

平成30年度 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金

(老人保健健康増進等事業分)

これからの介護予防のあり方基礎研究



高齢者の保健事業と 介護予防の一体的実施に関する 事例集

～目次～

I 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の取組みをはじめましょう

1. 本事例集作成の背景	2
2. 後期高齢者の保健事業と介護予防の現状等	2
3. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の意義・目的	4
4. 具体的な取組みのイメージ	5
5. 本事例集の活用方法	6

II 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に関する事例集

1. 取組みのアイコン	7
2. 市町村における取組み事例マトリクス	8
3. 市町村事例	
①千葉県柏市	10
②東京都多摩市	14
③神奈川県横浜市	18
④神奈川県大和市	22
⑤静岡県袋井市	26
⑥愛知県長久手市	30
⑦三重県津市	34
⑧滋賀県東近江市	38
⑨岡山県勝央町	42
⑩広島県呉市	46
⑪広島県大崎上島町	50
⑫佐賀県多久市	54
4. 後期高齢者医療広域連合事例	
①新潟県後期高齢者医療広域連合	58
②長崎県後期高齢者医療広域連合	62
5. 都道府県事例	
①長野県	66
②静岡県	69
掲載事例 連絡先一覧	72

高齢者の保健事業と介護予防の 一体的実施の取組みをはじめましょう

1 本事例集作成の背景*

平均寿命が世界最高水準に達している我が国において、高齢者の多様な社会参加を促進し、社会全体の活力を維持していくことは重要な政策課題であり、健康に長生きできるよう、健康寿命を延伸することが重要となっています。

とりわけ、加齢に伴う身体的な機能の低下や複数の慢性疾患に加え、認知機能や社会的なつながりの低下といった多様な課題や不安を抱えている高齢者も多く、健康寿命を延伸するために、

- 介護予防やフレイルの防止
- 疾病の重症化予防
- 若い世代の健康増進 等

の効果的な実施が求められています。

こうした中、経済財政運営と改革の基本方針2018（平成30年6月15日閣議決定）において「高齢者の通いの場を中心とした介護予防・フレイル対策や生活習慣病等の疾病予防・重症化予防、就労・社会参加支援を都道府県等と連携しつつ市町村が一体的に実施する仕組みを検討するとともに、インセンティブを活用することにより、健康寿命の地域間格差を解消することを目指す」とされたことを踏まえ、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に関する有識者会議（以下、「有識者会議」）」が平成30年9月に立ち上げられました。

本事例集は、有識者会議の議論等を踏まえ、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に向けて先駆的な取組みを行っている市町村や後期高齢者医療広域連合、都道府県の事例を収集・整理したものです。

2 後期高齢者の保健事業と介護予防の現状等*

（1）後期高齢者医療制度における保健事業

後期高齢者医療制度における保健事業は、保険者である後期高齢者医療広域連合が実施しています。後期高齢者医療広域連合は、健康教育、健康相談、健康診査（以下、「健診」）、その他の被保険者の健康の保持増進のために必要な事業を行います。

40歳以上74歳以下の全ての被保険者等に対して義務づけられている特定健診・保健指導については、メタボリックシンドローム対策が中心となっています。75歳以上（後期高齢者）については、糖尿病、高血圧症等の治療を受けている方も多く、受診している場合には医師とのつながりの下で医学的管理の一環として必要な検査を受けるのが適当であるとされています。

（2）平成27年医療保険制度改革以降の状況

後期高齢者については、フレイル状態に陥るリスクを抱えていることから、現役世代のメタボリックシンドローム対策と異なり、フレイル状態に着目した疾病予防・重症化予防の取組みとして運動、口腔、栄養、社会参加等のアプローチを進める必要性があります。こうした状況を踏まえ、平成27年の医療保険制度改革において、後期高齢者の保健事業については、

*本章1～3は「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に関する有識者会議報告書」（厚生労働省、平成30年12月3日）を抜粋、一部改編しております。

- 後期高齢者医療広域連合は、高齢者の心身の特性に応じ、保健事業を行うよう努める
- 事業のメニューとして、健康教育や健診に加え、保健指導・健康管理、疾病予防に係る本人の自助努力に対する支援等を行う
- 保健事業の実施に当たり「レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)」の活用や、介護保険の地域支援事業との連携を図ること等が定められました。

このような流れを受け、平成28、29年度には、「高齢者の低栄養防止・重症化予防等の推進」に係る事業をモデル的に実施するとともに、学識経験者や自治体、職能団体などの代表者により構成された「高齢者の保健事業のあり方検討ワーキンググループ」において、モデル事業の検証結果などを踏まえ、平成30年4月に「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン」が取りまとめられました。

コラム：高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドラインのポイント

＜高齢者の特性を踏まえた保健事業のポイント＞

- 体重や筋肉量の減少を主因とした低栄養や口腔機能、運動機能、認知機能の低下等のフレイルに着目した対策が必要
- 生活習慣病の発症予防よりも重症化予防等の取組みが相対的に重要

＜重点化するべき取組み＞

- 国民健康保険等の壮年期の医療保険の保健事業からの連続した取組み（生活習慣病等の重症化予防、服薬に関する相談・指導等）
- 介護予防と連携した取組み（栄養や口腔に関する相談・指導、訪問歯科健診等）

（出典）「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン」（厚生労働省）P.26-27

（3）介護予防

介護予防は、高齢者が要介護状態となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止を目的として行うものであり、平成17年の介護保険法改正により、高齢者全般を対象とした一次予防事業（介護予防一般高齢者施策）と要支援・要介護に陥るリスクの高い高齢者を対象とした二次予防事業（介護予防特定高齢者施策）で構成される介護予防事業が創設されました。

その後、地域の実情に応じた効果的・効率的な介護予防の取組みを推進する観点から、平成26年の介護保険法改正により、介護予防事業は地域支援事業の介護予防・日常生活支援総合事業の介護予防・生活支援サービス事業と一般介護予防事業に見直されました。

現在、機能回復訓練などの高齢者本人へのアプローチだけでなく、地域づくりなどの高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めたバランスのとれたアプローチを行うことが重要であるという考えに基づき、人と人とのつながりを通じて、参加者や住民主体の通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりが推進されています。

平成28年度介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況に関する調査によると、通いの場の箇所数は76,492箇所、参加者数は1,439,910人（高齢者人口の約4.2%）、また、平成29年度認知症総合支援事業等実施状況調べによると、認知症の人やその家族が地域の人や専門家と相互に情報を共有しお互いを理解し合う「認知症カフェ」は5,863箇所であり、今後通いの場での取組み内容の充実と高齢者の参加の更なる拡大等が必要とされています。

3 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の意義・目的*

(1) 国民健康保険の保健事業と後期高齢者医療制度の保健事業の接続

我が国の医療保険制度においては、75歳に到達し後期高齢者となると、それまで加入していた国民健康保険制度等から、後期高齢者医療制度の被保険者に異動します。保健事業については、保険者が法令上の実施主体とされていることから、保険者の異動に伴い、保健事業の実施主体についても後期高齢者医療広域連合に移ります。

国民健康保険の保健事業等においては、特定健診・保健指導の実施が74歳まで義務づけられているほか、市町村独自の健康増進事業と連携した取組み等も進められていますが、後期高齢者の保健事業は市町村に委託等を行うことで事業を実施しており、一部で重症化予防の取組みを実施しているほかは、健診のみの実施となっている自治体が多くを占めています。

こうした事情もあり、74歳まで実施してきた特定健診・保健指導の情報も75歳以降には共有されていないようなケースも多く、健診結果を踏まえた個別の支援も十分には行われていない状況にあります。

そのため、高齢者の疾病予防・重症化予防を効果的に実施していくためには、保健事業の情報や事業内容、担当者といった様々な断絶を解消し、市町村が実施している国民健康保険の保健事業の取組みと、後期高齢者医療制度の保健事業の取組みを、効果的に接続させていく必要があります。

(2) 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

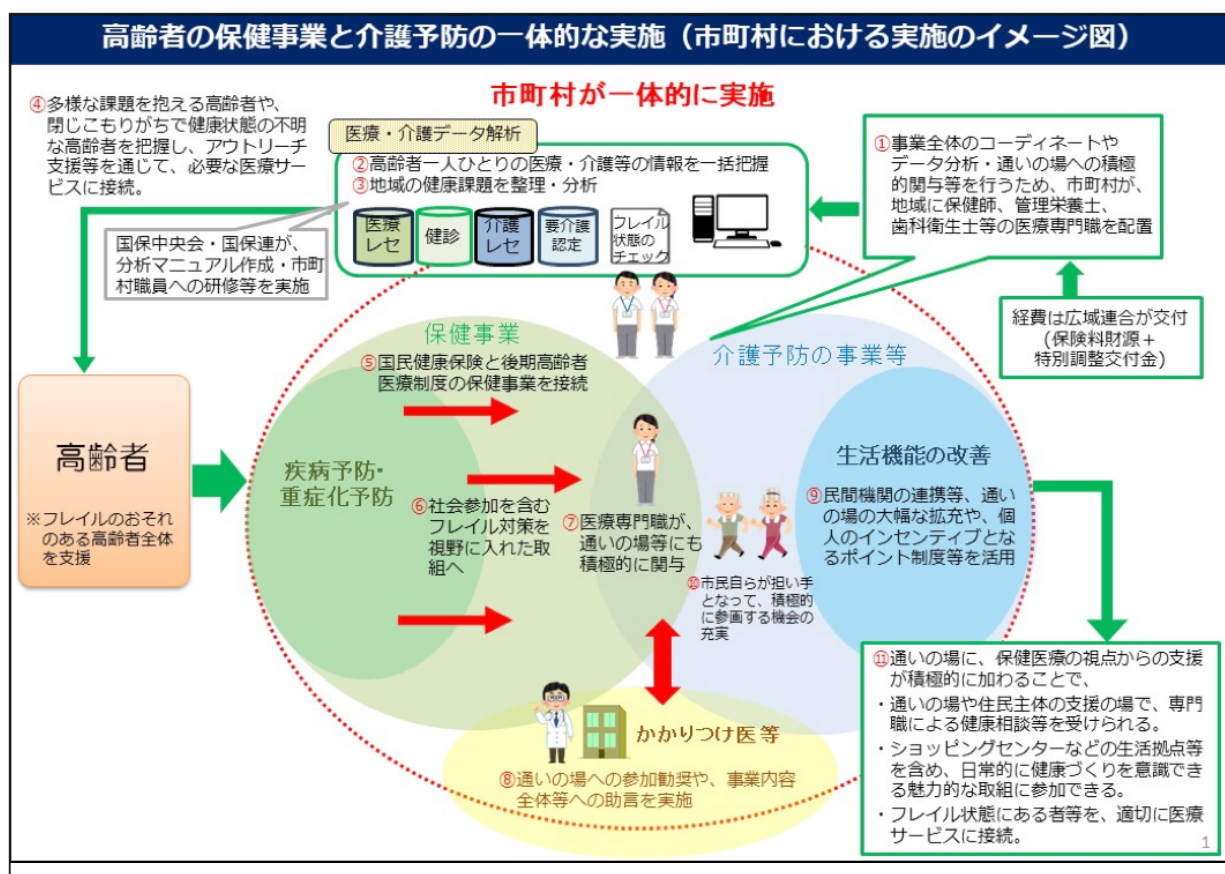
後期高齢者の心身の状況としては、身体的脆弱性や複数の慢性疾患、認知機能や社会的つながりの低下といった多面的な課題を抱える、いわゆるフレイル状態の方もいます。これまでの疾病予防・重症化予防における個別的な対応のみならず、フレイル予防の観点をもった、社会参加を含む地域での取組みへと拡大していく必要があります。また、複数の慢性疾患を保有しフレイルなどを要因とする老年症候群の症状が混在するため、包括的な疾病管理も一層重要となります。

高齢者の特性を前提に、後期高齢者の自立した生活を実現し、健康寿命の延伸を図っていくためには、生活習慣病等の重症化を予防する取組みと、生活機能の低下を防止する取組みの双方を一体的に実施する必要性が高いと考えられます。しかしながら、現状では、後期高齢者の保健事業については健診が中心となっており、重症化予防等の取組みは一部の自治体のみで実施されているにとどまっています。フレイル予防についても、先進的な取組みを進めている自治体においては、保健事業のアプローチが運動、口腔、栄養、社会参加等といった取組みに拡大してきているものの、多くの自治体に十分に広がっているとはいえ、さらに、潜在的なフレイル予備群への幅広いアプローチも十分に行われているとは言えません。他方、介護予防の通いの場については、取組みも着実に広まってきており、こうした基盤を活用して保健事業を実施することで、幅広い対象者へのアプローチも可能となるものと考えられます。

今後は、医療、介護、保健等のデータを一体的に分析し、高齢者一人ひとりを医療、介護、保健等の必要なサービスに結びつけていくとともに、社会参加を含むフレイル予防等の取組みまで広げていく必要があります。このため、健康課題にも対応できるような通いの場や、通いの場を活用した健康相談や受診勧奨の取組みの促進等、後期高齢者医療制度の保健事業と介護予防との一体的な実施を進める必要があると言えます。

4 具体的な取組みのイメージ

市町村において高齢者の保健事業と介護予防を一体的に進めていく際の具体的な取組みのイメージは、下図の通りです。



図：市町村における高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施（イメージ図）

（出典）「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に関する有識者会議報告書」（厚生労働省）

（<https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000495224.pdf>）

取組みのスタート地点は地域の実情に応じて異なりますが、これらの取組みを通じて高齢者の保健事業と介護予防を一体的に実施することによって、地域に元気な高齢者が増えるだけでなく、住民の健康意識の向上や健康寿命の延伸が期待されます。

5 本事例集の活用方法

本事例集では、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に先駆的に取り組んでいる市町村、後期高齢者医療広域連合、都道府県の事例を紹介しています。

これらの事例は、以下の観点から選定されました。

- 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な取り組みが認知されている
- 高齢者の保健事業を積極的に実施しており、更に介護予防の取り組みが進んでいる

これらの事例は、前掲のイメージ図で示す①～⑪の取り組み状況のほか、市町村規模等を一覧表にまとめていますので、市町村において、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な取り組みを進める際の参考資料としてご活用いただければ幸いです。

●事例ページの見方

The screenshot displays a detailed case study for Chiba City. It includes a table of contents with icons for different sections: ① Overview, ② City Overview, ③ Points, ④ Initiation, ⑤ System, ⑥ Details, ⑦ Comments, ⑧ Local Government, ⑨ Citizens, ⑩ Local Government, ⑪ Citizens. The main content area is divided into several sections: ① Overview (Chiba City), ② City Overview (Population, Age, etc.), ③ Points (Points of the project), ④ Initiation (Initiation of the project), ⑤ System (System of the project), ⑥ Details (Details of the project), ⑦ Comments (Comments on the project), ⑧ Local Government (Local Government's role), ⑨ Citizens (Citizens' role), ⑩ Local Government (Local Government's role), ⑪ Citizens (Citizens' role).

- ≫ 事例ページは、「①取り組み項目」、「②市町村の概要」、「③取り組みのポイント」、「④取り組みのきっかけ」、「⑤取り組み全体の体制」、「⑥各取り組み内容の詳細、成果、取り組みにあたっての課題等」、「⑦これから取り組む市町村へのコメント」で構成されています。
- ≫ 「①取り組み項目」は、p.8～9「市町村における取り組み事例マトリクス」と対応しています。
- ≫ 本事例で紹介している項目には、緑色のアイコン（ ②情報の把握）、特に読んでいただきたい項目は朱色のアイコン（ ③フレイル対策）がついています。灰色のアイコン（ ①専門職の把握）は、本事例では取り上げていない項目となります。
- ≫ 取り組みの詳細は、「⑥各取り組み内容の詳細」にそれぞれアイコン付きで掲載していますので、ご確認ください。

●事例の探し方の例

- 実施したい取り組み内容から探す
 - ≫ 取り組み事例マトリクスの上部にある、取り組み内容から縦に辿って●または●がついている自治体の事例を読んでみましょう。
- 各種指標から探す
 - ≫ 面積、人口、高齢化率、調整済み認定率等の指標をマトリクスに記載しています。指標を踏まえて事例を読んでみましょう。

1 取組みのアイコン

以下の通り、「市町村における高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施（イメージ図）」の①～⑪までの取組みをアイコンにしています。各事例で紹介している取組みについてはアイコンが表示されていますので、参考にしてください。

アイコン	具体的な取組みの内容
 ① 専門職の配置	①地域に保健師、管理栄養士、歯科衛生士等の医療専門職を配置 ≫ 単に医療専門職を配置しているかではなく、医療専門職の配置等を通じて、保健医療と介護部門が連携する仕組みや担当者がいるか
 ② 情報の把握	②高齢者一人ひとりの医療・介護等の情報を一括把握 ≫ 医療・介護関連のデータを組み合わせた分析や活用を行っているか
 ③ 地域課題分析	③地域の高齢者の健康課題を整理・分析 ≫ データ等を活用して地域の健康課題を分析しているか ≫ 全国・自都道府県と自市町村、または市町村内の地域別の比較等を行っているか
 ④ アウトリーチ	④アウトリーチ支援等を通じた医療サービスへの接続 ≫ 課題がある方に戸別訪問等を通じて、適切な医療サービスへの接続をしているか ≫ 未治療・治療中断者への受診勧奨をしているか
 ⑤ 保健事業の接続	⑤国民健康保険と後期高齢者医療制度の保健事業を接続 ≫ 国民健康保険と後期高齢者医療制度の保健事業を接続し、健診データ等が継続的に把握、分析できるようになっているか
 ⑥ フレイル対策	⑥フレイル対策を視野に入れた取組みを実施 ≫ 通いの場等において、フレイル予備群等を把握しているか ≫ 低栄養や筋力低下等の状態に応じた保健指導や生活機能の向上支援を行い、必要に応じて医療・介護サービスにつないでいるか
 ⑦ 通いの場への関与	⑦通いの場等にも医療専門職が積極的に関与 ≫ 医療専門職が通いの場等にも積極的に関与しているか
 ⑧ 参加勧奨・助言	⑧通いの場への参加勧奨や事業内容全体への助言を実施 ≫ かかりつけ医等が重症化予防の取組みや通いの場等への参加勧奨をしているか
 ⑨ 通いの場の拡充	⑨通いの場を大幅拡充、個人へのインセンティブ措置等を活用 ≫ 介護予防の通いの場等と、民間の取組みや地域の集いの場等との連携が図られているか ≫ 個人へのインセンティブとなるポイント制度等が活用されているか
 ⑩ 住民全体	⑩市民の参画機会を充実 ≫ 市民自らが通いの場等の運営の担い手となり、積極的に参画しているか
 ⑪ 更なる取組み	⑪保健医療の視点から更なる取組み ≫ 通いの場に、保健医療の視点からの支援が加わり、次のような取組みが行われているか ● 通いの場や住民主体の支援の場で、専門職による健康相談等を受けられる ● ショッピングセンター等の日常生活拠点等で、日常的な健康づくりの取組みに参加できる ● フレイル状態にある者等を、医療サービスに接続する

2 市町村における取組み事例マトリクス

本事例集で紹介している内容を下記にまとめています。（事例集として記載している項目を挙げているものであり、各市町村の取組み全てを網羅しているものではありません。）

特に読んでいただきたい項目には●がついています。

都道府県	市町村	① 専門職の配置	② 情報の把握	③ 地域課題分析	④ アウトリーチ	⑤ 保健事業の接続	⑥ フレイル対策	⑦ 通いの場への関与	⑧ 参加勧奨・助言	⑨ 通いの場の拡充	⑩ 住民主体	⑪ 更なる取組み
千葉県	柏市		●	●	●	●	●	●		●	●	●
東京都	多摩市				●		●	●	●	●	●	●
神奈川県	横浜市	●	●	●			●	●	●	●	●	●
神奈川県	大和市	●	●	●	●		●					
静岡県	袋井市	●				●	●	●			●	
愛知県	長久手市				●		●				●	●
三重県	津市	●		●	●		●	●			●	●
滋賀県	東近江市		●	●	●	●	●		●	●		
岡山県	勝央町				●			●		●		●
広島県	呉市		●	●	●							
広島県	大崎上島町							●	●		●	●
佐賀県	多久市				●	●				●		

※1 (出典) 総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数」(平成30年1月1日現在)

※2 (出典) 総務省「国勢調査」(平成27年)

※3 (出典) 厚生労働省「平成28年度(2016年度)医療費の地域差分析」

※4 (出典) 地域包括ケア「見える化」システム(平成31年3月15日取得)

※5 横浜市分については、各区の一人当たり実績医療費及び横浜市「平成28年度医療費援助事業年報」における平成29年3月末時点の75歳以上被保険者数から算出した値

主たる庁内の関係部署	運営方式		面積	人口 ※1	高齢化率 ※2	第7期介護保険料基準額 (月額)	後期高齢者一人当たり 実績医療費 ※3	調整済み認定率 ※4
	自治体	委託						
地域包括支援課	●	●	114.7km ²	416,433 人	24.0%	5,600 円	847,460 円	17.5%
高齢支援課		●	21.0km ²	148,724 人	26.5%	4,808 円	816,852 円	15.5%
地域包括ケア推進課	●		435.4km ²	3,737,845 人	23.2%	6,200 円	858,248 円 ^{※5}	18.4%
健康づくり推進課	●	●	27.1km ²	236,675 人	22.8%	5,699 円	783,348 円	19.2%
健康づくり課、地域包括 ケア推進課、市民課		●	108.3km ²	87,908 人	22.1%	5,100 円	784,360 円	15.5%
長寿課、保険医療課、 健康増進課	●	●	21.6km ²	57,394 人	15.1%	5,345 円	893,917 円	16.3%
健康づくり課	●	●	711.2km ²	281,127 人	27.7%	6,456 円	820,235 円	19.6%
保険年金課、 健康福祉部各課	●		388.4km ²	114,604 人	24.6%	5,200 円	925,844 円	15.0%
税務住民部、 健康福祉部	●	●	54.1km ²	11,183 人	29.6%	6,600 円	944,457 円	15.8%
福祉保健課、介護保険課、 健康増進課		●	352.8km ²	227,965 人	33.3%	5,500 円	1,077,276 円	15.9%
福祉課、保健衛生課	●		43.1km ²	7,722 人	44.9%	6,640 円	1,015,581 円	15.8%
地域包括支援課、 健康増進課	●		97.0km ²	19,647 人	31.9%	5,960 円	1,046,539 円	18.2%

市町村事例 ① 千葉県柏市

① 専門職の配置

② 情報の把握

③ 地域課題分析

④ アウトリーチ

⑤ 保健事業の接続

⑥ フレイル対策

⑦ 通いの場への関与

⑧ 参加勧奨・助言

⑨ 通いの場の拡充

⑩ 住民全体

⑪ 更なる取組み

市町村の概要

面積：114.7km²

人口：416,433人

世帯数：185,500世帯

高齢化率：24.0%

第7期介護保険料基準額（月額）：5,600円

後期高齢者一人当たり実績医療費：847,460円



（出典）柏市提供

取組みのポイント

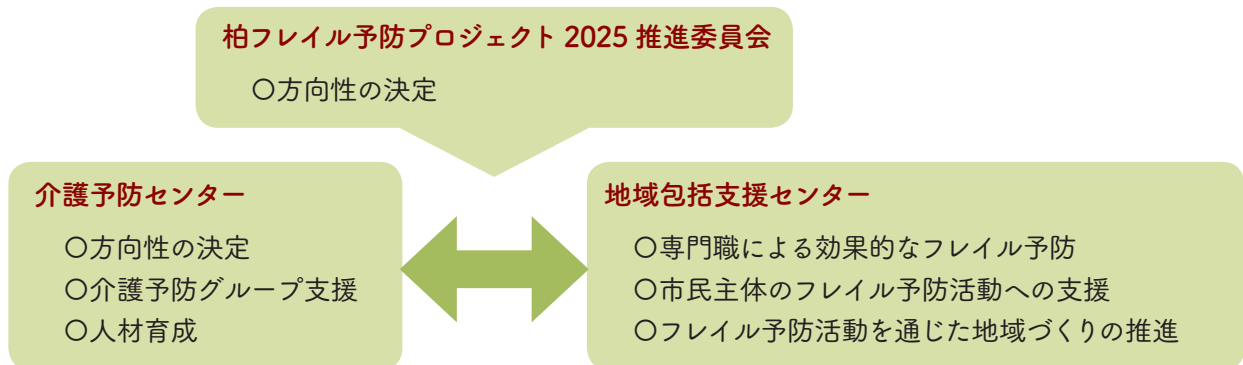
- ≫ 「柏スタディ」に代表される独自のデータベースの活用と自治体・民間・医療専門職が一体となつてのフレイル予防促進
- ≫ シニアは社会に支えられる存在ではない。アクティブシニア自らがシニアを支え、社会を支える

取組みのきっかけ

柏スタディ→ 柏フレイル予防プロジェクト2025

- ≫ 平成22年に東京大学+UR都市機構+柏市にて3者協定を締結し、平成24年に東京大学より、65歳以上を対象とした健康調査を経年（3か年）で実施したいとの申し出があり、「柏スタディ」を開始しました。平成26年にフレイル予防のための事前チェックができる項目を抽出し、平成27年に通いの場でこの事前チェックをモデル的に実施しました。
- ≫ これらのモデルをきっかけに、平成28年3月からは柏フレイル予防プロジェクト2025推進委員会が立ち上がり、市役所内の関係部署が横断的に、フレイル予防の普及・啓発と効果的な推進、地域における市民主体の活動の促進、フレイル予防に係る関係機関の連携・調整等について協議を行う体制ができました。

取組み全体の体制



連携し、個人・グループ及び地域の活動を支援



② 情報の把握

高齢者一人ひとりの医療・介護等の情報を一括把握

フレイルチェックの対象者情報と介護保険者番号の紐づけによる追跡調査体制を構築

- ≫ 柏市役所内にて、フレイルチェックの全ての対象者の情報と介護保険の被保険者番号を紐づけしており、要介護認定の状況も後から追跡できるようにしています。
フレイルチェック受講者の一覧に被保険者番号を入力した表を作成しており、1年後、2年後、とフレイルチェック受講者の要介護認定の有無や要介護度の推移を確認することが可能な体制にしています。
また、介護保険料段階も把握できる為、経済状況の把握も可能です。
- ≫ フレイルチェックのデータは地域包括支援センターで収集・入力しています。
- ≫ データの分析は健康づくり財団が実施しています。



③ 地域課題分析

地域の高齢者の健康課題を整理・分析

「柏スタディ」に代表される独自のデータベース蓄積

- ≫ 柏市では、下記のようなデータベースを蓄積しており、この結果を基に地域課題の分析を実施しています。
 - フレイルチェックツールを開発する以前に行った、「柏スタディ（大規模高齢者長期縦断追跡コホート研究）」
 - 5万人の高齢者悉皆調査
 - 高齢者健康とくらしの調査（JAGES調査）



④ アウトリーチ

アウトリーチ支援等を通じた医療サービスへの接続

民生委員と地域包括支援センターの連携による細やかな個別対応

- ≫ 民生委員が年1回実施する75歳以上高齢者の声かけ訪問において課題が抽出されたり、支援が必要となった高齢者については、地域包括支援センターが戸別訪問し、支援を行っています。
- ≫ 通いの場・サロン等へ地域包括支援センターの職員が出向き、個々の相談などにも応じています。
- ≫ また、「柏地域医療連携センター」が在宅医療の調整・相談窓口を設置しており、地域包括支援センターと連携しながら、必要に応じて在宅医療のコーディネートを行っています。



⑤ 保健事業の接続

国民健康保険と後期高齢者医療制度の保健事業を接続

国民健康保険加入者を介護予防へ誘導

- ≫ 以下の2点について実施しています。
 - ①ロコモフィットかしわ事業（ロコモティブシンドローム予防を主眼とする事業。平成25年度～）
65歳以上の市民の他、40歳から64歳までの国民健康保険加入者についても対象者としています（各会場で2名程度）。実施については参加人数（割合）に応じて国民健康保険の予算も投入しています。
 - 場所：ロコモフィットかしわ自主グループが市内各所で活動。（平成30年11月現在、39箇所）
 - 運動内容：柏市オリジナルゴムチューブ「貯筋ゴム」を用いた柏オリジナルロコトレをはじめとする運動等
 - 頻度：柏市が実施する講座は、平成27年度から平成29年度は毎年度ごとに前期・後期の年2回（募集は広報かしわ等で実施）。自主グループの活動は原則、月2回、1回1時間半～2時間。

②後期高齢者の健康診査の案内の中に、フレイルチェックに関するお知らせを掲載

eGFRとは？ 腎機能を示す指標です

慢性に腎臓の機能が低下した状態を慢性腎臓病（CKD）といいます。CKDは、血中のクレアチニンから算出されるeGFR（腎臓の働きを示す数値）が低下することによって診断されます。CKDは「高血圧」「糖尿病」が原因となることが多く、CKDが進行し、重症化すると人工透析が必要となる場合もあります。

①CKD（慢性腎臓病）の判定

検査項目	基準値（正常範囲）	基準値（正常範囲）	基準値（正常範囲）
eGFR	60以上	45以上	30以上
尿蛋白	陰性	陽性	陽性
尿蛋白/クレアチニン	30以下	30以上	30以上
尿蛋白/クレアチニン	30以下	30以上	30以上

CKDは、進行しても自覚症状がほとんどなく、症状（貧血やむくみ）が現れ始めたときには病状がかなり悪化している可能性があります。

②CKD（慢性腎臓病）の予防

CKDは、進行しても自覚症状がほとんどなく、症状（貧血やむくみ）が現れ始めたときには病状がかなり悪化している可能性があります。

生活習慣の改善が重要
高血圧や糖尿病などの生活習慣病はCKD発症リスクを高めます。CKDの予防には生活習慣の改善が重要です。減塩、減糖、減脂を心がけましょう。かかりつけ医に定期的に検診を受けることをお勧めします。

腎臓専門医を受診
かかりつけ医に相談し、腎臓専門医を紹介していただくことをお勧めします。柏市内の腎臓専門医：東京医科大学柏病院

腎臓の働き

腎臓は、血液中の老廃物をろ過し、尿として排出します。また、血圧を調節し、骨の健康を維持する働きもあります。

生活習慣病とCKDの関係

高血圧、糖尿病、脂質異常症などの生活習慣病は、CKD発症リスクを高めます。生活習慣病を予防することで、CKDの発症リスクを減らすことができます。

健康づくりの相談

健康づくりの相談は、かかりつけ医や保健センターで行えます。かかりつけ医に相談し、保健センターで健康づくりの相談を受けることができます。

健康づくりの相談に関する問い合わせ先
保健センター 健康づくり相談係
電話 04-7164-4455
FAX 04-7164-1263

くらしや介護等に関する相談は、地域包括支援センターをご利用ください。

高齢者のための身近な総合相談窓口です。介護予防事業の実施や介護保険の申請、さまざまな保健福祉サービス等の相談を受け付けています。

地域包括支援センター名	住所	電話番号 FAX番号	担当地域
柏北部地域包括支援センター	十倉二363-15 十倉二363-15 十倉二363-15	電話 04-7140-8818 FAX 04-7134-0501	田中・西郷
柏西部地域包括支援センター	市道1-3 介護老人保健施設はみんぐ1階 柏市立柏病院	電話 04-7130-7800 FAX 04-7134-0504	富勢
柏南部地域包括支援センター	大山台2-3 モーニング柏2階	電話 04-7179-5500 FAX 04-7179-5506	松葉・高田 松ヶ崎
柏西部2地域包括支援センター	豊田町1-3-1 介護老人保健施設はみんぐ1階	電話 04-7142-3008 FAX 04-7142-3779	豊田町
柏西部2地域包括支援センター	豊田町2-5-25 イオンモール柏3階	電話 04-7147-8001 FAX 04-7147-8002	新富・柏町
柏東口地域包括支援センター	東上町2-6 大マンション1階 柏東口駅前ビル	電話 04-7168-7070 FAX 04-7168-7770	柏中央・新田町
柏東口2地域包括支援センター	中後2-9-12 リッツハウスC号 柏東口駅前ビル	電話 04-7192-0610 FAX 04-7192-0615	富家・永楽台
光ヶ丘地域包括支援センター	今井町4-20 光ヶ丘小学校近く	電話 04-7160-0003 FAX 04-7170-7130	光ヶ丘・港野橋
柏南部地域包括支援センター	南郷町58-3 リフレッシュプラザ柏1階	電話 04-7160-0002 FAX 04-7160-0229	藤心・南郷
柏南部2地域包括支援センター	南郷町3-8-51 もりビル102号 南郷51号市川柏線沿い	電話 04-7170-9300 FAX 04-7170-9301	南郷
柏東口2地域包括支援センター	馬場1-2-2 柏東口駅前ビル1階	電話 04-7190-1900 FAX 04-7191-7330	馬場・手賀

フレイルチェックを受けてみませんか？

年をとって心身の活力（筋力、認知機能、社会とのつながりなど）が低下した状態を「フレイル」といいます。効果的なフレイル予防のために、まずは自分の現在のフレイル状態について把握することが重要です。柏市では、毎月いづれかの地域で「フレイルチェック」を実施しています。「フレイルチェック」とは、東京大学が開発した簡易スクリーニングを用いて、自分の心と身体の状態を把握し、今後の生活に活かしてもらうものです。ぜひ、定期健診時、毎年1回は受けていただくことをお勧めします。

図：平成30年度柏市75歳以上の健康診査記録 本人控 裏面

（出典）柏市資料。赤枠は三菱総合研究所にて加筆追加

- シームレス連携として、平成28年3月からは柏フレイル予防プロジェクト2025推進委員会が立ち上がり、市役所内の関係部署が横断的に、フレイル予防の普及・啓発と効果的な推進、地域における市民主体の活動の促進、フレイル予防に係る関係機関の連携・調整等について協議を行う体制ができました。



⑥フレイル対策

フレイル対策を視野に入れた取組みを実施

自治体と高齢者就労関係機関が一体となって「生涯現役」を促進

- フレイルチェックによってハイリスク者を抽出し、本人の同意のもと、地域包括支援センターへ繋いでいき、支援を実施しています。
- 厚生労働省職業安定局の「生涯現役促進地域連携事業」を受託し、関係機関と「生涯現役促進協議会」を設置し、関係機関と共に、高齢者の就労を地域で促進していく（雇用していく体制・場の創出、働く人の意識啓発の両面で）活動を展開しています。
- また、高齢者の就労や社会参加の促進のための相談窓口設置や、情報の集約・提供を行うウェブサイトの開設、フレイル予防の趣旨を踏まえたセミナーの開催などを実施しています。さらに、介護保険被保険者証の送付（65歳誕生日前月）の際に事業の周知チラシを封入しています。



⑦通いの場への関与

通いの場等にも医療専門職が積極的に関与

医療専門職の通いの場への無料派遣・フレイル予防啓発活動実施

- 地域包括支援センターの保健師・看護師等が、地域のふれあいサロンや通いの場を不定期に訪問し、フレイル予防啓発活動を実施しています。
- また、希望するサロン・通いの場に対して、リハビリテーション専門職（柏市在宅リハビリテーション連絡会）・歯科衛生士（（一社）柏歯科医師会）・管理栄養士（東葛北部在宅栄養士会）などの医療職を無料で派遣し、フレイル予防啓発活動（講座等）を実施しています。
- 費用は、介護保険特別会計の地域支援事業費より支出しています。



⑨ 通いの場の拡充

通いの場を大幅拡充、個人へのインセンティブ措置等を活用

入会費・利用料の一部助成による民間の運動施設等利用促進

- ≫ 国民健康保険及び後期高齢者医療の保健事業利用助成制度として、指定する民間の運動施設の入会費や利用費用の一部助成を実施しています。



⑩ 住民全体

市民の参画機会を充実

アクティブシニア自ら介護支援サポーターを担い、ますます健康長寿に！

- ≫ シニア層にも介護支援サポーターを担ってもらうことにより、介護支援サポーターを担っているシニア本人の元気度もチェックしようという案も挙がっています。
- ≫ 介護支援サポーターについては、柏市社会福祉協議会を通じて市に申請することで介護支援サポーターとして登録されます（平成22年10月より新施策としてスタート。平成30年9月1日現在、1,431人登録）。登録された後、受け入れ施設で活動を行っています。
- ≫ 活動すると1時間につき1ポイントがもらえます。10～19ポイントは1,000円、20～29ポイントは2,000円、50ポイント以上は一律5,000円の報奨金を年度末に贈っています。



⑪ 更なる取組み

保健医療の視点から更なる取組み

シニア自らの意識変容・行動変容が何よりの介護予防推進策！

- ≫ フレイルチェックのシートは2分割できるようになっており、各々に測定結果を記載し、半券を地域包括支援センターで回収し、もう一方の半券は高齢者に持ち帰ってもらう形式となっています。本人に、自分の現在の健康状態を知ってもらい、自分がどうあればよいかに思いを馳せてもらい、意識変容、行動変容に繋がる効果が期待できます。
- ≫ 通いの場や、市・地域包括支援センター・介護予防センターが実施するフレイル予防事業以外にも、地域住民主体であったり民間が開催する活動がたくさん行われていることから、それらを集約し、様々な価値観を持つ高齢者に合った活動を情報提供したりつないでいくことが重要であると考えています。また、健康リテラシーが高くない、関心の薄い市民が生活の中でいつの間にかフレイル予防に取り組んでいるといった環境整備（歩きやすいまち、近所のコンビニでフレイル予防に効果のある総菜が購入できる、等）に医療職が関わることが今後は重要であると考えています。

これから取り組む市町村へのコメント

- ≫ フレイル予防は「人とつながりや役割を持ち、いつまでもいきいきと暮らすことができる地域づくり」です。大事なことは、地域ごとの課題をきちんと把握し、個別の課題を解決するための仕組みを、地域の方々と話し合いながらどのように作っていくか。それは「通いの場」なのかもしれないし、「たすけあい」の活動、「体操」、あるいは「みんなで食事をする機会・場所」かもしれないです。それらは手段であり、目的ではないということを、常に思い出しながら取り組む必要があります。
- ≫ そして、「フレイルチェック」も、一人ひとりにとっては「現時点の状態に気づく」ための、また、地域全体にとっては「地域課題を見つける」「解決策を講じる」ための、それも手段のひとつにすぎないということを、常に確認する必要があります。
- ≫ 「あるべき地域の姿はどのような状態か」、そして「そのためには、誰と、どのタイミングで、何を、どのように取り組み、進めることが効果的なのか。他に策はないか。他部署・他分野との連携、関係機関との連携、民間との連携など手をつなげる場所はないか」といったことに、一つひとつ、根拠と実績を積み重ねながら進めていくことが重要です。市役所が行う、数十人が集まる講座だけではなく、一人ひとりの住民の生活の様子を思い浮かべながら、「介護保険」「医療保険」「介護予防」「健康増進」「スポーツ」などの縦の枠組みにとらわれずに、必要な取組みを自由に語り合う体制づくりや仲間づくりが推進のカギになると思います。

市町村事例 ②

東京都多摩市

① 専門職の配置

② 情報の把握

③ 地域課題分析

④ アウトリーチ

⑤ 保健事業の接続

⑥ フレイル対策

⑦ 通いの場への関与

⑧ 参加勧奨・助言

⑨ 通いの場の拡充

⑩ 住民全体

⑪ 更なる取組み

市町村の概要

面積：21.0km²

人口：148,724人

世帯数：71,114世帯

高齢化率：26.5%

第7期介護保険料基準額（月額）：4,808円

後期高齢者一人当たり実績医療費：816,852円



（出典）多摩市提供

取組みのポイント

- ≫ 市の福祉・保健・介護担当課や地域の大学を事務局に、医師会、歯科医会、保健所、地域包括支援センター等のメンバーが事業を設計し、住民ボランティア、学生ボランティア、管理栄養士、歯科衛生士、地域包括支援センター等の専門職が実際のフレイルチェックを行う等、地域の専門職と住民が総出となって作り上げた多摩市オリジナルのフレイル予防事業
- ≫ 市民とともに、ポジティブな姿勢で、「健幸」に向けた行動変容を目指している点が特徴

取組みのきっかけ

「健幸都市」の実現に向け、60～80歳代を対象に「TAMAフレイル予防プロジェクト」を開始

- ≫ 多摩市では、日本最速と言われる速度で高齢化が進む一方、元気な高齢者が多く、市民活動が盛んで、緑が多い等の特徴があります。この状況を活かし、誰もが幸せを実感できるまち、「健幸都市」の実現を目指しています。
- ≫ 健幸長寿の実現に向け、60～80歳代を「フレイル対策期」と位置づけ、日常の生活動作が低下して要介護・要支援状態になる恐れのある方を速やかに把握することを目的に、平成29年度から「TAMAフレイル予防プロジェクト（TFPP）」を開始。地域介護予防教室等の活動と連携して、フレイルを予防し、社会参画を促進する活動を行っています。

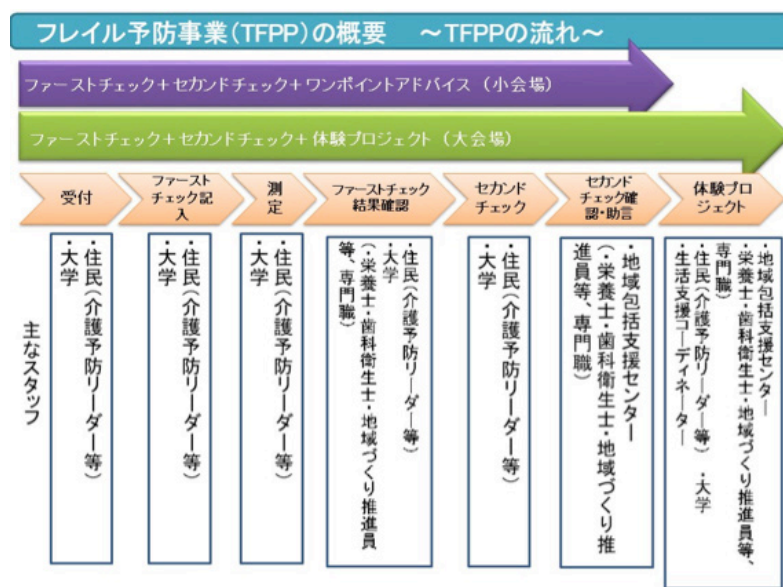
取組み全体の体制

地域の介護・保健関係者が連携

- ≫ TFPP検討チーム（事業の戦略策定・評価検証等を担当）には、多摩市医師会、多摩歯科医会、地域包括支援センター、生活支援コーディネーター、東京都南多摩保健所、東京医療学院大学、東京都健康長寿医療センター等が参加しています。
- ≫ 事務局（事業の推進を担当）は、国士舘大学ウェルネスリサーチセンター、介護予防における地域づくり推進員、市の健康推進課、保険年金課、高齢支援課が務めています。

市民のフレイル度をチェックし、専門家がアドバイスを提供することで、個人に応じた行動変容を促す

- TFPPとは、介護予防に向け、高齢者が自分のフレイルの状態に気づき、フレイルを予防・改善するためのポイントを身につけ、現在の自分の状態に適した活動につなげる事業です。1) 市民がともに取組める事業、2) チェックを受けて太鼓判をもらえる等、ポジティブな事業、3) 生活に密着した事業、とすることをコンセプトとし、本事業を通じて、参加者に「健幸」に向けた活動を始めていただくことを目指しています。
- ファーストチェック（十数問の質問により高齢者のフレイル状態を確認）→測定（運動能力を確認）→セカンドチェック（25問の質問により各高齢者に適した活動を抽出する）→助言（専門家によるアドバイス）→体験プロジェクト（介護予防に向けた活動）の流れで実施し、行動変容のきっかけとしてもらいます。
- フレイル度のチェック・測定には、地域の介護予防活動を実践する住民ボランティアである「介護予防リーダー」や地元大学の学生が参加。助言や体験プロジェクトでは管理栄養士、歯科衛生士、地域包括支援センター等が専門的な観点からアドバイスを行っています。
- 助言の後には、体験プロジェクトにより介護予防に向けた行動変容につなげています。また、状態が懸念される高齢者を次の介護保険サービスや総合事業につなげるとともに、健康な高齢者には、地域の活動に参画していただくよう、声かけをしています。

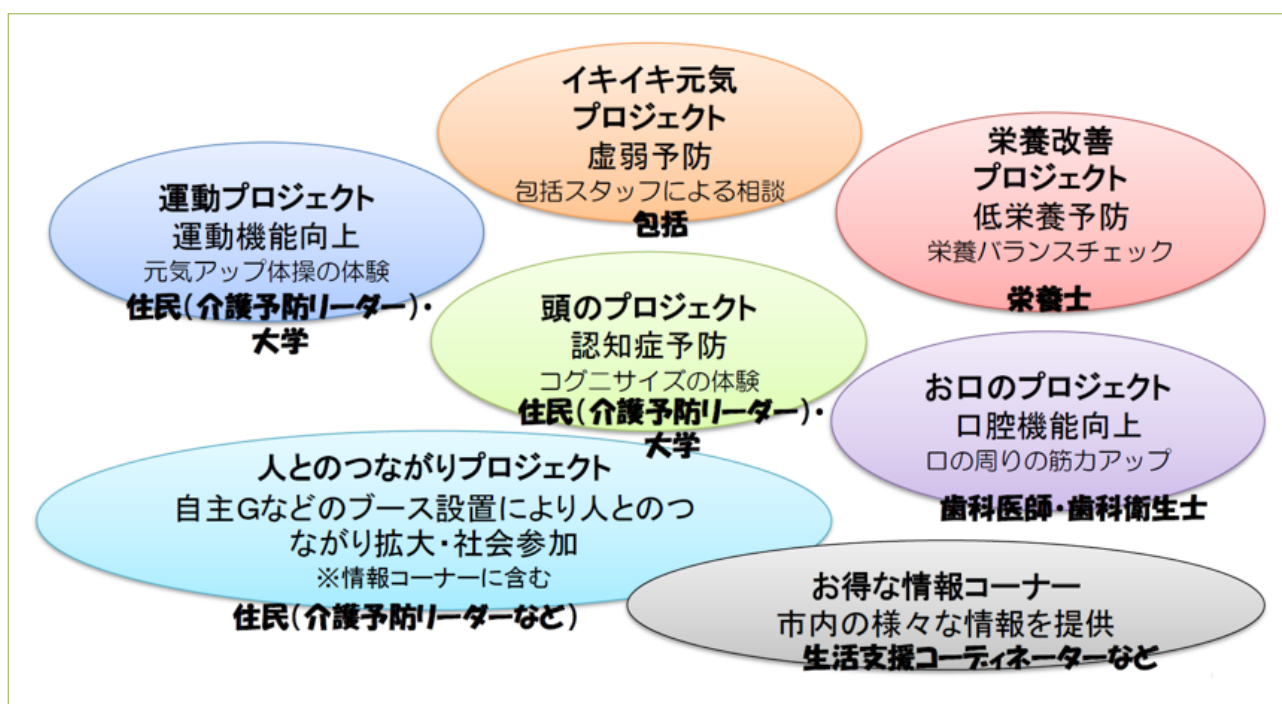


図：TFPPの流れ

（出典）平成30年度第2回多摩市一般介護予防事業評価委員会資料「第8回フレイル予防検討チーム資料」多摩市ホームページ
<http://www.city.tama.lg.jp/cmsfiles/contents/00000008/8354/siryou4.pdf>（平成31年3月15日閲覧）

事業の設計には医師が、実践には管理栄養士や歯科衛生士が参加

- TFPP検討チームには、医師会、歯科医会、保健所、医療系研究機関等が参加し、医療の観点からチェックリストや測定方法の検討を進めています。
- 体験プロジェクトのスタッフとして、地域づくり推進員のほか、管理栄養士、歯科衛生士、地域包括支援センター等が相談や助言・指導にあたっています。



図：体験プロジェクトの内容

(出典) 平成30年度第2回多摩市一般介護予防事業評価委員会資料「第8回フレイル予防検討チーム資料」多摩市ホームページ
(<http://www.city.tama.lg.jp/cmsfiles/contents/0000008/8354/siryou4.pdf>) (平成31年3月15日閲覧)

④ アウトリーチ アウトリーチ支援等を通じた医療サービスへの接続

⑧ 参加勧奨・助言 通いの場への参加勧奨や事業内容全体への助言を実施

関係者が一体となって市民への広報を行うとともに、TFPPの出前サービスも実施

- ≫ TFPP測定会の案内として、チラシ配布やホームページ掲載を行っています。
- ≫ また、関係者による近隣の方々への声がけ、医師会の先生方から市民（患者）への声がけ等により、広報を図っています。
- ≫ 市内在住の65歳以上の方10人程度以上が集まる場に対し、要請に応じて、TFPP出前測定を行っており、会場まで出てこれられない方も対象とすることを目指しています。ご近所で声を掛け合い参加していただけるような小規模会場（集会所）での実施を大切にしています。

⑨ 通いの場の拡充 通いの場を大幅拡充、個人へのインセンティブ措置等を活用

⑪ 更なる取組み 保健医療の視点から更なる取組み

フレイル度のチェックと体力アップに向けた市民の行動を、官民が連携して引き出している

- ≫ 市内にある5カ所の「健幸Spot」（血圧・体重等の測定、健康管理情報の入手を行える場所）のうち2カ所はショッピングセンター等民間施設に設置されており、これらの場所がTFPPの開催場所にもなっています。
- ≫ また、フレイルチェックの結果、虚弱高齢者に対し、民間のスポーツジム等を紹介しています。

成果

- ≫ 国や自治体のフレイルチェック表が多数存在する中、オール多摩のメンバーで多摩市オリジナルのフレイル予防チェックリストを完成できたことを大きな成果と考えています。
- ≫ 「次につながる」ことを重視しています（行動変容につながる、継続される等）。TFPP参加者の中にはリピーターも増え始めています。また、TFPPに参加した方の中から、生活支援サービス事業のサポーターになったり、介護予防リーダー養成講座の受講生になったり、自身で通いの場を立ち上げたりする方も出始めています。
- ≫ 国士舘大学の学生がフレイルチェックにボランティア参加してくれることにより、高齢者との間に多世代交流が生じています。大学生によるTFPPをテーマとした卒論執筆、介護予防リーダーの活動の活性化にもつながっています。

取組みにあたっての課題等

- ≫ 平成29年度の試行実施を経て、30年度に全市展開したばかりであり、参加された方の参加後の状況をフォローできていません。今後の課題としては、参加者の参加後の行動変容、介護予防効果まで評価を行う必要があると考えています。データ集積・分析は大学に委託して行っていますが、国保データベース(KDB)システムとのデータ連携ができれば、特定健診結果から経過を追うこと等も考えられます。
- ≫ 医師には、当初は介護保険の利用ではなく、TFPPの活用を促してもらうように、協力を仰いでいます。今後も、医師会と相談しながら進めていきたいです。
- ≫ 民間企業との連携をさらに進めていきます。スポーツジムや健康増進施設等を主たる連携対象と考えていますが、食品企業等幅広く連携を図っていきたいです。

これから取組む市町村へのコメント

- ≫ 市町村ごとに、地域資源や住民ニーズは異なるので、自分の地域の状況をよく観察し、どのような取組みが住民の方々のためになるのかを考え尽くすことが市の役割だと思っています。考え尽くすことで始めて、地域に根差した事業コンセプトや施策スキームの設計が可能になると思います。
- ≫ 地域課題の解決に向けては、地域のリーダーやNPO法人等とともに取組むことが必須です。多摩市は、住民主体で介護予防活動を推進する自治体です。一方で、特に事業を開始し定着させていく時期においては、多くのキーパーソンから意見をもらい、多くの方に参画してもらうために、市が中心となって牽引していくことが重要と感じています。

市町村事例 ③

神奈川県横浜市

① 専門職の配置

② 情報の把握

③ 地域課題分析

④ アウトリーチ

⑤ 保健事業の接続

⑥ フレイル対策

⑦ 通いの場への関与

⑧ 参加勧奨・助言

⑨ 通いの場の拡充

⑩ 住民全体

⑪ 更なる取組み

市町村の概要

面積：435.4km²

人口：3,737,845人

世帯数：1,764,949世帯

高齢化率：23.2%

第7期介護保険料基準額（月額）：6,200円

後期高齢者一人当たり実績医療費：858,248円*

*各区の一人当たり実績医療費及び横浜市「平成28年度医療費援助事業年報」における平成29年3月末時点の75歳以上被保険者数から算出した値



（撮影）森 日出夫

取組みのポイント

- ≫ 介護予防・健康づくり、社会参加、生活支援の一体的推進に向けて多様な事業を展開
- ≫ 客観的データに基づく政策意思決定を重視し、独自の「医療・介護統合データベース」を構築して医療・介護データの接続分析や日常生活圏域ごとの分析を目指すほか、自主的な介護予防活動のグループ「元気づくりステーション」を市内300カ所超に広げ、市民の自主性に基づく介護予防と社会参加への活動を、市・区の医療専門職等が支援する仕組みを構築

取組みのきっかけ

介護予防・社会参加等の一体的推進、客観的データに基づく政策意思決定等を重視

- ≫ 「よこはま地域包括ケア計画（第7期横浜市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画）」では、介護予防・健康づくり、社会参加、生活支援を一体的に推進することを位置づけています。
- ≫ 後期高齢者の増加に伴う医療介護需要の変化を的確に捉え、限られた財源の中で政策の優先順位を整理し、より効果のある政策から取り組むためには、客観的なデータに基づく精緻な推計が不可欠です。

取組み全体の体制

市内の関係者が連携し、市民の主体的な取組みを支援

- ≫ 介護予防・保健事業の推進に向け、局・区・地域包括支援センター等が連携して取り組んでいます。
- ≫ データを利用した高齢者情報把握・地域診断においては、市の健康福祉局・医療局、区の地域包括ケア担当者、大学等研究機関が協力。各者の専門的意見を持ち寄り、新たな仕組みの構築を目指しています。
- ≫ 「元気づくりステーション事業」においては、区の保健師、地域包括支援センターの看護職のほか、リハビリテーション専門職等も関与。市民の自主的な介護予防・社会参加への取組みを支援しています。



① 専門職の配置

地域に保健師、管理栄養士、歯科衛生士等の医療専門職を配置

市内18区役所に医療専門職を配置

- 市内全区の高齢福祉部門に保健師・嘱託訪問看護師を、健康づくり部門に保健師・管理栄養士・歯科衛生士を配置しています。さらに、介護予防事業においては職能団体から派遣されたリハビリテーション専門職も関与しています。
- 専門職が協働する機会が増え、専門職間の連携、学び合いも生じています。介護予防と保健事業を一体的かつ効果的に推進するために、専門職を対象に年に複数回、多様な研修や連絡会を行っています（学識経験者の招聘、各区の取組みの共有等）。



② 情報の把握

高齢者一人ひとりの医療・介護等の情報を一括把握

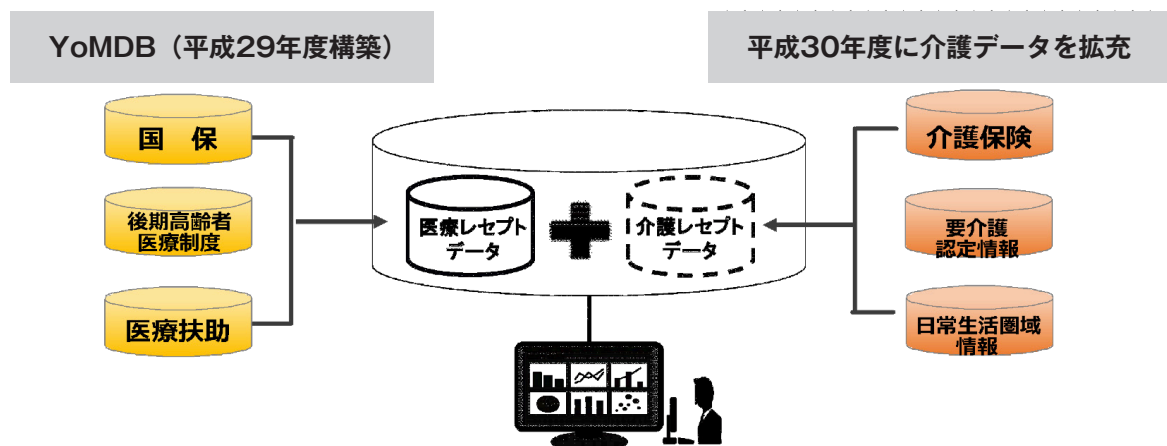


③ 地域課題分析

地域の高齢者の健康課題を整理・分析

市独自の医療・介護統合データベースの開発を進める

- 平成29年度に独自の医療データベース「YoMDB（Yokohama original Medical Data Base）」を開発。国民健康保険、後期高齢者医療制度、医療扶助のレセプトデータ（年間約3,000万件）を統合した、人口カバー率約35%のデータベースを構築しました。後期高齢者に限れば、カバー率は100%に近く、特に地域の医療介護政策の分析に適したデータベースとなっています。



図：医療・介護統合データベースの構成概念図

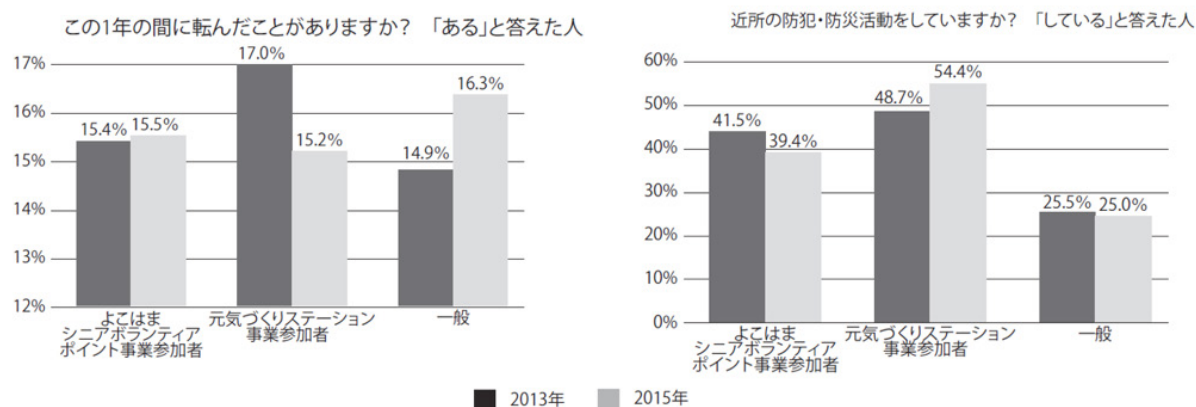
（出典）横浜市資料

- 医療レセプトデータを政策検討のために利用する「個人情報の目的外利用」については、横浜市個人情報保護審議会で承認を取得。氏名・症状詳記・コメント等のテキスト情報は削除する、被保険者番号等は個人を特定できないように加工する等の個人情報保護対策を行っています。
- 平成30年度には、医療レセプトデータと介護レセプトデータの一体化に取り組んでいます。これにより、市内148カ所の日常生活圏域ごとの分析が可能となる、医療と介護のデータを接続しての分析が可能になる等、地域包括ケアシステムの構築推進に向けた環境が整備されます。
- 分析は、基本的に市で行う方針ですが、各区が個別に分析を行えるようにすることも検討しています。また、産業医科大学公衆衛生学教室との共同によるデータ分析も進めています。
- 本格的な分析開始は平成31年度以降。介護状態の変動状況と利用サービスとの関係、疾病別の分析を検討しています。医療介護データをどのように分析・活用していくかについては、大学等の専門家や医療介護従事者等の意見・協力を得て、今後さらに検討していく予定です。

⑥ フレイル対策	フレイル対策を視野に入れた取組みを実施
⑦ 通いの場への関与	通いの場等にも医療専門職が積極的に関与
⑧ 参加勧奨・助言	通いの場への参加勧奨や事業内容全体への助言を実施
⑨ 通いの場の拡充	通いの場を大幅拡充、個人へのインセンティブ措置等を活用
⑩ 住民全体	市民の参画機会を充実
⑪ 更なる取組み	保健医療の視点から更なる取組み

市民の自主的な介護予防・社会参加の場づくりを、市や専門職がサポート

- ≫ 「元気づくりステーション」とは、身近な地域で、参加者本人と仲間、そして地域も元気にする自主的な活動グループです。市が介護予防事業を従来の個別支援重視型から地域づくり型へと施策転換を図る中で、中核的な役割を果たしている事業です。
- ≫ おおむね65歳以上で構成される10人以上のグループが、それぞれに適した活動（運動機能の改善、口腔機能の改善、栄養改善、認知症予防等の活動）を、自主的に、月2回程度の頻度で行っています。
- ≫ グループによる主体的参加・運営が原則で、各役割（リーダー、準備、会場手配、片付け、会計、メンバー勧誘等）を分担・当番制にして、全員参加を目指すグループが多いことが特徴です。
- ≫ 自治体からは保健師や看護師等が関わり、運営のサポート（立ち上げ・継続支援、講師派遣、教材提供、体力測定、リーダー・世話役育成、連絡会開催等）を行っています。参加者の高齢化が進む中、リハビリテーション専門職も加わり、負荷の低い運動プログラムの提案やグループ活動が活性化するための助言等をして、虚弱化が進む方でも活動を継続できる環境づくりを行っています。
- ≫ 平成24年度の開始時には、グループ数27カ所、参加実人数854人でしたが、現在では約300カ所、約8,000人へと拡大しています。
- ≫ 元気づくりステーション参加者は一般の方（介護支援ボランティア、元気づくりステーションに参加していない方）と比較して、健康についての知識が豊富、転倒が増えない、近所の活動に積極的等の調査結果が出ています。
- ≫ 単に活動するだけではなく、メンバー同士での声の掛け合い、安否の見守り合いが行われています。周囲がメンバーの虚弱化、認知症の兆候に気づくことも少なくなく、異変を早期に発見する場、虚弱化や認知症の人を地域とつなげる場としても機能しています。



図：元気づくりステーション事業参加者と一般との間の、転倒経験、地域活動参加度の比較

※よこはまシニアボランティアポイント事業：元気な高齢者が介護施設等でボランティア活動を行うとポイントがたまり、寄付や換金ができる事業

（出典）横浜市健康福祉局 介護保険課・高齢在宅支援課リーフレット「『地域での活動と健康に関する調査』からわかったことをお知らせします」、平成28年3月、p.2-3

成果

地域の関係者が連携し、チームとして、目標に取り組む仕組みが整備されてきている

- ≫ 医療・介護統合データベースにより、地域包括ケアシステムの構築推進に向け、客観的なデータに基づく現状・課題分析、政策立案・評価等が行える環境が整ってきました。
- ≫ 元気づくりステーション事業を通じて、市内で自主的に介護予防・健康づくり、社会参加、生活支援を行うグループや場が増えています。運動機能や健康状態を高める活動が進められるとともに、大都市では失われがちな市民同士の声の掛け合い、見守り合いが増えつつあります。元気づくりステーションに、閉じこもりの防止や異変の早期発見の役割を期待する意見も見られています。
- ≫ 多様な関係者が参加して、チームとして高齢者保健・福祉にあたる方針が共有されてきています。また、専門職間の連携、学び合い等が生じています。

取組みにあたっての課題等

- ≫ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施は、特定の部門・職種だけで実現できるものではなく、様々な関係者がチームとなって取り組む必要があります。局・区・地域包括支援センター等が一体となって地域づくりに取り組み、介護予防、重度化防止等につなげていくという理念を忘れないように、繰り返し関係者で相互確認を行いながら進んでいくことを心掛けています。
- ≫ 元気づくりステーション参加者の高齢化が進んでいます。「できないことが増えて他の人に迷惑をかけてしまう」「当番が重荷になってきた」等の理由で活動を止めてしまう高齢者が増えないように、プログラムや運営方法を随時見直しています。
- ≫ 医療介護データの分析・活用については、主要指標を圏域ごと、時系列でモニタリングするにとどまらず、データ変動の理由・原因の特定、指標の組み合わせによる新たな知見の獲得等が重要となります。専門家・専門職・高齢者等の意見を得て、検討していく必要があります。

これから取り組む市町村へのコメント

- ≫ 横浜市は人口規模が大きいため事務職・専門職等の職員数も多いですが、対応すべき高齢者数も多いです。一人・一部署・一機関で進める取組みには限界があるため、庁内連携を強化し、さらに民間企業や様々な関係機関を巻き込みチームとなって対応していくことを重視しています。人材が少ない自治体でも状況は同じだと思います。
- ≫ データによる科学的根拠は、市民に対して介護予防や社会参加の重要性を、説得力をもって伝え、モチベーションを高めるためにも非常に有効です。市民は元々“実践する力”を持っているので、活動の意義・根拠が理解されれば自主的に活動を進めるきっかけとなります。
- ≫ 横浜市では、各区で地域包括支援センター圏域ごとの地域診断を行って地域の課題を抽出し、区の介護予防事業計画、年間スケジュールを立て、実践しています。さらに、事業評価を行うという綿密な取組みを展開しており、これが地域の特性に応じた事業につながっていると思います。これらの過程でもデータを活用した根拠ある目標設定、達成度評価等、PDCAサイクルを意識しながら取り組むことが重要なポイントになっています。

市町村事例 ④

神奈川県大和市

① 専門職の配置

② 情報の把握

③ 地域課題分析

④ アウトリーチ

⑤ 保健事業の接続

⑥ フレイル対策

⑦ 通いの場への関与

⑧ 参加勧奨・助言

⑨ 通いの場の拡充

⑩ 住民全体

⑪ 更なる取組み

市町村の概要

面積：27.1km²

人口：236,675人

世帯数：110,397世帯

高齢化率：22.8%

第7期介護保険料基準額（月額）：5,699円

後期高齢者一人当たり実績医療費：783,348円



（出典）大和市ホームページ

取組みのポイント

- ≫ 国保データベース(KDB)システムや特定健診・長寿健診結果、介護予防アンケート結果などを組み合わせて分析し、地域の健康課題を明確化
- ≫ 地域の健康課題に対応して、健康づくり推進課の地域栄養ケア推進担当（管理栄養士）を中心として、訪問栄養相談（低栄養予防、糖尿病性腎症重症化予防、口腔機能低下予防 等）を実施。介護給付費や医療費の削減に効果

取組みのきっかけ

従前から介護予防として行ってきた教室型のアプローチを個別訪問に展開

- ≫ 大和市では平成23年度より、介護保険制度の二次予防事業対象者把握業務として、市内在住の介護認定を受けていない65歳以上の市民を対象に、基本チェックリストを含む介護予防アンケートを実施し、この結果から把握された二次予防対象者に対し、教室型の介護予防講座を開始しました。（主管課：高齢福祉課）
- ≫ しかし、教室参加者は比較的元気に外出できる者が参加する傾向にあったことと、基本チェックリストで「低栄養」に該当した者は重症化（要介護認定・死亡）しやすいという特徴があったため、平成25年度からは、管理栄養士による低栄養予防のための個別訪問事業も開始しました。

取組み全体の体制

健康づくり推進課の管理栄養士を中心として関係組織・多職種が連携

- ≫ 市の健康福祉部健康づくり推進課と高齢福祉課が協力・連携しながら取組みを進めています。
- ≫ 大和市では、従前から、正規職員の管理栄養士が高齢・介護部門ではなく、健康づくり推進課に配置されており、その管理栄養士を中心として、介護予防と保健事業の一体的取組みを進めていく形を採っています。
- ≫ 平成30年度には、管理栄養士のみで構成する「地域栄養ケア推進担当」を創設し、取組みを進めています。

① 専門職の配置

地域に保健師、管理栄養士、歯科衛生士等の医療専門職を配置

④ アウトリーチ

アウトリーチ支援等を通じた医療サービスへの接続

⑥ フレイル対策

フレイル対策を視野に入れた取組みを実施

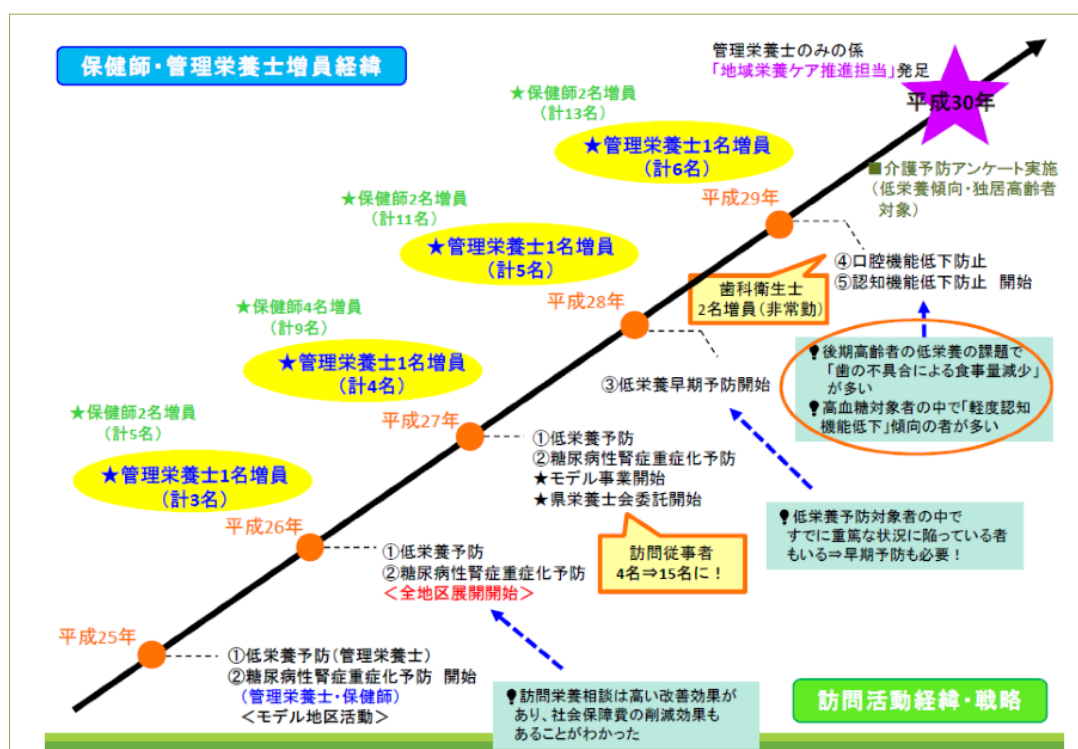
管理栄養士の個別訪問により、低栄養予防、糖尿病性腎症重症化予防、口腔機能低下予防を図る

- 大和市では、平成30年度に管理栄養士のみで構成する「地域栄養ケア推進担当」が設置され、計6名の管理栄養士が訪問栄養相談を行っています。
- 管理栄養士による訪問栄養相談として、以下の4つの事業を中心に取組んでいます。

- ①低栄養予防：低栄養リスク者に対する訪問栄養相談を実施することにより、低栄養状態を改善し、介護予防、医療費低減を図るものです。
- ②低栄養早期予防：低栄養に陥る危険性のある状態の人へ介入し、介護予防・QOL向上を目指すものです。
- ③糖尿病性腎症重症化予防：糖尿病性腎症重症化による人工透析導入の予防を図るものです。
- ④口腔機能低下予防：オーラルフレイルの予防を図るものです（歯科衛生士とペアで訪問）。

上記の4つの事業については、開始当初から全てを市内全域で行ったわけではなく、モデル地区活動から始めて、徐々に拡大していきました。

平成25年度	モデル地区活動として「低栄養予防」「糖尿病性腎症重症化予防」を開始
平成26年度	市内全地区で「低栄養予防」「糖尿病性腎症重症化予防」を展開
平成27年度	管理栄養士を増員するとともに神奈川県栄養士会への委託も実施することにより、「低栄養予防」「糖尿病性腎症重症化予防」を拡大
平成28年度	「低栄養早期予防」を開始
平成29年度	「口腔機能低下予防」「認知機能低下防止」を開始



(出典)「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」第2回高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に関する有識者会議 資料2. (厚生労働省)
(<https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000358693.pdf>) (平成30年10月15日閲覧)



② 情報の把握

高齢者一人ひとりの医療・介護等の情報を一括把握



③ 地域課題分析

地域の高齢者の健康課題を整理・分析

国保データベース(KDB)システムを中心に、保健・介護のデータを組み合わせて、多角的に地域の健康課題を分析

- 健康づくり推進課では、市の特定健診や長寿健診の結果だけでなく、保険年金課が所管している国保データベース（KDB）システムや、高齢福祉課が所管している介護予防アンケート回答結果データなどを活用して市内の健康課題の分析を行っています。
- 様々なデータを組み合わせて分析することにより、市内各地域の健康課題をきめ細かく明確化することが可能となっています。

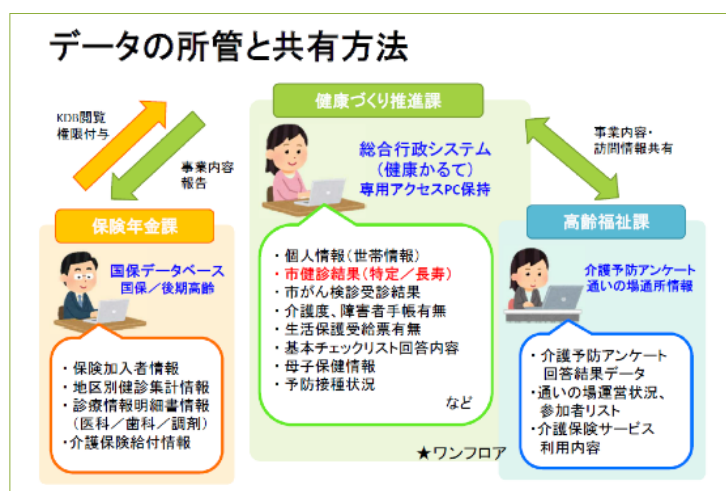
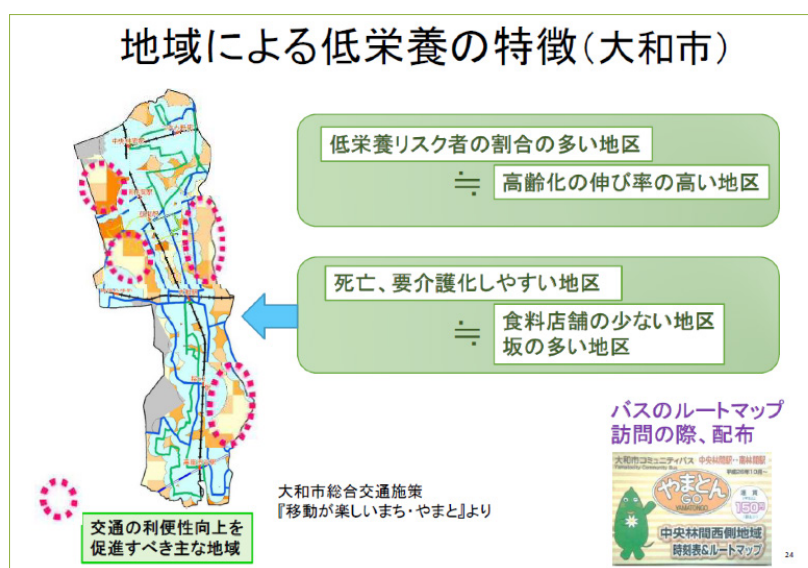


図 データの所管と共有方法

(出典)「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」第2回高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に関する有識者会議 資料2. (厚生労働省)

(<https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000358693.pdf>) (平成30年10月15日閲覧)

- 上記の分析により、「店舗が少ない地域と死亡、要介護化との関連」や「地域による低栄養の特徴」といった、地域ごとの課題が見えてくるようになります。

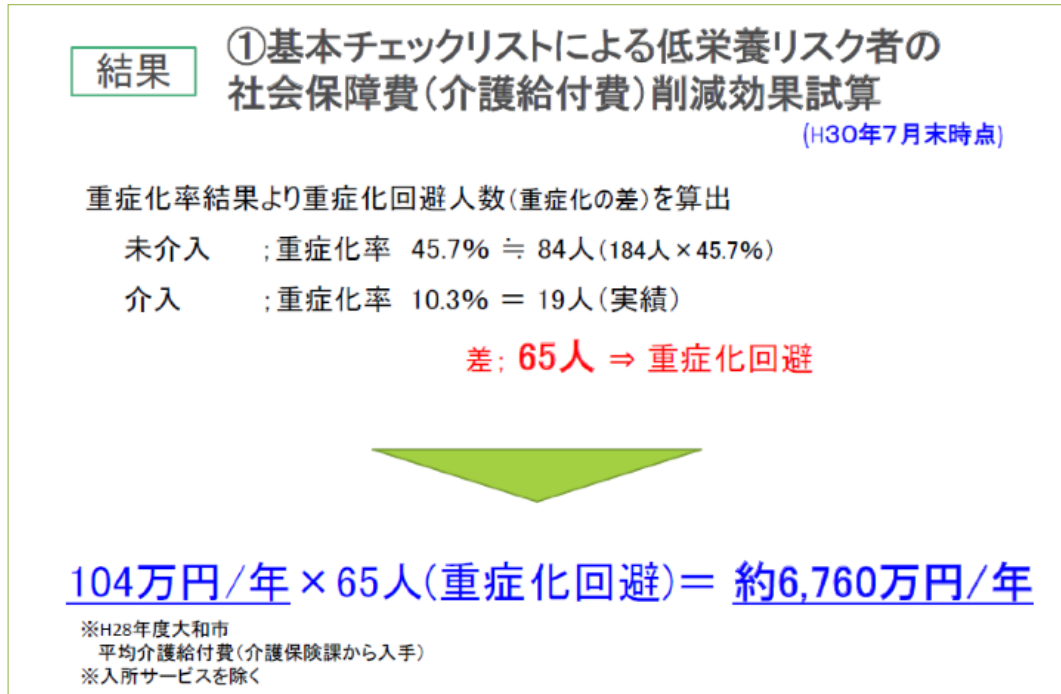


(出典)「神奈川県大和市における保健事業と介護予防の一体的な実施について」第2回高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に関する有識者会議 資料2. (厚生労働省)

(<https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000358693.pdf>) (平成30年10月15日閲覧)

成果

- ≫ 低栄養予防の取組みにより、対象者の低栄養状態の改善に結びつけることができました。その結果、介護給付金や医療費の削減効果がありました。
- ≫ 平成30年度の1年間における介護保険給付費の削減効果は、合計約6,760万円と推計されています。
- ≫ 平成29年度の1年間における医療費の削減効果は、合計約500万円と推計されています。



(出典)「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」第2回高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に関する有識者会議 資料2. (厚生労働省)
(<https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000358693.pdf>) (平成30年10月15日閲覧)

- ≫ 糖尿病性腎症の重症化予防においても病態の維持、改善、医療費削減効果が見られています。

取組みにあたっての課題等

- ≫ これまではどちらかと言えばハイリスクアプローチを中心に訪問活動を行ってきましたが、今後は、高齢者の「通いの場」を舞台とするポピュレーションアプローチの取組みも必要であると感じています。
- ≫ 市の長寿健診を受けていない人もおり、そうした人たちは、健診データが取得できないため、訪問栄養相談の対象者に上がってきません。そうした人たちをどのようにアプローチすればよいかが大きな課題です。そのためにも、「通いの場」の整備は必要不可欠であると考えています。

これから取り組む市町村へのコメント

- ≫ 国保データベース(KDB)システムを中心に、保健・介護のデータを組み合わせて分析していくと、地域の課題がきめ細かく把握できるようになります。地域の課題に対応して必要な施策を構築していけば、とても効率的な取組みを実施できることになります。
- ≫ まずは、データ分析について、外部の知見も活用しながら一歩を踏み出してみることが大切ではないかと考えています。

市町村事例 ⑤

静岡県袋井市

① 専門職の配置

② 情報の把握

③ 地域課題分析

④ アウトリーチ

⑤ 保健事業の接続

⑥ フレイル対策

⑦ 通いの場への関与

⑧ 参加勧奨・助言

⑨ 通いの場の拡充

⑩ 住民全体

⑪ 更なる取組み

市町村の概要

面積：108.3km²

人口：87,908人

世帯数：33,774世帯

高齢化率：22.1%

第7期介護保険料基準額（月額）：5,100円

後期高齢者一人当たり実績医療費：784,360円



（出典）袋井市提供

取組みのポイント

- ≫ 保健・医療・介護・福祉の各部門を統合した総合健康センターを開設し、総合相談窓口によるワンストップ型のサービスを提供
- ≫ 委託先事業者、健康づくり課、地域包括支援センターの三者で連携の上、「通いの場」の普及に努めた結果、要介護（要支援）認定率、要介護2～5の認定者が減少

取組みのきっかけ

全世代の健康を守る

- ≫ 袋井市では、これまで介護保険・医療・介護予防を各担当課で対応していましたが、「地域包括ケアシステム」の実現拠点として、平成27年5月に保健・医療・介護・福祉の各部門を集約した総合健康センター（愛称「は～とふるプラザ袋井」）を開設したことをきっかけに、健康づくり課において全世代の健康を守るため、健康づくりと介護予防の一体的な取組みを始めました。

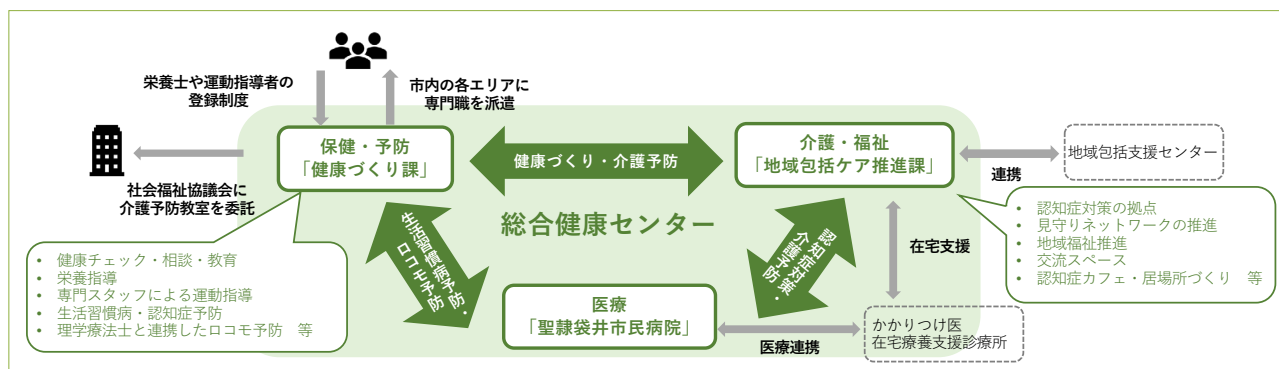
取組み全体の体制

① 地域包括ケアシステムの拠点としての総合健康センター

- ≫ 保健・医療・介護・福祉の各部門が集約され、総合相談窓口によるワンストップ型のサービスを提供
- ≫ 保健師や看護師、管理栄養士、社会福祉士、主任介護支援専門員などの専門職を配置し、多職種連携を実現
- ≫ 市内を4エリアに区分し、保健師、看護師、管理栄養士等がチームを組んで、保健・介護予防活動を展開
- ≫ 隣接する聖隷袋井市民病院と介護予防事業等で連携

② 登録制度で健康運動指導者や市民ボランティアを確保

③ 専門職を通いの場等に派遣し、フレイル対策や疾病予防を目的とした講話や運動指導を実施



図：取組み全体イメージ

（出典）袋井市資料を基に三菱総合研究所作成



⑥ フレイル対策

フレイル対策を視野に入れた取組みを実施



⑦ 通いの場への関与

通いの場等にも医療専門職が積極的に関与

「通いの場」の普及により、要介護（要支援）認定率、要介護2～5の認定者が減少

通いの場の状況※（平成31年2月時点）

- 開催箇所：54箇所
- 参加者数（実人数）：計608人

※週一回以上開催している通いの場を対象とした場合の実績

通いの場への専門職の派遣

【立ち上げフェーズ】

- ≫ 立ち上げ支援は、市民が運営する一般社団法人へ委託しています。委託先の一般社団法人が自治会長へ直接連絡し、通いの場のご案内（具体的に行う体操のプレゼンテーション）をします。その後、委託先、健康づくり課、地域包括支援センターの三者で連携の上、自治会へのプレゼンテーション（委託先）と体操指導（健康づくり課、地域包括支援センター）を行います。その後、通いの場の開始が決定すると、健康づくり課が体操レクチャー用のDVDを通いの場に提供し、3回目まで体操指導、体力測定による評価を支援します。

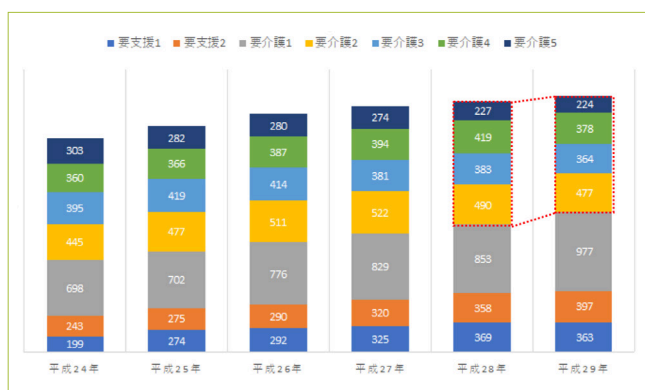
【運用フェーズ】

- ≫ 理学療法士・作業療法士の派遣は、地域リハビリテーション活動支援事業として地域包括ケア推進課で実施します。通いの場が立ち上がり後、年に1回程度実施しています。
- ≫ その他、フレイル対策や疾病予防を目的とした健康講話や運動指導等を行っています。

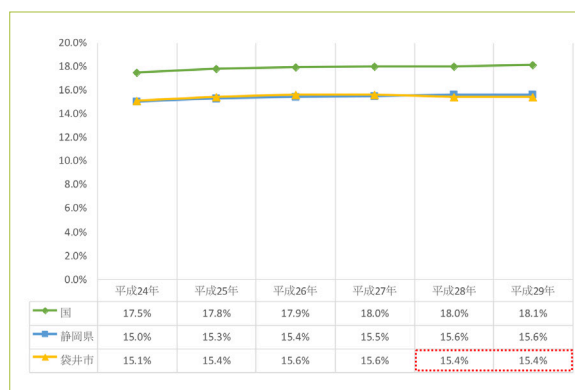
【費用負担】

- ≫ 以下の費用は、健康づくり課で負担しています。
 - 通いの場普及促進委託料：45万円（平成30年度※）
 - DVD等消耗品費：10万円
- ※費用は年度によって異なります。

通いの場の効果



図：要介護（要支援）認定者数の推移
（出典）袋井市資料を基に三菱総合研究所作成



図：要介護（要支援）認定率の推移と比較
（出典）袋井市資料を基に三菱総合研究所作成

- ≫ 「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
- ≫ 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
⇒高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を推し進めることでより効果が期待できると考えています。



⑤ 保健事業の接続

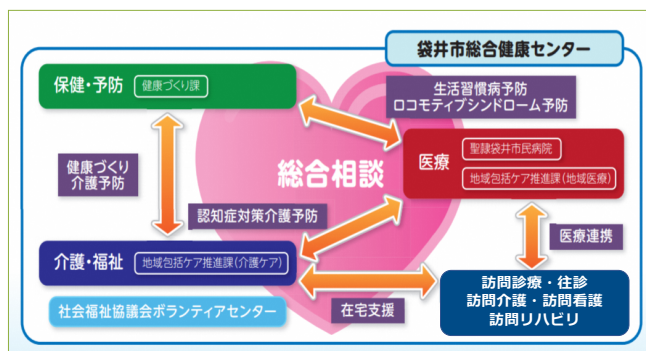
国民健康保険と後期高齢者医療制度の保健事業を接続

保健・医療・介護・福祉の各部門を集約し、ワンストップ型のサービスを提供

- ≫ 平成27年5月、地域包括ケアシステムの拠点として袋井市総合健康センターを開設しました。乳幼児期から高齢者までの健康づくりを行い、介護予防を進めています。

<袋井市総合健康センターの特徴>

- 保健・医療・介護・福祉の各部門を集約し、総合相談窓口によるワンストップ型のサービスを提供しています。
- 市役所の各部署や関係機関、聖隷袋井市民病院との連携体制を構築しています。
- 市民が運営する「居場所」や「子育てサロン」などを実施し、年齢で途切れることのない、健康づくり、介護予防、高齢者の生活支援を行っています。
- 保健師・看護師・管理栄養士・健康運動指導士・社会福祉士・主任介護支援専門員を配置し、多職種連携を実施しています。



図：袋井市総合健康センター 連携イメージ
（出典）袋井市資料から作図

- ≫ 後期高齢の保健事業は市民課が担当しています。市役所の健康・福祉・介護の関係課の事務職や専門職が集まった「生活習慣病重症化予防等推進会議」を年2回程度開催しており、情報の共有や課題の検討を行っています。



① 専門職の配置

地域に保健師、管理栄養士、歯科衛生士等の医療専門職を配置



⑩ 住民全体

市民の参画機会を充実

健康づくりを支える市民による活動

≫ 平成27年4月より「袋井市健康づくりサポーター活動推進事業」を実施し、健康づくり活動を支える専門職・市民ボランティアを集めています。

(1) 登録講師（専門職）

①健康運動指導者 ...出前健康教室（公会堂・介護予防・事業所等）における運動の実践指導及び講話、出前健康教室（地域活動サークル）における運動の実践指導等を行います。平成31年2月時点では、48名が登録しています。

②保健指導者出前健康教室（公会堂・介護予防・事業所等）における講話又は保健指導等を行います。平成31年2月時点では、12名が登録しています。

③食育講師出前健康教室（公会堂・介護予防・事業所等）における栄養・食育に関する講話等を行います。平成31年2月時点では、4名が登録しています。

(2) 健康づくりボランティア

①健康運動ボランティア 市が実施する健康増進事業における教室等の運営補助や、各種健康イベントのお手伝いなどを行います。平成31年2月時点では、43名が登録しています。

②食育ボランティア 市が実施する健康増進事業における教室等の運営補助や、各種健康イベントのお手伝いなどを行います。平成31年2月時点では、148名が登録しています。

※登録講師に対しては、活動実績に基づき、謝金をお支払いしています。

※健康運動ボランティアに対しては、活動回数が5回以上となった場合、謝金をお支払いしています。

成果

≫ 通いの場等を活用し、専門職によるフレイル対策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ました。

≫ 「は〜とふるプラザ袋井」に健康・医療・介護・福祉が集約されたことにより、全世代に対する総合相談窓口によるワンストップ型のサービスを提供することができ、また、関係機関や各専門職との連携が取りやすくなりました。

取組みにあたっての課題等

≫ 様々な機会を捉え、ポピュレーションアプローチを全面に出した取組みを実施していますが、今後は、ハイリスク者をはじめ個別指導をさらに充実させる必要があると考えています。

≫ 通いの場に来ない方など、無関心層へのアプローチの仕方に工夫が必要と考えています。今後、民間事業者と協力して無関心層に対する広報活動を行う予定です。すでに、健康づくり課職員とコミュニティセンター職員を対象に、民間事業者からマーケティングスキルやチラシ作成方法等を教わる研修会を2回行いました。研修会の成果を生かし、まちづくり協議会やコミュニティセンターと連携・密着した事業の展開をめざし、平成31年度の計画を一緒に立てています。

これから取組む市町村へのコメント

≫ 縦の連携だけでなく、横の連携を密にすることが大切です。複数の課が連携し、一緒に体制を考えることで、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施がスムーズに進むのではないのでしょうか。

≫ 「介護に携わる保健師」、「医療に携わる保健師」というように、勤務先や所属が異なるとしても、同職種同士で連携が取れると、互いに相談ができ、相乗効果が生まれると思います。

市町村事例 ⑥

愛知県長久手市

① 専門職の配置

② 情報の把握

③ 地域課題分析

④ アウトリーチ

⑤ 保健事業の接続

⑥ フレイル対策

⑦ 通いの場への関与

⑧ 参加勧奨・助言

⑨ 通いの場の拡充

⑩ 住民全体

⑪ 更なる取組み

市町村の概要

面積：21.6km²

人口：57,394人

世帯数：23,291世帯

高齢化率：15.1%

第7期介護保険料基準額（月額）：5,345円

後期高齢者一人当たり実績医療費：893,917円



（出典）長久手市提供

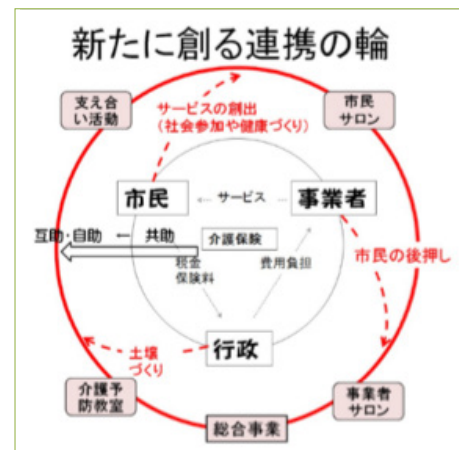
取組みのポイント

- ≫ 介護保険外で独自のサービスを提供
- ≫ 高齢者の困りごとを市民の高齢者ボランティアが支援する仕組みを構築

取組みのきっかけ

地域の自助・互助を強くする支援

- ≫ 長久手市では、昔当たり前にあった、近所の助け合い、支え合いを取り戻したいという思いが根底にあります。将来的には、市役所の介入がなくても助け合い、支え合いができるような地域性を取り戻していきたいという目標があり、自助・互助を強くしていく必要があると考えています。
- ≫ 「介護予防・日常生活支援総合事業」を、長久手市の特徴、地域特性を出していけるような取組みとして考えていきました。



図：新たに創る連携の輪

（出典）長久手市ホームページ

取組み全体の体制

- ≫ 従来、長寿課、保険医療課、健康推進課の3課がそれぞれ健康教室を行っていましたが、各課の担当間で、お互いが何をやっているのか分からないという問題意識がありました。それぞれの課で似たような取組みをしていることもあり、半年に1回、担当者レベルで集まり情報交換をするようになりました。
- ≫ 長寿課が介護予防を担当し、保険医療課で国民健康保険や後期高齢者医療制度を担当しています。また、健康推進課では、健康増進について年齢を問わず担当しています。



④アウトリーチ

アウトリーチ支援等を通じた医療サービスへの接続

調査票を用いて、高齢者の状況把握～アウトリーチ支援への接続

●調査票を用いて高齢者の状況を把握

- 市役所から対象者に郵送により、調査の要・不要を尋ね、調査が不要であれば連絡をもらいます。不要の連絡は、4割程度となっており、連絡がなかった人を、民生委員が訪問し、調査票（「長久手市実態把握票／避難行動要支援者登録申請書」）を作成します。訪問は、民生委員の仕事の一環としてお願いしています。
- 調査票の項目は、「健康状態、家族等の状況、住環境、避難行動要支援、利用希望福祉サービス、家族・地域との交流、生活状況、外出について」などの構成になっています。調査票への入力、前年の調査票をベースに、変わっている項目があれば必要に応じて更新しています。
- 調査は、半年毎に新しく対象となる人を抽出して、調査を行っています。

●アウトリーチ支援

- 調査の期間が終了後、民生委員から調査の結果や特にケアが必要な人についての報告を受けています。地域包括支援センター職員、市役所職員が同席しています。
- 民生委員が対象者と行政の間に入ってくれることで、対象者本人の意向や状況に配慮しながら円滑にアプローチができています。

●医療サービスへの接続

- 認知症など、医療支援が必要なケースは、初期集中支援を地域包括支援センターが担当しています。
- 民生委員の訪問による見守りだけでは、対象者を医療的なアプローチに繋げることは難しいと感じています。

(様式第1号) 長久手市実態把握票／避難行動要支援者登録申請書			
調査年度	行政区	小学校区	中学校区
地域包括支援センター			
氏名		性別	血液型
氏名		男・女	○A ○B ○O ○AB
生年月日		大正 昭和 年 月 日	
住所		電話番号 (FAX ○有 ○無) 携帯電話	
該当区分		☐ ひとり暮らし ☐ 後期高齢者世帯 ☐ 障がい者 ☐ 要介護 ☐ その他 ☐ 福祉手帳 ☐ なし ☐ 申請中 ☐ あり ☐ 身体【種 類】 ☐ 知的【判定】 ☐ 精神【級】 ☐ 介護認定 ☐ なし ☐ 申請中 ☐ あり ☐ 要支援 ☐ 要介護() ☐ 要介護()	
現在利用している福祉サービス		☐ 緊急通報システム ☐ 有 ☐ 無 ☐ 食の自立支援 ☐ 有 ☐ 無 ☐ その他のサービス ()	
健康状態		☐ 無 ☐ 有 (病名) ☐ 有 (病名) ☐ 無 ☐ 有 (病名) ☐ 有 (病名) ☐ 無 ☐ 有 (病名) ☐ 有 (病名) 主治医 医療機関名 (診療科名) 電話番号 主治医 医療機関名 (診療科名) 電話番号	
家族等の状況		緊急連絡先 ①氏名 (対象者から見た続柄) 住所 電話番号 携帯電話 ②氏名 (対象者から見た続柄) 住所 電話番号 携帯電話 ③氏名 (対象者から見た続柄) 住所 電話番号 携帯電話 頼りになる人 (相談者) 氏名 (対象者から見た続柄) 住所 電話番号 携帯電話	
住環境		☐ 戸建て ()階 ☐ 階 ☐ 集合住宅 ()階 ☐ 階 ☐ 階 ☐ 階 居室の場所 ()階の ()番段の部屋 ()階の ()番段の部屋 手すりの設置 ☐ 無 ☐ 有 ()玄関 ☐ 廊下 ☐ 階段 ☐ 浴室 ☐ トイレ	
避難行動要支援		担当民生委員 氏名 () 住所 () 電話番号 () 災害時の避難支援者 (近所の人) 氏名 () 住所 () 電話番号 () 緊急連絡先 () 氏名 () 住所 () 電話番号 () 例: (目が不自由) (車いす使用) (危険通報指示を感知できない) 等	

(様式第2号)	
福祉サービス	☐ 食の自立支援事業 ☐ 緊急通報システム ☐ 紙おむつ助成金支給 ☐ 寝具・洗濯乾燥サービス ☐ 訪問理美容サービス ☐ 高齢者住宅改修 ☐ 高齢者等家具転倒防止 ☐ 高齢者防犯対策 ☐ ワンコインサービス ☐ 認知症高齢者等家族サービス ☐ 安心メールサービスの登録 ☐ その他のサービス ()
家族・地域との交流	家族との会話 ☐ 週1回 ☐ 週2～3回 ☐ 毎日 ☐ その他 () 友人・近所の人とのつきあい ☐ 週1回 ☐ 週2～3回 ☐ 毎日 ☐ その他 () 地域交流 ☐ 自治会 ☐ シニアクラブ ☐ サロン ☐ サークル ☐ その他 ()
生活状況について	日常の困り事 ☐ 食事・調理 ☐ 買物 ☐ 掃除・洗濯 ☐ ゴミ出し ☐ 入浴 ☐ 移動手段 ☐ その他 () 食事 ☐ 自炊 ☐ 家族等援助 ☐ 宅配弁当 ☐ その他 () 買物 ☐ 自分で ☐ 家族と一緒に ☐ 宅配サービス ☐ 福祉サービス ☐ その他 () 掃除 ☐ 自分で ☐ 家族と一緒に ☐ 民間掃除サービス ☐ 福祉サービス ☐ その他 () 日中主に過ごす場所 ☐ 自宅 ☐ 友人宅・親戚宅 ☐ サロン・サークル ☐ 勤務先 () ☐ その他 ()
外出について	外出頻度 ☐ 週1回 ☐ 週2～3回 ☐ 毎日 ☐ その他 () 外出先 ☐ 買物 ☐ 家族・友人の家 ☐ サロン・サークル ☐ 病院 ☐ その他 () 移動手段 ☐ 自家用車 ☐ 自転車・徒歩 ☐ 家族・友人の運転 ☐ タクシー ☐ その他 ()
特記事項	

図：長久手市実態把握票／避難行動要支援者登録申請書

(出典) 長久手市資料



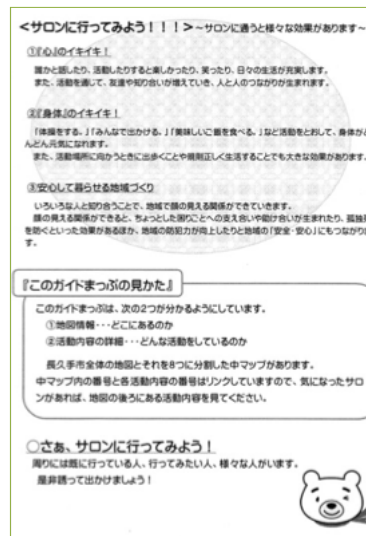
⑥フレイル対策

フレイル対策を視野に入れた取組みを実施

サロンに参加したい人、参加してもらいたい運営者を結びつける情報誌の作成

サロン（通いの場）情報誌の作成

- ≫ 通いの場はサロンのようなもので、参加者が一緒に楽しむ場所となっています。参加したい人と運営者を結びつける目的で冊子を作成しており、市役所・地域包括支援センター等に置いてあります。市民からサロンの情報について問合せがあった時など、この冊子から探してもらいます。
- ≫ 生活支援コーディネーターが、運営者にアンケート調査を行い、通いの場の情報を冊子にまとめています。運営者にはパソコンを利用しない高齢者も多く、通いの場の情報の更新は、直接、運営者に会って確認作業を行うこともあるため、情報整理に負荷がかかります。



図：行こ居こガイドマップ

（出典）長久手市資料



⑩住民全体

市民の参画機会を充実

高齢者の困りごとを市民のボランティアがワンコインで支え合う仕組み

ワンコインサービス

- ≫ 高齢者のちょっとした困りごとを市民のボランティアがワンコインで支援する仕組みを、平成25年から開始しました。ニーズが増えたため、平成29年3月からは、運営を市内のNPOに委託し、支援される人と支援できる人のマッチングをしています。
- ≫ サービスの利用には、支援される人、支援できる人の両方ともに、事前登録をする必要があります。支援できる人は、概ね60歳以上の登録条件がありますが、重い家具の移動などの作業もあることから、若い人の登録も進めています。高齢者が優先ですが、若い人にも活躍の場を広げています。
- ≫ 支援者には1件につき300円（交通費名目）を市から支援しています。
- ≫ 地域支援事業費の一般介護予防事業にて行っています。（支援する側の介護予防という振り分け）

【サービスの内容】

- 10分以内の作業（一回100円）
ゴミ捨て、郵便物投函、電球交換など
- 30分以内の作業（一回500円）
買い物代行、草取り、窓ふき、家具の移動など
- 支援される人
65歳以上の独居、75歳以上のみの世帯
- 支援できる人
概ね60歳以上の人
（一人でもグループでも登録が可能）



図：長久手市ワンコインサービスのご案内

（出典）長久手市資料



⑪ 更なる取組み

保健医療の視点から更なる取組み

送迎サービス付きの買い物で、健康づくりができる仕組み

買い物リハビリテーション

- ≫ 送迎付きの介護予防教室を元々実施しており、その派生版として、民間のスーパーに場所を提供してもらい、買い物リハビリテーションの仕組みを作りました。平成29年半ばから検討を始め、平成30年7月に開始しました。
- ≫ 生活機能の低下で外出が難しい人、サロンやデイサービスにも行きたくない人でも、買い物はしたいという意欲があり、交流の場になっています。特に女性の場合は、食料品が自分で買えて、自分で料理もできることが自立支援に繋がっています。
- ≫ 閉じこもり、転倒・栄養等に関する独自チェックリストを用い、利用者自身が記入、または第三者が聞き取りして記入した状態を点数化し、点数が基準点を超える方を原則の参加対象としています。
- ≫ 事業の実施に当たっては、送迎を含む事業運営を市から民間企業・介護サービス事業所等に委託しています。費用は、一般介護予防事業で負担しています。
- ≫ 登録者は20～25名程度、現状の参加者は5～10名ですが、サービスの内容について周知し、理解が広まれば、よりサービスが活用されるのではないかと期待しています。
- ≫ 買い物リハビリテーションが、要支援の人が受ける基準緩和型のサービスモデルになりえると考え、地域包括支援センターと事業所で、毎月、事業に関する意見交換をしています。

【サービスの内容】

- お迎え→健康チェック（血圧、脈拍測定）→体操（30～60分）→買い物→お送り
- 市内に2か所（1か所は週1回。1か所は隔週で午前、午後の2回）。
- 利用者負担は、「アピタ」が300円、「平和堂」ではランチ交流会も行っており、ランチ込みで1,000円。



図：買い物リハビリテーション

（出典）長久手市資料

成果

- ≫ ワンコインサービスの利用件数は増加しており、住民主体のサービスが浸透しつつあります。
- ≫ また買い物リハビリテーションにより、既存のサービスでは関わりが難しかった高齢者の利用も生まれています。

取組みにあたっての課題等

- ≫ 要支援のデイサービス、ヘルパーが市町村事業になったことで、支援の費用が増えていくことが課題となっています。
- ≫ 長久手市はレスパイト型の通所型サービスがほとんどを占め、リハビリ型がないため、近隣市町村の事業所に利用者が流れています。最適なりハビリ型のサービスを市内で形成していく必要があると考えていますが、事業所や専門職等の地域資源が少ないことが課題です。
- ≫ ワンコインサービスや買い物リハビリテーションのように、事業者や市民の力を活用し、連携していくことが必要ではないかと考えています。

これから取組む市町村へのコメント

- ≫ 今後、買い物リハビリテーションやワンコインサービスなどの、介護保険外のサービスが必要不可欠になると感じています。
- ≫ 仕組みとして管理していけるような枠組み（民間企業、介護サービス事業者など）で取組んでいけることが理想です。
- ≫ 介護保険事業にとらわれ過ぎず、新しいことを考えていくことが重要です。

市町村事例 ⑦

三重県津市

① 専門職の配置

② 情報の把握

③ 地域課題分析

④ アウトリーチ

⑤ 保健事業の接続

⑥ フレイル対策

⑦ 通いの場への関与

⑧ 参加勧奨・助言

⑨ 通いの場の拡充

⑩ 住民全体

⑪ 更なる取組み

市町村の概要

面積：711.2km²

人口：281,127人

世帯数：125,261世帯

高齢化率：27.7%

第7期介護保険料基準額（月額）：6,456円

後期高齢者一人当たり実績医療費：820,235円



（出典）津市提供

取組みのポイント

- ≫ 栄養パトロールは、個別栄養支援と地域栄養ケア支援を実施
- ≫ 栄養パトロールで得られた情報は、地域包括支援センターや関係者と情報連携し、さらに地域課題の解決にもつなげる

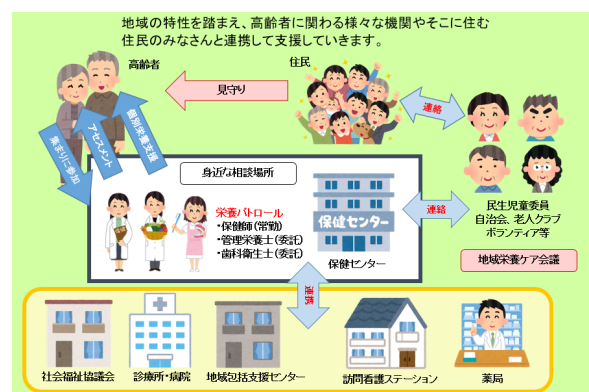
取組みのきっかけ

地域特性を活かして、長く暮らし続けられる地域づくりを目指す

- ≫ 津市M地域では、人口は減少、高齢化率は増加しています。山間部で交通の便が悪い、病院が遠い、福祉サービス不足、買い物の場所が少ない・遠いなどの課題があると同時に、地域のつながりがある、自分の役割と仕事を知っているなどの強みもあるという地域性を踏まえ、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により健康寿命の延伸を、と考えるようになったことがきっかけです。
- ≫ 津市では、高齢者の特性を踏まえた低栄養やフレイルの予防に取り組んでおり、平成27年度から、M地域をモデル地区とし、保健師・管理栄養士・歯科衛生士が地域で行われているサロンや集まりの場などへ出向き、生活習慣や食生活に関するチェックと食生活に関する相談・支援を行う「栄養パトロール」をスタートしました。

取組み全体の体制

- ≫ 栄養パトロールは保健師・管理栄養士・歯科衛生士を中心に、関係機関と連携して実施しています。



図：栄養パトロールの実施体制

（出典）津市資料

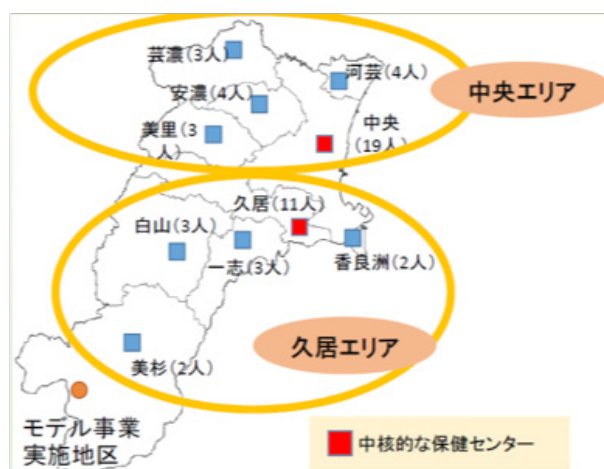


① 専門職の配置

地域に保健師、管理栄養士、歯科衛生士等の医療専門職を配置

医療専門職による栄養パトロールの実施

- ≫ 津市健康づくり課には、保健師8人、管理栄養士1人が、保健センターには、保健師42人、助産師4人、看護師4人、歯科衛生士1人（臨時職員、嘱託職員含む）が配置されています。
- ≫ 栄養パトロールの実施に当たっては、管理栄養士と歯科衛生士に委託をしています。



図：各保健センターの保健師等の人数（臨時職員を含む）
（出典）津市資料



④ アウトリーチ

アウトリーチ支援等を通じた医療サービスへの接続



⑥ フレイル対策

フレイル対策を視野に入れた取組みを実施



⑦ 通いの場への関与

通いの場等にも医療専門職が積極的に関与

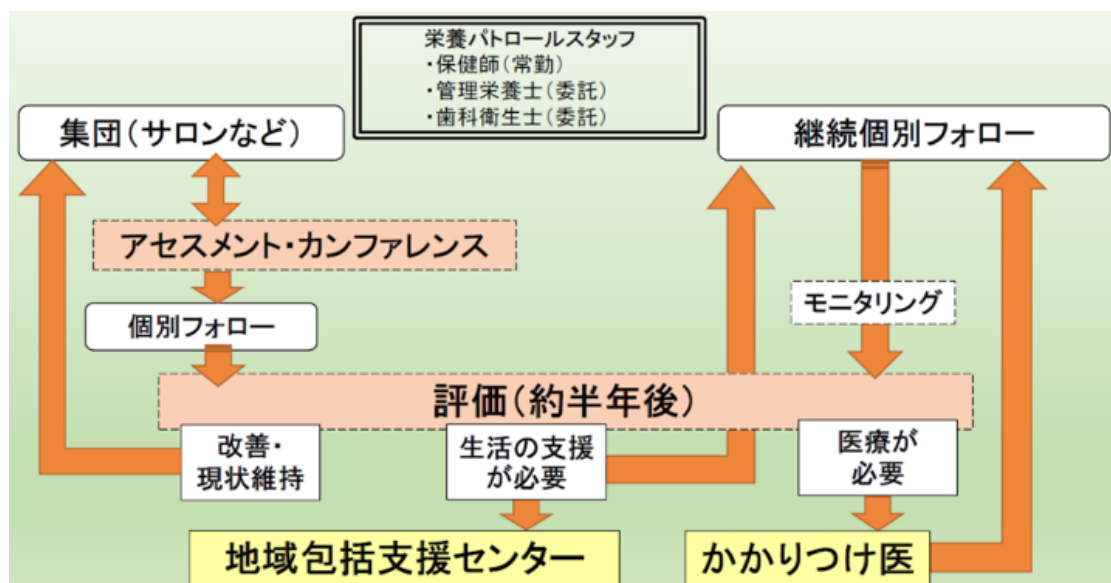


⑪ 更なる取組み

保健医療の視点から更なる取組み

個別栄養支援では基本チェックリスト等を活用

- ≫ まずは、モデル地域（40～50戸の地域）を設定し、保健センターの保健師と管理栄養士（委託）で全戸訪問を実施しました。訪問にあたっては、独自に作成した「栄養パトロールチェックシート」と「基本チェックリスト」を活用しました。これらの結果が心配な方については、地域包括支援センターやかかりつけ医に情報提供をしています。



図：平成30年度栄養パトロールの実施体系
（出典）津市資料

記載日 年 月 日

氏名	男・女	住所	津市
電話番号	生年月日	T・S 年 月 日 (歳)	

栄養パトロールチェックシート

栄養パトロールチェック ～①食欲～

設 問	回 答
(ここ1か月の食生活について)	ほとんどない (1)・あまりない (2)・普通 (3)
① 食欲はありますか	ある (4)・とてもある (5)
(ここ1か月の食生活について)	数口で満腹 (1)・3分の1くらいで満腹 (2)
② 食事の時どれくらい食べると満腹感を感じますか	半分ほどで満腹 (3)・ほとんど食べて満腹 (4)
(ここ1か月の食生活について)	全部食べても満腹感がない (5)
(ここ1か月の食生活について)	とてもまずい (1)・まずい (2)・普通 (3)
③ 食べ物の味をどのように感じますか	おいしい (4)・とてもおいしい (5)
(ここ1か月の食生活について)	とても沈んでいる (1)・沈んでいる (2)
④ 普段、どのような気分で食事をしていますか	沈んでもなく、元気でもない (3)
	元気 (4)・とても元気 (5)

食欲の低下が、低栄養状態やフレイル（虚弱）につながる要因となります。

(出典) Y Takahashi, K Okumura, et al. "Development of the Japanese version of the Council on Nutrition Appetite Questionnaire and its simplified versions and evaluation of their reliability, validity, and reproducibility." Journal of Epidemiology 2017.

栄養パトロールチェック ～②口腔～

設 問	回 答
⑤ 1日何回歯を磨きますか	() 回
⑥ かかりつけ歯科医はありますか	はい いいえ

栄養パトロールチェック ～③医療・生活～

設 問	回 答
⑦ 就業または何らかの地域活動をしていますか	はい いいえ
⑧ 1日に1回以上は、誰かと一緒に食事又はお茶をしますか	はい いいえ
⑨ ほぼ同じ年齢の同性と比較して健康に気がつけた食事を心がけていますか	はい いいえ
⑩ 自分で食事の準備ができますか	はい いいえ
⑪ 1日あたりの内服している薬の種類はいくつですか (名称別薬剤数)	() 種類
⑫ 1日あたりの外用している薬の種類はいくつですか (名称別薬剤数)	() 種類
⑬ 受診医療機関はいくつですか	() カ所

【主観的健康感】自分の健康状態をどう思いますか ①よい ②まあよい ③ふつう ④あまりよくない ⑤よくない

基本チェックリスト

●●●次の質問に、あまり深く考えずにお答えください。●●●

全ての回答欄に記入し、「はい」「いいえ」の横に書いてある点数を足してみよう。

	質 問	回 答
生活機能全般	①バスや電車で1人で外出していますか	はい(0点) いいえ(1点)
	②日用品の買い物をしていますか	はい(0点) いいえ(1点)
	③預貯金の出し入れをしていますか	はい(0点) いいえ(1点)
	④友人の家に訪ねていますか	はい(0点) いいえ(1点)
	⑤家族や友人の相談にのっていますか	はい(0点) いいえ(1点)
	①～⑤の合計	点
運動の機能	⑥階段を手すりをつたわずに昇っていますか	はい(0点) いいえ(1点)
	⑦椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	はい(0点) いいえ(1点)
	⑧15分続けて歩いていますか	はい(0点) いいえ(1点)
	⑨この1年間に転んだことがありますか	はい(1点) いいえ(0点)
	⑩転倒に対する不安は大きいですか	はい(1点) いいえ(0点)
	⑥～⑩の合計	点
栄養状態	⑪6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少はありましたか	はい(1点) いいえ(0点)
	⑫身長()cm、体重()kg BMI18.5未満なら該当 *BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)	はい(1点) いいえ(0点)
	⑪～⑫の合計	点
口腔機能	⑬半年前に比べて堅いものが食べにくくなりましたか	はい(1点) いいえ(0点)
	⑭お茶や汁物等でむせることがありますか	はい(1点) いいえ(0点)
	⑮口の渇きが気になりますか	はい(1点) いいえ(0点)
	⑬～⑮の合計	点
用じこもり	⑯週に1回以上は外出していますか	はい(0点) いいえ(1点)
	⑰昨年と比べて外出の回数が減っていますか	はい(1点) いいえ(0点)
	⑯～⑰の合計	点
認知症	⑱周りの人から「いつも同じ事を聞く」等の物忘れがあるとされますか	はい(1点) いいえ(0点)
	⑲自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	はい(0点) いいえ(1点)
	⑳今日が何月何日かわからない時がありますか	はい(1点) いいえ(0点)
	㉑㉒㉓の合計	点
うつ	㉔(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	はい(1点) いいえ(0点)
	㉕(ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	はい(1点) いいえ(0点)
	㉖(ここ2週間)以前は薬にできていたことが今ではおっくうに感じられる	はい(1点) いいえ(0点)
	㉗(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	はい(1点) いいえ(0点)
	㉘(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	はい(1点) いいえ(0点)
	㉔～㉘の合計	点

この情報は、生活の課題づくり事業及び介護予防事業に役立てるため、高齢福祉、地域包括ケア推進室と情報共有し、統計処理をして分析する等活用させていただきます。

図：栄養パトロールチェックシートと基本チェックリスト
(出典) 津市資料

- 訪問の際は、栄養のことだけでなく、生活状況全般、将来の希望などを確認し、長期・短期目標などを話し合ったうえで、個々の栄養ケア計画書を作成します。計画書の目標に沿って、ご自身が何をするのかを書いてもらい、それに合わせたアセスメントをして計画を見直していくことをしています。
- モデル地域以外の地区では、地域で行われているサロンや通いの場などへ出向き、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・支援を実施しています。通いの場に来られない人は、自宅へ訪問し支援をしています。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をしています。
- これらの取組みは、高齢者を年齢で区切れるものではないため、年齢に関係なく同じ支援をしています。

- ③ 地域課題分析

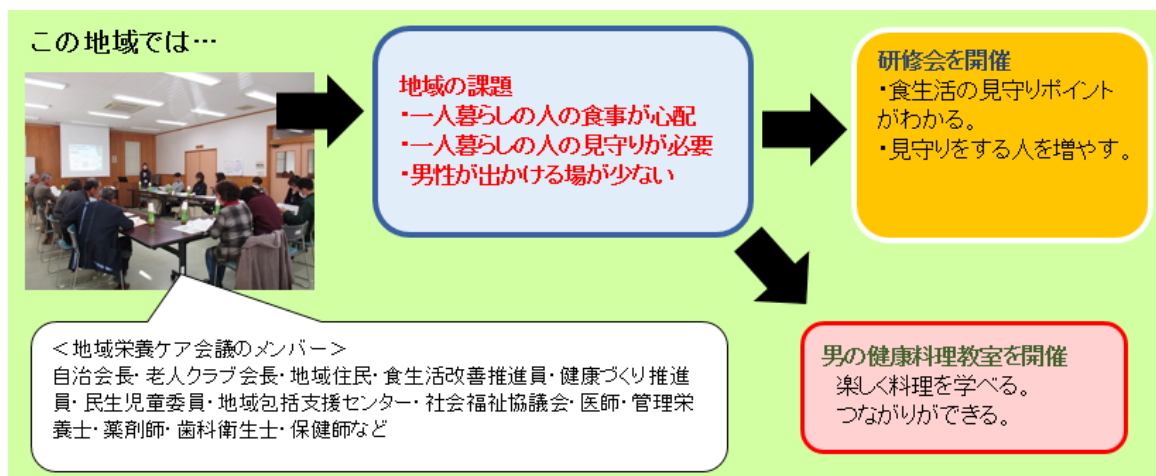
地域の高齢者の健康課題を整理・分析
- ⑩ 住民全体

市民の参画機会を充実
- ⑪ 更なる取組み

保健医療の視点から更なる取組み

多様な関係者が一堂に集う地域栄養ケア会議で、地域課題の解決につなげる！

- 個別栄養支援で把握した課題や、地域の住民との意見交換で吸い上げた意見をもとに、地域の栄養課題を抽出し、改善に向けた検討を行うために地域栄養ケア会議を実施しました(平成27年度は3回実施)。
- 自治会長、老人クラブ会長、地域住民、地域包括支援センター職員、社会福祉協議会職員、市職員、民生児童委員、各専門職など、幅広い分野の方が参加者となり、会議をしています。



図：地域栄養ケア会議

（出典）津市資料

- ≫ 洗い出された地域栄養課題から、地域にあった取組みを検討・実施しています。例えば、住民向けの研修会（高齢者の見守り・低栄養やフレイル予防の研修会）の実施、男性健康料理教室、健康体操教室などが取組みとして実施されました。

成果

- ≫ 個別栄養支援の取組みを通じて、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）がある人や、体脂肪が増加した人も多く見られたことから、今後の取組みの検討につながりました。
- ≫ 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になりました。
- ≫ 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い段階で気付くことができ、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と考えられます。
- ≫ 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の一つとなりました。
- ≫ 取組み全体を通じて、住民個人が、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ること、自立して暮らせる意欲に繋がったと考えられます。

取組みにあたっての課題等

- ≫ 利用者本人からは自分の状態についてなかなか医者に言えないケースがあります。利用者の実態を保健師から医師に連絡できるようなツール（連絡票）を作りましたが、早い段階で作っておけば、医療との連携が更にスムーズだったと考えられます。
- ≫ 地域の関係者の理解がポイントです。民生委員、自治会長などの地域の関係者と顔の見える関係であることや、保健師の業務内容について理解を十分に得られていると、取組み全体が進みやすくなります。
- ≫ 同じ市町村の中でも、市街地や山間部といった地域性があることを考慮することも重要です。

これから取組む市町村へのコメント

- ≫ 健康づくりの部署であったことから、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施については最初から違和感はありませんでした。庁内の関係部署や関係団体、地域住民との連携を強化できると効果的な取組みになると考えています。

滋賀県東近江市



市町村の概要

面積：388.4km²

人口：114,604人

世帶數：43,368世帶

高齡化率：24.6%

第7期介護保険料基準額（月額）：5,200円

後期高齢者一人当たり実績医療費：925,844円



(出典) 東近江市提供

取組みのポイント

≫後期高齢者ウエルカム事業「いきいきシニア75」に、運動指導・体力測定・栄養指導をはじめ、介護予防事業、終活をセットにし、高齢者の健康づくりに関係する課が部の枠組みを越えて連携し、新たなフレイル対策の枠組みを構築

取組みのきっかけ

後期高齢者ウェルカム事業「いきいきシニア75」

➤ 平成17・18年度の合併により1市6町から「東近江市」が誕生しましたが、合併前の市町での介護予防や保健事業の取組みについて差がありました。このような背景から合併前に実施していた老人保健制度の中で、該当者を前月に集め、保険証の交付や制度説明、保健師からの健康づくりの説明をしていた町の事業を復活させ、健康ポイントプログラム（マイレージ）とセットにした事業を実施できないかということになり、関係課が集まりました。

取組み全体の体制

➤ 「地域から医療福祉を考えるフォーラム」の開催を健康福祉部（福祉総合支援課、長寿福祉課、地域医療政策課、健康推進課）、市民環境部（保険年金課）が協力して開催したことなどから、部署を越えた連携が生まれました。新たな介護予防事業の検討会を構成し、滋賀県後期高齢者医療広域連合や東近江保健所を巻き込み、事業のネーミングを決めることから始め、関係者みんなで作ったプログラムが完成しました。

➤ この後期高齢者ウエルカム事業「いきいきシニア75」は、75歳という年齢で全市民を対象としており、介護保険と連携した事業構築が可能なものでした。

≫ ウェルカム事業のプログラムに介護予防事業をドッキングさせ、新たなフレイル対策の枠組みを構築しました。

項 目	内 容
実行開始	資料、連絡表送付の交付
育成	身体、健康、血圧、体力測定
顔面あしやつ	主指導員
運動開始 適正歩数	①制度の概要、給付、保険料および今後の手続き等 ②重要事項を伝えるなどの指導 マナーについて、 ③お楽しみ会の説明
運動ケア	④お楽しみ会についての指導
運動指導 活動手段	⑤運動の入り口に、生活習慣病予防について説明 ⑥運動を安全に行いながらいかに楽しむにつなげる (自分の身体を知る)
休憩、準備	(予定が狂ってしまった場合の対応)
果物提供	⑦最速で取り入れたれい物品（ジュース試飲） ⑧「食生活習慣改善シート」の記入 ⑨食べ方のポイント
運動指導	⑩活動時間、運動強度アンケート ⑪実施・判定表と⑫モデル歩行 ⑬コースの案内・施設周知 ⑭運動講話
能力に響ける【挨拶】	⑮「わたしの生き方」朗読 ⑯相談窓口の案内
いきいきシニア75 【健康宣言】	⑰「健康宣言」プログラムのついで
終了あいさつ	
事後手続き	①口頭報告表執筆 ②関係機関への報告書

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

図：いきいきシニア75 プログラム

(出典)「国民健康保険をスタート 後期高齢でステップアップ
介護保険を将来的な軸とした事業連携 ―誰の
ために、何のために―」第2回高齢者の保健事
業と介護予防の一体的な実施に関する有識者会
議 資料3 (厚生労働省) ([https://www.mhlw.
go.jp/content/12401000/000358706.pdf](https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000358706.pdf))



② 情報の把握

高齢者一人ひとりの医療・介護等の情報を一括把握



③ 地域課題分析

地域の高齢者の健康課題を整理・分析

データ分析による、地域特性の細分化（介護保険の認定と医療の新たな関わりを把握）

- ≫ 国民健康保険・介護・医療データ分析事業として、データ分析を実施しました。平成23年4月から平成29年3月の6年分について、住民情報、国民健康保険・後期高齢者医療、介護保険のレセプトデータ、介護保険認定・給付データ、健診データ、死亡個票を連携させ、一体的な分析を行いました。
- ≫ 在宅医療の地域特性が分かるとともに、医療にかかる費用が減っても、介護にかかる費用が増えているといった事例がみられ、介護と医療の総額から社会保障費として考えることが重要であることを理解できました。
- ≫ 分析結果は地域の特性を細分化したもので、介護保険の認定と医療の新たな関わりとして、どのようなイベントが大きな要素となるのか、今後詳細な分析が大きな課題と認識しました。



図：国民健康保険・介護・後期のデータ分析、統合データベースの構造
(出典) 東近江市資料



④ アウトリーチ

アウトリーチ支援等を通じた医療サービスへの接続

特定健診未受診者へのスクリーニング

- ≫ 国民健康保険加入者で特定健診未受診者について個別訪問をして、現在の体調や暮らし方、特定健診未受診の理由などを確認しています。市内14地区を4つのブロックに分け4年に1回、自治体と委託業者を連続させて訪問をしています。(財源は、国の特別調整交付金。)
- ≫ 飛び込みで戸別訪問し、不在の際には不在票を入れて後で電話をしています。
- ≫ 訪問した地域は健診の受診率が上昇する傾向にありましたが、継続して受診できない現状もあるため、平成30年度から実施方法を再構築し、対象者に併せた勧奨内容を実施しています。
(例：過去5年以内に受診履歴のある人にはその結果分析を送付しました。)



⑤ 保健事業の接続

国民健康保険と後期高齢者医療制度の保健事業を接続

健康保険から後期高齢者医療制度へのスムーズな移行

- ≫ 後期高齢者ウエルカム事業「いきいきシニア75」を実施しています。翌月に75歳を迎えられる方を対象に、市内4か所で下記の説明会を開催しています。これにより、各種健康保険から後期高齢者医療制度へのスムーズな移行ができています。
 - 後期高齢者医療被保険者証の交付、制度説明
 - 保健師による適正受診や健診・介護予防の説明
 - 管理栄養士による栄養指導
 - 運動指導士による運動指導
 - 口腔指導
 - 終活
 - 健康貯金の説明

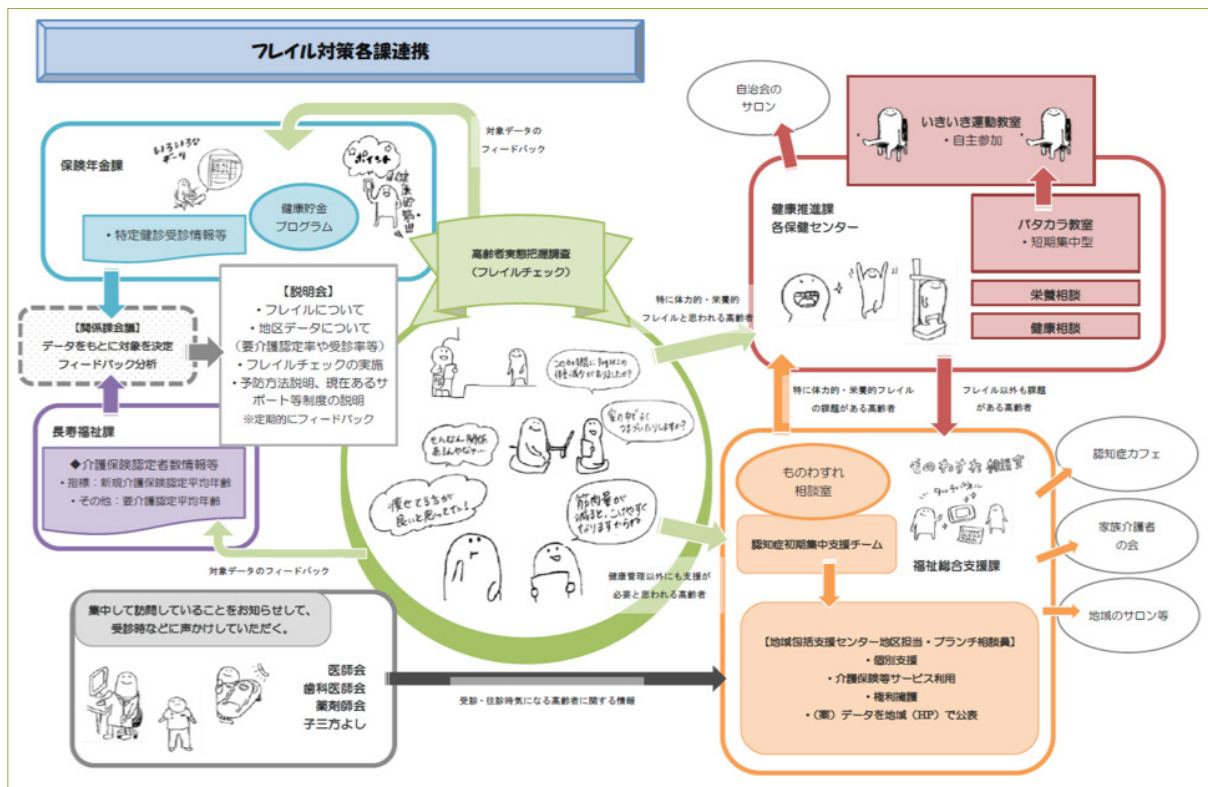


⑥ フレイル対策

フレイル対策を視野に入れた取組みを実施

各課の情報連携による、フレイル対策、介護・医療データ分析の取組み

≫ 主に保険年金課、健康推進課、福祉総合支援課が連携し、フレイルチェック、いきいき運動教室、物忘れ相談室、介護・医療データ分析等の取組みについて情報連携して実施しています。



図：フレイル対策各課連携

(出典)「国民健康保険をスタート 後期高齢でステップアップ 介護保険を将来的な軸とした事業連携－誰のために、何のために－」第2回高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に関する有識者会議 資料3（厚生労働省）
(<https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000358706.pdf>)



⑧ 参加勧奨・助言

通いの場への参加勧奨や事業内容全体への助言を実施



⑨ 通いの場の拡充

通いの場を大幅拡充、個人へのインセンティブ措置等を活用

「健康貯金」のポイント制度による目標の達成

≫ 「健康貯金」の制度を作りました。

- 毎日できる目標を2つ決めて、毎日、「健康日誌」に記入をします。
- 目標を達成できればポイントになり、1ポイント2円で商品と交換が可能になります。使途は商品券が一番多い状況です。
- 制度を作って1年程度では殆ど費用が発生しないため予算要求もしやすかったです。平成30年度の参加者は30～40%で、年々参加者数と参加率が増加し、健康貯金への参加者も増加しています。
- また、健康貯金は2年間の取組みになっており、卒業生が徐々に増えています。



図：健康貯金の流れ

(出典)「国民健康保険をスタート 後期高齢でステップアップ 介護保険を将来的な軸とした事業連携－誰のために、何のために－」第2回高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に関する有識者会議 資料3（厚生労働省）
(<https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000358706.pdf>)

成果

- ≫ データ分析の結果が、従来の医療情報に加えて、介護に関する情報と一体化されたため、生涯医療費として把握することができ、地域性も見られるようになりました。
- ≫ 後期高齢者ウェルカム事業におけるフレイル対策を主とした運動などのアンケート（当初と6カ月後）は、保健師やケースワーカー等が個別訪問時に事前に本人の状態を確認する時などに活用しています。
- ≫ 地区ごとの目標や分析データが整理されていることで、住民への保健指導の啓発活動にも役立っています。自身の地域に関連する指導については熱心に聞く傾向にあり、その意味でもデータが生きていると感じます。

取組みにあたっての課題等

【データの収集・分析・活用にあたっての課題等】

- ≫ 介護保険の主治医意見書は手書きであるため、データ化するのに時間がかかり苦心しました。
- ≫ データ分析にあたり、課をまたいでデータを入力しないといけなかったことがネックになりました。
- ≫ 分析結果をどう活用するかは今後の大きな課題です。国が示すことが出来れば躍進するのではないかと思います。
- ≫ 実施したい施策が先行して存在し、その裏付けとしてデータ分析があるのはよいと感じますが、データ分析のみ実施してもあまり意味がないと感じました。

【高齢者の保健事業と介護予防の一体的な取組み】

- ≫ 平成20年に保健事業が開始した当初は、保健師の仕事が増えるなどの理由で歓迎されず、保健師との関係づくりに苦労しました。
- ≫ 平成20、21年当初は、部署間の連携がうまくできずにいましたが、「地域から医療福祉を考える」フォーラムを連帯して実施することで、「実施したい取組みがあるが資金不足」「資金はあるが、人員が足りない」などの問題を抱えた部署間が互いに補い合う形で連携し始めています。
- ≫ 高齢者に対する保健事業が今後主流となるのは間違いないので、「医療と介護の連携」は、国としての大きな目標と課題であるとともに、自治体においては「まちづくり」「地域づくり」のベースとなると感じました。
- ≫ 若者を呼び込もうとする自治体が多い中、「終焉の地」のような位置づけで、高齢者のための高齢者による地域づくりができれば面白いと感じました。

これから取組む市町村へのコメント

- ≫ 一緒にやるべきことを一緒にやる、関係者間で密にコミュニケーションをとることが大事だと考えています。
- ≫ アンテナを高く持つことで、厚生労働省の補助金以外にも各省庁の補助金を得やすくなります。使いやすい補助金が増えていることを活かし、それらを活用すればよいと思います。
- ≫ 関係者間で、お互いに遂行したい取組みを話し合い、それに関する補助金を探しに行くという姿勢が有効です。
- ≫ 最初から「成功する」なんてことは誰もわからないはずで、失敗からこそ真の成功が生まれると思います。仲良く仕事をするよりも、嫌われても言うべきことを言い、事業に対して議論を尽くせばいつか理解しあえると思います。
- ≫ 物事の見方を変えると敵も仲間。逆に仲間も敵になります。全体のフレームを把握して、3次元的な見方が必要です。
- ≫ 庁舎内だけで解決できない場合、近隣市町村、保健所、他保険者などパートナーを探し、共同で事業を実施しましょう。



図：BIWA-TEKUアプリ

※健康推進アプリ「BIWA-TEKU」は、滋賀県内の国民健康保険の保険者を中心に多職主連携で生まれた広域的な健康づくりツールです。

（出典）東近江市資料

市町村事例 ⑨

岡山県勝央町

- ① 専門職の配置
- ② 情報の把握
- ③ 地域課題分析
- ④ アウトリーチ
- ⑤ 保健事業の接続
- ⑥ フレイル対策
- ⑦ 通いの場への関与
- ⑧ 参加勧奨・助言
- ⑨ 通いの場の拡充
- ⑩ 住民全体
- ⑪ 更なる取組み

市町村の概要

面積：54.1km²
 人口：11,183人
 世帯数：4,534世帯
 高齢化率：29.6%
 第7期介護保険料基準額（月額）：6,600円
 後期高齢者一人当たり実績医療費：944,457円



（出典）勝央町提供

取組みのポイント

- ≫ 国保データベース(KDB)システムを用いた対象者抽出と、NPO法人と連携したアウトリーチ支援を実施。低体重の方の体重増加など、結果につながる
- ≫ 通いの場に理学療法士が積極的に関与し、来なくなってしまった方には個別訪問を実施

取組みのきっかけ

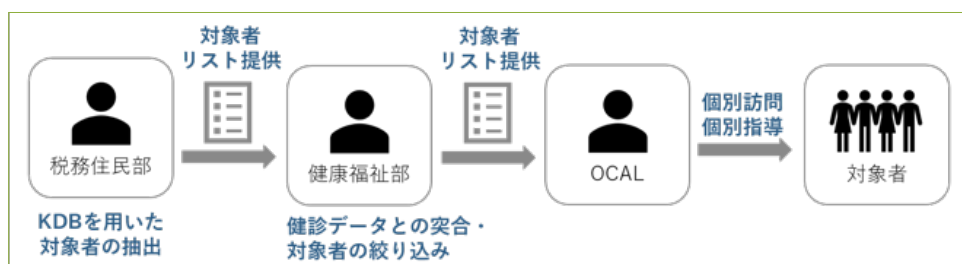
平成28年度後期高齢者医療適正化推進事業をきっかけに、後期高齢者医療業務の連携を開始

- ≫ 勝央町には、医療全般を担当する税務住民部と健診業務を担う健康福祉部があり、国民健康保険に関する業務では、10年ほど前から税務住民部と健康福祉部とで連携をしていました。後期高齢者医療に関しては、健診データを用いた後期高齢者のデータ分析ができていないという課題意識を背景に、平成28年度後期高齢者医療費適正化推進事業をきっかけに、部署間連携と健診データを用いた分析、取組みを開始しました。

取組み全体の体制

●部門間連携

- ≫ 健康福祉部に長年所属していた参事（保健師）の税務住民部への異動をきっかけに、税務住民部と健康福祉部の間で人材交流、連携が始まりました。国民健康保険に関する業務では、健診結果をもとに要経過観察者を税務住民部にて抽出し、健康福祉部で改善講座を実施するというのを、10年ほど前より行ってきました。後期高齢者医療に関する業務においても、平成28年度後期高齢者医療費適正化推進事業をきっかけに連携を開始しました。



図：平成28年度後期高齢者医療費適正化推進事業 全体図（連携一例）

（出典）勝央町へのヒアリング内容を基に三菱総合研究所作成

●担当部署と専門職との連携

- ≫ 地域包括ケア会議（月2回）において、健康福祉部が医療専門職（理学療法士や薬剤師）から助言を受けています。

●専門職同士の連携

- ≫ 在宅医療・介護連携事業では、研修会などを通じて、医師などの専門職同士が連携しやすい環境作りをしています。



④アウトリーチ

アウトリーチ支援等を通じた医療サービスへの接続

国保データベース(KDB)システムを用いた対象者のピックアップとNPO法人と連携したアウトリーチ支援

●実施内容

- ≫ 勝央町では、疾患特徴として心疾患、高血圧が多く、介護認定者の原因疾患でも高血圧や脳梗塞が多くを占めていました。高血圧、心疾患等の重症化を防ぐために、税務住民部と健康福祉部とで連携の上、平成30年度後期高齢者医療費適正化推進事業を実施しました。
- ≫ まずは税務住民部にて、国保データベース(KDB)システムを用いてBMI、血圧、血中脂質が基準から外れている者を抽出し、対象者リストを作成しました。税務住民部から健康福祉部にリストを連携し、対象者リストと健診データを突合させ、最終的に61名（平均年齢81.0歳）まで対象者を絞り込みました。
- ≫ 健康福祉部から特定非営利活動法人 元気寿命を創造する会（以下、「OCAL」という）に、最終的な対象者リストを連携し、OCALが対象者に対する戸別訪問と個別指導を実施しました。

表：各訪問での実施内容

訪問	内 容
1 回目	- 生活状況の把握 - 高血圧症や脂質代謝異常症などに関する疾患理解のための情報提供 - 当日の血圧・体重測定 - 基本チェックリストの聴き取り、回収 - 自己管理（血圧・体重測定など）について指導 - 生活改善目標の設定および指導
2 回目	- 生活状況の把握、基本チェックリストの聴き取り - 当日の血圧・体重測定 - 改善状況の確認、または是正指導

（出典）「平成30年度低栄養防止・重症化予防等事業 実施団体意見交換会（平成30年11月8日（木））」より「岡山県勝央町における後期高齢者医療費適正化推進事業（訪問指導事業）について」（岡山県後期高齢者医療広域連合、岡山県勝央町 税務住民部、NPO法人 元気寿命を創造する会）を基に三菱総合研究所作成

●実施結果

- ≫ 2回の戸別訪問を実施し、各回85%以上の訪問実績となりました。また、各リスク対象者についても、それぞれ改善傾向が確認されました。

表：訪問実績

	1回目訪問	2回目訪問
面接完了者数	53人（86.9%）	52人（85.2%）
面接未完了者数	0人（0.0%）	0人（0.0%）
キャンセル者数	8人（13.1%）	9人（14.8%）

※面接未完了者：面接を実施予定であるが、まだ実施できていない者

※キャンセル者：面接実施予定だったが、訪問先のご都合により訪問が叶わなかった者

（出典）「平成30年度低栄養防止・重症化予防等事業 実施団体意見交換会（平成30年11月8日（木））」より「岡山県勝央町における後期高齢者医療費適正化推進事業（訪問指導事業）について」（岡山県後期高齢者医療広域連合、岡山県勝央町 税務住民部、NPO法人 元気寿命を創造する会）

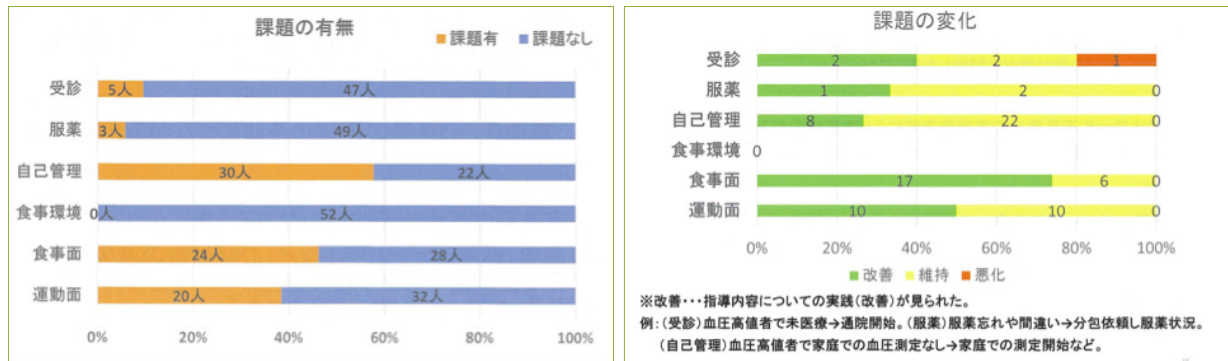
表：訪問結果（n=52）

	評価指標目標	結果
低体重	体重増加 30%	61.5%
	取組 50%以上	38.5%
血圧	血圧改善 20%	23.3%
	取組 50%以上	51.2%
血中脂質	脂質改善 20%	不明※
	取組 50%以上	60.0%
基本チェックリスト（質問項目）	機能向上 30%	47.1%
	取組 50%以上	41.2%

※データ確認可能な方が1人もいなかったため、不明。

（出典）「平成30年度低栄養防止・重症化予防等事業 実施団体意見交換会（平成30年11月8日（木））」より「岡山県勝央町における後期高齢者医療費適正化推進事業（訪問指導事業）について」（岡山県後期高齢者医療広域連合、岡山県勝央町 税務住民部、NPO法人 元気寿命を創造する会）を基に三菱総合研究所作成

表：戸別訪問の対象者が抱える課題の変化



(出典)「平成30年度低栄養防止・重症化予防等事業 実施団体意見交換会(平成30年11月8日(木))」より「岡山県勝央町における後期高齢者医療費適正化推進事業(訪問指導事業)について」(岡山県後期高齢者医療広域連合、岡山県勝央町税務住民部、NPO法人 元気寿命を創造する会)



⑦ 通いの場への関与

通いの場等にも医療専門職が積極的に関与

通いの場の参加者 10%! 参加しなくなった方には理学療法士が戸別訪問

●通いの場の立ち上げから運営まで、専門職が頻繁に関与

- 現在、町内には通いの場が22カ所あります。330人ほどの登録者がおり、参加率は10%程です。通いの場に来なくなってしまった方に対しては、参加者からの情報提供を受けて、理学療法士が戸別訪問を実施しています。
- 通いの場の運営を、理学療法士が支援しています。具体的な支援内容は、以下の通りです。

表：理学療法士による支援内容

時期	具体的な支援内容
立ち上げ後 3 か月間 (指導期間)	- 理学療法士が通いの場を訪問し、タオルを使った体操を指導。 - 頻度は地区によって異なるが、週に 1 度、または月に 2 度程度。
3 か月以降 1 年以内	月に 1 度または 2 か月に 1 度の頻度で、理学療法士と地域包括支援センターの職員が交代して訪問。
1 年以上	3 か月に 1 度の頻度で、理学療法士と地域包括支援センターの職員が交代して訪問し、認知症などの講話・研修を実施したり、介護保険などの話をしたりしている。

(出典) 勝央町へのヒアリング内容を基に三菱総合研究所作成

●今後の展望

- 地域貢献の一環として、平成31年4月から、町内の病院から通いの場に、病院の専門職(管理栄養士、看護師、ドクターなど)を試験的に派遣することを予定しています。
- 現在、医療機関では通いの場に対するイメージがなく、介護保険以外の選択肢がない状況です。通いの場に病院の専門職が関与することで、状態が悪くなった場合に要介護認定の申請だけでなく、医療機関から総合事業につながるケースが増えることを期待しています。



⑨ 通いの場の拡充

通いの場を大幅拡充、個人へのインセンティブ措置等を活用

健康づくりへの取組みにポイント付与。シンプルな形で取組みをスタート

●金時健康ポイント事業

- 平成28年から取組んでいるポイント事業です。勝央町在住の20歳以上の方を対象にスタンプカードを配布しており、平成31年2月末現在の加入者は1,600人です。

- 町が指定する健診事業や研修・教室事業等への参加や、日常の自主的な健康づくりへの取組みに対し、金時健幸ポイントを付与しています。また、通いの場もポイントの対象となります※。
※各通いの場で出席簿が作成されており、定期的に出席率を確認し、ポイントを付与しています。
※通いの場に参加し始めてから3カ月以上経過し、かつ、半年間で8割以上の出席率の方が対象です。
- 1ポイント＝1円分で、50ポイントにつき1つスタンプが押されます。500ポイントごとに、町が実施する健診受診料（集団健診のみ利用可）、美術館・文化ホール入場券、勝央町健康スポーツクラブ利用券、町指定ゴミ袋の購入に利用することができます。
- ポイントカードにスタンプを押す、というシンプルな仕組みにすることで、費用を最小限に抑えるよう工夫しています。



⑪ 更なる取組み

保健医療の視点から更なる取組み

移動販売車を利用した高齢者の見守りを開始し、課題のある人へアプローチ

●移動販売車による高齢者の見守り

- 平成30年10月にできた、住民主体で運営している「どんどん市場」では、週に4回、総菜や果物、雑貨などを販売しています。地域の小さな拠点として位置付けられており、将来的には「どんどん市場」で保健や健康に関する取組みを実施できればと考えています。
- また、平成31年4月からは、移動販売車による販売活動を予定しています。ただ商品を販売するだけでなく、移動販売車の運転士が、個人情報保護の契約を町と交わした上で、見守りチェックリストに基づいた高齢者の見守りと、気になる高齢者の情報を町や地域包括支援センターに提供することを計画しています。勝央町としては、特に認知症や虐待の恐れのある方に関する早急な情報提供を依頼しています。

成果

- 勝央町が行っている取組みに対し、住民から評価の声をいただいております。実際に医療費や介護費も減少傾向にあります。
- 平成30年度後期高齢者医療費適正化推進事業では、体重減少、高血圧、血中脂質など課題のある人に対する戸別訪問と個別指導を実施したところ、半数以上に改善傾向が見られ、フレイル対策効果が確認されました。基本チェックリストも該当数が減少傾向になり、栄養面や運動面での取組み実施も40%以上となり、フレイル予防が期待できることが確認されました。

取組みにあたっての課題等

- 全体の取組みを評価する指標（尺度）がなく、具体的に何が結果に繋がったのかが分かりにくいことが課題と考えています。また、健診結果などの各種データがリアルタイムで取得できない（昨年以前のデータしか取得できない）ことも、取組みの評価の難しさにつながっていると感じています。
- リアルタイムで評価可能なシンプルな指標（尺度）があれば、目標設定や取組みの効果検証がしやすいでしょう。

これから取り組む市町村へのコメント

- 人材確保の課題はどの自治体も抱えていると思いますが、他部署との連携はもちろん、アウトソーシングも検討し、各部署、団体、機関の役割分担をよくご検討いただくことが大切です。
- 勝央町では、健康福祉部に長年所属していた保健師が税務住民課に異動したことで、部署間連携のハードルを下げることができました。部署間連携のための特別な人材を配置するのではなく、まずは、部署間交流を行い、連携のハードルを下げるのが大切です。
- 国保データベース(KDB)システムを活用すると、支援の対象者の抽出が容易にできると思います。その際、地域課題に合わせて対象者の絞り込みを行うことが大切です。

市町村事例 ⑩

広島県呉市

① 専門職の配置

② 情報の把握

③ 地域課題分析

④ アウトリーチ

⑤ 保健事業の接続

⑥ フレイル対策

⑦ 通いの場への関与

⑧ 参加勧奨・助言

⑨ 通いの場の拡充

⑩ 住民全体

⑪ 更なる取組み

市町村の概要

面積：352.8km²

人口：227,965人

世帯数：110,833世帯

高齢化率：33.3%

第7期介護保険料基準額（月額）：5,500円

後期高齢者一人当たり実績医療費：1,077,276円



（出典）呉市提供

取組みのポイント

- ≫ 独自のデータベースを構築・運用している。リスク階層を4段階に定義し、データベースから各リスクに該当する人を抽出の上、リスクレベルに応じた取組みを実施
- ≫ データベースを活用して、市の課題把握・分析の他、施策検討や効果検証を実施

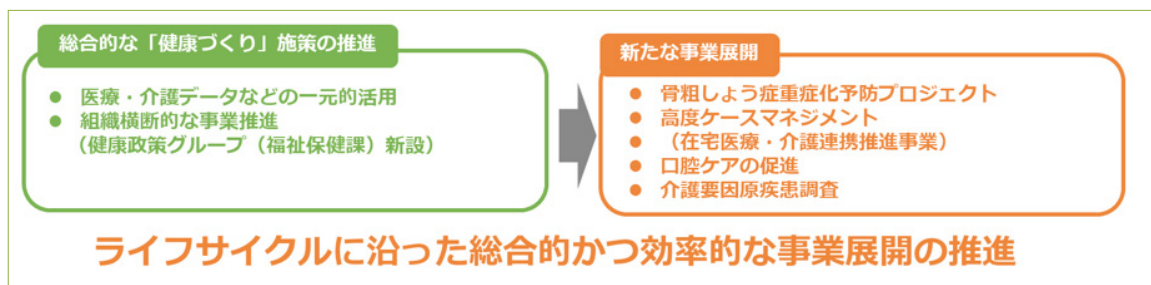
取組みのきっかけ

独自のデータベースを構築し、課題分析や施策を展開

- ≫ 呉市では、一人当たりの医療費が全国の1.3倍と高くなっています。医療費負担の軽減と国民健康保険財政の健全化を図ることを目的に、国民健康保険レセプトと健診データベースを構築し、平成20年7月から、国民健康保険被保険者に対する後発医療品薬品使用促進通知サービスを開始しました。
- ≫ 以降、骨粗しょう症重症化予防プロジェクトなど、データベースを活用した事業を展開し、後期高齢者医療、介護保険まで広がりました。

取組み全体の体制

- ≫ これまで地域保健、医療保険、介護予防、地域包括ケアに分けて施策を展開していましたが、平成30年度から「目指せ！健康寿命日本一プロジェクト」が始まり、総合的な「健康づくり」施策を推進すべく、医療・介護データなどの一元的活用と、組織横断的な事業推進が掲げられました。福祉保健課 健康政策グループが新設され、組織横断的な事業を進める際は、健康政策グループが全体を見渡しています。健康づくりや介護予防など、事業の対象者や内容に応じて福祉保健課、介護保険課、健康増進課などで分担していますが、関連する課や機関とも密に連携しています。
- ≫ 福祉保健課、介護保険課、健康増進課で、現状確認や来年度の話をする会議を都度開催しています。



図：ライフサイクルに沿った総合的かつ効率的な事業展開の推進

（出典）呉市資料「データヘルスによる地域包括ケアの推進（平成30年4月）」を基に三菱総合研究所作成



② 情報の把握

高齢者一人ひとりの医療・介護等の情報を一括把握



③ 地域課題分析

地域の高齢者の健康課題を整理・分析



④ アウトリーチ

アウトリーチ支援等を通じた医療サービスへの接続

独自のデータベースを活用し、市の課題分析から施策展開、施策の効果検証までを実施

●呉市独自のデータベース

- 呉市独自のデータベースは、国民健康保険及び後期高齢者医療制度加入者のレセプトデータ、介護給付データ、特定健診データ、介護要因データ（介護保険の主治医意見書）から構築されています。
- 取り込んだ各種データを元に、広島大学の森山教授、加澤助教に検討いただいたリスク階層に当てはめ、リスクレベル（リスク重度、リスク中度、リスク軽度、健康増進）を判断しています。
- 対象者の抽出とリスク判定（主に「リスク重度」と「リスク中度」）は、福祉保健課が行っています。

表：リスク階層と対応する取組み

リスクレベル	実施している取組み
リスク重度	- 高額医療費使用者、入退院を繰り返す人を対象とした、高度ケースマネジメントを実施している。 - 地域支援事業の在宅医療・介護連携推進事業で、地区に看護師を一名派遣し、アウトリーチを実施している（現在は2地区に派遣）。
リスク中度	疾病の再発・重症化予防や重複・頻回受診を実施している。※多剤投与は現在実施していない。
リスク軽度	- フレイル対策として、閉じこもり・うつ傾向にある高齢者への訪問や電話支援を実施した。 - 一般介護予防の一環として、健康増進課と連携している。
健康増進	- 情報発信やアドバンス・ケア・プランニングの普及活動を行っている。 - 一般介護予防の一環として、健康増進課と連携している。

（出典）呉市資料「データヘルスによる地域包括ケアの推進（平成30年4月）」を基に三菱総合研究所作成

≫ データベースの活用例① 地域の課題分析

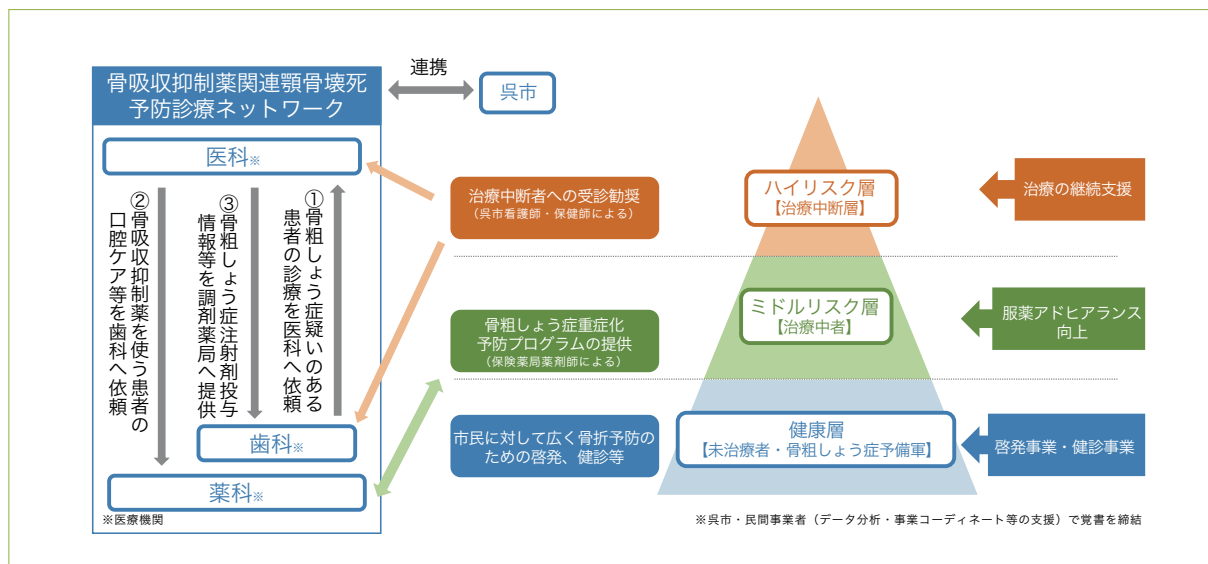
- 広島大学の森山教授と加澤助教に、呉市独自のデータベースを活用した呉市の課題分析を依頼し、資料「自治体の国民健康保険・後期高齢者医療制度 医療・介護費分析から見てくる医療費の使われ方」として整理いただきました。

≫ データベースの活用例② 高度ケースマネジメント

- 介護保険 地域支援事業の在宅医療・介護連携推進事業として、安芸灘地域をモデル地区として、平成28年度から実施しました。呉市のデータベースから「リスク重度」と判断された人に対する高度ケースマネジメントを実施した結果、医療費の削減、特に、入院日数や救急搬送回数の削減がみられました。

データベースの活用例③ 平成29年度骨粗しょう症重症化予防プロジェクト

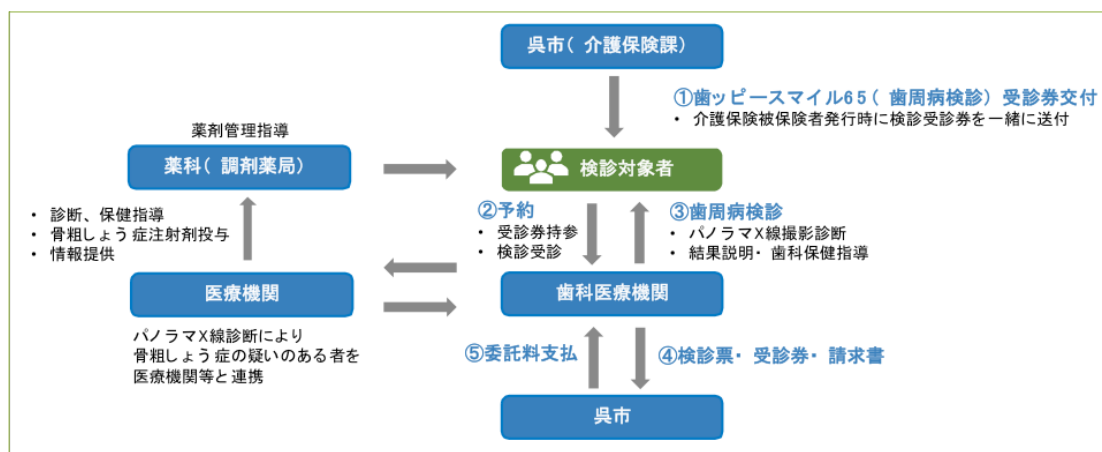
- 後期高齢者医療の介護度別医療費の状況を調べたところ、要支援・要介護者にかかる医療費第一位が「骨折」であることが判明しました。このような課題を受けて、平成29年、福祉保健課が旗振り役となって「呉市骨粗しょう症重症化予防プロジェクト」を立ち上げました。
- このプロジェクトの中では、対象者のリスクレベル別に、治療中断者への受診勧奨、啓発イベント、「シニアのオーラルケアプロジェクト（歯っピースマイル65）」等を実施しました。「シニアのオーラルケアプロジェクト（歯っピースマイル65）」とは、歯周病検診を通じて歯の状態や歯周病の診断、骨の中の異常などを早期発見し、骨粗しょう症のリスクのある人を歯科から医科につなぐ、というプロジェクトです。



図：「平成29年度 骨粗しょう症重症化予防プロジェクト」事業スキーム

（出典）呉市資料「データヘルスによる地域包括ケアの推進（平成30年4月）」を基に三菱総合研究所作成

- 「シニアのオーラルケアプロジェクト（歯っピースマイル65）」
 - * 市内在住の満65歳を対象とした歯周病の無料検診です。介護保険被保険者証と一緒に無料受診券を送付することで、周知と歯周病検診の受診促進を行いました。
 - * 歯周病検診では、歯や歯茎の状態を調べる一般的な歯周病検査に加え、パノラマレントゲン撮影を行いました。レントゲンから骨粗しょう症等が疑われる場合、歯科医師から医科受診勧奨をしました。対象者約1,800人のうち122名が平成30年12月末時点で受診を終えています。受診者のうち3名が骨粗しょう症の疑いがあるとして、医療機関の受診につなげられました※。
 - ※原則、患者のかかりつけ医療機関（内科・外科・整形外科 等）につなげる。
 - * 歯周病検診の費用は健康増進課と国民健康保険で負担し、広報に関する費用は介護保険課が負担しました。



図：歯周病検診のフローチャート

（出典）呉市資料を基に三菱総合研究所作成

成果

- 呉市独自のデータベースは、取り込んでいるデータ自体は国保データベース(KDB)システムと大きな違いはないものの、分析にあたって自由度の高いシステムにしています。あらゆる視点からデータを抽出・分析することができ、地域課題の分析、施策検討、事業の効果検証に活かすことができます。
- 例えば、「高度ケースマネジメント」における成果評価では、データベースを用いたことで医療費の削減、特に、入院日数や救急搬送回数の削減に成功したことが判明しました。

取組みにあたっての課題等

【介護と医療のデータ連結にあたっての課題】

- 厚生労働省の補助金を利用してデータ処理を行っていますが、データ分析には費用がかかります。本来の事業の施策実行にかかる費用の確保が今後の課題です。

【資金、人材確保の課題】

- きめ細やかな取組みを行うには、資金や人員確保の問題をどう解決するか考える必要があります。
 - 呉市では、平成26年度に基本のチェックリストを43,630人に郵送し、29,257人の回収を行いました。その後、平成28年度に広島大学の森山教授に依頼し、基本チェックリストのどの項目に該当した人が介護に移行するリスクが高いのか、平成26年と平成28年の二時点で比較・分析をしました。
 - 分析結果を基に介護リスクの高い人を抽出（各年度50名程度）し、平成28年度と平成29年度に戸別訪問と個別ケアを実施しました。看護師等が3カ月間関わり、アセスメントに基づいて個別指導を行ったり、福祉サービスや医療につなげたりしました。身体的な問題だけでなく、生活環境や栄養状態等様々な問題を抱えた人が多く、支援が必要な人の抽出という点では、研究成果が確認されましたが、行政が継続的に個別ケアを続けることが費用的にも人間的にも難しく、平成29年度を最後に終了しました。

これから取組む市町村へのコメント

- まずは、現状の自治体の課題の把握から始めてはいかがでしょうか。具体的な課題が分かれば、今後必要な対策が検討しやすいと思います。
- また、取組みを継続するには、取組みに対する効果検証、評価を行うことが大切です。効果があると分かれば、予算の確保や取組みに対するモチベーションの向上にもつながります。

市町村事例 ⑪

広島県大崎上島町

① 専門職の配置

② 情報の把握

③ 地域課題分析

④ アウトリーチ

⑤ 保健事業の接続

⑥ フレイル対策

⑦ 通いの場への関与

⑧ 参加勧奨・助言

⑨ 通いの場の拡充

⑩ 住民全体

⑪ 更なる取組み

市町村の概要

面積：43.1km²

人口：7,722人

世帯数：4,285世帯

高齢化率：44.9%

第7期介護保険料基準額（月額）：6,640円

後期高齢者一人当たり実績医療費：1,015,581円



（出典）大崎上島町提供

取組みのポイント

- ≫ 保健師の分散配置をきっかけに、保健衛生課、福祉課、地域包括支援センター間の連携体制を構築
- ≫ 各課の保健師、地域包括支援センターの保健師が連携して、通いの場の立ち上げから運営までを支援

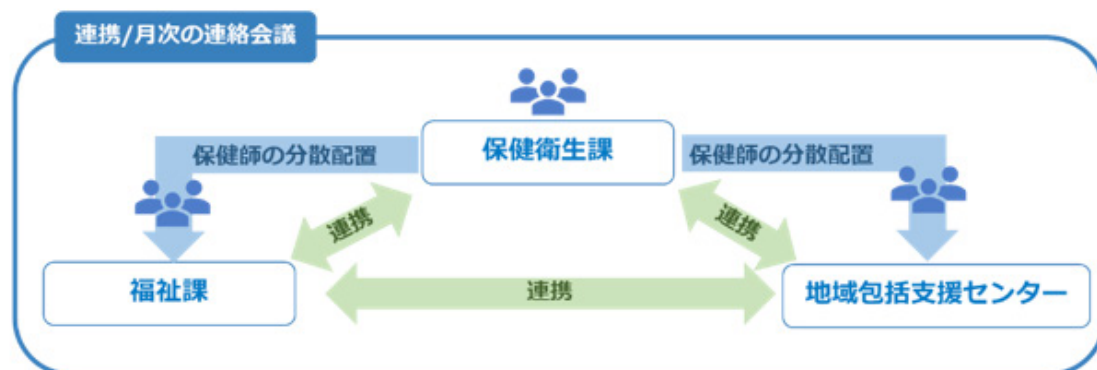
取組みのきっかけ

保健師の分散配置による部門間連携

- ≫ 大崎上島町には、介護予防を担当する福祉課と後期高齢者医療を担当する保健衛生課があります。介護予防・日常生活支援総合事業（以下、「総合事業」という）の開始をきっかけに、平成27年から保健衛生課から福祉課に、介護予防の担当者として保健師が配置されるようになりました。この人材交流と地域支援事業に位置づけられたことを受け、在宅医療・介護の連携推進の担当が保健衛生課から福祉課に移るなど、部門間で連携を行っています。

取組み全体の体制

- ≫ 大崎上島町には管理栄養士1名と保健師6名がおり、保健衛生課、福祉課、地域包括支援センター（町内1箇所）にそれぞれ配置されています。保健師の分散配置をきっかけに、月に一度の連絡会議を開催するようになり、平成27年頃から定期開催するようになりました。連絡会議では、各課の取組みの現状、方針、課題について情報共有・相談を行っています。



図：保健師の分散配置による連携のイメージ

（出典）大崎上島町へのヒアリング内容を基に三菱総合研究所作成



⑦ 通いの場への関与

通いの場等にも医療専門職が積極的に関与

専門職が通いの場の立ち上げ支援から運用フェーズまで、定期的にサポート

●通いの場の経緯

- ≫ 平成24年度頃から、地域包括支援センターに派遣していた保健師によりいきいき百歳体操を取り入れた介護予防の取り組みを行っていました。平成27年に、広島県のいきいき百歳体操を推進するモデル事業に手を挙げ、広島県の予算でリハビリテーション専門職を派遣いただき、町としていきいき百歳体操の普及を開始しました。通いの場を開始した地区のフォローアップや、新規開催地区もどんどん手が挙がる中、平成28年度からは町の事業として予算化し、取り組んでいます。

●通いの場の取り組み状況

- ≫ 通いの場に関与する専門職は、福祉課保健師、保健衛生課の地区担当保健師及び地域包括支援センターの地区担当者（保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員）そして、作業療法士等になります。作業療法士等のリハビリテーション専門職は広島県の指定を受けた地域リハビリテーションサポートセンターから派遣されています。
- ≫ 立ち上げ当初は、作業療法士と保健師（自治体職員）が通いの場を訪問し、通いの場の運営が軌道に乗るまで集中的に支援を行いました。その後は、訪問頻度のルールを決めた上で、定期的（1週間後、3カ月後、半年後、1年に1度）に、専門職が通いの場を訪れ、体操の指導、体力テスト、講話、アンケート調査等を実施しています。このような定期的な専門職の関与によって、通いの場が町内に広まり、平成30年2月現在、通いの場は町内に26カ所、34地区中29地区で開催されています（一部複数地区の合同開催）。
- ≫ 専門職による体力テストでは、Timed Up & Go Test(タイムアップアンドゴーテスト)、片脚立位テスト、椅座位立ち上がりテスト、握力テストを実施しています。また、体力テストと同じタイミングで、健康講話やアンケート調査を実施しています。講話では口腔、軽度認知障害（MCI）、筋力増強等のテーマを取り扱います。管理栄養士は一人であるため、管理栄養士から情報提供を受けて、保健師が栄養に関する講話を行うこともあります。体力テスト後は会議を開き、体力テストの結果やアンケートの回答を踏まえて、気になる人や課題のある人を抽出しています。抽出した人は地域包括支援センターや地区担当の保健師につなぎ、後日個別訪問を実施しています。



⑧ 参加勧奨・助言

通いの場への参加勧奨や事業内容全体への助言を実施

住民主体の介護予防活動に取組む団体の支援を通じた、通いの場の質の維持・向上

●医師会との連携

- ≫ 大崎上島町には医師会が1つあり、所属している医者は全て町医です。そのため、町と医師会（町医）とで連携できる土壌が出来上がっています。例えば、退院時に通いの場などご紹介いただくよう、日頃から町から医療機関へお願いしていますが、実際に町医からの紹介で、短期集中予防サービス（通所型サービスC）につながったケースがあります。
- ≫ また、年に1度、連絡会議を開催しており、町長、町医、町の職員（保健衛生課及び福祉課の担当者）が参加しています。連絡会議では、次年度事業の説明や事業への協力依頼などを行っています。

●介護予防活動団体支援事業

- ≫ 平成30年4月から「介護予防活動団体支援事業」を開始しました。この事業では、住民主体で行っている介護予防活動（ふれあいサロン、いきいき百歳体操教室 等）に取組む団体に対し、会場使用料や電気代、重りの購入費等の経費を補助しています。対象となる活動の条件は以下の通りです。
 - 体操を取り入れた活動を週1回以上行っていること。
 - ふれあいサロン等の通いの場を週1回3時間以上行っていること。
- ≫ 補助金の額は、1団体につき年間50,000円を上限としており、以下の経費が対象となります。
 - 【印刷消耗品費】事務用品などの消耗品費、教材費、運動用具、資料印刷代 等
※購入価格が2万円未満のもの
 - 【使用料及び賃借料】会場使用費 等 ※飲食費等は対象になりません。

≫ また、補助の要件として以下4つを定め、通いの場の利用者への丁寧なフォロー、支援を促しています。

1. 同じ区の65歳以上の方なら、誰でも参加ができること。
※ただし、常時介護が必要な方は、介護者が付き添えること
2. 送迎が必要な方への支援を行っていただけること。
※デイサービスのようにすべての方に送迎を行うという意味ではありません。
3. 欠席された方への訪問等の状況確認を行う。
※特に一人暮らしの方が、事前に連絡なく欠席された時は行ってください。
4. 年1回は、専門職（保健師等）への相談を行う。

（出典）大崎上島町資料「介護予防活動団体支援事業のご案内」より抜粋



⑩ 住民全体

市民の参画機会を充実

町民主体の活動に対する支援、インセンティブ付与（ポイント制度）による健康づくり

●介護支援ボランティア活動事業

- ≫ 平成31年1月より、地域支援事業として「介護支援ボランティア活動事業」を開始しました。高齢者が介護支援ボランティア活動を通じて地域貢献をすることを支援し、自身の社会参加活動を通じた介護予防を推進する、という事業です。この事業は、町内在住で、介護保険の要支援・要介護及び事業対象者の認定を受けていない65歳以上の人が対象です。町内にある介護サービス事業所でのボランティア活動に対し、活動評価ポイントを付与します。
- ≫ ボランティア活動1回につき1ポイント（1ポイント100円相当）が与えられ、年間50ポイント（50,000円相当）を上限としています。1回あたり1時間以上活動することが条件ですが、活動内容は問いません。例えば、入居者の話し相手になったり、草刈りや洗濯をお手伝いしたりなど、自身の得意なことやスキルを活かして活動しています。平成30年1月1日から12月31日までに貯めたポイントは、翌年1月から3月末日までに福祉課へ換金の申し出をすることで、奨励金を得ることができます。
- ≫ ボランティア活動を行うには事前登録が必要であり、登録するとポイントカードが渡されます。人材の募集は、福祉課が担当しており、登録目標50人に対し、平成31年2月現在、35人が登録しています。

●OB会

- ≫ 平成28年度に開始した短期集中生活機能向上リハビリ講座（通所型サービスC）の終了後に組成し、回復しかけた筋力を維持向上させることを目的とした住民主体の活動体です。
- ≫ 週に1度実施していた短期集中生活機能向上リハビリ講座と同じ時間、同じ会場（部屋は別）で、平成29年3月から1か月間、モデル的に活動を実施し、同年4月から自主的な取組みを開始しました。立ち上げ支援は、短期集中生活支援リハビリ講座のスタッフが行いましたが、立ち上げ後は、会場使用料として500円/月の会費を徴収し、住民主体で運営をしています。
- ≫ 短期集中生活機能向上リハビリ講座の受け皿としては、通いの場が第一の選択肢となりますが、このOB会があることで、地域に通いの場がない場合や、通いの場の開催日時の都合が悪い場合等の受け皿の機能を果たしています。
- ≫ 短期集中生活機能向上リハビリ講座を受講した仲間のつながりづくりとしても機能しています。



⑪ 更なる取組み

保健医療の視点から更なる取組み

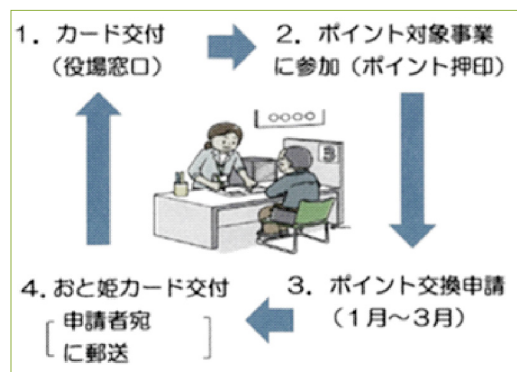
ポイント制度により、通いの場の活動やサロン活動を促進

●大崎上島町わくわく元気ポイント事業

- ≫ 平成31年1月から「大崎上島町わくわく元気ポイント事業」を開始しました。町内在住の40歳以上を対象に、健康づくりへの取組みや各種保健事業等への参加に対してポイントを付与する、という取組みです。

<ポイントの対象となる活動一覧>

- 健康診査の受診（1健診5ポイント）
- 講演会や健康相談等への参加
自らの健康づくり、介護予防への取組み。例えば、いきいき百歳体操や地域のサロン活動の参加など（1回2ポイント）
- 食生活改善講習会への参加、グランドゴルフ大会への参加など（1回1ポイント）



図：ポイント交換の仕組み

（出典）大崎上島町資料「大崎上島町わくわく元気ポイント事業のご案内」より抜粋

- ≫ 集めたポイント数に応じて、商工会で使えるプリペイドカード「おと姫カード」を交付しています。
- ≫ 事業の設計に際しては、先行事例である広島市を参考にしました。広島市では、市が認めた民間の活動団体の取組み参加に対してもポイントが付与できるような仕組みでしたが、当初大崎上島町では、スタートの位置づけで、ポイントの対象や使い道を最小限に設定する想定でしたが、関係機関から様々な意見があり、最終的には、通いの場やサロン活動などにもポイント制度を広げることとなりました。

成果

●通いの場の効果

- ≫ 自治体担当者の感覚ではありますが、通いの場が広がったことで、以前よりも通いの場の利用者が元気になったと感じています。また、通所支援から通いの場やOB会へとつながる流れができており、介護予防の取組みが継続される環境が整いつつあると感じています。

●デイサービス

- ≫ 経営が成り立たなくなってしまうがために、平成30年度中に1カ所が定員を減らし、1カ所が閉鎖されることとなりました。通いの場ができる以前はこのような出来事はなかったため、通いの場に参加することで要支援・要介護にならなくなり、デイサービスの利用者が減ったのではないかと推察しています。

取組みにあたっての課題等

●データ活用

- ≫ 国保データベース(KDB)システムの扱いが難しく、また、介護保険や国民健康保険、後期高齢者医療制度等の各データが一体化されておらず、使いにくさを感じています。広島県国民健康保険団体連合会から、必要なデータの抽出・提供という形で支援を受けることもありますが、町の担当者（保健師）が、必要な時に必要なデータの取得・抽出ができないことは大きな課題と感じています。個人に関わる全てのデータが一体化され、一括参照できるようになることで、適切なスクリーニングや課題分析などができるようになると考えます。

●通いの場

- ≫ 行政区単位で開催しているため、ほとんどの利用者は歩いて通えますが、一部広い行政区の場合は、歩いて通えない方もいらっしゃるため、今後はそのような方への支援が課題と考えています。

これから取組む市町村へのコメント

- ≫ 通いの場は、地域づくりにつながる重要な取組みであり、ぜひ実施いただければと思います。特に、独居の高齢者が増えている地域は、人とのつながりができる場所や機会の創出が必要です。スポーツクラブなどの民間活用も検討いただけるとよいでしょう。
- ≫ また、状況が改善された時の受け皿、悪化したときの受け皿（短期集中支援）のどちらも用意が必要です。

市町村事例 ⑫

佐賀県多久市

① 専門職の配置

② 情報の把握

③ 地域課題分析

④ アウトリーチ

⑤ 保健事業の接続

⑥ フレイル対策

⑦ 通いの場への関与

⑧ 参加勧奨・助言

⑨ 通いの場の拡充

⑩ 住民全体

⑪ 更なる取組み

市町村の概要

面積：97.0km²

人口：19,647人

世帯数：7,856世帯

高齢化率：31.9%

第7期介護保険料基準額（月額）：5,960円

後期高齢者一人当たり実績医療費：1,046,539円



（出典）多久市提供

取組みのポイント

- ≫ 特定健診・特定保健指導の実施率を向上させ、健診データを分析し、健康課題を明確化。未受診者の受診を勧奨し、受診機会・診療機会の公平化を図る
- ≫ メタボリックシンドロームを予防し、また糖尿病有病者の増加抑制、高血圧の改善、脂質異常症の減少を促し、新規透析患者数、脳血管疾患、虚血性心疾患なども減少させることで、市民の健康格差の減少を目指す

取組みのきっかけ

健診結果に基づく管理台帳の整備で、後期高齢者医療・介護業務の連携が実現

- ≫ 市民の健康寿命を伸ばす目的で介護保険改正や地域包括ケアの推進を踏まえて、「健康格差の縮小を目指して、住民が主役の連携」を目指しています。具体的には、健診結果から高齢者を抽出して糖尿病患者の重症化予防等として保健指導を行っています。

取組み全体の体制

●市内5地区担当制と地域ケア会議

- ≫ 地区担当制をとって、地区を担当する8人の保健師が市民の健康状態を把握し、保健指導を実施しています。また、2人の管理栄養士が糖尿病の重症化予防のために栄養指導を行っています。継続してかわかることで市民の健康状態を経年変化として捉えることができます。
- ≫ 地域包括支援センターが実施する月一回の地域ケア会議は240回を数えて、当初より医師・歯科医師等が参加しています。会議では、高齢者介護を支えるために居宅や介護事業者を含めて問題を共有し、「顔が見える関係」を作っています。行政と医師や事業所との連携は非常に重要です。



④アウトリーチ

アウトリーチ支援等を通じた医療サービスへの接続

管理台帳を使って、医療・介護と福祉・地域の情報共有と連携を促進

- 地区担当保健師が国保データベース(KDB)システム情報を確認し、糖尿病連携手帳も参考にし、健診・治療データから読み取りし面談することで、高齢者の症状に対する「気づき」を促します。社会保険に移っても後期高齢者医療制度に該当しても、「生活習慣病リスクの現状」「リスクを減らすための対策」「生活習慣改善方法」の三つが分かり、自己管理ができるように指導することができます。
- こうしたリスクの低減効果だけでなく、福祉行政にとっては医療費や介護費が減少するというメリットがあります。

表：管理台帳の活用例

病管理台帳							H23～27年度 K町					※糖尿病療養指導結果による ※「追加年度」は初めて対象者抽出基準に該当した年度を指す ※追加年度別に年度末年齢が若い順に並び替え			
p.7.0以上)							【対象者抽出基準】 過去5年間の健診結果で、一度でもHbA1c7.0以上に該当した者120人								
区	追加年度	個人番号	記号	番号	氏名	性別	H27年度末年齢	項目	H23	H24	H25	H26	H27	備考	
	H23					男	51	糖	血糖			○			
								HbA1c	8.4	6.1	7.3	7.3	8.6		
								重症度分類	G1A1	G1A1	G2A1	G2A1	G2A1		
								GFR	94.9	94.4	71.2	80.6	80.1		
								尿蛋白	—	—	—	—	—		
	H23					男	58	糖	血糖	○	○	○	○	○	
								HbA1c	6.6	6.7	7.1	6.9	6.2		
								重症度分類	G1A1	G1A1	G1A1	G2A1	G1A1		
								GFR	91.2	107.4	90.3	89.8	116.3		
								尿蛋白	—	—	—	—	—		
	H23					男	58	糖	血糖	8	6.6	6.3	7.2	6.8	
								HbA1c							
								重症度分類	G1A1	G1A1	G1A1	G2A1	G2A1		
								GFR	91.2	90.7	90.3	89.8	89.4		
								尿蛋白	—	—	—	—	—		
	H23					男	59	糖	血糖	7.7	7.6	7.7		11.5	
								HbA1c							
								重症度分類	G1A1	G2A1	G2A1		G2A1		
								GFR	90.7	78	89.8		88.9		
								尿蛋白	±	—	±		++		
	H23					女	60	糖	血糖	○	○	○	○	○	
								HbA1c	6.8	7.2	7.4	7.4	7.1		
								重症度分類	G2A1	G2A1	G2A1	G1A1	G1A1		
								GFR	79	78.6	78.2	95	94.5		
								尿蛋白	—	—	—	—	—		
	H23					女	60	糖	血糖	○	○	○	○	○	
								HbA1c	6.5	6.6	6.9	7	6.5		
								重症度分類	G1A1	G1A1	G1A1	G1A1	G1A1		
								GFR	96.4	122.4	121.8	121.2	94.5		
								尿蛋白	—	—	—	—	—		
	H23					女	63	糖	血糖	○	○	○	○	○	
								HbA1c	7	7.4	7.3	7.4	6.6		
								重症度分類	G2A1	G2A1	G2A1	G2A1	G2A1		

(出典) 多久市資料

- 社会参加についての取組みとしては、地域包括支援課は、高齢者の閉じこもり予防のために、地域の集いの場に誘い出す活動を支援しています。また、月3回の介護カフェ開催時に指導者の関わりから、友人一人を勧誘する取組みもされており、参加者の増加が確認されています。



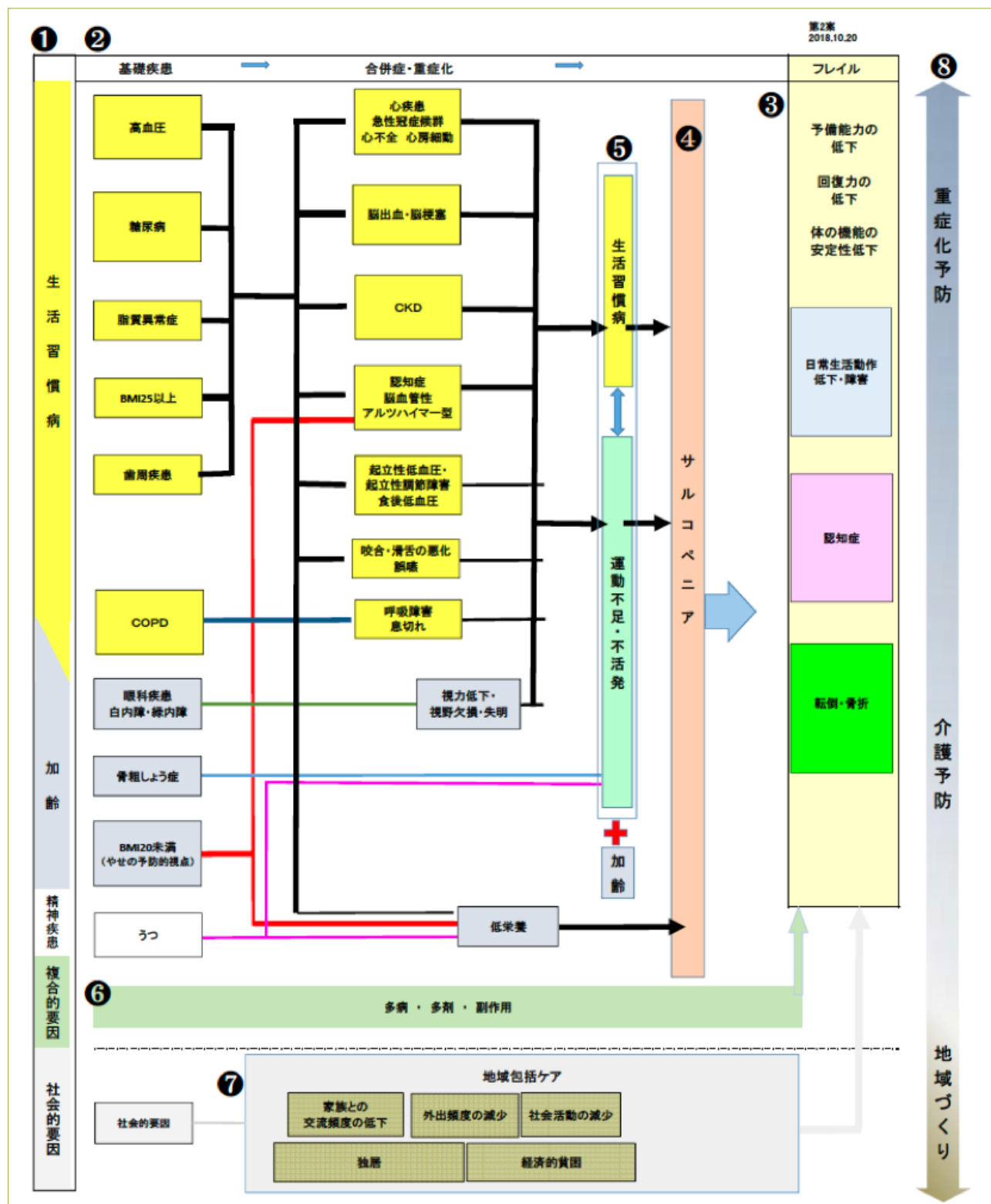
⑤保健事業の接続

国民健康保険と後期高齢者医療制度の保健事業を接続

健康増進課(国民健康保険管理)と地域包括支援課(介護保険)がシームレスに連携し後期高齢者を支援

- 「あなみツール(福岡県国民保険団体連合会が開発した保健指導支援ツール)」を用いて、各高齢者の健康状態や症状の傾向が簡単に把握できます。
- 現在、国保データベース(KDB)システムによる健診・医療・介護評価表の結合に取組み、レセプト出力情報を基に、個人の状態把握を目指しています。高齢者一人ひとりの診療月、服薬内容、医療費、介護認定後の介護費等が一覧化されることによって、病状の進行、糖尿病や認知症の有無などが見える化されます。これは、医療と介護の一体化が実現した例となります。

- ≫ 多くの疾患を抱える要介護者については、既往病歴を把握することが重要です。そのためには高齢者になる前後から病歴を含むデータを行政が知っておくことが前提であり、データの一体化は重要課題です。下図のようなフレイル予防の考え方は、生活習慣病に起因することが多いこともわかり、経年的な評価もできます。特定健診の効果は非常に高く、本人による「自覚」や「気づき」が早くから開始されることが望ましいのです。



図：フレイル予防の考え方

(出典) 多久市資料



特定健診受診者にはスポーツ施設の体験チケットを進呈

- ≫ 特定健診受診者には、市内のスポーツ施設の無料体験チケット2枚を配布しています。
- ≫ スポーツ体験の積極的な希望者ではなくても、せっかく無料のチケットがあるのだから利用してみようかという高齢者も出てきました。運動に取り組むきっかけになれば良いと考えています。
- ≫ なお、チケット費用は国民健康保険負担で2枚1,000円です。

成果

- ≫ 市町村国民健康保険から後期高齢者医療制度への切れ目のない支援を整備しました。この取り組みは、後期高齢者対象の糖尿病重症化予防対策プログラムを実施し、フレイル予防と連携しています。
- ≫ 地域の健康課題、重症化予防対象者を選定できます。未受診者の受診を促すことで、生活習慣病のリスクが判明し、改善の方法を自分で選択できます。医療・介護コストの低減と健康格差の縮小に繋がります。
- ≫ フレイル対策を進めるために、高齢者保健事業ガイドライン項目を読み込んで重症化の因果関係がわかりました。「高血圧、糖尿病、脂質異常症、BMI25以上の肥満、歯科疾患」などの5つの疾患に着目し、ガイドライン項目に従って重症化や改善などを支援しています。
- ≫ 上記の活動の前提は、アウトカムに活用している管理台帳です。PDCAを回すためには、この管理台帳を有効に活用していきます。また、ガイドラインの評価項目と重症化予防プログラムの評価項目を一括管理することで、認知症対策にも活用できると考えています。

取組みにあたっての課題等

- ≫ こうした事業の前提は、医療・介護データの一体化であり、国保データベース(KDB)システムを管理し、ライフステージに合わせた生活習慣病予防事業をできる健康増進課と連携しています。個人情報保護とシステム予算整備の問題もありますが、健診データの庁内連携を進めたいです。
- ≫ 部署間の情報共有と連携には、「住民の健康を守る」というお互いの職業意識が一致することが効果的です。

これから取り組む市町村へのコメント

- ≫ まず、情報を共有する環境を整備すること。
- ≫ 次に、「顔の見える相互の関係づくり」です。客観的なデータを前に置いた健康相談や指導環境が活きます。
- ≫ さらに、事業コンセプトを共有しましょう。多久市が作成・公表している「糖尿病重症化予防事業プログラム」等、多久市の実態・課題を市民と共有するための広報資料の共有と広報は効果的です。

① 新潟県後期高齢者医療広域連合



取組みのポイント

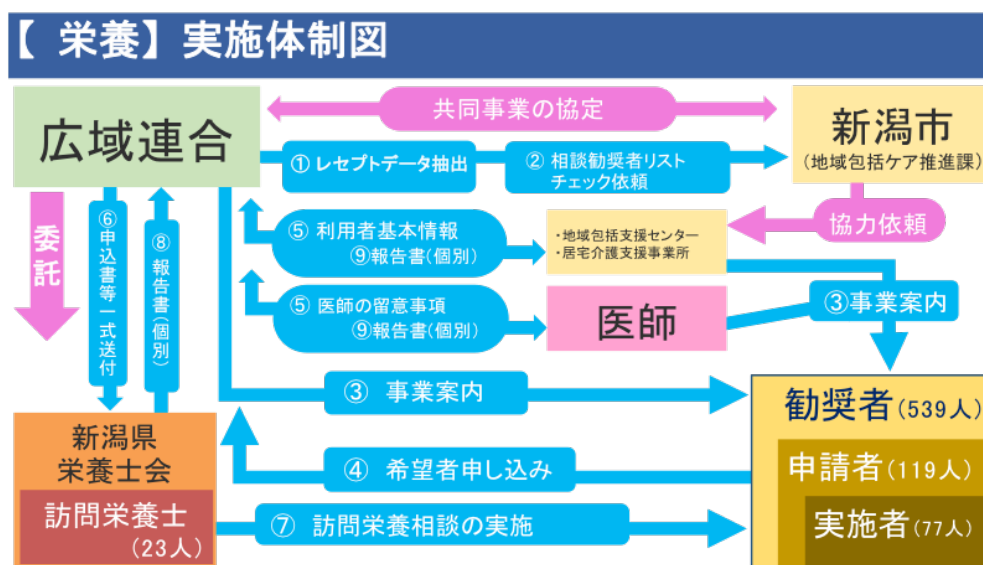
≫新潟県後期高齢者医療広域連合（以下、本事例において「広域連合」）では、3つの保健事業を新潟市のそれぞれの担当課と連携し、一体的な取組みを実施

1 「在宅訪問栄養食事相談事業」



市町村地域包括ケア担当課と共同事業協定を結び、密な情報連携体制を構築

（1）取組みの体制



（出典）新潟県後期高齢者医療広域連合資料

後期高齢者は、フレイルが顕著に進行する特性をもっているため、介護サービス等他の支援機関へのつなぎや、訪問栄養相談終了後の見守り体制の構築が必要と考え、新潟市と共同事業の協定を結びました。このことで、本事業は新潟市の事業であると公に位置づけられることになり、市民への広報や内部周知、地域包括支援センター等の協力を得ることができました。訪問栄養相談を行う管理栄養士の育成、管理、事業全体のコーディネートは、新潟県栄養士会へ委託しました。

（2）具体的な取組み内容

対象者は、新潟市在住の後期高齢者医療制度の被保険者のうち、在宅で生活しながらBMI21.5kg/m²未満かつ6か月間で2kg以上の体重減少があった方としました。国保データベース(KDB)システムを用いて前年度の健診結果から対象者を抽出し、広域連合から直接申込書を郵送して事業参加を募りました。また、被保険者と直接かかわりのある地域包括支援センターや介護支援専門員の協力を仰ぎ、それぞれの活動の中で栄養相談が必要な方に本事業を紹介し、参加同意を得られた方についても対象としました。

取組みとしては、管理栄養士が、原則6か月間に3回の訪問と1回の電話又は手紙による支援を行いました。

(3) 取組みの成果

広域連合から直接申込書を郵送して参加勧奨を促した539人のうち64人の他、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所からの紹介の13人、計77人に対して訪問栄養相談を実施しました。

原則3回の訪問を通じて、参加者には以下のような変化が見られました。

- 参加者の変化 ・B M I：相談1回目と相談3回目を比較し、増加・維持した率 **64.2%**
・生活改善：アセスメント表16「体に良い変化があらわれた」
「気持ちに良い変化があらわれた」と回答した方の割合 **67.3%**

(4) 取組みにあたっての課題

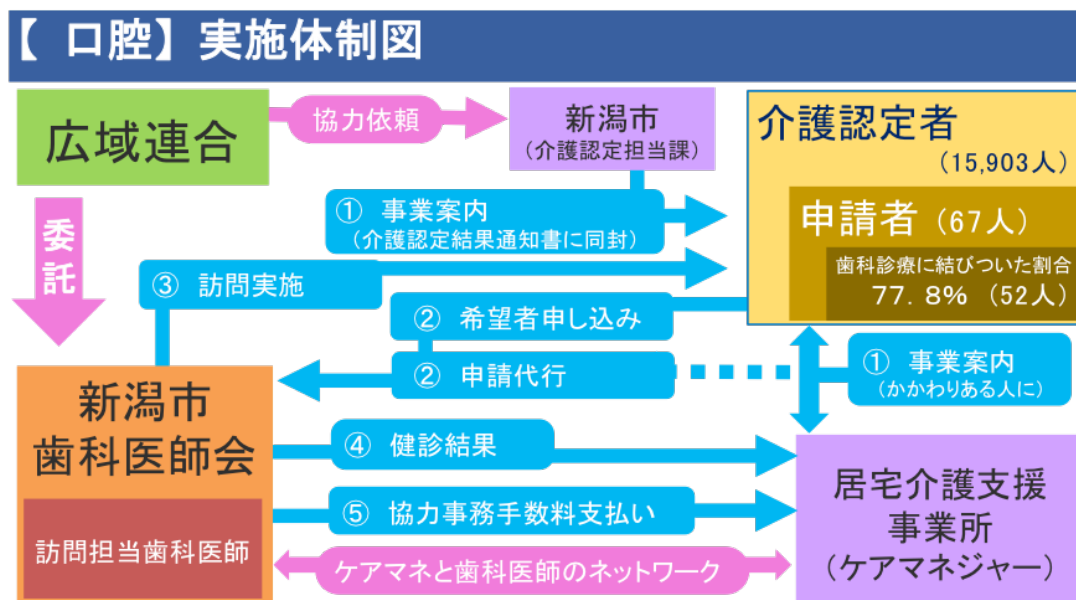
- 参加率が低いため、後期高齢者の低栄養防止の必要性について、さらなる啓発が必要。
- 訪問相談が可能な管理栄養士の育成と対象地域の拡大。
- 栄養相談完了後、本人や訪問した管理栄養士からは、今後も継続した栄養相談や見守りが必要であることや、切れ目のない支援を望む声がありました。より一層の福祉関係部署と緊密な連携の検討が課題と言えます。

2 「在宅要介護者歯科保健事業」



介護認定担当課と連携し、介護認定結果通知書に訪問歯科検診の案内を同封、居宅介護支援事業所とも連携

(1) 取組みの体制



(出典) 新潟県後期高齢者医療広域連合資料

本事業は新潟市歯科医師会に委託しました。歯科医師会は、訪問の申請の受付、訪問を担当する歯科医師・歯科衛生士の手配、実施した歯科医師等への費用支払について担当しました。

広域連合としては、新潟市の介護認定担当課に対し協力を依頼し、要介護認定結果の通知書の送付が必要な場合には、本事業のチラシを同封してもらうことを依頼しました。また、居宅介護支援事業所に対し郵送で事業周知を行い、できるだけ多くの参加者を確保できるように努めるとともに、新潟市居宅介護支援事業者連絡協議会の研修会でも周知を図りました。

(2) 具体的な取組み内容

対象者は、新潟市内在住で、要介護度3・4・5と認定され、1人で通院できない方としました。

事業の流れとしては、本人・家族からの申請もしくは介護支援専門員からの申請代行により事業の参加希望を募りました。介護支援専門員が申請を代行した場合は、介護支援専門員の所属する居宅介護支援事業所に手数料を支払いました。

希望者に対し、歯科医師及び歯科衛生士が高齢者宅を訪問し、歯科健診を実施しました(年1回)。その結果を今後のケアプランに役立てられるよう、担当する介護支援専門員が所属する居宅介護支援事業所に提供しました。

(3) 取組みの成果

平成29年度は、67人に対し訪問を実施しました。訪問の結果要治療の診断があった方のうち、事業実施後の次年度の5月までに歯科診療につながった割合は77.8%でした。

訪問した高齢者については、それぞれの介護支援専門員に歯科健診の結果を提供しました。その後の調査では、「ケアプランに口腔ケアを取り入れた、又は取り入れる予定」との回答が約20%ありました。

また、訪問歯科健診を担当した歯科医師からは、介護支援専門員とのネットワークができたという声が寄せられました。新潟市主催のワークショップや情報交換会等で、口腔ケアや口腔機能維持の重要性を話し合うことで、介護支援専門員から歯科医師へ、直接問い合わせが入るようになりました。

(4) 取組みにあたっての課題

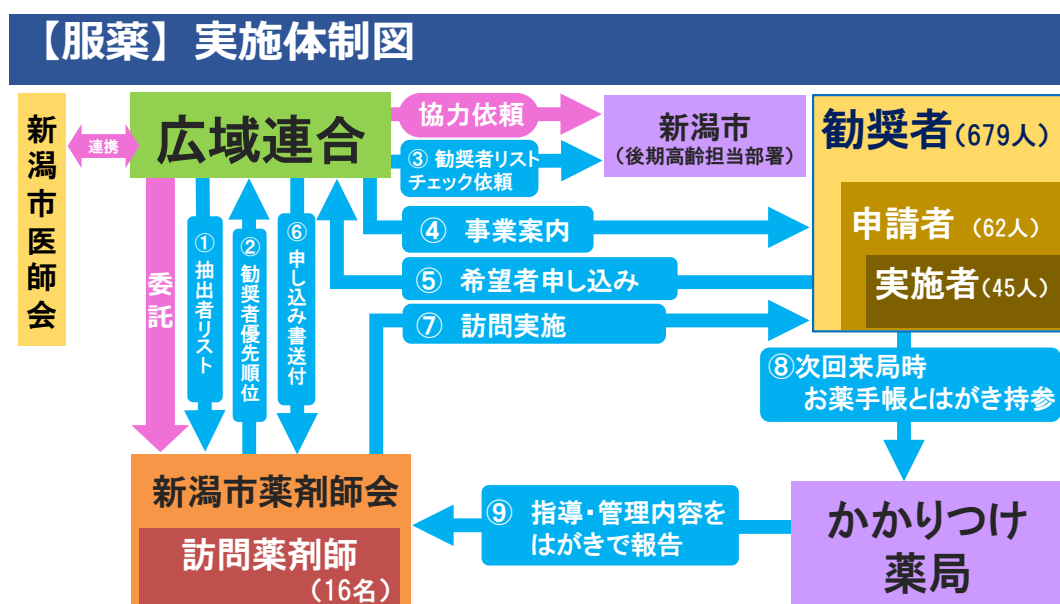
広域連合で要介護認定情報を把握していないため、対象者を特定することができなかったことから、事業参加者の募集は、介護支援専門員への周知、申請代行に頼ることになりました。介護支援専門員は口腔ケアの重要性は十分理解していますが、実際に介護を行う家族は他の身体介護等で既に負担は大きく、口腔ケア等にまで気がまわらないことがあります。認知機能が低下している高齢者であれば、日々の口腔ケアは介護者の負担になり、負担感から申請に至らないケースもあると考えられます。

3 「服薬相談事業」



後期高齢者担当部署と連携し、案内に市町村と広域連合を併記し、高齢者に安心感を与える周知を実施

(1) 取組みの体制



(出典) 新潟県後期高齢者医療広域連合資料

本事業は、新潟市薬剤師会に委託しました。会員薬剤師による訪問相談の実施のみならず、対象者の抽出方法や条件、訪問相談内容等、事業全般についての企画も共同で実施してきました。

新潟市の後期高齢者医療担当部署には、抽出した被保険者が事業対象者となり得るかについて被保険者情報の確認を依頼するとともに、申請勧奨のチラシには、問い合わせ先として新潟市の連絡先と後期高齢者医療担当部署の連絡先を併記してもらいました。これにより、新潟市も承知している事業だと被保険者に示すこととなり、被保険者の安心感につながりました。また、チラシを受け取った被保険者が各区役所、出張所等の窓口に行く可能性があるため、市役所内部での事業周知を図り、被保険者の問い合わせに確実に対応できるような体制構築も依頼しました。

市内の地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所に対しては、広域連合から事業概要を記した案内を送付し、利用者が当事業に参加する可能性があることについて周知し、場合によっては事業参加を促すよう協力を依頼しました。

(2) 具体的な取組み内容

対象者は、新潟市在住の後期高齢者医療制度の被保険者のうち、3か月連続して2カ所以上の医療機関を受診、重複投薬等、服薬の相談・調整が必要と思われる方としました。更に、該当者の処方内容を薬剤師が審査し、リスクの高い順にA・B・Cに分類し、A群から郵送により事業勧奨を行いました。

具体的には、薬剤師が電話等で連絡し、希望する日時に高齢者宅を訪問し、下記のような相談を受けました。

【具体的な相談内容】

- ・処方されている薬の薬効、副作用の情報提供
- ・重複状況の説明
- ・保険薬局、薬剤師の役割の説明
- ・残薬調整
- ・薬剤管理の助言
- ・非薬物療法の助言
- ・OTC医薬品、健康食品の助言
- ・介護サービスの助言

新潟県後期高齢者医療広域連合委託事業	
☆自宅でゆっくり☆おくりすり相談報告	
相談内容	(年 月 日)
☐ 保険薬局・薬剤師役割	☐ 薬効・副作用
☐ 薬剤管理	☐ 非薬物療法
☐ 介護保険・サービス	☐ OTC・健康食品など
☐ 重複疑い薬剤	()
☐ 残薬確認	()
《薬剤名	数量 ()
《薬剤名	数量 ()
《薬剤名	数量 ()
《薬剤名	数量 ()
《薬剤名	数量 ()
☐ 服薬支援グッズ配布 (お薬カレンダー・お薬ボックス)	()
☐ その他	()
※これまでの患者背景を把握していません。詳細はご本人(代理の方)にご確認をお願いします。	
新潟県後期高齢者医療広域連合 新潟市薬剤師会	

図：お薬手帳用 訪問実施シール
(出典) 新潟県後期高齢者医療広域連合資料

訪問の際には、被保険者の薬剤管理状況や本人・家族の希望により、お薬カレンダーもしくはお薬BOXを配布しました。また、右図のとおり訪問実施シールをお薬手帳に貼ることで、かかりつけ薬局との連携をはかりました。

(3) 取組みの成果

平成29年度は、45人に対し訪問を実施しました。訪問の結果、抽出基準であった「3か月連続して2か所以上の医療機関を受診、重複投薬等がある」ことが改善されたのは24人(53.3%)でした。また、改善者の調剤医療費を抽出時の3か月と効果検証の3か月で比較したところ、1人当たり月額26,106円の削減効果がみられました。

○参加者の変化 ・改善率 **53.3%**
・1人1か月当たりの調剤医療費削減効果 **26,106円**

(4) 取組みにあたっての課題

郵送案内による訪問相談の申し込みは、1割以下でした。服薬相談の重要性に関する啓発不足、高齢者を狙った還付金等の詐欺事件の横行、被保険者と同居家族等の服薬相談に関する共通認識の不足等、様々な要因が考えられます。

事業の目的である適正な服薬、日常生活の改善、健康の保持増進、自己負担額の軽減及び医療費の適正化のためには、服薬相談の重要性の啓発及びかかりつけ薬局等の窓口での薬剤師からの積極的な働きかけが重要と考えます。

② 長崎県後期高齢者医療広域連合



取組みのポイント

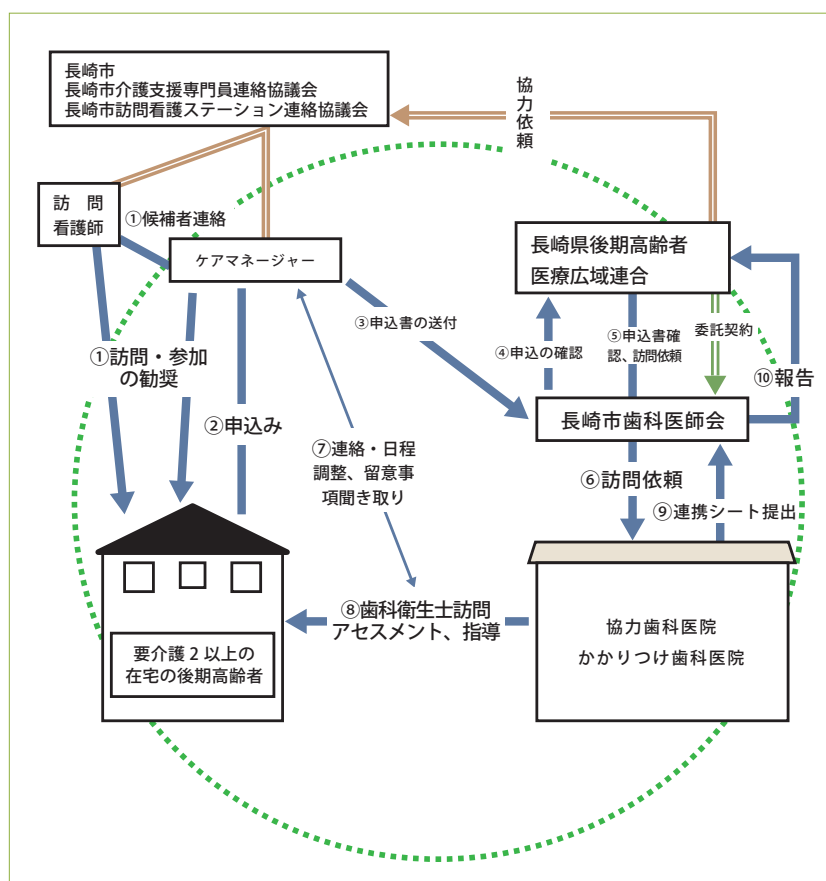
- ≫ 長崎県後期高齢者医療広域連合（以下、本事例において「広域連合」）では、県内21市町と緊密な連携を図るとともに、広域化のメリットを活かし、被保険者が安心して保険給付を受けることができるよう円滑かつ安定的な後期高齢者医療制度の運営に努める
- ≫ 広域連合では、次の2つのモデル事業を実施
 - 1 「在宅要介護者訪問口腔保健モデル事業」
 - 2 「低栄養防止訪問栄養指導モデル事業」

1 「在宅要介護者訪問口腔保健モデル事業」



長崎市歯科医師会に委託し、歯科衛生士が訪問して口腔ケアについて説明。
介護支援専門員と連携してケアに活かす！

(1) 取組みの体制



(出典) 長崎県後期高齢者医療広域連合資料

(2) 具体的な取り組み内容

在宅要介護者（要介護2以上）の方で、歯科医院に一人で出向くことが難しい後期高齢者を対象に、歯科衛生士が口腔状態をチェックし、清掃や口腔の手入れ方法（歯の磨き方、義歯の手入れ方法など）を説明します。虫歯の治療行為などは本モデル事業の対象外となります。



（出典）長崎県後期高齢者医療広域連合資料

(3) 取り組みの成果

本事業への申込み時に担当する介護支援専門員が介在することで、介護との連携を試みています。家庭状況や高齢者の健康状態をよく知る介護支援専門員や訪問看護師が参加を勧めることもあり、日程調整にも協力してもらえます。また、介護支援専門員に同席してもらうことは、要介護高齢者の状況を共有する意味で重要です。

本事業の対象者は平成27年からの4年間で50人を超します。診療や治療行為はモデル事業の対象外ですが、訪問歯科治療につながった例も増えています。

(4) 取り組みにあたっての課題

事業開始当初は、介護支援専門員に本事業の認知がなされておらず、参加者は多くありませんでした。現在はパンフレットを配布したり、医療機関や介護サービス事業所を経由して広報活動を強化しています。今後も、事業の認知度の向上を図る必要があります。

なお、介護度に応じては歯科医に通院することが難しい方もおられるので、定期的な受診や治療行為につなげたいと考えています。ただし、離島等への事業展開には課題が残されています。

多くの疾病要因となる歯周病予防のために、後期高齢者向けの口腔ケアの必要性を訴求する努力が課題です。これからも長崎大学と長崎市歯科医師会等の協力で次のようなチェックシートを活用し、高齢者の口腔ケアの指導や介助を促進します。

お口のチェックシート

ステップ1 口腔ケアの必要性チェック

- ☐ 歯みがきがうまくできない。
- ☐ ぶくぶくうがいができる。
- ☐ 入れ歯のお掃除がうまくできない。
- ☐ 口が渇く。
- ☐ 口臭が気になる。
- ☐ 舌の色が気になる。
- ☐ 肺炎をくり返している。
- ☐ 最近体重が減ってきた。
- ☐ 他に口で気になることがある。

ステップ2 歯科受診の必要性チェック

- ☐ 口の中が痛い、しみる場所がある。
- ☐ 歯が欠けたり、被せ物が取れたりしている。
- ☐ 歯が抜けたままになっている。
- ☐ 歯ぐきの出血や歯ぐきが腫れたりしている。
- ☐ 歯がぐらぐらと浮いたような感じがする。
- ☐ 入れ歯の調子が悪い。入れ歯が壊れている。
- ☐ 硬いものが食べにくく食事に時間がかかる。
- ☐ 食べ物が飲み込みにくい。
- ☐ 食事中にむせやすい。のどがゴロゴロする。

利用書名／ 事業所名／ 記入書名／

上記項目で1つでも該当がある方は、口腔ケアの指導や介助が必要です。

（出典）長崎県後期高齢者医療広域連合資料

2 「低栄養防止訪問栄養指導モデル事業」

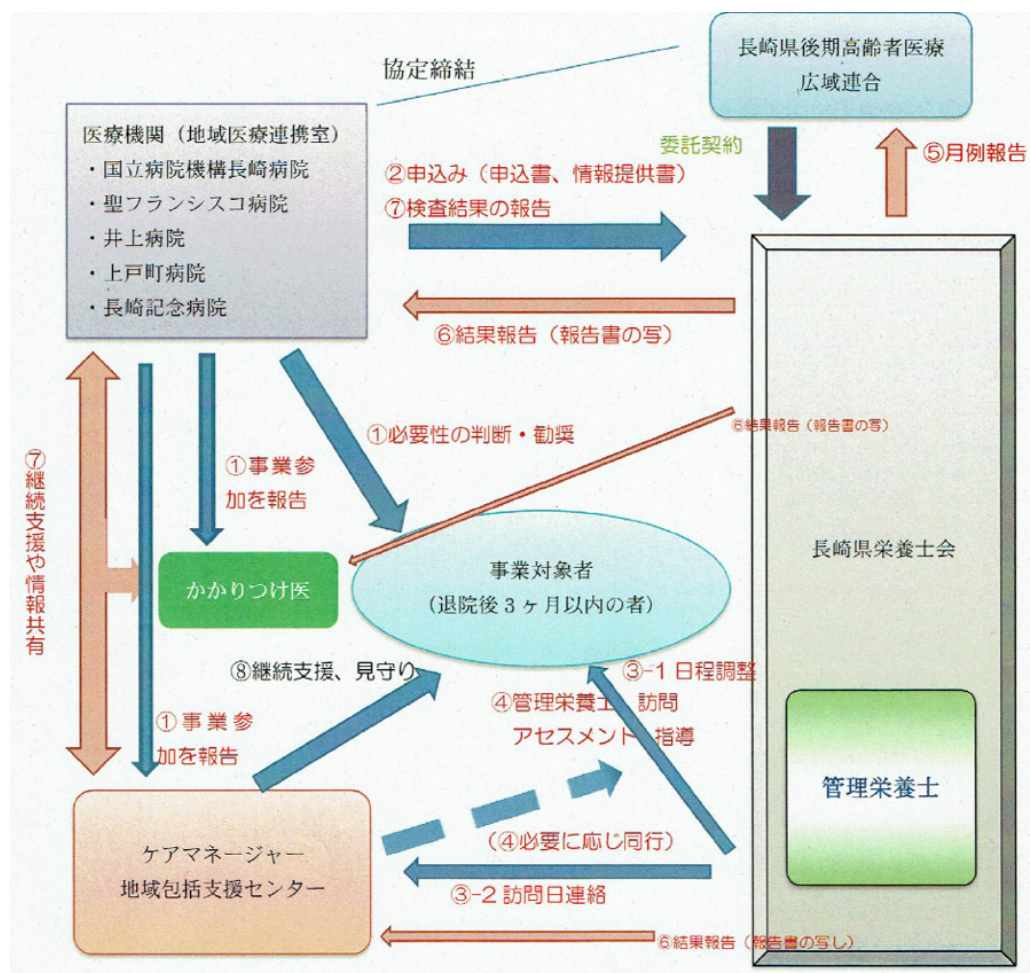
① 専門職の配置

④ アウトリーチ

⑤ 保健事業の接続

長崎県栄養士会に委託し、退院後の後期高齢者を対象に管理栄養士が訪問して支援。
介護支援専門員や地域包括支援センターとの連携により実効性強化

(1) 取組みの体制



(出典) 長崎県後期高齢者医療広域連合資料

(2) 具体的な取組み内容

広域連合と協定を締結した県内の医療機関（地域医療連携室）が退院後の後期高齢者を対象に必要なに応じて本モデル事業の参加を勧め、管理栄養士が健康状態や要介護度に合わせて食事内容や調理方法を直接訪問して説明します。

また、地域医療連携室は、かかりつけ医にも本事業参加を報告し、介護支援専門員へも事業対象となった旨を連絡します。

県栄養士会所属の管理栄養士は、対象者またはその家族と日程調整し訪問日を決定して、介護支援専門員へ訪問日を連絡し、2回の訪問指導評価を行います。県栄養士会は受付状況、訪問状況を広域連合に提出し、2回の指導の訪問結果をかかりつけ医、地域医療連絡室、介護支援専門員に報告します。

さらに、地域医療連携室は引き続き栄養指導を希望する対象者については、可能な限り検査結果データを県栄養士会に報告します。なお、介護支援専門員などは地域医療連携室と情報共有しながら継続支援や見守りを行います。県栄養士会は全ての指導や説明が終了した後に指導方法について効果を検証し、広域連合にその結果を報告します。

低栄養防止訪問栄養指導・退院後在宅要介護者訪問口腔保健モデル業務 申込書

記入者（被保険者との関係： ）

氏 名：

連絡先：

（代筆可）

申込年月日 平成 年 月 日

申込内容		☐ 低栄養保健指導モデル事業		☐ 口腔保健保健モデル事業	
(申込希望者) 被保険者	ふりがな			生年月日	性別
	氏 名			明・大・昭 年 月 日	男・女
	住 所				
	被保険者 番 号	被保険者番号（8桁の数字） ※保険証を見てご記入ください。		0	
主介護者	ふりがな			被保険者との関係	連絡先
	氏 名				
	住 所				
状態区分		要支援（ ） 要介護（ ） その他（ ）			
居宅介護支援事業所名				住所	
担当ケアマネジャー		（電話 - - ）			
入院していた医療機関名				住所	
かかりつけの病院・診療所				住所	
かかりつけ歯科医院名 ※口腔保健指導事業申込の場合のみ					
退院した日		平成 年 月 日			

図：モデル事業申込書

（出典）長崎県後期高齢者医療広域連合資料

（3）取組みの成果

医療機関、かかりつけ医、管理栄養士、地域包括支援センター、介護支援専門員などが、本事業に密接に介在することで、介護事業との連携を試みています。家庭状況や高齢者の健康状態をよく知る介護支援専門員が参加することもあり、日程調整にも協力してもらえます。また、介護支援専門員に同席してもらうことは、要介護高齢者の状況を共有する意味で重要です。

本事業の対象者は平成28年からの3年間で15人でした。

（4）取組みにあたっての課題

本事業は、当初、医療や介護関係者にも周知が行き渡っておらず、参加者は多くありませんでした。現在はパンフレットを配布したり、医療機関や介護事業所を経由して広報活動を強化しています。なお、訪問事業なので、顔なじみではない管理栄養士が自宅を訪問することを、本人が望まれないことも予想されます。

また、対象者本人が調理者でない場合などは家族への指導となることも多く、訪問を受け入れやすくするための取組みや支援策を検討することが本事業だけでなく訪問型事業の課題です。

一般の高齢者は、退院後にこうした栄養指導に対して積極的ではないので、健康増進や波及効果が確認しにくいことがあります。また、高齢者は加齢によって医療費が上がっていく傾向があります。モデル事業を通じて、数年間の結果を測定しても、医療費や検診データから栄養指導の効果を検証しにくいことも課題です。

県内市町の管理栄養士が積極的に関わってくれば、本事業の機会も増えて、さらに効果が上がり検証することもできるかもしれません。こうしたモデル事業の実施によって、後期高齢者の生活の変化やQOLの改善に結びつけたいと考えています。

都道府県事例 ①

長野県

取組みのポイント

- ≫ フレイルに焦点を当てて、市町村の取組みを支援。市町村がフレイル対策を行う際に必要となる、フレイル予防人材の育成や、普及啓発リーフレットの作成、研修事業の実施、評価指標の構築などを実施（予定を含む）
- ≫ 平成30年度から取組みを開始し、平成31年度から拡大して実施

取組みのきっかけ

「高齢化が進む中で“高齢者の健康づくり”を強化していこう」と話し合ったことからスタート

- ≫ 長野県健康増進課の担当者と長野県医師会とで、高齢者の健康づくり強化の必要性を共有したことから、本取組みの実施につながりました。
- ≫ 長野県はもともと地域の健康づくりにおいて、地域医療の視点で熱心な医療機関や医師がおり、そのような背景から県内の他の専門職団体も、地域住民の健康づくりに熱心であり、本取組みの後押しをする形となりました。

取組み全体の体制

●健康増進課を中心に3課が連携

- ≫ 健康増進課をトータルの窓口として、介護支援課、保健・疾病対策課の3課が協力・連携して、「フレイル予防総合推進事業」に取り組んでいます。



⑥ フレイル対策

フレイル対策を視野に入れた取組みを実施

県内の専門職等にフレイル対策の重要性を普及・啓発するとともに、市町村の取組みを支援する環境を整備

- ≫ 長野県では、平成30年度より、専門職等がフレイル予防の重要性を理解し、実践活動に活かすとともに、市町村の取組みを支援することを目的として、「フレイル予防総合推進事業」を実施しています。
- ≫ 平成30年度には、市町村及び関係団体を対象に9月に研修会を実施。その後、県内の関係団体や一部の市町村に集ってもらい、11月と2月に検討会を開催して、長野県の特徴を踏まえたフレイル対策の方向性について議論を重ねました。
- ≫ 関係団体については、県医師会や県歯科医師会、県薬剤師会等の医療関係団体、理学療法士会等のリハビリテーション専門職団体、介護支援専門員協会等の介護関係団体等の関連する団体に幅広く声をかけて集まってもらいました。
- ≫ 9月の研修会では、フレイルに対する基本的な知識を深め、共通理解を図りました。その上で、11月の検討会では各団体のこれまでの取組みや課題を共有し、2月は、全体のまとめとして、「フレイルってなに？」と題する普及啓発用のリーフレットを作成しました。このリーフレットは、長野県の現状やフレイルを支える専門職の輪、関係機関一覧等を含んでおり、市町村、関係団体が高齢者に関わる際に活用していただく予定です。

<リーフレットの構成>

1ページ：フレイルの概念と考え方

2ページ：長野県の現状

3ページ：フレイル対策の4本柱

4ページ：フレイルチェック（簡易チェック）

5ページ：フレイルを支える専門職の輪

6ページ：フレイルに関わる関係機関一覧



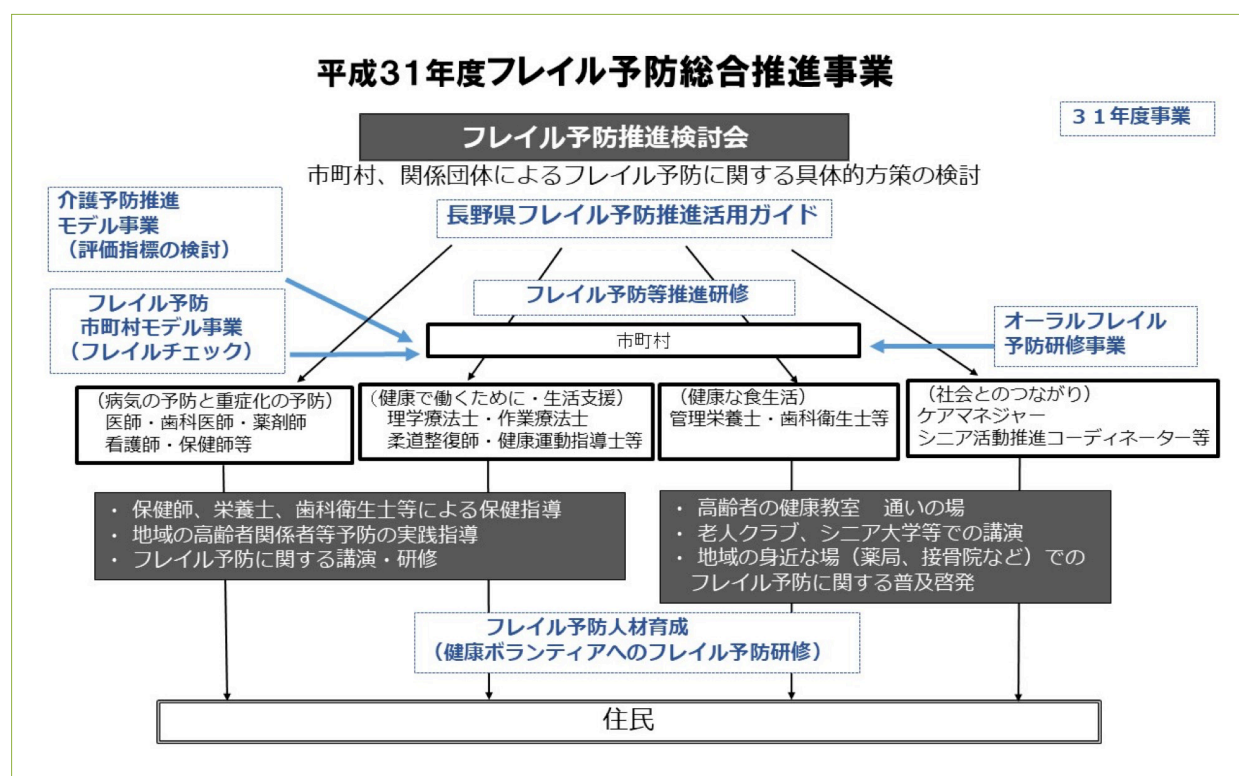
（出典）長野県資料

➤ 平成31年度以降、長野県としては、以下の6つの事業を本格的に展開していく予定です。

事業名	内容	窓口となる課
(1)フレイル予防人材育成	市町村で活躍する健康ボランティアに対し、フレイル予防に関する研修を行い、フレイル予防の取組みを推進する。	健康増進課
(2)フレイル予防推進事業	フレイル予防の取組み推進のため、市町村や関係団体と協働し、検討会を開催する。	健康増進課
(3)オーラルフレイル対策推進事業	フレイルの前段階としてのオーラルフレイルについて、市町村に歯科専門職を派遣しコース教室等を開催する。	保健・疾病対策課
(4)フレイル予防市町村モデル事業	モデル市町村におけるフレイルチェックの導入を支援する。	介護支援課
(5)介護予防推進モデル事業	フレイル予防等に係る市町村の取組み成果を県下一律の基準で評価するため、モデル市町村で指標の検討を行う。	介護支援課
(6)介護予防等推進研修事業	フレイル予防等に関する知識や技術を習得し、高齢者の自立支援に資するよう研修を実施する。	介護支援課

（出典）長野県資料

≫ 平成31年度以降に想定している事業展開のイメージは以下のとおりです。



(出典) 長野県資料一部抜粋

成果

≫ 検討会を通じ、関係団体がお互いに役割や課題等を共有し、フレイルに対する普及啓発など、今後連携して高齢者支援にあたる仕組みづくりができたと考えています。

取組みにあたっての課題等

- ≫ 具体的な取組みはこれからのため、目に見える成果は出ていませんが、要介護認定率が低下していくことが理想的な成果であり、それが実現できるように取組みを進めていきたいと考えています。
- ≫ 県内の市町村は、介護予防事業の評価が十分に実施できていない状況もあることから、平成31年度には、県下一律の評価指標を検討する予定です。今後のフレイル予防にも活用できるよう検討していきたいと考えています。
- ≫ 県としては、住民参加型の地域づくりや「通いの場」づくりを進めていくとともに、課題を抱えている住民を他の住民が専門職につないでいくような、住民が住民を支える形を構築していくことが必要になると想定しています。

取組みのポイント

- ≫ 静岡県民の健康づくり促進のため、県民68万人分の特定健診データ（国民健康保険、健康保険組合、協会けんぽ等）を集約し、健康データの市町別・地区別分析を実施。地域・保険者による健康課題を明らかにして、県下の市町に情報発信
- ≫ 保健事業への接続については、栄養、歯科、服薬の観点から取組みを進める

取組みのきっかけ

医療と介護の連携、健康長寿の実現への積極的な取組みから、自然な形で一体的実施を展開

- ≫ 健康寿命が全国トップクラスの静岡県では、以前から医療と介護の連携に積極的に取り組んできました。健康長寿の実現にも積極的で、さらなる健康長寿を目指して、①健康長寿プログラムの普及、②健康マイレージ事業、③企業との連携、④健康長寿の研究、⑤重症化予防対策を進めてきました。
- ≫ 最近では、介護予防と保健事業に一体的に取り組むという流れの中で、県の後期高齢者医療広域連合としずおか健康長寿財団（県の外郭団体）が協力・連携して事業展開を行う動きも出てきています。

取組み全体の体制

●健康増進課を核として各課・関係団体が連携

- ≫ 健康増進課が中心となって、長寿政策課や薬事課など、県庁内の関係課、各種関係団体などが協力・連携して施策の展開に取り組んでいます。
- ≫ 健康科学に立脚した健康づくりの拠点施設として、平成8年5月に、「静岡県総合健康センター」が三島市に開設され、健康増進課総合健康班が設置されました。同センターは、県民の健康づくりの中核として健康データの分析や健康長寿研究、各種研修事業を実施しています。



図：静岡県総合健康センター

（出典）「静岡県発表資料・静岡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」
第3回高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に関する有識者会議 資料1（厚生労働省）
（<https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000362863.pdf>）（平成31年3月19日閲覧）



② 情報の把握

高齢者一人ひとりの医療・介護等の情報を一括把握

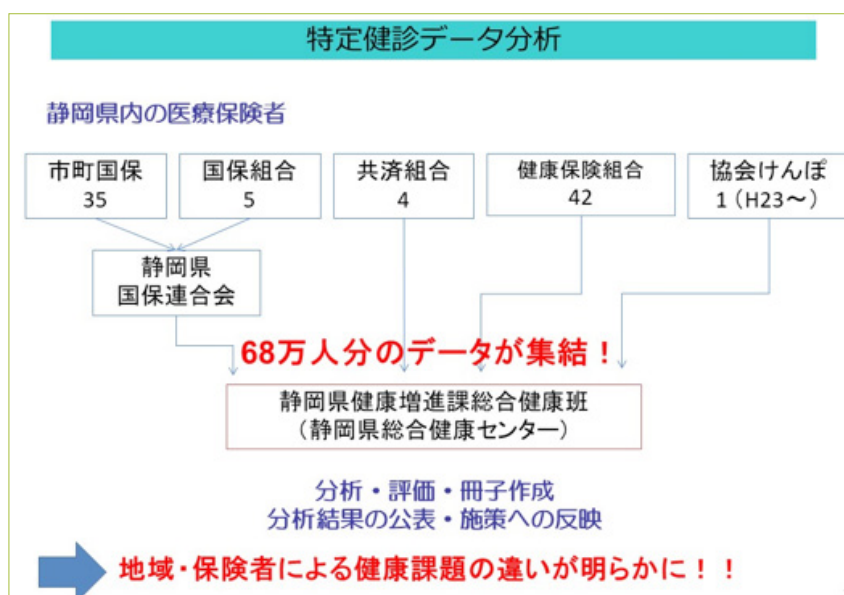


③ 地域課題分析

地域の高齢者の健康課題を整理・分析

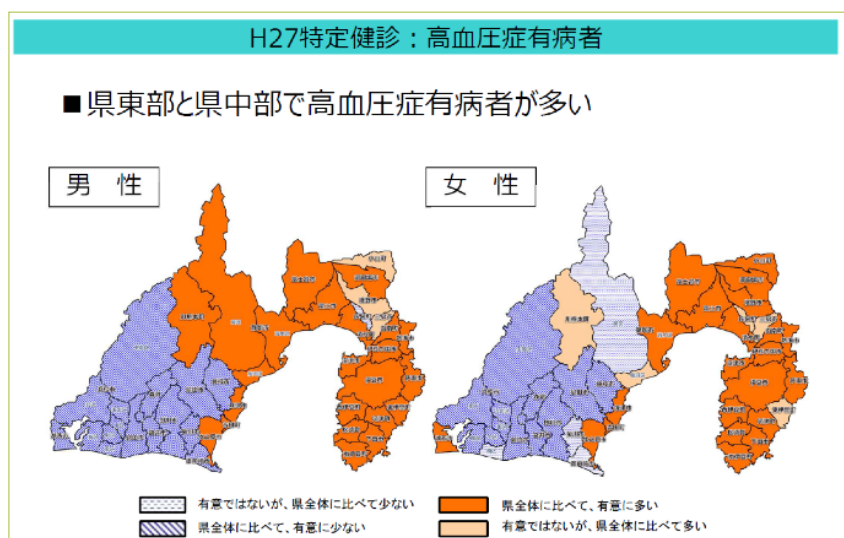
静岡県民68万人の特定健診データを集約・分析し、地域の健康課題を明確化

- 静岡県総合健康センターでは、県民の健康づくり、生活習慣病予防対策のため、毎年、県内の全医療保険者から特定健診データを収集し、68万人分のデータを集約して、「特定健診・特定保健指導に係る健診等データ報告書」を作成し、市町単位で県民の健康状態を分析しています。



(出典) 静岡県資料

- データ分析の結果は、地図形式でも公表しており、地域別の健康課題がひと目で分かるように工夫しています。(イメージは下図を参照)
- 同センターでは、地区別の詳細分析を希望する市町に対して、データ分析の活用方法や分析方法を伝授するなどの支援も行っています。市町では、このようなデータを健康増進計画の検討資料として使用したり、地区別の住民向け健康指導に活用しています。



(出典) 「静岡県発表資料・静岡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」
第3回高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に関する有識者会議資料1 (厚生労働省)
(<https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000362863.pdf>) (平成31年3月19日閲覧)

**●栄養の観点からの取組み**

- 在宅の高齢者には低栄養のリスクを抱えている方や、低栄養の状況を自覚していない方もいます。そこで、平成30年度から実施している「食べるからつながる地域包括ケア推進事業」では、介護支援専門員や訪問介護員、訪問看護師など在宅の介護や看護を担当している方たちが、高齢者の変化に気づき、栄養士や歯科医師等、多職種での連携・協働により低栄養の改善や予防に向けた適切な対応をとるための手引きとなる「食べるからつながる食支援ガイド」の作成に取り組んでいます。（平成31年度公表予定）
- 平成31年度には、「食べるからつながる食支援ガイド」を活用し、低栄養の改善や予防に向けた研修会や説明会を実施していくことにしています。
- 今後、県栄養士会とも協力・連携しながら、「食べるからつながる食支援ガイド」を活用して、低栄養予防の普及・啓発に取り組んでいくことにしています。

●歯科の観点からの取組み

- 住民歯科会議を一部の市町が実施しており、県（歯科医師）も市町からの依頼により、出席して技術的助言を実施しています。住民歯科会議は、住民が参画し歯科保健を推進するためのもので、以前から実施されてきました。静岡県では、歯科専門職が配置されていない市町が多いため、市町からの求めに応じ、県の歯科医師が会議等に出向いています。
- 静岡県歯科医師会館内に在宅歯科医療推進室を設置し（県委託事業）、在宅高齢者の訪問歯科診療に関する相談等を行う取組みを実施しています。また、歯科医師向けの研修も実施しています。（地域医療介護総合確保基金を活用）

●服薬指導の観点からの取組み

- 静岡県薬剤師会と連携して、薬局薬剤師が町内会や老人会等の地域コミュニティに出向いて行う薬や健康に関する講習や、高齢者等を対象とした薬の電話相談事業を従前より行っています。

●保健事業と一般介護予防事業の一体的実施に関する状況把握

- 静岡県では毎年、県下の全35市町に訪問ヒアリングを実施しています。平成28年度には、「保健事業と一般介護予防事業が連携しているか」について聞き取りを行い、情報連携から具体的な事業ベースの連携まで、何らかの形で連携している市町が13市町ありました。うち7市町は情報のみの連携、6市町は具体的な事業ベースの連携を行っていました。

成果

- 一体的取組みの直接的な成果ではありませんが、健康マイレージ事業がほぼ全県下の市町で実施されたり、全国でも健康寿命がトップクラスとなるなど、健康づくりが浸透してきていると感じます。
- 健康データの分析についても、特定健診のデータを提供していただける医療保険者の数も年々増加しています。
- 今後、具体的な成果に結び付けていけるものと期待しています。

取組みにあたっての課題等

- 市町の体制として、保健セクションには保健師・栄養士が配置されていますが、介護セクションに配置されているケースは非常に少ないのが現状です。今後は、介護セクションにも健康関係の専門職を配置していくことが必要であると考えています。
- 理念や考え方だけでなく、介護分野と保健事業分野の予算や人材などが本当の意味で一体的になっていくことが必要であると感じています。

掲載事例 連絡先一覧

分類	事例 NO	事例	担当課名	電話番号
市町村	①	千葉県柏市	保健福祉部 地域包括支援課	04-7167-2318 (直通)
	②	東京都多摩市	健康福祉部 高齢支援課	042-338-6924
	③	神奈川県横浜市	健康福祉局 高齢健康福祉部 地域包括ケア推進課	045-671-3464
	④	神奈川県大和市	健康福祉部 健康づくり推進課	046-260-5804
	⑤	静岡県袋井市	総合健康センター 健康づくり課	0538-42-7340
	⑥	愛知県長久手市	福祉部 長寿課	0561-56-0639 (直通)
	⑦	三重県津市	健康福祉部 健康づくり課	059-229-3310 (直通)
	⑧	滋賀県東近江市	市民環境部 保険年金課	0748-24-5631 (直通)
	⑨	岡山県勝央町	税務住民部	0868-38-3115 (直通)
	⑩	広島県呉市	福祉保健課 介護保険課	0823-25-3103 0823-25-3149
	⑪	広島県大崎上島町	福祉課	0846-62-0301
	⑫	佐賀県多久市	地域包括支援課 地域包括支援係 健康増進課 健康増進係	0952-75-6033 (直通) 0952-75-3355 (直通)
後期高齢者 医療 広域連合	①	新潟県後期高齢者 医療広域連合	総務課	025-285-3221
	②	長崎県後期高齢者 医療広域連合	事業課	095-816-3932
都道府県	①	長野県	健康福祉部 健康増進課 介護支援課	026-235-7112 (直通) 026-235-7111 (直通)
	②	静岡県	健康福祉部 政策管理局	054-221-3357

本事例集は検討委員会を設置して作成いたしました。

この場を借りて御礼申し上げます。

「これからの介護予防のあり方基礎研究」検討委員会

＜委 員＞ （敬称略・五十音順）（ご所属は平成31年3月時点）

近藤 克則 千葉大学予防医学センター 社会予防医学研究部門 教授
国立研究開発法人国立長寿医療研究センター
老年学・社会科学研究センター 老年学評価研究部長

坂崎 俊 大和市健康福祉部健康づくり推進課 医療施策推進担当 係長

津下 一代 公益財団法人愛知県健康づくり振興事業団
あいち健康の森健康科学総合センター センター長

夏原 善治 東近江市市民環境部保険年金課 課長

藤原 佳典 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所
社会参加と地域保健研究チーム 研究部長

平成30年度 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）
これからの介護予防のあり方基礎研究

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に関する事例集

平成31年(2019年)3月発行

発行 株式会社 三菱総合研究所 ヘルスケア・ウェルネス事業本部
〒100-8141 東京都千代田区永田町2-10-3
TEL：03-6858-0503 FAX：03-5157-2143
