

視 座

糖尿病性腎症重症化予防プログラム

宮城県医師会理事

鈴木 裕 道

透析患者の増加とプログラム策定の経緯

2021年12月末時点の日本全国の透析患者数（血液透析，腹膜透析）は349,700人。2021年の年間新規透析導入患者数は40,511人（死亡患者数が36,156人で未だに約4,300人の増加）で，実に全国民のおよそ360人に1人が透析患者という状況になっています。患者のQOLの低下や生命予後の悪化のみならず医療経済学的にも大きな問題で，週3回，1回4時間の標準的外来血液透析を続けているだけで年間約500万円の医療費が毎年かかってきますし，透析患者が脳梗塞，心疾患などで入院となった場合は簡単に10万円超えのレセプトが発生してしまいます。患者負担は現状月1万円程度で済むシステムとなっていますが，透析患者が増えれば増えるほど健保財政は悪化します。医療費適正化が叫ばれている昨今，透析患者自体を増やさないことは最も優先的に取り組むべき課題の一つであり，中でも原因疾患として最も頻度が高い（約40％程度）糖尿病性腎症を発症させない，悪化させないことを主目的とし，国・県・市町村一体となった「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」が行政を主体に2016年以降展開されてきました。

プログラムの内容と変遷

2016年4月に制定され2019年4月に改訂された現在の国のプログラムでは「糖尿病が悪化するリスクが高い医療機関未受診者や治療中断者について，関係機関からの適切な受診勧奨，保健指導を行うことにより，治療に結び付けるとともに，糖尿病性腎症等で通院する患者のうち，重症化するリスクの高い者に対して主治医の判断により保健指導対象者を選定し，腎不全，人工透析への移行を防止することを目的とする」とされています。国のプログラムに基づいて2019年3月宮城県版のプログラムが制定されました。

具体的には，市町村国保のレセプトデータを基にした「KDBシステム」と市町村の健診受診者データとを照合利用し，A．健診結果で糖尿病があり，糖尿病性腎症も認めるがレセプトデータがない（つまり通院していない）群，B．糖尿病性腎症があり，過去に通院歴があるが最近に通院を中断してしまっている群，C．健診結果で糖尿病基準に該当するが，通院データがなく，放置していると想定される群，の3群に対して受診勧奨（A群，C群）や主治医の適切な指示のもとで保健指導（B群など）を行うとされています。既に先生方のもとにも市町村から保健指導への協力依頼の文書を持った患者さんが受診されているのではないのでしょうか。かかりつけ医で糖尿病自体の評価・治療を行い，コントロールに難渋する患者は糖尿病専門医に，腎症発症リスクの高い，もしくは既に発症している患者は腎臓専門医へ

早期に紹介する、という考え方です。

プログラムの周知が拡がるにつれて、行政とかかりつけ医、糖尿病専門医、腎臓専門医との連携も進み、当初の目的に向かって結果が期待できそうな自治体もあるようです。私の住む気仙沼市では腎障害の原因を糖尿病に限定せず、高齢化に伴って新規透析導入患者の中では第2位（18.2%）までに増加した腎硬化症に対する保健指導も開始されています。

宮城県は全国平均よりも介入すべき患者数が多く、全国的には既に減少し始めた糖尿病性腎症からの透析導入患者数も未だ横這い状態ですから、プログラムが軌道に乗り、早期に治療介入や治療中断させない指導が充実すれば効果が十分に期待されると思います。



問題点

当初は国のプログラムを基に「地域の実情に応じて」県単位、市町村単位で細部が微妙に異なるプログラムが作成され、肝心の糖尿病ありと見なす選定基準や腎症ありの判断基準すら統一されていなかったこと等問題点もありました。また宮城県版プログラムが制定されたわずか1か月後に国は改定を行い、基準の統一化を進めています。国の改定に遅れること4年、今回宮城県、宮城県医師会、宮城県糖尿病対策推進会議が主体となって県のプログラムの見直しが行われます。主な改定ポイントは（1）対象者の抽出基準（2）関係機関の連携体制の構築の2点です。

連携するはずの専門医がない

当気仙沼地域には腎臓専門医は開業医1名、中核病院に非常勤で週1回の外来枠が設定されていますが、糖尿病専門医はおりません。開業医はもちろん、地域の中核病院にも常勤はおろか、非常勤でも1名も来ておりません。

最寄りの専門医を受診しようとする、石巻市もしくは仙台市内の医療機関まで三陸道を通って自家用車もしくは高速バスで移動ということになってしまいます。距離でいえば気仙沼・石巻間は約80km、気仙沼・仙台間は約130kmもあり、現在は気仙沼・石巻間に高速バスの便はないので、自家用車が使えない患者さんは高速バスに乗りはるばる仙台まで出るしかありません。仙台圏に居住されている方には感覚が掴みづらいかと思いますが、距離で言えば、自家用車もしくは高速バスに乗って（新幹線ではありません）近くても仙台から福島市内、遠いと郡山市内の医療機関に定期的に通院しなければならないということになります。気仙沼市と同様に市町村内に専門医がない自治体は数多く存在します。

癩や遺伝疾患、希少疾患等に対する最先端治療を受けるためならいざ知らず、患者数の多いいわゆる「common disease」を専門医に診てもらうためだけにこのような負担を強いられるのは、医師・専門医の偏在が問題となっている現在でも最優先に何とか対策していただきたい課題と考えます。

このプログラムが行政により発案されたものであり、今回頼みの綱とも言える糖尿病専門医・腎臓専門医に容易にアクセス・相談できない市町村が多数あるという事実を行政側もよく認識できたと思います。実際、前記改定ポイントの（2）については、保健指導を行う自治体の保健師・栄養士が指導内容に迷った際に相談できる専門医がおらず困っているという側面が強いようです。国（東京）や県（仙台市）は専門医が全ての自治体に潤沢に存在するものと信じて疑わずにプログラムを策定したとしか思えません。公共交通機関が発達していない田舎ほどすぐに車で移動する傾向があり、糖尿病の有病率は高いとする報告も国内外でなされているほどです。

医師偏在の問題は根深く一朝一夕に解決できるものではありませんが、行政の管轄下にある公的病院の存在意義を意識し、求められている役割を十二分に果たし、このプログラムが本当に必要な非都市部で絵に描いた餅に終わらないよう、問題が解決に進んでいくことを願ってやみません。