

青森市糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧																		
<p>1 目的（略）</p> <p>2 対象者及び対象者の抽出基準 対象者は、国民健康保険特定健康診査（以下、「特定健診」という。）データ及び診療報酬明細書（以下、「レセプト」という。）データから、以下の基準で抽出する。（本プログラムでは、2型糖尿病を対象とする。）</p> <table border="1" data-bbox="201 571 1093 746"> <thead> <tr> <th></th> <th>対象者</th> <th>対象者の抽出基準</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>対象者A～D（略）</td> <td>（略）</td> </tr> </tbody> </table> <p><u>後期高齢者医療制度被保険者</u></p> <table border="1" data-bbox="201 813 1093 1013"> <thead> <tr> <th></th> <th>対象者</th> <th>対象者の抽出基準</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>治療中断者</td> <td><u>過去に糖尿病治療歴があり、治療放置と思われる者</u></td> <td><u>レセプトに傷病名「糖尿病」の記載がある者で、受診頻度が等間隔（1～6か月）だった者が受診しなくなった者</u></td> </tr> </tbody> </table> <p>3 各対象者への受診勧奨・保健指導の流れ</p> <p>(1) ～ (2)（略）</p> <p>(3) 治療中の者Dに対する保健指導の流れ</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 治療継続において、医師が食生活や喫煙等生活習慣改善の指導が必要と認めた者で、本人の了解が得られた者について、医療機関から市へ電話連絡を行う。 ② 市が医療機関から、【様式2】により情報提供を受ける。 		対象者	対象者の抽出基準		対象者A～D（略）	（略）		対象者	対象者の抽出基準	治療中断者	<u>過去に糖尿病治療歴があり、治療放置と思われる者</u>	<u>レセプトに傷病名「糖尿病」の記載がある者で、受診頻度が等間隔（1～6か月）だった者が受診しなくなった者</u>	<p>1 目的（略）</p> <p>2 対象者及び対象者の抽出基準 対象者は、国民健康保険特定健康診査（以下、「特定健診」という。）データ及び診療報酬明細書（以下、「レセプト」という。）データから、以下の基準で抽出する。（本プログラムでは、2型糖尿病を対象とする。）</p> <table border="1" data-bbox="1198 571 2089 746"> <thead> <tr> <th></th> <th>対象者</th> <th>対象者の抽出基準</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>対象者A～D（略）</td> <td>（略）</td> </tr> </tbody> </table> <p>3 各対象者への受診勧奨・保健指導の流れ</p> <p>(1) ～ (2)（略）</p> <p>(3) 治療中の者Dに対する保健指導の流れ</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 治療継続において、医師が食生活や喫煙等生活習慣改善の指導が必要と認めた者で、本人の了解が得られた者について、医療機関から市へ電話連絡を行う。 ② 市が医療機関から、【様式2】により情報提供を受ける。 		対象者	対象者の抽出基準		対象者A～D（略）	（略）
	対象者	対象者の抽出基準																	
	対象者A～D（略）	（略）																	
	対象者	対象者の抽出基準																	
治療中断者	<u>過去に糖尿病治療歴があり、治療放置と思われる者</u>	<u>レセプトに傷病名「糖尿病」の記載がある者で、受診頻度が等間隔（1～6か月）だった者が受診しなくなった者</u>																	
	対象者	対象者の抽出基準																	
	対象者A～D（略）	（略）																	

③ 市は、【様式2】の医師の指示に基づき、対象者へ必要な保健指を実施し、その内容について糖尿病連携手帳に記載し、本人を通じて医療機関へ情報提供する。

※後期高齢者については、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」において、本プログラムのC、Dの流れに準じ、【様式1】【様式2】を活用する。実施にあたっては、国保医療年金課等関係課と十分に連携をとるものとする。

4 取組にあたっての関係者の役割

(1) 市の役割

① 市は、特定健診データやレセプトデータ等の分析から、被保険者の健康課題等を分析し、地域の実情に応じた対策を立案する。

② 「青森市糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に基づいた受診勧奨・保健指導を行う保健師等の指導技術の質の維持・向上を図るため、保健指導従事者のマニュアルを作成し、必要に応じ、保健指導技術に関する学習会等を行う。

③市は、健康づくり推進課、国保医療年金課（高齢者医療担当を含む）、浪岡振興部健康福祉課等関係課の担当者による市内連携体制を整え、取組の意義について共通認識を持って実施する。

④市は、取組の進捗を管理し、当該プログラムの実践をPDCAサイクルにより展開していくため、青森市国保データヘルス計画の糖尿病対策に基づき、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）の各段階についての評価目標を設定し、上半期・下半期ごとに各段階について評価する。

⑤ 市の評価結果は、市医師会・専門医・市により構成する「青森市糖尿病重症化予防プログラム推進委員会」評価会へ報告する。

5 プログラムの評価（略）

6 青森県及び関係機関等との連携

本プログラムの推進にあたっては、「青森県糖尿病性腎症重症化予防プログラム（平成30年1月18日策定、令和4年3月24日改定）」も参考とし、青森県や青森県糖尿病対策推進会議、全国健康保険協会青森支部、青森県後期高齢者医療広域連合等とも取組状況について情報共有を図るなど、連携を図りながら進めるものとする。

③ 市は、【様式2】の医師の指示に基づき、対象者へ必要な保健指を実施し、その内容について糖尿病連携手帳に記載し、本人を通じて医療機関へ情報提供する。

4 取組にあたっての関係者の役割

(1) 市の役割

① 市は、特定健診データやレセプトデータ等の分析から、被保険者の健康課題等を分析し、地域の実情に応じた対策を立案する。

② 「青森市糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に基づいた受診勧奨・保健指導を行う保健師等の指導技術の質の維持・向上を図るため、保健指導従事者のマニュアルを作成し、必要に応じ、保健指導技術に関する学習会等を行う。

③市は、取組の進捗を管理し、当該プログラムの実践をPDCAサイクルにより展開していくため、青森市国保データヘルス計画の糖尿病対策に基づき、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）の各段階についての評価目標を設定し、上半期・下半期ごとに各段階について評価する。

④ 市の評価結果は、市医師会・専門医・市により構成する「青森市糖尿病重症化予防プログラム推進委員会」評価会へ報告する。

5 プログラムの評価（略）

6 青森県及び関係機関等との連携

本プログラムの推進にあたっては、「青森県糖尿病性腎症重症化予防プログラム（平成30年1月18日策定、_____）」も参考とし、青森県や青森県糖尿病対策推進会議、全国健康保険協会青森支部、_____等とも取組状況について情報共有を図るなど、連携を図りながら進めるものとする。

7 円滑な事業の実施に向けて

本プログラムに記載のない事項については、国の「糖尿病性腎症重症化予防プログラム（平成 28 年 4 月 20 日策定、平成 31 年 4 月 25 日改定）」を参考とする。

また、本プログラムの取組状況を「青森市糖尿病重症化予防プログラム推進委員会」評価会で評価・検証しながら、より効果的な取組に向け、必要に応じプログラムの改善、見直しを行うものとする。

7 円滑な事業の実施に向けて

本プログラムに記載のない事項については、国の「糖尿病性腎症重症化予防プログラム（平成 28 年 4 月 20 日策定、_____）」を参考とする。

また、本プログラムの取組状況を「青森市糖尿病重症化予防プログラム推進委員会」評価会で評価・検証しながら、より効果的な取組に向け、必要に応じプログラムの改善、見直しを行うものとする。