

令和3年度 国保保健事業

資料 3-1

1. 国保運動教室

令和2年度健診結果より、非肥満(BMI25未満)で血糖・血圧・脂質の服薬がない人のうち、
①血糖・脂質(LDL)ハイリスク者 ②血圧ハイリスク者に対して3カ月間の運動教室を実施。
(各1コース、計2コース実施)

2. 糖尿病性腎症重症化予防対策事業

糖尿病罹患者及び糖尿病の可能性のある者に対し、①保健指導事業 ②受診勧奨事業
③継続支援事業 ④歯科検診等受診勧奨を実施。

3. 集団健(検)診における特定保健指導初回面接及び結果説明会の実施

集団の特定健診及び結果説明会に来所したタイミングで、対象となる者に保健指導を実施することにより、特定保健指導実施率の向上を図る。また、結果説明会を行うことで健診の結果について理解を深め、生活習慣の見直しをサポートする。

4. 重複・頻回受診者、重複・多剤投与者対策事業

直近のレセプトから抽出した重複・頻回受診者、重複・多剤服用者に対し、電話連絡や家庭訪問による個別の保健指導を実施することで、適正服薬を促す。

Ⅰ. 国保運動教室

目 的:生活習慣病発症および重症化を予防する

●対象者:令和2年度特定健診結果から抽出

【第1コース】血糖・脂質(LDL)ハイリスク者

a, 血糖・脂質の服薬なし

b, LDLコレステロールが120mg/dl以上

c, HbA_{1c}が5.6%以上

d, 体格指数(BMI)が25未満

e, 満年齢が74歳以下 のすべてに該当する者

【第2コース】血圧ハイリスク者

下記①、②のいずれかに該当する者

①a, 血糖・脂質の服薬なし

b, 血圧が130/85mmHg以上

c, 体格指数(BMI)が25未満

d, 満年齢が74歳以下 のすべてに該当する者

②推定摂取食塩量10g以上の者(集団健診受診者のみ)で、
上記a,c,dに該当する者

●令和3年度実施内容

参加者 ① 34人(男: 6人 女: 28人)

② 22人(男: 4人 女: 18人)

実施日 ①令和3年10月～令和4年1月(血糖・脂質ハイリスクコース)

②令和3年12月～令和4年3月(血圧ハイリスクコース)

各3か月間、計12回×2コース

場 所 セントラルウェルネスクラブ志木店

内 容 【運 動】・個別プログラムによる有酸素運動

・ヨガ ・ストレッチ

・マシンを使用した筋力アップトレーニング

【栄養講座】1コースにつき3回実施

内容: ①食事バランス ②減塩 ③免疫力

【食事調査】1コースにつき2回実施(市管理栄養士による個別指導)

《国保運動教室の評価》

■血液検査結果(第1コース)

	LDL-C
改善(人)	17
変化なし(人)	0
悪化(人)	11

第1コース参加者のうち、
61%のLDL-C悪化を防ぐ
ことができた。

■血圧測定結果(第2コース)

前年度の健診結果と比較して、収縮期血圧は55.6%の人が改善、拡張期血圧は38.9%の人が改善した。

■体力測定結果

セントラルウェルネスクラブの指標で評価

TUG(動作能力、俊敏さのテスト)、CS-30(椅子座り立ち、筋力のテスト)、開眼片足立ち(バランス感覚)
第1コースでは、参加者の62%の筋力が向上しており、マシンを使ったトレーニングの効果が大きいと現れていると考えられる。第2コースではTUG(俊敏さ)で59%の人が改善した。また、体感で変化を感じている参加者も多くおり、息の上がり方や、測定についても楽にできるようになったとの声があった。

■アンケート結果(一部抜粋)

教室の満足度は92%と非常に高い結果となった。

運動習慣改善率は83%、食習慣改善率は92%と、どちらも改善率が高く、教室に参加したことが生活習慣改善のための動機付けにつながったと考えられる。

2. 糖尿病性腎症重症化予防対策事業

① 保健指導事業

特定健診の結果から、糖尿病性腎症の第2期～4期と推測される者を抽出し、かかりつけ医の推薦と本人の同意が得られた者に対し、6か月間の専門職による個別指導を実施。

■保健指導候補者44人

→ 保健指導に同意し、参加した者 6人 参加率 13.6% (※県平均6.9%)
(うち修了者 5人)

《事業評価（参加者効果測定）》

コロナ禍の保健指導であったが、面接を電話に変えるなど工夫して実施した。効果測定といえる時期に血液検査をした者は2名のみであったが、HbA_{1c}は、保健指導不参加者では変化がなかったのに比べ、保健指導参加者では減少した。また、腎機能を示すeGFRについても悪化を防ぐことができた。その他、血圧・LDLコレステロール・中性脂肪・BMIについては前年度と比較してほぼ横ばいであり、病状の悪化を防ぐことができた。また、指導を受けたことが、自身の生活習慣を見つめ直すきっかけとなったと考えられる。

②受診勧奨事業

レセプト結果から、糖尿病未治療者及び受診中断者に対し、通知と電話による医療機関への受診を勧める。

■未受診者 61人 → 医療機関へ受診した者 10人

■受診中断者 8人 → 医療機関へ受診した者 1人

③継続支援事業

過去に保健指導を受けた方に対し、継続的な個別支援を実施する。

■継続支援参加者 4人 (修了者4人)

④歯科検診等受診勧奨

糖尿病の治療中で過去1年以上歯科受診のない方に受診を勧める。

■未受診者 101人 → 受診した者 6人

3. 集団健(検)診における

特定保健指導初回面接と結果説明会の実施

①特定保健指導(国保加入者の40歳から74歳)

【健診当日の初回面接】

特定保健指導の実施率向上を図るため、前年度の健診結果及び当日の腹囲、BMI、血圧、問診票から対象者として見込まれる人へ初回面接を実施。

■健診当日見込み対象者 60人 実施 49人 (実施率 82%)

※令和2年度法定報告実施率 26.8%

②結果説明会

医療機関への受診促進、特定保健指導の実施率向上のため、集団で特定健診やがん検診を受けた者に対し、結果説明や個別相談、特定保健指導を実施。

■実施回数 8回 結果説明会参加者 252人

※推定摂取食塩量検査(国保加入者の40歳から74歳)

令和3年度集団健診における尿検査結果より

■検査人数 528人(男 207人 女 321人)

■ハイリスク者(12.0g以上)の48人に対し、減塩資料を送付

4. 重複・頻回受診者、重複・多剤投与者対策事業

対象者：40歳以上74歳以下で、3ヶ月（5月～7月）のうち2ヶ月以上、
下記の基準に該当している者

【重複・頻回受診】

①重複受診者：同一月内に、3医療機関以上受診している被保険者。

②頻回受診者：同一月内に、15日以上受診している被保険者

【重複・多剤処方】

③重複服薬：同一月内に、同一薬効を持つ医薬品が複数の医療機関から処方されている被保険者。

④多剤投与：同一月内に、10種類以上の医薬品が処方されている被保険者

※かかりつけ医療機関・薬局が朝霞地区にある方

※レセプトより疾患を確認し、対象者を抽出（がん、精神疾患、透析患者除外）

■実施状況

令和3年度対象者 （初回訪問）	対象	実施		実施率
		訪問	電話	
重複・頻回受診	1	0	1	90%
重複・多剤処方	9	3	5	
計	10	3	6	

令和2年度対象者 （再訪問）	対象	実施		実施率
		訪問	電話	
重複・頻回受診	2	0	2	83%
重複・多剤投与	10※	1	7	
計	12	1	9	

※延べ人数記載：重複・多剤処方両方該当者1名