

取材日：2017年10月12日



医師会と行政との連携により いち早く糖尿病性腎症重症化予防を。

Point of View

- ① 市医師会が手上げ方式で募った「かかりつけ医（糖尿病診療医）」と、「糖尿病専門医療機関」、「腎内科専門医療機関」によるネットワーク
- ② 年間360,000もの検体を扱う市医師会健診センターが、糖尿病性腎症のリスクが高い患者を抽出、受診につなげる
- ③ 行政からは保健師が参加、糖尿病の重症化が考えられる医療機関未受診者宅を戸別訪問して受診勧奨、保健指導を行う

一般社団法人弘前市医師会会長／
今村クリニック院長

今村 憲市先生

青森県弘前市健康福祉部
国保年金課総括主査
保健師

三上 浄子氏

一般社団法人弘前市医師会
健診センター第二事業部長
臨床検査技師

長沼 孝雄氏

糖尿病死の多い青森県で 早くから啓発や連携を模索

今村クリニック院長で、弘前市医師会（以下、市医師会）会長も務める今村先生は、糖尿病による死亡率が高い青森県にあって1986年の開業当初から糖尿病医療に熱心に取り組んできた。

「糖尿病教室を開いている診療所など稀だった当時から、糖尿病治療には、まず正しい知識が欠かせないと訴えています」（今村先生）

院内の患者や一般市民対象の糖尿病教室を開催する傍ら、1989年には「弘前糖尿病研究会」を立ち上げ、医療者の糖尿病医療に対する知識の

底上げにも尽力した。

「そして次にすべきは、医療機関のネットワーク構築。患者さんが日常的に通院して治療を継続し、かつ重症化した局面では専門的な治療を行える施設でバックアップしてもらえる仕組みをつくらなければならないと思いました」（今村先生）

青森県も糖尿病医療の状況に危機感を抱き、2012年からモデル地区を設定しての病診・診診連携事業に乗り出す。弘前市はモデル地区のひとつとなり、市医師会はネットワーク構築を模索し始める。

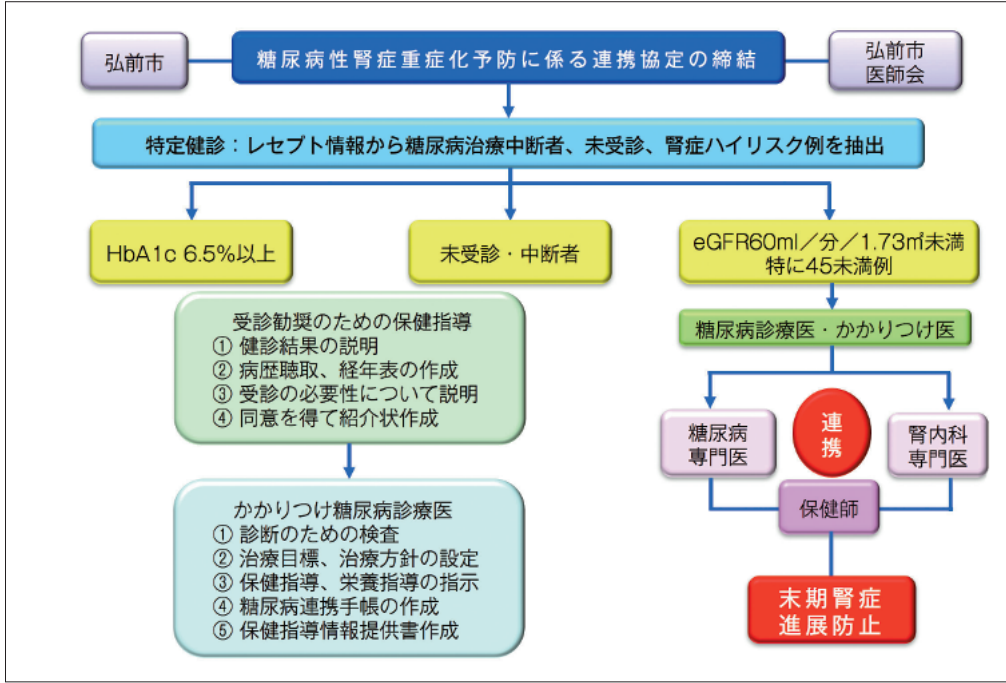
「専門医の有無にかかわらず、糖尿病の専門的治療を行える医療機関を



左から今村先生、三上氏、長沼氏

【資料1】

『弘前市糖尿病性腎症重症化予防プログラム』の概要



募ると、診療所と病院をあわせて26施設が手を上げてくれました。

糖尿病の診療はできないと考える先生に、患者さんをそれらの医療機関に紹介していただき、継続治療を容易にしようとの試みでした」(今村先生)

医師会と行政が県内初の協定
受け皿は手上げ方式で募る

ところが、残念ながらネットワークはうまく稼働しなかった。

「紹介患者が、ほぼ2施設に集中してしまっただけです」(今村先生)

2施設は、いずれも糖尿病専門医のいる診療所だった。紹介する側の医師は、病院より身近な診療所のほうが患者は通いやすく、さらに専門医がいるところがいいと考えたのだろう。しかし、この経験は無駄にならずにすむ。

「糖尿病から腎不全や人工透析への移行を防ぐための『弘前市糖尿病性腎症重症化予防プログラム』(以下、市重症化予防プログラム)を実施するネットワークづくりでは最初の経験が大いに活かされました」(今村先生)

市重症化予防プログラムの発端は2016年3月に厚生労働省、日本医師会、日本糖尿病対策推進会議の三者が「糖尿病性腎症重症化予防に係る連携協定」を締結するに際し策定された「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」である。同プログラムによって、糖尿病性腎症重症化予防を全国展開する計画だ。

「こうした国の施策を受け、青森県医師会と青森県糖尿病推進会議、青森県との糖尿病性腎症重症化予防の連携協定は2017年9月に締結されましたが、弘前市と市医師会との連携協定は県より半年早く、同年3月に

締結。県内自治体の中で最初でした」(今村先生)

この動きの速さには理由がある。今村先生が、2016年6月の市医師会会長就任直後、かねてから構想していた糖尿病の医療機関のネットワーク構築を市に働きかけ、両者による糖尿病性腎症重症化予防への取り組みも始まっていたのだ。保健師の立場にあって市医師会と協働し、連携協定締結に先立っての市重症化予防プログラムの作成と、締結後のプログラム実施にもたずさわってきたのが、青森県弘前市健康福祉部国

保年金課総括主査の三上氏だ。

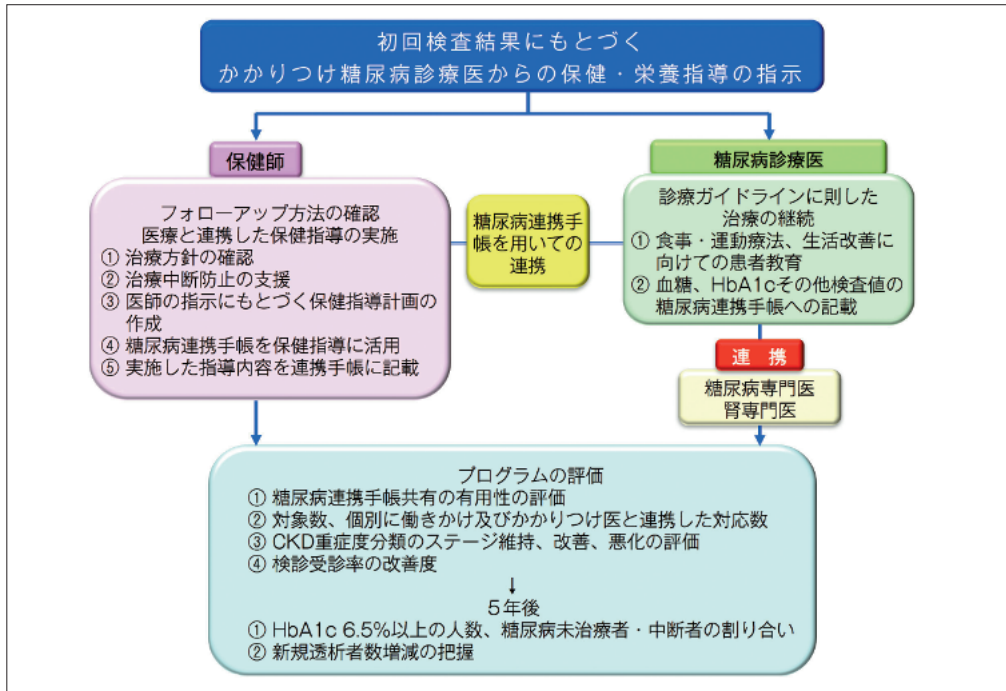
「2016年に国保年金課に異動し、国民健康保険(以下、国保)の保健事業をどう進めるかを考えていたところ、今村会長からお声がけいただき市医師会との協働が始まりました。

市重症化予防プログラム作成は対象者の検討からスタートしました。国保特定健診(以下、特定健診)の検査結果やレセプトを整理・分析すると、かなりの方が糖尿病に関して未受診であると判明。やはり早急な対策の必要性があるとの認識を共有し、先行する他県のを参考にしつつ、相談しながら市重症化予防プログラムを作成していったのです」(三上氏)

市医師会は、同時進行でプログラム実施に向けた準備を進めた。

「まずは、患者さんの受け皿を整備しなければなりません。以前のネットワーク構築時と同様、手上げ方式

検査結果にもとづくフォローアップの流れ



た。手始めに行ったのは、糖尿病性腎症のリスクが高い例をピックアップする作業です。

腎機能を表す指標のひとつに推算糸球体濾過量 (eGFR) があります。正常値90ml/分以上に対し、中等度から高度の機能低下を示す45ml/分未満の例と、軽度から中等度の機能低下を示す60ml/分未満、かつ年間5ml/分以上低下している例を抽出しました」(長沼氏)

結果、2014年度の約8,000例余り、2015年度の8,500例余りの市特定健診データから74例の糖尿病性腎症のリスク

で参加医療機関を選任しました。

そして前回、紹介患者が特定の診療所に集中した反省を生かして、今回は医療機関を、日常の糖尿病管理をする『かかりつけ医(糖尿病診療医)』、専門的な検査や治療を行う『糖尿病専門医療機関』、糖尿病性腎症に対応する『腎内科専門医療機関』といった役割別の3グループに分け、各々ネットワークの一翼を担っていただくことにしました」(今村先生)

さらに、市医師会と市の連携、ネットワーク参加医療機関同士の意思疎通を図るべく糖尿病性腎症重症化予防対策検討委員会(以下、対策検討委員会)が立ち上がる。委員は、市医師会の理事会や健診センターと事務局のメンバー、市内の糖尿病専門医、腎臓専門医、そして市国保年金課の保健師だ。

対策検討委員会での協議の結果、

市重症化予防プログラムの対象は、①特定健診結果で糖尿病受診勧奨レベルの医療機関未受診者、②糖尿病治療歴があり、一定期間受診歴のない中断者、③治療中で糖尿病性腎症のリスクが高い者と決定。2017年3月の市と市医師会の連携協定締結と同時に、市重症化予防プログラムが速やかに船出した。

検体のビッグデータをハイリスク患者抽出に活用

市重症化予防プログラムの対象者抽出で大きな役割を果たしたのが、市医師会健診センターである。

「市医師会健診センターでは、年間360,000もの検体を扱っています」と語るのは、同センター第二事業部長の長沼氏。

「このビッグデータが、市重症化予防プログラムに生かされると考えまし

が高い症例を見出したという。それらについては市医師会から、かかりつけの医療機関に報告書を送付、専門医と連携しての診療を依頼した。「半年ほどの短期間で腎症ハイリスク患者を抽出、診療につなげられたことで、当センターのデータの可能性に期待が膨らんでいます。データの集積、分析にはオリジナルのプログラムを組んで対応するなど工夫を重ね、新たなシステム構築などの費用はかかりませんでした。

引き続き2016年度以降の腎症のハイリスク症例抽出に取り組むのはもちろん、糖尿病予防やその他の疾患のためのデータ活用も視野に入れています」(長沼氏)

保健師による戸別訪問が奏功 受診者は増えつつある

一方、市の国保年金課は特定健診

の結果から、糖尿病と脂質異常症、高血圧の3疾患の未受診者、長期治療中断者を抽出。糖尿病性腎症重症化のリスクを内包する糖尿病未受診者を特定して、受診勧奨することにした。

「2016年度の特健診受診者10,758名のうちHbA1c 6.5%以上にもかかわらず未受診の142名をリストアップし受診勧奨を行いました」（三上氏）

2017年3月から、市の国保年金課と健康づくり推進課に在籍する20名余りの保健師が戸別訪問を開始する。通り一遍の受診のすすめではなく、対象者それぞれの社会的背景などを踏まえての訪問のため、時間や手間がかかるが、「それでも、3月から7月末までに延べ151回の訪問を実施し、102名とはきちんと面談できました」（三上氏）。

面談後の受診状況は、きわめて良いという。

「保健師が面談した102名のうち、50%に当たる51名が、医療機関を受診したことを確認できました」（今村先生）

長期治療中断者へは ハガキでリスクを呼びかける

糖尿病の長期治療中断者のフォローは、どう行っているのだろうか。

「2015年度の特健診からわかった治療中断者は900名余り。2017年時点でも再受診していない287名には、市からの特健診を通知するハガキに治療を中断した場合のリスクを伝える注意書きを加えてもらいました」（今村先生）

「4月にハガキを郵送したところ、10月時点での未受診者は93名にまで減っていたので、ほかの200名弱は治療を再開してくださったものと思われれます」（三上氏）

そして、今後に向けてのさらなる課題や計画は――。

「私たち保健師は、日本糖尿病療養指導士（CDEJ）や栄養士、将来的には薬剤師とも協働し、腎症にならない、あるいは重症化させないための留意点、どんな生活をすればいいのかを患者さんにしっかり伝え、支援する体制をつくっていく必要がある

でしょう。方法のひとつとして『糖尿病連携手帳』をさらに有効活用していきたいと思います」（三上氏）

「市重症化予防プログラム実施の前提とも言える課題が、特定健診自体の受診率アップです。

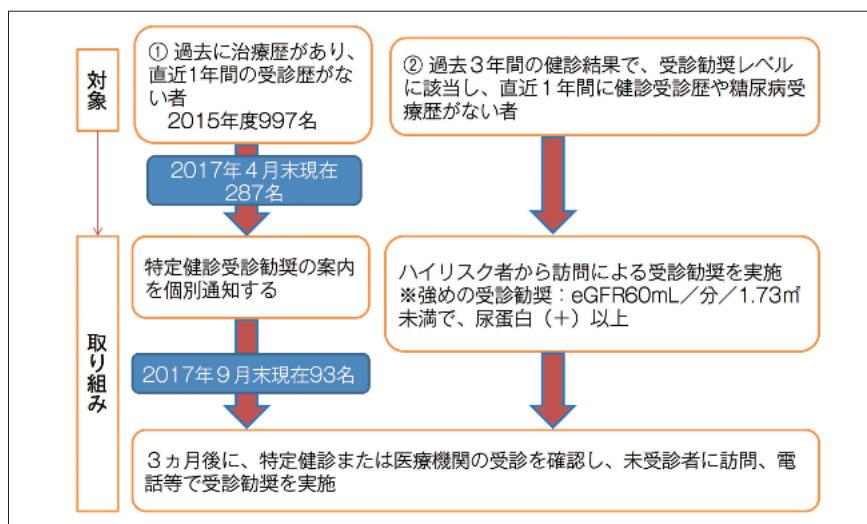
市町村国保の目標が65%、青森県の現状が40%（2016年度）なのに対し、弘前市の受診率は30.1%（同）です。これをせめて35%にまで、いざれば、県レベルにまで届かせなければなりません。

また、糖尿病患者の直接の死因となる疾患第1位は、30年前は大血管障害でしたが、現在はがんが4割弱を占めて第1位。したがって市重症化予防プログラムをベースに、がん健診の受診勧奨までできるようにしていきたいですね」（今村先生）

弘前市をモデルに、県内他医師会も同様のプログラム作成に着手しており、間もなく県全体での糖尿病対策も軌道に乗ると思われる。弘前市の事業の評価が定まるころには、青森県の糖尿病医療のレベルも向上していることだろう。

【資料3】

糖尿病治療中断者への受診勧奨の仕組み



一般社団法人弘前市医師会

〒036-8045
青森県弘前市大字野田2-7-1
TEL：0172-32-2371～2

今村クリニック

〒036-8142
青森県弘前市松原西2-1-1
TEL：0172-88-3090

青森県弘前市 健康福祉部国保年金課

〒036-8551
青森県弘前市上白銀町1-1
TEL：0172-35-1111