

KDBシステムを活用した 一体的実施の実践 (鹿児島県日置市)

R2年度から取り組み始めて4年目になります。
皆様の御協力のおかげで
ここまでやってこられました！



日置市健康保険課後期高齢者医療係
保健師 御領貴子

日置市の概要



日置市は、鹿児島県の中央部(薩摩半島)に位置し、日本三大砂丘の一つ「吹上浜」があります。また、関ヶ原の戦いに由来する妙円寺詣りや流鏝馬など歴史的な伝統行事、薩摩焼や優れた泉質を誇る温泉など、古の情緒と安らぎに満ちた貴重な資源を数多く有しています。

「住んでよし 訪ねてよし ふれあいあふれるまち ひおき」

R5.4.1 時点

総人口	46,581人
高齢化率(65歳以上)	36.2% (16,858人)
高齢化率(75歳以上)	18.9% (8,820人)
世帯数	22,485世帯
後期高齢者被保険者数	8,794人
日常生活圏域	4圏域

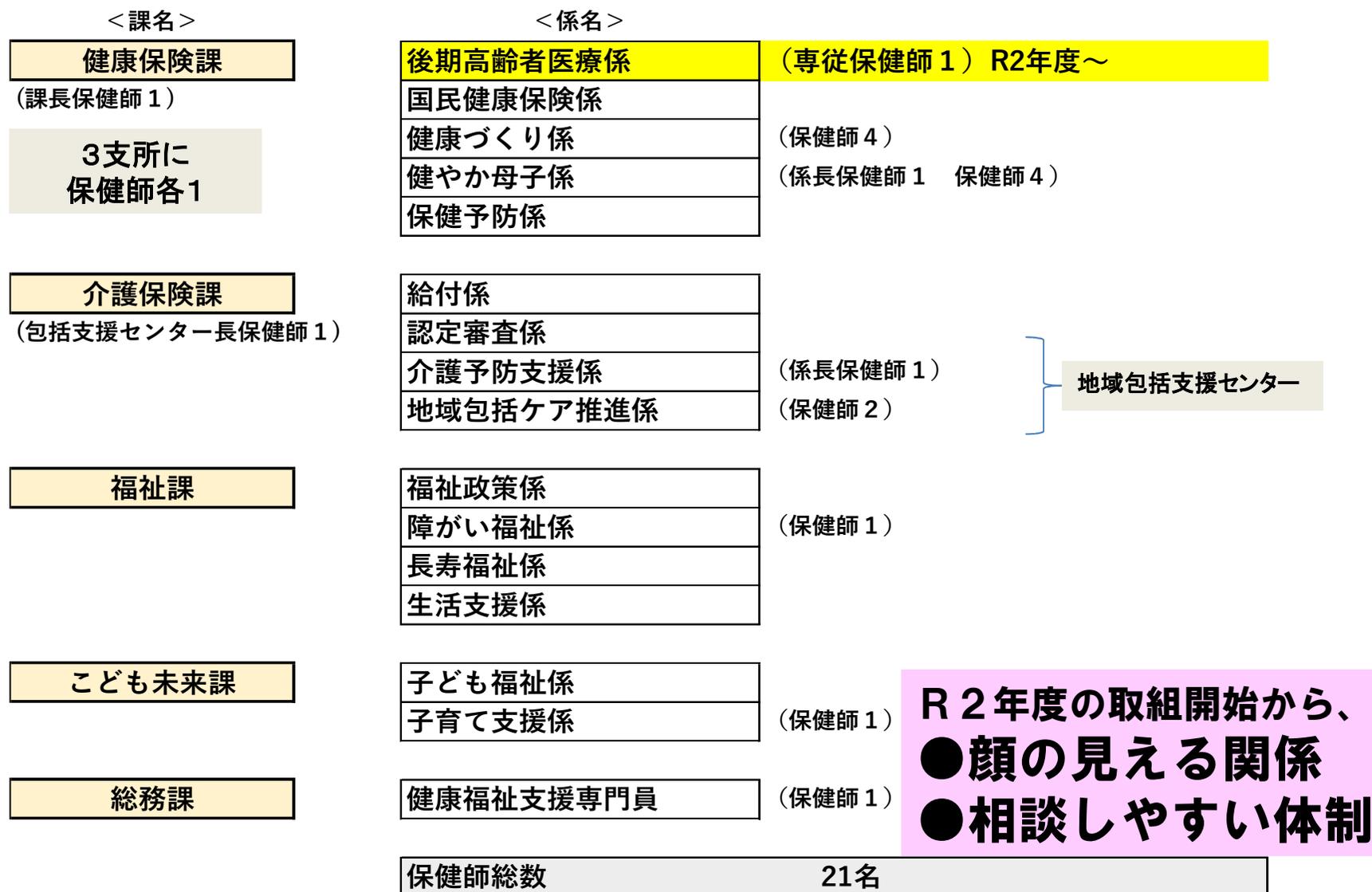


内容



- 1 庁内の体制づくり
- 2 日置市健康課題のまとめ
- 3 取組の現状
 - (1) ハイリスクアプローチ
内容・各医療専門職の関与状況
KDB、KDB活用支援ツールの活用状況
 - (2) ポピュレーションアプローチ
- 4 事業推進のための取組
- 5 住民への周知活動・広報
- 6 一体的実施事業に取り組んでみての困難や見えてきた課題
- 7 企画調整担当者として心がけていること

R 5年度一体的実施事業連携課と保健師配置の体系図



庁内の体制づくり (一体的実施事業実務に係る体制と予算)

地域を担当する 医療専門職

本庁健康保険課後期高齢者医療係

係長	事務職員
係員	事務職員
係員	保健師
10日/月	看護師
8日/月	看護師
10日/月	管理栄養士
6日/月	歯科衛生士

その他 管理栄養士・歯科衛生士

東市来支所健康保険係

3日/月	看護師
3日/月	看護師
3日/月	看護師

日吉支所健康保険係

3日/月	看護師
2日/月	看護師

吹上支所健康保険係

3日/月	保健師
3日/月	保健師

日置市の健康課題のまとめ

KDB の活用

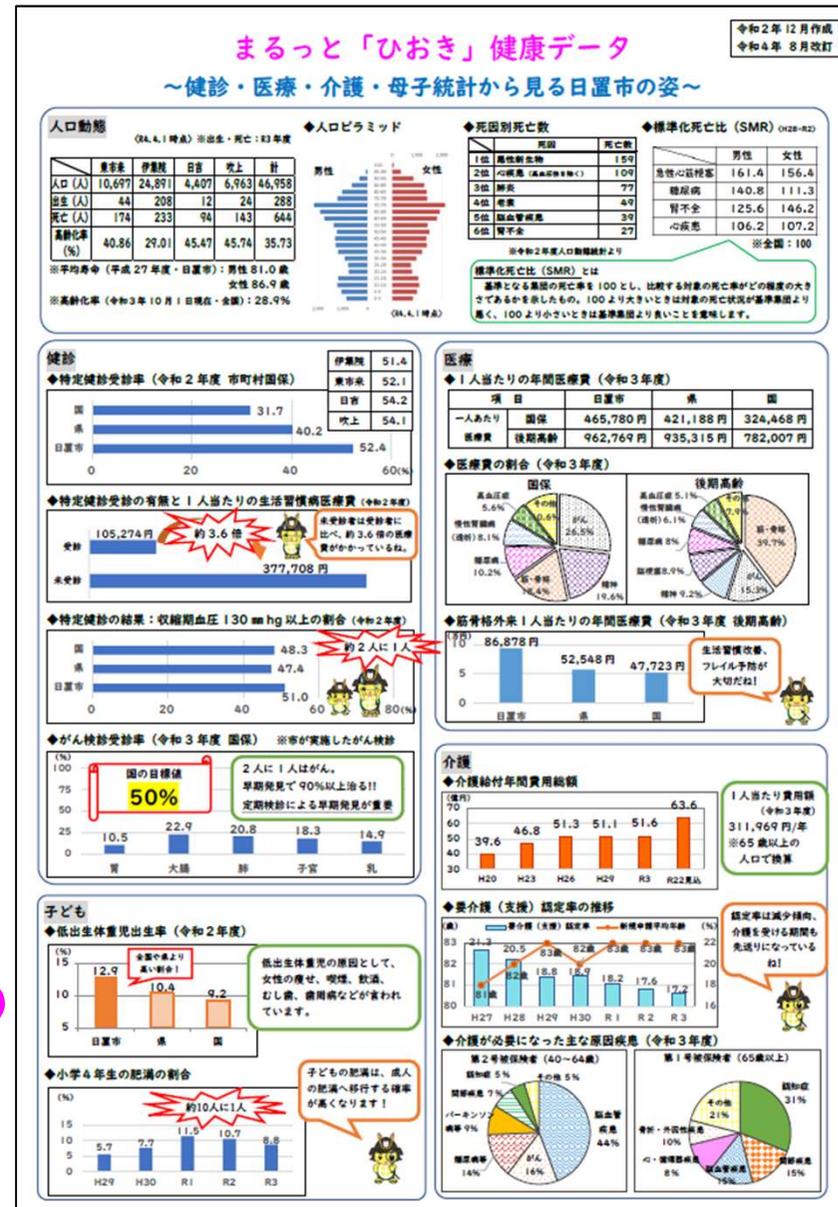


● 地区診断のデータ収集

【使用したKDBの帳票】

- 地域の全体像の把握
- 健診・医療・介護データから見る地域の健康課題
- 健康スコアリング（医療・健診）
- 医療費分析（1）細小分類
- 医療費分析（2）大、中、小分類
- 疾病別医療費分析（生活習慣病）
- 厚生労働省様式5-2健診有病所見者状況
- 後期高齢者の健診状況

市民向けに健康課題の共有資料として保健師全体で作成



日置市の健康課題のまとめ

一体的実施事業 で取り組む課題として絞りこんだもの 具体的には...

① 血管系の病気

- ・ **脳出血・脳梗塞**にかかる医療費が高い
- ・ 介護認定の原因疾患として多いのは **脳血管疾患**
- ・ **血圧**が高い方が多い

② 認知症

- ・ 介護保険認定者の原因疾患では、**認知症**が多い
- ・ 介護保険認定者の **認知症有病率**は、国・県・同規模市と比べて非常に高い

③ 筋骨格系の病気

- ・ **筋骨格系**に係る医療費が非常に高い
- ・ 介護保険認定者の原因疾患では、**筋骨格系**が約3割を占める

ハイリスクアプローチの内容

①重症化予防・フレイル予防

- 低栄養
- 糖尿病腎症
- 高血圧
- 口腔(R4年度から～)

②健康状態不明者への訪問指導

③その他(上記以外の項目でフレイルが疑われる者) への指導

各医療専門職の関与状況

ハイリスク:糖尿病腎症・低栄養の支援①

初回支援は結果報告会

- 事前にKDBを活用したアセスメント
- 看護師(保健師)・管理栄養士・歯科衛生士がワンチームで支援
- 従事者が支援のルートを判断しやすいよう、支援の漏れがないようにフローチャートを作成
- 行動目標・計画を立案



ハイリスク:糖尿病腎症・低栄養の支援②

2回目の支援は基本訪問・面接、もしくは電話

- 従事者は看護師(保健師)、必要時管理栄養士・歯科衛生士
- 初回支援で立案した行動目標の評価
それぞれの支援区分に応じた評価
〈低栄養〉体重・BMI・口腔機能・握力・開眼片足立ち
〈糖尿病腎症〉HbA1c
〈高血圧〉病院の受診状況・血圧値
- 評価により改善していれば支援終了、課題が残っていれば支援継続(行動目標・計画の変更)

R4年度ハイリスクアプローチのまとめ

取組区分	選定基準 該当者	実施者	実施者/ 該当者	評価
低栄養	95	74	77.9%	<ul style="list-style-type: none"> ・行動目標の改善率:78.4% ・体重が増加(維持)した者:75.7% ・支援後BMI18.5以上の者:27.8%
糖尿病腎症	25	15	60%	<ul style="list-style-type: none"> ・行動目標の改善率:40% ・HbA1cの改善(維持)した者:53.3% ・新規人工透析導入者数(後期高齢者) R元年度:15人、R2年度:15人、R3年度8人 (新医療費分析 新規患者一覧より)
高血圧Ⅱ度	62	59	95%	<ul style="list-style-type: none"> ・行動目標の改善:76.3% ・血圧値の改善率:72.9% ・医療機関を受診した者:30.8% ・高血圧Ⅰ度以下に改善した者の割合 54.6%
口腔	107	99	92.5%	<ul style="list-style-type: none"> ・行動目標の改善:28.2% ・口腔機能判定が改善(維持)した者:36.4%
健康状態不明者	39	34	87.2%	<ul style="list-style-type: none"> ・行動変容があった者:12% ・長寿健診の受診率:R3年度 23.29% (県 20.36%)

KDB・KDB活用支援ツールの活用状況

●KDBの活用状況

- アセスメント

個人別履歴

5年間の履歴

疾病管理一覧

健診経年結果一覧（新医療費分析）

- 課題分析

- 支援記録の入力

- 評価

●KDB活用支援ツールの活用

- 対象者の抽出

「一体的実施・KDB活用支援ツール」の抽出条件の考え方と保健事業への活用

→低栄養、身体的フレイル、健康状態不明者

KDB・KDB活用支援ツールの活用状況

●アセスメントに活用したKDBの帳票

	帳票の種類	低栄養	糖尿病腎症
KDB	個人別履歴	○	○
KDB	5年間の履歴(医科・歯科)	○	○
KDB	疾病管理一覧(糖尿病)		○
	レセプト	○	○
新医療費 分析	健診経年結果一覧	○	○

KDB・KDB活用支援ツールの活用状況

●KDBを活用した事業評価

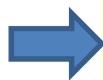
KDB の活用



各支援(低栄養、糖尿病腎症、高血圧)の入力

国保データベース(KDB)システム メニュー

健康課題の把握	特定健診・保健指導集計	疾病別医療費分析	健診・医療・介護の総合
地域の全件数の把握	特定健診集計出力	医療費分析(1) 婦小分類	要介護(支援)者認定状況
健診・医療・介護データから みる地域の健康課題	厚労省集計出力	医療費分析(2) 大、中、婦小分類	要介護(支援)者有病状況
市区町村別データ	保健指導対象者の把握	大分類	要介護(支援)者実態状況
同規模保健所者比較	保健指導対象者の収込み (調音)一覧	中分類	経年比較
保健事業介入支援管理	保健指導対象者一覧	婦小分類	質問票調査の経年比較
保健事業介入支援管理	保健指導管理台帳	生活習慣病	保健指導と非保健 指導者の経年比較
健康スコアリング	医師管理一覧	後期高齢者の 健診・医療・介護状況	医療費分析の経年比較
健康スコアリング	保健指導担当別	後期高齢者の 健診・医療・介護状況	医療・介護の 総合の経年比較



栄養指導・慢性疾患の重症化予防

健診・医療・介護の利用状況	重複・頻回受診の状況
医療機関受診と健診受診の関係表	重複・多剤処方状況
医療機関受診と介護認定・給付の関係表	介入支援対象者一覧(服薬管)
基本チェックリストの回答状況	介入支援実施前後の比較(服薬管)
介入支援対象者の収込み(栄養・重症化予防等)	介入支援実施前後の比較(服薬管)
介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)	保健事業名登録
介入支援実施前後の比較(栄養・重症化予防等)個人別	保健事業名の登録
介入支援実施前後の比較(栄養・重症化予防等)全体	

事業の進捗管理については、エクセル管理し、年度末に事業報告で活用
KDBとの併用管理

保険者番号 : 19462183 介入支援実施前後の比較(栄養・重症化予防等)_個人別 作成年月 : R02年度

保険者名 : 日蓮市 地区 : 健康事業名 : 低栄養支援(R2) CSV(全項) CSV 印刷 戻る 終了 検索

番号	基本情報			事業実施期間		比較年度	喪失年月日			事業実施状況	体重	BMI	BMI	BMI	BMI	BMI	BMI	BMI	BMI	BMI		
	被保険者番号	氏名	性別	年齢	開始月		終了月	国保	後期												介護	
合計						R05年度																
						R04年度				48.6	17.5	69.6	0.0	426	92.3	5.6	0	00	70.6	114	0	
						R03年度				48.5	17.5	69.3	0.0	424	93.0	5.6	103	76	69.6	109	0	
						R02年度				41.2	17.8	70.2	0.0	424	90.8	5.5	0	01	69.0	113	0	
						R01年度				0												
						R05年度				0												
						R04年度				0												
						R03年度				0	35.9	17.3	72.0	0.0	431	89.0	5.7	0	59	104.0	87	0
						R02年度				1	38.3	18.4	73.0	0.0	438	93.0	5.5	0	102	95.0	86	0
						R01年度				0	34.7	17.4	64.0	0.0	411	88.0	5.4	0	91	93.0	47	0



CSV (全項) を押してデータをCSVにダウンロード
 →エクセルに保存しなおして分析

	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S				
					R 3	R 2						16	14				
					事業実施	事業実施	実施状況	事業担当者_対象	体重	体重	体重増減	1kg未満	BMI	BMI	18.5以上	健康状態	健康状態
					実行R02.11	R02.11	実施		35.9	38.3		○	17.3	18.4		あまりよく	まあよい
					伊集R02.07	R02.10	実施		37.7	37.3		○	18.4	18.1		まあよい	ふつう
					実行R02.08	R02.09	実施		43.5	44			16.4	16.6		まあよい	まあよい
					実行R02.08	R02.09	実施			35.2				18.4		よい	
					伊集R02.09	R02.12	実施		35.8	35.7		○	15.5	15.5		あまりよく	ふつう
					伊集R02.08	R02.09	実施		34.8	35.5			16.8	17.1		あまりよく	あまりよく
					次上R02.10	R02.11	実施		44.5	45			19.3	19.3		ふつう	ふつう
					実行R02.10	R02.11	実施		33.3	33		○	16.9	16.5		よい	ふつう
					次上R02.11	R03.01	実施			36.4				16.7		よい	
					次上R02.09	R02.11	実施		39.4	39.9			15.5	15.7		まあよい	よい
					次上R02.09	R02.11	実施		44.5	44.6			17	17		ふつう	ふつう
					実行R02.10	R02.12	実施		47.5	46.4		○	20.1	19.7		よくない	よくない
					伊集R02.11	R03.02	実施			31.8				16.5			あまりよく
					伊集R02.12	R03.01	実施		37.2	37.9			16.8	17.2		よい	ふつう
					伊集R02.11	R02.12	実施			34.8				16.3			よくない
					次上R02.09	R02.11	実施		35	36			16.3	16.7		ふつう	ふつう
					伊集R02.12	R03.01	実施		35.1	35.7			16.6	16.9		ふつう	ふつう
					伊集R02.11	R02.12	実施		48.4	48.3		○	17.9	18		ふつう	ふつう
					伊集R02.07	R02.08	実施		38.3	36.2		○	17.7	16.5		あまりよく	ふつう
					次上R02.07	R02.09	実施		33.5	33		○	16.9	16.7		ふつう	よい

データをまとめた出来上がりがこちら↓

1. ハイリスク者の実績

(1) 低栄養・糖尿病腎症・高血圧

① R3年度評価

ア) 低栄養

		R3 単年評価		R4 健診受診者評価(39人中)				
対象者	実施者	行動 変容	体重 増加	体重			18.5以上に改善	1kg以上 減少
				増加	減少	変化なし		
84人	65人	55人 84.6%	54人 83.1%	17人 43.6%	18人 46.2%	4人 10.3%	8人/38人 21.1%	2人 5.1%

質問票の評価	R4		R3	
全数	39		56	
健康状態(よい・まあよい)	15	38.5%	22	39.3%
毎日の生活に満足している (満足・やや満足)	37	94.9%	50	89.3%
1日3食食べている	39	100.0%	53	94.6%
半年前に比べて固いものが食べにくい	11	28.2%	15	26.8%
お茶や汁物でむせる	12	30.8%	14	25.0%
歩く速度が遅くなった	19	48.7%	27	48.2%
この1年間に転んだ	6	15.4%	6	10.7%
運動を週1回以上している	31	79.5%	37	66.1%

データをまとめた出来上がりがこちら↓

イ)糖尿病腎症(国保・後期)

R3 国保

対象者	短期支援 実施者	HbA1c 改善	改善率	腎プロ 実施者	HbA1c 改善	改善率	合計	HbA1c 改善	改善率
62人	39人	6人	15.4%	8人	7人	87.5%	47人	13人	27.7%

R3 後期

対象者	短期支援 実施者	HbA1c 改善	改善率	腎プロ 実施者	HbA1c 改善	改善率	合計	HbA1c 改善	改善率
11人	7人	2人	28.6%	1人	1人	100.0%	8人	3人	37.5%

【腎プロ参加者経年評価】

(R3年度) ※年齢は腎プロ実施時

氏名	性別	年齢	地域	空腹時血糖			HbA1c			eGFR			尿蛋白		
				R4	R3	R2	R4	R3	R2	R4	R3	R2	R4	R3	R2
	女	72		116	116	140	6	6	7.1	70.6	70.9	55.4	-	-	-
	男	55		103	103	118	6.4	6.4	7.4	84.9	85.4	76.7	++	++	++
	女	71		152	204	138	7.9	9.1	7.5	124.7	109	99	-	-	-
	男	76		231	224	157	9.1	8.4	7.4	87.5	95.8	91.2	-	-	-
	男	73		138	138	142	7.3	7.3	7.4	45.6	52.3	50.4	-	-	-
	男	60			172	99		8.7	7.3		61.9	60.9		+++	+++
	女	72			155			7.7			69.6			++	
	男	70			156	125		6.9	6.7		46.5	48		-	-

●KDBを活用した事業評価

新医療費分析の活用



(新医療費分析:新規患者一覧より)

- **新規人工透析導入者数（後期高齢者）**

ポピュレーションアプローチの内容

健幸教室（70歳・75歳保険証交付）

各地域毎月実施

【内容】

- ・ フレイル予防に関する健康講話 60分
（保健師・管理栄養士・歯科衛生士）

* **健康状態確認シート** にてフレイルリスクをチェック

- ・ 該当者へは状況を確認しその場で健康相談
- ・ 総合事業や介護予防事業を紹介
- ・ 全ての参加者の状況を包括と共有
- ・ 必要時包括から訪問

特定健診等データ管理システム

の活用



後期高齢者質問票データを登録

→国保データベース(KDB)システムに連携され、一体的実施のハイリスク対象者抽出やフレイル状態にある対象者の把握・評価に活用

健康状態確認シート 表

裏

健康状態確認シート

実施日 (R 年 月 日) 担当者 () No ()

フリガナ		性別 男・女	生年月日 S 年 月 日
氏名			
住所		電話	年齢 歳
身長 cm	体重 kg	BMI	血圧 mmHg

質問項目 (該当する項目を○で囲んでください)

1	あなたの現在の健康状態はいかがですか	1 よい 2 まあよい 3 ふつう 4 あまりよくない 5 よくない
2	毎日の生活に満足していますか	1 満足 2 やや満足 3 やや不満 4 不満
3	1日3食きちんと食べていますか	0 はい 1 いいえ
4	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
5	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
6	6ヶ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	1 はい 0 いいえ
7	以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか	1 はい 0 いいえ
8	ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか	0 はい 1 いいえ
9	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されますか	1 はい 0 いいえ
10	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
11	あなたはタバコを吸いますか	1 吸っている 2 吸っていない 3 やめた
12	週に1回以上は外出していますか	0 はい 1 いいえ
13	普段から家族や友人と付き合いがありますか	0 はい 1 いいえ
14	体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか	0 はい 1 いいえ
15	この1年間に転んだことがありますか	1 はい 0 いいえ
16	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
17	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0 はい 1 いいえ
18	15分くらい続けて歩いていますか	0 はい 1 いいえ
19	転倒に対する不安は大きいですか	1 はい 0 いいえ
20	筋ちゃん広場などの通いの場に参加していますか	0 はい () 1 いいえ
21	市からの健康教室等をご案内してもよろしいですか	1 はい 0 いいえ

こちらは職員が記入します

運動	□該当 □非該当	(15) ~ (19) 3項目以上該当
低栄養 (75歳のみ)	□該当 □非該当	□ BMI 18.5未満 □ BMI 20未満+ (6) 2~3kg体重減少 いずれか該当
	□該当 □非該当	(4) (5) いずれか該当
その他	□該当 □非該当	□ (1) 健康状態 4あまりよくないor5よくない □ (2) 生活満足度 3やや不満 4不満 いずれか該当

(85.48)

※ここから以降は職員が記入します

該当項目: □運動 □低栄養 □口腔 □その他

□ 運動該当者 (該当するものに○)

□ 包括へのつなぎ	□ 外来リハ 受診中 ()
□ 運動指導 実施	□ 筋ちゃん広場等 参加中
□ 運動教室の紹介	
□ その他 ()	

□ 低栄養・口腔・その他該当者フローチャート

□面接	→ □継続支援	□包括へのつなぎ
・栄養士 ()	次回支援予定日	□面接
・看護師 ()	()	□訪問
・歯科衛生士 ()		□電話
	□支援不要・拒否 (終了)	

● 家族構成 (ジェノグラム)

支援者: □看 () □栄 () □歯 ()
●要介護認定 なし・あり 介護度 ()

● 治療中の病気等

● 面接記録

◀最終支援▶

□1支援不要 □2一般介護予防事業紹介 □3総合事業利用希望 □4介護申請 □5包括へ繋ぎ □6低栄養継続支援
□7口腔継続支援 □8その他継続支援 □9病院受診勧奨 □10健診受診勧奨 □11経過観察 □12支援拒否

ポピュレーションアプローチの内容

オンライン運動教室（計24回）

【内容】

- ZOOMなどで週2回の遠隔運動教室を実施（3ヶ月間の計24回）
- オンライン運動教室参加の前後で、健康測定会を実施、フレイルリスクについて判定する

KDB の活用



対象者抽出として「身体的フレイルリスク」該当者に選定して通知

R4年度ポピュレーションアプローチのまとめ

	伊集院		東市来		日吉		吹上		評価
	回数	人数	回数	人数	回数	人数	回数	人数	
いきいきサロン等	2	39	0	0	3	76	1	10	70・75歳時アンケート フレイル予防に関する理解度： 「よく理解できた」「まあまあ理解 できた」89.1%
70・75歳健幸教室	12	203	12	139	12	64	12	164	
健康状態の把握	290		238		109		215		
オンライン運動教室	(計24回)		実人数 12 人						

事業推進のための取組

一体的実施事業推進のための会議

①庁内連携会議（年2回）

◆健康保険課（後期、健康づくり、国保）、介護保険課（包括支援センター）、総務課

◆会議の役割：

地域課題や事業目的の共有、方向性の決定、事業の進捗状況の把握

②連絡会議（随時）

◆各課係員、実務担当者

◆会議の役割：

各種データの共有、事業の進捗状況の共有、課題の検討

保健師の現任教育（事例検討、地域診断、災害対策）等、普段から課を超えての顔が見える関係をとっているため連携・相談がしやすいです。

事業推進のための取組

企画調整担当者と地域担当者の連携

①研修会・勉強会の開催

R2年度：低栄養・糖尿病腎症

R3年度：高血圧

R4年度：低栄養支援の運動機能の支援について

(※広域リハ理学療法士と連携した支援者への研修を実施)

事例検討会

※広域リハ…鹿児島圏域地域リハビリテーション広域支援センター

②地域に出向き支援

③年度末に打合せ会を開催

◆各専門職ごと（看護師・保健師、管理栄養士・歯科衛生士）に打合せ会を開催
よかった点・課題を整理し、次年度の事業へ

◆広域リハビリ理学療法士との連携

↳ (鹿児島圏域地域リハビリテーション広域支援センター)

計測のしかた

握力

【準備するもの】

- 握力計
- 記録用紙

【記録】

- 測定は左右2回ずつ
- 左右それぞれの平均で良い側を記録
- 測定値は少数第1位を四捨五入

【方法】

- 両足を30cm開いて安定した立位姿勢をとる
- 第2指から第5指の全ての指を用いてしっかり握れるようにグリップ幅を調節し第2関節が90度になるように握る
- 腕を自然に下げて力いっぱい最大筋力を発揮する

【ポイント】

- ①肘を曲げない
- ②握力計を体につけない
- ③体を傾けない
- ④指の第2関節は90度に曲げる



【握り方】



【説明】
握力を測ります。
握力計を握り、腕を自然に下げた状態で力を入れてください。
握力計を振り上げたり肘を曲げたりしないでください。

【握力の年齢別平均値】 (kg)

年齢	男性	女性
60歳～64歳	42.85	26.31
65歳～69歳	39.98	25.20
70歳～74歳	37.36	23.82
75歳～79歳	35.07	22.49

筋力アップ運動

①かかと上げ運動

この運動はふくらはぎの筋肉を鍛えています。
立ち姿勢が良くなり、長く歩けるようになります。

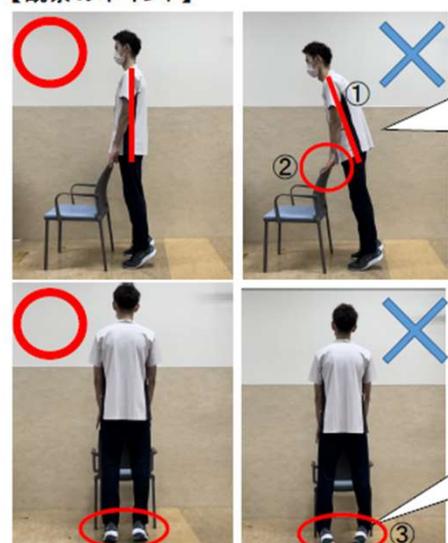


【やり方】

- 椅子の背もたれに手を置き、まっすぐ立つ。
- 足幅は肩幅くらいに広げる。
- 4秒かけてゆっくりとかかとを上げて
- 4秒かけてゆっくり下ろす。

【回数・頻度】
回数: 1セット 5～10回 頻度: 1日2～3セット

【観察のポイント】



①上半身が前に傾いている

②手で体重を支えている

③かかとが外側に傾いている

住民への周知活動・広報

● 広報誌 掲載

イチ マル マル

Hioki100 情報

～人生100年時代のために100のアクションを起こそう～

- ・ 医療費の現状
 自宅で取り組んでほしい運動
 低栄養予防の運動教室の様子

などを紹介

◆日曜市の医療費について…医療費は高止まりの状況が続いています。
 1人あたりの年間医療費は、日曜市国保は490,557円*1、後期高齢者医療保険は1,128,762円*2となっています。総医療費の疾病別内訳を見ても、国保は「がん」「精神」「筋・骨格」にかかる医療費の割合が高く、後期高齢者医療保険では、「筋・骨格」にかかる医療費の割合が高いことが分かります。

※1 日2年度 国保事業年度データより 1人あたり医療費 ※2 日3年度 後期高齢者医療事業報告書より「後期高齢者医療1人あたり医療費内訳」

医療費内訳 (割合)	がん	精神	筋・骨格	その他
日曜市国保	26.5%	19.6%	16.4%	37.5%
後期高齢者医療	39.7%	15.3%	32.2%	12.8%

【筋・骨格】に注目！
 関節疾患や骨折・転倒など
 →予防のためには
 どうすればよい？
キーワードは
“フレイル”

【フレイル】とは、加齢に伴う心身機能の低下だけでなく、認知機能の低下やうつ、孤独、低栄養などを含む総合的な健康概念です。年を重ねると、体の老化や、さまざまな病気、食低下などが原因で、筋肉量が減少したり、体重が減少したりします。筋肉量の減少は「活動性」「歩行速度」に影響を与え、「筋・骨格」の疾患を引き起こす恐れがあります。関節疾患や骨折・転倒などを予防し、一人一人が元気で、いつまでも「動く」体であるためには、「動く」ことが大切です。日常生活の中で体を動かすことを心がけてみましょう。

・アクション 運動でフレイルを予防しよう

ここでは、自宅でできる筋トレの中でも、最も重要な下半身の運動を掲載します。
 足腰の筋肉は「立つ・歩く・座る」といった活動を支えています。これらの筋肉を鍛えて、足腰の機能を守りましょう。

【かかと上げ運動】
 ふくらはぎの筋肉を鍛えます。
 ▶足幅は肩幅くらいに広げる
 ▶4秒かけてゆっくりとかかとを上げて4秒かけてゆっくり下ろす

回数 1セット5～10回
 頻度 1日2～3セット

▶ バランス能力の向上
 ▶ 転倒予防効果 などの効果が期待できます！！

【スクワット運動】
 お尻や太ももの前の筋肉を鍛えます。
 ▶足幅は肩幅くらいに広げる
 ▶4秒かけてゆっくりとお尻を下げて、4秒かけてゆっくりとお尻を上げて元に戻す

Point
 ①お尻を突き出して上半身を前に倒すように
 ②膝がつま先より前にでない
 ③膝は90度より深く曲げない

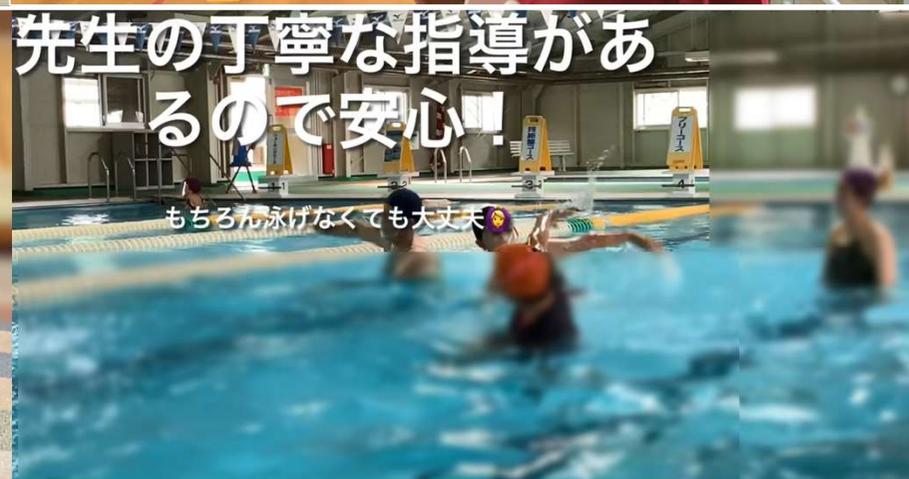
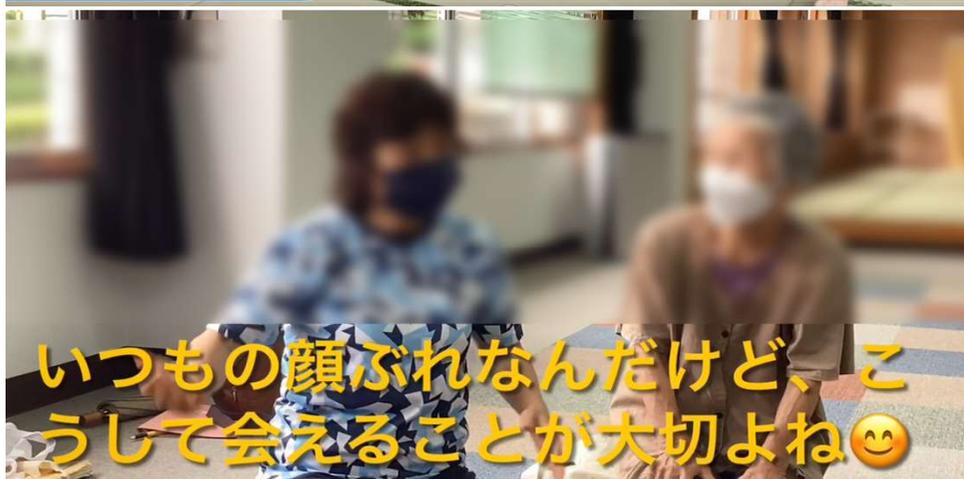
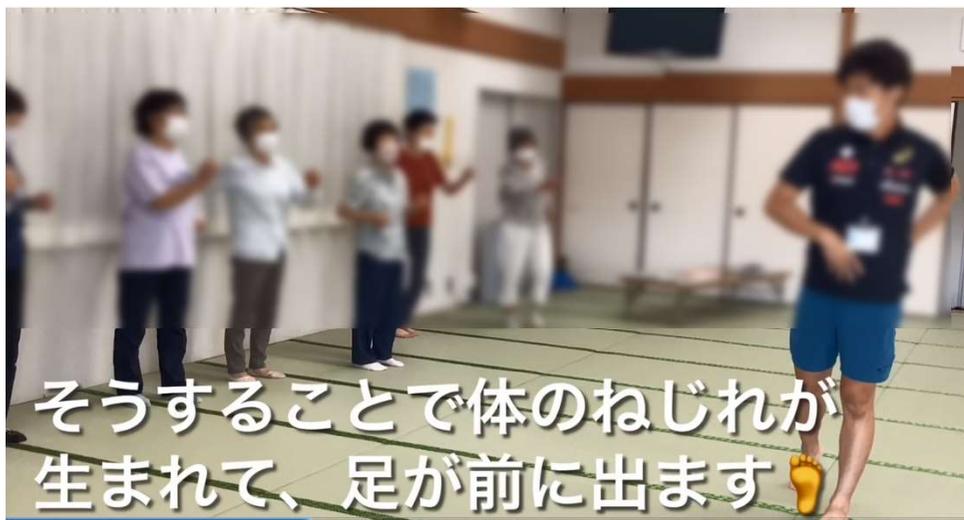
回数 1セット5～10回
 頻度 1日2～3セット

楽しい指導で筋力アップ！
 ～地域の運動教室の様子をご紹介します～
 筋力、関節可動域、体組成計の測定を行い、自身の今の身体の状態をチェック！
 ●筋力は？
 ●バランスの能力は？
 ●身体の外圧活動や筋肉量はどうか？
 地域の運動教室に参加してみませんか？お気軽にお問い合わせください。
 【お問合せ先】 本庁健康保険課 099-248-9421

スタッフと測定結果を確認中！ / 元気な先生と一緒に筋トレ運動！
 ●参加者の声
 「日ごろしない“丹立立ち”など年齢を感じさせるものでした。」
 「筋トレを少ししただけで、筋肉量が増加したのは意外でした。」
 「体組成計の測定をしたら驚いていた筋力が上がっていたので楽しく参加します。」

住民への周知活動・広報

●通いの場（一般介護予防教室）を映像で紹介



地域の通いの場を
もっと利用していただけるといいなあ



一体的実施事業に取り組んでみての困難や見えてきた課題

① ハイリスクは継続した見守りが必要

- 低栄養の方、一年後体重が減少している例
- 一年後、フレイル状態が悪化している例

② 地域担当者への継続した支援が必要

- 地域担当者の声を聞きながら工夫していくことが大切
- スキルの維持・向上のための研修



一体的実施事業に取り組んでみての困難や見えてきた課題

③ 重症化予防も大切だが、予防の大切さを実感

●若年層の疾病予防も大切。ヘルス部門と国保部門と連携した保健事業の組み立てが必要。

④ 筋骨格も課題。個別支援の充実を図りたい！

●ハイリスク者の目標にほとんど運動の目標が立っていない
→支援者に運動指導のスキルがない？

●後期高齢者は疾患がもとにあり、リハビリ通院しているケースも多く、運動の個別支援が難しい・・・。



理学療法士と連携

低栄養ハイリスク者の
小集団運動教室

フレイル対策プログラム
(オンライン運動教室)

⑤ 糖尿病腎症の支援継続、効果の難しさ



指導者のスキルアップ

かかりつけ医との連携強化

CKDネットワークの構築

⑥ 医師会・歯科医師会との連携



企画調整担当者として心がけていること

* 従事者のスキルアップ

・ 従事者の研修会

自分も含め、アセスメント力・コーディネート力・知識・面接スキルなどのスキルアップが必要だと思いました。

・ 多職種支援でスキルアップ！

多職種で個人を支援することで、お互いに学ぶことも多いです。

* 支援ルートの見える化

ひおきPR武将隊



インスタグラムで日置市のいいところをPRしてます！

ご清聴ありがとうございました。