

令和4年度
高齢者健康づくり事業の取組
～糖尿病性腎症重症化予防の取組
について～

滋賀県後期高齢者保健事業アドバイザー

里村 一成

滋賀県後期高齢者医療広域連合の 保健事業への取り組み

後期高齢者医療制度開始早期より「シームレスな保健事業」、すなわち後期高齢者になって保険者が変わっても、前期高齢者と同じような保健事業が受けられことを目指してきた。

後期高齢者に対して効果的な保健事業を模索してきた。

高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施（市町村における実施のイメージ図）

市町村が一体的に実施

④ 多様な課題を抱える高齢者や、閉じこもりがちで健康状態の不明な高齢者を把握し、アウトリーチ支援等を通じて、必要な医療サービスに接続。

国保中央会・国保連が、分析マニュアル作成・市町村職員への研修等を実施

医療・介護データ解析

- ② 高齢者一人ひとりの医療・介護等の情報を一括把握
- ③ 地域の健康課題を整理・分析



① 市町村は次の医療専門職を配置
 ・事業全体のコーディネートや企画調整・分析を行うため、市町村に保健師等を配置
 ・高齢者に対する個別の支援や通いの場等への関与等を行うため、日常生活圏域に保健師、管理栄養士、歯科衛生士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等を配置

経費は広域連合が交付（保険料財源＋特別調整交付金）
 ○企画・調整・分析等を行う医療専門職の配置
 ○日常生活圏域に医療専門職の配置
 等に要する費用（委託事業費）

保健事業

⑤ 国民健康保険と後期高齢者医療制度の保健事業を接続

疾病予防・重症化予防

- ・健診結果等を活用した保健指導
- ・かかりつけ医と連携した疾病管理や重症化予防
- ・健康教育、健康相談、適切な受診勧奨等
- ・介護予防との一体的なフレイル予防（運動・栄養・口腔等）の取組

⑥ 社会参加を含むフレイル対策を視野に入れた取組へ

介護予防の事業等

生活機能の改善

⑨ 民間機関の連携等、通いの場の大幅な拡充や、個人のインセンティブとなるポイント制度等を活用

⑦ 医療専門職が、通いの場等にも積極的に関与

⑩ 市民自らが担い手となって、積極的に参画する機会の充実

かかりつけ医等

⑧ 通いの場への参加勧奨や、事業内容全体等への助言を実施

高齢者

※フレイルのおそれのある高齢者全体を支援

ハイリスクアプローチ

生活習慣病重症化予防
低栄養、口腔機能改善
健康状態不明者

・ ・

ポピュレーションアプローチ

フレイル対策

糖尿病性腎症重症化予防事業

- 後期高齢者では医療につなぐことが基本となる。
- 併存疾患等個人差が大きく、目標に関しても個人差が大きいことに注意が必要である。
- 基本的には以下の4つに分けて考える
- 治療中断者以外は健診で抽出することが多い。

- 1) 未治療者
- 2) 治療中断者
- 3) 治療中者
- 4) 前期高齢からの継続事業

治療中者

- 現状、滋賀県では基本的に健診の対象外のため、どのような状態か不明。今後、健診の対象者の変化により対象となる可能性あり。
- 他県では内科受診中であれば保健事業の対象外にするように要請する医師会もある。
- 医療機関からの依頼としての事業は可能？
- 個人情報観点からは対象者がかかりつけ医と相談し、かかりつけ医から保健事業参加の許諾を得るのが良いが・・・

医師から相談のあったものへの介入

T市

令和3年 79歳、89歳それぞれ1名

令和4年 76歳 1名

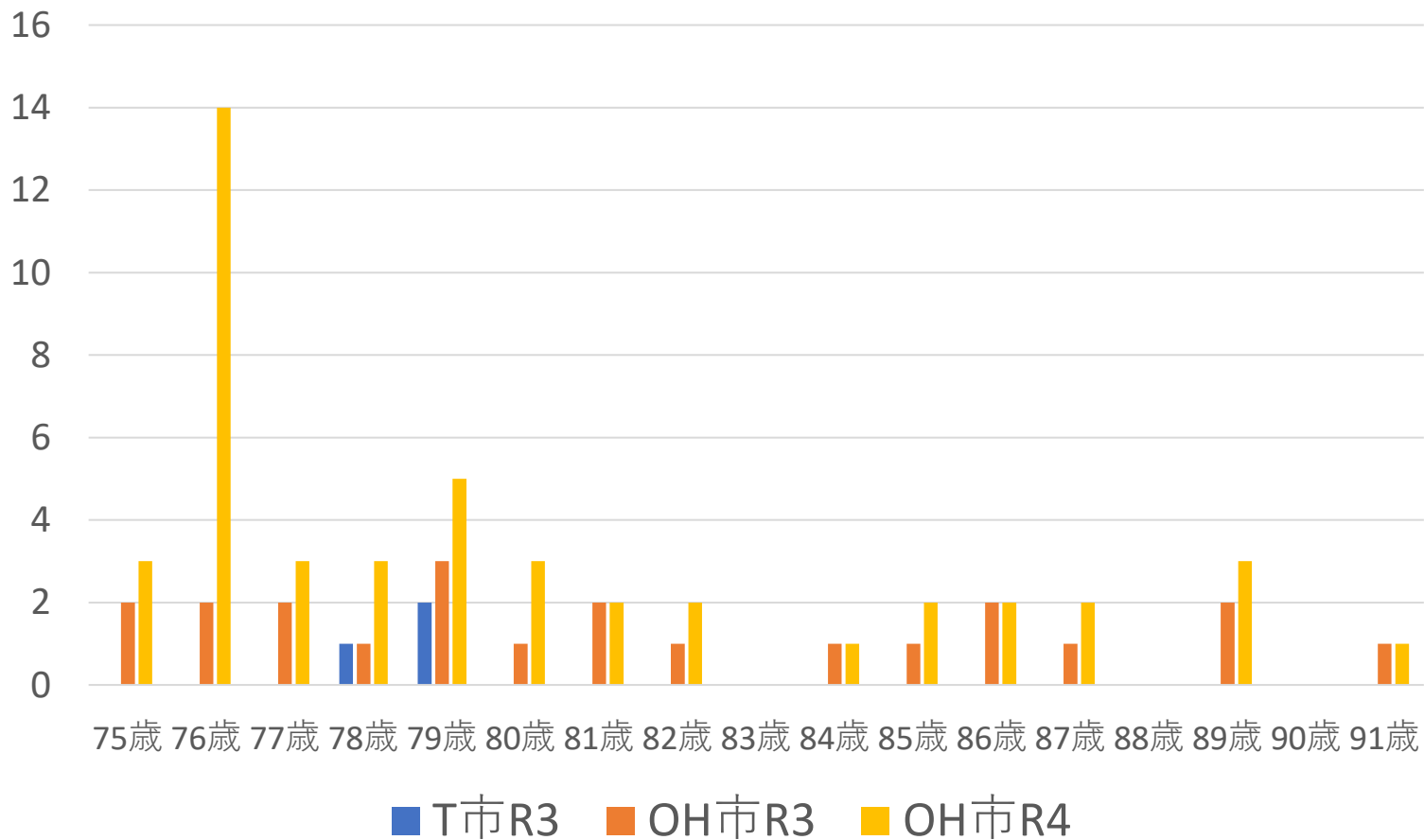
全て介入後は継続受診あり

未治療者

- 現状において、糖尿病以外の生活習慣病で医療機関受診中であれば、健診の対象外のため保健事業対象にはしにくい。
- 前期高齢までは、健診結果でHbA1c値 6.5%以上で糖尿病の可能性ありと判断し医療につなぐ。後期高齢者では 7.0%以上とすることが多い。
- HbA1c と腎機能(eGFR等) の組み合わせで保健事業対象者の選択も可能。
- 医師会との相談で 8.0%以上 になることもある。(一般的には認知症等の患者の基準値ではあるが・・・)
- 治療につながって継続受診となるとKDBで確認できる。(滋賀県の現状では継続受診後は基本的に健診対象外)
- 医療につないでも後期高齢者では治療の対象でないこともある。

	令和3年	令和4年
OH市	空腹時血糖126mg/dl以上またはHbA1c 6.5%以上の者	空腹時血糖126mg/dl以上またはHbA1c 6.5%以上の者
T市	平成30年度～令和3年度健診でHbA1cが7.0以上の者（要介護認定者、がん治療者を除く）	

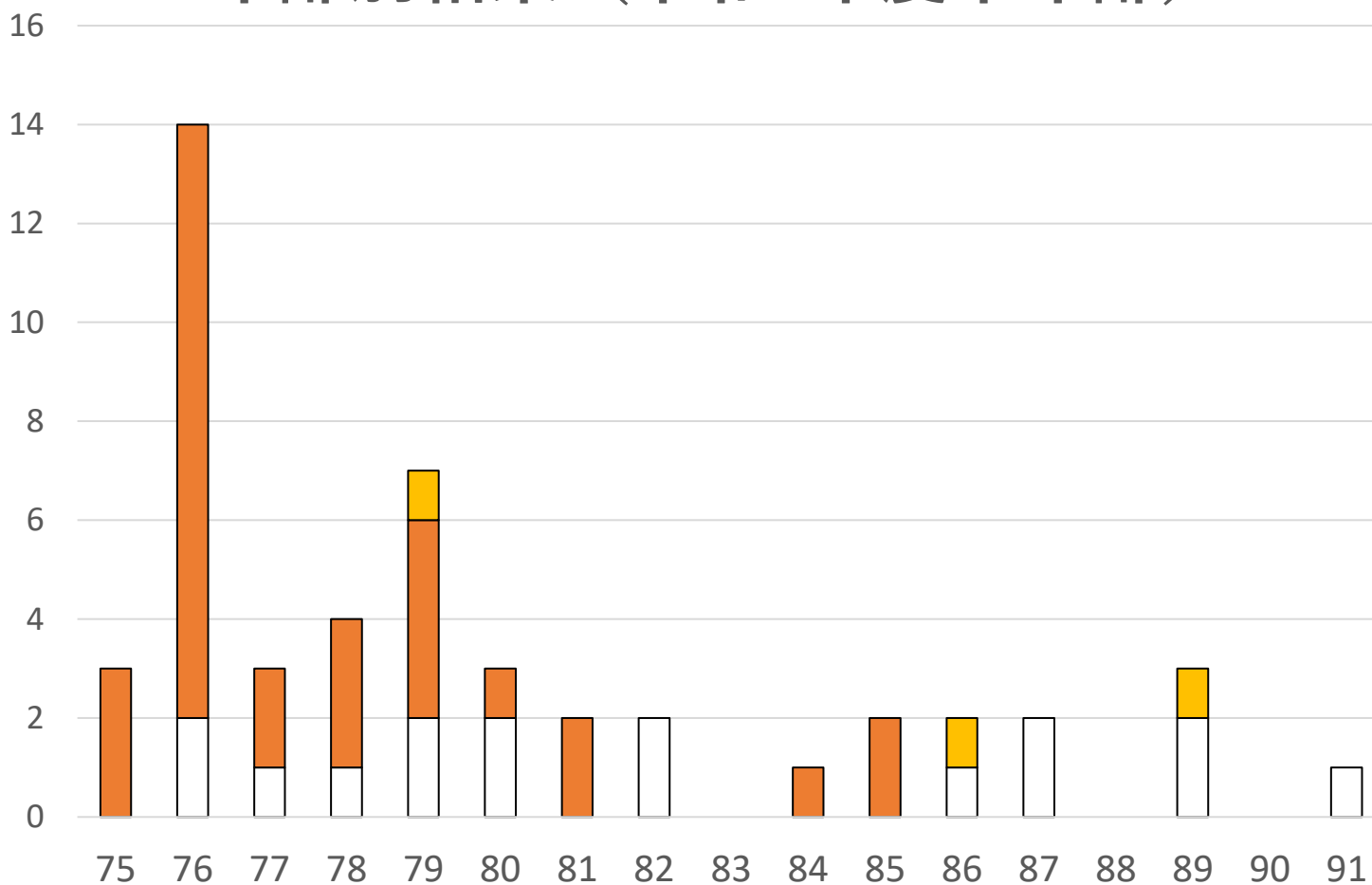
年齢別対象者数



保健事業の結果

		糖尿病で定期受診あり	糖尿病疑い病名あり	他の生活習慣病で定期受診あり	対象者数
令和3年	OH市	12	4	3 (2)	22
	T市	2	0	2	3
	合計	14	4	5	25
令和4年	OH市	16	1	2	24

年齢別結果（令和4年度末年齢）



□ 糖尿病に関して不明 ■ 糖尿病定期受診有 ■ 糖尿病疑い病名あり

治療中断者

- ある期間以上（6ヶ月、1年以上）糖尿病の治療（投薬）がないとすることが多い。糖尿病の病名で抽出しても良いが、KDBでは術後の一時的な高血糖状態の治療のため糖尿病の病名があるものも含まれてしまう。

除外条件として次のような項目を考慮する方がいいと考えられる。

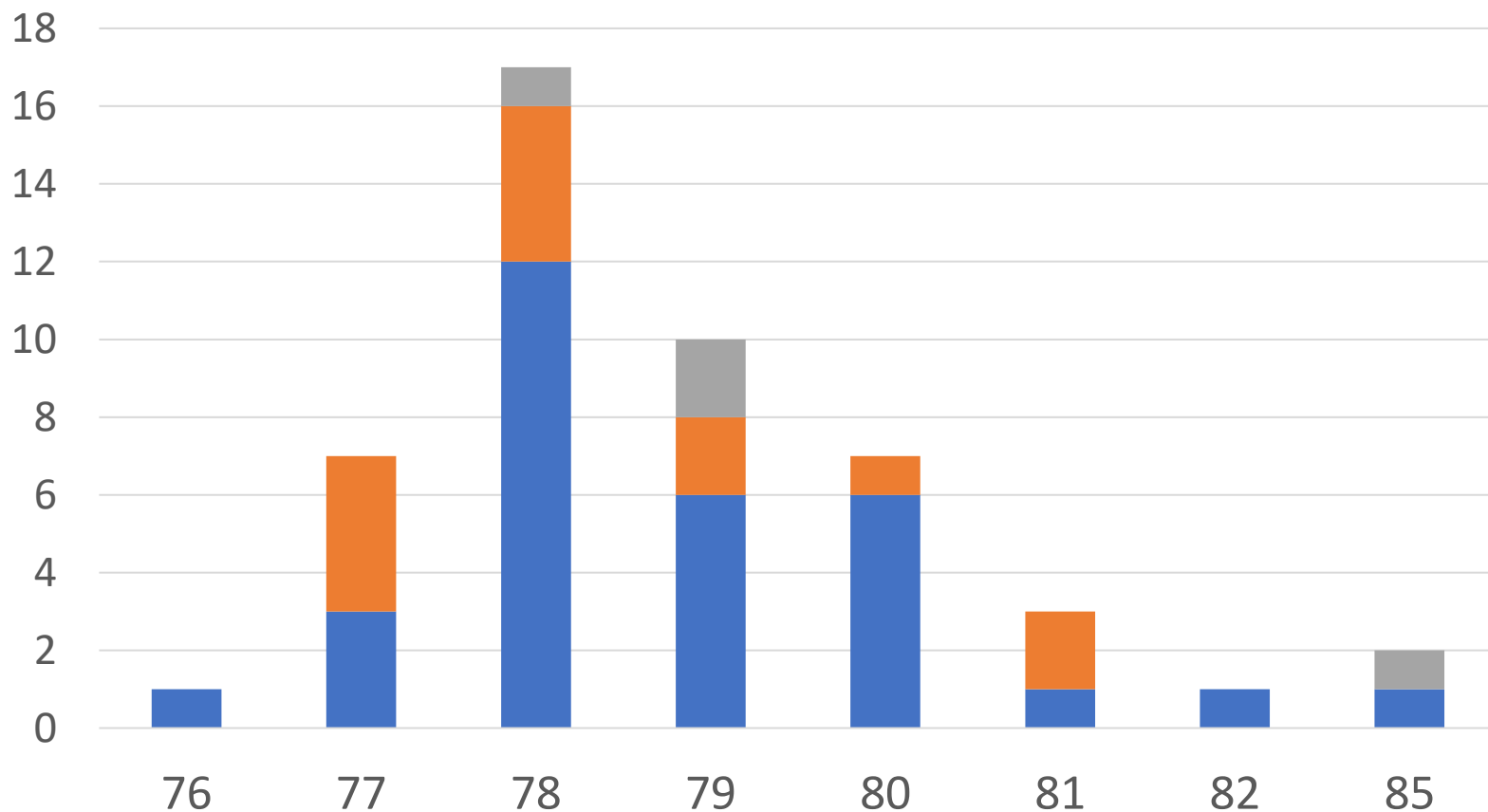
- 認知症、精神病、がん等の病名が加わった。
- 同一医療機関に継続受診中。（糖尿病という病名は継続して記載されている場合も消去されている場合もある）

	令和3年	令和4年
K市	76~78歳の治療中断者（平成28年度～令和元年度に糖尿病治療歴があり、令和2年度に糖尿病治療歴がない者） （精神疾患・認知症患者を除く）	
R市	平成29～令和元年度に糖尿病治療歴があり、令和2年度1年間に糖尿病で医療機関受診歴のない者（かつ健診未受診者の者）（要介護認定を受け、介護サービスを利用している者、総合事業・日常生活支援事業を利用している者、がん治療中・認知症が確認できた）	
T市	令和元年度以降に糖尿病の診断名があるが、令和3年1月以降に受診歴がない者（要介護認定者、がん治療者を除く）	令和2年度以降に糖尿病の診断名があるが、令和4年1月以降に受診歴がない者（要介護認定者、がん治療者を除く）

糖尿病で定期受診あり 糖尿病疑い病名あり 他の生活習慣病で定期受診あり 対象者数

令和3年	K市	8	1	1	22
	R市	3	0	0	5
	T市	1	1	7(1)	15
	合計	12	2	8	42
令和4年	T市	1	2	0	6

年齢別結果（令和4年度末年齢）



■ 不明（糖尿病に関して） ■ 糖尿病定期受診有 ■ 糖尿病疑い病名あり

前期高齢からの継続事業

- 前期高齢者、特に74歳で健診結果が糖尿病疑いのもの
- 後期高齢者になると治療基準が前期高齢者と変化する。そのため、医師会等と十分に打ち合わせておかないと不信感を抱かせることにもなる。

		糖尿病で定期受診あり	糖尿病疑い病名あり	他の生活習慣病で定期受診あり	対象者数
令和3年	KN市	1	0	0	1
	HO市	61	3	7(2)	73 (死亡 1)
	合計	62	3	7	74
令和4年	Y市	3	0	0	4
	HO市	32	1	3	38
	合計	35	1	3	42

糖尿病性腎症重症化予防対策①

- 後期高齢者に対しては医療につなぐことが基本であるので医療機関や医師会等と十分な打ち合わせが必要である。

治療中者

- 現状では治療中者の保健事業はできない状況である。
- 今後、健診対象者が変わることにより対象になる。
- かかりつけ医との十分な調整が必要。

糖尿病性腎症重症化予防対策②

未治療者

- 医療機関との抽出条件の調整が必要であり、受診後の治療方針を確認した方が良い。（翌年、再び対象となる場合も考慮して）
- 抽出条件を考える際には腎機能（CrあるいはeGFR）や年齢も考慮すべき。

糖尿病性腎症重症化予防対策③

治療中断者

- ◆ 中断か中止かがKDBでは不明である事に注意。
- ◆ 抽出条件として病名よりは投薬の有無を用いた方が現実的。
- ◆ 除外条件の考慮が必要。（認知症等）

糖尿病性腎症重症化予防対策④

前期からの継続

- 対象者の受け入れは良いようであり、治療継続が望める。
- 後期高齢になると治療対象の検査値等の変化があるため、医療機関と打ち合わせの上、紹介する必要性がある。

高齢者の保健事業と介護予防の 一体的実施

健診で抽出する事が多いため、その受診率向上は必要である。

平均余命を考えると長期目標は3~5年程度と考えられる。

後期高齢者では医療もQOLを考えて行われるため、保健事業もその点を考慮すべきである。