

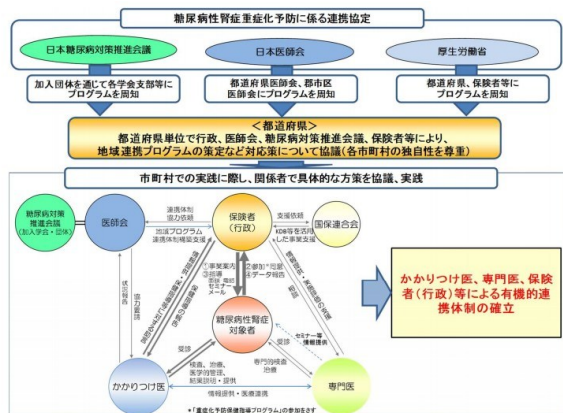


国版プログラムに基づく 糖尿病性腎症重症化予防事業の コンセプト

(地独)東京都健康長寿医療センター 研究所 研究部長
平田 匠

1

糖尿病性腎症重症化予防事業



- 医療費適正化の観点から、糖尿病性腎症の重症化に伴う人工透析の導入患者数を減らすため、平成28年4月に糖尿病性腎症重症化予防プログラムを国が策定した(平成31年4月、令和6年3月に改訂)
- 都道府県単位で医師会・糖尿病対策推進会議を含めた協議により、糖尿病性腎症重症化予防プログラムを策定する
- 各都道府県の糖尿病性腎症重症化予防プログラムを基盤にして、各保険者が主体となり糖尿病性腎症重症化予防事業を実施する

(<https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/program.pdf>)

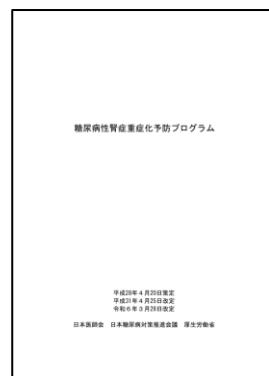
2

国版プログラムの改訂ポイント

令和6年3月改訂



1. 対象者の年齢層を考慮した取組の推進
青壮年に対する取組、高齢者に対する取組について明記
2. 関係者の連携に向けた役割の提示
市町村、都道府県、広域連合、地域における医師会等、
国保連・中央会について関係者の連携を促す観点からの
役割を明記
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
4. 市町村、都道府県等が設定する評価指標例の提示



(<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001232706.pdf>)
(<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001232707.pdf>)

3

糖尿病性腎症重症化予防事業の目的



糖尿病性腎症重症化予防
事業実施の手引き(令和6年度版)



1. 糖尿病が重症化するリスクの高い
医療機関未受診者・受診中断者に対して、
適切な受診勧奨、保健指導を行うこと
により治療に結びつけること
2. 糖尿病性腎症等で通院する患者のうち、
重症化リスクの高い者に対して主治医の
判断により保健指導対象者を選定し、
腎不全、人工透析への移行を防止すること

(厚生労働省保険局「糖尿病性腎症重症化予防に関する事業実施の手引き」(平成31年4月)より抜粋引用)

(<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001226129.pdf>)

4

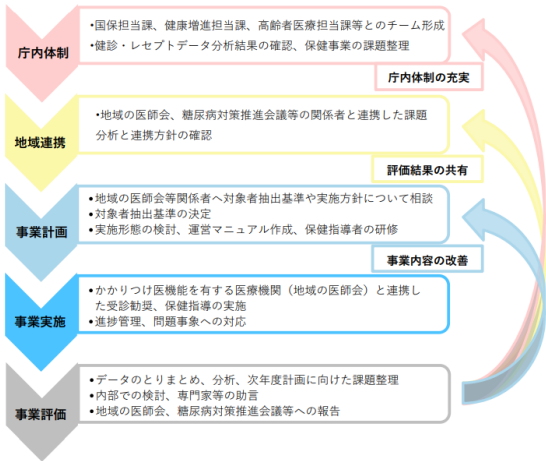
糖尿病性腎症重症化予防事業の“理想”



糖尿病性腎症を有する被保険者全員が 糖尿病性腎症を重症化させない

糖尿病性腎症を有する被保険者を全員見つけて、
医療機関受診の有無を確認し、
医療機関未受診者でかつ医療機関受診を要すると考えられる者には、医療機関の受診を推奨し、
医療機関未受診者でかつ医療機関受診を希望しない者や、医療機関受診者でかつ生活習慣の
指導を主治医が希望する場合には、生活習慣病を重症化しにくくするような健康的な生活習慣
に関する知識やその生活習慣を実践するためのノウハウを伝え、
被保険者が適切な医療サービスを受けるとともに、健康的な生活習慣を実践することによって、
被保険者の生活習慣病が重症化しないようにする

重症化予防事業の基本的な進め方

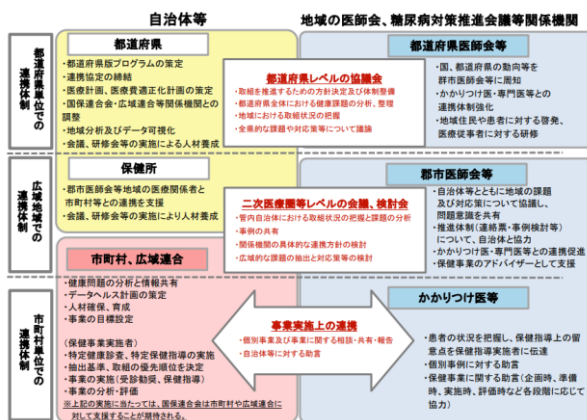
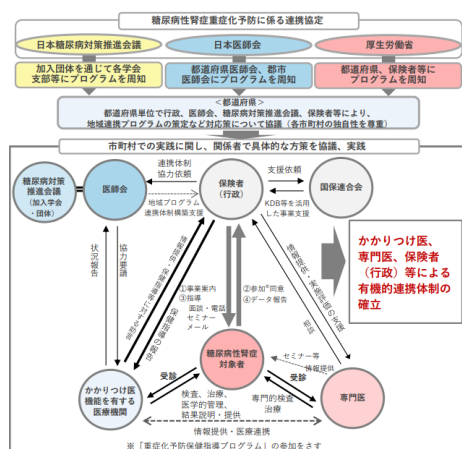


NO	項目	NO	項目
1	チーム形成（国保・衛生・広域等）	20	介入開始（受診勧奨）
2	健康課題の把握	21	記録、実施件数把握
3	チーム内での情報共有	22	かかりつけ医との連携状況把握
4	保健事業の構想を練る（予算等）	23	レセプトにて受診状況把握
5	医師会等への相談（情報提供）	24	募集（複数手段で）
6	糖尿病対策推進会議等への相談	25	対象者決定
7	情報連携方法の確認	26	介入開始（初回面接）
8	対象者選定基準検討	27	継続的支援
9	基準に基づく該当者数試算	28	カンファレンス、安全管理
10	介入方法の検討	29	かかりつけ医との連携状況確認
11	予算・人員配置の確認	30	記録、実施件数把握
12	実施方法の決定	31	3カ月後実施状況評価
13	計画書作成	32	6カ月後評価（実施状況、データ）
14	募集法の決定	33	1年後評価（健診・レセプト）
15	マニュアル作成	34	医師会等への事業報告
16	保健指導等の準備	35	糖尿病対策推進会議等への報告
17	（外部委託の場合）	36	改善点の検討
18	事業者との協議、関係者へ共有	37	マニュアル修正
19	個人情報取り扱い決め	38	次年度計画策定
	苦情、トラブル対応		

津下一代ほか、平成28年度 厚生労働科学研究費補助金「糖尿病性腎症重症化予防プログラムの開発のための研究」

(<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001232706.pdf>)
(<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001272225.pdf>)

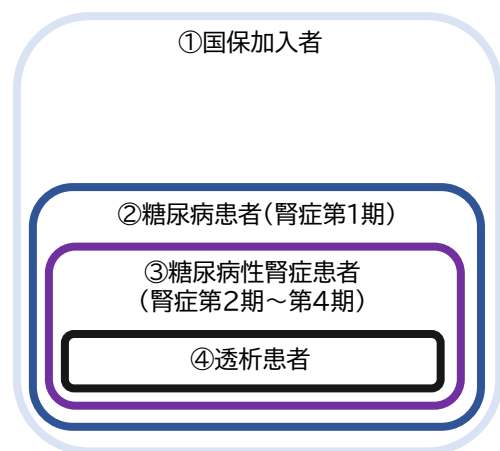
重症化予防事業における地域連携



(<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001232706.pdf>)

7

事業計画:対象者選定の考え方



- ①→② 糖尿病発症予防
- ②→③ 糖尿病性腎症発症予防
- ③→④ 糖尿病性腎症重症化予防

本来の考え方からすると、
糖尿病性腎症重症化予防事業の対象者は、
糖尿病性腎症患者
となる。
（※糖尿病性腎症発症予防の対象者を
事業対象者に含めることは許容される）

8

糖尿病性腎症病期分類2023



病期	尿中アルブミン・クレアチニン比(UACR、mg/g)あるいは尿中蛋白・クレアチニン比(UPCR、g/gCr)	eGFR (mL/分/1.73m ²)
正常アルブミン尿期(第1期)	正常アルブミン尿(30未満)	30以上
微量アルブミン尿期(第2期)	微量アルブミン尿(30~299)	30以上
顕性アルブミン尿期(第3期)	顕性アルブミン尿(300以上)あるいは持続性タンパク尿(0.5以上)	30以上
GFR高度低下・末期腎不全期(第4期)	問わない	30未満
腎代替療法期(第5期)	透析療法中あるいは腎移植後	

病期の名称等が変更になったが、分類自体は特に変更なし
令和6年3月改訂の国版糖尿病性腎症重症化プログラムへの反映は見送り(手引きには掲載)

(糖尿病性腎症合同委員会:糖尿病性腎症病期分類2023の策定. 日腎会誌 2023; 65(7): 847-856)

9

重症化予防事業における糖尿病性腎症の定義



糖尿病であること



腎障害が存在していること

- ①～③のいずれかを満たすこと
- ① 空腹時血糖または随時血糖126mg/dL以上、またはHbA1c6.5%以上
 - ② 現在、糖尿病で医療機関を受診している
 - ③ 過去に糖尿病薬(経口血糖降下薬・インスリン・GLP-1受容体作動薬)使用歴または糖尿病にて医療機関の受診歴がある(ただし、直近の健診データ等により糖尿病の診断基準に該当しない対象者を除く)

※ 疑いも事業対象者に含めてよい
※ 随時血糖は食事開始後から3.5時間以上経過

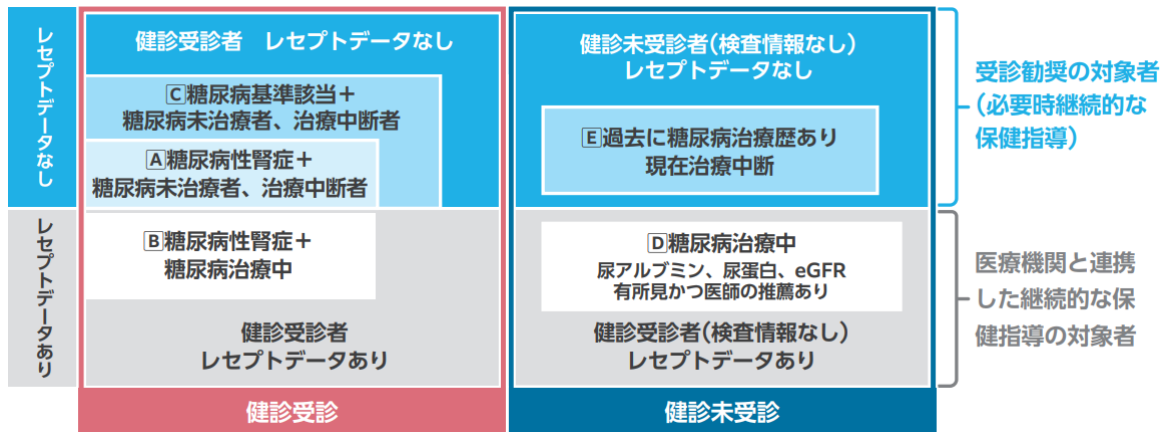
①～④のいずれかを満たすこと

- ① 腎症第4期: eGFR30mL/分/1.73m²未満
- ② 腎症第3期: 尿蛋白陽性
- ③ レセプトに糖尿病性腎症又は腎障害の悪化を示す病名が記載されている
- ④ 腎症第2期以下の場合には、次の情報を参考とする
 - eGFR45mL/分/1.73m²未満
 - eGFR60mL/分/1.73m²未満のうち、年間5mL/分/1.73m²以上低下
 - 糖尿病網膜症の存在
 - 微量アルブミン尿の確認、あるいは尿蛋白(±)
 - 血圧コントロールが不良
(目安:140/90mmHg、後期高齢者150/90mmHg以上)

(<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001232706.pdf>)

10

特定健診・レセプトデータ等を活用した 糖尿病性腎症対象者の抽出方法



(厚生労働省保険局:糖尿病性腎症重症化予防に関する事業実施の手引き(令和6年度版))

11

事業計画:対象者の抽出基準と介入方法 <糖尿病未受診者(治療中断者を含む)>



糖尿病未受診者 ※1

		腎障害の程度								
		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 ※2			血圧区分 ※2			血圧区分 ※2		
		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									

点検資格: 健診・レセプトデータから糖尿病と判断できないため、糖尿病性腎症重症化予防事業の対象外 (CKD 対策、高血圧対策としての受診勧奨・保健指導等が必要に応じて行う)



※注意:後期高齢者は含まない

レベル	受診勧奨の場合	保健指導の場合	糖尿病性腎症重症化予防事業の対象者
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	要
II	通知・電話・面談	糖尿病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	要
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	要

受診勧奨レベルⅢ、レベルⅡは
確実に受診勧奨すべき

※ 血圧高値
収縮期血圧140mmHg以上または拡張期血圧90mmHg以上
※ 受診の有無はレセプトデータで確認

(<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001232706.pdf>)

12

糖尿病性腎症重症化予防事業における 事業立案時の留意点



医師会等との連携が必須

【受診勧奨】

1. 腎症第2期・第3期における受診勧奨

- ◆ 血糖・血圧コントロール不良者(特に投薬を要する患者)を優先的に受診勧奨する
 - ◆ 投薬を必要としない場合、早期に診察終了となる可能性があることに注意
2. 腎臓内科への紹介基準については医師会等と事前に調整する(特に腎症第4期の扱い)

【保健指導】

1. 腎症第3期・第4期(特にたんぱく質制限を必要とする者)への保健指導

- ◆ 医療機関への受診勧奨を優先し、医療機関未受診者(受診勧奨不応者)や治療中断者に対して保健指導を実施することが望ましい
 - ◆ 医療機関受診者に保健指導を行うか医師会等と事前に調整する
 - ◆ 保健指導の情報提供内容を定期的に見直せる体制を構築する
2. 腎症第2期への保健指導
- ◆ 医療機関受診者に保健指導を行うか医師会等と事前に調整する

13

事業評価:市町村が設定する評価指標 <アウトカム評価>



【アウトカム評価】

			短期	中長期
受診勧奨	医療機関受診の有無、継続受診の状況		◎	○
保健指導	身体状況	血糖・HbA1c、尿蛋白、eGFR、血圧	◎	○
		体重・BMI、LDLコレステロール(またはnon-HDLコレステロール)、尿アルブミン、口腔機能	○	○
	生活習慣	生活習慣改善意欲/食生活/運動習慣/飲酒/喫煙	○	○
	治療状況	新規透析導入(うち糖尿病性腎症を原因とするもの)の状況、糖尿病の服薬状況		○
	医療費	外来医療費、総医療費		○

◎は必ず確認すべき指標、○は確認することが望まれる指標を示す。

(<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001232706.pdf>)

14

糖尿病性腎症重症化予防事業の アウトカム評価における注意点・ポイント



- 受診勧奨のアウトカム評価指標として受療中断率を使用する場合、検査値の改善に伴い定期受診終了となった者と自己中断した者が含まれることに注意する
- 保健指導のアウトカム評価指標として検査値やイベントの発症を使用する場合、薬剤使用者では薬剤使用＋保健指導の効果の評価していることに注意する
- アウトカム評価指標として検査値を使用する場合、検査値の変化だけでなく管理目標を達成した対象者の割合も併せて算出すると良い
- 受診勧奨のアウトカム評価指標として医療費を使用する場合、短期的には外来医療費の増加を認めうる

15

糖尿病性腎症重症化予防事業を 継続的に実施するポイント



1. 地域関係者間の連携体制の整備
 - 庁内関係部署との事業計画の共有・連携体制の構築
 - 医師会(都・地区)・糖尿病対策推進会議等との連携が必須
2. PDCAを意識した事業運営
 - 事業は計画－実施－評価－改善までで1セット
 - 長期の事業実施を見据えて適宜修正を加えて改善する
3. 長期追跡体制と事業の引継ぎ
 - 事業実施計画書・マニュアルを作成し保存

16

おわりに：国版プログラムに基づく 糖尿病性腎症重症化予防事業のコンセプト



1. 糖尿病患者において血糖・血圧などのリスク因子を厳格に管理し、長期的に糖尿病性腎症の進行に伴う透析導入や心血管疾患の発症を抑制することにより、都民の健康増進につなげる事業である
2. 事業はPDCAサイクルに沿って実施する。特に、KDBを活用した健康課題の把握、健診データやレセプトデータを活用した対象者の抽出やアウトカム評価は確実に実施する
3. 対象者の選定基準や事業内容は中年者・前期高齢者と後期高齢者で異なり、事業計画の立案時に医師会等と協議した上で決定することが望ましい

医療一保健連携の一層の推進に期待