

青森県上北郡おいらせ町

— 町民に寄り添い、町民とともに健康意欲を高める地域づくり —

市の概況(令和7年4月1日時点)

人口	24,660人
高齢化率	28.9%
後期被保険者数	3,626人
日常生活圏域数	3圏域

事業実施全体のながれ(PDCA)

(1) 体制整備【P】

- 健康保険課(主管課)同様、地区情報を把握する専門職が所属する関係課(地域包括支援センター、子育て支援課)と随時情報共有を行い、円滑に連携できる体制を整備している。
- KDBに基づく健診・医療データを活用し、地区ごとの健康課題分析を行うとともに、後期高齢者の健康課題とハイリスク者対策について、関係課と協議、検討を行う体制としている。

(2) 地域連携体制の構築【P】

- 事業開始にあたっては国保運営協議会、在宅介護支援センター部会等の会議において事業内容の説明を行い、協力依頼をしている。また、ハイリスク者への対応時には必要に応じて町内医療機関、薬局等とも連携をしている。
- 住民に対しては、町内会代表会議や、町内会長、民生委員、ほのぼの協力員、保健協力員、100歳体操支援者などで構成されるいきいきサロンの代表者会議を活用し、町の健康課題や事業内容について説明し協働での事業実施に重点を置いている。

(3) 事業計画の策定【P】

- ハイリスクアプローチの対象者抽出基準は、健診情報やレセプトデータ等を基に、町内の健康課題を踏まえた、より優先度の高い対象者を選定するための独自基準を設定し、対象者の優先度を考慮した効率的な支援を行っている。
- 国保連合会の外部評価委員会の場を活用し、評価方法等に関する助言を受け、その内容を事業に反映させている。

(4) 事業実施【D】

- ハイリスクアプローチについては、町内医療機関、町内歯科医師会、薬局、他管轄の地区医師会等と連携・協働し、事業を実施している。また、対象者へ実施した保健指導の内容については、保健指導報告書や糖尿病連携手帳を活用し、医療機関へ報告・共有している。

(5) 評価とその活用【C・A】

- 質的・量的な評価を経年に行い、庁内関係部署や町内医療機関に報告し、事業の見直しを図っており、ハイリスクアプローチ対象者に関しても関係課と評価・対応方針の検討を行っている。

みんなで企画し、みんなで楽しみ、みんな元気に!

もっと仲間を増やすにはどうしたらいいかな

みんな同じことに困っているね



いきいきサロン代表者会議の1コマ

保健師の講話はいつも人気!

みんなで集まって地域のこと話せるのはいいね

次のサロンの企画は何かいいかな?

ここがポイント!!

町民の声に寄り添い、ともに取り組むことで、住民の気づきや行動のきっかけを生み出しているね!



町のイメージキャラクター
おいらくん

ハイリスクアプローチ

- 地域包括支援センターは「75歳全戸訪問事業」を実施し、後期高齢者の実態把握を行っている。そのため、健康状態不明者の抽出条件はセンターと情報共有を行い、効率的な訪問につなげている。訪問時には、町民一人ひとりに寄り添い、医療専門職による個別性を重視した助言、支援につなげている。
- 訪問後は、健康保険課、地域包括支援センター、訪問委託事業所によるカンファレンスを行い、情報共有と今後の支援内容や対応方針の検討を行うことで、支援の方向性を統一することができている。

ポピュレーションアプローチ

- 各地区の参加者アンケートにより、関心の高いテーマや主観的な健康課題を把握し、町民や委託業者と打ち合わせをして測定や講話を地区の実情に合わせた内容で実施している。
- 質問票や体力測定の結果を分析し、町民へフィードバックすることで健康行動の維持、継続していくモチベーションにつなげている。
- 通いの場への支援は、複数年(2~3年)継続し、経年的な分析・評価を行っている。

一体的実施取組開始後の成果

県内トップクラスの健診受診率の上昇!

令和5年度から健診未受診者勧奨を実施。

健診受診率 令和5年度25.6% ⇒ 令和6年度29.1% (約3%アップ)

青森県おいらせ町

事業結果と評価概要（令和5年度※）

	取組区分	アウトプット		アウトカム	
		抽出者数	介入者数	評価指標	状況（評価結果）
ハイリスクアプローチ	健康状態不明者	56人	55人	(1)健診を受診した者の人数・割合 (2)医療機関を受診した者の人数・割合 (3)介護・認定の有無確認	(1)健診受診者数：7人/12.5% 健診未受診者数：46人/87% (2)医療機関受診者数：18人/32.1% 未受診者数：35人/63% (3)介護保険接続者数：2人/3.6% 未申請者数：51人/91%
	糖尿病性腎症重症化予防	4人	4人	(1)治療状況 （受診した者・治療を開始した者の人数・割合） (2)HbA1c8.0%以上の人数・割合 (3)糖代謝精密検査受診者・率	(1)治療状況（受診した者・治療を開始した者の人数/割合） 未受診者（中断者）同一人1人に対し受診確認できた数：1人/100% (2)HbA1c8.0%以上の人数/割合：0人/0% (3)糖代謝精密検査受診者/率：4人/100%
	その他の重症化予防	5人	4人	(1)治療状況：治療を開始した数/割合 (2)治療状況：適正受診確認 服薬治療を継続し数値が安定している数/割合 (3)脳血管疾患、心疾患を発症した数/率	(1)治療状況：治療を開始した数/割合：1人/25% (2)治療状況：適正受診確認 服薬治療を継続し数値が安定している数/割合：4人/100% (3)脳血管疾患、心疾患を発症した数/率：0人/0%
	重複頻回・多剤投薬等	7人	4人	(1)内服管理の改善状況	(1)内服管理の問題が改善または改善見込みができる数/割合：4人/100%
ポピュレーションアプローチ	取組区分	通いの場 （実数）	参加者数 （累計）	評価指標	状況（評価結果）
	その他複合的取組	3か所	138人	(1)質問票からの行動変容 (2)社会参加率 (3)ハイリスクアプローチでも介入した人数 (4)他の社会資源につながった人数	(1)フレイル問診票は、こころ1/2名、食習慣3/6名、体重変化5/7名、認知機能3/10名、社会参加1/4名、支援4/6名が初回の調査で該当であったが非該当に移行。 健康度測定において、野菜摂取レベルは18/28名が、握力は20/28名が維持改善。講座は、フレイルの理解については93%（36/41名）あった。 (2)4地区75歳以上の社会参加率：12.2% (3)ハイリスクアプローチでも介入した人数：1人（2.1%） (4)他の社会資源も活用している人数：26人（54.2%）
	気軽に相談できる環境づくり		8人	(1)健診異常値放置者数の減少 (2)生活習慣病治療中断者数の減少 (3)歯科健診受診者数の増加 (4)適正受診、服薬が行われている人数 (5)相談者の体重の変化や行動変容	(1)健診異常値放置者数：0人 (2)生活習慣病治療中断者数：0人 (3)歯科健診受診者数：1人 (4)適正受診、服薬が行われている人数：8人 (5)相談者の体重の変化や行動変容：未把握

※令和6年度のアウトカム（評価結果）が未確定のため、上記の内容は令和5年度「事業結果と評価概要」となります。

課題・今後の展望

- 専門職の介入が必要な対象者に、KDBを用い町の健康課題に応じた対象者抽出基準を使用し、保健指導やポピュレーションアプローチへ接続している一方で、慢性的なマンパワー不足により抽出する作業の手間やKDB操作等に苦慮している。
- 今後もKDBの標準的な操作方法を研修等で習得していくとともに、町の健康課題に応じて柔軟な対応を進めていく。