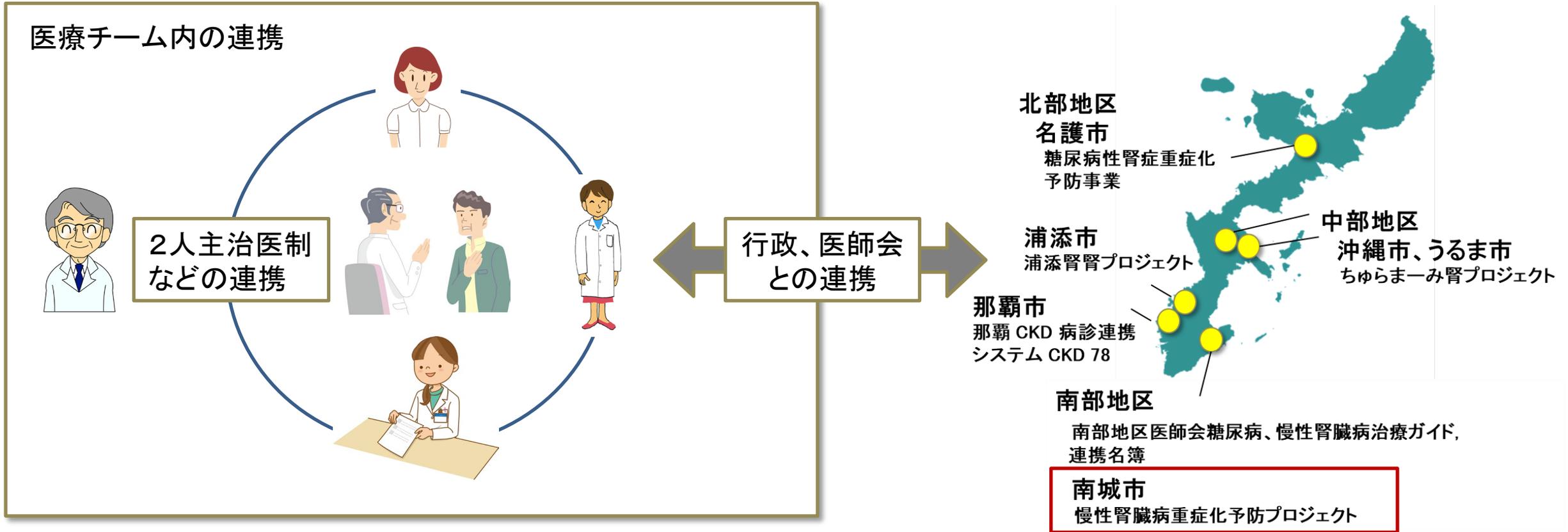


沖縄県の地域レベルにおける慢性腎臓病重症化予防事業 かかりつけ医と腎専門医間の紹介、逆紹介の仕組みが様々なエリアで構築



次スライド以降に南城市事業展開のプロセスを紹介

図1. 沖縄県の地域で取り組む慢性腎臓病重症化予防 ～“末期”腎不全への進展阻止にむけて一丸となる～

腎専門医不在の小規模市町の例

事業開始直前の沖縄県南城市が抱えていた課題



イメージキャラクター
なんじい

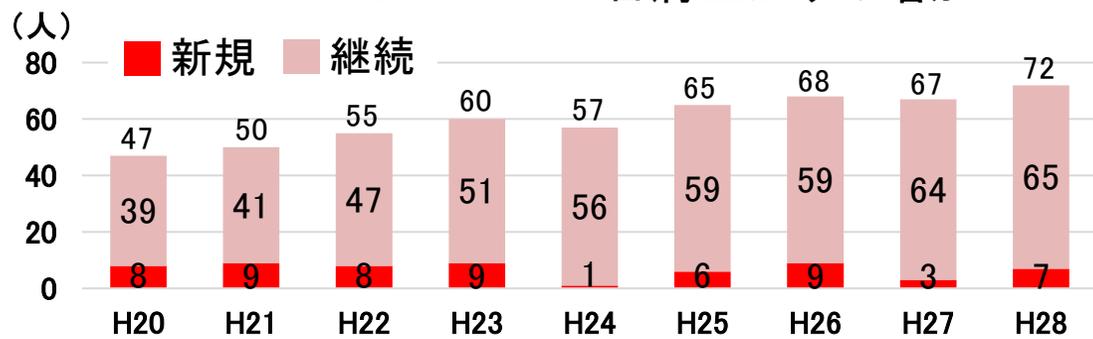


南城市

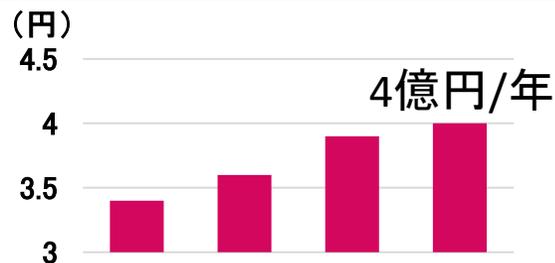
- 人口: 約4.5万人
- 高齢化率: 26%
- 国保加入率: 29%

国保透析患者数の推移

右肩上がりの増加

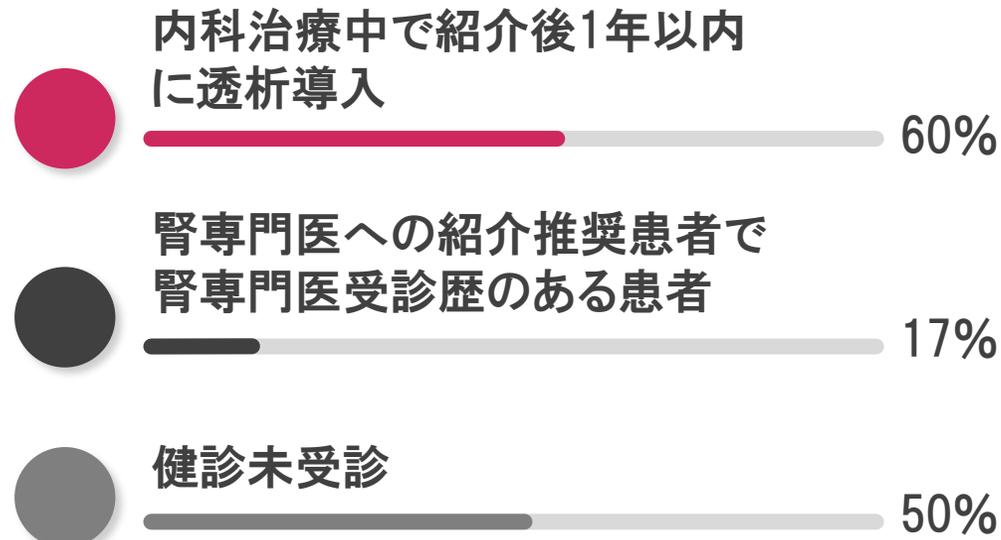


国保透析医療費の推移



H28年度は透析医療費/総医療費 10.2%
で国の約2倍まで増加

新規透析導入患者の診療実態をみると



- 市内医療機関
病院 1, 内科クリニック 4, (腎臓内科 0)
整形クリニック 1

ハイリスク患者でありながら腎専門的な治療を受けていない→ 提供する体制が整っていない

南城市慢性腎臓病重症化予防事業をどのようにデザインし立ち上げたのか

STEP1 課題認識～プロジェクト発案:

新規透析患者数が減らず、総透析患者数、透析医療費が2018年まで増加傾向であった。**ハイリスク患者が治療強化の余地を残しながら腎機能が進行性に悪化している例が多い**ことを知り、Dr古波蔵が以下のハイリスクアプローチを発案

STEP2 目標を設定:

南城市の目標:南城市の透析患者数抑制を**早期**に実現する

STEP3 目標を達成するために克服すべき課題の抽出&戦略策定 Dr to Patients with Dr&Nrs

- ① 数年以内に末期腎不全に至るリスクがありながら的確な治療を提供できていない
- ② 地域の糖尿病、慢性腎臓病連携ガイドが作成されているが十分に活用されていない
- ③ かかりつけ医の役割は多岐に渡り、忙しい→末期腎不全リスクを認識できていない、紹介が遅れがち
- ④ 患者自身が近い将来、末期腎不全に至るリスクがあることを認識していない→治療に向き合えない

→ **ハイリスクアプローチ、腎専門的な個別最適化治療をかかりつけ医で行えるよう支援&腎専門医への紹介支援**

STEP4 克服すべき課題を解決するための体制を整備: 参考資料1, 2

- ① 市長へ提言、地区医師会長と協議、慢性腎臓病対策理事との意見交換→地域医師会との合意形成、協力体制構築
- ② 南城市長から南部地区医師会長に協力要請→専任医師1名(古波蔵)がプロジェクトチームを統括
- ③ 南城市に慢性腎臓病重症化予防プロジェクトチームを設置(腎専門医、保健師、栄養士)
- ④ 南部地区医師会理事、南城市糖尿病専門医、かかりつけ医、その他外部委員よりなる事業評価委員会の設置

STEP5 :CKD ハイリスク患者の診療支援を実施: 参考資料 3, 4

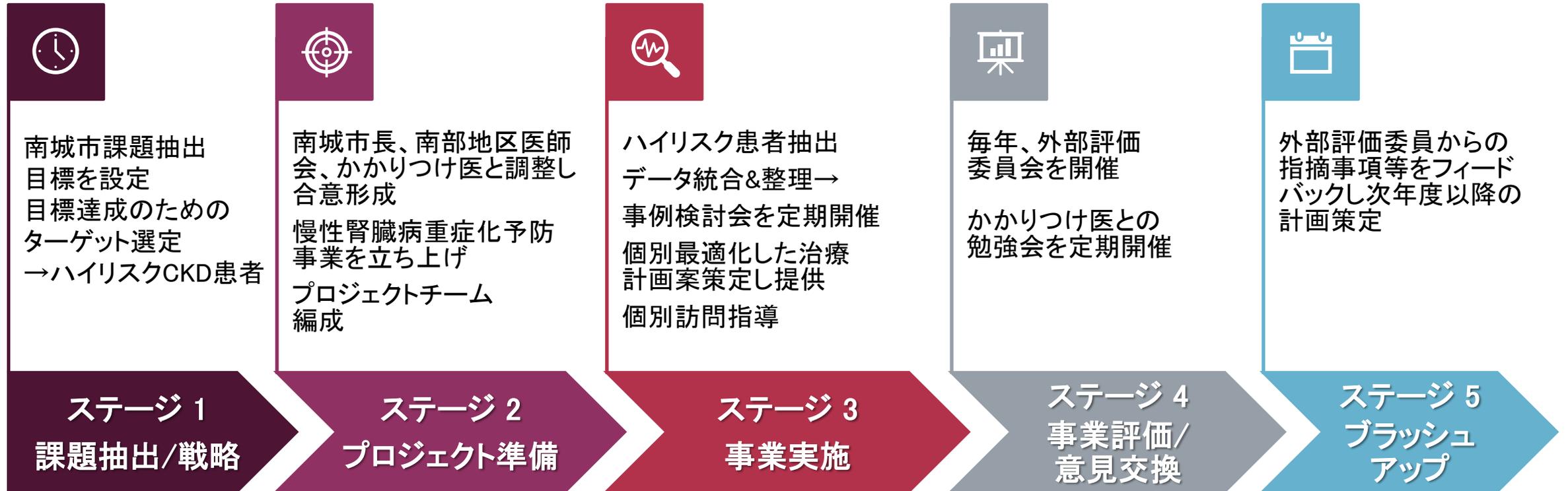
国保データなどからハイリスク患者抽出、個別最適化治療、個別訪問指導、医療機関の未受診者・中断者への指導を実施
→ **治療効果の最大化をかかりつけ医に負担にならないかたちで実現することを目指す**

ステージ 1

ステージ 2

ステージ 3

市内に腎専門医不在→腎専門医による個別最適化治療を かかりつけ医において実施できるように支援する仕組みを構築（概観）



Dr古波蔵が南城市民が通院している南部地区医師会所属の医療機関を中心に、かかりつけ医におけるCKD診療支援によるCKDの重症化予防を目的とした事業であることを理解してもらうために各ステークホルダーに主旨を説明、説明会などを開催

腎生検適応例などは紹介を依頼
糖尿病や高血圧などに関連したCKDは
かかりつけ医で専門治療 or 紹介
(かかりつけ医と患者が相談し決定)
個別最適化治療案、個別指導&経過
フォロー → 治療効果最大化を目指す

毎年、外部評価委員会による事業評価を実施。実施状況や成果、実績を評価するほか課題を抽出

かかりつけ医と腎専門医との勉強会を通して顔の見える連携構築と治療戦略の基本的な考え方の共有

プロジェクト立ち上げまでの経過

端緒：南城市保健師（井上優子,保健活動を考える自主的研究会所属）
主催の事例検討会にDr古波蔵が招かれた際にハイリスク患者が治療強化の余地を残しながら腎機能が進行性に悪化している例が少ない事実に衝撃を受けたのがきっかけとなった。Dr古波蔵の経験上、降圧療法の強化(個別最適化)などにより多くの症例で腎障害の悪化を大幅に抑制できると考えられたため本事業を発案し、以下のプロセスを経て事業を立ち上げた。

H28年

- 3月 市長への提言
「医療費適性化に向けた具体的取り組み」
～新規人工透析導入者の減少にむけ腎臓専門医を活用したしくみづくりについて～
- 4月 市長・古波蔵医師連名で医師会あて趣意書作成
- 5月 南部地区医師会理事会事業趣旨説明・協力依頼
- 6月 // // 糖尿病・慢性腎臓病委員会委員長へ協力依頼
- 7月 市内医療機関まわり
医療機関対象に事業説明会開催
- 10月 「南城市人工透析予防プロジェクト事業実施要綱」を策定し
南城市慢性腎臓病重症化予防プロジェクトチームを結成
- 12月 「南城市透析予防プロジェクト事業支援評価委員会」を立ち上げ

H29年度～現在

- ①プロジェクトチーム（古波蔵先生、保健師、栄養士）で
2～3ヶ月に1回の事例検討会、モニタリング（PDCAサイクルで）
- ②年1回：地域の先生方との学習会の実施
- ③年1回：評価支援委員会での報告・助言

趣意書

本市が運営する国民健康保険事業は、国民皆保険制度の中核として市民の医療の確保及び健康の保持増進に大きく寄与し、市民生活を支える重要な役割を担っていますが、高齢化の進展や生活習慣病の増加等により、医療費が増大しており国保の健全運営は喫緊の課題となっております。今回、国の進めている国保データベースシステム（KDB）を活用し被保険者の健康課題の分析を行った結果、慢性腎不全（人工透析）の外来医療費が2億9千万円で外来総医療費の14.3%を占め、同規模市町村平均の7.7%を大きく上回っていることが明らかになりました。（中略）市民のQOLの維持のためにCKD対策を効率的に行うことが重要だと考えております。国の進めるデータヘルス計画に於いては、長期目標として新規透析導入患者の減少を掲げており、本市も施政方針として「新規人工透析導入患者の減少」を目指すことを掲げ、プロジェクトを取り組むことと致しました。

本市におけるCKD対策を効率的かつ効果的に行うために平成25年～26年度の国保新規透析導入患者15人について透析導入に至った経過を検討しました。その結果、健診未受診者で未治療例が約6割、医療機関治療中で透析に移行した例が4割であることが判明しました。前者に対しては健診未受診者対策を強化していく予定です。一方で治療中の方に関しましては、南城市が把握しているCKD進展ハイリスク患者を対象に琉球大学と協力し効果的な対策を進めたいと考えております。日本健康会議活動指針の中では、かかりつけ医と連携し生活習慣病の重症化予防に取り組むことが重視されておりますが、その指針に沿って県医師会、南部地区医師会様のご協力のもと本プロジェクト遂行のための体制作りを行うことが重要だと考えております。すでに南部地区では南部地区医師会主導で作成された「糖尿病・慢性腎臓病診療ガイド」に基づいて連携システムが運用されており、本プロジェクトにおいてもそのシステムをベースにより効果的な対策を進めていきたいと考えております。
ぜひこの趣旨にご賛同いただき、ご協力賜りますようお願い申し上げます。

平成28年4月吉日

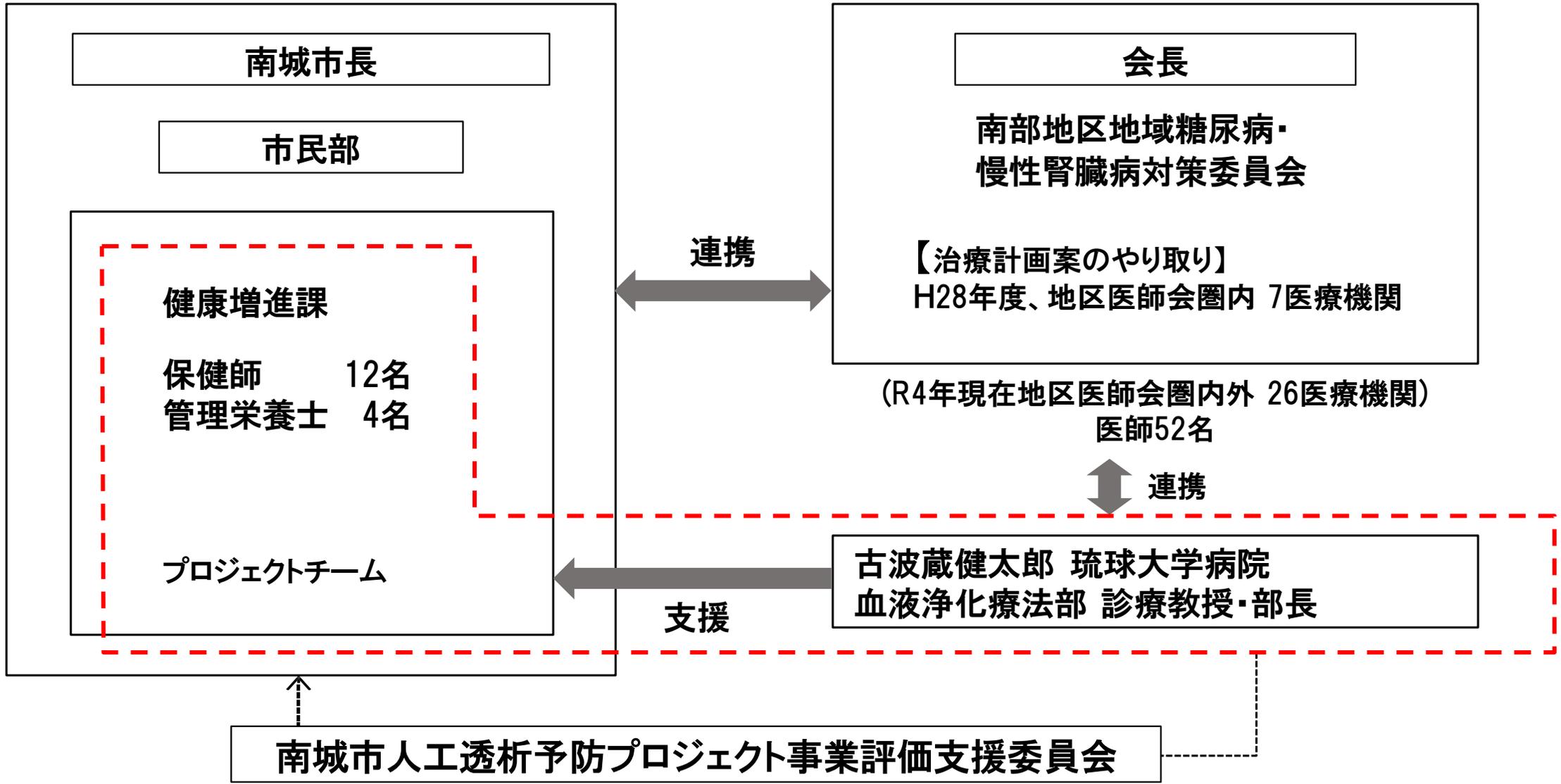
南城市長 古謝 景春

琉球大学医学部附属病院 血液浄化療法部准教授 古波蔵 健太郎

組織図

事業主体:南城市

南部地区医師会



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における位置づけ

まめサポゆいまーる事業

沖縄県保険者協議会(業務委託先 南城市)

特定健診、国保KDB、他保険者(協会けんぽ・後期・生保等)、かかりつけ医からの情報提供を元に慢性腎臓病重症化ハイリスク者のスクリーニング

CKDハイリスク者の実態把握と絞り込み

未治療・治療中断者(高血圧・糖尿病等)

治療中(コントロール不良者)

経済面 健康課題 孤立

健康課題

社会生活面の課題

沖縄県保険者協議会
各保険者への情報共有

地域包括支援センター
社会福祉協議会

高齢者筋力向上トレーニング事業
地域ふれあいミニデイサービス
運動教室

自立支援事業
就労・生活支援サポートセンター

地域企業
作業所
NPO法人など

地域社会における相談援助

相談
分析
受診勧奨
栄養指導
保健指導

保健師
管理栄養士

紹介
連携

事例相談

依頼
栄養指導
保健指導

かかりつけ医
薬局

連携

連携

南城市慢性腎臓病重症化予防プロジェクトチーム
保健師 管理栄養士 腎専門医

治療経過・検査結果や生活状況(表)を元に、プロジェクトチームで事例検討会を実施し情報共有、治療内容については腎専門医の視点から検討

本プロジェクトへの登録
(患者と担当医から同意取得)

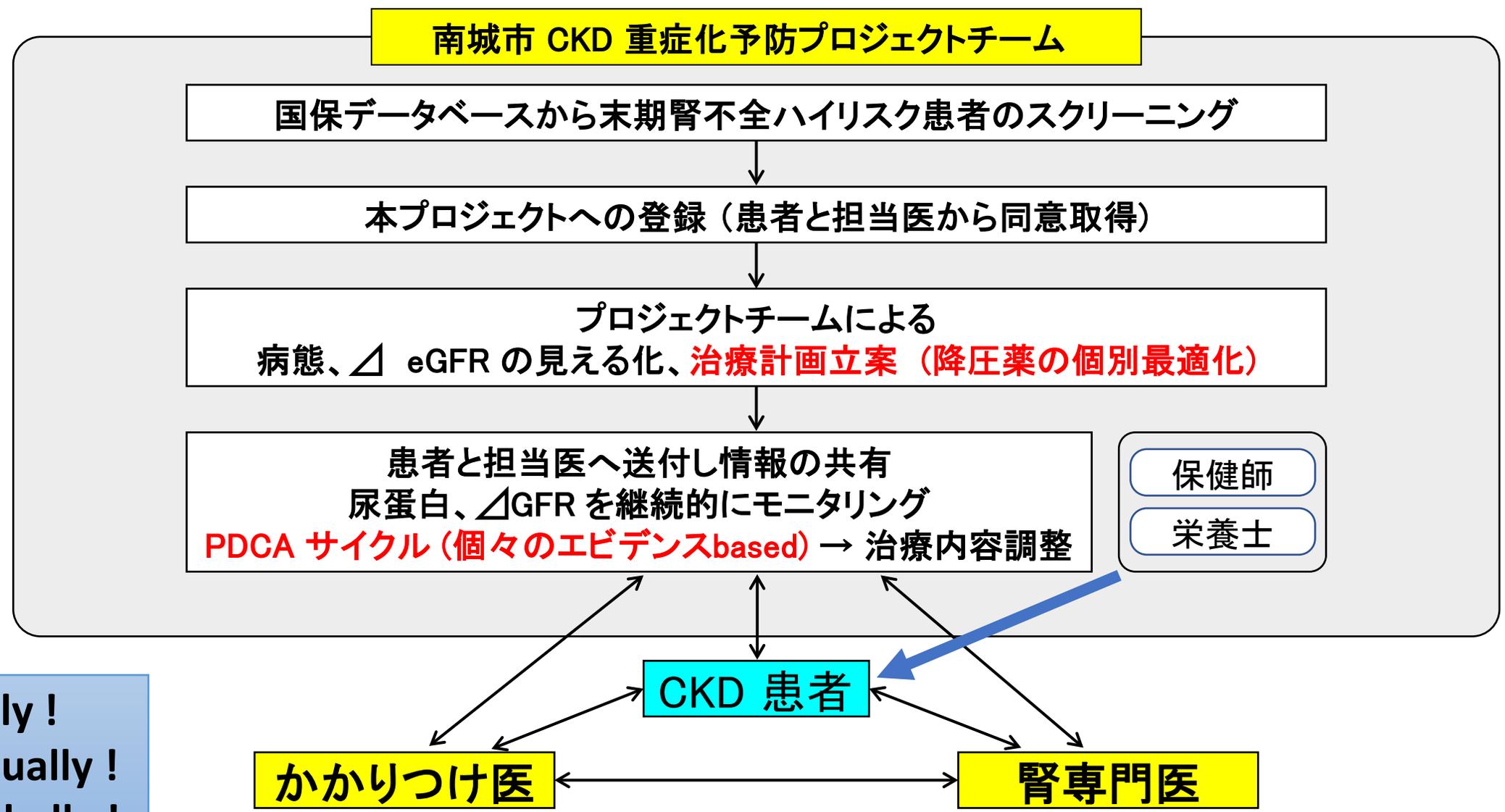
プロジェクトチームによる病態、 Δ eGFRの見える化、治療計画立案(降圧薬の最適化)

患者と担当医へ送付し情報の共有
尿蛋白、 Δ eGFRを継続的にモニタリング
PDCAサイクル(個々のエビデンスbased)
→治療内容調整

治療の最適化

ハイリスク
アプローチ

南城市慢性腎臓病重症化予防プロジェクトの流れ



Think Locally !
Act Individually !
Expand Globally !