

【特定健診未受診者対策事業】

健診受診勧奨訪問をきっかけに、健康状態不明者へアプローチ

小千谷市（新潟県）

【自治体の基本情報（令和3年1月時点）】

人口：34,565人

国保被保険者数：7,183人（20.8%）

高齢者人口：12,047人（34.9%）

【事業に関する情報】

予算：214,695円

事業対象者数：1,140名（全員が国保被保険者）

◆事業概要

内容

特定健診の未申込者に対して、通知と訪問による受診勧奨を行い、特定健診の受診率向上を目指している。取組の特徴として、受診勧奨の訪問をしていることが挙げられる。この訪問により、健康状態のみならず生活についての困りごとを始め、引きこもりや発達障害等を抱えていること、生活困窮の状態であること等の把握が可能であり、受診勧奨をきっかけに健康状態不明者へのアプローチにもなっている。また、病院にかかっているため健診を受けないという市民へは、健診受診を無理に勧めるのではなく、医療機関から特定健診と同じ検査結果を提供してもらえるような体制を作っている。

受診勧奨の対象者は、40～74歳の国保加入者のうち、市で実施している住民検診調査（※）において、調査票未提出者または特定健診欄未回答者である。令和3年度は40～50歳代には訪問、60～70歳代には通知による受診勧奨を実施した。

なお、住民検診調査で申し込みはあったが、未受診の方へは、11月～12月頃に再通知を発送している。

※特定健診を含めた、翌年度の各種健診などの受診先の予定を調査。特定健診の申し込みも同時に行える。（詳細は後述）

実施体制及び役割分担

主担当は、健診全般を担当している健康未来こども課である。予算の確保は、市民生活課国保年金課が行っている。両課で、事業概要や予算の使途の共有、事業の進捗報告、次年度の予算の調整等を年3回ほど打ち合わせしている。

【特定健診未受診者事業実施者】

- 業務担当保健師：通知と訪問それぞれの受診勧奨対象者のリスト作成、対象者への通知発送
- 地区担当保健師：対象者リストから訪問する対象者の選定・確認、受診勧奨訪問の実施
- 雇い上げ看護師：受診勧奨訪問の実施
- 事務職員：実績報告の作成
- 市内医療機関：診療情報提供書の記入・市への提出。いわゆる、みなし健診のための書類作成

◆取組の経緯

特定健診受診率の低い若い世代を優先的に訪問

特定健診の受診率向上に向けて、平成22年度から、健診の申込がない方に受診勧奨の通知を出してきたが、平成29年度からは訪問による受診勧奨も開始。本来であれば、全員訪問して受診しない理由を伺い、市の健診体制改善に活かしたいが、全世帯を訪問できるマンパワーはない。そのため、訪問の対象者は健診受診率等で優先順位を立て、毎年度のマンパワーを考慮した上で決めている。例えば令和元年度の訪問対象者は50代のみ、令和2年度は特定の年代に絞らず各年代から地区担当保健師が選定した対象者へ実施した。令和3年度は、特定健診実施率が低い40～50代の若い世代への訪問を優先して行うことにした。若いうちから健診を受診するよう行動変容を促したいという狙いもある。

▼住民検診調査票

令和3年度
小千谷市住民検診調査票

〒郵便番号 小千谷市 住所
方書 世帯主 様
バーコード

◎提出期限の令和3年2月10日までに提出されない場合は、市の一日人間ドック、検診等が受けられない場合があります。
◎氏名が表示されている全ての方が記入してください。市の検診を申し込まない場合も提出が必要です。
◎別紙の記入方法や検診日程表等を参照し、記入してください。
◎検診対象は令和4年4月1日時点の年齢を基準にしています。
◎*****は、年齢やご加入の保険、検診の安全性などの理由から対象外となっている項目です。申し込まれても通知はいたしません。
◎市の一日人間ドックにおける胃カメラの実施方法や希望月については、ご希望にそえない場合があります。ご了承ください。

No. コード	町名	特定健康診査 【身体計測、血液検査、尿検査、血圧測定等】	胸部レントゲン検査 肺がん検診 40歳以上 結核検診 65歳以上	胃がん検診 40歳以上	大腸がん検診 40歳以上	子宮頸がん検診 20歳以上の女性で、 令和2年度に市の 検診を受けていない方	乳がん検診 40歳以上の女性で、 令和2年度に市の 検診を受けていない方		骨格密度 検診 40歳以上 45歳以上 50歳以上 55歳以上 60歳以上 65歳以上 70歳以上 75歳以上	セツト検診 40歳以上 65歳以上	一日人間ドック 市の一日人間ドックを申し込む（「欄外」に申し込む） 他のドックを受診する（「欄外」に申し込む）
							市の検診 小千谷総合病院	他で受ける 小千谷総合病院			
氏名		対象者 ・16歳以上39歳以下 ・75歳以上 ・40歳～74歳で小千谷市国民健康保険に加入されている方									
		市の検診 集団健診 個別健診	市の検診 他で受ける （職場・学校・市民センター等）	市の検診 他で受ける （職場・学校・市民センター等）	市の検診 他で受ける （職場・学校・市民センター等）	市の検診 他で受ける （職場・学校・市民センター等）	市の検診 小千谷総合病院	他で受ける 小千谷総合病院			

市の一日間ドック申込書
※下記の枠は、市の一日人間ドックを申し込み方のみ記入してください。希望検診機関、希望月を記入してください。（希望する受診月にならない場合があります。）
※小千谷総合病院の胃がん検診は、バリウムの他に胃カメラを希望できます。ただし、鼻からの方または人数制限がありますので、人間ドックで最後に受けた胃カメラの実施方法となります。
胃カメラを初めて希望される方は口からの胃カメラとなります。なお、「鼻から」の場合、希望月の申込状況により調整が必要となる場合がありますので、ご了承ください。

氏名	連絡のつく電話番号	希望検診機関	胃カメラを希望される方は、人間ドックで最後に受けた実施方法（①～③）に○をつけてください。なお、③の場合で口からでも可能という方は★にも○をつけてください。	希望月 ※4月～翌年3月
		1. 健康管理協会(新潟市) 2. 労働衛生医学協会(長岡市) 3. 小千谷総合病院	バリウム・胃カメラ（①初めて ②口から ③鼻から（★口からでも可））	月
		1. 健康管理協会(新潟市) 2. 労働衛生医学協会(長岡市) 3. 小千谷総合病院	バリウム・胃カメラ（①初めて ②口から ③鼻から（★口からでも可））	月
		1. 健康管理協会(新潟市) 2. 労働衛生医学協会(長岡市) 3. 小千谷総合病院	バリウム・胃カメラ（①初めて ②口から ③鼻から（★口からでも可））	月
		1. 健康管理協会(新潟市) 2. 労働衛生医学協会(長岡市) 3. 小千谷総合病院	バリウム・胃カメラ（①初めて ②口から ③鼻から（★口からでも可））	月

○この調査票を返信用封筒に入れて、投函してください。 問い合わせ先：小千谷市健康未来こども課（電話 0258-83-3640）

出典）小千谷市提供資料

◆具体的な取組状況

住民検診調査を通じて訪問対象者を選定

市の特定健診は5～12月に実施している。申し込み制であり、健診が始まる前の2月に各世帯に住民検診調査票を配布し、集団健診、個別健診の申し込みを受けている。調査票未提出者または特定健診欄未回答者（以下、「未申込者」）には通知を送付したり、保健師・看護師が訪問したり、健診の受診勧奨を行っている。令和3年度は、該当する40～59歳の市民に対しては受診勧奨訪問を実施、60～74歳の市民に対しては訪問の代わりに受診勧奨通知を発送した。後者の通知文書は健診会場に持ってくるとすぐに受診ができるような様式としている。

訪問対象者を抽出する具体的な方法としては、8月上旬頃に業務担当保健師が健康管理システム

（各種検診の申込や結果等を管理するもの）から、特定健診未申込者のリストを作成し、それをもとに受診勧奨通知対象者、訪問対象者のリストを作成する。そのリストを地区担当保健師にみてもらい、障害等のため健診受診が難しいケースを対象外としている。他に対象外となるケースは、医療機関・施設への長期入院・入所者や、40代であれば妊娠中の方、最近大きな手術を受けた等で健診に来られない方等である。

訪問は、8月下旬～11月中旬にかけて地区担当保健師と雇い上げの看護師で行う予定であったが、令和3年度は新型コロナウイルス感染症における「特別警報」が県から発令されたことに伴い、10月中旬～11月中旬に延期して実施した。

▼未申込者に対する通知（訪問対象者、通知対象者共通）

〒 () 小千谷市		個人コード	
様		地区コード	世帯コード
		フリガナ	
		生年月日	
		年齢	
		性別	
◀ (国) 3国・保・一・生・後2 ▶			

令和3年度特定健康診査・胸部レントゲン検査案内

この案内は、小千谷市国民健康保険に加入している40歳～74歳で、特定健康診査をお申込みでない方にお送りしています。下記の日程で健診を行っていますので都合のよい日に受診してください。

月日	受付時間	会場	備考
9月15日(水)	9:00～11:00	東小千谷体育センター	
9月16日(木)	13:00～15:00		
9月17日(金)			
11月16日(火)	9:00～11:00	総合体育館	※11/16午前レディース健診(女性限定)
11月17日(水)	13:00～14:30		
11月18日(木)			

	特定健康診査	胸部レントゲン検査
質問票	●別紙の質問票を記入してください。	●下記の質問票を記入してください。 1. たばこをすいますか？ ①すう ・ ②やめた ・ ③すわない →①②の方 喫煙年数 () 年 1日の本数 () 本 2. 6ヶ月以内に胸に血が滲じたことがありますか？ ①ある ・ ②ない 3. 重クロム酸、石棉等を取り扱う業務についたことがありますか？ ①ある ・ ②ない 4. (女性の方のみ) 現在妊娠している、または妊娠可能性がありますか？ ①ある ・ ②ない
持ち物	●この案内 ●保険証（保険証とマイナンバーカードを連携させている方も、保険証をお持ちください。） ●特定健康診査受診券（オレンジ色）	●この案内
料金	●1,000円（国保40歳、50歳無料）	●200円（70歳以上無料）
服装	ストッキング、靴下は短いものを着用してください。	貴金属、金具、ボタンのある服装は避けてください。
その他	小千谷市国民健康保険を脱退すると特定健康診査は受診できません。受診を希望する場合は、新しく加入した医療保険者に問合せをしてください。	

※以下記入不要

受診歴	初診 ・ 内診
受診番号	
検査申込状況	胸部 特定(集団) 特定(個別) 胃 大腸 子宮 乳 喉嚨
受診券	保険証 健康手帳

コロナ禍こそ！
毎年の健診受診 + 生活の見直しで健康なからだを保ちましょう。

◆どうして健診を受けなければいけないの？
メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)の状態のままですと、脳血管疾患や心疾患、糖尿病等の病気を発症したり、死亡や後遺症の原因となる可能性があります。健康長寿のために年に1回の特定健診を受けましょう。

◆特定健診の内容
【検査項目】①身体計測 ②尿検査 ③血圧測定 ④診察 ⑤血液検査 ⑥心電図検査 ⑦眼底検査(医師が必要とした方のみ)

*** 特定健診日程 ***

①集団健診(9月・11月)
ピンク色の案内とこの用紙裏面の質問票を記入のうえ、都合のよい日時に直接会場にお越しください。胸部レントゲン検査(200円)と同時に受診できます。

月日(曜日)	受付時間	胸部レントゲン検査 男女別受付時間	会場	対象町内
9月15日(水)			東小千谷体育センター	東小千谷地区・東山地区
9月16日(木)	9:00 ~ 11:00 13:00 ~ 15:00	15:00 ~ 15:10		
9月17日(金)				
11月16日(火)	9:00 ~ 11:00 13:00 ~ 14:30		総合体育館	※レディース健診2回目(女性限定) 未受診者再実施日
11月17日(水)	9:00 ~ 11:00 13:00 ~ 14:30	14:30 ~ 14:40		
11月18日(木)				

②個別健診(12月まで) ◆申し込みが必要です。希望する場合はご連絡ください。
下記5つの市内医療機関から選んで受診できます。医療機関によっては夕方や土曜日の受診が可能です。
※胸部レントゲン検査は実施していません。

医療機関名	小千谷総合病院	池田内科医院	北村医療
実施時期	7月中旬～12月中旬	6月～12月	6月～12月
曜日	水(1日6人まで)	月・火・水・金	月・火・水・金・土
時間	14:00	11:00～12:00	10:30～12:00/15:00～17:00

医療機関名	中村内科消化器科医院	山本医院
実施時期	6月～12月	6月～12月
曜日	月・火・水・木・金	月・火・水・金
時間	9:00～11:00	10:00～11:00/15:00～17:00
		10:00～11:00

③総合健診(10月) ◆申し込みが必要です。希望する場合はご連絡ください。
特定健診の他、胸部レントゲン検査、胃がん検診、大腸がん検診を半日で受診することができます。
※4つすべての検診を受ける方が対象です。 ※特定健診料金の他、がん検診料金1,700円が必要です。

月日(曜日)	受付時間	胸部レントゲン検査 男女別受付時間	会場	対象地区
10月12日(火)・13日(水)・14日(木)・15日(金)・18日(月)	8:30～10:15	10:20～10:30	総合体育館	全市

健(検)診結果は小千谷市で保有し、健(検)診の精度向上や保健指導等に活用させていただきますので、ご承知のうえ受診してください。

問合せ先：健康未来こども課(83-3640)

訪問は平日の勤務時間帯に実施

訪問しても、半数近くは留守で本人に会えないことが多い。訪問は事前の予約(アポイント)なしで行っており、不在の場合は折り返しの連絡先や、特定健診の受付時間が掲載された通知(上記掲載のもの)を投函している。訪問時間帯は平日8時半～17時15分で、よほどハイリスクでなければ、保健師の勤務時間外にまで訪問するという事はしていない。

令和3年度は地区担当保健師10名、雇い上げ看護師3名で訪問を行った。訪問対象者159名中、保健師が76名を、看護師が83名を訪問した。

健康状態不明者へのアプローチ 健診受診勧奨訪問をきっかけに、健康状態・生活状況を把握し関係づくりも実施

訪問では、健診に来ない方の健康状態や生活状況を把握することも目的としている。健康状態不明者へのアプローチとして、受診勧奨で入っていきながら関係性をつくっていくところがポイントである。

本人に会えるケースは非常に少ないが、家族に会えた場合は、家族と本人との関係性も探りつつ、医療機関を受診していれば治療の状況や現在の健康状態、家族の健康状態等について聞ける範囲で聞いている。仕事や家族の介護が大変など生活の背景を聞き取ってその方に寄り添いながら、ご自身の健康のために健診が大事ということを伝えている。

本人や家族と話ができた場合でも、玄関先で少し話して 5 分くらいで終わることもあれば、玄関先で門前払いされることもある。自分の健康状態に関心はあるが、家庭の事情で健診に行けていないというような場合は、30 分～1 時間程度話すこともある。

特定健診を受診していない理由は、すっかり忘れていたというものがもっとも多いが、仕事が忙しくて自分の身体のことを考える余裕がない、自営業なのでお店を休めない、元気でどこも心配がないので行く必要がないと思っている、緊張して健診に行けないなど、さまざまである。

訪問対象者の中には、無職で引きこもりの方や生活困窮の状態にある方、発達障害を抱えている方等もいる。本人に話を聞けることはほとんどないが、家族や近所の人、民生委員から情報収集する場合もある。生活困窮のサービスや障害福祉のサービスにつながるとよいが、そこまでの支援ができるようになるには本人との関係づくりが必要である。時間がかかり、ゆっくりとしか進まないが、健診の周知等きっかけを見つけては訪問するなど細く長く関わって、見守っている。

「病院にかかっているから」特定健診を受けないという人への対応

健診を受けない理由が「病院にかかっているから」という場合は、特定健診を無理に受診させないようにしている。医療機関で特定健診と同様の検査を行っている場合は、市に診療情報提供書を出してもらおうよう市内の医療機関へ依頼している（提供料：1 件 250 点）。

診療情報提供書の提供にあたっては、医師会を通して市内の医療機関と委託契約を結んでおり、市内で内科を掲げている病院・診療所のほとんどが含まれている。

毎年 5 月に市から送付する特定健診の受診券は、裏面に診療情報提供書の書式が貼り付けられている。そのため、特定健診を受診する場合は受診券として使用してもらい、医療機関での受診を特定健診の代わりとする場合は診療情報提供書として使用してもらうことになる。平成 22 年度から実施している取組であり毎年のことになっているので、医師からも対象となる方に「市

から受診券が届いたら持ってきてね」と声かけをいただいているようである。医療機関側の負担にならないよう、診療情報提供書の内容は、健診必須項目に絞って記載を依頼している。

▼診療情報提供書の書式

※ 受診中で特定健康診査の受診を希望しない方は、この用紙を医療機関に提出してください。
 ※ 提出いただいた結果は、特定健診、特定保健指導以外には使用いたしません。
 ※ 不足の検査項目の検査を希望される方は実費徴収して実施する場合があります。

小千谷市長 あて
令和3年度 診療情報提供書(特定健康診査)

1. 本人情報欄 ※事前に記載してお持ちください
 保健指導などの健康増進を図る目的で、小千谷市において本書記載の個人情報を利用することを同意します。

氏名 (自署)	生年月日	昭和	年	月	日生
住所	小千谷市				
質問項目	➢ 血圧を下げる薬をのんでいますか？	はい ・ いいえ			
	➢ インスリン注射の使用や血糖を下げる薬をのんでいますか？	はい ・ いいえ			
	➢ コレステロールを下げる薬をのんでいますか？	はい ・ いいえ			
	➢ 煙草を吸っていますか？	はい ・ いいえ			

2. 医療機関記載欄

検査項目(特定健診項目)	*1 必須項目	検査結果	備考	
身体計測	身長	○	cm (小数点以下1桁まで記載)	
	体重	○	kg (小数点以下1桁まで記載)	
	BMI	○	(小数点以下1桁まで記載)	
	腹囲	○	cm (小数点以下1桁まで記載)	
理学的検査(身体診察)	○	1 異常所見あり・2 異常所見なし	(該当項目に○)	
血圧	○	/	mmHg	
尿検査	尿糖	○	- ・ ± ・ 1 ・ 2 ・ 3+	(該当項目に○)
	尿蛋白	○	- ・ ± ・ 1 ・ 2 ・ 3+	(該当項目に○)
血液検査	中性脂肪	○	mg/dl	
	HDLコレステロール	○	mg/dl	
	LDLコレステロール	○	mg/dl	
	AST(GOT)	○	U/l	
	ALT(GPT)	○	U/l	
	γ-GT(γ-GTP)	○	U/l	
	空腹時血糖	※	mg/dl	
ヘモグロビンA1c(※ NGSP準)	※	% (小数点以下1桁まで記載)		

*1 「○」…必須項目、「※」…いずれか一方。
 *2 ヘモグロビンA1cは国際標準(NGSP準)で記載してください。

提出日	令和	年	月	日	検査日	令和	年	月	日(当該年度内)
医師の所見(記載必須)									
医療機関名					主治医氏名				

医師の所見欄記載例:「異常なし」「高血圧の治療が必要」等

出典) 小千谷市提供資料

◆成果

地道な訪問により徐々に健診受診の習慣化を目指す

令和 3 年度の訪問対象者は 40～59 歳の未申込者 249 人のうち、地区担当保健師が除外した者を除いた 159 人であった。対象者に対する受診勧奨実施率は 100%である。

訪問と通知の効果の違いについて、令和 2 年度実績では受診勧奨による受診率は、訪問 6.5%、通知 7.5%とあまり差はなかった（いずれも対象者に占める受診率）。手元に通知がくれば受診するケースもあると

いうことであり、訪問自体は大きな効果とは言えないが、訪問時には「自分には行かない」と言い張っていた方が、健診会場に来てくれたり、実は自分でも気になっていたと話してくれたりするなど、訪問し直接話をする事で心が動くということはあると考えている。数値として、すぐに見えるというインパクトがなくても、徐々に健診受診の習慣化につながって受診率向上に結びつくと良いと思い、訪問を続けている。

とが、受診に向けた第一歩といえる。

市民の声を市の保健事業へつなげる

訪問時に聞き取った市民の声が市の保健事業の見直しにつながることもある。例えば、特定健診開始当初は休日健診を実施していなかったが、住民からの声をもとに平成26年度から日曜健診を開始した。そのほかにも女性限定のレディス健診日を設けたりしている。

生活困窮者を福祉へつなげる

非常に限られたケースであるが、経済的に困窮しているという40～50代の無職の方を生活保護の担当者と保健師と一緒に訪問して、生活保護につないだことがある。

◆今後の展開

訪問を行うためのマンパワーの確保が大きな課題

地区担当保健師の一人当たり訪問担当件数は2～10件、雇い上げ看護師は同30件近くであり（いずれも令和3年度実績）、看護師による協力が大きい事業といえる。他の保健事業でも雇い上げ看護師の協力が必要な事業も多く、市の保健事業は常にマンパワー不足である。今後も、訪問できる看護職の確保が大きな課題である。

保健師や特定健診の認知度向上

保健師が訪問を行うと、住民から「保健師って何をしている人？」というような反応を示されることがある。また、特定健診という健診があることを知らない方もいる。地道な取組ではあるが、まずは特定健診の認知度を高めたり、保健師という存在を住民に知ってもらったりするこ

【個人インセンティブ事業】

with コロナ時代でもインセンティブ事業を継続

勝山市（福井県）

【自治体の基本情報（令和3年1月時点）】
人口：22,581人
国保被保険者数：4,729人（21.0%）
高齢者人口：8,280人（36.7%）

【事業に関する情報】
予算：255,329円
国保按分率：35.9%（参加者割合）
事業対象者数：22,581人（全市民）

◆事業概要

市民の健康づくりを推進するため、運動など、健康行動を行うことでポイントが付与され、ポイントが100ポイント貯まるとクーポンがもらえる、全市民対象の個人インセンティブ事業を実施している。

新型コロナウイルス感染症の流行以前は、運動を中心にポイント付与の設定をしていたが、コロナ禍以降は、with コロナ時代における健康づくりとして、①測定 ②手洗い ③運動 ④ベジファースト ⑤笑いの5項目に対してポイントが付与される仕組みに変更して、コロナ禍で取り組む健康づくりとして事業を強化している。

◆取組の経緯

ウォーキングを中心としたインセンティブ事業が前身

自動車の利用が多い地域であること、高齢化率が高まっていること、市民が気軽に利用できるスポーツジムがないことなどから、平成26年度より、運動による健康づくりに関する保健事業（勝山健康チャレンジ事業）を始めた。

前身の勝山健康チャレンジ事業は、ウォーキングイベントへの参加を中心として、参加者にウォーキングポイントをためてもらった取組であった。当時は、100ポイントを達成したら景品抽選の権利がもらえるというインセンティブの仕組みであった。この事業では、次第に参加者の固定化が課題となっていき、市としては運動の機会に参加をしない無関心層にもアプローチをしたいという思いから、ウォーキングだけではなくインセンティブ事業を検討するようになり、平成30年度より、健康ポイントラリーという形式に転換した。

健康ポイントラリー事業に転換してから、大きく2点が変わった。

1つ目はポイントの加算方法で、できるだけ運動をすることへのハードルを下げたいという意図があり、ウォーキングだけではなく日々の運動や運動イベントに参加することでもポイントが付与される仕組みにした。

2つ目は、インセンティブの形式で、景品の抽選ではなく、クーポンの配布を行うこととした。景品の予算を確保するのが難しくなったという背景もある。クーポンは、商工会議所等に声をかけて、協力いただける市内の事業者・店舗から提供をしてもらうようになった。

◆コロナ禍での事業の継続

コロナ禍だからこそ健康づくりを

新型コロナウイルス感染症の影響が強くなると、事業の優先順位が低く捉えられたことや、事業の担当課は予防接種の担当課でもあったことから、本当に事業を継続する必要があるのかが問われた。

コロナ禍だからといって、今まで取り組んできた健康づくりを担当課として取り組まないことは、周囲から「健康づくりは後回しでよいもの」と捉えられる懸念もあり、「健康づくりは大事であるからこそ、ここで辞めたくない」という担当課としての強い思いがあった。また、市民からは、家にいる時間が増えて不安な気持ちがあるなどの声もいただいていた。こころの健康の面を含めて、今こそ健康づくりに取り組むべきだと考えた。

担当課としては、予防接種を優先すべき状況のなかでも事業を止めてしまわないように、既存事業に工夫を凝らし、できるだけ業務の負担を小さくすることで事業継続を決定した。

周知の工夫

コロナ禍以前のポイントラリー事業では、保健推進員や高齢者連合会から地域住民に声をかけてもらい、参加を募るなどしていたが、コロナ禍以降は、ポイントラリーの記録用紙を全戸配布するようにした。記録用紙の配布に合わせて、健康づくりや感染防止に関する情報の提供を行った。また、高齢者も多いので、健康教育については広報等の紙面での情報発信や、特定健診や特定保健指導の際に、事業の案内を行った。

▼with コロナ時代の健康ポイントポイントラリー

令和3年度 **with コロナ時代を元気に過ごす**

健康ポイントラリー

毎日の健康習慣の実践で「健康ポイント」をためよう！
期間内の30日間で100ポイント以上ためると
市内で使えるお得なクーポンがもらえます！
(例:お食事〇円引き、お買い上げ金額〇%引き、ドリンクデザートサービスなど)

対象 勝山市民および勝山市内に勤務する人 **参加費** 無料

ステップ 1 「始めます連絡票」を健康長寿課に提出
提出期間:10月15日(金)～11月16日(月)
提出した方には実施期間中、健康情報を郵送またはメールでお届けします。

ステップ 2 ポイントをためる
取組期間:10月15日(金)～12月28日(火)
裏面の「ポイントのため方」を参照してください。

ステップ 3 クーボンと交換
引換期間:12月1日(水)～12月28日(火)
100ポイント達成または30日間の記録終了時に記録表を健康長寿課に提出してください。



【担当】福祉健康センター「すこやか」内(2番入口) 健康長寿課
電話:87-0888 FAX:87-3522 メール:kenkou@city.katsuyama.lg.jp

始めます連絡票		切り取り線
住所 (ゆりかば)		上記担当まで提出の他、電話、FAX、メールでの連絡も可能です。 メールQR 
お名前	男・女	
電話番号		
情報提供方法 ※希望する方に☑ ☐郵送によるおたより ☐メールによる情報配信 メールアドレス() ☑☐がない方は郵送で情報提供します。 ※kenkou@city.katsuyama.lg.jpからのメールが受信できるよう設定をお願いします。		

出典)勝山市提供資料

◆具体的な取組内容

自宅でもできる健康づくりの工夫

with コロナ時代の健康づくりとして、個人が自宅等で実施ができる項目を設定し、健康意識を高めること、日々の習慣を見直してもらうことに重点を置き、①測定 ②手洗い ③運動 ④ベジファースト ⑤笑いの5項目を設定した。ポイントはこれらの健康行動を実施すると獲得

ができる。また、5項目以外にも特定健診・がん検診・歯科健診の受診や健康講座への参加、運動動画の視聴でボーナスポイントが加算される仕組みとしている。

また、本事業に参加している・していないにかかわらず、これらの5つの健康行動・健康習慣は、健康増進計画の市民行動目標「すこやか健康12カ条」から抜粋しており、機会あるたびに、市民に理解してもらえるように伝えている。

▼with コロナ時代の健康ポイントのため方

ポイントのため方

がんばるぞ～!

下記の健康習慣の実践がポイントとなります。
1日最大5ポイント、30日間最大150ポイントです。
30日間で100ポイント以上の達成を目指しましょう!

100ポイント達成したら右の記録表を提出してクーポンを引き換えよう!
【引換期間】12月1日～12月28日【利用期間】配布日～1月31日
【提出先】福祉健康センター「すこやか」(2番入口)健康長寿課

測定

1日1回測定で1ポイント
体温、血圧、体重、歩数等、自分でできる測定を継続して行いましょう。

運動

10分以上運動したらポイント
運動をすることで筋肉が付き、体温を上げ免疫力を高めます。家の中のストレッチ、踏み台昇り運動、近所のウォーキングなどまずは1日10分をめざして体を動かしましょう。

手洗い

外出後の手洗いで1ポイント
石鹸と流水で30秒以上手洗いすることで手についた細菌やウイルスが減少します。外出後、食事前後、共有の物を触ったり触ったりしたあとはしっかりと手洗いしましょう。

ベジファースト

野菜料理から食べて1ポイント
野菜料理から食べることで血糖値の上昇が抑えられ、食後血糖も防止できます。1日に必要な野菜は350g、料理として、0.8gが目安です。

笑う

1日1回笑うと1ポイント
笑うことで免疫力があります。つくり笑いでも効果はあると言われています。楽しいことがあった日もイライラした日も笑顔で一日を終えましょう。

家族やお友達と一緒にチャレンジしてみよう。
記録表はコピーして使ってもOK
勝山市のホームページでもダウンロードできるよ。


出典)勝山市提供資料

▼ボーナスポイントの内容

ボーナスポイントでさらに健康!

以下の健康行動がボーナスポイントとして加算されます。
毎日の取り組みと合わせてさらに健康を目指しましょう!
※1項目5ポイント、最大20ポイント


健診・がん検診ポイント

令和3年4月以降に健診またはがん検診を受けた方は**2枚チェック!**
体の不調がなくても年に1度は健康診断を受けましょう!
まだ受けていない方は早めにお受けください。
※健診は年齢や加入の健康保険によって受診方法が異なりますので、職場等でご確認ください。
※勝山市長は市のがん検診が受けられます。詳細はこちらから→ 


歯の健康ポイント


令和3年4月以降に歯科健診または歯科医院でクリーニング等の歯のメンテナンスを受けた方は**2枚チェック!**
歯の痛みがなくても定期的な歯科医院での口の状態を確認しましょう。

運動動画視聴ポイント

勝山市 YouTube にアップされている動画を視聴し、運動を体験した方は**2枚チェック!**
15種類ありますので、自分の体力や目的にあった運動を試してみてください。
動画はこちらから→ 

健康イベント参加ポイント

実施期間中に県内で実施される健康に関するイベントや運動教室に参加したら**2枚チェック!**
市内のイベントは別紙一覧でご確認ください。
こちらをお持ちください。
(17市町制試行オーバーランアウトワーク) 



出典)勝山市提供資料

新型コロナウイルス感染症の感染防止対策を項目に

①測定は体温や体重など、自宅でも可能な測定を行うことでポイントが付与される。①測定と②手洗いは、新型コロナウイルス感染症予防を周知・徹底してもらうべく、インセンティブ事業にも項目を設定したものである。

ウォーキングから自宅でできる運動に

③運動は、従来のように外に出てウォーキングをすることを促すものではなく、自宅等で実施できる運動を促す項目として設定した。コロナ禍での健康づくりの推進にあたって、「とにかく一緒にやりましょう」「参加しましょう」という思いから、運動動画を制作し、オンラインで公開した。運動動画を視聴し、紹介されている運動など10分以上の運動でポイントが付与される。

運動動画は全16種類で、1種類5分程度。動画のコンテンツは、市の職員が手作りしており、事業費は運動指導士の謝礼のみに抑えられている。

ベジファーストの推進

これまでの特定保健指導では、食べ過ぎてしまう方や中性脂肪や血糖値が高い方が見られた一方、食べ過ぎないように抑えることを意識しているけれど、それだけでは楽しくないし、続かないのとの声もあった。コロナ禍以前から、健康づくりとしてベジファーストを推進していきたいと検討していたこともあり、ポイントラリーの項目に④ベジファーストを設定した。

コロナ禍でも、こころの健康のために「笑い」を

⑤笑いは、コロナ禍のなかで、人とのコミュニケーションが取りづらく、家にこもりがちになる中、笑うことを意識してもらう、笑うことで免疫力をあげていこうという趣旨で設定している。笑うだけでポイントが付与されるため、ポイント獲得の助けになる。

◆ポイントラリーの流れ

周知・参加

ポイントラリーの記録用紙は市の広報誌と一緒に全戸配布している。記録用紙に付いている連絡票を紙または

メールで提出し、意思表示を行う。ただし、「はじめます連絡票」はあくまで始めることを宣言するためのもので、連絡票の提出は必須ではない。連絡票は1世帯に1枚のみ送付しているが、福祉健康センターで配布もしており、家族で複数枚の申し込みも可能となっている。

周知については、地区の健康づくりに関わる団体から感染対策を含めた健康づくりの意識づけも兼ねて、声かけをしてもらっている。

クーポンの受取・利用

期間内に合計で100ポイント獲得すると、クーポンを受け取ることができる。クーポンの受取は、福祉健康センターの窓口で行う。クーポンを渡す際には、事業評価に活用するために、アンケートへの回答をお願いしている。

クーポンはA4用紙1枚に市内20店舗のクーポンが並んでいるもので、各店舗のクーポンを切り取って使うことができるようになっている。

▼クーポンの受取の様子



出典)勝山市提供資料

◆協賛店舗・協力企業・大学との連携

ポイントラリーのクーポンの協賛については、運動施設や飲食店・商工会議所の協会関係から協賛いただいている。また、協力民間企業は、一緒に健康講座で健康チェックを実施してくれたり、企業の職員に健康講座に参加いただくこともある。その他に、ポイントラリーの仕組みの

検討にあたっては、住民に関心をもってもらえる工夫や記録用紙の作成等について福井大学からアドバイスをもらっている。

保険会社や製薬会社、大学と協力して健康講座を行うこともあり、関係者との連携が拡大してきている。

◆成果

令和2年度の申込人数は170人、達成者は106人で、コロナ禍以前の400人程から、参加がだいぶ少ない状況だった。しかし、参加者からは、「記録することで健康づくりを意識することができた」「外出自粛している状況のなかで、この取組を実施できたことが達成感に繋がった」「体温測定の習慣がついた」「体温・手洗い・野菜を食べる、を意識するようになった」という前向きなご意見を沢山聞くことができた。

コロナ禍となり、「いつも会えていた人達に会えない不安がある」、「家にいる時間ばかりが増えて不安な気持ちがある」という声があったが、そんな市民にとって「心の面での繋がり」を作る事ができたのではないかと考えている。

おばあちゃんとお孫さんが一緒にスタンプラリーに参加をし、達成するともらえる市営プールの無料券を使って家族でプールに通っているという声も聞いており、家族で運動を始めてもらうきっかけ作りにも繋がっているのではないかと感じている。

令和3年度は10月～12月に予約制で小規模の運動教室10回開催できた。参加申し込みが多く、運動を欲していた人に安全に運動をできる場所を提供できたのではないかと考えている。

◆課題・今後の展開

参加者数・参加者層の拡大

市民からは、前向きな評価がある一方で、「ポイントラリーの仕組みが分かりにくい」「毎日やっていることだから記録するまでもない」「面倒くさい感じがする」といった声も聞いている。今後は、市民にとって更に分かりやすく関心をもってもらえるような周知方法や使用してもらおうツールの改善を行っていく必要があると感じている。

コロナ禍中でもポイントラリー事業を継続してきたが、参

加者層はやはり固定されていて、65歳以上の女性が多い状況は変わっていない。関心が高い市民への取組は継続的に実施できているため、次は、無関心層や働き盛り世代へのアプローチを改めて検討をしたいと考えている。

【生活習慣病予防、重症化予防】

住民と会う機会を逃さず、訪問や健診等で住民と直接対面することを重視し、基本的な保健事業の積み重ねから得られた成果

松川町（長野県）

【自治体の基本情報（令和3年1月時点）】

人口：12,975人

国保被保険者数：3,013人（23.2%）

高齢者人口：4,341人（33.5%）

【事業に関する情報】

予算：約450万円

国保按分率：なし

委託料：なし ※保健師（会計年度任用職員）の件費
事業対象者数：12,975名（3,013人が国保被保険者）

◆事業概要

内容

「健診を受けてもらうことで町の健康課題も自ずと見えってくる」を出発点とし、特定健診の未受診者対策を徹底し、電話や訪問による受診勧奨を住民のTPOに合わせ柔軟に行う等、きめ細かな働きかけを行っている。また、高血圧や糖尿病性腎症等の重症化を予防するため、特定健診後に重症化予防対象者を毎月抽出し、保健指導を徹底している。

さらに、若い頃から健康に関心を持ち生活習慣病を予防してもらうため、「消防団健診」や「小中学生対象の健康づくり教室」といったポピュレーションアプローチを実施。また、地域における住民主体の健康学習会等にも関わり、住民がこれまで積み上げてきた高い健康意識を支えている。

実施体制及び役割分担

保健師、管理栄養士等の専門職と事務職が役割分担しながら、健診から保健指導まで実施している。限られた人員体制の中で、保健師が訪問に専念できる体制を確保することを意識している。

各主体の主な役割は以下の通りである。

■保健師：重症化予防対象者の選定、保健指導の実施、保健指導実施後の継続フォロー、小中学校の血液検査と健康教育等

■管理栄養士：重症化予防対象者の選定、保健指導、保健指導実施後の継続フォロー、小中学校の血液検査と健康教育等

■事務職員：特定健診未受診者への通知の送付、補助金の申請等

■関係課：精神障害や高齢者の担当部署と必要に応じて連携。各課の垣根は低い。

◆具体的な取組状況

特定健診未受診者への受診勧奨

年度開始前に、国保被保険者に対して、どの健診を受診予定か尋ねるための「健診意向調査」を実施している。調査未回答者には、さらにはがきを送付して返信を依頼する。その後、例年であれば未受診者への訪問を行うが、令和3年度はコロナのため月1回、夜間の時間帯に集中的に特定健診の電話勧奨を行った。仕事で電話がつながりにくい方には土日の対応もしており、さらに電話もなかなかつながらない方にはアポなしで訪問している。アプローチ方法は相手のTPOに合わせている。

集団健診ではなく、医療機関等での個別健診を受け人もいるため、町で結果が確認できなければはがきを送付したり、家庭訪問したりして健診結果を回収するなど、なるべくこまめに関わるようにしている。

また、若いうちから健診の受診が重要という意識づけを行うため、生後2か月の赤ちゃんがいる全家庭に対して行っている赤ちゃん訪問（乳児家庭全戸訪問事業：こんにちは赤ちゃん事業）の際に保護者に健診受診を勧めている。効果として、託児が必要なくらい若いお母さん・お父さんが健診会場にくることもある。

高血圧や糖尿病性腎症の重症化予防のため、ハイリスク層へきめ細かくアプローチ

特定健診後に重症化予防対象者を毎月抽出し、町の保健師や管理栄養士による保健指導を行っている。ハイリスク層となる対象者へ保健指導を確実に実施するため、管理台帳の活用や、結果説明会に出席しない方への訪問、電話等を行っている。重症化予防の場合は、対象者に丁寧にアプローチしたいので、自宅訪問は電話で事前にアポをとってから行くようにしている。

町の健康課題である高血圧については、Ⅱ度以上（重症度）の方もしくは健診未受診者で過去にも重症化予防の対象になったことがある方、医療機関を未受診の方のいずれかに該当する方を対象としている。重症化予防のため、蓄尿検査により塩分摂取量を把握するなど、血圧を下げるための動機付けとなるよう指導を行っている。また、保健指導では対象者から生活背景を聞き取るが、野菜を育てている家が多く、野菜は調理しないと食べられないため自然と塩分を摂っている場合が多い。また、血圧の薬を飲んでも下がらないという方は、生活環境の変化からくる肥満やストレス・睡眠不足などが無い方も伺いながら相談している。令和2年度は、特定健診受診者約1270名のうち、8.7%にあたる約110名が高血圧重症化予防の対象者であり、そのうち約80名に関わった。

糖尿病性腎症については、他県や他市町村と比べて割合は低いですが、HbA1c値が正常高値～境界域の人が増えてきており、早い段階から取り組む必要性を感じて事業を行っている。糖尿病は食事指導が重要なため、管理栄養士が中心となり保健指導をしている。ただ、生活困窮や貧困などの問題がある場合、福祉面からのアプローチが効果的な場合もあるため、福祉の職員が保健師と一緒に関わるようにしている。正常高値や境界型でも、肥満や遺伝的に糖尿病になりやすい場合などは、糖尿病のガイドラインに沿ってブドウ糖負荷試験を勧めている。このままでは糖尿病性腎症への進行が心配という方には、保健師がかかりつけ医に直接連絡し、相談を行うこともある。近隣の医師の理解があることで、対象者への保健指導の介入がスムーズに実施できている。

また、平成17年頃に松川町を含む下伊那北部地域

の保健師・栄養士からお願いして、糖尿病性腎症の専門医を松川町の近隣の市の病院に設けてもらった。かかりつけ医がいる場合は、かかりつけ医に相談をすることが大前提であるが、かかりつけ医がおらず心配な方については、本人の同意を得たうえで専門医につなぎ、早期介入するようにしている。

今後は国保加入前から、重症化する前から関わりを持ちたいと考えて、協会けんぽの糖尿病性腎症重症化予防の保健指導の委託を受けることにした。現時点では希望者がおらず実績はないが、社保の人もいずれは国保に戻ってくるので、できれば社会保険と一緒に取組をしていきたい。

重症化ケースの読み取り・共有を行う事例検討会を通じて、質の高い保健指導を実現

保健指導を行うにあたっては、高血圧や糖尿病性腎症の重症化予防の対象になった方から数件抽出し、特定健診の結果説明会前に、地区担当保健師や管理栄養士が中心となって事例の読み取り・共有を行う事例検討会を開催している。毎月一回実施しており、先輩保健師からアドバイスをもらい、担当保健師が保健指導計画を立てて、本人への保健指導を行うようにしている。生活スタイルをすぐに変えてもらうことはなかなか難しいが、「こうした生活を続けていることで、この結果が出ている」と、本人が気付けるように伝え、決して本人の生活を否定しないよう心がけている。

こうした事例検討会を行ったり、保健指導計画を立てたりすることで、経験年数が長い保健師も、新人の保健師も、力量によらない標準的な指導を行うことができる。また、個別の事例からどうすれば重症化を防ぐことができたかという点を読み解いたり、自分の癖をそぎ落としたりできるため、質の高い保健指導を行うことにもつながっている。

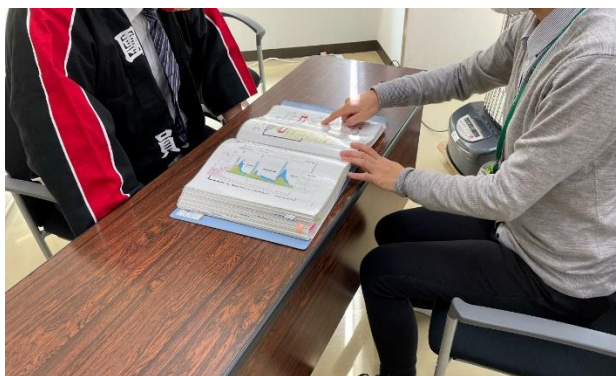
地域の消防団のみの健診日を設定し、若い世代の健診受診を促進

一方、重症化を予防するためのポピュレーションアプローチとして、例えば若い頃から健診受診を意識付けすることを目的として、平成8年から「消防団健診」（消防

団に入っている住民のみの健診)の日を設けている。当日は腹囲測定、血圧、簡易キットによる採血を実施し、後日結果説明会を実施している。年にもよるが、健診の日は一日 80 名程度が受診する。平成 17 年度から簡易キットを導入し、参加者が増えた。

自覚症状のない生活習慣病を若いうちから予防するためにも、若い頃から健診受診を習慣化することは重要である。住民の消防団加入率は 2 ～ 3 割程度で国保の被保険者が多いが、社保被保険者もいる。日頃、会社勤めの方とはなかなか接する機会がないが、消防団健診ではそうした層と保健師や管理栄養士が接点をもつ機会にもなっている。

▼消防団健診の様子



出典) いずれも松川町提供資料

液検査を実施して HbA1c やコレステロールの値を検査し、その結果を受けて自分の体の状態を知るという授業を養護教諭、保健師、管理栄養士で行っている。

血液検査の結果、HbA1c 値が基準値を上回った児童・保護者には、12 月頃に開催する保護者懇談会に合わせて個別相談を行っている。子どもの血液検査の結果ということで、保護者も心配して真剣に聞いてくれる。果物栽培が基幹産業で果物の摂取量が多い地域であり、住民の血糖値が高い傾向があるため、家庭での食事習慣の見直しにもつなげてもらう。血液検査で HbA1c 値が高かった児童に対しては、1 年後に再検査を実施して改善率を測っている。

血液検査後は健康教育(小中学校の児童への授業)を実施しているが、授業前に、自身の食事内容を振り返るため、食事記録に記入してもらっている。町としては、子どもたちの食事がどうなっているかなど、実情を知ることができる機会でもある。子どもの食事記録をみると、一部の生徒ではあるが、朝食が欠食であったり、菓子パンとチャーハンなど炭水化物の組み合わせ、もしくは朝食がカップラーメンなど、衝撃的な内容があったりするため、子どもの頃から食事を含めて自分の体を大切にすることを伝えていく場として重要と考えている。

小中学生の頃から生活習慣を見直すきっかけづくり

平成 12 年から、子どものうちから生活習慣病を予防できる力を身につけることを目的として、小学校 5 年生と中学校 2 年生に実施している「小中学校血液検査」もポピュレーションアプローチの一つである。4 月と 5 月に血

▼小学校での健康教育（授業）の様子



出典) いずれも松川町提供資料

住民主体の学習会に関わり、住民が積み重ねてきた高い健康意識を支える

松川町では伝統的に自治会の健康学習会が行われている。年一回実施する地域が多く、それぞれの地区で保健師や管理栄養士等の専門職が住民に話をする。参加者は、国保被保険者に限らず、その地区の住民である。そうした場で、町の健康課題が高血圧であることや予防の必要性について健診結果をみながら説明している。学習会では血圧測定を必ず行うが、社保被保険者で血圧が高い方が見付き、健診受診を促すこともあった。

また、昔消防団に入っていたOBのグループが地区ごとにあり、定期的に健康に関する健康学習会を開いている団体がある。各回の勉強会のテーマは参加者の希望に合わせて、保健師からも提案をしている。住民からダイレクトな質問が来て、すぐ答えられなければ次回までに調べてくるという形で保健師が成長する機会にもなっている。ただ、70代前後のメンバーが中心で、次の世代が増えていない点は課題となっている。

そのほか自治会及び健康学習会を開いている団体、日赤奉仕団、消防団等を主要なメンバーとし、年一回、「健康を考える集会」を開催している。これまで44回開いており、テーマは高血圧やバランスのよい食事、国保制度改正等である。参加者は減少傾向にあるとはいえ、他自治体と比べて住民が、自分たちの健康をなんとかしたいという思いが強いこと、「学習をしないと、自分の健康は守れない」と思っていることが特徴といえる。住民の健康意識の高さは、一朝一夕に実現できるものではなく、これまでの積み重ねも大きい。

▼健康を考える集会の様子



出典) いずれも松川町提供資料

◆成果

高い特定健診受診率と、重症化予防により医療費を抑制

特定健診の受診率は平成 25 年度の 53.0%から平成 30 年度に 67.5%へと改善がみられており、未受診者対策による効果があらわれていると考えられる（ただし、コロナで直近の受診率は 60%前後に低下している）。

また、特定健診後に重症化予防対象者を毎月抽出し、保健指導等の早期介入を徹底してきたことから、脳血管疾患、虚血性心疾患の総医療費に占める割合が減少し、糖尿病性腎症による透析導入者も減少するなど、一定の効果がみられている。

小中学生への食事などの生活習慣の見直しも一定の効果あり

小中学校の血液検査では、HbA1c 値が高めの児童について翌年度も血液検査を行っており、改善率は約 86.0%にのぼっている（HbA1c 値は 0.1%でも下がれば「改善」としている。）。これまで長く続けてきた事業であることから、改善のための指導方法等がある程度確立されていることも大きい。

◆今後の展開

仲間が一人で困難事例を抱え込まないように、保健指導を楽しいと思ってもらえるように

町の課題として、保健師の離職がある。特に若い保健師は困難事例を一人で抱えて悩んでしまうということがあるため、ケースに関して気軽に相談できる雰囲気づくりという意味でも、事例検討会を通して保健師間で共有することがとても重要と考えている。健診結果が出て本人を訪問した際に、こんなことがうまくいった、いかなかった、ということを短時間でも保健師が皆で共有するだけで違うが、昔は他の町村でも普通にできていたところ、最近はできていないというのが悩みとしてよく聞く声である。業務の細分化や業務量の増加・効率化等により個々の職員の仕事が増え、個人的に上司や先輩と相談はするものの、全員で共有したり相談する機会が減ったように感じる。意識して時間を作ればできることではあるが、担当者が必要性

を感じないと行わなくなるのかもしれない。

先輩保健師が時には失敗した姿も見せながら、できること・できないことを共有していくことで、こういう保健師になりたいというような目標を持ち、保健指導が楽しいと思ってもらえるように育てていきたいと考えている。

未受診者対策及び対面による保健指導を着実に実施・継続

これまでの取組により、医療費抑制という点では一定の成果が出ている。短期ですぐ結果が出るということではなく、積み重ねがあつての成果である。そのため、これまで実施してきた保健事業を守り続けることを大事にしていきたい。例えば国から新しい仕組みが示された場合でも、今の形を変えて新たなものに飛びつくことが良いとは考えていない。町の健康課題が変わっている訳ではないし、これまで培った保健事業のアプローチなどを基盤に基本的な取組を積み重ねることが重要だと考えている。

住民が健診を受診してくれたことを重視し、結果説明会で保健師等と話し、説明会に来ない人には訪問により対面で保健指導を行うことを通じて、住民の健康状態を良好に保てるようにしていきたい。住民に健診を継続して受診してもらうことで、町の健康課題も自ずと見えてくることにつながる。そうした観点を持って、以前から行ってきた、訪問等「住民と会う」といったシンプルで地道な事業を着実に実施し、守り続けていくことを大事にしていきたい。

【健康状態不明者へのアプローチ】

KDB から健康状態不明者を抽出し、 健康状況や生活環境の把握と関係機関と連携した支援を実施

蒲郡市（愛知県）

【自治体の基本情報（令和3年1月時点）】
人口：79,621人
国保被保険者数：16,617人（20.9%）
高齢者人口：23,565人（29.6%）

【事業に関する情報】
（高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業）
令和2年度事業費：7,709,000円

◆事業概要

内容

蒲郡市では、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業として、KDB システムを活用し、医療（医療レセプト）・介護（介護保険給付費）・保健（健康診査）のデータを一体的に分析し、高齢者の健康状況の把握と健康課題の明確化、及び対象区分ごとの取組を令和元年度から実施している。75歳以上80歳以下の市民の、後期高齢者健診受診状況と医療レセプト情報をKDBで確認し、それぞれの受診状況に応じて、4つの区分（表）に分類、さらに介護給付費の状況を重ねて確認したうえで、区分毎に課題を決め取り組んでいる。このうち、「医療機関の受診なし」かつ「健診の受診なし」の者（表の4）を、「健康状態不明者」と捉え、健康状況の確認と個々に応じた支援につなげている。

本事業には、多機関の理解と連携が必須であることから、事前の実施体制整備に力を入れ、庁内においては、横断的組織改編により連携と役割分担を明確にし、地域の関係機関との連携強化を図った。

※高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業の内容（3つの柱）

- ①KDB システムを活用・分析し、健康課題の抽出及び健康状態不明者への個別支援の介入
- ②通いの場を活用した健康教育・個別相談
- ③地域連携

< K D Bを活用した対象区分・課題・取組内容 >

区分	対象・取組内容
1 医療あり・健診あり	・低栄養：BMI20 以下かつ 1 年間で 2 k g 以上の体重減少した者 ・重症化予防：75 歳～80 歳（令和元年度末年齢）で H b A1c7.0%以上及び尿蛋白+以上について指導 ・KDB の当該年度 11 月の「重複・多重処方」重複服薬及び 15 剤以上 60 日以上の方について指導
2 医療なし・健診あり	状況確認
3 医療あり・健診なし	KDB の当該年度 11 月の「重複・多重処方」重複服薬及び 15 剤以上 60 日以上の方について指導
4 医療なし・健診なし	・75 歳～80 歳で「医療なし・健診なし・介護なし」の健康状態不明な人 ・質問票（高齢者質問票）の送付。返信のないものに家庭訪問。

◆事業開始にあたっての調整

庁内の実施体制及び役割分担

本事業は、保健衛生部局である健康推進課が主管部署となり、国保部局の保険年金課及び介護保険、介護予防部局の長寿課と協議の上、以下の役割分担により健康課題と共有し、協働で事業を実施している。

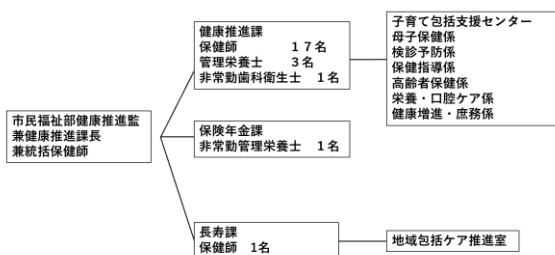
＜各課の役割＞

- 健康推進課：KDB からの対象者の抽出と選定、健康状態不明者への調査、家庭訪問、結果分析等
- 保険年金課：KDB からの対象者の選定
- 長寿課：地域包括支援センターが実施している介護予防事業との調整及び情報共有

事業の横断的実施のため戦略的組織改編

事業開始当初、保健師は健康推進課・保険年金課・長寿課の3課に分散配置されていたが、健康推進課に配置された統括保健師が、3課の保健師を調整し、連携して事業運営ができるよう働きかけた。また、翌年には、長寿課配置の保健師は本事業の拡充を目的に健康推進課に異動し事業を担当した。

▼戦略的な体制整備（令和元年度時点の組織図）



出典）蒲郡市提供資料

◆多機関との連携

医師会との連携強化

高齢者はおよそ8割が医療機関を受診しており、かかりつけ医の理解は重要である。

蒲郡市は、これまで糖尿病を課題とし、発症予防、重症化予防の取組を医師会と連携して進めてきた。平成28年度にスタートした「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」では、特定健診の結果から、基準値に該当する対象者について、保健師と栄養士がかかりつけ医療機関や健診受診医療機関にたびたび足を運び、主治医にプログラムの事業説明や保健指導上での注意事項などを伺った。また、保健指導実施後は、指導内容や改善状況をかかりつけ医に文書でフィードバックして

おり、現状では主治医から市の保健指導を受けるよう患者に促したり、患者が保健指導の内容や成果を直接医師に伝えるなど、患者一人ひとりの病状改善にむけての情報交換と課題共有により、連携の意識が深まっていた。

こうした背景もあり、健康状態不明者の受診勧奨についても、スムーズな連携ができたのではないかと感じている。

地域包括支援センターの理解と連携

本事業の実施にあたり、地域包括支援センターのセンター長会議での事業の説明や、課題の共有と連携の依頼などを行い、通いの場の健康教育や健康相談においては、場所の選定や教室開催時の協力など連携して事業を進めた。

◆具体的な取組状況

対象者の健康状態把握のためのアプローチ

令和元年度と2年度は、健康状態不明者の健康状況を把握するため、「元気に人生を送るためのアンケート」と題したアンケートと、15のチェック項目をつけた質問票を対象者へ郵送し返送を促した。すべての対象者に初めから家庭訪問するのではなく、まずは郵送による把握に取り組んだ。返信内容には、本人の連絡先も記載していただくようにしたため、アンケートや質問票の回答が気になる方には電話で連絡をし、詳しくお話を聞いたり、健康相談につなげたりした。そして、アンケートの返信がない方については、地区担当保健師や雇い上げの保健師による家庭訪問を市直営で実施し、対面で健康状態と生活状況などを把握した。地区状況を熟知している担当保健師が訪問することで、地域資源の活用につなげることができ、訪問後は情報の共有をし、事業全体の評価をしている。

令和3年度の健康状態不明者（医療機関を受診なし、かつ健診の受診なしに該当する者）は198名で、うち75名は令和2年度も該当した方であった。この198名と令和3年度は非該当であったが、令和元・2年にハイリスクであると判断された方の5名を加

えた 203 名を対象者とし、新型コロナウイルス感染症蔓延における健康二次被害の予防の観点から、対象者全員を初めから家庭訪問を実施し状況確認を行った。本人に会えなかった場合は、アンケートと質問票をポスティングし、返信状況の確認と訪問対応を継続し、できる限り状況を把握するように努めている。家庭訪問の結果は、市の健康管理システムに入力するとともに、詳細は紙のカルテでも管理している。

▼アンケート調査票

蒲郡市 元気に人生を送るためのアンケート

氏名	生年月日：S 年 月 日 歳
連絡先 電話:	

★日頃の健康に関する以下のアンケートにお答えください。

1 現在気になる自覚症状がありますか

1) いいえ
2) はい (内容: _____)

2 以前、次のご病気を治療した経験はございますか？あてはまるもの全てに○をつけてください。(現在治療中のものも含みます)

1) 糖尿病 2) 脂質異常症(高脂血症) 3) 高血圧症
 4) 脳卒中(脳梗塞・脳出血) 5) 狭心症・心筋梗塞 6) がん
 7) 胃・十二指腸潰瘍 8) 肝臓病 9) 腎臓病 10) 骨粗しょう症
 11) 歯周病 12) うつ病やこころの病気
 13) その他(_____)
 14) なし

3 かかりつけ医はありますか

1) いいえ
2) はい (病院名: _____)

4 自分の健康についての相談をしたいと思いませんか

1) 相談したい
2) 相談したくない
3) どちらともいえない

→ 裏面に続きます。

出典) 蒲郡市提供資料

▼高齢者質問票

※下記の質問であてはまるものに○をつけてください

No.	質問文	回答
1	あなたの現在の健康状態はいかがですか	①よい ②まあまあよい ③ふつう ④あまりよくない ⑤よくない
2	毎日の生活に満足していますか	①満足 ②やや満足 ③やや不満 ④不満
3	1日3食きちんと食べていますか	①はい ②いいえ
4	半年前に比べて硬いもの(※)が食べにくくなりましたか <small>※さきいか、たくあんなど</small>	①はい ②いいえ
5	お茶や汁物等でむせることがありますか	①はい ②いいえ
6	6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	①はい ②いいえ
7	以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いませんか	①はい ②いいえ
8	この1年間に転んだことがありますか	①はい ②いいえ
9	ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか	①はい ②いいえ
10	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されていますか	①はい ②いいえ
11	今日は何月何日がわからない時がありますか	①はい ②いいえ
12	あなたはたばこを吸いますか	①吸っている ②吸っていない ③やめた
13	週に1回以上は外出していますか	①はい ②いいえ
14	ふだんから家族や友人と付き合いがありますか	①はい ②いいえ
15	体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか	①はい ②いいえ

※以上です。ありがとうございました。

出典) 蒲郡市提供資料

効果的にアプローチするための訪問前の事前準備

家庭訪問を効率的に行うため、過去の健診データや、世帯情報、がん検診の情報など、さまざまな角度から情報収集し、確認をしたうえで訪問を行っている。健診については、2年間の医療受診なし、健診受診なしの場合でも、3～4年前までは受診していたり、がん検診や歯周病検診は受診している方もいるため、KDB以外から得られる、情報も併せて確認することで個人の背景が見えてくることが多い。

また、世帯単位でとらえる視点も大事にしており、家族構成や支援者がいるか、居住地域はどこかなど、健康以外の情報から地域性や生活背景なども支援するときに有効な情報であるため、訪問前の事前準備は効率的なアプローチにつながる。

訪問の結果を踏まえて、必要な支援につなげる

訪問の結果を、次の4つの区分で整理をしている。

(A) 関係機関(民生委員や地域包括支援センタ

一等)へ連絡し継続支援、(B)保健師のみの継続支援、(C)助言・情報提供、(D)問題なしとし、訪問後に情報共有して方針を決定し、支援につなげている。

実際に訪問してみると、玄関を開けてもらえない場合や、顔は見せてくれるものの拒否される場合もあるが、不在でなければ多くは面談が可能であった。留守等で本人に会えない場合は、民生委員や近所の方に本人の状況を尋ねることで、近況をつかめることもあることから、民生委員には、訪問してもなかなか会えなかったり、連絡がとれない方、居住実態が不明な場合などに情報提供を求める形で連携している。

また、地域包括支援センターへは、身体的・精神的な面で支援が必要な方や日常生活に支障がある方などを連絡し、適切なサービスや支援につなげている。

健康感や生活満足度が高い健康状態不明者

健康状態不明者が健診や医療を受診しない実態では、病院に行かずとも自己で健康を管理できており、日常生活に支障のない方もいれば、健康に関心がなく、実は健康状態が心配な方や、日常生活に支障が出てしまう危険性のある方もいる。また、質問票の健康や生活についての質問においては、「自分は健康だ」と思うという方が多く、生活満足度も高い。健康状態不明者と通いの場に参加している方とで、質問票の回答を比較してみると、健康状態不明者では「相談できる人がいる」という回答は多いが、「友人との付き合いはない」と答える方が多いといった結果がみられた。

健診・医療につなげる

健康状態不明者には、健康に関心を持ち健康管理につなげてもらうためには健診を受診してもらうことが重要であると考え、家庭訪問や健康相談の際には、健診や医療受診が必要な理由を伝えている。受診する医療機関を迷っていたり、健診受診を躊躇している場合は、本人が受診しやすいよう、事前に受診を希望する病院の受付に連絡をし、医療機関を訪れた際に配慮をしていただくような働きかけをお願いしている。健診

受診後もかかりつけ医を持てるよう、医療機関と連携していきたい。

令和元年度は、6名が健診を受診し、結果は全員良好であった。健診を受診すると、次年度の健康状態不明者のリストには上がらなくなり、支援が途切れてしまう心配があることから、健診を受診した後もアンケートを実施し、継続して関わっている。

地域包括支援センターの介護予防事業との連携

家庭訪問では、健康状況の確認と合わせて、地域包括支援センターや医療機関の資料やパンフレット等を手渡しして情報提供をし、必要な時に活用できるように話している。

地域包括支援センターで実施している、75歳の基本チェックリストで基準値に該当した方や、81歳以上の方を対象としたフレイルリスク訪問と健康状態不明者の訪問の対象者の情報交換をしながら、地域包括支援センターと協力して進めている。

◆成果

健康状態を把握し、必要な支援へ

令和2年度は、対象者152名（うち令和元年度からの継続76名）の健康状態を把握し、うち53名を必要な支援（下記実績の判定区分A～C）につなげた。令和3年度は、令和4年1月時点で、対象者198名中121名の方の健康状態を把握し、うち40名を必要な支援（下記実績の判定区分A～C）につなげている。毎年着実に成果を上げることで、より多くの住民の健康を守っている。

<質問票の結果>

【令和元年度】

質問表回収率 28.0%

健康相談 9名、返信あり 44名、返信なし 136名

【令和2年度】

判定区分		人数 (%)
A	他の関係機関へ連絡継続支援（民生委員・地域包	1 (1.5%)

	括支援センター等)	
B	保健師継続支援	1 (1.5%)
C	助言・情報提供	7 (10.4%)
D	問題なし	58 (86.6%)
合計		67

<保健師による家庭訪問の結果>

【令和元年度・2年度】

判定区分		人数 (%)	
		令和元年度	令和2年度
A	他の関係機関へ連絡継続支援（民生委員・地域包括支援センター等）	18人 (14.9%)	16 (19.6%)
B	保健師継続支援	17人 (14.1%)	15 (18.4%)
C	助言・情報提供	41人 (33.9%)	13 (15.7%)
D	問題なし	45人 (37.1%)	38 (46.3%)
		121	82

【令和3年度（令和4年1月31日現在）】

判定区分		人数	
		訪問	不在→アンケート返信
A	他の関係機関へ連絡継続支援（民生委員・地域包括支援センター等）	7	—
B	保健師継続支援	6	3
C	助言・情報提供	23	1
D	問題なし	57	24
		93	28

※198名中121名の結果

出典）蒲郡市提供資料

健康状態不明者の減少

令和元年度から令和3年度までの健康状態不明者の人数をみると、新規の健康状態不明者が減少し

ている。これは、今回の健康状態不明者の取組だけではなく、これまで実施してきた糖尿病性腎症重症化予防プログラムにおける後期高齢者の前の、国保の被保険者へのアプローチなどを継続してきたことも影響していると考えられる。

本事業に取り組んで、3年が経過した。健康寿命の延長と医療費の抑制等を目指しているものの、新型コロナウイルス感染症の影響で高齢者の通いの場が減ったり、外出の自粛でフレイルや社会参加の場が少なくなるなど、成果も見えにくい状況である。

しかしながら、本事業により質問票やアンケートを毎年送付することで、高齢者が、「また質問票がきた」「健診受けようかな」など思ってくれるよう取組を継続し積み重ね、保健・医療・介護が連携して、さらに健康状態不明者が減少していくことを期待したい。

関係機関との連携強化及び KDB の有効活用

本事業の成果として、庁内の部局が横断的に取り組めたこと、医療機関や地域包括支援センターとの連携がとれたこと、KDB の有効活用により健康状態が明らかになったことが挙げられる。KDB と介護保険のデータから、高齢者の健康状態の実態が明らかになり、その情報とアンケートや質問票、家庭訪問を実施することにより、さらなる課題が見つかったり、関係機関と連携して支援につなげることができた。

◆今後の展開

状況を見ながら、毎年事業をブラッシュアップ

住み慣れた町で生涯、生き生きと健康で過ごすことはだれもが望むところである。高齢化が進み、健康寿命の延伸とともに、医療費も年々増加している中、保健、医療、介護のデータを一体的に把握、課題分析すること、また職域と国保、後期高齢者医療をつなげた取組も重要である。

今後も、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を継続し、健康状態不明者への関わりや医療、介護との連携および医療中断者への取組など、高齢者の課題に応じた取組を実施していきたい。

【ポピュレーションアプローチ(循環器病予防)】

あらゆる機会を活用した

「減塩」「野菜 350g 摂取」「適量飲酒」「運動習慣」「禁煙」

日野町（滋賀県）

【自治体の基本情報（令和3年1月時点）】

人口：21,303人
国保被保険者数：4,392人（20.6%）
高齢者人口：6,471人（30.4%）

【事業に関する情報】

※健康推進員の活動および塩分濃度測定に関する事業
予算：1,500千円
国保按分率：約9.1%（137千円）
事業対象者数：21,303名（全住民）
（4,392人が国保被保険者）

◆事業概要

内容

循環器病予防のため、「減塩」「野菜 350g 摂取」「適量飲酒」「運動習慣」「禁煙」に関するポピュレーションアプローチを実施している。

「減塩」では、家庭のみそ汁等の塩分濃度測定と血圧測定を実施し、町民が食生活や健康づくりを振り返る機会を設けている。

「野菜 350g 摂取」は、健康推進員と連携した啓発を行うほか、保育所や中学校での食育教育を実施している。

「適量飲酒」「運動」「禁煙」では、特定健診の結果説明会の場において啓発を行い、質問票から対象者を抽出して保健指導を行うなどしている。

また、これらの望ましい生活習慣を広く啓発するために、広報やイベント、出前講座等を組み合わせて年間通して啓発を実施している。

◆取組の経緯

データ分析からみえた地域の課題

平成27年度に第1期データヘルス計画を策定した際のデータ分析の結果、女性の脳血管疾患による標準化死亡比が有意に高く、第2号被保険者の要介護認定の原因疾患のうち、脳血管疾患が半数を占めていることが確認された。また、脳血管疾患が原因で要介護認定を受けている第2号被保険者に対する訪問による聞き取り調査を行った結果、高血圧であることを認識しながらも特に生活習慣を変えようとしていない家庭

があることなど、食生活を含む生活習慣へのアプローチが必要であるという考察が得られた。こうした情報の分析の結果、ハイリスクアプローチだけではなく、全体的なポピュレーションアプローチの取組を強化することとした。

▼データヘルス計画の目的

誰もがこころもからだも健康で、安心して暮らせる地域づくり

日野町民が、必要な摂取カロリー・適切な塩分量や野菜摂取量を知り、塩分やカロリーの摂り過ぎ・野菜 350グラム摂取を意識した食習慣、適量飲酒、運動習慣の定着、禁煙、休養を意識しながら予防可能な病気にかからず生きがいを持って自分らしく生活する

出典）日野町国民健康保険第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）より作成（下線は作成者による）

▼データヘルス計画における現状・課題・対策の方向性

データ分析等から見える主な現状	健康課題	対策の方向性
特定健診受診率は、平成 24 年度 (40%) 以降減少傾向 ・65～74 歳の受診率 (38.9%) は県より低い ・男性の 40～50 歳代の受診率 (約 20%) は低い ・健診未受診者の中で生活習慣病治療なしの者は毎年 700 人程度である	特定健診未受診者の中には重症化される可能性が高い方も含まれているので未受診者対策が必要である	未受診者対策
男女ともに脳血管疾患、虚血性心疾患の「市町別標準化死亡比」と「死亡数」が高い ・脳梗塞の市町別標準化比は、男女ともに県内 1 位 ・死因別死亡数 (5 年間累計) では、男女ともに脳血管疾患、心疾患が上位	通院中の方が重症化しないための予防対策が必要である	重症化予防対策
生活習慣病の被保険者一人あたり外来医療費が高い ・糖尿病、高血圧症、脂質異常症は、どれも県より高い		
特定健診の結果、eGFR 高値・血圧高値・血糖高値の有所見者割合が高い ・eGFR (60 以上) …男女ともに県内上位 ・血圧 (収縮期 130mmHg 以上) …男女ともに約 5 割 ・血糖 (HbA1c 6.5% 以上) …男女ともに約 5 割	生活習慣病の悪化防止、腎透析への早期導入の防止対策が必要である 40 歳未満からの生活習慣が重要であり『健康的な生活習慣』『健診結果を自分で確認することの重要性』『早期発見・早期治療につながるようがん検診受診の重要性』の啓発活動が必要である	発症予防対策 生活習慣改善対策 ポピュレーションアプローチ 各種関係機関との連携 受診率向上対策
不適切な生活習慣 (標準化比が高いもの) ・男性の就寝 2 時間前の夕食を摂る (週 3 回以上) 割合 ・女性の朝食を抜く (週 3 回以上) 割合 ・男女ともに運動習慣のない者と 1 日 1 時間以上の歩行 (身体活動) がない者の割合 ・男性の毎日飲酒 1 合以上飲酒者 (3 合以上飲酒の割合) ・男性の喫煙者の割合		

出典) 日野町国民健康保険第 2 期保健事業実施計画 (データヘルス計画) 概要版 (赤囲みは作成者による)

◆「減塩」「野菜摂取」の推進

塩分測定で、みそ汁等の塩分濃度を見える化

家庭で作るみそ汁等の塩分濃度を測定する「健康測定日」を保健センターで月に 1 回開催している。管理栄養士による食生活アドバイスも受けられる。また、健康づくりに関する出前講座の機会にも測定を行っている。健康推進員が推奨する塩分濃度の「健康みそ汁」を試飲でき、参加者にとって、普段の食事の塩分濃度が分かり、食生活を見直す機会となっている。

中学校でも減塩の取組を推進し、若い頃からの食育を実践

食育の推進のため、平成 25 年頃から学校の栄養職員・管理栄養士と町の管理栄養士が意見交換を行うようにしており、減塩の取組を学校給食の場で実践するきっかけになった。

令和元年度から、保育所および自校方式の学校給食において、汁物や煮物が給食に出るときには、塩分測定器で計測するようになっており、徐々に、みその量を減らすなど給食における減塩に取り組んでいる。

また、平成 27 年度から中学校 1 年生・2 年生に対し、生活習慣病予防も含めた食育授業を行っている。

1 年生には、6 月の食育月間に、健康みそ汁を試飲してもらって、家庭のみそ汁と比べてもらっている。2 年生では、健康みそ汁と一緒に作る調理実習も行っており、若い頃からのアプローチを積み上げている。

▼健康みそ汁の紹介



出典) 日野町提供資料

▼塩分チェック表

減塩
食事の塩分を控えよう

塩は 1 日男性 7.5g・女性 6.5g 未満に
血圧が心配な方は 6g 未満をめざすに

性別	男	女
年代	10代・20代・30代・40代・50代・60代・70代・80代以上	

塩分のとり過ぎは高血圧を引き起こしやすく、脳卒中や心不全、腎不全などの原因となります。
また、胃がんや骨粗しょう症などのリスクを高めるという報告もあります。
調味料だけでなく、加工食品やインスタント食品にも多く含まれる塩分。

さあ どのくらいの塩分をとっているか 確認してみましょう!

塩分チェック表 各項目の該当箇所○を記して、合計点数をだしてください。

		3点	2点	1点	0点
食品を食べる頻度	みそ汁、スープなど	1日2杯以上	1日1杯くらい	2～3回/週	あまり食べない
	漬物、梅干など	1日2回以上	1日1回くらい	2～3回/週	あまり食べない
	ちくわ、かまぼこなどの練り製品		よく食べる	2～3回/週	あまり食べない
	アジの開き、みりん干し、塩鮭など		よく食べる	2～3回/週	あまり食べない
	ハムやソーセージ		よく食べる	2～3回/週	あまり食べない
	うどん、ラーメンなどのめん類	ほぼ毎日	2～3回/週	1回/週 以下	食べない
	せんべい、ポテトチップスなど		よく食べる	2～3回/週	あまり食べない
	しょうゆやソースなどをかける頻度は?	よくかける	毎日1回かける	時々かける	ほとんどかけない
	うどん、ラーメンなどの汁を飲みますか?	すべて飲む	半分くらい飲む	少し飲む	ほとんど飲まない
	昼食で外食やコンビニ弁当などを利用しますか?	ほぼ毎日	3回/週 くらい	1回/週 くらい	利用しない
夕食で外食やお惣菜などを利用しますか?	ほぼ毎日	3回/週 くらい	1回/週 くらい	利用しない	
家庭の味付けは、外食と比べていかがですか?	濃い	同じ		薄い	
食事は多いと思いますか?	人より多め		普通	人より少なめ	
小計	3点 × =	2点 × =	1点 × =	0点 × = 0	
合計	点				
合計点	塩分摂取量				
0～8	少なめ。引き続き減塩を行います。				
9～13	平均的。日頃からもう少し減塩を意識しましょう。				
14～19	多め。食生活での減塩を工夫しましょう。				
20以上	かなり多め。食生活を基本的に見直しましょう。				

参考: 土橋卓也 高血圧患者における簡易食事調査票「塩分チェックシート」

出典) 日野町提供資料

196

子育てサロンや高齢者サロンでの出前講座の実施

健康推進員と連携した出前講座において、食に関する啓発として、「食からはじめる健康づくり」をテーマに、減塩・野菜摂取に関する講座を行っている（保健師・管理栄養士・健康推進員が講師）。

出前講座は、町が様々なメニューの講座（健康づくりに限らない）を提供している。コロナ禍ではなかなか開催できず、待っていても出前講座の依頼がないので、子育てサロンや高齢者サロン等に出向くこともあった。

▼出前講座の様子



出典) 日野町提供資料

働き世代へのアプローチ

働き世代へのアプローチを強化するため、商工観光課が実施する町内の企業向けアンケートに新たに健康づくりに関連した項目を加えてもらった。

地域全体で野菜摂取を盛り上げるため、町内の飲食店と連携し、野菜 120 グラム以上の昼食を提供している飲食店を紹介したパンフレット「ひのベジ計画」を作成した（令和 3 年度事業）。昼食でも意識して野菜を食べてもらいたいとの思いから働き世代へのアプローチとして発行し町内企業にも配付 PR した。

▼ひのベジ計画



出典) 日野町提供資料

◆「適量飲酒」「運動」「禁煙」の推進

特定健診におけるアドバイス・保健指導の実施

集団健診の受診者に対しては、後日、結果の説明会を開催しており、生活習慣に関するアドバイスを個別に実施する「個別相談」を実施している。個別相談の所要時間は 1 人つき 15～20 分程度としているが、飲酒量が過度に多いなどハイリスク者に対しては、30 分程度をかけて個別の保健指導を行っている。

特定健診のデータを分析した結果、他市町に比べて、飲酒量が多い傾向があること、運動量が少ない傾向があること、喫煙率が高い傾向があることが確認された。特定健診の質問票の回答結果により必要な方へ「適量飲酒」「禁煙」に関する啓発パンフレットを配布している。「運動」については、集団健診受診者全員に配布するパンフレットのなかで、町内のウォーキングコースを紹介している。

◆広報啓発

健康推進員・健康推進協議会との連携

町内には 100 名ほどの健康推進員がおり、ポピュレーションアプローチの展開にあたっては、大きな力となっている。健康推進員になるためには、町が実施している保健事業や介護予防等に関する内容について 4 日間の養成講座の受講が必要となる。町長の委嘱を受け、健康推進員は独自の活動だけでなく健康づくりに関する活動全般に関わっており、町が開催する健康づくりに関する事業にも参加してもらっている。

健康推進員の活動は、町から健康推進協議会に委託して実施されている。例えば、野菜摂取の推進のためのポスターを自作し各自治会へ配布され、会議所やごみステーションに掲示してもらった。令和 3 年度には、地域の方々にモロヘイヤの苗を配り、野菜摂取の推進を図る取組をされた。長年、町の広報で「おすすめ料理」を掲載し、減塩・野菜摂取を推進されている。また、文化祭などで健康レシピ等を配付するなど独自の地区活動も草の根的に展開されている。

以前は、健康づくりを町全体で進めていこうというメッセージが町民に伝わっていないことが課題になっていた。町の研修で健康推進員から地域の健康課題を聞くグループワークを取り入れることによって、町の課題を知り、より健康づくりに関する活動全般に関わることができるようになった。

◆成果

健康推進協議会をはじめとする関係機関や庁内関係課との連携により健康づくりの啓発に取り組めた。

みそ汁等塩分濃度測定に参加した人のうち、83.3%の人が、測定後、減塩に対する意識や行動の変化があった。(過去 3 年平均)

中学校での食育教育では、2 年生での指導後同じ項目について調査すると 1 年生の時と比べて、塩分チェック表の結果では、「多め」「かなり多い」の人数が減少、野菜を 350 g 以上摂取している人の割合は増加した。(過去 2 年平均)

◆課題・今後の展開

ポピュレーションアプローチを通じて得たデータの活用

啓発のツールとして、「塩分チェック表」を活用し、データが蓄積されつつある。今後は、塩分チェック表のデータを有効活用し住民の健康づくりに役立てていきたい。

啓発の推進

「適量飲酒」については、適量飲酒量の認知度 3 割を目標としているが、まだ達成できていない。また、「運動」については、町が行うウォーキングのインセンティブ事業が十分に周知できていない。今後は分かりやすく周知し、参加者を増やしていきたいと思っている。「禁煙」については、事業所と連携した取組を推進していきたい。

誰もがすこやか元気に暮らすまちを目指して

健康でいきいきと地域で暮らし続け、自分らしい生活を送ることができるよう、住民の健康意識を高めるとともに、関係機関との連携を図り、生涯にわたって継続した健康づくりに取り組んでいきたい。

【認知症予防事業】

認知症予防を目的とした住民の血圧測定習慣の確立

能勢町(大阪府)

【自治体の基本情報（令和3年1月時点）】
人口：9,671人
国保被保険者数：3,098人（32.0%）
高齢者人口：3,935人（40.7%）

【事業に関する情報】（のせけん以外の事業も含まれる）
予算：1,988,187円
国保按分率：約51.0%（1,208,878円）
委託料：なし
事業対象者数：9,598名（3,082名が国保被保険者）

◆事業概要

内容

能勢町では、認知症・フレイル・脳心血管疾患等の発症を予防するために、家庭で血圧を習慣的に測定・記録する「能勢町健康長寿事業」（通称：のせけん）を実施している。

※診療室での（医療機関で測定する）血圧と家庭で測定する血圧が異なることがあるため、認知症・脳心血管疾患等の発症をより予測する家庭血圧の測定が必要だとされている。

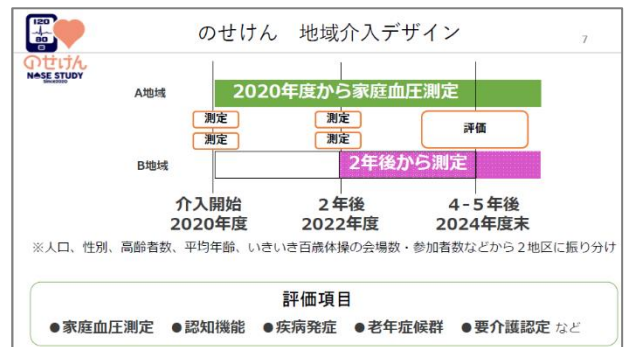
本事業は能勢町の保健事業として実施しており、大阪大学との共同研究（能勢健康長寿プロジェクト）としても位置づけ、事業の効果検証まで行っている。家庭での習慣的な血圧測定・記録が、認知症予防等にどのような効果があるのかを検証するために、参加者の体組成（筋肉量・脂肪量）、認知機能（64歳以上のみ）、体力（64歳以上のみ）、血圧等を測定する「のせけん測定会」を実施して各種のデータを収集している。

本事業は、加入している医療保険制度に関わらず、40歳以上の町民であれば誰でも参加できる。

※能勢健康長寿プロジェクトは、2020～2024年度の5年間にわたるプロジェクトである。家庭血圧の習慣的測定・記録を2020年度から先行的に行う地域（次図A地域）とその2年後から行う地域（次図B地域）に分け、2地域間の測定データを比較・分析する。

▼能勢健康長寿プロジェクトの概要

※「測定」とは、のせけん測定会を指す。



出典）能勢町提供資料

◆取組の経緯

介護予防をみすえた、高齢者の高血圧予防

能勢町がKDB等の健康・医療情報を分析したところ、要介護認定者のうち、46.5%は高血圧、22.9%は脳血管疾患であった。また、後期高齢者健診受診者420名のうち、高血圧有病者は296名であり、そのうち42名がⅡ度以上（3段階中2段階）の高血圧であった。そうした分析結果を踏まえ、能勢町では、介護予防をみすえた、高齢者の高血圧の重症化予防対策を行う必要性があると考えていた。

町の健康課題と大阪大学の研究ニーズが合致

大阪大学では、家庭血圧の測定・記録に関する取組が重要であり、実際に地域で検証する研究を実施したいと考えていた。研究では測定・記録をする地域としない地

域に分けて比較分析する必要があり、地域間の比較可能な協力自治体を探していた。

以前から関係性があった能勢町に打診したところ、能勢町でも高血圧予防に関する事業のニーズがあることを知り、協議の上、本事業に共同して取り組むことになった。

若い世代を含めた事業の実施

能勢町では、事業の企画当初、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業に取り組む必要性があり、事業対象者を75歳以上に想定していた。

そうした中、大阪大学より、若い頃の血圧が高いと血管性認知症発症やADL低下等に影響するといわれているとの情報提供を受けた。能勢町の保健事業全般で40～50歳代の参加者が少ないことが課題でもあり、本事業の対象者に若い世代（壮年期）も含めることにした。

実施体制及び役割分担

当事業に参加する各主体の主な役割と体制は以下の通りである。

■能勢町（健康づくり課）

正規保健師1名が主担当となり、会計年度任用職員の保健師2名とともに実施している。

事業の全体調整を担当。

■大阪大学（医学系研究科）

教員2名が主担当の他、教員2名、大学院生10名がサポートしている。

関係機関への事業説明、参加者へのフィードバック、効果検証のためのデータ分析など、能勢町による事業実施をサポートしている。

■オムロンヘルスケア株式会社

血圧計の貸し出し、及びテクニカルサポート（必要時、血圧計不具合の対応等）を担当。

◆事業開始にあたっての調整

様々な機会を捉えて積極的な広報を実施

2019年度から事業内容を検討し、2020年度8月から事業を開始した。事業内容については、周知方法、

実施体制、初期の実施対象者などを、大阪大学とともに検討した。

事業開始1か月前から、参加者募集に向けて積極的な広報活動を始めた。コロナ禍であったものの、保健師が丁寧に調整を行い、大学スタッフとともに町民の集まりに出向いて、事業の説明、参加依頼を行った。具体的には、通いの場44か所・社会福祉協議会・区長会・地区役員会・総集会・ウォーキング教室・認知症フォーラム・ボランティア連絡会・献血会場に足を運んだ。また、各区長のもとにも出向き、各区での周知を依頼した。その他、広報折込チラシ、ロゴマークの作成、のぼり旗の設置、能勢町公式PRキャラクター等による広報も行った。

特定健診やがん検診の会場で本事業専用のブースを設け、健診受診者全員に対して、本事業への参加を促した。また、これまで町の保健事業や健康教室等に参加したことがない人にも、本事業に参加してもらえるように、町民が集まる新型コロナワクチン集団接種会場で、接種後の待機中に事業の周知活動を行っている。

また、すでに「いきいき百歳体操」で定着している通いの場も周知啓発や測定会の場として活用出来た。能勢町ではもともと通いの場の活動が充実しており、保健師等町職員も活動に寄り添い身近で支えていた。こういった地域のつながり等、豊かなソーシャル・キャピタルは、地元での口コミ効果による広がりなどへも功を奏し、大きく事業の発展を後押しした。

このような様々な機会を捉えた広報活動が参加者の増加、ひいては事業の成功につながっている。

事業申込時に本事業への参加のきっかけを尋ねたところ、女性は通いの場などの集団で集まる場、40～64歳の男性はワクチン会場での広報がそれぞれきっかけで参加した人が多かった。その他、能勢町は町民同士のつながりが強い土地柄であり、65歳以上には口コミで参加した人も多かった。

周知の際には町の職員に加えて、大阪大学の教員（医師や保健師）からも事業説明を行ってもらったことが、町民の事業への関心がより高まった要因になった。

▼公式 PR キャラクターによる広報



公式 PR キャラクターが
血圧測定を実施

出典) 能勢町提供資料

▼地区公民館での説明会



出典) 能勢町提供資料

町内医療機関を通じた周知

町内の医療機関の連絡会議において、町・大阪大学から事業説明を行った。さらに、連絡会議終了後、町内4医療機関を個別訪問し、通院患者の中に40歳以上の能勢町住民がいたら、事業への参加を促して欲しいと依頼した。

なお、医療機関に対しては、事業開始後も個別訪問し参加者数等を定期的に報告している。

◆具体的な取組状況

参加者が毎日記録する血圧手帳に、医師がフィードバックコメントを記載

参加者は、高血圧治療ガイドラインに沿った方法で、毎朝毎晩血圧を計測する。記録を付けることが認知機能低下の予防につながると考えられており、参加者には、血圧手帳（特定非営利活動法人日本高血圧協会発行）に自分で計測結果を記録する。血圧手帳には、血圧・脈拍のほか、メモ欄に「風邪を引いた」等の健康状態を日記形式で記載をする。

記録済みの血圧手帳は、半年ごとに大阪大学に提

出し、提出された血圧手帳 1 件 1 件に大阪大学の教員（高血圧専門医）がコメントを添えて返却している（コメントは主治医の診療方針を踏まえている）。このような丁寧な対応があることで、参加者の 96.9%が血圧手帳を提出するに至っている。また、本事業で測定した血圧の結果（血圧手帳）を主治医に見てもらい新たな治療開始や治療内容の変化につながった人も出ている。

その他、毎朝毎晩血圧を測れているか、測ってよかったことはあるか等を「のせけんアンケート」で把握し、今後の事業の参考にしている。

▼血圧手帳

月/日	朝		夜		メモ
	血圧 mmHg	脈拍 /分	血圧 mmHg	脈拍 /分	
10/1	/	/	/	/	
10/2	/	/	/	/	
10/3	/	/	/	/	
10/4	/	/	/	/	
10/5	/	/	/	/	
10/6	/	/	/	/	
10/7	/	/	/	/	
10/8	/	/	/	/	
10/9	/	/	/	/	
10/10	/	/	/	/	
10/11	/	/	/	/	
10/12	/	/	/	/	
10/13	/	/	/	/	
10/14	/	/	/	/	
10/15	/	/	/	/	
10/16	/	/	/	/	
10/17	/	/	/	/	
10/18	/	/	/	/	
10/19	/	/	/	/	
10/20	/	/	/	/	
10/21	/	/	/	/	
10/22	/	/	/	/	
10/23	/	/	/	/	
10/24	/	/	/	/	
10/25	/	/	/	/	
10/26	/	/	/	/	
10/27	/	/	/	/	
10/28	/	/	/	/	
10/29	/	/	/	/	
10/30	/	/	/	/	
10/31	/	/	/	/	
朝の平均					
夜の平均					

出典) 能勢町提供資料
(特定非営利活動法人日本高血圧協会発行)

▼記載済みの血圧手帳

月/日	朝		夜		メモ
	血圧 mmHg	脈拍 /分	血圧 mmHg	脈拍 /分	
10/1	147/86	56	126/80	67	風邪
10/2	143/83	58	116/77	67	風邪
10/3	152/84	60	117/74	72	風邪
10/4	127/57	56	107/70	70	
10/5	116/59	61	140/97	97	頭痛
10/6	151/82	67	117/85	57	雪
10/7	156/88	58	120/83	63	雪
10/8	149/85	53	120/82	64	雪
10/9	148/82	55	118/81	76	雪
10/10	147/84	52	121/79	74	雪
10/11	142/86	52	119/85	70	雪
10/12	144/87	57	118/80	71	雪
10/13	142/85	58	117/81	76	雪
10/14	140/84	52	114/79	75	雪
10/15	141/86	52	111/80	74	雪
10/16	140/85	52	115/78	77	雪
10/17	144/84	62	116/77	78	雪
朝の平均	142/85	55	123/80	67	
夜の平均					

出典) 能勢町提供資料

▼のせけんアンケート

のせけんアンケート

血圧測定は続けていただいていますか？『のせけん』では、毎朝毎晩の血圧測定・記録を習慣化することにより様々な疾病を予防することを目指しています。今後の参考にさせていただくため、お手数ですが皆さまの現在の状況とご意見をぜひお聞かせください。

氏名 令和3年12月

問1 血圧測定についてお伺いします。

問1-1 ほぼ毎朝毎晩、血圧測定・記録はできていますか。[1または2、どちらかに○]

1. はい 具体的な頻度を教えてください。[当てはまる記号すべてに○]
 ア. 朝のみ測定できている イ. 晩のみ測定できている
 ウ. 週に()日程度、測定できている
 エ. その他(具体的に:)

2. いいえ いいえの理由

問1-2 毎朝毎晩の血圧測定・記録は難しいと感じていますか。[1または2、どちらかに○]

1. 難しい 理由[すべてに○]
 ア. 習慣化されていないから イ. 自分の血圧値に興味があるから
 ウ. 特に理由はない
 エ. その他(具体的に:)

2. 難しい 理由[すべてに○]
 ア. 忙しいから イ. 忘れるから ウ. 面倒くさいから
 エ. 血圧が高くないから オ. 体調を崩したから(入院等)
 カ. その他(具体的に:)

問1-3 家庭血圧測定・記録を開始してから、血圧に関して下記のような新たな気づきがありましたか。[当てはまる番号1つに○]

1. もともと測定・記録していたので特に新たな気づきはない
 2. 家庭血圧が正常であることが分かった
 3. 家庭血圧が低いことが分かった
 4. 家庭血圧が常が高い、または高い時もあることが分かった
 5. その他(具体的に:)

その後の状況を教えてください。[当てはまる記号1つに○]
 ア. 受診は不要と思っている
 イ. 以前から血圧で受診中
 ウ. 血圧のことで新たに受診した
 エ. かかりつけ医に相談した
 オ. 自分で様子を見ている
 カ. その他()

問2 のせけんに参加後、病気や入院、転倒がありましたか。[当てはまる番号すべてに○]

1. 病気や大きなケガをした・新たに通院した 2. 入院した 3. 転倒した 4. 特になし

「時期」や「病名」、「転倒して骨折した」など、具体的に教えてください。

裏面もお読みします!

▼血圧手帳返却時の高血圧専門医からのコメント

2021年6月2日

血圧手帳のご返却

この度は、血圧手帳と「第1回のせけんアンケート」を提出いただきありがとうございました!
 のせけんをきっかけに、「血圧について意識するようになった」「自分の身体のことがかかるようになってきた」という声をたくさんいただきました。

家庭血圧を拝見し、大阪大学医学部附属病院の高血圧専門医がコメントさせていただきました。
 こちらを参考に、今後ぜひご自身のさらなる健康のために血圧測定を続けてください!

高血圧専門医から 様へのコメント

毎日きっちり測定して頂きありがとうございます。夜の血圧は大変良好ですが、朝の血圧が140/90を超える日があります。血圧は気温の影響を受けやすいため冬季は高くなりやすいので、今後、暑い季節になったときの朝の血圧に注目しておいて下さい。暑い季節でも140/90以上が多く出る場合は減塩、運動などの生活習慣改善に取り組んで頂ければと思います。

大塚 伸也 氏

健康に意識が向いてくるといろんな疑問がわいてくるものです。「のせけん」を身近な相談窓口の1つとして、ぜひお役立てください。

裏面は血圧まめ知識だよ!

出典) 能勢町提供資料

問3 のせけん参加後の血圧に関する差の状況について教えてください。

1. 血圧の薬は今まで飲んだことがない 2. 血圧の薬の量や種類に変化はない
 3. 新たに血圧の薬を開始した 4. 血圧の薬の量・種類が増えた
 5. 血圧の薬の量・種類が減った 6. 医師の判断で、全ての血圧の薬が中止になった
 7. その他(自己中断した、など具体的に:)

問3-1 上記○をつけた状況の際に、家庭血圧記録が役立つ了吗か。
 ア. はい イ. いいえ ウ. 分からない

問3-2 問3で、「3.(開始した)」、「4.(増えた)」、「5.(減った)」、「6.(中止になった)」、「7.(その他)に○の方」
 「薬の名前」、「量」、「開始等変更の時期」などの変化した内容を分ける範囲で具体的に教えてください。
 薬の名前:
 量(錠数など):
 開始等変更の時期:

問4 定期的に病院にかかっていますか(内科以外でも定期受診があれば、「2. はい」に○)。

1. いいえ 2. はい

記録した血圧手帳は、医師にみてもらいましたか。
 ア. 今回ののせけんをきっかけに、みてもらった
 イ. 以前から記録していて、みてもらった
 ウ. 特にみてもらっていない(理由:)

今も血圧手帳を定期的にみてもらっていますか。
 ア. はい
 イ. いいえ

問5 のせけん測定会に参加してから、健康に関する意識・行動について気づきや変化がありましたか。(測定会をきっかけとした変化も含みます) [当てはまる番号すべてに○]

1. 特に意識や行動の変化はない 2. 血圧に関する知識が増えた
 3. 自分や家族の血圧を意識するようになった 4. 家族が血圧を測るようになった
 5. 自分の体調がより分かるようになった 6. 筋力を維持することを意識するようになった
 7. いきいき百歳体操を続ける気持ちが高まった 8. 食事内容を意識するようになった
 9. 飲酒や喫煙の血圧への影響に気が付いたり、気をつけるようになった
 10. その他の変化(生活リズムなど具体的に:)

上記○をつけた項目について、気づきや変化を具体的に教えてください。[自由記載]

問6 毎朝毎晩の血圧測定や記録について、ご意見やご感想があれば何でもお書きください。測ってよかったこと、継続意欲などもあれば教えてください。

例: 2週間習慣化できた、身体のことを日常的に振り返るきっかけになった 等

最後までアンケートにご協力いただきありがとうございました! 血圧手帳と一緒に提出をお願いします。

出典) 能勢町提供資料

のせけん測定会で、医療専門職と一緒に町民の健康づくりを検討

「のせけん測定会」では、体組成の測定結果を印刷して参加者に渡し、その結果を見ながら大阪大学の医療専門職と一緒に、これからの健康づくりを考える機会を設けている。その際、健診の受診状況等から医療への受診を勧奨することもある。

本事業の参加者には、オムロンヘルスケア社製の血圧計が無料で配布される。町では、血圧計が欲しいという目的で参加する人が多いと事前に予想していたが、実際には、参加者の多くは血圧計を既に持っていた。それよりも、のせけん測定会で様々な計測をしてもらえることや、血圧手帳やのせけん測定会で医療専門職からコメントをもらえることを楽しみに参加している人が多かった。

▼のせけん測定会での様子



出典) 能勢町提供資料

研究に協力したいと思う気持ちで参加

本事業（能勢健康長寿プロジェクト）は、研究成果として世界に発信されることから「能勢から世界に」をモットーにして実施している。研究協力になるならと参加する人も多い。それは町にとって意外な反応であった。

「のせけん通信」で、他の保健事業も宣伝

能勢町では、大阪大学監修の「のせけん通信」を作成している。「のせけん通信」は毎月 1 回町内全世帯に配布される広報誌に挟み込んで配布しており、その内容は、まず町民に家庭血圧測定の重要性を知ってもらうところから始めた。最近では、本事業以外の歯科検診の受診勧奨等も盛り込んでおり、町の保健事業を住民に周知する媒体となっている。

▼のせけん通信

能勢健康長寿事業 令和2年7月発行 Vol.1

のせけん通信

能勢町で5年にわたる血圧の研究“のせけん”が始まります！

能勢研究（のせけん）って？

近年、血圧が認知症の発症に関わりがあることがわかってきています。

自宅で毎日血圧を測って記録する。そんな簡単なことで生活習慣病や認知症が予防できるかもしれない！

世界が注目するビッグプロジェクトが始まります。能勢町でその意義を見つげるために、町ぐるみで取り組みましょう！

対象は40歳以上の方です。
無料貸し出しの血圧計（右写真参照）で、朝と晩に血圧を測って記録し手帳を提出していただきます。その結果を解析し、結果が出るのは5年後です。

*のせけんとは、能勢町が行う能勢健康長寿プロジェクトと大阪大学が行う能勢研究を合わせています。

今後、随時説明会等を予定しています。ぜひ、ご家族でご参加ください。

今後も「のせけん通信」をお楽しみに

家庭血圧測定は1日2回（朝と晩）の測定が推奨されています。

家庭での血圧測定が大切です！

病院で測る血圧と家で測る血圧が違うことってありませんか？

実は自宅で測定する血圧（家庭血圧値）の方がその人本来の血圧をあらわすことが分かっています。

脳卒中の大きな原因の一つが血圧が高いことです。特に、家庭血圧が高いと発症のリスクが高くなると言われています。

そのため、家庭血圧値（特に朝の血圧）をしっかり下げる治療が、脳卒中や心臓病などを予防するには重要です。

これらの病気と同じように、認知症も予防できるのでしょうか？

それはこれから始まる能勢研究で明らかになっていきます。

かみで
大阪大学 Dr.神出 のちよつといひ話

こんにちは！この度、能勢町と一緒に「のせけん」に取り組むことになりました大阪大学医学系研究科・教授の神出です。毎月こちらで健康長寿の秘訣をお伝えしていきます。

健康寿命を延ばすためには、3本柱「運動」「栄養」「社会とのつながり」が大切です。これに加え、ご自分で身体の状態がわかる、最も簡単で身近なものとして血圧があります。この血圧は、健康寿命を脅かす脳卒中や認知症との関係が指摘されていることから、血圧の値を知っておくことは非常に重要です。能勢研究では、家庭での血圧の測定・記録がどれくらい健康長寿に関係するかを調べる世界で初めての研究になります。

皆様ぜひご参加下さい。

能勢健康長寿事業「のせけん」事務局
保健福祉センター隣の旧西診療所内に事務所を構え、「能勢から世界へ」を合言葉に、研究を通じ日常生活に役立つ様々な情報を発信していきます。
能勢町保健福祉センター内 健康増進課 ☎ 072-734-0325

出典) 能勢町提供資料

◆成果

町の40歳以上の約15%が参加

参加者は令和3年度（11月時点）で1,153人（男性466人、女性687人、40歳以上の15.4%）であり、40～64歳の参加者は町内同年齢人口の11.2%に当たる373人であった。今まで町事業への参加率が低かった年代としては非常に高い参加率となった。

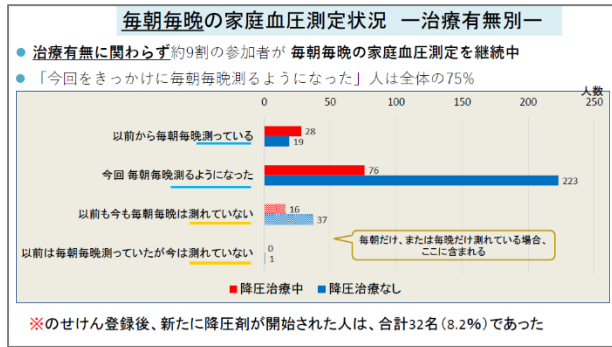
家庭血圧測定の習慣化

本事業への参加をきっかけに、家庭で習慣的に血圧を計測するようになった人は参加者全体の75%であった。事業参加以前から習慣的に血圧を計測している人を含めると約9割（86.5%）が毎朝毎晩の血圧測定を行っている。

参加者の中には、新たに内服を始めた、薬の量が増えたりするなど、降圧薬の内服状況にも変化が見られている。400人中32人が新しく降圧薬を開始した。

※上記の結果は、令和 2 年 8 月～12 月の参加者（先行的に家庭血圧測定を開始した地域）400 名に実施したアンケート結果であり、令和 3 年 3 月時点の集計結果である。

▼家庭血圧測定状況

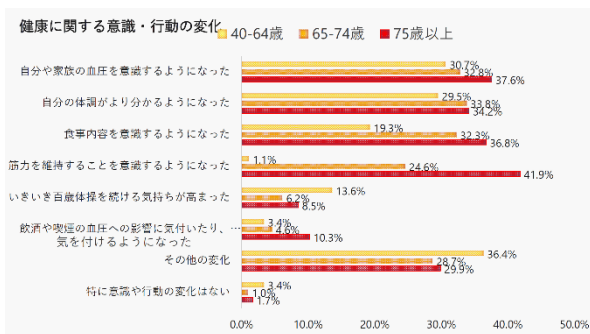


出典) 能勢町提供資料

健康意識の醸成

参加者の健康に関する意識・行動にも変化が表れている。アンケートの結果をみると、40～64 歳の参加者には「自分の家族の血圧を意識するようになった」、「自分の体調がより分かるようになった」といった変化が見られ、75 歳以上では、「筋力を維持することを意識するようになった」、「自分の家族の血圧を意識するようになった」、「食事内容を意識するようになった」といった変化が多くみられた。本事業が健康意識の全体的な底上げにつながったと感じている。

▼健康に関する意識・行動の変化



出典) 能勢町提供資料

認知機能の低下を発見するきっかけに

のせけん測定会で、認知機能がかかり低下している方を発見した。大阪大学の医療専門職が本人に話を聞いたところ、現時点では、特に生活上に支障はないようであったが、町が電話、家庭訪問等で継続的なモニタリングを行うことになった。

◆課題

事業終了後の習慣の継続、及び不参加者等へのアプローチ

参加者には事業実施中は家庭血圧測定を習慣化できた人が多いが、事業終了後も習慣を継続できる仕組みが必要だと感じている。

また、この事業に参加していない人や、参加していても、医療機関の受診を拒む人もいる。こうした人には別のアプローチを検討する必要がある。

◆今後の展開

本事業を踏まえた他の保健事業への展開

KDB 等の健康・医療情報から、本事業の実施が認知症等の有病者数や医療費にどのような影響を与えたかを、今後大阪大学と共同で分析する予定である。また、本事業のように、研究により住民の医療・介護のデータを解析し、データに基づいた介護予防のあり方や事業展開を確立することで、能勢町の実情に応じた効果的で効率的な認知症施策・介護予防の取組を進めたい。

また、能勢町では、以前から通いの場に参加しない高齢者にどうアプローチするかが課題になっていた。その中で、本事業は家庭でもできることから、これまで通いの場に参加しなかった人も参加している。本事業がきっかけとなって、様々な人にアプローチができると理想的だと考えている。

健康で生きがいをもてるまちづくり

本事業は家庭血圧測定を行うことで、認知機能が保たれるかどうかを検証する取組であり、検証段階から多くの住民の方に主体的に参加してもらうことで、健康意識の向上につながっていると感じている。今後は参加者だけでなく、町全体に広げていき、高血圧だけでなく、他の生

活習慣病や老年症候群にも対象を広げ、さらなる健康増進の観点からのまちづくりを目指したい。

能勢町は人口が減っており、消滅可能性都市と称される状況にある。役場の職員数も減り、行政ができることが限られているため、町民には自身で自分の健康を守ってもらわないといけない。

能勢町では、「能勢町 SDGs 未来都市計画」・「第6次能勢町総合計画」の中にこの事業を位置付けている。能勢町を「健康で生きがいをもてるまち」にしていきたい。

【フレイルチェック事業】

フレイルの早期発見に向け国保加入の 65 歳・70 歳を 対象としたフレイルチェックを薬局・健診会場で実施

神戸市（兵庫県）

【自治体の基本情報（令和 3 年 1 月時点）】
人口：1,526,835 人
国保被保険者数：327,212 人（21.4%）
高齢者人口：432,905 人（28.4%）

【事業に関する情報】
事業対象者数：19,383 名（国保被保険者のみ）

◆事業概要

内容

健康寿命の延伸に向けて、心身の活力が低下し、介護が必要な状態に移行しやすいフレイルを早期に発見し、生活習慣の見直しを促すことを目的として、国保加入の 65 歳・70 歳を対象に、無料でフレイルチェックを実施している。

フレイルチェックは、市内の協力薬局及び特定健診の集団健診会場で受けることができる。後日、集団健診会場で受けた方には結果票を郵送、薬局で受けた方には対面で結果票のお返しと結果の説明を行う。測定結果によっては、薬剤師（薬局）や保健師（特定健診会場）が保健指導を行う。

平成 28 年度に試行実施。平成 29 年度より本格的に実施して、令和 3 年度で 5 年目の事業となる。

なお、高齢者の健康づくりという観点から、市の介護保険事業計画・高齢者保健福祉計画（第 7 期・第 8 期）において、「フレイルチェック予防支援事業」として位置づけている。

実施体制及び役割分担

- 神戸市国保年金医療課：事業の企画、広報、薬剤師会・健診事業者との調整、協力薬局の募集、フレイルチェックに関する案内の送付
- 薬局・健診事業者：各薬局・健診会場におけるフレイルチェックの実施、フレイルチェックの結果の説明、生活指導
- 市からの外部委託事業者：フレイルチェック質問票やフレイルチェックのデータの管理・集計

フレイルチェックの質問票や測定データの入力から、対象者・薬局への結果票の発送まで一連の作業を事業者へ委託している。

また、フレイルチェックのデータを用いた研究を神戸大学が行っている。研究結果をフィードバックしてもらっており、事業の方向性の検討に用いている。

◆取組の経緯

高齢者の予防・健康づくりの方策の検討とフレイル対策の取組の試行

平成 28 年度より、地域包括ケアシステムの構築に向けて、どのように高齢者の予防・健康づくりを進めていくのがよいか検討を重ね、65 歳という比較的早期の段階において、身体の衰え等に気づいてもらえることが大事ではないかという考えから、フレイル対策に力を入れるべきということになった。

当時はフレイルチェックに関する取組事例が全国的にもあまり見られなかったため、介護予防のための生活機能評価に関するマニュアルの基本チェックリスト（以下、基本チェックリスト）の活用やチェック項目の測定方法について、イベント会場等で必要時間や手間について確認するため試行的な取組を実施した（平成 28 年度）。

高齢者が相談できる場所として薬局を事業実施の場 に選定、薬剤師会と連携し協力薬局へ研修会実施

事業の検討をしていた当時は、薬局にかかりつけ薬局・健康サポート薬局の役割が期待され始めていた頃であり、今後薬局にどのように役割を担ってもらうかを考えて

いた時期でもあった。その中で、広くたくさんの高齢者が訪れる場所・相談できる場所として、また特定健診受診率向上策のひとつとして、薬局でのフレイルチェック実施時に健診未受診者への受診勧奨を期待し、市の薬剤師会に相談を持ち掛けたところ、協力を得ることができた。

フレイルチェックに協力してもらえる薬局の募集は薬剤師会を通じて行っており、平成 29 年度に本格的に事業を実施して以来、例年、300 後半から 400 ヶ所程度の薬局が協力薬局となっている（市内には約 800 ヶ所の薬局がある）。また、毎年度、新規の協力薬局に対して、研修会を実施しており、市の担当者から事業の趣旨を説明し、薬剤師会の担当者から実際の測定方法や測定後の対応等のフレイルチェックの流れについての説明している。

◆具体的な取組状況

フレイルチェックの対象年齢の検討

フレイルチェック対象者の年齢設定は事業開始当時の悩みであったが、衰えに早く気付いてほしいという考えから、平成 28 年度の試行実施時は、「65 歳の国保加入者」を対象とした。平成 30 年度～令和 2 年度は、65 歳でフレイルチェックを受けた方のその後の変化を観察するために、「65 歳の国保加入者」に加えて、「前年度フレイルチェックを受けた 66 歳の国保加入者」とした。ただし、3 ヶ年度分のデータを確認したところ、フレイルチェックのデータにあまり変化がないことが分かった。

身体データの変化にはもう少し時間の間隔を長くとる必要がある点と、後期高齢期を見据え、骨折や関節症の予防を強化していく点から、令和 3 年度は、「65 歳の国保加入者」に加えて、「70 歳の国保加入者」も対象とした。

事業実施場所・スタッフの手配

協力薬局および特定健診会場にて実施をしている。特定健診会場でのフレイルチェックの実施は健診事業者に委託をしている。薬局での実施については、協力薬局に対して委託費を支払っている。

フレイルチェックの流れ～事前案内～

例年 4 月の月上旬に、対象者に向けて個別に案内を郵送している。送付物には、案内とフレイルチェック質問票、実施薬局一覧表を同封している。対象者は質問票を記載した上で、薬局または特定健診会場のいずれか希望するほうでフレイルチェックを受ける。

フレイルチェックの流れ～薬局での実施～

希望する薬局にフレイルチェックの申し込みを行う。協力薬局の一覧は市のウェブサイト等でも公開されている。また、協力薬局には実施会場であることを示すステッカー（右図）が貼られている。

▼フレイルチェック協力薬局であることを示すステッカー



出典）神戸市提供資料

薬局で行われたフレイルチェックのデータは薬局から直接、市が委託しているデータ集計業者に渡される（週に 1 回まとめてなど）。後日、薬局に個別データを反映した結果票が届き、その後、薬剤師から対象者に電話等で連絡をし、再度薬局まで来てもらう。薬剤師から結果の説明を行い、フレイルの恐れがある場合には、薬剤師が服薬状況等も踏まえ、栄養面・運動面の指導を行う。

フレイルチェックの流れ～特定健診会場での実施～

特定健診会場での実施においては、特定健診の予約をする方に対して、フレイルチェックを受けるかどうか希望を確認している。希望者がいれば、その都度特定健診でフレイルチェックを行っている。1回の特定健診でフレイルチェックを受ける人は概ね2～3名である。

特定健診当日、すべての健診が終了した後にフレイルチェックを実施する。測定時間は10分程度。

後日、結果票が対象者の自宅等に郵送される。

フレイルチェックの流れ～保健指導の実施～

薬局および特定健診会場でのフレイルチェックで、握力やふくらはぎの周囲の長さが基準値未満であるなど、保健指導の対象者に該当した場合は、当日その場で、薬剤師や保健師からリーフレットを用いて栄養と運動面の指導を実施している。保健指導の所要時間は5分程度。

フレイルチェック時に実施するチェック項目

対象者に事前送付するフレイルチェック質問票では、基本チェックリスト項目に加え、特定健診の受診状況、食べられる食品、歯の本数などを把握する。

フレイルチェックでは、ふくらはぎ周囲長（指輪つかテスト）、握力、立ち上がり動作の把握や、だ液ゴクン（30秒間）テスト、咀嚼チェックガム（新型コロナウイルス感染症対策のため、自宅等で行う）を実施する。

フレイルチェック後のフォロー

フレイルチェックの測定値は、当日その場でもお知らせをする。後日、対面（薬局の場合）または郵送（特定健診会場の場合）でもらえる結果票には、測定結果とともに、「一般的に要介護リスクが何個以上だと危ないですよ」「あなたの要介護リスクはいくつありますよ」という対象者の状況をまとめた情報が掲載されている。取り入れて欲しい運動等の一般的なアドバイスも書かれている。

介護予防事業との連携

フレイルチェックの結果において身体機能の低下が心配される方には、地域包括支援センターを紹介している。

また、結果票にも地域包括支援センターの連絡先を掲載している。フレイルを改善するための取組（運動等）が1人で難しい場合には、地域包括支援センターを通じて、通いの場への参加を促すなど、一般介護予防事業との連携も図っている。

▼フレイルチェックの実施状況

	案内 発送数	薬局		特定健診の会場	
		実施 薬局数	実施 者数	実施 回数	実施 者数
平成29年度	19,735	381	654	54	1,195
平成30年度	9,223	380	309	712	787
令和元年度	8,071	363	193	496	607
令和2年度	7,222	405	182	440	646
令和3年度	19,383	405	672	516	1,036

※平成29年度は9月からの実施。各年度によって案内発送の対象者が異なる。

実施者数は、各年度における対象者における実施者数の合計。

※令和3年度実施者数は令和4年2月末時点の実績。

出典）神戸市提供資料

◆成果

フレイル予防の啓発

65歳を対象にフレイルチェックを行うことについて、チェックの対象年齢として早すぎるという指摘をもらうことがある。また、まだ自分はフレイルの年齢ではないという認識の高齢者も大勢いるため実施率は10%程度である。ただ、「フレイル」という言葉を認知してもらうという第一段階としてよい機会になっていると考えている。新型コロナでフレイルが注目され始めたことや、令和3年度は対象年齢に70歳も加えたことでフレイルチェックを受けてくれる人が増加した。特定健診会場を実施場所としていることで、高齢者に限らず、40歳以上の特定健診を受診される方へのフレイル予防の啓発につながっている。

薬剤師会・薬局との連携強化

毎年、市と薬剤師会の連名にて「薬局フレイルチェック手引書」を制作し、協力薬局への周知を行っている。本事業を通じて、薬剤師会との連携が一層図れるようになり、他の国保事業についても相談しやすい関係性を築くことができている。

◆課題・今後の展開

フレイルチェックの実施率の向上、フレイルチェック後のフォローの検討

フレイルチェックの目的のひとつに「要介護認定の減少を目指す」としているが、フレイルチェックの実施率がまだ低く、期待する効果を得られているのかどうかまだ見えていない状況である。対象者に対する実施率 50%を目指していきたい。

また、結果票を受け取って心配な方には地域包括支援センターを案内しているが、実際にどのくらいの人がつながっているかまでは把握できていないため、介護保険課と連携し、事後フォローできるような仕組みが必要だと考えている。

【適正服薬推進事業】

医師会・薬剤師会と連携した服薬情報通知事業で、 重複多剤服薬者の約 7 割が改善

広島市（広島県）

【自治体の基本情報（令和3年1月時点）】
人口：1,194,817人
国保被保険者数：213,150人（17.8%）
高齢者人口：304,562人（25.5%）

【事業に関する情報】
予算：18,816,000円
委託料：18,756,000円
事業対象者数：44,000名（10,000名が国保被保険者）

◆事業概要

内容

市から重複多剤服薬者に対し、服薬情報を記載した通知を送付し、かかりつけの薬局等において、薬の飲み合わせに問題がないかの確認や薬に関する相談等を促す取組を行っている。

本取組は、医薬品の適正使用を促すことで、健康被害を抑制するとともに、医療費の適正化につなげることを目的としている。

令和3年度の通知対象者は、国民健康保険及び後期高齢者医療制度の被保険者のうち、65歳以上で、複数の医療機関から月14日以上の内服薬を6種類以上処方されている人としている。送付数は44,000件で、6回に分けて送付している。

◆取組の経緯

レセプトを活用した事業の企画、薬剤師会からの積極的な働きかけ

広島市では、レセプトを活用した保健事業として、平成24年度からジェネリック医薬品の使用促進、平成28年度から糖尿病性腎症重症化予防事業に取り組んできた。

さらに、国民健康保険及び後期高齢者医療制度の被保険者の健康の保持増進につながる新たな事業を検討していたところ、広島市域の薬剤師会から、ポリファーマシー対策に関する取組を始めという情報提供があり、ポリファーマシー対策事業がレセプトを活用した取組であることから、市も一緒に取り組むことができると考え、薬剤師会とともに事業設計を開始した。

そうした薬剤師会からの働きかけ等により、ポリファーマシー対策事業として服薬情報通知事業が立ち上がった。

◆事業開始にあたっての調整

医師会・薬剤師会等との連携協力協定の締結

本事業は、通知を送るだけでは成り立たない事業であり、医師会・薬剤師会による協力が必要不可欠である。そのため、広島市、広島市域の3医師会、4薬剤師会、全国健康保険協会広島支部で「ポリファーマシー対策の推進に関する連携協力協定」を締結している。

実施体制及び役割分担

広島市の主管部署は、健康福祉局保健部保険年金課（国民健康保険と後期高齢者医療制度の担当部署）であり、全体のとりまとめを担当している。

対象者の選定、通知の発送は、専門の民間事業者へ委託している。

連携協力協定を締結している医師会・薬剤師会等の関係機関からは、事業の協力を得ている。

◆具体的な取組状況

対象者が通知を受け取った後の、具体的な流れ

「服薬情報のお知らせ」（通知）は、表面に通知を受け取った後の流れや、薬に関するアンケート、裏面に服薬情報が掲載されている。

対象者が通知を受け取った後の流れとしては、
<ステップ1> 対象者が薬局等へ通知を持って行く
<ステップ2> 通知を元に、薬剤師等が服薬状況の

医師会・薬剤師会との連携協力協定の締結で、事業のブラッシュアップが可能に

本事業の実施にあたり、「ポリファーマシー対策の推進に関する連携協力協定」の締結が実効性を与えている。当然、行政だけで成り立つ事業ではなく、薬剤師会からはこの協定があることで医師との相談や連携がしやすくなった、また医師会からは、ポリファーマシー対策の重要性に改めて気づくことができた等のご意見をいただいている。

また、通知のレイアウトについては、医師会や薬剤師会からもご意見をいただき、改良を重ねている。（下記、▼服薬情報通知「服薬情報のお知らせ」の変遷 参照）

このように、現場ならではの視点による意見をいただける点も連携協力協定を締結している利点の1つである。

▼服薬情報通知「服薬情報のお知らせ」の変遷

■ 2018年度 [事業初年度]

初年度は情報量や文字量が多い。通知を受け取った方から、読みにくいとの意見もあった。

■ 2019年度 [事業開始2年目]

薬剤師会や医師会にもご意見をいただき、情報を必要最小限とするなど、通知レイアウトを大幅に改良した。

■ 2020年度 [事業開始3年目]

薬剤師会の提案により、通知を受け取った方の薬への関心事に関するアンケート欄を追加した。

出典）広島市提供資料

専用システムの活用やリーフレットの提供による薬局の支援

本事業では、服薬指導及び再処方の検討を円滑かつ効果的に行うことを目的として委託事業者が独自技術により開発した、「ポリファーマシー対策支援システム」を薬局が利用することができる。この支援システムは、通知書に記載した二次元バーコードを読み取ることによ

り、服薬に関する詳細情報（相互作用、慎重投与等）の確認や、かかりつけ医へ提供する服薬情報レポートの簡便な作成が可能となるなど、薬剤師の業務支援につながっている。

そのほか、薬局のカウンターに置けるような、事業の周知に向けたリーフレットも作成し、薬局に提供するなど、市は薬局を支援している。

▼薬局に掲示するポスター・リーフレット



出典) 広島市提供資料

◆成果

重複服薬患者の約7割が改善、医療費削減にも大きな効果

重複服薬（同じ成分の薬）、相互作用・禁忌（飲み合わせの悪い薬）の約7割が毎年改善している。国保被保険者（令和2年度）の医薬品の使用数は一人当たり12.5種類から、11.2種類に減少した。

薬剤費の削減効果として、通知前後の薬剤費を比較したところ、令和2年度で約2,400万円となっている（薬剤費は、保険者負担と本人負担分の合計額）。

ただし、医療費の削減は副次的なものとなし、健康被害を予防する、健康を保持増進することに重きを置き、事業を推進している。

▼医薬品による比較

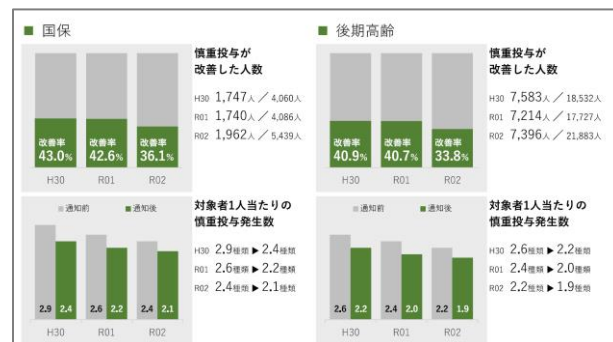
【重複服薬】（同じ成分の薬）



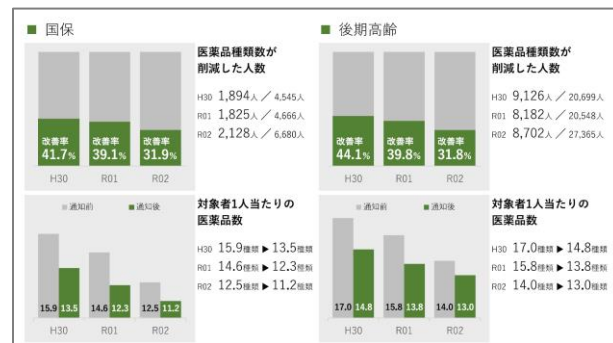
【相互作用・禁忌】（飲み合わせの悪い薬）



【慎重投与】（慎重な投与を要する薬）



【医薬品種類数】



出典) 広島市提供資料

▼薬剤費による比較

■効果分析方法

平成30年度～令和2年度の通知対象者について、通知前後の薬剤費を比較した。

[注] 薬剤費は、保険者負担分と本人負担分の合計（10割）である。
新たに発生した疾病や治療した疾病等に係る薬剤費は比較対象外としている。

	平成30年度	令和元年度	令和2年度
効果額	26,729,405円	18,667,940円	23,652,449円

出典）広島市提供資料

薬剤師会との関係性の構築

本事業を開始するまで、広島市と薬剤師会で密に連携して取り組んでいる事業はなかったが、本事業がきっかけとなり、良い関係を築くことができた。会話の機会が増えたことで、新たな連携のアイデアが浮かび、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業における服薬に関する取組として、糖尿病性腎症等の患者に対する服薬管理・モニタリング指導や、服薬情報通知の送付対象者に対する訪問による服薬指導の実施につながった。

◆課題

通知持参率の向上に向けた、通知・封筒の改良や高齢者いきいき活動ポイント事業との連携

令和元年度に、薬剤師会が会員薬局を対象としたアンケートを実施したところ、薬局等への通知の持参率は約 2.5%であり、通知の持参率が低いことが課題となっている。

そうした課題を踏まえ、通知の内容について、医師会や薬剤師会との協議を重ね、改良を行ってきた。また、封筒も、「役所から届く通知は、開けずに捨ててしまう人が一定数いるのではないか」という懸念から、通常の封筒から、高齢者でも開けやすいようなミシン目のある封筒に変更した。

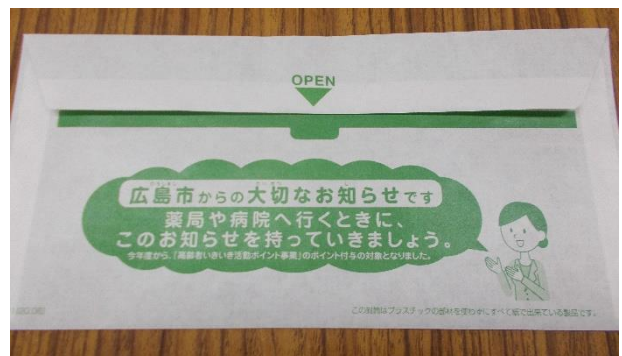
さらに、令和2年度からは、同市の高齢福祉課が行っている「高齢者いきいき活動ポイント事業※」のポイント付与の対象としている。当該事業は広島市の高齢者にとってなじみのある事業であり、ポイント付与の対象として以降、関係する問い合わせが増えており、事業連携の効果を実感している。

今後も、持参率の向上を目指し、施策を検討するこ

ととしている。

※高齢者いきいき活動ポイント事業とは、広島市在住の65歳以上の高齢者が、自らの健康づくりや地域支援のために行う活動（いきいき活動）を奨励するためのもので、活動実績に基づき付与されるポイント数に応じて、奨励金を支給する事業である。通知を薬局等に持参し、薬剤師等が確認した場合、2ポイント（200円相当）が付与される。




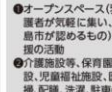
▼ミシン目がついた封筒



出典）広島市提供資料

▼高齢者いきいき活動ポイント事業におけるポイント付与の対象となる活動とポイント数

2 ポイント付与の対象となる活動とポイント数

<p>自らの健康づくり・介護予防に 取り組む活動</p>  <ul style="list-style-type: none"> ●グラウンドゴルフ等のスポーツ活動 ●囲碁・将棋等の文化活動 ●グループ活動によるウォーキングなど <p>押印は 1日1回まで</p> <p>1ポイント</p>	<p>特定健康診査の 受診等</p>  <ul style="list-style-type: none"> ●特定健康診査 ●後期高齢者医療制度の健康診査 ●被爆者健康診断 ●被爆二世健康診断 ●節目年齢歯科健診 ●後期高齢者歯科健診 ●がん検診 ●骨粗しょう症検診 ●服薬情報のお知らせ (限定) <p>医療機関・薬局で押印 1日に複数押印可</p> <p>2ポイント</p>	<p>地域の支え手 となる活動 (ボランティア活動)</p>  <ul style="list-style-type: none"> ●児童の登下校の見守り活動 ●町内清掃活動 ●サロンの世話人としての活動(総合事業として行うものを除く) ●老人クラブ会員としての友誼活動(総合事業として行うものを除く) など <p>押印は 1日1回まで</p> <p>2ポイント</p>	<p>ボランティア活動のうち、 広島市が 指定するもの(限定)</p>  <ul style="list-style-type: none"> ●オープンスペース(乳幼児とその保護者が気軽に集い、遊べる場所(広島市が認めるもの))での子育て支援の活動 ●介護施設等、保育園、障害者支援施設、児童福祉施設、医療機関での清掃、配膳、洗濯、駐車の手配など ●高齢者及び障害者に対する外出時の付き添い介助、点訳・盲訳、手話・要約筆記 ●総合事業として行う住民主体型生活支援訪問サービスの提供活動 ●コーディネーターとして①～④の活動の調整等を行う活動 ●総合事業として行う地域高齢者交流サロン(補助を受けて実施するもの*)及び地域介護予防拠点の世話人や認知症カフェのスタッフとしての活動 *補助を受けなくなった場合でも、サロンとしての活動が続く限り対象です。 ●町中町(ポイントの相互付与を行う自治体)又は府中町の登録団体が4ポイントとして行う活動 <p>押印は 1日1回まで</p> <p>4ポイント</p>
---	--	---	---

※ 広島市に登録している活動団体のみがポイントを付与することができます。
 ※ 「特定健康診査の受診等(2ポイント)」でポイントを付与してもらえるのは、集団検診や広島市健康づくりセンター、ポイント事業の登録医療機関及び登録薬局で受診等した場合に限ります。

出典) 広島市ホームページ(高齢者いきいき活動ポイント事業)

◆今後の展開

市内全部の薬局に取組内容を周知し、薬局への気軽な相談が可能に

薬剤師会に加入していない薬局も含め、市内の全ての薬局(約 700 薬局)に対し、本事業の取組内容を周知し、市内の全ての薬局で同様の相談が受けられる体制を整えている。

取組を通じて薬に対する意識改革を

本事業において、高齢者の薬に対する認識を高めることが重要であると考えている。医療費の増大が社会的な問題になっていることは認識していても、自身が薬をもらい過ぎて副作用を起こしやすくなっているのではないかと考えるまでに至っている方はまだまだ少ないと感じている。

この「服薬情報のお知らせ」を送付することにより、一人でも多くの方に自身の服薬の状況を把握してもらい、薬局へ行って相談してみようという行動につなげていくことが、本事業の大きな意義である。

そのためにも、引き続き医師会や薬剤師会と緊密に連携をとりながら、粘り強く事業を継続していく。

【向精神薬重複処方対策事業】

効果的な通知で向精神薬の重複処方が0（ゼロ）に

諫早市（長崎県）

【自治体の基本情報（令和3年1月時点）】

人口：135,869人

国保被保険者数：29,401人（21.6%）

高齢者人口：41,031人（30.2%）

【事業に関する情報】

予算：2,804,347円

事業対象者数：100名

◆事業概要

内容

市から、向精神薬の重複処方患者（以下、患者とする）と処方医療機関の双方に通知を発送し、薬剤処方に関して双方で相談を行ってもらうよう依頼している。処方医療機関は、通知によって向精神薬が重複している事実を把握することができ、即座に適正な薬剤処方に切り替える効果がみられている。

本事業は、患者を健康被害から守るとともに、処方薬の横流し（インターネットでの売買）や犯罪利用を防止すること、医療費適正化をはかることを目的として、平成30年度から開始しており、事業対象者は、国民健康保険被保険者のうち、1日の処方上限量を超える同一向精神薬を重複処方されている者である。

実施体制及び役割分担

主担当は、国民健康保険課の事務職と保健師（会計年度任用職員）の2名である。

- 事務職：通知の発送・患者からの薬剤に関する相談以外の電話対応
- 保健師：通知対象者の選定・患者本人の希望または処方医療機関の要請による相談対応

◆取組の経緯

市内での事件をきっかけに、医師会から強い要望

平成29年に諫早市内において、医療機関で処方された睡眠薬を使った強盗事件が発生した。被害者の方が昏睡させられて亡くなるという衝撃的な事件だった。この事件をきっかけに、市医師会（以下、医師会とする）において、複数の医療機関から重複して向精神薬の処

方を受けようとする患者についての問題が取り沙汰されるようになり、医師会から市に対してレセプト情報の開示に対する強い要望が寄せられたが、個人情報保護の観点から難しかった。そこで代替案として、患者と医療機関双方に通知を出すことで、重複処方の状態をそれぞれに知らせることができるのではないかと考え、本事業を実施することにした。事業を始める際に、医師から、患者のための処方という医療行為が、内服過多による事故発生や第三者を被害に巻き込むことはぜひ防ぎたい、この事業をぜひやってほしいと強く支持された。こうした想いも、事業実施を強く後押しするものであった。

◆事業開始にあたっての関係機関との調整

医師会に事業内容を相談し、医療機関との協力体制を構築

重複処方対策には、薬を処方する医療機関の協力が必須であるため、事業開始前に医師会に事業内容を相談し、対象者の抽出基準について助言を受けた。市内医療機関からも、本取組を評価する意見が寄せられており、日頃から助言をもらい連携を取っている。

他市町村では同様の取組を行っていないため、患者が通っている医療機関が市外の場合、医療機関に通知を送ってもよいかあらかじめ連絡するようにして協力を得られるようにしている。

◆保健所・県との連携で、重症患者をフォロー

対象患者に薬物依存症の可能性がある場合を考え、県央保健所の薬物依存相談窓口には照会できるように調整を行った。そのほか、一度改善したものの再び重複処方の状態に戻ってしまった患者には、県を通じて、薬

物依存に強い医療機関や患者会・家族会を紹介できるようにしている。

薬剤師会との連携による体制の強化

医療機関だけでなく薬局にも通知を発出するか検討したが、患者の気持ちを考慮し（自分が受診した医療機関に市から通知がいくことだけでもショックが大きいと思われる）、情報を共有する機関は最小限の方がよいと考え薬局への通知は行っていない。ただし、通知は発出しないものの、薬剤師会とはいつでも本事業について相談できるような体制を構築しているため、安心して事業を実施できている。

◆具体的な取組状況

2段階で対象者を慎重に選定

1段階目は、長崎県国民健康保険団体連合会（以下、国保連）に依頼し、KDB システムから機械的に候補者を抽出してもらっている。機械的な抽出リストには1日あたりの処方上限量を超えていない人も含まれることがあるため、2段階目として、保健師が処方内容を詳しく確認し、最終的な通知対象者を決定している。

1段階目の具体的な抽出基準は、『「麻薬及び向精神薬取締法」に規定されている①第1種向精神薬、②第2種向精神薬、③第3種向精神薬を、2か所以上の医療機関から、過去3か月にわたり外来で処方を受けている者』としている。ただし、重複処方であっても、1日あたりの処方上限量が超過していない場合は対象外としている。過去3か月とした理由は、セカンドオピニオンを得るための一時的な重複の可能性を除外するためである。1段階目の候補者リストは毎月提供され、延べ人数で200人程度が抽出される。

2段階目は、「向精神薬 重複処方量 確認表（市独自の算出フォーマット）」を用いて、処方されている薬の合計処方量が薬物の基準処方量を超えていないかどうか確認する。重複する薬はマイスリーやデパスが多い傾向がある。対象者となりそうな患者については、半年分のデータを遡り、重複処方の原因や背景等も可

能な限り調べている。そうした丁寧な確認を経て、最終的な通知対象者を決定する。事業開始当初は処方量の計算に時間がかかったが、作業に慣れたことと、通知により重複処方が必要改善され対象者が激減したことにより、以降、作業時間はかなり短縮されている。

▼市独自の算出フォーマット：向精神薬 重複処方量 確認表（Excelで自動計算される）

向精神薬 重複処方量 確認表					
患者氏名	〇〇 〇〇				
薬剤名	マイスリー(ゾルピデム酒石酸塩)				
1月分の処方上限	2.50 mg × 30日 = 75.00 mg				
医療機関名		8月	9月	10月	11月
○×医院	重量/錠	0.50mg	0.50mg	0.50mg	0.00mg
	処方数量/日	6錠	6錠	6錠	0錠
	日数	20日	30日	60日	0日
	1月分の処方量	60.00mg	90.00mg	180.00mg	0.00mg
△△クリニック	重量/錠	0.25mg	0.25mg	0.25mg	0.25mg
	処方数量/日	2錠	2錠	2錠	2錠
	日数	15日	15日	15日	15日
	1月分の処方量	7.50mg	7.50mg	7.50mg	7.50mg
××内科	重量/錠	0.25mg	0.25mg	0.25mg	0.00mg
	処方数量/日	2錠	2錠	1錠	0錠
	日数	10日	10日	10日	0日
	1月分の処方量	5.00mg	5.00mg	2.50mg	0.00mg
	重量/錠				
	処方数量/日				
	日数				
	1月分の処方量	0.00mg	0.00mg	0.00mg	0.00mg
	重量/錠				
	処方数量/日				
	日数				
	1月分の処方量	0.00mg	0.00mg	0.00mg	0.00mg
合計処方量		72.50mg	102.50mg	190.00mg	7.50mg
判定		OK	上限超過	上限超過	OK

出典) 諫早市提供資料

▼市から重複処方患者に対する通知

	30 歳保険第〇〇〇号 平成30年〇月〇日
諫早市〇〇町〇〇番地 〇〇 〇〇 様	
	諫早市保険年金課長

重複処方となっているお薬（向精神薬）について

あなた様が下記のとおり複数の医療機関から重複して処方を受けたお薬（向精神薬）については、厚生労働省が定めている基準値よりも多量の処方となっており、服用することにより健康を害する恐れがありますので、かかりつけの医師またはお薬を処方した医師に早急にご相談くださいますようお願いいたします。

なお、下記のお薬を処方した医療機関には、相談があった場合に対応いただくよう連絡をしております。医療機関に相談しにくいと感じられる場合は、市役所保険年金課の保健師や看護師による相談も受け付けておりますので、ご利用ください。

お薬の名前	： 〇〇〇〇〇
処方医療機関	： △△△△△医院 □□□□□クリニック 〇〇△△病院

※向精神薬とは中枢神経に作用し精神機能（心の働き）に影響を及ぼす薬物の総称で、抗精神病薬、抗うつ薬、抗不安薬、睡眠薬などがあります。

確実に重複処方を止めるための通知

重複処方に関する取組のうち、向精神薬以外の薬の場合は、患者宅に訪問し、お薬手帳や健康のことを知ってもらうといった健康相談に近い取組を行っている。こうした取組は本人に気づきを促すことが目的であるが、向精神薬の場合は、重複処方は絶対に止めなくてはならないものであるため、より厳格に通知という形をとっている。通知を发出する対象者は、高齢者は少なく、60歳未満が多い傾向がある。

患者が依存症の場合、精神に問題を抱え、自殺の危険性を抱えていることもある。向精神薬の通知は実効性が高い反面、患者にとっては大変厳しい踏み込んだ取組であるが故に、間違いがあってははいけいと神経を使っている。

▼市から処方医療機関に対する通知

	30 歳保険第〇〇〇号 平成30年〇月〇日
〇〇〇〇〇〇 様	
	諫早市保険年金課長

向精神薬が重複処方されている患者様への対応について（依頼）

平素より、諫早市国民健康保険の運営に多大なご協力を頂き厚く御礼申し上げます。

貴医療機関において、下記期間に向精神薬の処方を受けた〇〇△△様は、他の医療機関においても同じ成分の薬剤が処方されており、重複処方となっております。

〇〇△△様宛に、別紙のとおり薬剤処方について貴医療機関に相談するよう通知を送付しておりますので、ご多忙の折お手数をおかけして申し訳ございませんが、相談がありましたら対応いただきますようお願いいたします。

なお、ご不明な点がある場合は、下記担当へお問い合わせください。

患者氏名	： 〇〇 △△ 様
国保番号	： 〇〇〇〇〇〇〇
受診年月	： 平成〇〇年〇〇月～〇〇月
重複処方となっている薬剤名	： 〇〇〇〇〇〇
同薬剤を処方している医療機関数	： 貴院を含め 〇か所

医療機関への通知
では、他の医療機
関名は通知しない

（出典）いずれも諫早市提供資料

本人への対応は、内容に応じて保健師・事務職員が分担

本人の希望または医療機関の要請により、本人との相談が必要な場合、保健師が相談に応じる。

このような通知を受け取ったがどうすればよいかといった内容の電話は、事務職員が対応している。

中には通知に対して怒ってくる人もいるが、「向精神薬は麻薬取締法で規制を受けており、行動が改善されない場合は捜査機関への通報の可能性もある、今のうちに、あなたの健康のために行動改善してほしい」と丁寧に説明することにより、自分が大変なことをしていると気づき落ち着かれる場合が多い。市は捜査機関ではないし、重複処方の犯罪性を調査し処罰することが本事業の目的ではない。健康被害について本人に伝え、改善してもらうことが市の職員の任務であると考えている。

◆成果

事業開始翌年には通知対象者約 70%減

これまで通知を行った対象者は延べ 20 名、通知医療機関は 77 か所（市内 48 か所・市外 29 か所）である。一人当たりの処方医療機関数は、2 か所というケースが最も多いが、21 か所というケースもあった。

事業開始時の平成 30 年度は対象者が 13 名であったが、令和元年度には 4 名へ減少し、以降も減少している。これは行動改善が見られて通知対象者が少なくなったためである。これに伴い通知医療機関も年々減少している。

100%の行動改善率を達成

これまで通知を行った患者の行動改善率は 100%を達成している。事業の実施件数の多寡にとらわれる必要はなく、1 件ずつ確実に対応していくことを心がけており、それが成果につながっていると考え。対象患者の受診行動に関する継続的なモニタリングは、毎月、国保連から提供される通知対象者リストで実施している。

医療機関からの感謝と事業継続を望む声

通知を出した医療機関からは、「教えてくれてありがとう」という返事をいただく。医療機関としても患者から一か所でしか処方を受けていないと言われ、知らない間に重複処方をしていることになるため、感謝をされるし、今後も事業を続けてほしいという声をもらっている。

医療費削減にも大きな効果

不必要な医療給付費を削減することによる医療費の適正化を図ることも、本事業の目的の 1 つである。市では、患者の行動改善（向精神薬が重複処方されなくなること）により、1 人あたり 10 万 9,200 円（※）の医療費が削減できるという試算をしている。

また、令和 2 年度までに通知を行った医療機関が 77 か所であるため、単純に掛け合わせ、少なくとも約 800 万円の削減効果があったとみている（あくまでも参

考推計であり、正確な削減額ではない）。

※通知対象者の平均医療給付費は 1 月あたり約 9,100 円。医療機関 1 か所に、1 年間不必要な通院を続けた場合、9,100 円×12 か月で 10 万 9,200 円と試算している。

◆今後の展開

市単独ではなく、広域での展開に期待

市内の医療機関で薬を処方してもらえなければ、市外でもらえると誤解している患者もいるため、諫早市のみの取組にとどまらず、他の市町村も含めて広域で取り組んでいく必要があると考えている。また、広域で展開できれば、市外の医療機関にも広く周知を図ることができるといったメリットもある。諫早市からの働きかけで、長崎県内では同様の内容で取り組み始めている市町村が出てきている。

他市町村でも本取組を展開するにあたり、医師会との調整が課題となり得るが、諫早市の医師会からは、「本取組を歓迎しない医療機関はないだろう、ぜひ全国にこの取組を拡げてほしい」という助言を得ている。医師が知らずに向精神薬を重複処方してしまう可能性があり、結果的に薬を売買される、睡眠薬を過剰摂取することで事故を起こす等の重大事項につながる可能性があることを医師会に共有し、事業内容の助言を受けるとよいだろう。そのほか、本事業を通じて医療機関側で困ることがないかなどの調整をすることで、医師会との連携がスムーズになると考えている。

また、市町村職員のマンパワーの少なさも課題となる可能性があるが、国保連が一括して対象者を抽出することで、市町村は対象者への通知だけで済むようにするなど、工夫できるとよい。

より広域で取り組むことで、向精神薬の不適切な重複処方は許されないということの認識が広くされることは、社会的にも非常にインパクトがあるため、他自治体にもぜひ取組を広げていきたいと考えている。

【コロナ禍に対応した事業：健幸運動教室】

生活習慣病やフレイル予防のための継続した運動習慣の醸成

あさぎり町（熊本県）

【自治体の基本情報（令和3年1月時点）】

人口：15,098人

国保被保険者数：3,944人（26.1%）

高齢者人口：5,683人（33.1%）

【事業に関する情報】

※スポーツ庁：地方スポーツ振興費補助金「医療と連携した地域における運動・スポーツ習慣化促進事業」を活用

予算：14,385,000円

委託料：12,279,240円

事業対象者数：143名（87名が国保被保険者）

◆事業概要

内容

40歳以上の町民を対象（加入している保険等によらない）とし、生活習慣病やフレイル予防を目的として町民が運動習慣をつけられるよう運動教室を実施している。自主的な参加者に加え、町内の4医療機関から生活習慣病治療中やフレイル予備軍の町民に事業を紹介し、参加してもらう体制を構築している。

参加者は、運動指導士の指導を受ける教室へ週1回参加し、ICT機器（以下、活動量計）を身につけウォーキングと週5日の筋トレ運動を自宅で行う。活動量計に記録されたデータは、毎月実践レポートとして参加者へ渡される。教室参加前、3か月、9か月後には体力測定を行い、運動の効果を評価し、体力に応じた運動プログラムを提供している。対象者の状況を医療機関と共有し、医療レセプトや介護レセプト等と統合させながら改善効果を検証する予定である。

事業開始時期が新型コロナウイルス感染症拡大の時期と重なったが、コロナを理由に事業を中止するマイナス面の方が大きいと判断し、どのような方法であれば事業が実施できるのか庁内で協議を重ねて開始された取組である。

◆取組の経緯

スマートウェルネスシティ推進のための庁内体制整備

全町的な取組として、“そこに暮らすことで健康になれる「まち」『スマートウェルネスシティ』（以下、SWC）”を町長が強く推進しており、スポーツ庁の補助事業であ

る「医療と連携した地域における運動・スポーツ習慣化促進事業」を活用して、運動教室をまちづくりの一つとして取り組むことを協議した。庁内の関係課は、企画課（企画制作課）、教育課、健康推進課、高齢福祉課の4課であり、それぞれの役割をどの課が担うか話し合いを重ね体制を整備した。医療連携が必要な事業であるという面から健康推進課が事業推進の中心となった。

▼あさぎり町 SWC の取組

健幸づくりを「まち」づくりへ《SWCの取り組み》 全町（全庁）的
取り組み

健康で元気に暮らせること＝健幸（身体面の健康だけでなく、人々が生きがいを感じ、安心安全で豊かな生活を送れること）

↓

そこに暮らすことで健康になれる「まち」“Smart Wellness City（スマートウェルネスシティ）”をめざす

4つの要素

- ◆健康増進インセンティブによる住民の行動変容促進（ホビュレーションアプローチ）
- ◆健康医療データ分析（エビデンスに基づく客観評価）
- ◆ソーシャルキャピタルの醸成（社会的つながり）
- ◆公共交通インフラの整備（歩道、自転車道、駅周辺の歩ける街並みの整備等）

出典）あさぎり町提供資料

始まりはトップダウン、運用は各課の目標に対する事業展開の方法を話し合い、より地域の課題に合った関係課主体の取組へ深化

SWCの取組はトップダウンの形で開始となったが、やるからには健康推進課の課題部分に対しても取り組めるような形で事業を展開したかった。この運動教室では、単純にスポーツする人を増やすというだけでなく、社会保障費の抑制も視野に入れて、生活習慣病に関連する人を事業に取り込んだり、医療機関と連携するならば、

重症化予防の取組や健診フォローアップで関わる人にもこの教室でフォローアップできるだろうと考えた。また、高齢者福祉課でも認知症予防の取組について検討していたところであり、既存の認知症予防教室はあるが、そこで対象としている人よりも前の段階の人を地域内でフォローアップできるように、軽度認知障害の人はこの運動教室に参加してもらうなど、各課が自分たちの目標に対してこの事業をどのように展開できるか、ということを話し合うことができ、地域の課題に合った関係課主体の取組へ深化させることができた。

運動習慣をつけるための取組の必要性

運動教室に取り組む背景として、特定健診の問診の結果、65歳以上で運動習慣のある人の割合が減少していたこと、町の既存事業の参加者は健康や運動に関心のある人が多く参加者の固定化、また男性・壮年層の参加率が低いこと、生活習慣病予防・重症化予防の取組において、継続した運動習慣をつけるための対策が十分に行われていなかったこと、後期高齢者を対象としたフレイル予防の必要性が高まっていること等があった。また、コロナ禍となってからは、コロナ感染症への不安から閉じこもり気味になっている町民の健康二次被害予防が必要であると考えていた。

SWCを目指すための具体的な取組を検討する中で、どのようなポピュレーションアプローチを進めながら健康増進の行動変容を進めていくかということも大きな課題の一つとなっていた。国保のアプローチとしてここ10年ほど、特定健診の受診率アップや重症化予防に取り組んできたが、ポピュレーションアプローチは後回しになっていた。ハイリスクアプローチが必要な人へアプローチは続けながらも、もっと底上げしていかなければ全体の健康状態の改善につながらないと考えていた。住民全体を対象としたポピュレーションアプローチと、リスクの高い集団に対するハイリスクアプローチの両面を兼ねた『ハイリスクポピュレーションアプローチ』の必要性を協議した結果、小集団ではあるが、集団的アプローチを行うことを目的としたあさぎり町「健幸運動教室」を開始することになった。

コロナ禍での実施判断：どういやり方であれば事業を実施できるのかという視点

事業をはじめた矢先に新型コロナウイルス感染拡大の状況になったが、当初からコロナを理由に事業を中止するマイナス面の方が大きいという共通認識が庁内に形成されていた。各課担当と話し合いを重ね、中止する場合の条件を定め、それに該当しなければ実施する方向とした。町長が可能な限り事業を中止しない方向性を示したことも事業実施に大きく影響した。

健幸運動教室を始めるにあたって、どういやり方であればできるのかという視点で意見を出し合い、徹底的に検討した。密を避ける工夫、大声を出さなくて済むようにマイクやスピーカーを準備するといった細かな課題を解決し、スタートできる体制を構築した。

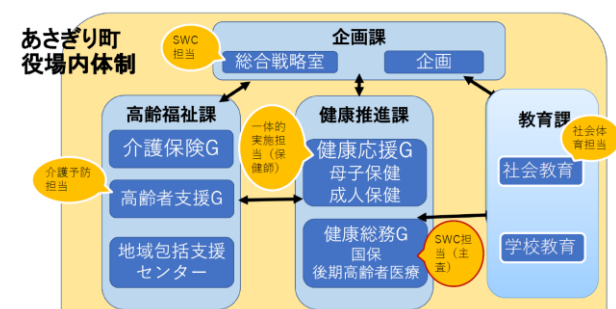
◆事業開始にあたっての調整

実施体制及び役割分担

(町役場内体制)

役場内の4つの課が連携して実施している。健幸運動教室実施の中心は健康推進課、高齢福祉課の高齢者支援担当が介護予防を担い、教育課は社会体育担当が健幸運動教室推進メンバーとして参加、企画課総合戦略室のSWC担当者が事業の全体調整、対外折衝を行う。

▼健幸運動教室の町内体制



出典) あさぎり町提供資料

(庁外連携)

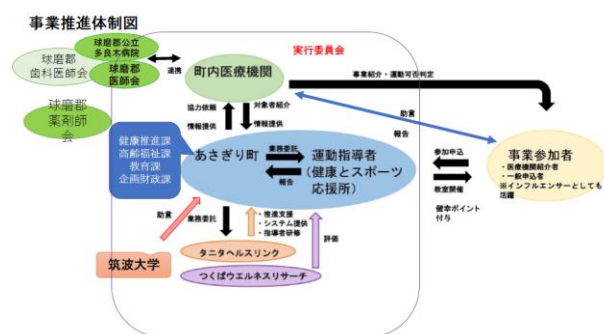
健幸運動教室では、生活習慣病やフレイル予防を目的に、スポーツを日常的に実施する環境整備を目指

しており、医療機関との連携が重要である。事業開始時は、医療の視点というより地域づくりの視点から相談し、現在4つの医療機関と連携している。他の医療機関に対しても定期的に事業について報告し、患者への教室参加を呼びかけてもらったり、連携してもらえる医師を増やしたりしている。なお、医療機関から健幸運動教室への参加者を紹介してもらうに当たり、事業開始前に圏域の郡医師会にも事業概要を説明し理解を得た。

あさぎり町ではSWCの取組を筑波大学と一緒に進めている。タニタヘルスリンク社（以下、タニタ）は、筑波大学が開発したシステム（「T-Well」）を引き継いでおり、そのシステムを使って教室を運営する方が、医療連携をしていくためのエビデンスとなるデータ収集設備が整っていてよいという理由から委託することとなった。運動指導者への研修はタニタが行っている。

教室運営を委託している運動指導者は2人いて、1人は健康運動指導士、もう1人は栄養士である。運動指導者はできるだけ地元の人を雇用した。地域内で選定候補を挙げて、受けてもらえるか交渉したり、医療機関からの紹介者についてはその人の健康状態の共有を健康推進課と連携したりとかなりの時間をかけて体制を構築していった。

▼事業推進体制図



出典) あさぎり町提供資料 一部改変

◆具体的な取組状況

健幸運動教室の実施手順

①医療機関からの参加者紹介

連携している医療機関から、生活習慣病治療中や

フレイル予備軍、腰や膝等の運動器疾患により運動が難しい町民へ「説明シート」を使って、健幸運動教室への参加を呼びかけてもらう。自主的な申込者よりも、医療機関からの紹介者を優先している。

連携医療機関からの参加者は、主治医に「情報共有シート」を記入してもらい、運動の可否や指示事項を運動指導者へ伝える。また、参加者了解の上で、医療機関から参加者の疾病、血液データ等の情報を運動指導者等で共有し、運動時に必要な配慮を行うようにしている。

▼医療機関で参加者を募る際に使用してもらう「説明シート」



出典) あさぎり町提供資料

②健幸運動教室で行っていること

教室は週1回開催しており、入会費2,500円、月会費1,000円がかかる。参加者個人の運動負荷の制限や痛みの度合い、体力測定結果などをはじめにデータ登録し、それに基づいた運動プログラムをT-Wellのシステムで作成する。有酸素運動や筋トレを実施しており、膝が痛い人には踏み台昇降ではなくエアロバイクを使った運動、杖を使用する人にはその人のできる範囲でのプログラムを提供している。プログラム実施後には、体力測定結果に応じて運動強度を変えていく。自宅では、教室で各個人に合った指導に基づく筋トレを週5日実施してもらう。やり方がわからなくなってしまった時などのために運動テキストが配布されている。また、3～6か月ごとに体力測定が行われている。

単なる運動教室というだけでなく、運動と食事、栄養も一緒に指導することで参加者のヘルスリテラシーを上げ、さらにインフルエンサーとして町民へ正しい健康情報を伝え、運動の必要性を口コミで広げて勧誘する役割も参加者に担ってもらいたいと考えている。そのため、役場の保健師たちも会場に足を運び、タニタが作成した健康づくりに関する情報がまとめられた冊子等を活用して講話をしたり、栄養士が個別相談に応じたりしている。

▼健幸運動教室の様子



出典) いずれもあさぎり町提供資料

③ 日常の活動記録

参加者には活動量計が配布され、それを身につけて生活する。活動量計には、日常の歩数、筋トレの実施等が記録される。週1回の教室で、活動量計のデータ

を取り込み、指導者が活動状況を確認している。蓄積されたデータは、毎月「実績レポート」として参加者に渡されている。実績レポートでは、目標値をクリアすると色が付く、筋トレをした日の欄に○（マル）が付くなど成果を見える化している。参加者のモチベーション向上のため、成果を点数化し、点数アップを目指した取組を支援している（がんばりすぎないように注意することもある）。

3か月と6か月に行う体力測定の結果については、「プログラムシート」を使ってフィードバックしている。体力年齢、筋力、教室への出席数などや、参加者へのアンケート調査結果から前回と比較した食事と運動の状況をレーダーチャートで表示したりしている。また、1日の平均歩数から算出した1日、週の目標歩数、運動テキストと対応した運動の提案や取り組みやすい生活習慣の目標も記載される。

これらのデータと、医療レセプトや介護レセプト等とを統合させながら改善効果を検証していく予定である。

▼実績レポート



出典) あさぎり町提供資料

▼プログラムシート



出典) あさぎり町提供資料

④ 医師への状況のフィードバックと参加者への働きかけの依頼

参加者には、毎月の実績レポートを主治医に見てもらい、アドバイスをもらうよう伝えている。主治医に対しては、参加者に活動の承認・勧奨の声かけを行ってもらうよう町から依頼している。参加者の運動継続が重要であることから、こうした働きかけを積極的に行っている。

参加者募集の工夫

男性の参加促進に力を入れ、医療機関から紹介してもらったり、健診説明会で声かけをしたりした。一人暮らしの人を地域に繋ぐために声をかけたケースもある。当初は渋々参加したが、今は楽しく参加されているという話も聞く。男性参加率は第1期・第2期ともに、約2割であり、他市町村の類似の事業と比較すると高めとなっている。男性一人暮らしの孤立を防ぐために、いかに地域に繋いでいくかということは、今後の課題でもある。

第1期終了時に、参加者に教室の効果や感想を取材し、広報誌で特集ページを組んで、その後第2期の募集を行った。広報誌に掲載した夫妻で運動に取り組む写真が好評で第2期は夫妻での参加も増えた。

また、町で作成している健幸ポイントカードにポイントがつくようにしている。参加すると1ポイント、10ポイントで500円分になる。入会費や参加費も払うががんばった分は戻ってくる仕組みにしている。初めはポイントを楽しむに参加してくれるが、そのうちに運動をしに来ることがメインになる。

▼第1期生への取材内容を掲載した広報誌



出典) あさぎり町提供資料

▼写真が好評だった第2期参加者募集ポスター



出典) あさぎり町提供資料

健幸運動教室参加後の自主活動の支援

健幸運動教室に1年間参加後、参加者には自主活動へ移行してもらっている。タニタのシステムを使ったこれまでと同じ運動がしたい場合は引き続き拠点に来てもらい、指導者無しで自主的に運動する。月に1度は

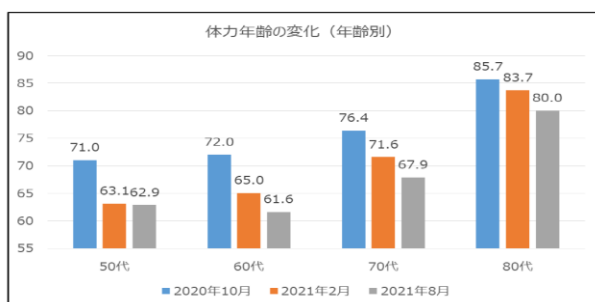
指導者が運動指導し、また、参加者からの相談に乗るなどしている。運動指導士自身が開いている教室や地域のスポーツクラブなど教室以外でも運動を継続できる場の選択肢を複数提示している。

◆成果

体力年齢の改善

体力年齢が第1期参加者全員の平均で8.9才若返った（実施前2020年10月75.1歳⇒2021年8月66.2歳）。いずれの世代においても改善しており、特に70歳代では平均67.9歳となるなど改善が顕著だった。事業をはじめてまだ1年しか経過していないため、今後、活動計で収集したデータを使用した分析を行っていく。

▼体力年齢の変化



出典) あさぎり町提供資料

運動習慣の定着

第1期生の健幸運動教室参加者で1年間継続した人は、84名、そのうち教室後も教室での運動を継続している人は49名、教室以外の運動を含めると運動継続者は8割である。教室の参加者に対して、教育課が主体の誰でも参加できる運動（ノルディックウォーク）の体験会を案内したところ、積極的な参加が見られた。一度興味を持って運動を習慣づけた人は、他の活動にも興味を持って参加してくれるということを改めて感じている。

無関心層への働きかけ、運動指導実践の場の確保

これまで運動・スポーツに対して無関心だった層に対

して運動を実施するような働きかけができた。また、運動指導が必要な人に対して運動を実践できる場を確保できた。その結果、町民全体の意識の底上げ、教室参加者を通じたヘルスリテラシーの高い人を増やすことができていると考える。参加による効果を周囲に伝えるインフルエンサーとしての役割も持ってくれている。薬の処方ではなく、活動等の「社会的処方」の取組を目指した連携ができた。

◆今後の展開

継続的な活動参加への支援、健康づくりコミュニティとしての役割

医師に言われるなどして渋々参加した人は途中脱落しやすい傾向にあることから、中途脱落を防止するための運営の工夫をしていきたい。第2期生からは教室参加当初に少人数で交流ができるような機会を設けて、教室に参加した動機や目標を発表しあったり、運動しながらも交流が図れたりするようにしている。そのようにしたことで参加者どうし声をかけあってがんばって事業への継続的な参加につながっており、脱落者が大きく減少した。また、孤立しやすい人が地域の人とつながる場、健康づくりコミュニティとしても機能させていきたい。

対象者の拡大

今後は、現在の健幸運動教室に利用している拠点や、妊婦が運動する場として利用したり、中学生の生活習慣病対策として健診を実施しようと計画している。例えば、リスクの高い子どもたちがエアロバイクで運動できるようにしたい。拠点があることで、今後の活動の広がり可能性が高い。今後対象者が増えてきたら、別の場所にもう1か所拠点を増やすことを考えている。

長期的な事業継続

将来、補助金がなくなっても事業継続できるような体制を作って行きたい。事業による医療費抑制効果をきちんと評価し、どの施策に費用を投じていくべきかを検討し、長期的・計画的な人員配置や個人負担を設定したい。

【個人インセンティブ事業】

地元商工会や金融機関と連携したインセンティブ事業

高鍋町（宮崎県）

【自治体の基本情報（令和3年1月時点）】

人口：20,112人

国保被保険者数：4,933人（24.5%）

高齢者人口：6,670人（33.1%）

【事業に関する情報】

予算：777,000円

国保按分率：100%

事業対象者数：4,933名（国保被保険者全体）

◆事業概要

内容

国民健康保険被保険者による積極的な自助努力を支援するとともに、疾病予防、健康づくりに関する取組を強化し、医療費の適正化を図り、健康維持及び増進に資することを目的に、平成23年度から個人インセンティブ事業を実施している。

インセンティブ提供の対象は、体操教室や高齢者の健康教室への参加、特定健診の受診等である。インセンティブの内容は、体操教室や高齢者の健康教室への参加に対しては温泉入浴ポイント（満点になると入浴無料）や健康関連グッズの提供、特定健診受診者には地元信用金庫による金利上乗せ（スマート定期預金）や地元特産品や商品券があたる抽選会（以下、特定健診受診者抽選会）を実施している。また、特定保健指導受診者にはプールの利用券を10回分提供している。

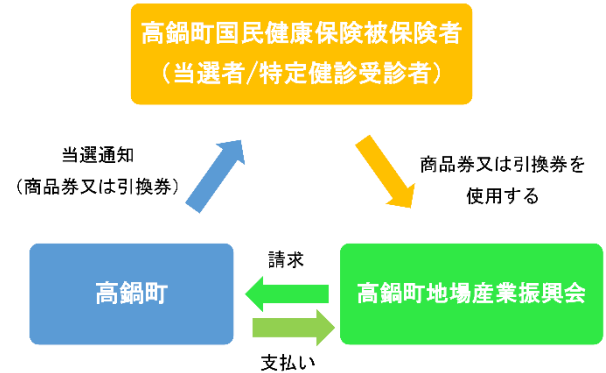
庁内では、国保、介護、保健衛生部門でインセンティブ事業を企画している。各系の保健師が健康づくりのアイデアを課を超えて出し合い、全世代の健康づくりを網羅している。

事業の関係者

事業において、金融機関での金利優遇や、地元特産品の提供等のため、高鍋信用金庫、高鍋町地場産業振興会と連携している。各主体の実施内容は以下の通りである。事業実施にあたっては、庁内の健康保険課と地域政策課（商工部局）が連携を図っている。

関係者と実施内容	
高鍋信用金庫	「スマート定期預金」（定期預金の金利を通常より0.1%で上乗せ）の開発
高鍋町地場産業振興会	協力事業所の選定、事業所への説明
高鍋商工会議所	協力事業所の選定、事業所への説明
協力事業者	商品券等持参者への賞品、飲食店での料理の提供

▼事業の実施体制（特定健診受診者抽選会）



出典)高鍋町提供資料

◆取組の経緯

特定健診受診者への受診勧奨の難しさ

受診率向上に向けて、日頃から住民への広報啓発や受診勧奨等に努めているが、令和元年度の健診受診率は46.0%と、町の第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）の目標値や国が示す60%との乖離が大きく、受診率向上が課題となっている。

地域貢献・地域活性化に取り組む地元事業者との協力

そうした中、平成 23 年度から市内の温泉施設で健康相談や体操教室を企画・実施していたが、平成 25 年度からさらなる参加者増を目的に温泉施設と協議し、温泉入浴ポイント（ポイントが貯まると 1 回無料になる）を活用して、体操教室参加でも 1 ポイント追加することとした。

高鍋信用金庫からは地域貢献をしたいと話いただき、平成 23 年度より「スマート定期事業」を開始することとなった。最近では職員が認知症サポーターの養成講座を受講してもらう等地域の健康づくりにさらに関わってもらっている。

また、同じく平成 23 年度より高鍋町商工会議所と協力して、集団健診受診者に「まいづるカード会」のポイントを付与したり、カードが満点になればオプション検査（超音波検査、胃がんリスク検査）を受診できる取組を行っていたが、令和 2 年度にまいづるカード会の廃止に伴い、事業も廃止することとなった。そこで、令和 3 年度からそれに代わる事業を検討している際に先進的に取り組んでいる自治体（熊本市）へ視察にいき、地場企業と連携をした抽選事業を実施している事を知った。市民からの反応が良かったと聞き、高鍋町でも地元事業者と協力し、地元特産品等を抽選で提供する取組を開始することとなった。

◆事業開始にあたっての調整

商工会議所等との連携を通じた事業者との調整

スマート定期の実施にあたっては、地元の信用金庫に商品を開発してもらった。特定健診受診者抽選会については、商工会議所や地場産業振興会に働きかけを行い、趣旨説明やインセンティブ景品の協力依頼を行うとともに、町の健康状態について情報提供を行った。

協力事業者の選定や、事業者への説明は地場産業振興会事務局から実施してもらった。もともとは振興会の会員が集まる会議で町から説明する予定であったが、コロナの影響で会議自体が中止になったためである。

また、スマート定期は、事業開始後すでに 10 年近

いが、毎年、年度当初に協力をお願いにうかがっている。特定健診受診率の結果について、毎年信用金庫にもフィードバックを行い、高鍋町の町民の健康状態を知ってもらうきっかけにしている。

◆具体的な取組状況

健康づくりをしながら、住民に喜んでもらえるインセンティブの仕組みづくり

インセンティブの内容としては、温泉の入浴や、反射バンド（夜間歩行時に腕などにつけるもの）、タオル（運動に使えるよう）、レンチンタッパー（野菜の摂取を促すため）、キッチンペーパー（油を吸収するため）等、喜んでもらえるものかつより健康になるものを選択することを心がけている。

温泉の入浴については、体操教室に参加する方はもともと温泉目的で施設を訪れている方が多かったため、温泉入浴ポイントの追加は好評で、参加者増や継続参加につながった。また、体操目的で温泉を訪れ、物産館で買い物をして帰る方等もみられるようになり、施設側からも好評であった。

金融機関で口座を開設してもらい、1 年間の金利を上乗せ

スマート定期は、高鍋信用金庫で定期預金の口座を開設してもらい、特定健診受診者が受診証明証を持参すると、特典として定期預金の金利を店頭表示金利より 0.1% で上乗せされる仕組みとなっている。対象となる預け入れ期間は 1 年間で、預金額は 10 万円～100 万円である。健診の受診証明書は、スマート定期希望の受診者に対して、高鍋町が発行している。対象は 1 年間であるため、次年度も対象となるためには、特定健診を受診する必要がある。

現在、スマート定期の利用者は年間 5～6 人程度で推移している。開始当初は 10 人程度の利用があったが、原資として毎年口座に一定額を預金する必要があることもあり、昨年度からは後期高齢者（後期高齢者健診対象者）にも対象を広げている。

継続受診につながるように工夫

取組の周知は、特定健診の受診券にお知らせを同封したり、訪問での受診勧奨を行った際に口頭で説明をしている。

「スマート定期」は対象期間が1年であるため、次年度も対象となるためには、特定健診を受診する必要がある。また「特定健診受診者抽選会」では、2年連続受診者については、当選確率が2倍になる仕組みにしていて、継続受診を促している。

抽選会では、前年度の特定健診受診者を対象として、町の健康保険課で対象者を掲載した Excel ファイルから無作為抽出法により抽選を行っている。抽選会の様子は町のホームページで公表しており、当選者への発表は商品券等の発送をもってかえている。

当選者は商品券または引換券を持って指定された各店舗へ受け取りに行き、事業者が期日までに引き換えた分を町へ請求、後日、町から事業者へ入金するという流れになる。令和3年は抽選日が11月17日、通知発送が11月25日、賞品引換・使用期限は12月1日～翌年3月31日であった。なお、当選者の利用が特定の店舗に偏らないよう、利用店舗は15の協力事業者の中からあらかじめ特定している。

▼町のホームページに掲載した抽選会の様子



出典)高鍋町提供資料

▼特定健診受診者抽選会 当選者への通知

高鍋 太郎 様

高鍋町長 黒木 敏之
(公印省略)

高鍋町特定健康診査受診特典抽選会当選のお知らせ

ご当選おめでとうございます。

この度、高鍋町国民健康保険では、令和2年度に特定健康診査を受けられた方を対象に、地元企業で使える2,000円分の商品券等が当たる抽選会を実施いたしました。あなた様におかれましては、下記のとおりご当選されましたのでお知らせいたします。これからも年に一度は特定健診を受けていただき、健康づくりに努めていただきますようお願い申し上げます。

なお、別添の商品券等につきましては、いかなる場合も再発行はできませんので、期限内にぜひご利用ください。

記

利用できる店舗:たかなべギョーザ
〒884-0001 高鍋町大字高鍋町657番地
☎0983-22-2531

利用できる期間:令和3年12月1日から令和4年3月31日まで

利用方法:利用できるのは、上記店舗のみです。
有効期間内であれば、1枚ずつでも複数枚でもご利用いただけます。
商品券裏面の注意事項をよくお読みください。

【文書取扱:健康保険課】
国保・高齢者医療係
TEL. 0983-26-2007

出典)高鍋町提供資料

◆成果

健康づくりの成果

評価は、体操教室への参加者数やアンケート結果、体力測定の結果を活用して健康指標や主観的健康観などを確認している。特定健診については特定健診受診率、継続受診率で評価を行っている。

健康づくりの成果として、体操教室参加者の主観的健康観が向上したことがあげられる。コロナ禍もあり、健診受診率は低下傾向にあるが、2年連続の健診受診者は約7割となっている。今後はさらに、住民同士の口コミなどでもこうした取組が広まり、継続受診につながるとよいと期待している。

町の活性化

地元事業者の中には、特定健診の事や受診率が低い事を知らない方もいて、事業を通じて高鍋町の町民の健康状態を知ってもらうきっかけにもなった。

さらに、事業者にとっては本事業に協力することで、こ

れまで店舗を利用したことがなかった新規顧客の開拓につながる可能性がある。

また、先に取り組んでいる高鍋信用金庫では、職員が認知症サポーター養成講座を受講し、地域の健康づくりに関わってもらったり、高鍋町あんしん見守りネットワーク事業に参加いただき、地域の子どもから高齢者まで全世代への支援に関わってもらったりしている。抽選会の参加事業者にもそうした取組を紹介し、健康づくりをきっかけに、まちの見守りや活性化にもつながればと考えている。

◆課題

健康づくりにつながるインセンティブの検討

先進自治体では、地元の健康食品会社の賞品や、健康ランドの宿泊券を提供するといった取組を行っているところもあるが、高鍋町は小さな町でもあり、健康につながる地場産業が限られるのが課題である。また、事業者の選定の公平性にも配慮が必要な点が難しいと感じている。

◆今後の展開

協賛事業所の拡大による若い世代への展開

今後は、協賛してくれる事業所を増やしていきたいと考えている。町内には多くの事業者があり、協賛事業所が増えていけば、18歳以上対象の健診にも広げるなど、若年層の受診率向上対策としても取り組める可能性がある。また、令和3年度は町の予算のみで実施したが、事業者の協賛についても検討できればと思っている。

また、本事業がきっかけで、事業者にも健診のことを知ってもらうことができた面もあり、健康づくりの視点からのまちづくりにつながっていると感じている。これまでの取組も踏まえ、町では令和3年度から、スマートウェルネスシティ推進室を立ち上げた。地元との連携健康づくりを通じて、住民の健康を高めることで、町の活性化につながればと考えている。例えば健康アプリの活用などを検討中だが、インセンティブ事業で築いた地元事業者とのつながりが今後の健康づくり事業の展開に結びついて

いくとよい。