

第5章 基山町のこれからの取組

区分	提言	具体的提案	基山町のこれからの取組	進捗確認及び評価時期
糖尿病の予防	<p>基山町は糖尿病予備群にあたる者が多く、糖尿病予備群に対する健康意識の向上及び保健指導・健康教室での指導が重要である。</p> <p>町民体育大会等コミュニティベースで健康セミナーブースの設置を行い健康意識の向上を図る。その際、耐糖機能異常が疑われる者への受診勧奨を実施する。</p>	<p>小中学校の体育祭等において、無料の血糖測定、HbA1c測定等を行い、健康意識の向上を図る。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 住民の健康意識の向上を図り、特定健康診断受診の呼びかけをさらに進めながら、特定保健指導の実施に努めます。 運動会等を利用した健診ブースの設置を検討します。 スマートフォンを活用した栄養指導の調査検討を行います。 久留米大学と連携した健康事業実施の検討を行います。 	<p>進捗管理：年1回 健康づくり推進協議会</p> <p>中間評価：平成33年度</p> <p>最終評価：平成35年度</p>
		<p>スマートフォンを活用した栄養指導を実施する。</p>		
		<p>食事内容から炎症性スコアを算出し、動脈硬化性疾患の発症リスク予想ツールの共同開発を進める。</p>		
		<p>久留米大学には療養指導に長けた医師が多数在籍しており、企画段階から協力できる。</p>		
腎臓疾患の予防	<p>ポピュレーションアプローチ：健診受診率を向上させることや一般市民のCKD認知度をアップさせる必要がある、公開講座やイベント等においてCKDの啓発活動を行う。</p>	<p>基山町では、町立の中学校1校、小学校2校であり、イベント等での啓発が行いやすく効果が評価しやすい。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 公開講座等のイベントを利用したCKD啓発活動を行います。 若年からの健康教育（小・中学校）の実施を検討します。 保健師等専門スタッフの各種勉強会への参加による資質向上に努めます 腎臓疾患ハイリスク者に対する医療機関への「受診勧奨」や「保健指導の強化」に努めます。 腎臓疾患に対するかかりつけ医から腎臓専門医へつなげるシステムの構築に努めます。 集団健診における国民健康保険被保険者への尿蛋白定量検査を実施します。 	<p>進捗管理：年1回 健康づくり推進協議会</p> <p>中間評価：平成33年度</p> <p>最終評価：平成35年度</p>
		<p>小学校・中学校から始まる健康教育を行っていくことで、健康都市のモデルケースとなっていけばいい。</p>		
	<p>ハイリスクアプローチ：CKDG3b以降の患者に対して受診勧奨や保健指導の強化を行う。</p>	<p>かかりつけ医及び医療スタッフ、町の保健師が腎臓疾患に理解を深めることが重要であり、腎専門医等による勉強会を行う必要がある。</p>		
	<p>ハイリスクアプローチ：かかりつけ医から腎専門医につなげるシステム等の確立が必要である。</p>			
	<p>ハイリスクアプローチ：糖尿病性腎症の観点から糖尿病専門医との連携が必要になる。</p>			
<p>CKDG1からG3aの患者群については、尿蛋白の定量測定まで行わないと腎専門医への紹介が必要かどうかははっきりしない。</p>	<p>特定健診の二次検査で尿蛋白の定量検査を行う等して正確な尿蛋白量を評価する。</p>			

区分	提 言	具体的提案	基山町のこれからの取組	進捗確認及び評価時期
認知症及びフレイルの予防	普及啓発：健康に関する関心を高く持ってもらうため、公開講座等の講演会開催、介護予防教室等の開催、啓発資料等の作成、配布等を通して、学校教育においても健康意識が高まるような働きかけが望ましい。		<ul style="list-style-type: none"> 健康意識を広めるため、市民公開講座・予防教室等を開催し、啓発パンフレット等の配布を実施します。 地域介護予防として、ボランティア育成、自主グループ活動の支援等に取り組めます。 他地域の取組事例を調査し、特定健康診断の受診率向上及び特定保健指導、医療機関受診勧奨に努めます。 生活習慣病と認知症に密接な関係があるとされる睡眠障害について調査し、認知機能を評価できるような体制づくりを検討します。 高齢者へのフレイルチェックや保健指導を合わせて取り組めるシステムの構築を目指します。 民生委員や地域包括支援センター等と連携し閉じこもり対策を実施します。 継続した医療機関受診のため、治療中断者への医療機関受診勧奨に努めます。 認知症ケアパスの作成を進めるとともに、地域ケア会議等の活動を推進しながら、地域包括ケアシステムの構築に努めます。 	<p>進捗管理：年 1 回 健康づくり推進協議会</p> <p>中間評価：平成 33 年度</p> <p>最終評価：平成 35 年度</p>
	地域における自発的な活動を推進するため、ボランティア育成、自主グループ活動支援等については、自助・共助の視点も含め、今後もさらに取り組んでいく。			
	特定健診のさらなる受診率の向上：健診受診率は、平成 28 年度で 48%程度であり、国の目標とする 60%は達成できていない。他の地域の取組を参考に受診率の向上を図る。	P14 参照		
	認知症において防げる要因として、肥満や生活習慣病への早期介入による取組が重要である。	特定健診結果から医療機関受診勧奨も重要であるし、保健指導や医療機関を通じた生活指導の有効である。		
	生活習慣病や認知症と睡眠障害は密接な関係があるとされ、生活習慣病や認知症への予防の観点から、睡眠障害への対策も必要である。	健診の場でも、自記式質問票等による睡眠評価を行うことが望まれる。		
	フレイルの予防の観点から、介護予防としての通いの場と、フレイルチェックや保健指導が一体化して取り組めるシステムを構築し、必要に応じて受診勧奨や医療機関での保健指導の内容の共有が必要である。			
	社会的フレイルと言われる閉じこもり等の方に対しては、民生委員や地域包括支援センター等の情報をもとに、訪問も必要となってくる。			
	重症化予防の観点から、継続した医療機関への受診が重要である。	保健医療行政と医師会等の医療機関が連携し、受診が中断している方へのアプローチや、ハイリスク者へのアプローチが必要である。		
	認知症の予防を行い、早期発見・早期対応が望まれる。自身の認知機能低下に気づいていない方を受診につなげる。	認知機能を評価できるような体制づくりが望まれる。		
	医療機関における機能分化や、町民への明示が必要である。そのため、認知症ケアパス等の作成が必要であるし、多職種の交流の場としての研修会や事例検討会等を行うことで顔の見える関係づくりを行っていくことも必要である。			