2022.03
Vol.01

News Letter Program

岐阜県糖尿病性腎症重症化予防プログラム

岐阜県では、県医師会、日本糖尿病学会県支部、県糖尿病協会を中心に糖尿病対策に関連する組織・団体が連携し、県糖尿病対策推進協議会として、疾患啓発や糖尿病地域連携パス推進等の事業を行っています。特に糖尿病が原因で新規に人工透析となる患者が年間250人を超えることから、国の進める「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に注力しています。2017年度より開始したプログラムでは、市町村の保健師や管理栄養士が、かかりつけ医と連携体制を構築し、糖尿病でありながら医療機関を受診していない者や治療を中断している者、通院中で糖尿病性腎症の重症化リスクが高い者に対し、特定健康診査をもとに対象者を抽出し、受診勧奨や保健指導を行っています。岐阜県はプログラムの取組みで令和3年度全国1位となり、重症化予防の先進県として注目されています。本ニュースレターでは、プログラムの推進を目的に県内42市町村の事例を3ヶ月毎に紹介します。2028年迄に県内の糖尿病による新規透析導入10%減を目指し、ご協力のほどよろしくお願いいたします。

岐阜県の糖尿病性腎症による透析導入の現状

岐阜県の新規の人工透析導入患者のうち、原疾患が糖尿病性腎症である者は約4割を占めています。また、糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者は横ばいの傾向で、年間約250人を超える状況が続いており、糖尿病性腎症の重症化予防の取組みを強化していくことが必要となっています。(図1)

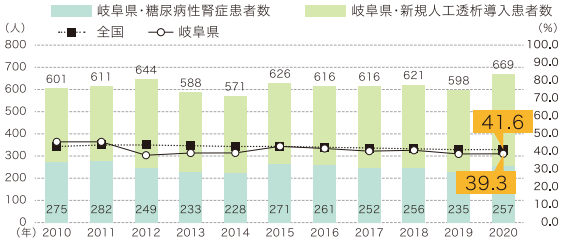


図1 新規人工透析導入患者に占める糖尿病性腎症患者数・割合

出典：我が国の慢性透析療法の現況

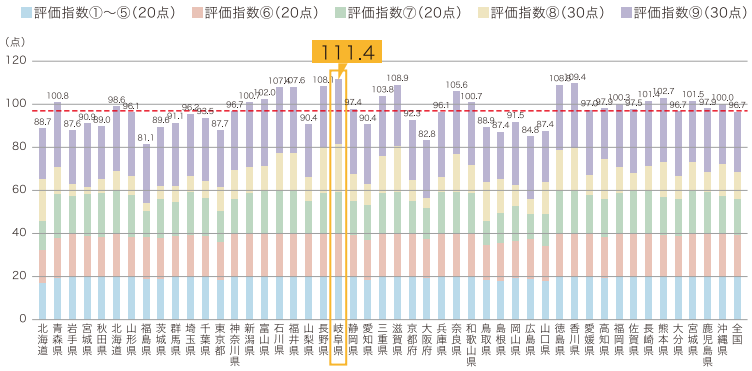


図2 令和3年度保険者努力支援制度(市町村分) 都道府県別平均獲得点
共通指標③ 重症化予防 120点満点

岐阜県の糖尿病性腎症重症化予防の取り組みが全国1位に！

国保制度において保険者努力支援制度が創設され、地域住民の健康増進に積極的な自治体には国から補助金が交付されます。令和3年度、岐阜県市町村の重症化予防の取組みの平均獲得点数が全国1位となりました。本結果は市町村ならびに地域医師会等関係団体による糖尿病性腎症重症化予防の取組みや実績が評価されたものです。(図2)

プログラム推進に向け岐阜県慢性腎臓病対策推進協議会と連携

2028年までに年間新規透析導入患者数を減少させるという数値目標が国で掲げられ、岐阜県でも、慢性腎臓病対策を推進すべく、岐阜県慢性腎臓病対策推進協議会及び慢性腎臓病医療連携ワーキングが設置されました。新規透析導入の減少に向け、糖尿病対策と慢性腎臓病対策が連携し、より効果的・効率的な事業展開が期待されています。(図3)

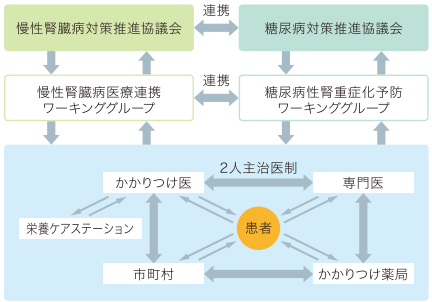


図3 岐阜県の糖尿病性腎症対策、慢性腎臓病対策の連携に関する概要図

データにもとづく糖尿病性腎症重症化対策の実践

令和4年度からは県内42市町村が保有する健診データやレセプトデータを活用し、より効果的・効率的な事業展開を予定しています。(図4)

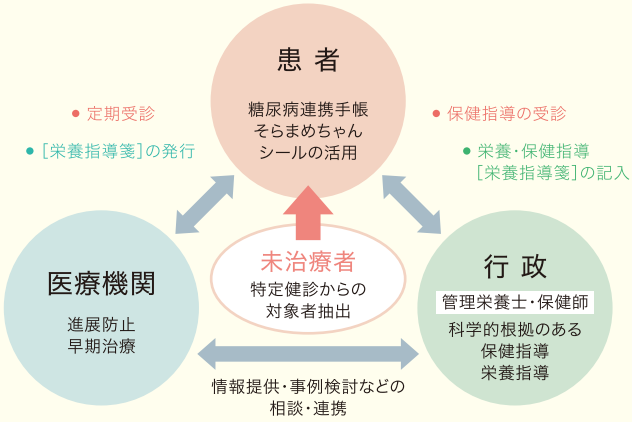
追加年度 高血圧	追加年度 糖尿病	氏名	性別	R03年度末年齢	合併症の有無 病名	R03	初診年月日	項目		H28	H29	H30	R01	R02	R03
					高血圧			圧	血圧	124/90	121/76	115/78	117/74		124/74
					糖尿病	●			服薬						
					インスリン			糖	HbA1c	6.6	11.3	13	13.6		11.9
					腎症				服薬	○	○	○	○		○
					網膜症			その他	体重	54	50.8	49.8	51.4		52.1
					神経障害				BMI	20.9	19.7	19.3	20		20.2
					脂質異常症				尿酸	6.4	6.2	6.2	5.9		5.5
					高尿酸血症				LDL-C	110	108	135	134		142
					脳血管疾患	●		詳細健診	眼底			所見なし			
					虚血性疾患				心電図	異常なし	異常なし	異常なし	正常範囲		正常範囲
					腎不全			CKD	GFR	59.1	66.8	60.2	66		67.6
					人工透析				尿蛋白	—	—	—	—		—

R03年度 KDBレセプト情報												
高血圧診断	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
糖尿病診断	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
	●	●	●	●	●		●		●	●	●	
健診受診日												
個人番号						被保険者番号						
国保資格取得	平成24年8月1日					国保資格喪失						
備考欄	1											
	2											
	3											
	4											
	5											

図4 岐阜県内42自治体への「糖尿病管理台帳」導入

事例紹介　下呂市の取り組み

下呂市は人口３万人ほどの山林が全体の９割を占める高齢化率が40.1%（令和３年４月）の市です。長年高血圧が健康課題でしたが、近年は糖尿病の受療率も上昇しているため、糖尿病にも重点を置いた取組が必要になっています。
当市では、平成２８年度に「下呂市糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を策定し、市医師会・下呂市糖尿病等対策検討会と連携し取り組みを進めています。その中の１つであるかかりつけ医や糖尿病専門医との連携では、医療機関から栄養指導が必要な人に対して行政栄養士が指導するための栄養指導箋や腎症の進行具合が一目でわかる「そらまめちゃん」の活用、病診連携・地域連携パスのツールとしての糖尿病連携手帳の有効活用を軸に取組を進めています。



事例紹介　通院治療しているが治療目標未達成事例：70代男性

平成21年から糖尿病で治療しているが、年々HbA1c値が上昇し、令和3年の健診では10.6%と悪化。透析にはなりたくないと言うものの、インスリン注射を拒否。今後の治療方針や指導内容の共有のため、本人の了承を得て主治医と連携した。

→ 保健指導の翌月からインスリン注射導入しHbA1cも6%台まで下がり安定した。

かかりつけ医の声

保健師に介入してもらうことで患者の危機意識も高まり、治療を一歩進めることができました。こういった連携は今後も続けていく必要があると感じています。栄養指導箋も活用したいと考えていますが、どのように使用したら良いかわかりませんでした。実際に使用している専門医に助言いただき、導入していきたいと思っています。

担当保健師の声

こちらの話も聞いてもらえ、勝手な指導にならずにすみました。先生の治療についての考え、方針が理解できてよかったです。本人へ保健師が訪問することを伝えてくれ、本人も待っていてくれました。連携をとったことでその後も連携がとりやすくなりました。

患者さんの声

実は、半年間インスリンを拒否していました。先生や保健師さんには丁寧に説明していただき、今は納得して治療を受けています。根気強く指導してくださったことに感謝しています。

担当理事と保健師・管理栄養士の写真

［ 医師会担当理事より ］

行政と医療機関が密に連携して糖尿病性腎症重症化予防に取り組むことが、プログラムを遂行するうえで不可欠ですが、現時点ですべての医療機関が均一に糖尿病や腎症の診療に携わり、同じ密度で行政と連携することは困難と思われます。そこで、今までに当院と行政が栄養指導や事例検討を通して連携した取り組みの例を行政から他の医療機関に具体的に紹介することで、少しずつ連携事例を広げていくことを計画しています。事例検討会にも専門医以外の先生の参加を勧めていく予定です。
大切なことは、重症化予防プログラムについて、今年度できたこと、できなかったことを明らかにし、それらを次年度の課題として、たとえ少しずつでも進んでいくことだと考えます。

［ 今後の展開 ］

現在、栄養処方箋を利用しているのは専門医の１医療機関のみとなっています。今年度はより活動を推進していくため、糖尿病連携手帳や栄養指導箋の活用状況、検査の実施状況等を医療機関にアンケート調査を実施しました。事例検討や学習会を積み重ね、医師だけでなく、看護師や糖尿病療養指導士などのメディカルスタッフとの連携にも力を入れていきたいと思っています。

岐阜県糖尿病性腎症重症化予防プログラムについて、
さらに知りたい方は県医師会ホームページからプログラム
紹介動画をご視聴いただき積極的にご活用ください。