

医師会や庁内部課を越えて連携し重症化予防を始めた事例 香取市(千葉県)

1. 自治体の概要

人口 (A) ※平成29年4月1日現在	78,585人
国保被保険者数 (B) ※平成28年度末現在	23,883人
国保加入率 (B)/(A) × 100	30.4%
特定健診実施率 ※平成27年度	45.7%
特定保健指導実施率 ※平成27年度	14.0%
国保全体診療費(平成27年3月～平成28年2月分)	8,818,196,896円
国保被保険者1人当たり入院外医療費	369,225円

2. 自治体の特徴

千葉県の北東部に位置し、利根川と北総台地が広がる水と緑の自然豊かな地域で、平成18年3月に1市3町が合併し、現在の市になる。



3. 取組に至った背景

香取市は生活習慣病に起因する医療費の割合が高く、透析者数は、千葉県や県内同規模市町村と比べてやや多い。30歳から40歳代の若い人でも発症し、50歳代から増加する。透析者の約60%が糖尿病の治療を受けている。

平成27年度特定健診の結果、HbA1c6.5%以上750人(8.8%)、うち生活習慣病の未治療者160人(21.3%)であった、その中でHbA1c6.5以上かつ尿蛋白陽性の糖尿病性腎症は81人(1.0%)おり、うち26人(32.1%)が未治療者であったため、早期に医療機関に繋げるとともに重症化予防に取り組む必要があった。

4. 取組の概要

《取組の特徴》

- ①所内の協力体制の構築
- ②医師会や地域病院等と連携
- ③対象者に受診勧奨や保健指導に繋がるように、保健指導や講演会、血液検査等、何度も働きかけ意識付けを続けた。

平成26年度から、地域病院や健康づくり課と連携しながら重症化予防事業を検討した。国民健康保険の主幹課に、保健師等専門職が未配置であったため、27年度から保健師を配属、取組みを強化し、医師会等による講演会や市の保健事業に意見をもらうことができるようになってきた。

28年度から糖尿病性腎重症化予防プログラム研究班に参加し、健診結果から糖尿病性腎症の疑いがあり、糖尿病受療歴なしの人を対象に受診勧奨と保健指導を実施。あわせて、かかりつけ医が保健指導プログラムへ参加を推奨する場合は治療中の人も対象とした。

未治療の人を医療に繋げることは難しく、既存の保健事業を活用しながら継続的に働きかけを続けている。

5. 取組内容と結果

(1) 取組を具体化していくプロセス

所内体制・地域連携体制の構築

時期	内容	体制整備によって得られたこと等
26年度	<ul style="list-style-type: none"> ・講演会開催 (B病院医師) ・データヘルス計画作成、ウォーキングマップの作成 	<ul style="list-style-type: none"> ・健康づくり課と連携してデータヘルス計画を作成する
27年度 市民課に保健師1名配属	<ul style="list-style-type: none"> ・健診項目にクレアチニン・尿酸追加、HbA1c全員実施 ・香取郡市医師会に協力体制に係るアンケートを実施 ・地域の病院との連携 市内A病院 (糖尿病専門医) との勉強会 (2回) 市外B病院「透析予防の会 (地域連絡会)」に参加 ・重症化予防のための家庭訪問 (受診勧奨) ・講演会 (B病院医師・栄養士)、ウォーキング教室開催 	<ul style="list-style-type: none"> ・医師から、市の保健事業に意見をもらうことができた。 ・2か所の総合病院と連絡が取りやすくなった。 ・国民健康保険班と健康づくり班が部課を越えて勉強会に参加し、問題意識の共有ができた。
28年度 市民課の保健師3名となる	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病性腎症重症化予防プログラム研究事業参加 ・事業計画の策定、事業実施 ・香取郡市医師会に対し事業説明、連携依頼 治療者への保健指導介入についての相談 ・講演会 (医師会、A病院医師)、体操教室等を開催 	<ul style="list-style-type: none"> ・医師会等による講演会実施、保健事業の相談頻度が増えた。 ・高齢者福祉課と地域包括支援センター (ケアマネ等) が講演会に参加し情報を共有。

糖尿病性腎重症化予防プログラムに沿い、医療機関への受診勧奨と継続的な保健指導

特定健診の結果から、23名の対象者を決めた。プログラムへの参加勧奨通知のほかに、重症化予防講演会、特定保健指導 (該当者)、血液検査、家庭訪問等既存の保健事業を使いながら働きかけを続けた。その結果、12名が医療機関を受診し、17名が保健指導に繋がった。(重複者あり)

(2) 生じた課題とその対応

課題	対応
重症化予防を進めていくために、専門職が必要となった	保健師の配置等、市の体制づくりを進めた。あわせて医師会に協力を依頼し、健康診査の検査項目等の意見をもらいながら連携していった。
重症化予防のため、保健指導プログラム参加勧奨通知だけでは、参加する人が少ない	市民課の保健事業に加えて、健康づくり課で行っている特定保健指導の評価や血液検査等を利用し、受診勧奨や保健指導を行った。

6. 結果と評価

健診結果等から指導する対象者を健康づくり課と決め、保健事業を実施した。対象者が重複することなく指導できた。

既存の保健事業を利用ながら、受診勧奨や保健指導を実施するが、受診に繋がらない人がいる。重症化予防の必要性を感じない人が多かった。個人へ働きかけで行動変容を促すことには限界がある。6か月間の指導期間を設けたが、生活習慣の改善や定期的な受診は継続が難しく、引き続き支援が必要となっている。

評価指標	達成状況 (%)
保健指導実施率	17人/23人 (73.9%)
医療機関受診率	12人/23人 (52.2%)

7. 今後の展望

体制づくり・啓発活動

- ・医師会及び健康づくり班との重症化予防の取組みについての定期的な連絡会を開催していく。
 - ・20歳からの健康診査や講演会等、若年層から生活習慣病予防に関心を持たせ、透析者の抑制を図る。
- 個別支援 保健指導プログラム対象者への受診勧奨及び保健指導の継続

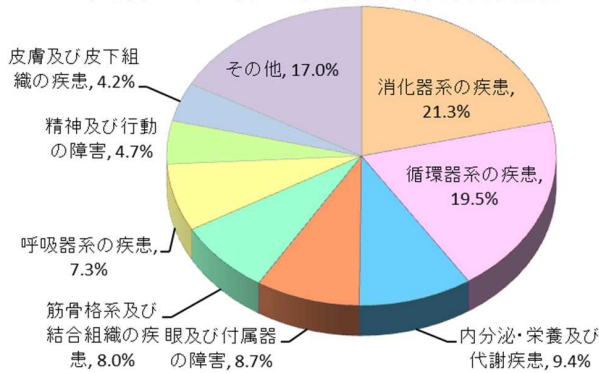


I 香取市の概要

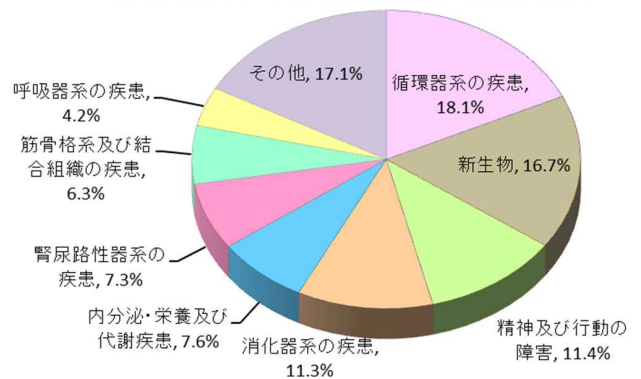
- ・人口 78,585人 ・老齢人口 33.5%
- ・国保加入者 23,883人 ・加入率30.4%
(29年3月31日現在)
- ・特定健診受診率 45.7% (27年度)
- ・特定保健指導実施率 14.0% (27年度)
- ・医療費の状況 総点数 57,171,132点
(28年5月分)



国保加入者の疾病分類(件数別)

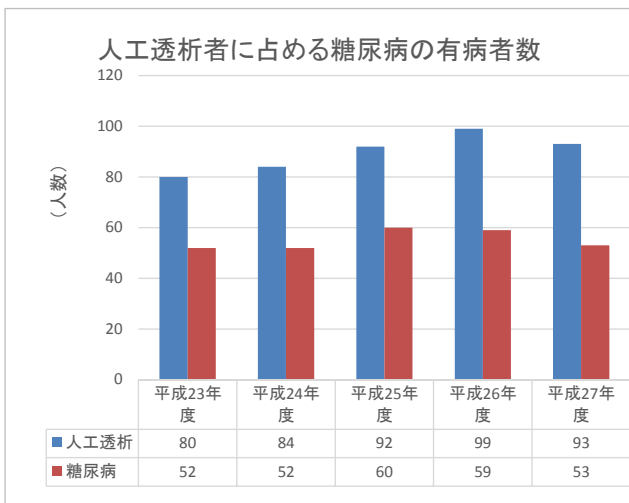
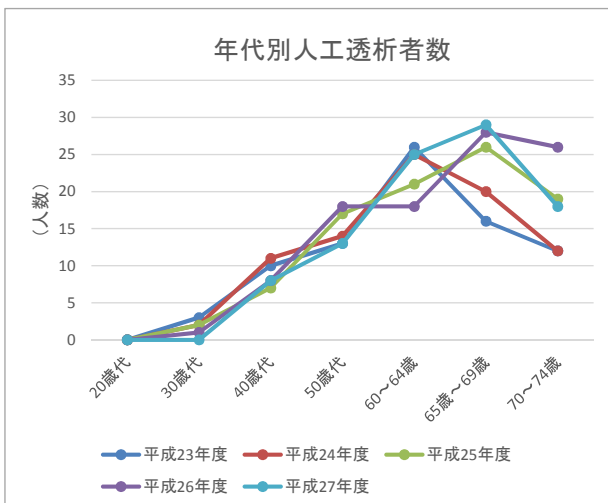


国保加入者の疾病分類(診療点数別)



II 香取市の人工透析者の状況

- ・千葉県や県内同規模市町村と比べて、人工透析者がやや多い
- ・30歳から40歳代の若い年齢層でも発症 ⇒ 50歳代から増加
- ・人工透析者の約 2 / 3 が糖尿病



Ⅲ 糖尿病性腎症重症化予防に向けて



1. 所内体制・地域連携体制の構築

時期	内容	体制整備によって得られたこと等
26年度	<ul style="list-style-type: none"> 講演会開催（B病院医師） データヘルス計画作成、ウォーキングマップの作成 	<ul style="list-style-type: none"> 健康づくり課と連携してデータヘルス計画を作成する
27年度 市民課に 保健師1名 配属	<ul style="list-style-type: none"> 健診項目にクレアチニン・尿酸追加、HbA1c全員実施 香取郡市医師会に協力体制に係るアンケートを実施 地域の病院との連携 <ul style="list-style-type: none"> 市内A病院（糖尿病専門医）との勉強会（2回） 市外B病院「透析予防の会（地域連絡会）」に参加 重症化予防のための家庭訪問（受診勧奨） 講演会（B病院医師・栄養士）、ウォーキング教室開催 	<ul style="list-style-type: none"> 医師から、市の保健事業に意見をもらうことができた。 2か所の総合病院と連絡が取りやすくなった。 部課を越えて、国民健康保険班と健康づくり班が勉強会に参加し、問題意識の共有ができた。
28年度 市民課の 保健師3名 となる	<ul style="list-style-type: none"> 糖尿病性腎症重症化予防プログラム研究事業参加 事業計画の策定、事業実施 香取郡市医師会に対し事業説明、連携依頼 <ul style="list-style-type: none"> 治療者への保健指導介入についての相談 講演会（医師会、A病院医師）、体操教室等を開催 健診項目にeGFR追加 	<ul style="list-style-type: none"> 医師会等による講演会実施、保健事業の相談頻度が増えた。 高齢者福祉課と地域包括支援センター（ケアマネ等）が講演会に参加し情報を共有。

2. 地域病院との連携

市内A病院

(1) 糖尿病専門医との勉強会

① 1回目：糖尿病性腎症重症化予防の必要性について

出席者 内科医師、地域連携担当看護師 2名

市職員7名（市民福祉部長、市民課長、国保班長
健康づくり課班長、担当職員）

② 2回目：糖尿病性腎症重症化予防の保健指導や病院と地域との連携

出席者 内科医師、糖尿病外来担当看護師等 4名

市職員10名（市民課と健康づくり課の保健師、栄養士等）

(2) 糖尿病専門医から患者紹介あり、継続支援中

(3) 糖尿病専門医から重症化予防事業への助言と打ち合わせを継続

市外B病院

(1) 透析予防の会（地域連絡会）

出席者 内科医師、看護師、栄養士、近隣市町の重症化予防担当者

- ・各市町の透析患者数の推移等現状報告
- ・各市町の重症化予防対象者への関わり方等の事例研究
- ・病院での指導内容の説明や指導ツールの提供

(2) 糖尿病専門医による講演会や受診勧奨訪問の対象者選定



IV 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの 開発研究事業

1. 糖尿病性腎症対象者と抽出方法

(1) 以下①～③の全てを満たす者

- ①40歳以上75歳未満
- ②平成27・28年度健診結果より、
2型糖尿病（HbA1c6.5%以上）かつ尿蛋白（+）以上
- ③レセプト情報で糖尿病受療歴なし
（平成27年度健診受診者は28年5月、28年度受診者は28年10月
レセプトで確認した）

※保健指導プログラム勧奨実施人数：23人
（27年度分14人・28年度分9人）

(2) かかりつけ医が保健指導プログラムへの参加を推奨する場合



27年度 糖尿病性腎症対象者の状況と 抽出対象者数

	27年度	男	女
特定健診受診者数	8,516	3,812	4,704
HbA1c 6.5以上	750	462	288
(AND)問診項目2番 インスリン・血糖下げる薬(-)	337	204	133
(AND)問診項目6番 慢性腎不全・透析(-)	331	200	131
(AND)問診項目4, 5番 脳卒中・心臓病(-)	295	169	126
(AND)問診項目1, 3番 血圧・コレステ下げる薬(-)	160	100	60
HbA1c 6.5以上	750	462	288
(AND)尿蛋白(+)以上	81	66	15
(AND)問診項目2番 インスリン・血糖下げる薬(-)	26	22	4

⇒26名に対して、28年7月にレセプトを確認し、14名に絞り込んだ



2. 受診勧奨と保健指導の方法

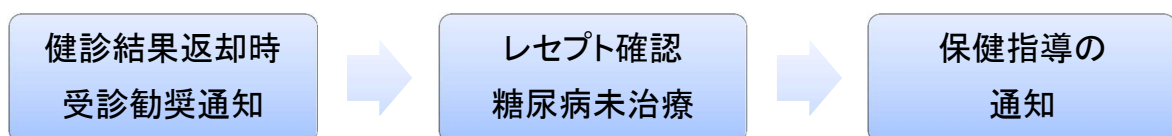
- (1) 郵送にて、保健指導プログラムへの参加者を募る。
- (2) 初回支援の面接にて、保健指導プログラムが継続でき受診行動に繋がるように支援
- (3) 2回目以降は、対象者の状況に合わせ、面接と電話等含め6回、約1か月に1回程度
- (4) 糖尿病性腎症重症化予防講演会や血液検査の勧奨通知
- (5) 「糖尿病連携手帳」により、かかりつけ医と情報を共有
- (6) 医療機関未受診者に対しては、受診勧奨を継続



3. 現在までの事業実施状況

(1) 特定健診からの対象者

① 初回面接までの経過



対象者23人⇒保健指導実施 17人 (73.9%)

② 保健指導実施までの経過

1回目通知⇒初回面接を希望した人 2人

希望しない人21人理由：医療機関で指導中5人、
忙しい1人、未回答が15人

指導に繋がった15人

- 28年度健診未受診のため受診勧奨1人
- 糖尿病性腎症重症化予防講演会1人
- 血液検査 13人

指導に繋がらない6人

- 訪問で介入中1人(未治療)
- 電話で説明3人(治療中2人、未治療1人)
- 電話繋がらない2人(治療中1人、未治療1人)

(2) かかりつけ医からの紹介の対象者

- ・介護保険の利用者のため、包括支援センターやヘルパーと連携
 - ・家庭訪問や月1回の病院での本人を交えてのケース会議を実施
- ⇒家庭での実情に合わせて、服薬管理等現実に則した支援に改善

(3) 次回の指導時期や方法

- ・本人と相談し、本人の意欲が続くように考慮

(4) 教材等

- ・市販の糖尿病重症化予防パンフレットや糖尿病性腎症重症化予防プログラム研究班作成資料を用意
- ⇒個人により、必要な情報や困っていること、すでに出来ていることが異なるため、面接時に何を使用したか記録



4. 事業評価

(1) 何度もアプローチ

通知だけでは、参加希望者は少ない。電話等で連絡をしても、つがらない人が多い。講演会や血液検査等、何度も案内することによって参加者が増えた。**何度も働きかけることにより、対象者の気持ちが徐々に糖尿病予防に傾いていった。**

(2) 糖尿病予防の必要性の周知

かかりつけ医がいる人の中には、「医師から糖尿病は心配ないとは言われているのに市から連絡がきた」と話していた人も、面接すると、「糖尿病の薬を飲むほどではないが気を付けるように」と説明を受けていた。健診結果でHbA1c 6.5~6.9であると医師から説明を受けても自分に都合の良いところ「糖尿病ではない」「薬はいらない」だけ聞いて頭に残る。

⇒継続的に通院しない人や、日常生活改善を行わない人など、糖尿病予防や治療の必要性を感じていない人が多かった。

(3) 継続支援の重要性

保健指導は6か月間の計画であるが、生活習慣の改善や定期的な受診等は継続が難しい。**今後も引き続き支援が必要である。**

5. 今後の課題

(1) 治療や保健指導開始者

- 継続支援⇒個人面接、糖尿病性腎症重症化予防講演会や血液検査等、自ら参加できる体制づくり

(2) 未治療者

- 色々な方法で受診勧奨継続⇒個々への対応では限界があり、広く市民に糖尿病性腎症重症化予防の重要性を周知

(3) 啓発活動・体制づくり

- 20歳からの健康診査、講演会、ウォーキング講習会など、早期介入予防事業を引き続き実施⇒若年層から生活習慣病を予防し、低年齢化している透析者の出現を抑制
- 医師会や地域病院、包括支援センター等関係機関及び庁内健康福祉部門と連携を深め、継続支援できる体制づくり