

令和3年度 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施 取組事例

令和4年3月

厚生労働省 保険局 高齢者医療課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

概要

- 令和3年度に高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を後期高齢者医療広域連合から受託している市町村のうち、一部の市町村について、取組内容や取組体制、課題等についてヒアリングを実施した。

- ヒアリング実施者：地方厚生（支）局 健康福祉部 地域包括ケア推進課

- ヒアリング対象市町村

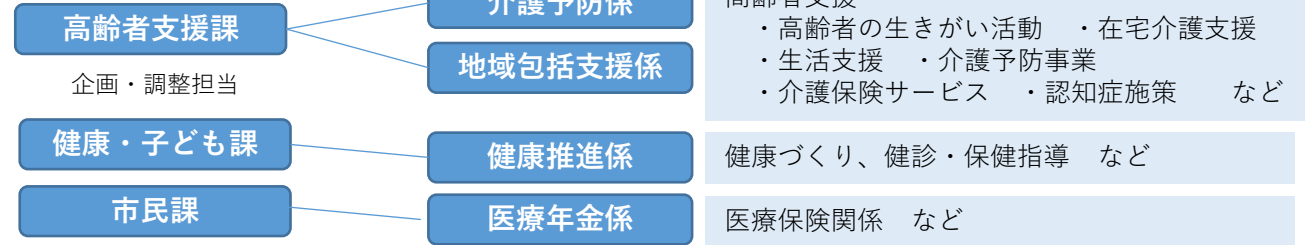
1. 北海道厚生局	北海道深川市	北海道士幌町	
2. 東北厚生局	秋田県にかほ市		
3. 関東信越厚生局	千葉県松戸市	千葉県習志野市	東京都練馬区
4. 東海北陸厚生局	富山県黒部市	岐阜県山県市	
5. 近畿厚生局	滋賀県湖南市	大阪府富田林市	
6. 中国四国厚生局	鳥取県米子市	山口県萩市	
7. 四国厚生支局	徳島県海陽町	香川県坂出市	
8. 九州厚生局	長崎県壱岐市	熊本県長洲町	

1. 北海道厚生局

- 深川市立病院の作業療法士が考案したオリジナルの『ライスパワー体操』の普及を実施。体操の養成サポーター育成にも取り組んでいる。
- 令和3年度から、国保加入者を対象としていた健診受診券の郵送配付を後期高齢者医療加入者にも拡大。同時に受診可能な医療機関も拡大。
- 「北空知糖尿病療養連携システム」の活用を通じて、専門医・かかりつけ医と連携。地元医師会、道立保健所とも情報共有。

市の概況	
人口	19,656人 (R3.12現在)
高齢化率	42.5% (R3.12現在)
後期被保険者数	4,294人 (R2年度)
日常生活圏域数	1圏域

【実施体制】



取組経緯

- 高齢化率及び後期高齢者の医療費は、全国・道全体と比較しても高く、介護サービス給付費も高齢化率の上昇から増大することが見込まれており、課題解決に向け、各担当者間で定期的な連携・ディスカッションを行っていたが、データの情報共有等について必要性を感じていた。
- また、同一人に複数の担当係からアプローチするケースがあったことや、北海道国民健康保険連合会が開催したワーキンググループに参加したこともきっかけとなり、高齢者支援課を企画・調整担当とする方向で検討し、令和2年度から本事業を開始することとなった。

企画・調整等

○地域の健康課題の整理・分析

- ・国保加入時から肥満、喫煙、飲酒、運動不足などの生活習慣から糖尿病や高血圧の罹患者が多く、若年世代の健診受診率が低い。
- ・後期高齢者では、介護認定の要因が脳血管疾患のケースが多く、生活習慣病等の治療継続、コントロール、重症化予防が課題。

上記の分析結果を踏まえ『糖尿病性腎症の重症化予防』、通いの場での『健康教育』（フレイル予防、治療中断による入院医療費の高額化周知など）に加え、『健康状態不明者』に対するアウトリーチを企画。今後は北海道国保連合会のコンサル等も活用し、より効果的な整理・分析を行う。

ハイリスクアプローチ

○糖尿病性腎症重症化予防

健診の結果により、空腹時血糖126mg/dl以上またはHbA1c6.5%以上（糖尿病治療中含む）の者等を対象に、専門職（保健師・管理栄養士）が訪問等による食事・運動面での療養サポートを実施。（アセスメントは原則1・3・6か月後。必要に応じて随時実施）

指導に当たっては、専門医・かかりつけ医と市役所において糖尿病患者の情報共有が可能な「北空知糖尿病療養連携システム」（※事前に患者の同意が必要）を活用し、医師と連携して実施している。

○健康状態不明者対策

KDBにより、過去2年間の未受診者を抽出し、専門職による健康状況把握（質問票や基本チェックリスト等を活用）を実施。結果により健診、医療機関や各種介護予防への受診勧奨や必要に応じて地域包括支援センター等、関係機関へのつなぎ役となった。

今後の課題として、民生委員等から、より幅広い情報を得て、必要な支援に結びつけていく。

ポピュレーションアプローチ

○通いの場への積極的関与

通いの場（介護予防ふれあいサロン、シルバークラブや自主グループ）で、運動・栄養・口腔等フレイル予防についての健康教育・相談を実施。フレイルチェックや体力測定の結果等を参加者にフィードバックすることで、本人からの反応を得られることに手ごたえを感じている。

また、地域支援事業等と連携して実施することにより、作業療法士や言語聴覚士も参画して、各専門職の特色を活かした支援を実施している。

【男性のための介護予防教室】

～男塾～（R3新規事業）

旧中学校校舎を活用して改修した交流施設（エフパシオ）のトレーニングルームで筋トレを中心とした運動教室（男性限定）を開催（全12回）し、好評を得ている。

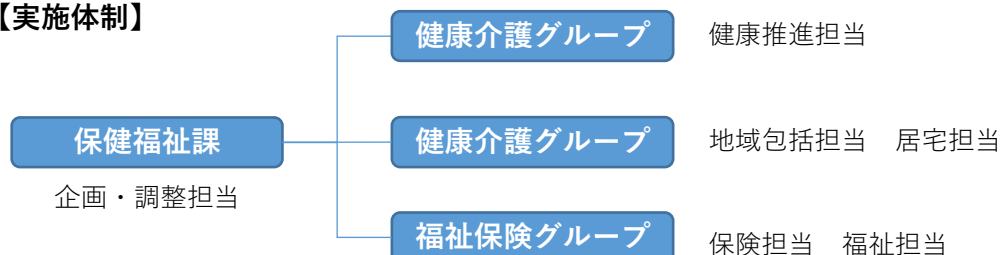


- 士幌町商工会と連携した「健康マイレージ事業」を実施。受診した健診の内容に応じて、町内の商店街で利用できる「えがおの商品券」を配布。また、健診と健康づくりの活動を連動させた健康マイレージビンゴ事業を展開し、健康づくりと地域の活性化を両立させた保健事業を実施。
- 十勝薬剤師会、十勝医師会と連携した服薬指導を実施。節薬バッグを配布し、薬剤師等に相談することで、薬量の調節、重複服薬を防ぐ体制を構築。

町の概況	
人口	6,132人
高齢化率	29.3%
後期被保険者数	1,046人
日常生活圏域数	1圏域

(KDBシステムより引用)

【実施体制】



取組経緯

- 町の課題として、後期高齢者の健診受診率が3.6%と国保の健診受診率と比較して低く、また、町の施設中心型の介護提供体制から介護保険料が北海道内上位となっており、町においても高齢化の進行が予想されることから、後期高齢者の健診受診率の向上や、介護予防事業の充実の必要性を感じていた。
- こうした状況の中で、複合的な健康課題を抱えた高齢者のフォロー体制の構築において、関与していく医療専門職の職種により対象者へのアプローチが異なることが課題としてあり、各担当の連携の必要性を感じていたことをきっかけに、令和2年度から本事業を開始するに至った。

企画・調整等

○ KDB及び委託を活用した医療費・健康課題の分析

医療費・健康課題をKDBデータ及び委託業者のデータを平行して分析。

KDBの都道府県及び国との詳細な比較、委託業者の町における事業実施に特化したデータ。双方の強みを活用し、地域が抱える健康課題を多面的に分析。分析結果から士幌町の健康課題に即した、健康推進事業を企画立案。

ハイリスクアプローチ

○ 服薬指導

医療費分析を委託し対象者を抽出後、福祉・居宅介護事業所、包括担当など支援を担当する専門職と協議し、特に介入が必要な対象者については、健康推進担当が訪問指導を実施。町内の医療機関・調剤薬局と連携を取り、服薬指導通知送付後の相談体制を構築。

事業実施の結果、薬剤数の減少が見られ、医療費削減効果が顕著に現れた。
(↓薬局に持ち込む節薬バッグ)

○ 健康状態不明者等

健診未受診者かつ医療機関への受診のない対象者を抽出。質問票に基づき保健指導を実施。訪問前に事前に手紙を送付するなど、スムーズに指導が進むよう工夫した。



ポピュレーションアプローチ

○ 通いの場への積極的関与

各通いの場において、健康教育・気軽に相談できる体制づくりを構築。また、質問票や体組成計を活用し、フレイル状態の把握を行い、その結果から必要に応じて包括支援センターへの情報共有や家庭訪問を実施した。



今後の展望、課題

- **高齢者の保健事業の体制整備**：高齢者保健事業（健診事業や健康教育事業）を整理・再構築するとともに、高齢者が健康づくりの取り組みをさらに行ってもらえるよう健康マイレージ事業等を拡充予定。
- **服薬相談体制の広域化**：服薬指導における相談体制を、町内の医療機関・調剤薬局のみでなく、十勝管内の医療機関や薬局でも行えるよう相談体制の広域化を模索中。

2. 東北厚生局

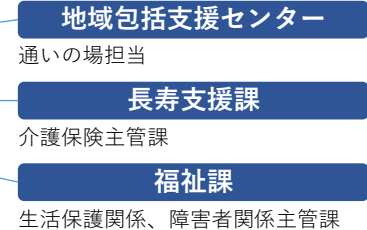
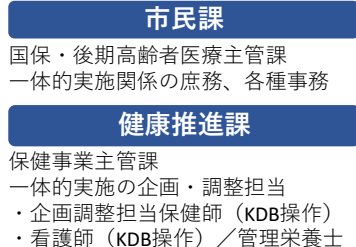
秋田県にかほ市

- 地域の医療関係団体（三師会）と一体的実施に関する共有会議を設置。医師等多職種からアドバイスが得られる体制が構築されており、ハイリスク保有者等に対してきめ細やかで効果的なアプローチを実施。
- 地域のプロサッカーチーム等と連携し、健康寿命延伸に向けて様々な取組を実施。

【概況】 令和4年1月31日時点

人	口	23,451人
高齢化率		39.12%
後期被保険者数		4,818人
日常生活圏域数		1圏域

【実施体制】



取組経緯

国民健康保険と後期高齢者医療の間で隔たりがあり、高齢者になると年フレイル状態や介護状態になる可能性があるにも関わらず、継続的に保健事業が行えていないというジレンマがある中、一体的実施について令和2年度からスタートする旨の情報を得て、国保・後期高齢主管課において、実施体制の検討を前向きに即着手。保健事業を所管する課に協力要請し、同課に企画調整等を担当する職員を配置するとともに、一体的実施に係る担当班を設置し、国保と後期高齢の隔たりを無くした保健事業に取り組んだ。加えて地域包括支援センター等介護担当部門との連携を強化した。

それと同時期に、地域のプロサッカーチーム等との「にかほ市健幸プロジェクト」が締結され、より健康に関する事業化の機運が高まった。

企画・調整等

○庁内連携

- ・一体的実施に関係する全部署が出席する庁舎内支援者会議を設置。
- ・要フォロー者出現時は、その都度関係部署間で情報共有を図ったうえで連携し対応。

○医療関係団体との連携

一体的実施に関する医療関係団体との共有会議を設置。医師会、歯科医師会及び薬剤師会から委員として出席。事業計画やその評価、意見をもらう場であり、また、個々の事例に対して、それぞれの分野の専門職の視点で様々なアドバイスが受けられる場となっている。

ハイリスクアプローチ

○健康状態不明者に対する訪問

【対象】一定期間、特定健診や医療機関を受診していない人
継続フォロー者の掘り起こしや、医療機関受診や特定健診受診へとつながっている。

○重複頻回多受診、高血圧未治療者、多剤内服者に対する訪問

【対象】広域連合が前年度のレセプトから抽出
薬剤師会とアウトリーチ型訪問を実施し、主治医へのトレーシングレポート提出等により減薬につながる事例もある。



○糖尿病重症化予防訪問

【対象】特定健診結果において、糖尿病が重症化するリスクの高い未治療者・治療中断者
フォローアップの旬を見逃さず、健診結果が市に到着後1週間以内に訪問している。

○オーラルフレイル者に対する訪問

【対象】口腔健診結果において、機能面で問題のある人や口腔乾燥のある人
歯科衛生士によるアウトリーチ型口腔指導のほか、歯科医師の助言を得て、機能面では問題がないが口腔乾燥で精神科内服薬が処方されている場合は、薬剤師による訪問を実施している。

ポピュレーションアプローチ

○フレイル予防出前講座

通いの場である各自治会のサロンに出向き、血圧測定、健康講話、体組成測定、結果説明を実施。地域包括支援センターとのタイアップ。プレフレイルが認められた方には、各種教室への参加を勧奨。

○フレイル予防「栄養教室」・「運動教室」

前年度及び今年度の特定健診結果でBMI18.5未満の人やフレイル予防を心がけたい人を対象に実施。



○フレイル健診サポーターの養成「サポーター人材育成講座」

現在、60～80歳前までの約30名が登録。講座修了後、フレイル健診の補助に入ってもらおう。

今後の課題・展望

- ・地区診断を元にどのように事業展開してアウトカムを見出すか、PDCAサイクルの難しさを実感している。
- ・本事業によって、地域にはたくさんのハイリスク者が潜在している現状を知り、そのような方をいち早く発掘し、適したルートに乗せることが喫緊の課題であると感じている。

3. 関東信越厚生局

千葉県松戸市

- 連携会議を設置することにより、委員からのアドバイスによって事業内容の改善を図る仕組みが構築されている。例えば健康教室では、「フレイルドミノ」を実演することにより印象づける内容に変更し、健康状態不明者についてはその要因とアプローチのパターンのとりまとめを実施している。
- 地域包括支援センターがコンビニで行う「出張相談」の機会を利用しフレイル予防の普及啓発を実施。

フレイルドミノの実演



【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】

担当課

福祉長寿部 地域包括ケア推進課

企画・調整、事業実施担当

庁内会議
年4回実施

関係課

福祉長寿部 国民健康保険課

後期高齢者医療保険担当

健診事業担当

74歳以下の対象者の保健指導

関係課

健康福祉部 健康推進課

健康づくり事業担当

連携会議
年2回実施

地元の大学、医師会、歯科医師会、薬剤師会、リハビリ連絡会、地域包括支援センター代表

事業に対する
助言を受けている

【人員体制】

地域包括ケア推進課

保健師（職員2名）

管理栄養士（会計年度1名）

歯科衛生士（会計年度1名）

看護師（会計年度1名）

【取組経緯】

- 平成30年12月より、庁内関係課に配置の保健師・管理栄養士・歯科衛生士を対象に本事業についての勉強会を実施し、平成31年4月に令和2年度正規職員配置に向け人員を要求。令和元年7月に次年度実施予定であると市長・副市長に説明した。
- 令和元年8月～令和2年3月に関係3課の庁内会議を9回実施。令和元年9月の会議で①高齢部門が実施した方がわかりやすい②通いの場と連携がとりやすい③地域包括支援センターと連携がとりやすい④介護予防として行われている事業との調整が図りやすい などから地域包括ケア推進課が担当することとなる。

【企画・調整等】

○KDBデータ分析より

- ・健診受診率が31.6%※1 県平均35.7%より低い
- ・1人あたりの歯科医療費が県内6位※2と高い
- ・非肥満高血糖の割合が県内1位と高い※2

○歯科口腔健康診査データより

- ・歯科口腔健康診査受診率が10.4%※1と県平均14.4%より低い

→健診未受診者のアプローチと生活習慣病に対する取組が必要

○地域ケア会議で整理された課題

- ・地域につながりを持たない高齢者を把握し、必要時に支援機関につなぐ仕組みづくり
- ・地域での孤立予防、交流促進
- ・セルフケアに関する、住民に対する普及啓発
- ・認知症高齢者の早期発見・早期対応を推進

○介護予防把握事業

- ・外出の機会が週1回未満の者の割合3.2%、日常的に会話をしていない者が5.9%※2

→高齢者の閉じこもり、孤立、地域とのつながりに対する取り組み、介護予防に関する知識の普及が必要

※1：R元年度 ※2：H30年度

【ハイリスクアプローチ】

【抽出条件】

○口腔機能低下予防：前年度歯科口腔健康診査受診者のうち①構音評価②反復唾液嚥下テスト③口腔乾燥所見あり④問診項目「半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか」「お茶や汁物でむせることがありますか」両方該当の、いずれかに該当

○低栄養予防：①前年度後期高齢者健診受診者のうちBMI18.5未満かつ骨折のレセプトあり②前年度後期高齢者健診受診者のうち「1日3食きちんと食べていますか」及び「6か月間で2～3kgの体重減少」に該当、かつ健診時BMI20.0未満の人（前年度対象者を除く）

○健康状態不明者：77歳（昭和18年生まれ）令和2年と令和元年医療・健診・介護なし

【アセスメント項目】

○口腔機能低下予防：質問票、既往歴、内服薬、計測（BMI、握力、滑舌、舌圧、口腔水分量等）により口腔機能低下の状況を把握する。測定器は歯科医師会から貸与を受けている。

○低栄養予防：質問票、計測（BMI、握力、滑舌等）食事摂取量、体重減少の原因（病気による代謝亢進、消化器疾患、疼痛、食事制限、精神的ストレス、経済的理由、調理、買い物、生活リズム、知識不足、加齢による自然減）の確認等によりフレイルの状況を把握。

○健康状態不明者：質問票、血圧、体重測定、ADL、認知機能、外出頻度、生活環境、困ったときのサポート体制、受診しない理由。

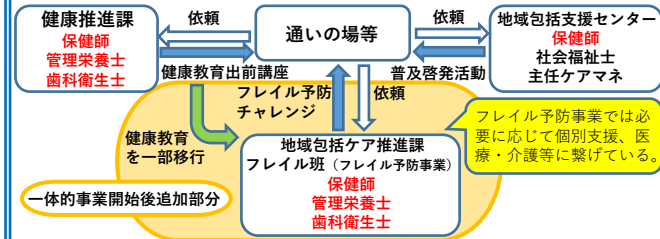
【指導内容】

○低栄養・口腔機能低下：栄養（食材の選定や調理の工夫）口腔ケア・運動・社会参加・社会資源についてのアドバイスを行い、必要に応じて医療・介護予防へのつなぎを行う。特に骨折既往については、難聴のために交通事故に遭っている可能性も検討し、必要に応じて耳鼻科の受診を勧める。

○健康状態不明者：受診勧奨、相談窓口案内、運動・栄養・社会参加についての情報提供。アンケート未返送者はアポイントなしの訪問を行う。地域包括支援センター、民生委員などへつなぐ。

【ポピュレーションアプローチ】

○通いの場等への健康教育・普及啓発



○普及啓発・出張健康相談（立ち寄り型）

- ・医療専門職がコンビニや調剤薬局に出向き、無関心層にもアプローチすることにより、健康意識の変化をねらう。
- ・コンビニでは利用客や仕事休憩中の喫煙している高齢者に声をかけ周知を図っている。



○課題、今後の展望

分析方法の検討：フレイル予防チャレンジは初回最終回ともに参加され、効果を測ることができる人数がまだ少なく分析が難しい。また、コロナ禍のためフレイルの進行と予防の取り組みの効果が計りづらい。

行動変容を促す支援：ハイリスクアプローチについては、行動変容、健診受診に結びつけるための支援方法の検討が必要。

担い手の育成：住民を巻き込んだ取り組み（ボランティアなどの連携）について、高齢者の健康づくりに関する様々な団体があり、どのような枠組みで体制を構築していくか検討中。

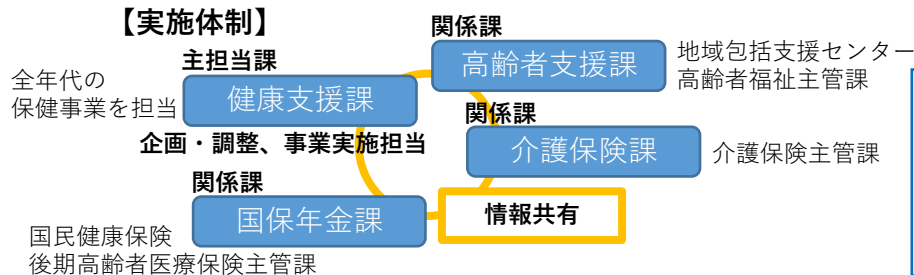
普及啓発：広く市民に「フレイル予防」が浸透するよう効果的な取り組みについて検討が必要。市民の身近な場所で「フレイル」について知る機会を増やす。

千葉県習志野市

- ハイリスクアプローチの取組区分を5つ（低栄養、その他の生活習慣病等重症化予防・慢性腎不全、その他の生活習慣病等重症化予防・高血圧、健康状態不明者対策、認知症）実施。
- 国保加入者を対象に実施している保健事業のノウハウを高齢者の保健事業で活かしつつ、その他新規の取組を展開することで、多角的なアプローチを実現。

【概況】令和3年3月31日時点

人 口	175,301人
高 齢 化 率	23.4%
後期被保険者数	21,128人
日常生活圏域数	5圏域



【人員体制】 健康支援課

一体的実施担当保健師（職員1名、会計年度任用職員1名）
 一体的実施担当管理栄養士（会計年度任用職員1名）
 地区担当保健師（職員5名※現在コロナ対応のため1名減）
 地区担当管理栄養士（職員3名）
 地区担当歯科衛生士（職員2名）

【取組経緯】

- ・ 年齢による切れ目のない保健活動の展開を図るため、令和2年度より高齢者保健事業と一般介護予防事業の一部を高齢者支援課から、妊婦乳幼児～成人の保健事業を担当する健康支援課へ、事務分掌移管された。その見直しに伴い、一体的実施の担当課や実施内容等を健康支援課と高齢者支援課で検討し、健康支援課で実施することが決定された。
- ・ 健康状態不明者へのハイリスクアプローチについては、訪問開始前に、地域包括支援センターへ本事業について説明し協力を依頼。また、高齢者支援課へ福祉サービス等の利用の有無について照会し、その他過去のレセプト、世帯の状況等情報を収集した上で訪問。

【企画・調整等】

- KDBの活用
- ・ 健診の結果の経年分析により、
 - ・ 75歳以上被保険者数は平成29年と比べ令和元年は108.7%に増加しているのに対して、低栄養該当者は114.7%の増加である
 - ・ 平成29年度低栄養で令和元年度に重症化（要介護の新規認定・重症化・死亡）する割合は平成29年度正常数値の人と比べ、2.3倍である。
 - ・ 平成29年から令和元年の血圧分類Ⅲ度（診察時180/110個）のリスク比はそれ以外の血圧分類の被保険者と比べて約1.5倍である
- ということが判明した。以上の結果から、健康課題として、
- ・ 低栄養による重症化リスクの回避
 - ・ 高血圧が要因の脳血管疾患等発症の抑制を設定。加えて、国保・慢性腎不全予防健康相談対象者の継続支援と、健康状態不明者と質問票認知項目該当者も介入対象者とした

【抽出条件】

- 低栄養予防：令和3年度健診受診者のうち①75歳～84歳②アルブミン値3.9以下かつBMI21.5未満の両方に該当。高齢者支援課へ配食安否確認サービス利用者を照会し、該当者は除外。
- その他の生活習慣病等重症化予防（高血圧）：令和3年度健診受診者のうち①75歳～84歳②Ⅱ度高血圧以上（160/100個）③健診問診項目に高血圧・糖尿病・脂質等に係る内服がない
- その他の生活習慣病等重症化予防（慢性腎不全予防）：国保・慢性腎不全予防健康相談実施者の後期高齢者以降の継続者
- 健康状態不明者：①75歳～84歳②令和1・2年度の2年間健診未受診かつ医療レセプトなし。要支援介護認定者かつサービス利用のある者等第三者の介入がある者は除く
- 認知機能低下①75歳～84歳①質問票「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言われて」と「今日が何月何日かわからない時がありますか」該当者。問診項目に「収入のある就労」の有無を追加し該当しているものは除く。

【指導内容】

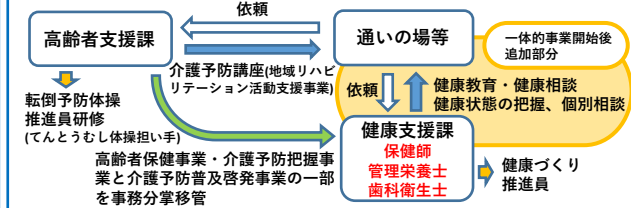
- 低栄養予防：高リスクで重症化し今後も対象者の増加が見込まれるため、より予防的な介入を行うため対象者を拡大した。そのため対象者の状況に応じて、小集団・個別指導等手法を変え実施する。
- その他の生活習慣病等重症化予防（高血圧）：医療受診勧奨、家庭血圧の確認・測定の勧奨を行う。2回目までは電話にてアプローチ、電話が2回繋がらなかった場合は訪問する。
- その他の生活習慣病等重症化予防（慢性腎不全予防）：腎不全予防に関する生活習慣が定着しているかモニタリングを行う。
- 健康状態不明者：経済・社会的な課題について必要な情報やサービス、関係機関へ支援者がつなぐ。
- 認知機能低下：各事業の中で認知症の診断を受けながらも未受診の事例があり、認知機能の衰への自覚がある者に対して状況把握と認知症予防や相談窓口を周知している。

【ハイリスクアプローチ】

- その他の生活習慣病等重症化予防（高血圧）：医療受診勧奨、家庭血圧の確認・測定を勧奨を行う。2回目までは電話にてアプローチ、電話が2回繋がらなかった場合は訪問する。
- その他の生活習慣病等重症化予防（慢性腎不全予防）：腎不全予防に関する生活習慣が定着しているかモニタリングを行う。
- 健康状態不明者：経済・社会的な課題について必要な情報やサービス、関係機関へ支援者がつなぐ。
- 認知機能低下：各事業の中で認知症の診断を受けながらも未受診の事例があり、認知機能の衰への自覚がある者に対して状況把握と認知症予防や相談窓口を周知している。

【ポピュレーションアプローチ】

○通いの場等への積極的関与



- ・ 地域のサークル、町会、老人クラブや習志野市社会福祉協議会支部のふれあい・いきいきサロン、公民館の寿学級などの通いの場において、健康教育や健康相談を実施。質問票や体力測定等により健康状態の把握を行う。必要な者に対して個別相談を行い、低栄養やオーラルフレイル、筋低下等フレイル予防について保健指導を実施する。
- ・ 「生涯を通じた歯と口の健康」「生涯を通じた健康的な食生活」「生涯を通じた健康づくり」をテーマにしたまちづくり出前講座を活用し、地域支援事業と連携して実施している。
- ・ 既存市民ボランティアによる波及効果をねらい、健康づくり推進員に対するフレイル・低栄養予防について研修を実施。

○課題、今後の展望

- 庁内連携の強化**：健康状態不明者について、訪問や関係機関への照会等でも把握できない対象者が存在するため、把握方法の手段や他部門との連携等方法を多岐に広げ、より把握できる手段を検討する必要がある。
- 行動変容を促すアプローチの展開**：対象者は長く蓄積された経験のもと判断しているため、健診受診等の行動変容につながるには難しい。対象者がよりよい選択につながるよう、継続的な支援や目標の変更等検討する必要がある。
- 訪問時の連絡方法等の工夫**：現在習志野市においては、電話はつながりにくいが、対面の訪問は受け入れられやすい傾向がある。しかしながら、それも10年ほどで世代が変わると変化する可能性が高いので、今のうちから介入方法の工夫を検討する必要がある。

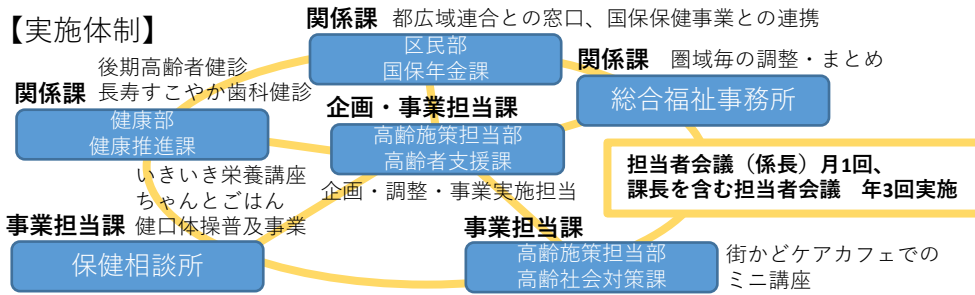
東京都練馬区

- 一体的実施開始初年度であるにもかかわらず、既存の地域支援事業の取り組みを応用し、多彩なポピュレーションアプローチを展開している。
- 高齢部門に専管部署を設置し、関係部署との学習会・担当者会議を定期開催することで、庁内および地域包括支援センターとの連携を構築している。
- 「健康上の課題が多い方」「機能低下のおそれがある方」「元気な方」の段階ごとに新規・既存の事業を整理し、戦略的に事業を実施している。

【概況】 令和3年4月1日時点

人 口	740,417人
高 齢 化 率	21.8%
後期被保険者数	83,732人
日常生活圏域数	4圏域

【実施体制】



【人員体制】

高齢者支援課	高齢者健康支援係
企画調整を行う保健師	1名(常勤)
高齢者保健指導専門員	4名(会計年度職員)
(内訳)	保健師 1名
	管理栄養士 2名
	歯科衛生士 1名
事務職	1名(常勤)
地域包括支援センター25カ所(委託)	
訪問支援員(社会福祉士等)	各2名、計50名

【取組経緯】

- 令和元年度に、令和3年度の事業開始に向けて、国保年金課が事務局となり、関係部署で集まって学習会を月に1度のペースで開催し、検討を開始した。部ごとにリーダーを選出し、声を掛け合いながら、お互いの実施事業の内容を把握することから始めた。
- 今までは、健康等に関心のある高齢者が事業参加していたが、これからはKDBシステムを活用することで、健康問題に課題のある高齢者が抽出でき、事業参加を促すことができることを確認した。
- その後、令和2年11月に、地域包括支援センターを所管する高齢者支援課に事務局を移した。

【企画・調整等】

○ **KDBの活用**
 「医療費分析(2)大、中、細小分類(令和元年度)」帳票より、地域の高齢者の健康課題として、
 ・骨折、慢性腎臓病、関節疾患、糖尿病の医療費に占める割合が高い
 ・糖尿病があると重症化リスクが高まる疾病が医療費の5割以上を占めているという傾向が見られ、糖尿病や筋骨格系への対策が必要であることが判明した。
 また健診結果では
 ・やせリスク者(BMI18.5未満)の有所見率が高い
 という傾向があったため、『糖尿病性腎症重症化予防』と『低栄養予防』合わせて『健康状態不明者対策』についても取り組むこととした。

【ハイリスクアプローチ】

○ **糖尿病性腎症重症化予防**
 ・HbA1c、生活習慣病レセプトおよび服薬履歴等(前年度)により対象者を抽出する。
 ・生活習慣が改善しているかを質問票により確認、医療レセプトで受診の有無を確認、健診結果の数値が維持・改善しているか確認する。
 ○ **低栄養防止**
 ・BMI、血清アルブミン、低栄養関連レセプトあり(前年度)等により対象者を抽出する。
 ・聞き取りにより医療受診状況、生活状況を把握する。
 ・健診結果からBMI、アルブミン数値が維持・改善しているかを確認する。
 ○ **健康状態不明者対策**
 ・健診未受診かつ医療レセプトなしの者(前年度)、区実施のひとり暮らし高齢者等実態調査により訪問対象者を選定し、**高齢者保健指導専門員1名+各地域包括支援センターの訪問支援員1名**で連携して訪問する。
 ・健診を受診したかを、KDBシステムにより確認する。
 対象者については、アセスメント結果に応じて医療機関受診、栄養指導、健診受診、通いの場、その他必要なサービスにつなげる。

【ポピュレーションアプローチ】

○ **通いの場等への積極的関与**
 ・街かどケアカフェ(26か所)、はつらつセンター(4か所)、敬老館(11か所)等を対象とする。
 * **高齢者のためのちゃんとごはんといきいき栄養講座**
 ・フードモデル等の媒体を使用して講座を開催する。
 料理のデモンストレーションを実施し、低栄養予防の食事を体験する。
 * **健口体操普及事業**
 ・オーラルフレイル予防の知識と「ねりま お口すっきり体操」を学び、「10日間チャレンジシート」を活用し、体操を習慣化させる。
 * **街かどケアカフェでの介護予防・フレイル予防支援**
 ・歯科衛生士、管理栄養士による出張のミニ講座を行う。
 歯科健診や健康診断の結果などを活用し、個別の相談にも応じる。

ちゃんとごはんといきいき栄養講座



お口すっきり体操10日間チャレンジシート



○課題、今後の展望

効果的な通知方法: 本来ポピュレーションアプローチの事業にも参加して欲しいハイリスクの対象者が参加につながりにくく、その意識変容を図る必要がある。参加者募集にあたって、効果的な通知方法を検討する必要がある。
健診受診の勧奨: 訪問した健康状態不明者230名のうち、20数名が健診受診に至っているが、健診を受けないことが習慣化してしまっている者の対策が必要である。
担い手の育成: ポピュレーションアプローチにおいて、被保険者自らが支援者となるためのフレイルサポーター育成プログラムを検討する。
ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチの連動: ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチが連動し、事業効果を高める取組を検討していく。

4. 東海北陸厚生局

富山県黒部市

○部内横断的な組織体制で一体的実施事業を開始。医療専門職や介護支援専門員及び生活支援コーディネーター等の多職種が連携。地域の健康課題の解決のため、生活習慣病の重症化予防やフレイル対策を推進し、ハイリスクアプローチ事業を6種類と多岐に実施。

市の概況（令和3年3月31日時点）

人口	40,706人
高齢化率	31.61%
後期被保険者数	7,382人
日常生活圏域数	2圏域

【実施体制】

健康増進課（保健・介護予防一体推進班設置）

- 医療専門職(企画・調整担当)
- 日常生活圏域で活動する医療専門職

保険年金課

- 広域連合・国保連合会との連絡調整窓口
- 特定健診、高齢者健診

市民福祉部 情報共有 連携

福祉課

- 通いの場、一般介護予防教室
- 生活支援コーディネーター

地域包括支援センター

- ケア会議
- 高齢者実態把握調査

取組経緯

○市では74歳までの特定健診の結果を中心とした生活習慣病発症予防及び重症化予防に特化した保健事業を実施し、75歳以降の後期高齢者に対しては積極的な保健事業を実施してこなかった。その一方で介護予防事業は、フレイル対策を中心とした一般介護予防教室の実施や住民主体の運営である「通いの場」では運動を中心とした活動が展開されていた。そこで、一体的実施の制度を機に、健康状況や生活機能の課題に一体的・総合的に対応するため、健康増進課に「保健・介護予防一体推進班」を新設し、部内横断的な推進体制を整備し、対応の強化を図った。

企画・調整等

○KDBの活用

・「地域の全体像の把握」帳票を中心に、国・県・同規模と比較して地域の高齢者健康課題を把握。

・課題解決のための事業計画、実施生活習慣病（糖尿病・高血圧等）の重症化予防とフレイル予防（低栄養・口腔機能低下予防・骨粗鬆症予防）を組み合わせた事業の実施。

・健康状態不明者の把握に活用し、地域包括支援センターに調査依頼等

ハイリスクアプローチ

○多職種と連携した事業展開

生活習慣病（糖尿病性腎症・循環器疾患）重症化予防については、管理栄養士、歯科衛生士及び保健師が保健指導を行っている。介護認定を受けている対象者は、介護支援専門員と情報を共有。更に、腎機能低下や心臓病等がある対象者に対しては、県理学療法士会に依頼し運動指導を実施。

フレイル予防（栄養・口腔）では、健診結果や質問票をもとに対象者を抽出し、管理栄養士、歯科衛生士等で保健指導を実施。健康状況不明者は地域包括支援センターと連携し、実態把握調査、情報共有。

○ポリファーマシー対策モデル事業（広域連合事業）

重複・多剤者を対象に、薬剤師の訪問服薬相談に保健師・介護支援専門員が同行し連携実施。



ポピュレーションアプローチ

○「通いの場」と一般介護予防教室に關与したフレイル予防

医療専門職の関与を希望した「通いの場」と老人クラブと共催している介護予防教室等で実施。フレイル予防（低栄養・口腔機能低下予防）の啓発及び質問票結果をもとにハイリスクアプローチへの支援に繋いでいる。

また、骨粗鬆症予防に関心のある「通いの場」に対して、「骨&筋力アップ講座」として骨量測定の実施から始め、骨粗鬆症予防を中心とした栄養面、口腔面、運動面、薬物療法等の講話等を医療専門職が実施。



今後の展望、課題

○ハイリスクアプローチ：多職種や介護支援専門員と連携し個々のニーズに合わせた介入をしながら事業の推進に努める。また、高齢者自身が加齢による「あきらめ感」があったり、体の変化に気づくにくいことから医療専門職の介入を拒むこともあるが、「高齢者の健康推進応援団」としてチームで根気よく事業を展開していく。

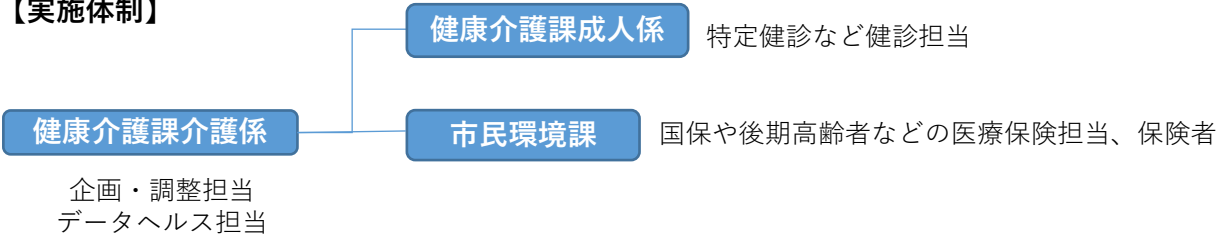
○ポピュレーションアプローチ：「通いの場」等の参加者は健康への関心が高い者が多いことから、フレイル予防や生活習慣病予防の啓発を継続し、地域での健康づくりを一層推進する。その一方で、市の健康ポイント事業を活用して、セルフケアを実践する高齢者を増やしていく。

岐阜県山県市

- 日常生活圏域が、山間部にあり高齢化率が高く介護サービスに限られる北部と、市街地に近く民間サービスが充実している南部に別れている。
- KDBシステムの分析により、市の介護の認定率は国・県・同規模市町と比較すると低いですが、要介護2以上の認定率は高く、介護給付費も高い。重症化の傾向が見られるため実態把握を行う必要性を認識し、ハイリスクの可能性の高い「健康状態不明者」から優先的に行うこととしている。

市の概況（令和3年11月30日時点）	
人口	26,045人
高齢化率	36.2%
後期被保険者数	4,664人
日常生活圏域数	2圏域

【実施体制】



取組経緯

- 山県市は近隣市町と比較し、人口減少率が高く、特に若者の市外への流出割合が高くなっているほか、高齢化率も高く今後も上昇していくことが予想され、平成29年より高齢者のフレイル予防に取り組んできた。管理栄養士や理学療法士等が通いの場での健康教育を実施したり、配食サービス利用者への実態把握を行うなどの活動を行っていた。また健診の受診率は県平均より低く、市としても課題になっている。
- 上記理由より、早期から介護予防の重要性を認識し、介護予防に取り組んできたが、保健事業部門と介護予防部門が連携を取ることで、より効果的な介護予防事業が実施できると考え、一体的実施に取り組むことになった。
- 一体的実施で連携する課とは、特定健診等で普段から関係があり、実施に際してハードルとなる部門間連携についても問題がなく、スムーズに開始できた。

企画・調整等


- **KDBの活用**
一体的事業の実施以前から国保事業（特定健診・保健指導・データヘルス計画等）でKDBを活用している。
岐阜大学と連携し、データ分析に関する助言を得られる体制を整えている。また、山県市は岐阜大学に通いの場に関する研究のフィールドを提供しており、その研究成果の提供を受けている。

ハイリスクアプローチ

- **健康状態不明者等対策**
後期高齢者全員を対象に郵送によるアンケートを実施。分析した結果よりハイリスク者及び未回答者に対して保健師及び地域包括支援センター職員が家庭訪問による実態把握を実施。
- **低栄養予防**
配食サービス利用者等で、BMI18.5未満、半年で2～3kg体重減少者に電話又は訪問による保健師指導を実施。
- **糖尿病腎症重症化予防**
岐阜県糖尿病性腎症重症化プログラムに基づき対象者を選出し、全ての対象者に受診勧奨を実施。対象者の受診状況を医療機関からの情報で確認している。

ポピュレーションアプローチ

- **健康教育・健康相談・フレイル状態の把握**
通いの場において健康教育・健康相談・後期高齢者質問票の活用や体力測定を実施。支援の必要な高齢者に対し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、介護サービスの紹介などを実施している。
フレイル予防健康教育については、チラシや広報番組も用いて広報を行っている。



今後の展望、課題

- **KDBによる分析の強化**：南部と北部で状況が異なる日常生活圏域別に詳細なKDBによる分析を行うことで、より効果的な事業の実施を進める。
- **ハイリスク者の更なる抽出**：健康状態不明者等対策や通いの場におけるポピュレーションアプローチを通じて、ハイリスク者の更なる抽出を進めていく。
- **通いの場への関与の拡大**：市民主催のサロンなどと連携し、これまで関わりが薄かった通いの場への関与を広げていく。また、通いの場のスタッフがフレイルチェックや体力測定の手法等を学べる体制の構築を今後も続けていく。

5. 近畿厚生局

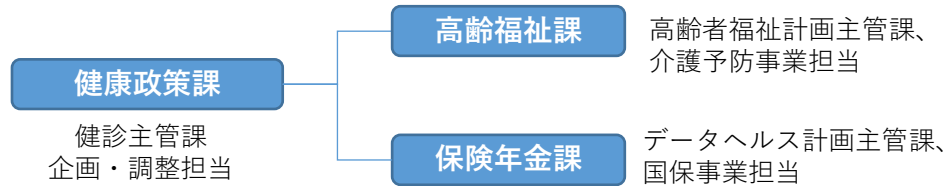
滋賀県湖南市

- 一体的実施開始を機に、国保加入者を対象に実施していた糖尿病性腎症重症化予防対象者を後期高齢者に拡大。
- 既存の事業を一体的実施の視点を踏まえて実施し、フレイルサポーターの養成や100日チャレンジなど新規事業も開始。

市の概況（令和3年4月1日時点）

人 口	54,838人
高 齢 化 率	24.7%
後 期 被 保 険 者 数	5,952人
日 常 生 活 圏 域 数	4 圏域

【実施体制】



※上記以外に集団接種会場での啓発のため、新型コロナウイルスワクチン対策室の協力も得る。

課を超えて既存事業を整理し可能な範囲で1本化したことで、複数課の職員同士が互いの仕事を見える化し、事業同士を活用し合える関係性を構築◎

取組経緯

- 後期高齢者の健診については、以前より健康政策課と保険年金課が協働して実施。健診の事後フォローは広域連合が主となって行い、事業実施にあたっては高齢福祉課が連携し必要時訪問指導に同行。また介護予防事業は高齢福祉課が主となって実施しており、状況に応じて健康政策課の地区担当保健師が同行するなどの連携のみであった。
- 国の指針を受け、各課が個々に行っていた後期高齢者の保健事業と介護予防事業について、3課が一体となって実施することで、事業の不要な重複事業・事務をなくし、より対象者へ効果的かつ円滑に事業を行っていくことを目的に、令和元年度より一体的ワーキンググループとして3課の課長・担当者が集って実施に向けた計画を開始。令和2年度より、各市町の取り組みを参考にしながら事業を開始。

企画・調整等

○KDBの活用

地域分析として、圏域ごとの医療費や健診結果および健診時の問診内容から、健康課題を抽出するなど活用している。

滋賀県は75歳以上の健康診査を受診できる人に条件があるため、収集できるデータ自体にバイアスがかかってしまっている。今年度は、まずは幅広くデータをとるために様々な保健事業でフレイル質問票を活用し、データ収集に努めている。

ハイリスクアプローチ

○糖尿病性腎症重症化予防

広域連合の受診勧奨事業と、国保事業の糖尿病性腎症重症化予防プログラム事業が連携できる形とすることで、データ抽出や医療機関との連携方法を一本化し、各事業では対象とならなかった対象者層へのフォローを強化。

○服薬指導

保険年金課が実施していた服薬通知事業の結果を分析整理し、高齢福祉課が実施する薬剤師情報交換会の場を借り、市内薬局に勤める薬剤師へ対象者の選定や薬局での指導について協力をお願い。薬剤師の協力により対象者はいつも利用する身近な薬局で助言を受けられる環境となっている。

○健康状態不明者把握事業

健康状態の確認にはフレイル質問票を活用し、ゆくゆくは健診受診者や他の保健事業参加者との比較も見据えてデータ蓄積をしている。健診受診勧奨の個別訪問は、国保事業の特定健診未受診者対策事業の未受診者訪問事業と同時実施とし、その地域に詳しい各小学校区の地区担当保健師に訪問を依頼している。また、対象者の選定および訪問後の様子から事後フォローが必要となる場合を見据えて、訪問の対象者リストは高齢福祉課・地域包括支援センターと事前に共有している。

ポピュレーションアプローチ

○他課との連携による様々な事業機会を捉えての啓発

- ①お口のお手入れ100日チャレンジ事業
健口体操と任意の項目に100日間挑戦してもらい、達成度に合わせ健康グッズを進呈。
- ②いきいき百歳体操体力測定会
市内各会場へ理学療法士や保健師、看護師が出向き、1年に1回の体力測定を実施。
- ③介護予防普及啓発事業出前健康講座
フレイルに関する地域課題に沿った健康教育をフレイル質問票を活用しながら実施。
- ④その他フレイル啓発事業
フレイルに関する啓発・情報提供・健康教育を実施。
- ⑤フレイルサポーターステップアップ事業
フレイルサポーターと地域ささえあい推進員の協働を図るため交流会を兼ねた講座を実施。

今後の展望、課題

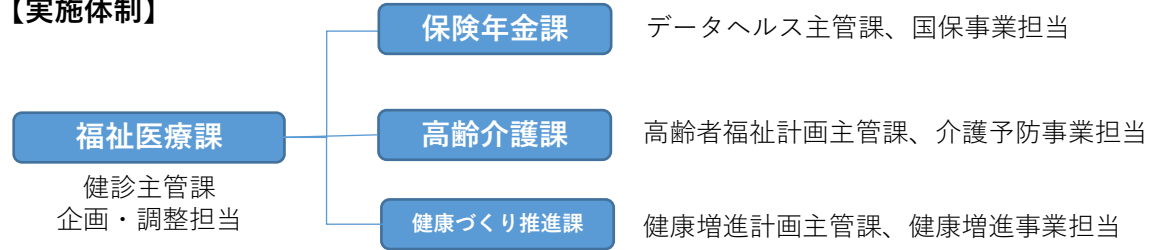
「つながり」を1つのテーマにし、事業展開をしている。新しい生活様式を強いられる中、市民、職員等に無理が生じない事業のあり方を検討してきた。今年度は課を超えて既存事業を整理し可能な範囲で1本化したことで、複数課の職員同士が互いの仕事を見える化し、事業同士を活用し合える関係性を構築できたことは成果のひとつであり、また、地域のリーダー同士が顔の見える関係を作ることが出来たのも成果と考える。市民のタイムリーな「現状」を把握するべく、令和3年度より一体的実施の事業全て質問票を用いたデータ収集を行っている。次年度以降もデータをさらに蓄積しながら、多角的に分析し、次年度以降の事業展開につなげていきたい。 16

大阪府富田林市

- 一体的実施開始以前から、市内の医療専門職による日常的な情報共有、課を越えた事業の実施を行ってきたため、スムーズに一体的実施を開始。関係課・関係機関が連携することにより、各専門職が有する知見やネットワークの協力を得られ、事業が円滑に進行中。
- 住民の生活実態を正確に把握することを常に意識。事前アセスメントや支援内容の検討の丁寧な実施。

市の概況（令和3年3月31日時点）		
人 口		109,650人
高 齢 化 率		30.6%
後期被保険者数		16,809人
日常生活圏域数		3 圏域

【実施体制】



4課の保健師等から構成される『けんこう小町隊』の取組等を通し、関係課で連携した事業をほぼ毎月のように実施◎



取組経緯

- 以前は、各課が担当事業を各々実施していたが、各課保健師が目標や事業内容の共有の必要性を感じた。平成25年度より課を超えての健康に関する啓発、各課の事業の目的等を共有する会議を開催し、会議については平成28年度から定期的な開催に至った。
- 一体的実施開始前は、後期高齢者に特化した保健事業を市で実施していなかった。厚生労働省よりガイドラインが示された際、市としての保健事業の必要性を市内で実感。後期高齢の事務担当課に医療専門職を配置し、国保部門、介護部門、健康増進部門の4課連携で事業を開始。

企画・調整等

- **KDBの活用**
対象者抽出や保健指導前のアセスメントとして日常的に活用。健康課題の分析として、疾病別医療費大分類等の確認を行う。健診結果のデータを整理したものを4課で共有。
地域の高齢者健康課題として、
・介護認定率が府下平均より高い
・人工透析者のうち、過半数がⅡ型糖尿病を起因とした糖尿病性腎症
・歯科健診の有所見者割合が高いを掲げた。

ハイリスクアプローチ

- **低栄養防止** ○ **糖尿病性腎症重症化予防**
- **その他の生活習慣病重症化予防**
※抽出基準はガイドライン等を参考。
・通知後、健康状態の確認も含め、全件に対し架電を行う。
・事前のアセスメントの丁寧な実施。
・適切な保健指導のため抽象的な表現ではなく、目に見えるツール（食品サンプル等）で対象者と共有。
・身体の状態を実感するため、体組成計を用いた体組成測定や握力測定の実施。
・国保部門の事業をもとに後期高齢担当課でも実施することで、かかりつけ医連携も大きな負担がなく実施。
・介護部門の事業への接続を意識しており、必要な人への適切な案内を実施。
・事業で感じた課題は関係課と必ず共有。

ポピュレーションアプローチ

- **あらゆる場（①～⑥等）への積極的関与**
高齢者が集まる場でフレイル予防、健診受診勧奨、質問票を活用した健康状態の把握等を行う。必要時は関係機関と連携し、個別健康支援を実施。

- ① 通いの場
- ② 出前講座
- ③ 集団のがん検診会場
- ④ 市が関連するイベント
- ⑤ 医療関係団体と連携したフレイル対策啓発事業
- ⑥ 広報掲載 等

< 通いの場（歯科教育） >



今後の展望、課題

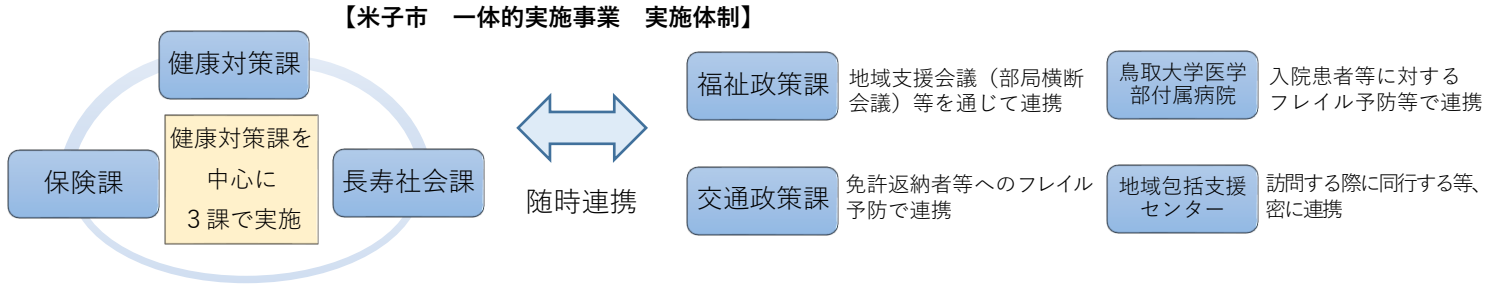
- **現段階の評価**：後期高齢者への保健事業の必要性や、フレイル進行は複合的要因によるものであり、様々な専門職の事業関与が必要であることを実感。
- **課題・今後の展望**：健康状態不明者把握の実施と低栄養防止の拡充。マニュアル等を活用した医療・介護データ分析。地域担当医療専門職が自律的に事業を推進できるよう、地域担当医療専門職の拡充や各関係・機関との連携における深化。

6. 中国四国厚生局

鳥取県 米子市

- 全ての圏域に地区担当保健師を配置し、高齢者の個々の健康課題に早期にアプローチできる体制づくり。
- 地区担当保健師によるきめ細かいアプローチに加え、交通政策課や大学病院等、庁内外の多様な関係機関との連携を活かしたフレイル予防事業を活用し、市民の健康寿命の延伸を目指す。

市の概況		
人口		147,205人
高齢化率		27.6%
後期被保険者数		22,656人
日常生活圏域数		11圏域



取組経緯

- 米子市の重点課題の1つに「健康寿命の延伸」があり、健康寿命を延ばし、住民が住み慣れたまちでいきいきと暮らせる地域作りを進めていくため、保健師の地区担当制を目指した。
- 令和2年度に保健師を5名採用し、市内の11圏域全てに地区担当保健師を配置。一体的実施事業が開始することと合わせて、地区の担当保健師が地域に出向き、住民の身近な場でフレイル対策に取り組み、高齢者の個々の健康課題に早期に気づき、対応できる体制ができた。

企画・調整等

○企画調整担当の役割
KDB等を活用して健康課題の明確化、事業対象者の抽出等を実施している。
また、庁内外の関係機関との連携、情報共有においても中心になって進めている。

○庁内連携
事業実施にあたって課内、庁内の関係課ともに密に連携しており、月に2回の一体的実施チームの会議や、月に1回の業務連絡会（専門職会）、地域支援会議（部局横断会議）といった定期的な会議に加えて、随時事業検討及び情報共有を行っている。

ハイリスクアプローチ

- **低栄養防止**
健診結果で、BMI20以下かつ昨年度の健診時よりも体重が2キロ以上減少した者(75歳以上85歳未満)を対象に実施。
- **重症化予防**
健診結果で、要治療であったが未治療者。また、昨年度同アプローチをした者の中で再度アプローチが必要と思われる者を対象に実施。
- **健康状態不明者**
前年度対象者のうち、再度状況を確認する必要がある者（認知能力に心配がある者、自覚他覚症状あるが医療受診の無い者、所在不明者等）を対象に実施。
- **鳥大医療連携フレイル予防**
鳥大医学部附属病院が入院する者に実施するフレイル度チェック（基本チェックリスト）で、プレフレイル又はフレイルに該当した者を対象に実施。
- **免許返納者フレイル予防**
庁内交通政策課が車免許返納者等、高齢者を対象とするバス定期券割引サービス利用者に基本チェックリストを実施しており、フレイルに該当した者を対象に実施。
- **ワクチン会場でのフレイル予防（うつ傾向者）**
庁内コロナワクチン接種会場で実施するフレイル度チェックの結果、フレイル該当者のうち心の健康リスクが高い者（5問中5問該当）を対象に実施。

ポピュレーションアプローチ

- **健康相談、健康教育**
各地区組織会、公民館講座及びサロンに出向きフレイルの説明、健診のすすめ、その他健康教育を行った。フレイル対策の拠点を市内に2カ所設けたこともあり、自治会を巻き込んでまちぐるみでフレイルの啓発をした地区もある。
また、令和2年度から開催している「保健師の出張なんでも健康相談」を各公民館で月1回実施し、健康教育及び健康相談を実施した。健康教育及び健康相談の機会には、できるだけ運動実践する機会を設けるよう計画した。
- **フレイル状態の把握**
各地区組織やサロン、保健師の出張なんでも健康相談、新型コロナワクチン集団接種会場で機会を捉え、基本チェックリストを用いてフレイル状態を把握する。
- **気軽に相談できる場作り**
地区集会所や民間事業所など住民が集まりやすい場所を開拓。百貨店のイベントにおいて、骨密度測定及び健康相談を実施。薬局訪問を行い、市の事業等を紹介。

今後の展望等

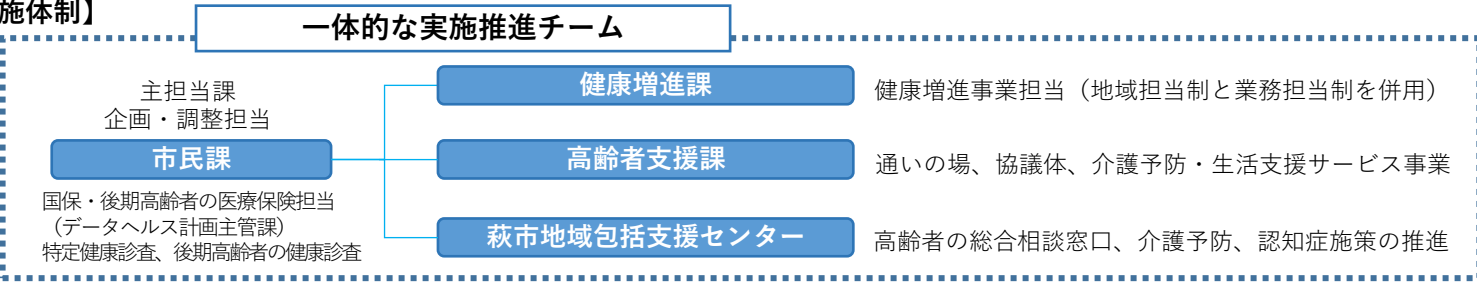
かかりつけ医・歯科医・薬局との顔が見える関係づくり
ハイリスクアプローチ等で個別の支援をする際に、地域のかかりつけ医に「この方の今後についてどう支援していくか」といった相談ができるようになるのが理想だと考えており、後は開業医（診療所）を訪問し、関係づくりをしていきたいと考えている。

- 介護予防や健康教室等、内容や対象者が重複していた既存事業を可能な範囲で整理し、複数課の職員と連携しながら一体的に実施。
- 萩市社会福祉協議会や地域ささえあい協議体（第2層）と連携、「島の保健室」といった気軽に住民が集える場づくりを行う等、地域の強みや特性を活かした健康づくり、地域づくりにより、健康寿命の延伸を目指す。

市の概況（令和3年3月31日時点）

人 口	45,105人
高 齢 化 率	43.9%
後 期 被 保 険 者 数	10,497人
日 常 生 活 圏 域 数	10圏域

【実施体制】



取組経緯

○ 萩市では、人口減少、高齢化率が進み、健康増進課が実施する健康教室は、参加者の9割近くが65歳以上という状況だった。また、萩市地域包括支援センターが実施する、介護予防及び認知症予防等の教室と内容や対象者が重複することもあったため、地域の課題を全庁的に分析すると同時に、それぞれ実施している事業を整理し、これらの事業を一体的に実施することで、地域の特性を活かした健康づくり、さらには地域づくりにより、健康寿命の延伸を目指すこととした。

企画・調整等

○ KDBの活用

健診・医療・介護のデータから健康課題を分析し、地域ごとの実施事業内容やハイリスクアプローチの対象者を抽出。健診受診率が低く、生活習慣病予防の指導が本来必要な人が、対象者に上がってこないため、まずは、医師会と連携して健診の受診勧奨に取り組んだ。

ハイリスクアプローチ

- **健康状態不明者等**
KDBから対象者を抽出後、地域包括支援センター等へ実態把握の有無を確認、地域の医師等に相談の上選定。計2回程度の指導を実施し、健診、医療、介護保険サービス、通いの場等に繋げる。
- **低栄養防止**
健康診査の結果（BMI・貧血検査）から対象者を抽出後、診療所医師、地域の担当保健師と相談、協議を行い、対象者を選定。実施開始時、食生活（食行動・栄養・口腔状態等）について後期高齢者の質問票等により把握し、対象に応じた保健指導を訪問等で2～3回程度実施する。
- **糖尿病性腎症重症化予防**
健康診査の空腹時血糖・HbA1c・eGFR・尿蛋白の値から対象者を抽出後、地域の診療所医師に相談し、対象者を選定。初回訪問で生活状況及び心身機能を把握し、アセスメント結果に応じて目標を設定。3ヶ月後に目標の達成状況を評価し、必要に応じ、医療機関や栄養指導等に繋げる。
- **重症化予防（筋力低下予防）事業**
既存の通いの場等において、質問票や在宅介護支援センター相談員等によるアセスメントにて、対象者を選定。対象者1人につき、リハビリテーション専門職による月1～2回の訪問指導を実施。ADL向上等の目標を設定し、個々の機能に応じた筋力低下予防の運動指導等を行い、概ね6ヶ月後に目標の達成状況を評価する。
- **服薬指導**
KDBから重複受診者を抽出後、計3回程度の指導を実施する。事業の前後で、服薬状況と健康状態、医療機関の受診状況等を把握し、必要に応じ、かかりつけ医や薬剤師または介護サービス等に繋ぐ。

ポピュレーションアプローチ

- **通いの場でのフレイル予防、健康教室**
通いの場にて、定期的に医療専門職がフレイル予防（運動、栄養等）に関わる健康教室を実施し、必要に応じて個別の健康相談も行う。
 - **気軽に相談できる環境づくり**
離島において、地区社協の協力を得て、誰もが気軽に相談できるように島民が集う場所で「島の保健室※」を開催し、健康相談を実施。
- ※「島の保健室」
萩市の離島3地区（見島、相島、大島）において、「通いの場に集まる方以外の方でも気軽に立ち寄れるような場所を」という観点で、令和3年度より新たに開始。作業の途中でも、普段着で長靴のままでも立ち寄れる、船着き場近くのスペースや地区社協の事務所等を活用し、定期的に保健師・看護師が島を訪れ、高齢者以外（乳児等）も含めた島民を対象に実施している。

今後の展望

- 三師会と相談をしながら、健康状態不明者や糖尿病性腎症、低栄養等の対象者を訪問する際の指導・助言の必要なケースの情報提供の流れ（仕組み）を改めて整理をする。
- 服薬に問題のあるケースについて、医療機関と薬剤師会や介護職との連携の体制整備を萩圏域地域包括ケアネットワーク協議会で一緒に考えてもらえるよう提案する。
- 医療専門職の人材を確保し、丁寧に取組を実施する。特に、管理栄養士による糖尿病性腎症や低栄養の予防のための栄養指導を充実させる。

7. 四国厚生支局

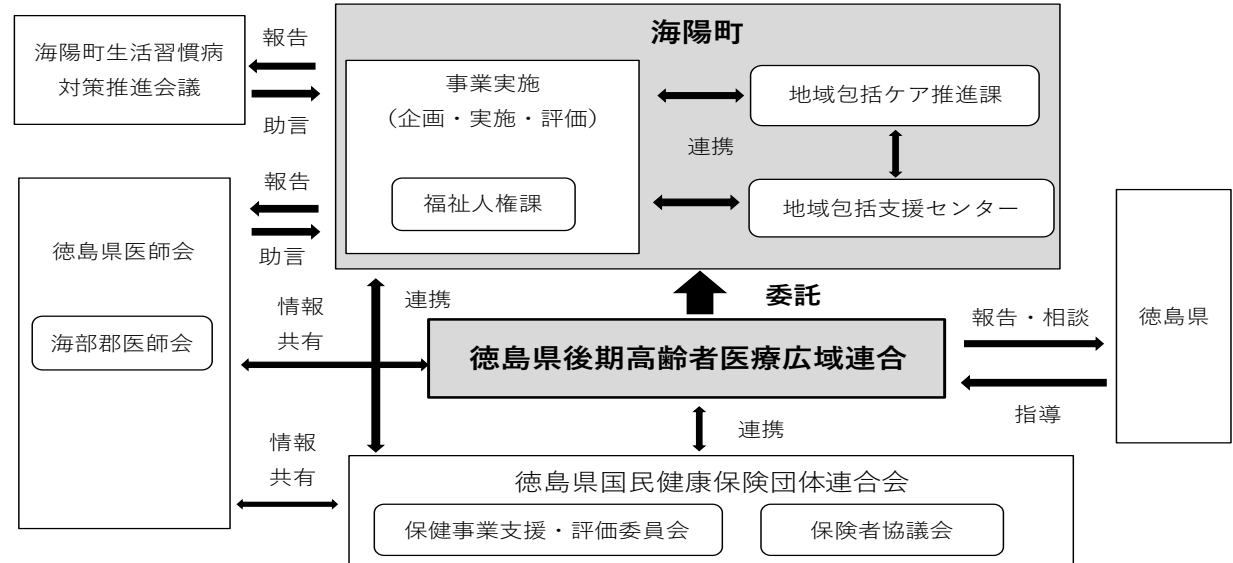
徳島県海陽町

- 国保から後期高齢者医療制度へ保険が変わることで、今までのように後期高齢者での健診が受診できないという住民からの声が聞かれる等、継続した保健事業が実施できていないという課題に対し、令元年度10月から一体的実施に取り組み、健診受診率の向上等に力を入れている。
- KDBシステムを活用し、健診、医療、介護データの分析により、地域の健康課題、対象者を明確にし、必要な対象者に健康教育や個別指導を実施し、地域支援事業の介護予防事業とも連携した取り組みを行うために一体的実施に取り組んでいる。

市の概況（令和3年3月31日時点）

人口	8,912人
高齢化率	43.1%
後期被保険者数	2,264人
後期高齢者1人あたり医療費	760,000円 ※令和2年度 KDBシステムより
後期高齢者健診受診率（令和2年度実績）	8.0%
日常生活圏域数	1圏域

【実施体制】



取組経緯

○ 一体的実施前からの取組み

平成20年度から予防可能な生活習慣病を予防することによって将来の医療費の伸びを抑えるためにライフサイクルの視点での保健活動を実践し、国保保健事業の中でも特定健診受診率向上に力を入れ、健診結果を基にした保健指導を継続してきた。

○ 一体的実施に取り組んだ背景

国保から後期へと保険が変わっても、継続した保健事業を効率的・効果的に実施していくために国保から継続した重症化予防や健診受診率向上に取り組み、健康寿命の延伸と将来の医療費の伸びを抑えることが必要である。

そのためには、国保から後期へ移行しても継続して健診を受診できるような体制整備や健診結果を基にした保健指導の実施が重要であるため、一体的実施に取り組むこととした。

○KDBの活用

被保険者1人ひとりの健診に係るデータ（質問票を含む）や医療レセプト、要介護認定等の介護データを把握し、データを基に全国、県平均、同規模町村との比較、経年変化などから重点課題を明確にし、事業実施後のデータの変化で評価している。

KDB等のデータ分析から明確化した健康課題等から一体的実施事業の実施目的・目標を整理するとともに、庁内関係者間での健康課題の共有や既存の関連事業との調整を行い、町の実情、社会資源や行政資源等を踏まえた実施計画を策定する。

事業全体の進捗管理においても庁内関係者間で共有を図り、KDBシステム等を活用した事業の整理、分析、評価を行う。

○地域の健康課題

後期高齢者の96.3%が医療機関を受診しており、うち約8割は生活習慣病で受診中であり、介護認定率は19%と県平均よりも低い。1人当たり介護給付費は全国・県・同規模平均と比較して高い状況である。

介護認定者の有病状況では、脳卒中、虚血性心疾患が多く、基礎疾患として、高血圧が8割、半数以上が糖尿病、脂質異常症を持っていることから、生活習慣病の重症化が要介護の要因となっている。

高血圧、糖尿病治療中者のうち、約7割がすでに脳血管疾患や心疾患、腎不全などの合併症を起こしている

○糖尿病性腎症重症化予防等

平成23年度以降に国民健康保険で受診した特定健診結果において、空腹時血糖126mg/d l（随時血糖200mg/d l）以上HbA1c6.5以上、糖尿病治療中、過去に糖尿病薬使用歴又は糖尿病にて医療機関受診歴が確認できた者のうち79歳までの者（糖尿病性腎症重症化予防プログラムに一部準じる）であって、後期高齢者医療被保険者に移行した者（糖尿病管理台帳で整理）に対し、国保からの継続した糖尿病管理台帳を活用した重症化予防に重点をおいた個別的支援を実施する。

健診有所見者のうち、Ⅱ度高血圧以上で未治療・治療中断者、臓器障害ありの者を確実に医療につなげ、医療と連携した重症化予防に取り組んでいく。

重症化予防対象者のうち、多剤処方者、内服にてコントロール不良者に対し、服薬指導も同時に行う。

【工夫点】

健診受診者のうち、75歳～79歳までに対象を絞り、健診結果説明会を開催している。

保健指導は、面接、訪問、電話等で、地区担当保健師が継続してフォローしている。

○フレイル予防

後期高齢者健診受診者に健診結果をもとに高血圧や糖尿病等の生活習慣病の重症化によるフレイルへの影響、予防についての教室を開催し、学習教材を用いて、健康教育・健康相談・個別指導を実施する。（月1回）

地域の自主グループ活動の場に出向き、フレイル予防のための普及啓発や栄養、運動などのフレイル予防に関する健康教育、健康相談、個別指導を実施する。（3箇所 年2回ずつ）

教室開催時や活動の場への参加時に握力や体組成、血圧等の測定を行い、3か月後にフォロー教室を開催。測定結果や生活習慣の変化を確認し、生活習慣改善や健診の継続受診の必要性について繰り返し伝えている。

【工夫点】

自主的活動での実施時には、町内スポーツクラブの健康運動指導士を連携し実施している。

健康教育の内容は、参加者の要望に合わせて実施している。



海陽町の強みについて

○海陽町の強みについて

徳島県国民健康保険団体連合会が、KDBシステムの運用において技術支援等のサポートを行っており、職員の資質向上に繋がっている。

徳島県国民健康保険団体連合会のみならず、医師会や社会福祉協議会とも密な連携を図っており、町内で一体となって事業を行えている。

今後の展望、課題

- 健診受診率は少しずつではあるが増加しており、今後も79歳までの受診率向上、国保からの継続した受診勧奨を地区担当で進めていく。
- 社会福祉協議会との連携強化（いきいきサロン、100歳体操の場を活用した広報・周知等）

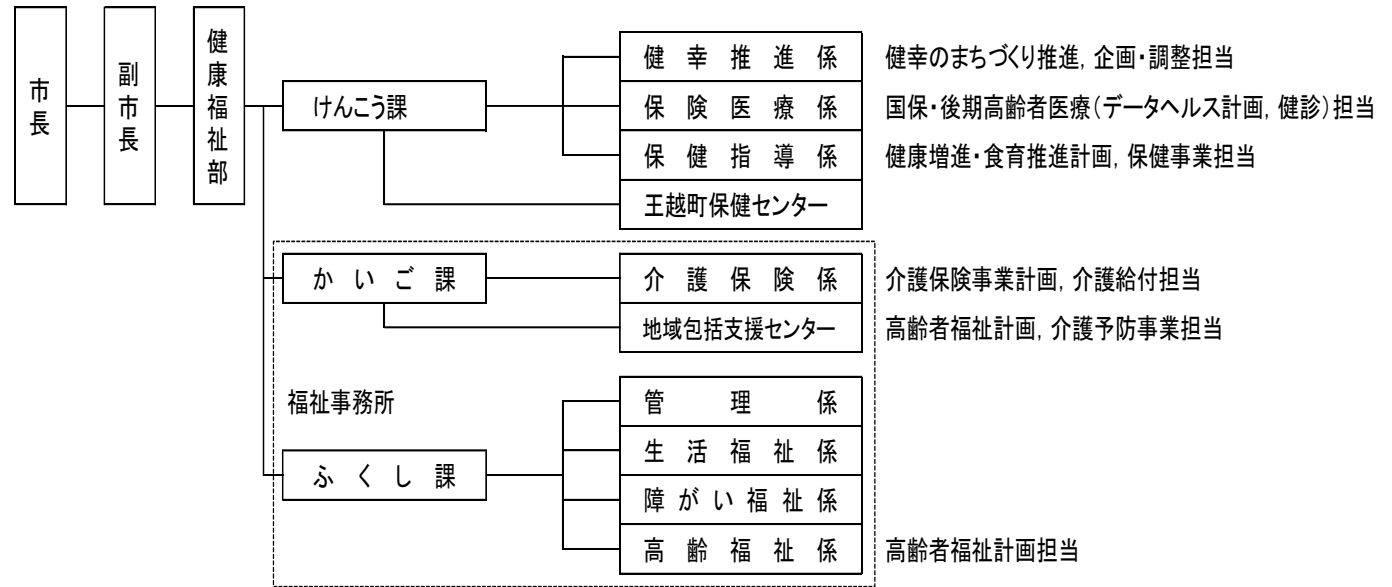
香川県坂出市

- 市民が健やかに幸せに暮らせるまちの実現をめざし、「健幸のまちづくり」に取り組んでいる。
- 市民の衛生習慣の浸透・定着を目的とし、市内の企業と「キレイキレイのまち坂出」プロジェクトを発足、連携・協力に関する協定を締結している。2019年4月からは、口の衛生習慣に関するプロジェクト第2期に取り組んでおり、健康に関する市職員等を中心に講習会を実施し、市民への普及啓発を行う「オーラルヘルスケアリーダー」の育成を行っている。
- 地域の通いの場等に医療専門職が関与させてもらうため、自治会や地区社会福祉協議会等へ事業の説明を行っている。

市の概況（令和3年4月1日時点）

人 口	51,926人
高 齢 化 率	34.9%
後 期 被 保 険 者 数	9,407人
後期高齢者1人あたり医療費	363,221円
後期高齢者健診受診率（令和2年度実績）	28.2%
日常生活圏域数	5圏域

【実施体制】



取組経緯

○ 一体的実施前からの取組み

特定保健指導等の保健事業は外部委託し、一般保健事業は参加者がほとんどいない状況のため、教室を若年層向けに変更するも、低迷中。

65歳以上の高齢者に対しては介護予防事業を実施。各地区公民館での実施をし、多くの参加者がいる。

○ 一体的実施に取り組んだ背景

坂出市の保健業務が、母子保健と介護予防事業のみで、青壮年期への取組が全くできていない状況だったため、庁内横断的な健幸のまちづくりを推進している部署に保健師を配置し、医療・健診・介護情報を総合的に分析し、既存事業を活用した事業に取り組むこととした。

○KDBの活用

KDBシステム活用マニュアルのワークシートを参考に、健診・医療・介護データの現状分析を実施。また、事業対象者をKDBの介入支援に登録し、管理するようにした。

○地域の健康課題

国保・後期高齢者ともに糖尿病の医療費割合が県や国平均よりも高く、後期高齢者では透析人工透析患者率も年々と増加している。

また、高齢者福祉計画および介護保険事業計画策定におけるニーズ調査結果において、介護・介助が必要になった主な原因が、脳血管疾患、心疾患、糖尿病などの生活習慣病関連の要因よりも「高齢による衰弱」「骨折・転倒」が高い割合を占めており、医療費においても、筋骨格系の医療費割合が国保よりも後期高齢者のほうが高くなっている。

○糖尿病性腎症重症化予防

後期高齢者健診結果をもとに、香川県糖尿病性腎症等重症化予防プログラムにより糖尿病や慢性腎臓病を判定する検査値が一定以上で医療機関に受診していない者や治療中断者として抽出された者に対して、受診勧奨や保健指導を実施する。

【工夫点】

国保事業と継続して行えるよう国保担当と連携し、75歳到達者や保健指導実施者で75歳を超えた者のフォローを行う。

○低栄養予防

後期高齢者健診結果が、BMI20以下かつ前年度からの体重減少が2kg以上ある者のうち、質問票において「6か月間で2～3kg以上の体重減少がある」が「はい」、または、「1日3食きちんと食べている」が「いいえ」の者に対して、管理栄養士および保健師が個別訪問指導（3～6か月間）を実施する。

【工夫点】

低栄養状態の一定の指標がないため、低栄養状態または低栄養のおそれがあると判断する基準について、坂出市医師会と協議して明確にする。

参加者にはかかりつけ医との情報共有の同意書を提出してもらい、必要に応じてかかりつけ医と連携し、助言・指導等をもたらえる体制にしている。

○健康状態不明者等

過去5年間に健診結果・医療レセプト・介護情報等がない者を抽出し、個別訪問を実施する。

【工夫点】

後期高齢者の質問票項目を含めたアセスメントシートを作成し、フレイルなど高齢者の特性を踏まえた健康状態を総合的に把握できるようにした。

○その他複合的取組

地域の通いの場等に医療専門職が関与し、フレイル予防に関する健康教育や相談を実施する。また、身近な相談場所として、市内7カ所の公民館において月に1回個別相談の機会を設け、相談に応じる。

【工夫点】

坂出リハ連携会と地域の通いの場等でのフレイルチェック項目について協議し、専門職による数値評価だけでなく、自己評価もできるフレイルチェックシートを作成した。

また、専門職によるフレイル予防における健康教育で、指導の差が出ないように、標準指導要領を作成予定。



坂出市の強み等について

○坂出市の強みについて

地域資源として、市内に健幸のまちづくり協力企業があり、当該企業と連携して事業が行えている。

また、市内の医療関係団体等が事業に積極的である。

○他市町へのアドバイスについて

他課や、関係機関（自治会や社会福祉協議会、医療関係団体等）との連携を密にしていけることが重要と考えられる。

今後の展望、課題

- 取組全体：準備段階と実施段階とで担当者が変更になったため、各担当部署の職員間の目的・目標が共有できておらず、事業推進に苦慮している。
- 個々の事業：通いの場等の活動休止中における関与方法や、今年度途中から開設した身近な相談場所の周知方法等を検討していく。また、オーラルフレイル対策における「オーラルヘルスケアリーダー」の活用や歯科衛生士の派遣など、実施方法を検討していく。

8. 九州厚生局

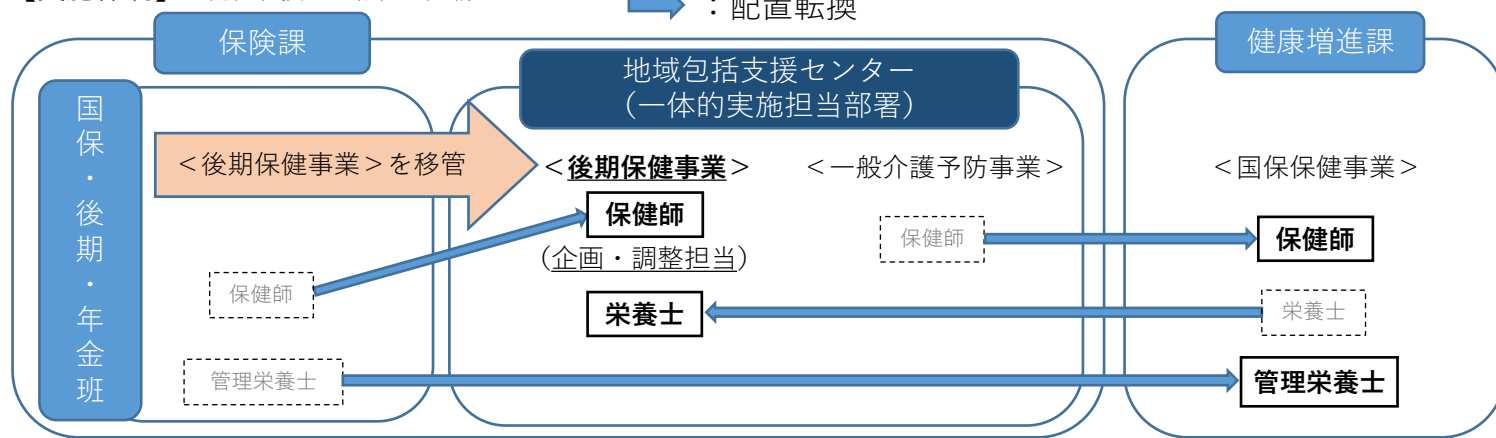
長崎県壱岐市

- 令和2年度に国保・後期・年金班の後期高齢者保健事業業務を地域包括支援センターに移管し、一体的実施担当者が一般介護予防事業担当者と同部署になることで、高齢者の保健事業と介護予防事業がよりスムーズに連携。
- さらに、国保担当、後期担当、介護予防担当が戦略的に配置転換することで相互の事業内容を把握し業務の効率化を図る。

【概況】 令和3年3月31日時点

人口	25,626人
高齢化率	38.1%
後期被保険者数	5,238人
日常生活圏域数	1圏域

【実施体制】 ※配置転換した職種を記載



【取組経緯】

- KDBから抽出した地域の全体像から、血糖・血圧リスクを有する人の割合が年々増加していること、また、介護認定率について、2号の認定率が高いことが見受けられたため、医療費の適正化に向けた予防・健康づくりの取り組みを早期段階から後期高齢者に至るまで一体的に取り組むことが急務。また、介護認定率が全国平均よりも高く、後期高齢者に対する介護予防事業の重要性も増してきたことから、制度開始を機に市として一体的実施に取り組むこととした。

【企画・調整等】

地域の健康課題として、循環器疾患に係る医療費の増加や外出自粛等による運動不足からフレイル悪化の懸念が挙げられたことから、『低栄養防止』『口腔機能低下予防』『糖尿病性腎症重症化予防』『健康状態不明者対策』に取り組むこととした。

【ハイリスクアプローチ】

- 低栄養防止・口腔機能低下予防
 - ・管理栄養士と歯科衛生士がペアで訪問
- 重症化予防（糖尿病性腎症）
 - ・保健師と管理栄養士がペアで訪問
- 健康状態不明者対策
 - ・保健師・管理栄養士・歯科衛生士等が状況に応じて訪問
 - ・健診未受診者への受診勧奨は、民生委員に依頼。

【ポピュレーションアプローチ】

- 通いの場への積極的な関与
フレイル教室を希望した高齢者サロンにおいて、フレイル予防をはじめとした高齢者の健康づくりに関する啓発や各種測定を含めた健康教育や健康相談を実施。



○課題、今後の展望

- ・地域の健康課題を分析するためにKDBデータを活用しているが、社会資源、生活習慣病に関する意識など、KDBでは見えない部分のデータを取り入れながらより多角的に地域の健康課題を把握していく。
- ・ケーブルテレビの活用など、オンラインの環境整備を行いながら、日常的に運動ができる体制を整備する。

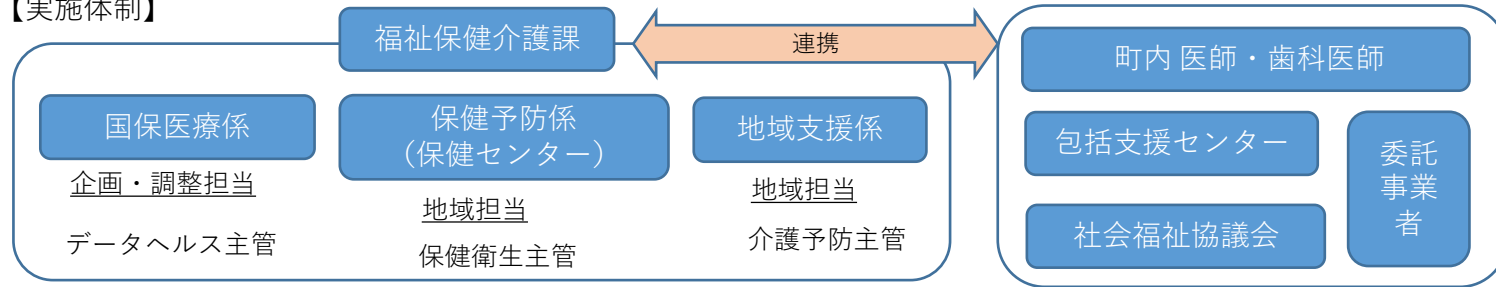
熊本県長洲町

- 高額な医療費や新規介護申請の原因疾患上位となっている「骨折歴のある者」等への支援を行うことで、低栄養、口腔機能、重症化予防など、多岐にわたる健康課題に対応しフレイルの予防につなげている。
- 介護予防の取組みについては、令和元年度に九州厚生局主催の地域包括ケア大賞「部門賞」を受賞。様々な取組みの中、「口腔」「栄養」では保健事業と連携し事業を実施してきており、さらに「シニア男性のこれカラダ健康教室」など新規メニューも追加・充実。

【概況】 令和4年1月31日時点

人	口	15,566人
高	齢	化
率		36.8%
後	期	被
保	険	者
数		2,718人
日	常	生
活	動	圏
域	数	2圏域

【実施体制】



【取組経緯】

- これまでは、国民健康保険から後期高齢者医療への移行により健診受診や保健指導の繋がりが途切れること、介護予防との連携や情報共有に課題があったが、当事業を行うことで、保健事業と介護予防を一体的にとらえ、課題に対応することが可能となるため実施。
- 既存の事業や各団体が有する情報等を統合することで、町の健康課題への取り組みや関係者との連携を効率的に実施することが可能となるため実施。

【企画・調整等】

町の健康課題の把握には、国保データベースシステムの活用や社会福祉協議会等の地域に関わる者からの情報収集と連携を行う体制づくりが重要である。

高額な医療費や新規介護申請の原因疾患の上位は、骨折、脳血管疾患等、フレイルや生活習慣病の重症化が原因となっており、健診受診勧奨や保健指導等と併せてフレイル予防を行っていく必要がある。

【ハイリスクアプローチ】

- 骨折歴のある者への支援
(対象者は国保データベースシステムより抽出)
 - ・質問票により現在の健康状態を把握
 - ・対象者の健康・生活状況に応じて医療や通いの場介護支援等につなげる
- 認知症疑いのある者への支援
(対象者は国保データベースシステムより抽出)
- フレイル疑いのある者への支援
(対象者は健診受診者のうち質問票より抽出)
- 重症化予防対象者への支援
(対象者は健診受診者のうち町基準該当者)

【ポピュレーションアプローチ】

- シニア男性のこれカラダ健康教室 など食の自立等を目的に週1回全12回の教室を実施。毎回の体組成測定と健康講話（アルコール、喫煙、こころ、栄養、歯科口腔等）の他に元気あっぷ体操、調理実習、脳トレ、ものづくりを実施。



○課題、今後の展望

- ・健康や治療状態、地域参加の有無等不明者が多く、対象者への介入時にはより詳細な聞き取りが必要。対象者が自身の健康状態を客観的に見る指標や気づけるような動機付け、根拠（国保データベースシステム）を用いて健診受診や通いの場等につなげられるように対象者の理解を得ていく。
- ・令和4年度からは、健康状態不明者への支援やICTを活用した健康講話等についても取組む予定。