

令和元年 5 月22日

第 1 回高齢者の保健事業と介護予防の
一体的な実施の推進に向けた
プログラム検討のための実務者検討班

参考資料2

高齢者の保健事業と介護予防の 一体的実施に関する有識者会議 自治体ヒアリング時提出資料



Tsu City

フレイル予防でいつまでも元気に過ごそう！ (栄養パトロール)

津市について

日本のほぼ中央に位置する
三重県の県庁所在地
平成18年1月1日に2市6
町2村が合併

面積	711.19km ²
人口	279,857人
世帯数	124,895世帯
高齢化率	28.72%

平成30年3月31日現在
(住民基本台帳より)



三重県津市

- 漁業の盛んな海岸地域、過疎・高齢化の進む山間地域など多様な地域特性
- 三重大学をはじめ教育機関が立地しており、県都として行政文化の中心地

津市は10か所に保健センターがあります



健康づくり課

管理担当・保健指導担当

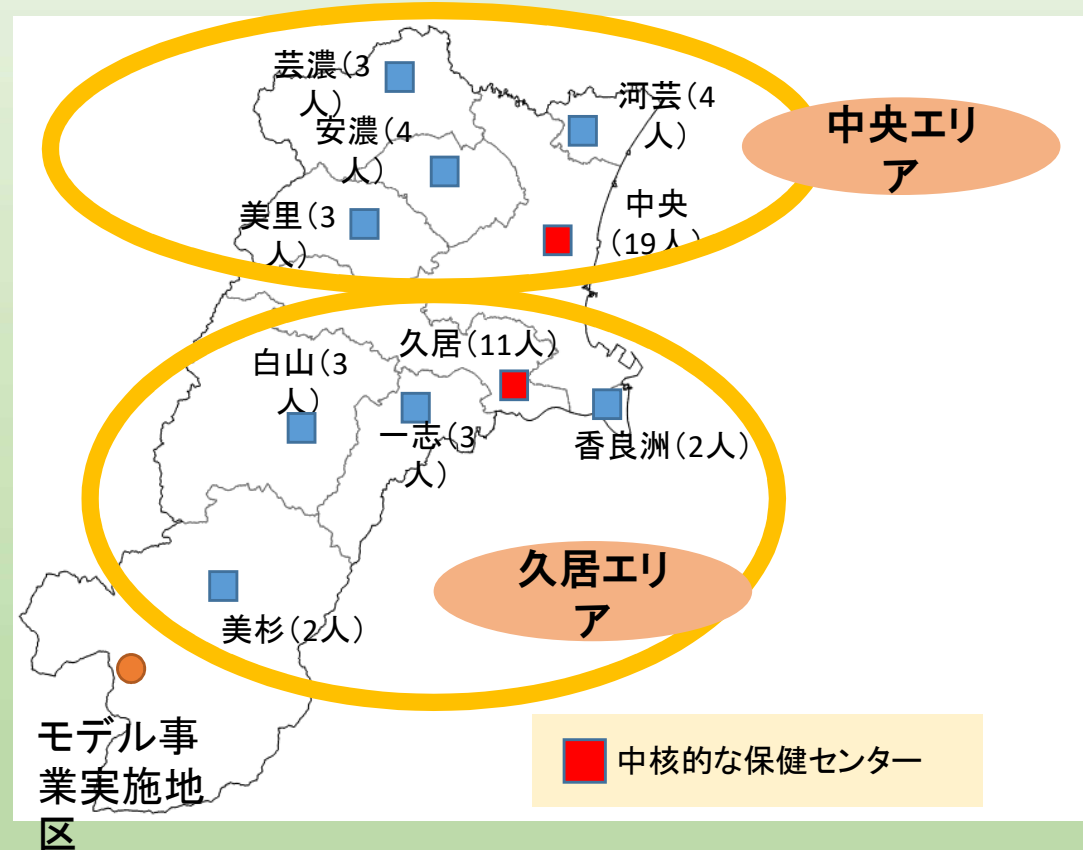
- 保健師 8人(課長1人)
- 管理栄養士 1人
- 事務職員 5人
- 臨時職員 事務職1人

保健センター

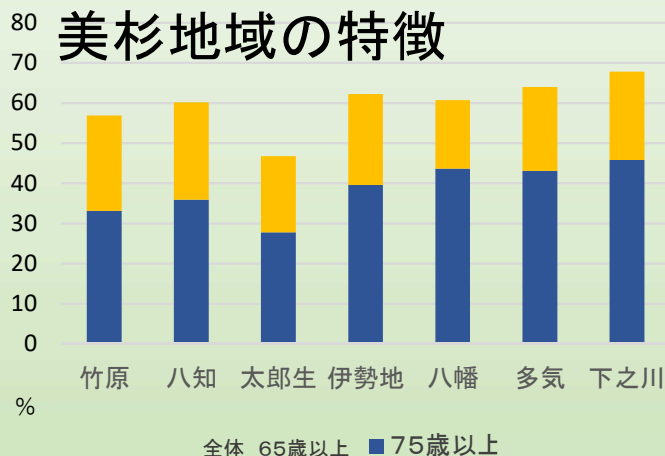
- 保健師 37人(所長2人)
- 臨時職員 保健師5人・助産師4人・看護師3人
歯科衛生士1人 事務職3人
- 嘱託職員 看護師 1人

美杉保健センターから、津市役所本庁舎まで約5.5km
美杉保健センターから、モデル事業実施地区まで約1.3km

各保健センターの保健師等の 人数(臨時職員を含む)



事業を始めるにあたって



人口は減少
高齢化率は増加

交通の便が悪い

買い物の場所が
少ない、遠い

自分の役割と
仕事を知っている

山間部

地域のつなが
りがある

病院が遠い

福祉サービス
が不足している

高齢者が住み慣れた家で最期まで暮らし続けられる地域づくりが必要

高齢者の特性をふまえた

- ・低栄養、筋力低下等による心身機能の低下（フレイル：虚弱状態）等の予防
- ・生活習慣病等の重症化予防

健康寿命の
延伸を！

栄養パトロールの概要（三重県津市）

対象者は、
介護のサービスを使わずに
自立して暮ら
している人

巡回栄養相談を実施し、来られない人は自宅を訪問する

保健センター保健師・管理栄養士による
栄養ケア・マネジメント（栄養パトロール）

健康

フレイル（虚弱状態）
疾患・転倒リスク

栄養ケア担当者会議
（本人・家族・関係者）

1 個別栄養支援
（**栄養ケア計画書**）

2 地域栄養ケア支援
（**地域資源検討会議**）



1 個別栄養支援

地域で行われているサロン・集まりの場などへ出向き、保健師・管理栄養士・歯科衛生士等が生活習慣や食生活に関するチェックをし、低栄養・フレイルリスクが高い人には相談・支援を行います。

集まりの場に来られない人は、自宅へ訪問し支援をします。

また、低栄養・フレイルリスクが高い人などには、関係機関と連携し重点的に支援します。



栄養相談窓口（または訪問）

栄養パトロールチェック

- 生活リズム、生活習慣
- 栄養
- お口の健康
- 身体機能 等

栄養パトロールチェックと相談・支援をくり返し行います

健康

低栄養・心身機能の低下（フレイル）リスクが高い
生活習慣病等の悪化など

食生活に関する相談・支援

2 地域栄養ケア支援

個別栄養支援で把握した課題や地域の人との意見交換から、地域の栄養課題を抽出し、改善に向けた検討を行います。
(地域栄養ケア会議)

この地域では・・・



地域の課題

- ・一人暮らしの人の食事が心配
- ・一人暮らしの人の見守りが必要
- ・男性が出かける場が少ない

研修会を開催

- ・食生活の見守りポイントがわかる。
- ・見守りをする人を増やす。

<地域栄養ケア会議のメンバー>

自治会長・老人クラブ会長・地域住民・食生活改善推進員・健康づくり推進員・民生児童委員・地域包括支援センター・社会福祉協議会・医師・管理栄養士・薬剤師・歯科衛生士・保健師など

男の健康料理教室を開催

楽しく料理を学べる。
つながりができる。

支援体制イメージ図

地域の特性を踏まえ、高齢者に関わる様々な機関やそこに住む住民のみなさんと連携して支援していきます。



実績 ①訪問・相談・会議等



年度	個別栄養支援		地域栄養ケア会議		男性料理教室 男性体操教室		補助金額交付実績 平成28年度・29年度は75歳以上の割合で交付
	75歳未満(人)	75歳以上(人)	回数	のべ人数	回数	のべ人数	
27	10	30	3	53	-	-	<u>補助額 812,650円 総事業費 812,650円</u> 訪問延べ人数(95人) 訪問従事者(管理栄養士28人、保健師14人) 相談延べ人数(206人) 相談従事者(管理栄養士51人、保健師3人) * 管理栄養士委託料等 623,415円(448.5時間)
28	26	94	1	18	料理教室 3	54	<u>補助額 2,126,713円 総事業費 2,684,244円の 79.2%</u> 訪問延べ人数(122人) 訪問従事者(管理栄養士68人、歯科衛生士4人、保健師14人) 相談・教育延べ人数(627人) 相談・教育従事者(管理栄養士139人、歯科衛生士15人、保健師29人) * 管理栄養士・歯科衛生士委託料等 1,790,360円(1288時間)
29	61	127	-	-	料理教室 3 体操教室 11	60 80	<u>補助額 1,814,394円 総事業費 2,591,991円の 70.0%</u> 訪問延べ人数(69人) 訪問従事者(管理栄養士34人、歯科衛生士9人、保健師4人) 相談・教育延べ人数(485人) 相談・教育従事者(管理栄養士97人、歯科衛生士33人、保健師42人) * 管理栄養士・歯科衛生士委託料等 1,450,465円(1043.5時間) 8

実績 ②地域栄養ケア会議

地域の栄養課題の抽出と解決方法の検討

年度	回数	参加延べ 人数	内容	参加者
H27	3回	53人	・栄養パトロールの概要説明 ・栄養パトロールの中間報告 ・グループワーク ・今後の計画	伊勢地地区自治会連合会会長、地域住民、民生委員・児童委員、健康づくり推進員、食生活改善推進員、社会福祉協議会美杉支部、津一志地域包括支援センター、県立一志病院、津市健康づくり課
H28	1回	18人	・H27年度栄養パトロールの結果 ・H28年度の経過報告 ・個別栄養支援から見えてきた課題及び具体策の検討	伊勢地地区自治会連合会会長、地域住民、民生委員・児童委員、健康づくり推進員、食生活改善推進員、社会福祉協議会美杉支部、津一志地域包括支援センター、県立一志病院、津市健康づくり課

実績 ③人材育成（研修会）

- ねらい・地域で見守りのできる仕組みづくりの場
- ・地域住民や専門職に低栄養・フレイル予防の視点を伝える場

年度	回数	参加延 べ人数	内容	参加者
H28	2回	82人	高齢者の見守り研修会 ・栄養パトロールの概要説明 ・高齢者の身体の特徴 ・低栄養の予防について ・お口の健康について ・生活リズムの重要性、足腰の健康、 頭とこころの健康について 他	地域住民・民生児童委員・いき いきサロン世話人・食生活改善 推進員・健康づくり推進員・社会 福祉協議会美杉支部・県立一志 病院・津市健康づくり課
H29	2回	67人	低栄養やフレイル予防の研修会 ・栄養パトロールについて ・保健師、管理栄養士、歯科衛生士の視点について ・地域包括支援センターとの連携について	津市健康づくり課保健師 管理栄養士・栄養士 歯科衛生士

実績 ④課題解決に向けて取り組んだこと



年度	教室名	回数	参加延人数 (人)	主な実施内容
H28	男性健康 料理教室	3	54	■ 簡単パッククッキング ■ 簡単作り置きおかず ※ 座談会や回想法
H29	男性健康 料理教室	3	60	■ お寿司作り ■ クリスマスケーキづくり ※ 座談会やお花見
	健康体操 教室	11	80	■ 元気アップ運動などDVDを見ながら実施 ■ レクリエーション

結 果

- 個別栄養支援では、集団健康教育の事前事後のMNA値（簡易栄養状態評価表）の改善は、あまり見られなかった。
- 個別栄養支援では、「孤食状態の人に栄養課題（たんぱく質の摂取が少ない、脱水状態）が見られることが多い」「体脂肪が増加した人が多く見られる」ことがわかった。
- 地域栄養ケア会議は、一人暮らしは食生活が乱れることや男性が出かける場が少ないことなど、地域の現状を確認する機会となり、何とかしたいという思いを形にする場となった。

評価

- 栄養パトロールなど身近な場所での相談は、市民が自分の体調を早期に気付くことができ、地域包括支援センター等と連携を図ることで、早期介入し重症化予防に繋がった。
- 栄養パトロールは、地域住民がフレイルについて知り、近隣住民を気にかけて、フレイルのリスクを早期に発見し重症化を予防する機会となった。
- 自分の体調を意識して関心を持ち低栄養・フレイルの予防を知り、自立して暮らせる意欲に繋がった。

後期高齢者が、将来の希望に向かって健康づくりできる
(フレイル予防)



自立した生活が続ける (健康寿命の延伸)

Tsu City



この地域で事業を進められたのは

地域の“ちから”を最大限に活か

- 相互様、助け合いの気持ち
- 地域の人たちのコミュニケーションの”ちから”

地域との信頼関係

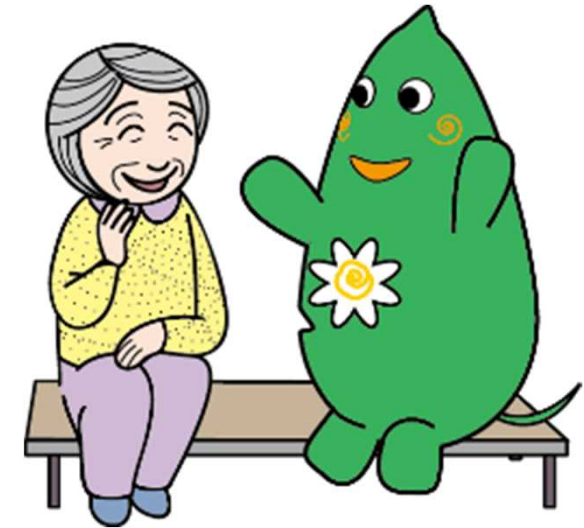
大切にしたこと

- 事前に地域特性を把握
- 高齢者の夢や思いを把握
- 十分な相談時間を確保
- 熱意のある地域の人材を確保
- 福祉サービスや介護予防事業との連携
- 地域包括支援センターや社会福祉協議会との良好な関係
- 専門職の確保
- 医療機関の理解と後方支援

まとめ

- ①高齢者の低栄養・フレイル予防に有効な取組である
- ②対象者の絞り込みや評価に、後期高齢者の健康診査結果や国民健康保険のレセプトデータ等を活用すると効果的である
- ③地域包括支援センター、社会福祉協議会、保健センター、自治会や民生委員会等の連携が重要である
- ④医師会や歯科医師会等の理解と協力が必要である

ご清聴ありがとうございました。



大和市イベントキャラクター
ヤマトン

神奈川県大和市における

保健事業と介護予防の一体的な実施について

大和市役所 保健福祉部

健康づくり推進課 **地域栄養ケア推進担当（管理栄養士）**

医療施策推進担当

高齢福祉課

いきいき推進担当

大和市の紹介



東京都心の南西約40km

人口 : 23万7,157人

面積 : 27.09km²

高齢化率: 23.6%

前期高齢者28,981人

後期高齢者27,070人

(H30年9月1日現在)

3つの鉄道(小田急線、田園都市線、相鉄線)の
8つの駅があり、1km圏内に市域の71%が含まれる。

(大和市総合交通施策H29.4改訂より)



大和市イベントキャラクター
ヤマトン

すべての政策で3つの健康を

「健康都市 やまと」宣言(2009)

人の
健康

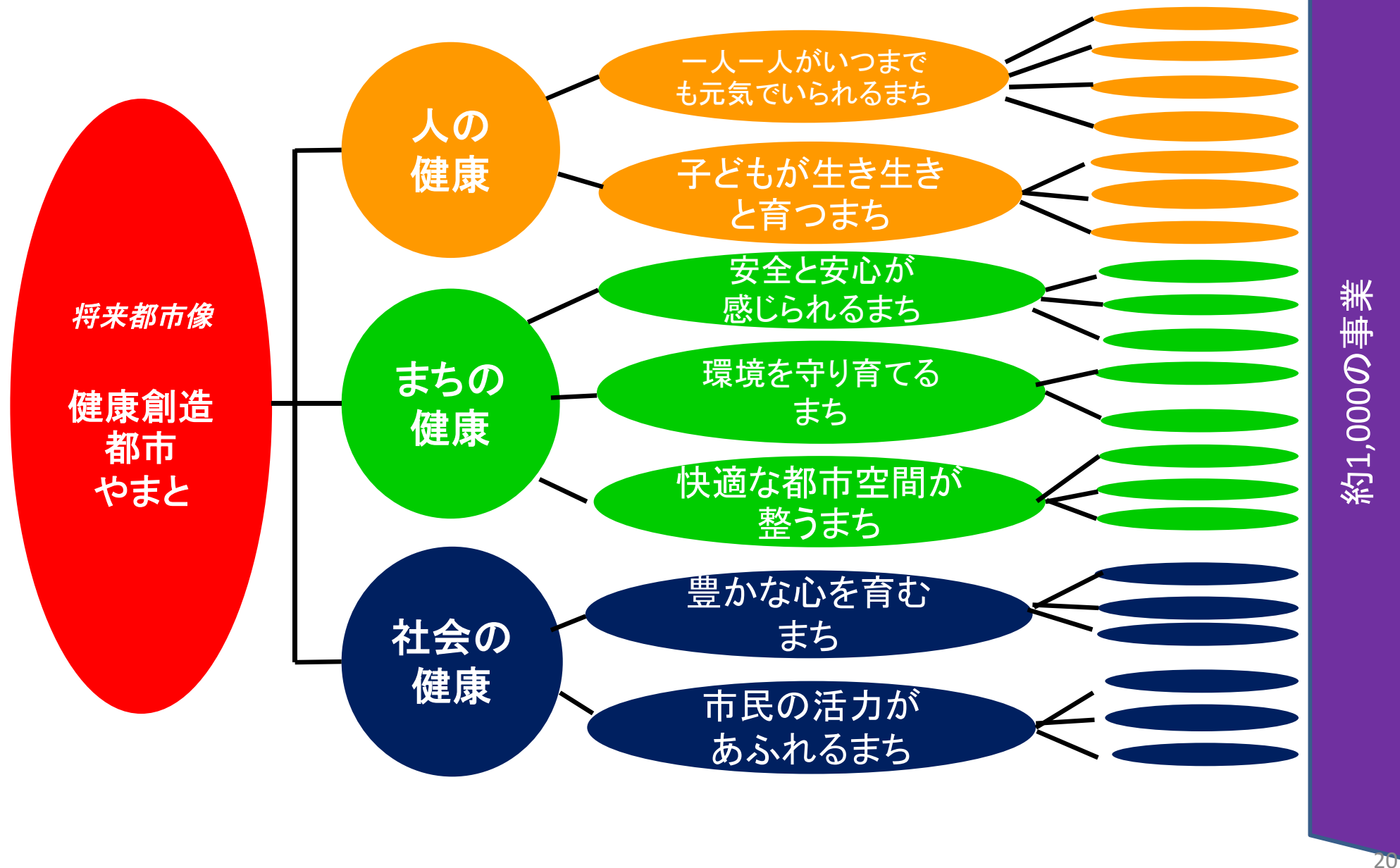
まちの
健康

社会の
健康

第8次大和市総合計画：2009-2018

将来都市像
健康創造都市 やまと

すべての政策で3つの健康を



文化創造拠点シリウス



H28.11.3
オープン



芸術文化ホール



図書館



生涯学習センター



健康度見える化コーナー



健康テラス

開館2年で来館者500万人達成

管理栄養士による訪問栄養相談

対象者（H29年度）

	① 基本チェックリストによる低栄養リスク者	② 基本チェックリストによる低栄養早期予防
目的	低栄養状態を改善し、介護予防、医療費低減を図る。	低栄養に陥る危険性のある状態の者へ介入し、介護予防・QOL向上を目指す。
対象者	BMI(体格指数)18.5未満 かつ6カ月で2kg以上の体重減少があった者(前期高齢者＋後期高齢者)	BMI(体格指数)20.0以下 かつ食生活に関する質問5項目※中3項目以上該当する後期高齢者
開始時期	平成25年度～	平成28年度～
対象者数	449人	189人
訪問成立者	235人 (前期高齢者111名、後期高齢者124名)	113人
成立率	53.5%	59.8%
予算	介護予防アンケート:介護保険事業特別会計(地域支援事業交付金) 訪問に関する事業費:一般会計健康増進費(後期高齢者については後期高齢者医療制度補助事業)	

※食生活に関する質問

1. 食料品を買う店が近くにない
2. 食料品を買う費用(食費)が十分でない
3. 食事は一人で食べることが多い
4. 食べる気力や楽しみを感じない
5. 食事を食べる量が減ってきた

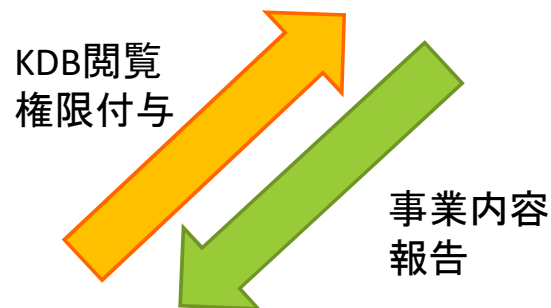
対象者 (H29年度)

NEW

	③糖尿病性腎症重症化予防	④ 口腔機能低下予防
目的	糖尿病性腎症重症化による 人工透析導入の予防	オーラルフレイル予防
対象者	市健診HbA1c6.5%以上 + 空腹時血糖 126mg/dl以上 + eGFR50以下	口腔機能低下リスク3/3該当 + 食事量 低下3/3該当 + 健診受診あり
開始時期	平成25年度	平成29年度～
対象者数	147人	86人
訪問 成立者	96人	26人
成立率	65.3%	30.2%
予算	長寿健診:老人福祉費 訪問:健康増進費※	アンケート:介護保険事業特会 訪問:健康増進費※

※後期高齢者訪問分は後期高齢者医療広域連合の補助事業

データの所管と共有方法



保険年金課



- ・ 保険加入者情報
- ・ 地区別健診集計情報
- ・ 診療情報明細書情報
(医科／歯科／調剤)
- ・ 介護保険給付情報

健康づくり推進課



- ・ 個人情報(世帯情報)
- ・ **市健診結果(特定／長寿)**
- ・ 市がん検診受診結果
- ・ 介護度、障害者手帳有無
- ・ 生活保護受給票有無
- ・ 基本チェックリスト回答内容
- ・ 母子保健情報
- ・ 予防接種状況

など

★ワンフロア

事業内容・
訪問情報共有

高齢福祉課



- ・ 介護予防アンケート
回答結果データ
- ・ 通いの場運営状況、
参加者リスト
- ・ 介護保険サービス
利用内容

方法 ①～④共通 6カ月1クール

管理栄養士(口腔機能低下予防は一部歯科衛生士)による訪問栄養相談

初
回

＜アセスメント＞

健康状態、食事状況、活動量状況、生活環境、**医療状況(通院状況、服薬)等**について聞き取り

＜栄養ケア計画・目標の設定＞

QOLの維持向上を目指す。本人の意向、優先課題を考慮。

重症化予防の場合は特に丁寧に！

3
カ
月
後

＜中間評価＞

訪問または電話により状況の確認(場合により目標)

6
カ
月
後

＜最終評価＞

目標が達成されたか確認(体重変動、食事摂取量、医療受診頻度など)
今後の支援の確認(必要に応じて)

結果

①・②基本チェックリスト低栄養リスク者 体重減少の理由・支援内容

体重減少の理由		支援内容
消費エネルギー多	スポーツジム通い、マラソン、畑仕事	・エネルギー増加方法指導
生活上の課題 (特に後期高齢者)	夫の介護、関節の痛み、脚の痛み、独居のストレス	・傾聴(ストレス緩和) ・短時間でできる調理法指導 ・低コストのレシピ指導 ・市資源の紹介
	生活リズム不規則、食事時間が確保できない	
	経済的理由で食費を減らしている	
	夫の他界後、食欲低下	
病気の治療	胃がん治療中(味覚の低下) 3名	・疾患に応じた栄養指導 (血糖値を上げにくい間食、頻回食の方法、味覚低下に配慮した献立)
	糖尿病のため、食事を必要以上に減らしている 3名	
	心臓病のため、体重を増やしたくない 2名	
	パーキンソン病 4名	
知識不足	ベジファーストの実践	・知識の是正 (低栄養のリスク説明、食事の適正量説明)
	適正体重がわからない／食事適正量がわからない	
	太りたくない。太ることは良くないと思い込み。	
自然減	活動量不足、食欲低下	

結果

①② 低栄養状態の改善

改善: 体重1kg以上の増加 維持: 体重変動1kg未満 悪化: 体重1kg以上減少

① 基本チェックリストによる低栄養リスク者 BMI18.未満かつ2kg以上の体重減少(181名) **改善・維持 79.5%**



② 基本チェックリスト低栄養早期予防対象者 BMI20以下かつ食生活に課題あり(72名) **改善・維持 90.2%**



結果

① 基本チェックリストによる低栄養リスク者重症化率比較 重症化；介護化（要介護・要支援）＋死亡

平成30年7月末時点（アンケート回答後約2年後）

平成28年度
介護予防アンケート
「低栄養」該当者

介入：管理栄養士による6カ月に3回の訪問が完了した者

非介入：拒否または不在等により訪問が完了できなかった者

介入
N=184

19名
(10.3%)

1/4以下に
抑えられる

非介入
N=191

84名
(45.7%)

低栄養予防の訪問活動により、重症化に陥る者の割合を1/4以下に抑えることができた。
＜総合行政システム「健康かるて」を利用して評価＞

結果

①基本チェックリストによる低栄養リスク者の 社会保障費(介護給付費)削減効果試算

(H30年7月末時点)

重症化率結果より重症化回避人数(重症化の差)を算出

未介入 ; 重症化率 45.7% $\div$ 84人(184人 $\times$ 45.7%)

介入 ; 重症化率 10.3% = 19人(実績)

差; **65人** $\Rightarrow$ 重症化回避



104万円/年 $\times$ 65人(重症化回避) = 約6,760万円/年

※H28年度大和市

平均介護給付費(介護保険課から入手)

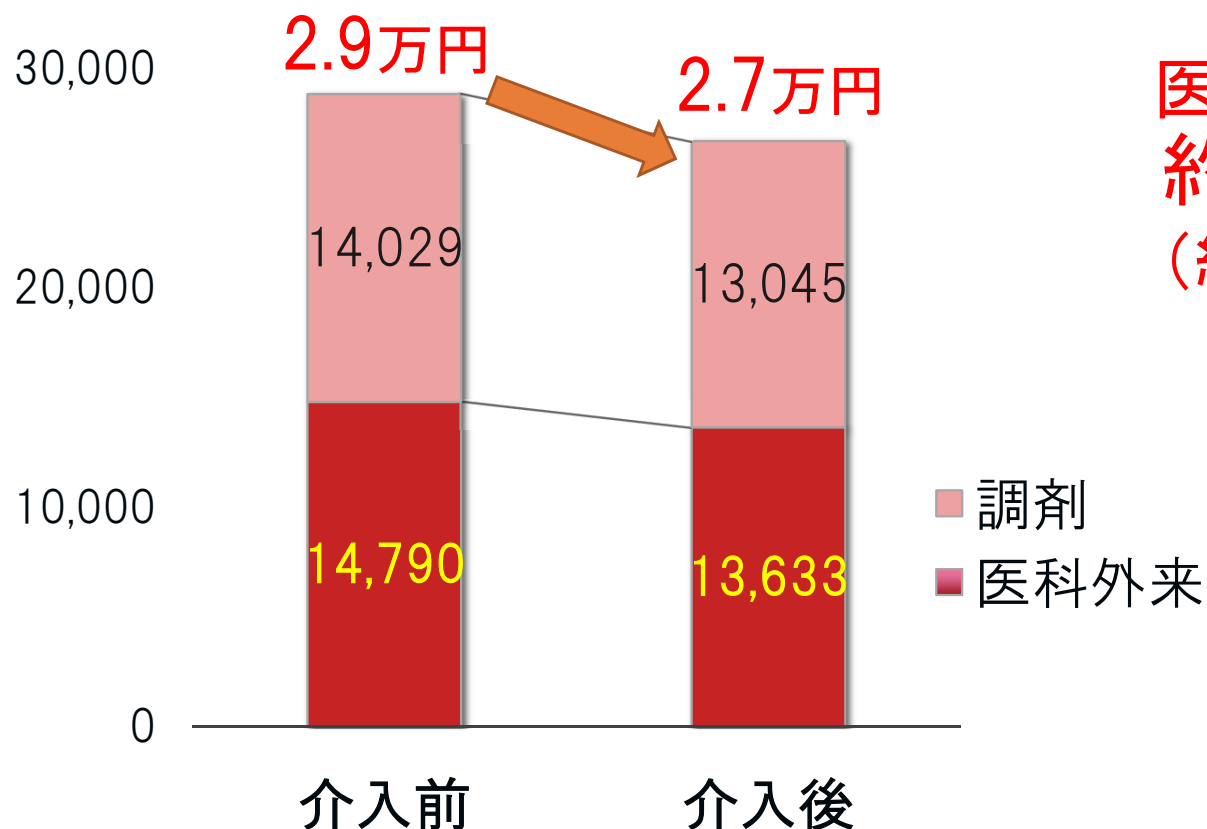
※入所サービスを除く

結果

①基本チェックリストによる低栄養リスク者の 社会保障費(医療費)削減効果試算

(H26年度抽出対象者 H29.6時点)

(円/1か月平均値)



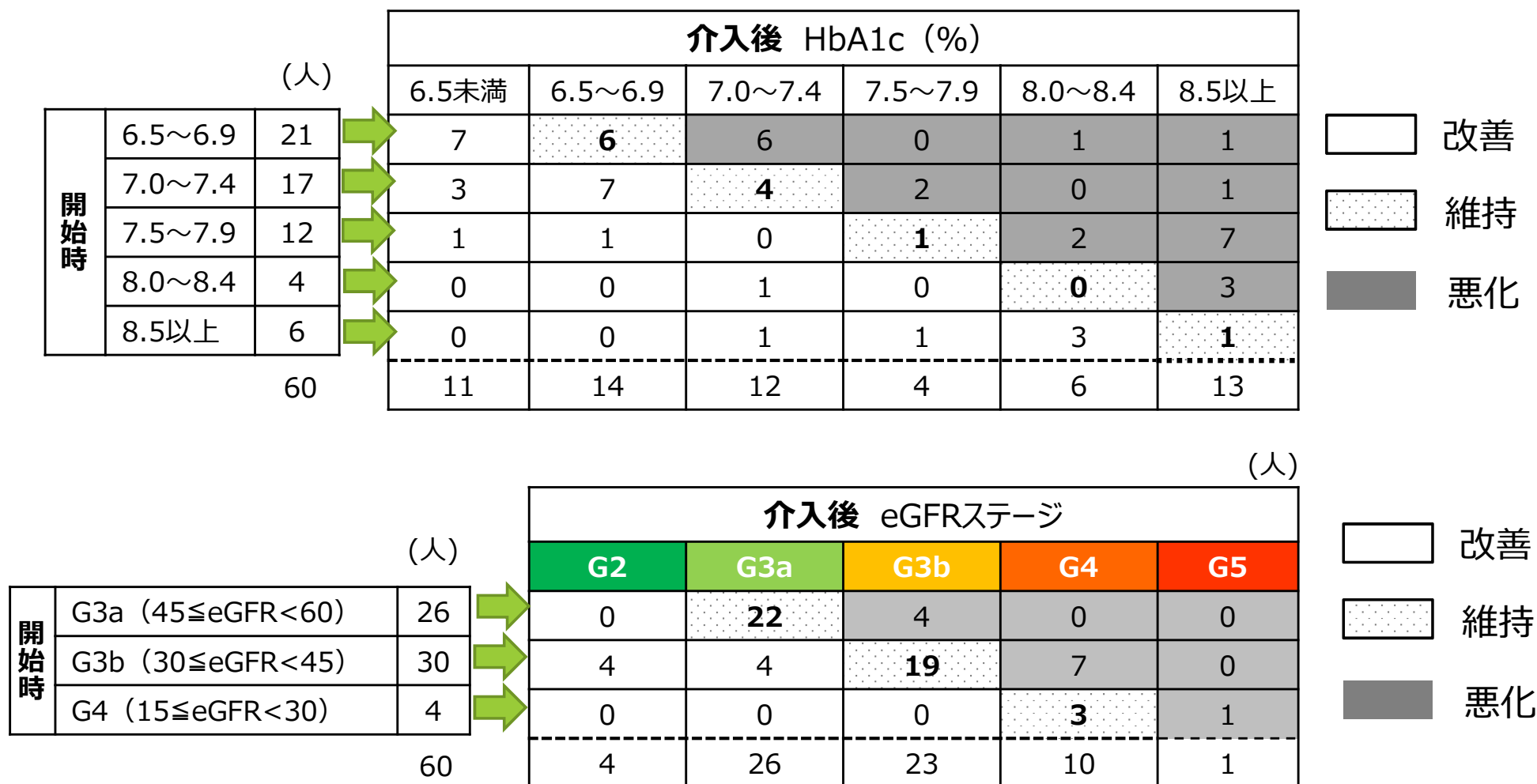
医科外来＋調剤費
約7%減少あり！
(約500万円／年)

※ 訪問前後3か月間の医療費(医科外来＋調剤)についてKDBよりレセプトを確認

評価可能177人／188人中の平均値 (H29.6末時点)

結果

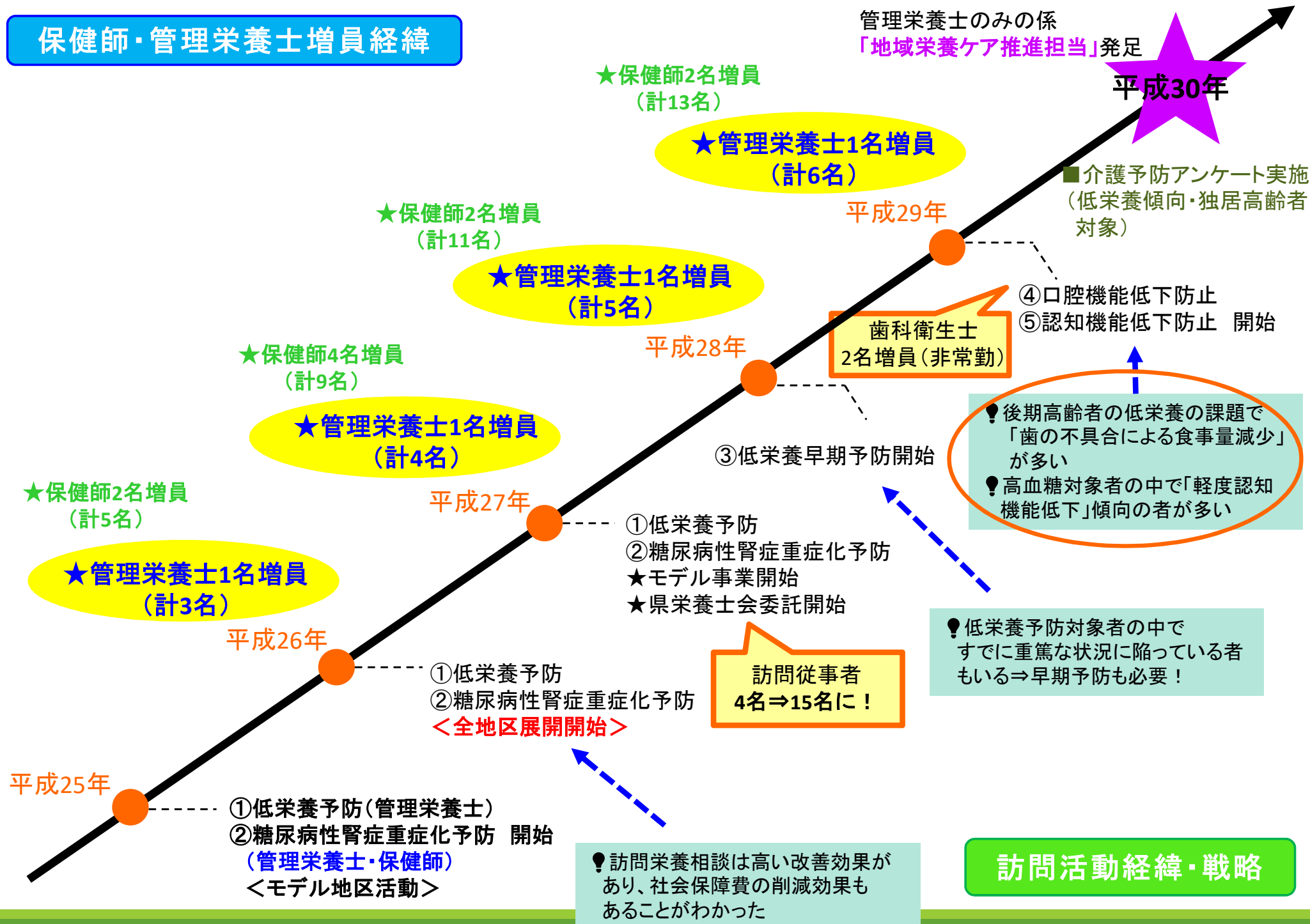
③ 糖尿病性腎症重症化予防（参考）



介入後、医師所見で「腎機能異常認めず」が**15名**！

訪問活動により、HbA1cは62%、eGFRは86.7%が維持・改善した。
（介入者のうち、新規人工透析導入者は0人であった）

保健師・管理栄養士増員経緯



訪問栄養指導連携機関



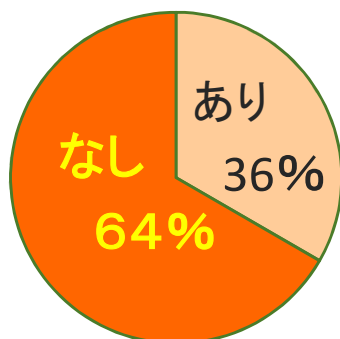
在宅医療介護支援センター（医師会）
地域ケア会議

④口腔機能低下予防 管理栄養士・歯科衛生士ペア訪問

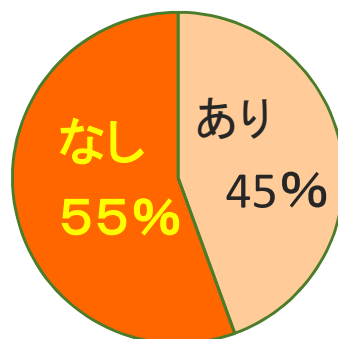
条件: 基本チェックリスト口腔機能低下該当者かつ「食べこぼしあり」「食事量減少あり」 **すべてに該当**

口腔
(6か月後)

★ 食べにくさ

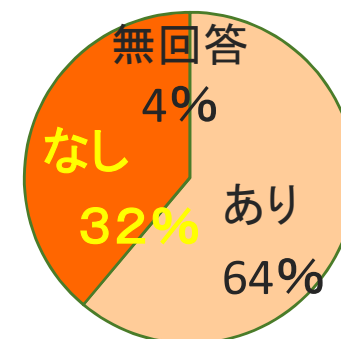


むせる



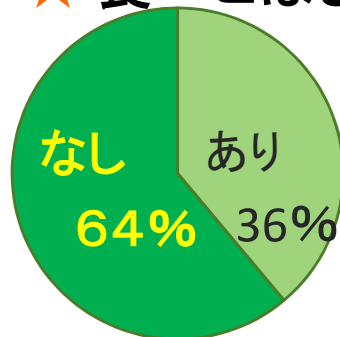
口の渇き

N=22

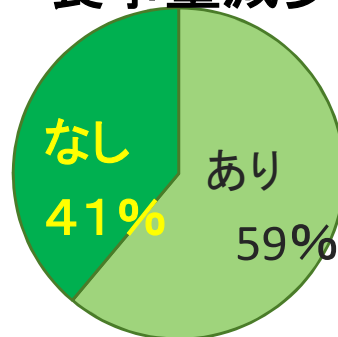


栄養
(6か月後)

★ 食べこぼし



食事量減少



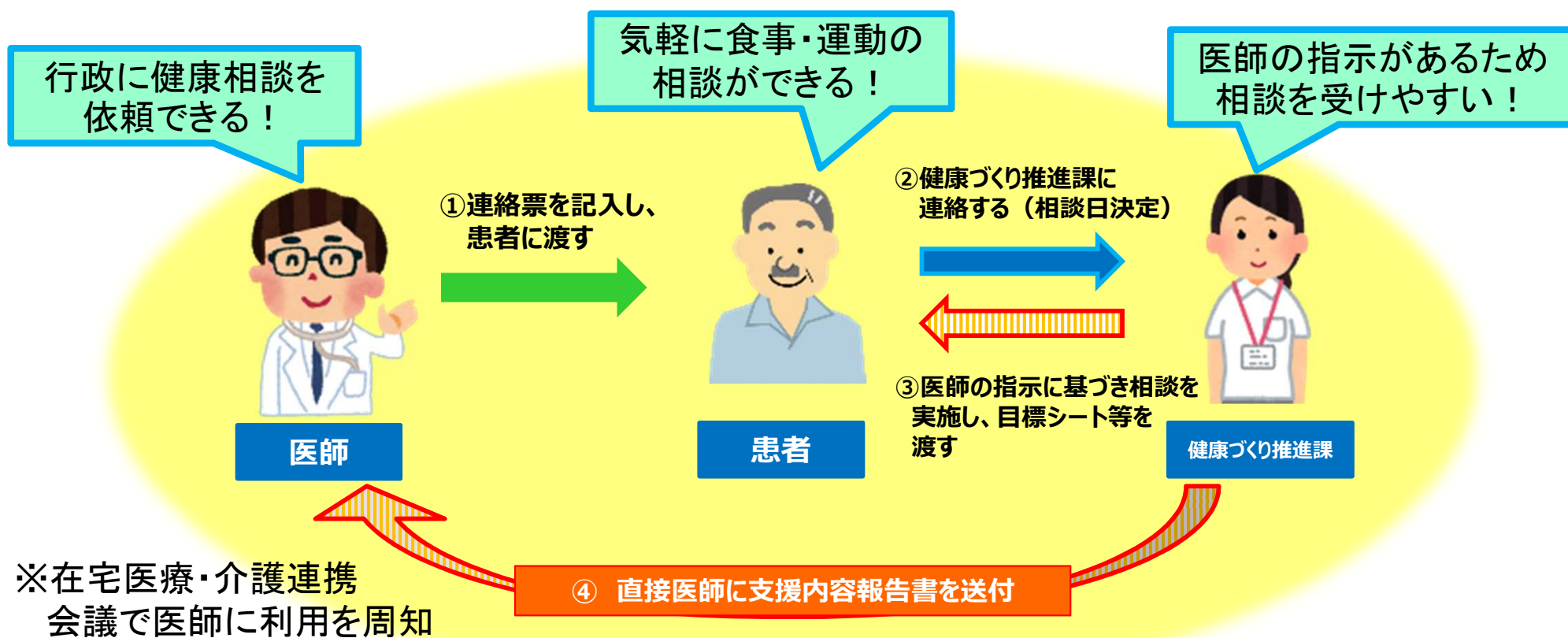
- 21人／22人中に変化あり
- とくに「食べにくさ」「食べこぼし」項目で軽減あり

最終訪問後のアンケートより集計

健康相談連絡票について（かかりつけ医との連携）

目的 医療連携のための、かかりつけ医と保健師・管理栄養士間の情報共有ツール

運用方法 ※ 運用開始にあたり、大和市医師会理事会にて承認を得て、内科を標榜する各医療機関に送付した。



最近は「フレイル予防」「低栄養予防」についての依頼も増えている
⇒ 医療から介護予防への気づきは重要！

◆ A5サイズ⇒ 半分に折ってお薬手帳に挟める大きさ

表

健康相談連絡票			
お名前		医療機関名	
様		医師名	
病名：			
相談内容			
☐ 栄養指導 エネルギー kcal / タンパク質 g / 塩分 g			
☐ 運動指導 (内容：医師の指示 ⇒ 簡単に！)			
☐ 直近のHbA1c： % (検査日：平成 年 月 日)			
☐ 生活状況 (アルコール ・ タバコ ・ 生活リズム ・ 服薬)			
主治医からのコメント欄			
この連絡票を受け取られた方は、訪問または面談の日程調整をするため、 大和市役所 健康づくり推進課 (046-260-5663) までご連絡をお願いします。			

裏

保健師・管理栄養士より先生へ	
大和市 健康づくり推進課 保健師 ・ 管理栄養士	
担当：	
支援内容：	
ご本人の目標、意向：	
連絡欄：	

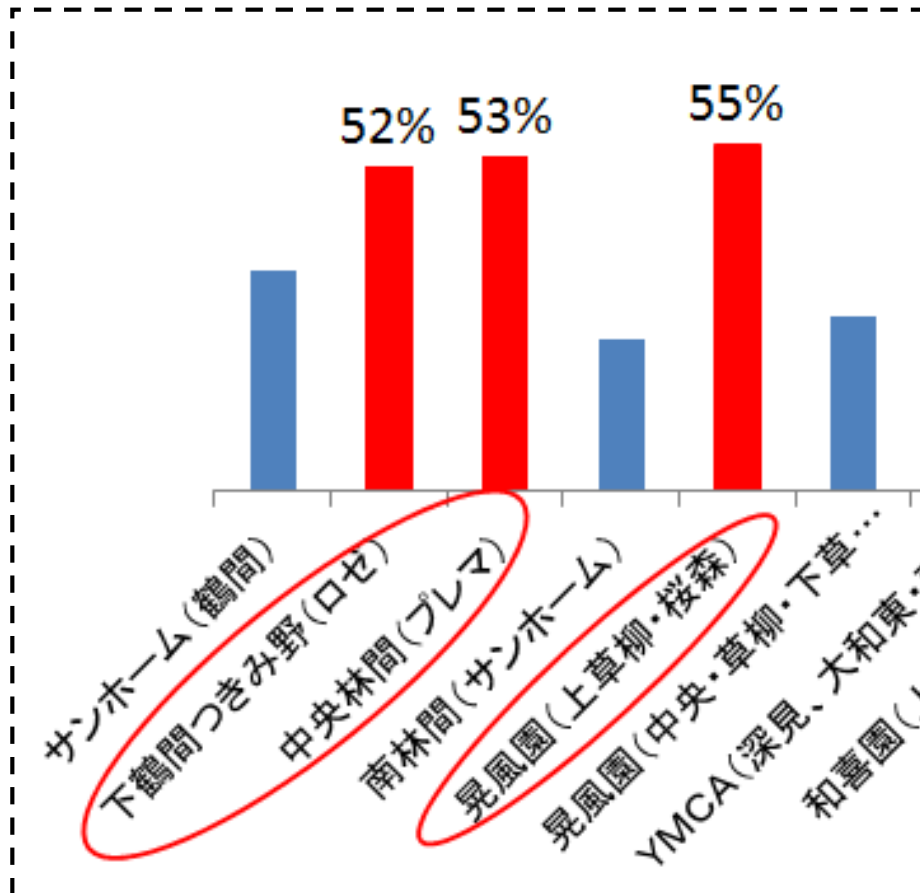
KDB等を利用した庁内での連携

店舗が少ない地域と死亡、要介護化との関連

死亡、要介護化しやすい地区

＝

食料店舗の少ない地区
坂の多い地区

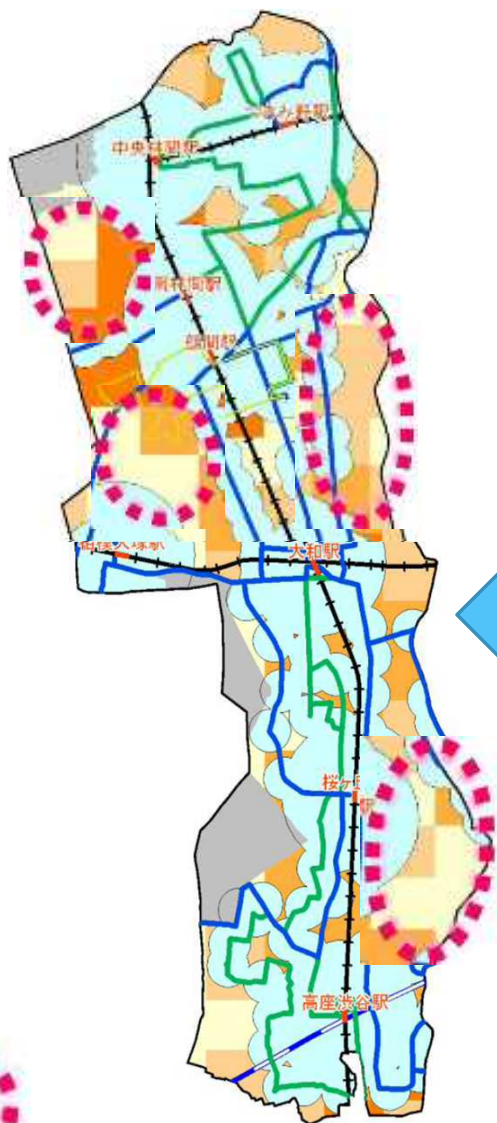


中央林間
地区

つきみ野・
下鶴間地区

上草柳・
桜森地区

地域による低栄養の特徴(大和市)



低栄養リスク者の割合の多い地区

≡

高齢化の伸び率の高い地区

死亡、要介護化しやすい地区

≡

食料店舗の少ない地区
坂の多い地区

交通の利便性向上を
促進すべき主な地域

大和市総合交通施策
『移動が楽しいまち・やまと』より

バスのルートマップ
訪問の際、配布

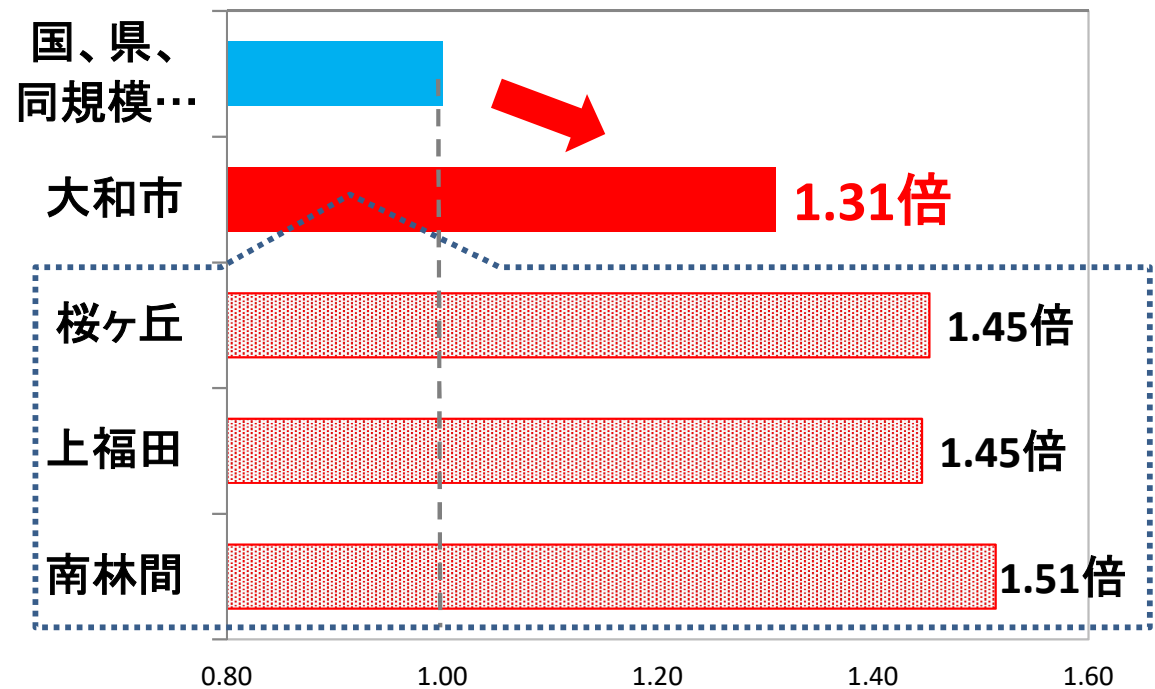
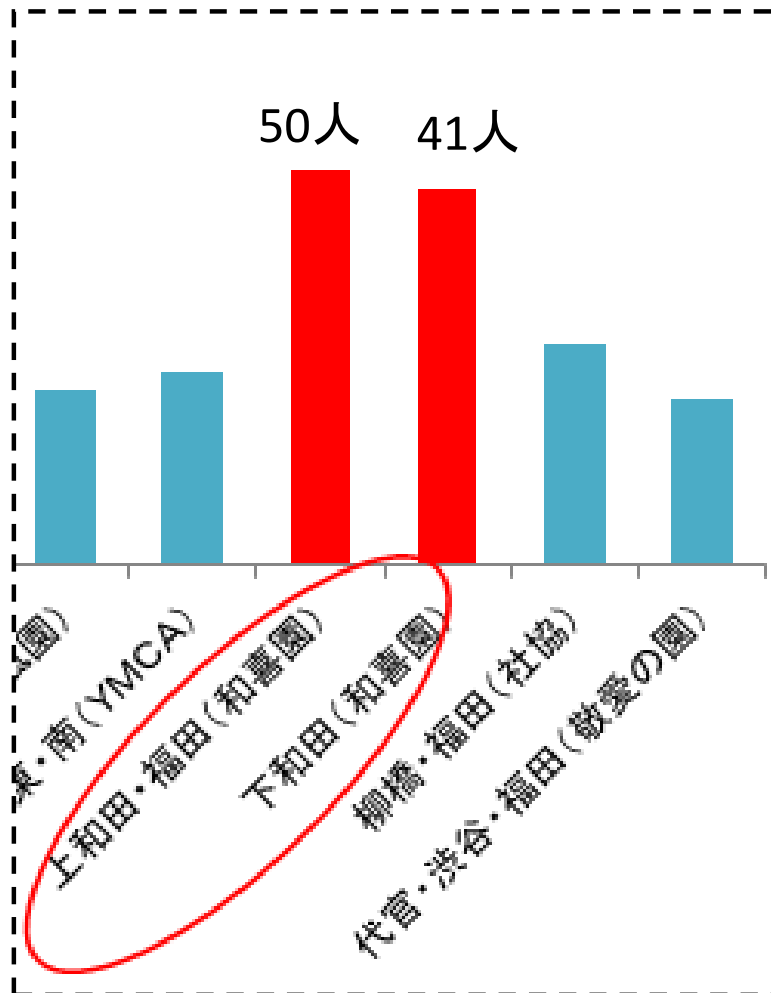


KDBによる該当者割合と医療費との関連・・・①

栄養改善該当者の割合の多い地区

＝

認定者の医療費が特に高い地区

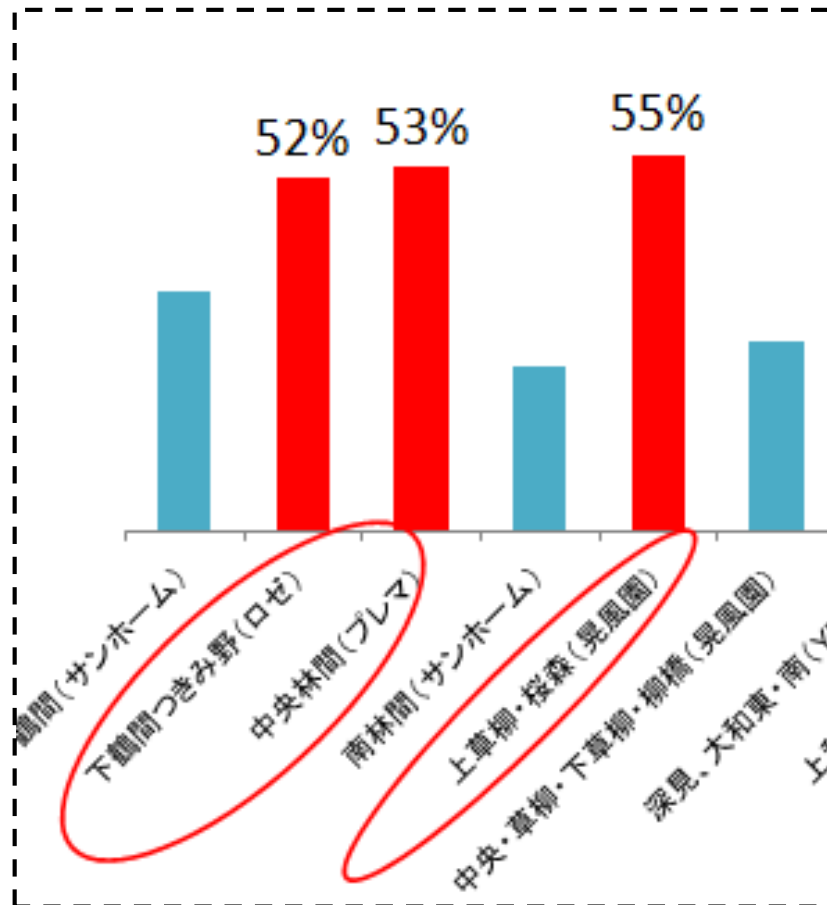


KDBによる重症化と医療費との関連・・・②

死亡、要介護化しやすい地区
(低栄養)

＝

認定者の医療費が高く、
認定者と認定なしの差が大きい地区



・【県・同規模・国平均】

要介護認定者医療費 : 認定なし医療費
2.1 : 1

・【下鶴間 つきみ野地区】

要介護認定者医療費 : 認定なし医療費
3.6 : 1

・【中央林間地区】

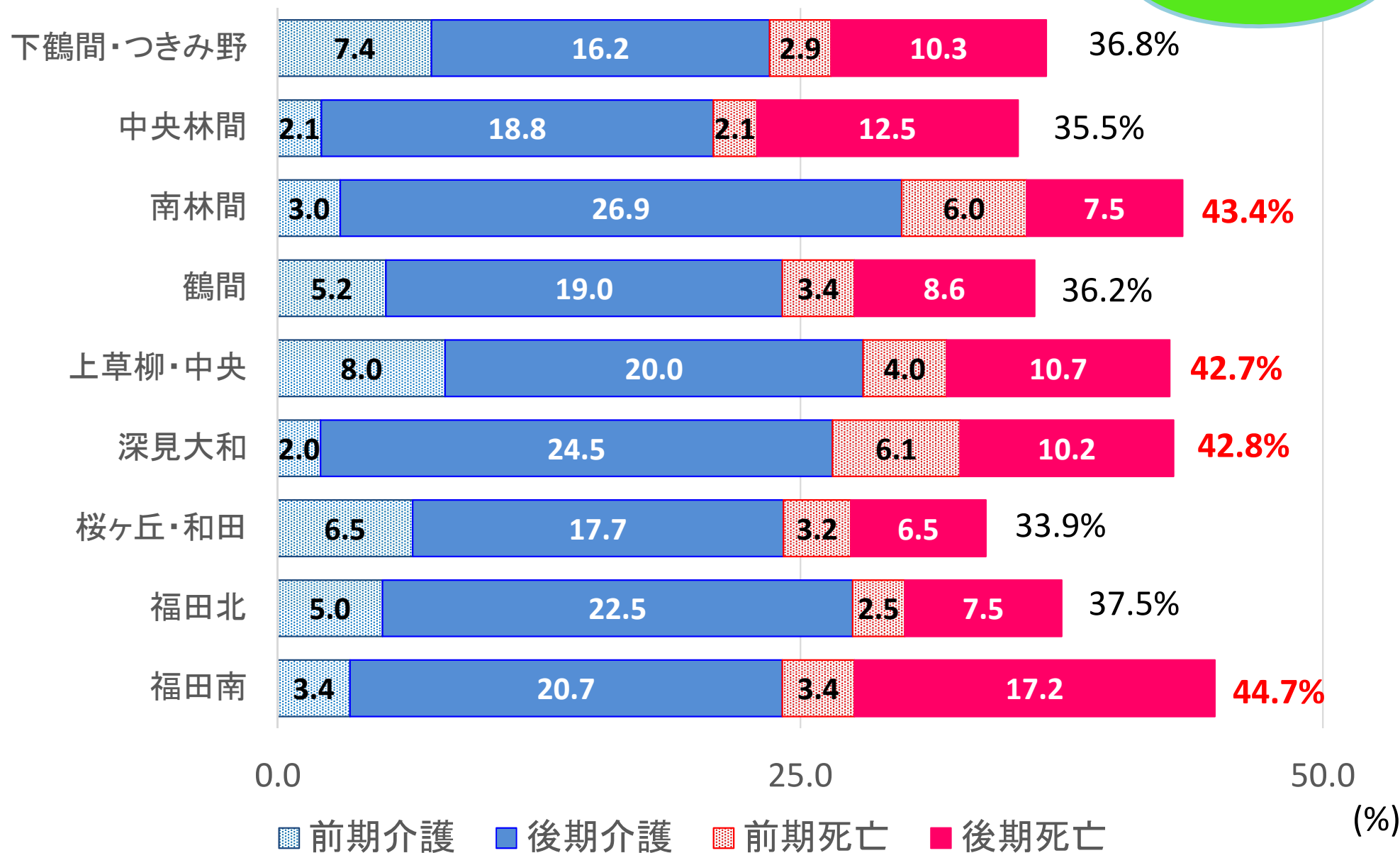
要介護認定者医療費 : 認定なし医療費
3.1 : 1

・【上草柳・桜森地区】

要介護認定者医療費 : 認定なし医療費
3.0 : 1

平成28年度低栄養リスク者 (基本チェックリストによる)のうち、
死亡・要介護認定者割合 (平成30年9月10日現在)

平均39.4%



「健康かるて」で確認したデータ

まとめ

健康都市やまとの実現

保健事業の充実・継続的发展

保健事業・介護
予防事業の推進

- ・人員の確保
- ・事業のマニュアル化

連携の強化

- ・庁内連携推進
(事業の共有)
- ・地域ケア会議
への出席

データ活用推進

- ・KDBの活用
- ・地域の状況把握

滋賀県東近江市の位置

琵琶湖

耕地面積 8,300ha
近畿地方 第1位

山間部



滋賀県東近江市の概要と市町村合併

- 人口 114,517人（平成30年4月1日現在）
- 総世帯数 41,761世帯
- 国保被保険者数 23,645人（加入率 20.65% H29年度21.55%）
- 国保加入世帯数 14,043世帯（加入率 33.63% H29年度34.01%）
- 後期高齢者医療被保険者数 14,346人（加入率12.5% H29年度12.2%）

●平成17年2月11日

八日市市・永源寺町・五個荘町・愛東町・湖東町の1市4町

●平成18年1月1日

東近江市・能登川町・蒲生町の1市2町で、「東近江市」が誕生
最終的に、**1市6町**での合併となりました。

平成30年度 東近江市の組織図

保険年金課(37名)

市民環境部

年金福祉係・・・国民年金・福祉医療
国保医療係・・・国民健康保険(資格・給付・保健事業)
後期高齢(給付)
保健師、管理栄養士、歯科衛生士(各嘱託1)
国保料係・・・・国民健康保険料係
後期介護保険料係・・・後期高齢(資格・保険料)、介護保険料

連携

健康福祉部

健康推進課・・・国保特定保健指導、重症化予防(ハイリスク訪問)
(保健センター) 高齢者健康づくり事業・介護予防事業

福祉総合支援課・・・地域包括支援センター・介護予防事業

長寿福祉課・・・介護保険認定・給付

国保病院・・・能登川病院(指定管理)

国保診療所・・・永源寺診療所・あいとう診療所(指定管理)湖東診療所・蒲生医療センター

第2期東近江市保健事業等実施計画 (データヘルス計画)

東近江市地区割図



東近江市の特徴①

1 4地区別データヘルス計画

- 1 平田地区編
- 2 市辺地区編
- 3 玉緒地区編
- 4 御園地区編
- 5 建部地区編
- 6 中野地区編
- 7 八日市地区編
- 8 南部地区編
- 9 永源寺地区編
- 10 五個荘地区編
- 11 愛東地区編
- 12 湖東地区編
- 13 能登川地区編
- 14 蒲生地区編

東近江市の特徴②

医療費分析データの追加

- 1 医療・介護
- 2 薬剤
- 3 その他

東近江市の特徴③

新たな事業内容

- 1 包括ケアとの連携
- 2 歯科指導
- 3 広域的な連携

平成26～29年度の主な取組について

- ①国保ヘルスアップ事業（～H28年度、H29年度～31年度）国庫事業
 - ②データヘルス計画（保健事業実施計画）の策定（平成26年度、平成29年度）
 - ③保健指導実務者研修会
 - ④未受診者個別訪問 業者委託3,000世帯、職員による訪問2,000世帯
 - ⑤協会けんぽとの事業連携協定書の締結（H26年9月）⇒啓発の共同実施
⇒ラッピング電車、バス看板作成⇒健診の合同実施⇒保健指導の受託
 - ⑥巡回型人間ドックの実施（H23年度～）健診WEB予約の導入（H29年度～）
 - ⑦国保・介護・医療データ分析事業（H26～29年度）
 - ⑧こころとからだの健康づくり事業（幻のラジオ体操第3：龍谷大学）
 - ⑨「スマホd e ドック」 未把握者、若年者の早期介入事業として実施
 - ⑩服薬情報通知の取組（全国初・平成28年度～）
 - ⑪介護保険担当課との連携（物忘れ相談プログラム購入・平成28年度～）
 - ⑫Yahooクレジットカード決済とSMSシステムの導入
 - ⑬健康推進アプリ「BIWA-TEKU」（県内10市町、協会けんぽ、共済組合ほか）
 - ⑭関係各課と団体との連携（庁内、三師会、自治体・保険者ほか）
- ※後期高齢者ウエルカム事業「いきいきシニア75」

本日の内容

- 1 国保・介護・後期データ分析事業**
- 2 後期高齢者ウエルカム事業**
- 3 各課連携によるフレイル対策**

資料提供

- 1 服薬情報通知の取組**

庁内連携		国民健康保険	介護保険	後期高齢者医療
制度について		国民皆保険制度の最後の砦 市民を対象に被保険者を構成 加入率25%未満	65歳以上全市民が対象	75歳以上全市民が対象 (一部65歳以上対象) 人生最終の保険
問題点		資格取得と喪失が頻繁 継続加入者と一時的加入者が混在 自治体での計画策定に国保データを使用するが加入者減少中	認定を受けたり、サービス を利用していないと加入している メリットが見えない	保健事業の整備が遅れている
市民環境部	保険年金課	資格・給付・料金・保健事業 健康推進アプリ「BIWA-TEKU」	資格・料金	資格・給付・料金 いきいきシニア75
健康福祉部	健康推進課 (保健センター)	保健事業（保健指導、訪問等）	高齢者健康づくり事業	いきいきシニア75 高齢者健康づくり事業
	福祉総合支援課		健康推進アプリ「BIWA-TEKU」 高齢者健康づくり事業	いきいきシニア75 高齢者健康づくり事業
	長寿福祉課		給付・認定・計画策定	いきいきシニア75 高齢者健康づくり事業
総務部	まちづくり協働課	健康推進アプリ「BIWA-TEKU」		
商工観光部	商工観光課	健康推進アプリ「BIWA-TEKU」		
税務部		クレジットカード収納業務		

庁内連携		国民健康保険	介護保険	後期高齢者医療
制度について		国民皆保険制度の最後の砦 市民を対象に被保険者を構成 加入率25%未満	65歳以上全市民が対象	75歳以上全市民が対象 (一部65歳以上対象) 人生最終の保険
問題点		資格取得と喪失が頻繁 継続加入者と一時的加入者が混在 自治体での計画策定に国保データを使用するが加入者減少中	認定を受けたり、サービス を利用していないと加入し ているメリットが見えない	保健事業の整備が遅れ ている
市民環境部	保険年金課	資格・給付・料金・保健事業 健康推進アプリ「BIWA-TEKU」	資格・料金	資格・給付・料金 いきいきシニア75
健康福祉部	健康推進課 (保健センター)	保険		高齢者健康づくり
	福祉総合支援課			
	長寿福祉課		給付・認定・計画策定	いきいきシニア75 高齢者健康づくり
総務部	まちづくり協働課	健康推進アプリ「BIWA-TEKU」		
商工観光部	商工観光課	健康推進アプリ「BIWA-TEKU」		
税務部		クレジットカード収納業務		

国民健康保険・後期高齢者医療・介護保険
データ分析

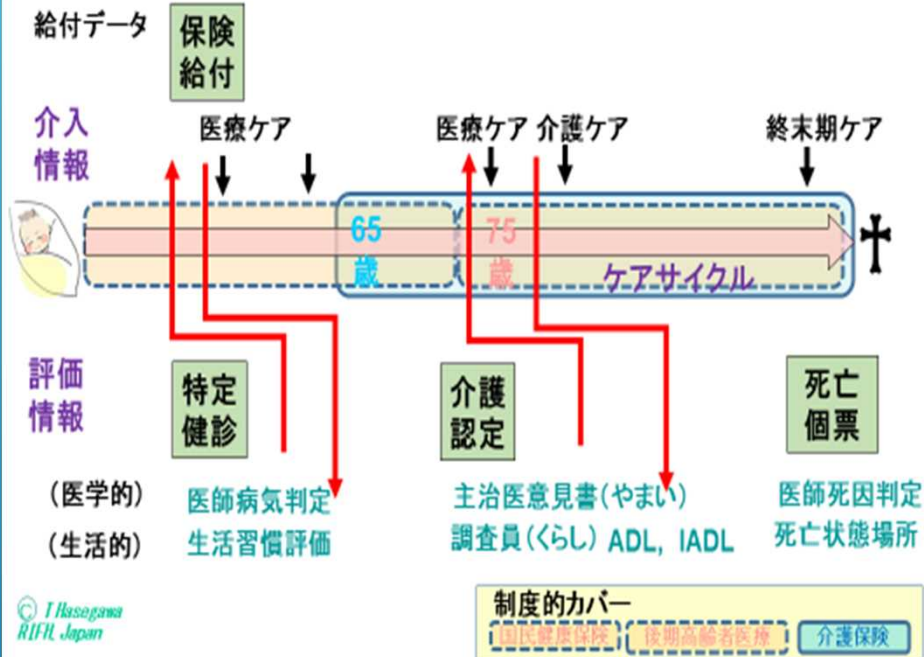
高齢者健康づくり・フレイル対策

いきいきシニア75

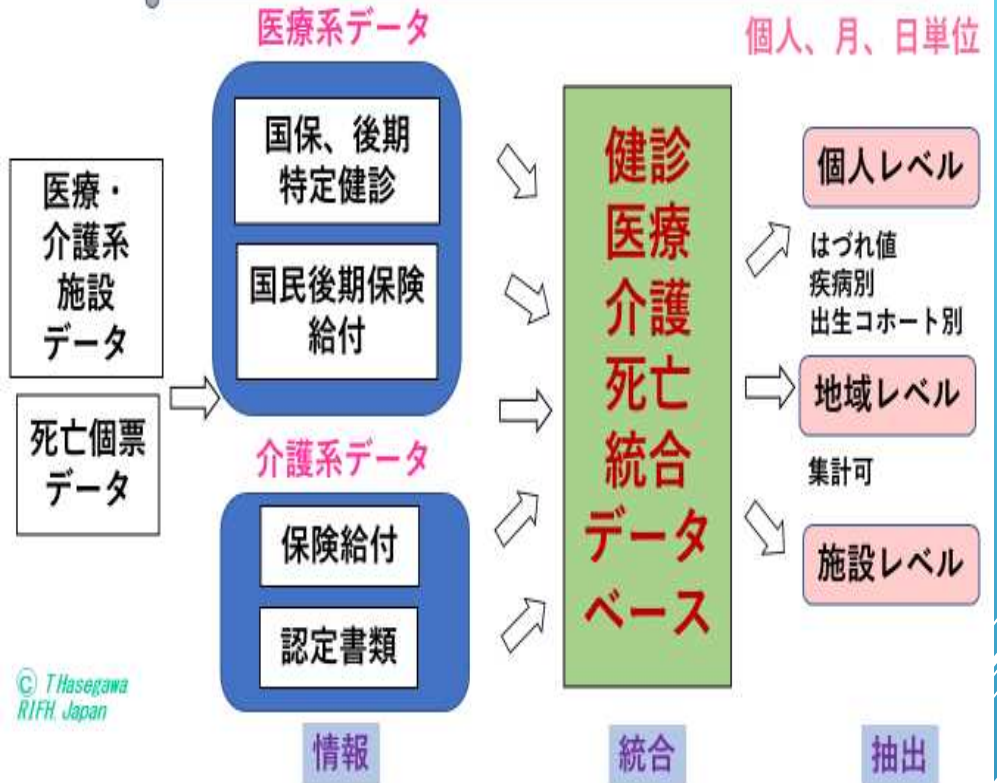
1 国保・介護・後期のデータ分析

統合データ分析について

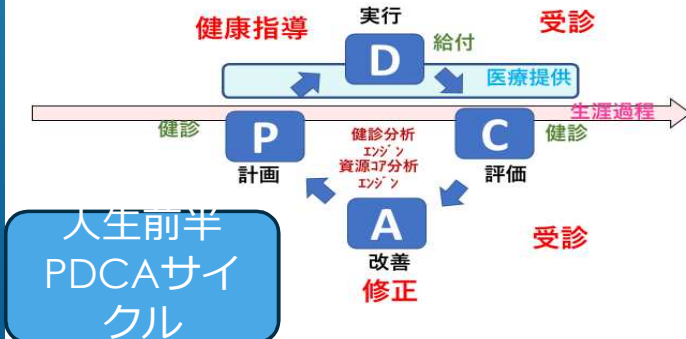
個人の生涯過程と医療介護保険情報



統合データシステム

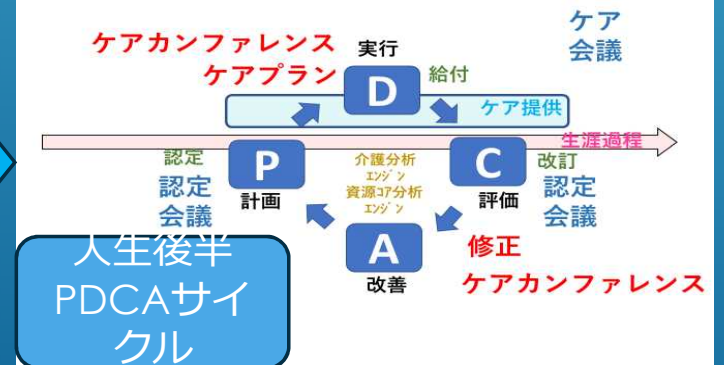


生活習慣病管理の過程



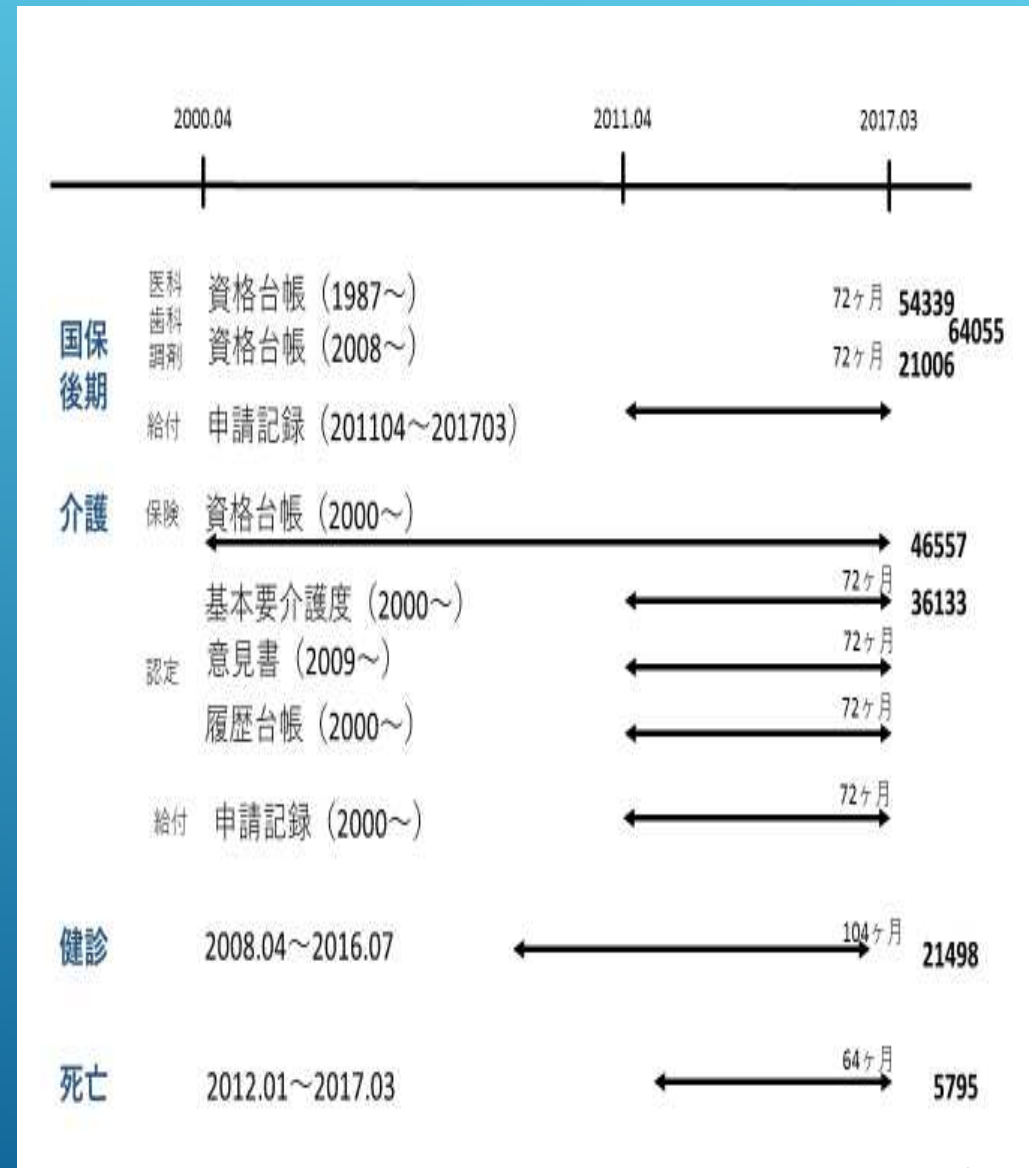
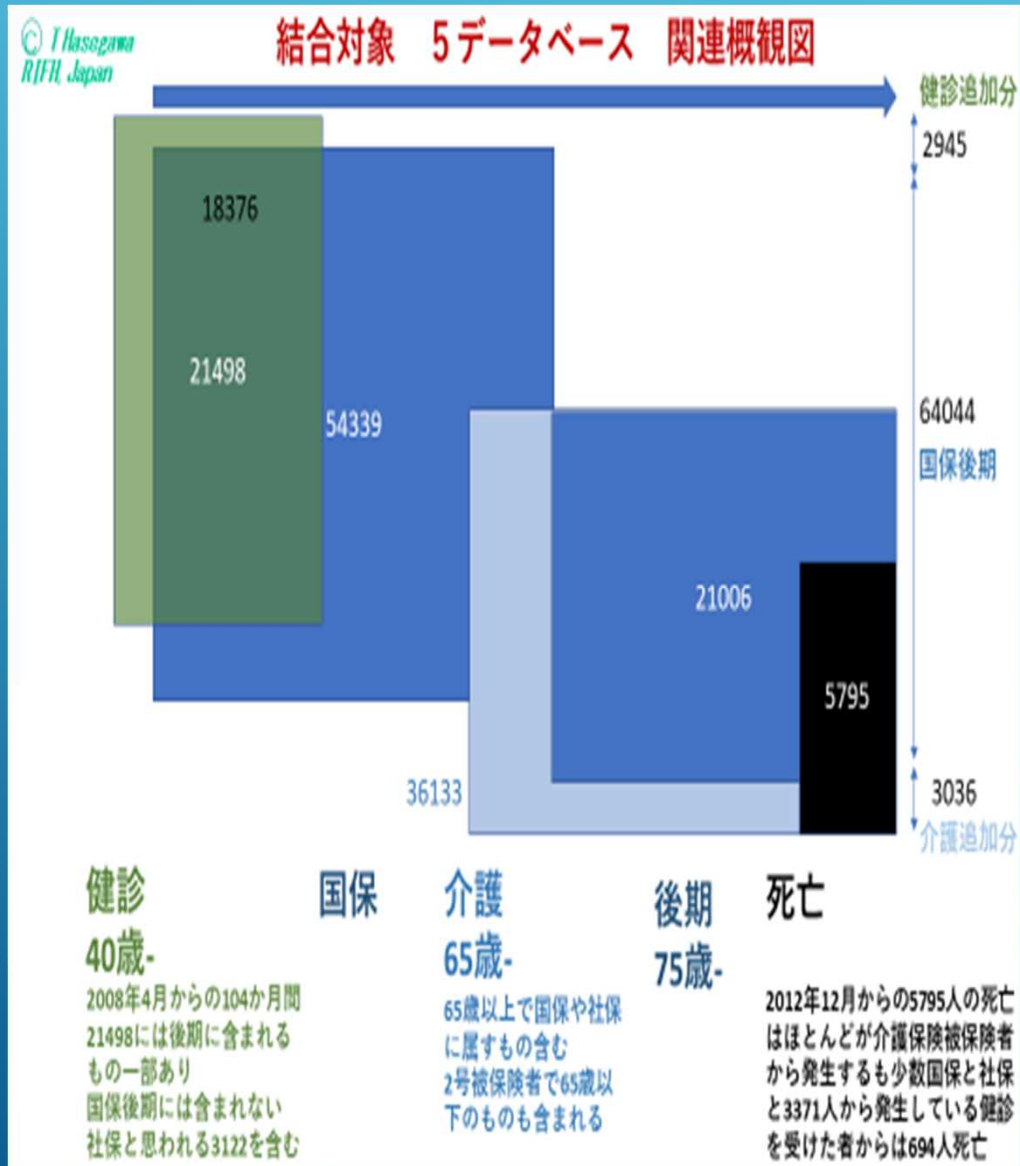
データ分析の基本となった二つのPDCA

地域包括ケアの過程

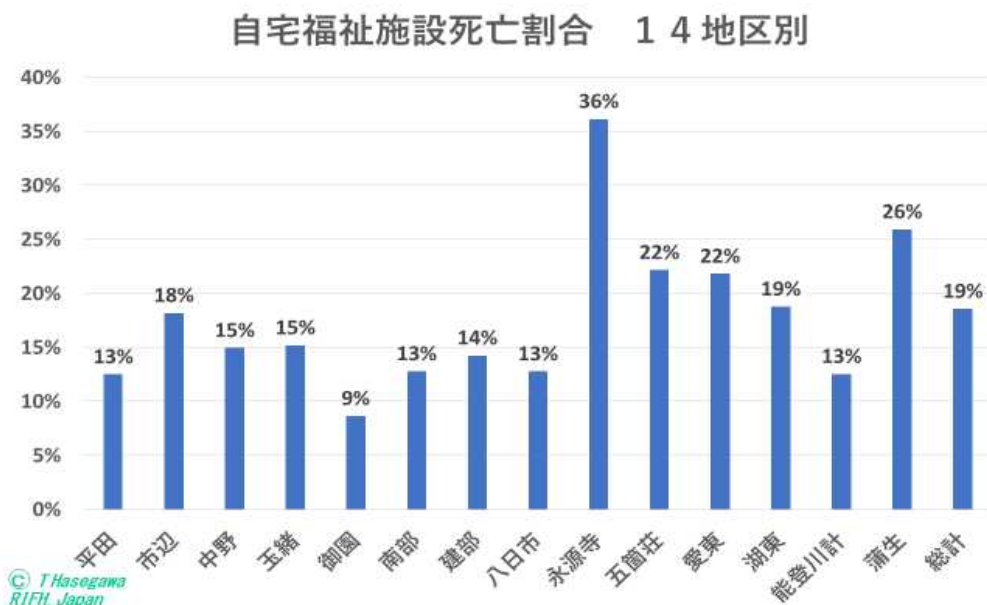
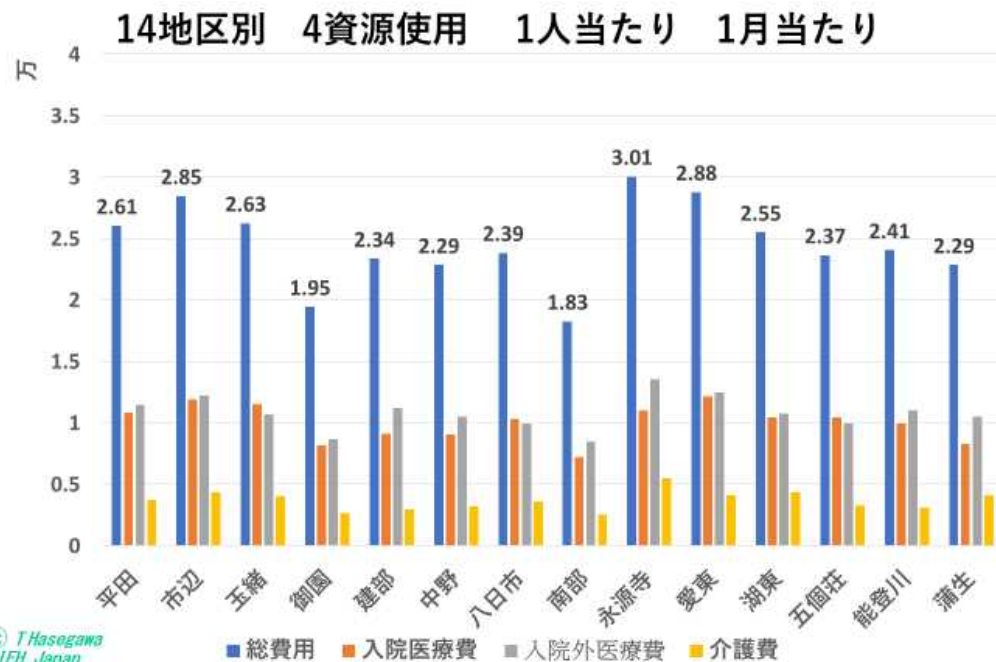


統合データベースの構造

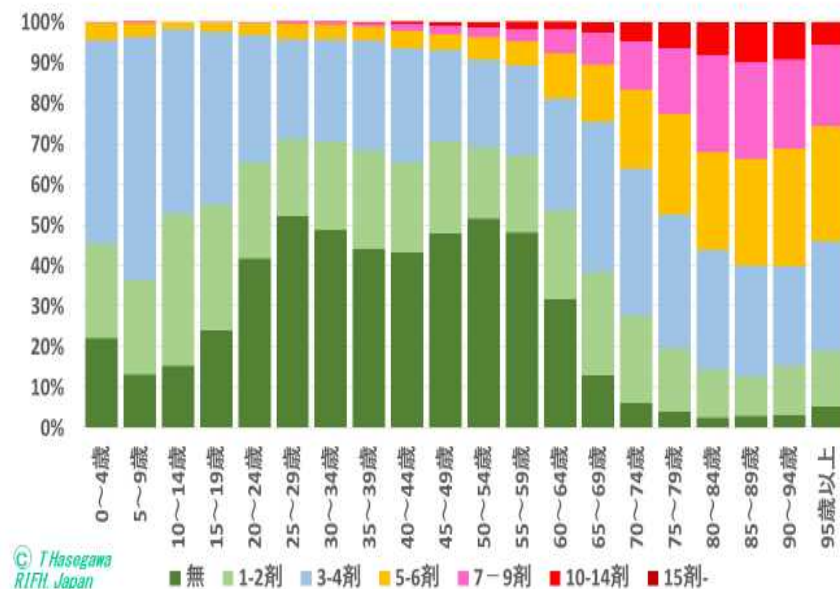
データベース単位の年度構成と相互関係



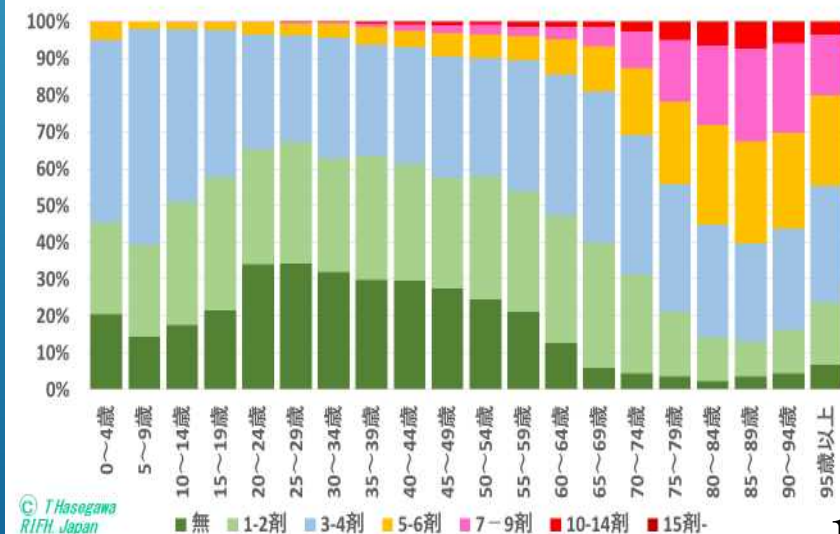
データ分析から見てきたもの



年齢別全薬平均処方数割合
処方期間中平均数、小数点切り上げ、男性



年齢別全薬平均処方数割合
処方期間中平均数、小数点切り上げ、女性

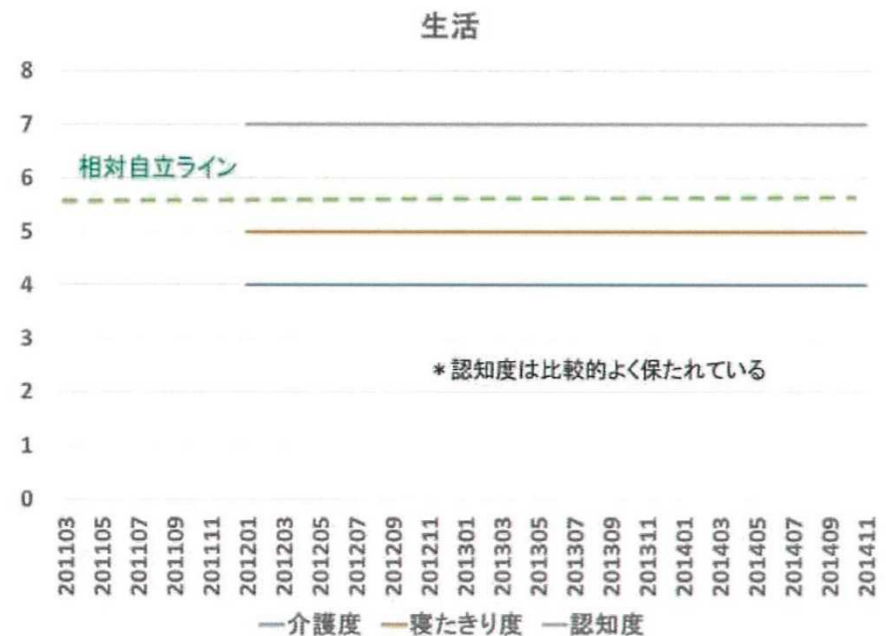
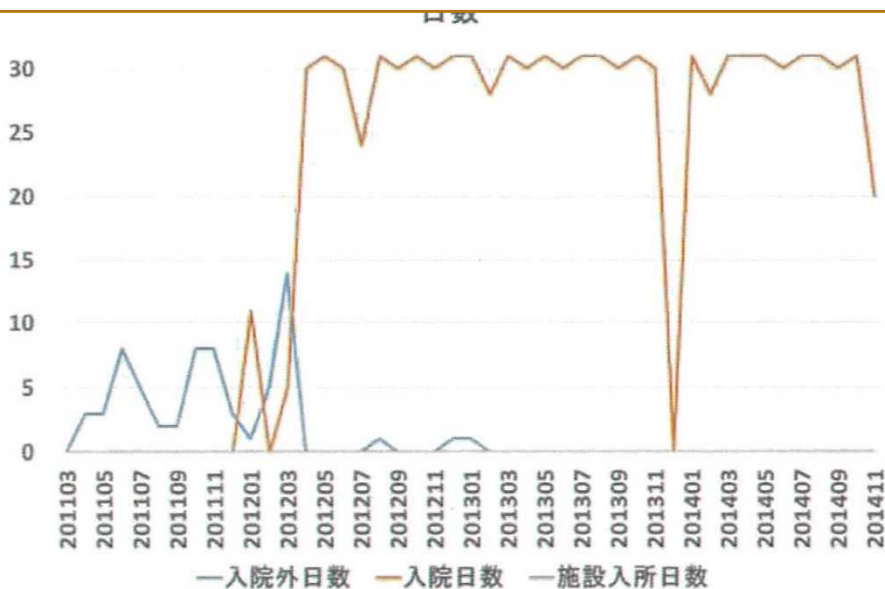


70歳 男性

網膜色素変性症

認定日	2012/01	死亡日	2014/11	期間	35.1月
費用使用	万円	資源使用	日	入院	
入院	2,559	入院	943	回数	
入院外	54	入院外	65		
介護	6	入所	24		
合計	2,620				
看取り	無し	死亡場所	病院		

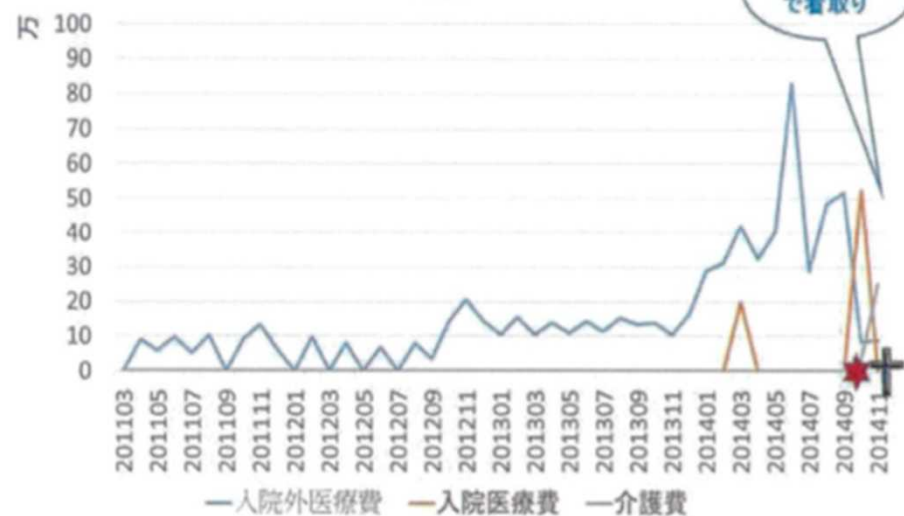
見えてきたもの・・・生涯医療費
介護認定から見えてきたもの
・・・医療の結果



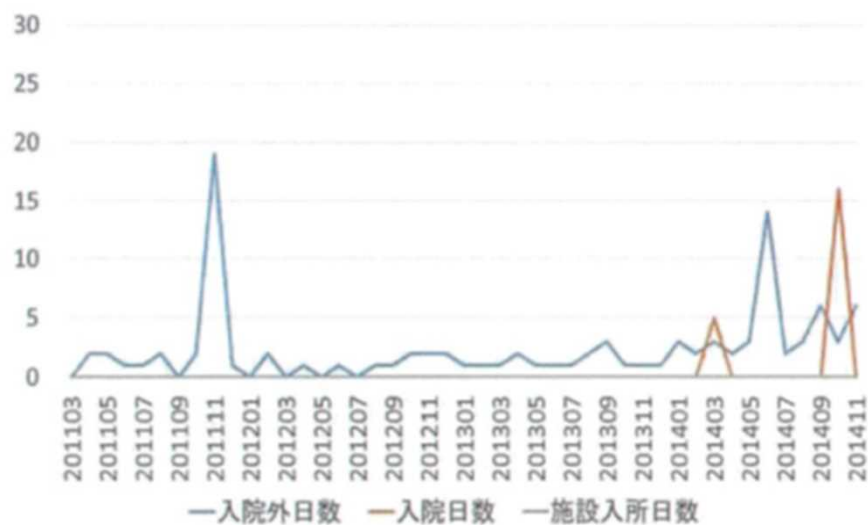
61歳 女性 乳癌

認定日	2014/10	死亡日	2014/11	期間	1.6月
費用使用	費用:万円	資源使用	日数 :日	入院	
入院	72	入院	21	回数	
入院外	713	入院外	105		
介護	28	介護	22		
合計	813				
看取り	訪問看護師	死亡場所	在宅		

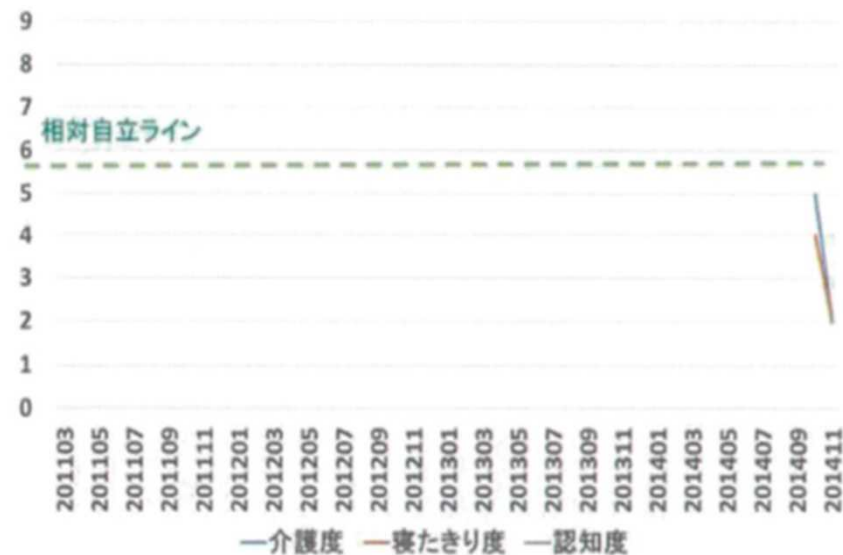
費用



日数



生活



2 後期高齢者ウエルカム事業

新規後期高齢者を対象とした「いきいきシニア75」 事業起案～実施まで

平成27年2月 ◎県後期高齢者広域連合保健事業ワーキング
グループでの来年度事業の検討

◎生活習慣病予防研究センターから、滋賀県、県国
保連合会、後期高齢者広域連合に事業提案

※事業目的は同じ、でも実施対象者や地区開催で相違

平成27年3月 「新規事業」起案！3月に厚生労働省で相談。

平成27年4月 新規事業として採択

※でも、インセンティブ？が足りない。継続性と「やりがい」を追求。

生活習慣病予防研究センターのヘルスマイレージを導入。

5月 厚生労働省で事業の全体像をプレゼン

6月 補正予算新規事業として計上、議決後事業着手
担当者会議（7月中旬までに3回開催）

スタートは大変。でも目的は一緒でした。

7月下旬 事業スタート

2 後期高齢者ウエルカム事業

新規後期高齢者を対象とした「いきいきシニア75」 事業起案～実施まで

平成27年2月 ◎県後期高齢者広域連合保健事業ワーキング
グループでの来年度事業の検討

◎生活習慣病予防研究センターから、滋賀県、県国
保連合会、後期高齢者広域連合に事業提案

※事業目的は同じ、でも実施対象者や地区開催で相違

平成27年3月 「新規事業」起案！3月に厚生労働省で相談。

平成27年4月 新規事業として採択

※でも、分り合えない、継続性！「いまだに」を追求。

事務局：保険年金課（後期高齢資格担当）

会計：一般会計（高齢者保健事業費）

委託契約：保険年金課

介護保険事業との共同事業の場合、主担当課で契約し、
それぞれの関係課で支出

※対象となる補助金を探すのが下手！

「お金がないから出来ない」⇒探さずに適当な発言の担当者

手

項 目	内 容
受付開始	受付、被保険者証の交付
測定	身長、体重、血圧、握力測定
開会あいさつ	主旨説明
制度説明 適正受診	○制度の概要、給付、保険料および今後の手続き等 ○重複受診を控えるなどの受診マナーについて。 ○お薬手帳の紹介。
口腔ケア	○口腔衛生についての指導 ○お口の体操
高齢者健診 介護予防	○認知症を入り口に、生活習慣病予防について説明 ○健診を受診しなければならない人を受診につなげる (自分の身体を知る)
休憩、準備	(測定が終わっていない方の測定)
栄養指導	○意識して取り入れたい食品 (ジュース試飲) ○「食生活現状把握シート」の記入 ○食べ方のポイント
運動指導	○活動時間、運動習慣アンケート ○測定 ◆片足立ち◆5メートル歩行 ◆ロープ作業◆下肢周囲径 ○運動講話
豊かに老いる (終活)	○「わたしの生き方」朗読 ○相談窓口の案内
いきいきシニア75 「健康貯金」	○「健康貯金」プログラムについて
終了あいさつ	
事務手続き	○口座振替依頼書 ○高額医療費申請書

広域連合
保険年金課
(資格給付・
料金)

保健所・健康推進課

健康推進課

健康推進課
保険年金課

長寿福祉課
保険年金課

福祉総合支援課

保険年金課

「健康貯金」とは、どんなことをするのか？

- まず、毎日出来る目標を2つ決めます。
- 毎日、「**健康日誌**」に記入をします。
- この毎日の充実した日々を
ポイントに替えて、**素敵な商品と
交換**します。(1ポイント2円です)
- 期間は、来月の1日がスタートで**2年間**です。
- ご自分のできる範囲で毎日チャレンジをし、
**3カ月ごとに市役所保険年金課または支所に
健康日誌を提出**します。

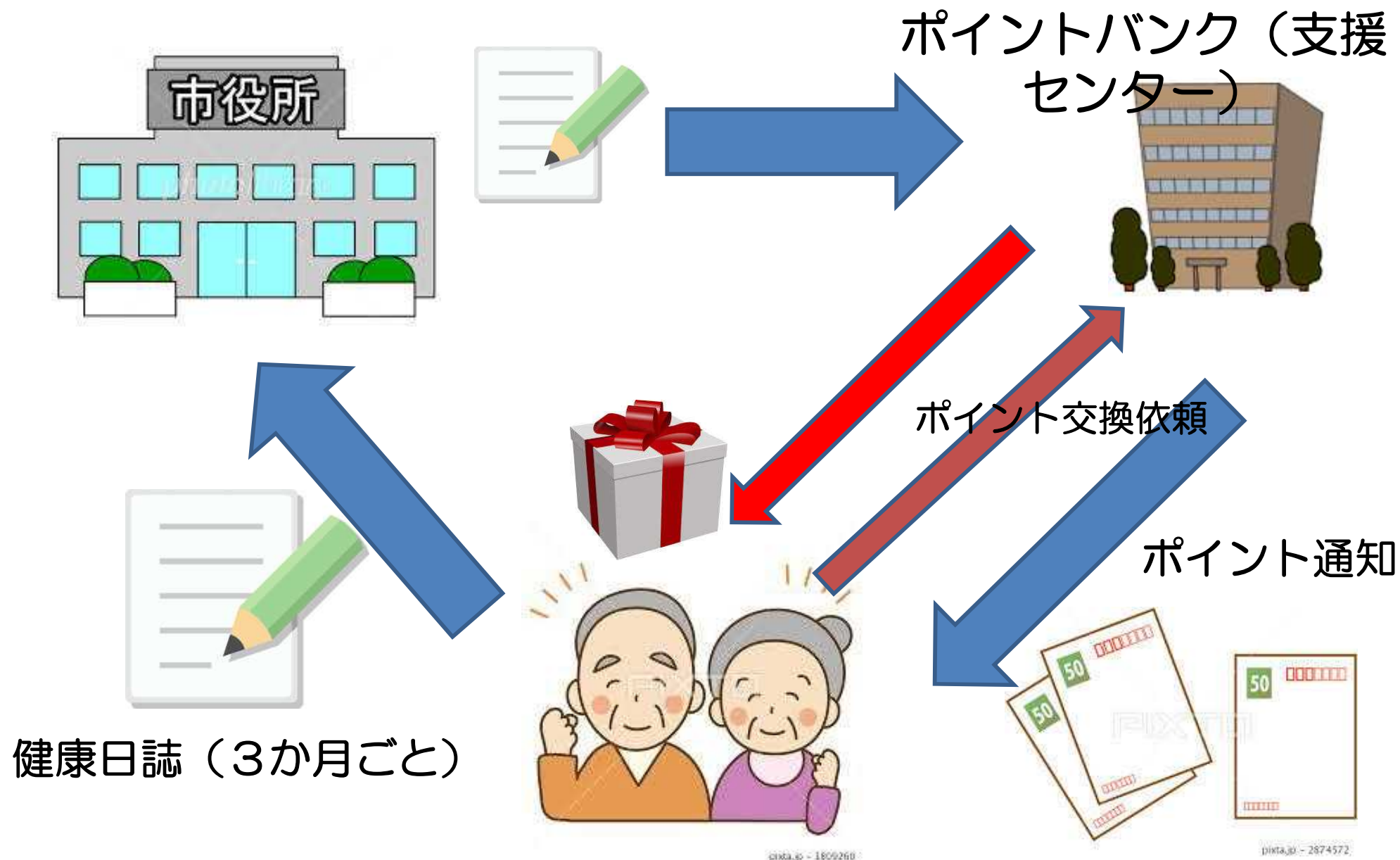
日付	曜日	今日の 体調	健康日誌				自己 チェック	自由目標		ひとことメモ
			体重	歩数/歩行時間	血圧・朝	血圧・夜		①	②	
15	水	0	56.3	20分	125/99	123/100	0	0	X	クラブゴルフへ行った。
16	木	②			/	/	X	X	0	
17	金	0	56.2	20分	/	/	0	0	X	
18	土	X	56.4		/	/	0	X	0	雨がりで帰けなかった。
19	日	0			123/100	130/103	0	X	0	
20	月				/	/				
21	火				/	/				
22	水				/	/				
23	木				/	/				
24	金				/	/				
25	土				/	/				
26	日				/	/				
27	月				/	/				
28	火				/	/				
29	水				/	/				
30	木				/	/				

QRコード
20183

合 計 総計 ポイント

日誌見本

健康貯金の流れ（概略）



交換できる素敵な商品とは・・・

①健康グッズ

ウォーキングシューズ、ヘルスメーター
万歩計など



②商品券

市内に店舗のある商品券など

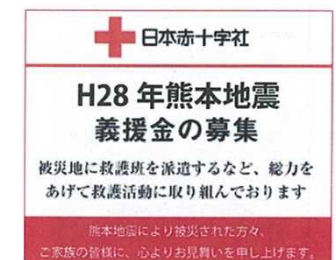
③東近江市特産品

お米、お酒、お菓子など



④ボランティア基金へ寄付

被災地への基金など



いきいきシニア参加者数及び健康貯金参加者数

年度	全対象者数	いきいきシニア参加者数	参加率	健康貯金参加者数	参加率
H27(7月～3月)	830	273	32.9%	144	52.7%
H28	1,162	327	28.1%	129	39.4%
H29	1,141	386	33.8%	235	60.9%
H30(4月～7月)	378	109	28.8%	61	56.0%
合計	3,511	1,095	31.2%	569	52.0%

健康貯金修了者数

参加者総数 ※1	修了者数 ※2	修了者率	脱退者数	脱退率
191	79	41.4%	112	58.6%

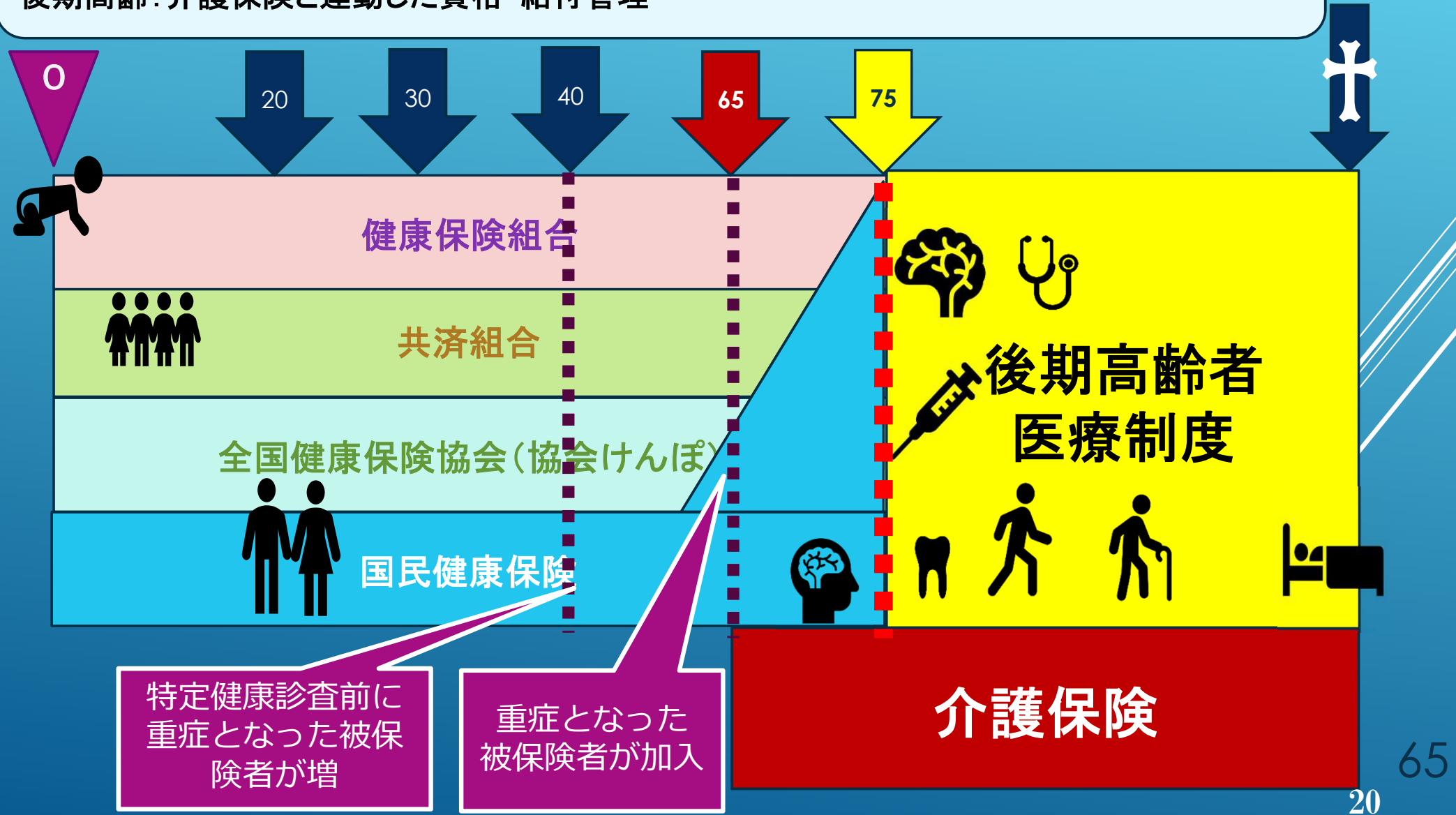
※1 平成30年7月31日時点をもって2年を迎える方及び、それ以前で2年を経過した方。

※2 1年以上健康貯金の提出があった方を修了とみなす。

スタートから3年が経過し、健康貯金修了者も出ていることから、
 今後は、いきいきシニア参加者⇔非参加者、健康貯金参加者⇔非参加者などを
 レセプトデータ、6か月後のアンケート結果などから事業実施効果分析を実施予定。

医療保険の流れと節目

国民健康保険：40歳手前の早期介入と60歳以降の重症となった社会保険からの加入者対応
介護保険：40歳以降、65歳以降の国保と後期と連動した資格・給付管理
後期高齢：介護保険と連動した資格・給付管理



3 各課連携によるフレイル対策

①庁内連携

●介護保険関係部局（健康福祉部）との連携

長寿福祉課

介護保険運営協議会、第7期事業計画策定

福祉総合支援課

「認知症予防対策」・・・物忘れ相談プログラムの購入

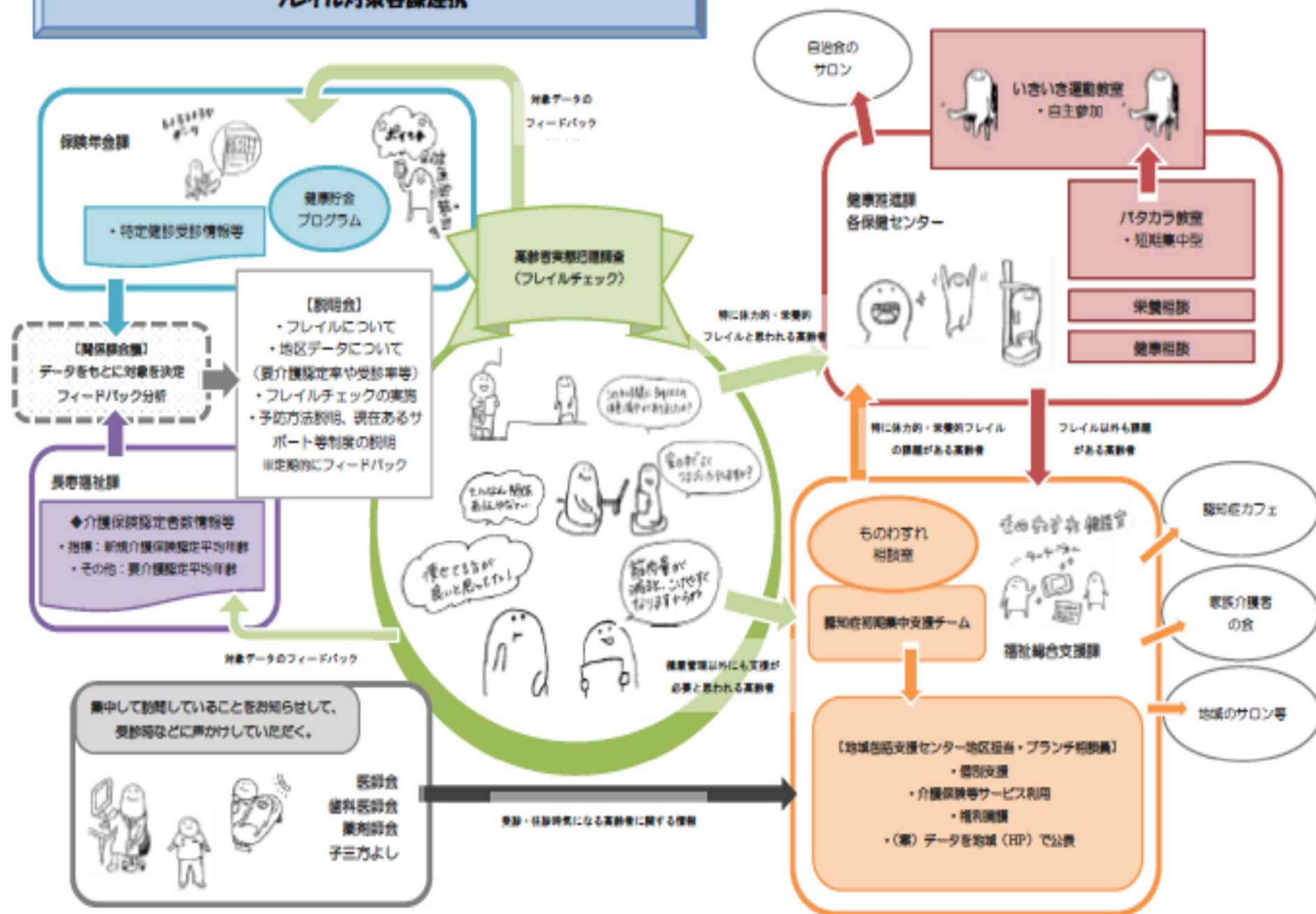
保険年金課と福祉総合支援課の窓口に不定期に設置

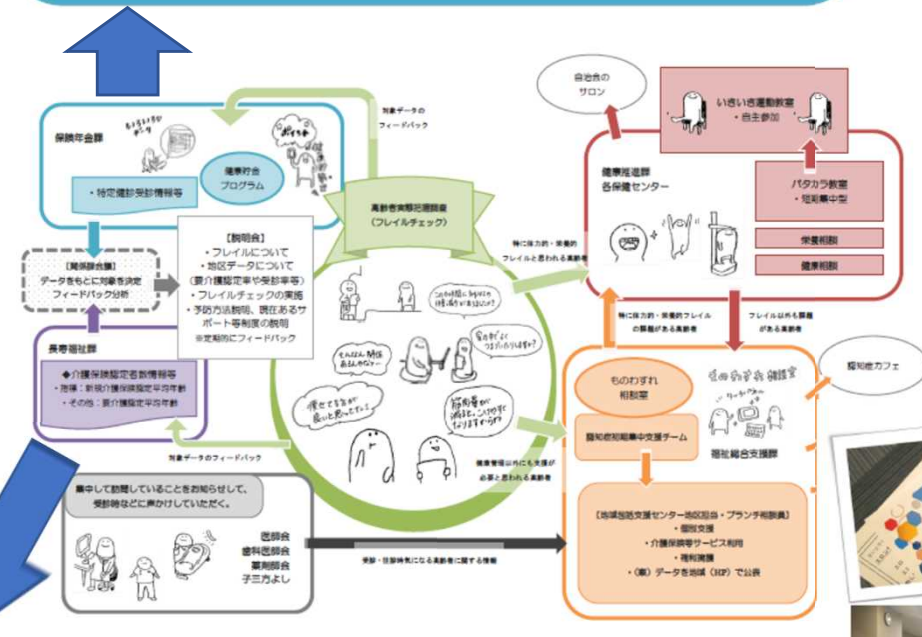
高齢者対象の「ふれあいサロン」「出前講座」で活用

75歳到達者対象のいきいきシニア75で活用

「フレイル対策」・・・別添資料（いきいきシニア75活用）

フレイル対策各課連携





長寿福祉課

- ◆介護保険認定者数情報等
- ・指標：新規介護保険認定平均年齢
 - ・その他：要介護認定平均年齢

- 地域での取り組み
- 認知症高齢者声かけ見守り訓練
 - 認知症カフェ (市内5か所)
 - 市民講座 (認知症連続講座)
 - 出前講座
 - 認知症サポーター
 - 認知症キャラバンメイト
 - 福祉授業

出会いと情報交換の場
認知症カフェ



名称	問合せ
認知症カフェ (宋町)	NPO法人しみふくしの家八日市 ☎0748-22-7006
かじやの里カフェ (佐生町)	NPOかじやの里 ☎050-5802-9893
ちやがゆの郷カフェ (乙女町)	東近江市社会福祉協議会 ☎0748-45-8033 ☎050-5802-610
菊水すこやかCafe (新緑町)	菊水神郷サービス ☎0748-43-0728
オレンジ・サンシャイン カフェ(津野五丁目)	リースナブル・リイゼきずい ☎0748-23-1199

東近江市では、左図のとおり、地域で認知症の人を支える様々な活動が行われています。

今回、その中から、認知症カフェの取り組みを紹介します。



認知症カフェは、認知症の人やその家族、地域の皆さんが参加して、お茶をしながら交流を深める場所です。日々の生活の中で感じている悩みを共有することで心のストレスを軽減したり、気軽に話し、楽しむ仲間をつくることができます。また、ケアマネジャーなどの専門家もいますので、症状の変化や家族の負担感に気づくこともできます。

NPO法人しみんふくしの家八日市が主催する認知症カフェは、地元の人に認知症の人との関わり方や、認知症予防などの啓蒙を行うことを中心に開催されています。認知症カフェは左表のとおり市内で5か所実施されています。参加することで、新たな出会いや発見があるかもしれません。



えんがわ喫茶

永源寺福社の会ではあみんが「ホット」できる
 居場所を目指して、えんがわ喫茶に取り組んでいます。

毎月第1・第3水曜日 10:00~15:00

場所：永源寺コミュニティセンター（山上町）

毎月第2土曜日 10:00～15:00

場所：介護老人福祉施設 もみじ（永興寺高野町）

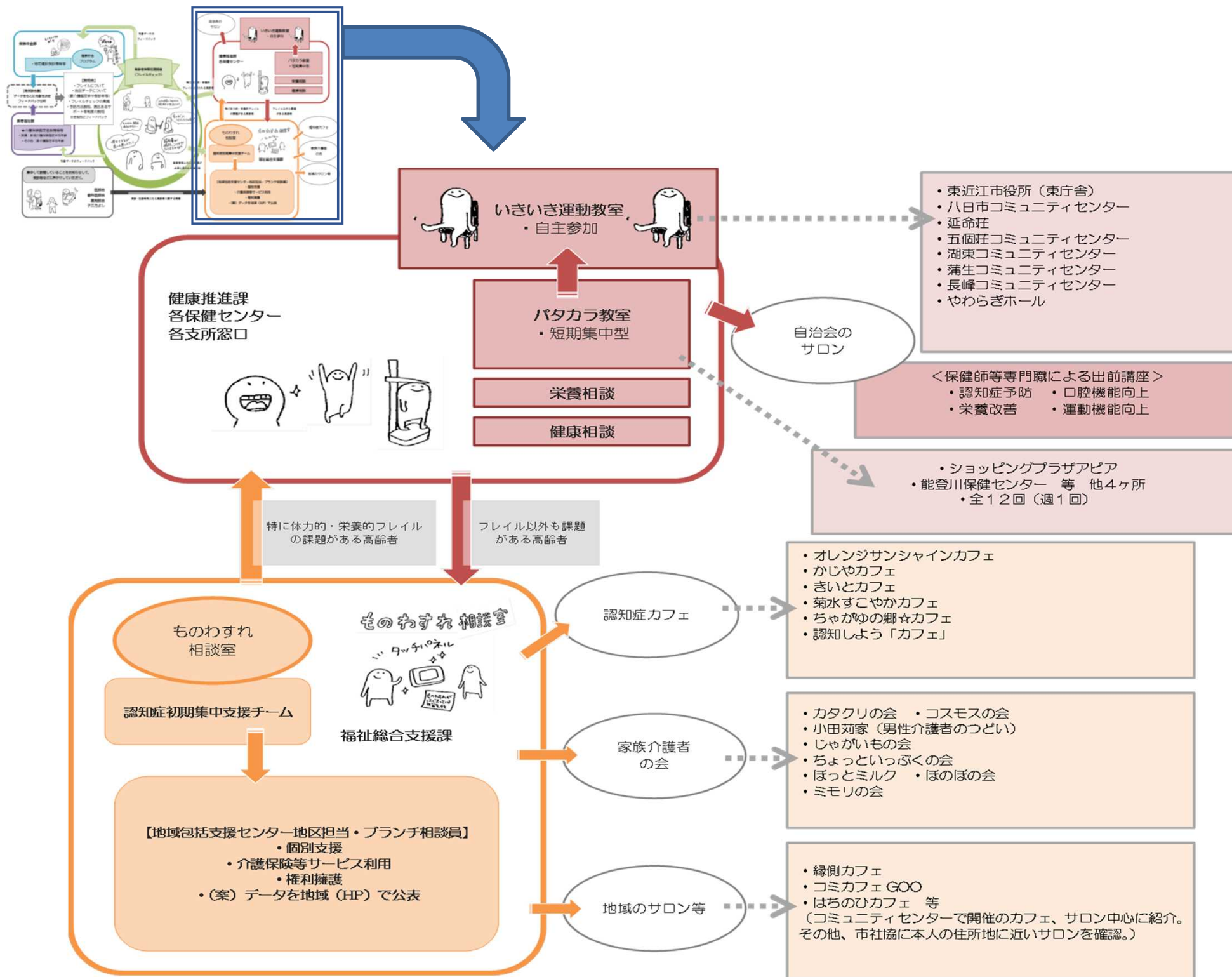
参加費：100円 食べ物持ち込み自由です

都合により、お休みをいただく場合があります

お問い合わせ先

永澤寺福祉の会 事務局

三條：永源寺經社の合



いきいきシニア75対象者への案内

ものわすれ 相談室



予約制 無料

知って備えれば、安心！

●3つの「すまいるプログラム」で、脳と心の元気を維持しよう！

①すまいるタッチ

最新式のタッチパネルを使って、簡単な質問に答えていただくことで、脳の元気を確認することができます。



②すまいるシート

簡易なチェックシートを使用して、生活の中で自信を持って出来ていることや、困っていることなどを確認していきます。



③すまいるアドバイス

上記のチェック結果を参考にしながら、認知症の予防や、すこやかな暮らしを維持していくための取り組み等について、専門職からアドバイスをさせていただきます。

日頃の心配事なども、ご相談ください。



●申し込み・問い合わせ先

東近江市役所 福祉総合支援課

電話 0748-24-5641

IP 電話 050-5801-5641

●所要時間：約30分

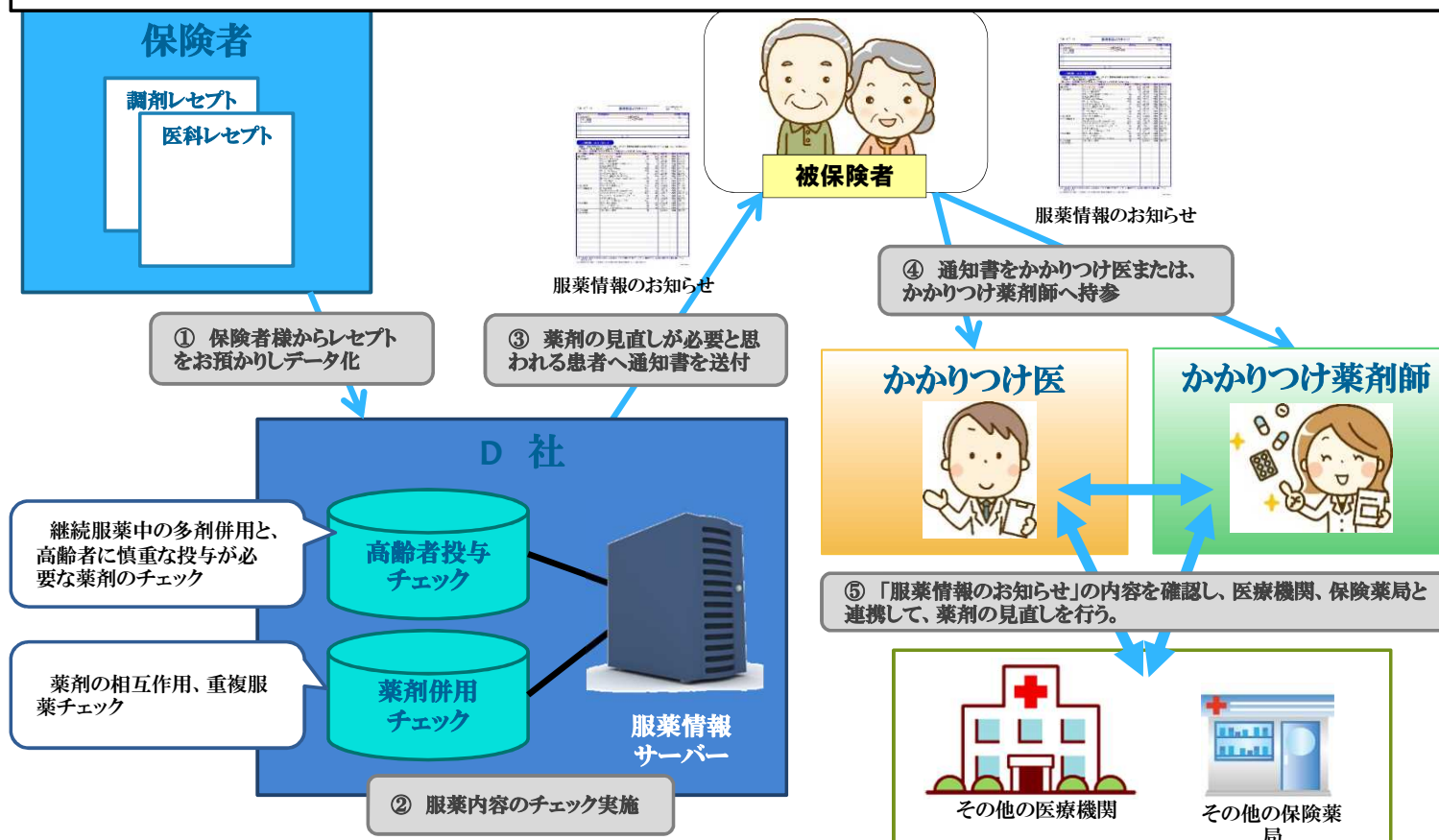
平成30年度 ものわすれ相談室の年間予定表

4月19日(木)	湖東コミュニティセンター別館会議室
5月11日(金)	五箇荘コミュニティセンター研修室1・2
6月8日(金)	八日市保健センター
7月13日(金)	八日市保健センター
8月10日(金)	永源寺コミュニティセンター201・203
9月14日(金)	蒲生コミュニティセンター学習室3・4
10月11日(木)	能登川コミュニティセンター学習室5・6
11月9日(金)	愛東支所 会議室2
12月14日(金)	東近江市役所 福祉総合支援課
1月11日(金)	東近江市役所 福祉総合支援課
2月14日(木)	東近江市役所 福祉総合支援課
3月14日(木)	東近江市役所 福祉総合支援課



(資料提供) 1 服薬情報通知の取組

- 多剤投与や、相互作用、重複投与などで問題のある患者へ、「服薬情報のお知らせ」を送付します。
- 院外処方された服薬情報に限らず、院内処方分も合わせて一元管理しています。



全薬品の年齢階層別状況について

年齢階級別 薬剤投与種類数毎の患者数

東近江市の実績(国保+後期高齢者)

平成28年 8月診療分

被保険者数 40,659 名 レセプト数(医科入院外・調剤) 52,898 件

全薬品

2017/2/8

薬剤投与数	0~4	5~9	10~14	15~19	20~24	25~29	30~34	35~39	40~44	45~49	50~54	55~59	60~64	65~69	70~74	75~79	80~84	85~89	90~94	95~99	100~
被保険者数	584	678	726	854	735	821	896	1,244	1,403	1,396	1,274	1,549	3,451	6,434	4,995	4,788	4,053	2,955	1,378	391	54
レセプト件数	627	415	295	300	301	396	387	604	719	831	844	1,252	3,454	8,475	8,196	9,256	8,197	5,464	2,277	539	69
投薬なし	56	34	51	63	42	31	43	59	67	49	47	70	162	303	186	143	115	79	55	16	4
1種類	36	33	34	41	25	49	29	49	47	49	56	87	264	563	361	284	176	90	44	17	2
2種類	37	35	19	23	25	34	32	47	54	70	45	95	246	587	423	358	230	144	65	22	3
3種類	45	39	23	17	23	22	30	50	57	53	67	88	235	526	452	362	255	160	88	24	7
4種類	34	23	16	15	14	19	22	35	45	38	49	54	185	448	365	384	300	189	91	28	9
5種類	20	12	12	10	14	8	24	26	39	44	36	44	151	378	334	382	314	237	89	36	0
6種類	11	12	5	7	4	11	6	8	18	13	30	40	102	307	283	357	310	229	110	27	3
7種類	19	2	7	5	6	5	12	13	17	12	16	25	78	218	239	303	268	221	98	24	2
8種類	9	6	4	1	3	3	6	4	8	16	14	28	51	160	211	258	276	197	94	21	2
9種類	7	2	0	2	2	1	4	8	10	13	11	16	49	107	165	200	228	177	77	22	2
10種類	4	4	0	1	0	4	2	5	5	6	5	9	21	81	112	170	200	129	58	4	2
11種類	2	3	1	0	1	0	1	6	3	5	2	8	26	64	92	137	148	136	57	10	0
12種類	1	1	1	0	0	3	0	1	3	4	8	9	17	38	74	94	118	74	32	8	0
13種類	0	3	0	0	1	3	1	3	1	6	6	2	13	37	48	86	93	62	33	5	1
14種類	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	4	7	12	28	37	57	71	56	24	0	0
15種類	1	0	0	0	0	1	0	0	0	2	2	2	6	13	34	41	42	34	15	1	0
16種類	0	0	0	0	0	0	1	2	1	2	0	2	3	19	18	30	35	26	10	0	0
17種類	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	2	5	7	10	24	22	16	7	0	0
18種類	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	4	5	10	8	16	13	16	3	2	0
19種類	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	2	5	9	10	11	4	4	1	0
20種類	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	2	5	9	7	6	0	1	0
21種類以上	0	0	0	0	0	0	0	1	1	3	1	0	1	1	5	9	7	16	5	1	0
合計	284	209	173	185	160	195	213	318	379	390	401	594	1,640	5,475	4,995	4,788	4,053	2,955	1,378	391	54

594→1,640
60歳を境に約3倍

薬剤の判定方法

医科入院外: 20投薬(診療識別が21~23)、かつ薬価基準コードが6000000000~6999999999(薬価収載薬剤)

調剤: 薬価基準コードが6000000000~6999999999(薬価収載薬剤全てを対象)

複数医療機関から同一薬剤が複数処方された場合は1種類でカウントしています。

医療機関数について

調剤薬局はカウントしていません。

事業目的および抽出条件について

事業目的

複数の医療機関に受診されている場合、それぞれの医療機関等では、処方薬について適切な管理がされていますが、服薬しているすべての薬を見た場合、同じ成分の薬や薬同士の飲み合わせが悪い等の問題が以前からありました。

それらを防ぐためにかかりつけ医・かかりつけ薬剤師にすべての薬剤を知ってもらった上で、適切に処方してもらうことがこの事業の目的である。

抽出条件

- 対象者 ①東近江市国民健康保険加入者で60歳以上75歳未満の方
東近江市内の後期高齢者医療加入者(75歳以上)
②複数医療機関(2カ所以上)の受診歴有
③6種類以上の薬を服薬
※①②③の全て該当する方
- 対象月 平成28年6月診療分(国保)平成28年8月診療分(後期)
- 案内情報 診療報酬明細書(レセプト)医科の外来と調剤

事業の経緯について

平成28年

- ・5月 東近江薬剤師会長へお願い
- ・6月 東近江医師会長へお願い
- ・7月 各定例会へ事業概要説明
- ・8月 通知書などへの意見徴集を実施
- ・9月 各定例会で最終調整
- ・10月15日 説明会の開催
- ・10月27日 通知書の発送(国保加入者)1, 152名
- ・12月 アンケート調査

平成29年

- ・2月6日 通知書の発送(後期高齢医療加入者)2, 544名
- ・9月4日 通知書の発送(国保加入者)1, 198名
- ・11月13日 通知書の発送(後期高齢医療加入)2, 591名

報道機関の反応について

薬の重複 ありませんか

東近江市 複数受診、60〜74歳に通知

複数の医療機関を受診している60〜74歳の1万52人が対象。入院と歯科を除き、診療報酬明細書(レセプト)の情報を基に6月分で作成し、10月27日に送付した。医療機関名と薬局名、薬の名前を一目で表示。数量や回数、調剤日、内服・外用など剤型も記されている。成分が同一の場合、「〇」印を付け、一目で薬の重複がわかるように工夫している。国民健康保険加入者で複数受診している人は多い。

機関で配られる「お薬手帳」を確認できるが、複数の医療機関を受診した場合、履歴情報の一元管理が手間になる。市は今後、送付の翌月となる11月診療分のレセプトと比較し、通知の効果を検証する。担当者は「薬の飲み合わせが悪い場合もある。通知を医師や薬剤師に見せて情報を共有してもらい、適切な処方につながれば」と話している。(小宮宏祐)



岩永市長は午前8時頃、コミュニケーションバスで登庁。

服薬情報を一覧通知

東近江市はこのほど、複数の医療機関を受診して多種類の薬剤を処方されている患者に対し、全ての服薬情報を一覧で通知した。全国初の取り組みという。処方薬を適切に管理することで、薬の重複や飲み合わせによる副作用を防ぐとともに、新薬の登場などで高騰する医療費の削減につげられないかとしている。

セプト(診療報酬明細書)を基に、処方された全ての薬を把握。6種類以上の薬を処方された高齢者は有害な副作用のリスクが高まるという統計があることから、2力以上の医療機関の受診歴があり、6種類以上の服薬した60歳以上75歳未満の被保険

複数の病院受診対象 重複・副作用防ぐ

処方薬の種類や服用履歴などは、薬局や病院で配布される「お薬手帳」で管理できる。しかし、複数の病院を受診している場合、病院ごとに別々の手帳が作成され、同一成分の薬が重複したり、有害な飲み合わせの薬が処方されたりする問題があった。通知は、市国民健康保険のレセプトを基に作成された60〜74歳の1万52人に送付した。一覧表では、同じ成分の薬に目印をつけ、かかりつけ医や薬剤師と相談して処方薬を見直すよう促している。今通知したリストには薬の名前、服用量が一目で表示され、成分が同一の場合は「〇」印を付けて分かりやすく工夫した。医師や薬剤師に薬の内容を照会することや、飲み合わせが悪い薬の服用を防止できるという。市が負担する医療費は、今年7月のC型肝臓の新薬認可や、薬価上昇などの影響で増加傾向にある。保険年金課によると、リスト送付は全国初の本格運用に向けた試み。受診者と医師、薬剤師が情報を共有し適正な処方を行えば、医療費の3割削減も可能という。

東近江市、医療費減へ全国初取り組み

服薬情報のお知らせ		氏名	性別	生年月日	住所	電話番号	医療機関	処方薬	処方日	処方量	処方回数	処方期間	処方回数	処方期間
1	社会福祉法人 〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇	〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇
2	〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇	〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇
3	〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇	〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇
4	〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇	〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇

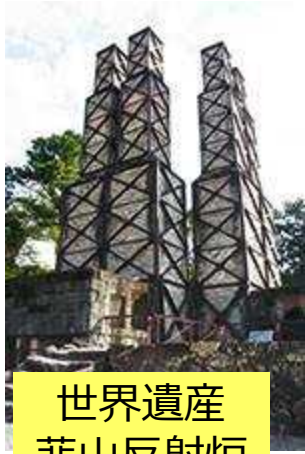
薬の重複処方に注意して

服薬情報のお知らせ		氏名	性別	生年月日	住所	電話番号	医療機関	処方薬	処方日	処方量	処方回数	処方期間	処方回数	処方期間
1	社会福祉法人 〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇	〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇
2	〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇	〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇
3	〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇	〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇
4	〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇	〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇

高齢者にリスト試験送付

今回の効果を検証し改善点などを整理した上で、年内には75歳以上の後期高齢者を対象に試し、来春には今回の対象者に2回目のリスト送付を予定している。小宮正清市長は「多くの薬を服用する危険性について、きつかけにたい」と話している。【並橋次郎】

静岡県発表資料



世界遺産
富士山反射炉

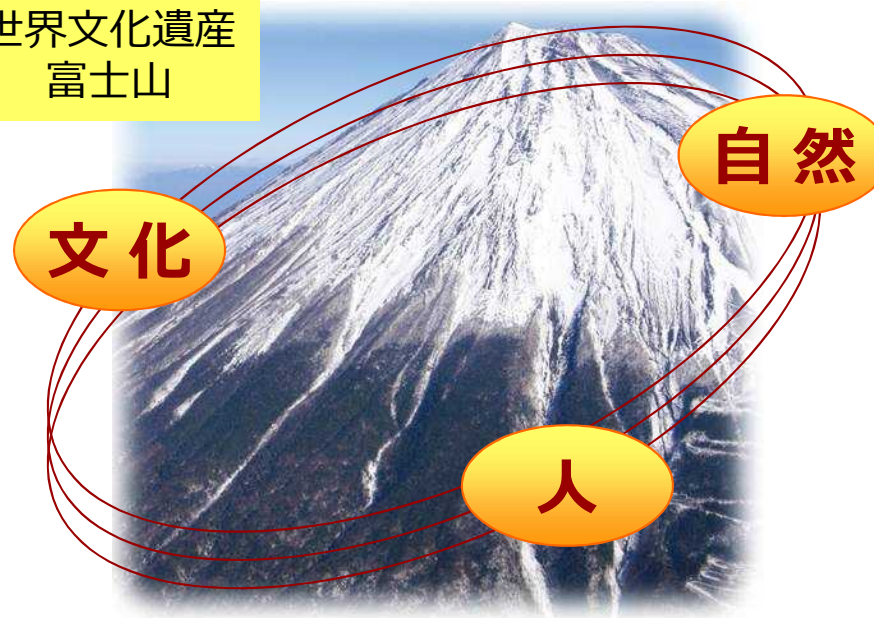


世界農業遺産
茶草場農法



ワールドカップ会場
エコパスタジアム

世界文化遺産
富士山



ユネスコ登
録
南アルプス



世界ジオパーク
伊豆半島



ノーベル賞
本庶 佑 天野 浩

健康福祉部
土屋 厚子

● 静岡県は健康寿命トップクラス

健康寿命とは

健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間のこと

順位	男性 平成22、25、28年 平均 (歳)		順位	女性 平成22、25、28年 平均 (歳)		順位	男女計 平成22、25、28年 平均 (歳)	
1	山梨	72.31	1	山梨	75.49	1	山梨	73.93
2	静岡	72.15	2	静岡	75.43	2	静岡	73.82
2	愛知	72.15	3	愛知	75.30	3	愛知	73.73

出典：厚生労働省健康日本21(第三次)推進専門委員会資料
※男女計は静岡県で算出

■さらなる健康長寿を目指す5本の柱

①健康長寿プログラムの普及

運動・食生活・社会参加の3分野で生活習慣の改善に取り組む「ふじ33プログラム」の普及
減塩を目的とした「減塩55プログラム」の開発

②健康マイレージ事業

市町が定める健康づくりメニューの実践により一定ポイントを貯めた住民が、指定された協力店で各種特典を受ける仕組み

③企業との連携

健康づくりに積極的に取り組む企業のデータヘルス計画策定支援、特定健診データの分析による企業の健康づくり支援等

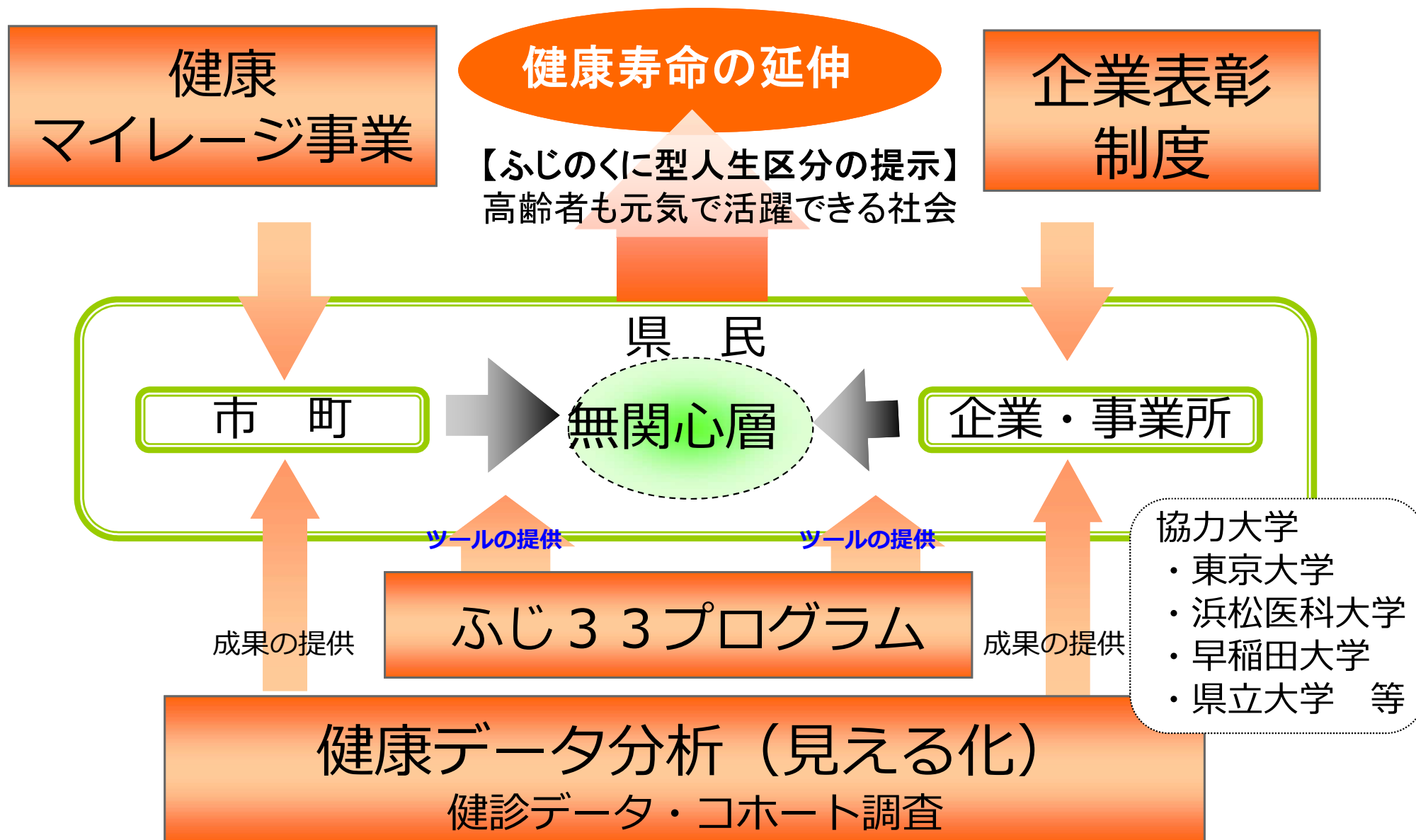
④健康長寿の研究

県民67万人分の特定健診データの市町別・地区別分析
高齢者コホート調査結果の分析

⑤重症化予防対策

人工透析予備群の受診促進に向けた関係機関の連絡調整・体制整備
介入担当者の資質向上

健康長寿プロジェクトの推進

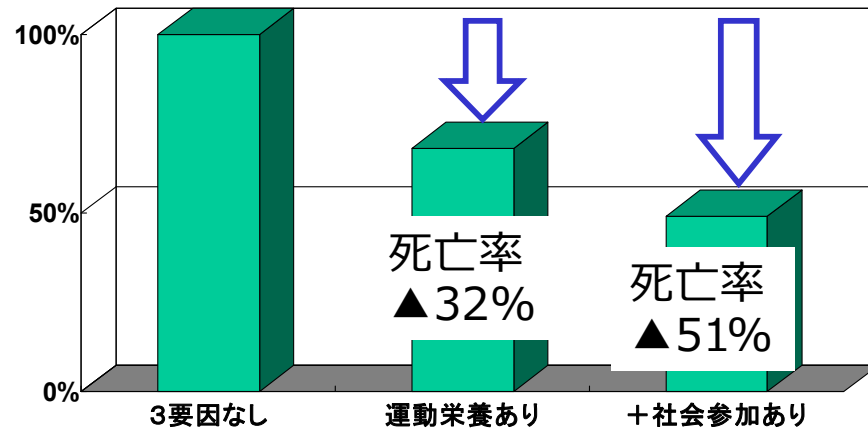


①健康長寿プログラムの普及

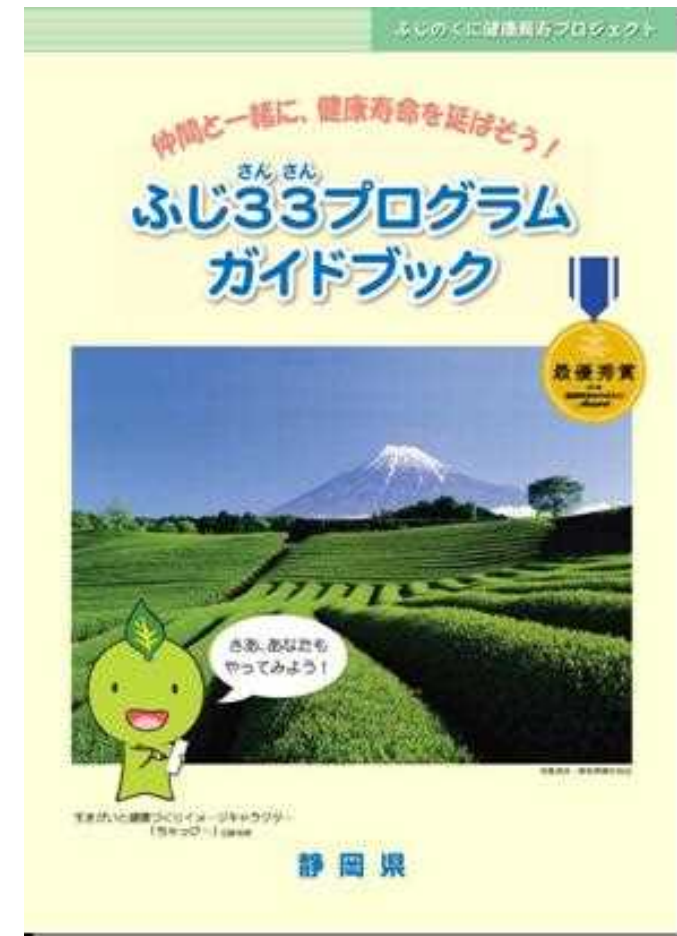
■ふじ33プログラム

○高齢者14,001人の追跡結果

・運動・栄養・社会参加について良い習慣がある人は長生き



ふ	普段の生活で
じ	実行可能な
3	「運動」・「食生活」・「社会参加」の3つの分野の行動メニューを
3	3人一組で、まずは3か月間実践



①健康長寿プログラムの普及

■減塩55プログラム

特定健診事後指導、重症化予防事業などでも活用

減塩から始める健康生活

ふじのくに お塩のとりかたチェック

あなたは、お塩をとりすぎているいませんか？
「血圧が高くないから、塩のとりすぎには気をつけない」と思っている人は、若い頃から徐々に上がっていきます。若い時からの取組が効果的です。

毎日の「お塩のとりかた」が将来の血圧を左右するんじや！

高血圧は、死亡や要介護の大きな原因である脳卒中や、また、食塩の多い食品を食べる人に胃がんが多い、との

減塩クイズ 問題①：静岡県の皆さんは、1日にどのくらいお塩を食べていますか？
正解：男性10.1g、女性8.6gです。どの世代も、目標値に近づけていきましょう！

平均食塩摂取量（g/人/日）
男性：10.1（20歳代）9.7（30歳代）9.9（40歳代）10.3（50歳代）10.6（60歳代）10.6（70歳以上）
女性：8.6（20歳代）8.2（30歳代）8.4（40歳代）8.8（50歳代）9.1（60歳代）9.1（70歳以上）

早速、次のページであなたの「お塩のとりかた」をチェックしてみよう！

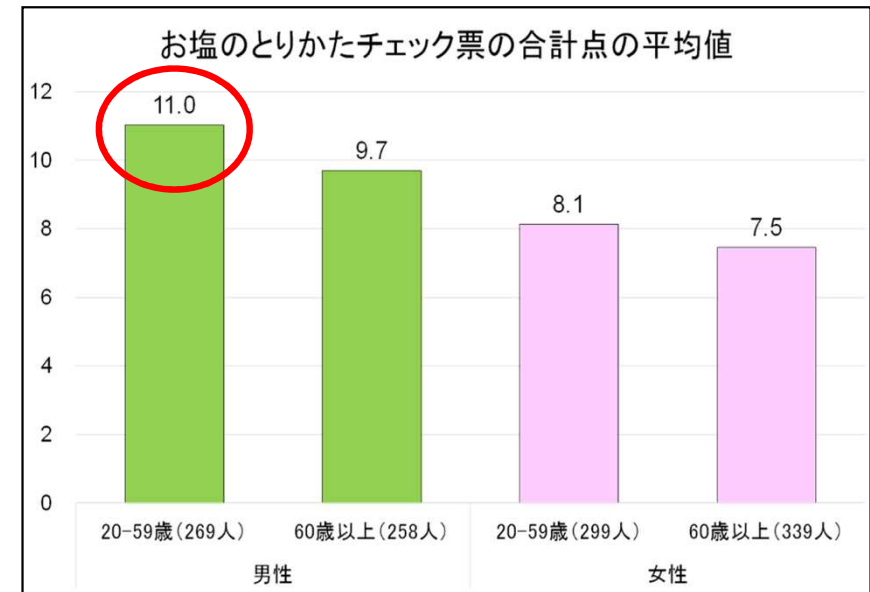
お塩のとりかたチェック票

あなたの過去1か月間の食べ方について教えてください。各項目1つに○をつけてください。

	①	②	③
1 あなたの食べる量は、同世代の同性と比べてどうですか	少なめ ふつう	多め	かなり多め
★ 2 あなたが好んで食べている味付けは、外食の味付けと比べてどうですか	うす味	同じくらい	濃いめ
3 お寿司やお刺身につけるしょうゆの量はどのくらいですか	少なめ	刺身の 片割くらい	たっぷり
4 食卓で、味のついた料理に、しょうゆ、ソース、塩、ポン酢などの調味料を使いますか（※味噌汁、しょうゆ、干物にしょうゆ、カレーにソースなど）	ほとんど 使わない	味が 足りない時に 使う	使う ことが多い
★ 5 寿司、巻き込みご飯、チャーハン、丼物、カレーライス、オムライスなどの料理に、お塩（塩）を使いますか（※味噌汁、しょうゆ、干物にしょうゆ、カレーにソースなど）	週1回以下	週2～ 4回くらい	週5回 以上
6 ラーメン、うどん、そばなど、主に汁のあめん類	週1回以下	週2～ 4回くらい	週5回 以上
7 めん類の汁はどのくらい飲みますか	少し 飲む	半分 くらい飲む	全部 飲む
★ 8 みそ汁、スープなどの汁物類	1日 1杯以下	2杯以上 3杯以下	3杯以上
9 塩鮓、干物、ししゃも、小魚（いわしなど）	週1回以下	週2～ 4回くらい	週5回 以上
10 煮物（煮魚、角煮、肉じゃが、筑前煮など）	1日 1回以下	1日 2回くらい	1日 3回以上
11 かまぼこ、ちくわ、さつま揚げなど惣菜類	週1回以下	週2～ 4回くらい	週5回 以上
12 塩辛、佃煮、金山寺みそ、たらこ、明太子、塩昆布など塩漬食品	週1回以下	週2～ 4回くらい	週5回 以上
13 漬物（梅干し、白漬漬け、キュウリ漬け、キムチなど）	1日 1回以下	1日 2回くらい	1日 3回以上
14 せんべい、柿の葉、ポテトチップスなどのスナック菓子、ナッツ類など、塩味のお菓子、乾きもの	週1回以下	週2～ 4回くらい	週5回 以上
15 スーパー・コンビニ・お弁当屋さんなどのお弁当・お惣菜	週1回以下	週2～ 4回くらい	週5回 以上
★ 16 ファストフード（ハンバーガー、ホットドック、フライドポテトなど）	週1回未満	週1～ 2回くらい	週3回 以上
17 インスタント食品（ラーメン、スープ、みそ汁など）	週1回以下	週2～ 4回くらい	週5回 以上
18 豚カツ、から揚げ	週1回未満	週1～ 2回くらい	週3回 以上
19 ハンバーガー、メンチカツ、ギョウザ	週1回未満	週1～ 2回くらい	週3回 以上

※①、②、③の○をついた項目にある数字を足して合計点を算出します。①は0点です。
★の項目は、特に注意しましょう！

合計 点

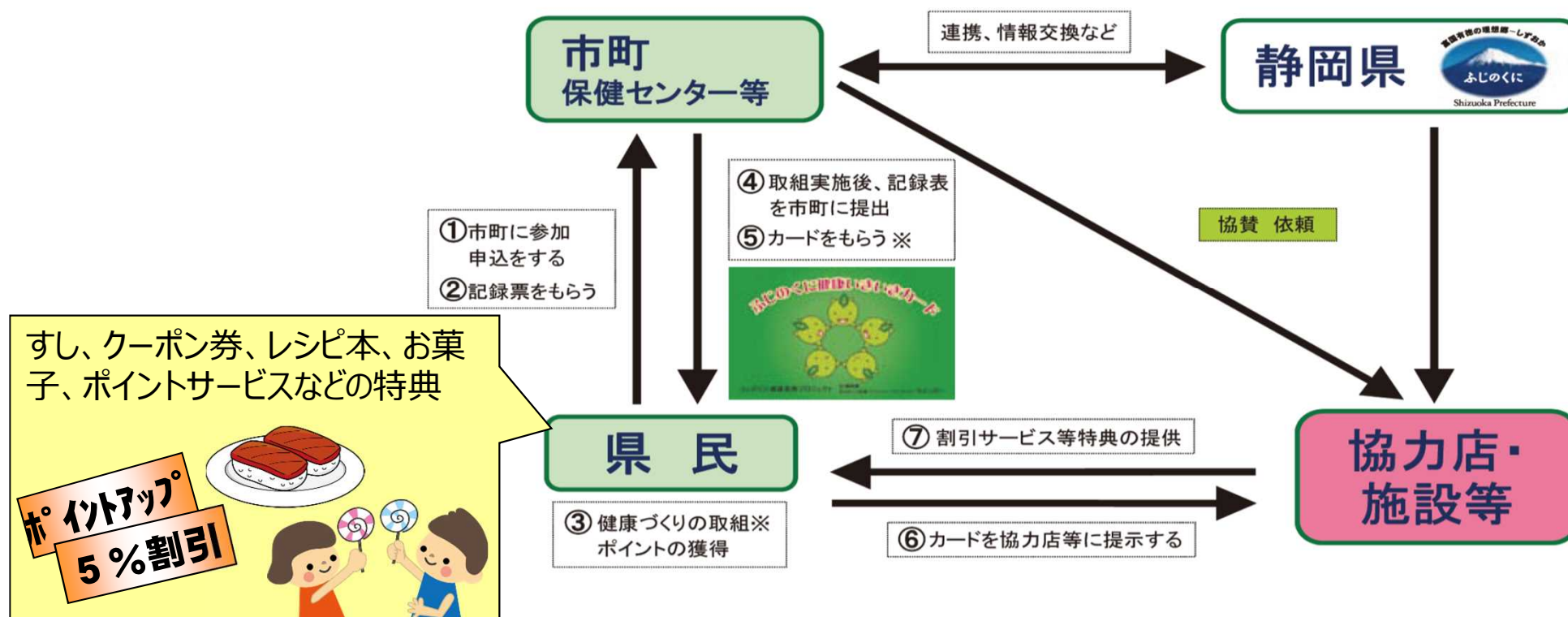


富国有徳の美しい“ふじのくに”

静岡県

②健康マイレージ事業

■ 県と市町が協働して実施する健康づくりの特典



○役割分担

県	・全県共通に利用できる「ふじのくに健康いきいきカード」と「ふじのくに健康いきいきカード協力店ポスター」、 「ふじのくに健康いきいきカード協力店募集ちらし」の作成 ・「ふじのくに健康いきいきカード協力店」の協力要請（市をまたがる大型店・チェーン店） ・市町に先進的健康づくり事業（健康マイレージ事業）の情報提供
市町	・健康マイレージ事業の企画、広報 ・「ふじのくに健康いきいきカード協力店」の協力要請（市内の事業所、個人店等） ・「ふじのくに健康いきいきカード」の発行

③しずおかまるごと健康経営

職場における健康経営の強化 ⇒

働き盛り世代の生活習慣病予防

○健康づくりの応援

- ・従業員の健康づくりの大切さについて伝える講演会の開催
- ・企業とのネットワーク会議を設立
- ・企業の健康づくりを応援するための情報発信



○人材育成・取組支援

- ・地域住民等へ健康に関する情報を伝える「健幸アンバサダー」を養成
- ・優良事業所の表彰、好取組の情報発信
- ・健康づくり推進事業所宣言事業所の取組支援
- ・社内食堂等におけるヘルシーメニューの提供支援



地域における健康経営の促進 ⇒

よい生活習慣を身につける
こどもから大人への働きかけ

○こども版ふじ33プログラムの作成

- ・こどもの頃からの3要素「運動」「食生活」「社会参加」の普及
- ・アプリによる生活習慣の学習、将来像の見える化
- ・こどもだけでなく家族と一緒に実践

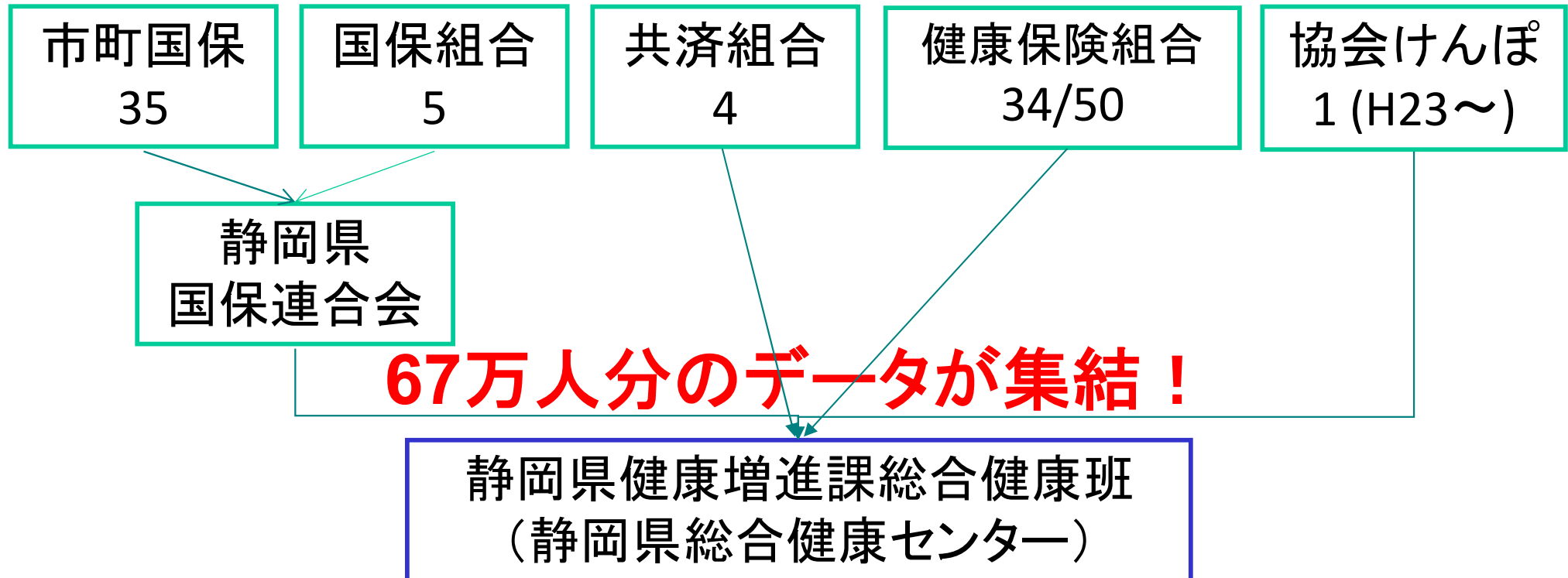


■ 静岡県総合健康センター

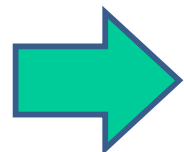
平成8年度から、県民の健康づくりの中核として健康データ分析、健康長寿研究、研修事業を実施



静岡県内の医療保険者

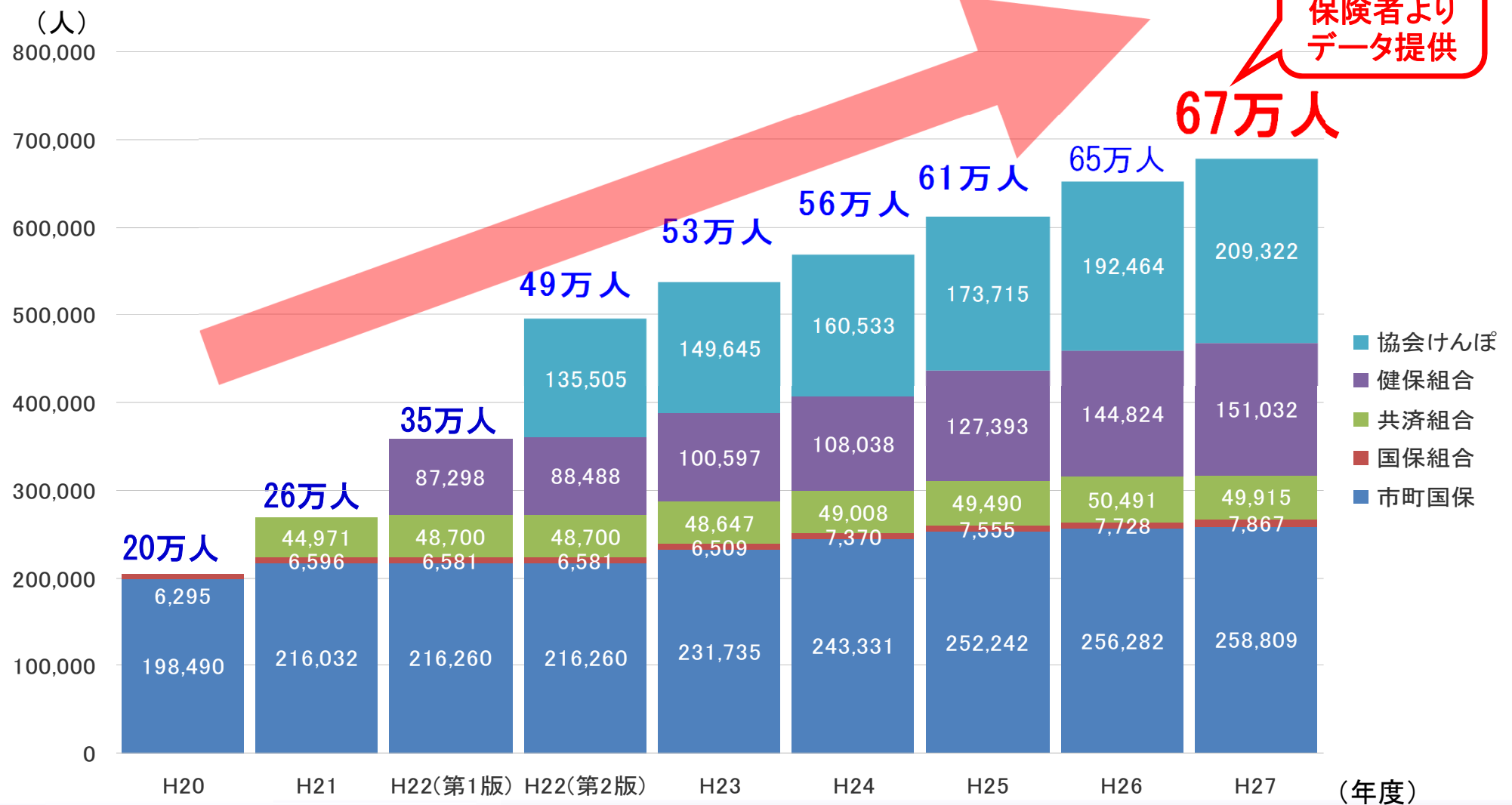


分析・評価・冊子作成
分析結果の公表・施策への反映



地域・保険者による健康課題の違いが明らかに！！

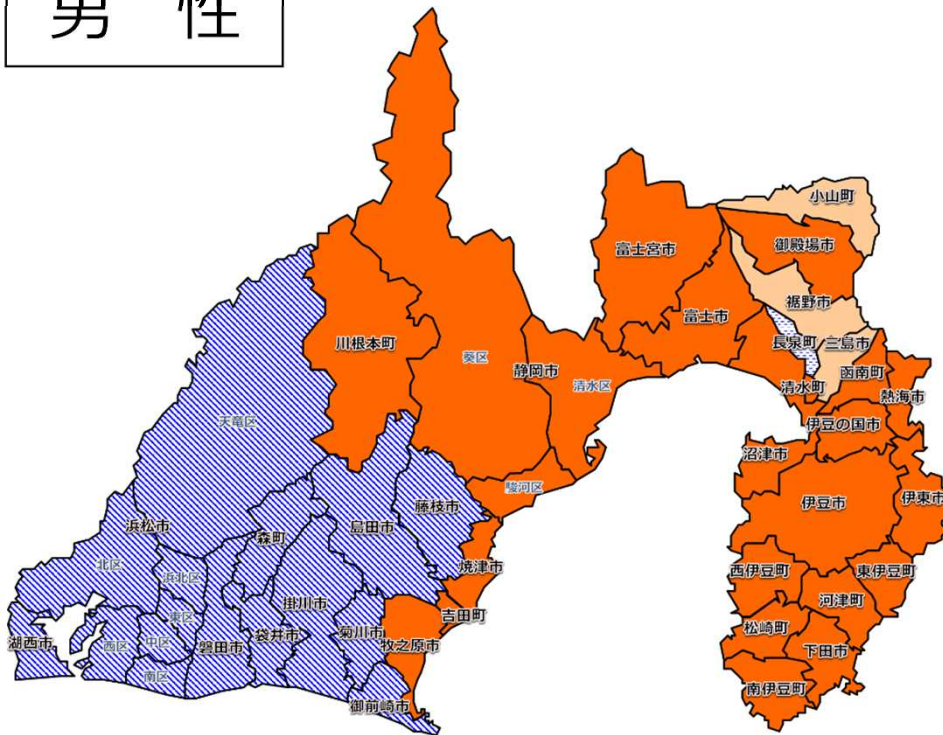
受診者の増加＋協力医療保険者の増加



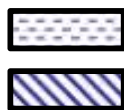
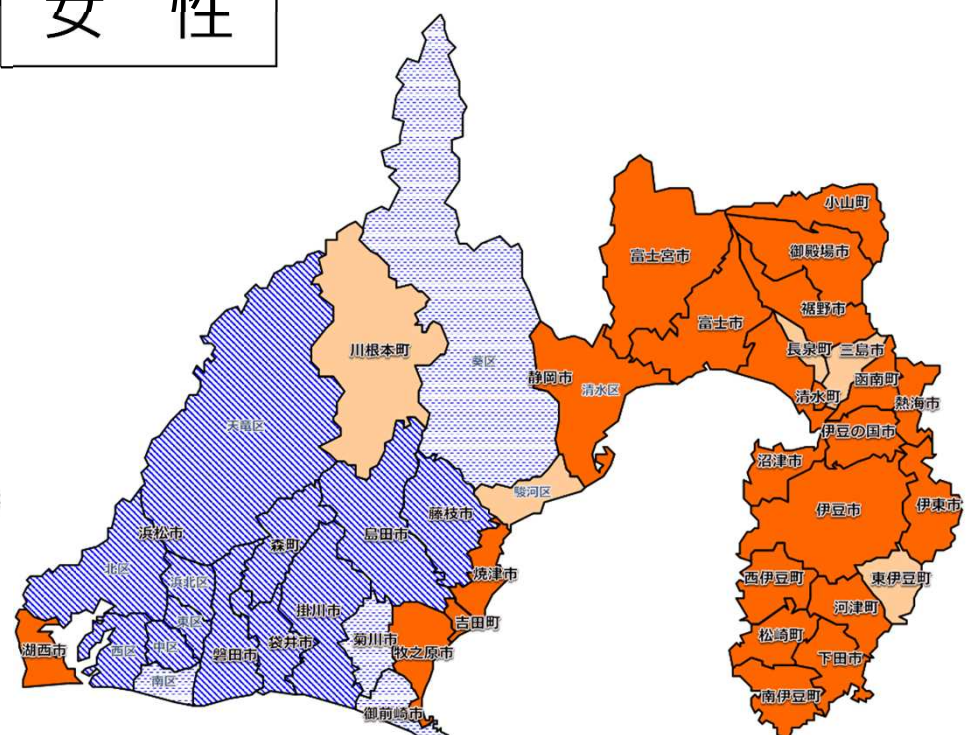
H27特定健診：高血圧症有病者

■ 県東部と県中部で高血圧症有病者が多い

男 性



女 性



有意ではないが、県全体に比べて少ない

県全体に比べて、有意に少ない



県全体に比べて、有意に多い

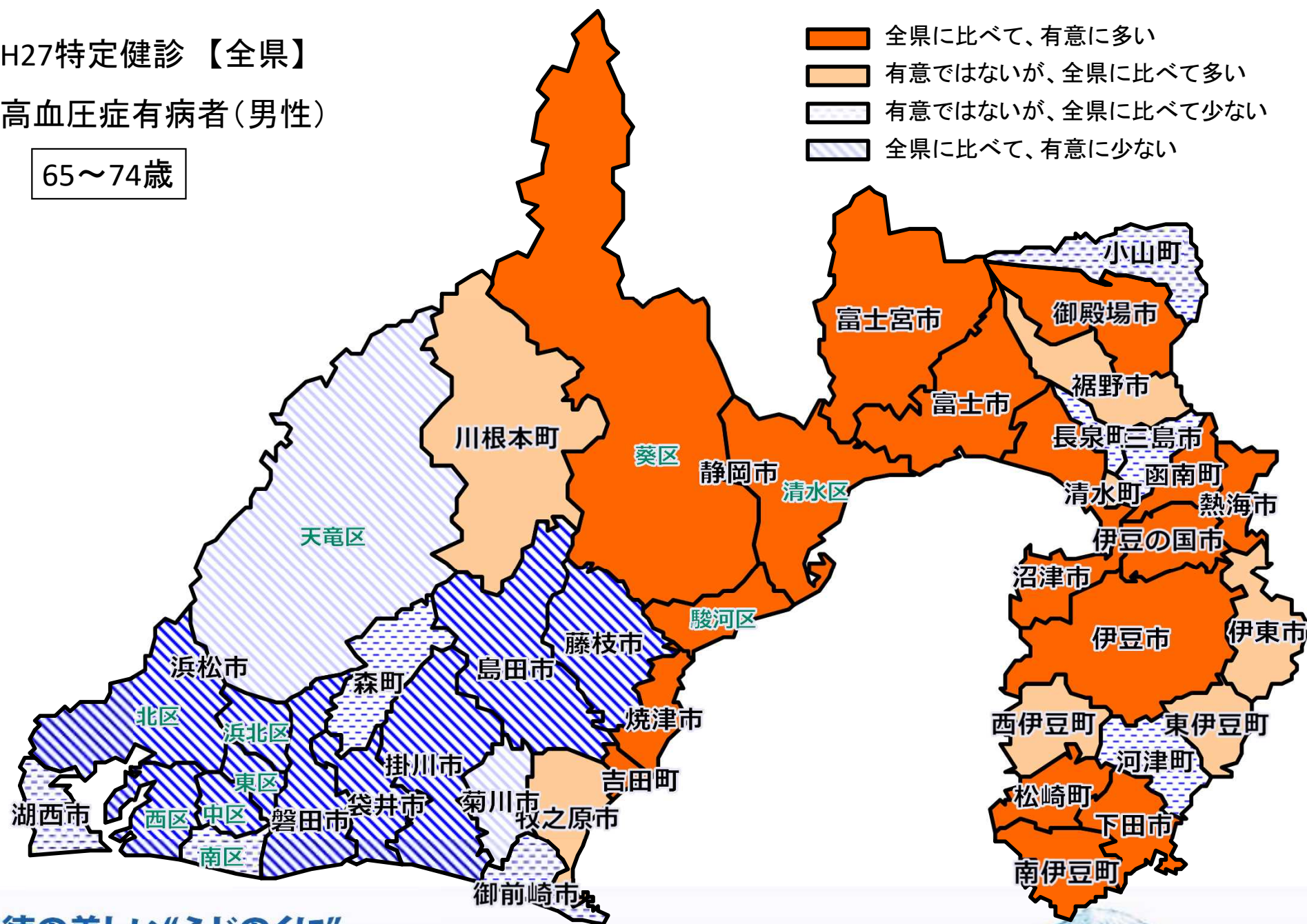
有意ではないが、県全体に比べて多い

H27特定健診【全県】

高血圧症有病者(男性)

65～74歳

- 全県に比べて、有意に多い
- 有意ではないが、全県に比べて多い
- 有意ではないが、全県に比べて少ない
- 全県に比べて、有意に少ない



富国有徳の美しい“ふじのくに”

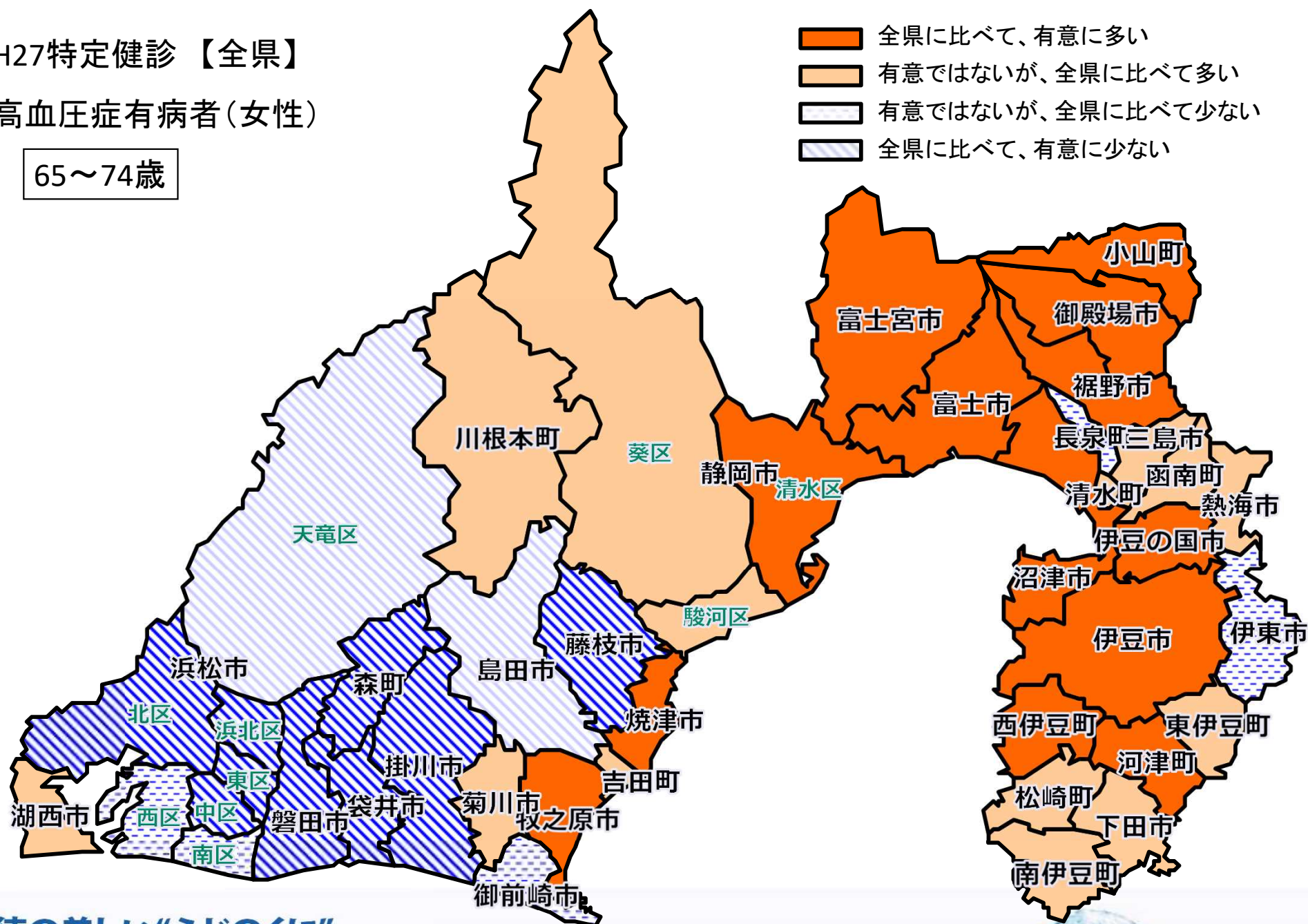
静岡県

H27特定健診【全県】

高血圧症有病者(女性)

65～74歳

- 全県に比べて、有意に多い
- 有意ではないが、全県に比べて多い
- 有意ではないが、全県に比べて少ない
- 全県に比べて、有意に少ない



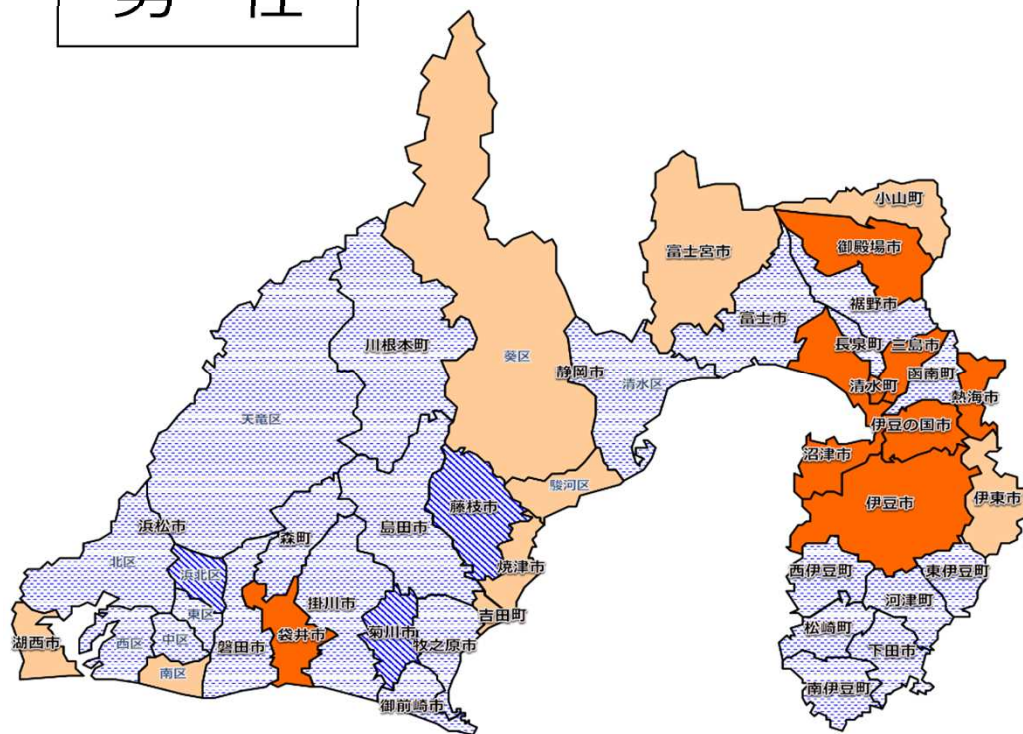
富国有徳の美しい“ふじのくに”

静岡県

H27特定健診：糖尿病有病者

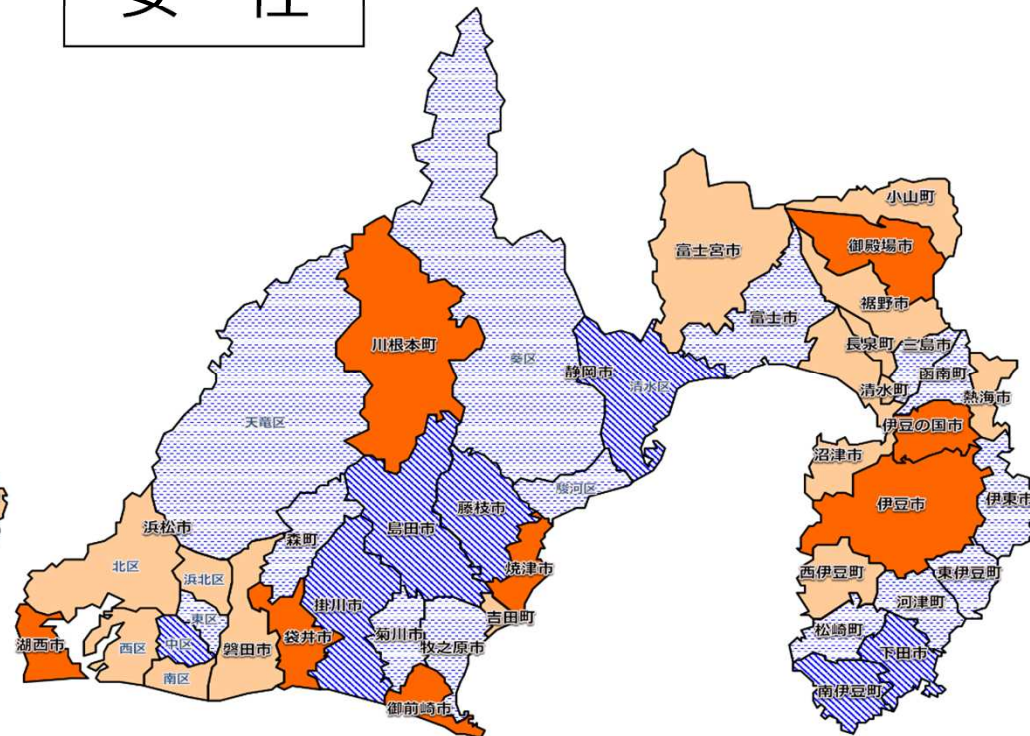
■ 男性は県東部と静岡市で、女性は県東部と県西部で糖尿病有病者が多い

男 性



 有意ではないが、県全体に比べて少ない
 県全体に比べて、有意に少ない

女 性



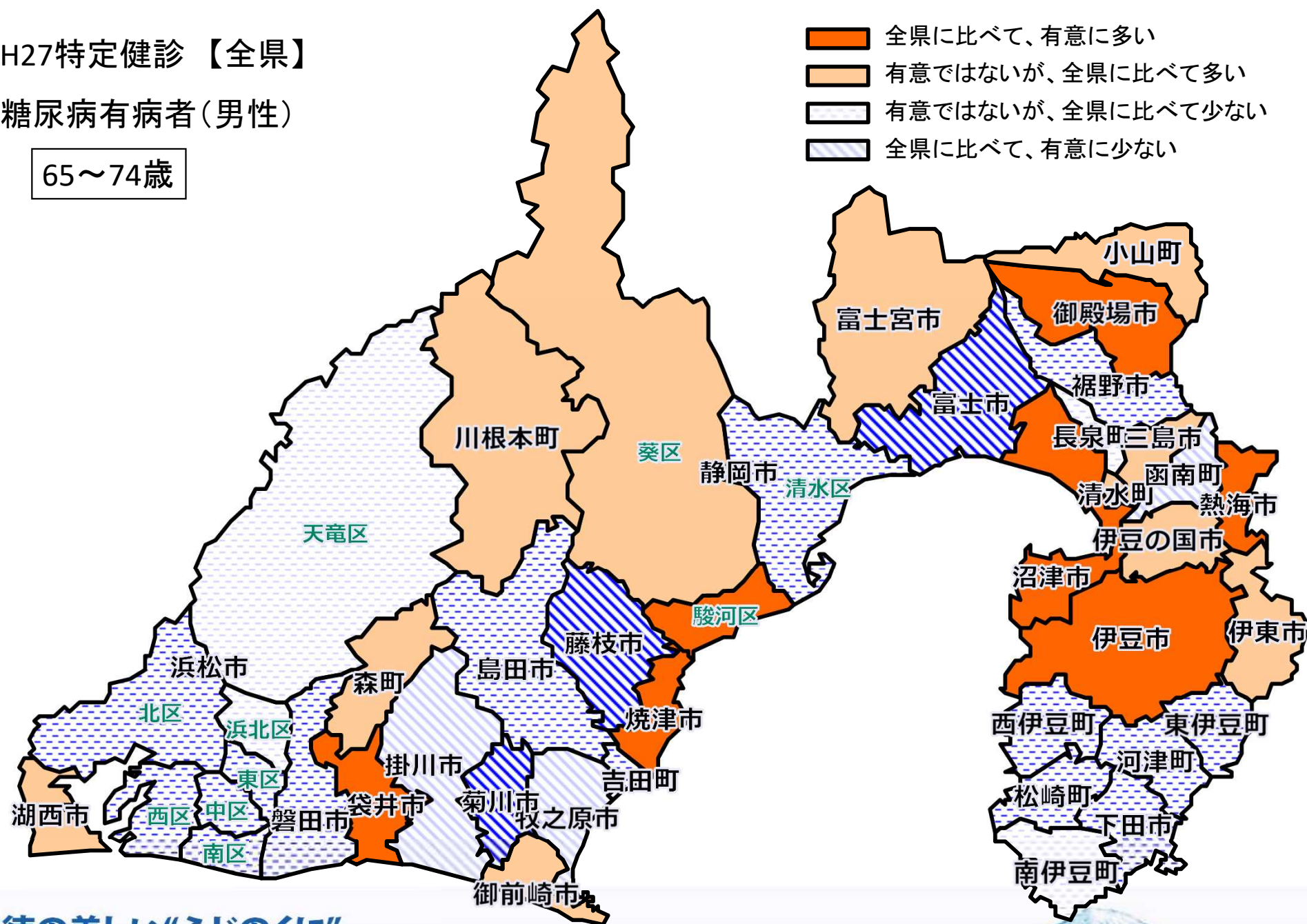
 県全体に比べて、有意に多い
 有意ではないが、県全体に比べて多い

H27特定健診【全県】

糖尿病有病者(男性)

65～74歳

- 全県に比べて、有意に多い
- 有意ではないが、全県に比べて多い
- 有意ではないが、全県に比べて少ない
- 全県に比べて、有意に少ない



富国有徳の美しい“ふじのくに”

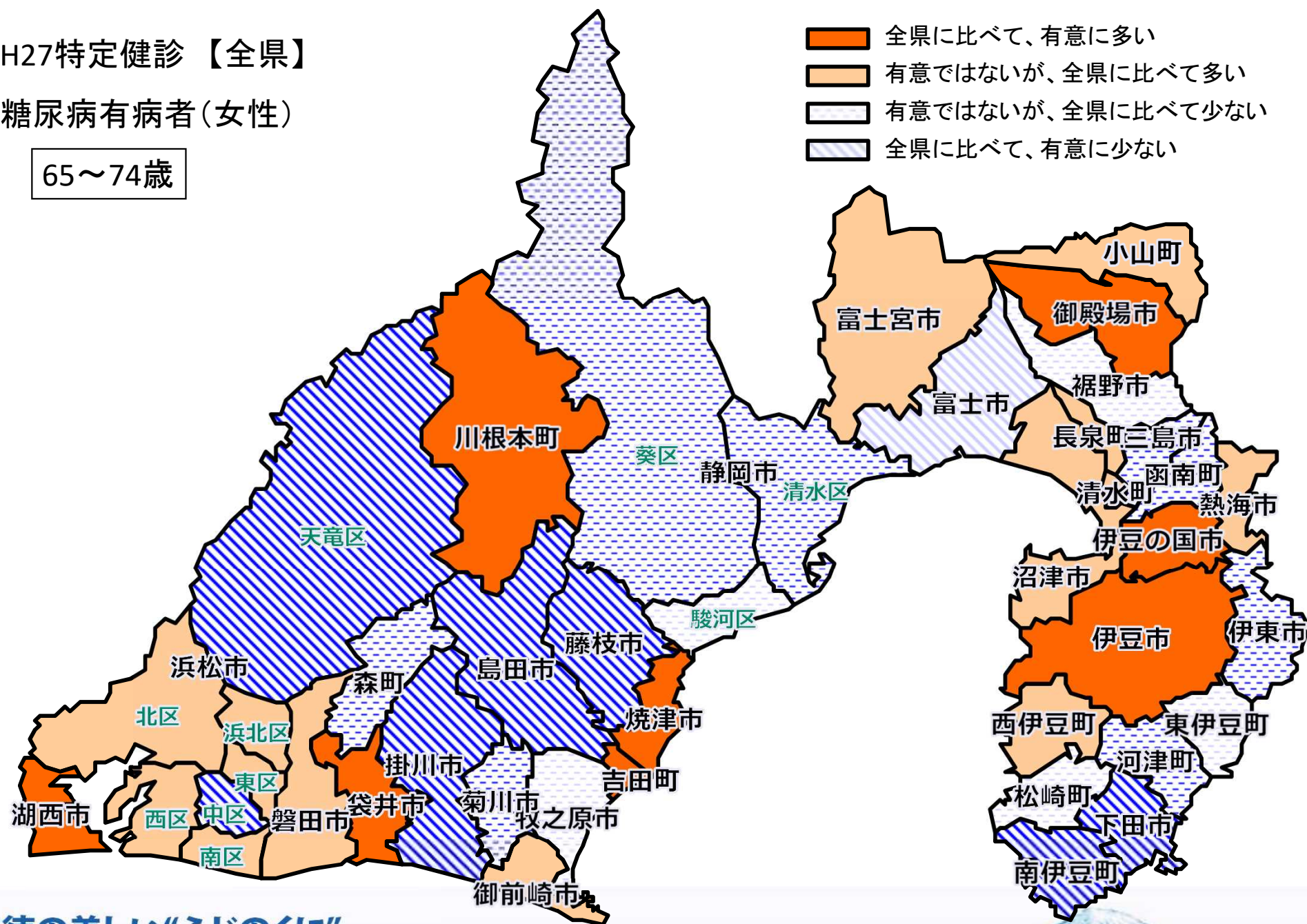
静岡県

H27特定健診【全県】

糖尿病有病者(女性)

65～74歳

- 全県に比べて、有意に多い
- 有意ではないが、全県に比べて多い
- 有意ではないが、全県に比べて少ない
- 全県に比べて、有意に少ない

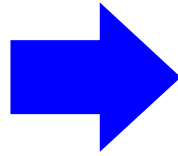


富国有徳の美しい“ふじのくに”

静岡県

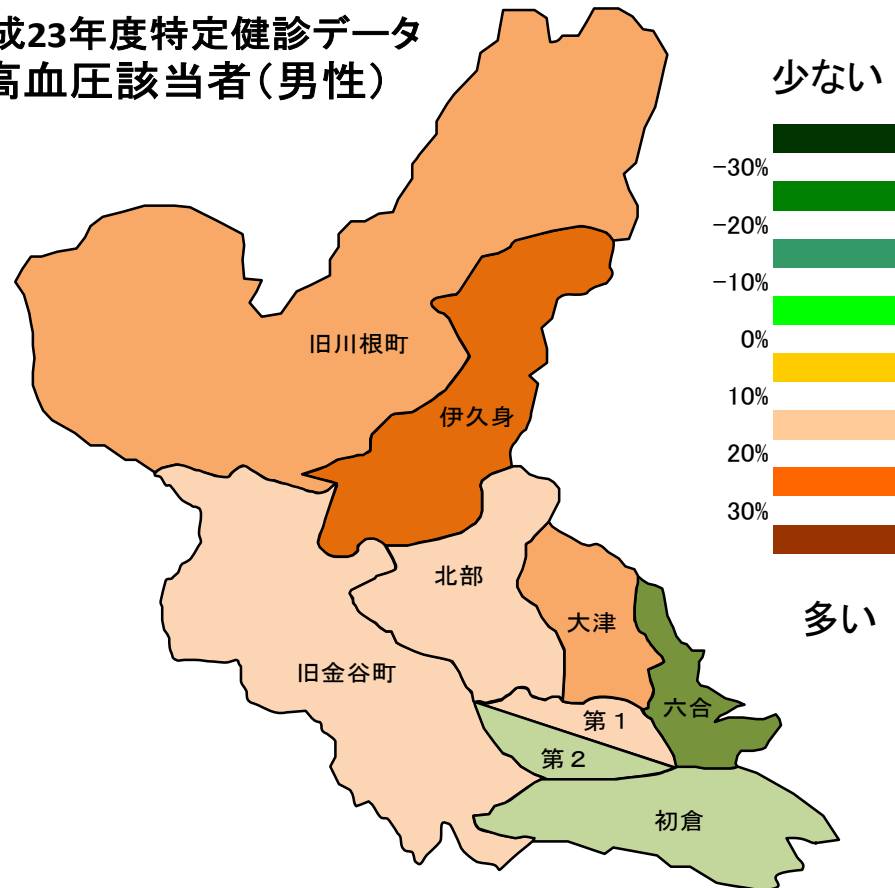
地区別分析の例（A市）

■地区別分析の実施

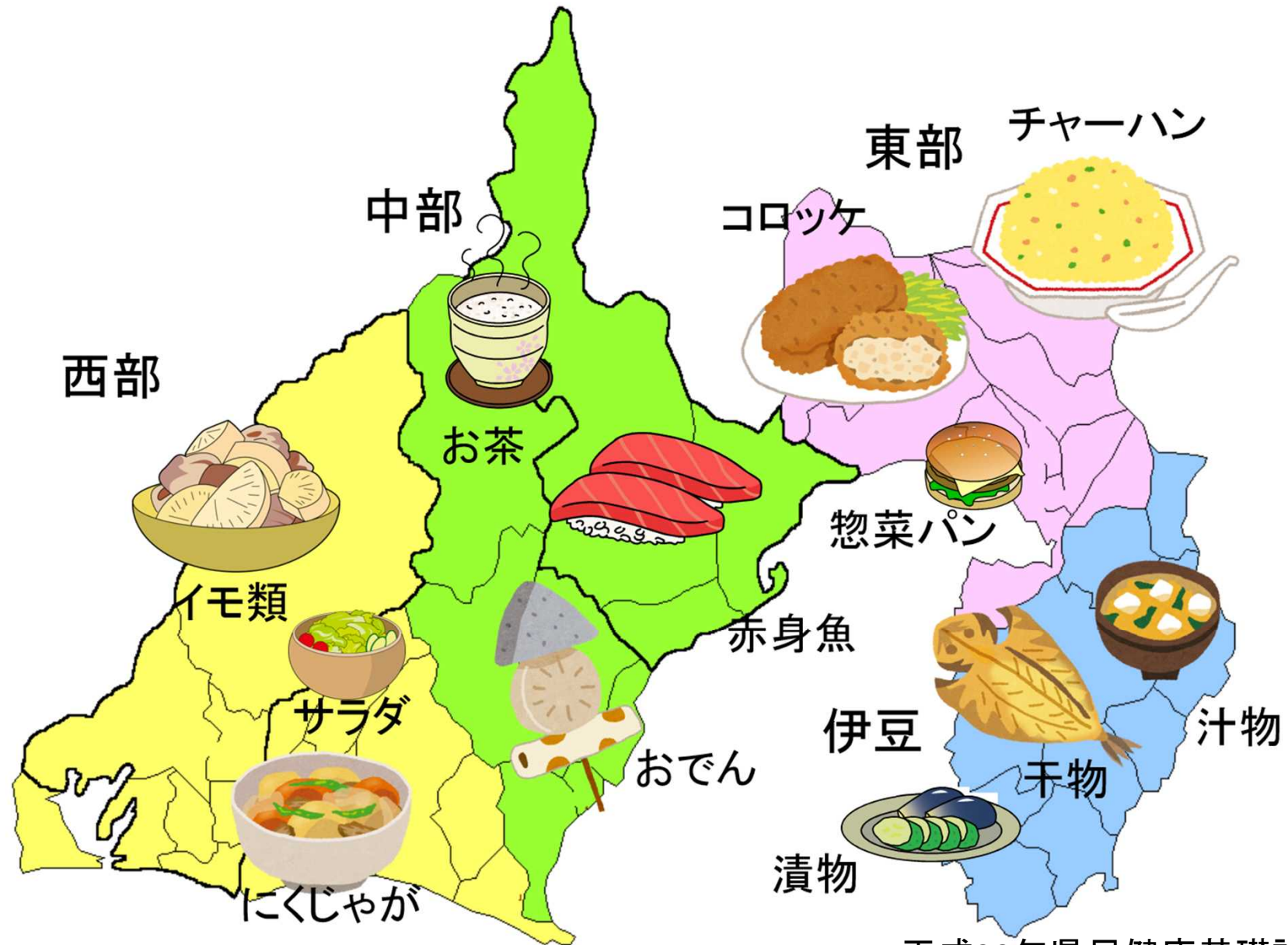


市健康増進計画の検討資料に使用
地区別の住民向け健康指導に活用

平成23年度特定健診データ
高血圧該当者(男性)



食の地域差



平成20年県民健康基礎調査より

富国有徳の美しい“ふじのくに”

静岡県

保健事業と一般介護予防事業の一体的実施（県内の状況）

■ 保健事業担当課との連携状況（平成28年度時点）

○連携の有無

連携あり	13市町
連携なし	22市町
合計	35市町

○連携の内容

	連携内容	市町数
情報提供等	保健事業担当課から介護予防対象者の情報提供(健診結果等)	4
	保健事業担当課の事業で一般介護予防事業を案内	1
	高齢者受給者証交付時に一般介護予防事業を案内	2
事業連携	保健事業担当課のスタッフが一般介護予防事業に協力	1
	特定健診・保健指導で介護予防(認知症予防)について説明	2
	介護予防教室で生活習慣病について指導	1
	予防教室(一般介護予防事業)と健康相談(保健事業)を一体的に実施	1
	住民主体の介護予防の通いの場に保健事業担当の保健師が出向き健康相談を実施	1
その他	地区担当保健師が随時連携	1

※1市町で複数の連携があるため、合計は連携ありの市町数と一致せず

○保健事業：データヘルス計画等に基づき実施

○介護予防事業：介護保健事業計画に基づき実施



**一体的な策定、
整合性の確保が重要**



静岡県袋井市における

保健事業と介護予防の 一体的な実施について

袋井市 総合健康センター 健康づくり課



袋井市の位置・人口等



日本一の品質を誇る 果実の王様
「クラウンメロン」の産地



◇人口

87,938人 (H30.4.1現在)

(高齢者人口 20,317人)

◇面積

108.33 km²

◇高齢化率

23.1% (H30.4.1現在)

◇小中学校

小学校 12校 中学校 4校

◇コミュニティセンター

14館

◇自治会数

156自治会 (24連合会)

日本一健康文化都市

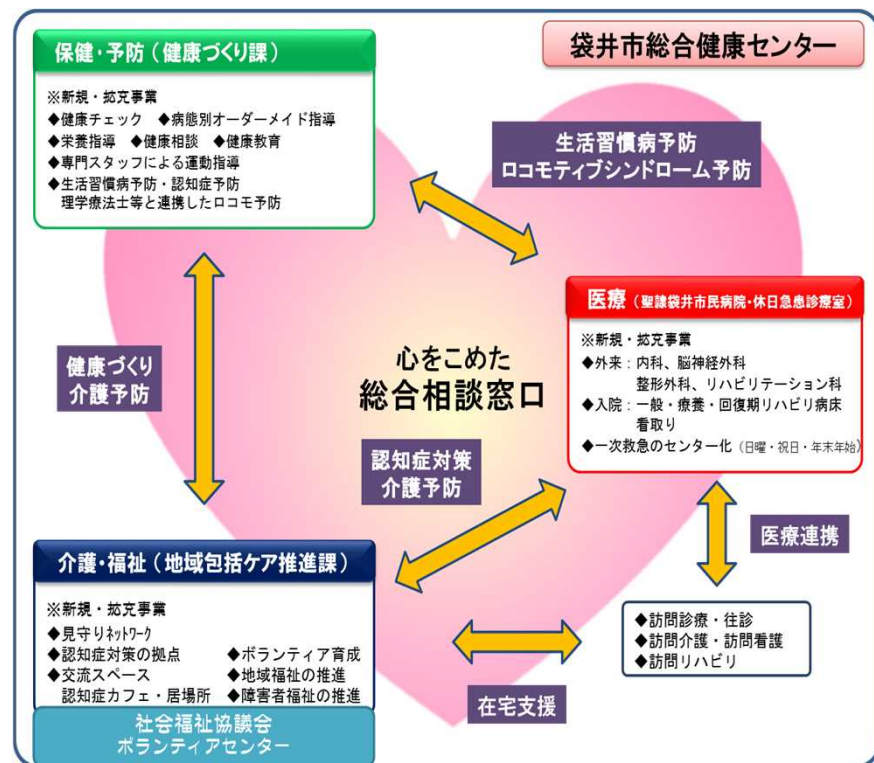
総合健康センターの整備（H27.5）

◇市民の健康を支える体制を整えるため、保健・医療・介護構想を策定し、整備を推進

全国初の自治体病院の統合によりH25.5に誕生した
中東遠総合医療センター
（急性期病院）



◇急性期病院の後方支援病院（療養・回復期・リハビリ）としてH25.6に開院した**袋井市立聖隷袋井市民病院**
◇聖隷袋井市民病院とともに、保健センター、地域包括ケア窓口、社会福祉協議会、休日夜間急患センターを集約し、H27.5に**袋井市総合健康センター**を開設



健康づくり課の職員配置状況

・健康企画室

正規職員……………事務職 3人(課長補佐 1人) 保健師 1人

嘱託職員……………事務職 1人

子どもからお年寄りまで
「健康づくり」と
「介護予防」を担当

・地域健康推進係

正規職員……………保健師 7人(主幹兼統括係長 1人) 栄養士 5人(係長 1人)

嘱託及び臨時職員…保健師 2人 栄養士 1人 看護師 4人 事務職 4人

・予防接種係

正規職員……………保健師 2人(係長 1人) 事務職 1人

嘱託及び臨時職員…看護師 1人 事務職 1人

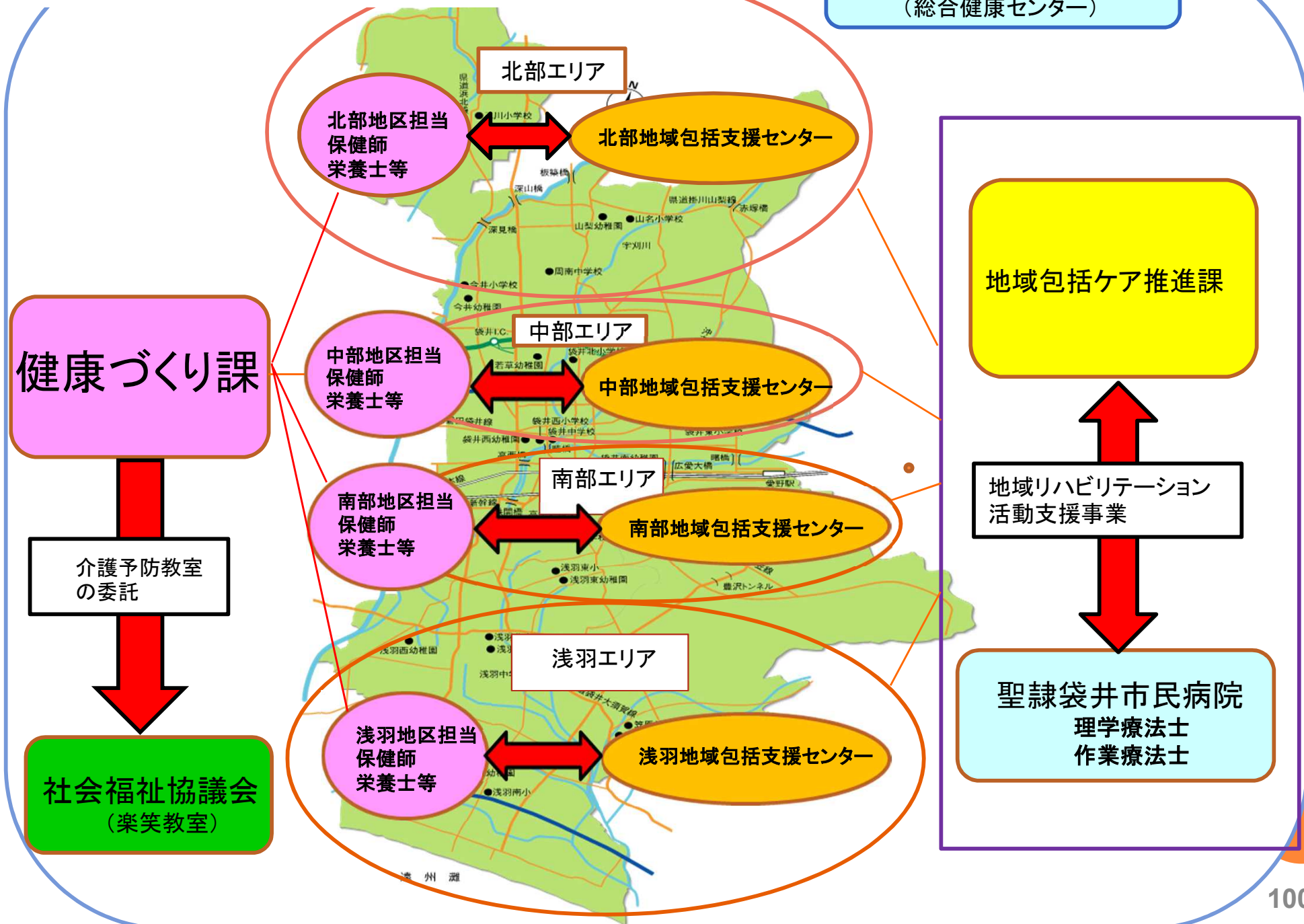
・検診指導係

正規職員……………保健師 5人(主幹兼係長 1人)

嘱託及び臨時職員…保健師 1人 栄養士 1人 事務職 2人

介護予防事業の連携体制

はーとふるプラザ袋井
(総合健康センター)



介護予防事業（地域活動）の状況（平成30年8月末現在）

1 しぞ〜かでん伝体操

DVDを見ながら、公会堂など身近な場所で継続的に運動を行うグループ（誰でも参加可能）

【週1回以上・・・48か所 週1回未満・・・25か所】

2 地域活動サークル（シニア）

運動講師の指導により、公会堂など身近な場所で継続的に運動を行うグループ（主に65歳以上）

【週1回以上・・・5か所 週1回未満・・・44か所】



3 楽笑教室（社協委託）

コミュニティセンターで月2回、軽運動や仲間との交流を図る教室。

介護認定を受けていない65歳以上の方で、基本チェックリストの項目が一つでも該当する方 など

【月2回・・・13か所】

※「通いの場（週1回以上）」53か所



「しぞ〜かでん伝体操」の経過

・平成27年度

地域包括支援センターの働きかけにより、住民主体の「しぞ〜かでん伝体操」が一部地域で始まる。

・平成28年度

「しぞ〜かでん伝体操」を市内全域へ普及を図るため、健康づくり課が主体となり、体操を紹介。地域包括ケア推進課、地域包括支援センター、法人与協力しながら普及を図る。

【平成28年9月末：週1回16か所】

・平成29年度

自治会連合会長会議において、「しぞ〜かでん伝体操」を説明。関係者と連携を図りながら、各自治会へ体操のプレゼンテーションを実施する。

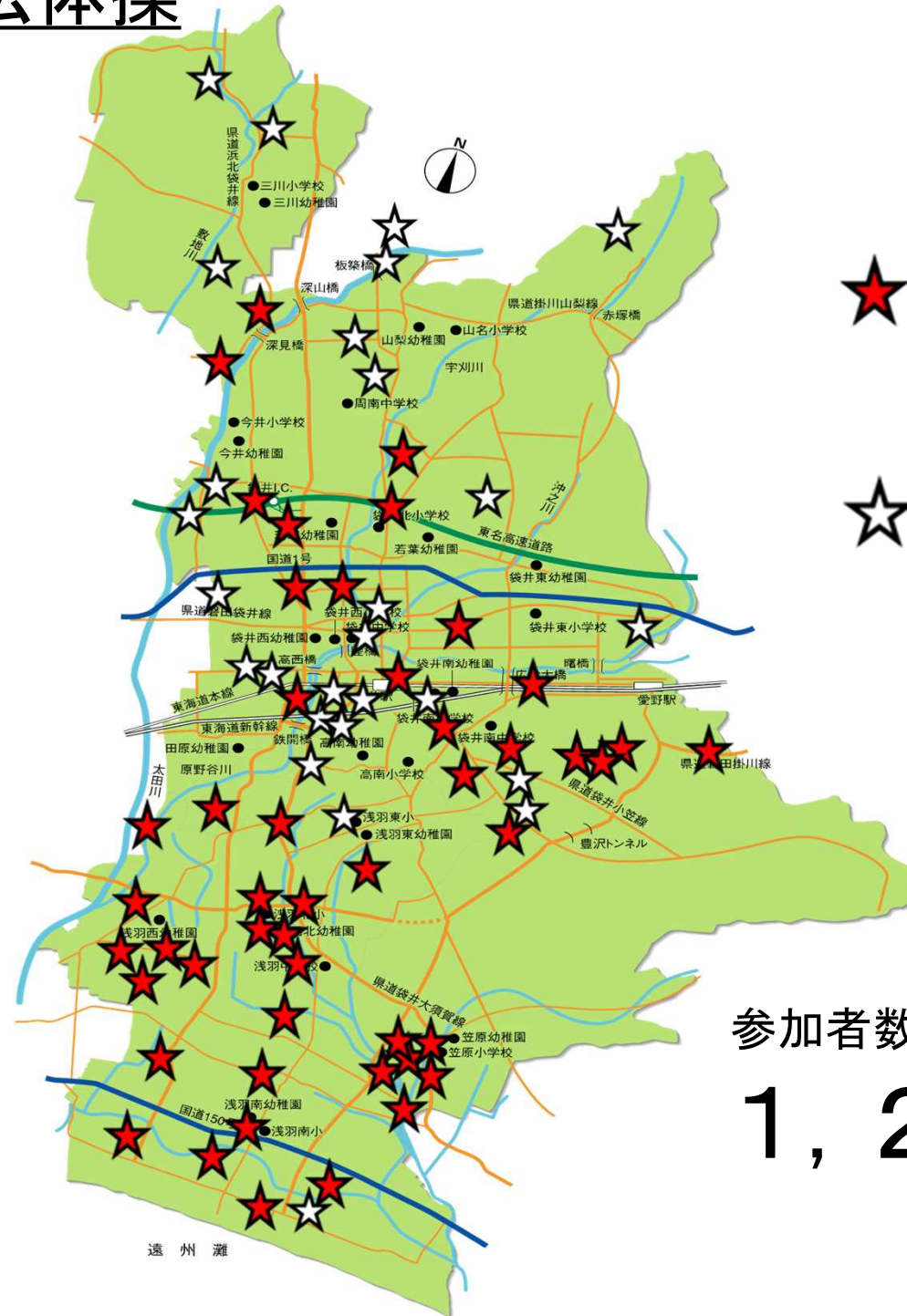
【平成29年9月末 週1回 33か所】

・平成30年度

法人へ「しぞ〜かでん伝体操」普及促進事業を委託する。



しぞ〜かでん伝体操



★ 週1回以上
48か所

☆ 週1回未満
25か所

参加者数

1, 277人



地域活動サークル(シニア)



★ 週1回以上
5か所

☆ 週1回未満
44か所

参加者数

1,072人



樂笑教室



☆ 月2回
13か所

参加者数
289人

「介護予防活動」における 保健事業の状況



健康講話(平成29年度実績)

・「しぞ～かでん伝体操」グループ

栄養士による講話……………	3回	50人
歯科衛生士による講話…	10回	190人
運動指導者による指導…	1回	20人

・地域活動サークル(シニア)

運動指導者による指導…	46サークル	
	431回	延6,733人
保健師、栄養士の講話…	80回	延1,157人

・楽笑教室

保健師、栄養士の講話…	35回	延652人
-------------	-----	-------



健康講話(具体的な内容)

- ・インフルエンザの予防
- ・認知症予防
- ・がん検診のPR
- ・血圧と塩分の話
- ・糖尿病の予防
- ・1日の食事量のめやす
- ・8020運動とお口のケア
- ・熱中症の予防
- ・災害時の備え
- ・他課事業の紹介 等



特定健診・保健指導でのフレイル予防と一般介護予防事業の紹介

国保特定健診後の特定保健指導、生活習慣病重症化予防の個別保健指導の中で、筋トレ「日常ながら運動」を体験し、フレイルの予防も兼ねて、自宅で自分でできる運動を推奨している。

実践2 ボールはさみ

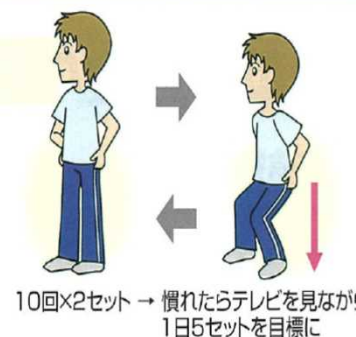
ももの内側の内転筋を鍛えて膝痛予防!



- 椅子に座る。
(仰向けで膝を立ててもよい)
- 足はつま先を正面に向けて、肩幅に開く。
- ボール(または枕やタオル)をももの間にはさみ、ゆっくりとボールをつぶしながら両膝を引き寄せる。

実践3 スクワット

足全体を鍛えて血管の中の糖の消費をアップ!



下肢の筋力アップ!

- つま先を正面に向け、肩幅に足を開く。
- 手は腰に置き、ゆっくり(4秒かけて)息を吸いながら膝を曲げ、ゆっくり(4秒かけて)息をはきながら戻る。

※膝を曲げる時、膝がつま先より前に出ないようにしましょう。

対象者の年齢等の状況に応じて、市で実施している運動教室を勧めている。

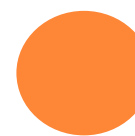
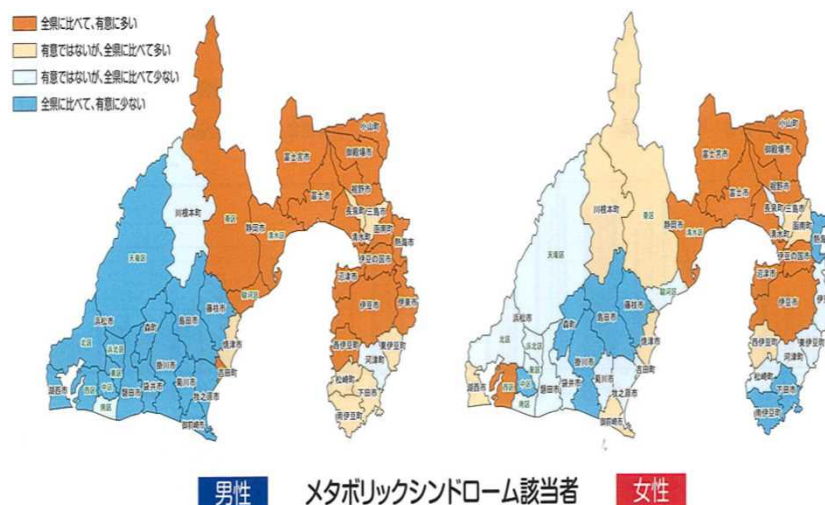
特に、高齢の方にはお住いの地域の「しぞ〜かでん伝体操」等の資料を渡して詳しく説明し、参加を勧めている。

保健事業における県との連携(例)

1 県が作成した「特定健康診査の結果から見る静岡県の健康課題」のデータを活用して、地域で健康教育を実施。

2 生活習慣病重症化予防のための若い世代への個別健康教育(減塩と糖分の摂り方)を県からの助言を参考に、県が作成した「ふじのくにお塩のとりかたチェック」を使用して実施。

●メタボリックシンドローム該当者、高血圧症有病者は、県中部～東部地域で多い※1

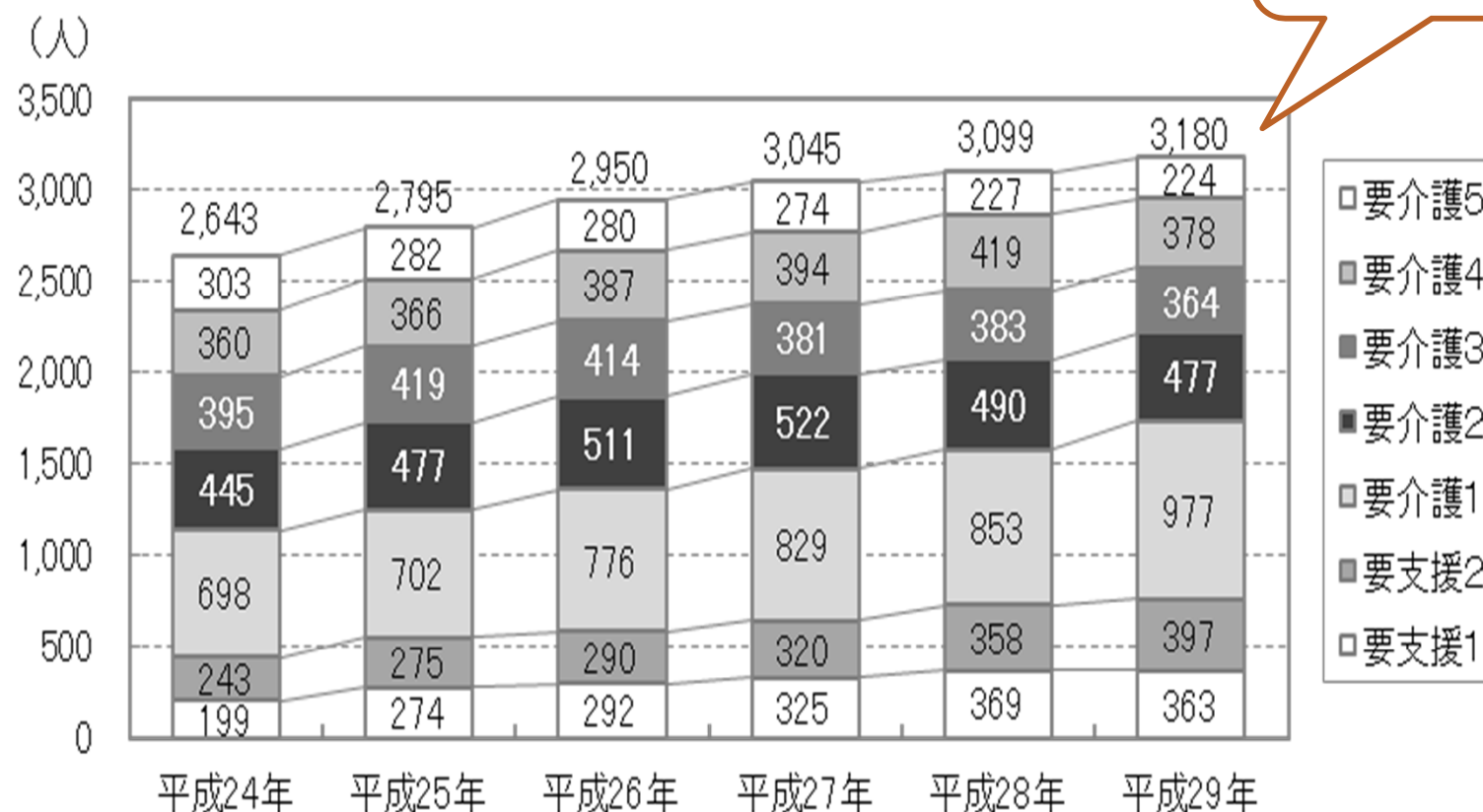


取組の成果



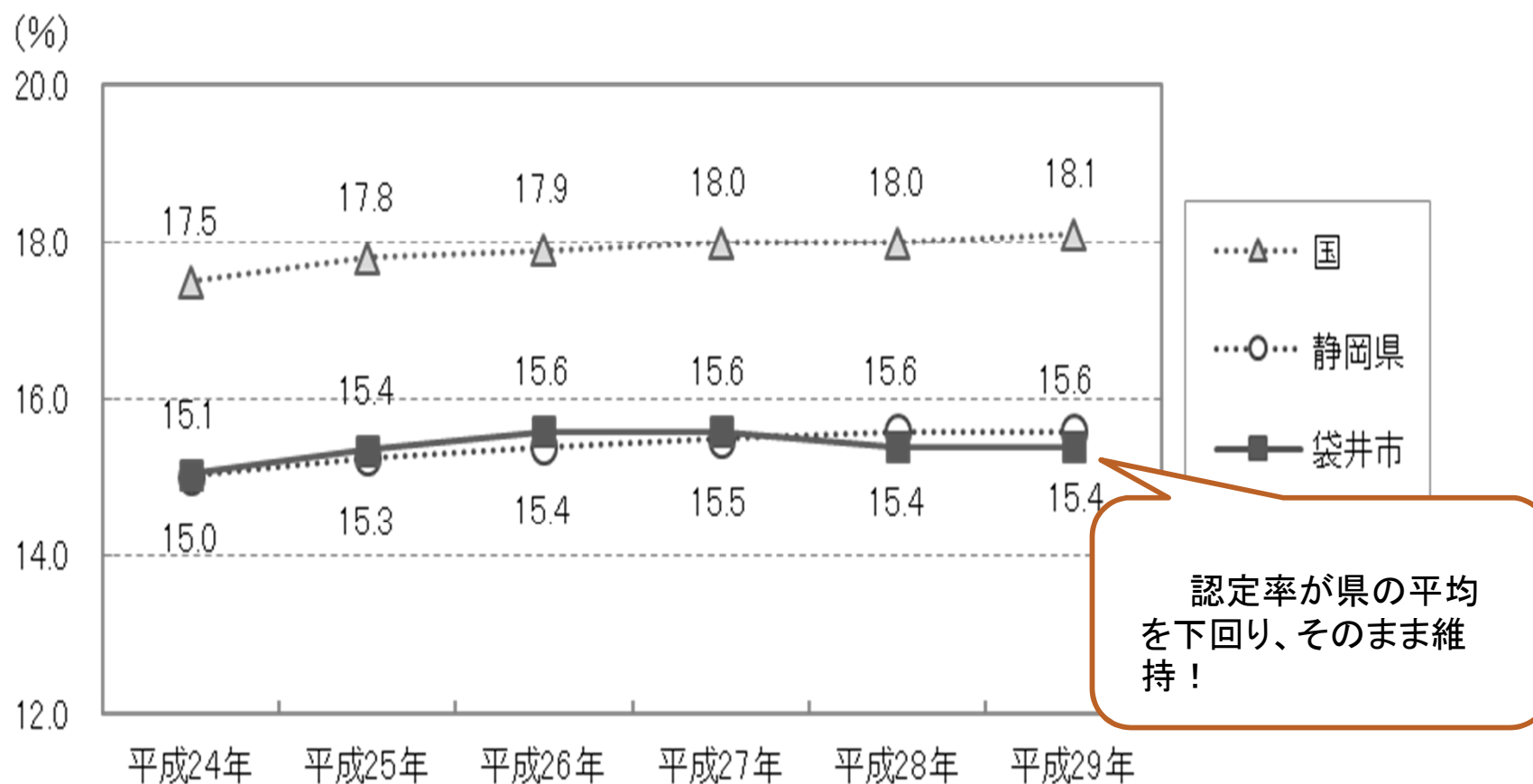
要介護（要支援）認定者数の推移

要介護2～5の認定者が減少！



資料：介護保険事業状況報告（各年9月末現在）

要介護(要支援)認定率の推移と比較



資料：介護保険事業状況報告(各年9月末現在)
 認定率は、第1号被保険者認定者数/第1号被保険者数

まとめ

- ・「通いの場」等を活用して、フレイル対策（運動、口腔、栄養等）や疾病予防等の健康講話を行うことで、より多くの高齢者等に健康情報の提供を行うことができた。
- ・平成29年の要介護（要支援）の認定者のうち、要介護2～5の認定者が減少しており、「通いの場」の普及も要因の一つと考えられる。
- ・「通いの場」の普及が始まった平成28～29年の要介護（要支援）認定率が0.1%減少していることから、保健事業との一体化を推し進めることでより効果が期待できる。
- ・「通いの場」等に来ることができない方の把握とアプローチの方法を検討することが必要。

