

最終案 該当 ページ	該当章等	意見の要旨	プログラムへの反映、具体的な対応
P1	1章 1 はじめに	「(1)富山県における糖尿病性腎症の現状」について 「※糖尿病性腎症の現状は別冊資料を参照」と記載されているが、参照先を記載してはどうか。	・富山県公式HP上に「富山県の糖尿病性腎症の現状」のページを新設し、随時最新データに更新する予定である。 ・当該箇所がわかるように、「富山県における糖尿病性腎症の現状は、富山県公式HP『富山県の糖尿病対策について』を参照」と記載する。
P3	1章 2 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの考え方	「(3)年齢層を考慮した取組の推進② 高齢者に対する取組」について ・国プログラムでは「老年症候群(低栄養、転倒・骨折、誤嚥性肺炎)等」と記載されている。括弧内の記載内容は重要であるため、省略せずに記載してはどうか。	・国プログラム同様、「老年症候群(低栄養、転倒・骨折、誤嚥性肺炎)等」と記載する。
P3		「(3)年齢層を考慮した取組の推進② 高齢者に対する取組」について ・後期高齢者の特性を踏まえた取組が重要と考えるため、後期高齢者の特性を明記してはどうか。	・国プログラム同様、後期高齢者の特性を記載する。
P4	2章 1 実施にあたっての考え方	「(2)富山県糖尿病性腎症重症化予防プログラムの考え方 囲み枠内①～④」について ・国の条件に対応するよう、県の条件を記載してはどうか。	・国の条件に対応するように、県の条件を記載する。
P6	2章 2 対象者の抽出と介入方法の基本的考え方	「(3)対象者の抽出基準(推奨基準)① 健診受診者(図1のA+B+C)」について ・「ただし、保険者においては、年齢や治療状況、保健事業における資源(予算、マンパワー、業務委託の有無等)を勘案し、地域の実情に応じて対象者基準を選定することとする。」との記載は、抽出基準における前提事項と考えられるため、「①健診受診者」の前に記載してはどうか。	・「①健診受診者」の前に記載する。
P8		「(3)対象者の抽出基準(推奨基準)②健診未受診者(図1のD+E)」について ・医療機関に通院中のため長期間にわたり健診を受診していないという患者が一定数見受けられ、健診受診率向上の妨げとなっていると考えられる。健診の受診勧奨について、糖尿病治療中であっても、医師会・郡市医師会、保険者等から働きかける旨を記載してはどうか。	・「糖尿病治療中の者であっても、健診受診の意義について、県医師会・郡市医師会、保険者等からも積極的に働きかけを行うことが重要である。」と記載する。
P10		「(4)介入方法①受診勧奨」について ・「腎障害の有無にかかわらず、HbA1c6.5%以上の者のうち、高血圧受診中で、糖尿病未治療者に対しては、かかりつけ医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。」と記載されている。しかし、高血圧受診中の患者は、主治医が「検査・服薬が不要」と判断している場合も多い。その場合、主治医からの指示がない状況で再受診・再検査を勧めることは、患者の負担となる可能性があり、対応への難しさを感じている。	・国プログラムの改訂内容に準拠して県プログラムを改訂している。「対象者の抽出基準や介入方法」は推奨基準として示している。そのため、実際の運用では、地域の実情や各保険者の判断に基づき、対象者や医療機関との関係性にも配慮しながら、実施いただきたい。
P12		「(4)介入方法①受診勧奨 <受診勧奨レベルごとの取組例>」について ・国のプログラムでは、該当箇所に「※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、レセプトデータの確認等により受診状況を確認することが必要である。」と記載されている。重要な内容と考えるため、記載してはどうか。	・国プログラムと同様、記載する。

P13	2章 2 対象者の抽出と介入方法の基本的考え方	「(4)介入方法②保健指導」について 「○専門職が対象者と対面・電話等により接点を持ちながら、状態に応じた予防、管理の考え方を踏まえて生活改善の指導を行う。」との記載があるが、考え方を踏まえた実施が重要であると考え ため、「専門職は、状態に応じた予防・管理の考え方を踏まえて、対象者に応じた～」と記載する 順番を入れ替えてはどうか。	・「保健指導を行う専門職は、状態に応じた予防、管理の考え方を踏まえた上で、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。」と記載する。
P13・P26		「(4)介入方法②保健指導」について ・「医療機関は、『通院中で生活指導が必要な患者』や『糖尿病であって寝たきりや認知症等の要援 護の患者』あるいは『医療保険者が実施する相談等を希望する患者』に対し保健指導が必要と判断 した場合、患者が加入している医療保険者に依頼することができる(参考様式3)。」と記載されてい る。 ・寝たきりや要援護の患者の支援については、4章1(8)「在宅で療養する高齢の糖尿病患者への 訪問看護では、かかりつけ医等と連携し、血糖コントロールに必要な支援を行う。」と記載があり、こ ちらに含まれるのではないかと。 ・また、今までのプログラムには記載されていなかった内容だと思うが、今後の体制づくりの参考と するため、この文章が記載された背景を教えてください。	・P13及びP26の内容は、これまでの県プログラムにも記載していた内容であるが、国プロ グラムに合わせて記載箇所を変更した。 ・これまでと同様に、必要に応じて医療機関から保険者へ保健指導を依頼できるというも のである。よりわかりやすくするために対象者の例として記載していた箇所を削除し、「医 療機関は、保健指導が必要と判断した場合、患者が加入している保険者に依頼すること ができる(参考様式3)」と変更する。
P13		「(4)介入方法②保健指導」について 「糖尿病性腎症第3期と想定される者を優先的に保健指導の対象者とする。詳細な抽出基準や優 先順位については、保険者が健診データ及びレセプト等から対象者を抽出したうえで、医師会と保 険者等で十分な協議を行う」について、「②保健指導」の冒頭に移動してはどうか。	・左記の内容を「②保健指導」の冒頭に記載する。
P15	2章 3 後期高齢者医療 の対象者の抽出と実 施方法	「(1)抽出基準」について ・「富山県高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業実施要領」には共通指標に加え、糖尿 病性腎症への対応(オリジナル基準)が記載されている。糖尿病性腎症重症化予防プログラムにも 同様に記載してはどうか。	・左記要領は県プログラムより頻繁な更新が見込まれるが、プログラム側の随時更新は難 しいため、国の基準のみ記載する。
P16	2章 4 プログラムの評価	「(2)方法」について ・記載内容は市町村が対応すべき項目と思われるので、市町村が実施する事項と記載してはど うか。	・「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、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、切れ目なく事業評価を行う。」については、市町 村のみに該当する内容であるが、その他は市町村・県等に共通した内容であるため、この ままの記載とする。
P16・P17		「図表6【アウトカム評価】身体状況」について ・「血糖・HbA1c、尿蛋白、eGFR、血圧」は、初回・最終、初回・健診結果など、どの時点での値を評 価するのが適切か。	・「FBRツールを活用した糖尿病性腎症重症化予防マニュアル」を参考に、各保険者での 実情に応じて、評価時期の設定をお願いしたい。また、その旨をP16に記載する。 【参考】 「FBRツールを活用した糖尿病性腎症重症化予防マニュアル」P31 ・アウトカム評価(～1年後): 翌年健診結果等での検査値変化 ・アウトカム評価(中長期的): 経年的な検査値の状況 ・アウトカム評価(マクロ的): 血糖や血圧コントロール不良者の割合
P16		・「FBR作成ツール」の活用は今後必須となるか。	・「FBR作成ツール」の活用は必須ではなく、各保険者の実情に応じて活用いただきたい。 また、P16に「『FBR作成ツールを活用した糖尿病性腎症重症化予防マニュアル』等を参考 に、FBRツールの活用も含め、各保険者の実情に応じた評価方法を検討する。」と記載す る。

P21		「(1)かかりつけ医と専門医の連携の必要性について」 ・旧プログラムに記載されていた「糖尿病ネットワークのイメージ図」を記載いただきたい。	・旧プログラムの図は使用しないが、「かかりつけ医から専門医への紹介時の視点」は重要と考えるため、最終案の図中に追記する。
P20	3章 1 糖尿病の重症化 予防における連携 体制について	「(2)かかりつけ医と専門医との医療連携のめやす」について ・眼科医、歯科医への紹介を盛り込むのであれば、参考資料として紹介の目安についても記載いただきたい。	・「④眼科医への紹介」および「⑤歯科医への紹介」いずれとも、「定期的、継続的(少なくとも年1回)の受診を勧奨する」旨記載したい。
P20		・眼科や歯科との連携に関する内容が多く盛り込まれたことから、研修会などで糖尿病と歯周疾患や眼疾患との関係について学べる機会があるとよい。	・R8年度以降の糖尿病性腎症重症化予防セミナーの内容として検討したい。
P21・P24	3章 2 医療保険者と医療等との連携について	・医師会・専門医のみでなくかかりつけ医にも本プログラム等の取組を認識いただき連携が十分保持できるよう、「4章1(3)市町村等の取組に対する協力」の内容を「3章2医療保険者と医療等との連携について」にも明記してほしい。	・P21に記載の図7「糖尿病性腎症重症化予防のための保険者と医療の連携イメージ」中にかかりつけ医を位置づけている。 ・また、P24の「富山県医師会・郡市医師会の役割」はかかりつけ医も含めた役割を想定しているため、「県医師会・郡市医師会等の役割」に変更する。 ・なお、県医師会に委託している「糖尿病重症化予防かかりつけ医研修会」等の場を活用し、プログラムの周知と協力依頼を行うとともに、保険者とかかりつけ医の連携強化に取り組みたい。
P22	3章 3 関係機関等との連携体制	「2関係機関等との連携体制」について ・3章の3として位置付け、P21「2医療保険者と医療等の連携について」に続けて記載してはどうか。	・3章の3として、記載する。
P23	4章 1 関係機関の役割	「(1)市町村の役割 ○庁内体制の整備」について ・国プログラムに記載されている「・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つながることから、自治体全体の問題として扱うことが重要である。」と県プログラムにも記載いただきたい。	・国プログラムと同様、記載する。
P23・P25		「(1)市町村の役割 ○地域における課題分析と情報共有」について ・「保健医療等に関する資源の実態(糖尿病透析予防指導管理料、糖尿病合併症 管理料算定患者数、糖尿病専門医、糖尿病看護認定看護師、糖尿病療養指導士数などの社会的人材的資源、かかりつけ医と専門医療機関との連携体制の状況など)を明らかにする。」の記載について、市町村ではなく県の役割ではないか。	・県の役割については、「保健医療に関する資源の実態等を把握」と記載する。 ・P25市町村の役割については、各市町村においても地域の医療資源等の実態把握は重要であると考えため、国プログラムと同様に、「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)を明らかにすることも重要である。」と記載する。
P24		「(1)市町村の役割 ○他の保険者の保健事業との連携」について ・保健指導を行う際に、保険者の変更により年度途中で保健指導が打ち切りとなったり、引継ぎが必要となったりする場合があります。対象者・保健指導者の思いに反して、保健指導の継続が困難となる場合がある。保険者変更時における保健指導の方針や引き継ぎ方法等について、統一的な対応があるとよい。	・現在、特定健診における保険者の変更に伴う引き継ぎ等への対応について、国から具体的な指針等が示されていない。個々の事例によって状況が大きく異なり、また保険者ごとに記録様式が統一されていないことから、一律の方針や手順を示すことは難しい。現時点においては、保険者間でその都度協議を行い、適切な引き継ぎ方法をご検討いただきたい。
P34	資料 3 関係機関との連携様式	参考様式2「保健から医療への保健指導実施確認書」について ・独自で変更する場合、どの範囲まで変更可能か。 ・保健指導の依頼については、患者本人の同意を得た上、依頼してほしい。また、依頼を行わない場合には、その理由を共有いただきたい。理由が明らかとなれば、毎年同一の対象者へ繰り返し案内することを避けるなど、適切な対応につなげることが可能である。	・本様式は、参考として示しているものであり、市町村の事業内容等に応じて自由に変更、または別の様式をご使用いただくことも可能である。なお、使用する様式は郡市医師会ともご相談の上、決定いただきたい。 ・保健指導を依頼する場合には、患者が同意した日付を記載し、保健指導を依頼しない場合には、その理由を記載するよう参考様式を変更する。
P41	資料	「市町村糖尿病保健指導窓口一覧」について ・窓口一覧の今後の活用方法について伺いたい(マニュアル掲載や医師会に配布予定の有無)	・県プログラムを県HPに掲載し、県医師会、郡市医師会等の関係機関へも広く配布予定。
P42	4 県内糖尿病対策事業窓口	「市町村糖尿病保健指導窓口一覧」について ・「糖尿病対策事業窓口」とし、市町村のみではなく、厚生センター、健康課、国保連、広域連合も追加してはどうか。	・記載する。
P45	資料 5 糖尿病対策事業評価指標	1章2(2)で事業評価をすると明言しているため、県プログラムでのアウトカムの目標値が必要ではないか。	・富山県医療計画における数値目標を記載する。