

よくわかる糖尿病

第五回 鹿児島県糖尿病重症化予防プログラムの内容と問題点

鹿児島大学病院 糖尿病・内分泌内科 助教 橋口 裕

糖尿病性腎症重症化予防プログラムについて、関係者の役割、対象者の選定、介入方法、評価といった概要を解説し、鹿児島県糖尿病重症化予防プログラムの内容と問題点を述べます。医師会やかかりつけ医の関係と役割に関しても記載しております。

糖尿病性腎症重症化予防プログラムの趣旨

高齢化が進む中で糖尿病患者数の増加が課題です。糖尿病は増悪すると網膜症・腎症・神経障害などの合併症を引き起こし、患者の生活の質を著しく低下させ、医療経済にも大きな負担を強いることになります。

国民の健康を保持し、医療費の適正化を図る観点から、糖尿病性腎症重症化予防の取り組みの先行事例である呉市等の取り組み（図1）を全国に展開するには、埼玉県のように（図2）、都道府県レベルで、県庁等が県医師会と協力

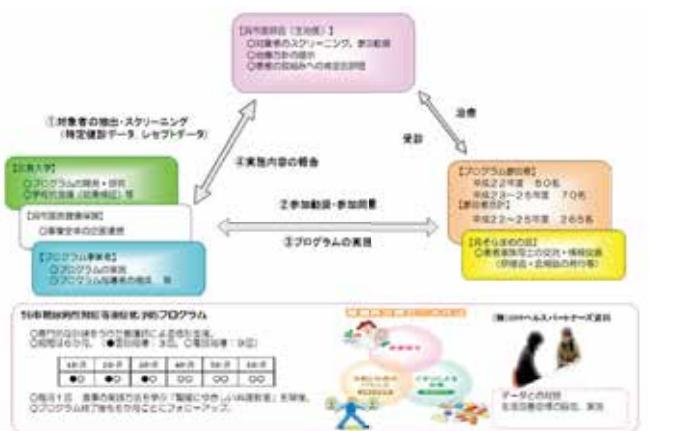


図1 呉市糖尿病●症等重症化予防プログラムの実施イメージ図

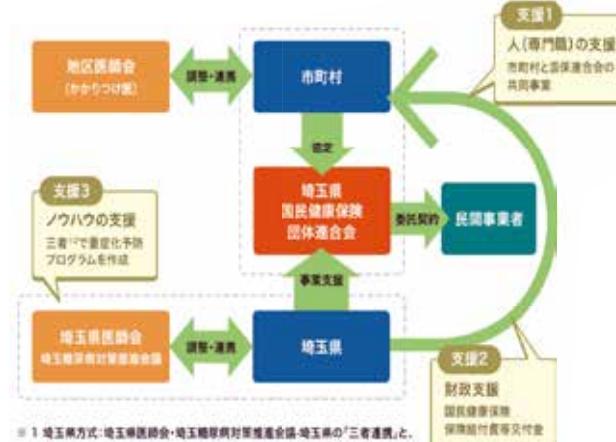


図2 埼玉県方式と県の役割のイメージ図

ラムは、糖尿病の重症化リスクの高い医療機関未受診者や受診中断者に対して、関係機関が適切な受診勧奨、保健指導を行い治療に結びつけ、糖尿病性腎症等で通院する患者のうち、重症化リスクの高い者に対して主治医の判断により保健指導対象者を選定し、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。

関係者の役割

糖尿病性腎症重症化予防プログラムでは、以下の役割分担例を念頭に、関係者が密接に連携して対応することが必要です（図3）。市町村の役割として①地域における課題の分析②対策の立案③対策の実施④実施状況の評価が挙げられます。都道府県の役割として①市町村における事業実施状況を評議する②都道府県レベルで医師会や糖尿病対策推進会議等と都道府県内の取り組み状況を共有し、課題や対策等について議論する③都道府県レベルで医師会や糖尿病対策推進会議等と議論し、各都道府県で連携協定を締結することや糖尿病性腎症重症化予防プログラムを策定することにより、都道府県内市町村における取り組みが円滑に実施できるよう支援することが挙げられます。

基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防プログラムを策定しました。

糖尿病性腎症重症化予防プログラムを作成し、市町村単位での自治体と郡市医師会の協働・連携体制の構築を含めた県内の市町村の取り組みを広げていくことが必要で、日本医師会、日本糖尿病対策推進会議および厚生労働省は、平成28年に

よくわかる糖尿病

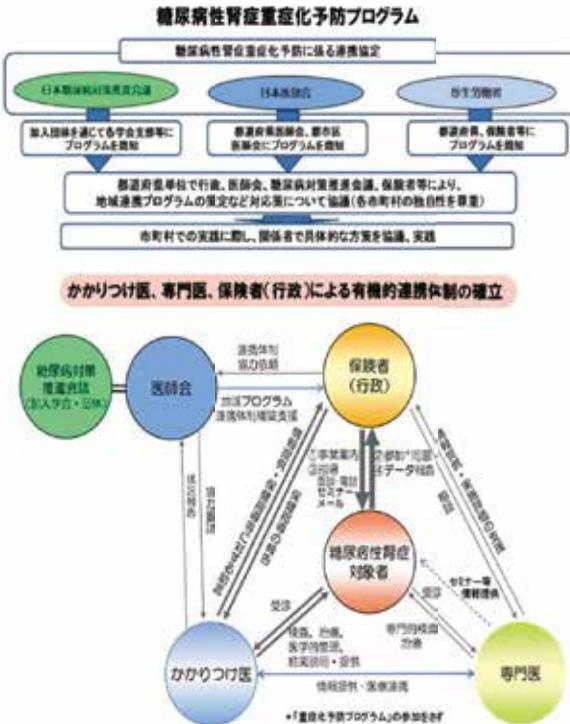


図3 関係者の役割分担のイメージ図

地域における医師会等の役割として①都道府県医師会等の関係団体は都市区医師会等に対し国・都道府県における動向等を周知し、郡市区医師会に対して助言をする②都道府県医師会や都市区医師会等は、都道府県や市町村が糖尿病性腎症重症化予防に係る取り組みを行った場合には、会員および医療従事者に対して周知するとともに、かかりつけ医と専門医等との連携を強化するなど、必要な協力に努めることができます。都道府県糖尿病対策推進会議の役割として①国・都道府県における動向等について構成団体に周知するとともに、医学的・科学的観点から県内における糖尿病性腎症重症化予防の取り組みについて助言をする、

患者選定

糖尿病性腎症重症化予防プログラムでは、対象者を、市町村等の健康課題や他の保健事業の状況に応じて選択することができます。具体的な対象者選定方法として①健診データ・レセプトデータ等を活用したハイリスク者の抽出②医療機関における糖尿病治療中の者からの抽出③治療中断かつ健診未受診者の抽出があります。

①受診勧告を手紙送付、電話、個別面談、戸別訪問で行うこと、対象者の状況に応じた本人への関わり方に濃淡をつけ、必要に応じて受診後のフォローも行うこと、必要になります。②保健指導には電話等による指導、個別面接、訪問指導、集団指導などがあり、健診データ等を活用して自身の健康状態を理解してもらい、生活習慣改善につなげることが重要です。

かかりつけ医や専門医等との連携

自治体とかかりつけ医との連携体制については、都道府県、市町村において、あらかじめ医師会や糖尿病対策推進会議等の地域の関係者と十分協議のうえ、推進体制を構築する必要があります。都市区医師会は各地域での推進体制について自治体と協力し、かかりつけ医は、病歴聴取や診察、保険診療における検査等により対象者の病期判断、循環器疾患等のリスクや糖尿病合併症の状況を把握して本人に説明するだけでなく、保健指導上の留意点を実施者に伝えることが必要です。また、かかりつけ医と専門医が連携できる体制や、歯周病等に鑑みた医科歯科連

プログラムの普及・啓発等の取り組み

効果的な取り組みの検証のためには、「糖尿病性腎症重症化予防プログラム開発のための研究」の研究班による研修会が実施されています。日本健康会議による評価では、糖尿病性腎症重症化予防の取り組みを行っている自治体数は多いが、プログラムの条件を満たしている保険者が少なく、特に各都道府県の糖尿病対策会議等との連携が課題であることが明らかとなり、厚生労働省は糖尿病性腎症重症化予防プログラムの効果検証を実施する87市町村を公表し、当該自治体との連携体制の構築への協力を日本医師会および日本糖尿病対策推進会議に依頼しています。

介入方法

携の構築・活用も求められています。

事業の評価

ストラクチャ―、プロセス、アウトプット、アウトカムの各段階を意識した評価を行う必要性と、中長期的な費用対効果の観点からの評価も必要です。また、事業の実施状況の評価に基づき、今後の事業の取り組みを見直すなど、PDCAサイクルを回すことが重要です。

よくわかる糖尿病

今後のさらなる 展開に向けて

さらなる取り組み推進のため
に保険者に対するインセンティイ

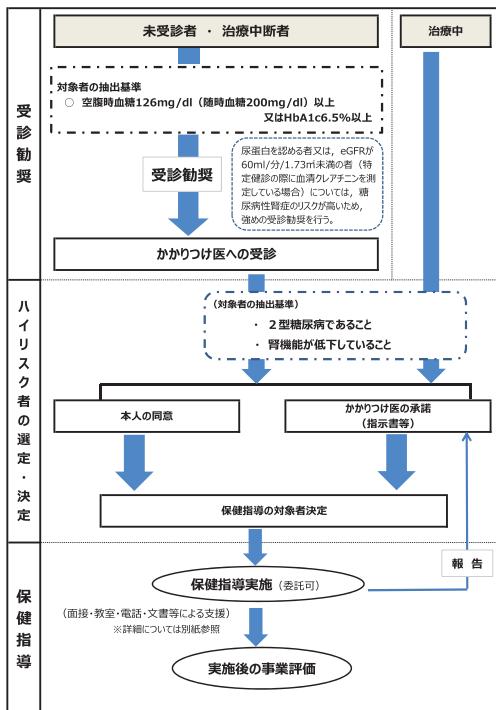
さらなる取り組み推進のため
に保険者に対するインセンティブを設け、保健事業費の補助を行うほか、「保険者努力支援制度」の趣旨を踏まえた財政支援を行います。また、「重症化予防ワーキンググループ」において、都道府県レベルでのログラム策定のさらなる推進策の検討、保険者全数調査やさらに掘り下げた調査を通じた各市町村の取り組み内容の詳細の把握、取り組みを進めるうえでの課題整理、対応策の検討を行い、取り組み内容の効果検証の結果や新たな好成果を開開することが期待されています。

鹿児島県糖尿病重症化予防プログラムの内容

鹿児島県の糖尿病重症化予防プログラムは鹿児島県、鹿児島県医師会、鹿児島県糖尿病対策推進会議の合意に基づき策定され、平成29年1月20日から適用されています。糖尿病が重症化するリスクの高い未受診者・治療中断者を治療に結びつけ、糖尿病で治療中の患者のうち、重症化するリスクの高い者に対しても保健指導を行い、重症化を予防することを目的としています。

いいます。プログラム（図4）は①受診勧奨②ハイリスク者の選定・決定③保健指導で構成されています。受診勧奨は未受診者や治療中断者に対して健診データ等を使用して保険者が行います。保健指導の実施は、かかりつけ医を受診し

図4 鹿児島県糖尿病重症化予防 プログラムの流れ



受診が確認できない者に対しても、継続して受診勧奨を行うことが必要です。また、受診勧奨に応じない者を放置しないためには、かかりつけ医を介さない保健指導の流れを構築することも必要です。(2)かかりつけ医（医療機関）との連

鹿児島県糖尿病重症化予防プログラムの問題点

プログラムの推進の問題点として①受診勧奨を行つてもかかりつけ医への受診に至らない者が多いためあります。検査値によつては対象者が医療機関受診に対する意識を高められるように、保健指導と組み合わせて受診の重要性を十分に伝えることや、受診勧奨後2～3か月後にレセプト等を活用して、糖尿病受診歴等を確認し、

た対象者に対し、保険者が参加案内を行い、保健指導の同意を確認し、かかりつけ医に提示します。かかりつけ医は、保健指導参加同意者に対し、糖尿病治療中の者と同様に、糖尿病性腎症重症化予防の保健指導が必要と判断されれば、保健指導指示書を作成し、保険者に提出します。保険者は保健指導参加者に対して、かかりつけ医の指示に基づき保健指導を6ヶ月間実施し、指導実施後、結果をかかりつけ医へ報告します。



執筆者

鹿児島大学病院
糖尿病・内分泌内科
助教

はしごち ひろし
橋口 裕

おり、適切な治療を継続すれば、
顕性蛋白尿の時期からでも寛解で
きるという臨床データが報告され
ています。放置や治療中断症例・
治療中の腎症ハイリスク症例を少
しでも減らすために、糖尿病性腎
症重症化予防プログラムにご協力
いただきますようお願い申しあげ
ます。

最後に

携が構築されていないことも問題点です。かかりつけ医が糖尿病重症化予防の趣旨を理解することも重要ですが、都道府県医師会や市区医師会等による会員および医療従事者に対する周知、かかりつけ医と専門医等との連携を強化するなど、必要な協力に努めることも必要です。かかりつけ医によるハイリスク者の選定・決定、対象者へのプログラムの紹介や保健指導指示書の作成に係る手続きの簡略化や、インセンティブの導入も検討する必要があると思います。