

三重県鈴鹿市

— KDBシステムの経年分析の活用や医師会、認定栄養ケア・ステーションとの連携によるきめ細かな支援 —

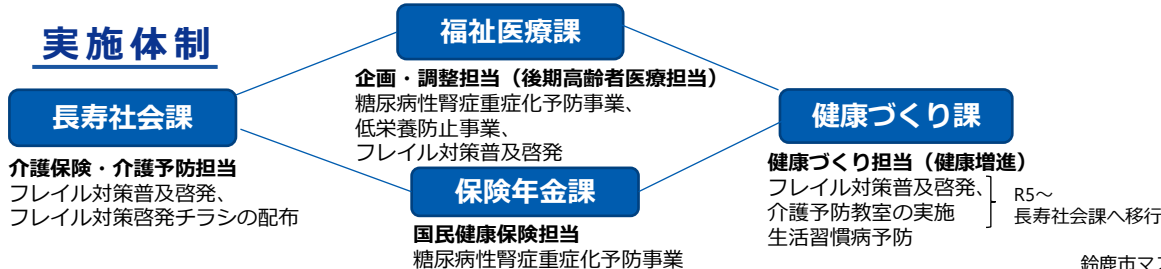
市の概況(令和5年4月1日時点)

人口	195,958人
高齢化率	25.8%
後期被保険者数	26,958人
日常生活圏域数	8圏域

取組の経緯

- 市民の健康増進及び介護予防の取組については各担当課で取り組んでいたが、よりきめ細かな支援体制を構築するため、令和元年度末から庁内関係課と調整を開始し、令和4年度から高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業を開始した。
- 令和3年度は事業開始に向けて健康課題の分析、既存事業の整理等を行った。その結果、健康意識の向上や、疾病やフレイル対策及び重症化予防の取組が必要であると考え、福祉医療課ではフレイルリスク者に対する支援として低栄養事業に取り組むと共に、保険年金課の糖尿病性腎症重症化予防(国保の保健事業)、健康づくり課の市民全体に対する健康づくりの啓発及び生活習慣病予防の教室等の既存事業をベースに健康課題等を共有しながら連携できる取組について実施することとなった。長寿社会課とは、地域支援事業や介護予防で連携して実施している。
- 地域の健康課題はKDBシステム等を活用し把握しているが、企画・調整担当者は毎年更新できるようにデータファイルを作成し、担当者が変わっても同様に分析できるようにしている。

実施体制



©手塚プロダクション
鈴鹿市マスコットキャラクター ハルディ

企画調整・関係機関との連携

- **庁内連携**
 - ・庁内会議 年2回：年度初めと年度末に事業の進捗状況や進め方の確認、情報共有等を行う。
 - ・担当者会 年5回：実際の業務の進捗状況の確認や、各課の事業の情報共有、一体的実施の具体的な進め方等を話し合う。
 - ・その他担当者間での打ち合わせを随時実施。
- **医療関係団体等との連携**
 - ＜鈴鹿市医師会＞
糖尿病性腎症重症化予防検討委員会 年2回
事業内容や実施状況等について随時相談・報告。
 - ＜機能強化型認定栄養ケア・ステーション鈴鹿＞
低栄養防止事業の栄養改善指導業務を委託
定期的に打ち合わせを行い、実施状況等について情報共有・報告を行う。
 - ＜地域包括支援センター＞
保健師看護師ワーキング 月1回
通いの場等での健康教育を連携して実施。

ハイリスクアプローチ

- **糖尿病性腎症重症化予防事業**
国保で実施している糖尿病性腎症重症化予防事業を後期高齢にも接続し、重症化予防の取組を継続して行う。
年度途中で75歳になる者のうち、国保の糖尿病性腎症重症化予防事業の対象となる者に対し受診勧奨を実施する。
 - ・前年度の特定健診において、HbA1cが6.5%以上、または、空腹時血糖が126mg/dl以上であり、かつ、糖尿病に関する受診のない者。(ただしI型糖尿病を除く)
 - ・治療中断者
- **低栄養防止事業**
機能強化型認定栄養ケア・ステーション鈴鹿に栄養指導業務を委託し、管理栄養士を確保することで栄養に関する事業を実施している。
対象者1人につき、管理栄養士による1クール(3か月間)の栄養改善指導を実施する。
 - ・BMI 20以下
 - ・後期高齢者の質問票⑥(体重減少)に該当、または、令和2年度健診結果と比べ2kg以上の体重減少あり
 - ・血清アルブミン値3.8g/dl以下、かつ、要介護認定及び要支援認定を受けていない者

ポピュレーションアプローチ

- **健康教育・健康相談**
健康づくり課が実施する介護予防教室、又は、地域包括支援センターが通いの場等で実施する出前講座において、医療専門職が参加者に対しフレイル対策についての健康教育・健康相談を行う。
- **予防啓発、状態把握**
 - ・**フレイル対策啓発**(長寿社会課)：委託事業において実施する出前教室等でフレイル対策についての啓発チラシの配布、長寿社会課作成のフレイル対策番組の配信、啓発タオルの配布を行う。
 - ・**フレイル状態の把握**(健康づくり課、地域包括支援センター)：健康教育・健康相談の実施時に、質問票を用いたフレイルチェックを行い、参加者自身の気づきにつなげるとともに、フレイル状態の高齢者の把握に努める。結果は福祉医療課で集計し、KDBに収載する。



三重県鈴鹿市

事業結果と評価概要（令和4年度結果）

	対象者数	参加者数	評価指標	状況（評価結果）	
ハイリスク アプローチ	糖尿病性腎症重症化予防	6人	6人	①介入後健診・医療の受診 ②検査データの変化	①健診・医療の受診 5名（83.3%） ②空腹時血糖またはHbA1c、及びeGFRの改善 1名（16.7%）
	低栄養防止	56人 （アンケート 送付）	5人	①体重 ②簡易栄養状態評価の低栄養状態指標スコア ③嚥下スクリーニングツール ④主観的健康観 ⑤食事内容	①維持40%、改善60% ②維持60%、改善40% ③維持40%、改善40%（1名は終了時未実施） ④維持80%、改善20% ⑤維持20%、改善80%
ポピュレー ション アプローチ	チラシ配布	—	—	配布数	103か所、3,498枚
	タオル配布	—	—	配布数	85か所、1930枚
	健康教育・健康相談	—	累計394人	フレイル対策に関する教室の実施回数及び人数	実施回数21か所、参加者数394人
	フレイル状態の把握	—	累計600人	フレイル対策に関する教室と質問票の実施回数及び人数	実施回数37か所、参加者数600人（うち提出578人）

- 糖尿病性腎症重症化予防の受診勧奨後の受診率向上に向けては、案内通知内容の見直しや、電話及び訪問による勧奨の実施等、検討していく。
- 栄養改善指導を実施した者については体重の維持や食事内容の改善につなげることができた。栄養改善指導の実施率の向上が課題であるため、次年度は対象者の状態把握と栄養改善指導の利用勧奨のため、アンケート返信なしの者への介入についても検討していく。
- ポピュレーションアプローチは地域包括支援センターと連携を図ることで全圏域で健康教育を実施することができた。また、地域支援事業と連携することで、既存事業に結び付けながら多くの市民に向けてフレイル対策の普及啓発を実施するとともに、多くの通いの場で質問票を実施することができ、集計結果から通いの場参加者のフレイルリスクの傾向（後期高齢者健康診査受診者との比較）を把握することができた。

課題・今後の展望

- 一体的実施事業を通して庁内関係課、関係機関等、横のつながりが少しずつできてきていると感じている。更なる連携強化を図りながら事業を継続的に行い、評価から次年度の施策へつなげていく。
- 糖尿病性腎症重症化予防では受診勧奨の実施を進めてきたが、今後は保健指導についてもどのように実施していくのか、マニュアル作成を含めた検討を行っている。
- 今後は健康意識の高い人だけではなく、病院や健診の受診もしていない、サロン等へ出向かない、地域とのつながりが薄い等、潜在的なリスクがある者を拾い上げて支援していく必要性もあると感じている。