

岐阜県糖尿病性腎症・慢性腎臓病（CKD）
重症化予防プログラム

岐阜県では、「オール岐阜」体制の下、糖尿病患者さん常用の「糖尿病連携手帳（JADEC連携手帳）」に診療スケジュール表と管理評価用紙を貼付した県下統一型の「岐阜糖尿病地域連携パス」を作成し、糖尿病診療の標準化と医療資源の節約を図っています。現在、新規透析導入阻止のため国を挙げて進めている「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」においても、その活用が大いに期待されていますが、本プログラムにおける配布率はまだ十数％台に留まっています。また糖尿病チーム医療を継続・発展させるには、糖尿病専門医やかかりつけ医とともに治療を支援する糖尿病療養指導士（CDE）を養成する必要があります。現在、12年前に設立された「岐阜県CDEネットワーク」に所属する約400名の「CDE岐阜（CDEL）」へのインセンティブ付与のために、県下全地域のCDELが一堂に会して1年間の成果を発表する例会、またそこで1番評価の高かった地域には世界糖尿病デー記念セミナーあるいは岐阜県糖尿病対策推進協議会総会での発表機会の提供、実地研修を優先したCDE J-L交流会の開催、そしてCDELによる腎症重症化予防のための健康教育・保健指導への講師派遣支援を実施しています。先の連携手帳の普及共々、引き続きよろしくご協力を賜りたくお願い申し上げます。

岐阜県糖尿病対策推進協議会副会長 / 糖尿病性腎症重症化予防WG委員 / 岐阜県糖尿病協会会長
岐阜大学大学院医学系研究科糖尿病・内分泌代謝内科学 堀川幸男

岐阜県糖尿病性腎症・慢性腎臓病(CKD)重症化予防プログラムにおけるかかりつけ医の役割

岐阜県では、関係機関がそれぞれの役割を理解し、密接に連携しながら「岐阜県糖尿病性腎症・慢性腎臓病(CKD)重症化予防プログラム」を推進しています。特に、かかりつけ医の先生方には、診療を通じて、対象者の病期診断や循環器疾患リスク、糖尿病合併症の状況を把握していただくとともに、患者への説明や保健指導上の留意点を保健指導実施者へ共有していただくことをお願いしています。

プログラムと循環器疾患対策

糖尿病性腎症の重症化予防と循環器疾患対策は密接に関連しているといえます。このため、本プログラムでは、糖尿病性腎症を発症している方やそのリスクが高い方に対して保健指導を実施し、重症化の予防を図る際に、高血圧症や脂質異常症を、対象者抽出の要件の一つとしています。図1

岐阜県における循環器疾患対策の取組み

岐阜県では、岐阜県心疾患対策推進ワーキンググループにおいて、高血圧症及び脂質異常症の疾患管理の標準化と診療水準の均てん化を図るため、令和7年2月に「高血圧症・脂質異常症管理表（岐阜県版）」を作成しました。**図2**

糖尿病性腎症の重症化予防をさらに進めていくためにも、血圧及び脂質の適切な管理は重要な要素です。日々の診療のなかでこの管理表をご活用いただけるよう、説明や治療に関する普及啓発のための講演会等を予定しております。

関係機関と連携しながら、地域全体での取り組みを一層推進してまいりたいと考えておりますので、皆さまのご理解とご協力をよろしくお願いいたします。

ア 糖尿病性腎症の病期が第2～4期と思われる者 a～dのいずれかに該当する者

(中略)

d.腎症2期以下の場合には、次の情報を参考とする。

- eGFR45mL/分/1.73㎡未満
- eGFR60mL/分/1.73㎡未満のうち、年間5mL/分/1.73㎡以上低下
- 微量アルブミン尿(30~299mg/gCr)の確認、あるいは尿蛋白(±)
- 高血圧1度以上(140/90mmHg、後期高齢者150/90mmHg以上)

イ 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

a.BMI25以上または、内臓脂肪過多腹囲(男性85cm以上、女性90cm以上)

b. 血压 140/90mmHg以上(後期高齢者 150/90mmHg以上)

c.脂質(LDLコレステロール120mg/dl以上)

d.尿酸 7.0mg/dlを超える者

(以下略)

図1 糖尿病性腎症等で通院中の者のうち重症化リスクの高い者に関する基準

高血圧症の管理目標値

対象	診察室血圧 (mmHg)	家庭血圧 (mmHg)	
① 40～74歳 (特定健診対象)	130/80 未満	125/75 未満	
② 75歳以上	140/90 未満	135/85 未満	

リスク因子チェックリスト

- 男性
- 喫煙者
- 糖尿病
- 脂質異常症
- 心臓病、脳血管病の既往
- 腎臓病の既往
- 心房細動・心房 flutter
- 心房性心室性心臓動
- 糖尿病
- 糖尿病の合併性腎臓病 (KD)
- 抗血栓薬服用中

1 つ以上当てはまる場合は重症となるリスクをイベント発生率のリスクが 10%以上と推定されるため、年間に一度の診察で目標値を目途に治療を行う。

※ 18歳未満・18歳以上が該当する場合は、必ずその年齢に適用されたリスク評価表を参照してください。18歳未満の場合は、心臓病・脳血管病の既往・腎臓病の既往・心房性心室性心臓動・心房 flutter・糖尿病・糖尿病の合併性腎臓病 (KD) の項目は該当しない。

あなたの
重症化する可能性は
/
重症化
です！

[illegible]

图2 高血压症・脂質異常症管理表(岐阜県版)

事例
紹介

可児市・御嵩町の取り組み

可児地域では年1回可児地域糖尿病重症化予防連携会議を開催し、各市町での取組内容や医療機関との連携体制の確認、事業評価などを行っています。

◆ 可児市の概要

可児市は平成17年に兼山町と合併し、令和7年4月1日現在、人口99,360人、高齢化率29.18%です。

糖尿病性腎症重症化予防の取組について

当市では平成29年度より糖尿病性腎症重症化予防に取り組んでいます。特に未治療者は継続支援を続けています。

可児市 治療状況(特定健診結果 HbA1c6.5%以上)

		R2	R3	R4	R5	R6
全受診者の内 HbA1c6.5%以上	人数(A)	579	538	567	481	424
	割合	12.4%	10.4%	11.1%	10.3%	9.6%
【再掲】 糖尿病未治療 質問票で服薬なしと回答	人数(B)	275	255	260	200	176
	割合※1	47.5%	47.4%	45.9%	41.8%	41.5%

※1 B/A

可児市での成功事例

◎治療中断



70代男性。血糖高値が続いていたが治療中断。受診勧奨のため市保健師が訪問。受診中断の経緯を伺い現在の状況と高血糖のリスクを説明。その後受診につながる。



保健師さんが直接会って重症化リスクの話をして、連絡票を手渡ししてくれたことで受診に繋がりました。

◎未受診



65歳男性。5年間にわたり受診勧奨を行ってきた。市糖尿病教室での保健指導、訪問による保健指導、連絡票を手渡しするなど行ったが未受診であった。6年目の健診受診後に改めて架電、受診に至る。



受診してくださったので依頼票を出しました。保健センターの訪問による保健指導を継続中です。

◆ 今後の課題と展望

2025年現在、可児市人口10万人、御嵩町人口1.7万人です。この地区内に、糖尿病を主に掲げて診療する医療機関が5カ所、医師5人です。腎臓専門医は1名、別に透析を行う医療機関が2カ所あります。より良い糖尿病医療、慢性腎臓病医療を施行する為に、こうした医療従事者による繋がりを考える時期にきていると思います。この予防プログラムがきっかけになればとずっと思っています。これだけ揃えば、これら疾病の啓蒙活動を自治体内で行う事が可能です。

1960-70年代に、当時の死因第1位だった脳血管障害を減らす為、国をあげた高血圧予防キャンペーンが行われました。中高年者は、自身の血圧に興味を持ち、血圧測定器が普及し、塩分摂取を減らしました。その後、脳血管障害による死亡は日本人死因の第4-5位、実数でも60年前の3分の1近くまで減りました。高血圧予防キャンペーンは脳卒中の予防に圧倒的な効果を発揮したのです。糖尿病についてはどうでしょうか。これまでの糖尿病性腎症予防プログラムに於いて、関係する自治体職員さん、保健師さん、栄養士さん方々のご尽力には本当に感謝していますし、実績も上がって来ました。一方で、検診受診者数の頭打ちや治療中断者数を思う時に、中高年者への啓蒙にもう一つパンチが欲しいと思います。高血圧予防キャンペーンの中にその解決策があるように思いました。一つは、毎月、国民のみんなが、尿糖・尿蛋白テープ検査を施行することです。もう一つは、中高年者のご子息様やお孫様に働きかけて、両親を特定健診に罹らせる取り組みです。例えば、母の日や父の日にお孫さんに一言、「長生きしてね。その為に健診を受けてね」と言ってもらおう。すると、じじばばは、孫には勝てんと喜んで実行するのではないのでしょうか。

◆ 御嵩町の概要

御嵩町は令和7年2月1日に町政施行から70周年を迎えました。令和7年4月1日現在、人口17,461人、高齢化率33.8%です。



糖尿病性腎症重症化予防の取組について



当町では平成30年度から糖尿病性腎症重症化予防に取り組んでいます。特定健診の結果から医療機関未受診者・中断者に対して文書・電話・面談にて受診状況の確認や受診勧奨、保健指導を行っています。

また、医療機関通院中の糖尿病患者のうち腎症重症化のリスクが高い者に対して、保健指導依頼票や糖尿病連携手帳を用いて医療機関と当町が連携をとりながら対象者に保健指導を実施しています。医療機関と連携をとることで、より効果的な支援に繋がっていると感じています。さらに、令和6年度からレセプト分析より腎症2～4期の者に対しての保健指導を民間業者へ業務委託し、より専門的な保健指導を対象者へ行うことができるようになりました。

令和7年度からは、糖尿病性腎症・慢性腎臓病(CKD)重症化予防プログラムとして、引き続き良好な血糖コントロールの維持、合併症の発症・進展を予防するとともに、腎不全や人工透析への移行を予防し、住民の健康増進の力になれるよう努めていきます。

