



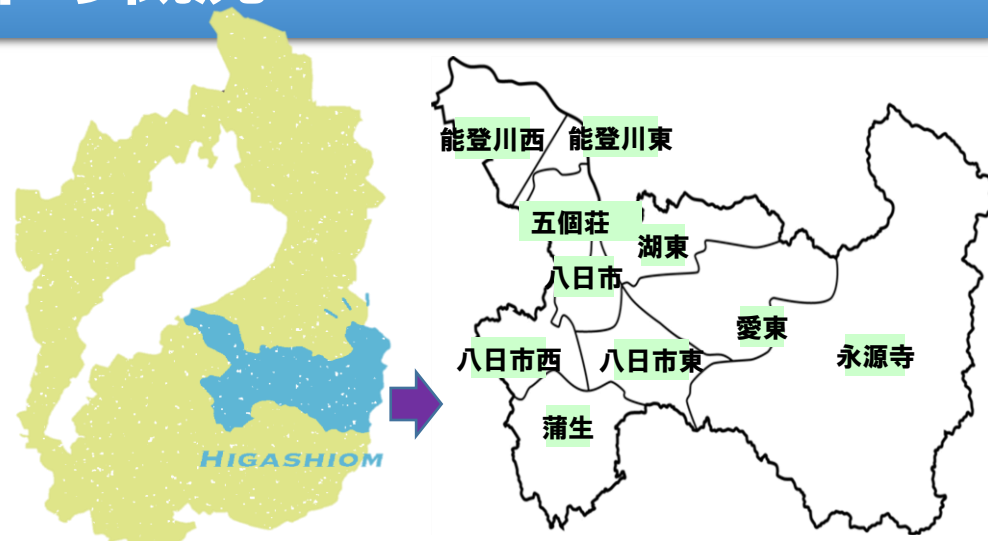
滋賀県東近江市における保健事業と介護予防事業の一体的実施の取組から



東近江市健康福祉部 長寿福祉課
松浦 正江

東近江市の概況

- 人口: 112,623人
- 高齢化率: 27.05%
- 後期高齢者被保険者数: 15,313人
- 後期高齢者1人あたり医療費: 730,565円
- 後期高齢者健診受診率(令和2年度実績): 22.4%
- 日常生活圏域数: 10圏域



●その他市町村地域の特徴

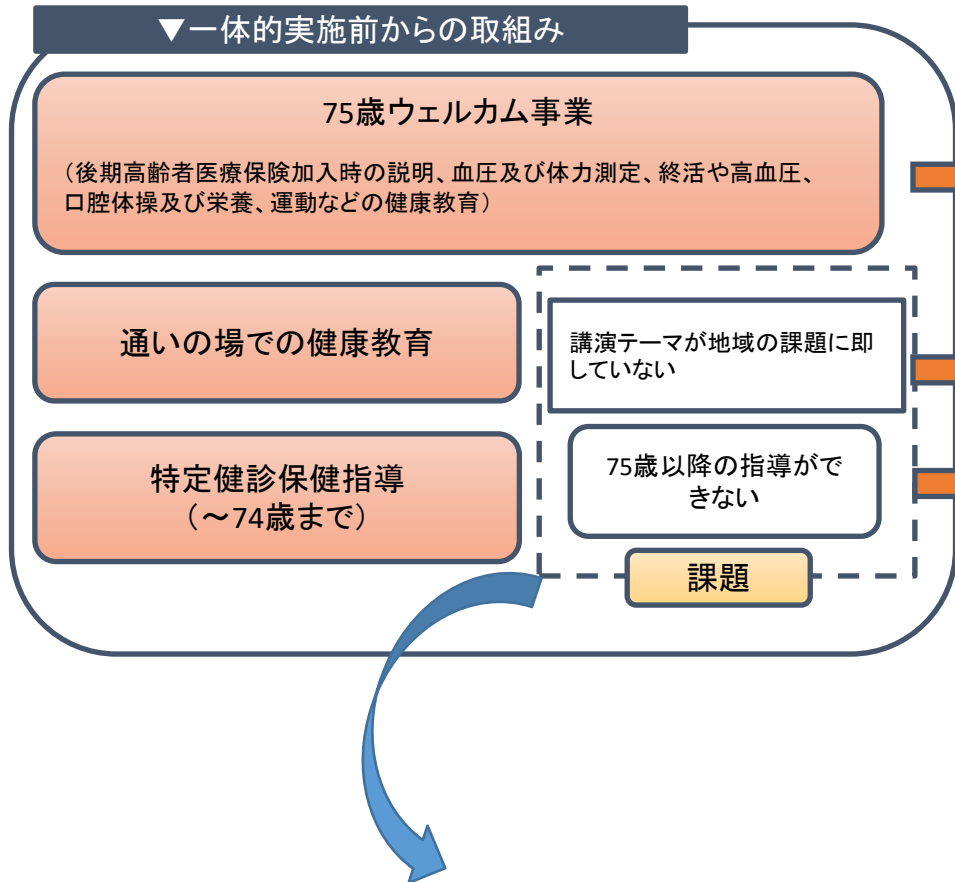
滋賀県南東部に位置し、東は鈴鹿山脈、西は琵琶湖に面し、森・里・川・湖といった自然豊かなまちで、複数の街道が交わり、市場町や商業都市として栄えてきた。近年では、平成17年と平成18年の1市6町の合併により県内5番目の面積の大きな市となった。

●医療費・介護給付・健康課題等の現状等

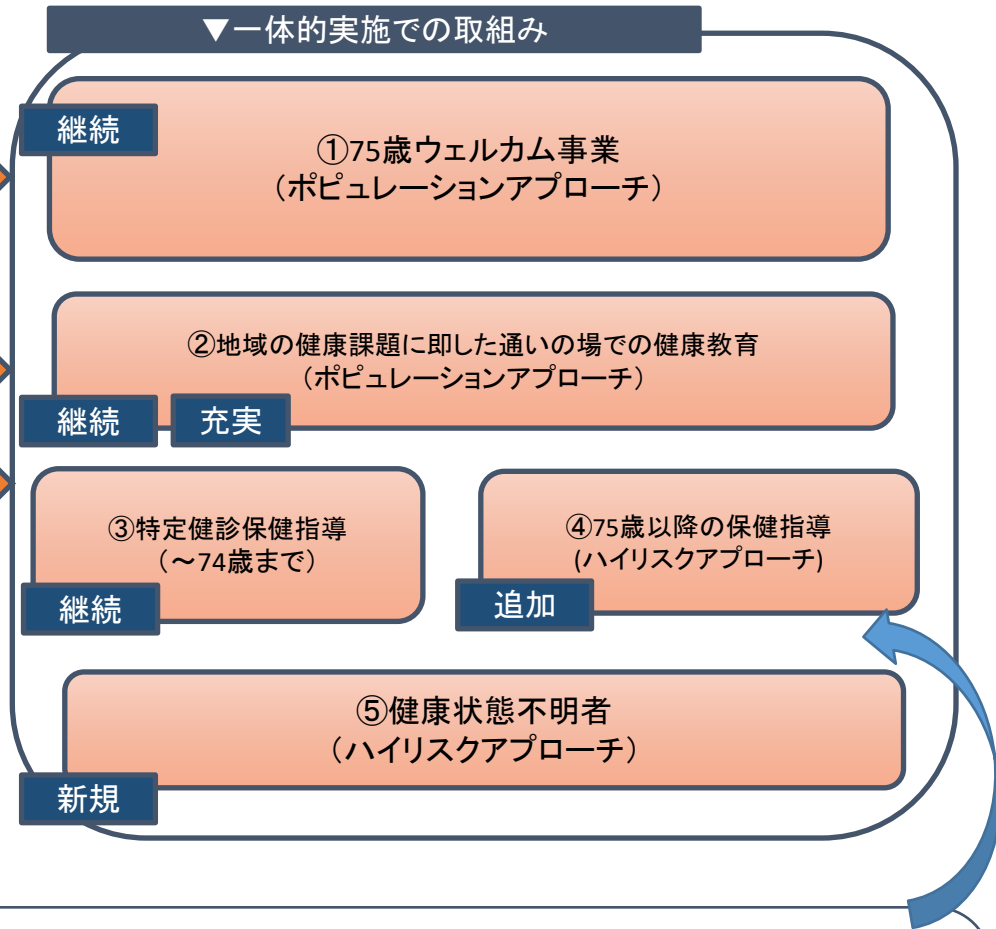
- ・ 後期高齢者の97%が医療機関を受診しており、うち85%は生活習慣病による受診である。
- ・ 医療費の分析では心疾患の割合が他市と比べて高い。
- ・ 介護認定率は他市と比べて低いが、高齢者の脳血管疾患や心疾患の発症が多く生活習慣病が重症化していることが課題。
- ・ 高齢者健診の受診率が、国、県と比較して低く、自分自身の身体の状態に気づかないまま心腎脳血管疾患を発症することが多い。生活習慣病の重症化の要因としては、不定期受診や治療中断が多い。
- ・ コロナ禍で身近な通いの場の活動自粛により、フレイル状態にある高齢者も増加している。

一体的実施の取組み経緯

▼一体的実施前からの取組み



▼一体的実施での取組み



▼一体的実施に取組んだ背景

- 通いの場からの依頼で行う出前講座は熱中症や感染症などタイムリーなものを要望されることが多く、**必ずしも地域の課題と一致した依頼ではなかった。**
- 74歳まで行われた特定健診による保健指導が75歳になる時点で終了し、健康課題を抱える方に**継続した指導ができなかった。**
- KDBシステムにより健康課題が明らかになり、既存の保健事業と介護予防事業を見直す必要があった。

一体的実施の実施体制

● 庁内連携



企画・調整担当

長寿福祉課

各課と連携する事業終了時に反省会を実施。
事業のブラッシュアップにつなげる。
結果は庁内メールで後日共有する。

連携している課

事業内容

保険年金課

後期高齢者医療制度の窓口、75歳ウェルカム事業を実施。

健康推進課・保健センター

保険年金課が行う事業に医療専門職として参画し、ミニ講座を実施。
ハイリスクアプローチを地区担当保健師が実施。

地域包括支援センター

保険年金課の事業に講師として参加。
ハイリスクアプローチを行う際、認知症や飲酒等の問題等生活に支障があると推測される方への支援で連携。

図書館

図書館司書と連携し認知症予防講座を協同で実施。

生涯学習課

様々な出前講座の申込窓口になっている。

各課と連携する際のきっかけについて

(スポーツ課から依頼)スクエアステップの普及をするためのリーダーの受講生の募集をしたいので協力してほしい

きっかけ!

健康推進員に働きかけ、受講生を募る

スポーツ推進員と健康推進員による出前講座の開催に至る

(図書館から依頼)図書館で健康教育を一緒に出来ないか

きっかけ!

健康教育を行う。

(後日)「図書の借り方や返し方が分からなくなった人や身なりが気になる人がいる」と認知症予防や支援方法への関心の高さを感じている

男性へのポピュレーションアプローチができていない

きっかけ!

男性が集まる場はどこだろうか。

男性が運転することが多く、交通安全教室の参加率が高い。

交通安全教室でポピュレーションアプローチができれば。

- 事業毎に「お誘いすると乗ってこられる」関係。
- 連携したことがある部署とは話がしやすくなる。

ハイリスクアプローチの概要

▼糖尿病性腎症重症化予防(①②は令和4年度末76歳を対象)

以下①②③に該当する方に保健指導を実施。

- ① 令和3年度 糖尿病管理台帳に記載がある方
- ② 令和2年度 糖尿病未治療・治療中断者・糖尿病と高血圧を合併した重症化リスクが高い方
- ③ 令和4年度 高齢者健診を受診し、
 - 1) 空腹時血糖126mg/dl以上
 - 2) 随時血糖200mg/dl
 - 3) HbA1cが6.5%以上 であった方

▼その他生活習慣病等重症化予防

令和4年度高齢者健診を受診し、1)2)両方に該当する方に保健指導を実施。

- 1) I度高血圧以上
- 2) 心電図所見に「心房細動」または「左室肥大」

ハイリスクアプローチの概要

▼健康状態不明者(75歳～85歳を対象)

令和3年度高齢者健診未受診かつ医療機関未受診者に対し、健診受診勧奨通知を実施。

※ 後期高齢者広域連合による健診受診勧奨通知後

▼口腔指導

オーラルフレイルチェック表によりオーラルフレイルが疑われるもの(短期集中サービス修了者を含む)のうち、個別の指導が必要と判断した者に対し、保健指導を実施。

ハイリスクアプローチの工夫点①

①糖尿病性腎症重症化予防

課題

高齢者の糖尿病は、個々によって認知機能や健康状態の差が大きく保健指導内容にも影響する。

解決策

記録用紙に「発症時期」や「DASC-8」の項目を追加。

課題

保健師の指導内容と、医師の治療方針等を共有したい。

解決策

「糖尿病連携手帳」を情報共有のツールとして活用することを、医師会と共有・意見交換。連携手帳に保健師がシールを貼り、かかりつけ医と血糖値の目標設定の共有できるようにした。手帳の活用により、眼科や歯科の受診につながりやすくなった。

ハイリスクアプローチの工夫点②

②その他生活習慣病等重症化予防

課題

心不全及び虚血性心疾患が多く、効率よくハイリスク者を発見したい。



解決策

健診の心電図対象者をⅠ度高血圧以上とした。
循環器専門医ともプログラム内容について相談をし、心電図所見を「心房細動」だけでなく、「左室肥大」も該当とした。

課題

地区担当者が早期に介入できるようにしたい。



解決策


保健指導台帳管理を行い指導状況を把握している。
業務担当が保健指導対象者の抽出を行い、地区担当者が早期に介入できるようにした。

ハイリスクアプローチの工夫点③

②その他生活習慣病等重症化予防

課題

健診結果、医療情報、通いの場の情報等一元的に管理し、適切な受診につなげたい。



解決策

血圧や栄養、フレイル等の情報が集約された「健康ファイル」と血圧に関する情報が入った「血圧手帳」を併せて配付し、家庭血圧の測定に活用してもらっている。

課題

小さな字が書きにくく、血圧をグラフ化しづらい高齢者がいる。



解決策

手帳はグラフ化せず、大きく記入しやすいタイプも用意し、対象者により使い分けている。

ハイリスクアプローチの工夫点④

③健康状態不明者

課題

対象者が受診は必要ないと思っている。



解決策

高齢者にとってもわかりやすく受診行動につながるような通知内容(ハガキ)にしている。

④口腔指導

課題

指導を受ける場所までいけない。



解決策

自力で行ける場所(コミュニティセンター)で指導が受けられるよう配慮する。来られない方は訪問し保健指導を実施する。

ハイリスクアプローチでの課題

糖尿病性腎症重症化予防

- 本人を含む関係者間でHbA1cの目標値が共有されず、保健指導の介入が難しい場合がある。
- 認知症を発症されているケースもあり、介入することが難しいと感じる。
- 人員の問題で指導対象者を76歳に絞り込んでいるが、以後の継続的な支援体制の構築が課題である。

その他生活習慣病等重症化予防

- 高齢者健診の受診率が低く、健診受診者数が少ない。
- 保健指導の内容は、個人の力量に任される部分が多く、指導内容が共有できていない。
- 保健指導対象者の中に、長年治療を受けていても「家庭血圧の正常値」や「自己測定の仕方」を知らない人も多いことが分かった。ポピュレーションアプローチの内容に反映させている。
- 糖尿病性腎症重症化予防対象者と同様に継続的な支援体制の構築が課題である。

健康状態不明者

- 若い頃から健診を受ける習慣がなく、必要性を感じていない。若い頃から受診する習慣を付けておく必要がある。
- かかりつけ医が高齢者健診を実施していない場合、健診を受けない。

ポピュレーションアプローチの概要

▼取組区分

フレイル状態の把握

▼各事業の概要

- ① 年間40回または月4回以上実施する高齢者の活動団体に体力測定の実施(年3回)及び高齢者質問票の回収(年2回)を行い、高齢者のフレイルチェックを実施する。
- ② 民生委員及び東近江市社会福祉協議会職員、各支所ランチ相談員が高齢者への訪問および通いの場での事業を実施した際にフレイルチェックを実施する。

ポピュレーションアプローチの工夫点

課題

ポピュレーションをする保健師等の人員不足



解決策

介護予防事業を実施する関係機関(大学、社会福祉協議会、図書館等)と連携し、役割を整理して協力する。

課題

高齢者サロン等通いの場が開催されていない地域でも、フレイルチェックができることが周知されていない。



解決策

フレイルチェックが活用できることを地域のリーダー等に啓発した。

ポピュレーションアプローチの課題

- 80歳到達者に郵送でフレイル状態の把握に努めたが、返送が無かった人の状態把握ができていない
- コロナウィルス感染症による長期間の活動自粛の影響が浮かび上がってくると思われる。課題を見極め対応したい。
- フレイルチェックから抽出されたハイリスク者のつなぎ先が、通所型サービスCに偏っている。通所型サービスCに繋がらなかった人はその後の様子を追えていない。

新型コロナウイルス感染症の影響と対策

- 高齢者への訪問は、80歳の高齢者を対象に質問票を郵送し回収する方法に変更。未返信及び高齢者質問票によりリスクのある高齢者のみ訪問を実施し、実態把握と指導を行った。
- 高齢者の体力測定事業は、理学療法士の派遣元の判断により、一時中止することがあった。
- 集団健診では受付時間を15分刻みに設定し、消毒・換気し密を回避して、待合場所等も工夫した。コロナワクチン接種会場等高齢者が集まる場で、DVDによる介護予防の啓発を行うとともにポスターやチラシを工夫し、保健師が受診勧奨を行った。
- いきいき生活プロジェクトは、大学と市の共催事業のため、部屋の換気、消毒、参加者同士の距離の確保など感染予防対策を徹底し、フレイル予防と認知症予防の事業を継続した。

事業推進のための取組み

▼住民への周知活動・広報方法等で工夫や人材育成のための取組等

- スクエアステップ普及啓発指導員の養成。
- 介護予防普及啓発を兼ねた住民主体の団体の育成を社協に委託、月に一度連携会議の場をもち、情報共有している。
- 大型商店やJA、図書館や健康推進員とも連携し、広くいろいろな場で高齢者の健康情報がキャッチできるように工夫している。
- 免許返納高齢者もあり、事業実施時には公共バスの案内を掲載、市の事業等LINEでの情報提供も始めている。

事業全体の成果と今後の展開

▼事業の成果

- ・ 今までは他課の事業を手伝っているという感覚だった課が、一体的実施を行うことで、事業課の主体性が出てきた。
- ・ 庁内で課題を共有をすることで、他課との垣根を低くすることができた。

▼今後の展開

- ・ 糖尿病連携手帳がかかりつけ医と効果的に方向性を共有できるツールとなり得たのか、またそのための課題は何であるのか評価できていない。
 - ・ ハイリスクアプローチの介入率をあげながら、保健指導の質を高めていく必要がある。
 - ① 対象者の抽出
 - ② 介入の効果
 - ③ 優先順位
 - ④ かかりつけ医との連携
 - ⑤ 保健指導の内容
- を評価をし、保健指導の在り方や対象者について見直しをしていく。