

令和6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6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

都道府県国保ヘルスアップ支援事業F

都道府県名	事業名	ページ
青森県	無理せず続けられる減酒習慣 ～あだり前にできることから始めよう～	5
茨城県	ファイナンシャルプランニングを活用した受療勧奨通知事業 ～「健康」×「資産」によるナッジ勧奨～	6
東京都	循環器病予防に向けた生活習慣改善啓発事業	7
神奈川県	未病改善推進サポート事業	8
岐阜県	重複・多剤服薬者適正勧奨推進事業	9
京都府	ICTを活用した糖尿病性腎症重症化予防「専門医・多職種連携」 京都府版ネットワーク化・見える化事業	10
大阪府	ナッジを活用した適正服薬推進事業「薬局ナッジ」	11

令和6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

市町村国保ヘルスアップ事業 先進的かつ効果的なモデル事業

都道府県名	市町村名	事業名	ページ
千葉県	匝瑳市	健康になるスマホ講座	13
神奈川県	横浜市	特定健診未受診者勧奨事業	14
大阪府	藤井寺市	訪問で個別の健康教育するなり ～健診を受けて健康に関心をもってもらうなり～	15
兵庫県	西脇市	糖尿病性腎症重症化予防事業	16
香川県	宇多津町	香川県薬剤師会と連携した 重複・多剤服薬者に対する保健指導	17

都道府県国保 ヘルスアップ支援事業 F 事業

無理せず続けられる減酒習慣 ～あだり前にできることから始めよう～

令和6年1月時点人口

1,205,578人

うち65歳以上高齢者人口

419,166人 (34.8%)

国保被保険者数

261,580人

■ 事業目的

青森県民の習慣化されている毎日の家飲みに着目し、飲酒状況を対象者に認知させる。また、無理せず続けられる減酒目標を立て、飲酒習慣を見直すことで、結果として γ -GTP等の肝機能数値の改善を図る。

■ 先進的なポイント

本県や市町村は「健康に配慮した飲酒に関するガイドライン」に基づく飲酒指導をしきれていない。

飲酒量を純アルコール量換算し、カレンダーに記載することで、対象者の飲酒状況の可視化を行った。

事業終了後も継続できるよう、無理せず続けられる減酒目標を対象者と一緒に考えている。

■ 事業内容

対象者：十和田市、東北町、大鰐町の国保加入者かつ、 γ -GTPが51以上で、ほぼ毎日飲酒する習慣がある者。

飲酒習慣の見直しによる γ -GTP等の肝機能改善

毎日の飲酒量をカレンダーで記録し一定期間経過後、減酒目標を設定。事業終了後、 γ -GTP等の肝機能数値を測定し、事業効果を検証する。



保健指導用ツールの作成

事業効果を踏まえ、市町村保健師が保健指導の際に使用するためのツールを作成。

■ 結果及び効果

飲酒習慣の見直し

- ・無理の無い範囲での減酒目標を対象者自身で設定したため、全員が減酒目標を概ね達成できた。
- ・対象者10人のうち、5人が減酒目標を事業終了後も続けたいと発言した。
- ・毎日カレンダーに飲酒量を記入することで、飲酒量が可視化され、減酒への意識変容に繋がった。
- ・ドリンク数を意識することで、自身の飲酒量を測ってみる、飲酒量を減らす、休肝日を作る、ノンアルを飲むなど、対象者の行動変容が見られた。
- ・対象者10人のうち、7人が γ -GTPの数値が改善した（うち2人測定不可）。また、そのうち5人は肝機能の項目（AST、ALT）が両方とも改善した。

【当事業による肝機能（ γ -GTP）の改善結果】

	対象者1	対象者2	対象者3
事業前 (U/L)	49	74	81
事業後 (U/L)	24	48	33

保健指導用ツールの作成

- ・対象市町村保健師及び保健所保健師による事業効果検証打合せを実施。事業結果及び効果を踏まえて、掲載する内容を話し合い、市町村の実務に即したものを作成した。



■ 他の自治体が参考にできるポイント

健康診断で肝機能障害や高血圧、肥満となった方や、飲酒量が多いと指摘された方は、自分の飲酒量について、問題意識を抱き始めている。無理のない範囲での減酒を始めてみて、経済的・身体的なメリットを感じた場合は、自発的に動いてくれるため、まずはできることから始めてみるのが大切である。

ファイナンシャルプランニングを活用した受療勧奨通知事業 ～「健康」×「資産」によるナッジ勧奨～

令和6年4月時点人口

2,812,901人

うち65歳以上高齢者人口

869,186人 (30.9%)

国保被保険者数

586,400人

■ 事業目的

- 「糖尿病の県内年齢調整死亡率(10万対)」は、全国よりも高い傾向が続いているため、早期の受診を勧奨する。
- 茨城県全市町村で使用できる内容の受療勧奨通知を目指して、複数のモデル市町村と共同で勧奨基準やデザインを作成する。

■ 事業内容

- 「年齢」と「HbA1cの値」を入力すると自動的に勧奨通知が作成できるマクロデータを活用して、健診結果の数値が基準値以上である方を対象に受療勧奨通知を送付する。
- ナッジ理論を活用した開封を促すデザインの専用封筒で受療勧奨通知を送付する。
- モデル市からの対象者の受療状況等の報告により、勧奨通知の効果検証を行う。その結果をブラッシュアップして、今後の展開や来年度事業にむけた検討を行う。



実施期間	内容
6月～7月	- モデル市町村、委託関係者とのデザイン検討会議 - 基準値、送付対象者の確認(各市町村健診開始)
7月～12月	- マクロデータによる通知の作成、発送 - 各市町村で通知対象者に受診勧奨、保健指導
1月～2月	各市町村の通知対象者の受診結果とりまとめ
3月	効果検証、事業検討会議

■ 先進的なポイント

- 「健康リスク」を「資産リスク」として捉え、ファイナンシャルプランニングの要素を取り入れた健康悪化による経済的損失リスクも記載した受療勧奨通知を送付する。

■ 結果及び効果

- 市町村、委託関係者と検討を重ねた結果、ファイナンシャルプランニングの知見より”将来の自分のために病気と治療費について知る”こと、老若男女問わず親しみやすい構成として”マンガを読んで糖尿病への理解を深めること”を通知する内容とした。
- 健康診断の結果が「HbA1cの値が6.5%を超えている」かつ「医療機関未受診である」方を対象として受療勧奨通知を送付し、各市町村ごとに医療機関受診率を算出した。
- 前年度比で、aは4%、bは6%、cは55%と全市町村において医療機関受診率の上昇がみられた。



■ 他の自治体が参考にできるポイント

- 勧奨通知作成のマクロデータは、各市町村仕様に編集可能。
- 各市町村ごとの勧奨通知作成や業務委託の必要がなくなる。

令和6年4月時点人口

13,618,855人

うち65歳以上高齢者人口

3,105,099人 (22.8%)

国保被保険者数

2,568,412人

■ 事業目的

特定健診の後、医療機関への受診勧奨がなく、次回健診時まで対応がとられないことがある高血圧等の者を、生活習慣の改善の取組につなげるとともに、要治療者を早期に医療機関の受診につなげる。

■ 事業内容

○特定保健指導対象とならない高血圧等（収縮期血圧130mmHg以上140mmHg未満）の人をメインターゲット

○モデル自治体（2区市）において、特定健診の機会を捉えて医師等から直接手渡しで啓発リーフレットを配布

○特設ページへ誘導することで、循環器病のリスクや生活習慣改善の取組について啓発

○リーフレットに記載の二次元コードからのアンケート回答と、都が把握できるKDBデータを用いた分析により効果検証を実施



モデル自治体	【個別健診】	【医師】手渡し	健康教室等生活改善の取組につなげる 血圧の基準値を超えた場合受診勧奨*
	【集団健診】	リーフレット配布・ 生活習慣改善等説明	* 服薬していない人、治療中断者を中心に実施
都	リーフレット	高血圧の方に向けた、生活習慣改善を促す内容のリーフレットを印刷、モデル区市町村に配布	
	特設ページ	都保健医療局HPに高血圧による循環器病の症状や後遺症、生活習慣改善に向けた関連ページを掲載 (https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/kensui/junkanki/kouketsuatsu.html)	
	WEBアンケート	リーフレット配布直後の意識変容・行動変容を確認	
	効果検証	リーフレット配布対象者層のリーフレット受領後の医療機関受診状況、検査値や生活習慣の状況等を分析	

■ 先進的なポイント

○腹囲が基準値以下のため特定保健指導の対象とならない高血圧等の人をメインターゲットとすることで、生活習慣病リスクがあるにも関わらず、特定健診の後、次回健診時まで対応がとられないことが多い高血圧等の人を、生活習慣の改善の取組につなげることができる。

○血圧については健診受診時に結果が判明するため、生活習慣病リスクがある人に対して、健康意識が高まっている「健診当日」または「健診結果説明時」に、「医師から」リーフレットを配布することで、本人の気づきや行動変容を促進することができる。

■ 結果及び効果

○アンケート回答数を増やすためにリーフレットにアンケートチラシを追加したことで、昨年度の8倍の回答数となった。

○アンケート回答者の9割がリーフレットを読むことで高血圧に関する理解が深まったと回答し、家庭血圧の測定や運動や節酒等の生活習慣については、以前から継続しているも含め9割程度が改善しようと思ったと回答し、昨年度よりも1割程度増加した。

○医療機関へ実施状況調査を行ったところ、リーフレット配布時に内容について説明していると回答した割合は53%で、そのうち高血圧の人への注意点を説明しやすいと回答した割合は72%であった。

○KDBデータを活用した分析では、リーフレットを配布した層で、全てのモデル自治体において健診受診後の医療機関への受診時期が早まる傾向がみられた。

■ 他の自治体が参考にできるポイント

医師会や特定健診実施機関と連携することにより、特定健診当日に生活習慣病のリスクがある人に生活習慣改善の啓発を行うことができる。とともに、地域住民の状況を医療機関と共有でき、関係性の構築の一助となる。

令和6年4月時点人口

9,225,091人

うち65歳以上高齢者人口

2,334,481人（25.9%）

国保被保険者数

1,567,796人

■ 事業目的

県民ニーズ調査の結果より、県民に「未病改善のため医師等専門職からの健康状態に関するアドバイスが必要」というニーズがある一方で、医療専門職による生活処方（運動・食事等の生活指導）の実践例は限られている。そこで、本事業では、県立2病院での実証にて、未病状態の対象者に生活処方を実施することで症状の改善等が認められるか検証し、生活処方の取組を地域で展開するための方策について検討することを目的とした。

■ 事業内容

県立2病院（神奈川県立足柄上病院及び循環器呼吸器病センター）にて、未病コンディショニングセンター（令和4～6年度）を設置し、次の流れで医師等医療専門職による生活処方の実践を行う。

【実施の流れ】

①メディカルチェックの実施、生活処方の作成・指導

②運動指導（4回）及び栄養指導（1～3回）の実施（6カ月間）

※随時、個別症例のまとめやチームカンファレンスによる検討等を実施

③メディカルチェックの実施及び評価、これからの生活習慣改善の動機付け等のフォローアップの実施

※事後、症例整理、結果分析を実施



理学療法士による運動指導の様子
提供：神奈川県広報テレビ番組「カナルTV」（テレビ神奈川）

■ 先進的なポイント

未病状態から医師等医療専門職が運動・食事等の生活指導プログラム（生活処方）の実践を行う。

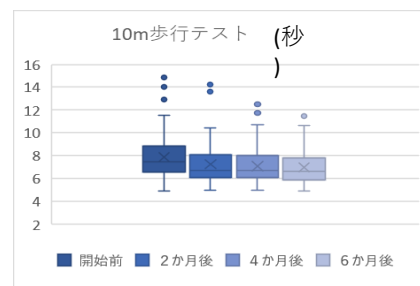
■ 結果及び効果

足柄上病院で32人（令和4～6年度合計118人）、循環器呼吸器病センターで5人（令和4～6年度合計42人）に生活指導プログラムを実施し、それぞれ30人（令和4～6年度合計93人）、5人（令和4～6年度合計29人）が6カ月間のプログラムを修了した。

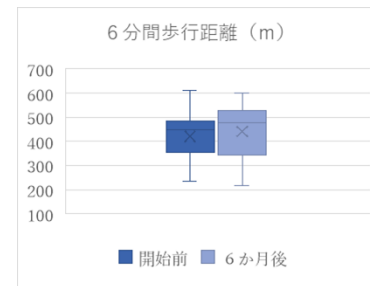
※参加者については、県広報誌等で募集を行い、医師の判断により服薬ではなく生活習慣改善が処方の中心となる者を対象とした。

修了者について、足柄上病院では10m歩行時間等の運動機能の結果に有意な改善が見られ、循環器呼吸器病センターでは6分間歩行距離等の運動耐容能や運動機能の結果に有意な改善が見られた。両病院の生活指導プログラムは、症状の改善や運動機能の改善効果が示唆された。

（足柄上病院）



（循環器呼吸器病センター）



■ 他の自治体が参考にできるポイント

医療機関と連携した新たな未病改善の取組方法として参考にできる。

令和6年1月時点人口

1,939,486人

うち65歳以上高齢者人口

595,422人（30.7%）

国保被保険者数

375,325人

■ 事業目的

< 目的 >

行政・薬剤師・その他関係者の相談体制を確立し、適正勧奨に向けた課題や問題点に対する解決策を各関係者の視点から模索し保険者における適正な事業実施を図る。また、患者の適正服薬による健康寿命の延伸、ひいては医療費適正化を長期的に目指していく。

■ 事業内容

< 課題の共有 >

- ・ 県、薬剤師会、国保連合会、モデル市をメンバーとする会議体を設置。

関係者会議にて現状の課題や問題点を共有するとともに、その課題解決に向けた検討を実施。

（オブザーバー：県内市町村、県（薬務水道課）、後期広域連合）

< モデル保険者の分析 >

- ・ K D B データを用い、モデル市における重複・多剤服薬者の実数及び傾向を把握。

< マニュアル見直しの検討 >

- ・ 関係者会議にて既存マニュアルの一部改定に向けた意見を集約し、重複・多剤投与の定義づけ、抽出基準・条件等の見直し、連携機関の見える化等を改定ポイントとして見直しに向けた検討を実施。



■ 事業のポイント・効果

< 先進的なポイント >

現状分析から課題解決策の検討、マニュアル制定及び今後の事業検討などすべての場面において、行政・薬剤師・その他関係者が連携して事業を推進することで、県内関係者が一体的に事業を実施できている点。

< 結果及び効果 >

モデル市（3名）において勧奨前と勧奨後で175,736円/月の医療費適正化効果が得られ、本事業に係る年間経費よりも効果額の方が高かったことから適正勧奨による費用対効果はあったと考える。また、関係者会議にて同一薬品名による重複確認ではなく、同一薬効（成分）に着目し勧奨することが望ましいとの薬剤師会意見を踏まえ、今後の事業の方向性について検討することが出来た。

< 他の自治体が参考にできるポイント >

- ・ 薬剤知識に不安のある市町村保健師と薬剤師会等が連携して事業を進めることで、それぞれの立場にあった保健指導が実施できる点。
- ・ 重複処方に関して、同一薬品名ではなく、同一薬効（成分）に着目して取り組みが必要である点。

令和6年1月時点人口

2,533,821人

うち65歳以上高齢者人口

735,129人 (29.01%)

国保被保険者数

470,736人

■ 事業目的

京都府では、平成29年度に京都府糖尿病性腎症重症化予防プログラムを策定し、保険者と関係団体が連携した保健指導体制を構築するために、「地域ごとの戦略会議での検討」「京都府版糖尿病保健指導モデル作成」「京都府版eGFRプロットシートの普及」などを実施している。

取組の評価を行う中で一貫して課題が残っているのは、かかりつけ医と専門医（糖尿病・腎臓病）との連携体制の構築である。そこで、医師会等の協力を得て、保険者とかかりつけ医、専門医等がつながるためにICTツールを活用し、ネットワークを構築する。

■ 事業内容

糖尿病性腎症重症化による人工透析導入を予防するため、保険者、かかりつけ医、糖尿病/腎臓専門医・多職種が、適切な時期に遅滞なく連携できるよう、ICTを活用したネットワークをベースに、糖尿病診療に特化した新たなネットワークを構築する。



支援チームの調整	
専門医や多職種等DM支援ネットワークの構築に向けて、支援チーム員についてかかりつけ医等と協議	
京都府	・ネットワーク推進会議の調整 ・見える化保健指導メニューの準備
市町村国保	・対象患者の過去の健診結果等のデータをまとめる ・対象患者に見える化保健指導メニューについて説明
医師会	・ICTツールの利用に係る準備 ・支援チーム員へのICTツールの説明と利用に係る支援 ・専門医の派遣に係る相談

実施・評価	
第1回DM支援ネットワーク推進会議 (チーム員への説明)の開催	
DM支援ネットワークによる支援	
第2回DM支援ネットワーク推進会議 (全体の評価)を開催	

■ 先進的なポイント

ICTツールを活用することで、専門医などの医療資源が少ない地域においても多職種チームによる保健指導のネットワークづくりが可能となること。

保健指導が見える化することで、保険者による、より効果的な支援が実施できること。

■ 結果及び効果

○京都府独自の保健指導支援システムの開発ネットワークの構築

・ICTを活用したネットワーク化事業

京都府医師会が運用するICTツール「京あんしんネット」を用いて、医療保険者、かかりつけ医、専門医等をつなぐ、多職種のチームによる保健指導体制の構築を行った。

・保健指導見える化事業

委託先と連携し、医療保険者に見える化が可能な保健指導教材を提供し、より効果的な保健指導を実施する体制の構築を行った。

○介入による効果

・本事業への参加をきっかけに、地域のかかりつけ医等とのネットワークを構築し、医療機関と市町村保険者との継続的な連携体制を築くことが出来た。

■ 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連携して進め、ハイリスク者対策に取り組む市町村の増加につなげてきた。本事業により、支援体制の更なる向上や地域差の緩和等を実現することで、府内全域における、より効果的なハイリスク対策が実施可能となる。

令和6年4月時点人口

8,761,190人

うち65歳以上高齢者人口

2,377,803人(27.1%)

国保被保険者数

1,124,882人

■ 事業目的

- ・市町村国保が重複・多剤服薬者に対する保健指導を効果的に実施できるよう、支援する。
- ・薬剤師と保健師等が適切に連携し事業を展開することで、「かかりつけ薬剤師・薬局」の取組みを推進する。
- ・被保険者の医薬品適正使用についての意識向上と、医療費の適正化を図る。

■ 事業内容

市町村国保において、対象者をかかりつけ薬局による支援に結びつけるスキームを構築。効果的に実施できるよう、通知・指導・啓発に係る媒体にナッジの工夫を取り入れる。

① 検討会

構成：薬剤師会、医師会、モデル市、国保連合会、後期高齢者広域連合、行動経済学の有識者等、データ加工事業者、大阪府

検討事項：対象者の抽出基準、通知の工夫等、モデル実施の詳細の検討、評価

② モデル実施 A) B) C) をかかりつけ薬局で行う。

A) 重複・多剤服薬者に対し、

保健指導と連携して行う服薬管理指導

モデル市で対象者を抽出、通知後、モデル市の保健師等が電話、かかりつけ薬局に相談するよう勧奨。相談希望者が薬局に指導申し込み、薬剤師による服薬指導実施

B) 残薬管理指導を通じた医薬品適正使用啓発

薬局を利用する被保者に薬剤師が残薬を持参するよう声を掛け指導

C) リーフレット等による、医薬品適正使用啓発

かかりつけ薬局を利用する国民健康保険被保険者に対し、薬剤師等がリーフレットを配布。

③ 効果検証

医療費（薬剤料等）の減少率をレセプトデータより算出して評価

④ 報告会

市町村国保、医師会・薬剤師会、保健所等に対し、事業報告



■ 先進的なポイント

市町村国保と薬剤師会等地域の医療関係団体の効率よい連携や、行動経済学の専門的知見に基づいたアプローチ手法を取り入れ、かかりつけ薬局の機能を活用できる円滑かつ効果的な事業展開。

■ 結果及び効果

● モデル地域 寝屋川市、松原市

● 効果の把握方法 薬局から大阪府薬剤師会への実施報告及び医療費分析

● A) の結果

寝屋川市：(重複) 2医療機関・薬効数2以上、(多剤) 1日以上・15薬効数以上。地区薬剤師会の意向を汲み、対象者を市と薬剤師会が協力して選定。32件を抽出。松原市：18歳以上・60歳未満、6剤以上14日以上服薬、複数医療機関から処方。電話対応可能な量を考慮し、100件を抽出。

【結果】計132名を対象に、通知・架電を実施。寝屋川市4名・松原市5名、計9名が薬局の相談につながった(6.8%)。うち、2名が処方削減、5名の残薬確認。薬剤費一人あたり平均1,208円削減。

● B) の結果

各薬局において残薬管理・指導が必要と判断した国保被保者計22名に対して薬剤師が指導。薬剤費一人あたり平均3,237円削減。

● C) の結果

各薬局において国保被保者計258名に対して、聞き取りアンケートにより適正服薬に関する意識や理解を把握のうえで、リーフレットを示しながら適正服薬に係る説明を実施。ポリファーマシーについて認知していた者は19%、ジェネリック医薬品について使用したことがあると認識していた者は96%、薬の服用数について薬剤師に相談したことがある者は40%であり、特にポリファーマシーについての啓発を効果的に行うことができた。

● 医療費の状況

モデル実施期間前後で比較。寝屋川市では、対象者の薬剤料等は平均3,087円減少(減少率9.6%)、対して、同時期にレセプトの上がった被保者では平均243円増。

同様に、松原市では対象者の薬剤料等は平均2,304円減少(減少率10%)、同時期にレセプトの上がった被保者では平均224円減少。

■ 他の自治体が参考にできるポイント

市町村のマンパワーを考慮。負担を極力軽減し、かつ、かかりつけ薬局の力を発揮してもらい実施結果の報告をスキーム化したことで、スマートな実施と適正服薬、医療費削減の効果を両立することができた。

市町村国保
ヘルスアップ事業
先進的かつ効果的な
モデル事業

令和6年4月時点人口

33,541人

うち65歳以上高齢者人口

12,370人 (36.8%)

国保被保険者数

8,586人

■ 事業目的

筋骨格疾患が医療費分析、要介護の有病状況でも上位になっており、後期高齢者質問票では運動・転倒・社会参加のリスクが国・県よりも高い状況であることから、健康アプリを活用し、運動習慣を定着化する。あわせてアプリのチャットと講座・交流会で交流を促進し社会参加を図る。また講座参加時には、毎回フレイル予防についてのワンポイント講座を実施しフレイル予防につなげる。スマホの活用についても学び、継続的に使用することでデジタルデバイドの解消を図る。

■ 事業内容

- ・フレイル予防とデジタルデバイド解消のためのスマホ講座を全7回実施
- ・各回、フレイル予防についてワンポイント講話を実施（テーマ：運動、栄養、口腔、認知症、市のフレイルの状況等）
- ・講座初回、最終回でフレイルチェックを実施。フレイルチェックの結果からフレイルリスクの高い者へ個別相談を実施。必要時他事業へつなぐ。
- ・運動や社会参加の状況等について、みんなチャレ開始時と3ヶ月後でアンケートを実施。
- ・健康アプリは5人1組のチームに参加し、毎日写真と歩数をチャットに投稿。
- ・アプリ内の歩数により得られるコインを活用する寄付プロジェクトにより子育て支援を目的とした社会貢献活動にも参加（学校教育課・福祉課と連携）

令和6年度 フレイル予防・デジタルデバイド解消事業

健康になる スマホ講座

スマホの基本操作（文字入力や写真撮影等）を習得し、仲間と取り組むアプリを用いて健康づくりもできる講座です

ステップ	内容	講師
ステップ1	入門コース ・スマホの持ち方と画面の操作方法を学ぶ ・文字入力をマスターしよう ・カメラを使う	【講師】NITTEコエ
ステップ2	健康アプリ「みんなチャレ」コース ・アプリをダウンロードしよう ・チームを作ろう ・マイナンバーカードを活用しよう ・実際に使ってみよう	【講師】A105系
ステップ3	応用コース ・インターネットを使おう ・マイナンバーカードを活用しよう ・実際に使ってみよう	【講師】NITTEコエ

定員30人 参加費 無料 講座は 全5回

匝瑳市の65歳以上の方対象です

コース名	日程	場所
入門コース	7月4日(木) 午後2時～4時	市民会館1階センター
健康アプリ「みんなチャレ」コース	7月18日(木) 市民会館1階センター 7月25日(木) 市民会館1階センター 8月1日(木) 市民会館1階センター 8月8日(木) 市民会館1階センター 8月15日(木) 市民会館1階センター	市民会館1階センター

習得できるスマホアプリ



(講座の様子)

(周知チラシ両面)

■ 先進的なポイント

- ・フレイル予防×デジタルデバイド解消を1事業で実現しようとした取り組み
- ・高齢者がスマホ・健康アプリを活用し、健康行動の習慣化を目指す
- ・集団への数回のアプローチでも、アプリをチームで稼働させることで、習慣を継続させる動機づけを強化できるようにした

■ 結果及び効果

	スマホ講座	フレイル予防ワンポイント	参加人数	ハイリスク相談
1回	文字入力、カメラ操作等	フレイルとは	23人	0人
2回	健康アプリを使ってみよう①	匝瑳市の健康状況	20人	2人
3回	健康アプリを使ってみよう②	栄養・さあにぎやかにいただく	21人	2人
4回	インターネット・マイナンバーカード使い方	口腔・お口から元気に	14人	1人
5回	災害に備える、Q助の使い方	運動・からだを動かそう	12人	1人
6回	チャレンジ写真展覧会、表彰式等	サルコペニア・簡易チェック	17人	0人
7回	写真コンテスト、地図アプリの活用等	認知症チェック	19人	0人
寄付プロジェクト第1弾・放課後児童クラブ			(寄付品) 飲料	528人
寄付プロジェクト第2弾・子育てつどいの広場			(寄付品) 飲料	60人

週1回以上の運動		週1回以上の外出		1日あたりの平均歩数		スマホで情報収集・興味関心に応じた使い方ができる	
初回	6か月後	初回	6か月後	初回	6か月後	初回	6か月後
57.1%	71.4%	100.0%	100.0%	4,983歩	6,294歩	0.0%	42.9%

- ・週1回以上の運動をしている者が2割増加し、平均歩数も1,000歩以上増加していることから、フレイル予防への習慣化ができ、リスクを軽減することにつながったと考える。
- ・交流会では対面で講話や意見交換などで交流を図ることができ「また頑張らなくちゃ」と習慣継続への行動を強化できた。
- ・寄付プロジェクトのコインを貯める為に積極的に「歩く・投稿する」といった姿勢がみられ意欲向上につながった。

■ 他の自治体が参考にできるポイント

- ・チャットと対面の両面で多様なコンテンツが提供でき、フレイル予防へのモチベーションアップがみられる。
- ・通常の教室運営にプラスで、1年を通して提供できる媒体（アプリ）を活用することで、職員の介入量を増やさず、従前の教室よりも習慣化がみられ、効率的な事業展開が可能となる。

令和6年4月時点人口

3,767,635人

うち65歳以上高齢者人口

939,023人 (24.92%)

国保被保険者数

593,521人

■ 事業目的

本市国保の特定健診受診率は、データヘルス計画上の目標値に届いておらず、受診率の向上が課題となっている。アンケートでは、当該医療機関で健診を受診した理由として「健診以外でも診てもらっているから」という理由の者が半数を占めていた。そこで、これまで実施した未受診者勧奨ハガキの一部を工夫し、個性の高い案内通知を作成・送付した。併せて医師会への協力体制を構築し、受診勧奨を行ってもらうよう働きかけを行うことにより、受診率向上を図る取り組みを行った。

■ 事業内容

○未受診者勧奨通知（委託）

未受診者のレセプトデータから、医科受診している医療機関のうち、健診医療機関でもある実施機関を抽出し、勧奨ハガキ情報を印字した資料を作成・送付した。資料作成にあたり医師会へ事前にかかりつけ医療機関の定義等の記載内容の調整を図った。

通知から自分事として捉えることや、多数ある健診実施機関を選ぶハードルを下げることにより受診率向上を図った。

○医療機関からの受診勧奨

かかりつけ医療機関を印字した資料等を契機として、医師からの勧奨を行ってもらうため、本市医師会と調整。市医師会から各区の医師会へメールを送付し、健診実施機関から勧奨して頂けるよう、協力依頼を実施した。

【実施スケジュール】

4月：健診実施機関へ健診啓発資料の配布及び協力依頼

9月中旬：個別勧奨通知発送（第1回）

9月下旬：健診実施機関からの受診勧奨を協力依頼

翌年1月中旬：個別勧奨通知発送（第2回）

翌年11月頃：受診率等の効果検証を報告予定

■ 先進的なポイント

- ・未受診者勧奨通知にレセプトデータを活用し、対象者毎に、現在受診している医療機関を印字し、その医療機関で健診も受けられることを周知することにより、受診へのハードルを下げた。
- ・通知と並行して、医師会や特定健診実施医療機関と連携し、医療機関からも受診勧奨を促してもらうよう依頼し、連携して勧奨に取り組めるよう調整を図った。

■ 結果及び効果

○未受診者勧奨通知

第1回発送	第2回発送
ハガキ：274,841件 SMS：48,599件 ※うち、かかりつけ医療機関を印字したハガキ資料：96,397件	ハガキ：159,435件 SMS：38,962件

○医療機関からの受診勧奨

勧奨チラシ作成：78,500部（うち、各医療機関へ50部送付）

医療機関からの勧奨依頼：令和6年9月20日と令和7年1月20日に各区医師会を通じ、全実施機関へ勧奨協力を依頼

効果検証の結果、かかりつけ医療機関を印字した資料の勧奨発送後のうち、約70%※の方が印字された医療機関で健診受診されており、一定の効果があつたこと、かかりつけ医療機関の健診の受け入れ等の協力体制が引き続き必要であることが示唆された。

横浜のように人口規模の大きな市の場合、未受診者勧奨等も対象者が多いため、直接対面での働きかけが難しい分、実施できる範囲の中で、いかに個人の行動変容を図っていくかが重要となる。今回の結果をふまえ、本人が現在受診している医療機関を印字するなど、より自分事として捉えられる工夫が行動変容に繋がりがやすく、今後の通知物作成に生かせる手法として継続していきたいと考えている。また、実際受診している医療機関から通知発送のタイミングに合わせて健診を勧められることの効果も大きいと考えられる。

※R7.1月請求時点のデータから

■ 他の自治体が参考にできるポイント

- ・レセプトデータを活用した個性の高い勧奨通知の送付
- ・発送のタイミングに合わせた医療機関からの受診勧奨及びその調整
- ・資料の記載内容等の関係機関への事前調整



令和6年4月時点人口

62,435人

うち65歳以上高齢者人口

17,977人 (28.8%)

国保被保険者数

12,049人

■ 事業目的

健診が大切だということを通知や広報などで周知しても、関心のない方には届かないことも少なくない。専門職が訪問し、健診受診勧奨を入りに、生活習慣病予防に関する情報提供を行う。また、個々に応じた保健指導を行うことで、住民自身が健康づくりの必要性を理解し、健康行動に取り組めるようになることを目的とする。

■ 事業内容

【対象者】①新規に国保に加入された方や40歳到達の方②昨年度の健診結果が保健指導判定値や受診勧奨判定値だった方 etc、KDBで医療や介護の情報と突合して優先順位をつけ選定した方

【内容等】レセプトや住所などの情報から対象者が受診しやすい医院*を2か所選択し、受診方法などを記載した個別の受診勧奨リーフレット(A)を作成。また、平成20年度からの健診結果や過去の保健指導の内容等、対象者のことを把握。

保健師や管理栄養士の専門職が2人体制で、自転車で市内を回ってアポなし訪問。

≪①新規加入等の方≫入り口は健診勧奨。本人または家族に、KDBで課題分析した資料(B)を手渡す。普段の血圧を知らないという方には、その場で血圧測定を行い、血圧手帳に血圧を記載してお渡しする。血圧が高く血圧計を持っていない方には、血圧計の貸し出しを行い、家庭血圧の習慣をつけていただく。また、医療機関受診時に、血圧手帳を医療機関に持参するように伝え、対象者を通して医療機関との連携を行う。

≪②以前の健診結果等でサポートが必要な方≫入り口は健診勧奨。以前の検査結果等から、個々に作成した資料を準備、会えた方には、その場で保健指導を行う。

* 当市は 全て個別健診：市医師会より予約の有無、健診時間等の情報提供有



■ 先進的なポイント

- ・KDBで、健診・医療・介護の情報を分析したうえで、対象者を選定し、本市の健康課題を踏まえ、対象者ひとりひとりの検査値を反映した資料やメッセージを作成していること。
- ・保健師と管理栄養士等があらかじめ健診結果等把握し、2人体制でアウトリーチすることで、対象者ご自身が抱える健康に関するさまざまな疑問や悩みに対し、その場で専門性を生かした保健指導ができること。

■ 結果及び効果

【結果】延べ1,100人に訪問

(不在の方にも個々に作成した資料を投函)

新規加入等	糖尿病	脂質異常症	eGFR	高血圧	合計
訪問 不在	訪問 不在	訪問 不在	訪問 不在	訪問 不在	実人数 延べ人数
414 458	75 54	33 33	15 11	5 2	1,077 1,100

※訪問：訪問で会えた人、不在：訪問したけど会えなかった人
※高血圧の方へは、複数回訪問。重症化予防事業として集計
(重症化予防事業との重複集計は無し)

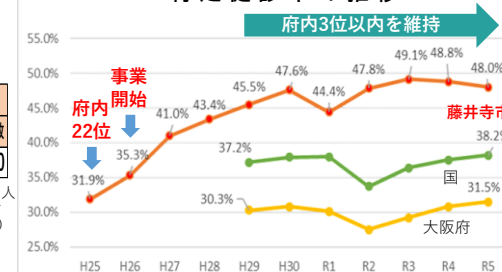
【効果】

健康課題の解決は長期的視点が必要で、直営だからこそできる、継続的な関りや、家族を含めた包括的な関りをする中で、健康に対する意識が変わってくることがある。最初に訪問した時は健診を受けることを拒否していた方も、次の年にアプローチ方法を変え、積み重ねていくことで、健康に向かう気持ちが変化することもある。

平成26年度からこの事業を開始、平成25年度には31.9%（府内22位）だった受診率が、平成29年度からは、府内3位以内を維持し、令和5年度も48.0%（府内2位）と高い受診率を維持できている。

当市では、介護が必要になる原因となる疾患の1位は脳血管疾患で、新規発症者1人当たり医療費は97万円（本市分析）、予防に取り組むことで、医療・介護といった社会保障費でも、費用対効果は高い。

特定健診率の推移



■ 他の自治体が参考にできるポイント

広報や案内等で健康教室を募集しても、来てほしい人には来てもらえず、いつも決まった人が参加することが往々にしてある。集団教室には参加しなかった本人や家族の方にも、予防の視点で健康に関する知識の普及・啓発を行うことで健診受診率向上に合わせて、長期的には健康寿命延伸へとつながることができる。

令和6年4月時点人口

17,233人

うち65歳以上高齢者人口

13,093人 (34.48%)

国保被保険者数

6,739人

■ 事業目的

糖尿病性腎症の重症化予防が必要と思われる被保険者に対して、かかりつけ医と連携し、受診勧奨又は保健指導を実施することにより、生活習慣の改善を促し、糖尿病性腎症による人工透析への移行を阻止するなど、生活の維持・向上及び医療費の抑制を図る。

■ 事業内容

【保健指導及び事後支援（治療中者）】

- 市及びかかりつけ医からの保健指導プログラム利用勧奨
- 糖尿病学会の糖尿病連携手帳を活用した情報共有
- かかりつけ医からの運動教室及び健幸ポイント事業への接続

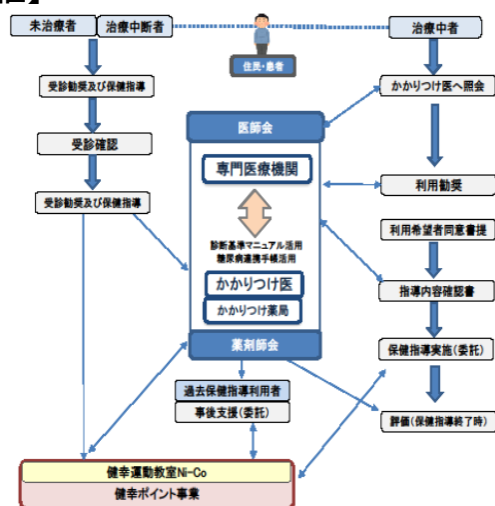
【受診勧奨（未治療者・治療中断者）】

【糖尿病対策協議会の開催】

事業実施体制とフロー



会議の様子



■ 先進的なポイント

■ **民間企業との連携**により、地域の糖尿病重症化予防に資する保健事業を検討している。

■ **医師会と連携**し、腎機能予測結果還元データの活用や保健事業への接続を図っている。

■ 結果及び効果

【民間企業との連携】

■ 西脇市糖尿病対策協議会（4回/年）で事業内容を協議した。
⇒健康課題の共有、特定健診受診率の向上、**保健事業とかかりつけ医の連携推進**、糖尿病の標準治療の普及等の検討、「**糖尿病ニュースレター**」の発行、**CKDシールの活用**など

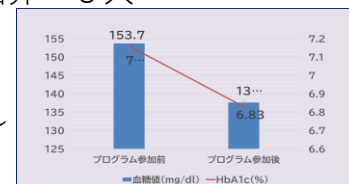


■ 研修会開催（11/14）

⇒西脇病院、行政等が実践報告を行い地域連携の推進を図った。

【医師会と連携した腎機能予測結果還元データの活用・保健事業への接続】

- 還元データの活用 11医療機関 49人(R5 3医療機関 11人)
- **かかりつけ医から**保健指導プログラムほか健幸ポイント事業等への**接続**を図るとともに**診療への活用を検討**
⇒医師からの保健指導プログラムへの紹介 8人
健幸ポイント事業等への接続 11人
保健指導プログラム利用 14人
(うち国保12人)
- 保健指導の効果～過去3年間の平均～
⇒検査値（HbA1c）の減少



■ 他の自治体が参考にできるポイント

【医療機関と行政の連携～対策協議会～】

西脇市多可郡医師会、西脇市多可郡薬剤師会、西脇病院医師（糖尿病診療を行う）及び市（担当課長及び担当保健師）で構成する「西脇市糖尿病対策協議会」で事業内容を協議

令和6年4月時点人口

18,342人

うち65歳以上高齢者人口

4,027人 (22.0%)

国保被保険者数

2,836人

■ 事業目的

宇多津町では重複多剤服薬による健康被害のリスク低減と医療費の適正化を図る為、訪問指導が必要であるという認識はあったが、薬剤に関する知識不足もあり、訪問指導は十分でなかった。そこで、薬剤の専門的助言をもとに適切な対象者抽出や訪問指導を行うことを目的に、香川県薬剤師会と連携した事業を実施した。

■ 事業内容

- ①実施体制 香川県薬剤師会、実施市町（宇多津町）、香川県
②事業の流れ

R 6. 7月下旬	条件該当候補者リスト作成（業者委託）
R 6. 9. 27	第1回打合せ（薬剤師会・宇多津町・香川県） 介入対象者を選定
R 6. 11. 1	第2回打合せ（薬剤師会・宇多津町・香川県） 介入対象者8名への支援方法
R 6. 11月～	医療機関への情報提供や、対象者の薬局来局時に薬剤師が内服を聞き取り、指導を行う。
R 6. 11. 23	「うたず〜っと健康まつり」の薬剤師コーナーにてお薬相談を実施 (来場者約500名)
R 7. 3月下旬	効果検証報告書納品（委託業者）



■ 先進的なポイント

香川県薬剤師会との連携

①指導対象者抽出にかかる支援、②訪問指導に係る支援、③調剤薬局での相談・指導、④保険者と協働した健康教育

■ 結果及び効果

- 対象者抽出に係る支援（薬剤師6名が従事）
 - 薬剤数6種類以上2医療機関以上処方14日以上12か月間の該当者は176名。対象者が多すぎたため「薬剤数15種類以上かつ同種同効あり古いレセプト除外」で18名に絞った。
 - 18名を薬剤師により処方量や期間、薬剤の効果等、薬学的見地から対象者を選定したところ、介入が必要と判断したのは8名。主に睡眠薬の重複であった。
- 介入方法について

具体的な支援方法については状況や事例に応じてケースバイケースに対応した。

 - 町（国保）による介入 2件（重複処方している薬局への文書通知や、国保離脱者に対して社保へ申し送り）
 - 薬剤師によるアフターフォロー 6件（重複している医療機関や薬局への情報提供、かかりつけ薬局来局時本人に聞き取り）

今回のケースは重複多剤の中でもひときわ目を引く患者であるため、外側から攻める手法としてお薬手帳未持参等により重複を把握していない処方医師やかかりつけ薬局に情報提供するという手法をとった。
- ポピュレーションアプローチでの協働

毎年11月23日に実施するイベントで薬剤師会によるお薬相談を実施。
- アウトカム…削減効果額36,972円。削減種類数18個。

薬剤師さんが協力的で、情報提供や、来局時の内服状況等の聞き取りによる指導をしていただき、個別的確な指導を実施することができた。

■ 他の自治体が参考にできるポイント

- ①専門職能団体（香川県薬剤師会）と連携した実施
- ②医療機関や薬局からの介入方法