

地域連携協定のもと2人主治医制を構築し、 重症化予防事業に取り組んだ事例 寝屋川市(大阪府)

1. 自治体の概要

人口 (A) ※平成29年4月1日現在	236,758人
国保被保険者数 (B) ※平成28年度末現在	65,264人
国保加入率 (B)/(A) × 100	27.6%
特定健診実施率 ※平成27年度	35.8%
特定保健指導実施率 ※平成27年度	22.4%
国保全体診療費(平成27年3月～平成28年2月分)	24,755,738,300円
国保被保険者1人当たり入院外医療費	124,695円

2. 自治体の特徴

大阪府の東北部、淀川左岸に位置し、大阪市の中心部へ約15km、京都市中心部へ約35kmの距離にあり、大阪都市圏のベッドタウンとして発展・成長してきた住宅都市で、中央部を流れる寝屋川中心に、河川や水路がめぐって縦横にめぐる水都である。



3. 取組に至った背景

平成23年度の本市国保の総医療費に占める人工透析医療費の割合は全国平均5.3%に対し、寝屋川市では8.8%であった。この結果を踏まえ、透析患者が人工透析治療に至るまでの経過を聞き取るため、31名に家庭訪問を実施した。その結果、糖尿病・高血圧からの腎機能低下が多く、糖尿病の受診勧奨が優先順位が高いことがわかり、平成24年度より重症化予防事業を開始した。(別紙1・2)

4. 取組の概要

《取組の特徴》

- 医師会・歯科医師会・薬剤師会・市内大学病院・本市の5者で生活習慣病予防の地域連携協定を結んでいる。
- 重症化予防事業は高血糖・高血圧・腎機能低下の方を対象に教室を案内している。
- 対象者に二次検査(微量アルブミン尿検査等)を実施し、糖尿病性腎症の病期を確定している。

地域連携協定では2人主治医制を推進し、かかりつけ医と専門医との連携で腎機能の維持をめざす。また、医師会理事や腎専門医と定期的に行うケース検討会を通じて、今後必要な検査や治療等の具体的な方向性を見い出すと共に地域の課題を共有して透析導入時期の延伸に努めている。(別紙3)

本市の重症化予防事業はHbA1c6.5%以上、血圧Ⅱ度以上の方を対象に6か月間で4回1コースの教室・個別指導、e-GFR60未満(70歳以上は50未満)の方を対象に3か月間で2回1コースの教室や個別指導を行っている。教室の期間中に医療機関で二次検査(頸部血管エコーと微量アルブミン尿検査)を受診し、糖尿病性腎症の病期を確定し、Ⅱ期以降の方は、よりきめ細やかな保健指導を行い、検査結果と合わせて必要な専門医への受診勧奨を行っている。保健指導6か月後に再度、微量アルブミン尿の測定を行い、糖尿病性腎症の病気の改善を目指す。(別紙4)

5. 取組内容と結果

(1) 取組を具体化していくプロセス

平成23年度、医療費分析の結果より、平成23年度の寝屋川市国保の総医療費に占める人工透析医療費の割合は全国平均5.3%、大阪府5.8%に対し、寝屋川市では8.8%であった。この結果を踏まえ、透析患者の31名の家庭訪問を行ったところ、糖尿病・高血圧からの腎機能低下が多く、それぞれの初回指摘から人工透析治療に至るまでの期間は、糖尿病が平均13.4年、高血圧が平均19.8年であり、糖尿病患者への受診勧奨がより優先順位が高いことがわかった。

その現状について本市医師会及び腎専門医と情報共有し、医療機関等の協力が不可欠との判断から、医師会・歯科医師会・薬剤師会・関西医科大学香里病院との5者で生活習慣病重症化予防の地域連携協定を締結するに至った。

平成24年度より高血糖・高血圧・腎機能低下者への重症化予防事業を開始したが、事業の中で対応に悩むケースについては、医師会理事や腎専門医と定期的に行うケース検討会を通じて相談し、共に地域の課題を共有して透析導入時期の延伸に努めている。

重症化予防事業の中では、専門医とかかりつけ医との2人主治医制を進めており、ガイドラインに基づき専門医への受診が必要な方は、かかりつけ医を通しての専門医への受診勧奨を個別に実施している。

(2) 生じた課題とその対応

課題	対応
人材不足により、教室後のフォロー対象者の受診継続の確認が難しい。	教室に来なかった糖尿病性腎症と考えられる対象者(HbA1c・尿たんぱくより)を漏らさずフォローする体制をつくる。
保健師間でのスキルの共有が難しい。	医師会への事業の定期的な報告、かかりつけ医との連携

6. 結果と評価

○平成27年度教室参加者・不参加者のHbA1cの推移を見ると、教室参加者は保健指導前平均7.1%、翌年度健診では6.69%と、合併症予防のための目標の7.0%未満を維持していた。

教室不参加者は保健指導前7.22%、翌年度健診7.02%であった。(別紙5)

○平成28年度糖尿病性腎症の対象者については、今後解析を行っていく。

評価指標	達成状況(%)
平成28年度糖尿病性腎症対象者のカバー率(糖尿病教室)	40.3%
平成28年度糖尿病性腎症対象者のカバー率(CKD教室)	54.8%

7. 今後の展望

○医師会への重症化予防事業実施状況の報告を定期的に行っていく。

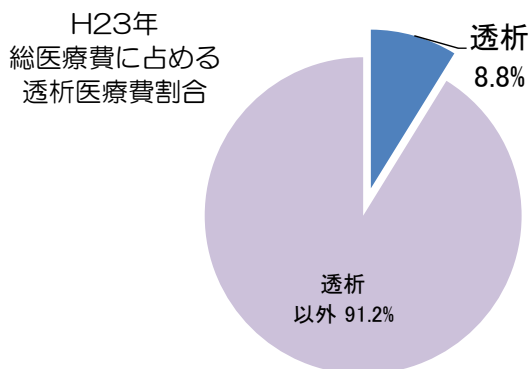
○糖尿病性腎症対象者のみの教室を検討していく。

○教室に来られなかった糖尿病性腎症の対象者に対し、アプローチを行っていく。

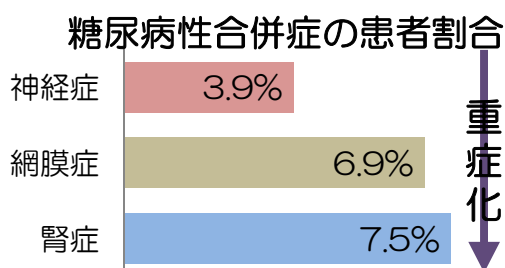
○糖尿病対策推進会議、o-CKDI等、関係機関との連携の強化を行う。

人工透析にかかる医療費

●透析患者数が多く
医療費が高率に



	全 国	大阪	寝屋川
医療費割合	5.3%	5.8%	8.8%
患 者 数 (対100万人)	2,383	2,502	2,957



●重症になるほど
患者が多い

寝屋川市第2期特定健康診査等実施計画より



別紙2

透析患者訪問で聞き取った経過

	20	25	30	35	40	45	50	55
	尿病(健診・受診後放置)				糖尿病(インスリン・透析開始後) 透析開始			
尿蛋白(健診・精査)	高血圧(健診・放置)		高血圧(健診・放置)		高血圧(内服・透析後)			
	尿病(内服)		糖尿病(健診・内服)		透析開始 眼底出血			
			高血糖(健診・手術)		透析開始			
足の腫れ(診断名なし・湿布)			尿病(心筋梗塞(ステント術))		透析開始			
			痛風(内服・中) 痛風(内服)		腎機能低下 高血圧(内服・透析後) 透析開始			
			尿病(内服)		閉塞性動脈硬化症(右) 透析開始			
			糖尿病性網膜症(Ope)		透析開始			
	高血圧(健診・内服拒否)				尿病(糖尿病性網膜症) 透析開始			
					透析開始			
					透析開始			
	高血圧(健診・放置)		高血圧(内服・中断)		尿病(健診・P) 糖尿病専門医 透析開始			
					排尿困難・浮腫み 透析開始			
					尿病(食事) 糖尿病(インスリン) 透析開始	高血圧(内服・透析後) 透析開始		
					尿病(健診・内服)	糖尿病(内服) 透析開始	心筋梗塞(バイパス術) 大動脈アテローム硬化症	
尿蛋白時々	高血圧(内服・中断)				高血圧(内服)	透析開始		
					尿病(糖尿病(内服) 糖尿病(インスリン) 透析開始			
					高血圧(内服)	大動脈解離・ASO(Ope) 透析開始 退院		
					高血圧性網膜症	透析開始		
	不整脈・肝機能障害(健診)				高血圧(内服)	心不全(入退院くり返す) 透析開始		
	尿病(内服・中断)				糖尿病(内服・中断)	透析開始		
			高血圧(健診・放置)		高血圧・糖尿病(内服) 透析開始	糖尿病性網膜症(Ope)		
	高血糖(健診・放置)				透析開始			
	高血圧(健診・放置)		尿病(内服)		高血圧(内服)	透析開始		
					透析開始			
					高血圧(放置)	糖尿病(インスリン) 肺炎腫 透析開始		
					尿病(内服)	透析開始		
					高血圧(内服)	透析開始		
					高血圧(健診)	尿病(内服・入院) 透析開始		
					尿病(内服・中断)	透析開始		
	高血圧(健診・内服)				透析開始	心筋梗塞(ステント術)		
	尿病(健診・内服)				透析開始	透析提案(拒否)		
	尿病(内服)				透析開始	眼底出血		
					高血圧(狭心症(ステント)) 透析開始			
					高血圧(糖尿病(ステント)) 透析開始			

透析開始 : 透析導入時期

高血圧を初めて指摘された時期

高血糖を初めて指摘された時期

指摘されてから
透析導入までの平均
血圧：19.8年
血糖：13.4年

透析開始 : 透析導入時期

高血圧を初めて指摘された時期

高血糖を初めて指摘された時期

別紙3

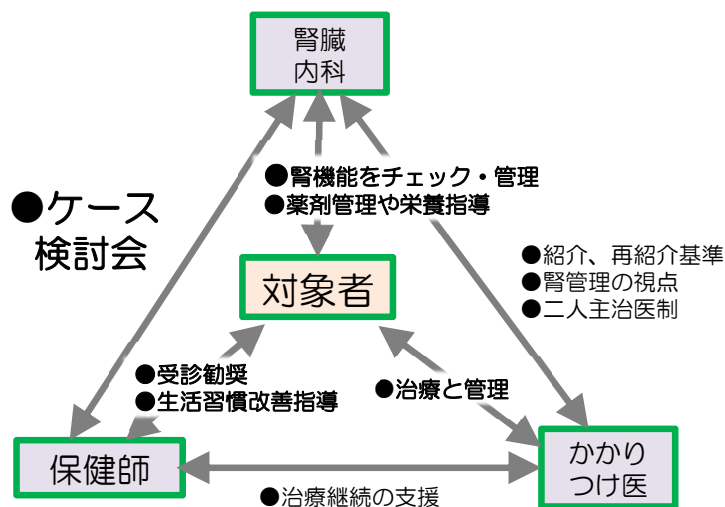
透析予防のための地域連携

CKD予防地域連携システム

地域連携協定

- H25年 寝屋川市医師会・薬剤師会・歯科医師会・関西医大香里病院・寝屋川市とで生活習慣病重症化予防地域連携協定を締結
- 2人主治医制 かかりつけ医と腎専門医の2人を主治医とすることで、長期的に腎機能を維持
- 継続的な保健師のフォローで治療の中断を防ぐ

●ケース検討会



別紙4

特定健診からの流れ

健診受診

健診未受診

はがき・電話・広報・回覧板での受診勧奨

特定保健指導

腹囲・BMI
+
血糖・血圧・中性脂肪・HDLコレステロール・喫煙・服薬の状況に合わせ対象者選定

動機付け支援

積極的支援

初回グループ支援

6か月後評価

初回面談
レター支援

中間面談
レター支援

最終面談

情報提供

受診勧奨

服薬のため情報提供

重症化予防事業 下記数値に該当し、当該疾患未治療の方

高血圧

160/100mmHg以上

教室 1回目	高血圧についての講義 疾患・日常生活の留意
教室 2回目	食事に関する実習
医療機関にて	二次検査 頸部血管エコーと尿アルブミン測定
教室 3回目	個別での二次検査結果返却 受診勧奨
教室 4回目	グループワーク 今後の継続に向けて

高血糖

HbA1c6.5%以上

教室 1回目	糖尿病についての講義 疾患・日常生活の留意
教室 2回目	食事・運動に関する実習
医療機関にて	二次検査 頸部血管エコーと尿アルブミン測定
教室 3回目	個別での二次検査結果返却 受診勧奨
教室 4回目	グループワーク 今後の継続に向けて

腎機能低下

e-GFR60未満
(70歳以上50未満)

教室 1回目	腎臓・疾患に関する講義 日常生活の留意事項
医療機関にて	二次検査 頸部血管エコーと尿アルブミン測定
教室 2回目	個別での二次検査結果返却 受診勧奨

糖尿病治療歴あり、かつ微量アルブミン尿30以上の方もしくはe-GFR30未満の方

糖尿病性腎症Ⅱ期以降の方	
医療機関にて	二次検査 頸部血管エコーと尿アルブミン測定
教室 5回目	個別にて結果を返却し、必要に応じ、受診勧奨や保健・栄養指導を行う

研究参加後、糖尿病性腎症Ⅱ期以降の方は、よりきめ細やかに保健指導・栄養指導を行う。保健指導6か月後に再度、微量アルブミン尿の測定を行い、糖尿病性腎症の病気の改善を目指す。



保健指導の評価

高血糖者の教室参加者の状況(平成27年度)

	対象者	実参加人数	延参加人数	実施率
1コース	66	18	57	27.3%
2コース	131	29	96	22.1%
3コース	156	34	116	21.8%
計	353	81	269	22.9%

HbA1c平均値の推移(平成27年度)

	保健指導前	6か月後	翌年度健診
教室参加者	7.1	6.60	6.69
教室不参加者	7.22		7.02

参加者は
合併所予防の
目標7.0%未
満を維持