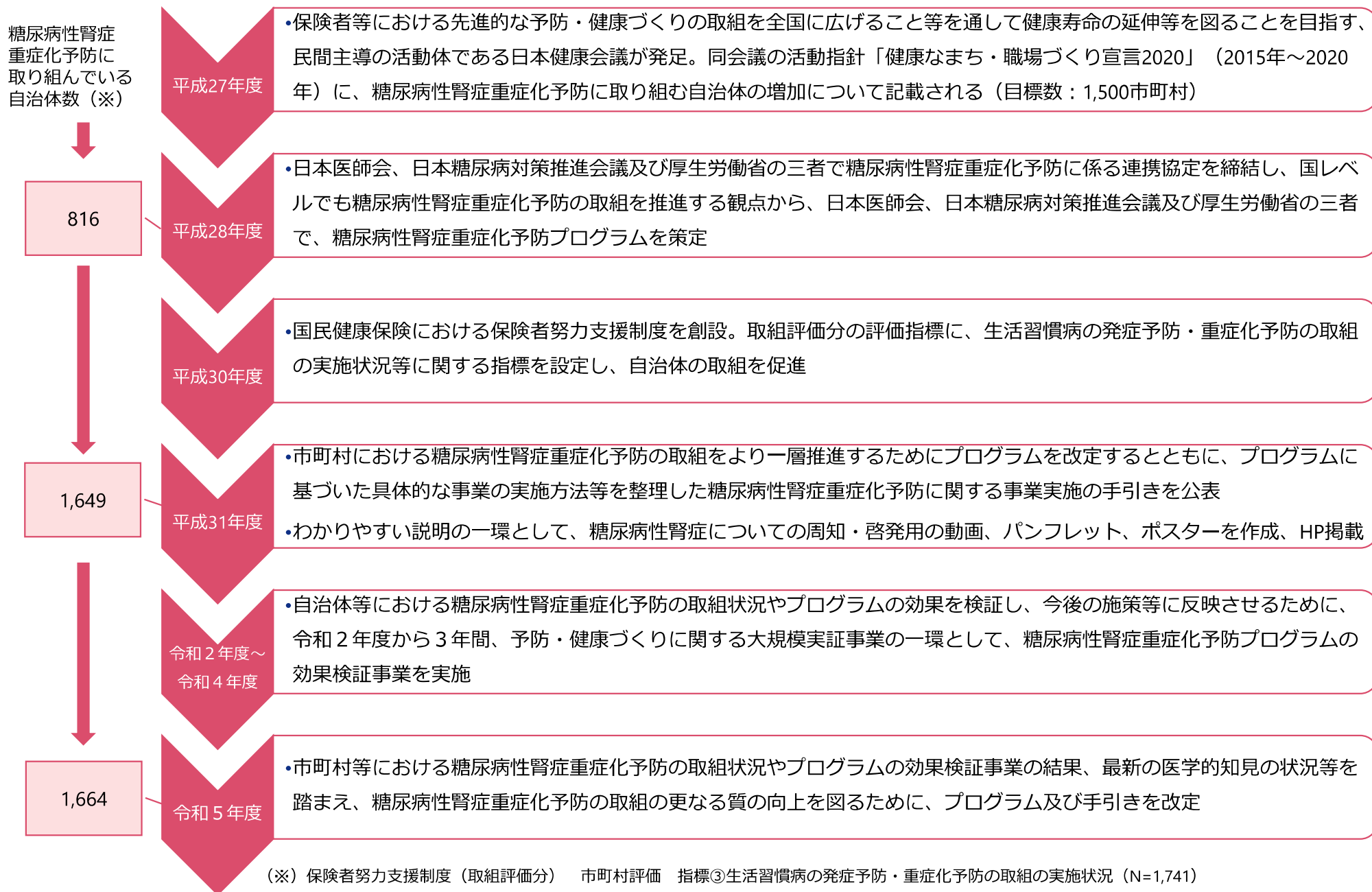


糖尿病性腎症重症化予防の取組の経緯について



糖尿病性腎症重症化予防プログラムについて（平成28年4月20日策定。令和6年3月28日改定）

1. はじめに

- **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）**の糖尿病分野の取組では、「**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。
- 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。

2. 基本的考え方

- ライフコースアプローチの観点を踏まえ、対象者の**年齢層（青壮年層、高齢者）に応じた取組を実施し**、重症化リスクの高い**医療機関未受診者等に対する受診勧奨・保健指導**を行い治療につなげるとともに、**通院患者のうち重症化リスクの高い者に対して**主治医の判断で対象者を選定して**保健指導を行い、人工透析等への移行を防止し、健康寿命の延伸を図る**。その際、**糖尿病対策や慢性腎臓病（CKD）対策と連携**して行う。
- 歯周病と血糖コントロールの関係を踏まえ、口腔衛生の指導や歯周病の未治療者に対しての継続的な歯科受診を勧奨
- 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、定期的かつ継続的な眼科受診を勧奨

3. 関係者の役割

- (市町村)
 - **庁内体制の整備・課題の分析と情報共有・対策の立案・対策の実施・実施状況の評価・人材確保と育成・他の保険者の保健事業との連携**
- (都道府県)
 - 庁内体制を整備、都道府県レベルで**医師会や糖尿病対策推進会議等と取組状況の対応策等について議論**、保険者協議会の場を活用し、被用者保険や広域連合との連携、広域的なデータ分析、**保健所を活用した市町村の事業実施状況の取組支援**
- (広域連合)
 - 後期高齢者医療制度と国保の保健事業が**一体的に実施されるよう調整するなど、市町村との連携が不可欠**
 - 広域連合からの委託等により**市町村が保健指導を実施する際は、双方が主体的に取組を行う体制構築に努める**
- (地域における医師会、医療関係団体等)
 - **会員等に対して、国・都道府県における動向等や市町村の取組を周知し、求めに応じて助言する等必要な協力**を行う
 - 医科歯科連携の仕組みを構築し活用する
- (都道府県糖尿病対策推進会議)
 - 国・都道府県の動向について**構成団体に周知、医学的・科学的観点からの助言、市町村等との連携の窓口となる責任者を周知**するなど、**自治体の取組に協力するよう努める**
 - **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**
- (国保連合会、国保中央会の役割)
 - **KDBの活用によるデータ分析・技術支援、課題抽出、事業実施後の評価分析**などにおいて、**保健事業支援・評価委員会**等により取組を支援
 - 取組状況等から支援の必要性があると考えられるが支援を受けていない市町村に対しても、**都道府県と連携して、積極的に支援する**

4. 地域における関係機関との連携

- 都道府県、市町村において、**あらかじめ医師会や糖尿病対策推進会議等と問題認識を共有し十分協議の上**、推進体制を構築
- **都道府県レベル、二次医療圏等レベルで協議会や検討会を実施する**など、地域の関係者間で顔を合わせ議論することにより連携体制の充実を図る
- 必要に応じて**かかりつけ医機能を有する医療機関と専門医の連携、医科歯科連携**ができる体制をとることが望ましい

5. プログラムの条件

- ① **対象者の抽出基準が明確であり、対象者の状態像に応じた取組であること**
 - 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（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**
(効果的・効率的な事業を実施するための条件)
- ① **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上で抽出することにより、健診未受診者層等からの抽出が可能
 - ② 事業の実施時のみならず企画時や評価時などきめ細かく連携することにより、PDCAサイクルに基づく取組を実施
 - ③ **医師・歯科医師・薬剤師・保健師・管理栄養士等多職種連携による取組**を行うことにより保健指導の質の向上につながる
 - ④ **アウトカム指標を用いた事業評価**を行い、短期的な評価だけでなく、**中長期的な視点**での評価することで、重症化予防効果等の測定が可能
 - ⑤ **情報提供のみならず専門的助言を受け、更に事業へ反映**することにより取組の質の向上へとつながる

6. 対象者抽出の考え方と取組方策

- **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、保健指導を行う
- **高齢者**においては、低血糖防止等の観点から青壮年期よりも緩和した基準が提示されていることに留意
- 医療機関における糖尿病治療中の者からの抽出
 - ※ 生活習慣改善が困難な方・治療を中断しがちな患者等から医師が判断
- レセプトデータ等を活用した治療中断者や健診未受診者の抽出
 - ※ 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

8. 事業を円滑に進めるための留意点

- ICTを活用した取組の実施
- 民間事業者等に委託は、**受診勧奨や保健指導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

10. 個人情報の取扱い

- 取組に当たっては、基本情報に加え**健診データやレセプトデータ等個人情報を活用することから、取扱いに留意する必要がある**

7. 介入方法 ※取組内容については地域の実情に応じ優先順位を意識し柔軟に対応

- 受診勧奨、保健指導は、**緊急度に応じた介入の強弱**をつける
(レベルに応じた介入方法の例を参考)
- **受診勧奨は原則、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
- 保健指導は、**医療機関との情報共有**が重要で、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、対象者やそれぞれの特性を踏まえ、適切に**組み合わせ**て実施

9. 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アウトプット評価を必ず行う
- 評価における未達要因をストラクチャー、プロセス面から検討

糖尿病性腎症重症化予防プログラム改定の概要（平成28年4月20日策定。令和6年3月28日改定）

①対象者の年齢層に応じた取組の推進

- ・ライフコースアプローチの観点から、年齢層（青壮年層、高齢者）を考慮した取組を推進
- ・歯周病と血糖コントロールの関係を踏まえ、口腔衛生の指導や歯周病の未治療者に対する継続的な歯科受診を勧奨
- ・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、定期的かつ継続的な眼科受診を勧奨

②関係者の連携に向けた役割の提示

【保険者（市町村）】

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や後期高齢者医療制度への異動もあるため、被用者保険と市町村間、広域連合と市町村間等でそれぞれ連携を密にし、保険者間の異動により支援が途切れないようにすることや長期的な視点で評価を行う

【都道府県】

取組が十分にできていない市町村等に対して、保健所単位等での事業実施を検討するなど、積極的な支援を実施する

【広域連合】

地域の医師会等の関係団体に対して、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

【地域の医師会等医療関係団体の役割】

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

糖尿病の合併症として網膜症や歯周病、歯の喪失等があることを踏まえ、医科歯科連携の仕組みを構築し活用する

健康サポート薬局、栄養ケア・ステーション、まちの保健室等の資源を有効活用した体制整備の検討を行う

【国保連合会、国保中央会】

取組状況等から支援の必要性があると考えらえるが支援を受けていない市町村に対しても、都道府県と連携して、積極的に支援する

③対象者の抽出基準と対象者の状態に応じた介入方法の例示

- ・健康診査の結果の有無、糖尿病についての治療状況別（未治療、治療中）に、それぞれ対象者の把握方法を例示
- ・健康診査の結果がある者については、糖尿病についての治療状況別（未治療、治療中）に、HbA1cの状況、腎障害の程度（eGFRまたは尿蛋白の状況）、血圧の状況（血圧値、治療状況）を踏まえた対象者の抽出基準と対象者の状態に応じた介入方法を例示

④市町村、都道府県等が設定する評価指標例の提示

- ・評価では、受診勧奨や保健指導を実施した対象者ごとに行う評価に加えて、対象者全体（集団）での評価も行う。
- ・評価では、ア．被保険者全体、イ．対象者抽出基準該当者、ウ．絞込み該当者、エ．事業参加者、を意識して評価を行う。

【未治療者・治療中断者】医療機関への受診勧奨と保健指導

		腎障害の程度									腎障害の 程度/ 血圧区分 判定不可
		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			血圧区分			血圧区分			
		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										

CKD対策

高血圧受診勧奨

【対象者の状態に応じた受診勧奨・保健指導】

レベル	受診勧奨	保健指導
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

【評価対象のとりえ方】

