

令和4年度高齢者の保健事業と介護予防の 一体的実施に係る支援者研修会

～兵庫県淡路市の取り組みについて～



兵庫県淡路市健康福祉部健康増進課
保健師 水田 明子




高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について

〈本日の予定〉

- 令和2年度からスタートした一体的実施。始まる前から、そして今現在慣れてきていても困難は続く。
- 市だけでは続かなかっただろう本事業において、どのような支援を受けたかを説明する。

今回の内容



・兵庫県淡路市の一体的実施の中で 支援を受けてよかったこと、欲しい支援

課 題: ■健康課題、目標評価
■実施体制、連携、マンパワー不足
■事業内容

支援内容: ■上記課題を解決するために各種研修会で知識・技術up
市町の横展開でノウハウを学び、交流できる
■県・広域連合・国保連の連携の良さ
■寄り添い型(困ったときにいつでも相談にのれる体制)
きめ細やかなヒヤリング

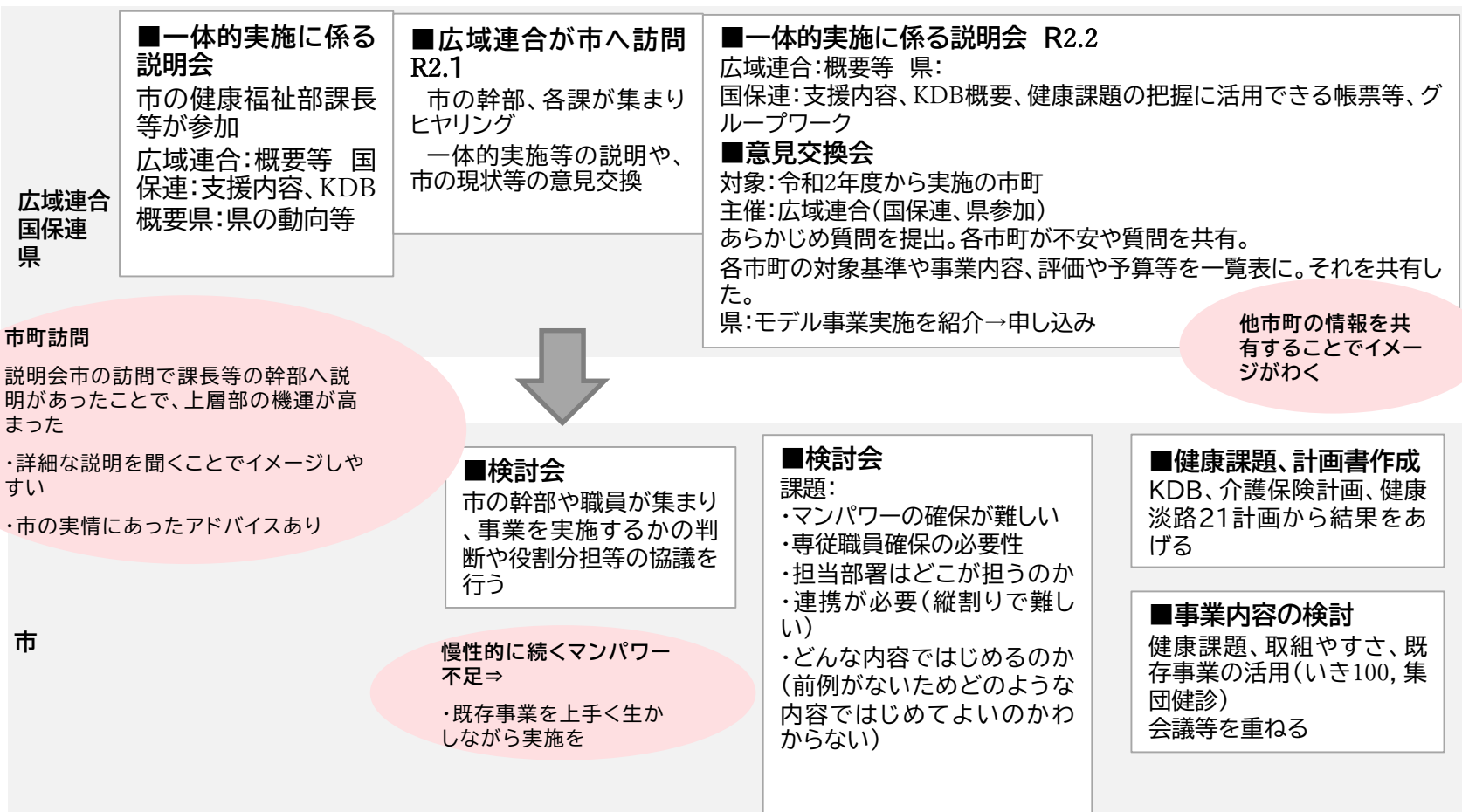
・実際受けた支援を加えながら紹介していく

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について

＜スタート前から振り返る＞

令和元年度

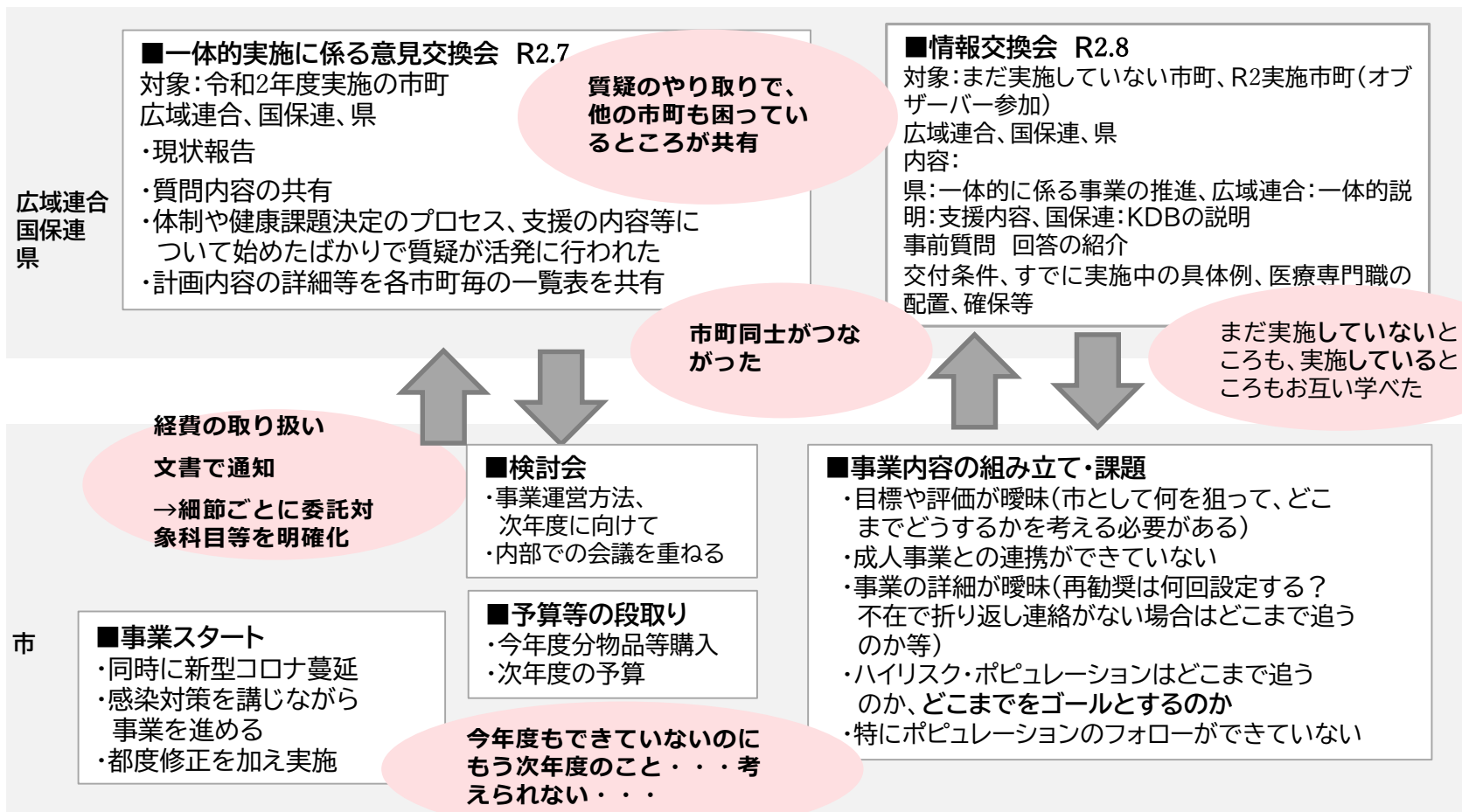
令和2年度



高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について ＜スタート前から振り返る＞

令和2年度

令和3年度



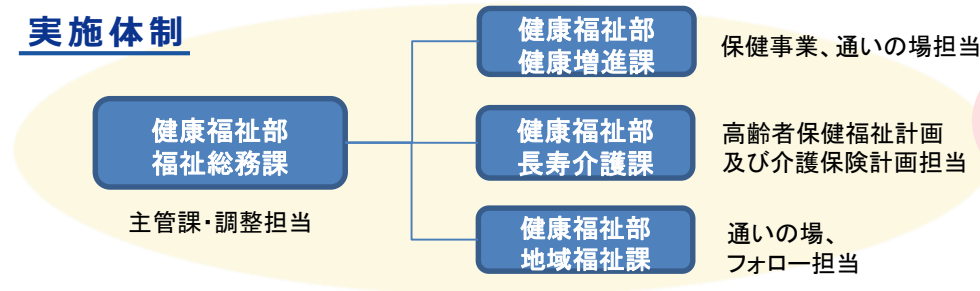
兵庫県淡路市 一健診会場を活用した適切な受診等への取組一

- 集合型の健診会場で、医療専門職による後期高齢者の質問票を活用した問診を実施。
- フレイル等のリスクがある者に対してはその場で必要な検査・支援等につないでいる。

市の概況(令和3年4月1時点)

人	口	42,986 人					
高	齡	化	率	38.05 %			
後	期	被	保	険	者	数	8,867 人
日	常	生	活	圏	域	数	5 圏域

実施体制



意見交換会で市町
と顔合わせできた
⇒その後、見学や
電話でやりとりで
きた

取組の経緯

- 高齢者に対し広くアプローチを行う場として、「地域の通いの場:いきいき100歳体操」だけではなく、高齢者が集まる「集合型健診:まちぐるみ健診」の会場を活用。「後期高齢者質問票」を活用し、問診と兼ねて個別相談を実施することとした。

企画調整等

- 地域の健康課題を実施する中で、「骨折の1人当たり医療費」県下ワースト1位であり、骨折者の傾向として、80歳を超えてからの骨折率が高いこと等が明らかになった。
- 一体的実施のテーマとして「骨折予防」を取上げ、骨折の要因等の分析を行いながら事業を展開している。

まちぐるみ健診を活用したポピュレーションアプローチ(令和3年度)

【対象者】健診受診者のうち、75-79歳の者

⇒令和2年度は75歳以上全員を対象としていたが、令和3年度からは市の健康課題や実際の対象者の様子を踏まえ、特に優先すべき年代として75-79歳を対象とした。

【実施方法】健診会場での市医療専門職(保健師、管理栄養士)による問診・個別相談。

【指導内容】問診の回答結果等から対象者のリスクを判断し、その場で受けられる「歯科健診」や「骨粗鬆症検診」の受診勧奨や、状況に応じてハイリスクアプローチ対象者として継続フォローを実施。
⇒マニュアル化し、支援の標準化を図っている。

課題と今後の展望

- これまでの取組により、運動・転倒の健康課題を抱えている者が多いと明らかになった。日常的に歩くことを習慣としていない者に対して、どのような支援やサービスへの接続が有効であるか、検討を行っている。
- 骨折予防についてより効果的に取り組むために、骨折にかかるレセプト分析や、質問票の回答内容と骨折歴との関連等を分析しながら事業を展開している。

参考：淡路市まちぐるみ健診における健康相談 支援フロー図

事前準備

対象者の抽出

まちぐるみ健診 基本健診申込者(当該年度75歳以上79歳未満)

事前準備

- ①健診業者に基本健診受診予定者75～79歳の受診票に目印を入れてもらう。
- ②スタッフ執務表を作成し、周知する。
- ③マニュアルを作成し、課内で事前説明会開催。内容すり合わせ。
- ④包括支援センター、歯科衛生士に事前説明を行う。

健診当日

健康相談(個別)

- フレイルの説明、高齢者質問票を確認
→リスクがあるところについて、パンフレットを用い説明。
全員に結果を返す。
- 骨折説明・BMIチェックは全員。いき100(通いの場)参加有無。
- E(要医療)・F(継続医療)判定確認。かかりつけ医・かかりつけ歯科医確認。

質問票4・5
口腔機能

質問票6
体重減少あり

質問票8
転倒歴あり

質問票10・11
認知機能
どちらか該当

E・F判定で
未受診

歯科健診
受診勧奨
(当日実施)

・医療機関
受診勧奨
・ハイリスク
アプローチ
低栄養訪問
でフォロー

・短期集中
予防サービ
スに該当
するか確認
・骨粗しょう症
健診受診
勧奨
・いき100等
の紹介

・物忘れ相談に
つなぐ
・物忘れ相談
窓口の設置が
ない会場は
チェックシ
ートを使用
または包括の
紹介

・医療機関
受診勧奨



- ・対象者への質問内容
- ・想定問
- ・渡す資料等を整理して記載

淡路市高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施 ～全体概要～

- 75歳以上の後期高齢者を対象とし、国保と後期高齢者医療制度の保健事業を接続できるよう体制を整備する。保健事業を実施することで、疾病・重症化予防、フレイル予防につなげる。通いの場等の介護予防事業へ専門職を配置し、保健医療の視点からの支援を積極的に加え、社会参加を含むフレイル対策を視野に入れた取り組みを実施する。

取り組みの方向性

- 医療費が高額である循環器系疾患について、健診結果及び介護のリスク要因も高いことから重症化を予防するための取り組みが必要である。
- 医療費が高額である骨折については、運動機能に対するリスクも高く、また、介護のリスク要因としても対策が必要であると思われるため、ポピュレーションアプローチとして、広く予防について普及・啓発を行うとともに、骨折予防のハイリスク者については、ハイリスクアプローチとして個別に支援を行う。

■ DVD配布(動画配信) 国保連 一体的実施の推進に向けた研修会

- 学識経験者の講義動画
- 健康課題の分析や考え方
- KDBでどの部分を健康課題で用いるのか

健康課題

- 標準化死亡率は、急性心筋梗塞が高い。
- 医療費は、全体では筋骨格系、がん疾患、脳梗塞系疾患の順に高い(大分類)
- 最小分類では、入院では骨折、脳梗塞、関節疾患、入院外では高血圧、糖尿病、慢性腎臓病の順に上位を占める。
- 健診受診率は10.6%で県平均より低い。有所見者率は、血圧38.8%、非肥満高血糖22.8%といずれも県、国平均より高い。
- 新規介護保険申請では、認知症、骨折が上位(経年も同傾向)
- 『この1年転んだ』は県・国平均より高い。『週1回以上運動習慣』は、県・国平均より低い。

ハイリスクアプローチ

- 糖尿病性腎症重症化予防(新規R4～)
 - ・未受診者に対し、訪問し、受診勧奨実施
 - 国保75歳到達者、75歳以上
- その他生活習慣病等(新規R4～)
 - ・健診受診者で血圧・腎機能が受診勧奨判定値以上で未受診の者に訪問し、受診勧奨
- その他(R3～)
 - ・骨粗しょう症検診要精密対象者へ訪問を実施
- 健康状態不明者訪問(R2～3)
- 低栄養訪問(R3)

ポピュレーションアプローチ

- 通いの場への積極的関与
 - ・「地域の通いの場:いきいき100歳体操」
保健師による健康教育・健康相談
 - ・「地域の通いの場:かみかみ100歳体操」
管理栄養士による健康教育・健康相談
(歯科衛生士は地域支援事業予算)
 - ・「集合型健診:まちぐるみ健診」の会場を活用。
「後期高齢者質問票」を活用し、個別相談を実施。
歯科健診にて個別相談を実施。
- ・フレイル予防教室(新規)

課題と今後の展望

- 令和4年度は、骨折を含めたフレイル対策に加えて、糖尿病性腎症重症化予防対策、生活習慣病対策を追加し、成人事業と連動できる範囲で実施予定。また、生活習慣病に関することの指導を行いながら、併せてフレイル対策も視野に入れて、メニューに組み込む。

淡路市高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施 ～全体概要～

- 75歳以上の後期高齢者を対象とし、国保と後期高齢者医療制度の保健事業を接続できるよう体制を整備する。保健事業を実施することで、疾病・重症化予防、フレイル予防につなげる。通いの場等の介護予防事業へ専門職を配置し、保健医療の視点からの支援を積極的に加え、社会参加を含むフレイル対策を視野に入れた取り組みを実施する。

取り組みの方向性

- 医療費が高額である循環器系疾患について、健診結果及び介護のリスク要因も高いことから重症化を予防するための取り組みが必要である。
- 医療費が高額である骨折については、運動機能に対するリスクも高く、また、介護のリスク要因としても対策が必要であると思われるため、ポピュレーションアプローチとして、広く予防について普及・啓発を行うとともに、骨折予防のハイリスク者については、ハイリスクアプローチとして個別に支援を行う。

■ DVD配布(動画配信) 国保連 一体的実施の推進に向けた研修会

- 学識経験者の講義動画
- 健康課題の分析や考え方
- KDBでどの部分を健康課題で用いるのか

健康課題

- 標準化死亡比は、急性心筋梗塞が高い。
- 医療費は、全体では筋骨格系、がん疾患、脳梗塞系疾患の順に高い(大分類)
- 最小分類では、入院では骨折、脳梗塞、関節疾患、入院外では高血圧、糖尿病、慢性腎臓病の順に上位を占める。
- 健診受診率は10.6%で県平均より低い。有所見者率は、血圧38.8%、非肥満高血糖22.8%といずれも県、国平均より高い。
- 新規介護保険申請では、認知症、骨折が上位(経年も同傾向)
- 『この1年転んだ』は県・国平均より高い。『週1回以上運動習慣』は、県・国平均より低い。

ハイリスクアプローチ

- 糖尿病性腎症重症化予防(新規R4～)
 - ・未受診者に対し、訪問し、受診勧奨実施
 - 国保75歳到達者、75歳以上
- その他生活習慣病等(新規R4～)
 - ・健診受診者で血圧・腎機能が受診勧奨判定値以上で未受診の者に訪問し、受診勧奨
- その他(R3～)
 - ・骨粗しょう症検診要精密対象者へ訪問を実施
- 健康状態不明者訪問(R2～3)
- 低栄養訪問(R3)

ポピュレーション

- 通いの場
- ・「地域包括ケア」保健事業
- ・「地域の通いの場」管理栄養士による健康教育・健康相談(歯科衛生士は地域支援事業予算)
- ・「集合型健診:まちぐるみ健診」の会場を活用。「後期高齢者質問票」を活用し、個別相談を実施。歯科健診にて個別相談を実施。
- ・フレイル予防教室(新規)

・自分の都合で見ることができる

・ハイリスクを追加等⇒その時は注目していなかったことが確認できる

具体的な健康課題の分析方法、支援の考え方等繁榮させやすい

課題と今後の展望

- 令和4年度は、骨折を含めたフレイル対策に加えて、糖尿病性腎症重症化予防対策、生活習慣病対策を追加し、成人事業と連動できる範囲で実施予定。また、生活習慣病に関することの指導を行いながら、併せてフレイル対策も視野に入れて、メニューに組み込む。

令和4年度 淡路市高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施 全体像

目標

在宅で自立した生活がおくれる高齢者の増加(入院率・疾病別医療費、要介護)

フレイル(虚弱)の進行の防止

生活習慣病等の重症化予防

高齢による心身機能の低下防止(老年症候群)

健康状態に課題がある高齢者の減少

心身機能が低下した高齢者の減少

慢性疾患のコントロール

服薬状況

低栄養

相互に影響

口腔機能

認知機能

運動機能

淡路市の事業内容

高齢者の健康状態・フレイルの状態、生活状況等の包括的な把握

適正受診・服薬
受診中断の早期対処

禁煙・適正飲酒

栄養・食生活
減塩、たんぱく質摂取

口腔機能
摂取・嚥下体操
入れ歯の手入れ

運動・リハビリ
転倒・骨折防止のための運動
器指導、リハビリの継続

外出・社会参加
地域活動等

糖尿病重症化対策
■未受診者に対し訪問指導

生活習慣病訪問
■高血圧、腎機能で未受診者に対する訪問

骨粗しょう症訪問
■骨粗しょう症検診受診者⇒精密者に訪問

【目標】
骨折を含めたフレイル予防を理解する住民が増加。適切なサービスに接続する。

まちぐるみ健診健康相談
■管理栄養士、保健師による健康相談
■歯科衛生士による健康相談

かみかみ100歳体操
■歯科衛生士(地域支援事業分)、管理栄養士による健康教育、健康相談

フレイル予防教室
■健康教育、健康相談

いきいき100歳体操
■保健師による健康教育、相談
理学療法士(地域支援事業分)

介護予防との連携

国保・ヘルス事業との連携

虚弱(フレイル)高齢者や在宅療養高齢者等への健康支援

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について

<計画立案、体制等> 広域連合

- 一体的に関することで疑問があった時に、どこに聞いたらよいのかわからないことがあるが、兵庫県の場合は、広域連合と国保連でどちらでも相談にのってくれる。

項目	実施状況 (○) ※1		内容	進捗チェック (月日) ※2
	計画時 (予定)	実施時 (実施)		
企画・調整等を担当する医療専門職の業務	事業の企画・調整等	○	高齢者の保健事業の実施に関し、国民健康保険事業及び介護予防の取組との一体的な実施の在り方を含む基本的な方針を策定する。	／
		○	地域の多様な社会資源や行政資源を踏まえ、年間を通じて事業全体の企画・調整・評価分析、進捗管理に従事する「企画・調整等を担当する医療専門職」を配置している。	／
		○	各地域における通いの場の実施状況や実施内容の情報、参加者の状況等を把握し、庁内関係者と調整をしながら、積極的な関与を行う実施箇所及び実施回数を含めた事業計画を策定する。	／
		○	市町村国保と連携可能な取組については、国保部門と連携した事業計画を策定する。	／
		○	庁内外の関係者間と定期的な打合せやケース検討を行うなど、進捗状況の共有を図る。	／
	KDBシステム等を活用した地域の健康課題の分析・明確化・対象者の把握	○	KDBシステム等から被保険者一人ひとりの医療・健診・介護情報等を把握し、市町村や地区集計データをもとに、全国・県平均等との比較、経年変化などから、重点課題の明確化を行う。	／
		○	地域の健康課題の整理・分析に当たっては、庁内部局で連携し、KDBシステム等のデータに加えて各部署が有する調査結果や健康増進計画、国保データヘルス計画等の分析結果のデータ等も活用する。	／
		○	後期高齢者の質問票や各種チェックリストなどフレイル状態等に関する情報も分析し、一体的実施において支援すべき対象者を抽出する。	／
	医療関係団体等との連絡調整	○	後期高齢者の質問票については、フレイルなどの高齢者の多面的な課題を把握し必要な支援につなげていくために、健診の場、通いの場などにおいて、広く活用することを検討する。	／
		○	地域の医療関係団体等と積極的な連携を図り、一体的実施の事業の企画の段階から健康課題の共有、事業企画等の相談を行う。また、実施状況等についての報告を行う。	／
		○	重点課題と考えられる疾病について、医療機関への受診勧奨に関する基準づくりや市町村と医療機関間の連絡様式等の検討を行う。	／
		○	かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師のいる薬局等においても高齢者の状況に応じて通いの場等への参加勧奨を行えるよう、医療機関等に対し、事業案内や通いの場のマップなどを活用して必要な情報共有を行う。	／
			当該業務を行う医療専門職が専従でない場合、日々の業務内容等を明記した業務日誌を作成する。	／

書面では表現できない

困りごとや悩み等も共有できた

■相談体制の充実（広域連合）

オンライン会議

参加者：広域連合、国保連、市
次年度に向けて計画書の修正等の協議

内容や評価指標等もあり比較できる

ポイントを押さえた記入例で助かる～

■計画・実績報告（広域連合）

- ・計画書の記入例を作成してくれる
- ・数値確認リストで、数値の齟齬がないよう工夫
- ・詳細なヒヤリング
- ・研修会の質問だけではなく、調査（現状把握）あり

■相談窓口（広域連合）

- ・広域連合がワンストップ窓口（国保連と連携）
- ・広域連合には専門職がいないため、国保連の専門職と連携

お互いの強みを生かした支援、**連携し対応**
市町からみるとわかりやすい

■個別意見交換会（オンライン・広域連合） R3.5

- 参加者：広域連合、国保連、保健事業評価支援
- ・評価委員会副委員長、市町
 - 事前に質問事項等を提出し様々な困りごとに対応する機会
 - ・事前資料として市の健康課題等あり

事業を実施する前に聞くことができて参考になった

■市町の横展開資料（広域連合）

- ・市町で実施している事業内容等を資料で配布

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について ＜健康課題の整理＞

長期目標

在宅で自立した生活がおくれる高齢者の増加
(入院率・疾病別医療費、要介護者の減少)

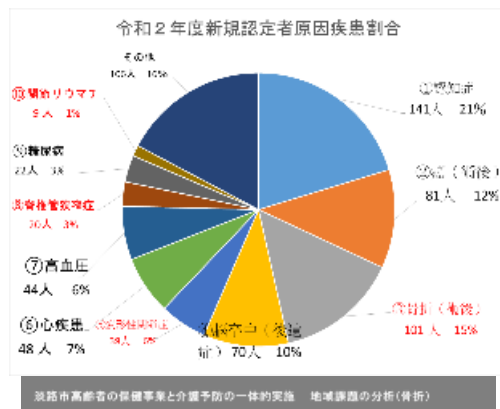
中期目標

生活習慣病等の重症化予防

QOLの向上、生活機能低下防止

高齢による心身機能の低下防止

現狀・課題



健康課題の分析とは・・・

- 健康課題の解釈の仕方
医療費の考え方
高い低いしか判断できない。それからみえることは？どのように解釈するのか
受診勧奨→医療費がかかる→どのように解釈するのか
- 医療費の詳細な分析ができていない
- 優先度の立て方

評価の設定

- 1年間では評価が難しい
- KDBに影響…医療費にすぐに影響、結果はでない
- 何をもって目標が達成したといえるのかわかる評価に
- 医療費の変化や病気の変化はすぐには出ないので難しい
- 特にポピュレーションアプローチでの評価は難しい

目標の設定

- 長期、短期目標を設定することが難しい
単年度で達成できる目標は何か？
それが積みあがるのか？
- 介護保険計画や健康淡路21計画を考慮する
- 計画はマンパワーに応じたものを

悩みポイント

健診・医療(疾患や医療費)・介護保険・介護保険計画・SMR等市にある様々なデータをどのように使い、どのように解釈していくのか

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について

〈問題点の整理〉 KDB関連 国保連

- 健康課題の分析や対象者抽出、評価等に活用できるKDBシステムー健診や医療・介護情報を見ることができる画期的なシステム。
- さらに兵庫県ではKDB補完システムがある。様々な分析等が可能になった反面、操作が難しい。

■KDB操作研修 オンライン R3.5 国保連

- ・KDBの操作方法や健康課題分析で活用できることの紹介
- ・KDB補完システムのできることの紹介
- ・後日動画配信あり

苦手な操作も詳細に、また資料配布があるため、職場に戻って資料をみながら操作も可能。

■KDBシステム等に係る実機説明会 R3.10 国保連

KDBを使って操作体験

説明を聞きながら体験。わからないこともその場で解決できる。

■KDB補完システム説明会 オンライン R3.10 国保連

(県、広域も参加)

後日録画配布。

より詳細な分析が可能に。疾患・年齢・地域設定、評価、個人検索等も操作しやすい。ただ機能が多すぎて把握できていない...

■フレイルチェック票 R3.5 県

後期高齢者質問票の活用に加え、フレイルなど多面的な課題を把握や、個々の健康課題に応じた相談等の支援につなげるため(口腔・栄養)追加

質問票に加えてチェック票→さらに詳細な聞き取りや指導が可能に。今後は評価もしやすくなる。

現場で日頃感じていることと健康課題が結びつく



高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について

＜健康課題の分析等＞ 国保連・広域連合

- 効果的な健康課題の分析はどのようなものか。
- 健康課題を解決するためには、どのような目標や評価がよいのか。

・他の市町の状況を聞くことで、自分のところに取り入れやすい

⇒大きなことでなくても、目新しくなくても、コツコツとつみあがっている事例は市町にたくさんある⇒取り入れやすそう

- ・実施している市町でよかったこと
- ・実施してみてもの困りごと
- ・実施していない市町の困りごと等

グループで解決したり、全体質問で出され解決へとつながっていて参考に

一体的実施の推進に向けた市町向け研修会 R3.7 広域連合・国保連

- 感染対策等で4回にわけて実施
 - 4回それぞれに違う市町の事例紹介
 - 広域や国保連の情報提供あり
 - グループにわかれて意見交換
- 市町の困りごととして、医師会の調整は難しい。
対象を広げるとマンパワーも必要だが不足している。優先順位の決め方等の意見が出た。



評価委員の方の助言もあり一体感のある研修会

その後、お互い電話連絡することにより
その後につながるよい横展開

■相談体制(国保連)

- ・事業実施上の課題(対象者の抽出基準や実施内容等)の相談
 - ・事業を実施する中での困りごとを相談できる
- 必要時、保健事業支援評価委員に相談できる体制が整っている



**タイムリーな支援で
困った時にすぐに対応してもらえる**

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について ＜ポピュレーションアプローチ 通いの場＞

- 通いの場である『いきいき100歳体操』『かみかみ100歳体操』を中心とした支援。
- 『いきいき100歳体操』『かみかみ100歳体操』『しゃきしゃき100歳体操』の3種類あり。

実施場所一覧



モデル事業（県）

管理栄養士と歯科衛生士による支援
市の管理栄養士も参加し、ノウハウや媒体、考え方を学んだ。
→その後の事業でメニューを取り入れ実施。

体験することで、具体的な進め方がわかった

フレイル対策事業の実施に対する支援（県）

兵庫県版フレイルチェック票や、質問票(一体的実施も含めた)実施に対する支援

質問票等のデータ入力業務（国保連）

後期質問票と兵庫県版フレイルチェック票の回答内容をパンチし、データ化の上、KDB補完システムに取り込む。
R4～

現場から戻ってから入力は大変。
補完は取込がややこしい～。
入力する手間が省ける。

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について

＜ポピュレーションアプローチ 通いの場＞

- 通いの場ができた当初から保健師は介入していたが、管理栄養士は初めて。県のモデル事業を経験し通いの場へ。一般介護予防事業とともに一体的に介入している。
- 『いきいき100歳体操』理学療法士による体力測定や個別相談（一般介護予防事業）、保健師による問診や健康教育、個別相談（一体的）その後のフォローは包括支援センターといった役割分担。

取り組みの成果

フォロー体制の充実（かみかみ100歳体操）

- 管理栄養士と歯科衛生士による支援（かみかみ100歳体操）
- R3では、県モデル事業を参考に事業を実施。
アンケートでは、フレイル予防について理解できた人が95%だった。お口のケア、10の食品群についても90%以上が理解できた。テキストがあったため理解しやすかったとのこと。
- 感染対策のため、短時間で終わらせる必要があり、当日の個別相談とフォローについては十分な時間がとれなかった。R4はフォロー対策を強化していく
- フレイル悪化・誤嚥性肺炎予防のために適正受診を促す。
歯科衛生士、管理栄養士による訪問フォロー。

フォロー体制の充実（いきいき100歳体操）

- 前年度の体力測定の結果、ハイリスク者（TUG13.5以上）がいる会場には理学療法士等と保健師で支援。
欠席の場合、そのまま自宅へ訪問する。
- 体力測定と問診の結果をデータで示し、理学療法士等と共有でき同じ方向を向けた。

■相談会 R3.12 国保連（広域連合も参加）

対面とオンライン選べた。

転倒や骨折の理由は？

現状悩んでいるところを相談

ハイリスク（健康状態不明者、骨粗しょう症訪問）、健康課題の深め方等

定期的に開催あり 3回/年

健康課題（骨折）の詳細を調べる

- 骨折について、KDBではどんな骨折が多いのか、骨折した場所、部位、経年変化を確認する。
- 通いの場で、転倒歴と骨折歴とその詳細な原因について質問項目で確認していく。体力測定の結果や骨折歴・転倒歴、問診（簡易フレイルチェック、R4～質問票）等を分析していく。
R3年度は、農繁期等の外での転倒が多かった。引き続き確認していく。

健康課題や事業の進め方等の相談が気軽にできる。

健康課題についてどう解釈してよいか迷うため、国保連保健師や評価委員の先生のご意見が聞けて、次の方向性が見えやすい。

自主性の維持

- 通いの場の場合、専門職が積極的に介入すればするほど、自主性の阻害にも影響が出てしまう恐れがある。
- 住民主体でフレイル対策に取り組める環境づくりを考えていく必要がある。→いき100担当が工夫し、交流会やサポーターで住民主体の動きを支援している。それによって自分たちで体力測定をしたいグループも出現。



令和4年度 淡路市糖尿病性腎症重症化予防事業 概要(国保・後期高齢)

1. 目的

本事業は、糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関の未受診者・受診中断者等について、適切な受診勧奨等を行うことにより治療に結びつけ、腎不全、人工透析への移行等、重症化を予防することを目的とする。

2. 背景

淡路市においても高齢化が進む中で、生活習慣病と社会環境の変化に伴う糖尿病患者数の増加が課題となっている。糖尿病は放置すると網膜症・腎症・神経障害などの合併症を引き起こす。腎症は、進行し(重症化)し腎不全に陥ることで人工透析を要する状態となる。これは患者のQOLを著しく低下させるのみならず、医療経済的にも本市において医療費が1位糖尿病、2位慢性腎臓病(透析あり)と優先度は高い。原疾患が糖尿病性であることが最も多く、4割以上を占める。さらに糖尿病は脳卒中、虚血性心疾患などの心血管疾患の発症、進展を促進することからも糖尿病対策は強化していく必要がある。

2. 事業内容

未受診者対策(糖尿病治療なし)A

■目的

未受診者に対して、受診を促し、医療機関へつなぐ

■対象

- 【国保】
- ・特定健診受診者のうち、医療機関未受診者
- ・空腹時血糖126mg/dl、随時200mg/dl、HbA1c6.5%以上のいずれかで、尿蛋白＋以上またはe-GFR 60ml/分/1.73m²未満
- 【後期】
- ・HbA1c7.0%以上

■実施方法

- ・通知、電話にて受診勧奨
- ・必要時保健指導

治療中断者対策(糖尿病治療中断者)E

■目的

治療を中断した者に対して、受診を促し、医療機関へつなぐ

■対象

レセプトKDBレセプトデータから過去に糖尿病治療歴があり、最終の受診から6か月以上経過しても、受診した記録がない者

■実施方法

- ・通知、電話にて受診勧奨
- ・必要時保健指導

糖尿病治療中者対策(コントロール目標府達成)B,D

■目的

治療中者に対して、かかりつけ医と連携し、重症化を予防する

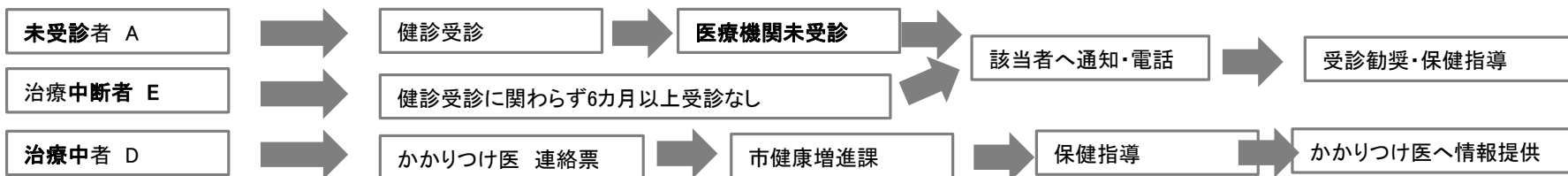
■対象

- ・かかりつけ医が必要と判断した者
- B 健診受診者で糖尿病性腎症
- D 糖尿病治療中にかかりつけ医等が保健・栄養指導が必要と判断した者

(参考)健康課題

- 糖尿病1647人、糖尿病性腎症88人(5.3%/DM)、人工透析31人(うち糖尿病15人)
- 医療費(入院＋外来)
- 1位糖尿病6.5%、2位慢性腎臓病(透析あり)4.0%
- 後期・糖尿病の1人当たりの入院医療費(令和3年2月診療分)は県下で2番目に高く、糖尿病の患者割合は26.8%で、県平均(25.9%)より高い

3. 事業の流れ



令和4年度 淡路市糖尿病性腎症重症化予防事業 概要(国保・後期高齢)

1. 目的

本事業は、糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関の未受診者・受診中断者等について、適切な受診勧奨等を行うことにより治療に結びつけ、腎不全、人工透析への移行等、重症化を予防することを目的とする。

2. 背景

淡路市においても高齢化が進んでいる。糖尿病は放置すると網膜症・腎症・神経障害などの合併症を引き起こす。腎症は、進行し(重症化)し腎不全に陥ることで人工透析を要する状態となる。これは患者のQOLを著しく低下させるのみならず、医療経済的にも本市において医療費が1位糖尿病、2位慢性腎臓病(透析あり)と優先度は高い。原疾患が糖尿病性であることが最も多く、4割以上を占める。さらに糖尿病は脳卒中、虚血性心疾患などの心血管疾患の発症、進展を促進することからも糖尿病対策は強化していく必要がある。

■保健事業支援・評価委員会 R3.7 国保連(広域連合も参加)傍聴も可能
対象者選定や評価指標等委員の具体的な協議内容が聞ける

2. 事業内容

未受診者対策(糖尿病治療なし)A

- 目的
未受診者に対して、受診を促し、医療機関へつなぐ
- 対象
【国保】
・特定健診受診者のうち、医療機関未受診者
・空腹時血糖126mg/dl、随時200mg/dl、HbA1c6.5%以上のいずれかで、尿蛋白+以上またはe-GFR 60ml/分/1.73m²未満
【後期】
・HbA1c7.0%以上
- 実施方法
・通知、電話にて受診勧奨
・必要時保健指導

国保

後期

次年度の計画を立てる時に役に立つ

治療中断者対策(糖尿病治療中断者)E

- 目的
治療を中断した者に対して、受診を促し、医療機関へつなぐ
- 対象
レセプトKDI
糖尿病治療
6か月以上
- 実施方法
・通知、電話にて受診勧奨
・必要時保健指導

■資料提供 広域連合

評価委員会等の横展開

評価委員会の助言内容を各市町に配布

治療中者に対して、かかりつけ医と連携し、重症化を予防する

■対象

国保

■糖尿病等重症化予防活動推進研修会 R3.10
国保連(県・広域連合・評価委員会委員も参加)
県からの情報提供や、糖尿病治療中断者の概要と効果的な保健指導、実践発表、グループ討議等



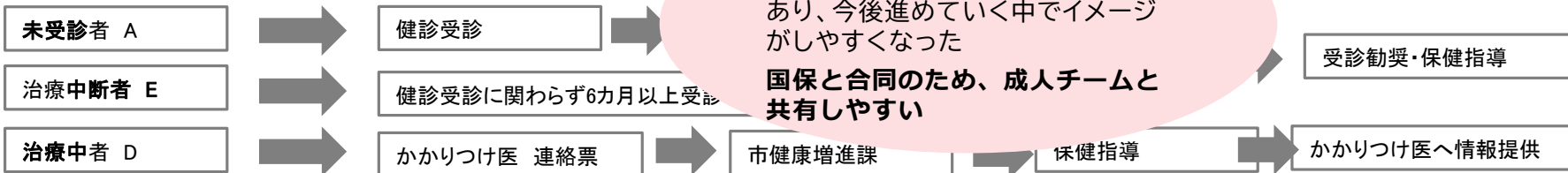
保健・

(DM)、人工

あり)4.0%

13年2月診療分)は県
疾病の患者割合は26.8%で、県平均(25.9%)

3. 事業の流れ



高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について

〈まとめ〉

- 受けてよかった支援

広域連合

- ・進捗管理
次年度に向けた事前協議・調整
各種報告作成支援や助言、予算等
- ・資料配布
評価委員会の助言内容を各市町に配布。項目ごとに整理されて見やすい
各市町の事業内容等を横並びにして配布
- ・総合的な相談
必要時国保連につないでくれる
- ・市町の横展開
・事例や研修等→市町同士が情報共有しやすくなる



国保連

- ・相談会(広域連合も参加)
地域課題の分析や事業の実施方法、事業対象者の抽出基準、評価指標など幅広い相談に対応
- ・評価委員会
多種多様な委員
- ・専門的な対応
保健師がアドバイスしてくれ、評価委員のつながりもしてくれる
- ・各種研修会(広域連合も参加)
- ・KDB操作、実機研修、動画配布(DVD配布含めて)
- ・KDB補完システム導入
- ・質問票のデータ入力業務

県

- 一体的を含めたより広域的な支援
- ・モデル事業
具体的なイメージがわき、使用している媒体等参考になった。今も活用中。
- ・人材等の調整
- ・兵庫県版フレイルチェック票
- ・ハイリスクアプローチ
高齢者の歯科のフレイル対策。一体的実施も視野に入れた事業。

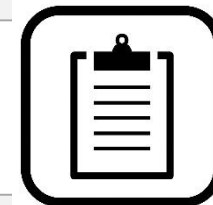
高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について

〈まとめ〉

- 受けたい支援は・・・どんなことを期待するか？→継続してやってほしい。

受けたい支援

課 題：■健康課題、目標評価
■実施体制、連携、マンパワー不足
■事業内容



■健康課題分析

どう読み取って、次の事業にどう活用するのか
成人期からの積み重ね
市と他市町比較のデータをいただけるとありがたい

■目標、評価

■マンパワーのサポート

特に専門職が不足

■市町の間をとりもつパイプ役

圏域ごと(健康福祉事務所単位)
医療がその圏域のため、医療との関係機関との
連携のパイプ役になってほしい

■継続した研修会

・効果的な保健事業とは？エビデンス

■対象者

未受診者対策で受診できたとしても、そして医療につながったとしても、その人が医療を中断しないように、そして結果が悪化しないように・・・対象者はどんどん増えていく。

■開始して数年

事業に必死のため、事業全体の俯瞰的な
アドバイスが欲しい。
はじめはノウハウを知りたい。少し進むと
課題と目標と評価。このままのアプローチで
よいのか。

■事業が定着した後

一体的実施がある程度定着し、事業が長期化してきた場合、事業のノウハウや横展開よりも、アドバイザー的な立ち位置を担ってほしい。より市に合わせて事業を発展させる。

ご清聴ありがとうございました

