

**令和2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2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	地域の薬局と連携した保健事業	2
福井県	重複・多剤服薬多職種連携体制検討事業	3
静岡県	フレイル対策市町モデル事業	4
京都府	ICTを活用した京都府版糖尿病保健指導モデル構築事業	5
兵庫県	フレイル対策強化推進事業	6
	令和2年度県ヘルスアップ支援事業スマホ、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	7
大分県	ポリファーマシー対策による医療費適正化事業	8
鹿児島県	働き盛りの特定健診未受診者対策	10
沖縄県	地域の健康づくり拠点推進事業	11

令和2年4月時点人口

2,858,164人

うち65歳以上高齢者人口

839,141人(29.4%)

国保被保険者数

688,122人

## ■ 事業目的

- 現在、市町村国保では、通知や電話等により保健事業への参加勧奨を行っているが、さらなる参加者の掘り起こしや取組強化が必要。
- このため、薬局等との連携により、受診勧奨はじめ、服薬の適正化や生活習慣病重症化予防などを行う体制の構築・強化を図る。

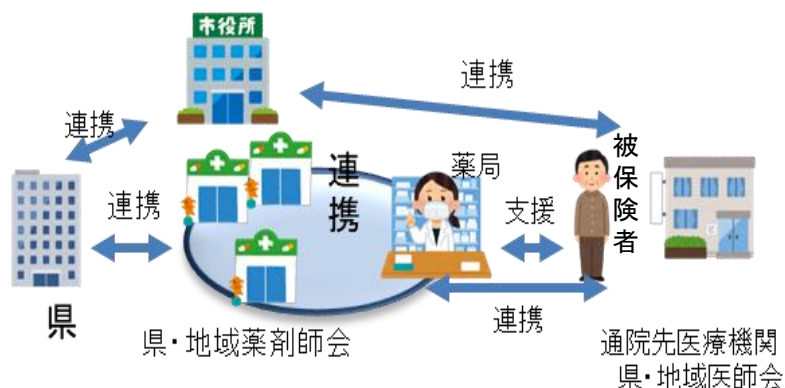
## ■ 事業内容

- 地域の薬局等と連携して保健事業等へのアプローチを促進する。

※県内3市村(那珂市、笠間市、東海村)において実施

- 対象者: 医療機関に通院中の特定健診未受診者
- 実施方法: 保険者業務の一部(特定健診の受診勧奨、服薬指導等)を薬局に委託し、アウトプットの向上を図る。  
※県・地域の薬剤師会、医師会等と連携・協力

ステージ1 (R2年度) 連携体制の基盤づくり、意識醸成  
ステージ2 (R3年度) より効果的な保健事業の展開



## ■ 先進的なポイント

- 特定健診の受診勧奨等は、保険者による通知送付が主であるが、**薬局、薬剤師会等及び 保衛 の連携により地域が一体となって 健事業を推進。**

## ■ 結果及び効果

【アウトカム指標】特定健診受診率(3月末)平均50%【結果27.6% 達成率55.3%】

### 1 特定健診の受診勧奨・服薬指導の実績 [実施期間: R2.12~R3.2]

- ・本取組の普及により、特定健診の受診率向上が期待できる。
- ・薬剤師の保健事業への理解が深まり、**被保険者に対する働きかけや、相談先の紹介、相談しやすい体制づくり**が期待できる。

項目	件数	成果
受診勧奨	89	薬局による受診勧奨により特定健診を受診 [約11%]
服薬指導	3	多剤服薬者に対する適正量の指導・相談
計	92	

### 2 効果 [モデル市村アンケート結果]

満足度	良かった点
70点	<ul style="list-style-type: none"> <li>・今まで受診したことがない方が受診するなど、<b>住民の行動変容</b>が確認できた。</li> <li>・薬剤師に対して、市の受診率の現状を伝えることができ、今後の保健事業の<b>連携強化</b>など、<b>関係構築</b>ができた。</li> <li>・<b>薬剤師の視点</b>から、保健事業への各種助言を得ることができた。</li> </ul>

## ■ 他の自治体が参考にできるポイント

- 各市町村国保担当課の**マンパワー不足解消の一助**となることや、**専門職(薬剤師)との連携体制の構築**により、保健事業の一層の推進が可能。
- 地域住民との接点を持つ資源(地域薬局)**を活用した事業展開が可能。

令和2年4月時点人口

65,060人

うち65歳以上高齢者人口

18,668人 (28.69 %)

国保被保険者数

12,202人

## ■ 事業目的

現状の「重複・多剤服薬処方」を是正するには、医師・薬剤師・保険者間における処方内容の情報共有体制が不十分であることや保険者の重複・多剤服薬情報が未活用である等の課題が判明した。そのため、令和2年度において、モデル地区を設定し、保険者、地区医師会、地区薬剤師会協同で、レセプトデータの検証を行い、関係機関の連携体制について検討する。

## ■ 事業内容

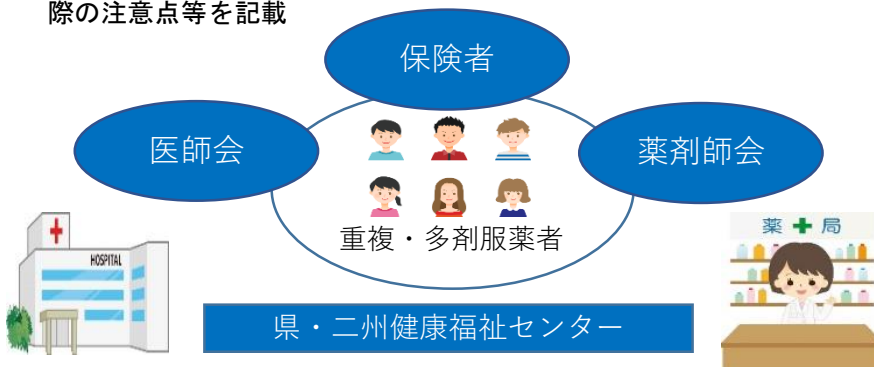
(方法、実施体制、事業に関する写真や図等)

### ○医療費等分析の実施

全市町の国民健康保険や後期高齢者医療の医科レセプトデータ等を用いて薬物有害事象が問題となる疾患毎の重複・多剤状況の傾向を分析する。

### ○「重複多剤服薬多職種連携プログラム(敦賀市版)※」作成

重複・多剤服薬処方を減らすため保険者、医師、薬剤師等と分析結果を共有し、処方内容の見直しを図る体制を検討する。  
※ 減薬のための多職種介入方法(保険者による訪問指導等)や減薬する際の注意点等を記載



## ■ 先進的なポイント

○全ての疾患を対象に重複・多剤の現状を分析し、医師会・薬剤師会・保険者等関係機関・団体と県・保健所からなる連携体制を構築し、実態の把握や対応策等の検討を実施したこと

## ■ 結果及び効果

(医療費分析、アウトカム指標での評価等を含むこと)

### 【分析結果】

○重複(敦賀市の国保+後期)

- ・重複服薬者の割合は2.7%で県平均2.6%より高い
- ・70歳～89歳の重複服薬者の割合は65～69歳と比較し2～4倍に増加
- ・重複になる保険病名(国保)「皮膚炎及び湿疹」「関節症」「その他の神経系の疾患」での発生割合が高い

○多剤(敦賀市の国保+後期)

- ・多剤服薬者の割合は25.0%で県平均25.6%より低い
- ・2医療機関受診している場合に多剤服薬者の割合が32.5%と最も高い
- ・多剤になる保険病名1位「高血圧性疾患」2位「その他の消化器系の疾患」3位「脂質異常症」

### 【プログラム】

- ・お薬手帳1本化・1束化の周知
- ・医療機関や薬局におけるお薬手帳確認の徹底
- ・かかりつけ医かかりつけ薬局を持つ重要性の周知
- ・かかりつけ医等への服薬情報提供、処方見直しへの取組(重複は先行処方優先)
- ・医師、薬剤師で構成される会議において不適正な処方事例に関する検討 等

## ■ 他の自治体が参考にできるポイント

将来的には全市町での横展開を目指す、全域での統一した連携体制を作ることは関係機関等の数も増え難いため、モデル地区においてプログラム(案)を策定、実践すること。

令和2年4月時点人口

3,697,427人

うち65歳以上高齢者人口

1,089,627人(29.5%)

国保被保険者数

791,777人

## ■ 事業目的

市町が国保・後期の保健事業と介護予防を一体的に実施することを踏まえ、国保被保険者(前期高齢者)へのフレイル対策モデル事業実施により、国保被保険者の後期保健事業への円滑な移行を支援する。

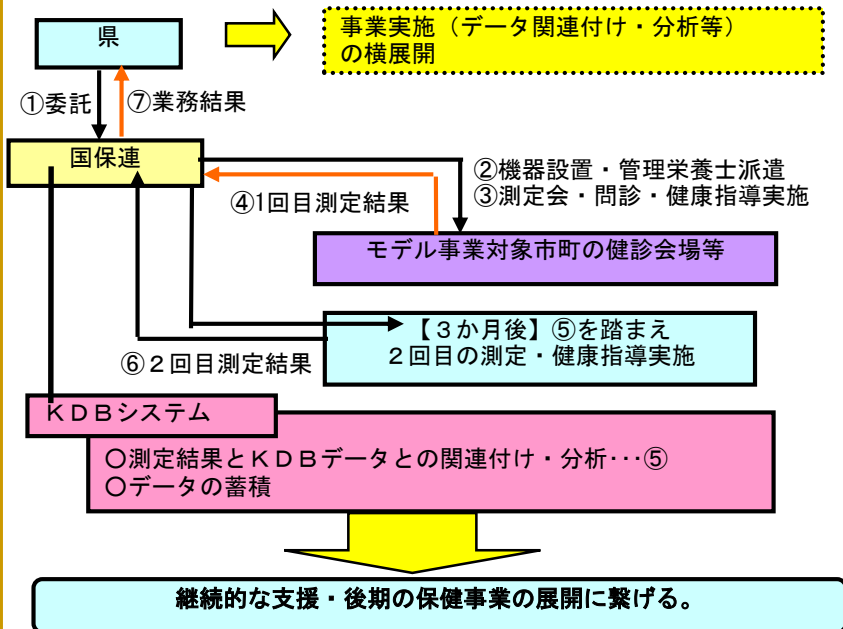
## ■ 先進的なポイント

- 後期高齢者医療移行前からのフレイル予防の意識付け
- 継続的で一貫性のある保健事業実施のためのノウハウとデータの蓄積  
(ノウハウ:高齢者のフレイル予防のための要注意項目の把握、測定の実施手法等)

## ■ 事業内容

### 【事業イメージ】

- ・国保前期高齢者にフレイル測定会を実施し測定結果と検診データ(KDB)を結合の上、学識者に分析等を依頼
- ・県から国保連に業務委託、国保連から測定会を実施業者に委託
- ・国保連にて測定会データと検診データ(KDB)を結合、学識者に分析等依頼



## ■ 結果及び効果

- 国保前期高齢者のフレイル予防の手法・指標を全モデル市町が取得
- 筋力低下(サルコペニア)の進行が示唆される前期高齢者の存在が判明

⇒市町における国保・後期を通じた継続的で一貫性のある健康づくりの取組に繋がる。



令和2年9月5日(土) 静岡新聞



## ■ 他の自治体が参考にできるポイント

- 前期高齢者段階からのフレイルに着目した健康づくりの重要性



令和2年4月時点人口

2, 556, 825人

うち65歳以上高齢者人口

703, 127人(27. 5%)

国保被保険者数

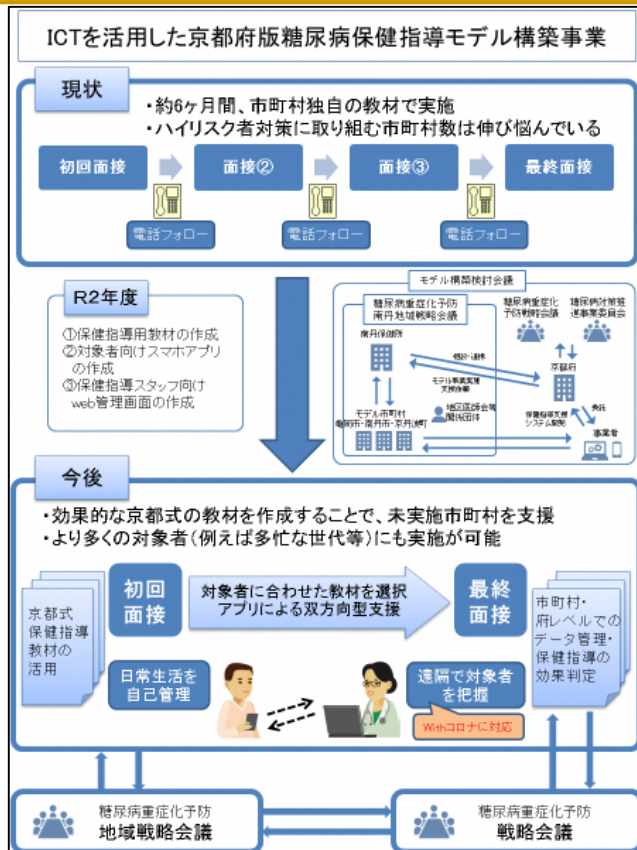
543, 799人

## ■ 事業目的

人工透析に移行する可能性が高いハイリスク者対策に取り組む市町村は、26市町村中、9市町にとどまっているのが課題。実施に向けた課題は保健指導のノウハウ不足やマンパワー不足があげられる。

最小限のマンパワーで多くの対象者に実施が可能と考えられるICTを活用したハイリスク者を対象とした京都府版糖尿病保健指導モデル構築事業を令和2年度から3年計画で取組み、ハイリスク者対策実施市町村の増加を目指す。今年度は、次年度の本格的なモデル事業実施に向けたモデルを構築する。

## ■ 事業内容



## ■ 先進的なポイント

- ICTを活用した寄り添い支援のモデル開発
- アプリに加えて、対象者に合わせた京都市の保健指導教材を開発
- 市町村において試験的に導入し、モデルを構築

## ■ 結果及び効果

モデル市町村を3市町選定し、医師会をはじめ関係機関と連携のもと、検討を重ね、モデルを構築することが出来た。

モデル市町村において試験的に実施することが出来、試験の実施後に対象者及び保健指導者から意見を聞き、対象者及び市町村において使いやすいモデルを構築した。

今年度取り組んだ全モデル市町村(3市町)においては継続して本モデルを活用する計画であり、市町村において活用可能なモデルが構築できた。

ICTを活用できない対象者へのハイリスク者対策の進め方は大きな課題としてあげられ、そういった対象者へも、本モデルに準じた対応が出来るようなシステムを検討した。

次年度は、本モデルに取り組む市町村を増やし、課題として考えられる「保健指導ノウハウ」を提供し、ハイリスク者対策に取り組む市町村の増加をめざす。

## ■ 他の自治体が参考にできるポイント

本府では「京都府糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を医師会、市町村等関係団体と一体となりすすめており、その一環としてハイリスク者対策推進のために本モデルを構築した。モデルを構築することがゴールではなく、糖尿病重症化予防対策全体の中での位置づけを明確にし、進めた点はポイントと考える。

令和2年4月時点人口

5,446,223人

うち65歳以上高齢者人口

1,563,066人(28.7%)

国保被保険者数

1297023人

## ■ 事業目的

兵庫県内全域でより効果的なフレイル対策が進むよう、フレイル対策の評価指標を検討するためのモデル事業を実施・検証の上、栄養状態の改善と口腔機能の向上を目指す「兵庫県版予防・改善フレイルプログラム(以下、プログラム)」を確立するとともに、オーラルフレイル健診体制を整備する。

## ■ 事業内容

- ①フレイル対策の評価指標を組み込んだプログラムをモデル実施、評価指標を検証のうえ、プログラムを確立するとともに、オーラルフレイル健診体制を整備し、市町に対して活用促進。
- ②国保被保険者等に対して、専門職によるフレイルチェックやシンポジウムなどを通じて、フレイル予防・改善方法を普及啓発。



フレイル予防動画

栄養バランスと噛み応えを実感できる弁当の会食

## ■ 先進的なポイント

- ①オーラルフレイルと健康支援型配食サービスを組み合わせたプログラム確立
- ②フレイル対策の有効性が確認できる評価指標の作成検証
- ③フレイルチェック票(ロング版・ショート版)の作成と7,400人への実施評価

## ■ 結果及び効果

- ①プログラム参加者は、口腔体操やバランス良い食事等の行動を継続しており、プログラムの有効性が確認された。
- ②フレイルチェックの結果、前期高齢者の約半数がフレイルリスク該当者であり、より早い段階からのフレイル予防の重要性が明確となった。

### ■ R2構築のフレイル対策の評価指標の内容と評価例

	評価指標	評価例
健康状態	現在の健康状態	・主観的健康状態
栄養	栄養・食習慣	・体重減少の有無
		・欠食やたんぱく質の摂取状況
口腔機能	口腔機能	・10種類の食品群の摂取頻度
		・口腔機能の状態(むせ、食べこぼし、口乾等8項目)
運動	筋力低下 運動	・測定結果(舌口唇運動機能、舌背粘膜の湿潤度、咀嚼力)
		・通常歩行速度や運動習慣
精神心理	心の健康状態 認知機能	・測定結果(握力、ふくらはぎ周囲長)
		・日常生活の満足度
社会参加	社会参加 ソーシャルサポート	・認知機能低下のおそれ
		・閉じこもりや社会との繋がりの状況
行動変容	行動変容ステージ	・身近に相談できる人の有無
		・生活習慣に対する行動変容ステージ

## ■ 他の自治体が参考にできるポイント

- ・フレイル対策を評価するための評価指標の作成(指標間の相互関連性の明確化、専門職や物品の確保状況に応じた優先すべき指標の抽出)
- ・フレイル予防への気づきを促すチェック票と効果的な啓発媒体

# 兵庫県

姫路市 洲本市 三田市  
多可町 香美町 南あわじ市

## 令和2年度県ヘルスアップ支援事業スマホ、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

令和2年2月時点人口

5, 457, 201人

うち65歳以上高齢者人口

1, 567, 339人 (28.7%)

国保被保険者数  
(令和2年4月時点)

1, 133, 041人

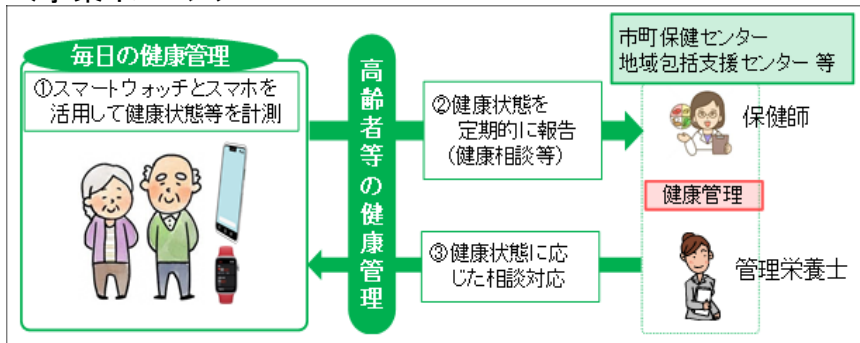
### ■ 事業目的

スマホ、スマートウォッチを活用して、一人暮らし高齢者等の体調管理や保健指導等を通じて高齢者の健康管理を支援

### ■ 事業内容

- 1 事業目的 スマホとスマートウォッチを活用して、保健師や管理栄養士等の専門職が、一人暮らし高齢者等の体調管理や保健指導等を通じて、高齢者等の健康管理を支援する。
- 2 実施市町 姫路市、洲本市、三田市、南あわじ市、多可町、香美町
- 3 参加者 ・概ね65歳以上75歳未満の国保被保険者  
・1市町50人を目標に公募、個別に声かけ
- 4 事業内容 スマホとスマートウォッチを活用して、食、運動(歩数、)、睡眠等を約2か月間計測等し、その結果をもとに保健指導等を実施

#### <事業イメージ>



### ■ 先進的なポイント

ウェアラブルデバイスを活用して、高齢者の健康状態をデータで把握し、保健指導等に生かすこと

### ■ 結果及び効果

- 1 参加人数 192人(6市町計)
- 2 利用状況 事業期間中のアプリの継続利用率: 74. 2%  
事業期間中のウェアラブルデバイスの装着率: 84. 7%
- 3 取組結果(事業実施前後の参加者1人当たりの平均増減値)
  - 体重の増減:約0.5kgの減少
  - 歩数の増減:約1,200歩の増加
  - 間食摂取カロリー:約20Kcalの減少
- 4 効果

	主な意見・効果
実施市町	・保健事業、特に特定保健指導対象者への活用の可能性を実感 ・得られた食・運動・睡眠のデータは可視化されて有益
参加者	・健康意識が高まり、歩く距離を増やしたり、毎日血圧を測定する習慣が身についた ・カロリーや栄養バランスを意識した食事を摂取するようになった

⇒⇒⇒ 事業実施前後で参加者の体重の減少や歩数、運動量(消費カロリー)の増加が見られ、今後の医療費削減効果が期待できる

### ■ 他の自治体が参考にできるポイント

使用方法等を丁寧に説明し、理解を得ることができれば、高齢者であってもウェアラブルデバイスを使いこなすことができること



令和2年4月時点人口

1, 124, 983人

うち65歳以上高齢者人口

371, 843人(33.05%)

国保被保険者数

239, 410人

### ■ 事業目的

当県モデル事業（H30年度）レセプトデータ分析の結果、薬剤処方された人の約半数が重複多剤の状態。また、当県の一人当たり医療費は全国6番目の高さで、医療費適正化は当県の重要課題の一つ。R2年度、モデル自治体の国保加入者の医療（調剤）レセプトデータ分析に基づく、重複多剤・禁忌薬剤服薬の是正によるポリファーマシー対策及び医薬品の適正使用の推進に向けた横展開を図り、当県国保加入者の健康寿命の延伸と医療費の適正化につなげる。

### ■ 事業内容

モデル自治体の選定による、3年目の取組を実施した。

#### 1) モデル自治体 県内3市（国保）

#### 2) 実施内容

- ① 各モデル自治体の重複多剤・禁忌薬剤に係るデータ分析の実施と分析結果を活用した「1冊のお薬手帳持参・活用」に向けた個別勧奨通知、薬局等を通じた対象者への個別指導等を実施
- ② データ分析前に管轄医師会・薬剤師会への事業説明を行い、取組内容の了解を得、データ分析後は結果説明を行ない、個別勧奨・指導等の対象者への支援内容・フロー等について、協議検討を行い、合議を得、対象者への上記①の取組を実施した。

#### 3) 実施概要

- ① モデル自治体の選定
- ② モデル自治体の医療レセプトを活用した重複・多剤・禁忌薬剤の使用に係るデータ分析
- ③ 対象者への「お薬相談」勧奨通知の実施
- ④ データ分析結果の共有・評価、勧奨通知結果の評価、実施結果に基づく取組課題・計画立案
- ⑤ モデル自治体がレセプトデータ分析結果を活用し、関係者・住民へ情報提供、保健指導・支援を開始
- ⑥ モデル自治体で「お薬相談」勧奨通知を受け取った対象者が、かかりつけ医、または薬剤師にお薬相談を実施

### ■ 先進的なポイント

- ① モデル自治体の選定による事業実施と実践報告による他市町村への横展開及び県全体での実施に向けた波及
- ② 医療（調剤）レセプト分析結果の県・郡市医師会・薬剤師会への提示・説明等により、本事業への同意が得られ、結果として、保険者（市町村国保・県）、医師会、薬剤師会、国保連との連携・協働による県での実施可能な体制へ発展
- ③ 医療費適正化に係る効果額が多額  
(医療費適正化効果額（H30推計） 1自治体あたり年間250万円程度)
- ④ 国保の実施から他保険者での実施に向けた波及

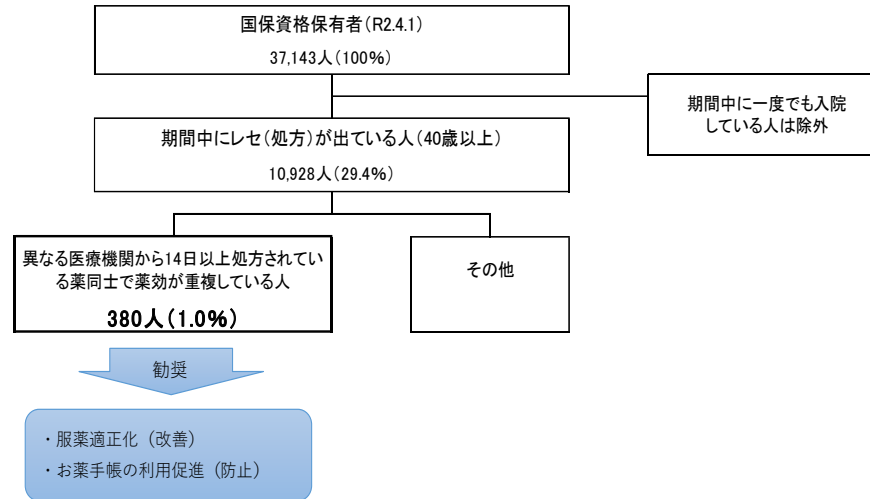
### ■ 結果及び効果

- ① モデル自治体を選定し開始した本事業（H30開始）により、県内18市町村のうち、8市町村がポリファーマシー対策（重複多剤・禁忌薬剤の減少）及び本取組による医療費適正化に取り組んだ。
- ② H30の事業開始時は、県医師会・管轄郡市医師会とともに医師の処方に係る本事業に対して否定的な意見が出されたことも事実であるが、事前調整、データ分析結果等をタイムリーに医師会・薬剤師会へ説明・提供を行う中、ポリファーマシーの実態を把握した医師会理事等から、取組の推進に向けた前向き・積極的な発言がなされ、医師会・薬剤師会の理解・協力のもと県・モデル自治体が円滑な取組を推進できるようになり、対象の国保加入者に対する適切・効果的な個別勧奨・指導につなげることが出来た。
- ③ 結果として、対象者のポリファーマシー対策だけでなく、医療レセプトの成果評価結果を踏まえても、医療費適正化に大きく寄与できた。
- ④ 委託企業へのモデル自治体の医療レセプトデータの提供については、モデル自治体からの同意を得た国保連が支援を実施してきたが、結果として、R4年度以降、国保連合会が独自に全市町村のポリファーマシーに係る分析・個別勧奨等を実施する方向性での準備開始にも至った。

### ■ 他の自治体が参考にできるポイント

- ① 事業実施前・取組経過・レセプト分析結果・個別勧奨通知（対象者の選定・発送・対象者の来院時の対応時のフロー作成）等の過程で、県医師会・薬剤師会だけでなく、モデル自治体管轄郡市医師会・薬剤師会へ、モデル自治体のみでなく、県担当課も同行し、県の取組みとして説明・理解を得た。
- ② 県庁内関係各課（国保・医療・薬務・高齢者福祉担当課）との取組状況等の共有・連携等

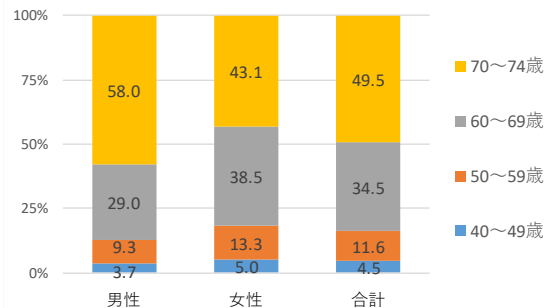
## 介入対象者の抽出結果



## 勸奨対象者の内訳(性別・年代別)

(人)	40～49歳	50～59歳	60～69歳	70～74歳	合計
男性	6	15	47	94	162
女性	11	29	84	94	218
合計	17	44	131	188	380

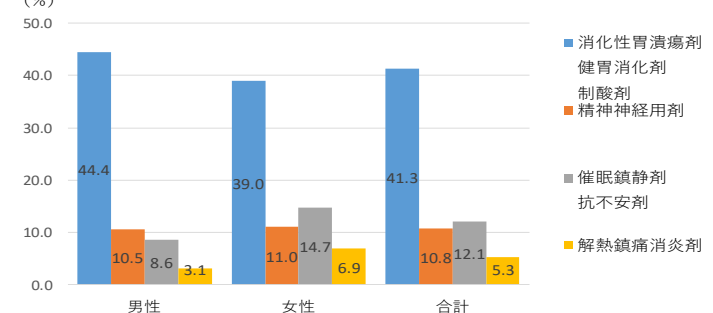
通知対象者の内訳 (性・年代別)



## 勸奨対象者の内訳(性別・薬効別)

(延・人)	消化性胃潰瘍剤、 健胃消化剤、 制酸剤	精神神経用剤	催眠鎮静剤 抗不安剤	解熱鎮痛消炎剤
男性 (n=162)	72	17	14	5
女性 (n=218)	85	24	32	15
合計 (N=380)	157	41	46	20

勸奨対象者の内訳(性別・薬効別)



令和2年4月時点人口

1,601,848人

うち65歳以上高齢者人口

514,250人(32.1%)

国保被保険者数

379,054人

## ■ 事業目的

更なる特定健診実施率向上に向け、働き盛り世代に着目した特定健診未受診者対策について、県内市町村のモデルとなる事業の立案・実施・評価を行うことにより基盤整備を行う。

## ■ 事業内容

[実施地区] モデル地区として出水市を選定

[実施対象] 働き盛り世代(40~50歳代)の特定健診未受診者等

[実施内容]

### 1 商工会や医師会等関係機関・団体との関係者検討会の開催

《開催回数》1回(新型コロナウイルス感染拡大状況を鑑み書面開催)

※R1年度、1回目の関係者検討会を開催し、その結果をもとに受診勧奨資材を作成。

《委員構成》郡市医師会、保健所、商工会、農業・漁協、モデル市町村庁内関係各課など

《検討内容》働き盛り世代の特定健診受診増加に向けた取組及びその結果報告について、今後の働き盛り世代の未受診者対策について

### 2 対象者の特性に応じた健診受診勧奨通知等の実施

- ・健診不定期受診者用、健診定期受診者用、過去4年間健診未受診者用の計3種類の受診勧奨通知をR1年度に作成し、受診勧奨を実施
- ・医師会、歯科医師会、薬剤会、連合会、商工会登録企業等に受診勧奨ポスターを掲示

### 3 脱漏健診の実施方法の工夫

- ・働き盛り世代限定での夜間健診(18~19時)を2回開催

[他市町村への還元]

報告書を作成し、全市町村へ配布した。

日本一おいしい  
みかんの作り方を  
息子に伝えたい！！



農業は体が資本！  
特定健診・がん検診で  
100歳まで現役の体をつくりましょう！

保険証と受診票をもって健診会場にお越しください。  
〇〇市保健センター ☎〇〇-〇〇〇〇

## ■ 先進的なポイント

モデル市町村職員がナッジ理論を学び、チラシ・ポスターを作成するとともに、三師会、農協、商工会等の協力を得て、特定健診受診の周知・実施方法の検討及び評価を行った。

## ■ 結果及び効果

R1

関係者検討会の開催

ナッジ理論を用いた特定健診の  
チラシ・ポスターの作成対象者にあわせた3種類の  
受診勧奨通知の送付商工会等を通じてチラシ  
・ポスターによる周知40~50歳限定の  
夜間健診の実施

R2

結果・効果

- ・働き盛り世代の特定健診受診者は、R1年度と比較すると、不定期受診者及び未受診者が増加した(働き盛り世代の半数が不定期受診者)
- ・夜間健診受診者のうち、不定期受診者及び未受診者が8割
- ・新型コロナウイルス感染症の影響を受けつつも、特定健診未受診者への受診勧奨により全体の特定健診受診率は4%程の減少にとどまった。

今後

新型コロナウイルス感染症対策

個別健診の  
案内強化医療機関へ個別  
健診の協力依頼不定期受診者  
への優先的な  
受診勧奨の実施夜間健診の  
更なる周知

## ■ 他の自治体が参考にできるポイント

- ・関係機関との検討会の開催や普及啓発への協力により、多機関による幅広い特定健診受診率向上対策を実施できる。
- ・市町村職員がナッジ理論について学び活用することにより、継続して効果的な受診率向上対策や保健事業の展開が図れる。

令和2年4月時点人口

1,461,010人

うち65歳以上高齢者人口

322,310人( 22.06%)

国保被保険者数

401,238人

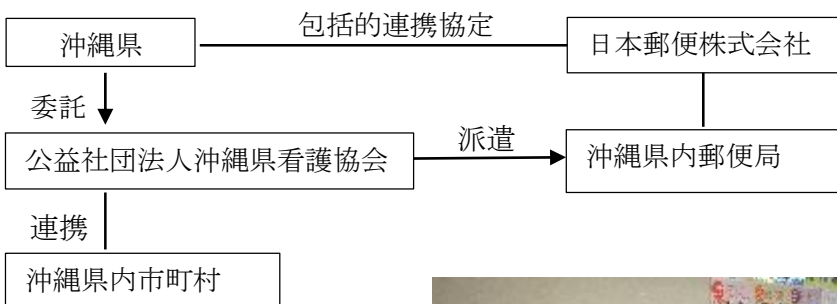
## ■ 事業目的

交通が不便な地域や医療機関の少ない地域の住民の心身の健康、生活習慣病予防、介護などのさまざまな不安や悩みを相談できる「場」を提供し、自治体と連携し適切に引き継ぐことを目的とする。

## ■ 事業内容

全国の看護協会で行われている「まちの保健室」の仕組みを活用し、地域住民を対象として、定期的に開かれている身近な場である郵便局にて健康相談等を実施する。また、相談内容等によっては、自治体の担当課と連携し、引き継いでいく。

### 【実施体制】



### 【活動内容】

日程：週1回(毎週金曜日)  
 時間：10時～12時／13時～15時  
 内容：健康チェック  
 (血圧測定、体重・体脂肪測定、骨密度測定)  
 介護相談、子育て相談



## ■ 先進的なポイント

郵便局の企画・運営への参画。

また、広報について、マスコミへの周知、チラシの戸別配布、公民館や周辺の郵便局へ配布を行うなど、郵便局ならではの試みを実現した。

## ■ 結果及び効果

広報：

○市の広報媒体を使った広報、郵便局によるチラシの戸別配布、職員による実際の声かけ、セレモニー実施(TV放映・県内2紙に掲載)

健康相談：

○実施期間：R2年11月～R3年3月

(新型コロナウイルス感染症感染拡大防止のため休止期間含む)

○場所：郵便局(1カ所)

○相談人数：82人

気軽に健康相談ができる場所が身近にあることで、健康への意識や関心が変わった、高まった、との声が多数あった。

特に、普段特定健診等では実施していない「骨密度測定」の人气が高く、健康診断等の受診経歴がない方が、これを機会に健康診断を受けてみることを検討した事例もあった。

郵便局が企画・運営に積極的に参加することで、広報の幅が広がり、より多くの地域住民へ周知することができた。

相談者への対応について、相談員個人のスキルに頼る部分が多かったため、今後相談員同士の情報交換やスキルアップの機会の提供を行いたい。

住民が気軽に相談することで健康や予防を考えるきっかけとなり、行動変容・生活改善につながれると考える。

## ■ 他の自治体が参考にできるポイント

- ・「まちの保健室」という仕組みを利用すること
- ・郵便局と連携した企画・運営

# 令和2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	小樽市	糖尿病性腎症重症化予防事業	13
	岩見沢市	特定健康診査受診勧奨の取組み ～生命保険外交員による受診勧奨等～	14
埼玉県	さいたま市	高血圧性疾患重症化予防対策事業	15
東京都	渋谷区	薬剤併用禁忌事業	16
	荒川区	重複多剤服薬者受診行動適正化事業	17
三重県	御浜町	効果的なモデル事業（健康年齢みえる化事業）	18
滋賀県	大津市	大津市国民健康保険成果報酬型健康増進プログラム事業	19
大阪府	高石市	企業と連携した健康教育	20
香川県	高松市	KDBシステム等を使用したPDCAサイクルの効率的な展開を目指した運動教室	21
沖縄県	与那原町	生活習慣病1次予防に重点を置いた取組 （早期介入保健指導事業）	23



令和2年4月時点人口

113,728人

うち65歳以上高齢者人口

46,270人 (40.69%)

国保被保険者数

23,626人

### ■ 事業目的

高齢化率が全国・全道に比べて高く、糖尿病が医療費高額化の要因の一つとなっている本市であるが、新型コロナウイルスのクラスターも頻発しており、被保険者の受診控えが糖尿病をはじめとする生活習慣病を悪化させる可能性があるため、早急な対応と今後の対策の検討が必要。

### ■ 事業内容

糖尿病治療中断者・健診受診判定値超えで未受診の者に対する受診勧奨を行う。対象者については可能な限り個別での把握とフォローを実施し、受診行動につなげていく。また、治療中の者への保健指導による重症化予防や、様々な機会を利用しての知識の啓発を実施。その後効果検証とともに、今後の保健事業の課題やターゲットの把握のため疫学分析を実施し活用する。

### ■ 先進的なポイント

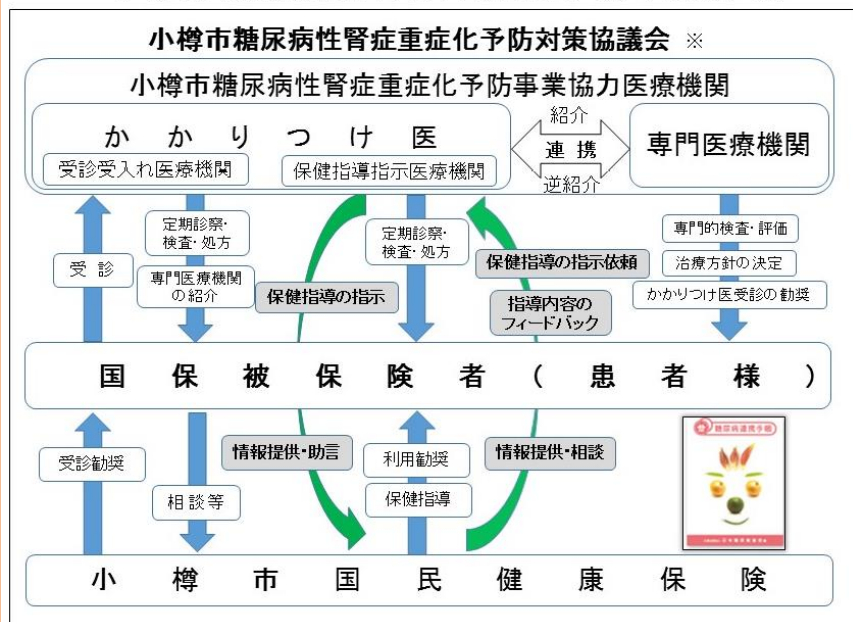
当市で独自に設立した、医師会、歯科医師会、薬剤師会等により構成される「小樽市国民健康保険糖尿病性腎症重症化予防対策協議会」に地域の状況を連携、助言をいただき、協力体制を発展させながら高齢化が国や道より突出して高い地域特性に応じた事業を展開する

### ■ 結果及び効果内容

- ① 中断者・未受診者62名へ受診勧奨通知(うち6名資格喪失でフォロー終了)。
  - ・状況改善により治療終了となっていた者…6/56人(10.7%)以下、母数より削除
  - ・通知により治療開始 9人(18.0%)
  - ・他の生活習慣病で医師のフォローあり 9人(18.0%)
  - ・健診または医療機関受診予定 5人(10.0%)
  - ・受診勧奨(受診意思あり) 12人(24.0%)
  - ・理由あり受診保留 3人(6.0%、親の介護・コロナ・経済的理由)
  - ・連絡待ち等、フォロー継続中の者 12人(24.0%)

→かかわりにより18%が治療開始し、受診予定・受診意思ありを合わせると34.0%の者が医療機関受診する可能性がある。また、他疾患でフォロー中の者へも重症化予防についての保健指導を実施し、治療中断を防ぐ対策が実施できた。
- ② 治療中の者への保健指導(146名へ電話による利用勧奨、7名が利用希望)
  - ・すべての利用希望者についてかかりつけ医からの指示が得られ、連携して目標設定実施。かかりつけ医へは少なくともそれぞれ3回の連携を実施、情報共有。
  - ・初回・中間の検査データが確認できている5名において、全ての者の体重が減少。その他検査データについても改善の見られている項目がそれぞれ1項目以上ある。
- ③ 小樽市糖尿病性腎症重症化予防対策協議会の有効活用
  - ・実施にあたり懸案事項であったハイリスク者の抽出基準について助言をいただきながら協議を行ったほか、保健指導利用者の医療機関からの勧奨について協力の提案をいただき、次年度の実施に生かす。
- ④ 疫学分析の結果、一人当たり医療費の高い糖尿病の事業に、医療費疾病構成で高い高血圧をターゲット層として取り入れ、次年度の事業に活用することとした。

### 小樽市糖尿病性腎症重症化予防事業体制



### ■ 他の自治体が参考にできるポイント=関係者との連携

小樽市糖尿病性腎症重症化予防対策協議会の設立にあたり、医師会会長、内科部会長、糖尿病地区担当医と連携し理解・協力を得ている。また、かかりつけ医については、協力可能な条件を絞って提案し、手上げをお願いすることで、幅広く協力を求めることができ、こんなことならできるといった協力申し出もいただいた。

令和2年4月時点人口

79,821人

うち65歳以上高齢者人口

28,690人(35.9%)

国保被保険者数  
(R3.2月末現在)

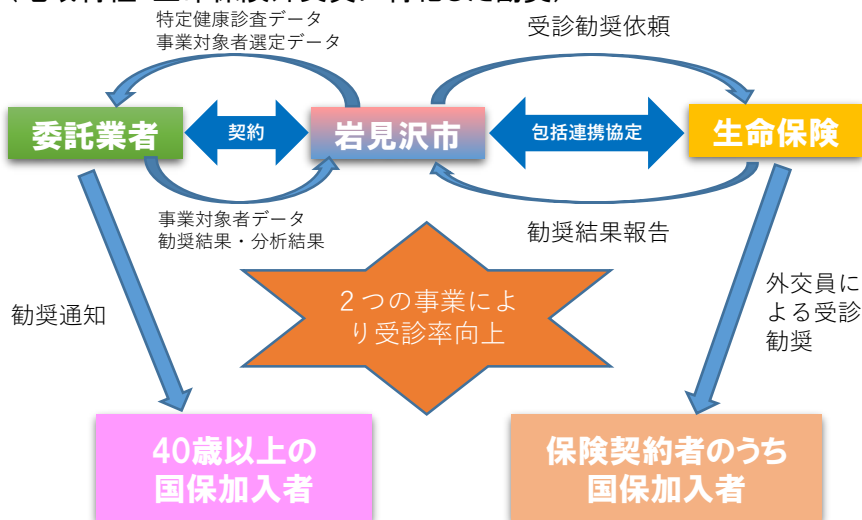
16,702人

### ■ 事業目的

現状: 特定健康診査受診率は、令和元年度24.7%(年度途中の資格喪失者を含む)と国が定める60%に依然満たない状況にある。  
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。  
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、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。
- ☆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。  
(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月中旬頃に効果的に受診勧奨を行う。)

### ■ 結果及び効果

- 生命保険外交員による勧奨数(令和3年2月末現在)  
勧奨チラシ配布数:300枚(直接勧奨60件・ポスティング240件)  
※個人情報提供制限により生命保険会社2社中1社の実績  
令和3年度実施に向け、個人情報の提供について、2社と現在協議中
- 地域特性による受診勧奨事業結果(令和3年1月末現在)

地区	R1			R2		
	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	12,492	2,842	22.8%	12,441	1,533	12.3%
農家地区	2,302	612	26.6%	2,218	307	13.8%
計	14,794	3,454	24.7%	14,659	1,840	13.1%

※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、外交員による受診勧奨の取り組みはできる。
- ・地域の産業構造に応じた適切な時期での受診勧奨。

令和2年4月時点人口

1,318,363人

うち65歳以上高齢者人口

302,798人( 23. 0%)

国保被保険者数

235,866人

### 事業目的

脳血管疾患や虚血性心疾患などの高血圧性疾患の重症化を予防

- 医療費の割合は循環器系の疾患が高い状態が経年的につづいている。
- 令和元年度の要介護認定者の有病状況は心臓病・高血圧症が高く、政令市や全国との比較でも高い傾向にある。
- 高血圧症は多くの循環器疾患の危険因子であり、疾病の発症や死亡に対する影響が大きいが、令和元年度の健診結果では治療をしていない方のうち、I度以上の高血圧は21.5%で7,145人。

### 事業内容

高血圧治療域で未治療者への受診勧奨や保健指導を実施し、早期に医療に結びつけることで重症化の予防を図る。また、ポピュレーションアプローチとして、生活習慣病の教育や啓発を実施することで、生活習慣の改善を図り、高血圧症等の疾病予防につなげる。

#### ハイリスクアプローチ

1. ①受診勧奨 ②保健指導
2. 保健指導から2か月後の受診状況をレセプトにて確認し、再度の指導

#### ポピュレーションアプローチ

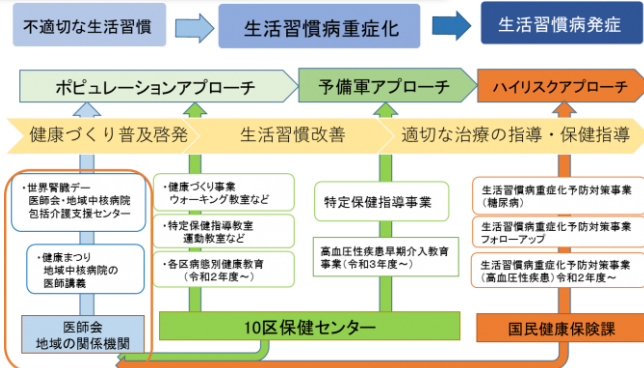
10か所の区保健センターにて、糖尿病や脂質異常症などの病態別健康教育を実施

世界腎臓デーや区健康まつりなどのイベントで、腎臓内科の医師より高血圧症の講義や栄養士の講義、また、生活習慣病改善の相談等を実施(大型商業施設での実施)

#### 医療費分析

高血圧症疾患や生活習慣病に関する医療費分析

#### 令和2年度 生活習慣病予防重症化予防対策事業



### 先進的なポイント

高血圧性疾患重症化予防対策についての包括的な介入事業

- 医師会と協力した基準づくり
- ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチの実施
- ポピュレーションアプローチでは、商業施設を会場にすることによる無関心層へのアプローチや関係機関(医師会・区役所・地域中核病院・地域包括支援センター・企業等)と連携して啓発事業実施

### 結果及び効果

\* 架電時に既に受診又は受診検討と答えた方

	文書	再) 電話	前向* 回答者
受診勧奨	403	270	75%
保健指導	22	17	88%

● 対象者も実施者も65歳以上が過半数を占めており、高血圧の区分ではII度の方が50%を占めていた。

● 未受診の理由は「自己管理している」「健康に自信がある」と回答した方が多く、受診の必要性の認識の低さがみられた。

- アウトカム評価である前向き回答率は高く、また、高血圧レベルが高いほど受診に前向きであったことから、今後の受診行動が期待される。
- 一方で、未受診理由として、「自覚症状がない、健康に自信がある、自己管理している」等が多くみられたことから、高血圧域と認識しているが、病気に対する認識や受診必要性の低さが感じられた。

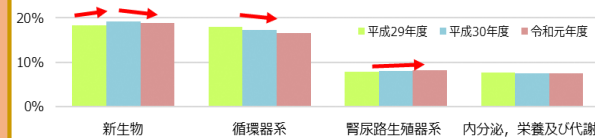
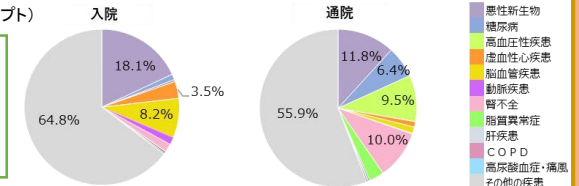
●新型コロナウイルス感染拡大の影響のため、事業開始が遅くなり、効果検証は次年度となった。

区保健センター	回数	人数	実施後、食事や運動等の改善意欲
健康教育	11	69	77%

- 教育実施後の生活習慣改善の意欲は77%と、一定の効果がみられている。
- 世界腎臓デーや区健康まつりなどのイベントは中止となった。

#### 生活習慣病の医療費 (令和元年度レセプト)

- 医科入院医療費では、悪性新生物が高く、脳血管疾患、虚血性心疾患と続く。
- 医科通院医療費では、悪性新生物が高く、腎不全、高血圧性疾患と続く。



令和元年度の疾病大分類別医療費は、循環器系の疾患が新生物に次いで高いが、やや減少傾向にある。

### 他の自治体が参考にできるポイント

- 商業施設等での無関心層へのアプローチを関係機関と協働で実施



令和2年4月時点人口

230,291人

うち65歳以上高齢者人口

43,014人 ( 18.7% )

国保被保険者数

52,672人

### ■ 事業目的

(現状、課題、目的等)

併用禁忌とされている医薬品の処方を受けているものについて、リスクやリスクの回避の方法を通知し、適正受診を促す。通知対象者で希望する者については、訪問指導を行い、被保険者の健康保持・増進を図る。

### ■ 事業内容

(方法、実施体制、事業に関する写真や図等)

#### ①対象者

1ヶ月間に併用禁忌とされる薬剤(医薬品添付文書の相互作用-併用禁忌に記載のある薬剤の組み合わせ)を処方された者。ただし、指導対象として適当ではないと思われる者(がんや難病等)は除外する。

#### ②実施期間

3月通知、5~6月保健指導

#### ③通知内容

注意喚起の通知を作成する。併用禁忌薬剤のリスクやリスク回避の方法を掲載し、適切な受診行動につながるようカラー刷りで見やすいものとする。専門職による訪問指導の案内を記載する。

#### ④保健指導(訪問・電話相談)

家庭訪問による保健指導を行う。保健指導を担当する者は、保健師もしくは看護師で、同様の保健指導経験のある者とする。保健指導は次の内容で行う。

- 対象者の自宅に訪問し、受診状況の確認、健康に関する相談対応や生活習慣のアドバイス等を行う。指導時間は原則1時間とする。
- 指導終了後1か月後に電話をし、その後の状況確認や相談対応を行う。
- 1か月後の電話指導を含めて指導内容を文書で報告する。

### ■ 先進的なポイント

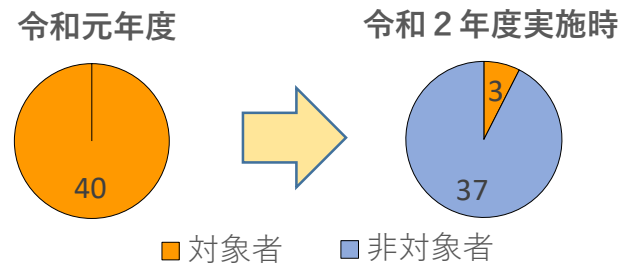
本事業の先進的なポイントは、該当事例1件ごとに内容確認し、外来での処置(吸入等)に加えての頓用薬の組み合わせなどを除外した上で、被保険者に注意喚起するとともに、どのような薬剤の組み合わせで注意喚起すべき併用禁忌の事例が生じるかについて地域の医師会、薬剤師会と情報共有することで、併用禁忌の事例が繰り返し生じることを抑止し、被保険者の健康保持・増進に寄与できることである。

### ■ 結果及び効果

(医療費分析、アウトカム指標での評価等を含むこと)

令和元年度実施時にレセプト分析した結果、薬剤併用禁忌防止指導対象となった40人の内、令和2年度実施時に対象者として抽出されたのは3人であったことから、令和元年度に通知を出した効果として残りの37人(92.5%)に行動変容があったと考えられる。

また、対象者の薬剤併用禁忌の組み合わせを分析した結果、睡眠薬(スボレキサント錠)を常用している対象者が、咽頭炎や膀胱炎等に対し抗菌薬(クラリスロマイシン錠等)を処方される事例が大部分であることが確認できた。



令和元年度の対象者40名の内37名が次年度は非対象者へ

### ■ 他の自治体が参考にできるポイント

区民への注意喚起と、医師会、薬剤師会との情報共有ができる点である。対象者への注意喚起に留まるのではなく、医師会、薬剤師会等へ情報共有を行うことでさらなる事業効果が見込めると考える。

令和2年4月時点人口

217,029人

うち65歳以上高齢者人口

49,458人(

22.8%)

国保被保険者数

50,808人

### ■ 事業目的

不適切な受診行動による将来的な健康リスクの回避と医療費の削減を目的に頻回・重複受診者に対する指導と合わせて受診行動適正化事業を実施している。

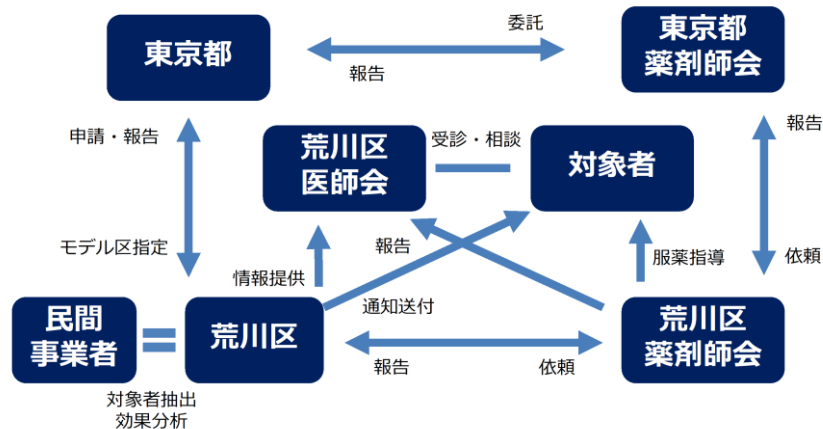
### ■ 事業内容(モデル事業部分)

**対象者:** 原則 精神疾患を主因として重複多剤服薬となっている方に将来的に健康リスクが高いことを気づいてもらうため通知を送付し、その中で希望した方に荒川区薬剤師会薬剤師が服薬指導を実施。

**抽出基準:** 1か月に同系の医薬品を複数の医療機関から処方され、同系医薬品の処方日数が60日を超える方で、疾病名がICD中分類で次の4つに該当する方

- ① その他の不安障害
- ② うつ病エピソード
- ③ その他の神経症性障害
- ④ 身体表現性障害

#### 実施体制



### ■ 先進的なポイント

重複多剤となっている薬剤は、睡眠薬系が多いため、精神疾患を主因として重複多剤となっている方も含めて保健指導対象者として抽出し、対象者についてかかりつけ医に情報提供し、荒川区薬剤師会薬剤師が服薬指導を実施している。

### ■ 結果及び効果

#### アウトプット

将来的な健康リスクが高いことを通知 = **ポリファーマシーアラート**

通知送付者  
472名

重複・頻回  
受診者  
209名

精神疾患除く  
重複多剤服薬者  
141名

精神疾患を主因と  
した重複多剤服薬者  
122名

荒川区薬剤師会が担当

#### アウトカム

2名の方が服薬指導を希望。かかりつけ医とも連携している地区薬剤師による服薬指導で安心して相談できたと満足度が高かった。



外国籍の方。漢方の睡眠薬を母国で処方してもらっていたが、コロナで帰国ができなくなり、複数の医療機関で睡眠薬系を処方してもらっていた。家族が心配して保健指導を希望。荒川区薬剤師会と調整して区役所で服薬指導。



電動車いす利用者で、薬を受け取る時は、かかりつけ薬局の外で受領することが多かった。処方されている薬について相談希望。かかりつけ薬局で相談日を設定して服薬指導。

#### 効果分析

令和2年8月～12月の5か月間の医療費の変化を検証

通知実施者の  
医療費減少率

通知前

通知後

**20.2%の減少率**  
減少額 575万円

### ■ 他の自治体が参考にできるポイント

- ・服薬指導が難しい精神疾患を主因とする方に地区医師会から信頼されている地区薬剤師会薬剤師が服薬指導することで、質の高い服薬指導を実施できる。
- ・精神疾患を主因として重複多剤になっている方に通知することで、健康リスクに気がつき、受診行動を適正化できるとともに医療費を削減できる。



令和2年4月時点人口

8,412人

うち65歳以上高齢者人口

3,310人( 39.35%)

国保被保険者数

2,511人

## ■ 事業目的

【現状】特定健診受診率、保健指導利用率とも令和5年度の目標である60%には程遠く達成が難しいが、健診受診率は、平成29年度26.4%、平成30年度35.6%、令和元年度45.2%と年々上昇している。

【課題】現状が目標に届かない背景には、被保険者の健康意識の低さ、そもそも自分の健康に興味がない、特定健診(保健指導)を受けるメリットがない等の思いが蔓延しているとの課題がある。準過疎地域であり、医療機関も少なく、健診受診の困難さがあることは、東紀州地域の周辺市町にも同様の状況があるため、当事業は県内でも注目されている。

【目的】複数年の特定健診結果から算出される「健康年齢レポート」を作成し、被保険者に送付することにより「被保険者の健康意識の醸成」、保健指導の勧奨ツール、指導ツールとして活用することで「保健指導の実施率の向上」、特定健診受診(みなし受診)の動機付けとして「特定健診の受診率の向上」、等の効果を得て、課題解決を図りたい。

## ■ 事業内容

(1) 対象者データの抽出と提供(9月)

三重県国保連合会が整備している特定健診データ管理システムより過去3年分の特定健診受診結果等の関連するデータを抽出し、委託業者に提供する。

(2) 健康年齢レポートの作成と送付(9~10月委託業者)および周知

委託業者は提供されたデータから健康レポートを作成し、対象者に送付する。  
この時、対象者をパターン分類し、過去3年に受診がある者に対しては直近の検査結果から健康レポートを、一度も受診がない者に対しては、「もし受診したら来年以降受診結果に基づく健康レポート」が届くことを記載したサンプルを郵送し、今年度の受診を勧奨するとともに健康意識の醸成を図る。防災無線、ホームページ、広報等で住民に周知を行い、みなし受診等のインセンティブも併せて周知することで、準過疎地域ならではの住民同士の繋がりを生かした波及効果が期待できる。

(3) 特定保健指導での活用(随時)

特定保健指導等において経年変化の確認や、健康年齢を指導用のツールとして活用する。具体的には、町が独自に開催する結果相談会や個別の保健指導において、健康年齢の経年変化を同世代との検査結果の数値比較を視覚的に本人に確認させ、健康の維持増進に向けた動機付けを図るとともに、長期的な健康意識を醸成する。特定保健指導は、住民力向上にも繋げたい意図があり、直営で丁寧な個別訪問指導を行う方針。

御浜町国民健康保険特定健診対象の皆様！

あなたに**健康年齢通知**が届きます！

健康年齢は、特定健診の結果に基づいて算出された健康状態を表す指標です。健康年齢は多くの場合、実年齢と異なります。健康年齢通知を確認して、ご自身の健康状態を確認してみましょう。

最大過去3年分の健康年齢をお知らせします。健康年齢の経年変化を確認することで、健康状態の変化がひと目でわかります。

健康年齢改善のアドバイスをお知らせします。生活習慣病予防のための改善点・実行ポイントがわかります。アドバイスを覚えて健康維持増進に役立てましょう。

令和2年度特定健診の結果から健康年齢通知は、令和3年度に送付します。ぜひ**特定健診を受診して健康年齢を確認してください。**

※健康年齢通知は、国民健康保険でヘルスケア交付金を活用してお届けしております。

## ■ 他の自治体が参考にできるポイント

導入に関しては容易であり、被保険者の関心も高く、効果も大きく感じる。

今後、この健康通知の活用法によっては(例:年齢の維持=健康維持にインセンティブを与えるなど)、さらに健康の維持管理や特定健診を受診する動機づけになるなど、まだまだ拡充することは可能である。

## ■ 先進的なポイント

- ・特定保健指導等において経年変化の確認や、健康年齢を指導用のツールとして活用すること
- ・町が独自に開催する結果相談会や個別の保健指導において、健康年齢の経年変化を同世代との検査結果の数値比較を視覚的に本人が確認できること
  - ↳ 健康の維持増進に向けた動機付けになること
  - ↳ 長期的な健康意識を醸成に寄与すること
- ・特定健診や保健指導の受診率、利用率に大きく寄与し、他自治体への横展開が期待できること。

## ■ 結果及び効果

モデル事業ということもあり、事業開始前には不安もあったが、レポートを配布した結果、被保険者からの関心も高く、主目的である健康意識の醸成や、(法定報告結果が出るのは今後となるが現時点の数字からも)特定健診や保健指導の(受診率、利用率の向上に大きく寄与したと考えられ、今後も継続していきたいと考える。

(特定保健指導)

アウトカム指標である特定保健指導の年度内利用開始者数は15人であり、目標の20人には届かなかった。しかしながら、健康年齢に対する関心は高く、法定報告集計時までには20人という目標はクリアできると考えられる。

(特定健診)

特定健診受診率については、コロナ禍の中で前年比マイナスの35.2%を想定していたが、今回の健康年齢通知を実施した結果、その後受診する被保険者が徐々に増え、前年比+1.9%(3月末時点)となった。また、健康年齢への関心が高く、「来年通知をもらうにはどうしたらいいのかわからない」などの問い合わせもあり、急遽2月に臨時の集団健診を実施した結果、5%程度に相当する110名の参加があり、効果が証明された。(下記α部分、3月末時点国保連未集計のため仮に記載)

年度	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
率	23.0	26.2	26.7	26.4	24.7	26.4	35.6	45.2	47.1 +α

令和2年4月時点人口

343,550人

うち65歳以上高齢者人口

91,193人(

26. 54 %)

国保被保険者数

67,191人

### ■ 事業目的

(現状、課題、目的等)

データヘルス計画での分析において、50歳以降で急激にメタボ該当者が増加していることから、50歳代を含む若年者(40歳代～50歳代)についての肥満等にポイントをおき分析を行ったところ、未受診率は40歳代50歳代で80%となっており、40～59歳の特定健診受診者の中でBMI25以上は29.9%を占めている。一方HbA1c6.5%以上は7.7%であり高齢者層と比べて低率であるが、年齢が上がるにつれて着実に増加傾向である。尚、医療費の側面から分析すると、データヘルス計画では、高額医療レセプトの中では虚血性心疾患の割合が多くなっているが、若年者の同医療費の状況を見ると、R元5月～R2.4月までの医療費のうち、虚血性心疾患で100万円以上かかっている人が13名であり、その7割近くが男性である。13名中特定健診を受診したのは、2名だけであり、その2名もBMIは25%以上という結果であった。高額医療となっている人は、健診を受診しないもの、もしくは肥満傾向にあるといえる。

そこで、課題として、40歳50歳代の若年層の特定健康診査受診数を増やすと共に、BMIのコントロールを行い、特定保健指導対象者を減らし、生活習慣病予備群の増加を抑制するような予防対策が必要である

本事業を実施することにより、40歳50歳代の若年層の特定健康診査受診率の増加及び本事業参加者のBMIの低下を目指す。

### ■ 事業内容

(方法、実施体制、事業に関する写真や図等)

・公募型プロポーザルを実施し、フィットネス事業者をプログラム実施事業者に決定。

・対象者として40代、50代で特定健診の結果がBMI25以上の者を選定し、案内を送付

(実施回数)全8回。最初の4回は毎週土曜日午前実施し、残り4回は、隔週土曜日午前実施した。

(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。

※新型コロナウイルスの感染拡大予防のため、3回目から7回目までは、ZOOMによる講義となったが、参加者に会場に集まってもらい、グループで話をする事ができる場合は維持できるようにした。

(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(諸経費のぞく)。

### ■ 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

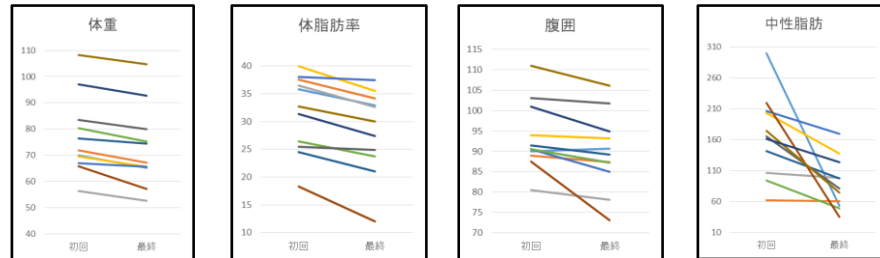
募集定員	20名
案内通知発送(1回目)	116名
案内通知発送(2回目)	60名
申し込み人数	16名
参加人数	12名

参加人数12名の内訳

	40代	50代	合計
男性	2名	5名	7名
女性	2名	3名	5名

アウトカム指標における若年者(40代・50代)の特定健診受診率は、予算がついた時期が年度途中であったこともあり、十分アピールできなかったため、伸び悩んだ。また、BMI25以下達成率も25%と、いずれも目標を達成することはできなかったが、体重・体脂肪・腹囲ともに改善がみられた。血液検査の結果についても、開始時と終了時では大幅に改善されている項目もあり、特に中性脂肪の数値の変化が大きく、食事内容の見直しにより食生活が改善されている様子が見られた。

アンケート結果より、参加者の満足度が高く、楽しみながら続けることができた様子うかがえた。また、食事や運動の知識を得ることができ、成功経験をすることで、プログラム終了後も継続して続けていくという自信を感じられた。令和3年度の健診結果をみないと継続できているかの最終判断は難しいが、特定保健指導より単価は高くなるものの、このプログラムに参加するほうが、生活習慣の改善には効果があると思われる。



### ■ 他の自治体が参考にできるポイント

グループで目標を設定し、競い支えあうことで、モチベーションが維持でき、目標を達成することができた。尚、スマホを所持していない場合はプログラムの効果を与えるのは難しいと思われる。

令和2年4月時点人口

57,617人

うち65歳以上高齢者人口

15,782人( 27.4 %)

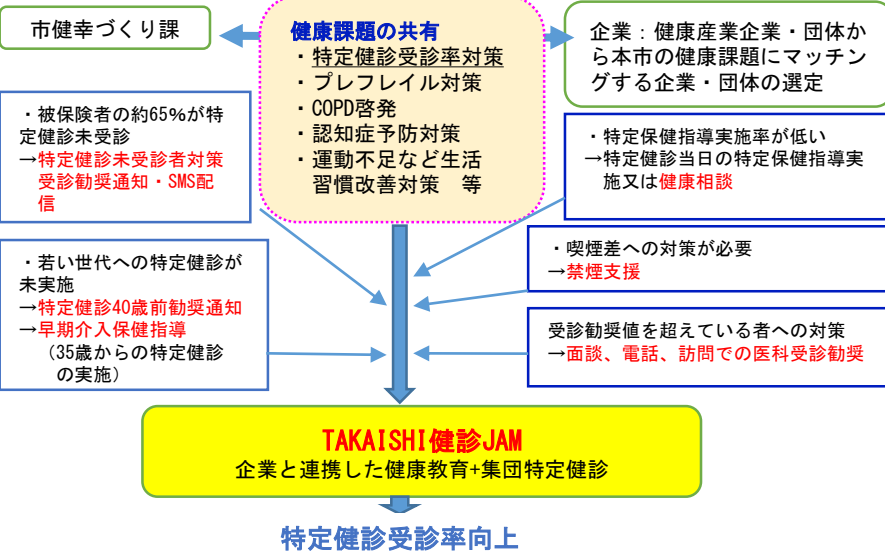
国保被保険者数

12091人

### ■ 事業目的

40、50歳代の働き盛りの年代と特定健診受診率は低率であり、また40歳以下被保険者向けの保健事業が未実施である。特定健診とレセプトの突合分析では約40%が健診及び生活習慣病の治療歴のない所謂健康状態不明者である。健康無関心層へのアプローチとして企業と連携した健康教育と特定健診、早期介入保健指導を同時開催することで特定健診受診率の向上を図る。

### ■ 事業内容



企画委託事務調整進捗管理など 高石市健幸づくり課  
大阪府和泉保健所⇄地域職連携：情報提供と横展開支援

健診時に、民間活力を活かした集客性の見込める健康教育を同時開催し集団健診の魅力を高めることで、主に35～50歳代をターゲット層として受診行動変容を図る。本事業実施前に受診勧奨通知の発送、早期介入保健指導事業等の複数のヘルスアップ事業をつなげることを意識して、事業全体企画を健幸づくり課で実施した。企業の選択に当たっては、データヘルス計画作成過程で把握された健康課題である「脳の活性化」、「COPDの啓発」、「骨強度測定等」の測定会等の提供が可能な企業とした。また、新型コロナウイルス感染症健康二次被害対策のために「ステイホームでもできる健康体操」等の被保険者参加型の企画実績がある企業とした。

### ■ 先進的なポイント

複数のヘルスアップ事業メニューを組み合わせ、本市最優先の健康課題である特定健診の受診率向上に取り組む。今までの枠にとられない民間企業の得意分野や特色を活かした産・官連携による健康無関心層向けの健康教育と特定健診を同時開催することで、健診受診への被保険者の行動変容を支援する。

### ■ 結果及び効果

企業と連携した健康教育+特定健診(以下「TAKAISHI健診JAM」という。)を若年層が受診しやすい秋と春の休日に開催した。

	特定健診受診数	35～39歳特定健診受診数
令和2年 11月23日	60人	25人
令和3年 3月20日	95人	20人
計	155人	45人

TAKAISHI健診JAM参加企業11月2日9社 3月20日4社  
TAKAISHI健診JAM参加者11月2日23名 3月20日152名  
特定健診受診率約17%向上(暫定)

### ■ 他の自治体が参考にできるポイント

複数のヘルスアップ事業の組み合わせと、民間企業の活力を導入した健康教育の実施で、若年層を含む特定健診受診数を効率的に増やすことにつながる。



令和2年4月時点人口

424,993人

うち65歳以上高齢者人口

118,329人(27.8%)

国保被保険者数

81,039人

## ■ 事業目的

(現状、課題、目的等)

一人当たりの保険給付費が高い傾向にあり、県による分析結果から高血圧と運動習慣がその要因と考えられた。そこで、データヘルス計画中間評価にあわせ、市独自の分析を行うことで、運動を中心とした生活習慣の改善や保険給付費の抑制を目的に実施した。

## ■ 事業内容

(方法、実施体制、事業に関する写真や図等)

【分析方法】県の分析結果、クラウドツールの活用、市独自の分析により

運動習慣が健康寿命に与える影響を経年的に把握

- ・運動に影響する環境要因の可視化
- ・香川県の歯科問診項目の分析
- ・介護データ等の一体的な分析

【教室内容】特定保健指導のグループ支援の初回面接と最終支援の間に

運動プログラムを実施。グループ支援に参加しなくても参加可

- ・車で参加できる会場設定(参加ストレスを下げる)
- ・一定の運動強度を保った内容(達成感)
- ・個別性に配慮し、必要な支援サービスへ接続
- ・社会参加勧奨(社会福祉協議会等と連携)
- ・歯周病及びオーラルフレイル予防も追加



パタカラ体操



## ■ 先進的なポイント

- ①生活習慣病予防・オーラルフレイル予防の観点から保健事業と介護予防を一体的に実施し、歯科関連データも活用したPDCAサイクルの土台づくり。
- ②地域特性・運動習慣データを取り入れたアプローチ。

## ■ 結果及び効果

(医療費分析、アウトカム指標での評価等を含むこと)

【医療費分析】

医療費高額化、生活習慣病重症化、要介護における共通の課題は運動不足であった。さらに、県独自の歯科問診項目との分析から、運動習慣と口腔衛生の関連を把握した。都市公園等面積(全国7位)、自動車保有台数(全国20位)、道路舗装率(全国7位)等、自動車で移動できる環境が整っており、電車バス等の路線は整っていない。交通事故が多く、歩行に影響を与える要因の一つである「交通安全」の環境はない。

【アウトカム指標】

目標:教室参加者の運動に対する行動変容レベルが向上した人の割合

目標 80% 結果 62.5% (2/28時点)

【その他】

関係者と協議する上で、必要な1つのツールとして、保健医療科学院の先生の協力のもと、課題と現状を整理するシートを使用した。シート作成に際し、各部署のデータを持ちより、協議を重ね作成することで、各部署の視点の入った市の課題が見えるものとなり連携を深める意義がより明確となった。

新型コロナウイルス感染症の影響で参加者数を制限したため、対象者を最小限に絞った対応を取らざるを得なかった。

## ■ 他の自治体が参考にできるポイント

- ①口腔ケアと生活習慣病予防・介護予防の一体的な実施
- ②部署横断的な連携

### ■ 香川県による分析

- ・高額医療費要因  
体重増、歩行速度遅い  
高血圧所見&運動不足
- ・歯科問診を活用した分析  
「何でも噛んで食べられる」に  
死亡・介護と相関あり。  
また、歯周病・糖尿病医療費との  
関連あり。

### ■ 分析ツールによる分析

リスクがあることによる死亡の過剰発生  
(高血圧)脳血管疾患41.4人、心疾患  
150.5人、虚血性心疾患13.6人  
(運動不足)心疾患42.1人、虚血性心疾患  
21.4人、悪性新生物5.1人  
(高血糖)心疾患32.8人、虚血性心疾患  
15.5人、脳血管疾患33.6人

### ■ 市独自の分析

- ・介護・介助が必要になった理由  
→高血圧・高血糖・運動不足等がリスク
- ・咀嚼の回答が悪化傾向
- ・生活習慣が疾病や介護につながるまでの  
流れを分析・整理  
→車を使って楽に生活できる便利な市  
→「運動開始」に対する心理的に高い壁

共通課題は「運動不足」  
「動かない」から「動けない」を予防

保健・介護・福祉と連携

### ■ 運動教室

- キーワードは「運動の楽しさと達成感」  
(「動かない」心にアプローチ)
- ・必要なサービスへの接続  
(早期介入で動けない体への進行を予防)
  - ・教室終了後にも自然に動ける仕組み  
(社会参加・動画プログラムで継続にアプローチ)

### ■ オーラルフレイル予防プログラム

- 「食べない」から「食べられない、動けない」を予防し、  
動ける身体づくりを口腔衛生からアプローチ
- ・歯周病と健康に関する理解を深める
  - ・「なんでも噛んで食べられる」ための口腔体操

同時実施

運動習慣約85.7%改善、意識的に体を動かす人13ポイントUP、ボランティアへの興味7ポイントUP、地域活動への参加・関心12ポイントUP

R3.3.1現在



令和2年4月時点人口

19,798人

うち65歳以上高齢者人口

3,921人( 19.8 %)

国保被保険者数

4,805人

## ■ 事業目的

(現状、課題、目的等)

20～30代の若い対象者に対し、内臓脂肪型肥満に着目した保健指導を実施し、生活習慣病の発症を予防する

## ■ 事業内容

(方法、実施体制、事業に関する写真や図等)

### 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

発送時に勸奨資料も添付

随時:①転入者全数へ受診勧奨

(来所時の面談、電話又はハガキ郵送)

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

7月・10月・12月・1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および評価

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。事前に地区担当専門職間で支援方法を検討し計画を立てた。指導方法の検討は、どこでもケア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内容を意識した。また、専門職会議を毎月開催し、事例検討会等を行った。

保健指導実施後は2～3か月後に評価(受診状況、生活改善の有無など)を行い、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実施した。

## ■ 先進的なポイント

特定健診の対象は40～74歳であるが、40代ですでに血管内皮障害を起こしている者がいること、特定健診の対象においても40代・50代の受診率が低いことなどから、本町の健康課題を解決するためには若い世代(20代・30代)からの健診受診および健康づくりが不可欠と考え事業を実施した。

## ■ 結果及び効果

(医療費分析、アウトカム指標での評価等を含むこと)

### ●受診率

受診者29人中、8人(27.6%、うち2人は夫婦)が2か月児訪問や乳幼児健診で受診勧奨した者であり、コロナ禍で受診率が低迷する中、母子事業を通して受診勧奨する意義は大きいと感じた。

### ●保健指導

当初、面談による保健指導を計画していたが、コロナ禍にあり電話支援併用に切り替え実施。

24人中23人が指導に応じていただけた(面談:13人、電話支援:10人)。

また、評価においては8人(33.3%)連絡が取れなかったものの、食事面で29.2%、運動面で16.7%、喫煙で33.3%改善があった。

受診勧奨判定値を超える者が実人数4人。3人はLDLコレステロール・尿酸値・GPTの3項目で受診勧奨判定値。残る1人はγ-GTPIによるものであった。医療機関受診したのは1人のみ。

## ■ 他の自治体が参考にできるポイント

転入者への受診勧奨と母子訪問事業や乳幼児健診会場での保護者へのアプローチの実施。本町は地区担当制をとっており、母子事業・成人事業の担当者が同一であるため、実施がスムーズだったと考える。