

第3回

滋賀県の取り組み

重症化を食い止めるには
地域の医療機関と保険者
行政との連携が重要

今回の特集では、テーマとなっている糖尿病性腎症について注目しながら、糖尿病の基礎知識をはじめ、重症化を防ぐことの重要性や、高血糖を予防するための生活改善の方法などについて紹介してきました。

最終回となる第3回目は、引き続き滋賀医科大学の荒木信一先生に監修をいただき、この特集を組むきっかけとなった厚労省の「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」にふれながら、自治体としてプログラムを進める滋賀県の取り組みをはじめ、地域の医療、保健にかかわる皆さんに求められる役割などについて紹介していきます。

医療機関と連携した取組
それがプログラムの特徴

わが国では、糖尿病患者数の増加に伴い、人工透析の主な原疾患である糖尿病性腎症の重症化予防が課題と

なっています。人工透析治療は、患者のQOLを著しく低下させるばかりでなく、医療経済的にも社会の大きな負担となります。発症や重症化の抑止を目指し、厚生労働省と日本医師会、日本糖尿病対策推進会議が連携して進めているのが「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」です。

これまでも紹介した通り、糖尿病性腎症は早期発見、早期治療を行うことで重症化を予防できます。このプログラムは、レセプトや特定健診のデータをもとに、糖尿病の未治療者や治療中断者など、重症化していくリスクが高い人（ハイリスク者）を見つけ、適切な受診を勧奨し、治療に結びつけるとともに、糖尿病性腎症等で通院する患者のうち、重症化するリスクの高い人に対して、主治医と連携した保健指導を行うことで、腎不全、人工透析への移行を防止することを目的としています。

これまで、治療中断者や治療中のコントロールができない方への対策は医



監修 荒木 信一 さん/医学博士

滋賀医科大学 医学系研究科 内科学講座
糖尿病内分泌・腎臓内科 准教授

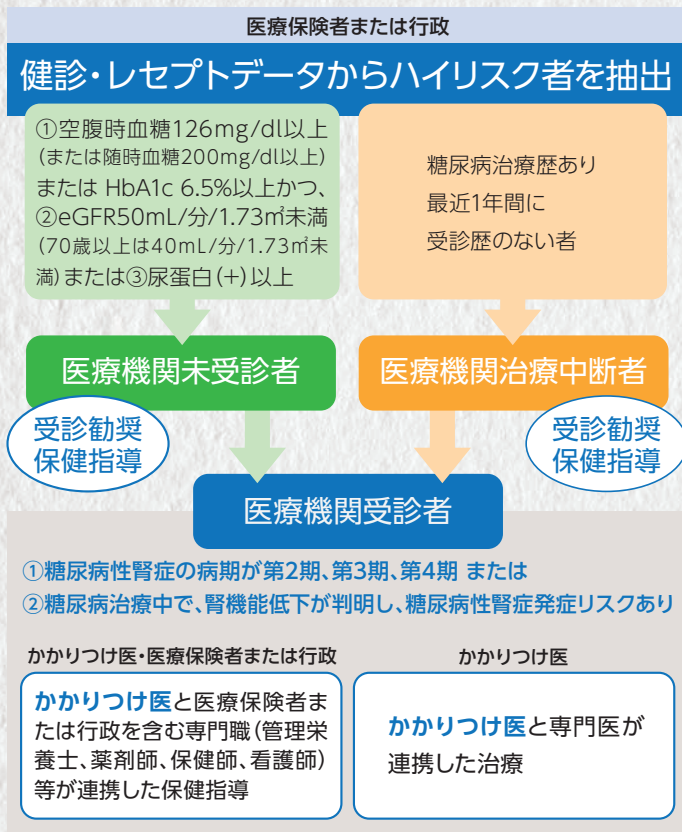
- 1990年 滋賀医科大学卒業 旧第三内科医員
- 1997年 滋賀医科大学大学院
医学系研究科博士課程修了(医学博士)
- 1997~2000年 ハーバード大学医学部ジョスリン
糖尿病センター 遺伝・疫学部門
(Krolewski博士) Research Fellow
- 2004年 滋賀医科大学 糖尿病・腎臓・神経内科 助教授
- 2010年 同 糖尿病・腎臓・神経内科 臨床(学内)
- 2016年 同 糖尿病内分泌・腎臓内科 准教授
腎臓内科診療科長、血液浄化部 部長
- 2018年 滋賀県糖尿病性腎症重症化予防
プログラム保健指導ガイド作成に
アドバイザーとして参加

療機関任せとなっていました。このプログラムによって行政、医師会、保険者の三者が連携した取組となり、かつてない積極的な展開が可能になったといえます。

滋賀県の糖尿病性腎症
重症化予防プログラム

糖尿病性腎症重症化予防プログラムは現在、各都道府県において策定され

滋賀県糖尿病性腎症重症化予防プログラムの概要



滋賀県医師会、滋賀県糖尿病対策推進会議、滋賀県保険者協議会、滋賀県の4者で「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」策定(2018年3月)

しており、プログラムに基づく糖尿病性腎症重症化予防対策が実施されています。滋賀県では、2018年3月にプログラムが策定されました。

滋賀県のプログラムは、糖尿病性腎症が重症化するリスクの高い医療機関未受診者や治療中断者を治療につなげるとともに、医療機関と県内医療保険者および市町が連携し、腎不全、人工透析への移行を防止および遅らせることを目的としています。

主な取り組みの内容は、次の3つです。

- ① 医療保険者および市町による医療機関未受診者や糖尿病治療中断者に対する受診勧奨と保健指導
 - ② 治療中の患者に対するかかりつけ医と連携した保健指導
 - ③ かかりつけ医と専門医が連携した治療
- 取り組みにおける関係機関の役割**
- 取り組みにあたっては、関係者が役割を分担しながら連携し、地域の実情

滋賀県医師会

かかりつけ医と専門医等との連携強化、地域の連携体制の構築にむけて各地域医師会に周知協力を依頼するなど、事業の円滑な実施についての支援を行う。

かかりつけ医と専門医

糖尿病患者への医療提供にあたり、かかりつけ医と専門医は患者の病状を維持・改善するため、必要に応じて相互に紹介を行うとともに、合併症の治療を行う医師、歯科医師等と有機的な連携関係を構築するなどして、患者を中心とした医療を提供する。

医療保険者

各保険者は加入者の健診データやレセプトデータを用いて、対象者の

滋賀県の現状

- 全国の糖尿病患者数は約1,000万人と推計され、そこから本県の糖尿病患者数は約10万3千人と推計される。(出典:厚生労働省 国民健康・栄養調査)
 - 全国の慢性腎臓病(CKD)患者数は約1,330万人と推計され、そこから本県の慢性腎臓病患者数は約14万人と推計される。(成人の約8人に1人)(出典:平成23年度厚生労働省CKDの早期発見・予防・治療標準化・進展阻止に関する研究班)
 - 平成19年国民健康・栄養調査(厚生労働省)では、糖尿病と言われたことのある人のうち腎症ありの割合は11.1%で、平成24年滋賀県糖尿病実態調査では、尿中アルブミン測定値のある8,097人の患者のうち糖尿病性腎症の2期、3期の人の割合は35.7%であった。
 - 本県の慢性透析患者数は3,183人と微増傾向、新規腎透析導入患者は433人。(H28)慢性透析患者の原疾患の割合は糖尿病性腎症37.3%で、新規腎透析導入の原疾患は糖尿病性腎症43.1%といずれも一番多くなっている。
- ※いずれも「滋賀県糖尿病性腎症重症化予防プログラム保健指導ガイド」より

滋賀県保険者協議会

医療保険者にプログラムを周知し、事業実施にあたってのデータ提供や各医療保険者の取組の情報共有などを行い、事業の円滑な実施に協力する。

行政

各市町の保健部門と国保・後期高齢者医療部門が連携して糖尿病性腎症の現状を分析し、地域の関係団体と共有しながら対象者や保健指導の内容を様々な観点から検討する。

このほか、県健康福祉事務所(県保健所)、大津市保健所、滋賀県もプログラムの担い手として、それぞれの役割のもとに滋賀県全体として、糖尿病性腎症重症化予防対策は進められています。

実施の方法

①受診勧奨

医療保険者は滋賀県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき、医療機関未受診者、治療中断者に医療機関の受診を勧めます。なお糖尿病の受診を中断した方や、特定健診の結果、医療機関受診を勧められているにもかかわらず、受診をしていない場合も含みます。

受診勧奨対象者を把握し、把握できる検査データ等を確認のうえ、優先順位を決定。受診勧奨対象者に対し、手紙の送付や電話訪問等により、状況に応じた受診勧奨を行い、受診勧奨後は、

医療機関への受診の確認や、必要に応じて再勧奨を実施します。

②保健指導

医療保険者が地区医師会やかかりつけ医と連携しつつ、リスクが高い方についての順位付けなどを行いながら保健指導を実施します。糖尿病性腎症を発症している方だけでなく、そのリスクが高い方についても、かかりつけ医と連携し保健指導を行います。

また、高齢者については、複合的な疾病を持っており合併症が起きやすいことだけではなく、老化に伴う諸臓器の機能低下がみられ、ADL（日常生活動作）をはじめ個人差も大きいことから、

受診勧奨や保健指導のポイント

糖尿病性腎症の重症化予防に関する医療保険者の役割は主に2つ、①健診・レセプトデータから抽出されたハイリスク者に対する受診勧奨と保健指導、②治療中の患者に対する保健指導、となります。

保健指導の目的は、対象者自身に糖尿病性腎症という疾患を理解してもらうことや、重症化予防の必要性を納得してもらうことにあります。さらに、血糖のコントロールや減塩、禁煙、肥満の解消など、自己管理をもとに生活改善を行うことで、透析に至る重症化の遅延ができることを理解いただき、医療機関の受診や治療の継続、生活改善へと確実につなげることが大切です。

滋賀県がまとめた「滋賀県糖尿病性腎症重症化予防プログラム保健指導ガイド」には、「保健指導の進め方」や「腎臓のはたらき」「糖尿病性腎症の進行に伴う各病期の症状と食事療法の变化」「病期別の療養ポイント」「高齢糖尿病患者での注意点」など、対象者に対して実施する受診勧奨、保健指導の具体的な方法等が示されています。



個人の状況に合わせた生活改善の提案をはじめ、QOLの維持・向上、要介護状態への移行阻止等を含めた包括的な対応も視野に入れておく必要があります。

治療を受けない人や治療中断者が多いのはなぜ？

これほど重要な病気にもかかわらず、なぜ多くの人が治療を受けなかったり中断したりするのでしょうか。理由は、「痛くもかゆくもない」こと。症状がななくゆつくりと進行し、気づいた時には重症化している。それが糖尿病だからです。繰り返しますが、定期的な検査と治療の継続がたいへん重要です。

一方、患者さんによっては、医師や保健師の言葉が正確に伝わらない場合もあります。たとえば警告のつもりで「正常値ギリギリ」だと伝えても、「まだ大丈夫」と受け止める方は少なくありません。専門知識をわかりやすく理解いただき、自分の身体の実感とこのプログラムを進めるために重要な要素といえます。

また、治療中断者には働き盛りの40歳

代が多いです。運動不足やストレス過多、不規則な食生活など、いわば高血糖になりやすい生活を余儀なくされる世代です。こうした悪循環を正すには、働き方改革という視点も大切になります。

地域での関係機関による連携がプログラム進展のカギ

糖尿病性腎症重症化予防プログラムの進展には、まず発症や重症化に気づかない人、放置している人にいち早くアプローチすることが重要であり、そのためには地域ごとの医師会や医療関係者と行政による円滑な連携が不可欠となります。患者さんにいちばん身近なかかりつけ医の先生や保健師の皆さんをはじめ、多くの皆さんでその意識を共有していくことが推進を下支えする力になると考えます。

そして、一人でも多くの方にこのプログラムを知っていただくとともに、糖尿病は自己管理できる疾患であること、生活改善や早期発見・早期治療によって元の状態に戻すことも可能であることを理解いただくことが大切だといえるでしょう。