 <sup>13</sup> (早期腎症期)	微量アルブミン尿(30～299)	30以上	第3期 健診で把握可能(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) Or測定国保等	問わない	30未満	第5期 (透析療法期)	透析療法中		<p>(図表移動、変更)</p> <p>(図表移動、変更)</p> <p>(脚注)</p> <p><sup>10</sup> 糖尿病患者に腎機能障害がある場合、①糖尿病が原因で腎機能が悪化した状態、②別の原因により腎機能が<u>低下</u>している患者に糖尿病が合併している状態、がある。糖尿病性腎症は狭義では①を指し、正確な診断のためには病歴、網膜症等他の合併症の状況、生検等の検査が必要となる。一般的には健診で①と②を区別することは困難と考えられるので、本プログラムでは①、②を含め、広く取り扱うこととしている。②であっても、糖尿病が合併することにより腎臓には糖尿病特有の変化が発生し、腎機能が悪化することから、②を含めて対策を行うことには意義があると考えられる。</p>
病期	尿アルブミン値(mg/gCr) あるいは 尿蛋白値(g/gCr) <sup>12</sup>	GFR(eGFR) (ml/分/1.73 m <sup>2</sup> )																		
第1期 (腎症前期)	正常アルブミン尿(30未満)	30以上																		
医療機関で診断 第2期 <sup>13</sup> (早期腎症期)	微量アルブミン尿(30～299)	30以上																		
第3期 健診で把握可能(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) Or測定国保等	問わない	30未満																		
第5期 (透析療法期)	透析療法中																			

## 糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
<p><sup>34</sup> アルブミン尿は早期の段階から腎障害の予後や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である。蛋白尿陰性の場合の軽度eGFR低下は腎障害の予後や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（エビデンスに基づくCKD 診療ガイドライン2013 <a href="https://jsn.or.jp/guideline/ckdevidevidence2013.php">https://jsn.or.jp/guideline/ckdevidevidence2013.php</a> P80）</p> <p><sup>35</sup> 特定健康診査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。尿蛋白（±）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。</p> <p><sup>36</sup> ○高齢者糖尿病診療ガイドライン2023（日本老年医学会・日本糖尿病学会）  <a href="http://www.jds.or.jp/modules/publication/index.php?content_id=37">http://www.jds.or.jp/modules/publication/index.php?content_id=37</a>  ○エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2023（日本腎臓学会）  <a href="https://jsn.or.jp/medic/newstopics/fromjsn/ckd2023-1.php">https://jsn.or.jp/medic/newstopics/fromjsn/ckd2023-1.php</a>  ○高齢者高血圧診療ガイドライン2017（日本老年医学会）  <a href="https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/tool/pdf/guideline2017_01.pdf">https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/tool/pdf/guideline2017_01.pdf</a>  ○高齢者高血圧診療ガイドライン2017（2019年一部改訂）（日本老年医学会）  <a href="https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/tool/">https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/tool/</a>  <a href="https://www.jstage.jst.go.jp/article/geriatrics/56/3/56_56.343/_pdf/-char/ja">https://www.jstage.jst.go.jp/article/geriatrics/56/3/56_56.343/_pdf/-char/ja</a>  ○高齢者脂質異常症診療ガイドライン2017  <a href="https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/tool/">https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/tool/</a>  <a href="https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/tool/pdf/guideline2017_03.pdf">https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/tool/pdf/guideline2017_03.pdf</a></p>	<p><sup>11</sup> <u>高齢者糖尿病診療ガイドライン2017（日本老年医学会・日本糖尿病学会）、高齢者高血圧診療ガイドライン2017（日本老年医学会）、高齢者脂質異常症診療ガイドライン2017（日本老年医学会）</u></p> <p><sup>12</sup> 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）</p> <p><sup>13</sup> 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。</p>	

# 糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄																																																																																																																																																																						
<div>7. 介入方法</div> <div>○ 健診受診者（図表9のA+B+C）については、以下の基準を参考に対象者の状態像を区分することが可能であり、その区分別に介入方法を変える等の工夫も求められる。</div> <div>※後期高齢者については以下の基準を用いず、高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドラインを参照すること。</div> <div>図表 12 健診結果と糖尿病の治療状況別の状態像の介入方法とそのレベルの区分</div> <div>(図表 10の再掲)</div> <div><div>糖尿病未受診者 ※1</div><table><tr><th rowspan="4">HbA1c (%)</th><th rowspan="4"></th><th colspan="9">腎障害の程度</th><th rowspan="4">腎障害の程度/血圧区分判定不可 ※3</th></tr><tr><th colspan="3">以下のどちらかに該当。 ・eGFR&lt;45 ・尿蛋白(+)以上</th><th colspan="3">以下のどちらかに該当。 ・45≤eGFR&lt;60 ・尿蛋白(±)</th><th colspan="3">以下の両方に該当。 ・60≤eGFR ・尿蛋白(-)</th></tr><tr><th colspan="3">血圧区分 ※2</th><th colspan="3">血圧区分 ※2</th><th colspan="3">血圧区分 ※2</th></tr><tr><th>受診中</th><th>血圧高値 受診なし</th><th>正常範囲</th><th>受診中</th><th>血圧高値 受診なし</th><th>正常範囲</th><th>受診中</th><th>血圧高値 受診なし</th><th>正常範囲</th></tr><tr><td>8.0以上</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>7.0～7.9</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>6.5～6.9</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>6.5未満</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table><div>点線青枠：実線赤枠：緑枠・レセプトデータから糖尿病と判断できないため、糖尿病性腎症重症化予防事業の対象外 (CKD 対策&lt;点線青枠&gt;、高血圧対策&lt;実線赤枠&gt;としての受診勧奨・保健指導等が必要に応じて行う)</div></div> <div><div>糖尿病受診中の者 ※4</div><table><tr><th rowspan="4">HbA1c (%)</th><th rowspan="4"></th><th colspan="9">腎障害の程度</th><th rowspan="4">腎障害の程度/血圧区分判定不可 ※3</th></tr><tr><th colspan="3">以下のどちらかに該当。 ・eGFR&lt;45 ・尿蛋白(+)以上</th><th colspan="3">以下のどちらかに該当。 ・45≤eGFR&lt;60 ・尿蛋白(±)</th><th colspan="3">以下の両方に該当。 ・60≤eGFR ・尿蛋白(-)</th></tr><tr><th colspan="3">血圧区分 ※2</th><th colspan="3">血圧区分 ※2</th><th colspan="3">血圧区分 ※2</th></tr><tr><th>受診中</th><th>血圧高値 受診なし</th><th>正常範囲</th><th>受診中</th><th>血圧高値 受診なし</th><th>正常範囲</th><th>受診中</th><th>血圧高値 受診なし</th><th>正常範囲</th></tr><tr><td>8.0以上</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>7.0～7.9</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>6.5～6.9</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>6.5未満</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table><div>糖尿病受診中の場合には、HbA1c&lt;6.5%も糖尿病性腎症重症化予防事業の対象。糖尿病受診中で主治医があるため、高血圧未受診でも受診勧奨ではなく、保健指導とする。</div><div><div>保健指導Ⅰ</div><div>保健指導Ⅱ</div><div>保健指導Ⅲ</div><div>受診勧奨Ⅰ</div><div>受診勧奨Ⅱ</div><div>受診勧奨Ⅲ</div><div>OKD対象</div><div>高血圧未受診勧奨</div></div><div>※保健指導Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、受診勧奨Ⅰ、Ⅱ、Ⅲの内容については図表 13参照</div><div>※1 糖尿病未受診者：対象年度に2型糖尿病の受診実績がない者 ※2 血圧区分の「受診中」：対象年度に高血圧症の受診実績がある者 「血圧高値受診なし」：140 mm Hg≤収縮期血圧または90 mm Hg≤拡張期血圧に該当し、対象年度に高血圧症の受診実績がない者 「血圧高値」判定は、収縮期血圧または拡張期血圧のいずれかの測定値のみでも、有視見判定 (140 mm Hg≤収縮期血圧または90 mm Hg≤拡張期血圧) が可能な者を含む。 ※3 腎障害の程度 血圧区分判定不可：HbA1c 判定者のうち、尿蛋白、血圧の測定値がなく、腎障害の程度、血圧区分のいずれかの判定ができない者。 eGFRの判定値がない場合は暫定的に「異常なし」と分類。 ※4 糖尿病受診中の者：対象年度に2型糖尿病の受診実績がある者</div></div>	HbA1c (%)		腎障害の程度									腎障害の程度/血圧区分判定不可 ※3	以下のどちらかに該当。 ・eGFR<45 ・尿蛋白(+)以上			以下のどちらかに該当。 ・45≤eGFR<60 ・尿蛋白(±)			以下の両方に該当。 ・60≤eGFR ・尿蛋白(-)			血圧区分 ※2			血圧区分 ※2			血圧区分 ※2			受診中	血圧高値 受診なし	正常範囲	受診中	血圧高値 受診なし	正常範囲	受診中	血圧高値 受診なし	正常範囲	8.0以上											7.0～7.9											6.5～6.9											6.5未満											HbA1c (%)		腎障害の程度									腎障害の程度/血圧区分判定不可 ※3	以下のどちらかに該当。 ・eGFR<45 ・尿蛋白(+)以上			以下のどちらかに該当。 ・45≤eGFR<60 ・尿蛋白(±)			以下の両方に該当。 ・60≤eGFR ・尿蛋白(-)			血圧区分 ※2			血圧区分 ※2			血圧区分 ※2			受診中	血圧高値 受診なし	正常範囲	受診中	血圧高値 受診なし	正常範囲	受診中	血圧高値 受診なし	正常範囲	8.0以上											7.0～7.9											6.5～6.9											6.5未満											<div>8. 介入方法</div> <div>○各自治体において本事業の対象者選定基準を検討した後は、抽出した対象者に対し、漏れることなくどのように関わっていくかを検討する。図表6のA～Eの対象者層に対する受診勧奨、保健指導の流れを図表 7に示す。</div> <div>○図表 8 は、腎症病期に応じた保健指導の目的、保健指導内容や留意点を整理している。</div> <div>○対象者の状況に応じ、検査値を伝え、医療機関での受診が必要という通知を行うだけの軽い受診勧奨から、保健指導と組み合わせて本人が受診の必要性を十分に理解でき、受診行動につながるまで関わるものまで、本人への関わり方の濃淡をつけることが考えられる。<sup>14</sup></div> <div>○図表 9 は、検査値レベル別の手段（訪問、面談、電話、通知等）の工夫例を示している。病期や検査値レベルが高い人を優先に訪問を行う等、関係者間での検討により、優先順位を意識した事業計画を行う。</div>	<div>(変更)</div> <div>(変更)</div> <div>(図表再掲)</div>
HbA1c (%)				腎障害の程度									腎障害の程度/血圧区分判定不可 ※3																																																																																																																																																											
				以下のどちらかに該当。 ・eGFR<45 ・尿蛋白(+)以上			以下のどちらかに該当。 ・45≤eGFR<60 ・尿蛋白(±)			以下の両方に該当。 ・60≤eGFR ・尿蛋白(-)																																																																																																																																																														
				血圧区分 ※2			血圧区分 ※2			血圧区分 ※2																																																																																																																																																														
	受診中	血圧高値 受診なし		正常範囲	受診中	血圧高値 受診なし	正常範囲	受診中	血圧高値 受診なし	正常範囲																																																																																																																																																														
8.0以上																																																																																																																																																																								
7.0～7.9																																																																																																																																																																								
6.5～6.9																																																																																																																																																																								
6.5未満																																																																																																																																																																								
HbA1c (%)		腎障害の程度									腎障害の程度/血圧区分判定不可 ※3																																																																																																																																																													
		以下のどちらかに該当。 ・eGFR<45 ・尿蛋白(+)以上			以下のどちらかに該当。 ・45≤eGFR<60 ・尿蛋白(±)			以下の両方に該当。 ・60≤eGFR ・尿蛋白(-)																																																																																																																																																																
		血圧区分 ※2			血圧区分 ※2			血圧区分 ※2																																																																																																																																																																
		受診中	血圧高値 受診なし	正常範囲	受診中	血圧高値 受診なし	正常範囲	受診中	血圧高値 受診なし	正常範囲																																																																																																																																																														
8.0以上																																																																																																																																																																								
7.0～7.9																																																																																																																																																																								
6.5～6.9																																																																																																																																																																								
6.5未満																																																																																																																																																																								

# 糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄																																								
<div>図表 13 レベルに応じた介入方法の例</div> <div><table><tr><th>レベル</th><th>受診勧奨の場合</th><th>保健指導の場合</th></tr><tr><td>I</td><td>通知、健康教室等の案内(面談の機会を設定)</td><td>主に糖尿病及び生活習慣の改善に関する内容について通知、健康教室の案内</td></tr><tr><td>II</td><td>通知・電話／面談</td><td>腎障害の悪化を予防するための、糖尿病等生活習慣病の管理に関する内容を中心とし、通知・電話／面談</td></tr><tr><td>III</td><td>通知・電話／面談／訪問にて確実に実施</td><td>腎障害の悪化を防ぐための治療や生活に関する内容を中心とし、通知・電話／面談／訪問を確実に実施</td></tr></table><div>緊急度に応じた介入の程度</div><div><div>弱</div><div>↓</div><div>強</div></div></div> <div><p>○ <u>上記の方法でも、年齢により有効な介入方法も異なる。年齢層が低い世代にはICTの活用を検討する、年齢層の高い世代には対面での介入を行う等、工夫する必要がある。</u></p><p>○ <u>なお、上記基準値に該当する者のうち、医療機関で治療中の者に対しては、かかりつけ医機能を有する医療機関との十分な連携のもとに保健指導を行う。</u></p><p>○ <u>適切な評価と支援の引継ぎを行うために、誰に対し、いつ、どのような受診勧奨を実施したかやどのくらいの期間や介入強度で保健指導を実施したかについて、記録・保管しておくことが必要である。</u></p></div>	レベル	受診勧奨の場合	保健指導の場合	I	通知、健康教室等の案内(面談の機会を設定)	主に糖尿病及び生活習慣の改善に関する内容について通知、健康教室の案内	II	通知・電話／面談	腎障害の悪化を予防するための、糖尿病等生活習慣病の管理に関する内容を中心とし、通知・電話／面談	III	通知・電話／面談／訪問にて確実に実施	腎障害の悪化を防ぐための治療や生活に関する内容を中心とし、通知・電話／面談／訪問を確実に実施	<div>&lt;図表 7：糖尿病性腎症プログラム対象者に対する受診勧奨、保健指導の流れ<sup>15)</sup>&gt;</div> <div><div><div>【健診から把握した糖尿病性腎症(受診なしA、受診ありB)】</div><div><div>糖尿病性腎症の基準該当(A、B)</div><div>健診結果通知時に「腎症、治療が必要」(100%実施)</div><div>医師・レセに問わず</div><div>治療状況の確認(電話等)</div><div>B 定期的に受診中 腎症指導あり</div><div>B' 受診はあるが不定期、不適切な生活管理(*)</div><div>A 受診なし 中断中</div><div>医師に相談の上、保健指導に参加</div><div>対面での保健指導及び受診勧奨</div><div>(医師とレセの連携例など)</div><div><small>*・自身の糖尿病コントロール状況(HbA1c値等)を知らない ・自身の腎機能の状態を知らない ・腎症の治療を受けているが、本人が「腎症であること」を認識していない ・腎機能を守るために必要な生活管理の方法を知らない</small></div></div></div><div><div>【健診から把握した糖尿病該当者(受診なしC)】</div><div>糖尿病基準該当(C)</div><div>健診結果通知時に「糖尿病治療が必要」(100%実施)</div><div>問診にて未受診者に対し治療状況の確認(電話等)</div><div>その他の場合はその他の事業</div><div>医療機関にて尿アルブミン、eGFRより腎機能低下医療機関より腎症指導依頼</div><div>対面での保健指導</div></div></div> <div><div>【医療機関やレセプトから把握された糖尿病治療中(D)】</div><div>医師からの自発的な紹介 紹介基準、実施内容を明示、連絡帳の活用</div><div>レセプトで対象者抽出 医療機関に提示し、保健指導の必要な人を選択(病名)糖尿病性腎症、等</div><div>レセプトで糖尿病治療中の対象者 医療機関より尿アルブミン、eGFRによる評価を勧める(糖尿病対策推進会議の活用) 有所見者を腎症保健指導対象者とする</div><div>対面での保健指導</div></div> <div><div>【過去に糖尿病治療歴あり、現在治療中断(E)】</div><div>電話等にて健診受診・医療機関受診を勧める</div><div>つながらない、未受診の場合は継続的にフォロー</div><div>受診した場合以降の流れはA、B、C、Dに合流</div></div> <div>&lt;図表 8：糖尿病性腎症の病期に応じた保健指導等の内容例&gt;</div> <div><table><tr><th></th><th>健診データ</th><th>状態と介入目的</th><th>具体的な介入方法</th><th>医療機関での対応</th><th>留意点</th><th>評価</th></tr><tr><td>第1～2期</td><td>糖尿病<sup>※1</sup>かつ尿蛋白(±)以下</td><td>早期腎症の発見 腎症の発症予防</td><td>HbA1c、血圧の程度に応じた対応 第1期では糖尿病管理、第2期ではそれに加え腎症改善に重点をおいた指導</td><td>Cr、尿蛋白・尿アルブミン測定による病期確定 血糖、血圧管理 網膜症等合併症検査 第2期: 保健指導紹介</td><td>第1、2期の区別は健診だけではできない eGFR45mL/分/1.73m2未満の場合、対応優先</td><td>行動変容 血圧、血糖、脂質、BMI、喫煙、</td></tr><tr><td>第3期</td><td>糖尿病<sup>※1</sup>かつ尿蛋白(+)以上</td><td>顕性腎症 腎機能低下防止</td><td>受診勧奨<sup>※2</sup>と受診状況の確認 医師と連携した保健指導 減塩、減酒等の食生活改善、禁煙、肥満者では減量、身体活動の維持</td><td>Cr、尿蛋白・尿アルブミン測定による病期確定 血糖、血圧管理 網膜症等合併症検査 腎排泄性薬剤の見直し 保健指導の留意点指示 腎臓専門医への紹介を考慮する</td><td>他の循環器疾患、糖尿病合併症に留意 100%対応できることを目指す</td><td>受診状況 生活習慣 血糖、血圧、脂質、喫煙、腎機能</td></tr><tr><td>第4期</td><td>糖尿病<sup>※1</sup>かつeGFR30mL/分/1.73m2未満</td><td>透析直前期 透析導入時期の延伸</td><td>強力な受診勧奨<sup>※2</sup>と受診確認、治療中断防止<sup>※3</sup></td><td>血糖・血圧管理 腎排泄性薬剤の変更 腎臓専門医への紹介</td><td>心不全、脳卒中ハイリスク Cr測定しなければ病期確定できない</td><td>受診につながった割合</td></tr></table><div>※1 空腹時血糖 126mg/dlまたはHbA1c6.5%以上または過去に糖尿病の履歴(薬剤服用等)</div><div>※2 未治療者への対応</div><div>※3 治療中断防止</div></div>		健診データ	状態と介入目的	具体的な介入方法	医療機関での対応	留意点	評価	第1～2期	糖尿病 <sup>※1</sup> かつ尿蛋白(±)以下	早期腎症の発見 腎症の発症予防	HbA1c、血圧の程度に応じた対応 第1期では糖尿病管理、第2期ではそれに加え腎症改善に重点をおいた指導	Cr、尿蛋白・尿アルブミン測定による病期確定 血糖、血圧管理 網膜症等合併症検査 第2期: 保健指導紹介	第1、2期の区別は健診だけではできない eGFR45mL/分/1.73m2未満の場合、対応優先	行動変容 血圧、血糖、脂質、BMI、喫煙、	第3期	糖尿病 <sup>※1</sup> かつ尿蛋白(+)以上	顕性腎症 腎機能低下防止	受診勧奨 <sup>※2</sup> と受診状況の確認 医師と連携した保健指導 減塩、減酒等の食生活改善、禁煙、肥満者では減量、身体活動の維持	Cr、尿蛋白・尿アルブミン測定による病期確定 血糖、血圧管理 網膜症等合併症検査 腎排泄性薬剤の見直し 保健指導の留意点指示 腎臓専門医への紹介を考慮する	他の循環器疾患、糖尿病合併症に留意 100%対応できることを目指す	受診状況 生活習慣 血糖、血圧、脂質、喫煙、腎機能	第4期	糖尿病 <sup>※1</sup> かつeGFR30mL/分/1.73m2未満	透析直前期 透析導入時期の延伸	強力な受診勧奨 <sup>※2</sup> と受診確認、治療中断防止 <sup>※3</sup>	血糖・血圧管理 腎排泄性薬剤の変更 腎臓専門医への紹介	心不全、脳卒中ハイリスク Cr測定しなければ病期確定できない	受診につながった割合	<div>(図表新設・削除)</div> <div>(図表削除)</div>
レベル	受診勧奨の場合	保健指導の場合																																								
I	通知、健康教室等の案内(面談の機会を設定)	主に糖尿病及び生活習慣の改善に関する内容について通知、健康教室の案内																																								
II	通知・電話／面談	腎障害の悪化を予防するための、糖尿病等生活習慣病の管理に関する内容を中心とし、通知・電話／面談																																								
III	通知・電話／面談／訪問にて確実に実施	腎障害の悪化を防ぐための治療や生活に関する内容を中心とし、通知・電話／面談／訪問を確実に実施																																								
	健診データ	状態と介入目的	具体的な介入方法	医療機関での対応	留意点	評価																																				
第1～2期	糖尿病 <sup>※1</sup> かつ尿蛋白(±)以下	早期腎症の発見 腎症の発症予防	HbA1c、血圧の程度に応じた対応 第1期では糖尿病管理、第2期ではそれに加え腎症改善に重点をおいた指導	Cr、尿蛋白・尿アルブミン測定による病期確定 血糖、血圧管理 網膜症等合併症検査 第2期: 保健指導紹介	第1、2期の区別は健診だけではできない eGFR45mL/分/1.73m2未満の場合、対応優先	行動変容 血圧、血糖、脂質、BMI、喫煙、																																				
第3期	糖尿病 <sup>※1</sup> かつ尿蛋白(+)以上	顕性腎症 腎機能低下防止	受診勧奨 <sup>※2</sup> と受診状況の確認 医師と連携した保健指導 減塩、減酒等の食生活改善、禁煙、肥満者では減量、身体活動の維持	Cr、尿蛋白・尿アルブミン測定による病期確定 血糖、血圧管理 網膜症等合併症検査 腎排泄性薬剤の見直し 保健指導の留意点指示 腎臓専門医への紹介を考慮する	他の循環器疾患、糖尿病合併症に留意 100%対応できることを目指す	受診状況 生活習慣 血糖、血圧、脂質、喫煙、腎機能																																				
第4期	糖尿病 <sup>※1</sup> かつeGFR30mL/分/1.73m2未満	透析直前期 透析導入時期の延伸	強力な受診勧奨 <sup>※2</sup> と受診確認、治療中断防止 <sup>※3</sup>	血糖・血圧管理 腎排泄性薬剤の変更 腎臓専門医への紹介	心不全、脳卒中ハイリスク Cr測定しなければ病期確定できない	受診につながった割合																																				

# 糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄																																																																	
<div>(1) 受診勧奨</div> <div>○ 受診勧奨は抽出したすべての対象者に行い、医療機関受診へとつなげることが原則である。特に、<u>図表12並びに下記に示す受診勧奨レベルⅡとⅢについては、可能な限り、電話や訪問等により、個別に速やかに受診勧奨を行い、受診勧奨後に継続的な受診につながっているかを必ず確認し、受診につながっていない場合は、再度受診勧奨をするなど、適切な対応を行う。</u></div> <div>○ <u>腎障害の程度にかかわらずHbA1cが6.5%以上の者のうち、高血圧については受診中で、糖尿病は未受診の者に対しては、かかりつけ医療機能を有する医療機関に健診結果を持参の上、血糖検査の結果が受診勧奨判定値（糖尿病の診断基準）を超えていることについて、速やかに相談するよう保健指導を行う。</u></div>	<div>＜図表9：健診・レセプトデータで抽出した対象者に対する対応例（検査値別）<sup>16＞</sup></div> <div><table><tr><th></th><th></th><th>対応不要 レベル</th><th>情報提供レベル</th><th>受診勧奨 (集団対応レベル)</th><th colspan="2">医療機関連携・個別対応レベル</th></tr><tr><td rowspan="3">検査値の目安</td><td>HbA1c</td><td>HbA1c&lt;5.6</td><td>5.6≦HbA1c&lt;6.5</td><td>6.5≦HbA1c&lt;7.0</td><td>7.0≦HbA1c&lt;8.5</td><td>8.5≦HbA1c</td></tr><tr><td>糖尿病*1の場合 の血圧*2</td><td></td><td>120≦SBP*5&lt;130 または 85≦DBP*6&lt;90</td><td>130≦SBP&lt;140 85≦DBP&lt;90</td><td>140≦SBP&lt;160 90≦DBP&lt;100</td><td>160≦SBP 100≦DBP</td></tr><tr><td>糖尿病*1の場合 の尿蛋白</td><td></td><td></td><td>(±) 尿アルブミン測定を推奨</td><td>(+)</td><td>(2+)</td></tr><tr><td>情報提供</td><td>パンフ・資料 提供*3</td><td colspan="2">検査値の見方・健康管理等</td><td>糖尿病に関する情報</td><td colspan="2">腎症、合併症予防等*4</td></tr><tr><td rowspan="3">受診勧奨 (未治療・中断 中の場合)</td><td>はがき・受療 行動確認</td><td></td><td></td><td>結果表につけて 受診勧奨</td><td>レセプトで受診確認</td><td></td></tr><tr><td>電話（受診勧奨、 確認）</td><td></td><td></td><td></td><td>電話で受診勧奨</td><td>電話で受診勧奨、 受診確認</td></tr><tr><td>保健指導型 受診勧奨</td><td></td><td></td><td></td><td>個別面談</td><td>個別面談、訪問、 電話フォロー</td></tr><tr><td rowspan="2">保健指導 (生活習慣改善 指導)</td><td>動機付け支援型 対面保健指導</td><td></td><td>結果説明会</td><td>糖尿病を対象とした 集団教室（単発型）、 個別面談</td><td>個別面談、訪問</td><td>個別面談、 訪問、 受診確認</td></tr><tr><td>積極的支援型 継続的保健指導</td><td></td><td>生活習慣病予防教室等</td><td>集団教室（継続型） 個別面談</td><td>個別面談・訪問・電 話等による支援</td><td>継続的支援+ 受診確認</td></tr></table><div><div>* 1：空腹時血糖≧126mg/d l、またはHbA1c≧6.5%、または糖尿病治療中、過去に糖尿病薬使用</div><div>* 2：75歳以上では10mmHg高い設定とする</div><div>* 3：eGFR&lt;30 は腎不全期に相当するため本表の適応範囲ではない</div><div>* 4：矢印の太さは必要性</div><div>* 5：SBPは収縮期血圧</div><div>* 6：DBPは拡張期血圧</div></div></div> <div>(1) 受診勧奨</div> <div>○受診勧奨は基本的に抽出したすべての対象者に行い、医療機関受診へとつなげることが原則である。</div>			対応不要 レベル	情報提供レベル	受診勧奨 (集団対応レベル)	医療機関連携・個別対応レベル		検査値の目安	HbA1c	HbA1c<5.6	5.6≦HbA1c<6.5	6.5≦HbA1c<7.0	7.0≦HbA1c<8.5	8.5≦HbA1c	糖尿病*1の場合 の血圧*2		120≦SBP*5<130 または 85≦DBP*6<90	130≦SBP<140 85≦DBP<90	140≦SBP<160 90≦DBP<100	160≦SBP 100≦DBP	糖尿病*1の場合 の尿蛋白			(±) 尿アルブミン測定を推奨	(+)	(2+)	情報提供	パンフ・資料 提供*3	検査値の見方・健康管理等		糖尿病に関する情報	腎症、合併症予防等*4		受診勧奨 (未治療・中断 中の場合)	はがき・受療 行動確認			結果表につけて 受診勧奨	レセプトで受診確認		電話（受診勧奨、 確認）				電話で受診勧奨	電話で受診勧奨、 受診確認	保健指導型 受診勧奨				個別面談	個別面談、訪問、 電話フォロー	保健指導 (生活習慣改善 指導)	動機付け支援型 対面保健指導		結果説明会	糖尿病を対象とした 集団教室（単発型）、 個別面談	個別面談、訪問	個別面談、 訪問、 受診確認	積極的支援型 継続的保健指導		生活習慣病予防教室等	集団教室（継続型） 個別面談	個別面談・訪問・電 話等による支援	継続的支援+ 受診確認	<div>(図表削除)</div> <div>(削除) (追加)</div>
		対応不要 レベル	情報提供レベル	受診勧奨 (集団対応レベル)	医療機関連携・個別対応レベル																																																														
検査値の目安	HbA1c	HbA1c<5.6	5.6≦HbA1c<6.5	6.5≦HbA1c<7.0	7.0≦HbA1c<8.5	8.5≦HbA1c																																																													
	糖尿病*1の場合 の血圧*2		120≦SBP*5<130 または 85≦DBP*6<90	130≦SBP<140 85≦DBP<90	140≦SBP<160 90≦DBP<100	160≦SBP 100≦DBP																																																													
	糖尿病*1の場合 の尿蛋白			(±) 尿アルブミン測定を推奨	(+)	(2+)																																																													
情報提供	パンフ・資料 提供*3	検査値の見方・健康管理等		糖尿病に関する情報	腎症、合併症予防等*4																																																														
受診勧奨 (未治療・中断 中の場合)	はがき・受療 行動確認			結果表につけて 受診勧奨	レセプトで受診確認																																																														
	電話（受診勧奨、 確認）				電話で受診勧奨	電話で受診勧奨、 受診確認																																																													
	保健指導型 受診勧奨				個別面談	個別面談、訪問、 電話フォロー																																																													
保健指導 (生活習慣改善 指導)	動機付け支援型 対面保健指導		結果説明会	糖尿病を対象とした 集団教室（単発型）、 個別面談	個別面談、訪問	個別面談、 訪問、 受診確認																																																													
	積極的支援型 継続的保健指導		生活習慣病予防教室等	集団教室（継続型） 個別面談	個別面談・訪問・電 話等による支援	継続的支援+ 受診確認																																																													

糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
<p><b>受診勧奨レベルⅠ、Ⅱ、Ⅲのいずれにおいても、対象者全員に医療機関への受診勧奨を行うことが原則である</b></p> <p><b>【受診勧奨レベルⅠ】</b></p> <p>1 下記の①かつ②に該当する者は、医療機関への受診勧奨をする。 (通知による受診勧奨を想定)</p> <p>①血糖：下記のいずれかに該当する場合 ○空腹時血糖または随時血糖（食後3.5時間以上）：126mg/dL以上 ○HbA1c：6.5%以上</p> <p>②現在、糖尿病について医療機関を受診していない（治療中断も含む）</p> <p><b>【受診勧奨レベルⅡ】</b></p> <p>2 下記の①～④のいずれかに該当する者は、可能な限り、電話や訪問等により、個別に、医療機関への受診勧奨をする。また、勧奨後に、治療に結びついているかについても確認する。</p> <p>①HbA1c：7.0%以上8.0%未満 かつ &lt;eGFR：45mL/分/1.73m<sup>2</sup>以上 60mL/分/1.73m<sup>2</sup>未満または尿蛋白（±）&gt;</p> <p>②HbA1c：7.0%以上8.0%未満 かつ&lt;血圧：140/90mmHg以上 かつ 高血圧について医療機関を受診していない&gt;</p> <p>③HbA1c：6.5%以上7.0%未満 かつ &lt;eGFR：45mL/分/1.73m<sup>2</sup>以上 60mL/分/1.73m<sup>2</sup>未満または尿蛋白（±）&gt;かつ&lt;血圧：140/90mmHg以上 かつ 高血圧について医療機関を受診していない&gt;</p> <p>④HbA1c：6.5%以上7.0%未満 かつ &lt;eGFR：45mL/分/1.73m<sup>2</sup>未満 または 尿蛋白：陽性（1＋以上）&gt;</p> <p><b>【受診勧奨レベルⅢ】</b></p> <p>3 下記の①～③のいずれかに該当する者は、可能な限り速やかに、電話や訪問等により、個別に、医療機関への受診勧奨をする。また、勧奨後に、治療に結びついているかについても確認する。</p> <p>①HbA1c：8.0%以上（腎障害の程度、血圧に関係なく）</p> <p>②HbA1c：7.0%以上8.0%未満 かつ &lt;eGFR：45mL/分/1.73m<sup>2</sup>未満 または 尿蛋白：陽性（1＋以上）&gt;</p> <p>③HbA1c：6.5%以上7.0%未満 かつ &lt;eGFR：45mL/分/1.73m<sup>2</sup>未満 または 尿蛋白：陽性（1＋以上）&gt; かつ &lt;血圧：140/90mmHg以上 かつ 高血圧について医療機関を受診していない&gt;</p> <p>※ 高血圧で受診中でありながらも糖尿病で未受診の場合については、高血圧での受診先医療機関に対し、特定健康診査等における血糖検査の結果が受診勧奨判定値以上であることを指摘するよう保健指導する。</p>	<p>○ 地域の医師会等を通じて、対象者が受診している個別の医療機関には、本プログラムに基づく事業の目的、対応方法等について事前に説明し、対応に整合性をとる必要がある。</p> <p>○ 健診結果や糖尿病性腎症重症化予防の必要性を対象者本人が理解・納得しているかが重要であるとともに、受診勧奨通知や紹介状を通じてかかりつけ医機能に有する医療機関に事業の目的が伝わるように工夫する。</p> <p>○ 受診勧奨を行う前に個々の対象者の情報（健診結果やこれまでの病歴、治療状況等）を収集しておくことが重要である。</p> <p>○ 特に受診勧奨レベルが高い人に対し受診勧奨を実施する場合には、</p>	<p>（表追加）</p> <p>（追加）（変更）</p> <p>（追加）</p> <p>（追加）</p>

## 糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
<p><u>単に通知するだけでなく、個別に電話や対面等により、対象者本人と直接接点を持ち受診が必要である旨を伝えるとともに、受診勧奨後の受診状況の確認を行う。</u></p> <p>○ <u>また、本人から受診後の感想を聞き、継続的な治療の必要性について理解できているかを確認することが望ましい。（薬剤が処方されない場合や、食事療法等の指導が行われない場合には、一度の受診だけで中断するケースが少なくない。薬剤がすぐに不要であるからこそ、生活習慣を改善の上、経過を見るために継続して検査を受けることの大切さを伝えることが重要である。）</u></p> <p>○ 受診勧奨の際、糖尿病に対する恐怖心や経済的理由、家庭問題等の理由が未受診の背景に隠れていることを<u>把握することがある</u>。必要時、<u>かかりつけ医機能を有する医療機関との情報共有や市町村の場合</u>は庁内の他部門の支援へとつないでいくことも解決策として考えられる。</p>	<p>○受診勧奨の際、糖尿病に対する恐怖心や経済的理由、家庭問題等の理由が未受診の背景に隠れていることがある。必要時、<u>主治医との情報共有や行政内の他部門の支援へとつないでいくことも解決策として考えられる。</u></p> <p>○<u>受診勧奨実施後は、医療機関からの回答書、本人への聞き取り、レセプト確認等の方法で受診状況を把握する。医療機関受診につながっていない場合は、前回とは対応方法を変える等の工夫をして再勧奨を行う。</u></p>	<p>(追加)</p> <p>(変更)</p> <p>(削除)</p> <p>(追加)</p>
<p style="text-align: center;"><u>&lt;受診勧奨レベルごとの取組例&gt;</u></p> <p>○ <u>受診勧奨レベルⅠ</u></p> <p>・ <u>健診結果通知時に、糖尿病性腎症のおそれがあり医療機関の定期的な受診が必要であることについて、標準的な健診・保健指導プログラムのフィードバック文例集や糖尿病性腎症重症化予防に関する事業実施の手引き等を参照し、文書で通知する。</u></p> <p>・ <u>必要に応じて、上記通知に加え、電話や案内した健康教室参加時等に受診勧奨を行う。</u></p> <p>○ <u>受診勧奨レベルⅡ</u></p>		

# 糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

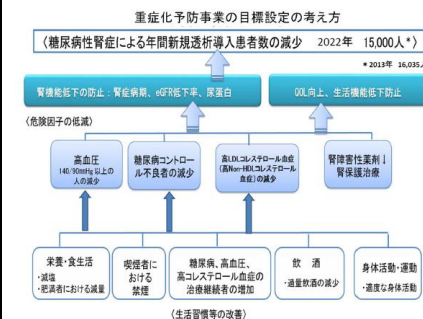
新	旧	備考欄
<ul style="list-style-type: none"> <li>・<u>レベルⅠの文書による通知に加え、結果説明を行うための電話や面談により、個別に医療機関への受診勧奨を行う。</u></li> <li>・<u>受診勧奨とともに、生活実態を把握したうえで、対象者の状況に合わせた保健指導を行う。</u></li> </ul> <p>○ <u>受診勧奨レベルⅢ</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・<u>可能な限り、訪問や面談等の対面により個別での受診勧奨を速やかに行う。</u></li> <li>・<u>受診勧奨とともに、生活実態の把握をしたうえで、生活習慣の改善を促す保健指導を行う。</u></li> </ul> <p>※いずれの受診勧奨レベルにおいても、受診勧奨後に、対象者が継続的な受診につながっているかについて、医療機関からの回答、対象者本人への確認、レセプトの確認等により受診状況を確認することが必要である。</p>		
<p><b>（２）保健指導</b></p> <p>○ 糖尿病性腎症による新規透析導入者を減少させるためには、血糖に加え血圧、脂質のコントロールや薬剤の適正使用が重要である。また、肥満の是正、食生活の改善等、<u>包括的な管理も必要となる</u>。保健指導を行うに当たっては、状態に応じた予防、管理の考え方を踏まえた<u>うえで、保健指導を行う専門職が対象者と対面・電話等により接点を持ちながら、生活改善の指導を行う</u>（図表10参照）。</p> <p>○ 対象者の糖尿病に対する思いや生活状況を踏まえた血糖、血圧管理等の指導を行う。その際に聞き取った情報、特に治療を中断しがちな者の情報等は医療機関にとっても<u>有用であるため</u>、医療機関との情報共有が重要である。</p> <p>○ 糖尿病連携手帳<sup>37</sup>や保健指導報告書等を通じて、かかりつけ医機能<u>を有する医療機関</u>との情報共有を行う。<u>保健指導実施期間中に、医療機関で実施した検査結果を事業の効果評価等に活用する目的で確</u></p>	<p><b>（２）保健指導</b></p> <p>○糖尿病性腎症による新規透析導入者を減少させるためには、血糖に加え血圧、脂質のコントロールや薬剤の適性使用が重要である。また、肥満の是正、食生活の改善等包括的な管理も必要となる。保健指導を行うに当たっては、状態に応じた予防、管理の考え方を踏まえた<u>上で、糖尿病性腎症対象者に対する生活改善指導を行う際のポイントを押さえておく必要がある</u>（図表10参照）。</p> <p>○対象者の糖尿病に対する思いや生活状況を踏まえた血糖、血圧管理等の指導を行う。その際に聞き取った情報、特に治療を中断しがちな患者の情報等は医療機関にとっても<u>役立つことがあるため</u>、医療機関との情報共有が重要である。</p> <p>○糖尿病連携手帳<sup>17</sup>や保健指導報告書等の<u>様式</u>を通じて、かかりつけ医との情報共有を行う。医療機関で実施した検査結果も<u>効果評価として取得できるよう</u>、あらかじめ対象者の同意を得ておく。</p>	<p>（変更）</p> <p>（変更）</p> <p>（変更）</p>



# 糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
<p>認する場合には、検査結果を入手することについて、あらかじめ対象者の同意を得ておく。</p> <p>○ 保健指導期間中は対象者とともに生活習慣改善のための行動目標を立案するが、腎症病期や検査値経過を参考に、個人の健康状態や生活背景にあった目標であるかを見直す。必要時は、かかりつけ医機能を有する医療機関や地域担当医へ相談するなど、安全管理に留意する。</p> <p>○ 保健指導は、個人又は集団を対象として行う方法があり、更に各々について対面及びICT等を活用した方法がある。支援の際は、それぞれの特性を踏まえ、適切に組み合わせて実施する。また、保健指導の際に活用する資料の一つとして自己実践を支援するための資料（特に継続的に支援するための資料）の活用も効果的であり、対象者が設定した行動目標の達成のために活用する実践状況の記録、通信による支援等に用いられる。これらには、体重変化や食事内容、活動量等を対象者自身がモニタリングできるようなアプリケーション等ICTを活用したものも含まれる。これら保健指導期間中のフォローにおいては、対象者の状況、ICTリテラシー等に応じて、支援の途中であっても支援形態を必要に応じて見直すことが望ましい。</p>	<p>○保健指導期間中は対象者とともに生活習慣改善のための行動目標を立案するが、腎症病期や検査値経過を参考に、個人の健康状態や生活背景にあった目標であるかを見直す。必要時は、かかりつけ医や地域担当医へ相談する等し、安全管理に留意した運営を行う。</p>	<p>(変更)</p> <p>(追加)</p> <p>(削除)</p>

<図表10：重症化予防の取組に係るアウトカム評価の考え方>



## 糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
<p>(保健指導における留意点)</p> <p><u>&lt;リスクマネジメント体制の確保&gt;</u></p> <p>○ 糖尿病性腎症の者に対して保健指導を実施する場合は、医療との連携が<u>不可欠である</u>。腎症第3期、第4期への保健指導については腎症に関する専門的知識やスキルを有する者が対応する必要がある。</p> <p>また、腎不全のみならず、循環器疾患の発症・死亡リスクが高い集団であることから、保健事業の実施に当たっては、特にリスクマネジメントの体制が確保されていることが重要である。</p> <p>○ <u>特に、腎症第4期については、腎臓専門医が関与する必要があるの</u> <u>で、保健指導のみで対応することがないようにする。</u></p> <p>○ 糖尿病性腎症<u>の</u>者は免疫力が低下し、感染症にかかりやすいことから、感染予防のための日常的な衛生管理についても指導する。</p> <p><u>&lt;高齢者を対象とした取組の実施&gt;</u></p> <p>○ 高齢者、特に後期高齢者については、複数疾患の合併のみならず、加齢に伴う諸臓器の機能低下を基盤としたフレイルやサルコペニア、認知症等の進行により個人差が大きくなり、多病・多剤処方の状態に陥るなど、健康上の不安が大きくなる<u>ため、</u>高齢者の特性を踏まえた対象者<u>抽出</u>基準、保健指導方法を検討する。</p> <p>○ 青壮年期における生活習慣病対策から、体重や筋肉量の減少を主因とした低栄養や口腔機能、運動機能、認知機能の低下等のフレイルにも着目しライフステージに応じた対策を行っていく必要がある。</p> <p>○ 高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン、高齢者糖尿病診療ガイドライン2023（日本老年医学会・日本糖尿病学会）、高齢者高血圧診療ガイドライン2017（2019年一部改訂）（日本老年医学会）、高齢者脂質異常症ガイドライン2017（日本老年医学会）等の<u>最新</u>の各種ガイドラインを参考に実施する。</p>	<p>(保健指導における留意点)</p> <p>○糖尿病性腎症の<u>対象者</u>に対して保健指導を実施する場合は、医療との連携が<u>欠かせない</u>。特に腎症第3、4期への保健指導については腎症に関する専門的知識やスキルを有する者が対応する必要がある。また、腎不全のみならず、循環器疾患発症<u>リスク</u>、死亡リスクが高い集団であることから、保健事業の実施に当たっては、特にリスクマネジメントの体制が確保されていることが重要である。</p> <p>○糖尿病性腎症患者は免疫力が低下し、感染症にかかりやすいことから、感染予防のための日常的な衛生管理についても指導する。</p> <p>○高齢者、特に後期高齢者については、複数疾患の合併のみならず、加齢に伴う諸臓器の機能低下を基盤としたフレイルやサルコペニア、認知症等の進行により個人差が大きくなり、多病・多剤処方の状態に陥るなど、健康上の不安が大きくなる。<u>高齢者の特性を踏まえた対象者選定</u>基準、保健指導方法を検討する。</p> <p>○壮年期における生活習慣病対策から、体重や筋肉量の減少を主因とした低栄養や口腔機能、運動機能、認知機能の低下等のフレイルにも着目しライフステージに応じた対策を行っていく必要がある。</p> <p>○「<u>高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン（平成30年4月厚生労働省保険局高齢者医療課）</u>」、<u>「高齢者糖尿病診療ガイドライン2017（日本老年医学会）」</u>、<u>「高齢者高血圧診療ガイドライン2017（日本老年医学会）」</u>、<u>「高齢者脂質異常症ガイドライン2017（日本老年医学会）」</u>等の各種ガイドラインを参考に実施する。</p>	<p>(新設)</p> <p>(変更)</p> <p>(追加)</p> <p>(変更)</p> <p>(新設)</p> <p>(変更)</p> <p>(変更)</p>

# 糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
<p><u>&lt;保健指導レベルごとの取組例&gt;</u></p> <p>○ <u>保健指導レベルⅠ</u></p> <p>・<u>糖尿病や生活習慣の改善等に関する情報を中心に提供し、生活習慣の改善を促す集団指導による健康教室等への参加を促す。</u></p> <p>○ <u>保健指導レベルⅡ</u></p> <p>・<u>レベルⅠの情報提供や集団指導等への参加勧奨に加え、医療機関と連携し、腎障害の悪化を予防するための糖尿病を含む生活習慣病の管理に関する内容を中心に、電話や訪問等により保健指導を行う。合併症の進行を防ぐための継続的な治療の必要性、本人の年齢や生活状況に応じた生活改善の方法など具体的な助言を行うことが重要である。</u></p> <p>○ <u>保健指導レベルⅢ</u></p> <p>・<u>腎障害の悪化を防ぐための治療や生活に関する内容を中心に、医療機関と連携し、訪問や個別面談等対面による保健指導を行う。医療機関で指導されたことが十分に理解できているか、疑問点はないかなどを確認し、必要に応じて医療機関につなぐことが求められる。</u></p>	<p>(脚注)</p> <p><u><sup>14</sup> 対象者の選定基準の検討、受診勧奨の通知文作成または監修、生活習慣改善のための保健指導には専門職の関与が必要であるが、受診勧奨の手紙の送付等の作業は専門的知識を必要としないことから、非専門職が実施可能である。ただし、手紙の内容について専門的な知識を要する対応や、手紙だけで受診がつかない対象者への電話や面談等による受診勧奨については専門職が関わる必要があるため、保健指導としての位置づけ</u></p>	<p>(追加)</p>

## 糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
<p><sup>37</sup> 糖尿病連携手帳は、日本糖尿病協会が発行しているものであり、糖尿病・合併症関連の検査値が継続的に記入できるため、患者自身が医療－保健を連携する役割を果たし、本人同意のもとデータの共有が可能となる。</p> <p><b>8. 事業を円滑に進めるための留意点</b></p> <p><b>(1) ICTを活用した取組の実施</b></p> <p>○ <u>市町村等が行う受診勧奨や保健指導において、ICTを活用した介入（オンライン面接、アプリ活用等）が実施されることも考えられる。対面での面談が難しい青壮年期層では積極的な活用が望ましい。</u></p> <p>○ <u>遠隔面接による保健指導では、本人確認を確実に行うことやプライバシーが保たれるようにすること、保健指導の質の担保のための資料の工夫が必要である。アプリケーション等を用いた保健指導の際の個人情報の取扱い等に留意する必要がある。</u></p> <p>○ <u>ICTを活用した保健指導の実施に当たっての留意点の詳細は「標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）第3編第3章3-3 ICTを活用した保健指導とその留意事項」<sup>38</sup>並びに「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（第4版）」<sup>39</sup>を参照する。</u></p> <p>○ <u>また、保健指導が終了した後も、対象者が健康的な生活習慣を維持</u></p>	<p><u>が可能である。</u></p> <p><sup>15</sup> <u>本フローは市町村等直営実施の例示であり、この方法以外もありうる。関係者で協議の上、フローを整理することが重要である。</u></p> <p><sup>16</sup> <u>上記対応表中、ブルーが受診勧奨、オレンジが保健指導で、色の濃淡は支援の濃淡を表している。上記対応表については、例示であり、地域の社会資源や連携等の状況に応じた対応表の作成が必要である。</u></p> <p><sup>17</sup> 糖尿病連携手帳は、日本糖尿病協会が発行しているものであり、糖尿病・合併症関連の検査値が継続的に記入できるため、患者自身が医療－保健を連携する役割を果たし、本人同意のもとデータの共有が可能となる。</p>	<p>（新設）</p>

## 糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
<p><u>し、更なる改善に取り組めるよう、社会資源の活用等を行いながら、対象者に応じた継続的な支援を行うことが求められる。</u></p> <p>○ <u>ICTの利活用に慣れていない者を対象にICTを活用する場合は、ICTを活用する際の手順等について支援する機会を設定する等の工夫が必要である。</u></p> <p><b>（２）委託にて事業を実施する際の留意点</b></p> <p>○ <u>市町村等が直営で実施するか、事業者に委託して実施するかについては、市町村等のマンパワーを含めた体制状況、地域資源の状況等地域の実情を踏まえて、最も効果的・効率的と考えられる方法を選択する。委託して実施する場合は、以下のことに留意する。</u></p> <p>○ <u>市町村等の庁内体制の整備や関係機関との調整・連携、課題の分析、事業計画の作成、対象者の抽出基準の設定・実施する受診勧奨や保健指導の内容の決定、事業の評価・見直し等、事業の根幹に関わるものについては、委託する場合であっても、委託元自らが実施する。</u></p> <p>○ <u>民間事業者等に委託する場合には、受診勧奨や保健指導の質（実施内容に直接かかわる情報収集やアセスメントの質）及び地域の社会資源や地域特性の理解度等を確認したうえで事業者を選定する。委託に当たっては、事前に医師会等、地域の関係団体との間で、委託する内容等の方針について協議を行うことが望ましい。また、市町村等は事業の目的や理念を明確にし、委託する業務を検討する必要がある。そのうえで、委託する目的や目標、業務内容を委託先の事業者に明確に伝えることが重要である。</u></p> <p>○ <u>例えば、委託事業者が地域の医師会やかかりつけ医機能を有する医療機関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地域の医師会等と協議し、市町村等としての取組であ</u></p>		<p style="text-align: center;">（移動）</p>

糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
<p>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するとともに、委託事業者に任せきりにするのではなく市町村等において事業の詳細、進捗状況を把握し、<u>委託期間の終了時の評価以外にも定期的（月ごと、あるいは委託期間の中間時）に評価する等、全体のプロセスを管理し、事業全体の評価は委託元自らが実施することが重要である。</u></p> <p>○ <u>その他委託に当たっての留意点は「標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版） 第1編第1章1-5 健診・保健指導の外部委託」を参照する。</u></p> <p>（注釈）</p> <p><sup>38</sup> <a href="https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000194155_00004.html">https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000194155_00004.html</a></p> <p><sup>39</sup> <a href="https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/handbook_31132.html">https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/handbook_31132.html</a></p> <p><b>9. プログラムの評価</b></p> <p><b>（1）目的</b></p> <p>○ <u>事業評価を行う目的は、①計画時に設定した評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況を確認すること、②事業の効果や目標の達成状況等を踏まえ、より効果的・効率的に事業を展開するために取組内容や事業全体を見直すことである。</u></p> <p>○ <u>保険者は保有する健康・医療情報を活用し、被保険者を追跡し、評価するとともに、被保険者全体の変化について評価することが必要である。特に、市町村においては、国保から後期高齢者医療制度に移行する者について、広域連合とも連携し、切れ目なく支援を継続</u></p>	<p><b>9. プログラムの評価</b></p> <p><b>（1）目的</b></p> <p>○ <u>自治体において事業評価を行う目的は、①より効果的・効率的に事業を展開するために取組内容を振り返ること、②糖尿病性腎症重症化予防の最終目標は新規透析導入抑制であるため、短期・中長期的な評価を継続的に行うことである。</u></p> <p>○ <u>事業の実施状況の把握・分析結果に基づき、今後の事業の取組を見直すなどPDCAサイクルを回すことが重要である。</u></p> <p>○ <u>国保等の保険者は保有する健診データやレセプトデータ等を活用し、被保険者を透析導入まで追跡することが重要である。</u></p>	<p></p> <p>（変更）</p> <p>（削除）</p> <p>（変更）（追加）</p>

# 糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
<p>するとともに、国保と後期高齢者医療制度等の健康・医療情報と併せて分析し評価することが重要である。</p> <p>図表 14 糖尿病領域のロジックモデル<sup>40</sup></p> <p>（２）方法</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <u>計画策定時に設定した目標や評価指標、評価方法に基づいて、ストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカム</u>の視点で評価を行う。その成功要因、未達要因をストラクチャー、プロセス面から検討する。</li> <li>○ <u>市町村等においては、自らの事業及び支援について振り返り、次年度以降の事業計画に活用するため、受診勧奨や保健指導を実施した被保険者個々人の単位、もしくはその集団（図表15の事業参加者）で確認する短期的評価をしっかりと行うことが重要である。</u></li> <li>○ <u>アウトプット評価：抽出された対象者のうち、何人に受診勧奨や保健指導を実施できたかの評価を必ず行う。その際、自治体が絞り込んだ対象者に対する割合だけでなく、図表10で分類される各レベルの対象者における参加者の割合を把握する。</u></li> </ul>	<p>（２）方法</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○評価の方法として、ストラクチャー（構造）、プロセス（過程）、アウトプット（実施量）、アウトカム（効果）の視点を<u>用いた評価を活用することができる（図表11）。</u></li> </ul>	<p>（図表追加）</p> <p>（変更）</p> <p>（追加）</p> <p>（追加）</p>

## 糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
<p>○ <u>アウトカム評価：短期的評価指標と中長期的な評価指標を定める。</u>  <u>例えば、受診勧奨では、短期的指標として受診勧奨による医療機関受診の有無が重要である。そのうえで、1年後には治療の継続、HbA1cや血圧、腎障害の程度の変化、長期的には透析の導入抑制等が重要な指標となる。</u></p> <p>○ <u>対象者の抽出基準に該当した者（図表15のイ.対象者抽出基準該当者）のうち、受診勧奨や保健指導を実施した被保険者（図表15のエ.事業参加者）と、受診勧奨や保健指導を実施していない者（図表15のイ.対象者抽出基準該当者のうちエ.事業参加者を除いた者）でアウトカム評価指標を比較するとともに、被保険者全体（図表15のア.被保険者全体）における各種指標の変化の状況について、中長期的にどのように変化したかについて、確認を行うことが望ましい。</u></p> <p>○ <u>以下の点に留意することにより、より適切な評価につながる。</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ <u>アウトプット評価やアウトカム評価においては、属性（年齢、糖尿病性腎症病期等）ごとに詳細を把握する。</u></li> <li>・ <u>アウトカム評価においては、介入した集団について、事業参加前・事業参加後等各時点での平均値の変化だけでなく、一定の基準値を超えたものの割合（該当率）の変化を把握することが望ましい。</u></li> <li>・ <u>アウトプット評価やアウトカム評価においては、保険者内での経年比較を行うほか、都道府県内で他の保険者との比較を行うことが望ましい。その際、保険者間での平均年齢の差による影響を考慮するため、年齢調整を行うことが望ましい。</u></li> <li>・ <u>事業にかかる費用が十分な事業効果につながっているか、費用対効果の観点から考慮した評価を行うことが望ましい。</u></li> </ul>		<p>(追加)</p> <p>(追加)</p> <p>(追加)</p>



糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

[illegible]

# 糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄																														
<div>○ <u>アウトカム評価に当たり、保険者間比較のためには都道府県、保健所による分析が求められる。一市町村では十分な対象者数が確保できない等、効果評価が困難である場合は、保健所管轄地域の単位、都道府県単位等で統合して、対象者数を増やし分析する必要がある。</u></div> <div>○ <u>広域的な評価や、中長期的な評価を行うに当たっては、都道府県が国保連合会と協力して市町村や広域連合を支援することが必要である。また、都道府県や広域連合は、市町村の評価結果を確認することが求められる。</u></div> <div><u>（３）評価指標の例</u></div> <div>○ <u>以下に評価指標の例を示す。評価指標の設定に当たっては、保険者が策定するデータヘルス計画等、関係する計画の目標や評価指標等も踏まえて設定する。</u></div> <div><div>図表 16 市町村が設定する評価指標の例</div><div><div><div>【ストラクチャー評価】</div><div><ul style="list-style-type: none"><li>・実施体制の構築状況</li><li>・予算、マンパワー、教材の準備</li><li>・保健指導者への研修の実施状況</li><li>・運営マニュアル等の整備</li><li>・課題分析・事業評価のための健診・医療データの集約状況</li></ul></div></div><div><div>【プロセス評価】</div><div><ul style="list-style-type: none"><li>・目的に応じた対象者の設定状況</li><li>・対象者への声掛け・募集の方法</li><li>・課題分析結果に応じた方法での事業実施</li><li>・スケジュール調整の状況</li><li>・参加者に関する評価のためのデータ登録状況</li></ul></div></div><div><div>【アウトプット評価】</div><div><div>受診勧奨</div><div>・基準に基づいて抽出された対象者の数に対する各方法（はがき・電話・面談・訪問等）で受診勧奨を行った者の数の割合</div></div><div><div>保健指導</div><div><div>①各方法（保険者による抽出／医療機関からの紹介）で抽出された対象者の数</div><div>②保健指導への参加勧奨を行った者の数</div><div>③保健指導を開始した者の数</div><div>④保健指導を終了した者の数</div><div>並びに</div><div>①に対する②の割合、②に対する③の割合、③に対する④の割合、①に対する③の割合、①に対する④の割合</div></div></div></div><div><div>※保険者が設定する基準の該当者における値だけでなく、本プログラムの対象者抽出基準の該当者における値もあわせて確認する。</div><div>※単年度における介入実績だけでなく、複数年度の中での介入実績を把握することが望ましい。</div></div><div><div>【アウトカム評価】</div><table><tr><th></th><th></th><th>短期</th><th>中長期</th></tr><tr><td>受診勧奨</td><td>医療機関受診の有無、継続受診の状況</td><td>◎</td><td>○</td></tr><tr><td rowspan="5">保健指導</td><td>身体状況</td><td>◎</td><td>○</td></tr><tr><td>血糖・HbA1c、尿蛋白、eGFR、血圧</td><td>◎</td><td>○</td></tr><tr><td>体重・BMI、LDLコレステロール（またはnon-HDLコレステロール）、尿アルブミン、口腔機能</td><td>○</td><td>○</td></tr><tr><td>生活習慣</td><td>○</td><td>○</td></tr><tr><td>生活習慣改善意欲／食生活／運動習慣／飲酒／喫煙</td><td></td><td></td></tr><tr><td>治療状況</td><td>新規透析導入（うち糖尿病性腎症を原因とするもの）の状況、糖尿病の服薬状況</td><td></td><td>○</td></tr><tr><td>医療費</td><td>外来医療費、総医療費</td><td></td><td>○</td></tr></table><div>◎は必ず確認するべき指標、○は確認することが望まれる指標を示す。</div></div></div></div> <div><div></div><div></div><div>（新設）</div><div>（図表新設）</div></div>			短期	中長期	受診勧奨	医療機関受診の有無、継続受診の状況	◎	○	保健指導	身体状況	◎	○	血糖・HbA1c、尿蛋白、eGFR、血圧	◎	○	体重・BMI、LDLコレステロール（またはnon-HDLコレステロール）、尿アルブミン、口腔機能	○	○	生活習慣	○	○	生活習慣改善意欲／食生活／運動習慣／飲酒／喫煙			治療状況	新規透析導入（うち糖尿病性腎症を原因とするもの）の状況、糖尿病の服薬状況		○	医療費	外来医療費、総医療費		○
		短期	中長期																													
受診勧奨	医療機関受診の有無、継続受診の状況	◎	○																													
保健指導	身体状況	◎	○																													
	血糖・HbA1c、尿蛋白、eGFR、血圧	◎	○																													
	体重・BMI、LDLコレステロール（またはnon-HDLコレステロール）、尿アルブミン、口腔機能	○	○																													
	生活習慣	○	○																													
	生活習慣改善意欲／食生活／運動習慣／飲酒／喫煙																															
治療状況	新規透析導入（うち糖尿病性腎症を原因とするもの）の状況、糖尿病の服薬状況		○																													
医療費	外来医療費、総医療費		○																													

# 糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄														
<p>図表 17 都道府県・広域連合が設定する評価指標の例</p> <div> <div> <p>【ストラクチャー評価】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>管内の各保険者のストラクチャー評価の結果の把握</li> <li>医師会等関係機関との連絡・協力体制の整備状況</li> <li>管内市町村の支援体制の整備状況</li> </ul> </div> <div> <p>【プロセス評価】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>管内の各保険者のプロセス評価の結果の把握</li> <li>策定したプログラムについての医師会や医療機関、保険者等の関係機関への周知・啓発の状況</li> <li>関係者間での都道府県や各保険者の取組内容の共有の状況</li> <li>管内市町村への支援の実施状況</li> </ul> </div> </div> <p>【アウトプット評価】(受診勧奨・保健指導共通)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>管内の各保険者のアウトプット評価の結果の把握</li> <li>糖尿病性腎症重症化予防事業に取り組む管内市町村の数</li> <li>支援した管内市町村の数</li> </ul> <p>【アウトカム評価】</p> <table border="1"> <tr> <td>受診勧奨</td><td colspan="2">医療機関受診の有無、継続受診の状況</td></tr> <tr> <td rowspan="2">保健指導</td><td>身体状況</td><td>血糖・HbA1c、尿蛋白、eGFR、血圧</td></tr> <tr> <td></td><td>体重・BMI、LDLコレステロール(またはnon-HDLコレステロール)、尿アルブミン、口腔機能</td></tr> <tr> <td></td><td>治療状況</td><td>新規透析導入(うち糖尿病性腎症を原因とするもの)の状況、糖尿病の服薬状況</td></tr> <tr> <td>医療費</td><td colspan="2">外来医療費、総医療費</td></tr> </table> <p>上記に加え、管内の各保険者のアウトカム評価の結果を把握する。また、KDBシステム等を用いて、管内の保険者が介入した被保険者の状況を直接把握することが望ましい。</p>	受診勧奨	医療機関受診の有無、継続受診の状況		保健指導	身体状況	血糖・HbA1c、尿蛋白、eGFR、血圧		体重・BMI、LDLコレステロール(またはnon-HDLコレステロール)、尿アルブミン、口腔機能		治療状況	新規透析導入(うち糖尿病性腎症を原因とするもの)の状況、糖尿病の服薬状況	医療費	外来医療費、総医療費		<p>○一自治体の事業では十分な対象者数が確保できない等、効果評価が困難である場合は、医療圏や保健所管轄地域の単位、都道府県単位等で統合して、対象者数を増やし分析する必要がある。広域的な評価を行うに当たっては、都道府県（保健所を含む）が市町村や広域連合を支援することが望ましい。</p> <p>○事業から得られたデータを取りまとめ、内部での検討を行い、さらに専門家等の助言を得ながら事業の成果を分析する。分析結果については、地域全体の観点から、地域の関係者間で情報共有を図ることが求められる。</p> <p>○KDBでは事業対象者の抽出、事業対象者の経年的なデータ抽出、自治体全体のマクロ的な評価を行うことが可能であり、評価ツールとして活用することが有用である。</p> <p>○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</p>	<p>(図表新設)</p> <p>(削除)</p> <p>(削除)</p> <p>(削除)</p> <p>(削除)</p>
受診勧奨	医療機関受診の有無、継続受診の状況															
保健指導	身体状況	血糖・HbA1c、尿蛋白、eGFR、血圧														
		体重・BMI、LDLコレステロール(またはnon-HDLコレステロール)、尿アルブミン、口腔機能														
	治療状況	新規透析導入(うち糖尿病性腎症を原因とするもの)の状況、糖尿病の服薬状況														
医療費	外来医療費、総医療費															

# 糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄							
	<p>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。市町村の高齢者保健事業担当が行うのか、保険者である広域連合が行うのかなど、あらかじめ長期的追跡を見込んだ計画を立てておく。</p> <p>&lt;図表 11：自治体が行う事業評価（例）&gt;</p> <table><tr><td><p>【ストラクチャー評価】</p><ul style="list-style-type: none"><li>・実施体制が構築できたか</li><li>・課題分析結果に基づき、対象と目的、方法が決定できたか</li><li>・関係者間での理解が得られ、連携体制が構築できたか</li><li>・予算、マンパワー、教材の準備</li><li>・保健指導者の研修</li><li>・運営マニュアル等の整備</li><li>・健診・医療データの集約方法</li></ul><p>【プロセス評価】</p><ul style="list-style-type: none"><li>・スケジュール調整</li><li>・対象者の抽出、データ登録ができたか</li></ul></td><td><p>【アウトプット評価】</p><ul style="list-style-type: none"><li>・抽出された対象者の何％に受診勧奨、保健指導ができたか</li><li>・地区、性・年代別に偏りはないか</li></ul><p>【アウトカム評価】</p><ul style="list-style-type: none"><li>・受診につながった割合</li><li>・行動変容</li><li>・保健指導介入例のデータ変化（個人・集団）</li><li>・血圧、血糖（HbA1c）、脂質、体重</li><li>・喫煙、生活習慣</li><li>・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</li><li>・心血管イベントの発症</li><li>・服薬状況</li><li>・生活機能QOL等</li></ul><p>【費用対効果】</p><ul style="list-style-type: none"><li>・事業にかかる費用と効果</li></ul></td></tr></table> <table><tr><td>医療保険者としてのマクロ的評価（KDBの活用）</td></tr><tr><td>・新規透析導入患者</td></tr><tr><td>・糖尿病性腎症病期、未治療率</td></tr><tr><td>・HbA1c8.0%以上の未治療者</td></tr><tr><td>・健診受診率・医療費推移 等</td></tr></table> <p>（3）短期・中長期的な評価</p> <p>○保健事業は単年度ごとの事業評価も必要である一方、単年度では効果の見えづらい本事業においては、中長期的な視点をもった評価を行うことが重要である。</p> <p>○中長期的には、事業に参加した人と参加しなかった人を比較することにより、検査値や腎症病期、心血管イベントや合併症の発症、透析導入等に着目した評価を行う。</p> <p>○図表12は、糖尿病性腎症重症化予防事業のアウトカム評価の考え方を示している。</p>	<p>【ストラクチャー評価】</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・実施体制が構築できたか</li><li>・課題分析結果に基づき、対象と目的、方法が決定できたか</li><li>・関係者間での理解が得られ、連携体制が構築できたか</li><li>・予算、マンパワー、教材の準備</li><li>・保健指導者の研修</li><li>・運営マニュアル等の整備</li><li>・健診・医療データの集約方法</li></ul> <p>【プロセス評価】</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・スケジュール調整</li><li>・対象者の抽出、データ登録ができたか</li></ul>	<p>【アウトプット評価】</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・抽出された対象者の何％に受診勧奨、保健指導ができたか</li><li>・地区、性・年代別に偏りはないか</li></ul> <p>【アウトカム評価】</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・受診につながった割合</li><li>・行動変容</li><li>・保健指導介入例のデータ変化（個人・集団）</li><li>・血圧、血糖（HbA1c）、脂質、体重</li><li>・喫煙、生活習慣</li><li>・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</li><li>・心血管イベントの発症</li><li>・服薬状況</li><li>・生活機能QOL等</li></ul> <p>【費用対効果】</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・事業にかかる費用と効果</li></ul>	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	<p>（図表削除）</p> <p>（削除）</p>
<p>【ストラクチャー評価】</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・実施体制が構築できたか</li><li>・課題分析結果に基づき、対象と目的、方法が決定できたか</li><li>・関係者間での理解が得られ、連携体制が構築できたか</li><li>・予算、マンパワー、教材の準備</li><li>・保健指導者の研修</li><li>・運営マニュアル等の整備</li><li>・健診・医療データの集約方法</li></ul> <p>【プロセス評価】</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・スケジュール調整</li><li>・対象者の抽出、データ登録ができたか</li></ul>	<p>【アウトプット評価】</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・抽出された対象者の何％に受診勧奨、保健指導ができたか</li><li>・地区、性・年代別に偏りはないか</li></ul> <p>【アウトカム評価】</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・受診につながった割合</li><li>・行動変容</li><li>・保健指導介入例のデータ変化（個人・集団）</li><li>・血圧、血糖（HbA1c）、脂質、体重</li><li>・喫煙、生活習慣</li><li>・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</li><li>・心血管イベントの発症</li><li>・服薬状況</li><li>・生活機能QOL等</li></ul> <p>【費用対効果】</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・事業にかかる費用と効果</li></ul>								
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									

# 糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
<p>(4) <u>評価結果の活用</u></p> <p>○ 事業の分析結果、評価やそれに基づく改善方策等について関係者間で協議する。協議の結果、改善が必要な場合は、具体的な方策について関係者から助言を得ながら検討する。関係者に対し報告・共有することにより、対応策の改善や次年度に向けた事業内容の見直しにもつながる。</p> <p>(脚注)</p> <p><sup>40</sup> 健康日本21（第三次）の推進のための説明資料  <a href="https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/kenkounippon21_00006.html">https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/kenkounippon21_00006.html</a></p>	<p>&lt;図表12：糖尿病性腎症重症化予防事業のアウトカム評価の考え方（例）&gt;</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>&lt;短期的指標（前・3か月後・6か月後）&gt;</p> <p>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）</p> <p>&lt;1年後評価指標&gt;</p> <p>評価の構造を意識した分析</p> <p>（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</p> <p>参考資料：総医療費、外来医療費</p> <p>&lt;中長期的指標（2年～4年）&gt;</p> <p>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</p> <p>&lt;長期的指標：（5年～10年）&gt;</p> <p>レセプトによる受療状況、糖尿病性腎症による透析導入</p> </div> <p>(4) <u>改善点の明確化とその対応</u></p> <p>○事業の分析結果、評価やそれに基づく改善方策等について関係者間で協議の場を設ける。協議の結果、改善を要する点がある場合は、具体的な方策について助言を得ながら検討していくことが望ましい。関係者に対し報告・共有を行うことにより、対応策の改善ひいては次年度に向けた事業内容の見直しにもつながる。</p> <p>○対象者選定基準や保健指導方法、評価方法など、早期に修正した方がよいものはマニュアルに修正を加える。体制整備等ストラクチャーに係る見直しが生じた場合は、体制図の更新等を行うことも必要である。</p>	<p>(図表削除)</p> <p>(変更)</p> <p>(変更)</p> <p>(削除)</p>

## 糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
<p><b>10. 個人情報の取扱い</b></p> <p>○ 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、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別の個人情報<u>を扱うことになる。</u></p> <p>○ 特に、健康・医療情報は、一般的には、<u>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に<sup>41</sup>該当するため、他の個人情報よりも慎重に取り扱うべきである。</u></p> <p>○ <u>保険者においては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内等での利用、委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取扱いが確保されるよう措置を講じる。</u></p>	<p><b>10. 個人情報の取扱い</b></p> <p>○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、<u>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別の個人情報</u>が、<u>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。</u></p> <p>○特に、<u>健診データやレセプトデータ</u>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<sup>18</sup>に<u>該当し</u>、他の個人情報よりも慎重に取り扱う<u>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。</u></p> <p><b><u>（1）市町村及び広域連合における取扱い</u></b></p> <p><u>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。</u></p> <p><u>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）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<sup>19</sup>、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想定される目的内利用であると整理される。</u></p>	<p>(削除) (変更)</p> <p>(変更)</p> <p>(削除)</p> <p>(変更)</p> <p>(削除)</p>

## 糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
	<p><u>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<sup>20</sup>。</u></p> <p><u>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。</u></p> <p><b><u>（２）都道府県における取扱い</u></b></p> <p><u>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。</u></p> <p><u>また、管内保険者から情報提供を受けた都道府県は、当該都道府県が定める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。</u></p> <p><u>なお、国保の都道府県単位化に伴い、平成30年度から都道府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</u></p>	(削除)

## 糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
<p>○ <u>なお、個人情報の取り扱いについては、以下のガイドライン並びにガイダンス等を参照すること。</u></p> <p style="margin-left: 20px;">・<u>個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン（行政機関等編）（令和4年1月（令和5年12月一部改正）個人情報保護委員会）</u><sup>42</sup></p> <p style="margin-left: 20px;">・<u>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、令和5年3月一部改正、個人情報保護委員会 厚生労働省）</u><sup>43</sup></p> <p>○ <u>その他、「標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）第3編第3章3－3 ICTを活用した保健指導とその留意事項／第4編第3章3－4 個人情報の保護とデータの利用に関する方針」を参照のこと。</u></p>	<p><u>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。</u></p> <p><u>したがって、各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、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</u></p> <p><u>「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。</u></p> <p><b>（3）医療機関における取扱い</b></p> <p><u>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。</u></p> <p><u>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、市町村等有しない情報を活用するに当たっては、</u></p>	<p style="text-align: center;">（追加）</p> <p style="text-align: center;">（削除） （変更）</p>



## 糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
<p><u>(事業者)に委託する場合の対応)</u></p> <p><u>保険者が事業の実施の一部を事業者に委託する際に、委託業務の遂行のために健診結果やレセプトデータ等を当該事業者</u>に提供する場合には、<u>当該データの盗難・紛失等を防ぐための組織的、人的、物理的、技術的な安全管理措置及び外的環境の把握等に留意して委託仕様等を作成するとともに、委託先において当該個人データの安全管理措置等が適切に講じられるよう、保険者が必要かつ適切な管理、監督をするなど、個人情報の管理について万全の対策を講じる。</u></p> <p>(脚注)</p> <p><sup>41</sup>「本人の人種、信条、社会的身分、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)</p> <p><sup>42</sup> <a href="https://www.ppc.go.jp/personalinfo/legal/">https://www.ppc.go.jp/personalinfo/legal/</a></p> <p><sup>43</sup> <a href="https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000027272.html">https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000027272.html</a></p>	<p><u>あらかじめ当該患者の本人同意が必要である<sup>21</sup>等、個人情報保護法やガイドランスに従って、適切に取り扱う必要がある。</u></p> <p><b><u>(4) 外部委託事業者における取扱い</u></b></p> <p><u>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。</u></p> <p><u>個人情報を取り扱う事業者には、個人情報保護法やガイドランスに基づき、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。</u></p> <p>(脚注)</p> <p><sup>18</sup>「本人の人種、信条、社会的身分、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)</p> <p><sup>19</sup>「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)</p>	<p>(変更)</p>

## 糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧	備考欄
	<p><u><sup>20</sup>「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）</u></p> <p><u><sup>21</sup> 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。</u></p>	