

# 大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラム（令和4年1月改定版）概要

## 1. 改訂の背景

- 大分県の人工透析患者数は4,057人（日本透析医学会, H30.12.31現在）、人口100万人あたり3,546.3人で、全国5番目の高さで、そのうち約4割が糖尿病起因による透析。平成30年度に実施した保健・医療・介護データの連結による医療費分析の結果では、「医療機関で治療中であるが重症化」「治療中断により重症化」「医療機関の受診後も本人の生活習慣の改善には必ずしもつながっていない」という状況が明らかになった。
- かかりつけ医と専門医、保険者と医療機関の連携による個別支援を強化し、糖尿病性腎症及び慢性腎臓病の重症化予防を図ることを目的として、大分県医師会、大分大学、大分県の三者は、「大分県糖尿病性腎症及び慢性腎臓病の重症化予防に係る連携協定」を締結（令和元年12月25日）。
- 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るため、厚労省が提示した糖尿病性腎症重症化予防プログラム(平成31年4月25日改定)等に基づき、現行の大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラム(平成28年5月17日運用開始)を改定することとした。

## 2. 基本的考え方

- 糖尿病性腎症の発症、重症化リスクの高い医療機関未受診者・受診中断者等に対して、①関係機関からの適切な受診勧奨等を行い治療に結びつける、②通院中の糖尿病性腎症等の重症化リスクが高い者に対して主治医の判断等により保健指導対象者を選定し、保険者・医療機関等との連携による患者の重症化を予防する体制を整備し、人工透析への移行を遅延または防止し、生活の質（QOL）の維持・向上及び健康寿命の延伸、医療費の適正化につなげる。

## 3. 関係者の役割

- (市町村)
  - 庁内体制の整備、地域における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、人材育成や資源の確保（大分県）
  - 庁内体制の整備、各保険者との連携調整、事業評価、人材育成、保健所による圏域内の体制整備に向けた市町村支援（大分県後期高齢者医療広域連合）
  - 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国保と連携（大分県医師会、各郡市医師会等）
- 県医師会・薬剤師会等の関係団体は、郡市医師会等に対して、国・都道府県における動向等を周知し、必要に応じ助言
- 県医師会・郡市医師会等は、市町村等の取組を会員等に周知、かかりつけ医と専門医等との連携強化に協力（大分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責任者の周知など自治体の取組に協力、地域の住民や患者への啓発、医療従事者への研修（大分県糖尿病性腎症重症化予防推進に係る効果検討会議）
- 糖尿病性腎症の現状・課題の把握、医療と保険者の連携による個別支援強化策の検討、好事例の横展開に向けた協議（大分県国保連合会）
- 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連携し、取組を支援

#### 4. 各医療圏域や各地域における関係機関との連携

- 各医師会、糖尿病・腎臓専門医等が所属する医療機関、糖尿病対策推進会議、効果検討会議、国保連、県等と腎症重症化予防事業の枠組みについての認識の共有、合意形成を図り、対象者に応じた個別支援を推進できる連携体制づくりが重要
- 県レベルや2次医療圏単位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ことが望ましい。大分県では、連携協定を活用し、各医療圏域等の状況に応じた、医療と保険者の連携による個別支援を強化するとともに、腎症重症化予防のステーション機能の役割を担う大分大学医学附属病院「糖尿病性腎症重症化予防専門外来」の活用を推進する。

#### 5. プログラムの条件

- 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、各市町村の状況等に応じて大分県糖尿病対策推進会議、効果検討会議等との連携（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

#### 6. 取組方策

- 基本的な取組は以下3つであり、取組の大きな流れは、体制整備（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。
- ① 「健診等で抽出されたハイリスク者」及び「レセプトデータ等で抽出された糖尿病治療中断かつ健診未受診者」への対応
- ② 治療中の患者に対する医療と連携した保健指導の推進
- ③ 治療中の重症化ハイリスク患者におけるかかりつけ医と専門医連携の推進

#### 7. 対象者選定

#### 8. 対象者の抽出基準

- 健診データやレセプトデータ等を突合し、「対象者の抽出基準」をもとに抽出される者を対象とする。
- 糖尿病であり、かつ腎機能が低下している  
【糖尿病であること】「① HbA1c 6.5%以上、かつ空腹時血糖126 (mg/dl) 以上」または「② 糖尿病治療中」  
【腎機能が低下していること】 ③④⑤いずれかに該当  
「③尿タンパクが1+以上」 「④eGFRが45 (mL/分/1.73m<sup>2</sup>) 未満」 「⑤2年以内にeGFRが30%以上低下」
- その他、eGFR、尿アルブミン、尿タンパク等から腎機能の低下が認められ、医師が対象者と判断

#### 9. 基本的な手順・流れ

#### 10. 介入方法

- ① 受診勧奨：手段（通知、電話、面談、訪問等）の工夫
- ② 保健指導：電話等による指導、個別面談、訪問指導、集団指導等  
※受診勧奨、保健指導等の保健事業については外部委託が可能

#### 11. 評価

- 関係者と共に、中長期的な視点をもった事業評価を行い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

#### 12. 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。