

【プログラム策定の経緯】

- 糖尿病は、放置すると網膜症や腎症等の合併症を引き起こし、患者のQOLを著しく低下
- 国は平成28年3月に日本医師会、日本糖尿病対策推進会議及び厚生労働省の三者で糖尿病性腎症重症化予防に係る連携協定を締結、同年4月に「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を策定。プログラムでは、都道府県レベルで医師会や糖尿病対策推進会議等と都道府県内の取組状況を共有することや、都道府県版プログラムを策定し区市町村の取組を支援することが望ましいとされた。
- このため、都は、東京都医師会、東京都糖尿病対策推進会議の三者の連名で、「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を策定し、区市町村が地区医師会等の関係団体と円滑に協議しながら重症化予防に取り組めるよう支援

東京都糖尿病性腎症重症化予防プログラム(案)の概要

1 本プログラムの趣旨 (P1)

- 平成30年度から、都道府県は、区市町村と共に国民健康保険の保険者となり、財政運営の責任主体として中心的な役割を担うこととされたことに伴い、都は、国民健康保険運営方針を定め、その中で、糖尿病性腎症重症化予防の推進を医療費適正化の取組の一つとして、区市町村を支援していくこととしている。
- このため、東京都は、東京都医師会、東京都糖尿病対策推進会議、区市町村等の関係機関と連携し、事業の円滑な推進を図るため、「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を策定する。

2 基本的考え方 (P1~P3)

(目的)

- 重症化するリスクの高い未受診者・治療中断者を医療に結びつけるとともに、糖尿病で通院する患者のうち重症化するリスクの高い者に対し、保健指導等を行い、糖尿病性腎症による透析等の合併症の発症を防止することを目的とする。

(性格)

- 区市町村と後期高齢者医療広域連合（以下、「区市町村等」という。）が医療機関と連携して糖尿病性腎症重症化予防に取り組むことを目指し、重症化予防に向けた取組の考え方や標準的な内容を示すもの。
- 区市町村等における取組内容については、地域の実情に応じて柔軟に対応することが可能であり、現在既に行われている取組を尊重するものである。

(留意点)

- 後期高齢者については年齢層を考慮した対象者選定基準を設定することが必要。

3 取組にあたっての関係機関の役割 (P4~P6)

(都)

- 東京都医師会、東京都糖尿病対策推進会議との情報共有、プログラムの関係団体への周知、協力の依頼
- 東京都糖尿病医療連携協議会、糖尿病医療連携圏域別検討会を活用した、取組内容の共有、課題等について対応策の議論や助言を実施し、区市町村等の取組を支援

(区市町村)

- 地域における課題の分析（被保険者の健康課題等を分析）
- 対策の立案（取組の優先順位等を考慮し、対策を立案、地区医師会等の関係団体と協議）
- 対策の実施、実施状況の評価

(東京都医師会及び地区医師会)

- 都医師会及び地区医師会は、都及び区市町村等が取組を行う場合には、会員に対する周知、かかりつけ医と専門医等との連携強化など、必要な協力を行う等。

(東京都糖尿病対策推進会議)

- 都の動向等について構成団体に周知、医学的・科学的観点からの助言など、都及び区市町村等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。

(東京都歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会等)

- 都の動向等について会員等に周知し、都及び区市町村等の取組に協力するよう努める
- プログラム対象者が、確実に受診を継続できるよう、区市町村等と連携し、かかりつけ医等の指示の下療養指導を行い、対象者のセルフケアを支援する。

4 対象者の選定 (P8~P11)

(1) 基本的な考え方

(受診勧奨の対象者)

下記の①②のいずれにも該当する者とし、下記の(2)～(4)の方法を組み合わせで抽出

- ① 空腹時血糖126mg/dl (随時血糖200mg/dl) 以上又はHbA1c6.5%以上
- ② eGFR60ml/分/1.73m²未満又は尿蛋白(±) 以上

(保健指導の対象者)

糖尿病性腎症の病期が2期以上相当の者

(2) 健診データ・レセプトデータ等を活用したハイリスク者の抽出

- ー 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

(3) 医療機関における糖尿病治療中の者からの抽出

- ー 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

(4) 治療中断かつ健診未受診者の抽出

- ー 過去に糖尿病治療歴があるものの、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等

5 介入方法 (P12~P13)

① 受診勧奨：手紙送付、電話、個別面談、戸別訪問等

- ー 対象者の状況に応じ、本人への関わり方の濃淡をつける
- ー 必要に応じて受診後のフォローも行う

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

- ー 健診データ等を用いて自身の健康状態を理解してもらい、生活習慣改善につなげることを目標とする

6 かかりつけ医や専門医との連携 (P16~P17)

(区市町村等とかかりつけ医との連携)

- 区市町村等において、あらかじめ医師会等の関係機関と十分協議の上、推進体制を構築。地区医師会は各地域での推進体制について区市町村等と協力。
- かかりつけ医は、対象者の病状を把握し、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。

(かかりつけ医と地域における関係機関との連携)

- 必要に応じてかかりつけ医と専門医の連携、医科歯科連携ができる体制をとることが望ましい。
- 臨床における検査値（血圧、血糖、腎機能等）を把握するに当たっては、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。

7 プログラム評価指標 (P18~P20)

(区市町村等における評価)

- プログラムに定める評価指標を参考に取組を評価
- また、実施状況の把握・分析や評価に基づき、事業の取組内容の見直しなど、PDCAサイクルを回すことが重要

(都における評価)

- 区市町村等における取組状況や評価の実施状況を把握
- 評価に基づき必要な対策案を検討するなど、PDCAサイクルを回しながら、区市町村等における取組を支援