

# 令和3年度国保ヘルスアップ（支援）事業 先進的モデル事業事例集

# 令和3年度国保ヘルスアップ（支援）事業先進的モデル事業事例集 目次

## 都道府県ヘルスアップ支援事業F

都道府県名	事業名	ページ
茨城県	コロナ禍における新たな保健事業 ～ICTを活用した糖尿病性腎症等重症化予防事業～	5
東京都	薬剤師と連携した重複多剤服薬管理指導事業	6
長野県	市町村国民健康保険健康長寿支援（地域・職域連携推進）モデル事業	7
岐阜県	成人・高齢者の口腔健診結果を活用したオーラルフレイル対策推進事業	8
愛知県	医歯薬連携による糖尿病重症化予防モデル事業	9
大阪府	特定健診受診率・特定保健指導実施率向上のための地域と医師会との 連携強化事業	10
兵庫県	スマホ、スマートウォッチを活用した高齢者等の健康管理支援事業	11
	フレイルハイリスク者へのアプローチ強化事業	12
奈良県	重複・多剤投薬対策事業	13
香川県	歯周病に着目した糖尿病重症化予防対策事業	14
愛媛県	県内市町国保間における医療費格差の可視化事業	16
高知県	糖尿病性腎症透析予防強化事業	17

# 令和3年度国保ヘルスアップ（支援）事業先進的モデル事業事例集 目次

## 都道府県ヘルスアップ支援事業F

都道府県名	事業名	ページ
長崎県	効果的な保健指導プログラムの開発事業	18
熊本県	各世代向け睡眠意識調査事業（コンソーシアム分科会II）	19
沖縄県	地域の健康づくり拠点推進事業（まちの保健室）	20

# 令和3年度国保ヘルスアップ（支援）事業先進的モデル事業事例集 目次

## 市町村ヘルスアップ事業C-p

都道府県名	市町村名	事業名	ページ
北海道	旭川市	特定健診受診率向上事業	22
	岩見沢市	令和3年度特定健康診査受診勧奨等の取組み ～生命保険外交員による受診勧奨等～	23
埼玉県	さいたま市	さいたま市糖尿病性腎症重症化予防継続フォロー教室	24
東京都	大田区	薬剤師による服薬相談	25
新潟県	上越市	高血圧対策事業	26
愛知県	名古屋市	先進的な、国保と後期高齢者医療の一体的なデータ分析と プレフレイル対策	27
滋賀県	大津市	大津市健康増進プログラム事業 (若年層を中心とした保健指導事業)	28
大阪府	富田林市	重複・多剤服用者への訪問事業	29
	羽曳野市	特定健診受診率向上のためのプロモーション	30
	高石市	フレイル（骨折・骨粗しょう症）重症化予防事業	32
福岡県	嘉麻市	生活習慣病重症化予防等の視点を持ったケース検討会議の手引書 作成事業	33
沖縄県	与那原町	血管力プロジェクト①(早期介入保健指導事業)	35

# 都道府県国保 ヘルスアップ支援事業F

## 茨城県

# コロナ禍における新たな保健事業～ICTを活用した糖尿病性腎症等重症化予防事業～

令和3年4月時点人口

2,845,097人

うち65歳以上高齢者人口

848,786人(29.8%)

国保被保険者数

677,283人

## ■ 事業目的

○糖尿病性腎症により新規に透析導入となる患者の割合が高い状況にあり、市町村国保では、重症化予防の取組を行っているが、生活習慣改善を支援する専門職員数は不足している。

○コロナ禍においても、被保険者の孤独や孤立を防ぎ、糖尿病など生活習慣病リスクを抱える被保険者に寄り添いながら、医療費の大幅増の抑制や被保険者のQOL維持のため、人工透析への移行防止を図る。

## ■ 事業内容

○LINEやZOOMを活用して、管理栄養士が地域の薬局等と連携し、慢性腎臓病リスク保持者に対し、食事等の生活習慣改善指導を行う。

- 1) モデル市町村：常総市、行方市
- 2) 対象者：40歳から70歳まで、慢性腎臓病ステージがG3a、G3b又はG4である国保被保険者17名
- 3) 事業期間：令和3年8月～令和4年1月〔6か月間〕

実施期間	内容
8月～9月	・参加者の募集、決定 ・かかりつけ医による事業実施前の各種検査値の確認
9月～10月 積極介入期間	管理栄養士（委託で実施）による食事改善指導 ・LINEによる、毎日3食の食事写真等に基づく指導 ・Zoomによる、週1回のオンライン面談 ※糖尿病療養指導士又は地域薬局等の薬剤師が、月1回程度、面談に同席
11月 フォローアップ期間	管理栄養士による週1回のオンライン面談 ※糖尿病療養指導士又は地域薬局等の薬剤師が、月1回程度、面談に同席
12月	糖尿病療養指導士又は地域薬局等の薬剤師による定着度調査の実施
12月～1月	かかりつけ医による事業実施後の各種検査値の改善状況の確認
随時	地元食品メーカー等による各種減塩商品等の情報提供

## ■ 先進的なポイント

管理栄養士や医師、地域薬局などが連携し、ICTを活用した生活習慣改善指導を行うことにより、人工透析への移行防止など、コロナ禍における重症化予防策を展開し、医療費適正化を図る。

- ①完全非接触型の支援：LINE、Zoomを活用した食事の改善指導
- ②孤独・孤立の防止：生活習慣病リスクを抱える対象者に寄り添った支援
- ③専門家と地域の連携：医師会、管理栄養士、地域薬局、地元企業等が連携

## ■ 結果及び効果

LINE及びZoomを活用し、食事写真や毎日測定する血圧・塩分摂取量・体重に基づき生活習慣改善を図った結果、以下のとおり塩分摂取量、血圧、体重、生活習慣の改善がみられた。

- ①事業完遂率：100%
- ②塩分摂取量：11/17名が0.5g以上の減塩（最大3.22gの減少）
- ③血圧：家庭高血圧対象者4/4名が拡張期血圧・収縮期血圧とも低下
- ④体重：肥満対象者5/8名が減量（最大3.17kgの減量）
- ⑤生活習慣の改善：全参加者において改善（維持期から維持期を含む）  
※以下のとおり、行動変容ステージモデルに分け、指導前後のステージを比較。

ステージ	無関心期	関心期	準備期	実行期	維持期
介入前（人）	1	5	10	0	1
介入後（人）	0	0	4	6	7

## ■ 事業後の参加者の声

- 指導後は、食事の仕方が変わり、間食も減り、減塩を続ける必要性も納得できた。  
情報を一方的に与えられるのではなく、塩分が多かった日の原因などを自分でも考えるように促してもらい、自立できるよう育ててもらえたと思う。（40代 女性）
- とても勉強になり、特に塩分に関しては家族にも伝えることができた。  
家のドレッシングはすっかり減塩になり、塩分の取りすぎに気を付けている。（70代 男性）
- 担当の管理栄養士とマンツーマンで取り組めたことが一番良かった。（50代 男性）

## ■ 他の自治体が参考にできるポイント

各市町村に管理栄養士等の専門職員数が不足していても、ICTを活用した食事改善指導等の生活習慣改善指導を行うことにより、重症化予防策を推進することが可能

# 東京都

# 薬剤師と連携した重複多剤服薬管理指導事業

令和3年4月時点人口	13, 840, 468人	うち65歳以上高齢者人口 (R3.9.15時点推計)	3, 116, 000人(22. 5%)	国保被保険者数 (R3.4時点)	2, 835, 299人
------------	---------------	-------------------------------	----------------------	---------------------	--------------

## ■ 事業目的

東京都薬剤師会と連携し、東京都が指定する区市町村が実施する重複多剤服薬者に対する服薬管理・指導等を支援するとともに、国民健康保険の被保険者の医薬品適正使用に対する意識向上を図ることで、被保険者の健康保持・増進及び医療費適正化を推進

### ＜重複多剤服薬の現状・課題＞

○ポリファーマシーを解消するためには、医療関係者間の連携や患者への啓発が必要

65～74歳の3割及び75歳以上の4割でそれぞれ5種類以上の薬剤が処方

○「東京都国民健康保険運営方針」(令和2年12月改定)

重複多剤服薬に関し、被保険者に対する保健指導や残薬の解消を目指す取組等により、適正服薬の促進を図る方向性を提示

### ○区市町村における取組状況

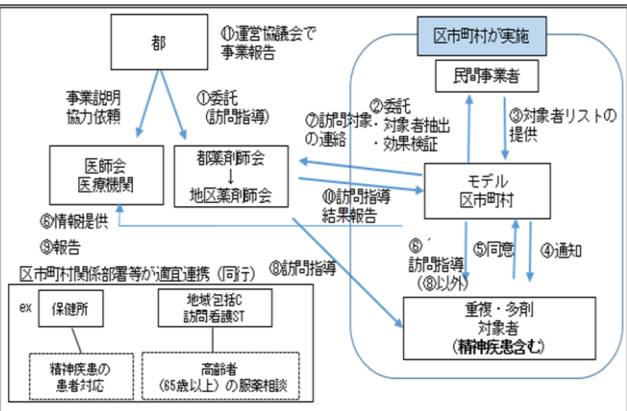
R01 重複投与を対象とした事業 37自治体、多剤投与を対象とした事業 10自治体

R03 重複多剤服薬者対策の事業 44自治体

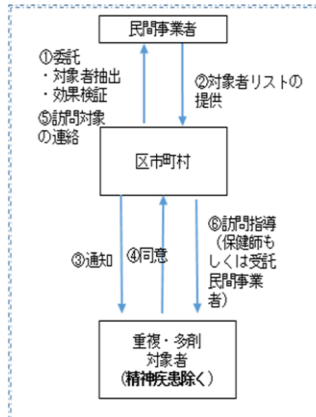
地区薬剤師会に対象者への介入を依頼している区市町村は令和元年度時点で1か所(重複投与を対象とした事業) また、多くの区市町村で重複多剤服薬の主な要因のひとつである向精神薬を服用している精神疾患等を事業対象者から除外

## ■ 事業内容

(都モデル事業)



(区市町村の既存事業)



## ■ 先進的なポイント

- 東京都薬剤師会、地区薬剤師会、会員薬局と連携した訪問指導を実施
- 服薬指導の対象者に、原則、精神疾患を有する方も含めて実施
- 東京都と東京都薬剤師会のレベルで連携協力体制を構築し、各地区における事業運営の円滑化を支援
- 将来的な横展開を見据えて、区市町村が主体となった重複多剤服薬管理指導事業スキームを構築

## ■ 結果及び効果

- 事業対象者数 (合計)
  - ・服薬通知送付対象者数 2,302件
  - ・服薬管理指導実施件数 45件
  - (医療費(薬剤料等)の減少率 約18%)

○服薬管理指導事例 (概要)

＜服薬管理指導の目標＞

**服用薬剤の減薬、服薬アドヒアランスの向上、生活習慣の改善等を目標として服薬管理指導を実施**

- ・服用薬剤の減薬 (処方の減薬・変更、薬剤削減後の体調変化の確認 等)
- ・服薬アドヒアランスの向上 (副作用の不安払しょく、継続服用の必要性の理解、飲み忘れ防止、主治医とのコミュニケーション 等)
- ・生活習慣の改善 (生活習慣改善による血糖値等への好影響、現処方でも工夫できる点を主治医に提案 等)

＜服薬指導結果＞

**服薬アドヒアランスの向上や減薬につながった事例、医師への報告を行った事例、引き続き課題がみられた事例等があった。**

- ・服薬アドヒアランスの向上、減薬 (服用に関する不安を取り除き残薬回収、食事療法等の資料提供、食生活の見直し 等)
- ・医師への報告 (医師への処方意図確認、処方短縮、面会による減薬提案、患者の減薬の希望を伝達 等)
- ・課題 (服用状況の変化が見られない、大病院の医師との連携、重複処方 等)

## ■ 他の自治体が参考にできるポイント

○既に区市町村が重複多剤服薬管理指導を実施している場合にも、服薬指導を薬剤師会に委託することにより、効果的な事業を実施可能

# 長野県 (長野市)

# 市町村国民健康保険健康長寿支援 (地域・職域連携推進)モデル事業

令和3年4月時点人口

372,080人

うち65歳以上高齢者人口

111,705人(30.0%)

国保被保険者数

71,455人

## ■ 事業目的

○ 被用者保険・国保・後期など保険者のデータ分析結果に基づき、各保険者が主体的に実施する保健事業を一体的に提供する体制を構築する必要がある。

○ 各保険者の連携体制を構築し、健康寿命の延伸と社会保障費の適正化を目指す。

## ■ 事業内容

【目的】被用者保険～国保～後期高齢者医療の  
継続した保健事業の提供体制の構築

① データ分析に基づく保健事業のPDCAサイクルの取組みを推進

● 国保及び後期の健診・医療・介護データの分析による健康課題の明確化

➔ 県内19市との比較や、市内32地区別の比較等により、市及び地区の健康課題を明確にする。

● 健康増進事業実施者連絡会開催(5団体17部門参加)

➔ 長野市の健康課題を、成人を担当する健康増進事業実施者と共有することで、連携体制を構築する。

<長野県支援・長野市実施>

② データ分析に基づく保健事業の実施～退職世代の国保加入者への取組～

国保・後期高齢者700事例の分析

● 700事例の分析結果からポピュレーションアプローチに活用できる内容の整理

● 分析結果に基づき、『高血圧』着目した健康づくり情報の提供(セミナー開催、リーフレット制作)

➔ 市商工会議所等関係団体を通じて事業所等の退職世代の国保加入者へ情報提供

<長野県(長野市共同)実施>

## ■ 先進的なポイント

KDBシステムを活用し、国保加入時から後期高齢者医療加入後までの健康課題を明確化する。その課題について、国保を中心に、生涯を通じた健康増進の支援体制を構築する。

## ■ 結果及び効果

○ 健診・医療・介護のデータを分析した結果、長野市では働き盛り世代から、高血圧が放置されていることにより、若い世代(前期高齢者)からも脳血管疾患を発症する者が多いことが明確となった。

	介護認定者(脳血管疾患)		
	40～64歳	65～74歳	75歳～
県全体	11.6	10.8	43.3
長野市	15.2	12.7	49.4

○ さらに、BMI25以上の割合が75歳からよりも高く、塩分摂取量が多いこと等、高血圧解決に向けた課題があることがわかった。

○ 健康増進事業実施者連絡会では、これらの課題を共有したことにより、職域や、働き盛り世代が加入する協会けんぽと共通の課題であること、働き盛り世代から、介護予防を意識した健康増進事業の実施の必要性について認識を共有することができ、その後の各種会議で高血圧や脳血管疾患の予防対策に関する議論につなげることができた。

★ 職域、協会けんぽと国保は共通の課題であること、また働き盛り世代から介護予防を意識した健康増進事業の実施の必要性を共有

➔ 各団体における高血圧や脳血管疾患の予防対策に関する議論に発展

## ■ 他の自治体が参考にできるポイント

国保のデータ、後期高齢者医療制度のデータを一体的に見ることにより、世代ごとに解決すべき健康課題が明確となり、具体的な対策につながる。



成人・高齢者の口腔健診結果を活用したオーラルフレイル対策推進事業

令和3年1月時点人口

1,971,705人

うち65歳以上高齢者人口

597,283人( 30.3 %)

国保被保険者数

421,300人



高齢者のフレイル予防を、口腔の状態から予防対策できないか？

事業目的

口腔健診データとKDBシステムの健診・医療・介護データを活用し、抽出した介入対象者に、口腔機能の維持・向上、低栄養、全身疾患の予防につながる保健事業と介護予防を一体的に実施し、高齢者のフレイル予防を図ることで、市町村国保の医療費適正化につなげる

現状

- 県内市町村
● 口腔健診結果を歯科医師から受領するのみで、結果分析を活用した予防活動は実施できていない
● 口腔健診結果がデータ化されていない
● 歯科衛生士等の人材不足のため、歯科のデータ分析を行うスキルが不十分である
■ 県歯科医師会及び県内歯科医院
● 口腔状況及び嚥下機能も含めた口腔健診を実施
● 健診結果の要指導者、要治療者、要精密検査者に対して、歯の治療を実施

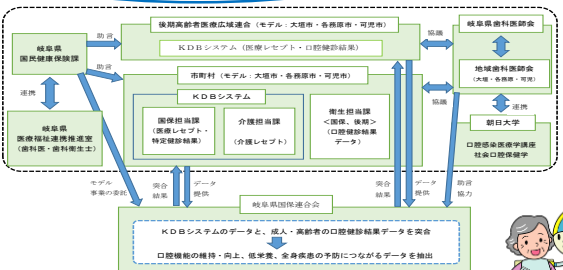
現場の声

- 県内市町村
● 口腔健診結果について、KDBデータ(医科・歯科レセプト、介護保険、特定健診)との突合ができていないため、健康課題の分析につながらない
● 口腔健診結果の具体的な口腔機能の状況と、KDBデータの栄養状態とを突合させることで、介入評価を可能としたい
■ 県歯科医師会及び県内歯科医院
● 口腔健診の実施目的である「口腔機能の維持・向上 全身疾患の予防」に健診データが活かされていない

事業内容

- 【口腔健診のデータ化】
● 県内市町村の3市(大垣市・各務原市・可児市)をモデル市町村とする。
県内市町村の成人・高齢者の口腔健診内容と、モデル3市のデータ化されている健診結果の確認(平成29年度～令和2年度)
【データ分析】
● 口腔健診データ及びKDBデータ(特定健診・医療(医科・歯科)・介護)の突合
● 口腔内の状況と身体状況の医科・歯科レセプト、健診データの相関関係、介護区分及び介護給付等のデータ傾向の分析 (協力: 県歯科医師会、地域歯科医師会及び朝日大学等)
【データ活用】
● 県、県歯科医師会、地域歯科医師会及びモデル市町村等が参加する関係者会議で、データ傾向を検討し、さらなるデータ分析につなげる
● データ分析をもとに、歯科口腔保健、介護予防などのポピュレーション・ハリスクアプローチの事業企画につながるデータ提供
● オーラルフレイル状態にある者などを適切に医療サービスにつなげる
【モデル市町村による検証】
● 上記のデータを基に、モデル市において高齢者の保健事業(疾病予防・重症化予防)と介護予防(生活機能の改善)を一体的に実施し、口腔機能の向上を目指す
【県内市町村への共有】
● モデル市町村での実績を踏まえ、分析結果や効果・課題等を整理した上で、県内保険者等へ情報の共有を図る

事業全体の体制図



口腔健診データとKDBデータの突合分析の結果一覧(3市の比較)【成人分】

Table with 7 columns: ページ, 項目, 大垣市, 各務原市, 可児市. It lists 15 items comparing oral health metrics across the three municipalities.

見込まれる事業効果

- 口腔健診の結果とKDBデータとの突合の結果から、保健指導につなげることで、口腔機能の維持・向上、全身疾患の予防による疾病の発症率を下げるエビデンスの確立
(例) ①歯周病ケアによる各種疾患の発症率の減少
②現在歯数・機能歯数と各種健診値の結果から、機能歯数28本以上の必要性
③口腔衛生状態維持による肺炎の発症率の減少
④咀嚼機能の維持による医療費、介護区分への変更
● 口腔健診結果のデータ化により、歯科医師と保険者間の情報共有ができ、より多くの口腔健診及び保健指導利用対象者の掘り起こしができる
● KDBシステムと口腔健診データの分析により、口腔健診のメリットが明確になり、衛生教育等への活用ができる

Table titled '6-(5) かかりつけの歯科医と医療費(年間)の関係' showing dental visit statistics and medical costs for various municipalities.

## 愛知県

## 一医歯薬連携による糖尿病重症化予防モデル事業一

令和3年4月時点人口

7,521,192人

うち65歳以上高齢者人口

1,887,835人(25.1%)

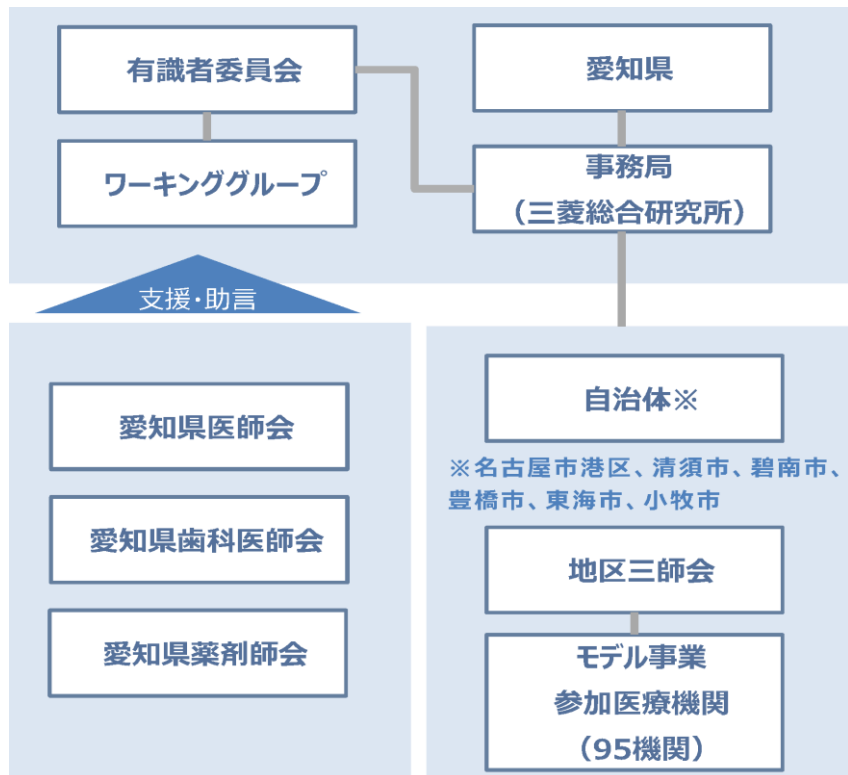
国保被保険者数

1,437,029人

## &lt;事業概要・目的&gt;

- ・市町村国保被保険者の糖尿病重症化予防を図ることを目的として、糖尿病と歯周病の関連性に着目し、医科、歯科、薬局等が相互に受診勧奨、情報連携を行うことで、糖尿病及び歯周病それぞれのリスクを低減するためのプログラムづくりを推進する。
- ・令和2年度にプログラムを策定し、県内1市の区域内においてプログラムの実行可能性の検証を行った。
- ・令和3年度はプログラムをさらに効果的なものにするを目指して、県内6市の区域内において、プログラム試行等を実施する。

## &lt;実施体制&gt;



## &lt;主な実施項目&gt;

## ●有識者委員会及びワーキンググループの設置

「医歯薬連携による糖尿病重症化予防プログラム」の監修、評価、内容検討。

## ●プログラムの試行実施・分析

県内6市(名古屋市、清須市、碧南市、豊橋市、東海市、小牧市)の区域内においてプログラムの試行実施するとともに、市町村保健事業との連携可能性についての検討。

## ●成果報告会の開催

医師、歯科医師、薬剤師等の関係者に加え、県内市町村職員を対象とした報告会を開催。

## &lt;結果&gt;

## ●プログラムの試行実施・分析

- ・地区三師会の協力のもと95機関が参加。9月中旬から11月末までの2.5か月間試行を実施した。

- ・並行して東海市・豊橋市の協力のもと、市町村保健事業と本プログラムの連携を行った。

- ・試行期間中、約7,500名のプログラム対象者のうち、チェックリストで糖尿病または歯周病のリスク要因有と判断された約6,200名にリーフレットによる情報提供を行い、また約2,000名に受診勧奨を実施した。
- ・さらに、医科から歯科への情報提供書作成件数は231件、歯科から医科への作成件数は91件と、今回開発したツールが有効活用されていた。
- ・市町村保健事業との連携においては、約130名の特定保健指導対象者または糖尿病重症化予防事業対象者に情報提供等を実施し、必要に応じて保健師等から歯科への受診勧奨を実施した。

## ●成果報告会の開催

医歯薬連携プログラムの実証内容や試行結果等について広く周知し、県下において本プログラムをさらに推進するために、成果報告会を開催した。

## &lt;パネルディスカッション&gt;



## &lt;事例報告&gt;



# 特定健診受診率・特定保健指導実施率向上のための 地域と医師会との連携強化事業

令和3年4月時点人口

892,667人 うち65歳以上高齢者人口

242,503人 (27.16%)

国保被保険者数

184,400人

## ■ 事業目的

- (1)市町村と地区医師会との連携体制を強化し、他府県と比べ低い状況で推移している特定健診受診率（R2年度27.5%）の向上を図る。
- (2)健診結果を早期に把握でき、タイムリーな保健指導につながる方策等を検討することで特定保健指導利用率の向上を図る。

## ■ 事業内容

かかりつけ医からの特定健診受診勧奨

【対象市】モデル市：東大阪市、豊中市

【内容】地区医師会オンライン説明会を開催。

R3年12月を勧奨強化月間に設定。協力医療機関を募集。

かかりつけ医がポスター掲示による啓発と、リーフレットによる受診勧奨を実施。

【結果】参画医療機関数 豊中市65、東大阪市95、計160

モデル市の受診率計(R3年12月～R4年1月)

2市平均3.9% R2年度同月計に比較して約1.5倍となる1.3%増



## ○実態調査・分析

【対象】大阪府医師会全医療機関

【方法】Webアンケート 回答数408

【内容】特定健診・特定保健指導等に対する認識・実施状況、市町村国保との連携状況

【結果】特定健診の勧奨を効果的に行うためには、医師に対する理解周知とともに、診察時になるべく時間のかからない、説明がしやすい勧奨方法を示すことが必要。市町村と連携強化においては、栄養指導、運動支援、治療中断者受診勧奨、禁煙支援、減量支援について、医師側のニーズが把握できた。

## 【今後の予定】

本事業は3か年計画。R4年度は取組と実態調査の結果をもとに、詳細調査を加え、特定保健指導への円滑な実施も見通す「かかりつけ医による特定健診推進ガイド(仮)」を策定する。

## ■ 先進的なポイント

- 地区医師会員の理解協力を得るため、モデル市国保と医師会が連携してオンライン説明会を開催。
- 取り組みやすさを考慮し工夫。シンプルなスキームで、新型コロナ禍にあっても効果が得られた。

## ■ 結果及び効果

### 【事業を通じた府医師会、地区医師会との連携】

新型コロナをめぐる地域の状況を鑑み、府医師会が十分な配慮のうえ地区医師会に協力を要請。地区医師会の理解が得られ連携が進んだ。

### 【説明会】

地区医師会の負担を考慮した結果、ワーキングは設けず、入念な打合せや調整により2地区合同の説明会を実施。R2年度に実施した健診対象者のアンケート調査の結果から、かかりつけ医からの勧奨が効果的であることに併せて事業スキームを提示。さらに、説明動画をDVDに収録し地区医師会員に配布することで、円滑に協力医療機関を募ることができた。

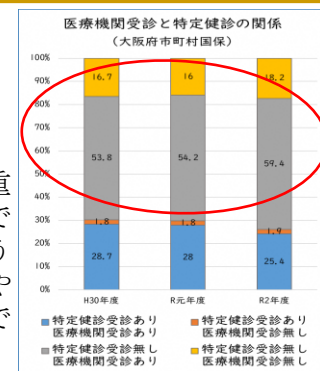
### 【かかりつけ医による受診勧奨モデル】

府とモデル市、医師会の3者で協働し、印象に残りやすいポスターと、診察室で使いやすいリーフレットを考案したことで、かかりつけ医にとって取り組みやすい事業となったと考える。

【受診率】新型コロナ第6波の影響が大きい中、効果が得られた。

## ■ 他の自治体が参考にできるポイント

- 特定健診の対象者のなかで、医療機関を受診している健診未受診者が占める割合は約5割であり、受診率向上のみならず健診後の重症化予防等においても重要なターゲット層である。医師会との連携により対策を講じるうえで、今回の取組みは診察場面で取り入れやすく、今後の横展開における実効性が期待できる。



# 兵庫県

## ースマホ、スマートウォッチを活用した高齢者等の健康管理支援事業ー

令和3年4月時点人口

5,468,729人

うち65歳以上高齢者人口

1,482,025人(27.1%)

国保被保険者数

1,120,598人

### ■ 事業目的

- スマホ、スマートウォッチといったICTを活用した健康管理支援ツールの導入効果検証
- 事業参加者の健康意識・行動変容の喚起、定着化により、健康寿命の延伸を長期的に実現

### ■ 事業内容

#### 1. 市町モデル事業(モデル市町:明石市、小野市、播磨町)

モデル市町が選定した、概ね65歳以上75歳未満の特定健診の要観察者や特定保健指導対象者等のハイリスク者を対象に、ウェアラブルデバイスとアプリでの入力内容をもとに、AIによるアドバイスを実施。利用者自らが気づきを得て意識・行動の変容を促すとともに、市町の管理栄養士や保健師等の専門職による保健指導等にも活用。

#### 2. フォローアップ事業

令和2年度市町モデル事業参加者に対する、その後の健康意識・行動変容追跡調査による事業効果の継続性の検証。



### ■ 先進的なポイント

ウェアラブルデバイスやアプリでのメッセージ機能等のデジタルヘルスを活用して、対象者の健康管理や意識向上を図るなど、新たな保健指導施策により、意識・行動変容の喚起を実現すること

### ■ 結果及び効果

#### 1. 市町モデル事業

- ①参加人数 72人
- ②取得データ(有効分析対象者の終了時点と開始1週目との比較)
  - 体重の増減: 平均値: -0.8kg、中央値: -0.7kg
  - 間食摂取カロリー: 平均値: -66.8kcal、中央値: -23.8kcal
- ③効果
  - 参加者の健康意識(主観的健康観)の変化
  - 非常によくなった8.3%、まあまあよくなった47.2%

	主な意見・効果
実施市町	●従来の保健指導では、対象者の自己申告に基づいて行われるが、食事や生活習慣等の客観的データがあると指導しやすい。
参加者	●運動が大事なことは頭では理解していたが、実際に続けて運動することで体重減や血圧低下などの効果を実感できた。

#### 2. フォローアップ事業

- ①アンケート回答者数 105人(回答率55%)
- ②実証終了後から現在までの健康状態の変化
  - とても良くなった: 5.7%、まあまあよくなった: 39.0%

### ■ 他の自治体が参考にできるポイント

デジタルアプリに不慣れとされる高齢者や自身の健康に無関心になりがちな勤労世代に対しても、ツール導入直後(約1週間~2週間)の間に、再度の操作説明や、参加者の交流を図ること、また2週間に1回ほどのメッセージ配信で、参加率を高く維持できる。

# 兵庫県

# フレイルハイリスク者へのアプローチ強化事業

令和3年4月時点人口

5,468,729人

うち65歳以上高齢者人口

1,482,025人(27.1%)

国保被保険者数

1,120,598人

## 事業目的

高齢者を対象に、フレイル予防プログラムの実践・フレイルチェックアプリの普及など全県的なフレイル対策を展開するとともに、フレイルハイリスク者に対する歯科医師、管理栄養士等によるアプローチ強化、筋力維持向上プログラムのモデル実施など、産官学の連携強化を図る。

## 事業内容

- ①立ち上がり動作を撮影し、筋肉のバランスを専用プログラム(Body-kin)で分析測定した上で、筋力の維持向上に適した体操を行う運動プログラム(RoboWell体操)をモデル実施<sup>(※1)</sup>。
- ②オーラルフレイル健診をかかりつけ歯科で受けられる体制の構築<sup>(※2)</sup>や、身近な拠点で栄養・食生活相談を行う栄養ケア・ステーション<sup>(※3)</sup>。
- ③国保被保険者等に対して、気軽にフレイルチェックができるアプリの導入、専門職によるフレイルチェックなどを通じて、コロナフレイルの予防・改善方法を普及啓発。(シニアはメホよりフレイル対策)



## 先進的なポイント

- ①筋力維持向上プログラムのモデル実施と検証(測定と体操のコラボ)
- ②フレイルハイリスク者への専門職によるアプローチ体制の確立(コロナ禍考慮)
- ③フレイルチェックアプリの導入と導入効果の検証

## 結果及び効果

- ①筋力維持向上プログラムをモデル2市町延157名に実施、自宅で運動を継続することで、筋肉バランス測定値が改善した(筋肉バランス得点低値:介入前13%→介入後7%)。
- ②オーラルフレイル改善プログラム導入歯科医療機関数(R2:0→R3:94歯科医療機関)、栄養ケア・ステーション設置数(R2:10カ所→R3:17カ所)を地域偏在なく増やすことが出来た。スーパーと連携し、ナッジを活用したフレイル対策を実施した<sup>(※4)</sup>。
- ③スーパーと栄養士会、食品関連企業が連携したイベントでフレイルチェックアプリを導入し、フレイルリスクを有する方は専門職による個別相談につなげた<sup>(※5)</sup>。
- ④フレイルチェック(20項目)の結果、フレイル認知度は微増(R2:57%→R3:65%)、前期高齢者の約半数が1項目以上該当有、20項目中6項目以上チェックの入った方(約20%)はフレイルハイリスク者として抽出し、専門職による個別支援スキームを構築した。



## 他の自治体が参考にできるポイント

- ・フレイルハイリスク者の抽出方法と、コロナ禍における専門職によるアプローチ方法の提示(オーラルフレイル、オンラインの活用)
- ・フレイル予防への気づきを促すチェックアプリの導入と各種啓発媒体

## 奈良県

## —重複・多剤投薬対策事業—

令和3年4月時点人口

1,318,934人

うち65歳以上高齢者人口  
(令和2年10月1日現在)

416,467人 ( 31.6% )

国保被保険者数

298,286人

## ■ 事業目的

○「第3期奈良県医療費適正化計画」では、15種類以上の薬剤を投与されている者(国民健康保険及び後期高齢者医療)の割合を令和5年度までに3.5%まで半減させるとともに重複投薬の解消を目標に掲げている。

○いずれも効果的な取組を実施し、成果を得ることが容易でない分野であるが、本県は、県と市町村が共同で被保険者、医療関係者双方への的を得た既存の取組及びモデル市町村での取組を展開し、成果を上げている。

## ■ 事業内容

## ①被保険者へのポピュレーションアプローチ

重複・多剤投薬の市町村別・薬剤種類別等の状況を地域分析・見える化し、保険者・被保険者へ県HP等を通じて情報提供することにより問題意識を共有。

## ②被保険者へのハイリスクアプローチ

重複・多剤投薬対象者に、注意喚起文書を送付、改善の見られない者に対しては電話及び個別訪問を実施。

## ③医療関係者等との連携

地域ごとに医療・介護関係者、保険者、行政で構成する医薬品適正使用促進地域協議会において、重複・多剤投薬の解消に向け、「疑義照会簡素化プロトコル」を策定し、調剤薬局から処方医への疑義照会を簡素化する協定を締結、運用。

## ■ 先進的なポイント

- 国保連合会国保事務支援センターと連携し県単位で実施することにより、業務が効率化されるため小規模保険者でも事業に取り組みやすい。
- 協議会開催で地域の実情に応じた取組を検討・実施へ。

## ■ 結果及び効果

## ○本事業の実施件数

注意喚起文書：790件（1,430件抽出、保険者による選定で790件に）

電話による注意喚起：126件（対象195件、不在69件）

訪問予定者アンケート調査：14件回答（31件に調査送付）

個別訪問数：2件（調査送付31件から薬剤師の判断により対象4件に）

## ○本事業対象者の重複・多剤投薬解消率

**重複投薬解消率 28.7% 多剤投薬解消率 21.3%**

受診月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	解消者数
重複投薬患者数	622	594	575	552	520	467	482	465	<b>232</b> /808人
多剤投薬患者数	255	234	240	233	217	201	228	216	<b>73</b> /343人

- 重複投薬・多剤投薬を解消するためにかかった1人あたり経費  
約1,270円

## ■ 他の自治体が参考にできるポイント

- 対象者へ継続的に注意喚起を実施(本県はH30年度～)
- 注意喚起文書を送付するだけでなく、改善の見られない者に対しては、電話・訪問等個別フォローを実施

## 香川県

## 一歯周病に着目した糖尿病重症化予防対策保険者支援事業

令和3年4月時点人口

951,049人

うち65歳以上高齢者人口

295,784人(

31.1 %)

国保被保険者数

207,463人

## ■ 事業目的

香川県では、独自に特定健診に歯科質問項目を追加し、糖尿病と関連が深い歯周病の疑いのある者を抽出し、糖尿病重症化予防対策の一環として対象者に歯科医院への歯科受診及び保健指導勧奨を行う体制を整えているが、受診率が低迷している。

専門職能団体と連携した集団指導の実施により、適切な歯周病治療や予防歯科習慣の必要性が理解でき、歯科受診や保健指導実施率が向上することを目的とする。

## ■ 事業内容

①**実施体制** 香川県歯科医師会、香川県歯科衛生士会、香川県国民健康保険団体連合会、**実施市町(宇多津町)**、香川県

②**課題整理** i 糖尿病と歯周病は密接な関係があり、糖尿病患者の歯周病を放置すると糖尿病の悪化を招く恐れがある事が理解されていない。

⇒普及啓発、情報提供の不足

ii 男女ともに、健診歯科質問項目の「噛みにくい」回答が多く、自覚症状があるが、受診率が低い。

⇒歯科受診、保健指導を受ける機会の確保

iii フレイル予防対策の初期段階は口腔に表れやすいことから、早期の対策として歯科予防対策に取り組む必要がある。

⇒フレイルチェックの同時実施、通いの場等参加者への呼びかけ

③**対象者** ・独自質問票を基に抽出した歯科受診、保健指導勧奨対象者  
・通いの場等参加者

④**指導内容**

項目	内容
フレイルチェック	▶フレイルチェック 【3個以上:フレイルの可能性が高い】 ▶指輪っかテスト 【隙間ができるとフレイル要注意】 ▶オーラルフレイルチェック 【4点以上:オーラルフレイルの危険性が高い】
講義 (歯科医師)	「糖尿病、喫煙等と歯周病の関連について」
講義 (歯科衛生士)	「今日からできる健口生活 ～一生おいしくいただけるために～」
実技・演習	1 オーラルフレイルチェック結果説明 2 噛むカムチェックガムで咬合チェック 3 マスク美人になろう「健口体操」 4 歯みがき指導

なぜ受診率が低いのだろう?



宇多津町関係課

## ■ 先進的なポイント

①専門家による歯科の集団指導を行うに当たり、健診結果やレセプトデータから抽出した対象者だけでなく、幅広く参加者を募り、フレイルチェックなどを実施することにより、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施につなげる。

②地区組織や通いの場の関係者も参加し、地域での健康づくり活動につなげる。

## ■ 結果及び効果

①**参加者** 7名 うちデータから抽出した対象者 2名 (対象者25名)  
通いの場等の対象者 5名 (対象者22名)

②**取組結果** ・フレイルチェック判定 フレイルチェック3個以上 0名  
・オーラルフレイルチェック判定 オーラルフレイルチェック4点以上 3名

③**評価指標** 歯科保健指導実施率 目標 40 %  
結果 14.9% (7名/47名)

④**その他**

・新型コロナウイルス感染症拡大により、予定していた日程や指導内容の変更、対象者を最小限に絞った対応を取らざるを得なかった。

・参加者は定期的な歯科受診ができていた人が多く、フレイルチェックの判定も良好であった。

今後、歯についての意識の低い方にどのように参加を促すか課題となった。

指輪っかで  
フレイルチェック歯科衛生士さんから  
「健口体操」を教わります

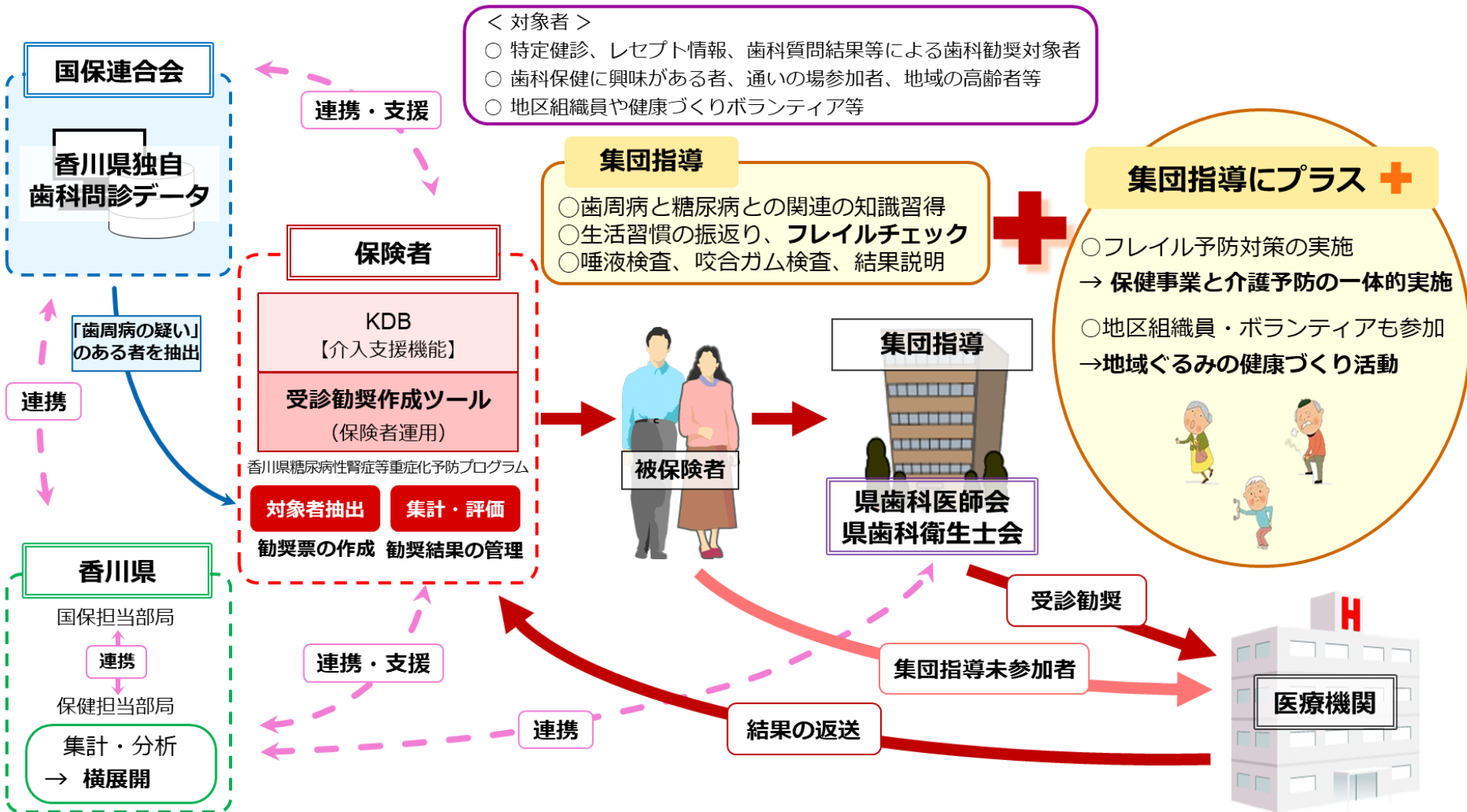
## ■ 他の自治体が参考にできるポイント

①専門職能団体との連携 (香川県歯科医師会、香川県歯科衛生士会)

②オーラルフレイル対策の推進

フレイルチェックリスト		年月日
実施市町	教室	年月日
名前	性別	生年月日
フレイル危険度		指輪っかテスト
<input type="checkbox"/> 1年で体重が4~5kg減った	<input type="checkbox"/> 1 両手の親指と人差し指で輪を作ります	<input type="checkbox"/> 2 利き足ではない方のふくらはぎの一番太い部分を力を入れずに軽く握ってみよう
<input type="checkbox"/> 疲れやすくなった	<input type="checkbox"/> 筋力(握力)が低下した	<input type="checkbox"/> 囲めない
<input type="checkbox"/> 歩きのが遅くなった	<input type="checkbox"/> 歩きの活動量が減った	<input type="checkbox"/> ちよど囲める
<input type="checkbox"/> 身体の活動量が減った		<input type="checkbox"/> 隙間ができる
オーラルフレイルチェック(2~3か月前と比較してください)		
質問項目	はい	いいえ
<input type="checkbox"/> 半年前と比べて、堅いものが食べにくくなった	2	
<input type="checkbox"/> お茶や汁物でむせることがある	2	
<input type="checkbox"/> 義歯を入れている	2	
<input type="checkbox"/> 口の渇きが気になる	1	
<input type="checkbox"/> 半年前と比べて、外出が少なくなった	1	
<input type="checkbox"/> さきイカ・たくあんなどの堅さの食べ物をおもむくことができる	1	
<input type="checkbox"/> 1日に2回以上、歯を磨く	1	
<input type="checkbox"/> 1年に1回以上、歯医者に行く	1	
合計		

# 歯周病に着目した糖尿病重症化予防対策保険者支援事業イメージ図





# 愛媛県

# 一県内市町国保間における医療費格差の可視化事業

令和3年4月時点人口

1,326,299人

うち65歳以上高齢者人口

434,279人(32.7%)

国保被保険者数

298,027人

## 【事業目的】

市町国保間に生じている医療費格差の是正に向け、医療費を引き上げている要因等を分析するとともに、医療費格差の是正するための効果的な保健事業等について検討する。

## 【事業内容】

- モデル市町における医療費分析
  - ⇒レセプト・特定健診データ等と被保険者データとの紐づけ
  - ⇒医療費抑制効果の高い疾病等の特定
- 市町間の医療費格差の要因分析及び地域要因(仮説)の提示
  - ⇒被保険者の健診データ、受診行動、各種地域データ及びヒアリング等に基づく医療費格差の要因の洗い出し
  - ⇒モデル市町ごとに、医療費に影響している地域要因(仮説)を提示
- 医療費格差の是正のための施策の検討
  - ⇒上記分析を踏まえた取組みの方向性や保健事業の提案
- 医療費適正化効果額の算定(費用対効果分析)
  - ⇒医療費抑制効果の高い疾病等に対して、効果的な保健事業を実施した場合における医療費削減額の推計

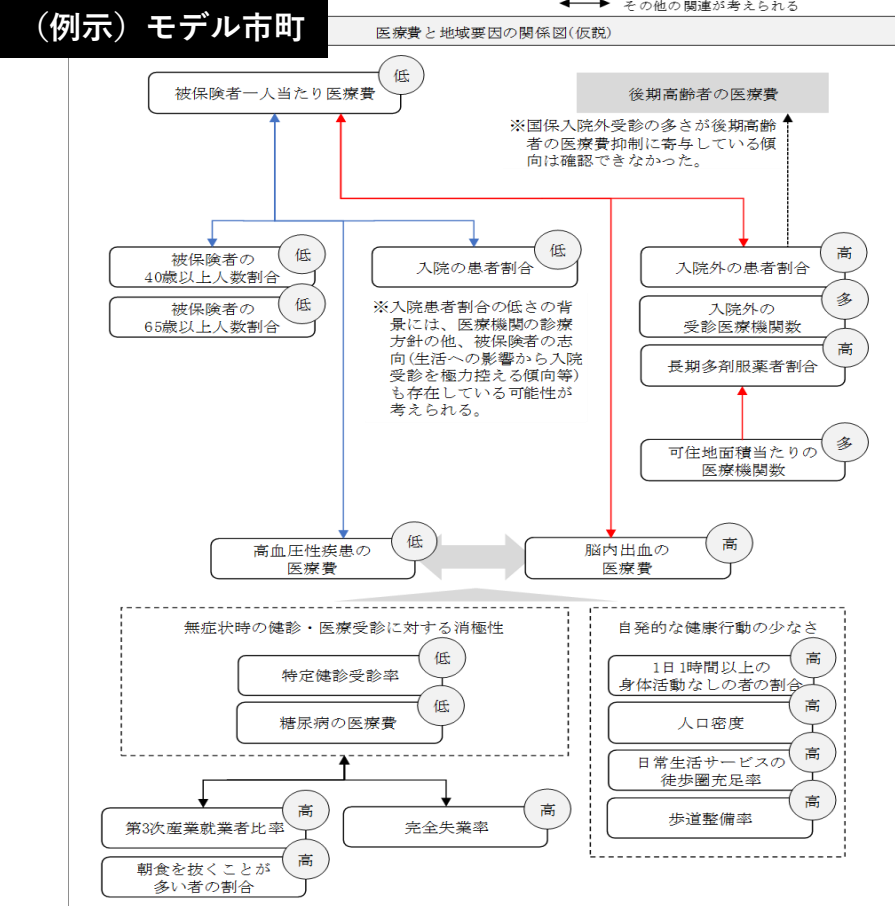
## 【事業のポイント】

レセプトや特定健診等のデータに加え、100項目を超える各種地域データやヒアリング項目(※)と医療費との相関関係を分析。

(※)各種地域データやヒアリング項目(例)

人口密度、産業構造、労働力人口、歩道の整備率、自動車保有率、生活サービス施設の徒歩圏人口カバー率、朝食・間食・飲酒等の食習慣など

## 【分析結果及び効果】



## 医療費適正化効果額(県全体)

- 新規透析回避における想定医療費削減額 約2億1,200万円
- 骨折回避における想定医療費削減額 約3,016万円

# 高知県

# —糖尿病性腎症透析予防強化事業—

令和3年4月時点人口

686,374人

うち65歳以上高齢者人口

245,646人 ( 35.8%)

国保被保険者数

116,786人

## ■ 事業目的

(現状・課題)

本県の年間平均(H29～R元)新規透析導入患者は343人で、このうち、主要原疾患を糖尿病性腎症とする患者は平均124名(36%)と最も多い。このことから、糖尿病性腎症重症化予防プログラムにより、かかりつけ医と保険者が連携した保健指導を実施と併せ、令和2年度から透析導入が数年後に予測される患者を対象に、医療機関と保険者が連携し、より集中的に治療(腎保護療法)と生活指導(減塩、脱水予防)を実施することで、腎機能低下速度を緩やかにし、透析導入時期の延伸を図るための糖尿病性腎症透析予防強化プログラムを実施している。

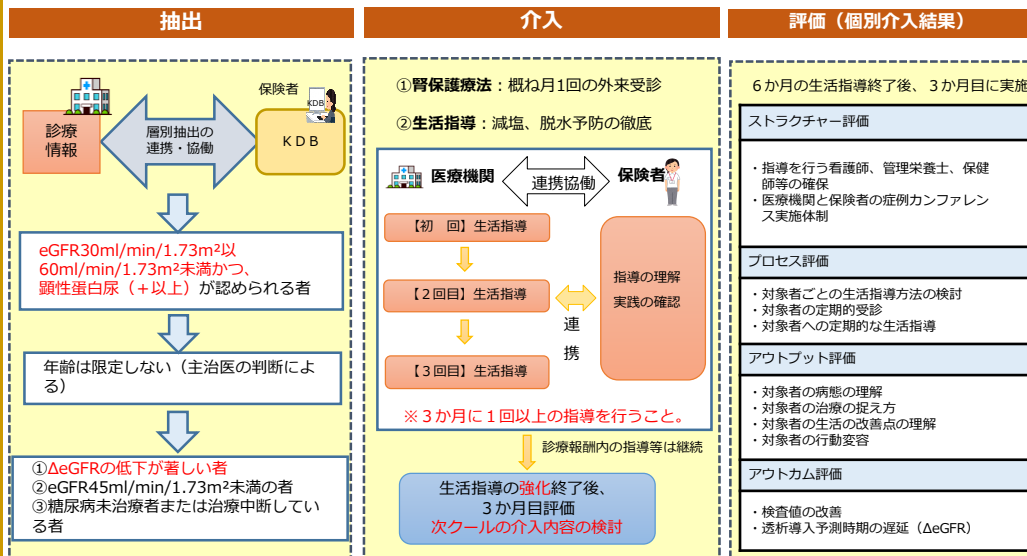
透析導入が数年後に予測される患者を対象に、医療機関と保険者が連携し、より集中的に治療(腎保護療法)と生活指導(減塩、脱水予防)を実施することで、腎機能低下速度を緩やかにし、透析導入時期の延伸を図るための糖尿病性腎症透析予防強化プログラムの継続実施と、介入効果の定期的な検証が必要。また、介入対象者を20名程度増加させ、医療機関と保険者の連携による強力介入が必要。

## ■ 事業内容

医療機関の診療情報及び保険者のレセプト等から対象者を抽出し、医療機関と保険者が連携した介入及び評価を行う。

腎保護療法(薬物治療)と1クール6か月の生活指導の強化

※1クルールの介入終了後も、医療機関における診療は継続する。対象者の検査値等継続的に評価し、必要時には再度介入を行う。



## ■ 先進的なポイント

透析導入時期が数年後に予測される患者に対して、医療機関による治療(薬物療法)と、医療機関と保険者が連携し、強力に生活指導を実施することで腎機能低下速度を緩やかにし、透析導入時期の遅延を図る。

## ■ 結果及び効果

腎機能の変化～ΔeGFR\*による評価～

N=44

改善	15人(34.1%)
維持 (変化1ml/min/1.73m <sup>2</sup> 未満)	6人(13.6%)
介入効果がみられていない	19人(43.2%)
判定不可	4人(9.1%)

※ΔeGFRとは、eGFRの実測値から、1年間のGFRの低下速度を算出した値のこと。

### アンケートによる評価

#### ①患者自身の評価

減塩に具体的に取り組んでいる対象者は**介入終了時21人(70.0%)**、**終了後3か月で24人(80.0%)**であった。また、脱水予防に具体的に取り組んでいる対象者は**介入終了時25人(83.3%)**、**終了後3か月で24人(80.0%)**であった。

#### ②支援者による評価

対象者の行動変容ステージについて、介入前から1クール終了後3か月まで**無関心期は減少し、維持期は増加**したが、準備期や実行期は介入終了時から3か月目において増減があり、ステージが元に戻るケースもみられた。

## ■ 他の自治体が参考のできるポイント

腎機能の変化をみると、介入前後1年間(同じ季節)の比較において、約半数の症例が維持・改善できていることは、介入効果が一定検査値にあらわれている可能性がある。また、保健指導の強化により、対象者の具体的な行動変容につながったと考えられるが、その継続のためには、支援者の継続介入が必要であると考えられる。

## 長崎県

## 一効果的な保健指導プログラムの開発事業一

令和3年4月時点人口

105,750人

うち65歳以上高齢者人口

38,725人( 36.6%)

国保被保険者数

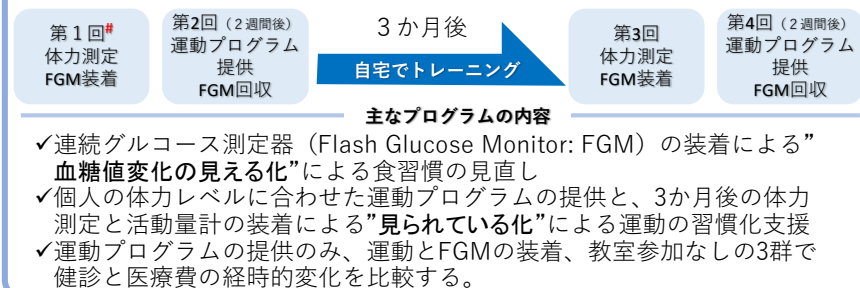
29,710人

## ■ 事業目的

本県は、特定保健指導実施率が上位であるにも関わらず、1人当たり医療費の改善につながっていないことから、より効果的な特定保健指導の手法について検討する必要がある。島原市、対馬市、波佐見町、新上五島町の4市町をモデル市町として選定し、効果的な保健指導の手法として実証し、県内市町に横展開を図る。更に、2年目となる新上五島町では、医療費と健診結果の追跡調査を行うことにより、更に効果検証を図る。

## ■ 事業内容

プログラムの流れ



## 【FGM活用のポイント】

- ✓参加者自身に血糖値の変化をリアルタイムに見てもらい、“気づき”から食習慣を見直してもらう。
- ✓FGM装着期間中の食事と間食を撮影してもらい、FGMの結果と合わせて返却することで”振り返り”をしてもらう。

## 【運動プログラムのポイント】

- ✓自宅で実施可能な、乳酸閾値強度\*で150分/週のステップ運動を基本として”強度と時間”と”運動の方法”および3か月後の目標を明確に指示する。
- ✓参加者の体力に合わせた身体に過度な負担がかからない運動の提供により、自宅での運動でも安全性を確保する。

#参加者にかかりつけ医がいる場合は、FGMの使用や運動の可否について相談のうえ参加してもらい、第4回のFGMの結果は本人からかかりつけ医に渡せるよう2部返却している。

\*乳酸閾値強度とは運動中に血液中の乳酸濃度が急増する強度であり、この強度より高い強度の運動では心臓や血管への負担が大きくなる。



運動プログラムシート

項目	単位	測定値	目標値
歩数	歩	103 ± 10	( 93 ~ 113 )
歩行速度	歩/分	125	110
歩行時間	分	39	30
歩行距離	km	1.05	0.9
歩行回数	歩	70	60

## ■ 先進的なポイント

保健指導対象者の一部に、血糖変化の見える化を中心とした運動と食習慣改善の支援プログラムを取り入れることにより、対象者の意識や行動の変容を促し、その効果を次年度以降の特定健診の結果や医療費の状況を分析することで、効果的な特定保健指導の手法として実証し、県内市町に横展開を図る。

## ■ 結果及び効果

令和4年3月時点で質問紙の回収ができた92名 (FGM装着：51名、非装着：41名) の3か月後の結果では「(教室に)満足できた」が92%、「健康に興味を持つようになった」が96%であった。またFGMを装着することで「何を食べると血糖値が上がりやすいか」が分かるようになったのが、事業前は45%であったが事業後は71%へと増加した。

運動習慣は、その結果として表れる全身持久力 (乳酸閾値強度) の変化で評価した。FGM装着群 (55名) は  $4.3 \pm 0.8$  METs\* から  $5.0 \pm 1.2$  METs、非装着群 (43名) は  $4.1 \pm 1.1$  METs から  $4.7 \pm 1.0$  METs (平均 ± 標準偏差) へと増加した。日常生活において階段上りは5METsの強度であり、これが自立生活に必要な体力とも考えられる。このプログラムは将来の介護予防という視点からも有効であると考えられる。またこの全身持久力の変化について「健康づくりのための身体活動基準2013」の基準値を100%として推定・評価した結果、教室前は  $87 \pm 25\%$  であったのが3か月後には  $107 \pm 30\%$  であった。基準値未満の参加者の割合は73% (72/98名) から42% (41/98名) へと減少し、全体の80%の対象者で全身持久力の向上を認めた。これらの変化はFGMの装着と非装着での差はなかった。

医療費の変化は来年度・再来年度と継続して評価していくが本年度の集計結果から、入院医療費が100万円/月を超えるケースも確認している。プログラム参加者の入院医療費が発生しない期間が続くかという視点でも検証していく。

本事業を参考に、令和4年度から新上五島町と波佐見町が町独自の取り組みとして実施する計画を立てている。島原市も将来的に市独自の取り組みとして実施できるよう、継続して事業への参加意向を示しており、横展開が図られている。

\* METsとは運動強度の単位で、安静時を1とした時と比較して何倍のエネルギーを消費するかで活動の強度を示したものである。

## ■ 他の自治体が参考にできるポイント

- ✓ “気づき”と”振り返り”、“見える化”と”見られている化”を活用した食習慣の見直し
- ✓ 自宅でも運動ができる安全性を確保したプログラムの提供

## 熊本県

## 各世代向け睡眠意識調査事業(コンソーシアム分科会Ⅱ)

令和3年4月時点人口  
(モデル市町村のみ)

111,352人

うち65歳以上高齢者人口  
(モデル市町村のみ)

26,741人( 24.0%)

国保被保険者数  
(モデル市町村のみ)

20,523人

## ■ 事業目的

## 【現状】

- ・「精神・神経疾患」の医療費及び患者数ともに全国順位が高い。
- ・躁うつ病を含む「気分障害」の医療費は全国1位。
- ・睡眠障害を含む「その他の精神及び行動の障害」の医療費全国1位。

## 【課題】

- ・睡眠による休養が十分に取れていない人の割合が高く、近年、対前年比が高いレベルで推移。「睡眠障害」のある20～64歳の働く世代は、「気分障害」となる可能性が高い。
- ・熊本地震や豪雨災害に加え、新型コロナウイルス感染症が重なり、睡眠障害のリスクが高い。

## 【目的】

- ・熊本県は、熊本地震や新型コロナウイルス感染症、令和2年7月豪雨災害のトリプルパンチの中、生活習慣の変化による健康状態悪化の懸念が他の都道府県と比べても高いため、「睡眠不足・睡眠障害」を予防することで、県民の健康状態が悪化しないように取り組む。

## ■ 事業内容

(1) 県民(モデル市町村)の睡眠満足度の向上を図るため、睡眠時間や睡眠の質等の意識調査等を実施する。

- ・調査方法: モデル市町村の健診時にアンケート調査票を同封して郵送し、健診時に回収して実施。

(2) 県民(モデル市町村)の睡眠満足度の向上を図るため、ICT機器を活用して睡眠時間や睡眠の質等を測定し、睡眠で十分休養が取れていない割合が高い要因や改善方法について分析・評価する実証実験を実施する。



## ■ 先進的なポイント

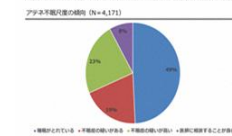
- ・「睡眠不足・睡眠障害」を予防するため、「睡眠による休養が十分にとれているか」について、ICT機器(Fitbit)を活用することで、睡眠を測定し睡眠を見える化することが可能となり、計測に協力した住民自身が睡眠の重要性について認識し、行動変容につなげることができた。

## ■ 結果及び効果

- ・睡眠時間や睡眠の質等の意識調査では、モデル市町村合計6,248名中4,537名(回収率72.6%)から回答を得ることができた。睡眠に不満を持つ人は全体の44%と一定数存在し、特に女性の方が睡眠に課題を持つ傾向が強く、年代別では50代が睡眠に不満が出るピークとなっていた。アテネ不眠尺度において、正常範囲の方は49%であり、半数が不眠症の疑いがある結果となった。睡眠に満足している人のなかにも不眠症の疑いのある人が存在していた。
- ・睡眠生活習慣において明るい環境下で寝ている人、30分以上の昼寝をする人が多かった。睡眠に関わる環境の改善対策にも注力する必要性が示された。
- ・ICT機器(Fitbit)による睡眠計測実証は、100名の計測を予定していたが、実証実験開始後、機器トラブルや体調不良等で実証実験中に辞退者が出たため、87名での計測となった。計測開始前と3週間の計測終了後のアンケートでの睡眠満足度は、睡眠に不満だった人が7名減り、睡眠に満足している人が7名増えた。また、感想アンケートに回答した52名の内、96%が自分の睡眠を意識するようになったと回答し、一部の人は睡眠時間を変えたり、生活習慣を見直すなどの行動変容に繋がったことが確認できた。「睡眠の見える化」という方法が睡眠改善や生活習慣の見直しに対して一定の効果があることが評価できた。計測を行う点で、課題があるとすれば、デバイスの設定等で参加者自身での機器のインストールの難しさ等の問題があった。

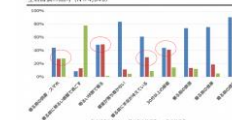
## アテネ不眠尺度

■ 全体の12%が不眠症の疑いがある。睡眠に悩むことが多いという状況。  
アテネ不眠尺度の傾向 (N=4,173)



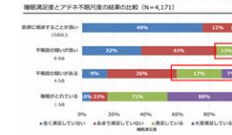
## 生活習慣の傾向

■ 昼寝で寝ると、明るく中庭で寝ることより30分以上の長さの睡眠だが、睡眠に満足感を得ることは同等であるという結果も示されている。  
生活習慣の傾向 (N=4,343)



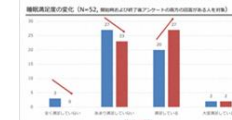
## 睡眠満足度とアテネ不眠尺度の比較

■ 一定数以上の睡眠に悩んでいる人が、不眠症の疑いがある人いる。  
睡眠満足度とアテネ不眠尺度の傾向の比較 (N=4,173)



## 睡眠計測実証 睡眠満足度の変化

■ 睡眠に不満だった人が減り、満足している人が増えた。  
睡眠計測実証 睡眠満足度の変化 (N=87)



## ■ 他の自治体が参考にできるポイント

- ・個人個人に対して、睡眠を見える化することで、自身の睡眠パターンが把握できる。それにより「意識の変容」から「行動の変容」につなげることが可能となる。また、睡眠障害等の早期発見につながることも期待できる。

令和3年4月時点人口

1,485,484人

うち65歳以上高齢者人口

331,913人(22.3%)

国保被保険者数

396,949人

## 【事業概要】

### 実施内容

- 郵便局に「まちの保健室」を設置し、住民がさまざまな不安や悩みを相談できる場として提供している。
- 看護職による相談の他、血圧・体重・体脂肪・骨密度測定等の健康チェックを行っている。
- 相談や健康チェックの結果に応じて、必要があれば、行政の担当部署とも連携し、行政からの支援につなげている。
- 週に1回、10～12時、13～15時の計4時間開設している。
- 相談内容は、主に健康（血圧等）、介護・育児等。利用者は60代～80代が多い。

### 実施体制及び役割分担

各主体における役割	
沖縄県	事業の全体調整・進捗管理
日本郵政株式会社	場所（郵便局）の提供・広報
公益社団法人 沖縄県看護協会	健康相談に対応する専門職（相談員）の選定・派遣
設置自治体 (名護市・うるま市)	健康相談の中で、行政からの支援が必要であると判断された事例の対応

### 郵便局による広報

窓口に来たお客様への声掛けのほか、パンフレットの戸別配布、公民館にポスターとチラシの設置、自治会への案内、市内の他の郵便局でのチラシ配布等を実施

## 【本事業のポイント】

### ➤ 県主導による、市町が取り組みやすい仕組みづくり

- 沖縄県・日本郵政・看護協会の3者で当該事業を市町で行える基盤を整えて、市町が「まちの保健室」事業に取り組みやすい仕組みとなっている
- 医療機関が少なく交通が不便な地域で、地域の中心に位置している郵便局の特徴を活かした事業となっている

### ➤ 質の高い相談対応体制と積極的な広報活動

- 相談員は、地区委員をしているベテランの看護職が担当。市の健康課題や保健活動を理解した上で、住民に寄り添った支援を実施
- 地域に貢献し、地域の健康管理や健康増進と一緒に取り組んでいきたいという郵便局の事業への積極的な提案と広報活動



## 【成果】

### ➤ 郵便局を利用する機会に相談できるため、従来よりも相談件数が増加

- 令和2年度に計10回開催し、82名が来訪
- 実施場所を変えることで、1日あたりの件数が増加

公民館等

郵便局

平均2～3件

約3倍増加

平均10件

### ➤ アンケートで、約9割が健康づくりのきっかけになったと回答

- 健康チェックの結果によって、市の保健活動や医療機関に連携。健診未受診者へは健診受診につながる。

- 医療機関が少なく、重症化による医療費が高い地域で、心や体の健康を相談できる場所として機能

# 市町村国保 ヘルスアップ事業C-p

令和3年4月時点人口

329, 822人

うち65歳以上高齢者人口

112, 962人 ( 34. 2 %)

国保被保険者数

66, 380人

### ■ 事業目的

【現状】 当市の受診率は微増傾向にあるものの低迷している。

( H30 24.9% → R1 25.1% → R2 25.7% )

【課題】 受診率が低い要因分析ができていない

【目的】 分析結果を踏まえた効果的な対策を展開し、受診率向上を目指す。

### ■ 事業内容

- 健診受診状況について、レセプトを活用した分析を実施(民間活用)。
- 分析結果について大学や医師会等とも共有し、課題解決に向けた対応策を検討。
- 対象者の48.5%(25,265人)が、「生活習慣病通院歴はあるが健診未受診」という現状に対し、旭川市と医療機関における取組(役割)の明確化。

【対象者の属性による受診勧奨方法】

R2年度 52,077人	生活習慣病		【旭川市の取組(役割)】
	通院歴あり	通院歴なし	
	34,737人	17,340人	○受診環境の整備 商業施設・土日の早朝健診等
健診 受診あり	9,472人 (18.2%)	2,258人 (4.3%)	○未受診者勧奨 民間企業の協力による健診PR 広告掲載、勧奨ハガキ
健診 受診なし	<b>25,265人 (48.5%)</b>	15,082人 (29.0%)	○継続受診者の増加

➡ 【医療機関への協力依頼】

- 「生活習慣病通院歴はあるが健診未受診」者に対して、
    - ・かかりつけ医での健診受診を促す勧奨ハガキの送付
    - ・医療機関が配付するチラシの作成
    - ・みなし健診(データ受領)の導入
    - ・通院時に、受診券を忘れても受診できる体制の構築
- 「お待たせしません! 80秒」  
 →担当課への電話  
 →80秒で受診資格等回答

旭川市の国保加入者  
1.3万人が受けている健診です

令和3年度 旭川市 国民健康保険特定健診事業

当院からも  
年に1回の特定健診の  
受診を推奨します。



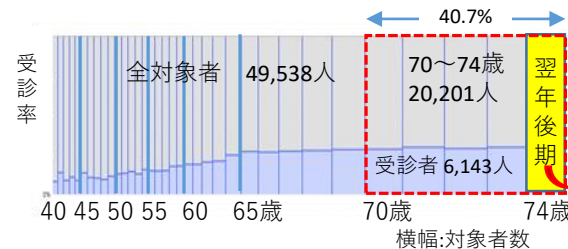
治療のために行う検査と特定健診では  
発見できる異常が違う場合があります。

### ■ 先進的なポイント

- ・「個人」を対象とした受診勧奨から、「集団」(医療機関)へのアプローチの転換
- ・データ分析に基づく、医療機関(かかりつけ医)と連携した受診勧奨の実施

### ■ 分析結果

- 年代別受診状況では70~74歳が対象者の4割を占め、受診率も30.4%と最も高い。翌年、後期に移行する74歳受診者は1,239人、全受診者の9.7%を占める。



【課題】  
受診者の約1割が、翌年後期高齢者医療制度へ移行

新たな受診者の獲得が必要

- 各医療機関における、かかりつけ患者の健診受診率は6.3%~83.6%と開きがある。

### ■ 効果

医療機関単位の受診勧奨に転換すると、コロナ禍における受診控えが起きても、健診受診者数は伸びる。(R2速報値25.4% → R3速報値27.1% +1.7P)

	R2実施件数	R1実施件数	R2-R1 増加数	全受診率に占める 増加割合
Aクリニック	447	206	241	0.49%
Bクリニック	394	241	153	0.31%

病院からの  
受診勧奨で  
受診者増!

➡ 「個人」から「医療機関単位」の、受診勧奨方法の導入

### ■ 他の自治体が参考のできるポイント

受診勧奨対象を個人から医療機関単位へ切り替えることで、効率的な受診勧奨と受診率の向上が期待できる。

# 北海道 岩見沢市

# 令和3年度特定健康診査受診勧奨等の取組み ～ 生命保険外交員による受診勧奨等～

令和3年4月時点人口

78, 857人

うち65歳以上高齢者人口

28, 781人(36.5%)

国保被保険者数  
(R4.2月末現在)

16, 016人

## ■ 事業目的

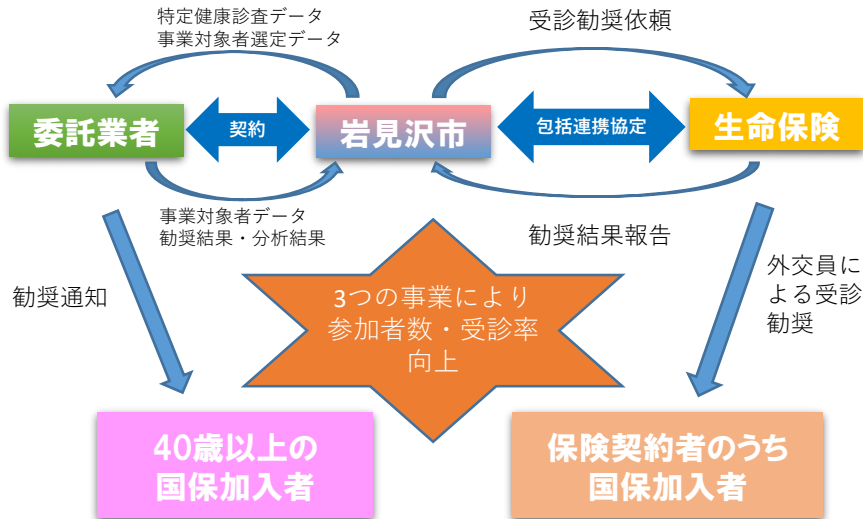
現状: 特定健康診査受診率は、令和2年度21.8%と国が定める60%に依然満たない状況にある。また、糖尿病性腎症重症化予防事業の参加者が例年少ない状況にある。

課題: 訪問や電話等の個人向けの受診勧奨を実施することで、受診率向上が見込めるが、マンパワー不足のため、対象者への個別訪問、受診勧奨を実施することが難しい。糖尿病性腎症重症化予防事業の理解がなかなか得られない。

目的: 対象者ごとに個人の検査値等、内容が異なる受診勧奨通知を作成・送付、また、生命保険外交員により直接、対象者個人への受診勧奨を行うことで、行動変容を促し、糖尿病性腎症重症化予防事業への理解を深めることで、参加者の増、受診率向上を図る。

## ■ 事業内容

(地域特性・生命保険外交員に特化した勧奨)



一般地区 8月通知  
農家地区 11月通知  
地区を分け効果的な勧奨を行う

長年の信頼関係がある  
外交員より参加・受診  
勧奨

## ■ 先進的なポイント

☆生命保険会社と協定を締結し、長年の信頼関係がある外交員より糖尿病性腎症重症化予防事業の参加勧奨、特定健康診査の受診勧奨及び一体的実施事業である健康状態不明者に対し、健診受診勧奨を行う。

☆特定健康診査受診勧奨については、地域事情を考慮し、一般地区と農家地区に分け、対象者に通知発送及び電話勧奨。

(一般地区は、雪の影響を考慮し、受診に行きやすい夏に受診勧奨を実施し、農家地区は農作業が終わる11月中旬頃に受診勧奨を行う。)

## ■ 結果及び効果

●R3年度生命保険外交員による受診勧奨実績 (R4.1月末現在)

●R3年度特定健診受診勧奨通知実績 (R4.1月末現在)

生命保険会社	勧奨者数	受診者数	受診率
A社	113	28	24.8%
B社	100	27	27.0%
計	213	55	25.8%

地区	通知数	受診者数	受診率
一般地区	7,559	1,376	18.2%
農家地区	1,823	272	14.9%
計	9,382	1,648	17.6%

●地域特性を活かした特定健診受診勧奨実績 (R4.1月末現在)

●診療情報提供事業データ受領実績 (R4.3月末現在)

地区	R2			R3		
	対象者数(人)	受診者数(人)	受診率	対象者数(人)	受診者数(人)	受診率
一般地区	12,441	1,533	12.3%	11,870	2,023	17.0%
農家地区	2,218	307	13.8%	2,941	541	18.4%
計	14,659	1,840	12.6%	14,811	2,564	17.3%

R3					
実施医療機関数	提供医療機関数	通知者数(人)	情報提供数(件)	提供率	
17	9	99%	75	7.5%	

※最終分析結果は、6月下旬予定

## ■ 他の自治体が参考にできるポイント

- ・生命保険会社との連携協定は、どこの自治体でも締結可能であり、特定健診受診勧奨事業以外にもいろいろな取り組みができる。
- ・地域の産業構造に応じた適切な時期での受診勧奨による受診率UP。



令和3年4月時点人口

1,327,691人

うち65歳以上高齢者人口

306,544人 ( 23.1% )

国保被保険者数

233,253人

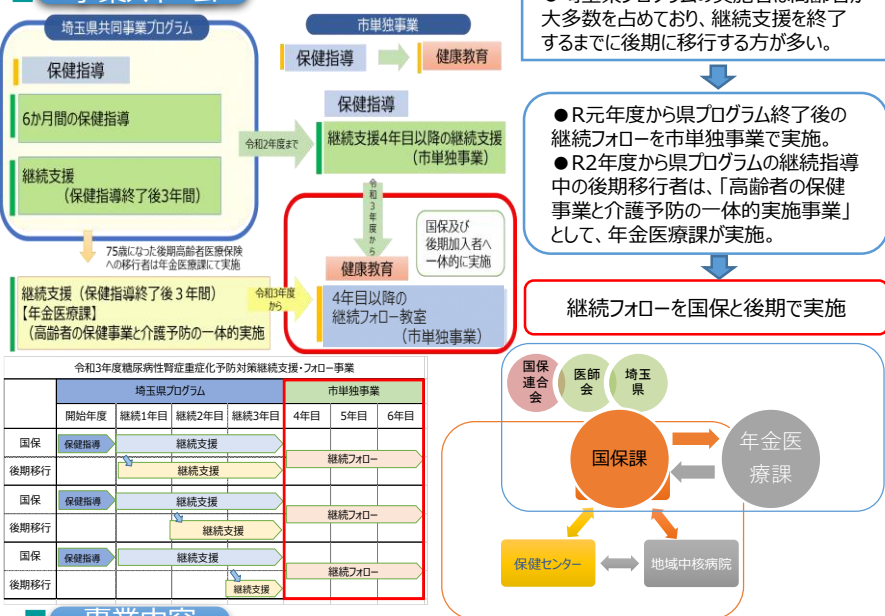
■ 事業目的

糖尿病性腎症重症化予防対策事業終了者へのフォロー事業を後期高齢者医療制度の主管課と協働で実施することにより、切れ目のない継続した支援を実施し、人工透析への移行を防止する。

現状・課題

- 糖尿病性腎症は腎症発症から人工透析導入まで数十年の経過をたどる方が多く、本市国保における透析導入患者の年齢は60歳から増え始め70～74歳が一番高い。また、埼玉県の透析患者は75歳～80歳の年代が16.1%と国保から後期高齢に移行した後の年代が一番高い。
- 本市はHbA1cやeGFRの有所見者が多く、生活習慣病医療費における疾病ごとの割合も、慢性腎不全や糖尿病が全国や政令市に比べて高くなっている。また、行政区においても高齢化率の高い岩槻区や西区が糖尿病や人工透析患者の割合が高い状態である。

■ 事業スキーム



■ 事業内容

1. ハイリスクアプローチ ○継続フォロー教室
  - 対象者：①糖尿病性腎症重症化予防対策事業保健指導後、4年目以降の対象者
  - ②①のうち、後期高齢者医療制度の移行者
  - 内容：糖尿病性腎症についての教室（病態、栄養、運動実技）参加者同士による情報交換
2. ポピュレーションアプローチ
  - 10区役所保健センターにて糖尿病等の病態別健康教育を実施
  - イベントでの生活習慣病予防啓発事業
3. 糖尿病や人工透析に関する医療費分析及び地区分析

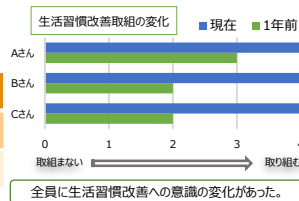
■ 先進的なポイント

- 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業の一環として、県プログラムの3年間の継続支援の後、市単独事業として糖尿病事業終了者へのフォロー事業を後期高齢者医療制度の主管課との協働における事業スキームを構築することにより、切れ目のない継続した支援を実施することができる。また、高齢者の社会的参加を促すきっかけとする。
- ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチを一体的に行うことで、保健事業を効果的に実施する。

■ 結果及び効果

1. ハイリスク

国保	通知		申込者		教室参加者	
	後期	80	国保	後期	国保	後期
	25	4	1	3	1	



- 参加申し込み時期が、新型コロナウィルス第5波中であり、教室形式での参加に結びつかず、参加者が少なかった。
- 教室参加者は全て70歳以上だった。
- 教室後のアンケートは体重・血圧測定、食事・運動について、1年前と現在の改善状況を比較し、3人中2人が改善、1人が不変だった。
- アウトカム評価である生活習慣改善の意識の変化については、全員が改善へ良い変化があった。→教室の参加者は、知識の獲得について意欲的な人が参加したため、生活習慣改善がみられた。
- 県プログラム後は、糖尿病についての知識や生活習慣改善の必要性の理解が薄れてきてしまったため、再認識の場としての継続フォローは必要。

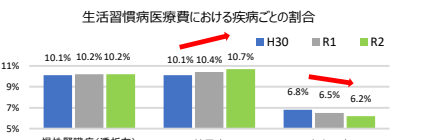
2. ポピュレーション

1. 病態別健康教育（区役所保健センター）  
5区のセンターにて糖尿病等の健康教育を7回実施し、100人が参加。参加者は60歳代以上が71.0%と高齢者が過半数を占めた。教室後のアンケートでは食事や運動等の生活習慣を改善すると回答した人の割合は70%以上だった。
2. イベントでの生活習慣病予防啓発（地域中核病院）  
新型コロナの影響でイベントが中止なり、生活習慣病についての医師講義の動画を作成し、配信することで、コロナ禍でのアプローチができた。また、区保健センターでも糖尿病予防関連情報をTwitterで情報発信した。

3. 医療費・地区分析



●R2年度の有所見状況はHbA1c73.6%、eGFR27.9%と全国（57.1%、20.7%）に比べ高い状態が続いている。



- R2年度の新規人工透析患者は、222人（20.5%）と前年度より増加している。年間を通して透析をしている患者1人当たり医療費は約567万円。人工透析率は岩槻区が0.6%と市平均0.3%に比べ大幅に高かった。
- R2年度の慢性腎臓病（透析有）は10.2%と不変だったが、糖尿病は10.7%と増加している。政令市（8.8,9.8）や全国（8.4,10.4）に比べ高い状態が続いている。

■ 他の自治体が参考にできるポイント

- 後期高齢者医療制度の主管課との連携により、継続した支援が可能。
- 既存の事業やイベントとの統一的一体実施を、関係機関との連携によって行う。

# 東京都 大田区

## 薬剤師による服薬相談

令和3年度 大田区国民健康保険重複多剤服薬管理指導事業【都モデル事業】

令和3年4月時点人口

733,793人

うち65歳以上高齢者人口

166,074人 ( 22.63%)

国保被保険者数

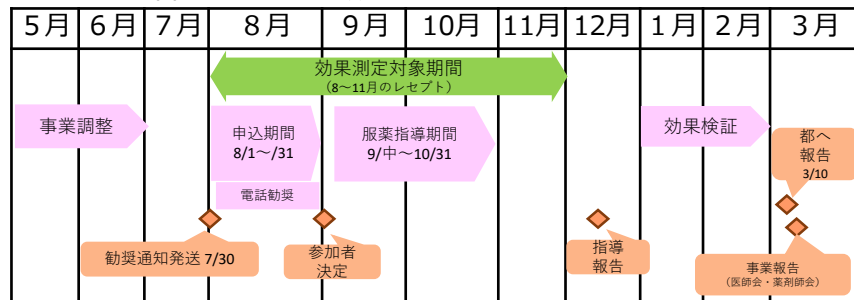
131,610人

### ■ 事業目的

被保険者の健康維持・増進及び医療費適正化の推進に向けて、医療費適正利用に対する意識向上を図る。

### ■ 事業内容

都モデル事業を活用し、関係機関との連携のもと、重複服薬者に対する服薬管理指導を行い効果検証する。



#### ≪工夫等≫

- ・わかりやすい案内チラシの作成に努めた。(不明点等の問合せは無かった)
- ・案内チラシとは別に、**重複多剤の啓発パンフレットを同封**した。
- ・参加者確保のため、**勸奨通知発送後早い段階で電話でも勸奨**を行った。



#### ≪条件≫

1. 当月に服用している内服薬 (14日以上) が合計で**10種類以上**ある。
2. **2医療機関以上**で処方され、服用している。
3. 上記確認を調査対象年月範囲(3カ月)で行い、**3カ月中、2カ月以上該当**する。

#### ≪除外条件≫

1. 区外医療機関・区外薬局
2. がん・難病・認知症・人工透析・シャント

※精神疾患患者は除外しない

【勸奨対象者】 : 132名

### ■ 先進的なポイント

従前は除外対象としていた精神疾患の患者 (向精神薬服薬者等) について絞込条件を検討し、アプローチを行った。

【ICD 10コードによる絞込】

F32 : うつ病エピソード      F41 : その他の不安障害      F45 : 身体表現性障害  
F48 : その他の神経症性障害      G47 : 不眠症

### ■ 結果及び効果

勸奨対象者 132名    参加申込7名    指導実施 4名 (辞退3名)

#### ≪前提条件≫

通知の前後で傷病名が同じものを検証対象とした。 ※通知送付者132名中10名 (内1名は指導対象者) は効果測定月にレセプトが発生しなかったため、検証に含めていない。【検証実人数 : 通知対象122名、指導対象3名】

	事業前 (R2.12月又はR3.1月)	事業後 (R3.11月)	差	減少率
薬剤費 (通知送付132名)	3,062,533円	2,435,736円	-626,797円	20.5%
薬剤費 (指導実施4名)	92,508円	80,099円	-12,409円	13.4%
平均医薬品種類数	13.5種類	12.2種類	-1.3種類	
重複服薬者数	20人	6人	-14人	70%

いずれの項目においても効果がみられた。

さらに本事業の効果を見るため「多剤の解消」者 (同じ薬やジェネリックへの変更、疾病治癒、新規発生の疾病を除く) のみで薬剤費を算出すると通知送付者の薬剤費削減効果額は**97,987円**となった。

⇒ 勸奨通知は薬剤費、重複服薬において効果があり、かかりつけ医やかかりつけ薬剤師等へ相談するなど対象者自身の行動変容につながった可能性が考えられる。服薬指導実施者は対象者が少なく、一概に比較することはできないが、勸奨通知の効果と大きな差は見られなかった。

### ■ 他の自治体が参考にできるポイント

【対象者の絞込みについて】 ICD 10コードの活用

【効果検証について】 通知の前後で傷病名が同じものを検証対象とすることで、検証の精度を上げる。

令和3年4月時点人口

188,382人

うち65歳以上高齢者人口

61,900人( 32.86 %)

国保被保険者数

35,179人

## ■ 事業目的

- ・高血圧有所見者が多い4地区をモデル地区として、健診時に合わせて尿中塩分検査を実施し、保健指導の強化を図る。
- ・健診結果や尿中塩分測定結果と生活を結び付けて考えられるよう保健指導を実施し、Ⅱ度以上高血圧者の減少を図り、脳血管疾患等の重症化・介護予防につなげる。

## ■ 事業内容

### 1) 尿中塩分測定の実施

- ・モデル地区における集団健康診査時に随時尿中のナトリウム及びクレアチニンを測定し、1日の推定食塩摂取量を算出。
- ・食生活のアンケートも同時実施し、血圧との関連を分析する。

### 2) 保健指導

- ・尿中塩分検査結果について、血圧が高い人だけでなく、正常血圧の人でも生活習慣の振り返るきっかけとするため、健診結果説明会において健診結果と合わせて説明。一日の食品の基準量と塩分量の展示をした。



### 3) 医療機関との連携

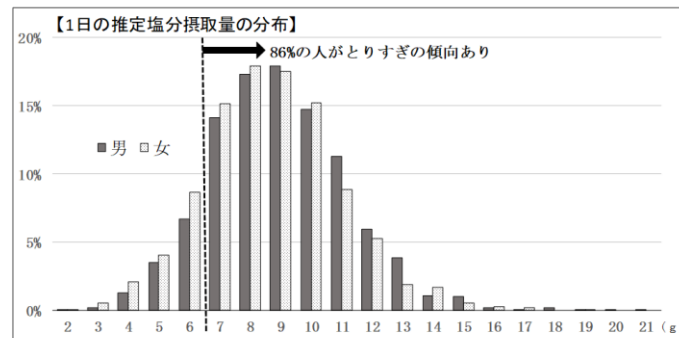
- ・Ⅱ度以上高血圧者のうち医療機関未受診者や治療中断者に対し、保健指導を実施。血圧手帳を配布し家庭血圧測定を勧め、医療機関受診につなげた。

## ■ 先進的なポイント

- ・高血圧の原因となる塩分摂取量を客観的な数値で見ること、高血圧予防等の生活習慣改善の意識づけとした。
- ・塩分摂取量と食生活、血圧等の関係について分析し、今後の保健活動へ活かすことができる。

## ■ 結果及び効果

- ・高血圧有所見者が多い地区の塩分摂取量は、今まで保健指導実施者の感覚で多いと推測していたが、今回の事業により数値化することが出来た。1日の推定食塩量平均値は9.3gと8割以上の方が塩分を取りすぎる傾向にあることが分かった。また、Ⅱ度以上高血圧者は、塩分摂取量の平均値が10.0gであり、より多くの塩分を摂取している傾向があった。



- ・アウトカム指標：令和3年度特定健診結果のⅡ度以上高血圧者割合は5.4%、拡張期血圧の有所見率は23.5%であった。今後、健診継続受診者の血圧改善率等と併せて継続評価していく。

- ・Ⅱ度以上高血圧者への保健指導(医療機関への受診勧奨含む)実施率は81%であった(モデル地区のみ)。

## ■ 他の自治体が参考にできるポイント

- ・尿中塩分検査実施率を高めるため、集団健康診査時の採尿時に検査を同時実施した。

# 愛知県 名古屋市

## 先進的な、国保と後期高齢者医療の一体的なデータ分析と プレフレイル対策

令和3年4月時点人口

2,324,757人

うち65歳以上高齢者人口

592,321人(25.48%)

国保被保険者数

442,770人

### ■ 事業目的

要介護やフレイルとなるリスクを早期に把握し、対策を講じることにより、医療費増大を抑制し被保険者の生涯を通じた健康維持・増進を図る

### ■ 先進的なポイント

国立長寿医療研究センターとの共同研究

コロナ禍でのフレイル対策

### ■ 事業内容

#### <内容>

1 (通年) 国保KDBと後期高齢者データをそれぞれ分析。その後突合、健康とくらしの調査結果も併せて分析、健康課題を抽出する。

2 (1~2月) プレフレイル状態の恐れのある対象(1年間で体重が3kg以上減少した者)と対照群へのアンケート調査

3 2で抽出されたフレイル該当者等への支援(名簿を各区いきいき支援センターへ提供、通いの場への勧奨、個別支援につなげる)

#### <実施体制>

後期高齢者医療部門、介護予防部門、健康増進部門(必要時)の関係課と打合せを定期的に行い、フレイル対策の各課の役割を確認の上、各課でできることを検討した。後期高齢者医療部門はともにアンケート調査を行い、介護予防部門はアンケートで抽出したフレイル該当者への支援をいきいき支援センターを通じて行えるよう調整した。

### ■ 結果及び効果

1 国保KDBと後期高齢者医療の一体的な医療費分析は健康と暮らしの調査とのデータの突合を実施している。

2 体重減少群と減少していない対照群に同数アンケートを実施した。回収率は体重減少群66.7%、対照群72.9%と高い回答率となった。

結果は特定健康診査・後期高齢者医療健康診査のいずれの受診者においても、体重減少群の方が1.5倍程度、フレイル該当者の割合が高く見られた。対照群と比べ、体重減少群は主観的健康観、生活の満足度、QOL値、運動の実施割合のいずれも低く、食生活についても困っていることが多く見られた。フレイルについて「全く知らなかった」と回答した人の割合についても体重減少群の方が高く、これらの層にフレイルに関する正しい知識を伝えることから始めることが重要であることが分かった。

3 フレイル予防の啓発媒体をいきいき支援センター等を通じて活用した。DVDをリピート再生した件数：7区14か所(新型コロナワクチン接種会場等)

家庭訪問や個別相談で活用した延人数：786人

今後はアンケートで抽出した直接支援が必要な人にいきいき支援センター等を通じて支援を行っていく。

### ■ 他の自治体が参考にできるポイント

フレイルについて知らない人の方がフレイルになりやすい

# 滋賀県 大津市

## 大津市健康増進プログラム事業(若年層を中心とした保健指導事業)

令和3年4月時点人口

343,835人

うち65歳以上高齢者人口

92,529人(

26.9%)

国保被保険者数

66,998人

### ■ 事業目的

令和2年度については、例年と比較して、メタボリックシンドローム率が特に高くなっており、予備群も年々増加している状況である。血糖・血圧・脂質の数値が複数基準値以上となっている人が増え、予備群からメタボ該当となり、悪化していると思われる。令和3年度についても、新型コロナウイルス感染拡大及び予防のため、外出を控え自宅にこもる生活をせざるをえない状況が続くと思われ、ますますメタボ傾向に拍車がかかると考えられる。特定保健指導の対象となることを未然に防ぎ、メタボリックシンドローム該当とならないようにするためにも、早期に生活習慣の改善に向けて介入する必要がある。また、効果のある保健指導を実施する必要があるため、成果報酬型事業を採用し実施することにより確実に成果が出るようにする。当該事業内容については昨年度同様の実施するが、年齢層について幅を広げ、若年層(40代・50代)以外についても効果が得られるよう実施する(令和3年度健診実施分について)。また成果報酬目標(実施前と実施後の体重の減少率が5%以上)については、参加者の割合が目標達成をすることを旨とする。(令和2年度は、脱落者を除いた12名のうち6名が成果報酬目標を達成した状況であった)

### ■ 事業内容

令和3年度については、2クール実施。1クール目は令和2年度健診受診者で、前回当該プログラムの募集案内を発送していない者(年度後半健診受診者)、2クール目は令和3年度健診受診者(11月分まで)を対象に実施した。1クール目は令和2年度の事業者を引き続き委託し、2クール目については公募型プロポーザルを実施し、1クール目と同一事業者に決定した。

対象者については、特定健診の結果BMI25以上の者、かつ1クール目は40代・50代、2クール目は40～64歳を選定し案内を送付した。

(実施回数)全8回。最初の3回及び最終2回は毎週日曜日午前実施し、残り3回は、隔週日曜日午前実施した。

(実施体制)プログラムの講師は委託事業者が担当し、市職員が会場の準備・運営を行った(実施場所は大津市保健所内)。

(実施時間)講師による講義及びグループレッスン約1時間、運動30分の計1時間半。

(成果報酬)費用については、体重の減少率5%が達成された場合に支払う(諸経費除く)。

### ■ 先進的なポイント

事業の目標の達成に応じて費用の支払いを行う点。

### ■ 結果及び効果

#### ◎1クール目(令和3年6月～8月)

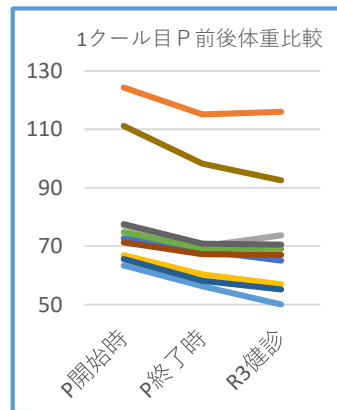
160名の案内に対して申し込みは17名、成果報酬基準対象者数は15名、成果報酬基準達成者数は13名であった。

アウトカム指標における、成果報酬基準達成率・血液検査の数値(中性脂肪)の減少率・体重の減少率ともに全て目標を達成した。プロセス及びアウトプット指標における事業の参加者数については目標を達成することができず、参加者を集めるのに苦労したが、参加者にはしっかりとプログラムの効果がでており、参加者のうち令和3年度の健診結果を確認できた10人中プログラム開始時と比較してリバウンドしているものはなく、うち8人はさらに減量しており、プログラム終了後も継続して体調管理ができています。

#### ◎2クール目(令和3年12月～令和4年3月)

227名の案内に対して申し込みは19名、成果報酬基準対象者数は16名、成果報酬基準達成者数は12名であった。2クール目についても、アウトカム指標は全て達成できた。プロセス及びアウトプット指標は達成できなかったが、参加者の獲得問題を解決するため、年齢層を広げたところ、直前辞退を除けば、希望者は20名を超えており効果はあった。年齢を理由に効果に懐疑的となった参加者もあり、一時体重減少が停滞した参加者もあったが、アローチの方法等を工夫し、最終的には1クール目に近い割合の成果を上げることができた。

尚、令和2年度実施分を含め、プログラム後の健診結果をみていると、概ね大きくリバウンドすることなく体重を維持できており、当プログラムは一過性のものでなく継続的效果があるといえる。また、KDBより、40代・50代被保険者のBMIについて、令和3年度は過去2年と比べて最も低くなっており、令和2年度にコロナ禍の巣ごもりで上昇したBMIがコロナ前に改善している様子が伺えた。



### ■ 他の自治体が参考にできるポイント

成果報酬という形をとることで、成果をあげるための事業者の積極的かつ柔軟な関わりをえられることで、効果的なプログラムを実施することができ、かつ事業終了後も継続的な効果を与えることができる。

令和3年4月時点人口

109,650人

うち65歳以上高齢者人口

33,506人(30.6%)

国保被保険者数

23,897人

## ■ 事業目的

お薬手帳の啓発を行う中で、かかりつけ病院、かかりつけ薬局を持たず、お薬手帳を複数所持(使い分け)している現状が聞かれている。

地区薬剤師会ではかねてよりポリファーマシー対策の必要性を感じていたということもあり、令和元年度の事業開始当初に説明会を開催したが、その後予定していた実施後の報告会はコロナ禍で中止となった。

医師会、薬剤師会と通知内容の調整を行っているところであるが、同事業を継続して、評価し、フィードバックしていく体制の構築が必要と考える。

## ■ 事業内容

### 方法

業務委託により対象者を抽出する。抽出基準は、40歳以上、複数の医療機関を受診、6剤以上処方、14日以上処方に該当する人。医療機関名や薬局名、また、多剤処方となっている薬剤名を明示した通知文を送付し、お薬手帳を1冊にまとめることや、薬局への相談を啓発する。併せて、市職員から電話や訪問により、対象者に状況を確認する。

対象者が、医療機関や薬局へ相談に行くことができるよう、地区医師会や地区薬剤師会と事業を共有しておく。

### 実施体制・関係機関

市職員(保険年金課 保健師)、医師会、薬剤師会

## ■ 先進的なポイント

業務委託により、通知の作成を行うが、対象者の選定基準や通知内容を医師会、薬剤師会と連携して行っている。本事業開始時に、市薬剤師会に説明会を実施しており、薬剤に関して不明な点等、相談できる関係を構築できている。また、通知後の保健指導を、市の保健師が担っていることから、保健事業システムを活用して、他の事業(医療機関重複頻回多受診者)等の介入履歴を確認しながら、包括的な保健指導が実施できている。

## ■ 結果及び効果

### アウトカム指標

・市の保健師が多剤処方の人へ電話や訪問により、現状確認を実施し、健康に関する包括的な保健指導が実施できる。

・コロナ禍で、会議等が中止となっているため、薬剤師会と、書面によるフィードバック内容を検討・調整した。

・通知は1,037通発送し、利用薬局数が特に多い2人には訪問指導も実施し、行動変容があった。

訪問指導を実施した2人からは「通知を病院へ持参して相談した。」「残薬があるので、次回受診時に医師に相談する。」といった反応があった。

## ■ 他の自治体が参考にできるポイント

- ①地区医師会、薬剤師会との連携
- ②市の保健師(直営)による保健指導の実施

# 大阪府 羽曳野市

## ー特定健診受診率向上のためのプロモーションー

令和3年4月時点人口

109,743人

うち65歳以上高齢者人口

33,170人( 30.2%)

国保被保険者数

15,889人

### ■ 事業目的

特定健診の受診率は平成30年度38.0%以降、新型コロナウイルス感染症の影響もあり、令和2年度は35.4%に低下し、令和5年度60%の目標にはかなり開きがある。例年、受診率向上対策として一定時期に未受診者への個別通知および電話勧奨を実施しているが、令和2年度の受診率の伸びは最大で約1%となっているため、大阪府および大阪府立大学の協力の元、特定健診の受診率向上をはかる。

### ■ 事業内容

令和2年度から本事業にモデル市として参加、対象者の実態把握としてアンケートを実施。

令和3年度は以下の内容を実施。

- 7月 大阪府・府立大学との連携会議。
  - 10月 受診率向上プロモーション事業として、大阪府、大阪府立大学がヘルスリテラシーに着目して作成した勧奨資材で府広報等ポピュレーションアプローチ実施。連動して、府立大学と協働して作成した個別勧奨通知を、国保若年層における特定健診未受診者へ送付（6591名）。（別添1参照）  
モデル市に配布された勧奨資材を市医師会等の協力にて特定健診実施医療機関で掲示。
  - 同月 個別勧奨通知後、①年齢が若い方②国保加入期間が短い方から順に市委託者により受診勧奨電話を実施（2000件）。
  - 12月 大阪府・府立大学との連携会議。
- 令和4年3月 事業効果について1月受診者までを分析、評価を実施。  
令和4年6月（予定）事業効果について年間受診者から分析、評価を実施。

### ■ 先進的なポイント

健診対象者の実態や実情、地域特性等を把握し、近隣自治体と連携を取りながら、地域の実態に合わせた効果的なプロモーションの確立を目指し、大阪府および大阪府立大学の協力の元、市単独では実施できない府内全域でのポピュレーションアプローチの実施と市単独で行うハイリスクアプローチを連動させ特定健診の受診率向上をはかる

### ■ 結果及び効果

評価指標		目標値	結果	達成率 (%)
ストラクチャー	連携会議	3回	2	67%
プロセス	対象者の実態把握の割合	100%	100	100%
アウトプット	受診勧奨電話数	50%	30	30%
アウトカム	対象者の受診率	50%	10.5	21%

対象者の受診率は目標を達成できていないが、府のモデル事業と市の事業を共同させることで、昨年度同時期の特定健診受診率よりも向上していた。（令和4年3月時点）

また、平成30年～令和2年度の受診結果から直近未受診者がどれくらい受診に繋がっているのかを中心にまとめたところ、3年間未受診者の受診率は4.1%、2年連続未受診者の受診率は4.4%、昨年度未受診者は5.5%の順で高い傾向がみられた。（別添2参照）

### ■ 他の自治体が参考にできるポイント

- ・ヘルスリテラシーに着目した受診勧奨資材
- ・個別勧奨通知後の受診勧奨架電
- ・都道府県（大阪府）や研究機関（大学）との連携

# 事業内容 (別添 1)

## 40～64歳 (R3年度レセプトあり)

## 60～64歳 (R3年度レセプトなし)

## 40～59歳 (R3年度レセプトなし)

# 結果及び効果 (別添 2)

## 3年間の受診履歴別の受診結果 (受診勧奨ハガキ)

過去3年間 (H30～R2年度) の受診結果を○×で示し、右から直近の受診結果を示しております。今回の分析は赤枠内の直近未受診者がどれくらい受診に繋がっているのかを中心にまとめています。

	対象者数	受診者数	受診率
○○○	460	212	46.1%
×○○	218	63	28.9%
○×○	124	28	22.6%
××○	361	91	25.2%
○○×	147	46	31.3%
×○×	257	34	13.2%
○××	277	23	8.3%
×××	4747	197	4.1%
総計	6591	694	10.5%

## 特定健診受診率向上プロジェクト：受診結果

### 受診勧奨ハガキ (昨年度未受診者→○○× & ×○× & ○×× & ×××)

	対象者数	受診者数	受診率
①40～64歳 R3レセプトありの対象者数及び受診者数	1839	114	6.2%
②40～59歳 R3レセプトなしの対象者数及び受診者数	3011	138	4.6%
③60～64歳 R3レセプトなしの対象者数及び受診者数	578	48	8.3%
	5428	300	5.5%

### 受診勧奨ハガキ (2年連続未受診者→○×× & ×××)

	対象者数	受診者数	受診率
①40～64歳 R3レセプトありの対象者数及び受診者数	1647	78	4.7%
②40～59歳 R3レセプトなしの対象者数及び受診者数	2842	107	3.8%
③60～64歳 R3レセプトなしの対象者数及び受診者数	535	35	6.5%
	5024	220	4.4%

### 受診勧奨ハガキ (3年間未受診者→×××)

	対象者数	受診者数	受診率
①40～64歳 R3レセプトありの対象者数及び受診者数	1542	68	4.4%
②40～59歳 R3レセプトなしの対象者数及び受診者数	2704	96	3.6%
③60～64歳 R3レセプトなしの対象者数及び受診者数	501	33	6.6%
	4747	197	4.1%



令和3年4月時点人口

57,322人

うち65歳以上高齢者人口

15,849人(27.6%)

国保被保険者数

11,836人

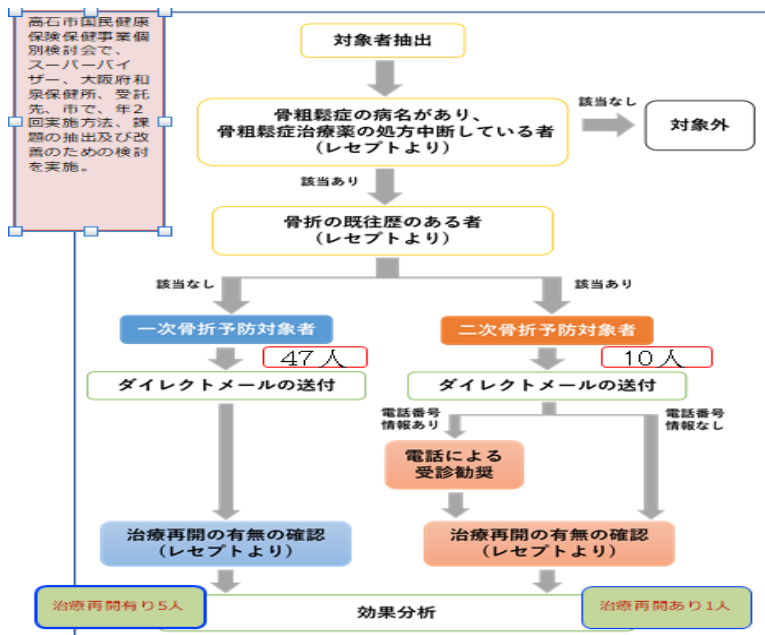
### ■ 事業目的

国保被保険者に占める前期高齢者が急激に増加していることから、介護リスク要因の一つである骨折・骨粗鬆症の治療中断者に受療勧奨及び保健指導を実施することでフレイル移行の予防又は遅延を図ることを目的とする。

### ■ 先進的なポイント

フレイルの原因は多岐にわたるため身体的フレイルの原因疾患から予防事業に取り組み、骨折・骨粗鬆症の重症化は医師の指示通り服薬すれば予防可能である。レセプトから対象者を正確に抽出できるように治療中断者、骨折の部位などの分析が可能である。事業としてはおおまかに①対象者抽出②対象者への通知・指導③通知後のレセプトで効果検証で事業が進められる。

### ■ 事業内容



### ■ 結果及び効果

事業開始前と効果分析時に、スーパーバイザー（大阪体育大学教授）を入れて事業関係者全員が、効果的な実施方法や事業の課題と工夫点、次年度の検討点を明確化などを行うことで、PDCAサイクルを踏まえた事業展開を図っている。

単年度のアウトカム指標は、通知及び保健指導実施後の治療再開率：目標10% 結果12.5%) としているが、中長期的には骨折発症の予防が図れているかの検証が必要とする事業である。

令和2年度から実施しており、令和2年度の対象者の骨折発生は以下のとおり。（令和2年9月～令和3年12月診療分のレセプトで確認）

一次予防の通知後の骨折発生状況

予防区分	骨折あり(人)		骨折なし(人)		合計(人)	骨折発生率(%)
	男性	女性	男性	女性		
一次予防	治療再開あり	0	0	0	2	0.0%
	治療再開なし	0	1	2	13	6.3%
合計	0	1	2	15	18	5.6%

二次予防の通知後の骨折発生状況

予防区分	骨折あり(人)		骨折なし(人)		合計(人)	骨折発生率(%)
	男性	女性	男性	女性		
二次予防	治療再開あり	0	0	0	0	-
	治療再開なし	0	1	1	3	20.0%
合計	0	1	1	3	5	20.0%

一次及び二次予防対象者とも治療再開なしから1名づつが骨折を発症している。

骨密度測定会と健康相談を年4回 約250名に実施  
被保険者の骨への関心を高めることを目的に超音波法による骨密度測定会を、企業と連携した健康教育等で実施した。

### ■ 他の自治体が参考にできるポイント

服薬継続や整形外科受診継続支援で効果が望める事業である。

# 福岡県 嘉麻市

# 一生活習慣病重症化予防等の視点を持ったケース検討会議の 手引書作成事業一

令和3年4月時点人口

36,692人

うち65歳以上高齢者人口

14,560人 ( 39.7%)

国保被保険者数

9,392人

## ■ 事業目的

高齢化率40%を超え、重層的支援を考慮した地域包括支援システムの構築が急務である中、庁内の縦割りにより、庁外連携等の共有が不十分であったことから、新規事業を切り口とし、既存会議やネットワークを活用するための共通ツール(手引書)を作成する

## ■ 先進的なポイント

- ①一体的実施事業対象者のケース会議をすることで、比較的元気な高齢者等の個別課題を把握することができる
- ②本事業について、庁内外関係者と共通理解や認識をはかるツールとして利用することができる
- ③把握した個別課題を検討する会議体を設置し、事業の目的や流れ等を手引書に記載することで、担当者や助言者が変更になっても、継続実施し評価も可能となる

## ■ 事業内容

### 1、手引書作成について

#### 1) 一体化ケース会議について

重層的支援を考慮した地域包括ケアシステムを構築するため、「地域ケア会議」の中で、高齢者の保健事業と介護予防等の一体的実施事業対象者のケース検討会議(一体化ケース会議)を行う。地域ケア会議と異なり、ケアマネージャーや支援プラン等がない中で、個別課題を把握し解決するための助言をもらうため、必要な資料や流れ、説明等を工夫した手引書を作成した。

(地域ケア会議同様、ほぼオンラインで実施)

#### 2) 共通ツールについて

事業背景や趣旨、高齢者(または障がい者等の個人)の特性を踏まえ、血圧等の基準値等、生活習慣病重症化予防の視点を含め、多職種がケースをイメージしやすいよう、資料を工夫した上で、庁外関係者で基準値等を共有できるよう、それらの共通理解事項を手引書に含めた。

### 2、庁内連携体制について

#### 1) 会議体の整理と調整

庁内専門職にヒアリングを行い、市民課(国保部門)における医療との連携(かかりつけ医や専門医)、高齢者介護課(介護部門)における多職種との連携構築を活用し、両課における会議体を理解し、整理した。

#### 2) 課題把握と解決策について

市民課と高齢者介護課が連携強化することで、一体化ケース会議や地域ケア会議で把握した個別の健康課題を共有し、新設した「高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施推進会議」にて、今後検討を重ね、将来的には、地域包括ケアシステム構築に活用することを手引書に記載した。

※「嘉麻市が地域ケア会議や一体化ケース会議を行って目指す姿」参照

事業に係る経費についても、高齢者介護課と市民課において、対象者や経費を整理することにより、横断的に既存の制度を活用して、効率的に新規事業を開始することができた。

## ■ 結果及び効果

### 1、手引書作成について

#### 1) 一体化ケース会議での助言を活用した保健指導

国保の保健指導では、保健師及び管理栄養士のみで生活習慣病重症化予防の視点で実施しており、地域ケア会議では、要支援1以上の介護が必要な高齢者に自立支援の視点で助言を求める会議を実施していた。一体化ケース会議においては、これまでの両者の資料や経験、強みを生かして、高齢者の特性(生活習慣病重症化予防やフレイル予防等)を踏まえ、より有意義で具体的な助言を受けることができ、これまでの保健指導と比較して、多角的・多面的な指導が可能となった。具体的には難聴の対象者へ言語聴覚士(ST)等による器具やサービスの紹介や、筋力維持のための自宅でのできる体操の紹介等を実施した。

#### 2) 助言者との共通理解

生活習慣病重症化予防における、高齢者の基準値や留意点(血圧や血糖、腎機能等)を、会議資料に盛り込むことで、助言者の生活習慣病重症化予防の視点(血液検査結果を重視する)を共通理解として確認することができ、多職種との顔が見える関係の強化にもなった。

### 2、庁内連携体制について

#### 1) 個別課題を個別解決で終わらずに、地域の課題解決策に反映

新規事業を切り口に、庁内の連携強化を一齐に整備することは難しかったが、まずは高齢者介護課と市民課で、既存の会議やネットワークを活用し、個別課題を地域課題として、検討できるよう新設の会議を設置することができ、今後、課題の積み重ねと取組の振返りが必要である。

#### 2) 対象者の明確化

庁内外関係者と個別ケースを対応する中で、対象者の立ち位置(A~D)を共通理解することで、目指すべき方向性(疾患管理や介護予防等)も共有しやすくなる。

※「個別の課題解決における対象者の明確化」参照

## ■ 他の自治体が参考にできるポイント

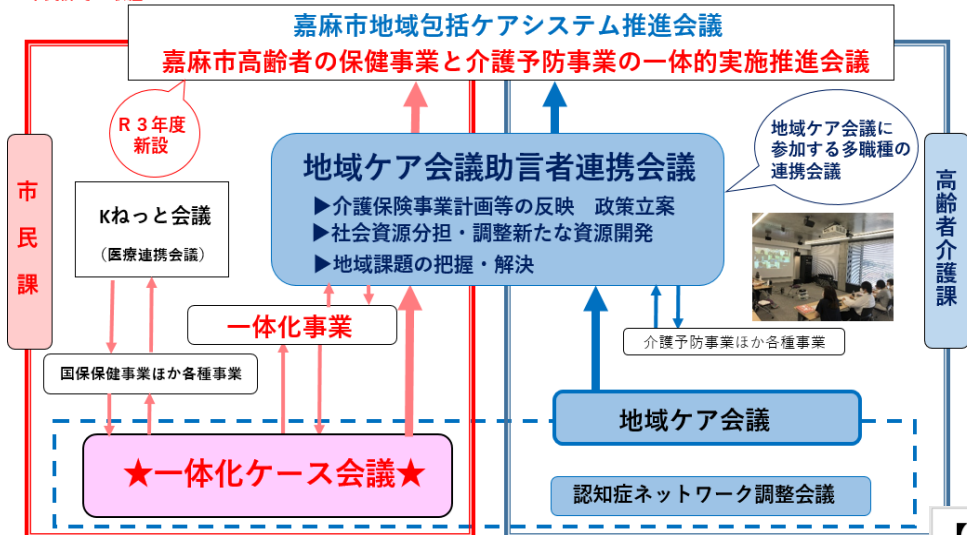
- ①地域ケア会議の活用
- ②庁内外との連携強化の切り口(横断的な補助金の活用)

【嘉麻市が地域ケア会議や一体化ケース会議を行って目指す姿】

データによる地域（健診）→医療→介護の健康課題と、個別ケースの課題を把握し、  
**市民課と高齢者介護課が、多職種とともに連携して推進する**  
 包括ケアシステムの構築

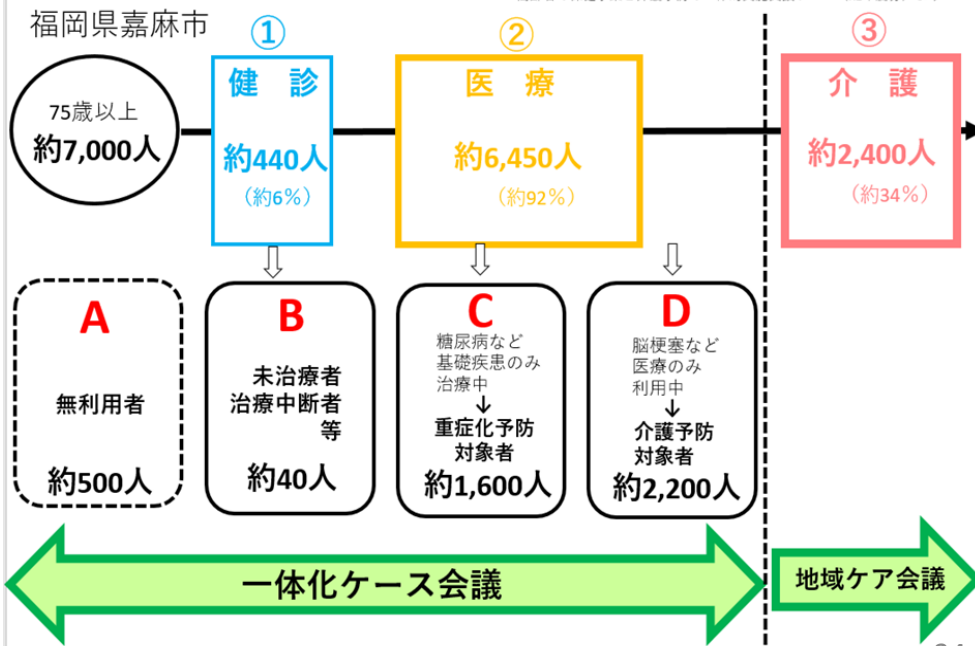
※市民課での取組

※高齢者介護課での取組



【個別の課題解決における対象者の明確化】

※高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施支援ツール（R2年度分）より



# 沖縄県 与那原町

## 血管カプロジェクト(早期介入保健指導事業)

令和3年4月時点人口

20,083 人

うち65歳以上高齢者人口

4,152 人( 20.7 %)

国保被保険者数

4,730 人

### ■ 事業目的

本町の国保20～39歳の健診結果をみていると、有所見の割合が高く、特定健診総数における割合よりも高い項目もある状況である。

健診結果と生活習慣の関係性を知り、若い時から\*血管力をつけていくことの大切さを学習する機会を提供していく。

※ 血管力…血管のしなやかさ・内壁のなめらかさを評価したもの

### ■ 事業内容

1.40歳未満の被保険者健診(20～30代健診)の実施

4月～ 国民健康保険証と一体型の一般健診受診券の発行  
発送時に勧奨資料も添付

随時:①転入者全数へ受診勧奨:(来所時の面談、電話勧奨)

②2か月児訪問や乳幼児健診会場での保護者へのアプローチ  
の実施

5月・9月・10月・12月・2月:集団健診での心電図検査の実施

2.対象者に合わせた保健指導の実施

健診受診者へは、所見の有無にかかわらず全数面談または電話支援による保健指導の実施。

タブレット型の教材等を活用し、検査値の見方をはじめ、内臓脂肪蓄積に着目した保健指導・栄養指導を実施し健康課題に気づけるように支援を行った。

3.保健指導実施後の評価

保健指導実施日から2～3か月後に、受診状況(受診勧奨判定値があった者)や生活改善の有無等を評価し、継続した健診受診の必要性について説明および次年度受診勧奨を行った。

### ■ 先進的なポイント

沖縄県は65歳未満の死亡率が全国1位で、本町は県内で6位(H30)となっている。早世の解決に向けて、20～39歳の健診を実施し、母子保健事業の場も活用しながら受診勧奨および保健指導を行っている。

### ■ 結果及び効果

【受診率】

受診者39人中11人(28.2%、うち夫婦2組)は2か月児訪問や乳幼児健診で受診勧奨した者であった。コロナ禍においてもR2年度受診率3.4%より1.3%の増加。母子保健事業を通して健診受診の大切さを動機づけする意義は大きい。

【保健指導】

コロナ禍の状況を踏まえ、28人に面談または電話による保健指導を実施(面談:16人、電話:12人)。評価時は、8人と連絡がとれず、評価終了者は16人。食事面で68.8%改善が見られた。また、特定保健指導該当者4人(積極的:3人、動機づけ:1人)中、BMI減少者が3人(積極的:2人、動機づけ:1人)。

評価実施結果 ( 16 人中)

	改善	割合	悪化	割合	変化なし	割合
食事	11	68.8%	0	0.0%	5	31.3%
運動	1	6.3%	0	0.0%	15	93.8%
	変化なし	割合	悪化	割合	もともとなし	割合
喫煙	1	6.3%	2	12.5%	13	81.3%

### ■ 他の自治体が参考にできるポイント

本町は、保健師・管理栄養士がペアで地区担当制をとっており、ライフサイクルの視点で母子保健事業から成人保健事業まで一貫して対象者にかかわることができる。