

国民健康保険における予防・健康づくりに関する

調査分析事業

【報告書】

令和4年3月

厚生労働省

保険局国民健康保険課



## 【目次】

I. 予防・健康づくりの取組の効果分析 .....	1
第 1 章 保険者努力支援制度（取組評価分） .....	3
1 取組評価 .....	5
1.1 取組評価得点（市町村） .....	5
1.2 取組評価得点と国保担当部門の専門職の配置・関わりとの関係 .....	21
1.3 取組評価の経年変化（市町村） .....	31
（1） 評価項目ごとの経年変化.....	31
（2） 評価項目ごとの経年変化（被保険者規模別） .....	34
1.4 評価項目間の相関係数.....	36
2 定量指標 .....	41
2.1 取組評価の対象となっている定量指標 .....	41
2.2 定量指標の経年変化（市町村・都道府県） .....	50
（1） 市町村.....	51
（2） 都道府県.....	57
3 将来的な効果として想定される指標.....	61
3.1 指標の概要.....	61
（1） 要介護認定率 .....	62
（2） 重複・多剤処方該当者数.....	65
（3） 糖尿病性腎症の対象者割合.....	68
（4） 平均余命・平均自立期間.....	71
（5） 介護保険料（第 8 期） .....	77
（6） 被保険者 1 人当たり総点数（生活習慣病_がん、筋・骨格、精神除く）_入院・外来_R2 .....	79
3.2 取組評価得点と指標の関係 .....	81
第 2 章 保険者努力支援制度（事業費分） .....	82
1 令和 2 年度市町村国保ヘルスアップ事業の実施状況、取組評価分共通指標①（令和 4 年度分）と共通指標③（令和 3 年度分）の得点状況.....	83
1.1 令和 2 年度市町村国保ヘルスアップ事業の実施概要.....	83
（1） ヘルスアップ事業を実施している保険者の割合（実施率） .....	83
（2） ヘルスアップ事業実施者割合（対被保険者数） .....	84
（3） ヘルスアップ事業実施対象者 1 人当たり支出経費.....	85
1.2 被保険者規模別のヘルスアップ事業実施状況、取組評価分の得点状況 .....	86
（1） ヘルスアップ事業実施割合（令和 2 年度） .....	86
（2） 被保険者規模別の取組評価分共通指標①特定健診・特定保健指導の実施率、メタボリックシンドローム該当者数及び予備軍の減少率の得点（令和 4 年度分） .....	88
（3） 被保険者規模別の取組評価分共通指標③糖尿病等の重症化予防の取組の得点状況（令	

和3年度分)	89
(4) 取組評価分共通指標①特定健診・特定保健指導の実施率、メタボリックシンドローム 該当者数及び予備軍の減少率の得点(令和4年度分)の内訳	90
2 取組評価分共通指標の得点とヘルスアップ事業実施状況との関係	91
2.1 取組評価分共通指標①の得点と生活習慣病予防対策事業の関係	91
(1) 取組評価分共通指標①の得点(令和4年度分)と生活習慣病予防対策事業の実施割合 (令和2年度)の関係	91
(2) 取組評価分共通指標①の得点変化(令和2年度分⇒令和4年度分)と生活習慣病予防 対策事業 e.早期介入保健指導事業の実施割合との関係	92
(3) 取組評価分共通指標①の得点と生活習慣病予防対策事業 a.特定健診未受診者対策の実 施状況との関係	93
2.2 取組評価分共通指標③の得点と生活習慣病重症化予防対策事業との関係	94
(1) 取組評価分共通指標③の得点と生活習慣病重症化予防対策事業実施割合(令和2年度) の関係	94
(2) 取組評価分共通指標③の得点と生活習慣病重症化予防対策事業 h.糖尿病性腎症重症化 予防対策との実施状況との関係	95
3 アウトカムとヘルスアップ事業実施状況との関係	96
3.1 特定健康診査実施率、特定保健指導実施率とヘルスアップ事業実施状況との関係	97
(1) 特定健康診査実施率別の a.特定健診未受診者対策の事業実施割合	97
(2) 特定保健指導実施率別の、b.特定保健指導未利用者対策の事業実施者割合	99
3.2 重複処方、多剤処方該当者数(保険者千人あたり)とヘルスアップ事業実施状況との関係	101
(1) k-②重複・多剤服薬者への訪問指導の実施状況	101
(2) 重複処方・多剤処方該当者数(被保険者千人あたり)(令和2年度)とk-②重複・多 剤服薬者への訪問指導事業の関係	103
3.3 糖尿病性腎症対象者の割合(令和2年度)とヘルスアップ事業実施状況との関係	104
(1) 糖尿病性腎症対象者の割合別の h.糖尿病性腎症重症化予防の事業実施割合	104
(2) 糖尿病性腎症対象者の割合別の h.糖尿病性腎症重症化予防対策の実施状況*	105
3.4 医療費の被保険者1人当たり総点数とヘルスアップ事業実施状況との関係	106
(1) 医療費の被保険者1人当たり総点数と事業実施割合の関係	106
(2) 医療費の被保険者1人当たり総点数と生活習慣病予防対策事業(a~f)の実施状況と の関係*	108
(3) 医療費の被保険者1人当たり総点数と生活習慣病重症化予防対策事業(g,h)の実施状 況との関係*	109
3.5 平均自立期間(男性)とヘルスアップ事業実施状況との関係	110
(1) 平均自立期間(男性)とヘルスアップ事業実施割合の関係	110
(2) 平均自立期間(男性)と生活習慣病予防対策事業(a~f)の実施状況との関係* <sup>1</sup>	112
(3) 平均自立期間(男性)と生活習慣病重症化予防対策事業(g,h)の実施状況*との関係	



.....	113
3.6 平均自立期間（女性）とヘルスアップ事業実施状況との関係 .....	114
(1) 平均自立期間（女性）とヘルスアップ事業実施割合の関係.....	114
(2) 平均自立期間（女性）と生活習慣病予防対策事業（a～f）の実施状況との関係※ <sup>1</sup> .....	116
(3) 平均自立期間（女性）と生活習慣病重症化予防対策事業（g,h）の実施状況との関係※ .....	117
4 広告経費に関する整理 .....	118
4.1 広告経費の実施目的と実施方法.....	118
4.2 広告経費の事業対象者、対象経費.....	119
5 予防・健康づくりにおける専門職の配置、事業の対象者、外部委託について.....	121
5.1 専門職の配置状況 .....	121
5.2 事業の対象者.....	121
5.3 予防・健康づくりの取組における外部委託業者の活用状況 .....	123
(1) 外部委託業者の活用有無.....	123
(2) 外部委託業者活用保険者での1年間の打ち合わせ回数.....	124
(3) 外部委託業者の委託先の決定方法 .....	125
(4) 外部委託業者の事業評価の方法 .....	126
II. 予防・健康づくりの取組の好事例 .....	127
第1章 実施概要.....	129
1 目的.....	129
2 調査対象・調査内容 .....	129
3 調査方法.....	131
第2章 好事例 .....	132
第3章 好事例（概要） .....	230
III. 国民健康保険における予防・健康づくりの課題と今後の取組に関する有識者ヒアリング.....	242
第1章 実施概要.....	244
1 目的.....	244
2 調査対象.....	244
3 調査項目 .....	244
4 調査方法.....	245
第2章 結果概要.....	246
第3章 ヒアリング結果.....	248



## I. 予防・健康づくりの取組の効果分析



## 第 1 章 保険者努力支援制度（取組評価分）

本章では、保険者努力支援制度の取組評価得点とその関連データについての集計・分析を行う。具体的には、以下の集計・分析を行った（図表 1-1）。

図表 1-1 集計・分析の概要（取組評価分など）

		集計・分析の概要
1 取組評価	1.1 取組評価得点（市町村）	➤ 取組評価得点（市町村）の評価項目ごとの分布、人口規模別・都道府県別の分布をヒストグラムや箱ひげ図で整理した。
	1.2 取組評価の経年変化（市町村）	➤ 取組評価得点（市町村）の（一部の評価項目について）評価項目ごとの経年変化を分析した。
	1.3 取組評価得点と国保担当部門の専門職の配置・関わりとの関係	➤ 保険者データヘルス全数調査の結果を用いて、取組評価得点と国保担当部門の専門職の配置・関わりとの関係を分析した。
	1.4 評価項目間の相関係数	➤ 評価項目間の相関係数について、分析した。
2 定量指標 <sup>1</sup>	2.1 取組評価の対象となっている定量指標	➤ 取組評価の中で使用されている定量指標について、人口規模別・都道府県別の分布をヒストグラムや箱ひげ図で整理した。
	2.2 定量指標の経年変化（市町村・都道府県）	➤ 定量指標の経年変化を分析した。
3 将来的な効果として想定される指標 <sup>2</sup>	3.1 指標の概要	➤ 「予防・健康づくり」の取組の将来的な効果として考えられる指標の、人口規模別・都道府県別の分布をヒストグラムや箱ひげ図で整理した。
	3.2 取組評価得点と指標の関係	➤ 取組評価得点と指標との関係について、重回帰分析を行った。

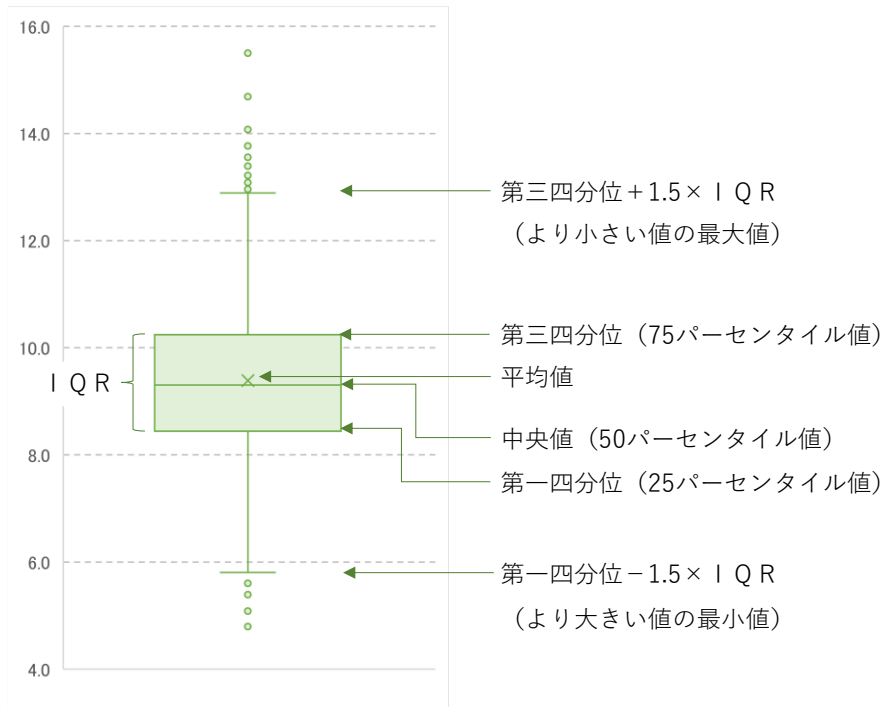
<sup>1</sup> 特定健康診査の受診率（市町村・都道府県）、特定保健指導実施率（市町村・都道府県）、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率（市町村）、がん検診受診率（市町村）、歯科健診受診率（市町村）、一人当たり年齢調整後医療費（都道府県）、年齢調整後新規透析導入患者数（対被保険者1万人）

<sup>2</sup> 年齢調整済み認定率（認定率、軽度認定率、重度認定率など）、重複処方該当者数・多剤処方該当者数（保険者千人あたり）糖尿病性腎症の対象者割合、平均余命、平均自立期間、第8期介護保険料、、被保険者1人あたり総点数 入院・外来（生活習慣病\_がん、筋・骨格、精神除く）

「箱ひげ図」の見方（ヒストグラムとの比較など）は、以下のとおりである。

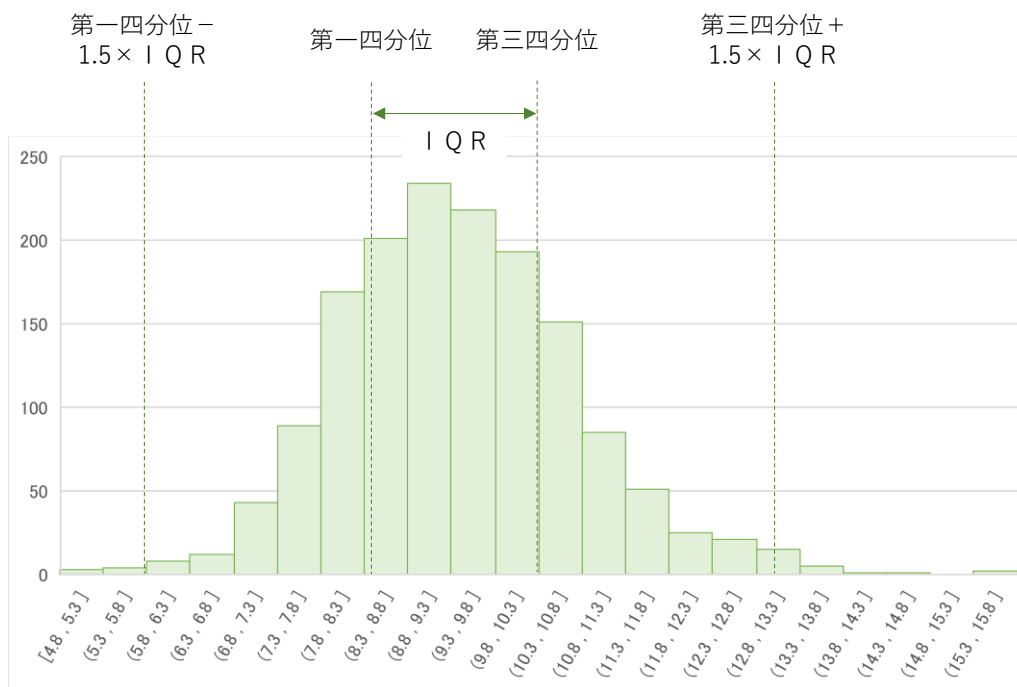
図表 1-2 箱ひげ図の見方

【箱ひげ図】



I Q R (interquartile range) : 四分位範囲 (第三四分位 - 第一四分位)

【ヒストグラム】



※ イメージのため、ヒストグラムの中に表示している第一四分位などの位置は正確ではない

# 1 取組評価

## 1.1 取組評価得点（市町村）

令和4年度の取組評価得点（市町村）の評価項目ごとの分布、人口規模別・都道府県別の分布をヒストグラムや箱ひげ図で整理し、その特徴を概観する。

なお、集計・分析の対象とする評価項目は「予防・健康づくり」に関連すると考えられる以下の項目とした（図表 1-3）。また、集計・分析に際しては、いずれの評価区分においても全国平均が「50」となるよう、評価区分ごとの得点を偏差値に置きかえて集計した。

図表 1-3 集計・分析の対象とした評価項目

評価項目	集計・分析の対象	n
共通①：特定健診・特定保健指導・メタボ	○	1,741
共通②：がん・歯周疾患検診	○	
共通③：重症化予防	○	
共通④：個人インセンティブ・情報提供 <sup>3</sup>	△	
共通⑤：重複服薬	○	
共通⑥：後発医薬品促進の取組・使用割合		
固有①：収納率		
固有②：データヘルス計画	○	
固有③：医療費通知		
固有④：地域包括ケア	○	
固有⑤：第三者求償		
固有⑥：適正化かつ健全な取組		
合計（予防・健康づくり） <sup>4</sup>	○	
合計（総計） <sup>5</sup>	○	

3 「共通④：個人インセンティブ・情報提供」については、「(1)個人へのインセンティブの提供の実施」のみを対象とした（「(2)個人への分かりやすい情報提供の実施」は対象外）。

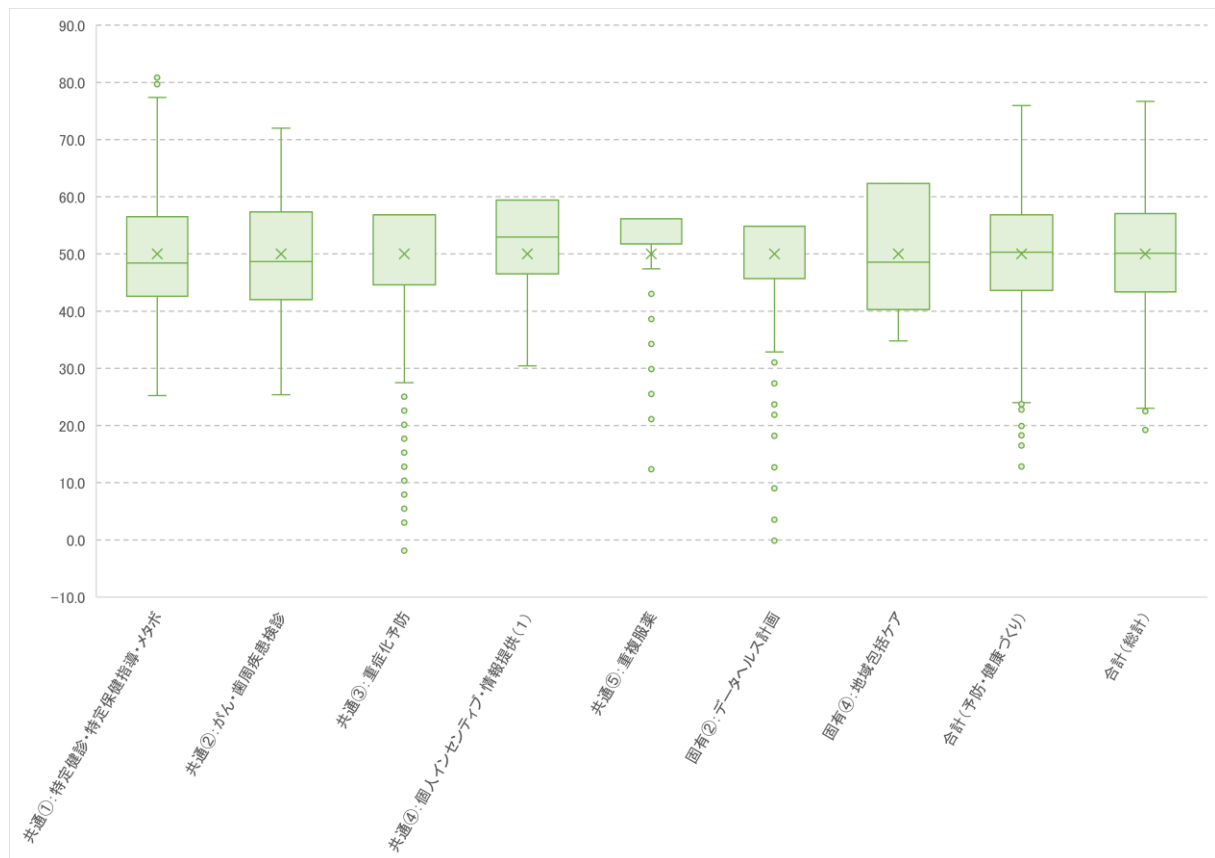
4 集計・分析の対象とした「予防・健康づくり」に関連する評価項目の合計

5 全ての評価項目の合計

取組評価（市町村）の評価項目ごとの得点分布をみると、「共通③：重症化予防」や「共通⑤：重複服薬」、「固有②：データヘルス計画」などでは、高い得点に多くの市町村が集中している一方で、得点の低い市町村との差が大きい。

なお、「合計（予防・健康づくり）」や「合計（総計）」をみると、全体では得点の高い市町村と低い市町村は概ね対称に分布している。

図表 1-4 取組評価（市町村）の評価項目ごとの得点分布\_偏差値（R4）



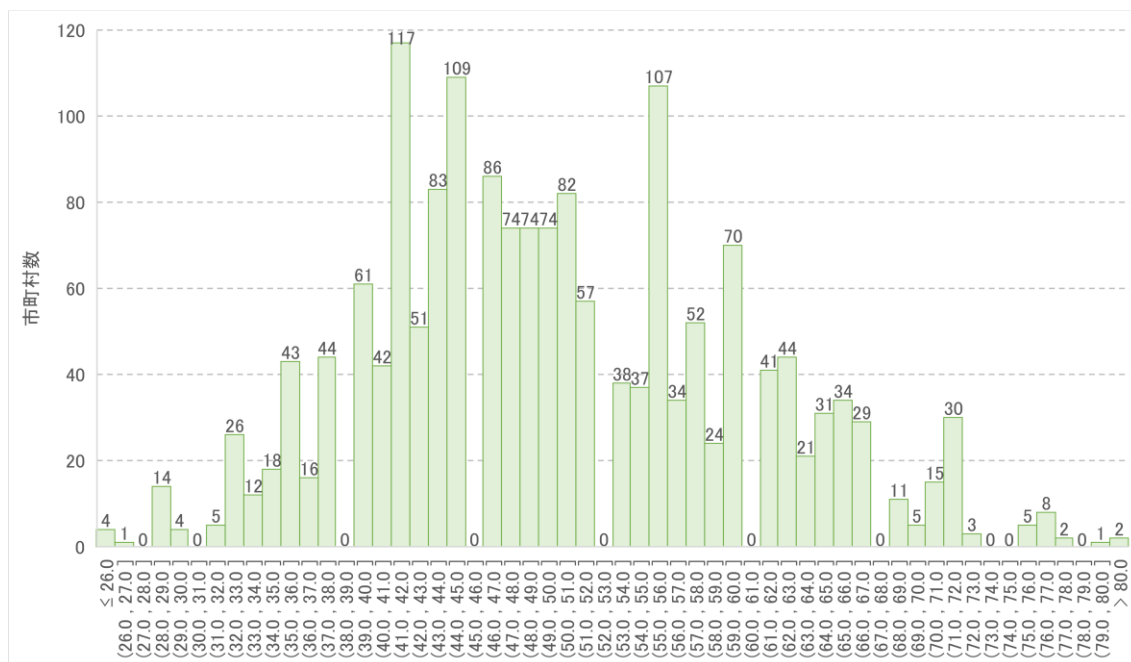


① 共通①：特定健診・特定保健指導・メタボ

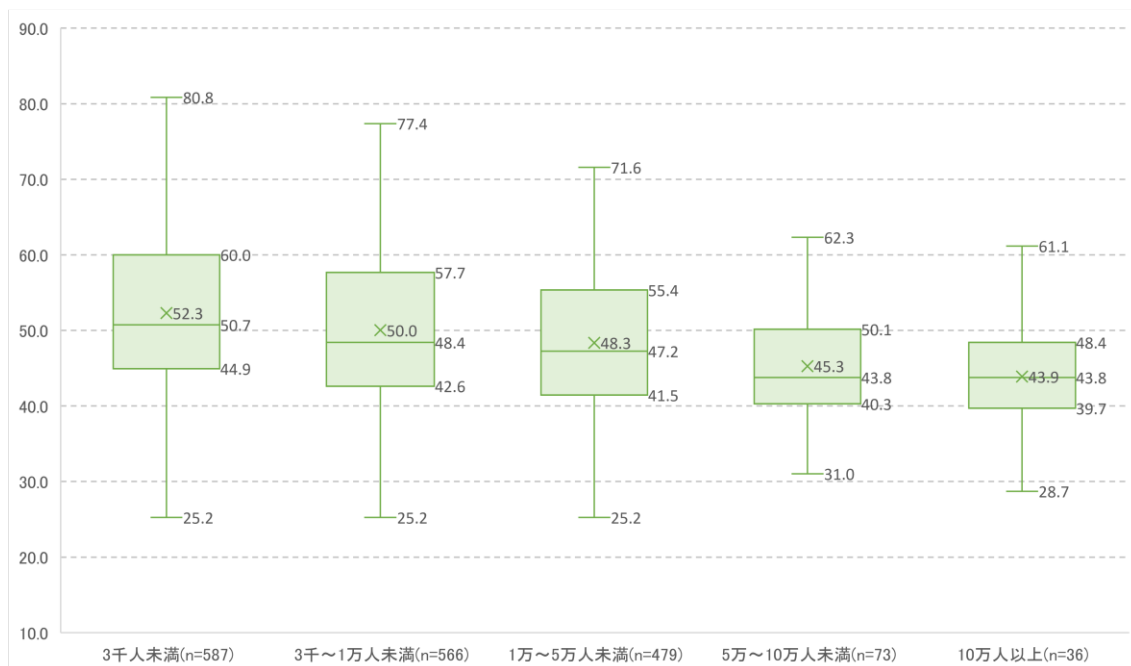
概ね、左右対称の分布であった。

保険者規模が大きくなるにしたがい、平均値が低下する傾向がみられた。

図表 1-5 共通①：特定健診・特定保健指導・メタボの得点分布 (R4) \_偏差値 (n=1,741)

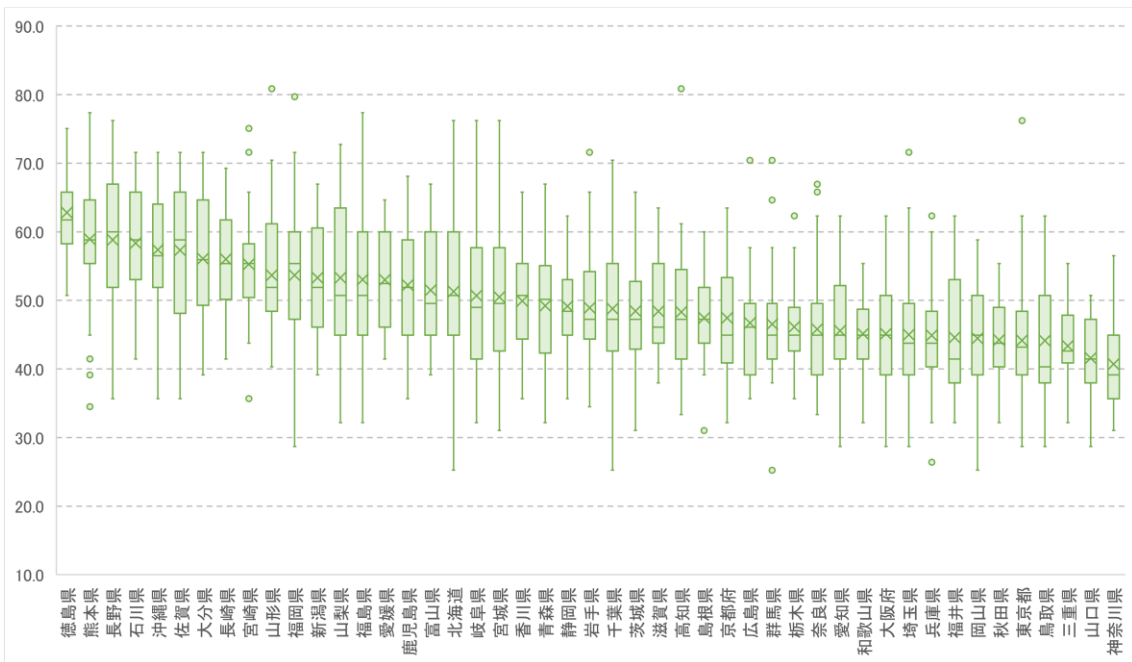


図表 1-6 共通①：特定健診・特定保健指導・メタボの得点分布 (R4) \_保険者規模別\_偏差値



※ 外れ値は非表示

図表 1-7 共通①：特定健診・特定保健指導・メタボの得点分布（R4）\_都道府県別\_偏差値

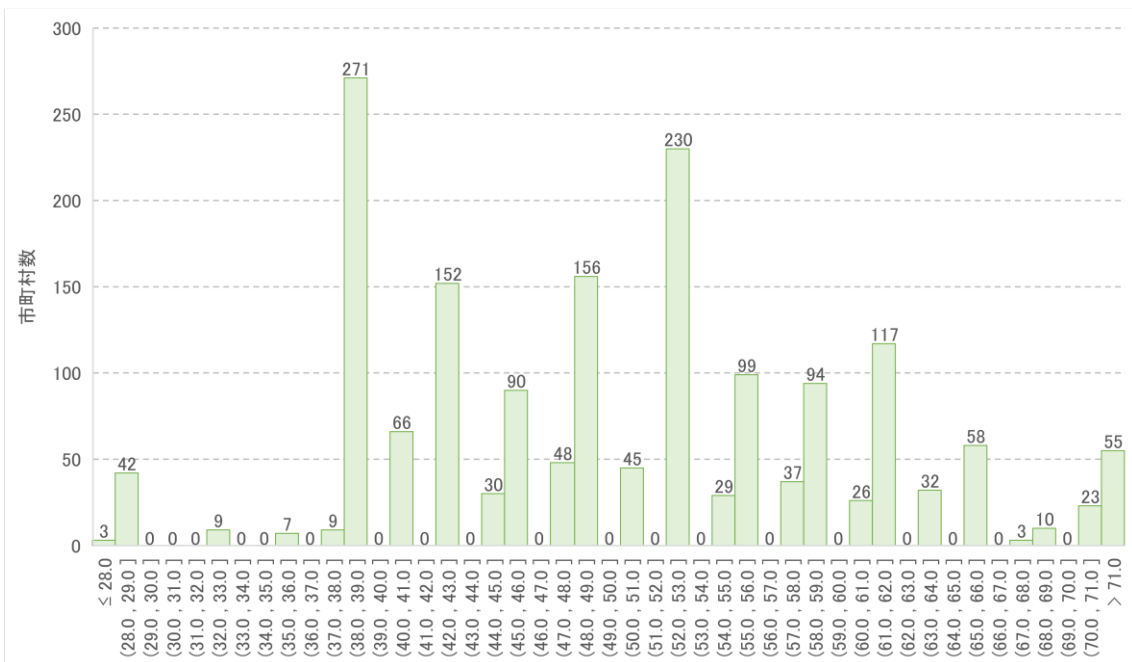


② 共通②：がん・歯周疾患検診

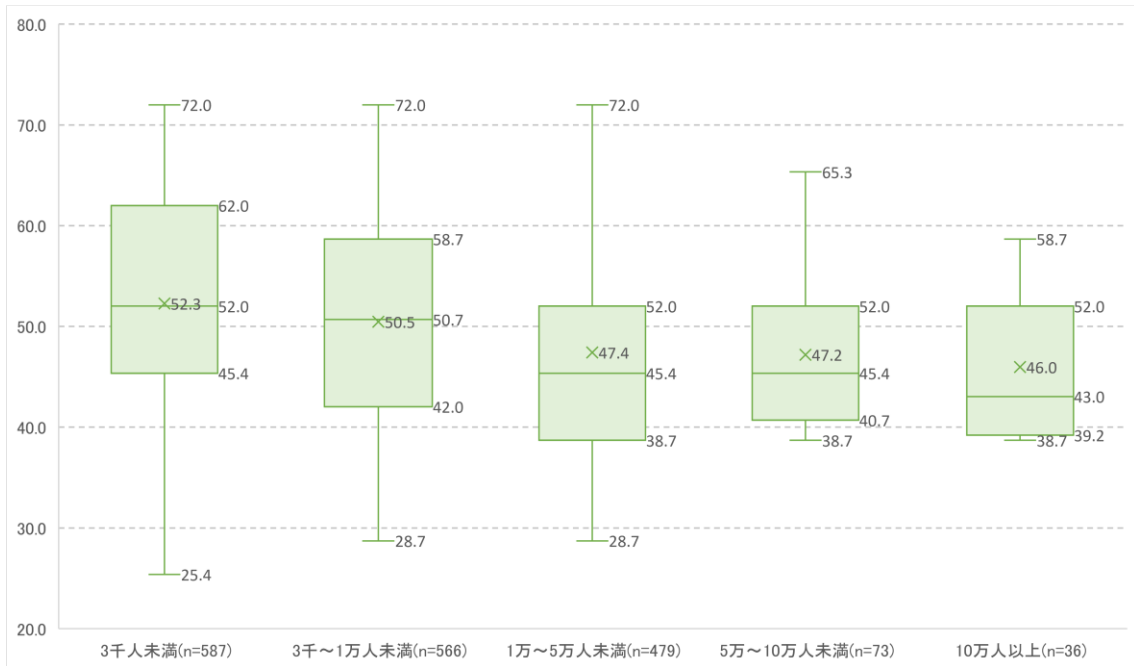
概ね、左右対称の分布であった。

保険者規模が大きくなるにしたがい、平均値が低下する傾向がみられた。

図表 1-8 共通②：がん・歯周疾患検診の得点分布（R4）\_偏差値（n=1,741）

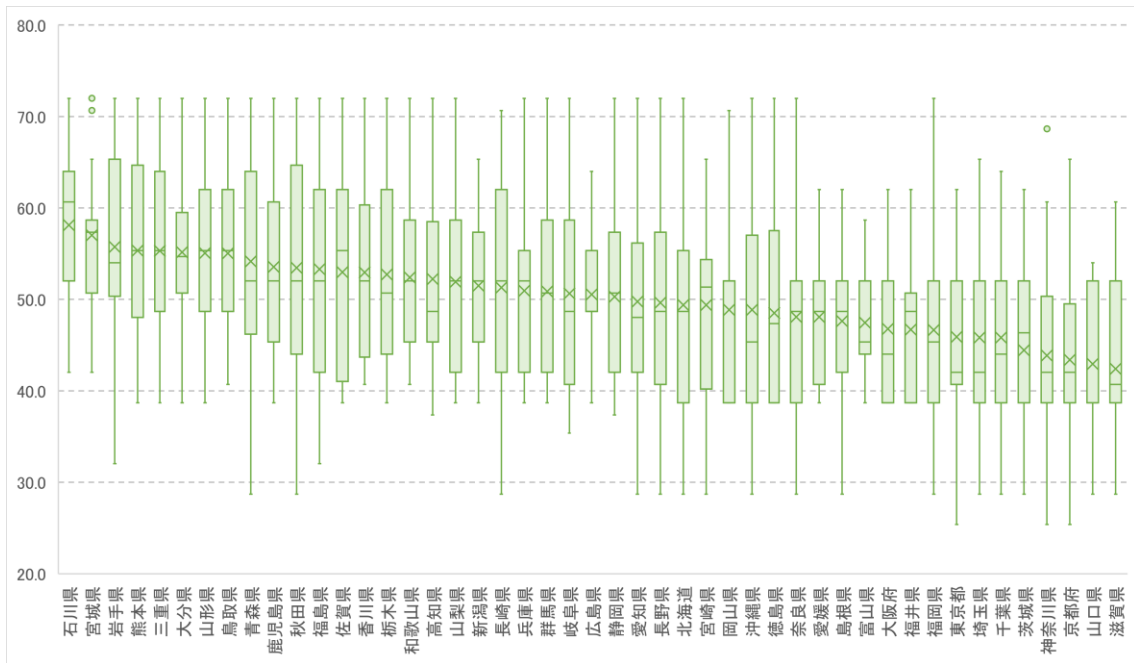


図表 1-9 共通②：がん・歯周疾患検診の得点分布（R4）\_保険者規模別\_偏差値



※ 外れ値は非表示

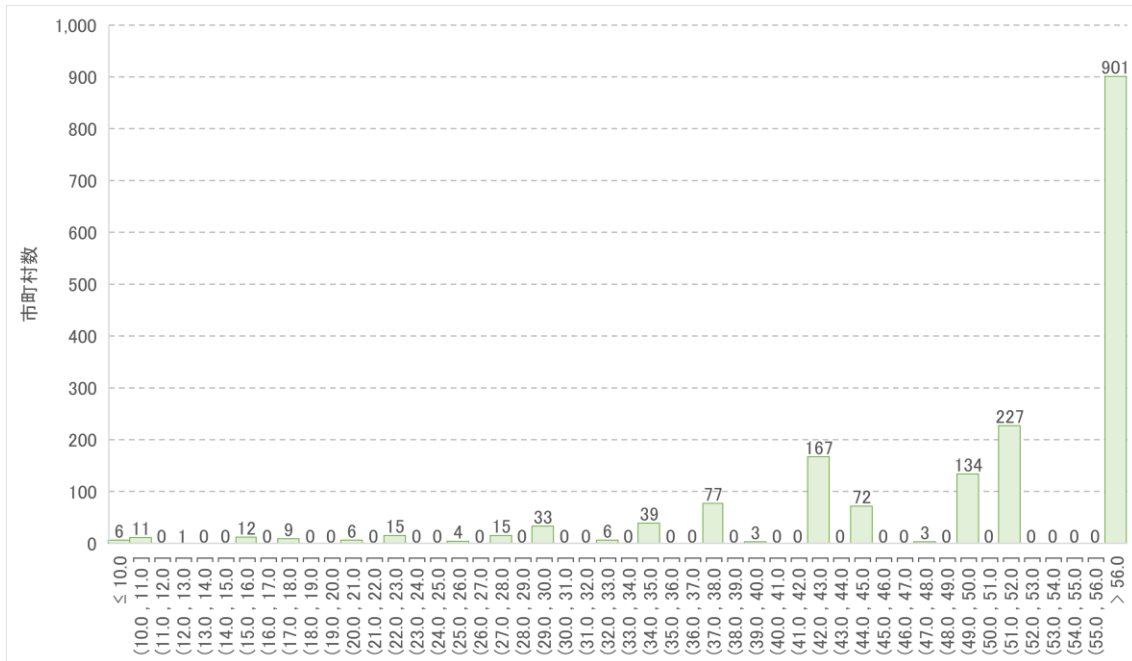
図表 1-10 共通②：がん・歯周疾患検診の得点分布（R4）\_都道府県別\_偏差値



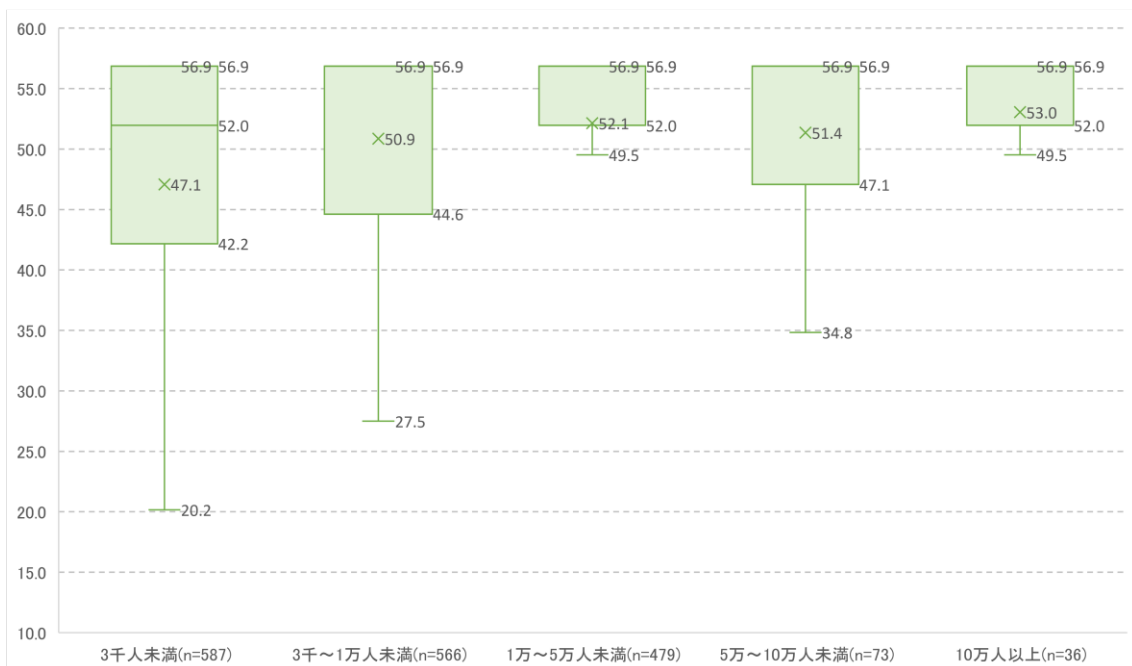
③ 共通③：重症化予防

高得点に偏った分布であった。

図表 1-11 共通③：重症化予防の得点分布 (R4) \_偏差値 (n=1,741)

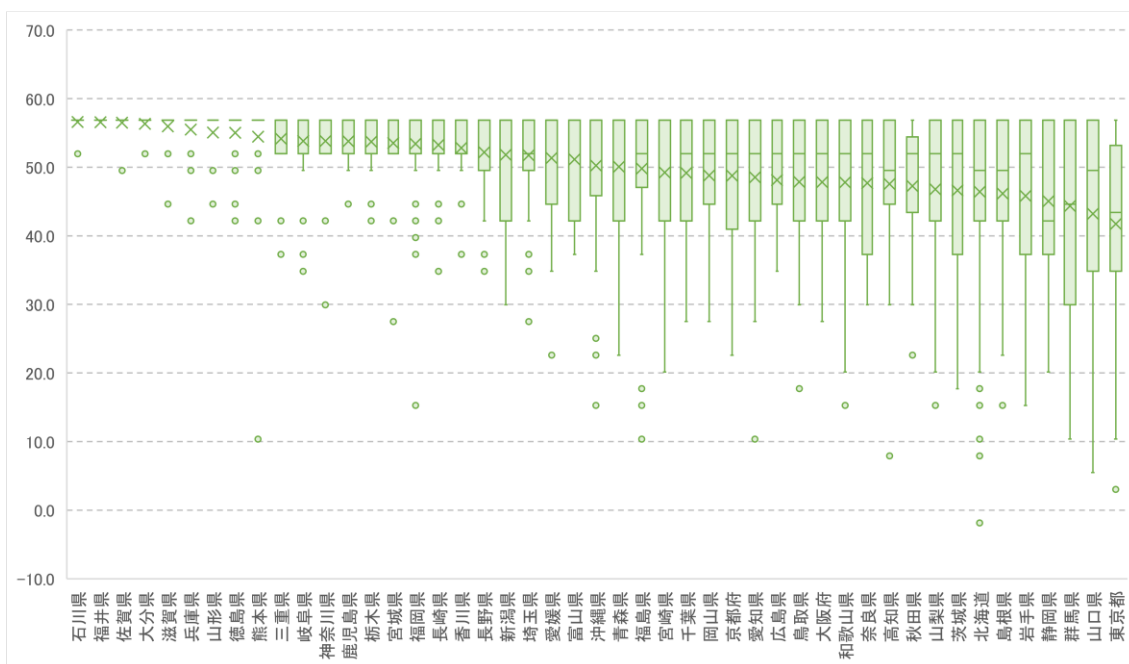


図表 1-12 共通③：重症化予防の得点分布 (R4) \_保険者規模別\_偏差値



※ 外れ値は非表示

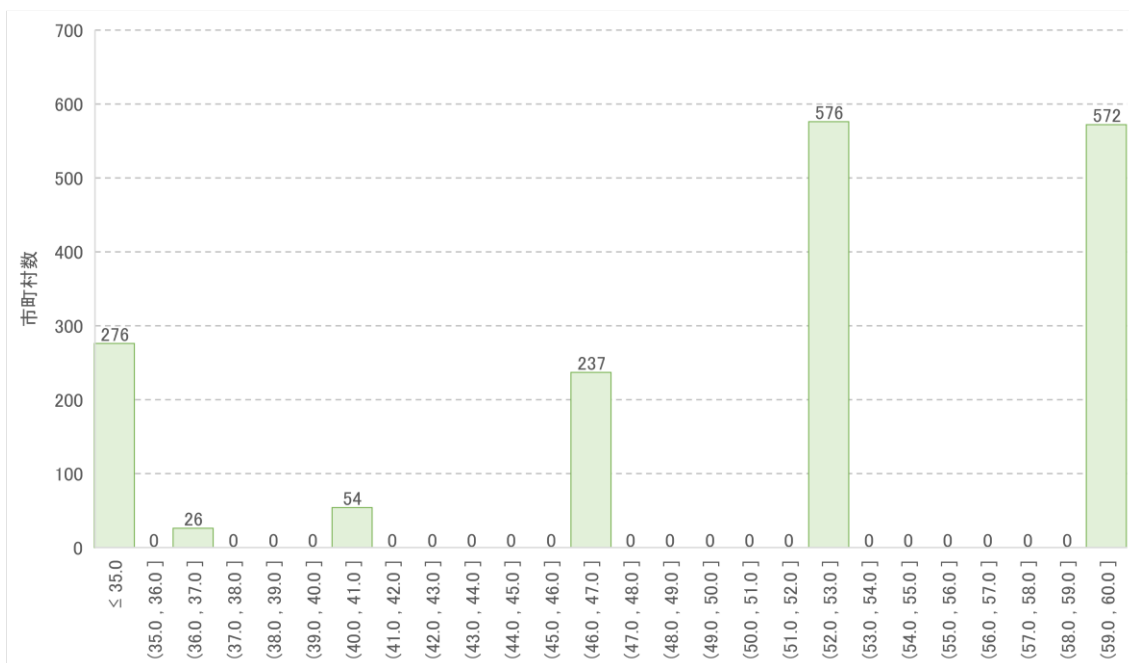
図表 1-13 共通③：重症化予防の得点分布 (R4) \_都道府県別\_偏差値



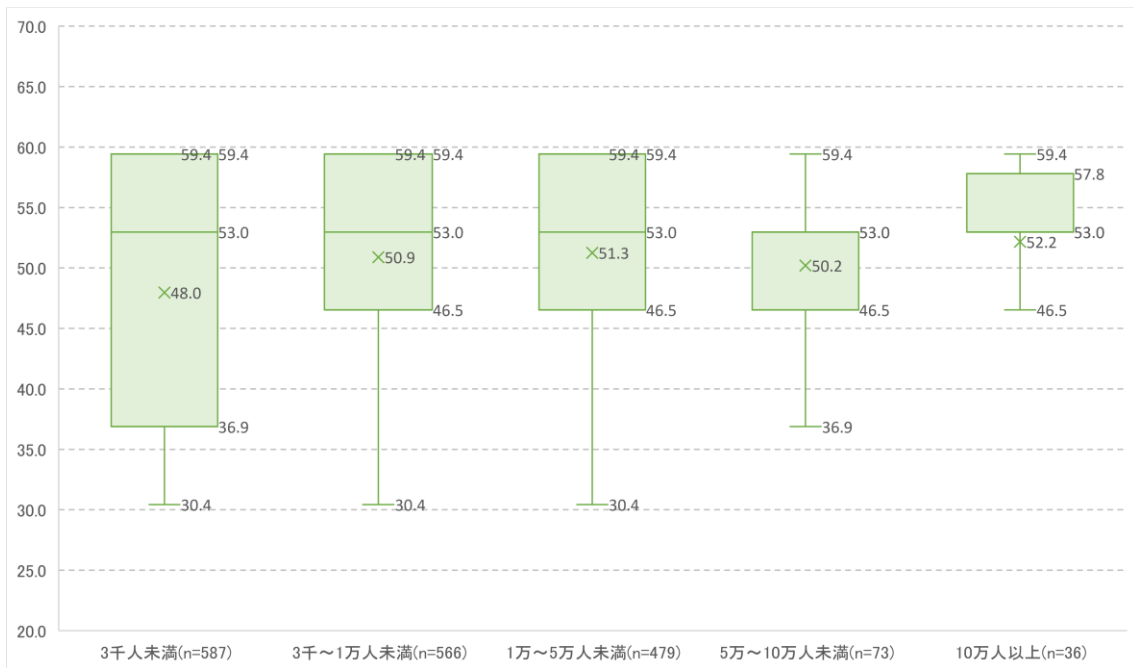
④ 共通④：個人インセンティブ・情報提供（1）

やや高得点に偏った分布であった。

図表 1-14 共通④：個人インセンティブ・情報提供（1）の得点分布 (R4) \_偏差値 (n=1,741)

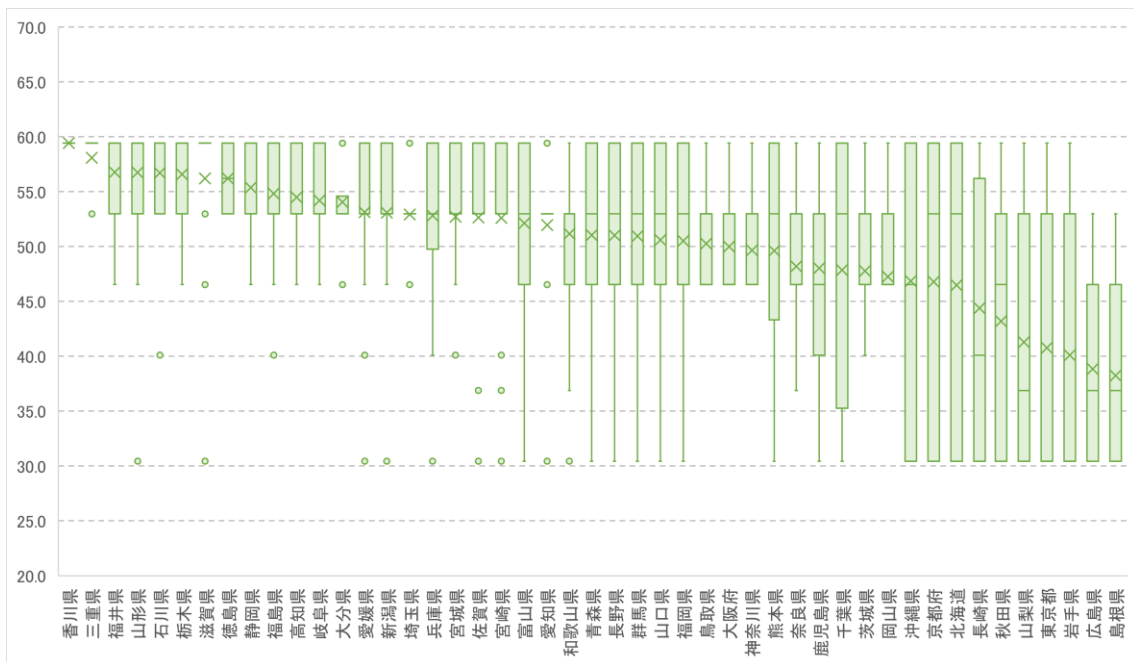


図表 1-15 共通④：個人インセンティブ・情報提供（1）の得点分布（R4）\_保険者規模別\_偏差値



※ 外れ値は非表示

図表 1-16 共通④：個人インセンティブ・情報提供（1）の得点分布（R4）\_都道府県別\_偏差値

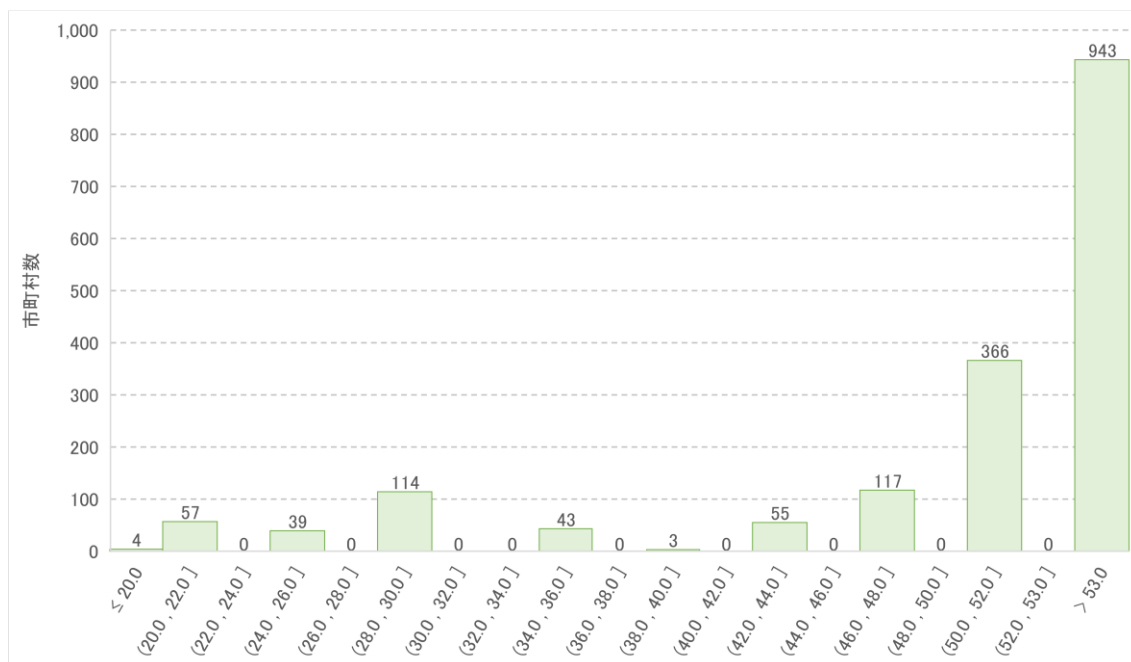


⑤ 共通⑤：重複服薬

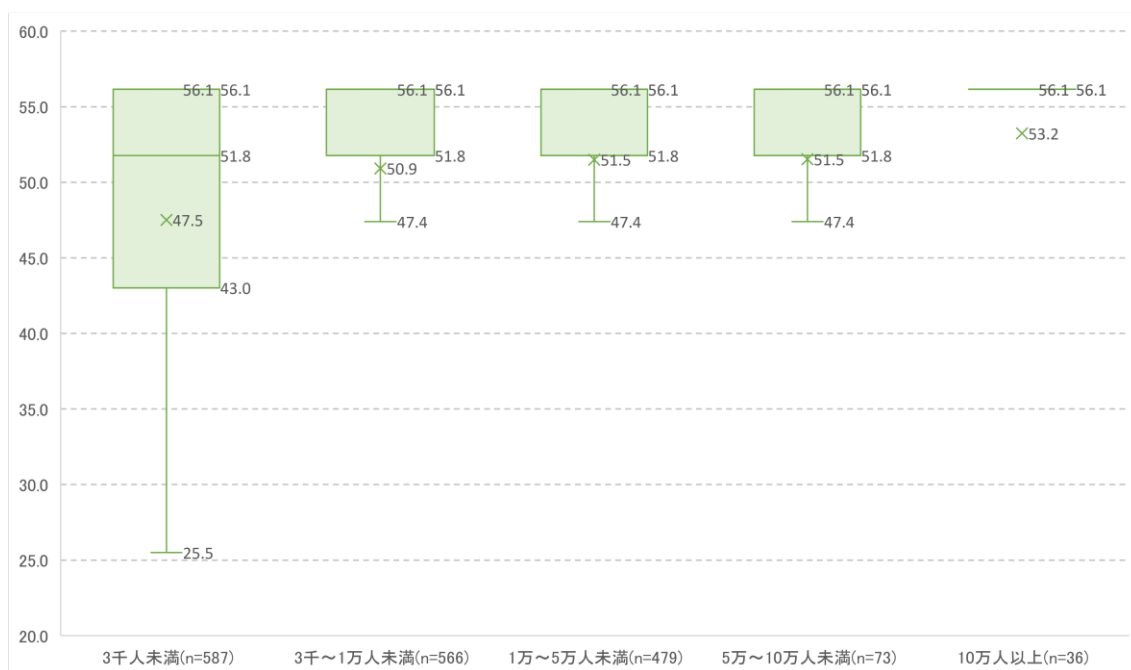
高得点に偏った分布であった。

保険者規模が大きくなるにしたがい、平均値は高くなる傾向がみられた。

図表 1-17 共通⑤：重複服薬の得点分布 (R4) \_偏差値 (n=1,741)

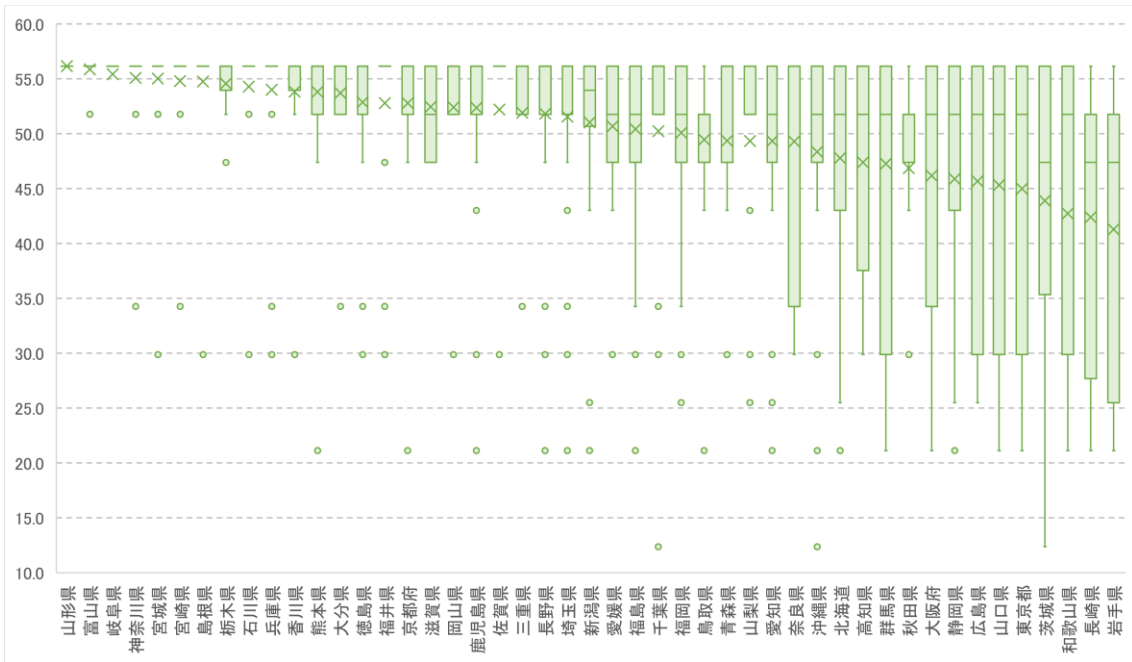


図表 1-18 共通⑤：重複服薬の得点分布 (R4) \_保険者規模別\_偏差値



※ 外れ値は非表示

図表 1-19 共通⑤：重複服薬の得点分布 (R4)\_都道府県別\_偏差値

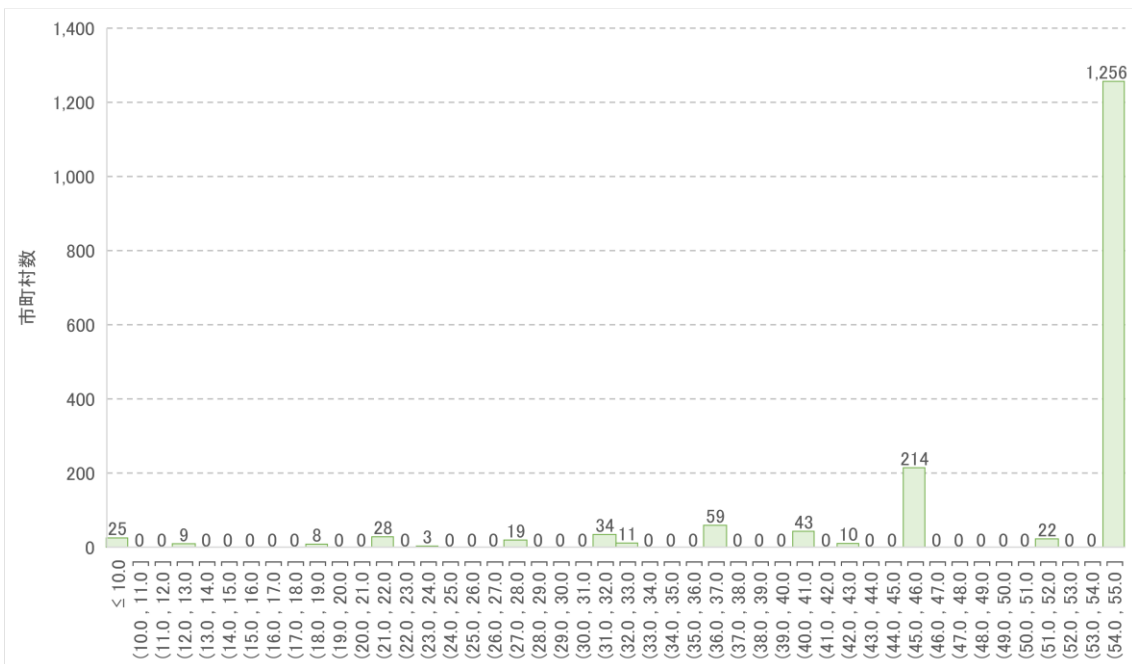


⑥ 固有②：データヘルス計画

高得点に偏った分布であった。

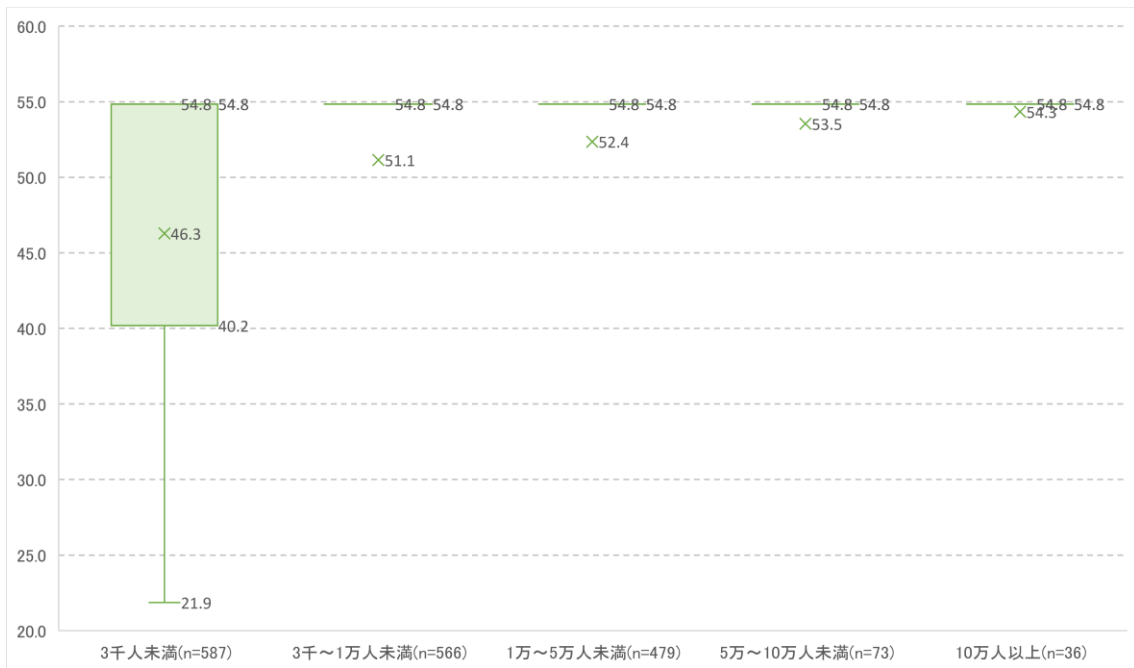
保険者規模が大きくなるにしたがい、平均値は高くなる傾向がみられた。

図表 1-20 固有②：データヘルス計画の得点分布 (R4)\_偏差値 (n=1,741)



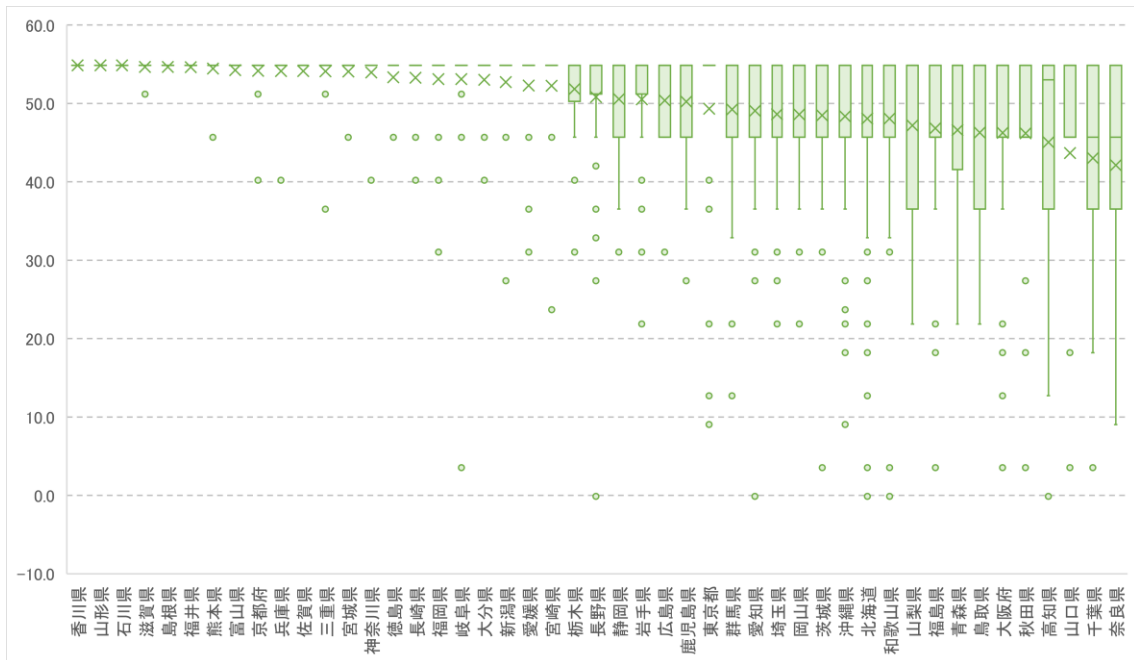


図表 1-21 固有②：データヘルス計画の得点分布（R4）\_保険者規模別\_偏差値



※ 外れ値は非表示

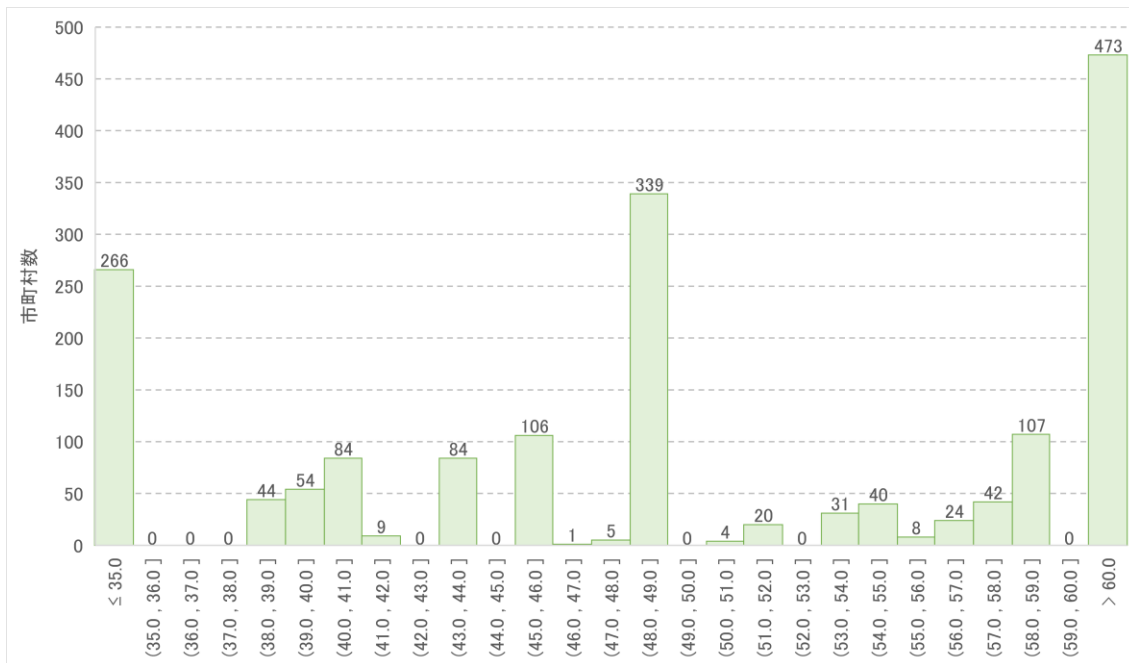
図表 1-22 固有②：データヘルス計画の得点分布（R4）\_都道府県別\_偏差値



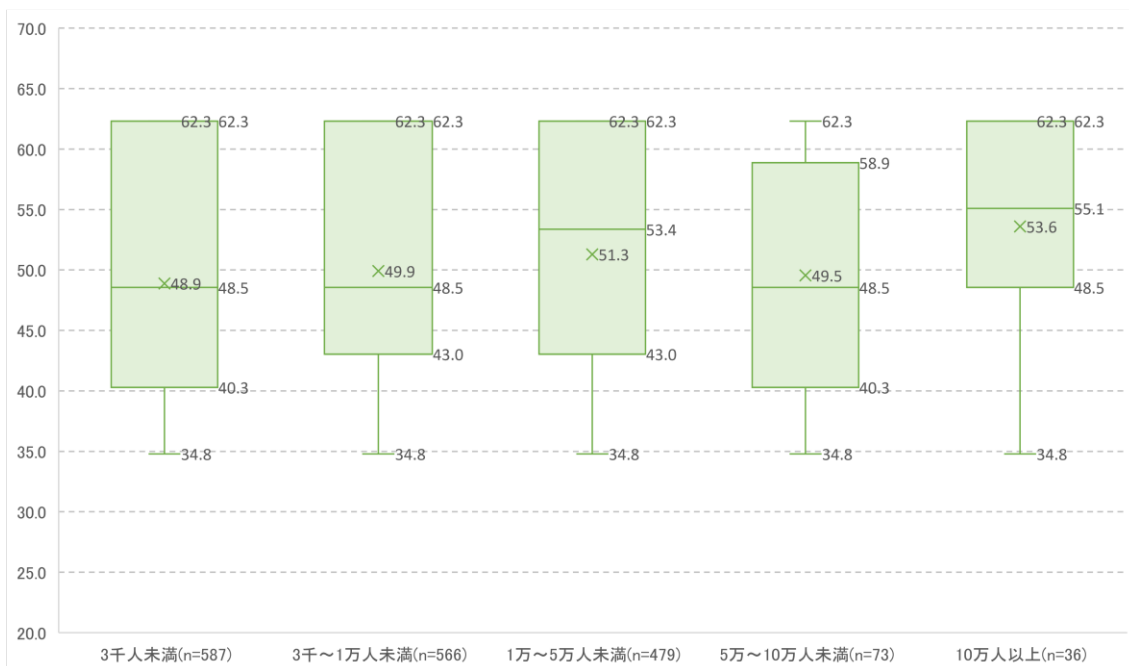
⑦ 固有④：地域包括ケア

得点の高い市町村、低い市町村、平均的な市町村に分かれていた。

図表 1-23 固有④：地域包括ケアの得点分布 (R4) \_偏差値 (n=1,741)

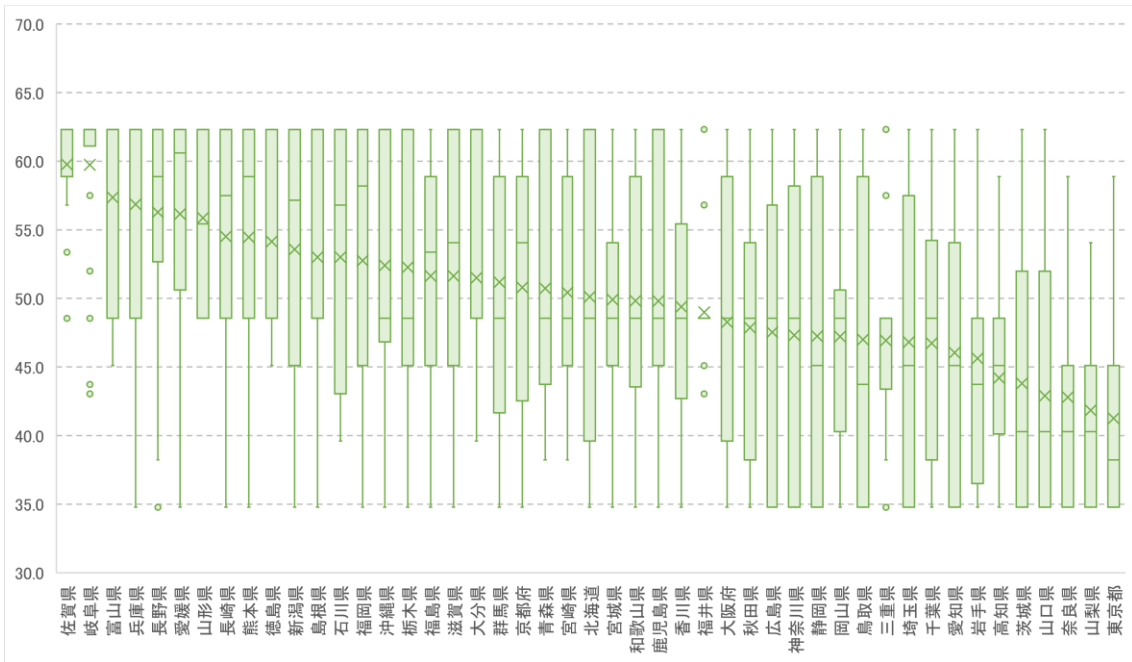


図表 1-24 固有④：地域包括ケアの得点分布 (R4) \_保険者規模別\_偏差値



※ 外れ値は非表示

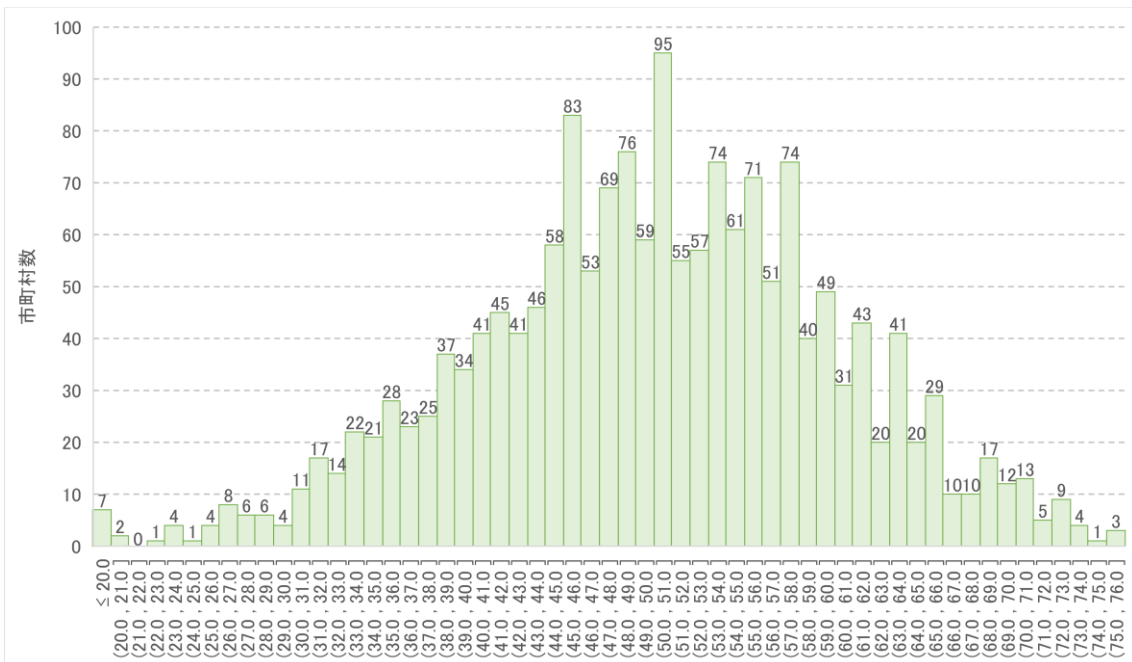
図表 1-25 固有④：地域包括ケアの得点分布 (R4) \_都道府県別\_偏差値



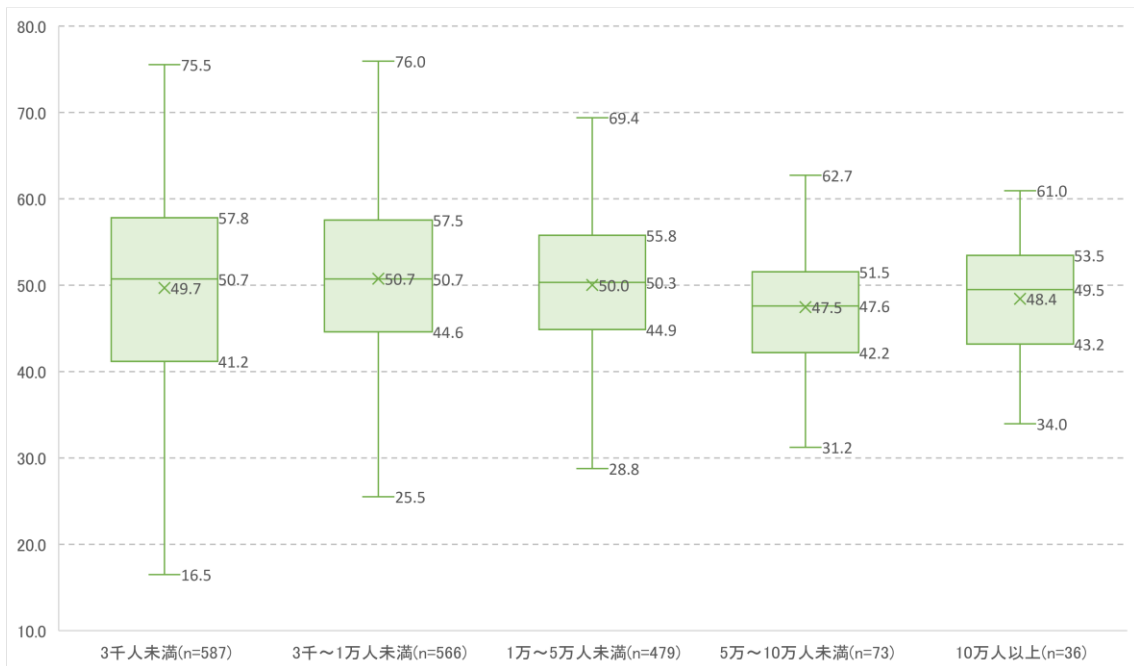
⑧ 合計（予防・健康づくり）

概ね、左右対称の分布であった。

図表 1-26 合計（予防・健康づくり）の得点分布 (R4) \_偏差値 (n=1,741)



図表 1-27 合計（予防・健康づくり）の得点分布（R4）\_保険者規模別\_偏差値



※ 外れ値は非表示

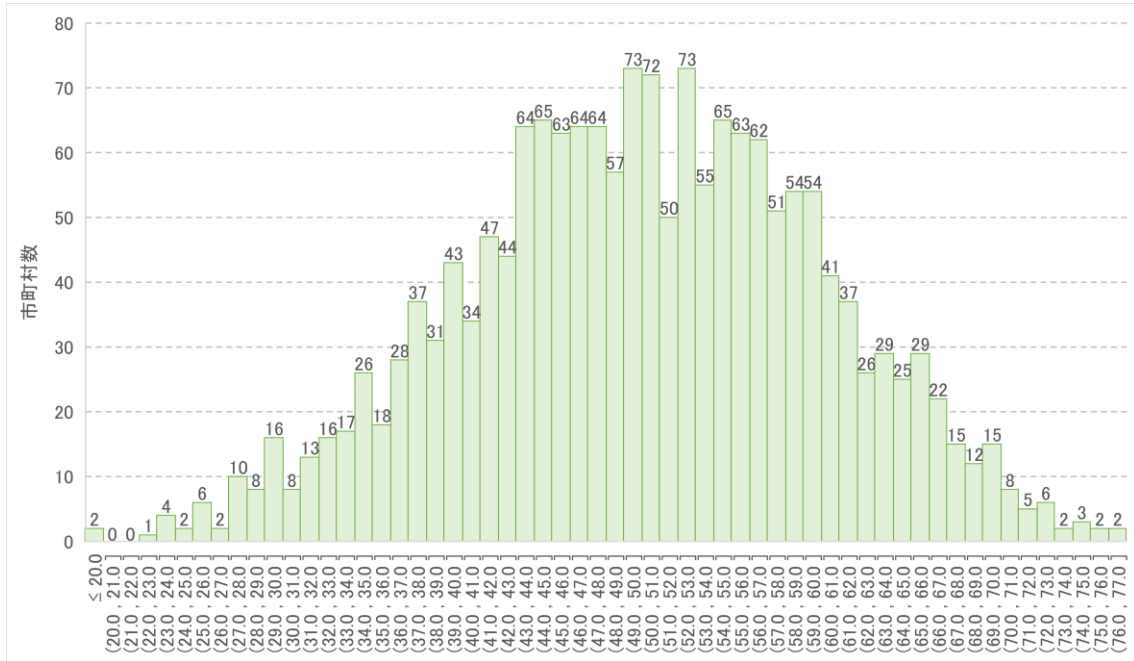
図表 1-28 合計（予防・健康づくり）の得点分布（R4）\_都道府県別\_偏差値



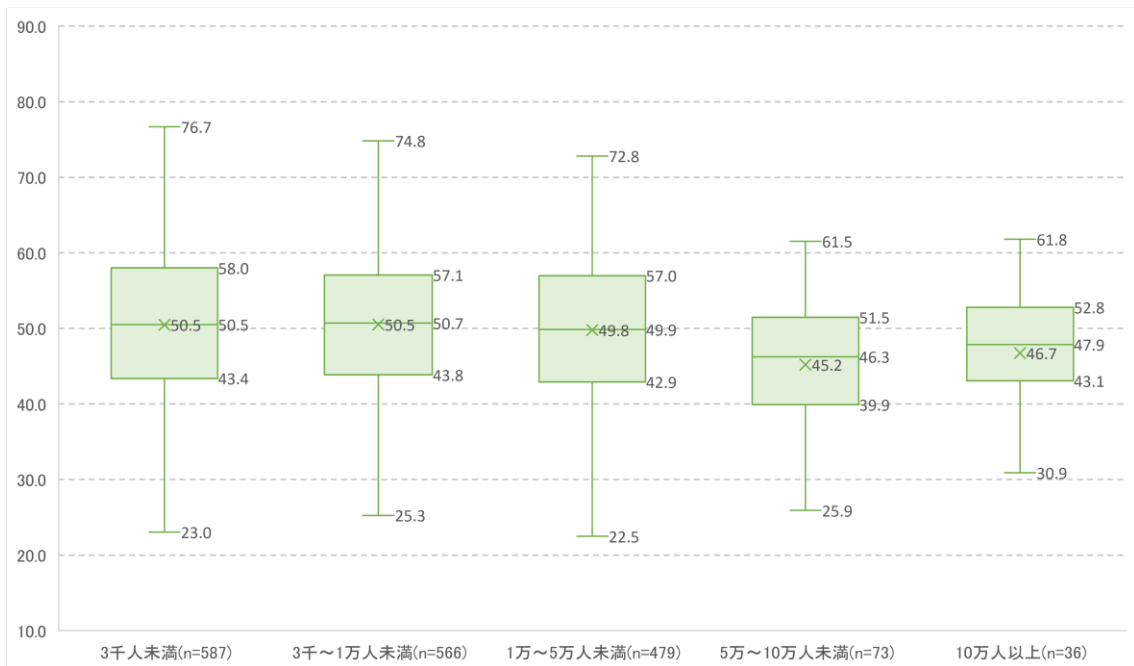
⑨ 合計（総計）

概ね、左右対称の分布であった。

図表 1-29 合計（総計）の得点分布 (R4) \_偏差値 (n=1,741)

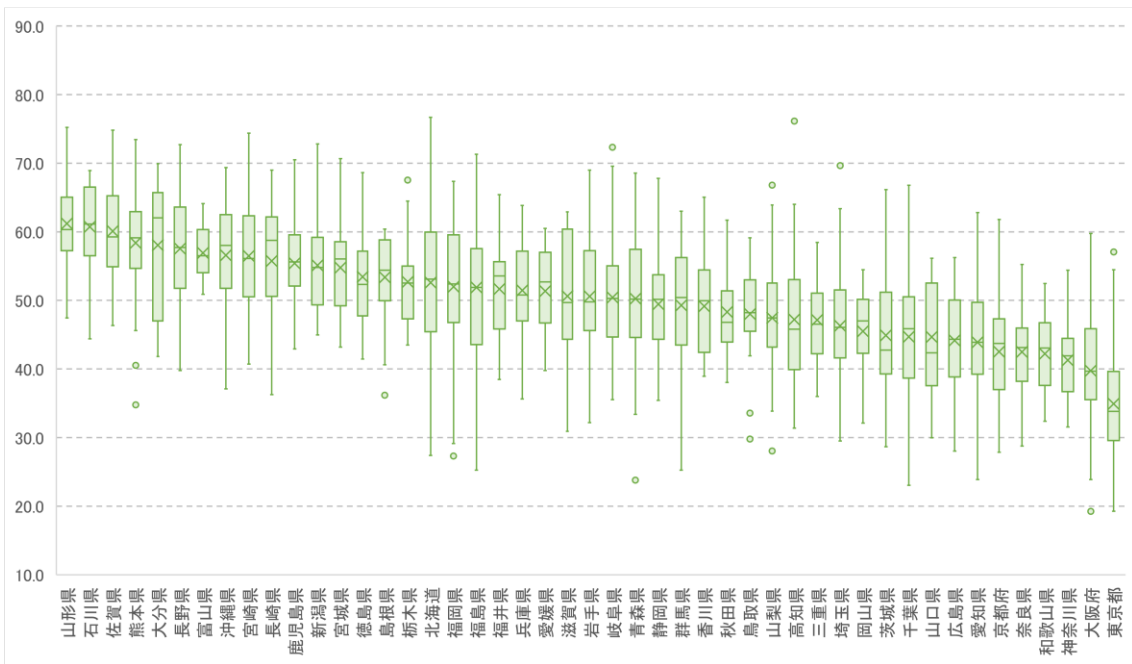


図表 1-30 合計（総計）の得点分布 (R4) \_保険者規模別\_偏差値



※ 外れ値は非表示

図表 1-31 合計（総計）の得点分布（R4）\_都道府県別\_偏差値



## 1.2 取組評価得点と国保担当部門の専門職の配置・関わり関係

取組評価得点と、国保担当部門の専門職の配置・関わり関係进行分析した。

「国保担当部門の専門職配置・関わり」については、「2021年度保険者データヘルス全数調査」の以下の設問の回答結果を用いた<sup>6</sup>。

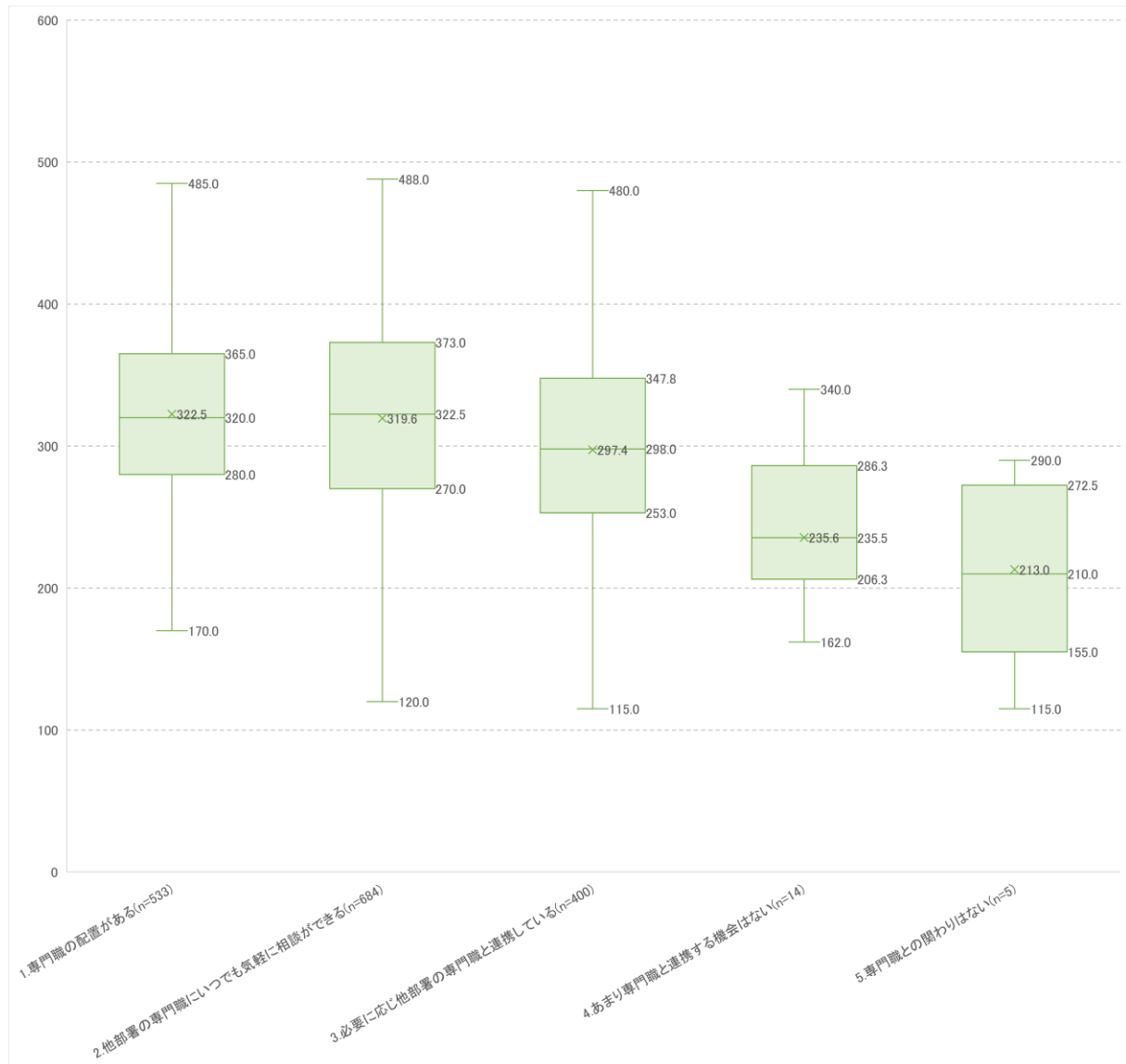
11c-Q1. 国保担当部門に保健師等の専門職の配置や関わりについて教えてください。(最も近いものひとつだけ)

1. 専門職の配置がある (※配置があっても育休等で不在の場合は配置なしとする)
2. 専門職の配置はないが、他部署の専門職にいつでも気軽に相談ができる体制がある
3. 必要に応じ他部署の専門職と連携している
4. あまり専門職と連携する機会はない
5. 専門職との関わりはない

<sup>6</sup> 次ページ以降のグラフでは、「1.」は「1.専門職の配置がある」、「2.」は「2.他部署の専門職にいつでも気軽に相談ができる」と省略して記載。

合計（予防・健康づくり）の得点分布との関係を見ると、専門職の配置・関わりの程度が低いほど、平均点が低い傾向がみられた。

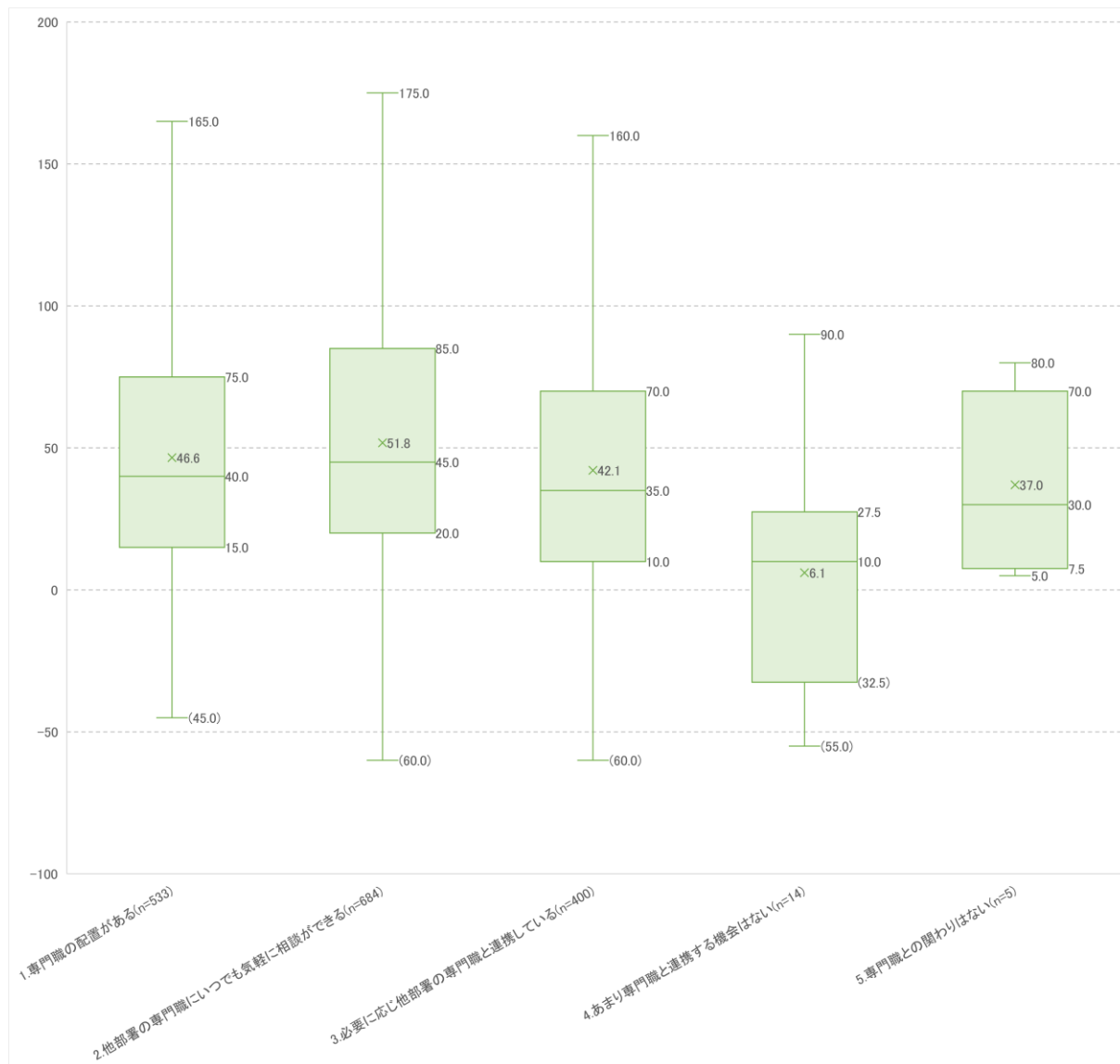
図表 1-32 合計（予防・健康づくり）の得点分布（専門職配置・関わり別）





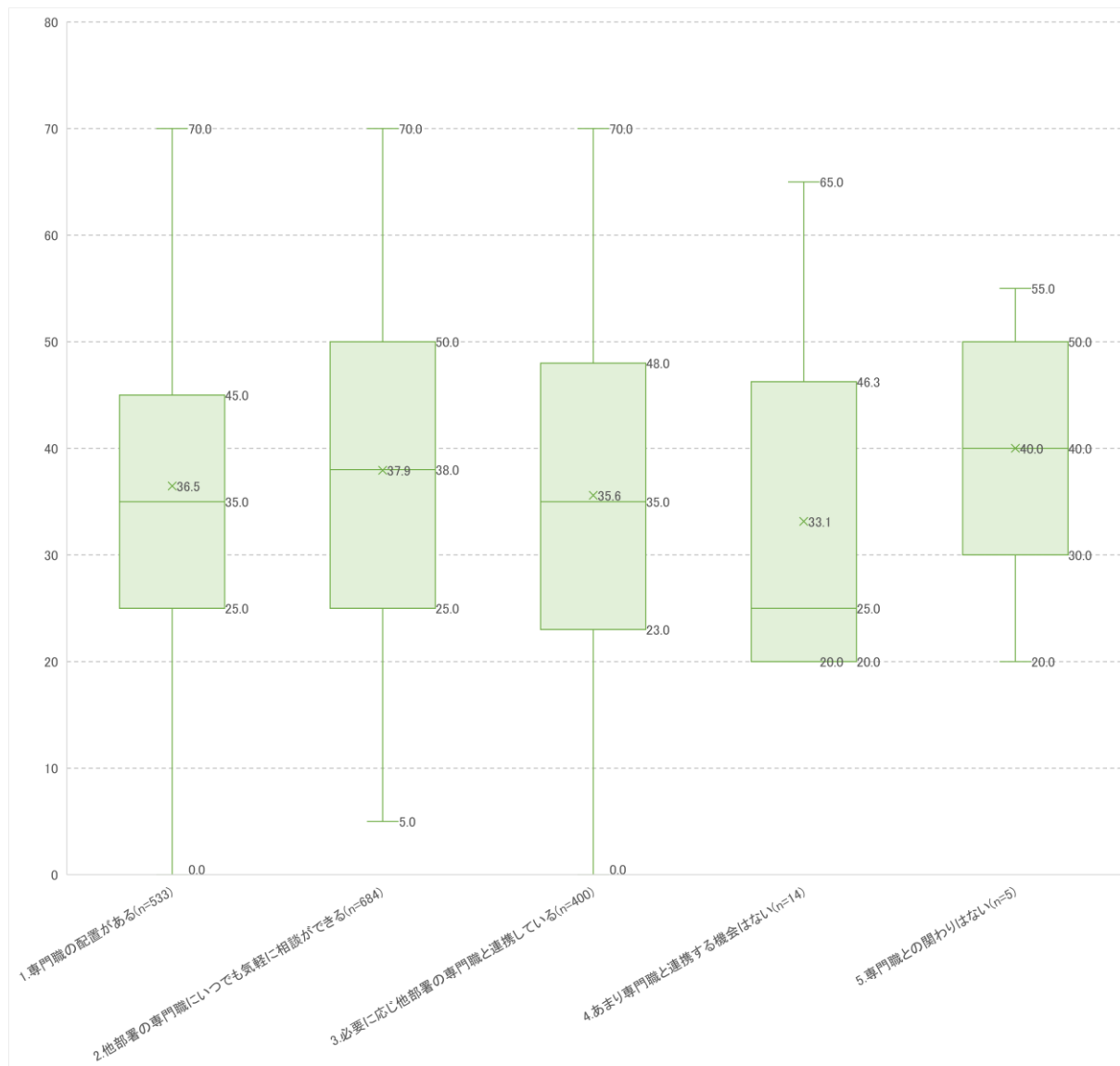
共通①：特定健診・特定保健指導・メタボの得点分布との関係を見ると、専門職の配置・関わり  
 の程度との関係性はみられなかった。

図表 1-33 共通①：特定健診・特定保健指導・メタボの得点分布（専門職配置・関わり別）



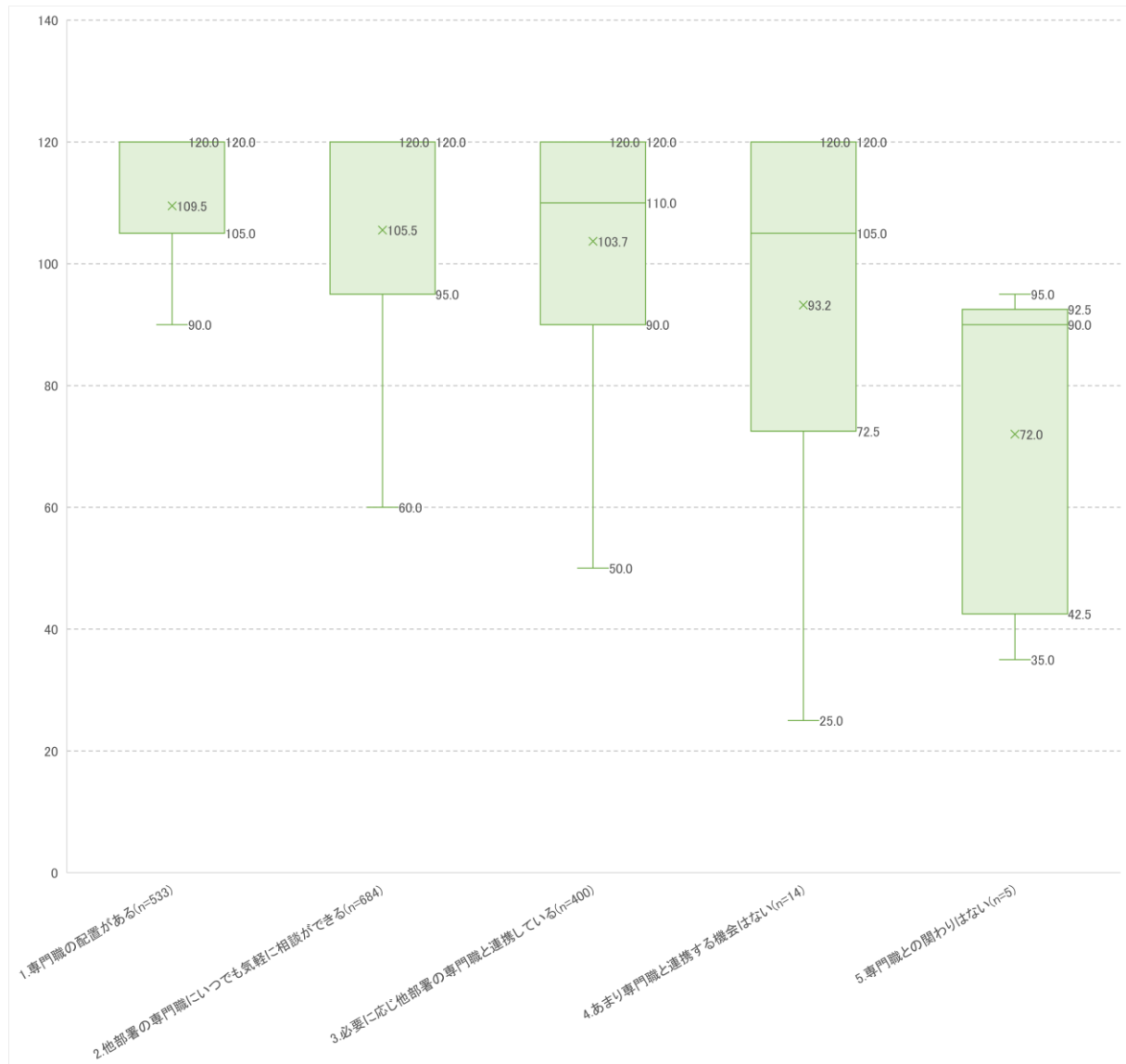
共通②：がん・歯周疾患検診の得点分布との関係を見ると、専門職の配置・関わりの程度との関係性はみられなかった。

図表 1-34 共通②：がん・歯周疾患検診の得点分布（専門職配置・関わり別）



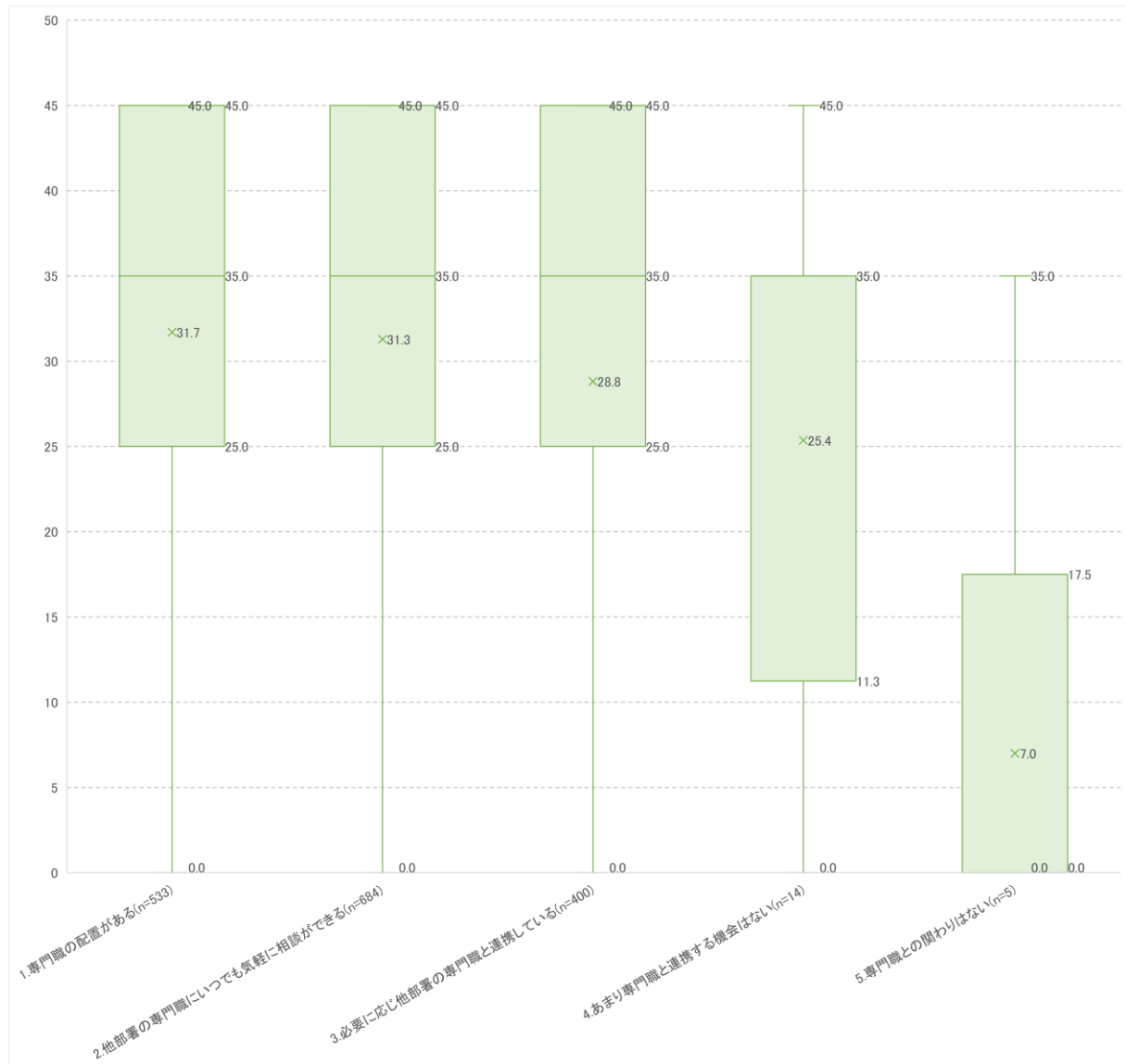
共通③：重症化予防の得点分布との関係を見ると、専門職の配置・関わりの程度が低いほど、平均点が低い傾向がみられた。

図表 1-35 共通③：重症化予防の得点分布（専門職配置・関わり別）



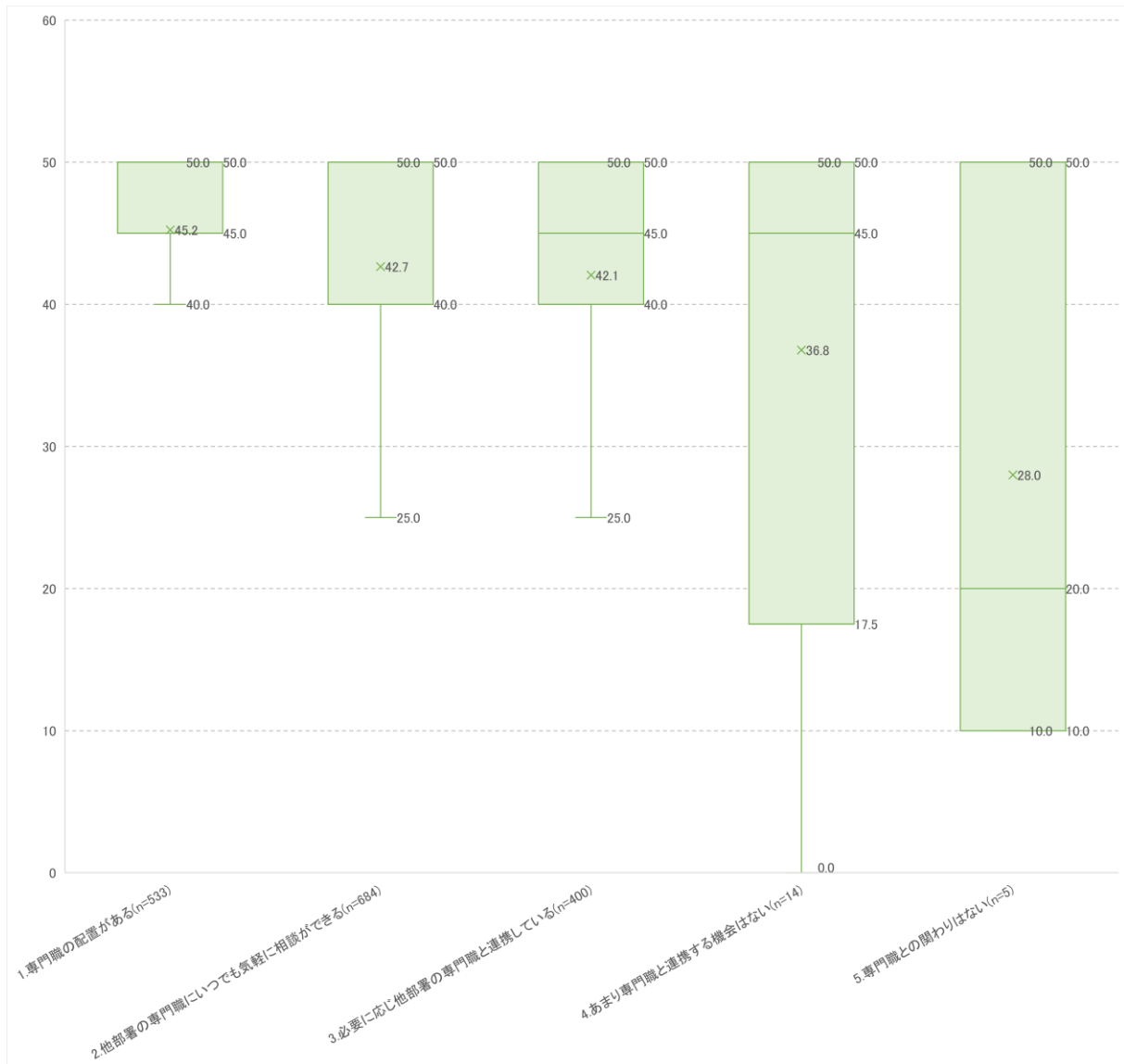
共通④：個人インセンティブ・情報提供（1）の得点分布との関係を見ると、専門職の配置・関わりの程度が低いほど、平均点が低い傾向がみられた。

図表 1-36 共通④：個人インセンティブ・情報提供（1）の得点分布（専門職配置・関わり別）



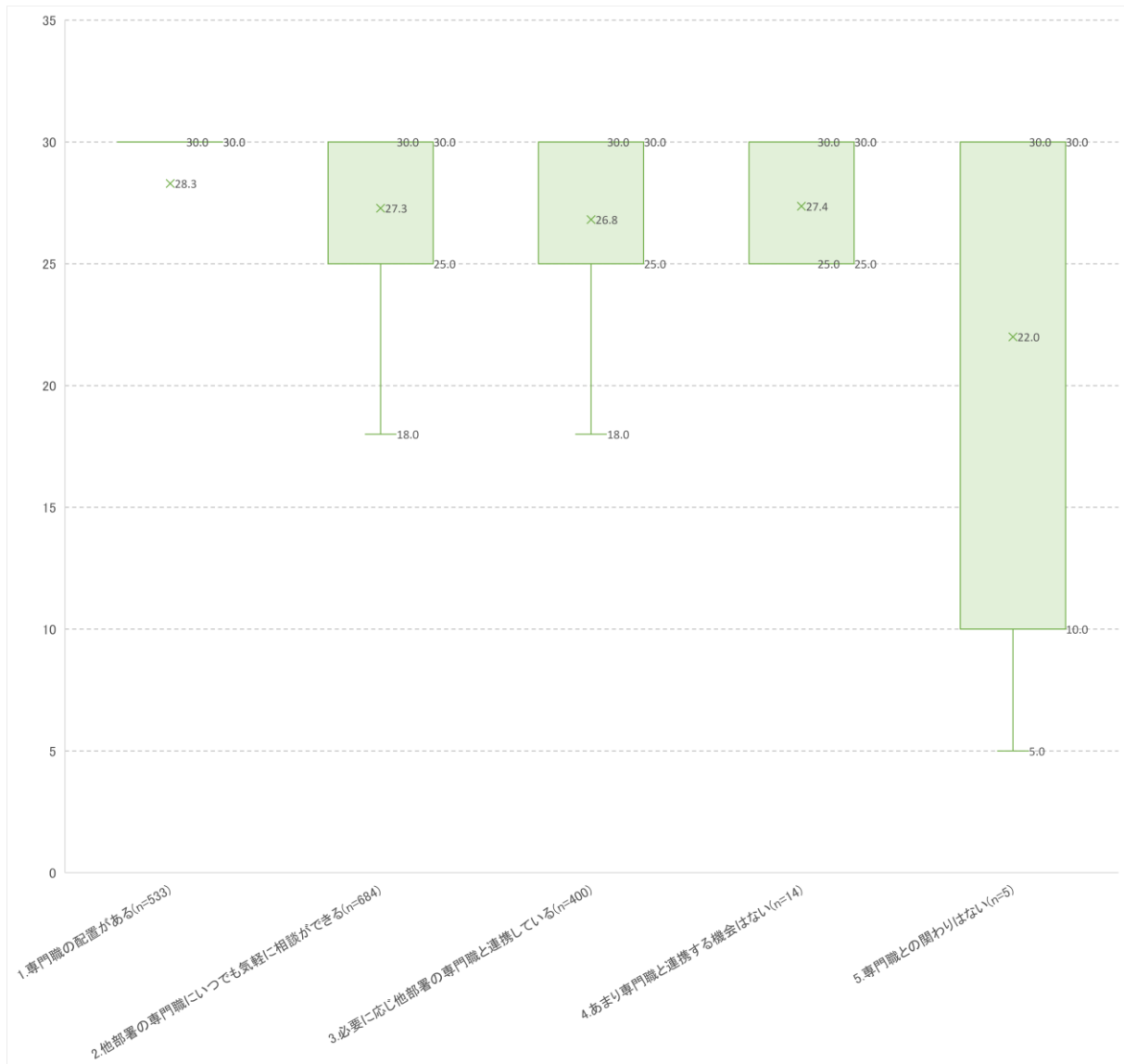
共通⑤：重複服薬の得点分布との関係を見ると、専門職の配置・関わりの程度が低いほど、平均点が低い傾向がみられた。

図表 1-37 共通⑤：重複服薬の得点分布（専門職配置・関わり別）



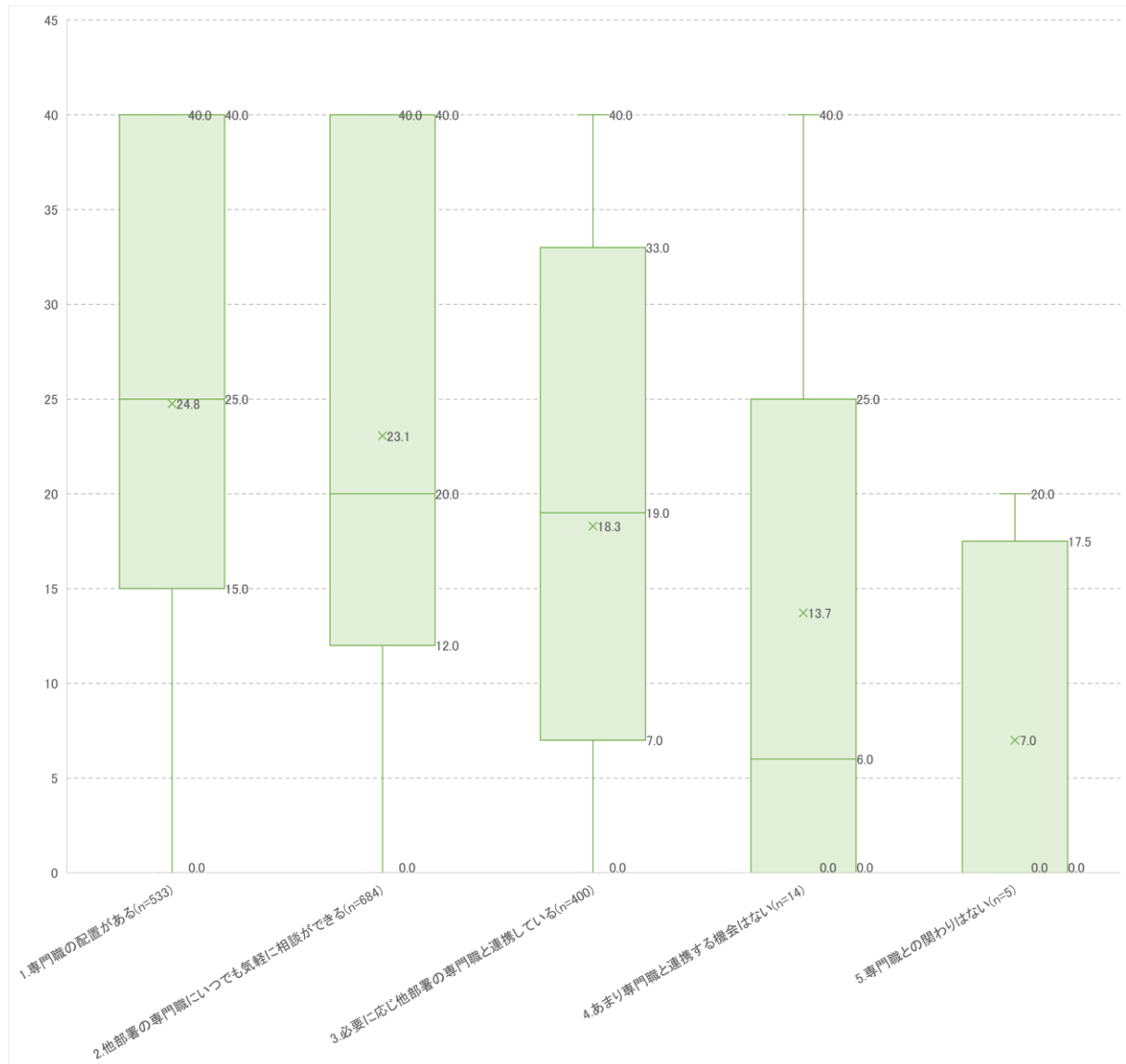
固有②：データヘルス計画の得点分布との関係をみると、専門職の配置・関わりの程度との関係性はみられなかった（ただし、「5. 専門職との関わりはない」のケースでは平均点が比較的低かった。）

図表 1-38 固有②：データヘルス計画の得点分布（専門職配置・関わり別）



固有④：地域包括ケアの得点分布との関係を見ると、専門職の配置・関わりの程度が低いほど、平均点が低い傾向がみられた。

図表 1-39 固有④：地域包括ケアの得点分布（専門職配置・関わり別）



取組評価得点を被説明変数、専門職の配置<sup>7</sup>と保険者数を説明変数とする重回帰分析を行った。

専門職の配置の有無で有意差がみられた評価項目は、「合計（予防・健康づくり）」、「共通③：重症化予防」、「共通⑤：重複服薬」、「固有②：データヘルス計画」、「固有④：地域包括ケア」であった<sup>8</sup>。

図表 1-40 取組評価得点と専門職の配置・保険者数の関係

	専門職の 配置	保険者数 (千人)	定数項	観測数
合計(予防・健康づくり)	14.98 ***	-0.15 ***	311.43 ***	1,636
共通①: 特定健診・特定保健指導・メタボ	2.05	-0.19 ***	49.55 ***	1,636
共通②: がん・歯周疾患検診	0.10	-0.04 ***	37.45 ***	1,636
取組評価得点 共通③: 重症化予防	4.51 ***	0.03 *	104.28 ***	1,636
共通④: 個人インセンティブ・情報提供(1)	1.24	0.02	30.05 ***	1,636
共通⑤: 重複服薬	2.67 ***	0.02 **	42.13 ***	1,636
固有②: データヘルス計画	0.98 ***	0.01 ***	26.94 ***	1,636
固有④: 地域包括ケア	3.43 ***	0.01	21.02 ***	1,636

\*\*\* p<0.01, \*\* p<0.05, \*p<0.1

<sup>7</sup> 「専門職の配置」は「1.専門職の配置がある(※配置があっても育休等で不在の場合は配置なしとする)」と回答した市町村を「1」その他の市町村を「0」とした。

<sup>8</sup> 専門職の配置がある市町村では、配置がない市町村と比較して得点が<sup>8</sup> 14.98 点程度高い。なお、95%信頼区間は「7.32 点～22.64 点」であった。



## 1.3 取組評価の経年変化（市町村）

### （1）評価項目ごとの経年変化

平成30年度～令和4年度 of 取組評価（市町村）の評価項目ごとの経年変化を分析した（予防・健康づくりに関連する項目のみ）。

なお、分析の対象とする評価項目は、「① 令和4年度評価の時点で評価項目として採用されていること」、および「令和4年度評価以前から評価項目として採用されており、経年変化をみることができること」の2つを条件とした。

結果、次ページのとおり16の評価項目を抽出した。

図表 1-41 経年変化の分析対象とした評価項目（市町村）

No	評価項目		H30	R1	R2	R3	R4		
1	共通①	(1) 特定健康 診査の受診 率	①① 第三期特定健康診査等実施計画期間における 目標値(60%)を達成している場合	●	○	○	○	●	
2			②② ①の基準を達成し、かつ受診率が前年度以上 の値となっている場合			●	○	●	
3		(2) 特定保健 指導の受診 率	①① 第三期特定健康診査等実施計画期間における 目標値(60%)を達成している場合	●	○	○	○	●	
4			②② ①の基準を達成し、かつ受診率が前年度以上 の値となっている場合			●	○	●	
5		(3) メタボリック Syndrome 該当者及 び予備軍の		①① 第三期特定健康診査等実施計画期間における 目標値(25%)を達成している場合	●	○	○	○	●
6				②② ①の基準を達成している場合、減少率が前年 度以上の値となっている場合			●	○	●
7	共通②	(1) がん検診 受診率	①① 胃がん、肺がん、大腸がん、子宮頸がん、乳が んの5つのがん検診の平均受診率が25%を達成して いる場合			●	○	●	
8			②④ 前年度の実績と比較し、平均受診率が1ポイント 以上向上している場合	●	○	○	○	●	
9		(2) 歯科健診 受診率	①① 歯科健診を実施(※)している場合 ※ 歯周疾 患(病)検診、歯科疾患(病)検診を含む。		●	○	○	●	
10			④④ 前年度の実績と比較し、受診率が1ポイント以 上向上している場合			●	○	●	
11	共通③	重症化予防 の取組実施 状況	以下の基準を全て満たす糖尿病性腎症重症化予防 の取組を実施している場合						
12			①① 対象者の抽出基準が明確であること ②② かかりつけ医と連携した取組であること ③③ 保健指導を実施する場合には、専門職が取組 に携わること ④④ 事業の評価を実施すること ⑤⑤ 取組の実施にあたり、地域の実情に応じて各都 道府県の糖尿病対策推進会議等との連携(各 都道 府県による対応策の議論や取組内容の共有など)を 図ること ⑥⑥ 健診結果のみならず、レセプトの請求情報(薬 剤や疾患名)も活用し、糖尿病性腎症対象者の概数を 把握していること。	●	○	○	○	●	
13	共通④	(1) 個人への インセンティブ の提供の実 施	①① 一般住民の自主的な予防・健康づくりを推進す るため、住民の予防・健康づくりの取組や成果に応じ てポイントを付与し、そのポイント数に応じて報奨を設 ける等の事業を実施している場合 ②② ①の事業の実施後、当該事業が住民の行動変 容につながったかどうか効果検証を行った上で、当該 検証に基づき事業改善を行うなどPDCAサイクルで事 業の見直しを実施している場合				●	●	
14	共通⑤	重複・多剤投 与者に対する 取組	③③ 郡市区医師会や薬剤師会等地域の医療関係 団体と連携して重複・多剤投与の対策を実施している 場合				●	●	
15			④④ 被保険者に対し、お薬手帳を1冊にまとめること やポリファーマシーに関する周知・啓発を行っている場 合				●	●	
16	固有④	地域包括ケ ア	④③ 国保直診施設等を拠点とした取組をはじめ、医 療・介護関係機関の連携による地域包括ケアの推進 に向けた取組の実施				●	●	

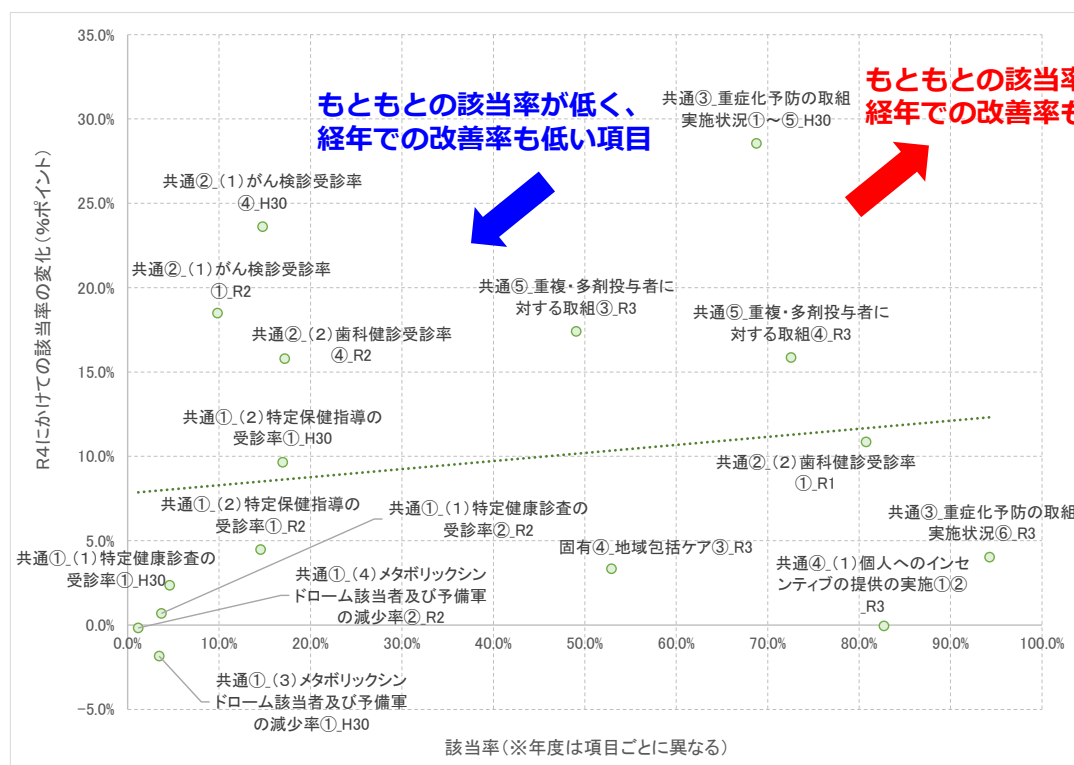
※ 「●」「○」がついている年度は、各評価項目が評価項目として採用されていた評価年度。経年変化は、「●」  
が付いている評価年度間の変化を分析対象とした。

※ なお、(例えば)No.8 は「②④ 前年度の実績と比較し、平均受診率が1ポイント以上向上している場合」とある  
が、これは「②」が H30 評価の際の番号、「④」が R4 評価の際の番号である。

図表 1-42 は、評価項目ごとに、横軸に「該当率」、縦軸に「R4 にかけての該当率の変化（%ポイント）」をプロットしたものである。図の右上は「もともとの該当率が高く、経年での改善率も高い項目」となり、右下は「もともとの該当率が低く、経年での改善率も低い項目」となる。

「もともとの該当率が高く、経年での改善率も高い項目」としては、例えば「共通③\_重症化予防の取組実施状況①～⑤\_H30」などが、また「もともとの該当率が低く、経年での改善率も低い項目」としては「共通①\_（3）メタボリックシンドローム該当者及び予備軍の減少率①」などが該当する。

図表 1-42 該当率と R4 にかけての該当率の変化



※「該当率」は、各評価項目に該当する市町村数を全市町村数(1,741 市町村)で除したものの。対象となる年度は評価項目ごとに異なる。

※「R4 にかけての該当率の変化」は、「各評価項目の対象年度時点の該当率」から「R4 にかけての変化(%ポイント)」

## (2) 評価項目ごとの経年変化（被保険者規模別）

前ページまでで整理した、平成30年度～令和4年度の取組評価（市町村）の評価項目ごとの経年変化について、保険者規模別に分析した（図表 1-43）。

これをみると、「共通指標①」と「共通指標②」については、概ね「3千人未満」の市町村において該当率が高かった（（2）歯科健診受診率の「①歯科健診を実施している場合」を除く）。また、「10万人以上」の市町村では該当率の変化も比較的小さかった。

一方、「共通指標③」～「固有指標④」については、「10万人以上」の市町村の該当率が高く、「3千人未満」の市町村では該当率の変化も比較的小さかった。

図表 1-43 該当市町村の割合（該当率）とR4にかけての該当率の変化（被保険者規模別）

			該当率（※年度は項目ごとに異なる）						R4にかけての該当率の変化						
			合計	3千人未満	3千～1万人未満	1万～5万人未満	5万～10万人未満	10万人以上	合計	3千人未満	3千～1万人未満	1万～5万人未満	5万～10万人未満	10万人以上	
市町村数			1,741	587	566	479	73	36	1,741	587	566	479	73	36	
共通①	(1) 特定健康診査の受診率	① 第三期特定健康診査等実施計画期間における目標値(60%)を達成している場合	H30	4.6%	11.8%	1.4%	0.6%	0.0%	0.0%	2.4%	5.5%	1.6%	0.0%	0.0%	0.0%
		② ①の基準を達成し、かつ受診率が前年度以上の値となっている場合	R2	3.7%	9.0%	1.6%	0.4%	0.0%	0.0%	0.7%	2.6%	-0.5%	0.0%	0.0%	0.0%
	(2) 特定保健指導の受診率	① 第三期特定健康診査等実施計画期間における目標値(60%)を達成している場合	H30	16.9%	24.9%	17.8%	10.0%	0.0%	0.0%	9.6%	11.2%	9.4%	9.6%	4.1%	0.0%
		② ①の基準を達成し、かつ受診率が前年度以上の値となっている場合	R2	14.5%	19.8%	15.9%	9.6%	1.4%	0.0%	4.5%	4.3%	4.4%	5.4%	2.7%	0.0%
	(3) メタボリックシンドローム該当者及び予備軍の減少率	① 第三期特定健康診査等実施計画期間における目標値(25%)を達成している場合	H30	3.4%	5.8%	2.8%	1.9%	1.4%	0.0%	-1.8%	-2.4%	-2.3%	-1.0%	0.0%	0.0%
② ①の基準を達成している場合、減少率が前年度以上の値となっている場合		R2	1.1%	2.9%	0.4%	0.2%	0.0%	0.0%	-0.2%	-0.3%	-0.4%	0.2%	0.0%	0.0%	
共通②	(1) がん検診受診率	① 胃がん、肺がん、大腸がん、子宮頸がん、乳がんの5つのがん検診の平均受診率が25%を達成している場合	R2	9.8%	22.8%	5.8%	0.8%	0.0%	0.0%	18.5%	22.8%	23.0%	10.9%	8.2%	0.0%
		④ 前年度の実績と比較し、平均受診率が1ポイント以上向上している場合	H30	14.8%	22.0%	14.5%	7.9%	5.5%	11.1%	23.6%	22.1%	22.4%	25.5%	32.9%	22.2%
	(2) 歯科健診受診率	① 歯科健診を実施(※)している場合 ※ 歯周疾患(病)検診、歯科疾患(病)検診を含む。	R1	80.8%	65.8%	83.2%	91.9%	100.0%	100.0%	10.9%	21.5%	8.5%	3.1%	0.0%	0.0%
		④ 前年度の実績と比較し、受診率が1ポイント以上向上している場合	R2	17.2%	22.0%	19.8%	11.7%	2.7%	0.0%	15.8%	15.0%	19.4%	13.8%	8.2%	13.9%
共通③	重症化予防の取組実施状況	以下を基準を全て満たす糖尿病性腎症重症化予防の取組を実施している場合	H30	68.8%	56.6%	69.4%	78.1%	87.7%	94.4%	28.5%	37.8%	28.6%	21.3%	12.3%	5.6%
		① 対象者の抽出基準が明確であること ② かかりつけ医と連携した取組であること ③ 保健指導を実施する場合には、専門職が取組に携わること ④ 事業の評価を実施すること ⑤ 取組の実施にあたり、地域の実情に応じて各都道府県の糖尿病対策推進会議等との連携(各都道府県による対応策の議論や取組内容の共有など)を図ること	R3	94.3%	87.7%	97.0%	98.1%	97.3%	100.0%	4.0%	9.0%	1.8%	1.0%	2.7%	0.0%
共通④	(1) 個人へのインセンティブの提供の実施	① 一般住民の自主的な予防・健康づくりを推進するため、住民の予防・健康づくりの取組や成果に応じてポイントを付与し、そのポイント数に応じて報奨を設ける等の事業を実施している場合	R3	82.7%	74.1%	86.0%	88.5%	84.9%	88.9%	-0.1%	0.5%	-1.4%	0.6%	0.0%	2.8%
		② ①の事業の実施後、当該事業が住民の行動変容につながったかどうか効果検証を行った上で、当該検証に基づき事業改善を行うなどPDCAサイクルで事業の見直しを実施している場合	R3	82.7%	74.1%	86.0%	88.5%	84.9%	88.9%	-0.1%	0.5%	-1.4%	0.6%	0.0%	2.8%
共通⑤	重複・多剤投与者に対する取組	③ 郡市区医師会や薬剤師会等地域の医療関係団体と連携して重複・多剤投与の対策を実施している場合	R3	49.1%	35.6%	51.8%	58.7%	63.0%	69.4%	17.4%	18.6%	18.7%	15.9%	11.0%	11.1%
		④ 被保険者に対し、お薬手帳を1冊にまとめることやポリファーマシーに関する周知・啓発を行っている場合	R3	72.5%	62.5%	74.4%	80.2%	80.8%	88.9%	15.9%	19.8%	15.9%	11.9%	13.7%	8.3%
固有④	地域包括ケア	③ 国保直診施設等を拠点とした取組をはじめ、医療・介護関係機関の連携による地域包括ケアの推進に向けた取組の実施	R3	52.9%	55.9%	52.7%	50.1%	41.1%	69.4%	3.3%	2.4%	3.2%	4.8%	4.1%	0.0%

※ 被保険者規模別で、最も高い数字を「赤」、最も低い数字を「青」で表示

## 1.4 評価項目間の相関係数

令和4年度の市町村の指標同士について、相関係数（ポリコリック相関係数）を算出した<sup>9</sup>。相関係数は、絶対値で1に近いほど指標同士の相関が強く、0に近いほど相関が弱いことを示す。

なお、相関係数の算出に当たっては、95%以上の市町村が「該当する」もしくは「該当しない」評価指標については、算出対象から除外している。これは、ほぼ全ての市町村が「該当する」もしくは「該当しない」に集中する指標は、相関係数の算出が不能となる場合が多いためである。相関係数の算出から除外した指標は図表 1-44 の通りであった。

評価の目的・内容が類似しており、かつ相関の強い評価項目については、統廃合の検討対象とすることも考えられる。

<sup>9</sup> ポリコリック相関係数(多分相関係数)は、順序尺度同士の相関係数。各評価項目について、「1:該当する」、「0:該当しない」として2値データ同士の相関係数として算出した(2値データ同士の場合は、ポリコリック相関係数の特殊な場合として、テトラコリック相関係数(四分相関係数)とも呼ばれる)。

図表 1-44 相関係数の算出から除外した評価指標

評価項目	評価項目	該当率
共通指標⑤重複・多剤投与者に対する取組	② KDBシステム等を活用し、重複・多剤処方を受けた被保険者の概数を把握していること	99.2%
共通指標③生活習慣病の発症予防・重症化予防の取組実施状況	⑥ 健診結果のみならず、レセプトの請求情報(薬剤や疾患名)も活用し、糖尿病性腎症対象者の概数を把握していること	98.3%
共通指標③生活習慣病の発症予防・重症化予防の取組実施状況	①～⑤ 以下の基準を全て満たす糖尿病性腎症重症化予防の取組を実施している場合	97.3%
固有指標②データヘルス計画の実施状況	① データヘルス計画をホームページ等を通じて公表の上、これに基づき保健事業を実施している場合	96.2%
固有指標②データヘルス計画の実施状況	② データヘルス計画に係る個別の保健事業について、データヘルス計画の目標等を踏まえたアウトカム指標を設定の上、実施しており、事業の実施後も、そのアウトカム指標に基づき評価を行っている場合	95.3%
共通指標② (1)がん検診受診率等	⑤ 受診率の向上のため、胃がん、肺がん、大腸がん、子宮頸がん、乳がんの5つのがん検診と特定健診を一体的に実施している場合	95.1%
共通指標① (1)特定健康診査の受診率	② ①の基準を達成し、かつ受診率が平成30年度以上の値となっている場合	4.4%
共通指標① (3)メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率	⑥ ⑤の基準を達成し、かつ平成30年度の実績と比較し、減少率が2ポイント以上向上している場合	3.2%
共通指標① (2)特定保健指導の実施率	④ ③に該当し、かつ平成30年度の実績と比較し、実施率が5(3)ポイント以上向上している場合	2.8%
共通指標② (1)がん検診受診率等	② ①の基準は達成していないが、胃がん、肺がん、大腸がん、子宮頸がん、乳がんの5つのがん検診の平均受診率が全自治体の上位3割に当たる〇〇%を達成している場合	1.7%
共通指標① (3)メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率	① 第三期特定健康診査等実施計画期間における目標値(25%)を達成している場合	1.6%
共通指標① (1)特定健康診査の受診率	⑧ 受診率が25%未満の値となっている場合(⑤又は⑥の基準を達成している場合を除く。)	1.2%
共通指標① (3)メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率	② ①の基準を達成している場合、減少率が平成30年度以上の値となっている場合	1.0%

前ページの指標を取り除いた上で、相関係数を算出した。絶対値が高い順に、指標同士の組み合わせを並べた結果が図表 1-45～図表 1-47 である。

図表 1-45 相関係数の絶対値が高い組み合わせ（絶対値 0.5 以上）⑩<sup>10</sup>

No	評価項目A		評価項目B		相関係数	評価項目間の関連の有無
1	固有指標④ (2)一体的実施の取組	① 後期高齢者医療広域連合から保健事業実施の委託を受け、専門職を活用し、国保の保健事業について後期高齢者医療制度の保健事業と介護保険の地域支援事業と一体的に実施	固有指標④ (2)一体的実施の取組	② ①の事業の実施に当たり、国保のデータに加え、後期高齢者医療及び介護保険のデータについても、KDB等を活用した分析を総合的に実施	0.990	有
2	共通指標① (2)特定保健指導の実施率	① 第三期特定健康診査等実施計画期間における目標値(60%)を達成している場合	共通指標① (2)特定保健指導の実施率	② ①の基準を達成し、かつ実施率が平成30年度以上の値となっている場合	0.979	有
3	共通指標④ (1)個人へのインセンティブの提供の実施	①② 以下の基準を全て満たす個人へのインセンティブの提供の取組を実施している場合	共通指標④ (1)個人へのインセンティブの提供の実施	③ プログラム等の中での本人の取組に対する評価を、個人へのインセンティブの提供の条件としている場合	0.961	有
4	共通指標① (1)特定健康診査の受診率	③ ①の基準は達成していないが、補正後受診率が令和元年度の市町村規模別の自治体上位1割又は上位3割に当たる受診率を達成している場合	共通指標① (1)特定健康診査の受診率	④ ③に該当し、かつ平成30年度の実績と比較し、受診率が3(1.5)ポイント以上向上している場合	0.941	有
5	共通指標① (3)メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率	③ ①の基準は達成していないが、減少率が全自治体の上位3割に当たる○○%を達成している場合	共通指標① (3)メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率	④ ③の基準を達成し、かつ平成30年度の実績と比較し、減少率が2ポイント以上向上している場合	0.924	有
6	共通指標④ (1)個人へのインセンティブの提供の実施	①② 以下の基準を全て満たす個人へのインセンティブの提供の取組を実施している場合	共通指標④ (1)個人へのインセンティブの提供の実施	④ 本人の取組の成果としての健康指標の改善を、個人へのインセンティブの提供の条件としている場合	0.884	有
7	共通指標④ (1)個人へのインセンティブの提供の実施	③ プログラム等の中での本人の取組に対する評価を、個人へのインセンティブの提供の条件としている場合	共通指標④ (1)個人へのインセンティブの提供の実施	④ 本人の取組の成果としての健康指標の改善を、個人へのインセンティブの提供の条件としている場合	0.857	有
8	共通指標⑤重複・多剤投与者に対する取組	④ 被保険者に対し、お薬手帳を1冊にまとめることやポリファーマシーに関する周知・啓発を行っている場合	共通指標⑤重複・多剤投与者に対する取組	⑤ 被保険者に対し、セルフメディケーションの推進(OTC医薬品の普及を含む)のための周知・啓発を行っている場合	0.805	有
9	共通指標② (1)がん検診受診率等	① 胃がん、肺がん、大腸がん、子宮頸がん、乳がんの5つのがん検診の平均受診率が25%を達成している場合	共通指標② (1)がん検診受診率等	③ ①及び②の基準は達成していないが、胃がん、肺がん、大腸がん、子宮頸がん、乳がんの5つのがん検診の平均受診率が全自治体の上位5割に当たる○○%を達成している場合	-0.800	有
10	共通指標④ (1)個人へのインセンティブの提供の実施	①② 以下の基準を全て満たす個人へのインセンティブの提供の取組を実施している場合	共通指標④ (1)個人へのインセンティブの提供の実施	⑤ 商工部局との連携、地域の民間企業や商店街との連携による「健康なまちづくり」の視点を含めた個人へのインセンティブ提供に関する事業を実施している場合	0.785	有
11	共通指標④ (1)個人へのインセンティブの提供の実施	③ プログラム等の中での本人の取組に対する評価を、個人へのインセンティブの提供の条件としている場合	共通指標④ (1)個人へのインセンティブの提供の実施	⑤ 商工部局との連携、地域の民間企業や商店街との連携による「健康なまちづくり」の視点を含めた個人へのインセンティブ提供に関する事業を実施している場合	0.767	有
12	固有指標④ (1)地域包括ケア推進	① 地域包括ケアの構築に向けた医療・介護・保健・福祉・住まい・生活支援など部局横断的な議論の場に国保部局として参画し、KDB等を活用したデータ提供等により地域の課題を共有し、対応策を検討するとともに、地域支援事業に国保部局として参画	固有指標④ (1)地域包括ケア推進	② KDB等を活用して前期高齢者等のハイリスク群・予備群等を抽出し、国保部局として当該ターゲット層に対する支援を実施(お知らせや保健師等専門職による個別支援、介護予防を目的とした取組等)	0.744	有
13	固有指標④ (1)地域包括ケア推進	② KDB等を活用して前期高齢者等のハイリスク群・予備群等を抽出し、国保部局として当該ターゲット層に対する支援を実施(お知らせや保健師等専門職による個別支援、介護予防を目的とした取組等)	固有指標④ (1)地域包括ケア推進	③ 国保直営施設等を拠点とした取組をはじめ、医療・介護関係機関の連携による地域包括ケアの推進に向けた取組の実施	0.679	有

<sup>10</sup> 「評価項目間の関連の有無」が「有」の組み合わせは、いずれかの評価項目が(例えば)「①の基準を達成し、かつ実施率が平成30年度以上の値となっている場合」となっているなど、評価の中身が互いに関連していることから、相関係数が高くなるのが必然といえる組み合わせ。



図表 1-46 相関係数の絶対値が高い組み合わせ（絶対値 0.5 以上）②<sup>11</sup>

No	評価項目A	評価項目B	相関係数	評価項目間の関連の有無
14	共通指標② (2)歯科健診受診率等	共通指標② (2)歯科健診受診率等	0.671	
15	固有指標④ (1)地域包括ケア推進	固有指標④ (1)地域包括ケア推進	0.667	
16	共通指標② (2)歯科健診受診率等	共通指標② (2)歯科健診受診率等	0.663	有
17	共通指標⑤重複・多剤投与者に対する取組	共通指標⑤重複・多剤投与者に対する取組	0.616	
18	固有指標②データヘルス計画の実施状況	固有指標②データヘルス計画の実施状況	0.610	
19	固有指標②データヘルス計画の実施状況	固有指標②データヘルス計画の実施状況	0.604	
20	共通指標① (2)特定保健指導の実施率	共通指標① (2)特定保健指導の実施率	0.589	
21	共通指標④ (1)個人へのインセンティブの提供の実施	共通指標④ (1)個人へのインセンティブの提供の実施	0.579	
22	共通指標① (3)メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率	共通指標① (3)メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率	-0.557	有
23	共通指標① (3)メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率	共通指標① (3)メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率	-0.543	有
24	固有指標②データヘルス計画の実施状況	固有指標④ (1)地域包括ケア推進	0.541	
25	固有指標②データヘルス計画の実施状況	固有指標④ (1)地域包括ケア推進	0.536	
26	共通指標③生活習慣病の発症予防・重症化予防の取組実施状況	共通指標④ (1)個人へのインセンティブの提供の実施	0.534	
27	共通指標① (3)メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率	共通指標① (3)メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率	-0.532	有

<sup>11</sup> 「評価項目間の関連の有無」が「有」の組み合わせは、いずれかの評価項目が（例えば）「①の基準を達成し、かつ実施率が平成30年度以上の値となっている場合」となっているなど、評価の中身が互いに関連していることから、相関係数が高くなるのが必然といえる組み合わせ。

図表 1-47 相関係数の絶対値が高い組み合わせ（絶対値 0.5 以上）③<sup>12</sup>

No	評価項目A	評価項目B	相関係数	評価項目間の関連の有無
28	共通指標③生活習慣病の発症予防・重症化予防の取組実施状況	⑧ 保健指導対象者の医療機関受診状況に加え、保健指導終了後のHbA1c、eGFR、尿蛋白等の検査結果を確認し、アウトカム指標により評価していること 固有指標②データヘルス計画の実施状況	0.524	
29	共通指標⑤重複・多剤投与者に対する取組	③ 郡市区医師会や薬剤師会等地域の医療関係団体と連携して重複・多剤投与の対策を実施している場合 共通指標⑤重複・多剤投与者に対する取組	0.517	
30	共通指標② (2)歯科健診受診率等	① 歯科健診を実施している場合 共通指標② (2)歯科健診受診率等	0.516	有
31	共通指標① (3)メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率	④ ③の基準を達成し、かつ平成30年度の実績と比較し、減少率が2ポイント以上向上している場合 共通指標① (3)メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率	-0.509	有
32	共通指標⑤重複・多剤投与者に対する取組	① 重複・多剤投与者の抽出基準を設定し、対象者を抽出した上で、服薬情報の通知や個別に訪問・指導するなどの取組を実施し、かつ、取組実施後に対象者の処方状況をしセプト等で確認した上で、本人や支援者に服薬状況や副作用の改善状況を確認し、実施前後で評価している場合 共通指標⑤重複・多剤投与者に対する取組	0.507	

<sup>12</sup> 「評価項目間の関連の有無」が「有」の組み合わせは、いずれかの評価項目が(例えば)「①の基準を達成し、かつ実施率が平成30年度以上の値となっている場合」となっているなど、評価の中身が互いに関連していることから、相関係数が高くなるのが必然といえる組み合わせ。

## 2 定量指標

### 2.1 取組評価の対象となっている定量指標

令和4年度の取組評価（市町村）の対象となっている定量指標について、定量指標ごとの分布、人口規模別・都道府県別の分布をヒストグラムや箱ひげ図で整理し、その特徴を概観する。

具体的な指標は、以下のとおりである（図表 1-48）。

図表 1-48 取組評価 R4（市町村）の対象となっている定量指標

評価項目		定量指標	年度 <sup>13</sup>
共通①	(1) 特定健康診査の受診率	・ 特定健康診査の受診率 (%)	H30
	(2) 特定保健指導の実施率	・ 特定保健指導実施率 (%)	H30
	(3) メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率	・ メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率 (%)	R1
共通②	(1) がん検診受診率等	・ がん検診受診率	H30
	(2) 歯科健診受診率等	・ 歯科健診受診率	R1

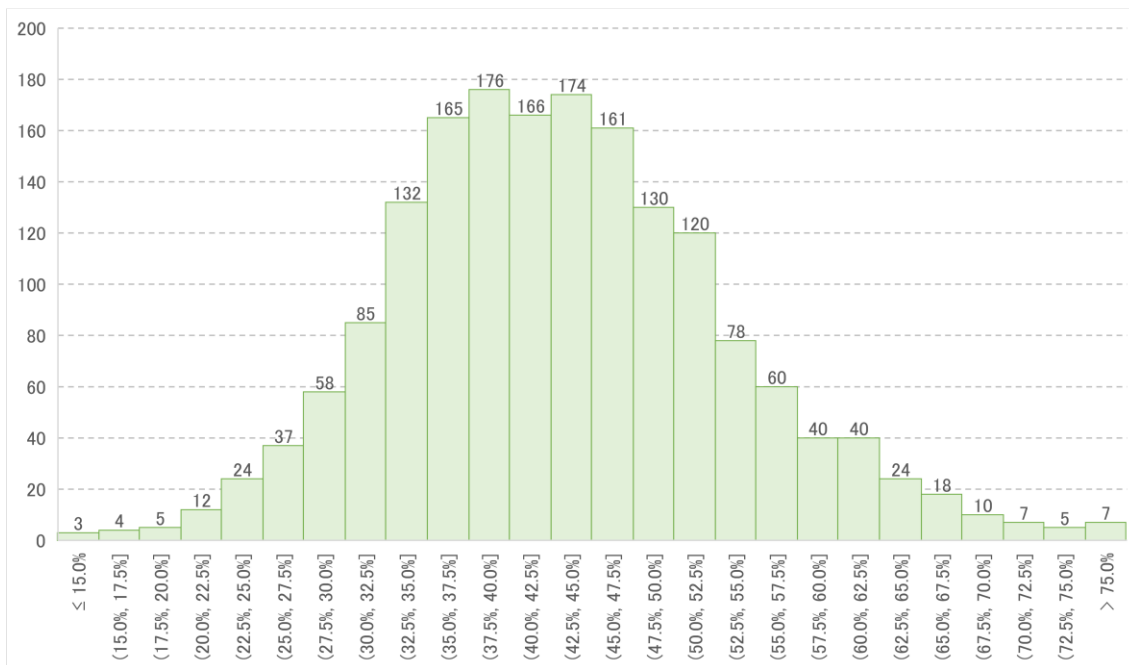
<sup>13</sup> 「(1)特定健康診査の受診率」、「(2)特定保健指導の実施率」、「(1)がん検診受診率等」については、令和4年度の取組評価では R1 の数字が評価対象であったが、評価の際には新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえて補正した数字が用いられたことから、ここでは H30 を集計の対象とした。

### ① 特定健康診査の受診率

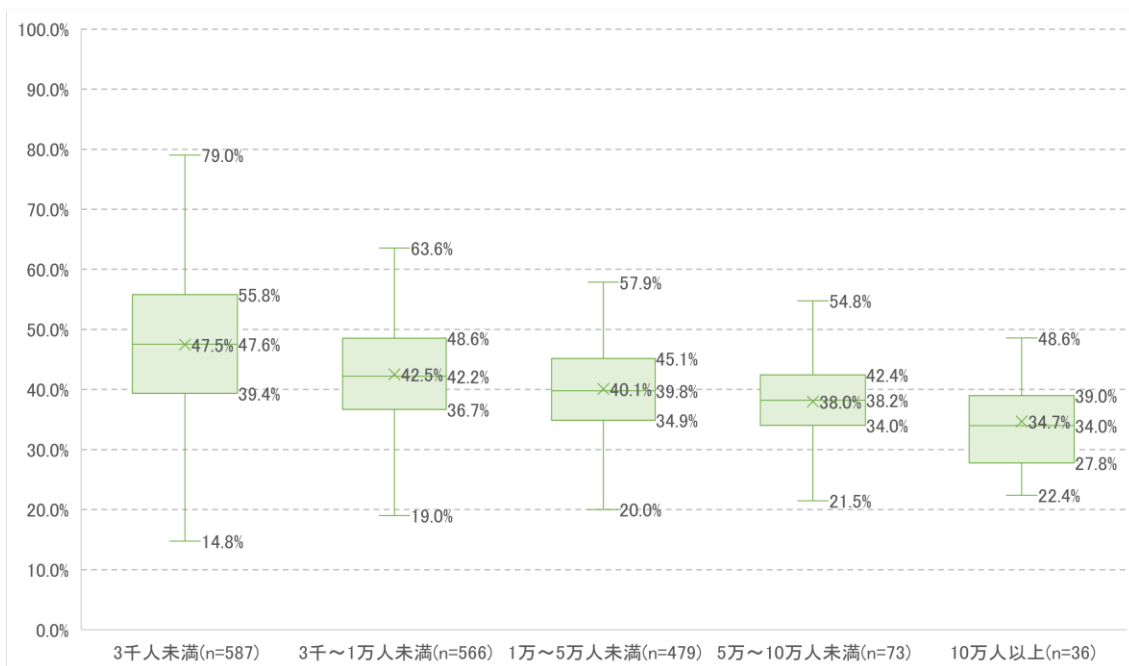
概ね、左右対称の分布であった。

保険者規模が大きくなるにしたがい、平均値が低下する傾向がみられた。

図表 1-49 特定健康診査の受診率 (H30) (n=1,741)

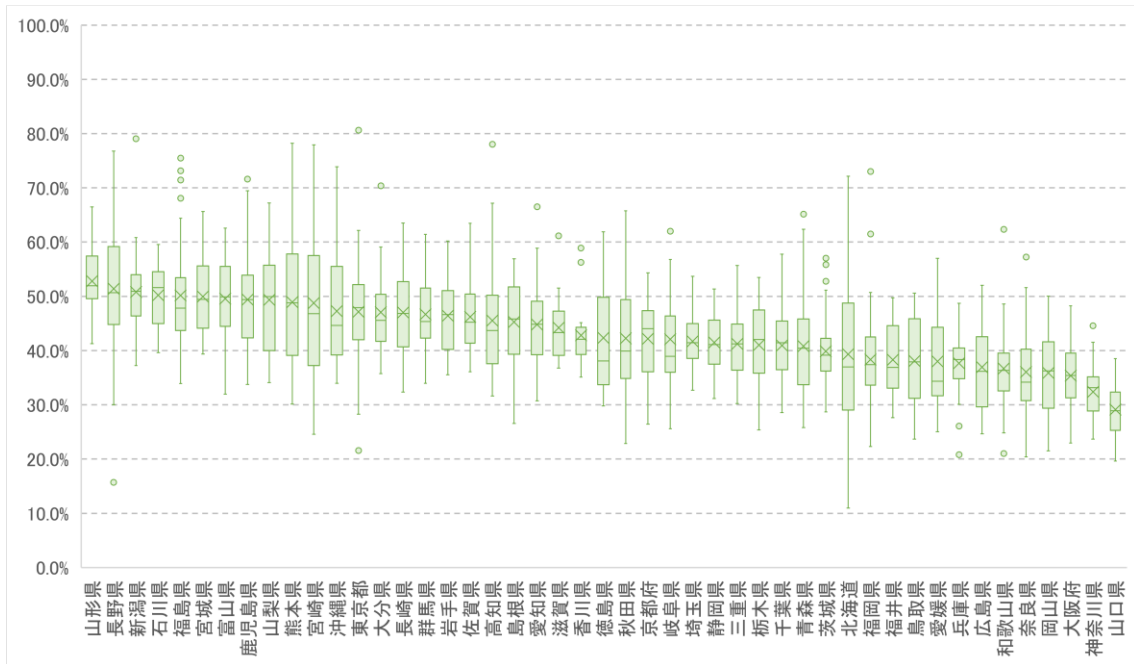


図表 1-50 特定健康診査の受診率 (H30) \_保険者規模別



※ 外れ値は非表示

図表 1-51 特定健康診査の受診率 (H30) \_都道府県別

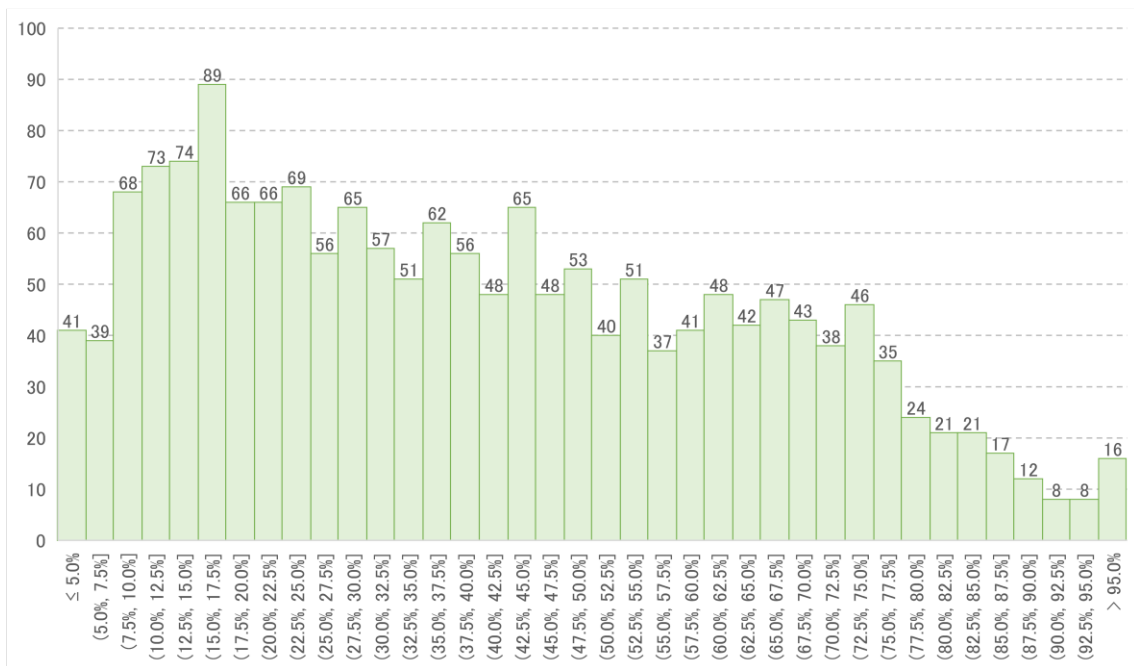


② 特定保健指導実施率

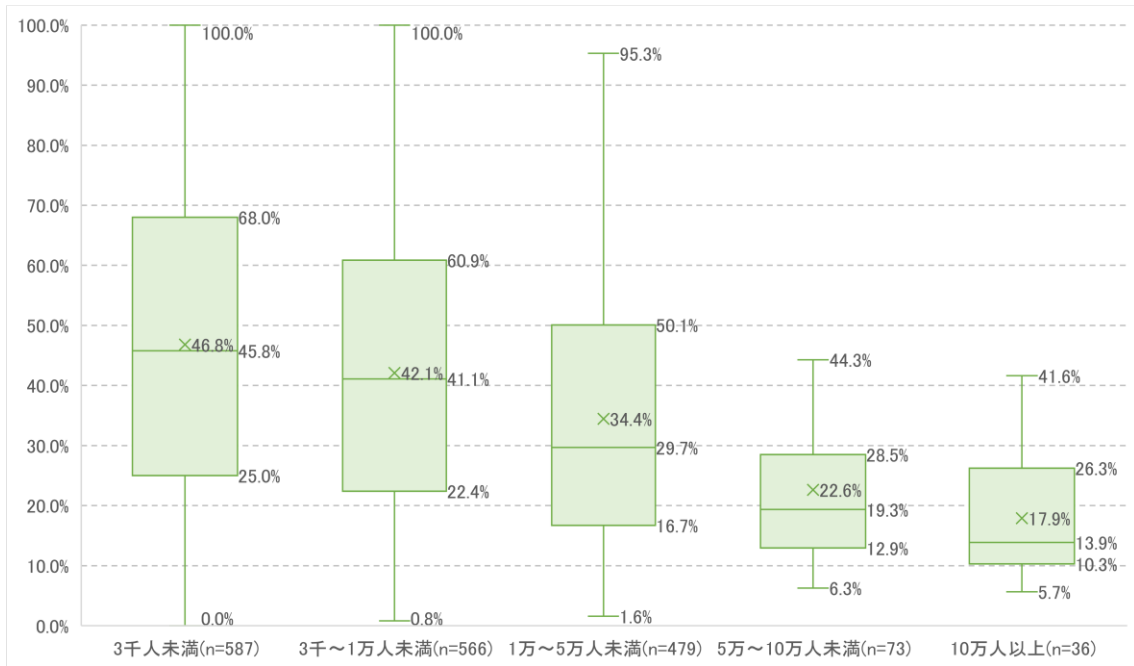
低い実施率に偏った分布であった。

保険者規模が大きくなるにしたがい、平均値が低下する傾向がみられた。

図表 1-52 特定保健指導実施率 (H30) (n=1,741)

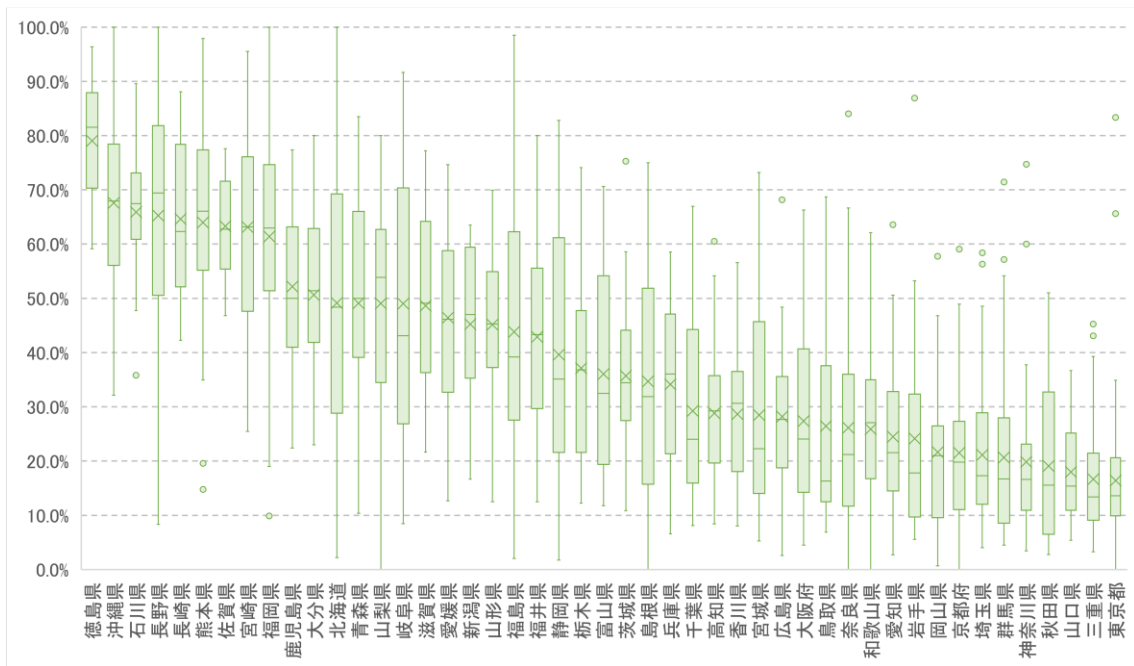


図表 1-53 特定保健指導実施率 (H30) \_保険者規模別



※ 外れ値は非表示

図表 1-54 特定保健指導実施率 (H30) \_都道府県別

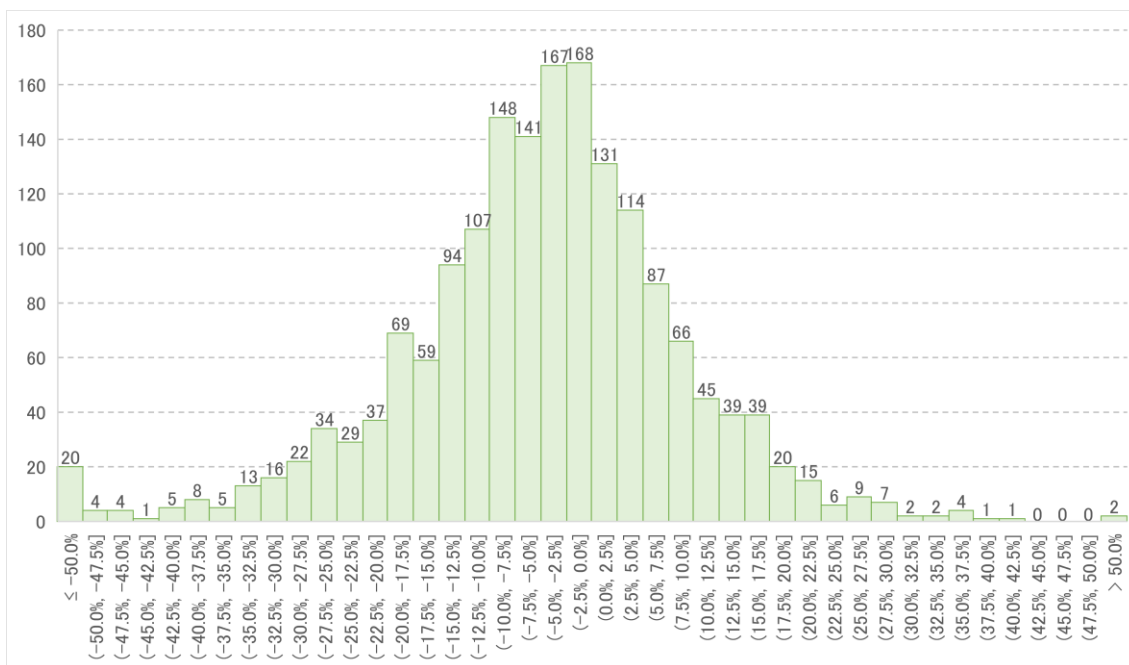


### ③ メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率

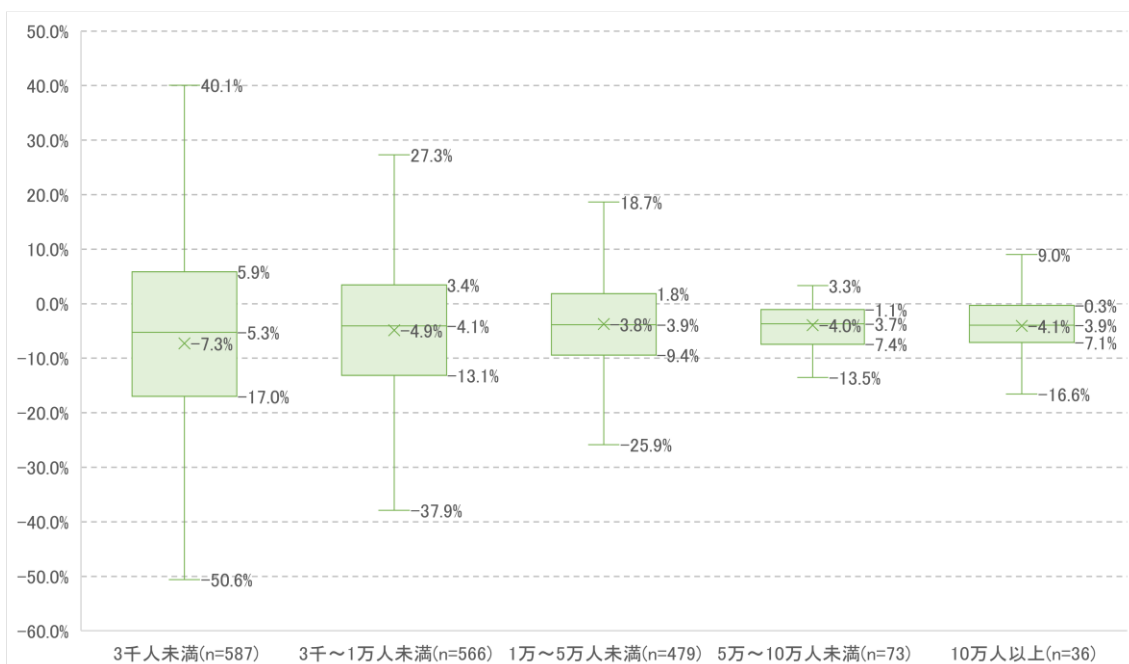
概ね、左右対称の分布であった。

保険者規模が大きくなるにしたがい、平均値が上昇する傾向がみられた。

図表 1-55 メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率 (R1-H20) (n=1,741)

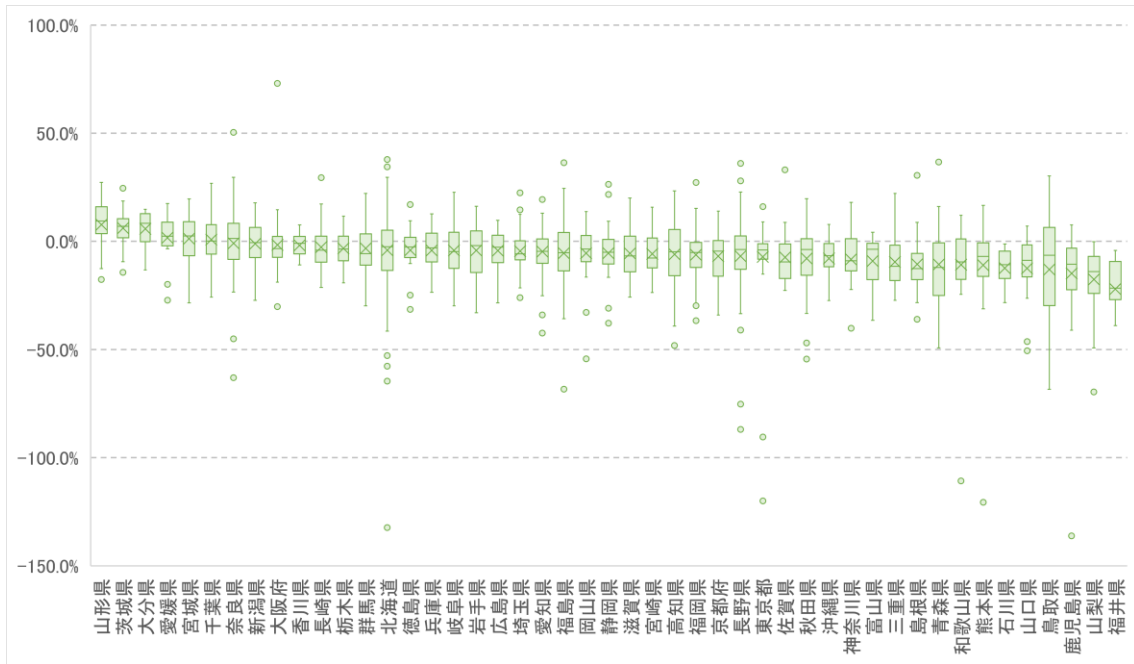


図表 1-56 メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率 (R1-H20) \_保険者規模別



※ 外れ値は非表示

図表 1-57 メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率 (R1-H20) \_都道府県別

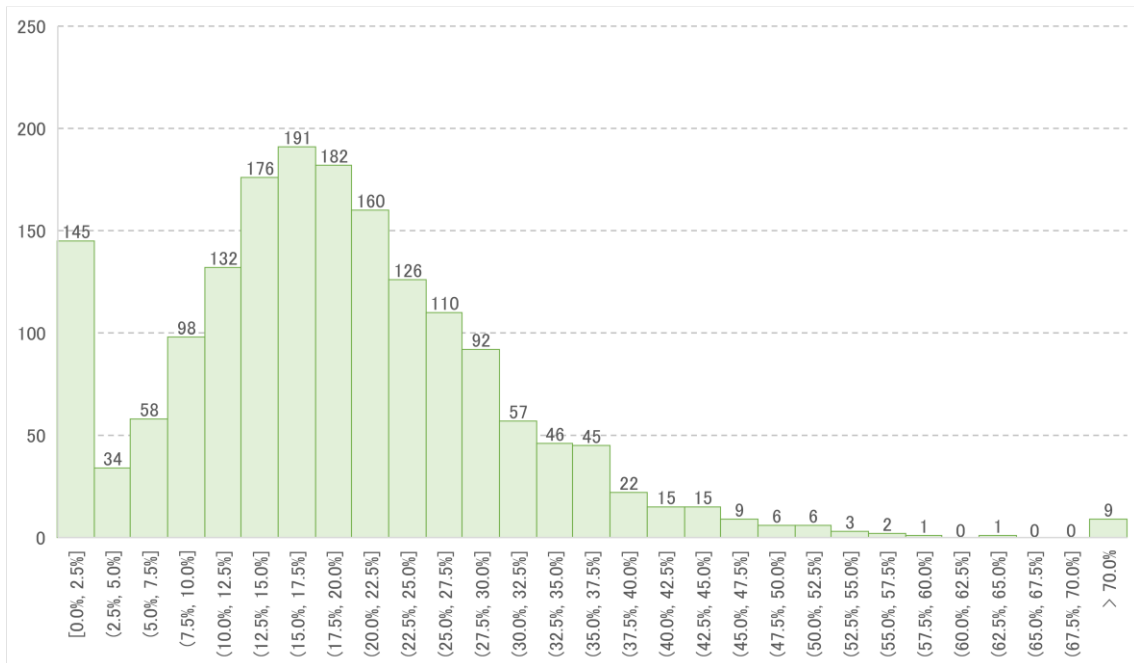


④ がん検診受診率

低い受診率に偏った分布であった。

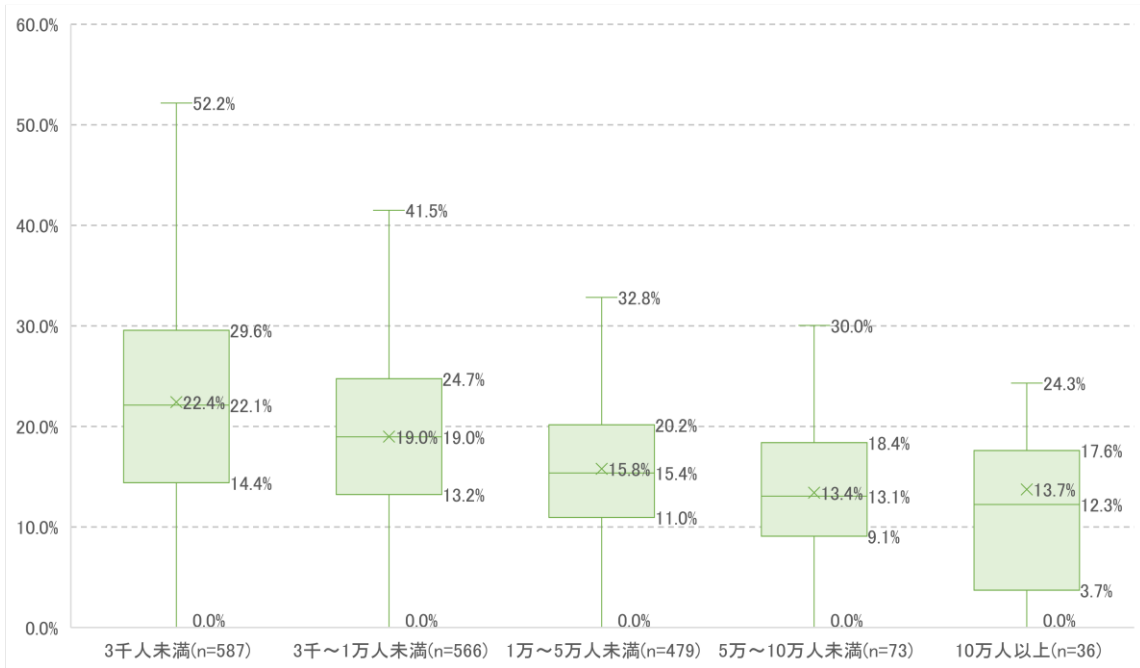
保険者規模が大きくなるにしたがい、平均値が低下する傾向がみられたが、「10 万人以上」の平均値は「5 万～10 万人未満」の平均値よりもやや高かった。

図表 1-58 がん検診受診率 (H30) (n=1, 741)





図表 1-59 がん検診受診率 (H30) \_保険者規模別



※ 外れ値は非表示

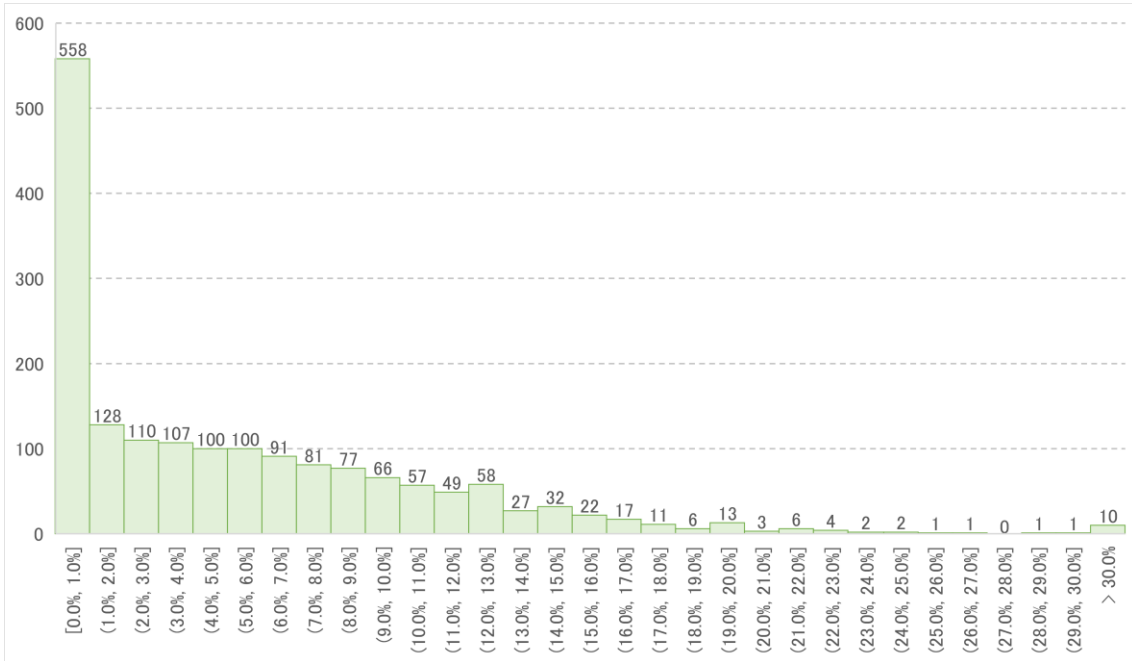
図表 1-60 がん検診受診率 (H30) \_都道府県別



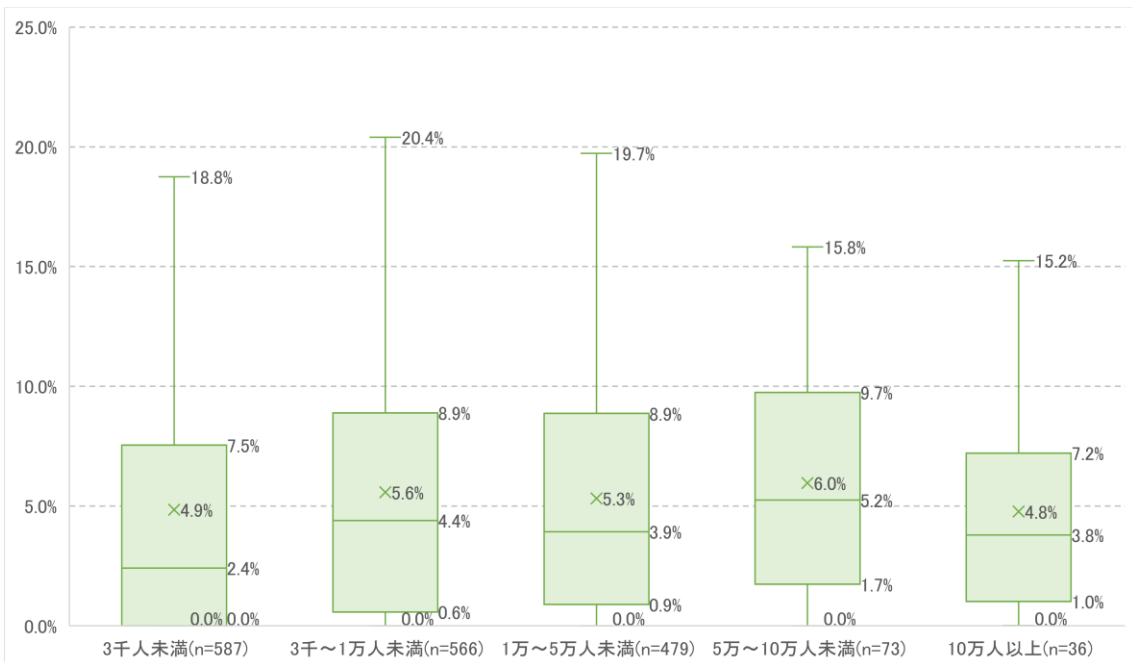
⑤ 歯科健診受診率

低い受診率に偏った分布であった。

図表 1-61 歯科健診受診率 (R1) (n=1,741)

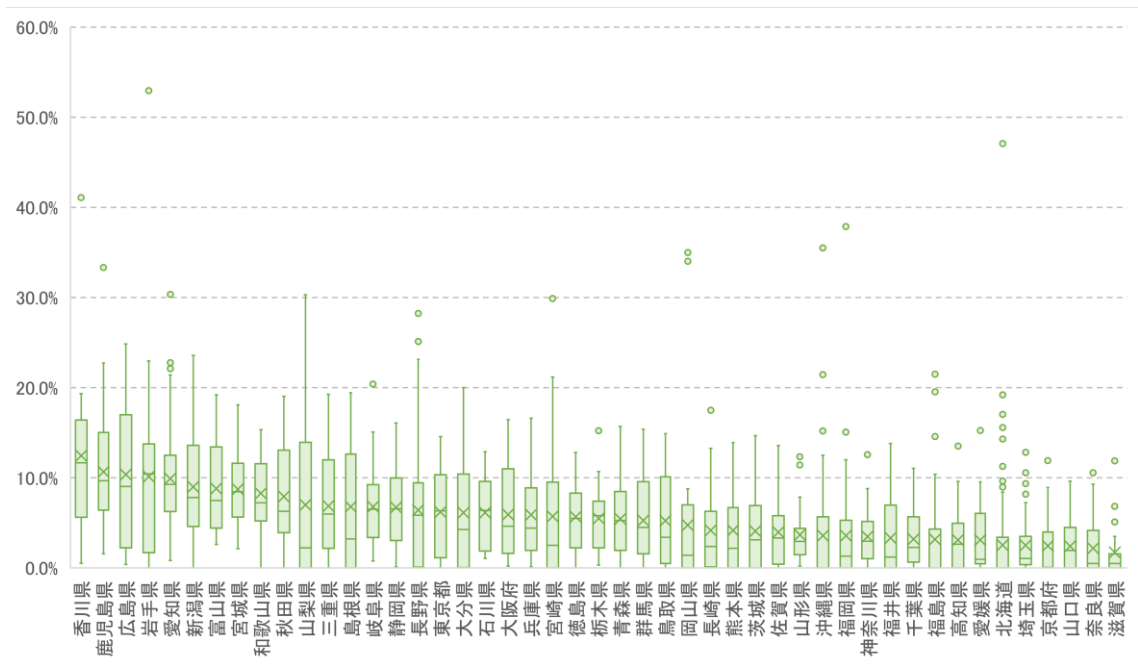


図表 1-62 歯科健診受診率 (R1) \_保険者規模別



※ 外れ値は非表示

図表 1-63 歯科健診受診率 (R1) \_都道府県別



## 2.2 定量指標の経年変化（市町村・都道府県）

令和4年度の取組評価（市町村）の対象となっている定量指標の経年変化について、定量指標ごとの分布、人口規模別・都道府県別の分布をヒストグラムや箱ひげ図、散布図で整理し、その特徴を概観する。

具体的な指標は、以下のとおりである（図表 1-64）。

図表 1-64 取組評価 R4（市町村）の対象となっている定量指標

	評価項目		定量指標	期間 <sup>14</sup>
市町村	共通①	(1) 特定健康診査の受診率	・ 特定健康診査の受診率の変化（%ポイント）	H27-H30
		(2) 特定保健指導の実施率	・ 特定保健指導実施率の変化（%ポイント）	H27-H30
	共通②	(1) がん検診受診率等	・ がん検診受診率の変化（%ポイント）	H27-H30
		(2) 歯科健診受診率等	・ 歯科健診受診率の変化（%ポイント）	R1-H30
都道府県	指標①	特定健康診査・特定健康指導の受診率	・ 特定健康診査の受診率の変化（%ポイント）	H27-H30
			・ 特定保健指導の実施率の変化（%ポイント）	H27-H30
	指標②	年齢調整後一人当たり医療費	・ 年齢調整後一人当たり医療費（円）	R1-H28
		重症化予防のマクロ的評価	・ 年齢調整後新規透析導入患者数（対被保険者1万人）（人）	R2-H30

<sup>14</sup> 「特定健康診査の受診率」、「特定保健指導の実施率」、「がん検診受診率等」については、令和4年度の取組評価では R1 の数字が評価対象であったが、評価の際には新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえて補正した数字が用いられたことから、ここでは H30 を集計の対象とした。

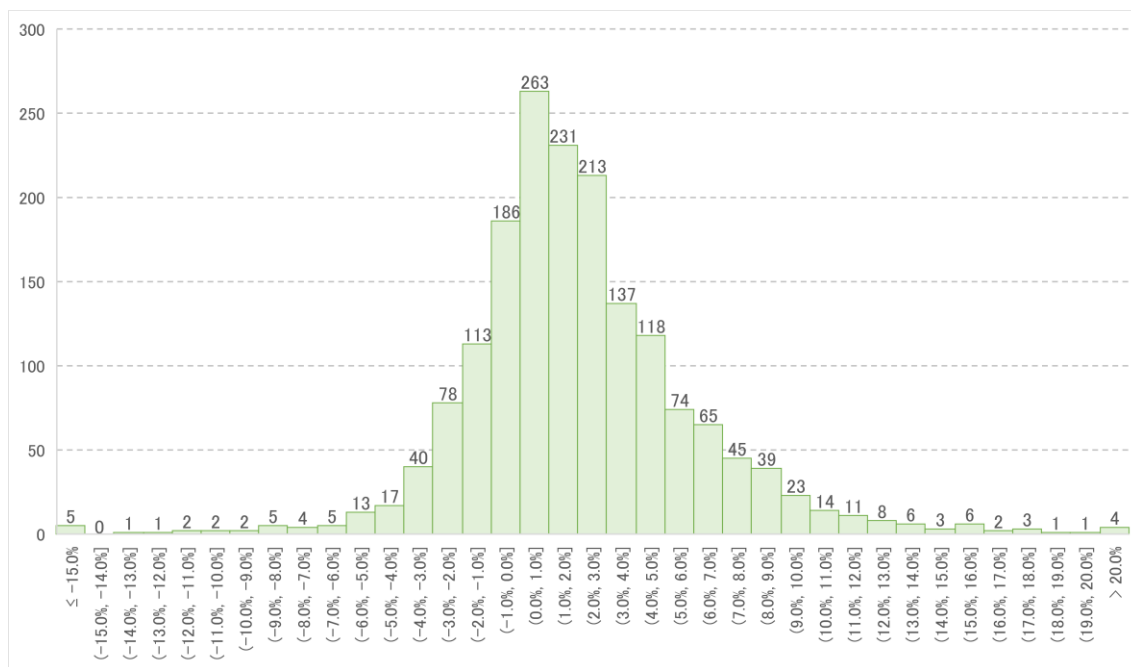
(1) 市町村

① 特定健康診査の受診率の変化 (H30-H27)

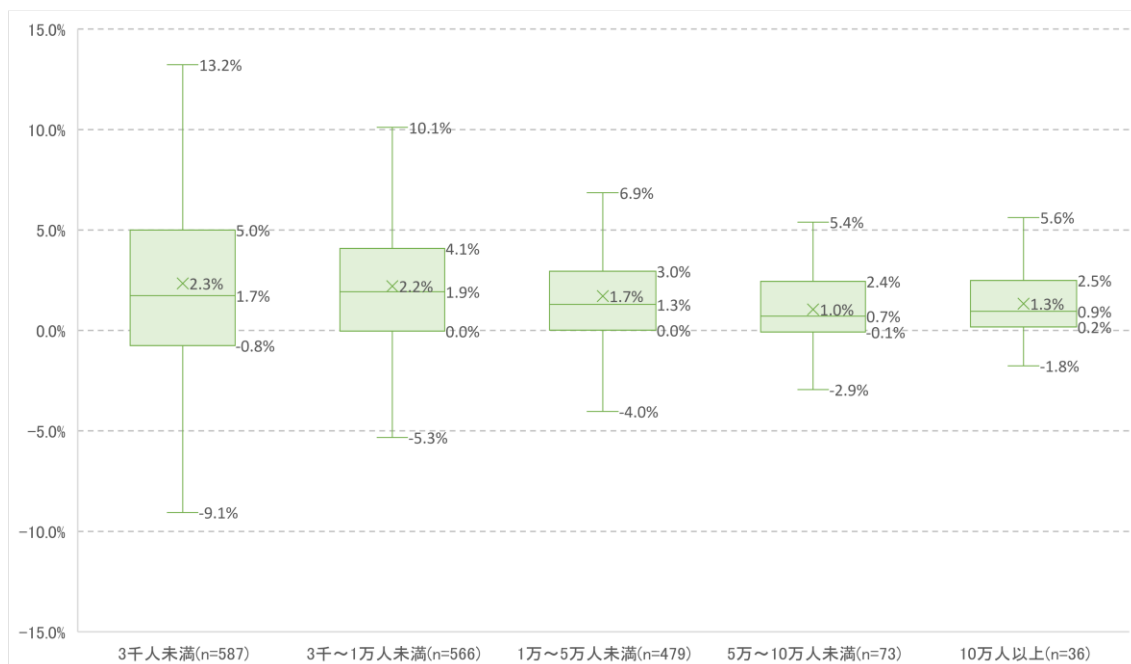
概ね、左右対称の分布であった。

保険者規模が大きくなるにしたがい、平均値が低下する傾向がみられたが、「10万人以上」の平均値は「5万～10万人未満」の平均値よりもやや高かった

図表 1-65 特定健康診査の受診率の変化 (H30-H27) (n=1,741)

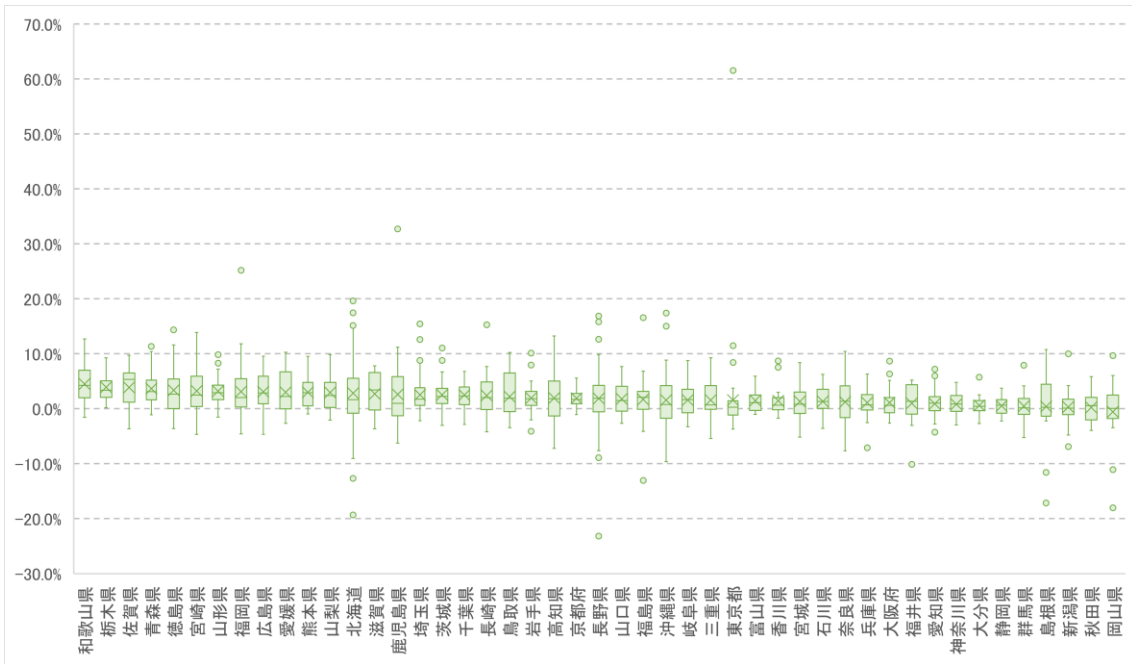


図表 1-66 特定健康診査の受診率の変化 (H30-H27) \_保険者規模別



※ 外れ値は非表示

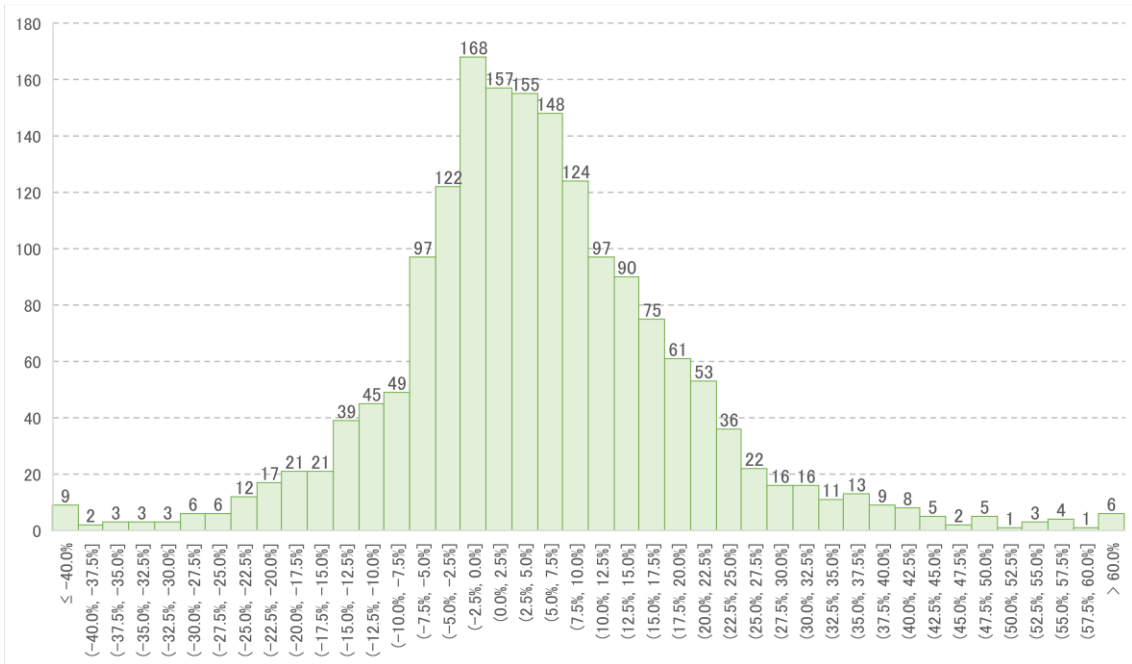
図表 1-67 特定健康診査の受診率の変化 (H30-H27) \_都道府県別



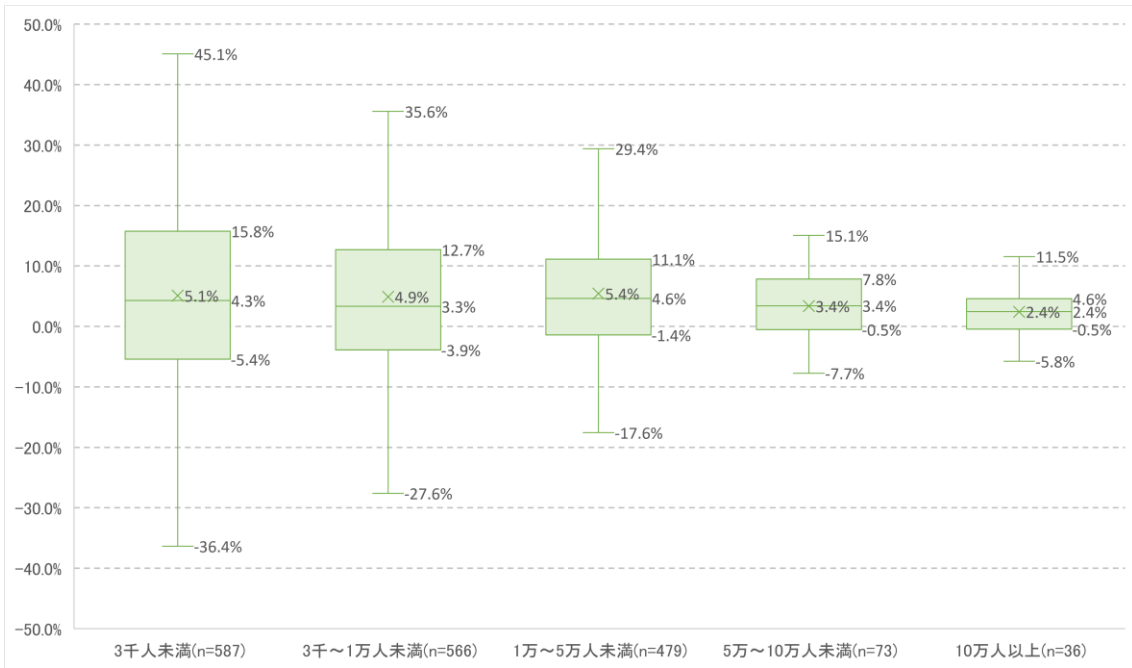
② 特定保健指導実施率の変化

概ね、左右対称の分布であった。

図表 1-68 特定保健指導実施率の変化 (H30-H27) (n=1,741)

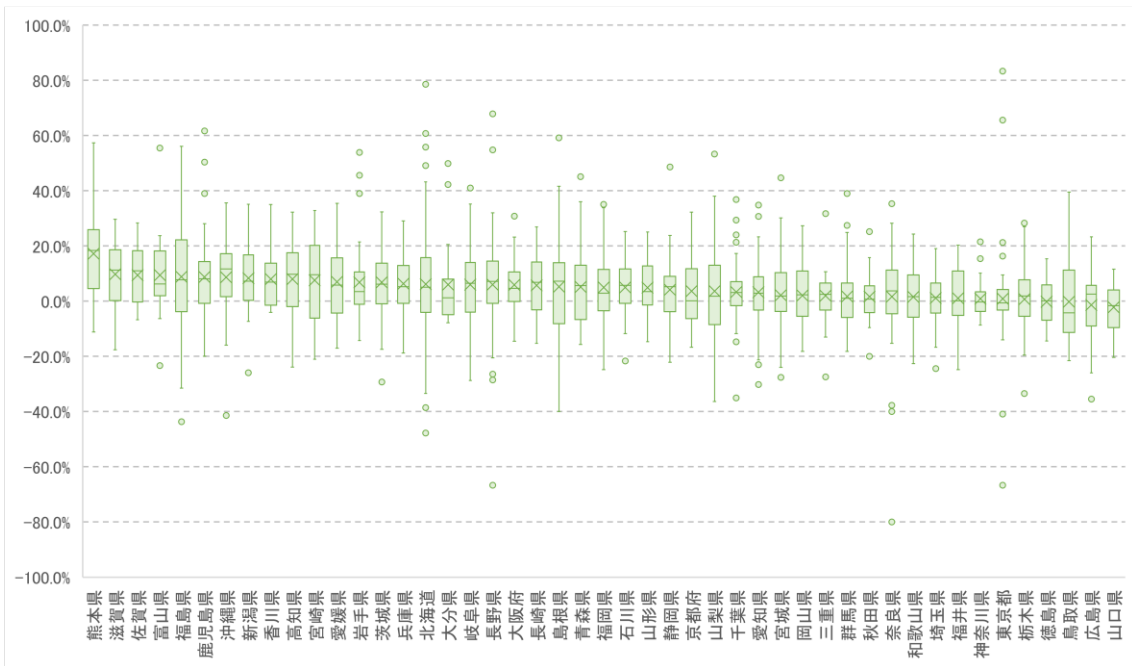


図表 1-69 特定保健指導実施率の変化 (H30-H27) \_保険者規模別



※ 外れ値は非表示

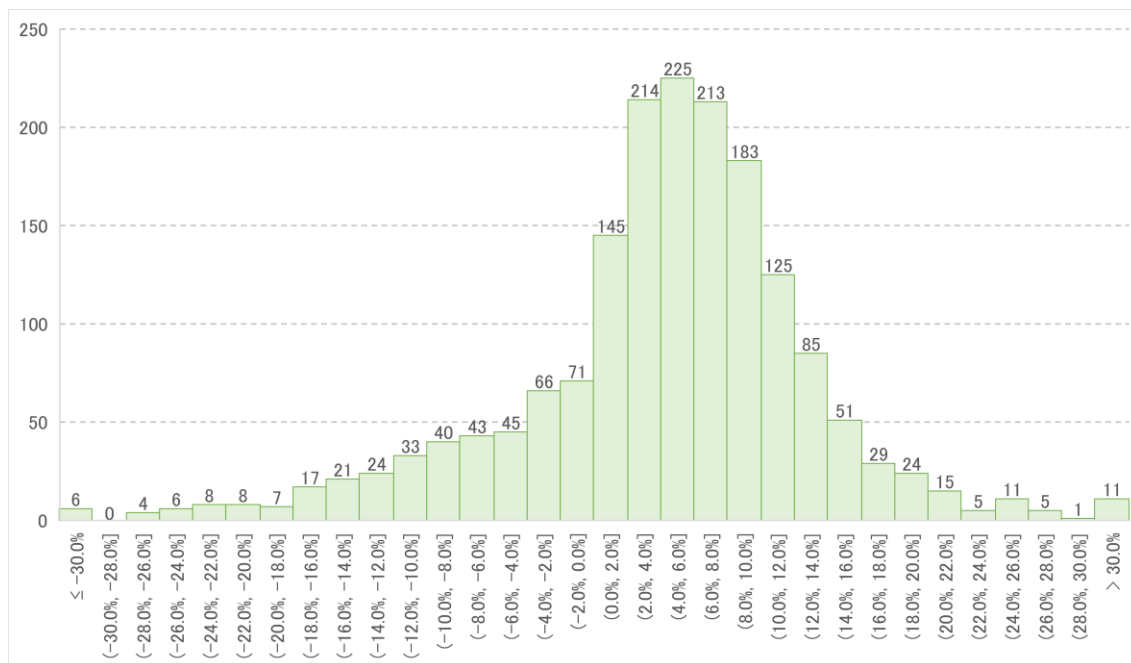
図表 1-70 特定保健指導実施率の変化 (H30-H27) \_都道府県別



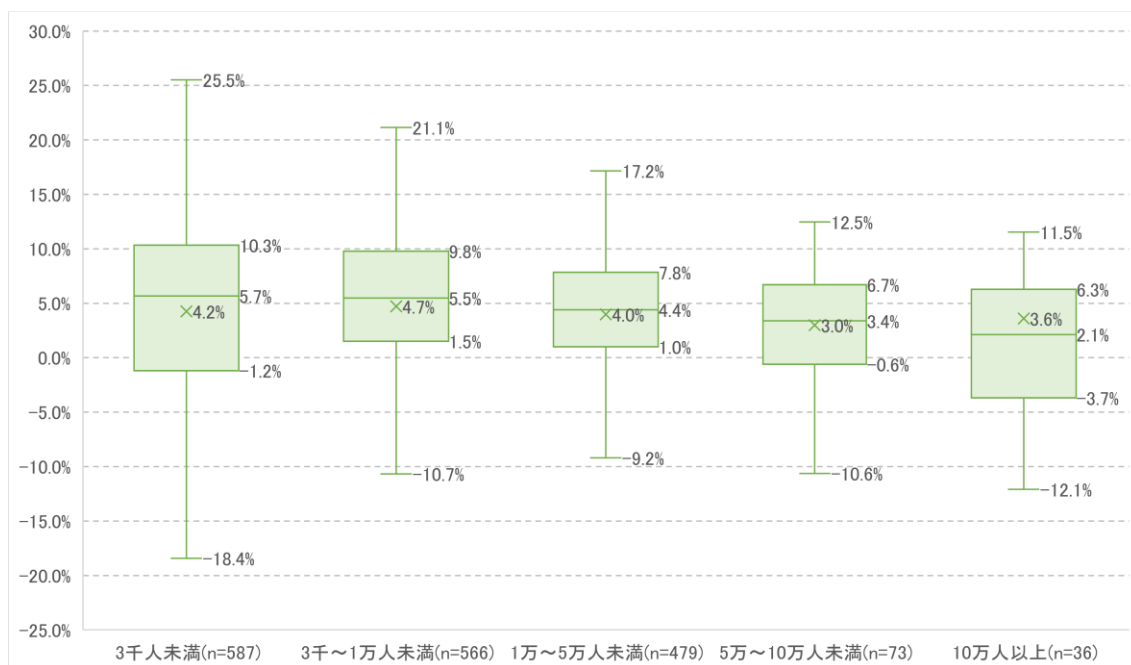
### ③ がん検診受診率の変化

やや高い数値に偏った分布であった。

図表 1-71 特定保健指導実施率の変化 (H30-H27) (n=1,741)



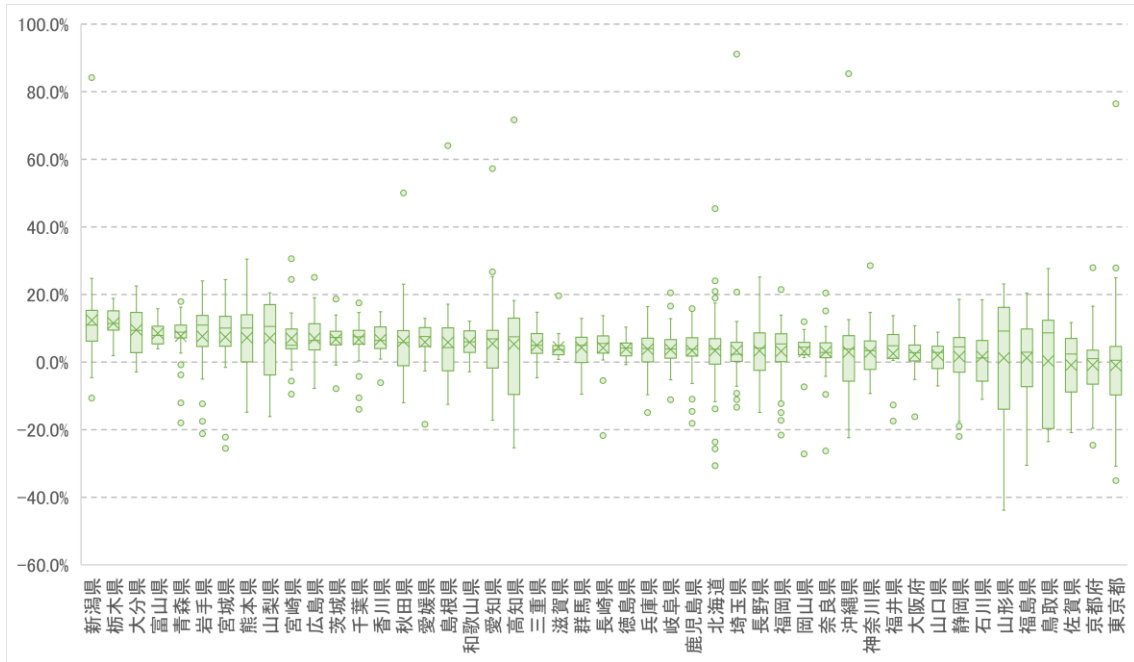
図表 1-72 特定保健指導実施率の変化 (H30-H27) \_保険者規模別



※ 外れ値は非表示



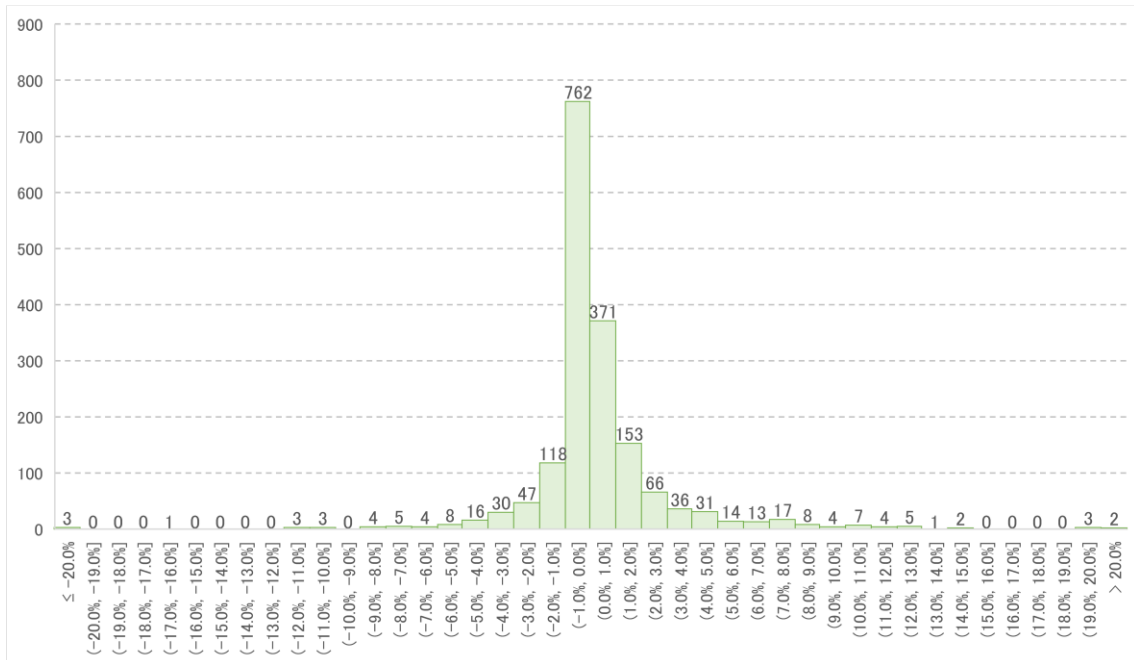
図表 1-73 特定保健指導実施率の変化 (H30-H27) \_都道府県別



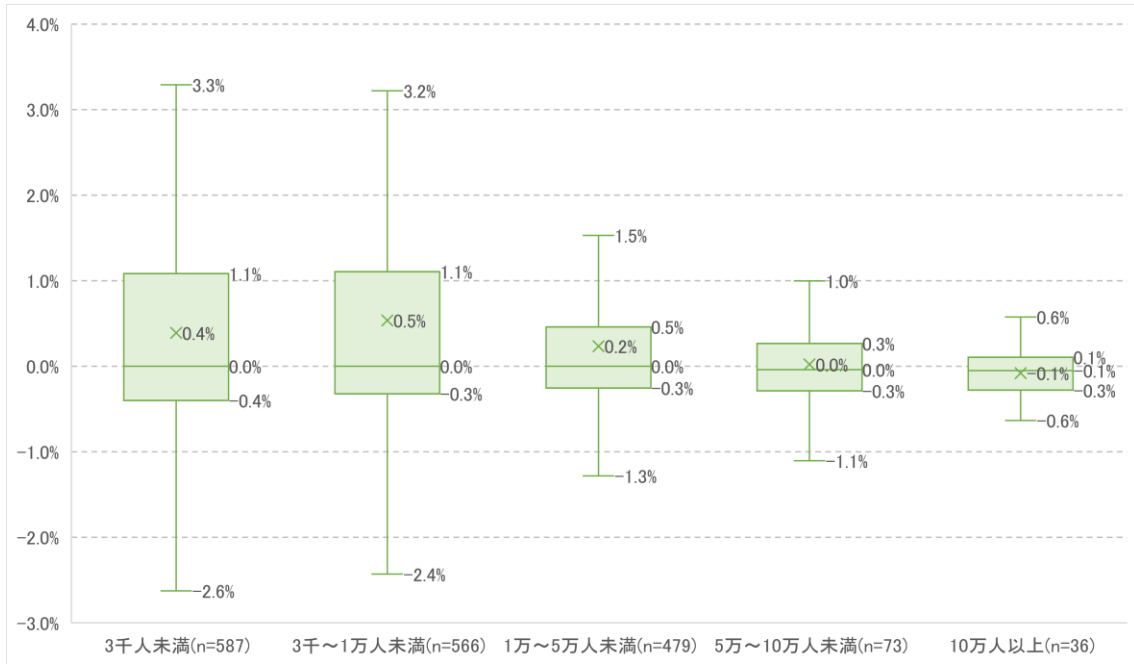
④ 歯科健診受診率の変化

概ね、左右対称の分布であった。

図表 1-74 歯科健診受診率 (H30-H27) (n=1,741)

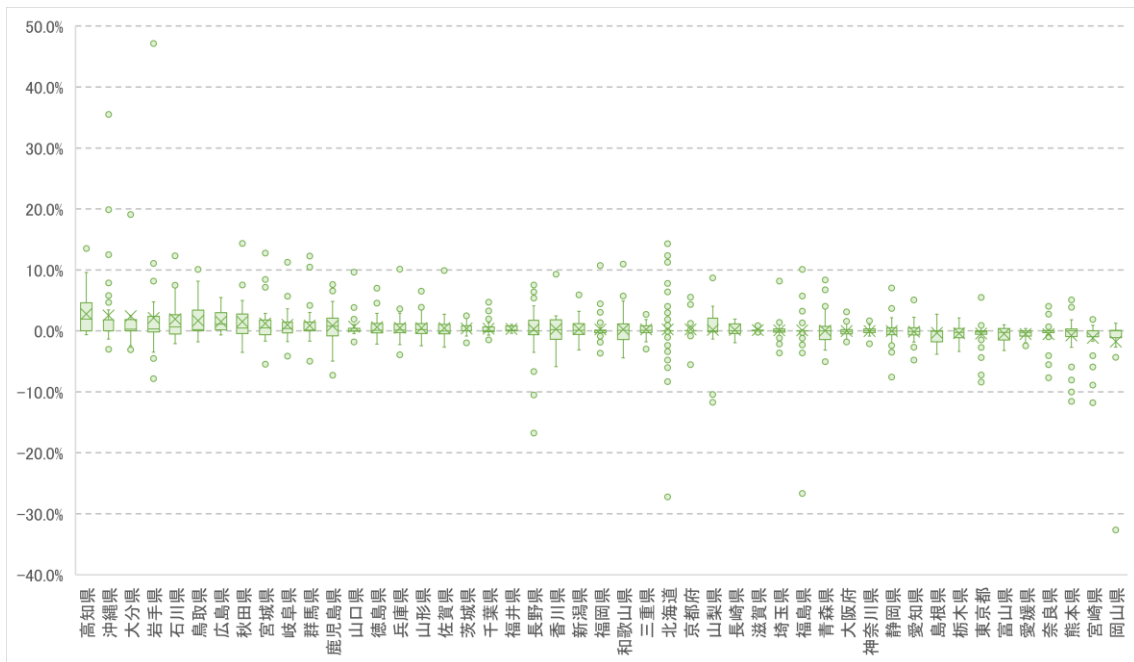


図表 1-75 歯科健診受診率（H30-H27）\_保険者規模別



※ 外れ値は非表示

図表 1-76 歯科健診受診率（H30-H27）\_都道府県別

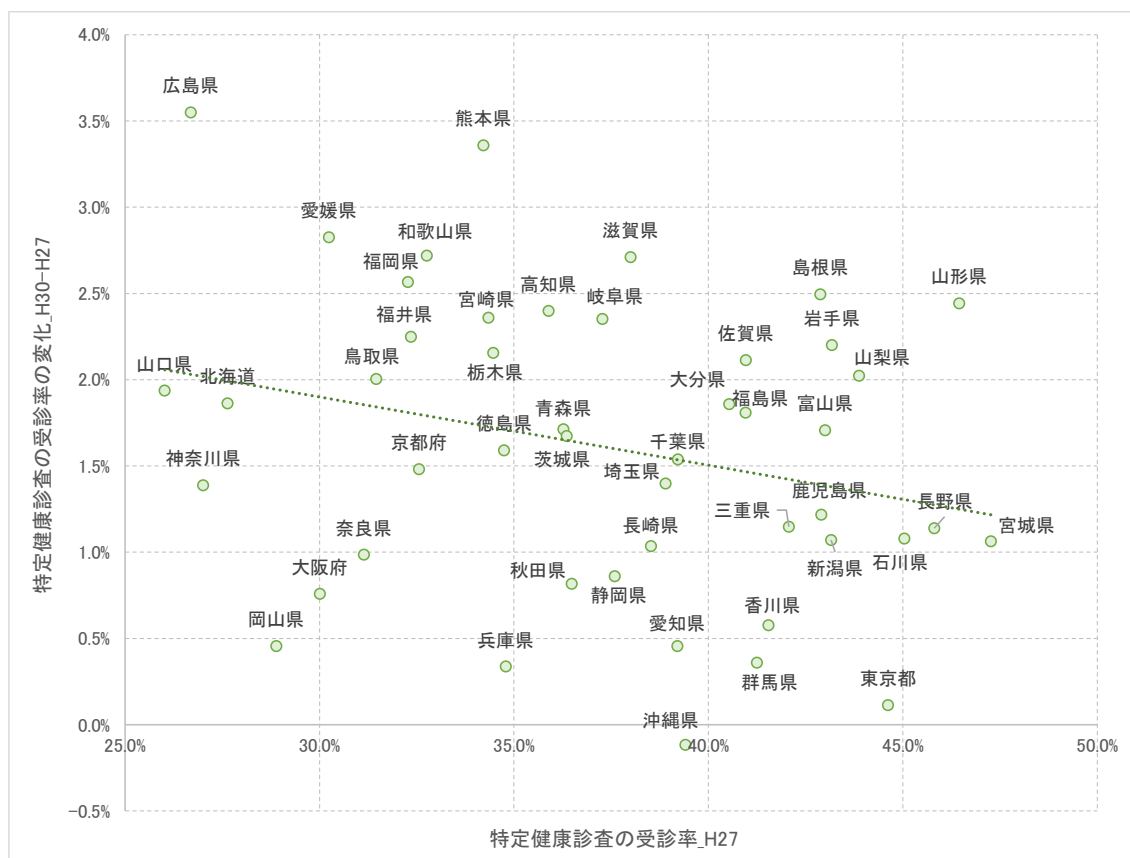


## (2) 都道府県

### ① 特定健康診査の受診率の変化

「広島県」の特定健康診査の受診率（H27）は26.7%と比較的低かったが、H30には3.6%ポイント上昇している。また、「山形県」は特定健康診査の受診率（H27）は46.4%と比較的高く、さらにH30には2.4%ポイント上昇するなど、上昇幅も大きかった。

図表 1-77 特定健診受診率の H27（横軸）と H30-H27 の変化（縦軸）<sup>15</sup>

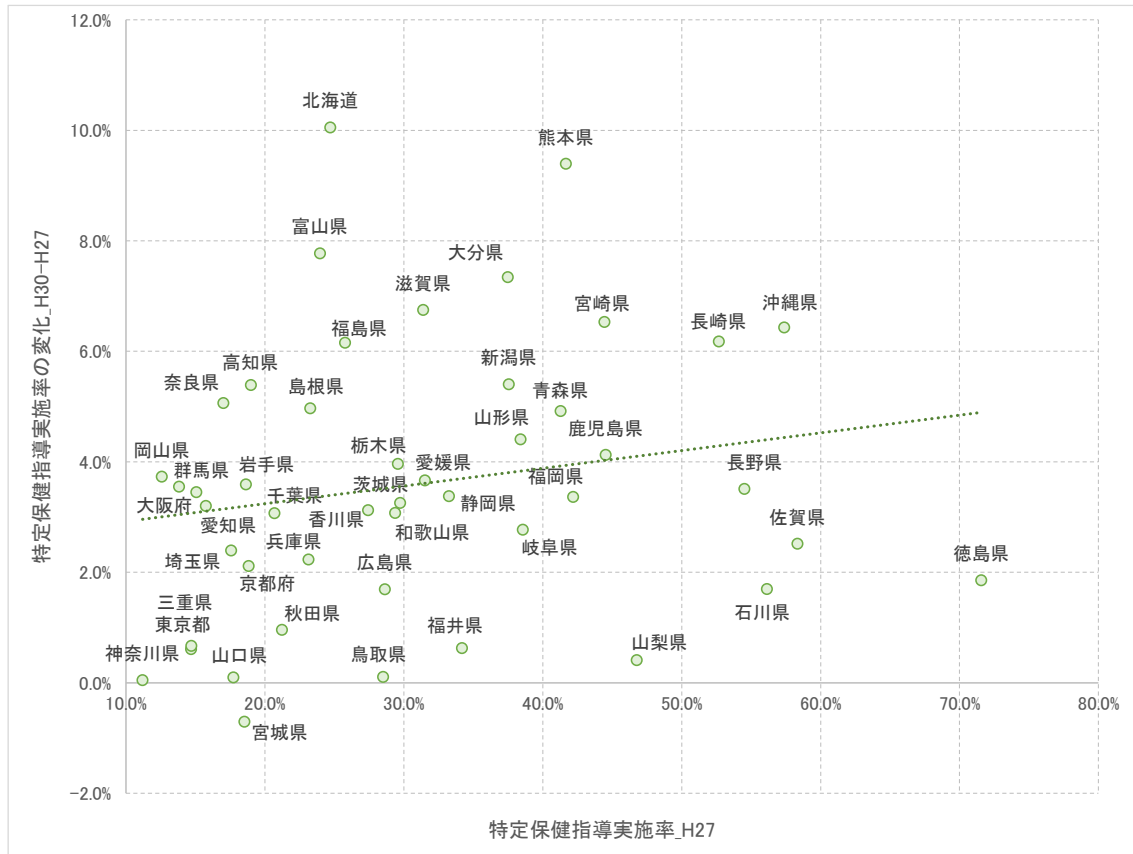


<sup>15</sup> 特定健康診査の受診率については、H27 時点で比較的高かった都道府県においては、増加幅が比較的小さくなっており、右下がりの近似直線となった。

## ② 特定保健指導実施率の変化

「北海道」の特定保健指導実施率（H27）は24.7%と比較的低かったが、H30には10.1%ポイント上昇している。また、「沖縄県」は特定健康診査の受診率（H27）は57.4%と比較的高く、さらにH30には6.4%ポイント上昇するなど、上昇幅も大きかった。

図表 1-78 特定保健指導実施率のH27（横軸）とH30-H27の変化（縦軸）<sup>16</sup>

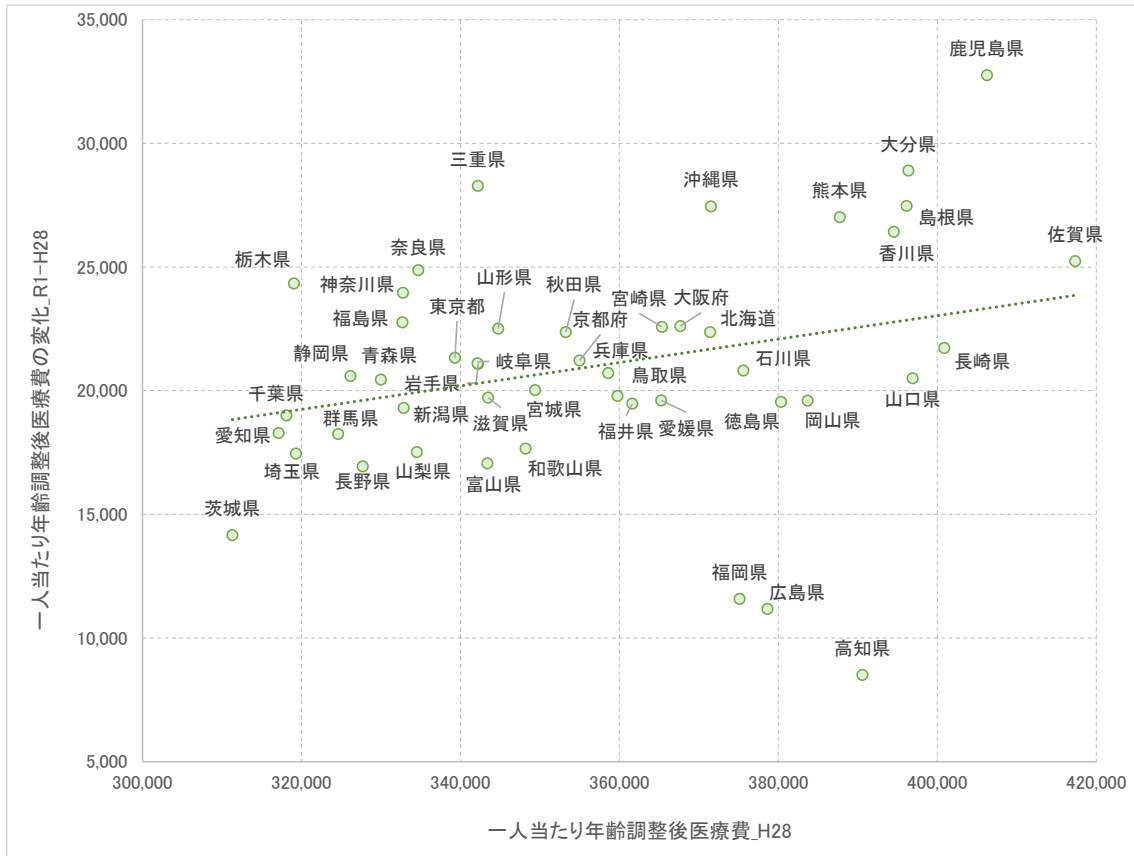


<sup>16</sup> 特定保健指導実施率については、H27 時点で比較的低かった都道府県においては、引き続き増加幅が小さい傾向があり、右上がりの近似直線となった。

### ③ 一人当たり年齢調整後医療費の変化

「茨城県」の一人当たり年齢調整後医療費（H28）は311,306円と比較的低かったが、R1には+14,159円と増加幅も比較的小さかった。また、「鹿児島県」の一人当たり年齢調整後医療費（H28）は406,256円と比較的高く、さらにR1には+32,764円増加と増加幅も比較的大きかった。

図表 1-79 一人当たり年齢調整後医療費のH28（横軸）とR1-H28の変化（縦軸）<sup>17</sup>

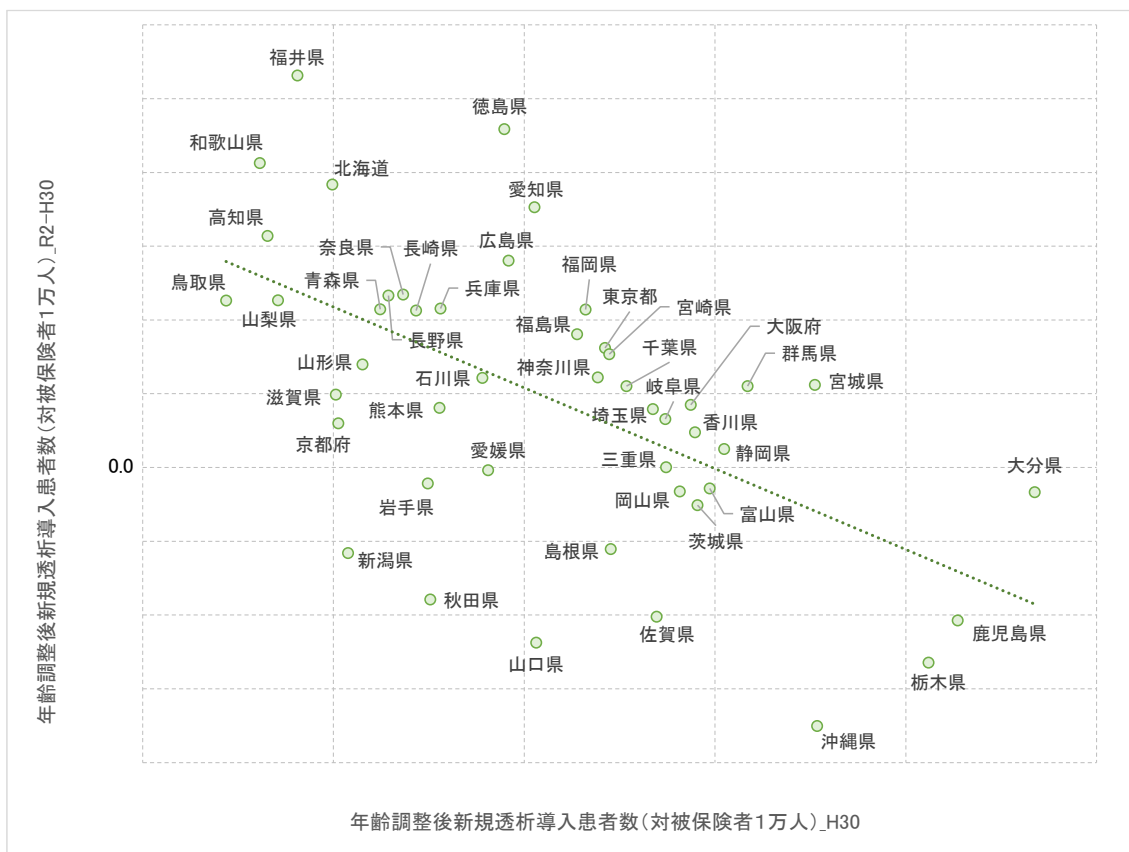


<sup>17</sup> 一人当たり年齢調整後医療費については、H28 時点で比較的高かった都道府県においては、増加幅が大きい傾向があり、右上がりの近似直線となった。

#### ④ 年齢調整後新規透析導入患者数（対被保険者1万人）の変化

「福井県」の年齢調整後新規透析導入患者数（対被保険者1万人）（H30）は比較的低かったが、R1にかけての増加幅は比較的大きかった。また、「鹿児島県」の年齢調整後新規透析導入患者数（対被保険者1万人）（H30）は比較的高かったが、R1にかけての減少幅は比較的大きかった。

図表 1-80 年齢調整後新規透析導入患者数（対被保険者1万人）のH30（横軸）とR2-H30の変化（縦軸）<sup>1819</sup>



<sup>18</sup> 「年齢調整後新規透析導入患者数(対被保険者1万人)」については、R3・R4の評価で使用したH30からR2の変化を分析対象として使用した。

<sup>19</sup> 年齢調整後新規透析導入患者数(対被保険者1万人)については、H30時点で比較的低かった都道府県においては、増加幅が大きい傾向があり、右下がりの近似直線となった。

### 3 将来的な効果として想定される指標

#### 3.1 指標の概要

「予防・健康づくり」の取組の将来的な効果として想定されるデータについて、指標ごとの分布、人口規模別・都道府県別の分布をヒストグラムや箱ひげ図で整理し、その特徴を概観する。

具体的な指標は、以下のとおりである（図表 1-81）。

図表 1-81 集計・分析の対象とした指標

	集計・分析の概要	n	出典
1 要介護認定率	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 要介護認定率（要支援1～要介護1）_年齢調整済み（%）</li> <li>➤ 要介護認定率（要支援1～要介護5）_年齢調整済み（%）</li> </ul>	1,522 (1,531)	介護保険事業状況報告 R3.8
2 重複・多剤処方該当者数	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 重複処方該当者数（保険者千人あたり）</li> <li>➤ 多剤処方該当者数（保険者千人あたり）</li> </ul>	1,740 (1,741)	取組評価分 R4
3 糖尿病性腎症の対象者割合	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 糖尿病性腎症の対象者割合_R2_R3（%）</li> <li>➤ 糖尿病性腎症の対象者割合の変化_R3-R2（%ポイント）</li> </ul>	1,727 (1,741)	
4 平均余命・平均自立期間	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 平均余命（男女別）_R2</li> <li>➤ 平均自立期間（男女別）_R2</li> </ul>	1,535 (1,552)	
5 介護保険料	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 介護保険料（第8期）</li> </ul>	1,536 (1,544)	
6 被保険者1人当たり総点数（生活習慣病_がん、筋・骨格、精神除く）_入院・外来_R2	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 被保険者1人当たり総点数（生活習慣病_がん、筋・骨格、精神除く）_入院・外来_R2</li> </ul>	1,542 (1,546)	

※ 市町村が様式に記載した指標について、記載ミスと思われる外れ値が多くみられたことから、平均値±4σ（偏差値90以上、10以下）は、一律に外れ値として集計・分析から除外している。（）内は外れ値を除く前のn数

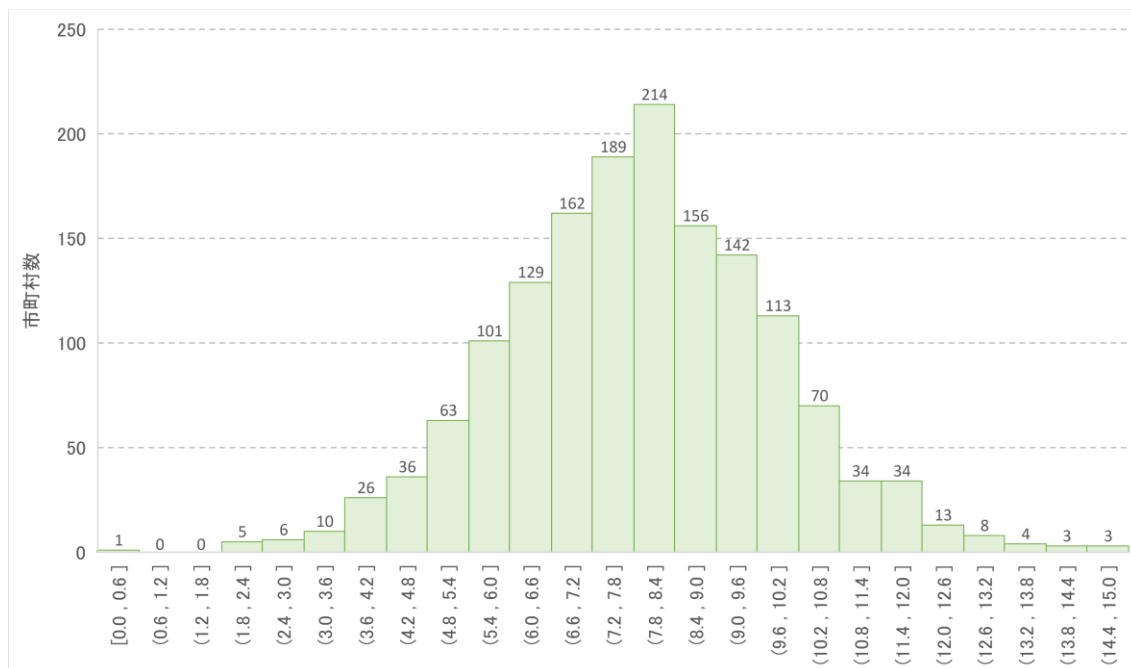
## (1) 要介護認定率

### ① 要介護認定率（要支援1～要介護1）\_年齢調整済み（%）

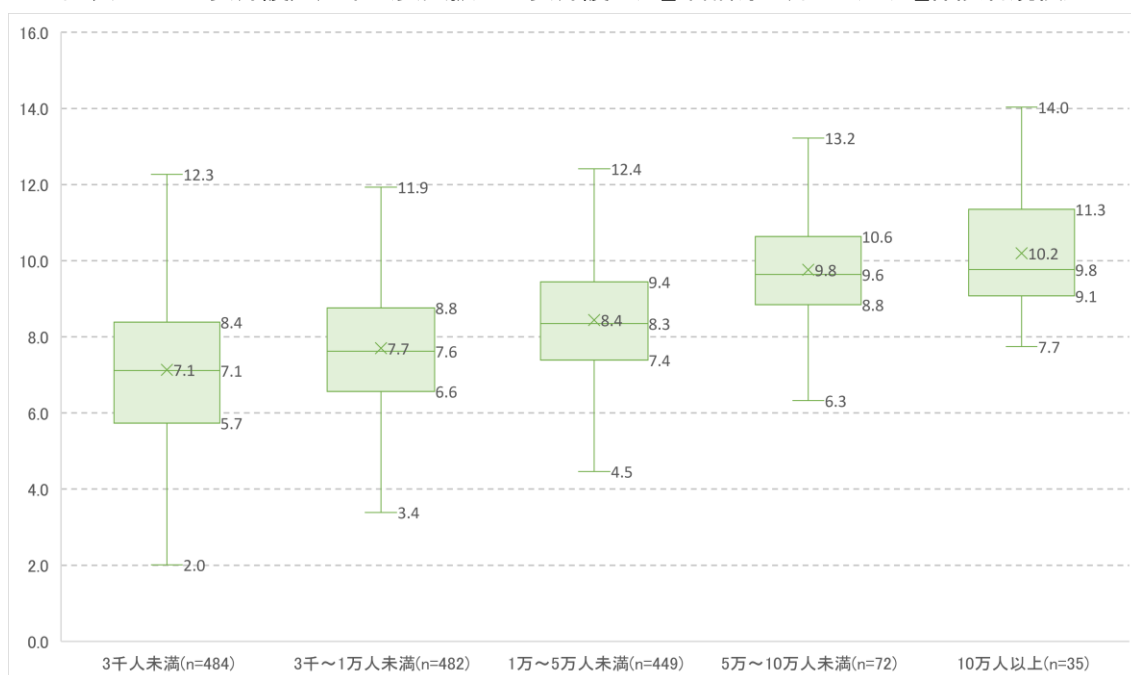
概ね、左右対称の分布であった。

保険者規模が大きくなるにしたがい、平均値が上昇する傾向がみられた。

図表 1-82 要介護認定率（要支援1～要介護1）\_年齢調整済み（%）（n=1,522）

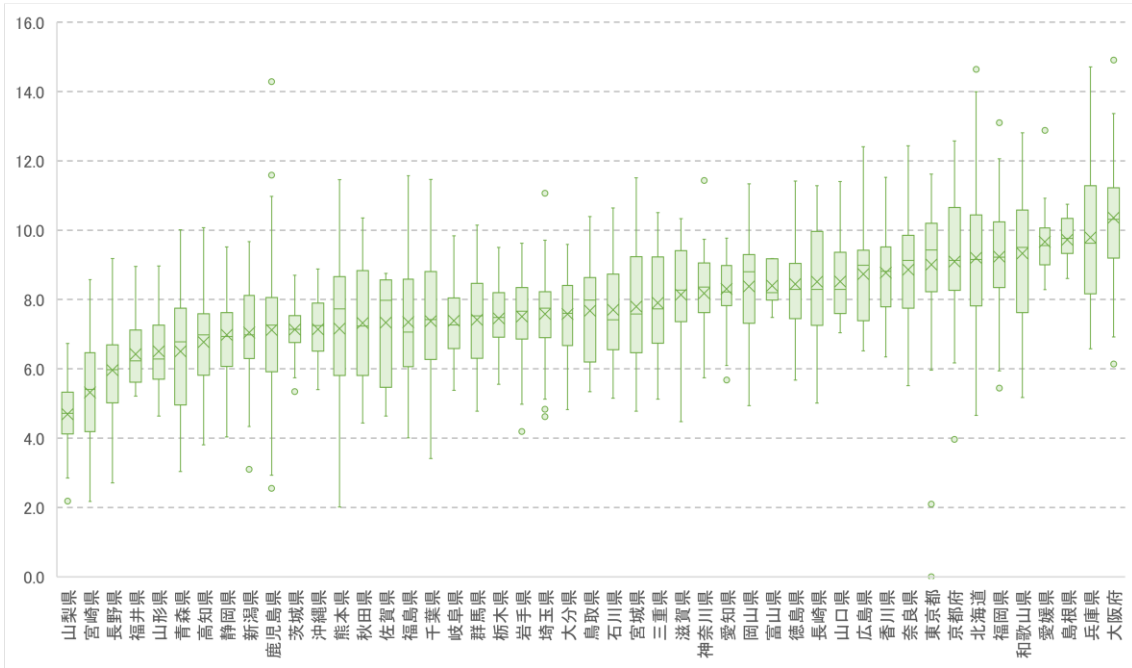


図表 1-83 要介護認定率（要支援1～要介護1）\_年齢調整済み（%）\_保険者規模別





図表 1-84 要介護認定率（要支援1～要介護1）\_年齢調整済み（%）\_都道府県別

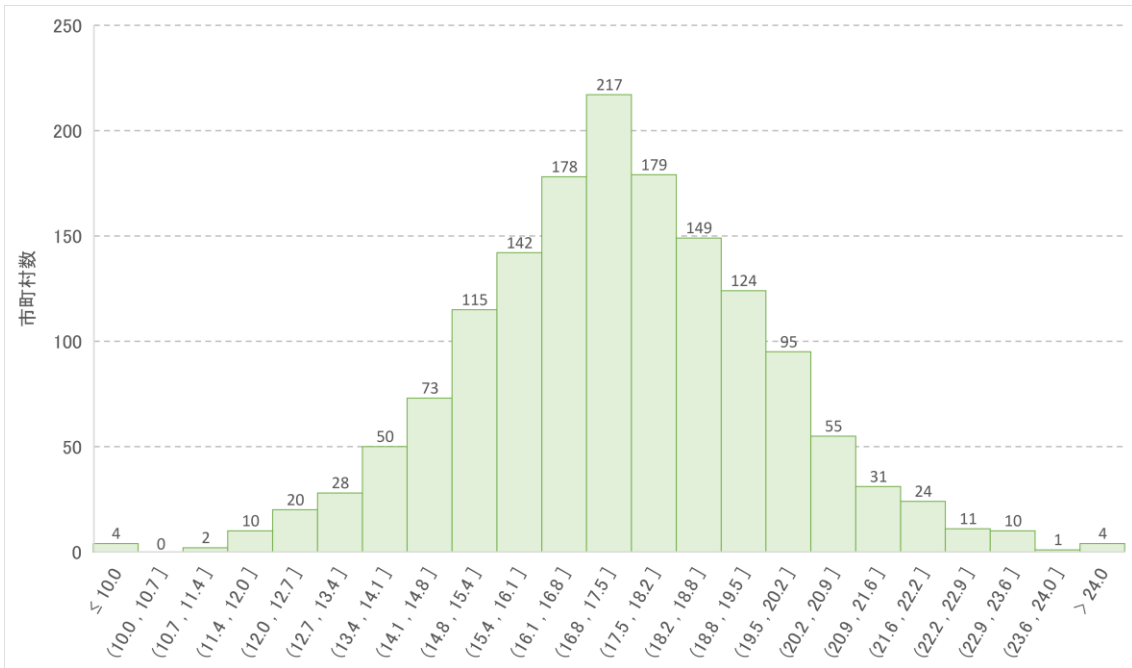


② 要介護認定率（要支援1～要介護5）\_年齢調整済み（%）

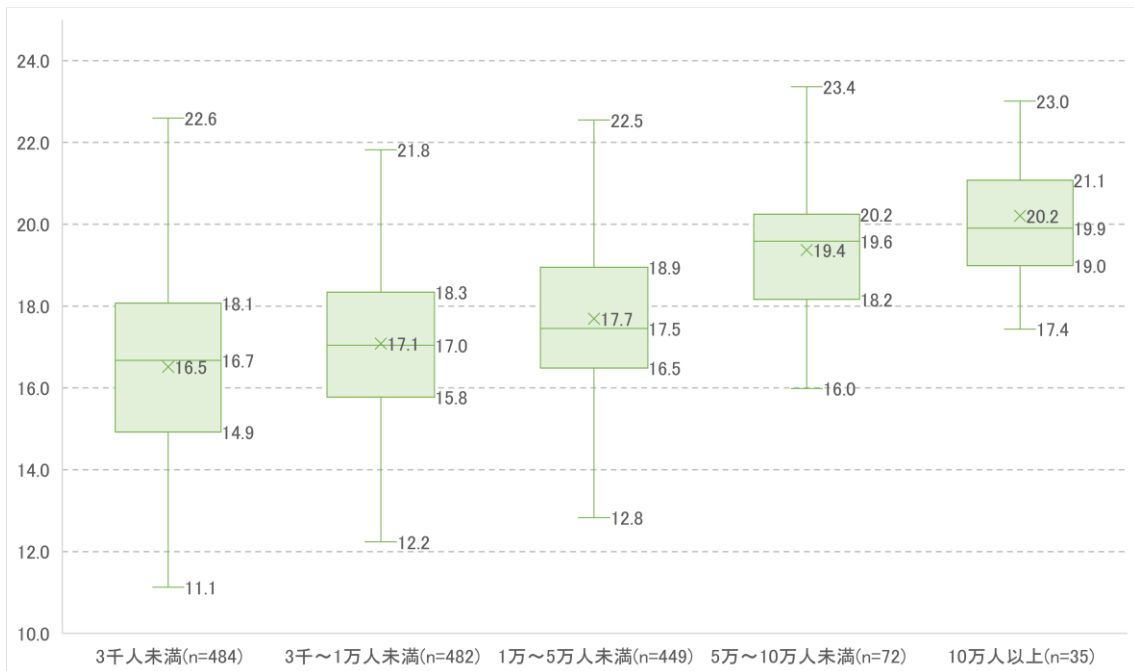
概ね、左右対称の分布であった。

保険者規模が大きくなるにしたがい、平均値が上昇する傾向がみられた。

図表 1-85 要介護認定率（要支援1～要介護5）\_年齢調整済み（%）(n=1,522)



図表 1-86 要介護認定率（要支援1～要介護5）\_年齢調整済み（%）\_保険者規模別



図表 1-87 要介護認定率（要支援1～要介護5）\_年齢調整済み（%）\_都道府県別

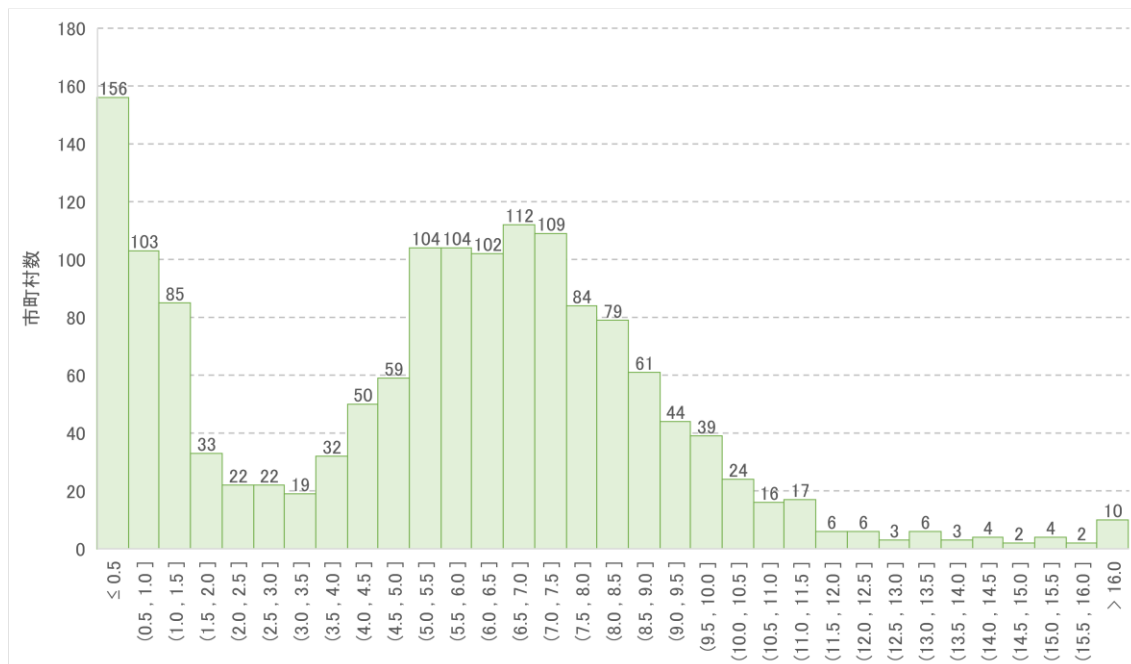


## (2) 重複・多剤処方該当者数

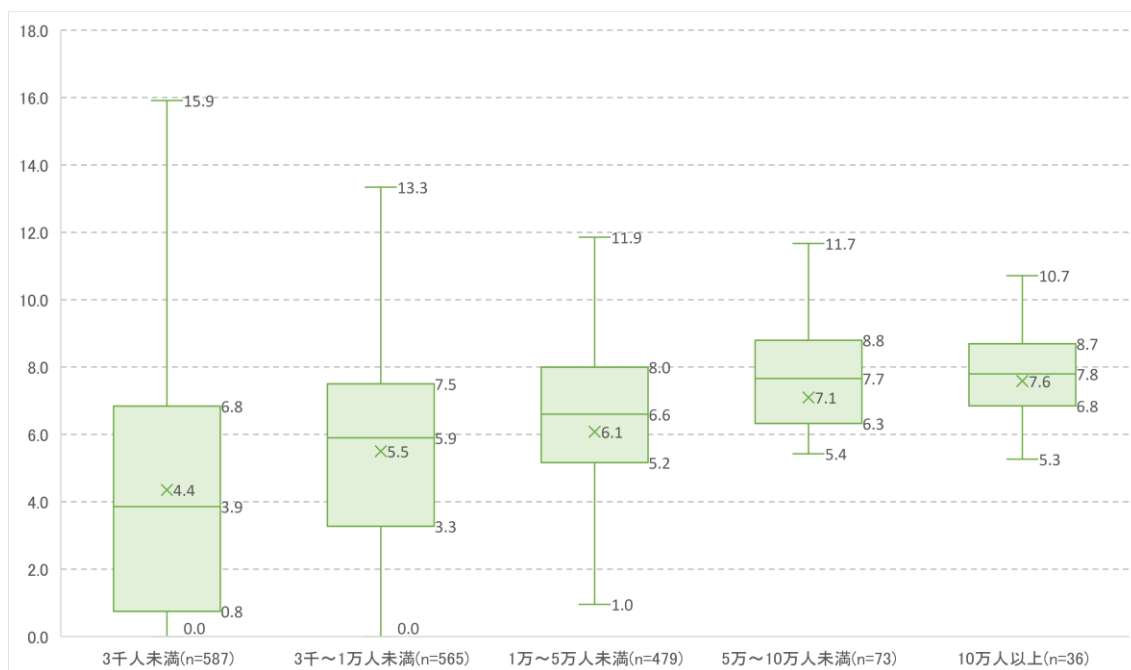
### ① 重複処方該当者数（保険者千人あたり）

0.5 人以下の市町村と 6.0 前後の市町村の山が 2 つできる分布であった。  
 保険者規模が大きくなるにしたがい、平均値が上昇する傾向がみられた。

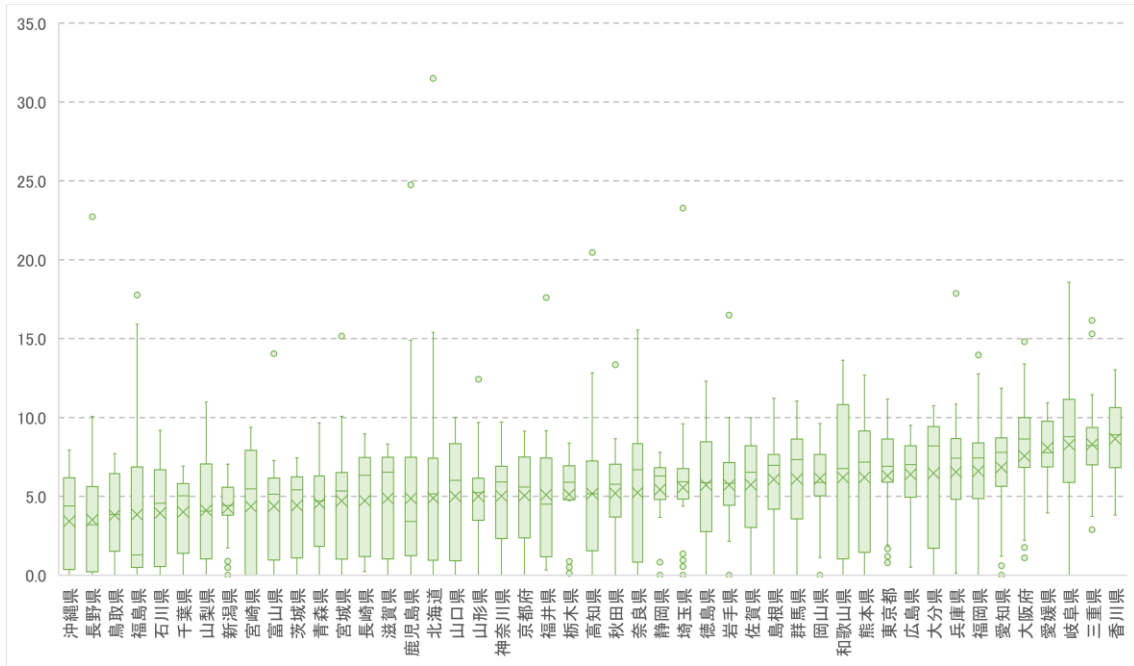
図表 1-88 重複処方該当者数（保険者千人あたり）(n=1,740)



図表 1-89 重複処方該当者数（保険者千人あたり）\_保険者規模別



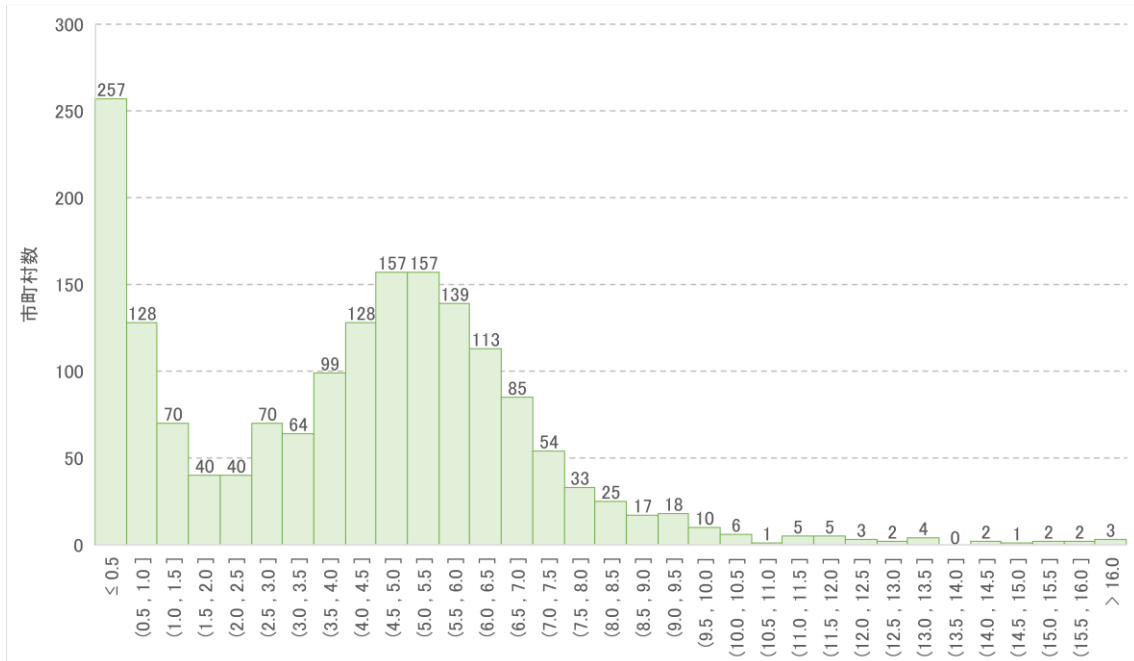
図表 1-90 重複処方該当者数（保険者千人あたり）\_都道府県別



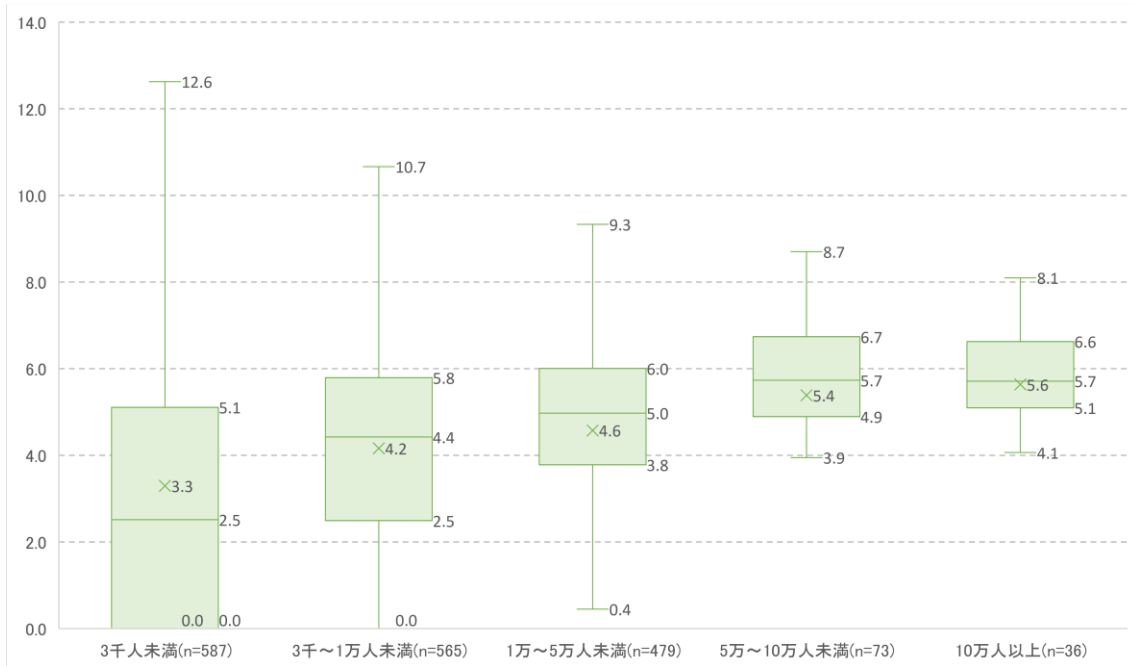
② 多剤処方該当者数（保険者千人あたり）

0.5 人以下の市町村と 5.0 前後の市町村の山が 2 つできる分布であった。  
 保険者規模が大きくなるにしたがい、平均値が上昇する傾向がみられた。

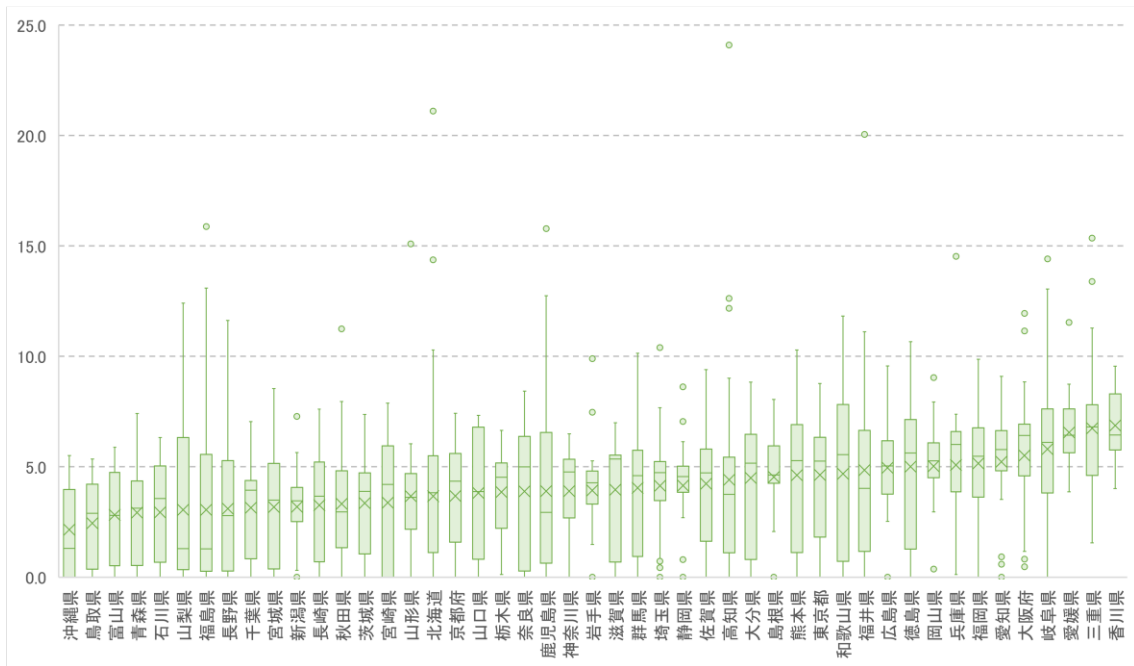
図表 1-91 多剤処方該当者数（保険者千人あたり）(n=1,740)



図表 1-92 多剤処方該当者数（保険者千人あたり）\_保険者規模別



図表 1-93 多剤処方該当者数（保険者千人あたり）\_都道府県別

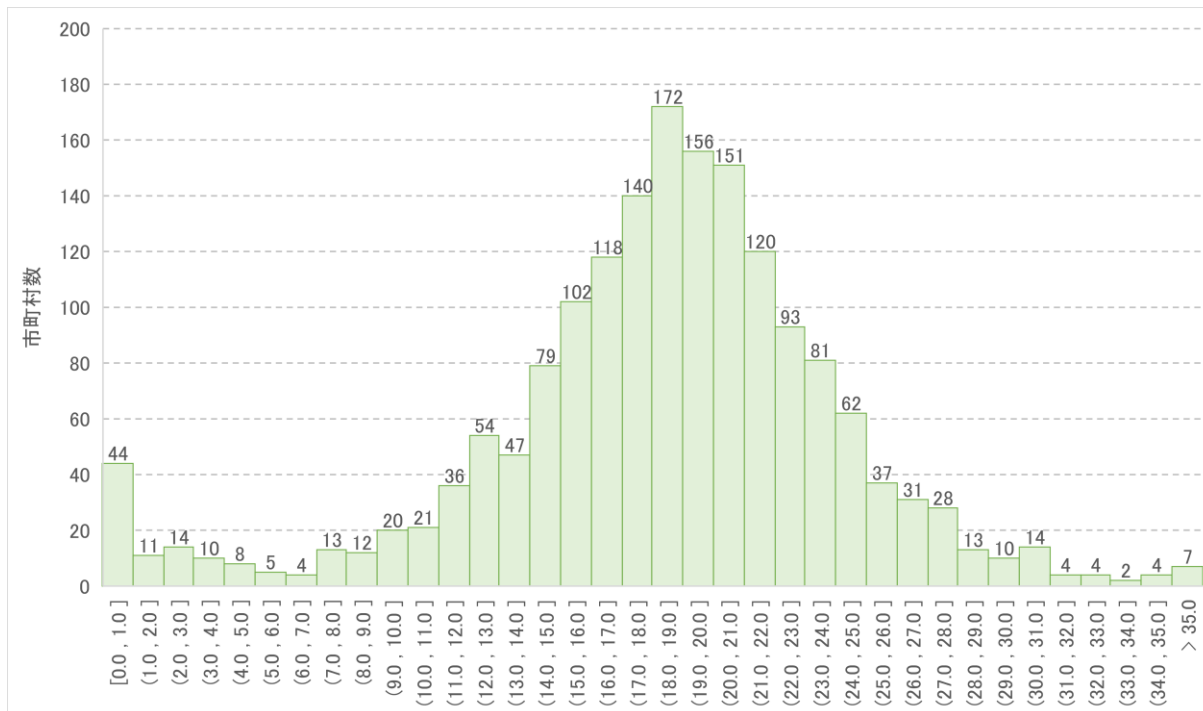


### (3) 糖尿病性腎症の対象者割合

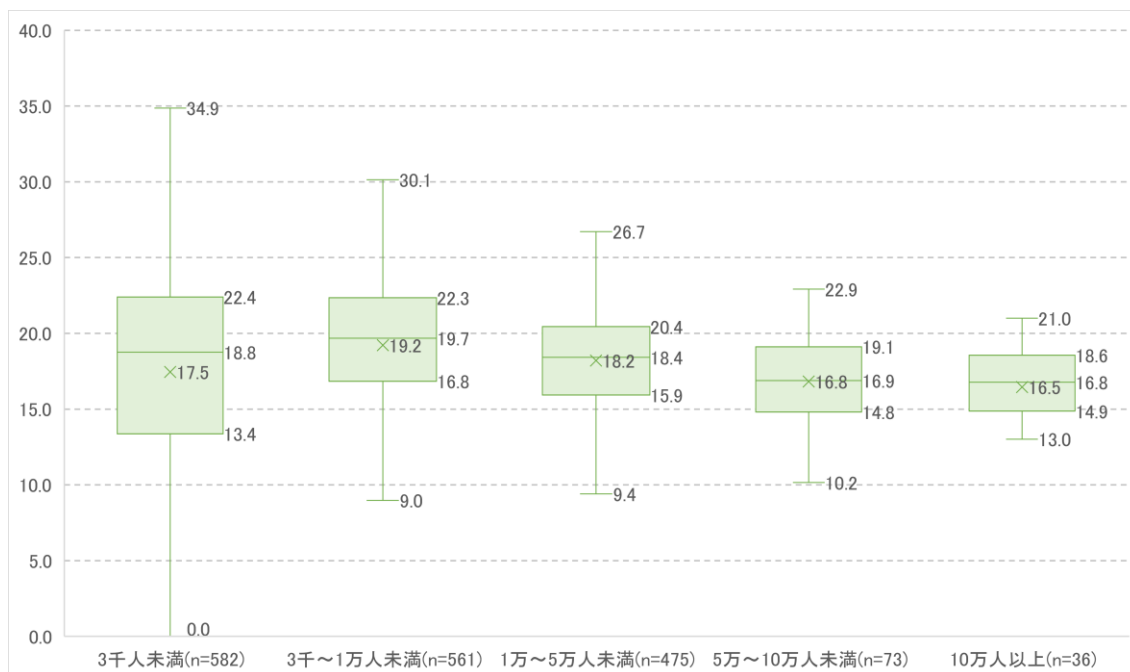
#### ① 糖尿病性腎症の対象者割合\_R3 (%)

概ね、左右対称の分布であった。

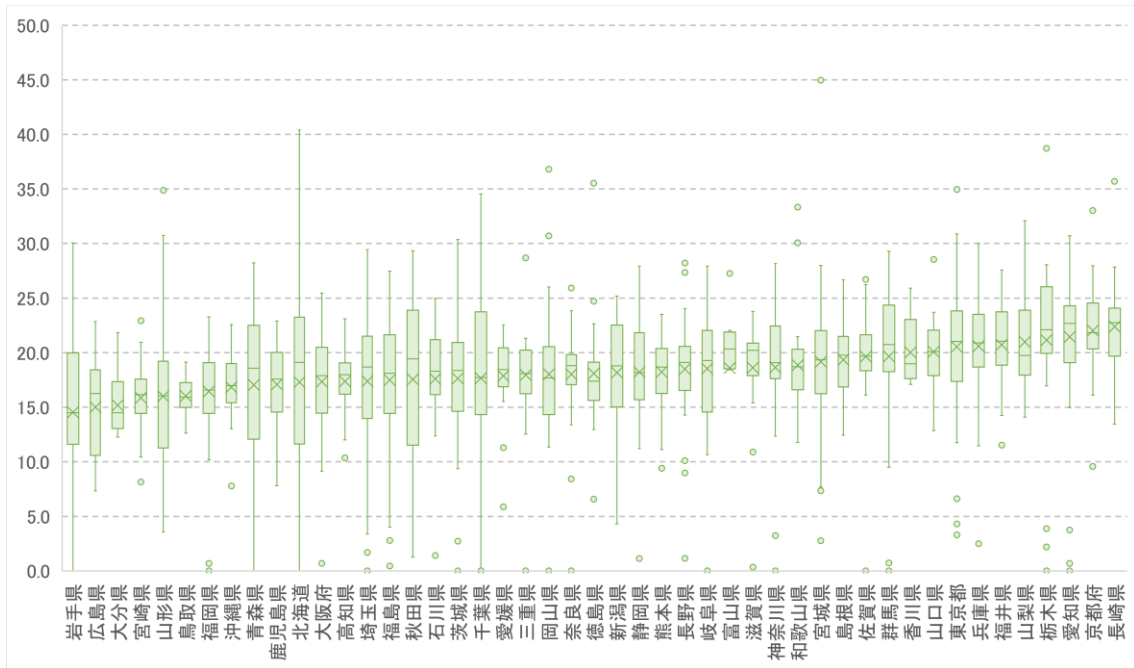
図表 1-94 糖尿病性腎症の対象者割合\_R3 (%) (n=1,727)



図表 1-95 糖尿病性腎症の対象者割合\_R3 (%)\_保険者規模別



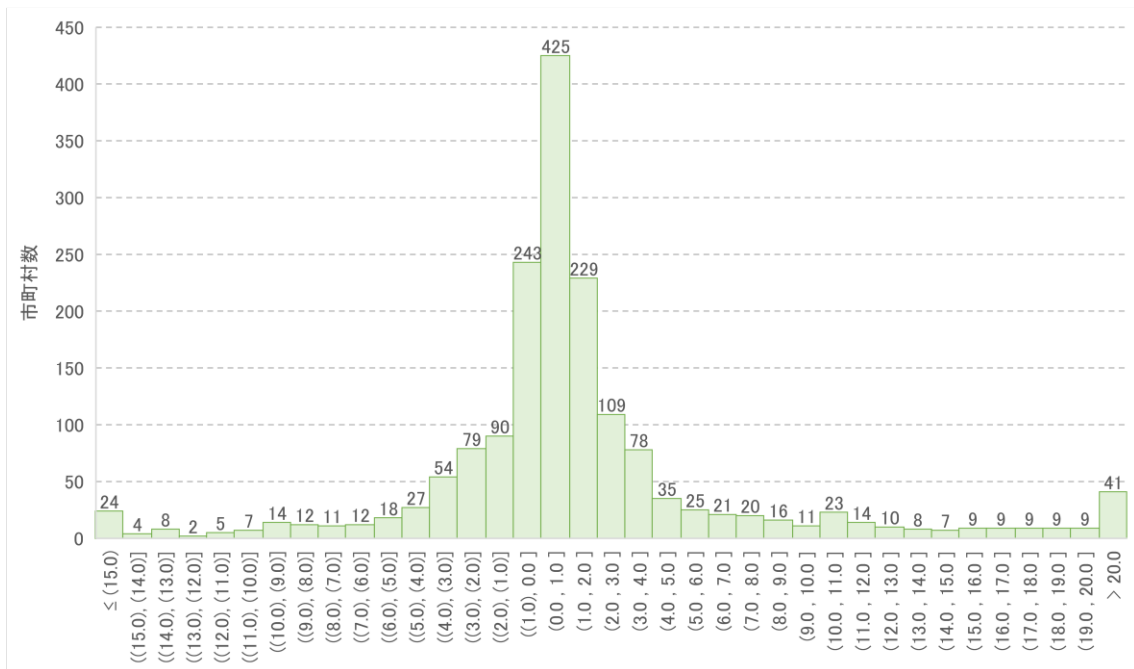
図表 1-96 糖尿病性腎症の対象者割合\_R3 (%)\_都道府県別



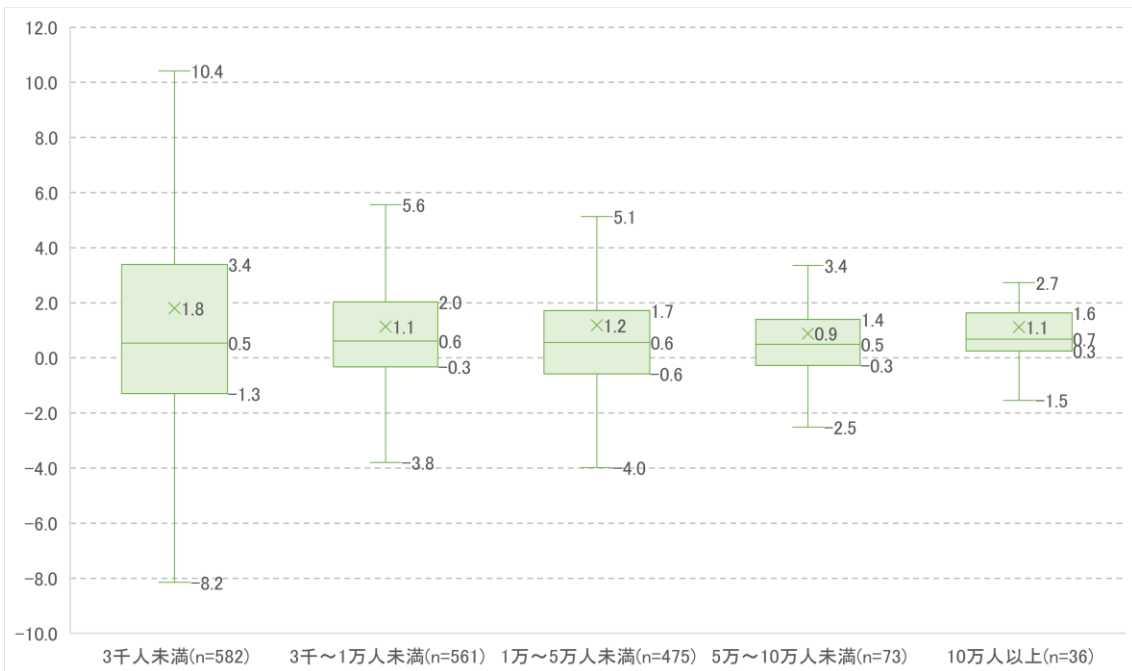
② 糖尿病性腎症の対象者割合の変化\_R3-R2 (%ポイント)

概ね、左右対称の分布であった。

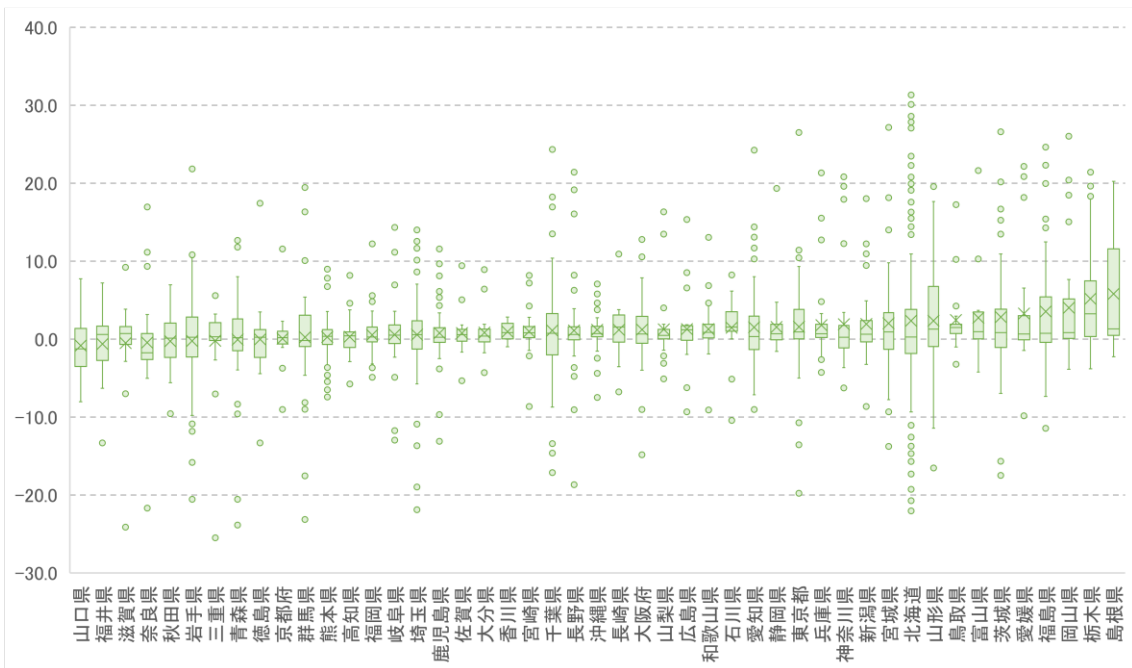
図表 1-97 糖尿病性腎症の対象者割合の変化\_R3-R2 (%ポイント) (n=1,727)



図表 1-98 糖尿病性腎症の対象者割合の変化\_R3-R2 (%ポイント) \_保険者規模別



図表 1-99 糖尿病性腎症の対象者割合の変化\_R3-R2 (%ポイント) \_都道府県別





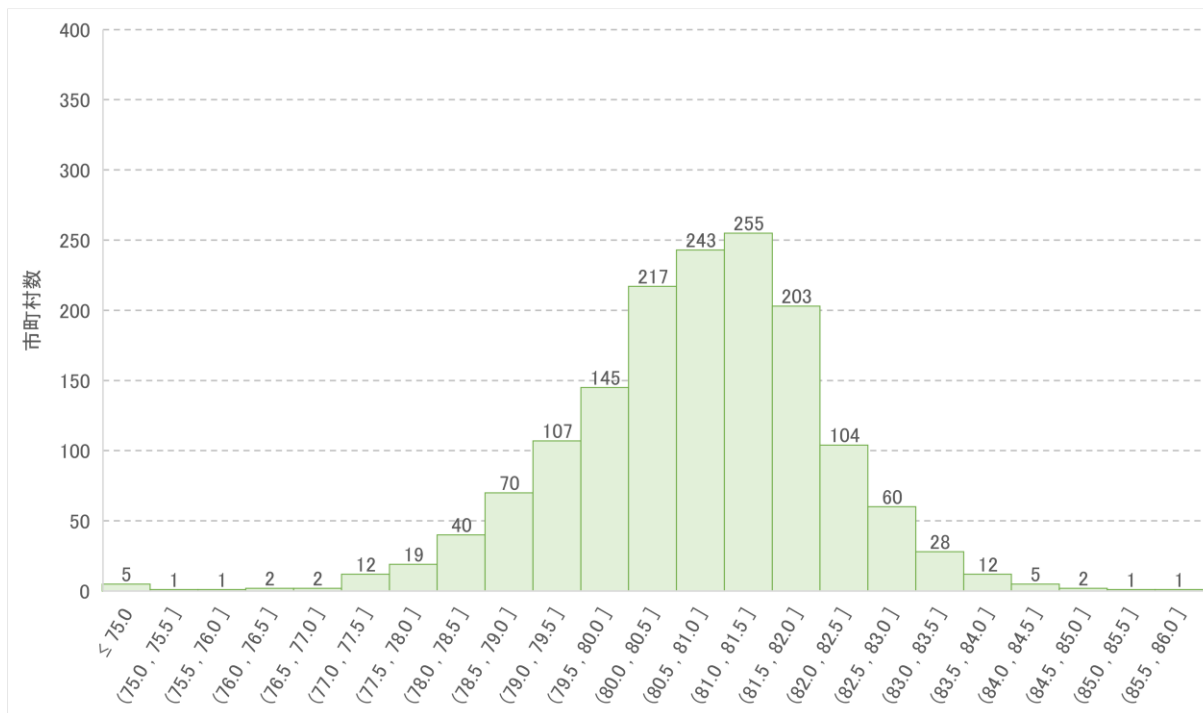
#### (4) 平均余命・平均自立期間

##### ① 平均余命

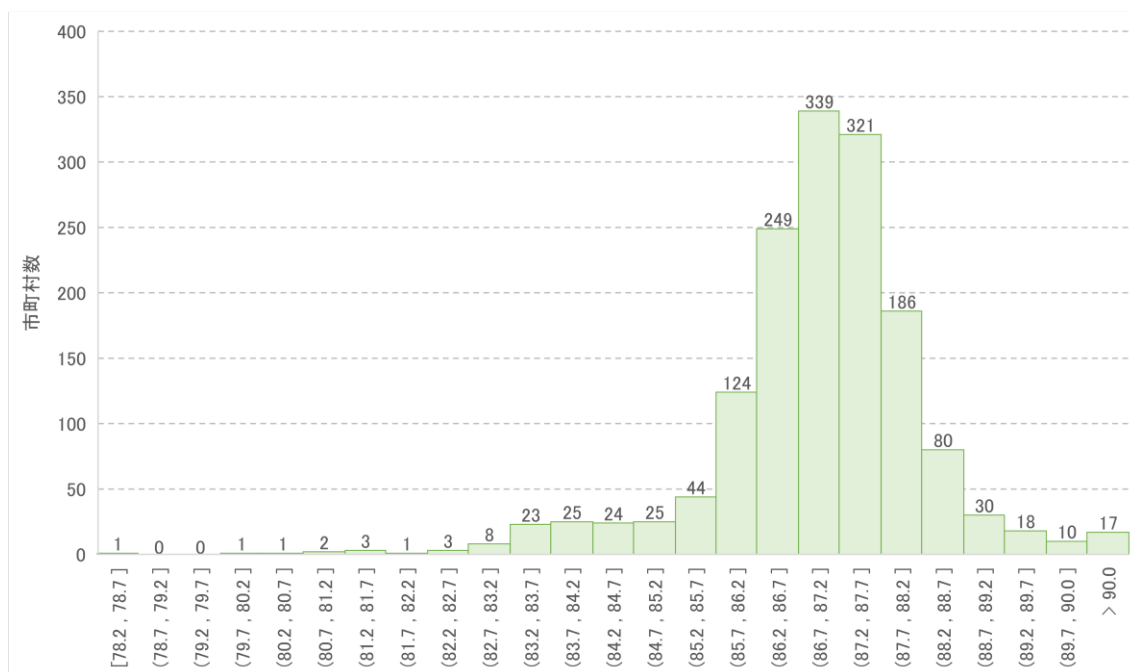
男性・女性ともに、やや高い年齢に偏った分布であった。

また、男性・女性ともに、保険者規模が大きくなるにしたがい、平均値が上昇する傾向がみられた。

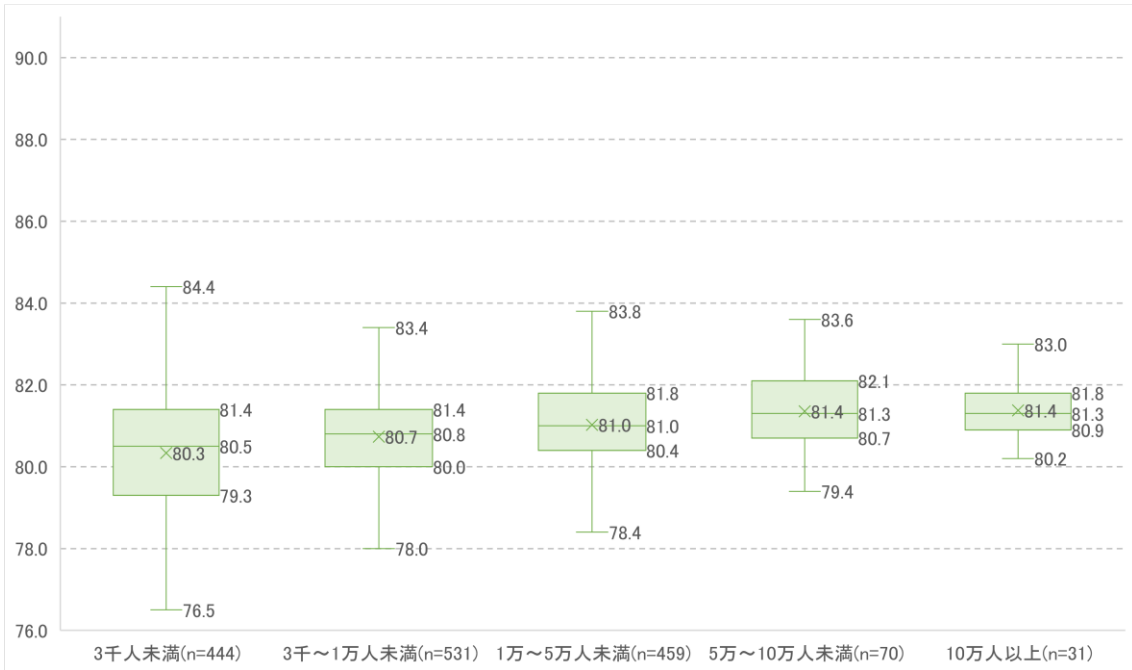
図表 1-100 平均余命\_男性 (年) (n=1,535)



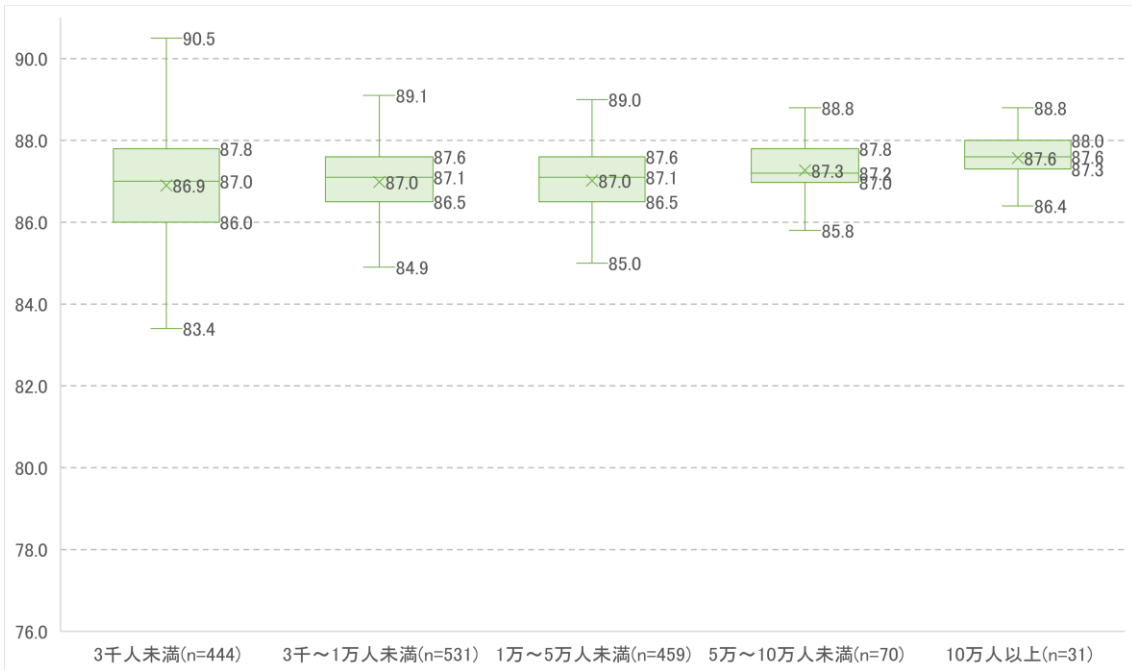
図表 1-101 平均余命\_女性 (年) (n=1,535)



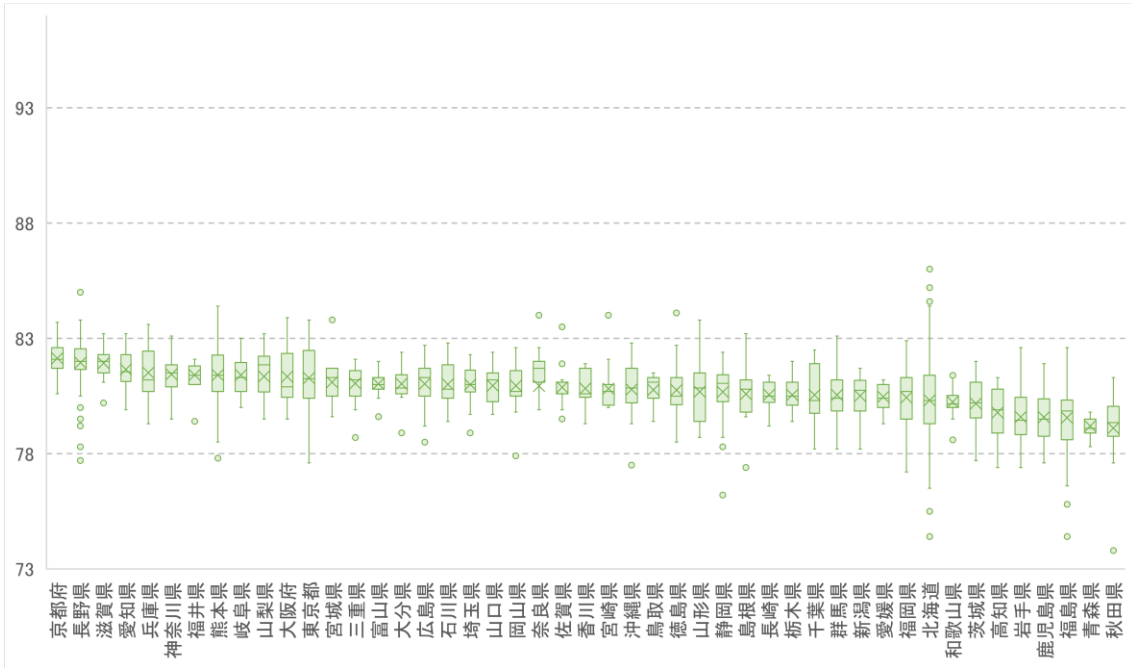
図表 1-102 平均余命\_男性(年)\_保険者規模別



図表 1-103 平均余命\_女性(年)\_保険者規模別



図表 1-104 平均余命\_男性（年）\_都道府県別



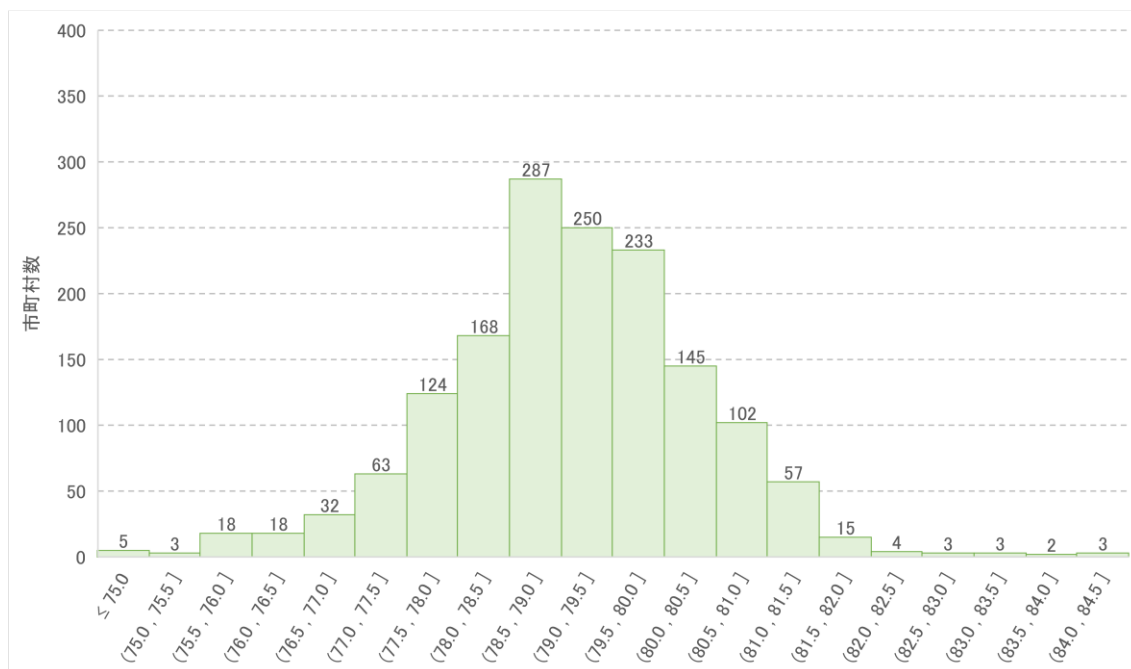
図表 1-105 平均余命\_女性（年）\_都道府県別



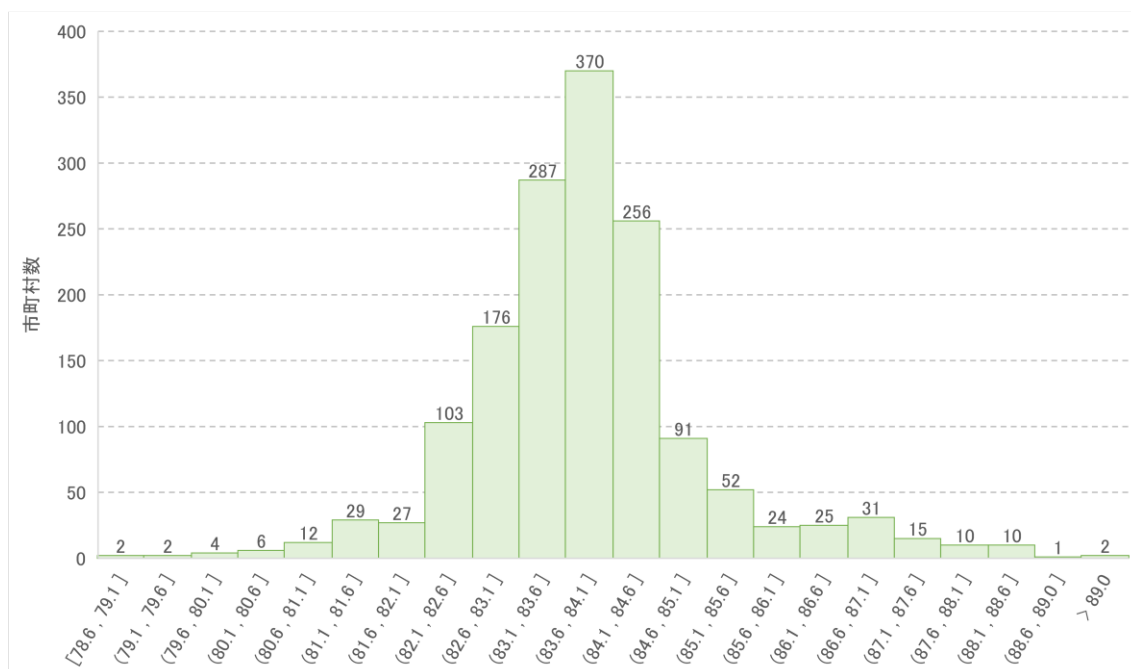
## ② 平均自立期間

概ね、左右対称の分布であった。

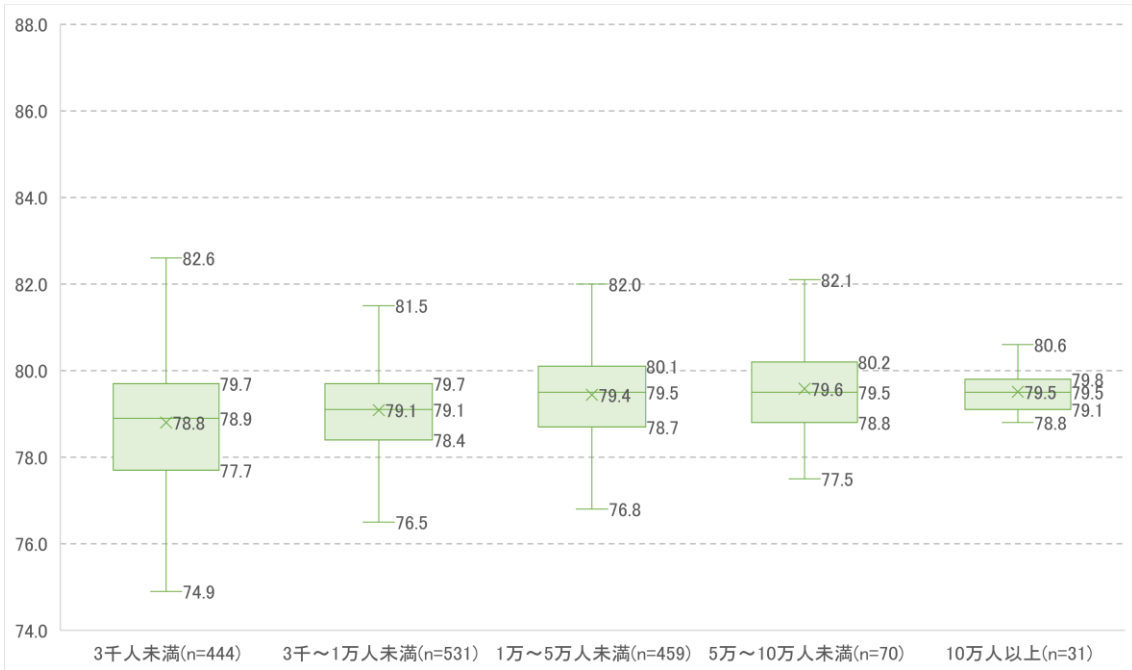
図表 1-106 平均自立期間\_男性 (年) (n=1,535)



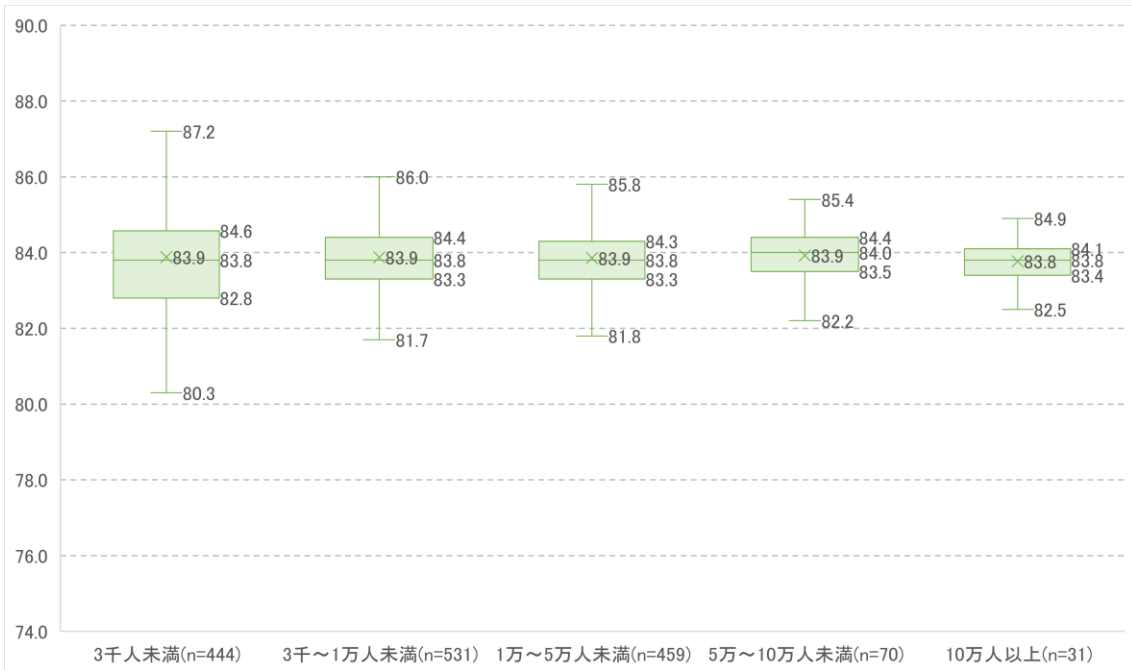
図表 1-107 平均自立期間\_女性 (年) (n=1,535)



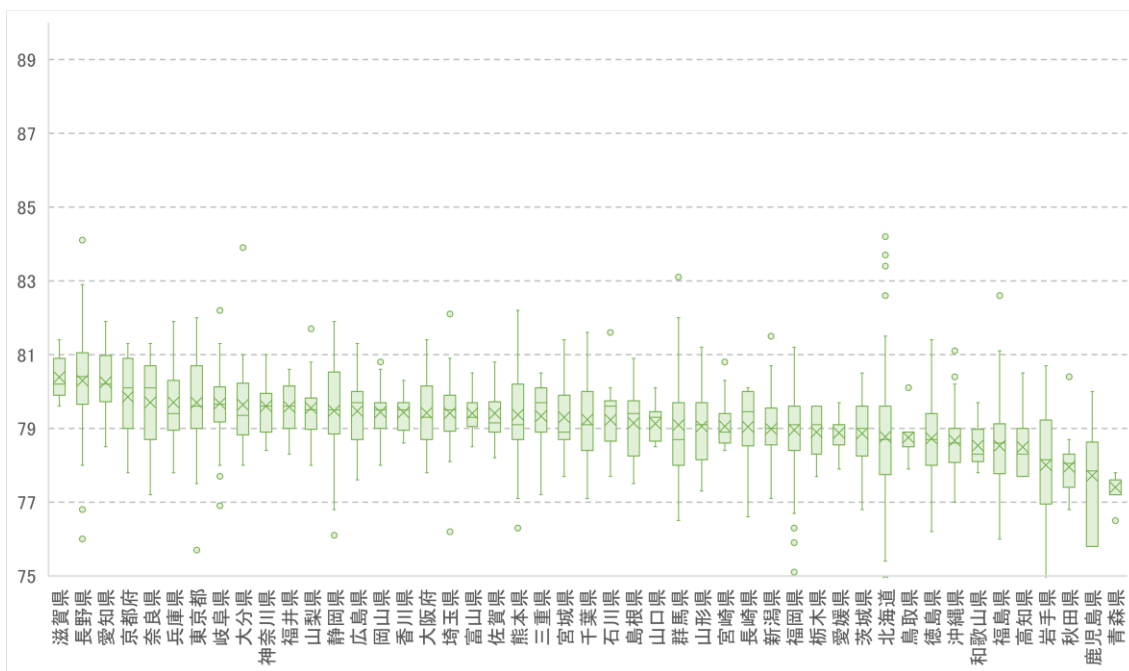
図表 1-108 平均自立期間\_男性（年）\_保険者規模別



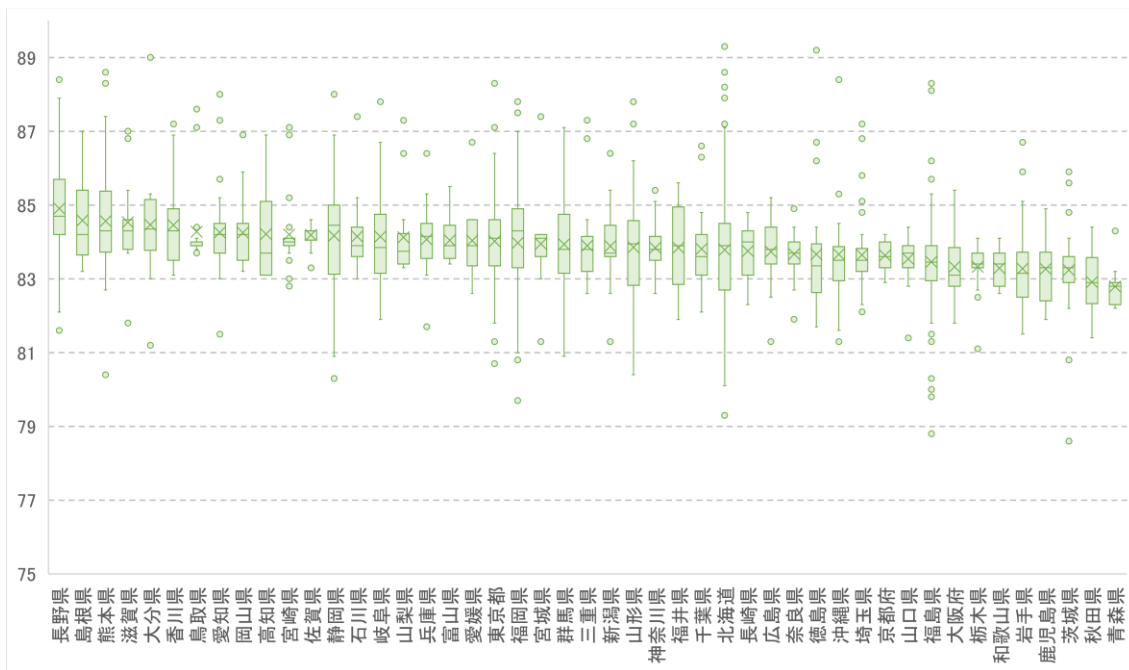
図表 1-109 平均自立期間\_女性（年）\_保険者規模別



図表 1-110 平均自立期間\_男性 (年)\_都道府県別



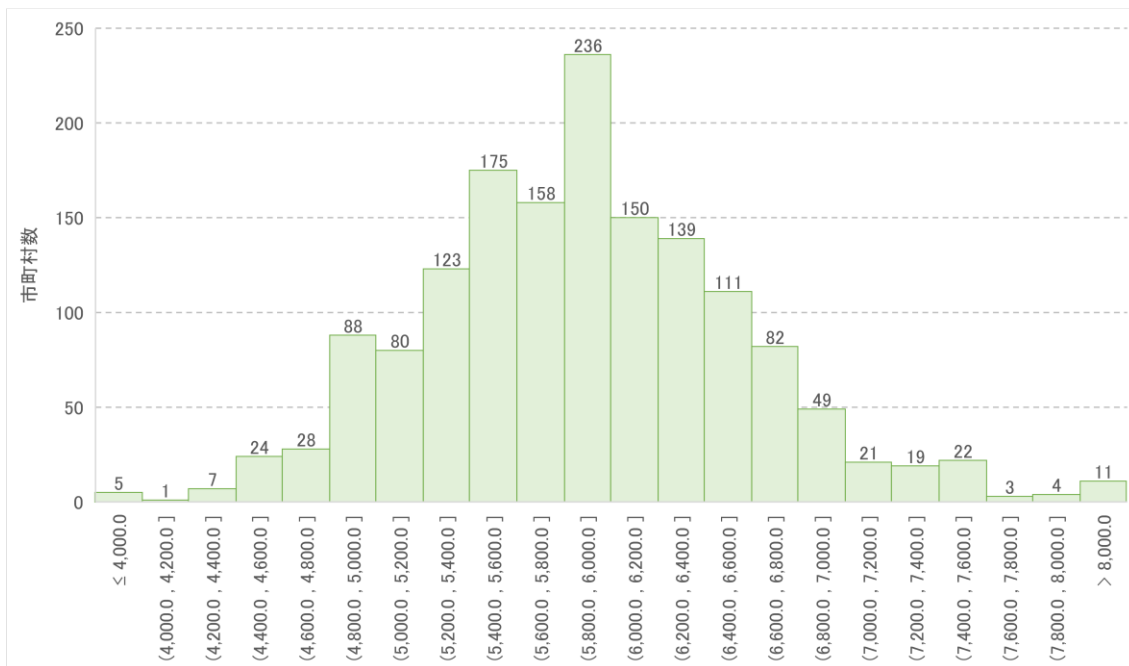
図表 1-111 平均自立期間\_女性 (年)\_都道府県別



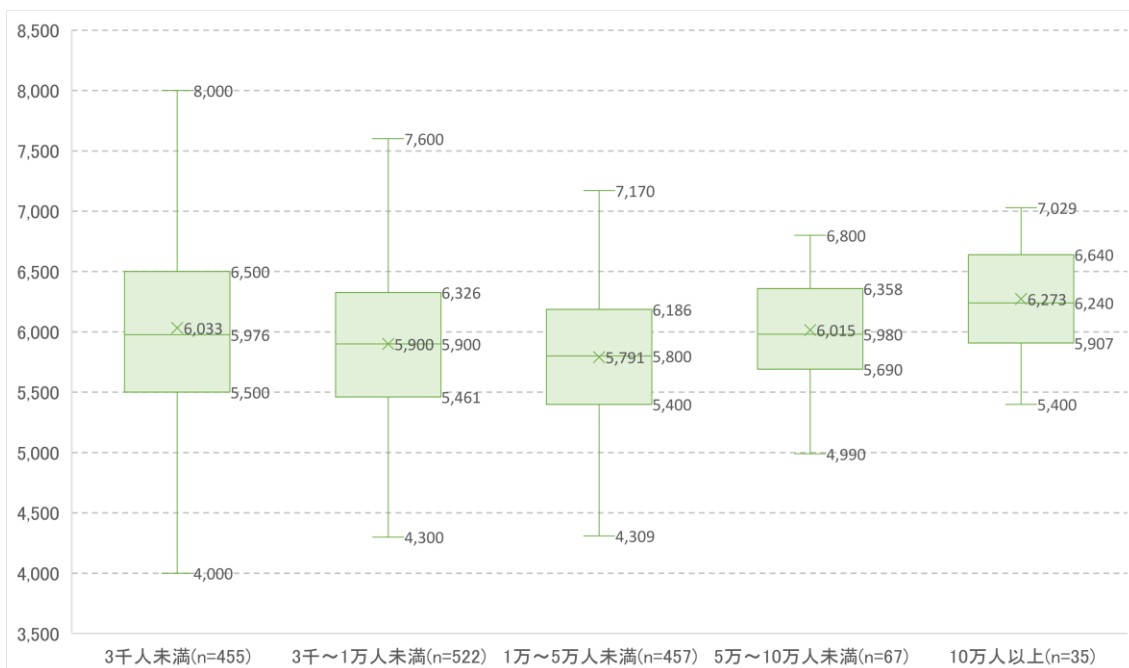
(5) 介護保険料 (第8期)

概ね、左右対称の分布であった。

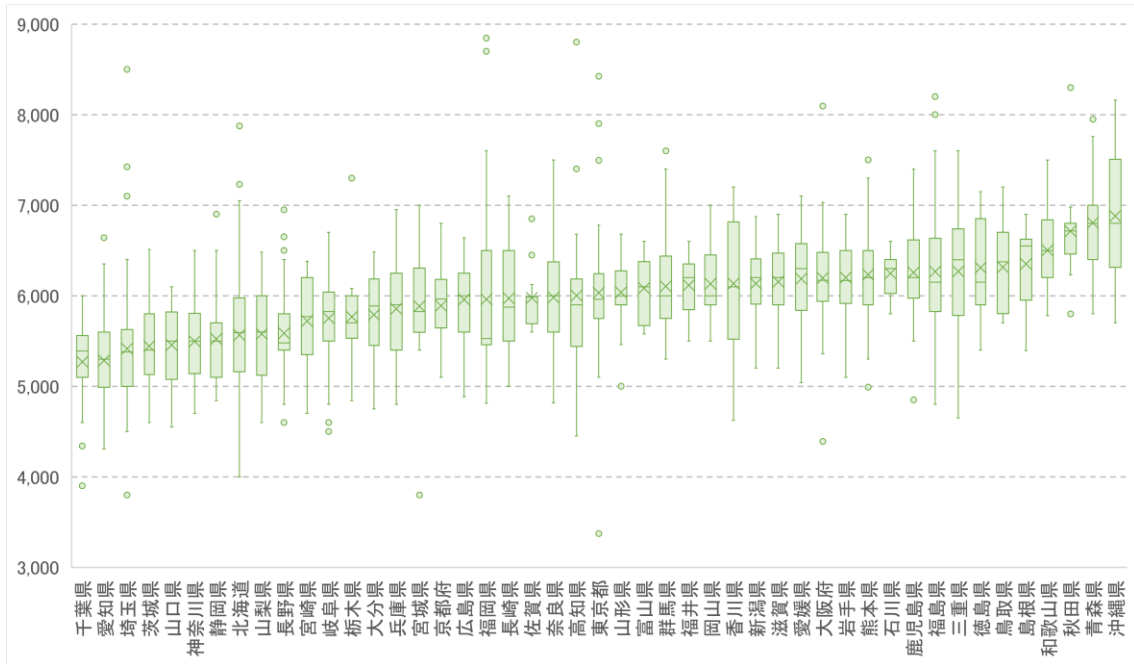
図表 1-112 介護保険料 (第8期) (円) (n=1,536)



図表 1-113 介護保険料 (第8期) (円) \_保険者規模別



図表 1-114 介護保険料（第8期）（円）\_都道府県別

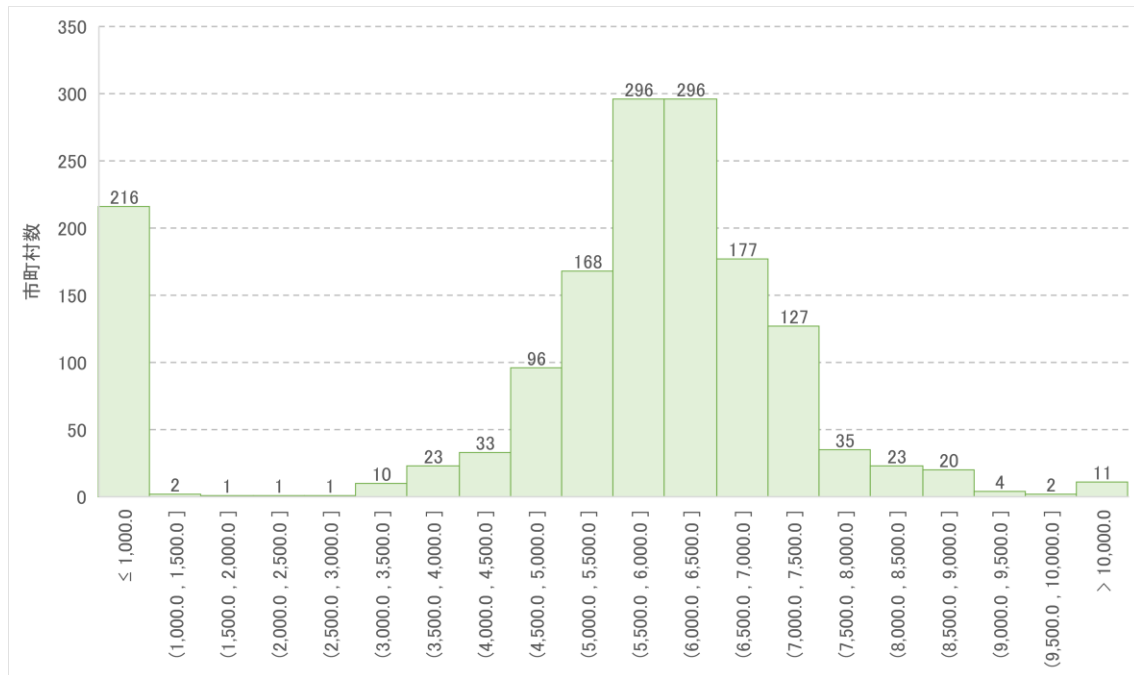




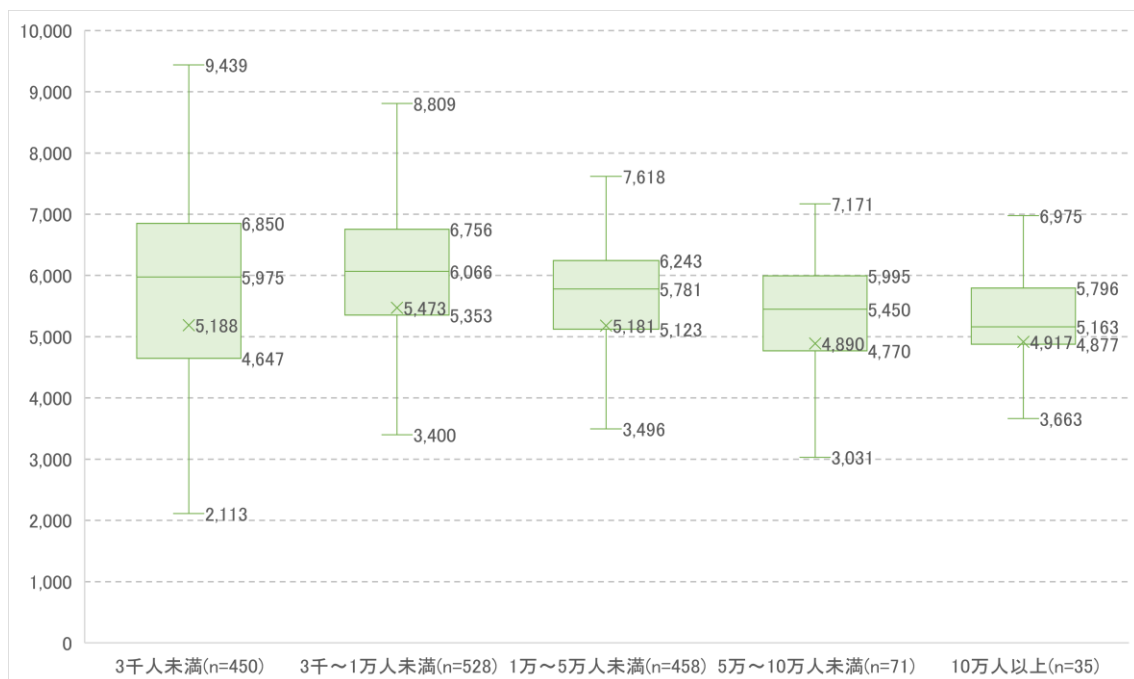
(6) 被保険者1人当たり総点数（生活習慣病\_がん、筋・骨格、精神除く）\_入院・外来\_R2

1,000点以下の市町村と6,000点前後の市町村の山が2つできる分布であった。

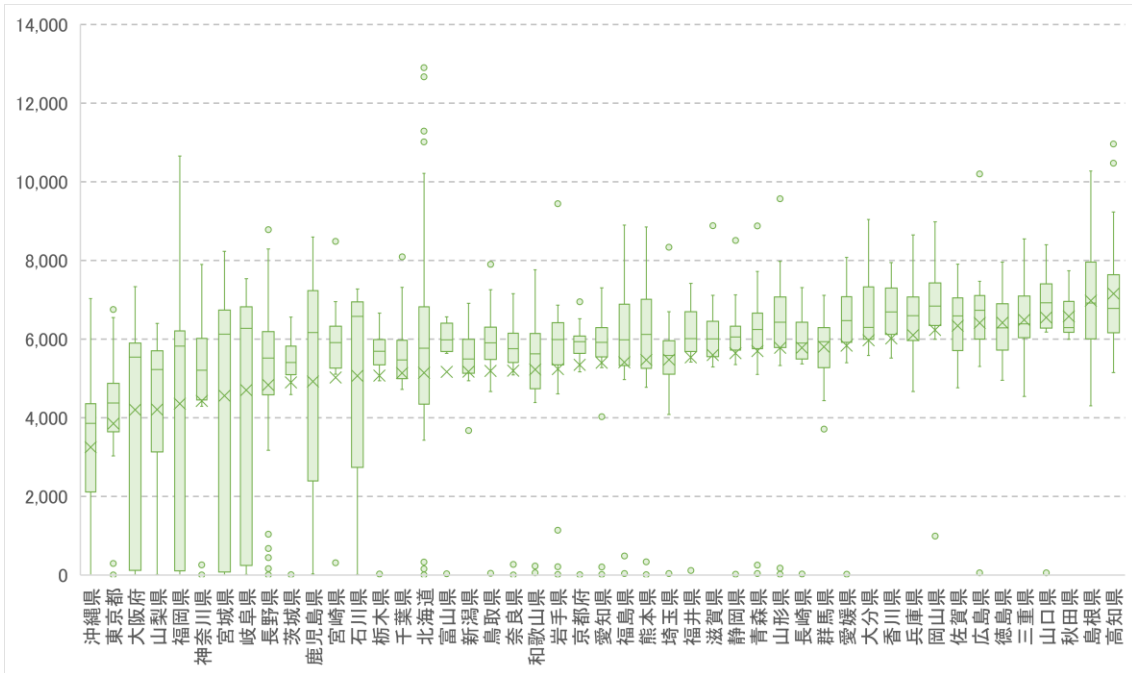
図表 1-115 被保険者1人当たり総点数（生活習慣病\_がん、筋・骨格、精神除く）\_入院・外来\_R2  
(n=1,536)



図表 1-116 被保険者1人当たり総点数（生活習慣病\_がん、筋・骨格、精神除く）\_入院・外来\_R2  
\_保険者規模別



図表 1-117 被保険者1人当たり総点数（生活習慣病\_がん、筋・骨格、精神除く）\_入院・外来\_R2  
\_都道府県別



### 3.2 取組評価得点と指標の関係

各指標を被説明変数、評価項目別の取組評価得点と専門職の配置<sup>20</sup>、保険者数を説明変数とする重回帰分析を行った。

「共通①：特定健診・特定保健指導・メタボ」の取組評価得点が高い市町村については、要介護認定率などが低い傾向がみられた。また、「共通③：重症化予防」の取組評価得点が高い市町村については、糖尿病性腎症の対象者割合などが高い傾向がみられた<sup>21</sup>。

図表 1-118 取組評価得点と指標の関係

	取組評価得点										定数項	観測数
	共通①: 特定健 診・特定 保健指 導・メタ ボ	共通②: がん・歯 周疾患 検診	共通③: 重症化 予防	共通④: 個人イ ンセン ティブ・ 情報提 供(1)	共通⑤: 重複服 薬	固有②: データヘ ルス計 画	固有④: 地域包 括ケア	保険者 数	専門職 の配置			
要介護認定率(要支援1～要介護1)_年齢調整済み(%)	-0.008 ***	-0.012 ***	-0.003	-0.009 ***	0.006	0.026	0.006	0.012 ***	0.115	7.9 ***	1,484	
要介護認定率(要支援1～要介護5)_年齢調整済み(%)	-0.010 ***	-0.011 ***	0.000	-0.010 **	0.006	0.028	-0.002	0.015 ***	0.093	17.1 ***	1,484	
重複処方該当者数(保険者千人あたり)	-0.008 ***	-0.009 ***	0.014 ***	0.003	-0.014 **	0.040	0.004	0.011 ***	0.256	3.7 ***	1,667	
多剤処方該当者数(保険者千人あたり)	-0.005 ***	-0.005 ***	0.012 ***	0.009 *	-0.004	0.023	0.002	0.008 ***	0.221	2.3 ***	1,667	
糖尿病性腎症の対象者割合_R3(%)	0.002	-0.005	0.050 ***	-0.006 ***	0.046 ***	0.061	0.009	-0.010 ***	-0.254	9.5 ***	1,654	
糖尿病性腎症の対象者割合_R2(%)	0.002	0.016	0.047 ***	0.008	0.037 **	0.143 ***	0.030	-0.008 **	-0.461	4.9 ***	1,654	
糖尿病性腎症等の対象者割合_R3-R2(%ポイント)	0.000	-0.022 **	0.003	-0.014	0.010	-0.083 **	-0.020 *	-0.002	0.207	4.6 ***	1,654	
平均余命_男性_R2	-0.001	-0.001	0.000	0.007 ***	0.003	0.028 ***	0.005	0.004 ***	0.062	79.4 ***	1,477	
平均余命_女性_R2	0.002 **	0.003	-0.001	-0.002	0.002	0.010	0.007 ***	0.003 ***	0.094	86.4 ***	1,477	
平均自立期間_男性_R2	0.000	-0.000	-0.000	0.007 ***	0.001	0.021 ***	0.002	0.004 ***	-0.084	78.2 ***	1,477	
平均自立期間_女性_R2	0.001	0.004 *	-0.001	0.001	0.006	0.020	0.004	0.000	-0.117	82.9 ***	1,477	
介護保険料_第8期	0.893 **	3.277 ***	-0.164	-0.921	-1.971	8.766	0.027	1.450 ***	45.094	5,602.3 ***	1,477	
被保険者1人当たり総点数(生活習慣病_がん、筋・骨格、精神除く)_入院+外来_R2	-4.488 ***	0.985	3.750	12.430 ***	0.496	28.322	1.178	-3.803 **	207.611	3,779.4 ***	1,483	

\*\*\* p<0.01, \*\* p<0.05, \*p<0.1

※ 薄い網掛けは「p<0.01」で正の効果がみられる項目(例えば、共通②：がん・歯周疾患検診の取組評価得点が高いと、軽度認定率が下がる など)、濃い網掛けは「p<0.01」で負の効果がみられる項目(例えば、共通③：重症化予防の取組評価得点が高いと、糖尿病性腎症の対象者割合が高い など)。

<sup>20</sup> 「専門職の配置」は「1.専門職の配置がある(※配置があっても育休等で不在の場合は配置なしとする)」と回答した市町村を「1」その他の市町村を「0」とした。

<sup>21</sup> 取組評価得点はR4の評価結果を用いているが、多くの指標は同時期か、もしくはそれ以前の数値であるため、R4評価時点での取組の成果をみるための分析とはなっていない。むしろ、(例えば)「糖尿病性腎症の対象者割合が高い地域では、重症化予防の取組が積極的に行われている」とみる解釈が自然となる。

## 第 2 章 保険者努力支援制度（事業費分）

本章では、保険者努力支援制度の事業費分の実施状況が、市町村における取組評価分共通指標の得点や、重複処方・多剤処方該当者数、糖尿病性腎症対象者の割合、医療費の1人当たり総点数のような本章で設定するアウトカム指標に用いられているデータとどのような関係にあるのかを整理した。さらに、都道府県の国保ヘルスアップ支援事業で申請されている広告経費について整理、2021年度保険者データヘルス全数調査の予防・健康づくり全般に関するデータを集計した。

本章で使用したデータ及び使用する用語は下記の通りである（図表 2-1、図表 2-2）。

図表 2-1 使用したデータ

データ	補足
令和2年度市町村国保ヘルスアップ事業実績報告	令和2年度の実績報告
令和4年度市町村取組評価分共通指標① 特定健診・特定保健指導の実施率、メタボリックシンドローム 該当者数及び予備軍の減少率	令和元年度の実績に対する評価
令和3年度市町村取組評価分共通指標③ 糖尿病等の重症化予防の取組	令和2年度の取組状況に対する評価
令和3年度国保ヘルスアップ支援事業事前協議書	令和3年度の事業計画
2021年度保険者データヘルス全数調査	2021年度（令和3年度）の現状

図表 2-2 第2章で使用する用語

用語	用語が示すもの、または定義
ヘルスアップ事業	令和2年度市町村国保ヘルスアップ事業実績報告
共通指標①、共通指標① （令和4年度分※）	令和4年度市町村取組評価分共通指標① 特定健診・特定保健指導の実施率、メタボリックシンドローム該当者数 及び予備軍の減少率
共通指標③、共通指標③ （令和3年度分※）	令和3年度市町村取組評価分共通指標③ 糖尿病等の重症化予防の取組
生活習慣病予防対策事業	市町村国保ヘルスアップ事業の事業内容①生活習慣病予防対策の事業
生活習慣病重症化予防対策事業	市町村国保ヘルスアップ事業の事業内容②生活習慣病重症化予防対策の事業
ヘルスアップ事業を実施している保険者	事業実施対象者、支出経費のいずれにも記載（「0」を除く）がある保険者を実施保険者とした。

※ 令和4年度／3年度指標で評価されて補助金が交付される分を指す。

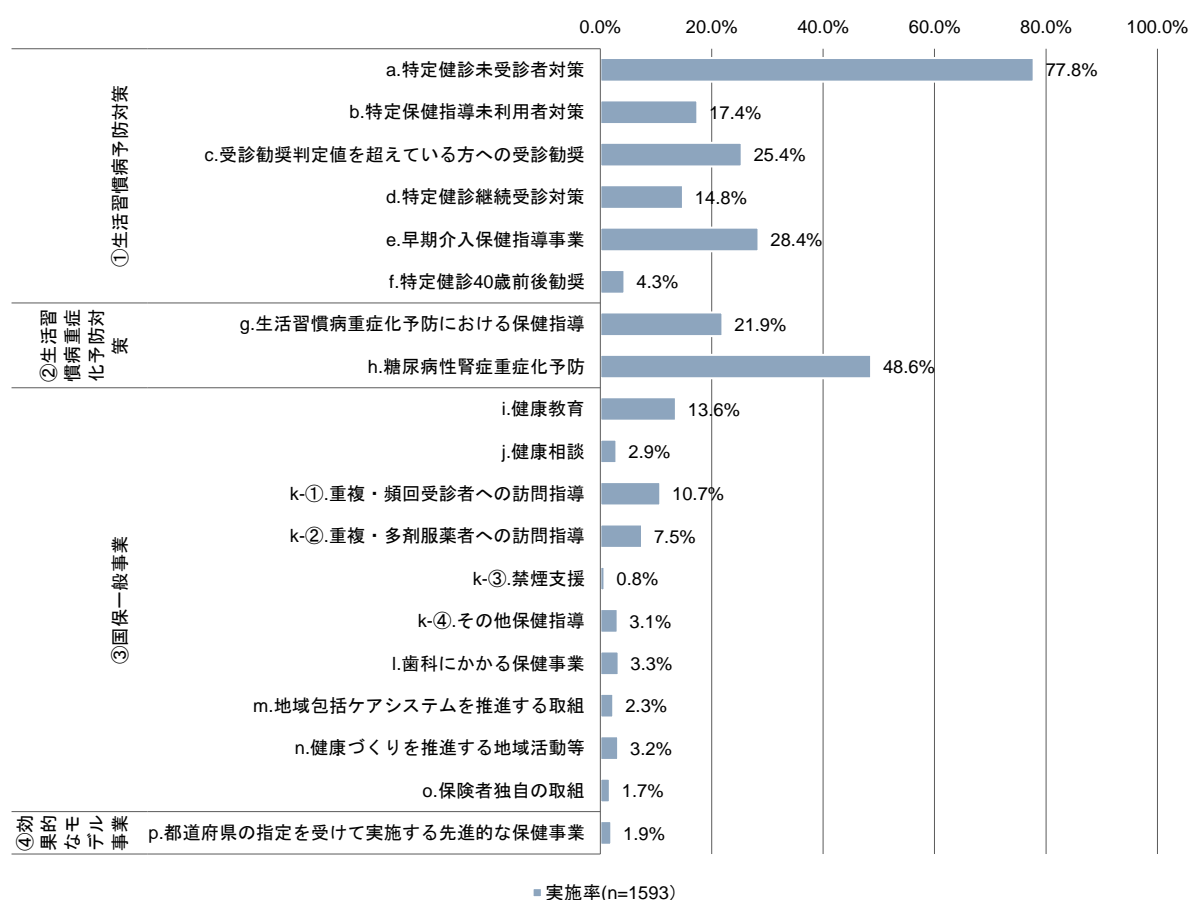
# 1 令和2年度市町村国保ヘルスアップ事業の実施状況、取組評価分共通指標①（令和4年度分）と共通指標③（令和3年度分）の得点状況

## 1.1 令和2年度市町村国保ヘルスアップ事業の実施概要

### (1) ヘルスアップ事業を実施している保険者の割合（実施率）

令和2年度市町村国保ヘルスアップ事業を実施している保険者割合（実施率）を事業別にみると、a. 特定健診未受診者対策、h. 糖尿病性腎症重症化予防で高い割合となっている。（図表 2-3）

図表 2-3 令和2年度市町村国保ヘルスアップ事業を実施している保険者の割合（実施率）

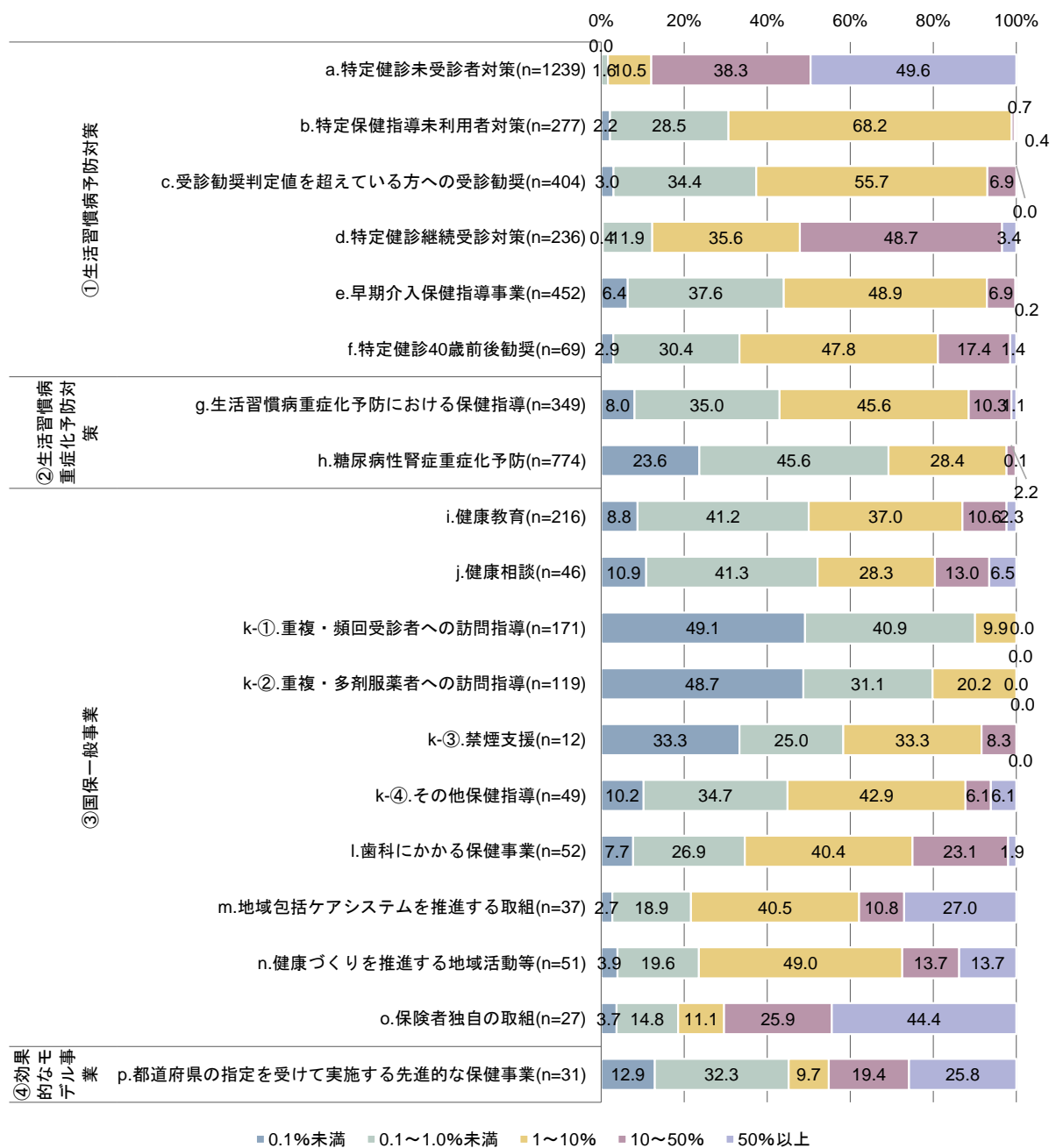


(注) 図表中のnは保険者数を示す。

## (2) ヘルスアップ事業実施者割合（対被保険者数）

事業を実施している保険者における事業実施者割合（被保険者数に対する事業実施対象者数の割合）の構成をみると、全体には、0.1～1.0%未満、あるいは1～10%未満の構成比が高い。その中で、a. 特定健診未受診者対策、d. 特定健診継続受診対策では、10%以上の割合が高くなっている。反対に、k-①重複・頻回受診者への訪問指導、k-②重複・多剤服薬者への訪問指導では、0.1%未満の割合が高い。（図表 2-4）

図表 2-4 令和2年度市町村国保ヘルスアップ事業での事業実施者割合（対被保険者数）の構成

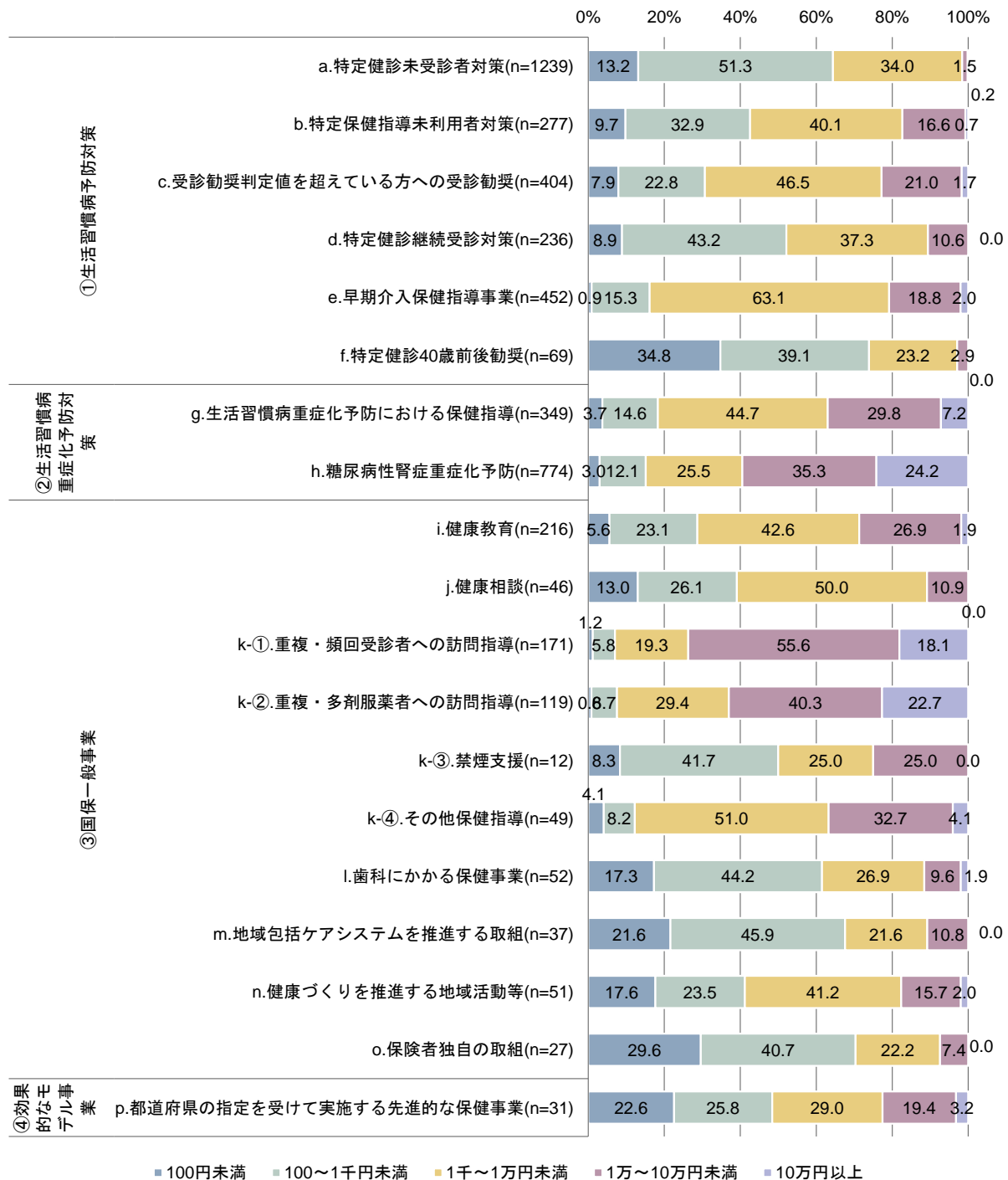


(注) 図表中のnは事業を実施している保険者数を示す。

### (3) ヘルスアップ事業実施対象者1人当たり支出経費

ヘルスアップ事業を実施している保険者における事業実施対象者1人当たりの支出経費の構成をみると、全体には、100円～1千円未満、1千円～1万円未満の構成比が高い。その中で、k-①重複・頻回受診者への訪問指導、k-②重複・多剤服薬者への訪問指導、h.糖尿病性腎症重症化予防では、1万円以上の構成比が高い。(図表 2-5)

図表 2-5 令和2年度市町村国保ヘルスアップ事業での実施対象者1人当たり支出経費の構成



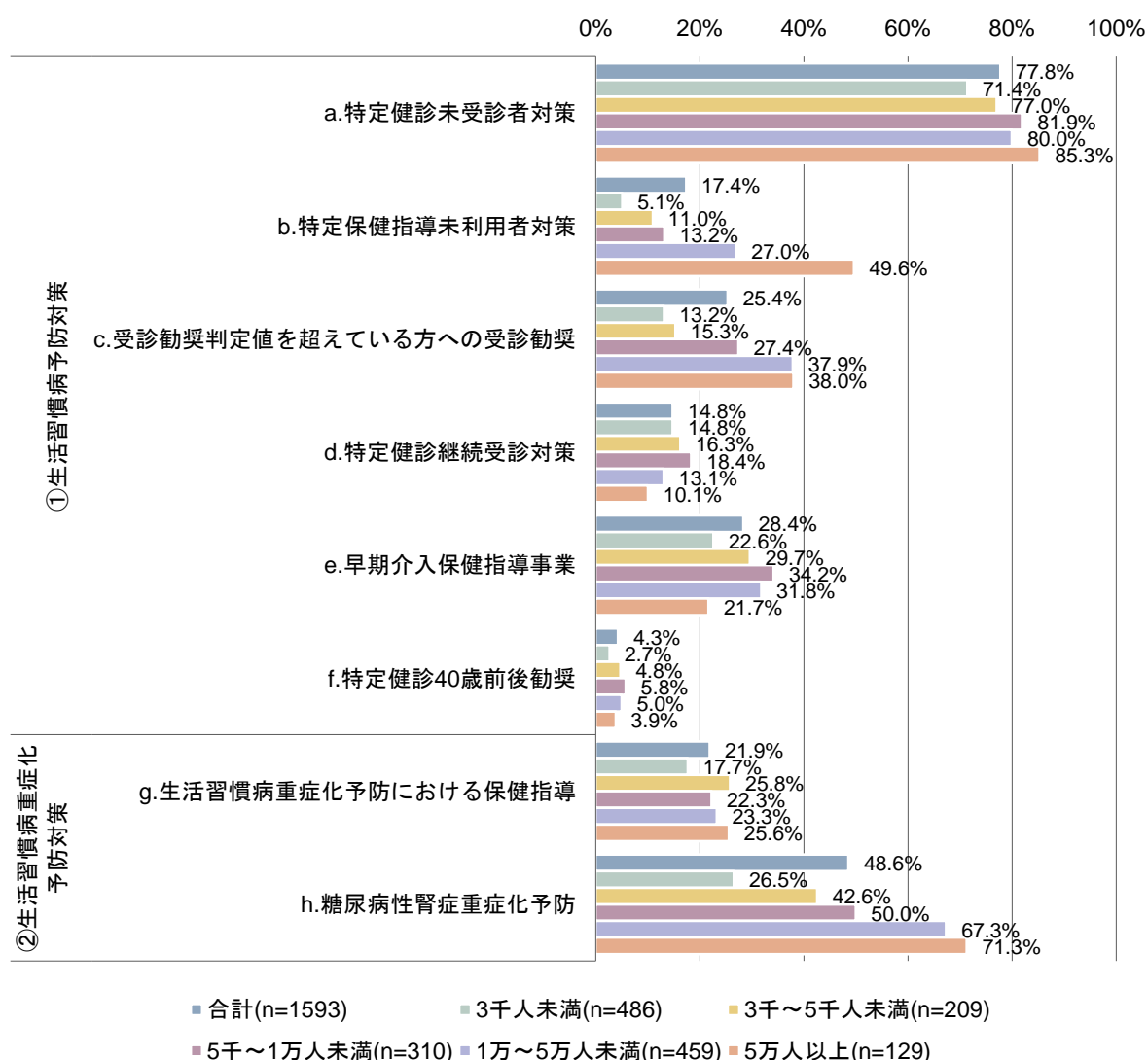
(注)図表中のnは事業を実施している保険者数を示す。

## 1.2 被保険者規模別のヘルスアップ事業実施状況、取組評価分の得点状況

### (1) ヘルスアップ事業実施割合（令和2年度）

多くのヘルスアップ事業では、被保険者数が多い保険者での実施割合が高くなっている。特に、b. 特定保健指導未利用者対策、c. 受診勧奨判定値を超えている方への受診勧奨、h. 糖尿病性腎症重症化予防、では被保険者規模によって実施割合に大きな違いがみられる。その他、k-①重複・頻回受診者への訪問指導、k-②重複・多剤服薬者への訪問指導では、全体の実施割合は高くないが、被保険者規模による実施割合の違いは顕著である。（図表 2-6）

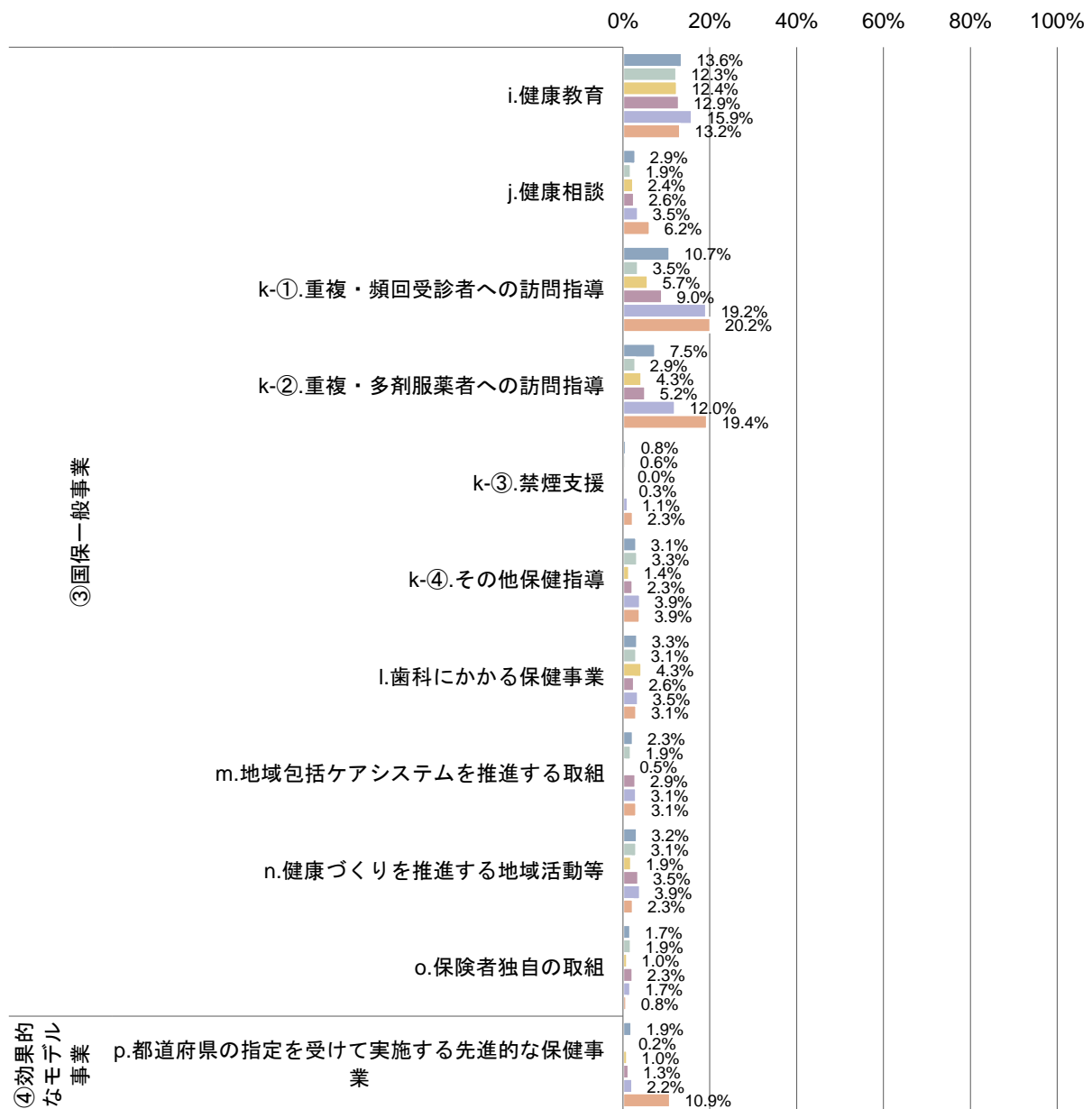
図表 2-6 被保険者規模別のヘルスアップ事業を実施している保険者割合（実施率）



(注) 図表中のnは保険者数を示す。



被保険者規模別のヘルスアップ事業を実施している保険者割合（実施率）（つづき）



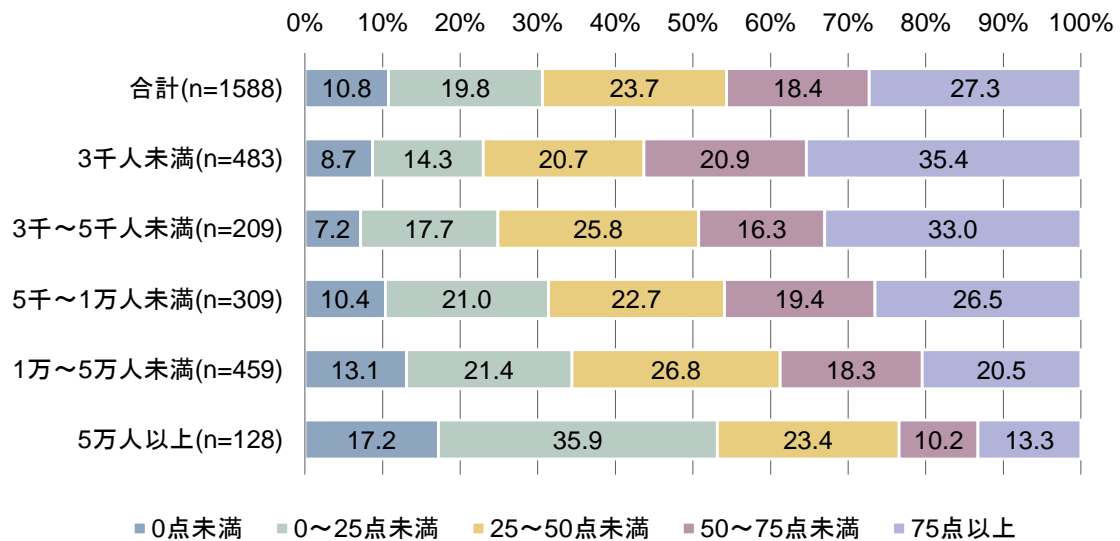
■ 合計(n=1593)    ■ 3千人未満(n=486)    ■ 3千～5千人未満(n=209)  
 ■ 5千～1万人未満(n=310)    ■ 1万～5万人未満(n=459)    ■ 5万人以上(n=129)

(注) 図表中のnは保険者数を示す。

(2) 被保険者規模別の取組評価分共通指標①特定健診・特定保健指導の実施率、メタボリックシンドローム該当者数及び予備軍の減少率の得点（令和4年度分）

被保険者数が多いほど、共通指標①の得点が低い傾向がみられる。（図表 2-7 図表 2-7）

図表 2-7 被保険者規模別の取組評価分共通指標①特定健診・特定保健指導の実施率、メタボリックシンドローム該当者数及び予備軍の減少率の得点 の構成



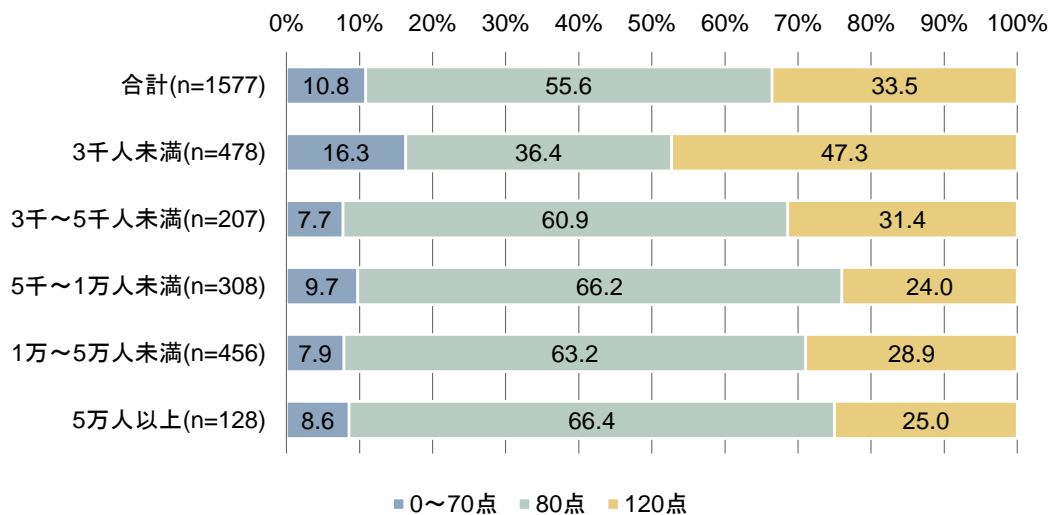
(注1)被保険者規模は令和2年度値、取組評価分の得点は令和4年度分を用いている。

(注2)図表中のnは保険者数を示す。

(3) 被保険者規模別の取組評価分共通指標③糖尿病等の重症化予防の取組の得点状況（令和3年度分）

被保険者数が3千人未満の保険者では、共通指標③の得点が「0～70点」、「120点」のいずれも割合が高くなっている。（図表 2-8）

図表 2-8 被保険者規模別の取組評価分共通指標③糖尿病等の重症化予防の取組の得点状況



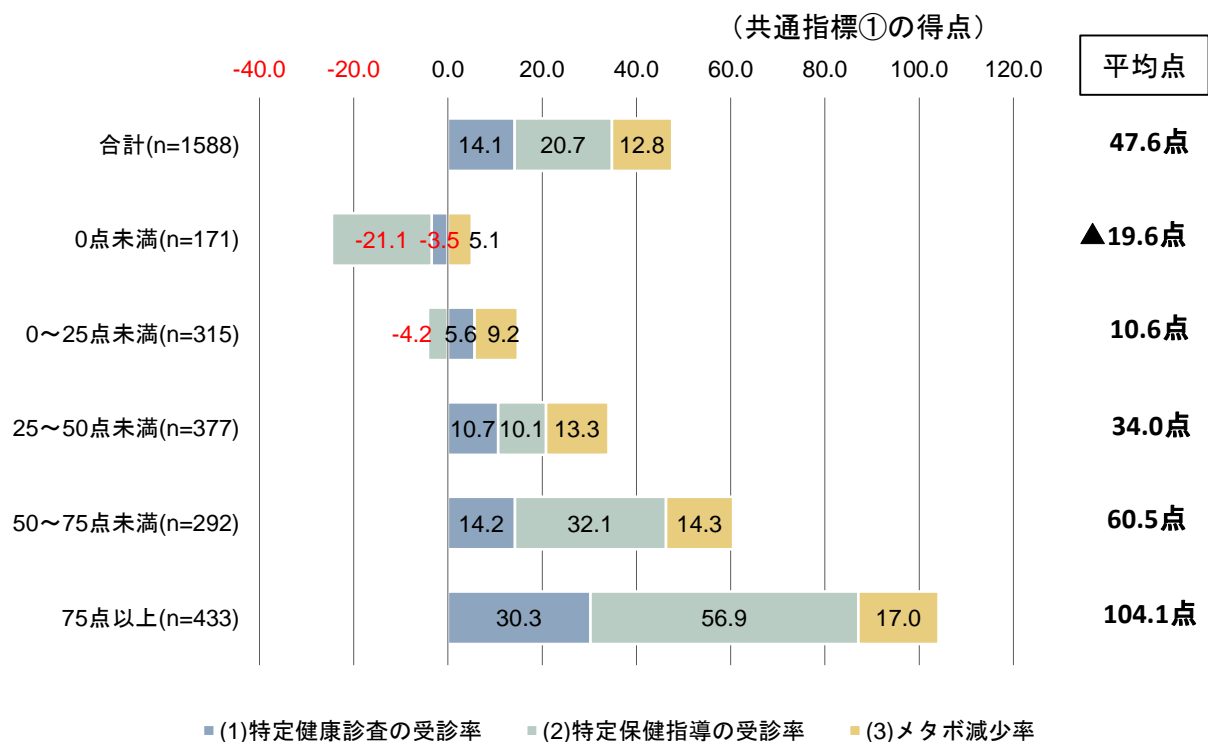
(注1)被保険者規模は令和2年度値、取組評価分の得点は令和3年度分を用いている。

(注2)図表中のnは保険者数を示す。

(4) 取組評価分共通指標①特定健診・特定保健指導の実施率、メタボリックシンドローム該当者数及び予備軍の減少率の得点（令和4年度分）の内訳

ここでは、共通指標①の得点（令和4年度分）の高低別に、構成要素である、(1)特定健康診査の受診率、(2)特定保健指導実施率、(3)メタボリックシンドローム該当者及び予備軍の減少率、それぞれの平均点をみた。その結果、共通指標①の得点が高いと、(1)～(3)の構成要素の得点はいずれも高くなっている。特にその中で、(2)特定保健指導実施率の得点が、共通指標①の得点全体に大きく影響していることが分かる。（図表 2-9）

図表 2-9 取組評価分共通指標①の得点（令和4年度分）の内訳別平均点



(注1) 被保険者規模は令和2年度値、取組評価分の得点は令和4年度分を用いている。

(注2) 図表中のnは保険者数を示す。

## 2 取組評価分共通指標の得点とヘルスアップ事業実施状況との関係

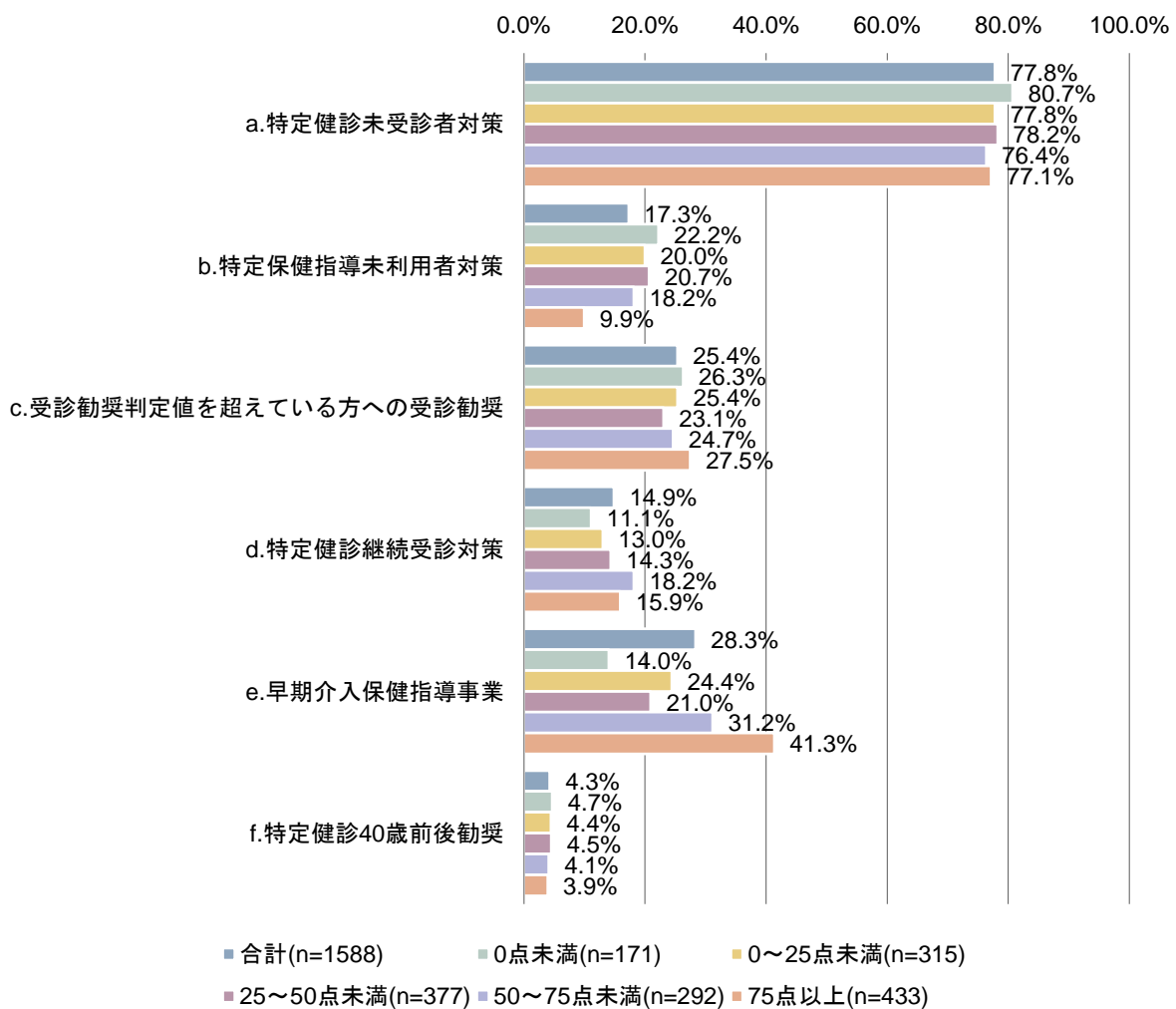
### 2.1 取組評価分共通指標①の得点と生活習慣病予防対策事業の関係

#### (1) 取組評価分共通指標①の得点（令和4年度分）と生活習慣病予防対策事業の実施割合（令和2年度）の関係

共通指標①の得点の高低にかかわらず、a. 特定健診未受診者対策の実施割合（事業を実施している保険者の割合）は概ね80%程度を占めている。また、c. 受診勧奨判定値を超えている方への受診勧奨、d. 特定健診継続受診対策についても、共通指標①の評価点の高低で実施割合の違いはない。

一方で、e. 早期介入保健指導事業については、共通指標①の得点が高い保険者で実施割合が高くなっている。また、b. 特定保健指導未利用者対策については、共通指標①の得点が高い保険者で実施割合が低くなっている。（図表 2-10）

図表 2-10 取組評価分共通指標①の得点別の生活習慣病予防対策事業実施割合



(注1) 被保険者規模は令和2年度値、取組評価分の得点は令和4年度分を用いている。

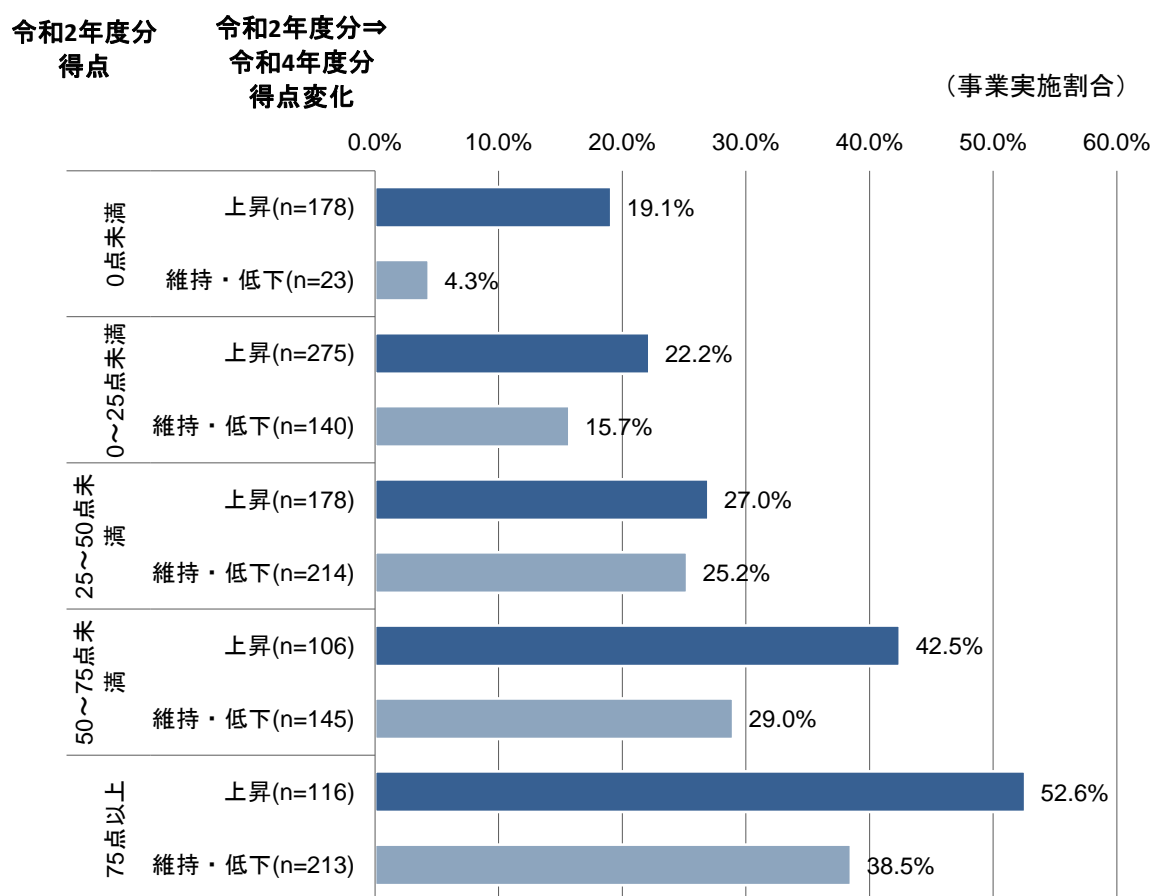
(注2) 図表中のnは保険者数を示す。

(2) 取組評価分共通指標①の得点変化（令和2年度分⇒令和4年度分）と生活習慣病予防対策事業 e. 早期介入保健指導事業の実施割合との関係

ここでは、生活習慣病予防対策事業の e. 早期介入保健指導事業の実施割合を、共通指標①の得点の令和2年度分から令和4年度分の変化別（上昇しているか、維持・低下しているか別）にみた。

これをみると、e. 早期介入保健指導事業の実施割合は、令和2年度分から令和4年度分にかけて取組評価の得点が増えている保険者の方が、維持・低下している保険者よりも高くなっている。（図表 2-11）

図表 2-11 取組評価分共通指標①の得点変化（令和2年度分⇒令和4年度分）別の生活習慣病予防対策事業 e. 早期介入保健指導事業の実施割合



(注1) 被保険者規模は令和2年度値、取組評価分の得点は令和2年度、令和4年度分を用いている。

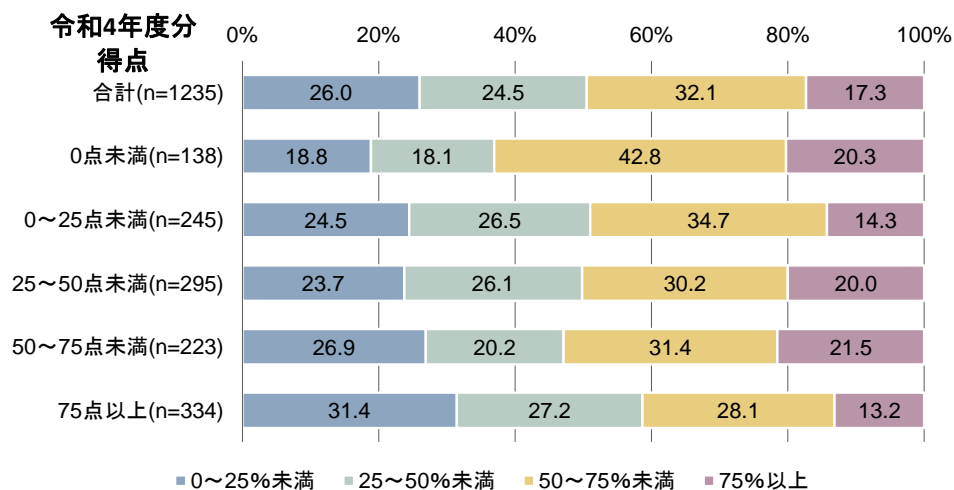
(注2) 図表中のnは事業を実施している保険者数を示す。

### (3) 取組評価分共通指標①の得点と生活習慣病予防対策事業 a. 特定健診未受診者対策の実施状況との関係

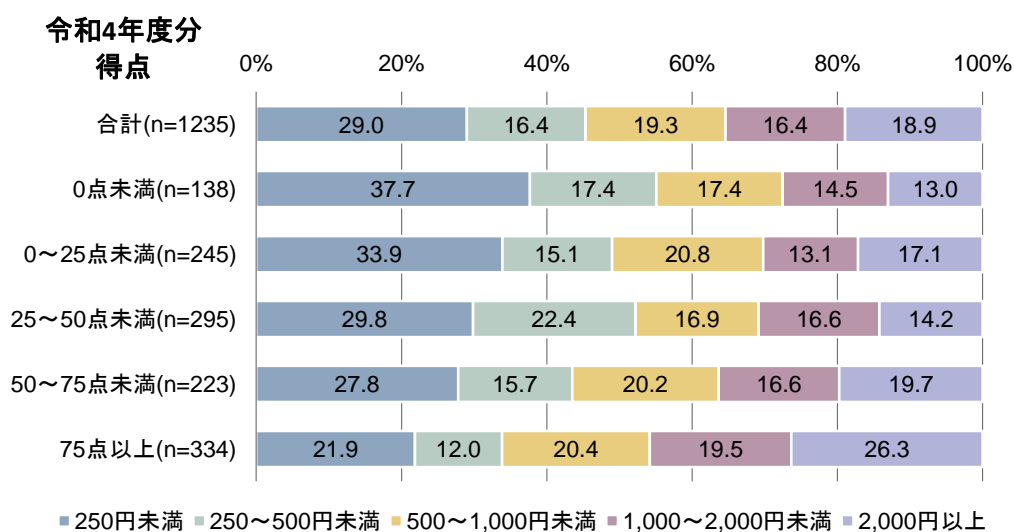
ここでは、生活習慣病予防対策事業の a. 特定健診未受診者対策の実施者割合（被保険者数に対する事業実施人数の割合）、事業実施対象者 1 人当たりの経費について、共通指標①の得点（令和 4 年度分）別にみた。

結果からは、共通指標①の得点が高いと、a. 特定健診未受診者対策の実施者割合が低い保険者の構成比がやや高くなり、事業実施対象者 1 人当たりの経費は高くなる傾向がみられる。（図表 2-12、図表 2-13）

図表 2-12 取組評価分共通指標①の得点別の生活習慣病予防対策事業 a. 特定健診未受診者対策の実施者割合



図表 2-13 取組評価分共通指標①の得点別の生活習慣病予防対策事業 a. 特定健診未受診者対策の実施対象者 1 人当たり経費



(注1) 実施者割合、事業実施対象者 1 人当たり経費は令和 2 年度値、取組評価分の得点は令和 4 年度分を用いている。

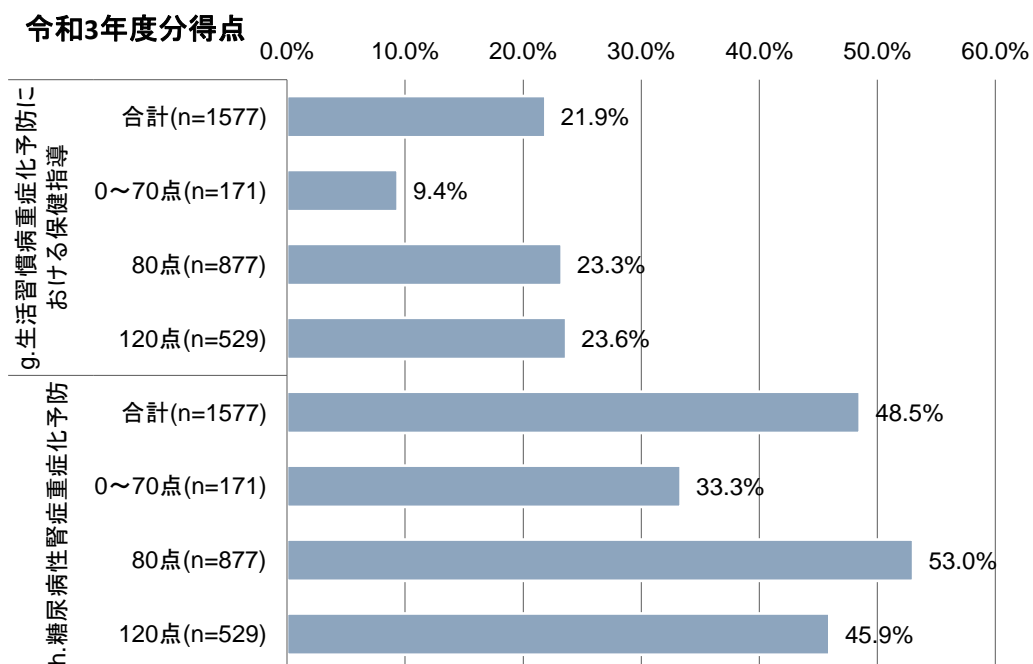
(注2) 図表中の n は事業を実施している保険者数を示す。

## 2.2 取組評価分共通指標③の得点と生活習慣病重症化予防対策事業との関係

### (1) 取組評価分共通指標③の得点と生活習慣病重症化予防対策事業実施割合（令和2年度）の関係

共通指標③の得点（令和3年度分）が0～70点の保険者に比べて、80点以上の保険者の方が、生活習慣病重症化予防対策事業である、g.生活習慣病重症化予防における保健指導、h.糖尿病性腎症予防のいずれも、実施割合が顕著に高くなっている。（図表 2-14）

図表 2-14 取組評価分共通指標③の得点別の生活習慣病重症化予防対策事業実施割合



(注1)事業実施割合は令和2年度値、取組評価分の得点は令和3年度分を用いている。

(注2)図表中のnは保険者数を示す。

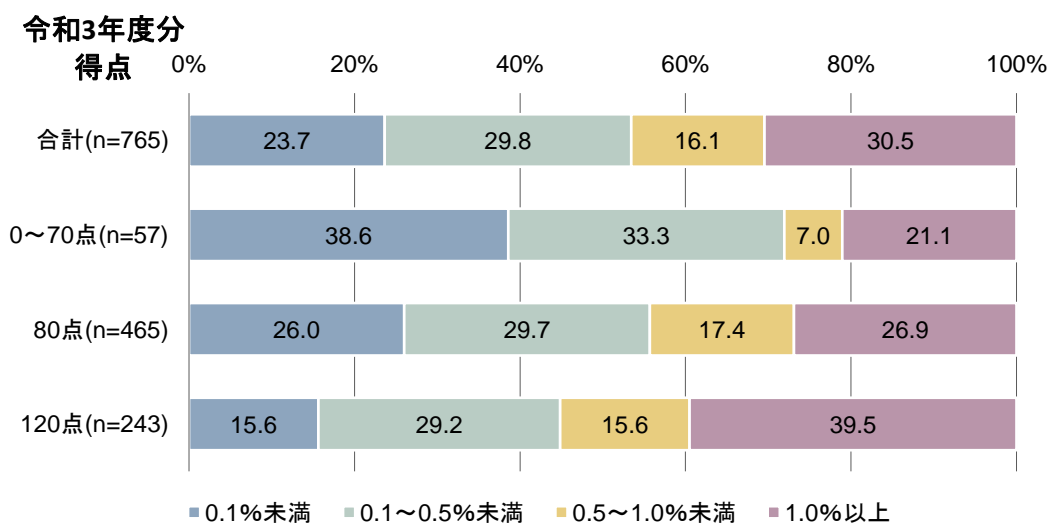


(2) 取組評価分共通指標③の得点と生活習慣病重症化予防対策事業 h. 糖尿病性腎症重症化予防対策との実施状況との関係

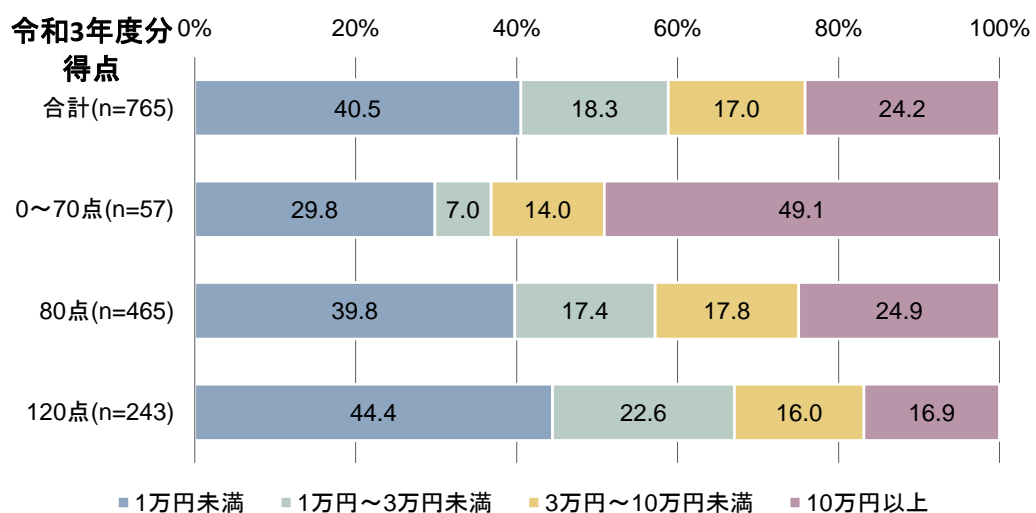
ここでは、生活習慣病重症化予防対策事業として h. 糖尿病性腎症重症化予防対策の実施者割合、実施者 1 人当たりの経費について、共通指標③の得点別にみた。

結果からは、共通指標③が高いと、h. 糖尿病性腎症重症化予防対策の実施者割合が高くなり、事業実施対象者 1 人当たりの経費は低くなっていることが分かる。(図表 2-15、図表 2-16)

図表 2-15 取組評価分共通指標③の得点別の生活習慣病重症化予防対策事業 h. 糖尿病性腎症重症化予防対策の実施者割合



図表 2-16 取組評価分共通指標③の得点別の生活習慣病重症化予防対策事業 h. 糖尿病性腎症重症化予防対策の事業実施対象者 1 人当たり経費



(注1)実施者割合、事業実施対象者 1 人当たり経費は令和 2 年度値、取組評価分の得点は令和 3 年度分を用いている。

(注2)nは事業を実施している保険者数を示す

### 3 アウトカムとヘルスアップ事業実施状況との関係

ここではアウトカムとして以下の 5 つの指標を取り上げ、ヘルスアップ事業実施状況との関係を見た。(図表 2-17)

図表 2-17 アウトカムとして設定した指標

	集計・分析の概要	n	出典
1	・ 特定健康診査実施率 (%) ・ 特定保健指導実施率 (%)	1,738	令和3年度予算関係資料
2	・ 重複処方該当者数 (保険者千人あたり) ・ 多剤処方該当者数 (保険者千人あたり)	1,740 (1,741)	取組評価分令和4年度
3	・ 糖尿病性腎症の対象者割合_令和2年度 (%)	1,727 (1,741)	
4	・ 平均自立期間 (男女別) _令和2年	1,535 (1,552)	様式3別紙6 (令和3年度 市町村国保ヘルスアップ事業計画概要)
5	・ 被保険者1人当たり総点数 (生活習慣病_がん、筋・骨格、精神除く) _入院・外来_令和2年	1,542 (1,546)	

(注1)市町村が様式に記載した指標について、記載ミスと思われる外れ値が多くみられたことから、平均値±4σ (偏差値 90 以上、10 以下)は、一律に外れ値として集計・分析から除外している。( )内は外れ値を除く前の n 数

(注2)以下の分析では、表中記載のデータと事業費データの両方が揃う保険者を対象としているため、分析に応じてサンプル数(n数)が異なる。

### 3.1 特定健康診査実施率、特定保健指導実施率とヘルスアップ事業実施状況との関係

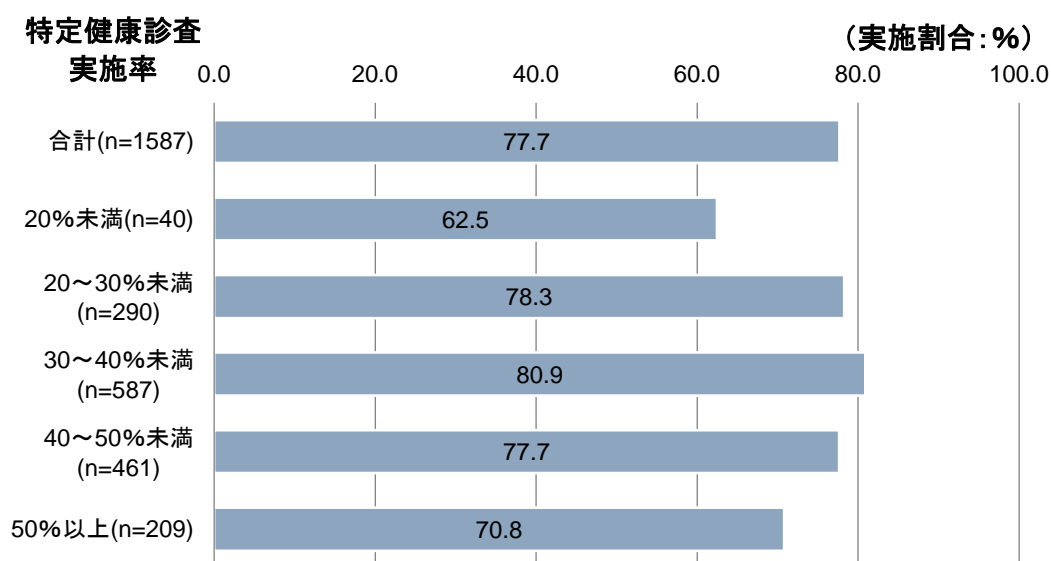
ここでは、市町村国保ヘルスアップ事業の生活習慣病予防対策のうち、「a. 特定健診未受診者対策」、  
「b. 特定保健指導未利用者対策」の事業実施状況（令和2年度）について、アウトカム指標である特定健康診査実施率、特定保健指導実施率（令和2年度）との関係をそれぞれ整理した。

ここでは、特定健康診査実施率、特定保健指導実施率が得られ、かつヘルスアップ事業の実施状況が分かるサンプル（n=1,587 保険者）を対象としている。

#### （1）特定健康診査実施率別の a. 特定健診未受診者対策の事業実施割合

まず、特定健診実施率別の a. 特定健診未受診者対策の事業実施割合をみると、保険者数が少ないため留意が必要だが、特定健診実施率が 20%未満の場合、a. 特定健診未受診者対策の事業実施割合が 62.5%と低くなっている。また、特定健診実施率が 50%以上の場合でも、a. 特定健診未受診者対策の事業実施割合が 70.8%とやや低くなっている。（図表 2-18）

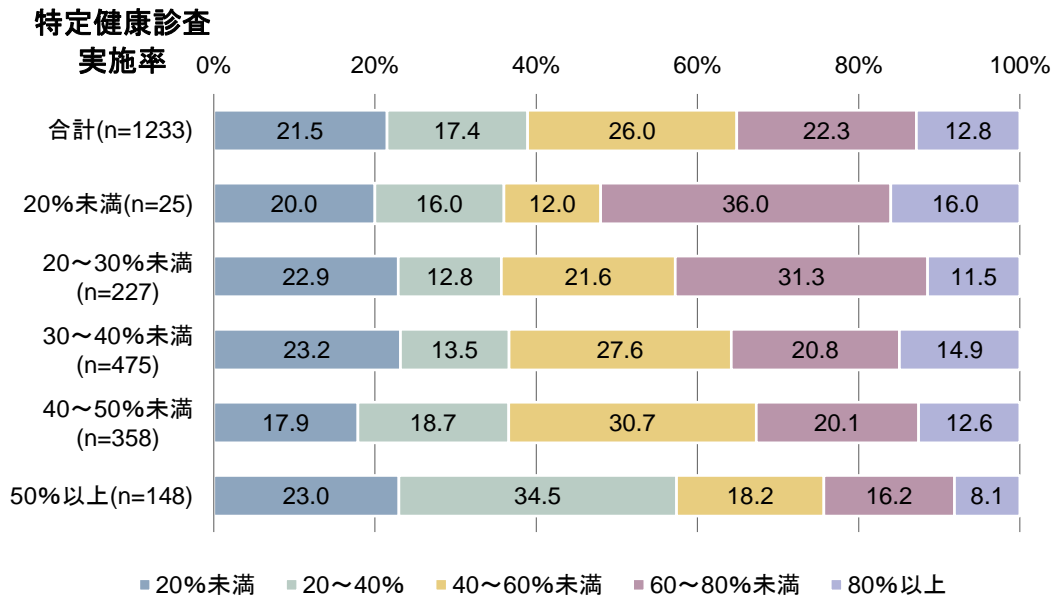
図表 2-18 特定健診実施率別の a. 特定健診未受診者対策の事業実施割合



次に、a. 特定健診未受診者対策を実施している保険者について、特定健診実施率別に a. 特定健診未受診者対策の事業実施者割合（保険者数に対する事業者実施者割合）をみると、特定健診実施率が低い保険者で、a. 特定健診未受診者対策の実施者割合が高くなっている。アウトカムとしての特定健康診査実施率が低い保険者では、a. 特定健診未受診者対策の対象者を広げて実施していることが分かる。

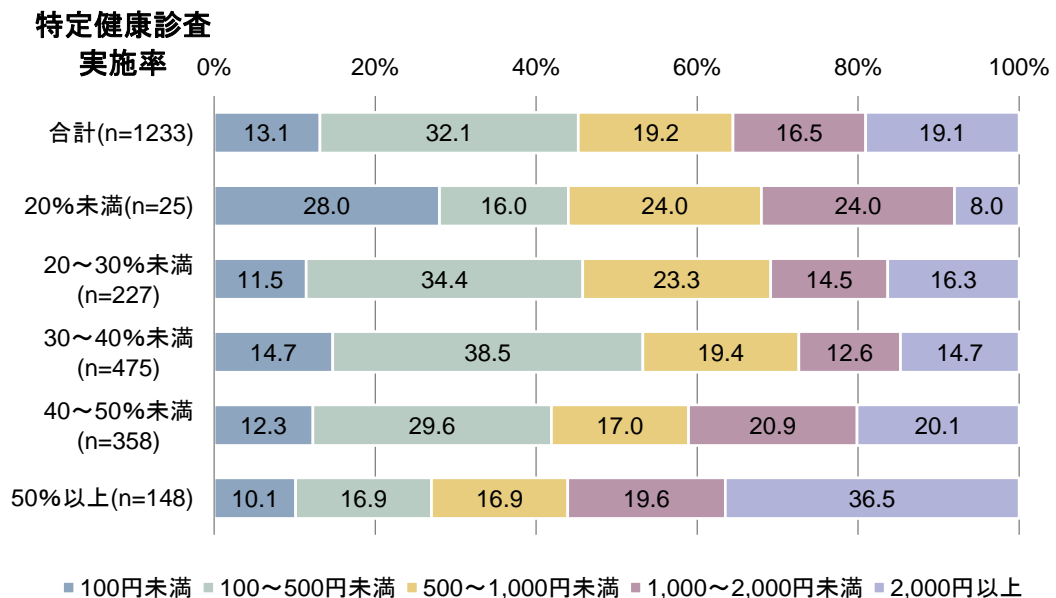
（図表 2-19）

図表 2-19 特定健診実施率別の a. 特定健診未受診者対策の実施者割合



また、a. 特定健診未受診者対策を実施している保険者について、特定健診実施率別に a. 特定健診未受診者対策の事業実施者 1 人当たり経費をみると、特定健診実施率が低い保険者で、a. 特定健診未受診者対策の 1 人当たり経費が低くなっている。上述のようにアウトカムとしての特定健康診査実施率が低い保険者で、a. 特定健診未受診者対策の対象を広げて実施しているものの、対象者 1 人当たりの経費が低くなっていることがうかがえる。(図表 2-20)

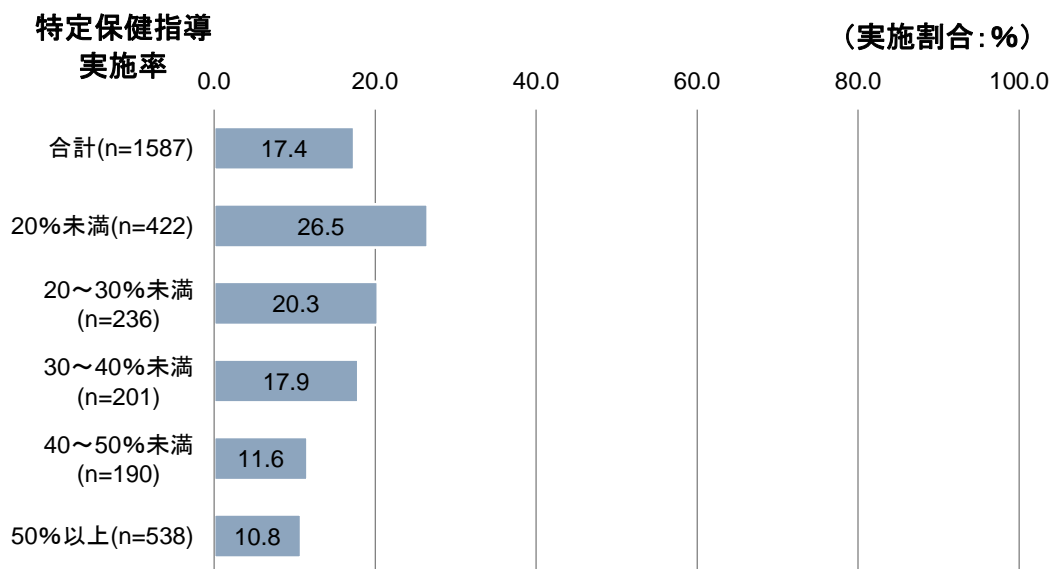
図表 2-20 特定健診実施率別の a. 特定健診未受診者対策の 1 人当たり経費



(2) 特定保健指導実施率別の、b. 特定保健指導未利用者対策の事業実施者割合

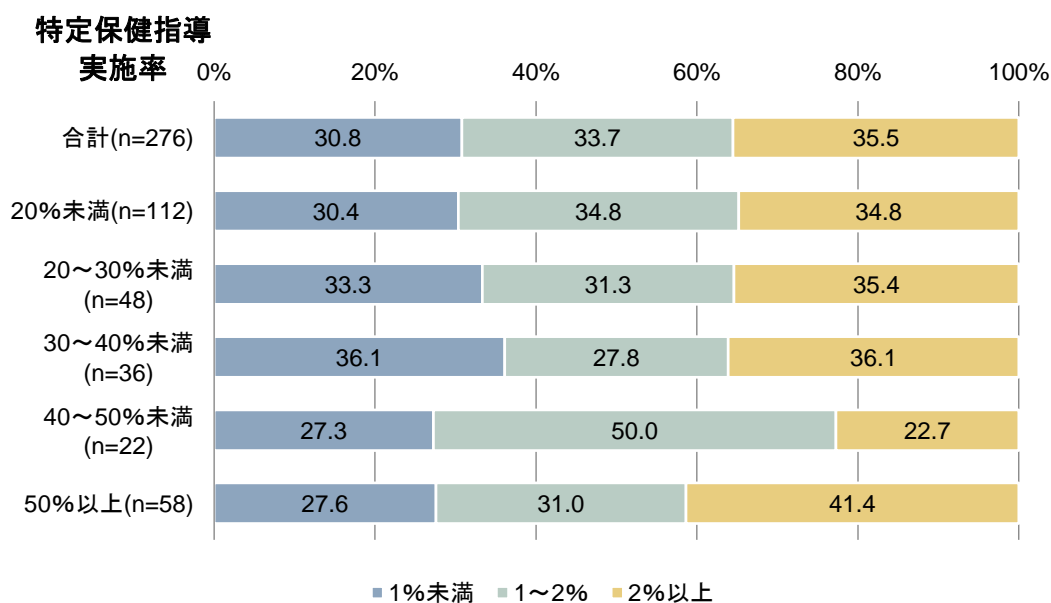
特定保健指導実施率別の b. 特定保健指導未利用者対策の事業実施割合をみると、特定保健指導実施率が低いほど、b. 特定保健指導未利用者対策の事業実施割合が高くなる傾向がみられる。(図表 2-21)

図表 2-21 特定保健指導実施率別の b. 特定保健指導未利用者対策の事業実施割合



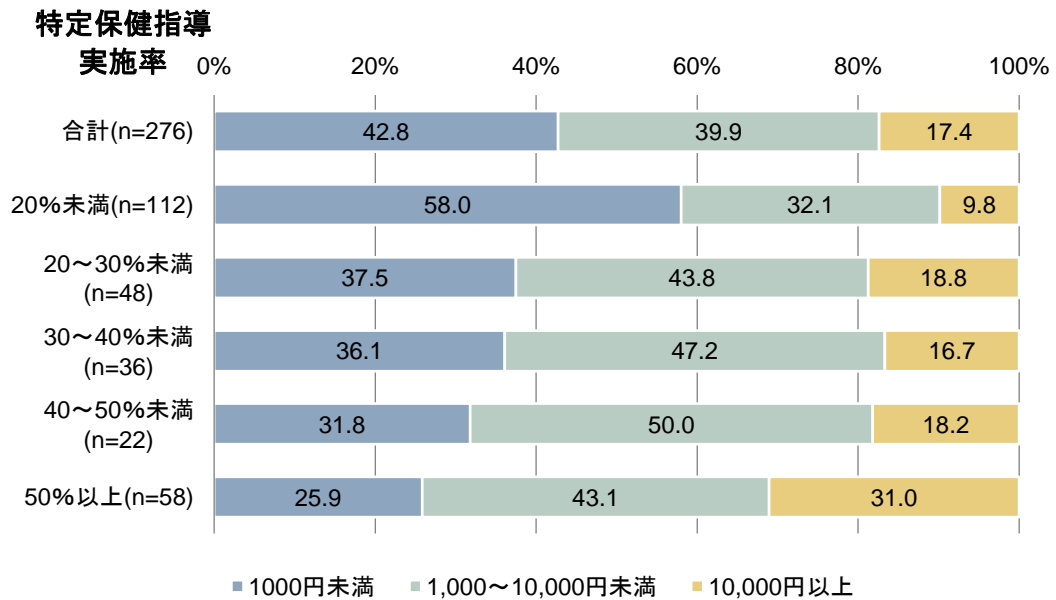
次に、b. 特定保健指導未利用者対策を実施している保険者について、特定保健指導実施率別に b. 特定保健指導未利用者対策の実施者割合（保険者数に対する事業者実施者の割合）については、特に傾向がみられない。(図表 2-22)

図表 2-22 特定保健指導実施率別の b. 特定保健指導未利用者対策の実施者割合



また、b. 特定保健指導未利用者対策を実施している保険者について、特定保健指導実施率別に b. 特定保健指導未利用者対策の事業実施者 1 人当たり経費をみると、特定保健指導実施率が低い保険者で、b. 特定保健指導未利用者対策の 1 人当たり経費が低くなっている。(図表 2-23)

図表 2-23 特定保健指導実施率別の b. 特定保健指導未利用者対策の 1 人当たり経費



### 3.2 重複処方、多剤処方該当者数（保険者千人あたり）とヘルスアップ事業実施状況との関係

ここでは、令和2年度市町村国保ヘルスアップ事業③国保一般事業の一つ「k-②重複・多剤服薬者への訪問指導」の実施状況を見て、その後、アウトカム指標として、「重複処方・多剤処方該当者数（保険者千人あたり）」との関係を整理する\*。

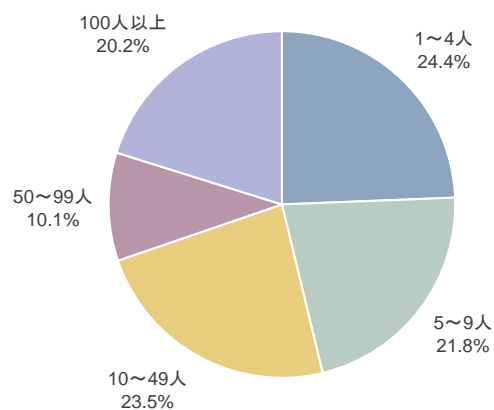
※両データが利用できる（整理の対象となる）保険者は1,588である。以下の通り、そのうち「k-②重複・多剤服薬者への訪問指導」事業を実施している保険者は119となっている。

#### （1）k-②重複・多剤服薬者への訪問指導の実施状況

まず、k-②重複・多剤服薬者への訪問指導の実施割合（保険者数ベース）は、7.5%であり、被保険者規模が大きいほど実施割合は高くなっている。（図表 2-3、図表 2-6）

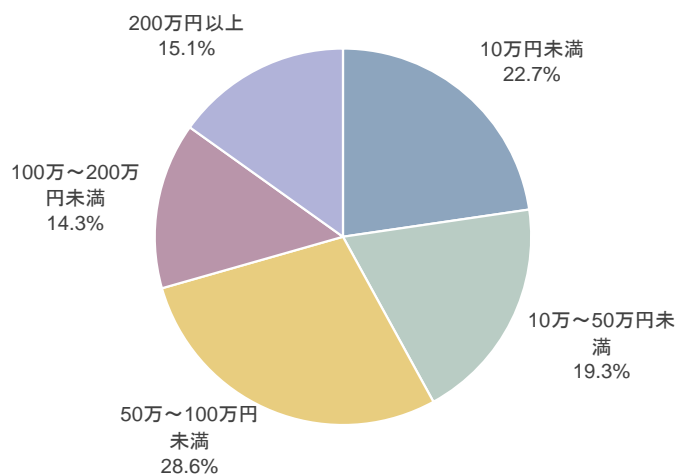
次に当該事業を実施している保険者（n=119 保険者）における実施対象者数をみると、「1～4人」（24.4%）から「100人以上」（20.2%）まで、かなり幅広くなっている。（図表 2-24）

図表 2-24 k-②重複・多剤服薬者への訪問指導の実施対象数（令和2年度）（n=119）



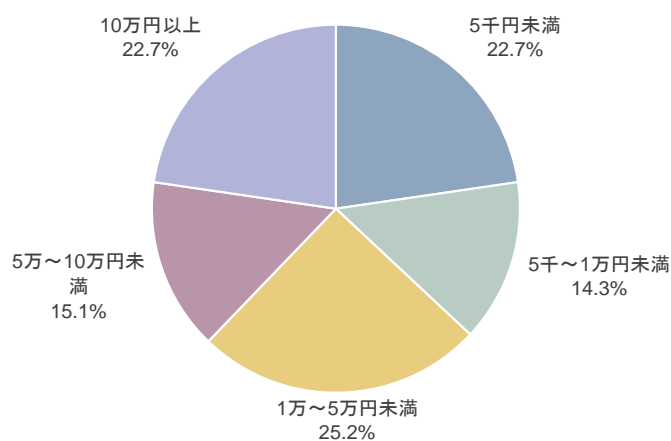
また、保険者あたりの事業経費（金額）をみると、「10 万円未満」（27.7%）から「200 万円以上」（15.1%）に広がっている。（図表 2-25）

図表 2-25 k-②重複・多剤服薬者への訪問指導の事業経費（令和2年度）（n=119）



また、実施者1人当たりの事業経費（金額）をみると、「5 千円未満」（22.7%）から「10 万円以上」（27.7%）に広がっており、保険者による幅が大きいことが分かる。（図表 2-26）

図表 2-26 k-②重複・多剤服薬者への訪問指導の事業実施対象者1人当たりの事業経費（令和2年度）（n=119）

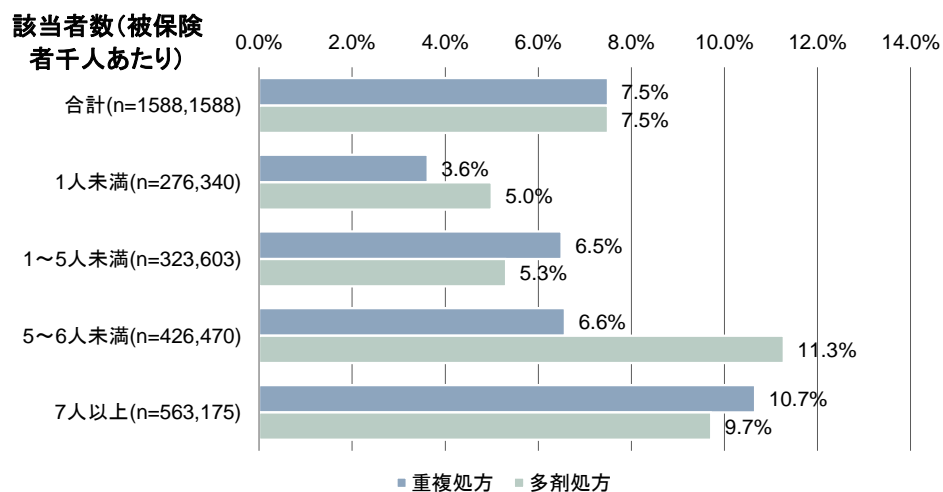




(2) 重複処方・多剤処方該当者数（被保険者千人あたり）（令和2年度）と k-②重複・多剤服薬者への訪問指導事業の関係

ここでは、アウトカムとしての重複処方・多剤処方該当者数（被保険者千人あたり）の大きさと、k-②重複・多剤服薬者への訪問指導の事業実施者割合の関係をみた。結果からは、重複処方該当者数、多剤処方対象者数のいずれにおいても、その人数が多いほど、k-②重複・多剤服薬者への訪問指導の事業を実施している割合が高くなっている。（図表 2-27）

図表 2-27 重複処方・多剤処方該当者数（被保険者千人あたり）別の k-②重複・多剤服薬者への訪問指導の事業実施者割合



(注1) 表側()内は、左:重複処方、右:多剤処方のサンプル数を示す。令和2年度値である。

(注2) nは「k-②重複・多剤服薬者への訪問指導」の実施状況、「重複処方・多剤処方該当者数(保険者千人あたり)」の両データが揃う保険者数を示す

### 3.3 糖尿病性腎症対象者の割合（令和2年度）とヘルスアップ事業実施状況との関係

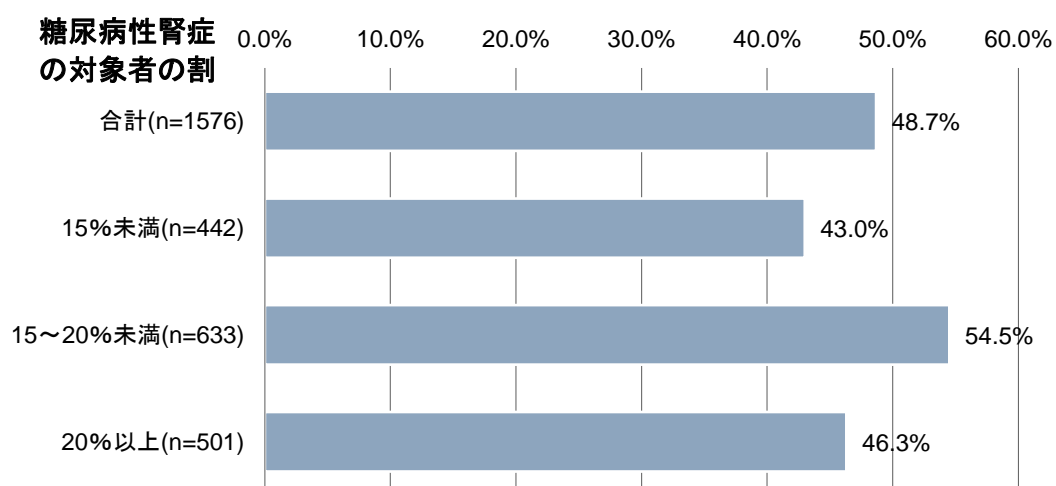
ここでは、市町村国保ヘルスアップ事業の生活習慣病重症化予防対策の一つ「h. 糖尿病性腎症重症化予防」の事業実施状況（令和2年度）について、アウトカム指標である糖尿病性腎症等の対象者割合（令和2年度）との関係を整理した。

#### （1）糖尿病性腎症対象者の割合別の h. 糖尿病性腎症重症化予防の事業実施割合

ここでは、糖尿病性腎症等の対象者割合が得られ、かつヘルスアップ事業の糖尿病性腎症重症化予防の実施状況が分かるサンプル（n=1,576 保険者）を対象としている。

糖尿病性腎症対象者の割合別の h. 糖尿病性腎症重症化予防の事業実施割合では、特に傾向はみられなかった。（図表 2-28）

図表 2-28 糖尿病性腎症対象者の割合別の h. 糖尿病性腎症重症化予防の事業実施割合



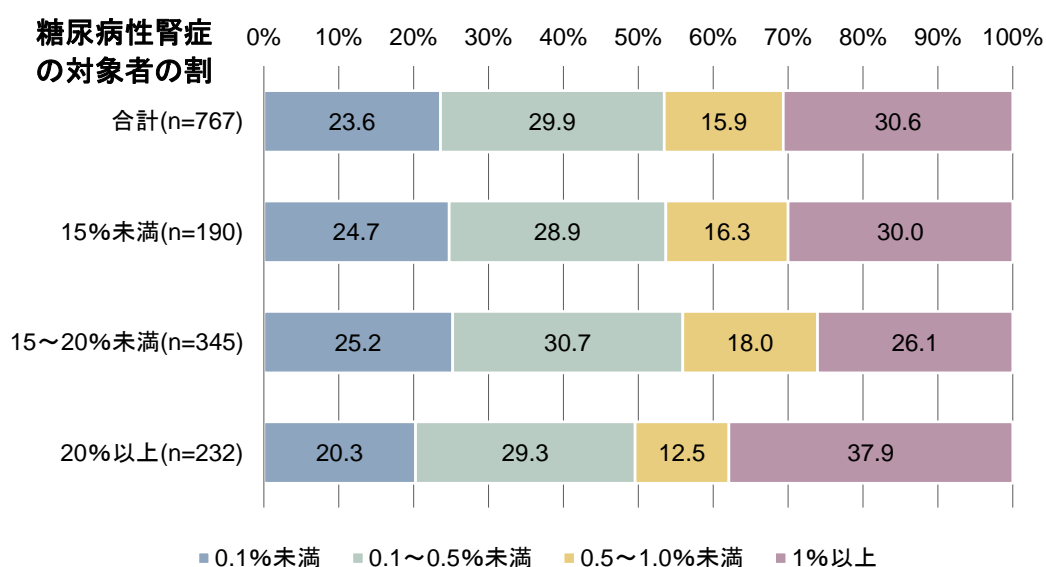
## (2) 糖尿病性腎症対象者の割合別の h. 糖尿病性腎症重症化予防対策の実施状況\*

ここでは、アウトカムの一つである糖尿病性腎症対象者の割合別に、生活習慣病重症化予防対策にかかる h. 糖尿病性腎症重症化予防対策の実施者割合、実施者 1 人当たりの経費をみた。

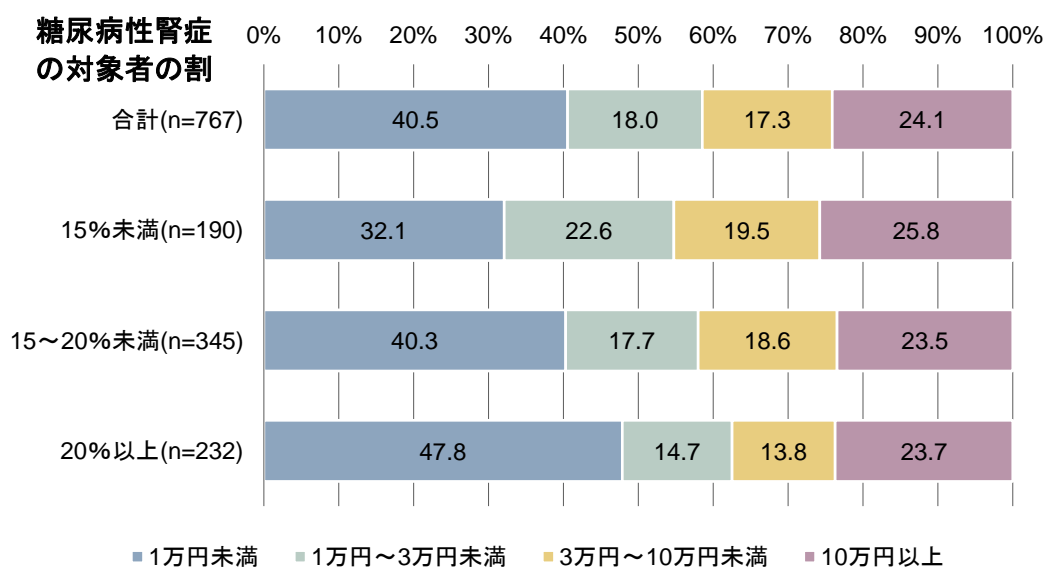
結果からは、糖尿病性腎症対象者の割合が 20% 以上の場合、h. 糖尿病性腎症重症化予防対策の実施者割合が 1% を超える割合が高くなるが、全体には明確な傾向はみられない。また、実施者 1 人当たりの経費との関係については、糖尿病性腎症の対象者割合が高い保険者では、実施者 1 人当たりの経費が低い傾向がみられる。(図表 2-29、図表 2-30)

※: 糖尿病性腎症対象者の割合が得られ、かつ h. 糖尿病性腎症重症化予防対策を実施しているサンプル(n=767 保険者)を対象としている。

図表 2-29 糖尿病性腎症対象者の割合別の h. 糖尿病性腎症重症化予防対策の実施者割合



図表 2-30 糖尿病性腎症対象者の割合別の h. 糖尿病性腎症重症化予防対策の実施者 1 人当たりの経費



(注)nは保険者数を示す

### 3.4 医療費の被保険者1人当たり総点数とヘルスアップ事業実施状況との関係

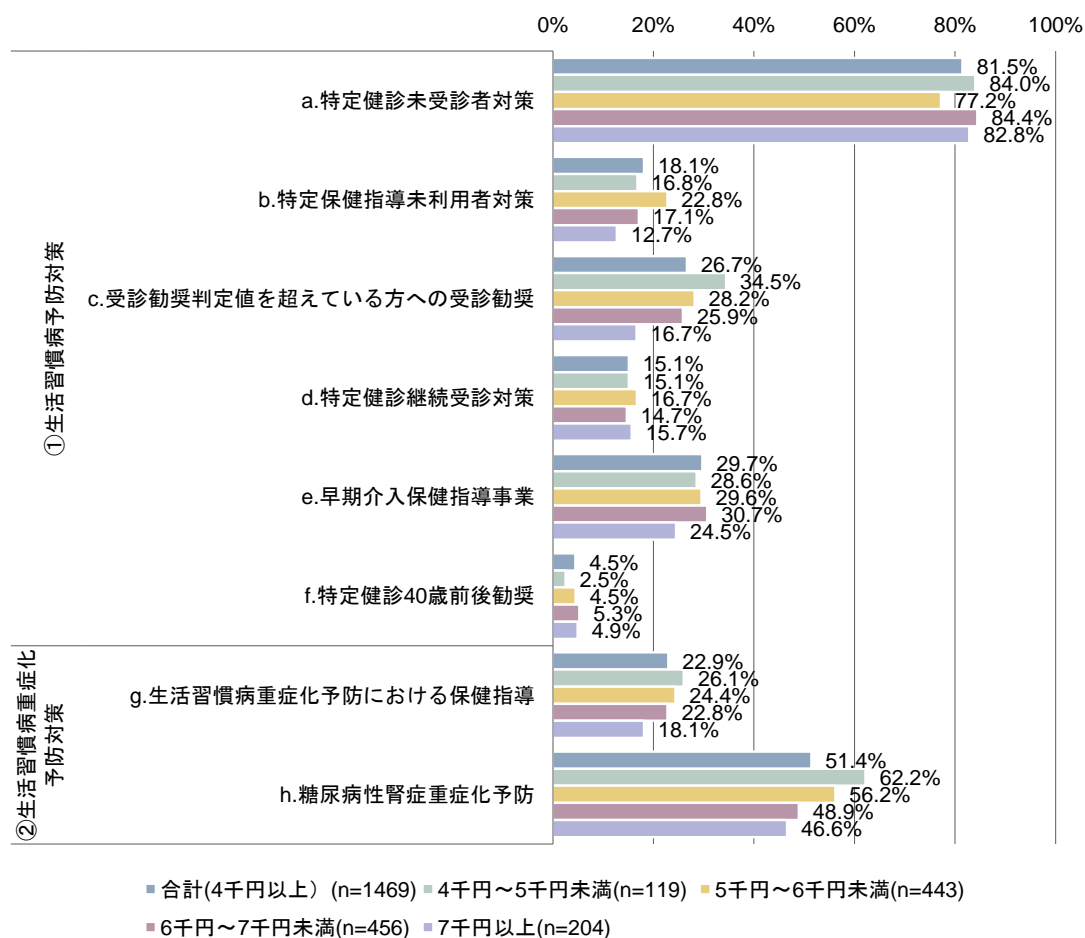
ここでは、アウトカムとして、医療費の被保険者1人当たり総点数（生活習慣病；がん、筋・骨格、精神除く）（入院、外来合計）（令和2年度）とヘルスアップ事業実施状況（令和2年度）との関係を見た。なお、ここでは、事業費であまり対象としていない生活習慣病の中でのがん、筋・骨格、精神を除いたデータを利用したが、除かない場合も傾向は同じであった。

#### (1) 医療費の被保険者1人当たり総点数と事業実施割合の関係

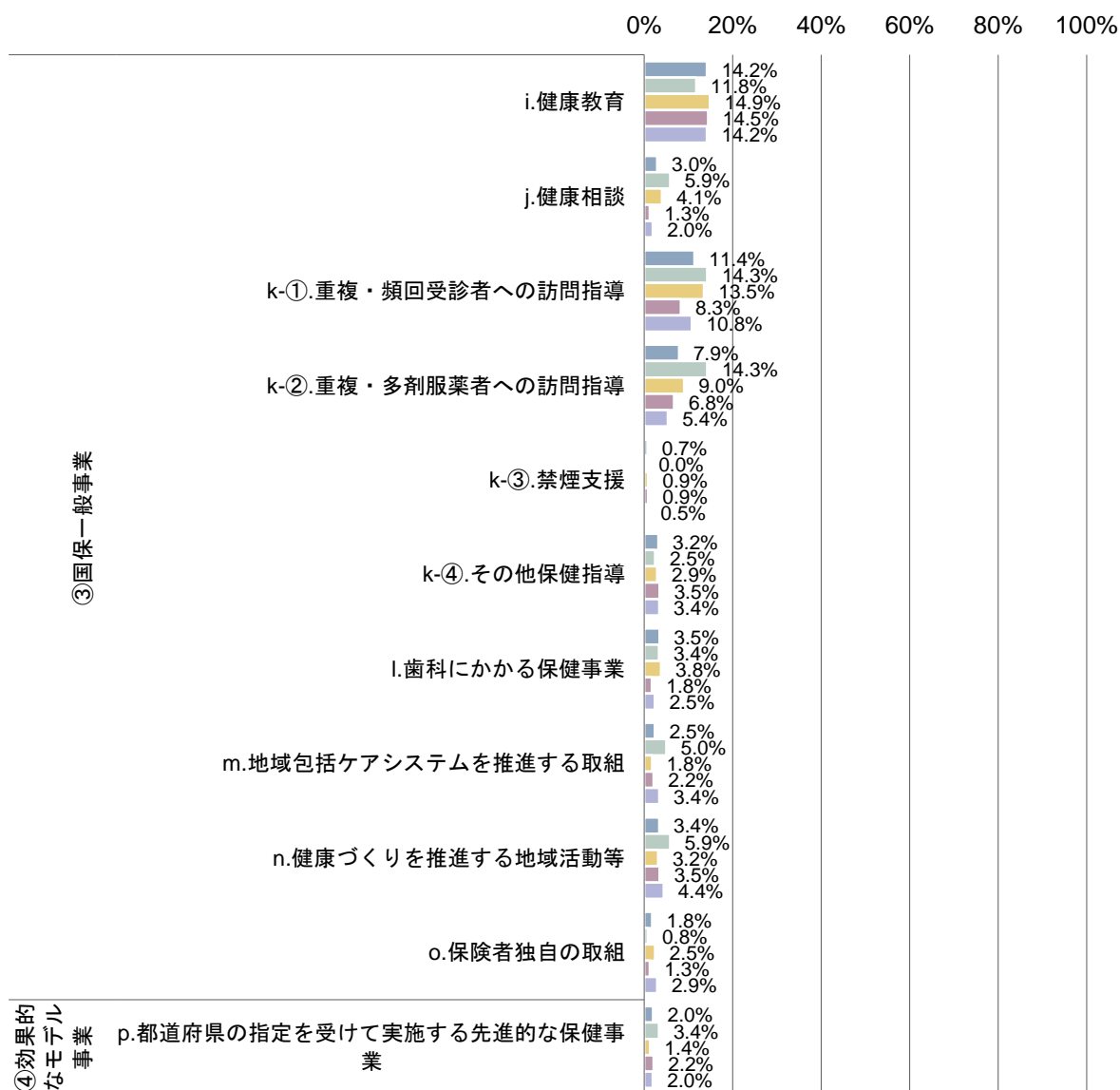
ここでは、医療費の被保険者1人当たり総点数が得られ、かつヘルスアップ事業の実施状況が分かるサンプル（n=1,469 保険者）を対象としている。

医療費の被保険者1人当たり総点数が低い保険者において、実施される割合が高い事業がいくつか見られる。具体的には、c. 受診勧奨判定値を超えている方への受診勧奨、g. 生活習慣病重症化予防における保健指導、h. 糖尿病性腎症重症化予防、j. 健康相談、k-①重複・頻回受診者への訪問指導、k-②重複・多剤服薬者への訪問指導、などである。一方で、a. 特定健診未受診者対策などでは医療費の被保険者1人当たり総点数の大きさによる実施割合の差はみられない。（図表 2-31）

図表 2-31 医療費の被保険者1人当たり総点数別のヘルスアップ事業実施割合



被保険者1人当たり総点数別のヘルスアップ事業実施割合（つづき）



■ 合計(4千円以上) (n=1469) ■ 4千円～5千円未満(n=119) ■ 5千円～6千円未満(n=443)  
 ■ 6千円～7千円未満(n=456) ■ 7千円以上(n=204)

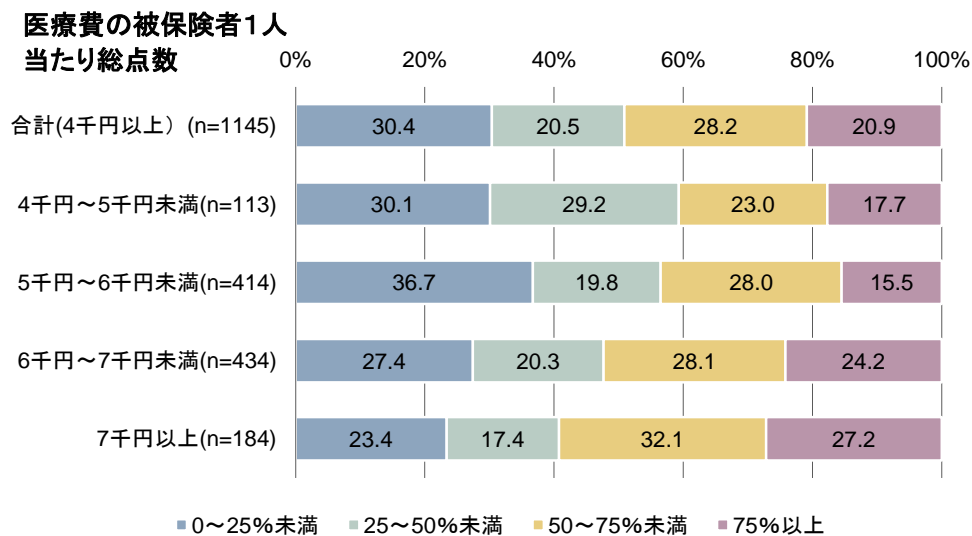
(2) 医療費の被保険者1人当たり総点数と生活習慣病予防対策事業(a~f)の実施状況との関係※

生活習慣病にかかる医療費の被保険者1人当たり総点数が高い保険者において、生活習慣病予防対策事業(a~f)の実施者割合は総じて高い傾向がみられる。また、被保険者1人当たり総点数が7千円以上の場合には、実施者1人当たりの経費が高いが、全体には両者に傾向的な関係はみられない。

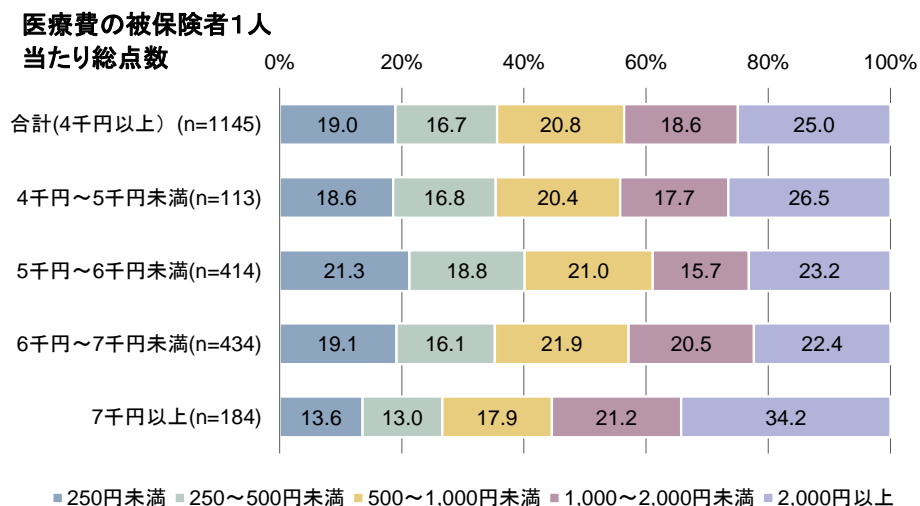
(図表 2-32、図表 2-33)

※: 医療費の被保険者1人当たり総点数が得られ、かつ生活習慣病予防対策事業を実施しているサンプル(n=1,145 保険者)を対象としている。

図表 2-32 医療費の被保険者1人当たり総点数別の生活習慣病予防対策事業実施者割合



図表 2-33 医療費の被保険者1人当たり総点数別の生活習慣病予防対策事業の実施者1人当たり経費



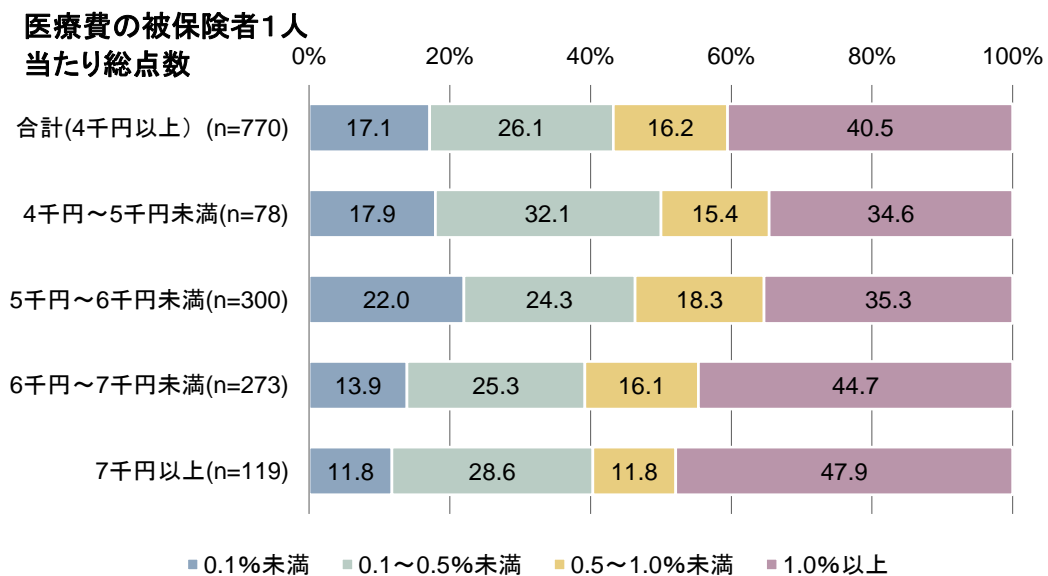
(注)医療費の被保険者1人当たり総点数では、生活習慣病(がん、筋・骨格、精神除く)(入院、外来合計)(令和2年度)を用いている。ここでは、4千円以上について整理した。また、事業に関するデータは令和2年度のものである。

(3) 医療費の被保険者1人当たり総点数と生活習慣病重症化予防対策事業 (g, h) の実施状況との関係※

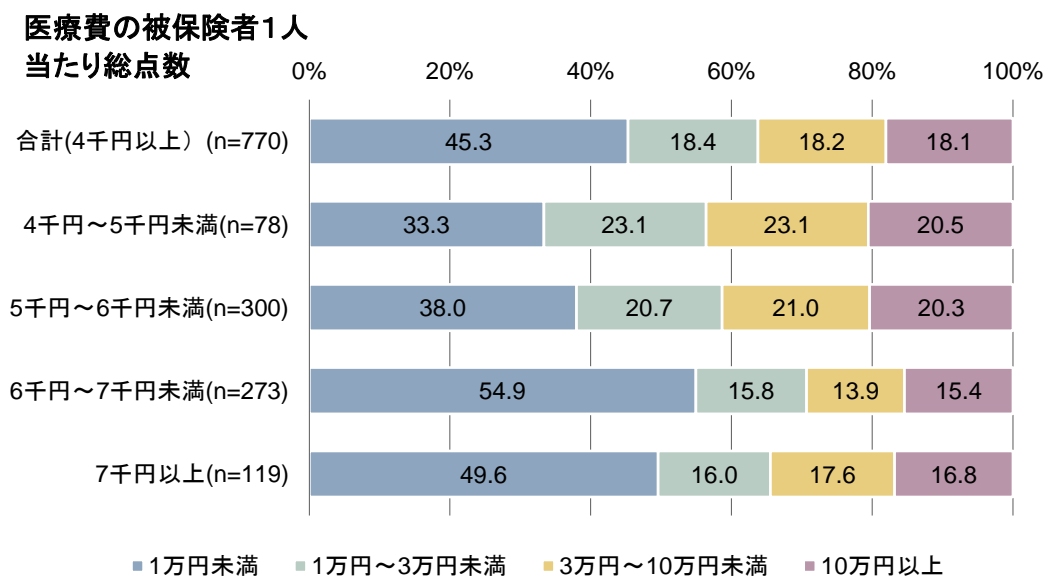
医療費の被保険者1人当たり総点数が高い保険者において、生活習慣病重症化予防対策事業 (g, h) の実施者割合は総じて高い傾向がみられる。一方で、被保険者1人当たり総点数が高い場合には、実施者1人当たりの経費が低い傾向がみられる。(図表 2-34、図表 2-35)

※: 医療費の被保険者1人当たり総点数が得られ、かつ生活習慣病重症化予防対策事業を実施しているサンプル(n=770 保険者)を対象としている。

図表 2-34 医療費の被保険者1人当たり総点数別の生活習慣病重症化予防対策事業の実施者割合



図表 2-35 医療費の被保険者1人当たり総点数別の生活習慣病重症化予防対策事業の実施者1人当たり経費



### 3.5 平均自立期間（男性）とヘルスアップ事業実施状況との関係

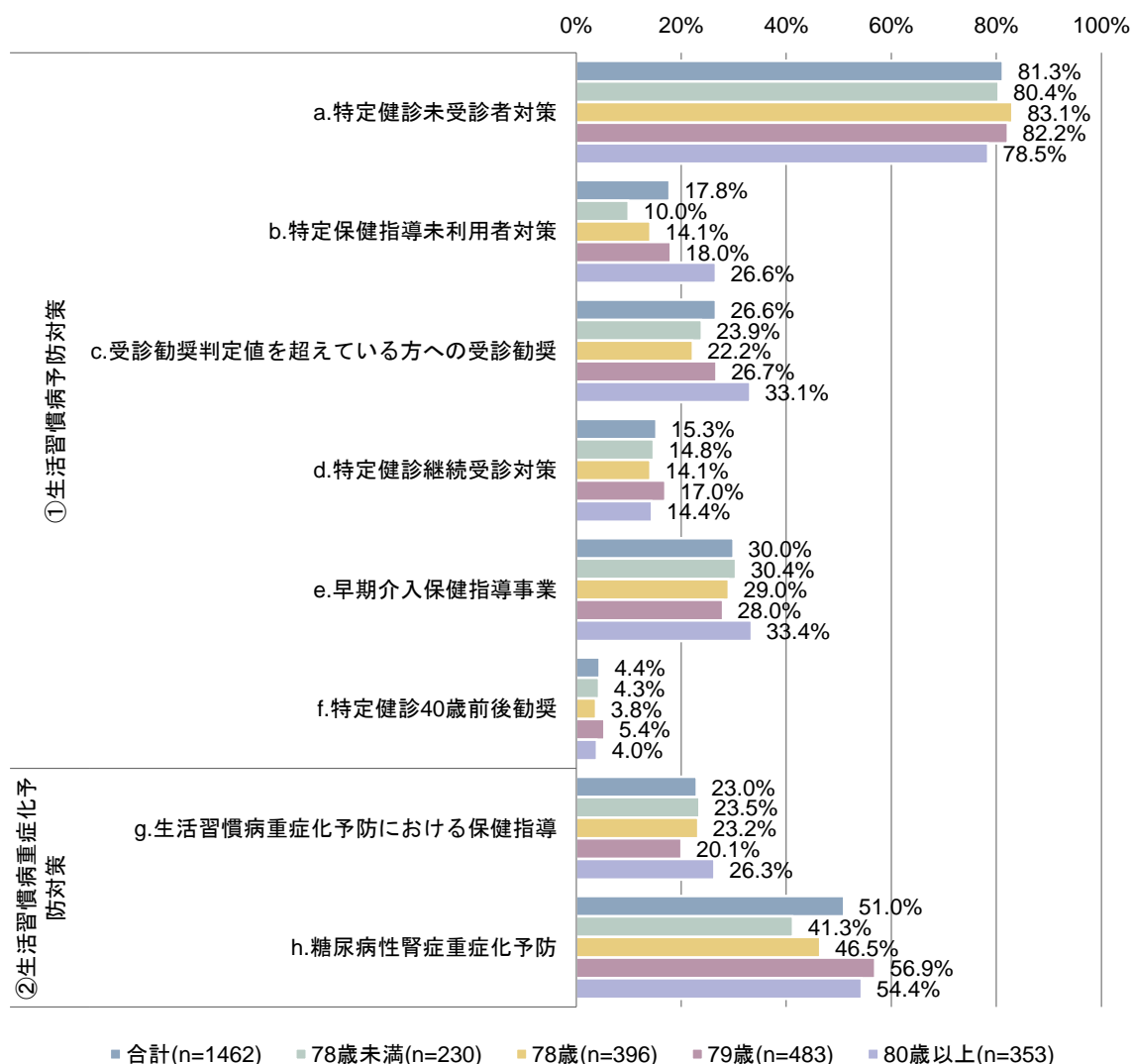
ここでは、アウトカムとして、平均自立期間（男性）（令和2年度）とヘルスアップ事業実施状況との関係をみた。

#### （1）平均自立期間（男性）とヘルスアップ事業実施割合の関係

ここでは、平均自立期間（男性）が得られ、かつヘルスアップ事業の実施状況が分かるサンプル（n=1,462 保険者）を対象としている。

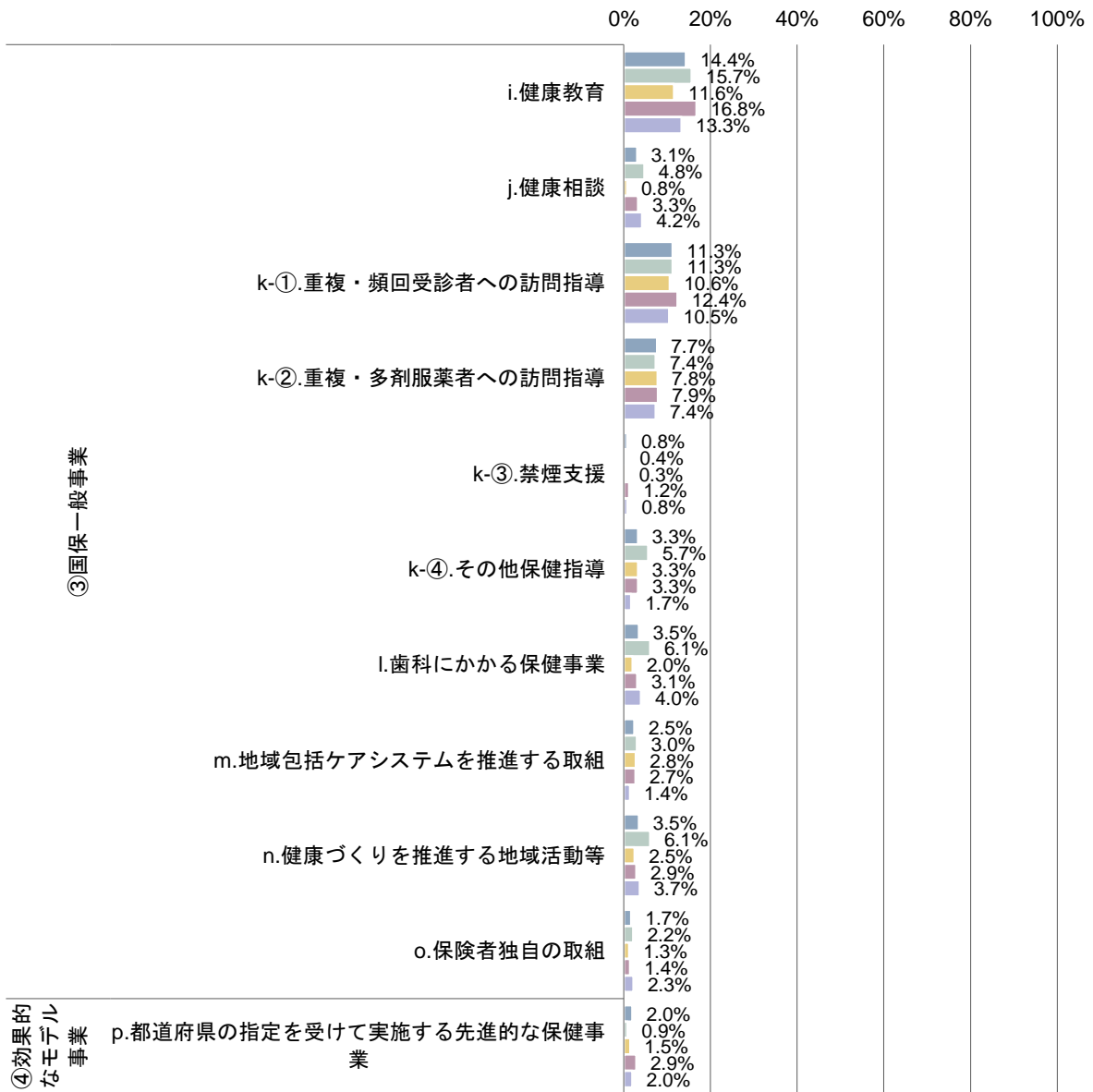
平均自立期間（男性）が高い保険者において、実施される割合がやや高い事業がいくつか見られる。具体的には、b. 特定保健指導未利用者対策、c. 受診勧奨判定値を超えている方への受診勧奨、h. 糖尿病性腎症重症化予防、などである。一方で、a. 特定保健未受診者対策、e. 早期介入保健指導事業では平均自立期間（男性）による実施割合の差はみられない。（図表 2-36）

図表 2-36 平均自立期間（男性）別のヘルスアップ事業実施割合





平均自立期間（男性）のヘルスアップ事業実施割合（つづき）



■ 合計(n=1462) ■ 78歳未満(n=230) ■ 78歳(n=396) ■ 79歳(n=483) ■ 80歳以上(n=353)

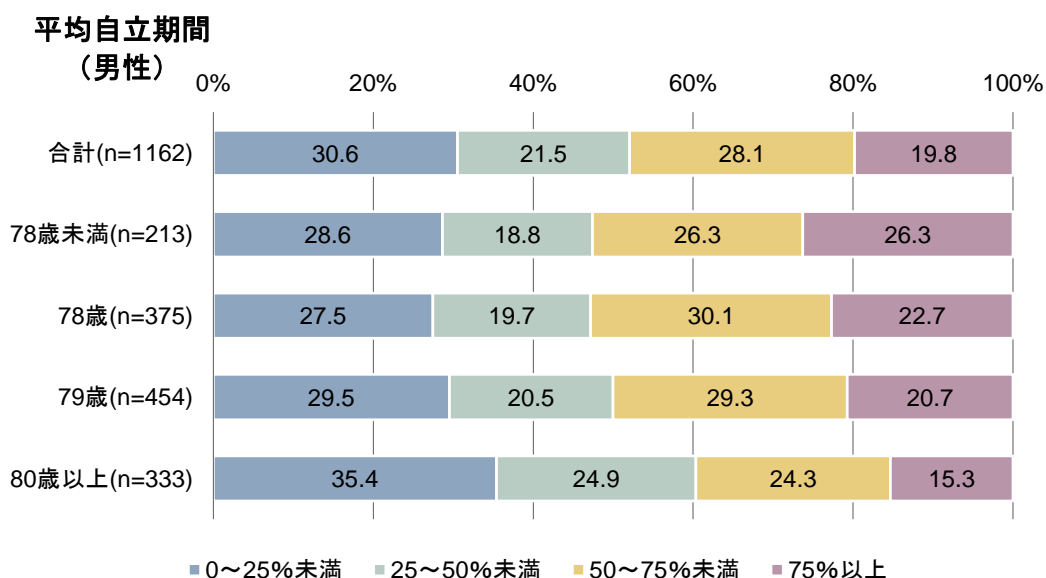
(2) 平均自立期間（男性）と生活習慣病予防対策事業（a～f）の実施状況との関係<sup>※1</sup>

平均自立期間（男性）が高い保険者において、生活習慣病予防対策事業（a～f）の実施者割合はやや低い傾向がみられる。また、平均自立期間（男性）が78歳未満<sup>※2</sup>の場合、実施者1人当たりの経費が高いが、全体には両者に傾向的な関係はみられない。（図表 2-37、図表 2-38）

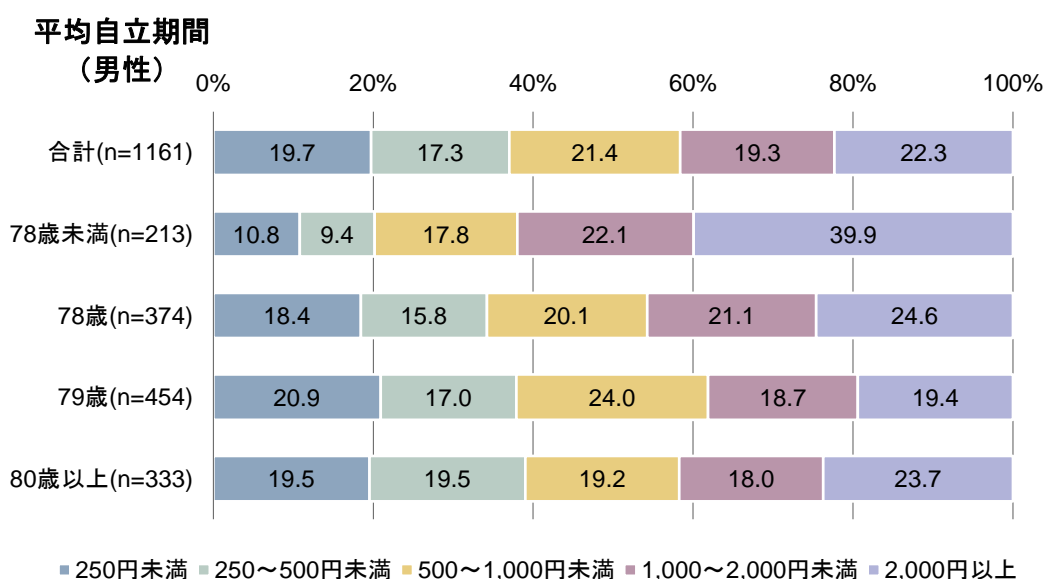
※1: 平均自立期間(男性)が得られ、かつ生活習慣病予防対策事業を実施しているサンプル(n=1162 保険者)を対象としている。

※2: サンプル数の関係から78歳未満を一つの分類に統合した(213 保険者)。詳細は75歳以下が22 保険者、76歳が39 保険者、77歳が155 保険者となっている。

図表 2-37 平均自立期間（男性）別の生活習慣病予防対策事業実施者割合



図表 2-38 平均自立期間（男性）別の生活習慣病予防対策事業の実施者1人当たり経費

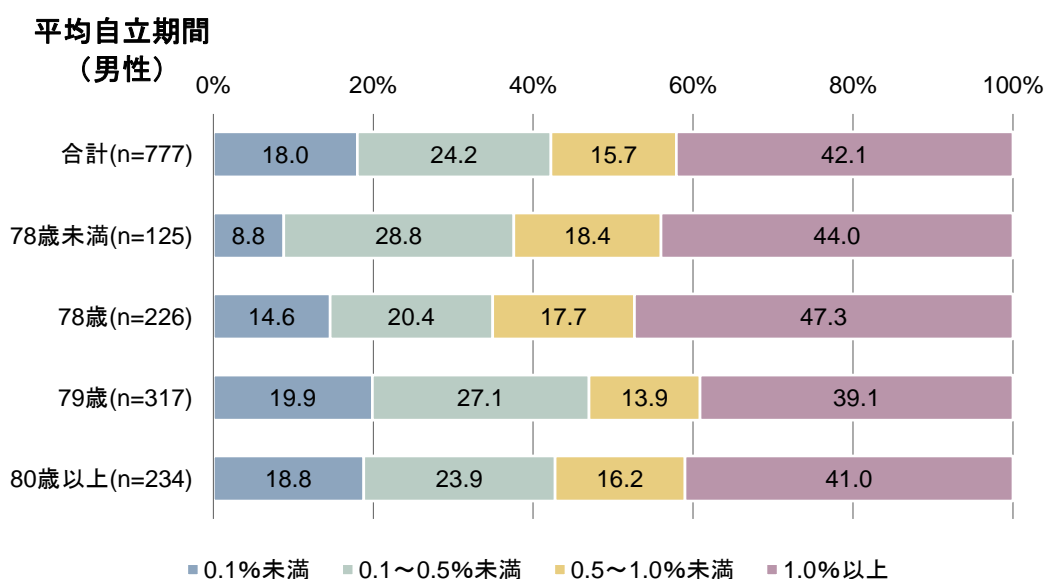


### (3) 平均自立期間（男性）と生活習慣病重症化予防対策事業（g, h）の実施状況\*との関係

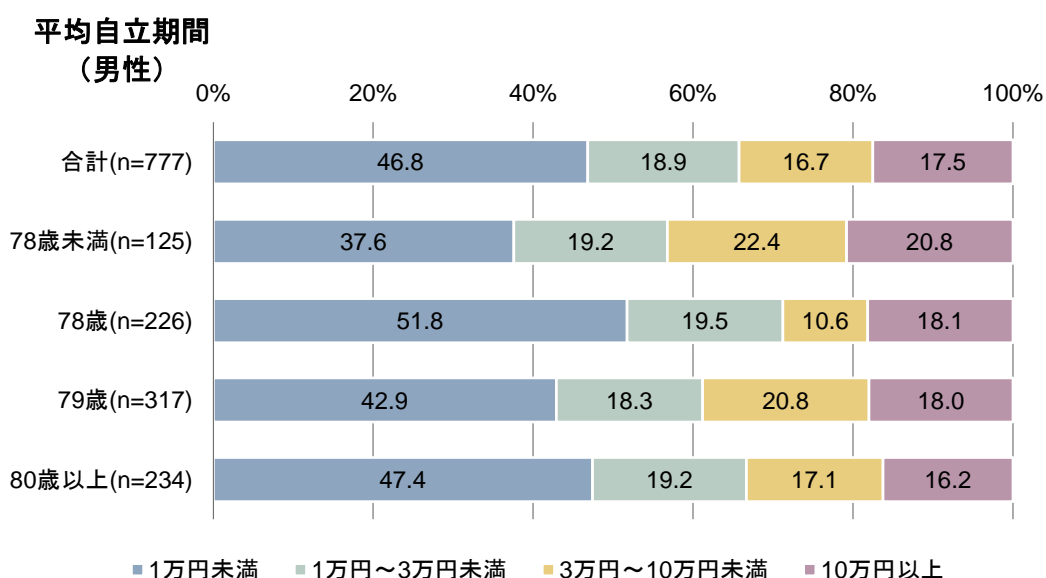
平均自立期間（男性）が高い保険者において、生活習慣病重症化予防対策事業（g, h）の実施者割合はやや低い傾向がみられる。一方で、平均自立期間（男性）と実施者1人当たりの経費の間には明確な関連はみられない。（図表 2-39、図表 2-40）

※:平均自立期間(男性)が得られ、かつ生活習慣病重症化予防対策事業を実施しているサンプル(n=777 保険者)を対象としている。

図表 2-39 平均自立期間（男性）別の生活習慣病重症化予防対策事業実施者割合



図表 2-40 平均自立期間（男性）別の生活習慣病重症化予防対策事業の実施者1人当たり経費



### 3.6 平均自立期間（女性）とヘルスアップ事業実施状況との関係

ここでは、アウトカムとして、平均自立期間（女性）（令和2年度）とヘルスアップ事業実施状況との関係をみた。

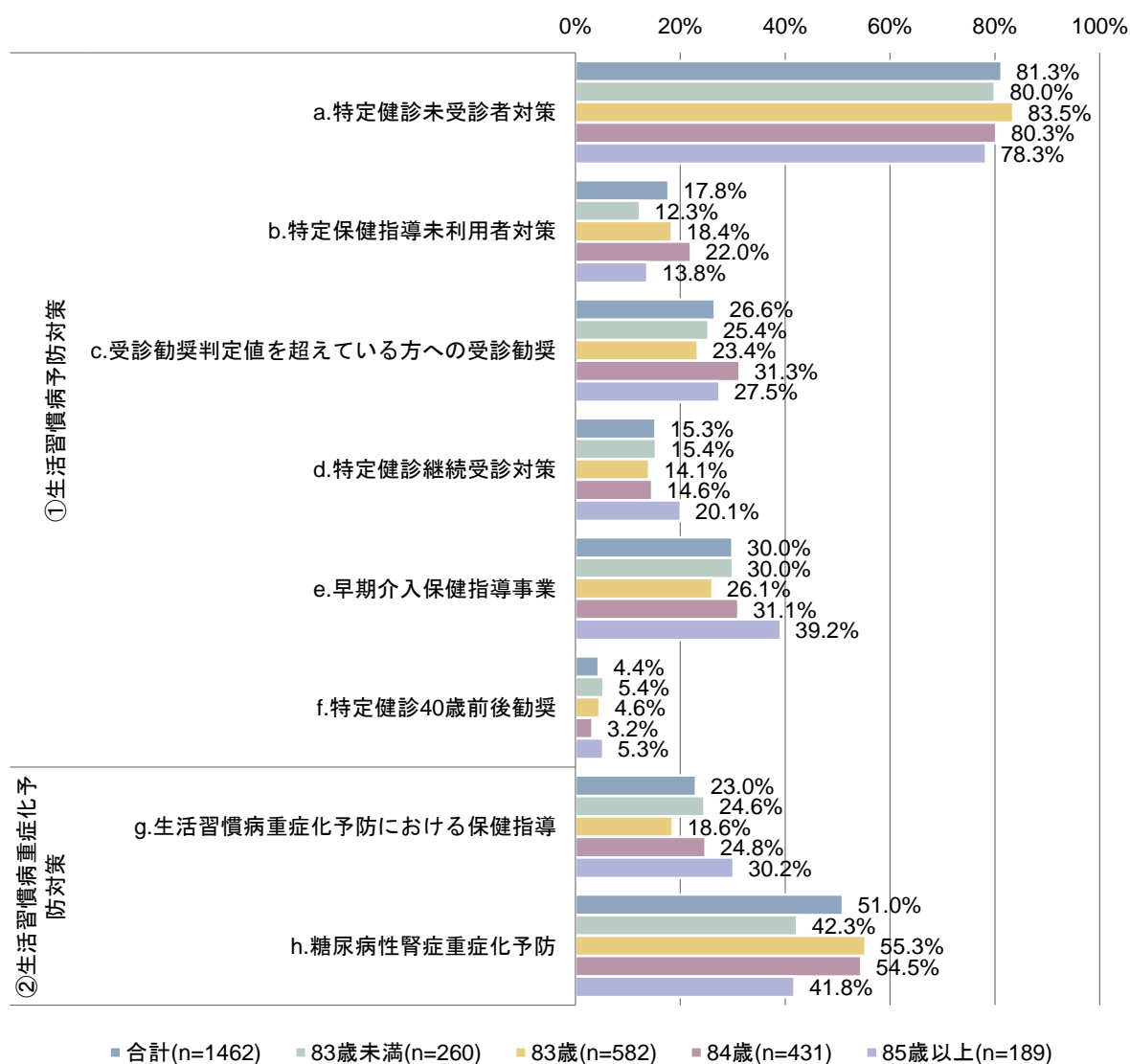
#### （1）平均自立期間（女性）とヘルスアップ事業実施割合の関係

ここでは、平均自立期間（女性）が得られ、かつヘルスアップ事業の実施状況が分かるサンプル（n=1,462 保険者）を対象としている。

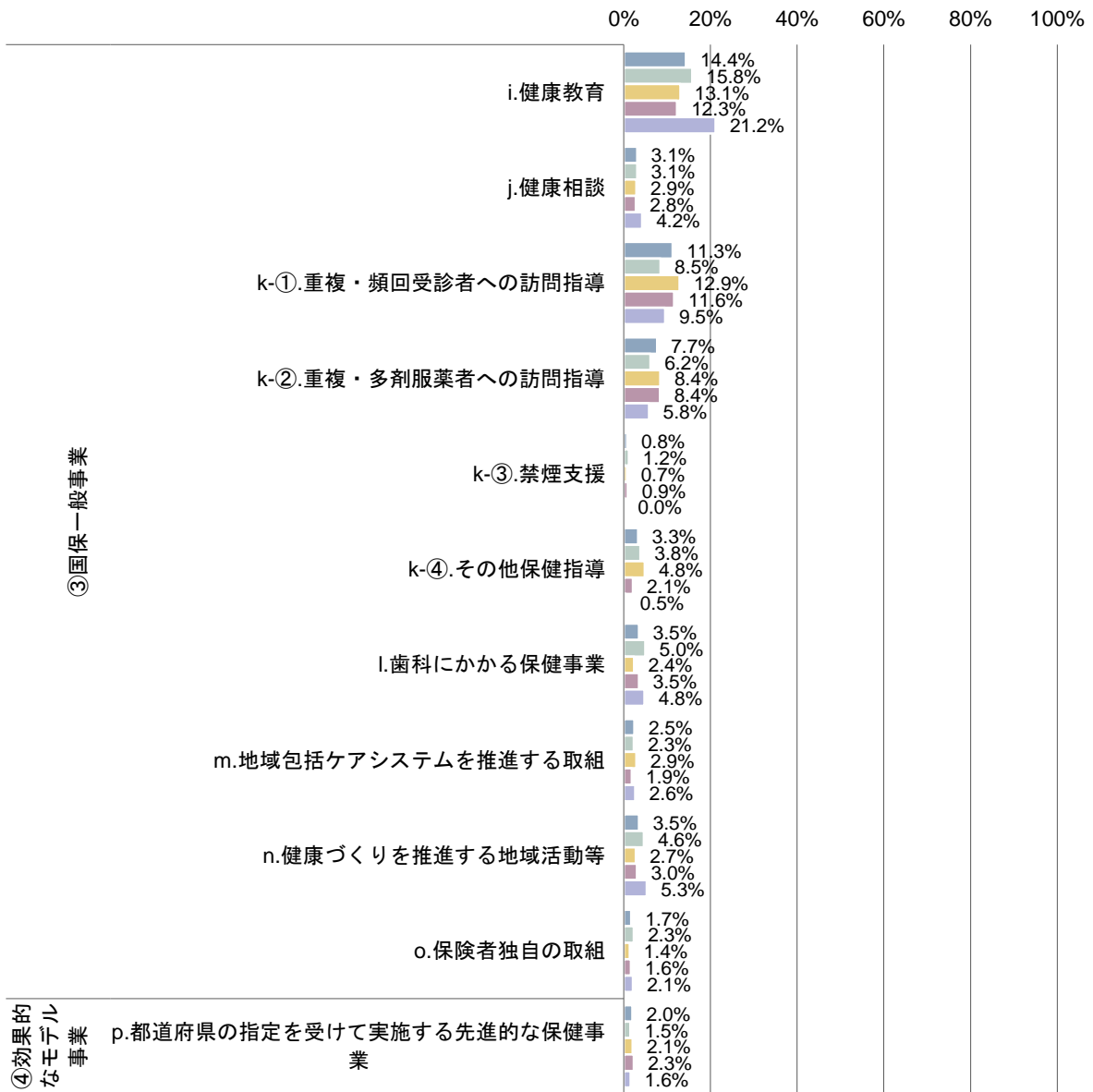
平均自立期間（女性）の高さと、事業が実施される割合の間には明確な関係はほとんどみられない。

（図表 2-41）

図表 2-41 平均自立期間（女性）別のヘルスアップ事業実施割合



平均自立期間（女性）のヘルスアップ事業実施割合（つづき）



■ 合計(n=1462) ■ 83歳未満(n=260) ■ 83歳(n=582) ■ 84歳(n=431) ■ 85歳以上(n=189)

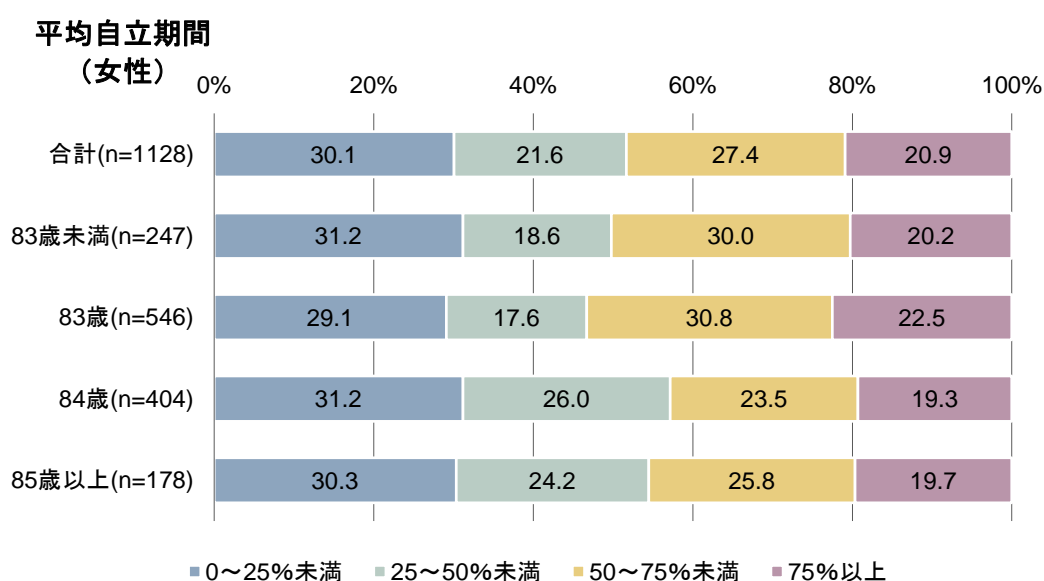
(2) 平均自立期間（女性）と生活習慣病予防対策事業（a～f）の実施状況との関係※1

平均自立期間（女性）の高さと、生活習慣病予防対策事業（a～f）の実施者割合の間には傾向的な関係みられない。また、平均自立期間（女性）と実施者1人当たりの経費の間にも傾向的な関係はみられない。（図表 2-42、図表 2-43）

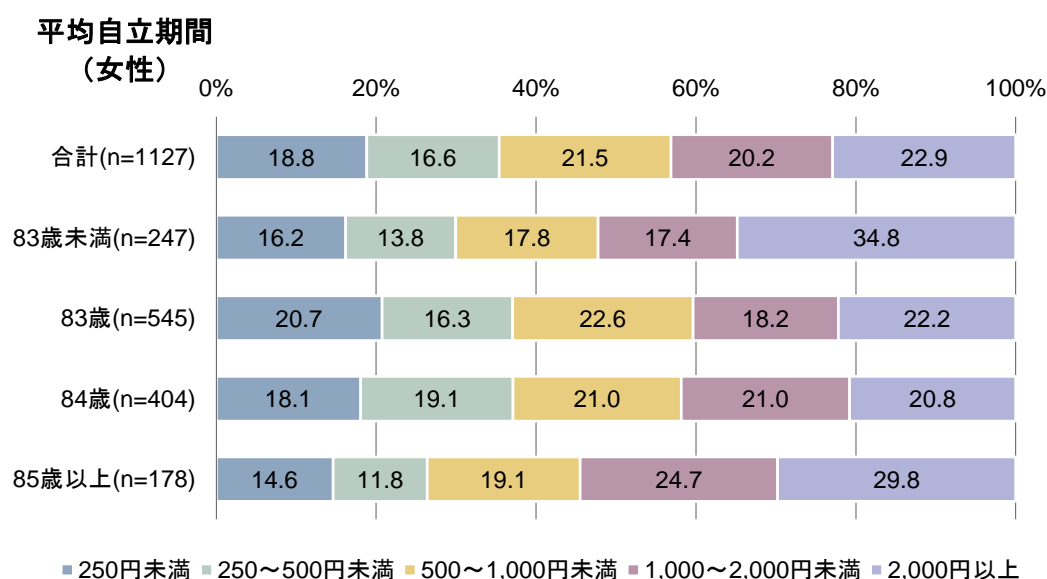
※1: 平均自立期間（女性）が得られ、かつ生活習慣病予防対策事業を実施しているサンプル(n=1128 保険者)を対象としている。

※2: サンプル数の関係から 83 歳未満を一つの分類に統合した(247 保険者)。詳細は 80 歳以下が 18 保険者、81 歳が 37 保険者、77 歳が 192 保険者となっている。

図表 2-42 平均自立期間（女性）別の生活習慣病予防対策事業実施者割合



図表 2-43 平均自立期間（女性）別の生活習慣病予防対策事業の実施者1人当たり経費

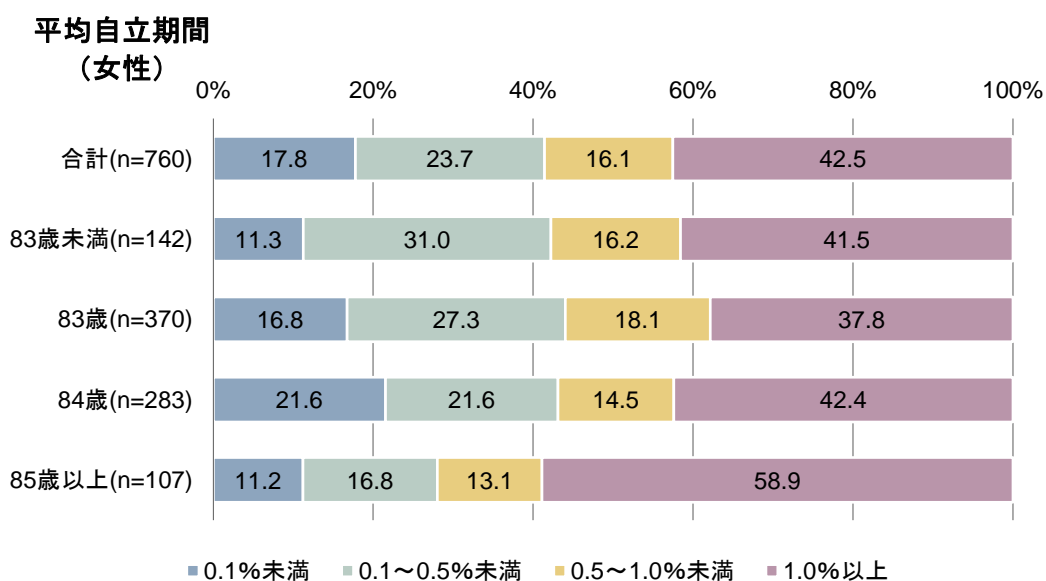


### (3) 平均自立期間（女性）と生活習慣病重症化予防対策事業（g, h）の実施状況との関係※

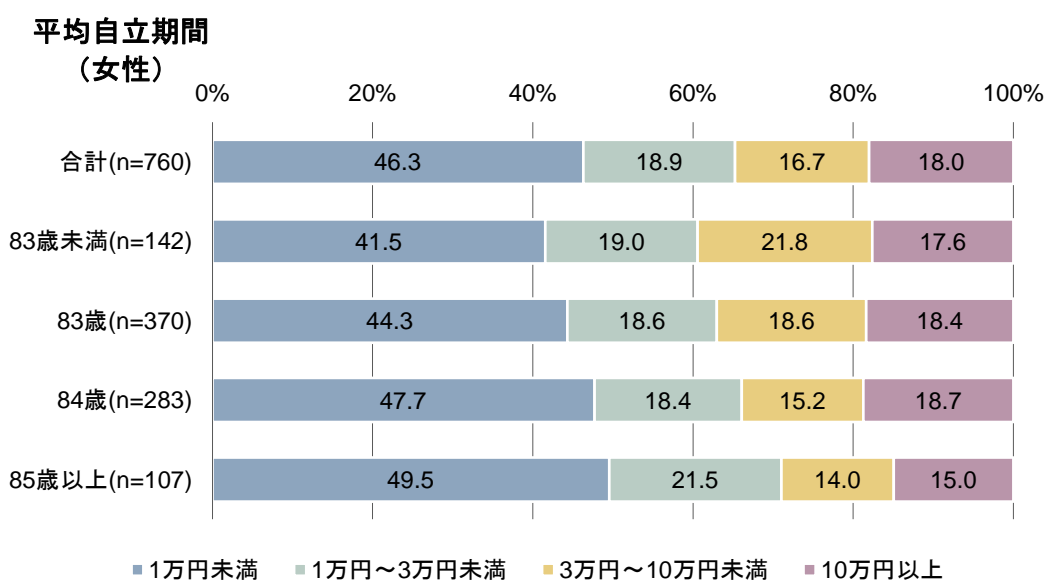
平均自立期間（女性）の高さと生活習慣病重症化予防対策事業（g, h）の実施者割合の間には傾向的な関係はみられない。一方、平均自立期間（女性）が高いと、実施者1人当たりの経費はやや低い傾向がみられる。（図表 2-44、図表 2-45）

※:平均自立期間(女性)が得られ、かつ生活習慣病重症化予防対策事業を実施しているサンプル(n=760 保険者)を対象としている。

図表 2-44 平均自立期間（女性）別の生活習慣病重症化予防対策事業実施者割合



図表 2-45 平均自立期間（女性）別の生活習慣病重症化予防対策事業の実施者1人当たり経費



## 4 広告経費に関する整理

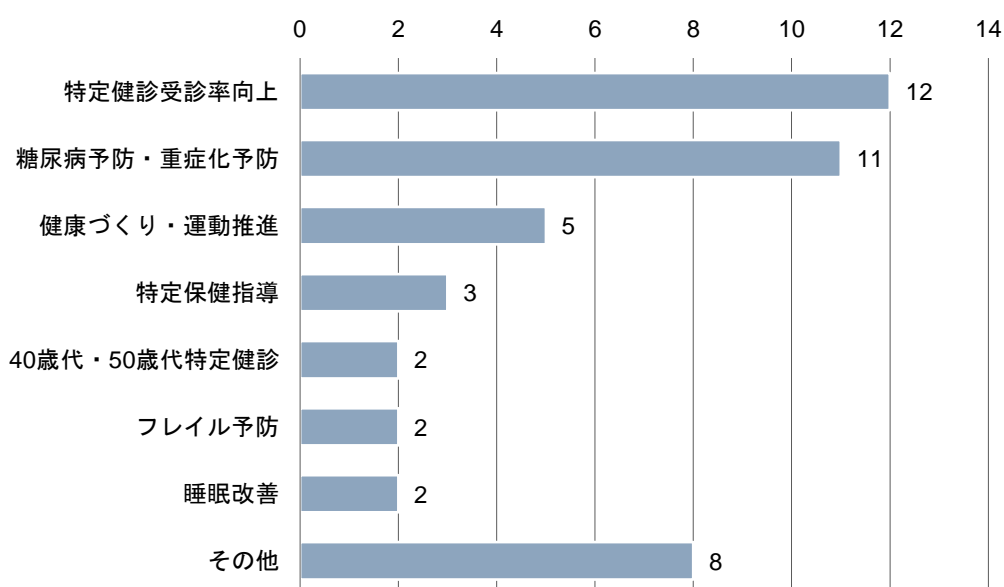
ここでは、令和3年度国保ヘルスアップ支援事業における都道府県の広告経費についてその現状を整理した。令和3年度には30都道府県、41件の広告経費が申請されている。41件の中には4件申請している地域（都道府県）が2つ、2件している地域が2つある。

以下では当該41件について、目的と方法、事業対象人数、対象経費等を整理した。

### 4.1 広告経費の実施目的と実施方法

広告経費の実施目的（複数回答）をみると、「特定健診受診率向上」が12件、「糖尿病予防・重症化予防」が11件で多くなっている。その他、「健康づくり・運動推進」（5件）、「特定保健指導」（3件）などがみられる。（図表 2-46）

図表 2-46 広告経費の実施目的（複数回答）【件】（n=41）



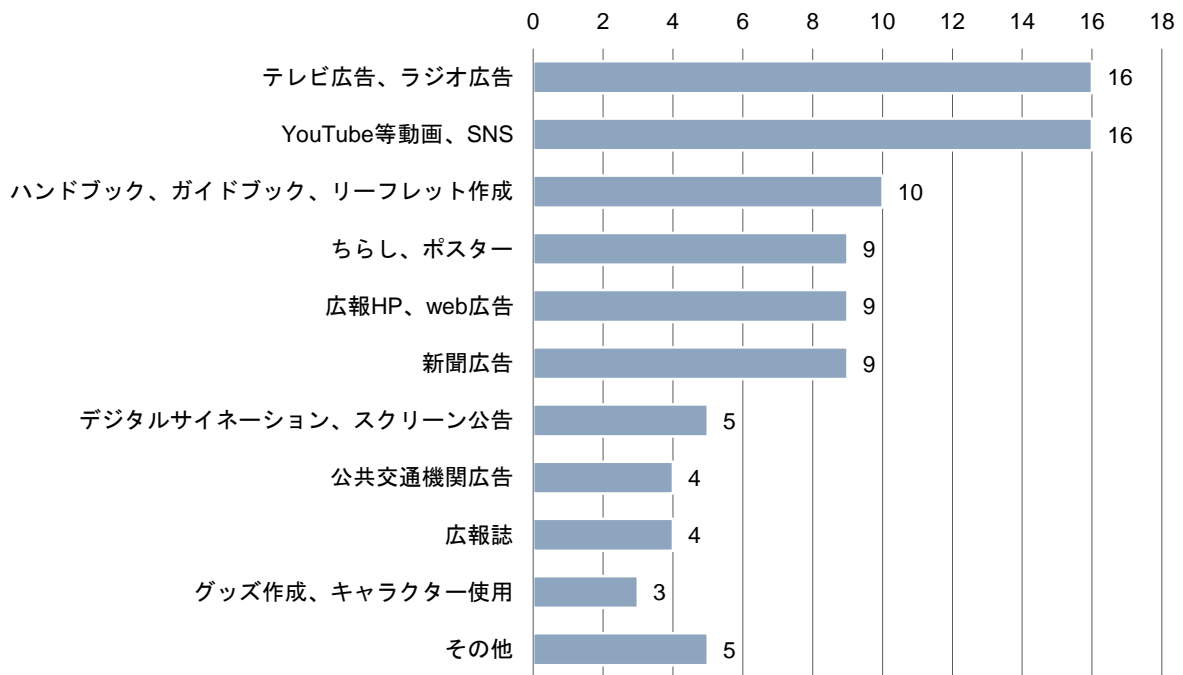
（出所）令和3年度申請書類（41件）の事業のポイントなどから整理した結果である。

（注）「その他」の内容としては、健康ガイドブック（健康・医療・介護予防に関する情報）の作成、医薬品適正使用、個人インセンティブ、食生活改善、減塩普及による高血圧対策、生活習慣病予防、重複・多剤対策、がん検診の受診率向上、となっている。

次に、広告経費の実施方法をみると、多岐にわたることが分かる。具体的には「テレビ、ラジオ広告」、「YouTube等動画、SNS」がそれぞれ16件で最も多く、その他「ハンドブック、ガイドブック、リーフレット作成」が10件、「ちらし、ポスター」、「広報HP、web広告」、「新聞広告」がそれぞれ9件となっている。（図表 2-47）



図表 2-47 広告経費の実施方法（複数回答）【件】（n=41）

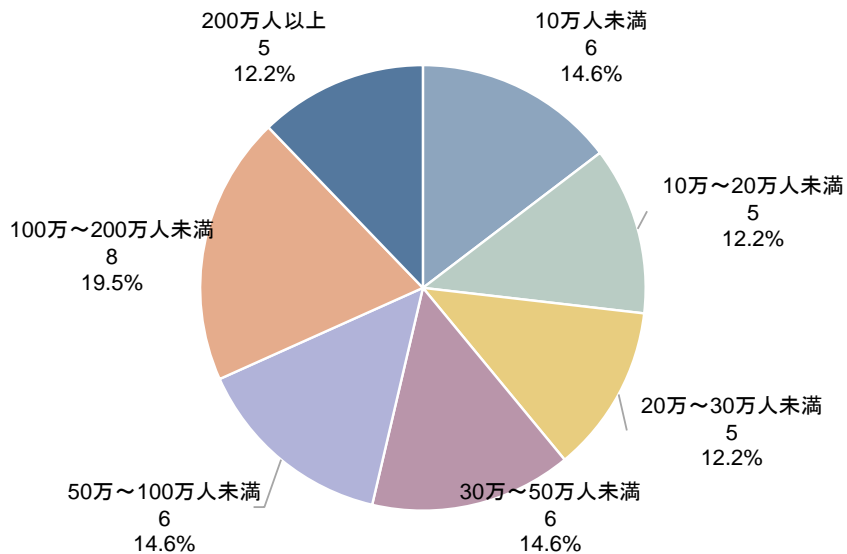


（出所）令和3年度申請書類（41件）の事業のポイントなどから整理した結果である。

#### 4.2 広告経費の事業対象者、対象経費

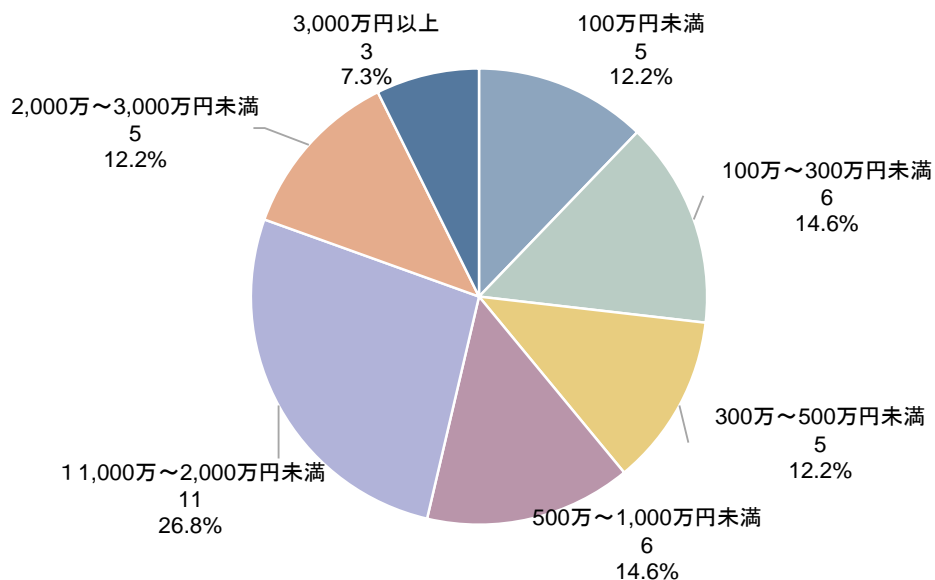
令和3年度に申請されている41件の広告経費について、事業対象者をみると、「10万人未満」（6件、14.6%）から「200万人以上」（5件、12.2%）まで広がっている。全体には50万人未満、50万人以上がそれぞれほぼ半数となっている。（図表 2-48）

図表 2-48 広告経費の事業対象者数【件、%】（n=41）



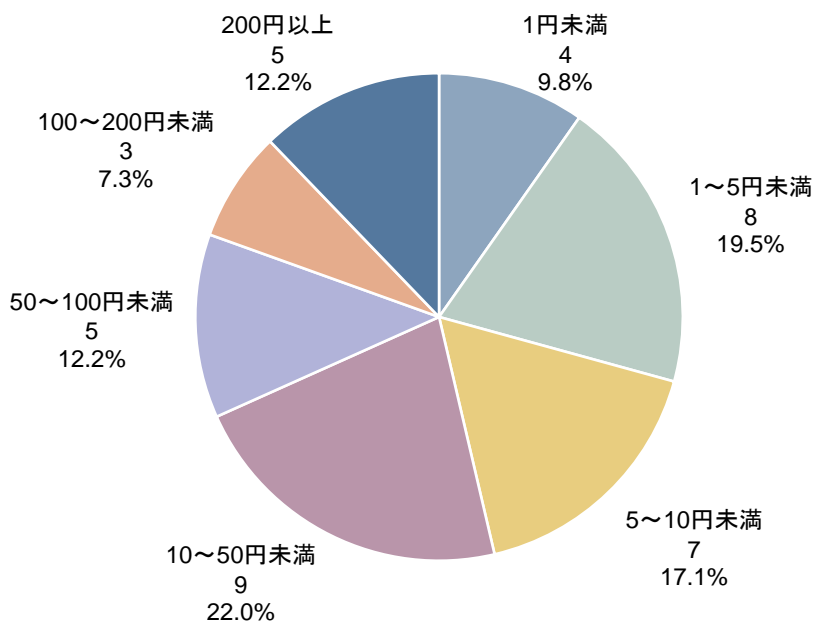
令和3年度に申請されている41件の広告関係費について、対象経費をみると、「100万円未満」（5件、12.2%）から「3,000万円以上」（3件、7.3%）まで広がっている。全体には1,000万円未満、1,000万円以上がそれぞれほぼ半数となっている。（図表2-49）

図表2-49 広告経費の対象経費【件、%】(n=41)



令和3年度に申請されている41件の広告経費について、対象事業者1人当たりの経費をみると、「1円未満」（4件、9.8%）から「200円以上」（5件、12.2%）まで広がっている。全体には50円未満が3分の2を占めている。（図表2-50）

図表2-50 広告経費の事業者1人当たり経費【件、%】(n=41)



## 5 予防・健康づくりにおける専門職の配置、事業の対象者、外部委託について

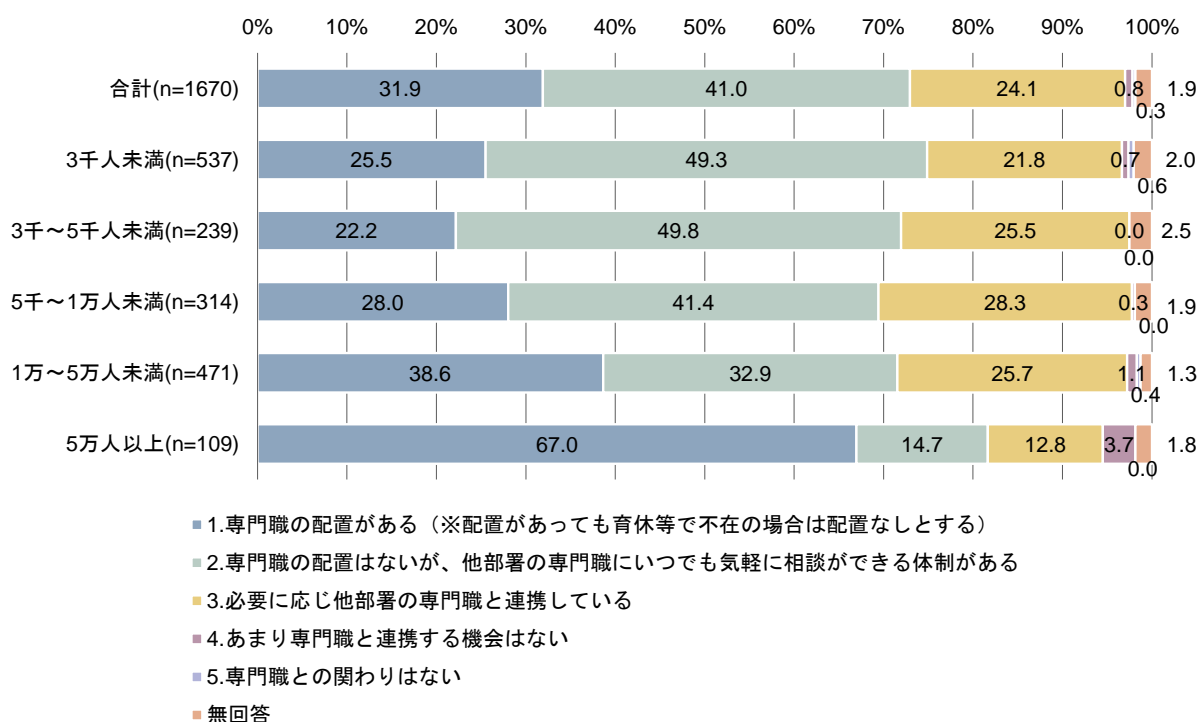
ここでは、2021年度保険者データヘルス全数調査（サンプル数は1670保険者）より、市町村国保での予防・健康づくりにおける専門職の配置状況、事業の対象者、外部委託業者の活用状況について整理する。

### 5.1 専門職の配置状況

国保担当部門における保健師等の専門職の配置や関わり（設問11c-Q1）をみると、回答保険者全体（1,670件）の中で、「2. 専門職の配置はないが、他部署の専門職にいつでも気軽に相談ができる体制がある」が41.0%と最も高い割合を占める。これに、「1. 専門職の配置がある」が31.9%、「3. 必要に応じ他部署の専門職と連携している」が24.1%と次いで高い割合を占めている。

この結果を被保険者規模別（2021年4月時点、以下同様）にみると、被保険者規模が大きいほど、「1. 専門職の配置がある」の割合が大きい傾向がみられる。（図表2-51）

図表 2-51 国保担当部門における保健師等の専門職の配置や関わり【%】



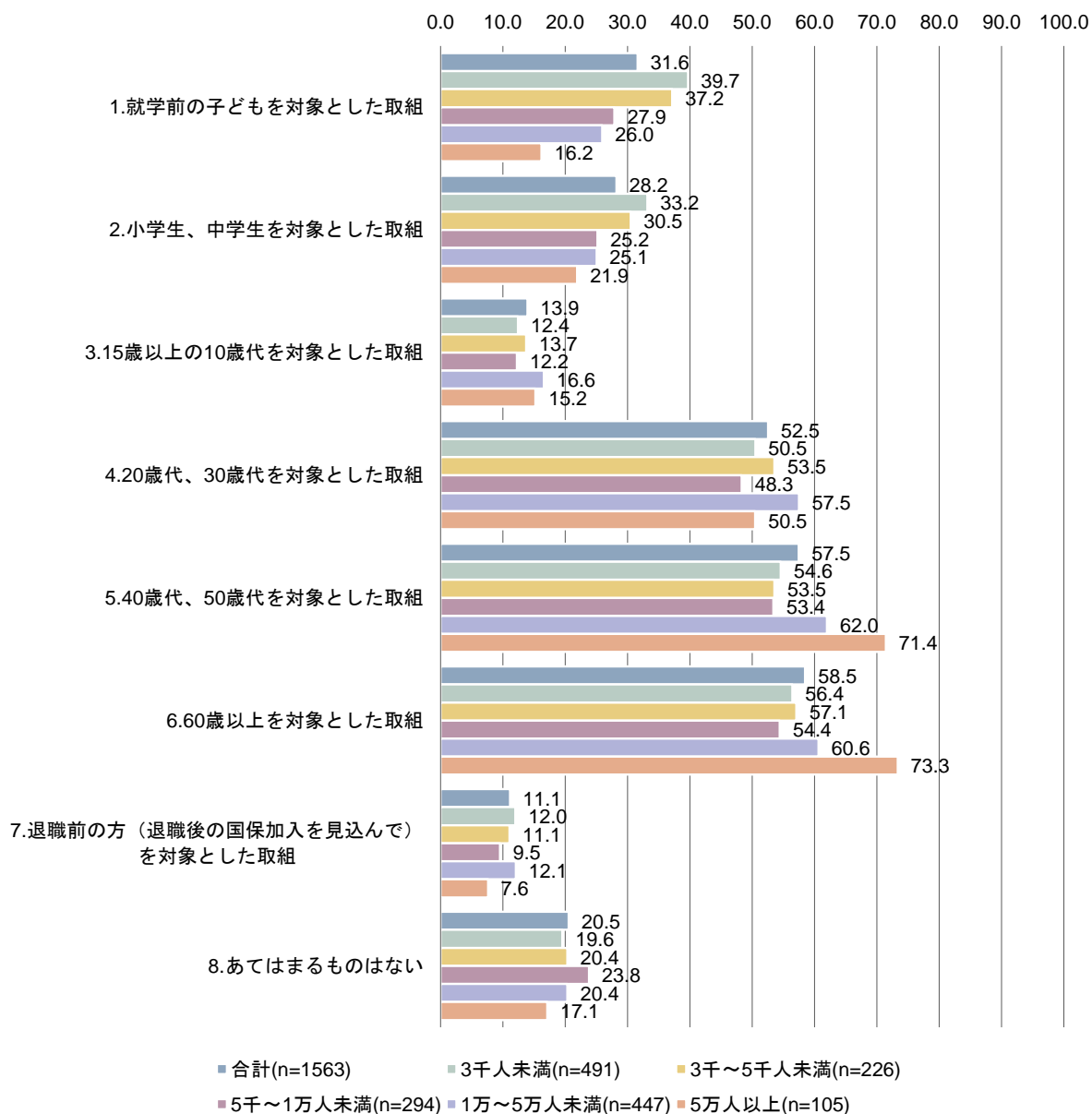
### 5.2 事業の対象者

予防・健康づくりの取組について、どのような対象者の事業を行っているかをみた。結果は、「60歳以上を対象とした取組」が58.5%、「40歳代、50歳代を対象とした取組」が57.5%、「20歳代、30歳代を対象とした取組」が52.5%となっており、いずれも過半数で高い割合となっている。その他、「就学前の子どもを対象とした取組」が31.6%、「小学生、中学生を対象とした取組」が28.2%とい

れも約3割となっている。

これを、被保険者規模別にみると、「60歳以上を対象とした取組」、「40歳代、50歳代を対象とした取組」、「20歳代、30歳代を対象とした取組」では被保険者規模別の違いは一部を除いてあまりみられない。一方で、「就学前の子どもを対象とした取組」、「小学生、中学生を対象とした取組」については、被保険者規模が小さい保険者で取り組んでいる割合が高い。(図表 2-52)

図表 2-52 事業の対象者【複数回答、%】



(注) サンプル数は無回答(107 保険者)を除いた 1,563 保険者としている。

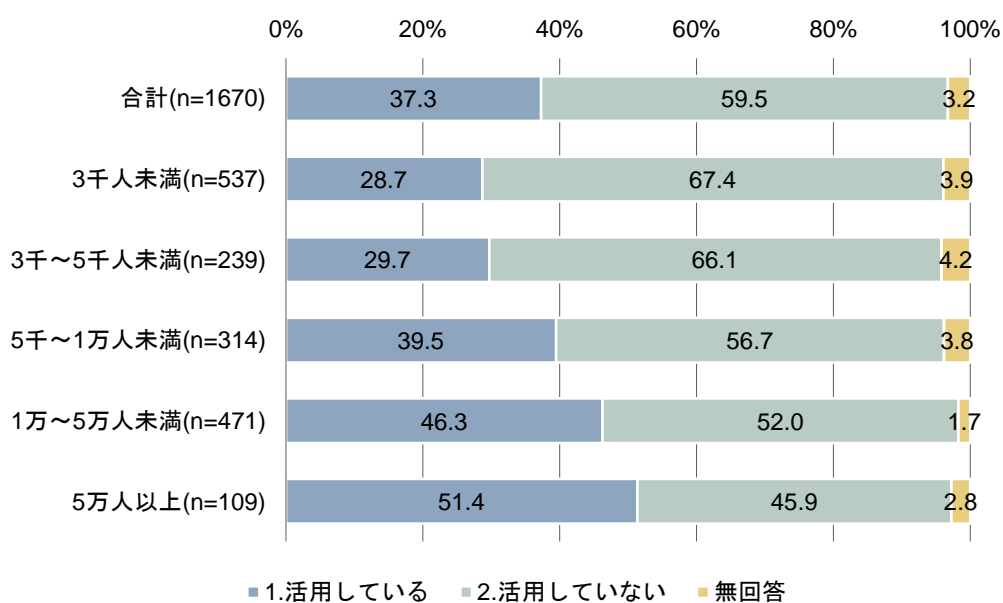
### 5.3 予防・健康づくりの取組における外部委託業者の活用状況

#### (1) 外部委託業者の活用有無

予防・健康づくりの取組における外部委託業者の活用有無をみると、「活用している」が全体の37.3%であり、「活用していない」が69.5%とほぼ7割を占める。

また、被保険者規模が大きいほど「活用している」割合が顕著に高くなっている。(図表 2-53)

図表 2-53 外部委託業者の活用有無【%】

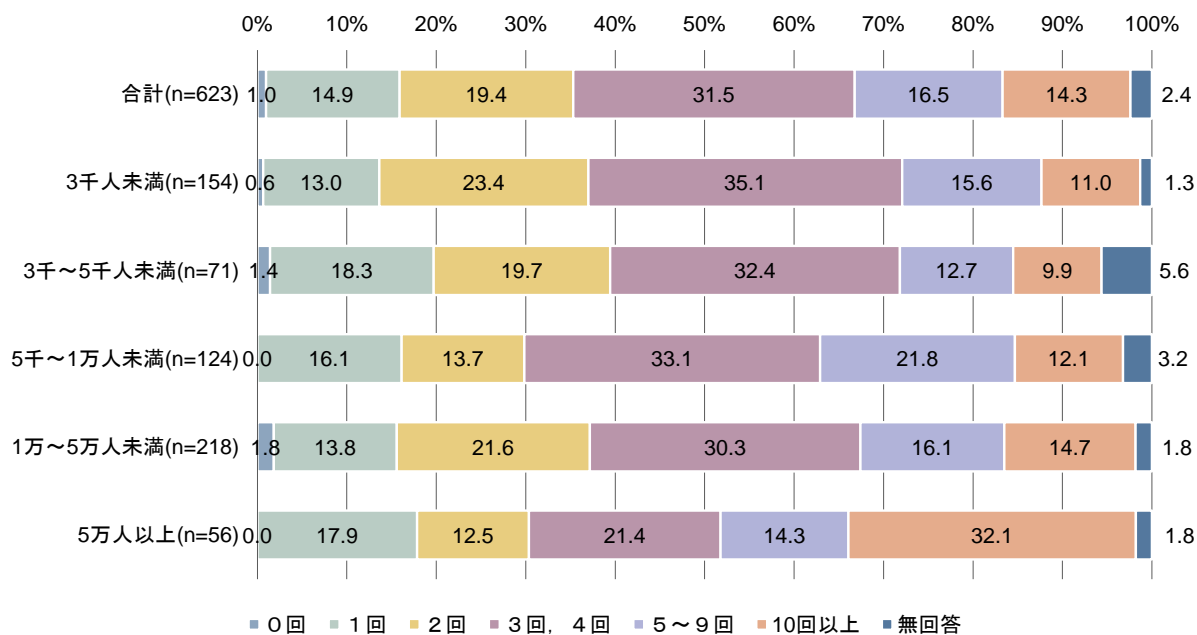


## (2) 外部委託業者活用保険者での1年間の打ち合わせ回数

外部委託業者を「活用している」保険者（1670×37.3%=623 保険者）について、1年間に何回事業に関する打ち合わせを実施しているかをみた。

全体では、「3回、4回」が31.5%と割合が最も高く、これに「2回」が19.4%、「5～9回」が16.5%と次いで高くなっている。被保険者規模別には明確な傾向はみられない。（図表 2-54）

図表 2-54 外部委託業者との1年間の打ち合わせ回数【%】

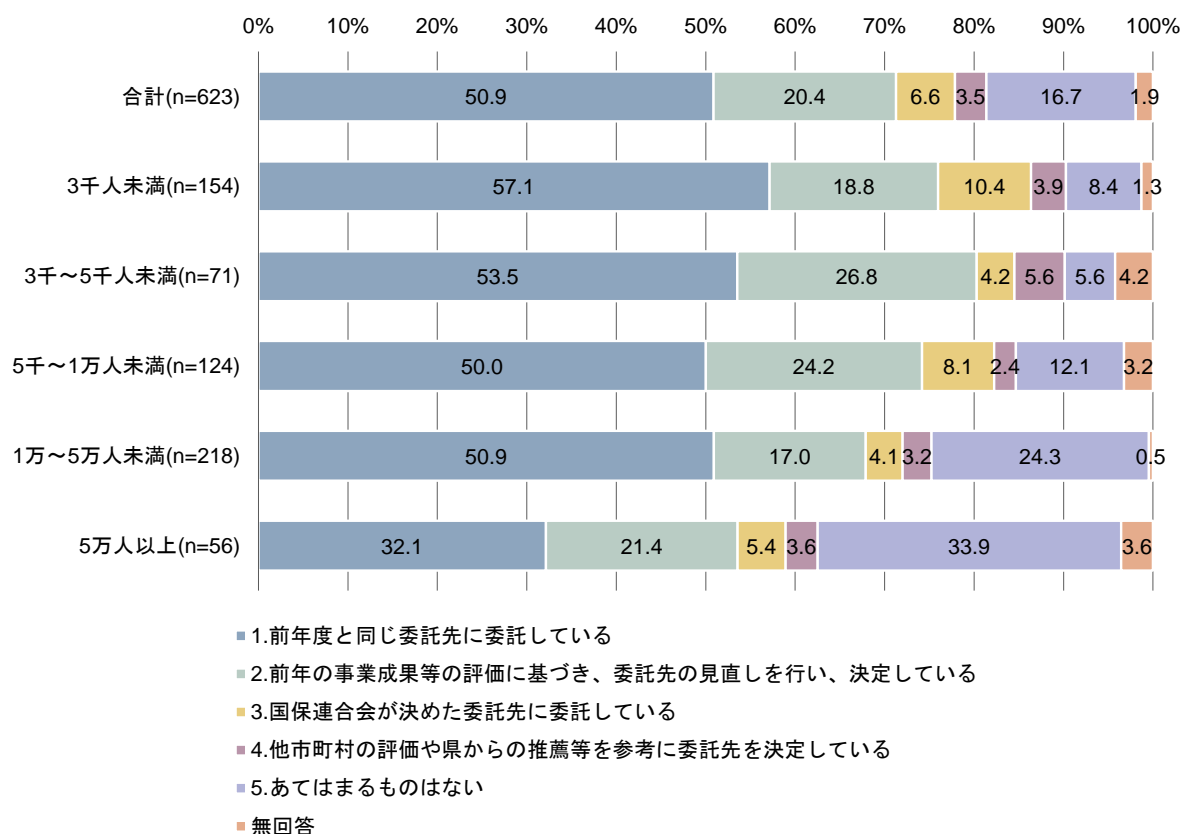


### (3) 外部委託業者の委託先の決定方法

外部委託業者を「活用している」保険者（623 の保険者）について、外部委託業者の委託先の決定方法をみた。全体では、「前年度と同じ委託先に委託している」が 50.9%と約半数を占め割合が最も高くなっている。これに次いで「前年の事業成果等の評価に基づき、委託先の見直しを行い、決定している」が 20.4%で高くなっている。

また、被保険者規模が大きくなると、「前年度と同じ委託先に委託している」の割合が低下し、反対に「あてはまるものはない」の割合が高くなる傾向がみられる。

図表 2-55 外部委託業者の委託先の決定方法【%】



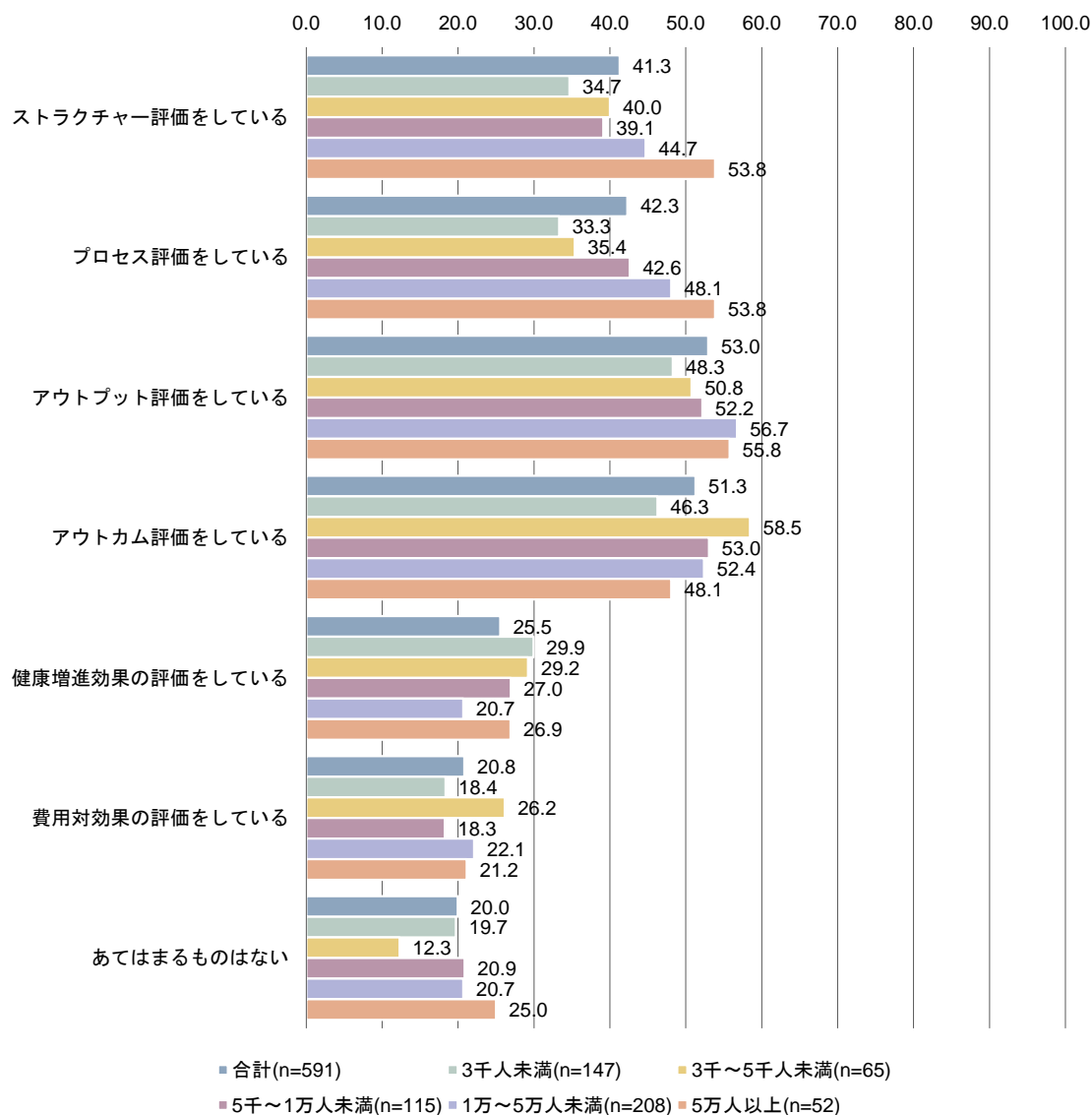
#### (4) 外部委託業者の事業評価の方法

ここでは、外部委託業者を「活用している」保険者（623の保険者のうち、無回答32を除く591保険者）について、外部委託業者の事業評価の方法を尋ねた。なお、ここでは委託事業者が実施した評価ではなく、国保担当部門が実施している委託事業者および委託事業の評価について回答を求めている。

結果をみると、全体では「アウトプット評価をしている」が53.0%、「アウトカム評価をしている」が51.3%と過半数を占め高い割合となっている。これに、「プロセス評価をしている」が42.3%、「ストラクチャー評価をしている」が41.3%と次いで高い割合となっている。その他、「健康増進効果の評価をしている」が25.5%、「費用対効果の評価をしている」が20.8%となっている。

被保険者規模別にみると、「アウトプット評価をしている」「プロセス評価をしている」「巣ストラクチャー評価をしている」において、被保険者規模が大きいほど該当割合が高くなる傾向がみられる。一方で、「アウトカム評価をしている」においては被保険者規模との関係は明確ではない。

図表 2-56 外部委託業者の事業評価の方法【複数回答、%】





## II. 予防・健康づくりの取組の好事例



## 第 1 章 実施概要

### 1 目的

予防・健康づくりに関する取組を都道府県・市町村が企画・実施するにあたってのポイントや課題等を把握し、好事例集を作成するために、都道府県及び市町村を対象としたヒアリングを実施した。

### 2 調査対象・調査内容

都道府県 6 か所、市町村 14 か所を調査対象とした（図表 1-1）。

図表 1-1 具体的な調査対象及び調査内容

(都道府県番号の昇順)

#### 【都道府県】

対象自治体	実施日	内容
富山県	2022 年 1 月 11 日	【ヘルスアップ支援事業：市町村支援】 市町村の現状や要望をヒアリングし、広域にアプローチできる県の強みを活かした市町村支援
長野県	2022 年 1 月 7 日	【個人インセンティブ事業】 働き盛り世代をターゲットに、協会けんぽの既存事業を県民全体の健康づくり事業へ展開
静岡県	2022 年 1 月 28 日	【ヘルスアップ支援事業：市町村支援】 まず支援、次に伴走、最後は自走
兵庫県	2022 年 1 月 18 日	【モデル事業（F 事業）】 国保医療課、健康増進課、高齢政策課の課題認識のすりあわせから実施を決めた市町村支援のモデル事業
熊本県	2022 年 1 月 12 日	【ヘルスアップ支援事業：市町村支援】 県や専門家と共に市町村担当者が参加し、データ分析・解釈ができるコンソーシアムを設置し、保健事業を推進
沖縄県	2021 年 12 月 17 日	【まちな保健室事業】 住民に身近な郵便局を地域住民の健康づくりの拠点に

【市町村】

対象自治体	実施日	内容
北海道小樽市	2022年1月11日	【外部機関への委託事業】 伴走支援が実施可能かつ実績のある事業者を選定 効果分析により質管理を実施
秋田県にかほ市	2021年12月21日	【ポピュレーションアプローチ】 官民連携で既存事業が充実 にかほ市健幸プロジェクト
埼玉県長瀬町	2022年2月18日	【元気モリモリ体操・骨密度測定・歯磨き教室】 住民の健康づくりを保健師が後押しするポピュレーションアプローチ
新潟県小千谷市	2022年12月27日	【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
福井県勝山市	2022年1月13日	【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
長野県松川町	2022年1月20日	【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
愛知県蒲郡市	2022年2月8日	【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
滋賀県日野町	2022年2月1日	【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」
大阪府能勢町	2021年12月28日	【認知症予防事業】 認知症予防を目的とした住民の家庭血圧測定習慣の確立
兵庫県神戸市	2022年1月17日	【フレイルチェック事業】 65歳・70歳対象のフレイルチェックを薬局と健診会場で実施
広島県広島市	2022年1月27日	【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

長崎県諫早市	2021年12月22日	【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
熊本県あさぎり町	2022年1月27日	【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
宮崎県高鍋町	2021年1月12日	【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

### 3 調査方法

Web 会議（Zoom）による個別の聞き取り調査とした。調査前には、対象自治体に調査項目の事前送付を行った。

## 第 2 章 好事例

次頁より、好事例を掲載。

# 【ヘルスアップ支援事業：市町村支援】

## 市町村の現状や要望をヒアリングし、広域にアプローチできる 県の強みを活かした市町村支援

### 富山県

【自治体の基本情報（令和3年1月時点）】

人口：1,047,713人

国保被保険者数：188,810人（18.0%）

高齢者人口：336,402人（32.1%）

【事業に関する情報】（令和3年度交付申請額）

予算：115,280,500円

#### ◆市町村支援の概要

##### 内容

富山県の市町村国保の特定健診受診率は県全体で44.7%（令和元年度・全国9位）と全国的にも高い水準ではあるが、市町村間の格差が大きく、特定保健指導の実施率も同様に格差が大きい。受診率や実施率が低い市町村へ個別アプローチを行う等により、県全体の底上げを図ることが課題となっている。

また、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合が32.9%（令和元年度・全国7位）と高く、生活習慣病の重症化予防対策も県の重要な課題となっている。

こうした課題を踏まえて、ヘルスアップ支援事業では、県の課題に対応した事業や市町村支援に対応した事業を企画している。市町村支援に対応した事業では、市町村が特定健診や特定保健指導、生活習慣病重症化予防対策等の事業を実施するにあたって必要となる基盤整備、人材育成、市町村職員の事務負担の軽減等に力を入れている。「市町村がいかに効果的・効率的に事業を実施できるか」という観点から、県でしかできない広域的な支援や、県が実施することが効率的な事業があると考えているため、市町村担当者と役割分担等を相談しながら注力する事業を絞り込んでいる。

#### ◆具体的な市町村支援の取組状況

##### 市町村支援に係る事業の企画・立案方法

毎年8月中旬頃に保険者努力支援制度に関して各市町村にヒアリングを行い、その場で県からの支援に対する要望等も併せて市町村担当者から聞き取り、ヘルスア

ップ支援事業計画等への反映を検討している。

県が開催する研修会の内容についても、市町村から要望が多いテーマや、市町村が実施する保健指導の質向上につながる内容となるよう計画している。例えば、令和2年度はデータヘルス計画の中間評価に当たる年であったため、市町村から研修会開催のニーズが寄せられたことを受けて、県で保健事業の評価に関する研修会を開催した。

なお、現状では、ヘルスアップ支援事業の計画策定を目的とした市町村へのヒアリングの機会や会議等は、特段設けておらず、様々な事業を通じて市町村の現状や課題を聞きとっている。

#### 市町村支援に係る実施体制、厚生センター（保健所）との役割分担

ヘルスアップ支援事業の主担当は国保課であるが、事業内容の企画や実施にあたり、庁内では糖尿病対策や循環器疾患対策等を主管する健康増進部門や、高齢福祉部門等とも連携している。また、事業内容に応じて、外部機関として、国保連合会、後期高齢者医療広域連合、看護協会、栄養士会、薬剤師会、地元大学等とも連携している。なお、連携先機関への委託にかかる予算は、ヘルスアップ支援事業の事業費として活用している。

富山県は比較的コンパクトな県であり、昔から市町村とそれらを管轄する厚生センター（保健所）との連携が密であり、連携がとれている。厚生センターは、市町村の現状把握を行い課題分析を行ったり、課題解決に向けた支援、専門職の人材育成等を担当しており、そのため

の連絡会議・研修事業等が既存事業として定期的に行われている。

そのほか、県内の4つの医療圏ごとに医療計画を推進するための「地域医療推進対策協議会」が設置されており、特に糖尿病対策や循環器疾患対策等については、圏域内の医師会や医療機関等、医師と連携する場となっている。基本的に、医療圏ごとに対応できる課題については各厚生センターを中心に、関係機関間の連絡調整、課題解決等に取り組んでいただいている。

県で支援すべき取組や、各医療圏の課題・特徴を県全体で情報共有する等、圏域以上により広く県内市町村の現状を共有する場を設定するといった場づくりは、県の役割と考えている。

### 県の特徴・強みを活かした効果的な市町村支援の実施

県が行う市町村支援の事業内容として、県内市町村に共通する課題解決への対応や、新聞・CM等での意識啓発によって受診率向上を目指すような広報・啓発事業は一定の効果があると感じる。そのほか、各市町村でデータ分析を行う際に活用できる共通システムを開発・導入し、県全体や市町村間と比較が容易にできるようにする事業等も、県が担当することが効率的と考えている。

### 市町村の関係部署への周知・声かけを通じた市町村支援事業の活用促進

各市町村の国保部門には保健指導ができる専門職の配置は限られており、健康増進部門が保健指導を担当している。このため、市町村支援を進めるにあたっては、県のヒアリングや研修会等には国保課の事務担当者だけでなく、実際の現場で保健指導等に携わっている専門職にも同席してもらうことを重視している。例えば、両者がペアで参加してもらえるよう、県から声かけをしたりしている。県から市町村に向けた通知や連絡も、国保部門だけでなく、庁内関係部署で共有してもらえるよう工夫している。市町村内で連携が図られていないと県からの情報が十分伝わらず、国保部門以外の関係部署では、ヘルスアップ支援事業について知らなかったという声を聞くこともある。

県関係課や保健所主催の専門職が集まる書面会議等の場でも、ヘルスアップ支援事業のPRを行い、県で実施している支援事業を積極的に活用してもらえるよう心がけている。

### ◆市町村支援の取組例

#### 【ICTを活用した保健指導普及事業】

#### 市町村からの声を反映したヘルスアップ支援事業

前述のとおり、ヘルスアップ支援事業は市町村ヒアリングの結果を踏まえて実施しているが、その一例として、令和3年度から実施している「ICTを活用した保健指導普及事業」が挙げられる。タブレット教材を活用して効果的な保健指導の普及を図るというものであり、市町村のニーズがもっとも高かったことから、県において実施することとした。

同事業は特定保健指導の効率化、質の向上、指導レベルの平準化を目的として、市町村が保健指導を実施するためのタブレット教材を県が提供し、各市町村が実施する特定保健指導において活用してもらうというものである。市町村国保担当者及び特定保健指導担当者等を対象として、年2回（5月、8月）、研修会を開催。研修会では、タブレットを使用した保健指導の基本的な流れや特定保健指導の対象となるような疾病のメカニズム等を学び、事例を活用したロールプレイなど実践的な保健指導方法を伝えている。

加えて、コロナ禍での新たな保健指導の形態として、非対面でも質の高い保健指導を可能とすることを目指して「オンライン保健指導基盤整備事業」も実施している。県において、市町村と被保険者との間でオンラインで保健指導を行うことができるシステムを令和2年度に導入したことを受けて、3年度は保健指導の場で活用するための実践的な演習（操作研修会）の開催、モデル市において導入に向けた体制作りを支援した。

#### 【ナッジ理論を活用した特定健診等受診率向上事業】

#### 市町村の受診率の格差解消・底上げに向けた取組

未受診者への受診勧奨や、特定保健指導対象者への受診勧奨等は市町村が実施しているが、全国的にみ



ると、行動科学やソーシャルマーケティング手法を活用した受診率向上施策の取組がみられるようになっている。富山県でもナッジ理論を活用した特定健診・保健指導等の受診勧奨の効果的な普及啓発手法を学び、県内市町村へ普及を図るため、令和2年度から「ナッジ理論を活用した特定健診等受診率向上事業」を開始した。

同事業では、特定健診等の受診率向上のため、効果的な受診勧奨の方法・ノウハウとして、ナッジを取り入れた普及啓発手法をテーマとした研修会及び個別相談会を実施している。対象は県内全市町村で、事業の実施については民間事業者へ委託している。

研修会では、ナッジを活用した受診勧奨の方法として、3年連続受診している人、全くの未受診者等、対象者の特性に合わせてどの層にどのような勧奨の仕方をするか等を、事業の委託先から統計的なエビデンス等を示してもらいながら、外部講師にレクチャーしてもらっている。

さらに、令和3年度は前年度の研修会に引き続く形で、特に希望があった市町村に対して、個別相談会を行っている。実施時期は8月頃である。各市町村で概ね6月頃から健診を開始し、秋頃に未受診者への受診勧奨の通知を行うことが多いため、市町村の事業スケジュールに合わせて、開催時期を調整している。

個別相談会では、実際に市町村が使用している受診勧奨の通知等をみせてもらい、より効果的な勧奨の方法や資料のあり方について検討を行っている。

なお、令和2年度は市町村に出向いて現地で開催したのもあったが、令和3年度は全てオンラインで実施した。

#### ▼個別相談会（オンライン）の様子



出典) 富山県提供資料

#### 事業における県の役割

研修会や個別相談会を実施するに際して、県では各市町村で何を課題に感じており、どのようなアドバイスをほしいと考えているのか事前に把握し、委託事業者に事業の最初に情報提供したり、フォローアップ・評価に関して、実際の成果がどうであったか評価するといった形で事業に関わっている。また、個別相談会は手挙げ制としたため、各市町村に事業概要を説明し、参加希望を募った上で、参加する市町村の課題や、個別相談会で希望する支援内容等、あらかじめ照会を行った。

なお、受診率や受診勧奨の方法はもともと市町村によってもばらつきがあり、受診率が6割程度を超えてくると、ナッジで一律にフォローできるかなど効果に違いが出てくる面はある。そうした課題はあるが、県全体で底上げを図るために、全市町村を対象とした研修会を行う意義はあると考えている。

#### ◆成果と課題

##### マンパワーが不足する市町村等への県からのきめ細かなフォロー

支援をするなかで、市町村によって温度差があることが分かった。県企画の事業であっても実施には市町村の協力が不可欠だが、熱心なところもある一方で、日常業務で手一杯の中積極的に動けないところもある。

特に手挙げ制の事業などは、積極的に応募してくる熱心な市町村と、そうした事業をうまく活用してもらえない市町村がある。後者については県から見て課題があるのではないかとと思われる市町村には、個別にフォローできると

良いと思いながら、実際には十分フォロー仕切れていないのが現状である。

背景として、市町村規模による違いも大きく、マンパワー不足からきめ細かな事業展開ができない、実施したくても現場の職員の手が回らない、といった状況もある。例えば、特定健診の受診勧奨一つとっても、受診勧奨のカバー率が高い市町村と、一部の地域等対象者を絞って勧奨せざるを得ない市町村等がある。そうしたことが、結果として特定健診受診率の差として現れてくる。「ナッジ理論を活用した特定健診等受診率向上事業」では、多くの市町村で本事業を踏まえた取組の改善が確認でき、各自が作成した資料の市町村間の情報共有を要望する声が上がっている。こうした受診勧奨手法については他市町村への横展開が効果的であるため計画したい。

また、マンパワーの差等の関係もあり、生活習慣病の重症化予防の保健指導の対象者の基準が、市町村毎に異なっている。どのような対象者にどの程度の介入をすることを標準的と捉えて県の事業を展開していけばよいかは、常に悩ましく感じている。

効果的な解決策が見出せているわけではないが、各市町村を回って個別にヒアリング等を行う際は、どのような体制や支援があるとよいか聞き取るようにしている。

#### 予算確保に向けて定量的に把握できる指標等の設定

県庁内で市町村支援の予算を確保する際には、たとえ市町村から具体的な要望が挙がっていたとしても、それだけでは予算化の説得材料としては弱いということになる。また、保健事業は客観的なデータ等を取得して、ただちに成果を示せるものばかりではない。市町村から要望があっても、説得力があるデータが不足していることにより予算化が難しい場合もあり、板挟みに感じる。

近年は保健事業のアウトカム評価も問われるが、どちらかというと定量的なアウトプットに偏りがちで、どの程度の市町村をカバーできたかや、本来の課題解決につながったかなど、事業の成果自体は把握しにくい。定量的に把握できる指標の設定については、今後の課題である。苦勞をしているのはどこでも同じかもしれないが、他の都道府県の取組や工夫等を共有できれば良いと考えている。

#### ◆今後の展開

##### モデル事業の活用

特定健診受診率の向上については、特定の市町村におけるモデル事業も展開できるとよい。県全体を対象とするより、想定される課題にマッチした市町村で事業を展開した方が、効果が現れやすいためである。また、新規事業等の場合、最初から全市町村を対象にせず、モデル的に実施した方が取り組みやすい。

市町村の現場では、日常業務でも手一杯の中で、県のモデル事業に参加することも負担と受け止められてしまうケースがある。事務的な負担については極力県が分担・支援するなどによって、市町村の主体的な参加・協力が得られるよう、今後の事業を展開していきたい。

一方で、次期データヘルス計画の策定を見据えた基盤整備やシステムの標準化といった支援は、県内市町村に対し、一律に取り組んでいくことが望ましい。市町村の人材育成のための研修会や、事務負担軽減に向けた効率的なシステム導入の展開等、県内全市町村を対象として実施する事業と、選定市町村での取組を、事業内容に応じて適切な実施方法を選択することが重要と考えている。

また、令和4年度以降は保健事業に取り組む県内の市町村同士でより連携を深められるように計画をしていきたいと考えている。

引き続き、ヘルスアップ支援事業での市町村支援を実施していきたい。

## 【個人インセンティブ事業】

### 働き盛り世代をターゲットに、協会けんぽの既存事業を 県民全体の健康づくり事業へ展開

#### 長野県

【自治体の基本情報（令和3年1月時点）】  
人口：2,072,219人  
国保被保険者数：435,709人（21.0%）  
高齢者人口：654,507人（31.6%）

【事業に関する情報＜信州 ACE プロジェクト推進事業＞】  
予算：5,100,396円  
国保按分率：1,893,267円（21.4%）  
委託料：1,893,267円  
事業対象者数：2,031,795名（国保被保険者は435,709名）

#### 【個人インセンティブ事業】

##### ◆事業概要

##### 内容

「信州 ACE（エース）プロジェクト」の一環で、県民が3名1チームになって、歩数や体重改善状況を競い合う「働き盛り世代の『健康づくりチャレンジ大作戦』グランプリ」（以下、チャレンジ大作戦）を実施している。

「信州 ACE プロジェクト」は、長野県が展開する健康づくり県民運動の名称である。ACE は脳卒中等の生活習慣病予防に効果のある Action（体を動かす）、Check（健診を受ける）、Eat（健康に食べる）を表し、「世界で一番（ACE）の健康長寿を目指す」という想いを込めた名称である。長野県において健康寿命を延伸するには、働き盛り世代である20～60代を対象に、生活習慣病を予防するための取組を進める必要があったことから、信州 ACE プロジェクトでは、働き盛り世代を主なターゲットとしている。

チャレンジ大作戦は、信州 ACE プロジェクトのインセンティブ事業で、「ウォーキング大賞」と「サキベジ大賞」の2つを実施している。

◆ウォーキング大賞：参加者はウォーキングアプリを利用し、3か月間の歩数を計測する。参加者の平均歩数の多かった上位3事業所を県が表彰。

◆サキベジ大賞：3か月間の体重改善状況、1日の歩数達成状況を参加者が入力することで、ポイントが付与される。参加者の平均ポイント数の多かった上位3事業所を県が表彰。

▼チャレンジ大作戦 2018 のキックオフイベントでのスタート宣言と

ウォーキングの様子



出典）長野県提供資料

▼チャレンジ大作戦 2022 の表彰式



出典）長野県提供資料

#### 庁内関係部門

「信州 ACE プロジェクト」は、県の関係部署が一体となって推進しており、健康福祉部のほか企画振興部・産業労働部等庁内の各関係部署から構成される連絡会議を設置し、プロジェクト全体の推進方策を検討している。



## ◆取組の経緯

### 働き盛り世代をターゲットとした事業の必要性

「信州 ACE プロジェクト」を企画した当初、長野県は、平均寿命が男女共に上位であったが、健康寿命では中位クラスであった。その要因を探ったところ、脳血管疾患の死亡率が全国平均より高く、生活習慣病の予防が喫緊の課題となっていた。また、若い世代ほど運動習慣がなく、野菜摂取量が不足していたり、食塩の摂取量が多いことが明らかになった。こうした結果を踏まえ、脳血管疾患等の生活習慣病を予防するには、若い頃にアプローチする必要性があると考え、働き盛り世代をターゲットとした事業を進めることになった。

## ◆事業開始にあたっての調整

### 協会けんぽによる既存事業を、全県民に展開

ウォーキング大賞の前身の事業は、県のモデル事業（補助事業）として、協会けんぽが職場の健康づくりを実践してもらうために取り組んでいたウォーキングラリー事業（平成 29 年度まで実施）である。当時、県は働き盛り世代を対象とした健康づくりを推進したいものの、そうした世代の方との関わりが少なく、アプローチが難しかった。そのためまずは働き盛り世代の加入者が多い協会けんぽの事業を支援することとした。

そうした中、平成 29 年度に、協会けんぽが歩数を計測するアプリを開発したため、そのアプリを全県民に拡大するべく、県職員等で試行しながら、平成 30 年度に県民全体で利用できるアプリに成長させた。

このように、県としては将来の健康長寿につなげるため生活習慣病を予防する取組は全県民向けとして取り組むことが必要と考えており、後述する市町村国保健康長寿支援モデル事業でも同様に保険者毎の事業だけではなく、ライフステージを超えた一連の健康づくりと捉えて取組を進めている。

## ◆具体的な取組状況

### ウォーキング大賞とサキベジ大賞で、運動と食事の両方にアプローチ

ウォーキング大賞の参加者は、実施期間中、「協会けんぽウォーク」アプリを利用し、3 か月の歩数を計測する。事業所等における参加者の平均歩数の多かった上位 3 つの事業所を県が表彰している。

表彰においては、①県内の事業所等であること、②参加者の 50%以上が一日平均 7,000 歩（累計 637,000 歩）以上歩いていること、③参加者が 1 チームのみの事業所においては、参加者全員が一日平均 7,000 歩以上歩いていることを条件としている。

### ▼ウォーキング大賞のご案内

スマートフォンアプリ「協会けんぽウォーク」による  
**「ウォーキング大賞」のご案内**

「誰でも手軽に思わす歩きたくなる楽しいウォーキング」をコンセプトにしたアプリを利用してウォーキングしませんか？事業所同士で歩数を競い合いながら、また、社内の仲間同士で楽しくコミュニケーションをとりながら、ゲーム感覚でウォーキングラリーに取り組みます！

「協会けんぽウォーク」アプリを利用し、3か月間歩数を計測！！

参加者の平均歩数が多かった**上位3事業所を表彰**します！！

**ウォーキング大賞は2部門**

全事業所対象：ウォーキング大賞  
10チーム以上参加した事業所対象：ウォーキング大賞 Over10

参加資格

スマートフォンをお持ちで、3名1組のチームを編出することが可能な事業所

アプリのご利用は、下記のスマートフォンが対象となります

Android 6.0以上  
iPhone iOS11以上かつiPhone

ご家族やご友人とチームを組んで参加することもできます！  
（参加費は別途の申込が必要です）

「協会けんぽウォーク」の特徴

- 事業所ランキングが表示され、事業所同士がお互いに刺激し合いながらウォーキングできます。
  - 歩数ランキング表示（事業所チーム個人が競争意識を高める）
  - 1日2回、曜日ごとの歩数達成の確率により生活習慣を振り返ることができ、運動意欲が向上します！
- 様々な仕掛けでウォーキングの楽しさを提供します。
  - 歩数に応じて長野県PRキャラクター「アルクマ」からの応援メッセージがあります！
  - 目標歩数の達成率で「アルクマ」のポーズが変わります！
  - 歩数を重ねるにつれて報酬賞付の券格や長野県内の名所巡りがあります！

スマホアプリ「協会けんぽウォーク」の3つの効果

- ウォーキングがその習慣化します！
- 事業所内でそのコミュニケーションが図れます！
- 生活習慣が変わります！

県民の歩数は少なく、目標に達していません！

歩数の平均値

性別	歩数の平均値
男性	7028
女性	6134

歩数の目標量

年代	目標歩数
20-64歳	9,000歩
65-79歳	7,000歩
男性	8,500歩
女性	6,000歩

【令和元年度県民健康・栄養調査結果から】  
【第2期信州県民健康増進計画】

お問合せ 全国健康保険協会 長野支部 (TEL026-238-1251)

出典) 長野県「健康づくりチャレンジ大作戦 2021」資料

サキベジ大賞はウォーキング大賞に参加している事業所が対象である。1日の歩数達成状況と体重改善状況をエクセルに記録し、事務局に提出してもらう。1日の歩数達成状況が7,000歩以上で1ポイント（期間中91日間で最大91ポイント）獲得できる。また、体重改善

状況は、開始日（9月1日）から終了日（11月30日）の体重を記録し、体重減少マイナス1%で50ポイント獲得できる。

チャレンジ大作戦は、ウォーキング大賞だけでなく、サキベジ大賞も合わせて行うことで、運動に加え、食事の面にも同時に働きかけられることが特徴である。

ウォーキング大賞もサキベジ大賞も、一定の歩数や全員の体重減を達成したチームの中から抽選で、景品を授与する「特別賞」を準備している。

### ▼サキベジ大賞のご案内

**働き盛り世代に不足している「運動」と「野菜」を解消!!**  
**「サキベジ大賞」のご案内**

「痩せなさい」と言われたけど、効果的なやり方がわからない...! そんなお悩みを解決!! サキベジ3原則によって体重を減らす。カンタンさっかっけ!! 成功の秘訣は「毎日記録」。チームの仲間と、明るく、楽しく動かしあって! 健康づくりの第一歩が踏み出せます。

**目的**  
 毎日記録して、健康づくりの習慣化!!

3か月間の体重改善状況、一日の歩数達成状況を入力・ポイント化!!

参加者の平均ポイント数  
**上位3事業所を表彰します!**

**サキベジ大賞**

**体重減** スタート時体重からマイナス1%で50ポイント  
 毎朝体重を計る→記録

**歩行日数** 1日7000歩以上実践で1ポイント  
 ウォーキングアプリで記録し、毎日歩数を記録する

**参加資格**  
 ●3名1組のチームを編出することが可能な「サキベジ健康宣言企業」に所属する従業員が対象。賞品または賞金も支給可能。  
 ●サキベジ大賞のみのエントリーはできません。ウォーキング大賞と併せてのエントリーとなります。  
 (一部のチームのみ参加も可です。)

**若い世代の野菜摂取量不足しています!**

**野菜摂取量の平均値**  
 【令和元年国民健康・栄養調査結果から】

年代	野菜摂取量 (g)	目標値 (g)
10代	100	350
20代	150	350
30代	200	350
40代	250	350
50代	300	350
60代	350	350
70代	300	350
80代	250	350
90代	200	350

野菜の目標値 1日350g

**体重減に大切な「サキベジ」**  
 毎日記録して、モチベーションアップ!

- 無理なく、誰でも生活に取り入れやすいので、継続できます。
  - 先に野菜を食べる、もしくは、今までより多く野菜を食べるだけ!
  - 生活別に選んで、「食卓のお楽しみ」や「野菜たっぷりお弁当」や「野菜たっぷりお味噌汁」(糖質不使用のもの)もOK!!
- 野菜は、野菜類、きのこ類、豆類、海藻類のことを指します。(糖が多い芋類、果物は除く)

**サキベジ3原則**

- 先に野菜を食べる
- 1日7,000歩以上歩く
- 仲間とコミュニケーション

お問い合わせ 一般社団法人サキベジ推進協議会 事務局 (☎) 0120-365-065

出典) 長野県「健康づくりチャレンジ大作戦 2021」資料

### チーム戦で競い合うことで、参加者のやる気アップに

個人で取り組むよりチーム戦にしたほうが、参加者の行動変容につながると考え、両大賞ともに、チーム（原則3名1チーム）を組むことが参加の条件となっている（※3人でチームを組めない場合も参加自体は可能だが、表彰の対象とならない）。

仲間と一緒に取り組むことで、仲間迷惑をかけたくない等の思いから、ウォーキングを継続できる人が多く、職

場でみんなが取り組むことで、無関心層（女性に多い）にも働きかけることができているとの声が事業所から挙がってきている。そのほか、アプリ内にグループのランキングが表示されるような仕組みがあり、参加者のやる気アップにつながっている。

### チャレンジ大作戦終了後も、アプリを利用して、運動を継続可能に

チャレンジ大作戦終了後も、ウォーキングを継続してもらえるように、アプリは通年で使えるようにしている（次年度には、データがリセットされる）。チャレンジ大作戦終了後のアプリは、歩数を増やしていくことで、県内の観光地の写真が次々と表示され、アプリ内で観光巡りの旅ができたり、関取の番付のように番付が上がっていく仕組みにしている。ウォーキング大賞の実施期間外に歩数を増やしても表彰の対象にはならないが、観光地の写真を見たいから頑張る・番付を上げたいから頑張る、などの声もある。

### 所属機関を通じた広報

保健事業を県民全体に幅広く普及させることは難しいが、会社勤めの方は会社、自営業であれば商工会、子どもは学校、高齢者の方は老人クラブ等、人は何かしらの組織に所属していることが多いため、「信州 ACE プロジェクト」では、組織を通じた働きかけを行っている。国保被保険者には、市町村や商工団体、農業組合を通じて広報を行っている。

そのほか、プレスリリースを行ったり、県のHPに掲載したりしている。また、県の関係団体等に対し、リーフレットやパンフレットを配布している。

### 大賞をとった事業所が県の健康づくりを啓発

ウォーキング事業は全国で行われているが、長野県の特徴として、大賞をとった事業所が県の健康づくりの事業の啓発に関わることが挙げられる。各表彰部門で一番良い成績を収めた事業所を、県が「健康 ACE 企業」と認定し、1年間、健康大使のように県の健康づくりに関する様々な場面で活躍していただいている。身近な県民が健



健康づくりに取り組んでいる様子を、リーフレットやポスター等に載せて、県民にアピールするという狙いがある。

健康 ACE 企業は、リーフレットやポスター等に掲載され、県内のコンビニやスーパー等にポスターを貼ったり、県の健康関連のイベントでリーフレットを配布したりと啓発活動を行っている。長野県はコンビニやスーパー等の商業施設と包括連携協定を結んでおり、商業施設の協力が得られている。

そのほか、県内の大学生等にも健康経営に関心を持ってもらえるよう、健康 ACE 企業には、あらゆる場面で宣伝活動を行ってもらうようにしている。

▼「健康 ACE 企業」ポスター

長野県認定  
**健康ACE企業2021**  
実践してます！従業員の健康づくり！！

私たちは、事業所の健康づくりプロジェクト委員会が開催した「働き盛り世代の『健康づくりチャレンジ大作戦』グランプリ2021」に参加し、健康ACE企業2021として長野県知事に認定されました。

株式会社システックス(長野市)

JRC

上田日本無線株式会社(上田市)

株式会社宮下商店(千曲市)

健康ACE企業2021とは  
「働き盛り世代の『健康づくりチャレンジ大作戦』グランプリ2021」において、特に優れた成果を収め、健康づくりに努めている事業所として県が認定した企業。

県民の歩数は少なく、目標に達していません！

歩数の平均値	歩数の目標値
男性 20-64歳: 7,028歩	男性 20-64歳: 9,000歩
男性 65-79歳: 6,454歩	男性 65-79歳: 7,000歩
女性 20-64歳: 8,136歩	女性 20-64歳: 8,500歩
女性 65-79歳: 5,822歩	女性 65-79歳: 6,000歩

【令和元年度健康増進計画】 【第2期県民健康増進計画】

様々な暮らしが営まれる美しい信州一歩ひと歩の力で拓く新時代

出典) 長野県「健康づくりチャレンジ大作戦 2021」資料

◆市町村国保健康長寿支援（地域・職域連携推進）モデル事業

国保の課題を踏まえた、協会けんぽ・後期高齢者医療制度での事業の実施

長野県は従来から脳卒中が非常に多く、脳血管疾患予防が課題であったが、国保と後期高齢者の健診データ

を分析したところ、退職後（国保加入後）に健診を一度も受けていない人から脳卒中や心不全等の発症があり、また、高血圧症を背景に脳卒中を発症し、そこから認知症の発症及び重度化を促進している傾向があった。

一般的に、職域で加入する保険（協会けんぽ等）から国民健康保険、後期高齢者医療制度といった形で、医療保険が変わっていくことが多いが、前後の保険者と連携しないと国保の健康課題を解決するのは難しい。

そのため、協会けんぽから新たに国保に加入する方に対し、国保加入後の健診の受診方法や地域の保健事業を周知するような取組を開始した。

県では、協会けんぽ、国民健康保険、後期高齢者医療制度の各保険の担当者間で相談しながら、市町村国保健康長寿支援（地域・職域連携推進）事業を企画した。現在は長野市をモデルに、年代別・地区別の健診・医療・介護データの分析を行い、各保険者がメンバーとして参加する連絡会を通じて市の健康課題等を共有し、各保険者が主体で実施している保健事業を一体的に取り組めるように体制構築を目指している。長野市内で重点地区を決め、血圧対策といった健康課題に対応した事業にも取り組み始めている。

◆成果

コロナ禍にもかかわらず、参加者数が 2.5 倍増加

平成 30 年度当初、チャレンジ大作戦の参加者数は 2,000 人程度であったが、令和 3 年度には約 5,200 人まで増えた（コロナの影響で、令和 2 年度は参加人数を増やすことが難しかった）。

また、協会けんぽの加入者からは、本事業がきっかけとなり、社内のコミュニケーションが活性化した、効率的に仕事ができるようになった等の声も聞いており、健康づくりとは違った点でもよい影響が出ている。

若い世代への「健康づくりの習慣化」の伝承

長野県では、昭和時代から地域によっては病院の検診班が集落に出かけて集団健診を実施する全村健康管理活動が行われていた。また、健康ボランティアである保健指導員の発祥の地でもある。このような事から、健康

づくりに対して関心が高い県民が多い。

また、症状が悪化しないと病院にかからない人が多かったことから、医療機関の中には健康づくりや生活習慣の改善をより多くの人に伝えるために、演劇形式を用いた啓発活動を行うところもあった。

このような健康づくりに関する取組が戦後から続いており、特に年齢が高い層において健康づくりへの関心が高い。各事業所の代表は年齢が高い方も多いため、健康づくり事業に積極的に参加してくれている。

ただ、若い世代にそうした昔からの文化や仕組みが継承されている訳ではなく、事業所全体で事業に取り組む事は、若い世代への「健康づくりの習慣化」の傳承に繋がるいい機会になっている。

#### ◆課題

##### コロナ禍における運動習慣の定着

モニター調査の形で、県民の運動習慣に関する実態把握を行っており、運動に取り組んでいる県民の割合は、平成 29 年度は 67%であったが、令和元年度には 71%まで伸びた。しかし、令和 2 年度はコロナの影響で下がってしまったため、運動習慣が定着するような工夫を検討する必要がある。

##### 事業終了後すぐに実施するのが難しい事業評価

特定健診の間診票から、メタボの改善状況や運動習慣・身体活動の状況の変化を把握したいが、県全体で評価できるのが 2 年後になってしまい、事業の効果がすぐに分からないことも課題である。

##### サキベジ大賞の表彰内容の検討

サキベジ大賞の表彰対象である体重改善状況は、スタート時の体重から 3 か月の間でマイナス 1 %減少したら、50 ポイントを付与している。

サキベジ大賞に参加する人は、そもそも健康意識が高く、BMI が適正な方が多い。そういった方の体重が減少してしまうと逆に不健康になってしまうのではないかという指摘があるため、来年度に向けて、表彰内容を検討したいと考えている。

#### ◆今後の展開

##### 参加者数を増加させ、県民運動へ

現在の参加者数は約 5,000 名であるが、長野県は 200 万人規模の自治体であるため、参加者数を 1 万人以上に増やし、「信州 ACE プロジェクト」の目的である県民運動にしていきたいと考えている。

昨年度からコロナの影響で、コロナ禍前よりも普及啓発が難しくなっているが、プロジェクト委員会等を通して、無関心層をはじめ、幅広く参加を促していきたいと思っている。

来年度は SNS を活用した普及啓発を予定している。

# 【ヘルスアップ支援事業：市町村支援】

## まず支援、次に伴走、最後は自走

### 静岡県

【自治体の基本情報（令和3年1月時点）】

人口：3,686,335人

国保被保険者数：806,168人（21.9%）

高齢者人口：1,096,727人（29.8%）

【事業に関する情報】

予算：199,813,000円

国保按分率：100%（19,981,300円）

事業対象者数：776,150名（776,150人が国保被保険者）

#### ◆市町村支援の概要

平成30年度の国保ヘルスアップ支援事業開始から、国民健康保険の被保険者の健康の保持増進及び医療費適正化に向けた取組を推進するため、国の交付金を活用し、市町保健事業支援を行ってきた。令和2年度6月までは、「実施体制の強化」（各市町のデータヘルス計画に関する中間評価に関する助言等）、「保険指導のスキルアップ」、「広報技術の向上」の3本柱で展開してきた。実施体制の強化としては、令和2年度6月に補正予算が増えたことから、「市町の環境整備の支援」「後期高齢者移行までの継続的で一貫性のある保健事業の実施」に着目した事業を進めることとし、前述の3本柱の他に、前期高齢者を対象としたフレイル測定会や「茶ットシステム」の改修等を実施した。

次年度の支援計画の検討に際しては、県から市町に対してどのような支援を希望しているかアンケートもを行い、聴取した意見を事業内容に反映している。

#### 実施体制及び役割分担

主担当は国保課であるが、専門的な知見や他都道府県での支援実績を有する機関として外部委託先を選定し、委託先の協力や健康増進部門等から提案を受けながら、国保ヘルスアップ支援事業の企画・実施・評価を行ってきた。なお、各事業で市町の個別支援に入る際は、県の担当者だけでなく健康福祉センター（保健所）も同行し、課題等を把握するようにしている。

■ 聖隷福祉事業団（令和3年度保健指導支援事業を委託）：最新の科学的所見に基づいた効果的な保健指導の知識、技術を修得する研修や保健指導時の教育訓練（OJT）、賀茂地域における事例検討会へ

のオブザーバー等を担当。

■ 東京大学（市町データヘルス計画支援事業を委託）：標準化ツールを用いたデータヘルス計画を体系的に整理・構造化の支援及び保健事業カルテを利用した個々の保健事業のPDCサイクルの支援等を担当。県内全市町のデータ分析にかかる検討等を担当。

■ 静岡県国民健康保険連合会（以下、国保連）：保健指導支援事業、市町データヘルス計画支援事業、広報戦略の3本柱をはじめ国保ヘルスアップ支援事業すべてにおいて、KDB データを活用した地域の健康課題や医療情報の分析、明確化、対象者の把握等で連携している。各事業へオブザーバーとして参加もしている。

#### ◆市町村支援の考え方

##### 支援、伴走、そして自走へ

県として、市町には最初は支援、次は伴走、そして最後は市町に自走してもらいたい。市町毎によってデータヘルス計画、国保課への保健師配置の有無、地域が抱える課題や背景が多種多様である。そうした状況にも対応できるよう、県として様々なメニューを揃えて、市町にどのような支援を行うか考えている。

#### ◆具体的な市町村支援の取組例

##### 【広報戦略】

##### 特定健診受診率向上に向けた研修会等の開催

県内市町の特定健診の受診率向上に向けて、専門家による講義、演習、個別相談等の研修を行う「広報戦略研修会」を開催している。

広報戦略研修会は県内市町の国保保健担当職員を対象に、広報の専門家を講師として招き、県で実施し



ている。令和2・3年度はコロナの影響を受けて、広報戦略研修会はオンラインでの開催となった。

市町同士の情報共有を促進する場となることも目的として、それぞれが作成したチラシに対して意見交換を行っている。令和3年度は研修に参加した市町の事例集を作成し、横展開を図っている。

### 【保健指導支援事業】

#### 研修や事例検討・ロールプレイを通して市町の悩みも把握、市町それぞれの実情に合った支援を実施

各市町では保健師等の人材育成に課題を感じているものの、個々に事業として実施する場がないことから県として事業を行うこととした。

事業開始当初は特定保健指導の実施率が低い市町を対象に選定していたが、令和3年度は指導のスキルアップを希望する市町も募集した。市町支援を担う健康福祉センター（保健所）や国保連にも参加してもらっている。

この事業では、生活習慣病等の発症・重症化予防について、参加市町が用意した実際のケースについて、その市町の参加者と講師で事例検討を行っている。また、実際の保健指導に講師が同席するOJT研修を行うこともある。他の参加者は、隣の部屋でその保健指導の声を聴いて、気づいた点などのメモをとってもらい、最後に参加者全員と講師で振り返りを行う。

事業を通して、市町の保健師等から様々な悩みが聞こえてくる。保健師等のマンパワー不足の問題や保健指導における経験年数・スキルの差、特定健診と特定保健指導の担当課が異なることによる組織間の連携不足等、それぞれ課題は異なるため、どのような支援が必要かは実際に話を聞かなければ見えてこない。また、各市町が気付いていなくても他自治体と比べてみると強みや弱みがみえてくることもある。そのため、どういった点が課題となっており、どのような対策が必要か、どのような要望があるのかなどを確認した上で、各市町の実情に応じた支援を行っている。

### ▼保健指導支援事業における研修の様子



出典) 静岡県提供資料

### 【市町データヘルス計画支援事業】

#### 市町が相談できる場、人材の提供

市町データヘルス計画は、各市町の保健事業を実施する上で重要なものであるが、どのように計画を構築・推進していくかについて、県として各市町に基本的な考え方やその手法を伝達していくべきと考え、事業を立ち上げた。

令和2年9月に全市町を対象とした中間評価・見直しに係るヒアリング（5日間）、さらに10～11月にフォローアップ支援（2日間）、12月に保健事業見直しのための研修会（1日）を実施するなど、主に研修会や個別支援による支援を行った。

事業の推進にあたっては、県の国保課のほか、健康増進課、国保連、支援評価委員会と連携している。特に、支援評価委員会の委員については保険者に具体的なアドバイスができる知見を有する委員を選定するよう留意している。近年の保健事業の動向をみると、各保険者は例えば高齢者の糖尿病性腎症の評価や対象者の抽出方法、事業の進め方、評価等に苦心しているのが実情である。そこで、国保連では、医療機関で診療を行っている医師に、臨床の立場から委員に参加してもらうようにするなど、保健事業の動向にあわせて委員の選定を行っている。

県の役割としては、市町に対してデータヘルス計画へ助言する場の提供、県全体の数値と比較したり近隣の市町と比較可能なデータを整備・提供したりすることが重要と考えている。そこで、国保連と連携して、県内各市町

の特定健診のデータを茶っシステムを用いて活用できるよう整備している。

要があり、丁寧なヒアリングや何か手伝えることはないか等、県や国保連から働きかけている。

各市町が自走していけることを念頭に、環境整備を行いつつ、その市町の状況に合わせて支援、伴走を継続していきたい。

▼令和3年度都道府県国保ヘルスアップ支援事業

事業区分	事業名
A	保健指導支援事業
A	広報戦略等事業
B	市町データヘルス計画支援事業
C	フレイル対策支援事業
C	市町の切れ目のない保健事業推進支援業務
D	介護予防と保健事業の一体的実施促進事業
E	ICTを活用した保健指導推進事業
F	高血圧・認知症対策モデル事業

◆実感している成果、今後の展開

市町が各事業を自走できるよう県からの支援を継続

保健指導支援事業では、参加した市町全てが、受講して気付いた自市町の保健指導の課題について、「具体的に改善の措置を講じる」と回答しており、研修会が各市町における保健指導の更なる質の向上につながることを期待される。

また、市町国保ヘルスアップ支援申請事業数は、令和元年度の84事業から、令和2年度には106事業へと増加した。

県による支援、保健センターによる伴走を経て、各市町の自走を目指しているところだが、徐々に底上げをして徐々に変わっていくものなので、全体が自走に向かってきているかの評価はまだ難しい。ただ、例えば広報戦略事業では、講師の助言により積極的なアイデアを自ら出すようになってきている市町もあり、そういう場面から自走になってきたという変化を感じることもある。

もともと自走できているような市町もあるが、特に小規模な市町は、県が実施する手挙げ事業へ参加を迷ったり参加することにハードルを感じたりしている傾向があり、支援の届け方を工夫しているところもある。自分から声をあげられないような市町へは、こちら側から声かけをする必

## 【モデル事業(F 事業)】

### 国保医療課、健康増進課、高齢政策課の課題認識のすりあわせから 実施を決めた市町支援のモデル事業

#### 兵庫県

【自治体の基本情報（令和3年1月時点）】  
人口：5,523,627人  
国保被保険者数：1,129,201人（20.4%）  
高齢者人口：1,576,432人（28.5%）

【事業に関する情報】  
予算：157,111,460円 ※令和3年度ヘルスアップ支援事業全体の申請額

#### ◆事業概要

##### 内容

都道府県国保ヘルスアップ支援事業として、令和2年度および令和3年度それぞれにおいて8つの事業を実施している。

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を契機として、国保医療課・健康増進課・高齢政策課の3課の庁内連携が強化され、課題の共通認識のもと、都道府県国保ヘルスアップ支援事業のF事業（モデル市町村を指定し、協働で実施する先進的な保健事業）を令和2年度・令和3年度にそれぞれ2事業を企画した。県の健康課題を踏まえ、課をまたいだ横ぐしの事業の展開を行っている。

##### 実施体制

都道府県国保ヘルスアップ支援事業は、国保医療課と健康増進課で協議をしながら進めている。

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施については、現在、国保医療課、健康増進課、高齢政策課の3課が連携して推進している。令和2年度からの高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を踏まえ、令和元年7月より、国保医療課、健康増進課、高齢政策課の3課が集まる勉強会を開催し、県としての取組について議論を行った。それまでは、担当者レベルではなかなか横の連携が取りにくい状況であったが、当時の3課の課長が連携を深めようと、関係構築をするに至った。勉強会は週に1回の頻度で、2ヶ月程度継続した。

その後、3課が集まる勉強会の場に、国保連合会や

広域連合も参加するようになり、関係者間の課題認識の共有が進んだ。例えば、勉強会の場を通じて、県の健康課題の分析を行ったところ、レセプト分析の結果から、県内の高齢者には骨折が多いことが分かり、課題として共通理解することができた。こうした体験からも、関係者間で課題を共通理解することが重要であることを共有した。また、国保連合会や広域連合が参加することで、市町の個別の現状や課題についても情報を得ることができた。

#### ◆具体的な取組状況

##### 市町が抱えている課題の把握と対策

県では3課が連携をすることで、効果的な事業の実施可能性が見えた一方、同じように関係各課の連携ができていないという課題が浮かんできた。また、専門職の確保が難しいという課題も把握できた。

こうした課題への対応を行うため、市町向けの研修会兼会議の場を企画し、県の3課連名で市町村へ案内をした。当日は1日がかりのプログラムで、国の動向や各課が担うべき役割について説明したほか、市町に分かれて、自分の市町では何ができるか検討してもらった。その場で初めて他課の担当者と顔を合わせるという市町もあるなど、市町における課をまたいだ連携の難しさを実感した。

このほか、市町に対する実地調査やアンケート調査などを頻度高く行っており、市町における課題の特定とフ

ローを丁寧に行っている。

### 都道府県国保ヘルスアップ支援事業の企画

都道府県国保ヘルスアップ支援事業として実施している取組は、①県全体の特定健診受診率・特定保健指導実施率の向上、②ビッグデータの健康づくりへの活用促進、③健康づくりのための市町村支援の3つの枠組みにおいて検討している。県の役割は、市町間の連携・コミュニケーションの強化、データ分析から地域の健康課題を分析すること、専門人材の確保により小規模自治体を支援することだと考えている。

#### ▼令和3年度都道府県国保ヘルスアップ支援事業

事業区分	事業名
A	生活習慣病予防に向けた市町村支援事業
A	特定健診・特定保健指導実施率向上アドバイザー派遣事業
B	国保データベース（KDB）補完システムを活用したデータ分析等による市町村支援事業
C	国保特定健診受診率アップ事業
D	糖尿病性腎症重症化予防事業
E	健康ビッグデータを活用した県民の健康づくり支援事業
F	スマホ・スマートウォッチを活用した高齢者等の健康管理支援事業
F	フレイルハイリスク者へのアプローチ強化事業

都道府県国保ヘルスアップ支援事業の企画にあたっては、KDB データや NDB データ、国民生活基礎調査、県が実施する食生活や栄養に関する調査などを活用している。こうしたデータの分析から、特定健診の受診率と特定保健指導の実施率が全国平均よりも低いことが課題とされたことから、受診勧奨事業やアドバイザー派遣事業などを企画・実施した。また、データの分析から、骨折・やせが多いという課題が特定されたことから、従来より高齢者の健康づくりに取り組んでいた健康増進課において、スマホ・スマートウォッチを活用した健康管理事業や高齢者のフレイル予防を企画した。

### 市町との連携・働きかけ

市町の現場の課題は直接話を聞いていかないと把握が難しいと考えている。事業の企画の際には、市町を集めた会議の場で説明を行い、市町担当者の意見を聞き、市町の要望に応えられるように配慮・工夫している。

また、市町においては、データを持っていても、地域の課題が何か、解決のために誰とつながればよのかが分からないことや、データがあることは分かっている、そのデータを活用する方法やテクニックがないことが多い。そこで、データヘルスの推進という役割を持つ県として、市町の職員や保健所職員を対象に、ビッグデータを活用し、地域の課題を見つけ、対応していくための研修を令和2年度から実施している。

#### ◆成果

「特定健診・特定保健指導の実施率が全国と比べて低く、県内の市町間の差が大きい」「骨折・やせが多い」といった課題に対応し、様々な事業を企画・実施してきた結果、特定健診・特定保健指導の実施率向上対策については、市町の庁内連携体制の改善や新たな事業の立ち上げなどが進み、今後の実施率向上が期待される。KDB や NDB データの健康づくりへの活用については、県独自のシステム構築等によりデータ分析が深化し、データに基づく保健事業の実施につながっている。フレイル対策事業やスマホ・スマートウォッチを活用した健康管理事業では、県がモデル事業として実施することで市町の新たな取組が促進されている。

全体として、県の取組をきっかけに、市町の予防・健康づくり事業の充実・強化や新たな事業展開につながっている。

#### ◆今後の展開

今後も、これまで同様に、健康寿命の延伸という目標を達成するためにあらゆる健康づくりの施策を検討していく。

都道府県国保ヘルスアップ支援事業については、事



業内容に変更があるものもあるが、基本的には現状実施している8つの事業をブラッシュアップしながら引き続き実施していく予定としている。なお、予算の時期の兼ね合いがあり、県での予算確保をしたうえで、市町に相談していくと遅くなってしまいかねないが、市町に相談をするタイミングについて今後どのように上手く実施していくかを検討していく必要があると考えている。

また、国保の保険料水準の統一を進めるなかで、サービスの統一という議論がされている。県内どこに住んでも同じ水準、出来れば質の良い保健サービスが提供されるよう、市町への支援・基盤整備を更に強化していきたいと考えている。

#### ◆◆個別事業の紹介◆◆

#### ◆スマホ・スマートウォッチを活用した高齢者等の健康管理支援事業

##### 概要

高齢者にスマートウォッチを貸与し、個人が持つスマートフォンにインストールしたアプリと連携することで、食事、運動、睡眠に関するデータを収集する。

データは、リアルタイムで市町の保健師や管理栄養士など専門職が確認することができ、保健指導等のためのデータとしても活用ができる。参加する個人にとっては、計測データを自身のスマートフォン上で見ることができ、生活習慣の改善に活かすことができる。

##### 実施した背景

特定健診の受診率や特定保健指導の実施率が低いことが課題となっているなか、高齢者の健康状態を計測することや保健指導等に活かせる可能性から、モデル事業として取り組むこととした。将来的に市町で実施してもらうことを目標に、まずは県でモデル事業として始めてみて、何が上手くいき、何が上手くいかないのかを検証することを狙いとした。

##### 事業対象者

令和2年度はポピュレーションアプローチとして、対象者を限定せず、希望する人が参加できるようにした。し

かし、様々な人が参加したことで、結果に対する深い分析が難しかったことから、令和3年度は特定保健指導対象者等のハイリスク者に限定して実施した。

令和2年度は6市町、令和3年度は3市町で実施した。参加者数は令和2年度は192人、令和3年度は72人であった。

##### 事業の実施方法

スマートフォンやスマートウォッチを活用したモデル事業を実施するため、企画コンペを実施し、事業の委託先を選定した。企画コンペにおいては、委託先事業者が担う業務として、スマートウォッチの手配・貸出管理や、データの記録・管理方法の提案・提供、住民への説明などを定めた。実際に、委託先事業者が提案をしたスマートフォンアプリや委託先事業者が手配をしたスマートウォッチを活用している。

##### 機器を活用した記録・計測

スマートフォンやスマートウォッチを通じて、食事、運動（消費カロリー）および睡眠に関する記録や計測をすることができる。食事の内容の記録は、スマートフォンのアプリへ手入力または写真撮影にて行う。運動は、スマートウォッチにより歩数が自動で測定されるほか、令和3年度からは、心拍数を計測することができるスマートウォッチを用いることで、より精度の高い運動量の測定が可能。また、心拍数の計測により、睡眠状態も把握することができる。

スマートウォッチによって計測したデータはスマートフォンのアプリにも記録される。参加者は、個人のスマートフォンのアプリ上で自身の計測値や記録の確認ができ、2ヶ月間の変化を見ることができる。

##### 参加者への周知・案内

参加者への周知等は、モデル事業であることから、具体的なことは県で決めず、参加した各市町村にて企画・実施してもらった。令和3年度からは、ハイリスク者に絞って案内をしているが、市町によっては、対象者に個別に声をかけることもしていたようである。

参加者に対しては、各市町において、住民説明会を実施し、スマートウォッチの操作方法の説明を行った。参加できなかった人にはガイドの配布をしたり、市役所等で個別対応をした。

令和2年度には、参加者から事業に使っているアプリ以外の一般的なITやスマートフォンに関する相談があり、現場の対応が大変だったという声も聞かれたため、令和3年度は外部委託のうえ、テレビ電話窓口を市町に設置して、事業者が説明対応を実施するように手配した。

### 参加継続を促す仕組み

モデル事業であることから、参加者に対する介入方法・頻度は、市町の判断に委ねた。市町によっては、食事内容の入力がされていない参加者へのフォロー（電話、アプリ内のメッセージ）やウォーキングイベントを開催するなどの工夫がみられた。

しかし、令和2年度において、スマートウォッチの利用開始から2週間程度経過すると参加者離れが進んでいくことが確認された。そこで、令和3年度は、開始から2週間程度のタイミングで、中間報告会を開催することとした。中間報告会では、改めて利用方法を説明し、利用者同士の情報交換をしてもらうことで参加者離れが起らないように働きかけを行った。

### 事業実施後の対応

モデル事業に参加した市町ごとに住民対象の報告会を実施し、市町全体の実施状況や健康状態の変化を報告した。

また、事業終了時には、全市町を対象に県で成果報告会を開催した。事業の報告と同時に、次年度の事業概要の説明や参加の呼びかけを行った。

さらに、モデル事業に参加した個人に、その後どのような影響があったのかを確認するため、令和2年度の参加者へのアンケート調査を実施している。

### 成果

スマートフォンやスマートウォッチを活用することはガジェ

ット好きな男性の気を引くことができ、ふだんは健康づくりに関心が薄くなりがちな男性の関心を集めることにも一部寄与した。

市町からは、参加者が意外と情報を入力することができること、体重が減った・歩数が増えたなど目に見える変化が見られた参加者もいたこと、またコロナのために対面での面談が難しいなかアプリ内でのコミュニケーションがとれたなどといった声や、食事に関して聞き取りやテキスト情報ではなく画像を見ればよく分かり、具体的な指導がしやすい・指導が分かりやすくなるなど、アプリを使う有用性が確認できたという声もあった。

次年度からは、自らの予算で事業を継続しようという市町も現れており、県としては県内市町同一の事業パッケージの提供から、市町が自ら取り組むための支援をしていこうと考えている。

### 課題・今後の展開

事業展開における課題は2つある。1つ目の課題は事業の継続性で、モデル事業として実施した時のように2ヶ月間限定であれば事業対象者は頑張ることが出来るが、その先も継続してもらうには工夫が必要である。2つ目の課題は評価や費用対効果を測ることが難しいことである。今後は評価のための指標等を検討していきたい。

### ◆フレイルハイリスク者へのアプローチ強化事業 実施した背景

国民生活基礎調査の分析から、介護の要因として、生活習慣病が3割、認知症・衰弱・関節疾患・骨折・転倒で合わせて、5割を占めることがわかった。また、兵庫県食生活実態・健康づくり実態調査からは、県内の65歳以上の高齢者について、男性では18.2%、女性では24.7%が低栄養傾向にあることがわかった。こうした分析結果から、フレイル予防に力を入れる必要性を認識するにいった。

平成30年6月には地域支援事業におけるフレイル予防・改善プログラムの検討のため、「市町における地域支援事業に関する実態調査」を実施した。調査結

果から、市町の通りの場における基本的な考え方を示すこと、専門職の窓口や栄養バランスのとれた配食を行う配食事業者に関する情報提供を行うことなど、市町の取組を促進する支援が必要であると考えられた。

### フレイル予防・改善プログラムの策定と普及啓発

このような背景から、平成 30 年度内に、「栄養と口腔」「社会参加」に着目した「兵庫県版 フレイル予防・改善プログラム」として、フレイル予防に関する基本的な考え方、市町で整備すべき実施体制、実践例（栄養士、歯科衛生士による講話、栄養バランスと噛み応えを実感できる弁当の会食等）などをとりまとめた。同時に、フレイルに取り組む市町を増やすねらいから、普及啓発のツールも作成し、令和元年度は、プログラムの普及に取り組んだ。

#### ▼フレイル対策の推移



出典) 兵庫県提供資料

### 推進会議の設置

医師会、歯科医師会、薬剤師会、栄養士会、歯科衛生士会、リハ3士会(PT・OT・ST)、介護支援専門員協会、配食事業者、広域連合、国保連合会、市町・県の関係課など、多職種で構成される推進会議を設置し、県内全域で効果的なフレイル対策を進めるための企画・実施・評価を行った。

### 都道府県国保ヘルスアップ支援事業として

令和2年度からは、都道府県国保ヘルスアップ支援事業のF事業(モデル市町村を指定し、協働で実施する先進的な保健事業)としてフレイル対策に取り組んでいる。

令和2年度にポピュレーションアプローチとして、高齢者の通りの場でのプログラムの実施に加え、フレイルの早期発見やフレイル予防の重要性を普及啓発するため、フレイルチェック票を作成し、約7,000人に実施したところ、前期高齢者の約半数にフレイルのリスクがあることが分かった。また、フレイルチェックで把握された個々の健康課題に応じて医療専門職による個別支援につながり、取り組みを構築する必要性が浮かび上がったことから、令和3年度からは、フレイルハイリスク者へのアプローチ強化を進めた。

#### ▼令和2年度・令和3年度のフレイル対策事業

R2・R3フレイル対策事業		
	R2フレイル対策強化推進	R3フレイルハイリスクアプローチ
<b>目的</b>	ポピュレーションアプローチ 高齢者の通りの場でのフレイル対策促進	ハイリスクアプローチ フレイルハイリスク者に対するアプローチ強化
<b>事業内容</b>	<b>推進会議</b> フレイル評価指標作成検証 オーラルフレイル健診体制検討	<b>ハイリスク者の把握方法</b> 医療専門職アプローチ検討
	<b>モデル事業</b> フレイル評価事業(評価指標検証 9市町) オーラルフレイル健診事業(検査と予防 7市町)	<b>運動プログラム事業(2市町)</b> オーラルフレイル改善事業 (17郡市区歯科医師会、25市町) 栄養ケア・ステーション整備(12カ所)
<b>普及啓発</b>	フレイルチェック票(2種)の導入 住民向けシンポジウムの開催	フレイルチェックアプリ導入 オーラルフレイル普及啓発

出典) 兵庫県提供資料

## 令和2年度 — ポピュレーションアプローチの強化

令和2年度は、高齢者の通いの場でのフレイル対策を促進するため、ポピュレーションアプローチの強化を図った。推進会議において、フレイル評価指標の作成・検証、オーラルフレイル健診体制の検討を行い、モデル事業として、フレイル評価事業（9市町）やオーラルフレイル健診事業（7市町）を実施した。

### ●フレイル評価事業

県栄養士会と連携し、通いの場への参加者に対して、フレイル対策の評価指標を組み込んだプログラムを実施し、評価指標やプログラムの検証を行った。評価指標は身長、体重等の基本属性に加え、客観的な評価（握力や咀嚼力などの測定値）と主観的な評価（自記式質問紙）の関連性が分析できるよう、推進会議において検討を重ねた。事業実施は県栄養士会が中心となり、コロナ禍の中、三密の回避等、感染予防にも注意し、1グループ3回（1回目と3回目は口腔・栄養アセスメントと健康教育、2回目は栄養バランスと噛み応えを意識した弁当会食と健康教育）実施し、参加者は、お口の体操やバランス良い食事等の行動を継続しており、プログラムの有効性が確認できた。

### ●オーラルフレイル健診事業

県歯科医師会及び歯科衛生士会と連携し、1グループ2回（前後評価）、両回ともに質問票や検査機器を用いた口腔機能評価を行い、「おうちドリル」を用いて自宅実践を促した。参加者からは「オーラルフレイル予防の必要性がよく理解できた」と満足度も高かった。

## 令和3年度 — ハイリスクアプローチの強化

令和3年度は、フレイルハイリスク者に対するアプローチの強化を図った。推進会議において、フレイルのリスクのある方の把握方法や医療専門職によるアプローチの検討を行った。モデル事業としては、ハイリスク者へのアプローチとして、運動プログラム事業（2市町）、オーラルフレイル改善事業（25市町）を行った。

また、専門職からのアプローチの強化のため、兵庫県

栄養士会に働きかけ、栄養ケア・ステーションの整備を行った。栄養ケア・ステーションでは、オンラインで栄養・食生活相談を行うことができる。

### ●運動プログラム事業

立ち上がり動作を撮影し、筋肉のバランスを専用プログラムで分析、点数化した上で、筋力の維持向上に適した体操（RoboWELL体操）を行う運動プログラムを2市町でモデル実施した。1グループ3回の測定会で点数の低かった方も、継続して体操を行うことで、点数が改善した。また、自宅での運動習慣の定着を目指し、体操DVDやガイドを作成、普及啓発した。

### ●オーラルフレイル改善事業

オーラルフレイル状態にある高齢者が、早期に地域のオーラルフレイル対応歯科診療所で、適切な指導や継続した口腔機能の検査を受け、オーラルフレイルの改善を図るための、「オーラルフレイル改善プログラム」を25市町で導入した。プログラムは、2年間で全市町での活用を目指している。



▼令和2年度 フレイル対策強化推進事業の概要

兵庫県 — R2 フレイル対策強化推進事業 多職種連携 —

### ■ 事業目的

兵庫県内全域でより効果的なフレイル対策が進むよう、**フレイル対策の評価指標**を検討するためのF\*ル事業を実施・検証の上、栄養状態の改善と口腔機能の向上を目指す「兵庫県版予防・改善フレイルプログラム（以下、F\*ルプログラム）」を確立するとともに、**オラルフレイル健診体制を整備**する。

### ■ 事業内容

- F\*ル対策の評価指標を組み込んだF\*ルプログラムをF\*ル実施、評価指標を検証のうえ、F\*ルプログラムを確立するとともに、**オラルフレイル健診体制を整備**し、市町に対して活用促進。
- 国保被保険者等に対して、専門職による**フレイルチェック**やシ\*ル\*ムなどを通じて、**フレイル予防・改善方法を普及啓発**。

### ■ 事業のポイント

- オラルフレイルと健康支援型配食サービス**を組み合わせたF\*ルプログラム確立
- フレイル対策の有効性が確認できる評価指標**の作成検証
- フレイルチェック票（ロング版・ショート版）**の作成と7,400人への実施評価

### ■ 結果及び効果

- F\*ルプログラム参加者は、**口腔体操やバランス良い食事等の行動を継続しており、F\*ルプログラムの有効性が確認**された。
- フレイルチェックの結果、**前期高齢者の約半数がフレイルリスク該当者**であり、より早い段階からのフレイル予防の重要性が明確となった。

#### ■ R2構築のフレイル対策の評価指標の内容と評価例

評価指標	評価例
健康状態	現在の健康状態
栄養	主観的健康状態
	栄養・食習慣
口腔機能	体重減少の有無
	10種類の食品群の摂取頻度
運動	口腔機能の状態（むせ、食べこぼし、口乾等8項目）
	測定結果（舌口唇運動機能、舌背粘膜炎の浸潤度、咀嚼力）
精神心理	筋力低下
	測定結果（握力、ふくらはぎ周囲長）
社会参加	運動
	通常歩行速度や運動習慣
行動変容	心の健康状態
	認知機能
社会参加	社会参加
	閉じこもりや社会との繋がり状況
行動変容	ソーシャルサポート
	身近に相談できる人の有無
行動変容	行動変容ステージ
行動変容	生活習慣に対する行動変容ステージ

#### ■ 他の自治体が参考のできるポイント

- フレイル対策を評価するための**評価指標の作成**（指標間の相互関連性の明確化、専門職や物品の確保状況に応じた優先すべき指標の抽出）
- フレイル予防への気づきを促すチェック票と効果的な啓発媒体**

栄養・口腔アセスメントと講話

シ\*ル\*ム中、感染予防対策

栄養バランスと噛み応えを実感できる弁当の会食

フレイル予防動画

出典）兵庫県提供資料

▼令和3年度 フレイルハイリスク者へのアプローチ強化事業

兵庫県 — R3フレイルハイリスク者へのアプローチ強化事業 —

### ■ 事業目的

高齢者を対象に、フレイル予防F\*ルプログラムの実践・フレイルチェックアプリの普及など**全県的なフレイル対策を展開**するとともに、**フレイルハイリスク者に対する歯科医師、管理栄養士等によるF\*ル強化、筋力維持向上F\*ルプログラムのF\*ル実施**など、産官学の連携強化を図る。

### ■ 事業背景

- 本県の大腿骨近位部骨折発生率は**女性が全国1位、男性が4位**と高い。
- フレイルリスクのある高齢者は**約半数**。個々の健康課題に応じたサービスに繋がっていない。
- シ\*ル\*ルが加速**。
- 県民のフレイル認知度は**約4割**。
- 低栄養傾向の高齢者は**全国平均より多い**。

### ■ 先進的なポイント

- 筋力維持向上F\*ルプログラムのF\*ル実施と検証（測定と体操のシ\*ル\*ル）
- フレイルハイリスク者への専門職によるF\*ル強化体制の確立**（シ\*ル\*ル考慮）
- フレイルチェックアプリの導入と導入効果の検証

### ■ 事業内容

- 立ち上がり動作を撮影し、筋肉のバランスを専用F\*ルプログラムで分析した上で、**筋力の維持向上に適した体操を行う運動F\*ルプログラムのF\*ル実施**。
- オンラインで栄養・食生活相談を行う**栄養ケア・セッションの整備**や、**オラルフレイル健診をかかりつけ歯科で受けられる体制の構築**。
- 国保被保険者等に対して、気軽にフレイルチェックができる**アプリの導入**、専門職によるフレイルチェックなどを通じて、**シ\*ル\*ルの予防・改善方法を普及啓発**。（シ\*ル\*ルはシ\*ル\*ルよりフレイル対策）

性別	年齢	20以下	25未満	30未満	35未満	40未満	40以上
男性	65歳以上	18.2	59.6	19.8	2.5		
	75歳以上	25.5	57.8	15.6	1.0		
女性	65歳以上	24.7	57.3	15.5	1.7		
	75歳以上	27.6	54.2	14.7	2.2		

フレイルチェックアプリ

オンライン栄養・食生活相談

#### ■ 他の自治体が参考のできるポイント

- フレイルハイリスク者の抽出方法と、シ\*ル\*ルにおける専門職によるF\*ル強化方法の提示（オンラインの活用）
- フレイル予防への気づきを促すチェックアプリの導入と各種啓発媒体

出典）兵庫県提供資料

## 成果

① 高齢者を取り巻く健康課題を明確化し、医療介護専門職団体や配食事業者、市町・県関係機関との連携のもと作成した「フレイル予防・改善プログラム」は、現在、県内全市町及び関係団体において健康づくり事業や介護予防事業などに活用されている。

② PDCA サイクルに基づく事業展開を考慮し、ポピュレーションアプローチ（通いの場でのプログラム実施等）からハイリスクアプローチ（オーラルフレイル健診体制や栄養ケア・ステーションの整備等）へと事業内容を拡充している。

③ 健康増進・食育・老人福祉分野など関連計画へフレイル対策の重要性を明記することにより、新たな予算確保や市町支援の継続に繋がるとともに、庁内外関係課との定期会議や協働事業を通して、各保険者での健診・医療・介護データとの紐づけや、県全体での分析等に活用できるよう、KDB 補完システムの拡充（「後期高齢者の質問票」への「県版フレイルチェック票」の質問項目の追加）が進んでいる。

④ あらゆる機会を捉えたフレイル予防に役立つ情報発信や普及啓発媒体の充実（フレイルクイズや予防動画、かるた、リーフレット等）、現行のフレイルチェック票（紙）に加え、スマホで簡単に入力できる「フレイルチェックアプリ」の新規開発により、高齢者本人や家族が気軽にフレイルチェックができる仕組みも実現した。

## 課題・今後の展開

人生 100 年時代を見据え、健康寿命の延伸に向け、県下全域でフレイル予防・改善の 3 本柱である「栄養（食・口腔機能）・運動・社会参加」の一体的な取組を強化する。

特に、新型コロナウイルス感染拡大に起因する高齢者の自粛生活の長期化や社会経済状況の変化は、健康二次被害（フレイル状態の悪化）や栄養格差拡大の要因となっていることから、地域包括支援センターとも連携し、フレイルのリスクのある方への個別支援を強化する。また、通いの場への参加を躊躇したり、健康への関心が低い高齢者に対しては、多様な接点の「場」をもつ

小売店や薬局等と連携し、フレイルチェックアプリの活用を含め、フレイル予防に向けた行動変容を支援するための普及実践を行う。

様々な角度からの柔軟な発想、情報の収集と発信、住民や関係者、仲間とのビジョンの共有など、不断の行動力が必要であり、今こそ目の前の取組を一步前進させるべきであると考えます。

# 【ヘルスアップ支援事業：市町村支援】

## 県や専門家と共に市町村担当者が参加し、 データ分析・解釈ができる

### 熊本県

【自治体の基本情報（令和3年1月時点）】

人口：1,758,815人

国保被保険者数：403,905人（23.0%）

高齢者人口：548,676人（31.2%）

#### ◆概要

##### 内容

「人生100年くまもとコンソーシアム」（以下、コンソーシアム）を設置し、データ分析および市町村支援を実施。コンソーシアムには、保健事業を実施している保険者が一緒に検討できることが重要であるため市町村や協会けんぽなども参加している。コンソーシアムは県の保健事業の計画等の議論・策定を行う機関ではなく、データ分析に基づく保健事業の提案をしている。

コンソーシアムにおけるデータ分析を踏まえて、「循環器疾患」「精神・神経疾患」「骨折」「糖尿病」「予防・健康づくり」の5つの分科会を設立。令和2年度は、各分科会においてデータ分析を行い、健康課題の明確化と実施すべき対応策を取りまとめ、知事への提言を行った。

令和2年度の提言を踏まえて、令和3年度は、分科会ごとにモデル事業を実施している。「精神・神経疾患」分科会では、「くまモンを活用した睡眠啓発事業」「働く世代、小中学生、高齢者への睡眠促進事業」を行っている。

##### 実施体制及び役割分担

コンソーシアムの運営を公益財団法人熊本県総合保健センター（以下、総合保健センター）へ委託している。関係機関との手続きや調整、全体会・分科会の運営など、コンソーシアム運営全般を委託している。総合保健センターは職域保健・地域保健の両方に精通していることなどから、委託先として一緒にやっていくことになった。

コンソーシアムの立ち上げにあたり、県の担当者から開催回数などおおよその行程は示したが、コンソーシアムが

立ち上がったからは総合保健センターにおいて運営・進行をしてもらっている。全体会や分科会の内容は、各分科会の会長、県、総合保健センターで相談して決めている。

なお、委託にかかる予算は、都道府県国保ヘルスアップ支援事業の事業費として申請・活用している。

#### ◆市町村支援等の経緯

##### 市町村支援のためのデータ分析

平成30年度より、県として市町村の保健事業の支援を強化していくにあたり、データ分析の重要性を感じていた。都道府県国保ヘルスアップ支援事業として予算を得ることができることもあり、まずは、保健事業を着手するためにデータを用いた検証をすることとした。

##### コンソーシアムの立ち上げ

データの分析にあたり、県だけではデータの解釈が難しいため、データの評価・解釈をする場、そして県だけでなく、市町村など保険者にも入ってもらい、有識者等により議論する場が必要と考えた。コンソーシアムは令和2年4月から協議を始め、7月には初回の会合が開催された。

##### コンソーシアムの構想

コンソーシアム立ち上げにあたり、3年間の計画を立てた。初年度はデータ分析を行い、対応策の立案を行うことまでを目標としていた。県全体での健康づくりの推進のため、三師会等に入ってもらい、オール熊本で県のデータを共有することがファーストステップであった。

2年目はモデル事業の実施と市町村の個別支援をすること、3年目は事業の横展開をして、取組を広げていく



構想をしていた。

### コンソーシアムの構成員

コンソーシアムには、県内の大学の先生が委員として参加している。また、オブザーバーとして、県看護協会、県栄養士会など関係機関や、市町村、後期高齢者医療広域連合など保険者が参加している。

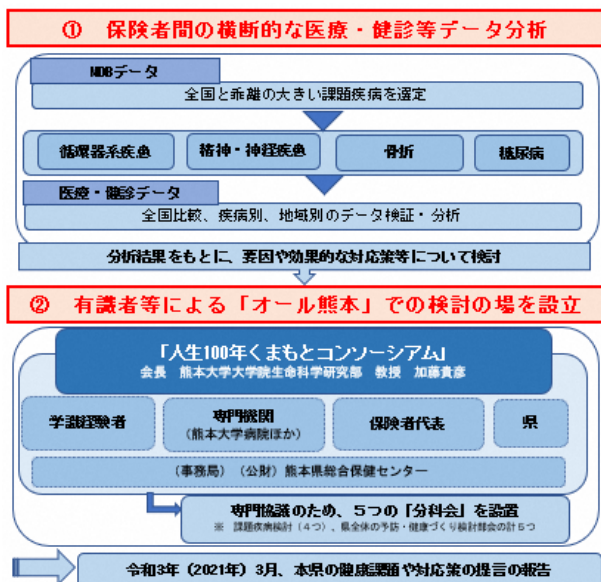
事務局は、委託先である総合保健センターが担っている。

県からは国保・高齢者医療課長や熊本県健康づくり推進課長が委員として参加している。「循環器疾患」「糖尿病」「予防・健康づくり」は健康づくり推進課、「骨折」「精神・神経疾患」は国保・高齢者医療課が担当している。

### 全体会議の活動

全体会議を令和2年度中は年8回、令和3年度中は年5回開催した。全体会議では、分科会の進捗報告、全体的な課題に関する議論やデータ分析を行う。

#### ▼データ分析とコンソーシアムの活動内容（令和2年度）



出典) 熊本県提供資料

### データの分析

令和2年度の全体会議において、NDB データをもと

に全国と比較した際に、医療費も患者数も多く、県全体の医療費に占める割合が高い疾病が何かを分析したところ、「循環器疾患」「精神・神経疾患」「骨折」「糖尿病」が浮かび上がった。令和3年度は、良質かつ効率的な医療の提供の結果として健康寿命の延伸につながっているのかという視点も加えながら、市町村別・圏域別の分析を進めている。

### 分科会の立ち上げ

データ分析の結果浮かび上がった「循環器疾患」「精神・神経疾患」「骨折」「糖尿病」の4つの疾病について、全体会議で具体的な議論をすることが難しいことから、より専門的な議論を深めるため、分科会を設立した。コンソーシアム立ち上げの際には、分科会を設置することまでは構想されておらず、データ分析の結果として、分科会が必要という判断に至ったという経緯である。

分科会は上記の4つの疾病のほか、県では全体的に健診受診率が低いこと、無関心層の行動変容やヘルスリテラシーの向上も重要であることから、「予防・健康づくり」の分科会も立ち上げている。

### 分科会の構成員・体制

当初、分科会の設置は想定していなかったため、令和2年度中は、必ずしも先生方の専門と分科会の専門が一致しない形式ではあったが、全体会議の委員にはいずれかの分科会に参加してもらった。

令和3年度は、分科会の専門性に合わせて、委員の見直しを行った。また、分科会に常時参加をするわけではないが、すべての分科会について、熊本大学等の専門の先生方から助言をしてもらえ体制を整えた。

### 分科会の活動

令和2年度は、それぞれの疾病ごとに、データ分析を行い、対応策の取りまとめを行った。令和2年度末には、コンソーシアムとして、『令和2年度「人生100年くまもとコンソーシアム」の検討結果』を取りまとめ、知事への報告を行った。提言では、分科会ごとに2つの重要施策を取り上げた。

## 市町村の関わり

分科会立ち上げにあたり、市町村の参加を募った。分科会には希望する市町村の担当者が参加している。令和2年度より参加していた市町村は、分科会に参加することで、市町村として分科会の議論をどのように活用していくことができるか、どのようにモデル事業に関わることができるかを検討することができる。

令和3年度は、市町村に情報共有を図るため、県内の全市町村を対象とした報告会を3回実施した。

## 人材基盤整備

コンソーシアムのサブテーマとして、人材育成や人材基盤整備を狙いとしている。コンソーシアムにおいて、データ分析や事業の立案をしたとしても、人材基盤がないと保健事業が進まない。そこで、県内の大学の先生方に入ってくださいと、市町村の担当者が直接専門家と繋がる体制が整備された。また、委託先である総合保健センターは地域保健と職域保健の研修企画も行っているため、コンソーシアムを通じて人材育成につなげられないかという期待がある。

## 分科会での取りまとめから事業へ

令和2年度に取りまとめた各分科会の2つの重要施策を、令和3年度には都道府県ヘルスアップ支援事業として具現化した。事業の実施・運営にあたり、分科会から助言をしてもらっている。

### ▼令和2年度に取りまとめられた各分科会の提言の概要

循環器疾患	◎ 保険者の対応困難事例における専門医等の事例紹介支援 ◎ 自己検診等の啓発による心電図検査促進 ほか
精神・神経疾患	◎ 働く世代、小中学生、高齢者への睡眠促進事業 ◎ くまモンを活用した睡眠啓発事業 ほか
骨折	◎ FRAXツールの活用等による普及啓発、受診勧奨 ◎ 全世代を通じた骨折予防に係る連携体制構築 ほか
糖尿病	◎ 発症予防へ向けた普及啓発と環境整備 ◎ 重症化予防へ向けた保健と医療の連携強化 ほか
予防・健康づくり	◎ ITを活用した特定健診申込環境整備 ◎ ナンプレ理論等を活用したタイプ別の受診勧奨 ほか

出典) 熊本県提供資料

## 事業の評価

ロジックモデルによる評価指標を検討しており、今後は、毎年それぞれの評価指標に関するデータを評価、検証していく予定。

### ◆「精神・神経疾患」分科会と睡眠啓発・睡眠促進 「精神・神経疾患」分科会の立ち上げ

コンソーシアムを立ちあげた初期の頃に、NDB データの分析結果として、統合失調症、気分障害、その他の精神および行動の障害、その他の神経疾患の罹患率が全国で5位以内に入ることが確認された。とくに統合失調症が医療費増大につながっていることが分かった。

一方、NDB データによると気分障害の医療費が全国1位であり、年々増加傾向でもあった。統合失調症に限らず、その他の精神・神経疾患の課題もあることから、分科会としては、市町村が取り組みやすいように、予防と早期介入がしやすい疾病の1つであり、他の疾患や健康課題との関連が指摘されている睡眠障害に注目することとした。

令和2年度の分科会において、睡眠に関するデータ分析を行ったところ、睡眠で十分休養がとれていないという項目の前年度伸び率が、2016年度は全国1位、2017年度は全国3位で、以降もその割合が上昇し続けていることが分かった。全国的にみても睡眠で十分に休養ができていないという分析結果が得られた。熊本地震や豪雨災害、新型コロナウイルス感染症の影響で、県民が眠れていない状況が起きているのではないかと考えられた。

また、データ分析の結果、20～39歳、40～64歳の働く世代において睡眠の課題があり、気分障害になりやすいということ、2019年に比較して、2020年の自殺件数が増加しており、20～39歳で多いことがわかった。

こうした背景からも睡眠に働きかけをしたほうがよいのではないかと結論に至り、また、働く世代が実際に睡眠をとれているのかどうかを実測すると同時に、意識調査を実施するとよいのではないかと議論が行われた。また、熊本県では中小企業が多いが、小規模事業者（労働者数が50人未満）では、特定健診の報告が義務付け

されていない。これまで取り組まれていなかった、ケアされていなかった小規模事業者向けの1次予防が重要ではないかと議論がされた。

こうした議論を踏まえ、令和2年度の分科会の提言として、県民への啓発活動を行うほか、意識調査としてアンケート調査、実測としてウェアラブル端末を活用した睡眠の測定をすることが取りまとめられた。

### 睡眠啓発事業 — くまモンを活用した啓発

令和3年度は、県全体の睡眠に対する意識醸成を行うため、ポピュレーションアプローチとして、くまモンを活用した啓発を実施した。

9月3日は「ぐっすりの日」として、睡眠の日とされていることから、9月3日に合わせて、くまモンを活用した睡眠キャンペーンを行った。県政広報番組（くまモンスマイルジャンプ）でのアピールやチラシの配布などを行った。県政広報番組では、分科会に参加している先生方に睡眠の重要性を説明してもらった。

#### ▼くまモンが出演する県政広報動画による睡眠の啓発



出典) 熊本県提供資料

### 睡眠啓発事業 — 小中学生への啓発

若い世代に対して睡眠の啓発を行うため、小中高校生とその保護者を主な対象とした、「睡眠の重要性」や「睡眠と食事と運動」に関する5～6分程度のクイズ形式の動画を制作した。若い世代にも分かってもらいやすい周知になるよう、親しみやすさを重視している。

動画の制作にあたっては、教育庁と連携しており、制作は教育庁による家庭教育啓発資料「親の学び」オン

デマンド講座」として、県のウェブサイトを通じて公開されているキャラクターを活用してもらった。制作は国保・高齢者医療課が行った。

### 睡眠促進事業 — アンケートによる意識調査

働く世代、特に、小規模事業者の睡眠に関する意識を把握するため、アンケートによる意識調査を実施した。

県から総合保健センターへアンケートの実施を委託。総合保健センターから睡眠改善に取り組む事業者（株式会社ニューロスペース）へ分析について再委託をしている。アンケートの内容は、株式会社ニューロスペースが有していた睡眠に関する調査項目を改変した内容となっている。

アンケートはモデル市町村として調査協力に同意いただいた益城町と大津町内の特定健診受診者が対象。調査票はA4、4枚程度。中身はストレスチェックと、睡眠時間や睡眠時の照明の状況など睡眠の状況・様子を詳しく把握する項目となっている。

特定健診の案内を送る際に、睡眠に関するアンケート票を送付し、健診会場で回収する。回収率は85%であった。若い人を想定して、QRコードからウェブ回答画面にアクセスできるようにもしたが、紙提出が多かった。

アンケート内でセルフチェックにより、回答者は自分がハイリスク層かどうか分かるようになっている。比較的女性の若い層で眠れていないような傾向が見えてきている。

一方で、アンケート調査は県事業であり、県では対象者の個人情報扱えないことから、無記名で実施した。アンケート回答者がセルフチェックとしてハイリスクに該当するか確認することは出来るが、県側からアプローチは出来ていない。今後、市区町村が事業主体となれば、アンケート回答者への個別のアプローチが可能になると考えられる。

### 睡眠促進事業 — 睡眠の計測

働く世代が実際に睡眠をとれているのかどうかを実測するため、ウェアラブル端末を活用したデータの収集を実施。参加者については、ダイレクトメールを送ったり、アンケートの際にチラシを配布したりして募集した。



参加者には、睡眠状態を計測できるウェアラブル端末機器を3週間ほど着用してもらい、事前事後にはアンケートに回答してもらった。計測したデータは事業者（株式会社ニューロスペース）で分析しており、参加者にフィードバックしている。市町村にも結果を伝え、市町村の事業につなげてもらうことを期待している。

### 精神保健センターとの連携

「精神・神経疾患」の分科会に県からは、国保・高齢者医療課が主管として参加しているが、分科会を立ち上げるようになった当時から、県の精神保健センターと連携・相談している。精神保健センターは自殺対策として精神・神経疾患に取り組んでいるが、睡眠の課題を認識しており、睡眠障害や自殺の抑止になるということで、協力してもらっている。

### 睡眠障害に関する予防・健康づくり

睡眠障害は精神・神経疾患だけでなく、肥満、高血圧、糖尿病にも関連していると指摘されている。質のよい睡眠をとることで予防・健康づくりにつながる。生活習慣病対策になるという趣旨で市町村に呼びかけをしている。肥満、高血圧、糖尿病との関連を示すことで、市町村担当者から関心を向けてもらいやすい。

睡眠啓発事業を始めてから、市町村の専門職や住民課窓口などで、睡眠に関する相談を住民から受けていたことがわかった。一方で、相談に対してどう対応すればよいかノウハウがない、紹介先がないなどの悩みが聞かれた。

住民から相談を受けた際に、すぐに医療機関を紹介するのではなく、睡眠日誌をつけることを勧めるなど、市町村でも段階的な取組が進んでいくとよいと考えている。関心のある市町村において、次年度からどんなことができるかを検討していきたい。

### ◆成果

#### 【コンソーシアム】関係者が同じ方向を向くようになった

課題疾病を4つ特定し、対応すべき疾病として掲げたことで、関係者が同じ方向を向いて予防・健康づくりを推進することができている。例えば、国保連では、コンソーシ

アムで挙げられた4つの課題について研修の企画が行われている。これまでも保健行政の計画はあったが、コンソーシアムを通じてデータに裏付けられた重点課題として打ち出すことで、保険者と方向性を共有することができている。

#### 【コンソーシアム】市町村と関係者のつながりを創出

コンソーシアム・分科会により、大学の先生と市町村担当者の連携がとれるようになった。コンソーシアムを通じて、両者の関係づくりができ、市町村の研修に大学の先生が呼ばれるようになった。大学の先生とのつながりができたことを市町村から喜ばれている。また、大学の先生だけでなく、協会けんぽや他の市町村との関係づくりも進んでいる。

#### 【コンソーシアム】市町村の声を聞くことができる

コンソーシアムの場合は、県が市町村の生の声を聞くことのできる貴重な機会となっている。市町村を支援する立場として、市町村が考えていることを共有してもらえることは、事業の検討・実施にあたって大変参考になっている。

### ◆課題

#### 【コンソーシアム】関係者の横のつながりの強化

関係団体の横のつながりをしっかりしていきたい。データ分析だけでなく、関係者の生の声を聞くことができないと効果的な解決の方向性が見えてこない。質的な情報を得ることで、熊本県にあった形で持続可能性のある方策を見つけていきたい。

### ◆今後の展開

#### 【コンソーシアム】人材派遣の支援

市町村からは、保健事業の実施のために専門職の派遣があるとよいという声を聞いている。看護協会などから専門職を経費はいくらで、どの地域まで派遣可能かといった情報をとりまとめた冊子を作成し、市町村事業に専門職を活用してもらうことを想定している。各団体からの派遣であれば、専門的なツール・教材を持っているため、効率的な事業運営につながると考えている。

## 【まちの保健室事業】

### 住民に身近な郵便局を地域住民の健康づくりの拠点に

#### 沖縄県

【自治体の基本情報（令和3年1月時点）】  
人口：1,485,484人  
国保被保険者数：394,022人（27.0%）  
高齢者人口：331,973人（22.3%）

【事業に関する情報】  
予算：8,751,586円  
国保按分率：約49.5%（4,333,785円）  
事業対象者数：20,000人（7,380人が国保被保険者）

#### ◆事業概要

##### 内容

医療機関が少なく、交通が不便な地域において、地域の中心に位置し、住民にとって身近な存在である郵便局で「まちの保健室」（※）を実施し、住民が心身の健康・生活習慣病予防・介護などの様々な不安や悩みを相談できる場として提供している。対象は、年齢や加入している保険等に関わらず、地域住民誰でも利用することができ、必要があれば、行政の担当部署とも連携し、行政からの支援につなげている。

令和2年度から沖縄県の国保ヘルスアップ支援事業として実施しており、令和3年度は県内では、名護市とうるま市が取り組んでいる。

※「まちの保健室」とは  
都道府県看護協会等で実施している取組であり、学校の保健室のように、気軽に専門職に心や身体の相談をしたり、健康チェックを受けたりすることができる場。

#### ▼健康相談の様子



出典)沖縄県提供資料

#### ◆取組の経緯

##### 不便な地域における健康課題の把握の難しさ

沖縄県では、医療機関が少なく交通が不便な地域では、重症化するまで医療機関を受診しない人が多く、そうした地域に住んでいる人の健康課題の把握が課題となっていた。加えて、県の入院費が他都道府県と比べ高く、医療費削減の観点からも、健康課題を抱える住民が気軽に相談したり、健康チェックを受けられたりする機会が必要と考えていた。

##### 日本郵政の地域貢献に対する思いと沖縄県のニーズが合致

日本郵政株式会社（以下、日本郵政）は日頃から地域貢献ができないかと模索していたところ、鳥取県の取組（郵便局での「まちの保健室」を企画していた）を知ることとなった。沖縄県でも同様に、地域住民の健康づくりに関われないかと考え、公益社団法人沖縄県看護協会（以下、看護協会）に相談したところ、看護協会が以前から日本看護協会のモデル事業として「まちの保健室」に取り組んでいたこと、沖縄県としても、地域住民の健康課題の把握に関するニーズがあることを知り、住民の身近な存在である郵便局の特徴を活かした取組ができるのではないかと考え、本事業の実施を沖縄県に提案した。

なお、沖縄県と日本郵政は包括連携協定を結んでいたこと、沖縄県と看護協会は保健医療施策等で協働するなど、日頃から連携体制があった。

#### ◆事業開始にあたっての調整

##### 様々な相談内容への対応に向けて部署間を調整

沖縄県は県内の全市町村に対し、「まちの保健室」事業



周知を行った。その結果、候補地として検討していた名護市から協力を得ることができ、市内でも医療機関が少ない羽地地域の郵便局に設置することとなった（2か所目はうるま市の与勝郵便局に設置）。

設置郵便局が決まった後は、沖縄県・日本郵政・看護協会・市の4者で打合せや調整を行い、体制整備を進めていたが、住民からの相談内容が多岐に及ぶことが想定されたため、名護市では、庁内の関係部署（主管課は健康増進課であるが、本事業の実施において、国民健康保険課・生活支援課・社会福祉課・介護長寿課と連携）と連携・調整できるよう体制整備を行った。看護協会においては、よろず相談に対応できる地区担当のベテラン看護職を選定、派遣スケジュール調整をし準備を行った。

また、事業を開始してからは、年度当初に状況や今後の方針等を共有するため4者による打合せを実施しているほか、必要に応じて情報共有のための打合せ等を行っている。

### 実施体制及び役割分担

沖縄県事業として看護協会に業務委託し、日本郵政は包括連携協定に基づく協力という形で実施している。各主体の主な役割は以下の通りである。

- 沖縄県：事業の全体調整・進捗管理を担当。
- 日本郵政：「まちの保健室」としての場所（郵便局内）を提供するとともに、近隣住民への広報を担当。
- 看護協会：健康相談に対応する専門職（相談員）の選定・派遣を担当。
- 設置自治体（名護市・うるま市）：健康相談の中で、行政からの支援が必要であると判断された事例の対応を行う。

### ◆具体的な取組状況

#### 市の保健事業等と連携

両郵便局において、週に1回、10～12時、13～15時の計4時間、「まちの保健室」を開設している。相談員は看護協会の地区委員を担当している看護師・保健師・助産師等で、担当者は毎回異なる。血圧計などの各計測機器は、事業費の中でレンタル対応しており、備品は、郵便

局の倉庫に保管してもらっている。

健康相談の前にまず健康チェックを行うが、血圧、体重・体脂肪のほか、日頃あまり測定する機会がない骨密度も測定できる。

来訪者は70歳代が最も多く、50～60歳代の利用も多い。健康状態の相談や血圧測定を希望する人が多いが、介護や子育てに関する相談もあれば対応している。相談内容によっては、市の各種相談窓口に関する資料を使って、相談員から担当窓口を紹介するようにしている。健診未受診者（名護市では、特定健診の受診率が低い）や行政からの支援が必要な場合、本人の了解をとり、市の所管課に情報提供をするようにしている。

#### ▼郵便局内のまちの保健室の様子



出典)沖縄県提供資料

### 様々な方法で広報を展開

事業の開始にあたっては、沖縄県・日本郵政・看護協会・名護市が4者一丸となって、ポスターやチラシを作成した。作成した媒体を活用しながら、各主体それぞれに積極的に広報を行っているが、特に、郵便局は、例えば羽地地域の場合、窓口に来たお客様への声掛けのほか、15自治会の区会長への案内、公民館にポスターとチラシの設置、市民広報の掲載依頼、市内の他の郵便局でのチラシ配布、配達員の力を借りて1500枚のパンフレット戸別配布等を行っている。オープニングセレモニーではテレビ放映や県内新聞2誌に掲載をしている。そのほか、広報誌への掲載等を行っている。

▼ 4 者で作成したポスター



出典)沖縄県提供資料

◆ 成果

公民館等での実施に比べて相談件数が 3 倍に

名護市の羽地郵便局では、令和 2 年度に計 10 回開催し、82 名が来訪した。市が以前公民館等で行っていた健康相談では、相談件数は 1 日平均 2～3 件であったが、本事業では、1 日平均 10 件ほどに増加した。看護協会も、以前ショッピングモールで同様の事業を実施しており、買い物中に相談に立ち寄る人は少なかったが、郵便局では、利用の機会に相談ができる。郵便局で健康相談を実施することで、相談件数が大幅に増加した。

健康づくりや早期発見のきっかけに

「まちの保健室」の評価として、県では、相談件数の他に保健室の利用が健康づくりのきっかけになったと感じた利用者がどのくらいいるのかを確認している。令和 2 年度の利用者へのアンケート結果では、約 9 割が健康づくりのきっかけになったと回答していた。

また、骨密度測定によって骨粗鬆症の疑いがある人を発見し、市を通じて、医療機関につなげられたこともある。

◆ 今後の展開

相談員のスキル向上のための研修を実施

相談対応の質が相談員のスキルに影響されるため、相談員同士の情報交換やスキルアップに向けた研修等を看護協会が実施している。相談員の入れ替わりがあるため、継続的な研修等により、相談対応の質の向上を図っているよう工夫をしている。

また、相談員が当該地域の健康課題を認識した上で相談にあたることができるとより効果的であることから、研修で市の健康増進計画やデータヘルス計画を相談員と共有することにより、市の保健事業と連動した事業の推進を目指している。研修の効果として、相談員が地域の健康課題を意識して、相談に対応できるようになっている。市としても、市の健康課題を看護協会と共有し、気軽に相談できる場所として住民に利用してもらいたいと考えている。

県主導による、市町村が取り組みやすい仕組みづくり

沖縄県・日本郵政・看護協会の 3 者が当該事業を市町村で実施できる基盤を整え、県が事業を主導しているため、市町村が「まちの保健室」事業に取り組みやすい仕組みとなっている。候補地域は、各市町村に周知の後、事業実施希望市町村について沖縄県・日本郵政・看護協会の 3 者で相談の上、実施市町村（実施郵便局）を決定しており、令和 4 年度は、県内 4 か所での実施を予定している。

間口は大きく、県民一人ひとりが健康について考えるきっかけになるように

現在、最も多い利用者は 60 代～80 代であるが、本人の健康に関する相談にとどまらず、介護や子育てに関する相談も受けられるように準備している。現状では子育て世帯の利用実績は少ないが、幅広い世代や多岐にわたる相談に対応できる場であれば、利用者が増え、より多くの県民の健康を考えるきっかけになると期待している。間口は大きくいろいろな相談があつていいと考えている。最終的には、医療費削減につながるように、県民一人ひとりが健康について考えるきっかけになるように「まちの保健室」事業を継続していく。

# 【外部機関への委託事業】

## 伴走支援が実施可能かつ実績のある事業者を選定 効果分析により質管理を実施

### 小樽市（北海道）

【自治体の基本情報（令和3年1月時点）】  
人口：112,450人  
国保被保険者数：23,566人（21.0%）  
高齢者人口：46,055人（41.0%）

【事業に関する情報＜特定健診未受診者受診勧奨通知事業＞】  
予算：8,151,000円  
事業対象者数（通知件数）：1回目16,000件、2回目13,000件

#### ◆外部委託の経緯

#### 事業内容とマンパワー、専門性を踏まえて外部委託を検討

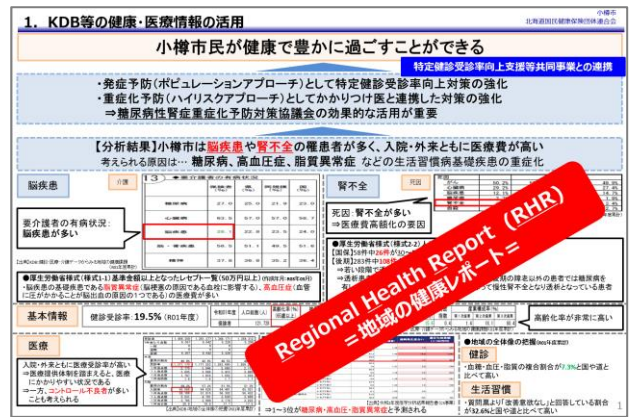
第2期小樽市国民健康保険データヘルス計画において、優先的に取り組む事業として、特定健康診査の受診率向上対策の強化、特定保健指導の利用率向上対策の強化、生活習慣病の予防（重症化予防）事業、糖尿病性腎症重症化予防事業を挙げている。

北海道国民健康保険団体連合会（以下、国保連）が提供してくれる健康・医療情報の分析結果である「Regional Health Report (RHR)：地域の健康レポート」では、小樽市では、脳疾患や腎不全の罹患者が多く、入院・外来ともに医療費が高い傾向がみられた。その要因として、糖尿病、高血圧症、脂質異常症などの生活習慣病基礎疾患の重症化が考えられるという結果であった。

そのため、発症予防（ポピュレーションアプローチ）として特定健診受診率向上対策の強化と、重症化予防（ハイリスクアプローチ）としてかかりつけ医と連携した対策の強化を一体的に実施することが重要であると考え、保健事業の実施方法を具体的に検討した。

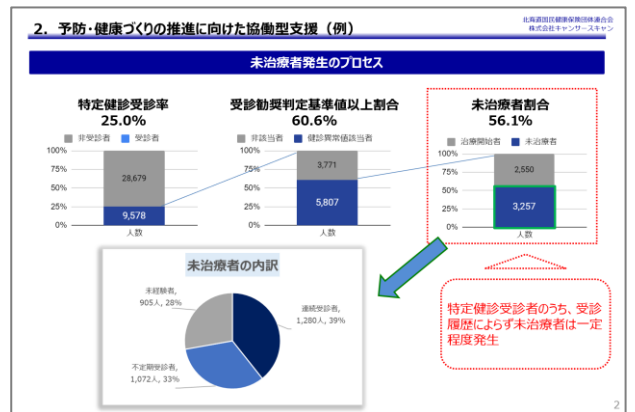
小樽市では特定健診受診率の低さが課題である一方で、職員のマンパワー不足も同様に課題があったため、特定健診～特定保健指導～重症化予防を一体的に分析しつつ、事業を民間事業者へ委託して実施できる国保連による共同事業に参画することにした。

#### ▼地域診断レポート（Regional Health Report：RHR）



出典）小樽市提供資料

#### ▼未治療者発生のプロセス



出典）小樽市提供資料



▼未治療者における受診履歴と重症度の分析

2. 予防・健康づくりの推進に向けた協働型支援 (例)

未治療者における受診履歴と重症度の分析

受診履歴と重症度の分析 (例: 高血圧)

	I度高血圧		II度高血圧		III度高血圧		合計	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
継続受診者	429	81.3%	83	15.7%	16	3.0%	528	100.0%
不定期受診者	317	78.9%	65	16.2%	20	5.0%	402	100.0%
未経験者	185	80.1%	30	13.0%	16	6.9%	231	100.0%

重症度別に受診行動を分析  
ターゲットを明確化

個人の受診行動からの分析 × 医療機関ごとの特徴分析

○特定健診～特定保健指導～重症化予防を一体的に分析し、特徴を見える化する。  
○市町村におけるマンパワー不足等を踏まえ、効果的・効率的な事業対象者選定、経年分析・評価を行う。  
○特定健診を「なんとなく受けている方」を減らし、特定健診の実効性を高めるサポートを実現する。

出典) 小樽市提供資料

◆外部委託の状況

国保連と民間事業者と共同事業をしている特定健診未受診者対策の事例の場合

小樽市では、平成 29 年度の特定健診受診率順位が全国で下位 1 %となった状況を受け、受診率向上対策をさらに強化することとし、令和 2 年度からは、国保連及び民間事業者が協働し実施する「特定健診受診率向上支援等共同事業」への参画を決めた。

国保連において、北海道全体の特定健診受診率向上を目的として、委託市町村を対象に AI を活用したデータ分析結果に基づき、ナッジ理論を活用した効果的・効率的な受診勧奨を行う事業で、委託先の民間事業者は国保連が選定しており、株式会社キャンサーズキャン(以下、キャンサーズキャン社)が選定されている。

北海道内においても市町村ごとに状況が異なるため、国保連・キャンサーズキャン社からの支援内容は各市町村によって異なり、共同事業の契約は市町村ごとに行われている。

▼保健事業の外部委託状況 (令和 3 年度小樽市国民健康保険 主な保健事業)

令和 3 年度 小樽市国民健康保険 主な保健事業

事業内容	直営	委託
データヘルス計画		
策定・管理・運用	○	
特定健診受診率向上事業		
周知啓発	○	○
ポスター・リーフレット作成		
パネル展、報道依頼、広報掲載	○	
未受診者受診勧奨	○	○
対象者分析・抽出		
勧奨通知作成		○
電話勧奨	○	
受診促進キャンペーン	○	○
特定保健指導		
対象者抽出	○	
勧奨資料作成 <sup>※1</sup>		○
未利用者電話勧奨	○	
保健指導	○	○
動機付け支援 <sup>※1</sup>		
積極的支援 <sup>※1</sup>	○	
糖尿病性腎症重症化予防事業		
糖尿病性腎症重症化予防対策協議会 事務局	○	
未受診者・中断者への受診勧奨		○
対象者分析・抽出 <sup>※2</sup>		
資料作成 <sup>※2</sup>		○
電話勧奨・保健指導 <sup>※2</sup>	○	○
治療中の者への保健指導		○
対象者分析・抽出		
利用勧奨資料作成		○
電話勧奨	○	
保健指導		○
生活習慣病重症化予防事業		
未受診者への受診勧奨		○
対象者分析・抽出		
資料作成		○
電話勧奨・保健指導	○	
服薬適正化事業		
服薬状況通知		○
対象者分析・抽出		
資料作成		○
電話による相談勧奨・保健指導	○	
上記各事業及び保健事業全体		
効果検証	○	○

※1 「特定健診・保健指導の効果的な実施方法に係る実証事業」に参加、通常実施している事業内容に追加して、委託による利用勧奨通知及び希望者への SMS による情報提供プログラムを提供。  
※2 「糖尿病性腎症重症化予防プログラムの効果検証事業」に参加、事務局による対象者抽出及び受診勧奨通知と電話による保健指導を委託により実施。一部の対象者及び問合せに対する保健指導は市が対応。

出典) 小樽市提供資料

国保連が民間事業者との共同事業を開始した経緯

北海道においても、国保被保険者の特定健診受診率は全国 45～46 位と低迷しており、受診率の低さの解消は喫緊の課題となっていた。受診率を向上させたい一方で、北海道は慢性的に市町村職員が少なく、マンパワー不足という課題を抱えていることから、保険者支援の役割を担っている国保連が特定健診受診率向上支援等共同事業を企画することになった。しかし、国保連でも共同事業のために十分な人手を確保するのが困難であったため、市町村・国保連双方のマンパワー不足を解消するために、民間事業者に外部委託を行うことにした。

### 保険者に伴走支援できる民間事業者の選定

共同事業の委託先（民間事業者）は、①特定健診の受診率向上に関する実績があるか、②市町村に寄り添った丁寧な対応できるか、③地理的に広い北海道で伴走支援が可能かという観点から、国保連において選定を行った。

①については、特定健診受診率の向上に関する実績がある業者を選定した。道内市町村にヒアリングをして既の実績を上げていることを重視した。

②については、市町村担当者に寄り添って、協働型の伴走支援を行えるかどうかを重視した。民間事業者の中には、委託された内容に関するデータ分析結果を事業期間が終了する際に市町村担当者に渡すだけ、というような事業者もいるため、オンライン会議への対応だけでなく、市町村の担当者と膝をつき合わせて課題に向き合ってもらえる事業者かという点を考慮した。また、共同事業に参画している90市町村のニーズとして、画一的に実施できること、地域別に異なる対応が必要ながそれぞれあり、民間事業者には後者への対応も求めた。

③については、北海道は面積が広いいため、市町村間の移動だけでも時間がかかってしまう。そうした中でもきちんと伴走支援を行ってもらえるかどうかを選定の際のポイントとした。

### ◆委託事業を効果的に進めるポイント

#### 密なコミュニケーション

小樽市、国保連、キャンサーズキャン社では、対面やウェブによる打ち合わせをはじめ、電話やメール等も含めて、少なくとも週に1回以上という高い頻度でコミュニケーションをとっている。本事業に関する内容以外にも、他の保健事業との関係や市の健康課題等についても相談している。市がやりたいことに対して、国保連も委託事業者も「わかりました、一緒に考えましょう」と必ず言ってくれるため、ざっくばらんに相談できる関係になっている。これによって事業がブラッシュアップされ、より良い事業へと育てられている。

相談する際は、お互いに不明点をきちんと確認するように気を付けることや、ウェブ会議等では、やりとりの齟齬

が生じないように、議事録をきちんと残すようにしている。このような細かいことの積み重ねが効果的・効率的に事業を実施できることにつながっていると考えられる。

### 共同事業に国保連が関わることで、円滑な事業運営が可能に

本事業に限らず、保健事業を行う上ではデータに基づいたエビデンスが重要なため、市町村との共同事業の形で、国保連が事業に関わっている意義は大きい。また、民間事業者は、保険者を支援したい一方で利益を生み出すことも不可欠で事業を効率的に行いたいと考える傾向が強い。契約上の理由等で対応できない部分については、市町村等保険者の共同事業体である国保連が市町村と民間事業者の間に入ってサポートできることも国保連による伴走支援のメリットとなっている。

### ◆成果と今後の展望

#### 受診率向上とともに、保健事業のノウハウの蓄積が可能になったため、現在の形での事業を継続

共同事業に参画する前は、市として様々な事業を実施したいと考えていても、予算やマンパワー不足が原因であきらめることが多かった。そのような中で、市と国保連と民間事業者が一緒に考え、実施していく協働型伴走支援は、国保連・民間事業者から実現可能な方向性を提案してもらうことができて、保健事業が前進した実感をもっている。

今回の特定健診受診率向上支援等共同事業においては、ノウハウを持つ民間事業者の、AIやナッジ理論に基づく資材の活用や、対象者抽出に費やしていた労力を省くことができたことで、市の保健師が対象者へ電話や面接等で直接関わることも可能となり、令和2年度は、コロナ禍の影響がありながら、受診率は前年度より約5ポイント向上する成果を得ることができた。市にとっては、さらに保健事業のノウハウの蓄積もできた。

予防・健康づくりに向けて、市町村が取り組まなければならないことは多いが、その中でも事業の企画・立案等は市町村が担うべきことであるのは変わらない。データの詳細な分析や事業の実施は外部機関に委託するが、その

内容は一緒に積み上げること、また外部委託によってマンパワーをさけるようになった部分で、保健師が必要な対象に保健指導を実施することができるなど、事業における専門職の関わり方が明確になったと考えている。

今後は事業を進める中で見えてきた課題や事業の方向性をきちんと把握し、展開していくことが市町村の役割である。被保険者の理解を得ながら、庁内・関係機関の体制を整備し、自力で事業を実施できるようになることに力を入れていく必要があると考えている。

そして次年度も、これまでの事業で積み重ねたノウハウや、新しく見えてきた課題をさらに発展させるため、国保連・民間事業者による伴走支援を得て、事業を継続していきたいと考えている。国保連・民間事業者と一緒に事業内容をしっかり検証し、その都度内容の修正や課題を抽出しながら、受診率向上事業にとどまらず、データヘルス計画のほか様々な計画にも反映させ、保健事業全体にいかしていきたい。

# 【ポピュレーションアプローチ】

## 官民連携により既存事業が充実 にかほ市の健幸プロジェクト

### にかほ市（秋田県）

【自治体の基本情報（令和3年1月時点）】  
人口：23,841人  
国保被保険者：5,621人（23.6%）  
高齢者人口：9,173人（38.5%）

【事業に関する情報】  
予算：1,589,000円  
委託料：1,489,000円  
事業対象者数：314名（142人が国保被保険者\*）  
\*74歳以下の事業対象者数

#### ◆事業概要

##### 内容

令和3年5月に、地元のプロサッカークラブを運営する株式会社ブラウブリッツ秋田（以下、ブラウブリッツ秋田社）、株式会社アルファシステム（以下、アルファシステム社）、セルスペクト株式会社（以下、セルスペクト秋田社）、市の4者による連携協定を締結し、「健康寿命の延伸」「社会保障費の削減」「地域経済の発展」に寄与することを目的とした「健幸プロジェクト」を実施している。

各社の最新ヘルステックを活用することで、個人の健康状態を数値で可視化することが可能となり、市民の健康づくりのモチベーションアップ、健康への疑問や不安の解消へつなげることも狙いとしている。

令和3年度は、従来から実施していたアンチエイジング教室や健康づくり人材育成事業を健幸プロジェクトとして実施した。

#### 実施体制及び役割分担

「健幸プロジェクト」における各主体の主な役割は以下の通りとなっている。

- にかほ市：市民への広報周知、各種団体等を通じた参加呼びかけ、会場の提供、成果指標測定結果の確認、事業の評価
- ブラウブリッツ秋田社：プログラムの実施・運営、メディア周知、専属トレーナーによるストレッチ・トレーニング、専属の管理栄養士による栄養講座・栄養指導
- アルファシステム社：フレイル健診、オーラルフレイル健

診、体組成計測定、各データのシステム化、にかほ市健康づくり人材育成研修の実施

- セルスペクト社：血液検査、オーラル測定、健康チェックイベントの実施

また、プロジェクトの監修・支援機関として、秋田県次世代ヘルスケア産業協議会、秋田県産業技術センター、秋田県在宅保健師等ゆずり葉の会などの協力を得ている。

#### ◆取組の経緯と狙い

##### 地元の健康づくりに取り組みたい民間企業と市が連携、健幸プロジェクトが始まる

後期高齢者のデータを用いた地区診断の結果、高血圧、糖尿病、フレイル、オーラルフレイルを早急に対応すべき市の健康課題として捉えており、市の取組としてアンチエイジング教室などを行っていた。

にかほ市は、ブラウブリッツ秋田がTDKサッカー部だった時代の本拠地である。その縁から、ブラウブリッツ秋田の岩瀬社長が「にかほ市民の健康寿命延伸の一助になれば」と提案。これにブラウブリッツ秋田のスポンサーであるセルスペクトとアルファシステムも参加することとなった。特にセルスペクトは、以前からにかほ市と協力して健康づくり事業に取り組んでいた企業である。こうして、令和3年5月に4者で連携協定を結び、それぞれの強みを活かして一緒に推進していくこととなり、「健幸プロジェクト」が立ち上げられた。

#### ▼ 4者協定による健幸プロジェクト



出典) にかほ市提供資料

#### 健幸プロジェクトの狙い

民間の持つヘルステックの活用により、あらゆるデータを可視化すること、またこれまで市で行ってきた健康教室などの個々の取組を、年間を通じた1つのプロジェクトの中でトータルに実施することで、市民の健康行動の定着を図ることを狙いとしている。

その結果として、生活習慣や検査データの改善がされ、健康寿命が延伸し、削減された医療費や介護費を基に更なる健康行動への投資といった健康の好循環を生み出していきたいと考えている。

#### 官民連携のための庁内体制

市においてプロジェクトに関与している部署は、商工政策課、スポーツ振興課、健康推進課、市民課である。企業との連携・調整は主に商工政策課が担当している。スポーツ振興課では、健康チェックイベント、スタジアム健康バスツアー、健康体操教室、栄養講話を実施している。健康推進課では、フレイル健診、スタジアム健康バスツアー、健康体操教室、フレイルに関する講話を実施している。市民課は、事業対象者が国保被保険者や後期高齢者の場合に一緒にプロジェクトを動かしている。予算はそれぞれの所管課で計上をしている。庁内の複

数の部署が関わっているため、どこがイニシアティブを握るのが大事であるが、最終的には健康づくりを推進するプロジェクトとして、健康推進課が主な所管となっている。

#### ◆ 具体的な取組状況

##### 令和3年度の健幸プロジェクトの構成

令和2年12月に話が始まり、4者協定締結まで半年程度かかったため、令和3年度の健幸プロジェクトは、すぐに取り掛かるものとしてこれまで市で行っていたアンチエイジング教室と健康づくり人材育成事業の2つの既存事業をプロジェクトに取り込んだ。

##### <令和3年度健幸プロジェクト：アンチエイジング教室>

アンチエイジング教室は、健康意識を高め、健康習慣の定着を目的とした活動として、40歳以上の方を対象に実施してきた。教室では、生活習慣の改善や老化防止のために運動や健康講話を開催しており、月1～2回、様々な講師を呼んでトレーニングなどを実施していた。



### 通年事業の利点を生かしてプロジェクト開始時と年度末にフレイル健診を実施

健幸プロジェクトとして実施するようになってから、年間スケジュールの全14回のうち、4月の初回および12月にフレイル健診を組み込んだ。4月に健診を行い、身体の状態を把握してもらったうえで、その後の健康体操教室に参加してもらう。12月には2回目の健診を行い、1年間の振り返りを行う。

フレイル健診では、後期高齢者の質問票15項目、基本チェックリスト（厚生労働省作成のもの）、オーラルフレイルセルフチェック項目（日本歯科医師会作成）の計36項目からなる問診、下肢機能やバランスを測る体組成測定、身体機能測定、オーラルフレイル測定を行う（アルファシステム社が実施）。4者協定により、フレイル健診のデータは市にも共有される。ゆくゆくはデータが蓄積され、将来の保健指導に活用する予定である。

#### ▼フレイル健診の様子



出典) にかほ市提供資料

### サッカークラブの専属トレーナーによる運動教室開催

もともと行っていたトレーニングは各種教室として継続しており、体幹トレーニングやエゴスキュー（痛み解消体操）、ウォーキング、脳トレ体操などを行っている。健幸プロジェクトになってからは、サッカークラブの専属トレーナーが講師をしてくれる回がある。

### サッカースタジアム健康バスツアー

アンチエイジング教室の年間スケジュールのうち1回をサッカースタジアム健康バスツアーとしている。試合前の芝生のピッチで健康体操教室とウォーキング教室を実施し、その後、サッカークラブの管理栄養士監修のお弁当

を食べながらサッカーの試合を観戦する。健康チェックや体組成計の測定体験会も行う。当初はウェアラブル端末を装着して、運動をしたり試合観戦したりしてもらう予定であったが、参加者の中にはスマートフォンを持っていない人もいたため活用を控えた。

令和3年度のバスツアーの参加者は30人であった。バスツアーやお弁当を食べながらの試合観戦など実際に健幸プロジェクトに参加した市民が楽しめるように企画に力を入れてきた。

●健康バスツアーの1日の様子（いずれもにかほ市提供）

▼スタジアムに到着



▼ピッチでの体操教室



▼試合観戦



▼クラブの管理栄養士監修のお弁当



出典）にかほ市提供資料

<令和3年度健幸プロジェクト：健康づくり人材育成事業>

家庭や地域、職場などで地域の健康課題を共有し問題解決への取組について普及啓発を図り、地域ぐるみで健康寿命の延伸に取り組む土壌を築くために、行政と共に歩む地域の健康づくりの担い手を育成すること健康づくり人材育成事業を平成29年度より実施している。保健センターに来て相談するのが億劫な人が、地域の中で気軽に相談できる人を育成したいと考えている。毎年50人の健康づくり人材の育成を目標としている。

サポーターとしての市民の健幸プロジェクト参加

令和3年度は、健幸プロジェクトの一環として、フレイルについて学ぶことで、健康プロジェクトの内容の1つであるフレイル健診を支える市民スタッフ「フレイルサポーター」の養成を行っている。具体的には、フレイルに関す

る講話を3回、フレイル健診に関する実技講座を1回実施した。参加要件はなく、希望する市民が参加できる。広報のほか、健康推進協議会の健康推進員に声をかけている。

◆成果

官民連携により既存事業の中身がレベルアップ

健幸プロジェクトとして、民間企業の力を借りることで、既存事業の中身は大きく変わった。従来のアンチエイジング教室では、都度ごとに異なる講師を呼び、都度ごとに参加したい人が参加し、個々人の健康課題の可視化もしていなかったが、健幸プロジェクトにおいては、通年で健康状態の可視化をしながらプログラムの提供をしている。脂肪量や筋肉量など、市民にとっては自分のデータを見ることができることが大きい。フレイル健診の2回目の測定を目指すということがモチベーションにもなっている。

### 参加者の増加、登録継続率約 8 割

アンチエイジング教室の登録者数は例年 90 人程度であったが、健幸プロジェクトとして実施するようになった令和 3 年度は 110 人程度と登録者が増加した。

令和 3 年度のフレイル健診受診者数は、1 回目 56 人、2 回目 49 人であった。7 割程度の受診者がいずれの健診も受診した。

### フレイル健診の結果の維持・向上

2 回のフレイル健診を両方受診した 34 人の参加者について、身体状況が「良好」から「良好」へキープできた人が 18 人（52.9%）、「プレフレイル」から「良好」に改善された人が 7 人（20.6%）となっており、健康課題を可視化することで、個々の身体機能の向上に向けて取り組むことができたと考えられる。

2 回のフレイル健診受診者とそれ以外の群で、教室への参加回数を確認したところ、2 回ともフレイル健診を受けている群のほうが、参加回数が多かった。2 回目のフレイル健診のアンケートでは、「膝を痛めているが筋肉量が落ちずに済んでいる」「年齢に合った欠点を直すために大変よかった」「1 回目のフレイル健診から結果がよくなっていたので、これからも継続できるように頑張りたい」などの感想が見られた。

### 4 者協定による話題性から市民全体へ健康づくりの意識醸成、市民全体のフレイル予防に効果

4 者連携協定により、話題性が生まれ、PR の強化につながっている。メディアを活用した PR は無関心層への訴求となっており、市民全体に対する健康づくりの意識醸成に寄与している。

県内の各市町村にて実施されたフレイル健診の総合データを見ると、フレイルと診断された方は 9.5% であったが、にかほ市では 1.0% とかなり少なかった。担当課として、今までの健康づくり事業の成果が見える形となっている。

### ◆課題・今後の展開

元気な高齢者になるためには、働く世代からのアプローチが必要だと考えている。以前、行政の健康部門である健康推進課として、産業、行政という垣根をなくし、健康寿命の延命に向けて壮年期からの健康づくりに取り組もうと試みたところ、生産性を重視している企業とは温度差があり実現できなかった経緯がある。今後、民間連携においてどのようにアプローチするのが良いか、方策を検討し壮年期から参加してもらえるような活動内容にしたい。

# 【元気モリモリ体操・骨密度測定・歯磨き教室】

## 住民の健康づくりを保健師が後押しするポピュレーション

### 長瀬町（埼玉県）

#### 【自治体の基本情報（令和2年10月1日時点）】

人口：6,883人  
国保被保険者数：1,376人（20.0%）  
高齢者人口：2,639人（38.3%）

#### 【事業に関する情報】

■元気モリモリ体操  
予算：1273千円  
国保按分率：0%（0円）  
事業対象者数：2,639人  
（1226人が65歳以上国保被保険者）  
■骨密度測定  
予算：235,200円  
国保按分率：50%（14,210円）  
事業対象者数：65人（30人が国保被保険者）  
■歯磨き教室  
予算：27,692円  
国保按分率：5.5%（26,140円）  
事業対象者数：257人（36人が国保被保険者）

## 1. 元気モリモリ体操

### ◆事業概要

65歳以上であれば誰でも参加できる、高齢者の健康増進、介護予防を目的とした「元気モリモリ体操」。町民が運営主体を担い町内13か所の地域で各地区で月2～4回程度実施している。月1回、役場健康福祉課健康担当保健師が訪問し、ミニ講話を行っている。また、年3回、体操以外のお楽しみイベントを開催するなど、体操以外の企画にも取り組んでいる。

令和2年度からは、高齢者の一体的実施のポピュレーションアプローチの通いの場への支援として、町から理学療法士、栄養士、歯科衛生士等の派遣も行い、より効果の高い取組を行っている。

### ▼元気モリモリ体操の様子



出典）長瀬町提供資料

### ◆取組の経緯

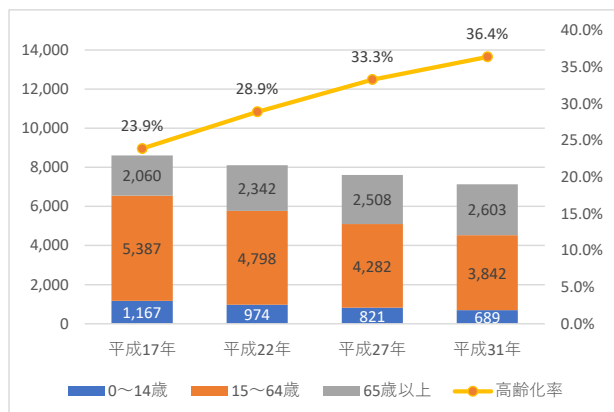
#### 町の高齢化の加速

事業を開始した平成17年には高齢化が23.9%となっており、今後、後期高齢者の増加が予測される中、介護予防の取組が、町にとって喫緊の課題となっていた。

（現在、令和3年1月時点では、高齢化38.3%、うち、後期高齢者は1,413人と高齢者の53.5%を占めている）



### ▼長瀬町の高齢化の推移



出典) 長瀬町提供資料

### ▼会場での体操の様子



出典) 長瀬町提供資料

## ◆具体的な取組状況

### 効果が実証されている「鬼石モデル」の活用

平成 17 年度の事業開始から、介護予防として効果が実証されている「鬼石モデル」を用いており、計 10 種類の体操を実施している。

新型コロナ感染症が広まる前は参加者みんなで声を出してカウントを取りながら体操を行っていた。新型コロナ感染症の流行後は、職員の声でカウントを入れた音楽 CD を作成し、町保健師が出向かなくても、町民だけで取り組めるようにしている。

### サポーターの育成により町民と町が両輪の活動に

町は、町内に元気モリモリ体操を展開していくために、中心となってもらえる「元気はつらつサポーター」を平成 18 年度に募集し、結成した。

「元気はつらつサポーター」は元気モリモリ体操参加者の有志のボランティアで構成され、各会場で CD デッキの操作や参加者の体温測定や出欠の管理などを行っていて今では地域の健康増進の中核的な存在となっている。

元気モリモリ体操は、元気はつらつサポーターの活躍で平成 17 年の開始当初は町内 1 か所で体操を行っており、延べ 12 回の開催、参加人数 28 人（延べ参加者数 137 人）であったが、平成 18 年度には町内 10 か所、令和元年からは町内 13 か所で活動が行われている。令和 3 年 3 月末時点で年間 247 回の開催、参加者数は 201 人（延べ参加者数 2,496 人）となった。

### 体操以外の「飽きさせない」企画

町主体による体操の活動に加え、月 1 回、保健師によるミニ講話（フレイル予防を中心に）を開催している。また、年 3 回、体操以外のお楽しみイベントを開催し、体力測定などを実施。住民を飽きさせない様々な企画を行っている。令和 2 年度からは、高齢者の一体的実施のポピュレーションアプローチの通いの場への支援として、理学療法士、栄養士、歯科衛生士等の派遣も行い、より効果の高い取組を実施している。理学療法士による体力測定時の個別相談を実施し、測定結果に対して「花まる」を付けてもらう仕組みを導入することで、参加意欲を高める工夫を行っている。

また、講話やイベント以外にも、元気モリモリ体操に参加すると 1 ポイントを付与し、30 ポイントが貯まると商品券に交換できる「はつらつポイントカード」がある。（特定健診・後期高齢者健診受診時には 5 ポイント、各種がん検診受診時には 2 ポイント付与など検診事業との連携も行っている）

#### ▼体力測定結果に基づいた理学療法士の個別相談



出典) 長瀬町提供資料

配布している。

#### ▼結果表に「花まる」で参加者に笑顔



出典) 長瀬町提供資料

### 緊急事態宣言下での町内専門職との連携に発展

新型コロナウイルスによる1回目の緊急事態宣言が出た際、今まで連携が弱かった町内の老人保健施設に勤務する理学療法士から、「町民の健康のために何かできることはないか」と申し出があり、それをきっかけとして元気モリモリ体操の動画作成の企画を一緒に作成した。動画はYouTubeにアップしたほか、動画が必要な人にはDVDを配布したり、音源をCDにして各会場で使用している。

また、このことをきっかけとして、介護予防事業や一体的実施の企画や実施に関して助言をもらうなど連携強化が図られている。

### オーラルフレイルへの取組も

令和3年度から、ポピュレーションアプローチの観点から、高齢者のオーラルフレイルにも力を入れていきたいと考え、元気モリモリ体操のイベントの際に、口腔機能測定を参加者に対して行った。

結果がよかった人には、体力測定と同様に、結果用紙に歯科衛生士から「花まる」をつけてもらうなど、意欲を高める取組を行っている。

また、町内在中のオペラ歌手に、声を出さなくてもあいうべ体操（口の体操）ができるような替え歌を歌ってもらい、録音したCDやカセットを元気モリモリ体操の各教室に

そのほか、町内在住のオペラ歌手に介護予防教室「歌の教室」の講師にまねき、感染対策をとりつつ、楽しく歌いながら口を動かさず事業も行っている。

なお、「歌の教室」に参加した場合も「はつらつポイントカード」のポイント付与、歯科検診を受けた場合は2ポイント付与、元気モリモリ体操と同様、参加意欲を高める工夫も行っている。

### 取組を支える保健師の活躍

町内に保健師が5人在籍しており、元気モリモリ体操の主管課である健康増進部門に3人、地域包括部門に2人配置されている。5人の保健師は町役場の同じフロアにあり、上記の企画やアイデアは、保健師同士の日常的な会話の中から生まれてくることも多い。小さな町だからこそ、専門職同士が密に連携を取ることができ、具体的な町民の思いに答える柔軟な体制ができている。

#### ◆成果

#### 要介護2以下への移行が1/10に

令和3年度、医療費と介護度の変化の側面から、町は検証を行った。元気モリモリ体操参加者と非参加者の平成28年から令和2年度の5年間の医療費や介護度の変化について、国保連に依頼して調査したところ、以下のような成果があった。

一つは、骨折入院した人の割合について、元気モリモリ体操参加者は不参加者の 1/7 に発生率が抑えられていたこと。

二つは、要介護 2 以下に移行した割合は、不参加者の 1/10 に抑えられていたことである。

長年の元気モリモリ体操の歩みは町民の健康増進について貢献していることが、医療費と介護度の変化としてデータでも成果が表れてきている。

### 町と地域包括支援センターとの連携強化

保健師は体操に出向いた際に、元気モリモリ体操の参加者で心配な様子の町民がいれば、その都度地域包括支援センター（町内 1 か所、健康福祉課内に配置）に情報共有をするようにしている。逆に包括センター側から心配な町民の情報が入れば、日頃の元気モリモリ体操参加者の様子を情報共有している。担当者同士が顔の見える関係で連携をすることができている。

しっかりと担当者間で連携を取ることで、町民の変化に町全体が気付き、フォローすることができる仕組みを作っている。

### ◆今後の展開

#### 参加者の高齢化への対応、男性参加者を増やす

当事業が始まってから 15 年が経過しており、当初 70 歳代前後だった人は現在 80 代前後になってきている。現在、参加者の平均年齢は 78.4 歳と高齢化が顕著となっており、新規の参加者が増えてきていない。また、介護サービスを利用している人も参加可能だが、介護度が高い人は参加継続が難しく、どう見守っていくかも課題のひとつとなっている。

新型コロナウイルス感染症の拡大前は、元気モリモリ体操の参加者に向けて落語家を呼んで落語を行っていた。普段参加していない男性でも「落語が聞けるなら」と参加してくれる人が多かったが、コロナ禍の現在は中止している。事業を通して男性の参加者が少ないことから、どのようにして男性の参加を促していくか、この点も課題である。

### 結果の可視化と栄養状態などの確認

現在、前年の体力測定の結果を印字して可視化できるようにしているが、今後は 3～4 年分の測定結果も印字し、参加者に自身の体力変化を感じ取ってもらえるようにしていきたいと考えている。

また、今年度、参加者に対してイレブンチェック（簡易フレイルチェック）を実施したことから、体力だけでなく、栄養や社会参加の面についても確認しながら取り組みたいと考えている。

### サポーターのスキルアップ

取組の成果について、データによる分析を行ったが、測定するサポーターにより、測定値のばらつきがあると感じたことから、今後は、サポーターに対して理学療法士による測定方法の研修を開催し、正確な測定に努める予定である。

なお、サポーター研修の後は、研修内容を参加者へ波及し、体力測定に関わる全員が共通認識で理解を深めて正確に体力測定が実施できるような体制を作っていくきたい。

## 2. 骨密度測定

### ◆事業概要

20 歳以上を対象に、乳がん・子宮がんの集団健診の際に骨密度計測を実施している。5 日間のがん健診日程のうち、3 日間を骨密度測定日として設定し、事前に希望のあった方だけでなく、当日の会場での申し込みも可能であり、会場でも参加 PR を行っている。

また、骨密度測定会にて、骨密度指数が 90% 未満の方は、その場で栄養士による栄養相談を実施している。

### ◆取組の経緯

町の後期高齢者の医療費は、筋骨格系疾患が 1/4 で上位となっており、その前段階で自身の健康や生活習慣に関心を持ってもらえるよう計測の実施を企画。

特に、女性に受けてほしいという思いから、乳がん・子宮がん健診と同日に実施できれば、参加しやすいのでは



ないかとの保健師のアイデアがきっかけとなり、がん健診会場での実施となった。

#### ◆具体的な取組状況

毎年、全世帯向けに健康診断の希望調査票を送付し、その際に骨密度計測についても希望を確認している。乳がん・子宮がん健診の会場では、当日健診を待っている人にもPRし、参加を促している。

骨密度測定への参加人数は60名程度。女性だけでなく、男性も受けに来ている。事業の実施体制は、当日の会場での測定を健康づくり事業団に委託している。

骨密度測定を実施後、骨密度指数が90%未満の方に栄養士による栄養相談を実施し、栄養相談は20名程度が利用している。栄養相談3か月後には、相談者に電話をし、食生活の変化などの確認を行うとともに、フォローアップを行っている。

なお、骨密度測定を受けた場合は「はつらつポイントカード」に2ポイント付与するなど、元気モリモリ体操と同様、参加意欲を高める工夫も行っている。

#### ◆今後の取組

骨密度測定で得られたデータについて十分に活かされていないため、今後の取組として検討している。また、骨密度測定と合わせて栄養相談の利用者を増やしていく取組を考えていきたい。

### 3. 歯磨き教室

#### ◆事業概要

町内の幼稚園、保育園、小学校、中学校に歯科衛生士と一緒に保健師が訪問し、年に1回、1時間程度の歯磨き教室を実施している。

#### ◆取組の経緯

1歳6か月健診の歯科健診で0本だった歯が、3歳児健診時の歯科健診では28人で27本を大幅に増

加している現状があり、小学生、中学生と成長に伴い、歯が増えていくことから事業を企画。

#### ◆具体的な取組状況

##### 実施体制

幼稚園、保育園、小学校、中学校に歯科衛生士2名と保健師1名で訪問している。歯科衛生士は秩父郡市歯科衛生士会に依頼し、派遣してもらっている。

##### 歯磨き教室の取組内容

幼稚園・保育園では園児全体に向けてエプロンシアターを見てもらい、その後、年長のみブラッシング指導を行っている。また、使っているコップと歯ブラシ持参してもらい、歯ブラシが古くなっている場合はその理由を説明しつつ、最後には新しい歯ブラシも配っている。

小中学生には染め出しテストを行い、実際に磨けているかどうか体感してもらう。また、アンケート調査を当日配布し、理解度の評価を行うなど、年齢によって実施内容を調整している。

#### ◆今後の取組

今後も継続して幼児期から学齢期にかけて切れ目のない支援を行っていきたい。また、染め出しがコロナの影響で前歯のみに縮小になっているため、コロナ禍でもできるブラッシング指導の方法を模索していきたい。



# 【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.	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	胃がん検診	大腸がん検診	子宮頸がん検診	乳がん検診	骨密度検査	セツト検診	一日人間ドック	他のドックを受診する (「欄外」等に申し込む方)
		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	肺がん検診 40歳以上 結核検診 65歳以上	40歳以上	40歳以上	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	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	40歳以上	40歳以上				
氏名		市の検診	医療機関受診中等	他で受ける	市の検診	市の検診	市の検診	市の検診	市の検診	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	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	30歳以上	対象年齢
		集団検診	個別検診	医療保険者の検診 【職場・学校・任意継続等】	市の検診 【職場・学校・任意継続等】	市の検診 【職場・学校・任意継続等】	市の検診 【職場・学校・任意継続等】	市の検診 【職場・学校・任意継続等】	市の検診 【職場・学校・任意継続等】	市の検診 【職場・学校・任意継続等】	小千谷総合病院 休日検診・検診車	小千谷総合病院 休日検診・検診車	小千谷総合病院 休日検診・検診車

**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	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	胃カメラ ( ①初めて ②口から ③鼻から (★口からでも可) )
		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	胃カメラ ( ①初めて ②口から ③鼻から (★口からでも可) )
		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	胃カメラ ( ①初めて ②口から ③鼻から (★口からでも可) )
		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	胃カメラ ( ①初めて ②口から ③鼻から (★口からでも可) )

○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)				
	16日(木)	9:00 ~ 11:00 13:00 ~ 15:00	15:00 ~ 15:10	東小千谷体育センター	東小千谷地区・東山地区
	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)
	17日(水)	9:00 ~ 11:00 13:00 ~ 14:30	14:30 ~ 14:40		未受診者再実施日
	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伝えていく。

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た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。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	
住所 (ゆりかば)	
お名前	男・女
電話番号	
情報提供方法 ※希望する方に☑	<input type="checkbox"/> 郵送によるおたより <input type="checkbox"/> メールによる情報配信 メールアドレス( ) ※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。

切り取り線

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

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

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と引き換えしよう！  
【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、踏みしる所のウォーキングなどはまず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、食べ過ぎも防止できます。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て、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参加しよう。  
※健診は年齢や加入の健康保険によって参加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。こちらお持ち帰り  
(17市町制試行オーバーランアンウォーク)

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）の件数

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、経験年数が高い保健師も、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

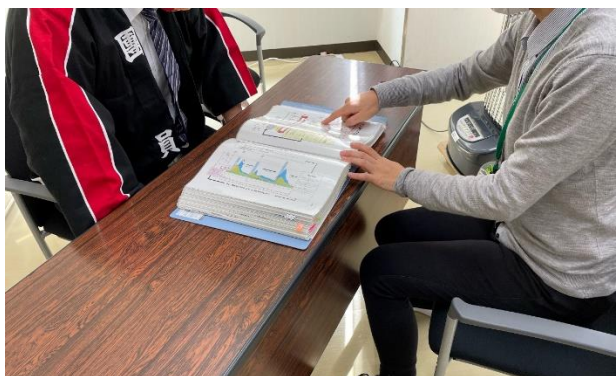
一方、重症化を予防するためのポピュレーションアプローチとして、例えば若い頃から健診受診を意識付けすることを目的として、平成8年から「消防団健診」（消防



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している。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つかると、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、ということも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法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。



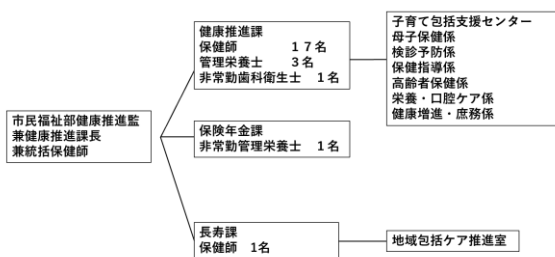
## ＜各課の役割＞

- 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	
<b>合計</b>	<b>点</b>				

合計点	塩分摂取量
0～8	少なめ。引き続き減塩を行きましょう。
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。

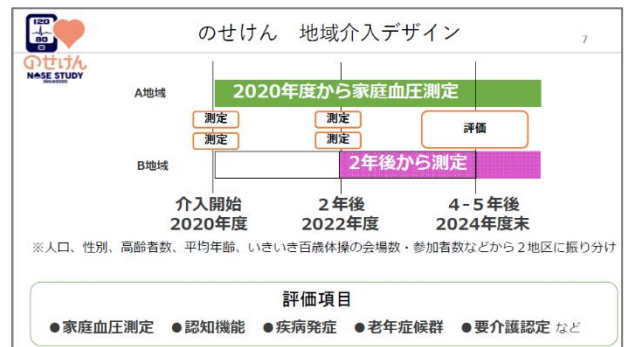
本事業は能勢町の保健事業として実施しており、大阪大学との共同研究（能勢健康長寿プロジェクト）としても位置づけ、事業の効果検証まで行っている。家庭での習慣的な血圧測定・記録が、認知症予防等にどのような効果があるのかを検証するために、参加者の体組成（筋肉量・脂肪量）、認知機能（64歳以上のみ）、体力（64歳以上のみ）、血圧等を測定する「のせけん測定会」を実施して各種のデータを収集している。

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	116/89	61	140/97	97	頭痛
10/6	151/82	67	117/85	57	風邪
10/7	156/88	58	120/83	63	風邪
10/8	149/85	53	120/82	64	風邪
10/9	148/82	55	118/81	76	風邪
10/10	147/84	52	121/79	74	風邪
10/11	142/86	52	119/85	70	風邪
10/12	144/87	57	118/80	71	風邪
10/13	142/89	58	/	/	風邪
10/14	151/87	63	/	/	風邪
朝の平均	140/85	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。  
 裏面もお願います！

▼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○の方へ「薬の名前」「量」「開始等変更の時期」などの変化した内容を分か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

能勢健康長寿プロジェクト 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。

能勢健康長寿プロジェクト「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。

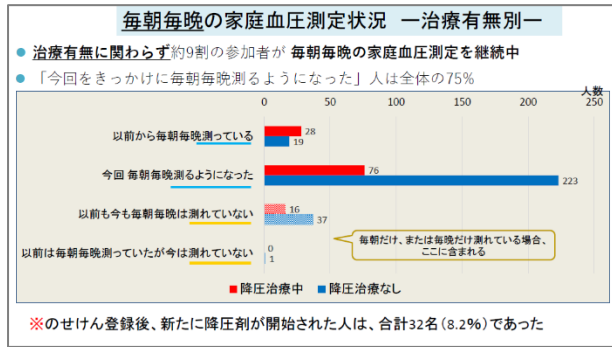
家庭血圧測定の習慣化

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

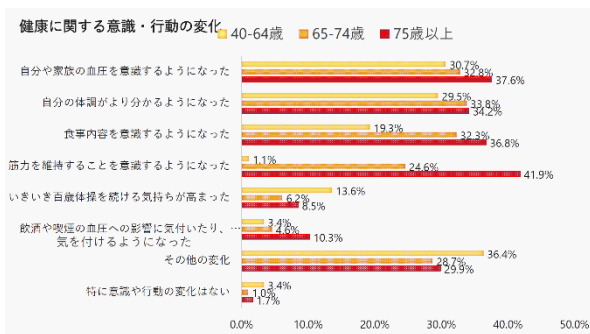


出典) 能勢町提供資料

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を選定、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おうかを考えて

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考え、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

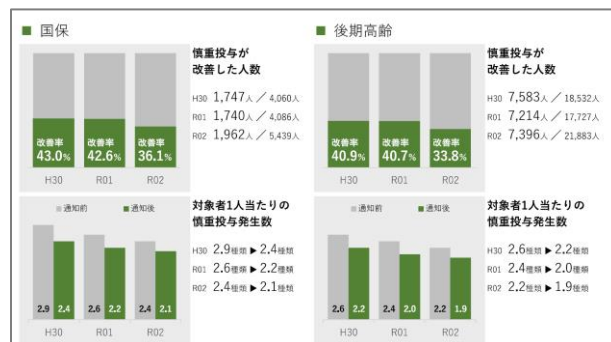
【重複服薬】（同じ成分の薬）



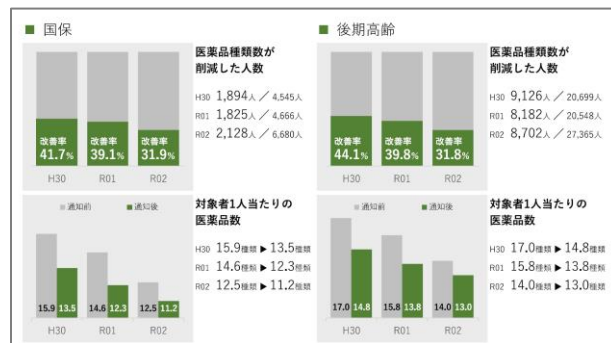
【相互作用・禁忌】（飲み合わせの悪い薬）



【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


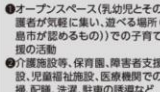


出典) 広島市提供資料



▼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><b>自らの健康づくり・介護予防に 取り組む活動</b></p>  <ul style="list-style-type: none"> <li>●グラウンドゴルフ等のスポーツ活動</li> <li>●囲碁・将棋等の文化活動</li> <li>●グループ活動によるウォーキングなど</li> </ul> <p>押印は 1日1回まで</p> <p><b>1ポイント</b></p>	<p><b>特定健康診査の 受診等</b></p>  <ul style="list-style-type: none"> <li>●特定健康診査</li> <li>●後期高齢者医療制度の健康診査</li> <li>●被爆者健康診断</li> <li>●被爆二世健康診断</li> <li>●節目年齢歯科健診</li> <li>●後期高齢者歯科健診</li> <li>●がん検診</li> <li>●骨粗しょう症検診</li> <li>●服薬情報のお知らせ (限定)</li> </ul> <p>医療機関・薬局で押印 1日に複数押印可</p> <p><b>2ポイント</b></p>	<p><b>地域の支え手 となる活動 (ボランティア活動)</b></p>  <ul style="list-style-type: none"> <li>●児童の登下校の見守り活動</li> <li>●町内清掃活動</li> <li>●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)</li> <li>●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)</li> </ul> <p>など</p> <p>押印は 1日1回まで</p> <p><b>2ポイント</b></p>	<p><b>ボランティア活動のうち、 広島市が 指定するもの(限定)</b></p>  <ul style="list-style-type: none"> <li>●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</li> <li>●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</li> <li>●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</li> <li>●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</li> <li>●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</li> <li>●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。</li> <li>●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</li> </ul> <p>押印は 1日1回まで</p> <p><b>4ポイント</b></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ず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	30歳保険第〇〇〇号 平成30年〇月〇日				
	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					
<p>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。</p> <p>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。</p>					
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="padding-right: 10px;">お薬の名前</td> <td>： 〇〇〇〇〇</td> </tr> <tr> <td style="padding-right: 10px;">処方医療機関</td> <td>： △△△△△医院 □□□□□クリニック 〇〇△△病院</td> </tr> </table>	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	
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				
<small>※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。</small>					

### 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、間違いがあってはならな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										
〇〇〇〇医院 様	30歳保険第〇〇〇号 平成30年〇月〇日										
	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）											
<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>											
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="padding-right: 10px;">患者氏名</td> <td>： 〇〇 △△ 様</td> </tr> <tr> <td style="padding-right: 10px;">国保番号</td> <td>： 〇〇〇〇〇〇〇</td> </tr> <tr> <td style="padding-right: 10px;">受診年月</td> <td>： 平成〇〇年〇〇月～〇〇月</td> </tr> <tr> <td style="padding-right: 10px;">重複処方となっている薬剤名</td> <td>： 〇〇〇〇〇〇</td> </tr> <tr> <td style="padding-right: 10px;">同薬剤を処方している医療機関数</td> <td>： 貴院を含め 〇か所</td> </tr> </table>	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	
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ふメリットもある。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

全町（全庁）的  
取組

健幸づくりを「まち」づくりへ《SWCの取組み》

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。

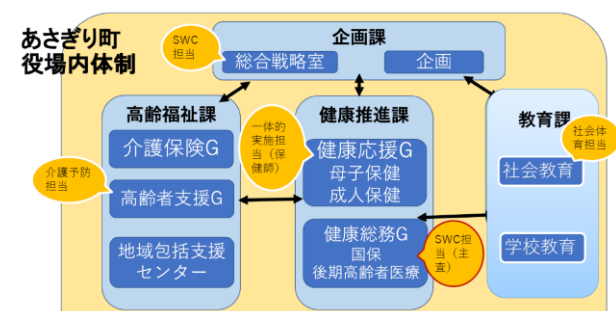
### ◆事業開始にあたっての調整

#### 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

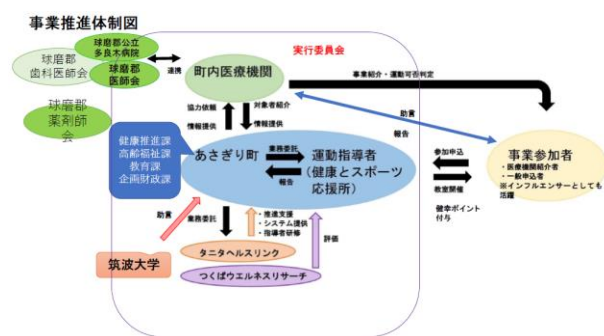


しており、医療機関との連携が重要である。事業開始時は、医療の視点というより地域づくりの視点から相談し、現在4つの医療機関と連携している。他の医療機関に対しても定期的に事業について報告し、患者への教室参加を呼びかけてもらったり、連携してもらえる医師を増やしたりしている。なお、医療機関から健幸運動教室への参加者を紹介してもらうに当たり、事業開始前に圏域の郡医師会にも事業概要を説明し理解を得た。

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



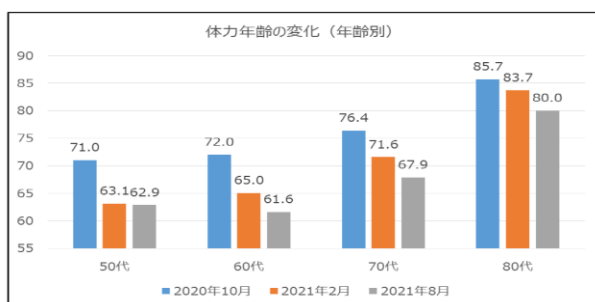
指導者が運動指導し、また、参加者からの相談に乗るなどしている。運動指導士自身が開いている教室や地域のスポーツクラブなど教室以外でも運動を継続できる場の選択肢を複数提示している。

## ◆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。

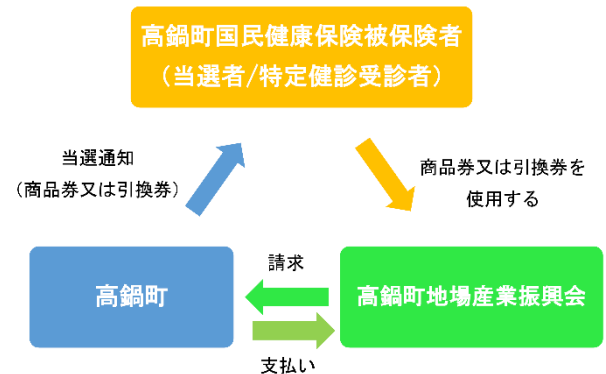
庁内では、国保、介護、保健衛生部門でインセンティブ事業を企画している。各系の保健師が健康づくりのアイデアを課を超えて出し合い、全世代の健康づくりを網羅している。

##### 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をいただき、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」のポイントが付与したり、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。

### 第 3 章 好事例（概要）

次頁より、好事例の概要を掲載。



# 予防・健康づくりの取組の好事例集

## 予防・健康づくりの取組の好事例集 目次

自治体名	事業・取組内容名	ページ数
富山県	ヘルスアップ支援事業：市町村支援	2
長野県	個人インセンティブ事業	3
静岡県	ヘルスアップ支援事業：市町村支援	4
兵庫県	モデル事業（F事業）	5
熊本県	ヘルスアップ支援事業：市町村支援	6
沖縄県	まちの保健室事業	7
北海道小樽市	外部機関への委託事業	8
秋田県にかほ市	ポピュレーションアプローチ	9
埼玉県長瀬町	元気モリモリ体操・骨密度計測会・歯磨き教室	10
新潟県小千谷市	特定健診未受診者対策事業	11
福井県勝山市	個人インセンティブ事業	12
長野県松川町	生活習慣病予防、重症化予防	13
愛知県蒲郡市	健康状態不明者へのアプローチ	14
滋賀県日野町	ポピュレーションアプローチ（循環器病予防）	15
大阪府能勢町	認知症予防事業	16
兵庫県神戸市	フレイルチェック事業	17
広島県広島市	適正服薬推進事業	18
長崎県諫早市	向精神薬重複処方対策事業	19
熊本県あさぎり町	コロナ禍に対応した事業：健幸運動教室	20
宮崎県高鍋町	個人インセンティブ事業	21

**【ヘルスアップ支援事業：市町村支援】**  
**市町村の現状や要望をヒアリングし、**  
**広域にアプローチできる県の強みを活かした市町村支援**

人口：1,047,713人  
 国保被保険者数：188,810人（18.0%）  
 高齢者人口：336,402人（32.1%）

- 県による広域的な支援や共通基盤の整備等を通じ、市町村における保健事業の質向上及び負担軽減に寄与
- ヒアリングを通じて各市町村の体制、課題、要望等を聞き取り、ヘルスアップ支援事業を15事業実施

**【市町村支援の概要】**

**実施内容**

- ・「市町村がいかに効果的・効率的に事業を実施できるか」という観点から、県でしかできない広域的支援や、県が実施することが効率的な事業を検討・実施することで、市町村の保健事業の実施を支援。  
 例）「ナッジ理論を活用した特定健診等受診率向上事業」  
 …研修会・市町村別相談会を通じて効果的な受診勧奨手法を市町村に学んでもらい受診率向上の底上げを図る。
- ・保険者努力支援制度のヒアリング等を定期的に行うなどして、市町村の課題や県への要望等を聞き取っている。  
 例）「オンライン保健指導基盤整備事業」  
 …特定保健指導の効率化、質の向上、指導レベルの平準化を目指し、市町村が保健指導を実施するためのタブレット教材を提供。市町村の要望を受け計画した事業。

▼個別相談会（オンライン）の様子



出典）富山県提供資料

**【本事業のポイント】**

- 県の強みを活かした効果的な市町村支援
  - ・県でしかできない広域的な支援や、県で実施することが効率的な事業があると考えている。そのため、市町村が保健事業の主体として実施するために必要な基盤整備や、人材育成、職員の負担軽減につながるフォロー等について、県として力を入れて取り組んでいる。
  - ・具体的には、受診率向上を狙いとした広報・啓発事業や各市町村でデータ分析を行う際に活用できる共通システムを開発・導入し、県全体や市町村間と比較が容易にできるようにする事業等も、県が担当することで効率化できる。
- 国保以外の市町村の関係部署への周知・声かけによる支援事業の活用促進
  - ・市町村支援において、県のヒアリングや研修会等には国保課の事務担当者だけでなく、実際の現場で保健指導等に携わっている専門職にも同席してもらうことを重視。
  - ・県からの通知や連絡も、国保部門だけでなく、庁内関係部署で共有してもらえるよう工夫し、支援事業の浸透・活用を図っている。

**【成果】**

- ヘルスアップ支援事業を年々改善発展
  - ・市町村のニーズが高い「ICTを活用した保健指導普及事業」を県事業として実現し、市町村が行う保健指導への活用を目的にタブレット教材を県から提供。
  - ・特定健診受診率は、県全体では44.7%（令和元年度・全国9位）と全国的にも高い水準であるが、市町村間の格差があった。「ナッジ理論を活用した特定健診等受診率向上事業」では、多くの市町村で本事業を踏まえた取組の改善が確認でき、各自が作成した資料の市町村間の情報共有を要望する声もあるため、横展開を計画。
  - ・市町村を選定し、モデル的に実施する事業、基盤整備、人材育成、ツール展開などは全市町村対象事業とするなど、今後の事業展開を整理。

**【個人インセンティブ事業】**  
**働き盛り世代をターゲットに、協会けんぽの既存事業を**  
**県民全体の健康づくり事業へ展開**

人口：2,072,219人  
 国保被保険者数：435,709人（21.0%）  
 高齢者人口：654,507人（31.6%）

- 協会けんぽが取り組んでいたウォーキングラリー（アプリ）事業を、全県民を対象とした事業とし、更に発展
- 大賞を受賞した事業所を県が「健康ACE企業」と認定し、事業所が県の健康づくり事業の啓発に関わる
- 協会けんぽから国保へと繋がる健康づくりを地域・職域連携推進事業として実施

**【事業概要】**

**実施内容**

- ・健康づくりの県民運動である「信州ACEプロジェクト」の一環として、『健康づくりチャレンジ大作戦グランプリ（以下、チャレンジ大作戦）』というウォーキングや野菜を食べる等を促すインセンティブ事業を実施。
- ・3名1チームで、歩数を競い合う「チャレンジ大作戦」は参加者がウォーキングアプリを利用し、3か月間の歩数を計測し、参加者の平均歩数の多かった上位3事業所を表彰する。
- ・働き盛り世代を主に対象としながら、一般に幅広く健康づくりを普及させるため、企業で働いている者から、自営業であれば商工会、子どもは学校、高齢者は老人クラブ等組織を通じて働きかけを実施。
- ・他にも協会けんぽから国保、後期へと繋がる健康づくりとして、担当者が協働し、国保での高血圧・脳卒中の課題への対応として、協会けんぽ加入者に国保加入後の健診の受け方や地域サービスの内容を周知する取組や高血圧対策を実施している。

**信州ACEプロジェクトの概要**

健康づくり県民運動の名称である。ACEは脳卒中等の生活習慣病予防に効果のあるAction（体を動かす）、Check（健診を受ける）、Eat（健康に食べる）を表し、世界で一番（ACE）の健康長寿を目指す想いを込めたものである。  
 長野県において健康寿命を延伸するには、働き盛り世代である20～60代を対象に、生活習慣病を予防するための取組を進める必要があったことから、信州ACEプロジェクトでは、働き盛り世代を主なターゲットとしている。

- ①健康経営を推進：チャレンジ大作戦（インセンティブ事業）の他、セミナーの開催、運動アドバイザーの派遣、健診受診促進等
- ②健康地域づくりを推進：オリジナル体操等、主に市町村向けの事業
- ③健康教育を推進：学校等に健康教育を行う取組

**【本事業のポイント】**

- 協会けんぽで実施していた事業の対象を県民全体に広げる
  - ・幅広い予防となるよう健康づくりの機能を高めるため、全県民に拡大。
  - ・協会けんぽが取り組んでいたウォーキングラリー（アプリ）事業を発展させ県民全体として取り組んでいるため、比較的安価に事業を構築。
- チーム戦で競い合うことで参加者のやる気アップ
  - ・「きっかけが欲しい層や元々関心がある層は、仲間と一緒に取り組むことで継続。職場で取り組んでいる場合は、無関心層にインセンティブとなる。
  - ・アプリ内でランキング表示されるため、個人参加よりもやる気アップ。
- 大賞をとった事業所が県の健康づくりを啓発
  - ・大賞をとった事業所が「健康ACE企業」に認定され健康づくりの啓発に参加。身近な県民が健康づくりに取り組んでいる様子を、県民全体にアピールする狙い。



出典）長野県「健康づくりチャレンジ大作戦2021」資料

**【成果】**

- コロナ禍にもかかわらず、参加者数が2.5倍に
  - ・平成30年度当初、参加者数は2,000人程度であったが、令和3年度は約5,200人まで増加。
- 運動習慣の定着化
  - ・運動をしている県民の割合は、平成30年度は67%であったが、令和元年度には70%に増加（コロナ禍で令和2年度は割合が低下）
  - ・事業参加によって、健康づくりだけではなく、社内コミュニケーションが良くなった。効率的に仕事ができるようになった等の感想もある。
  - ・事業所全体で取り組むことで若者層への習慣化につながっている。

- 市町が自走できることを念頭に、支援し伴走する事業を計画
- 関係機関による専門的な知見を提供し、市町の個別支援には県担当者も同行し、課題等を共に検討
- 各市町の体制、課題、要望等を聞き取り、各市町の実情に応じた支援を推進

【市町村支援の概要】

実施内容

- ・ 令和2年度から健康増進部局と介護担当部局と一緒に企画実施する体制に。保健所にも情報提供し、保健事業の現場に来てもらう等連携。
- ・ 市町に専門的な知見を提供できる、実践者育成ができる外部委託先を選定し、国保連からはKDB操作だけでなく、保健事業に繋がるようなデータ分析の支援を依頼し、市町の保健事業の質向上に取り組んだ。
- ・ 国保ヘルスアップ支援事業において、市町が主体的に保健事業を行うために以下の事業を3本柱として実施。
  - ① 「広報戦略」：県内市町の特定健診の受診率向上を目的として研修会等を行う。
  - ② 「保健指導支援事業」：市町保健師等スキルアップ訓練等を行う。
  - ③ 「市町データヘルス計画支援事業」：標準化ツールを用いてデータヘルス計画を体系的に整理、構造化への支援、保健事業カルテを利用した個々の保健事業のPDCAサイクルの支援を行う。

▼保健指導支援事業における研修の様子



出典 静岡県提供資料

【本事業のポイント】

- 市町が自走できることを念頭に県の支援事業を計画
  - ・ 委託者と国保連が市町の地域課題等に応じた個別支援を実施。
  - ・ 県の国保担当、保健所、国保連、支援評価委員会が連携して、側面支援。
  - ・ 国保連が運用する県独自システムを活用し、県平均や近隣市町と比較可能なデータを市町ごとに整備し提供。
- 各市町の状況に対応できるよう体制整備
  - ・ 委託者が市町の個別支援に入る際は、県の担当者も同行し課題等を把握。
  - ・ その過程で市町の体制、課題、要望等、現場の様々な悩みを聞き取り、各市町の実情に応じた支援内容を盛り込む。

【成果】

- 保健指導の質の底上げに貢献
  - ・ 特定保健指導に関する研修では、参加した11市町全てが、受講して気付いた自市町の保健指導の課題について、「具体的に改善の措置を講じる」と回答。
  - ・ 研修会が各市町における保健指導の質の向上につながる事が期待される。
- 市町の変化
  - ・ はじめは受け身であった市町が主体的にアイデアを出すようになってきており、保健所と一緒に課題や取組方法を考えることで、市町の保健事業が充実してきている。
  - ・ 市町国保ヘルスアップ支援申請事業数  
令和元年度：84事業 → 令和2年度：106事業 へ増加 4

- 県の3課（国保医療課、健康増進課、高齢政策課）と国保連合会、広域連合が横断的に保健事業を実施する体制を構築。県が主導で市町向けの研修を実施し、市町内の担当者間で連携をとるきっかけ作りを担う
- スマートウォッチを活用した健康管理事業やフレイル対策事業など充実したモデル事業を展開

【事業概要】

実施内容

- ・ 都道府県国保ヘルスアップ支援事業として、8つの事業を実施。
- ・ 県の関係課や関係機関間での横の連携強化を、県として重要視。
- ・ 関係者間での「骨折・やせが多い」という共通の課題認識から、スマホ・スマートウォッチを活用した健康管理事業や高齢者のフレイル対策事業をモデル事業（F事業）として企画。
- ・ 県でモデル事業として実施することで、何が上手くいったのか、何が上手くいかなかったのかを検証した上で他の市町でも横展開を予定。
- ・ 事業を企画する際は、会議等で市町の意見を聞き、反映できる体制を整えている。

実施事業

	事業名
A	生活習慣病予防に向けた市町支援事業
A	特定健診・特定保健指導実施率向上アドバイザー派遣事業
B	国保データベース（KDB）補完システムを活用したデータ分析等による市町支援事業
C	国保特定健診受診率アップ事業
D	糖尿病性腎症重症化予防事業
E	健康ビッグデータを活用した県民の健康づくり支援事業
F	スマホ・スマートウォッチを活用した高齢者等の健康管理支援事業
F	フレイルハイリスク者へのアプローチ強化事業

【本事業のポイント】

- 関係部署、関係機関同士の連携を強化し、課題認識を揃える
  - ・ 兵庫県庁の3つの課（国保医療課、健康増進課、高齢政策課）と国保連合会、広域連合のメンバーで定期的に打ち合わせや勉強会を実施。
  - ・ 広域連合が各市町をまわって収集した、課題や現状を共有し、議論している。
  - ・ 勉強会でレセプト分析を皆で行った結果、「骨折」が多い事が判明。そこで、高齢者のフレイル対策事業やスマホ・スマートウォッチを活用した健康管理事業を企画。
- 県が率先して、市町内での横の繋がりを強化するきっかけを作る
  - ・ 市町でも、「横の繋がりが弱い」「他の課と連携がとれていない事が多い」という課題があることから、県が主導で市町向けの研修を1日がかりのプログラムで実施。
  - ・ 研修では、それぞれの市町の担当者が集まって、皆で何が出来るかをディスカッションする時間を設けた。県が率先して、市町内の横の繋がりを強化し、保健事業を取り組みやすくするきっかけ作りを実施。

【成果】

- 特定健診・特定保健指導の実施率向上に期待
  - ・ 特定健診・特定保健指導の実施率向上対策について、市町の庁内連携体制の改善や新たな事業の立ち上げなどが進み、今後の実施率向上が期待される。
- 市町の予防・健康づくり事業の充実・強化
  - ・ KDBやNDBデータの健康づくりへの活用について、県独自のシステム構築等によりデータ分析が深化し、データに基づく保健事業の実施につながっている。
  - ・ フレイル対策事業やスマホ・スマートウォッチを活用した健康管理事業では、県がモデル事業として実施することで市町の新たな取組が促進されている。
  - ・ 全体として、県の取組をきっかけに、市町の予防・健康づくり事業の充実・強化や新たな事業展開につながっている。



【ヘルスアップ支援事業：市町村支援】  
県や専門家と共に市町村担当者が参加し、データ分析・  
解釈ができるコンソーシアムを設置し、保健事業を推進

人口：1,758,815人  
国保被保険者数：403,905人（23.0%）  
高齢者人口：548,676人（31.2%）

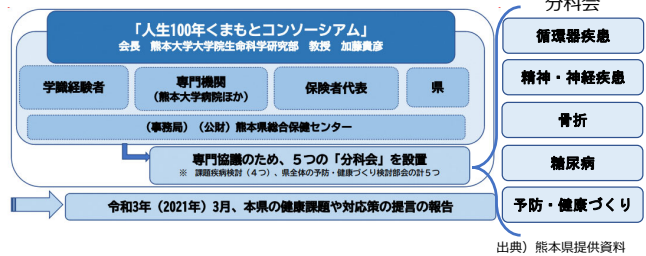
- データ分析に基づく事業を提案するため、県、市町村、大学の専門家等が参加するコンソーシアムを立ち上げ
- 「循環器疾患」「精神・神経疾患」「骨折」「糖尿病」の重点課題を特定し、疾病ごとの対応を検討
- 「精神・神経疾患」では、気分障害の危険因子となる睡眠障害の予防として、啓発とデータ収集のモデル事業を実施

【市町村支援の概要】

実施内容

- 市町村事業をさらに効果的なものにするため、データの評価・解釈をする場として「人生100年くまもとコンソーシアム」（以下、コンソーシアム）を設置
- 初年度はデータ分析から対応策の立案、2年目はモデル事業の実施と個別支援対応、3年目は横展開を目指し令和2年度から開始
- コンソーシアムにおけるデータ分析を踏まえて、「循環器疾患」「精神・神経疾患」「骨折」「糖尿病」「予防・健康づくり」の5つの分科会を設立。
- 各分科会においてデータ分析を行い、健康課題の特定と実施すべき対応を取りまとめ、知事への提言、保健事業の提案を行った。
- 令和3年度は、分科会ごとにモデル事業を実施している。「精神・神経疾患」分科会では、「くまモンを活用した睡眠啓発事業」「働く世代、小中学生、高齢者への睡眠促進事業」を実施。

コンソーシアムの体制と分科会



【本事業のポイント】

- データ分析を事業に活かしていくための場づくり
  - データ分析にあたっては、市町村支援にどのように活用するかという視点で、データの評価・解釈をする場を設定。
  - 市町村の事業につなげるため、学識経験者は専門機関や県だけでなく、現場である市町村が加わって議論できるような体制とした
  - 議論は医療費のみではなく、良質かつ効率的な医療の提供の結果として健康寿命延伸につながっているかという観点でも実施。
- 人材基盤の整備
  - 事業立案をしても、人材基盤がないと保健事業が進まないことから、人材基盤整備も重視。市町村担当者が県内の大学の専門家と繋がる機会を提供。
  - 事業の委託先である総合保健センターは地域保健と職域保険の研修企画を行っており、人材育成との連携も検討。

【成果】

- データ分析からモデル事業・横展開を実施
  - コンソーシアムを立ち上げたことで、データ分析から対応すべき疾病を特定し、対応策の取りまとめを行うことができた。全体会議は令和3年度は5回開催。分科会ではそれぞれ事業に取り組んだ。
- 関係者が同じ方向を向くようになり、つながりを創出
  - 対応すべき疾病を特定したことで、関係者が同じ方向を向いて予防・健康づくりを進められている。また、市町村と大学の専門家との直接のつながりができた。
- 「精神・神経疾患」分科会から睡眠関連事業の展開
  - 医療費増大の要因となっているのは「統合失調症」であったが、市町村が予防と早期介入ができることを重視し、広く「精神・神経疾患」を分科会として扱うこととした。
  - 肥満、高血圧、糖尿病等の疾病との関連や認知症との関連も指摘されていること、気分障害（うつ病等）の危険因子となり、熊本地震や豪雨災害、新型コロナウイルス感染症等の影響からも睡眠に着目、啓発事業や意識調査、計測事業などにつながった。

【まちの保健室事業】  
住民に身近な郵便局を地域住民の健康づくりの拠点に

人口：1,485,484人  
国保被保険者数：394,022人（27.0%）  
高齢者人口：331,973人（22.3%）

- 僻地における地域住民の健康課題を把握するために、住民に身近な郵便局で「まちの保健室」事業を実施
- 日常生活の中に“しかけ”を。郵便局を利用する機会にさまざまな不安や悩みを相談できる場を設置
- 医療機関が少なく、重症化による医療費が高い地域で、心や体の健康を相談できる場所として機能

【事業概要】

実施内容

- 郵便局に「まちの保健室」を設置し、住民がさまざまな不安や悩みを相談できる場として提供している。
- 看護職による相談の他、血圧・体重・体脂肪・骨密度測定等の健康チェックを行っている。
- 相談や健康チェックの結果に応じて、必要があれば、行政の担当部署とも連携し、行政からの支援につなげている。
- 週に1回、10～12時、13～15時の計4時間開設している。
- 相談内容は、主に健康（血圧等）、介護・育児等。利用者は60代～80代が多い。

実施体制及び役割分担

各主体における役割	
沖縄県	事業の全体調整・進捗管理
日本郵政株式会社	場所（郵便局）の提供・広報
公益社団法人 沖縄県看護協会	健康相談に対応する専門職（相談員）の選定・派遣
設置自治体（名護市・うるま市）	健康相談の中で、行政からの支援が必要であると判断された事例の対応

郵便局による広報

窓口に来たお客様への声掛けのほか、パンフレットの戸別配布、公民館にポスターとチラシの設置、自治会への案内、市内の他の郵便局でのチラシ配布等を実施

【本事業のポイント】

- 県主導による、市町村が取り組みやすい仕組みづくり
  - 沖縄県・日本郵政・看護協会の3者で当該事業を市町村で行える基盤を整えて、市町村が「まちの保健室」事業に取り組みやすい仕組みとなっている
  - 医療機関が少なく交通が不便な地域で、地域の中心に位置している郵便局の特徴を活かした事業となっている
- 質の高い相談対応体制と積極的な広報活動
  - 相談員は、地区委員をしているベテランの看護職が担当。市の健康課題や保健活動を理解した上で、住民に寄り添った支援を実施
  - 地域に貢献し、地域の健康管理や健康増進に一緒に取り組んでいきたいという郵便局の事業への積極的な提案と広報活動



【成果】

- 郵便局を利用する機会に相談できるため、従来よりも相談件数が増加
    - 令和2年度に計10回開催し、82名が来訪
    - 実施場所を変えることで、1日あたりの件数が増加
- |        |       |
|--------|-------|
| 公民館等   | 郵便局   |
| 平均2～3件 | 約3倍増加 |
|        | 平均10件 |
- アンケートで、約9割が健康づくりのきっかけになったと回答
  - 健康チェックの結果によって、市の保健活動や医療機関に連携。健診未受診者へは健診受診につながる
  - 医療機関が少なく、重症化による医療費が高い地域で、心や体の健康を相談できる場所として機能

小樽市  
(北海道)

### 【外部機関への委託事業】 伴走支援が実施可能かつ実績のある事業者を選定 効果分析により質管理を実施

人口：112,450人  
国保被保険者数：23,566人 (21.0%)  
高齢者人口：46,055人 (41.0%)

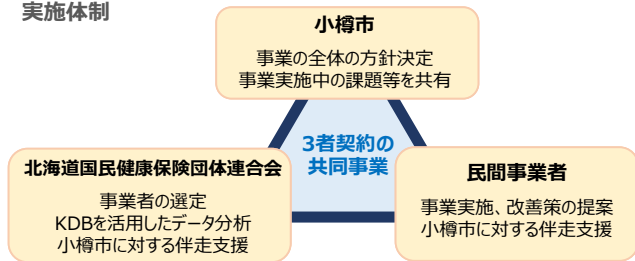
- 人手不足の市が効率的・効果的に事業を実施できるように、直営事業と委託事業を用途に応じて選択
- 協働型伴走支援が実施可能かつ実績のある民間事業者を委託先として選定し、市と国保連と民間事業者が三者協働で事業を実施
- 委託事業の効果分析を確実に実施し、その評価を次年度に活用

#### 【事業概要】

##### 実施内容

- 事業の企画や内容の決定は専門職である保健師が行っているが、特定健診未受診者対策や重症化予防事業等において、保健指導の一部及び資料の作成や対象者抽出作業は外部委託で実施。
- 特定健診未受診者対策は、国保連と民間事業者との共同事業（協働型支援事業）による3者契約の形で委託している。  
※国保連が企画している「特定健診受診率向上支援等共同事業」に、小樽市が参画。国保連が民間事業者を選定。
- 国保連が入ることで、事務業務やデータ抽出等が効率化されるとともに、国保連のその他事業を活用した重層的な支援を付加価値的に受けられる。
- 委託事業の結果について、検証・分析を行い、3者によるブレインストーミングにより各保健事業や次年度の事業企画に活用している。

##### 実施体制



#### 【本事業のポイント】

- 伴走支援が可能で、実績のある民間事業者を選定
  - 国保連が民間事業者を選定する際、市町村に寄り添った丁寧な対応ができるか（伴走支援ができるか）を重視。民間事業者の中には、データ分析の結果を委託期間終了時に市町村に渡すだけという事業者もあるため要注意。
  - 目的とする保健事業（未受診者対策では、特定健診受診率の向上）に関する実績があるかも重要な観点。
- 市と国保連と民間事業者で徹底的に打ち合わせ
  - 打ち合わせやメール等も含めて、関係者間のコミュニケーションは、週に1回以上の高い頻度で実施。
  - 予定と計画が変わった時、課題が出てきた時、次にどうするかを3者で相談・検討する。

#### 【成果】

- 受診率向上とともに、保健事業のノウハウの蓄積が可能に
  - 令和2年度の特定健診の受診率はコロナ禍にもかかわらず、約5ポイント向上した。
  - 丁寧な伴走支援により、都度の課題解決ができ、市では保健事業のノウハウを蓄積できた。
- 外部委託を活用することで直営事業に専門職が力を入れることができた



にかほ市  
(秋田県)

### 【ポピュレーションアプローチ】 官民連携で既存事業が充実 にかほ市健康プロジェクト

人口：23,841人  
国保被保険者数：5,621人 (23.6%)  
高齢者人口：9,173人 (38.5%)

- 地元のプロサッカーチームを含む4者による官民連携により、市民の健康づくりを促進
- 健康教室と試合観戦を組み合わせたバスツアーなど、サッカーチームとの連携ならではの企画を実施
- 民間企業との連携により、最新のヘルステックを活用することでデータの可視化など既存事業の内容が充実

#### 【事業概要】

##### 実施内容

- 地元のプロサッカーチームを含む民間企業3社と市で4者連携協定を結び、官民連携により、「健康寿命の延伸」「社会保障費の削減」「地域経済の発展」に寄与することを目的とした「健康プロジェクト」を実施している。
- 令和3年度の健康プロジェクトでは、既存事業であったアンチエイジング教室と健康づくり人材育成事業を実施。参加者は通年のプログラムへ参加。
- アンチエイジング教室では、サッカークラブのトレーナーによる運動教室等で体を動かす。4月と12月の2時点でフレイル健診を実施し、可視化された自分のデータの変化を見る。
- 健康づくり人材育成事業では、フレイルの講座とフレイル健診に関する実技講座を行い、フレイル健診を支えるフレイルサポーターを養成。
- 市民の個人活動のアンケートと12月のフレイル健診結果により事業評価

##### 実施体制及び役割分担

各主体における役割	
にかほ市	市民への広報周知、各種団体等を通じた参加呼びかけ、会場の提供、成果指標測定結果の確認、事業の評価
株式会社ブラウワッツ秋田	プログラムの実施・運営、メディア周知、専属トレーナーによるストレッチ・トレーニング、専属の管理栄養士による栄養講座・栄養指導
株式会社アルファシステム	フレイル健診、オールフレイル健診、体組成計測定、各データのシステム化、にかほ市健康づくり人材育成研修の実施
セルスペクト株式会社	血液検査、オール測定、健康チェックイベントの実施

#### 【本事業のポイント】

- 民間企業の強みを生かしたプログラムの企画・実施、市民がより楽しめるプログラムへ
  - 最新ヘルステックを活用したフレイル健診等を行い、筋肉量や脂肪量等を可視化して参加者に提供。
  - サッカースタジアム健康バスツアーを企画。サッカークラブの専属トレーナーによる運動教室、専属栄養士を監修のお弁当を食べながらサッカーの試合観戦。



出典) いずれもにかほ市提供資料

#### 【成果】

- 官民連携による既存事業のレベルアップ
  - 官民連携により、健康状態のデータの可視化を実現。フレイル健診を事前事後の2回実施することで、2回目の健診結果をモチベーションとして市民が参加できている。
  - 2回のフレイル健診を両方受診した34人の参加者は身体機能が向上。身体状況：「良好」→「良好」へキープ 18人 (52.9%) 「プレフレイル」→「良好」に改善された人が7人 (20.6%)
- 既存事業実施時よりも登録者増加、通年継続参加が多数
  - アンチエイジング教室の登録者は以前は100人に満たなかった。健康プロジェクトとして実施以降、20名程度増えて、110名を超えるようになっている。
- 市民全体の健康づくりの意識醸成効果
  - 4者連携協定により、話題性が生まれ、PRの強化につながっている。メディアを活用したPRは無関心層への訴求となり、市民全体に対する健康づくりの意識醸成に寄与している。



**長瀬町  
(埼玉県)**

**【元気モリモリ体操・骨密度測定・歯磨き教室】  
住民の健康づくりを保健師が後押しする  
ポピュレーションアプローチ**

人口：6,883人  
国保被保険者数：1,376人（20.0%）  
高齢者人口：2,639人（38.3%）

- 町の保健師・町民からのアイデアで、様々なポピュレーションアプローチを実施
- 参加者のモチベーションを高めるアイデア・企画を思いついたらすぐに事業に組み込み、継続できる仕組みを作る
- 町の理学療法士などの専門職との連携を深め、より効果的な保健事業へと発展させる

**【事業概要】**

**実施内容**

実施事業	主な対象者	内容
元気モリモリ体操	65歳以上の町民	・介護予防として効果が実証されている「鬼石モデル」を活用し、足腰を鍛える体操8種類と、肩と腕を鍛える体操2種類の計10種類の体操を実施。 ・町内13箇所毎月2～4回実施。月1の保健師の講和と年3回のイベントも開催。
骨密度測定	20歳以上	・乳がん、子宮がんの集団検診会場で測定を実施。 ・骨密度指数90%未満の方に栄養相談を実施。3ヶ月後に栄養相談のフォローアップ。
歯磨き教室	幼児から中学生	・幼稚園、保育園、小学校、中学校に保健師と歯科衛生士が訪問し教室を開催。 ・幼稚園、保育園ではエプロンシアターやブラッシング指導、小中学校では染め出しテストを実施するなど、年齢によって実施内容を調整。アンケートで理解度の評価を行う。

**事業の展開（元気モリモリ体操）**

	事業開始時 平成17年度	平成18年度	令和2年度
実施か所数	1か所	10か所	13か所
延べ参加者数	137人	1,584人	2,496人
延べ開催回数	12回	135回	247回

**【本事業のポイント】**

- **参加者の意欲や継続力を高める企画**
  - ・モリモリ体操の取組の中で体力測定を実施。平均値よりも高い結果が出た人は、理学療法士から「花まる」がもらえる。目でみて成果を感じることができ参加者に好評。
  - ・体操に参加すると1ポイント、健診受診や保健事業参加で2ポイントを付与し、30ポイントがたまると500円の商品券と交換できる「はつらつポイントカード」がある。
  - ・年に数回体操以外のお楽しみイベントを企画し、みんなに楽しんでいただく。そこで配ったチラシをお友達にも渡してもらい、事業のPRにも繋げている。
- **町の保健師・町民からのアイデアを保健事業へ発展**
  - ・イベント等の企画は、健康増進部門3人、地域包括部門2人の保健師の日常的な会話から生まれ、町民と身近な保健師が、機動力高くすぐに取り組める体制となっている。
  - ・緊急事態宣言を機に、老健施設の理学療法士から町民のために何かできないかと申し出があり、即体操の動画作成。
  - ・1歳半健診で虫歯0本から3歳児健診以降歯が増加していることから、歯磨き教室を企画。介護予防では町内在住のオペ歌手に声を出さず歌に乗って口を動かす取組を企画。



出典) 長瀬町提供資料

**【成果】**

- **元気モリモリ体操の成果**
  - ・平成28年から令和2年の5年間の医療費と介護度の変化をKDBシステムを用いて比較
    - ✓ 骨折入院の割合が、参加者は不参加者の1/7に抑えられている
    - ✓ 「要介護2以下への移行」の割合が、参加者は不参加者の1/10に抑えられている
- **骨密度測定の成果**
  - ・栄養相談実施者数 目標値/結果 30人/27人 達成度90%
- **歯磨き教室の成果**
  - ・参加者/対象者の割合 93%
  - ・アンケートによる歯科の重要性の理解度 98%<sup>10</sup>

**小千谷市  
(新潟県)**

**【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**

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%）

- 住民検診調査の結果を参考に年代別に受診勧奨方法を工夫
- 健診の受診勧奨を訪問のきっかけに、健康状態や生活状況の把握を実施。引きこもりや生活困窮支援の一助にも

**【事業概要】**

**実施内容**

- ・特定健診の受診率向上のため、特定健診の未申込者に対して、訪問または通知による受診勧奨を実施。訪問対象者は、年度ごとの市のマンパワーに合わせて変更している。

**事業の流れ**

- 2月 各世帯に住民検診調査票配布（健診の申し込み含む）
- 4月 保健事業における庁内会議（市民生活課・健康未来こども課）
- 5～12月 特定健診（集団・個別健診）の実施
- 8月上旬 特定健診未申込者リスト（調査票未提出者または特定健診欄未回答者）を抽出し、それをもとに60～74歳の通知対象者と、40～59歳の訪問対象者リストを作成。通知対象者へは、受診勧奨通知を発送。（業務担当保健師にて実施）
- 8月下旬～11月中旬 訪問対象者への受診勧奨訪問（地区担当保健師、雇い上げ看護師にて実施）

**▼住民検診調査票のイメージ**

出典) 小千谷市提供資料

**【本事業のポイント】**

- **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**
  - ・住民検診調査を実施し、対象者を層別化のうえ、どの方法（通知・訪問等）で受診勧奨をするのかを検討。
  - ・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築いていくという点がポイント。
  - ・健診を受けない健康状態不明者の健康状態や生活状況を把握することも訪問の目的。
  - ・本人に会えないことが多いが、家族と話せば家族の健康状態や生活状況も把握。さらに、近隣の人から情報収集する場合もある。
  - ・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が訪問対象者の場合、健診の周知等きっかけを見つけては訪問するなど時間をかけて関係をつくり、細く長く関わって、見守っている。

**【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%とあまり差はなく（いずれも対象者に占める受診率）、訪問自体は大きな効果とは言えないが、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ことを期待している。
- **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声を元に、日曜健診の開始やレディス健診日を設けることにつながった。
- **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につないだことがある。



- コロナ禍で事業の継続が危ぶまれたが、身体の機能低下予防と心の繋がりを意識した、withコロナ時代の健康づくりとして継続。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

【事業概要】

実施内容

- 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、100ポイントが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。
- 前身となる「勝山健康チャレンジ事業」や新型コロナウイルス感染症の流行以前は、運動を中心とした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された。
- 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。令和3年度は予約制の運動教室を10回開催。
- 事業の案内とポイントの記録用紙を全戸配布しており、健康づくり推進員や高齢者連合会が周知に協力。
- クーポンは、市内の運動施設・飲食店などから提供してもらっている。

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**

毎日の健康習慣の積み重ねで「健康ポイント」をためよう！  
期間内の30日間で100ポイント以上をためよう！  
市内で使えるお得なクーポンがもらえます！  
(※お食事の引換、お買い物に使えるクーポンは、ポイントが貯まるサービスです)

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 健康長寿課に提出した連絡票を元に、健康長寿課から連絡票を返送いたします。
ステップ2	ポイントをためる 毎日健康習慣を積み重ねてポイント(1日1回)をためよう！ 健康長寿課のホームページでポイントの記録用紙をダウンロードしてください。
ステップ3	クーポンと交換 健康長寿課に100ポイント(1日1回)をためよう！ 100ポイント(1日1回)をためると、健康長寿課からクーポンを返送いたします。

出典) 勝山市提供資料

【本事業のポイント】

➢ コロナ禍こそ健康づくり推進

- コロナ禍において、「いつも会っていた人に会えなくなった」「家にいる時間ばかりが増えて不安な気持ちがある」などの市民の声から、心の面での繋がりが必要と判断。また健康意識向上・日々の習慣見直しも必要と考え、「コロナ禍だからこそ取り組む必要がある」と個人インセンティブ事業の継続を決定。
- 感染予防の周知のため、①測定と②手洗いを設定。自宅でもできる③運動④ベジファーストを奨励。こころの健康を保つ⑤笑いもポイントの対象に。

<b>測定</b> 1日1回測定でポイント 体重、血圧、体温、呼吸数、自覚できる測定を継続して行いましょう。	<b>運動</b> 10分以上運動したらポイント 運動をする事で脂肪が燃焼し、体温を上げ免疫力を高めます。家の中でできる運動、散歩、近所のウォーキングなどは毎日10分程度をのびのびと体を動かしましょう。
<b>手洗い</b> 外出後の手洗いでポイント 手洗いをすることで感染症やウイルスが減少します。外出後、食事前後、共有の場所を触った後、お風呂に入った後はしっかりと手洗いをしましょう。	<b>ベジファースト</b> 野菜料理から食べるポイント 野菜料理から食べることで血糖値の上昇が抑えられ、食べ過ぎも防止できます。1日2回必要な野菜は50%以上を野菜として、お皿が白くできるといいですね。
<b>笑う</b> 1日1回笑うとポイント 笑うことで免疫力が上がります。つらくても笑顔になる工夫をしましょう。楽しいことがあったら毎日1ララした日でも笑顔で一日を終えましょう。	<b>家族やお友達と一緒にチャレンジしてみよう。</b> 記録票はコピーして使ってもOK 勝山のホームページでもダウンロードできるよ。

➢ 市民と対話し、取組やすいように工夫、改善

- いつでも気軽に自宅のできるオンライン動画16種類を作成。
  - 保健指導のなかで、食生活において食べ過ぎないように意識しても続かないとの声から、「ベジファースト」を重視。
  - 事業への参加・不参加に関わらず、5つの健康行動の目的を伝える取組を実施。
- 出典) 勝山市提供資料

【成果】

➢ コロナ禍でも工夫を凝らして事業を継続

- コロナ禍で、改めて健康作りを意識し始めた人も多く、運動を始めてもらうチャンスになった。
  - 令和2年度の申し込みは170人。100ポイント達成者は106人。参加者は65歳以上の女性が多く、中には孫と一緒に等家族で参加しているケースもある。
  - 参加した市民からは、「コロナ禍で行動を抑制するようになると言われるなかでも、この取組の実施を通して、達成感を得られた」「参加できたことが嬉しい」「体温測定の習慣が身についた」など、喜びの声や行動変容の様子を聞くことができた。
  - 地域の運動施設、飲食店、商工会議所の関係団体、保険会社や製薬会社等民間企業、地域の大学と一緒に講座を行うなど連携が拡大している。
- 12

- ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチを積み重ね、医療費抑制に一定の成果
- 訪問での保健指導や健診を重視
- 専門職による事例検討会を毎月実施。重症化予防に必要なアプローチを共有し、質の高い保健指導を実現

【事業概要】

実施内容

- 特定健診未受診者対策として、健診未受診者へのはがき送付や、訪問を実施（コロナ禍では訪問の代わりに月1回夜間の電話連絡）。
- 健診の結果、高血圧や糖尿病性腎症のハイリスク層（重症化予防の対象者）には、結果説明会や訪問を通じて対面での保健指導。
- 若い方への働きかけとして、平成8年から消防団健診、平成12年頃から小中学校における児童・生徒を対象とした血液検査を実施。さらに、平成12年から22年間実施している自治会企画による健康学習会等により、住民の主体的な健康づくりにつながっている。

▼小学校での健康教育（授業）の様子



出典) 松川町提供資料

【本事業のポイント】

➢ 健診を受けてもらうことを出発点とした未受診者対策の徹底

- 令和3年度は、未受診者へ電話による受診勧奨を実施。土日に電話をするなど柔軟にアプローチ。電話もつながらなければアポなし訪問実施。
- 若い集団である特性を生かし、地域の消防団健診日を設定し若者へ健診受診の意識付け。

➢ 健診から見えた町の健康課題へ、ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチを徹底

- 子どものうちから生活習慣病を予防できる力をつけることを目的に、小学生と中学生を対象に血液検査とその結果を踏まえた健康づくりの授業を実施。
- 管理台帳の活用、訪問、電話により、ハイリスク層の住民へ保健指導を確実に実施。
- 事務職との連携により、専門職が訪問に専念できる体制をつくっている。

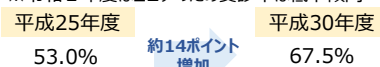
➢ 事例検討を通じて、質の高い保健指導を実現

- 健診後毎月の対象者抽出で、重症化予防事業対象者へ保健指導を確実に実施。
- 保健師・管理栄養士で、重症化予防事業の対象になったケースの読み取り検討会を月一回実施。重症化予防に必要なアプローチを共有することで、経験年数によらない標準的で質の高い保健指導を実現。

【成果】

➢ 特定健診の未受診者対策や重症化予防の取組を通じ、特定健診受診率は大きく向上。医療費の削減にもつながっている

- 特定健診の受診率は平成25年度から大きく上昇  
※令和2年度はコロナのため受診率は低下傾向



- 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。糖尿病性腎症による透析導入者も減少。



◀消防団健診の様子

▼健康を考える集会の様子

出典) いずれも松川町提供資料

**【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**

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%）

- KDBの健診・医療・介護の状況から健康状態不明者を抽出し、フォロー対象者を決定
- 質問票やアンケート、家庭訪問等により、健康状態や生活環境を把握し、個々の状況に応じて医療受診勧奨や保健指導の実施、地域で支援できるよう、関係機関と連携して丁寧にアプローチしている

**【事業概要】**

**実施内容**

- ・ 年齢75歳以上80歳以下、過去2年間健診未受診かつ医療レセプト及び介護給付なしの人をKDBから抽出し、健康状態不明者と決定。
- ・ 健康状態の確認のため、質問票とアンケートを送付し返信をもらう
- ・ 返信された内容より、健康状況が心配な方にはアプローチする。
- ・ 返信がない方には保健師が家庭訪問を実施するが、あらかじめ、質問票送付の際に、「返信がない場合は家庭訪問をする場合がある」と一文を添え、訪問は困る方への返信を促す工夫をしている。
- ・ 訪問時、不在の場合は質問票をポストインし、後日返信の有無の確認をし、状況に応じ再度訪問を実施。
- ・ 訪問の結果、①問題なし②情報提供③保健師の支援④地域の民生委員や地域包括センターに繋げるに区分して支援している。

**▼高齢者質問票**

項目	内容	回答状況
1	現在、どのような病状をお持ちですか？	回答あり
2	現在、どのような服薬をおこなっていますか？	回答あり
3	現在、どのような生活習慣をおこなっていますか？	回答あり
4	現在、どのような生活環境におられますか？	回答あり
5	現在、どのような生活リズムをおこなっていますか？	回答あり
6	現在、どのような生活態度をおこなっていますか？	回答あり
7	現在、どのような生活意識をおこなっていますか？	回答あり
8	現在、どのような生活態度をおこなっていますか？	回答あり
9	現在、どのような生活意識をおこなっていますか？	回答あり
10	現在、どのような生活態度をおこなっていますか？	回答あり
11	現在、どのような生活意識をおこなっていますか？	回答あり
12	現在、どのような生活態度をおこなっていますか？	回答あり
13	現在、どのような生活意識をおこなっていますか？	回答あり
14	現在、どのような生活態度をおこなっていますか？	回答あり
15	現在、どのような生活意識をおこなっていますか？	回答あり
16	現在、どのような生活態度をおこなっていますか？	回答あり
17	現在、どのような生活意識をおこなっていますか？	回答あり
18	現在、どのような生活態度をおこなっていますか？	回答あり
19	現在、どのような生活意識をおこなっていますか？	回答あり
20	現在、どのような生活態度をおこなっていますか？	回答あり

関係者と役割	
統括保健師	健康推進課・保険年金課・長寿課の全体統制
健康推進課	対象者の選定、健康状態不明者の訪問、結果分析
保険年金課	対象者の選定
長寿課	地域包括支援センターで実施している介護予防事業での訪問対象者と重複しないように、情報共有
医師会	健康状態不明者が医療機関受診の際に連携
地域包括支援センター	訪問時に、身体的・精神的な面で支援が必要だと判断した方を継続フォロー
民生委員	訪問して会えない方・連絡がとれない方・居住実態が不明な方などの支援に協力

**【本事業のポイント】**

- **戦略的体制整備と関係機関・地域連携**
  - ・ 統括保健師が国保、衛生、介護部局を統制し、医師会や地域包括支援センター、民生委員に事前の説明を行った。
- **訪問前の丁寧な情報収集**
  - ・ 過去5年分のレセプトデータ、家族情報、がん検診受診履歴などをチェックした上で訪問することで効率となる。
- **地区担当保健師の家庭訪問とカンファレンス**
  - ・ 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、訪問後の情報共有で事業全体を評価することができる。

**【成果】**

- **対象者の健康状態を把握し、必要な支援へ**
  - ・ 【令和2年度】対象者152名の健康状態を把握。うち、53名を支援
  - ・ 【令和3年度（1月時点）】対象者198名中121名の健康状態を把握。うち、40名を支援  
※支援内容：他の関係機関への連絡継続支援／保健師継続支援／助言・情報提供
- **健康状態不明者の減少**
  - ・ 新規の健康状態不明者が減り、全体の対象者数が少なくなっている。
  - ・ データに加えて訪問することで、多く発見することができ、医療・介護・地域と連携した丁寧な個別支援を実施できた。
- **関係機関との連携及びKDBの有効活用**
  - ・ 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を活用できたこと。
  - ・ KDB等のデータから健康状態不明者が多いことが分かり、データ分析の結果を取組に活かすことができた。

**【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」**

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%）

- 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」を推進
- 「減塩」「野菜350g摂取」では、子育てサロンや高齢者サロンへの出前講座、中学生等への食育教育、給食の塩分濃度測定、家庭のみそ汁等の塩分濃度測定と血圧測定等幅広く実施。健康推進員と連携し普及啓発

**【事業概要】**

**実施内容**

- ・ 脳血管疾患が死亡や要介護状態の原因として半数を占めていたため、第1期データヘルス計画策定時から、予防を強化した事業を実施。
- ・ 「減塩」「野菜350g摂取」「適量飲酒」「運動習慣」「禁煙」を推進し、広報による啓発やイベント、出前講座を実施。
- ・ 普及啓発は、町の養成講座を受講した約100名の健康推進員と連携し、地区で草の根的にさまざまな活動を展開している。



出典) 日野町提供資料

取組内容	実施内容
「減塩」「野菜350g摂取」	・子育てサロンや高齢者サロンへの出前講座 ・パママサロン ・乳幼児の保護者への啓発 ・給食の汁物等の塩分濃度測定 ・離乳食教室 ・家庭のみそ汁等の塩分濃度測定と血圧測定 ・5歳児や中学校での食育教育（中学校2年生は調理実習） ・ランチで野菜120g以上を摂取できる飲食店を掲載したパンフレット「ひのベジ計画」作成
「適量飲酒」「運動習慣」「禁煙」	・特定健診の結果説明の際に、ウォーキングコースを紹介し、質問票から対象者を抽出してパンフレットを配布。 ・健診結果説明会では、過度の飲酒（3合以上）などハイリスクの方には時間をかけて個別に保健指導を実施。

**【本事業のポイント】**

- **あらゆる機会を活用したポピュレーションアプローチの実施**
  - ・ 子どもやその保護者等若い世代へのアプローチ
  - ・ 保育所・幼稚園・こども園・小中学校の給食の塩分測定を実施することで、食事内容についてアドバイス
  - ・ みそ汁等の塩分濃度測定や「ひのベジ計画」等住民に視覚的に分かりやすい情報提供
- **健康推進員による質の高い啓発活動**
  - ・ 健康推進員になるためには、町が実施する内容に沿った養成講座の受講が必要で町長の委嘱を受ける。健康推進員は出前講座で講師としても活躍している
  - ・ 健康推進員と町の保健事業担当職員でグループワークを実施することで、意見交換の場を定期的に設けている
  - ・ イベントなどで具だくさんの「健康みそ汁」を試飲してもらい減塩の意識づけをしている。また、野菜摂取推進のためのポスターを自作し、各自治会に掲示してもらうことや健康レシピ等を配布するなど独自の活動を展開している

**【成果】**

- **関係機関との連携の強化**
  - ・ 日野町健康推進協議会をはじめとする関係機関や市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。
- **減塩に対する意識や行動の変化**
  - ・ 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350g以上摂取している人の割合は増加した。（過去2年平均）



- 家庭血圧の習慣的測定と記録をすることで、認知症等を予防し、健康寿命の延伸をすることを目的とした産官学連携事業
- 家庭血圧測定の大切さを様々な場で啓発することで、40歳以上の約15%と多くの町民が参加
- 約9割の参加者が毎朝毎晩血圧測定を実施し、高い継続率を実現
- 町全体の豊かなソーシャル・キャピタルを活用。住民同士、住民と保健師等町職員の日頃からの信頼関係が事業の発展の土台

【事業概要】

実施内容

- 認知症等の予防のために、家庭で血圧を習慣的に測定・記録することを推進する事業。能勢町の健康長寿事業として実施するとともに、認知症予防と家庭血圧の関係を検証する大阪大学の研究事業にもなっている。（通称：のせけん）
- 40歳以上の町民であれば、誰でも参加できる。
- 参加者の体組成（筋肉量・脂肪量）、認知機能・体力等（64歳以上のみ）を測定する「のせけん測定会」を実施し、家庭血圧測定の効果を検証している。
- 参加者は、貸与された血圧計で自分で毎朝毎晩血圧を計測し、計測した血圧値を血圧手帳に記録する。半年ごとに、医師が記録を確認し、コメントを記載して参加者1人1人にフィードバックする。
- のせけん測定会では、測定結果を踏まえ、参加者が自身の健康づくりを医療専門職と一緒に考える機会を設けている。

「のせけん」及び「のせけん」関連の取組	
のせけん	家庭での血圧を習慣的に測定・記録をすることで、健康寿命の延伸を目的とした事業
のせけん測定会	体組成（筋肉量・脂肪量）測定、体力測定・認知機能測定（64歳以上のみ）等を実施、家庭血圧の測り方を説明。のせけんへの参加にはまず本測定会への参加が必要
いきいき百歳体操	高齢者の通いの場としてのせけん以前から町内全地区で実施している取組。この場でものせけん測定会を実施
のせけん通信	広報折込として毎月1回程度発行。のせけんの紹介や医師・保健師のコラム、健診の受診勧奨などを掲載

【本事業のポイント】

- 積極的な周知活動で高い参加率を実現
  - 参加者募集のために、集団健診会場や多くの住民に定着している通いの場、ワクチン接種会場などで積極的な周知を行い、男性の参加者が増加。
  - 自分の健康のためだけでなく、研究成果として世界に発信されるということが住民に響いており、理解を得ている。
  - 参加者数は1,153人（男性466人、女性687人）、40歳以上では町の同年齢の人口の15.4%が参加した。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。
  - 保健師の丁寧な地域への働きかけと、町の豊かなソーシャル・キャピタルが取組を後押しした。
- 参加者に対するフィードバックが参加意欲の向上に
  - のせけん測定会で様々な計測をしてもらえることや、医療専門職からフィードバックをもらえることを楽しみに参加している人が多い。



出典) 能勢町提供資料

【成果】

- 家庭での血圧測定が習慣化
  - 本事業をきっかけに計測するようになった人は75%で、約9割（86.5%）の参加者（以前から習慣的に計測している人を含む）が毎朝毎晩の血圧測定を行っている。
- 血圧測定による意識の高まりや内服状況の変化
  - 「血圧を意識するようになった」「筋力維持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」など、健康意識が変化していることが分かった。
  - 測定の実践により降圧薬の内服状況も変化した。400人中32人が新しく降圧薬を開始した。  
※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名に対するアンケート結果より

- 高齢者が訪れる可能性の高い場所・相談できる場所として市内約400ヶ所の薬局をフレイルチェックの会場に
- フレイルチェック、結果説明を薬局薬剤師が実施できるような市と薬剤師会で連携して研修

【事業概要】

実施内容

- 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、フレイルチェックを実施。毎年度対象者を見直しており、令和3年度からは65歳および70歳の国保加入者を対象としている。

フレイルチェック質問票の内容

- 基本チェックリスト項目
- 特定健診の受診状況
- 食べられる食品
- 歯の本数 など

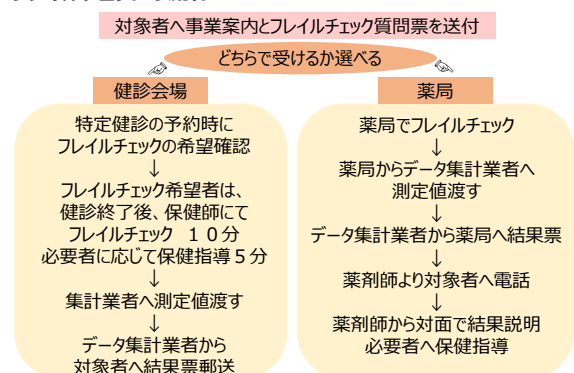
フレイルチェックの内容

- 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
- だ液ゴックン（30秒間）テスト
- 咀嚼チェックガム

フレイルチェック  
協力薬局の目印

新型コロナウイルス感染症  
対策のため、自宅等で行う

フレイルチェックの流れ



【本事業のポイント】

- 薬局でのフレイルチェックを実施
  - 高齢者が訪れる可能性の高い場所・相談できる場所として、また同時に特定健診の受診勧奨を行える場所として、事業実施場所に薬局を選定。
  - 薬剤師会を通じて、フレイルチェックに協力してもらえらる薬局を募集。例年約400ヶ所が協力（市内の薬局数約800ヶ所）。
  - 新規の協力薬局に対する研修会では、市の担当者から事業の趣旨を説明、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。

【成果】

- フレイルの啓発
  - まだまだフレイルチェックの実施率は高くないため、具体的な指標をもって成果を確認できるようになるためには、実施率の向上が期待されること。
  - ただ、「フレイル」という言葉を耳にする機会にはなっており、認知度向上に寄与している。
- 薬剤師会との連携の強化
  - 事業を通じて、薬剤師会との連携が一層図れるようになった。
  - 市と薬剤師会の連名で「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。



出典) 神戸市提供資料

**【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**

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%)

- 通知を受け取った対象者がかかりつけ薬局等で、薬の飲み合わせに問題がないか確認・相談を促す取組
- 市の3つの医師会、4つの薬剤師会等と「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。助言をもらいながら、毎年ブラッシュアップした事業を実施している

**【事業概要】**

**実施内容**

- 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。
- 対象者は通知を受け取った後、薬局等に通知を持っていく。服薬状況に問題がある場合、薬剤師が処方医に連絡をとり、処方内容の調整を行う。
- 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。
- 令和3年度は、国保10,000人、後期34,000人に対し、6回に分けて送付。



出典) 広島市提供資料

◀通知の工夫  
 情報を最低限とするなど、  
 ぱっと見た時に内容がわかるような通知



出典) 広島市提供資料

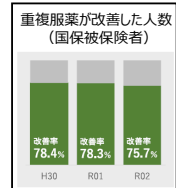
◀封筒の工夫  
 高齢者でも開けやすい  
 ミシン目がついている封筒

**【本事業のポイント】**

- **医師会・薬剤師会と協力して事業を実施**
  - 広島市、広島地域の医師会、薬剤師会、全国健康保険協会広島支部で、連携協力協定を締結。
  - 毎年、年度当初に関係者で合同会議を行い、事業内容を協議の上、事業を実施している。
  - 協定を締結した事で、薬局が医療機関に問い合わせをするハードルが下がり、連携がとりやすくなったという声もある。
- **薬局への支援**
  - 本事業では、薬局が、通知書に記載した二次元バーコードを読み込むことにより、服薬に関する詳細情報の確認や、服薬情報レポートの簡便な作成が可能となる専用システムを利用することができる。
  - 市が、薬局のカウンターに置けるような、事業周知に向けたリーフレットの作成を行い、薬局に提供している。

**【成果】**

- **約7割の対象者が改善を達成**
  - 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
  - 医薬品の使用数（令和2年度の国保被保険者）は、1人当たり12.5種類から、11.2種類に減少



・ H30  
 879人/1,121人  
 ・ R01  
 889人/1,136人  
 ・ R02  
 961人/1,270人

出典) 広島市提供資料

- **令和2年度に約2,400万円の医療費削減効果**

※薬剤費は、保険者負担と本人負担分の合計額

	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 18

**【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**

人口：1,333,689人  
 国保被保険者：29,401人 (22.0%)  
 高齢者人口：41,049人 (30.8%)

- 向精神薬の重複処方がある患者と重複処方している医療機関の双方へ、重複処方の状況を通知
- 取組開始翌年に通知対象者「約70%」減、これまでの通知対象者の行動改善「100%」達成

**【事業概要】**

**実施内容**

- 対象者を毎月2段階で選定。
  - 1段階目：具体的な抽出基準に基づき通知対象者リストを国保連にて作成。
  - 2段階目：リストの対象者の向精神薬の重複処方量が基準を超えていないか、市独自の算出フォーマットを用いて、市の保健師が確認し最終的な通知対象者を決定。
- 市から向精神薬の重複処方患者と処方医療機関の双方に通知。患者には薬剤処方に関する相談を医療機関へ実施するよう依頼。
- 毎月の対象者リストから対象患者の受診行動を継続的にモニタリング。

**事業関係者**

関係者と役割	
事務職員	通知の発送、患者からの薬剤以外の事業への電話対応
保健師	2段階目（最終）の通知対象者の選定、患者及び医療機関から要請があった場合の相談対応
国保連	1段階目の通知対象者を毎月抽出
市の医師会	事業の助言や協力、対象者の抽出について助言
市の薬剤師会	必要時にはいつでも事業の相談に対応
県央保健所・県	対象患者に薬物依存症の可能性がある場合に連携 ※薬物依存に強い医療機関や患者会・家族会を紹介

**【本事業のポイント】**

- **確実に重複処方を止めるための通知**
  - 患者宛の通知には、重複処方されている薬剤名、薬を受け取っているすべての医療機関名を記載。加えて、各医療機関へ相談があった場合に対応してもらうよう連絡していることを明示。
- **対象者選定に保健師が集中できるように薬剤に関する相談以外は事務職が対応**
  - 業務負荷が高い場合は、専門職と事務職で情報共有しつつ業務を分散し対応。
- **理解が得られない患者に対しては向精神薬の重複処方の法的な問題点を伝える**
  - 通知を受け取った人からクレームに近い電話がかかってくることもある。その際は、麻薬取締法についてお話することで自分が大変なことをしていると気付いてもらう。

**【成果】**

- **事業開始翌年には通知対象者約70%減**
  - 平成30年度事業開始時の対象者は13名、翌令和元年度には4名へ減少、以降も減少している。
- **100%の行動改善を達成**
  - これまでに通知を行った対象者は延べ20名、通知医療機関は延べ77か所。
  - 対象者全員の行動改善を確認している
- **医療機関からの感謝と事業継続を望む声**
  - 重複処方をしてきたことに気付かせてもらった感謝と今後も事業を続けてほしいという声をもらっている
- **事業開始以降、約800万円の医療費削減効果**
  - ※あくまでも参考推計であり、正確な削減額ではない



- コロナ禍だからこそ、住民の健康二次被害を予防するための運動教室事業実施
- 従来事業の問題点である、参加者の固定化と男性参加率の低さの改善を目指したアプローチ
- ICTを活用し、健康運動教室や家庭での活動の成果を見える化し、参加者のモチベーション向上につなげる

【事業概要】

実施内容

- ・ 町長が中心となり推進する『スマートウェルネスシティ』の中心施策として令和2年度から実施。
- ・ 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、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取組を開始。
- ・ 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町の運動教室（健康運動教室）を紹介。
- ・ 参加者は、運動指導士の指導を週1回受講し、ICT機器（活動量計）を身につけて週5日ウォーキングと筋トレ運動を自宅で行う。
- ・ 参加者へ毎月実績レポートとして実施記録を渡す。開始前、3か月、9か月後に体力測定を行い効果を評価。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予定。
- ・ 教室には町の保健師や栄養士も足を運び、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る。
- ・ 教室会場に地域のコミュニティの場としての役割も持たせるため、今年度途中から教室の場所を固定し、



出典）あさぎり町提供資料

【本事業のポイント】

参加者募集の工夫

- ・ 男性の参加促進に力を入れ、医療機関から紹介や、健診結果説明会での声かけを実施。一人暮らしの方を地域に繋ぐために声をかけたケースもある。
- ・ 1年目の参加者に効果や感想を取材し、広報誌で特集ページを組んで2年目の募集を行った。掲載した写真が好評で夫妻での参加も増加。



出典）あさぎり町提供資料

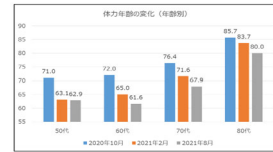
継続的な健康づくりのための支援

- ・ 毎月の実践状況が分かるシートでは、目標値クリアで色が付いたり、点数が付くなど、モチベーションに繋がるよう工夫。
- ・ 運動しながらも交流が図れるよう、教室参加の動機など発表の場を設け、参加者どうし声をかけあって事業を継続できるよう工夫。

【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。特に70歳代では平均67.9歳となるなど改善が顕著。



出典）あさぎり町提供資料

無関心層への働きかけ、運動指導実践の場の確保

- ・ 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の増加にもつながった。

- 地元商工会や金融機関の協力を得て個人インセンティブ事業を実施
- 地元との連携・健康づくりを通じて、住民の健康を高め、町の活性化に繋げる

【事業概要】

実施内容

- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ インセンティブの内容は、温泉入浴ポイント（満点になると入浴無料）、健康関連グッズ。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当たる抽選会、特定保健指導受診者にはプールの利用券を10回分等
- ・ 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。特定健診については特定健診受診率、継続受診率で評価。

事業の関係者

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、飲食店で料理の提供

【本事業のポイント】

地元との連携・健康づくりを通じて、町の活性化に繋げる

- ・ 国保、介護、保健衛生係でインセンティブ事業を企画。各係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。
- ・ 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共に、町の健康状態について情報提供。
- ・ 「スマート定期」は、高鍋信用金庫から地域貢献をしたいと話をいただき、平成23年から事業開始。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った等地域の健康づくりにさらに関わってもらっている。

インセンティブの効果が出る工夫

- ・ インセンティブの内容は、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。
- ・ 「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る、継続受診を促している。



出典）高鍋町提供資料

【成果】

健康づくりの成果

- ・ 体操教室参加者の主観的健康観が向上した。
- ・ コロナ禍もあり、健診受診率は低下傾向にあるが、2年連続の健診受診率は約7割となっている。

町の活性化の成果

- ・ 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ったことにつながった。
- ・ 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。
- ・ 今後、抽選会参加事業者に認知症サポーター養成講座を受講いただく等、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。

### III. 国民健康保険における予防・健康づくりの課題と今後の取組 に関する有識者ヒアリング





# 第 1 章 実施概要

## 1 目的

国民健康保険における予防・健康づくりの実施状況、課題、必要な支援、今後の方向性等について把握することを目的として、国民健康保険における予防・健康づくりに知見のある有識者に対しヒアリングを実施した。

## 2 調査対象

国民健康保険団体連合会の保健事業支援・評価委員、自治体の統括保健師等の専門職や保健事業の事務職経験者など国民健康保険の保健事業に携わったことがある有識者 12 名を調査対象とした（図表 1-1）。

図表 1-1 ヒアリング対象者

(掲載順)

対象者	実施日
浜松医科大学医学部医学科健康社会医学講座 教授 尾島 俊之氏	2022 年 1 月 17 日
長崎大学生命医科学域 教授 大西 眞由美氏	2022 年 2 月 8 日
武庫川女子大学公衆衛生看護学分野 教授 和泉 京子氏	2021 年 12 月 3 日
島根県健康福祉部健康推進課 医療保険・医療事務指導スタッフ 主幹 管理栄養士 坂 秀子氏	2021 年 12 月 27 日
滋賀県健康医療福祉部医療保険課 課長補佐 井上 広法氏、副主幹 保健師 清水 葉子氏	2021 年 12 月 27 日
大阪府富田林市健康推進部保険年金課 保健事業係長 保健師 中野 葉子氏	2021 年 12 月 15 日
島根県邑南町保健課 主任専門員 保健師 北野 沙央里氏	2021 年 12 月 16 日
元静岡県統括保健師 土屋 厚子氏	2021 年 12 月 8 日
元静岡県国民健康保険団体連合会 保健師 高塚 祐子氏	2021 年 12 月 14 日
佐賀県国民健康保険団体連合会 事務局次長 小池 泰明氏	2021 年 12 月 23 日
国民健康保険中央会 保健事業専門幹 三好 ゆかり氏	2022 年 1 月 7 日
合同会社生活習慣病予防研究センター 代表 岡山 明氏	2022 年 1 月 14 日

## 3 調査項目

国民健康保険の予防・健康づくりに関わった経験や専門的な知見を踏まえ、以下の 5 点を中心に、

今後の予防・健康づくりの方向性や重点的に取り組むべき内容等について自由に話していただく形式で聴取した（図表 1-2）。

図表 1-2 主な調査項目

- |   |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"><li>① 被保険者の健康課題と予防・健康づくりの取組内容</li><li>② 国民健康保険担当部署の体制、健康増進担当部署等との連携体制</li><li>③ 次期データヘルス計画等を見据えた今後の予防・健康づくりの取組方針と重点事業</li><li>④ 都道府県や国保連合会による市町村支援について</li><li>⑤ 厚生労働省、都道府県、市町村に期待されること</li></ol> |
|---|

#### 4 調査方法

対面又は Web 会議（Zoom）による個別の聞き取り調査とした。調査前には、対象者別に想定質問を作成し事前送付を行った。

## 第 2 章 結果概要

# 国民健康保険における予防・健康づくりの課題と今後の取組に関する有識者ヒアリング【結果概要】

## 1. 取り組むべき内容・活動

### ■ データ分析と質的分析による地域の健康課題に応じた取組の実施

同じ都道府県内であっても、市町村や地域によって健康課題が異なることがある。地域の健康課題の抽出のため、KDB等のデータ分析をこれまで以上にきめ細かく行う必要がある。さらに、データ分析結果と保健事業等で収集した住民の質的情報と合わせて、その地域で必要とされる取組はどのようなものかを検討し、実施することが重要である。

### ■ ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチのバランス

今後、若い世代からの健康意識の向上や健康づくりが今まで以上に重要となる。地域づくりの観点を持ち、国保部門と衛生部門が連携して、地域の予防・健康づくりを実施する必要がある。現在、保険者の多くが取り組んでいるハイリスクアプローチのみで十分な効果を出すことは難しい。ポピュレーションアプローチをバランスよく実施していくべきである。

### ■ 地域における被保険者像の明確化と必要な個別性の高いアプローチ

国保の被保険者像は一律ではない。地域や人口構造、主要産業等によって、人物像、健康課題、文化や地域との結びつきは異なるため、各地域にいる被保険者像を明確に把握することが重要である。また、被保険者の中には、生活への困窮や孤立・孤独を背景に、健診・医療を受診していない層も少なくない。こうした被保険者の健康課題を解決に向けては、個別性の高いアプローチの重要性が高まっている。

## 2. 効果的な取組体制の構築

### ■ 庁内の密なコミュニケーション、他部門との一体的な活動

地域の健康課題に応じた予防・健康づくりを考えるには、庁内関係者間の密なコミュニケーションが重要である。関係者が定期的集まり、議論やワークショップを行うことは連携の深化に効果的である。国保部門と衛生部門、介護福祉部門との間で予算や取組に溝を作らず、一体的に活動することが望ましい。問題意識や現状を日常的に共有・連携し、事業を相互に補い合うよう工夫・構築することで、被保険者、住民に対する取組や活動のアイデアが広がり、活動の効果が高まることになる。

### ■ 市町村、県・保健所、国保連合会、医療機関等の連携体制の構築

国保の予防・健康づくり活動にかかわる各主体（市町村、県・保健所、国保連合会、医療機関等）が、地域の現状や課題について理解を深め、主体間で共通認識を持ち、取組を推進することが重要である。各地域で、各主体が情報共有・議論・意思決定する機会を定期的に設ける等の体制整備が必要である。

### 3. 重層的な支援体制の構築

#### ■ 国保連合会における支援強化

国保連合会は、保険者である市町村や都道府県の活動を支援する上で非常に重要な支援的役割を果たす。KDBを用いたデータ分析、支援手法の充実、好事例の展開などの支援力の向上に向けて、人材のスキルアップ、ノウハウの蓄積に努めることが求められる。

#### ■ 体制構築をはじめとした都道府県の役割の強化

都道府県は保険者として、市町村での活動の支援者として、予防・健康づくりの活動に対して責任を持って役割を果たすことが求められる。特に、体制整備への役割の発揮が求められており、保健所が市町村の活動を支援できるような体制づくりが期待される。また、予防・健康づくりを進めるにあたっては、医療機関・医師会との連携が不可欠であり、都道府県が中心となって連携体制を構築していくことが求められる。

#### ■ 国における支援強化

国には、全国レベルでのデータ分析に基づく予防・健康づくりの事業のエビデンス構築とその情報提供が求められる。また、保険者が活用できるツールの開発・提供も、国の役割として求められている。さらに、保険者において予防・健康づくりが進むように、その理念を常時発信することや制度のスリム化の推進も期待される。

### 4. 予防・健康づくりを担う人材の育成

#### ■ データ分析の結果を実行に移す力の向上

予防・健康づくりを進めるためには、データ分析に基づく地域の健康課題を、その解決に向かう取組に落とし込む力が必要である。人材が不足しがちな規模が小さい市町村に対しては、都道府県や国保連合会が、相談支援の体制を構築することや専門職の派遣等の支援をすることが効果的である。

#### ■ 保健師等専門職のスキルアップ

地域で被保険者と向き合い、予防・健康づくりの中心を担う保健師等専門職のスキルアップが極めて重要となる。一方で、ベテラン人材の引退や人材不足も課題になっている。個別性の高いアプローチにおいても、地域全体を俯瞰したアプローチにおいても、新しい知識と専門的スキルが必要である。各種研修への参加や活動の手引きなどのツールを活用しつつ、専門職の力量向上をこれまで以上に図る必要がある。

### 第 3 章 ヒアリング結果

次頁より、ヒアリング結果を掲載。



## 有識者インタビュー

# 質的な分析力を向上させ、 健康課題解決にむけた 地域特性に応じた取組の 企画を

### 浜松医科大学医学部医学科 健康社会医学講座 教授 尾島 俊之 氏

公衆衛生学、疫学を専門として、生活習慣病予防の研究や人材育成等に取り組む。静岡県国保連の保健事業支援・評価委員会委員長、国保中央会の国保・後期高齢者ヘルスサポート事業運営委員会委員を務める。



#### ◆保険者による予防・健康づくりの取組の方向性

保険者が今後どのように予防・健康づくりに取り組んでいけば良いかについて、以下の3点があると思っています。

#### ①ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチの両方の推進

一つ目に、ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチの両方をバランス良く進めていくことが必要です。現在、保険者の多くは一部の重症化予防対象者向けのハイリスクアプローチのみに力を入れていて、ポピュレーションアプローチが十分でないと思います。その背景には、ポピュレーションアプローチとして何をやっていいかわからない、他の部門との連携が必要にもかかわらずうまくできていないことがあるようです。

国から要請されている事業として取組内容が明確になっているのはハイリスクアプローチが多く、取り組みやすいということがあると思います。ポピュレーションアプローチの例として、これまで一番成功しているのは喫煙対策が挙げられます。健康増進法に受動喫煙対策が記載され、たばこ税が上げられたことは非常に効果的なポピュレーションアプローチですが、これは国にしかできないことです。地域での展開など、自治体でも取り組めるポピュレーションアプローチの好事例が増えればと思います。

また、ポピュレーションアプローチとしては、今後、高齢者の

保健事業と介護予防の一体的な実施が重要となりますので、他の部門との連携が欠かせません。高齢者の数は非常に多いので、専門職に限られる中で、ハイリスクアプローチだけでは十分な効果が出ません。介護予防は住民主体の通いの場を中心に進められており、この点は非常に重要です。令和2年度に全国国民健康保険診療施設協議会が実施した「中山間地域等における多世代型、地域共生型の地域づくりと介護予防との関係性に係る調査研究事業」報告書では、保健医療福祉分野で閉じるのではなく、地域づくりの分野と一緒に取り組むことを提案しています。より広い範囲・分野にまで広げて、従来一緒に仕事をしてきた人以外とも一緒に取り組むことが重要ということです。ただ、自治体・保険者の多くは、こうしたところまで実施することが自分たちの仕事だという思いには至っていないように感じます。この部分の意識の転換が必要だと思います。

ハイリスクアプローチを深化させつつ、ポピュレーションアプローチの必要性を理解し、他の部門と連携を取って両者をバランス良くしっかり行うことが重要です。

#### ②地域特性に応じた取組

二つ目が、地域特性に応じた取組の実施です。自治体のデータヘルス計画の支援をしていると、自分の地域にどのような健康課題があるのかをきちんとデータ分析しているところ

ろが多いです。ところが、その次の段階として、「その地域で何に取り組むか」になると、地域課題と取組内容が繋がっていない計画、国が強調している事業をそのまま書いている計画になっていることがよくあります。

例えば、ある自治体で疾病分類別医療費の分析の結果、精神疾患の医療費が非常に高いことがわかるグラフが示されていました。しかし、分析・読み取り、また実施内容には、精神疾患についての記載がなく、糖尿病や腎対策を一番に頑張るといって計画になっていました。精神疾患の対策を検討してはどうかと勧めても、「何をすればよいか分からないため、とりあえず横においておきます」と回答されてしまいました。別の自治体では、脳卒中の標準化死亡比（SMR）が高い分析結果がでているのに、取り組みの計画に反映されていませんでした。

データヘルス計画で、取り組みの計画を記載するときには、分析の結果を使いながら、地域特性に応じた取り組みを考えることがポイントです。

なお、精神疾患については、最近、精神障害にも対応した地域包括ケアシステム（いわゆる「にも包括」）の推進などの取り組みも行われるようになってきており、今後、その対策はますます重要と思われる。いろいろな地域での取り組みに関する情報収集も進めていく必要があります。

地域での取り組みを検討する時に、ベストプラクティスを他の自治体に横展開することがありますが、これに加えて「ポジティブデビアンズ」の考え方も重要と思います。ベストプラクティスは、すばらしいことを行っている事例を広げることですが、「とてもすばらしい人がいる」、「財政に余裕がある」など、他では真似しづらいこともあります。一方で、ポジティブデビアンズは、そうした恵まれた環境や要因はないけれども、なぜかうまくできている、この“なぜ”の部分を見ます。こうした自治体にお話を聞くと、「当たり前のことをやっているだけ」と言われるのですが、できていない自治体とは何が異なるのか、何故できたのかを、掘り下げるのが重要になります。長い期間をかけて実施し続けている自治体もありますが、何かのきっかけで取組を始めたところもあります。このような好事例について、特に取り組み開始当初の経緯等を見て、何かヒントを抽出できるとよいと常々思っています。

### ③生活困窮者、孤立・孤独者への対応

国は、貧困、孤立、孤独者への対策を強化するようになってきています。この点について、次の健康増進計画等に向けてどう取り込んでいくかが三つ目の点です。

国保の現場においては、こうした人の多くが特定健診を受けず取り残されており、どう支援するかが大きな課題になっています。

私は静岡県国保連合会と機能強化のための共同研究事業を実施しているのですが、健診も医療も受けていない健康状態不明者にどうアプローチをするかについても検討しています。この事業の一環として、モデル自治体において、KDB 等を利用して該当する人の数を把握してもらいました。その上で、健康状態等を確認するために、本人宛のアンケート調査を行いました。

今後は、その中で支援が必要な対象者への訪問などを実施して、事業を進める要素を整理して他自治体への横展開も行われたらと考えています。どれくらいきめ細かいフォローアップをするかで、取組の負担が異なりますので、そのさじ加減がポイントになりそうです。

私見ですが、どうしても健診を受けない人には、個別訪問をして、問診票と、血圧、身長、体重などの軽い健康状態の把握を行う仕組みができると良いと思っています。

### ◆必要な取り組みができる基盤づくり

保険者が今後必要な予防・健康づくりに取り組んでいくために、質的な分析力の向上や体制の整備等の基盤づくりが重要と思います。

### データヘルスと連携した質的分析力の蓄積

最近では、データヘルス計画で数字を見ていかないと時代遅れという雰囲気があって、質的な部分が軽視されがちです。質的な部分を意識しつつ数量分析を行うことが重要でしょう。保健師などが持つ、質的な情報の収集や分析力を大事にすべきだと良いと思います。

質的分析力が特に必要と感じるのは PDCA サイクルを回すという活動です。健診やレセプト等のデータが、KDB 等により容易に分析ができる時代になりましたので、それらの分析や「評価」は多くの自治体でかなり行われるようになりま

した。一方で、その後の、「改善」に苦慮している自治体が多いと感じます。その理由として、質的分析力が弱いことがあります。改善は、次年度や次回の事業の時に、どこをどのように変えるかを検討する必要があります。それらは、数量分析から機械的に答えが出るわけではありません。質的に、対象者や従事者、医師会等の関係機関の人等の話を聞いたり、保健事業等の体制（ストラクチャー）や過程（プロセス）等を振り返ったり、また取り組みに活用できる地域資源を把握したりする中から、良いアイデアがでてくるのだと思います。

データヘルス計画の中にそのような質的な分析結果も書き込んでおくことで、どのような取り組みをすると良いかを具体的に検討できるようになり、また取り組みを推進するような人の心を動かすデータヘルス計画になると思います。データヘルス計画本体に記載するのは難しいという場合には、データヘルス計画の補足資料として、質的な分析・検討を記載する形も良いと思います。

質的な分析力を高めるに当たって、国保連合会も役割を果たせると考えています。静岡県での共同研究事業で、国保連合会は数量分析が得意だということを感じます。その強みを発揮することは重要です。一方で、ややもすると数量分析中心になりがちです。また、国保連合会が自治体の支援を行おうとするときに、自治体がどのようなことに困っているのか、数量的な分析を行う前に、自治体の方の話をよく聞いてニーズを明らかにすることが重要と思います。また、どのような取り組みを既に行っているかを聞いて、他の自治体の参考にすることも重要です。共同研究事業では、国保連合会の質的分析力を高められるように、住民や関係者へのインタビューなどの質的な情報の収集・活用についても一緒に取り組んでいます。

さらに、県庁や保健所が支援的な役割を果たせると期待しています。県庁は、市町村等の現場職員が受ける研修を企画し、保健所と共に関わるとよいでしょう。保健所には関わられる潜在力があります。市町村と一緒に地域のことを考える機会になるとよいと思います。

### 市内関係者間でのコミュニケーション拡大

高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施では、

住民主体の通いの場の支援などのポピュレーションアプローチが重要になります。また、前述のように生活困窮者、孤立・孤独者への対応も必要な時代になっています。これらの課題は、ひとつの部署だけでの対応では十分な効果を上げることができず、市内の多様な部門の協働が必須となります。また、ある取組をする際、国が推進していることだけ、先進事例を真似するだけ、というのではなく、自分の地域で行うべきことを改めて考える必要があります。

それらを考えるに当たっては関係者間の密なコミュニケーション、特に市内連携、分野間コミュニケーションが重要とされます。自分の担当領域に限定すると、アイデアに広がりがなく、結局「やることがない」となりかねません。別の分野で同じようなことを目指して違う手法をとっていることも多いのです。広く市内・分野間でコミュニケーションを図ることで、新たな展開を探っていくて欲しいです。

その際、忘れてはいけないこととして、国保・住民の健康づくりでは、職域との連携が重要になるということです。国保の担当課からみると、職域は遠い存在でつながりを想像しづらいようですが、保健事業は働き盛りの若い年代への取り組みが重要です。実際に地域住民の健康状態、健康関連指標の改善には、職域との連携、職域からのアプローチは大きく影響すると思います。

市内のコミュニケーションのあり方については、「市町村保健センターの連携機能 ヒント集」を、是非参考にして欲しいです。まずは、他部署の人との個人的なつながりからはじめ、少しずつコミュニケーションを進めていく。それを徐々に公式な会議等に膨らませていくとよいのではないかと思います。

### 保健所・国保連合会・都道府県に期待される自治体・保険者への関わり

#### （保健所）

保健所については、地域保健法ができて市町村との役割分担が明確になりましたが、一部にひずみが出てきているのではないかと心配する声が聞かれます。地域住民、国保の被保険者に対する支援を、もう一度重層的に一緒に進めることを強調した方がよいのではないかという議論も出てきています。例えば、保健所の保健師を地区分担制にして各市町村の担当を置いてはどうでしょうか。そうすることで保



健所と市町村の担当者がいつも一緒に取り組むことができ、質的な分析力も高まっていくと期待されます。以前から、国保に関しては保健所の業務として明確にされておらず、関わりが乏しいと思います。しかしながら、都道府県が国保の保険者に位置づけられていますので、保健所も保険者の一部であるという位置づけをして関わっていくことが重要だと思います。

### （国保連合会）

国保連合会の保険者支援機能も重要でしょう。私は国保連合会が保健事業を進めるに当たって、医療機関との関係・連携を進めることが重要と考えています。医師会・医療機関は医療行為・医療判断において大きな責任を負っているわけですが、一方で、国保連合会は診療報酬の審査支払いやレセプト点検について、審査担当医師等とも協議しながら、推奨する保険診療を発信するなどの潜在力があると思います。医療と好ましい連携関係を築くことで、住民の健康を支えていけるのではないのでしょうか。また、健診の結果、治療して薬をもらっているにもかかわらず、数値が非常に悪い住民がいる場合、国保連合会は保険者や保健所等と共に、医師会やかかりつけ医等と状況をしっかり共有して、今後の対応を一緒に考えられると良いと思っています。

### （都道府県）

都道府県で重要なのは、俯瞰とコミュニケーションの二つだと思います。静岡県では以前から市町ごとのデータを集計して、一覧表や地図に載せてフィードバックしています。保健事業によっては、県と市町村が役割分担するというよりは一緒に取り組んでいることもあります。市町村の数字を地図にして出すのは俯瞰する機能です。それらによる状況認識を共有しながら、市町村と一緒に取り組むことはコミュニケーションを取ることになります。各市町村に寄り添った支援をしており、都道府県にできる重要な役割を果たしていると思います。

## ◆国に期待すること

### 国が絶えず理念を伝え続ける

厚生労働省には、事業を進めるにあたっての理念や考え方を、自治体・保険者に確実に伝えて欲しいと思います。

住民や被保険者と接する現場では、目の前のやらなけ

ればいけないことに、どうしても意識が強く働きます。あまりにその意識が強いと、本来は手段である事業が、進めるべき目的になりがちです。保険者を見ていると、国の全体的な方針、インセンティブに合わせて取組を行っているところが多いです。また、自治体の多くが、国は特定健診の受診率向上と糖尿病性腎症重症化予防だけを期待していると誤解しているのではないのでしょうか。実際には、ポピュレーションアプローチや、地域における種々の連携による取組みを推進したいと考えています。

国の施策の多くは、少子高齢化が進む中で、持続可能な形で人々の健康や幸福を維持・向上させることを目指しています。厚生労働省には、現場の視野が狭くならないように、絶えず取組みの理念や大局的なビジョンを伝えてほしいと思っています。

### （参考）

中山間地域等における多世代型、地域共生型の地域づくりと介護予防との関係性に係る調査研究事業

<https://www.kokushinkyo.or.jp/index/principalresearch/tabid/57/Default.aspx?itemid=780&dispmid=1547>

市町村保健センターの連携機能 ヒント集

<https://www.niph.go.jp/soshiki/11kokusai/hc-renkei/wp-content/uploads/files/hint.pdf>

## 有識者インタビュー

# セグメンテーションをした ヘルスプロモーションと、 対象を絞ったテラーメイド な個別アプローチを

長崎大学生命医科学域  
教授 大西 眞由美 氏

2014年度から長崎県の保健事業支援・評価委員会の委員を務め、2018年度からは委員長に就任。普段は大学教員として保健師教育に携わる。過去には、東京都（保健師）やJICA専門家の勤務経験がある。



### ◆特に力を入れてきた取組

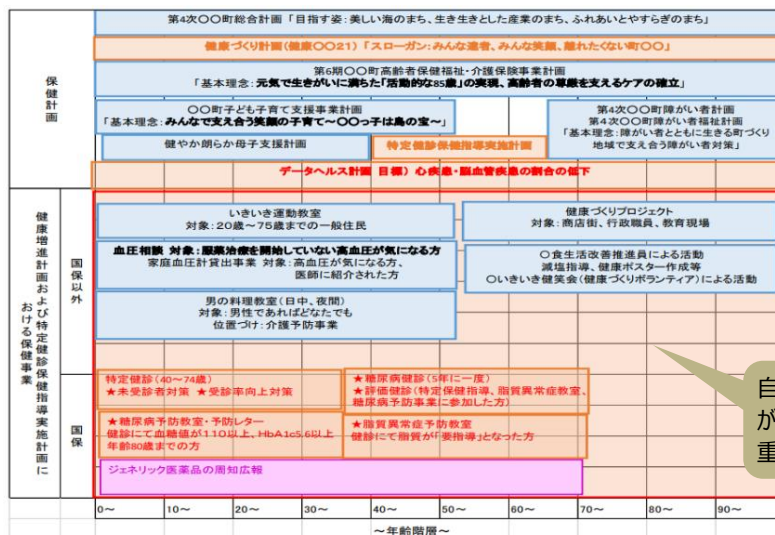
#### 自治体の部門を超えた多職種の共通理解醸成と国保連合会保健師の支援力向上を促した訪問支援

長崎県の特徴的な取組に、保健事業支援・評価委員会による訪問型支援があります。2016年頃に、大学の実習生を受け入れてもらっていた関係で、離島を度々訪れていました。船便の数が少ない関係でできた空き時間を利用し、自主活動として、自治体のデータヘルス計画担当者に対して保健事業計画等の評価計画を考えるためのワークショップを行いました。評判が良かったので、委員会活動の一環として、支援希望があった自治体に

対し、訪問支援を行うことになりました。支援・評価委員会委員と国保連合会担当で訪問します。

訪問支援の最大のメリットは、自治体の部門を横断して多職種に参加してもらえ、その結果、共通理解が深まることです。長崎市内での委員会に出席する形式だと、参加者が限られていましたが、訪問支援だと、国保だけでなく子どもや高齢者の担当部署からも事務職、保健師、栄養士など様々な関係者が参加してくれます。管理職が参加したときには、現場職員が感じている困りごとの理解を深めている様子が伺えました。

#### ▼自治体全体の保健関連計画・事業の関連図



自治体では、国保・国保以外で様々な事業が行われているので、部門間で連携することが重要

また、国保連合会の保健師が自治体への支援力を身に付ける機会になったこともメリットですね。委員が自治体へいろいろとコメントをしますが、国保連合会の保健師たちは支援終了後に文章化して自治体へ伝えるために、委員のコメントを一言一句漏らさないよう、書き留めていました。こうした作業の積み重ねにより、以前は委員が自治体へ行っていたような助言を、今では国保連合会の保健師が行えるようになってきている部分もあります。自治体から委員会へ提出される資料が以前よりも洗練されてきているのは、委員会の場合以外で国保連合会の保健師が直接自治体へ支援できるようになったからです。

### ▼2016年度の保険者訪問の様子



自主活動でのワークショップ時の話ですが、その際に注意したことは、感情と事実を話す時間を分けたことです。専門職は一生懸命取り組んでいるのにうまくいかない、理解してもらえない等、不満を抱えていることがあります。そのため最初に感情を吐き出してもらう時間を設け、その後、クールダウンしてから事実について語ってもらいました。そうすることで、感情と事実を分けて議論し、事実をフォーカスした保健事業の計画や評価をしてもらうようにしていました。また、保健師の苦手意識の一つとして、概念レベル（抽象度）の上げ下げがあります。例えば、未受診者対策、重症化予防などの具体的なトピックに対して、長期目標、短期目標の設定、指標の設定、活動の具体性といったことを概念レベルのサイズ感を考えながら、長期目標から評価指標のつながりがあるように整理するようにファシリテーションしていました。

### 異動があっても持続的に事業展開できるよう、都道府県単位での指標・助言事例集の作成

2018年には、東京都の支援・評価委員会で作成された評価指標例を参考に、長崎県版の評価指標例を作成しました。現場からは「プロセス」「アウトプット」「アウトカム」といった用語がわからないという声があったので、用語をかみ砕いて翻訳しつつ、何を書くべきかの例を示す工夫をしました。

ただ、せっかく評価指標例を作っても、現場では自治体の担当者が異動すると、それまで2～3年かけて積み上げたことが次の担当者に引き継がれないという事態が起こっていました。担当者の異動のたびに蓄積がリセットされるのは、取組の発展に大きな障害になります。そのため、初任者研修用資料として「データヘルス計画と個別保健事業計画の策定や事業評価に関するポイント」をまとめた資料や支援・評価委員会で良く出る質問をQA形式で整理した助言事例集を作成しました。これがあれば、初めて事業を担当する人でも、事業の方向性を理解して実行できるかと思います。

### ▼長崎県保健事業支援・評価委員会のあゆみ

2014年	支援を求める保険者に委員会に参加してもらい、委員と保険者が直接質問・助言等を実施
2015年	国保関連事業のみならず、自治体全体の保健関連計画・事業の関連図の作成
2016年	委員が保険者を訪問し、ワークショップを実施 委員と事務局が保険者を訪問し、助言等を実施
2017年	第2期データヘルス計画策定支援 “気づき”を“見える化”するための作業シートの活用 委員と事務局が保険者を訪問し、助言等を実施
2018年	東京都版評価指標例を参考に長崎版評価指標例の作成 委員と事務局が保険者を訪問し、助言等を実施
2019年	研修会で長崎版評価指標例について普及（初任者研修） 委員と事務局が保険者を訪問し、助言等を実施
2020年	オンラインによる助言等を実施 委員会に“民間”の視点を入れるために構成メンバーを検討
2021年	オンラインによる助言等を実施

### ◆今後の予防・健康づくりの方向性

#### 対象者それぞれにメッセージが届く保健事業

これからの保健事業は、セグメンテーション（ニーズや属性等で対象を細かくグルーピングすること）し、ヘルスプロモーション活動として受診勧奨、健康づくり、生活習慣病予防に取り組むべきです。

今の受診勧奨は、40・50歳代の男性と60歳以上の人で受診しない理由は本来違うのに、同じ声掛けをしています。行政は“みんな等しく同じに”と考えがちですが、“それ



ぞれの対象者に届くメッセージ”となるよう、届けたい人に届くメッセージの使い分けが必要です。また、意味のないこと、非効率なこと、根拠のないことは優先順位を下げる意思決定ができることが重要です。

このセグメンテーションの精度を上げるには、地元だからこそ分かる地域情報と広域で分析した地域特性を重ね合わせる点がポイントになります。長崎県からの委託で行った複数の自治体に対する質問紙調査の回収率が、各自治体の特定健診受診率と対応（相関）していることに気が付きました。普段からの自治体の健康施策に対する姿勢、住民の健康意識等が影響しているのではないかと考えています。こういった傾向や特徴は、自治体単位よりも広域、例えば、都道府県や保健所レベルで俯瞰して評価分析（アセスメント）できるとよいように思います。

### ヘルスプロモーションと分野横断での個別アプローチを掛け合わせる

特定健診や特定保健指導の開始以降、一貫してヘルスプロモーションが行われてきましたが、受診率は頭打ちになっています。受診しない人や重症化する人は、引きこもりやメンタルヘルス等の課題を抱えている場合もあるかもしれません。このような方が、一般的なメッセージで受診をするとは思えないので、ターゲットを絞ってテラーメイドのアプローチが必要となります。ヘルスプロモーションの最大公約的な関わりではなく、多重課題を抱えている方に対しては、丁寧な個別支援が必要であり、地域保健の保健師や福祉分野の関わりが重要になります。国保の担当者だけでなく、保健・医療・福祉・教育分野で横断的に関わるといいでしょう。

地域保健法が制定される前、地区担当制で丁寧な地区活動を行っていた経験をもつ保健師らが現役のうちに、そのノウハウを伝承していただく方法もあるように思います。

#### ◆国、都道府県、国保連合会に期待すること

### 【国】予防・健康づくりに限らない、広範での医療費削減の議論

国は、生活習慣病を予防して健康な期間を延ばすことで医療費を減らすと言っていますが、寿命が延びると、当然

ながら医療費は増えます。たとえ重症化する人は減らせても、母集団にあたる高齢者が増えると医療費は削減できません。国保の健康づくりだけで、医療費削減を行うには無理があるのではないのでしょうか。医療費がかかっている精神疾患の入院医療を含めて、幅広い議論が必要ないように感じています。

### 【都道府県】広域で保健事業を支えるという視点での予算・人員の確保

都道府県にお願いしたいのは、広域の視点での体制整備です。ヘルスプロモーションは市町村の国保課が行いますが、テラーメイドの個別アプローチについては人員や予算の面で実施が難しい場合が多いと思われます。都道府県が予算、人員を確保して市町村で事業実施できる柔軟な体制を取ってもらえるとよいと思います。

都道府県での人材配置、育成についても期待しています。都道府県の担当者が、事業やデータ分析について主体的に関わる意識を持てれば、市町村と一緒に取組を強く推進していけるように思います。また、意思決定を行うポジションに保健師を配置できれば、現場の課題や事業方針をスムーズに理解してもらえるのではないのでしょうか。ただし、保健師の言語化能力が洗練されていないと、事務職と上手く意思疎通できず事業化もできませんし、保健師でも事務職でも分析結果の意味を理解できる人がいないと保健事業に活かすことができません。分析結果の意味を理解した上で、現場の課題や事業の方針、意義が専門職と事務職で共有されることが重要です。

また、広域で専門的支援を担う点では、保健所の役割も重要です。保健所には人材育成を頑張ってもらって、データ分析やワークショップの実施等で協力を得られると現場から喜ばれると思います。

### 【国保連合会】保健師の統計的な知識の底上げ

ここ数年で、長崎県国保連合会の保健師は、支援経験を積み重ね、保険者をサポートできる言語化の力を付けてきました。私が次のステップとして目指してほしいのは、統計的なアセスメント力を身に付けることです。自分で多変量解析を行う必要はありませんが、業者や大学等の研究者に分

析を委託する場合も、何をどう分析したら何が導かれるのかという統計的な知識を持って発注してほしいです。KDB のローデータから Excel でクロス集計表を作成するのは自分でできるとよいですね。それができると、例えば年齢別で受診理由に差があるという仮説を立てて検証することができます。

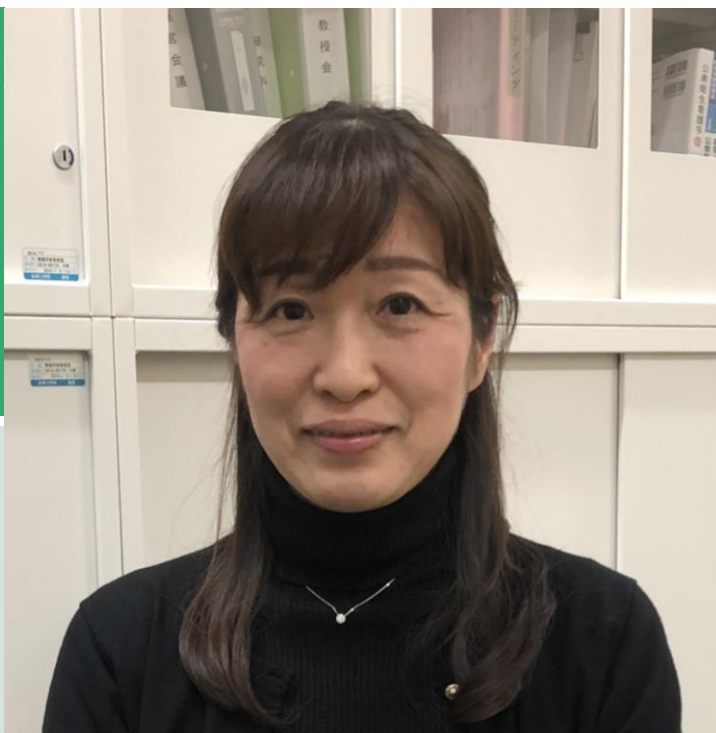
忙しい業務の中で、こうした力を付けるのは大変だと思います。今後は、保健師教育の中で教育し、統計解析の知識・能力を一定程度獲得した保健師を輩出していくことも重要だと認識しています。

それから、行政の保健活動は閉鎖的に感じる部分があります。保健分野の人でなくても、ファシリテーションを専門とする人や民間の視点を入れるように開かれた支援・評価委員会になっていくことで、保険者の考えに対して、有効な助言ができる、本当の意味でより寄り添った支援ができるようになるのではないかと思います。

## 自分の地域が抱える 独自の健康課題に 気づくために

### 武庫川女子大学公衆衛生看護学分野 教授 和泉 京子 氏

公衆衛生看護学が専門。生活習慣病予防、介護予防について自治体と共同研究を進める中で、特定健診制度の開始をきっかけに、国民健康保険に関わる。現在は、大阪府の保健事業支援・評価委員として、市町村保険者への支援を積極的に進める。



#### ◆国民健康保険の現状と課題認識

##### 特定健診・特定保健指導の仕組みの意義

特定健診の制度が始まり、保険者が被保険者の健康に責任を持って健診を実施することになりました。もちろん、それ以前からも市町村では老人保健法に基づき住民への健診を行っていましたが、保険者別の健診受診状況は明確ではありませんでした。また、健診の結果がその後の保健指導や治療につながっているのかといった実態も明らかになっていませんでした。例えば、乳幼児健診は未受診者も含め全数を把握することでリスクを見出し支援につなげやすいのですが、成人については、全体像すら見えていなかったと言えます。特定健診・特定保健指導の仕組みにより、対象者を100%把握できますので、非常に大きな改善・進歩だと思います。一方、乳幼児健診の受診率は90%を超えるのに対して国保加入者の特定健診受診率は約40%であり、未受診者対策をはじめ健康づくりには課題が多い現状です。

##### 分かりづらい国保の被保険者像

私は、2014年頃から国保に関わるようになりましたが、当時、そもそも国保の被保険者とは一体どういう人なのかということを理解できていませんでした。国保の被保険者として65歳以上の定年退職した人のイメージは容易につくのですが、一方で若い層はイメージがつかづらいのです。現場の保

健師に聞いても、国保の被保険者がどのような特徴がある人なのか、具体的に分からずにいました。

特定健診等の実施によって、確かにデータは利用できるようになりました。しかし、対象が曖昧なままでは具体的・効果的な事業を行うのは難しいでしょう。

いろいろ調べると、被保険者のイメージはつかめてきます。例えば、大阪市では飲食店関係の被保険者が全体に多いのですが、大阪府南部の海沿いの地域では、漁業や農業、さらにトラック流通センターがあることから運転手も多いことがわかりました。

被用者保険の加入者は、仕事内容や経済水準などをある程度想定できますが、国保加入者はそれが難しいと思います。そのため、私は、市の保健師と互いに事業対象者のイメージをつけながら、支援（委員会）に関わるようにしています。地域の状況をよくみて、加入者像を明確にすることが重要です。

##### 急がれる経済弱者への対応

私は社会経済格差の問題についても関心を持っており、所得が低い被保険者の健康状況を把握する観点から羽曳野市および泉佐野市と共同研究をしました。健診を過去5年間、医療機関を過去1年間、いずれも受診しておらず、かつ国保保険料の軽減を受けている人に家庭訪問を

実施しました。実は、このとき実際に訪問を許可してくれたのは、依頼した人の1割に過ぎませんでした。こうした人と接点を持つことはとても難しいことです。家庭訪問したあるベテラン保健師は「あんな寒い部屋にはこれまで行ったことがない」、「40歳代の夫婦の二人とも歯が一本もなかった」と驚いていました。国保の加入者の中でも、特に困っている人、健診受診どころではない生活状況の方が少なからずいるのです。障害者や家族の介護をしている人も多く見られます。家族が介護を担っていた訪問先では、本人が施設に入所できた、家族が安心していましたが、その矢先に本人が亡くなったケースがありました。本人は糖尿病もあり、健康状態は待たなしの状況でした。このような手遅れになるケースを防ぐためには、過去に医療機関にかかっていない、健診受診がない人に対してアプローチすることがとても重要です。

生活に困っている場合、一度目の家庭訪問では、生活に困っているといった話が出ず、そのときは健診を受けると話していても、実際には健診受診につながらないことも多いようです。2度目の訪問で、ようやく実は生活に困っていると話してもらえることがあります。こうした個別の手厚い取組は非常に手間も時間もかかります。忙しい現場で、こうした取組に踏み出すのは躊躇されるかもしれません。しかし、少し視点を広げてみましょう。今回の家庭訪問者の何人かは、腎機能が非常に悪く、透析寸前の状態でした。一人が透析をしなくてすめば、年間540万円程度の医療費の削減につながります。一方で、取り組む保健師等の人件費はかかることとなりますが、全体で見れば費用対効果は悪くないはずです。

### 国が示した健康課題の外側にある、市町村独自の健康課題

今は保健師が非常に多忙で、通常の業務以外の自由な発想に基づく保健活動が困難になっていると感じます。保険者努力支援制度を例に挙げると、点数を獲得することは大事なわけですが、その制度の中で指標とされている健康課題に対する事業が非常に多いです。現状では、その外側、範囲外にも課題があるのです。国が決めたものだけでは、できないことがあると考えています。保険者努力支援制度においても、市町村独自の地域特性に応じた保健事業の取組

が認められるような点数があるといのではないかと思います。

### ◆都道府県における今後の課題

#### 都道府県単位によるデータ提供とデータの利活用にかか る人材育成・確保

大阪府のヘルスアップ事業をみていると、市町村ではデータを触るのが苦手だったり、得意であってもデータ利用の時間がとれていなかったりして、データの活用が進んでいないようです。どの市町村でも必要とされるデータはある程度共通していますので、府には、国、府、自分の市町それぞれのデータを比較できるようにしてまとめて提供して欲しいと思います。府が国保連合会と連携すればデータの利用可能性が広がります。現状では、その時々市町村の担当者が持つスキルに差が大きく、それに依存せざるを得ませんので、府にはKDBデータやその分析に長けた人材の確保や育成を是非お願いしたいです。

#### 被用者保険とのデータ連携による支援

糖尿病が重症化すると人工透析を受けなければいけなくなります。先ほど示したように、透析をする人が一人増えるだけで財政を圧迫することになりかねません。透析をしている人の中には、以前は協会けんぽの被保険者だった人がいます。糖尿病で仕事ができなくなって国保に移ってきている可能性があるのです。協会けんぽは中小企業の保険者ですが、特定健診受診率は高くない状況です。

協会けんぽ加入者のデータを国保で共有できれば、地域の健康課題が一層見えやすくなり、効果的に対応できるようになるでしょう。この点でも府が中心となって関わると良いと思っています。

国保加入者の中で、どんな人が健診を受診しているのか、あるいはしていないのかを見ていると、以前からの国保加入者と、定年退職後に国保に入った人で違いが見られます。以前被用者保険に入っていた人の多くは、毎年健診を受ける習慣ができており、退職後に国保に移ってきても、健診を毎年受けていると考えられます。一方、そうでない人に、健診の習慣がない人が多いのではないのでしょうか。こうしたデータから、事業の対象者（ターゲット）を決めてアプローチが



できるのではないかと考えています。行政では平等であることも大切ですが、私は、誰もが健診を受けられる公平さが重要だと考えています。

#### ◆市町村における今後の課題

#### 本当に欲しいデータを取得できる委託にするために、委託業者へ問題意識を明確に伝える

国がデータヘルス計画について手引きを作っています。非常に良くできていますので、それを見れば、各市町村は一定の水準で計画を策定できると思います。

そうした中で、データヘルス計画の策定を外部の業者に委託することが多いのですが、複数の自治体の計画を見みると、いくつかの決まったパターンになっていて、地域特性に応じた健康課題に十分応えられていないと心配しています。この背景には、市町村が本当に欲しいデータを取得できるような委託になっていないことがあります。例えば、委託業者の中には、詳しい計画を作成しているところとそうでないところが見られます。こうした違いの背景には、委託する側、つまり市町村側の委託内容の違い（仕様書が詳細であるか等で）にも原因があるのでしょうか。より望ましい市町村にあったデータヘルス計画にするには、市町村側の問題意識が明確になること、受託者と委託者が良くコミュニケーションを取るなどがポイントだと思います。市町村にとって必要なデータが得られるような委託の仕方を、都道府県や国保連合会が示すことも必要かと思っています。

#### 委託する自治体側の力量アップ

データヘルス計画策定に限らず、保健事業の委託の際にも同様のことが言えます。委託する自治体側において、例えば、保健師が、忙しさからアウトリーチの活動量が少なくなり、その結果、家庭訪問や電話による未受診者への対応や特定保健指導をした経験がない、あるいは経験が非常に少なくなっていることがあるようです。そうすると、ポイントを踏まえた、つまり、どのような事業内容が望ましく、実施評価のためどのようなデータが必要なのかといった委託・依頼の仕方が分からないことになりかねません。しっかりした委託事業を進める点でも、保健師の力量をどう上げるかが課題になっていると思います。

#### 好事例の横展開

特定健診の未受診者対策の事業は、委託されることが多いですが、委託業者より居住地域外の局番、あるいはフリーダイヤルから電話がかかってくると、不審に思って、電話に出ないことがあるようです。委託業者に役所に来てもらって、役所の電話からかけることで、受け手から不信感を持たれにくいと言います。一見、細かな点ですが、そうした細やかな配慮をして委託しているところと、そうでないところで差が生じるようです。保健事業の展開方法等、うまくいっている事例を府や国保連合会が吸い上げて、横展開することも重要です。

#### ◆連携体制の整備

#### 衛生部門と国保部門の連携、情報共有

自治体によっては、国保部門に保健師がいるところといないところがあります。また、特定保健指導を国保部門が実施しているところと、衛生部門が実施しているところがあります。体制や事業の実施形態は様々ですが、部門間の連携がしっかりされていることが重要と言えるでしょう。例えば、部門間で事務の連携がうまくとれているところではデータの共有がスムーズですね。

組織間の連携に課題がある場合、組織の問題か、あるいは人の問題か明確ではありませんが、いずれにしても、予防・健康づくりの取組について首長までしっかりと情報が伝わる仕組みが大事です。何か新しい事業を実施する場合に、市民の健康を守ることが大前提となって、部門横断的に総合計画の部分から効果的に進めていく必要があります。

その際、部門間でもう少し広く情報共有ができると良いと思います。部門それぞれに個別の課題もありますが、一方で、共通している、関連している課題は多いのではないのでしょうか。先にお話した委託業者との対応を含めて部門や組織を超えた保健師間での情報交換の場があるとよいでしょう。

## 有識者インタビュー

# 顔の見える関係性構築と 大学でのデータ分析で、 市町村の保健事業 を後押し

## 島根県健康福祉部健康推進課 医療保険・医療事務指導スタッフ 主幹 管理栄養士 坂 秀子 氏

医療保険・医療事務指導スタッフとして、国保ヘルスアップ支援事業を担当。市町村や関係機関と細やかにコミュニケーションを取りながら、事業を推進している。これまでに、島根県保健環境科学研究所、保健所等で勤務経験がある。



### ◆島根県の予防・健康づくりの課題

#### 医療費の高さや働き盛りの世代における生活習慣病の増加とその要因分析

島根県の国民健康保険は、全国で医療費が最も高いという大きな課題を抱えています。年代別にみると、50代までは精神等の障害や尿路系疾患によるものが多く、60代からがんの医療費が増えるなど、就業年齢層で働きづらい疾患によるものが多い特徴があります。様々なデータから見えていることはありますが、現時点では、十分に要因分析を行えているとは言えません。働き盛りにあたる被用者保険を含めて働きかけを行うためにも、データ分析の重要性を実感しているところです。

#### 管内市町村の体制や社会資源に差がある中での取組推進

島根県は規模の小さい市町村が多く、国保の担当者が1名だったり、保健師数名が母子、精神、難病、国保等の全ての事業を担っていたりします。様々な資源が県の東部に集中しているのも難しい点です。人材の確保が難しい離島では保健所も事業に協力していますが、限界もあります。県として、体制や社会資源にばらつきがある中で、どうしたら全市町村が一定の水準以上で予防・健康づくりに取り組めるかに頭を悩ませています。特に、データ分析については、

活用の差が大きいので、県として地域横断的な取組が必要だと強く感じています。

### ◆組織体制面での特徴

#### 相談できる専門職がすぐ側にいる環境

島根県では、国保も健康増進も同じ健康推進課の業務なので、課内にたくさんの専門職がいて、相談しやすい環境にあります。健康増進には、健康づくり担当、糖尿病担当、地域職域担当、歯科保健担当などがいます。様々な担当の専門職がすぐ側にいることは大きいですね。また、保健所との会議や関係するお互いの会議に顔を出し連携を図るようにしています。

#### 異動の経験を活かして専門職を育てる人材育成

島根県の専門職は、保健環境科学研究所（島根県の衛生研究所）が異動先に含まれています。私もその研究所に勤めたことがあり、特定健診データの分析も行っていました。このような研究所を経験した人間が、保健所に異動することで専門職のデータ分析力が上がっていきます。専門職の人材育成として、研究所や保健所、庁内の様々な課等いろいろな部署を回ることで、知識や技術を持ったり、関係者と連携したりすることができるようになっていきます。



## ◆県の国保保健事業を行う上で大切にしていること 事業に関わる人たちとの顔の見える関係性づくり

### (市町村)

国保の担当として、顔が見える関係づくりは強く意識してきました。「どうしたら市町村が保健事業をしやすいか」を考えるには、会って話すことが重要です。関係の会議等には積極的に参加し、機会があれば市町村を訪問し、保健師や管理栄養士、事業担当者と話をしてきました。ヘルスアップ事業の申請時は説明の場を設け、全ての市町村から事業内容や申請方法に加えて、困りごとや県に期待する支援等の把握を行っています。

### (国保連合会)

顔の見える関係性は、市町村以外でも同様に重要です。国保連合会の会議にもできる限り顔を出していますし、県の研修会や会議があるときは声をかけて必要な情報を共有するなど、連携を密にとっています。県職員は異動してしまっていますが、国保連合会は継続的な支援が可能で、KDB データの活用支援など市町村に対して直接支援を行っているため、県では把握できていない課題についてもよく知っています。ヘルスアップ支援事業ではデータを使う取組がたくさんあるので、計画段階から一緒に話して事業がスムーズに進むようにしています。県と委託事業者との話し合いにも入ってくれるので、多くの事業を一緒に取り組んでいます。

### (保健所)

健康増進部門の取組の対象には必ず国保の被保険者が含まれています。国保の事業を専門職に伝え、一緒に取り組むことが重要だと考えているので、保健所の担当者会議や担当課長会議で、県のヘルスアップ支援事業の他、市町村のヘルスアップ事業の内容や保険者努力支援制度で求められていることを説明して、市町村の動きを気にかけてもらえるように働きかけています。国保連合会の保健事業支援・評価委員会には、管轄保健所が市町村と打ち合わせをして参加するなど、市町村の国保のヘルスアップ事業や保健事業を支援しています。

### (庁内)

国保で何をやっているかわからないという状態が1番よくないと考えているので、庁内でできるだけ情報交換を行い、お互いに気軽に相談できる関係を作っています。県全体の健康増進施策の中に、国保の事業が位置づけられるには、国保の事業が健康づくりと切り離されないように注意が必要です。そのためには、関係部署と連携して取り組むことが大事だと考えているので、これからも顔の見える関係づくりをしていきたいです。

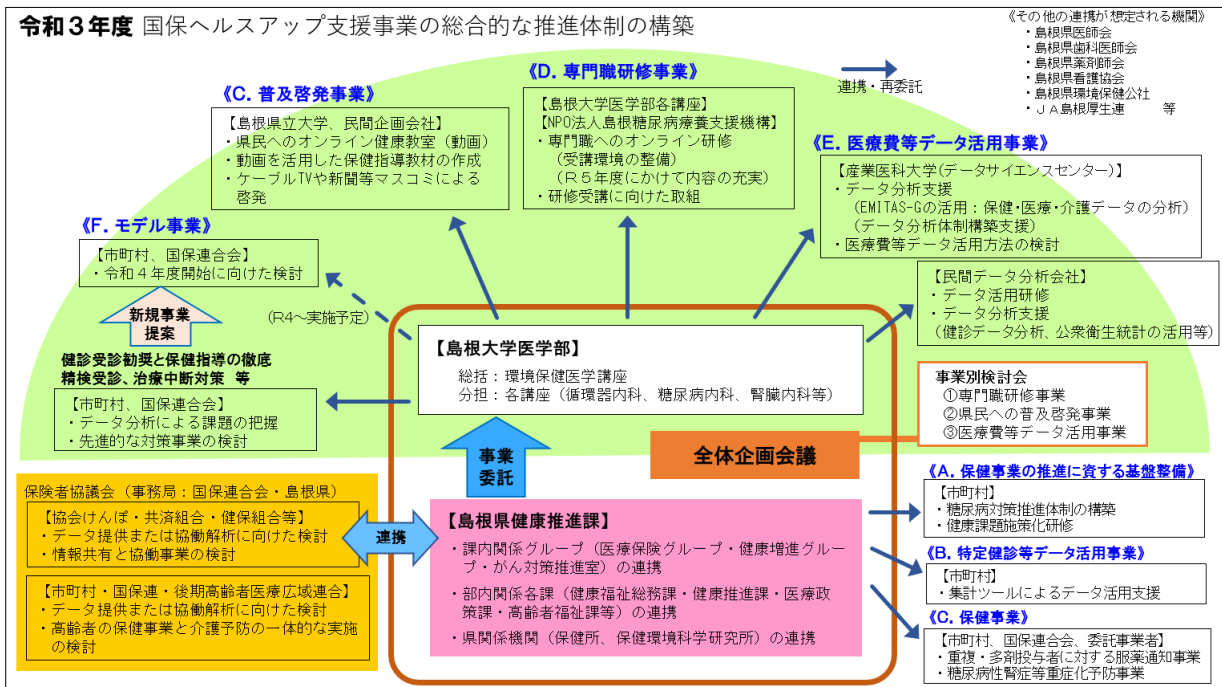
## ◆今後、強化したい取組

### 県を“知っている”地域の大学と連携し、継続的なデータ分析と保健事業支援の体制を構築

県の目玉となる取組は、島根大学との連携事業です。委託によるデータ分析は、委託する度に予算がかかる、島根県の社会資源や市町村の事業に詳しくない県外企業が委託先になる、といったことが課題になっていました。データ分析は今後の事業展開で重要なため、昨年度から、島根大学医学部環境保健医学講座と検討をはじめ、継続的なデータ分析をお願いできるようになりました。

まずは今年度から3年間、県の計画やデータヘルス計画の見直しに向けて連携していきます。地域の大学に長期的に関わってもらい、データ、社会資源や市町村の状況等の情報を蓄積して、全体的な分析ができればと思っています。また、大学には、分析結果の事業への反映方法、市町村への個別支援や人材育成も含めて協力してもらえたらと考えています。今は県主導で行っていますが、長期的な関わりができれば、この先、市町村も個別に大学に対して分析等の依頼ができるようになるのではないかと思います。

## ▼国保ヘルスアップ支援事業の推進体制図



### 分析結果を市町村と一緒に検討し、横断的な目標や共通指標を設定

データ分析結果をどのように活用するかという課題に対しては、市町村と一緒に保健事業を考える場を作りたいです。規模の小さな市町村では、国保連合会からデータ提供があっても、どのように事業に活用するかという段階でつまづきがちでした。市町村の事業をどのように進めるか、島根大学にも協力いただき、ワークショップのような形で県も一緒に検討を行い、県と市町村それぞれが取り組む内容を整理したいと考えています。もし県内で共通指標が作成できれば、データ分析に取り組む余裕がない市町村でも、他の市町村と同じ目線で事業に取り組み、評価できるようになると思います。また、この議論の内容を大学にフィードバックすることで、分析を深めるサイクルが生まれるといいなと思っています。

### 予防的観点で住民に接してもらうための医療機関への働きかけ

市町村からは、「健診で要精密検査となり受診した時の医師の説明が、その後の生活改善や治療にとっても重要」という声が聞かれます。医師の影響は本当に大きく、現在の治療の必要性に加えて、予防的に「今後気を付ける必要がある」と言ってもらえると、住民の受け止め方は大きく変わ

り、次の行動にもつながります。医療機関との検討会を開催したり、医療機関を回って説明をしている市町村はありますが、行政からのアプローチでは限界があると感じています。そのため、島根大学との連携事業の中で専門職向けのオンデマンド講座の作成を依頼しました。ここから理解が広まるのではないかと思っています。医師等関係者の協力をどのように得ていくかは市町村が課題に感じている部分なので、引き続き、サポートの方法を模索していく予定です。

### 被用者保険との連携で行う、働き盛りからの予防・健康づくり活動

島根県は、60代からの医療費の上昇が著しいのですが、NDB オープンデータで見ると、国保だけでなく県全体の特定健診結果も良くありません。国保や後期高齢者医療制度はいずれ全員が加入するものですね。そうすると、被用者保険も含む働き盛りの段階から、予防・健康づくりを推進する必要性を感じています。今後は保険者協議会を通じて、被用者保険も交えて健診受診後の支援（特定保健指導、重症化予防の指導、医療機関での継続治療の確認等）をどう進めるか、保険者が一体となって検討できると良いと思います。事前に予防できれば、長期的には国保の医療費抑制になり、被用者保険からの拠出抑制にもつながるは

ずです。

#### ◆国に期待すること

##### 市町村が動きやすい情報提供と全国レベルでのデータ分析による事業の裏付け

令和4年度の都道府県国保ヘルスアップ支援事業と市町村国保ヘルスアップ支援の実施要領の方針案を早期に出してもらえて助かりました。市町村が動きやすいように、方針案などの早期の提示は今後もお願いしたい部分です。

また、市町村単位で行うのは難しい全国レベルでのデータ分析や実証事業など事業の裏付け、どの時期にどのような事業を行うと効果的かを分析してもらえるとありがたいです。

## 市町と話し合い、 保険者として 県の役割を果たす

滋賀県健康医療福祉部医療保険課  
課長補佐 井上 広法 氏  
副主幹 保健師 清水 葉子 氏

- ・井上氏：国民健康保険系の総括および国民健康保険制度全般を担当（5年目）
- ・清水氏：国民健康保険および後期高齢者医療制度の保健事業全般を担当（2年目）



### ◆現在力を入れている取組

#### 市町におけるKDBデータの利活用促進

滋賀県では県のデータヘルス計画に沿って、データ活用、特定健診受診率向上、糖尿病性腎症重症化予防に力を入れています。

市町への支援では、KDB システムについて滋賀県国民健康保険団体連合会に十分なノウハウが蓄積されていて、迅速かつ的確なサポートをして頂いています。また、県では公衆衛生、健康づくりについて統計やデータ分析をする部署の協力を得ています。

第二期データヘルス計画を市町に策定してもらう際に、国保連合会に KDB データを分かりやすく加工して頂き、その結果を市町に提供しました。計画策定後も進捗管理、評価等のため、毎年、国保連合会と県で KDB を中心にデータを整理し資料集として市町に提供しています。

来年度からは KDB を補完するシステムを導入して KDB データをより自由に検索・抽出できるようにして、市町の日常業務に使ってもらおうとしています。これは、県と国保連合会が市町と相談する中で、どういったシステムがあれば、市町にもっとデータを活用してもらえるのか、どういった点で市町が行き詰まっているのかを明らかにした成果で、市町がデータに立ち戻って取組を進められるようにとの考えにもとづいています。

現在、市町ではデータ活用に課題を感じており、KDB に触れることすら苦手とされている自治体もあります。その中で、県としては全ての市町が KDB を活用できるように環境作りや支援を進めていきたいです。

以前から国保連合会が KDB システムの使い方について市町を回って丁寧に説明されてきました。今後は、研修や関係者が集まる機会（保健事業部会）も利用して検討を進め、これまで以上に市町に使ってもらえるシステムを提供したいと考えています。

#### 連携会議を活用した取組の推進

国民健康保険では連携会議と呼ばれる県と市町、国保連合会で構成する会議体を設け、国保運営方針に基づく具体的な取組内容の決定や評価を行っています。また、4つの部会（保険料（税）・保険財政部会、資格管理・給付事務部会、収納対策部会、保健事業部会）を設けて、年に数回定期的に会議を開催しています。保健事業部会では、特定健診受診率向上に向けた取り組みの検討などを行っています。

#### 代々続く国保連合会との綿密な連携

県では国保連合会との連携が進んでおり、まるで同じ「係」に属しているようで、自然な関係でいつも一緒に仕事



をしています。例えば、来年度の研修計画を立てる際に、市町の現状や課題、ニーズを共有し、どの先生にどのような内容の研修をして頂くかを相談して決めています。事業について、県の予算であれば県主催になりますが、多くを国保連合会との共催実施としています。また、市町からデータの見方についての相談が県にあれば、すぐに国保連合会に依頼して、国保連合会から関連データを市町に提供頂くなどしています。県と国保連合会が一体となって市町を支援しており、これは代々続いている関係です。

### 市町と話し合っ果たす保険者としての県の役割

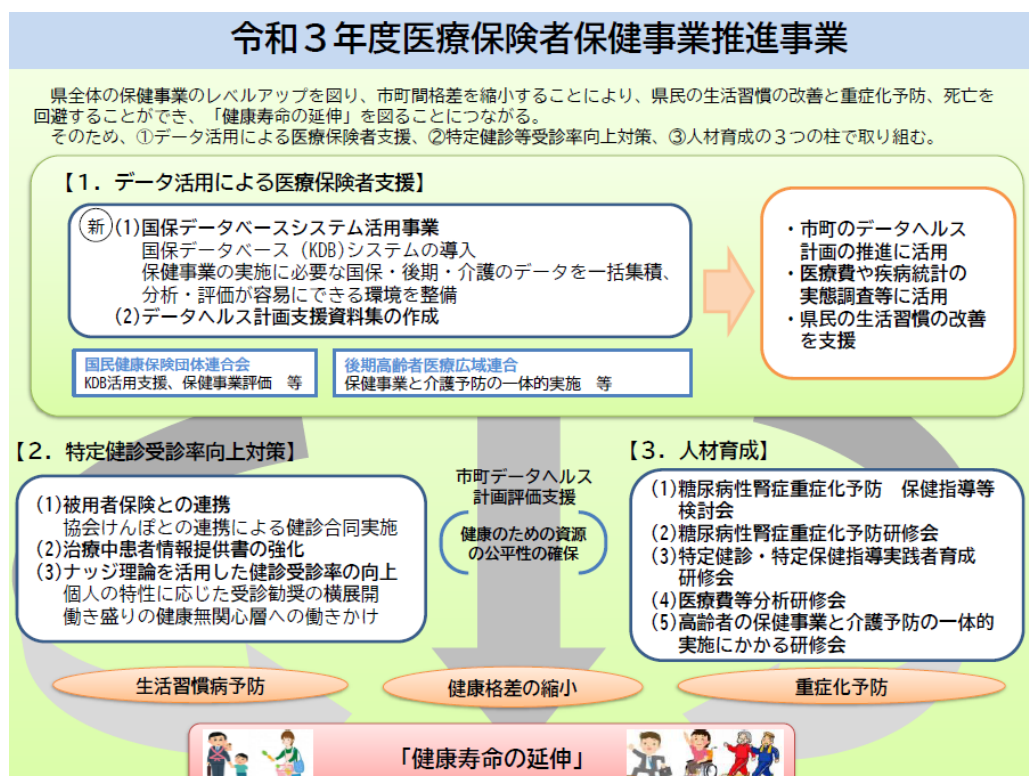
滋賀県では、先に示した連携会議や各部会の開催頻度が他府県に比べて非常に多いと思っています。少し遡りますが、国保が都道府県単位化する平成 29 年度以前から、滋賀県では県内の保険料水準統一を進めており、検討過程で市町とはしっかり話し合ってきた経緯があります。また、県としては、運営方針の実現を重視しています。運営方針には、事務の効率化、広域化について書かれていますが、書いた以上は実現しなければならない、そうなると市町とは頻りに話し合わなければならない、ということになります。

### 市町とのコミュニケーションを通じた現状分析

滋賀県ではどの市町も健康課題の抽出など現状分析に力を入れています。保健事業支援・評価委員から分析結果に対して頂くコメントは、ときに市町にとっては難しい内容であったり、正確に市町に伝わらなかつたりすることがあります。昨年度から、国保連合会が、支援・評価委員会後にあらためて市町を訪問し、助言の内容を伝え直して、市町の現状分析の改善につなげてもらう取組をはじめ、県も同行しています。この機会以外にも、市町をできるだけ訪問しています。夏には国保ヘルスアップ事業のヒアリング、秋には指導監査で訪問します。また、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の推進のため、高齢者医療広域連合と国保連合会、県も一緒になって市町を訪問しています。

滋賀県は市町が 19 と多くないために可能な取組とも思われますが、このように市町とコミュニケーションを丁寧に取っています。

こうして市町を訪問すると、市町側の受け止め方は大きく変わります。段階を踏んで説明すると、市町の納得感が高まります。市町にとって、どうデータを読み取り、それが健康課題の把握にどうつながるか、具体的なイメージができて腹落ちできるように感じています。



## ◆今後の課題

### 特定健診受診率の向上

特定健診受診率の向上は最も大きな課題です。県内の市町は規模も状況も異なり、統一的な取組になっていません。来年度は受診勧奨の雛形を県が作成して、市町が力を注げるような支援を考えています。ただし、先進的な事例は多くありません。未受診者の特性に応じた対象者の抽出基準をシステムで設定するとともに、特性に応じた受診勧奨の仕方を整理する想定です。特性に応じたチラシや案内文も県から提供したいと考えています。全市町で受診率向上に向けた受診勧奨ができるのではと期待しています。

### 継続的な取組実施のための人材育成

市町の担当者は毎年異動しますが、その結果、予防・健康づくりの取組や課題解決に必要なノウハウの蓄積、人材のスキル蓄積ができていないことが課題になっています。実はこの点は県でも同じ状況で、対策としては、研修の実施やガイドの作成をしています。

研修会については、国保連合会が独自に研修会を多く開催していますが、県としても国保連合会と連携して共催で研修会を実施しています。保健師や管理栄養士を対象にしているもの以外にも、事務職がデータ抽出や分析をすることもあるので、各種研修を開催して全体の底上げをしています。

ガイドについては、例えば、糖尿病性腎症重症化予防について保健指導ガイドを平成 30 年度に作成しました。その後、医療連携を具体化したガイドなども作成しています。これらを元に、事業を進めてもらうことになります。

### KDB システムの活用による標準化

来年度から使用する KDB の補完システムを活用して、市町担当者がしっかりとデータを見る機会を増やしていきたいと考えています。地域による違いが大きいので、それぞれの特性・課題を踏まえた対策に目を向けて、データ活用を進めて頂きたいところです。

指標の標準化にも力を入れています。県のデータヘルス計画と市町の計画では、現在でも共通指標を定めています。新システム導入に合わせて、事業に応じた評価指標の

統一を検討するなどして、全体的な取組の底上げを図りたいと考えています。指標の改善に苦労している自治体が見られますので、県では国保連合会と連携して支援を進めます。

各市町ではこれまで独自に課題を設定して取組を進めてきましたが、今一度、データを見直すことで、これまでに関わってこなかった健康課題や対象者を網羅的に洗い出し、新しいアプローチが可能になるのではないかと考えています。

### ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチのバランス

これまで、県、各市町ともにハイリスクアプローチに視点が向いていたと思います。ポピュレーションアプローチに目を向けることについては、国や支援・評価委員会からも示されており、市町でも少しずつ取組が始まっています。

住民の健康課題の解決のために、これまでの取組を改めて振り返り、ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチを連動させた取組が進んでいこう、国保連合会と協力して支援を進めていきたいと考えています。

### 保健所の国保における役割強化、連携

現在、国保部門と保健所の関係が、残念ながら弱いと思っています。保健所に配置される保健師は国保部門の経験が少なく、国保保健事業のイメージが持ちにくいように感じています。今後、国保部門と保健所との連携を少しずつ進め、重層的な市町支援ができることを目指したいと思っています。

課題として保健所の担当者は KDB データに触れる機会が少ないため、地域の健康課題の把握や分析が難しい状況があります。国保部門からも保健所に積極的に情報提供や連携の強化を進めていかなければなりません。

## ◆市町への期待

### 住民の状況に立ち返って必要な事業を引き続き検討する

コロナ禍で住民と接する機会が減っているためか、住民の実態と個別保健事業計画にずれが生じていないかと心配しています。住民がどのような状況にあり、どのような課題を抱えているのかを、現場の保健師は今一度感じ取ることが必



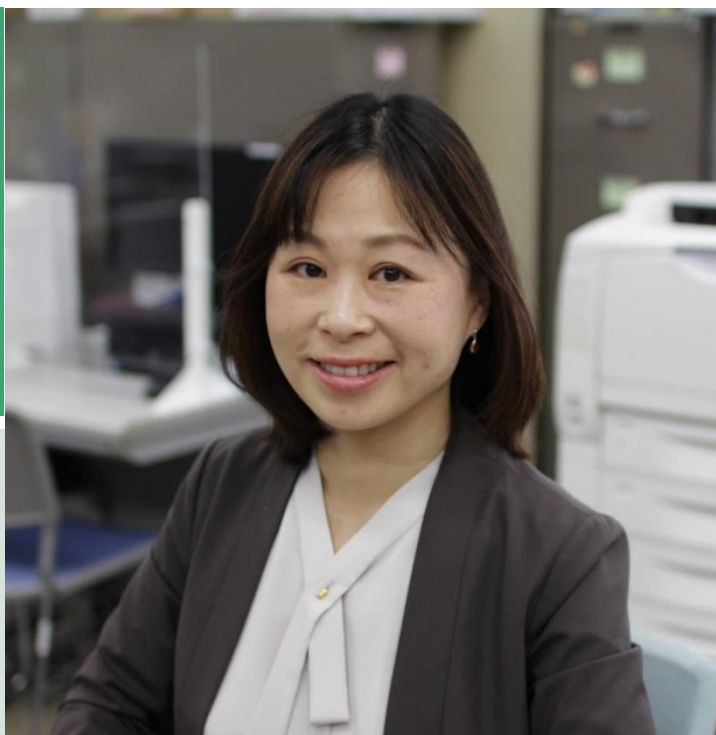
要です。

住民の声を町づくりにつなげるという基本的な考え方・姿勢に再度立ち返ることが、いま求められています。住民、地域の課題をしっかりと個別保健事業計画に反映させ、データヘルス計画と連動させて取り組むことが求められます。県では、引き続き、国保連合会と協力し丁寧な市町支援を行っていきます。

## 保険者努力支援制度、 モデル事業や支援・ 評価委員会を活用して 事業を強く推進

大阪府富田林市  
健康推進部保険年金課  
保健事業係長 保健師 中野 葉子 氏

平成 14 年入庁後、障害福祉課、健康づくり推進課（保健センター）を経て、平成 28 年に保険年金課に配属。



### ◆富田林市における事業、取組の概要

#### ハイリスクアプローチを中心とした事業実施の優先順位づけ

私が保険年金課に配属された平成 28 年度は、保健事業係が新設された年で、データヘルス計画の初年度でもありました。当時の計画は、データ分析結果をもとに 11 項目の保健事業を行うというもので、糖尿病性腎症重症化予防対策、健診異常値放置対策、生活習慣病治療中断対策を重点的に実施することになっていました。同時に、特定健診受診率や、特定保健指導の実施率を上げるための取り組みも求められていました。

全体としては、ハイリスクアプローチを優先しており、以前から課題となっていた糖尿病の発症予防や重症化予防対策と合致した計画になっていたように思います。

#### 住民ニーズに沿った生活習慣病の重症化予防策

データヘルス計画に沿って事業を展開するにあたり、具体的に何をしていくか悩みました。そこで、糖尿病の治療中の人を訪問して困っていることを聞き取り、必要な支援を検討して事業に反映させることにしました。

この訪問は、私と課内のもう一人の保健師（現在は三人体制です）で行いましたが、突然の訪問にも関わらず、皆さん、大切なお話をたくさんしてくださいました。

病歴を伺うと、多くの方が過去に入院などによる食事指導を一度は受けていました。入院中には、食事指導の内容を実行できていたようですが、自宅に戻ると、糖分だけ気にして塩分は取り過ぎていたり、インスリンを打てば甘いものを食べて良いと判断されたりという人がいました。時間が経つと忘れてしまったり、気持ちが続かなかったりするようで、指導を受けた以前の生活習慣に戻ってしまうようです。また、孤独を感じている人も多く見られました。「何年も治療を受けて、我慢することばかりで、しんどいと思っているのは自分だけ」「同じような状況の人に話を聞いてみたい」といった話が印象に残っています。

このような住民の生活実態やニーズを踏まえて「教室」を始めることにしました。教室では、保健師や管理栄養士が病態生理、栄養指導などの講義をするとともに、参加者同士で頑張っていることや、困っていることを話し合うグループワークを重視しました。当時、富田林市と同様に国の研究事業に参加していた他市にヒアリングしたところ、「グループワークは指導ではなく、参加者が自分たちで困りごとを話し合うもの」と聞き、取り入れました。また、参加者にとっては、長い時間座ってばかりではつまらないと考え、衛生部門の管理栄養士の協力のもと、実際にご飯を炊いて、どのぐらいの量を食べればいいのかなどを実感・体感できる実習も行いました。

## 事業の拡充、対象の拡大、体制の強化

平成 28 年度当初から現在まで、事業の優先度は大きくは変わっていないと思います。住民の生活習慣やそこから派生する健康課題が数年で変わるということはなさそうです。ただ、課題に大きな変化が見られないからと、同じやり方を続けてしまうと、事業の対象者として毎年同じ人が抽出されたり、また、特定健診の結果ばかりを見ていると、健診未受診者へのアプローチが不十分なままになりがちです。そこで、健診結果に加えてレセプトデータも参照して抽出することで対象者を拡大させてきました。糖尿病や高血圧の単独のリスクだけでなく、リスクが重なる人がどれほどいるかを確認するなど、抽出方法も少しずつ変化させています。

平成 30 年には、第二期データヘルス計画がスタートしましたが、事業拡充、対象者拡大に向けて、保健師や事務補助の人員を増やしたり、保健事業システムを導入したりして、毎年体制を強化させています。

## ◆関連部門との連携による取組

### 他部門の保健師との 2 か月に 1 回の定例会議

富田林市では他部門との連携がうまくいっていると思います。背景には、まず、各部門が集まる会議を定例化したことがあります。忙しい時ほど、また人手不足であるほど、定例での会議をすることは有効です。互いの顔が見える状況で報告し合うことで、少しずつ事業内容の理解が進み、連携ができるのだと思います。他部門の専門職とは、いつも一緒に仕事をしているように感じられます。

例えば、国保部門ではハイリスクアプローチはできているがポピュレーションアプローチはできていない／介護部門では地域でのポピュレーションアプローチは広がっているが個別の保健指導があまりできていないなど、連携することで互いに気付きが得られ、事業を効果的に進めることができます。

定例会議には、衛生部門、介護部門、国保部門、後期高齢者医療部門の各保健師が参加しています。平成 28 年度以降、年 3 回程度行っていましたが、最近では 2 か月に一度に頻度を増やしました。

会議では、各部門で行っている業務を相互にみて、抜けや漏れがないかを互いに確認し合っています。

## 目指す姿、取り組むべきことの議論と共有

この会議では、自治体として望ましい姿は何か、それに照らして今は何ができているのか、現状から望ましい姿にするために何をすべきか、などをまず議論します。こうした議論は、「けんこうこまち活動シート」（けんこう小町は、職員が考案した富田林市特定健診応援キャラクター／シートは一般的に用いられているものをアレンジしたもの）を埋める方法で行います。落としどころが明確にならないこともありますが、このシートの作成・検討は重要と考えています。

「けんこうこまち活動シート」（中期経営計画版）		
事業	生活習慣病重症化予防とフレイル予防に関する業務	・仕事
目的	<ul style="list-style-type: none"> <li>・要介護の要因となり得る、生活習慣病重症化予防対策を強化する。</li> <li>・生活習慣病対策を早期に開始し、発症の予防、重症化を予防する。</li> <li>・要介護の要因となるフレイルに関する取り組みを強化する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・何のためにするか</li> <li>・やるべきか否か</li> </ul>
中長期的目標	未来『共生』と『予防』 ①市民一人ひとりの主体的な健康づくりの促進や、生活習慣病予防等に向けた指導の充実 ②社会保障制度の安定的な運営を推進 計画最終年度 2023 年・2024 年 特定健診等実施計画（第 3 期） データヘルス計画（第 2 期） 大阪府後期高齢者医療広域連合第 2 期データヘルス計画 介護予防・自立支援 5 か年計画 健康とんだばやし 21（第 2 次）及び食育推進計画 各年度の短期目標・事業実施目標別シート	<ul style="list-style-type: none"> <li>・いつまで</li> <li>・どんな状態</li> </ul>
現状	各年度の現状別シート	・既に実施済のこと
課題	各年度の課題別シート	<ul style="list-style-type: none"> <li>・できていないこと</li> <li>・（目標） - （現状）</li> </ul>
対策	<ul style="list-style-type: none"> <li>□業務遂行を目的とした会議を定例化し、丁寧に進める（担当者定例会開催）</li> <li>□次回定例会までのやることと、役割を明確化する</li> <li>□内容の検討（生活習慣病重症化予防対策の検討、フレイル予防対策の検討）</li> <li>□手段の検討（ハイリスク、ポピュレーションの両輪で進める）</li> <li>□活用できる事業はあるか（無いものは新規、既存事業へ取り入れ・活用）</li> <li>□役割分担をする</li> </ul>	・実施する上での注意事項
評価	【ストラクチャー】 □関係機関（医師会、薬剤師会、歯科医師会）との連携 1 回/年 □関係課との会議の定例化 1 回/2 か月 □他市町村との連携・調整（相談、会議等） 2 回/年 【プロセス】 □こまちシート（各計画書の確認・見直し・反映に活かす） □こまちシート（評価項目の見直し）1 回/年 【アウトプット】 □こまちシート（見直し） □周知（広報） □被介入者（人/事業毎、人/年） 【アウトカム】 □関係機関、担当者の意識の変化	・達成したか

\* 定例会を実施して、各課の実施・評価に役立てられるよう改良する。  
 2020 年 12 月 21 日作成 保険年金課・福祉医療課・高齢介護課・健康づくり推進課（2022 年 3 月 5 日更新）

保健師同士の連携では、定例会議などの接点の多さと、互いが協力する姿勢がポイントだと思います。例えば、一体的実施では、フレイルの対策、ハイリスクアプローチのあり方について、具体的な事例を共有しながら、取り組み内容を皆で振り返ります。そうすることで、国保部門へも同様の取り組みを広げる、若い世代からの予防・健康づくりに向けた対策を進めるといった、課題認識を共有できるのです。単発の事業をこなすだけでは、全体の目標達成に対する効果や影響力が物足りないと感じています。接点を多く持つことで、

各事業を一体化して進めることにつながります。

取組の対象者は、国保加入者でもあり、自治体の住民でもありますから、庁内でしっかり連携して進めることが基本だといつも考えています。

### 保健師の活動と周囲からの支援の好循環

新しい事業に取り組みたい場合、上司や他部署に対して、相手が知りたいことを考えて、丁寧に説明するよう努めています。課題は何か、方策は何かを、数字や言葉を尽くして熱意をもって説明すると、相手から共感や納得を得やすいと思います。共感や納得は応援につながります。他の係から「頑張っている」と言われる時、大抵その取り組みはうまくいっています。効果的な取り組みには保健師以外の支えや応援が不可欠です。

### モデル事業や支援・評価委員会を活用した事業推進

富田林市では、平成 28 年度から国や大阪府の様々な研究事業に参加させていただいていますが、これらは市の取り組みのきっかけや推進力になると考えています。事業に参加することは準備や調整が大変なのは覚悟の上で、お尻に火を付け、ピンチをチャンスにするイメージです。外部の力を借りることで、内部の力が強化されることを期待しています。

国保連合会の支援・評価委員会のことは、当初は市としてどう位置づければよいのかわかりませんでした。そうした中で、例えば、糖尿病性腎症重症化予防事業について、高血圧のリスクも併せて見ていく必要性を医師である委員から助言されたことがあります。また、リスクが高い人への対応方法も助言を受けました。このような経験から、支援・評価委員会からの指摘を積極的に受けて、事業の改善につながればいいことに気がつきました。今後も、多くの保険者を支援・評価している第三者の視点から富田林市の取り組みに率直な意見や助言をもらい、事業の改善に活用していきたいと考えています。

### 医療機関への戸別訪問や、医師会単位での事業実施

かかりつけ医との連携が必要な事業では、直接医療機関を訪問して、データヘルス計画の説明をしています。先生方が快く訪問を受けてくださるおかげで事業がスムーズに進

められます。また、事業対象者の同意を得た上で、支援の中で知り得た困りごとなどをかかりつけ医に共有し、保健指導に対する助言も頂いています。治療継続と生活改善につながるよう、医師と相談しながら保健指導を実施しています。

地域の医師会は、富田林市を含む 4 市町村の医師会です。この地域全体の住民の健康課題を共有していけるよう、保健所の支援も受けながら、4 市町村で意見交換会を実施し、事業を進めるように努めています。

### ◆今後の取組の方向性

#### 国の方針には感度を高めて見逃さず、やりたい事業を実施

保険者努力支援制度については、背景には何かあるのかを考え、取り組みをどう改善していけば良いかを見極めるようにしています。

私は、これまでできなかったことを行うことが保険者努力支援制度だと位置づけました。自分たちがやりたいことや、現在ではできていないことを、ヘルスアップ事業にはめ込んでいくのです。ヘルスアップ事業の要件に沿って計画すれば国の方針とも合いますし、財政負担を抑えることもできます。

国や制度の意図を把握するには、国保新聞等での情報収集が重要です。ヒントとなる情報が掲載されているので、ヘルスアップ事業に求められていることや、事業実施の条件など、今後必要となる情報を見逃さないように努めています。

### 被用者保険との連携

今後の課題として、退職に伴い被用者保険から国保に加入してくる人への対応があります。国保の保健事業に関わる多くは現役を退いた世代で、医療機関を受診する機会が多く、健康への関心も高いと言えます。そういった方が被用者保険加入期間中に、どのような健康管理をしてきたのかが分かると、国保加入後の効果的な取り組みにつながりやすいと思います。現在、国保として現役世代の方に関わる機会は少ないですが、保険者間で協力し、早期に予防・健康づくりができると良いと思います。

### 次期計画作成と体制づくり

データヘルス計画では、PDCA を回して達成状況を常に

確認しながら、毎年事業を見直しますが、直ちに成果が現れる事業ばかりではありません。一年間に何百通、何千通と送付する通知に何の音沙汰もないこともあります。通知に併せて訪問しても会うことができず、手紙を残すこともあります。

それでも、数か月、数年後に連絡を頂くことがあり、通知や訪問の効果を改めて感じます。困った時や話を聞きたくなった時に相談してもらえよう、心の片隅に残る事業ができればと思います。

健康課題の明確化、事業計画、対象者抽出は、主に健診結果データやレセプトデータを利用して実施していますが、人の生活や価値観は十人十色で、データでは分からない部分も多いです。事業対象者一人一人に丁寧に関わることができる体制を整えたいと思います。富田林市では、以前から国保部門に保健師を配置したり、保健事業係を創設したりしてきました。こうした先駆的な体制整備を今後も継承していきたいと考えています。

#### ◆国への要望、期待

##### 自治体で活用できるツール開発や制度のスリム化

国では、大規模な研究や検証をもとに、業務の手引きや様々なツールを作って頂いており、市として大変助かっています。例えば、糖尿病性腎症重症化予防の進捗管理シートがありますが、他の事業に応用して使えると尚よいと思います。

データヘルス全数調査により、「健康づくりに取り組む5つの実行宣言 2025」として国全体の目標や方向性が明示され、保険者として今後の方針を定めやすくなりました。全国の膨大なデータの集約は国にしかできないことであり、どの保険者にも役立つ資料となります。今後も様々なデータの集約やフィードバックをしていただきたいです。一方で、目標値等の設定については各保険者や被保険者の特性や実態に沿った提案がこれまで以上にできるとよいと考えています。

制度が複雑になっていると感じることがあります。例えば、交付金の種類が多く、また、広域化により府予算との関係が複雑になっています。様々な課題に対応するために、現在の形になったことは理解していますが、制度が複雑なため

に取り組みが進まないのもつたいないので、制度の簡略化がなされるとよいと思っています。

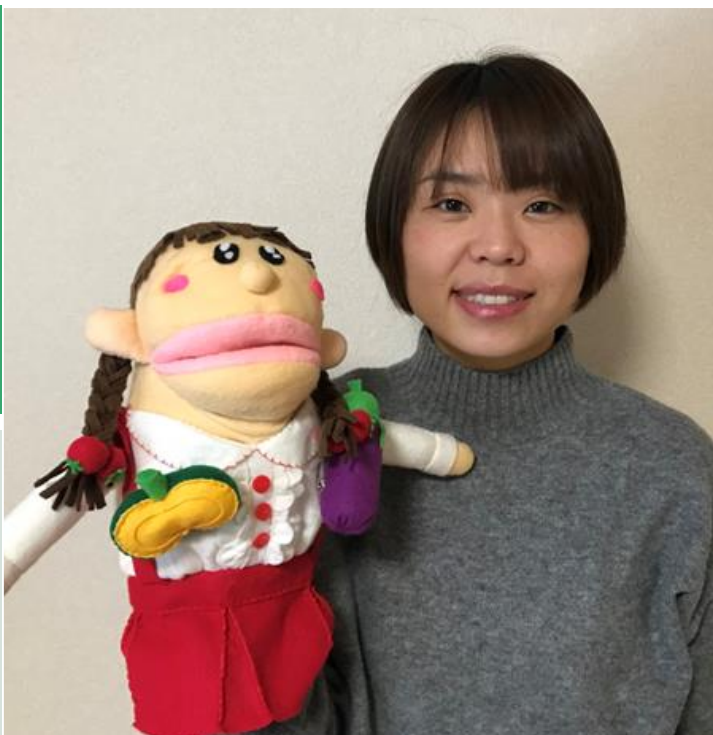
市町村国保が本気を出しつつも、もっとのびのびと保健事業を展開できる環境になれば良いと期待します。



## 一人ひとりと向き合い、 住民が楽しく実践できる 生活習慣病発症予防に注力

### 島根県邑南町保健課 主任専門員 保健師 北野 沙央里 氏

保健師として邑南町の保健課に勤務。成人保健の係として、特定健診、特定保健指導、生活習慣病発症予防等を担当している。



#### ◆邑南町の予防・健康づくり

##### 特定健診の結果を踏まえて実施する保健事業

邑南町は、島根県の中部に位置する人口約 1 万人の小さな町です。山間部で医療資源が少なく、専門医が不在なこともあり、生活習慣病発症予防の活動に力を入れています。国保ヘルスアップ事業としては、生活習慣病対策、特定健診未受診者対策、ケーブルテレビを活用した健康教育などを行っています。特定健診の結果から、課題抽出して保健事業を計画、実施しています。

#### ◆組織体制面での特徴

##### 専門職集団の保健課では、担当を超えて企画検討

保健課の構成員は、保健師 13 人、管理栄養士 2 人、歯科衛生士 1 人といった専門職が中心です。成人、母子、がん、精神とそれぞれの保健係に分かれていますが、係を越えて一緒に事業を企画、運営できるのは、邑南町の大きな特徴だと思います。

取組の実行段階に限らず、課題を見つけたら皆が一緒になって解決策を考える風土があり、協力し合って事業を行っています。

#### ◆コロナ禍での保健事業

##### 集団での健康教室から、ケーブルテレビを活用した生活習慣病対策への転換

毎年、生活習慣病予備群の人を対象に、食事のとり方や運動の方法を説明する予防教室を行っていましたが、コロナの影響で対面での取組が難しくなりました。“待ち”の状況が長く続く中で、私たちに何ができるかを考えて実施したのがケーブルテレビを活用した取組です。

邑南町にあるケーブルテレビ会社と協力し、2～3回シリーズの番組を作りました。番組では、町内の医師から病態の講話、運動指導士から体操の紹介、栄養士から食事のポイントの説明などを盛り込みました。ハイリスクアプローチの取組でしたが、テレビ放送なので、対象を限定することなく、多くの町民のきっかけづくりになったと感じています。

##### 会えなくても住民の実践を促し取組状況を知る工夫

この取組でこだわったのは、「実践までつなげること」です。番組を見るだけでなく実践してもらってこそ対策になるので、実践を評価する方法を考えて、チャレンジシートを思いつきました。チャレンジシートは、番組を見ながら個人で目標を立て、21 日間の実施記録を付けてもらうものです。放送前に番組案内と合わせてチャレンジシートを送付し、視聴後に提出してもらいました。アンケートも一緒に提出してもらえ



ようにして、「プラスαで活力になった」「意識が高まった」といった感想をもらいました。

#### ▼テレビ放送の様子／住民に送付したチャレンジシート

番組進行役の「菜っちゃん」



予備群の人には、案内と一緒に往復郵便で送付

遠隔で行動変容を促すことは難しいですが、番組の視聴をきっかけに取り組んでくれた方も多く、工夫が重要だと感じます。

#### ◆取組を行う上で大切にしていること

#### 住民一人ひとりと向き合う個別対応と事業計画で回すPDCA サイクル

町村合併をした平成16年以前から、先輩保健師が地域を大切に、個別対応を重視してきた流れがあります。その思いを引き継いで、住民一人ひとりを見ようという意識は強いです。コロナ禍前は、公民館単位で一人ひとりと話をしながら特定健診の結果を返す報告会を行っていました。小さい町だからできることかもしれませんが、個のケースから地域の課題を学ぶことも多く、これからも個別対応にはこだわっていきたくと思っています。

保健事業を行う際には、町で作成している「保健衛生事業計画・実績」を手元に置きながら進めています。事業の評価や計画の見直しにあたっては、毎年、特定健診の結果や事業の参加状況等の数値を丁寧に確認しています。データ分析やエビデンスに基づく取組の実施、事業評価をもとにした改善などは常に心掛けているところです。また、町民の方が楽しく取り組めるという視点も大切にしています。

#### ◆今後、強化したい取組

#### ポピュレーションアプローチ、健康への関心が希薄な層への事業展開

保健師が異変に気付き、早めに対策をとってほしいと思っても、本人が困りごとを感じておらず、行動を変えてもらうのに苦労することがあります。体制的に対象者を絞っての事業になりがちですが、今後はケーブルテレビを活用したポピュレーションアプローチも併用できればと思います。健診未受診者や健康教室に反応してくれない人たちを対象とした事業の展開も大切にしたいですね。

また、子どもから高齢者までライフステージはつながっている認識があり、生活が定着する小学生の子ども、その手前の乳幼児、妊娠期からの啓発も重要だと思います。今、邑南町では、母子保健の健診で行ったアンケートで朝食に野菜が少ないという結果が出たので、「野菜プラス1」という健康増進のキャンペーンを企画し、ポスターの掲示や、保育園・小学校・スーパー等で野菜を使ったレシピ配布など、子どもの頃からの健康教育に挑戦しています。今後はこういった取組を拡大していきたいです。

#### ▼「野菜プラス1」の解説動画／レシピ動画



#### ◆都道府県や連合会に期待すること

#### ヒントになる事例の展開や交流会の開催、共通ツールの提供に期待

都道府県のレベルで自治体の交流会や他地域の取組紹介などがあると嬉しいです。自治体の規模が違えば、生活環境、事業の対象人数、使用する媒体等が変わるので、規模別の情報交換ができるとヒントが得やすいでしょうか。また、島根県では県内全域を対象にケーブルテレビでの予防・健康づくりの啓発を行っていて、大変助かっています。動画やチラシ等のツール作成には労力がかかるので、地域共通で自由に使えるものがあると、規模が小さい自治体は負担軽減につながると思います。

有識者インタビュー

## 住民が普段から健康に 取り組めるように、 子ども世代からの 健康づくりを

### 元静岡県統括保健師 土屋 厚子 氏

静岡県庁に38年間職員として勤務、平成20年度から12年間特定健診・特定保険指導、健康づくりを担当。統括保健師として生活習慣病、母子保健、介護予防、国保を部署横断的に担当。退職した現在は、保健・結構づくりに関する研究や市町村支援に積極的に従事している。



#### ◆今後の予防・健康づくりの取組の方向性

##### 子ども世代からの健康づくり、生涯にわたる健康管理の仕組み

今、最も強く思っていることは、子どもの世代から健康づくりを強化すべきということです。デジタル化が進む中で、今の子どもたちは、「今晚7時に会おうね」と言って友達と別れます。そして、その時間になると家のテレビの前で友達同士のゲーム対戦が始まるそうです。その関係なのか、視力が非常に悪い子どもが増えているそうです。外遊びができなくなって、落ち着かない子どもが多くなっているとも言われます。

国保の加入者には子どもも多いのです。実は、私は保健指導の教材を作るのが大好きで、最近、学童保育の先生と「うち日記」を作りました。「うち日記」では、毎日子供たちがどんなうちが出たのかを記録できるようになっています。赤ちゃんの頃は、お母さんがどんなうちが出るのかを気にしていますが、小学生ぐらいになるとほとんど気にしなくなっています。子供がこんなに便秘になっているのを初めて知ってびっくりしている保護者もいました。「うち日記」から、どうして野菜を食べないといけないのかを理解した子どももいました。また、報道機関の協力の下、動画・映像で『大腸のうち』について分かるようにして、子どもたちへの健康づくりの広報をしようとしています。子どもたちが、自分の体を観察でき、食事や睡眠など生活習慣との関連が理解できる人にな

ってほしいと考えています。まだ生活習慣が未形成の子どもを対象とした健康づくりに注力すべきと考えています。

私は、ライフステージを超えた健康管理を目指して、「生涯健康手帳」を作りたいと思っています。最近では20歳で太り始めてしまう人が多いのです。コロナで重症化した人の中に若い人が相当数いたことも分かっています。やはり、年に一度健診は絶対に受けることが重要です。生活圏の中で気軽に健康チェックできるシステムがあると良いですね。デジタル化を活用したものが良いと思っています。

#### コロナ禍の影響を考えた予防・健康づくり

健康相談などの国保事業についても、まだコロナが怖くて外に出ない人が約1～3割いると言われますが、そういう人の多くは足腰が弱くなっています。コロナの影響をもう少し考えて、対策をとらないといけないと思います。保険者である市町村ではコロナで人手がとられました。取組に空白期間が生まれ、住民の状況も変わったことで、現場では、これから予防・健康づくりをどうすればいいのか分からなくなっているという声を聴いています。医療費分析をしてみると「骨折」の医療費や件数がとても増えている保険者があるということです。健康2次被害についてもっと理解を深めて、保健事業が展開されるとよいと考えています。

## 経済格差拡大への対応

住民の間では経済格差が広がっています。子どもが朝起きると 150 円が置いてあり、「これで朝ご飯を食べなさい」と書き置きされて、親は夜まで仕事をしている家庭があります。経済的に苦しい人に対して、行政がきちんと対応しないといけません。予防・健康づくりでは、健康状態不明者、レセプトもなく健診も受けていない人、つまり、予防健康づくりが本当にできない人をターゲットにしないといけなと思います。

## 生活習慣病に関する対応

我が国では、生活習慣病では糖尿病対策が中心に行われ、国民にも浸透してきていますが、今後は骨・筋肉にも着目すべきです。WHO の資料には骨折のリスクが分かるツールあります。また、先進国の中で日本だけ骨粗鬆症対策が遅れているのです。骨粗鬆症対策が健康づくりとして十分対応できていない市町村が多いように思えます。

杖をつく人、足腰が悪くなっている人を多く見かけますが、接骨院には行っても病院に行っていない人もいます。今後は歩くこと、骨・筋肉量を減らさないような運動、さらに、これらの運動ができる街づくりが大事になっています。私の理想は、住むことで自然と健康になれる環境(都市)ができることです。

生活習慣病に関しては、高血圧、脂質異常への取組がもっと必要です。循環器学会からは、家庭血圧の重要性が言われています。血圧をコントロールするには、要医療受診の方は、必ず医師にかかってほしいと思います。生活習慣病は、自覚症状がないのでせっかく健診で異常が見つかったも、受診しないと効果がありません。保険者として、きめ細かく、受診勧奨をすることが大切です。

## 国保担当者が市民全体の視点をもつ必要性

市民の全体の人数を 100 としたとき、国保加入者が約 3 割であれば 30 です。さらにその中で特定健診を受ける 40～74 歳は何パーセントに相当するか、よく見ておく必要があります。健診を受診した人に限定した事業の対象者は、全体からみると極わずかになっているのです。

国保は協会けんぽ、健保組合とつながっています。これら被用者保険の被保険者が退職する際に、新たに加入する

国保の健診方法などを説明することとても必要です。市町村の国保担当部署は、今の国保加入者だけを見ていればいいということではないのです。ぜひ、健康づくり分野と連携しましょう。

さらに、75 歳以上の後期高齢者の健康への配慮も必要です。せっかく 74 歳まで生活習慣病重症化予防対策を一生懸命講じても、その後に引き継がれないと、市町村全体ではうまくいかないでしょう。全市民を対象としたマネジメントが必要なのです。

## ◆予防・健康づくりを進める体制

### 国保部門と衛生部門の連携

国保部門と衛生部門間に溝が生じている自治体が見られます。組織の違い、予算の違いがその原因のようですが、溝があると、予防・健康づくりを効果的に進めるに当たって大きなハードルになりかねません。

そうした中、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施をきっかけにして、これらの溝を部門横断で埋め、事業を上手に進めている自治体があります。また、統括保健師の役割としてその溝が埋まるよう働きかけています。また、国保課に保健師が配置されていることも重要なことと考えています。

衛生部門と国保部門が連携すれば、市民全体を対象に効率的に保健事業を実施することができるようになります。65 歳以上の市民はほぼイコール国保加入者になりますから、事業対象は同じで、大きなウェイトを占めます。

## 地域資源の活用

市町村では事業を進めることが、いつの間にか目的になりがちで、手段が目的になってしまっていると考えます。一旦立ち止まって、もっと、衛生部門、国保部門、介護予防部門で戦略を練ってほしいと思っています。また、医療機関や N P O、関係団体などといった地域の資源を活用して取組を進めることが必要だと思います。地域資源をきちんと集めて、今後の 3 年間又は、10 年間程度の取組の戦略を立てることも有効でしょう。

また、医療機関は住民の糖尿病重症化予防対策において貴重な地域資源となっています。自治体（保険者）と



医師との連携が進められていますが注目したいのが、糖尿病認定ナースです。今後は、医療機関にいる看護師（糖尿病認定ナース）がもっと地域に出て行く、地域と連携するような動きを進めていけると良いと考えています。

#### ◆予防・健康づくりの改善点

##### データ活用による地域の健康課題の抽出

平成 20 年の特定健診・特定保健指導が始まるまでは、老人保健事業の時代ですが、となりの市町村とは検査手法等が異なりデータ比較ができませんでした。それが全国で統一され、比較でき、地域の健康課題が明らかにできたことは夢のようでした。さらに今は KDB（国保データベース）が整備されてきています。

しかし、そのデータをまだ十分活用できていない状況だと思います。都道府県側はこうしたデータを市町村に使ってもらえる環境の整備に今以上の支援をすべきです。もちろん、市町村によっては自前で分析することは難しいこともありますので、そうした場合の都道府県や国保連合会の支援が必要だと考えています。

##### ポピュレーションアプローチのあり方の見直し

各市町村では健康課題がきれいにまとめ、データヘルス計画も立てられています。一方で、ポピュレーションアプローチにどう落とし込むかという戦略的な部分がうまくできていないように思います。どう方法で健康課題を解決していくかを考えられる能力・体制がないことが多いように思いますので、今後強化しなければならない部分だと思います。

また、ポピュレーションアプローチとは、上手な広報ツールを作ることだと考えている人が未だにいるようです。「保健師のためのポピュレーションアプローチ必携」（日本看護協会）を十分に読み込めていないように思います。

まず、各地域は難しいデータ分析に終始するのではなく、それを住民に分かるように落とし込むことが非常に重要です。住民が住んでいる地域でどんな健康課題があるかわかれば、住民は嬉しいと感じます。それが、住民の予防・健康づくりの活動の起点になります。ある地域では、高血圧の人が多くを住民に示したところ、その地域にあるスーパーマーケットが、減塩コーナーを自発的に作ってくれました。

市町村は、データから健康課題をまとめ、データヘルス計画も立案した次に、どうポピュレーションアプローチに落とし込むか戦略を立てることが必要です。どう方法で健康課題を解決していくかを考えられる能力を高め、体制をつくっていくことが必要なのです。

##### 保健師の聞き取り（傾聴）スキルの向上

現在、保健師はコロナ対応で忙しいと言われていますが、今は、ピンチではなくチャンスだとも思っています。家に引きこもりがちで外に出てこない、見かけない人にワクチン接種で会える機会ができました。これをうまく活用すべきです。いつでも住民の生活を想像しながら、広い視野で保健活動を進めてもらいたいです。

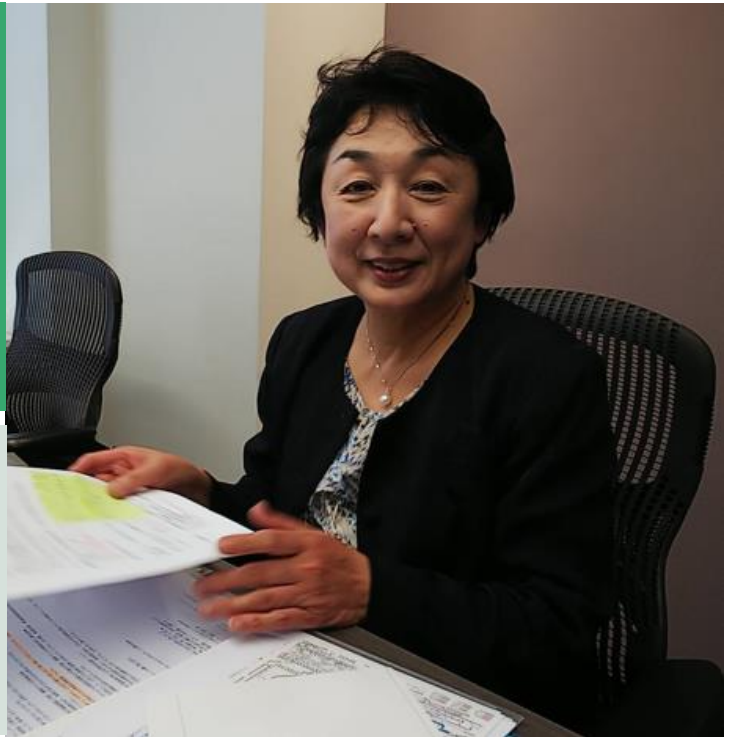
また、保健指導の時ですが、例えば、eGFR が悪化した人がいた場合、食事に変化があったのか、配偶者が亡くなったのか、サプリメントを摂取しているかなどを丁寧に聞かなければいけないのですが、実際には、こなすだけの聞き取りがみられます。若い保健師、ベテラン保健師にかかわらず、聞き取るべきこと、聞き落としてはいけないことをしっかりと確認できるようになってもらいたいです。こうした住民と対話するときの聞き取りの視点については、市町村の現場任せにせず、体制としてスキルの向上を進めることが必要です。

## 有識者インタビュー

# データ分析と個別訪問で 必要な取り組みを見抜き、 高い専門性と継続性で 市町村をサポート

## 元静岡県国民健康保険団体連合会 保健師 高塚 祐子 氏

約 20 年間、静岡県吉田町・岡部町で勤務した後、静岡県国民健康保険団体連合会に移り、22 年間にわたり保健師として保険者支援に従事。在宅保健師の会が行った家庭訪問事業は、厚生労働省の第 72 回「保健文化賞」を受賞。



### ◆特に力を入れてきた取組

#### 在宅保健師の会が取り組む、重症化予防のための家庭訪問事業

静岡県国保連合会で取り組んだ事業の中で、特に力を入れたのは、在宅保健師の会「つづじ会」による生活習慣病の重症化予防のための家庭訪問です。

この取組は、希望した静岡県内の自治体から、毎年 2 か所を選定して、対象者のご自宅を訪問する事業です。自治体の健康づくり事業・予防活動の実施状況、健診の受診状況等を踏まえ、健診未受診者の受診勧奨や健診後の重症化予防など、その時々健康課題を考慮して、対象者を選定し実施してきました。

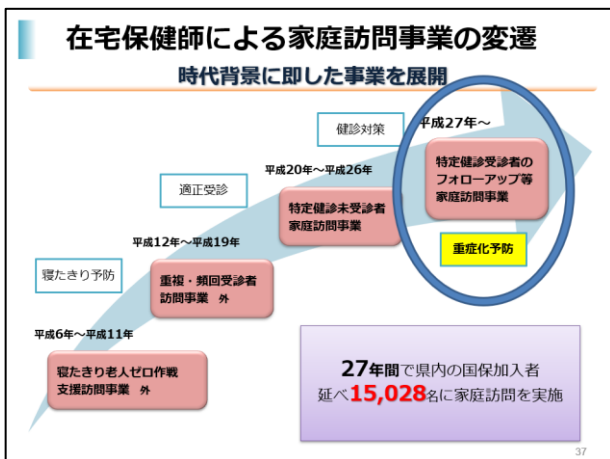
国保の被保険者は、経済的にも職業的にも幅が広く、被用者保険加入中に体調を崩し、会社を退職し国保に入ってもらえる方も少なくありません。訪問して対象者の話を聞き、自治体の保健師と連絡をとり、地域からの支援に繋がったケースも多くありました。市町の意向を尊重して、地域の課題解決につながるよう関わってきました。

#### 取組のストーリーが見える「しずおか茶っどシステム」を開発し、活用方法もサポート

国保連合会在職中には、関係する職員と共に医療費等分析システム「しずおか茶っどシステム」の開発に取り組みました。

システム開発のきっかけは、「市町の現場で使いやすい分析システムを作って欲しい」「自分の町の医療費や健診結果が県内でどのような位置にいるのかを広報誌に載せたい」等の担当者からの意見や相談でした。当時の国保連合会では、関係する職員と共に数週間かけてこのような依頼に応えるよう手作業で資料づくりをしていました。市町からは受診率向上に繋がったと喜んでいただきましたが、必要なデータが必要な時に瞬時に提供できることこそが、本当に求められている支援であることを再認識し、システム開発に乗り出しました。

開発にあたっては、市町の忙しい現場で活用してもらえる

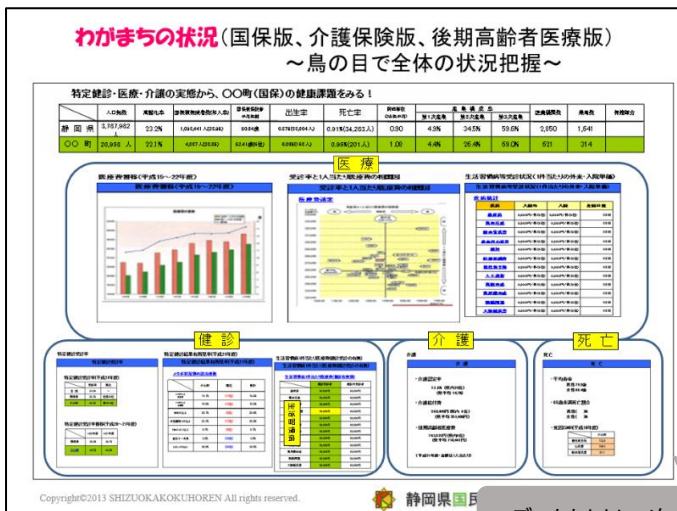


ように、使い勝手の良いシステムとは何か、何度も検討を重ねました。平均値や分布図といった統計的な結果の羅列だけでは、何をどう活用すべきかわかりません。保健師として、保健事業の取組のストーリーが見えることを大切に開発し、分析結果は加工しやすい Word ワンペーパーで出力できる工夫も盛り込みました。

当然のことながら、完成したシステムを即座に全ての自治

体が活用できるわけではありません。国保連合会では、各市町に出向いて実際のシステムを使って分析したり、事業対象者を抽出したりするところから支援しました。この市は糖尿病が多いから HbA1c が 8 以上の人に家庭訪問しようか、この町は高血圧が多いから…と、市町の職員と一緒に考えました。

### ▼データ分析をもとにした保健事業の考え方



### 予防すべき対象者の明確化と優先順位

対象者の中で・・・

- 65歳未満の人はだれ？ ○人中○人？
- 初めて受診した人はだれ？ ○人中○人？
- 今回の健診で初めて高血糖とわかった人はだれ？ (高血圧・脂質異常等) ○人中○人？

→ 家族歴のある人はだれ？

→ 保健指導に繋がらなかったのはだれ？なぜ？

→ 治療に繋がったのはだれ？

→ 治療を中断したのはだれ？なぜ？

- 健診の結果を経年で見て、以前から異常を指摘されているのに受診していない人はだれ？なぜ？
- 以前一度(二度)受診したが、それ以来受けなくなってしまった人はだれ？なぜ？ 等々

●地域の実際食習慣や運動習慣などを把握し、わがまちの保健指導の優先順位を検討する。

●保健指導の対象者名簿を作成し、個々の健診結果を的確に読み取り、対象者にあった資料や教材を用意する。

●対象者が、自分自身の遺伝因子や生活習慣、健康に関する思い等について総合的に考え、振り返り、問題点について気づくことができるよう支援する。

●その結果、対象者自身の課題としてとらえ、改善策について主体的に取り組めるよう支援する。

●健診データの変化、生活習慣の改善等短期間で評価できる事項について評価していく、必要事例については、医師と連携する。

データをもとに、次の一手を提案

### ◆国保連合会の保健師の役割

#### 自治体の保健師をサポートし、専門職としての育成や住民と自治体をつなぐ役割を果たす

実際に家庭訪問をしてみると、市町の保健師と住民との間で“隙間を埋める役割”を担っていることを感じます。

「糖尿病の薬を飲み始めたが、あまり改善した様子が感じられなかったので自己判断で止めてしまった」、「健診の時期を5月に予定してもらったが、お茶の仕事が忙しくて行けないのでもう少し遅くしてもらえないだろうか…。市の保健師さんには申し訳なくて言えない！」など、さり気ない会話で話されたことですが、重要な情報は聞き逃すことはできません。我々が間に入ることで、住民の実態を行政に伝えられたように思います。

また、新卒の保健師の同行訪問を市町から依頼されることもありました。その際には、市町の先輩保健師に代わって訪問時のマナー、対象者の話を傾聴する姿勢や対応等について伝えました。

つづじ会の会員は、行政を退職した保健師が多いので、国保の被保険者の実態を十分承知しており、訪問の重要性も理解しています。処遇困難ケースについても、問題解決に向けて有効な対応策を心得ていることは、大きな強みだと思います。市町の保健師と国保連合会（在宅保健師）とが連携することで、被保険者一人ひとりを大切にされた取組の展開の一助となればと思います。

### ◆今後の取組の方向性

#### データ分析×個別訪問の経験で見抜く、事業対象者や必要な取組

データを丁寧に分析すると、誰を対象に、どのような事業をしたいのかが見えてきます。例えば、家庭訪問後に亡くなった人のデータを再確認すると、脂質や血圧等の異常に加えて、心疾患の疑い、眼底の異常等の指摘を受けていました。また、農家が夜通し作業する繁忙期に医療費が急増するということにも気付きました。このようにデータをしっかり見



て、早めにどのような対策をとるべきかを考え、事業化することが重要です。

データ分析のポイントは、数字だけでなく、住民の具体的な生活実態を掛け合わせて、施策を考えることです。私は、市町の保健師や担当者と一緒に検討することで、たくさんの学びや気づきを得ました。市町の職員の中には、データも現場もよく解っている人がいるので、日頃からそのデータ分析のノウハウや現場感を議論できる場があるとよいと思います。

### 住民の力を借りて広げていく、地域ならではの健康づくり

約40年保健事業に関わり、自治体や専門職だけでは、健康づくりや予防活動の取組の広がりが難しいと思います。地域の特性にもよりますが、地域住民を巻き込んだ事業の実施は、広がりを生む一つの方法だと思っています。

A市では、一人暮らしの男性が、居酒屋やスナックで食事をする方が多くいます。この地域では、スナックのママが、男性客の健康を心配して、野菜不足を叱ったり、買い物した食材のチェックや食事献立の指導をしてくれたりしていました。行政が、スナックのママや居酒屋の店員を巻き込めば、正しい生活習慣を伝えるサポートをしてくれるのではないのでしょうか。

今ここにいる住民に対してタイムリーに情報提供できるのは、行政職員ではなく、“地域の人”だと思います。このような地域住民に協力をお願いできるのは行政の強みですので、その町ならではの健康づくり施策が行えるように、地域を育てることを大切にしてほしいと思います。

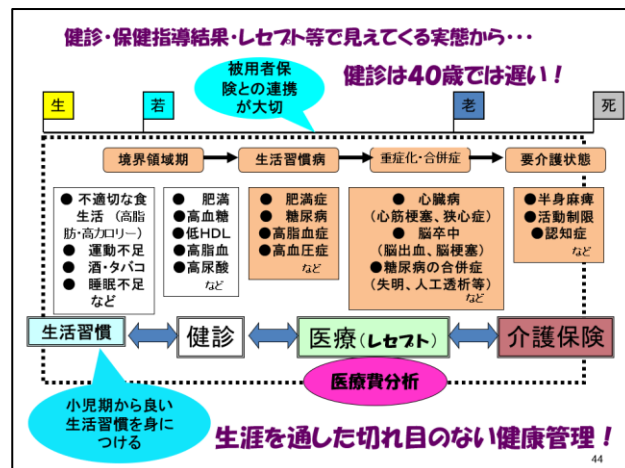
### 被用者保険から移動してきた被保険者についての情報連携や個別訪問

最近、被用者保険から国保に移った人を訪問すると、コロナ禍で勤めていた会社が倒産してしまった人、うつ病で退職せざるを得なかった人などが見受けられ、国保が“最後の砦”という印象を強く受けます。

個人情報保護の観点から、詳細な情報共有は難しいかもしれませんが、地域・職域連携の中で、被用者保険から国保への簡単な情報提供があるといいですね。企業によっては、国保に移る際に、「状態が心配なので早いうちに一度

訪問してほしい」と連絡があるところもあります。

また、定年退職以外の理由で企業を退職して国保に入る人は、リスクの高い人が少なくありません。国保の保険者は、情報提供がない場合でも、移動のタイミングで窓口や訪問等を通して対象者に関わることが重要だと思います。この連携によって、大切な住民を予防できる疾病で倒れさせない、死なせないことに繋がります。



### 子ども向けの健康教育をきっかけとした子どもから親へのアプローチ

今後挑戦してほしいと思っているのは、子ども向けの健康教育の充実です。健康意識を高く持つことや正しい生活習慣の形成は、小さいころからの積み重ねが重要ですが、健康について子どもたちが教育を受ける機会は少ないと感じています。

加えて、小学生や中学生の保護者は40～50代で、特定健診の受診率が低い年齢層にあたります。健診の未受診者は重症化するケースが多いことから、子どもに健診の重要性を教え、「お父さんお母さん、健診を受けている？」と尋ねてもらっています。子どもから保護者に対してアプローチしてもらうのは有効と考えます。

県内のいくつかの市では、既に教育委員会と市が連携して、子どもを対象にした健康教育を実施しているので、このような取組が広がってほしいと思います。

### ◆国保連合会による市町村支援

#### 自治体横断での俯瞰的な課題分析と事業方針の提案

国保連合会は医療費をはじめ各種分析を行っています

が、実態把握だけの分析で終わってはならないと思います。医療費や疾病の多寡だけではなく、県内外の市町村で実施している効果的な保健事業を横展開できるように提案することも国保連合会の保健師の役割だと思います。

静岡県の健康課題を見ると東西格差があり、高血圧は東部で多く、糖尿病は西部が多いという現状があります。このような課題を俯瞰して見られる人、特に、専門的観点を持っている人が助言者となって、地域の健康課題を解決するプロジェクトがあるとよいと思います。

#### ◆最後に

「しずおか茶とシステム」を初めて説明した町で、先輩の保健師から「町の様子や町民の健診の結果までこんなに細かくわかつちゃっていいのかね…？」と言われ、そこをわかってもらいたくて作ったシステムなんだけどな、と返事に困ったことがありました。縦割り行政の強い市に対して、その立ちはだかる壁に風穴をあけて連携の強化を支援したり、市町の担当者のやる気や目の輝きをみて、新規の保健事業を提案したりしたこともありました。今 22 年間で振り返ると、私は、国保連合会の営業のような役割を果たしていたように思います。現役の国保連合会の保健師の皆さんも、ぜひ頑張ってください。

## 支援のスキルアップとともに 長期的に自治体支援が 可能となるよう 財源の確保を

### 佐賀県国民健康保険団体連合会 事務局次長 小池 泰明 氏

平成 26～29 年度佐賀県国民健康保険団体連合会事業振興課長、平成 30 年度～令和元年度国民健康保険中央会保健事業部長（令和元年 7 月から保健福祉部主幹）、令和 2 年度から現職を務める。国保・後期高齢者ヘルスサポート事業には開始当初から関わる。



#### ◆国保・後期高齢者ヘルスサポート事業の効果 保健事業支援・評価委員会の意義

平成 26 年度から国保・後期高齢者ヘルスサポート事業が開始されました。それ以前から数値目標はありましたが、国保連合会や市町村では、保健事業の評価はアウトプットの量だけに着目していたように思います。本事業では明確に数値目標を定めて PDCA を回すことになっています。同時に第三者から成る保健事業支援・評価委員会を国保連合会に設置し、有識者の知見に基づいて事業を客観的に評価することになりました。国保連合会の支援事業に対しても、学識者、保健師、県の国保部門・健康増進部門などから助言を頂いており、支援・評価委員会は非常によい仕組みと考えています。

支援・評価委員会では、県の国保部門・健康増進部門の方に、市町の課題、事業内容について生の声を聞いて頂き、課題を共有してもらったことの意義が非常に大きいと感じました。佐賀県では、支援・評価委員会の中で、市町保健師から、「重症化予防を進める上で、医療との関係性の構築を市町個別ではなく県が佐賀県全体で調整してほしい」と要望が出されました。それに対して、県が中心となり医師会と連携し、ストップ糖尿病対策事業として事業が立ち上がるきっかけとなりました。これは、佐賀県の支援・評価委員会が果たした大きな実績だと考えています。

#### 支援・評価委員会は、市町にとって、自分たちの進む方向に助言をもらえる場

市町からすると、支援・評価委員会発足当初の平成 26 年時点では、支援・評価委員会は自分たちに何をもちわしてくるのか、人的支援をしてくれるのかといった懐疑的な意見がありました。また、保険者がデータヘルス計画を策定するに当たって、当初は支援・評価委員会に対して、何を相談すれば良いのか分からないといった戸惑いが多かったと思います。

しかし、始まってみると、市町が保険者として力を入れている方向に間違いがないか、重症化予防支援の訪問対象者の選定の考え方など、自分たちの進む方向に対して助言を得る場となってきているように思います。

#### 佐賀県「ストップ糖尿病」対策事業による体制面からの市町支援

ストップ糖尿病対策事業は、県が県医師会や郡市医師会、佐賀県歯科医会等の協力を得て立ち上げた事業です。この事業では三つの会議体が、実効的に動いていることで、事業が機能しています。

一つ目は県全体の会議であり、県医師会、医療保険者の代表者が年 1 回程度進捗を共有する場です。二つ目は、佐賀県に 5 つある二次医療圏単位の会議体で、年 2 回

程度で意見交換、進捗状況の共有をしています。そして、三つ目として、基幹病院を中心とした関係者連絡会を設けており、地域のかかりつけ医にも参加いただき、市町の保健師が持ち寄ったデータで地域の実態を共有したり、事例検討を行ったりしています。関係者連絡会によって、保健師とかかりつけ医や専門医との顔の見える関係ができており、大きな効果を生んでいます。国保連合会からは、県全体の会議と二次医療圏単位の会議に委員として参加しています。

### ◆佐賀県国保連合会の役割

#### 市町の体制を把握した上での手厚いサポート

国保連合会では正職保健師を2名配置しているのですが、十分ではなく、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施支援に関しては、国保連合会に与えられている最低限の役割しか果たせていない状況です。そのほか、事務職員について、保健事業担当が2名おり、市町への対応、会議体の運営などを行っています。

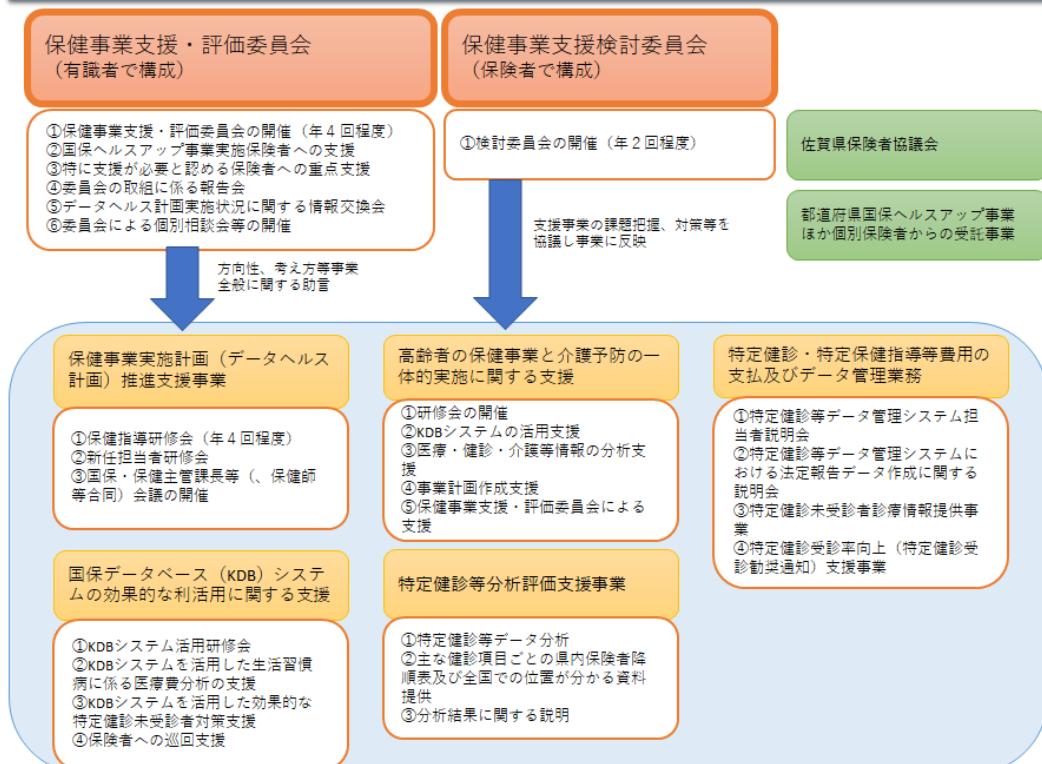
十分な体制とは言えませんが、佐賀県の市町数は20と少なく、市町の担当者の異動状況、担当者が育休で手薄になっているなどの個別状況もすべて国保連合会で把握し

ています。異動後間もない担当者に対しては、経年資料の作り方、糖尿病の台帳管理などについて国保連合会が手厚く支援しています。また、担当者が異動したり、療養で人が休んでいたりデータの管理が十分できない際にも、国保連合会から手厚い支援をするよう心がけています。その他、国保連合会では、上記の関係者連絡会に対して、データヘルスの集計結果を提出するなど、市町が自分たちでは作れない資料の作成を支援しています。

#### 市町の事業をつなぐ国保連合会の保健師

国保連合会では保健師の人事異動がありません。そのため、経験が長くなれば県内の医師会、大学の先生、市町保健師との間に強い信頼関係を築くことができます。国保連合会の保健師たちはほかのどの部署よりも、市町、県、医師会、医療機関の関係者とよく話をしていると思っています。市町の担当者が3年ほどで異動する中、市町が実施している今の事業、以前の事業を国保連合会の保健師がつないでいくことができるのではと考えています。

佐賀県国保連合会における保健事業支援体系図





## ◆今後の保健事業支援に向けての課題

### KDBシステムに関する保険者のスキルアップ

データヘルス計画、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に関しては基本的にKDBを利用します。国保連合会では、各保険者、広域連合を構成する市町、介護保険者がどれだけKDBを使っているかを毎月把握していますが、実際には、個人の履歴を見ているだけで、統計分析機能はほとんど使われていない状況です。KDBへの要望や使いこなせるスキルは保険者によってかなり差がみられます。

国保連合会では、保険者に集まっていたり、毎年度当初にKDB、国保連が運用しているシステム等の操作説明などのスキル習得研修を行っています。加えて、異動してきた担当者に対して制度の説明（特定健診とは、など）を行っているのですが、表面的な部分にとどまっています。今後は保険者への個別訪問を増やして支援することで、底上げを図りたいと考えています。

### 充実した支援のための医療費分析力の向上

各市町では自地域の健診データの分析を毎年行っており、国保連合会では県内の地域別比較を行っているところですが、医療費全体の分析がなかなかできていません。国民健康保険中央会は、国保連合会で医療費分析にもっと力を入れるべきとして、毎年いくつも研修を企画しています。国保連合会からも、できるだけ担当職員を研修に参加させているものの、医療費変化の原因分析を明確に出せるほどのスキルを獲得できていません。医療費分析についてのスキルを上げていけば、保健事業の中でさらに充実した支援ができると考えています。

### 専門職（保健師・管理栄養士）の採用と専門職・事務職員のスキルアップ

国保連合会としては、是非もう一人保健師等の専門職を採用したいとの意向を持っています。もう一人採用できれば、現状行っているセミナーの開催や、年度当初の訪問支援以上のこと、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の個別事業に関する支援などができると良いでしょう。保健師、管理栄養士は県内市町でも人材ニーズが大きく、争奪戦になっているのが現状です。なお、国保連合会での保健師

や管理栄養士といった専門職の業務は、研修の企画やPCでの資料作成支援、統計処理などであり、一般にイメージする専門職の仕事とは異なります。そのため、採用試験の際には、保健指導などの専門職ならではの力を発揮する場面の割合は少なく、パソコンの作業が多いことをよく説明して、ミスマッチが起きないように気をつけています。

採用した専門職のスキルアップも課題です。市町の専門職もかなり勉強していますので、国保連合会の専門職も負けないだけの勉強をしないとといけません。県の健康増進部門が年に何回か県内の保健師向けの研修を行っており、そうした研修に担当保健師が参加したり、自主的に勉強会に参加したりするなどして、スキルアップを図らなければいけません。

国保連合会の事務職員は、以前から審査・支払、共同処理（電算処理関係）については誰もが経験しており、十分なスキルを持っていますが、保健事業、第三者求償事務については、そもそも国保連合会でも担当することが少ない事務になっています。そのため、今後は担当係にいる在職年数を、これまでより少し長くとして、スキルを高めるのが良いと考えています。また、国保中央会が実施する研修事業に積極的に参加する他、保健師向けの研修を事務職員が聞くなどして、国保連合会職員のスキルを上げる努力が必要です。

### 国保連合会の組織内での理解

また、国保連合会の保健事業支援は、組織内で理解を得ることも重要です。国保連の中で事業方針や予算を説明し、人材の確保を依頼するには、事務職員と保健師が協力しなければやりたいことができません。そのため、組織外のみならず、組織内でも理解と信頼を得ていくことが必要になります。

## ◆今後の課題、厚生労働省・県への要望

### 補助金頼みにならない長期の財源確保

国保連合会の基幹業務は、レセプトの審査・支払です。また、医療費通知やジェネリックの差額通知を作成して手数料を頂いています。保健事業については、人材や資源が手薄な市町には支援を強めないといけなると考えています

が、一方で、財源の確保をどう位置づければ良いか、難しい課題があると思います。

財源の確保については、国保・後期高齢者ヘルスサポート事業が始まった平成26年度から、国保連合会の保健師に対する補助金として厚労省から手厚い支援を頂くようになりました。平成30年度から保健師2名までは10分の10の補助、令和2年度から高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施についても事業費と保健師、管理栄養士へ補助していただくことになっています。

ただし、事業費が補助金頼みになっていると、今後の保健事業、市町支援を考える際には不安があります。現在の事業や支援の財源は、厚労省からの補助金と一般負担金（審査・支払とは別個）から構成されていますが、いつまでも手厚い支援は続かず、今後引き下げの時期が来るだろうと考えています。その場合、受益者である市町から負担を頂くことになるでしょうが、保健事業の支援については、明確な成果物がないと、市町への支援を厚くすることに対して一般負担金を求めることは難しいでしょう。この部分について国から市町への財政支援があればと思います。保険者努力支援制度では、国保連合会は保険者にインセンティブが付与されるように支援をしていますが、その交付金が国保連合会に還元される仕組みはできないでしょうか。或いは、国保事業費については、納付金を構成市町村から県に集めて運営していただいています。納付金の中に国保連合会の事業費を含めることはできないでしょうか。個別の都道府県だけで対応するのではなく、何らかの制度として担保する仕組みを国に作っていただけないかと期待しています。現在の補助金は額の大きさから、国が各保険者に相当の期待をしていることはよく理解できます。とりわけ国保・後期高齢者ヘルスサポート事業では、それは明らかです。国保連合会が行う保健事業支援を中長期的に考えていく上でも、長期的な財源確保を強く要望します。



## 有識者インタビュー

# 47 国保連合会の 支援ノウハウを共有して、 より戦略的かつ効果的な 保険者支援を目指す

## 国民健康保険中央会 保健事業専門幹 三好 ゆかり 氏

保健事業を担当する管理職として、国保中央会における保健事業の管理、国保連合会の会議・研修等の実施、保健事業に係る国の動向の情報収集及び周知・発信など幅広い業務を担当。市町村や保健所の勤務経験や厚生労働省への出向経験あり。



### ◆国保中央会・国保連合会の保険者支援の強み 国・都道府県レベルで行政に伴走し、継続的に支援

国保中央会と 47 の国保連合会が、国と都道府県それぞれの立ち位置で重層的に保険者支援を行えるのは強みだと考えています。事業を主体として進めている市町村の方々に対して、国保連合会は、伴走者として寄り添い、客観的に現状を把握し、継続的に応援できます。行政に寄り添って支援できるというのは非常に良い立ち位置ではないでしょうか。私自身、市町村で事業に携わっていた時、保健所保健師が俯瞰的な視点で助言をしてくれて、いつも助けられていました。今は逆の立場になって、現場の皆さんの力になりたいと思っていますし、その役割を担えることにやりがいを感じています。

### KDB システムを活用したデータヘルスの実現と制度横断的なデータ分析

国保連合会が持つ健診・医療・介護データを生かしたデータ分析の支援も、果たす役割は大きいです。データ化によって情報共有の速度が高まり、関係者が目指す方向性を共有しやすくなりました。とりわけ、KDBシステムは、データヘルスを進めるうえで欠かせないものになっています。

KDB システムの稼働から 10 年近くたった今では、データヘルスにより、加工や分析による見える化が進みました。現

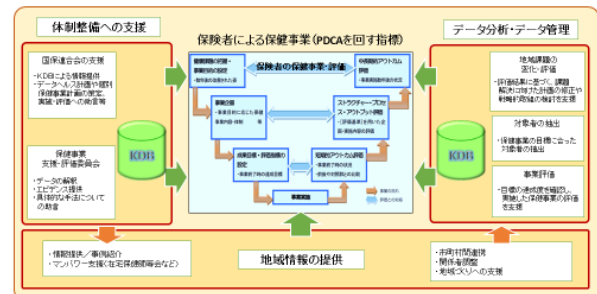
場から「こう使いたい」と明確な要望が出てくるようになって、活用の変化を感じます。

KDB システムには、国保及び後期高齢者医療、介護の各データが集まっています。医療保険は特定健診・高齢者健診データ等も含み、国保から後期と連続した分析も可能です。令和 2 年度からの一体的実施では、国保・後期・介護のデータを一人ひとりで経年的に紐づけて、生活習慣病の重症化予防や高齢者のフレイル対策など、通いの場での活用にも一役買っています。

### 国保連合会によるKDBシステムを活用した保険者支援について

- 国保連合会は、保険者による保健事業が効果的かつ効率的に実施できるように、KDBシステムを活用した支援を実施している。
- 支援内容としては、KDBデータの提供や分析、データ管理等を行い、データヘルス計画の策定や評価の支援を実施している。

図表1) 国保連合会による保険者支援(保険者のPDCAを回すために)



### 医療機関との連携による重症化予防への取組

国保の保健事業で重点対策となっている重症化予防については、地域のかかりつけ医や医師会との連携が重要だ

と強く感じています。国保の保健事業は予防と医療が両輪となって、包括的にまわせる体制であり、行政の保健師は治療を受けながら地域で暮らす人にも日常生活の中でかかっています。データを活用して医療機関と連携しながら重症化を防ぎ、その人の生活をサポートできると良いですね。

### ◆国保連合会が保健事業を行う根拠

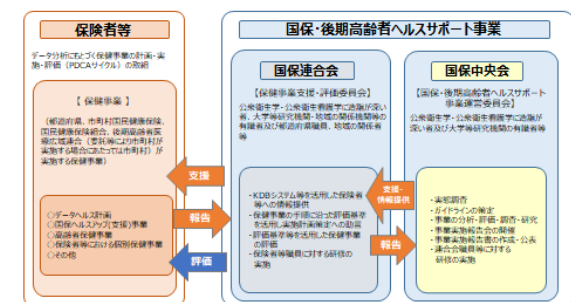
#### 手引き等による保健事業の意義や役割の明確化

市町村や都道府県は、法令上、どのような保健事業を行うか通知レベルまで細かく記載されていますが、国保連合会の保健事業については何をすべきかの細かな記載がありません。保険者が保健事業を実施するにあたって必要な専門職派遣、調査研究、分析的な情報提供等が触れられており、KDB データの提供等の根拠になりますが、国保連合会の支援者としての具体的な役割などは明確ではありません。このような背景があり、国保連合会では保健事業を行う意義や必要性を感じにくい時代が長かったと思います。

そのため、国保中央会では、国保連合会の保健事業に関する手引きやガイドライン等を、施策が加わるごとに作りました。特定健診・特定保健指導の保険者への義務化以降、平成 26 年度にヘルスサポート事業が始まってから、より役割が明確になりました。また、レセプトの電子化が進み、データ活用の一つのカテゴリとして保健事業を位置づけることで、何を支援するのかを理解してもらいやすくなりました。

#### 国保・後期高齢者ヘルスサポート事業の概要

市町村国保等のデータヘルス事業を推進するための取組みとして、平成26年度より国保中央会において、「国保・後期高齢者ヘルスサポート事業推進委員会」を設け、都道府県国保連合会には、「保健事業支援・評価委員会」を設け、国保保険者及び後期高齢者医療広域連合が行う保健事業の実施計画（データヘルス計画）の策定、実施、評価等の支援を行う「国保・後期高齢者ヘルスサポート事業」を実施している。



①国保ヘルスケア事業（B）、②については、保健事業支援・評価委員会が評価結果を伝えることが必要要件

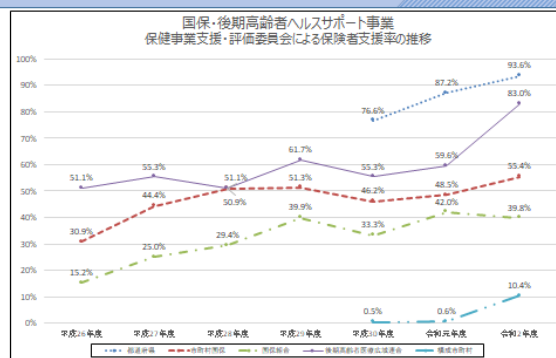
### ◆特に、効果的だった保険者支援

#### 保健事業支援・評価委員会による支援体制の構築

国保連合会が行う支援の中で、質の向上に大きく貢献しているのは、やはり、国保・後期高齢者ヘルスサポート事

業による保健事業支援・評価委員会だと思います。支援・評価委員会は、自治体に対する支援サービスの提供だけでなく、都道府県内の関係者の連携構築にも役立ちました。自治体にとっては、なじみのある国保連合会経由で、地元の公衆衛生の大学教員など敷居が高いと感じていた人に相談しやすくなりましたし、委員にとっては、自治体の状況を理解し、支援の必要性や意義を認識していただく機会になったと感じています。

#### 保健事業支援・評価委員会による保険者支援率の推移



国民健康保険中央会調べ

### ◆国保連合会が行う支援の方向性

#### 対象自治体が増加しても、戦略的な支援によって質の向上を目指す

ヘルスサポート事業の開始から 8 年がたち、自治体に国保連合会の役割を知っていただく段階から、「支援の質をどう上げていくか」という段階にきています。

国保連合会は、支援する自治体が増えても質を担保できるように、戦略的かつ効率的に支援することが必要です。支援する自治体数が多い県では、例えば、自治体の共通課題は研修で支援し、同じ課題を持つ所をグループ単位で支援する。その中でもマンパワー不足等で個別支援が必要な所には、個別訪問といった丁寧な対応を追加する。このように必要な支援内容を見極め、提供することが重要です。

国保中央会では、現在、国保連合会が戦略的に支援できるように、効果的な支援ノウハウを集めたガイドを作成しています。全体戦略を作成している事例、支援のゴールを保険者とともに作成している事例、保険者単位で支援カルテを設けている事例など、参考情報が盛りだくさんなので、一歩進めた支援に活用してほしいです。

## 丁寧なアセスメントに基づく支援とそのための人材育成

データ分析については、先進事例を見ても一足飛びに真似できません。先進事例を見つつ、個々に、なぜ成果が上がらないか要因を深める分析が必要になります。また、国では全体的な方針が示されますが、自分の地域の状況については分析しないとわかりません。各組織のビジョンを明確にするため、やるべき課題に優先順位を付け、方向性を決めるための判断にデータやエビデンスを集めることが必要です。そのため、国保連合会は、保険者の強みや弱点を丁寧にアセスメントしたうえで、支援に入ることが求められます。保険者の取組がつまずいたときなどに、次のステップを見出すための細やかなデータ分析や支援が役に立つのではないかと感じています。

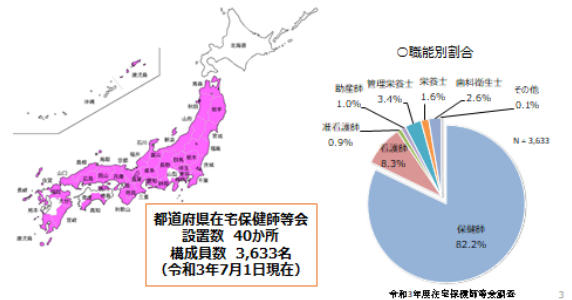
一方で、国保連合会からは、保険者支援の際に事業の目標や評価のための指標設定が難しいこと、レセプトデータの分析の苦勞を聞いています。レセプト分析は、病態の理解だけでなく診療報酬上の点数の影響もあるので、分析・読み取りが難しいものだと思います。さらに、データ分析だけでなく、読み取りや取組につなげる力量を高めることも重要だと考えているので、今後、そのような研修等で支援していきたいと思っています。

## 在宅保健師等会との連携によるマンパワー支援

在宅保健師等会（国保連合会が中心になって退職した保健師等を組織化）は、知識や経験を活かし、市町村の保健事業や地域の保健活動を支援しています。全国で3,600人以上の会員がいるので、コロナ禍では保健所からも応援要請の声がかり、支援に入っていたいただいているところもあります。国保中央会では、国保連合会を通して、在宅保健師等会に資質向上に向けた研修や国の動向等の情報提供をして、間接的に支援し、自治体の応援をお願いしています。

在宅保健師等会設置状況

	保健師	看護師	准看護師	助産師	管理栄養士	薬剤師	歯科衛生士	その他	計
団体数	40	16	7	13	12	9	9	2	—
会員数	2,985	303	32	36	122	58	95	2	3,633



## 保険者と関係機関の連携を後押しするための関係性構築

都道府県や関係団体との関係構築や調整に苦勞する話も聞くのですが、国保連合会がアクセスポイントになって、保険者と関係団体をつなげないかと思います。市町村がすべてを個別に調整して、関係機関とつながるのは合理的ではありません。国保連合会が大学等の関係機関を紹介して少し後押しをすることで、保険者が取組を進めるきっかけになるような役割が果たせないかと考えています。国保連合会と関係者で役割を分担して支援できれば、効率化にもつながります。国保連合会には貴重なデータがたくさんありますので、データ分析結果等を手土産に、隠せず、関係者の顔をつなぐよう挑戦してほしいです。

また、都道府県には、保険者協議会の設置が求められていますが、被用者保険の保険者や医療関係団体が地域の保健医療の課題を話し合うことができるようにコーディネーター役を担ってほしいですね。

## ◆国保中央会の今後の取組の方向性

### 国の動きや実証事業等の結果を仲介して展開

全国的なデータ分析や研究成果について国保連合会にフィードバックできるようにしていきたいと思っています。例えば、重症化予防では、日本健康会議の方向性をもとに、国の重症化予防ワーキンググループの取りまとめや大規模実証の結果を国保中央会のワーキンググループで受けて、連合会に共有するという流れができています。このような構造化された支援体制をさらに活用していきたいと思っています。事業の主体として、保険者自らが走りながらこのような検証のプ



口セスを踏むのは大変なことなので、伴走している国保連合会と国保中央会で仲介をしっかりと努めていきたいです。

また、国保連合会・国保中央会では、国のデータヘルス改革への対応を報告書にまとめ、今後の保健事業にしっかり取り組めるように検討を進めています。現時点では保健事業の地域差や取組への温度差がありますが、そのうち、取組の見える化が進むと解消にもつなげるのではないかと期待しています。

#### 国保連合会・中央会の保健事業と国のデータヘルス改革への一体的な取組の考え方

◎ 連合会・中央会が行っている保険者支援としての保健事業と、国のデータヘルス改革は、相互に関連し合う一体的なものであり、この一体的な取組は、保険者支援としての保健事業の更なる充実・強化につながるものと考えられる。  
 ◎ 連合会・中央会は、その一体的な取組において、保健事業の実施者としての知見を、国のデータヘルス改革に係るシステムの開発段階から反映させることができる。また、人的支援を行うことで、人材育成や職員のスキルアップを図ることができる。



### 専門家集団としての体制整備に向けて

国保中央会としては、国保連合会が支援のPDCAを回して、自らの役割や進捗度を確認・評価できるよう支援することも役割の一つだと思っています。そのため、国保連合会向けに支援の自己評価チェックリストを作成しました。事業の準備・計画・実施・評価の進捗管理や関係者との連携等の支援状況についての内容ですが、例えば、レーダーチャート等にして変化が見えるような工夫も検討しています。

評価というと、比較して優劣を付けるよう受け止められがちですが、目的は全く違います。全国の国保連合会が保健事業の取組内容や方法は違えども方向性を共有できるように、各連合会の強みや弱点を確認して相互に連携し、取組の改善につなげることなどが目的です。先ほど話した国保連合会の保険者支援のためのガイドも活用して、より良い支援を目指していきたいと思います。

そして、保険者の状況に応じた適切な助言ができるように、専門職を配置してしっかり事業を育てること、支援評価委員会の力を借りることなどにより専門家集団としての機能が発揮できる体制を整えたいと思います。

今後、国からの補助金の見直しなど財政的には、厳しい状況になることも予想されます。国保連合会の保健事業等の保険者支援に必要な経費は、保険者からも必要な負担が得られるように、保険者のニーズに合った質の高いサービス提供がより一層求められています。これらの期待に応えられるよう努めてまいりたいと思います。

## 有識者インタビュー

# めざす世界感をイメージし、 予防・健康づくりを推進 高い専門性と持続性を 担保できる制度へ

## 合同会社生活習慣病予防研究センター 代表 岡山 明 氏

医師・医学博士として、生活習慣病予防の研究に取り組む。研究者としての知見を活かして、保健事業支援・評価委員、国保・後期高齢者ヘルスサポート事業運営委員会委員を務めるなど、国民健康保険の保険者支援を行っている。



### ◆保健事業の基本となる考え方

#### 国民全員が受診する“特定健診のメリット”を実感できる 保健事業

世界的に見て、健康診査が普及しているのは日本や韓国など一部の国に限られていることをご存知でしょうか。欧米では、健康は個人のものという概念が強く、健康診断の仕組みがありません。そのため、ハイリスク者の特定が難しく、ポピュレーションアプローチの議論が活発に行われてきました。一方、日本では、国民全員が健康診査を受診して、ハイリスク者を特定できる仕組みが制度として整っています。私は、この健診という仕組みを活かして健康づくりを進めることが重要と考えています。

国保の保健事業では、「特定健診を受診してくれない」「特定健診の受診後に必要な対策を打てない」という課題があります。その壁を超えるために、国は保険者インセンティブ等の誘導を行っていますが、「保健事業がどうあるべきか」という認識が保険者に十分伝わっていない気がしています。健診を受けた人がメリットを感じる保健事業の運営が保険者の責務であり、保険者は、住民が魅力を感じる保健事業を考える必要があります。

#### 事業の企画検討に必要なのは、その地域で目指すべき世界観

保健事業の企画・運営には、保健事業によって実現したいことは何か、健診受診者がメリットを感じる保健事業は何かといった世界観（考え方）を持つ必要があります。目指すべき世界観を持たずに、健診受診率や保健事業の実施率の向上を目指すのは、本末転倒です。「こうなりたい」「こうしたい」という考えを明確に持っている市町村は、地域にあった取組を実施したり、達成状況を正確に把握したりと、効果的に予防・健康づくりを進められています。保健事業に携わる国保連合会や自治体は、改めて、どのような世界観を持つとよいか考える機会を持ってほしいと思っています。

#### 問題意識をもとにしたデータ分析の必要性

もう一步踏み込んで、データ分析の考え方についてお話しすると、データ分析では、目標とデータから分析の観点を導く必要があります。

特定健診の受診率向上を目標とするのであれば、受診率に影響を及ぼす要因はどこかという視点でデータをとらえることが重要です。例えば、60代以降での国保加入者は、それ以外の加入者と比較すると相対的に受診率が高いという特徴があります。これは、定年退職を機に被用者保険から国保に移動した人は、健診受診が習慣化しており、受



診勧奨への反応が良いという背景があります。このような視点を持ってデータ分析を行うと、その差が小さい自治体は、被用者保険から移動してきた人に受診勧奨を行えていないのではないかと予想ができます。どのようなデータが受診率の向上につながるかという発想を持って分析するからこそ、見えてくるものがあるのです。データ分析を行う人には、課題感を持って分析する姿勢を身に付けてほしいと感じています。

#### ◆今後の保健事業の方向性

##### 国保加入者を中心に据えた、部門横断での保健事業の実施

市町村では、健康づくりが、衛生部門と国保部門の2つで行われています。衛生部門が対象とするのは一般住民ですが、その中には被用者保険の加入者が含まれます。被用者保険の加入者は被用者保険で保健事業が行われているため、自治体は、国保の加入者を見ることが責務だと思います。一般市民を対象とした衛生部門であっても、国保の加入者をしっかりフォローすべきでしょう。

また、衛生部門と国保部門における取組の二重構造を解消するには、健康日本21と保険者の保健事業の一本化も重要です。がん以外の生活習慣病対策は、国保加入者を対象に一本化しても問題ないでしょう。国民・企業・団体等に健康づくりの取組を浸透させ、健康増進を目指す健康日本21では、様々な数値目標を立てています。主に国民健康・栄養調査のデータを使用されていますが、KDBデータも合わせて活用できると、糖尿病の治療率等の実態把握については精度が上がるように思います。健康日本21と保険者の取組が一本化できると、保険者の共通指標化も可能になると考えられます。

##### ヘルス分野の専門職集団への保健事業委託で、持続的に効果を高める

私は、都道府県の依頼で、保健事業の実態把握や支援を行っていますが、担当者である自治体職員が、大量に蓄積されたエビデンスを理解し、事業を企画、実行するハードルは高いと感じています。特に、行政官は数年単位で異動し、ヘルスプロフェッショナルとして昇進する仕組みがありません。今後は、人事異動があっても、持続的に事業効果が

高められる仕組みが必要です。

一つのアイデアとして、私は行政が担っている保健事業を、ヘルス分野のプロで構成された執行機関に委託する方法を考えています。営利機関への健康情報の譲渡については検討が必要ですが、保険者の負担軽減と専門性の高い保健事業の実施の両面で利点がある仕組みではないでしょうか。特に、人材不足の市町村は、人材育成から始めることは大変です。保健事業のノウハウを持つ組織に委託することで、事業全体の底上げも図れると思います。

既に保険者支援を行っている団体であれば、蓄積した保健事業の経験やエビデンスを活用した効率的な事業提案が可能ははずです。執行機関が切磋琢磨し、国保中央会が作成したKPIをもとに、保健事業支援・評価委員会や行政が監督するという仕組みが効果的だと思います。

#### ◆国や連合会に期待すること

##### 既存の枠組みを超えた新しい保健事業の展開

既存の社会の仕組みを見ると、現状追認式の制度が多いので、現状を大きく組み替えるような展開を期待しています。国保連合会では、モデル的に、前述のような市町村から委託を受ける形で保健事業を行ってはどうでしょうか。国保連合会の保健事業は存続の危機に直面していますが、危機こそチャンスととらえてほしいです。また、保健事業のパフォーマンスを評価する仕組みを作ることも検討してほしいと思います。

また、国には、データヘルス計画策定にあたって、健康日本21との整合性をとってほしいですね。高齢者だけでなく、保険者としての保健事業と衛生部門の保健事業は一体的に運用すべきと明言してほしいと思います。