

国版プログラム(H28.4)とWGとりまとめ(H29.7)の対比表 ～視点の整理～

- 平成29年7月に重症化予防ワーキンググループ(以下「WG」という。)で整理した議論のとりまとめには、平成28年4月に策定した糖尿病性腎症重症化予防プログラム(以下「国版プログラム」という。)に記載されていない論点や対策の方向性等が盛り込まれている。
- また、国版プログラムの策定以降、データヘルス全数調査等の結果分析を行うことにより、課題等が更に明確になったものもある。
- 本資料は、今後の議論の参考とすべく、現行の国版プログラムの記載事項をベースに、WGとりまとめの内容等を対比したものである。

視点の整理①プログラム対象者選定について

平成28年4月20日策定「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」における記載事項(抜粋)	平成29年7月10日公表「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開に向けて」における記載事項(抜粋)
<p>4. プログラム対象者選定の考え方 (1)対象者の基本的考え方</p>	
<p>(対象者について)</p>	
<p>○ プログラムの対象者は、以下のいずれにも該当する者とし、次の(2)～(4)の方法を組み合わせて抽出することが考えられる。</p> <p>① 2型糖尿病であること:aからcまでのいずれかであること</p> <p>a.空腹時血糖126mg/dl(随時血糖200mg/dl)以上又はHbA1c 6.5%以上</p> <p>b.糖尿病治療中</p> <p>c.過去に糖尿病薬使用歴又は糖尿病治療歴あり</p> <p>② 腎機能が低下していること</p>	<p>○ 特定健診等で実施されている尿蛋白定性検査のみで糖尿病性腎症の重症度を判断する場合、持続性蛋白尿が出現する第3期(顕性腎症)まで発見されず、予防可能な時期を逃す恐れがある。そのため、定期的な尿アルブミン/クレアチニン比(mg/gCr)検査で腎機能(eGFR)を把握することも必要である。また、特定健診等で血清クレアチンを測定していない場合は、尿蛋白が陰性の第4期(腎不全期)を見落とす可能性があることに留意する必要がある。(p.34-1.18)</p> <p>○ さらに、糖尿病性腎症重症化予防には血圧のコントロールが重要である。現在の市町村の取組状況から、重症化予防の取組の対象者を抽出するに当たって血糖を基準としている場合が多いが、きめ細かい重症化予防を行うのであれば、血圧を基準に取り入れることも重要である。(p.34-1.26)</p> <p>○ 市町村は、糖尿病で治療中の対象者に尿アルブミン/クレアチニン比(mg/gCr)検査及び血圧測定の重要性を理解するとともに、糖尿病連携手帳を活用したり、かかりつけ医等に確認して検査値を把握し、適切な糖尿病性腎症の重症度の把握に努める必要がある(p.34-1.30)</p>
<p>○ なお、糖尿病性腎症の病期分類は図表2(糖尿病性腎症病期分類)の通りである。</p>	
<p>(留意点)</p>	
<p>○ 第4期については、心血管イベント、心不全の発症リスク、死亡リスクが高いことに十分に留意する必要がある。受診勧奨は重要であるが、その上で、呉市、埼玉県などの先行している一部自治体においては、医療機関との連携を十分に取った上で第4期の者も含めて保健指導を実施している例があり、医療機関との連携を取りながらスキルの高い専門職が保健指導を実施することも考えられる。</p>	

視点の整理①プログラム対象者選定について

平成28年4月20日策定「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」における記載事項(抜粋)	平成29年7月10日公表「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開に向けて」における記載事項(抜粋)
<p>○ 特定健診では尿蛋白が必須項目であり、糖尿病に加えて尿蛋白(+)以上であれば第3期と考えられる。また尿蛋白(±)は微量アルブミン尿の可能性が高いため、医療機関で積極的に尿アルブミンの測定を行うことが推奨されている。合わせて、医療機関で測定した血清クレアチニン(eGFR)、尿アルブミン、尿蛋白等の検査値については、本プログラムの実施結果を評価する際に不可欠であるため、本人の同意のもと、糖尿病連携手帳の活用等により保健指導の実施者とデータを共有する必要がある。</p>	
<p>○ 糖尿病が存在することにより、早期から特徴的な病理学的所見が腎臓にみられる。本プログラムでは「糖尿病性腎症病期分類2014」にならい、対象者を糖尿病性腎症としてひろく取り扱う。ただし、網膜症や神経障害等、糖尿病特有の細小血管症の合併状況や糖尿病罹病期間を参考にすることが重要である。</p>	
<p>(2)健康診査データ・レセプトデータ等を活用したハイリスク者の抽出方法</p>	
<p>(抽出基準について)</p>	
<p>○ プログラムの対象となるハイリスク者の抽出に当たっては、糖尿病性腎症に関する日本糖尿病学会、日本腎臓学会のガイドラインに基づく基準を設定し、健康診査等で得られるデータと突合して抽出されるハイリスク者を対象とする。</p>	<p>○ 健診データ・レセプトデータ等を活用して、医療機関の未受診者・受診中断者、通院する患者のうち重症化するリスクの高い者といった重症化ハイリスク者を抽出するに当たって、基盤となる糖尿病性腎症の病期は図表16のとおりである。対象者の抽出では、市町村等とかかりつけ医等との連携、かかりつけ医等と専門医との連携、市町村等の実施体制、財政状況等を考慮した上で、糖尿病性腎症に関する日本糖尿病学会、日本腎臓学会のガイドラインに基づく基準を設定し、健診やレセプト等のデータと突合して抽出されるハイリスク者を対象とする。(p.28-I.15)</p>

視点の整理①プログラム対象者選定について

平成28年4月20日策定「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」における記載事項(抜粋)	平成29年7月10日公表「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開に向けて」における記載事項(抜粋)
<ul style="list-style-type: none"> ○ eGFR30～44ml/分/1.73m²の場合CKD重症度分類によるとG3bに該当する。糖尿病性腎症の病期に加え、eGFRも参考にして対象者の優先順位を決めることが望ましい。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 市町村等は、糖尿病性腎症重症化予防においては、血糖(HbA1c)などの特定健診の結果のみならず、腎機能(eGFR)にも注目し、糖尿病及び糖尿病性腎症の早期発見に努めることが必要である。(p.29-1.7)
<ul style="list-style-type: none"> ○ 市町村等における対象者抽出のフローの例は図表3(市町村等における対象者抽出のフローの例)の通りである。 	
(留意点)	
<ul style="list-style-type: none"> ○ 腎機能が著しく低下した第4期の患者は、医療機関への受診勧奨と専門医との連携を要する病期である。また、腎不全のみならず、循環器疾患発症リスク、死亡リスクが高い集団であることから、保健事業の実施に当たっては、特にリスクマネジメントの体制が確保されていることが重要である。健診データのほか、循環器疾患や他の合併症に関する検査所見等を十分に考慮したうえで、主治医とのカンファレンスなどを実施する体制が必要である。 	
<ul style="list-style-type: none"> ○ 後期高齢者については、複合的な疾病合併のみならず、老化に伴う諸臓器の機能低下を基盤としてフレイル、サルコペニア、認知症等の進行がみられ、個人差が大きい。後期高齢者の腎症対策では、糖尿病性腎症の対象者選定基準にあわせて一律のプログラムではなく、個人の状況に合わせて、QOL維持・向上、要介護状態への移行阻止等を含めた包括的な対応が必要になる。 	

視点の整理①プログラム対象者選定について

平成28年4月20日策定「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」における記載事項(抜粋)	平成29年7月10日公表「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開に向けて」における記載事項(抜粋)
<p>○ 腎症合併のハイリスク糖尿病後期高齢者においては厳格な管理を求めるべきではないとの考え方から、健診データから対象者の抽出にあたって例えば、暫定的にHbA1c\geq8.0%とする等、地域の実情に合わせた検討が必要である。</p>	
<p>○ 血清クレアチンを測定していない国保等では、尿蛋白が陰性の第4期を見落とす可能性があることに留意する必要がある。</p> <p>注) 第1期、もしくは尿アルブミンを測定しておらず腎症の診断ができない場合にも将来の腎症発症予防に向け、血糖や血圧コントロールの必要性、減塩等についての情報提供を行うことが望ましい。</p>	

視点の整理①プログラム対象者選定について

平成28年4月20日策定「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」における記載事項(抜粋)	平成29年7月10日公表「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開に向けて」における記載事項(抜粋)
(レセプト等による抽出)	
<p>○ 呉市、荒川区、埼玉県等の一部の自治体においては、レセプト等により対象者の候補をリストアップした上で、かかりつけ医に事業参加の同意を得て、検査結果等のデータの提供を受け事業を実施する形で先行している。レセプトを有効活用することにより、健診未受診者からの抽出や併発疾病等の確認が可能となることから、抽出にあたってはレセプト等の情報も活用することが望ましい。</p>	<p>○ これらの先進事例では、市町村が保有する健診結果やレセプト等のデータを活用し、及び分析することで介入すべき対象者や取り組むべき課題を明確にしたこと、都道府県や医師会、歯科医師会、看護協会、薬剤師会、栄養士会等といった関係団体(以下「医師会等」という)、学会を巻き込んだ体制を構築し効果的な事業運用が展開されたこと、これらの事業評価を行ったこと、などが功を奏したと考えられたため、重症化予防における好事例として全国に横展開されることとなった。(p.4-1.25)</p> <p>○ 国保が保有するレセプトデータを用いると、健診受診の有無に関わらず医療機関の受診の有無等を確実に正しく把握することができ、処方の中絶などを見ることにより受診中断者の把握も可能である。国保データベース(KDB)システムにより健診データと合わせてレセプトデータを活用して対象者を抽出することが可能であるため、情報の確実性や迅速性等を踏まえ、レセプトデータの活用を再検討することも重要である。(p.22-1.22)</p> <p>○ 抽出に当たっては、レセプトデータ・健診データを活用して分析し、対象者を絞り込んで抽出することとなるが、市町村単独で難しい場合には、国保連の提供するKDBを活用することが可能であるので、国保連に相談すれば必要な支援を受けることが可能であることを周知することが必要である。(p.35-1.9)</p> <p>○ KDBを活用し、健診データから保健指導対象者を抽出し、レセプトデータで受診状況、服薬等の状況を確認して、合わせてレセプトデータから受診状況、服薬等の状況を確認することができるため、情報の確実性や迅速性等を踏まえ、レセプトデータの活用を再検討することも重要である。(p.54-1.26)</p> <p>○ KDBの有効な活用のためには、後期高齢者の健診のデータについても適切にKDBシステムに入力されることが重要である。(p.55-1.3)</p>

視点の整理①プログラム対象者選定について

平成28年4月20日策定「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」における記載事項(抜粋)	平成29年7月10日公表「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開に向けて」における記載事項(抜粋)
(3) 医療機関における抽出方法	
<p>○ 糖尿病治療中に尿アルブミン、尿蛋白、eGFR等により腎機能低下が判明し、保健指導が必要と医師が判断した患者を対象とする。例えば</p> <ul style="list-style-type: none"> ・生活習慣改善が困難な方 ・治療を中断しがちな患者 ・自施設に管理栄養士等が配置されておらず、実践的な指導が困難な場合 ・専門病院との連携が困難な地域 ・その他、地域包括ケア等の連携体制の中で、地域の実情により連携が望ましいと考えられる場合 <p>などが想定される。地域の実情に合わせ、自治体は医師会と抽出方法を協議することが望ましい。</p>	<p>○ 対象者抽出基準を腎症病期の重症な者(第4期等)として設定した場合、保健指導担当者の経験や病態の知識が不足しており、現状では保険者として十分それに対応できる体制が整っていない場合もある。この場合、初年度は実施可能な範囲で行いつつ、より重度の対処法について医師会等や糖尿病対策推進協議会等の助言を受けるなど、段階的に体制を整えていくことが必要となる。このようなそれぞれの状況に即して対象者の抽出基準を適切に設定する必要がある。(p.34-1.8)</p> <p>○ 対象者の抽出基準の値については、可逆的な第1～2期を対象とする、蛋白尿が現れる第3期から対象とすること等、様々な考え方があ。どのような対象にアプローチすることが市町村の抱える課題を解決するために適切か、市町村は現状を踏まえて医師会・かかりつけ医等と連携しながら検討する必要がある。(p.35-1.2)</p>
(4) 糖尿病治療中断かつ健診未受診者の抽出方法	
<p>○ 以下の者等を対象として状況確認を行い、健診・医療機関受診を勧め、以後は(2)、(3)の流れにのせて対応する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・過去に糖尿病治療歴がある、又は過去3年間程度の健診にてHbA1c7.0%以上が確認されているものの、最近1年間に健診受診歴やレセプトにおける糖尿病受療歴がない者 ・歯科や眼科治療中の患者において糖尿病治療を中断していることが判明した者 ・薬局やイベント等における健康相談において糖尿病の履歴があり十分に管理されていない者 	

視点の整理①プログラム対象者選定について

平成28年4月20日策定「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」における記載事項(抜粋)	平成29年7月10日公表「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開に向けて」における記載事項(抜粋)
(記載なし)	<ul style="list-style-type: none">○ 対象者の抽出基準は、市町村等において、地域の状況を健診データやレセプトデータ等により分析し、優先順位等を考慮しながら検討した上で設定すべきものであるが、その際、例えば、全国平均よりも糖尿病患者割合が高いために糖尿病の発症予防を事業目的としているにも関わらず、対象者の抽出基準を第4期のみとしていることから、糖尿病性腎症が進行しつつある第3期や多くの糖尿病患者に対する対策ができていないなど、抽出基準が当初の事業目的とかい離している場合がある。市町村等が当面する課題から目的と目標を明確化し、それらに沿った抽出基準を関係者間で検討し共有する必要がある。(p.22-1.29、p.33-1.29(再掲))○ 重症化予防は、透析導入を予防することを目的としているため、第3～4期を対象として行うことも考えられるが、中長期視点で考えれば、第1～2期に対する対策を合わせて行うことにより将来のハイリスク者の増加を抑制することも重要である。(p.29-1.14)

視点の整理②介入方法について

平成28年4月20日策定「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」における記載事項(抜粋)	平成29年7月10日公表「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開に向けて」における記載事項(抜粋)
5. 介入方法	
<p>○ 対象者の状況別の受診勧奨及び保健指導の対応例は図表4(医療機関受診・健診受診の有無・病期別の国保等の対応例)及び図表5(健診・レセプトデータで抽出した対象者に対する対応例(検査値別))の通りである。</p>	
<p>(1) 類型と留意点</p> <p>① 受診勧奨: 手紙送付、電話、個別面談、戸別訪問等(実施方法等について)</p>	
<p>○ 病期ごとの対応の例は以下の通りである。</p> <p>第1～2期: 保険者の判断で優先順位を検討する。その際、例えば、HbA1c、血圧等の受診勧奨判定値が重複している者や単独の異常も著しく高い者を優先するなどの方法がある。</p> <p>第3～4期: 受診勧奨をしても受診が確認されない場合、再度、別の方法で受診勧奨を試みる(手紙→電話→訪問)。</p>	<p>○ 介入に当たっては、対象者の病期に合わせ、市町村等とかかりつけ医等との連携、かかりつけ医等と専門医との連携、市町村等の実施体制、財政状況等を考慮した上で、介入方法を選択する必要がある。(p.29-1.18)</p>
<p>○ 実施方法を検討するために、保険者は前年度の健診データ等でおおよその対象者数を把握し、優先順位や方法を検討する。</p>	

視点の整理②介入方法について

平成28年4月20日策定「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」における記載事項(抜粋)	平成29年7月10日公表「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開に向けて」における記載事項(抜粋)
<p>○ 象者の状況に応じ、検査値を伝え、医療機関での受診が必要という通知を行うだけの軽い受診勧奨から、保健指導と組み合わせて本人が受診の必要性を十分に理解でき、受診行動につながるまで関わるものまで、本人への関わり方の濃淡をつけることが考えられる。</p>	
<p>○ また、必要に応じて受診後のフォローも行うことが考えられる。治療を中断しやすい人については、受診継続についての抵抗要因を検討し、その軽減に向けた支援を行う。</p>	
<p>○ 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であるが、保険者や自治体の専門職が関与し、保険者としての責任を持った企画と評価を行うことが重要である。</p>	<p>○ 市町村が外部委託事業者へ委託する業務は、対象者の抽出、保健指導、資料作成(保健指導を行う際のツールの作成)といった専門性のある知識・技術を要する実務的な業務が求められることが多く、さらに、市町村は委託において、地域特性や加入者の特性などをよく理解した上で提案することを外部事業者に求めている。外部事業者に求められるこういった専門性の高い業務の実施や、定型的ではなく市町村等の特性を踏まえた事業を展開する能力が担保されるようにするためには、保険者は重症化予防の目的を踏まえて外部委託事業者を選定する方法を工夫したり、契約において保険者が求める仕様を具体的に事業者と共有する必要がある。(p.62-1.22)</p> <p>○ 市町村等としては、外部の事業者に業務を委託する場合には、委託後に全てを丸投げするのではなく、現状分析・企画立案・実施・評価それぞれの局面においてその内容をよく確認し、地域の事情に応じて必要な指示を行うなど、司令塔としての役割を果たすことが不可欠である。(p.62-1.34)</p> <p>○ 市町村等が委託した外部委託事業者が医師会やかかりつけ医等と接触する必要がある場合には、突然直接接触すると医療関係者に誤解を生ずる場合があることから、市町村等は事業の計画段階からあらかじめ医師会やかかりつけ医等と協議し、市町村等としての取組であること、その取組を一体的に進めたいということをしっかり伝える等するとともに、外部委託事業者に任せきりにするのではなく市町村等において事業の詳細を把握し、全体のプロセスをコントロールすることが重要である。(p.63-1.4)</p>

視点の整理②介入方法について

平成28年4月20日策定「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」における記載事項(抜粋)	平成29年7月10日公表「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開に向けて」における記載事項(抜粋)
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	
(実施方法等について)	
○ 病期ごとの対応の例は以下の通りである。 第1～2期：個別、集団などを組み合わせて実施する。 第3～4期：初回は個別面談、訪問等による対面での指導を行う。	
○ 保健指導としては、健康診査データや医療機関での検査値等を用いて自身の健康状態(糖尿病性腎症)を正しく理解してもらい、必要な生活習慣改善につなげることを目標とする。	
○ 指導に当たっては、定期的検査の必要性についてよく理解できるように支援する。また本人の疑問にも適切に対応し、必要に応じてかかりつけ医と連携した対応を行うことが重要である。	
(保健指導の実施者のスキル等について)	
○ 保健指導については、糖尿病療養指導、特定保健指導等の十分な経験を有し、糖尿病性腎症重症化予防のための研修を受けた専門職が実施することが望ましい。また、特にリスクの高い対象者の指導については、かかりつけ医と相談できる体制を作ることが必要である。	

視点の整理②介入方法について

平成28年4月20日策定「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」における記載事項(抜粋)	平成29年7月10日公表「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開に向けて」における記載事項(抜粋)
<p>(2)対象者別の介入方法</p> <p>① 健康診査等で抽出されたハイリスク者への対応</p>	
<p>○ 腎症の病期に対応し、対象者抽出方法、介入目的と方法、医療機関での対応、情報共有の方法などについて、関係者間で方針を検討する必要がある。病期別の保健指導等の内容は図表6(糖尿病性腎症の病期に応じた保健指導等の内容例)の通りである。</p>	
<p>② 医療機関で治療中の糖尿病性腎症患者に対する保健指導</p>	
<p>○ 糖尿病性腎症で治療中の患者について、日常生活における実践的な指導が必要と考えられる場合、かかりつけ医と連携した保健指導につなげることが期待される。とくに治療を中断しがちな患者については、本人の思いや生活状況を踏まえた保健指導が役立つことがあることから、市町村との連携を図ることが望ましい旨、地域の医療機関に周知する。</p>	
<p>○ 歯科・眼科治療中、もしくは他の疾患にて治療中の患者において糖尿病治療を中断していることが発見された場合、糖尿病に対応できる医療機関を紹介するとともに市町村等へ連絡し、保健指導につなげることも望まれることから、その旨、地域の医療機関に周知する。</p>	

視点の整理②介入方法について

平成28年4月20日策定「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」における記載事項(抜粋)	平成29年7月10日公表「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開に向けて」における記載事項(抜粋)
③ 糖尿病治療中断者の把握と受診勧奨	
○ 過去に糖尿病治療歴がある、又は過去3年間等の健診にてHbA1c7.0%以上が確認されているのに、最近1年間に健診受診歴やレセプトにおける糖尿病受療歴がない者を対象として状況確認を行い、可能な限り健診受診、医療機関受診につなげるとともに、必要に応じて保健指導等を行う。	
(記載なし)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 情報提供、受診勧奨、保健指導等を行うに当たっては、病期や検査値の状況に応じた効果的なタイミングを計ることが重要である。(p.29-1.21) ○ どのような内容の重症化予防の取組が、どのような人に、どの程度の頻度をもって実施されることが効果的であるのかは、最低限実施すべき中核的な取組を押さえつつ、市町村等の背景や抱える課題、さらに、マンパワーや地域資源も考慮して検討する必要がある。(p.57-1.9) ○ 市町村等が積極的に重症化予防の取組を進めるに当たっては、市町村等が抱える課題の優先順位を考慮し、さらに、検査結果や医療費等のデータがどのように変化・改善するのか等のエビデンスとなる効果が示される必要がある。また、取組が進んでいる市町村等における取組推進のきっかけ・背景事情や取組推進の調整過程での具体的な方法論等の情報も少なく、市町村等が事業を進める上で参考となる材料・モデルの共有が不足している。(p.57-1.22) ○ 糖尿病性腎症重症化予防の取組は、今後取り組む市町村等の数を増やしてその裾野を拡大することが引き続き必要である一方で、個々の取組について限られた資源を有効に活用して、エビデンスを踏まえたより効果の高い取組の手法を検討し、その取組を促進することが必要である。(p.58-1.22) ○ 糖尿病性腎症重症化予防では受診勧奨・保健指導・健康教育・健康相談などの取組を行うこととなるが、これらを組み合わせて行うようにするとともに、それぞれについてより効果が上がるように工夫することが必要である。例えば、受診勧奨を取り上げると、目標の設定状況、対象とする者の範囲、対象者の抽出方法、対象者の状況に応じた勧奨方法の変更、勧奨後の受診状況の把握などいくつかの切り口でとらえて、地域の特性に即した効果的な受診勧奨を工夫することが必要である。(p.58-1.26) ○ 合わせて、事業の効果・効率を高めるために参考になるような官民連携等における様々なモデル事業、実証事業の成果を取り入れていくことも有益と考えられる。(p.58-1.32)

視点の整理③かかりつけ医や専門医等との連携について

平成28年4月20日策定「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」における記載事項(抜粋)	平成29年7月10日公表「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開に向けて」における記載事項(抜粋)
<p>6. かかりつけ医や専門医等との連携 (かかりつけ医との連携)</p>	
<p>○ 自治体とかかりつけ医等との連携体制については、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の地域の関係者と十分協議の上、推進体制を構築する必要がある。</p>	<p>○ 糖尿病性腎症重症化予防の取組を効果的に推進していくためには、市町村等と医療関係者等が協働・連携できる体制の整備が重要である。(p.6-1.27)</p> <p>○ 取組を広げていくためには、埼玉県の例のように、都道府県が当該都道府県の医師会、糖尿病対策推進会議と協力し、都道府県版プログラムを作成することで、市町村等の取組を促進することが効果的である。(p.6-1.29)</p> <p>○ 重症化予防の取組を進めるに当たっては、個々の被保険者の病態に即した対応が必要となるために、市町村等のみで事業を行うのではなく、地域の医師会やかかりつけ医と事業の枠組みについて問題認識を共有し、合意形成を図り、個々の患者の状況に応じた対応を確保しつつ進める連携体制の下で取り組むことが必要である。(p.23-1.10、p.35-1.16(再掲)、p.53-1.4(再掲))</p> <p>○ そもそも「連携」の具体的な内容が市町村等の担当者や医師会等に必ずしも伝わっておらず、市町村等と医師会・かかりつけ医等との連携は具体的にどうということなのか、どのような効果があるのか、連携を図るために具体的にどのように必要な調整を行うことが望ましいのか示す必要がある。(p.23-1.23、p.35-1.31(再掲)、p.48-1.9(再掲))</p> <p>○ 都道府県医師会と都道府県が相談しコンセンサスが得られたとしても、市町村が重症化予防の取組を実施するにあたっては、郡市区医師会と調整する機会が多い。その場合、郡市区医師会では賛同を得られない場合もあることから、都道府県医師会とともに郡市区医師会とどのように連携するかあらかじめ具体的に協議しておくことが有効である。(p.36-1.2)</p> <p>○ 保険者は、重症化予防により対象者の掘り起こしや一定期間重点的な指導を行うことは可能であるが、対象者への継続的な医療はかかりつけ医等が担うことから、保険者と医師会等の両者の連携が不可欠である。糖尿病性腎症重症化予防の取組を新たに実施する、又は見直すことが必要な場合は、関係機関、特に地域の医師会等と企画段階から早めに相談し、保険者の企画に対する助言・意見等を得ながら関係者への周知の仕方等も含めて協議を重ねることが、事業を遂行しやすくするために必要であり、連携の具体的な第一歩となる。(p.36-1.8)</p> <p>○ 特に、市町村が実施する重症化予防の取組においては、治療中断している者や治療中の者を対象とする際、かかりつけ医等に保健指導の内容を相談する、患者の情報提供を依頼する、保健指導を進める中で、かかりつけ医等の助言を踏まえて、被保険者に必要な糖尿病専門医・腎臓専門医等の受診勧奨を実施したり、特定健診の結果を踏まえたCKD 精密検査依頼を行ったりする等、個別にかかりつけ医等との連携・協力が必要となる場合が多い。(p.36-1.15)</p> <p>○ 基本的には、通院中の患者に対する保健指導等を含めた健康管理はかかりつけ医等が担っていることから、医師会と実施体制についてあらかじめ合意を形成しておくことが重要となる。(p.36-1.21)</p>

視点の整理③かかりつけ医や専門医等との連携について

平成28年4月20日策定「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」における記載事項(抜粋)

平成29年7月10日公表「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開に向けて」における記載事項(抜粋)

- 自治体とかかりつけ医等との連携体制については、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の地域の関係者と十分協議の上、推進体制を構築する必要がある。

- 加えて、医師会のみならず、かかりつけ医等や専門医、専門学会や基幹病院等にもあらかじめ相談することが必要な場合があることにも留意すべきである。例えば、かかりつけ医等の助言を踏まえて、必要な糖尿病専門医や腎臓専門医等の受診を勧奨する、特定健診の結果を踏まえたCKD 精密検査を依頼する等、市町村とかかりつけ医等との連携を構築することが想定される。(p.36-1.24)
- 医療関係者はそれぞれ独自に取組を行っている側面もあるため、地域住民の健康を担う市町村が主体的に医療関係者にメッセージを発信し、意見交換を重ね、地域の医療関係者と顔の見える関係を築きながら取組を進めることが必要である。その際には、市町村の保健師等がかかりつけ医等との連携を強化することが望ましい。(p.36-1.28)
- 連携を図る際には、市町村の実態をデータで示し、どのような者が糖尿病で受診しているのか、重症化しているのか、人工透析などに罹患しているのか等、市町村自ら状況を理解した上で、医師会等の関係団体、関係者に理解を求めることが重要である。(p.36-1.33)
- 市町村が新たに都道府県糖尿病対策推進会議と連携しようとする場合には、都道府県と都道府県糖尿病対策推進会議はどのような連携体制を構築しているのか、糖尿病対策推進会議との連携のあり方についてあらかじめ都道府県へ確認し、市町村の実情に合った形で連携することが必要である。(p.37-1.24)
- 現在、地域によっては都道府県及び市町村は慢性腎臓病対策協議会等の地域の実情に合わせた連携体制を既に構築している場合もある。目的に沿った会議体があれば、都道府県糖尿病対策推進会議に限らず、市町村はそれらを活用して糖尿病性腎症重症化予防に取り組むことも可能である。なお、「糖尿病対策推進会議」のほか、日本慢性腎臓病対策協議会の都道府県組織等も存在する。これらのCKD 対策のネットワークとの連携を各市町村が行うことで、関係団体や専門職との連携を実現することに留意すべきである。いずれにしても、糖尿病性腎症重症化予防に関わる多様な関係者の意見を聞き、協力を得ながら取り組むことが重要である。(p.37-1.28)
- 糖尿病対策推進会議・慢性腎臓病対策協議会に対しては、市町村から情報提供するのみではなく取組のあり方や実施方法等について直接相談したり、糖尿病対策推進会議等に都道府県が出席する等して、糖尿病対策推進会議と国・都道府県・市町村・広域連合が一体的に取り組む仕組みとしていくことが重要である。(p.38-1.7)
- 都道府県として主体的に重症化予防の取組を進めるに当たっては、このような保健所の機能・人材の活用も有効であり、例えば都道府県の本庁では、都道府県レベルでの取組の企画等を行い、保健所では、市町村や広域連合の担当者への研修等を行ったり、現場の医療機関・郡市医師会をはじめとする医療関係者や市町村等との連携のつなぎ役となるなど、保健所を活用した取組や支援も積極的に行われるべきである。(p.44-1.17)

視点の整理③かかりつけ医や専門医等との連携について

平成28年4月20日策定「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」における記載事項(抜粋)	平成29年7月10日公表「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開に向けて」における記載事項(抜粋)
<p>○ 自治体とかかりつけ医等との連携体制については、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の地域の関係者と十分協議の上、推進体制を構築する必要がある。</p>	<p>○ 重症化予防の取組を進めるに当たっては、市町村等が郡市区医師会や都道府県糖尿病対策推進会議等と連携しながら取組を進めることが必要であるが、市町村等が独自に調整を行い連携体制を構築するには限界がある場合も多いことから、都道府県が都道府県医師会や都道府県糖尿病対策推進会議等との間を仲介するなどして円滑に連携が進むよう支援する役割を担う必要がある。(p.44-1.28)</p> <p>○ 都道府県は、市町村等単独では対応が困難な都道府県医師会や都道府県糖尿病対策推進会議等と市町村との連携を仲介する役割が大きい。また、都道府県は、地域におけるかかりつけ医等が拠点病院と連携できるよう、その仲立ちをする役割も期待される。市町村等がかかりつけ医等と連携するに当たっては、まず重症化予防の協働した取組を行う仕組みの構築に向けて、地域の医師会に相談し、かかりつけ医等の医療機関へ働きかけることとなるが、まずは重症化予防の取組の目的を説明し、問題意識を共有することが重要である。その際あらかじめ都道府県から都道府県医師会又は都道府県糖尿病対策推進会議等を通じて会員、関係団体、関係者へ、取組の趣旨や市町村との連携の重要性を周知・啓発するとともに、関係機関へ直接働きかけることも場合によっては必要である。また、都道府県担当者が都道府県医師会・郡市区医師会、糖尿病対策推進会議等の関係会議に出席するなどして、市町村等と一体となって取り組む姿勢を示すことも重要である。(p.45-1.10)</p> <p>○ なお、都道府県糖尿病対策推進会議の活動状況には濃淡があることから、場合によっては都道府県が率先して地域の糖尿病対策を推進するそれ以外のネットワークと糖尿病対策を推進するための会議体を計画的・網羅的に整備するなどして、市町村等が取組を円滑に進めることができるよう、総合的に支援することが求められる。(p.45-1.5)</p> <p>○ 様々な理由を抱えた血糖コントロール不良の患者等がある場合には、かかりつけ医等が1人で抱えないよう、安心して糖尿病専門医・腎臓専門医につなげることができる仕組みを築くことが必要である。そのためには、例えば、かかりつけ医等と専門医が地域で連携できるよう、学会等が市町村単位での専門医のリスト化を行う等きめ細やかな情報提供を進める、他の専門医等へつなげるタイミングが共通の認識となるよう紹介基準を示すといったことも有効である。(p.52-1.18)</p>

視点の整理③かかりつけ医や専門医等との連携について

平成28年4月20日策定「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」における記載事項(抜粋)	平成29年7月10日公表「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開に向けて」における記載事項(抜粋)
<ul style="list-style-type: none"> ○ 糖尿病対策推進会議等の方針のもと、郡市医師会は各地域での推進体制(連絡票、事例検討等)について自治体と協力する。 	
<ul style="list-style-type: none"> ○ かかりつけ医は、病歴聴取や診察、保険診療における検査等により対象者の病期判断、循環器疾患等のリスクや糖尿病合併症(網膜症等)の状況を把握し、本人に説明するとともに、保健指導上の留意点を保健指導の実施者に伝えることが求められる。 	
(地域における関係機関との連携)	
<ul style="list-style-type: none"> ○ 必要に応じてかかりつけ医と専門医が連携できる体制をとることが望ましい。地域連携パスなどを作成し、地域で運用することも考えられる。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 患者の中には様々な理由で血糖コントロール不良の患者もおり、かかりつけ医等は、糖尿病性腎症の病期を踏まえて糖尿病専門医・腎臓専門医等と連携する必要がある場合もあることから、市町村は、かかりつけ医等と糖尿病専門医・腎臓専門医等の連携が円滑に進むよう、糖尿病対策推進会議、慢性腎臓病対策協議会、CKD ネットワーク等の地域での連携体制を整備することも場合によっては必要である。(p.37-1.2) ○ 市町村等の担当者が直接相談することができるように一元的な窓口はどこかを明示することも求められる。そのためには、各専門医の属する学会からも地域での連携に向けて協力を呼びかけるとともに、地域のかかりつけ医等と糖尿病専門医・腎臓専門医等が体系的に連携するような連携パス等のツールを開発することも有用である。(p.50-1.29)

視点の整理③かかりつけ医や専門医等との連携について

平成28年4月20日策定「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」における記載事項(抜粋)	平成29年7月10日公表「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開に向けて」における記載事項(抜粋)
<ul style="list-style-type: none"> ○ 糖尿病の合併症の一つとして歯周病及び歯の喪失等があることから、医科歯科連携の仕組みを構築し活用することが望ましい。 	
<ul style="list-style-type: none"> ○ 保健指導中もできる限りかかりつけ医と実施状況を共有することが望ましい。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ また、現場においては、対象者の選定や保健指導上の留意点をかかりつけ医等に相談するとともに、保健指導結果をフィードバックするなど、連携を図りつつ取組を進め、さらに、取組の内容によっては関係者への説明会や研修会等を開くなど、情報共有に努める必要がある。(p.41-1.13)
<ul style="list-style-type: none"> ○ 保健指導等の終了後も継続的な治療、継続的な支援につなげることが重要である。 	
<ul style="list-style-type: none"> ○ 市町村等における事業の評価のためには、臨床における検査値(血圧、血糖、腎機能等)が必要となる。糖尿病連携手帳等を活用し、本人ならびに連携機関と情報を共有できるようにすることが望ましい。 	
(記載なし)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 都道府県糖尿病対策推進会議と連携している市町村は、全体では3割程度に過ぎず、連携予定を含めて6割弱となる程度であり、市町村における糖尿病対策推進会議等との連携の取組はまだ低い水準となっている。市町村においては、都道府県糖尿病対策推進会議がどのような役割を果たしているのか知らない存在そのものを知らないとするものが多く、まだ都道府県糖尿病対策推進会議の存在や役割について市町村への周知が徹底できていない。(p.25-1.7、p.48-1.4(再掲))

視点の整理③かかりつけ医や専門医等との連携について

平成28年4月20日策定「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」における記載事項(抜粋)	平成29年7月10日公表「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開に向けて」における記載事項(抜粋)
(記載なし)	<ul style="list-style-type: none">○ 糖尿病対策推進会議等との連携については、都道府県糖尿病対策推進会議と連携しているとする市町村において、都道府県を通じて情報提供している、都道府県を通じて助言を受けているとする市町村が多く見られ、直接の情報提供や助言はわずかであり、市町村等においては都道府県を通じて間接的に行うものと受け止められている。また、具体的な連携の内容も糖尿病対策推進会議に情報提供すれば十分と市町村等に認識されている可能性もある。(p.25-1.14)○ 都道府県糖尿病対策推進会議の活動状況は濃淡様々であり、さらに、郡市区医師会単位での糖尿病対策推進会議は設置されていない場合が多い。都道府県は、「糖尿病対策推進会議」を基本としつつも、同様の機能を持ち、従来実施してきた「生活習慣病対策協議会」「糖尿病等のネットワーク」も含めて柔軟に活用していくことが必要である。(p.45-1.23)○ そのような会議体の中で、個々の機関の関係づくりを円滑にするために、必要に応じて、例えば、都道府県が主体的に市町村等と都道府県糖尿病対策推進会議、都道府県慢性腎臓病対策協議会や都道府県医師会等が連携するための枠組みを作り、共通認識の形成を図り、都道府県から市町村等に対して糖尿病対策推進会議、慢性腎臓病対策協議会等との具体的な連携方法等について情報提供して、糖尿病対策推進会議等との具体的連携を促進することも意義が大きい。(p.45-1.27)○ 都道府県が都道府県医師会等とあらかじめ調整を行い、都道府県医師会から郡市区医師会に対して市町村の重症化予防の取組について協力が得られるよう周知・啓発することを依頼することも有用である。(p.45-1.34)○ 市町村等が個別に受診勧奨や保健指導を行う際には、一義的にはかかりつけ医等との連携が必要となるが、なぜ腎機能が下がったか、どのような検査や内服が必要か、今後体の中でどのようなことが起こるのか、人工透析をどう防ぐことができるのかといった点については、専門医等も交えて取り組むことで、腎機能を長期にわたり維持することが可能となる。市町村等としては都道府県糖尿病対策推進会議(「糖尿病対策推進会議」)のほか、日本慢性腎臓病対策協議会の都道府県組織等も存在する。)等との連携が得られることで、地域におけるこのような支援体制を構築することができ、個別の支援を得られることとなる。これに伴い、都道府県糖尿病対策推進会議を構成している関係団体の専門医や関連職種としても、市町村等と協力することにより、より効果的に重症化予防の取組を進めることとなり、また未受診者・受診中断者を適切に医療につなげることにもつながり、地域全体でより大きな効果を上げることができることとなる。(p.48-1.24)

視点の整理③かかりつけ医や専門医等との連携について

平成28年4月20日策定「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」における記載事項(抜粋)

平成29年7月10日公表「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開に向けて」における記載事項(抜粋)

(記載なし)

- 都道府県糖尿病対策推進会議等は、日本糖尿病対策推進会議が目標とする①かかりつけ医機能の充実と病診連携の推進、②受診勧奨と事後指導の充実、③糖尿病治療成績の向上を踏まえ、各都道府県で糖尿病対策の推進を図っている。都道府県糖尿病対策推進会議等は、上記のような連携の重要性に鑑み、関係会議への出席等の従来の事業のほか、新たに行政機関との間で直接的・継続的な連携を図る重要性を構成団体はじめ関係者に意識喚起しつつ、行政機関特に市町村と連携・協力して個々の住民への支援を行うことを想定した具体的取組を検討し、進めることとする。(p.49-1.4)
- 都道府県糖尿病対策推進会議は、まずは都道府県と連携を進め、都道府県糖尿病対策推進会議と市町村等との連携のあり方についてあらかじめ協議し、地域の実情に合った連携体制の構築に協力することで、市町村等が必要な場合はその連携体制を活用して都道府県糖尿病対策推進会議と連携が図れるように周知する必要がある。(p.50-1.19)
- 専門医等は必ずしも全ての市町村に所在しているわけではないため、各市町村等で支援を具体的に進めるに当たって必要な場合には専門医等へ相談することができるよう、都道府県・都道府県医師会も交えて調整を行い、中核的な拠点的機能を担う医療機関を定めるなど適切な支援体制を構築することが必要である。(p.50-1.24)
- 糖尿病対策推進会議等では、専門職の立場から地域における糖尿病対策に関する方策を検討しているが、都道府県、市町村、広域連合等の担当者の参加を推進することで地域の実情に合わせた方策を検討することが重要である。行政と、地域における糖尿病に関する情報提供、健康課題、取組状況、実施体制等の情報を共有することで、より適切な連携体制を構築することができる。(p.51-1.2)
- 市町村等や都道府県との連携は都道府県糖尿病対策推進会議等として進めることが必要であるが、一方で、都道府県糖尿病対策推進会議等を構成する医療関係団体それぞれにおいても必要に応じて都道府県や市町村等の行政機関との連携を進めることが考えられる。国版プログラムでは、糖尿病性腎症重症化予防の取組を進めるため、都道府県医師会等の関係団体は、郡市区医師会等に対して、糖尿病性腎症重症化予防に係る国・都道府県における動向等を周知し、郡市区医師会に対し必要に応じ助言するとともに、都道府県や市町村等が糖尿病性腎症重症化予防に係る取組を行う場合には、会員及び医療従事者に対して周知し、かかりつけ医等と専門医等との連携を強化するなど、必要な協力を行うよう努めることとしており、これを踏まえた対応が求められる。しかしながら、市町村等では、糖尿病性腎症重症化予防の取組をするに当たって、郡市区医師会等との連携が進まず、取組を進めるに当たっての協力が得られていない場合もあることから、改めて市町村等の求めに応じて必要な協力を行うよう周知・啓発を行うことが必要である。また、健康サポート薬局のように、住民による主体的な健康の保持増進を積極的に支援する機能を備えた機関等が設置されている場合、それらの資源が重症化予防の体制整備に有効に活用されるよう、医療関係団体は市町村等とともに検討していくことも望ましい。(p.53-1.31)

視点の整理④プログラムの評価について

平成28年4月20日策定「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」における記載事項(抜粋)	平成29年7月10日公表「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開に向けて」における記載事項(抜粋)
7. プログラムの評価	
<p>○ 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>○ 評価指標は短期的(行動変容、医療機関受診、体重、HbA1c、血圧、脂質等)、中期的(HbA1c、血圧、腎機能等)、長期的(腎機能、透析新規導入率等)など、どの時期にどのようなデータを用いて評価するのか、計画段階から検討していく必要がある。(p.30-1.7)</p> <p>○ 市町村等は医療保険財政の中で事業を継続するため、短・中・長期の評価指標を設定し、それぞれの期間でPDCAサイクルを意識する必要がある。(p.57-1.33)</p> <p>○ アウトプット指標については、市町村等が抱える対象となるべき者全体に占める割合を踏まえて一定の規模(全対象者の10%や20%、数千人等)以上実施することを評価することが望ましい。(p.58-1.1)</p> <p>○ アウトカム指標については、保険者別、市町村別の人工透析導入患者数や年末人工透析患者数、保健指導の効果が現れる臨床検査データにより行うことが望ましいが、評価に必要な情報を得るため、目標の設定や評価について、都道府県や国保連等と協議・調整しながら進めることが考えられる。(p.58-1.4)</p>
<p>○ また、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>○ 重症化予防の取組は、医療費適正化などにつなげることも重要である。このため、人工透析導入者の減少や医療費削減などを測定するアウトカム指標によって取組の成果が分かりやすく見えるようにならなければ、取組の動機付けや見直しにつなげることができず、市町村等の内部で重症化予防に掛かる取組の優先度が低くなることも懸念される。また、糖尿病性腎症重症化予防の目的は、腎不全、人工透析への移行の防止であることを考慮すると、その成果である新規透析導入者数又は腎機能を評価するeGFRの変化も合わせて評価することが望ましい。(p.24-1.17)</p> <p>○ 糖尿病性腎症重症化予防の成果や費用対効果については、他市町村等の事例や大学におけるDPCデータ等の検証があり、独自の検証のみならず他事例をより活用していくことが重要である。例えば、市町村において、保健指導の対象者との関わりの中で、過去の服薬状況や透析開始の時期を確認し、どれだけインスリン開始や透析開始を遅らせることができたか評価している事例もある。さらに医療費適正化、健康の保持増進といった観点から、国において効果的な介入方法、相関の高い評価指標を検討・開発することも期待される。(p.58-1.13)</p>

視点の整理④プログラムの評価について

平成28年4月20日策定「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」における記載事項(抜粋)	平成29年7月10日公表「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開に向けて」における記載事項(抜粋)
<p>○アウトカム評価は、図表7(重症化予防の取組に係るアウトカム評価の考え方)のステップをおさえた評価とする。</p>	<p>○評価は、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。特に、アウトカム評価は図表15(重症化予防の基本的な取組の流れ)のステップを踏まえて、生活習慣等の改善が危険因子の提言につながり、ひいては腎機能低下の防止等となることを確認する必要がある。(p.30-I.4)</p>
<p>○健診、医療データの一元管理のため、例えば、以下の対応を進めるなど、アウトカム評価ができる体制づくりが必要である。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・日本糖尿病協会発行の糖尿病連携手帳の活用等により、本人同意のもと医療機関市町村で随時データの共有を行う。 ・日本糖尿病学会、日本腎臓学会等が作成したミニマム項目セット等と連携がとれたデータ収集法を検討する。 	
<p>○中長期的な評価については、健診データ・レセプトデータ等の活用により受療状況、糖尿病性腎症の発症について追跡調査する。</p>	<p>○加齢による国保から後期高齢者医療への移行があることから、長期的評価に際しては保険者を連結した評価も必要となる。このような評価を行うに当たってはKDBの活用が効率的と考えられる。(p.30-I.11)</p>
<p>○国保から年齢もしくは障害のために後期高齢者医療制度に移行した後も、追跡できる体制を整えることが重要である。</p>	

視点の整理④プログラムの評価について

平成28年4月20日策定「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」における記載事項(抜粋)	平成29年7月10日公表「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開に向けて」における記載事項(抜粋)
<p>○ 国保等は、対象者以外も含めた地域全体の観点でも、以下のような健診データ・レセプトデータ等の分析で得られた地域の糖尿病性腎症の状況や重症化予防の保健事業の実施状況等についてデータ分析をおこない、関係者間で情報共有をはかることが求められる。</p> <ul style="list-style-type: none">・新規透析導入患者数・率(人口 10 万対)の推移、うち糖尿病性腎症を原因とする者の割合・糖尿病性腎症各期の数、うち未治療率・HbA1c ≥ 8.0 %の人数、うち糖尿病未治療者の割合・健診受診率・医療費の推移(プログラム参加者と非参加者の比較など)等	

視点の整理④プログラムの評価について

平成28年4月20日策定「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」における記載事項(抜粋)	平成29年7月10日公表「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開に向けて」における記載事項(抜粋)
<p>○ 以上のような事業の実施状況の把握・分析や評価に基づき、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である。</p>	<p>○ 評価に当たっては、事業目標と合わせて一連のPDCAサイクルを意識した評価を行うことを意識する必要があるが、評価を実施しているとする市町村等においても、まだその意識を浸透させる必要がある。そのためにも、図表14「重症化予防の基本的な取組の流れ」を活用した進捗管理が必要である。(p.24-1.25)</p> <p>○ KDB が普及してきたことにより、市町村等の目的に沿った健康づくりのデータ分析が可能となっているが、市町村等によっては、KDB を使いこなすことが難しいとの判断により外部委託事業者が分析した結果を活用している場合もある。その場合、委託事業者の提案の通りに実施し、市町村等における担当者が十分に理解していないまま事業を行っている場合もある。特に、健康増進担当課等の保健師が関与していない場合にこのようなケースが生じる。(p.24-1.29)</p> <p>○ ⑤事業評価 事業から得られたデータをとりまとめ、内部での検討を行い、さらに専門家等の助言を得ながら事業の成果を分析する。 ・評価: 個別、集団データを収集し、事業の進捗や改善点を評価する。 ・かかりつけ医等、医師会等の地域の関係者に報告し、適宜助言を求める。(p.28-1.1)</p> <p>○ ⑥次年度事業の修正 ・地域の協議会等にて分析結果を共有し、事業の改善策を検討する。改善策は次年度計画の策定に反映させる。また、長期的に特定健診やレセプト等でフォローアップできるよう、通常業務として把握できる仕組みを整える。(p.28-1.7)</p> <p>○ 市町村の基本的な役割としては、①様々なデータに基づき地域における課題を分析すること、②分析に基づき地域で取り組むべき目標を整理し、その達成に向けて最も効果的な対策を立案すること、③対策を具体的に着実に実施すること、④実施状況について様々な数値指標による評価を行い、その結果を踏まえて次に実施する対策に反映するPDCAサイクルを適切に回して、効果を上げることが期待されている。(p.31-1.6)</p>

視点の整理④プログラムの評価について

平成28年4月20日策定「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」における記載事項(抜粋)	平成29年7月10日公表「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開に向けて」における記載事項(抜粋)
(記載なし)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 各種調査により、取組を実施する市町村等によってその実施対象や実施内容などには濃淡があることがうかがわれるが、一方で市町村等においては、前年との比較は行うものの、基本的なメニューは共通するために他市町村等との取組状況の比較が難しいことから、糖尿病性腎症重症化予防の取組を適切に評価するため、国において実施状況の濃淡を比較し、自市町村等の位置付けが見えるようにする手法を検討・開発する必要がある。(p.57-l.13) ○ 透析新規導入者数の減少を目標としても、短期又は中期を取組の成果をどのように判断してよいか分かりづらい。そのため、他の市町村と比較できるような、共通の評価指標が必要である。(p.57-l.29) ○ 行政だけではなく住民も含めて幅広い関係者が役割を分担して取組を進めるとともに、具体的な目標を立てて定期的に達成状況の評価を行い、内容の見直しを行うといった取組を行いつつ、国において各市町村等の全国での位置付けが明確に見える手法を開発することも今後期待される。(p.58-l.8) ○ 当面は5つの要件を満たす場合の評価も継続することで、要件に該当する市町村数を更に増加させていく一方で、取組内容の充実を図る方向で評価を進めることが必要である。また、新たに30年度からは都道府県分の評価指標を設定することとしていることから、都道府県による重症化予防の取組への支援について評価することで、都道府県を挙げた取組を後押しすることが必要である。例えば、連携協定の締結や都道府県版プログラムの策定が評価される仕組みとする必要がある。(p.61-l.6) ○ 医療機関と市町村の情報共有、薬局における薬剤情報の一元管理、医療機関と地域包括支援センターの連携体制構築等、医療機関・薬局が地域と連携した取組が、診療報酬の充実等により評価される仕組みが期待される。(p.61-l.19)

視点の整理⑤その他の論点

平成29年7月10日公表「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開に向けて」におけるその他の記載事項(抜粋)

V. 更なる展開に向けた取組

1 市町村での取組の推進

(1) 市町村の意識の啓発

(取組を実施していない市町村の存在)

○ 糖尿病性腎症重症化予防の取組を実施していない市町村もあり、その解消が重要な課題である。実施していない主な理由としては、次のようなものが挙げられている。

- ・人材不足・業務負担
- ・体制・連携が整っていない
- ・対象者の抽出困難
- ・対象者・参加者が少ない
- ・財源不足

未実施市町村の解消に向けては、これらの課題の解消が必要になる。(p.31-I.11)

(リーダーシップ発揮に向けた環境整備)

○ 糖尿病性腎症重症化予防を未実施の市町村に取組を促進するためには、保健事業により実施すべき内容を検討するだけでなく、市町村の人員体制、スキル、財政制約など多岐にわたる未実施の要因に対応することが必要である。そのためには重症化予防の問題を、国保部門のみならず、市町村全体の問題として扱うことが重要であり、そのためには市町村の首長・幹部の理解を得て、そのリーダーシップが発揮されるようにすることが重要である。そのためには、市町村として積極的に取組を進めようと思える、糖尿病性腎症重症化予防の分かりやすい成果が示されることが重要であることから、国・都道府県は医療費適正化、要介護者の減少の効果見込み等の参考資料を示すとともに、都道府県単位での連携協定締結や都道府県版プログラムの策定、国の保険者努力支援制度での重症化予防の取組の評価等により、国・都道府県として重症化予防を強力に進めようとする姿勢を示し、また未実施となっている要因に対応した必要な支援策を用意することで、担当者による庁内理解を促進し、市町村において一体的に取り組むべき課題として優先順位の向上に努める必要がある。(p.31-I.29)

視点の整理⑤その他の論点

平成29年7月10日公表「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開に向けて」におけるその他の記載事項(抜粋)

(専門的人材の確保)

- 特に、病期が第3期(顕性腎症期)以降の対象者に対する保健指導は相当の専門性スキルを要する者が対応する必要があることから、保健師、管理栄養士等といった人材の配置、育成を推進する、協力可能な医療機関を増やすなどの対策が必要である。(p.32-I.11)
- 都道府県や都道府県国民健康保険団体連合会(以下「国保連」という)において研修等を行い人材を育成するほか、市町村においても健康増進担当課と国保担当課の連携を深め、保健師等の専門職や事務職の人材を効率的に活用する、専門的知見や人材を有する外部委託事業者を活用する、国保連の知見や人材を活用する等、柔軟な取組を検討する必要がある。また、国保等の保険者および医療機関・健診機関等は、都道府県等が開催する研修等を活用し積極的に人材の育成に努めることが求められる。(p.32-I.15)
- また、国保等の保険者および医療機関・健診機関等は、都道府県等が開催する研修等を活用し積極的に人材の育成に努めることが求められる。(p.32-I.20)

(目標の明確化)

- 糖尿病性腎症については、重症化の予防が可能であることから、市町村は、被保険者(住民)のQOLの向上のため、健康の保持増進を図り、住民の健康寿命の延伸とともに医療費適正化を目指すという目標を明確に持つことが重要である。その際には、その目標を医師会・かかりつけ医等をはじめとする関係者と共有できるように重症化予防の実施に向けて企画段階から議論の積み重ねを図ることも重要である。(p.32-I.23)

(2)担当課の縦割の排除 (組織の縦割りの弊害)

- 重症化予防は保健事業としての性格をもつとともに、医療保険の課題でもあることから、市町村では健康増進担当課と国保担当課両課で課題を共有しながら、それぞれの有する人的・物的資源を有効に活用し、それぞれの立場からできることを取り組むべきであるが、組織の縦割りの弊害により、情報共有をはじめ両課の庁内連携が図られず、結果的に人材不足や情報不足を招き、具体的な課題の解決につながらない事態が発生しやすい。(p.32-I.31)

視点の整理⑤その他の論点

平成29年7月10日公表「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開に向けて」におけるその他の記載事項(抜粋)

(部署間の縦割りの排除)

- 市町村を挙げて組織一体的な取組が必要であり、部署間の縦割り行政によって限定的な取組に陥ったり、具体的な課題を取りこぼしたりしないように部署間の連携を密にする必要がある。(p.33-l.7)
- 市町村で健康増進担当課が実施する場合であっても、保険者努力支援制度などの国保における保険者インセンティブの制度の動向をしっかりと把握しながら、適切に対応できるよう国保担当課と連携することが重要である。(p.33-l.10)

(専門職と事務職による取組)

- 重症化予防の取組には、専門職が担ったほうが効率的である業務もあるが、専門職がいないと何もできないというものではない。事務職が果たすことができる役割も大きく、重症化予防の推進に向けて行うべき業務を整理し、個人的な属性だけに頼らない担当者による分担を仕組み化することで運営することが重要である。(p.33-l.14)
- 分析・保健指導を外部委託している市町村では、事務担当者が庁内の保健師や医師会等との連携を十分図らずに、外部委託事業者の提案のまま実施している場合などもあり、事務担当者が中心となって進める場合にも、庁内連携、地域連携を十分に図って実施していく必要がある。(p.33-l.17)

(窓口の明示)

- 重症化予防の取組では内外と連携することが多く、窓口となる担当者が誰なのかを外部の関係者に明示することで業務における情報共有や協議を円滑に進めやすくする工夫も必要である。(p.33-l.23)

(3) 抽出基準の明確化 (従来の業務との連続性)

- これまで市町村が行ってきた取組の連続性や連携も重要であり、枠にとらわれずに独自の取組が評価されてしかるべきである。(p.34-l.15)

視点の整理⑤その他の論点

平成29年7月10日公表「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開に向けて」における記載事項(抜粋)

2 広域連合での取組の推進

(1) 広域連合の意識の啓発

(取組を実施していない広域連合の状況)

○ 市町村と同様に、広域連合においても、PDCA サイクルを適切に回し、重症化予防の効果を上げることが期待されている。しかしながら、重症化予防の取組を実施していない広域連合もあり、その主な理由としては、次のようなものが挙げられている。

- ・重症化予防の取組について、健康課題としての優先順位が低い
- ・保健指導ができる者が不足している
- ・関係団体との調整が難しい

未実施広域連合の解消に向けては、これらの課題の解消が必要になる。さらに、後期高齢者医療においては、糖尿病性腎症重症化予防とともに、循環器系や筋骨格系疾患なども含めた生活習慣病等の重症化予防の取組を進める必要があり、KPI の達成要件となっているが、こうした取組の数は少ない。(p.38-1.15)

(2) 市町村との連携の推進

(市町村との連携不足)

○ 特に、透析導入が最も多い年代は、女性が75～85 歳、男性が65～80 歳であることから、国保と後期高齢者医療との境目における重症化予防の対応が重要であり、国保の保険者である市町村と広域連合との連携が求められる。(p.39-1.24)

(広域連合の役割)

○ 広域連合は保険者機能を有しており、保有する後期高齢者に係る健診・医療レセプト(調剤・歯科を含む。)等を包括的、統合的に管理し活用することができる。データヘルスの推進に当たっては、こうした健診・医療情報を積極的に構成市町村等に提供することにより、地域の健康課題の把握、効率的な対象者の抽出、事業評価等の取組が円滑に進められるよう努めることが求められる。(p.39-1.28)

視点の整理⑤その他の論点

平成29年7月10日公表「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開に向けて」における記載事項(抜粋)

(連携のための実施体制の整備)

- 後期高齢者に対する重症化予防の取組の実施主体は広域連合であるが、多くの場合において、住民に最も身近な基礎自治体として、住民の状況やニーズを直接把握しており、それ以前の保険者(国保)と連続して健康の保持増進の総合的な取組を行う市町村が、主導的な役割を担い、実施の中心になることが想定される。この場合において、広域連合は、都道府県域内で実施される取組との調整を図るとともに、高齢者の特性を踏まえた保健事業としての取組の重要性の理解・協力が得られるよう、データ等の根拠を基に市町村に働きかけ、十分な調整の上、事業委託等の形式により実施することが必要である。(p.39-1.34)
- また、広域連合が市町村に委託等を行うことなく、直接に又は民間委託により重症化予防の取組を実施することも考えられるが、この場合においても、取組を実施する対象地域において、地元市町村の介護保険や健康づくり事業との連携を図るため、相互に情報共有を行うなど協力体制を整える必要がある。(p.40-1.7)
- 広域連合と市町村(後期高齢者医療担当部署、国保担当部署、衛生担当部署、介護担当部署等)の連携体制づくりのために、双方参画のもとで取組を企画、実施、評価できるよう、企画運営組織を設け、定期的に会議を開催するなど、実施体制の確保に努めることが必要である。(p.40-1.11)
- 一方で、高齢者の抱える課題は複雑で多岐にわたり、支援の関係者についても多方面に及ぶため、これらを全て一度に充足することは困難である。このため、地域資源や関係者の連携状況、市町村等の体制、健康課題の共有状況などの状況を踏まえ、まずは、取り組みやすい範囲や資源の整った部分から着手し、そこから取組の範囲を広げるという発想も必要となる。(p.40-1.14)

(国保との連携)

- 前期・後期という年齢区分にとらわれず、高齢期に一貫性、連続性のある取組を行えるよう、他の医療保険者、とりわけ前期高齢者が多く加入する国保の保険者である市町村と情報や課題を共有し、国保から後期高齢者医療へと移行した被保険者のデータの履歴を保管活用して一貫した保健指導を行うなど連携を推進するとともに、広域連合内において、より多くの市町村が重症化予防に取り組むよう横展開を図ることが必要である。(p.40-1.19)
- また、国保の既存の取組との組み合わせにより、継続的な取組が行われるよう検討するとともに、国保から後期高齢者医療に移行した被保険者については、取組の効果の追跡把握やフィードバックについて検討することが必要である。(p.40-1.24)

視点の整理⑤その他の論点

平成29年7月10日公表「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開に向けて」における記載事項(抜粋)

(介護保険等との連携)

- 重症化予防の際のアセスメントでは、低栄養や口腔機能、認知機能や身体活動状況等のフレイルの状態も合わせて把握する必要性が高く、その場合、訪問等による保健指導の実施後において、その結果を踏まえ、地域支援事業等で進められている地域サロン等の集いの場への紹介や介護予防のサービス事業等につなぐことなどが考えられる。(p.40-l.28)

(3) 医師会等との連携

(医師会・かかりつけ医等との連携不足:再掲)

(医師会・かかりつけ医等との連携)

- 重症化予防の取組において、広域連合にとっても医師会との連携が不可欠であり、事業の企画等早い段階から相談し、協議を重ねることが重要であることは、市町村と同様である。特に、後期高齢者の多くは、医療機関等を受診していることから、取組の実施に当たっては、かかりつけ医や専門医等との情報共有を図り、助言や指導を得るなど連携を密にする必要がある。具体的には、高齢者の健康課題に関する情報の分析結果等について、取組の企画段階から情報を提供し、助言を得られるような関係を構築することが望ましく、また、現場においては、対象者の選定や保健指導上の留意点をかかりつけ医等に相談するとともに、保健指導結果をフィードバックするなど、連携を図りつつ取組を進め、さらに、取組の内容によっては関係者への説明会や研修会等を開くなど、情報共有に努める必要がある。また、取組の実施主体は広域連合であるが、実際の取組においては市町村が中心となることが多いことから、広域連合においては、都道府県医師会との連絡調整はもとより、市町村の取組が円滑に進められるよう、都道府県医師会を経由した周知や、現地を赴いての説明・情報共有など、取組を実施する地域の郡市区医師会と連携を図るよう留意する必要がある。(p.41-l.6)

視点の整理⑤その他の論点

平成29年7月10日公表「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開に向けて」における記載事項(抜粋)

3 都道府県による取組の推進

(1) 都道府県の意識の啓発

(リーダーシップ発揮の促進)

○平成30年度からは、都道府県は市町村とともに国保の保険者としての役割を担い、都道府県内の国保医療費に責任を有することとなる。そのため、都道府県としても医療費の適正化を推進することが必要となり、都道府県が当事者として主体的に糖尿病性腎症重症化予防に取り組むとともに、地域できめ細かく重症化予防に取り組む市町村等への支援を行っていくことが必要となる。市町村等の取組を支援・フォローするためには、保健事業を推進するだけでなく、保険者の事情、管内の医療機関の状況、関係団体の動向、人材の状況など多岐にわたって対応することが必要であり、担当課だけでなく、組織をあげた取組が必要となる。そのためには重症化予防の問題を、国保のみならず、都道府県全体の問題として扱うことが重要であり、都道府県の幹部・知事の理解を得て、そのリーダーシップが発揮されるように進めることが重要である。そのため、都道府県が積極的に取組を進められるよう、国は医療費適正化の効果見込み等の参考資料を示すことが必要である。(p.41-1.30)

(2) 担当課の縦割の排除

(庁内の縦割)

- 都道府県においても、重症化予防の取組は健康増進担当課において行われることが多く、国保担当課の有する人材や保険者としての視点、連携会議を通じた市町村等とのつながりも生かしつつ、両課で課題を共有しながらそれぞれの立場から多角的にできることに取り組むべきであるが、縦割り行政の中で、両課の庁内連携が図られず、そもそも健康増進担当課で実施していることが国保担当課では把握されていないことがあることが明らかとなった。(p.42-1.14)
- 市町村の糖尿病性腎症重症化予防の体制では、主担当部署は健康増進担当課が多く、都道府県の主担当部署も市町村と同様である場合が多く見られる。一方で、これからは都道府県も国保の財政運営主体としての立場から、管内市町村の医療費の状況や適正化に向けた取組を側面から支援することで、保険者努力支援制度による公費の配分を確保し、都道府県全体の財政負担の伸びを抑えることも必要であり、国保担当課としての関わりが重要となる。そのため、市町村と同様に、部署間の縦割り行政のために限定的な取組に陥ったり、具体的な課題を取りこぼしたりしないよう、部署間の連携を密にする必要がある。(p.42-1.20)

視点の整理⑤その他の論点

平成29年7月10日公表「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開に向けて」におけるその他の記載事項(抜粋)

(3)市町村等への支援 (都道府県の取組の温度差)

- 都道府県が行う市町村等向けの支援の多くは、主に一般都道府県民向け、市町村向け、広域連合向け、医療機関向けに、研修会等の人材教育、関係団体との調整、データ提供、ノウハウ提供など、多岐にわたるものとなっている。都道府県ごとに重症化予防に向けた取組の状況を見ると、県民全体向けの取組や、市町村向けの取組、広域連合向けの取組、医療機関向けの取組などで都道府県により取り組むところと全く取り組まないところと温度差が大きいのが現状である。それが一人当たり糖尿病患者入院外医療費の違いや、管内市町村等の取組状況の違いにも反映されている。都道府県は医療計画や医療費適正化計画の策定主体であり、平成30年4月からは国保の財政運営主体として都道府県内の国保の医療費に関わるることとなることから、今後は正に当事者として主体的に重症化予防に取り組むとともに、市町村や広域連合の事業実施を支援・フォローすることで、保険者機能の発揮を進めることが必要である。(p.42-1.34)

(都道府県の機能・支援内容の明確化)

- 都道府県は市町村や広域連合に対して、都道府県ではどのような連携体制が構築されているのか、市町村や広域連合へどのような支援を行うことができるか等、都道府県の機能や支援の範囲を市町村や広域連合へ示すことが必要である。(p.43-1.12)

視点の整理⑤その他の論点

平成29年7月10日公表「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開に向けて」におけるその他の記載事項(抜粋)

(市町村等の状況把握と重点的支援)

- 市町村における事業実施状況を定期的に把握し、市町村の取組に濃淡があるときには、都道府県がそれを分析し、進んでいない市町村を重点的に支援することも必要である。その際には、市町村の財政・人材等の背景を踏まえつつ助言することが求められる。さらに、被用者保険や後期高齢者医療とも連携を取り、重症化予防の取組の効果が上がるよう調整することも重要である。特に広域連合については、国保等と連続して医療保険を運営する組織であり、前期高齢者から後期高齢者にかけて高齢期の健康状態等の実態把握に欠かせないデータを保有していることから、市町村における国保から継続した取組や事業評価等が円滑に実施されるような調整等の支援が期待される。(p.43-1.16)

(市町村計画の策定支援)

- 都道府県は、市町村が策定する健康増進計画、介護保険事業計画等において重症化予防の取組が市町村全体の取組として進められるよう、支援することが必要である。そのためには、都道府県の関係課が一体となって市町村に対して支援することが重要である。(p.43-1.25)

(市町村等へのデータ提供)

- 都道府県は、市町村や広域連合が持たない都道府県内の保健・医療・福祉等に関する各種データを持っていることから、市町村や広域連合が現状分析や評価をするために活用できるデータを提供することが必要である。また、こうしたデータや情報の提供のため、市町村や広域連合が保有するデータや取組状況等の実態を把握することが求められると考えられる。(p.43-1.29)
- さらに、平成30年度からは、都道府県は市町村とともに国保の保険者としての役割を担うことから、保険者のデータを集めて都道府県レベルでの施策に活用するため、個人情報保護の観点には留意した上で、都道府県でシステム化してデータを保有し、人口動静態、保健・医療・福祉等の資源等といった地域の特性と糖尿病性腎症ハイリスク要因との関係等、より高度な分析を担うことも考えられる。(p.43-1.34)

視点の整理⑤その他の論点

平成29年7月10日公表「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開に向けて」におけるその他の記載事項(抜粋)

(人的・財源的支援)

- 市町村や広域連合では人材不足・財源不足に悩むところがあることから、都道府県として必要な支援を行うことも必要である。例えば、データ分析や評価等の支援、市町村や広域連合の担当者への研修等が考えられる。特に広域連合においては、専門職を含めた職員の大半が市町村などからの出向者であり、専門職の派遣も有効な支援の手段と考えられる。なお、市町村や広域連合への支援において、必要なデータやノウハウを提供するに当たっては、国保連と連携して取組を行うことが効果的である。(p.44-I.4)

(5)都道府県版重症化予防プログラムの策定の推進
(都道府県版プログラムの未策定)

- 都道府県が主体的に取組を進める上では、国版プログラムを参考にしつつ、都道府県版プログラムを策定して関係者の役割を明確にし、連携体制の構築を行い、市町村等への様々な支援を行うことで、取組の重要性を関係者に明らかにし、市町村等が体制を構築する際の負担を軽減させ、継続的な取組の展開を促すことが効果的であるが、策定する予定がない都道府県は、いまだ約1/4あり、策定予定があるとしても先送りされている都道府県もある。(p.46-I.21)
- 都道府県版プログラムを策定する予定がない理由としては、市町村の要望・取組状況を踏まえると市町村の取組に制約が生じる懸念等があること等が挙げられている。しかしながら、都道府県が都道府県版プログラムを策定していない地域では、市町村の取組が比較的進んでいないこと、市町村としては都道府県版プログラムの策定による支援を望んでいることも踏まえつつ、引き続き、都道府県版プログラムの策定をはじめとして、都道府県レベルでの取組の充実を図る必要がある。(p.46-I.27)

(市町村等の状況に応じた選定基準)

- 地域によって糖尿病・腎症の医療体制は異なることから、都道府県版プログラムはそれぞれの地域の疾病構造や市町村等の抱える課題に応じて策定されることが期待される。その際、都道府県は、市町村等が一律の選定基準の下に実施することにするよりも、参考になる基準を示しつつ、それぞれの市町村等の状況に合わせて検討することができるように重症化予防プログラムを策定することが必要である。その場合、都道府県として重点的に取り組んでもらいたい事項、例えば、喫煙者やメタボ等のリスクが高い者を含めた選定基準を示した上で、市町村等が柔軟に検討できるようにすることが重要である。(p.47-I.2)

視点の整理⑤その他の論点

平成29年7月10日公表「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開に向けて」におけるその他の記載事項(抜粋)

(かかりつけ医等と保険者の相互補完)

- かかりつけ医等が特定の患者を診る視点と保険者が被保険者全体を見る視点は異なるため、連携協定をベースとしながら、あらかじめ医療関係者とも意見交換を行い、互いに理解し、治療及び生活習慣上の視点をそれぞれ補完しながら策定することが必要である。(p.47-I.11)
- かかりつけ医等のみならず、市町村等の状況によっては被用者保険での取組も必要になることから、保険者協議会とも連携して策定することも重要である。(p.47-I.14)

(都道府県による環境の整備)

- 受診勧奨や保健指導等の介入方法は、市町村等が自身の課題を踏まえるとともに、実施体制や財政状況等に合わせて選択すべきであるが、情報の取扱い、都道府県糖尿病対策推進会議との連携体制の構築等といった市町村等に共通、かつ判断に迷いが生じやすいと思われる事項は、都道府県が整理し具体的に提示することが重要である。これらを都道府県版プログラムに盛り込むためには、市町村等が実施できるような体制づくりが必要であり、関係者との関係づくり、支援ツールの開発、進捗管理等を都道府県が主体的に取り組む必要がある。さらに、各都道府県は、関係団体が実施する研修を支援する等、糖尿病療養指導士、糖尿病看護認定看護師等の人材養成を支援することも方策の一つである。(p.47-I.18)
- また、都道府県版プログラムを策定する際には、所管の市町村等の取組状況を把握するとともに、好事例を紹介するなど、市町村等が取り組むに当たって参考になる情報を収集し、周知することも必要である。(p.47-I.27)

(保険者努力支援制度における評価)

- 保険者努力支援制度においては、平成28年度から前倒し実施されている市町村分について、重症化予防の取組状況が評価されていること、また平成30年度から始まる都道府県分の評価に当たっても、都道府県版プログラムの策定状況など糖尿病性腎症重症化予防の取組についても評価される方向であることも念頭に置いて、プログラム策定を検討すべきである。(p.47-I.31)

視点の整理⑤その他の論点

平成29年7月10日公表「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開に向けて」におけるその他の記載事項(抜粋)

4 糖尿病対策推進会議等による取組の推進

(2) 糖尿病対策推進会議等の体制のあり方

(団体構成のあり方の検討)

- 都道府県糖尿病対策推進会議等の具体的な構成はそれぞれの地域の関係者の判断によるが、糖尿病性腎症の発病に係る適切な診断が腎臓専門医に求められることから、都道府県糖尿病対策推進会議においては、かかりつけ医等と糖尿病専門医・腎臓専門医等の連携を図ることができるような体制を構築することができる構成とすることが必要となる。(p.49-1.25)
- また、適切な保健指導を効果的に進める観点からは、歯科・薬剤・保健・看護・栄養の医療関係の専門職との連携を図ることができるような体制を構築することも必要である。(p.49-1.29)
- さらに、国保や後期高齢者医療のみならず、被用者保険などの関係保険者との連携や、地域の保険者を支援する団体や、地域の住民・企業との連携を図ることができるような体制を構築することが必要である。(p.49-1.31)
- 既に各都道府県に設置されている糖尿病対策推進会議がこのような機能を果たすことが難しい場合には、都道府県にある健康対策、糖尿病対策、CKD 対策の観点からの協議会等の活用も視野に入れることが考えられる。(p.50-1.2)

(市町村等をカバーする体制)

- 都道府県の保険者数や人口規模は様々であり一概に言うことはできないが、都道府県によっては、一つの都道府県糖尿病対策推進会議等が全ての市町村等をカバーするのは困難である場合もあるので、そのようなときには糖尿病対策推進会議等の支部組織を設けることや慢性腎臓病対策協議会などCKD 対策ネットワークを積極的に活用することにも留意しながら体制の在り方を検討するべきである。(p.50-1.6)

(4) 構成団体による取組の推進

(多くの専門職種の間わり)

- 重症化予防の取組を進める上では、適度な運動のアドバイスが重要なため、健康スポーツ医、健康運動指導士等の運動の専門職、さらに、糖尿病療養指導士、糖尿病病態栄養専門管理栄養士といった専門職等、多くの専門職が糖尿病治療に関わることが期待される。さらに、腎症の重症化予防と言う視点からは、各地域の腎臓専門医、慢性腎臓病療養指導士といった腎疾患の重症化予防にかかわる専門職の参画が必要である。(p.51-1.16)

視点の整理⑤その他の論点

平成29年7月10日公表「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開に向けて」におけるその他の記載事項(抜粋)

(各医療関係団体による個別の取組)

- 糖尿病対策推進会議を構成する各医療関係団体においても、それぞれの活動の中で重症化予防に向けて個別に取組を進めることが効果的である。どのような取組が可能となるかはそれぞれの専門性により異なるが、重症化リスクの高い者・未受診者・受診中断者に対する支援に向けて担当者を置きながら対応可能な取組をそれぞれ行うことが期待される。その際には、重症化予防において目指すべき共通の目標を各医療関係団体で共有することで効果的・効率的な個別の取組が期待されることから、例えば、各学会の連名で糖尿病性腎症に特化したガイドラインを作成する等の仕組みが必要である。(p.51-I.22)

(重症化予防に寄与する多職種の協力体制)

- 糖尿病性腎症重症化予防に寄与する職種は多く、かかりつけ医等、糖尿病専門医・腎臓専門医等の医師のほか、眼科医、歯科医、薬剤師等、保健指導等に関わる職種として、糖尿病看護認定看護師、慢性腎臓病療養指導士、糖尿病療養指導士、糖尿病薬物療法認定薬剤師、糖尿病病態栄養専門管理栄養士・腎臓病病態栄養専門管理栄養士・在宅訪問管理栄養士等、さらに認定健康スポーツ医等がいる。これらの職種は市町村等が実施する糖尿病性腎症重症化予防の取組内容に合わせて必要に応じて協力体制を構築し、効果的に実施することが期待される。職種の活用としては、職種の専門性を活かした保健指導等を実施するのはもちろんであるが、例えば、医療機関の糖尿病療養指導士や糖尿病看護認定看護師と自治体の保健師が連携することで、患者情報を継続的に活用し、受療中断を予防できる可能性もある。また、栄養ケア・ステーションによる栄養管理・食事管理、薬局による糖尿病患者に指導が行われている事例(松本市)や、都道府県版重症化予防プログラムに「歯のプログラム」を入れている事例(埼玉県)、歯科医が歯周病によって糖尿病の重症化を察知して医療につながる例もある。これらのようにそれぞれの職種が既に持つネットワークや活動拠点、特性を活かす取組が考えられる。(p.51-I.30)

(関係団体共同の研修会等の開催)

- 日本糖尿病対策推進会議の構成団体においては、学会・地方会でのシンポジウムや研修会等を共同して開催することにより、互いの職種を理解するとともに、会員へ連携体制を周知・啓発することが重要である。(p.52-I.14)

視点の整理⑤その他の論点

平成29年7月10日公表「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開に向けて」におけるその他の記載事項(抜粋)

6 国保連による支援 (KDBデータの活用)

- 後期高齢者の健診は、特定健診に準じ実施されているため、健診機関等からの結果報告についても特定健診のスキームを活用することにより、電子化された情報として入手することが可能となっている。そのため、広域連合が委託等により健診を実施する際には、健診機関等からの結果報告の際に電子情報として入手できるよう、契約書や補助要綱等に明記し求めることが必要である。(p.55-1.4)

7 重症化予防の取組内容の充実

(1) 住民の理解と参加を得るための方策の推進

- すでに腎症の状態になっていることについては、本人や家族が気づかないことが多い。重症化予防についての家族の理解を深め、家族が早期に健康状態の変化に気づき、保健事業へとつなげるなど、重症化予防について家族の理解を求めるとともに、協力してもらうことも必要である。(p.55-1.29)
- このため、住民に重症化予防の意義や必要性について、わかりやすい方法で周知徹底するなど、予防・健康づくりに対する意識を啓発していくことが重要である。(p.56-1.3)
- また、取組を継続的に進めていく上では、すべて行政と医療機関で担うだけでなく、住民自身がリーダーとなって、講演やウォーキングイベントなどのポピュレーションアプローチを実施することも必要である。(p.56-1.5)

(幅広い関係者への意識の啓発)

- 糖尿病性腎症重症化予防の取組を実施するに当たっては、多くの市町村等が課題を抱えており、特に対象者に関する課題を抱えている。そのため、重症化予防の取組を推進するためには、対象者自身及び家族や近隣住民、さらに地域の企業に重症化予防の意義や必要性について、わかりやすい方法で周知徹底する等、予防・健康づくりに対する意識を啓発していくことが重要である。(p.56-1.9)

視点の整理⑤その他の論点

平成29年7月10日公表「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開に向けて」におけるその他の記載事項(抜粋)

(住民を受け手から担い手にする工夫)

- さらに、行政と医療関係者だけで取組を進め、住民を受け身の立場に置くのではなく、住民自身を単なる情報の受け手から地域における重症化予防の担い手に位置付けを変え、自律的な取組が進むように仕掛けを工夫することも各市町村等に期待される。例えば保健推進員や健康づくり推進員の養成と自らの企画・実施による健康づくりの催しの開催や情報交換、アンケート等による啓発推進、地域の要望やニーズの吸い上げなどである。これはまさに健康なまちづくりといった地域づくりの一環としても位置付けられるものであり、その場合、行政のお仕着せだけでは地域に根差したものとはならないことに留意が必要である。将来どのような地域にしたいか、どのように暮らしていきたいかは住民自身が主体となって決め、進めるものであるため、住民を主役としながら、その仕掛けを進めることが期待される。(p.56-I.22)

(4) 地域包括ケアに向けての体制づくり
(法定計画での位置付け不足)

- そもそも国保では被保険者のうち、65歳以上高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半を超えている。このような状況にかんがみれば、高齢者が地域で元気に暮らし、医療サービスをできるだけ必要としないようにするための対策は国保にとっても市町村にとっても非常に重要である。その際には、単に医療サービスだけに止まらず、高齢者の暮らしを中心に置けば、医療・介護・保健・福祉など各種サービスが相まって高齢者を支える地域包括ケアシステムの構築が必要である。このため、都道府県や市町村等は、重症化予防の取組を進めるに当たっては、地域包括ケアの構築ということを念頭に置きながら取り組む必要がある。(p.59-I.21)

VI. 取組を推進する上での留意点
3 個人情報の取扱い

- 糖尿病性腎症重症化予防の取組を進めるに当たっては、健診データやレセプトデータなどをはじめとして、住民の住所・氏名・年齢・職業・家族構成等といった基本情報、生活習慣に関する情報等、様々な種別の個人情報が、対象者の抽出や受診勧奨・保健指導、現状の確認等に活用されることが多い。特に、健診データやレセプトデータは、一般的には個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号。以下「個人情報保護法」という。)に定める要配慮個人情報に該当するため、他の個人情報よりも慎重に取り扱う必要があることから、あらかじめ個人情報の取扱いについて整理することが重要である。(p.63-I.11)