

呉市糖尿病性腎症等重症化予防事業について

呉市福祉保健部保険年金課

前野 尚子 (MAENO shoko)

要約：人工透析導入原疾患の第一位である糖尿病性腎症で通院中の被保険者へ、主治医や看護師が協力し、疾患への自己管理能力を高める学習プログラムを提供する地域連携システムを、市町村国保が中心となって構築し、運用することにより、慢性疾患患者へのきめ細かい疾病管理サポートが長期間に渡り可能となり、被保険者の QOL 保持と医療保険財政の安定化実現への可能性が示唆された。

キーワード：糖尿病性腎症・人工透析・医療保険者

- 1 はじめに
- 2 糖尿病性腎症等重症化予防事業
- 3 今後の活動
- 4 おわりに

1. はじめに

広島県の南西部に位置する呉市は、瀬戸内海に面した気候温和で自然に恵まれた臨海都市であり、明治 22 年海軍鎮守府の開庁をきっかけに町が発展した歴史を持つ。

一時は 40 万人を越えた人口は、現在約 24 万人まで減少し県内 3 番目の、人口規模であるが、この四半世紀で 15 歳未満の人口は半減、65 歳以上は 1.8 倍になり、高齢化率は約 32% と、同規模都市の中では最も高くなっている。

海軍の町としての発展とともに、各種インフラも同時期に整備された。医療環境もその一つで、海軍関係の医療施設が設置され、現在でも 400 床を超える医療機関が市内に 3 施設ある。

医療施設数、病床数ともに全国平均を上回っている環境は、市民生活にとって安心を与えてくれる反面、高い高齢化率とともに医療費増加の要因とも考えられる。一人あたり平成 24 年度年間医療費は約 41 万 3 千円と、全国平均の 1.32 倍に達している。

そこで、呉市長期総合計画では、重点戦略の「人づくり」において、重点プロジェクトとして「市民の健康づくりの推進」を掲げ、市民の健康寿命の延伸に向け、地域ぐるみの健康づくり活動の支援に重点的に取り組んでいる。

2. 糖尿病性腎症等重症化予防事業

(1) レセプトデータベース

呉市国保事業の推進に欠かせないものとしてレセプト（診療報酬明細書）のデータベースがある。被保険者のQOL向上を図る保健事業や医療費適正化を強力に推進するため、呉市は平成20年度よりレセプトデータベースシステムを導入した。その情報を活用して、ジェネリック医薬品（後発医薬品）の使用促進通知や訪問指導・重症化予防などの各種保健事業、レセプト点検の充実・効率化などに取り組んでいる（図1）。

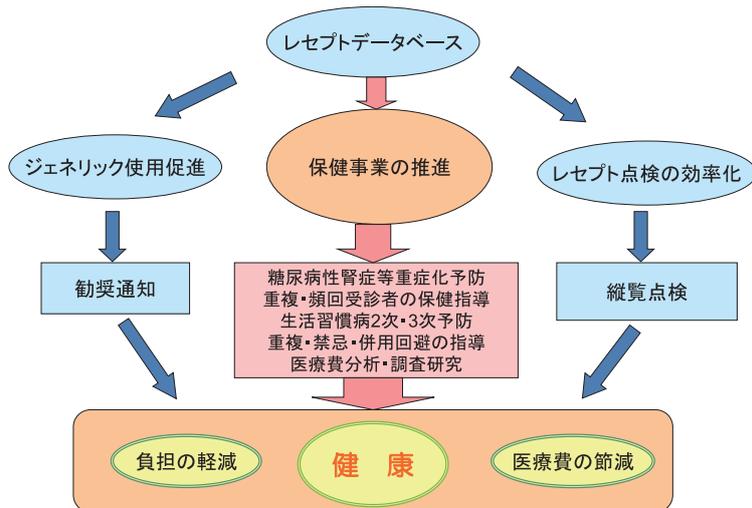


図1 レセプトデータベースシステム（イメージ）

さらにこのレセプトデータを用いて、疾病と医療費の関連性を分析すると取り組まなければならない事業が見えてきた。生活習慣病のうち、人数が圧倒的に多いのは糖尿病、脂質異常症、高血圧症でそれぞれ2万人弱であるが、年間の一人当たり医療費では人数が少ない人工透析が約500万円と突出していることが分かった（図2）。

医療保険者にとっては、被保険者のQOLの維持向上と保険財政の安定運営という二つの大命題がある。

この結果により、呉市では、人工透析へのハイリスク者に生活習慣等の改善を促し、QOLを維持していただくことが優先度の高い取組みと考えた。折しも、地元広島大学森山美知子教授が糖尿病性腎症患者に対する重症化予防プログラムを開発されており、平成22年度に呉市をフィールドとして研究事業を実施することとなった。

(2) 連携体制の構築

糖尿病性腎症で通院する被保険者に保険者が保健指導を実施するには、まず主治医の理解・協力が必要となる。呉市医師会に協力を仰いだところ、呉市地域保健対策協議会での審議を経て、協力いただけることになった。

研究事業の対象者基準は、呉市の国保被保険者のうち、糖尿病性腎症ステージの3期Aから4期初期で通院している者で、がんで治療中の者、重度の合併症を有する者、終末期の者、認知機能障害が

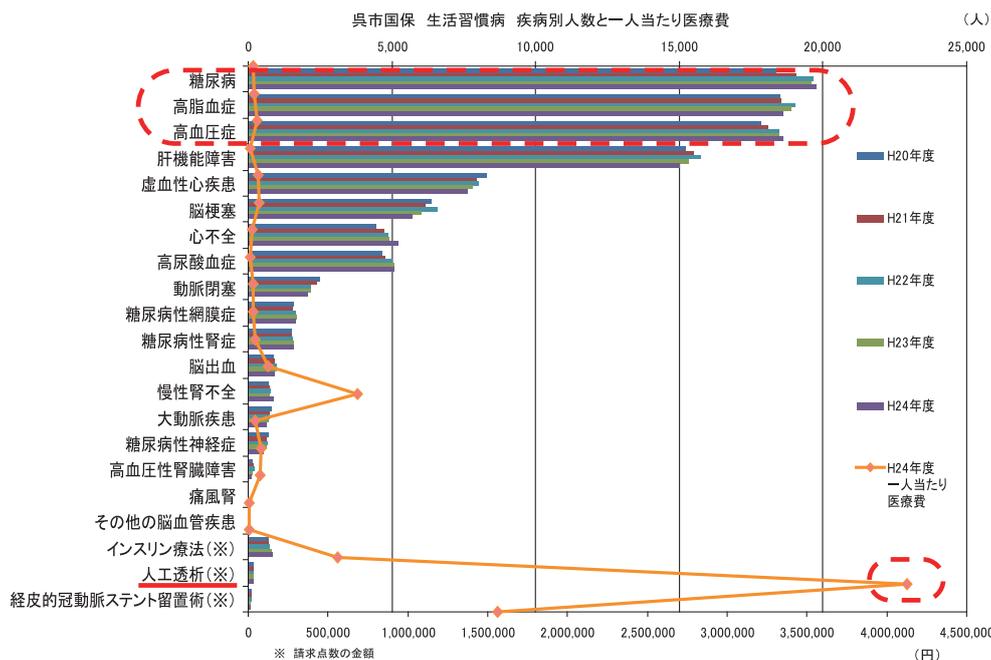


図2 レセプト分析による呉市の生活習慣病の状況

ある者、精神疾患を有する者は除外とした。レセプトデータから抽出した候補者リストを活用しながら、主治医のスクリーニングを経て、本人の同意が得られた者を対象者とし、主治医から指導事項を提示していただいた。

(3) プログラムの内容

広島大学にはプログラムの実施・効果検証を担っていただいた。

プログラムは個別支援で、指導を行うのは、広島大学が養成した看護師（現在は大学発のベンチャー企業に委託）である。

広島大学が養成した看護師により6カ月を1クールとし、3回の面談指導、9回の電話指導による個別支援を2クール（2クール目は電話のみ）実施した。

参加者はまず、自分自身の1年後や5年後、どうなっていたいか、何をしたいかを考える。主治医からいただいた治療方針と照らし合わせながら、自分の療養生活にて取り組む目標を決める。その取り組みは、「かけ醤油をつけ醤油に変える」「みかんを1日〇個までとする」「朝食後に20分歩く」など、具体的かつ無理なくできるようなものであり、看護師との振り返りによって、次の目標に進むかどうかを決める。

また、自己管理手帳へ検査データや体重・血圧等を記入することによって、自身の生活習慣をデータの変化を関連づけて捉えていけるように支援する。この自己管理手帳は、受診時に主治医へ見せることも促し、日常データの共有などによって主治医とのコミュニケーションの向上も図る。

このように、疾病に対する自己効力感を高めながら自己管理の方法を身につけてもらうことがプログラムの大きな狙いである。

現在では、呉市国保事業として、対象者の抽出には特定健診結果も活用、プログラムは6か月間、プログラム事業者に委託として実施している（図3）。

また、プログラム終了後もフォローアップの仕組みとして、6か月ごとに電話で体調の維持管理を

支援するための体制を構築している。

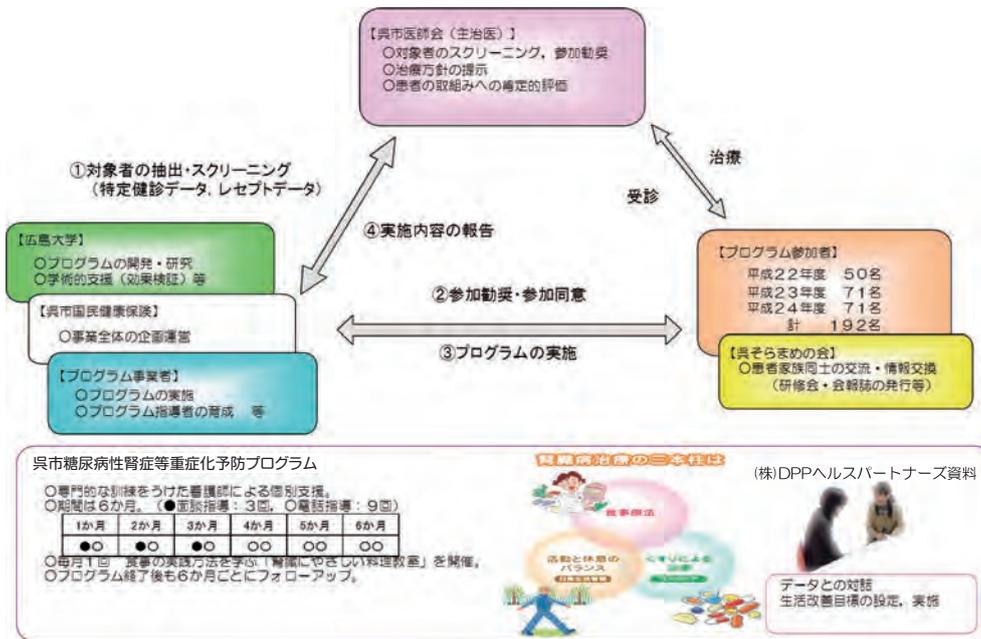


図3 糖尿病性腎症等重症化予防事業 連携イメージ

(4) 腎臓にやさしい料理教室・家族会

糖尿病性腎症ステージの3期以降の食事療法は低たんぱく質や厳格な塩分管理等、複雑になる。そこで、月に一回、「腎臓にやさしい料理教室」を開催し、食事の実践方法を学んでいる。また、この料理教室が患者同士の情報交換や連帯感を生み、患者家族会「呉そらまめの会」が発足した。ここでは患者家族同士の情報交換や会報誌による情報発信、研修会・交流会の開催などを行っている(図4)。



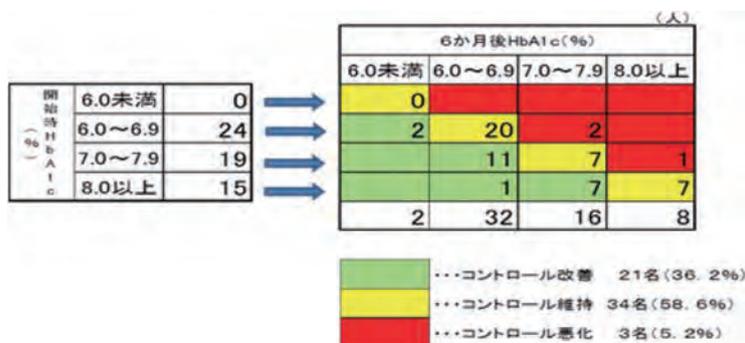
図4 腎臓にやさしい料理教室 風景

(5) 事業の結果

① 生理学的指標

HbA1c のコントロールは、平成 24 年度プログラム参加者の修了時では、9 割以上の者が維持改善をした(図 5)。フォロー支援の参加者においても同様に維持改善をした。

表：血糖コントロールの変化(平成24年度プログラム修了者)

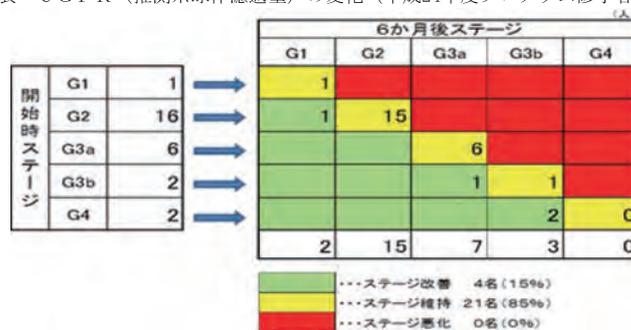


※日本糖尿病学会編「糖尿病治療ガイド」血糖コントロール目標を参照

図 5 糖尿病性腎症等重症化予防プログラムの結果

CKD 重症度分類による eGFR(推算糸球体濾過量) 区分では、平成 24 年度プログラム参加者の修了時では、全員が維持改善をした(図 6)。フォロー支援の参加者においては 6~8 割の者が維持改善し、悪化した者においては、G5 に至った者はいなかった。

表 eGFR(推算糸球体濾過量)の変化(平成24年度プログラム修了者)



※日本腎臓学会編「CKD 診療ガイドライン 2012」CKD 重症度分類を参照

図 6 糖尿病性腎症等重症化予防プログラムの結果

② 人工透析移行者の状況

平成 22 年度のプログラム参加者から 1 名が、プログラム開始後 36 か月で、人工透析導入された。プログラム開始時には 5 期に近い状態(eGFR15.2、プログラム開始前に既にシャントを造設)であり、網膜症・脳梗塞・心筋梗塞・下肢末梢神経障害の合併症を有する中で、プログラム開始後は合併症の再発もなく 3 年以上保存期腎不全が維持された。

(人)

	参加者		抽出者	
		人工透析移行者		人工透析移行者
平成 22 年度	50	1	1,371	21
平成 23 年度	71	0	1,521	13
平成 24 年度	71	0	1,532	11

図 7 人口透析移行者の状況

(6) その他の保健事業 (図 8)

本事業の他にも、呉市国保では様々な事業を展開することによって、健康づくりと医療費適正化による国保財政運営の安定化を図っている。

地区組織と共に特定健診等の受診勧奨や健康づくり事業を行う「地域に根ざす健康づくり事業」や、特定健診受診率向上地区市長表彰等の市民全体へのポピュレーションアプローチ、特定健診（血清クレアチニン、HbA1c(全員実施)、推定食塩摂取量検査を独自項目実施)、脳 MRI 検査や CT 肺がん検査といった国保被保険者へのポピュレーションアプローチ、特定保健指導、健診受診者保健指導事業、受診勧奨者フォロー事業、生活習慣病放置者フォロー事業、重複受診・頻回受診者訪問事業、医薬品の併用禁忌回避通知事業といったハイリスクアプローチを行っている。

これらの事業においても、PDCA サイクルを踏まえる。特にレセプトデータベース・特定健診データで、「PLAN」において対象者の抽出、「CHECK」において医療費や受診行動の変化、検査値等の評価が可能となっている。

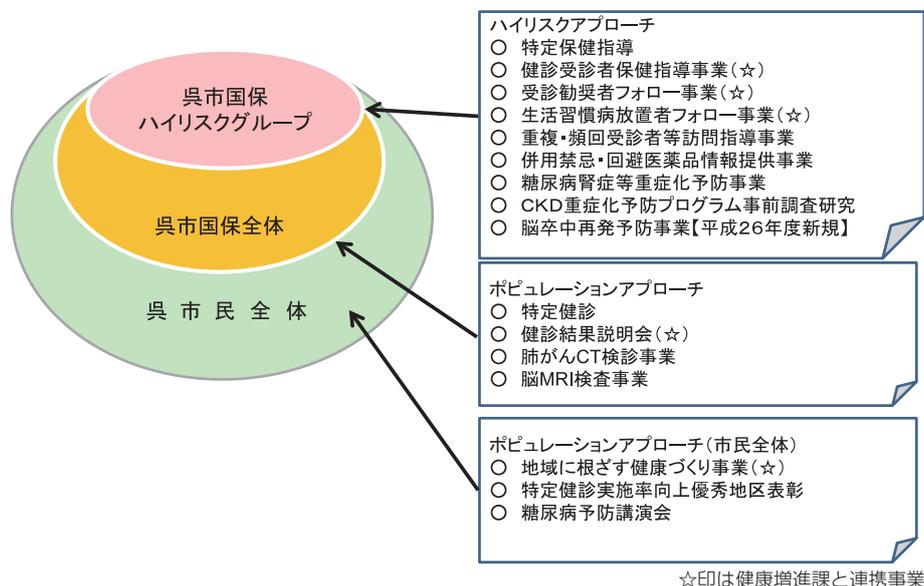


図 8 呉市国保 保健事業イメージ

3. 今後の活動

本事業によって、通院中の被保険者に主治医や看護師と連携して疾病への自己管理能力を高めるプログラムを提供することにより、一定の成果があると評価できた。それらを踏まえて、現在、対象疾

患者をCKD(糖尿病を基礎としないもの)や脳卒中の再発予防に拡大している。また、本事業において構築した連携体制を基盤として、地域においてもチーム医療が提供できる体制「地域総合チーム医療」を構築する。これは、被保険者が住み慣れた地域でかかりつけ医に通院しながら、歯科医師や薬剤師等、各種専門職のサポート受けられるもので、全体のコーディネートを呉市国保が担う(図9)。

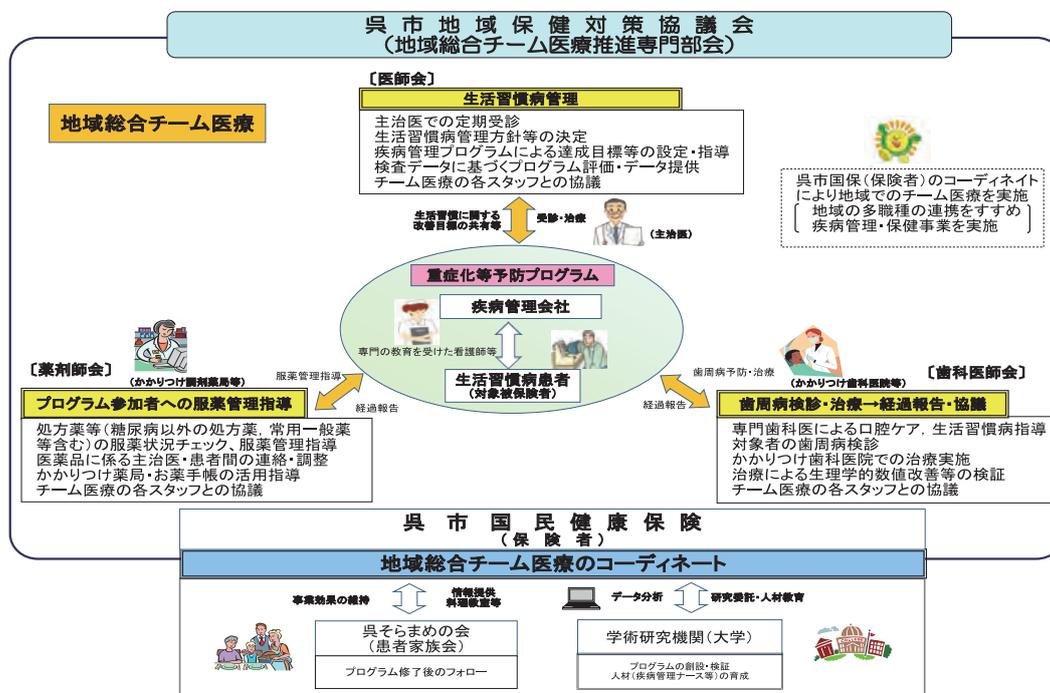


図9 呉市地域総合チーム医療(実施イメージ)

4. おわりに

保険者による保健事業では、被保険者のQOLの維持向上と財政運営の安定化に貢献するという目的が達成できているか、あるいはその目的に向かって事業運営をしているかということが日々問われている。

本市では、各種データの活用により、事業の有効性を一つ一つ確認するとともに各関係団体とさらなる連携を図ることにより、今後も市民の健康づくりを推進する。