

1 事業概要

事業の展開と取組のポイント

① 「かかりつけ医」と「おせっかい人」が連携し、健康課題や困りごと、社会的課題などを把握し、医療保険者や行政等関係者が主体的に参画する「ウェルビーイング推進会議」において協議・行動していく。

② 「おせっかい人」が地域コミュニティに入り込み、コミュニティの周囲にいる「孤立・孤独、引きこもり等の困難を抱えている者」を把握し、必要な支援先へ繋げるなど伴走支援していく。

③ オンライン健康相談を積極的に取り入れ、中山間地域における物理的な距離と、感染症等による影響を解消する。

④ 地域コミュニティで活動する「おせっかい人」が住民との架け橋となり、必要な支援や健康づくりを進めるとともに、中山間地域に不可欠な地域福祉施策や地域資源と融合した持続可能な仕組みを構築する。

地域で安心して生活し希望がかなう社会を実現するため、地域コミュニティを軸とした事業を展開する。

- ・ 住民が「普段から楽しくいられる場」（地域コミュニティ）で過ごす中で、人と「つながる」機会を享受し、様々なコミュニティ活動を通じて心身ともに健康な状態に「つながる」ことを目指す。
- ・ コミュニティの場において、個々の住民が必要とする医療・福祉・行政サービス等について知れる・触れる機会を積極的に提供することで、住民が抱える健康リスク、孤立・孤独等のリスクの更なる解消につなげていく。コミュニティナース等のリンクワーカー（「おせっかい人」という）や、かかりつけ医など、住民生活に近い支援者をかけ橋として、円滑な事業実施を図る。
- ・ コミュニティの周囲にいる「孤立・孤独、ひきこもり等の困難を抱えている方」について、そのような方の把握や、必要とする支援先への接続等も視野に入れた活動を行う。

ポイント 2

「孤立・孤独、引きこもり等の困難を抱えている者」の把握と伴走支援

さまざまな地域コミュニティ（日常生活）

ポイント 3

オンライン健康相談で物理的な距離と、感染症等による影響を解消



ポイント 1

「かかりつけ医」と「おせっかい人」が連携し、医療保険者や行政等関係者と「ウェルビーイング推進会議」で協議

おせっかい人 (リンクワーカー)

かかりつけ医 (国保直営診療施設 等)

連携・定期的な情報交換 (健康状態や生活環境が気になる方のサポート等) 日常の診察、健康管理

各種行政サービスによるアプローチ
・ 特定健診・特定保健指導
・ 介護・フレイル対策
・ ひきこもり、生活困窮者支援 等

連携・定期的な情報交換
必要な行政サポートの検討・提供

自治体

保険者協議会

ポイント 4

中山間地域に不可欠な地域福祉施策や地域資源と融合した持続可能な仕組みを構築

保険者協議会の役割

- ・ 事業の課題集約と解決に向けた各関係機関との連絡・調整・運営サポート
- ・ ウェルビーイング推進会議を開催し、活動や連携を促進するスキーム構築
- ・ 医療健診等データ・住民アンケートを活用した地域特性データ分析
- ・ 住民の健康意識啓発、事業に関する情報発信

2 取組状況と効果 (1)

「かかりつけ医」「おせっかい人」等多様な関係者との連携

○ ウェルビーイング推進会議の開催

かかりつけ医とおせっかい人、行政や関係機関等の連携を促進し、住民の支援方法を検討するため、6月より毎月開催。毎回各自が把握する事案についてアフターフォローも含めて意見交換している。

<構成員>

ウェルビーイング研究所・おせっかい人・町内かかりつけ医（7機関）・地域自主組織
社会福祉協議会・大山町・保険者協議会

○ 社会的処方箋による「つなぎ」

暮らしの保健室や日々の診療等の中で、「おせっかい人」や「かかりつけ医」が健康面や孤立・孤独などの社会的課題を把握するために社会的処方箋（ウェルビーイングスター）を用いて生活満足度をヒアリングする。

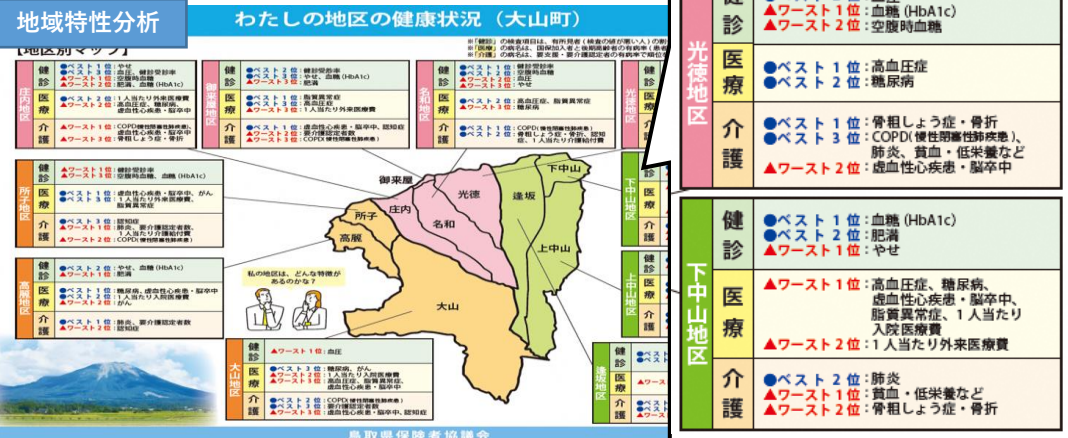
○ ICTを活用したオンライン健康相談

地域活動の中で実施する「暮らしの保健室」の拠点と大学病院の医師をオンラインでつないだ健康相談を実施。継続的に実施できるよう検討を進める。

○ 地域特性分析等の取組

保険者協議会が中心となって大山町全体と町内の地区単位での医療・健診等のデータ分析を実施し、健康課題の把握と併せて、地区ごとの特性を地域にフィードバックしていく。

また、住民アンケートにより生活や健康に関する困り事を調査し、地区ごとの特性や健康意識の向上に向けて情報を発信する。



推進会議と「つなぎ」の実績

- おせっかい人・かかりつけ医が行うサポート（つなぎ）件数・・・616件以上
- うち処方箋作成件数・・・48件（R5.2月現在）
- うち孤立・孤独の課題を抱えた者・・・24件（R5.1月現在）

「つなぎ」の事例

- 1) 90歳代男性
 - 1人暮らしで週に1回家族が来訪。認知症傾向があり、活動や意欲の低下がみられる。暮らしの保健室を始めてから毎回徒歩で参加し、保健室での会話を楽しんでいる。ADL低下など懸念されるため、関係各所と連携し伴走支援を継続する。
- 2) 70歳代女性
 - 友人等の近所づきあいが乏しく、遠隔地の家族との接点も少ない様子。認知症の疑いがある。暮らしの保健室での交流で喜びを感じている。既にデイサービスの利用があるが、十分なケアの確認のため役場やケアマネに繋げ、引き続き保健室には意欲的に参加している。

これをきっかけにウェルビーイング推進会議での支援先検討を経て伴走支援につながり、潜在的な課題の把握に繋がっている。

オンライン健康相談の実績

- オンライン健康相談の実施・・・10名（R5.2月現在）

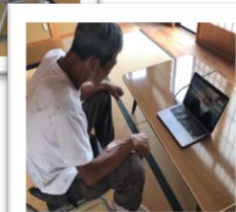
【健康相談参加者からの声】

- 病院に行くかどうか迷っていたが相談できてよかった。満足。

【医師の声】

- 問診、視診、現地のおせっかい人（保健師）によるバイタル測定で円滑に相談を受けることができた。

ウェルビーイング推進会議の様子



オンライン健康相談の様子

2 取組状況と効果 (2)

地域コミュニティ内での活動

○ 地域とつなぐ「暮らしの保健室」の活動

住民の暮らしに近いところで「暮らしの保健室」を5月から、月7~8回程度計83回 (R5.2月現在) 開催し、老若男女問わず心と体の健康づくりの場を提供。おせっかい人を中心に、社会的処方箋を活用しながら住民の困り事を解消する。

○ 地域住民参加の健康づくり

10月に「だいせん健康フェスタ」を開催。自治体、かかりつけ医、おせっかい人、住民のそれぞれの視点で地域の健康づくりの取組についてトークセッションを実施。多くの住民が参加し心と体の健康意識向上に繋がった。

○ 地域団体の活動の拡大

各地域で従前から活動中の地域活動団体においても活動が拡大しており、「暮らしの保健室」とコラボして実施する事業も広がっている。

▶ 地域活動団体の事業数 94 (R3) ⇒ 125 (R4)



暮らしの保健室の様子

「暮らしの保健室」の実績

- ▶ 活動地域・・・町内ほぼ全域の公民館、地域自主組織、コミュニティ拠点スーパー等
- ▶ 開催回数・・・R5.2月現在で83回 (月7~8回)
- ▶ 活動内容・・・おせっかい人による健康・福祉・子育て等に関する相談やフレイル予防体操・血圧測定等
- ▶ 参加者数・・・地域住民延べ985人が参加 (徐々に増加)

「だいせん健康フェスタ」の実績

- ▶ 来場者・・・195人
- ▶ 内容・・・行政・かかりつけ医・おせっかい人によるトークセッション
おせっかい人による「暮らしの保健室」・行政による健康測定
保険者協会によるデータ分析等の健康啓発

＜来場者アンケートの結果＞

- ◆ 健康づくりへの意識が高まった者・・・82%
- ◆ 「暮らしの保健室」への参加意欲・・・92%が「行ってみたい」

架け橋となる人材の育成

○ 育成講座

事業の充実、継続を図るため、地域で活動するおせっかい人を発掘・育成する講座を1月末までに5回実施。20~70歳代の地域住民の52名が受講し活動している。



育成講座の様子

育成講座の実績

- ▶ 講座の内容・・・地域共生社会・ウェルビーイングの概要・社会的処方箋の書き方
おせっかい人の役割等についての講義とグループワーク
- ▶ 活動している者・・・56名 (R5.2月現在) ※事業開始時4人
地域自主組織で活動する方・集落支援員・民生児童委員
看護師OB・育休中の保育士・医大生・ケアマネ等の地域住民等

【育成講座参加者からの声】

- ・ウェルビーイングの理念は地域活動に役立つ。
- ・孤独が心身に与える影響の大きさを感じた。
- ・地域で助け合えることが当たり前になれば良いと思う。

KPIの状況

○ 地域の健康スコアリングポイントの改善 ⇒ 3項目以上の改善

- ▶ この1年間で自身の健康を考える機会が増えた者 **77%** (住民アンケート)
- ▶ 運動習慣がある者 **50.4% ⇒ 58.4%** (国保・後期健診質問票)
- ▶ 健診異常値未治療者 (血圧・血糖・脂質) **29.6% ⇒ 25.8%** (国保・後期KDBデータ)

○ おせっかい人の人材・活動の増加 ⇒ 10人以上の増

- ▶ おせっかい人としての活動者 **4名 ⇒ 56名** (R5.1月現在)

○ かかりつけ医・おせっかい人が行うサポート(つなぎ)の件数 ⇒ 300件

- ▶ 暮らしの保健室等で行ったサポート **616件**

○ 地域活動参加率・満足度の向上 ⇒ 6割以上が向上

- ▶ 地域活動参加率 **62% ⇒ 69%** (住民アンケート)
- ▶ この1年で地域活動が増えた者のうち **72%** が満足度向上 (住民アンケート)

○ 重複多受診者・多剤服用者の減 ⇒ 5%減

- ▶ 重複服薬者の月平均人数 **4.3%減少** (R3⇒R4の国保・後期KDBデータ)
- ▶ 3機関以上重複受診者月平均人数 **1.8%減少** (R3⇒R4の国保・後期KDBデータ)

3 今後の取組について

採択条件への対応

1) 「おせっかい人」の持続的な活動に向けた今後の在り方

- 町内の各地域に56人の「おせっかい人」を輩出し活動を展開し、R5年度以降も暮らしの中での活動を基本としつつ、活動の軸となる者や団体等の活動費を3月町議会で予算化の予定。

2) 事業実施への各機関との密な連携について

- 町やかかりつけ医、おせっかい人、自主組織（地域コミュニティ）の代表者、社会福祉協議会等を構成員とした「ウェルビーイング推進会議」を設置し、月1回のペースで情報共有や個別ケースの支援検討等に積極的に取り組む体制を構築した。今後も上記予算化に含めて実施予定。

3) かかりつけ医と保険者の連携

- かかりつけ医が日ごろの診療や特定健診の中で、気になる方の社会的処方箋を作成し、ウェルビーイング推進会議にて支援検討等に保険者と連携して一緒に取り組む体制を構築した。

今後の課題

1) 持続性のカギとなる地域資源との連携

- 地域活動団体は個々に活動し活発化しているが、健康や社会的な課題を解消し継続的に地域の住人を健康へと「つなぐ」ことが十分ではない。持続可能な仕組みにするためには、住民一人ひとりが地域に関心を持ち、様々な活動が地域に根付くことが重要。
- 地域がかかりつけ医機能の一部を担う活動をするとともに、困った時に医療・行政と連携するという共通認識を持つ必要がある。

2) オンライン健康相談の仕組み

- コロナへの対応等により医師や保健師等の時間確保が難しく、住民ニーズへの対応が課題となっている。住民のニーズとかかりつけ医等の時間確保をマッチングさせるための効率的な調整・運営スキームの構築が必要。

3) 孤立・孤独者の把握とリンクワーカーの活動の限界

- 「暮らしの保健室」等では徐々に参加する住民が増え、「おせっかい人」等が積極的に地域に入り込んで活動をしているが、単身世帯や高齢者世帯の増加、コロナ禍の影響等から、孤立・孤独となっている者の実態把握が十分にできていない。
- 地域コミュニティの外にいる住民（孤立・孤独者）に対するアプローチには、おせっかい人等のリンクワーカーの活動に限界があり、今後どのように実態を把握し、社会参加を促すかが課題。

記入日： 年 月 日

この書類に記載する個人情報の利用について、医師等を通じて日常生活に必要な支援先へ連携する予防健康づくり事業（地域に広がる支え合い健康づくり事業）及び学術研究機関における調査・研究の目的で利用することを理解し、大山町及び鳥取県保険者協議会へ情報提供することに同意します。

また、この書類の原本を大山町健康対策課にて保管することに同意します。

※鳥取県保険者協議会：鳥取県や県内医療保険者で構成する団体

署名：

【対象者氏名（ふりがな）】 () 【性別】： 男 ・ 女

【年齢】 歳 【連絡先】 - - 【記入者】

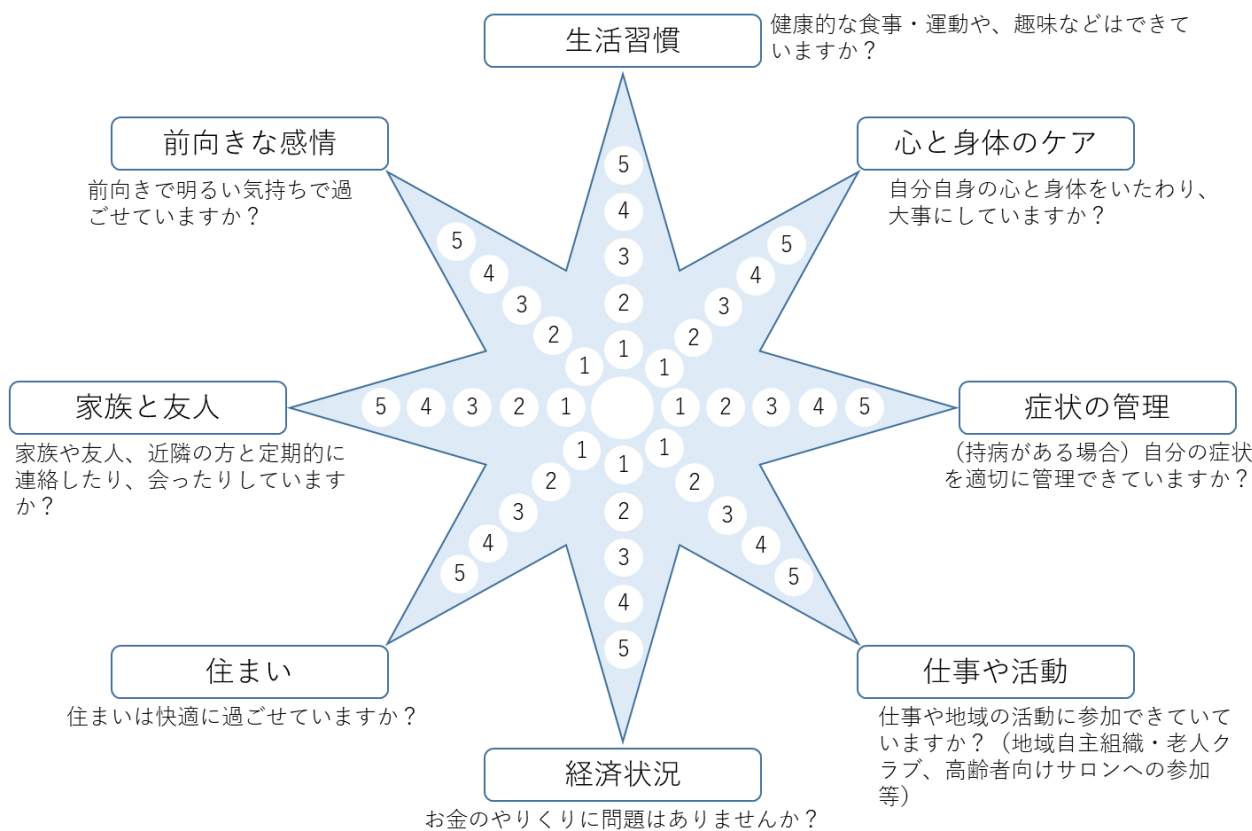
【住んでいる地区】

大山地区（高麗 ・ 大山 ・ 所子）名和地区（庄内 ・ 御来屋 ・ 名和 ・ 光徳）

中山地区（逢坂 ・ 上中山 ・ 下中山）

現在の対象者の状態に関して、以下に相当するところに○をつけてください。

（5：よくできている、4：できている、3：まあまあ、2：あまりできていない、1：全くできていない）



【社会的診断】 (人とのつながりが無い、経済状況が悪い、生活習慣が悪いなど、上記で低い評価の部分を中心に、具体的にどのような状態かを記入してください。)

【処方の提案】 (現時点でどのように対処したらよいか、どのようなつなぎ先・連携先が考えられるか、ご意見等があれば記入してください。)