

北海道恵庭市 一保険切替をきっかけとした後期高齢者への健康教育・健康相談一

- 75歳を迎える市民を対象に、後期高齢者医療制度について理解していただくための説明会を開催。
- 説明会に医療専門職を配置し、後期高齢者に必要な健康教育・健康相談等を実施。

市の概況（令和3年4月1日時点）

人	口	69,994 人					
高	齡	化	率	28.1 %			
後	期	被	保	険	者	数	9,715 人
日	常	生	活	圏	域	数	4 圏域

取組の経緯

- 75歳に到達すると医療保険が変わることについて、令和2年度までは保険証の送付だけでお知らせしていたが、令和3年度からは当該年度に75歳に到達する者のうち、希望者に対して説明会（えにわウェルカム75）を開催し、医療保険制度等について直接説明するとともにフレイル予防の意識啓発を行う機会を確保した。

企画調整等

- 一体的実施の「ポピュレーションアプローチ」を実施するにあたり、国保医療課、介護福祉課、保健課が個別に行っていた高齢者のための取組を総合的に確認。
- ⇒ 3課が連携し、高齢者が制度説明・介護予防・保健事業をワンストップで受けることが出来るように、「えにわウェルカム75」を企画した。

えにわウェルカム75の取組

【対象者】 当年度75歳に到達する者（後期高齢者医療保険証発送時にえにわウェルカム75の案内チラシを同封）

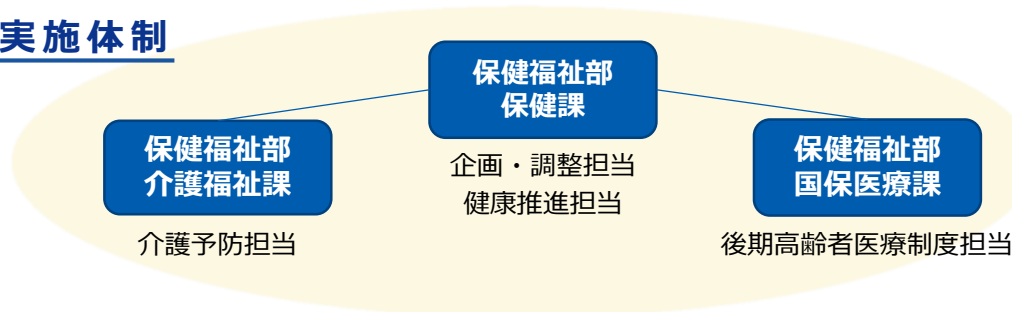
【実施内容】

- ① 国保医療課職員から高額療養費の申請方法や国保制度との違い等を説明。
⇒北海道の医療費全体や北海道後期高齢者1人当たり医療費等を説明し、「健診受診」や「適切な医療のかかり方」に協力いただくことは医療制度運営にも重要であることを説明。
- ② 医療専門職（保健師、歯科衛生士、栄養士）が体力測定（握力・歩行速度・体組成測定）を行い、後期高齢者から必要になる健康管理の方法等について解説。さらに、参加者の過去の健診結果等を用意し、個別の健康課題に応じた相談を実施。必要に応じて、健診・医療の受診勧奨や介護の相談窓口（地域包括支援センター）の紹介を行う。

課題と今後の展望

- 令和3年度は新型コロナウイルス感染症の影響を受け、参加者が想定よりも下回った。今後はより多くの参加者が確保できるよう、開催場所の拡大等、工夫する予定。
- 事業参加者の「運動・栄養・口腔」のリスクの該当割合を確認し、状況に応じて健康教育のテーマ等に反映する。

実施体制



第39回 全国都市緑化北海道フェア

ガーデンフェスタ
北海道2022



(北海道恵庭市) えにわウェルカム75について

事業チラシ

令和3年度に75歳になるみなさまへ
日程を確認し、お申込みください。

参加無料

えにわウェルカム75

「えにわウェルカム75」とは・・・

75歳を迎える皆さまを対象に、気になる「保険制度」や「健康長寿の秘訣」をお伝えする事業です。75歳の方には必ず知ってほしい内容ばかり!ぜひご出席ください。

75歳から変わる保険証って?

「後期高齢者医療保険制度」
をわかりやすく説明

筋肉量やお口の機能をチェックできます♪

「75歳からの体力・食事・お口の健康」
を栄養士・歯科衛生士・保健師が解説

特典 1

参加当日、1日分の
恵庭産の野菜
もらえます!



特典 2

自分で決めた健康目標に75日間チャレンジする取り組みにエントリーできます。達成された方には「かなの野菜購入券500円分」をプレゼント!

日時・会場

各日10:00~12:00

※体力測定を行うため、9:50頃までにお越しください。

~~5/31~~ ~~中止~~ ~~7/9~~ ~~終了~~ ~~9/3~~ ~~延期~~ **10/28** (木)
(月) (金) (金) 14:00~16:00
えにあず(緑町) 島松公民館(島松本町) 恵み野会館(恵み野北)

11/12 (金) **1/14** (金) **3/4** (金)
かしわのもり(大町) 島松公民館(島松本町) えにあず(緑町)

対象

令和3年度に75歳になる市民(昭和21年4月1日~昭和22年3月31日生まれ)

お申し込み

恵庭市 保健福祉部 介護福祉課 生きがい対策担当
☎ 33-3131 (内線 1209・1246)

<プログラム>

- ① 体力測定(握力・5m歩行速度・体組成測定)
- ② 後期高齢者医療保険制度についての説明
- ③ 健康講話「75歳から気をつけたいこと」等
- ④ 個別健康相談

<参加特典>

- ・ 恵庭市産の野菜(当日参加者に1日の必要量350gを配布)
 - ・ 健康目標75日間チャレンジへの参加(個人インセンティブ)
- ※チャレンジ達成者には野菜購入券500円分を贈呈

<会場>

市内公民館等



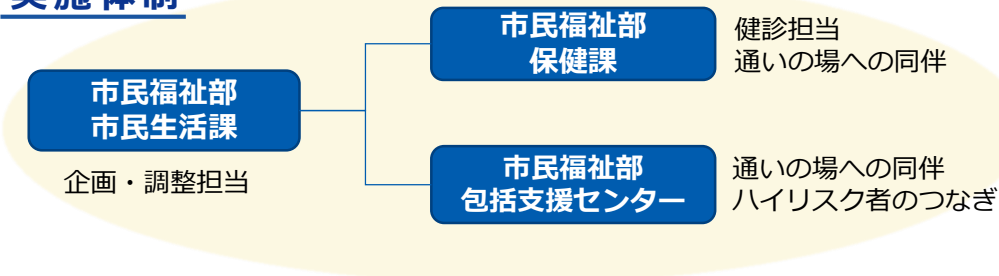
秋田県仙北市 一地域医療連携で取り組む健康状態不明者の実態把握一

- 地域の健康課題の分析結果によりハイリスクアプローチの「重点地域」を設定。
- 健康状態不明者の実態把握に取り組むことで、地域の高齢者が抱える健康課題がより明らかに。

市の概況(令和3年4月1日時点)

人	口	25,084 人
高	齢	化
率		42.8 %
後	期	被
保	険	者
数		5,640 人
日	常	生
活	圏	域
数		1 圏域

実施体制



取組の経緯

- KDBシステムを活用し、地域毎の健康課題分析を行ったところ、特異的に生活習慣病に係る「入院医療費」が高い地域があった。当該地域を「重点地域」とし、地域の診療所と基幹となっている薬局と連携して対策を行うこととなった。

企画調整等

- 連携各課の医療専門職から構成される「一体的実施作業部会」を立ち上げ、1ヶ月に1回開催し、情報の共有と事業実施におけるスタッフ配置等について協議を行っている。
- 重点地域の診療所と基幹薬局とは6ヶ月に1回程度事業報告や情報共有、個別の事例検討等を行っている。

重点地域における健康状態不明者対策

- 【対象者】 前年度健診未受診かつ医療未受診かつ介護未利用者
- 【実施方法】 地域の診療所・薬局と情報連携しながら、市保健師により対象者全員に訪問指導を実施。
- 【アセスメント項目】 アセスメントシートを使い、心身機能（フレイル）の状況、医療受診状況等を確認
- 【指導内容】
 - ・ 医療機関受診、健診受診勧奨。（必要に応じて家族等キーパーソンへの助言を行う）
 - ・ 課題のある場合：必要なサービスにつなぐため、往訪または電話で関係機関に連絡。
 - ・ 対象者の個別ファイル（個人情報、家族情報、アセスメントシート等）を作成し、継続支援できる体制を確保。

気づき等

- 健康状態不明者の状態把握に取り組むことで、今までの事業では把握し得なかった「自らSOSを出さない（出せない）市民」との出会いにつながった。
- 対象者の状況によっては、経済的困窮や医療機関等受診に関するこだわり等があり、保健師と対象者「1対1」での対話だけで解決できることが限られる場合も多い。家族等キーパーソンと連携して相談を行うことが有効である。

(秋田県仙北市) 参考：質問票（訪問時に後期高齢者質問票と合わせて聞き取り）

(別紙)質問票

氏名 昭和 年 月 日 生 歳

電話番号 -

* 該当するものに○をしてください

- ① 買い物や通院などの外出するときの交通手段はどうしていますか？
 ・家族から車で送ってもらう ・自分で車を運転している
 ・タクシーを利用している ・バスや電車を利用している
 ・自転車 ・徒歩 ・その他

- ② 自宅で血圧を測っていますか？
 ・いない ・時々 ・毎日(血圧値 くらい)

- ③ お食事は誰が作りますか
 ・自分 ・家族(誰) ・ヘルパー ・その他

- ④ 食品や日常生活消耗品は誰が買い物しますか？
 ・自分 ・家族(誰) ・ヘルパー ・その他

- ⑤ 食事の状況について
 ・よくかめる ・歯が悪くてよくかめない ・その他

- ⑥ 歯について
 ・入れ歯 無 ・入れ歯 有

* 入れ歯がある場合

○入れ歯の部位

- ・上の歯有(総入れ歯 ・ 部分入れ歯)
 ・下の歯有(総入れ歯 ・ 部分入れ歯)

○入れ歯の手入れ方法

- ⑦ お酒を飲みますか
 ・いいえ ・時々 ・毎日(合)

- ⑧ 睡眠について
 ・よく眠れる ・眠剤を飲んで眠れる ・眠れない

- ⑨ サプリメント(市販の栄養や体調関係のお薬)を飲んでますか？
 ・いいえ ・時々 ・毎日

裏にも質問があります。

⑩ 前の月(月)にかかった医療機関を教えてください

医療機関名	受診日数	病名

- ⑪ 医療機関にかかるときは、お薬手帳を持って行っていますか
 ・いいえ ・時々 ・いつも持っていつている
- ⑫ お薬をもらう時に、医師や薬剤師から薬の説明をしてもらってますか
 ・いいえ ・時々 ・いつも
- ⑬ お薬を飲み忘れないように工夫をしていますか？
 ・飲み忘れないので必要ない ・飲み忘れるが工夫していない
 ・工夫している(方法)
- ⑭ 受診していない方がお答えください
 受診しない理由

- ⑮ 入浴の頻度
 ・毎日 ・()日に1回 ・その他()

- ⑯ 爪切りについて ・自分で切る ・切ってもら
 ・月に()回 ・その他()

- ⑰ 健康のために気をつけていることをお書きください

⑱ 3日間に食べた食品について、○をつけてください

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	魚類	油	肉類	牛乳	緑黄色野菜	海藻類	いも類	たまご	大豆製品	果物
月 日										
月 日										
月 日										

表にも質問があります。

（秋田県仙北市） 参考：アセスメントシート（訪問後、医療専門職が記入）【エクセル形式】

アセスメントシート							
実施日		氏名		被保険者番号		個人番号	
電話		住所	仙北市				
指導方法		区分		項目		担当	
被面接者 ☐ 本人 ☐ 家族() ☐ その他()							
指導状況							
【記載内容】 ・ 訪問の目的 ・ 対象者の客観的状況 ・ 主観的状況（反応、発言等） ・ 医療専門職が判断した内容 等 ⇒ 全ての医療専門職が同様の内容を記載。							
備考							
今後の対応について具体的な時期、方法 等							

氏名		実施日	
訪問により、対象となった原因として考えられたこと（なぜ現在の状況になっているのか等 ※）			
日常生活の状況			
食事:	☐ 自分で作る	☐ 自分で買い物をする	☐ 介助なしで食べる
咀嚼:	☐ 良く噛める	☐ 歯が悪くて良く噛めない	☐ その他()
歩行:	☐ 自立歩行	☐ 補助具使用	☐ 車いす
運動・身体活動:	☐ 週2回以上	☐ 週1回	☐ なし
睡眠:	☐ 良好	☐ 眠剤服用で良好	☐ 睡眠障害あり
サプリメント:	☐ 飲んでいない	☐ 飲んでいる()	
嗜好品	☐ お酒を飲む()	☐ 煙草を吸う()	
	☐ その他()		
介護認定	☐ 無	☐ 有(介護度:)	
サービスの利用:	☐ 無	☐ 有(内容:)	
健康意識	☐ 問題なし	☐ 健康意識が低い(関心なし)	☐ 健康を過信している
	☐ 改善の必要性を認識していない	☐ 健康に対する不安が大きい	☐ その他()
医療管理	☐ 問題なし	☐ 医師や薬剤師に相談できない	
	☐ 受診の放置や治療中断がある	☐ 医療依存が高い	
	☐ 薬の自己調整や自己中断がある	☐ 薬の飲み忘れがある	
	☐ かかりつけ医がいない	☐ 医療に不満・不信感がある	
	☐ その他()		
指導事項	☐ 同じ病気で複数の医療機関を受診することのリスクについて指導 ☐ 他科受診状況を医師に伝えるよう指導 ☐ 必要な治療は中断しないで継続するよう指導 ☐ 高血圧未治療者に対し、医療機関を受診するよう指導 ☐ 服薬は自己調整や自己中断をしないで医師の指示通り服薬するよう指導 ☐ 受診時はお薬手帳を活用するよう指導 ☐ 食事は栄養のバランスや減塩等に気をつけるよう指導 ☐ 自分に合った無理のない運動を続けるよう指導 ☐ 生活習慣に関することを指導 ☐ その他の指導		
フォローの必要性	☐ 無	☐ 有(フォローの内容:)	
備考欄			

【記録の工夫等】

- ・ 本アセスメントシートはエクセルで作成し、共有システムに保存することで、市民生活課や保健課の医療専門職と情報を共有している。
- ・ 市内の医療専門職が記録の書き方をテーマに自主勉強会（情報開示請求があった場合に対応できる記録を作成することを目的）を行い、全ての医療専門職が同様の記録が書けるようにした。
- ・ 包括支援センターとハイリスク者の情報を共有する場合は記録データを提供し、包括支援センターの介護保険システムに情報を登録している。

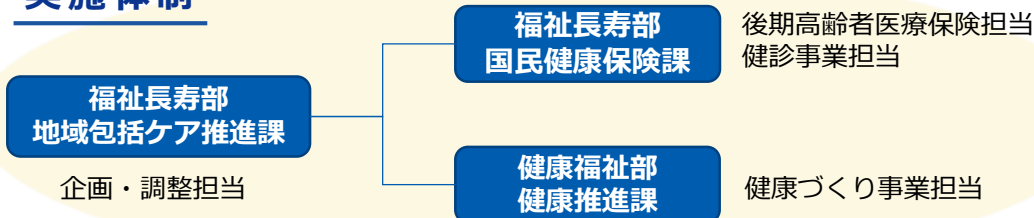
千葉県松戸市 一地域医療連携で取り組む健康状態不明者の実態把握一

- 健康状態不明者の状況を類型化し、状況に合わせたアプローチが標準化できるように工夫。
- 個別事例は地域の関係団体による「連携会議」に積極的に諮り、地域全体で状況を把握することに努めている。

市の概況(令和3年4月1日時点)

人	口	498,318人
高	齢	化
率		25.8%
後	期	被
保	険	者
数		64,772人
日	常	生
活	圏	域
数		15圏域

実施体制



松戸市お知らせ
キャラクター
「まつよし」

取組の経緯

- 基幹型地域包括支援センターとして困難事例に対応する中で、埋もれているハイリスク者について家族や近隣住民からの相談を待つだけでなく、データから把握し、アウトリーチすることにより、早期発見・早期対応に結びつけようと考えた。健診受診勧奨を行い、必要に応じて保健指導と地域包括支援センターや社会参加等への接続を行うこととした。

企画調整等

- 庁内各課、市内大学准教授、市医師会、市歯科医師会、市薬剤師会、リハビリ連絡会、地域包括代表による「連携会議」で事業内容、方向性の確認、個別事例検討等を行う機会を確保。

⇒高齢者を支援する関係者で事業を共有することでスムーズなサービス連携につながっている。

健康状態不明者対策

【対象者】 77歳以上の者のうち、過去2年度にわたり健診未受診かつ医療未受診かつ介護未利用者

【実施方法】 保健師、管理栄養士、歯科衛生士、看護師等によるアポ無し訪問
質問票を郵送、返信の有無に関わらず全数訪問・電話を行い健康状態を把握
(令和2年度実績：訪問143件、電話28件。令和3年度12月時点実績：訪問31件、電話5件)

【アセスメント項目】 後期高齢者の質問票、血圧、体重測定、ADL、認知機能、外出頻度、生活環境
本人のサポート体制、受診しない理由等

【指導内容】 アセスメントに基づいた保健・栄養・歯科指導、受診勧奨、必要に応じて同行受診。地域包括と連携し介護保険サービスの導入のほか、家族員の支援や地域の見守り体制への接続などを行う。

気づき等

- 健康状態不明者への支援は、自ら声をあげない人とつながり、医療や介護サービスについて本人または家族が「考える」きっかけとなる。
- 対象者の中には既に重篤な状態に陥っている者もいる。市の訪問により、高齢者虐待の予防や孤独死の防止等、様々な予防活動につながっている。

（千葉県松戸市） 参考：実施結果より分類した健康状態不明者の要因とアプローチのパターン

	要因	発言例	アプローチ
本人	本人に受診したくない意思がある	病院や医療行為が怖い、嫌い	複数回のアプローチで信頼関係を構築し、受診が必要な場合は必要性を理解してもらえるよう働きかける 同行受診の提案
		病気が見つかるのが怖い	
		治療をしたくない、薬を飲みたくない	
		いくつか病院に行ったが良くならないので諦めた	
		医者にかからずに死にたい（ピンピンコロリ願望）	
	本人が受診する必要がある状況と判断している	どこも悪いところがない、元気	血圧などを測定しリスクについて説明、健診受診勧奨・確認
		健診は受けようと思っている	
	受診しない習慣	小さいころから家族も医者にはかからなかった	同行受診（健診）の提案
		長年受診していないのでどう受診すればいいのかわからない	
	社会保障に対する認識	皆さんに迷惑かけないように生きている	認識是正のための情報提供、思いの傾聴
		介護保険のお世話になりたくない	
	経済不安	限られた年金で暮らしているので受診の費用は出せない	健診受診勧奨
	多忙	仕事と高齢の夫の見守りで忙しい	介護保険等のサービス・受診先の情報提供
	現実的でない思い込みなど （精神疾患などの可能性あり）	来年になったら病気が治るベッドが普及するから受診しない	複数回のアプローチで情報収集し、アセスメントを行う
		住民票がない（実際はある）色々事情があり家族に管理されているから受診できない	
家族	本人の認知機能が低下し、家族が受診させていない（家族自身も受診なし）	自分でみきれなくなったら施設か病院に入れるしかないと思っている、それまでは自分でみている	介護保険サービス、認知症治療薬の情報提供
	本人の認知機能が低下しており、家族に経済不安がある	他の家族の介護費用が高いので、医療も介護も受けない	健診受診勧奨、自己負担限度額の情報提供
		（推測）子が無収入で経済不安から必要な受診をさせていない	
	本人の身体・認知機能が低下し、家族が受診に連れていけないようになった。	だんだん部屋から出てこなくなり、動けなくなった。車椅子を借りたい。	受診先、介護保険サービス、車椅子のレンタルの情報提供。

(千葉県松戸市)
参考：連携のためのアセスメントシート

		項目（空白に詳細記入）	あり	不明	なし
本人の様子	1	るい瘦著明			
	2	痛みなどで生活に支障がある、動作制限あり			
	3	不衛生（頭髮・衣類の汚れ、伸びきった爪、臭いなど）			
	4	不適切な着衣（季節に合わない、破れている）			
	5	噛み合わせに必要な歯・義歯が不足している			
	6	無表情、応答が乏しい、元気がない様子			
	7	暴言を吐く、意味不明な発言			
	8	なげやりな発言、何を聞いても「いいよ」と言って遠慮する			
聴取	10	食生活に問題あり（3食未満、不規則）			
	11	喫煙習慣			
	12	不適切な飲酒習慣			
	13	認知機能低下（財布や鍵などを探すことがよくあるか）			
生活環境	13	ゴミ屋敷、物屋敷、不衛生（臭い）、手入れされていない住居、庭			
	14	雨戸の閉めっ放し、不自然な目張り			
	15	生活に必要なインフラ不足（電気、ガス、水道、電話）風呂が壊れているなど			
	16	居留守			
		「あり」が多ければ地域包括と連携、「不明」が多ければ再度アセスメントが必要 合計			

(千葉県松戸市)
参考：令和2年度健康状態不明者 介入方法別1年後評価 (令和3年8月調査)

1年後評価	積極的介入		助言		非介入	
健診受診	3	5%	2	2%	0	0%
医療受診	28	47%	32	30%	7	7%
歯科受診	4	7%	1	1%	0	0%
介護認定	18	30%	6	6%	2	2%
長期入院	2	3%	3	3%	2	2%
死亡	1	2%	4	4%	4	4%
変化なし	27	45%	68	63%	91	88%
合計	60		108		104	

積極的介入

- ・複数回のアプローチ
- ・包括への引継ぎ
- ・同行受診など

助言

- ・訪問時受診勧奨
- ・1回の訪問や電話で終了など
(家族への伝言含む)

非介入

- ・アンケート返送のみ
- ・不在のため近隣住民からの
情報確認のみ
- ・助言の余地なく拒否

※死亡以外は重複あり

※介入時に入院や介護サービスを利用していた人を除く

まとめ

- ・ 積極的介入＞助言＞非介入の順に健診・医療・介護への接続率が良い。
- ・ 長期入院と死亡の割合は介入に関係なくほぼ同じ割合。
- ・ 健康状態不明者への支援には行動変容を促す一定の効果がある。
- ・ 健診・医療・介護への接続により生活習慣病重症化予防、介護予防が促され、長期的な医療・介護費用の削減効果が確認できると良い。

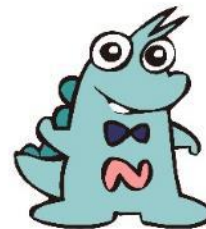
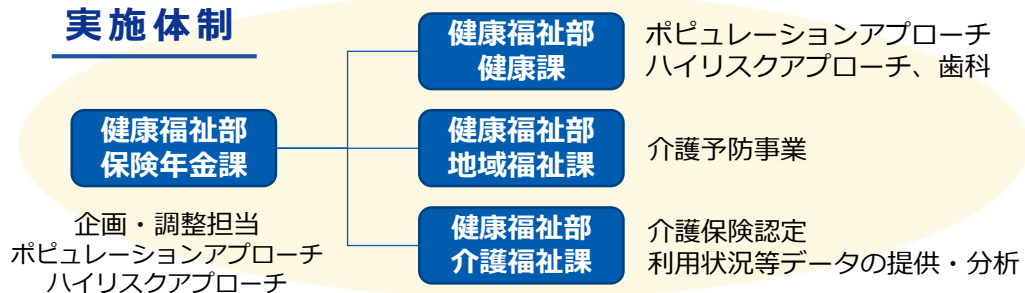
愛知県日進市 一国保保健事業と連携した糖尿病受診勧奨事業一

- 国保保健事業で従前から取り組んできた糖尿病性腎症重症化予防について、その基盤を活かし高齢者に応用。
- 市医師会会員等が出席する会議で事業の方向性の検討等を実施。高齢者の治療傾向等について確認する体制を構築。

市の概況(令和3年4月1日時点)

人	口	92,562 人
高	齢	化
率		20.1 %
後	期	被
保	険	者
数		9,975 人
日	常	生
活	圏	域
数		3 圏域

実施体制



日進市マスコットキャラクター
「ニッシー」



日進市健康づくり
マスコットキャラクター
「ヘルピー」

取組の経緯

- 市の国民健康保険・後期高齢者医療制度・介護保険運営上の共通課題が「被保険者の糖尿病重症化予防」であったため、一体的実施の開始を機に、従前から取り組んできた糖尿病重症化予防事業等について後期高齢者も対象とし取り組むこととした。(保険資格移行後も切れ目ない支援を可能とした。)

企画調整等

- 日進市糖尿病重症化予防検討会(保険年金課、健康課、内科医、歯科医、糖尿病専門医、眼科医、薬剤師、有識者等)を設置、事業企画や方向性の検討、三師会との具体的連携方法について検討を行っている。
- 保健衛生会議(医師会会員が出席する健康課主催会議)では保健事業の協力依頼や事業結果・評価報告等を行っている。

糖尿病受診勧奨訪問(未治療者・治療中断者)

【対象者】 糖尿病重症化及び腎症重症化予防段階の者のうち「糖尿病に対する」未治療者・糖尿病治療中断者
ア 後期高齢者医療健診結果がHbA1c7.0%以上
イ 糖尿病で通院履歴があるが、6か月以上受診履歴がない人

【実施方法】 受診勧奨の通知文発送、保健師による個別訪問、K D Bによる受診確認

【指導内容】

- ・ 糖尿病3大合併症の危険性について説明し人工透析移行回避を念頭に医療管理の必要性について保健指導を行う。
- ・ 後期健診結果・問診票から、BMI20未満または問診票にて「⑥6か月間で2～3kg以上の体重減少」に該当する場合は血糖コントロール不良の可能性を視野に入れフレイル・サルコペニア予防を含めた保健指導を行う。
- ・ かかりつけ医の有無について確認し、本人が受診しやすい医療機関に受診できるよう留意する。

国保事業との違い等

- 後期高齢者の場合、多疾患並存状態により糖尿病の積極的な治療はしていない場合があり、動脈硬化性疾患等の治療内容含め治療方針を確認する必要がある。
- 後期高齢者健診受診者のうち「医療にかかっていない者」は少ないため、1人1人医療レセプトで「糖尿病に対する処置」の有無について丁寧に確認する必要がある。

(愛知県日進市) 参考：糖尿病重症化予防事業（受診勧奨） 個人記録用紙

1枚目

糖尿病重症化予防事業受診勧奨 個人記録用紙

カナ		No.	
氏名		生年月日	
住所		年度末年齢	
家族構成	個人番号	電話番号	
備考		保険証番号	

コース	<健診結果データ>	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度
健診データ	健診受診日				
	健診受診医療機関				
	体重(kg)				
	BMI				
	血圧(mmHg)				
	HbA1c(NGSP値)(%)				
	LDL-コレステロール(mg/dl)				
	HDL-コレステロール(mg/dl)				
	eGFR(ml/分/1.73m ²)				
	尿たん白				
支援内容	<令和2年度問診票>				
	■運動習慣				
	ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか				
	以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか				
	■食習慣				
	1日3食きちんと食べていますか				
	6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか				
	過去のレセ履歴				
	過去の重症化予防事業対象の有無と詳細内容	勧奨対象該当面接の有無			
	受診勧奨時の留意点・ポイント(経済的な視点も含めて)				
訪問日時	健診結果の理解	☐ 理解している ☐ 理解していない			
	生活習慣改善への理解と意向				
	医療機関への受診状況	☐ 現在受診中 受診内容: 経過観察のみ・内服治療中・インスリン治療 医療機関名:() 疾患名:()			
	服薬	あり()・なし()			
	健康づくりの取組状況	<栄養分野>			
		食事時間: 規則的・不規則			
		栄養バランスへの配慮: あり()・なし()			
		間食の有無: あり()・なし()			
	詳細内容	<運動分野>			
		運動習慣: あり()・なし()			
その他:					

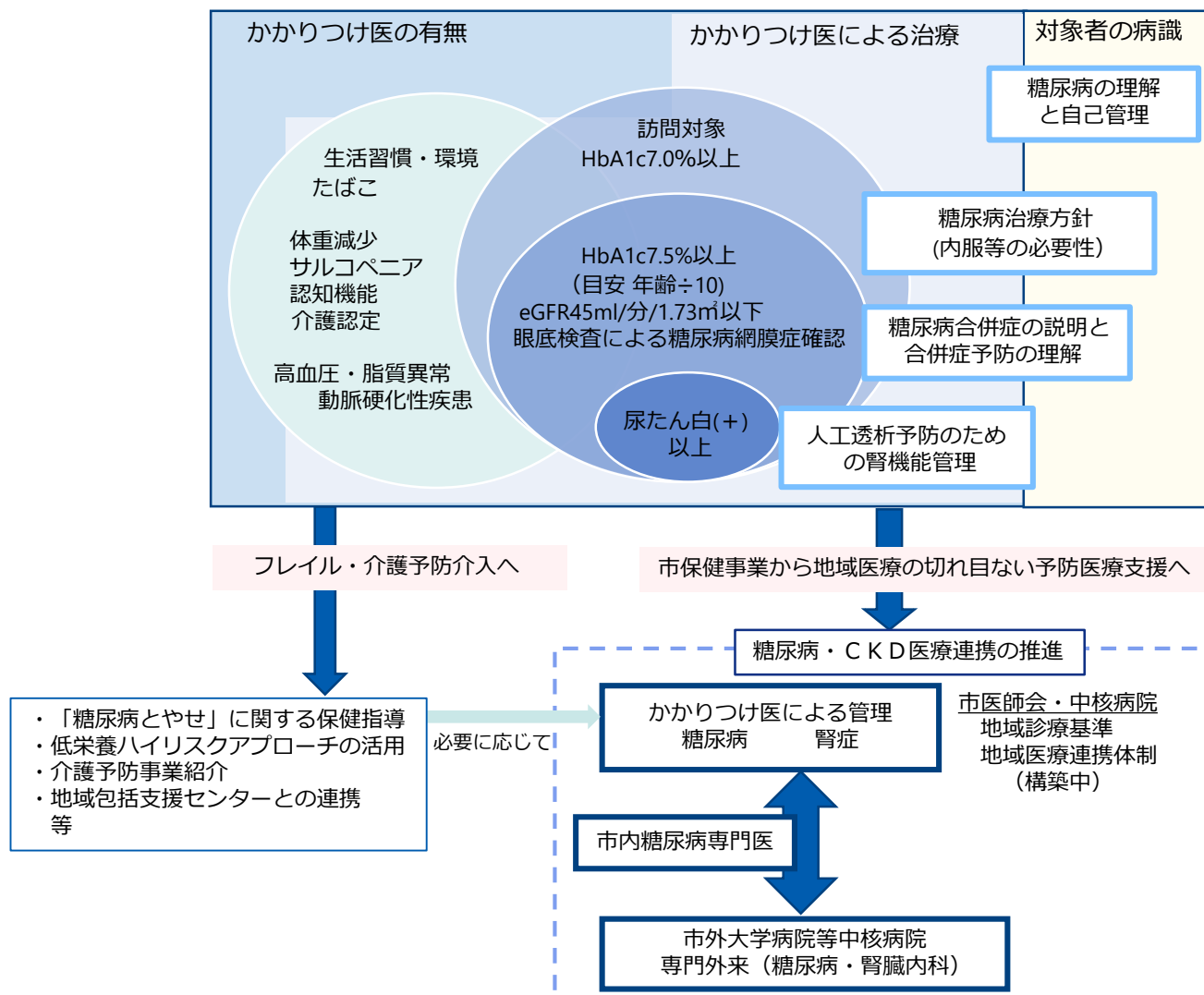
2枚目

糖尿病重症化予防事業受診勧奨 個人記録用紙

レセプト確認	確認日 年 月 日	糖尿病	☐ 受診なし ☐ 受診あり(受診日 年 月 日) (医療機関名) (受診内容) 検査のみ・内服治療・その他()
	※後期健診受診日以降に受診したか	高血圧	☐ 受診なし ☐ 受診あり(受診日 年 月 日) (医療機関名) (受診内容) 検査のみ・内服治療・その他()
		その他生活習慣病	☐ 受診なし ☐ 受診あり(受診日 年 月 日) (医療機関名) 脂質異常症・高尿酸血症・腎疾患・脳血管疾患・心疾患・その他()
再フォロ	日時 年 月 日	指導内容	
	実施者		
	再指導方法 訪問・電話		
	アンケート		
再レセプト確認	確認日 年 月 日	糖尿病	☐ 受診なし ☐ 受診あり(受診日 年 月 日) (医療機関名) (受診内容) 検査のみ・内服治療・その他()
		高血圧	☐ 受診なし ☐ 受診あり(受診日 年 月 日) (医療機関名) (受診内容) 検査のみ・内服治療・その他()
		その他生活習慣病	☐ 受診なし ☐ 受診あり(受診日 年 月 日) (医療機関名) 脂質異常症・高尿酸血症・腎疾患・脳血管疾患・心疾患・その他()
		指導内容	

(愛知県日進市)

参考：日進市アセスメントのポイント



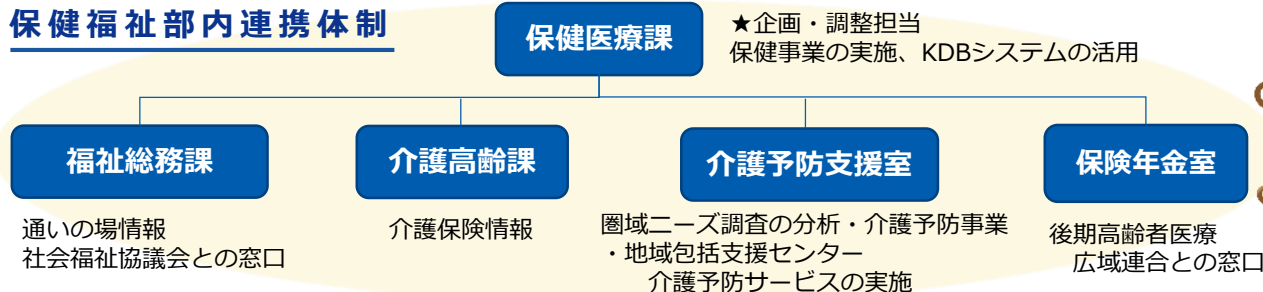
三重県桑名市 在宅医療・福祉統合ネットワークを活用した適切な受診等への支援

- 一体的実施に関わる高齢者のうち、医療介護サービス等への接続が必要な高齢者の情報について効率的に関係機関につなぎ、継続フォローできるよう、ゆめはまちゃん医療・介護ネットワーク（電子@連絡帳）を活用した連携体制を構築した。

市の概況（令和3年3月31日時点）

人	口	141,045 人
高	齢	化
率		26.7 %
後	期	被
保	険	者
数		19,011 人
日	常	生
活	圏	域
数		6 圏域

保健福祉部内連携体制



取組の経緯

- 健康課題の分析で後期高齢者の健診・医療受診率、介護認定率は県内で低い、1人当たりの医療費、介護給付費は高いことが明らかとなった。そこで、ハイリスクアプローチのひとつとして、「医療・介護未利用者に対する健康状態把握事業」に取り組むこととした。

企画調整等

- 各連携課の課長級による「一体的実施にかかる調整会議」を開催。実施している事業の進捗等について報告し、事業の方向性等を決めている。助言者として広域連合が参加
- 各連携課の実務担当者による「実務担当者会」を開催し、各課のデータ共有や支援方法の検討等を行っている。助言者として在宅医療・介護連携支援センターが参加

健康状態不明者の把握事業

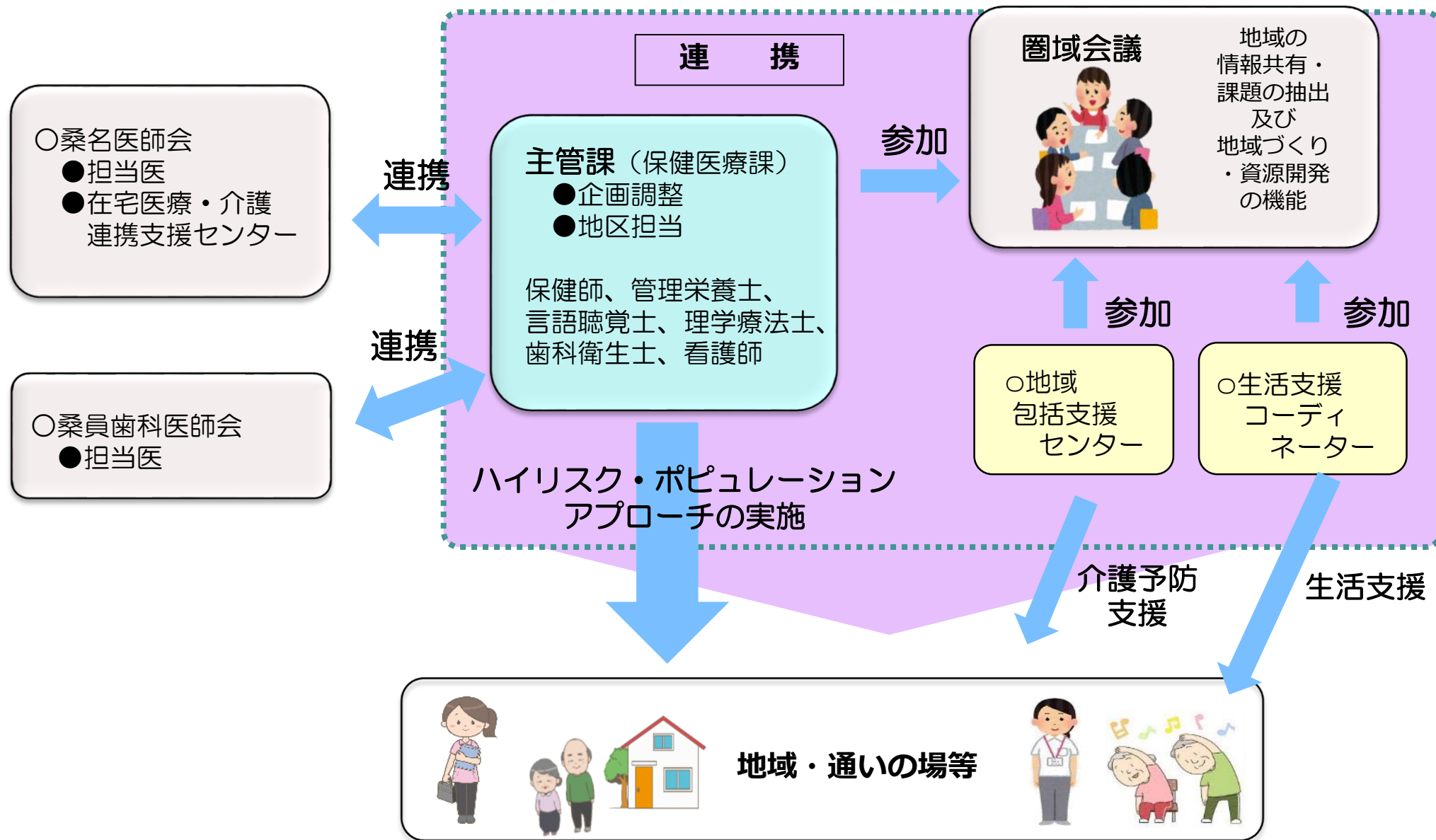
- 【対象者】当該年度77歳到達者のうち、前年度の健診・医科歯科未受診かつ介護認定未取得及び介護サービス未利用かつ二一ズ調査未提出者
- 【実施方法】対象者に対し、高齢者の質問票を郵送での提出を求め、提出のない者は保健師が訪問し状況を把握、提出のあった者は回答内容に応じて必要なサービスへの接続等を実施。
- 【対象者の状況】
- ・ 特段の支援を必要としない元気な者が最も多かった。
 - ・ 健康状態に課題がある者や家庭環境の状況等から地域包括支援センターの紹介や医療機関の受診勧奨等を実施した。
 - ・ 口腔の状態に課題があっても「食事には困らない」という理由で歯科受診をしていない者もいた。



関係機関との連携

- 地域ケア会議の1つである圏域会議（庁内の各課、生活支援コーディネーター、地域包括支援センター等の担当者により構成）で定期的に一体的実施の取組の情報共有や必要時は事例検討を実施しており、日頃から顔の見える関係を構築。さらに、関係機関とより効率的・効果的に情報共有できるようゆめはまちゃん医療・介護ネットワーク（電子@連絡帳）を活用。医療や介護等が必要と考えられる高齢者の状況を共有し、必要に応じて同行訪問等も含めて検討している。
- 医師会・歯科医師会から一体的実施に対する助言、協力を得て実施している。

(三重県桑名市)
参考：関係団体との取組体制（令和２年度）



(三重県桑名市) 参考：ゆめはまちゃん医療・介護ネットワーク（電子@連絡帳）

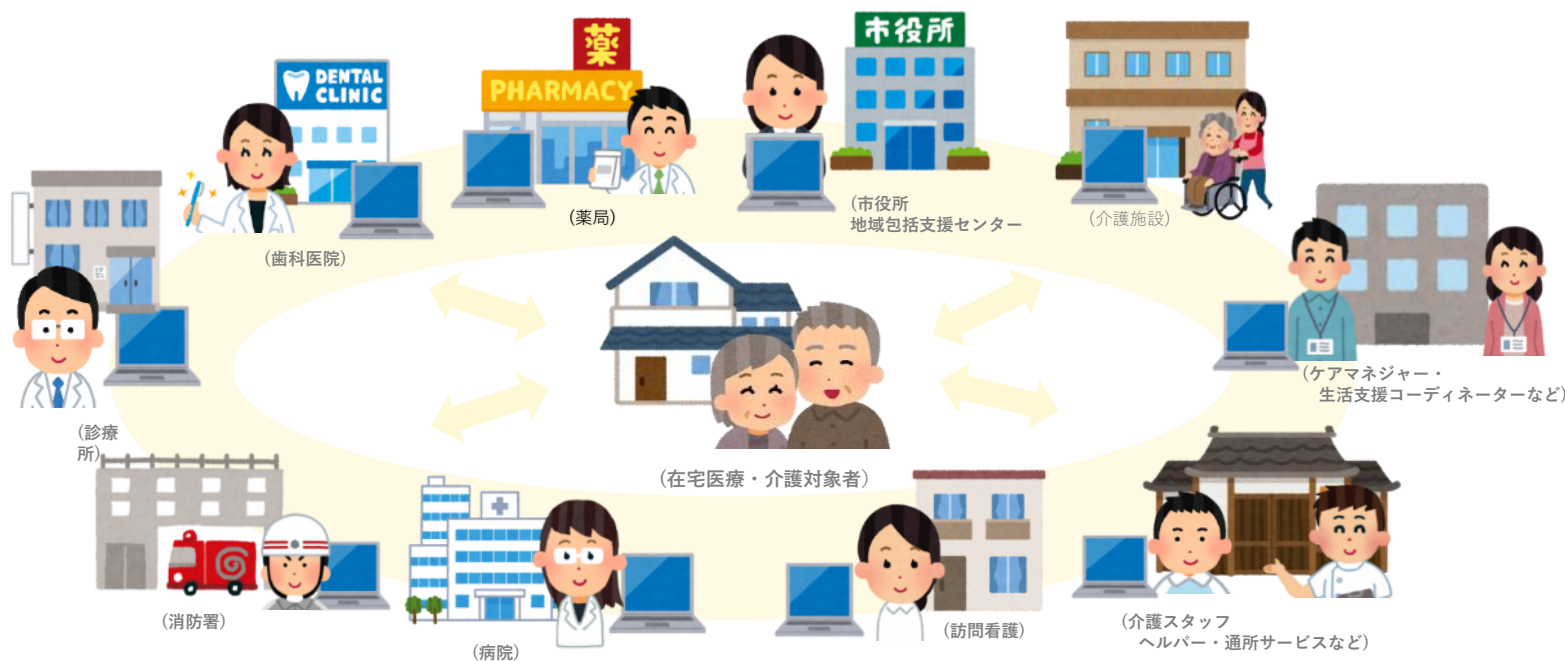


在宅医療・福祉統合ネットワーク

ゆめはまちゃん医療・介護ネットワーク（電子@連絡帳）



桑名市認知症サポーター
ゆめはまちゃん



地域包括支援
センター・
生活支援コー
ディネーター
との、連絡方
法として使っ
てます



1 「ゆめはまちゃん医療・介護ネットワーク」とは

「ゆめはまちゃん医療・介護ネットワーク」とは、桑名市にお住まいの方のうち、在宅医療や介護サービスを受けている方について、プライバシー保護を厳重に図りながら、診療情報や支援経過など必要な情報の一部を電子@連絡帳というツールを用いて情報共有することにより、質の高い安全な医療や介護サービスの提供を可能とするネットワークのことです。

2 電子@連絡帳について

電子@連絡帳は、医療・介護・福祉等の在宅医療に関わる多くの専門職種等が、情報技術を活用して連携を推進するための情報共有ツールで、桑名市では平成27年12月1日から運用を開始しています。

桑名市では、住み慣れた自宅等で、在宅医療や介護サービスを希望する多くの方に、これまで以上の安心を得ていただけるよう、効果的・効率的な情報共有により、医療と介護に関わる多職種関係者がしっかりと連携できる電子@連絡帳の普及に努めています。

管理・運営： 桑名市在宅医療・介護連携支援推進協議会

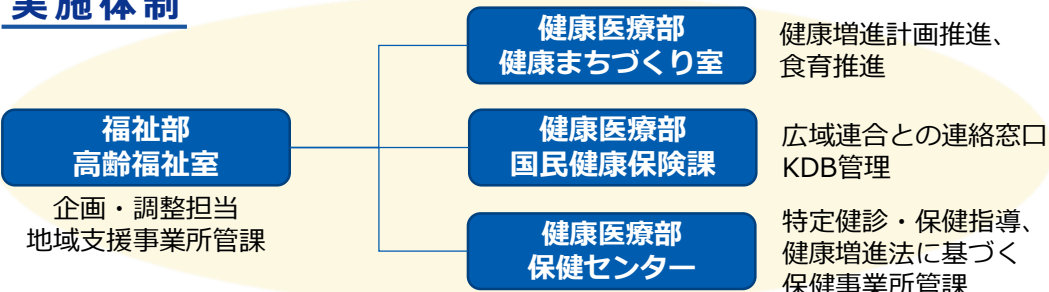
大阪府吹田市 一地域の健康課題を地域で共有

- 大学と協働し、地域の健康課題分析を実施。
- 分析結果から「どのような事業が必要か」を検討し、庁内関係室課と共有。

市の概況(令和3年4月1日時点)

人	口	376,944人
高	齢	化
率		23.8%
後	期	被
保	険	者
数		44,858人
日	常	生
活	圏	域
数		6圏域

実施体制



取組の経緯

- 平成30年10月から関係室課協議を開始し、令和元年度にモデル事業に取り組む。モデル事業で地元の大学と協働して地域の健康課題を分析。
- 分析結果は市民等と共有することが必要と認識。健康課題ごとに目指す地域像を考え、実施済の取組と今後必要な取組を整理し、事業を再構築中。

企画調整等

- 関係室課協議から一体的実施準備会を経て、関係室課職員の参加する会議を再構築

会 議 名：保健事業と介護予防の一体的
実施等庁内連絡調整会議
構 成 員：参事級以上職員⇒年2回
実務担当者：主幹級以下職員⇒年6～8回

KDBを活用した地域分析

【実施方法】

- ① 関係室課の医療専門職で何が知りたいかを議論⇒保健または介護予事業で気になっていることを洗い出し
- ② 大学から受け取った報告書を読み込み、再検討⇒知りたいことがわかったか、足りない情報があるか
- ③ 分析結果を誰に、どのように見せるかを検討⇒市HPでの公開、各種講座で活用できるよう再編

【分析内容】

健診結果（受診率、低栄養傾向の者等）、生活習慣病有病率、認知症有病率、介護保険認定率等

【その他】

介護予防事業参加状況は既存の実態調査等から把握し、KDBによる分析結果と併せて分析
日常生活圏域ごとに取りまとめて市ホームページで公開

気づき等

- KDB以外の既存の資料等を併せて活用すると、より見える化できる。
- 地域の健康課題を市民に周知することで「自分事」として捉えてもらうことができる。市民に見せることを意識した資料作成や戦略的な周知・広報が重要。
- 分析結果を通いの場や地域ケア会議、講演会等あらゆる機会に活用し、さらに周知を図ることで、健診受診率向上等につなげている。

(大阪府吹田市) 参考：分析結果の公表

分析結果の公表

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に係る共同研究 KDB データ分析結果報告

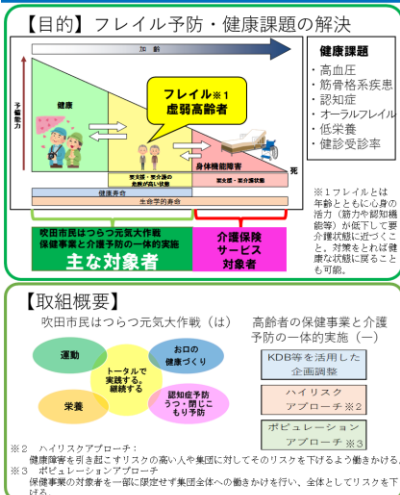
令和3年(2021年)3月作成

吹田市 福祉部 高齢福祉室
健康医療部 国民健康保険課
健康医療部 保健センター
大阪大学大学院 医学系研究科保健学専攻 総合ヘルスプロモーション科学講座

<https://www.city.suita.osaka.jp/home/soshiki/div-fukushi/koreifukushi/koureishien/101069.html>

取組の整理

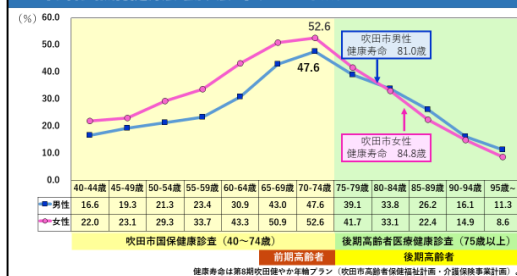
介護予防吹田市民はつらつ元気大作戦・高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施 (介護予防事業)



【具体的な取組の現状 (R3.11.1現在)】

- 1 知る** (高齢者自身が自分の状況を知る)
後期高齢者医療健康診査・歯科健康診査
各種評価 (は) はつらつ元気シート
(は) 体力測定
(は) 口腔機能評価
(一) 低栄養リスクチェック
- 2 学ぶ・気づく**
(は) 介護予防講演会
(一) フレイル予防講演会
(は) 介護予防教室
(は) はつらつ体操教室
お口元気アップ教室
今こそ！栄養教室
認知症予防教室 ⇒ 抜本的見直し
(一) 吹田市フレイル等予防対策相談
(一) 通いの場等を活用した健康教育
- 3 実践・継続する、つながる**
(は) いきいき百歳体操 (一) フレイル予防気軽に相談会
(は) ひろばde体操 (一) 健康状態不明者フォロー
(は) 吹田かみかみ健口体操 (は) 吹田フレイル予防ネット(NEW)
(は) はつらつ元気レシピ集
(は) 吹田さらさら脳体操
- 4 評価する**
【個人】 (は) はつらつ元気手帳
【地域】 (は) 地域包括運営業務システムを活用した評価
(一) KDBや既存の資料等を活用した評価

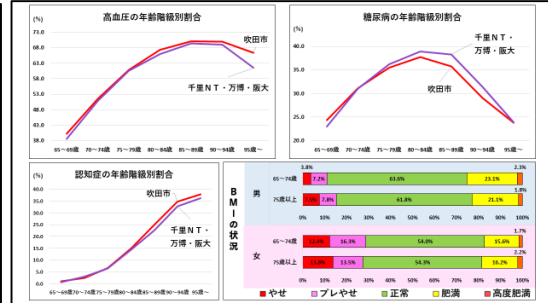
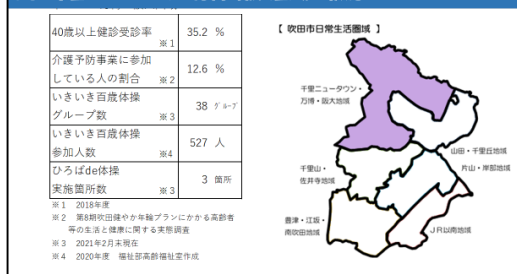
9 年齢階級別健康診断受診率(2018年度)



10 健診受診率と介護予防事業参加率



16 千里ニュータウン・万博・阪大圏域の状況



「地域ぐるみでフレイル予防講演会」
大阪大学大学院 神出教授による講演の様子。
データ分析結果も併せて解説。



地域ケア会議ブロック別会議 (千里ニュータウンブロック) において、データ分析結果について保健師が説明。

(大阪府吹田市) 参考：吹田市75歳以上健康課題とその対応

地域分析の結果を活用した理解の促進と 健康課題に応じた役割の明確化

- 大学と連携しながらK D B等を活用し地域分析を実施。公表データは、市長・副市長へ説明し、市の健康課題等を理解してもらうとともに、庁内事務職の理解を得るため、職場内研修や予算確保のための資料として活用。また、地域包括支援センターとの共有、医師会、歯科医師会、薬剤師会との連絡調整に活用。
 - 地域分析の結果から健康課題を明確化するとともに、ハイリスクアプローチ、ポピュレーションアプローチ、介護予防事業、保健事業で何を行うかを整理した。事業の整理については、市の実情に合わせた効果的・効率的な組織運営・連携体制及び事業運営を目指すこと目的として設置した「保健事業と介護予防の一体的実施等庁内連絡調整会議」を活用。医療専門職と事務職協働で進捗管理を行っている。
- 「健康課題」「各健康課題に対する取組目標」「各事業での取組内容」を表で見える化し整理
- 定期的に会議を開催しPDCAに沿った進捗等を管理

吹田市における75歳以上の健康課題とその対応

吹田市では、実務担当者会議で共有しながら、更新しています。

令和4年2月15日更新

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施等庁内関係部課連絡調整会議

実務担当者会議

NOを便宜上付けているが、優先順位ではない。それぞれの課題が密接に関連している。

NO	課題	目標	取組内容			
			一体的実施		地域支援事業 (介護予防)	保健事業
			ハイリスクアプローチ	ポピュレーションアプローチ		
1	高血圧 75歳以上の6割、85歳以上の7割が高血圧を有する。	・減塩している人が増える。 ・野菜（カリウム）を積極的に摂取している人が増える。 ・定期的に運動している人が増える。 ・適切に受診・服薬できている。 【評価指標（案）】 ・後期高齢者医療健診受診者の平均血圧値の分布 ・地域の全体像の把握 健診：検査値（血圧）の推移 ・血圧に関する医療費		・はつづつ体操教室での血圧測定、保健指導（受診勧奨、血圧の測り方等） ・健康相談会の実施 ・血圧手帳の活用		・国保健受診後に血圧高値者に受診勧奨 ・有所見者等への健康教室の実施 ・健康情報拠点推進事業で減塩、野菜摂取などの啓発
2	筋骨格系疾患 65歳以上における有病数・有病率順位1位。介護保険認定の申請理由として転倒・骨折が多い。	・適切に筋骨格系疾患の受診を行っている ・筋力維持のための取組を継続する人が増える。 筋力実践 身体活動の継続 たんばく質の摂取 ・定期的に筋力評価を受けている人が増える 【評価指標（案）】 ・体力測定利用者数 ・いきいき百歳体操参加者数 ・後期高齢者医療健診15の質問票Q7.8該当率の推移		・健康相談会での筋力測定	定期的な筋トレ及び運動機会の確保。リハ職による個別指導の充実。体力測定の実施 ・いきいき百歳体操 ・ひろばde体操 ・はつづつ体操教室	・イベントでの啓発 ・若い世代からのロコモ・フレイル予防（啓発チラシの作成、SNS、年賀状・ホームページでの啓発の充実） ・骨粗しょう症検診受診率向上対策 ・健康づくり事業団によるロコモ・フレイル予防教室の実施
3	認知症 75歳以上で認知症を有する者の割合が急激に増加。要介護認定を受けている者の申請理由の1-3位を占める	・血圧・血糖コントロールができる人が増える。 ・有酸素運動を継続している人が増える。 ・人との交流を継続して行う人が増える。 ・認知機能評価を定期的に受け、適切に受診できる ・加齢性難聴について理解し、適切な対応を行う人が増える 【評価指標（案）】 ・地域の全体像の把握 健診：検査値（血圧 血糖） ・後期高齢者医療健診15の質問票Q9.13該当率の推移 ・認知機能評価実施者数・難聴に関する指導回数		はつづつ体操教室で認知症予防ミニ講座を導入。 難聴の相談対応 【R4拡充予定】 通いの場等におけるICTを活用した認知機能評価の実施	認知症予防教室、介護予防講演会（認知症予防）の開催。 まらき脳トレ体操の普及	・高血圧、糖尿病予防に関する各種取組を実施 ・聴力検診
4	心不全 脳血管疾患の約3倍要介護認定者が罹患。特に心不全が重度要介護者に多い。		要検討			医師会、医師会、本市と共同で健診受診者への心不全予防のための介入研究を実施。 ①リスク別の集団指導、個別指導 ②広く一般市民に動画や、ホームページで啓発 ③心不全の健康サポーターを養成（市民、事業所ヘルパー、薬剤師等）
5	オーラルフレイル 令和2年度15の質問票で24.5%が咀嚼機能に、22.8%が嚥下機能に課題と回答 高齢者調査では%がかりつけ歯科医がいると回答	・後期高齢者医療歯科健診を毎年受診する人が増える ・かかりつけ医で定期的にメンテナンスする人が増える ・オーラルフレイルについて理解し、予防行動（歯のケア、歯磨き、歯間清掃等）を継続する人が増える。 ・口腔機能を維持している人が増える 【評価指標】 ・後期高齢者医療歯科健診受診者数 ・後期高齢者医療健診15の質問票Q4.5該当率の推移	【R4拡充予定】 オーラルフレイル予防相談（KDBで抽出した人に対する個別指導）	【R4強化予定】 通いの場等（はつづつ体操教室での実施を含む）におけるオーラルフレイルチェック、口腔機能維持・向上健康教育の実施	お口元気アップ教室、介護予防講演会（口腔機能）の実施。 吹田かみかみ健口体操の普及。	・各種歯科健診受診率向上策 ・口腔ケアセンターでの情報提供・相談、お口の健康体操等 ・子育て世代・働く世代からの歯周疾患・口腔機能向上対策（健康教室・啓発）
6	低栄養 年齢階級別で低栄養傾向の割合の者が75歳以上で増加する。	・バランスよく食べている人が増える ・一日3食食べている人が増える。 ・たんばく質摂取を適切に行う人が増える。 【評価指標（案）】 ・後期高齢者医療健診15の質問票Q3.6該当率の推移 ・年齢階級別BMIの分布の推移	フレイル等予防栄養相談	通いの場等（はつづつ体操教室での実施を含む）における低栄養リスクチェック、低栄養予防健康教育の実施	今こそ「栄養教室、介護予防講演会（低栄養予防）」の実施。	若い世代や働く世代へのやさしい食事バランスについての啓発促進（健康情報拠点や市報、SNS等を活用）
7	健診受診率 75歳以上で急激に低下していく。	・フレイル健診を毎年受診する人が増える 【評価指標（案）】 ・年齢別受診率について、75歳以上の低下の傾きの変化 ・圏域別、包括別受診率の推移	健康状態不明者アウトリーチ	市民向け講演会の開催 介護予防講演会を活用して、健診受診案内	各種講演のPowerPointに健診受診の必要性を掲載	・健診の必要性や受診方法をわかりやすく説明したガイドブックを全戸配布 ・公式ラインや市報等で、定期受診勧奨や受診控えによるデメリットを啓発

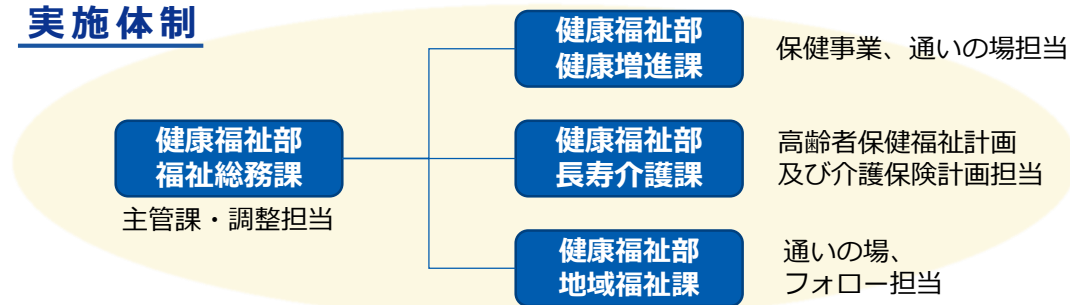
兵庫県淡路市 一健診会場を活用した適切な受診等への取組一

- 集合型の健診会場で、医療専門職による後期高齢者の質問票を活用した問診を実施。
- フレイル等のリスクがある者に対してはその場で必要な検査・支援等につないでいる。

市の概況(令和3年4月1日時点)

人	口	42,986 人					
高	齡	化	率	38.05 %			
後	期	被	保	險	者	数	8,867 人
日	常	生	活	圏	域	数	5 圏域

実施体制



取組の経緯

- 高齢者に対し広くアプローチを行う場として、「地域の通いの場：いきいき100歳体操」だけではなく、高齢者が集まる「集合型健診：まちぐるみ健診」の会場を活用。「後期高齢者質問票」を活用し、問診と兼ねて個別相談を実施することとした。

企画調整等

- 地域の健康課題を実施する中で、「骨折の1人当たり医療費」県下ワースト1位であり、骨折者の傾向として、80歳を超えてからの骨折率が高いこと等が明らかになった。
- 一体的実施のテーマとして「骨折予防」を取上げ、骨折の要因等の分析を行いながら事業を展開している。

まちぐるみ健診を活用したポピュレーションアプローチ（令和3年度）

- 【対象者】 健診受診者のうち、75-79歳の者
⇒令和2年度は75歳以上全員を対象としていたが、令和3年度からは市の健康課題や実際の対象者の様子を踏まえ、特に優先すべき年代として75-79歳を対象とした。
- 【実施方法】 健診会場での市医療専門職（保健師、管理栄養士）による問診・個別相談。
- 【指導内容】 問診の回答結果等から対象者のリスクを判断し、その場で受けられる「歯科健診」や「骨粗鬆症検診」の受診勧奨や、状況に応じてハイリスクアプローチ対象者として継続フォローを実施。
⇒マニュアル化し、支援の標準化を図っている。

課題と今後の展望

- これまでの取組により、運動・転倒の健康課題を抱えている者が多いと明らかになった。日常的に歩くことを習慣としていない者に対して、どのような支援やサービスへの接続が有効であるか、検討を行っている。
- 骨折予防についてより効果的に取り組むために、骨折にかかるレセプト分析や、質問票の回答内容と骨折歴との関連等を分析しながら事業を展開している。

(兵庫県淡路市) 参考：淡路市まちぐるみ健診における健康相談 支援フロー図

事前準備

対象者の抽出

まちぐるみ健診 基本健診申込者（当該年度75歳以上79歳未満）

事前準備

- ①健診業者に基本健診受診予定者75～79歳の受診票に目印を入れてもらう。
- ②スタッフ執務表を作成し、周知する。
- ③マニュアルを作成し、課内で事前説明会開催。内容すり合わせ。
- ④包括支援センター、歯科衛生士に事前説明を行う。

健診当日

健康相談（個別）

- フレイルの説明、高齢者質問票を確認
→リスクがあるところについて、パンフレットを用い説明。
全員に結果を返す。
- 骨折説明・BMIチェックは全員。いき100（通いの場）参加有無。
- E（要医療）・F（継続医療）判定確認。
かかりつけ医・かかりつけ歯科医確認。
- 各項目についてはガイドライン『後期高齢者の質問票の解説と留意事項』を参照。

質問票4・5
口腔機能

質問票6
体重減少あり

質問票8
転倒歴あり

質問票10・11
認知機能
どちらか該当

E・F判定で
未受診

歯科健診
受診勧奨
（当日実施）

・医療機関
受診勧奨
・ハイリスク
アプローチ
低栄養訪問
でフォロー

・短期集中
予防サービ
スに該当
するか確認
・骨粗しょう症
検診受診
勧奨
・いき100等
の紹介

・物忘れ相談に
つなぐ
・物忘れ相談
窓口の設置が
ない場合は
チェックシー
トを使用
または包括の
紹介

・医療機関
受診勧奨



- ・対象者への質問内容
- ・想定問答
- ・渡す資料等を整理して記載

一体的実施：ポピュレーション まちぐるみ健診 健康相談マニュアル

項目	内容
導入の経緯	令和2年度からの「高齢者の健康事業と介護予防活動の一体的実施」事業において、ポピュレーションアプローチの取組の一環として、まちぐるみ健診と歯科健診を一体的に実施する。
目的・目標	●高齢者の健康状態を把握し、必要に応じて健康相談や健康相談窓口の設置を行う。 ●健康相談窓口の設置により、高齢者の健康状態を把握し、必要に応じて健康相談や健康相談窓口の設置を行う。
実施の経緯	●令和2年度からの「高齢者の健康事業と介護予防活動の一体的実施」事業において、ポピュレーションアプローチの取組の一環として、まちぐるみ健診と歯科健診を一体的に実施する。 ●健康相談窓口の設置により、高齢者の健康状態を把握し、必要に応じて健康相談や健康相談窓口の設置を行う。
対象者	（対象者）75歳以上79歳未満（当該年度75歳以上79歳未満）
実施方法	●健康相談窓口の設置により、高齢者の健康状態を把握し、必要に応じて健康相談や健康相談窓口の設置を行う。 ●健康相談窓口の設置により、高齢者の健康状態を把握し、必要に応じて健康相談や健康相談窓口の設置を行う。

(兵庫県淡路市) 参考：淡路市まちぐるみ健診における健康相談 支援フロー図

健診後

健診後フォロー

- KDB、電話等でその後の医療受診状況等を確認
- その後のフォローや訪問が必要なケースは、健康増進課 地区担当保健師か包括保健師へつなぐ

質問票4・5
口腔機能

- ・要精密
→受診勧奨
通知発送
- ・歯科衛生士
による
電話指導

質問票6
体重減少あり

- ・ハイリスク
アプローチ
低栄養訪問
でフォロー

質問票8
転倒歴あり

- ・短期
→包括にその後
の様子確認
- ・いき100
参加確認
- ・R4 フレイル
予防教室
(仮) 勧奨予定

質問票10・11
認知機能
どちらか該当

- ・包括を紹介
した者につい
てはその後を
包括に確認

E・F判定で
未受診

- ・健康相談で医
療受診勧奨
→KDBで確認

事後評価

- 個人及び事業評価を行う
KDB で確認（次年度の健診結果で質問票比較）
- 課内、課外（福祉総務課、長寿介護課、包括）と情報共有

- ・ 質問票回収人数
- ・ 質問票の集計・分析
- ・ 健康相談での実態把握等

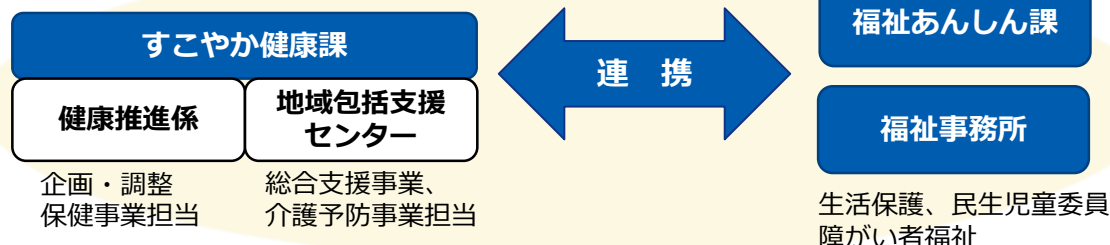
鳥取県琴浦町 一地域の医療・保健チームで住民の健康を支える仕組み一

- 保健指導が必要な者や孤立・孤独等の課題をもつ者等について、医療・保健の関係者によるチームが支える仕組みを構築

町の概況(令和3年4月1日時点)

人	口	16,888 人
高	齢	化
率		36.9 %
後	期	被
保	険	者
数		3,414 人
日	常	生
活	動	圏
域	数	1 圏域

庁内実施体制



琴浦町健康推進キャラクター
「ドクター55 (ゴ-ゴ-)」

取組の経緯

- 住民が希望するライフプランを実現するため、健康状態が不安な者や、健康に影響を及ぼす孤立等の課題解消に向けて、地域総ぐるみの健康づくりを実施し、健康づくりが文化として日常生活に根付いた地域づくりを目指すこととした。

チームコトウラの仕組み

- 【支援対象者】** ○保健指導対象者：かかりつけ医が選定した、保健指導等が必要な者。（糖尿病の血糖コントロール不良者等）
○孤立・貧困者：地域包括支援センター、民生委員、かかりつけ医等からの情報に基づき選定された者。

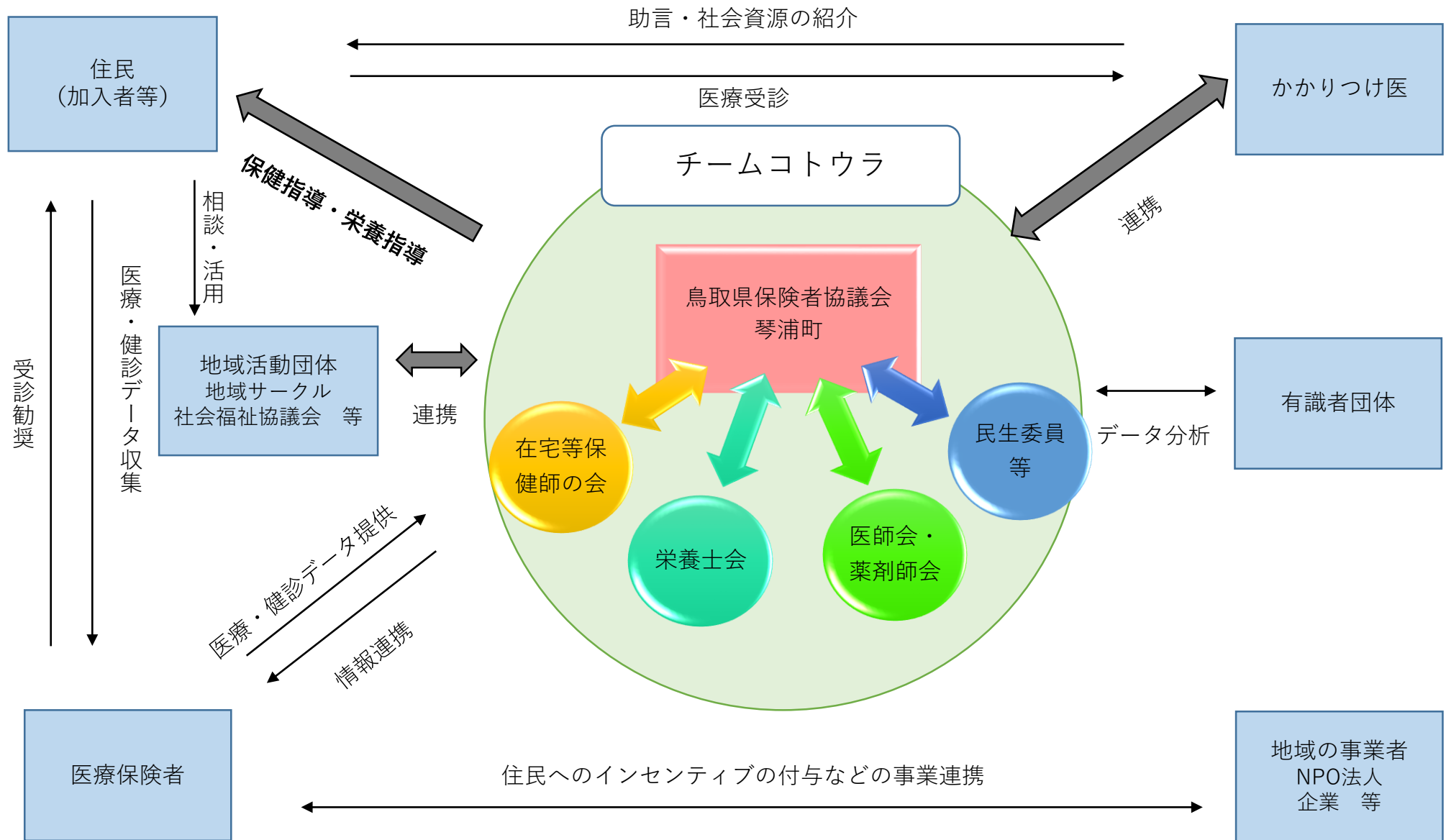
【実施方法】 多様な医療・保健の関係者が参画した チームコトウラ が支援対象者の伴走役として、健康面と社会生活面の課題を解消する。

- ① データ収集：対象者の医療データ、健診データ等を収集する
- ② 課題分析：対象者の現状分析、改善事項、留意事項等を把握
- ③ 方針検討：対象者への対策の優先順位決定、保健指導方針、地域活動誘導方針の決定
- ④ 加入者のデータヘルスプラン作成：対象者のケースマネジメント、タイムスケジュール、連携方法等の決定 ⇒ 実際の支援へ（保健師、管理栄養士等）

人材育成

- 町と鳥取県保険者協議会が連携して町・県及び国保連・協会けんぽの保健師・栄養士、在宅保健師会、社会福祉協議会、民生委員等に「社会的処方」の意義等を理解してもらうための研修会を開催している。研修会修了者は地域をつなぐ人材「リンクワーカー」として活動してもらう。
- 支援にかかわる医療専門職向けに実践形式の研修を実施し、有効な支援方法の共有や、スキル向上ができる機会を設けている。

(鳥取県琴浦町)
参考：チームコトウラ概念図



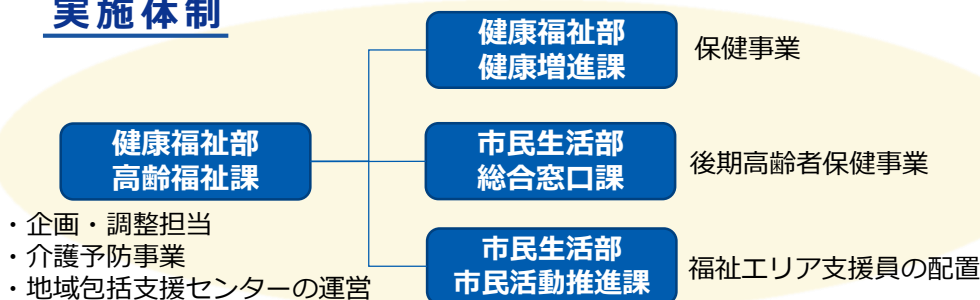
山口県長門市 一健康状態不明者「受診勧奨連絡票」の作成一

- 健康状態不明者の実態把握で「医療機関連携」が必要な高齢者に渡す連絡票を作成。
- 対象者が受診の際に医療機関に渡し、適切な受診を行うことができる支援体制を構築した。

市の概況(令和3年4月1日時点)

人	口	32,819 人					
高	齡	化	率	43.5 %			
後	期	被	保	險	者	数	7,551 人
日	常	生	活	圏	域	数	4 圏域

実施体制



取組の経緯

- 健康状態不明者への健康状態把握事業、オーラルフレイル予防事業のモデル事業実施を行い、健診や受診行動に繋がらない背景や健康チェックの機会確保の必要性が高いこと等がわかった。市の後期高齢者数は今後増加する予測であり、庁内及び医療関係団体と連携し、引き続き事業推進を行うこととした。

企画調整等

- 庁内各課により構成され様々な健康課題の解決を目指す「ながと健幸百寿プロジェクト」の「プロジェクトチーム」が健康課題の共有や報告を行っている。
- 下部組織として「長門市フレイル予防一体的事業庁内連携委員会」を設置。月1回程度情報共有・協議・検討等を行っている。

健康状態不明者の状態把握及び保健指導

- 【対象者】 KDBシステムにより、前年度医療機関受診・健診受診・要介護認定の無い者を抽出(絞込み条件 ①資格喪失者、②令和3年度以降介護保険の申請をした者を除外)
- 【実施方法】 対象者に「フレイルチェック」を送付。「フレイルチェック」の返送のない者及び回答でフレイルリスクのある者について「対象者リスト」を作成。うち、地域包括支援センター及び民生児童委員実態調査においても把握していない者を優先に家庭訪問を実施。
- 【指導内容】 健診や医療を受診しない理由を確認し、必要に応じて健診や医療の受診勧奨や地域包括支援センターへの相談、介護予防事業の紹介等を実施する。医療受診が必要と判断される者については「受診勧奨連絡票」を渡し、医療機関受診を促す。

気づき等

- 健康状態不明者が健診・医療を受診しない理由として多いのは「必要性を感じない」ということがある。また、残存歯がほとんどなくても「困らない」と話す者もいる。多くの場合、必要性を感じないと適切な受診への行動変容は難しいため、どのような働きかけが適切であるか、継続して検討を行っている。

(山口県長門市) 参考：フレイルチェック、受診勧奨連絡票

健康状態不明者用：フレイルチェック

氏名： _____ 生年月日： 明・大・昭 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所： _____

電話番号： _____

記入日： 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

☆回答欄のあてはまる答えを「○」で囲んでください。

		質問項目	回答欄	
健康状態	Q1	あなたの現在の健康状態はいかがですか	よい まあよい ふつう	あまりよくない よくない
心の健康状態	Q2	毎日の生活に満足していますか	満足 やや満足	やや不満 不満
食生活	Q3	1日3食きちんと食べていますか	はい	いいえ
口腔機能	Q4	半年前に比べて、堅い物が食べにくくなりましたか	いいえ	はい
	Q5	お茶や汁物等でむせることがありますか	いいえ	はい
	Q6	義歯を入れている	いいえ	はい
	Q7	口の乾きが気になる	いいえ	はい
	Q8	半年前に比べて、外出が少なくなった	いいえ	はい
	Q9	さきいか・たくわんくらいの堅さの食べ物を噛むことができる	はい	いいえ
	Q10	1日に2回以上、歯を磨く	はい	いいえ
	Q11	1年に1回以上、歯医者に行く	はい	いいえ
体重変化	Q12	6か月間で2～3kg以上体重減少がありましたか	いいえ	はい
運動・転倒	Q13	以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか	いいえ	はい
	Q14	この1年間に転んだことがありますか	いいえ	はい
	Q15	ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか	はい	いいえ
認知機能	Q16	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるといわれますか	いいえ	はい
	Q17	今日が何月何日かわからない時がありますか	いいえ	はい
喫煙	Q18	あなたはたばこを吸いますか	吸っていない やめた	吸っている
社会参加	Q19	週に1回以上は外出していますか	はい	いいえ
	Q20	ふだんから家族や友人と付き合いがありますか	はい	いいえ
ソーシャルサポート	Q21	体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか	はい	いいえ

☆かかりつけの医療機関、歯科、薬局を持つことは大切です。差し支えがなければご記入ください。

かかりつけ医： _____ かかりつけ歯科： _____ かかりつけ薬局： _____

※市記入欄

市⇒医療機関 受診勧奨連絡票

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関または歯科診療所名

主治医 様

長門市「受診勧奨連絡票」

長門市のフレイル予防一体的事業により、後期高齢者質問票にご回答いただいた結果、下記の理由で医療機関への受診をお勧めしました。

患者さんの受診にあたり、ご不明な点がありましたら、下記担当までご連絡ください。

長門市 → 医療機関

受診勧奨 の理由	☐ 医療機関に受診していない（過去 _____ か月・年）
	☐ 後期高齢者質問票への回答 （栄養・口腔機能・認知機能・健康への不安）
	☐ その他（ _____ ）

《問い合わせ先》

長門市健康福祉部
高齢福祉課地域包括ケア推進室

担当：保健師 中田

TEL:23-1244 FAX:22-3680

福岡県北九州市 一国保事業と連携させた糖尿病性腎症等重症化予防の取組

- 国保保健事業で取り組んできた糖尿病性腎症等重症化予防の取組について、後期でも継続し、保健指導の断絶を防いでいる。

実施体制

一体的実施局内連携会議

総務課、認知症支援・介護予防センター
介護保険課、地域福祉推進課、
保険年金課、健康推進課

プロジェクト会議

保健師統括、栄養士統括
地域包括支援センター管理担当
区役所（ヘルス部門・地域包括支援センター部門）

企画・調整の医療専門職

健康推進課：健康教育担当（専従）
認知症支援・介護予防センター：介護予防事業担当（兼務）
健康推進課：国保保健事業担当（兼務）



北九州市「スマッキー」

市の概況（令和3年3月31日時点）

人	口	939,961 人
高	齢	化
率		31.0 %
後	期	被
保	険	者
数		151,542 人
日	常	生
活	圏	域
数		24 圏域

取組の経緯

- 市の後期高齢者医療制度では、脳血管疾患、虚血性心疾患、腎不全等に係る医療費は高額であることから、国保保健事業で取り組んでいる糖尿病性腎症重症化予防の未治療・治療中断者対策の取組を継続して実施することとした。
- 脳血管疾患が介護給付費に大きく影響し、腎硬化症からの人工透析導入が増えていることから高血圧の課題解決を全市的に取組むこととした。

企画調整等

- 局内課長級による「一体的実施局内連携会議」を定期的に開催。各課で実施している事業の進捗等について報告し、事業の方向性等を決めている。
- 連携会議と並行して「プロジェクト会議」を開催し、高血圧対策について具体的な戦略を検討している。

糖尿病性腎症等重症化予防

【対象者】 後期高齢者健診受診者と国保特定健診受診者で、当該年度に75歳到達者のうち、HbA1c、尿たんぱく、e-GFR、高血圧等で受診勧奨値で未治療・治療中断者

【実施方法】 医療専門職による個別訪問

- ・ 後期高齢者医療健診受診者：地域を担当する医療専門職（保健師・管理栄養士）
 - ・ 国保特定健診受診者で75歳到達者：区役所ヘルス部門（地区担当保健師・管理栄養士・地域担当看護職員）
- ※地域を担当する医療専門職と地域担当看護職員については、特別調整交付金を活用

【アセスメント】 KDBや後期高齢者の質問票により重症化のリスク要因や心身機能（フレイル）の状況等を把握し、優先順位をつけて対応。

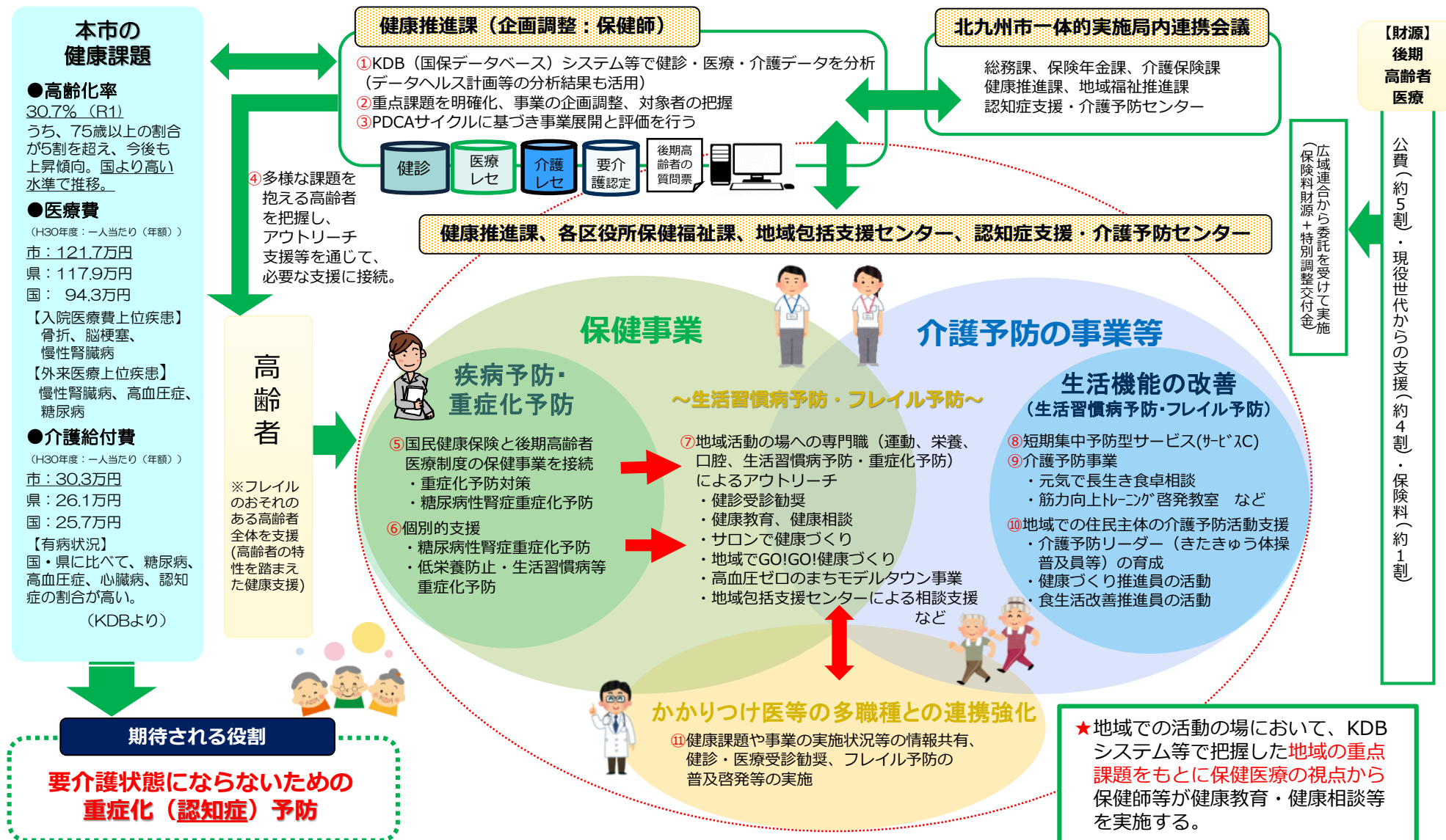
大規模都市での工夫

- 局内で課題共有や方向性の検討、進捗評価をする会議と具体的な戦略を検討する会議を並行して実施し、市全体で横断的に展開している。
- 具体的な戦略を市全体の保健師と栄養士がそれぞれの部署において取り組むことができるよう「重点課題」を作成し、方向性を示している。
- 区のヘルス部門や地域包括支援センター（北九州市直営）がKDB等を活用し、地域（校区）の健康課題を分析し、ハイリスクアプローチや地区組織活動とを連動させ、効果的に高血圧の課題解決を展開している。
- 国保データヘルス計画の成果指標に後期高齢者の新規透析導入者数を追加し課題を可視化している。

(福岡県北九州市) 参考：北九州市における実施のイメージ図 ～疾病予防・重症化予防の視点から～

厚生労働省資料一部改変

目指すところは… 健康（幸）寿命の延伸（プラス2歳）・社会保障の安定



(福岡県北九州市)
参考：対象者の把握（健診有所見者）

KDBから対象者を抽出

高血圧		5,259人	
		34.2%	
内訳	I 度	4,095	77.9%
	II 度	974	18.5%
	III 度	190	3.6%

高血糖		856人	
		5.6%	
内訳	7.0～7.9	630	73.6%
	8.0以上	226	26.4%

尿蛋白		1,568人	
		10.2%	
内訳	+	1,077	68.7%
	2+ 以上	491	31.3%

eGFR		1,466人	
		9.5%	
内訳	30-45未満	1,264	86.2%
	30未満	202	13.8%

心房細動		275人	
		2.8%	

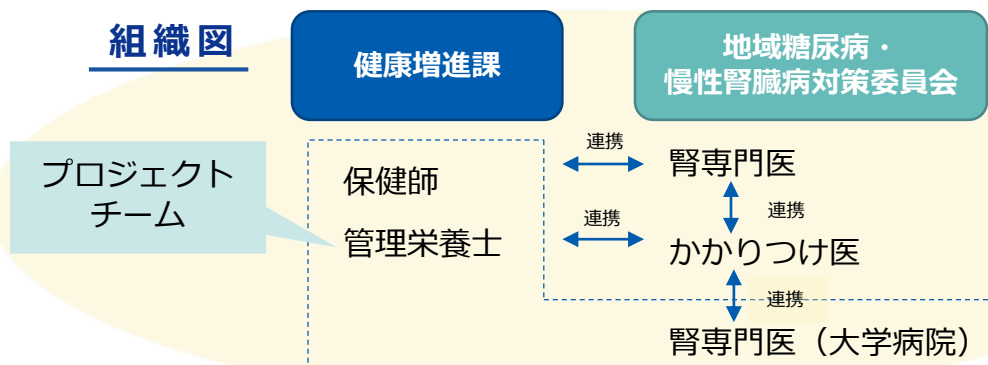


未治療・治療中断 (受診勧奨)	
II 度高血圧以上	388人
HbA1c8.0以上	20人
臓器障害あり (治療者含む)	
CKD 尿蛋白2+ 以上またはeGFR30未満	630人
心房細動	275人

沖縄県南城市 一地域医療連携による慢性腎臓病対策一

- 腎専門医と、市の保健師・管理栄養士がプロジェクトチームを結成し、生活習慣病の未治療者や治療中断者へ適切な医療機関受診のための保健指導を実施する体制を確保。【まめサポゆいまーる事業】

組織図



市の概況(令和3年3月31日時点)		
人	口	45,045人
高	齢	化
率		25.6%
後	期	被
保	険	者
数		5,353人
日	常	生
活	圏	域
数		4圏域

取組の経緯

- 南城市の国保医療費分析の結果、人工透析にかかる医療費割合が県内11市のなかでも2番目に高く、国の1.5倍と圧倒的に大きく、県下でもワーストであった。そこで、保険者の役割が重要であると考え、腎専門医と市の保健師・管理栄養士でチームを組み、保健指導をシステム化することとなった。

まめサポゆいまーるの仕組み

【支援対象者】慢性腎臓病のハイリスク者（ Δ eGFRや蛋白尿のデータ等から腎障害の進展速度が速く末期腎不全に至るリスクが高い者優先）
高血圧・糖尿病等の生活習慣病未治療者や治療中断者、糖尿病治療中のコントロール不良者（加入保険種別問わず、全世代型）
（健診結果等からの抽出、協会けんぽ等他保険者からの紹介、かかりつけ医、かかりつけ薬局からの紹介等）

【実施方法】市の保健師・管理栄養士による継続した受診勧奨・保健指導・栄養指導

【連携内容】

- ・対象者の治療経過・検査結果や生活状況を元に、プロジェクトチームで事例検討会を実施し情報共有を行う。（治療内容については腎専門医の視点から検討）
- ・プロジェクトチームで病態や検査値の変動が見える化し、必要に応じてかかりつけ医と連携し、治療内容の調整を行う。
- ・対象者に社会生活面の課題（就労、地域参加状況、経済面、家族関係等）があれば、各サービス等（地域包括支援センター、介護予防事業、自立支援事業等）につなぐ。

特徴

- 腎専門医と市の保健師・管理栄養士で構成される「慢性腎臓病重症化予防プロジェクトチーム」で対象者の治療経過や検査結果等をモニタリングし、治療計画を立案。対象者のかかりつけ医と連携しながら治療の最適化を図っている。
- 対象者について、社会生活面の課題があれば、地域社会で行われている各種相談援助へつなぎ、他職種との連携と情報共有を行っている。

(沖縄県南城市)
参考：まめサポゆいまーる事業体制図

特定健診、国保KDB、他保険者(協会けんぽ・後期・生保等)、かかりつけ医からの情報提供を元に
慢性腎臓病重症化ハイリスク者のスクリーニング

CKD ハイリスク者の実態把握と絞り込み

未治療・治療中断者 (高血圧・糖尿病等)

治療中 (コントロール不良者)

経済面 健康問題 孤立

社会生活面の課題

健康課題

南城市慢性腎臓病重症化予防プロジェクトチーム

保健師

管理栄養士

腎専門医

沖縄県保険者協議会
各保険者への情報共有

地域包括支援センター

社会福祉協議会

高齢者筋力
向上
トレーニング
事業

地域ふれあい
ミニディ
サービス

運動
教室

自立支援事業

就労・生活支援サポートセンター

地域
企業

作業所

NPO法人
など

地域社会における相談援助

相談

分析

受診
勧奨

栄養
指導

保健
指導

紹介

連携

保健師
管理栄養士

事例
相談

保健指導
栄養指導
依頼

連携

かかりつけ医
薬局

連携

連携

治療経過・検査結果や生活状況(I表)を元に、プロ
ジェクトチームで事例検討会を実施し情報共有、治
療内容については腎専門医の視点から検討

本プロジェクトへの登録
(患者と担当医から同意取得)

プロジェクトチームによる病態、 Δ eGFR の見
える化、**治療計画立案 (降圧薬の最適化)**

患者と担当医へ送付し情報の共有
尿蛋白、 Δ GFR を継続的にモニタリング
PDCA サイクル (個々のエビデンスbased)
→ 治療内容調整

治療の最適化