

活動成果報告書

令和元年度（第23回）「チヨダ地域保健推進賞」

活動テーマ 「オール日立で進めるCKD（慢性腎臓病）対策」 ～医師会との連携による新規透析者の抑制を目指した取組～	
グループ名称・氏名(グループの場合は代表者名) 日立市 健康づくり推進課 成人保健グループ 代表者：高橋 くに江	
勤務先：日立市役所 所 属：保健福祉部 健康づくり推進課 所在地：〒317-0014 茨城県日立市助川町1-15-15 TEL：0294-21-3300 FAX：0294-27-2112	

〈腎臓病予防教室の様子〉

◇活動方針

医師会と連携し、市民へのCKD予防の啓発、早期発見のための健診受診勧奨、CKDハイリスク者への受療勧奨及びかかりつけ医・専門医による「CKD病診連携システム」の推進など、CKD対策に取り組み、新規透析患者の抑制を目指す。

活動の背景

本市は、透析者数の増加がみられることから、平成24年度に特定健康診査にクレアチニン検査を導入し、その事後指導として、市内の腎臓専門医の助言のもと、受診勧奨及び保健指導など腎疾患等重症化予防事業を開始している。しかし、CKDハイリスク者を受療に繋げるものの、かかりつけ医により重症化予防に対する認識等に相違があり、事後指導に限界が見られた。また、国保加入率約20%の本市においては、国保の事後指導を中心としたアプローチでは、全市的な広がりにならないことが課題となった。

そこで、日立市医師会と相談を重ねた結果、平成26年度、日立市地域医療協議会（医師会、歯科医師会、薬剤師会、保健所、行政などで地域医療対策について協議する場）に「生活習慣病重症化予防専門委員会」が設けられ、関係者間の課題共有、協議が開始された。さらに、平成29年1月には、CKD病診連携システムの構築を目的に、市内の腎臓専門医、かかりつけ医、行政の担当で構成する「CKD対策推進委員会」が医師会に置かれた。現在は、「救急搬送されて直ぐに透析導入になる症例がみられる」などの課題への対応として、関係者、関係機関等が連携してCKD重症化予防に「オール日立で」の取組を進めているところである。

活動成果報告書

◇活動内容

(1) 腎疾患等重症化予防事業

① 市民へのCKD予防の啓発

市報、健康カレンダー、チラシなど紙媒体による啓発のほか、ケーブルテレビの行政放送において腎臓専門医と保健師による「CKD予防」番組の作成、コミュニティFMラジオの活用等を通して啓発に取り組んでいる。

② CKDハイリスク者の病院受診の確認と勧奨

対象：特定健診の結果、血圧高値、耐糖能異常、eGFRの低下、尿蛋白陽性のいずれかである者
内容：KDB（国保データベースシステム）を活用して病院受診の確認を行い、未受診者に対して訪問・電話等による受診勧奨及び保健指導を行っている。

③ 腎臓病予防教室の実施

対象：市民及び健診事後者

内容：腎臓専門医による講話及び保健師・栄養士による個別相談

(2) 医師会との連携

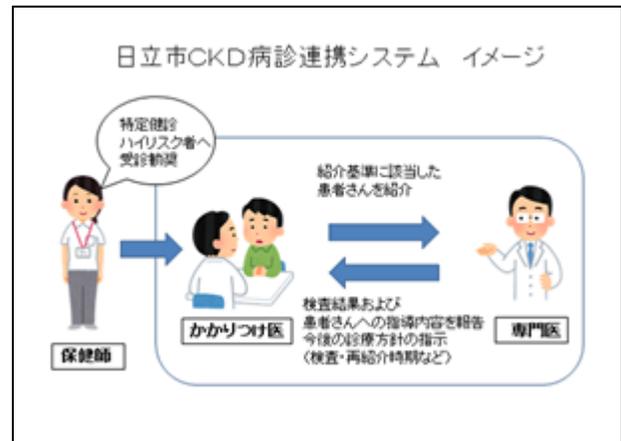
① CKD対策推進委員会への出席（年3～4回）

- ・「日立市CKD病診連携システム」の構築と推進のための協議
- ・行政が進める重症化予防の取組についての協議

② CKD勉強会（医師対象、年2～3回）への参画（行政の立場での取組の発表等）

③ 医師会報にコラム「CKD通信」を連載

（CKD対策推進委員・行政保健師が記事を担当）



◇活動の成果

(1) 腎疾患等重症化予防事業

- ・「ハイリスク者の病院受診の確認と勧奨」については、平成30年度の対象者は特定健診受診者の8.2%（609人）。そのうち受診が確認できた人は77.2%（470人）であった。
- ・腎臓病予防教室は、平成30年度に2回実施し、参加者は132人であった。
- ・ハイリスク者、腎臓病予防教室の参加者からは、「CKDが知らないうちに進行する病気ということが分かり、食生活等生活習慣に注意が必要と感じた」、「かかりつけ医に受診しているが、自分の意識を高めることが大切と感じた」等の声があり、自己管理の必要性を認識するきっかけとなっている。

活動成果報告書

(2) 医師会との連携

- ・CKD対策推進委員会において、行政からは、「受診勧奨しても市民の意識や生活背景などから必ずしも直ぐに受診に繋がらない、受診をしたが、かかりつけ医から特に心配ないと言われ安心してしまう人もいる」、かかりつけ医からは、「専門医への紹介基準が明確だと紹介しやすい」、専門医からは、「救急搬送されてくる症例が後をたたない」等の意見が出され、それぞれの課題が共有でき、連携方法、今後の対策などについての協議が進んでいる。
- ・かかりつけ医、専門医からの意見をもとに、行政が実施する保健事業の実施内容などに関する検討が進むことで、効果的な事業展開に結びついている。
- ・平成30年1月に、「CKD病診連携システム」が開始され、かかりつけ医への周知が徐々に図られ、利用実績が増加している。

◇今後の計画

CKD重症化予防における病診連携は、全国的に課題とされている。そういった中、日立市において、平成30年1月から「オール日立で」を合言葉に、CKD病診連携を構築しスタートした。今後は、この仕組みが地域の中で十分に活用されるよう、さらに話し合いを進めていくことにしている。

市民にCKDの知識を啓発するとともに、この地域のどの医療機関を受診しても、CKD重症化予防の視点で診療や指導がなされ、新規透析者の抑制に繋がるよう取組みを進めたい。

(1) ハイリスク者に対し、CKD重症化予防の重要性について認識を高めるための取組を推進する

ハイリスク者が病院を受診する際、かかりつけ医からCKD重症化予防に関する説明を受けることで、認識を高められる仕組みをつくるため、「受診状況連絡票（医師会及び日立市連名）」を作成し活用する。これにより、かかりつけ医に対しても、「CKD重症化予防の取組」について周知されることが期待できる。

(2) かかりつけ医の理解と協力を促進する

医師会において、かかりつけ医に対し、病診連携の活用度、連携方法等について定期的にアンケート調査を実施し、調査結果をもとに、継続して勉強会を開催する。

(3) 医師会、薬剤師会で連携したCKDを悪化させない薬剤処方を推進する

内服する薬剤によるCKDの進行を防ぐため、医師会、薬剤師会で連携し、CKD要注意者と分かるようにお薬手帳に貼る「CKDシール」を作成、貼付し、かかりつけ医及び患者本人に注意喚起を図る。

(4) 治療中断者への医師会と行政の連携を図る

重症化のリスクの高い患者が、治療中断した場合、再度治療ルートにのれるよう医師会と行政の連携する仕組の検討を進める。