

医学の窓

千葉県糖尿病性腎症重症化 予防プログラムについて

千葉県糖尿病対策推進会議理事 **篠宮 正樹**
しのみや まさき

千葉県糖尿病性腎症重症化予防 プログラム

糖尿病性腎症による透析導入をへらそうと、県医師会・県糖尿病推進会議・県保険者協議会・県糖尿病協会・千葉県の連名で「千葉県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」が2017年12月20日に公表されました。次ページ以降にそのプログラムを掲載。要旨は以下の通り。

【プログラムの概要】

1 基本的考え方

市町村国保などの県内医療保険者（以下「保険者」）が中心となって健診やレセプトデータ等から糖尿病性腎症の重症化リスクを有する者を抽出し、受診勧奨と適切な保健指導を行う。保険者の実情に応じた取り組み、関係団体が連携して推進する。

2 対象者の抽出基準

対象は、未治療の2型糖尿病、当該年度健診未受診者、治療中断者、治療中でもリスクが高い者。

- (1) 2型糖尿病未治療者のうち、健診データから基準値以上の者を保険者が抽出
- (2) 治療中断者や健診未受診者を保険者

関係機関等が抽出

- (3) かかりつけ医などの医療機関が抽出。
これは2型糖尿病治療中のもので、尿蛋白(±)以上、eGFR低下、微量アルブミン尿など腎機能低下が判明し、保健指導が必要であると医師が判断した者

3 介入方法

保険者が中心となって、未治療者や治療中断者に受診を勧める。食事・運動指導など具体的な保健指導を行う。

かかりつけ医等医療機関では、医師は必要に応じて保険者が行うプログラムへの参加を促す。

(1) 受診勧奨

保険者は対象者に受診を勧める。とくに糖尿病性腎症第2期該当者には訪問など強く受診を勧める。

数か月後レセプトデータ上受診記録がないときは、再度受診を勧める。

(2) 保健指導・糖尿病連携手帳活用

保険者は、糖尿病連携手帳などによりかかりつけ医の治療方針等を確認する。かかりつけ医から患者に伝えた療養指導のポイントなどの記載があると、情報共有ツールとなる。

4 実施体制

保険者、かかりつけ医等医療機関に加え、糖尿病専門医、腎臓専門医、かかりつけ薬局薬剤師、日本糖尿病療養指導士(CDE-J)、千葉県糖尿病療養指導士/支援士(CDE-Chiba)と連携して医療提供と保健指導を行う。かかりつけ医は、必要に応じて糖尿病・腎臓専門医と十分な連携をとる。

千葉県医師会や千葉県糖尿病対策推進会議と連携して、非専門医や保険者における保健指導従事者を対象とする種々の研修を行う。

5 プログラム評価指標

保険者や県は、その評価を実施する。主な達成状況の指標は以下のとおり

(1) 保険者

受診勧奨し医療機関につながった人数、生活習慣改善意欲や行動変容、対象者の検査値の改善率など。医療機関の継続受療率、対象者の検査値や健診受診者全体の検査値の評価、医療費・糖尿病性腎症による透析導入数の減少など

(2) 県

糖尿病性腎症による年間新規透析導入者数

<お問合せ先>

◇千葉県健康福祉部健康づくり支援課
地域健康づくり班 043-223-2405

◇千葉県糖尿病対策推進会議
医師会事務局 043-242-9247

千葉県糖尿病性腎症重症化予防プログラムについて

<千葉県健康福祉部健康づくり支援課>

【はじめに】

千葉県の新規透析導入患者1753人(2015年)のうち、治療継続と生活習慣改善で重症化予防が可能な糖尿病性腎症を要因とする者が約半数839人を占め、その対策が喫緊の課題でした。

千葉県は、県内市町村等における糖尿病腎症重症化予防に向けた取組の円滑な実施を目指し、検討会を立上げ、平成29年12月20日、県医師会・県糖尿病推進会議・県保険者協議会・県糖尿病協会・千葉県の連名で「千葉県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を策定・公表しました。

本プログラムの実施に当たっては、医療保険者と地区医師会等関係機関と協議いただき推進を目指します。



【図1】千葉県の新規透析導入患者と糖尿病性腎症を原疾患とする患者数の推移

(出典：日本透析医学会統計データ)

【プログラムの概要】

1 基本的考え方

(1) 目的は健康増進と医療費適正化

本プログラムは、市町村国保を始めとする県内医療保険者（以下「保険者」という）が

中心となって健診やレセプトデータ等から糖尿病性腎症の重症化リスクを有する者を抽出し、継続的な受診勧奨と適切な保健指導を行うことで、糖尿病性腎症による人工透析の導入を阻止し、ひいては県民の健康増進や医療費の適正化を図ることを目的としています。

- (2) 保険者の実情に応じた取組を尊重
- (3) 関係機関・団体の連携により推進

2 対象者の抽出基準

本プログラムの対象者は、2型糖尿病未治療者、当該年度健診未受診者、治療中断者、糖尿病による治療中者で重症化のリスクが高い者とし、各々抽出基準は次のとおりです。(各フロー図についてはP397、398頁参照)

- (1) 保険者が抽出 (フロー図1)

2型糖尿病未治療者のうち、健診データから基準値以上の者

- (2) 保険者・関係機関等が抽出

(フロー図2)

治療中断者や健診未受診者

- (3) かかりつけ医等医療機関が抽出

(フロー図3)

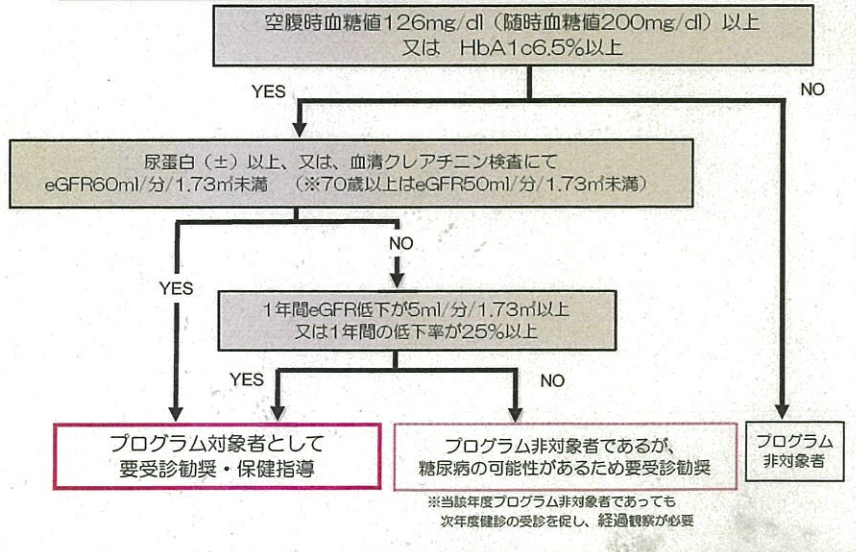
2型糖尿病治療中の者に対して定期的に行う検査(少なくとも1回/年)で、尿蛋白(±以上)、eGFR(60ml/分/1.73m²未満)、尿アルブミン(微量アルブミン30mg/gCr以上)等により、糖尿病性腎症第2期以上の腎機能低下が判明し、実生活に即した保健指導が必要であると医師が判断した者

◆後期高齢者の場合

- (1) 暫定的にHbA1c \geq 8.0%以上かつ尿蛋白(+)以上
- (2) 地域の実情に合わせて検討

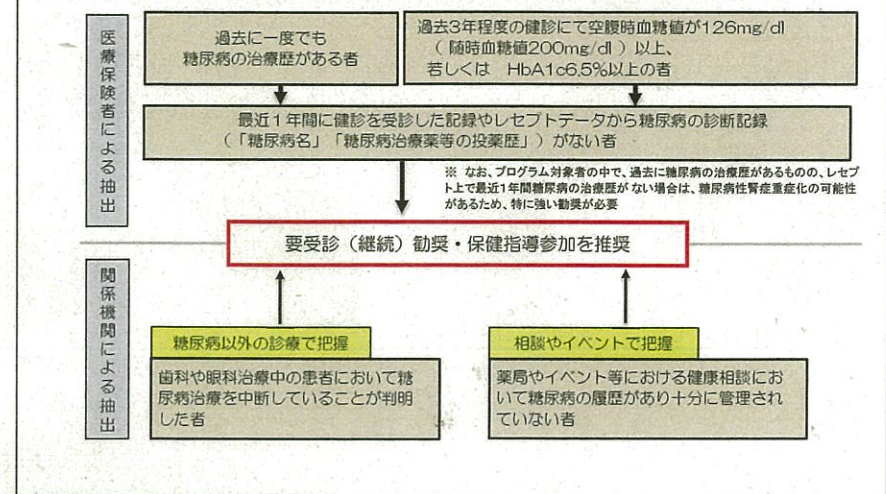
【フロー図1】 (保険者が健診データから抽出)

2型糖尿病の診断を受けたことがない健診受診者からの対象者抽出フロー図



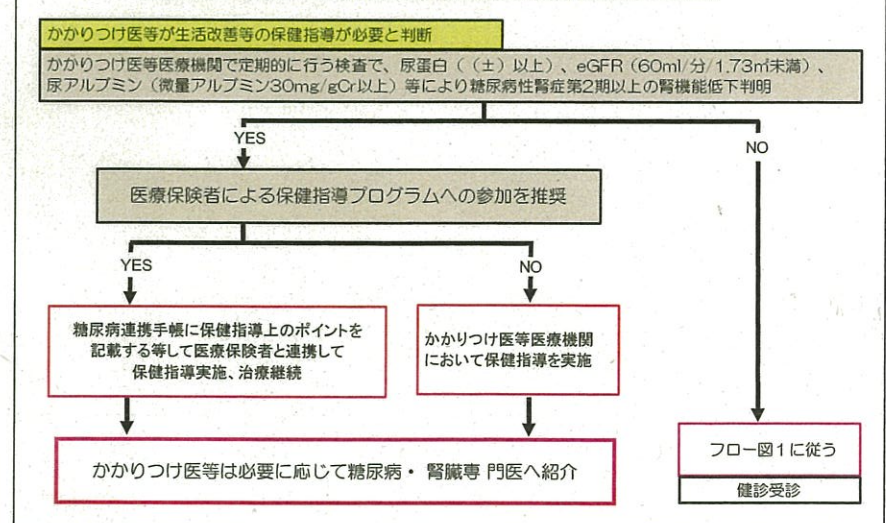
【フロー図2】 (保険者及び関係機関が抽出)

2型糖尿病の治療歴があるが治療を中断している者、又は治療中ではない健診未受診者の場合の対象者抽出フロー図



【フロー図3】 (かかりつけ医等医療機関が抽出)

2型糖尿病で治療中の者(ハイリスク糖尿病患者)の場合の対象者抽出フロー図



3 介入方法 (図2)

保険者が中心となって、未治療者や治療中断者には受診勧奨をし、併せて対象者の実生活に即した食事・運動指導等の具体的な保健指導を行います。

また、かかりつけ医等医療機関では、医師は、対象者が治療方針に基づいた療養指導を実生活で守ることができるように必要に応じて保険者が行うプログラムへの参加を促します。

(1) 受診勧奨

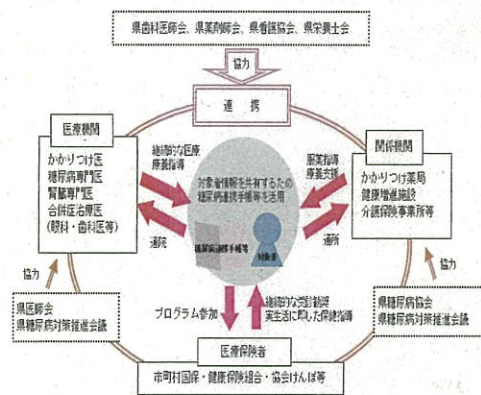
保険者は対象者に対して個別に受診勧奨を行い、特に糖尿病性腎症第2期に該当する者には訪問等による強力な受診勧奨を行い保健指導につなげます。数か月後にレセプトデー

タにより受診勧奨後の受診の有無を確認し、記録がない場合には再度受診勧奨を行います。

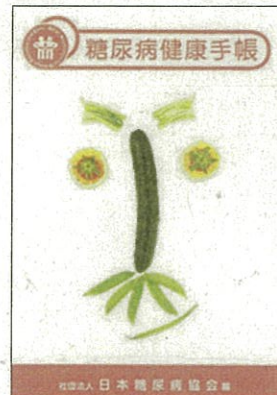
(2) 保健指導・糖尿病連携手帳活用

保険者は、対象者に対して糖尿病性腎症の管理の必要性を説明し、保健指導への参加勧奨を行い、本人の同意を得て、糖尿病連携手帳等 (図3) によりかかりつけ医の治療方針等を確認します。

保健指導は、受診継続や服薬状況の確認、療養指導を実生活の中で守り生活習慣の改善に取り組めるよう、家庭訪問・面接・電話や運動教室・栄養教室などを組み合わせ、日常生活に即した指導を3~6か月間行い、改善結果等を評価します。



【図2】 介入方法



【図3】 糖尿病連携手帳見本図

この際に、かかりつけ医等医療機関や保険者、その他対象者に関わる関係機関は、必要な情報を共有するため、糖尿病連携手帳等を活用します。かかりつけ医から患者に伝えた療養指導のポイントなどを御記入いただくと、保険者等関係者が行う具体的な支援はもとより、市外の医療機関に通院している方への支援に活用できる情報共有ツールとなりますので、対象者への配布と活用について御協力ををお願いします。

4 実施体制

本プログラムでは、かかりつけ医等の医療機関における治療方針に基づいて、実生活に即した保健指導を実施するため、保険者、かかりつけ医等医療機関のみならず、糖尿病・腎臓専門医、かかりつけ薬局薬剤師、日本糖尿病療養指導士 (CDEJ) や千葉県糖尿病療養指導士/支援士 (CDE-Chiba) とも連携して医療提供と保健指導を行うこととしています。(図4)

また、かかりつけ医は、血糖値や体重管理等の他に、保険診療における定期的なeGFRの算出や尿アルブミン検査による対象者の病期診断を行うとともに、一元的な情報提供に基づき、地域で対象者を中心とした切れ目のない医療の提供を目指します。

◆かかりつけ医等医療機関から腎臓専門医への紹介基準

- (1) 高度の尿蛋白 尿蛋白/Cr比 0.50g/gCr以上又は(2+)以上
- (2) 尿蛋白と血尿がともに陽性(1+)以上
- (3) eGFR 45ml/分/1.73m²未満

さらに、保健指導実施者のスキルアップを目指して、県医師会や県糖尿病対策推進会議等と連携して、種々の研修を行います。

5 プログラム評価指標

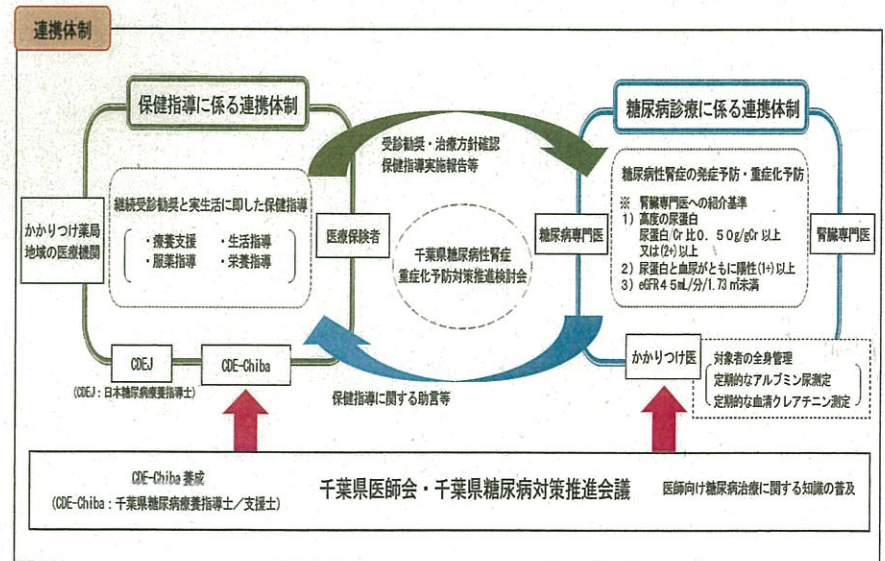
保険者や県は、実施体制、目標達成のためのプロセス、成果や達成状況の指標を定め評価を実施します。

主な達成状況の指標は以下のとおり

- (1) 保険者
 - ①短期：受診勧奨し医療機関につながった人数、生活習慣改善意欲や行動変容、対象者の検査値の改善率等
 - ②中期：医療機関の継続受療率、対象者の検査値や健診受診者全体の検査値の評価、医療費・糖尿病性腎症による透析導入数の減少等
- (2) 県
 - 糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数、医療費等

【今後の推進に向けて】

各地区医師会におかれましては、地域の実情に応じた保険者との連携体制の構築等に御協力いただけますようよろしくお願いします。



【図4】 連携体制