

平成30年3月  
中野区区民サービス管理部  
保健事業担当

## 平成29年度中野区糖尿病性腎症重症化予防事業について

### 1、事業開始の経過

65歳以上74歳未満の前期高齢者のうち、約7割が国保となっている。65歳以上74歳未満は健康問題が生じやすく、医療費も増加する。今後更に前期高齢者が増加することにより、医療費が増加するとともに、生活習慣病の悪化(脳血管障害や心疾患等)が介護給付費にも波及することが予測される。特に糖尿病は重症化すると合併症を引き起し人工透析に至ることもあり、糖尿病患者本人の生活の質の確保や医療費適正化の効果も大きいことから、糖尿病の重症化予防を優先して取り組む課題とした。なお、糖尿病の重症化予防事業開始後は、順次他の生活習慣病予防事業への取り組みを進めていくこととしている。

平成29年1月区医師会へ事業開始の相談、2月研修会の開催、3月三師会への事業説明を経て、平成29年度より事業開始に至る。

### 2、糖尿病性腎症重症化予防事業対象者データ抽出について

区医師会からのご助言により、対象者の抽出を行う。(抽出は委託事業者へ委託)

(ただし、平成29年3月末現在での資格喪失者を除く)。

特定健診結果及びレセプトデータからの抽出又はかかりつけ医が紹介する場合で、以下のア①～③のいずれかに該当し、かつイ①～③のいずれかに該当する者

ア 2型糖尿病であること

- ① 現病歴または既往歴に「糖尿病」または「糖尿病性腎症」の記載がある。(疑い病名は対象外。) または、健診の該当問診項目「医師から、慢性の腎不全にかかっていると言われたり、治療(人工透析)を受けたことがありますか。」に「はい」と回答している。
- ② レセプトに別紙「抽出診療明細定義」記載の指導管理料、または糖尿病治療薬が存在する。 または、健診の該当問診項目「インスリン注射又は血糖を下げる薬を服用している。」に「はい」と回答している。
- ③ 空腹時血糖値が126mg/dl以上、またはHbA1c値が6.5%以上、または随時血糖値が200mg/dl以上

イ 腎機能が低下していること

- ① 尿蛋白の結果が+以上である。
- ② e-GFR値が30ml/分/1.73m<sup>2</sup>以上、60ml/分/1.73m<sup>2</sup>未満
- ③ 尿蛋白が±以上、かつe-GFR値が60ml/分/1.73m<sup>2</sup>以上、90ml/分/1.73m<sup>2</sup>未満

上記の条件で、1,247名を対象者を抽出。

(中野区国保被保険者は、平成29年3月時点で約89,000人)

1,247名から、がん、精神・難病、透析患者等を除外し、514名に絞る。

514名から更にCKD重症度分類G1,G4,G5,74歳以上の者を除外し、336名を抽出。336名から年齢などの優先順位の高い300名に勧奨通知を発送することとした。

### 3、糖尿病性腎症重症化予防事業の勧奨方法について

平成 29 年 7 月 19 日、300 名に案内通知発送。7 月 24 日から健診結果が悪い 182 名のうち、年齢の若い者 158 名に電話による勧奨を実施したところ順調に申込みがあり、定員の 30 人を超えたため、7 月 31 日に電話勧奨を中止した。

### 4、糖尿病性腎症重症化予防事業の保健指導実施状況

#### (1)委託事業者での保健指導(31 名に保健指導を実施)

##### ① プログラムの分類(e-GFR 値が 45ml/分/1.73 m<sup>2</sup>を下回るか否かで、プログラムを軽中度・中高度に分類)

軽中度(面談 2 回、電話 6 回) : 30 名。

中高度(面談 2 回、電話 10 回) : 1 名。

※31 名中、検査データの改善等の理由で 3 名辞退。

##### ② 生活指導内容確認書について

・ 31 名中、生活指導内容確認書未提出者 5 名。うち 2 名は保健指導辞退者で、1 度だけ保健指導を受けてみたかったとの理由で継続指導を辞退。

保健指導継続者で生活指導内容確認書未提出の 3 名のうち 2 名は、かかりつけ医がいなかった。もう 1 名は健診を受けた医療機関の中で健診担当の医師は主治医ではないため生活指導内容確認書を書くことができず、生活指導内容確認書を書くために他の医療機関に紹介し治療開始となると、希望している特定保健指導を受けられなくなってしまうとの理由で未提出となった。生活指導内容確認書の未提出者 2 名も、委託事業者と相談の上、事業対象者とした。

・ 医師会との打ち合わせにより、区内医療機関とは事後に生活指導内容確認書作成料@ 2,500 円を医師会ないしは、医療機関に支払う旨の申し合わせができたが、**区外で中野区と契約できなかった**医療機関利用者には、一旦利用者本人に立替てもらい返還した。

#### (2)事業対象外とした人への保健・栄養指導

本事業対象外とした人へも、区の保健師、管理栄養士による保健指導を実施、次年度の本事業の紹介等を行った。資料としては、「できることから始めよう 糖尿病予防」、「ほっとけないぞ！(CKD)」(東京都 HP 資料) 活用。

### 5、課題

#### (1)対象者の抽出について

健診結果とレセプトデータにより対象者を抽出したところ、レセプトデータからの抽出者の中に、主治医から糖尿病と言われていないという人が何人かいた。また、糖尿病としては境界域で、高血圧、脂質異常症により腎機能が低下している人もおり、医師会の医師と相談の上、事業対象者とした。次年度以降の対象者の抽出方法については、課題となっている。

#### (2)保健事業参加者の次年度以降のフォローについて

区医師会からの助言もあり、6 か月間の保健指導終了後、その後も保健指導で受けた生活習慣の改善について継続できるよう、フォローの仕方についても検討している。

#### (3)評価について

個別の評価はその後の健診結果等で把握できるものの、区単位では年間の事業対象者が少なく、医療費削減効果を含めた事業の評価が難しい。

#### (4)人材育成

委託先が限られており、本事業の取り組みを国や都レベルで推進していくためには、指導や事後フォローを行うことができる専門職の育成が必要である。

#### (5)その他

国保所管部署では生活の質の確保や、医療費適正化の観点から糖尿病性腎症重症化予防事業への取り組みの重要性が共通認識されている。しかし、医療専門職種間でも認識の差を感じるところもある。本事業の委託事業者も限られることから、国や都など広域に渡る糖尿病重症化予防や医療費適正化を推進するためには、所管を超えた取組の重要性を感じている。