

日本慢性疾患重症化予防学会
第8回 年次学術集会

2022.2.13.
ONLINE

シンポジウム

重症化予防(1)透析予防は新たなステージへ:病院から地域への展開

重症化予防政策の意義と
糖尿病性腎症重症化予防のネクストステージ

松本 洋

5疾病

医療計画における記載すべき疾病及び事業について

(医療法第30条の4第2項第4号)

生活習慣病その他の国民の健康の保持を図るために特に広範かつ継続的な医療の提供が必要と認められる疾病として厚生労働省令で定めるものの治療又は予防に係る事業に関する事項

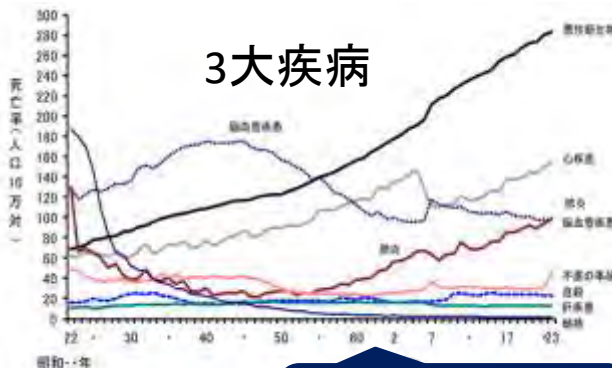
(医療法施行規則第30条の28)

疾病は、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病及び精神疾患とする。

疾病・事業ごとの医療体制について(平成19年7月20日付 医政指発0720001号)

疾病・事業のそれぞれについて、内容として次の事項を記載することとした。

- ①「必要となる医療機能」
- ②「各医療機能を担う医療機関等の名称」
- ③「数値目標」



- がん
- 脳卒中
- 急性心筋梗塞

不慮の死を回避
=患者救命

政策転換: 患者の個別最適に加え 社会の全体最適も

2005年

- 糖尿病 平成19年(2007)
- 精神疾患 平成25年(2013)

国民皆保険制度(の財政)を救命する為の指定臨床アウトカムを医療経済のアウトカムに繋げる

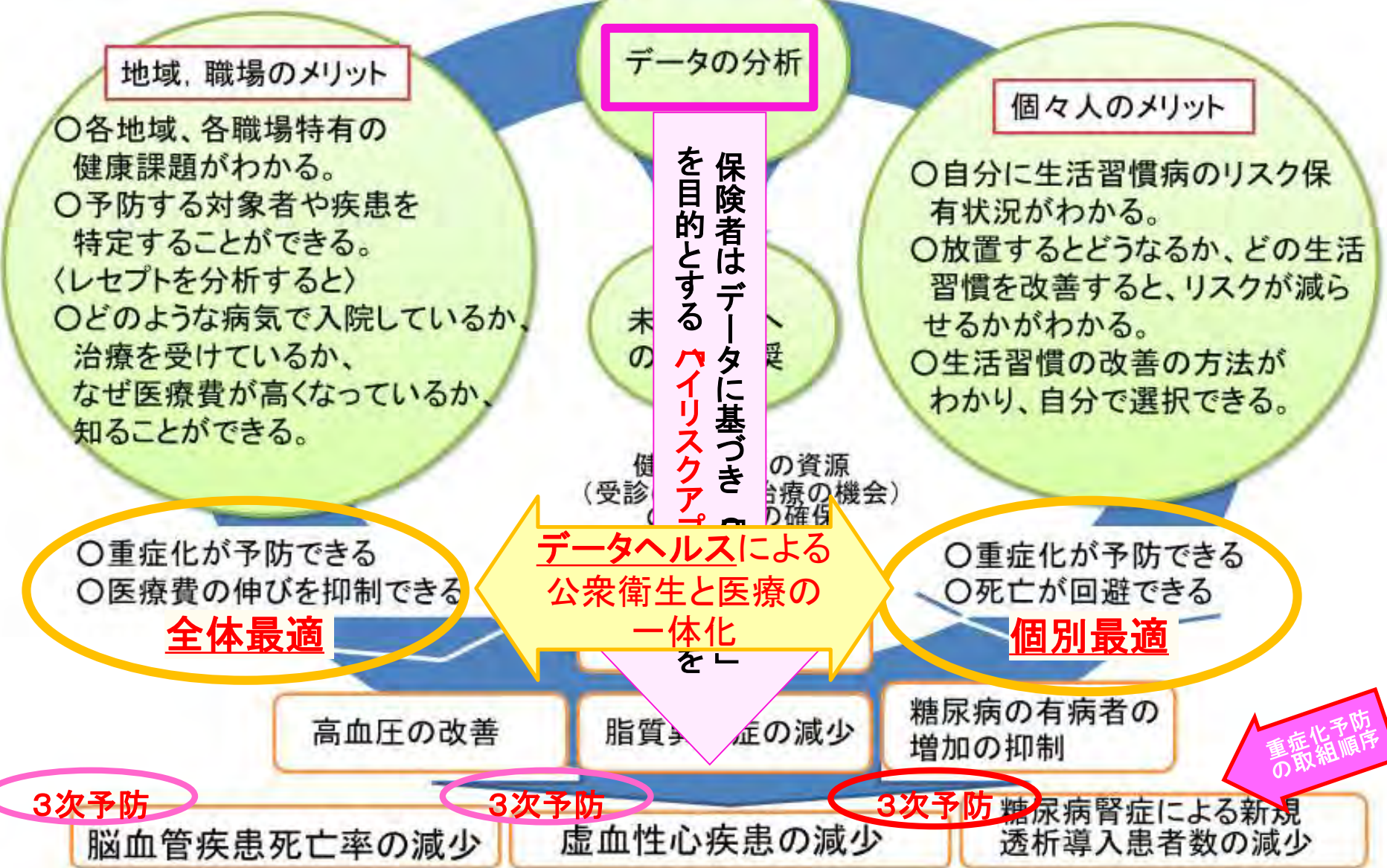
透析開始原因の1位は **糖尿病性腎症 43.7%**

山形県 H27国保総医療費ベスト10

	疾患名	費用額(円)	費用割合
1位	高血圧症	5,366,678,340	6.3%
2位	統合失調症	5,359,880,540	6.3%
3位	糖尿病	4,647,944,630	5.5%
4位	慢性腎不全	3,490,417,220	4.1%
5位	脂質異常症	3,125,378,950	3.7%
6位	関節疾患	2,768,407,830	3.3%
7位	うつ病	2,519,282,100	3.0%
8位	不整脈	1,762,864,940	2.1%
9位	大腸がん	1,593,984,200	1.9%
10位	狭心症	1,524,726,880	1.8%

ー特定健診・保健指導のメリットを活かし、健康日本21(第2次)を着実に推進ー

特定健診・保健指導の実施率の向上



データの分析

地域、職場のメリット

- 各地域、各職場特有の健康課題がわかる。
- 予防する対象者や疾患を特定することができる。
- (レセプトを分析すると)
- どのような病気で入院しているか、治療を受けているか、なぜ医療費が高くなっているか、知ることができる。

個々人のメリット

- 自分に生活習慣病のリスク保有状況がわかる。
- 放置するとどうなるか、どの生活習慣を改善すると、リスクが減らせるかがわかる。
- 生活習慣の改善の方法がわかり、自分で選択できる。

保険者はデータに基づき
を目的とするハイリスクア

未の
の資源
(受診
治療の機会)
の確保

データヘルスによる
公衆衛生と医療の
一体化

○重症化が予防できる
○医療費の伸びを抑制できる
全体最適

○重症化が予防できる
○死亡が回避できる
個別最適

高血圧の改善

脂質異常症の減少

糖尿病の有病者の増加の抑制

3次予防

3次予防

3次予防

脳血管疾患死亡率の減少

虚血性心疾患の減少

糖尿病腎症による新規透析導入患者数の減少

重症化予防の取組順序

重症化予防目標設定の考え方

糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数の減少、医療費の適正化

腎機能低下の防止・腎症病期、eGFR低下率、尿蛋白

QOL向上

(P.12 図表6) 腎症3・4期
腎排泄型薬剤の見直し・変更

〈危険因子の低減〉

GLP-1、SGLT2阻害剤 (ARB)

高血圧

140/90mmHg 以上の
人の減少

糖尿病コントロール
不良者の減少

高LDLコレステロール血症
(高Non-HDLコレステロール
血症)の減少

腎障害性薬剤！
腎保護治療

欠陥

保険診療薬が無い
(治験のガイドラインが無い)

3次予防(重症化予防)
薬効発揮のための『減塩』

2017(H29)/2 対応しない！

栄養・食生活

・減塩
・肥満者における減量

喫煙者における
禁煙

糖尿病、高血圧、
高コレステロール血症の
治療継続者の増加

飲酒

・過量飲酒の減少

身体活動・運動

・適度な身体活動

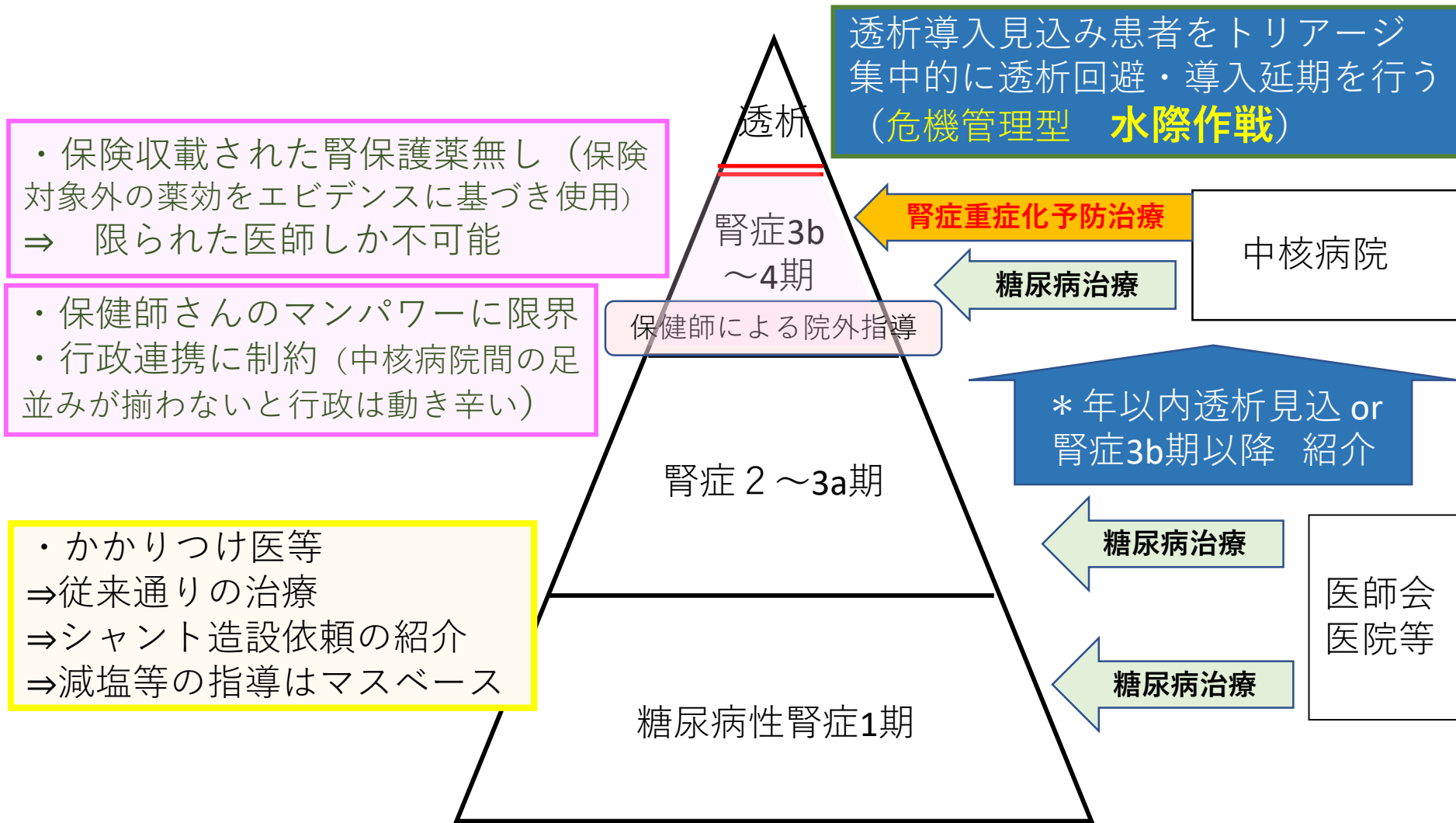
〈生活習慣等の改善〉

重症化予防: 適切な投薬 + 薬効阻害要因の除去 = 薬効の十分な発揮(臨床アウトカム)

(自治体)保健師との連携による院内外指導

糖尿病性腎症重症化予防プログラムのシステム

- ・ **水際作戦の全国展開**：日本糖尿病学会が診療ガイドラインを更新し、ほぼ全ての地域中核病院に居るDM専門医が重症化予防治療を行うことが必要 → **×**
- ・ 均てん化には **腎保護薬の保険収載が必須**（common diseaseであり 非専門医・他科医師へも 情報伝達が必要 ⇒ **薬効承認が無いと製薬会社による情報提供が不可能**）



腎臓病克服への挑戦

-腎臓病薬開発加速基盤-

2018
2/25 (日)
京王プラザホテル (新大塚)

公開セミナー 14:30 ~
挨拶とセミナーの趣旨説明

第一部

腎臓病創薬の課題とKidney Research Initiative-Japan (KRI-J) の試み
司会: 岡田浩一 (埼玉医科大学), 馬場園哲也 (東京女子医科大学)

糖尿病性腎臓病の課題 榎本浩二郎 (国立国際医療研究センター-研究所)

Kidney Research Initiative-Japan (KRI-J) 柏原直樹 (日本腎臓学会理事長)

第二部

臨床試験におけるエンドポイント 司会: 成田一衛 (新潟大学), 古家大祐 (金沢医科大学)

PMDAの取り組み 美上薫一 (医薬品医療機器総合機構 新薬審査第一部長)

欧米におけるエンドポイントと日本人CKD症例での結果
松下邦洋 (Johns Hopkins大学)

研究班による解析結果報告 神田英一郎 (東京共済病院)

本邦におけるクリニカルエンドポイントガイドライン 南学正臣 (東京大学)

閉会の辞

一般社団法人 日本腎臓学会
三巻 隆
AMED 医薬品等規制緩和・評価研究事業
「腎臓病における慢性疾患に関する臨床評価
ガイドラインの策定に関する研究」研究班

一般社団法人 日本糖尿病学会
門脇 孝
日本慢性腎臓病対策協議会

「糖尿病性腎症重症化
予防プログラム」を实践
する「地域システム」の
原則を規定 = **重症度**に
応じた受診先の最適化
慢性疾患管重症化予防
に **医療連携が必要**

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 (作成: 日本腎臓学会、監修: 日本医師会)

原疾患	蛋白尿区分	A1	A2	A3	
糖尿病	原アルブミン定量 (mg/日) 尿アルブミン/Cr比 (mg/gCr)	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	原蛋白定量 (g/日) 尿蛋白/Cr比 (g/gCr)	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	高値~G1から紹介 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	紹介	紹介	
	G3a	軽度~中等度低下 45~59	45未満は紹介 45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)。
- 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) 腎臓内科系・専門医療機関の紹介基準に当てはまる場合で、原疾患に糖尿病かつ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。
- 2) 血糖コントロールの決定に専門的知識 (3ヵ月以上の治療でもHbA1cの目標値) 又は糖尿病合併症 (網膜症、神経障害、冠動脈疾患、脳血管疾患、末梢動脈疾患) 以上記載原疾患併存を発生している場合
なお、詳細は「糖尿病治療ガイド」を参照のこと。

かかりつけ医から糖尿病専門医・専門医療機関への ~主に糖尿病治療ガイドより~

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薬性治療などの機運を言明して、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。

目標	高齢者または 目標達成の困難	合併症予防 のための目標	治療強化が 必要な際の目標
HbA1c (%)	8.0未満	7.0未満	6.0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困難な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、末梢動脈体重等の腎治療) である場合。

2018 (H30) 2/28 発行の
日本医師会会報に同梱
全医師会員へ通知済
2018/7の腎疾患対策検
討会報告書にも掲載

腎保護薬の治験
⇒ **保険収載に目途**
(ガイドライン変更)

柏原 腎臓学会長: 日本腎臓学会は2年以内に腎保護薬を作る!
その為に エンドポイントを変更 (透析になったかどうか ⇒ eGFR低下率 (%))

医薬・生活衛生局 山本医薬品審査管理課長: リアルワールドのデータを早く!

柏原 腎臓学会長：日本腎臓学会は**2年以内**に腎保護薬を作る！

フォシーガ、2型糖尿病合併の有無に関わらず、**日本で初めての慢性腎臓病の治療薬として承認**を取得
日本の慢性腎臓病患者さんの治療に大きな進展をもたらす
アストラゼネカ株式会社（本社：大阪市北区、代表取締役社長：ステファン・ヴォックストラム）と小野薬品工業株式会社（本社：大阪府中央区、代表取締役社長：相良 暁）は、アストラゼネカの選択的**SGLT2阻害剤**「フォシーガ®錠5mg、10mg（一般名：ダパグリフロジンプロピレングリコール水和物、以下、フォシーガ）」について、2型糖尿病合併の有無に関わらず、「慢性腎臓病（ただし、末期腎不全又は透析施行中の患者を除く）」の効能又は効果の追加承認を、**8月25日に取得しました**ので、お知らせします

- 慢性腎臓病の治療薬 国内で初承認へ“患者は約1300万人” **2021年8月2日** 5時18分
- 成人の8人に1人が患者と言われる**慢性腎臓病の治療薬が、国内で初めて承認される見通し**となりました。承認されるのは、イギリスの製薬大手アストラゼネカが製造・販売する「フォシーガ」です。
- 日本では、**糖尿病や慢性心不全の治療薬としてすでに承認**されていますが、慢性腎臓病への効果も認められるとして、先週、厚生労働省の専門部会が承認を了承しました。
- 近く国内初の慢性腎臓病の治療薬として、厚生労働省が正式に承認する見通しです。慢性腎臓病は、腎臓の働きが徐々に低下していく病気の総称で、国内では成人の8人に1人、人数にしておよそ1300万人の患者がいるとされています。
- アストラゼネカによりますと、**日本を含む21か国で治験**を行った結果、グループでは、腎臓の機能が悪化したり、死亡したりするリスクが39%低下したということです。
- <https://www3.nhk.or.jp/news/html/20210802/k10013175071000.html>



今後 1～2年で腎保護薬効の**保険診療薬**が次々と（SGLT-2阻害薬、GLP-1、RT-402）
⇒糖尿病透析予防は 10年以上かかりようやく 全国展開の**スタートライン**に

<私見> 重症化予防の推進・地域包括型医療の推進（＝個別最適と全体最適の一体化）は
診療報酬・補助金等の誘導施策では 超高齢化社会到来に間に合わない！
＝単独職種型、出来高制が当たり前と思っているイシ頭は 誘導では（短期的には）変らない
「制度化」（法的な枠組み）が必要！ とはいえ 個別疾病ごとに法律を作るのか？

- がん
- 脳卒中
- 急性心筋梗塞

• **糖尿病** 平成19年(2007)

• **精神疾患** 平成25年(2013)

2017.9.28.「精神保健福祉法改正案」 廃案
冒頭解散

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」
「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」



2019.12.1. 循環器病対策基本法

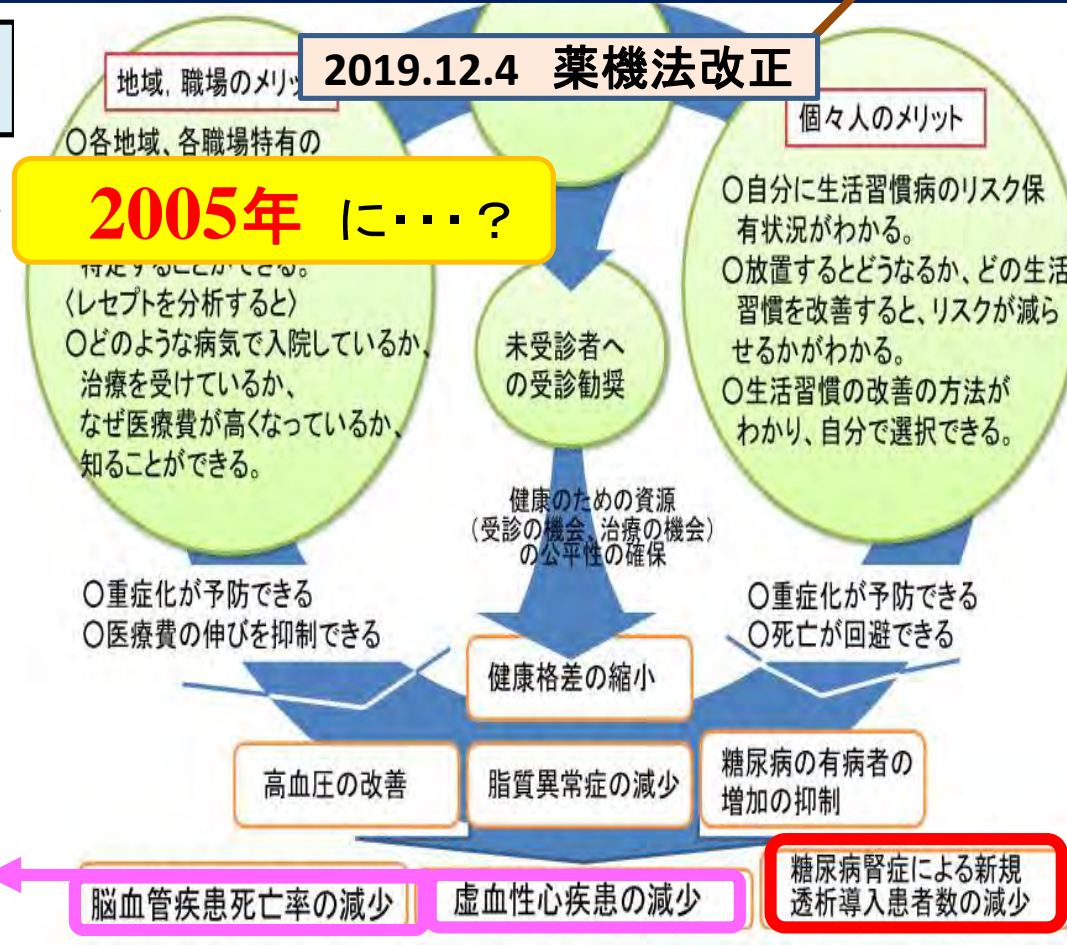
政府が「循環器病対策推進協議会」を設置
基本計画を策定することを明記

2020.10.27. 循環器病対策推進基本計画

2020.11 SGLT2阻害薬 適用拡大(初)

薬剤師の業務に関する規定の見直し -対人業務の充実-

主な対人業務	
処方内容のチェック（重複投与・飲み合わせ）、処方提案	
調剤時の情報提供、服薬指導	
調剤後の継続的な服薬指導、服薬状況等の把握	
服薬状況等の処方医等へのフィードバック	<p>➡ 調剤時に加えて、調剤後の服薬指導、継続的な服薬状況等の把握も義務として規定</p> <p>➡ 努力義務として規定 <small>(医療法においても、医師から薬剤師等に対して同様の規定あり)</small></p> <p style="text-align: right;">今回で法制化</p>



(2)医療 ① 総論 医療分野では、保険財政における給付と負担の不均衡は拡大の一途を辿る中、公費負担の増加を招いており、その是正が強く求められる。

経緯を振り返れば、医療給付費の伸びについてか(平成17年(2005年))、経済財政諮問会議等において「(経済規模に対応した)マクロ指標による政策目標」の設定が目指されたことがある。その際、厚生労働省は、「生活習慣病の予防の徹底」、「平均在院日数の短縮」といったミクロの施策による政策目標を代案として主張し、これらにより、「将来における公的保険給付費の規模を現行見通しよりも低いものととどめることができる」との試案を示した。結局、同年末の「医療制度改革大綱」では、医療費適正化について「生活習慣病対策や長期入院の是正など」ミクロの施策に取り組む「個別積上げ方式」が採用された。

その効果は、ミクロの施策の柱とされた「生活習慣病対策」について、当時の厚生労働省の試算では、平成27年度(2015年度)には0.7兆円、令和7年度(2025年度)には2.2兆円の医療費適正化が可能と示されていた。その後、厚生労働省ワーキンググループによるNDBNDB(ナショナル・データベース)の分析43の結果判明した1人当たりの影響額を基に社会保障制度改革推進本部の医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会が検証したところ、**特定健診・保健指導の実施率向上による効果額は医療費ベースでわずか200億円(1人当たり6,000円)**と試算された。これが各都道府県の第3期医療費適正化計画に反映されている。他方、特定健診・保健指導については、毎年度多額の予算(令和3年度(2021年度)予算で222億円、地方費も入れた公費ベースでは**391億円**)が投じられている。日本の健診はOECDでも厳しい指摘を受けているが、**特定健診・保健指導については、昨年末の行政改革推進会議でも、改めて事業効果について検証し、在り方を検討することと指摘された。**

もう一つのミクロの施策の柱である「平均在院日数の短縮」について、当時の厚生労働省の試算では、平成27年度(2015年度)には1.3兆円、令和7年度(2025年度)には3.8兆円の医療費適正化が可能と示されていた。**平均在院日数の減少は見られたものの44**、なお先進諸国に比して長く、また、相対的に総病床数や病床利用率は減少していないため、**医療費適正化効果は限定的**と考えられ、実際、入院医療費対GDP比は増嵩ぞうずうしている。現在、入院医療費は地域医療構想の取組によって効率的な医療提供体制が実現すれば適正化されることとなっているが、地域医療構想と医療費適正化計画が明確には関連づけられてないため、その実効性を期待しがたい状況となっている。

そして何より、厚生労働省の試算において、平成27年度(2015年度)6.0%、令和7年度(2025年度)6.7%にとどまると見通されていた医療給付費対GDP比は足もと7.25%(平成30年度(2018年度))であり、厚生労働省の令和7年度(2025年度)見通しを既に突破している。**平成17年(2005年)末以降の医療費適正化の枠組みが、エビデンスに基づかない実効性を欠くものであったことが明らかになっており、マクロ指標による政策目標の設定も含め、15年来の医療費適正化の蹉跌からの立て直しが求められている。**



② 効率的で質の高い医療提供体制の整備

我が国は、積年の課題とされてきた医療提供体制の効率化に向けた取組の進捗が捗々しくない中で新型コロナの感染拡大を迎えた。医療資源が散在し、手薄な人的配置となっており、医療機関相互の役割分担や連携等に課題を抱える現状の体制では、感染者の増加に十分に対応しきれていない実情がある。国民の医療提供体制に対する関心が高まっている今こそ、地域医療構想の実現を加速させ、**効率的な医療提供体制**への改革と医療の質の改善の両立を目指すべきである。

次に、今般、**地域全体で治し、支える「地域 完結型」の医療への転換の嚆矢となる取組として、大病院と中小病院等の外来における機能を明確化し、機能分化を進めるための定額負担を拡大することとされたが、**外来機能の明確化や機能分化の射程が限られており、更に取組を進めるべきである。

複数の慢性疾患を抱える患者が増加する超高齢化社会において、患者がその状態に合った医療を受けるようにし、有事を含め国民が必要な時がその状態に合った医療を受けるようにし、有事を含め国民が必要な時に必要な医療にアクセスできるようにするためにも緩やかなゲートキーパー機能を備えた「かかりつけ医」の推進は不可欠である。新型コロナの影響により、国民の「かかりつけ医」に対する関心も高まっている。このため、既に日本医師会等において「かかりつけ医」機能の定義が明らかにされていること、薬剤師・薬局については、かかりつけ薬剤師・薬局の推進に向けて、法制上の対応が進んでいることを踏まえ、**診療所における「かかりつけ医」を速やかに法制上明確化（制度化）するとともに、機能分化を進め、医療機関や患者の行動の変容を促す方策を推進すべきである。**

具体的には、医療機関・医療行為単位の全国一律の出来高払い制度を基調とする**診療報酬制度**について、効率的で質の高い医療提供体制の実現に資する制度へと見直していく必要がある。入院診療の1日当たり包括払い（DPC）制度を見直すことや**「かかりつけ医」の普及のための包括化の推進等により、医療機関相互の役割分担や連携を評価し、促すとともに、地域ごとの実情を反映できるものとしていく必要がある**

超高齢化(今年から団塊世代が後期高齢入りに)に コロナ禍が加わり 財源・医療資源の制約はさらに強まる ➡考えられる中・長期的な政策(診療報酬等)の方向性 <私見>

厚労省は 明確な(医療費適正化の)アウトカムを出さざるを得ず、財務省的な政策も並行して進行

- ・期待できる手立ては「**重症化予防**」
- ・外来、慢性疾患医療の報酬包括化加速（その前提としてのデータ収集と見える化）
- ・地域包括＝多職種総力戦の制度化
- ・アウトプット指標からアウトカム指標重視へ
- ・フリーアクセス・自由標榜に一定の制約
- ・かかりつけ医の制度化

これら施策のベースとなる「**データヘルス**」の加速 ～医療・介護へのマイナンバー導入による各種医療データの一元化・標準化と 行政ヘルスデータとの連結(AIによる1次判断も)

かかりつけ医・中小病院向け 2022診療報酬改定

中央社会保険医療協議会 総会（第491回） 議事次第

令和3年10月20日(水) 薬価専門部会終了後～
於 オンライン開催

議題

○外業（その2）について

中医協 総-3 3.7.7(改)	地域包括診療料1 1,660点 地域包括診療料2 1,600点 (月1回)	地域包括診療加算1 25点 地域包括診療加算2 18点 (1回につき)
病院	診療所	診療所
包括範囲	下記以外は包括とする。なお、当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定しなかった月については包括されない。 ・(再診料)の時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算 ・地域連携小児夜間・休日診療料 診療情報提供料(Ⅱ)(Ⅲ) ・在宅医療に係る点数(訪問診療料、在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料を除く。) ・薬剤料(処方料、処方せん料を除く。) ・患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの	出来高
対象疾患	高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾病のうち2つ以上(疑いは除く。)	
対象医療機関	診療所又は許可病床が200床未満の病院	診療所

1. 地域包括診療料等の対象疾患に、慢性心不全及び慢性腎臓病を追加する。

かかりつけ医におけるCKDの管理

【かかりつけ医における管理】

CKD患者に対しては、CKD悪化因子(糖尿病、高血圧、脂質異常症、肥満、喫煙、貧血など)を把握し、生活習慣の改善や血圧・血糖・脂質異常症の管理を行いながら、CKDのフォローアップとして尿蛋白・血液検査をステージ0～Ⅱであれば3～6ヶ月ごと、ステージⅢ～Ⅳであれば1～3ヶ月ごとに実施する。

管理目標	GFR						備考
	≥90	89-75	74-60	59-45	44-30	<30	
生活習慣管理	HbA1c 5.0%未満						
血圧	130/80mmHg未満						
脂質	LDL-C 20mg/dL未満 またはnon-HDL-C 150mg/dL未満						
尿蛋白	尿蛋白/1.0gCr 30mg未満						
貧血	Hb 10.0g/dL以上						
骨密度	骨密度測定(骨密度低下) 骨質改善						
リン酸	リン酸 2.0mg/dL未満						
尿酸	尿酸 6.0mg/dL未満						
その他	腎臓病の悪化を予防するための管理						

地域包括診療料・加算において評価の対象とされている診療に該当

かかりつけ医における診療が求められている

かかりつけ医における心不全の管理

○かかりつけ医には、心不全の発症予防や、発症後の専門医と連携した急性増悪への対応及び安定期の心不全管理の実施が求められている。



ステージA～E
かかりつけ医が中心となって、生活習慣病の管理等を通じた心不全の発症予防を実施。
かかりつけ医と専門医の連携により急性増悪への対応及び安定期の心不全管理を実施。
(「1-1-1 心不全の概念」より)

項目	目標値	備考
LDL-C	20mg/dL未満	LDL-Cは心不全の発症予防に有効である。LDL-Cを20mg/dL未満に低下させることは、心不全の発症予防に有効である。
尿蛋白	尿蛋白/1.0gCr 30mg未満	尿蛋白は心不全の発症予防に有効である。尿蛋白を30mg/1.0gCr未満に低下させることは、心不全の発症予防に有効である。
血圧	130/80mmHg未満	血圧は心不全の発症予防に有効である。血圧を130/80mmHg未満に低下させることは、心不全の発症予防に有効である。
血糖	HbA1c 5.0%未満	血糖は心不全の発症予防に有効である。HbA1cを5.0%未満に低下させることは、心不全の発症予防に有効である。
貧血	Hb 10.0g/dL以上	貧血は心不全の発症予防に有効である。Hbを10.0g/dL以上に維持することは、心不全の発症予防に有効である。
骨密度	骨密度測定(骨密度低下) 骨質改善	骨密度は心不全の発症予防に有効である。骨密度を測定し、骨質改善を行うことは、心不全の発症予防に有効である。
リン酸	リン酸 2.0mg/dL未満	リン酸は心不全の発症予防に有効である。リン酸を2.0mg/dL未満に低下させることは、心不全の発症予防に有効である。
尿酸	尿酸 6.0mg/dL未満	尿酸は心不全の発症予防に有効である。尿酸を6.0mg/dL未満に低下させることは、心不全の発症予防に有効である。

地域包括診療料・加算において評価の対象とされている診療に該当

出典:厚生労働科学研究費補助金「循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業」地域のかかりつけ医と多職種のための心不全診療ガイドブック

出典:日本腎臓学会「生活習慣病からの新規透析導入患者の減少に向けた提言」

(外来における)重症化予防＝適切な治療(適切な薬剤選択)＋生活習慣改善(生活の場における薬効阻害要因の除去)⇒臨床アウトカム

1. **地域包括診療料等の対象疾患に、慢性心不全及び慢性腎臓病を追加する。**
2. 患者に対する**生活面の指導**については、必要に応じ、医師の指示を受けた看護師や**管理栄養士、薬剤師**が行っても差し支えないこととする。
3. 患者からの予防接種に係る相談に対応することを要件に追加するとともに、院内掲示により、当該対応が可能なことを周知することとする。
服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の計測、飲酒、その他**療養を行うに当たっての問題点等**に係る**生活面の指導**については、必要に応じて当該医師の指示を受けた看護師や管理栄養士、薬剤師が行っても差し支えない。

糖尿病透析予防指導管理料 350点

専任の医師、当該医師の指示を受けた専任の看護師(又は保健師)及び管理栄養士(以下「透析予防診療チーム」という。)

⑬ **生活習慣病管理料**の見直し

第1 基本的な考え方

生活習慣病患者に対する治療計画に基づいた**治療管理及び生活習慣病の管理における多職種連携**を推進する観点から、生活習慣病管理料について要件及び評価を見直す。

第2 具体的な内容 1. 生活習慣病患者に対する**生活習慣に関する総合的な治療管理**については、看護師、**薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携**して実施しても差し支えないことを、生活習慣病管理料の算定に当たっての留意事項に明記する。

2. 糖尿病又は高血圧症の患者について管理方針を変更した場合に、患者数の定期的な記録を求めないこととする。

3. 生活習慣病患者は、患者ごとに薬剤料が大きく異なっている実態を踏まえ、**投薬に係る費用を生活習慣病管理料の包括評価の対象範囲から除外する。** (糖尿病 800点⇒720点)

⑫ 外来医療等における**データ提出に係る評価の新設**

【生活習慣病管理料】

4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、生活習慣病の治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合は、**外来データ提出加算**として、**50点を所定点数に加算する。**

腎保護薬の保険収載 & 経口薬化により
糖尿病性腎症重症化予防は セカンドステージ『地域包括型』へ

＜地域包括型で個別最適（重症化予防治療）のアウトカムを地域の全体最適に＞
・治療手法・副作用管理、医療連携方式等の共有⇒**かかりつけ医への技術移転勉強会**
・かかりつけ医、自治体、薬局、中核病院⇒包括型連携の**ツールとワークフロー**

地域の医療・行政を総動員、合併症初期から多段階で重症化予防を行う（**地域包括型**）

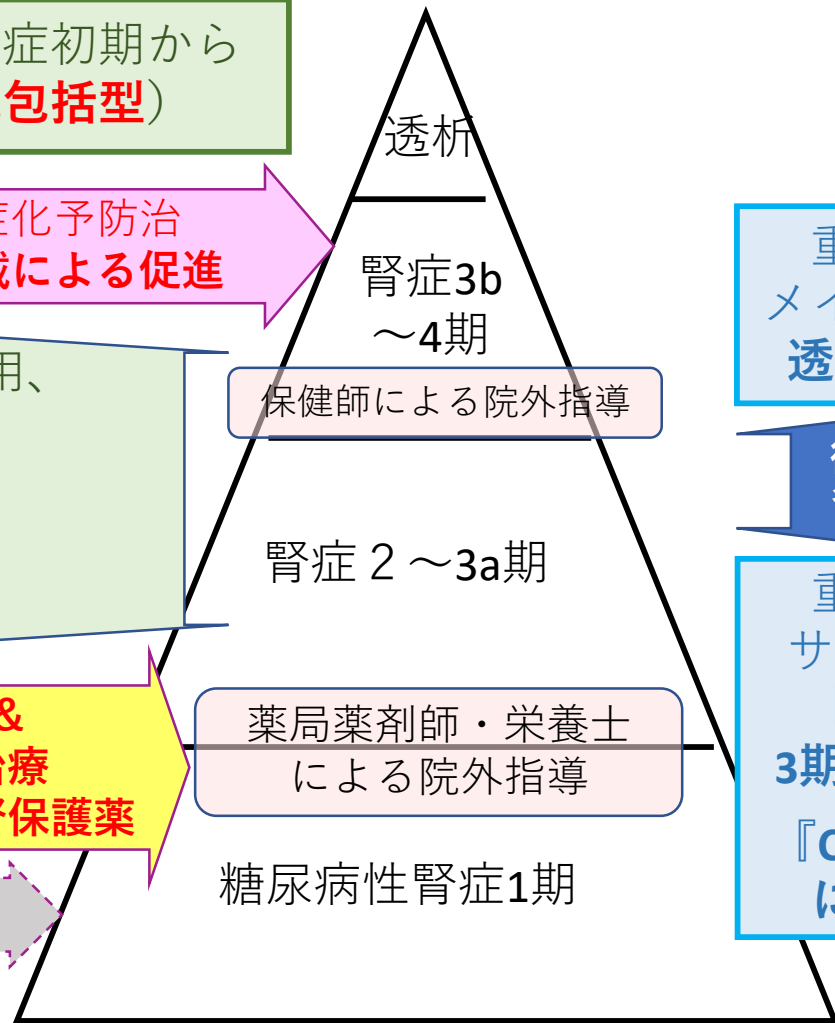
中核病院
糖防管**350点**
加算**100点**

糖尿病治療 & 重症化予防治療
腎保護薬の保険収載による促進

- ・重症化予防治療効果、副作用、複数疾患管理が必要等
- ・生活習慣改善が出来ない
- ・介護・福祉・自立支援等複合的支援が必要、

かかりつけ医
地域包括診療料
生活習慣病管理料

糖尿病治療 & 重症化予防治療
保険収載された腎保護薬
糖尿病治療



重症化予防
メインシステム
透析導入回避

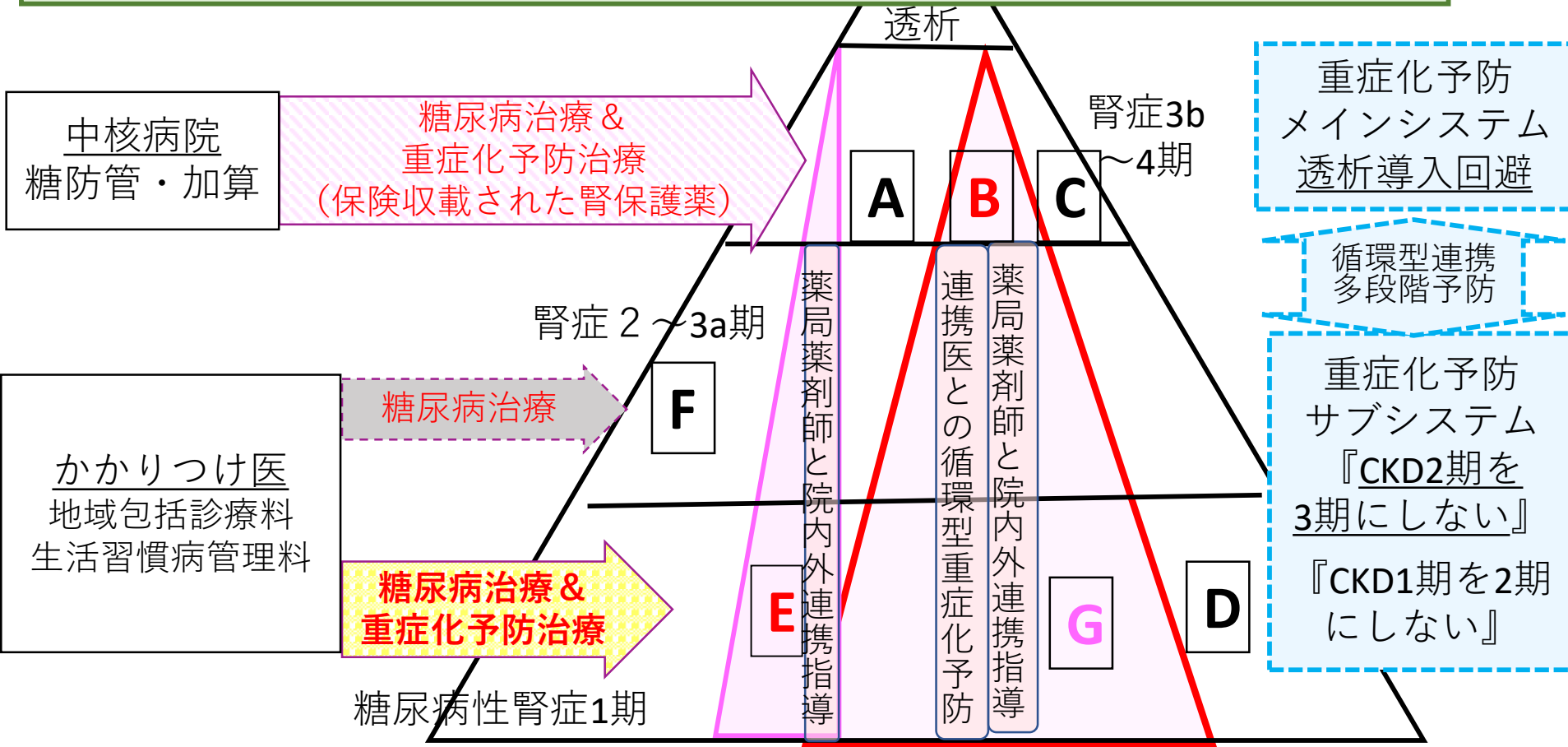
循環型連携
多段階予防

重症化予防
サブシステム
『CKD2期を3期にしない』
『CKD1期を2期にしない』

腎保護薬の保険収載&経口薬化により
 糖尿病性腎症重症化予防セカンドステージは『**地域包括途上型**』も

- ・透析予防でアウトカムを出している医療機関（糖防管450点）からの**技術移転勉強会**
- ・医療機関、薬局を結ぶ⇒包括型タイプⅡ連携の**ツールとワークフロー**

地域で 中核病院間の足並みが揃わなくても = 行政保健師が稼働できなくとも
連携医、地域薬局とチームを組むこと
 かかりつけ医（クリニック・中小病院）でも **地域の薬局と連携し** 部分的に
地域包括型重症化予防のアウトカム（透析回避・導入遅延）の創出が可能に



市町村向け 地域包括ケアの指示

第156回市町村職員を対象とするセミナー

「地域包括ケアシステムにおける薬剤師・薬局の役割」(オンライン会議)開催案内

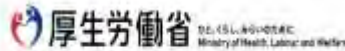
平成11年4月から実施している市町村職員を対象とするセミナーにつきまして、令和3年度においては別紙1のとおり開催しているところです。この内、10月29日(金)に開催する第156回市町村職員を対象とするセミナーにつきまして、別紙2のとおり開催いたしますのでご案内します。

記

1. 日時

令和3年10月29日(金) 13:00~16:40

第156回市町村職員を対象とするセミナー



地域包括ケアシステムにおいて
かかりつけ薬剤師・薬局に期待される役割

～健康サポート薬局、地域連携薬局、専門医療機関連携薬局を中心に～

厚生労働省 医薬・生活衛生局総務
企画調整専門官 高村 建人
Ministry of Health, Labour and Welfare of Jap

医薬分業に対する基本的な考え方

- 薬局の薬剤師が専門性を発揮して、ICTも活用し、患者の服薬情報の一元的・継続的な把握と薬学的管理・指導を実施。
- これにより、多剤・重複投薬の防止や残薬解消なども可能となり、**患者の薬物療法の安全性・有効性が向上**するほか、**医療費の適正化**にもつながる。

ここ数年来、対人業務の充実が必要というメッセージを出し続けている

患者のための薬局ビジョン (H27.10)

- 患者本位の医薬分業の実現のため、「**かかりつけ薬剤師・薬局**」を推進、対人業務の充実

診療報酬改定 (H28、H30、R2)

- **対人業務の評価を充実** (かかりつけ薬剤師指導料、残薬や減薬の取組の評価など)

調剤業務のあり方に関する通知 (H31.4.2通知)

- 対人業務を充実させる観点から、医薬品の品質確保を前提として対物業務を効率化するため、**薬剤師以外の者に実施させることが可能な業務の基本的考え方**を整理して通知
- **調剤に最終的な責任を有する薬剤師の指示**に基づく対応、薬局開設者による研修等の実施

薬機法等の一部を改正する法律 (R元.12公布)

市町村の皆様へ

地域包括ケアシステムの中で、**薬剤師・薬局が果たすことのできる役割がたくさんあります。**

- **健康サポート機能**
健康の維持・相談に関する相談
OTC医薬品等の提供
- **適切な薬物療法の提供**
- **在宅医療・介護への対応**
在宅患者に対する薬学的な管理
医療機器、医療材料、介護用品等の提供

都道府県等の薬事担当部局や**地域の薬剤師・薬局**との連携をお願いいたします。

- ・投薬の一元管理(ポリファーマシー、重複、相互作用等)は かかりつけ医の機能に
- ・医療機関と連携した対人業務機能(=生活習慣改善指導)を有しないと認定外薬局に

○ 薬機法改正により、調剤後の継続的な服薬状況の把握・指導が義務づけられたことも、服用期間中の薬物療法に積極的に関わっていくことを求めたものであり、患者に寄り添った対応が必要である。また、本年8月からは認定薬局(地域連携薬局、専門医療機関連携薬局)制度が施行され、医療機関等と連携しながら薬剤師の専門性を発揮していくことが今後期待される。

○ **地域包括ケアシステムの中で役割を果たすためには、各地域の実情に応じ、他の職種や医療機関等と連携し、患者に対して一元的・継続的な薬物療法を提供することが重要であり、そのような取組を通じて、ポリファーマシーや重複投薬、相互作用の防止、残薬解消を含む適切な薬学的管理を行っていく**必要がある。そのためには、医療機関等の業務、薬剤師や他の職種が担う役割についても理解しておくことが必要となる。特に、医療機関との連携に関しては、医療現場の業務を理解したうえで、患者の治療状況も把握・理解しておくことが必要であり、医療機関における会議・研修等に参加することなどの連携を充実させるための取組が効果的である。また、介護施設や居宅における在宅医療へ関わるために、介護関係施設等との会議・研修等の参加も同様である。



- ・かかりつけ医は 医療システム(医療連携)の入口機能だけでなく、地域の社会システム(含 福祉・介護等)全体の窓口機能を有する事 ⇒かかりつけ医制度の要件に =地域包括ケアに入っていないと(=行政連携しないと)かかりつけ医と認定されない

「電子処方箋を支払基金などに提供すれば患者などに交付したものと見なす」といった規定を整備する方針。医薬品医療機器等法改正案との一括法案として、3月上旬の閣議決定を目指す (PHARMACY NEWSBREAK 1/27)



成長戦略フォローアップ(令和3年6月18日閣議決定)
 ・オンライン資格確認等システムを基盤とした電子処方箋の仕組みについて、実施時における検証も含め、安全かつ正確な運用に向けた環境整備を行い、2022年度から運用開始する。

機能強化加算を算定する**保険医療機関**が、**地域の医療提供体制において担うべきかかりつけ医機能を明確化する。(算定要件 新設)**

- (イ) **患者が受診している他の医療機関及び処方されている医薬品を把握し、必要な管理を行うとともに、診療録に記載すること。なお、必要に応じ、担当医の指示を受けた看護職員等が情報の把握を行うことも可能であること。**
- (ロ) **専門医師又は専門医療機関への紹介を行うこと。**
- (ハ) **健康診断の結果等の健康管理に係る相談に応じること。**
- (ニ) **保健・福祉サービスに係る相談に応じること。**

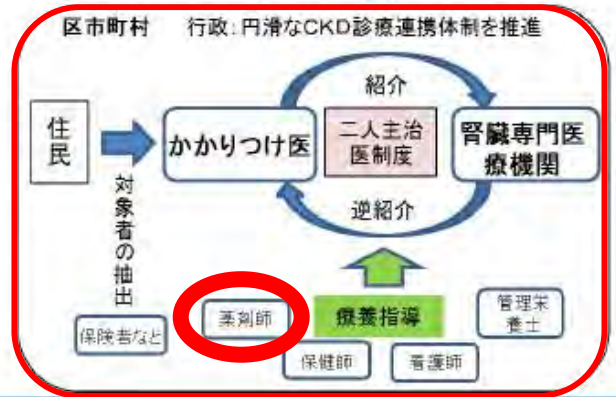
2018/8 (H30/8) 厚労省(健康局)勉強会 (厚労省・日本腎臓学会からの要請)
 「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」の地域実践例・アウトカム事例の情報提供
 (大館、臼杵、姫路、富士吉田、置賜等々の地域事例)

診療報酬(糖防管・加算)、糖尿病性腎症重症化予防プログラム、腎疾患検討会報告書の制定時に 夫々に対応する地域モデルを提供してきたJMAPにとり初めての事態

糖尿病性腎症重症化予防の地域包括型モデル構築 開始
 ・薬剤進歩に対応する重症化予防中核病院の取り組み
 ・中核病院主導の地域包括型重症化予防システム作り (サブシステム作りの課題)

- 対策の好事例は存在するものの、横展開が十分とは言えない。対策を均てん化するため、行政と医療従事者とが連動して対策を実施することが必要。
- 市町村単位のモデル事業を全国に広げるには時間と手間がかかるため、都道府県と市町村を一括したモデル事業を実施し、都道府県を軸とした市町村への均てん化可能なCKD診療連携体制構築の一助とするものである。

【補助率】 1/2
 【補助先】 都道府県



慢性疾患(≒外来医療)は「重症化予防&データヘルス」の枠組みで地域包括型へ!
 (急性期、癌に続きようよう慢性疾患も法律(制度)・報酬・薬剤が整備され均てん化へ急加速)

(立ち位置変更を急速に迫られている) 薬剤師・薬局を地域の重症化予防連携に組込む
 (=医療と連携&認定の取得) 地域包括型重症化予防モデルの構築!
 地域包括(=地域のヘルスケア資源総動員・総連携)では薬局も貴重なメンバー

地域包括型における 自職種の立ち位置・求められる機能・連携内容等は 自職種向けの政策・報酬等をwatchするだけでは把握できない!



お問い合わせ先

(社)日本慢性疾患重症化予防学会(JMAP)

理事 松本 洋

HP: <http://jmap.or.jp/>

Mail : h.matsumoto@jmap.or.jp

FAX : 03-6431-8241 TEL : 03-6869-8314