

# 東員町の糖尿病対策について

東員町役場 健康づくり課 保険年金課

# 東員町の現状(平成30(2018)年) (国民健康保険加入者)

- 特定健診結果より、糖尿病罹患患者(強く疑われる人含む)(HbA1c6.5%または空腹時血糖値126mg/dl以上)=519人  
(うち糖尿病薬を服用していない者 37人)
- 糖尿病性腎症第3期の人(HbA1c6.5%または空腹時血糖値126mg/dl以上かつ尿蛋白陽性)=31人  
(うち治療歴のない者 5人)
- 糖尿病性腎症第2期以下の人(HbA1c6.5%または空腹時血糖値126mg/dl以上かつ尿蛋白±以下)=483人  
(うち治療歴のない者 34人)
- 透析導入患者=20人(H27は28人)

# 東員町の現状（平成30（2018）年） （国民健康保険加入者）

- 週2～3日の透析は患者負担が大きい。
- 1ヶ月あたりの慢性腎不全医療費：約770万円  
⇒年間約9,250万円
- 1人あたり年間平均慢性腎不全医療費：約463万円
- 総医科医療費：約20億7600万円  
⇒慢性腎不全医療費が約4.5%を占める。（第4位）  
（H27は約8.5%と最も医療費の高い疾病となっていた）



患者のQOL維持、医療費の抑制のため、行政（保険者）として、早急に取り組まなければならない課題

# 東員町の糖尿病対策

- ①糖尿病予防教室
- ②「糖尿病性腎症重症化予防プログラム開発」  
のための研究への参加（H28年度から）
- ③「東員町糖尿病性腎症重症化予防連携マ  
ニュアル」による町と医療機関との連携  
（H29年度完成）

## 東員町の取組③

# 「東員町糖尿病性腎症重症化予防連携

## マニュアル」による町と医療機関との連携

- 「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」において、自治体とかかりつけ医、専門医等との連携の重要性が明記されており、個別の受診勧奨や保健指導にあたって、そのことの重要性を改めて痛感。
- 町内の糖尿病治療を主とした医院(以下「医院」)において、人工透析導入間近の患者が増加傾向にあり、月1度の医院の診療指導だけでは効果が限定的。



行政と医療機関の連携が重要

(例) 保健師の訪問保健指導と医療機関の診療指導を連携して実施する

### 東員町の取組③

「東員町糖尿病性腎症重症化予防連携マニュアル」による町と医療機関との連携

**目的:** 糖尿病性腎症が重症化するリスクの高い者に対し、東員町（以下「町」という。）と医療機関が連携して予防に取り組み、人工透析への移行を防止又は遅らせる。

**対象:** 【医療機関から町】

町内在住者のうち、急速腎症進行例で、別に定めるリスク要因を有し本人の同意を得られた者。

【町から医療機関】

町内在住者のうち、特定健康診査において、別に定めるリスク要因を有し、本人の同意を得られた未治療及び治療中断者。

### 東員町の取組③

「東員町糖尿病性腎症重症化予防連携マニュアル」による町と医療機関との連携

#### 方法:【医療機関から町】

連絡シートにて本人の同意書とともに町に情報提供。町は実施した保健指導について、医療機関にフィードバック。協議し今後の方向性、役割分担を決定。

#### 【町から医療機関】

町は本人へ受診勧奨し、本人の受診予定医療機関へ診療情報提供書により情報提供。治療した医療機関は連絡シートにて町と情報共有。以下【医療機関から町】と同様。

### かかりつけ医と糖尿病専門医等との連携

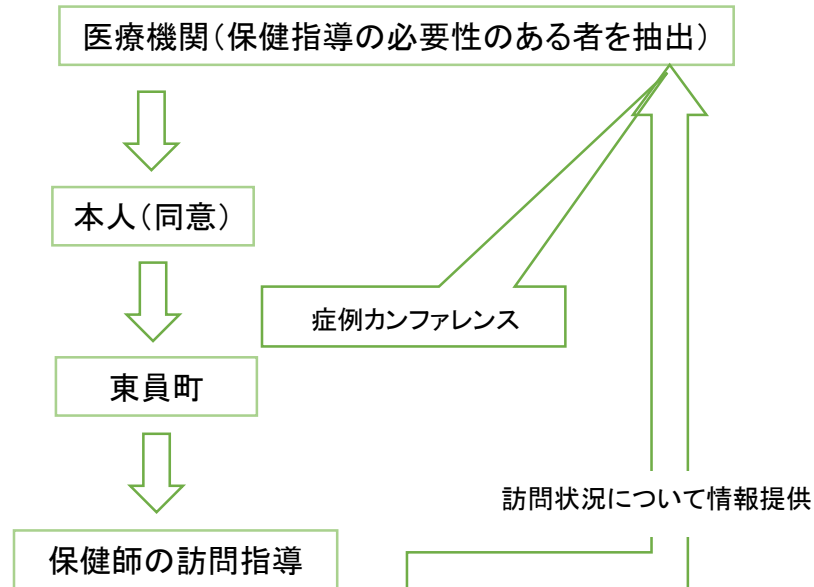
かかりつけ医で栄養・療養指導が困難な場合、町を通して糖尿病専門医等協力医療機関に対象者を診療情報提供書により紹介。協力医療機関は2か月を目途に指導等実施。

### 東員町の取組③

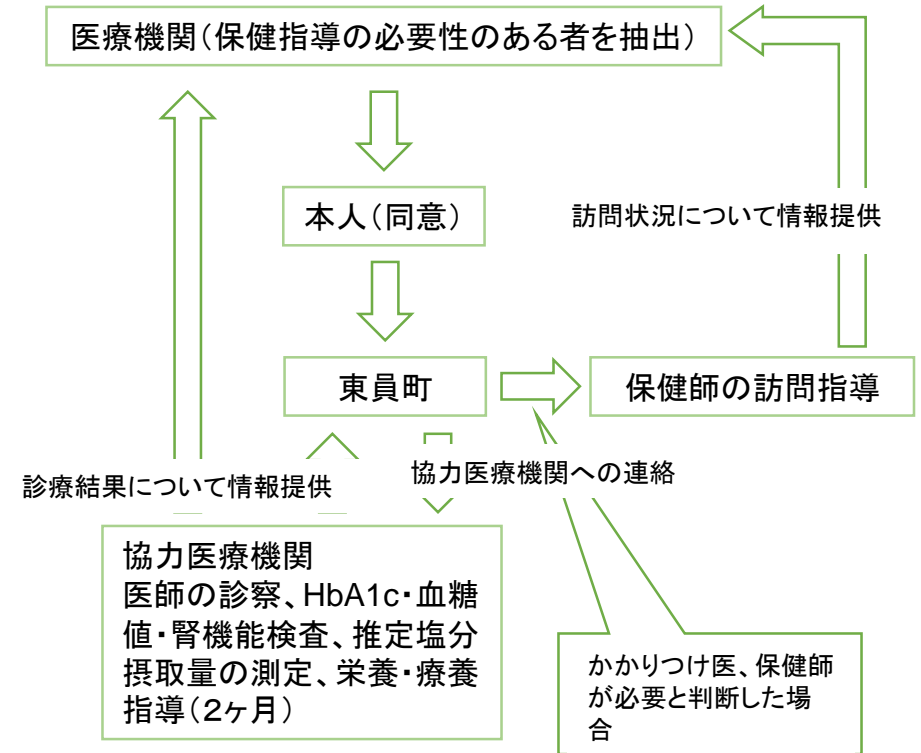
「東員町糖尿病性腎症重症化予防連携マニュアル」による町と医療機関との連携

## 糖尿病性腎症重症化予防医療連携フローチャート 医療機関から東員町へのワークフロー

(1) : 自院で糖尿病透析予防指導、栄養指導が可能な医療機関



(2) : 自院で糖尿病透析予防指導、栄養指導が困難な医療機関

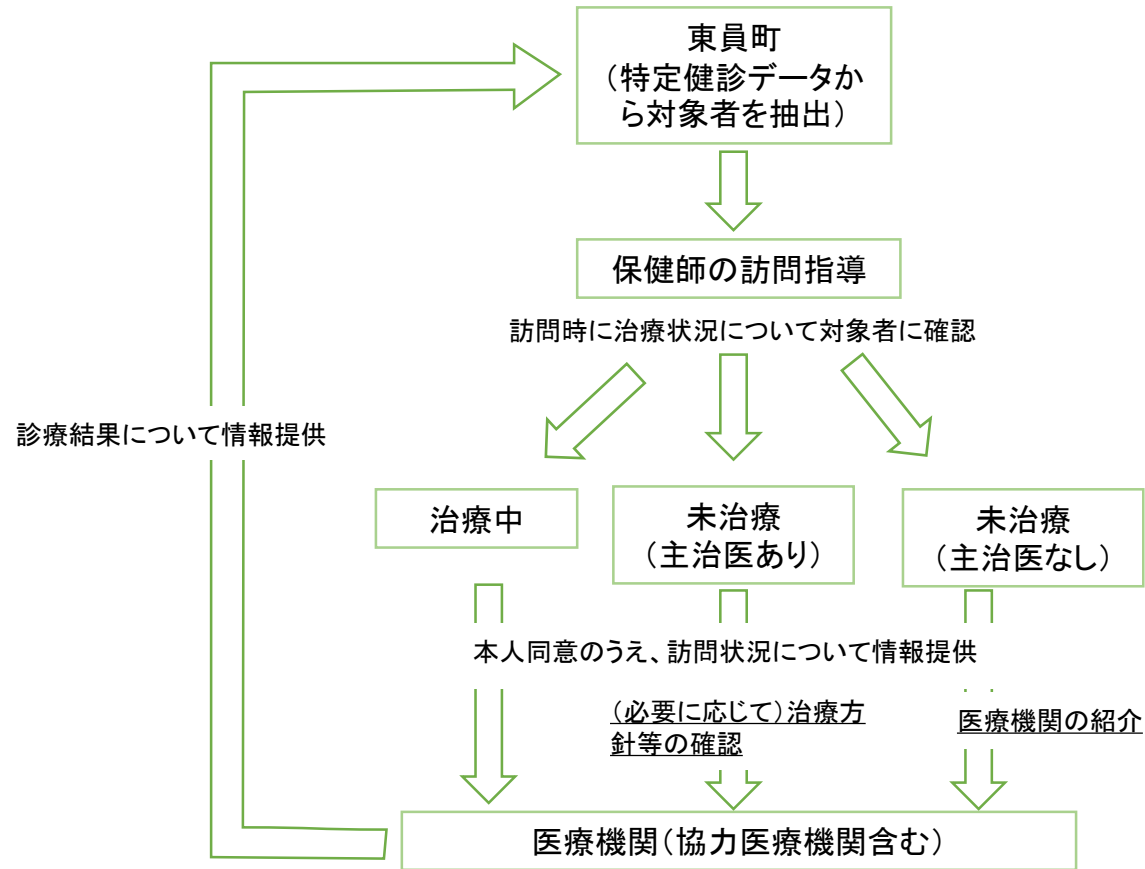




### 東員町の取組③

「東員町糖尿病性腎症重症化予防連携マニュアル」による町と医療機関との連携

## 糖尿病性腎症重症化予防医療連携フローチャート 東員町から医療機関へのワークフロー



### 東員町の取組③

「東員町糖尿病性腎症重症化予防連携マニュアル」による町と医療機関との連携

## 現在の取り組み状況

- プログラム対象者については1～3ヶ月毎に電話や来所面談、個別訪問し受診勧奨やかかりつけ医と連絡を取りながら保健指導を実施している。
- 必要なケースは連携マニュアルに沿って協力医療機関(腎内科)受診を入れながらの保健指導も行っている。
- 医療機関(いなべ糖尿病内分泌内科)から保健指導依頼があったケースは月1回定期的な訪問を行い訪問結果を医療機関と共有し次回の支援について検討している。

# 東員町糖尿病性腎症重症化予防連携 マニュアルを活用した事例

- Aさん(S24.7.1生 70歳) 男性
- 平成29年度 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの受診勧奨対象者(H28特定健診結果 HbA1c7.3%、尿蛋白3+)
- 高血圧と高尿酸血症のため、桑名市内の開業医に通院中。糖尿病の治療はまだ行われていなかった。



- 3ヶ月/回個別訪問し、糖尿病に関して主治医に相談するよう勧奨。
- 受診・服薬状況と血液データの確認を行った。

# かかりつけ医との連携

- 「東員町糖尿病性腎症重症化予防連携マニュアル」について本人に説明し、かかりつけ医との連携について同意を得る。(マニュアル様式1同意書)



- かかりつけ医と保健師が面談。主治医から本人への治療方針と検査データ等の情報をいただく。保健師による本人への訪問情報を主治医へ報告する。(マニュアル様式3連絡シート)



- H30年度特定健診結果から血糖コントロール不良、腎機能の低下が認められたため、主治医に相談する。

# かかりつけ医、協力医療機関との連携

- 本人の腎機能低下への対応について、かかりつけ医にマニュアルの協力医療機関先(腎臓専門医)の利用について相談。



- かかりつけ医から了承いただき、協力医療機関に向け診療情報提供書を提供いただく。(マニュアル様式 かかりつけ医→協力医療機関)
- 町が本人と日程調整し、協力医療機関の地域連携室へ予約を取る。



- 本人が協力医療機関(腎臓内科)を受診。(保健師も同行)  
初回)血液、尿検査、医師の診察、透析室の見学。  
2回目)医師から検査結果と糖尿病性腎症の説明。栄養士からの栄養指導。

# 協力医療機関からかかりつけ医へ

- 本人が2カ月間、協力医療機関を受診した結果について協力医療機関からかかりつけ医に診療情報提供書を提供いただく。(マニュアル様式 協力医療機関→かかりつけ医)



- 本人はかかりつけ医への通院に戻る。半年ごとに協力医療機関を受診するながれとなった。

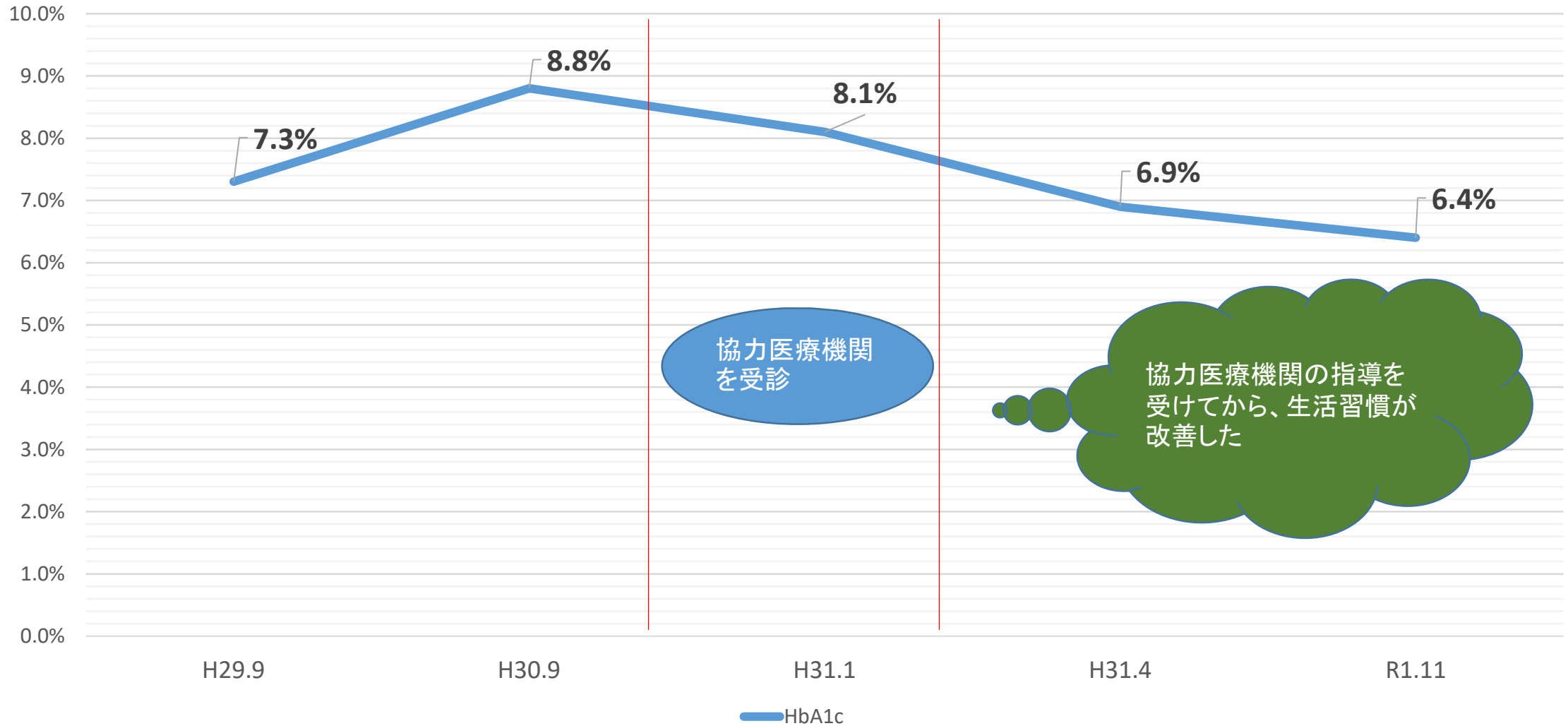


- 2カ月の受診から1カ月後、2カ月後、3ヶ月後の本人の生活状況や検査データ、指導された内容が実行されているかを確認。

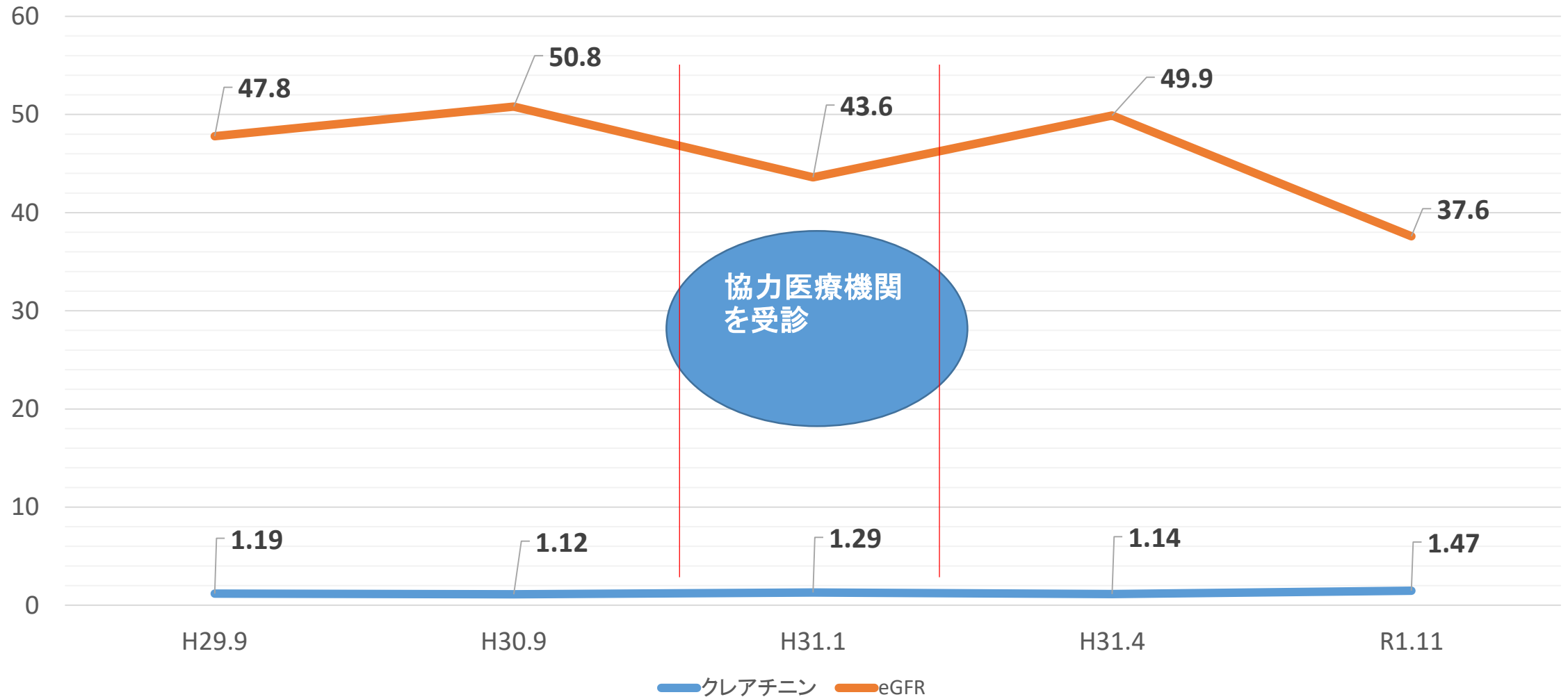


- 半年後、協力医療機関受診や検査データ、生活状況を確認し積極的介入は終了。

# 血糖コントロールの推移



# 腎機能(クレアチニン・eGFR)の推移





# 連携マニュアルを活用した支援を通して

- かかりつけ医と協力医療機関（腎臓専門医）と連携し、役割分担した関わりを行ったことで、本人の行動変容が見られ血糖や血圧のコントロールは良好になった。
- 腎機能については、低下傾向にあるものの、半年ごとの腎臓内科でのフォローが行われるようになっていて、本人にとって、かかりつけ医と腎臓専門医の双方から経過を見てもらえる安心感につながっていると考えられる。