

福岡市保険者・医療関係者連携による生活習慣病重症化予防事業

# 令和6年度 第1回 福岡市生活習慣病重症化予防連携推進会議

令和6年 8月 28日（水） 19時00分 ～ 20時30分

福岡市庁舎 15階 研修室B

## ご報告・情報共有

- 「医療連携」試行事業（フェーズ1）の活動結果と成果（ご報告）
- 「報告会・意見交換会」でいただいた主な意見（情報共有）
- 「医療連携」試行事業（フェーズ2）の実施について
- 『福岡市 生活習慣病の患者さんへの通院継続支援ガイド』発行について（ご報告）

# 【ご報告】試行事業（フェーズ1）の活動結果と成果

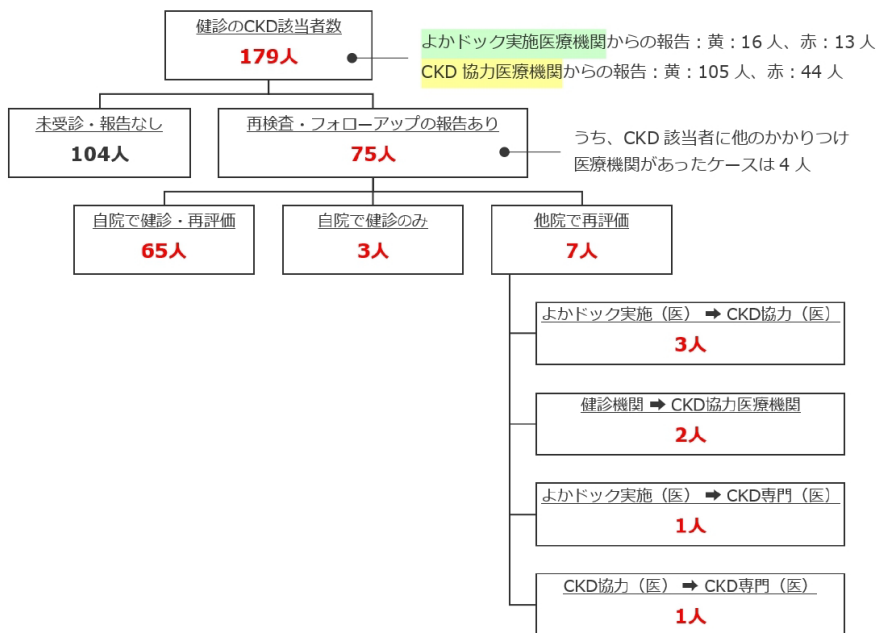
参加医療機関数など

【期間】令和5年11月24日（金）～令和6年2月22日（木） ※マニュアル等が到着次第適宜開始  
【参加医療機関数】

	南区	西区	計
よかドック実施医療機関	6	5	11
CKD 協力医療機関	14	10	24
CKD 専門医療機関（腎エコー可能）	4	4	8
CKD 専門医療機関（腎生検・腎代替療法可能）	2	2	4
計	26	21	47

健診（よかドックなど）のCKD該当者は **179人**

健診から再検査・フォローアップにつながったのは **75人**



分布の比較；（左）健診のCKD 該当者の 179 人のリスク評価、（右）健診から再検査・フォローアップにつながった 75 人の健診時のリスク評価

計179人		蛋白尿区分		
		A1	A 2	A3
糖尿病	尿アルブミン 尿アルブミン/Crit	正常 30未満	微量 アルブミン尿 30-299	顕性 アルブミン尿 300以上
その他	検尿 尿蛋白/Crit	正常 (Up-) 0.15未満	軽度尿蛋白 (Up+) 0.15-0.49	高度尿蛋白 (Up2+) 0.50以上
GCR5分	G1	≥90	2人	2人
	G2	60-89	24人	5人
	G3a	45-59	95人	3人
	G3b	30-44	13人	2人
	G4	15-29	2人	3人
	G5	<15		

(備考)

- 「G1,不明」：1人
- 「G3b,不明」：1人

計75人		蛋白尿区分		
		A1	A 2	A3
糖尿病	尿アルブミン 尿アルブミン/Crit	正常 30未満	微量 アルブミン尿 30-299	顕性 アルブミン尿 300以上
その他	検尿 尿蛋白/Crit	正常 (Up-) 0.15未満	軽度尿蛋白 (Up+) 0.15-0.49	高度尿蛋白 (Up2+) 0.50以上
GCR5分	G1	≥90	1人	
	G2	60-89	8人	2人
	G3a	45-59	46人	3人
	G3b	30-44	1人	2人
	G4	15-29	1人	
	G5	<15		

(備考)

試行期間中にかかりつけ医療機関から腎臓専門医療機関へ紹介となったのは 9 人

>>2 人が「健診」から紹介につながった

紹介元	紹介先	紹介時の CKD ステージ	転帰
よかドック実施医療機関	CKD 専門（基幹病院など）	G3a,A1	かかりつけ医へ逆紹介
CKD 協力医療機関	CKD 専門医療機関	G3a,A2	その他（基幹病院へ紹介）

>>7 人が「日常診療」から紹介につながった\*

紹介元	紹介先	紹介時の CKD ステージ	転帰
よかドック実施医療機関	CKD 専門（基幹病院など）	—	期間中、専門医受診は確認できず
CKD 協力医療機関	CKD 専門	—	期間中、専門医受診は確認できず
CKD 協力医療機関	CKD 専門	—	期間中、専門医受診は確認できず
—	CKD 専門（基幹病院など）	G3b,A1	かかりつけ医へ逆紹介
—	CKD 専門（基幹病院など）	G4,A1	併診予定
—	CKD 専門（基幹病院など）	G2,A1	かかりつけ医へ逆紹介
—	CKD 専門（基幹病院など）	G3b,A1	その他

\*「様式 2」で健診として報告がなかったものを含む。

※ 紹介元が不明なものは「集計表④」においてのみ報告があったもの（「集計表④」では紹介元の記載を求めている）

## ｜紹介基準に関する意見

### <かかりつけ医>

- 開業医の腎臓専門医の先生がどんな役割を担ってくれるのかがもっと明確になるといい

### <クリニック・病院の腎臓専門医>

- 開業医の腎臓専門医の役割はあると思う。腎生検が必要になるまでの評価など、大きい病院に橋渡しするまでの対応などが可能
- （開業医の腎臓専門医には）大きい病院はハードルが高いというような方に来てもらえるといい。少なくとも、今の病気の原因や今の治療を続けていいのかということの評価できる
- 紹介される患者さんの気持ちの問題もある。いきなり大学病院や基幹病院に紹介となると、「待ち時間が長いから嫌だ」「できれば近いところがいい」といったことを言われる。だから開業の腎臓専門医を利用してほしいと思う。

### <基幹病院の腎臓専門医>

- 基幹病院では患者さんを5時間待たせて、異常なしと返されることもあり、かかりつけ医との信頼関係にも影響するようなこともある。腎専門医の数は少ないが、患者さんを待たせなくてよいような仕組みを考えたい
- できるだけ患者さんを待たせないようには努力したいが、現状は厳しい状況

## ｜紹介や併診に関する意見

### <かかりつけ医>

- （開業の腎臓専門医への紹介の抵抗感を緩和するには）紹介したあとにちゃんと戻してもらう流れができるといい
- 普段の診療で、循環器等は開業医から開業医に紹介をすることはある。今まではCKDを紹介するという考えがなかったが、試行に参加して、CKDで腎臓専門医に紹介できることを知った。開業の腎臓専門医の先生が、CKDの外来をされていることを知らない、透析のみされていると思っているかかりつけの先生も多いのではないかな

## ｜試行に参加しての感想など

### <かかりつけ医>

- 腎臓のことは専門外でほとんどわからず参加した。検尿をすることについての概念があまりなかったり、蛋白尿1+、尿潜血1+についても甘く考えていたりしていた
- 腎臓専門医と顔の見える関係ができたことで気になる症例はどんどん送っている。（腎臓専門医とのやりとりで注意したい薬剤がわかり）処方する薬を変えるなど適切な治療ができたこともあった
- 毎年よかドックを受けている方や、数か月に一度定期的な検査を受けている患者さんについて、時間軸（進行速度）で腎機能の推移を確認することがわかった

## 【ご報告】「医療連携」試行事業（フェーズ2）の実施について

令和6年7月30日（火）に、令和6年度第1回の「医療連携」ワーキングを実施し、実施機関や対象医療機関について協議した。現在、フェーズ2実施に向けて、アンケートや意見交換会のご意見を参考に課題の改善に取り組んでいる。

実施期間	令和7年2月上旬～令和7年7月下旬（予定）
対象	<p>【健診機関】</p> <p>集団健診（よかドック）を実施している区の健診機関</p> <p>【医療機関】</p> <p>以下の条件に該当する医療機関</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● 福岡市医師会に加入している医療機関</li><li>● 内科を標榜している医療機関またはよかドックを実施している医療機関</li></ul>
対象機関数	<p>194機関</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● 南区：118機関（健診機関：1、医療機関：117）</li><li>● 西区：76機関（健診機関：1、医療機関：75）</li></ul>

## 協議事項

## 振り返り：生活習慣病重症化予防における局面とその現状

生活習慣病の重症化予防の推進にあたっては、以下のような局面があり、保険者・医療関係者それぞれが課題に取り組んでいる。現状を変えていくには、保険者・医療関係者間で課題を共有し、連携しながら解決に臨む必要がある。

早期発見・早期治療への指導		治療開始		治療継続・治療方針に沿った指導	
	①特定健診	②受診勧奨	③医療連携	④通院継続支援	⑤栄養指導
現状	<ul style="list-style-type: none"><li>● 特定健診受診率が低い</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>● 対象者が健診から医療（受診）につながっていない</li><li>● 健診結果の説明や医療機関への受診勧奨が十分でない</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>● CKD・糖尿病の地域連携パスの運用が低調</li><li>● 早期受診しても必要な検査・治療が実施されない場合がある</li><li>● かかりつけ医・専門医の役割分担が不明瞭</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>● CKDは自覚症状がなく治療中断となりやすい</li><li>● かかりつけ医療機関に通院継続の手だてやマンパワーがない</li><li>● 保険者において治療中断者のフォローが難しい</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>● CKDの栄養指導ができるクリニック・診療所が少ない</li></ul>
ありたい姿	<ul style="list-style-type: none"><li>● 市民が特定健診受診の必要性を理解し、受診行動を起こすようになる</li><li>● 市民が特定健診を受診し、自分の体の状態を知ることができる</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>● 医療機関や保険者において、特定健診の該当者に対し、確かな受診勧奨が行われる</li><li>● 特定健診の該当者が、確実に医療機関を受診する</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>● かかりつけ医と専門医が役割分担し、必要時、連携して治療を行う</li><li>● かかりつけ医と専門医の顔の見える関係ができる</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>● 医療機関や保険者において、生活習慣病の方の通院継続を支援する仕組みがある</li><li>● 生活習慣病の方が、定期的な通院による適切な治療を受けることで重症化しない</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>● 必要に応じて栄養指導を受けられる体制がある</li><li>● 対象者が栄養指導を受け、生活習慣の改善を図ることができる</li></ul>

## 局面それぞれの見通し（案）について

### 早期発見・早期治療への指導（①特定健診、②受診勧奨）

- CKDの市民啓発
- 健診から受診への勧め方、啓発について保険者間で話し合う
- 受診勧奨についてそれぞれの関係団体・専門職の立場からどのような連携ができるか

### 治療開始（③医療連携）

- 「医療連携」ワーキングで検討
- 「医療連携」試行事業の実施
- 「医療連携」の進捗に応じて、福岡市歯科医師会、福岡市薬剤師会へご相談ののち、本会議で協議

### 治療継続・治療方針に沿った指導（④通院継続支援）

- それぞれの関係団体・専門職の立場からどのような連携ができるか

### 治療継続・治療方針に沿った指導（⑤栄養指導）

- 「医療連携」と連動した栄養指導の仕組みづくり

### 保険者・医療関係者の連携に関すること

- 多職種連携ツール（患者さんを中心に保険者・医療関係者が連携できるツール）の可能性について



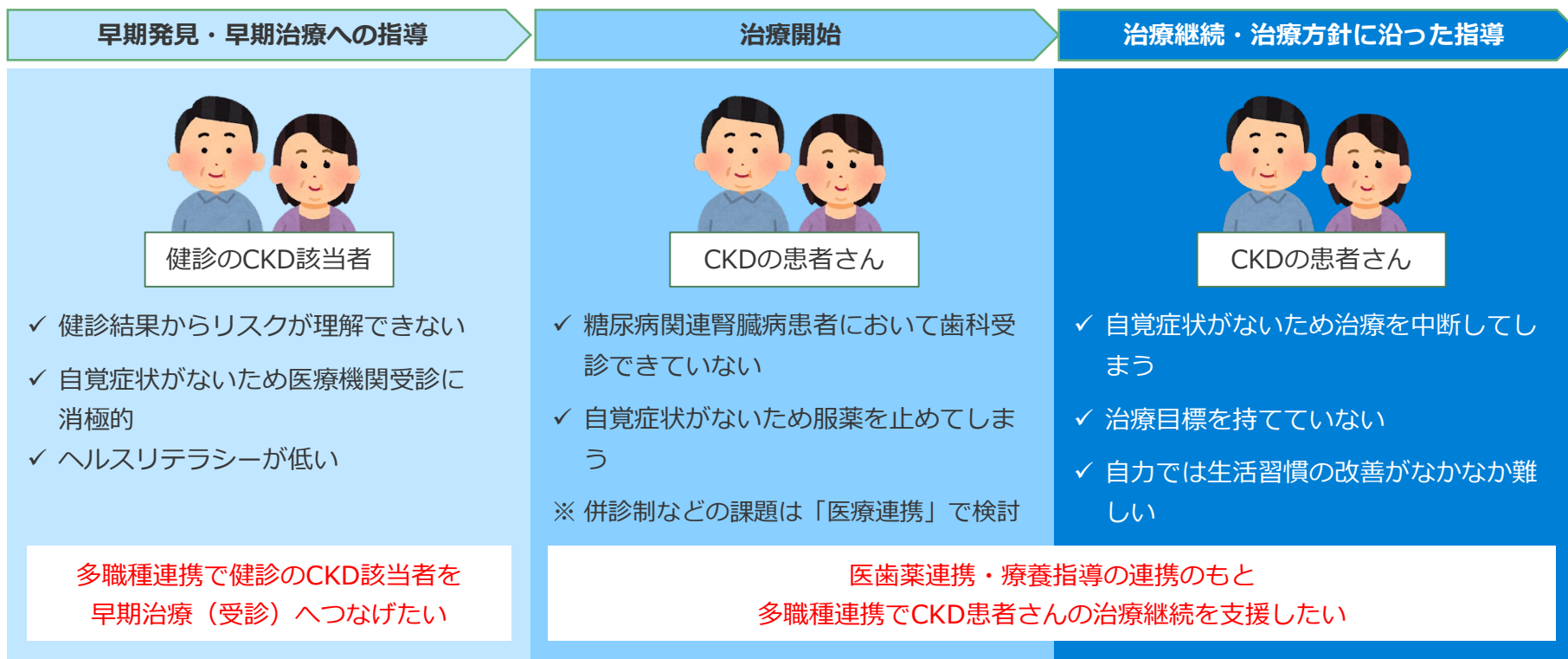
# CKD（糖尿病関連腎臓病、高血圧性腎硬化症など）における連携のイメージと想定される場面

- 専門医との連携
- 多職種と連携した治療管理
- 糖尿病患者へ歯科医療機関の受診勧奨
- 他の機関との情報共有
- リフィル処方箋の説明 など

- かかりつけ医との連携
- 多職種と連携した治療管理
- 糖尿病患者へ歯科医療機関の受診勧奨
- 他の機関との情報共有
- リフィル処方箋の説明 など



## 意見交換：CKDの患者さんに対する、多職種連携・他の機関との連携について



- CKDの患者さんの早期治療（受診）・治療継続について、現在、それぞれの専門職・関係団体においてどのような取り組みがなされているか？
- 健診のCKD該当者を早期治療（受診）につなげるためにどのようにに関わり方ができそうか？
- CKDの患者さんの治療継続について、どのようなポイントで多職種連携・他の機関との連携ができそうか？
- どのようなツール・仕組みがあれば、多職種連携・他の機関との連携が実現できそうか？
- その他、自由なご意見やアイデアなど