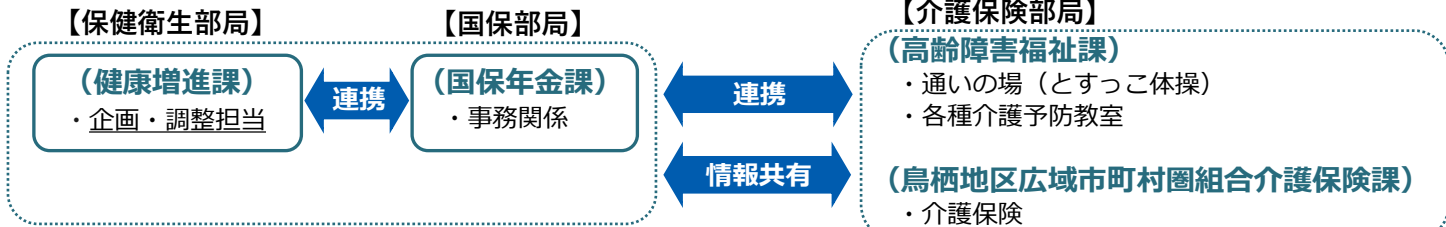


佐賀県鳥栖市 ー地域課題を知り、糖尿病、高血圧の重症化予防の推進を目指すー

市の概況 (令和5年4月1時点)

人口	74,229人
高齢化率	24.0%
後期被保険者数	9,180人
日常生活圏域数	4圏域

実施体制



取組の経緯

鳥栖市は、同規模地域、県、国と比較すると高齢化率は低いが、後期、国保ともに医療費が高かった。特に後期の医療費が高かったが、その要因について十分に分析が出来ていなかった。また、75歳以上の方へのハイリスクアプローチができていなかったことから、令和2年度より一体的実施事業を開始。

一体的実施に取り組むことで、後期では他の地域に比べて、脳血管疾患が多く、原因は糖尿病であることなどがわかってきた。健康課題が明確になってきたことからハイリスクアプローチでは、国保から継続して後期の糖尿病性腎症重症化予防を最優先に実施し、あわせて脳血管疾患の原因になっている高血圧予防に取り組んだ。

ポピュレーションアプローチでは、地域支援事業と連携し、既存の介護予防事業に明確な目的を設けて、専門職が通いの場へ関与できる体制を構築した。

市民一人ひとりが、自分の住む地域の実情を知り、納得した上で健診を受け、健診結果から生活習慣の改善に向けた実践ができる支援に取り組む。

企画調整・関係機関との連携

- 鳥栖市一体的実施庁内連携会議を健康増進課、国保年金課、高齢障害福祉課と3カ月に1回開催し事業の進捗状況や情報共有を図る。
- 地域包括支援センターや介護保険課と研修会等を通して、課題や取組みに関する情報共有を図る。
- 佐賀県保険者協議会等を活用し保険者間で、健康・医療情報の分析結果健康課題、保険者事業の実施状況等を共有し、他の保険者と連携し保健事業の展開に努めている。

ハイリスクアプローチ

● 糖尿病性腎症重症化予防

健診でHbA1cが基準以上の糖尿病未治療者、糖尿病治療中のコントロール不良者、治療中断者を対象に、保健師・管理栄養士による訪問指導を複数回実施。初回訪問では、健診データと生活背景を本人が結び付けて理解できるように指導を実施。また、未治療者、治療中断者には受診勧奨を実施。2回目以降の訪問では医療受診状況やHbA1cの変化等を確認。

紹介状や糖尿病連携手帳にて、市の健診結果、保健指導の状況や医療機関の検査結果について医療機関と情報交換、連携を行う。必要に応じて同伴受診を行い、治療方針を理解し、支援できるようにする。

● その他の生活習慣病等重症化予防 (高血圧)

健診でⅡ度高血圧以上の高血圧未治療者、治療中断者を対象に、保健師・管理栄養士による訪問指導を複数回実施。初回訪問では、健診データを本人に説明、血圧手帳を活用し、家庭血圧測定ができるよう支援。血圧計を持っていない方には血圧計を貸出し確実な家庭血圧測定に結び付けている。2回目以降の訪問では医療受診状況血圧の変化 (家庭血圧測定の結果や、内服の状況など) を確認。

ポピュレーションアプローチ

- 通いの場、保健センター (健診会場等)、出前講座等において、健康相談や健康教育 (フレイル・糖尿病・高血圧・認知症等) を実施。
- 地域巡回介護予防健診において、質問票・基本チェックリスト・体力測定・認知症機能検査を実施し、介護予防が必要な高齢者を把握し、健診、医療、介護サービス等必要な支援に繋げる。
- 健診や糖尿病・高血圧などについて、市報に記事を掲載したり保健センター内に展示コーナーを設置し普及・啓発に努める。
- 医師会、薬剤師会の協力のもと病院や薬局の受付窓口に、通いの場マップを配備。また、介護予防サービスへの利用勧奨などを行ってもらっている。

展示コーナー



通いの場マップ



佐賀県鳥栖市

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	153	153	・未治療者の医療機関受診状況 ・Hba1cの変化	・未治療者13名全員が医療機関受診に繋がった。（100%） ・介入前後のデータの把握が出来た86人について、59人のHbA1cが改善した。（69%）
	その他の生活習慣病等重症化予防	58	58	・未治療者の医療機関受診状況 ・血圧の変化	・未治療者20人が医療機関受診に繋がり血圧が改善した。（34%） ※受診に繋がらなかった方は家庭血圧正常者がほとんどであった。
ポピュレーションアプローチ	複合的取組	—	累計 1,546	・フレイル健診実施率	・健診実施率23.5% ※昨年度と比較して約4%増加。実施率は向上している。

- 糖尿病性腎症重症化予防では、HbA1c7%以上の未治療者は全員医療機関受診に結び付き、また、7割の方のHbA1cを介入前後で改善できた。
- その他の生活習慣病等重症化予防（高血圧）では、家庭血圧も確認しながら、医療機関に繋げるようにした。糖尿病、高血圧ともに評価指標に対する目的は概ね達成できた。
- 保健指導においては、基礎疾患や生活背景など一人ひとり異なるので、訪問により生活を教えてもらいながら、薬物療法、可能な食事・運動療法を住民自身が実践できるよう、今後も継続訪問を行いたい。

課題・今後の展望

- 事業開始から3年がたち、訪問に行ける体制（専門職・公用車などの確保、使用教材の整理など訪問の方針・内容の確立）が少しずつ整ってきた。今後、事業の中長期的なアウトカム評価として、市の課題である医療費を抑制できるようにしたい。そのためには、医療、健診・保健指導によりデータを改善し重症化を防ぐ（脳心腎疾患を防ぐ）ことが最も重要であると考えている。ハイリスクアプローチでは、丁寧な保健指導を行い、あわせてポピュレーションアプローチからハイリスクアプローチに繋げていくなどの連携についても強化していきたい。