

2022.12

Vol.04

News Letter Program

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事業の大きな目的は、糖尿病からの慢性腎臓病(CKD)、透析導入に至らぬようにすることである。CKDは厚生労働省においても「新たな成人病」という位置づけであり、その背景にCKDの原因の多くが生活習慣病に起因することから、CKDを防ぐためには生活習慣病にならないようにする必要があり、生活習慣病が減少すれば、国民の健康レベルは上昇する。岐阜県では2020年時点で新規導入598名のうち糖尿病が38.4%を占める。CKD対策には腎臓専門医の力が不可欠であるが、県内の腎臓専門医数は現時点で60名ほどであり、現実的にはかかりつけ医がいかに腎臓専門医と連携して患者の診療にあたるかが重要であり、初期の段階での患者の抽出について行政をはじめとする多職種と協力していくかにある。岐阜県では、新たなCKD対策のステージとして、医療連携をテーマとした。糖尿病性腎症予防事業と共に2028年までに新規透析患者を500人以下にする目標を達成するため、地域一丸となって県民をCKDから守っていきたい。

岐阜県糖尿病対策推進協議会幹事/糖尿病性腎症重症化予防WG委員 西野好則

健康日本21(第二次)
最終評価報告書について

厚生労働省では、生活習慣病やその原因となる生活習慣の改善等に関する課題について目標等を選定し、国民が主体的に取り組める新たな国民健康づくり対策として「21世紀における国民健康づくり運動(健康日本21)」を推進しています。このたび、平成25年から開始した「健康日本21(第二次)」についての最終評価報告書が令和4年10月11日に公表されました。この報告書では、糖尿病領域の評価として、年間新規透析導入患者数は横ばいであるが、透析導入までの期間延長や血糖コントロール改善による合併症の減少に関して一定程度の評価ができるとされています。その一つの要因として、自治体や保険者における重症化予防の取組みが広く実施されていることが上げられています。一方で、肥満の改善がみられていないことが目標項目の悪化の要因の一つであると評価され、自治体で介入すべき対象者の範囲を明確とした取組みの推進が求められています。表1

目標項目	評価
① 糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数の減少	C
② 治療継続者の割合の増加	C
③ 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
④ 糖尿病有病者の増加の抑制	E
⑤ メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少	D
⑥ 特定健康診査・特定保健指導実施率の向上	B※1

表1 健康日本21(第二次)最終評価報告書～糖尿病領域の達成状況～

※1 評価「A:目標値に達した」「B:現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある」「C:変わらない」「D:悪化している」「E:評価不能」

糖尿病性腎症病期分類 ～重症化予防対象者の確認～
(R3年度市町村国保特定健診結果:ご協力いただいた33市町村の集計)

特定健診結果を糖尿病性腎症病期分類に当てはめて、岐阜県の現状を確認しました。表2 健診受診者(A)のうち、糖尿病あり(B)に12.6%が該当し、そのうち約2割の者が糖尿病性腎症病期 第2期以降に該当しています。また、約8割の者に糖尿病以外のリスクが重なっており、中でもメタボリックシンドローム該当者(50.2%)の割合が高くなっています。引き続き「肥満の解決」を含む重症化予防の更なる推進が必要であると考えます。

糖尿病性腎症病期分類						尿検査	尿蛋白		(-)	(+)	(+)以上		(尿検査結果に 関わらず eGFRで判断)				
							アルブミン尿 区分		正常アルブミン尿 A1	微量アルブミン尿 A2	顕性アルブミン尿 A3						
						eGFR		30									
重症化予防対象者						健診受診者		糖尿病あり		第1期 腎症前期		第2期 早期腎症期		第3期 顕性腎症期		第4期 腎不全期	
						A		B		c	a/B	d	d/B	e	c/B	f	d/B
						91,720人		11,571人		8,869	76.6	1,324	11.4	1,307	11.3	71	0.6
						12.6		B/A									
						a	a/A*	b	a/A	g	g/c	h	h/d	i	i/e	f	j/f
糖尿病のみ（その他リスクなし）								2,358	20.4	1,953	22.0	212	16.0	185	14.2	8	11.3
糖尿病 +（その他リスクあり）								9,213	79.6	6,916	78.0	1,112	84.0	1,122	85.8	63	88.7
再掲	メタボリックシンドローム		該当者	18,007	19.6	5,811	50.2	4,207	47.4	741	56.0	824	63.0	39	54.9		
	脂質異常値	中性脂肪	300以上	2,757	3.0	617	5.3	417	4.7	75	5.7	118	9.0	7	9.9		
		LDL-C	120以上	46,821	51.0	4,451	38.5	3,438	38.8	516	39.0	475	36.3	22	31.0		
	高血圧症		1度以上	25,589	27.9	3,802	32.9	2,697	30.4	495	37.4	580	44.4	30	42.3		
	高尿酸血症		7.1以上	6,459	7.0	798	6.9	552	6.2	97	7.3	125	9.6	24	33.8		

表2 糖尿病性腎症病期分類～重症化予防対象者～

「保健指導実践ツール(合同会社ヘルスサポート ラボ)」を用いて作成

※特定健診の項目にはアルブミン尿の検査は含まれていません。

※糖尿病の判断: 1) 糖尿病治療中(問診結果より内服治療中と回答した者)、2) 上記以外(糖尿病治療なし)のうち、空腹時血糖126以上またはHbA1c6.5%以上

※糖尿病性腎症の第1期～第3期にはGFR未実施者 1,018名を含む(GFR30以上の尿蛋白未実施者は集計に含まない)

◆ 沿革

各務原市は岐阜県の南部、木曽川が東西に県境となって流れる濃尾平野の北部に位置する、人口145,630人・高齢化率28.7%の市です（令和4年4月）。平成29年度に岐阜県糖尿病性腎症重症化予防プログラムが発表されたのを機に、各務原市では平成30年度に市内の糖尿病専門医の属する3医療機関でモデル事業を実施し、令和元年度から正式に各務原市糖尿病性腎症重症化予防事業として、主に『国保の健診』実施医療機関の協力の下、特定健診等受診者に対して医療機関受診勧奨及び保健指導を行っています。

事例
紹介

各務原市糖尿病性腎症重症化予防事業の取り組み

対象者

(1) 下記のAまたはBに該当する者（糖尿病未治療者）者

A、空腹時血糖126mg/dl（または随時血糖200mg/dl）以上
B、HbA1c（NGSP）6.5%以上、ぎふすこやか健診はHbA1c（NGSP）7.0%以上
ただし、服薬治療中の者（問診票より確認）、生活習慣病で治療中の者を除く

(2) 糖尿病の受診歴がある者のうち、下記のAかつBに該当する者。（糖尿病治療中断者）

A、過去に糖尿病のレセプトがある者のうち、直近1年間に生活習慣病のレセプトがない者
B、直近1年間に特定健診等の受診がない

実施方法

検診を受診した医療機関（未治療者）と最終糖尿病レセプトのある医療機関（治療中断者）に対し、対象者への受診勧奨の要否確認を行う。勧奨の必要ありとされた対象者に、勧奨通知を発送する。対象者は勧奨で渡した「連絡票」と「糖尿病連携手帳」を持参して医療機関にかかる。受診結果に付いては、連絡票及び糖尿病連携手帳を活用し、各務原市国保と医療機関で情報を共有し、指導等行う。

過去2年実績

	該当者	受診済者等	勧奨実施者	勧奨後受診者	勧奨前受診率	勧奨後受診率	効果
R2年度	79	57	22	11	72.2%	93.7%	↑21.5%
R3年度	127	94	33	8	63%	69.3%	↑6.3%
前年度比較	↑28	↑37	↑11	↓3	↓9.2%	↓24.4%	

◆ 各務原市の取り組み

当市では、令和3年度から対象者を従来の医療機関未受診者に加えて糖尿病治療中断者にも拡大し糖尿病性腎症重症化予防事業を実施しています。対象が拡がり、勧奨実施者自体はR2年度の22人からR3年度は33人に増加しましたが、勧奨後受診者は11人から8人へと減少し、勧奨を行った方を医療機関受診に効果的につなげられていないことが課題です。今後は勧奨後の受診者を増やしていくため、分かりやすい案内文を作り上げていく必要があると考えています。

◆ 展望

各務原市は多治見市、もとす地区、恵那地区とともにCKD対策の重点拠点到指定されており、糖尿病性腎症を含めた慢性腎臓病を早期発見・早期診断し、適正な治療を早期から実施・継続できる診療体制を構築する取り組み（かかみがはらCKD対策ネット）を積極的に進めています。かかみがはらCKD対策ネットは、各務原市医師会から行政、各務原市薬剤師会、各務原市歯科医師会に声掛けし参集して発足しました。現在、各務原市に主導となって頂き、市民への啓蒙、特定健診・すこやか健診・ヤング健診でのeGFR、尿検査異常の患者への受診勧奨、保健指導を目指します。全体のスキームは出来上がり、実施に向けてスタートしました。各務原市医師会では、腎臓専門医、糖尿病専門医、循環器専門医と各務原市医師会CKD対策チームを発足しました。その上で「かかみがはらCKD協力医」を作り、医師会員へ募集を呼びかけましたところ、約7割の医療機関が参加して頂けることになりました。CKD協力医は、①岐阜県CKDツールを利用し、②マニュアルに沿って腎臓専門医へ紹介、③特定健診への積極的介入、④CKD対策ネットによるイベントへの協力、⑤かかりつけ患者への啓蒙を行って頂くものです。早速2023年に各務原市では、CKDをメインテーマとした健康フェスティバルを開催する予定となっています。本イベントにも、医師会として積極的に協力することになっています。

各務原市では現在、CKDや生活習慣病に関連する事業が3つ（糖尿病性腎症重症化予防事業、生活習慣病重症化予防事業、かかみがはらCKD対策ネット）同時並行で進んでおり、かかりつけ医の先生が混乱することを避けるためそれぞれの取り組み内容を整理しているところです。糖尿病性腎症重症化予防事業では現在、糖尿病患者で未受診者および治療中断者を抽出して医療に結び付ける取り組みをしていますが、糖尿病性腎症に対する保健指導や重症化リスクの高い方への積極的な介入に関しましては基本的にはCKD対策ネットの中で対応する方向で調整しています。コロナ禍で現場が発熱外来やワクチン接種の対応に追われている中で新しい取り組みを進めるといことで、かかりつけ医の先生方にてできるだけ負担をかけないために、わかりやすく且つ簡便なやり取りで連携できるよう配慮しながら調整しています。

各務原市医師会理事 たけうち内科院長 竹内美征

