

「熊本県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」新旧対照表

改訂後	現行	備考
<p>1 目的</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り、糖尿病性腎症重症化予防においても青壮年期からの継続した取組が必要である。</u></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未受診者・治療中断者を適切な受診勧奨によって医療に結びつけるとともに、糖尿病で通院する患者のうち、腎症が重症化するリスクの高い者に対して、医療機関と連携した保健指導等を行い、人工透析等への移行を防止することを目的とする。</p> <p>なお、本プログラムは、熊本県医師会、熊本県糖尿病対策推進会議、熊本県保険者協議会及び熊本県の四者で策定し、対策の実施が容易となるような基本的な考え方を示すものであり、地域・職域の実情に応じ柔軟に対応が可能であり、既に行われている取組を尊重するものである。</p> <p>(略)</p> <p>3 プログラム対象者選定の考え方</p> <p>本プログラムが推奨する基準は下記のとおりとする(健診データ、レセプトデータ等から抽出)。ただし、地域・職域の実情に応じて市町村・保険者が個別に定めることができるものとする。</p> <p>(1)健診を受診した者のうち医療機関未受診者</p> <p>①別添1(P5)のフローチャートの3つの条件(A・B・C)すべてに該当する者</p>	<p>1 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未受診者・治療中断者を適切な受診勧奨によって医療に結びつけるとともに、糖尿病で通院する患者のうち、腎症が重症化するリスクの高い者に対して、医療機関と連携した保健指導等を行い、人工透析等への移行を防止することを目的とする。</p> <p>なお、本プログラムは、熊本県医師会、熊本県糖尿病対策推進会議、熊本県保険者協議会及び熊本県の四者で策定し、対策の実施が容易となるような基本的な考え方を示すものであり、地域・職域の実情に応じ柔軟に対応が可能であり、既に行われている取組を尊重するものである。</p> <p>(略)</p> <p>3 プログラム対象者選定の考え方</p> <p>本プログラムが推奨する基準は下記のとおりとする(健診データ、レセプトデータ等から抽出)。ただし、地域・職域の実情に応じて市町村・保険者が個別に定めることができるものとする。</p> <p>(1)健診を受診した者のうち医療機関未受診者</p> <p>①別添1(P5)のフローチャートの3つの条件(A・B・C)すべてに該当する者</p>	<p>(追加)</p>

改訂後	現行	備考
<p>(早期に積極的に受診勧奨が必要な者)</p> <p>②①以外であっても別添1を参考に、健診結果より受診勧奨が必要な者</p> <p>(2)糖尿病治療中断者 通院中の患者で最終の受診日から6ヵ月経過しても受診した記録がない者</p> <p>(3)重症化するリスクの高い者 健診データ、本人・医療機関からの情報提供により、糖尿病治療中で血糖コントロール目標を達成できていない者や尿アルブミン、尿たんぱく、eGFR等により腎症と診断された者及び腎症が疑われる者。</p> <p><u>※(2)、(3)については、健診受診の有無に関わらず対象とする。</u></p> <p>4 対象者への介入方法</p> <p>(1)健診を受診した者のうち医療機関未受診者、糖尿病治療中断者に対する受診勧奨、保健指導 原則、①個別面談 ②電話 ③文書の郵送にて受診勧奨、保健指導を実施するが、専門職(保健師、管理栄養士等)による個別面談や訪問にて受診勧奨、保健指導することが望ましい。 健診を受診した者のうち医療機関未受診者や中断者について受診勧奨を実施する場合は、別添1のフローチャートを参考に糖尿病連携医等に紹介し、適切な医療に結びつけることが望ましい。 ※別添2(P7)の「軽症糖尿病、境界型の取扱いの基本指針(熊本県版)」「軽症糖尿病および境界型の診断・管理のためのフローチャート(熊本県版)」²参考</p>	<p>(早期に積極的に受診勧奨が必要な者)</p> <p>②①以外であっても別添1を参考に、健診結果より受診勧奨が必要な者</p> <p>(2)糖尿病治療中断者 通院中の患者で最終の受診日から6ヵ月経過しても受診した記録がない者</p> <p>(3)重症化するリスクの高い者 健診データ、本人・医療機関からの情報提供により、糖尿病治療中で血糖コントロール目標を達成できていない者や尿アルブミン、尿たんぱく、eGFR等により腎症と診断された者及び腎症が疑われる者。</p> <p>4 対象者への介入方法</p> <p>(1)健診を受診した者のうち医療機関未受診者、糖尿病治療中断者に対する受診勧奨、保健指導 原則、①個別面談 ②電話 ③文書の郵送にて受診勧奨、保健指導を実施するが、専門職(保健師、管理栄養士等)による個別面談や訪問にて受診勧奨、保健指導することが望ましい。 健診を受診した者のうち医療機関未受診者や中断者について受診勧奨を実施する場合は、別添1のフローチャートを参考に糖尿病連携医等に紹介し、適切な医療に結びつけることが望ましい。 ※別添2(P7)の「軽症糖尿病、境界型の取扱いの基本指針(熊本県版)」「軽症糖尿病および境界型の診断・管理のためのフローチャート(熊本県版)」²参考</p>	<p>(追加)</p>

改訂後	現行	備考
<p>² 軽症糖尿病、境界型患者の診療について、県内で適正化、均一化を図るために、平成 23 年度に熊本県糖尿病対策推進会議・熊本県・熊本県医師会・熊本県歯科医師会・糖尿病協会熊本支部・熊本県栄養士会・日本糖尿病学会・<u>熊本大学病院</u>で作成したもの。</p> <p>(略)</p> <p>6 プログラムの評価</p> <p>実施したプログラムの評価としては、ストラクチャー(構造)、プロセス(過程)、アウトプット(事業実施量)、アウトカム(結果)の各段階を意識した評価を行う必要がある。</p> <p><u>なお</u>、中長期的な費用対効果の観点からの評価も行う必要がある。</p> <p><u>また、以下に評価指標の例を示す。評価に当たっては、保険者が策定するデータヘルス計画等の評価指標も踏まえて実施する。</u></p> <p>【評価指標の例】</p> <p>(アウトプット)</p> <p>①プログラム対象者数、そのうち個別に働きかけた数</p> <p>②かかりつけ医等と連携した対応を行った数</p> <p>(アウトカム)</p> <p>①糖尿病性腎症病期分類のステージの維持・改善・悪化の数</p> <p>②新規人工透析導入患者数(糖尿病性腎症患者数)の<u>年度毎</u>の推移</p>	<p>² 軽症糖尿病、境界型患者の診療について、県内で適正化、均一化を図るために、平成 23 年度に熊本県糖尿病対策推進会議・熊本県・熊本県医師会・熊本県歯科医師会・糖尿病協会熊本支部・熊本県栄養士会・日本糖尿病学会・<u>熊本大学医学部付属病院</u>で作成したもの。</p> <p>(略)</p> <p>6 プログラムの評価</p> <p>実施したプログラムの評価としては、ストラクチャー(構造)、プロセス(過程)、アウトプット(事業実施量)、アウトカム(結果)の各段階を意識した評価を行う必要がある。</p> <p><u>また</u>、中長期的な費用対効果の観点からの評価も行う必要がある。</p> <p>【評価指標の例】</p> <p>(アウトプット)</p> <p>①プログラム対象者数、そのうち個別に働きかけた数</p> <p>②かかりつけ医等と連携した対応を行った数</p> <p>(アウトカム)</p> <p>①糖尿病性腎症病期分類のステージの維持・改善・悪化の数</p> <p>②新規人工透析導入患者数(糖尿病性腎症患者数)の推移</p>	<p>(変更)</p> <p>(変更)</p> <p>(追加)</p> <p>(追加)</p>

