

岐阜県糖尿病性腎症重症化予防プログラム

2024年3月、岐阜県健康増進計画「第4次ヘルスプランぎふ21」（2024から2035年度）が策定されました。糖尿病の重点項目である「糖尿病患者のうち新規に人工透析を導入した人の減少」につき、第3次策定時（2015年）271人を254人以下に減らす目標は、2021年236人と達成。これは2017年から開始した糖尿病性腎症重症化予防プログラム（以下「プログラム」という。）の効果と考えられ、10年後には180人以下に減らすことが新たな目標となりました。一方、糖尿病合併症を知っている人の割合（目標50%以上）は、網膜症・腎症・神経障害の三大合併症は達成するも、狭心症・心筋梗塞、脳梗塞、歯周病、認知症、癌に関しては未達成であり、さらに「CKD」の認知割合は、21%（目標50%以上）に留まりました。血糖コントロール不良者（HbA1c8%以上）・糖尿病（6.5%以上）・糖尿病予備群（5.6～6.5%未満）の割合はいずれも微増、また糖尿病治療継続者割合は65%（目標75%）で、まだまだ対策効果は不十分です。現在本プログラムは改定中ですが、プログラムの目的を理解し、CKD対策とも連動し、受診勧奨・保健指導など対応の整合性をとれるよう、行政と医師会・かかりつけ医と専門医との連携、眼科・歯科連携の強化、住民への啓発など、あらためて皆様のご協力をお願いいたします。

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 戸谷理英子

糖尿病重症化予防に係る講師派遣事業の実施について

岐阜県では、今年度より「第4次ヘルスプランぎふ21」に基づく健康寿命延伸のための各種取り組みを進めています。糖尿病領域では、血糖コントロール不良者及び糖尿病が強く疑われる人の割合の減少等を目指し、県糖尿病対策推進協議会や地域医師会、市町村等の関係機関と連携して、県民啓発やプログラムの推進等に取り組んでおりますが、その割合は年々増加しています。引き続き、取り組みを推進するとともに、更なる対策の充実や強化も必要です。【表1】

	H25	H30	R3
6.5以上	5.9%	6.6%	7.1%
全国順位	46位	40位	38位
再掲	H25	H30	R3
8.0以上	1.2%	1.1%	1.3%
全国順位	42位	44位	35位

表1 HbA1c6.5%以上者及び8.0%以上者の割合 出典：NDBデータ（悪い方からの順位）

CDE-Lを活用した健康教育・保健指導等の実施スキーム

そのため、県では行政における糖尿病対策従事者の保健指導スキルの向上及び効果的な保健事業の実施により糖尿病対策を推進することを目的に、今年度より岐阜県CDEネットワークに所属するCDE岐阜取得者を講師として市町村等に派遣する事業を実施します。【図1】

市町村や保健所からの申請に応じ、自治体が開催する糖尿病重症化予防に係る健康教室や保健指導実践者のための研修会等に関係機関のご協力のもと、講師を派遣し、県民への正しい知識の普及と、行政における保健指導実践者の指導スキルの向上を図ります。専門的な最新の専門知識及び技術を学び効果的・効率的な保健事業の実践につなげることで各地域の取組が後押しされることを期待します。

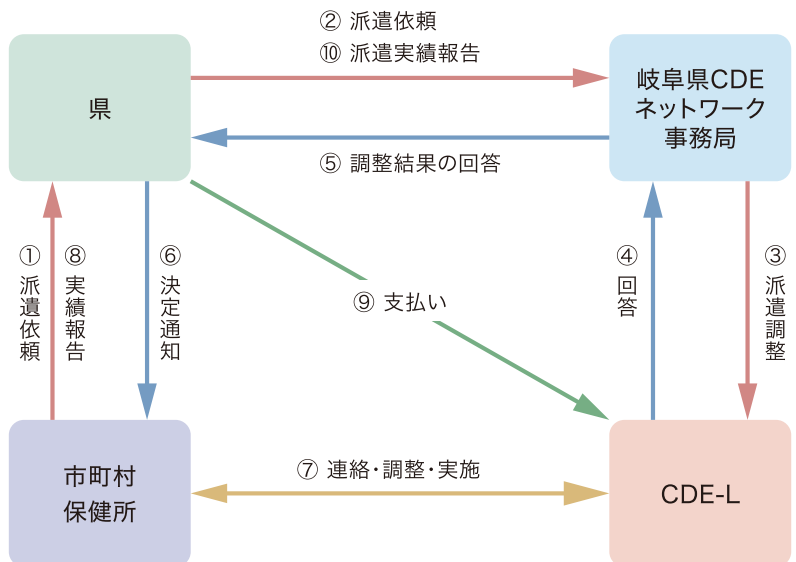


図1

事例
紹介

郡上市の取り組み

郡上市は、平成16年3月1日に7ヶ町村が合併し、令和6年4月1日現在、人口37,386人、高齢化率38.6%です。郡上市国民健康保険の特定健診受診率は、令和4年度59.2%となっており高い受診率を維持しています。「郡上市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）」においての、医療、介護、健診データからの分析結果から、脳血管疾患、虚血性心疾患を優先的に取り組む疾患とし、また腎不全も関連疾患としています。これらの疾患の最大リスク要因である高血圧、糖尿病予防を重点的に実施することとし、三次予防の取り組みとして郡上市は糖尿病と高血圧による腎症重症化予防の取り組みを実施しています。



◆ 郡上市腎症重症化予防推進協議会の設置

平成31年4月1日より郡上市腎症重症化予防推進協議会を設置、医療機関専門医、医師会理事を委員とし郡上市腎症重症化予防プログラムを策定、令和元年から取り組みを実施しています。専門職だけの協議では取り組みに広がりがないのではないかという意見から、市民目線での意見を聴取するため令和4年度郡上市医師会主催の「郡上市腎症重症化予防市民協働連携会議」を開催し、その結果、令和5年度より協議会委員に薬剤師会代表と住民代表を新たに加えました。年に2回協議会を実施し取り組みの推進に向けての評価・検討を実施しています。

◆ 腎症重症化予防プログラムの概要

目的

腎症の重症化および人工透析の移行を防止することによって、市民の健康増進と医療費の適正化を図る

目標

- 糖尿病および高血圧による腎機能低下で新規に透析導入となる者を減らす。
- 郡上市国民健康保険の人工透析に係る医療費を減らす。



(1) 医療機関未受診者対策

特定健診の検査結果が高血糖の判定基準又は高血圧の判定基準に該当し、健診後4か月後にレセプトや精密検査依頼書にて高血圧や糖尿病での医療機関受診が確認できなかった者に対して、保健師が電話や面接にて受診勧奨を実施しています。

実施結果

医療機関未受診者の医療機関受診率
令和4年度26.0%【目標値35%】

(2) 治療中断者対策

前年度のレセプトにて糖尿病の受診歴がある者のうち現年度レセプトで糖尿病の受診歴のない者に対して通知での受診勧奨を実施しています。

実施結果

糖尿病治療中断者の医療機関受診率
令和4年度44.0%【目標値50%】

(3) 治療中の腎機能低下者対策

ア) 健診受診者が精密検査依頼書をかかりつけ医へ持参し、受診結果を市へ返信いただく事で連携を行い、必要者は医療機関での保健指導を実施しています。

実施結果

精密検査依頼書による医療機関での保健指導実施率
令和4年度19.3%【目標値30%】

イ) 糖尿病または高血圧で治療中の者で医療機関での保健指導のみでなく市における保健・栄養指導が必要とかかりつけ医が判断した者に対して、保健・栄養指導依頼書に基づき、行政の保健師・管理栄養士が保健・栄養指導を実施しています。

実施結果

かかりつけ医からの依頼による保健指導実施人数
令和4年度 2名実施

◆ 課題と展望

(1) 医療機関未受診者・治療中断者の受診勧奨

医療機関未受診者・治療中断者対策の医療機関受診率は目標値に達していない状況です。特に医療機関未受診者への受診勧奨では電話での介入で受診につなげる事の難しさを感じています。当市では、集団健診時受診者全員に面談で健康相談を実施しています。医療機関健診では特定保健指導受託医療機関が5医療機関あります。健診受診時の面談の機会を活用する方法や保健指導受託医療機関との連携等により、効果のある介入ができるよう当市では、保健師・管理栄養士の成人担当者ワーキングを立ち上げ、実施方法を検討していきます。

(2) 治療中の者への保健指導

かかりつけ医からの保健指導の依頼は、年間平均2件で70歳以上の高齢者の依頼が多い傾向にあります。早期の段階での保健・栄養指導が実施できるよう、また、指導依頼が増えるよう今後も継続し市内医療機関への啓発を行っていきます。

◆ 医師会担当理事より

郡上市はこの20年で人口が20%減少し、高齢化もかなり進行しています。高齢者を見守る若い世代は、郡上市市内での仕事もあまりなく郡上を離れざるを得ない状況にあるようです。そんな中で郡上市に残っている若い世代が健康で生活できるように、腎症重症化予防の取り組みとしては、特に60歳くらいまでの健診の受診率の向上と糖尿病・高血圧の要受診者の受診勧奨と受診継続に取り組んではいませんが、なかなか今のところ目標到達には至っていないところ。何か良い策がありましたらご教示いただけると幸いです。

郡上市医師会副会長 坂本 仁