

| | |
|-----------------|----|
| 令和5年度第1回医療政策研修会 | 資料 |
| 令和5年5月18日 | 5 |

糖尿病の医療体制について

令和5年度第1回医療政策研修会

厚生労働省健康局がん・疾病対策課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

- 糖尿病対策に係る中間とりまとめについて
- 第8次医療計画見直しのポイントについて
 - 総論
 - 各論
- その他

1) 糖尿病対策に係る他計画との連携等を含めた診療提供体制の検討

- 第8次医療計画の策定に向けて、国民健康づくり運動プラン（健康日本21）や医療費適正化計画の見直しに係る検討状況、重症化予防や両立支援に係る取組状況等を踏まえつつ、見直しの方向性を整理することとしてはどうか。
- その他、診療提供体制に係る記載について、厚生労働科学研究の内容等を踏まえ、必要な見直しを行うこととしてはどうか。

2) 新型コロナウイルス感染症拡大時の経験を踏まえた今後の糖尿病医療体制

- 今回の新型コロナウイルス感染症拡大時の経験も踏まえ、地域の実情に応じて、多施設・多職種による重症化予防を含む予防的介入や、治療中断対策等を含むより継続的な疾病管理に向けた診療提供体制の整備等を進めることとしてはどうか。

3) 第8次医療計画に向けた指標の見直し

- 第8次医療計画における指標については、厚生労働科学研究において提案された指標案を踏まえ、以下の方針で整理を進めることとしてはどうか。
 - 「予防」「治療・重症化予防」「合併症の治療・重症化予防」の3項目を軸として整理する。
 - 「比率」又は「実数」のいずれを採用するかについては、都道府県間での比較を可能とする観点から、糖尿病患者数の正確な把握が困難な現状を踏まえ、原則として「人口10万人あたりの比率」を採用する。
ただし、「1型糖尿病に対する専門的治療を行う医療機関数」「妊娠糖尿病・糖尿病合併妊娠に対する専門的な治療を行う医療機関数」等、「人口10万人あたり」を母数とすることが必ずしも適当でなく、かつ、適切な母数（母集団）の設定が難しい指標については「実数」を用いることとする。
 - 「専門家数」又は「専門医療機関数」のいずれを採用するかについては、医療提供体制の整備という観点から「専門医療機関数」を用いることとする。

腎疾患対策及び糖尿病対策の推進に関する検討会における 糖尿病対策に係る中間とりまとめ（令和5年2月13日）その1

1. 糖尿病対策に係る他計画との連携等を含めた診療提供体制について

① 見直しの方向性

- 国民健康づくり運動プラン（健康日本21）や医療費適正化計画の見直しに係る検討状況、重症化予防や治療と仕事の両立支援に係る取組状況等を踏まえ、見直しを行う。
- その他、診療提供体制に係る記載について、厚生労働科学研究の内容等を踏まえ、必要な見直しを行う。

② 具体的な内容

- 地域の保健師・管理栄養士等と連携した糖尿病の発症予防の取組や、保健師・管理栄養士等と医療機関の連携、健診後の受診勧奨・医療機関受診状況等に係るフォローアップ等、予防と医療の連携に係る取組を引き続き推進する。
- 治療等に係る記載について、更新された糖尿病に係るガイドラインにおける記載内容や調査・研究の結果等を踏まえ、内容を更新する。また、外来療養指導や外来栄養食事指導の強化、及び運動指導の重要性について追記する。
- 高齢者糖尿病に関しては、高齢者糖尿病におけるコントロール目標等が設定されたことにも留意し、低血糖予防、フレイル対策、併存症としての心不全に関する実態把握や、在宅医療・在宅訪問看護や介護・地域包括ケアとの連携等の要素も含め、糖尿病の治療や合併症の発症予防・重症化予防につながる取組について追記する。
- 研究班や関係学会で整理された、かかりつけ医から糖尿病専門医への紹介基準、その他関係する専門領域への紹介基準等も踏まえ、合併症の発症予防・重症化予防に係る医療機関間連携や関連機関等の連携を含む取組を引き続き推進する。
- 糖尿病対策推進会議や糖尿病性腎症重症化予防プログラムなど、保険者と医療機関等が連携した取組を引き続き推進する。
- 厚生労働省の「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」に基づく治療と仕事の両立支援を含め、産業医等と連携した職域における糖尿病対策に係る取組を引き続き推進する。
- 周術期や感染症入院中の血糖コントロール等、糖尿病を併存している他疾患を主たる病名として治療中の患者の血糖管理体制についても取組を進める。
- 患者及びその家族等に対する教育や、国民に対する正しい知識の普及啓発等に係る取組を引き続き推進する。
- 糖尿病の動向や治療の実態を把握するための取組や、取組を評価するための適切な指標の検討を引き続き推進する。

腎疾患対策及び糖尿病対策の推進に関する検討会における 糖尿病対策に係る中間とりまとめ（令和5年2月13日）その2

2. 新型コロナウイルス感染症拡大時の経験を踏まえた今後の糖尿病医療体制について

① 見直しの方向性

- 今回の新型コロナウイルス感染症拡大時の経験も踏まえ、地域の実情に応じて、多施設・多職種による重症化予防を含む予防的介入や、治療中断対策等を含む、より継続的な疾病管理に向けた診療提供体制の整備等を進める観点から、必要な見直しを行う。

② 具体的な内容

- 感染症流行下等の非常時においても、切れ目なく糖尿病患者が適切な医療を受けられるような体制整備を進める。
- ICTの活用やPHR（パーソナル・ヘルス・レコード）の利活用、在宅医療との連携を含めた継続的・効果的な疾病管理に係る検討を進めるとともに、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」にそって、オンライン診療による対応が可能な糖尿病患者の病態像についても整理を進める。

3. 糖尿病対策に係る指標の見直しについて

① 見直しの方向性

- 第8次医療計画における糖尿病対策に係る指標については、厚生労働科学研究において提案された指標案及びこれまでの議論を踏まえ、見直しを行う。
- 具体的な方向性は、以下のとおりとする。
 - ・ 「糖尿病の予防」「糖尿病の治療・重症化予防」「糖尿病合併症の発症予防・治療・重症化予防」の3項目を軸として整理する。
 - ・ 「専門家数」又は「専門医療機関数」のいずれも用いる指標については、医療提供体制の整備という観点から「専門医療機関数」を採用する。
 - ・ 「比率」又は「実数」のいずれも用いる指標については、都道府県間での比較を可能とする観点から、原則として「人口10万人当たりの比率」を採用する。ただし、「1型糖尿病に対する専門的治療を行う医療機関数」「妊娠糖尿病・糖尿病合併妊娠に対する専門的治療を行う医療機関数」等、「人口10万人当たり」を母数とすることが必ずしも適当でなく、かつ、適切な母数（母集団）の設定が難しい指標については「実数」を用いることとする。また、「HbA1cもしくはGA検査の実施」や「重傷低血糖の発生率」等、糖尿病患者を対象とした検査の実施及び糖尿病患者における合併症の発生については、母数として「糖尿病患者数」を用いることとする。

4. 今後検討が必要な事項について

- 高齢者の糖尿病の実態把握や、ICT等を活用した糖尿病対策のあり方等について引き続き検討する。
- 糖尿病対策の取組の評価に係る適切な指標について、引き続き検討する。

- 糖尿病対策に係る中間とりまとめについて
- 第8次医療計画見直しのポイントについて
 - 総論
 - 各論
- その他

糖尿病の医療体制（第8次医療計画の見直しのポイント）

概要

- 糖尿病の発症予防、治療・重症化予防、合併症の治療・重症化予防のそれぞれのステージに重点を置いた取組を進めるとともに、他疾患で治療中の患者の血糖管理を適切に実施する体制の整備を進める。
- 診療科間連携及び多職種連携の取組を強化する。
- 糖尿病未治療者・治療中断者を減少させるための取組を強化する。

合併症の治療・重症化予防

治療・重症化予防

発症予防



他疾患治療中の血糖管理

診療科間連携

- かかりつけ医から糖尿病専門医・専門医療機関への紹介基準等を踏まえ、診療科間連携を推進
- かかりつけ医から糖尿病専門医・専門医療機関への紹介基準**

1. 血糖コントロール改善・治療調整

- 薬剤を使用しても十分な血糖コントロールが得られない場合、あるいは次第に血糖コントロール状態が悪化した場合（血糖コントロール目標（※1）が達成できない状態が3か月以上持続する場合は、生活習慣の更なる介入強化や悪性腫瘍などの検査を含めて、紹介が望ましい）。
- ※1. 血糖コントロール目標
- 新たな治療の導入（血糖降下薬の選択など）に悩む場合。
- 内因性インスリン分泌が高度に枯渇している場合（1型糖尿病等）。
- 低血糖発作を頻回に繰り返す場合。
- 妊婦へのインスリン療法を検討する場合。
- 感染症が合併している場合。

| 目標 | 血糖正常化を目指す際の目標 | 合併症予防のための目標 | 治療強化が困難な際の目標 |
|----------|---------------|-------------|--------------|
| HbA1c(%) | 6.0未満 | 7.0未満 | 8.0未満 |

高齢者については“高齢者糖尿病の血糖コントロール目標”を参照

3. 慢性合併症

- 慢性合併症（網膜症、腎症（※2）、神経障害、冠動脈疾患、脳血管疾患、末梢動脈疾患など）発症のハイリスク者（血糖・血圧・脂質・体重等の難治例）である場合。
- 上記糖尿病合併症の発症、進展が認められる場合。
- ※2. 腎機能低下やタンパク尿（アルブミン尿）がある場合は“かかりつけ医から腎臓専門医・専門医療機関への紹介基準（案）”を参照のこと。

発症予防・予防と医療の連携

- 特定健診・特定保健指導、健診後の適切な受診勧奨及び医療機関受診状況の把握を引き続き推進

他疾患治療中の血糖管理

- 周術期や薬物療法、感染症等で入院中の患者の血糖管理を適切に実施する体制の整備

治療中断者の減少・多職種連携

- 就労支援（両立支援、治療継続支援）や糖尿病性腎症重症化予防プログラムを引き続き推進
- 多職種と連携した、外来食事栄養指導、合併症指導、透析予防指導等の強化

新型コロナウイルス感染症の経験を踏まえた医療提供体制

- 感染症流行下等の非常時においても切れ目なく適切な医療を受けられるような体制の整備

正しい知識の普及・啓発

- 糖尿病・合併症に関する正しい知識について、国民・患者に分かりやすい情報発信を推進
- 糖尿病に対するスティグマの払拭

糖尿病医療の体制構築に係る現状把握のための指標例（第8次）

| 糖尿病の予防 | | 糖尿病の治療・重症化予防 | | 糖尿病合併症の 発症予防・治療・重症化予防 | | |
|---------|---|--|------------------------------------|--|--|---------------------------------|
| ストラクチャー | | | 糖尿病専門医が在籍する医療機関数 (人口10万人当たり) | | 腎臓専門医が在籍する医療機関数 (人口10万人当たり) | |
| | | | 糖尿病療養指導士が在籍する医療機関数 (人口10万人当たり) | | 歯周病専門医が在籍する医療機関数 (人口10万人当たり) | |
| | | | 1型糖尿病に対する専門的治療を行う医療機関数 | | 糖尿病網膜症に対する専門的治療を行う医療機関数 (人口10万人当たり) | |
| | | | 妊娠糖尿病・糖尿病合併妊娠に対する 専門的治療を行う医療機関数 | | 糖尿病性腎症に対する専門的治療を行う医療機関数 (人口10万人当たり) | |
| | | | | | 糖尿病足病変に対する専門的治療を行う医療機関数 (人口10万人当たり) | |
| プロセス | ● | 特定健康診査の実施率 | | 糖尿病患者の年齢調整外来受療率 | ● | 眼底検査の実施割合 |
| | | 特定保健指導の実施率 | ● | HbA1cもしくはGA検査の実施割合 | ● | 尿中アルブミン・蛋白定量検査の実施割合 |
| | | | | インスリン治療の実施割合 | | クレアチニン検査の実施割合 |
| | | | | 糖尿病透析予防指導もしくは糖尿病合併症管理の実施割合 | | |
| | | | | 外来栄養食事指導の実施割合 | | |
| アウトカム | | 糖尿病予備群の者の数 | | 糖尿病治療を主にした入院の発生 (DKA・昏睡・低血糖などに限定) (糖尿病患者1年当たり) | | 治療が必要な糖尿病網膜症の発生 (糖尿病患者1年当たり) |
| | | 糖尿病が強く疑われる者の数 | | 治療継続者の割合 | ● | 糖尿病性腎症による新規人工透析導入患者数 |
| | | | | 重症低血糖の発生 (糖尿病患者1年当たり) | | 糖尿病患者の下肢切断の発生 (糖尿病患者1年当たり) |
| | ● | 特定健康診査での受診勧奨により実際に医療機関へ受診した糖尿病未治療患者の割合 | | | | |
| | | | ● | 糖尿病の年齢調整死亡率 | | |

●は重点指標

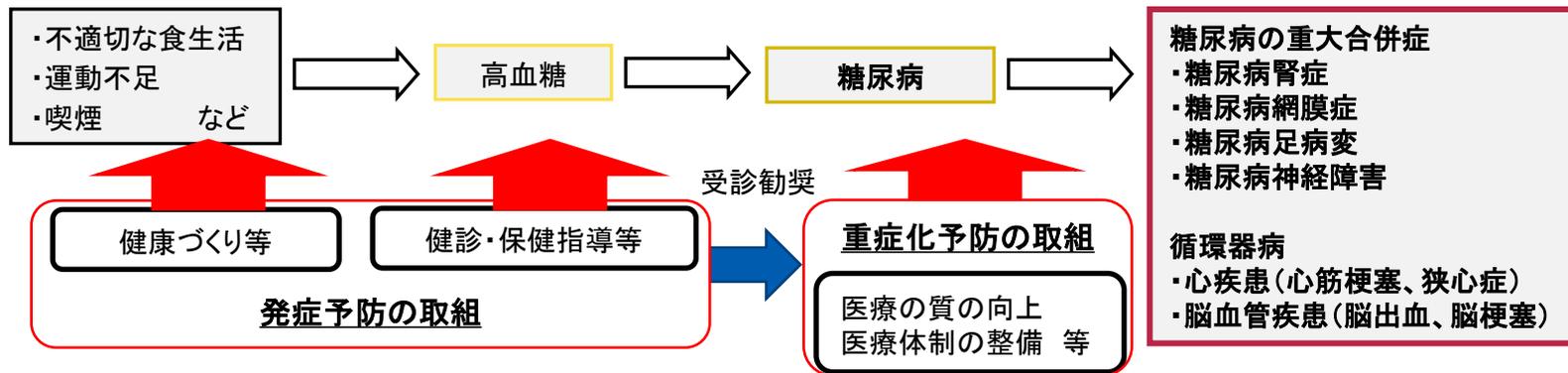
糖尿病医療の体制構築に係る現状把握のための指標例（第8次）

| | 糖尿病の予防 | | 糖尿病の治療・重症化予防 | | 糖尿病合併症の 発症予防・治療・重症化予防 | |
|---------|--------|--|------------------------------------|--|--|---------------------------------|
| ストラクチャー | | | 糖尿病専門医が在籍する医療機関数 (人口10万人当たり) | | 腎臓専門医が在籍する医療機関数 (人口10万人当たり) | |
| | | | 糖尿病療養指導士が在籍する医療機関数 (人口10万人当たり) | | 歯周病専門医が在籍する医療機関数 (人口10万人当たり) | |
| | | | 1型糖尿病に対する専門的治療を行う医療機関数 | | 糖尿病網膜症に対する専門的治療を行う医療機関数 (人口10万人当たり) | |
| | | | 妊娠糖尿病・糖尿病合併妊娠に対する 専門的治療を行う医療機関数 | | 糖尿病性腎症に対する専門的治療を行う医療機関数 (人口10万人当たり) | |
| | | | | | 糖尿病足病変に対する専門的治療を行う医療機関数 (人口10万人当たり) | |
| プロセス | ● | 特定健康診査の実施率 | | 糖尿病患者の年齢調整外来受療率 | ● | 眼底検査の実施割合 |
| | | 特定保健指導の実施率 | ● | HbA1cもしくはGA検査の実施割合 | ● | 尿中アルブミン・蛋白定量検査の実施割合 |
| | | | | インスリン治療の実施割合 | | クレアチニン検査の実施割合 |
| | | | | 糖尿病透析予防指導もしくは糖尿病合併症管理の実施割合 | | |
| | | | | 外来栄養食事指導の実施割合 | | |
| アウトカム | | 糖尿病予備群の者の数 | | 糖尿病治療を主にした入院の発生 (DKA・昏睡・低血糖などに限定) (糖尿病患者1年当たり) | | 治療が必要な糖尿病網膜症の発生 (糖尿病患者1年当たり) |
| | | 糖尿病が強く疑われる者の数 | | 治療継続者の割合 | ● | 糖尿病性腎症による新規人工透析導入患者数 |
| | | | | 重症低血糖の発生 (糖尿病患者1年当たり) | | 糖尿病患者の下肢切断の発生 (糖尿病患者1年当たり) |
| | ● | 特定健康診査での受診勧奨により実際に医療機関へ受診した糖尿病未治療患者の割合 | | | | |
| | | | ● | 糖尿病の年齢調整死亡率 | | |

●は重点指標

- 糖尿病対策に係る中間とりまとめについて
- 第8次医療計画見直しのポイントについて
 - 総論
 - 各論
- その他

現状の糖尿病対策



発症予防

- ポスターや優良事例の表彰などを通じた健康的な生活習慣についての普及・啓発活動
- 健康増進事業(健康教育、健康相談、訪問指導等)を通じた健康づくりの推進
- 特定健診、特定保健指導の実施
- 健診の受診率向上に向けた取組の推進
- 「標準的な健診・保健指導プログラム」を策定し、生活習慣改善を促す効果的な方法を提示
- 栄養・食生活、身体活動・運動等の各生活習慣に関する研究の推進

重症化予防

- 糖尿病の重大合併症の予防・管理に関する研究の推進
- 学会横断的な研究(学会横断的ガイドライン作成等)の推進
(糖尿病学会、循環器学会、腎臓学会、眼科学会)
- 大規模糖尿病診療データベースの構築

透析予防

- 糖尿病性腎症重症化予防プログラム
- 腎疾患対策検討会報告書(平成30年7月腎疾患対策検討会)に沿った対策の推進 (普及啓発、医療提供体制、診療水準の向上、人材育成、研究の推進等)

※上記は国レベルでの取組であり、自治体レベルでは様々な発症予防や重症化予防の取組が行われている。

重症化予防プログラムの効果検証事業

● ねらい：人工透析移行ストップ

- 人工透析の主な原疾患である糖尿病性腎症の重症化予防は、健康寿命の延伸とともに、医療費適正化の観点で喫緊の課題である。
- 専門医療機関等における介入のエビデンスは存在するが、透析導入患者をみると適切に医療を受けてこなかったケースも多く、医療機関未受診者を含めた戦略的な介入が必要である。このため、保険者において実施されている重症化予防の取組について、腎機能等一定の年月を必要とする介入・支援の効果やエビデンスを検証する。

● 実証の手法

現在、保険者においては、糖尿病性腎症重症化予防プログラム（平成28年4月策定、平成31年4月改定）に基づき、健診・レセプトデータを活用して抽出したハイリスク者（糖尿病治療中の者や治療中断かつ健診未受診者等）に対し、かかりつけ医や専門医等との連携の下、受診勧奨・保健指導の取組を実施している。

実証においては、①保健指導等の介入を受けた糖尿病性腎症患者の検査値等の指標の変化を分析、②糖尿病性腎症未治療者と治療中断者への医療機関への受診勧奨の有効性の分析、③NDBやKDBを活用し、長期的な検査値の変化や重症化リスクの高い対象者の特徴について分析を実施する。これらの分析により、介入すべき対象者の優先順位や適切な介入方法等を検討する。

【事業規模】

- ・実施主体（保険者）200程度

● 実証のスケジュール（案）

| 2019年度 | 2020年度 | 2021年度 | 2022年度 | 2023年度～2025年度 |
|-------------------------|--|---------------------------------------|---|---------------------------|
| 実証事業の枠組みを検討 | 実証の実施（実施～評価まで） | | | 結果を踏まえ、保険者等による予防健康事業等への活用 |
| ・実証事業全体のスキームにおける位置づけを検討 | ・既存の研究事業の効果検証の結果を踏まえ、実証事業に反映 ・実証フィールドの検証（市町村など200保険者） | ・実証フィールド（200保険者）での実施 ・病期別の介入とデータ収集 | ・実証フィールド（200保険者）での実施 ・実証分析・評価：第三者の視点も加えて実施 | ・糖尿病性腎症重症化予防プログラム等への反映を検討 |

治療と仕事の両立支援の推進

- 労働人口の3人に1人が、何らかの病気を抱えながら働いている。
- 病気を理由に退職せざるを得ない方々や、仕事を続けていても職場の理解が乏しいなど、治療と仕事の両立が困難な場合も少なくない。
- 事業場において、治療が必要な労働者が、業務によって疾病を増悪させることがないよう、適切な就業上の措置や治療に対する配慮が適切に行われるような支援が必要である。
- 「働き方改革実行計画」では、① 企業における意識改革と受入れ体制の整備、② 主治医、企業・産業医、両立支援コーディネーターのトライアングル型のサポート体制の構築の2つを軸に、治療と仕事の両立を図ることとしている。
 - * 両立支援コーディネーター：労働者の依頼を受けて、労働者に寄り添いながら相談支援を実施し、労働者、主治医、企業・産業医の連携をサポートする者。
- 具体的には、省内各局や各種関係機関と連携して以下の取組を推進している。

➤ ガイドライン・マニュアルの作成・周知啓発

・「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」

事業場において、反復・継続して治療が必要となる疾患に対して両立支援を行うための環境整備、個別の両立支援の進め方など、具体的な取組方法や留意事項等をまとめたガイドライン ※ 平成28年2月公表

・「企業・医療機関連携マニュアル」

企業と医療機関の連携を促進するため、疾患別に、治療方法や症状の特徴等、両立支援に当たっての留意事項等を示した、疾患別サポートマニュアル（がん、脳卒中、肝疾患、難病、心疾患、**糖尿病**）

➤ 地域両立支援推進チームの設置と運営

各都道府県労働局を事務局として、自治体、医療機関、支援機関等との連携した取組を推進

➤ 広報活動

シンポジウム・セミナーの開催、ポータルサイト「治療と仕事の両立支援ナビ」による情報発信等

➤ 労働者健康安全機構・都道府県産業保健総合センター等の支援

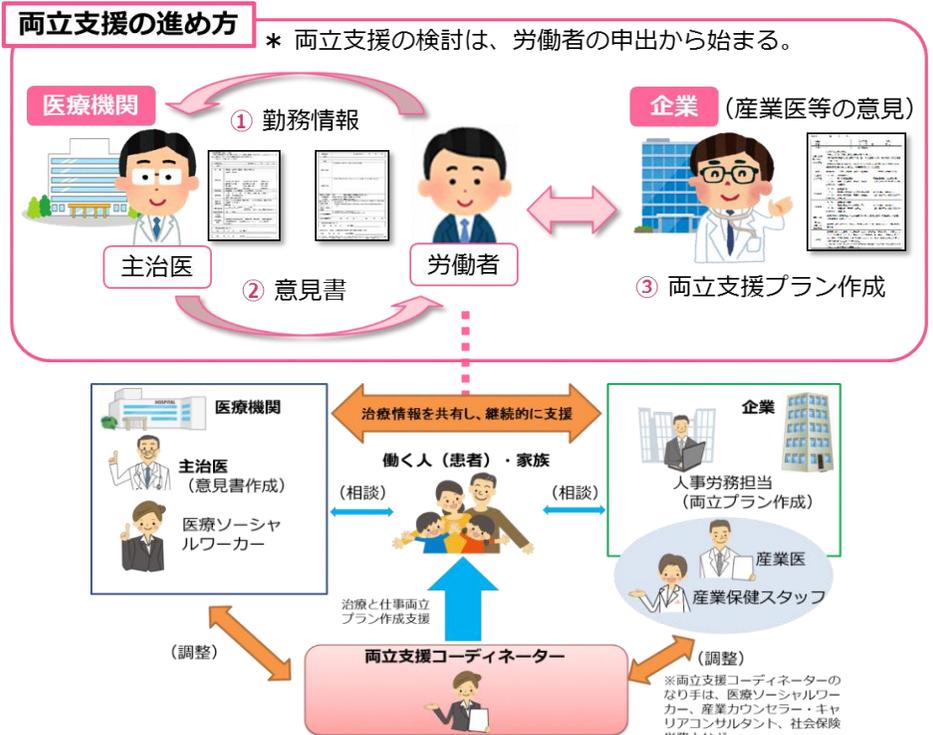
両立支援コーディネーターの養成、助成金、相談支援等

➤ 診療報酬の順次改定（療養・就労両立支援指導料）

平成30年度新設 対象疾患：がん

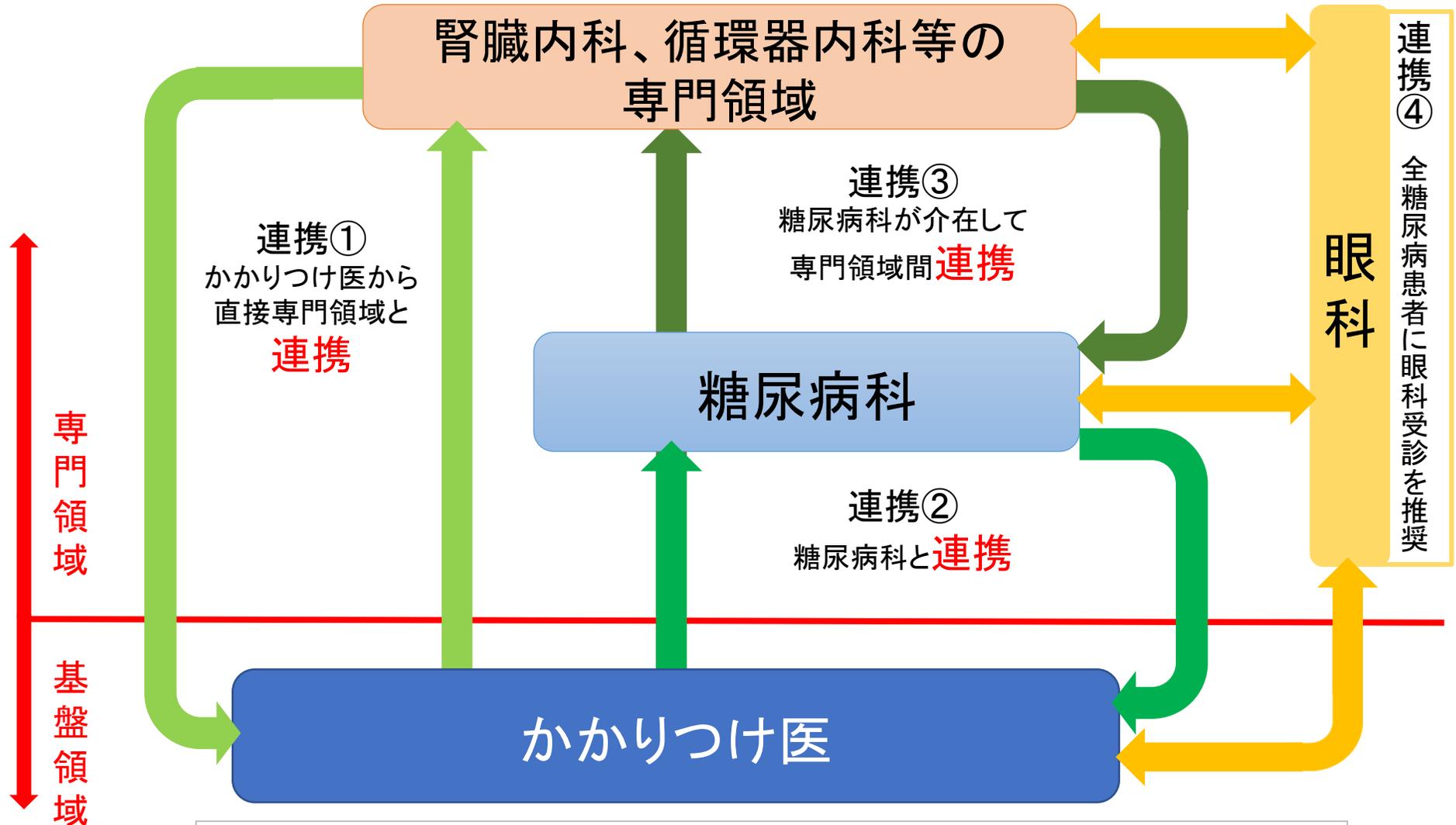
令和2年度対象疾患追加：脳卒中・肝疾患・指定難病

令和4年度対象疾患追加：**糖尿病**・心疾患・若年性認知症



（資料出所）厚生労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課作成資料

糖尿病診療における かかりつけ医と専門科の医療連携のあり方



- ・ かかりつけ医の専門性によっては、基盤領域のみでなく専門領域も担い、病診連携・診診連携を進めていく。
- ・ 連携①②のどちらの紹介経路にするかは、専門性や地域の実情等も含め、かかりつけ医の判断による。
- ・ 糖尿病科は、かかりつけ医から専門領域へ紹介する際のコーディネーター役も担うことで、紹介・逆紹介を推進する。

かかりつけ医から糖尿病専門医・専門医療機関への紹介基準

1. 血糖コントロール改善・治療調整

○薬剤を使用しても十分な血糖コントロールが得られない場合、あるいは次第に血糖コントロール状態が悪化した場合（血糖コントロール目標※1）が達成できない状態が3ヵ月以上持続する場合は、生活習慣の更なる介入強化や悪性腫瘍などの検索を含めて、紹介が望ましい。

- 新たな治療の導入（血糖降下薬の選択など）に悩む場合。
- 内因性インスリン分泌が高度に枯渇している場合（1型糖尿病等）。
- 低血糖発作を頻回に繰り返す場合。
- 妊婦へのインスリン療法を検討する場合。
- 感染症が合併している場合。

※1. 血糖コントロール目標

| 目標 | 血糖正常化を目指す際の目標 | 合併症予防のための目標 | 治療強化が困難な際の目標 |
|----------|---------------|-------------|--------------|
| HbA1c(%) | 6.0未満 | 7.0未満 | 8.0未満 |

高齢者については“高齢者糖尿病の血糖コントロール目標”を参照

2. 教育入院

○食事・運動療法、服薬、インスリン注射、血糖自己測定など、外来で十分に指導ができない場合（特に診断直後の患者や、教育入院経験のない患者ではその可能性を考慮する）。

3. 慢性合併症

○慢性合併症（網膜症、腎症※2）、神経障害、冠動脈疾患、脳血管疾患、末梢動脈疾患など）発症のハイリスク者（血糖・血圧・脂質・体重等の難治例）である場合。

○上記糖尿病合併症の発症、進展が認められる場合。

※2. 腎機能低下やタンパク尿（アルブミン尿）がある場合は“かかりつけ医から腎臓専門医・専門医療機関への紹介基準（案）”を参照のこと。

4. 急性合併症

○糖尿病ケトアシドーシスの場合（直ちに初期治療を開始し、同時に専門医療機関への緊急の移送を図る）。

○ケトン体陰性でも高血糖（300mg/dl以上）で、高齢者などで脱水徴候が著しい場合（高血糖高浸透圧症候群の可能性のあるため速やかに紹介することが望ましい）。

5. 手術

○待機手術の場合（患者指導と、手術を実施する医療機関への日頃の診療状態や患者データの提供が求められる）。

○緊急手術の場合（手術を実施する医療機関からの情報提供の依頼について、迅速に連携をとることが求められる）。

上記基準ならびに地域の状況等を考慮し、かかりつけ医が紹介を判断し、かかりつけ医と専門医・専門医療機関で逆紹介や併診等の受診形態を検討する。

かかりつけ医から腎臓専門医・専門医療機関への紹介基準

| 原疾患 | | 蛋白尿区分 | | A1 | A2 | A3 |
|---|--|-----------|--------|------------------------------|-------------------------------|------------|
| 糖尿病 | 尿アルブミン定量 (mg/日) 尿アルブミン/Cr比 (mg/gCr) | | 正常 | 正常 | 微量アルブミン尿 | 顕性アルブミン尿 |
| | | | 30未満 | 30~299 | 300以上 | |
| 高血圧 腎炎 多発性嚢胞腎 その他 | 尿蛋白定量 (g/日) 尿蛋白/Cr比 (g/gCr) | | 正常 (-) | 正常 (-) | 軽度蛋白尿 (±) | 高度蛋白尿 (+~) |
| | | | 0.15未満 | 0.15~0.49 | 0.50以上 | |
| GFR区分 (mL/分/ 1.73m ²) | G1 | 正常または高値 | ≥90 | | 血尿+なら紹介、 蛋白尿のみならば生活指導・診療継続 | 紹介 |
| | G2 | 正常または軽度低下 | 60~89 | | 血尿+なら紹介、 蛋白尿のみならば生活指導・診療継続 | 紹介 |
| | G3a | 軽度~中等度低下 | 45~59 | 40歳未満は紹介、 40歳以上は生活指導・診療継続 | 紹介 | 紹介 |
| | G3b | 中等度~高度低下 | 30~44 | 紹介 | 紹介 | 紹介 |
| | G4 | 高度低下 | 15~29 | 紹介 | 紹介 | 紹介 |
| | G5 | 末期腎不全 | <15 | 紹介 | 紹介 | 紹介 |

上記以外に、3ヶ月以内に30%以上の腎機能の悪化を認める場合は速やかに紹介。

上記基準ならびに地域の状況等を考慮し、かかりつけ医が紹介を判断し、かかりつけ医と専門医・専門医療機関で逆紹介や併診等の受診形態を検討する。

腎臓専門医・専門医療機関への紹介目的(原疾患を問わない)

- 1) 血尿、蛋白尿、腎機能低下の原因精査。
- 2) 進展抑制目的の治療強化(治療抵抗性の蛋白尿(顕性アルブミン尿)、腎機能低下、高血圧に対する治療の見直し、二次性高血圧の鑑別など。)
- 3) 保存期腎不全の管理、腎代替療法の導入。

原疾患に糖尿病がある場合

- 1) 腎臓内科医・専門医療機関の紹介基準に当てはまる場合で、原疾患に糖尿病がある場合にはさらに糖尿病専門医・専門医療機関への紹介を考慮する。
- 2) それ以外でも以下の場合には糖尿病専門医・専門医療機関への紹介を考慮する。
 - ① 糖尿病治療方針の決定に専門的知識(3カ月以上の治療でもHbA1cの目標値に達しない、薬剤選択、食事運動療法指導など)を要する場合
 - ② 糖尿病合併症(網膜症、神経障害、冠動脈疾患、脳血管疾患、末梢動脈疾患など)発症のハイリスク者(血糖・血圧・脂質・体重等の難治例)である場合
 - ③ 上記糖尿病合併症を発症している場合
尚、詳細は糖尿病治療ガイドを参照のこと。

腎臓専門医が在籍する医療機関

【公的病院】

| 施設名 | 外来診療日(受付時間) | 住所/TEL |
|--------------------|--------------------|---|
| 熊本大学病院 | 月～金 8:30～11:00 | 中央区本荘 1-1-1 電話：096-344-2111 |
| 国立病院機構 熊本医療センター | 月・火・水・金 8:30～11:00 | 中央区二の丸 1-5 電話：096-353-6501 |
| 熊本市民病院 | 月・木 8:30～11:00 | 東区湖東 1-1-60 電話：096-365-1711 ※令和元年(2019年)10月より、東区東町 4丁目 1-1へ移転。 |
| 熊本赤十字病院 | 月・火・水・金 9:30～11:00 | 東区長嶺南 2-1-1 電話：096-384-2111 |
| 済生会熊本病院 | 火・水・木・金 9:30～11:00 | 南区近見 5-3-1 電話：096-351-8000 |
| 熊本中央病院 | 月～金 8:30～11:00 | 南区田井島 1-5-1 電話：096-370-3111 |

【民間病院】

※令和元年(2019年)6月現在 掲載の御了承をいただいた医療機関リスト (50音順 敬称略)

| 施設名 | 医師名 | 外来診療日(受付時間) | 住所/TEL |
|--------------------|----------------|---|----------------------------------|
| 朝日野総合病院 | 伊藤 磁郎 古閑 博子 | 月～金 9:00～12:30 13:30～17:30 | 北区宝園町 12-10 電話：096-344-3000 |
| 仁誠会クリニック新屋敷 | 中山 裕史 | 月・水・金 10:00～13:00 14:00～17:00 火・木・土 10:00～13:00 ※日曜・祝日は休診 | 中央区新屋敷 1-14-2 電話：096-211-5151 |
| 腎生会中央仁クリニック | 松岡 潔 有董 健二 | 月～金 9:00～12:00 13:30～17:00 土 9:00～12:00 ※日曜・祝日は休診 | 東区下江津 3-7-15 電話：096-334-6655 |
| 中村内科医院 | 中村 享道 | 月・火・水・金 9:00～12:00 14:00～17:30 木・土 9:00～12:00 ※日曜・祝日は休診 | 東区健軍 4-3-16 電話：096-367-0701 |
| 如水会 嶋田病院 | 前原 優一 | 火 14:00～16:00 (CKD外来) | 中央区練兵町 24 電話：096-324-3515 |
| 博光会 御幸病院 | 細川 貴規 | 月～金 9:00～17:30 | 南区御幸筒田 6-7-40 電話：096-378-1166 |
| 松下会 あけぼのクリニック | 田中 元子 松下 和季 | 月～金 9:00～12:30 14:00～17:30 土 9:00～12:30 | 南区白藤 5-1-1 電話：096-358-7211 |
| 松下会 あけぼの第2クリニック | 伊藤 和子 | 月・水・金 9:00～17:00 火・木・土 9:00～12:30 | 中央区本山 3-1-2 電話：096-353-2510 |

※医療機関によって診療時間等の変更がある場合もございます。ご了承ください。



成人の8人に1人。

CKD【慢性腎臓病】

8

熊本市CKD対策推進
病診連携システム

(熊本市CKD対策推進病診連携医用)

熊本市のCKD対策について

熊本市のCKD対策は、平成21年度より全国に先駆けてスタートしました。当初は新規人工透析導入者の割合が全国平均の1.47倍ありましたが、現在は全国平均まで引き下げられるなどの成果を生んでいます。(H29年度の結果：対全国比1.03倍)

しかし、今後高齢化が進む中で生活習慣病に由来する腎疾患患者数の増加が続くと予想されており、CKD対策の取組をさらに進めていかなければならないと考えています。熊本市医師会や腎臓専門医など関係機関との協働による取組を進め、本市における人工透析患者数を減らすとともに、心血管疾患の予防を進めていき、市民の健康寿命の延伸を図りたいと考えております。

目標

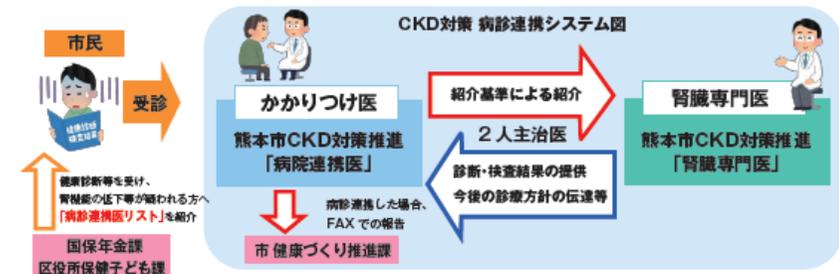
- ◆ 年間の新規人工透析者を200人以下に減少する
- ◆ CKDが大きな原因である心血管疾患の予防を進める



生活習慣病予防対策
イメージキャラクター
ジーンくんとソウちゃん

CKD対策病診連携医システムとは…

進行度に応じた良質で適切な治療により、CKDの重症化予防と合併症予防の徹底を図るため、**かかりつけ医の先生方と腎臓専門医の先生方が、「紹介基準」をもとに連携する仕組みです。**
熊本市のCKD対策推進にご協力いただけるかかりつけ医の先生方を、熊本市CKD対策推進「病診連携医」として登録し、その名簿（「病診連携医リスト」）を本市ホームページで公開するとともに、健康診断受診者等への紹介に活用します。



専門医への紹介基準

①～⑤いずれかに該当するもの

| | |
|---------------------------------|--|
| eGFR値 (ml/min/1.73m) による紹介基準 | ① eGFR45未満(40歳未満では、60未満) ※糖尿病がある場合は、60未満(70歳以上では、50未満) |
| | ② 3カ月以内に、30%以上のeGFRの低下 |
| 尿蛋白による紹介基準 | ③ 検尿の場合、尿蛋白1+以上 |
| | ④ 尿生化学検査の場合、尿蛋白/尿Cr比0.5g/g・creat以上(随時尿) (1日蓄尿は、蛋白尿0.5g/日以上) |
| | ⑤ 糖尿病がある場合又は血尿がある場合、程度は問わず蛋白尿を呈する者全て (血尿のみの場合、泌尿器科紹介または経過観察とし、経過観察にて症状・蛋白尿が出たら紹介) |

※糖尿病がある場合には、眼科受診の有無の確認および毎回の尿検査(微量アルブミン定量は3か月に1度)をお願いします。
eGFR値は、クレアチニン検査をかかりつけ医から熊本市医師会検査センター等*に依頼した場合、自動的に算出され連絡されます。

*株式会社エスアールエム、株式会社OS 熊本研究所、株式会社チューケーン日本医療中央研究所熊本支社、株式会社ビー・エム・エルBML熊本、パソナ熊本ラボ、ファルコバイオシステム熊本研究所、保健科学研究所 熊本ラボ(平成30年7月末現在)

日本腎臓学会によるCKD診療ガイドラインにおいては、腎臓専門医への紹介のタイミングとして、
(1)0.5g/gCr以上または1+以上の尿蛋白 (2)eGFR45ml/min/1.73m未満 (3)尿蛋白(±)かつ血尿(1+以上)
(4)3か月以内に30%以上の腎機能の悪化を認める場合 の4項目があげられています。
特に上記基準の①～⑤いずれかに該当する方については、是非速やかにご紹介いただきますようお願い致します。

熊本市CKD対策推進連携図



CKD対策病診連携 様式1(診療情報提供書)

様式は熊本市ホームページよりダウンロードできます！
<http://www.city.kumamoto.jp/> (熊本市ホームページから「CKD」を検索)

診療情報提供書

かかりつけ医→腎臓専門医へ
ご紹介いただく際の様式です

※腎臓専門医リストは裏面をご覧ください

熊本市CKD対策病診連携 FAX連絡票

病診連携した場合、
かかりつけ医→市健康づくり推進課へ
FAXでの連絡をお願いします

【ダウンロード可能な様式】

- 様式1 病診連携紹介状・病診連携 FAX 連絡票
- 様式2 再紹介チェックシート (腎臓専門医がかかりつけ医に返信・逆紹介するときに使用します。)

- 糖尿病対策に係る中間とりまとめについて
- 第8次医療計画見直しのポイントについて
 - 総論
 - 各論
- その他

（参考）医療計画と関係計画との一体的な策定

現行

○都道府県策定の医療計画には、**がん、脳卒中及び心筋梗塞等の心血管疾患**等の治療・予防に関する事項を記載しなければならない

○別途、個別疾患に係る計画として、**都道府県がん対策推進計画、都道府県循環器病※対策推進計画**を策定しなければならない

※ 脳卒中、心臓病その他の循環器病を意味する

○他にも、様々な医療関係計画が存在する



支障

- **内容が重複**する計画を複数策定することで、
 - ・都道府県において、計画策定に係る**事務負担が大きい**
 - ・住民にとっても、地域の行政が**どういった計画に基づいて行われているかわかりにくい**



都道府県に通知

見直し後

○ 医療関係計画を**一体的に策定できる**ことを明確化

○ 併せて、**策定手続を合理化**できることを明確化

効果

- 地方公共団体の**計画策定に係る負担が軽減**され、**計画に基づく施策の実施に集中**できる
- バラバラだった計画が統合されることで、住民にとって**分かりやすさ**が向上し、**理解が深まる**



- 参考資料



腎疾患対策及び糖尿病対策の推進に関する検討会における 糖尿病対策に係る中間とりまとめ (令和5年2月13日)

1. 糖尿病対策に係る他計画との連携等を含めた診療提供体制について

① 見直しの方向性

- 国民健康づくり運動プラン（健康日本21）や医療費適正化計画の見直しに係る検討状況、重症化予防や治療と仕事の両立支援に係る取組状況等を踏まえ、見直しを行う。
- その他、診療提供体制に係る記載について、厚生労働科学研究の内容等を踏まえ、必要な見直しを行う。

② 具体的な内容

- 地域の保健師・管理栄養士等と連携した糖尿病の発症予防の取組や、保健師・管理栄養士等と医療機関の連携、健診後の受診勧奨・医療機関受診状況等に係るフォローアップ等、予防と医療の連携に係る取組を引き続き推進する。
- 治療等に係る記載について、更新された糖尿病に係るガイドラインにおける記載内容や調査・研究の結果等を踏まえ、内容を更新する。また、外来療養指導や外来栄養食事指導の強化、及び運動指導の重要性について追記する。
- 高齢者糖尿病に関しては、高齢者糖尿病におけるコントロール目標等が設定されたことにも留意し、低血糖予防、フレイル対策、併存症としての心不全に関する実態把握や、在宅医療・在宅訪問看護や介護・地域包括ケアとの連携等の要素も含め、糖尿病の治療や合併症の発症予防・重症化予防につながる取組について追記する。
- 研究班や関係学会で整理された、かかりつけ医から糖尿病専門医への紹介基準、その他関係する専門領域への紹介基準等も踏まえ、合併症の発症予防・重症化予防に係る医療機関間連携や関連機関等の連携を含む取組を引き続き推進する。
- 糖尿病対策推進会議や糖尿病性腎症重症化予防プログラムなど、保険者と医療機関等が連携した取組を引き続き推進する。
- 厚生労働省の「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」に基づく治療と仕事の両立支援を含め、産業医等と連携した職域における糖尿病対策に係る取組を引き続き推進する。
- 周術期や感染症入院中の血糖コントロール等、糖尿病を併存している他疾患を主たる病名として治療中の患者の血糖管理体制についても取組を進める。
- 患者及びその家族等に対する教育や、国民に対する正しい知識の普及啓発等に係る取組を引き続き推進する。
- 糖尿病の動向や治療の実態を把握するための取組や、取組を評価するための適切な指標の検討を引き続き推進する。

2. 新型コロナウイルス感染症拡大時の経験を踏まえた今後の糖尿病医療体制について

① 見直しの方向性

- 今回の新型コロナウイルス感染症拡大時の経験も踏まえ、地域の実情に応じて、多施設・多職種による重症化予防を含む予防的介入や、治療中断対策等を含む、より継続的な疾病管理に向けた診療提供体制の整備等を進める観点から、必要な見直しを行う。

② 具体的な内容

- 感染症流行下等の非常時においても、切れ目なく糖尿病患者が適切な医療を受けられるような体制整備を進める。
- ICTの活用やPHR（パーソナル・ヘルス・レコード）の利活用、在宅医療との連携を含めた継続的・効果的な疾病管理に係る検討を進めるとともに、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」にそって、オンライン診療による対応が可能な糖尿病患者の病態像についても整理を進める。

3. 糖尿病対策に係る指標の見直しについて

① 見直しの方向性

- 第8次医療計画における糖尿病対策に係る指標については、厚生労働科学研究において提案された指標案及びこれまでの議論を踏まえ、見直しを行う。
- 具体的な方向性は、以下のとおりとする。
 - ・ 「糖尿病の予防」「糖尿病の治療・重症化予防」「糖尿病合併症の発症予防・治療・重症化予防」の3項目を軸として整理する。
 - ・ 「専門家数」又は「専門医療機関数」のいずれも用いる指標については、医療提供体制の整備という観点から「専門医療機関数」を採用する。
 - ・ 「比率」又は「実数」のいずれも用いる指標については、都道府県間での比較を可能とする観点から、原則として「人口10万人当たりの比率」を採用する。ただし、「1型糖尿病に対する専門的治療を行う医療機関数」「妊娠糖尿病・糖尿病合併妊娠に対する専門的な治療を行う医療機関数」等、「人口10万人当たり」を母数とすることが必ずしも適当でなく、かつ、適切な母数（母集団）の設定が難しい指標については「実数」を用いることとする。また、「HbA1cもしくはGA検査の実施」や「重傷低血糖の発生率」等、糖尿病患者を対象とした検査の実施及び糖尿病患者における合併症の発生については、母数として「糖尿病患者数」を用いることとする。

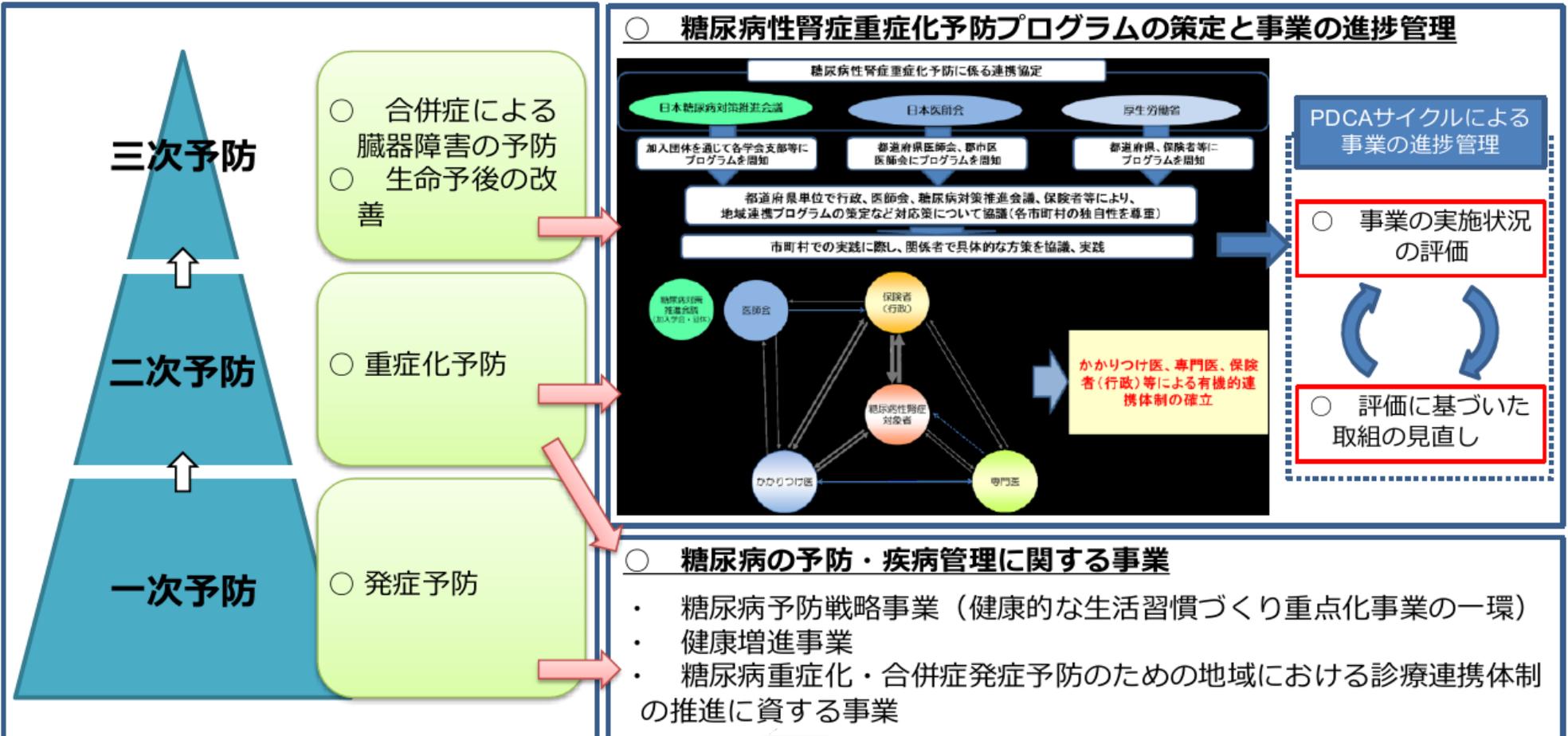
4. 今後検討が必要な事項について

- 高齢者の糖尿病の実態把握や、ICT等を活用した糖尿病対策のあり方等について引き続き検討する。
- 糖尿病対策の取組の評価に係る適切な指標について、引き続き検討する。

糖尿病の医療体制（第7次）

【概要】

- 発症予防・重症化予防に重点をおいた対策を推進するため、地域における連携体制の構築を目指す。
- 重症化予防対策には、受診中断患者数の減少や早期からの適切な指導・治療が重要であり、医療機関と薬局、保険者が連携する取組を進める。
- 日常生活に近い場でも栄養・運動等の指導を受ける事が可能となるよう、医療従事者が地域での健康づくり・疾病予防に参加できる機会を創出する。



糖尿病医療の体制構築に係る現状把握のための指標例（第7次）

| | | 予防 | 初期・安定期 | 合併症予防を含む専門治療 | 合併症治療 |
|---------|---|---------------|-----------------------------------|----------------------------|----------------------|
| ストラクチャー | ● | 特定健診受診率 | 糖尿病内科（代謝内科）医師数 | 教育入院を行う医療機関数 | 糖尿病性腎症の管理が可能な医療機関数 |
| | | 特定保健指導実施率 | 糖尿病内科（代謝内科） 標榜医療機関数 | 糖尿病専門医数 | 糖尿病足病変の管理が可能な医療機関数 |
| | | | | 腎臓専門医数 | 糖尿病網膜症の管理が可能な医療機関数 |
| | | | | 糖尿病登録医／療養指導医 | 歯周病専門医数 |
| | | | | 糖尿病療養指導士数 | 糖尿病登録歯科医師数 |
| | | | | 糖尿病看護認定看護師数 | |
| プロセス | | | 糖尿病患者の年齢調整外来受療率 | 糖尿病透析予防指導の実施件数 | ● 糖尿病性腎症に対する人工透析実施件数 |
| | | | HbA1c検査の実施件数 | 在宅インスリン治療件数 | ● 糖尿病足病変に対する管理 |
| | | | 医療機関・健診で糖尿病と言われた者のうち、治療を受けている者の割合 | | ● 糖尿病網膜症手術数 |
| | | | 尿中アルブミン（定量）検査の実施件数 | | |
| | | | クレアチニン検査の実施件数 | | |
| | | | 精密眼底検査の実施件数 | | |
| | | | 血糖自己測定の実施件数 | | |
| | | | 内服薬の処方件数 | | |
| | | | 外来栄養食事指導料の実施件数 | | |
| アウトカム | | 糖尿病予備群の者の数 | | 低血糖患者数 | |
| | | 糖尿病が強く疑われる者の数 | | 糖尿病性ケトアシドーシス、 非ケトン昏睡患者数 | |
| | | ● | 新規人工透析導入患者数 | | 糖尿病患者の年齢調整死亡率 |

（●は重点指標）

第1回腎疾患対策及び糖尿病対策の推進に関する検討会における主なご意見

【指標案について】

- ・ 削除された外来栄養食事指導料の指標について検討してほしい。
- ・ 糖尿病治療において食事療法の指導は極めて重要である。
- ・ 糖尿病看護認定看護師等、専門性の高い看護師に関する指標を検討してほしい。
- ・ 循環器に係る指標が省かれている。糖尿病の方の心不全が増えているので、循環器専門医の数、もしくは専門医のいる医療機関人口10万人当たりの数、等の指標があってもいいのではないかと（ストラクチャー指標）。
- ・ 特定健診受診率・特定保健指導実施率はストラクチャーではなくプロセス指標ではないか。
- ・ 糖尿病を主とした入院はプロセス指標の方がよいのではないかと。
 - 教育入院と、低血糖・DKA・HHS等による入院を本来分けられるとよいと思う。
- ・ 3×3のマトリックスにすることで、眼底検査、尿中アルブミン検査、クレアチニン検査等が初期から実施すべき検査であることが伝わりにくくなる懸念がある。
 - 糖尿病合併症の治療はそれが顕在化する前から重要であるという注釈をつけてはどうか。
- ・ 高齢者糖尿病が増えてきている中で、高齢者糖尿病の実態を把握するための指標を入れることはできないか検討してほしい（例えばKDBを使えないか）。
- ・ 従来のデータソースとNDBによる算出ではどのように違うのか。都道府県への情報提供はどうなるのか。

【指針の見直しについて】

- ・ 地域連携の状況として訪問看護ステーションのかかわりに関する記載を指針に追記してほしい。

第8次医療計画等に関する検討会における主なご意見（第10回、第17回）

【連携について】

- ・ 他施設・多職種との連携には賛同する。
- ・ 重症化予防にはかかりつけ医と保険者の連携が必要である。
- ・ 保険者等が行う予防対策とその後の医療の連携を取るべきである。

【指標について】

- ・ 指標としては割合の方が優れているが、実際は数を使っていることが多い。割合にする場合、分母の設定は十分に検討する必要がある。
- ・ 認定看護師や専門性の高い看護師の数等の指標を加えてほしい。
- ・ 治療・重症化予防のプロセス指標として、療養支援（糖尿病合併症管理料や透析予防管理料等）に関連する項目の算定件数も見べきである。
- ・ 遠隔診療・オンライン診療についての指標は入れられないか。
- ・ 予防の指標を強化すべきではないか。

【効果検証について】

- ・ 糖尿病対策（予防、重症化予防の取組等）の効果検証（医療費適正化効果等）を進めるべきである（限られた資源の中での優先順位を検討すべきである）。

第8次医療計画へ向けた論点及び検討の方向性（案）について

腎疾患対策及び糖尿病対策の推進に関する検討会における論点（抜粋）

- 第8次医療計画の策定に向けて、国民健康づくり運動プラン（健康日本21）や医療費適正化計画の見直しに係る検討状況、重症化予防や両立支援に係る取組状況等を踏まえつつ、見直しの方向性を整理することとしてはどうか。
- その他、診療提供体制に係る記載について、厚生労働科学研究の内容等を踏まえ、必要な見直しを行うこととしてはどうか。
- 今回の新型コロナウイルス感染症拡大時の経験も踏まえ、地域の実情に応じて、多施設・多職種による重症化予防を含む予防的介入や、治療中断対策等を含むより継続的な疾病管理に向けた診療提供体制の整備等を進めることとしてはどうか。
- 第8次医療計画における指標については、厚生労働科学研究において提案された指標案を踏まえ、以下の方針で整理を進めることとしてはどうか。
 - 「予防」「治療・重症化予防」「合併症の治療・重症化予防」の3項目を軸として整理する。
 - 「比率」又は「実数」のいずれを採用するかについては、都道府県間での比較を可能とする観点から、糖尿病患者数の正確な把握が困難な現状を踏まえ、原則として「人口10万人あたりの比率」を採用する。
ただし、「1型糖尿病に対する専門的治療を行う医療機関数」「妊娠糖尿病・糖尿病合併妊娠に対する専門的な治療を行う医療機関数」等、「人口10万人あたり」を母数とすることが必ずしも適当でなく、かつ、適切な母数（母集団）の設定が難しい指標については「実数」を用いることとする。
 - 「専門家数」又は「専門医療機関数」のいずれを採用するかについては、医療提供体制の整備という観点から「専門医療機関数」を用いることとする。

検討の方向性（案）

- 糖尿病に関する医療提供体制の構築に当たっては、腎疾患対策及び糖尿病対策の推進に関する検討会における議論の内容、「健康日本21（第二次）」及び「医療費適正化計画」等の内容を踏まえて取り組むこととしてはどうか。
- 指標については、ロジックモデル等のツールの活用を含め、今後の腎疾患対策及び糖尿病対策の推進に関する検討会における議論の内容を参考に見直すこととしてはどうか。

前回の議論を踏まえた指標案の見直しについて

- 前回の議論の内容を踏まえ、研究班より示された指標案について、以下の観点から見直しを行った。
 - 「専門家数」又は「専門医療機関数」のいずれも用いる指標について、医療提供体制の整備という観点から「専門医療機関数」を採用した。
 - 「比率」又は「実数」のいずれも用いる指標について、都道府県間での比較を可能とする観点から、原則として「人口10万人あたりの比率」を採用した。
 - ただし、「1型糖尿病に対する専門的治療を行う医療機関数」や「妊娠糖尿病・糖尿病合併妊娠に対する専門的な治療を行う医療機関数」等、「人口10万人あたり」を母数とすることが必ずしも適当でなく、かつ、適切な母数（母集団）の設定が難しい指標については「実数」を用いることとした。
 - また、「HbA1cもしくはGA検査の実施」や「重傷低血糖の発生率」等、糖尿病患者を対象とした検査の実施及び糖尿病患者における合併症の発生については、母数として「糖尿病患者数」を用いることとした。
 - 栄養指導に関する評価の観点から「外来栄養食事指導の実施割合」を追加した。
 - 専門性の高い看護師による指導の評価の観点から「糖尿病透析予防指導の実施割合」を追加した。
 - 「特定健診受診率」「特定保健指導実施率」は、ストラクチャー指標からプロセス指標に変更（移動）した。
 - 「糖尿病治療を主にした入院患者数」については、アウトカム指標として適切な項目として定義（昏睡・アシドーシス・低血糖などに限定）を整理した。

第7次医療計画以降の施策・検討状況

健康日本21（第二次）：2013～2023年度

第7次医療計画：2018～2023年度

第3期医療費適正化計画：2018～2023年度

※特定健診・特定保健指導

中間評価：2018年

最終評価：2021～2022年

第8次医療計画：2024年度～

第4期医療費適正化計画：2024年度～

次期国民健康づくり運動プラン：2024年度～

医療計画の指標の検討

厚生労働科学研究
（門脇班）
2017～2019年度

厚生労働科学研究
（山内班）
2020～2022年度

糖尿病性腎症
重症化予防プログラム

厚生労働科学研究
（津下班）
2018～2020年度

大規模実証事業
2020～2022年度

健康日本21（第二次）の概要

- 平成25年度から平成34年度までの国民健康づくり運動を推進するため、健康増進法に基づく「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」（平成15年厚生労働大臣告示）を改正するもの。
- 第一次健康日本21（平成12年度～平成24年度）では、具体的な目標を健康局長通知で示していたが、目標の実効性を高めるため、大臣告示に具体的な目標を明記。

健康の増進に関する基本的な方向

① 健康寿命の延伸と健康格差の縮小

- ・生活習慣の改善や社会環境の整備によって達成すべき最終的な目標。
- ・国は、生活習慣病の総合的な推進を図り、医療や介護など様々な分野における支援等の取組を進める。

② 生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底（NCD（非感染性疾患）の予防）

- ・がん、循環器疾患、**糖尿病**、COPDに対処するため、一次予防・重症化予防に重点を置いた対策を推進。
- ・国は、適切な食事、適度な運動、禁煙など健康に有益な行動変容の促進や社会環境の整備のほか、医療連携体制の推進、特定健康診査・特定保健指導の実施等に取り組む。

③ 社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上

- ・自立した日常生活を営むことを目指し、ライフステージに応じ、「こころの健康」「次世代の健康」「高齢者の健康」を推進。
- ・国は、メンタルヘルス対策の充実、妊婦や子どもの健やかな健康増進に向けた取組、介護予防・支援等を推進。

④ 健康を支え、守るための社会環境の整備

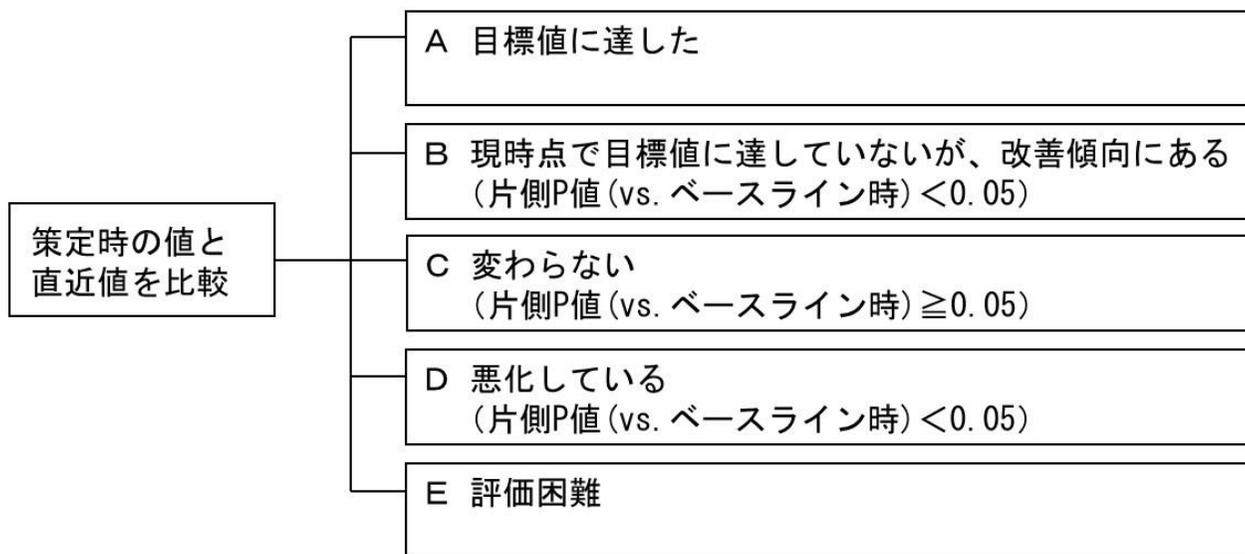
- ・時間的・精神的にゆとりある生活の確保が困難な者も含め、社会全体が相互に支え合いながら健康を守る環境を整備。
- ・国は、健康づくりに自発的に取り組む企業等の活動に対する情報提供や、当該取組の評価等を推進。

⑤ 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙、歯・口腔の健康に関する生活習慣の改善及び社会環境の改善

- ・上記を実現するため、各生活習慣を改善するとともに、国は、対象者ごとの特性、健康課題等を十分に把握。

健康日本21（第二次）最終評価

- 平成25年度より開始した、健康日本21（第二次）については、合計53項目の目標を設定している。
- これらの目標について、「**目標設定後10年を目途に最終評価を行う**ことにより、目標を達成するための諸活動の成果を適切に評価し、その後の健康増進の取組に反映する」とされている。
- 具体的には、各目標について、データ分析等を踏まえ、以下の**5段階**で評価。



※「B 現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある」のうち、設定した目標年度までに目標に達しそうなものを「B」、目標達成が危ぶまれるものを「B*」として評価する

※加えて、

- 国、地方公共団体等の取組（成果）の評価
- 21世紀の健康づくり運動全体としての評価と次期国民健康づくり運動プラン（次期プラン）に向けての課題の整理

についても実施。

健康日本21（第二次） 糖尿病領域の最終評価結果

| 項目 | ベースライン | 中間評価 | 最終評価 | 目標 |
|---|--|--|--|---|
| ①合併症（糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数）の減少 | 16,247人 (平成22年) | 16,103人 (平成28年) | 16,019人 (令和元年) C | 15,000人 (令和4年度) |
| ②糖尿病治療継続者の割合の増加 | 63.7% (平成22年) | 66.7% (平成28年) | 67.6% (令和元年) C | 75% (令和4年度) |
| ③血糖コントロール不良者の割合の減少（HbA1cがNGSP値8.4%以上の者の割合の減少） | 1.2% (平成21年度) | 0.96% (平成26年度) | 0.94% (平成30年) A | 1.00% (令和4年度) |
| ④糖尿病有病者の増加の抑制 | 890万人 (平成19年) | 1,000万人 (平成28年) | (参考値：1150万人) (令和元年) E(B*) | 1,000万人 (令和4年度) |
| ⑤メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少 | 約1,400万人 (平成20年度) | 1,412万人 (平成27年度) | 1,516万人 (令和元年) D | 平成20年度と比べて 25%減少 (平成34年度) |
| ⑥特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上 | 特定健康診査の実施率 41.3% 特定保健指導の実施率 12.3% (平成21年度) | 特定健康診査の実施率 50.1% 特定保健指導の実施率 17.5% (平成27年度) | 特定健康診査の実施率 55.6% 特定保健指導の実施率 23.2% (令和元年) B* | 特定健康診査の実施率 70% 特定保健指導の実施率 45% (令和5年度) |

健康寿命の延伸・健康格差の縮小

生活の質の向上

社会環境の質の向上

糖尿病及びその合併症を抑制

三次予防

合併症による臓器障害の
予防・生命予後の改善

○糖尿病腎症による年間新規透析導入
患者数の減少 **C**

二次予防

重症化予防

○治療継続者の割合の増加 **C**
○血糖コントロール指標における
コントロール不良者の割合の減少 **A**

一次予防

発症予防

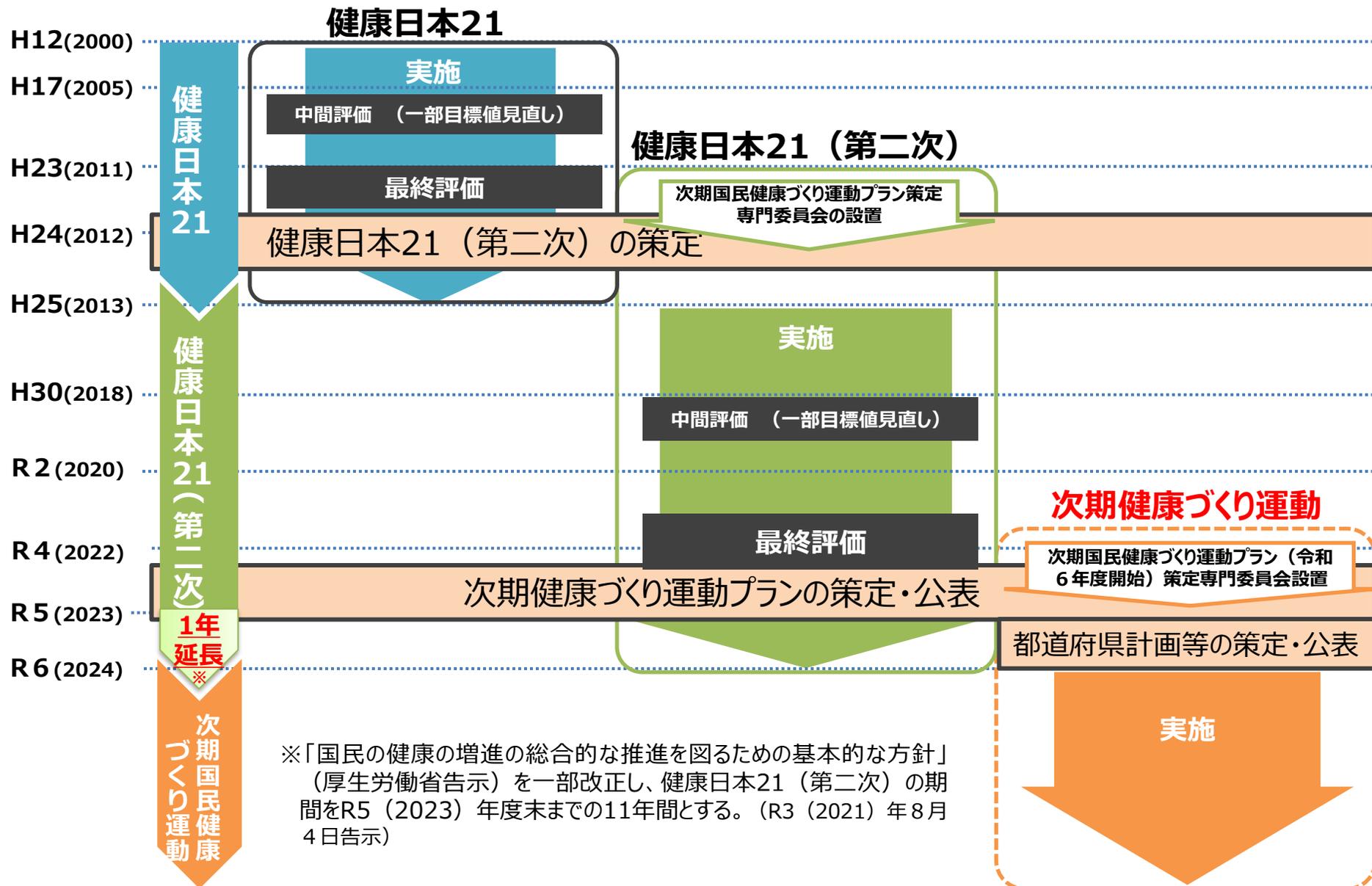
○特定健診・特定保健指導 **B***

○メタボリックシンドローム
該当者及び予備軍 **D**

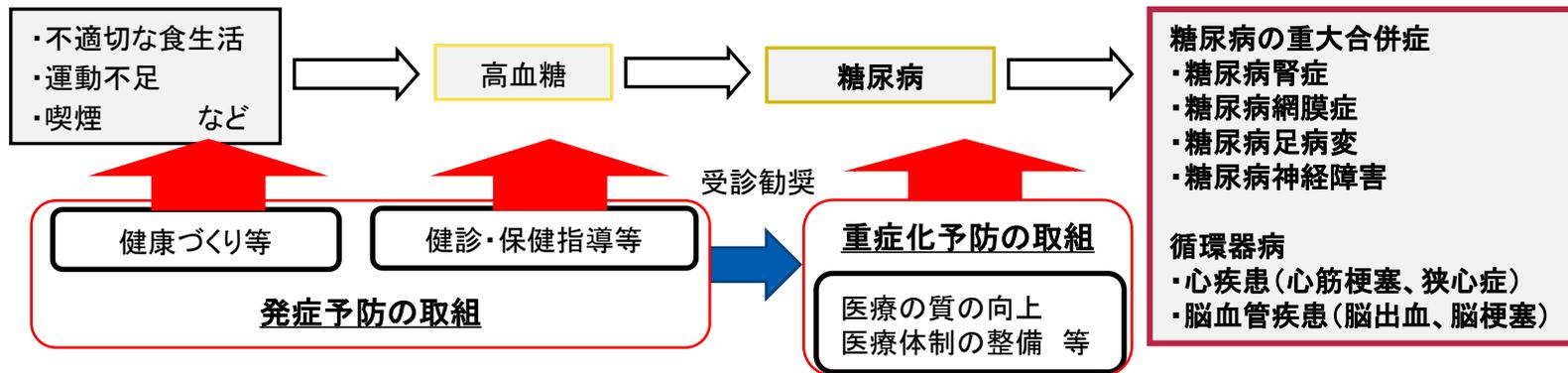
○糖尿病有病者の増加抑制

E(B*)

次期国民健康づくり運動プランの検討スケジュール



現状の糖尿病対策



発症予防

- ポスターや優良事例の表彰などを通じた健康的な生活習慣についての普及・啓発活動
- 健康増進事業(健康教育、健康相談、訪問指導等)を通じた健康づくりの推進
- 特定健診、特定保健指導の実施
- 健診の受診率向上に向けた取組の推進
- 「標準的な健診・保健指導プログラム」を策定し、生活習慣改善を促す効果的な方法を提示
- 栄養・食生活、身体活動・運動等の各生活習慣に関する研究の推進

重症化予防

- 糖尿病の重大合併症の予防・管理に関する研究の推進
- 学会横断的な研究(学会横断的ガイドライン作成等)の推進
(糖尿病学会、循環器学会、腎臓学会、眼科学会)
- 大規模糖尿病診療データベースの構築

透析予防

- 糖尿病性腎症重症化予防プログラム
- 腎疾患対策検討会報告書(平成30年7月腎疾患対策検討会)に沿った対策の推進 (普及啓発、医療提供体制、診療水準の向上、人材育成、研究の推進等)

※上記は国レベルでの取組であり、自治体レベルでは様々な発症予防や重症化予防の取組が行われている。

健康局の糖尿病の予防・疾病管理に関する事業

①糖尿病予防戦略事業（健康的な生活習慣づくり重点化事業の一環）

糖尿病の発症予防及び重症化予防に資する栄養・食生活に推進に向け、効果的な環境整備を図る。

- 1) 民間産業、民間団体、管理栄養士・栄養士養成施設等と連携した健康的で持続可能な食環境整備
- 2) 地域高齢者等の健康支援を推進する食環境整備
- 3) その他地域の特性を踏まえた環境整備

【補助先】都道府県・保健所を設置する市・特別区 【補助率】 1/2

【令和4年度予算額】3,672万円(令和3年度3,672万円)

②健康増進事業

健康増進法第17条及び第19条の2に基づき市町村が行う下記の事業に対して、都道府県が補助する事業及び指定都市が行う上記事業の国庫補助を行う。

- 1) 健康教育 2) 健康相談 3) 健康診査 4) 訪問指導、等

【補助金：負担割合】(国1/3、都道府県 1/3、市町村 1/3)(国1/3、政令指定都市 2/3)

【令和4年度予算額】33億円(令和3年度:36億円)

③糖尿病の重症化・合併症の発症予防のための地域における診療連携体制の推進に資する事業（都道府県保健対策推進事業の一環、旧糖尿病疾病管理強化策事業）

- * 都道府県が地域の実情を反映させた各種施策に着実に実施することで推進することを目的とする。
- * がん対策と並行して行われている事業。
- * 健康増進法7条に基づく「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」を踏まえて都道府県健康増進計画を策定し、住民の健康増進のために必要な事業を実施することとなっている。

【補助先】都道府県 【補助率】 1/2

【令和4年度予算額】1,715万円(令和3年度: 1,715万円)

重症化予防プログラムの効果検証事業

● ねらい：人工透析移行ストップ

- 人工透析の主な原疾患である糖尿病性腎症の重症化予防は、健康寿命の延伸とともに、医療費適正化の観点で喫緊の課題である。
- 専門医療機関等における介入のエビデンスは存在するが、透析導入患者をみると適切に医療を受けてこなかったケースも多く、医療機関未受診者を含めた戦略的な介入が必要である。このため、保険者において実施されている重症化予防の取組について、腎機能等一定の年月を必要とする介入・支援の効果やエビデンスを検証する。

● 実証の手法

現在、保険者においては、糖尿病性腎症重症化予防プログラム（平成28年4月策定、平成31年4月改定）に基づき、健診・レセプトデータを活用して抽出したハイリスク者（糖尿病治療中の者や治療中断かつ健診未受診者等）に対し、かかりつけ医や専門医等との連携の下、受診勧奨・保健指導の取組を実施している。

実証においては、①保健指導等の介入を受けた糖尿病性腎症患者の検査値等の指標の変化を分析、②糖尿病性腎症未治療者と治療中断者への医療機関への受診勧奨の有効性の分析、③NDBやKDBを活用し、長期的な検査値の変化や重症化リスクの高い対象者の特徴について分析を実施する。これらの分析により、介入すべき対象者の優先順位や適切な介入方法等を検討する。

【事業規模】

- ・実施主体（保険者）200程度

● 実証のスケジュール（案）

| 2019年度 | 2020年度 | 2021年度 | 2022年度 | 2023年度～2025年度 |
|-------------------------|--|---------------------------------------|---|---------------------------|
| 実証事業の枠組みを検討 | 実証の実施（実施～評価まで） | | | 結果を踏まえ、保険者等による予防健康事業等への活用 |
| ・実証事業全体のスキームにおける位置づけを検討 | ・既存の研究事業の効果検証の結果を踏まえ、実証事業に反映 ・実証フィールドの検証（市町村など200保険者） | ・実証フィールド（200保険者）での実施 ・病期別の介入とデータ収集 | ・実証フィールド（200保険者）での実施 ・実証分析・評価：第三者の視点も加えて実施 | ・糖尿病性腎症重症化予防プログラム等への反映を検討 |

① 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの介入効果の検証

事業の目的・概要

目的

糖尿病性腎症重症化予防プログラムの効果を明らかにする。

方法

実施期間: 令和3年4月～令和5年3月

対象: 193市町村

- ・介入群(99市町村): 研究班※に参加されている保険者
- ・対照群(94市町村): 2018年度時点で糖尿病性腎症重症化予防事業を実施していない保険者

※ 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの効果検証と重症化予防のさらなる展開を目指した研究 (研究代表者: 津下一代)

分析内容と結果の活用

○国保データベース(KDB)システムを活用し、下記の分析を行う。

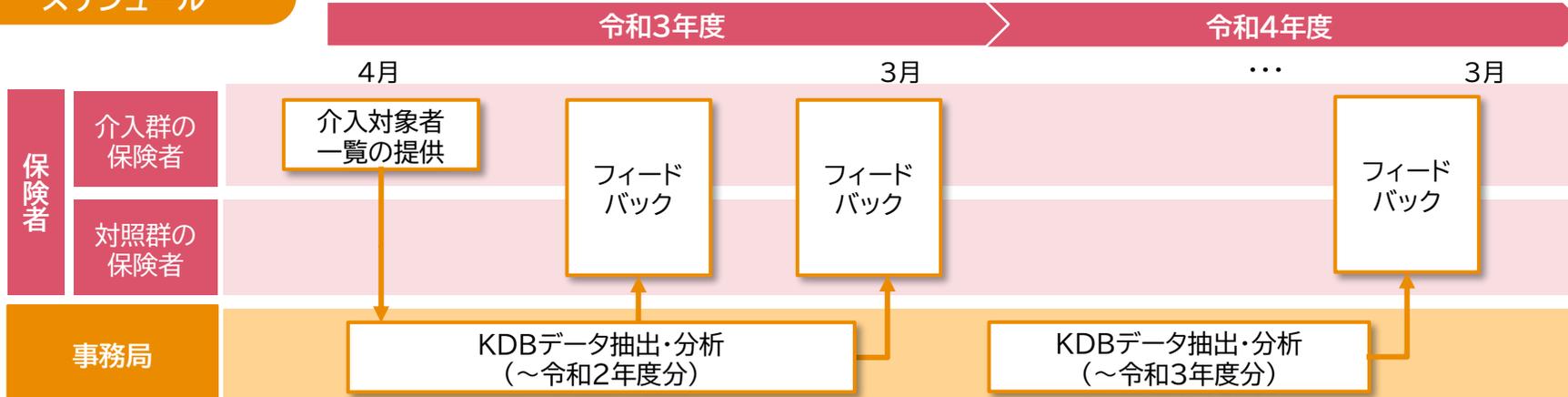
- ・介入群の保険者において、介入(保健指導等)を受けた糖尿病性腎症患者の検査値等の指標の変化を分析(研究班の分析を継続)
- ・介入群と対照群の保険者における糖尿病性腎症患者について、介入の有無による検査値等の指標の変化を比較分析

【指標(例): 腎症病期ごとの糖尿病性腎症にかかる指標(HbA1c、eGFR等)の変化(病期別解析)、未受診者においては受診率】

○参加市町村には、個別にデータ分析結果をフィードバックする。また保険者支援を目的としたワークショップを開催し結果を報告する。

○分析結果は、糖尿病性腎症重症化予防プログラムの内容の更新に活用予定。

スケジュール



② 糖尿病性腎症未治療者及び治療中断者への受診勧奨の有効性検証

事業の目的・概要

目的

糖尿病性腎症重症化予防プログラムにおいて、未治療者や治療中断者に対して電話等を用いた受診勧奨が、医療機関への受診率及び再受診率の向上に資するかを検証する。

方法

実施期間：令和3年4月～令和5年3月

対象：26市（被保険者数1万～5万人規模）

方法：市毎に介入群・対照群へランダムに割付け、それぞれ受診勧奨を実施する。

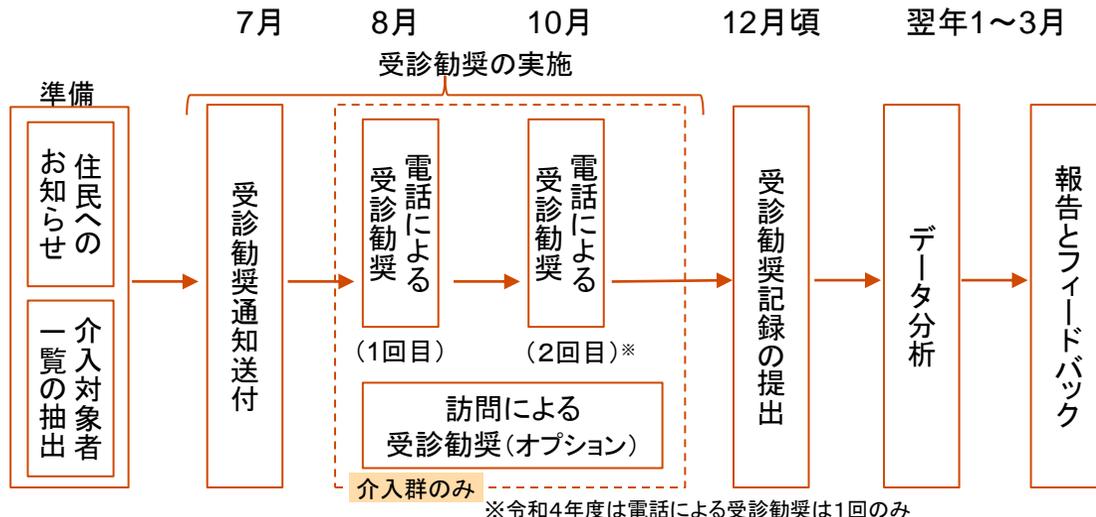
- ・介入群（13市）：糖尿病性腎症未治療者及び治療中断者に対して、通知による受診勧奨に加えて、電話や訪問による受診勧奨を実施
- ・対照群（13市）：糖尿病性腎症未治療者及び治療中断者に対して、通知による受診勧奨を実施

※令和4年度の参加市数は22市（介入群：7市、対照群：15市）、介入群・対照群へのランダム化割付けはせず参加市が希望の群を選択

分析内容と結果の活用

- ・国保データベース(KDB)システムを活用し、受診勧奨後の医療機関受診率、継続受診率の分析をする。
- ・参加市町村には、個別にデータ分析結果をフィードバックする。また保険者支援を目的としたワークショップを開催し結果を報告する。
- ・分析結果は、糖尿病性腎症重症化予防プログラムの内容の更新に活用予定。

検証事業スケジュール



受診勧奨通知イメージ

糖尿病について 医療機関を受診しましょう

糖尿病は、血糖値が高くなる病気です。血糖値が高くなることで、目や腎臓、神経などにダメージを与えます。糖尿病を早期に発見し、適切な治療を受けることで、合併症を予防し、健康な生活を送ることができます。

治療により合併症を予防しましょう!

糖尿病は、血糖値が高くなる病気です。血糖値が高くなることで、目や腎臓、神経などにダメージを与えます。糖尿病を早期に発見し、適切な治療を受けることで、合併症を予防し、健康な生活を送ることができます。

A1c 7%未満

血糖コントロールの目標値は、A1c 7%未満です。血糖コントロールが良好であれば、合併症のリスクを減らすことができます。

③ ビッグデータ分析による糖尿病性腎症重症化予防プログラムの効果検証

事業の目的・概要

目的

NDB等ビッグデータ分析により糖尿病性腎症重症化予防プログラムの効果を明らかにする。

分析対象

市町村国保、国保組合、協会けんぽ、組合健保、共済組合

分析内容

○透析導入や糖尿病性腎症病期の悪化要因の分析

糖尿病性腎症病期が悪化する者や透析に至る者は、HbA1cや尿蛋白等の糖尿病性腎症に関する指標や、処方情報、他感染症や合併症、医療機関の継続的受診状況、歯科・眼科等への受診状況の経年変化などに特徴はみられるのか、どのような要因が悪化に関連するのか等を分析する

○糖尿病性腎症病期等ベースラインが類似した対象者の集団を設定し比較分析

生活習慣の改善や医療機関の継続的な受診、歯科・眼科等への受診により透析導入に至る者と至らない者とはどのような違いがあるのか等を分析する

○保険者の取組や地域特性による糖尿病性腎症重症化予防の影響を分析

糖尿病患者の医療機関受診状況や血糖コントロールなどの糖尿病性腎症にかかる指標の変化、生活習慣等の状況等について保険者の取組や地域特性による違い、経済的評価等を分析する

結果の活用

○分析結果は、糖尿病性腎症重症化予防プログラムの内容の更新に活用予定。

治療と仕事の両立支援の推進

- 労働人口の3人に1人が、何らかの病気を抱えながら働いている。
- 病気を理由に退職せざるを得ない方々や、仕事を続けていても職場の理解が乏しいなど、治療と仕事の両立が困難な場合も少なくない。
- 事業場において、治療が必要な労働者が、業務によって疾病を増悪させることがないよう、適切な就業上の措置や治療に対する配慮が適切に行われるような支援が必要である。
- 「働き方改革実行計画」では、① 企業における意識改革と受入れ体制の整備、② 主治医、企業・産業医、両立支援コーディネーターのトライアングル型のサポート体制の構築の2つを軸に、治療と仕事の両立を図ることとしている。
 - * 両立支援コーディネーター：労働者の依頼を受けて、労働者に寄り添いながら相談支援を実施し、労働者、主治医、企業・産業医の連携をサポートする者。
- 具体的には、省内各局や各種関係機関と連携して以下の取組を推進している。

➤ ガイドライン・マニュアルの作成・周知啓発

・「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」

事業場において、反復・継続して治療が必要となる疾患に対して両立支援を行うための環境整備、個別の両立支援の進め方など、具体的な取組方法や留意事項等をまとめたガイドライン ※ 平成28年2月公表

・「企業・医療機関連携マニュアル」

企業と医療機関の連携を促進するため、疾患別に、治療方法や症状の特徴等、両立支援に当たっての留意事項等を示した、疾患別サポートマニュアル（がん、脳卒中、肝疾患、難病、心疾患、**糖尿病**）

➤ 地域両立支援推進チームの設置と運営

各都道府県労働局を事務局として、自治体、医療機関、支援機関等との連携した取組を推進

➤ 広報活動

シンポジウム・セミナーの開催、ポータルサイト「治療と仕事の両立支援ナビ」による情報発信等

➤ 労働者健康安全機構・都道府県産業保健総合センター等の支援

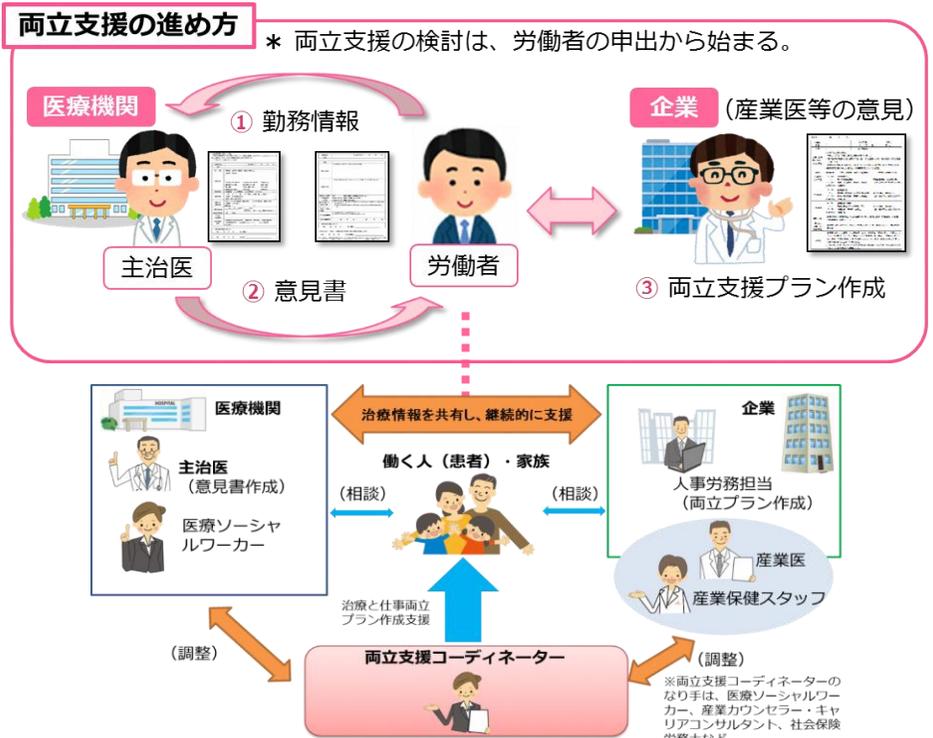
両立支援コーディネーターの養成、助成金、相談支援等

➤ 診療報酬の順次改定（療養・就労両立支援指導料）

平成30年度新設 対象疾患：がん

令和2年度対象疾患追加：脳卒中・肝疾患・指定難病

令和4年度対象疾患追加：**糖尿病**・心疾患・若年性認知症



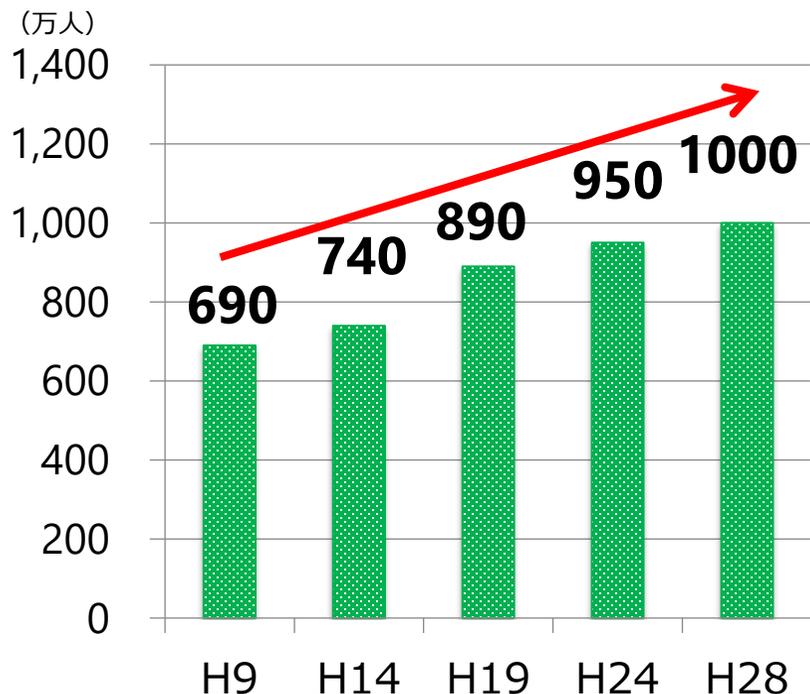
（資料出所）厚生労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課作成資料

「糖尿病が強く疑われる者」と「糖尿病の可能性が否定できない者」の推移

- 「糖尿病が強く疑われる者」（糖尿病有病者）は、約1000万人と推計され、経年的に増加傾向である。
- 一方、「糖尿病の可能性が否定できない者」（糖尿病予備群）は平成19年から減少傾向である。

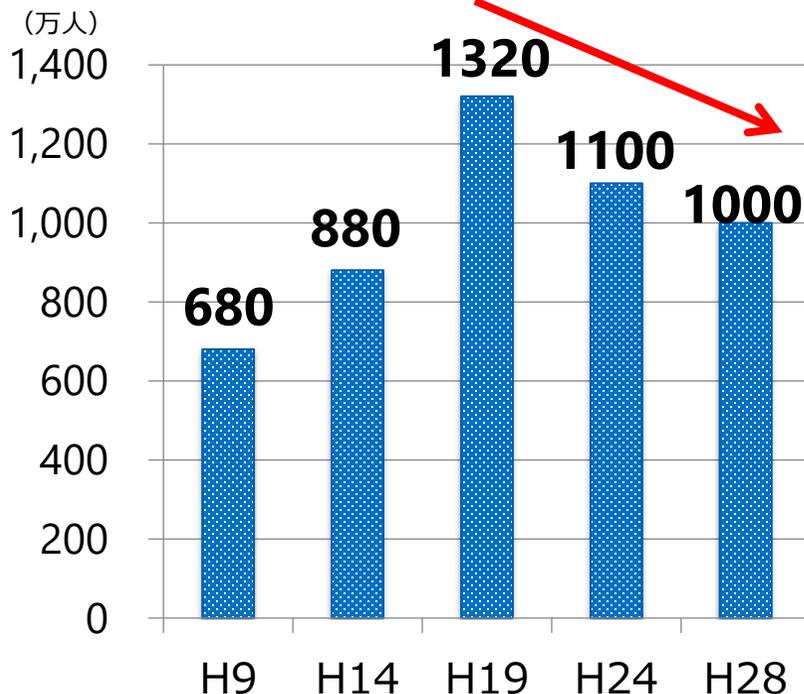
「糖尿病が強く疑われる者」の推移

ヘモグロビンA1c（NGSP）値が6.5%以上（平成19年まではヘモグロビンA1c（JDS）値が6.1%以上）、又は「糖尿病治療の有無」に「有」と回答した者。



「糖尿病の可能性が否定できない者」の推移

ヘモグロビンA1c 値が6.0%以上、6.5%未満（平成19年まではヘモグロビンA1c（JDS）値が5.6%以上、6.1%未満）で、「糖尿病が強く疑われる者」以外の者。



平成9年・平成14年は糖尿病実態調査、平成19年・平成24年・平成28年は国民健康・栄養調査

推計の方法：性・年齢階級別の「糖尿病が強く疑われる者」の割合と「糖尿病の可能性が否定できない者」の割合に、それぞれ総務省統計局「人口推計（当該年の10月1日現在）」の性年齢別の全国人口を乗じて、各年齢層の推計人数を算出し合計。

「糖尿病が強く疑われる者」の年次推移

図 23-1 「糖尿病が強く疑われる者」の割合の年次推移(20歳以上)(平成21~令和元年)

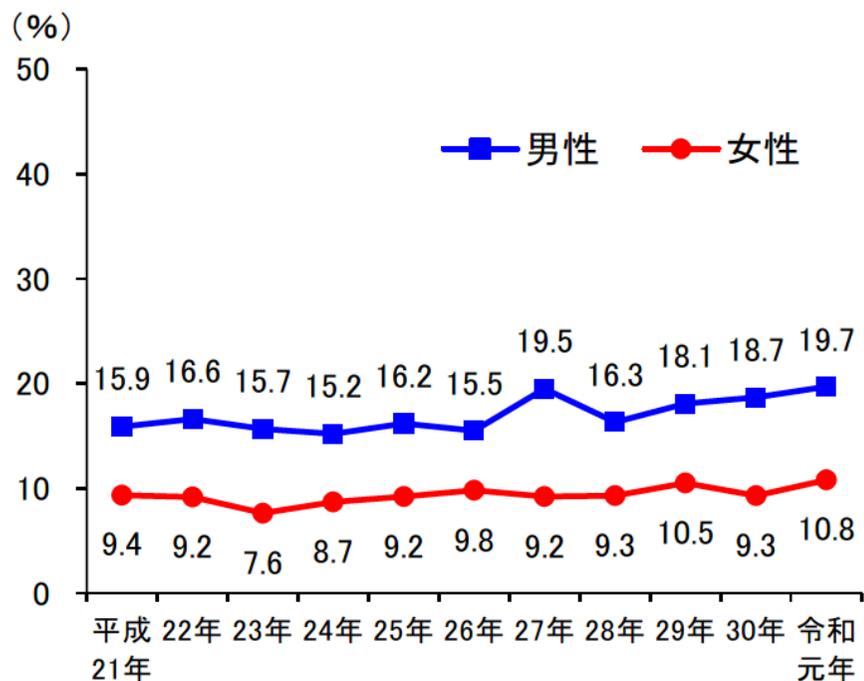
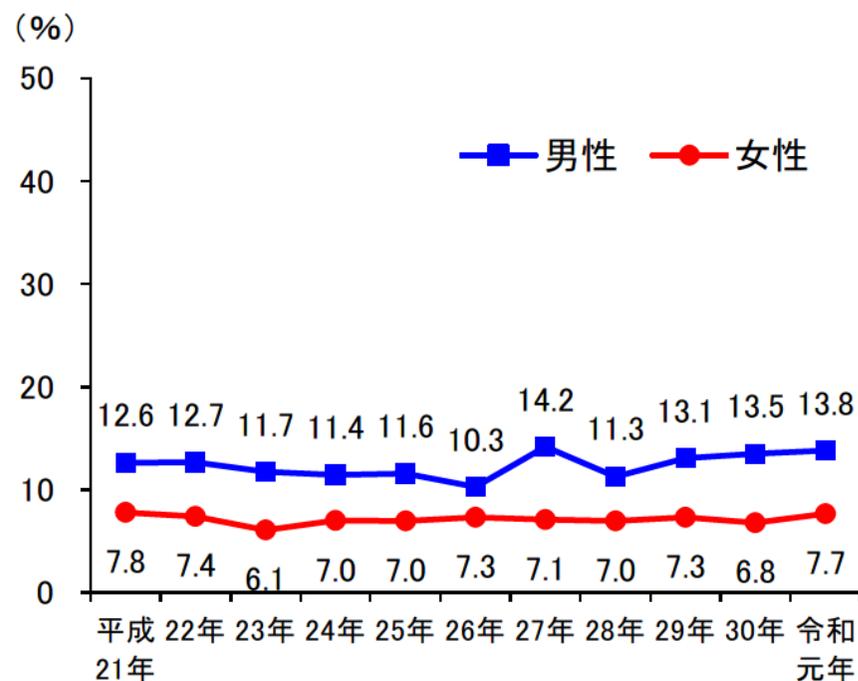


図 23-2 年齢調整した、「糖尿病が強く疑われる者」の割合の年次推移(20歳以上)(平成21~令和元年)

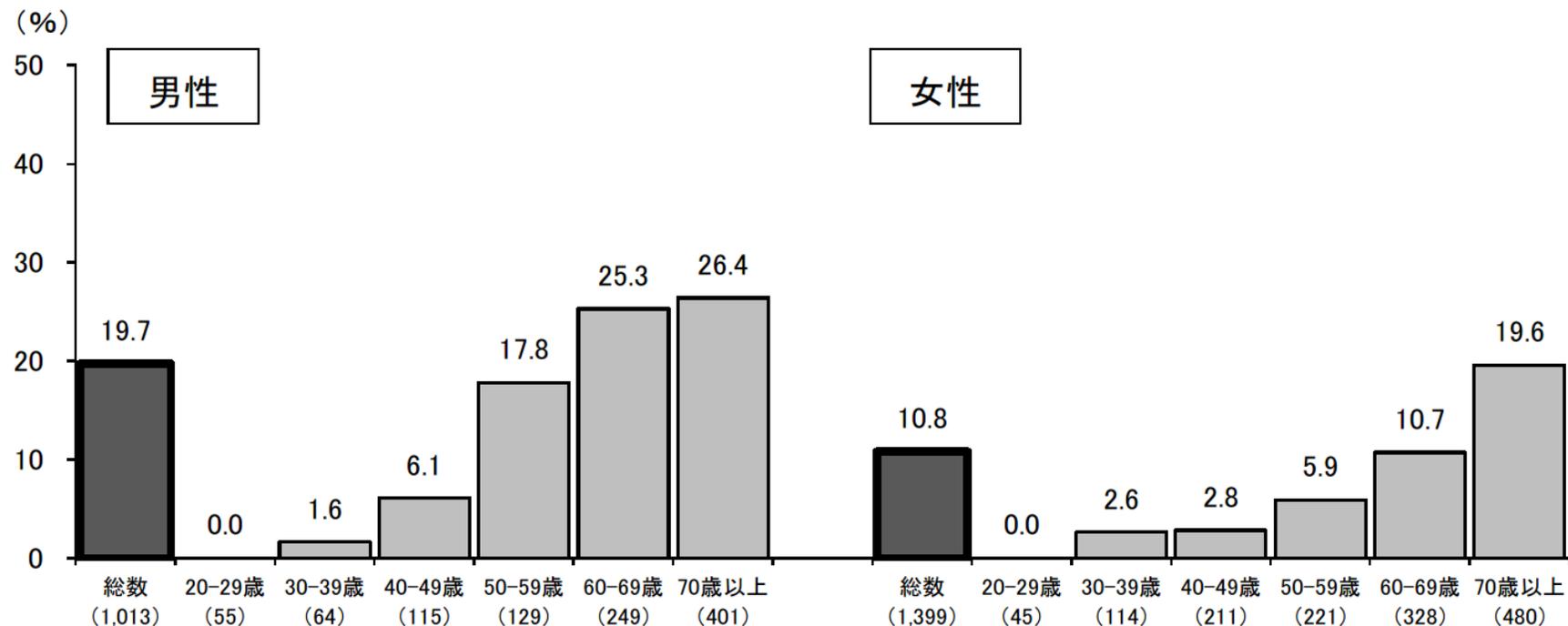


「糖尿病が強く疑われる者」：
 ヘモグロビンA1cの測定値がある者のうち、ヘモグロビンA1c (NGSP) 値が6.5%以上
 (平成23年まではヘモグロビンA1c (JDS) 値が6.1%以上)、又は「糖尿病治療の有無」
 に「有」と回答した者。

令和元年 国民健康・栄養調査結果の概要より

「糖尿病が強く疑われる者」の性・年齢別罹患率

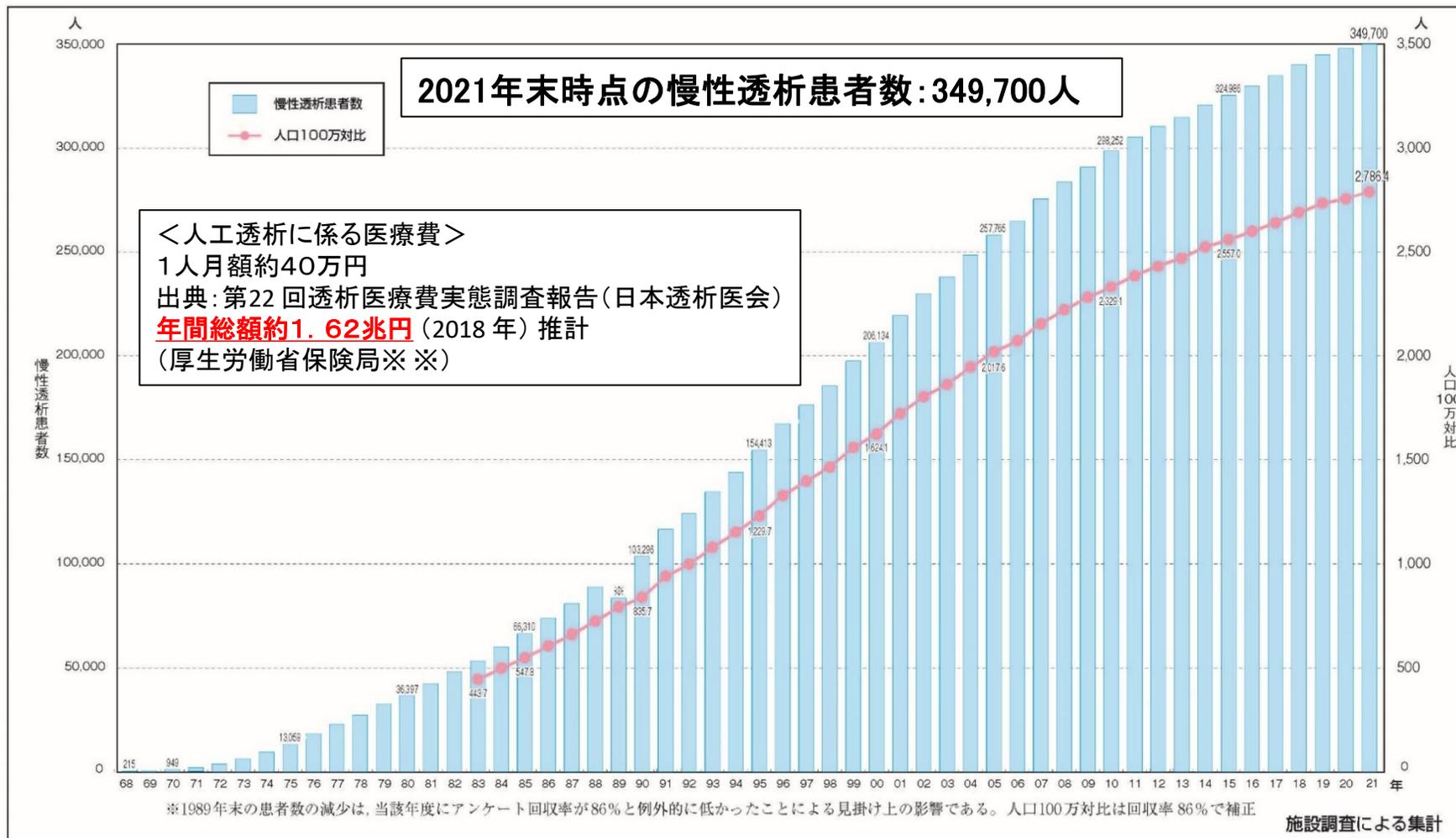
図 24 「糖尿病が強く疑われる者」の割合（20 歳以上、性・年齢階級別）



「糖尿病が強く疑われる者」：
 ヘモグロビンA1cの測定値がある者のうち、ヘモグロビンA1c (NGSP) 値が6.5%以上、
 又は「糖尿病治療の有無」に「有」と回答した者。

令和元年 国民健康・栄養調査結果の概要より

(1) 慢性透析患者数（1968-2021年）と有病率（人口100万対比，1983-2021年）の推移（図1）

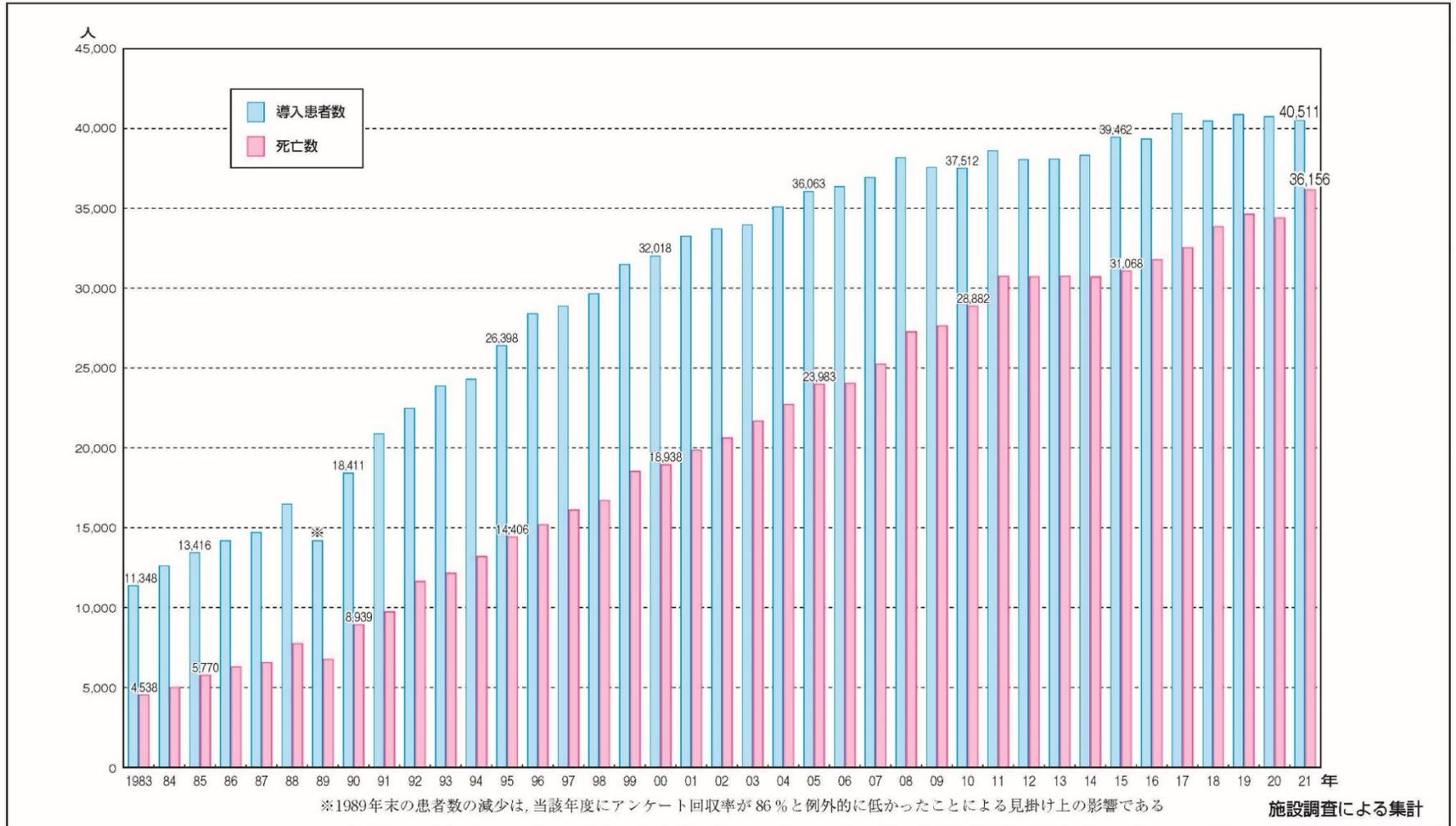


一般社団法人日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況（2021年12月31日現在）」

厚生労働省健康局がん・疾病対策課により抜粋、一部改変

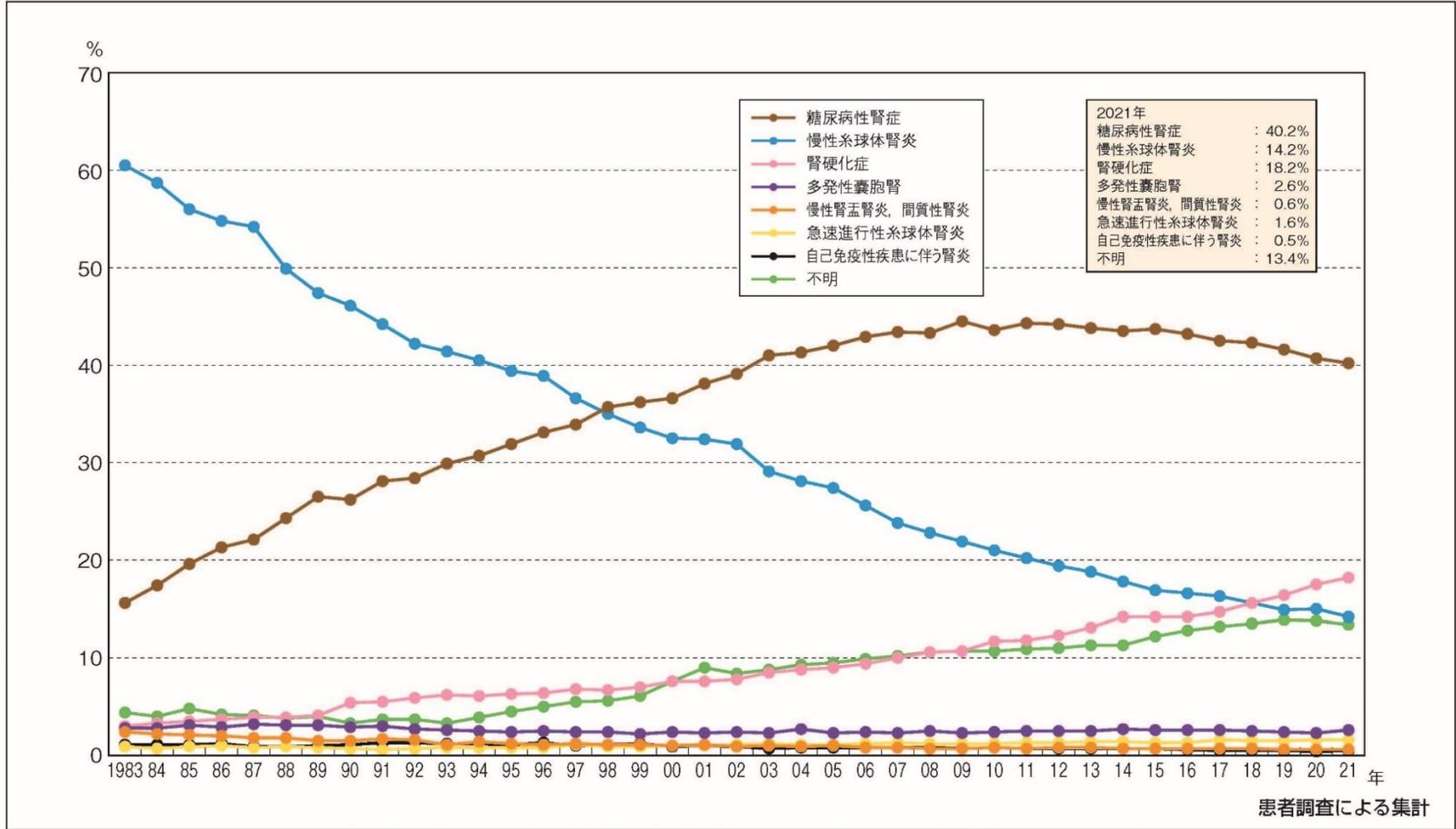
※※全国高齢者医療主管課（部）長及び国民健康保健主管課（部）長並びに後期高齢者医療広域連合事務局長会議（令和2年2月18日）

(2) 導入患者数および死亡患者数の推移, 1983-2021年 (図2)



一般社団法人日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況 (2021年12月31日現在)」

(19) 導入患者 原疾患割合の推移, 1983-2021年 (図19)



一般社団法人日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況 (2021年12月31日現在)」

腎疾患対策検討会報告書（平成30年7月）

～腎疾患対策の更なる推進を目指して～

全体目標

自覚症状に乏しい慢性腎臓病(CKD)を早期に発見・診断し、良質で適切な治療を早期から実施・継続することにより、CKD重症化予防を徹底するとともに、CKD患者(透析患者及び腎移植患者を含む)のQOLの維持向上を図る。

達成すべき成果目標(KPI)

- ①地方公共団体は、他の行政機関、企業、学校、家庭等の多くの関係者からの参画を得て、腎疾患の原因となる生活習慣病対策や、糖尿病性腎症重症化予防プログラムの活用等も含め、地域の実情に応じて、本報告書に基づく腎疾患対策に取り組む。
- ②かかりつけ医、メディカルスタッフ、腎臓専門医療機関等が連携して、CKD患者が早期に適切な診療を受けられるよう、地域におけるCKD診療体制を充実させる。
- ③2028年までに、年間新規透析導入患者数を、35,000人以下に減少させる。(2016年の年間新規透析導入患者数は約39,000人)

実施すべき取組

1. 普及啓発

- ①対象に応じた普及啓発資材の開発とその普及
- ②糖尿病や高血圧、心血管疾患等と連携した取組
- ③地域での取組の実施状況等を把握し、活動の効果の評価、効果的・効率的な普及啓発活動の共有、横展開

2. 医療連携体制

- ①かかりつけ医から腎臓専門医療機関等や糖尿病専門医療機関等への紹介基準の普及
- ②定期的な健診受診を通じた、適切な保健指導や受診勧奨
- ③地域でCKD診療を担う医療従事者や腎臓専門医療機関等の情報共有・発信
- ④かかりつけ医等と腎臓専門医療機関等が連携したCKD診療連携体制の好事例の共有と均てん化

3. 診療水準の向上

- ①関連学会等が合同で協議し、推奨内容を合致させた、ガイドライン等の作成
- ②利用する対象を明確にしたガイドライン等の作成・普及
- ③関連する疾患の専門医療機関との連携基準等の作成・普及

4. 人材育成

- ①腎臓病療養指導士等のCKDに関する基本的な知識を有するメディカルスタッフの育成
- ②かかりつけ医等と腎臓病療養指導士等との連携、また、関連する療養指導士等との連携推進

5. 研究の推進

- ①関連学会との連携による、データベース間の連携構築
- ②研究及び診療へのICTやビッグデータの活用
- ③国際共同試験を含めた臨床試験の基盤整備
- ④病態解明に基づく効果的な新規治療薬の開発
- ⑤再生・オミックス(ゲノム等)研究の推進
- ⑥腎臓病の基礎研究や国際競争力の基盤強化

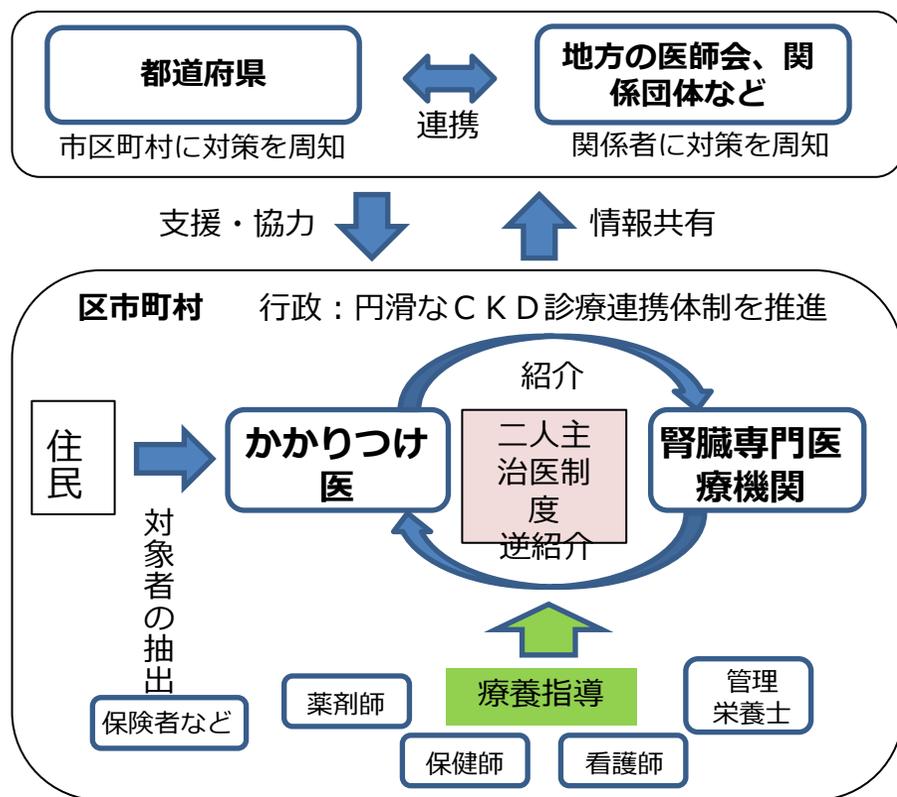
慢性腎臓病診療連携体制の全国展開

○ 予防・健康づくりを推進するため、かかりつけ医・腎臓専門医療機関等が連携し、慢性腎臓病（CKD）患者を早期に適切な診療につなげる慢性腎臓病（CKD）診療連携体制の構築や、先進事例の横展開などを通じて疾病予防・重症化予防に取り組む。

【目標】

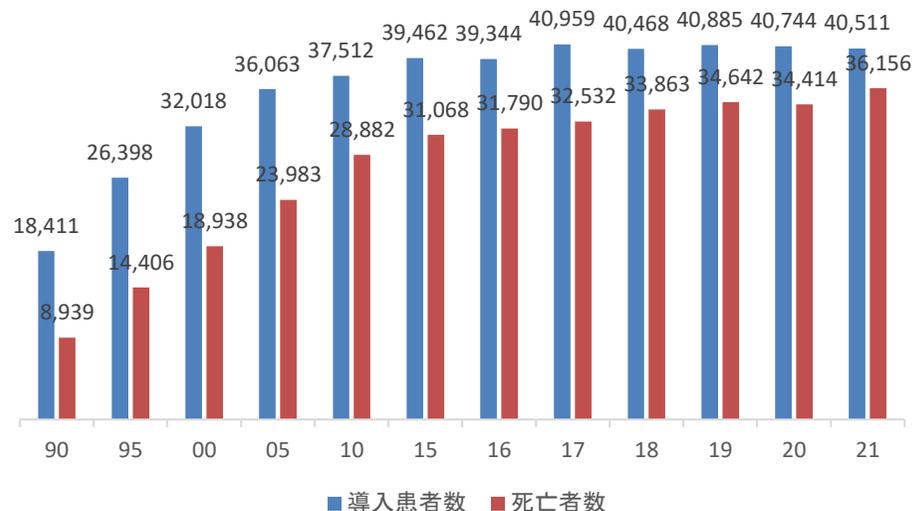
- ・2028年までに新規透析導入患者を35,000人以下に減少させる（2021年 40,511人）。
- ・慢性腎臓病（CKD）診療連携体制の構築した都道府県数を増加させる。

■ CKD診療連携体制のイメージ



■ 年間新規透析導入患者数の推移

2028年までに35,000人以下に減少
(2016年に比べ、約10%減少)



(出典) 『一般社団法人日本透析医学会 我が国の慢性透析療法の現況 (2021年12月31日現在)』をもとに作成

令和5年度 腎疾患対策予算について

(平成30年7月に取りまとめた腎疾患対策検討会報告書等を踏まえた腎疾患対策の強化)

令和5年度予算額
2.0億円 (2.0億円)

※ ()内は前年度予算額

○ 腎疾患対策の概要

自覚症状に乏しい慢性腎臓病 (CKD) を早期に発見・診断し、良質で適切な治療を早期から実施継続することにより、CKD重症化予防を徹底するとともに、CKD患者 (透析患者及び腎移植患者を含む) のQOLの維持向上を図る

(2028年までに、年間新規透析導入患者数を35,000人以下に (2019年は約41,000人))

- ①慢性腎臓病 (CKD) に関する正しい知識を医療従事者、行政、国民全体に普及啓発を行い、腎疾患対策を推進
- ②CKD患者が早期に適切な診療を受け入れられるよう、地域における病診連携体制を推進
- ③診療連携体制の構築、エビデンスに基づくガイドラインの作成・更新、病態の解明及び治療法開発等の研究開発を推進 等

腎疾患対策費

- 腎疾患対策検討会報告書に基づく腎疾患対策推進に関する情報提供 等 令和5年度予算額
3百万円 (3百万円)

慢性腎臓病 (CKD) 特別対策事業

- 患者等一般向けの講演会等の開催
- 病院や診療所等の医療関係者を対象とした研修の実施
- CKD診療に関わる医療機関情報の収集と提供
- 慢性腎臓病 (CKD) 診療連携構築事業の実施 等 令和5年度予算額
35百万円 (34百万円)

慢性腎臓病 (CKD) 重症化予防のための診療体制構築及び多職種連携モデル事業

- 腎疾患の診療体制の構築や多職種連携を行うための会議体の設置
- 健康保険組合等と連携した療養指導等が必要な対象者に対する受診勧奨の実施
- 企業・産業医等に対する研修会及び啓発の実施
- 多職種連携による療養指導等の実施 等 令和5年度予算額
21百万円 (新規)

厚生労働科学研究費等補助金及び保健衛生医療調査等推進事業費補助金

- 腎疾患対策検討会報告書に基づく対策の進捗管理および新たな対策の提言に資するエビデンス構築
- 災害時の透析医療確保に資する研究
- 腎臓をターゲットとした診断法・治療法の研究開発 等 令和5年度予算額
1.4億円 (1.4億円)

慢性腎臓病（CKD）特別対策事業

令和5年度当初予算額 35百万円（34百万円）※（）内は前年度当初予算額

1 事業の目的

慢性腎臓病（CKD）は、生命や生活の質に重大な影響を与える重篤な疾患であるが、腎機能異常が軽度であれば、適切な治療を行うことにより進行を予防することが可能である。しかし、CKDに対する社会的な認知度は低く、腎機能異常に気づいていない潜在的なCKD患者が多数存在すると推測され、医療現場においても見過ごされがちである。

そこで、地域における講演会等の開催や医療関係者を対象とした研修等を実施することにより、広くCKDに関する正しい知識の普及、CKD対策に必要な人材の育成等を図る必要がある。

2 事業の概要・イメージ

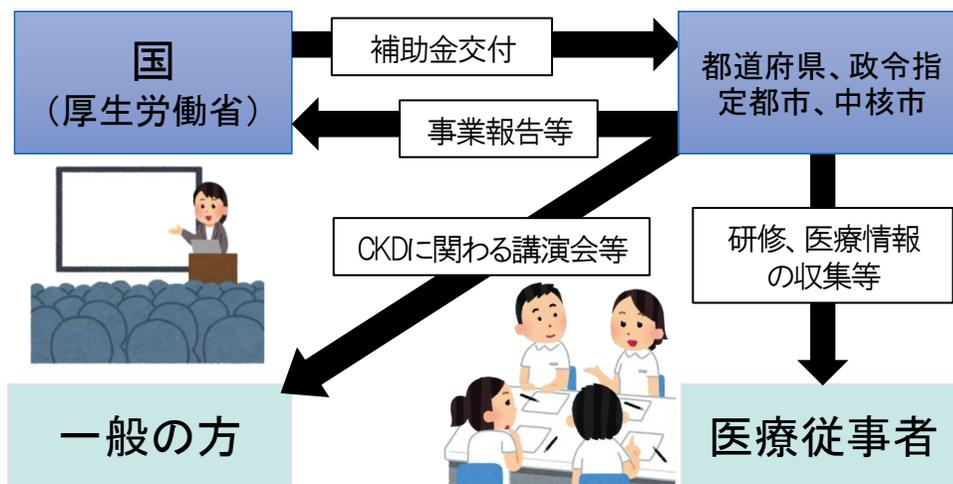
【事業内容】

- ① 患者等一般向けの講演会等の開催
- ② 病院や診療所等の医療関係者を対象とした研修の実施
- ③ CKD診療に関わる医療機関情報の収集と提供
- ④ 事業実施の評価
- ⑤ 慢性腎臓病（CKD）診療連携構築事業の実施

【事業創設年度】 平成21年度

【補助先】 都道府県、政令指定都市、中核市

【補助率】 1/2



<実績>

令和3年度：23 都道府県、18市

令和2年度：24 都道府県、14市

令和元年度：26 都道府県、16市

※詳細を厚労省HPにて公開

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/jinshikkan/index.html

【取り組み事例】

- ・ 啓発イベント（住民向け講演会・世界腎臓デー啓発パネル展など）の開催
- ・ 普及啓発資料（リーフレット・チラシ・ポスター・動画・CKDシールなど）の作成・配布
- ・ HP・SNS・広報紙等による情報発信
- ・ CKD認知度アンケート調査
- ・ 医療関係者向けの糖尿病・慢性腎臓病（CKD）研修の開催
- ・ 慢性腎臓病（CKD）対策連絡会議の開催など

令和5年度当初予算額 21百万円（新規）

1 事業の目的

○腎臓は「沈黙の臓器」と言われ、自覚症状が乏しく、症状を自覚した時には既に進行しているケースが少なくない。慢性腎臓病(CKD)の患者数は約1,300万人と多く、悪化し末期腎不全に至れば人工透析が必要となり、患者のQOLが大きく損なわれ、医療費も高額である。一方、早期に発見し適切な治療を行えば、透析の回避や健康寿命の延伸、透析導入時期の後ろ倒しによる生涯透析年数の短縮が可能であるため、早期発見・早期治療による重症化予防が極めて重要である。

○R1～4年度に実施した慢性腎臓病（CKD）診療連携構築モデル事業及び厚生労働科学研究により得られた課題として、健康保険組合等の関与の必要性、院内連携・診療科間連携の重要性、特に現役世代を対象とした多職種連携による療養指導、産業医等の視点を踏まえ企業を巻き込んだ両立支援の重要性が挙げられている。

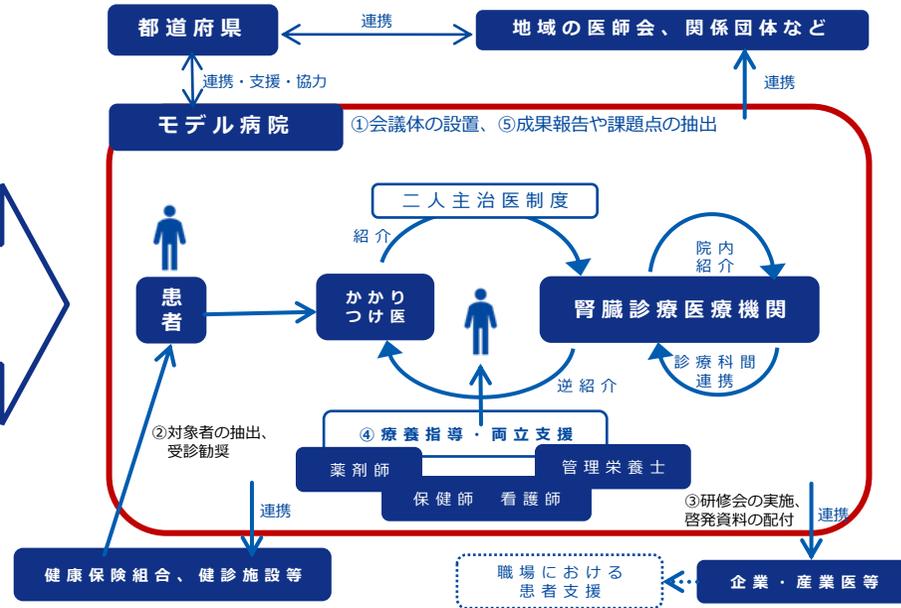
○これらの課題を踏まえ、慢性腎臓病（CKD）重症化予防のための診療体制構築及び多職種連携モデル事業を実施し、CKDの重症化予防及び患者のQOLの維持向上を図ることを目的とする。

2 事業の概要・イメージ

<事業の概要>

- ①都道府県が実施する腎疾患対策と連携可能な病院において、都道府県や健保組合、健診施設、地域の医師会、産業医や企業等と連携し、腎疾患の診療体制の構築や多職種連携を行うための会議体の設置
- ②健康保険組合等と連携して、療養指導等が必要な対象者の抽出及び医療機関への受診勧奨の実施
- ③企業・産業医等に対して、重症化予防及び療養に係る患者支援の重要性について周知を図るための研修会の実施及び啓発資料の配付・提供
- ④多職種連携による療養指導及び両立支援の実施
- ⑤事業実施における成果報告や課題点の抽出

<事業イメージ>



3 実施主体等

- ◆ 実施主体：特別対策費を申請する都道府県及び健保組合、企業、地元医師会等と連携して事業の実施が可能な病院
- ◆ 箇所数：6箇所
- ◆ 1箇所あたり：340万円
- ◆ 補助率：定額（10／10相当）