

# 糖尿病性腎症重症化予防の取組

福岡県後期高齢者医療広域連合

健康企画課 健康企画係 保健師 王丸 才恵子

# 福岡県の代表的な食べ物



# 福岡県の人口と75歳以上の割合 ※H29.4.1現在

★人口511万人中75歳以上は約65万人(12.8%)

福岡市人口  
151万人  
後期14.8万人  
(率：9.8%)

福岡大学  
病院

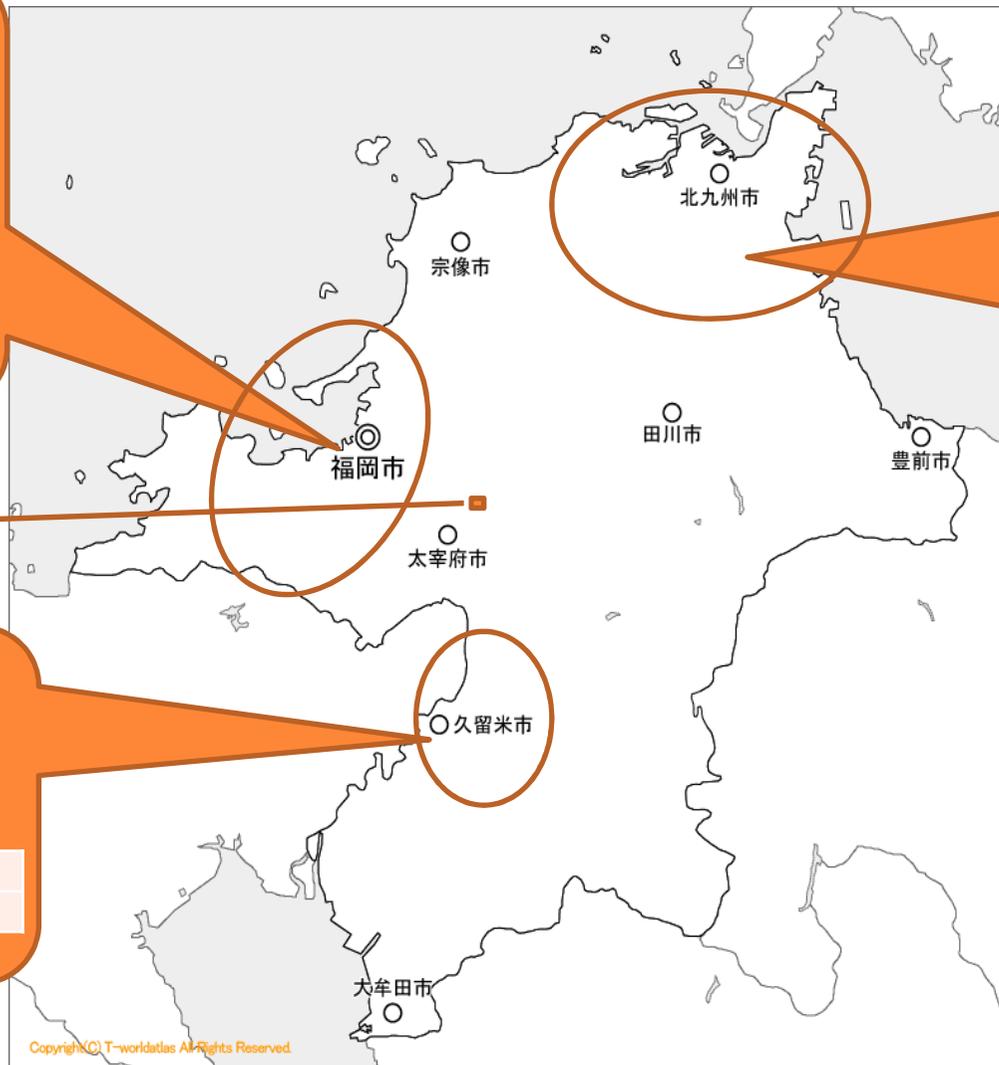
九州大学  
病院

福岡歯科大学医科歯  
科総合病院

福岡大学  
筑紫病院

久留米市人口  
30万人  
後期3.8万人 (率  
12.6%)

・久留米大学病院  
・久留米大学医療センター



北九州市人口  
96万人  
後期：14.3万人  
(率：14.9%)

産業医科  
大学病院

九州歯科大  
学附属病院

※政令都市及び中核  
都市で対象者は  
**約半数**を占める

(60市町村/県下)

# 医療提供体制について

☆人口10万人当たりの病床数は、全国平均より上回り、特に精神病床と療養病床は全国平均の2倍弱である

		全国平均	福岡県
病院		6.7	9.0
	精神科病院	0.8	1.2
	一般病院	5.8	7.8
診療所	一般診療所	80.0	91.2
	歯科診療所	54.3	60.6

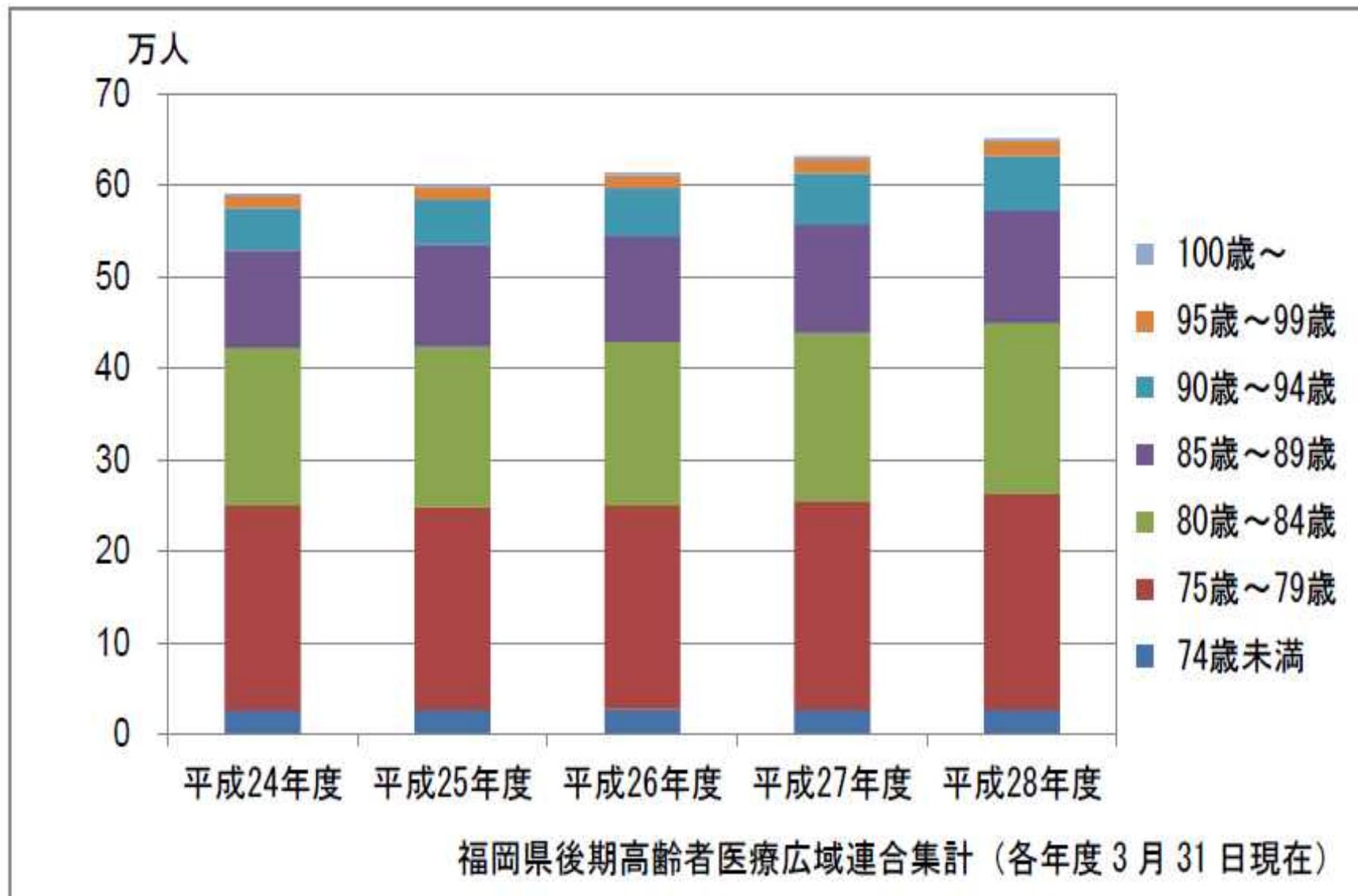
		全国平均	福岡県
		1229.8	1682.7
病院	精神病床	263.3	417.8
	感染症病床	1.5	1.3
	結核病床	4.2	5.0
	療養病床	258.5	419.2
	一般病床	702.3	839.4
一般診療所		81.5	153.4

平成28年10月1日現在

資料：平成28年医療施設調査（厚生労働省）

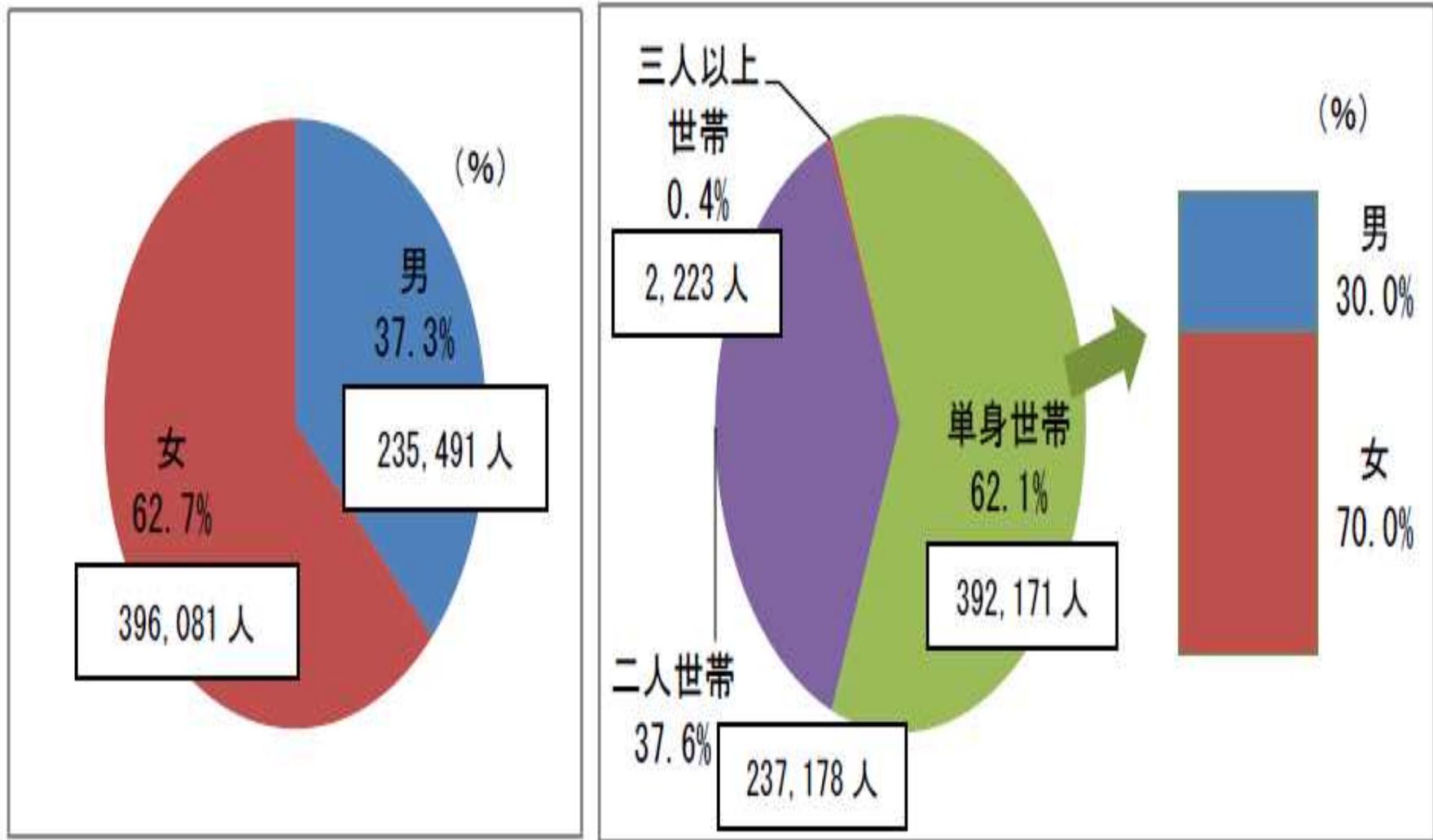
## 被保険者数の年齢別推移

☆被保険者は年々増加し、75歳から84歳までの層が多い。



# 被保険者の性別と世帯員数

☆女性が約2/3を占め、単身世帯の7割が女性である。



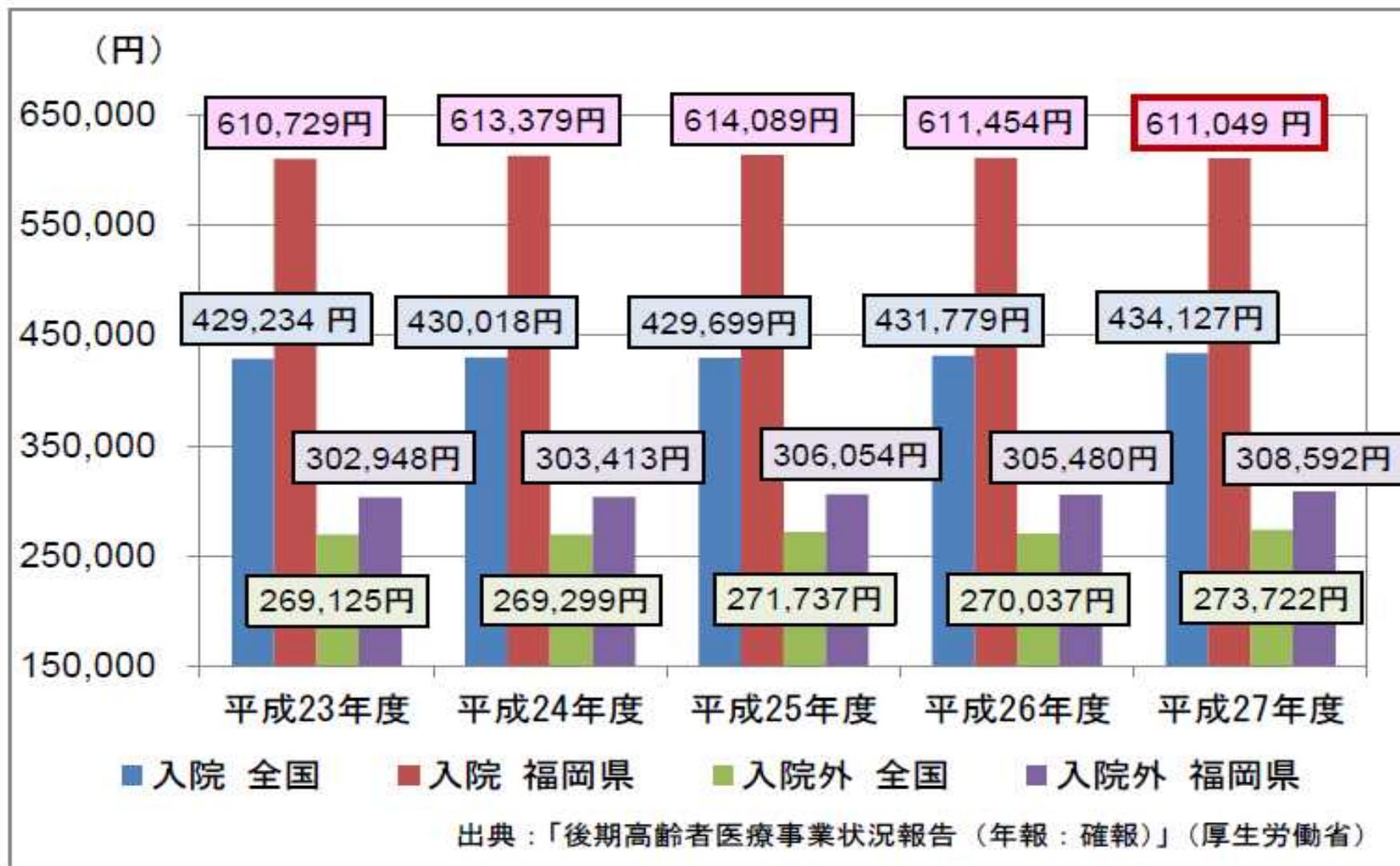
福岡県後期高齢者医療広域連合集計（平成28年3月31日現在）

# 1人当たりの医科診療費の推移(入院・入院外)

☆医療費は、平成14年度から全国1位。

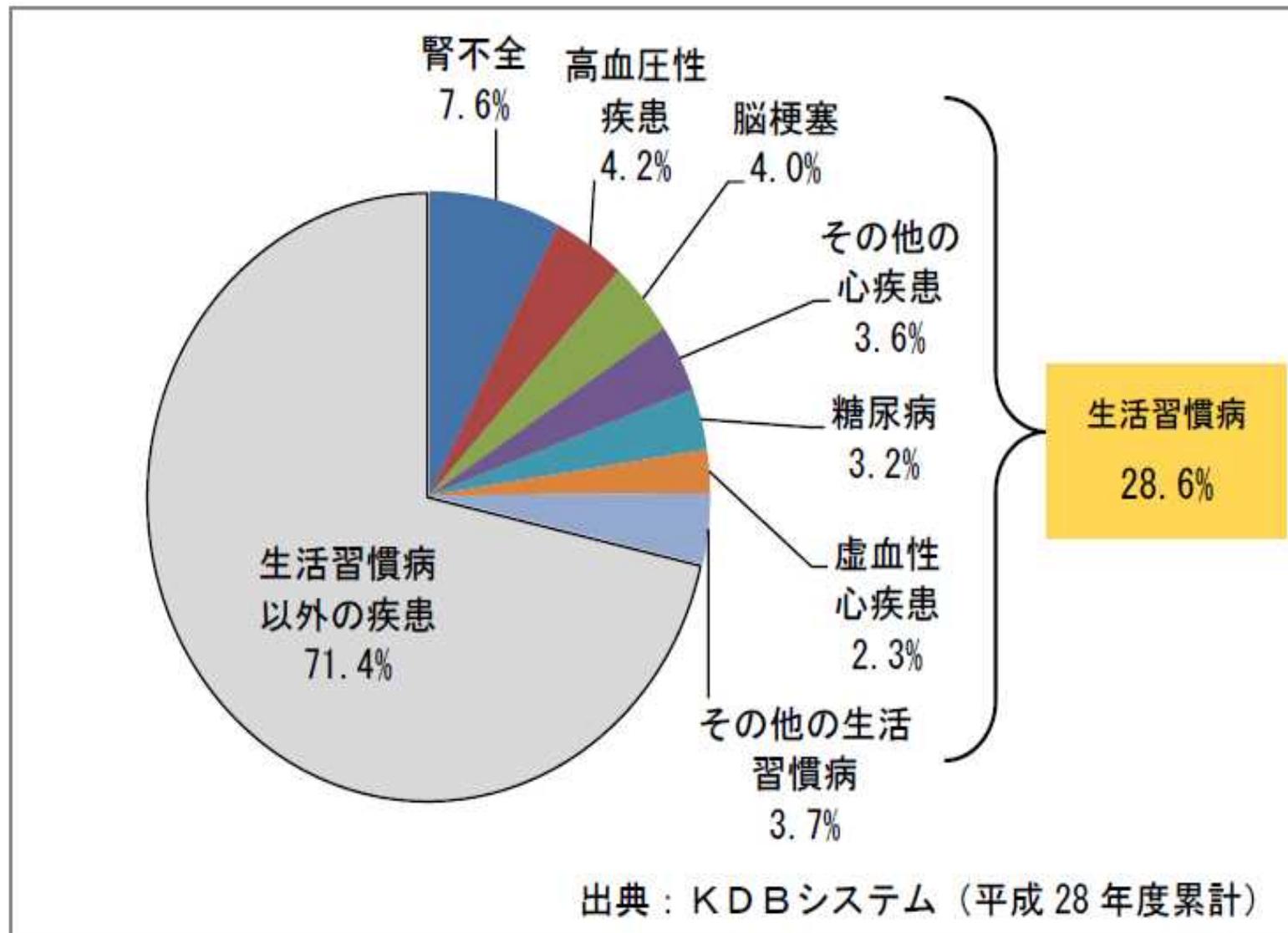
☆全国平均に比べ、入院・入院外日数は全国に比べ長い。

1件あたりの入院日数:19.47日(全国:17.89日)入院外は2.10日(全国1.88日)



# 医療費(入院+外来)に占める生活習慣病の割合

☆医療費の半数弱が生活習慣病で、腎不全・高血圧性疾患の順となっている。



# 疾病別医療費 (28年度:入院費+外来費)

☆1位:人工透析511億円、2位:脳血管疾患331億円、3位:虚血性心疾患153億円

## ○ 疾病細小分類別医療費割合 上位 10 位 (入院)

順位	細小分類別疾患	割合%
1	骨折	8.1
2	脳梗塞	6.0
3	慢性腎不全(透析あり)	3.5
4	肺炎	3.3
5	関節疾患	2.8
6	統合失調症	2.6
7	認知症	2.4
8	骨粗しょう症	2.3
9	狭心症	2.1
10	不整脈	2.1

出典：KDBシステム (平成 28 年度累計)

## 疾病細小分類別医療費割合 上位 10 位 (外来)

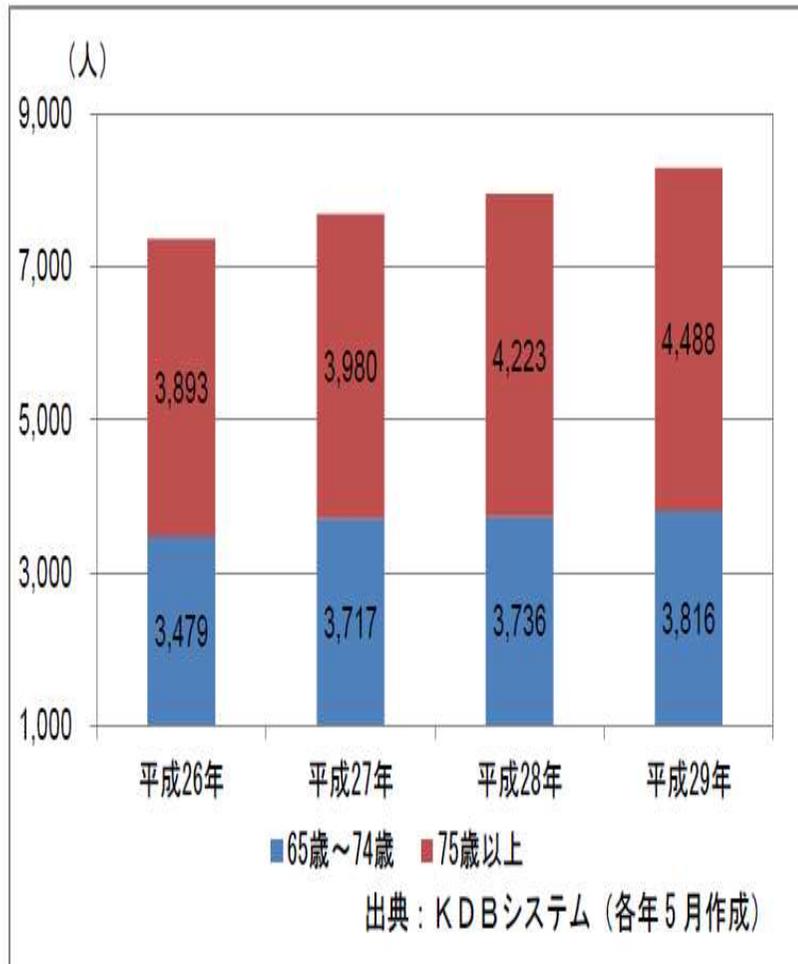
順位	細小分類別疾患	割合%
1	慢性腎不全(透析あり)	11.2
2	高血圧症	8.7
3	糖尿病	6.2
4	脂質異常症	4.4
5	不整脈	3.8
6	骨粗しょう症	3.7
7	関節疾患	2.6
8	前立腺がん	1.9
9	緑内障	1.8
10	狭心症	1.8

出典：KDBシステム (平成 28 年度累計)

# 人工透析患者の年次推移と年齢別・性別人数

☆患者数は年々増加し、性別では男性が全体の6割をしめている。  
 患者の約半数弱は、75歳以下である。

患者の年次推移



年齢別人数

	年齢別人数 (人)		
	総数	男	女
65~69歳	2046	1331	715
70~74歳	1845	1200	645
75~79歳	1845	1138	707
80~84歳	1519	876	643
85~89歳	881	490	391
90~94歳	311	129	182
95~99歳	35	8	27
100歳以上	1	1	0
合計	8483	5173	3310

KDBシステムH30.3月

# 福岡県の糖尿病性腎症重症化予防事業の年次経過

	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度
		準備期		実施	
厚生労働省	○高齢者の医療の確保に関する保健事業の実施等に関する指針について(H26.3.31)	○糖尿病性腎症重症化予防に係る連携協定締結について(H28.3.24):医師会・日本糖尿病対策推進会議・厚生労働大臣	○「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」の策定(H28.4.20)		○平成30年度高齢者の低栄養防止・重症化予防等事業の実施について(H30.4.6) ○高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドラインについて(H30.4.27)
県				○福岡県糖尿病性腎症重症化予防プログラム	
広域連合		○第2期健康長寿医療計画中間評価(H28.3月)	○重症化予防研究班に参加	⇒	⇒
		○保健事業の立ち上げ	○事業実施	⇒	⇒
内容		○現状分析を行い、所内で保健事業実施の協力を得た			
		○県庁に相談し、嘱託保健師雇用	○広域に嘱託保健師2名	○係長及び嘱託保健師配置(2名)	⇒
		○県・医師会・市町村等に説明を行い協力を得た	○市町村は手挙げ方式で協力あり	⇒	⇒
		○県糖尿病対策推進会議で事業内容説明			
		○九州大学に「人工透析の新規導入者の分析」を依頼し、県・市町村・医師会に報告	⇒「睡眠薬と多剤併用の実態」分析・報告	⇒	⇒「胃瘻と終末期医療」分析・報告
		(1)健康診査フォローアップ事業立ち上げ(未受診者対策)	⇒実施(市町村と業者委託)	⇒	⇒
		(2)糖尿病性腎症重症化予防事業の立ち上げ	⇒実施(市町村と在宅保健師)	⇒	○第三者による支援評価活用
		(3)高齢者の医療・介護・保健事業に関する研究会 その他	⇒実施 ○健診項目に、血清クレアチニン追加(独自)	⇒	⇒ ○健診、詳細な項目に、血清クレアチニン・eGFR追加(国)

## (1)健康診査フォローアップ事業

- ①目的:生活習慣病の発症及び重症化予防
- ②内容:受診勧奨と保健指導、広域で6ヵ月後に受診確認(KDB活用)
- ③対象者:KBD受診勧奨判定値のうち、重症度の高いレベルのある人

保健指導結果（6ヶ月後：29年度）				
	計（28年度）	受診あり	受診なし	その他（死亡）
市町村実施分 （11市町村）	40 （100.0%）	23 （57.5%）	17 （42.5%）	0 （0.0%）
業者委託分	150 （100.0%）	50 （33.3%）	99 （66.0%）	1 （0.7%）
計	190 （100.0%）	73 （38.4%）	116 （61.1%）	1 （0.5%）

☆市町村実施のほうが、受診につながっている。

※29年度は、8市町村37人実施及び業者委託

## (2) 糖尿病性腎症重症化予防事業

- ①目的:腎機能低下を遅延、人工透析導入の防止又は導入時期を遅らせる。
- ②内容:プログラムに沿った6ヶ月間の保健指導及び終了後6ヵ月後の訪問指導
- ③対象者:HbA1C7.0%以上又は空腹時血糖130mg/dl以上で、尿蛋白2+以上又はeGFR50未満(ml/分/1.73m<sup>2</sup>)

(事業の流れ)

### 事前準備

- ・前年度に、市町村に実施の意向調査
- ・年度初めに、事業実施説明会(前年度の報告・対象者数提示等)
- ・市町村に事業実施確認し、委託契約締結

### 実施(6ヶ月間)

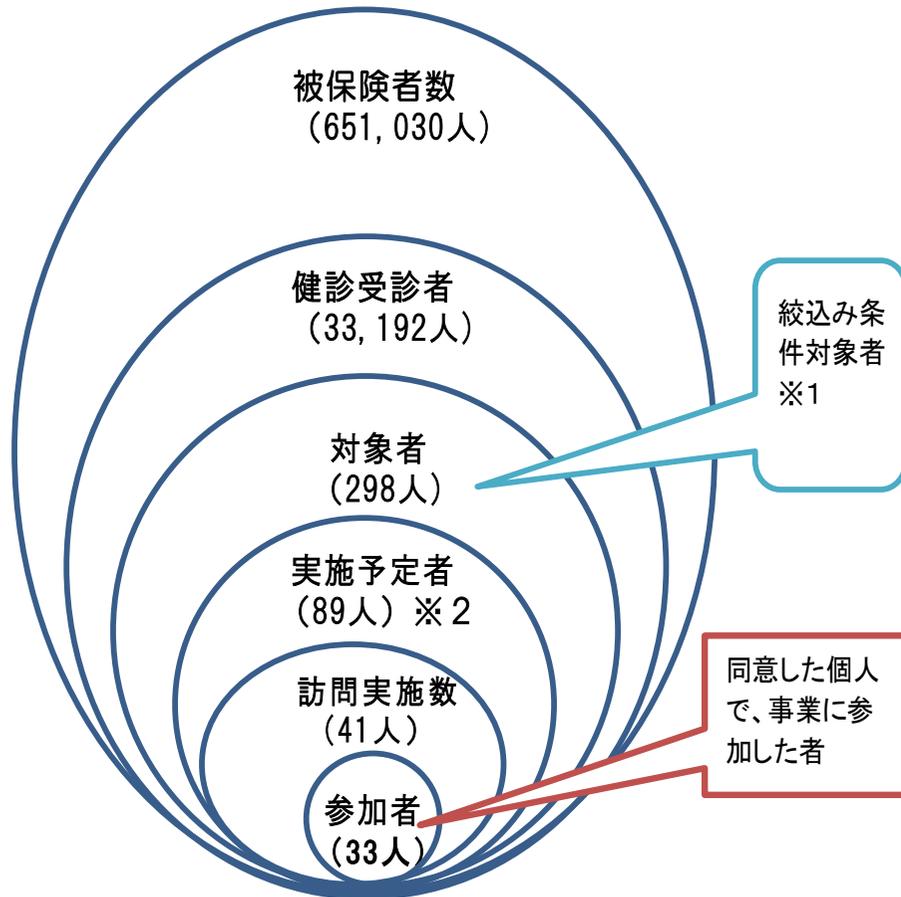
- ・対象者を抽出
- ・対象者を市町村へ送付
- ・在宅保健師(H29は4人)へ説明会開催し対象者決定
- ・対象者へ事業案内郵送
- ・プログラムに沿って実施
- ・訪問状況等進捗状況確認。
- ・事業報告

### 最終訪問から概ね 6ヵ月後(フォローアップ)

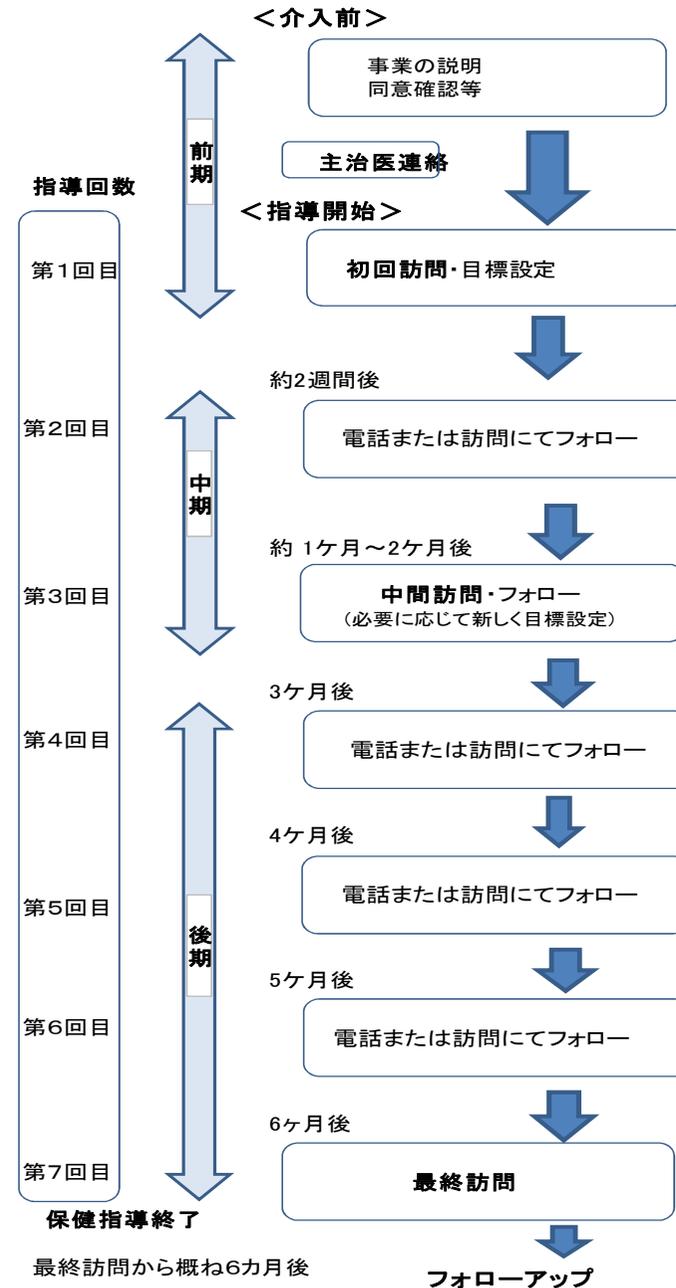
- ・次年度に保健指導
- ・事業報告

# 対象者の抽出と生活・食事指導プログラム(6ヶ月間)

## 対象者の抽出 (29年度:28年度健診受診者)



- ※1 前述の(2)③の対象者
- ※2 委託市町村及び直営保健師による実施対象者  
(県内60市町村の内、10市町の対象者に実施)



# 重症化予防事業実施の6ヵ月後の変化

		平成28年度			平成29年度	
対象者	69人 (平成27年度健診から抽出)			298人 (H28年度健診抽出)		
実施者	20人:(市町5人)			①33人(内市町9人)	フォローアップ ②18人(内市町4人)	
実施者の年齢・年齢(内女性)	～74歳			1(1)	0	
	75歳～	15(3)		15(5)	10(4)	
	80歳～	3(1)		13(2)	5	
	85歳～	1(1)		4(1)	2	
	90歳～	1		0	1	
1人当たりの訪問・電話実施回数	9.8回			6.5回	1回	
参加教室	一日糖尿病教室・認知症予防教室・健やか腎教室等					
血糖値の変化	改善	5人		27・28年の継続健診者10人について(HbA1C)	①HbA1C維持改善13人	28・29年継続健診受診者15人について(HbA1C,eGFR)
	変化なし	4人			②eGFR維持改善7人	
	上昇	1人			①の悪化2人 ②の悪化5人	
アンケートの変化(17人について)	定期受診	11人⇒14人		回答者数17人	21人⇒23人	回答者数29人
	塩分摂取控える	9人⇒13人			21人⇒26人	
	定期運動実施	7人⇒11人			17人⇒18人(6ヶ月以上)	
医療費(KDB)		27年度(20人)	28年度(20人)	29年度(20人)	28年度(32人)	29年度(32人)
	内科	12,392,830	17,273,220	17,465,030	18,071,570	25,430,020
	歯科	343,250	575,200	581,990	2,089,510	2,100,530
	合計	12,736,080	17,848,420	18,047,020	20,161,080	27,530,550

# (1) 高齢者の訪問をとおして見えてきたこと

1. 従来の高齢者のイメージとは異なることも多く、生活環境・生活スタイル・趣向・個人ごとに抱える課題が異なるため、個々に応じて、総合的・包括的にみていくことが重要である。さらに、閉じこもりにならないように、地域で生き生きと役割が果たせる環境づくりが必要。

- 筋力低下、閉じこもり
- 健康食品嗜好（メディアの影響）
- 家庭環境（独居、家庭内別居）
- 認知症
- 介護問題（配偶者や子の介護）
- 調理が億劫、弁当や外食が多い

2. 高齢者を取り巻く多くの地域の関係者や専門職等との連携は欠かせない。

- 主治医、地域包括支援センター、市町村（高齢者支援課等を含む）、ケアマネージャー、保健所等
- 介護予防教室、認知症予防講座、糖尿病予防教室、腎臓教室、運動教室等
- 家族（同居、別居）、近所の人、地域のお世話係り等
- 歯科医師。薬剤師。管理栄養士。介護福祉士。ケアマネージャ。ヘルパー等

3. 家族教育や地域の啓発

- 継続的に健康意識を維持をしていくためには、健診結果や疾患の理解等、家族や周囲の理解と協力が不可欠である。  
家庭訪問を通じ家族教育や地域の課題を把握し啓発等することで長期に維持できる  
(例：服薬・食生活・運動等の家族や友人等地域の励まし)

4. その他

社会参加と憩いの場(健康食等を提供できる)が必要

# 訪問事業を効果的にするための「こつ」

(初期の家庭訪問による動機づけが行動変容となる)

## 1 事業説明からできるだけ早期に初回訪問を行い、人間関係を築く

(約2週間後に訪問し、次回訪問を約束する。同意を得る)

## 2 主治医面接

(先生にも事業の理解を得、アドバイスをいただくなど、先生との関係を作る。患者の協力も得やすいし指導もうまくいく)

## 3 家族の協力

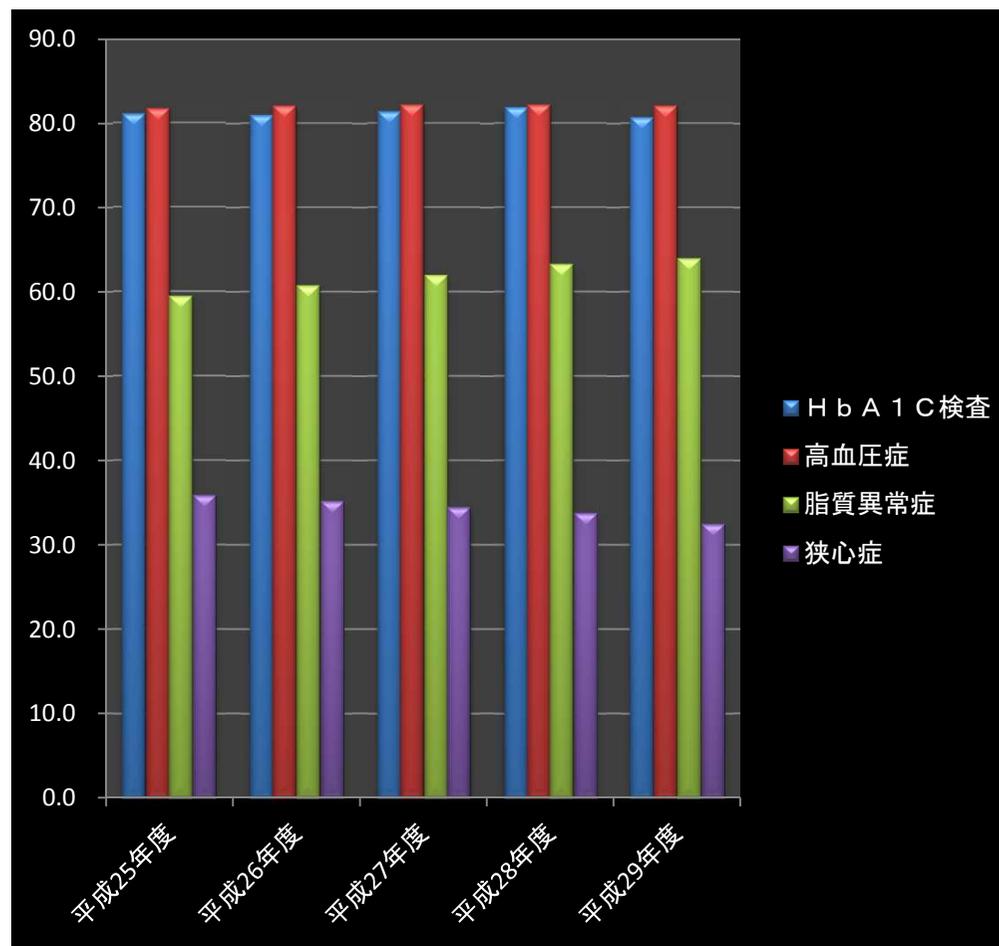
生活史を理解し、家族へ健診結果の説明を行い、病期の理解と協力を得ると行動変容の継続につながる。(指導の継続)

## (2) 重症化予防事業をとおして見えてきたこと。

### ☆複数の疾患を有し服薬している

〈糖尿病に高血圧を合併している人が多い:KDB疾病管理一覧〈糖尿病〉〉

服薬歴(29年度健診者)		人	%
健診受診者 (26762人)	無	15847	59%
	血圧	4399	16%
	血圧・脂質	2000	7%
	血糖	836	3%
	血糖・血圧	951	4%
	血糖・血圧	688	3%
	血糖・脂質	260	1%
	脂質	1781	7%
総数	26762		



# 30年度からの取り組み

## 1 治療中断者への取り組み

- ・フォロー事業

年度末に評価分析システムで、糖尿病で3ヶ月中断しているケースに文書による受診勧奨。3ヵ月後に受診確認し、未受診者に家庭訪問。

## 2 糖尿病性腎症重症化予防対象者に減塩対策

### (ポピュレーションアプローチ)

- ・長寿講演会にて塩分チェック表を活用し、減塩への意識を図る
- ・フォローアップ事業にて、塩分チェック表を活用し、減塩への意識を図る

### (ハイリスクアプローチ)

- ・糖尿病性腎症重症化予防対象者に、塩分濃度測定器を用いて具体的に減塩指導

# 本格実施に向けて

- 1 糖尿病性腎症重症化予防については引き続き、プログラムに沿って実施
- 2 減塩対策を実施
- 3 関係機関と連携していく

市町村の協力なしではできないため、今後ともご協力をお願いします。

## 広域連合による主な保健事業

項目	内 容	備 考
健康診査	健康診査	・個別健診と集団検診
	歯科検診	・平成30年度から実施
保健指導	健康診査フォローアップ事業	・健康診査から、重篤かつ医療未受診者への訪問指導(KDBシステム)
	糖尿病性腎症重症化予防事業	・健康診査から、人工透析前段階を抽出し、状態の維持及び改善
	訪問健康相談事業	・重複・多受診者の訪問指導
健康教育	健康長寿講演会	・講師派遣30回<講師7名>:1市町村2回まで
	健康長寿特別講演会(年1回) 長寿健康増進事業	・H30年度「平穏死10の条件」長尾 和宏 先生 ・H29年度「平穏死のすすめ」石飛 幸三 先生 ・H28年度「葉は5種類まで」 秋下 雅弘 先生 ・H27年度「最後まで人生の主人公たるために」中村仁一先生
	特別講演録の配付	上記講演録を配付
	健康長寿ダイアリー配付	・日々の生活習慣改善の実践記録
健康相談	随 時	・主に電話相談
その他	ジェネリック医薬品普及促進事業	・毎月1万通通知 ・75歳年齢到達者の保険証に利用カード同封
	高齢者の医療・介護・保健事業に関する研究会	・毎年3回程度実施(H29年度) ①事業報告と事業説明・データヘルス計画の説明 ②糖尿病性腎症重症化予防事業について ③医療・介護の現状について
	広報誌配付	・新規事業等の案内・啓発
	医療費分析等、研究機関と連携	・分析報告と今後の保健事業や指導内容等について助言