

別紙2-4 市町村ヒアリング結果

田原本町

奈良広域連合

市町村規模

大

中

小

一体的実施
開始年度

令和2年

基礎情報

※R5.4.1現在

日常生活圏域数 (とりまとめ後圏域数)	1 (-)
事業実施圏域数(※1)	1
人口(うち後期高齢者)	31,177人(9,959人)
高齢化率	31.90%
被保険者数	5,461人

事業実施体制

関係部署

保険医療課

健康福祉課

主担当課
長寿介護課

企画調整等を担当する医療専門職:保健師

町医師会

地域の医療関係団体の連携先

一体的実施取組に係る人員

医師	歯科医師	保健師	看護師	管理栄養士	栄養士	歯科衛生士
0人	0人	5人	0人	2人	0人	0人
薬剤師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	その他		
0人	1人	0人	0人	0人		

取組のポイント

地域包括支援センターや保健センターとの連携による一体的実施の取組推進。

保健事業推進のための取組み・工夫

- 後期高齢者健康診査の受診券を送付時に保健事業の案内チラシを同封して周知している。
- ハイリスクやポピュレーションアプローチの各事業を保健センターの職員と連携して実施しており、人材育成にもつながっている。
- 進捗状況を関係部署と共有することで、事業の進捗状況を把握しやすいようにしている。また庁内連携会議に保健所も参加してもらい、事業の方向性や評価についてアドバイスを受けている。

一体的実施の取組みの評価、感じている効果

- ハイリスクアプローチでの個別指導においては、平均5~6回の面接を基本に実施できている。町内の医療機関との協力体制も概ね構築出来ていると感じる。
- 地域包括支援センターや保健センターと連携することができ、介護予防事業とあわせて全体の成果として介護保険の認定率が低いことにつながっていると感じる。
- 広域連合からの支援により、市町村の担当者が変わっても事業を維持できていると感じる。

事業結果と評価概要(令和5年度結果)

	事業区分	評価指標	事業の振り返り
ハイリスクアプローチ	低栄養	①体重、BMI、握力、下腿周径、5回起立、体重増加率 ②食事摂取の多様性得点の変化 ③栄養質問票の変化 ④参加者の満足度・意見・参加状況	多くの人にとって、痩せていることが不健康であるという認識はないこと、また、低栄養というキーワードが苦情につながるケースもあり、フレイル予防として事業展開をしている。食事記録において、写真等の活用も試みたが、実際の食事量の確認の際にごはんのフードモデルはあるが、他のフードモデルはないため、来年度は自前で作成することで、対象者と共有しやすい環境整備に努める予定。
	重症化予防(その他)	①血糖・HbA1c・eGFR・血清クレアチニン・尿蛋白BMI、体重、血圧、CKD重症度分類の変化 ②生活習慣チェックシートの変化 ③参加者の満足度・意見・参加状況	事業評価を行うにあたり、血液検査データは重要であるが、町として血液検査を実施することは出来ないため、対象者が今年度の健康診査を受けていなければ、必ず受けるよう勧奨することを徹底する必要がある。また、担当者により、指導のスキルが偏らないよう、指導内容の共有のため、連携会議を定期的で開催し、進捗状況を共有していたが、会議でより細かく指示していくことも必要と感じた。
	重症化予防(その他生活習慣病)(腎機能不良未受診者)	①介入率 ②医療機関に繋がった人の割合	奈良県立医科大学附属病院への受診勧奨については、かかりつけ医の同意が必須であり、同意をとることに苦心している。また、患者自身もかかりつけ医に気を遣い、受診をためらったり、かかりつけ医から必要ないと言われることもあり、なかなか専門医受診につなぐことが難しい。
	健康状態不明者	①アンケート返信率 ②相談件数 ③健診受診した者の人数 ④医療・介護サービスにつながった人数	実際にアンケートを実施した感想として、元気な高齢者が多く、健康相談は必要であっても、医療等へつながりが必要がある人はいなかった。アンケートの返送がなかった人に対しては全数訪問し、留守宅には不在票を作成し、ポストに投函したが、連絡はなかった。R5年度が初年度にあたるため、R6年度に関しても同じ内容で継続予定。
ポピュレーションアプローチ	健康教育・健康相談	①実施回数 ②参加人数 ③参加者の満足度・意見等	講話内容についてR4年度は口腔について同じ通いの場に3日以上あけて2回介入したが、アンケート結果はあまり改善が見られなかったため、R5年度は動脈硬化と口腔・栄養に関する講話内容にした。本事業においてはR6年度までの3年間ですべての通いの場に1回は介入することを目標としており、R6年度は町の健康課題の1つである口腔機能中心に実施予定である。
	フレイル状態の把握	フレイル測定実施結果	フレイル状態の把握については経年的に結果を積みあげていくことで、対象者の状態を的確に把握出来るため、継続していく必要がある。今回低栄養該当者に対して個別指導を勧奨したが、希望者はいなかったため、低栄養に該当する対象者が半数を占める通いの場については、R6年度、低栄養に関する講話を実施予定である。
	気軽に相談できる環境づくり	①実施回数 ②参加人数 ③実施後、参加者からの相談件数	R4年度は講話やチラシを配布して相談場所の周知に努めていたが、なかなか相談者数が伸びなかったため、R5年度は実際に通いの場のフレイル測定の体重・身長測定に同席し、前年度測定結果より体重減少が見られた人全員に声かけを実施し、短時間ではあるが指導を行うことで、専門職と気軽に相談できる環境づくりに努めた。R6年度も継続予定。

課題・今後の展望

- 健診受診率を上げることが課題である。広報やHPは見ない高齢者も多く周知の方法を引き続き検討したい。

宇城市

熊本広域連合

市町村規模

大

中

小

一体的実施
開始年度

令和2年

基礎情報

※R5.4.1現在

日常生活圏域数 (とりまとめ後圏域数)	5(5)
事業実施圏域数(※1)	5
人口(うち高齢者)	56,508人(19,919人)
高齢化率	36.1%
被保険者数	10,683人

事業実施体制



一体的実施取組に係る人員

医師	歯科医師	保健師	看護師	管理栄養士	栄養士	歯科衛生士
0人	0人	2人	2人	1人	0人	1人
薬剤師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	その他		
0人	0人	0人	0人	0人		

取組のポイント

関係課との連携による、国保保健事業、健康づくり保健事業、介護予防事業、高齢者保健事業等の切れ目のない事業展開

保健事業推進のための取組み・工夫

- 全区長へポピュレーション事業案内を通知している。また、市広報での周知や区広報への協力、民生委員連絡協議会での事業周知等も実施している。
- 人材育成、効果的な保健指導のための定期的な事例検討等の学習会を開催。さらに、連携強化も兼ねた、健康づくり推進課との事例検討等の合同学習会も実施している。
- 保健、医療、介護の3課での庁内連携会議を定期的で開催している。
- 国保重症化予防対象者が75歳に到達した時の経過表(I表)を用いた引継ぎを実施している。
- 介護予防事業と連携した健康教育の企画、地域ケア会議への参加。

一体的実施の取組みの評価、感じている効果

- 抽出した対象者の9割以上に介入ができ、優先度の高い方には継続支援を行った。介入することで、何らかの改善が半数程度の方に見られている。
- 一体的実施事業開始前までは、重症化予防の取組みについて、国保の対象者のみへの関わりとなっていたが、一体的実施事業に取り組んだことで、後期高齢者においても継続した支援を行えるようになった。また、高齢者の特性に応じた取組内容とし、介護部門とも連携した取組ができています。
- 国保・健康づくり専門職と事例検討を行うことで、国保の重症化予防に対する取組の検討にもつながっている。

事業結果と評価概要(令和5年度結果)

	事業区分	評価指標	事業の振り返り
ハイリスクアプローチ	重症化予防(糖尿病性腎症)	数値改善した者の割合 【血圧】高血圧分類Ⅱ度以上からⅠ度以下、Ⅰ度から正常 【糖】HbA1c8.0未満 【腎】ステージ維持もしくは尿蛋白(-) 行動改善した者の割合 ・未受診者が受診開始 ・家庭血圧記録、糖尿病手帳利用開始 ・食生活、運動、服薬忘れ改善等	対象者に対するアプローチは概ね実施できており、優先度の高い対象者については、継続支援(評価)を80%以上実施した。優先度が高い対象者については半数以上が数値改善しており、血圧Ⅱ度以上については相談後受診に至ったケースが45ケースあった。反面未受診のケースも27ケースあり、継続してのフォローが必要である。 糖はA1c8.0以上では、受診中でコントロール困難な方が多い。 腎は対象者が固定してきており、維持を目標に支援している。
	健康状態不明者	①健診・医療・介護等への接続 ・次年度健診申込み状況 ・医療受診状況(レセ) ・介護サービス利用開始状況 ・地域活動・民生委員などへの接続 ②健診受診率(医科・歯科)	概ねアプローチ実施できているが、所在不明等で面談できないケースや家族に状況確認するケースもある。不在のことも多いが根気強く訪問を続けている。 訪問時に死亡されているところを発見したケースがあった。関わりを開始したばかりの75歳独居の方だった。今後孤独死の可能性のある方は増加すると思われる。早い段階からの介入支援、他機関との連携が必要である。
	口腔	①行動改善した者の割合 ・歯科受診(歯科かかりつけ医を持つ) ・口腔ケア、口腔体操実施 ②歯科健診受診率	医科健診にて実施する質問票からハイリスク対象者を抽出した。歯科受診、歯科健診につなぐきっかけとなり、半数が行動改善に結びついている。歯科健診受診率については、ポピュレーションアプローチの実施で受診率が上昇しており、令和6年度は個別訪問や歯科医院の協力等によりさらなる受診率向上を目指しているが、受診者数はなかなか伸びない現状。歯科医院の協力が必須であるが、健診への理解を得るため、全医院进行個別に周り説明してもすぐには数値に反映するのは難しく、地道に協力を求めていくとともに、広域連合から県の歯科医師会へ協力依頼を継続してもらう。
	低栄養	数値改善した者の割合 ・重複、多剤処方改善 行動改善した者の割合 ・お薬手帳の活用 ・医師、薬剤師への相談	令和5年度初めて対象者抽出した。訪問時には体重が戻っている人などもおり、評価が難しかった。令和6年度健診結果にてさらに評価分析の必要がある。対象者の推移などを確認し、抽出する対象等検討が必要と思われる。
	重複頻回・多剤投薬等	数値改善した者の割合 ・重複、多剤処方改善 行動改善した者の割合 ・お薬手帳の活用 ・医師、薬剤師への相談	重複受診についてはKDB支援ツールでの抽出ができなかったため、今回は抽出していない。多剤については健診受診し、質問票でハイリスクに限定しているため、2名のみであった。 多剤等については、広域連合で訪問が実施されており、必要性の有無を検討する必要がある。
	ポピュレーションアプローチ	複合的取組 ①・参加者率(参加者数/圏域の被保険者数) ・ハイリスクアプローチにつないだ人数 ②健診受診率(医科、歯科)	健康部門、介護部門それぞれと連携した活動ができてきている。百歳体操・地区健康教室は継続することで、フレイル予防の意識向上を目指しているが、現在、全行政区の約半数の行政区に対し、アプローチできたところであり、さらに未介入の地区にもアプローチしていく必要がある。目標として、特に歯科口腔健診受診者数アップを掲げているが、健康教室などでの呼びかけで申込数が増えているにもかかわらず、受診者数は伸びない現状がある。医療機関との連携が課題である。

課題・今後の展望

- ・ 治療中の対象者について、医療機関、薬局との連携が十分ではない。
- ・ 国保重症化予防対象者からの後期年齢到達に伴う引継ぎについて、令和5年度より経過表を用いて行うようになった。今後も継続支援に活用したい。
- ・ ポピュレーションアプローチの介入方法の検討、介護予防事業との連携充実を図る。

錦町

熊本広域

市町村規模

大

中

小

一体的実施
開始年度

令和2年

基礎情報

※R5.4.1現在

日常生活圏域数 (とりまとめ後圏域数)	1(-)
事業実施圏域数(※1)	1
人口(うち高齢者)	10,288人(3,420人)
高齢化率	33.20%
被保険者数	1,814人

事業実施体制

関係部署

保険政策課
(地域包括支援センター
含む)

担当課
健康増進課

企画調整等を担当する医療専門職:健康増進課健康増進係(保健師)

珠磨群医師会
人吉市医師会

珠磨群歯科医師会
人吉市歯科医師会

薬剤師会

地域の医療関係団体の連携先

一体的実施取組に係る人員

医師	歯科医師	保健師	看護師	管理栄養士	栄養士	歯科衛生士
0人	0人	1人	1人	0人	0人	1人
薬剤師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	その他		
0人	0人	0人	0人	0人		

取組のポイント

関係課・地域包括支援センターとの連携や、専門職間連携、ツールの活用による効率的・効果的な事業実施。

保健事業推進のための取組み・工夫

- ポピュレーションアプローチもハイリスクアプローチもできるだけ住民の中に入り込んで活動をするようにしている。
- 地域包括支援センターや国保と、後期のデータ分析結果を共有し年2, 3回会議を実施。その他地域包括支援センターが養成している介護予防サポーターの定例学習会にも町の高齢者の健康状態などを伝えて、予防の取組みの協力を得ている。
- 介護保険部門とも連携しており、定期的に課題共有の時間を設けている。
- 専門職間連携、およびKDB活用支援ツールの活用によって事業実施の効率化を図っている。

一体的実施の取組みの評価、感じている効果

- ハイリスクアプローチのなかでも特に糖尿病性腎症・その他重症化予防・口腔の事業に注力しており、重症化予防事業に関しては国保でも実施している流れで後期でも実施している。
- ポピュレーションアプローチにおいては、地域包括支援センターが実施している地区でのサロンや健診事業と連携して血圧や認知症についての講座を実施している。コロナ禍よりも参加人数が増加し、健康意識が高まった。
- KDB活用支援ツールは対象者選定に役立っていると感じる。

事業結果と評価概要(令和5年度結果)

	事業区分	評価指標	事業の振り返り
ハイリスクアプローチ	重症化予防(糖尿病性腎症)	①糖尿病性腎症による新規透析患者数の減少(前年度比較) ②血糖の受診勧奨者や治療中断者が勧奨後に治療につながった人数 ③保健指導後の個人の検査データの改善。	検査データをもとに家庭訪問を行い、生活習慣改善の支援を継続する。自己判断で治療中断しがちな対象者を支援し、適切な治療継続に繋がっている。
	重症化予防(その他)	①受診勧奨者が保健指導後に医療機関受診につながった人数や率。 ②血圧Ⅱ度以上者の減少、個人の血圧値の低下。	ほとんどの方はかかりつけ医療機関を通して紹介状持参し、受診行動があり、健康維持ができていた。血圧記録手帳を配布して家庭血圧測定を勧めた。
	低栄養	①訪問実施件数 ②介入前と後に、体重が維持・改善ができた者の割合 ③適切な食事の内容に改善した人数	3食食べているとの回答だったが、猛暑の影響もあり食が細りがちであっさりした食べ物で満腹感を得がちであった。フレイル対策やバランスのとれた食生活を情報提供し、維持できた。
	口腔	①事業や相談に参加した人数 ②後期高齢者歯科健診の受診者の増加 ③歯科衛生士の介入前と後で、治療開始や定期受診に繋がった人数	歯科健診の受診率が低いと健診を促す啓発方法を現在の方法から改善・検討する。健診受診者以外の対象者(介護予防事業及び地域支援事業対象者)にも歯科衛生士が介入し、包括支援センターと連携し取り組んでいる。
	健康状態不明者	①対象者のうち現状把握や支援を行った者の人数と割合 ②対象者の中で後期高齢者健診や医療や介護サービスに繋がった人数	対象者全員へ家庭訪問し健康状態の確認を実施。元来健診拒否や病院嫌いで本人なりの強い信念を持ち生活している方が多く、包括支援センターとも情報共有。
	重複頻回・多剤投薬等	①対象者のうち複数の薬局から1か所に集約できた割合 ②対象者のうち薬剤師や医師に内服薬について相談できた人数 ③残薬数が減少した人数	複数の薬局を利用している人はおらず、かかりつけ薬局を持っていた。残薬の管理や返却など知識不足があるため、わかりやすい説明に努める必要がある。
ポピュレーションアプローチ	健康教育・健康相談	①自宅で口腔ケアに取り組んでいる人数の割合 ②フレイル予防に関する意識の変化や自宅で実践している人の割合 ③後期高齢者健診や歯科口腔健診受診率の変化	引き続き地域包括支援センターや健康づくり団体、社会福祉協議会と連携した取り組みを継続する。
	フレイル状態の把握	①基本チェックリストでリスクあり者への関りができた人数 ②リスクに応じて対象機関に繋がった人数	65歳介護保険到達者や75歳後期高齢者医療到達者対象者へ郵送・回収した中から該当者4%に訪問し、体調良好であることを確認した。
	複合的取組	①参加者数の推移 ②運動機能や低栄養、口腔機能等のリスク割合が減少した分館数	シニアクラブ等が減り、組織力の低下がみられ年々参加者が減少している要因もある。介護予防健診のネーミングや周知の再考を検討する。

課題・今後の展望

- KDB支援ツールを活用し、対象者の選定や事業実施、評価を行い、医療費や介護費用の削減を目指す。スタッフ確保やマンパワー不足が課題。

香芝市

奈良広域

市町村規模

大

中

小

一体的実施
開始年度

令和3年

基礎情報

※R5.4.1現在

日常生活圏域数 (とりまとめ後圏域数)	4(4)
事業実施圏域数(※1)	4
人口(うち後期高齢者)	78,113人(18,430人)
高齢化率	23.6%
被保険者数	10,189人

事業実施体制

関係部署



一体的実施取組に係る人員

医師	歯科医師	保健師	看護師	管理栄養士	栄養士	歯科衛生士
0人	0人	4人	0人	0人	0人	0人
薬剤師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	その他		
0人	0人	0人	0人	2人		

取組のポイント

関係課との事業目的や情報の共有を通じた事業整理・体制整備による効果的な事業展開

保健事業推進のための取組み・工夫

- 課を跨いだ事業であり、関係課と定期的に連携会議を開催し進捗状況・情報共有を行っている。特に別課室の管理職の理解が重要であり、管理職も参加のうえで会議を重ね、事業内容・展開方法の共有、業務分担調整を行った。
- 既存の健康ボランティアに対して一体化保健事業の研修会を実施し、フレイル予防についての普及啓発を行った。
- 広報やポピュレーションアプローチの案内チラシを作成し、老人会や通いの場(介護福祉課管轄)で配布し、周知啓発した。
- 地域の医師会・歯科医師会とは健康づくり推進協議会等で連携し、事業の実施はかかりつけ医と連携を図りながら実施している。

一体的実施の取組みの評価、感じている効果

- ハイリスクアプローチについて、満足度アンケート調査等からQOLの維持・向上に繋がっている実感がある。ほか、口腔においては指導後の健康状態維持にも繋がっており、健康状態不明者対策では介入できなかった層へのアプローチが可能になり、医療受診・包括支援に繋がった。一部事業では数値的な評価が難しいところもある。
- ポピュレーションアプローチにおいては、フレイルへの理解・健康への関心向上などの効果があり、普及啓発に効果があった。介入する団体ごとに健康に対する取組の差があるため、今後介入する地域を増やすための介入方法を検討していく必要がある。
- 関係課が目的や情報を共有のうえで事業整理・体制整備できたことで効果的に事業展開できていると感じる。

事業結果と評価概要(令和5年度結果)

	事業区分	評価指標	事業の振り返り
ハイリスクア プローチ	低栄養	①体重 ②食品バランスの改善項目数 ③生活習慣の行動変容(個人が設定した目標の達成) ④要介護認定の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・実施率向上のため、勧奨チラシに低栄養とフレイルの内容を記載した。 ・低栄養の対象者に貧血の基準該当者も含めた。 ・体重にどの程度変化があれば、改善・維持とするのか、評価基準があいまいだったので、数値化した。 ・食品バランスでは、介入前から多くの食品をとっている方が多く、評価としては変化がなかったため、評価指標から除外した。
	口腔	①咀嚼力 ②舌・口唇機能(オーラルディアドコネシス) ③口腔機能の自覚症状や清掃方法などの改善項目数 ④要介護認定の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・舌・口腔機能測定の基準を±1以上の変化があれば、改善とするように変更し、評価の基準を明確化した。 ・咀嚼力の評価として、咀嚼判定ガムを使用していたが、短期では変化が見られなかったため、評価指標からは削除とした。 ・共通指標を設定した。
	重症化予防(その他)	①体重 ②食品バランスの改善項目数 ③生活習慣の行動変容(個人が設定した目標の達成) ④要介護認定の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・健診の結果を確認後にすぐに相談できるように、体制を整備し、結果通知送付時に個別健康相談の案内通知も同封した。 ・体重にどの程度変化があれば、改善・維持とするのか、評価基準があいまいだったので、数値化できたのはよかったと考える。 ・食品バランスでは、介入前から多くの食品をとっている方が多く、評価としては変化がなかったため、評価指標から除外した。
	重症化予防(糖尿病性腎症)	①生活習慣の行動変容(個人が設定した目標の達成) ②HbA1c・eGFR ③保健指導継続率 ④幸福度(満足度)	<ul style="list-style-type: none"> ・国保世代から切れ目なく実施できるよう、同じ実施体制・方法で6か月間の保健・栄養相談を実施してきたが、後期高齢者ではこれまでの生活様式を変更することが難しく、慢性疾患のため運動制限があったり、国保世代への指導では後期高齢者に適していなかったため、実施方法を個人に応じた期間や指導方法へ変更した。 ・国保・後期のヘルスサポート事業を活用し、助言をもとに指標を設定した。
	健康状態不明者	①アンケート回収率 ②未回答者への家庭訪問などによる健康状態の把握率 ③健康状態(疾病の有無・フレイルの状態の把握) ④生活状況 ⑤必要なサービスにつながった人数	<ul style="list-style-type: none"> ・アンケート実施後に各圏域の包括支援センター職員を交えて、関係課でケース検討した。 継続支援が必要な者へ適切な支援ができるよう訪問体制(包括支援センター職員の同行訪問等)を整え、健康状態不明者の実施体制を整備した。

事業結果と評価概要(令和5年度結果)

	事業区分	評価指標	事業の振り返り
ポピュレーションアプローチ	健康教育・健康相談	①実施数 ②参加者数 ③フレイルの知識の変化(向上)率	・老人会や百歳体操において、チラシを配布しフレイル予防の取組について、周知啓発した。一般介護予防の口腔・栄養・運動の講座に加えて、健康相談も実施できるように体制整備した。実施後の変化が分かるよう、口腔の講座では、1ヶ所につき2回/年実施し、介入前後の比較ができるようにした。
	フレイル状態の把握	①フレイルチェック_フレイル該当者の変化 ②健康意識の向上・行動変容率	・アンケートや簡易な測定を実施し、フレイル該当者を抽出した。健康相談も同時実施しており、その場で健康相談ができる体制や後日、ハイリスクアプローチへ繋ぐことができるように体制整備した。

課題・今後の展望

- ・ 後期高齢者では行動変容に限界があり、国保事業や若い世代に向けた取組が重要。健康イベントや若年層の健診との連動などの取組について、担当課と意見交換を開始している。
- ・ アンケート回答がなく、訪問でも把握ができない方にどのように効率的な介入を進めるか検討が必要。
- ・ フレイル予防の普及啓発について、新規介入地域の拡大や継続実施していくための体制整備が必要。

鮫川村

福島広域連合

市町村規模

大

中

小

一体的実施
開始年度

令和2年

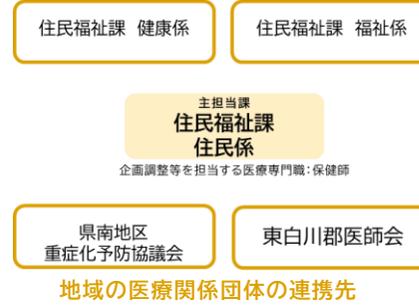
基礎情報

※R5.4.1現在

日常生活圏域数 (とりまとめ後圏域数)	1(-)
事業実施圏域数(※1)	1
人口(うち高齢者)	3,049人(1,221人)
高齢化率	40.0%
被保険者数	621人

事業実施体制

関係部署



一体的実施取組に係る人員

医師	歯科医師	保健師	看護師	管理栄養士	栄養士	歯科衛生士
0人	0人	3人	1人	3人	0人	0人
薬剤師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	その他		
0人	0人	0人	0人	0人		

取組のポイント

庁内外の多方面との連携により、高い受診率・介入率を実現。

保健事業推進のための取組み・工夫

- 保健指導などの際に、「連携パス」という様式をかかりつけ医に持っていき、健診結果をもとに医師の治療方針や指導内容の助言を書いてもらうことで、医療と地域での連携した支援を実現。
- 行政区長、健康づくり関連団体に対して受診率の説明と受診勧奨の協力依頼をしている。また、ポピュレーションアプローチの場でも健診の案内や受診勧奨を実施している。
- 広域連合や国保連合会へ相談をし、助言指導を受けている。
- 地域包括支援センターや社会福祉協議会からは、ポピュレーションアプローチの実施に協力を受けている。また、お互いの事業等の共有を図ることで、必要な方への情報提供を行っている。

一体的実施の取組みの評価、感じている効果

- 広域連合の現地調査で実際に事業の様子を見てもらうことによって、具体的な話がしやすくなったり市町村側では気が付けないことを指摘してもらうことができた。
- ポピュレーションアプローチでは地域包括支援センターと社会福祉協議会の協力により認知症等の専門的な講話もでき、また本人の状態やその家族の状況まで情報共有することができている。
- 一部ではあるが、地域の医療機関(医師)と、連携パスを通じて、治療方針や食事指導や運動指導の指示等をもたらえることが増えてきていると感じている。また、村診療所の医師と対象者の病態について話す機会ができてきた。

事業結果と評価概要(令和5年度結果)

	事業区分	評価指標	事業の振り返り
ハイリスクアプローチ	低栄養	①体重の変化 ②個人の目標達成状況 ③BMIの変化	健診受診後に関わりを開始すると、2回の関与が難しい。低栄養の対象者は毎年同じ方が多いため、健診前に受診勧奨も含め状況の把握をする等の方法を検討したい。
	重症化予防(糖尿病性腎症)	①糖尿病の治療につながった者 ②通院継続状況 ③個人の目標達成状況 ④HbA1c・CKDの変化	通院しているからと断られてしまうこともあり、実施率が低くなっている。改善に向けた方法について検討中。
	重症化予防(その他)	①受診につながった者 ②通院継続状況 ③個人の目標達成状況 ④血圧・BMIの変化 ⑤脂質の変化	通院しているからと断られてしまうこともあり、実施率が低くなっている。改善に向けた方法について検討中。
	健康状態不明者	①健診の勧奨をした者 ②勧奨をした者のうち、医療や通いの場へつながった者の割合	対象者数も少ないのでこのまま継続していきたい。
ポピュレーションアプローチ	健康教育・健康相談	①健康教育・健康相談を受けた者の割合 ②健診を受診した者 ③質問票による個人の変化	計画どおりには進められている。もっと良い方法があるのか模索中である。
	状態把握	—	計画どおりには進められている。もっと良い方法があるのか模索中である。

- ハイリスクとポピュレーションの連携を進めていきたい。特にフレイル予防についてはハイリスクで対象者がいた時に、ポピュレーションで実施しているサロンや教室の案内をしていきたい。
- 歯科健診の受診率が低い。他の世代でも歯に関する意識が低いいため、歯に関する健康教育を進めていきたい。

小鹿野町

埼玉広域

市町村規模

大

中

小

一体的実施
開始年度

令和2年

基礎情報

※R5.4.1現在

日常生活圏域数 (とりまとめ後圏域数)	1
事業実施圏域数(※1)	1
人口(うち高齢者)	10,106人(4,248人)
高齢化率	40.8%
被保険者数	2,169人

事業実施体制

関係部署

福祉課

主担当課
保健課

企画調整等を担当する医療専門職：管理栄養士

秩父郡市医師会

地域の医療関係団体の連携先

一体的実施取組に係る人員

医師	歯科医師	保健師	看護師	管理栄養士	栄養士	歯科衛生士
0人	0人	2人	0人	0人	0人	1人
薬剤師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	その他		
0人	0人	0人	0人	0人		

取組のポイント

連携の図式化や報告書の工夫による、庁内関係者の一体的実施への主体的な関わりの促進。

保健事業推進のための取組み・工夫

- 高齢者質問票(自記式)のみのスクリーニングではなく、その後二次スクリーニング(保健師による個別面接確認)、さらにその後三次スクリーニング(地域包括支援センター連携会議)を行うことで、早期介入が必要な人を抜け漏れなく抽出している。さらに、このフローを図にし介護・後期高齢・国保担当に共有することで、職員に一体的実施事業を印象付けている。
- ポピュレーションアプローチでは幅広い専門職に講話してもらっている。また通いの場での健康教育では、報告書に「通いの場であった保健健康相談」という自由記載欄を設け、参加する保健師の主体的な関わりを促進している。

一体的実施の取組みの評価、感じている効果

- 通いの場で、歯科衛生士や薬剤師等、身近でありながら話しを聞く機会がない講師を依頼し、身近な話をしてもらった。また、身近な場での開催により、多くの人に参加してもらうことができた。
- 健康教育の場で「気軽に相談できる場」を一体的実施の一環として実施するようになったことで、保健師が意識的に相談に乗るようになって個別のケースに関して報告書に記載することも増え、各ケースについて対応を話し合うことができるようになった。
- 包括ケアシステムは、医療福祉介護の連携が表に出やすいが、一体的実施事業を実施することで衛生(健診、健康づくり)の視点も加わりより連携しやすくなった。

小鹿野町

埼玉広域

市町村規模

大

中

小

一体的実施
開始年度

令和2年

事業結果と評価概要(令和5年度結果)

	事業区分	評価指標	事業の振り返り
ハイリスクアプローチ	重症化予防(その他)	①握力、片足立ちの記録が伸びた人数 ②介護保険申請へ移行した数	
	口腔	①歯科受診へつながった数 ②口腔状態が改善した人の数	スクリーニング方法について、7年度見直し予定
	低栄養	①体重変化 ②介護保険申請へ移行した数 ③本人の意識の変化	スクリーニング方法について、7年度見直し予定
	健康状態不明者	①健康状態が把握できた人数 ②介入が必要な人のうち、地域包括支援センターが介入した人数	KDBで対象者抽出時は、途中加入者(75歳)が含まれ、母数に入れているので介入率が下がる。次年度検討する。
ポピュレーションアプローチ	複合的取組	①歯科衛生士による健康教育が実施できた開催回数と人数 ②通いの場の参加者数 ③健康相談で面接した人数	気軽に相談できる場を設けている。その日担当する保健師が意識して聞けるように、确实報告書に「個別相談欄」を設けた。

課題・今後の展望

- ・ 高齢者質問票の効果的な活用方法を検討していきたい。

新座市

埼玉広域連合

市町村規模

大

中

小

一体的実施
開始年度

令和2年

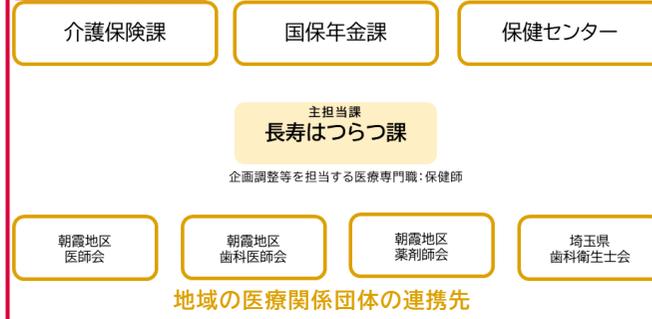
基礎情報

※R5.4.1現在

日常生活圏域数 (とりまとめ後圏域数)	6(-)
事業実施圏域数(※1)	6
人口(うち後期高齢者)	166,038人(42,180人)
高齢化率	25.7%
被保険者数	23,512人

事業実施体制

関係部署



一体的実施取組に係る人員

医師	歯科医師	保健師	看護師	管理栄養士	栄養士	歯科衛生士
0人	0人	1人	0人	1人	0人	2人
薬剤師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	その他		
10人	1人	0人	0人	0人		

取組のポイント

複数担当者による事業検討・実施・幅広い専門職との連携

保健事業推進のための取組み・工夫

- 専門職への依頼、情報共有(服薬:薬剤師会、フレイル:理学療法士、口腔:歯科衛生士会、糖尿病性腎症:医師会、ポピュレーションアプローチ:理学療法士・歯科衛生士会等)
- 広域連合・国保連合会への電話質問・相談(システムの活用方法等)
- 高齢者相談センターの紹介、繋ぎ
- 一体的実施の庁内調整会議を年4回(5月、8月、11月、2月)に4課(長寿はつらつ課、介護保険課、国保年金課、保健センター)で実施。

一体的実施の取組みの評価、感じている効果

- 可能な事業から順に実施しており、また人員拡大・体制拡充を図ってきた。保健師・管理栄養士の専任2名で相談しながら、委託も活用し進めた。上司・部下の関係性ではなく、横の関係にある複数名で進められたのが意見交換等しやすかったと感じる。
- ハイリスクの個別相談時にポピュレーションの健康講話を案内することがある。身体的フレイルはポピュレーション事業を活用している。
- 交付金を出してもらえるので、予算面ではやりたいことに取り組みやすいと感じる。一方で、マンパワーの制約から躊躇する部分も多い。被保険者26,000人のうち実施が1桁にとどまるなど、評価するにも効果判定するにも少ないと感じる。

事業結果と評価概要(令和5年度結果)

	事業区分	評価指標	事業の振り返り
ハイリスクアプローチ	低栄養	①BMIの変化 ②体重の変化 ③アンケート、後期高齢者の質問票(No.3、No.6、No.12)の変化 ④アルブミン値の変化	アルブミン低値の方ということで、状態のすぐれない方が多く、帯状疱疹などすでに疾患による治療中の方が目立った。R6は予防段階での介入のため抽出条件を引き上げた。アルブミン3.7⇒3.9、BMI18⇒20。評価までの期間を3か月から4か月に伸ばした。
	口腔	①BMIの変化 ②体重の変化 ③アンケート、後期高齢者の質問票(No.4、No.5)の変化 ④歯科受診率	BMIは口腔状態に影響を及ぼさないと考え、R6は抽出条件を緩和し対象者を増やした。BMI21.5から制限なしとし、6実施/41案内⇒14実施/61案内。
	重症化予防(その他)	①受診につながった者 ②後期高齢者の質問票(No.1、No.2、No.6、No.7、No.9) ③HbA1cの変化 ④血圧の変化	R5プレ実施 1医療機関に6人選定してもらい、希望のあった1名に実施。 R6から実施。 94名対象者抽出し4医療機関に27名選定してもらい、希望のあった4名(うち1名辞退)に実施。
	重複頻回・多剤投薬等	①本人の反応 ②受診の状況 ③処方状況の変化 ③医療費の変化	重複受診・多剤から多剤・睡眠薬となったが、支援ツールで抽出しKDBの薬剤1以上かつ2医療機関以上(重複受診)にも当てはまる人を対象とした。介入実施はR5が4名、R6が4名と少ない。
	健康状態不明者	①健診受診した者の人数 ②医療・介護サービスが必要と判断された者のうち、医療・介護サービスにつながった者	R5は長寿はつらつ課実施の孤立死対策事業の結果を利用していたが、R6はその事業を行わないことになったため支援ツール基準で抽出。現マンパワーで対応できないので、住基上1人世帯の人へ絞った。
ポピュレーションアプローチ	複合的取組	①評価率の変化 ②高齢者の質問票の変化(No.1、No.7、No.8、No.11、No.14) ③アンケートの変化	毎月実施している老人福祉センター以外の圏域の住民主体の通いの場へのアプローチが課題。出前講座の数を増やせていない。質問票から低栄養など気になる人に個別支援している。無関心層へのアプローチ方法を検討中。

課題・今後の展望

- 高血圧患者への早期アプローチの為、他課室(国保事業、介護、保健センター)との連携を検討している。
- ポピュレーションアプローチについて、老人福祉センターでの開催では主な参加者が登録者に限られており、周辺の方のみの参加となる。公民館等を活用した実施により、地域のばらつきを埋めることを検討している。

秩父市

埼玉広域連合

市町村規模

大

中

小

一体的実施
開始年度

令和2年

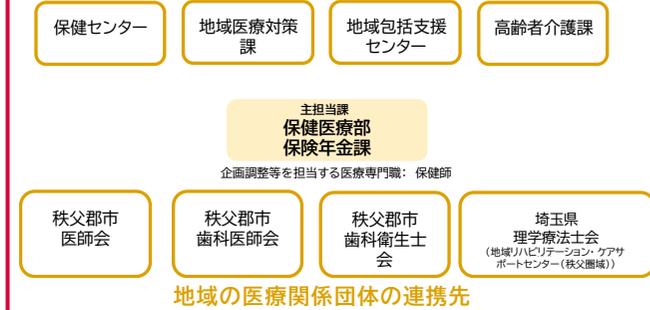
基礎情報

※R5.4.1現在

日常生活圏域数 (とりまとめ後圏域数)	9(-)
事業実施圏域数(※1)	9
人口(うち後期高齢者)	59,674人(20,342人)
高齢化率	34.1%
被保険者数	11,017人

事業実施体制

関係部署



一体的実施取組に係る人員

医師	歯科医師	保健師	看護師	管理栄養士	栄養士	歯科衛生士
0人	0人	5人	2人	3人	1人	4人
薬剤師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	その他		
0人	3人	0人	0人	0人		

取組のポイント

担当者によるコミュニケーションを起点とした幅広い庁内外連携による事業実施

保健事業推進のための取組み・工夫

- 関係者周知は、高齢者介護、地域包括支援センター、歯科医師会や理学療法士会を中心に実施。また、ポピュレーションアプローチとして、地域のサロン団体・介護予防自主グループ、民生委員や児童委員等にチラシ、申し込み票を配布するほか、秩父地域のラジオ局での放送等により周知。事業の成果等を地域ケア会議にて報告。
- 高齢者介護課や地域包括支援センターへの在籍経験に基づく地域の高齢者の方々や他課室とのつながりを活かして、担当者と関係職とのスムーズなコミュニケーションを実施。
- 早期の行動変容の為、65-74歳の健診等未受診者についても個別訪問・相談先等の情報提供による受診勧奨等を連携して実施。

一体的実施の取組みの評価、感じている効果

- 介入率は地域柄(行政への受け入れが良い方が多い)もあるのか比較的高い印象。KDB等のデータから支援が必要な方の掘り起こしができた結果、新たに実態を把握し、必要な支援につなげたり、利用可能な制度の周知ができています。
- まだまだフレイルを知らない方が多く、出前講座で周知ができていますと感じている。サロンや自主グループ(介護予防教室)の紹介、利用をすすめている。
- 介入をしたことのあるグループへのフレイルの周知、予防行動ができています。
- 関係者に、一体的実施事業の周知ができてきています。

事業結果と評価概要(令和5年度結果)

	事業区分	評価指標	事業の振り返り
ハイリスクアプローチ	低栄養	①体重・BMIの変化 ②質問票・簡易栄養状態評価票の変化 ③利用者の満足度	・本人だけではなく、できれば家族を巻き込んで栄養指導を実施。 ・一人暮らし(特に男性)は食事を作ることが面倒になっている方も多くいるため、配食サービス等の情報提供を実施。 ・食事が増やせない方には、補食のすすめ。医療機関への受診、相談をすすめる。 ・ケアマネージャー等の関係職種に情報提供。
	口腔	①口腔の状態 ②質問票・オーラルフレイルチェックの変化 ③利用者の満足度	・歯科衛生士の同行訪問により専門的なアセスメント、アドバイスを実施できるようにした。 ・歯科衛生士との対象者の情報共有をできるように口腔機能の質問票を利用。 ・オーラルフレイル予防のための冊子を利用。
	重複頻回・多剤投薬等	①受診状況の変化 ②医療費の変化 ③利用者の満足度	・服薬重複の方にはポリファーマシーの冊子を利用。サプリメントを大量に服用している方には正しいサプリメント摂取に関する冊子を利用。 ・重複・頻回受診の指導だけでなく、健康増進、フレイル予防、地域の相談先等の資料配布、説明を実施。 ・お薬手帳の利用促進。
	健康状態不明者	①個別支援実施者数(対象者把握数) ②関係機関への接続人数 ③健診・医療受診者数	・歯科受診のみしかしていない方も対象に拡大。 ・前年度、リスクが高いと判定したが、支援、受診につながらなかった方も対象とする。
ポピュレーションアプローチ	複合的取組	①「フレイル」の認知度および理解した者の人数 ②フレイルリスク者数・割合の把握 ③参加者の行動変容(意識変化) ④参加者の満足度 ※①③④アンケート実施、②指輪っかテスト、フレイルチェック(質問表)、④参加者の様子観察、聞き取り	・新たなグループへの介入のために、民生委員児童委員の会議等で事業説明をして出前講座の紹介をする。 ・サロンへ直接出向き事業説明、出前講座の紹介をする。 ・講座の効果検証をするために、講座後に再訪問して2回目のアンケートや計測を実施する(2回目の訪問が可能なグループ)。
	気軽に相談できる環境づくり	①「フレイル」認知度 ②「フレイル予防」の啓発(チラシの配布) ③参加者の満足度	・骨密度測定も実施できるようにして、自身の状態把握の参考にしてもらう。また集客をねらう。 ・参加者全員にフレイルに関する冊子を配布。健康相談希望者にはフレイルについて説明を実施する。

課題・今後の展望

- ・ 事業充実のための人材が不足しており、町内外連携においても負担がかからない範囲での業務依頼を意識している。重複・頻回受診や服薬分野で、薬剤師会とも今後連携を図りたい。
- ・ 健康意識の高いグループへの介入は比較的できるが、サロンなど趣味等の集まりの場への介入は難しい。

磐梯町

福島広域連合

市町村規模

大

中

小

一体的実施
開始年度

令和2年

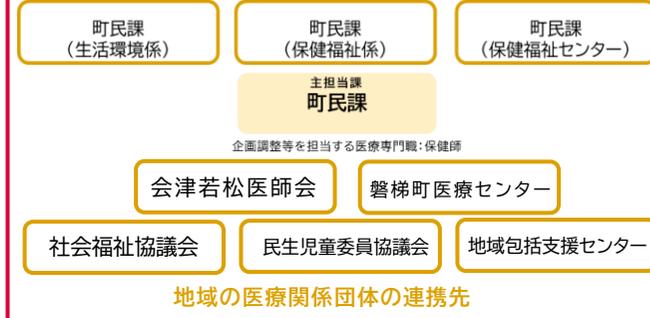
基礎情報

※R5.4.1現在

日常生活圏域数 (とりまとめ後圏域数)	1(-)
事業実施圏域数(※1)	1
人口(うち後期高齢者)	3,251人(1,246人)
高齢化率	38.0%
被保険者数	638人

事業実施体制

関係部署



一体的実施取組に係る人員

医師	歯科医師	保健師	看護師	管理栄養士	栄養士	歯科衛生士
0人	0人	1人	0人	1人	0人	0人
薬剤師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	その他		
0人	0人	0人	0人	0人		

取組のポイント

高齢者一人ひとりへのきめ細やかなフォローアップと医療・介護サービスへの接続

保健事業推進のための取組み・工夫

- 健康まつり等において地域住民への周知としてポスター展示を行ったり、町の広報紙で事業のPRを実施している。
- 民生児童委員協議会の会議の中で事業内容の周知、評価等を情報提供し、必要に応じ協力依頼。
- 庁舎内関係者と定期的に情報交換をしている。また、社会福祉協議会や地域包括支援センターの職員とは個別的な内容を密に情報共有している。
- 医師会、町内医療機関へは年度当初に事業内容について説明に伺っている。また、ハイリスクアプローチについては、事業終了後各主治医に経過と評価を送付している。
- 令和6年度から理学療法士会に事業委託し、個別でアプローチを実施。

一体的実施の取組みの評価、感じている効果

- 介入はほぼできているが、体重や血圧等の容易に検査できるものに対して、健診等でのみ測定できる検査項目は評価がしにくい。
- 高齢者であるためか検査値がよくなることが少なく、改善とする判断が難しい。
- 1対1でじっくり話をするため受け入れがよく、病院では細かく聞けなかったことも聞けると対象者の反応はよい。
- 高齢者に対してきめ細やかに対応できている。地域包括支援センターとの連携も密にでき、必要に応じ介護サービスや医療に結びつけることもできてきた。

事業結果と評価概要(令和5年度結果)

	事業区分	評価指標	事業の振り返り
ハイリスクア プローチ	重症化予防(その他)	①専門医(腎内科)受診が必要な方が受診につながった割合 ②HbA1cの改善の割合 ③意識(気持ちや行動など)の変化	・血圧に関しては目標を達成することができた。 ・評価ができなかった方については、健診結果で評価する。
	重症化予防(糖尿病性腎症)	①体重の変化(BMI) ②意識(気持ちや行動など)の変化	・評価まで至った方で改善率が50%で目標は達成できなかったが、意識の変化については目標が達成できた。 ・評価ができなかった方については、健診結果で評価する。
	低栄養	①健診受診した者の人数 ②医療・介護サービスにつながった者の人数	・体重の増加や意識の変化において目標を設定。今後も継続。
	健康状態不明者	①専門医(腎内科)受診が必要な方が受診につながった割合 ②HbA1cの改善の割合 ③意識(気持ちや行動など)の変化	・受診勧奨後、健診受診者は38%。医療や介護サービスにつながる人はおらず、地域包括支援センターと情報共有した。
ポピュレーションア プローチ	複合的取組	①健康状態・栄養・運動変化(後期高齢者質問票) ②体重・握力の変化	・不特定多数での健康相談の場(スーパーでの健康相談)では一部、参加者の固定化があり、参加が一度限りの方もいるので、評価が難しい。 ・普段会わない人と会うことができ、また会って話すことで状況把握ができ必要に応じ、保健や介護サービスにつなげることができた。

課題・今後の展望

- 改善率、実施率での評価は母数が少なく難しいため、高齢者一人一人がどう変化したかを見ることが多い。今後、介護サービスの利用有無など追跡調査をしながら効果検証をしていきたい。