

外ヶ浜町糖尿病性腎症重症化予防プログラム

外ヶ浜町

1. 趣旨

2型糖尿病（以下、「糖尿病」という）は、病状が進行するまで自覚症状がないことから、診断の遅れや放置・治療中断が起こりやすく、腎症、網膜症、神経障害等の重篤な合併症によるQOLの低下や経済的負担が社会的な問題となっている。中でも糖尿病性腎症は人工透析導入原因の40%を占めており、糖尿病患者における腎機能低下の予防は重要な課題である。

外ヶ浜町では、特定健診の受診率は32.7%（令和4年度）であり、全国と比較すると低い状況にある。また特定保健指導実施率は、24.2%（令和4年度）で推移している。保険者当たり生活習慣病の外来医療費点数（令和5年度）はがんに次いで糖尿病が多く、患者千人当たり糖尿病新規患者数（令和5年度）は青森県、国、同規模町村と比較して2倍以上多くなっている。また、人工透析患者の約30%（令和5年度）は糖尿病性腎症であり、糖尿病の早期発見と放置の防止に加えて、医療機関と緊密に連携し、診断早期から糖尿病患者の生活習慣の改善を促すとともに、重症化リスクの高い医療機関未受診者や治療中断者への働きかけを集中的に実施する必要がある。

2. 目的

本プログラムは、糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関の未受診者・治療中断者を医療機関での治療に結びつけるとともに、糖尿病性腎症等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、主治医の判断のもと保健指導を行うことで、腎不全や人工透析への移行を防止することを含め糖尿病性腎症重症化を予防することを目的とする。なお、本プログラムは、「青森県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」が令和4年3月24日に改定されたことを受け、町におけるさらなる予防に向けた取組みの推進を図るために改定を行う。

3. 目標

（1）中長期目標

糖尿病性腎症による腎機能の低下を遅延させ、透析新規導入者数の減少を目指す。

（2）短期目標

- 1) 医療機関未受診者や治療中断者を確実に医療に結びつけ、血糖コントロール不良者を減少させる。
- 2) 糖尿病性腎症患者の生活習慣の改善を促し、セルフコントロールができるようになることで、重症化を予防する。

4. 対象および実施内容

このプログラムの対象者は国民健康保険の被保険者とし、実施内容については次のとおりとする。

(1) 受診勧奨

1) 医療機関の未受診者

町は、特定健診データ、レセプトデータ等から対象者を抽出する。本プログラムの抽出基準は2型糖尿病であり、下記のとおりとする。

特定健診において空腹時血糖値126mg/dl以上又はHbA1c6.5%以上の者で、レセプトデータ等で医療機関未受診の者。ただし、当該基準を満たす者のうち、①、②のいずれかに該当する者は、糖尿病性腎症リスクが高いため、より強く受診勧奨を行う。

①eGFR 60ml/分/1.73m²未満

②尿蛋白 (1+)以上

《実施内容》

町は、特定健診受診後3ヶ月を経過しても医療機関を受診していない者(精密検査受診報告書の返信がない者)に対して、電話や訪問による受診勧奨を行う。さらに1ヶ月を経過しても医療機関を受診していない者について、再度電話や訪問による受診勧奨を行う。

2) 医療機関の治療中断者

過去に糖尿病の治療歴がある患者で、最終の受診日から1年以上経過しても受診した記録がない者。

《実施内容》

毎月レセプトデータから受診中断者を抽出し、該当する者については、速やかに文書による受診勧奨を行う。さらに3ヶ月を経過しても医療機関を受診していない者については、電話や訪問による受診勧奨を行う。

(2) ハイリスク者に対する保健指導

1) 町が抽出する場合

①レセプト・特定健診データから糖尿病性腎症の病期が第2期、3期及び4期と思われる者(特定健診等の結果から抽出する場合には、以下のいずれかに該当する者)

・尿蛋白±以上

・eGFR60ml/分/1.73m²未満

②糖尿病性腎症を発症していないが、以下のリスク要因を有する者

・HbA1c7.0%以上

・I度高血圧(140/90mmHg)以上

・メタボリックシンドローム該当者

③その他町が必要と認めた者

・脂質異常(LDL-180mg/dl以上、中性脂肪 300mg/dl以上)を有する者

・糖尿病の家族歴を有する者 等

なお、次に該当する場合は対象から除外する。

- ・がん等で終末期にある者
- ・Ⅰ型糖尿病である者
- ・認知機能障害のある者
- ・生活習慣病管理料、糖尿病透析予防指導管理料の算定となっている者
- ・その他の疾患を有する等、かかりつけ医が除外すべきと判断した者

【糖尿病性腎症病期分類】

病 期	尿アルブミン値(mg/gCr) あるいは 尿蛋白値(g/gCr)	GFR(eGFR) (ml/分/1.73m ²)
第1期(腎症前期)	正常アルブミン尿(30未満)	30以上
第2期(早期腎症期)	微量アルブミン尿(30~299)	30以上
第3期(顕性腎症期)	顕性アルブミン尿(300以上) あるいは 持続性蛋白尿(0.5以上)	30以上
第4期(腎不全期)	問わない	30未満
第5期(透析療法期)	透析療法中	—

※特定健診では尿アルブミンは健診項目にはないが、尿蛋白が必須項目であり、糖尿病に加えて尿蛋白が(+)以上であれば、少なくとも第2期以上と考えられる。

2) 医療機関における抽出

糖尿病治療中に尿アルブミン、尿蛋白、eGFR等により腎機能低下が判明し、糖尿病性腎症第3期～4期と診断された上で、保健指導が必要と医師が判断した患者を対象とする。

例えば、生活習慣改善が困難な方、治療を中断しがちな方等が想定される。医療機関は、事前に町に電話等で受け入れ可否を確認するとともに、保健指導対象者の同意を得た上で、町に糖尿病保健指導情報提供書(様式3)を送付する。

《実施内容》

- ・町は、対象者にプログラムの内容を説明した上で、参加同意書(様式1)により参加の同意を得る。
- ・町は、かかりつけ医に参加同意書の写し(様式1)、保健指導紹介状(様式2)、糖尿病保健指導情報提供書(様式3)、対象者の特定健診結果の写しを送付し、糖尿病保健指導情報提供書(様式3)の作成を依頼する。
- ・かかりつけ医は、対象者の受診時に治療及び保健指導方針に基づいて協議の上、保健指導情報提供書(様式3)を作成し、町へ提出する。
- ・町は、かかりつけ医の指示内容に基づき、別紙1に沿って保健指導を実施する。

- ・町は、かかりつけ医の指示内容を超える指導は行わないこととし、不明な点はかかりつけ医に確認する。
- ・町及びかかりつけ医は、通院状況、保健指導の内容等についてそれぞれ糖尿病連携手帳に記入する。
- ・町は、かかりつけ医に保健指導の実施結果を3ヶ月、6ヶ月時に報告する。(様式4-1~4)

5. 評価

(1) 保健指導の実施評価

検査・測定数値や行動変容の評価について、保健指導介入後3ヶ月、6ヶ月、1年で行う。

(2) プログラム全体の実施評価

目標の達成状況について、次の評価指標に基づき毎年度末に評価を行う。

1) 短期評価

- ①実施体制（マンパワー、連携等） S
- ②実施手順（対象抽出、介入時期・方法、指導方法・教材等） P
- ③受診勧奨の実施人数 OP
- ④受診勧奨による医療機関受診者数(率) OC
- ⑤保健指導の実施人数（率） OP
- ⑥保健指導実施者の行動変容（食事、運動等） OC
- ⑦保健指導実施者の検査・測定数値の変化 OC

2) 中長期評価

- ①特定健診結果の変化(血糖値、腎機能 等) OC
- ②糖尿病性腎症による新規透析導入患者数 OC
- ③糖尿病性腎症の病期の変化及び各病期の患者数 OC
- ④医療費の変化 OC

S：ストラクチャー（構造）評価	P：プロセス（課程）評価
OP：アウトプット（実施量）評価	OC：アウトカム（結果）評価

6. かかりつけ医との連携

事業の評価のためには、臨床における検査値（血圧、血糖、腎機能等）が必要となることから、糖尿病連携手帳等を活用し、できる限り本人並びにかかりつけ医と情報共有する。

7. その他

事業評価の結果は、「外ヶ浜町健康づくり推進協議会」及び「外ヶ浜町の国民健康保険事業運営に関する協議会」で報告し、助言を受けるものとする。