

令和 5 年度 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施 取組事例

令和 6 年 3 月

厚生労働省 保険局 高齢者医療課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

概 要

- 令和5年度に高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を後期高齢者医療広域連合から受託している市町村のうち、一部の市町村について、取組内容や実施体制、取組結果、課題等についてヒアリングを実施した。

- ヒアリング実施者：地方厚生（支）局 健康福祉部 地域包括ケア推進課

- ヒアリング対象市町村

1. 北海道厚生局	北海道富良野市	北海道洞爺湖町
2. 東北厚生局	宮城県大崎市	宮城県大郷町
3. 関東信越厚生局	栃木県小山市	長野県小諸市
4. 東海北陸厚生局	石川県加賀市	三重県鈴鹿市
5. 近畿厚生局	奈良県黒滝村	和歌山県那智勝浦町
6. 中国四国厚生局	鳥取県鳥取市	島根県邑南町
7. 四国厚生支局	愛媛県久万高原町	高知県いの町
8. 九州厚生局	佐賀県鳥栖市	

1. 北海道厚生局

北海道富良野市 一高齢者特有の病態に着目した効果的な一体的実施の取組一

市の概況(令和5年3月31時点)

人	口	19,923 人
高	齢	化
率		35.2 %
後	期	被
保	険	者
数		3,953 人
日	常	生
活	圏	域
数		1 圏域

取組の経緯

- 高齢化の進展により要介護者の増加が予測される中、有病状況では心不全・認知症・脳血管疾患が多く、基礎疾患である生活習慣病の重症化予防を国保と分断することなく取組む必要があると考え、初年度(令和2年度)から実施している。
- 本事業の開始以前から、「老人クラブ」・「ふれあいサロン」(生活支援コーディネーターが中心となって、仲間づくりや孤立感の解消、閉じこもりの予防等を目的として開設)にて健康教育や健康相談等を実施しており、これらの既存の取組を活用できたことも事業を開始する後押しとなった。

実施体制



企画調整・関係機関との連携

● 庁内連携

保健医療課では、健診・医療・介護の面から課題を把握するためツールを用いて分析し、事業の見通しを立てるとともに、高齢者福祉課(地域包括支援センターを含む)、市民課と研修や健康課題の情報共有を行うなど、連携・協力して事業を実施している。

● 医療関係団体等との連携

富良野医師会には、糖尿病性腎症重症化予防事業について情報共有しつつ、状況に応じてかかりつけ医から助言を得る等の連携を図っている。

また、北海道リハビリテーション専門職協会と連携してフレイル対策の取組を実施するなど、継続して医療専門職が関与できる体制を構築している。

ハイレスクアプローチ

● 低栄養・生活習慣病等の重症化予防

保健師が健診結果、KDB、後期高齢者の質問票、糖尿病連携手帳等によりフレイル状態の確認、健診結果の説明・保健指導、必要に応じてフレイルチェックを実施。低栄養・糖尿病治療中かつフレイル該当者には管理栄養士が栄養状況を確認した上で、初回面接時に目標を設定、介入3か月後に再度面接して目標の達成状況を確認する等の取組を行っている。

● 健康状態不明者への実態把握

地域包括支援センターと分担し、電話・訪問等により健康状態・生活状況の確認、医療機関・後期高齢者健診の受診勧奨、状態に応じて介護予防教室や地域包括支援センターを紹介している。

※事業対象者の選定にあたり、『一体的実施・KDB活用支援ツール』及び『後期高齢者の質問票 要介護認定・予測妥当性』も参考にしている。

ポピュレーションアプローチ

● 老人クラブ健康教室の実施

北海道リハビリテーション専門職協会所属の市内医療機関のリハビリテーション専門職と保健師が地域に出向き、「自分のからだを知って、健康寿命をのばそう!」をテーマに、フレイル対策の講話、運動機能評価(※)を実施。受講者自身からからだの状態を知ってもらい、自宅等で継続的に実施できる効果的な運動プログラムを提案している。

また、地域貢献実習として近隣医科大学の学生による「フレイル対策」の講話も実施している。

※運動機能評価の実施方法

- ① 問診
- ② 握力測定
- ③ 10m歩行テスト
- ④ 立ち上がりテスト
- ⑤ 2ステップテスト

の検査を行い、フレイル・プレフレイル・問題なしで判定する



老人クラブ健康教室の様子

北海道富良野市

事業結果と評価概要（令和4年度結果）

		対象者数	参加者数	評価指標	状況（評価結果）
ハイリスク アプローチ	低栄養	26	6	①対象者に対する栄養指導率 ②栄養指導実施者のBMI改善率	①食習慣の状況（介入前後の変化より） →改善4人 ②翌年BMI増加率→30.8%
	糖尿病性腎症重症化予防	22	22	対象者の医療機関受診率	・対象者の医療機関受診率100% （19人治療継続、5人定期受診あり）
	その他の生活習慣病重症化予防	40	40	対象者の医療機関受診率	・医療機関受診率 50.0% ※医療機関への受診勧奨をして受診した人数：8人 ※支援時にすでに治療をしておりその後も治療継続が確認できた人数：12人
ポピュレーション アプローチ	健康教育・健康相談	-	301 （延べ人数）	老人クラブ（全20箇所）での健康教育実施数	・13か所で実施（65.0%）
	フレイル状態の把握	-	675 （実人数）	後期高齢者健診・通いの場での後期高齢者質問回収率	・95.6%
	気軽に相談できる環境づくり	-	706	広報、ホームページ、通いの場等での通知回数	・34回

○糖尿病性腎症重症化予防：国保対象者への重症化予防の取組も重要であるが、重症化のリスクが高い後期高齢者に対しても、人工透析への移行等を防ぎ、後期高齢者及び家族の生活の質の向上とともに医療費の抑制を図る必要がある。また、糖尿病精密検査依頼書や糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医と連携した取組を実施するほか、糖尿病連携手帳を活用しながら自身のコントロール状況を把握してもらい、生活習慣の改善に向けた意識づけをすることが必要である。

○健康教育・健康相談：毎年健康教育を実施している老人クラブがある一方で、過去3年間一度も開催していない老人クラブやコロナ禍の影響で活動を休止する老人クラブがあった。これまで介入できていない老人クラブにはより積極的に健康教育の開催を勧奨し、内容についても多職種との連携を図り検討していく必要がある。また、健康教育以外でも広報やポスター等でフレイル予防について普及啓発を行い、高齢者への情報提供の機会を拡大していく。

課題・今後の展望

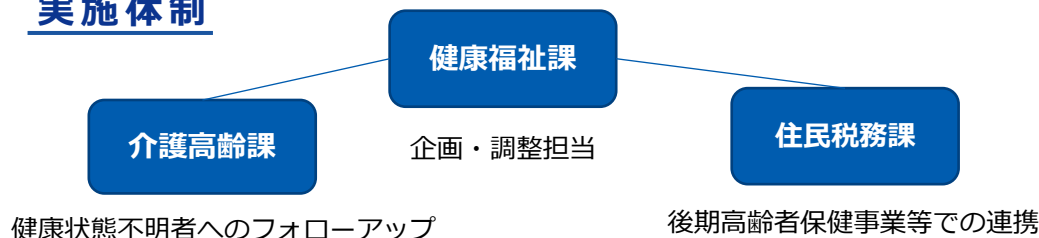
- 後期高齢者健診受診率向上のため、集団健診過去受診者・75歳到達者へのハガキによる受診勧奨、老人クラブ健康教室での受診勧奨
- 健康状態不明者への支援として、対象者の自宅へ訪問する前に先行して健診案内ハガキを送付
- フレイル該当者を介護予防教室に繋げるために、農村地区の交通手段の確保等を検討
- 野菜摂取量増加に向けた取組として、ベジチェックの活用を検討（皮膚カロテノイド量を測定し、野菜摂取量を測定）

北海道洞爺湖町 一町の専門職と連携した保健事業と介護予防の取組一

市の概況（令和5年4月1時点）

人	口	8,059人					
高	齢	化	率	43.2%			
後	期	被	保	険	者	数	2,009人
日	常	生	活	圏	域	数	1圏域

実施体制



洞爺湖町公式キャラクター
洞龍くん

取組の経緯

- 国保保健事業と後期高齢者保健事業のスムーズな接続に課題を感じていたところ、既存事業の活用や内容見直し等により、保健事業と介護予防を一体的に実施し、介護認定が多い疾患への対策（フレイル対策等）にも取り組むことができると考えた。
- 事業の実施に際して、既存事業と新規事業を含めたすり合わせを行った。健康状態不明者の実態把握、町の健康課題でもある糖尿病性腎症重症化予防については、既存事業をベースに内容を整理。新規事業として服薬指導推進事業を実施するため、薬剤師を交えた関係者会議にて情報共有・協力依頼を行い、事業の枠組みを構築した。
- 一体的実施事業関連の研修会等に参加して情報収集しつつ、町の保健師の人員体制が整った令和4年度から当該事業の開始に至った。

企画調整・関係機関との連携

● 庁内連携

健康福祉課、介護高齢課（地域包括支援センターを含む）、洞爺湖町社会福祉協議会の3者による連携会議を3か月に一度開催。課題の検討や情報の共有を行う。

介護高齢課については、上記のほか、介護保険認定者の分析に必要なデータの共有、健康状態不明者対策において必要に応じてサービス接続を行うなど連携を図る。

● 調剤薬局との連携

その他生活習慣病重症化予防に係る指導及び重複投薬に対する服薬指導推進事業を委託。

● 医療関係機関等との連携

ポピュレーションアプローチで実施する運動メニューについて、医療機関と協力し作成。その他、胆振西部医師会、室蘭歯科医師会等と随時情報共有をしている。

ハイスコアアプローチ

● 糖尿病性腎症重症化予防

抽出基準に該当する者に、保健指導の案内等を行い、訪問・文書等で保健指導を実施する。事前に精密検査の受診有無、医師の指示も確認しておき、評価は6か月後の評価健診等で行い、必要に応じ医療機関と連携してフォローする。

● 重症化予防（その他生活習慣病予防）

町内の調剤薬局を「町のお薬相談所」に指定。生活習慣病関連薬の増薬や種類変更があった者に対して、6か月を1クールとし、内服等に関する助言・指導やモニタリングを行い、必要に応じて、かかりつけ医や介護事業所等に情報提供しつつ、治療継続者に対する重症化予防を行う仕組みを構築している。

● 重複頻回・多剤投薬等

薬剤師の訪問に加え、薬局立ち寄り時に服薬指導を実施。服薬の自己調整に関する指導や生活リズムに合わせた内服時間、飲みづらさや飲み忘れへの指導、重複による副作用の確認等を3か月を1クールとして実施している。

ポピュレーションアプローチ

● エアロバイクを活用した運動メニュー

誰でも簡単に使用できる点に着目し、町の医療機関の理学療法士と連携し、エアロバイクを活用した運動メニューを作成。専門職による「心肺機能の維持向上を目的とした有酸素運動のメニュー」や、「身体機能の維持向上を目指した筋力トレーニングのメニュー」を提示することにより、使用者の目的やレベルに応じた活動が可能となるよう工夫している。

● フレイル状態の把握

集団健診に併せた介護予防健診や老人クラブ・サロン等で体組成計を活用しフレイル状態を把握。地域包括支援センターと連携し、必要に応じて一般介護予防事業等の必要なサービスを紹介している。

（健康教育の様子）



北海道洞爺湖町

事業結果と評価概要（令和4年度結果）

		対象者数	参加者数	評価指標	状況（評価結果）
ハイリスクアプローチ	糖尿病性腎症重症化予防	6	2	・精密検査受診者数・率 ・HbA1c、FBS、尿検査の改善者数・率 ・実施終了率 ・体調変化、生活習慣改善の有無	・改善率は100%を達成した。 ・治療中であってもコントロール不良者もいるため対象者抽出基準や医療との連携については今後の課題とする。
	重症化予防（その他生活習慣病）	2	1	・生活習慣改善の有無 ・血液データの変化	・一時的に増薬となったが途中で中止となり終了している。
	服薬指導	3	2	・体調の変化 ・処方薬剤種類数 ・調剤医療費 ・残薬状況	・改善率は100%を達成した。 ・コロナの影響により医療機関が休診となり、かかりつけの病院を受診できず、月に複数の医療機関を受診する事例がKDBから抽出されたが、都度薬剤師に確認し、事情や薬の状況を確認できた。薬剤師との連携が不可欠であった。
	健康状態不明者対策等	76	76	・必要なサービスに接続した人数 ・生活自立者数	・健康状態・生活実態を確認できた割合 100% ・適切なサービスにつながった割合 100% ・健康状態不明者のうち生活自立者が3割弱。
ポピュレーションアプローチ	健康教育・健康相談	-	174 (延べ人数)	・フレイルチェック該当者数 ・ハイリスクアプローチ接続者数 ・トレーニング室利用者数 ・健康寿命平均年数	・コロナ禍により地域の集まりの休止が続き、普及啓発は単発で終了。フレイル実態の把握が困難だった。 ・エアロバイクを活用した運動メニューの積極的な周知・勧奨が、R5年度以降の課題となる。
	フレイル状態把握	-	50 (実人数)	・BMI・体重 ・介護予防健診項目の変化 ・ハイリスクアプローチ接続者数 ・トレーニング室利用者数	・ハイリスクアプローチへの接続者数が50名中46名とほとんどの方の支援をすることができた。 ・個人の比較はできていないため、R5年度以降の課題とする。また、機能低下していても「まだ大丈夫」と感じている対象者もあり、今後の取組内容について検討する。

○事業対象者が少ないことやR4年度から開始して間もないため、実績の積み重ねや他事業の効果等も確認していく必要がある。

課題・今後の展望

- 地区別の健康課題の分析及び事業対象者の抽出基準が課題。保健事業全体の稼働状況を考慮しながら検討していく。
- 町の健康課題に対応し、糖尿病性腎症重症化予防事業を継続するとともに、高血圧の重症化予防事業の実施を検討していく。
- サロンや健康教室を担当している生活支援コーディネーター（町社会福祉協議会）や関係機関との情報・課題共有や分析を行うとともに、老人クラブやサロン等、地域活動に参加していない方へのアプローチ方法・支援を検討する。

2. 東北厚生局



市の概況（令和5年4月1日時点）

人	口	127,330 人
高 齢 化 率		30.4 %
後期被保険者数		19,228人
日常生活圏域数		11圏域

一体的実施前の体制

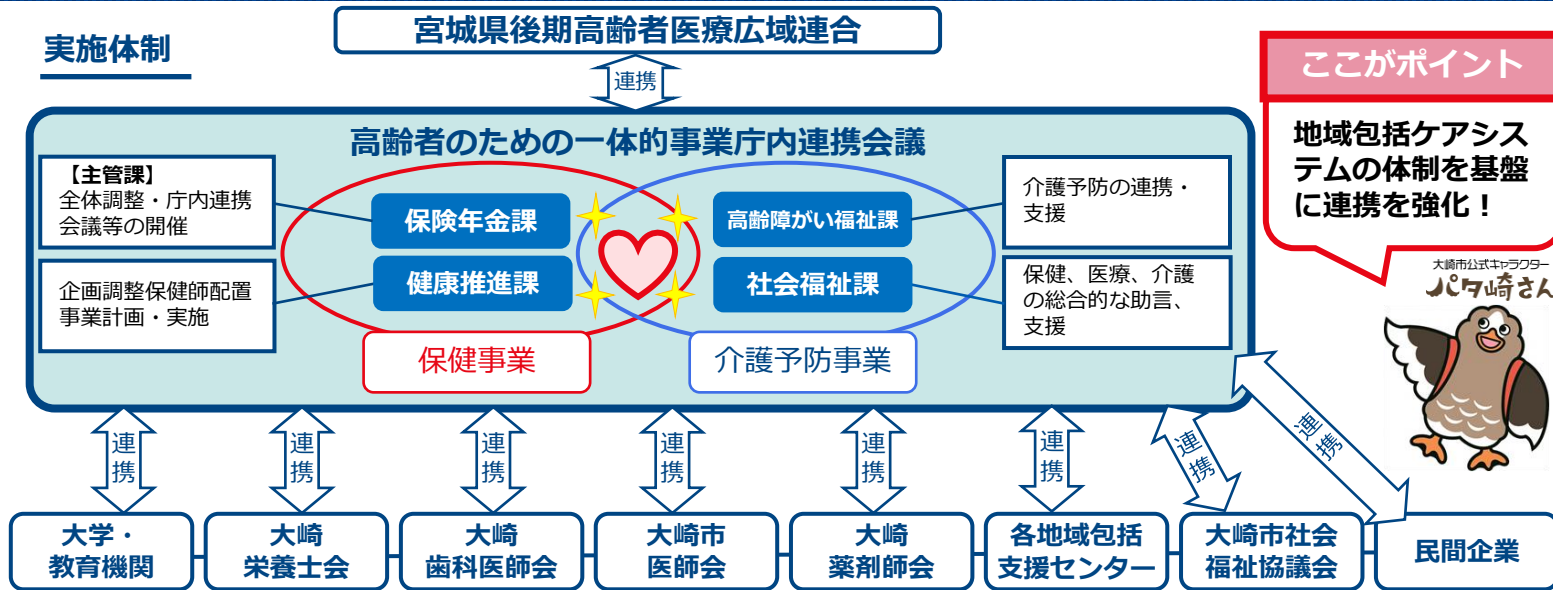
これまで培ってきた地域包括ケアシステムの構築により、以下のような体制が整っていた。

- 医師会との定期的な打ち合わせや会議を開催する頻度が高いため、かかりつけ医からの協力が得られやすい。
- 圏域別の地域ケア会議などへ三師会等の関係機関が参画しているため、三師会等と連携が得られやすい。また、介護や医療の関係機関と情報共有しやすい会議の場があった。
- 週1回の通いの場が110か所以上あり、ポピュレーションアプローチを実施しやすい環境にあった。

関係機関との連携

- 医師会…定期的な打ち合わせ、会議を実施。かかりつけ医と連携した訪問健康相談事業を実施。介入効果をかかりつけ医及び会議での報告により共有。
- 歯科医師会…年2回会議にて情報交換。
- 薬剤師会…定期的に会議、勉強会を実施。薬局におけるフレイル健康相談の実施。
- 地域包括支援センター…健康状態不明者の事業において、訪問前後でカンファレンスを実施。同行訪問を行い、フォローが必要な人や介護に繋がった方がいい人などケースの発掘、継続支援をしている。

実施体制



ここがポイント

地域包括ケアシステムの体制を基盤に連携を強化！

大崎市公式キャラクター
ピタ崎さん



取組経緯

- 後期高齢者の健康課題を分析し事業を展開していくことで、市の健康課題をより明確にしたい。
- 必要な人に必要なサービスが行き届くような事業整理を推進したい。
- 高齢者の健康づくりをより包括的にとらえ、庁内外連携を密にした取り組みを推進したい。

R3年度（一体的実施の取組1年目）実施圏域3圏域
・庁内連携会議（2回） ・全体連携会議（2回）
・関係機関との情報共有（その都度）



R4年度（一体的実施の取組2年目）実施圏域4圏域
・庁内連携会議（5回） ・全体連携会議（2回）
・関係機関との情報共有（その都度）

ハイレスクアプローチ

宮城県で唯一、多剤処方者等への相談・指導に取り組んでおり、大崎薬剤師会と共に作成した大崎市オリジナルの服薬アセスメントシートを活用し、訪問による健康相談や、大崎薬剤師会と一緒に訪問前後のケースカンファレンスを実施している。

ポピュレーションアプローチ

フレイルチェッカーズ（フレイル自己チェック、握力・血圧測定、咬合力チェック、体組成測定等）を活用し、健康状態・フレイル状態の見える化をして、自身の気づき、振り返りを促している。



フレイルチェッカーズでの様子

宮城県大崎市

事業結果と評価概要(令和5年度結果) 【※全11圏域にて実施】

取組		対象者数	支援者数 参加者数	評価指標	状況(評価結果)
ハイリスク アプローチ	多剤処方者等への 相談・指導の取組	20人 (実人数)	20人 (実人数)	・連携体制構築のための会議回数 ・アセスメントシートの作成・共有 ・訪問件数 ・薬剤単価の減少	・連携体制構築のための会議回数 計5回 ・大崎薬剤師会とアセスメントシート作成・共有 ・訪問件数14件 ・電話相談6件 ・薬剤単価の減少 維持
	健康状態不明者対策	87人 (実人数)	87人 (実人数)	・連携体制構築のための会議回数 ・マニュアル共有 ・訪問件数 ・必要なサービスにつながった者の割合	・連携体制構築のための会議回数 計15回 ・マニュアル共有 全包括支援センターと実施 ・訪問件数78件 電話相談9件 健診受診21件 ・必要なサービスにつながった者の割合 70%
	生活習慣病等の 重症化予防の取組	74人 (実人数)	50人 (実人数)	・関係機関との情報共有回数 ・定例会議による進捗管理回数 ・訪問件数 ・定期受診継続割合	・関係機関との情報共有回数 計20回 ・定例会議による進捗管理回数 隔月1回 ・訪問件数14件 ・文書等による受診勧奨36件 ・定期受診継続割合 100%
ポピュレーション アプローチ	その他複合的取組 (フレイル状態の把握をし たうえで、健康課題に沿っ た健康教育を実施)	130回	149回 1,762人 (延人数)	・関係機関との情報共有回数 ・マニュアル共有 ・実施回数・人数 ・フレイルの認知度	・関係機関との情報共有回数 計38回 ・マニュアル共有 全11圏域で実施 ・実施回数・人数 149回 1,762人 ・フレイルの認知度 維持

今後の展望

- 地域分析をさらなる視点（後期高齢者の質問票等）も加えて継続して実施する。
- 地域特性に合わせ、事業整理も含めた効果的な事業実施体制を構築する。
- ポピュレーションアプローチにおける健康無関心層へのフレイル対策として、効果的なアプローチ体制の構築を検討していく。
- 関係機関と連携を強化・拡大し、高齢者の健康づくり支援や地域の見守り等のさらなる体制整備と質の向上を図る。

宮城県大郷町

事業結果と評価概要（令和4年度結果）

		対象者数	参加者数	評価指標	状況（評価結果）
ハイリスクアプローチ	健康状態不明者対策	13人	13人	①要指導者の医療・介護・福祉サービス、インフォーマルサービスへの接続数・状況 ②要指導者の主観的健康観、検査値の変化 ③健康状態不明者の健診・検診受診率、連続受診率（経年変化：継続的な健康管理能力）	①（R5.1.4現在） ・状態像悪化により医療受診をしている。 救急搬送：1名 介護サービス：2名 ・在宅介護の方法が分からず家族も困り感を抱えていたケース。 保健サービス：4名 ・町健診や包括実態把握事業、家族の引きこもり相談などへつながった。 ②主観的健康観は「普通」以上での回答が多い。身体症状を自覚できる人は「やや不良」と評価している。継続的な関わりによる変化は今後評価が必要。 ③健診等の受診勧奨を継続し、健康管理能力を評価するとともに状態像を追っていく。 215名の受診勧奨者に対して、32名が健診受診につながった。受診勧奨呼応率は14.9%である。
ポピュレーションアプローチ	フレイル対策のための健康教育・健康相談	3 か所 100人	6 か所 108人 (延べ)	①事業実施前後の高齢者の質問票項目の変化 ②事業実施前後の運動器・口腔機能等の各評価指標の変化 ③「フレイル」への関心度 ④フレイル対策に資する日常的な実践の継続率	①事業ごとのアンケート票に加えて、一部の事業では高齢者の質問票を活用することができた。対象者アセスメントのツールとして効果的な活用が必要。 ②事業によって機能評価できないものも多くあり、これについてはハイリスクアプローチで取り扱うこととするべか。 ③フレイルの言葉の認識度や理解度が高まってきている。 ④今後評価が必要。

生活支援コーディネーターが高齢者に限らず、3年ほどかけて全戸訪問し、地域資源や生活上の困りごとなどを聴取しながら、サービス等への接続をしている。これにより、課題を抱える高齢者の情報を共有してもらうことができる。

住民ニーズの継続的なリサーチ及び1周目で会えなかった方へのアプローチのため、現在2周目の全戸訪問を行っている。

課題・今後の展望

- 要指導者の医療・介護・福祉サービス、インフォーマルサービスへの接続について、事業に従事する医療従事者のアセスメント力や介入における視点を強化していく必要がある。
- 健康状態不明者の行動変容を適切に促し観察していくことの必要性から、単発介入ではなく、長期的に関与できるプログラム構築を図る。
- フレイル対策について、住民からサポーター派遣や通いの場創出などについて要望が上がる仕組みの構築と、町全体で通いの場を整えていく必要がある。

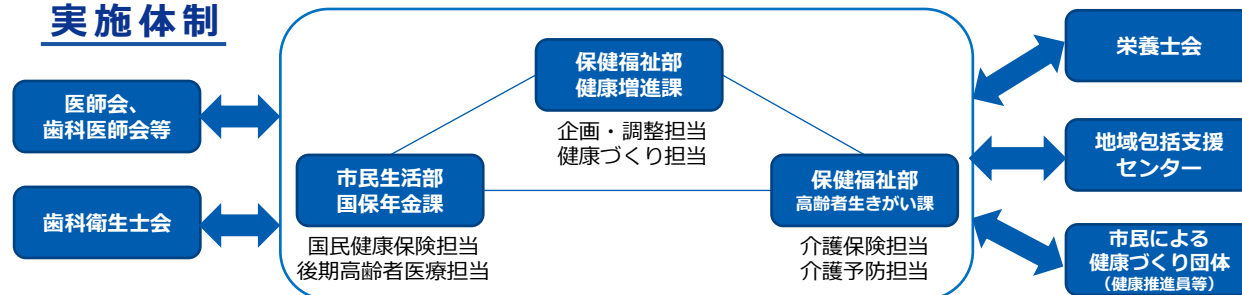
3. 関東信越厚生局

栃木県小山市 ワンチームで取り組む“小山市モデル”

市の概況（令和5年4月1日時点）

人	口	167,089人					
高	齡	化	率	25.9%			
後	期	被	保	険	者	数	21,393人
日	常	生	活	圏	域	数	10圏域

実施体制



小さな自慢が
山ほどあります

取組の経緯

小山市では、40～74歳及び75歳以降の血糖値の高い人の割合や腎不全で亡くなる人の割合が栃木県全体、全国に比べて高い。また、糖尿病は心血管疾患のリスクを高め、合併症によって生活の質に影響を及ぼすとともに、人工透析導入の原因疾患でもある。それらを予防することで住民の生活の質を守り、医療費抑制につなげるために、高齢者の健康に関する実態を把握し、高齢者の特性を踏まえた重症化予防の保健指導や介護予防が必要となる。

高齢者の疾病予防・重症化予防及び健康寿命の延伸を効率的に図っていくために、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取組みを効果的に接続させる必要がある。そのため、事業の実施にあたっては既存の保健事業を踏まえ、各担当課で一体的に取り組むべき事業を検討した。糖尿病性腎症重症化予防や重複服薬者等に関する事業など従来から取り組んできた事業を高齢者の保健事業へ接続し、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体制を構築し、令和3年度より開始。

企画調整・関係機関との連携

● 庁内連携

庁内3課（国保年金課、健康増進課、高齢生きがい課）にて必要に応じて情報共有を行い、課題解決のための連携を図れる体制を整えている。

保健事業全般を扱う国保事業推進プロジェクト保健事業部会を年3回開催、3課の課長、係長級が出席する。また、事業に動きがあったときや、相談したいことがあるときは各事業の担当者間での連絡会を、随時開催できる関係性を構築。

● 医療関係団体等との連携

三師会のみならず、栄養士会や歯科衛生士会等とも協力体制が整えられている。

かかりつけ医から対象者に糖尿病性腎症重症化予防の参加勧奨を実施している。

事業への協力を得られたドラッグストアの薬剤師等と、健康相談会等の事業の開催方法や内容について検討・実施できる体制を整えた。また、周知啓発においては、地域包括支援センターや健康推進員（市民による有償ボランティア）等の協力体制を構築した。

ハイリスクアプローチ

● 糖尿病性腎症重症化予防

糖尿病重症化予防プログラム対象者一覧より、次のA及びBに該当する糖尿病性腎症の病期が第2期以上相当の者として保険者が抽出した75～84歳の者へ、訪問指導を行う。

A：HbA1c7.0%以上かつeGFR60ml/分/1.73m²未満に該当する者

B：レセプトデータで前年度に市内医療機関に糖尿病受診歴がある者

● 重複服薬者等

レセプトにおいて2医療機関以上受診している被保険者で同系医薬品の投与日数が3か月を超える者のうち、レセプト内容を分析し指導が必要と思われる後期高齢者医療被保険者へ、訪問・電話指導を行う。

● 健康状態不明者等

KDBより医療機関や健康診断を受診しておらず、介護認定のない健康状態が不明な高齢者の実態把握を行い、必要に応じて支援につなげる取組を実施。

ポピュレーションアプローチ

● フレイル予防の健康教育の実施

「おやま・まちづくり出前講座」のメニュー「フレイルを予防しよう！」に申し込みがあった通いの場や団体へ赴き、健康教育を実施。受講後のフォローとして、3～6か月後を目安に再度講話や健康相談及びフレイルチェックを実施。



● ドラッグストアにおけるフレイルチェック及び健康相談会の実施



高齢者がよく利用しており生活拠点としているドラッグストアに設置された交流スペースを活用し、フレイルチェック及び健康相談会を実施。

事業結果と評価概要（令和4年度結果）

	取組区分	対象者数	参加者数	評価指標	状況（評価結果）
ア ハ プ ロ ー ス チ ク	糖尿病性腎症重症化予防	66	4	【短期的指標】 検査数値（血圧、HbA1c、eGFR、尿蛋白、BMI等）、行動変容、生活習慣改善意欲、QOL 【中長期的指標（1年後）】 医療費、検査数値、eGFR・HbA1cステージ変化 【長期的指標（5～10年）】 受診状況、透析導入の有無	【行動変容】全員が準備期から実行期に移行することができており、目標は達成されている。 【生活習慣改善】全員の生活リズム、食事リズムが改善した。受診管理は全員継続できている。 【その他】健康面以外に介護面でも支援が必要と判断し、関係部署と連携をとり、参加者の見守り体制構築や情報提供を行うことができた。
	重複服薬者等	10	6	・事業計画・実施に係る関係機関との連携状況 ・重複服薬状況の改善率	保健指導者の重複服薬改善率は100%であった。
	健康状態不明者等	15	15	・対象者の状況把握及び情報提供 ・行動変容	本人と接触できたものが13名※1で、情報提供したものが35件※2、行動変容があったものが3名。
ア シ ポ ブ ョ ビ ロ ン ユ ー レ ー チ	健康教育・健康相談	-	累計163	・伝達内容の理解度 ・生活改善行動の変化	伝達内容の理解度では「理解できた」「概ね理解できた」と回答した方が8割を占めた。
	フレイル状態の把握	-	累計187	・実施人数 ・フレイル状態の把握及び知識の普及啓発	生活拠点における健康相談会では、特に口腔機能の低下が顕著に見られた。

※1 対象者15名へ訪問した結果、死亡者1名、住所不詳者1名、本人と直接接触できたものが13名

※2 35件の情報提供内容の内訳：健診受診勧奨8名、医療機関受診勧奨3名、地域包括支援センター紹介7名、コロナ・インフルエンザ予防6名、フレイル対策7名、介護保険サービス紹介1名、その他（詐欺予防・民生委員紹介）3名

- ・糖尿病性腎症重症化予防において、個別支援が必要と判断した際には、市内3課（国保年金課・健康増進課・高齢生きがい課）と連携を取り、参加者の見守り構築や情報共有を行うことができた。その後も引き続き、対象者への訪問、電話フォロー等を行った結果、仲間と屋外で活動できるまで回復したケースが見られた。また、抽出した対象者が通っている医療機関のかかりつけ医に対象の方について情報提供を行い、必要に応じてかかりつけ医から市の事業を案内してもらうよう協力いただいている。
- ・『フレイル』についての市民認知度が低く普及啓発が必要と感じていたところ、地域包括支援センターとの情報交換の場において、ドラッグストアの交流スペース活用に関する情報を得ることができ、健康相談会の開催につながった。令和5年度においては、市所管の空き施設での開催も行った。
- ・健康相談会等の健康づくりに関する事業を開催する際には、自治会から選出された約260人の健康推進員にも周知や運営の協力を得ている。

課題・今後の展望

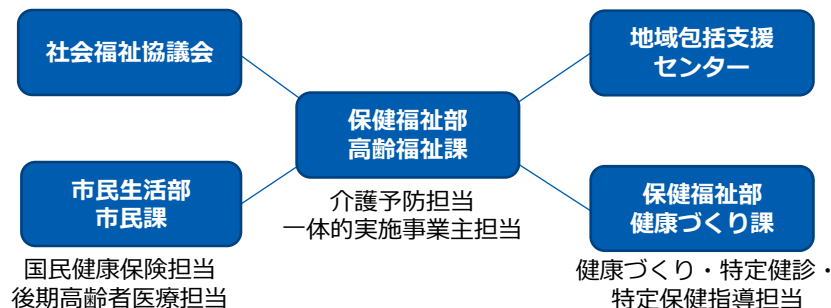
- 令和4年度では市内10圏域中3圏域での実施であったが、令和5年度より全圏域に拡大して実施している。圏域ごとに人口規模・健康課題に差があり、対象者や事業参加者がいない圏域もあることから、各事業における対象者等の選定方法が課題となっている。
- ポピュレーションアプローチにおいては、いかにして“無関心層”にアプローチしていくことが課題であると認識している。まだまだ市民には『フレイル』という言葉も、十分に浸透していない。そこで、より普及啓発に取り組んでいくためにも、行政が活用できる生活拠点の情報収集を行っている。

長野県小諸市 “ウェルネスシティ 信州小諸”をみんなで目指す小諸市の取組

市の概況（令和5年4月1時点）

人	口	41,641人					
高	齡	化	率	32.97%			
後	期	被	保	險	者	数	7,204人
日	常	生	活	圏	域	数	1圏域

実施体制



ウェルネスシティ 信州小諸

— 自分らしく居られるまち、自分に選ばれるまち —

取組の経緯

健康づくり・介護予防の取組にあたっては、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施が始まる前から『フレイル予防等訪問指導事業』として、個別支援を実施していた。また、健康課題として、透析患者が多いため、健康づくり課と連携しながら糖尿病対策に引き続き取り組んでいこうという方針があった。令和3年度から事業開始するにあたって、高齢者の通いの場に関する業務を所管していた高齢福祉課を中心にこの事業を開始するに至った。

企画調整・関係機関との連携

● 庁内連携

庁内3課（高齢福祉課、健康づくり課、市民課）にて、健康課題についての検討や各課の事業情報共有を図っている。年に複数回、計画的な意見交換を開催。特定健診・特定保健指導の情報や壮年期の健康課題を共有することで、若いうちからの保健指導の内容を検討できている。

● 医療関係団体等との連携

医師会、歯科医師会とは、健康課題の共有や事業計画時、事業評価時において連携を図っている。

必要に応じて、かかりつけ医・歯科医へ訪問時に聞き取った情報や指導計画に関して情報提供を行い、助言を受けている。

社会福祉協議会と高齢者の健康状態や課題について情報共有を行い、通いの場への健康教育や健康相談実施時に連携を図っている。

事業を実施する中で今後の支援が必要な方については、地域包括支援センターと情報共有を行っている。

ハイスコアアプローチ

● 糖尿病性腎症重症化予防

令和3・4年度後期高齢者健診でHbA1cが7.0以上の者、または空腹時血糖126以上の者または随時血糖200以上の者で後期高齢者健診質問票でフレイルリスクがある者（75～79歳）を対象に、2回の訪問を実施。血圧測定、フレイル度測定、保健指導を実施。

● 栄養指導

令和3・4年度後期高齢者健診でBMI20以下の者で後期高齢者の質問票において、栄養項目該当者（75～79歳）を対象に4回の訪問を実施。フレイル度測定、栄養指導を実施。

● 口腔指導

令和3年度後期高齢者歯科口腔健診において、口腔機能低下に該当する者（76歳）を対象に4回の訪問を実施。フレイル度測定、口腔機能検査、口腔機能改善指導を実施。

● その他

運動機能が低下している者に対して、理学療法士が訪問し運動指導を実施。

ポピュレーションアプローチ

● 健康教育・健康相談

社会福祉協議会に委託している地域の通いの場である『健康達人区らぶ』において、フレイル対策を主とした健康教育や健康相談を実施。

● フレイル状態の把握

通いの場において、体力測定等を通じ、地域や個別の高齢者の状態を把握し、保健指導に活用し、必要に応じて、受診勧奨や地域包括支援センターへつなげる。

● 気軽に相談できる環境づくり



広報誌や通いの場において相談先やフレイル対策の普及啓発を行う。

高齢者福祉センターにて栄養教育システム体験を含めた食事や口腔に関する相談日を設ける。

長野県小諸市

事業結果と評価概要（令和4年度結果）

	取組区分	対象者数	参加者数	評価指標	状況（評価結果）
ハイリスクアプローチ	糖尿病性腎症重症化予防	19	13（5※1）	・生活状況の変化 ・血圧 ・次年度の検査値	継続訪問ができた方は、生活習慣の改善をしている方が多く、保健指導を機会に意識づけにつながった。
	栄養指導	37	36（10※1）	・生活状況の変化 ・測定値やMNA※2や発声テスト等における改善度	体重、下腿周囲径、握力について改善した方が少ない状況であった。数値の評価が難しいため評価指標の検討が必要。
	口腔指導	23	20（10※1）	・生活状況の変化 ・測定値やMNA※2や発声テスト等における改善度	すべての測定項目に関して口腔機能の改善が見られた。
ポピュレーションアプローチ	健康教育・健康相談	-	延べ465	・事業実施数 ・必要な支援への接続割合	34か所の通いの場で実施（実施率94.4%）。必要な支援につなげた方は14人（実施率100%）。
	フレイル状態の把握	-	延べ465	・事業実施数 ・必要な支援への接続割合	健康教育・健康相談を実施した通いの場の参加者465人に対して、後期高齢者質問票を実施（実施率100%）。
	気軽に相談できる環境づくり	-	延べ465	・相談件数 ・相談日参加者数	通いの場での個別相談や案内から介護予防教室の参加や高齢者福祉センターの利用につながった。

※1（ ）内の数値は、継続支援を実施した人数 ※2栄養状態を評価するために開発された、簡易質問表形式の評価ツール

- ・個別支援に様々な視点を取り入れられるように理学療法士を含めた多職種での会議を年に6回開催している。また、個別支援を行った方には、2年後に体力測定等を行う教室を開催し、継続したモニタリングを実施している。なお、対象者の90%程度に2年後の支援を実施できている。
- ・かかりつけ医に情報提供を行った際には、かかりつけ医から対象者へ助言している内容等についての返信を受け、訪問時に指導内容の齟齬が生じないようにしている。

課題・今後の展望

- 以前は個別介入する際に、糖尿病等の疾患からアプローチすると嫌悪感や拒否感を感じる方がおり、介入の仕方に課題があった。令和5年度においては、最初から疾患へアプローチするのではなく、フレイル対策等の別角度からアプローチするようにしたところ、事業への参加率を上げることに繋がった。
- 評価を行う際にふくらはぎの太さを計測するが、時間帯や時期によって数値が変化しやすく評価することや短期間で改善することが難しい。また、他の評価項目においても、維持と言える増減の範囲等の数値上の基準をどのように設定していくかが課題として認識しており、現在検討している。
- 体力測定の種目が複数あり、多人数を実施する際に多くの時間がかかってしまうため、マニュアルを含めた実施方法の見直しを行っている。

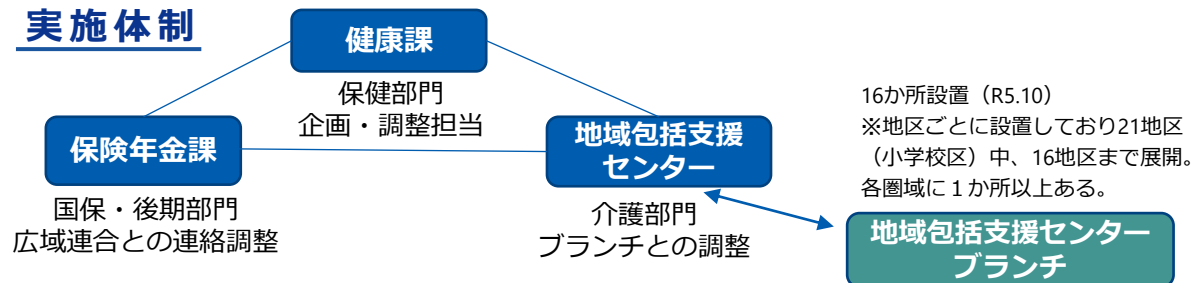
4. 東海北陸厚生局

石川県加賀市 ー地域包括支援センターブランチを活用した高齢者の保健事業・介護予防ー

市の概況（令和5年4月1時点）

人	口	63,109人					
高	齡	化	率	35.5%			
後	期	被	保	険	者	数	12,497人
日	常	生	活	圏	域	数	7圏域

実施体制



取組の経緯

- 介護分野から異動してきた保健師が契機となり、令和元年度より保健分野と介護分野の役割の整理や、協働・連携すべき事柄の整理が進みはじめた。
- 生涯にわたる健康づくりの展開を進めるうえで、効果的・効率的な実施について、国保・後期部門、保健部門、介護部門で検討し、令和2年度からの開始につなげた。
- 地域包括支援センター（直営1か所）において、平成27年から地域の身近な相談窓口及び地域福祉コーディネート業務を地域包括支援センターブランチ（16か所（以下、ブランチという））として、介護保険サービスの地域密着型サービス事業所（主に小規模多機能型居宅介護）に委託してきた。本人の「暮らし」を支える視点や早めの出会いが大切であることから、一体的実施事業においても地域の特性をよく知るブランチに、フレイル予防と生活習慣病等の重症化予防の2つの視点を加えた支援として、ハイレスクアプローチ、ポピュレーションアプローチを委託した。令和4年度は2圏域、令和5年度は3圏域のブランチに委託し、ブランチがない地区は市で実施した。

企画調整・関係機関との連携

● 庁内連携

保険年金課・健康課・地域包括支援センターで2ヶ月に1回程度会議を実施。医療費の現状や、各課の課題、研修内容等を共有。

● 医療関係団体等との連携

【関係団体：加賀市医師会・県加賀歯科医師会、加賀市糖尿病協議会、加賀市介護サービス事業者協議会等】

健康分科会、国保の運営協議会、糖尿病協議会で一体的実施事業の実施状況や計画を報告。

【委託先：地域包括支援センターブランチ】

・地域包括支援センターとブランチとの間で連絡会を2か月に1回実施し、情報共有をしている。事業実施以降、年度初めの連絡会で実施ブランチより活動報告を実施。

・ブランチの医療専門職の介護予防の視点を向上するために研修会を開催。

ハイレスクアプローチ

● 糖尿病性腎症重症化予防

介護予防基本チェックリスト（※1）ハイレスク者及び県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じる者を抽出し、生活習慣病重症化予防が期待できる対象者にブランチの医療専門職（看護師）が訪問指導等にて重症化予防を図る。

※1 介護予防基本チェックリスト（基本チェックリスト25項目+後期高齢者の質問票を含む健診の問診項目等）は要支援・要介護認定を持っていない70歳以上の方に地域包括支援センターから毎年送付している。提出率は6割以上。



ブランチとの
打合せの様子

訪問指導の際、
対象者へ訪問目
的等を伝えるた
めのチラシ



ポピュレーションアプローチ

● 健康教育・健康相談

住民主体の通いの場等を活用し、ブランチの医療専門職（看護師）によるフレイル対策としての健康相談や健康教育を実施する。（年3、4回程度巡回）



片山津地区



金明地区



橋立地区

参加者の反応

- ・「質問票により、健康チェックができて励みになる、健康相談を受け安心した。」「自分が血圧が高いことに気づけてよかった。」「家でもできる運動がわかった。」等の感想が聞かれた。
- ・通いの場等のリーダーより「サークル開催する時、教えてもらった体操を毎回するわ」との発言が聞かれた。

石川県加賀市

事業結果と評価概要（令和4年度結果）

	取組区分	対象者数	参加者数	評価指標	状況（評価結果）
ハイリスクアプローチ	糖尿病性腎症重症化予防	10人	10人 (延べ25人)	①医療中断 ②服薬状況 ③生活習慣改善への取組 ④取組結果 ⑤重症化予防	①定期医療機関受診 100% (10/10人) ②服薬継続率 100% (10/10人) ③生活行動改善 87.5% (7/8人：評価対象8人) ④検査値データ改善 57.1% (4/7人：評価対象7人) ⑤医療連携・継続支援者（介護申請等） 10% (1/10人)
ポピュレーションアプローチ	健康教育・健康相談	-	延べ326人 (26回)	①フレイル・生活習慣改善の取組 ②フレイル対策・重症化予防	①関与した通いの場7か所 介入及び状態の把握26回 状態把握（延人数）326人 健康教育（延人数）84人 ②健康相談（延人数）119人 質問票による評価（比較可能な者） ・血圧維持改善80% ・体重維持改善84% ・運動維持改善82% ・口腔維持改善75% ・栄養維持改善100%

成果

- ブランチの医療専門職の介入により、定期受診の継続や生活行動の改善、必要な医療介護につながるケースが見受けられた。
- 継続的な関わりにより相談窓口の定着や、フレイル対策のための体操などの定着がみられるサークルもあった。
- 顔の見える関係になったことで、健康相談の増加につながり、普段主治医に聞けないような健康に関する不安等を聞き、具体的なアドバイスをすることができた。中には、必要な支援や治療につながったケースもあった。

課題・今後の展望

- 後期高齢者の健診受診率が12.4%であるため、フレイル対策だけでなく、健康管理、重症化予防のために健診受診に関する情報提供も行っていく必要がある。
- 重症化予防、フレイル対策の視点で実施している健康教育（おたっしやサークル（※²）への講師派遣）や糖尿病管理台帳（※³）等の既存事業と協働して展開していくことが必要と感じている。また、生活、フレイル、健康づくりの視点で一人の高齢者をどのようにみていくかといった、「考え方」の普及が必要と感じる。※² 市に登録された介護予防や、健康づくりを目的として活動している高齢者の自主的な集まりの場。※³ 健診によりHbA1Cが6.5以上に該当した者を経年的にみていくために作成した台帳。R4年度からは75歳以上も対象としている。
- リスクの高い地域から事業を開始しているが、今後は7圏域すべてにおいて一体的事業の展開を目指している。

三重県鈴鹿市

— KDBシステムの経年分析の活用や医師会、認定栄養ケア・ステーションとの連携によるきめ細かな支援 —

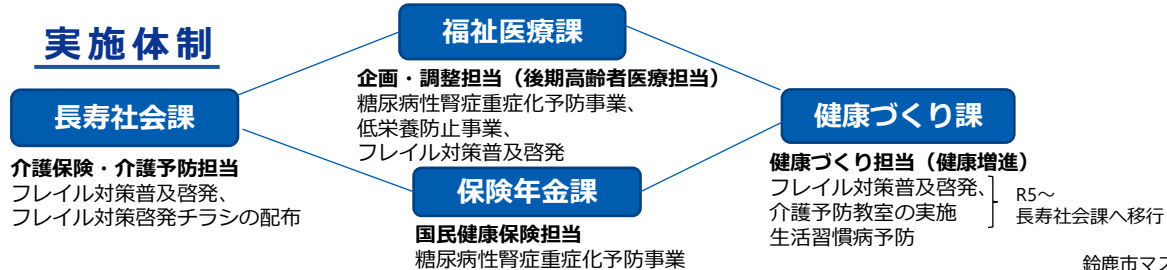
市の概況（令和5年4月1日時点）

人	口	195,958人
高	齢	化
率		25.8%
後	期	被
保	険	者
数		26,958人
日	常	生
活	圏	域
数		8圏域

取組の経緯

- 市民の健康増進及び介護予防の取組については各担当課で取り組んでいたが、よりきめ細かな支援体制を構築するため、令和元年度末から庁内関係課と調整を開始し、令和4年度から高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業を開始した。
- 令和3年度は事業開始に向けて健康課題の分析、既存事業の整理等を行った。その結果、健康意識の向上や、疾病やフレイル対策及び重症化予防の取組が必要であると考え、福祉医療課ではフレイルリスク者に対する支援として低栄養事業に取り組むと共に、保険年金課の糖尿病性腎症重症化予防（国保の保健事業）、健康づくり課の市民全体に対する健康づくりの啓発及び生活習慣病予防の教室等の既存事業をベースに健康課題等を共有しながら連携できる取組について実施することとなった。長寿社会課とは、地域支援事業や介護予防で連携をして実施している。
- 地域の健康課題はKDBシステム等を活用し把握しているが、企画・調整担当者は毎年更新できるようにデータファイルを作成し、担当者が変わっても同様に分析できるようにしている。

実施体制



©手塚プロダクション

鈴鹿市マスコットキャラクター バルディ

企画調整・関係機関との連携

- 庁内連携
 - ・庁内会議 年2回：年度初めと年度末に事業の進捗状況や進め方の確認、情報共有等を行う。
 - ・担当者会 年5回：実際の業務の進捗状況の確認や、各課の事業の情報共有、一体的実施の具体的な進め方等を話し合う。
 - ・その他担当者間での打ち合わせを随時実施。

● 医療関係団体等との連携

<鈴鹿市医師会>

糖尿病性腎症重症化予防検討委員会 年2回
事業内容や実施状況等について随時相談・報告。

<機能強化型認定栄養ケア・ステーション鈴鹿>

低栄養防止事業の栄養改善指導業務を委託
定期的に打ち合わせを行い、実施状況等について
情報共有・報告を行う。

<地域包括支援センター>

保健師看護師ワーキング 月1回
通いの場等での健康教育を連携して実施。

ハイスコアアプローチ

● 糖尿病性腎症重症化予防事業

国保で実施している糖尿病性腎症重症化予防事業を後期高齢にも接続し、重症化予防の取組を継続して行う。
年度途中で75歳になる者のうち、国保の糖尿病性腎症重症化予防事業の対象となる者に対し受診勧奨を実施する。
・前年度の特定健診において、HbA1cが6.5%以上、または、空腹時血糖が126mg/dl以上であり、かつ、糖尿病に関する受診のない者。（ただしI型糖尿病を除く）
・治療中断者

● 低栄養防止事業

機能強化型認定栄養ケア・ステーション鈴鹿に栄養指導業務を委託し、管理栄養士を確保することで栄養に関する事業を実施している。
対象者1人につき、管理栄養士による1クール（3か月間）の栄養改善指導を実施する。
・BMI 20以下
・後期高齢者の質問票⑥（体重減少）に該当、または、令和2年度健診結果と比べ2kg以上の体重減少あり
・血清アルブミン値3.8g/dl以下、かつ、要介護認定及び要支援認定を受けていない者

ポピュレーションアプローチ

● 健康教育・健康相談

健康づくり課が実施する介護予防教室、又は、地域包括支援センターが通いの場等で実施する出前講座において、医療専門職が参加者に対しフレイル対策についての健康教育・健康相談を行う。

● 予防啓発、状態把握

・フレイル対策啓発（長寿社会課）：委託事業において実施する出前教室等でフレイル対策についての啓発チラシの配布、長寿社会課作成のフレイル対策番組の配信、啓発タオルの配布を行う。

・フレイル状態の把握（健康づくり課、地域包括支援センター）：健康教育・健康相談の実施時に、質問票を用いたフレイルチェックを行い、参加者自身の気づきにつなげるとともに、フレイル状態の高齢者の把握に努める。結果は福祉医療課で集計し、KDBに収載する。



三重県鈴鹿市

事業結果と評価概要（令和4年度結果）

		対象者数	参加者数	評価指標	状況（評価結果）
ハイリスクアプローチ	糖尿病性腎症重症化予防	6人	6人	①介入後健診・医療の受診 ②検査データの変化	①健診・医療の受診 5名（83.3%） ②空腹時血糖またはHbA1c、及びeGFRの改善 1名（16.7%）
	低栄養防止	56人 （アンケート 送付）	5人	①体重 ②簡易栄養状態評価の低栄養状態指標スコア ③嚥下スクリーニングツール ④主観的健康観 ⑤食事内容	①維持40%、改善60% ②維持60%、改善40% ③維持40%、改善40%（1名は終了時未実施） ④維持80%、改善20% ⑤維持20%、改善80%
ポピュレーションアプローチ	チラシ配布	—	—	配布数	103か所、3,498枚
	タオル配布	—	—	配布数	85か所、1930枚
	健康教育・健康相談	—	累計394人	フレイル対策に関する教室の実施回数及び人数	実施回数21か所、参加者数394人
	フレイル状態の把握	—	累計600人	フレイル対策に関する教室と質問票の実施回数及び人数	実施回数37か所、参加者数600人（うち提出578人）

- 糖尿病性腎症重症化予防の受診勧奨後の受診率向上に向けては、案内通知内容の見直しや、電話及び訪問による勧奨の実施等、検討していく。
- 栄養改善指導を実施した者については体重の維持や食事内容の改善につなげることができた。栄養改善指導の実施率の向上が課題であるため、次年度は対象者の状態把握と栄養改善指導の利用勧奨のため、アンケート返信なしの者への介入についても検討していく。
- ポピュレーションアプローチは地域包括支援センターと連携を図ることで全圏域で健康教育を実施することができた。また、地域支援事業と連携することで、既存事業に結び付けながら多くの市民に向けてフレイル対策の普及啓発を実施するとともに、多くの通いの場で質問票を実施することができ、集計結果から通いの場参加者のフレイルリスクの傾向（後期高齢者健康診査受診者との比較）を把握することができた。

課題・今後の展望

- 一体的実施事業を通して庁内関係課、関係機関等、横のつながりが少しずつできてきていると感じている。更なる連携強化を図りながら事業を継続的にやり、評価から次年度の施策へつなげていく。
- 糖尿病性腎症重症化予防では受診勧奨の実施を進めてきたが、今後は保健指導についてもどのように実施していくのか、マニュアル作成を含めた検討を行っている。
- 今後は健康意識の高い人だけではなく、病院や健診の受診もしていない、サロン等へ出向かない、地域とのつながりが薄い等、潜在的なリスクがある者を拾い上げて支援していく必要性もあると感じている。

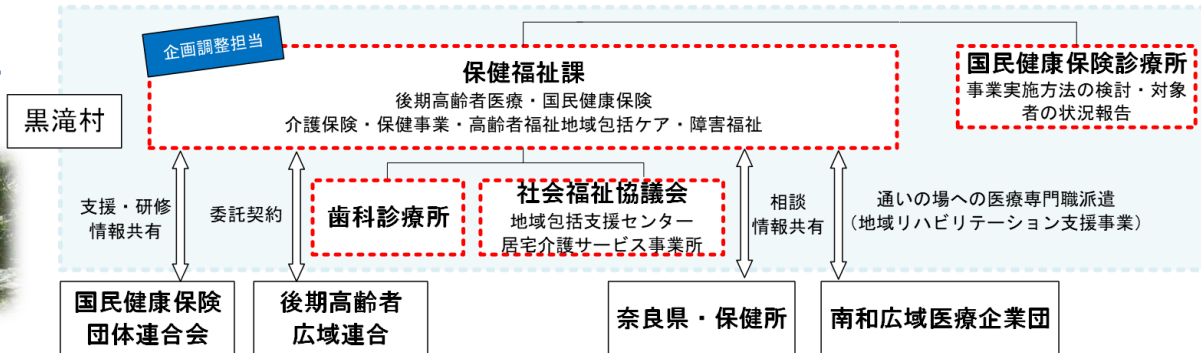
5. 近畿厚生局

奈良県黒滝村 一体的実施と地域支援事業で地域をデザイン

市の概況(令和5年3月31時点)

人口	625人
高齢化率	52.0%
後期被保険者数	182人
日常生活圏域数	1圏域

実施体制



▼一体的実施開始前からの取組み

後期高齢者健診

健診事後フォローが不十分。

特定保健指導 (保健師が実施)

食生活に起因する健康リスクの指導ができていない。

歯周疾患検診
後期高齢者歯科健診】【節目年齢で受診】

歯科検(健)診の受診者が少ない。

介護予防の運動教室

新規参加者がいない。

集団健診後の地域巡回教室

参加者が高齢化している。
内容が効果的か不明。

課題

▼一体的実施での取組み

充実

後期高齢者健診
低栄養、口腔、生活習慣病重症化予防への
ハイリスクアプローチ

充実

特定保健指導
(保健師+管理栄養士による栄養相談)

充実

歯周疾患検診
後期高齢者歯科健診】【節目年齢に関係なく毎年受診】

新規

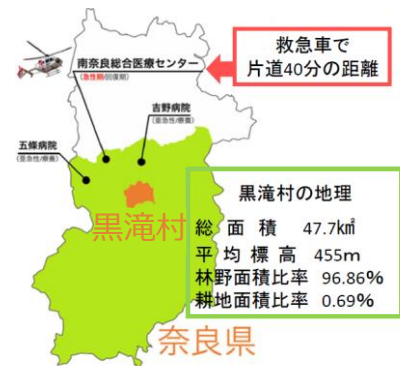
介護予防日常生活支援総合事業における訪問型サービスC

新規

地域の健康課題に即した通いの場での健康教育
(ポピュレーションアプローチ)

医療保健福祉ネットワーク会議

「黒滝村の健康寿命の延伸」を目的に、上図4団体で構成される会議体。
一体的実施や地域支援事業等、各事業のデザインをする。



ここがポイント

【健康課題について(地域課題への対応)】

① 転倒骨折の予防 → 地域巡回教室を廃止し、新たに訪問型サービスC(介護予防・生活支援サービス事業)と、通いの場での健康教育を開始した。

② 高血圧・糖尿病重度化防止 → 保健師による特定保健指導に管理栄養士による栄養相談を追加した。

【ポピュレーションアプローチについて】

通いの場をポピュレーションアプローチの場として活用するため、以下2点に取り組む。

① 地域住民の馴染みの場であった「健康教育の場」を通いの場とした。

② 住民主体の通いの場の立上げ支援を行い、ポピュレーションアプローチの場を増やした。

結果、ポピュレーションアプローチの延べ参加者数は、後期高齢者188人に対して325人(令和4年度実績)と、前年度に比べ多くの方に健康教育ができた。

事業結果と評価概要(令和4年度結果)

		対象者数	参加者数	評価指標	状況(評価結果)
ハイリスクアプローチ	栄養指導	1人	1人	① 事業の前後(開始時と3ヶ月後評価時等)の体重平均値の変化 ② 体重が増加した人数(増加・減少・変化なし)の割合	介入途中より精神面や生活面が不安定な状態となり、介入中止。栄養状態の改善、適切な食生活が送れるようアセスメントし、行動目標を立てる。
	口腔指導	6人	4人	① 「半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか」回答 ② 「お茶や汁物等でむせることがありますか」回答 ③ 「6か月間で2〜3kg以上の体重減少がありましたか」回答 ④ 「1日3食きちんと食べていますか。」回答 ⑤ 歯科受診の状況	① 変化なし2人(50%) 改善1人(25%) 不明1人(25%) ② 変化なし1人(25%) 維持2人(50%) 不明1人(25%) ③ 維持2人(50%) 悪化1人(25%) 不明1人(25%) ④ 維持4人(100%) ⑤ 維持1人(25%) 悪化3人(75%)
	その他の生活習慣病等重症化予防	4人	3人	① 空腹時血糖及びHbA1c値の状況(糖尿病) ② 血圧値の状況(高血圧) ③ 食生活の状況 ④ 運動の状況 ⑤ 社会参加の状況	① 改善1人(50%)、変化なし1人(50%) ② 改善1人(100%) ③ 維持2人(66.7%) 改善1人(33.3%) ④ 維持2人(66.7%) 悪化1人(33.3%) ⑤ 維持2人(66.7%) 不明1人(33.3%)
	健康状態不明者等	1人	1人	① 健康状態の把握	① 対象者1名の健康状態を把握できた。
ポピュレーションアプローチ	健康教育	-	6か所 325人 (延べ)	① フレイル対策に関する健康情報に触れた人数 ② フレイル対策をきっかけに自分の健康に関心を持つ健診受診者数 ③ 体力測定に参加し、自分の記録を確認できた人数 ④ 週に1回以上外出している人数 ⑤ フレイル対策として必要な生活習慣を取り入れることができる通いの場での運動習慣者の人数 ⑥ 相談の結果、必要な支援につなげた人数 ⑦ 支援によって、フレイル状態の改善が見られた人数	① 前年度99人⇒本年度309人(のべ人数) ② 本年度48人 ③ 前年度17人⇒本年度44人 ④ 前年度17人⇒本年度44人 ⑤ 前年度17人⇒本年度44人 ⑥ 14人(健診受診・歯科健診受診・地域包括支援センター) ⑦ 1人

調整済み認定率は12.7%と近畿管内で最も低い。その要因として、以下の2点が考えられる。

- ① 健康教育を行うことで、住民の健康意識が向上したことで、フレイル対策の必要性が、住民に浸透した。
- ② 適切なケアマネジメントの推進により、地域支援事業・一体的実施等、各事業への適切な事業への接続ができています。

課題・今後の展望

- 医療・介護の関係者間で、定期的に話せる「医療保健福祉ネットワーク会議」がある。村にとってよりよい事業を作っていくため、同会議でのデータ分析の見せ方を工夫し、互いの気づきやアイデア等強みを活かしたい。
- KDBシステム等を活用し、必要な人に必要なサービスが行き届くよう計画を立て、住民の協力が得られやすくなっている。さらに住民の協力を得るため、データ見える化に取組みたい。
- 健康教育を実施し、健康づくりについて、気軽に相談出来る機会が増えている。今後も、地域への通信機器の配付などにより、住民の協力・情報発信を拡大していきたい。
- それぞれの事業に参加した住民に対し、取組成果を効果的にフィードバックしたい。

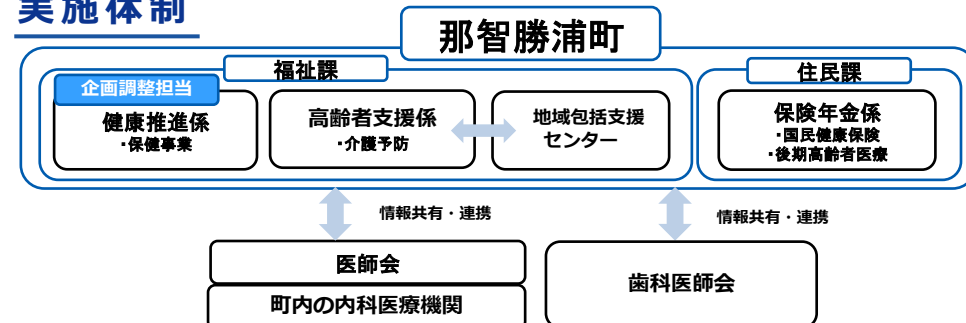
和歌山県那智勝浦町 チームワークで回すPDCAサイクル

町の概況(令和5年3月31時点)

人	口	13,942人
高	齢	化
率		43.5%
日	常	生
活	生	活
圏	域	数
		2圏域



実施体制



▼一体的実施開始前からの取組み

生活習慣病予防の教室

老人会・サロンで
健康関連出張講話

ゆうゆう体操(通いの場)

特定健診保健指導(～74歳まで)

想い

- より地域に出ていく機会を増やしたい
- より多くの対象者に事業を実施したい
- より効果的に実施したい

▼一体的実施での取組み

地域に出る!

新規

高血圧対象者への訪問指導
(ハイレスクアプローチ)

多くの対象者に!

充実

新型コロナウィルスワクチン集団接種会場にて
健康教育動画を流す(ポピュレーションアプローチ)

多くの対象者に!

充実

スーパーやドラッグストアと連携し
減塩味噌汁の試食会を開く(ポピュレーションアプローチ)

より効果的に!

充実

町内の通いの場で高血圧予防に関する
健康教育・健康相談(ポピュレーションアプローチ)

ここがポイント

那智勝浦町のチームワーク

- ・「令和6年度をまたずに令和2年度から実施しよう」「専門的なこと以外はすべて引き受ける」と事務職員から呼びかけがあり早期にスタート。
- ・町全体でコミュニケーションをとりやすく、意識形成や情報共有がスムーズだった。
- ・医師会との連携に加え、町内の医療機関に個別訪問し、一体的実施についての理解促進をはかった。
- ・事務職員が、ハイレスクアプローチの訪問同行と一時記録、ポピュレーションアプローチの補助を行うことで事務職員も現場を知ることが出来る。
→現状を生で見ることで、事務職員の意見も反映することが可能になり、取組内容の深化につながった。

PDCAを意識した取組

- ・「事業開始前の入念な打合せ」、「評価時の関係者全員による会議」「事後の反省会」を徹底するよう意識している。また、話し合いは、形式的なものではなく、感想や案出し等率直な意見を議論する場とすることで、より柔軟な発想が生まれるようになっている。
- ・反省会で得た課題をそのままにせず、次回以降の取組みで活かすことを心掛けている。

事業結果と評価概要(令和4年度結果)

		対象者数	参加者数	評価指標	状況(評価結果)
ハイリスクアプローチ	健康状態不明者	63人	59人	①健診受診勧奨者数 ②医師連絡票による医療機関受診勧奨者数 ③血圧に関して保健指導した人数、内容、反応	①健診受診勧奨者数：39名 ②医療機関受診勧奨者数：18名 その他41名の参加者は、心疾患予防やフレイル予防等の保健指導実施や地域包括支援センター等へつないだ ③血圧に関する保健指導をした方の反応：保健指導した人数は36名、対象者の理解度の把握は今後の課題。
ポピュレーションアプローチ	健康教育 健康相談	-	23か所 241人 (延べ)	①対象箇所数、事業実施箇所数、参加人数(延べ)、健康相談数 ②参加者の満足度・理解度、健康教育後のアンケートの集計結果、健康相談の内容、血圧に関する指導をした人数、内容、反応	①対象箇所数：32か所、事業実施箇所数：26か所、参加人数：(延べ) 241名、健康相談数：2件 ②参加者の満足度・理解度：良好なコメントが多く、健康教育の内容から行動を変えたという感想が見られた。 健康教育後アンケートの集計結果：減塩を心掛けていると答えた方が回答者のうち75.9%。 血圧に関する指導をした人数、内容、反応：個人的な血圧に関する指導の実施はなかった。

- 令和4年度からは、中長期的な視点で事業を実施することとし、「高血圧・心疾患の重症化や発症の予防」をテーマに据えて事業を行うこととなった。
- 町内で後期や国保の健診を実施している医療機関をすべてまわり、「受診勧奨に適切な血圧値、もしくは受診に必要な手順」について基準を定めた。
- 令和4年度ハイリスクアプローチの目的として、「受診が必要な人に受診してもらえるように医療につなげること」を最優先に考え、より受診につながるよう対象者の条件に「90歳未満」と年齢制限を追加した。しかし、結果は医療受診勧奨した方で医療受診された方はおらず、受診に繋げる事の難しさを感じたためアプローチの変更を検討した。
- ポピュレーションアプローチでは、管理栄養士とともに「高血圧予防教室」を通いの場で実施した。濃度の違うみそ汁の飲み比べや、塩分チェックシートの記入など、ただ話を聞くだけではなく体験型の教室にし、記憶に残ること、自身の生活を振り返るきっかけとなることを目指した。
- 通いの場はある程度健康に関心が高い方が多く集まることから、令和5年度からは「通いの場に集まっていない高齢者」に働きかけていくことも並行して考えることとなった。

課題・今後の展望

- ハイリスクアプローチについて
 - 各年齢層への、対応方法、関わり方などを検討していく必要がある。
 - 町内の医療機関への相談については、事業内容の周知や相談できる環境の構築の意味でも継続的に行っていく必要があると考える。
- ポピュレーションアプローチについて
 - 参加者は、高齢層の方が多いため、一度に多くのことを伝える健康教育ではなく、なにか1つでも印象に残るような健康教育を考えていく。今後も体験型の健康教育を実施していく方針で検討。
 - スタッフの調整(人数、職種、組み合わせ等)については、健康教育の状況を見ながら調整していく。
 - アンケートについては、参加者の状況等多くの情報が得られたため、参加者の負担にならない範囲で継続的に実施し、データを蓄積し分析等に活用していく。

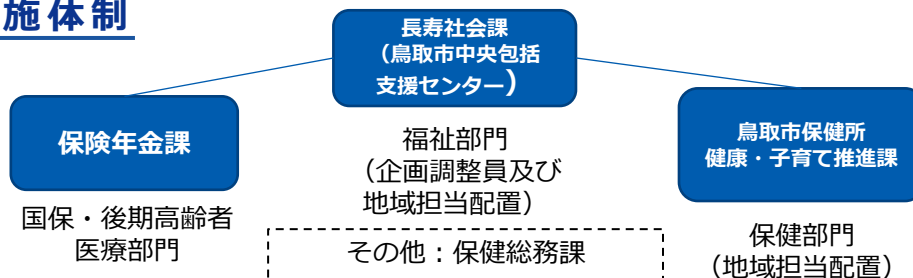
6. 中国四国厚生局

鳥取県鳥取市～一体的実施をツールに地域づくりを考える～

市の概況(令和5年3月31日時点)

人	口	181,786 人					
高	齡	化	率	30.5%			
後	期	被	保	険	者	数	28,454人
日	常	生	活	圏	域	数	18圏域

実施体制



SQのあるまち 鳥取市

取組の経緯

- 健康とくらしの調査2019の結果から、全国に比べ要介護リスクが高い自治体であることが分かった。
- 高齢者がフレイルの状態に早めに気づき、フレイル対策の3本柱(栄養・運動・社会参加)をうまくリンクさせて自分の生活サイクルに組み入れていくことができるよう、地域の関係機関と連携してこれらの対策に取り組むことにした。

企画調整・関係機関との連携

- 庁内連携**
一体的実施庁内連携推進会議を年2回開催。当該年度の進捗状況の報告、及び前年度実績の報告や来年度計画の相談を行う。
- 鳥取市医療看護専門学校との連携**
理学療法士学科学生及び教員に対し地域学習のフィールドとしてフレイル予防教室等の場を提供。学生の参加により、活動がより一層促進されるとともに、次世代の医療人材育成につなげている。
- 多職種・多機関協働型のまちづくり**
主担当課である長寿社会課が持っているつながりを活用し、介護事業所、各地域の地区公民館、地区社会福祉協議会、まちづくり協議会、民生児童委員協議会、区長会などの住民団体等と多職種・多機関協働で地域づくりを行う。
R5年度からは鳥取市フレイル予防ネットワーク推進会議を立ち上げ、健康な地域づくりを目指し、主に社会参加を促進していけるような施策について検討している。

ハイリスクアプローチ

- 低栄養・口腔フレイル予防事業**
一体的実施・KDB活用支援ツール「低栄養」抽出基準のうち、BMI18.5未満の者かつ口腔フレイルに該当する者を対象に実施。概ね3ヶ月間に2回、管理栄養士と歯科衛生士(または看護師)2名による訪問指導を実施。医療の受診勧奨やその他介護予防事業、通いの場等につなげたり、民生委員などとも連携をとっていく。
- 身体的フレイル予防事業**
一体的実施・KDB活用支援ツール「身体的フレイル」抽出基準のうち、BMI18.5未満またはBMI30以上の者を対象に実施。概ね3ヶ月間に2回、看護師と委託先の作業療法士の2名により訪問指導を実施し、必要場合は他医療専門職による訪問支援を実施する。
- 糖尿病性腎症重症化予防**
保険年金課主催の生活習慣病食事指導事業(国保保健事業)にフレイルの視点を加えてアプローチを実施。当日、上記事業による集団教育に加え健康状態の確認及び各医療専門職によるアセスメント・個別指導を実施し、フレイル予防チェックシステムによるアドバイスシートを作成・配付。本人及びかかりつけ医等相談用の計2枚を配付し、本人がかかりつけ医に相談する際に活用出来るようにしている。
- 健康状態不明者対策事業**
コロナ下における補助事業を活用し、後期高齢者の質問票等を郵送。返答が無かった者等に対し訪問指導を実施する。
- 包括的支援事業**
ハイリスクアプローチ、ポピュレーションアプローチを実施した者のうち、事後支援が必要な住民や家族等を必要な医療専門職や地域資源等へつなぐ。

ポピュレーションアプローチ

- フレイル予防教室、フレイル予防講座**
地区のサロン等で、年に2～3回実施。初回および最終回では血圧測定、基本チェックリスト、体組成(体重)、開眼片足立ち測定等の運動器測定を実施。フレイルリスクの高い項目についてサロン内で共有しながら、医療専門職等によりフレイル対策教育を実施。体操等を紹介し、今後のサロン全体の継続的な取り組みにつなげるよう支援する。
- 健康と暮らしを考える会**
地域の健康福祉課題について住民とともに検討。
第1回：住民と地区データの共有/強み・弱みの把握
第2回：夢物語の創出
(現実には捉われないアイデア出し)
第3回：地域健康福祉課題に即した具体的なアイデアの検討
事後支援：住民主体の話し合いの場の創出
(協議体設置と伴走支援)
徐々にSC(生活支援コーディネーター)や地区担当保健師等による地域活動支援に移行していく。

～実際にこんな事例につながりました～

「今まで認知症を学ぶ機会にはなかった」「予防の話を知りたい」という声があり、DSC(認知症地域支援推進員)及びSCによる各集落への認知症予防講座の開催が実現!

鳥取県鳥取市

事業結果と評価概要（令和4年度結果）

		対象者数	参加者数	評価指標	状況（評価結果）
ハイリスクアプローチ	低栄養防止事業	36	実 25 延 49	(1)体重 (2)行動目標の達成度 (3)行動変容 (4)後期高齢者質問票①②	低栄養フレイルリスクにある者のうち83%の人が3か月後に改善または維持できた。
	糖尿病性腎症重症化予防	23	実 2 延 4	(1)支援実施者の割合 (2)通院継続している割合、検査データ推移 (3)必要な支援へつなげた人数	2名とも通院継続中であり、HbA1cの値は6～7台となったことを把握かつフレイル対策支援を実施。また、1名は状態の変化があるにも関わらず薬が10年間同じだったため、医師への相談を勧め、事後支援時、相談されたことを確認した。
	その他身体的フレイル予防事業	26	実 20 延 24	(1)BMI (2)行動目標の達成度 (3)行動変容 (4)後期高齢者質問票の①②③	評価訪問実施者4名については全員が3か月後に改善または維持できた。残りの16名は令和5年度に評価を実施し、行動変容ステージ実行期以上の割合が7%(初回訪問時)から60.7%(評価訪問時)へ上昇した。
	健康状態不明者	102	実 25 延 25	(1)支援実施者の割合 (2)行動変容 (3)必要な支援へつなげた人数	調査時期が予定より遅延し、対象者のうち介護予防アンケートで返送があった者へフレイルチェック結果及び個別性に応じたリーフレット等を送付。令和5年度に訪問を実施し、95.2%が必要な支援へつなげた。
	その他包括的支援事業	11	実 3 延 5	必要な支援へつなげた人数と割合の把握	支援の手が届いていないフレイル中重度者についても関わり地域包括支援センターに接続することで、3次予防支援を行うことができた。
ポピュレーションアプローチ	フレイル予防教室 フレイル予防講座	実施箇所 27	延 602	(1)教育回数、参加者数、フレイル状態の把握数 (2)健康測定結果やフレイル状態の個別把握、サロン全体としての該当率の割合 (3)住民の取組、支援機関との距離感、意識変化等 (4)フレイルの理解度、教室参加希望の割合	通いの場等参加者が、個人及びサロンのフレイル傾向について把握し、地域の医療専門職やSC等の支援を受けながらフレイル対策を継続することができた。
	健康と暮らしを考える会	実施箇所 4	延 74	(1)参加者数、実施回数等 (2)地域課題等共有の有無、住民自身による地域づくり具体策の立案の有無、会議体設置の有無 (3)会参加への継続意欲の有無、地域住民の意識の変化	本事業をきっかけに、支援者側であるSC等の人材育成や、DSCや地域包括支援センターが地域づくりに関わるきっかけ作りも行い、今後もSC等による伴走支援を続けながら、住民主体の地域づくりを行っていくための基盤づくりができた。

課題・今後の展望

- 歯科衛生士や歯科医師会との連携を深めながら低栄養防止と口腔フレイル対策の支援を行う。
- フレイル予防教室については、支援内容をより効率化し、各包括と各地域を担当する保健師やSCが地域活動の中で主体的に支援できるよう体制を整える。
- 全市のフレイル対策として、より社会参加率を上げるため、鳥取市フレイル予防ネットワーク推進会議にて課題を抽出し、地域食堂やスーパー併設の薬局と連携し、事業化することができた。今後もネットワークを構築しながら、健康な地域づくりを行っていきたい。

島根県邑南町 一町全体で取り組む一体的実施一

町の概況(令和5年6月30日時点)

人	口	9,784人					
高	齡	化	率	45.5%			
後	期	被	保	險	者	数	2,670人
日	常	生	活	圏	域	数	3圏域

実施体制

町民課

一体的実施全体の総括
国保・後期高齢者医療担当

保健課(主担当課)

一体的実施事業の企画・調整担当
健康増進、国保、後期高齢者保健
事業担当

医療福祉政策課

介護予防事業担当

連携

町内医療機関、社会福祉協議会、ボランティア、自主グループ、NPO等

邑南町マスコットキャラクター



オオナン・ショウ

取組の経緯

- 人口減少や高齢化が進む中、健康寿命の延伸を目指し高齢者の健康管理や介護予防を進める効果的な体制整備が課題だったが、保健課は主に74歳までの方を対象とした保健事業を、現在の医療福祉政策課は介護予防事業をそれぞれに実施しており、庁内連携が十分に図れていなかった。
- 一体的実施の制度改正を機に、庁内関係課の課長を含め、事業の趣旨や邑南町の現状と体制的な課題を共有し、検討を重ねた結果、町の課題を解決し、町民にとってより効果的な支援を提供するために実施に至った。

企画調整・関係機関との連携

● 庁内連携

保健課・町民課・医療福祉政策課の3課において、実務者会議(定期的に開催)および課長を含む管理者会議(年数回)を開催し、事業の推進及び共有を図っている。

● 医療関係団体等との連携

事前にかかりつけ医と歯科医を訪問し、事業の説明と協力依頼を行っている。

● 島根大学との連携

大学が特定健診や集いの場で実施した体力テストの結果などを分析し、町の計画策定の参考としたり、保健事業のエビデンスとして町民への啓発に活用している。

ハイスコアアプローチ

● 低栄養予防

初回訪問で、生活状況、栄養状態の状況を把握し、対象者とともに目標を立てる。1~2か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。3か月後、体重変化や食品摂取状況等目標に対する評価を行う。

● 生活習慣病重症化予防(その他)

健診の結果、Ⅱ度高血圧以上、HbA1c8%以上で医療機関未受診者に対して、受診勧奨、生活状況の把握、保健指導を行う。3か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。

● 健康状態不明者

事前にアンケートを郵送し、状況把握を行う。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・通いの場、本人の同意のもと介護サービスにつなげる。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。

ポピュレーションアプローチ

● 複合的取組

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)、フレイル対策・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。

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する。

その結果をもとに生活機能の向上のために指導を行う。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。

通いの場のリーダー(ボランティア)と地域の実情に応じて参加者の健康面や不安等について気軽に相談が行えるよう関係づくりに配慮している。また、庁内関係課、社会福祉協議会合同で研修会を開催し、自主運営を支援している。



ボランティア研修会 31

島根県邑南町

事業結果と評価概要（令和4年度結果）

		対象者数	参加者数	評価指標	状況（評価結果）
ハイリスクアプローチ	低栄養防止	6	2	①体重の維持、改善率 ②食生活の課題に対する目標達成率	・体重維持・増加の割合：33% ・年度内に最終評価が実施できなかったため、行動変容があった人の割合は評価不能
	口腔機能低下防止	2	2	①咀嚼率向上率 ②行動変容率 ③歯科治療必要者の歯科受診率	①年度途中に実施方法を変更したため評価不能 ②歯科口腔健診につながった割合：14.5% ③歯科受診につながった割合：50%
	生活習慣病重症化予防	4	4	医療機関受診率	医療機関受診につながった割合：25%
	健康状態不明者の把握	24	22	①健診受診につながった割合 ②地域包括支援センターと連携が必要だと把握・つながった割合	①年度末に事業を実施したため評価不能 ②4.2%
ポピュレーションアプローチ	その他複合的取組	-	延1,064	①体力テストの変化(握力、体重、歩行能力) ②高齢者の質問票による身体状況の変化(生活の満足度、口腔状況)	前年度からの比較 ①握力 男性：握力増加18.2%、維持18.2% 女性：握力増加20.6%、維持27.5% ①TUGテスト 男性：改善なし (歩行能力) 女性：改善者26% ②栄養状況：変化なし 口腔状況：咀嚼は18.5%改善、むせは4.2%悪化

課題・今後の展望

- 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。
- ハイリスクアプローチを進めていくためには、ターゲットを絞った健診の受診勧奨を行い、疾病の発症予防、重症化予防やフレイルを早期に発見・対応する仕組みづくりを行い、医療機関や関係団体と連携を図っていきたい。

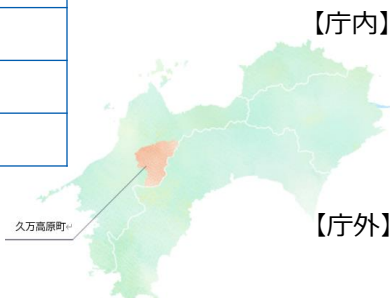
7. 四国厚生支局

愛媛県久万高原町 一老いも若きも無理なく体とところを守る久万高原町をめざして一

町の概況(令和5年3月31時点)

人 口	7,329人
高 齢 化 率	49.67%
後期被保険者数	2,284人
日常生活圏域数	1 圏域

実施体制



【庁内】

【庁外】

住民課
※企画調整

(国保年金班)

- ・事業会計、予算管理、後期の資格・給付業務
- ・データ分析、健診受診勧奨と保健指導支援、健康講座

連携

保健福祉課

保健センター(保健推進班)

- ・集団健診実施、ハイリスク者保健指導等

地域包括支援センター(長寿介護班)

- ・介護予防事業

連携

町内医療機関・歯科医療機関

ハイリスク者の治療状況
保健指導に係る情報共有

社会福祉協議会

通いの場の運営支援、
健康状態不明者の実態把握



取組の経緯

- 健診受診率は県内で一番高く、健康に関心がある方が多い一方、健診結果を理解し、自分に合った健康づくり・介護予防を実践するための情報提供が不十分と考えていた。また、困りごとがあっても相談することを遠慮し、状態が悪化して初めて支援につながる傾向があった。
- 保健事業や介護予防事業に携わる専門職が慢性的に不足しており、両事業を少ない人員で効果的に行う必要性を感じ、一体的実施事業に取り組むこととした。

企画調整・関係機関との連携

● 庁内連携

一体的実施事業開始前から、町の健康づくり・食育推進計画に基づき、全庁的に町民の健康増進等を目的とした健康づくり・食育推進協議会を年1回開催している。加えて事業開始以降、毎年4月に国保年金班・保健推進班・長寿介護班で事業内容や進捗状況の確認、健康課題の共有を図っている。

● 医療関係団体等との連携

町立病院、郡医師会・郡歯科医師会、町内の薬局及び社会福祉協議会に保健師が出向き、町の健康課題や事業内容を説明。また、KDB等から分析した健康や介護に関するデータを提供し、各機関内でも共有していただいている。

ハイリスクアプローチ

● 糖尿病性腎症重症化予防

● 高血圧重症化予防

● 低栄養予防

健診結果を確認し速やかに家庭訪問。対象者の意識づけ及びかかりつけ医との連携を図るために、糖尿病連携手帳や血圧手帳を用いている。同時に家族やケアマネジャー等も対象者の健康状態を確認するツールとして活用している。

プログラムに沿った保健指導は「通院中」を理由に断られることが多いのが課題。断られた場合も、栄養改善が苦にならないよう指導方法や訪問頻度を工夫。在宅介護支援センター等への情報共有を行い、保健師、栄養士と共に家庭訪問を行い生活状況を確認する等の協力を得ており、生活を整える必要がある場合には、それに応じて必要なサービスを提供している。

● 健康状態不明者実態把握

毎月KDBから対象者を抽出。更に包括支援システム等を用いて対象者の状況を確認した上で、原則、在宅介護支援センター職員とともに家庭訪問により実態を把握。また、認知症地域支援推進員連絡会に年2回程度参加し、情報交換や支援経過の確認を行っている。

ポピュレーションアプローチ

● 昭和生まれのための健康講座

百歳体操やサロン活動等を行っている通いの場にて、フレイル予防に関する知識の普及啓発を行っている。講座内容について通いの場ごとに、通いの場リーダー、地域包括支援センターや在宅介護支援センター職員と共に検討。各地域の集落支援員※には参加の呼びかけを行ってもらっている。講座受講者は歯科口腔健診の申込みを行うなどの行動変容がみられている。

後期高齢者の質問票については経年的に評価し、一人ひとりに合わせた保健指導を行っている。

(※集落支援員：総務省HP参照)



愛媛県久万高原町ー老いも若きも無理なく体とところを守る久万高原町をめざしてー

事業結果と評価概要（令和4年度結果）

		対象者数	参加者数	評価指標	状況（評価結果）
ハイリスクアプローチ	糖尿病性腎症重症化予防	2人	2人	①医療機関受診率 ②HbA1cの改善	①100% ②数値の改善については次年度健診にて確認
	その他（高血圧）重症化予防	13人	13人	①医療機関受診率 ②血圧の改善	①服薬開始46.7% ②血圧改善77.8%（7名）
	低栄養予防	8人	8人	①体重の維持・増加 ②生活状況の改善・ 目標達成人数	参加者のうち、令和4年度中に評価まで終えた2名 ①体重増加（平均2.8kg） ②生活改善あり
	健康状態不明者実態把握	28人	23人	①不明者把握人数 ②フレイル状態の改善 ③医療・サービスに つながった人数	①28人 ②高齢者の質問票を回収できた7名中、フレイル状態の2名に保健指導を行った。 ③15人
ポピュレーションアプローチ	昭和生まれのための健康講座	-	113人 (実人数)	①実施箇所数 ②参加者数 ③フレイルの改善	①通いの場8会場（延べ20回） ②延べ133名 ③高齢者の質問票88名回収。運動・口腔・栄養に着目すると、改善された方が多い。

・健診受診率が高いのが特徴（令和4年度41.4%、県平均14.4%）。平成16年の4町村合併前から旧3村では送迎車を出し健診受診を支援、現在も継続。医療機関での個別健診も多い。後期高齢者健診や歯科口腔健診の受診勧奨については、①前年度2月に受診案内送付、②広報やポスターの掲示、③医療機関を個別訪問し受診勧奨協力の依頼、④10月の集団健診終了後、未受診者に受診券を一斉送付し個別健診受診勧奨、⑤Webや電話による受診申込受付を行うといった流れで実施している。

・国保データヘルス計画は、国保部門が策定しているが、一体的実施の担当者と共有・連携することで、国保から後期へ連続して効果的に保健事業に取り組めるようにしている。

・ハイリスクアプローチについて、事例検討や研修参加の機会を確保し、保健指導の質の向上に取り組んでいる。

課題・今後の展望

- ハイリスクアプローチについては、年代に合った健康づくりや介護予防のための取組みを行う必要性を感じており、健診受診率の更なる向上や健診結果に基づく保健指導の充実を図りたい。
- ポピュレーションアプローチについては、若い世代も巻き込み、自分に合った運動や食生活の改善など楽しみながら取り組めるよう、環境整備も含め検討したい。
- これまでは情報交換や協議をその都度行うスタイルだったが、今後は町の保健事業の仕組みを整えPDCAサイクルに沿った展開ができるようにしたい。

高知県の町 ーみんなでもっとフレイル予防！ー

町民力の地域活動と庁内外の連携により継続した活動をめざす！

町の概況（令和5年3月31時点）

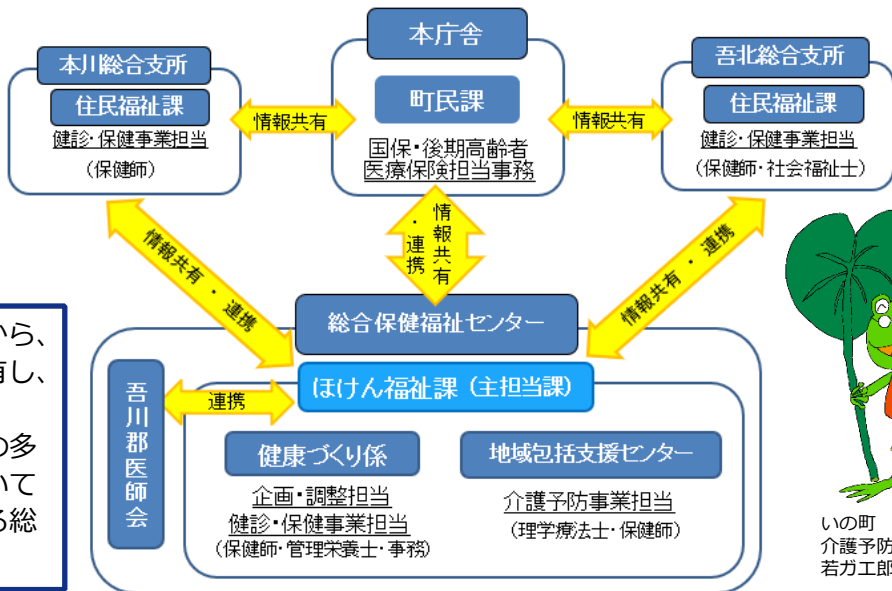
人	口	21,391人					
高	齡	化	率	40.55%			
後	期	被	保	険	者	数	4,648人
日	常	生	活	圏	域	数	1圏域

取組の経緯

- 後期高齢者への積極的な保健活動は不十分であったが、各種データの分析等から、介護予防と高齢者の健康問題を関連付け、健康課題の解決に向けた認識を共有し、課全体で取り組む必要性を感じていた。
- 後期高齢者の健診・医療・介護予防について、保健事業担当と介護予防担当の多職種の者で取り組み、フレイル対策についても住民主導の地域交流の場において継続的な活動ができるよう、ほけん福祉課が中心となり、健康、生活に関する総合的な支援を目指し開始した。

実施体制

（令和5年4月1日現在）



いの町
介護予防キャラクター
若ガエ郎

企画調整・関係機関との連携

- **庁内連携**
平成30年度のデータヘルス計画策定をきっかけに、町民課とほけん福祉課による保健事業推進ワーキングチーム定例会を立ち上げ、2か月に1回程度情報交換を行っている。
- **医療関係団体等との連携**
20年以上前から、町長、町内医療機関を交えて、保健事業、介護保険、介護予防活動等の事業実施報告を行っており、医療機関と良好な関係性を築いている。
事業開始前には、吾川郡医師会の理事会に参加し、本事業への協力を求めた。
また、町民課とほけん福祉課の多職種の者（保健師・管理栄養士等）が2名1組で各医療機関を訪問し、特定健診に係る説明等もを行っている。

ハイリスクアプローチ

- **健康状態不明者の把握**
医療・レセプト情報のない方が微増していることをきっかけに実施。対象者にアンケートを送付し、未回答（未返信）の方から訪問を開始。
その際、健康づくりと介護予防の両面からアプローチを可能にするため、保健事業担当及び介護予防担当が2人1組で訪問している。
更に、訪問は、職種もしくは経験年数が異なる者を2人1組とすることで、人材育成にもつながっている。
多職種の者（保健師・管理栄養士等）でチームを組んで地域活動を行い、町独自で質問票のアセスメントのための「ハイリスクアプローチフローチャート」及び「対応マニュアル」を作成し、説明内容に齟齬が生じないよう工夫している。

ポピュレーションアプローチ

- **健康教育・健康相談**
- **通いの場等におけるフレイル対策の啓発**
町内に約60箇所（休止中を含む）ある体操グループのうち、複数グループにおいて実施。
【医療機関へのアプローチ】
吾川郡医師会理事会に対し、事業説明、データから見える町の現状、連携に関する依頼概要を説明。
【参加者へのアプローチ】
・後期高齢者の質問票に回答してもらい、その結果を体操グループごとにデータ化。
・3か月後にフォロー支援を行い、フレイルについて認識できているかを確認。再度、フレイル対策について周知し、通いの場等への参加継続の意義を伝えている。

高知県の町

事業結果と評価概要（令和5年度事業開始・令和5年度10月末現在）

		対象者数	参加者数	評価指標	状況（評価結果）
ハイリスクアプローチ	健康状態不明者対策	22人	①アンケート郵送結果 返信有12人 返信無10人 ②訪問による面談 訪問済16人 （4人訪問予定） ※訪問拒否2人 （電話訪問を実施）	①健診受診した人数 ②医療・介護サービスにつながった人	①0人 ②1人（返信無のケース。介護保険サービス開始） ※その他 全対象者の生活状況について確認済（電話訪問2名含む）
ポピュレーションアプローチ	通いの場におけるフレイル対策の啓発 健康教育・健康相談	14グループへ 2回支援 ↓ 87人×2回	・1回目支援 11グループ 58人 ・2回目支援終了 2グループ 11人	①2回とも通いの場に参加した人数 ②ハイリスクアプローチにつながった人数	①11人 ②0人

- ・事業開始に向けて、事前に企画調整担当者から3職種代表（保健師・管理栄養士・理学療法士）に課題提示・実施方法等の提案を行い、協議を重ねた。これにより、事業実施に当たり職種の偏りがなく足並みを揃えて取り組むことができている。また、3職種の代表者は企画調整担当者を支える立場となっている。
- ・ハイリスクアプローチ、ポピュレーションアプローチとも、健康状態や生活状況についてそれぞれの専門職の強みを活かし、多方面からの関わり・支援ができることを目指した。
- ・ハイリスクアプローチでは、本人だけではなく家族にも説明する機会ともなり、訪問の目的や健診受診についての意義を理解してもらうことにつながった。
- ・健康状態不明者への訪問がきっかけとなり、新しく立ち上げた体操グループへの参加につながった例もある。更に、対象者が知人等に体操グループ参加への声掛けをしてくれることで、結果として地域のつながりが強化された。
- ・医療専門職だけでなく取り組むのではなく、データを元にした資料等は事務職が作成するなど連携して事業を実施している。



課題・今後の展望

- ハイリスクアプローチでは、本人や家族から訪問を断られる例もあったので、介入のためのアプローチ方法を検討中である。
- フレイルの認知度を上げるためには1回の説明では難しく、地域の集いの場を利用して、くり返し継続的に取り組む必要がある。
- 個々の健康意識を高めてもらうためにも、体操グループごとの特徴・傾向を分析・見える化し、フィードバックする予定である。

8. 九州厚生局

佐賀県鳥栖市 一地域課題を知り、糖尿病、高血圧の重症化予防の推進を目指す一

市の概況（令和5年4月1時点）

人	口	74,229人					
高	齡	化	率	24.0%			
後	期	被	保	險	者	数	9,180人
日	常	生	活	圏	域	数	4圏域

取組の経緯

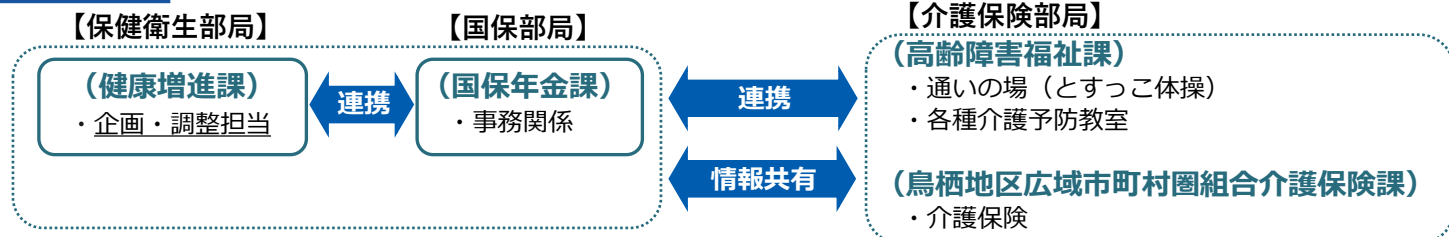
鳥栖市は、同規模地域、県、国と比較すると高齢化率は低いが、後期、国保ともに医療費が高かった。特に後期の医療費が高かったが、その要因について十分に分析が出来ていなかった。また、75歳以上の方へのハイリスクアプローチができていなかったことから、令和2年度より一体的実施事業を開始。

一体的実施に取り組むことで、後期では他の地域に比べて、脳血管疾患が多く、原因は糖尿病であることなどがわかってきた。健康課題が明確になってきたことからハイリスクアプローチでは、国保から継続して後期の糖尿病性腎症重症化予防を最優先に実施し、あわせて脳血管疾患の原因になっている高血圧予防に取組んだ。

ポピュレーションアプローチでは、地域支援事業と連携し、既存の介護予防事業に明確な目的を設けて、専門職が通いの場へ関与できる体制を構築した。

市民一人ひとりが、自分の住む地域の実情を知り、納得した上で健診を受け、健診結果から生活習慣の改善に向けた実践ができる支援に取組む。

実施体制



企画調整・関係機関との連携

- 鳥栖市一体的実施庁内連携会議を健康増進課、国保年金課、高齢障害福祉課と3カ月に1回開催し事業の進捗状況や情報共有を図る。
- 地域包括支援センターや介護保険課と研修会等を通して、課題や取組みに関する情報共有を図る。
- 佐賀県保険者協議会等を活用し保険者間で、健康・医療情報の分析結果健康課題、保険者事業の実施状況等を共有し、他の保険者と連携し保健事業の展開に努めている。

ハイリスクアプローチ

● 糖尿病性腎症重症化予防

健診でHbA1cが基準以上の糖尿病未治療者、糖尿病治療中のコントロール不良者、治療中断者を対象に、保健師・管理栄養士による訪問指導を複数回実施。初回訪問では、健診データと生活背景を本人が結び付けて理解できるように指導を実施。また、未治療者、治療中断者には受診勧奨を実施。2回目以降の訪問では医療受診状況やHbA1cの変化等を確認。

紹介状や糖尿病連携手帳にて、市の健診結果、保健指導の状況や医療機関の検査結果について医療機関と情報交換、連携を行う。必要に応じて同伴受診を行い、治療方針を理解し、支援できるようにする。

● その他の生活習慣病等重症化予防（高血圧）

健診でⅡ度高血圧以上の高血圧未治療者、治療中断者を対象に、保健師・管理栄養士による訪問指導を複数回実施。初回訪問では、健診データを本人に説明、血圧手帳を活用し、家庭血圧測定ができるよう支援。血圧計を持っていない方には血圧計を貸出し確実な家庭血圧測定に結び付けている。2回目以降の訪問では医療受診状況血圧の変化（家庭血圧測定の結果や、内服の状況など）を確認。

ポピュレーションアプローチ

- 通いの場、保健センター（健診会場等）、出前講座等において、健康相談や健康教育（フレイル・糖尿病・高血圧・認知症等）を実施。
- 地域巡回介護予防健診において、質問票・基本チェックリスト・体力測定・認知症機能検査を実施し、介護予防が必要な高齢者を把握し、健診、医療、介護サービス等必要な支援に繋げる。
- 健診や糖尿病・高血圧などについて、市報に記事を掲載したり保健センター内に展示コーナーを設置し普及・啓発に努める。
- 医師会、薬剤師会の協力のもと病院や薬局の受付窓口にて、通いの場マップを配備。また、介護予防サービスへの利用勧奨などを行ってもらっている。

展示コーナー



通いの場マップ



佐賀県鳥栖市

事業結果と評価概要（令和4年度結果）

		対象者数	参加者数	評価指標	状況（評価結果）
ハイリスクアプローチ	糖尿病性腎症重症化予防	153	153	・ 未治療者の医療機関受診状況 ・ HbA1cの変化	・ 未治療者13名全員が医療機関受診に繋がった。（100%） ・ 介入前後のデータの把握が出来た86人について、59人のHbA1cが改善した。（69%）
	その他の生活習慣病等重症化予防	58	58	・ 未治療者の医療機関受診状況 ・ 血圧の変化	・ 未治療者20人が医療機関受診に繋がり血圧が改善した。（34%） ※受診に繋がらなかった方は家庭血圧正常者がほとんどであった。
ポピュレーションアプローチ	複合的取組	—	累計 1,546	・ フレイル健診実施率	・ 健診実施率23.5% ※昨年度と比較して約4%増加。実施率は向上している。

- 糖尿病性腎症重症化予防では、HbA1c7%以上の未治療者は全員医療機関受診に結び付き、また、7割の方のHbA1cを介入前後で改善できた。
- その他の生活習慣病等重症化予防（高血圧）では、家庭血圧も確認しながら、医療機関に繋げるようにした。糖尿病、高血圧ともに評価指標に対する目的は概ね達成できた。
- 保健指導においては、基礎疾患や生活背景など一人ひとり異なるので、訪問により生活を教えてもらいながら、薬物療法、可能な食事・運動療法を住民自身が実践できるよう、今後も継続訪問を行いたい。

課題・今後の展望

- 事業開始から3年がたち、訪問に行ける体制（専門職・公用車などの確保、使用教材の整理など訪問の方針・内容の確立）が少しずつ整ってきた。今後、事業の中長期的なアウトカム評価として、市の課題である医療費を抑制できるようにしたい。そのためには、医療、健診・保健指導によりデータを改善し重症化を防ぐ（脳心腎疾患を防ぐ）ことが最も重要であると考え。ハイリスクアプローチでは、丁寧な保健指導を行い、あわせてポピュレーションアプローチからハイリスクアプローチに繋げていくなどの連携についても強化していきたい。