

**高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に係る取組**

**島根県邑南町の事例**

(令和5年11月10日中国四国厚生局地域包括ケア推進課聞き取り)

## 目次

<b>1. 地域特性</b> .....	3
邑南町の概要	
邑南町における現状	
<b>2. 一体的実施の取り組み経緯</b> .....	6
一体的実施前からの取り組み事業	
一体的実施に取り組んだ背景・経緯	
<b>3. 一体的実施の推進体制</b> .....	8
庁内の体制	
関係団体との連携	
<b>4. 事業実施状況</b> .....	10
ハイリスクアプローチ	
ポピュレーションアプローチ	
<b>5. 事業推進のための取り組み</b> .....	13
周知と広報	
職員の人材育成	
<b>6. 一体的実施の取組の成果</b> .....	15
一体的実施に取り組んだことによる成果	
今後の展開等について	

# 1. 地域特性

## 邑南町の概要

(令和5年6月末時点)



邑南町マスコットキャラクター  
『オオナン・ショウ』

人口	9,784 (人)
高齢化率	45.5 (%)
日常生活圏数	3 (圏域)
後期高齢者被保険者数	2,670 (人)
後期高齢者1人あたり 医療費	入院 374,962 (円/年) 外来 290,120 (円/年)
後期高齢者健診受診率 (令和4年度実績)	23.3 (%)

島根県中南部に位置し、中国山地の山あいにある緑豊かな町である。

盆地の多い地形で、地域のほとんどが山林で占められている。平成16年10月1日に当時の羽須美村、瑞穂町、石見町が合併した。面積は419.2 km<sup>2</sup>。

主な産業は、農業で、産業別人口は、第1次産業が約4割を占めており（平成27年国勢調査）、ぶどう（神紅）のハウス栽培で新規就農者が増えている。

古代より豊富な砂鉄・木材等の資源から製鉄、製炭が盛んであり、たたら製鉄は町の主要産業として地域の生活基盤を支えた。

近年は少子高齢化・人口減少が進んでおり、特に中山間部になると、高齢化率が50%を超えている。

最近では持続可能な地域コミュニティのあり方についても検討されている。

## 邑南町における現状

### 【医療資源について】

邑南町の医療機関は、公立病院1か所、国保診療所4か所、内科・眼科診療所7か所、歯科診療所3か所。日常生活圏域に歯科診療所のない地域が1か所（羽須美地域）あり、県外や圏域外への通院や訪問歯科診療等に対応されている。

### 【医療費について】

- 医科一人あたり医療費は、国、県、同規模自治体と比べ低い傾向にある。受診率も県より低い。
- 入院医療費では、①骨折、②脳梗塞、③関節疾患、④肺炎、⑤骨粗鬆症の順に多く、④⑤については増加傾向にある。
- 外来医療費は、糖尿病、慢性腎臓病（人工透析含む）が増加傾向。人工透析は高血圧保有者が約9割。糖尿病が増加傾向となっている理由としては、若い世代の方の肥満が多いことがある。肥満の理由としては、交通手段が主に車であることや運動習慣のある人が少ないこと、間食や飲酒頻度と飲酒量が県平均よりも多いこと、が挙げられる。
- 歯科一人あたり医療費も医科同様、受診率とも低い。日常生活圏域ニーズ調査では口腔機能低下該当者は18.8%だったが、生活圏域で差はなかった。高齢者の質問票では県と比較し口腔機能低下を感じている男性の割合が高い。（男性33.6%、県：26.5%）

### 【介護給付について】

- 要介護認定率は、国、県、同規模自治体と比べ高い傾向にある（R4:22.0%）。新規介護認定者の原因疾患として、前期高齢者は脳卒中、後期高齢者は筋骨格器系疾患、がん、転倒・骨折、認知症が多い（R2～4 主治医の意見書）。島根大学の分析結果によれば、新規介護認定と影響のある特定健診の項目として、高血圧、HbA1c、脳卒中既往有り、歩行速度が遅い、食べる速度が遅いが高い相関を示している。
- 要介護認定者の有病状況は、心臓病（63.4%）、脳血管疾患（23.5%）、筋骨格器系疾患（60.3%）が県や国と比較して高い。
- 新規介護認定者の年齢は85歳から3割を超え増加するが、令和4年度の男性は70代から増加の割合が顕著に増えている（邑智郡介護保険課データ）。
- 介護給付費は、国、県、同規模自治体と比較し著しく高く、特に施設給付費が高い。町内で特別養護老人ホームや老人保健施設など介護施設の施設整備が進んでおり、介護施設の需要に対応できていることが要因として考えられる。

### 【健康課題について】

- 生活機能の維持・向上対策(フレイル予防、介護認定につながる疾病予防)
- かかりつけ医と連携した重症化予防(脳卒中発症・再発防止、糖尿病の重症化予防、人工透析導入防止)
- 若い世代からの生活習慣病予防(適正体重、血圧管理、骨粗鬆症予防)

町として今後、注力していく健康課題は以下の2つがある。

- ◆ 脳卒中、骨折等の入院や介護認定につながる疾病の予防対策
  - 保健課、医療福祉政策課で地域と連携したフレイル予防の取組を実施している
  
- ◆ 口腔機能を切り口にフレイルの早期発見・早期対応
  - 町内の歯科医の方と協力しながらどんな取組をしていくべきかを検討している

---

## 2. 一体的実施の取り組み経緯

---

### 一体的実施前からの取り組み事業

---

邑南町における一体的実施につき、従前から取り組んでいた事業としては、以下のようなものがある。

#### 【地域運動教室】

H17 から保健事業として、身近な場に集い、運動を通じて健康づくり・介護予防を図ることを目的に、集会所、自治会、公民館単位で健康運動指導士による教室の立ち上げ（当時 24 カ所）とあわせてリーダー（健康サポートリーダー）の育成を行ってきた。

立ち上げ後は自主活動としてリーダーを中心に週 1 回程度自主開催し、定期的に健康運動指導士や歯科衛生士が関与し、健康教育と運動指導、体カテストを実施していた。

元々は邑南町瑞穂地域にある健康センター元気館になかなか通えない方向への取組で、ご自宅の近いところで、運動による介護予防ができればいいという声があり立ち上げをした。

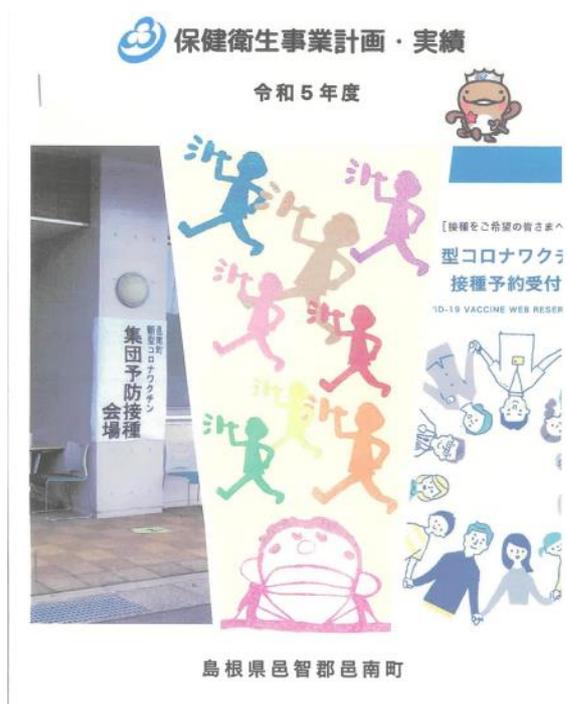
図表 1 町内の運動教室の様子



## 一体的実施に取り組んだ背景・経緯

- 町が分庁方式を採用しており、保健課と福祉課（現在の医療福祉政策課）の庁舎が離れているため、連携会議は開催されていたものの、保健課は主に74歳までの方への保健事業を福祉課は介護予防をそれぞれ実施しており、庁内連携が図れていなかった。
- 令和元年度の広域連合のブロック会議に保健課と福祉課が出席し、一体的事業の説明を受けた。その会議を受け、庁内関係課（福祉課：介護予防担当、町民課：後期高齢者医療担当、保健課：保健事業担当）の課長を含め一体化事業の趣旨や、邑南町の現状と体制的な課題（町全体としての課題の整理や対策の検討ができていない、保健事業と介護予防、後期高齢者保健事業が途切れており切れ目ない支援となっていない、後期高齢者健診後のフォロー体制が不十分で健診結果が生かされていない等）を共有し、検討を重ねた結果、町の課題を解決するために実施に至った。
- 各課縦割りで取組を進めていたので、庁内での調整に苦労した。保健課では、元々のデータを活用して地域の取組に活かすようにPDCAのサイクルを回しており、毎年、課内で健康づくりの事業を評価して次年度につなげていくために実績計画書を作成していたので、一体的事業も円滑に進めることができた。

図表2 保健衛生事業実績計画書



### 3. 一体的実施の推進体制

#### 庁内の体制

#### 【実施体制について】

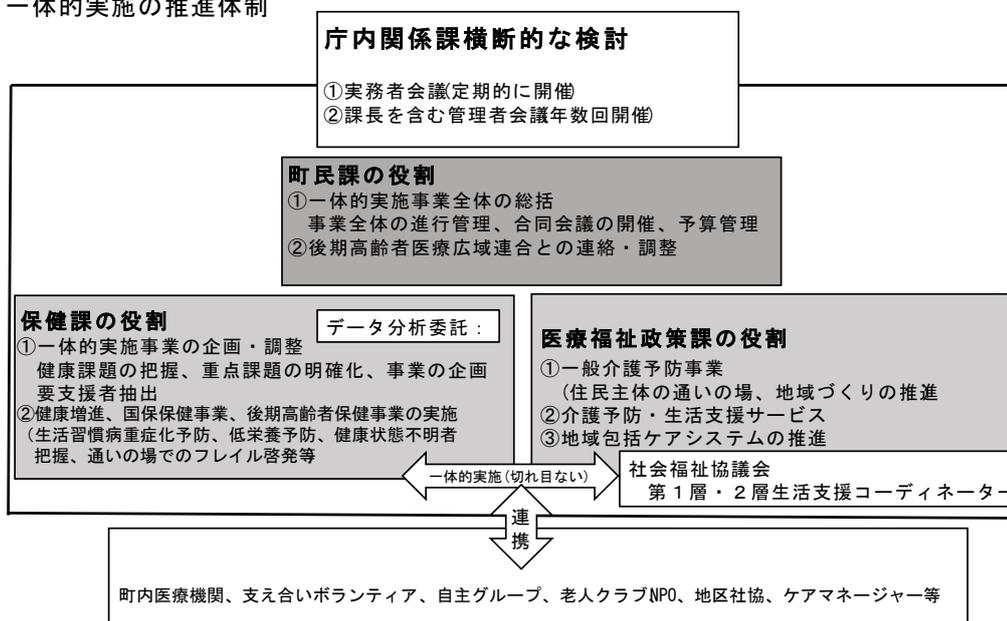
邑南町における庁内の実施体制は図表3、図表4のとおりである。

図表3

主担当課	保健課
企画・調整を担当する職員の配置課	保健課
連携している課	町民課、医療福祉政策課(地域包括支援センター)
その他 (連携している機関・連携内容、委託先・委託内容等)	町内医療機関 邑南町社会福祉協議会(生活支援コーディネーター) 島根大学:健康課題の分析を一部委託

図表4

#### 一体的実施の推進体制



## 関係団体との連携

### 【町内医療機関との連携について】

高齢者保健事業以前の成人生活習慣病の対策の段階から町内医療機関との連携を大切にしており、医療機関を訪問し保健事業の説明や協力の依頼などを行っている。

一体的実施の部分では低栄養防止事業でも医療機関と連携を図っている。

栄養士が高齢者を訪問した際に、フレイル予防が医師の治療方針と齟齬がないように、必要時事前にかかりつけ医の先生に相談させていただいている。

### 【島根大学との連携について】

平成 21 年に邑南町と島根大学が包括連携協定を締結し、平成 22 年からは同大学地域包括ケア教育研究センターと健康づくりと介護予防活動のテーマで共同研究をしている。

島根大学では主に特定健診や町の課題に応じた追加健診を実施いただき、実施した結果を大学で分析していただき(フィードバック)、町の計画策定の参考とし、町の保健事業のエビデンスとして町民の啓発に活用をしている。

令和 2 年度から始まった一体的実施の際にも過去の大学との共同研究結果と突合せながら分析を依頼しており、令和 2 年、3 年は町民の介護認定の要因分析、令和 4 年は保健課と医療福祉政策課が通いの場で実施した体力テストの結果の分析を依頼している。

大学での口腔と糖尿病の関連の研究の一環で、町内で糖尿病患者を歯科受診につなぐための取組として、パンフレット作成や大学の追加健診の結果からみえる健康づくりについて、地域毎(日常生活圏域毎)に大学の先生による講演会を実施し、町民の方の健康意識を高めることに役立っている。

## 4. 事業実施状況

### ハイリスクアプローチ

ハイリスクアプローチ（高齢者への個別的支援）として、下表の事業を展開している。

図表5 ハイリスクアプローチの内容

実施項目	実施概要
低栄養防止	<p>【対象者】</p> <p>①令和5年度後期高齢者健診の結果、BMI18.5未満かつ高齢者の質問票から6ヶ月間で2kg以上の体重減少があった者。そのうちかかりつけ医が低栄養支援を必要と判断した者。</p> <p>②令和5年度歯科口腔健診の結果、低栄養の疑いありと判定された者。</p> <p>*①②とも介護認定者を除く。</p> <p>【実施者】</p> <p>管理栄養士</p> <p>【実施方法】</p> <p>①初回訪問で、生活状況、栄養状態を状況把握し、対象者とともに目標を立てる。</p> <p>②1~2ヶ月後に電話あるいは訪問で、生活や食事の状況・体重の変化を確認する。必要な場合、目標を見直し再設定する。</p> <p>③3ヶ月後、体重変化や食品摂取状況等目標に対する評価を行う。</p>
生活習慣病重症化予防	<p>【対象者】</p> <p>令和5年度後期高齢者健診の結果、HbA1c8.0%以上、血圧160/100mmHg以上で医療機関未受診者</p> <p>【実施者】</p> <p>事業担当保健師</p> <p>【実施方法】</p> <p>①訪問を行い、健診後の医療機関受診状況、生活状況、家庭血圧測定の勧奨等、保健指導を行う。</p> <p>②3ヶ月後にレセプトで医療機関受診状況を確認し、未受診者については再度勧奨を行う。</p>

健康状態不明者訪問	<p><b>【対象者】</b> 令和5年度後期高齢者健診未希望かつ医療未受診かつ介護認定を受けていない者</p> <p><b>【実施者】</b> 地区担当保健師</p> <p><b>【実施方法】</b> ①事前にアンケートを郵送し、状況把握を行う。 ②初回訪問で生活・健康状態や心身の機能を把握し、相談、健診の受診勧奨を行う。必要に応じて適切な医療や通いの場、本人の同意のもと介護サービスにつなげる。 ③3ヶ月後、健診の申し込み状況やレセプトから受診状況を確認し、電話や訪問で再度状況把握と勧奨を行う。 * 関わりの視点として 85 歳までは積極的な健診の受診勧奨、86 歳以降は介護サービスのニーズ把握。</p>
-----------	---

### 特徴的な取り組み・エピソード等（ハイリスクアプローチ）

- **低栄養防止**  
必要時、事前にかかりつけ医からの留意点や指示などをいただいて訪問している。
- **口腔機能低下防止**  
町内の歯科医師が色々なアドバイスをかけていただいており、後期高齢者の LED0（後期高齢者歯科口腔）健診も県の歯科医師会に働きかけて広げられた経緯がある。若いうちから口腔健康管理をする必要があるという意識から、特定健診に加えて唾液潜血反応検査や咀嚼力検査等付加検査を実施している。
- **健康状態不明者訪問**  
85 歳を基準に関わりの視点を変えており、85 歳までは積極的に健診受診をお勧めしているが、85 歳以上は要介護認定状態が増えることもあり、85 歳以上は地域で在宅生活を送るうえで困っていないか（介護サービスのニーズ把握）を基本的に全数調査で確認している。

## ポピュレーションアプローチ

ポピュレーションアプローチとして、通いの場等において、下表の事業を展開している。

図表 6 ポピュレーションアプローチの内容

実施項目	実施概要
通いの場 複合的取り 組み	<ul style="list-style-type: none"><li>・通いの場において、低栄養予防（管理栄養士）、運動機能低下予防（健康運動指導士、作業療法士）、フレイル予防・圏域の健康課題、歯科口腔機能低下予防（保健師）についての健康教育や実技を実施する。</li><li>・後期高齢者の質問票による現状把握や体力チェックを行い、参加者の健康状態や生活機能を把握と本人の気づきにつなげる。その結果をもとに生活機能の向上のための指導を行う。状態に応じて個別に健康相談を行い、健診や医療への受診勧奨、地域包括支援センター等につなげる。</li><li>・通いの場のリーダー（ボランティア）と連絡を取り合いながら、地域の実情に応じた高齢者の健康に関する相談や不安等について気軽に相談が行えるよう配慮する。</li></ul>

### 特徴的な取り組み・エピソード等（ポピュレーションアプローチ）

#### ● きらりおおなんいきいき活動

（介護支援ボランティアポイントを活用した取組）

高齢者が介護支援ボランティア活動をとおして社会参加、地域貢献を行うとともに、高齢者自身がボランティアポイントを付与されることで意欲が向上し、介護予防を推進する。

## 5. 事業推進のための取り組み

### 周知と広報

- 町の広報誌に介護予防の記事を掲載し、町民に周知を進めている。
- 町営のケーブルテレビであるおおなんケーブルテレビで毎月保健師と健康運動指導士が制作番組を作って、高齢者向けに家でもできるような運動の番組や口腔ケアの番組を放送している。

図表7 広報誌の記載内容

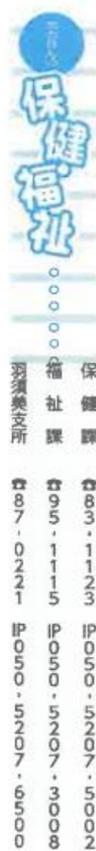
### こたつにあたってばかりいませんか？ フレイル（虚弱）予防

寒い日が続く中、運動不足になっていませんか。  
 このような生活が続くと、動きにくい、疲れやすい、やる気が起きないなど、身体だけでなく精神面や認知機能が衰え、フレイル（虚弱な状態）が進みます。  
 フレイルは健康な状態と介護が必要な状態の中間の段階で、要介護になる危険が高いといわれています。

- ◆**こまめに動き、座っている時間を短くしましょう**  
 ラジオ体操やケーブルテレビの健康体操を参考にしてみてください。
- ◆**粗食は長寿の敵！**  
**たんぱく質が豊富な食材をしっかり噛んで食べましょう**  
 たんぱく質を多く含む肉、魚、卵、大豆製品を、毎食手のひら一杯分は食べましょう。
- ◆**年に一回は歯科医院を受診！**  
 入れ歯を使っている場合も、しっかり噛めているか、診てもらいましょう。
- ◆**人とのつながりは健康にプラス**  
 様々な活動で、人との交流が維持できている人は、体を動かす機会も多く、脳も刺激されます。感染対策をして、地域の教室や集まりへ積極的に参加しましょう。





## 職員の人材育成

毎年、先進的に取り組んでいる自治体の関係課へ視察や意見交換を行っている。

年度	取組
令和2年度	雲南市の担当者と意見交換を実施
令和3年度	福祉課と社会福祉協議会の職員を講師に迎え、研修を実施
令和4年度	江津市に視察に行き、意見交換を実施
令和5年度	江津市に視察に行き、地域ケア会議を見学

### 視察や意見交換を通じて

- 県内他市町村では担当課は保健福祉課が多く、福祉部門の視点があるが、邑南町は保健課が単独であることから、介護予防の視点が十分だったとはいえ、今まで活動していた保健事業の対象者は非常に少ないことを再認識した。人材育成の必要性を感じた。
- 事業を進めていくためには、町内だけではなく、広い視野で地域の人を俯瞰して見ていく必要がある。
- 今後は色々な部署の視点を持つことが重要であると認識し、先進的に取り組んでいる自治体との視察や情報交換を専門職職員が全員参加できればいいと思っている。

図表8 自治体との視察や情報交換の企画

時間	内容	ポイント	担当	必要物品
11:00～	会場準備	密にならないように…レイアウト工夫する	可能な人	机、いす(不足分は運び入れる) スクリーン パソコン、プロジェクターは雲南市持参
13:00	雲南市到着 パソコン動作確認	講師:雲南市役所保健医療介護連携室 和泉保健師、安部歯科衛生士	お世話:渡部 上田ち	コーヒー、お茶セット
13:15～ 15:00 (105分)	あいさつ オリエンテーション 講演	・講師紹介も含めて挨拶していただく ・本日の流れの説明 ◆依頼内容 ① 一体化事業の概要:国保保健事業・健康づくり事業・後期高齢者保健事業・介護予防(地域支援事業)の内容や位置づけ、財源、実施体制(誰がどのように取り組んでいるか、地区担当保健師の関わり)、関係課との連携 ② 後期高齢者の保健事業～にこにこ健口教室メニュー、実施体制、予算、事前事後の評価、歯科医師・かかりつけ医との連携、業務量、実績、個別アプローチ方法	土崎課長 進行:上田ち  和泉ちひろ 保健師  安部美智野 歯科衛生士	・雲南市発表データ(USB) ・レジメ、資料 ・出席者名簿(公民館提出) ・邑南町の資料(意見交換のとき) ・マイク ・レーザーポインタ ・お水
15:00～	休憩(5分)			
15:05～ 15:30 (25分)	意見交換	◆邑南町の状況も報告する(雲南市リクエスト) ・企画・調整と日常生活圏域に配置される専門職の役割、取り組みとしてのこと ・包括との連携会議の様子 ・地域包括ケア～どこがどのような役割を担っているか分かる組織図などあれば見せてほしい (参考)雲南市はコーディネーターを地区担当保健師が担当		[邑南町からの資料] ・一体化年間計画 ・実施体制フロー図 ・適いの場計画書 ・R2の取り組み ・地域包括ケア【包括が準備】
	あいさつ		土崎課長	*お土産:四つ葉ショップ

スタッフ  
保健課:土崎課長、上田い、坂本、北野、渡部、静岡、渡邊、大倉、大島、竹内、平井、  
県立大学学生2人、上田ち  
福祉課:山崎、竹野、井上  
町民課:欠席

---

## 6. 一体的実施の取組の成果

---

### 一体的実施に取り組んだことによる成果

---

#### 本事業を実施するうえで感じている効果等（担当者コメント）

- 庁内関係課と定期的な検討の場をもつことができるようになった。相互理解をしながら町の健康課題についての共有と、互いに協力して効率・効果的な取り組みになるよう事業整理をしている。
  
- 一体的事業に取り組むまでは保健課は主に前期高齢者を中心に関わっていたが、後期高齢者の直面している地域での生活実態を知る機会が増え、後期高齢者まで見通した広い視点で地域の課題を捉えることができるようになってきた。
  
- 令和2年度に実施した際には一体的実施は新しいことを作っていく事業だと思っていたが、実際には今までの事業整理や関係各課との連携を図ることで、より効果的に町民にとって健康づくりの場を提供できる事業であると感じている。

### 今後の展開等について

---

- 今後も引き続き、庁内関係課と課題の共有、目標設定、効率・効果的な事業計画・分担、評価を定期的に行い、一体的実施の体制を確立することを目指す。
- ポピュレーションアプローチについては、医療福祉政策課や社会福祉協議会と既存の通いの場の整理を行い、自主グループへの働きかけや必要な場につながるように仕組みづくりを行う。
  
- 関係機関・団体とも連携を図り、疾病の発症予防、重症化予防、地域の通いの場の整理、フレイルを早期に発見・対応する仕組みづくりを進める。