

2016年度(第5回) 新潟市医師会地域医療研究助成 発表会 ハンドアウト

会 期

2017年1月28日[土]

会 場

新潟大学医学部 有壬記念館

新潟市医師会

ご挨拶

新潟市医師会では、平成 24 年度より、独自の研究助成事業を開始致しました。私たちは、新潟市における地域医療・保健・福祉の充実、向上に貢献することを医師会の基本的な役割の一つと考えており、この目的にかなう研究に助成する事業です。この助成事業の特徴は、応募資格を医師だけでなく医師以外の研究者にも広く門戸を開いていることにあります。医師会員が共同研究者に入る条件がありますが、医療、福祉、介護の現場で活動しておられます多くの方々に研究を立ち上げて頂ければと思っております。

5 年目の今回は、12 件の応募があり、9 名の外部委員と 5 名の医師会担当理事から成る審査委員会で慎重に審査をし、昨年よりの継続研究 2 件と新規応募研究 5 件の計 7 件の研究が採択されております。本日はその研究成果を発表して頂きます。

私たちが関わる医療、福祉、介護などの分野は相互に密接に関連しており、医師だけで解決できるものではなく、関連職種の相互連携が必要です。これから発表して頂く研究は、臨床と保健、福祉の連携を取り持つもので、保健活動や福祉・介護活動に携わっておられる、医師、看護師、福祉関係者の皆様方が現場で仕事をして行く上で、大変役立つものであると思っております。研究発表について、それぞれの立場からいろいろと意見交換をして頂き、考え方の共有や、新たな視点が生み出されて行くことを期待しております。

そして今後、これらの研究から、新たな医師会事業、新潟市の政策が立ち上がり、市民の皆様の健康増進につながって行くことになればと思っております。

平成 29 年 1 月 新潟市医師会長 藤田一隆

第5回

新潟市医師会 地域医療研究助成発表会

日時：平成29年1月28日(土) 14時30分から18時

場所：新潟大学医学部有壬記念館(新潟市中央区旭町通1-757)



14:30

開会挨拶：新潟市医師会長 藤田一隆

発表
1

座長：丸田秋男(新潟医療福祉大学・社会福祉学部)

「高齢者における独立歩行の獲得と維持のための新たなリハビリテーションプログラムの確立」
上原彰史(新潟南病院・内科)

発表
2

座長：佐藤隆司(新潟市福祉部)

「秋葉区における摂食嚥下機能評価システムの構築と効果の検討(中間報告)」
張替 徹(下越病院・リハビリテーション科)

発表
3

座長：長井亮一(新潟市保健衛生部)

「新潟市における慢性閉塞性肺疾患患者の問題点と地域医療連携に関する研究」
大嶋康義(新潟大学・生命科学医療センター)

発表
4

座長：齋藤玲子(新潟大学・国際保健学)

「新潟市西区の高齢者のみ世帯の暮らしと社会的孤立防止を支援するシステムの検討」
小林恵子(新潟大学・保健学研究科)

発表
5

座長：遠藤 裕(新潟大学・救急医学)

「運動時過剰血圧反応の意義、機序、治療介入についての検討」
伊藤正洋(新潟県健康づくりスポーツ医科学センター)

発表
6

座長：中村和利(新潟大学・環境予防医学)

「健康長寿実現のカギ：より良い骨粗鬆症検診を求めて」
山本智章(新潟リハビリテーション病院・整形外科)

発表
7

座長：高橋善樹(新潟市保健所)

「幼児および保護者の食事塩分スコアの作成」
太田亜里美(新潟県立大学・健康栄養学科)

コーヒードリンク

17:00

特別
講演

座長：沢田克己(新潟大学・法学部)

「ドイツの公的医療保険と家庭医」

田中伸至(新潟大学・人文社会・教育科学系法学部教授)

閉会挨拶：新潟市医師会副会長 浦野正美

背景の新潟病院(明治6～10年に撮影)は、新潟での近代西洋医学発祥の地

新潟大学大学院特別講義・新潟県医師会生涯教育講座※【参加費無料・参加制限なし・事前の参加申込不要】

※取得単位：3.5単位 カリキュラム内容：[1] 医師のプロフェッショナリズム [6] 医療制度と法律 [9] 医療情報 [12] 地域医療

●駐車場について 医学部職員用駐車場を無料使用できます。13時～18時、入構ゲートを開けておきますので利用ください。
詳細は新潟市医師会HPをご参照ください。(http://www.niigatashi-ishikai.or.jp/medical/subsidy.html)

問合せ先 新潟市医師会事務局 清水・井浦(電話 025-240-4131)

■ポスター背景写真：明治初期の新潟病院

新潟市の近代西洋医学は、現在の新潟大学附属病院の前身ともいえる「新潟病院」に始まります。明治6年7月に（市制移行前の）新潟町の横三番町に仮設され、11月に医学町（現在の附属病院に隣接する「いこい公園」付近）に新築移転しました。同9年に新潟町から新潟県に経営が移管し、同10年に県立新潟病院医学所と改称され、同11年9月に明治天皇の巡視がありました。同12年県立新潟医学校となり、病院はその付属になりました。同14年に産婆教場、同16年に薬学校も併設され、新潟市はもとより、新潟県内の医療・医事衛生教育の中心でした。（写真は同6年から10年の間に撮影されたもの）

目 次

特別講演

「ドイツの公的疾病保険と家庭医」	1
------------------------	---

田中伸至（新潟大学・人文社会・教育科学系法学部教授）

座長：新潟大学・法学部 沢田克己

研究助成 発表

1. 「高齢者における独立歩行の獲得と維持のための 新たなリハビリテーションプログラムの確立」	31
--	----

上原彰史（新潟南病院・内科）

座長：新潟医療福祉大学・社会福祉学部 丸田秋男

2. 「秋葉区における摂食嚥下機能評価システムの構築と効果の検討（中間報告）」	39
---	----

張替 徹（下越病院・リハビリテーション科）

座長：新潟市福祉部 佐藤隆司

3. 「新潟市における慢性閉塞性肺疾患患者の問題点と 地域医療連携に関する研究」	49
---	----

大嶋康義（新潟大学・生命科学医療センター）

座長：新潟市保健衛生部 長井亮一

4. 「新潟市西区の高齢者のみ世帯の暮らしと社会的孤立防止を 支援するシステムの検討」	59
--	----

小林恵子（新潟大学・保健学研究科）

座長：新潟大学・国際保健学 齋藤玲子

5. 「運動時過剰血圧反応の意義、機序、治療介入についての検討」	67
--	----

伊藤正洋（新潟県健康づくりスポーツ医科学センター）

座長：新潟大学・救急医学 遠藤 裕

6. 「健康長寿実現のカギ：より良い骨粗鬆症検診を求めて」	75
-------------------------------------	----

山本智章（新潟リハビリテーション病院・整形外科）

座長：新潟大学・環境予防医学 中村和利

7. 「幼児および保護者の食事塩分スコアの作成」	91
--------------------------------	----

太田亜里美（新潟県立大学・健康栄養学科）

座長：新潟市保健所 高橋善樹

研究助成の概要	99
---------------	----

2016 年度（平成 28 年度）公募要領	105
-----------------------------	-----

過去の発表会	109
--------------	-----

特別講演

ドイツの公的疾病保険と家庭医

田中伸至
(新潟大学・人文社会・教育科学系法学部教授)



座長：沢田克己(新潟大学・法学部)

【特別講師紹介】

田中 伸至 TANAKA, Shinji

新潟大学人文社会・教育科学系法学部教授



<略歴>

- 1988 年 京都大学法学部卒業、厚生省入省
老人診療報酬改定（老人保健福祉部老人保健課）や
心神喪失者等医療観察法の立案（精神保健福祉部精
神保健課）などの業務に従事。
2012 年より現職

<専門領域>

社会保障法、医療保障法

日本とドイツの医療制度の構造と医療連携体制や医療の質との関係を研究しています。法学部では、「医療保障法」、「公共政策」、医学部保健学科では、「医療と法」（オムニバス）の講義を担当しています。

<主な著書>

- 『世界の診療報酬』（法律文化社、2016 年）共著
- 『入門テキスト 社会保障の基礎』（東洋経済新報社、2016 年）共著
- 『保険と年金の動向〔2014/2015 年版～2016/2017 年版〕』（厚生労働統計協会、2014 年～2016 年）共編著



<主な論文>

- 「診療報酬制度の構造と診療報酬決定過程 — 日本とドイツを例に —（増補）」法政理論 48 巻 2・3 号（2015 年）27 頁ないし 129 頁
- 「ドイツの家庭医と医療制度」健保連海外医療保障 93 号（2012 年）1 頁ないし 15 頁
- 「かかりつけ医機能の制度設計における検討課題 — フランス及びドイツの制度とわが国への示唆 —」法政理論 40 巻 2 号（2007 年）161 頁ないし 218 頁

<主な社会活動>

- 健康保険組合連合会「医療保険制度における『負担の公平』に関する調査研究」検討委員会委員（2016 年 4 月～）
- 厚生労働省先進諸国におけるかかりつけ医制度の比較及び我が国におけるかかりつけ医制度のあり方に関する研究班構成員（2015 年 4 月～）
- 医療経済研究機構ドイツ医療保障制度に関する研究会委員（2014 年 9 月～）
- 新潟市立新潟市民病院倫理委員会臨床倫理部会委員（2014 年 4 月～）
- 新潟市立新潟市民病院地域医療支援委員会委員（2014 年 4 月～）

ドイツの公的疾病保険 と家庭医

～ かかりつけ医制度の一例として ～

2017年1月28日土曜日

新潟大学法学部教授（社会保障法・医療保障法）

田中 伸至（たなか しんじ）

1

目次

1. 「かかりつけ医」制度をめぐる動向
2. 諸外国の「かかりつけ医」制度の概要
3. ドイツの医療制度の概要（開業医）
4. ドイツの家庭医の役割と診療報酬
5. ドイツの「家庭医中心診療」
6. 結びにかえて

2

1. 「かかりつけ医」制度 をめぐる動向

3

厚生労働省 先進諸国における かかりつけ医制度の比較及び我 が国におけるかかりつけ医制度 のあり方に関する研究班

- 松田晋哉 産業医科大学公衆衛生学教授【主任研究者】
- 鈴木邦彦 日本医師会常任理事
- 土田武史 早稲田大学政治経済学部名誉教授
(元中医協会長)
- 生坂政臣 千葉大学医学部付属病院教授
- 田中伸至 新潟大学法学部教授
- 富岡慎一 産業医科大学公衆衛生学助教

4

「かかりつけ医」に関する動き

- 社会保障制度改革国民会議報告
(2013.8.6)
「穏やかなゲートキーパー機能を備えた
かかりつけ医の普及は必須」
- 塩崎厚生労働大臣答弁 (2014.10.15)
「登録制というか、もっとはっきりした
ゲートキーパー的な役割を持ったかかり
つけ医にすべきだという考え方は、気持
ちとしても私は個人的にはよくわかりま
す」

5

「かかりつけ医」に関する動き

- 保健医療2035（塩崎厚生労働大臣私的諮問
機関答申 2015.4.18）
「すべての地域で総合的な診療を行う、かかり
つけ医を配置する体制を構築する」

「身近な医師が、患者の状態や価値観も踏まえ
て、適切な医療を円滑に受けられるようサポ
ートする『ゲートオープナー』機能を確立する」

「かかりつけ医以外を受診した場合の定額負担
の導入」

6

かかりつけ医以外を受診した場合の定額負担の導入

【要点】

○ 26年度診療報酬改定で創設された地域包括診療料の導入は広がらず、『かかりつけ医』の普及や外来の機能分化は十分に進展していない。

○ 諸外国と比較して、我が国の外来受診制度は高く、多くは少額受診。限られた医療資源の中で医療保険制度を維持していく観点から、比較的軽微な受診について一定の追加負担は必要なのではないか。

＜制度のイメージ＞

① 他の医療機関を求めた受診状況等の把握、必要に応じた専門医療機関の紹介・連携、継続的かつ全人的な医療の提供など、一定の要件を満たす診療所等について、患者が「かかりつけ医」として指定（保険者に登録）。

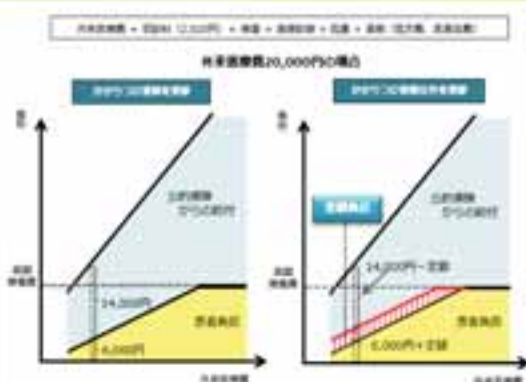
- ② 総合診療科の専任・非常勤医までの経過措置として、耳鼻科や眼科など特定の診療科については、その「かかりつけ医」と加算のうえに規定する他の医療機関での診療を可能とする（定額負担も免除）。
- ③ 特定病種の患者・年齢要件は問わず、24時間対応等も決まらないなど、診療報酬で評価される地域包括診療料等とは異なり、「かかりつけ医」の要件は緩やかに規定。

④ この「かかりつけ医」以外の医療機関を、紹介状なしで受診する場合には、定額を負担（高額療養費の対象）。その際、他の診療所を受診した場合とは区別とし、病院を受診した場合には、病院の規模に応じて、より高額の負担を求める（外来患者が増えると病院の収入が増える「定額療養費の適正化」の仕組みも、あわせて見直し）。

	かかりつけ医	他の診療所	病院
定額負担	なし	同額負担である年齢・年齢未満者あり	病院に応じて別定（入院療養費とは別額）

【改革の方向性】（案）

○ 「かかりつけ医」を普及させつつ、外来の機能分化を進めていくため、一定の要件を満たす「かかりつけ医」以外を受診した場合の受診3特定額負担（診療所は定額とし、病院は規模に応じてより高額を規定）を導入すべき。



小児科のかかりつけ診療料（抜粋）

「小児かかりつけ診療料は、かかりつけ医として、患者の同意を得た上で、緊急時や病状が専門外の場合は緊急継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価したものである。原則として1人の患者につき1名のみが保険医療機関が指定される。」

「小児かかりつけ診療料の導入にあたっては、以下の配慮等を行う。（平野）
（1）他の保険医療機関と連携の上、患者が受診している医療機関を全て把握することにより、必要に応じて専門的な診療を要する際の紹介等を行う。
（2）患者について、健康診査の受診状況及び定額負担を把握するとともに、希望に応じて必要に応じて指導を行い、保護者からの健康相談に応じる。」
（出所）診療報酬改定要綱

2. 諸外国の「かかりつけ医」制度の概要

欧州諸国におけるかかりつけ医の登録と受診について

（出典）かかりつけ医研究会議資料（2015.10.20）を改変

	イギリス	フランス	ドイツ
かかりつけ医の登録等	・住民は診療所（一般医・家庭医＝G P. General Practitioner）を登録することとされており、登録しなければ診療所での診療を受けることができない。 ・登録したG Pを変更することはできるが、手続きに時間がかかる。	・16歳以上の者はあらかじめかかりつけ医（médecin traitant）の登録が義務付けられている。 ・かかりつけ医の選択は、一般医、専門医の区別や地理的条件を問わない。 ・登録したかかりつけ医をいつでも変更することができる。	・保険医による診療は、家庭医診療と専門医診療に区分されている。家庭医診療には、一般医、小児科医、家庭医診療を選択した内科医が従事している。 ・国民の9割以上がかかりつけの家庭医を持っている。
かかりつけ医の受診	・住民はまず登録したGPの診療を受けなければならない。GPが必要と判断した場合（救急の場合を除く。）、その紹介の下に病院の専門医を受診できる（専門医への紹介は1割程度）。	・紹介状なしでかかりつけ医以外の医師の受診も可能であるものの、その場合は一部負担金が増額される（精神科、産婦人科、眼科の場合を除く。）。	・最初に家庭医を受診することは義務付けられていないものの、多くの患者がまず家庭医を受診する行動をとっている。

9

イギリス・フランス・ドイツの比較（まとめ）

	イギリス	フランス	ドイツ
登録制	○	○	×（＊）
初回受診義務付け	○	×	×（＊）
紹介状なし受診の際の自己負担増	—	○	×（＊）

ドイツには、国民一般・被保険者一般を対象とした登録制や初回受診義務付けはない。

（＊）ただし、被保険者が、自由意思で、家庭医を登録して初回受診する義務を負う契約制度がある（家庭医中心診療。Hausarztzentrierte Versorgung. 後述）。

10

3. ドイツの医療制度 の概要（開業医）

- （１）公的疾病保険への参加
- （２）団体請負と診療報酬制度
- （３）統一評価基準（EBM）

11

（１）公的疾病保険への参加

- 医師の資格は診療科などにより細分化されている。
- 診療科の標榜には、卒後研修（州医師会が実施）の終了と州医師会の承認が必要である。
- 開業医が公的疾病保険（GKV）の診療に参加するには、金庫医協会、疾病金庫州連合会などの代表者による許可委員会の許可が必要である。許可は、標榜規制と連動して設定されている医師グループごとの需要計画により制限される。
- 許可申請には、医籍への登録が前提となる。登録要件は、医師免許と卒後研修の修了、修了した診療科の標榜資格の保持である。
- 公的疾病保険に参加する医師は、「契約医」Vertragsarztと呼ばれる（かつては「金庫医」Kassenarzt）。

12

医師グループ（Arztgruppe） ＝診療科（出典：金庫医連邦協会）

Anzahl Ärzte/Psychotherapeuten, alle Ärzte/Psychotherapeuten, 2015



13

（２）団体請負と診療報酬制度

（出典）Übersicht über das Sozialrecht 2016/2017



・全体診療報酬は、被保険者の人数と疾病構造に応じた治療需要を統一評価基準（Einheitlicher Bewertungsmaßstab, EBM）に基づいた点数量として協定する。それに点数単価を乗じ、ユーロ価格で決定される。

14

（３）統一評価基準（EBM）

- EBMは契約医に対する報酬分配の基準でもある。
- 構成
 - Ⅰ部 総則
 - Ⅱ部 共通一般的診療報酬算定区分
 - Ⅲ部 一定の要件を満たした場合に診療報酬請求できる算定区分
 - Ⅳ部 共通の特別な診療報酬算定区分
- Ⅲ部の中に、家庭医、眼科医、内科医、耳鼻咽喉科医などの各医師グループ（≡診療科）に属する契約医が診療報酬請求できる算定区分が、各医師グループの別に応じて建てられた章に収載されている。

15

４．ドイツの家庭医の役割 と診療報酬

- （１）家庭医の役割
- （２）家庭医への受診状況
- （３）家庭医の診療報酬

16

(1) 家庭医の役割

- 一般医・小児科医・家庭医診療を選択した内科医が家庭医になることができる。
- 家庭医の任務は法定されており、患者の家庭環境を踏まえた総合的継続的な医学的ケア、診断・治療・看護の調整、治療データ、診断所見等の収集、評価及び保存等が掲げられている。
- 家庭医は、複数の医療機関に跨る診療行程の管理機能や継続的な保健予防機能を持つとされており、「水先案内人」Lotseと呼ばれる。

17

(2) 家庭医への受診状況

- 公的疾病保険法には、被保険者による医師の選択の自由が明定されており、被保険者には、家庭医の下で初診を受ける一般的な義務はない。
- しかし、90%以上のドイツ国民が家庭医を持ち、2005年第1四半期の調査によると、被保険者の42%が家庭医のみを受診したほか、46%がまず家庭医を受診してから専門医を訪問しており、直接専門医を受診したのは11%のみであった。

18

(3) 家庭医の診療報酬

(出典) 筆者仮訳

EBM 2015 における家庭医診療の部に収載された診療報酬算定区分 (抜粋仮訳)

3.2 一般的な家庭医診療の算定区分

3.2.1 家庭医被保険者包括報酬、当該診療領域に適用される基準

3.2.1.1 家庭医被保険者包括報酬

EBM 番号	算定区分	点数	ユーロ
03000	被保険者包括報酬		
03001	数え年 4 歳以下	236	24.24
03002	数え年 5 歳以上 18 歳以下	150	15.41
03003	数え年 19 歳以上 54 歳以下	122	12.53
03004	数え年 55 歳以上 75 歳以下	157	16.13
03005	数え年 76 歳以上	210	21.57
03030	被保険者包括報酬 19 時から 7 時の間、土日祝日、12 月 24 日、31 日における予約外受診	77	7.91

19

3.2.2 慢性疾患患者包括報酬、診療給付

03220	1 以上の生活を変えるような慢性疾患を有する患者の治療と看護に係る算定区分 03000 に基づく被保険者への加算	130	13.35
03221	1 以上の生活を変えるような慢性疾患を有する患者の集中的な治療と看護に係る算定区分 03220 に基づく被保険者への加算	40	4.11
03230	疾患の種類と重症度に基づき必要となる患者の悩みに応じた医師の診察	90	9.24

20

3.2.4 家庭医による老人医学診療

03360	家庭医による老人医学的基礎的アセスメント	122	12.53
03362	家庭医による老人医学的診療複合	159	16.33

3.2.5 緩和ケア診療

03370		341	35.03
03371	診療所における患者への緩和ケアに係る被保険者包括報酬 03000 に対する加算	159	16.33
03372	在宅での緩和ケアに係る算定区分 01410 又は 01413 に対する加算	124	12.74
03373	在宅での緩和ケアに係る算定区分 01411、01412 又は 01415 に対する加算	124	12.74

21

3.2.3 特別の給付

03241	18 時間以上の連続記録長時間心電計に係るコンピュータを利用した評価	92	9.45
03242	認知症の疑いがある場合のテスト	19	1.95
03321	負荷心電計	200	20.54
03322	18 時間以上の長時間心電計による記録	67	6.88
03324	長時間血圧測定	78	8.01
03330	肺活量計による検査	60	6.16
03331	直腸鏡検査複合	85	8.73
03335	先行的な文書化された聴力検査に基づく探索的聴力測定	88	8.73
03350	乳幼児、小児及び児童に対する探索的神経発達検査	95	9.76
03351	乳幼児、小児、児童及び若者に対する探索的言語発達検査	166	17.05
03352	児童早期発見健診又は若者健診の病理学的診断の際の算定区分 03350 及び又は 03351 の診療行為内容の実施に係る算定区分 01712 から 01720 までと 01723 に対する加算	72	7.40

22

統一評価基準の他の部分の中で、家庭医に認められる診療行為

- ・ 救急業務
- ・ 新生児初回診察・検査
- ・ 小児疾患やがんの早期発見のための検査
- ・ 経口的ブドウ糖負荷試験
- ・ 小規模な外科手術
- ・ 創傷ケア
- ・ 縫合
- ・ 褥瘡ケア

23

家庭医が相応の資格要件を備えている場合に認められる診療行為

- ・ 理学療法
- ・ 超音波検査・診断
- ・ 睡眠障害診断
- ・ 心肺ポリグラフ

24

5. ドイツの「家庭医中心診療」

- (1) 公的疾病保険の特別なプログラム
- (2) 特別なプログラムの背景
- (3) 家庭医中心診療の枠組み
- (4) バーデン・ヴュルテンベルク州
における家庭医中心診療
- (5) 家庭医の診療所の例
- (6) 家庭医中心診療に対する評価

25

(1) 公的疾病保険の特別なプログラム

- ドイツには、一般的な公的疾病保険の診療以外に、被保険者が自身の選択により、加入することができる公的疾病保険のプログラムがある。
- プログラムは、保険者である疾病金庫と特定の医療機関やその団体が、契約によって、医療連携体制を構築する形で作成する。そのプログラムに被保険者が自由意思で登録して加入する。
- 構造化治療プログラム、統合診療など多様な形態がある。家庭医中心診療もその一つである。

26

- 例えば、「構造化治療プログラム」
(strukturierte Behandlungsprogramme) は、慢性疾患の患者に対して、医療機関が連携して科学的で最新の根拠に基づくコーディネートされた治療と介護を提供する組織的なアプローチである、とされる。
- 慢性疾患の2次予防（早期発見、早期治療）と3次予防（治療と重症化予防）が行われる。対象疾患は、1型糖尿病、2型糖尿病、乳がん、冠動脈性心疾患、喘息、慢性閉塞性肺疾患の6つである。

27

- プログラムの主な内容は、①家庭医が、患者の容態に応じて患者の専門医および病院への受診を調整し、治療プロセス全体について記録することや、②プログラムに参加する医療機関や医師は治療ガイドラインに従い診療することである。
- プログラムに参加する契約医や病院には、一般の診療報酬とは別枠の診療報酬も支払われる。
- プログラムに加入する患者は、一部負担金が軽減される。一方、検診の定期的な受診や患者教育への受講などを通じて登録したプログラムに基づく治療に主体的に協力しなければならない。

28

(2) 特別なプログラムの背景

- ドイツでは、外来診療（契約医）と入院診療（病院）との間、外来診療における診療科（≡医師グループ）相互の間が厳格に機能分化しており、連携の欠如が問題となってきた（重複検査、退院後患者の立ち往生）。
- 日本では連携を評価する診療報酬（地域包括診療料、診療情報提供料など）が活用され、具体的な医療連携体制の構築は保険医療機関に委ねられているが、ドイツでは医療機関と保険者が協力し、被保険者をプログラムに組織化する手法を採用している。

29

(3) 家庭医中心診療の枠組み

① 被保険者の加入と義務

- 被保険者は初めに自らが選択した家庭医を受診し、他の専門医を受診する場合はその家庭医の紹介を受けることが義務づけられる（眼科、産婦人科、小児科は例外）。
- 被保険者の家庭医中心診療への加入は任意であるが、加入者は原則として1年間、上掲の義務に拘束される。
- 加入者に対しては、一部負担が軽減されたり、報奨金が与えられる。

30

② 家庭医の参加と義務

- 家庭医中心診療に参加する家庭医には、
- ①エビデンスと臨床経験に基づく診療指針に従った診療を実施すること、
 - ②薬物療法のクオリティーサークルへの参加、
 - ③問診指導、精神身体医学の基本的な診療、緩和医療、老人医学等の継続研修（Fortbildung）への参加
- などが求められる。

31

③ 疾病金庫（保険者）の役割

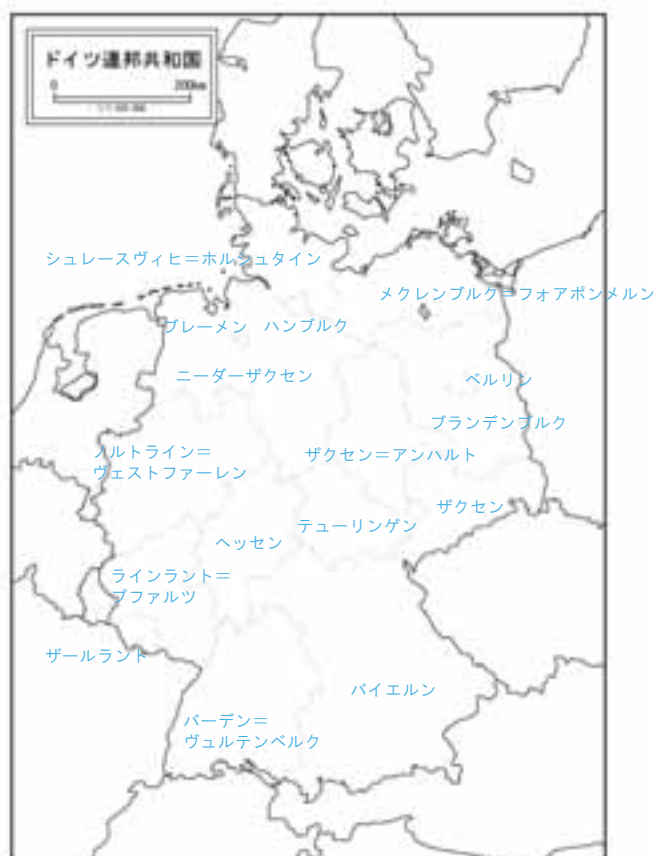
- 疾病金庫は、単独で又は他の疾病金庫と協力して、州内の家庭医診療に参加する一般医の過半数を代表する団体と家庭医中心診療を構築する契約を締結しなければならない。

32

④ 実施状況

- ただし、契約が当事者交渉によって締結に至った例は、バーデン・ヴュルテンベルク州だけに止まる。他の州では仲裁人の決定によって契約内容が確定されている。
- バーデン・ヴュルテンベルク州のほかバイエルン州、ヘッセン州、ザクセン州及びヴェストファーレン・リッペでは家庭医中心診療は普及しているものの、その他多くの家庭医中心診療契約の規模は小さい。
- ドイツ全体で家庭医中心診療に加入している被保険者は約380万人、ドイツ国民の5%程度であるとされる。

33



34

（４）バーデン・ヴュルテンベルク州における家庭医中心診療

① 概略

- ドイツ家庭医協会バーデン・ヴュルテンベルク州協会とAOKバーデン・ヴュルテンベルクを主な契約当事者とする契約（2008年5月に締結）による。
- AOKバーデン・ヴュルテンベルクの被保険者約125万人と3,800人の家庭医が加入している。

35

② 家庭医の義務

- 薬物療法のクオリティーサークルへの参加
- エビデンスに基づくガイドラインの尊重
- 法定の継続研修義務の履行（緩和ケア、疼痛治療、老人医学、整形外科等）
- 構造化治療プログラムへの参加
- 血糖値測定器、心電計、肺活量計の設備
- 最新版の契約ソフトウェアの利用

（診療報酬請求や処方、転医・転院の指示において利用するソフトウェア。家庭医に対し医薬品処方や給付管理に関する情報も提供）

36

- 月曜日から金曜日までの毎日、診療時間を設定し、1週間に1回、20時までの夜間診療時間を設けること
- 予約患者の待ち時間を30分以内に収めること
- 家庭医ができ、かつ、必要とされるすべての診療を行った上で専門医への受診を指示すること
- 専門医への受診の指示や入院指示を行うときには、重要な所見を収集し文書化して転医・転院先に送付すること
- 入院指示を行う前に外来専門医へ受診させるか否か検討し決定すること
- ジェネリック医薬品などを選択することについて留意すること など

37

③ 被保険者の参加手続と義務

- 疾病金庫AOKの被保険者が家庭医中心診療に加入するのは、自由意思に委ねらる。加入手続きは家庭医を通じて行うことができ、AOKに登録される。
- 加入者は、自身が行った家庭医の選択に少なくとも1年間拘束される。他の医師を受診することができるのは、当該家庭医による紹介がある場合にのみである（救急医療、産科、小児科を受診する場合は例外）。

38

④ 診療報酬

- 家庭医中心診療における診療に対する報酬は、統一評価基準とは異なる体系の点数表に基づく。
- 統一評価基準よりも、包括化された診療報酬が中心となっている。
- 包括報酬には、11の算定区分がある。

39

⑤ 主な包括報酬

種類	内容	価格
基本包括報酬	受診の有無に関わらず、被保険者の加入年に被保険者1人当たりで算定。血糖値測定器、心電計、肺活量計、契約ソフトウェア、IT設備、診療時間の設定などを評価。	65.00 ユーロ
診療包括報酬	四半期に1回以上、診療した場合に、四半期ごとに被保険者1人当たりで算定。	40.00 ユーロ
慢性疾患患者診療加算	慢性疾患患者を四半期に1回以上診療した場合に、四半期ごとに被保険者1人当たりで算定	25.00 ユーロ
複数疾患患者診療加算	複数疾患を持つ患者に応じた診療を評価。四半期ごとに被保険者1人当たりで算定。	15.00 ユーロ
介護ホーム加算	介護ホームや老人ホームなどで暮らす患者への診療を評価。四半期ごとに被保険者1人当たりで算定。	15.00 ユーロ
VERAHモバイル加算	家庭医診療助手による在宅サービスに利用する専用車両のリース代につき、四半期ごとに被保険者1人当たりで算定。	300.00 ユーロ

40

⑥ VERAH[®]

- 「家庭医診療助手」（VERAH[®]・Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis）には、所要の教育と実習を修了し審査に合格した医療専門職員（Medizinische Fachangestellte）などになる。
- VERAH[®]は、家庭医に代わって、患者の居宅を訪問し、予防活動、老人医学的基本アセスメント、傷の手当、ケースマネジメントや療養計画の作成を行う。注射や採血も許されている。

41

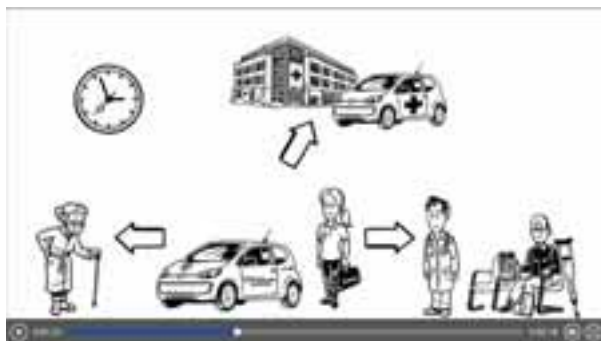
⑦ VERAH加算

- VERAH[®]による慢性疾患患者への在宅サービス自体への評価である。
- VERAHの資格を持つ医療専門職員等が1名以上診療所にいること等の要件を満たす場合にVERAH加算（四半期ごとに5.00ユーロ）が自動的に「慢性疾患患者診療加算」に加算される。

42

⑧ VERAH®の業務

(出典) https://www.verah.de/fileadmin/user_upload/redaktion/lhf/Verah/Videos/VERAH_Simple-Show.mp4



43



44

⑨ その他の診療報酬

- 個別的な算定区分
 - 予約外診療
 - がん検診
 - 小児予防検診
- 包括報酬への加算
 - 超音波検査
 - 小手術
 - インフルエンザ予防接種

45

(5) 家庭医の診療所の例

(StuttgartのDr. med. Thomas HeyerとDr. med. Ingo Leonhard Hrastrnigの共同診療所)



46



47



48



49



50



51



52

(6) 家庭医中心診療に対する評価

ポジティブ	ネガティブ
診療所経営の安定。包括報酬部分のみでは経常的経費は賄えないものの、診療所経営の強固な基盤になっている。	家庭医は、通常の公的疾病保険の契約に加え、個別の保険者ごとに複数の家庭医中心診療契約に加入する。このため、契約の種類ごとに診療報酬請求を行わなければならないと、事務負担が増大する。
家庭医に対し、確実な収入を保障することを通じて、地方における診療所を維持することに繋がることから、地方の住民・患者にもメリットがある。	
包括報酬の下では、家庭医が医学的必要性の観点から診療に専念することが可能となる。診療報酬を確保することを目的とした診療をしなくともよい。	BW州では医師が以前から定期的なサークル活動を行っており、家庭医中心診療において重要な位置づけを持つクオリティーサークルを運営するための基盤が存在していたが、他州ではそうした前提条件が欠けている。
家庭医への受診の増加に伴い、入院数が減少し、入院医療費や薬剤費が減少したほか、専門医の負担軽減にも役立った。	

53

6. 結びにかえて

- ドイツでは、通常の家庭医診療でも、また、家庭医中心診療でも、家庭医の任務や役割が相当程度明確化されていることが診療報酬の広範な包括化を可能にする前提になっているのではないか。
- ドイツの家庭医は、フランスの家庭医に比べ重装備であり、X線装置や上部・下部消化管内視鏡などはないが、超音波検査などは実施している。比較対象としては英仏よりも適切ではないか。
- 仮に、何らかのかかりつけ医登録制度を導入するとしても、登録外受診の際の一部負担引上げはしなくともよいのではないか。

健康保険法附則（平成14年8月2日法律102号）2条 医療保険各法に規定する被保険者及び被扶養者の医療に係る給付の割合については、将来にわたり百分の七十を維持するものとする。

54

(参考文献)

- 加藤智章編『世界の診療報酬』（法律文化社、2016年）第2章（田中伸至執筆部分）



- 田中伸至「ドイツの家庭医と医療制度」健保連海外医療保障93号（2012年）1頁ないし15頁

55

ご清聴ありがとうございました。

新潟大学法学部 教授

田中 伸至

〒950-2181 新潟市西区五十嵐2の町8050番地
新潟大学法学部研究室F284
電話/fax 025-262-6416
E-mail: stanaka@jura.niigata-u.ac.jp

56

研究助成 [発表1]

高齢者における独立歩行の獲得と 維持のための新たな リハビリテーションプログラムの確立

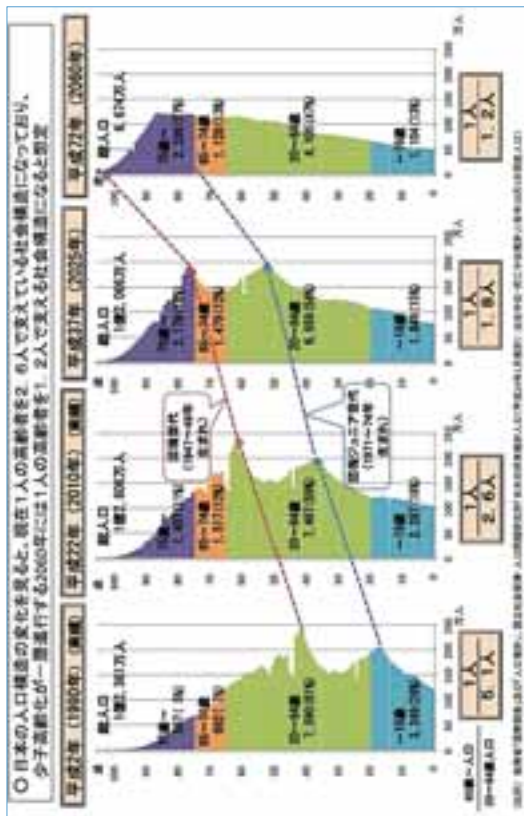
上原彰史(新潟南病院・内科)

研究キーワード

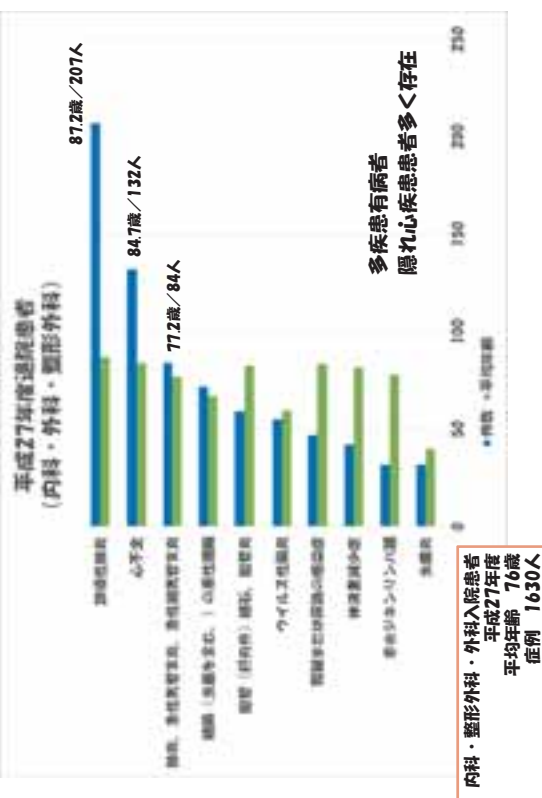
独歩、歩行機能障害、運動器不安定症、高齢者、
リハビリテーション(理学療法)

座長：丸田秋男(新潟医療福祉大学・社会福祉学部)

背景 —人口ピラミッドの推移—



新潟南病院 入院患者背景



第5回 新潟市医師会 地域医療研究助成発表会
平成29年 1月28日

高齢者における独立歩行の獲得と維持のための 新たなリハビリテーションプログラムの確立

上原彰史¹⁾、小幡 裕明^{1, 2)}、渡部 裕¹⁾、和泉 由貴²⁾、鈴木 順夫³⁾
河内 泰典⁴⁾、山田 笑²⁾、小浦方 志織²⁾、新保 浩史²⁾、和泉 徹¹⁾



1) 新潟南病院 内科
2) 新潟南病院 リハビリテーション科
3) 新潟南病院 整形外科
4) 新潟南病院 栄養管理部

背景 —新潟県における非健康寿命—



独歩プロジェクト「DOPPO」とは

Discharge of elderly Patients from hospital On the basis of their independent gait

買い物歩行や食事歩行それぞれにトイレ歩行が危うくなった入院患者を対象にした
身体的フレイル高齢者の独歩退院をめざす病院づくり

定義：
身体的フレイル高齢者
...65歳以上、SPPB12点未満

＜DOPPOリハビリの基本処方＞



目的

- ・ 独歩プロジェクトの効果を検討すること。
- ・ 6分間歩行距離とSPPBとの関係を調べること。

対象と方法

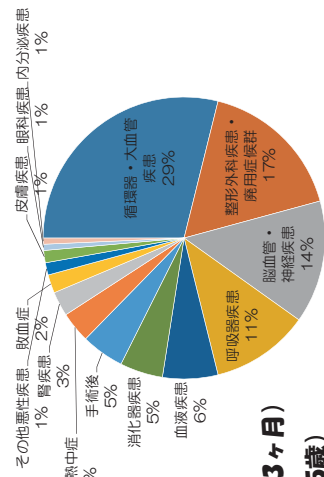
対象：
SPPBが12点未満の
身体的フレイルを示し
独歩プロジェクトに
参加し退院出来た
65歳以上の入院患者
連続137名

期間：

2013年4月～2016年10月（43ヶ月）

年齢： 81.8±7.1歳（65～95歳）

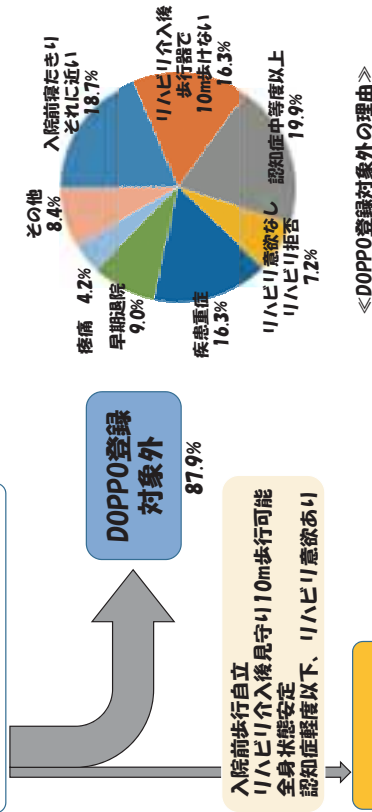
男女比： 男 61人、女 76人



＜最も医療資源を投入した病名＞

対象者は

入院患者身体リハビリ依頼



＜DOPPO登録対象外の原因＞

測定項目：

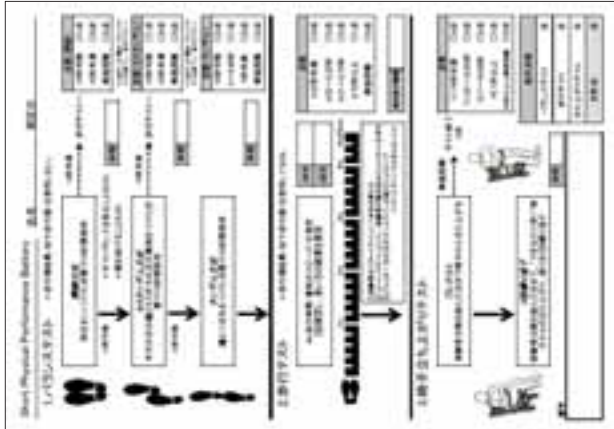
- ✓ Short physical performance battery (SPPB) score (points)
- ✓ 等尺性膝伸筋筋力 (kg・f/kg、%)
- ✓ Functional reach test (FRT) (cm)
- ✓ 片脚立位時間 (s)
- ✓ 10m歩行速度 (m/s)
- ✓ 6分間歩行距離 (m)

上記検査を、DOPPOリハビリ実施前と終了時に評価した。

統計解析方法：
関与する因子の解析には
t-検定
Spearman相関分析
を用いた。

SPPB

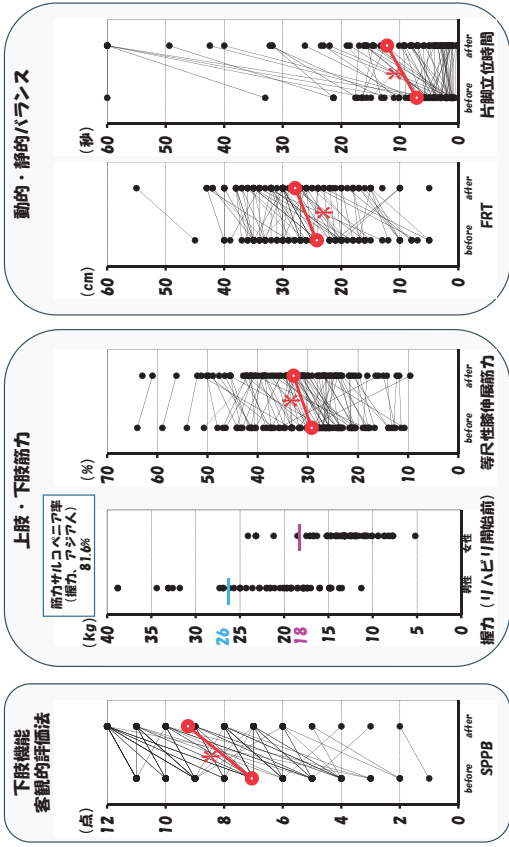
各項目4点ずつ
12点満点



結果-1 リハビリ効果

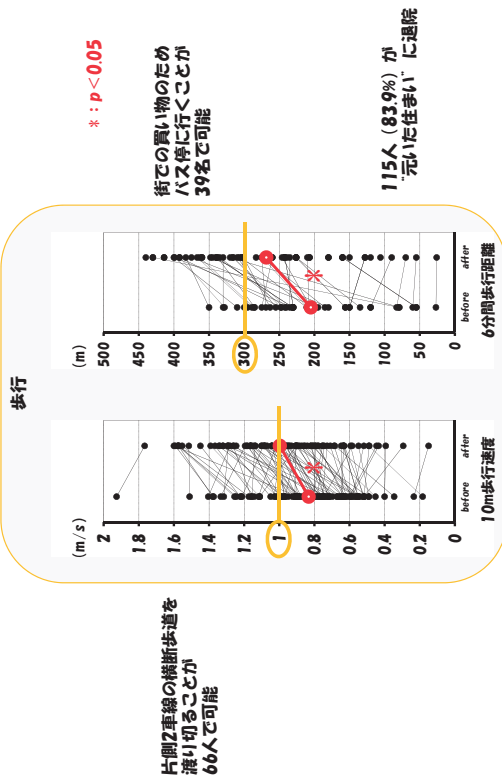
*: $p < 0.05$

リハビリ期間: 34.5 ± 19.2 日、リハビリ診療密度: 94.7 ± 52.4 単位

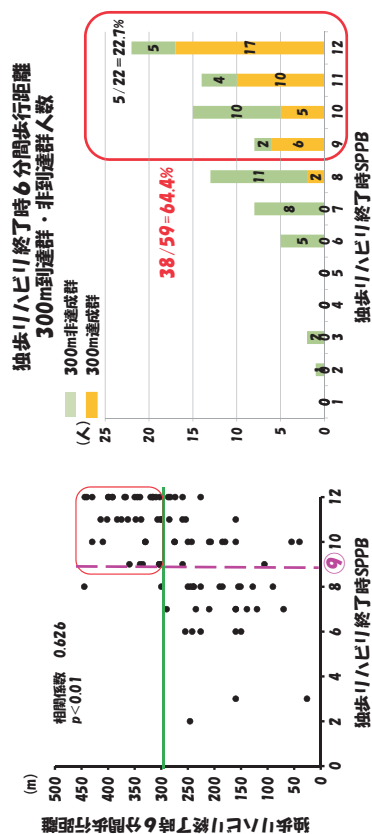


結果-1 リハビリ効果

リハビリ期間: 34.5 ± 19.2 日、リハビリ診療密度: 94.7 ± 52.4 単位



結果-2 独歩リハビリ終了時SPPBと6分間歩行距離



SPPB9点以上獲得すれば、64.4%が300mに到達する。
SPPB12点満点を獲得しても、22.7%は300mに到達できない。

結語	✓ 平均年齢 81.8歳かつSPPB 7.1点の身体的フレイル高齢入院患者に対して、DOPPOリハビリ介入により筋力・バランス・歩行が有意に改善した。その結果、83.9%と高率に元いた“住まい”に戻り、在宅医療が可能となった。 ✓ DOPPOプロジェクトにおけるSPPB評価は、リハビリ効果をガイドする臨床指標として有用であり、6分間歩行距離と相関がある。少なくとも9点が獲得できれば6分間歩行距離300mの可能性が開けると考えられる。
--	---

【研究者・研究組織・研究概要（申請書より）】

高齢者における独立歩行の獲得と維持のための新たなリハビリテーションプログラムの確立

研究代表者：上原 彰史（うへはら あきふみ）

（新潟南病院・内科）

研究組織（＊印は新潟市医師会員）

①研究者名	②分 担 す る 研 究 項 目	③最 終 卒 業 校 ・ 卒業年次・学位 及 び 専 攻 科 目	④所 属 機 関 及び現在の専門 (研究実施場所)	⑤所 属 機 関 に お け る 職 名
○＊上原彰史	運動療法の実施・ データ収集と解 析・成果の発表	新潟大学・平成13 年・内科	新潟南病院	内科部長
＊小幡裕明	運動療法の実施・ データ収集と解析	新潟大学・平成13 年・医学博士・循 環器内科	新潟南病院	リハビリテーショ ン科部長
＊渡部 裕	データ解析	新潟大学・平成8 年・医学博士・循 環器内科	新潟南病院	副理事長 内科部長
和泉由貴	運動療法の実施	新潟大学・平成12 年・リハビリテー ション科	新潟南病院	リハビリテーショ ン科医師
＊鈴木順夫	運動療法の実施	新潟大学・昭和48 年・医学博士・整 形外科	新潟南病院	整形外科部長
河内恭典	リハビリテーショ ンにおける栄養管 理	北里大学保健衛生 専門学院・平成11 年	新潟南病院	管理栄養士長
山田 笑	運動療法の実施	帝京平成大学専門 学校・平成21年	新潟南病院	理学療法士
＊和泉 徹	運動療法並びに データ解析の統括	新潟大学・昭和46 年・医学博士・循 環器内科	新潟南病院 北里大学	統括顧問 名誉教授

研究の概要

日本の高齢化の水準は世界でも群を抜いたものであり、高齢者数は2050年頃まで増え続け、社会保障費の増大や医療・介護サービスの担い手の不足が懸念されている。健康上の問題がない状態で日常生活を送れる期間のことを健康寿命と呼ぶ。平均寿命と健康寿命との差は、日常生活に制限があり医療や介護の必要度が高い「非健康な期間」を意味している。新潟県民の「非健康な期間」は全国的に見て長く、健康寿命の延伸は本県の喫緊の課題である。

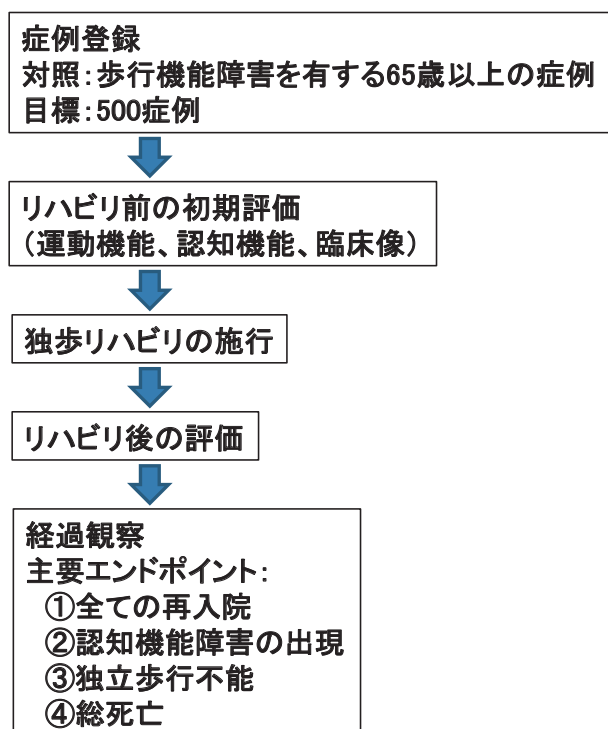
当院では平成25年から、高齢患者の独歩を守るための集学的な疾病管理プログラムである「独歩プロジェクト」を推進している。このプロジェクトにおける“高齢者のための独立歩行獲得と維持のためのリハビリテーションプログラム”には、現在までに100名以上の高齢者が参加して、歩行機能の改善はもとより、筋力やバランス機能といった歩行関連機能の向上やリハビリの効果の予測因子の同定といった様々な成果を報告してきた。

そこで本研究では、独歩リハビリテーションプログラムの効果を前向きに検討することを目的とした。すなわち、500症例を目標に独歩プロジェクトの参加者を集積し、前向きに追跡することによって、本リハビリテーションプログラムの高齢者に特有なイベント（死亡、入院、独立歩行不能、認知障害の出現）への予防効果を検討する。また、身体的フレイルにかかわる様々な指標や健康統合指標の改善効果も検討する。これにより、高齢者における歩行機能低下の特徴が解明されると共に、リハビリテーション効果の新たな予測因子の同定が期待される。

本研究により、高齢者における独歩を獲得するための最適なりハビリプログラムの確立が期待され、歩行機能が障害された高齢者が再び独歩の能力を取り戻すことに大いに寄与しうる。また、歩行機能の再獲得による健康寿命の延伸は、歩行機能障害がもたらしうる転倒・骨折による医療負担の軽減につながり、公衆衛生や医療経済上の大きな貢献が期待される。さらに、看護・理学療法のみならず、介護の質の向上や、介護者の身体的・精神的負担の軽減に波及し、高齢者医療に関わる施策への貢献や、それに携わる医療や介護機関における効果的かつ質の高いサービス提供への反映が期待される。

すでに我々は、リハビリ前の歩行速度がある程度維持されている高齢者の方が本リハビリプログラムの効果が高い等の先行結果を得ており、本研究の妥当性は示唆されている。

(流れ図)



研究助成 [発表2]

秋葉区における摂食嚥下機能評価 システムの構築と効果の検討(中間報告)

張替 徹(下越病院・リハビリテーション科)

研究キーワード

摂食嚥下障害、機能評価、地域連携

座長：佐藤隆司(新潟市福祉部)

秋葉区における摂食嚥下機能評価システムの構築と効果の検討 (中間報告)

張替 徹1 伊東浩志2 本田智子1 小林あかね2 真柄 悦子3
豊島宗厚2 五十嵐 修1

1. 社会医療法人新潟勤労者医療協会下越病院
2. 医療法人社団 健進会新津医療センター病院
3. 新潟市秋葉区役所 健康福祉課

2016年度 新潟市医師会地域医療研究助成委員会

1

あきは食のサポートチーム

- 2015年10月より、月1回の会議を重ねてきた
- 摂食嚥下機能評価システムの検討
- 平成28年度新潟市医師会地域医療研究助成金による研究応募の準備(採択された)
- むすびあい手帳の摂食嚥下障害に関するシートの検討

2016年度 新潟市医師会地域医療研究助成委員会

3

摂食嚥下障害診療の現状

- 急性期から回復期を経て生活期に向かう摂食嚥下障害者の支援システムは地域連携パスの普及などにより整備されつつある
- 一方、在宅の高齢者、施設入所者では、摂食嚥下障害に適切な対応がされているとは言い難い

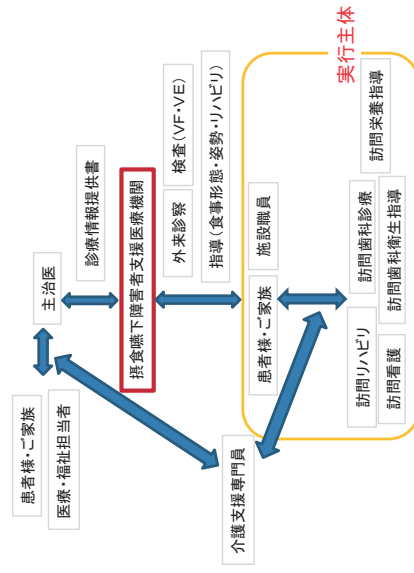


地域における摂食嚥下障害者の支援システム構築が必要である

2016年度 新潟市医師会地域医療研究助成委員会

2

摂食嚥下障害者支援医療機関



2016年度 新潟市医師会地域医療研究助成委員会

4

摂食嚥下障害者支援医療 機関の役割

- ①地域の摂食嚥下障害者に関する評価、助言を行う
- ②摂食嚥下障害に対する医療・福祉の連携システム構築を促進する
- ③地域の摂食嚥下障害への対応能力を高める

2016年度 新潟市医師会地域医療研究助成委員会

5

目的

秋葉区において、2つの病院(新津医療センター病院と下越病院)が協力して、摂食嚥下機能評価システムを構築し、そのニーズ、効果、課題を検討する。

2016年度 新潟市医師会地域医療研究助成委員会

6

方法

- 摂食嚥下障害に関する資材の作成
- 研修会の開催
- 嚥下機能評価の実施および評価に基づく指導
- 郵送による3ヶ月後調査
- データ解析

2016年度 新潟市医師会地域医療研究助成委員会

7

摂食嚥下障害に関する資材 の作成

- 連携手帳用紙(摂食嚥下障害に関するシート、摂食嚥下機能評価・指導シート)作成
- 指導用パンフレット作成
- 摂食嚥下110番チラシ作成



2016年度 新潟市医師会地域医療研究助成委員会

8

研修会の開催

- 第1回摂食嚥下障害研修会 「摂食嚥下障害の評価と治療」
2016年5月28日開催 99名参加
- 第2回摂食嚥下障害研修会 「摂食嚥下障害と嚥下調整食」
2016年6月25日開催 70名参加
- 第14回新津地域連携協議会 「地域での摂食嚥下障害への
取り組み」

2016年11月11日開催 165名参加

2016年度 新潟市医師会地域医療研究協議会

9

広報活動

- FMIについて
 - 8月24日 こんにちは秋葉区役所 「摂食嚥下障害とあきは食のサポートチームの取り組みについて」 原稿放送
 - 8月29日 クリック！秋葉区 健康メモ 「あきは食のサポートチームの取り組みについて」 対談での生放送
- 下越病院健康祭 10月2日(日) 張替講演
- NPO健康寿命・リヴィングウイル主催 平成28年度健康シンポジウム 「創ろう健康文化フレイルを知ってしっかり向き合おう」 10月8日(土) 張替、西村講演
- 秋葉区介護支援専門員連絡部会で当チームの紹介 10月18日(火)
- 新津医療センターの病院祭 10月22日(土) 摂食嚥下に関する企画
- 秋葉区役所日より 2016年11月20日号 摂食嚥下(飲み込み)110番

2016年度 新潟市医師会地域医療研究協議会

10

摂食嚥下機能評価1

嚥下造影検査 VF
造影剤を混ぜた食べ物や
飲み物を食べたり飲んだり
して透視する検査

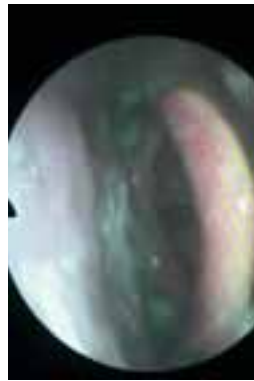


2016年度 新潟市医師会地域医療研究協議会

11

摂食嚥下機能評価2

嚥下内視鏡検査 VE
内視鏡で飲み込みを直接見る検査



2016年度 新潟市医師会地域医療研究協議会

12

摂食嚥下機能評価に基づく指導

- 食事形態の変更
 - 主食、副食
 - 水分のとりみ付け
- 食事の姿勢
 - 角度、首の向き、体幹
- 嚥下的方法
 - 複数回嚥下
 - 交互嚥下
- 準備運動・リハビリ
 - 嚥下体操
 - 食前ののどのアイスマッサージ
 - 嚥下おでこ体操
 - 頭部挙上訓練
 - フローイング
 - 発声練習

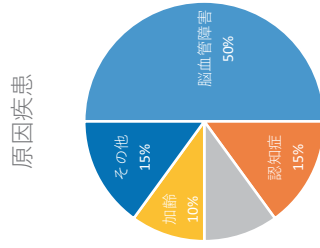


2016年度 新潟県医師会地域医療研究助成委員会

13

対象者の状態

- 2016年7月～12月に摂食嚥下機能評価、指導を行った20名
- 性別 男性12名 女性8名
- 年齢 平均80.7才(65～92才)
- 居住場所 在宅17名 施設3名
- 依頼元 自院17名 施設1名 他院2名



2016年度 新潟県医師会地域医療研究助成委員会

15

データベースと解析

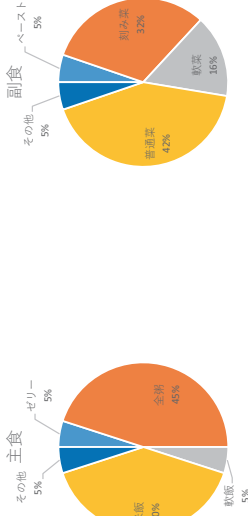
- 項目
- 摂食嚥下に関する情報
 - 患者属性、評価の目的、原因疾患名、日常生活自立度、摂食嚥下に関する症状、食事形態、食事の介助、食事の姿勢、摂食時の注意、リハ内容
- 摂食嚥下機能評価結果
- 指導内容
- 3ヶ月後調査結果
 - 摂食嚥下に関する症状、実行内容、助言・指導の効果、対象者のスクリーニング、検査の流れ、助言・指導内容の評価、要望
- 解析
 - 対象者のスクリーニング、検査の流れ、助言・指導内容の質的評価を行うとともに助言・指導の効果について検討

2016年度 新潟県医師会地域医療研究助成委員会

14

食事の摂取状況

- 摂取経路 経口19名 一部経口摂取1名
- 食事介助 自力摂取13名 一部介助2名 全介助5名
- 補助食品 あり2名 なし18名
- 水分 とりあり7名 なし13名



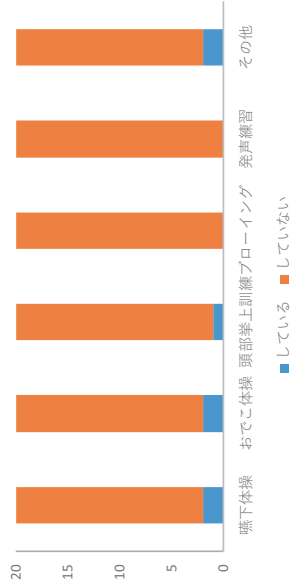
2016年度 新潟県医師会地域医療研究助成委員会

16

食事の際に行っていること、リハ内容

食事の際に行っていること 口腔ケア以外なし

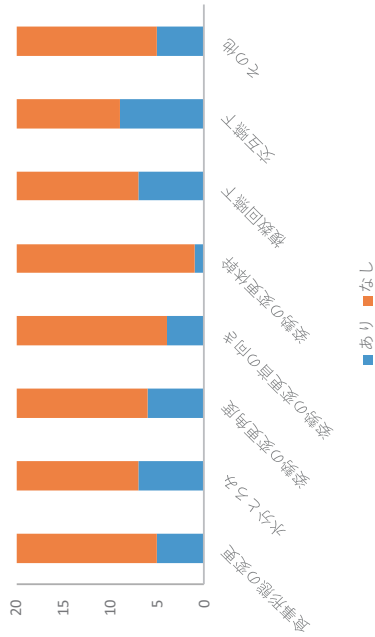
行っているリハ内容



17

2016年度 新潟市医師会地域医療研究助成委員会

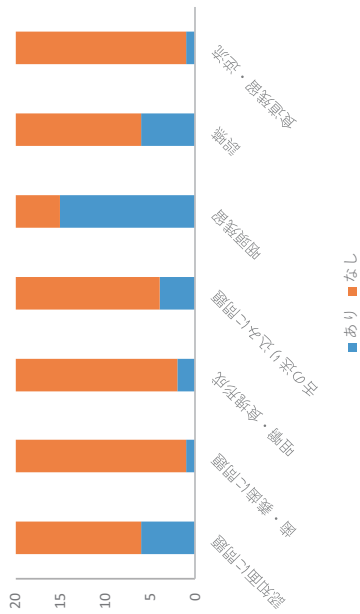
食事および摂食に関する指導内容



19

2016年度 新潟市医師会地域医療研究助成委員会

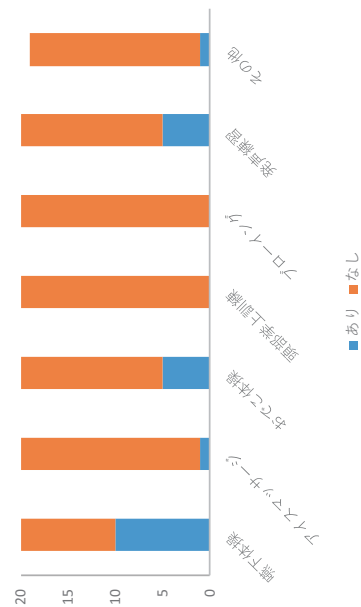
VF/VE検査所見



18

2016年度 新潟市医師会地域医療研究助成委員会

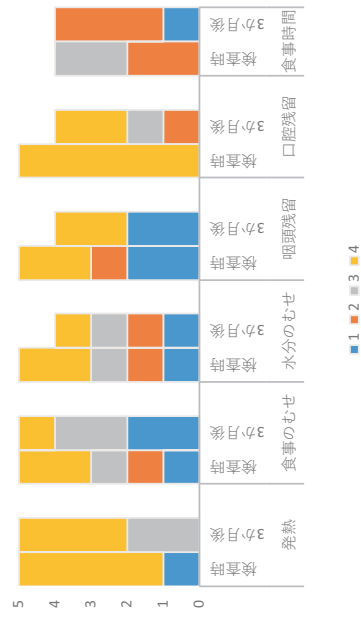
リハに関する指導内容



20

2016年度 新潟市医師会地域医療研究助成委員会

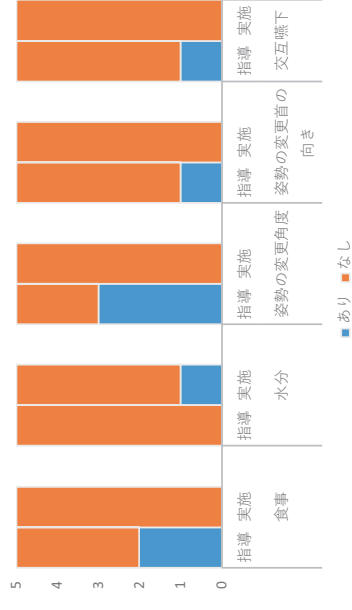
嚥下に関係する症状の変化



2016年度 新潟市医師会地域医療研究助成委員会

21

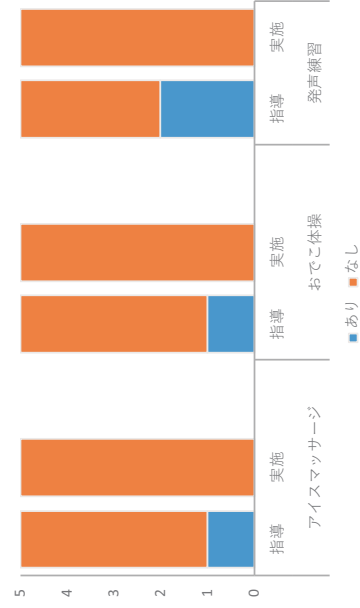
食事および摂食に関する指導の実施状況



2016年度 新潟市医師会地域医療研究助成委員会

22

リハに関する指導の実施状況



2016年度 新潟市医師会地域医療研究助成委員会

23

摂食嚥下機能評価および助言に関する意見

● 全般的評価

役に立った 2
どちらでもない 2

職員、家族にとっては有意義だったが、
ご本人は助言を受け入れなかった

● その他の評価

	依頼の仕方	検査の流れ	助言・指導内容
現状で良い	4	2	4
改善すべき	1	2	0

ご本人に食べてもらう
方が良い

2016年度 新潟市医師会地域医療研究助成委員会

24

考察1

- 摂食嚥下障害者支援システム構築
 - 摂食嚥下機能評価の体制を構築し、摂食嚥下障害を啓発する資料、指導資料、連携ツールを作成することができた。
 - 課題は、評価に応じて迅速に栄養指導や介護計画の検討を可能にするシステム整備である。
- 地域の摂食嚥下障害対応能力の向上
 - 3回の研修会を開催し、地域での摂食嚥下障害への関心は高まったと思われる。
 - 来年度以降も、嚥下調整食を中心とした研修会を開催していきたい。

2016年度 新潟市医師会地域医療研究助成委員会

25

考察2

- 摂食嚥下機能評価と指導の実践
 - これまで20名の方に摂食嚥下機能評価を行った。
 - 様々な広報活動を行ったが、評価依頼が少ない。
- ➡
- 評価依頼の障壁があることが推測され、来年度、調査を計画している。
 - 評価を行った方の90%に何らかの所見が認められた。
 - 嚥下に関連する症状に基づいた被検者の選択は適切と思われる。

2016年度 新潟市医師会地域医療研究助成委員会

26

考察3

- 指導について
 - 指導内容は、食事および摂食に関する指導が多く、リハに関する指導は少なかった。
 - 追跡調査で、食事と水分に関する指導内容を実行している方はいたが、リハに関する指導内容を実行している方はいなかった。
- ➡
- 在宅・施設入所の方には食事や水分に関する指導に重点を置いた方が良い。

2016年度 新潟市医師会地域医療研究助成委員会

27

まとめ

- 秋葉区において、摂食嚥下障害者支援システムを構築するため、チームを結成し様々な活動を行った。
- 摂食嚥下機能評価の依頼が少ないことから、何らかの障壁があることが推測され、解決すべき課題である。
- 摂食嚥下障害評価・指導の実践により、指導の重点項目が見えてきた。
- 来年度以降、地域の多職種で連携し、摂食嚥下障害者支援を進めていきたい。

2016年度 新潟市医師会地域医療研究助成委員会

28

【研究者・研究組織・研究概要（申請書より）】

秋葉区における摂食嚥下機能評価システムの構築と効果の検討(中間報告)

研究代表者：張替 徹（はりがい とおる）
（下越病院・リハビリテーション科）

研究組織（＊印は新潟市医師会員）

①研究者名	②分 担 す る 研 究 項 目	③最 終 卒 業 校 ・ 卒 業 年 次 ・ 学 位 及 び 専 攻 科 目	④所 属 機 関 及 び 現 在 の 専 門 (研究実施場所)	⑤所 属 機 関 に お け る 職 名
○＊張替 徹	研究全般	新潟大学医学部医学科・平成1年卒業・学士	社会医療法人新潟勤労者医療協会下越病院	リハビリテーション科科长
＊伊東浩志	研究全般	岩手医科大学医学部・平成1年卒業・学士	医療法人社団健進会新津医療センター病院	総合診療科医長
本田智子	研究全般	新潟医療福祉大学医療技術学部言語聴覚学科・平成18年卒業	社会医療法人新潟勤労者医療協会下越病院	言語聴覚士
小林あかね	研究全般	新潟医療福祉大学医療技術学部言語聴覚学科・平成20年卒業	医療法人社団健進会新津医療センター病院	言語聴覚士
真柄悦子	研究全般	新潟大学大学院保健学研究科・平成21年卒業修士・看護学専攻	新潟市秋葉区役所健康福祉課	主査
＊豊島宗厚	研究総括	新潟大学大学院医学研究科・昭和57年3月卒業・医学博士・内科・消化器科	医療法人社団健進会新津医療センター病院	院長
＊五十嵐修	研究総括	新潟大学医学部医学科・昭和54年3月卒業・学士	社会医療法人新潟勤労者医療協会下越病院	院長

研究の概要

摂食嚥下障害は、要介護高齢者の18%に、施設入所者では45～60%に認められることから、摂食嚥下障害者の効率的な支援システムが必要である。急性期から回復期を経て生活期に向かう流れは整備されつつあるが、生活期にある在宅の高齢者、施設入所者では、摂食嚥下障害が適切に対応されているとは言い難い。

摂食嚥下障害のリハビリテーション（以下リハ）、支援には、摂食嚥下機能の評価が欠かせない。そのため、われわれは、秋葉区において、2つの病院（「摂食嚥下障害者支援医療機関」と呼ぶ）が協力して、摂食嚥下機能評価システムを構築することとした。本研究の目的は、在宅、施設の摂食嚥下障害者に対して「摂食嚥下障害者支援医療機関」が行う摂食嚥下機能評価・助言のニーズ、効果、システムの課題を示すことである。「摂食嚥下障害者支援医療機関」の役割は、地域の摂食嚥下障害者に関する評価・助言の他、摂食嚥下障害に関する医療・福祉の連携システム構築の促進、地域の摂食嚥下障害への対応能力向上を想定している。

秋葉区で構築する摂食嚥下機能評価システムをモデルとして、新潟市のそれぞれの区あるいは地域で、同様のシステムを構築することが可能になる。これにより、新潟市全体の摂食嚥下障害者の支援につながるとともに、新潟市各区において地域包括ケア計画の作成する際には、我々の構築する摂食嚥下障害評価システムが参考になると思われる。

本研究は図1に示した通りの2か年計画で行い、研究計画、履行および成果発表については、下越病院および新津医療センター病院の倫理委員会に内容の承認を得た上で進めることとする。

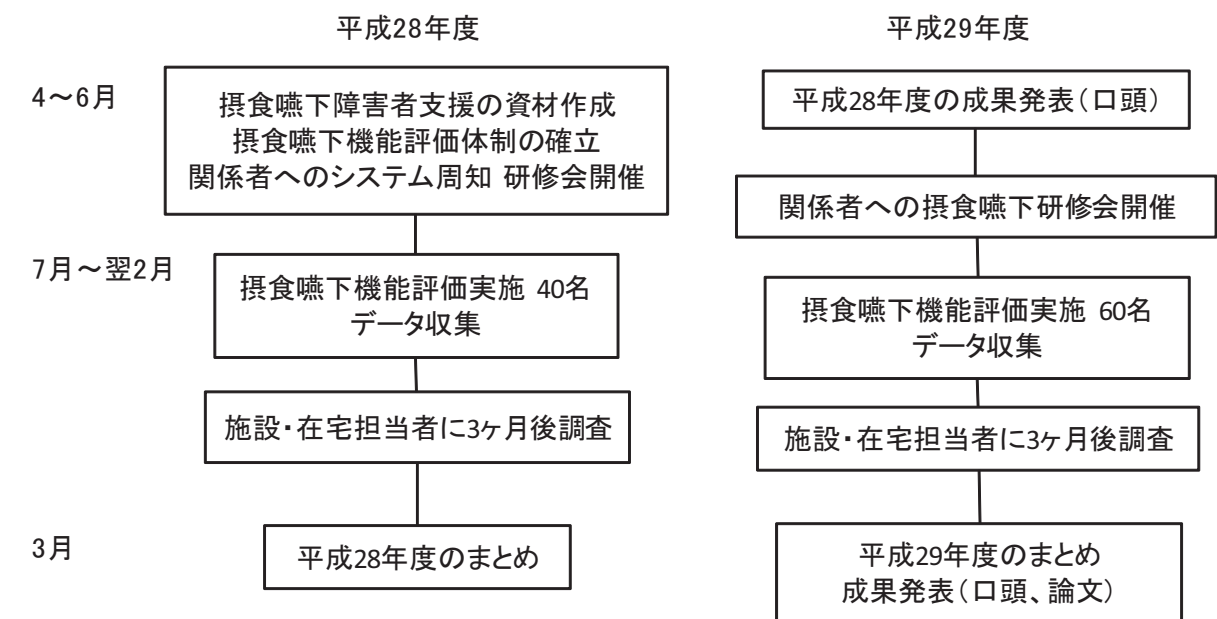


図1. 研究の流れ

研究助成 [発表3]

新潟市における慢性閉塞性肺疾患患者の 問題点と地域医療連携に関する研究

大嶋康義(新潟大学・生命科学医療センター)

研究キーワード

慢性閉塞性肺疾患、COPD連携手帳、地域医療連携、
多施設共同研究、横断的研究

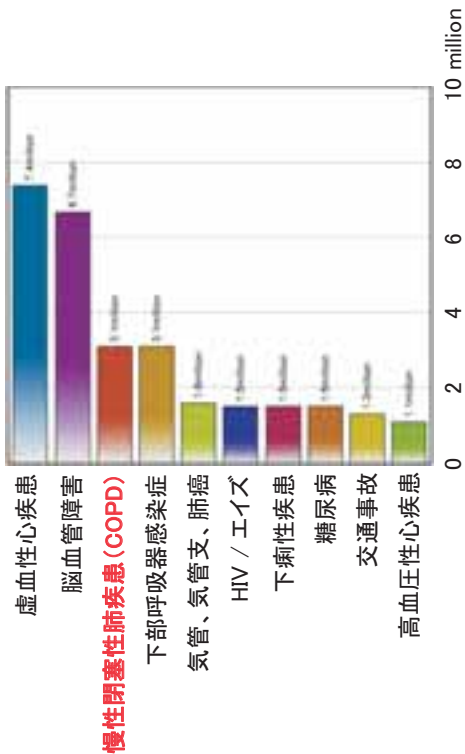
座長：長井亮一(新潟市保健衛生部)

新潟市における慢性閉塞性肺疾患患者の問題点と地域医療連携に関する研究

大嶋康義¹⁾ 穂苅諭¹⁾ 坂井邦彦²⁾ 横田樹也³⁾ 大平徹郎⁴⁾

- 1) 新潟大学大学院 医歯学総合研究科 呼吸器・感染症内科学分野
- 2) 新潟臨港病院 呼吸器内科
- 3) 横田内科医院
- 4) 国立病院機構 西新潟中央病院 呼吸器センター内科

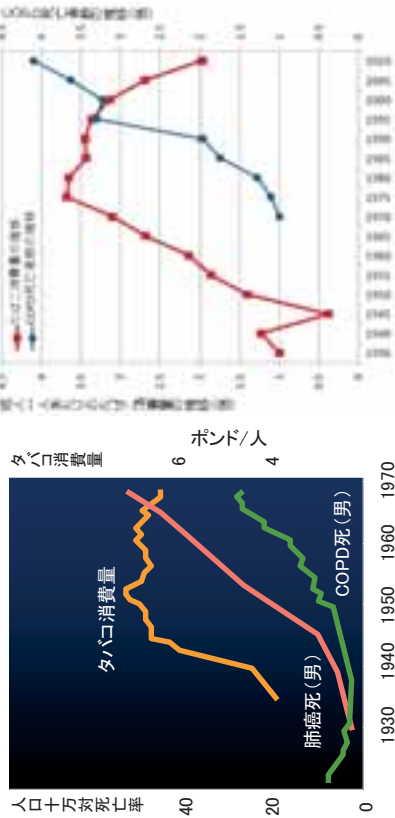
世界における死亡原因(2012年)



World Health Organization. Available from URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>; 2014.

喫煙とCOPD

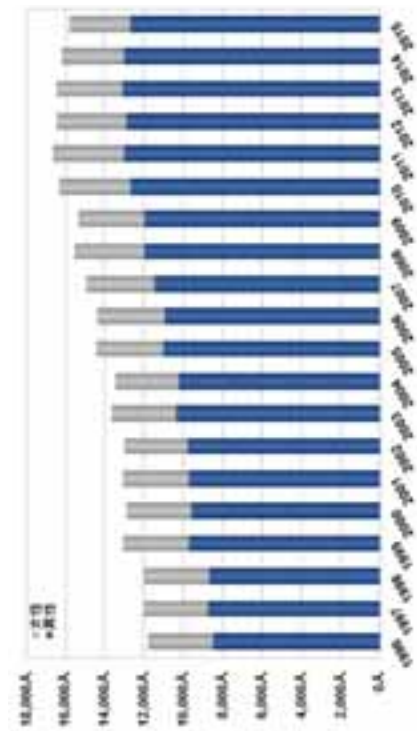
米国のタバコ消費量と肺癌・COPD死亡率 日本 のタバコ消費量とCOPD (肺気腫)死亡率



米国胸部学会 (1975)

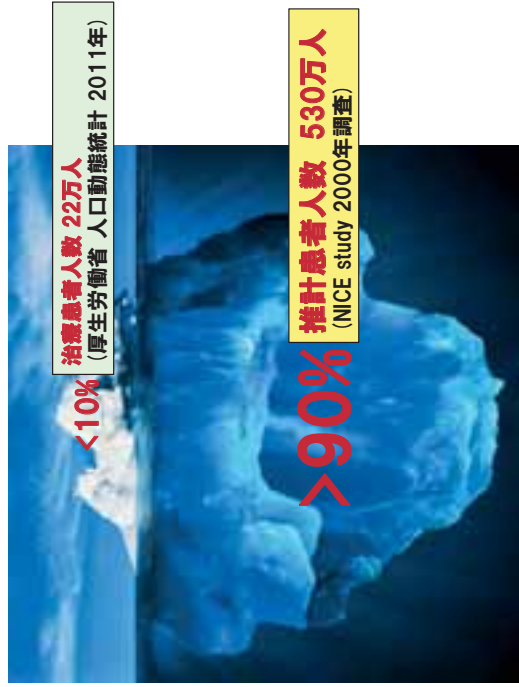
日本専売公社、JT、厚生省「人口動態統計」

日本におけるCOPDの死亡者数



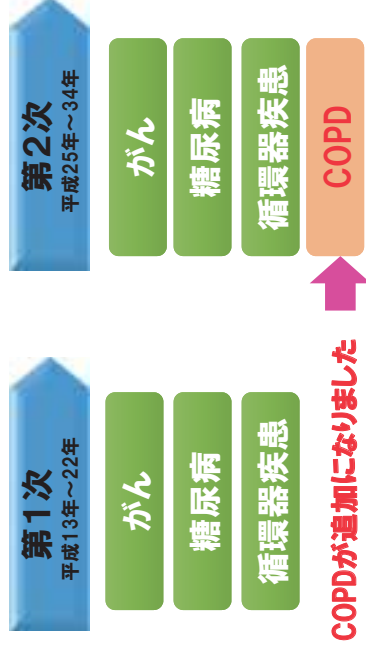
厚生労働省 人口動態統計

潜在化しているCOPD



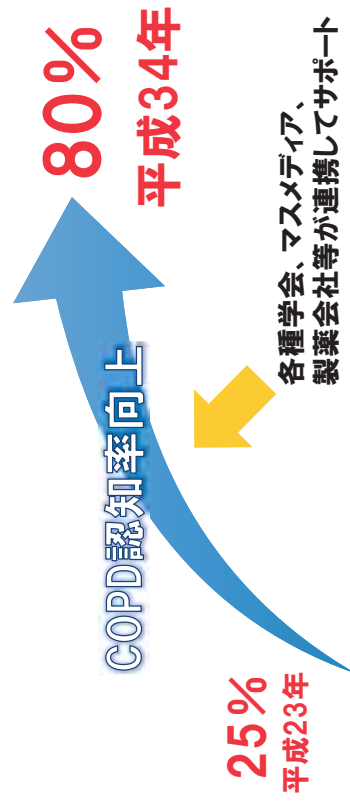
健康日本21

正式名称「21世紀における国民健康づくり運動」。厚生労働省が主幹となり、**特定の疾患**に対し、健康に関連する全ての関係機関・団体等を巻き込んで行う啓発活動プロジェクト。

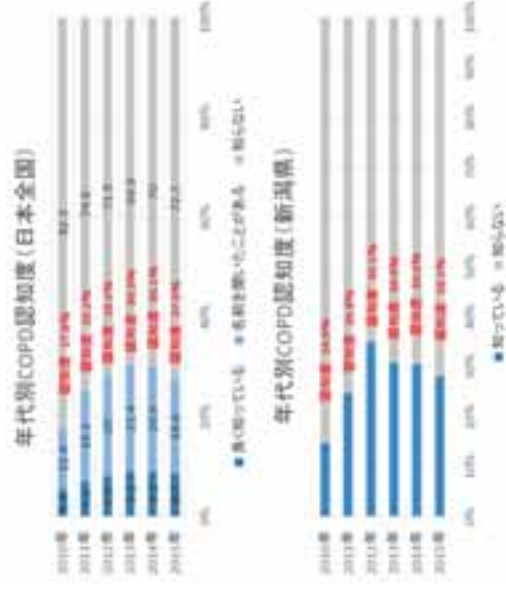


官報告示について

平成24年、7月10日付で健康日本21関連の告示がされました。
これにより、公的に**COPDの啓発活動**が推進されることになりました。



COPDの認知度



COPDの課題

- COPD患者の増加
疾患認知率の向上を図るとともに、1000人以上の未診断患者への対応が求められる可能性

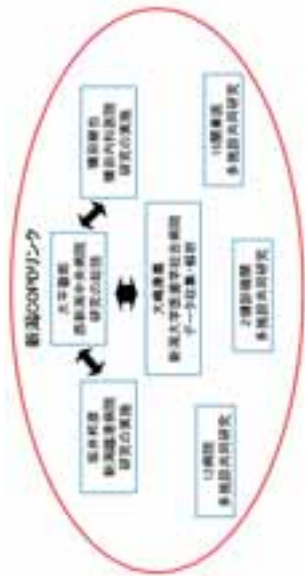
下越地区年間 人間ドック受診数	喫煙者	閉塞性換気障害あり
24870人	5957人 (24.0%)	1063人 (4.3%)

- 新潟市におけるCOPDの現状、問題点が不明
- COPD増悪時の救急外来受診
新潟医療圏 病院群輪番制
メリット：夜間休日の診療体制の効率化
デメリット：かかりつけ以外への入院

目的

- 本研究は新潟COPDリンクを用いて
- ①COPD連携ファイルを作成し、各医療機関のCOPD患者の現状を調査すること
 - ②新潟医療圏病院群輪番制により夜間休日の診療体制の効率化がなされているが、COPD増悪によりかかりつけ医以外への緊急入院の状況や問題点を明らかにすること
 - ③COPD連携ファイルを患者が所持することでかかりつけ以外への即効性のある情報提供に寄与できるか明らかにすること
 - ④COPDを想定した検診事業やその二次検診の受け皿として新潟COPDリンクが貢献できるか、効果を立証すること
- を目的とする。

新潟COPDリンクの発足



- 12病院：新潟大学医学総合病院、西新潟中央病院、新潟臨港病院、済生会新潟第二病院、新潟医療センター、本戸病院、新潟市民病院、信楽園病院、亀田第一病院、下越病院、南部郷総合病院、県立新発田病院
- 16開業医：横田内科医院、中和内科医院、せきやクリニック、幸村医院、土田医院、本町いとう内科クリニック、中新潟クリニック、わかばやし内科クリニック、さとう内科クリニック、ほしの医院、五十嵐医院、田辺医院、こばやし内科クリニック、こなん内科クリニック、ふるしまクリニック、ひらた内科クリニック
- 2健診機関：新潟県労働衛生医学協会、新潟県保健衛生センター

研究計画



初期のCOPD連携ファイル

項目	内容
患者氏名	山田 太郎
生年月日	1980-01-01
性別	男
年齢	38
職業	会社員
既往歴	アレルギー性鼻炎、喘息
現在服薬	吸入ステロイド、吸入β2刺激薬
喫煙歴	喫煙者
家族歴	父：高血圧、母：糖尿病

あまりに文書量が多く、忙しい臨床では使用困難と不評であった

項目	内容
患者氏名	山田 太郎
生年月日	1980-01-01
性別	男
年齢	38
職業	会社員
既往歴	アレルギー性鼻炎、喘息
現在服薬	吸入ステロイド、吸入β2刺激薬
喫煙歴	喫煙者
家族歴	父：高血圧、母：糖尿病

COPD連携ファイルの改善

項目	内容
患者氏名	山田 太郎
生年月日	1980-01-01
性別	男
年齢	38
職業	会社員
既往歴	アレルギー性鼻炎、喘息
現在服薬	吸入ステロイド、吸入β2刺激薬
喫煙歴	喫煙者
家族歴	父：高血圧、母：糖尿病

初回の登録情報はシンプルに1枚

- ・発見動機
 - ・喫煙歴
 - ・併存症
 - ・自覚症状
 - ・COPD病期
 - ・治療状況
 - ・HOTの有無
- を把握可能

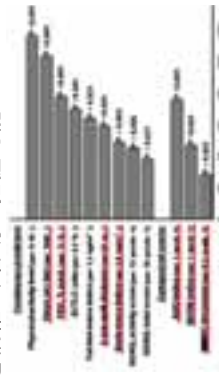
COPD連携ファイルの改善

2ヶ月毎に受診の症例では1年で1枚
COPDの予後を規定する因子

- ・歩数
- ・%FEV1
- ・6MWT
- ・BMI
- ・ADOLindex
- ・BODEindex
- ・mMRC

を網羅し、容易に把握可能

項目	内容
患者氏名	山田 太郎
生年月日	1980-01-01
性別	男
年齢	38
職業	会社員
既往歴	アレルギー性鼻炎、喘息
現在服薬	吸入ステロイド、吸入β2刺激薬
喫煙歴	喫煙者
家族歴	父：高血圧、母：糖尿病



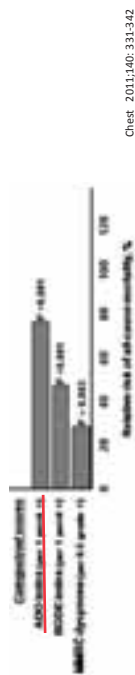
吸入手技・服薬アドヒアランスの向上のため、
医薬連携による吸入指導の充実化。

他職種協働の充実のため、フリーに
記載可能なページを設けた。

先行研究としてのCOPD連携ファイルの運用

人数(n)	12
男/女	12/0
年齢(yr)	73.7±7.8
喫煙 Brinkman index	1128±426
呼吸機能検査	
VC(ml)	2795±653
FEV1(ml)	1297±447
%FEV1(%)	47.9±16.2
病期(I/II/III/IV)	0/5/6/1
吸入薬	
LAMA	5
LAMA+LABA	3
LABA+ICS	2
LAMA+LABA+ICS	2
CAT	11.3±4.8
mMRC	1.2±0.7
フレイルスコア	0.8±0.9
	Mean±S.D

先行研究としてのCOPD連携ファイルの運用



ADO (Age, Dyspnea, Obstruction) index

	5 patients	9 patients	3 patients	3 patients	4 patients	5 patients
CCFs (% predicted)	40/50	20-40%	0/5%			
Trypsin (MIC units)	0.3	2	2	4		
Age (years)	60-70	50-55	50-55	50-55	50-55	50-60

3年死亡率の予測

[illegible]

本研究

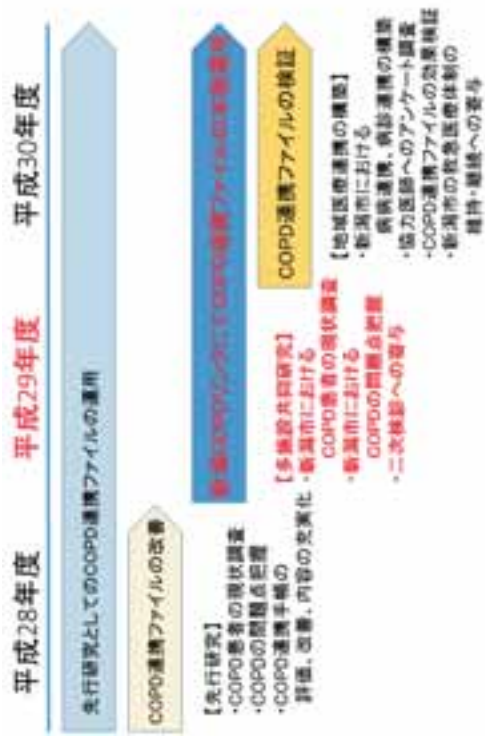
今後のCOPD連携ファイルの運用

施設名	医師名	必要部数
済生会第二新潟病院	寺田 正樹先生	10
信濃国病院	川崎 聡先生	5
亀田第一病院	大矢 聡先生	5
中和内科医院	張 大全先生	3
幸村医院	幸村 克喜先生	5
わかばや内科クリニック	若林 昌哉先生	3
さとう内科クリニック	佐藤 正之先生	3
ましの医院	星野 重幸先生	2
田辺医院	田辺 肇先生	10
新潟医療センター	吉澤 弘久先生	10
こばやし内科クリニック	小林 義昭先生	5
こなん内科クリニック	前田 恒治先生	5
ふるしまクリニック	古嶋 博司先生	3
ひらた内科クリニック	平田 明先生	5
市部郷総合病院	徳川 真由美先生	5

§ 116

- COPDの医療向上のために、ドック健診機関、診療所、病院が一体となって取り組む新潟地域の医療連携ネットワークである新潟COPDリンクを発足させた。
- COPD連携ファイルを作成し、COPD患者の現状調査を開始した。
- 今後は、COPD連携ファイルを用いて、病院-開業医間での医医連携や、COPD増悪による緊急入院の状況や問題点についても調査を行う方針である。

今 後



謝 辞

下越病院	小川智先生	五十嵐医院	五十嵐謙一先生
亀田第一病院	大矢聡先生	幸村医院	幸村克喜先生
木戸病院	成田淳一先生	こなん内科クリニック	前田恒治先生
済生会新潟第二病院	寺田正樹先生	こばやし内科クリニック	小林義昭先生
信楽園病院	川崎聡先生	さとう内科クリニック	佐藤正之先生
新潟医療センター	杵渕進一先生	せきやクリニック	島田正久先生
新潟医療センター	吉澤弘久先生	田辺医院	田邊肇先生
新潟市民病院	塚田弘樹先生	土田医院	田口洋子先生
南部郷総合病院	篠川真由美先生	本町いとう内科クリニック	伊藤実先生
新潟県労働衛生医学協会	三間聡先生	ひらた内科クリニック	平田明先生
新潟保健衛生センター	土屋俊晶先生	ふるしまクリニック	古嶋博司先生
		ほしの医院	星野重幸先生
		中新潟クリニック	伊藤一寿先生
		中和内科医院	張大全先生
		わかばやし内科クリニック	若林昌哉先生

【研究者・研究組織・研究概要（申請書より）】

新潟市における慢性閉塞性肺疾患患者の問題点と地域医療連携に関する研究

研究代表者：大嶋 康義（おおしま やすよし）
（新潟大学・生命科学医療センター）

研究組織（＊印は新潟市医師会員）

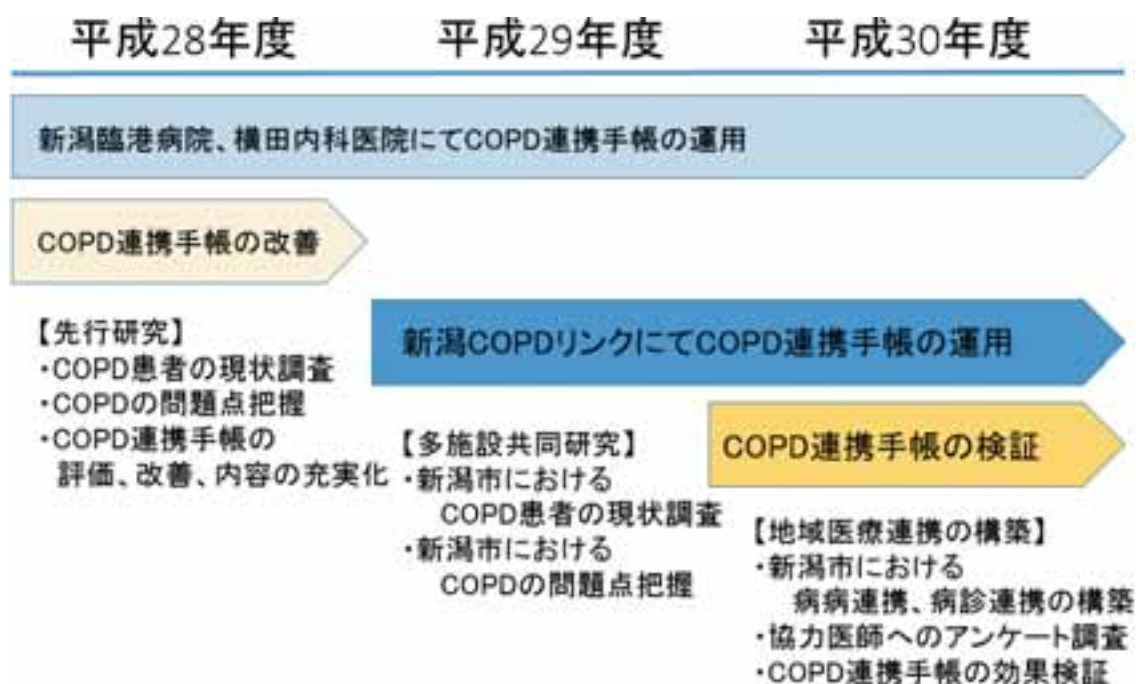
①研究者名	②分 担 す る 研 究 項 目	③最 終 卒 業 校 ・ 卒 業 年 次 ・ 学 位 及 び 専 攻 科 目	④所 属 機 関 及 び 現 在 の 専 門 (研究実施場所)	⑤所 属 機 関 に お け る 職 名
○ 大嶋康義	データの収集、解析	新潟大学・平成14年・医学博士・呼吸器内科	新潟大学医歯学総合病院・生命科学医療センター	特任助教
大平徹郎	研究の総括	新潟大学・昭和61年・医学博士・呼吸器内科	国立病院機構西新潟中央病院・呼吸器内科	副院長
＊横田樹也	研究の実施	順天堂大学・昭和62年・呼吸器内科	横田内科医院	院長
坂井邦彦	研究の実施	新潟大学・平成10年・医学博士・呼吸器内科	新潟臨港病院・呼吸器内科	内科部長
＊穂苅 諭	研究の実施	新潟大学・平成18年・医学博士・呼吸器内科	新潟大学大学院医歯学総合研究科・呼吸器感染症内科学分野	医員

研究の概要

慢性閉塞性肺疾患（COPD）は、世界における死亡原因の第4位であり、この疾患を予防、治療することは、公衆衛生上重要な課題となっている。日本においても40歳以上の8.6%（約530万人）がCOPDに罹患していると推定され、過去のたばこの消費量による長期的な影響と高齢化により、今後、さらに罹病率、有病率、死亡率が増加すると予想される。健康日本21（第2次）からは、国を挙げて発症予防と重症化予防に取り組む疾患として、がん、循環器疾患、糖尿病とともに、新たにCOPDが加わった。新潟県下越地区においても、人間ドック受診健常者25000名/年の中でCOPDが強く疑われる閉塞性換気障害が1000名/年いると推定される。新潟市におけるCOPD患者の現状、問題点を調査するとともに、地域医療連携を構築し、COPDに対応していくことが必要不可欠である。そこで、10病院、12開業医、2健診機関にて新潟COPDリンクを発足し、多施設共同でCOPDに取り組むことが特色である。本研究は新潟COPDリンクを用いて、①COPD連携手帳を作成し、各医療機関のCOPD患者の現状を調査すること、②新潟医療圏病院群輪番制により夜間休日の診療体制の効率化がなされているが、COPD増悪によりかかりつけ医以外への緊急入院の状況や問題点を明らかにすること、③COPD連携手帳を患者が所持することでかかりつけ以外への即効性のある情報提供に寄与できるか、効果を立証すること、を目的とする。

現在、COPD連携手帳を作成し、先行研究として新潟臨港病院、横田内科医院で運用を開始している。平成28年度は両医療機関におけるCOPD患者の現状把握と連携手帳の問題点の解析、改善、内容の充実化を行う方針である。それを踏まえて、平成29～30年度に新潟COPDリンク加盟の22医療機関にてCOPD連携手帳を運用し、新潟市におけるCOPD患者の現状と問題点を調査、COPD連携手帳と協力医師へのアンケート調査を用いて地域医療連携を推進について多施設共同で横断的研究により検証する。本研究はCOPD患者が安心して質の高い医療を受けられるとともに、地域医療連携を円滑に行うことで医療機関の負担を大きく軽減することに貢献できると期待される。

（流れ図）



研究助成
[発表4]

新潟市西区の高齢者のみ世帯の暮らしと
社会的孤立防止を支援するシステムの検討

発表
4

小林恵子(新潟大学・保健学研究科)

研究キーワード

高齢者のみ世帯、社会的孤立、生活支援ニーズ

座長：齋藤玲子(新潟大学・国際保健学)

平成28年度 新潟市医師会地域医療研究助成

新潟市西区の高齢者のみ世帯の暮らしと社会的孤立防止を支援するシステムの検討

小林恵子、関奈緒、齋藤智子、小笠原映子、成田太一、堀田かおり
(新潟大学大学院保健学研究科)
荒井利江子、山崎雅寛 (新潟市西区役所健康福祉課)
武田伸子(新潟市西区役所健康福祉課西地域保健福祉センター)
青柳玲子(新潟市西区役所健康福祉課黒崎地域保健福祉センター)

研究の背景

新潟市西区の高齢化率は西区27.4%と、市全体(新潟市27.3%)と同程度であるが、高齢者のみ世帯割合が26.7%(新潟市25.3%)と区の中で最も高い(平成28年3月)。



人口: 157,592人
(H28.8月)

面積: 93.81 km²

● 信濃川、佐潟、日本海
など水辺が多く存在

研究目的

- 平成26-27年度の一人暮らし高齢者を対象とした調査に続き、新潟市西区における75歳以上の高齢者のみ世帯を対象に、先行研究を参考に独自に作成した質問紙調査票を用い、生活機能や社会的孤立の実態、ソーシャルサポート、支援ニーズ等を調査し、高齢者の社会的孤立防止に向けた支援対策を検討する。

近年全国では健康状態や経済状況に問題があるにもかかわらず必要な行政サービスを利用できず、社会的に孤立し、孤立死に至る事例も発生している(総務省,2013)。

同居家族がいることで要援護者として把握されにくく適切な支援に結びつかないことも考えられる。また先行研究からも高齢者のみ世帯の社会参加の割合が低い実態(佐藤, 2012)や、孤立高齢者は同居者の有無にかかわらず私的・公的なサポートを得にくいなど(小林,2011)が報告されている。

これらのことから、社会的孤立のハイリスクとして一人暮らし高齢者のみならず高齢者のみの世帯にも着目する必要がある。

文献

佐藤むつみ、大淵修一、河合恒、他(2012):都市部在住高齢者における社会活動参加者の特性—介護予防の推進に向けた基礎資料—、厚生労働省, 59(4), 23-29.
小林江里香、藤原佳典、深谷太郎、他(2011):孤立高齢者におけるソーシャルサポートの利用可能性と心理的健康 同居者の有無と性別による差異、日本公衆衛生雑誌, 58(6), 446-455.

研究方法（平成28年度）

【75歳以上の高齢者のみ世帯の社会的孤立に関する実態調査】

対象

- 調査世帯は平成27年4月1日現在の新潟市住民基本台帳をもとに選定した新潟市西区に居住する75歳以上の高齢者のみの世帯（調査時点での死亡、転居、介護保険利用世帯等は除く）1,664世帯とし、対象世帯から1名の世帯員を調査対象者としてランダムサンプリング法を用いて抽出した。

データ収集方法

- 質問紙調査票を用いた訪問面接聞き取り調査を行う。調査は、分担研究者である新潟市西区役所に所属する保健師、西区の委託を受けた看護職員及び地域包括支援センター職員が実施した。
- 留守等の理由で訪問面接聞き取り調査ができなかった対象者には自記式郵送調査を実施した。
- データ収集期間は平成27年10月～平成28年12月

調査項目

属性（性別・年齢）、老研式活動能力、社会的孤立、孤独感、社会的役割、外出頻度、ソーシャルサポート、生活満足度、支援ニーズ等

分析方法

統計解析ソフトを用い、基本統計量を算出し、孤立状況と各項目間の関連を検討する。
さらに、平成25～26年度に実施した一人暮らし高齢者の調査（新潟大学医学部倫理審査で承認済：受付番号1777）の結果と比較検討する。

倫理的配慮

本研究は「ヘルシンキ宣言」及び「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」を遵守し、新潟大学医学部倫理審査委員会の承認を得て実施した（受付番号2336、平成27年10月19日承認）

社会的孤立の定義：

「家族やコミュニティとほとんど接触がない」という客観的な状態」（Townsend P, 1963）を用い、先行研究（斉藤ら、2015）をもとに「同居者以外との対面・非対面交流をあわせて週1回未満の状態」とした。

社会的孤立の判別：

斉藤らの調査を参考に、別居家族や親戚、および友人のそれぞれについて、対面接触と非対面接触の頻度を7件法で把握した。1か月の平均が4.3週（365日÷12か月÷7日）として、「ほぼ毎日」を21.5、「週に2、3回」を10.8、「週に1回」を4.3、「月に2、3回」を2.5、「月に1回」を1.0、「年に数回」を0.2、「まったくくない」を0として7件法の選択肢に重みづけを行った。その上で、別居家族・親戚、友人それぞれとの対面接触と非対面接触の頻度を単純加算した。加算得点が4.3未満（週1回未満）を「他者との接触なし（孤立）」に分類した。

現在までの調査の進捗状況

- ・ 質問紙調査については対象者1664人のうち、最終的には1000人程度回収の予定。
- ・ 今回は9月末までに調査を実施できた518人のデータを分析した中間報告である。

結果

平成27-28年度調査

11.6%

平成26年度調査

5.9%

独居 (n=160) 高齢者のみ (n=518)

図1 孤立の割合(世帯別)

■ 孤立なし (n=458)

■ 孤立あり (n=60)

地域社会での役割がある
(n=361)

0

20

40

60

80

71.6%

55.0%

図2 孤立の有無と地域社会での役割
('ある'と答えた人の割合)

■ 孤立なし (n=457) ■ 孤立あり (n=60)

緊急の事態が起きた時に来てくれる人がいる

%

*: p<0.05 ** : p<0.01

身の回りの世話をしてくれる人がいる

具合が悪い時病院に連れていく人がいる

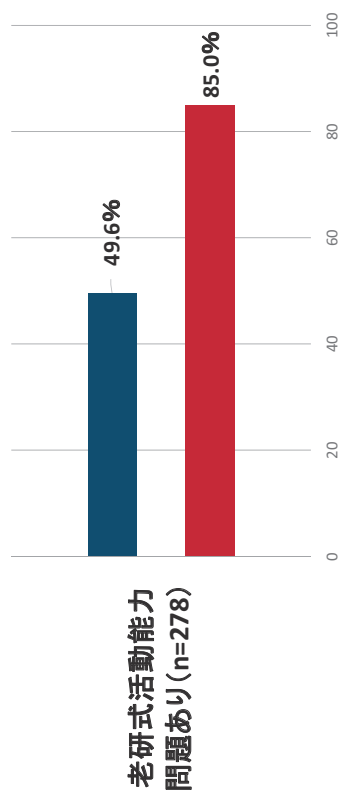
家事などの日常生活の援助がいる

具合が悪い時の相談相手がいる

困った時の相談相手がいる

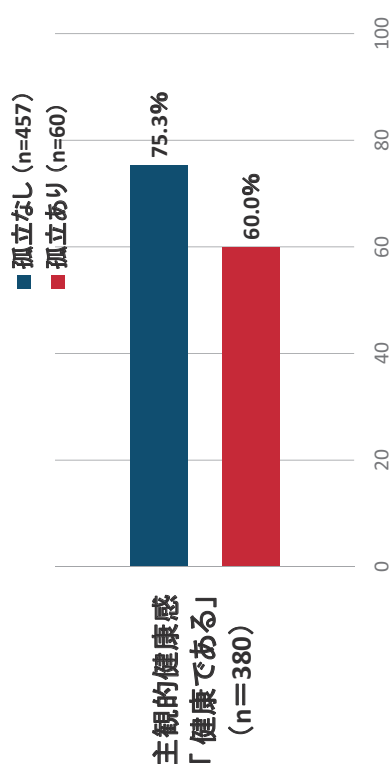
図3 孤立の有無とソーシャルサポート

■ 孤立なし (n=458) ■ 孤立あり (n=60)



**: p<0.001

図4 孤立の有無と老研式活動能力



*: p<0.05

図5 孤立の有無と主観的健康感
(「健康である」と答えた人の割合)

■ 非孤立 (n=458) ■ 孤立 (n=60)

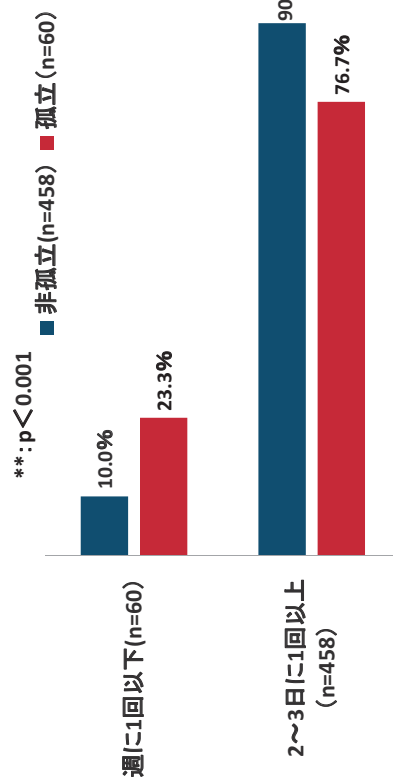


図6 孤立の有無と外出頻度 n=518

ここまでの分析結果から

高齢世帯の社会的孤立の出現率は一人暮らし高齢者よりも高い。先行研究でも示されているが、同居者がいることにより、一人暮らし世帯に比べ、ファミリー、インフォーマルを含めて、見守りやサポート等のニーズ把握や支援の優先度が低くなっているのではない。

今後、データ収集が完了後、孤立の関連要因として一人暮らし高齢者で認められた「社会的役割」「サポート」等との共通点、相違点を把握し、高齢者のみの世帯特有の対策を含めた支援策の検討を進めていく必要がある。

今後の研究スケジュール

1. 残りの調査データと合わせて集計・分析
2. ひとり暮らし高齢者（H26年実施）との比較
3. 地域住民との話し合いの実施（コミュニティ・ミーティング）

謝辞

調査にご協力いただきました高齢者の皆様および、関係者の皆様に心より、感謝申し上げます。
なお、本事業の実施に当たり、新潟市医師会より、地域医療研究助成事業の助成いただきましたことに深く感謝申し上げます。

【研究者・研究組織・研究概要（申請書より）】

新潟市西区の高齢者のみ世帯の暮らしと社会的孤立防止を支援するシステムの検討

研究代表者：小林 恵子（こばやし けいこ）

（新潟大学・保健学研究科）

研究組織（＊印は新潟市医師会員）

①研究者名	②分 担 す る 研 究 項 目	③最終卒業校・ 卒業年次・学位 及び専攻科目	④所 属 機 関 及び現在の専門 (研究実施場所)	⑤所 属 機 関 に お け る 職 名
○ 小林恵子	総括（計画、実施、 分析、論文作成）	日本赤十字看護大 学大学院看護学研 究科・平成20年3 月・博士（看護学）	新潟大学大学院保 健学研究科・地域 看護学	教授
＊ 関 奈緒	研究計画立案およ び分析、論文作成	新潟大学医学部・ 平成3年・博士 (医学)	新潟大学大学院保 健学研究科・公衆 衛生学	教授
齋藤智子	研究全般（計画～ 論文作成）の実施	群馬大学大学院医 学系研究科保健学 専攻・平成17年3 月・修士（保健学）	新潟大学大学院保 健学研究科・地域 看護学	准教授
小笠原映子	研究全般（計画～ 論文作成）の実施	群馬大学大学院保 健学研究科・平成 24年9月・博士 (保健学)	新潟大学大学院保 健学研究科・在宅 看護学	准教授
成田太一	研究全般（計画～ 論文作成）の実施	山梨大学大学院医 学工学総合教育 部・平成23年3 月・修士（看護学）	新潟大学医学部保 健学科・地域看護 学	助教
堀田かおり	研究全般（計画～ 論文作成）の実施	新潟大学大学院保 健学研究科・平成 25年3月・修士 (保健学)	新潟大学医学部保 健学科・地域看護 学	助教
荒井利江子	研究計画立案、調 査の実施、分析	新潟県公衆衛生看 護学校・昭和57年 3月	新潟市西区役所健 康福祉課・保健師	課長補佐
武田伸子	研究計画立案、調 査の実施、分析	新潟県公衆衛生看 護学校・昭和61年 3月	新潟市西区役所西 地域保健福祉セン ター・保健師	所長
青柳玲子	研究計画立案、調 査の実施、分析	新潟県公衆衛生看 護学校・昭和56年 3月	新潟市西区役所黒 埼地域福祉セン ター・保健師	所長
山崎雅寛	研究計画立案、調 査の実施、分析	新潟県立看護短期 大学地域看護学専 攻・平成16年3月	新潟市西区役所健 康福祉課高齢介護 係・保健師	主査

研究の概要

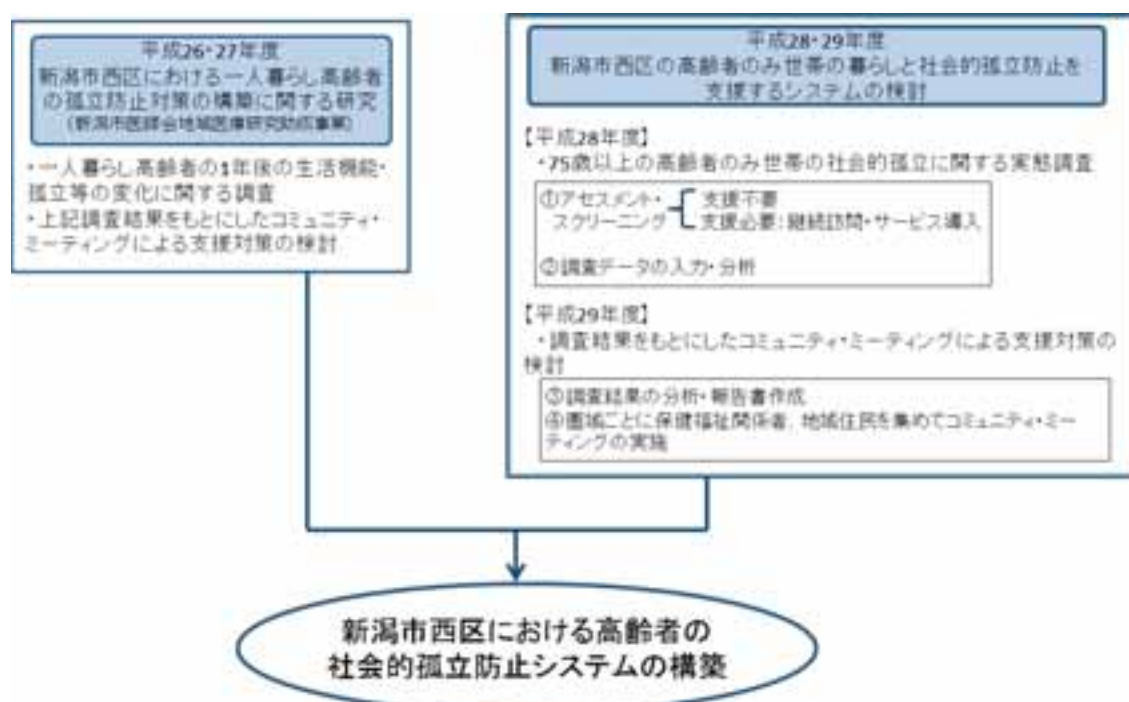
研究の目的・必要性及び特色・独創的な点 新潟市の高齢化率は26.0%（平成26年10月）で、その約半数が75歳以上の後期高齢者である。世帯構成では後期高齢者のみで構成する世帯が全世帯の12.6%（平成27年4月）を占める。これまで研究者らは社会的孤立のリスクが高い一人暮らし高齢者に焦点を当て孤立防止システムを検討してきた。しかし、近年全国では健康状態や経済状況に問題があるにもかかわらず必要な行政サービスを利用できず、社会的に孤立し、孤立死に至る事例も発生している。同居家族がいることで要援護者として把握されにくく適切な支援に結びつかないことも考えられる。これらの現状から、社会的孤立のハイリスクとして一人暮らし高齢者のみならず高齢者のみ世帯にも着目する必要がある。高齢者世帯が年々増加している新潟市においては、高齢者の孤立防止および生活ニーズに適合した支援を展開するために世帯の特徴に合わせた支援システムの構築が急務である。本研究は平成26～27年度の一人暮らし高齢者を対象とした調査に続き、高齢者のみ世帯の生活状況と孤立の実態及び支援ニーズを明らかにし、高齢者を支える地域の支援体制確立に向けた支援者の共通認識形成を図ると共に、支援対策を検討することを目的とする。

本研究の特色は、高齢者のみ世帯の特に機能低下のリスクの高い後期高齢者で、公的サービス・支援を受けておらず生活実態の把握しにくい高齢者に焦点をあてた点である。さらに、行政機関との共同研究により地域に必要な支援対策を行政関係者と地域住民の協働によって検討することができ、地域における支え合いの意識の醸成に繋げようとする点である。

期待できる成果 第一に本研究で得られる高齢者の潜在的な支援ニーズは、日常の保健福祉活動の中では把握しにくく、効果的な政策立案・実施のためのこれまでにない貴重な基礎資料となる。第二に本研究の実施を通じて地域の実態に応じた独自の保健福祉サービスの構築や住民同士の支え合いの仕組みづくりなど新たな地域活動の展開に直結させ得ることである。

研究計画 75歳以上の高齢者のみ世帯の高齢者を対象とした調査票を用いた量的調査と保健福祉関係に携わる行政担当者及び地域住民等を対象としたコミュニティ・ミーティングを実施する。平成28年度は高齢者のみ世帯への調査。平成29年度は調査結果を基にしたコミュニティ・ミーティングを実施し、高齢者の孤立予防の対策を検討する。

倫理的配慮 ヘルシンキ宣言を遵守し、新潟大学医学部倫理審査委員会の承認を得る。



研究助成 [発表5]

運動時過剰血圧反応の意義、 機序、治療介入についての検討

発表
5

伊藤正洋(新潟県健康づくりスポーツ医科学センター)

研究キーワード
高血圧、運動負荷、生活習慣病

座長：遠藤 裕(新潟大学・救急医学)

安静時正常血圧における 運動負荷時過剰血圧上昇の意義 —一仮面高血圧との関係—

伊藤正洋^{1,2}、齋藤麻里子²、田中典子²、荒川正昭²

¹新潟大学医学部総合教育センター、新潟大学医学部総合病院循環器内科

²新潟県健康づくり・スポーツ医学科学センター

背景

- 本邦の高血圧人口は約4,000万人といわれ、最も頻度の高い疾患である。
- 高血圧治療の目的は、高血圧の持続によってもたらされる心血管病の発症とそれらによる死亡を抑制すること、である。
- 血圧に対する降圧薬投与は、安静時の血圧測定値を指標として行われることが多いが、安静時の血圧のみを指標として降圧薬投与を行うことには問題点も指摘されている。

異なる測定法における高血圧基準

	収縮期血圧(mmHg)	拡張期血圧(mmHg)
診察室血圧	≥ 140	かつ/または ≥ 90
家庭血圧	≥ 135	かつ/または ≥ 85
自由行動下血圧		
24時間	≥ 130	かつ/または ≥ 80
昼間	≥ 135	かつ/または ≥ 85
夜間	≥ 120	かつ/または ≥ 70

高血圧治療ガイドライン (JSH2014)

運動時の過剰血圧反応

Hypertensive response to exercise (HRE):

- 安静時血圧が正常値であるにもかかわらず、運動負荷によって過剰な昇圧反応を示す症例。
- 健常者の約9-25%に存在する。
- 将来の新規高血圧発症率が高い。
- 虚血性心疾患、心臓突然死、脳血管障害、左室肥大、心不全発症の予測因子になりうる(?)。



- 定義について、本邦では収縮期血圧200mmHgを指すことが多いが、統一した見解はない。
- 治療の介入は必要なのか？についてもはっきりとしない。

仮面高血圧

- 診察室血圧が正常域血圧であっても、診察室外の血圧では高血圧を示す状態。
- 早朝高血圧、昼間高血圧、夜間高血圧は、仮面高血圧を構成する病態である。
- 正常域血圧を示す一般住民の10%-15%にみられる。
- 臓器障害、心血管イベントのリスクは、正常域血圧、白衣高血圧と比し有意に高く、持続性高血圧患者と同程度である。
- 降圧治療の対象となる。

(白衣高血圧は基本的には薬剤治療は行わず、定期的な経過観察を行う。)



対象と方法

<対象>

- 2014年-2016年に健康づくりコースを受講した女性のうち、以下の条件を満たした30名(同意を得た連続30名)
- 診察室血圧、運動負荷安静時血圧が共に正常域の方
- 24時間自由行動下血圧測定(ABPM)を行った方

<方法>

健康づくりコース開始時と3ヶ月後の運動負荷時による血圧変動、ABPMのデータ解析を行った。

ABPM測定機器: 自転車エルゴメーター:

2014年、2015年、2016年の助成金で各1台購入させていただきました。現在3台体制で検査を行っています。

フクダ電子
マルチエクササイズ
テストシステムML-1800



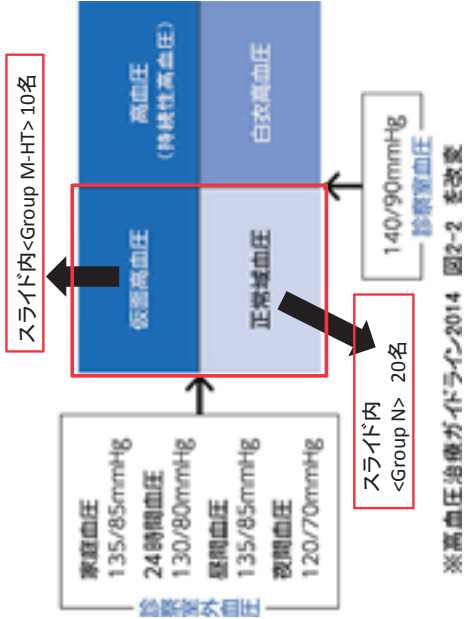
目的

- 運動時に軽労作で血圧が上昇する方がいる。
- そのような方に対して治療は必要なのか？



仮面高血圧との関係から検討を行う。

対象まとめ



※高血圧治療ガイドライン2014 図2-2 を改変

Demographic and clinical data of the subjects

Variables	Group N (n=8)	Group M-HT (n=5)	P Value
Age, years	53±11	62±9	0.12
BMI, kg/m ²	23.5±3.4	26.1±2.9	0.14
SBP, mmHg	125.8±14.1	131.2±6.9	0.30
DBP, mmHg	77.6±9.1	83.8±6.6	0.16
HR, bpm	71.0±10.9	71.6±4.3	0.85
TC (mg/dL)	236.8±37.2	236.0±26.3	0.95
HDL (mg/dL)	71.8±14.9	60.0±10.3	0.07
LDL (mg/dL)	141.9±36.0	150.5±22.1	0.53
TG (mg/dL)	115.2±69.3	155.0±60.5	0.24
HbA1c (%) JDS	5.5±0.2	5.9±0.4	0.09
CAVI	8.3±1.0	7.2±1.5	0.10

24-Hour ABPM Results

Variables	All (n=30)	Group N (n=20)	Group M-HT (n=10)	P Value
24 hours SBP, mmHg	126.3±17.2	115.9±8.8	147.2±8.9	<0.01
24 hours DBP, mmHg	81.0±11.1	74.8±7.5	93.3±5.4	<0.01
24 hours HR, bpm	73.2±8.0	71.4±6.3	76.9±9.6	0.14
Daytime SBP, mmHg	129.7±16.8	119.5±8.4	150.2±9.3	<0.01
Daytime DBP, mmHg	83.3±10.9	77.0±6.8	95.9±5.1	<0.01
Daytime HR, bpm	76.0±9.6	76.2±9.5	81.8±8.5	0.13
Nighttime SBP, mmHg	124.1±18.5	113.5±11.2	145.4±9.9	<0.01
Nighttime DBP, mmHg	79.9±11.9	73.9±9.1	92.0±6.5	<0.01
Nighttime HR, bpm	70.7±10.6	67.9±6.3	76.2±14.7	0.13

*Between Group N and Group M-HT

Bicycle ergometry test

Variables	All (n=30)	Group N (n=20)	Group M-HT (n=10)	P Value*
Sitting rest SBP, mmHg	123.1±13.8	120.1±14.4	131.7±6.9	0.01
Sitting rest DBP, mmHg	76.0±8.8	74.2±8.2	81.1±8.2	0.10
Sitting rest HR, bpm	80.1±10.5	80.7±10.8	78.4±9.6	0.63
3min SBP, mmHg	149.6±21.7	143.1±19.9	168.1±15.2	0.006
3min DBP, mmHg	79.2±11.5	76.2±10.6	87.8±9.4	0.02
3min HR, bpm	92.5±13.4	93.0±13.4	91.4±13.2	0.80
6min SBP, mmHg	170.1±25.8	161.6±22.0	194.4±20.1	0.006
6min DBP, mmHg	83.2±13.8	78.4±11.8	96.8±9.3	0.001
6min HR, bpm	110.8±15.2	111.5±16.6	109.1±10.0	0.67
Max SBP, mmHg	211.1±13.9	197.2±19.3	220.5±14.5	0.007
Max DBP, mmHg	94.7±14.5	88.8±12.3	107.2±11.3	0.006
Max HR, bpm	135.4±18.1	140.3±17.4	129.4±14.7	0.15
RPE-13 SBP, mmHg	177.1±27.2	165.0±22.9	199.1±19.4	0.01
RPE-13 DBP, mmHg	86.0±14.5	78.4±10.3	100.0±9.9	0.002
RPE-13 HR, bpm	106.8±13.8	105.4±12.1	109.3±16.1	0.64

*Between Group N and Group M-HT

RPE-13: 自覚的所見「ややきつい」

サマリー-1

- 安静時血圧は両群とも正常域であるが、仮面高血圧群は正常域血圧群に比し、高値である。
- 軽い負荷の段階で、仮面高血圧群は正常域血圧群に比し、収縮期血圧の上昇度が大い。
- ガイドラインで推奨されている程度の運動負荷(RPE-13)で、仮面高血圧群の平均収縮期血圧は200mmHg, 拡張期血圧は100mmHgに近い。

運動に対する反応で、 正常群と仮面高血圧群が見分けられるか？

正常群と仮面高血圧群の違い

開始後負荷3分(25W3分間)の収縮期血圧

	正常群(n=20)	仮面高血圧群(n=10)	
開始後3分 血圧170mmHg以上	1名	8名	P<0.001
開始後3分 血圧170mmHg未満	19名	2名	

正常群と仮面高血圧群の違い

開始後負荷3分(25W3分間)の自覚症状

	正常群(n=20)	仮面高血圧群(n=10)	P value
開始後3分での RPE(自覚症状)	10.0±1.1	10.1±1.5	0.89

RPE7:非常に楽に感じる、RPE9:かなり楽に感じる、RPE11 楽に感じる

サマリー-2

- 開始後負荷3分(25W3分間)時の、正常群と仮面高血圧群の自覚症状の平均は<楽な運動>であり、差はなかった。
- しかし、開始後負荷3分(25W3分間)の収縮期血圧には大きな違いが生じており、170mmHgが正常群、仮面高血圧群を分ける良い目安であった。

結果

- 診察室血圧が正常域血圧を示した受講者の33%が仮面高血圧を呈していた。
- 仮面高血圧群は正常域血圧群に比し、安静時血圧、年齢、BMIが高い傾向があった。
- 仮面高血圧群は、自転車エルゴメーター負荷で軽い負荷の段階から、著明な血圧上昇を認めた。
- 25W3分の段階で収縮期血圧170mmHgを超える場合、仮面高血圧の可能性が非常に高い。

【研究者・研究組織・研究概要（申請書より）】

運動時過剰血圧反応の意義、機序、治療介入についての検討

研究代表者：伊藤 正洋（いとう まさひろ）

（新潟県健康づくりスポーツ医科学センター）

研究組織（＊印は新潟市医師会員）

①研究者名	②分 担 す る 研 究 項 目	③最 終 卒 業 校 ・ 卒 業 年 次 ・ 学 位 及 び 専 攻 科 目	④所 属 機 関 及 び 現 在 の 専 門 (研究実施場所)	⑤所 属 機 関 に お け る 職 名
○＊伊藤正洋	計 画 の 立 案、実 行・運動負荷の実 施・データの解 析・論文作成	新潟大学大学院博 士課程・平成13年 卒・医学博士・内 科学・循環器内科	新潟大学医学部医 学科・医学教育・ 循 環 器 内 科（ス ポーツ医科学セン ター・新潟大学医 学部医学科）	准教授
＊荒川正昭	研究の総括	新潟大学大学院博 士課程・昭和40年 卒・医学博士・内 科学	健 康 づ く り ・ ス ポーツ医科学セン ター・内科学・腎 臓病学（スポーツ 医科学センター）	センター長
＊田邊直仁	データの解析・統 計担当	新潟大学大学院博 士課程・平成5年 卒・医学博士・社 会医学専攻	新潟県立大学人間 生活学部・公衆衛 生学・統計学・循 環器内科（新潟県 立大学人間生活学 部）	教授
齋藤麻里子	運動負荷試験の実 施・運動に関する 指導全般	新潟大学教育学 部・平成11年卒・ 教育学部保健体育 学科	健 康 づ く り ・ ス ポーツ医科学セン ター・（スポーツ 医科学センター）	センター主任 （健康運動指導士）
田中典子	運動負荷試験の実 施・運動に関する 指導全般	聖路加看護大学看 護学部・平成1年 卒・看護学士・看 護学	健 康 づ く り ・ ス ポーツ医科学セン ター・（スポーツ 医科学センター）	センター保健士

研究の概要

安静時血圧が正常値であるにもかかわらず、運動負荷によって過剰な昇圧反応を示す症例にしばしば遭遇する。このような症例は、将来の新規高血圧発症率が高いことが報告されている。運動時の過剰血圧反応の定義として、本邦では収縮期血圧200mmHgを指すことが多いが、統一した見解はない。さらに、見つかった時点ですでに臓器障害と関係しているのか？、治療介入を考慮すべきか？、その値はいくつからが適当か？、治療法は？など、様々な疑問が残っている。

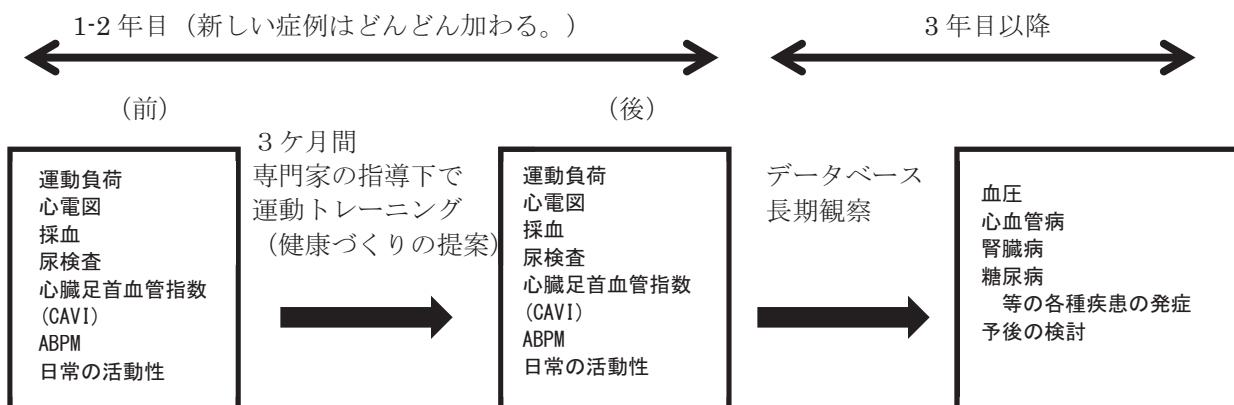
健康づくりスポーツ医科学センターでは、市民の健康づくり支援として＜生活習慣改善コース＞を開催し、血液、尿、心電図検査等に加え、自転車エルゴメータ運動負荷試験を行っている。平成24年度より2年間、本研究助成をいただき、検査機器の購入、データベース構築、解析に必要な機器、ソフトをそろえ、＜安静時正常血圧者における運動負荷時の血圧反応＞について検討を行ってきた。その結果、1. 安静時非高血圧者の40%が自転車エルゴメータ運動負荷により過剰血圧反応を示す、2. 安静時至適血圧群に比し、安静時正常高値血圧群は、運動時過剰血圧反応を呈しやすい、3. 男性と女性で過剰血圧反応に寄与する因子が異なる、4. 腎臓器障害と運動時の血圧変化に関連を認めない、5. センターの指導するトレーニングにより、運動時過剰血圧反応は有意に改善する、こと等を見出した。

平成26年度以降は、1. 運動時過剰血圧反応群の長期経過観察、2. トレーニングによる血圧反応改善の機序、3. トレーニング効果がある群とない群の違い、4. トレーニング効果は一時的なものか、持続するか（トレーニングを中断すると戻るのか？ Legacy effectはあるのか？）、5. 運動時血圧反応と日々の活動性、一日血圧との関連、について検討を加え、疑問点を解明したいと考えている。

平成26年度、27年度は、いただいた助成金で一日血圧計（ABPM）を1台ずつ、計2台、購入させていただき、①データの蓄積、②ABPM稼働システム構築、運用の開始、を行った。平成28年度は3年計画の最終年度にあたる。引き続きデータの蓄積を行うとともに、データの解析、論文作成を行う。

本研究は、新潟大学医学部ならびに新潟県医科学スポーツセンターの倫理委員会の承認を既に受けて実施されている。今後も研究対象者の不利益がないように十分な配慮を行っていく。

（流れ図）



研究助成
[発表6]

健康長寿実現のカギ：
より良い骨粗鬆症検診を求めて

山本智章(新潟リハビリテーション病院・整形外科)

研究キーワード

骨粗鬆症、検診、骨折予防、地域住民

座長：中村和利(新潟大学・環境予防医学)

健康長寿のカギ より良い骨粗鬆症検診を求めて

新潟市における骨粗鬆症検診の提案

新潟リハビリテーション病院
整形外科 山本智章

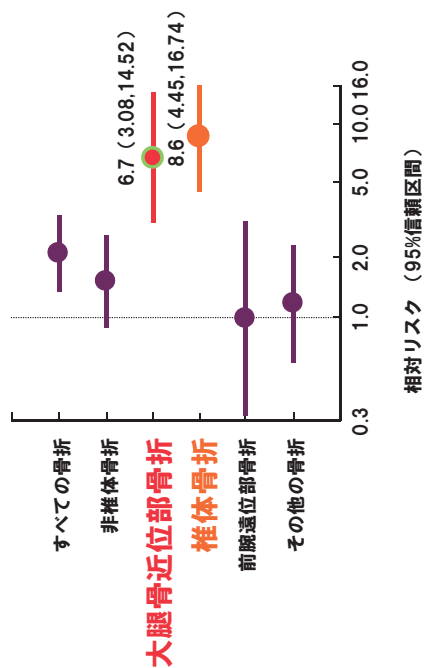
骨折が要介護原因として増加



骨折は元気な高齢者に突然発症して
生活機能を奪う



骨折発生後の死亡リスクが高まる



調査方法: 55-87歳の6,459人の女性に対して、新規に発生した骨折と死亡リスクにおいて3.8年間の追跡調査を行った(アメリカ)。

新潟県での大腿骨近位部骨折発生

調査年	1985	1987	1989	1994	1999	2004	2010
骨折数	677	773	996	1468	1697	2421	3218
男女比	1:2.7	1:2.4	1:2.8	1:2.9	1:3.2	1:3.6	1:3.9
平均年齢 男性(歳)	67.5	70.4	71.4	74.4	75.5	77.8	78.9
女性(歳)	76.2	76.9	77.7	80.9	80.5	83.3	83.7
発生率 (人口10万人/年)	132.1	138.8	179.7	230.0	236.2	314.4	385.0
高齢化率(%)	12.9	13.7	14.2	17.3	20.7	22.8	26.2

Miyasaka et al. JBMM 2016

骨折総数、発生率ともに増加の一途

2010年新潟市骨折調査：各年代別の発生数

最長年齢層 長寿科学総合研究事業平成21～23年度報告書より

	大腿骨	胫骨	腓骨	上肢骨
50-54歳	10 0.9%	14 1.0%	41 5.9%	6 2.3%
55-59歳	20 1.8%	38 2.8%	81 11.7%	19 7.3%
60-64歳	36 3.2%	80 5.8%	104 15.0%	23 8.8%
65-69歳	44 4.0%	103 7.5%	92 13.3%	20 7.7%
70-74歳	97 8.8%	202 14.7%	114 16.4%	27 10.3%
75-79歳	162 14.6%	302 22.0%	107 15.4%	45 17.2%
80-84歳	240 21.7%	289 21.1%	86 12.4%	50 19.2%
85-89歳	269 24.3%	223 16.3%	42 6.1%	36 13.8%
90-94歳	171 15.4%	98 7.2%	24 3.5%	26 10.0%
95-99歳	51 4.6%	21 1.5%	3 0.4%	6 2.3%
100歳以上	8 0.7%	0 0.0%	0 0.0%	3 1.1%
	1108	1370	694	261

4骨折は年齢層が異なる

脆弱性骨折を予防するために



骨折の前

一次予防

骨折の後

二次予防

新潟市骨折調査 骨折前骨粗鬆症治療歴



長寿科学総合研究事業平成21～23年度報告書より

一次骨折予防

対策不十分

骨折した高齢者は骨粗鬆症治療を
ほとんど受けていない

骨粗鬆症治療薬の効果はA

分類	薬物名	骨密度	椎体 骨折	非椎体 骨折	大腿骨 近位部骨折
ビスホスホネート薬	エチドロン酸	A	B	C	C
	アレンドロン酸	A	A	A	A
	リセドロン酸	A	A	A	A
	ミノドロン酸	A	A	C	C
SERM	ラロキシフェン	A	A	B	C
	バゼドキシフェン	A	A	B	C
カルシトニン薬*2	エルカトニン	B	B	C	C
	サケカルシトニン	B	B	C	C
副甲状腺ホルモン薬 (遺伝子組換え)	テリパラチド	A	A	A	C
デノスマブ	ブラリア	A	A	A	A

グレードA: 行うよう強く勧められる
グレードB: 行うよう勧められる

骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン作成委員会 骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン2011年版 p126 (ライフサイエンス出版)

新潟市高齢化予測

(平成22年国勢調査基準)

2010年 → 2025年

高齢者
人口

18.7万人

+4.4万人

高齢化
率

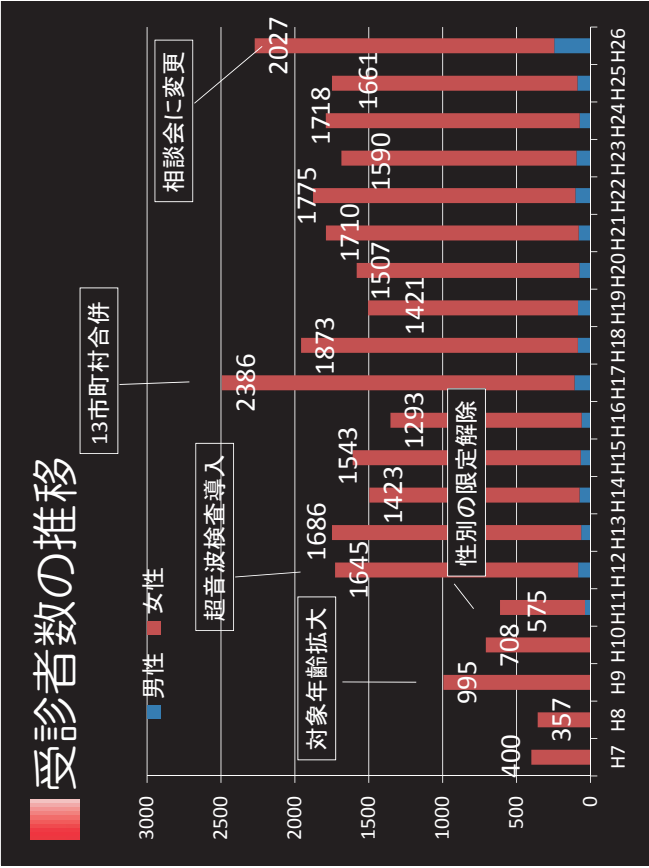
23.1%

+7.3%

新潟市総務部総務課資料

新潟市の骨粗鬆症対策

事業名	対象	内容	会場
H7年 女性の健康づくり推進事業	18歳以上39歳以下の女性	・X線検査	東西保健所
H9年	18歳以上の女性		
H11年	生涯健康づくり推進事業		
H12年	骨粗しょう症予防事業	超音波検査事後指導会	各地域保健福祉センター
H17年	13市町村合併・・・旧新潟市方式に統一		
H26年	骨粗しょう症予防相談会	超音波検査	任意の会場



平成25年度 新潟市骨粗しょう症健診

実施回数	総数	18～39歳	40～64歳	65歳以上
健診総数	1766名			
要精査→医療機関	66名			
骨粗鬆症で要治療	19名 (1.07%)			

要医療が少ない

一次予防：骨粗鬆症健診の現状

厚生労働省 平成24年度地域保健・健康増進事業報告

市町村健康増進法第19条の2 骨粗鬆症健診対象者 40、45、50、55、60、65、および70歳女性

平成24年度市町村健診実施率

1063市町村 61.2%

受診者312,144 名 要精検者 13.7%

骨粗鬆症健診対象者 **40歳～70歳**

骨粗鬆症健診はどの年代に有効か？

長寿科学総合研究事業 平成21～23年度報告書より

	大腿骨	脊椎	腕骨	上腕骨
50-54歳	10 0.9%	14 1.0%	41 5.9%	6 2.3%
55-59歳	20 1.8%	38 2.8%	81 11.7%	19 7.3%
60-64歳	36 3.2%	80 5.8%	104 15.0%	23 8.8%
65-69歳	44 4.0%	103 7.5%	92 13.3%	20 7.7%
70-74歳	97 8.8%	202 14.7%	114 16.4%	27 10.3%
75-79歳	162 14.6%	302 22.0%	107 15.4%	45 17.2%
80-84歳	240 21.7%	289 21.1%	86 12.4%	50 19.2%
85-89歳	90% 3%	85% 2%	55% 2%	75% 2%
90-94歳	11% 1.4%	21 1.5%	3 0.4%	6 2.3%
95-99歳	51 4.6%	0 0.0%	0 0.0%	3 1.1%
100歳以上	8 0.7%			
合計	1108	1470	694	261

「健診」から「予防相談会」へ

健診		相談会
料金	640円	無料
会場	診療所に限定	会場の制約なし
生活指導	別途	計測と同時

- 身近な場所で、気軽に計測できる環境整備
- 骨密度測定結果に基づいた、生活指導に重点を置く

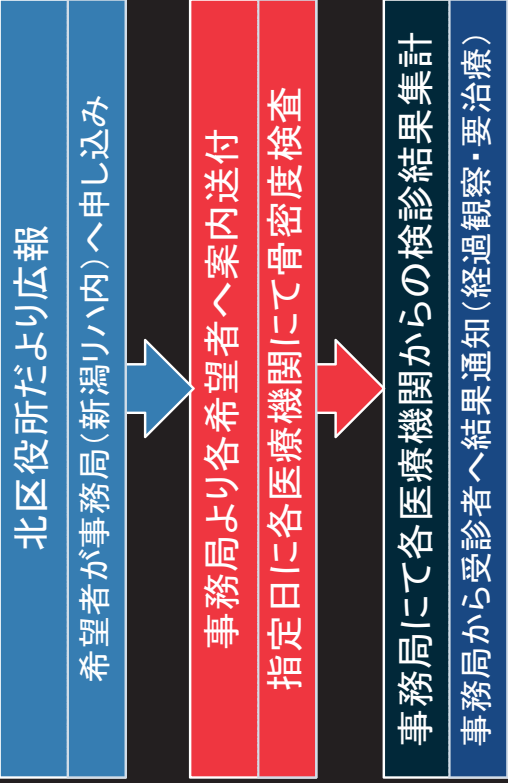
70歳以上の皆さん骨粗鬆症の検査を受けましょう！



北区骨折予防検診 モデル事業

- ・対象 70歳以上
- 骨粗鬆症の検査や治療をしていない地域在住高齢者

事業の流れ①



事業の流れ②

事務局より医療機関への受診案内

要治療者の各医療機関への自発的受診



医療機関において通常の保険診療にて治療開始

診療状況の記録



事務局にて各医療機関からの結果集計

1年間の経過をまとめる。

薬物治療開始基準



新潟市北区の5医療機関での実施

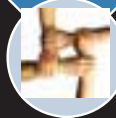
骨密度検診 DXA,MD



問診にて骨折既往歴



身長の高縮



地域の医療機関にて骨折予防検診



DXA(hip forearm)、MD法にて

骨折予防検診結果通知票

骨密度検査	YAM値	%	
50歳以降の骨折既往	無し	あり	
身長短縮	3cm以上	無し	あり

連絡事項

- ・ 医療機関で骨密度検査（大腿骨、橈骨、MD法のいずれか）と問診。
- ・ 各医療機関には1名あたり1000円を費用として事務局から支払う。
- ・ 結果に応じて要治療、要精査、経過観察の3段階に分類する。
- ・ 結果を本人および検診受け入れ医療機関に通知して、必要に応じて保険診療に移行。



106名が参加

-男性34名 年齢76.6±5歳
 -女性72名 年齢74.7±3.1歳

骨密度測定方法

大腿骨近位部DXA
85名



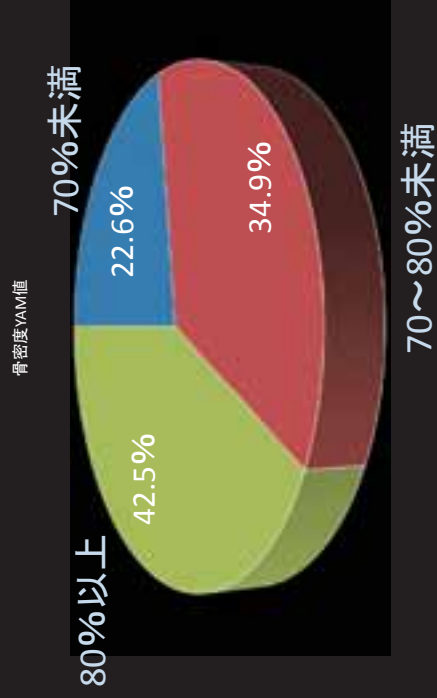
前腕 DXA
12名



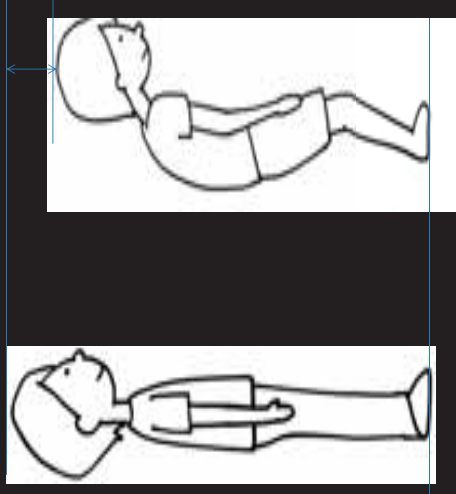
MD
9名



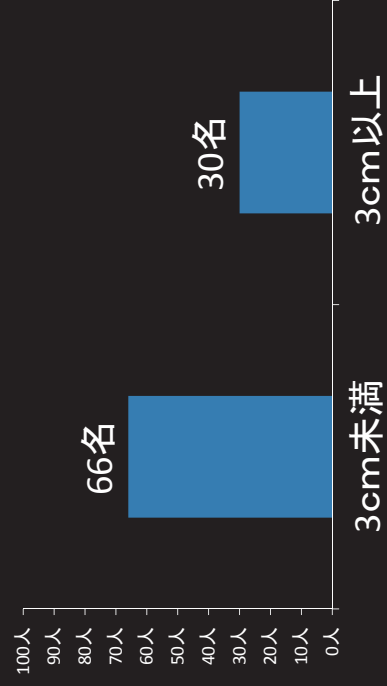
骨密度YAM値



身長短縮3cm以上



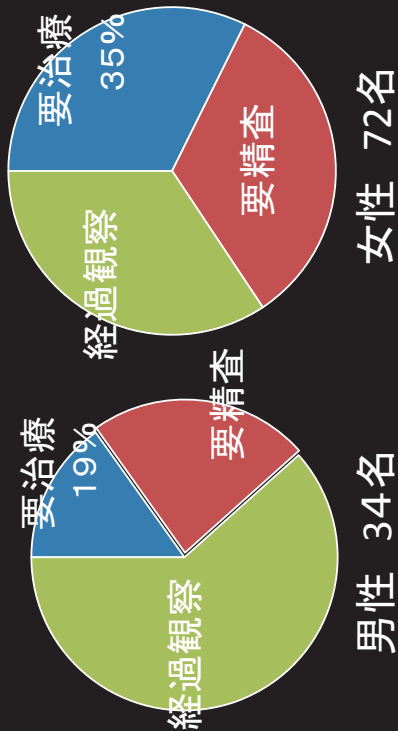
身長短縮3cm



判定基準

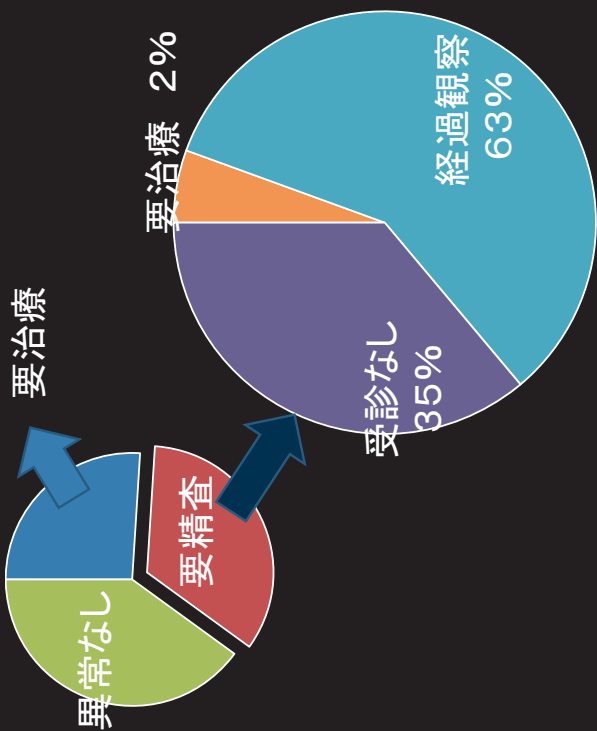
- 要治療
 - 骨密度YAM値70%未満
 - 大腿骨近位部骨折、椎体骨折既往
 - 骨密度70~80%かつ他の脆弱性骨折既往
 - ⇒ 医療機関にて治療開始
- 要精査
 - 要治療に当てはまらず、身長短縮3cm以上または骨密度70~80%
 - ⇒ 医療機関にて精査
- 経過観察

骨折予防検診結果 106名



要精査者医療機関受診

- 身長短縮3cm以上 15名
-椎体骨折あり 1名
- 骨密度 YAM値 70~80% 28名
-椎体骨折あり 1名



骨粗鬆症検診結果のまとめ

検診参加総数	106名
要精査 & 要治療	64名
骨粗鬆症で要治療	30名 (28.3%)

骨粗鬆症検診方法によって要医療に差

	過去の検診 2013年	今回の検診
検診参加総数	1766名	106名
要精査 & 要治療	66名	64名
要治療	19名 1.07%	30名 28.3%

新潟市全域での推計

	2013年 過去の検診	新検診の 仮定
新潟市検診対象	536919名 (18—70)	152402名 (70以降)
検診受診者	1766名	1143名
要治療	19名 1.07%	323名 28.3%

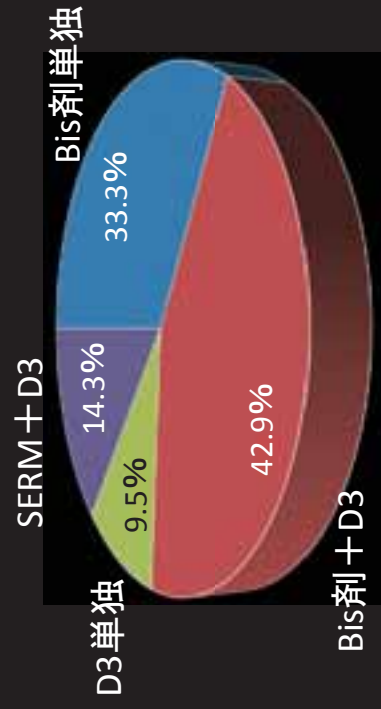
検診の目的を明確に！

骨粗鬆症予防

≠

骨折予防

21名が治療開始



波及効果がある



医療費 200万円×?件



新潟市医師会の取り組み
骨粗鬆症医療連携
骨密度検査等受入医療機関の案内



医師と行政担当者の連携により
Osteoporosis care gapをなくす



新潟市への提案

- 古希骨粗鬆症検診
 - － 70歳のお祝いに医療機関で骨密度検診
 - － 百寿健康を目指した30年間の Active Aging



【研究者・研究組織・研究概要（申請書より）】

健康長寿実現のカギ：より良い骨粗鬆症検診を求めて

研究代表者：山本 智章（やまもと のりあき）

（新潟リハビリテーション病院・整形外科）

研究組織（＊印は新潟市医師会員）

①研究者名	②分 担 す る 研 究 項 目	③最 終 卒 業 校 ・ 卒 業 年 次 ・学 位 及 び 専 攻 科 目	④所 属 機 関 及 び 現 在 の 専 門 (研究実施場所)	⑤所 属 機 関 に お け る 職 名
○＊山本智章	研究統括	新潟大学・1985 年・整形外科医 師・医学博士	新潟リハビリテー ション病院・整形 外科	院長
＊石坂眞樹	地域高齢者の検診 実施担当	新潟大学・1984 年・整形外科医 師・医学博士	いしざか整形外科 クリニック	院長
＊高橋榮明	データの管理	新潟大学・1958 年・整形外科医 師・医学博士	新潟骨の科学研究 所	顧問
＊能登真一	啓発資料の作成・ データの検討	金沢大学	新潟医療福祉大学	教授
森脇健介	統計・費用対効果	神戸薬科大学	神戸薬科大学	講師

研究の概要

高齢化が進む新潟市において骨粗鬆症性骨折は2010年の調査で3500件の発生があり、大腿骨近位部骨折に限ると過去25年間に5倍の増加が報告されている。骨粗鬆症患者は全国で1200万人居ると推定されているが薬剤治療率は20%程度と言われ、新潟市の調査において大腿骨近位部骨折患者において骨折前の治療状況は10%にすぎない。

高齢者の骨折は要介護の原因となる場合が多く、1年後の生命予後も低下することから、骨折予防は地域保健福祉の大きな課題といえる。

現在わが国における骨粗鬆症への保健行政の対応は遅れており、市町村での検診率は極めて低い。

一方、新潟市における骨粗鬆症健診は、受診者のうちの要治療者はわずかに1%と、早期発見、早期介入の役割が不十分であった。さらに新潟市では本年度から骨粗鬆症予防相談会に格下げされ、要精検者の追跡もされない骨密度検査となっている。

骨折リスクの高い高齢者をどのようにスクリーニングして適切な介入を行うかについて行政組織に提案してシステムを構築することが必要である。

本研究では地域高齢者および施設入所者における骨粗鬆症の実態を診療ガイドラインに基づいて評価して適切な検診体制の構築を行政に提言するための基本データを作製することにある。

平成27年度は新潟市北区において地域高齢者を対象に70歳以上の地域高齢者に対して骨粗鬆症検査を実施し、診療ガイドラインに基づいた治療必要度を調査する。平成28年度は検診受診者の治療経過について追跡を行い、その結果から治療介入した場合の骨折抑制効果と費用対効果から本方式による骨折予防検診について検討する。この結果に基づいて骨粗鬆症検診と治療継続についての説明資材を医療者向け、住民向けに作製し円滑な検診システムの構築を目指す。これらの研究推進にあたっては新潟リハビリテーション病院の倫理委員会にて承認を得るとともに受診者には文書による同意を得たうえで実施する。データに関しては新潟リハビリテーション病院高橋榮明及び、いしざか整形外科クリニック石坂眞樹で一括管理し、個人情報の管理を徹底する。得られた成果はしかるべき報告会、学会等で発表して確認する。

平成27年6月に新潟リハビリテーション病院の倫理委員会の承認を受け、7月から北区内の整形外科医療機関への説明会を実施した。北区保健福祉課への案内を行い、協力を要請した。8月から検診の受診者募集を開始した。検診のチラシを作成し、医療機関などに配布するとともに老人クラブなどでの広報を行った。「北区だより」への掲載も行った。当初は75歳以上を対象に検診を想定したが、各医療機関や地域高齢者の要望もあり、70歳以上に拡大して検診を実施することとした。

募集期間を4月30日までとし、男性26名、女性78名の合計104名の受診応募があった。検診は新潟市北区内の5か所の医療機関で現在も継続中である。

中間報告は平成28年1月30日の報告会にて報告した。また、1年目の成果については、日本骨粗鬆症学会及び、国際脆弱性骨折会議にて報告する予定である。

研究助成
[発表7]

幼児および保護者の
食事塩分スコアの作成

太田亜里美(新潟県立大学・健康栄養学科)

研究キーワード

小児保健、生活習慣病予防、塩分摂取量、食事パターン、食事塩分調査票

座長：高橋善樹(新潟市保健所)

幼児および保護者（母親）の 食事塩分スコアの作成

新潟県立大学 健康栄養学科
太田亜里美
新潟県立大学 健康栄養学科
村山伸子
新潟市福祉部保育課

対象・方法

【対象者】
新潟市内新潟市内8地区 各地区2保育園の保育園 園児579名（早朝尿の採取可能な4歳以上）、保護者561名を対象

【調査期間・内容】
2016年7月アンケート（食事頻度調査、社会生活調査）、尿検査を実施、個人結果、集計結果は10月に返却した。ID番号にてすべて調査を行い、研究者側は個人情報を持たず、保育園でIDと個人結果の管理をお願いした。新潟県立大学倫理委員会の承諾を得て行った。

【調査内容】
○早朝尿検査(Na, Cr): 母親は随時尿として一日推定食塩摂取量を計算

幼児は尿中Na/Cr比を求める。

○食事頻度調査: 簡易型自記式食事歴法質問票のBDHQは、最近1-2ヶ月の食事内容・頻度の質問内容で妥当性が示されている。

○独自アンケート: 児の24項目の食品摂取頻度、生活のゆとり、教育など

JMP統計ソフト(SASInstitute)を使用し、 $p<0.05$ で有意差ありとした。

背景・目的

塩分摂取に伴う動脈硬化、血圧上昇は幼児期からの塩分摂取の蓄積によるとされ、味覚形成の面からも幼児期からの減塩が求められる。

簡易食事調査票『塩分チェックシート』は土橋らにより開発され、一日推定塩分排泄量との相関が確認されている。塩分に関連する食習慣が確認でき、食事指導につなげることができる。

母親、幼児らでは、摂取食品の種類、頻度等の違いから、既存のチェックシートでは塩分摂取量を把握できない可能性がある。

本研究においては、母親、児の食事頻度調査、尿調査から、食事内容、塩分と関連する食品をみた幼児の簡易食事塩分調査票を作成する。母親、幼児の減塩指導、減塩の意識づけにつなげられると考える。

土橋らが作成した 塩分チェックシート

土橋卓也, 増田香織, 鬼木秀幸, 他. 高血圧患者における簡易食事調査票『塩分チェックシート』の妥当性についての検討. 血圧, 2013; 20: 1239-1243.

幼児の食事頻度調査項目（独自アンケート）

- Q 平日ご自宅でお子様の食べる頻度について番号に○を付けてください。
- （朝食、夕食、おやつ）
- ①毎日2回 ②毎日1階 ③週6-4回 ④ 週3-2回 ⑤あまり食べない
1. 主食（ごはん）
2. パン類 種類（うどん、ラーメン）
3. 肉（牛肉、豚肉、鶏肉）
4. 魚（ちくわ、かまぼこ一夜干しは含まない）
5. 卵（鶏の卵一個程度）
6. 乳製品（牛乳、ヨーグルトなど）
7. 豆腐、厚揚げ、豆乳など
8. 結実色野菜（人参、かぼちゃ、トマトなど）
9. その他野菜（キャベツ、大根、玉ねぎなど）
10. 果物（缶詰、ジュースは含まない）
12. 味噌汁、スープなど 汁物
13. カレー、ミートソース等の洋風料理
14. 和風の煮物、鍋物、どんぶりもの
15. 魚の干物、塩漬けなど
16. ハム、ソーセージ、ちくわ、かまぼこなど
17. 漬物、浅漬けなど
18. 冷凍食品（加工品）
19. 外食やコンビニのお弁当等
20. せんべい、スナック菓子などのおやつ
21. チョコレート、アイスクリームなどのおやつ
22. ジュース、イオン水などの飲み物

結果1「塩分チェックシート」項目別摂取頻度 n=359

	n(%)			
	1日2回以上	1日1回くらい	2〜3/週	あまり食べない
みそ汁、スープなど	113(31%)	155(43%)	74(21%)	17(5%)
つけ物、梅干しなど	40(11%)	62(17%)	63(18%)	193(54%)
うどん、ラーメンなどの種類	ほぼ毎日	2〜3回/週	1回/週	食べない
朝食、夕食での外食やコンビニ弁当惣菜などの利用	109(30%)	217(61%)	25(7%)	8(2%)
	0(0%)	82(23%)	0(0%)	274(77%)
しょうゆやソースをかける頻度	よくかける	毎日1回はかける	時々かける	ほとんどかけない
	19(5%)	109(31%)	161(45%)	68(19%)
うどん、ラーメンなど汁を飲む量	全て飲む	半分くらい飲む	少し飲む	ほとんど飲まない
	54(15%)	94(26%)	102(29%)	108(30%)
家庭での味付けの濃さ	濃い	同じ		薄い
	33(9%)	129(36%)		196(55%)
食事の量	人より多め	普通	人より少なめ	
	113(31%)	113(32%)	133(37%)	
ちくわ、かまぼこなど・あじの開き、みりん干し	よく食べる		2〜3/週	あまり食べない
ハム、ソーセージなど				
せんべい、おかき、チップスなど				

結果2 「塩分チェックシート」項目の頻度と1日推定食塩排泄量の関連

n=359

塩分チェックシートの項目	p値
みそ汁、スープなど※	有意差なし
つけ物、梅干しなど	0.0309
ちくわ、かまぼこなど	有意差なし
あじの開き、みりん干し	有意差なし
ハム、ソーセージなど	有意差なし
うどん、ラーメンなどの種類	0.0359
せんべい、おかき、ポテトチップスなど※	有意差なし
しょうゆやソースをかける頻度	有意差なし
うどん、ラーメンなどの汁を飲む量	0.0266
外食やコンビニ弁当などの利用	有意差なし
家庭での味付けの濃さ	0.0375
食事の量※	有意差なし
合計値	0.0272
除外した合計	0.0023
点数の変更	0.0008

※ 有意差はないが、摂取頻度が増えると推定塩分摂取量が増えた項目

結果3 追加を検討した項目（調理方法）の摂取頻度

n=359

	毎日1回以上	週4〜6回	週2〜3回	1回/週	あまり食べない
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
焼き肉ステーキ	1(0.3%)	5(2%)	27(7%)	65(18%)	260(73%)
ハンバーグなど	0(0%)	5(2%)	44(12%)	158(44%)	151(42%)
洋風料理					
肉の揚げ物 ※	3(1%)	11(3%)	63(18%)	134(37%)	148(41%)
炒め物	15(4%)	57(16%)	162(45%)	82(23%)	23(6%)
和風の煮物※	74(21%)	63(18%)	106(29%)	67(19%)	49(14%)
さしみ・すし※	0(0%)	7(2%)	27(8%)	97(27%)	228(63%)
焼き魚	2(1%)	22(7%)	116(32%)	140(39%)	79(22%)
煮魚	45(13%)	30(8%)	51(14%)	69(19%)	164(46%)
魚の天ぷら※	0(0%)	2(1%)	28(8%)	77(21%)	252(70%)
酒	48(13%)	28(9%)	33(9%)	25(7%)	224(62%)

有意差はすべての項目なし ※

結果2 「塩分チェックシート」項目の頻度と1日推定食塩排泄量の関連

n=359

調理方法の項目	p値
焼き肉ステーキ	有意差なし
ハンバーグなど洋風料理	有意差なし
肉の揚げ物	有意差なし
炒め物	有意差なし
和風の煮物	有意差なし
さしみ・すし	有意差なし
焼き魚	有意差なし
煮魚	有意差なし
魚の天ぷら	有意差なし
酒	有意差なし
焼き肉ステーキ	有意差なし
食事の量	有意差なし

※ 有意差はないが、摂取頻度が増えると推定塩分摂取量が増えた項目

結果5 作成した母親の『塩分評価シート』

	2点	1点	0点
みそ汁、スープなど	1日2杯以上	2~3回/週以上	あまり食べない
つけ物、梅干しなど	2~3回/週以上		あまり食べない
うどん、ラーメンなどの麺類	2~3回/週以上	1回/週以下	食べない
せんべい、おかき、ポテトチップスなど	2~3回/週以上		あまり食べない
さしみ・すし	週4回以上	1回/週以上	あまり食べない
和風の煮物や鍋物、どんぶり	週4回以上	1回/週以上	あまり食べない
肉の揚げ物		週1回以上	週一回未満
魚の天ぷら		週1回以上	週一回未満
うどん、ラーメンなどの汁を飲むか？	飲む(少し~全部)		ほとんど飲まない
家庭の味付けは外食と比べて濃いかな？	濃い		同じ~薄い
食事の量は多いか、普通~多め			少なめ

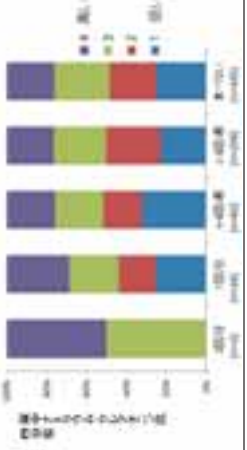
20点満点

『塩分評価シート』と一日推定塩分摂取量との関連 $P<0.0001$

結果6 幼児の塩分関連食品と尿中Na/Cr比との関連

1. パン類 麺類(うどん、ラーメン)
2. 味噌汁、スープなど 汁物
3. カレーミートソース等の洋風料理
4. 和風の煮物、鍋物、どんぶりもの
5. 魚の干物、塩づけなど
6. ハム、ソーセージ、ちくわ、かまぼこなど
7. 漬物、浅漬けなど
8. 冷凍食品(加工品)
9. 外食やコンビニのお弁当等
10. せんべい、スナック菓子などのおやつ
11. ジュース、イオン水などの飲み物

例：煮物



結果7 幼児の推奨される食品摂取と尿中Na/Cr比との関連

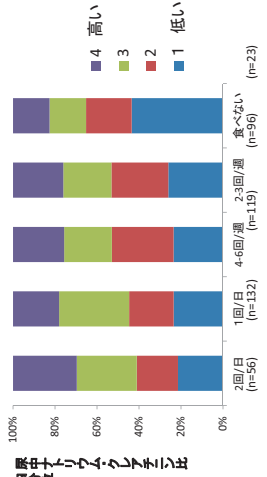
1. 主食(ごはん)
2. パン類 麺類(うどん、ラーメン)
3. 肉(牛肉、豚肉、鶏肉)
4. 魚(ちくわ、かまぼこ、一夜干しは含まない)
5. 卵(鶏の卵一個程度)
6. 乳製品(牛乳、ヨーグルトなど)
7. 豆腐、厚揚げ、豆乳など
8. 緑黄色野菜(人参、かぼちゃ、トマトなど)
9. その他野菜(キャベツ、大根、玉ねぎなど)
10. 果物(缶詰、ジュースは含まない)

10項目すべて尿中Na/Cr比と摂取頻度で有意差なし。

食品摂取頻度と尿中Na/Cr比との傾向がみられたものを選択。

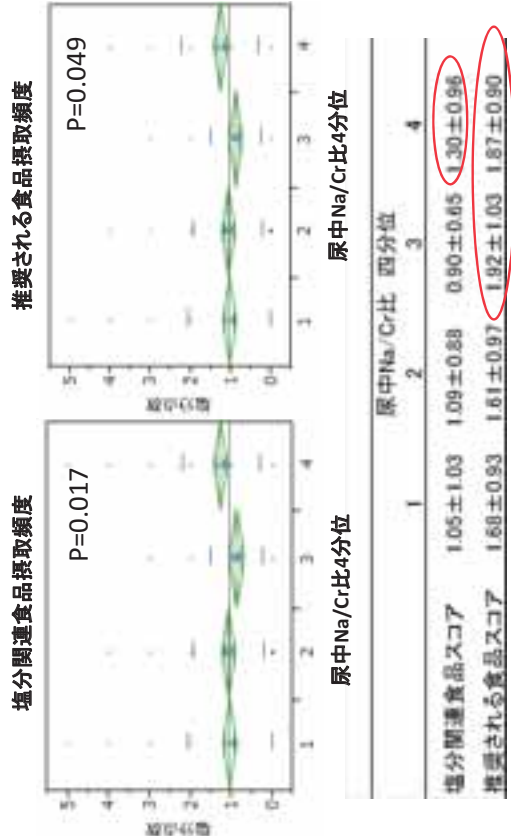
全項目一日一回以上でNa/Cr比高い

一日一回以上摂取で1点とする



例：肉の摂取

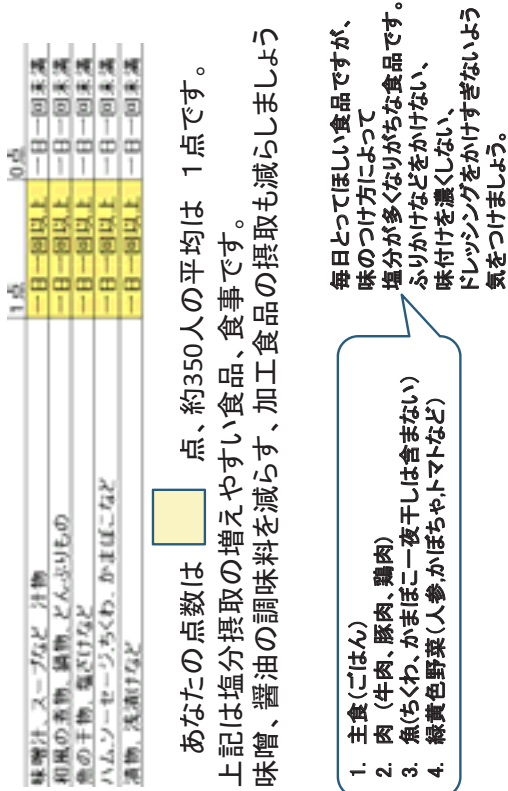
結果7 幼児の塩分関連食品摂取スコア、推奨される食品摂取スコアと尿中Na/Cr比4分位の関連



結語・考察

- 幼児および母親の『塩分評価シート』を作成した。母親の一日推定塩分摂取量、尿中Na/Cr比と有意な関係($P < 0.0001$, $P = 0.017$)を認めた。
- 母親においては麺を食べる頻度が高く、頻度、汁を飲む事が、塩分量と有意に関連していた($P < 0.005$)。
- 調理方法では、肉、魚などの「揚げ物」が塩分量と関係し、「さしみ」を食べる頻度が塩分摂取に関連しており、味付けに注意が必要と思われる。
- 児においては塩分の多い食品以外でも摂取を推奨すべき主食(ごはん)、肉、魚、緑黄色野菜をよく摂取する群で塩分が多い傾向があり、今後、ふりかけを使っていないか、味付けの方法、「揚げ物」「さしみ」の摂取頻度等も追加、検討が必要と考える。
- 今回作成した『塩分チェックシート』の推奨すべき点数(カットオフ値)は、今後分析にて決定していく。
- 幼児期のスナックの摂取が塩分摂取量に関連していたと報告されているが(Hypertension Res.2011)幼児期の塩分摂取に関連する研究は少ない。幼児期の減塩指導につながる調査、研究は今後必要と考える。

結果8 幼児の塩分評価シート(案)



保護者への集計結果・食育の手紙 学生作成



簡単・減塩・野菜多いをキーワードとしたレシピ集
学生作成

簡単！野菜がおいしいレシピ！

さう、あなたのお子様は1日何と60gの野菜を食べることが推奨されています。野菜大好きなお子様も、苦手なお子様もぜひ試してはほしいレシピをご用意しています。レシピは大人の数になっていますので、およそおまな人がおこども1人です。



辛
謝

本調査にご協力いただきました保護者様、お子様
各保育園の園長先生、保育園職員の皆様、また尿検査
実施にご協力いただきました新潟保健科学新潟
(旧臨床検査センター)様に深く御礼申し上げます。

【研究者・研究組織・研究概要（申請書より）】

幼児および保護者の食事塩分スコアの作成

研究代表者：太田 亜里美（おおた あさみ）
（新潟県立大学・健康栄養学科）

研究組織（＊印は新潟市医師会員）

①研究者名	②分 担 す る 研 究 項 目	③最 終 卒 業 校 ・ 卒 業 年 次 ・ 学 位 及 び 専 攻 科 目	④所 属 機 関 及 び 現 在 の 専 門 （研究実施場所）	⑤所 属 機 関 に お け る 職 名
○＊太田亜里美	研究の統括・アンケート調査実施の調整・データ解析・結果説明	新潟大学大学院・2005年修了・医学博士・小児科学・公衆衛生学・栄養疫学・感染症疫学・社会疫学	新潟県立大学人間生活学部健康栄養学科	准教授
村山伸子	研究計画・政策評価・調査全体の進行調整	東京大学大学院医学系研究科博士課程修了・公衆栄養・国際保健・栄養疫学・社会疫学	新潟県立大学人間生活学部健康栄養学科	教授
関崎久美子	保育園・幼稚園に調査の情報提供 政策評価・調査全体の進行調整		新潟市福祉部保育課	主幹

研究の概要

塩分摂取に伴う動脈硬化は小児期からの塩分摂取の蓄積によるとされ、味覚形成の面からも幼児期からの減塩が求められる。前調査で母親の食事パターンは野菜を中心とする『健康食パターン』、簡易な食事の『麺パターン』が検出され、麺パターンスコアの高い群で有意に母親の塩分摂取量が多かった (P=0.02)。児の尿中Na/Cr値は麺パターンで高く、健康食パターンはやや低かった。また両パターンスコアが低く、摂取食品の種類の少ない群は尿中Na/Cr値は低かった (有意差なし)。

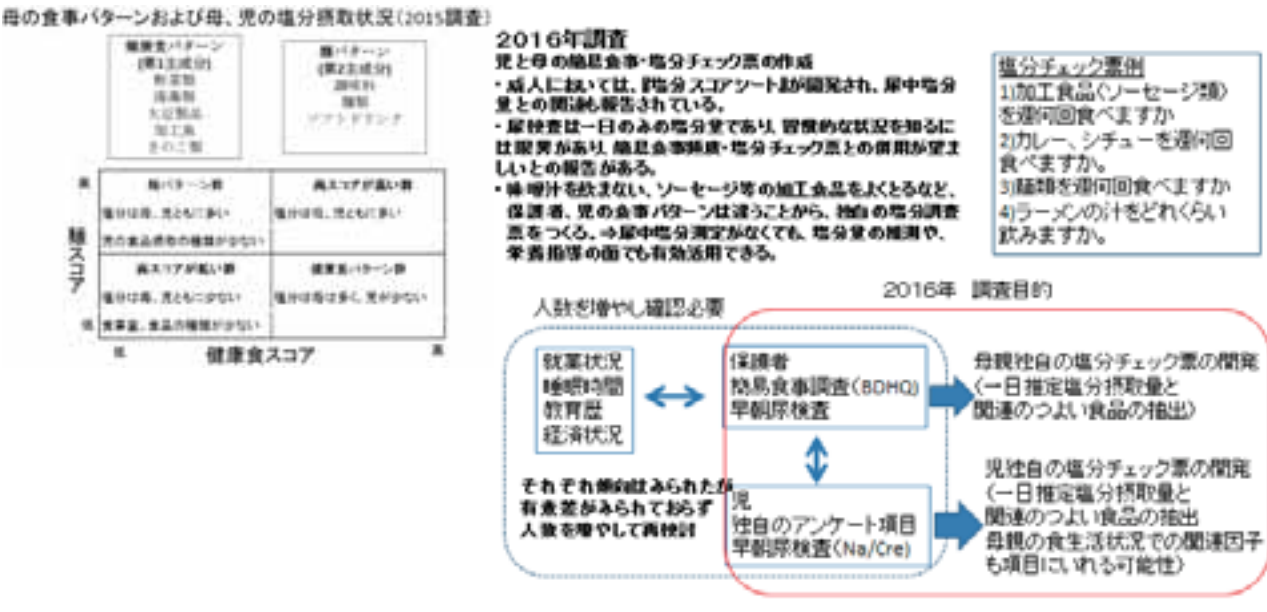
簡易食事調査票『塩分チェックシート』は土橋らにより開発され、尿中塩分量との相関が確認されており、また塩分に関連する食習慣が確認できる。共同研究者の村山らが新潟県の成人における塩分チェックシートを開発中であり、丼物の回数、外食回数等が項目として挙げられている。

前調査から保護者、幼児らでは、摂取食品の種類、頻度の違いから、成人の既存の項目では評価が難しいと考えられる。本研究においては、母親、児の食事頻度調査、尿調査から、食事内容、塩分と関連する食品を検討した幼児の簡易食事塩分調査票を作成する。尿検査と併用して、簡易なアンケート項目のチェックにより食事状況および塩分摂取状況両方の把握を行う。保護者および幼児の食事内容の改善、減塩を同時に指導を行うことが必要と考える。保護者の食事頻度調査は幼児の食習慣にも強く反映しており、簡易食事塩分調査票作成の土台とする。今回も詳細な栄養摂取状況の結果を返却し、客観的な塩分摂取量の指標となる尿検査を母子同時に行うことで減塩の認識を高めると考える。

倫理面への配慮

尿検査は、本人には侵襲のない採取であり、個人情報の保護、調査以外の目的で検体を使用しない、使用後の破棄をお伝えした説明用紙および研究参加への同意書にて保護者の署名で同意を得る。個人情報保護のため、DHQの生年月日記載は生年月までの記入とする。記入後のアンケート用紙は封筒に入れ封をし、園に回収ボックスを置き投函してもらう。食事頻度調査および尿検査の個人への結果の返却および今後追跡調査を行う可能性があり、調査番号と名前の名簿を保育園、幼稚園側に厳重な管理をお願いする必要がある。研究者側は個人情報のない調査番号のみで分析を行い、個人の同定できない集計結果にて公表する。個人情報の取り扱いに関しては新潟県立大学倫理委員会の許可を得て行っている。

(流れ図)



発表
7

研究助成の概要

新潟市医師会地域医療研究助成事業

平成 24 年度から、新潟市医師会独自の研究助成事業を開始致しました。

新公益法人制度改正により、新潟市医師会は平成 25 年度より一般社団法人へ移行します。これを契機に、これまでの医師会事業を見直し、新たに実施するものです。平成 23 年 12 月から理事会内で検討を行い、事業内容をまとめ、平成 24 年 3 月 30 日の代議員会で承認頂きました。

新潟市医師会として、新潟市における地域医療・保健・福祉の充実、向上に貢献することを役割の一つと考えており、この目的にかなう研究に助成するものです。公衆衛生学分野、検診・ドックなどの予防医学分野、介護・障がいなどの福祉学分野、救急・災害医療学分野を主に対象としています。

少子高齢化社会という言葉に代表されるように、社会はダイナミックに変化しています。新潟市においても例外ではありません。広域合併した新潟市には、全体として、また各区・地域ごとに、それぞれの特性に応じた課題があると思います。新潟市における課題は何かをテーマとして、学術的に研究して頂きたいと考えております。身近な問題に関心を持つ若い基礎研究者を支援、育成したいという思いが込められています。

また、私たちが関わる医療、福祉、介護などの分野は相互に密接に関係しており、医師だけで解決できるものでなく、関連職種の相互連携が必要です。そこで、これまで医学的な学術研究に縁遠かったかも知れない介護や福祉に携わる方々や行政の皆様方にも積極的に参加して頂けるようにしたいと思っています。医師会員が共同研究者として 1 人でも入っていれば応募できます。医師会員の先生方にはどうぞご協力をして下さいますようお願い致します。

採択された研究については、研究成果を互いに討論し、問題点を共有し、医師会の事業や新潟市の施策に反映できる発表の場として、研究助成分野の専門家に学術研究会を立ち上げて頂き、医師会として後援して行く事になっております。

なお、研究助成の審査に際しては、当該分野の外部の専門家にも加わって頂きますが、医学・医療に限らず、行政の責任者や法律の専門家にも審査委員に加わって頂き、できるだけ透明性を確保しながら助成事業を運営して行く方針ですのでご理解頂けますようお願い致します。多くの有益な研究応募がありますよう期待しております。

平成 24 年 4 月 1 日

新潟市医師会長 佐 野 正 俊

新潟市医師会地域医療研究助成規程

(目的)

第1条 新潟市医師会（以下「本会」という。）は新潟市民の医療・保健・福祉の充実と向上を目的に、次条に掲げる分野において実証的な研究に取り組むグループ又は個人に対し助成し、研究結果を検証し、今後の課題克服に資するものとする。

(研究助成の対象分野)

第2条 本会は、次に掲げる分野における研究に対し、助成を行う。

- (1) 公衆衛生学分野
- (2) 検診・ドック等の予防医学分野
- (3) 介護・障がい等の福祉学分野
- (4) 救急・災害医療学分野
- (5) その他の医学分野

(審査会)

第3条 助成に関する事項を審議するため、新潟市医師会地域医療研究助成審査委員会（以下「委員会」という。）を置く。

2 委員会規程については、別に定める。

(申請資格)

第4条 助成金の申請資格について、次のとおりとする。ただし、筆頭研究者が本会会員でない場合は、共同研究者に本会会員が含まれていなければならない。

- (1) 医師・医師以外の研究者
- (2) 行政担当者・団体職員

(研究助成の種類・金額等)

第5条 研究助成の種類・金額等については、次のとおりとする。

- (1) 単年研究：1件あたり、100万円を限度とする。
- (2) 複数年研究：単年度あたり100万円を限度に、最長3年を限度とする。

(申請)

第6条 助成金を申請しようとする者は、毎年1月末日までに新潟市医師会地域医療研究助成金申請書（以下「申請書」という。）を本会事務局に申請する。ただし、平成24年度分の申請については、4月末日までとする。

2 申請書の書式については、別に定める。

(助成金額等の決定)

第7条 本会会長は、前条の申請書を受理したときは、委員会に諮るものとする。

2 委員会は、原則として毎年2月末日までに審査するものとする。
ただし、平成24年度分については5月末日までとする。

3 助成金の額並びに助成総件数については、委員会の議を経た後、本会理事会で決定する。

(研究成果等の報告)

第8条 研究代表者は、当該研究等が完了したときは、完了の日から30日以内に新潟市医師会地域医療研究助成金研究成果報告書（以下「報告書」という。）を本会会長に提出するものとする。

2 報告書の書式については、別に定める。

(雑則)

第9条 この規程に定めるもののほか、助成に関し必要な事項は、新潟市医師会地域医療研究助成応募要領（以下「応募要領」という。）によるものとする。

2 応募要領については、別に定める。

附 則

1 この規程は、平成24年4月1日から施行する。

新潟市医師会地域医療研究助成審査委員会規程

(趣旨)

第1条 この規程は、新潟市医師会地域医療研究助成規程第3条第2項の規定に基づき、新潟市医師会地域医療研究助成審査委員会（以下「委員会」という。）の組織及び運営に関し必要な事項を定めるものとする。

(組織)

第2条 委員会は、次に掲げる者をもって組織する。

- (1) 公衆衛生学分野，検診・ドック等の予防医学分野，介護・障がい等の福祉学分野，救急・災害医療学分野から若干名。
- (2) 新潟市医師会学術担当理事。
- (3) 新潟市医師会長が必要と認めた者。

(委員の任期)

第3条 前条に規定する委員の任期は、2年とする。ただし、補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。

- 2 前項の委員は、再任することができる。

(委員長，副委員長)

第4条 委員会に委員長を置く。委員長，副委員長は委員の中から互選によって選挙する。

- 2 委員長は、議事を主宰し、委員会を代表する。
- 3 副委員長は、委員長を補佐し、委員長に事故があるときは、その職務を代行する。

(議決)

第5条 委員会は、委員の過半数の出席により成立する。

- 2 議事は、出席委員の過半数をもって決し、可否同数のときは、委員長が決する。

(委員以外の者の出席)

第6条 新潟市医師会長若しくは審査会委員長が必要と認めたときは、委員会の承認を得て、委員会に委員以外の者の出席を求め、説明又は意見を聴取することができる。

第7条 この規程に定めるもののほか、委員会に関し必要な事項は、委員会が別に定める。

附 則

- 1 この規程は、平成24年4月1日から施行する。

新潟市医師会地域医療研究助成審査委員会名簿

	氏名	所属
委員長	齋藤 玲子	新潟大学大学院医歯学総合研究科 国際保健学分野
副委員長	丸田 秋男	新潟医療福祉大学 社会福祉学部
	阿部 眞也	新潟市 保健衛生部
	遠藤 裕	新潟大学医歯学総合病院 高次救命災害治療センター
	古泉 直也	新潟市医師会（県立がんセンター新潟病院）
	佐藤 隆司	新潟市 福祉部
	沢田 克己	新潟大学 法学部
	月岡 恵	新潟市保健所
	永井 明彦	新潟市医師会
	中村 和利	新潟大学大学院医歯学総合研究科 地域予防医学講座
	廣瀬 保夫	新潟市民病院 救急科
	広橋 武	新潟市医師会
	山添 優	新潟市医師会（新潟市急患診療センター）
	鷺山 和雄	新潟市医師会（新潟大学脳研究所）

（任期：平成 26 年 7 月 1 日から平成 28 年 6 月末）



2016年度(平成28年度) 公募要領

平成 28 年度「新潟市医師会 地域医療研究助成」の公募要領

1. 研究助成の目的

新潟市医師会は新潟市民の医療・保健・福祉の充実と向上を目的として活動してきましたが、社会の大きな変化にともない、これらに拘る課題は複雑さを増しつつあります。そこで、新潟市医師会は、これらの課題克服のための研究推進を目的として、助成をおこないます。

2. 研究助成の対象分野

新潟市民を対象とする 1) 公衆衛生学分野、2) 検診・ドック等の予防医学分野、3) 介護・障がい等の福祉学分野、4) 救急・災害医療学分野、5) その他の医学分野、の実証的な研究。

3. 助成申請額・助成申請期間・助成件数

(1) 新規応募の場合、単年研究：1 件あたり、70 万円を限度とします。

(2) 新規応募の場合での複数年研究：単年度あたり 50 万円を限度に、最長で 3 年を限度とします。ただし、継続助成の可否については年度毎に審査するので、その都度再申請が必要です。

(3) 前年度に助成を受けた場合の複数年研究応募の場合：単年度あたり、前年度に交付された助成額を超えない範囲で、初年度の申請書に記載した期限内で継続して申請できますが、継続助成の可否を再審査するので、あらためての申請が必要です。申請書には、助成を受けた後の研究実績を具体的に明記してください。

(4) 助成金額ならびに助成総件数については、新潟市医師会の予算をもとに、新潟市医師会理事会が最終決定します。

4. 申請資格

医師・医師以外の研究者・行政担当者・団体職員。ただし、研究代表者（申請者）が新潟市医師会会員でない場合には、共同研究者に新潟市医師会会員が含まれていなければなりません。

5. 申請できる経費と振込

申請できるのは、研究活動に必要な消耗品費、通信・運搬費、旅費、謝金、印刷費等です。助成金の振込先については、助成内定後に相談ください。

6. 応募・受付期間

新規研究：平成 27 年 11 月 16 日から 12 月 15 日（必着）

継続研究：平成 27 年 12 月 1 日から 12 月 25 日（必着）

7. 応募方法

(1) 募集を、大学等の機関に案内するほか、新潟市医師会 HP でもお知らせします。申請書を見新潟市医師会 HP からダウンロードしてください。

(2) 応募者は、記入要領に従って申請書に必要事項を記入の上、新潟市医師会宛に郵送してください。併せて、作成した電子ファイルも送ってください。

(3) お送りいただいた申請書等の資料は返却しません。

8. 審査・選考

申請書は外部の専門委員を含めた新潟市医師会地域医療研究助成審査委員会で審査されます。最終的に、新潟市医師会理事会の決定を経て、応募者に審査結果が通知されます。平成 28 年 3 月末を予定しています。

9. 発表と報告

(1) 単年研究と複数年研究のいずれの場合も、新潟市医師会が指定する学術研究会（平成 29 年 1 月下旬から 2 月初旬を予定）で、研究成果の発表と討論をおこなってください。学術研究会の開催については、予め申請者に案内します。

(2) 単年研究と複数年研究のいずれの場合も、完了の日から 30 日以内に、所定の書式で、研究成果報告書と決算報告書を、新潟市医師会長宛に提出してください。

(3) 単年研究と複数年研究のいずれの場合も、最終研究期間終了後の半年以内に、研究成果を新潟市医師会報の学術欄に投稿してください。

10. 応募・照会先：

新潟市医師会事務局 担当：総務第二課 市川、清水

電話：025-240-4131 電子メール：niigatashi@niigata.med.or.jp

住所：〒950-0914 新潟市中央区紫竹山 3-3-11

新潟市医師会 HP: <http://www.niigatashi-ishikai.or.jp>

過去の発表会

第1回 地域医療研究助成発表会 平成25年3月30日(土) 会場:新潟大学医学部有壬記念館

14:30 開会挨拶 新潟市医師会副会長 藤田一隆

発表1	「新潟市内の高齢者における疾病・介護リスク要因の評価とGISを用いた視覚化～特定健診と特定保健指導に関する解析と今後の計画～」	発表者： 菖蒲川由郷（新潟大学）
		座 長： 齋藤玲子（新潟大学・国際保健学）
発表2	「要介護高齢者における疲労の主観的評価と客観的評価の比較検討」	発表者： 能村友紀（新潟医療福祉大学）
		座 長： 鈴木 亨（新潟市・福祉部）
発表3	「塩分摂取が及ぼす健康被害に関する調査」	発表者： 加藤公則（新潟県労働衛生医学協会）
		座 長： 中村和利（新潟大学・環境予防医学）
発表4	「安静時正常血圧者における運動負荷時過剰血圧上昇の意義、治療介入についての検討」	発表者： 伊藤正洋（新潟県スポーツ医科学センター）
		座 長： 月岡 恵（新潟市保健所）
発表5	「新潟市における「ひきこもり」の実態の分析と対応の検討」	発表者： 中垣内正和（佐潟荘）
		座 長： 丸田秋男（新潟医療福祉大学・社会福祉学部）
特別講演	「身体活動・運動による生活習慣病予防ー地域における健康づくり支援環境に着目して」	演 者： 井上 茂（東京医科大学・公衆衛生学・教授）
		座 長： 齋藤玲子（新潟大学・国際保健学）

閉会挨拶 新潟市医師会副会長 庄司義興

第2回 地域医療研究助成発表会 平成26年2月1日(土) 会場:新潟大学医学部有壬記念館

14:30 開会挨拶 新潟市医師会会長 佐野正俊

発表1	「塩分摂取が及ぼす健康被害に関する調査」	発表者： 加藤公則（新潟県労働衛生医学協会）
		座 長： 齋藤玲子（新潟大学・国際保健学）
発表2	「新潟市内の高齢者における疾病・介護リスク要因の評価とGISを用いた視覚化～特定健診とアンケートの結果より～」	発表者： 菖蒲川由郷（新潟大学）
		座 長： 鈴木 亨（新潟市・福祉部）
発表3	「新潟市の保育園における視力検査の実施状況に関する調査」	発表者： 石井雅子（新潟医療福祉大学）
		座 長： 佐藤隆司（新潟市・保健衛生部）
発表4	「新潟市における高齢心不全患者の運動機能低下要因の解明と運動療法の効果に関する検討」	発表者： 小幡裕明（新潟大学）
		座 長： 山添 優（新潟市民病院）
発表5	「高齢者に対するリハビリテーション実施時における主観的疲労度評価の再現性と妥当性」	発表者： 能村友紀（新潟医療福祉大学）
		座 長： 丸田秋男（新潟医療福祉大学・社会福祉学部）
発表6	「新潟市における健康習慣の遵守状況と慢性腎臓病(CKD)の包括的評価」	発表者： 若杉三奈子（新潟大学）
		座 長： 月岡 恵（新潟市保健所）
発表7	「安静時正常血圧者における運動負荷時過剰血圧上昇の意義、治療介入についての検討」	発表者： 伊藤正洋（新潟県スポーツ医科学センター）
		座 長： 広瀬保夫（新潟市民病院・救命救急・循環器病・脳卒中センター）
特別講演	「地域における自殺対策ー最新のエビデンスと今後の課題ー」	演 者： 本橋 豊（秋田大学理事・副学長）
		座 長： 中村和利（新潟大学・環境予防医学）

閉会挨拶 新潟市医師会副会長 藤田一隆

第3回 地域医療研究助成発表会 平成27年1月31日(土) 会場:新潟大学医学部有壬記念館

14:30 開会挨拶 新潟市医師会会長 藤田一隆

発表1	「新潟市における高齢心不全患者の運動機能低下要因の解明と運動療法の効果に関する検討」	発表者：小幡裕明 (新潟大学・循環器内科)
		座長：中村和利 (新潟大学・環境予防医学)
発表2	「幼児眼科健診および視力検査の実施状況に関する調査」	発表者：石井雅子 (新潟医療福祉大学・視機能科学)
		座長：阿部眞也 (新潟市保健衛生部)
発表3	「新潟市における高齢者施設の救急対応の問題点と救急医療施設との関係性について～高齢者施設アンケート調査より～」	発表者：佐藤信宏 (新潟市民病院・救急科)
		座長：遠藤 裕 (新潟大学・救急医学)
発表4	「新潟市西区における一人暮らし高齢者の孤立防止対策の構築に関する研究」	発表者：小林恵子 (新潟大学・看護学)
		座長：佐藤隆司 (新潟市福祉部)
発表5	「運動時過剰血圧反応の意義、機序、治療介入についての検討」	発表者：伊藤正洋 (新潟県健康づくりスポーツ医学センター)
		座長：齋藤玲子 (新潟大学・国際保健学)
発表6	「塩分摂取が及ぼす健康被害に関する調査」	発表者：加藤公則 (新潟県労働衛生医学協会)
		座長：廣瀬保夫 (新潟市民病院・救命救急・循環器病・脳卒中センター)
発表7	「新潟市内の高齢者における疾病・介護リスク要因の評価とGISを用いた視覚化～健康なまちづくり指標～」	発表者：菖蒲川由郷 (新潟大学・国際保健学)
		座長：月岡 恵 (新潟市保健所)
特別講演	「地域福祉計画に基づくコミュニティソーシャルワークの展開」	演者：丸茂丈実 (茅野市社会福祉協議会・事務局長)
		座長：丸田秋男 (新潟医療福祉大学・副学長)

閉会挨拶 新潟市医師会副会長 広橋武

第4回 地域医療研究助成発表会 平成28年1月30日(土) 会場:新潟大学医学部有壬記念館

14:30 開会挨拶 新潟市医師会会長 藤田一隆

発表1	「超高齢社会における骨粗鬆症への対応 一次骨折予防のあり方を考える」	発表者：山本智章 (新潟リハビリテーション病院・整形外科)
		座長：月岡 恵 (新潟市保健所)
発表2	「運動時過剰血圧反応の意義、機序、治療介入についての検討」	発表者：伊藤正洋 (新潟県健康づくりスポーツ医学センター)
		座長：廣瀬保夫 (新潟市民病院)
発表3	「新潟市内の幼児の塩分摂取量と保護者の食事パターンおよび生活・社会環境因子の関係」	発表者：太田亜里美 (新潟県立大学・健康栄養学)
		座長：中村和利 (新潟大学・環境予防医学)
発表4	「幼児眼科健診の充実をめざして～弱視の早期発見のための取り組み～」	発表者：石井雅子 (新潟医療福祉大学・視機能科学)
		座長：齋藤玲子 (新潟大学・国際保健学)
発表5	「『見える化』から『できる化』へ ～データに基づく健康なまちづくり～」	発表者：菖蒲川由郷 (新潟大学・国際保健学)
		座長：丸田秋男 (新潟医療福祉大学・社会福祉学部)
発表6	「新潟市における高齢者施設の救急対応の問題点と救急医療施設との関係性について～病院調査と救急搬送調査より～」	発表者：佐藤信宏 (新潟市民病院・救急科)
		座長：阿部眞也 (新潟市保健衛生部)
発表7	「新潟市西区における一人暮らし高齢者の孤立防止対策の構築に関する研究」	発表者：小林恵子 (新潟大学・看護学)
		座長：佐藤隆司 (新潟市福祉部)
特別講演	「大規模災害時に医療機能を継続するための技術:BCP(事業継続計画)～官民連携の取組による地域レジリエンス強化の重要性と課題～」	演者：渡辺研司 (名古屋工業大学 教授 リスクマネジメントセンター防災安全部門長(兼務))
		座長：遠藤 裕 (新潟大学・救急医学)

閉会挨拶 新潟市医師会副会長 広橋武



2016年度(第5回) 新潟市医師会地域医療研究助成 発表会 ハンドアウト

2017年1月28日 発行

■発行者 新潟市医師会
〒950-0914 新潟市中央区紫竹山3-3-11
電話 025-240-4131(代表)

■印刷所 株式会社ウィザップ

©新潟市医師会 無断複製を禁ずる