

腎症重症化予防及び 低栄養防止事業の取り組みについて

= 後期高齢者対象事業 =

沖縄県糸満市 国民健康保険課 長寿医療係

中本 美弥子 當銘 ひろの

令和元年6月26日

沖縄本島最南端のまち 糸満市



人口	後期被保険者数
61,468人	5,596人

平成31年度3月末現在

糸満市

昭和36年 1町3村合併
(糸満町、三和村、高嶺村、兼城村)

昭和46年 糸満市へ昇格

市域面積 46.63 km²
(平成30年10月1日現在)

～ひかり と みどり と いのり のまち いとまん～



平和祈念公園



南国の果物 マンゴー（左）・ドラゴンフルーツ(右)



ひめゆりの塔

後期高齢者医療費の比較

平成28年度 (一人あたりの医療費)



	医療費(計)	順位	医療費(入院)	順位	医療費(外来)	順位
糸満市	1,089,506円	-	652,380円	-	245,380円	-
沖縄県	1,006,694円	13	606,487円	4	376,949円	45
全国	918,825円	-	458,426円	-	427,008円	-

※参考：厚生労働省HP 「医療費の地域差分析」

※糸満市医療費：沖縄県後期高齢者医療広域連合資料より抜粋

糸満市高齢者概況

	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度
高齢者数	11,082人	11,671人	12,117人	12,632人
前期高齢者数	5,629人	6,027人	6,368人	6,796人
後期高齢者数	5,453人	5,644人	5,749人	5,836人
高齢化率	18.4%	19.2%	19.8%	20.4%
高齢者世帯数	18.2%	19.0%	19.9%	20.8%

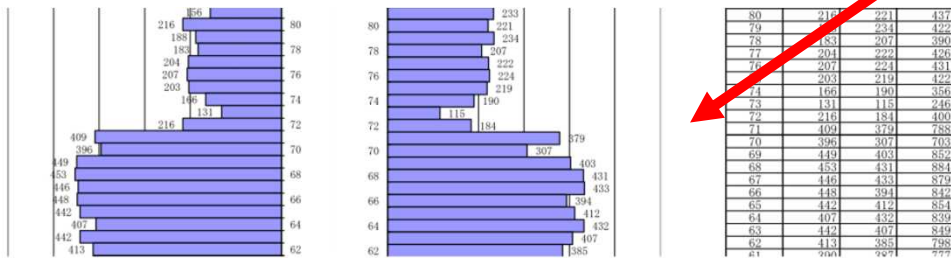
※糸満市資料 年度末時点数値

人口推計による沖縄県の高齢化

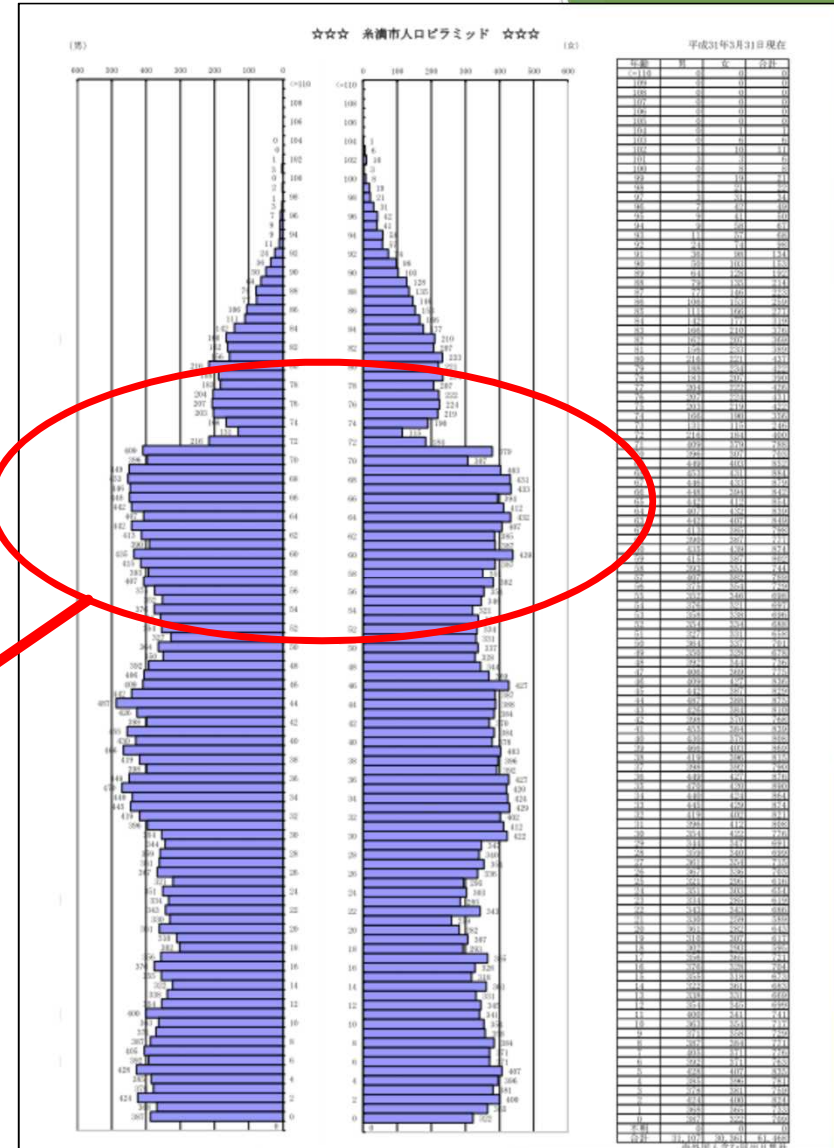
高齢者人口の伸び率から、今後の医療費増加に大きな不安...

	65歳人口割合 (高齢化率)	順位	将来推計高齢者 (65歳以上)			
			2015年 (平成27年)	2035年	増加率	順位
沖縄県	19.4%	48	279,256人	391,118人	40.1%	1
全国	26.3%	37	33,951,869人	37,407,182人	10.2%	12

※沖縄県国保連合会資料抜粋（平成27年度数値・推計）

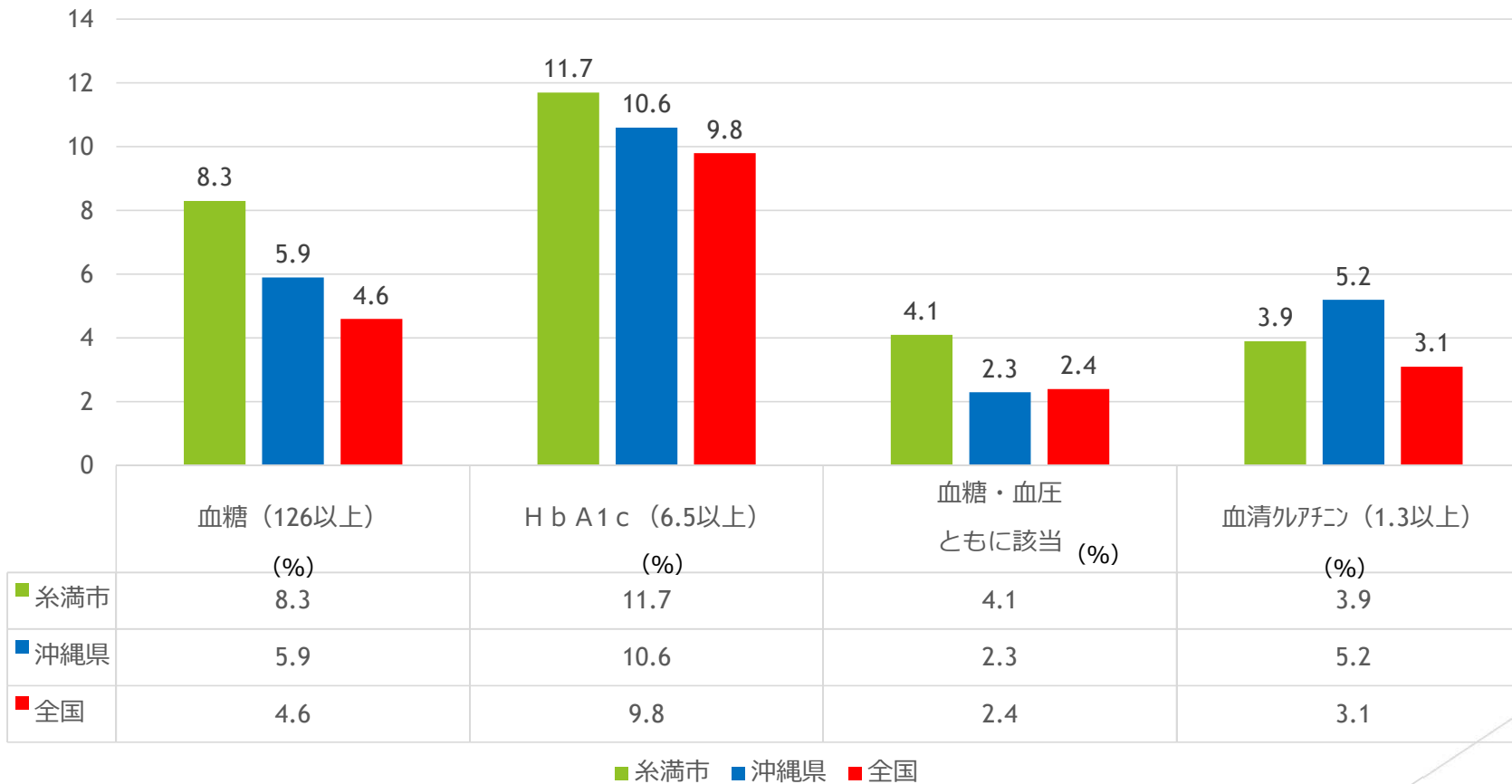


↑糸満市人口ピラミッド抜粋（平成31年3月末） →
 ※72～74歳の人口が極端に少ない（沖縄戦の影響）



健診受診者の実態

長寿健診受診者の有所見者割合（H28年度）



※参考 沖縄県後期高齢者医療広域連合 H30.3 「第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）資料

国民健康保険課（後期高齢者医療担当課）での2つの保健事業

① 特別対策補助金事業（長寿・健康増進事業）H24年.10月～

- 内容：受診勧奨をはじめ重複・頻回受診者や要健康指導対象者に対し訪問指導を実施。H28年度以降、糖尿病性腎症患者のフォローアップは②の事業で扱うこととした。

■ 専門職：看護師(1名) ■ 事業費：約 240万円 ■ 配属：介護長寿課

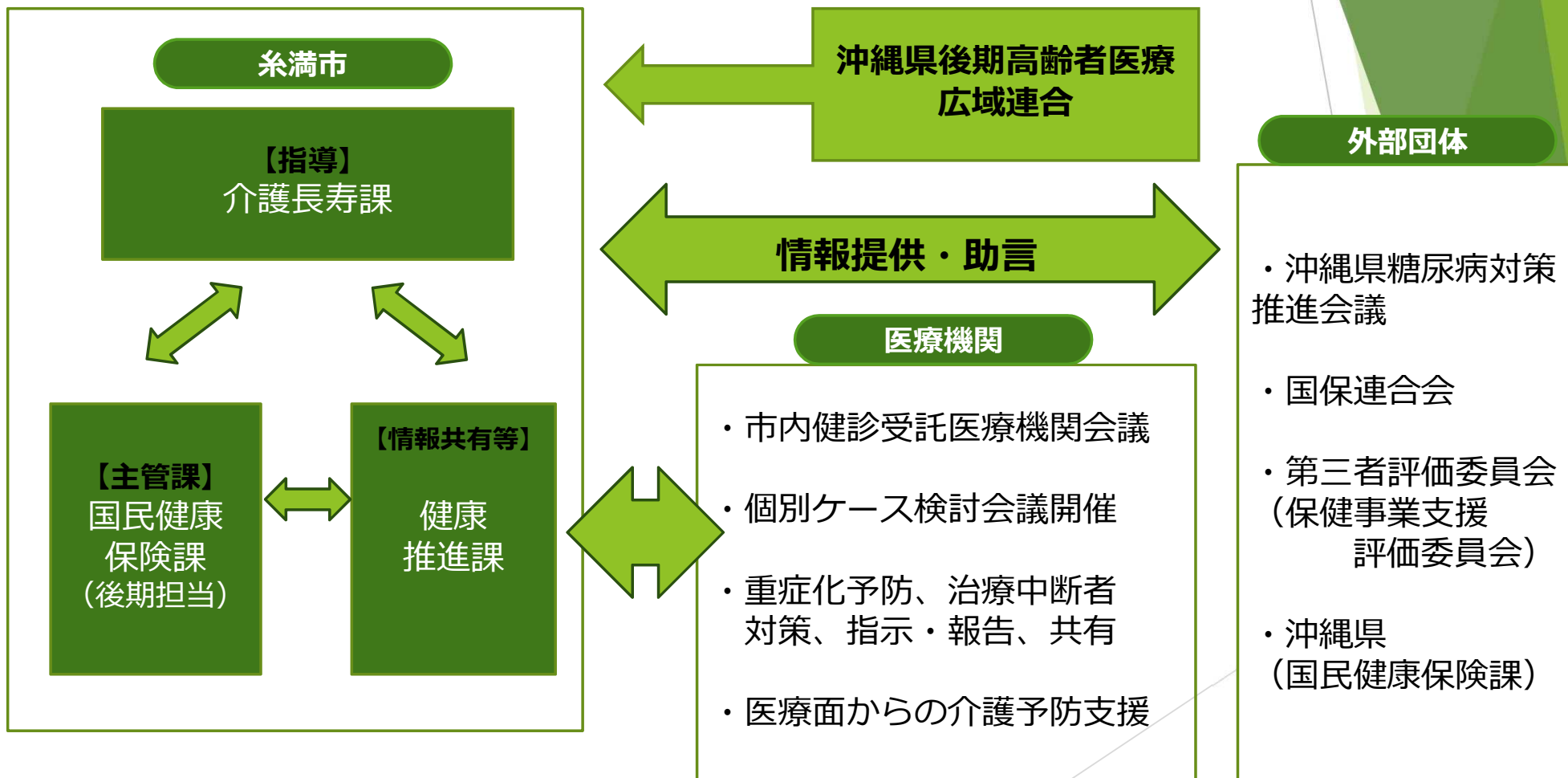
② 医療費適正化等推進事業（腎症重症化予防及び低栄養防止事業）H28年度～

- 内容：医療費増加につながる腎症重症化予防に重点を置き、食事を中心とした生活習慣の改善指導を行い、人工透析に移行させないことを目標に事業を展開。

■ 専門職：管理栄養士(1名) ■ 事業費：約 240万円 ■ 配属：介護長寿課 (H28年度のみ健康推進課)

< 事業実施体制図 >

事業補助金交付・指導助言



腎症重症化予防事業の3課連携の体制図

<指導・助言>

○包括支援係にて、事業介入者のケース会議（月1回）を開催

○地域ケア個別会議への参加



介護長寿課

- 地域相談員や専門職と同行訪問の実施がしやすい
- 地域運動教室等介護事業のメニュー紹介が可能

※専門職（管理栄養士）を介護長寿課に配置。

<主管課>

○事業取りまとめ

○実施計画

○広域連合の保健事業との調整

○広域連合からの健診データ受け取り、管理・分析

国民健康保険課

（後期高齢担当）

健康推進課

<情報共有・共同事業実施等>

○国保年齢期における重症化予防事業等について情報共有

○後期高齢者移行時のケース情報の引継ぎ

○栄養講話等の共同実施

○医師会や関連外部団体等の方針・取り組み情報共有

【事例紹介】



世帯：本人（80代男性）、妻、息子
糖尿病性腎症重症化予防でH29～より継続介入。

*介護長寿課に配属されることで、連携がしやすい。

検診受診年度	H29年度	H30年度
血圧(130/85)	129/63	146/78
空腹時血糖(130mg/dl未満)	229	144
HbA1c(7.0%未満)	16.2	7.2
eGFR(50以下)	48.2	30.6
尿蛋白(2+以上)	3+	3+

栄養面

腎機能低下抑制のため塩分控
えめの調理するよう助言

妻の調理能力では塩分制限不可。
「塩分制限配食」の利用を促す

配食利用開始

運動面

活動量が低く、
今後、血糖値悪化 及び
フレイルリスクの恐れあり

地域デイサービスを紹介
地域相談員に繋ぐ

地域デイ利用

認知面

訪問時の会話等から
認知面で問題ありと判断

包括支援センター職員に情報提供
同行訪問

認知テスト
実施予定

【栄養講話によるポピュレーションアプローチ】

●低栄養予防・骨折予防



↓ 栄養講話実施実績

	H29年度	H30年度
依頼件数	9件	8件
参加人数	99人	115人



●フレイル・低栄養予防

栄養のお話し聞いてみませんか？

テーマ： **たんぱく質をとって
筋肉をつけよう！**
～ 噛む力、飲み込む力と食べやすい調理法 ～

いつまでも自分の足で歩いて、
おいしく食事を食べていくために勉強して
みませんか？ 栄養士が地域に
伺って食事のポイントを
お話しします。



※ 休憩をはさんで、約1時間程度の講話になります。

問い合わせ先： 糸満市役所 健康推進課
Tel 840-8126

* 健康推進課・介護長寿課との連携事業を展開。

地域デイサービスの依頼等でも実施

糸満市腎症重症化予防及び低栄養防止推進事業

平成30年度実績

抽出基準

【腎症重症化予防対象者】

○重症化予防対象者

尿蛋白 2 + 以上 又は eGFR50以下 かつ 空腹時血糖130以上 又はHbA1c7.0以上
(尿蛋白2+、3+ かつ eGFR50以下 の者を含む)

○血糖コントロール不良対象者

空腹時血糖値130以上 かつ HbA1c7.0以上

【低栄養防止対象者】 BMI 18.5未満

介入者 74人 (対象者 : 102人)

H29・30年度の健診結果から、102人の対象者を抽出。

指導実績回数 151回 (平均指導回数 2.04回)

【介入内訳】

75～79歳 30人 / 80～84歳 38人
85～89歳 6人 計74人

管理栄養士 1名

↓これまでの介入実績 H28年度～

	H28	H29	H30
介入者	63人	81人	74人

糸満市腎症重症化予防及び低栄養防止推進事業

平成30年度実績

目標

○人工透析に移行させない。

○介入前より検査値を悪化させない（改善もしくは維持）。

○訪問指導により健康状態（検査値・くらしの状態）について、「維持・改善」する者の割合を90%とする。

評価指標

○介入対象者の人工透析移行人数 ○「くらしの状態」の変化（介入前後の生活の変化）

○検査値や健診データによる改善状況（尿蛋白・eGFR・空腹時血糖・HbA1cの値等）

実施方法・内容

- ① 健診結果やレセプトデータを参照し、対象者を抽出。
- ② 健康推進課や介護長寿課での訪問歴があれば、情報収集。
- ③ 訪問時は、記録用紙（独自作成）に受診状況や本人の家族状況、生活実態を聞き取る。
- ④ 必要に応じて地域相談員や看護師と同行訪問。月に1回のケース会議でその他専門職員より対応の方針検討。医療機関とは、「糖尿病連携手帳」などを活用する。
- ⑤ 2, 3か月おきに介入指導し、6か月以降に検査値や生活習慣の改善があるか確認する。



評価

Ⅱ・Ⅲの結果からは生活の変化や検査値における「維持・改善」90%の目標値は達成できなかったが、人工透析移行者はなかった。

介入者数74人

【内訳】 75～79歳 30人 / 80～84歳 38人
85～89歳 6人 計74人

I 人工透析移行者・・・なし

Ⅱ 「くらしの状態」(チェックリスト)による評価

初回のみでの訪問等で介入後の状態の確認ができず、判定不可の方が目立った。

→悪化は服薬増4%のみ。

「くらしの状態」評価のためのチェックリスト(32項目) →

↓くらしの状態(ベースライン情報)結果

改善	維持	悪化	判定不可	合計
16人※1	33人	3人※2	22人	74人
22%	45%	4%	30%	100%

※1 改善：服薬減14人／地域活動有1人／食事への関心4人 ※2 悪化：服薬増3人

別添参考資料2

平成30年度高齢者の低栄養防止・重症化予防等事業
訪問日：H30..(1回目) 質問項目

分類	質問文	回答
手 段 的 ADL	バスや電車で1人で外出していますか	0. はい 1. いいえ
	日用品の買い物をしていますか	0. はい 1. いいえ
	預貯金の出し入れをしていますか	0. はい 1. いいえ
社 会 的 ADL	友人の家を訪ねていますか	0. はい 1. いいえ
	家族や友人の相談にのっていますか	0. はい 1. いいえ
運動・転倒	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0. はい 1. いいえ
	椅子に座った状態から何もつかまらず立ち上がっていますか	0. はい 1. いいえ
	15分位続けて歩いていますか	0. はい 1. いいえ
	この1年間に転んだことがありますか	1. はい 0. いいえ
	転倒に対する不安は大きいですか	1. はい 0. いいえ
栄養	6カ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい 0. いいえ
	BMI	身長()cm 体重()kg
口腔機能	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1. はい 0. いいえ
	お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい 0. いいえ
閉じこもり	口の渇きが気になりますか	1. はい 0. いいえ
	週に1回以上は外出していますか	0. はい 1. いいえ
認知症	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい 0. いいえ
	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあると聞かれますか	1. はい 0. いいえ
うつ	自分で電話番号を調べて、電話を掛けることをしていますか	0. はい 1. いいえ
	今日が何月何日かわからない時がありますか	1. はい 0. いいえ
	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	1. はい 0. いいえ
	(ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1. はい 0. いいえ
	(ここ2週間)以前は薬にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1. はい 0. いいえ
社会参加	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	1. はい 0. いいえ
	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	1. はい 0. いいえ
	就業または何らかの地域活動をしていますか	0. はい 1. いいえ
その他	1日に1回以上は、誰かと一緒に食事またはお茶をしますか	0. はい 1. いいえ
	ほぼ同じ年齢の同性と比較して健康に気がつけた食事を心がけていますか	0. はい 1. いいえ
	自分で食事の準備ができますか	0. はい 1. いいえ
	1日あたりの内服している薬の種類数(名称別薬剤数)	()種類
服薬	1日あたりの外用している薬の種類数(名称別薬剤数)	()種類
	受診医療機関数	()カ所

※本質問項目は、モデル事業の指導の前後で必ず実施してください(必須項目)。アセスメントと事業評価等に追加して使用ください。

Ⅲ検査数値による評価

①重症化予防対象者（糖尿病性腎症・慢性腎臓病）

→CKD重症度分類により評価

②血糖コントロール不良対象者

→介入前後のHbA1c±0.1で評価

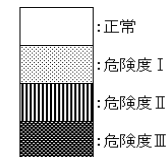
③低栄養対象者

→本人からの体重増減聞き取りより評価

CKD(慢性腎臓病)とは
CKDとは、腎臓の働きが徐々に低下していくさまざまな腎臓病の総称です。
CKDの重症度は原因、腎機能、尿たんぱく(アルブミン尿)による分類で評価します。
重症度分類は、
①CKDの原因を「糖尿病」と「それ以外」に分けます。
②血清クレアチニンから推算した腎機能(eGFR)をGFR区分によりG1からG5に位置づけます。
③たんぱく尿(糖尿病は尿アルブミン)によりA1からA3に位置づけます。
④たんぱく尿区分とGFR区分の交点の色で末期腎不全(透析療法が必要となる状態)や心血管死亡のリスクを判断します。
緑はリスクが最も低い状態で、黄、オレンジ、赤になればなるほど、末期腎不全や心血管死亡のリスクが高くなります。

CKDの重症度分類

原因疾患		たんぱく尿区分	A1	A2	A3
糖尿病	尿アルブミン定量		正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿
	尿アルブミン/Cr比		30未満	30~299	300以上
高血圧 腎炎 多発性嚢胞腎 移植腎 不明 その他	尿たんぱく定量		正常	軽度たんぱく尿	高度たんぱく尿
	尿たんぱく/Cr比		0.15未満	0.15~0.49	0.50以上
GFR区分	G1	正常または高値 ≥90			
	G2	正常または軽度低下 60~89			
	G3a	軽度~中度低下 45~59			
	G3b	中等度~高度低下 30~44			
	G4	高度低下 15~29			
	G5	末期腎不全 <15			



KDIGO CKDガイド2012より引改変

区分	改善	維持	悪化	判定不可	合計
①重症化予防対象者	3	6	2	39	50
②血糖コントロール不良対象者	6	0	0	9	15
③低栄養対象者	0	3	0	6	9
合計	0	9	2	54	74
割合	12%	12%	3%	73%	100%

※判定不可※

- ・初回訪問、不在等による判定不可
- ・検査資料等の確認不可

【改善方法】

- 医療機関との連携(連携手帳の活用)
- 訪問時間の検討



事業における難しさと問題点

1. 糖尿病連携手帳の活用が難しい

平成28年3月「糖尿病腎症重症化予防に係る連携協定」が締結されたというが、実情では医療機関との糖尿病連携手帳のやり取りがうまくできない現状。
多忙な医療機関だからこそ手帳を活用したい。

(例) 「病院に持って行ったが、窓口で返されたよ」「検査はしたが、検査結果表は持たされていないさ～」

2. 事業改善のための外部団体との連携が難しい

多忙な医療機関の現状では、1市町村の事業に直接関わるのは難しい。国保保健事業においても外部連携としては、“事業についての情報提供のみ”である。
今後、県や広域連合、国保連合会等を通じて、連携体制を強化したい。

3. 国保年齢期とは違った保健指導方法が必要

加齢による理解力や身体機能低下から説明方法や資料の工夫などが必要となる。
また、疾病も多くなるため、より医療機関や専門職と連携した支援内容を要する。

事業のまとめと今後

平成28年度～平成30年度の3年間「糖尿病性腎症重症化予防」を中心に後期高齢者の訪問事業を行ってきた（介入者数延べ218人中：うち透析移行者2人）。

外部団体から「高齢者の特性から短期間での改善は難しいため、今後は低栄養防止を重点的に指導することがよいのではないか」との意見がある。

意見を踏まえ、平成29年度からは訪問担当を介護長寿課へ配置。訪問事業においても低栄養の抽出基準を加え、健康推進課との「栄養講話」の実施も積極的に行っている。また介護長寿課の展開する「フレイル予防対策」事業とも連携していきたい。

今後、県や広域連合、国保連合会等を通じて事業の体制を整え、かかりつけ医や糖尿病対策連携協議会等の外部機関との連携をより強化し、医療費抑制に効果的な事業としたい。

* * * * *

＜プログラム条件＞から今後の課題

- ①対象者の抽出基準が明確であること（○）
- ②かかりつけ医と連携した取り組みであること（△）→課題：連携手帳活用
- ③保健指導を実施する場合には、専門職が取り組みに携わること（○）
- ④事業の評価を実施すること（○）
- ⑤取り組みの実施に当たり、地域の実情に応じて各都道府県の糖尿病対策推進会議等との連携を図ること（△）→課題：広域連合等を通じて連携強化

御清聴いただきありがとうございました。



旧暦5月4日開催の伝統行事 糸満ハーレー