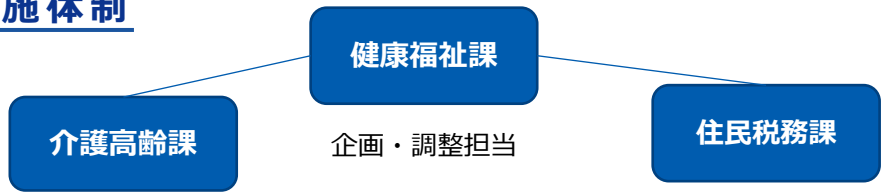
北海道洞爺湖町 ー町の専門職と連携した保健事業と介護予防の取組ー

市の概況（令和５年４月１時点）	
人口	8,059人
高齢化率	43.2%
後期被保険者数	2,009人
日常生活圏域数	1圏域

実施体制



健康状態不明者へのフォローアップ

後期高齢者保健事業等での連携



洞爺湖町公式キャラクター
洞龍くん

取組の経緯

- 国保保健事業と後期高齢者保健事業のスムーズな接続に課題を感じていたところ、既存事業の活用や内容見直し等により、保健事業と介護予防を一体的に実施し、介護認定が多い疾患への対策（フレイル対策等）にも取り組むことができると考えた。
- 事業の実施に際して、既存事業と新規事業を含めたすり合わせを行った。健康状態不明者の実態把握、町の健康課題でもある糖尿病性腎症重症化予防については、既存事業をベースに内容を整理。新規事業として服薬指導推進事業を実施するため、薬剤師を交えた関係者会議にて情報共有・協力依頼を行い、事業の枠組みを構築した。
- 一体的実施事業関連の研修会等に参加して情報収集しつつ、町の保健師の人員体制が整った令和４年度から当該事業の開始に至った。

企画調整・関係機関との連携

- **庁内連携**

健康福祉課、介護高齢課（地域包括支援センターを含む）、洞爺湖町社会福祉協議会の３者による連携会議を３か月に一度開催。課題の検討や情報の共有を行う。

介護高齢課については、上記のほか、介護保険認定者の分析に必要なデータの共有、健康状態不明者対策において必要に応じてサービス接続を行うなど連携を図る。

- **調剤薬局との連携**

その他生活習慣病重症化予防に係る指導及び重複投薬に対する服薬指導推進事業を委託。

- **医療関係機関等との連携**

ポピュレーションアプローチで実施する運動メニューについて、医療機関と協力し作成。その他、胆振西部医師会、室蘭歯科医師会等と随時情報共有をしている。

ハイリスクアプローチ

- **糖尿病性腎症重症化予防**

抽出基準に該当する者に、保健指導の案内等を行い、訪問・文書等で保健指導を実施する。事前に精密検査の受診有無、医師の指示も確認しておき、評価は６か月後の評価健診等で行い、必要に応じ医療機関と連携してフォローする。

- **重症化予防（その他生活習慣病予防）**

町内の調剤薬局を「町のお薬相談所」に指定。生活習慣病関連薬の増薬や種類変更があった者に対して、6か月を1クールとし、内服等に関する助言・指導やモニタリングを行い、必要に応じて、かかりつけ医や介護事業所等に情報提供しつつ、治療継続者に対する重症化予防を行う仕組みを構築している。

- **重複頻回・多剤投薬等**

薬剤師の訪問に加え、薬局立ち寄り時に服薬指導を実施。服薬の自己調整に関する指導や生活リズムに合わせた内服時間、飲みづらさや飲み忘れへの指導、重複による副作用の確認等を3か月を1クールとして実施している。

ポピュレーションアプローチ

- **エアロバイクを活用した運動メニュー**

誰でも簡単に使用できる点に着目し、町の医療機関の理学療法士と連携し、エアロバイクを活用した運動メニューを作成。専門職による「心肺機能の維持向上を目的とした有酸素運動のメニュー」や、「身体機能の維持向上を目指した筋力トレーニングのメニュー」を提示することにより、使用者の目的やレベルに応じた活動が可能となるよう工夫している。

- **フレイル状態の把握**

集団健診に併せた介護予防健診や老人クラブ・サロン等で体組成計を活用しフレイル状態を把握。地域包括支援センターと連携し、必要に応じて一般介護予防事業等の必要なサービスを紹介している。

（健康教育の様子）



北海道洞爺湖町

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	2	・精密検査受診者数・率 ・HbA1c、FBS、尿検査の改善者数・率 ・実施終了率 ・体調変化、生活習慣改善の有無	・改善率は100%を達成した。 ・治療中であってもコントロール不良者もいるため対象者抽出基準や医療との連携については今後の課題とする。
	重症化予防（その他生活習慣病）	2	1	・生活習慣改善の有無 ・血液データの変化	・一時的に増薬となったが途中で中止となり終了している。
	服薬指導	3	2	・体調の変化 ・処方薬剤種類数 ・調剤医療費 ・残薬状況	・改善率は100%を達成した。 ・コロナの影響により医療機関が休診となり、かかりつけの病院を受診できず、月に複数の医療機関を受診する事例がKDBから抽出されたが、都度薬剤師に確認し、事情や薬の状況を確認できた。薬剤師との連携が不可欠であった。
	健康状態不明者対策等	76	76	・必要なサービスに接続した人数 ・生活自立者数	・健康状態・生活実態を確認できた割合　100% ・適切なサービスにつながった割合　100% ・健康状態不明者のうち生活自立者が３割弱。
ポピュレーションアプローチ	健康教育・健康相談	-	174 （延べ人数）	・フレイルチェック該当者数 ・ハイリスクアプローチ接続者数 ・トレーニング室利用者数 ・健康寿命平均年数	・コロナ禍により地域の集まりの休止が続き、普及啓発は単発で終了。フレイル実態の把握が困難だった。 ・エアロバイクを活用した運動メニューの積極的な周知・勧奨が、R5年度以降の課題となる。
	フレイル状態把握	-	50 （実人数）	・BMI・体重 ・介護予防健診項目の変化 ・ハイリスクアプローチ接続者数 ・トレーニング室利用者数	・ハイリスクアプローチへの接続者数が50名中46名とほとんどの方の支援をすることができた。 ・個人の比較はできていないため、R5年度以降の課題とする。また、機能低下していても「まだ大丈夫」と感じている対象者もおり、今後の取組内容について検討する。

〇事業対象者が少ないことやR4年度から開始して間もないため、実績の積み重ねや他事業の効果等も確認していく必要がある。

課題・今後の展望

- 地区別の健康課題の分析及び事業対象者の抽出基準が課題。保健事業全体の稼働状況を考慮しながら検討していく。
- 町の健康課題に対応し、糖尿病性腎症重症化予防事業を継続するとともに、高血圧の重症化予防事業の実施を検討していく。
- サロンや健康教室を担当している生活支援コーディネーター（町社会福祉協議会）や関係機関との情報・課題共有や分析を行うとともに、老人クラブやサロン等、地域活動に参加していない方へのアプローチ方法・支援を検討する。