

令和6年度 登米市地域包括ケア体制推進会議

長寿介護課・健康推進課・国保年金課・経営企画課

(1) 地域包括ケアの取組みについて

1 前回の推進会議について

振り返り ～令和5年度 会議の概要～

●地域包括ケア体制の推進：取組みの方向性

・重点項目の確認と現状・取組みの見える化

- 
- ①元気高齢者づくり
 - ②自立支援と重度化防止
 - ③地域の支え合いの体制づくり
 - ④在宅療養体制の充実



・市の取組み内容の報告

- ①認知症への取組み
- ②高齢者の保健事業と介護予防事業の一体的実施
- ③糖尿病性腎症重症化予防の取組み
- ④登米市民病院における糖尿病の診療体制について

振り返り ～令和5年度 会議の概要～

●会議での主な意見等

- 医療と介護の連携、高齢者の保健事業と介護予防の一体的支援により、病気や要介護状態の重度化を防ぐことが重要であることを改めて認識した。今後も連携の継続、強化が必要である。
- 少子高齢化・人口減少により、社会のあり様がだいぶ変わってきており、医療職・介護職の人材不足が全国的にも問題となっている。
- 登米市民病院における糖尿病の診療に期待したい。

2 制度改革、国の方針について

共生社会の実現を推進するための認知症基本法

(令和6年1月施行)

認知症の人が、尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができる「共生社会」の実現を推進するため、認知症施策について、基本理念、国・地方自治体の責務、計画の策定、基本的施策等について定める「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」が成立

基本理念

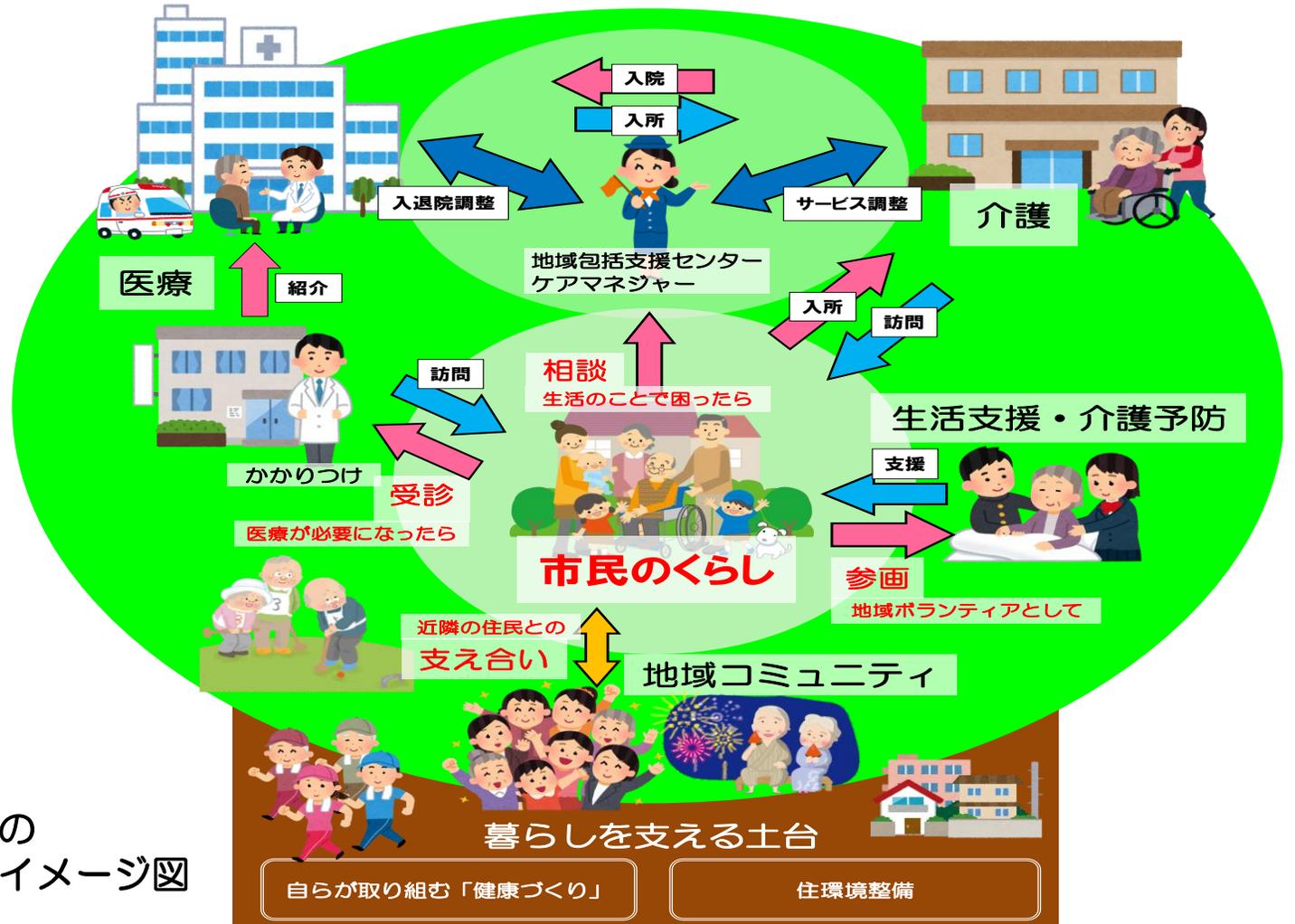
認知症施策は、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、①～⑦を基本理念として行う。

- ① 全ての認知症の人が、**基本的人権を享有する個人として、自らの意思**によって日常生活及び社会生活を営むことができる。
- ② 国民が、共生社会の実現を推進するために必要な認知症に関する**正しい知識**及び認知症の人に関する**正しい理解**を深めることができる。
- ③ 認知症の人にとって日常生活又は社会生活を営む上で**障壁**となるものを**除去**することにより、全ての認知症の人が、**社会の対等な構成員**として、**地域**において**安全にかつ安心して自立した日常生活**を営むことができるとともに、自己に直接関係する事項に関して**意見を表明する機会**及び社会のあらゆる分野における活動に**参画する機会**の確保を通じて**その個性と能力を十分に発揮**することができる。
- ④ 認知症の人の**意向を十分に尊厳**しつつ、**良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービス**が切れ目なく提供される。
- ⑤ 認知症の人のみならず家族等に対する支援により、認知症の人及び家族等が**地域**において**安心して日常生活**を営むことができる。
- ⑥ **共生社会**の実現に資する**研究等を推進**するとともに、認知症及び軽度の認知機能の障害に係る**予防、診断及び治療並びにリハビリテーション及び介護方法**、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすための**社会参加の在り方**及び認知症の人が他の人々と支え合いながら共生することができる**社会環境の整備**その他の事項に関する科学的知見に基づく**研究等の成果**を広く**国民が享受できる環境を整備**。
- ⑦ 教育、地域づくり、雇用、保健、医療、福祉その他の**各関連分野**における**総合的な取組**として行われる。

～登米市地域包括ケアシステム～

登米市安全・安心・やすらぎプラン（高齢者福祉計画・第9期介護保険事業計画）

【基本理念】
住み慣れた地域で
いつまでも暮らせる
まちづくり



登米市の
地域包括ケアのイメージ図

3 市の取組内容

① **認知症への取組み**

② **高齢者の保健事業と介護予防事業の一体的実施**

③ **テータヘルス計画等について**

④ **登米市民病院における糖尿病の診療体制について**

認知症高齢者の支援に対する課題

- 地域として、認知症の理解が不十分
- 認知症高齢者本人や家族を地域で支える仕組みづくりが必要
- 介護者に対する支援の場が不足

認知症高齢者の支援に対する目標

- 認知症高齢者本人の視点を取り入れながら、認知症高齢者本人が、可能な限り住み慣れた地域で生活を続けられるよう支援していく。
- 幅広い世代に、認知症に対する正しい理解が広まるよう、取り組みを進める。
- 本人や介護者同士の相談、交流の機会を提供していく。

～認知症になっても安心して暮らせる社会を～

具体的な取組～地域包括支援センターとの連携～

(1) 早期発見・早期対応

【認知症初期集中支援チーム】

- ・ 認知症サポート医の協力のもと、主任介護支援専門員等の専門職が、早期発見・早期対応を行う支援体制を平成30年から構築

(2) 相談対応

【認知症地域支援推進員】

(各地域包括支援センターに1名ずつ配置)

- ・ 令和5年度相談件数：266件（令和4年度比▲83件）

【もの忘れ相談】

- ・ 令和5年度相談件数：5件（令和5年度より再開）

(3)本人・介護者支援①

認知症家族交流会【とめゆたり】

開催日：令和6年6月20日 参加者：16名（従事者含み）

場 所：迫公民館 研修室

内 容：介護している家族や介護経験者が、今抱えている
悩みや不安を語り合う



<参加家族の声>

- ・人それぞれ考え方、受け止め方があるので、無理をせず付き合っていくことが大事だと思いました。
- ・どうしたら良い方向に進めるのかな？と思う気持ちを話せて良かったです。

(3)本人・介護者支援②

認知症カフェ【オレンジカフェ】

認知症の方やその家族、地域住民などが、お茶やコーヒーなどを飲みながら、認知症に関する講義を聞いたり、同じ悩みを抱えている方の交流の場として、誰もが気軽に集える場所です。

翔裕園
～あがらんしえ～



令和6年8月28日

中田包括
～役所カフェ～



令和6年8月22日

(4)普及啓発①

【認知症サポーター養成講座】

「認知症サポーター養成講座」とは、認知症について正しく理解し、地域や職場で認知症の方やその家族を支援するためにはどうしたら良いかを考えていただく講座です。

- 令和5年実績：開催数 16回
受講者数 397人
(地域住民向けその他、小学校や高校、企業などで開催)
- 令和6年8月末：開催数 6回
受講者数 251人
- 令和6年度目標数： 500人



サポーター養成講座の様子

(4)普及啓発②



【認知症サポーターステップアップ講座】年2回開催予定
認知症の基礎知識をさらに深め、地域で活動できるサポーターへ



令和6年3月6日開催の講座の様子

《参加者の声》

- 認知症の方との関わりだけではなく、ご家族の気持ちを話せる場等があればよいと思いました。
- 特別に何をしないといけないわけではなく、何気ない声掛けや見守りだけでいいと知り、心も軽くなった気がします。

(4)普及啓発③

【地域活動協力者】

ステップアップ講座受講者で
啓発活動に協力して頂ける方
令和6年8月末：47人

今後の取組みに向けた勉強会



令和6年8月21日開催

【認知症ケアガイドブック】
登米市の相談先や支援内容を紹介



認知症地域支援推進員が、
医療機関等に配布

相談窓口（地域包括支援
センター）の周知

各関係機関と連携強化へ！

＜第4版 令和6年5月作成＞

(4)普及啓発④

【世界アルツハイマーデー・アルツハイマー月間】

【アルツハイマー月間】 毎年9月

【世界アルツハイマーデー】 毎年9月21日

はっとFMでやまと
在宅と共に認知症
事業について啓発



令和6年9月4日

長沼ボート場クラブ
ハウスにて演奏会と
認知症講座を開催
(参加者21名)



令和6年9月25日

地域活動協力者と
ともに認知症に関す
るパンフレット等の
配布による啓発活動



令和6年9月20日

＜啓発場所＞

- ①みやぎ生協 加賀野店
- ②セブンイレブン
宮城登米町店
- ③道の駅 みなみかた
もっこりの里
- ④ファミリーマート
米山店
- ⑤道の駅 津山
もくもくランド
- ⑥ローソン 豊里店

今後について

地域の認知症に対する理解や関係機関との連携が重要

- 関係機関との連携を継続し、早期発見・早期対応に努める。
- 市の取り組みに本人や家族の視点を反映させていく。
- 認知症カフェの開催支援を継続し、認知症の方やその家族等介護者同士の憩いの場や情報共有の機会を増やしていく。
- 今後も認知症サポーター養成講座、ステップアップ講座の受講を推進し、認知症に対する正しい理解を広める。
- 認知症サポーターがチームを組み、認知症の人や家族に対し、見守りや声かけ、話し相手等を行う『チームオレンジ』の設置を目指す。
- 地域や関係機関の皆さんと協力しながら、各取り組みを継続していく。

～認知症になっても安心して暮らせる社会を～

3 市の取組内容

① 認知症への取組み

② 高齢者の保健事業と介護予防事業の一体的実施

③ テータヘルス計画等について

④ 登米市民病院における糖尿病の診療体制について

高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施

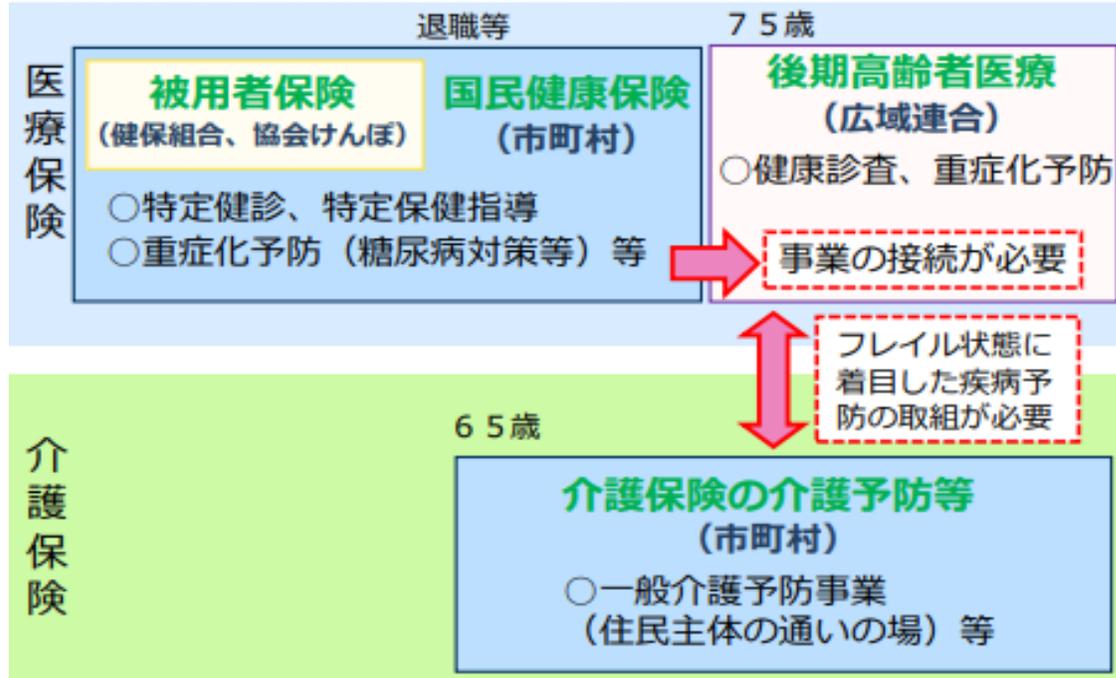
厚生労働省
 高齢者の保健事業のあり方検討
 ワーキンググループ資料（R6.9）より

- 広域連合が**高齢者保健事業を国民健康保険保健事業及び介護予防の取組と一体的に実施する取組が令和2年4月から開始**された。
- 広域連合は、その実施を**構成市町村に委託**することができる。

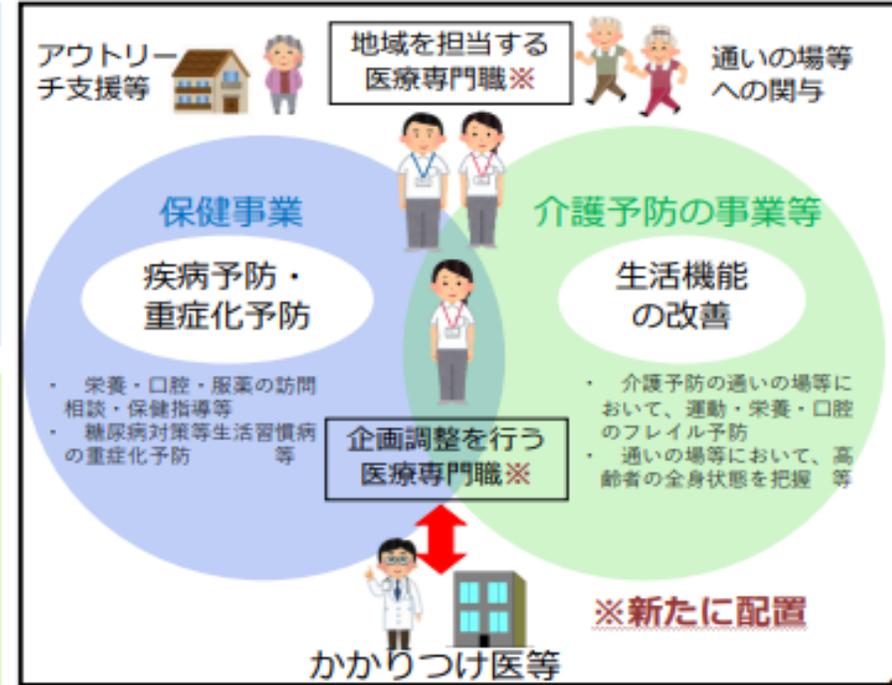
- 令和5年度の実施済みの市町村は **1,396市町村、全体の80%**
- 令和6年度中に実施予定の市町村は **1,708市町村、全体の98%**
- 令和6年度までに全ての市町村において一体的な実施を展開することを旨とする。

高齢者医療課調べ（令和5年11月時点）

▼保健事業と介護予防の現状と課題



▼一体的実施イメージ図



事業の目的と概要

目的 高齢者の健康の保持増進と健康寿命の延伸

概要 高齢者の健康課題を明確化し、特性を踏まえた保健事業を実施

	ハイリスクアプローチ		ポピュレーションアプローチ	
	内容	実施 圏域数	内容	実施 圏域数
令和4年度	健康状態不明者対策	1 (東和・登米圏域)	健康教育・健康相談	1 (東和・登米圏域)
令和5年度	健康状態不明者対策	5 (市内全域)	健康教育・健康相談①	2 (米山・南方圏域) (豊里・津山圏域)
	糖尿病重症化予防	5 (市内全域)	健康教育・健康相談②	1 (東和・登米圏域)
令和6年度	低栄養	5 (市内全域)	健康教育・健康相談 気軽に相談できる環境づくり	2 (迫圏域) (中田・石越圏域) 5 (市内全域)

令和5年度 実施状況・実績①

【ハイリスクアプローチ(健康状態不明者対策)】

自宅訪問等により、健康状態不明者の健康状態を適切に把握し、当該健康状態不明者に対しての介護保険サービス等必要なサービス等への接続を行った。

対象者数 (人)	必要なサービス等への接続内容
111	介護保険サービスに接続
	健診受診勧奨
	医療機関受診勧奨
	地域活動(ミニディ等)の勧奨
	継続訪問
	相談体制あり
	健康状態良好
	その他

実施状況・実績②

【ハイリスクアプローチ(糖尿病重症化予防事業)】

市の健診を受診し、糖尿病のリスクが高く、レセプトにおいて糖尿病等の病名の記載がない者に対し医療機関への受診勧奨と保健師や管理栄養士の訪問等による保健指導を行った。

内 容	人数(人)
対象者数	30
医療機関受診者数 (受診率)	24 (80.0%)

実施状況・実績③

【ポピュレーションアプローチ(通いの場における積極的な関与等)】

実施地区 2地区 (①南方町柳沢 ②津山町横山1区2区 ミニデイ参加者)
参加者2地区合計 実50人 (延べ154人)

内 容 1地区あたり4回の健康教室
保健師・管理栄養士による、食事・運動・口腔ケア等の
講話や個別相談の実施によりフレイル予防を行った

結 果

- 体力測定 (握力・開眼片足立ち)
…年齢階級別基準値で判定すると、「平均」と「やや高い・高い」と判定された方が多かった
- 後期高齢者質問票…教室前と比べて、約8割の方が改善または維持
- アンケート (毎回) …各回とも内容の理解度、満足度は高かった
教室で学んだことを参加者の約9割の方が家族や友人等に伝えていた



実施状況・実績④

【ポピュレーションアプローチ(既存の介護予防事業での健康教育)】

実施地区 2地区(①東和町 ②登米町 和話輪推進研修会)

参加者2地区合計 実83人(延べ190人)

内 容 1地区あたり3回の健康教室

大学講師や社会福祉協議会、地域包括支援センター、総合支所保健師・管理栄養士によるフレイル予防の健康教育や質問票による健康チェック

結 果

○後期高齢者質問票…教室前と比べ約6割の方が改善・維持

○アンケート(毎回)…各回とも内容の理解度、満足度は高かった

教室で学んだことを友人や家族、ミニデイ等での集まりで多くの方に伝えていた



令和6年度の 一体的実施事業の取組



ハイリスクアプローチ

①低栄養*対策（市内全域）

市の健診（R5）を受診した方で、低栄養になる可能性がある状態の高齢者に対し、管理栄養士や保健師が3回程度の訪問や電話で健康相談や助言を行い、栄養改善やフレイル予防をはかる

※BMI20.0以下かつ後期高齢者質問票「6か月で2～3kg以上の体重減少」で「はい」と回答している者

ポピュレーションアプローチ

①いきいき健康教室（2圏域のミニデイ）

- ・4回シリーズ
- ・フレイル予防（栄養・運動・口腔・社会参加）
健康チェック、尿ナトカリ比測定 等

②気軽に相談できる環境づくり

（市内全域）

- ・市内公民館や集会所等で保健師や管理栄養士による健康相談や健康教育を行う

今後について

- ◎健診・介護・医療費等のデータを分析し、
地域の状況に応じた事業内容の検討
- ◎通いの場等への継続的な介入
- ◎庁内外の関係機関や多職種との連携強化

3 市の取組内容

① **認知症への取組み**

② **高齢者の保健事業と介護予防事業の一体的実施**

③ **テータヘルス計画等について**

④ **登米市民病院における糖尿病の診療体制について**

登米市国民健康保険 第3期保健事業実施計画(データヘルス計画)・ 第4期特定健康診査等実施計画について

計画期間：令和6年度～令和11年度

保健事業実施計画（データヘルス計画）：

被保険者の健康の保持増進に資することを目的として健康・医療情報を活用して効果的かつ効率的に保健事業を行うための計画

特定健康診査等実施計画：

高齢者の医療の確保に関する法律に基づいて実施する保健事業の中核をなす特定健康診査及び特定保健指導の具体的な実施方法を定める計画

データ分析の結果に基づく健康課題

■健康寿命（R2年度）

男性78.83歳（県80.05歳） 女性83.30歳（県84.17歳）

■医療費の状況（R4年度）

□平成30年度との比較

総医療費・・・・・・・・約2億7,500万円増加（増減率+3.8%）

一人当たり医療費・・・・約5万3,000円増加（増減率+14.8%）

生活習慣病が占める割合・・・・52.7%

□疾病別医療費では糖尿病、透析の医療費割合が高い（※次のスライド参照）

■特定健診・特定保健指導の状況（R4年度）

・健診受診率（61.3%）は高いが、特定保健指導実施率は低い（14.2%）

・メタボリックシンドローム該当者の割合が増加

男性40.0%（県：38.2%） 女性15.4%（県：14.3%）

(国保・後期の疾病別医療費)

■国民健康保険被保険者

総医療費（入院＋外来）：6,667,947,620円

順位	傷病名	割合
1	糖尿病	6.5%
2	慢性腎臓病(透析あり)	5.4%
3	関節疾患	4.0%
4	高血圧症	3.9%
5	統合失調症	3.9%
6	不整脈	3.8%
7	肺がん	2.5%
8	脂質異常症	2.1%
9	うつ病	1.5%
10	脳梗塞	1.5%

■後期高齢者医療被保険者

総医療費（入院＋外来）：9,017,374,380円

順位	傷病名	割合
1	不整脈	6.5%
2	糖尿病	4.6%
3	高血圧症	3.7%
4	関節疾患	3.3%
5	脳梗塞	3.3%
6	慢性腎臓病(透析あり)	2.9%
7	骨折	2.7%
8	骨粗しょう症	2.2%
9	肺炎	2.0%
10	前立腺がん	1.7%

KDB：医療費分析（2）大、中、細小分類 R4年度（累計）

計画全体の目標

ベースライン（R4年度）→目標（値）（R11年度）
※EBSMRのベースラインはR2年度

■生活習慣病の発症を予防する

- ・特定健康診査受診率 61.2%→63.5%
- ・特定保健指導実施率 14.2%→21.0%
- ・特定保健指導対象者減少率 20.0%→増加
- ・メタボリックシンドローム該当者の割合 27.8%→減少

■生活習慣病の重症化を予防する

- ・特定健康診査受診者のうちHbA1c7.0%以上の方の割合 6.7%→減少
- ・新規人工透析導入患者の割合 0.05%→減少
- ・脳血管疾患（男140.9、女134.4）、心疾患のEBSMR（男140.8、女112.2） →減少

■調剤費を維持・抑制する

- ・一人あたり調剤費 74,000円→抑制

■生活習慣病にかかる医療費を維持・抑制する

- ・50万円以上の高額レプトのうち、メタボリックシンドロームと動脈硬化性疾患の割合 13.9%→減少

個別保健事業

生活習慣病
発症予防

- ・ 特定健康診査受診率向上事業
- ・ 特定保健指導実施率向上事業

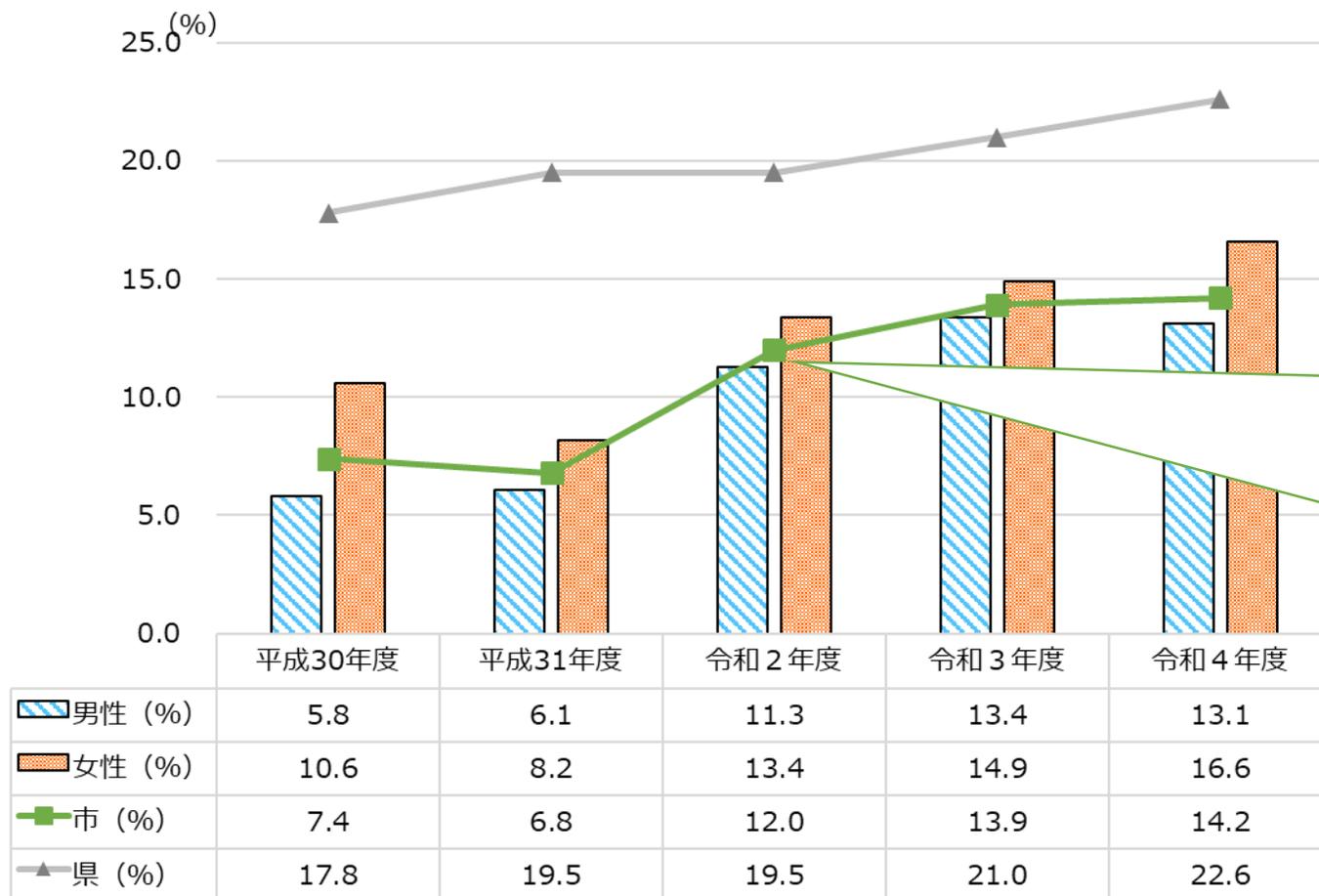
生活習慣病
重症化予防

- ・ 生活習慣病重症化予防事業（糖尿病性腎症）
- ・ 生活習慣病重症化予防事業（糖尿病）

医療費適正化

- ・ インセンティブ事業
（被保険者自らが行う健康づくりの取組を後押しする事業）
- ・ 重複・多剤服薬対策事業
- ・ 後発医薬品利用促進事業

(事業の一例として) 特定保健指導実施率向上事業①



【背景】

- ・ R2年度より健診会場当日の初回面接分割実施を開始
- ・ 実施日数を増やすことで徐々に実施率は増加
- ・ しかし県内市町村平均に達していない状況

(事業の一例として) 特定保健指導実施率向上事業②

【背景】

- *メタボリックシンドローム該当者は、特に男性が多い
- *男女別で特定保健指導実施率をみると、男性の実施率が低い
男性：13.1% 女性：16.6%



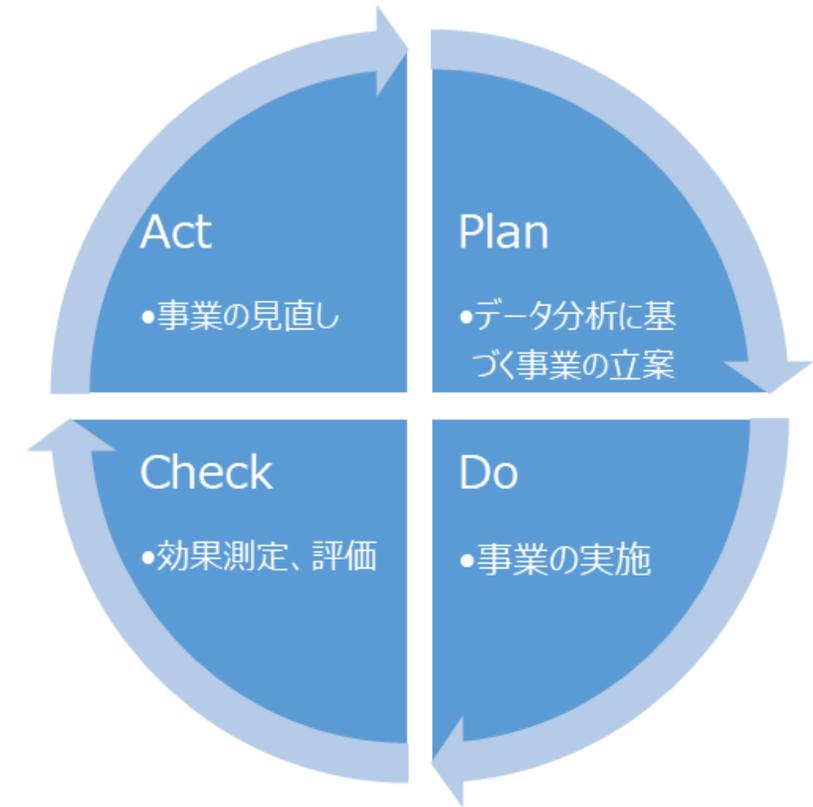
- ## 【目標】
- 男性の実施率向上
 - 特定保健指導途中終了者の減少
 - 腹囲と体重が参加前後で3%以上減少する方が増加



- ## 【実施内容】
- 初回面接の分割実施の継続
 - 男性対象者への電話等での利用勧奨
 - 途中終了しそうな対象者への利用継続の支援

今後について

- 保健事業をPDCAサイクルに沿って推進していくことで、計画の目的である被保険者の健康寿命の延伸と医療費の適正化につなげる。
- 年度ごとに個別保健事業を評価し、第三者からの助言を受け、事業の見直しを行う。
- 令和8年度に中間報告として、計画全体の進捗状況を確認し、必要に応じて評価指標や目標値、個別保健事業の見直しを行う。
- 計画全体の目標の達成状況については、計画期間の最終年度に評価を行う。



～庁内関係部署、関係機関と連携を図りながら事業を推進～

3 市の取組内容

① **認知症への取組み**

② **高齢者の保健事業と介護予防事業の一体的実施**

③ **テータヘルス計画等について**

④ **登米市民病院における糖尿病の診療体制について**

登米市民病院における 糖尿病の診療体制について

1 糖尿病の診療体制

令和5年5月より常勤医師1名（糖尿病専門医 高橋 賢治 先生）が着任

【専門医の着任による病院内変化】

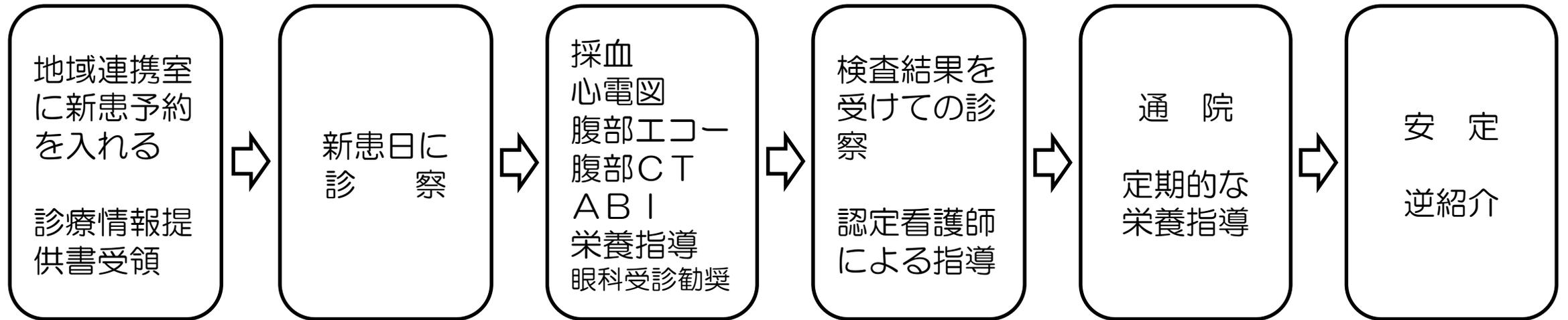
- | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|
| ①急性合併症の患者を当院で治療 | ④糖尿病教室の開催（令和6年4月～） |
| ②中核病院として糖尿病患者の治療を受入れ | ⑤スタッフのレベルアップ |
| ③糖尿病教育入院の開始（令和5年11月～）
・教育入院パスの作成 | ・各コメディカルに糖尿病担当を設置
・専門医との勉強会の開催 |

2 糖尿病外来

（1）診療日 毎週 火・木曜日（※新患・再来ともに完全予約制です。）

- ・受付時間 午前8：00～11：00
- ・診察時間 午前9：00～
- ・医師1名（常勤医師） 糖尿病看護認定看護師1名

(2) 新患受入れの流れ



<糖尿病看護認定看護師より>

指導は、理想の押し付けにならないよう、できる事から現実的な指導を心掛けています。怒らないので、うそをつくことなく正直に話してほしい。

3 糖尿病教育入院

(1) 概要

令和5年11月より糖尿病教育入院を開始

- 入院期間：7泊8日（※患者都合や状態により短縮・延長に対応）
- 入院費用：健康保険適用の入院扱いで、自己負担額は約7万円～約10万円
- 主な内容：糖尿病説明（治療・低血糖時の対応方法、足のケア方法など）、自己血糖測定、服薬指導、インスリン自己注射指導、食事指導など
- その他：退院後の定期通院時においても、HbA1cの随時測定による経過観察を行い、継続した治療及び指導を実施

(2) 教育入院パス

教育入院パス（入院中に実施する検査等のタイムスケジュール）
を使用し入院生活の説明を行っています。

当日 8 時 30 分までに受付を済ませ、内科外来までおいで下さい。
糖尿病について学ぶ _____ 様へ 担当医師は高橋賢治先生です。

医師サイン ()	患者・家族サイン ()	担当看護師 ()						
月日	入院当日 (/ /)	1 日目 (/ /)	2 日目 (/ /)	3 日目 (/ /)	4 日目 (/ /)	5 日目 (/ /)	6 日目 (/ /)	7 日目 (/ /)
目標	治療計画が理解できる。	糖尿病とはどんな病気か理解する。運動について理解できる。	食事について自分の摂取カロリー、内容について理解できる。	合併症について理解できる。	合併症について理解できる。	シックデーを知る。	入院中の食事を通してこれまでの生活を振り返り、自身の目標が立てられる。	教育入院により充足できた知識を実感できる。
検査	入院時の採血 心電図・胸のレントゲンを撮影します。	首の超音波検査をします。 動脈硬化の検査をします。	空腹時の採血を行い、合併症、すい臓の状態を確認します。 お腹と胸の CT 検査をします。		朝 6 時から 2 日間、尿を溜めます。 	入院中に医師が神経の検査をします。 5 分程度で終わります。		尿を溜める検査が終わります。 運動しながら心電図をとります。
血糖	簡易血糖測定で朝、昼、夕食前と 21 時に血糖値を測ります。自己管理ノートに記入しましょう。 		朝、昼、夕食前と各食後 2 時間後に血糖値を測ります。自己管理ノートに記入しましょう。					朝、昼、夕食前と 21 時に血糖値を測ります。自己管理ノートに記入しましょう。
薬・注射	医師の指示で内服をします。		医師の指示で内服をします。 CT 検査のために点滴をします。	医師の指示で内服をします。 				
食事	昼食から指示のカロリーの食事を食べていただきます。		検査の時間により食事が止まります。 検査が終わったら再開となります。					
清潔	入浴可能です。							
安静度	制限はありません。							
検温	体温・血圧計などを計測します。							
体重	毎日測ります。自己管理ノートに記入しましょう。							
指導・説明		許可が出たら運動について説明があります。 DVD①で学習します。	栄養と薬について説明があります。 DVD②で学習します。	DVD③で学習します。		パンフレットを使用して病気の時の足のケアなどについて看護師から説明があります。		確認テストをします。 その後看護師より説明があります。再診予約表、退院時の薬が渡されます。

登米市民病院 日中:内科外来
☎ 0220-22-5511 夜間:救急外来

院内糖尿病チームで教育入院患者に関する情報共有を行っています。

糖尿病チーム 情報共有シート 入院日: _____

氏名: _____
ID: _____
生年月日: _____

《医師》

《看護師》

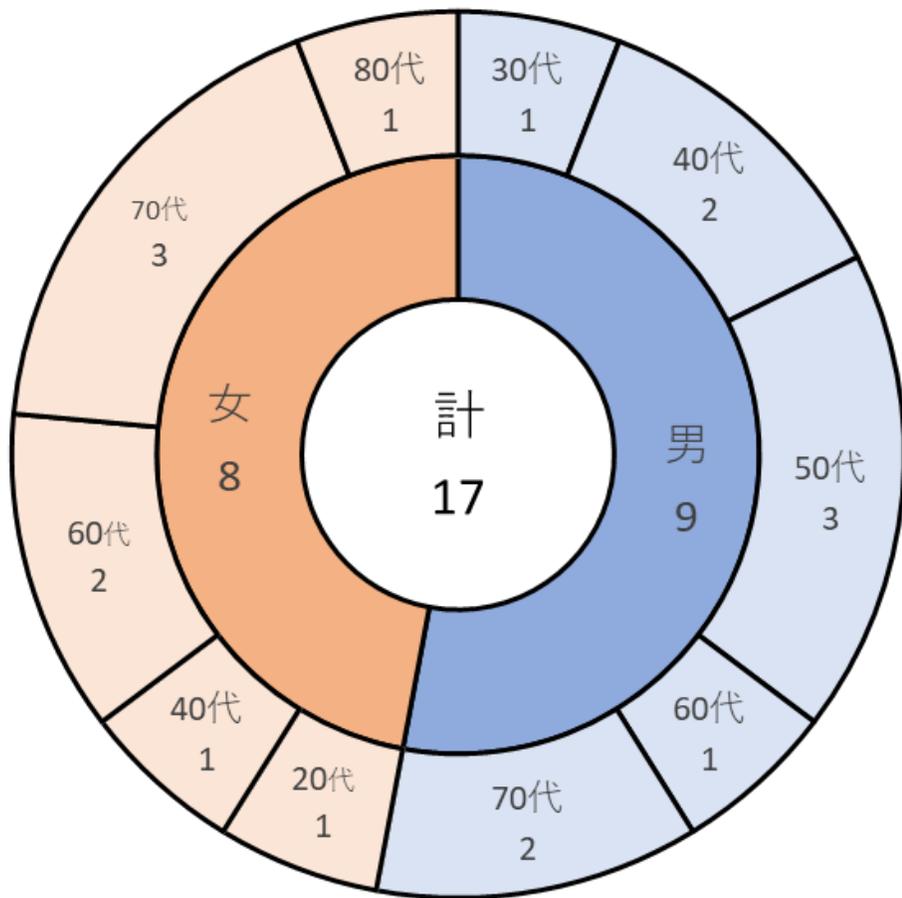
《薬剤師》

《リハビリ》

《管理栄養士》

(3) 教育入院の受入れ状況等 (※R6.1.1～R6.9.8の男女別・年代別)

利用件数



HbA1c平均値の推移

性別	年代	入院前		1か月後		3か月後		6か月後	
		件数	平均値	件数	平均値	件数	平均値	件数	平均値
男	20代	/	/	/	/	/	/	/	/
	30代	1	8.2	1	6.9	/	/	1	7.9
	40代	2	14.8	1	13.1	/	/	/	/
	50代	3	12.3	2	9.6	2	6.9	2	6.7
	60代	1	9.0	1	9.3	1	10.2	1	9.6
	70代	2	10.9	1	8.4	1	6.7	/	/
	80代	/	/	/	/	/	/	/	/
	計	9	11.7	6	9.5	4	7.7	4	7.7
女	20代	1	9.4	1	7.6	1	6.9	1	6.7
	30代	/	/	/	/	/	/	/	/
	40代	1	9.9	/	/	1	6.8	1	6.3
	50代	/	/	/	/	/	/	/	/
	60代	2	10.6	/	/	/	/	/	/
	70代	3	9.1	3	7.8	3	7.2	1	7.4
	80代	1	9.9	/	/	/	/	/	/
	計	8	9.7	4	7.8	5	7.1	3	6.8
全体	20代	1	9.4	1	7.6	1	6.9	1	6.7
	30代	1	8.2	1	6.9	/	/	1	7.9
	40代	3	13.1	1	13.1	1	6.8	1	6.3
	50代	3	12.3	2	9.6	2	6.9	2	6.7
	60代	3	10.1	1	9.3	1	10.2	1	9.6
	70代	5	9.8	4	8.0	4	7.1	1	7.4
	80代	1	9.9	/	/	/	/	/	/
	計	17	10.8	10	8.8	9	7.3	7	7.3

4 糖尿病教室

(1) 概要 (※資料4「糖尿病教室のご案内」もご参照ください。)

- 令和6年度は全6回開催 各回定員15人 予約申込制
- 対象者：糖尿病と診断を受けている人 (他の医療機関通院中の方も可)
- 費用：外来受診扱いで、集団栄養指導料+初診料 (※該当者のみ) となり
自己負担額は約80円~約1,100円
- 主な内容：糖尿病の説明 (医師)、薬剤について (薬剤師)、運動について (理学 (作業) 療法士)、栄養について (管理栄養士)、個人面談 (看護師)
- 予約方法：登米市民病院地域医療連携室、当院通院中の方は主治医に相談

(2) 実施状況

- 令和6年度は5/24、7/19、9/27、11/29、1/24、3/28が開催日となっているが、5/24と7/19は参加者がいなかった。
- 9/27は参加者3人（50歳代男性、60歳代男性、70歳代男性）で実施

<9/27実施時のアンケート結果>

Q1：内容の理解度

A1：100%（1人）、80%（1人）、50%（1人）

理由：専門用語・カタカナ用語などがわからなかった

Q2：内容は良かったか

A2：良かった（3人）

Q3：本日の内容以外で聞きたいことは

記述：検査する度にデータが変動するので、その理由を探りたい。

トマトジュースは無糖のものはよいか。

