

岐阜県糖尿病性腎症重症化予防プログラム

岐阜県糖尿病性腎症重症化予防プログラムは、糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者および治療中断者に、保険者が適切な受診勧奨、保健指導を行うことにより治療に結びつけるとともに、糖尿病性腎症等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て保険者が医療機関と連携して保健指導等を行い人工透析への移行を防止することによって健康増進と医療費の適正化を図るものです。そして保険者、医療機関、対象者の3者間の連携のために活用されているものが、「糖尿病連携手帳」です。しかし医療機関未受診者及び治療中断者に対する受診勧奨の場合においては、岐阜県での平均連携手帳配布率は令和3年度で7.6%にとどまっています。岐阜県では岐阜市医師会の「岐阜地域医師会連携バス機構」と県医師会に設置されている県内各地区代表委員で構成された「糖尿病対策委員会」とが協同して「オール岐阜」の体制で、糖尿病患者さん常用の「糖尿病連携手帳」に診療スケジュール表と管理評価用紙を貼付した統一型の「岐阜糖尿病地域連携パス」を作成しています。糖尿病は患者数も多く、また病期が進行する程、病態が多様化し治療もオーダーメイド的になり費用がかさみます。従って糖尿病発症予防や早期からの治療介入がより一層重要となり、連携パス等を活用した診療の標準化は、その質を高め均一化するのみならず医療資源の節約につながります。

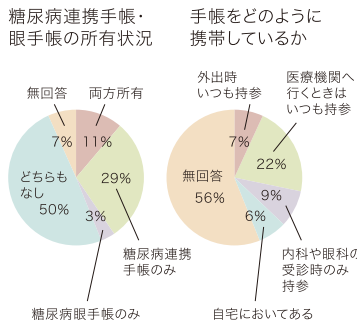
岐阜大学大学院医学系研究科 糖尿病・内分泌代謝内科学分野

岐阜大学医学部附属病院 総合患者サポートセンター / 糖尿病性腎症重症化予防WG委員 堀川 幸男

「糖尿病連携手帳」と「岐阜糖尿病地域連携パス」

開始より約15年経過した現在まで約800件の糖尿病連携パスが導入され、その約6割が現在運用されています。一方、約4割の脱落群もその半分は治療中断ではなく、かかりつけ医に継続通院しており、かかりつけ医でも扱いやすい、低血糖惹起の少ないインクレチン関連薬の影響と考えられます。我々は「糖尿病連携手帳」のさらなる周知が、岐阜県糖尿病診療のレベルアップにつながると考え、県下の門前薬局にて大規模アンケート調査を実施しました。その結果、「糖尿病連携手帳」の所有率は、40%で、**図1**「糖尿病眼手帳」の所有率は14%とその比は約3倍でした。また「糖尿病連携手帳」を所有している患者では、眼科受診率は高いが、歯科受診率は変わらないことより、いまだ歯周病が糖尿病の合併症との認識は低いことが明らかとなりました。

図1 「糖尿病連携手帳」使用に関する実態調査



岐阜県下
16 薬剤師会 217 調剤薬局
糖尿病もしくは糖尿病予備群
5,572名



糖尿病連携手帳に「診療スケジュール表」を貼り付けます。

「検査項目一覧表」は一年間の診療・検査予定を表し、これに基づき診療・検査予約をする。二年目以降も同様に実施する。

平成	年	月	日	登録	開始時	1ヶ月後	2ヶ月後	3ヶ月後	4ヶ月後	5ヶ月後	6ヶ月後	7ヶ月後	8ヶ月後	9ヶ月後	10ヶ月後	11ヶ月後	12ヶ月後	
					年/月	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
診察・検査	診察・体重	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	腹囲(6ヶ月毎)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	血圧測定	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	検尿	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	血糖(空腹または食後)、HbA1c	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
検査	検査一般、脂質、肝、腎機能	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	その他:s-CPR、CK	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	胸部X線、心電図	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	微量アルブミン	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
その他	頸部エコー、ABI、PWV	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	その他の画像診断	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	眼底検査(眼科医による)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	歯周病健診(歯科受診)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
評価	栄養評価(基礎代謝)、栄養相談	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	評価表	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
診療	診療情報提供書	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

「糖尿病連携手帳」の今後の展開

現在、国を挙げて進行中の透析導入阻止のための「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」においても「糖尿病連携手帳」の活用が大いに期待されていますが、あくまで連携ツールであり、チーム医療継続には糖尿病専門医やかかりつけ医に加えてそれを積極的に利活用する意志のあるCDEを養成する必要があります。現在、10年前に設立された岐阜県CDEネットワークに所属する約400名の「CDE岐阜」(CDEL)のインセンティブのために、岐阜県糖尿病性腎症重症化予防事業におけるCDE岐阜を活用した保健指導者派遣支援を準備中です。

「岐阜県CDEネットワーク」って何？

2013 3/20 設立

- 岐阜県における、
- ・糖尿病予防活動や地域医療連携の推進(研修会の実施、活動の広報と会員交流の促進)
 - ・糖尿病療養指導の正しい知識と技術を有する専門スタッフの育成(「CDE岐阜」の認定と更新)

ネットワーク会員になるには？

1. 岐阜県で就労している糖尿病に携わる医療スタッフ(調剤薬局、歯科衛生士、介護関係者、地域の保健師・栄養士、准看護師、医療事務、なども可)
2. 日本糖尿病協会の会員(岐阜県糖尿病協会に加入)
3. 年会費 1,000円(5年単位の納入)



岐阜県CDEネットワークQRコード

事例
紹介

岐阜市の取組

◆ 岐阜市の糖尿病性腎症重症化予防事業のあゆみ

岐阜市は、岐阜県では唯一の中核市で、人口402,965人、高齢化率29.12%（R4年4月1日現在）です。本市では、「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」の策定を機に、平成29年度から医療機関未受診者・治療中断者への受診勧奨を開始しました。平成30年度には、岐阜市医師会と行政（衛生部門・国保部門）が密接に連携して事業が展開できるよう「岐阜市糖尿病性腎症重症化予防プログラム連携会議」（以下「連携会議」）を設立、連携会議での検討を経て令和元年度から治療中の者への保健指導（モデル事業）も始めております。

◆ 岐阜市糖尿病性腎症重症化予防プログラム連携会議

本市では、年に2回連携会議を開催し、事業内容の検討や取組成果の検証を行っています。医師（糖尿病専門医、医師会理事）と行政担当者、それぞれの視点で積極的な意見交換があり、重症化予防対策について一緒に考える大切な場になっています。

岐阜市糖尿病性腎症重症化予防プログラム連携会議の開催と事業の実施状況

	検討内容等	医療機関未受診者・治療中断者への受診勧奨	治療中の者への保健指導
平成29年度	・ 連携会議設置に向けた準備 ・ 医療機関未受診者への受診勧奨について検討（対象者の選定基準、実施方法等）	・ 訪問等による受診勧奨を実施	
平成30年度	・ 連携会議設置 ・ 医療機関未受診者への受診勧奨について検討（連絡票、糖尿病連携手帳の活用方法等） ・ 治療中の者への栄養指導開始に向けた課題整理（対象者の選定方法、管理栄養士の確保等）		
令和元年度	・ 受診勧奨における課題の共有（受診不明者への対応方法、医療機関との連携方法等） ・ 治療中の者への栄養指導について（5医療機関でのモデル事業）		栄養指導実施（モデル事業）
令和2年度	・ コロナ禍における受診勧奨の実施方法を検討 ・ 次年度以降の治療中の者への保健指導について課題の整理（特定健診を実施する全医療機関への展開方法、従事者の確保等） ・ 治療中かつメタボ該当者への対応について検討	・ 郵送通知による受診勧奨を実施 ・ 対象者の選定や受診結果の確認にレセプトデータを活用	
令和3年度	・ 治療中の者への保健指導について（対象者、実施方法、特定健診を実施する全医療機関への展開方法等）		保健指導実施
令和4年度	・ 治療中の者への保健指導に関する課題の共有及び対策を検討 ・ 保健指導の受診勧奨通知について内容を検討		

令和3年度岐阜市糖尿病性腎症重症化予防事業の取組

	医療機関未受診者・治療中断者への受診勧奨	治療中の者への保健指導
対象	特定健康診査等において、空腹時血糖126mg/d（随時血糖200mg/dl）以上またはHbA1c6.5%以上の者で、過去1年以内に糖尿病の治療歴がないと思われる者（対象者数235人）	特定健康診査等において、HbA1c7%以上かつメタボリックシンドロームまたはその予備群に該当する者で、健診実施機関で糖尿病の治療歴がある者（対象者数367人）
実施方法	対象者に、医療機関受診勧奨通知と連絡票を送付 対象者が医療機関を受診した場合、かかりつけ医は、受診結果や保険者への指示事項を本人が持参した連絡票に記載し、市へ送付 連絡票の指示事項により、保健指導等を実施 連絡票やレセプトにより受診を確認できない場合、対象者へ再勧奨を実施	対象者に、受診勧奨通知と保健指導依頼票を送付 対象者は、保健指導についてかかりつけ医と相談 かかりつけ医は、保健指導が必要と判断した場合、保健指導依頼票を記載し、市へ送付 かかりつけ医の指示のもと保健指導を実施 糖尿病連携手帳を活用し、支援結果などの情報を共有
結果	受診者数198人	かかりつけ医からの依頼数 72人 実施者数45人 キャンセル数 27人

◆ 岐阜市の課題と今後の展望

1) 特定健診受診率の向上

本市の受診率は、わずかながら増加を続け、令和3年度39.9%で中核市平均に達していますが、国が定める目標値60%とは大きく乖離している状況です。糖尿病性腎症重症化予防を進めるためには、特定健診受診率の向上が大きな課題です。

2) 未受診者・治療中断者への受診勧奨

未受診者・治療中断者への受診勧奨により80%以上が受診に繋がっており（令和2年度82.9%、令和3年度84.3%）、効果を上げています。今後も受診勧奨に取り組んでまいります。

3) 治療中の者への保健指導

国保の特定健診受診者で糖尿病治療中の者の内HbA1cが6.5%以上の者は、約2,000人います（令和3年度）。該当者全員に支援を行うことが理想ですが、全員に個別に行うにはマンパワーの問題や通院中の医療機関の事情もあるため、介入効果が高いと思われる対象者を選定し、さらに医療機関からの指示により事業を実施しています。しかし依頼数が少なく、またキャンセルが多い状況です。患者さんや医療機関のニーズに合った保健指導を行えるよう、今後も連携会議等にて事業評価と検討を繰り返し、より良い事業を実施できるよう努めてまいります。

透析患者を減らしていこうという糖尿病性腎症重症化予防事業ですが、透析導入になる方の多くは①まったく健診を受けない方②健診は受けても未受診の方③いったんは治療を始めたものの中断した方です。こういった方を少しでも早く、多く掬い上げられるように、どこかで漏れても再度掬えるような体制を構築していくことが重要です。まずは特定健診を受けてもらう、結果を評価し適切な治療を行う、中断しないよう、中断しても再度治療に戻れるような様々な場面で健診や受診を勧奨することが重要です。糖尿病治療は近年飛躍的な進歩を遂げており、受診に結び付けられればその後は、かかりつけ医と糖尿病専門医あるいは腎臓病専門医が連携することで、透析導入者を減らすことが可能です。行政の担当者、医療機関の皆様のご協力をお願い申し上げます。



市庁舎

岐阜城