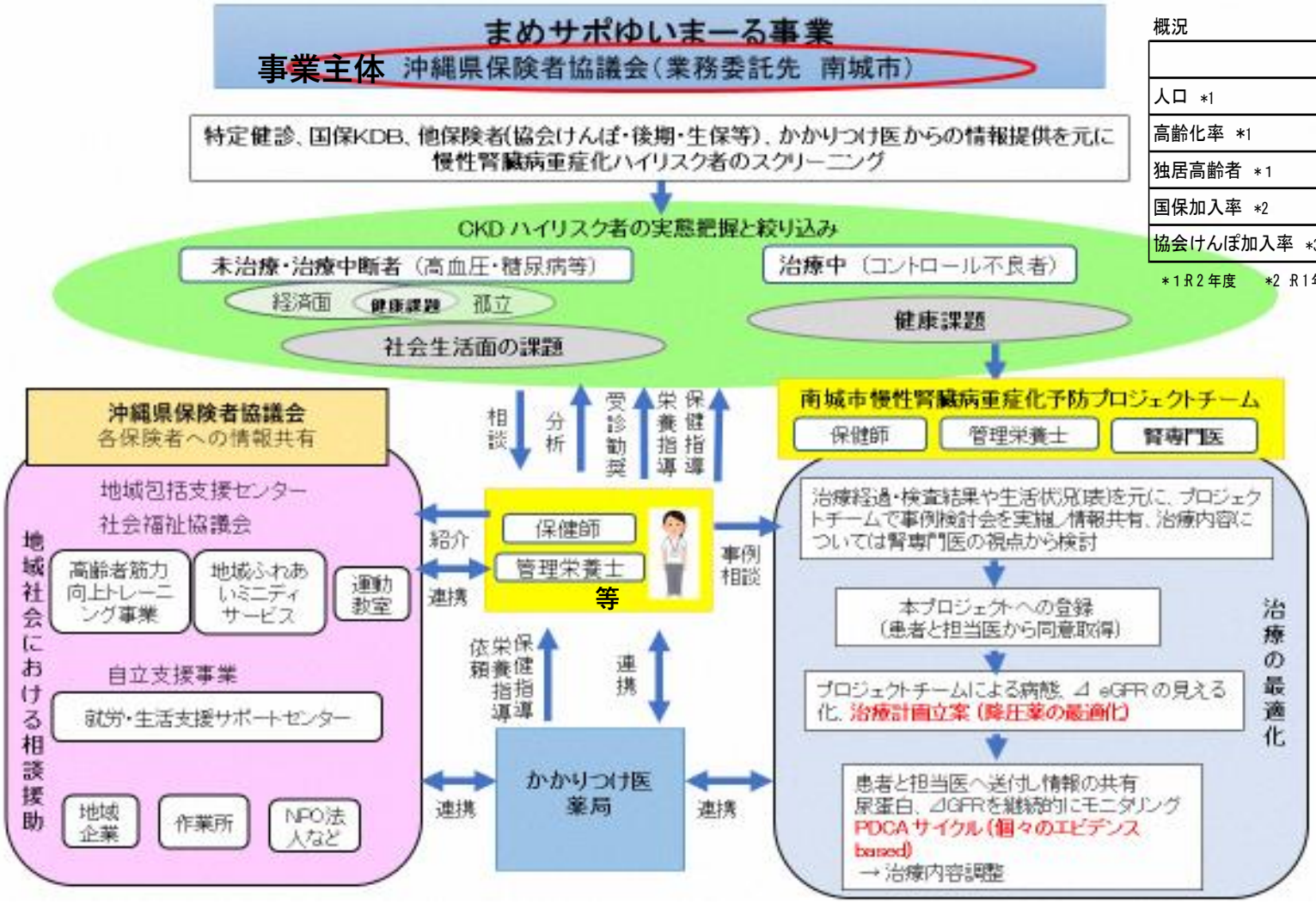
保険者とかかりつけ医等の協働による加入者の予防健康づくり事業



概況

	南城市	沖縄県	全国
人口 *1	45,045人	146万人	
高齢化率 *1	25.9%	22.6%	28.6%
独居高齢者 *1	15.8%	20.7%	18.6%
国保加入率 *2	27.2%	27.2%	21.4%
協会けんぽ加入率 *3	—	40.4%	31.2%

*1 R2年度　*2 R1年度　*3 H30年度

1.人工透析の状況

①総医療費に占める透析医療費の割合

	H28年度	R2年度
南城市	10.19%	7.09% ⬇
沖縄県	8.79%	6.48%
国	5.40%	4.52%

②新規透析導入者の国保加入状況

国保加入1年以内	1人
国保加入5年以内	2人
国保加入10年以内	2人
ずっと国保	1人

2.血圧未治療者の状況

①受診勧奨実施状況

	対象者	受診勧奨実施
国保	241人	136人
協会けんぽ	66人	39人
生活保護	6人	4人
計	313人	179人

＊高血圧糖尿病管理台帳にて対象者を把握

3.地域社会の相談援助へ紹介した12名状況

①社会生活面での問題点(重複あり)

独居	5人
運動の仕方がわからない	4人
地域参加なし	4人
食事の用意の不安	3人
経済的問題	1人
こころの問題	1人

②紹介した社会資源

運動教室	8人
配食ｻｰﾋﾞｽ等の情報提供	5人
包括支援センター	2人
生活保護	1人

Dr.の声)
・外来では生活状況の把握は難しい。
・聞けていなかった事が把握され助かった。
・治療中断、認知症、独居が困る

4.重症化予防計画案の提案

医療機関名:
医師名:

ＣＫＤ関連情報提供書及び今後

特定健診の結果、下記の者が腎臓専門医紹介対象者となり
南城市においては、人工透析予防プロジェクトチームを結成し
、腎臓専門医との連携のもと保健指導等を行い、尿蛋白を減少
本プロジェクトチームにおいて、下記のとおり重症化予防
ご参照のうえ、貴院での今後の取組方針について太枠内を

南城市役
南城市人
南城市佐敷

対象者	氏名: 様 (男性) 生年月日:
	住所:南城市
医師会専門医紹介	尿蛋白(＋)、尿潜血(－)、eGFR 71.9 ml/min/1.73m2、重症度分類G2A2 健診:H29年7月20日
	□1)尿蛋白が0.5g/gCr以上、もしくは尿蛋白2+以上
	□2)eGFR50mL/分/1.73㎡未満(70歳以上では、40未満)
	□3)尿蛋白と尿潜血がともに(＋)以上の場合
重症化予防計画案	いつも大変お世話になっております。 この方は、HbA1cが7.9から6.9と良くなった事で、輸入細動脈の拡張が改善され、尿蛋白が減った と思われます。すでに糖尿病性網膜症があることから、糖尿病性腎症の可能性が推測されます。現在は、糸球体高血圧主体の病態で、肥満と糖尿病が尿蛋白に影響していると考えられます。糖尿病治療薬の内服薬エクメット配合錠をSGLT2阻害剤へ変更することで体重減少、血圧降下、尿酸、蛋白減少の効果があると思われますのでご検討をお願い致します。 保健師・栄養士の方では、体重減量について支援していく予定です。本CKD関連情報につきましては、保健師・栄養士により、患者様へ説明を行い情報共有を図ってまいります。 南城市人工透析予防プロジェクトチーム 腎臓専門医

今後の方針	□ 自院にて治療継続 → □専門医による重症化予防計画案を参考にします □ 腎専門医紹介→ □腎専門医に治療依頼 □腎専門医と併診を希望 (腎機能が安定しましたら貴院での治療をお願いいたします。)
特記事項	
医療機関名	医師名
記入日:平成 年 月 日	

Dr.の声)
・参考にしたら尿蛋白が改善した
・とても助かっている
・別の患者さんにも活用できる

5.生活状況情報提供シートの作成・活用

生活状況情報提供シート

記載日: R 年 月 日
新規 ・ 継続

フリガナ 本人氏名		男 女	S 年 月 日生 ( ) 歳
住所		連絡先	
家族構成	キーパーソン( )	緊急連絡先	氏名(続柄) 連絡先 ( ) ( )
		住宅種類	持ち家 ・ 借家
障がい等認定	なし ・ あり (種類)		
介護認定	なし ・ あり (要支援 要介護)		
利用中の公的サービス			
生活状況 就労	現在	経済状況	管理者 本人・本人以外( ) 飲酒歴
	過去 ( ) 歳迄		喫煙歴
1日の過ごし方		地域参加状況・友人や家族関係	
外出状況	週 ( ) 回 外出先 ( )	外出手段	徒歩・自動車・自動二輪・自転車・その他( ) 公共交通機関の利用 できる ・ できない
食事	(習慣・志向)	運動	(種類・頻度)
	白炊中心 ・ 中食中心 ・ 外食中心		
服薬管理	(方法・工夫)	コミュニケーション・こころの健康	不安なし ・ 不安あり
内服忘れ	なし ・ あり(頻度)		
相談事項			

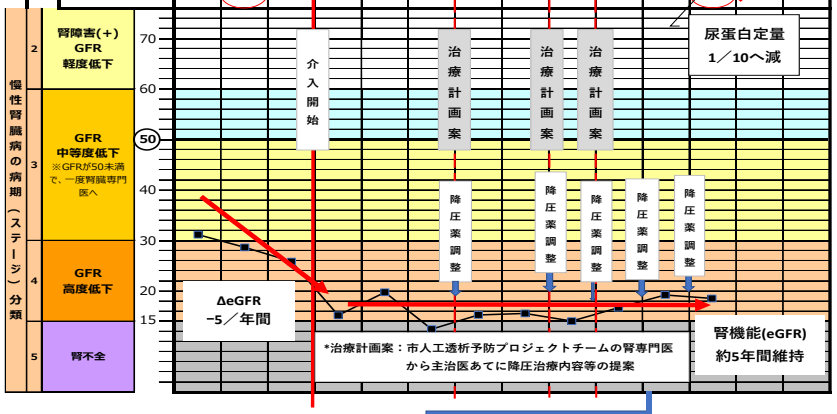
上記の情報提供に関するご本人の同意 あり ・ なし
南城市役所市民部健康増進課 担当( ) TEL098-917-5324

事例

・74歳男性 CKD重症化予防支援に加え、社会生活面の課題へのアプローチ

国保 → 後期高齢へ

検査年月日	H24.5	H26.10	H27.6	H28.11	H29.7	H30.12	R1.5	R1.10	R2.6	R3.3	R3.7	R3.10		
年齢	65	67	68	69	70	71	72	72	73	73	74	74		
治療状況	・糖尿病(H6) ・高脂血症(H13) ・狭心症(H19) ・高血圧症(H21) ・高尿酸血症(H22)			主治医との連携 (同伴受診、電話、糖尿病手帳等を活用し情報共有)								【保健指導の効果】 体重:6kg減量 血圧:ｺﾝﾄﾛｰﾙ良好 血糖:ｺﾝﾄﾛｰﾙ良好 ｶﾘｳﾑ:ｺﾝﾄﾛｰﾙ良好		
私の腎指標 eGFR (ml/min/1.73㎡)	41.0	37.7	34.0	20.0	26.0	16.4	20.1	20.5	18.5	22.0	25.3	24.4		
クレアチニン	1.40		1.62	2.57	2.07	3.13	2.60	2.55	2.79	2.37	2.09	2.15		
尿蛋白	++		+	+	±	+			+	+		±		
尿蛋白定量		2.33	0.83	0.7	0.41	0.36	1.17	1.15	0.61	0.8	0.38	0.26 ⬇		



社会生活面の支援	生活状況	R3.7月	独居へ
ｷｰﾊﾟｰｿﾝ	妻(夫婦二人暮らし)兄弟は疎遠	妻他界 (身内3人他界も重なる)	『掃除、洗濯は自分でできるが食が困っている』 →配食サービス紹介(希望せず) 健康増進課栄養士がご飯の炊き方や、野菜の調理方法など指導、自炊可能へ
家事	妻担当 食事面での協力大 (減塩、ｶﾘｳﾑ制限、間食について)		『話相手がなく辛い、早くうつから抜け出したい』 →社協の高齢者運動教室紹介 市栄養士と社協看護師で精神面、腎臓の治療状況(血糖・血圧)等の情報共有 →市栄養士より主治医へ情報提供し、教室参加の承諾得る →囲碁サークル週2回再開
地域との繋がり	法事などには参加あり 週2回囲碁サークル →コロナで中止、人との関わりが減る		

課題

1．血圧・糖尿病等の未治療者・治療中断者・コントロール不良者等ハイリスク者について資格異動による支援が途切れることがないよう台帳等を活用した継続支援が必要
2．保険者横断的に継続支援するにあたり協会けんぽ健診データの入手が難しい
3．かかりつけ医と腎専門医・市が連携した重症化予防の取り組みにおいて、それぞれの対象者の社会背景や家庭環境等を考慮して自分事ととらえられるようなサポート
4．限られた診療時間の中では医師による生活背景の詳細な聞き取りが難しいという声がある一方で、市町村は生活背景を把握できる状況にあることから、必要な社会的課題を抱える対象者については市町村からかかりつけ医への情報提供が必要
5．ライフステージにおいて変化する生活背景に応じた支援