

岐阜県糖尿病性腎症重症化予防プログラム

糖尿病性腎症重症化予防のためには、できるだけ早い段階でいかにうまく食事療法を取り入れるかが重要です。食事療法は、すべての糖尿病のある人において治療の基本であり、食事療法の実践により血糖アセスメントが改善されます。個人々の生活習慣を尊重した個別対応の食事療法がスムーズな治療開始と継続のために必要であり、そのためには食事内容をはじめ、食事の嗜好や時間などの食習慣や身体活動量などをまず十分に聴取する必要があります。実際の栄養指導には、管理栄養士があたることで血糖アセスメントに有用です。

管理栄養士がない場合に向けて、「外来・在宅患者に対する栄養食事指導を推進する観点から、診療所における外来栄養食事指導料及び在宅患者訪問栄養食事指導料について、他の医療機関及び都道府県栄養士会が設置し運営する栄養ケア・ステーションの管理栄養士が栄養指導を行った場合を評価する」「外来栄養食事指導料2、在宅患者訪問栄養食事指導料2の算定要件」が追加されました。

岐阜県栄養士会では、栄養ケア・ステーションより栄養指導に従事できる管理栄養士を紹介しています。

岐阜県栄養士会会長/ 糖尿病性腎症重症化予防WG委員 長屋紀美江

腎疾患対策検討会報告書(平成30年7月)に係る取組の中間評価と今後の取組について

令和5年10月に厚生労働省の腎疾患対策及び糖尿病対策の推進に関する検討会から、『腎疾患対策検討会報告書に係る取組の中間評価と今後の取組について』(以下「報告書」という)が公表されました。

検討会では、平成30年7月の腎疾患対策検討会報告書から5年が経過し、この間の対策による成果目標等に対する進捗や、更に推進すべき事項等が議論されました。現在、国では「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」の改定も進められており、今後は、報告書の概要を踏まえ、岐阜県における糖尿病対策と腎臓病対策を更に連携させた取組の推進が必要です。

現状及び中間評価の概要

〈目標の達成状況〉

目標 2028年(令和10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。

達成状況 令和3年の年間新規透析導入患者数は40,511人と、平成30年からほぼ横ばいで推移している。
新規透析導入の原因疾患は、高血圧等の生活習慣病(NCDs)が主要因とされている。腎硬化症の割合が増加傾向にある。

〈成果〉 ●2人主治医制やCKDの早期発見に関する啓発活動の進展

- 各都道府県の腎疾患対策の強化
- 腎臓病療養指導士制度の運用

〈課題〉 ●慢性腎臓病(CKD)の認知度が低い
●医療機関間の連携不足
●一部の評価指標の把握が困難

更に推進すべき主な事項

① 普及啓発

- 勤労世代等に対する新たなアプローチ方法についての検討
- CKDの正しい知識および早期受診の重要性についての普及・啓発

② 地域における医療提供体制の整備

- 医療機関間の紹介基準等の普及及び連携強化
- 医療機関に対する早期診断・早期治療の必要性の普及・啓発
- 腎臓専門医療機関とCKD診療に関するかかりつけ医機能を有する医療機関の連携強化に資する連携パスの活用

③ 診療水準の向上

- CKD患者の治療と仕事の両立支援の取組
- 各種ガイドライン等の普及、各地域における腎臓病療養指導士の活動内容等の好事例の横展開

④ 人材育成

- 腎臓専門医が少ないエリアにおける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看護師、保健師、管理栄養士、薬剤師等のメディカルスタッフの育成・配置等
- 多職種による療養指導のための標準化ツールの普及

⑤ 研究開発の推進

- 腎疾患対策の効果のより適切な評価方法の確立
- CKD患者データベース(J-CKD-DB)等を活用した研究

◆ 沿革

多治見市は、H18年に土岐郡笠原町と合併し、R5年10月1日現在、人口106,435人・高齢化率31.9%です。H26年度に多治見市医師会代表医師とハイリスク支援の基準値や実施方法について検討し、H27年度から医師会と協働したハイリスク者支援を開始、H29年度より糖尿病性腎症重症化予防プログラムとして実施しています。現在、多治見市重症化予防事業検討会を毎年開催し、医師会、保健所、保険年金課、保健センターで実施内容について検討しています。

事例紹介

多治見市糖尿病性腎症重症化予防の取り組み

(1) 特定健診結果送付時に医療機関受診勧奨文書とパンフレットを封入(保険年金課)

対象 次のいずれかに該当する方(特定保健指導対象者を除く受診者のうちの6%程度に封入)

- HbA1c6.5%以上で「質問票で糖尿病服薬なし」の方
- HbA1c6.5%以上のうち、慢性腎不全重症化分類A3または、A1・A2のうちG3b・G4・G5に該当する方
- 収縮期血圧160以上または拡張期血圧110以上で「質問票で糖尿病服薬なし」の方

(2) ハイリスク該当者への保健指導(保健センター)

対象 特定健診の結果が「表1 ハイリスク基準値」に該当する方

方法 ① 保健センターから健診医療機関へハイリスク該当者名簿を提出



② 健診医療機関が名簿に受診勧奨や保健指導の必要性を記載し返信



③ 地区担当保健師や栄養士による個別指導を実施し医療機関へ書面報告

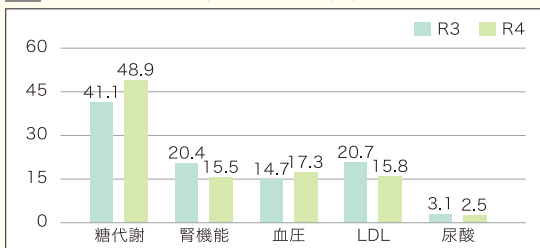
過去2年実績(個別健診分)

年度	受診者数(A)	ハイリスク該当者(B)	割合(B)/(A)	(B)のうち未受診者及び健診医が保健指導を希望した支援対象者(C)	(C)のうち支援を実施できた者(D)	割合(D)/(C)
R3	6,092人	353人	5.8%	169人	116人	68.6%
R4	5,963人	323人	5.4%	185人	183人	98.9%

表1 ハイリスク基準値

項目	判定値
【糖代謝】 HbA1c(NGSP値)	①「質問票で糖尿病服薬なし」 ・7.0%以上 ・6.5~6.9%で尿蛋白+以上またはe-GFR60未満 ②「質問票で糖尿病服薬あり」 ・8.0%以上
【腎機能】 尿蛋白・e-GFR	① 29.9以下 ② 30.0~44.9かつ尿蛋白+以上 ③ 45.0~59.9かつ尿蛋白++以上 ④ 60.0以上かつ尿蛋白+++
【血圧】	収縮期血圧180mmHg以上または拡張期血圧110mmHg以上
【脂質】 LDLコレステロール	200mg/dl以上
尿酸(UA)	9.0mg/dl以上

図1 ハイリスク該当者(B)の病態別状況(%)



◆ 保健指導を実施して

健診医療機関と保健センターがハイリスク該当者を情報共有し選定することで、優先的に支援することができます。糖代謝のハイリスクが多く、(図1) HbA1c高値の未受診者は早急な支援を心がけました。重症化予防のためには、ハイリスク該当者の受診状況や健診結果を経年的に確認し支援していくことが必要だと思えます。

イベント・ライトアップ

(1) 第11回世界糖尿病デーinたじみ

(2) シンボルカラー「ブルー」でライトアップ



第11回世界糖尿病デーinたじみ 記念講演 第11回世界糖尿病デーinたじみ プレイル予防体操

日時:令和5年11月18日(土)
場所:多治見市医師会館

記念講演

講師:森田浩之氏
(岐阜大学:総合診療科・総合内科学 教授)

テーマ:「コロナ後遺症と糖尿病」



神言会多治見修道院 多治見市役所駅北庁舎

◆ 展望

当医師会医師4人と行政側とで年1回総括会議を行い、現状把握、今後の見通し、運営のあり方などについて協議しています。主にハイリスクグループ(血圧、血糖、コレステロール値など当市で定義)に抽出された症例を、保健センターがどれくらい関わって対応できたか、それが充分であったかなどを検討しています。

現場での悩みも多いたるところですが、訪問、手紙、電話での受診勧奨を行い、嫌がられても、煙たがられても、一歩近づいての受診や生活指導に結び付くよう努力を重ねることが肝要と心しています。市民の皆様の健康増進、回復のため、このプログラムを推進します。

ハイリスクグループの成果は長い時が必要ですが、今後は経時的観点を踏まえて、軽度の耐糖能異常、肥満例を早期に食事・運動指導を開始できるよう努力し、啓発していきたいと考えています。