

市町村の取り組み

ワースト1からベスト1を目指して

鹿児島県では、県医師会、県糖尿病対策推進会議、県との三者で「鹿児島県糖尿病重症化予防プログラム」を策定しており、各市町村は、糖尿病重症化予防に取り組んでいる。今回は住民の方、一人ひとりに丁寧に関わり、日々の保健活動に取り組んでいる大崎町の糖尿病重症化予防の取り組みを紹介する。

取り組みのきっかけは131町中、ワースト1位

大崎町は大隅半島のほぼ中央に位置し、鹿屋市、志布志市、曾於市、東串良町と隣接している。人口は、1万3167人、平成29年度の特健診受診率は、43・6%、特定保健指導実施率は65・3%であった。



図1：平成10年から平成29年の大崎町の新規透析患者の推移

図1のグラフは、平成10年から平成29年の大崎町の新規透析患者の推移である。赤が糖尿病、青が腎硬化症や腎炎などが原因で透析になったことを表している。このグラフから、平成11年頃から、赤の糖尿病性腎症がはじまっていること、平成21年の15人をピークに現在はデコボコがありながらもほぼ横ばいで推移していることがわかる。平成25年から平成27年は同規模市町村131町中、ワースト1位の透析率となる。この現状から、透析患者の家を全戸訪問し、透析患者の生の声を聞くことを始めた。保健師がいつの時点で介入すべきだったか、また、何のデータを見なければいけなかったのか、透析患者さんから学ぶこととなった。平成29年3月現在57人いた透析患者の中から、認知症や施設入所中など除いた30名の透析患者さんから、直接話を聞くことができた。

● 図2：実際の透析患者さんの声 ●

大崎町の実態2
透析患者30名に突撃インタビュー

- 体がどうもなかったから薬を飲まなかったんだよ。
- 住民の方は、自覚症状で判断するんだな。
- 健診なんて一度も受けたことなかったよ。具合が悪くなって病院に行ったら、いきなり透析と書かれて、お先真っ暗だよ。
- そもそも透析になるまでに私たちが来ていないな。

● 図2：実際の透析患者さんの声 ●

病院未受診や、内服自己中断される方は、7人の36・8%、健診未受診者は、9人の47・4%であった。いきなり透析と言われ、わけがわからないまま、透析をスタートしないといけない方が多かった。驚いたと言う。また、重症化予防に加え、健診未受診者対策も大きな課題であることが分かった。

大崎町の山崎瑞恵保健師は「蛋白尿の意味や、CKD重症度分類でしっかりと現在の腎障害の程度、また先行きが見える保健指導をしていかなければいけないと気づいた。透析の患者さんからの声は、すべてその通りと思えるものばかり。保健師が介入するチャンスがあったにも関わらず、しっかりと保健活動ができていな

● 図3：実際の透析患者さんの声 ●

大崎町の実態2
透析患者30名に突撃インタビュー

- 健診を受けたけど、何も言われたことなかったよ。蛋白尿？出てたんじゃないかな？蛋白尿の意味が分からないよ。
- 保健師が、住民に伝わっていないな。
- 目が見えないので、歩けないし、家族皆に迷惑をかけているのが辛い。息子には気をつけるように言っているよ。
- あんたたちは、こうなる前の人たちの所を頼った方がいいんじゃないの？
- 訪問に行かないか？！

かつたことを反省しつつ、未熟な私たちに自身の実験談をお話ししてくださった透析患者の方々に感謝する」と話した。

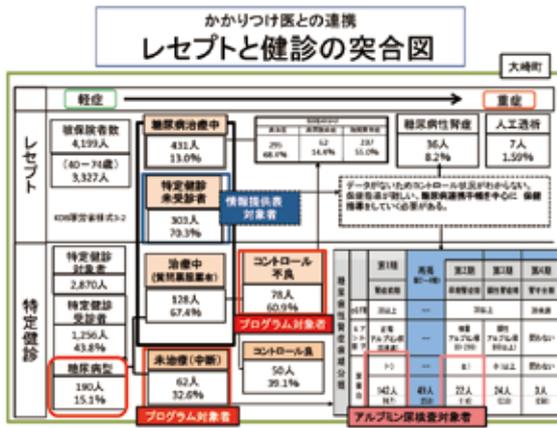


保健指導を行う大崎町保健福祉課健康増進係/山崎瑞恵保健師

大崎町のCKD重症化予防を考える会の発足

続いて、実際訪問に回るにあたっての課題となる「かかりつけ医との連携」が必要であった。「どうして大

図4…かかりつけ医と連携を図るため「レセプトと特定健診の突合図」



「糖尿病型」で、未治療または、治療中断の方、治療中だがコントロール

そこで、まずは今ある資源で、大崎町単独でできることから始めようと大崎町のCKD重症化予防を考える会を発足。先生たちに保健センターにお集まりいただき、かかりつけ医と連携を図るため、「レセプトと特定健診の突合図」(図4)を作成し、特定健診の結果において「糖尿病型」で、未治療または、治療中断の方、治療中だがコントロール

大崎町はこんなに透析が多いのか」とある1人の先生が国保運営委員会でのデータをみて、疑問に思ったことが先生とのやり取りの始まりであった。

不良の方を優先的に訪問する活動を行いたいと説明し、糖尿病連携手帳を使って、糖尿病の重症化予防について連携して取り組むことに同意していただいた。

糖尿病連携手帳を使ったかかりつけ医との連携

現在、保健師が担当地区をもち、責任を持って訪問活動を行っている。訪問した際、糖尿病連携手帳に、「保健指導を実施してよろしいか」の用紙を貼り付け、受診時に、医師の記載欄にHbA1cの目標値を記載してもらい、かかりつけ医との連携を行う。目標値があることで、患者さんの自己管理に対する意識向上がみられるよう期待する。

また、糖尿病管理台帳に基づき、優先度の高い方から訪問し、食事療法や運動療法だけでHbA1cの値が改善したり、インスリン注射までしなくても内服治療の効果があらわれた方々もいることから、今後データがどのように変化していったか、保健指導の改善率を出し、評価もしつつ行っていきたくと考えているとのこと。

これからも住民の方一人ひとりに丁寧に関わり、日々の保健活動に取り組んでいきたいと意欲をみせた。