

令和 4 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 5 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4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 北海道岩見沢市 北海道訓子府町
 - 2. 東北厚生局 福島県伊達市 福島県猪苗代町
 - 3. 関東信越厚生局 埼玉県さいたま市 埼玉県鳩山町
 - 4. 東海北陸厚生局 静岡県小山町 愛知県小牧市
 - 5. 近畿厚生局 滋賀県東近江市 兵庫県淡路市
 - 6. 中国四国厚生局 鳥取県伯耆町 広島県東広島市
 - 7. 四国厚生支局 愛媛県四国中央市 高知県宿毛市
 - 8. 九州厚生局 大分県竹田市 鹿児島県霧島市

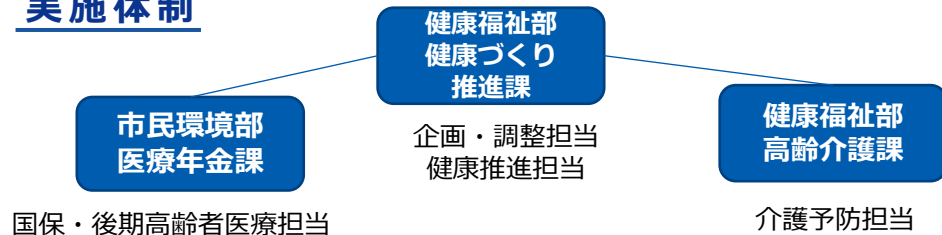
1. 北海道厚生局

北海道岩見沢市 ―地域と民間企業の連携で取り組む一体的実施―

市の概況（令和4年10月末時点）

人	口	76,990人					
高	齡	化	率	37.3%			
後	期	被	保	険	者	数	15,509人
日	常	生	活	圏	域	数	5圏域

実施体制



健康づくり普及員イワくん

取組の経緯

- 交付金による補助があるうちに介護予防及び生活習慣病重症化予防事業の仕組みを整えたいと考え、交付金により事業が出来ることは職場の理解を得やすく、是非体制を整えた方が良いという流れもあり取り組むに至った。
始めるに当たり、テーマを考え直し、それまでは比較的興味を持ってもらえるものをすべて取り入れていたが、フレイルに注目した講話を出来るようフレイル関連でそれぞれの専門職が話すテーマに絞った。

企画調整・関係機関との連携

- 庁内連携
健康づくり推進課、高齢介護課、医療年金課と庁内連携会議を年間で3～4回実施。
- 医療関係団体等との連携
・市立総合病院リハビリテーション科
地域支援事業の地域リハビリテーション活動事業の取組への協力及び安定した専門職の派遣が出来るよう北海道リハビリテーション専門職協会（HARP）に橋渡しを依頼し連携につながった。
・HARPと市立病院と市担当で3ヶ月に一回程度打合わせを実施し、通いの場における体操指導を実施。

ハイリスクアプローチ

- 糖尿病性腎症重症化予防（外部委託事業）
医療レセプトより対象者を抽出し下記内容を実施。
・アンケート及び聞き取りによる各項目（食生活・運動習慣・飲酒・喫煙・ストレス等）の聴取
・医療機関での直近の検査数値（BMI・HbA1c・e-GFR）の把握
・教材を用いた面談3回、電話1回による指導実施
・初回面談でのアセスメント結果に応じて目標を設定し、3ヶ月後に目標の達成状況进行评估
- 健康状態不明者対策
住民票を有し、医療レセプトなしかつ健診未受診者で、市の保健事業の参加がなく、状況把握できない者に後期高齢者質問票を送付。回答に応じ電話または各種保健事業の案内を送付し、各種事業への参加を促す。半年後を目途に質問票を再送付し、介入前後の質問票の結果を比較。なお、無回答で健康ポイント事業などへの参加や予防接種の受診歴のない方については訪問で状況を確認。

ポピュレーションアプローチ

- その他複合的取組
・通いの場や地域支援事業での介護予防体操教室等において、フレイル予防や地域の健康課題に関する健康教育や健康相談を実施。
・介護予防体操教室参加者へ後期高齢者質問票の実施と各種測定による健康状態やフレイルリスクの把握と結果に伴う指導を実施。また、通いの場参加者に対する体力チェック等によるフレイルリスクを総合的に把握し、保健指導等に活用する。
・健康相談等で見つかった支援の必要な高齢者に対して、健診や医療の受診勧奨や地域包括支援センターへの相談、介護サービスの紹介等を実施。
・保健推進員や民間の保険会社を通じたフレイル予防に関する情報発信。



北海道岩見沢市

事業結果と評価概要（令和３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	1,016	電話：200 訪問：6（再掲）	・生活の変化（食生活・運動習慣・飲酒・喫煙・ストレス等）の改善率 ・検査数値（BMI・HbA1c・e-GFR） ・腎透析への移行者の有無	指導基準に該当する人数は1,016名、文書及び電話勧奨実施者が200名、そのうち事業を希望する者が6名。 現在6名に対して指導事業を実施中。
	健康状態不明者等	409	質問票回答：99 訪問：56	質問票の各設問の回答の改善率・体重の変化した人の割合・健診受診率・サービス等の情報提供をした人数とそれらの利用率	409名に関して後期高齢者質問票を送付。回答のあった99名について電話指導56名、文書指導43名実施。回答なかったもの310名について、健康ポイント事業の参加あるものと予防接種歴のあるものを除いた56名について訪問指導を実施予定。
ポピュレーションアプローチ	その他複合的取組	-	累計 411	・各種測定値の結果の維持または改善 ・健診受診率（前年度比）	—

- ・保健推進員や民間の保険会社を通じフレイル予防に関する情報を発信する。
保険会社との連携について、医療年金課が特定健診の受診率を高めるため、保険会社と連携しているのでその体制を活用し、顧客訪問時、フレイルや通いの場等の説明をしてもらっている。
保健推進員については、町内会から推薦を受けて地域の健康教育、健診の普及といった活動をしてもらう。健康チェックの時の測定・乳幼児検診のお手伝い、地域健康講座、市内を10の校区に分けて一つの講座を保健師と一緒に企画し、地域の住民に声をかけて実施しており、通いの場の普及にご協力をいただいている。
- ・ハイリスクアプローチ：文書の工夫やコロナ対策に対応するために、オンライン機器を使用した指導も行えるようにしている。
：健康ポイント事業への参加歴や予防接種歴などを確認し、支援が必要な方に効率よく訪問できるよう工夫している。
- ・ポピュレーションアプローチ：各圏域ごとにくまなく通いの場ができるよう保健推進員と働きかけ、市民に対してフレイル教育をしていくことに重きを置いている。
また、自主運営しやすいように体操などは解説書やDVDを作成し取組やすいように工夫している。

課題・今後の展望

- 医療専門職が関与する通いの場の数は増えてきており、それらの取組での健康教育に関しては参加者の反応も良いと思われる。医療費分析の結果、腎疾患の医療費が多いことや生活習慣病のレセプト件数も多いことから、疾患の悪化防止に向けての取組も必要と考え、従来のフレイル予防のほか腎症に関連する疾患の健康教育や、生活習慣病の治療中断者対策なども実施していく必要があると考えている。
- 現在糖尿病性腎症重症化予防は委託で実施しており、糖尿病治療の最新知識を職員が更新できていない現状もあり、直営で実施した場合に指導の知識向上が課題である。
- 健康状態不明者等について、保健事業利用に結びついている人もいるが、参加者が一部に限られており、勧奨の仕方が難しいと感じる。
- コロナ禍の影響を受けやすいため、事業実施がいかに行えるかが課題。
- 健康教育の評価については体力測定項目等取り入れる事でより客観的な評価が可能と考えるが、稼働量を考慮すると簡便に実施できるアンケートを行うことが多くなり、主観的評価しが得られなくなることが課題で、今後検討の余地があると考えている。

北海道訓子府町 一既存の事業体制を活用した一体的実施の取組一

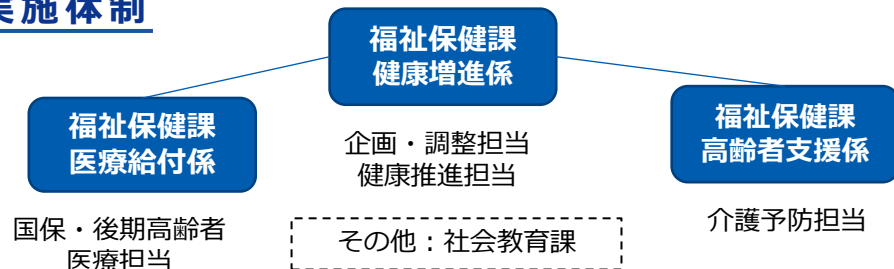
町の概況（令和4年3月31時点）

人	口	4,688人
高	齢	化
率		39.5%
後	期	被
保	険	者
数		1,059人
日	常	生
活	生	活
域	数	1 圏域

取組の経緯

- 国保では、健診受診者の肥満の割合が高く、循環器系疾患の入院医療費に占める割合が高いことから、生活習慣病重症化予防を実施していた。また、一般介護予防事業として、地区担当保健師が老人クラブ等に健康教育・健康相談実施していたことから、その体制を活用し、令和2年度から一体的実施を開始し、ハイリスクアプローチは健康増進係を中心に重症化予防を行い、ポピュレーションアプローチは高齢者支援係が中心となり、フレイル等の視点を入れた健康教育を行うこととした。
- 後期高齢者の健康課題については、一体的実施の開始をきっかけに、高齢者支援係、健康増進係、医療給付係で、分析・課題の共有をした。

実施体制



訓子府町イメージキャラクター



企画調整・関係機関との連携

- 庁内連携
医療給付係、高齢者支援係、社会教育課と連携、情報共有している。
社会教育課とは月1回打ち合わせを実施しており、社会教育課職員や社会教育課が委託するスポーツインストラクターと、それぞれが実施する事業の中で把握している高齢者の健康状態を共有したり、今後の取り組みを検討する機会となっており効果的。
- 医療関係団体等との連携
一体的実施の目的の共有、後期高齢者健診の受診率向上のため、医師からの健診受診勧奨周知、実施後の評価を共有。
歯科健診受診者の結果やその後のフォローについて歯科健診委託機関と情報共有。

ハイリスクアプローチ

- その他の生活習慣病等重症化予防
令和3年度健診受診者のうち75-85歳で、
①医療機関未受診者で受診勧奨判定値（血圧Ⅱ度以上、LDL180以上）
②医療機関受診者でコントロール不良（血圧Ⅱ度以上、HbA1c7.4%以上）
に該当する対象者に、今年度の健診を受診してもらう。健診について、個別に受診勧奨を行い、その際に治療状況や生活習慣などの聞き取りと保健指導を実施。
また、健診受診後、結果説明会にて個々に保健指導を実施。未治療者については医療機関受診勧奨、治療中の方は糖尿病連携手帳や血圧手帳等を活用し、治療状況について確認、必要時にかかりつけ医と連携しながら、保健指導や栄養指導を行う。

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（老人クラブ、いきいき百歳体操等）に向けて、フレイル予防に関する講話（「健活★くんねっぶ出前講座」）を実施している。
社会教育課のインストラクターと協同で「自宅でできるラクラク運動」のDVDを作成し、手軽にできる運動として体操の指導・普及も行っている。
- フレイル状態の把握
「健活★くんねっぶ出前講座」の際に、フレイルチェックを実施し、前年度の町全体の結果を説明している。
後日、個別に前回と比較したフレイルチェックの結果を郵送で返却している。



北海道訓子府町

事業結果と評価概要（令和４年３月末結果）

		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	その他の生活習慣病等重症化予防	－	－		－
	①受診勧奨値を超え、未治療（基準血圧、血糖、脂質）	5	3	未治療の方の医療機関受診率（目標70%）	目標を達成できなかったが、2名の未受診者の状況では血液データが改善し、治療の必要性がなくなった方、保健指導の結果生活改善につながった方で、状況は改善されている。
	②治療中でコントロール不良（基準血圧、血糖）	3	3	治療中の方の医療機関継続治療率（目標100%）	－
ポピュレーションアプローチ	・健康教育・健康相談	-	累計 316	健康教育実施数20箇所（参加累計200名）	
	・フレイル状態の把握	-	累計 191	フレイルチェック実施者200人 ・「健康状態」リスク有への後期高齢者健診個別受診勧奨 ・高リスク者に対する保健指導80% ・フレイルリスクの変化（改善・維持・悪化）	・後期高齢者健診の受診勧奨を27名に実施。 ・緊急事態宣言やまん延防止により個別保健指導は郵送により結果を返却し、事業の利用案内を行った。 ・フレイルチェックの各項目において、8割以上が改善・維持は「歩行速度」「運動習慣」であり、2割程が悪化していた項目は「硬いものが食べにくい」「転倒」であった。

- ・ハイリスクアプローチについて、健診受診後の結果説明・保健指導は原則結果説明会で参加者全員に対して実施しており、住民にも定着している。説明会で面談を行い、生活状況やコントロール状況等を確認し、保健師や栄養士からアドバイスを受け重症化予防を意識してもらうきっかけとなっている。
- ・また、健診受診後に結果説明会で次年度の健診の予約を取り、毎年継続して受診できるようにしているため、国保から後期にスライドしても健診受診から離脱させない体制をとっている。
- ・フレイル状態の把握については、フレイルチェックを実施し後日、郵送で結果返却しているが、今回と前回の結果を比較的にできるようにし、住民のモチベーション維持ができるよう、「あなたは維持できています。」「良くなっています。」と前向きな見え方をするように工夫している。
- ・フレイルの普及啓発のため、社会教育課と連携実施している地区巡回講座を利用し、高齢者の団体に限らず国保世代からもフレイルの周知をしている。

課題・今後の展望

- 生活習慣病等重症化予防の対象者支援について、後期高齢者健診受診者では健康意識が高く、医療にもつながっておりそれほどコントロール不良な状態ではない人が多いため、循環器疾患対策の重症化・再発予防につながる対象者の選定基準の検討が必要か。
- 通いの場に参加している高齢者に対して、フレイルチェック時に基礎疾患や既往歴等の項目についても追加で把握し、ハイリスクの新しい対象者の抽出要件の検討材料にしていく。
- また、フレイル状態の把握について、フレイルチェックの該当基準がないため、どのようにフレイルの度合いを評価したらよいか迷っている。
- 通いの場に来られなくなった人の状況把握について、参加人数が減っている地区をモデル地区として実施していく。町内会長と百歳体操の代表者が一緒のため、来られなくなった人や百歳体操に誰が参加しているのか年1回集計し、リストアップして地域の方と町担当者と生活支援コーディネーターが今年度中に訪問したいと考えている。

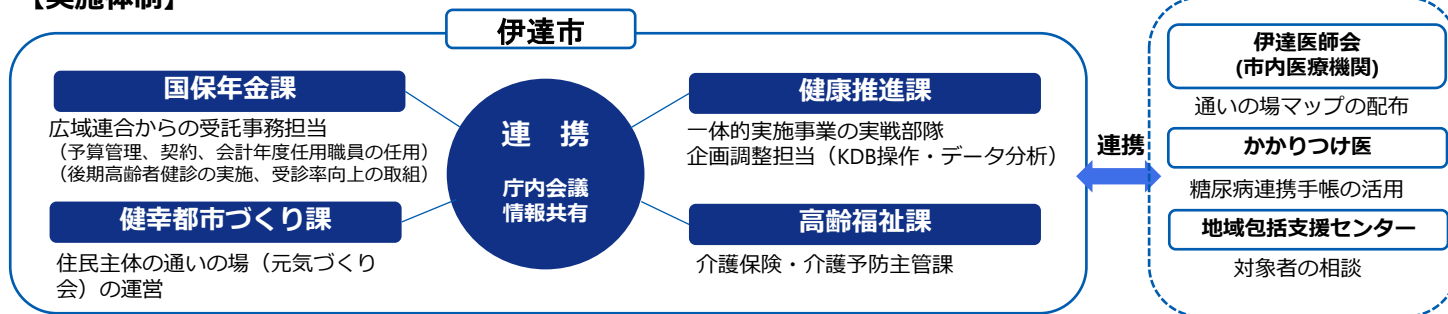
2. 東北厚生局

福島県伊達市 市民一人一人の主体性を大事にした取組～健幸都市を目指して～

市の概況（令和4年4月1日時点）

人	口	58,079 人					
高	齡	化	率	36.3 %			
後	期	被	保	險	者	数	11,143 人
日	常	生	活	圏	域	数	4 圏域

【実施体制】



取組経緯

- 「健幸都市」を目指し、誰でも気軽に身体を動かす環境を整え、元気な人を増やす取組として、平成26年度より「元気づくりシステム」を導入し、集会所での住民主体の通いの場を展開してきた。令和3年度時点で、131会場まで拡大、当面は200会場を目指している。
- 庁内関係各課が担う役割と機能について協議し、一体的実施事業の目的が「健康寿命の延伸」であることを確認した。また、一体的実施事業が、後期高齢者健診等に基づくデータ分析から導き出される課題解決に向けた取組であると理解し、後期高齢者医療主管課である国保年金課を主担当課に置き、令和2年度からスタートした。

一体的実施前

高齢世代に対する取組

- 「健やかな血管の保持」（75歳未満）
特定健診の結果をもとにした保健指導等を実施
- 「自分の歯でおいしく食べる」
出前講座等健康教育の実施

元気づくり会 通いの場（住民主体）

- 介護予防だけでなく、市民の健康づくりを支えるため、年齢を限定しないで筋力トレーニングや体操を実施

一体的実施導入後

ハイスコアアプローチ（75歳以降にも）

- 市の健康課題である高血圧、糖尿病の重症化予防の取組を後期高齢者に対しても実施
- フレイル予防を効果的に推進するため、低栄養防止、口腔機能低下予防の取組を実施

ポピュレーションアプローチ

- 元気づくり会の通いの場の参加者に対して、口腔や血圧に関わる健康教育を実施

【通いの場「元気づくり会」とは】

町内会単位で身近な集会所等を活用して、はじめの6か月間をコーディネーター（市職員）とともに元気づくり体験で身体を動かし、「元になりたい、元気でいたい」という健幸意識の醸成を図る。7か月目からは、参加者たちが元気づくり会を楽しみながら主体的に継続している。



元気づくり会の様子

ここが重要

- 年齢制限のない住民主体の通いの場を運営する健幸都市づくり課との連携により、市民の情報を得るなど、常に関係課間でコミュニケーションを図っている。一体的実施の導入により、関係課間の連携を強くすることができた。
- 75歳未満の方に実施してきたハイスコアアプローチのノウハウを活かし、75歳以降の方にも切れ目なくアプローチを可能とした。また、年齢制限のない住民主体の通いの場を活用することで、幅広い世代の方にアプローチを可能とした。
- 市民一人一人の「自分のための取組」という主体性を大事に、行政側の課題としてだけでなく、市民の健康課題と捉え、市民と一緒に課題解決に取り組んでいる。

福島県伊達市

事業結果と評価概要(令和3年度結果)

取組		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	17人	17人	・体重が増加した人数、割合	・14人(82%)が体重増加または維持できていた。
	口腔機能低下予防	33人	33人	・行動目標が達成された人数、割合	・対象者の15人(45%)が行動目標を達成できた。 ・対面で支援できた人が、行動目標を継続して実施できている人が多かった。
	糖尿病性腎症重症化予防	39人	39人	・医療機関に受診した人数、割合 ・HbA1cが改善した人数、割合	・35人(89%)を医療機関受診につなげることができた。 ・HbA1cは6人(100%)が改善した。
	その他の生活習慣病等重症化予防(血圧)	26人	25人	・医療機関に受診した人数、割合 ・血圧が改善した人数、割合	・22人(88%)に血圧値の改善がみられた。
ポピュレーションアプローチ	健康教育・健康相談(口腔・血圧に関する健康教育)	420人	277人	・参加後アンケートで、講話が参考になったと答えた人数、割合	・開催時のアンケートで講話が参考になったと答えた人が144人(97.3%)であった。
	その他複合的取組(口腔に関わる健康教育・質問票による状況把握)	300人	127人	・参加後アンケートで、講話が参考になったと答えた人数、割合 ・質問票をとった人数、割合 ・支援の必要な人に対し、保健指導を実施した人数、割合	・開催時のアンケートでお口の健康の話が参考になったと答えた人が124人(98.4%)であった。 ・質問票を126人(99.2%)の方に実施した。 ・質問票をもとに、支援の必要な人に保健指導を19人(100%)実施することができた。

○ハイリスクアプローチにおいては、約束しない訪問を行っているが、医療専門職が高齢者の生活スタイルを踏まえて訪問時間を工夫していることが、受入率を高くしている要因となっている。

○ポピュレーションアプローチにおいては、通いの場の担当課と連携し、地区担当制とすることで多くの会場への介入を可能としている。

課題・今後の展望

- ハイリスクアプローチにおいては、後期高齢者になると検査値の改善が困難なため、維持するという視点で取り組んでいるが、そうすると次年度以降も同じ対象者が抽出されることとなり、対象者が増加し、マンパワーが不足することが懸念される。
- ポピュレーションアプローチにおいては、毎年新しい会場に介入していることから、各年度の変化を評価することが困難となっている。
- 市民が必要な保健指導を受けられる環境を作っていくため、健康診断の受診率を上げることも課題と感じている。

福島県猪苗代町 多様な取組につながるため『健診受診者全員訪問』を実施

市の概況（令和3年4月1日時点）

人	口	13,544 人
高	齢	化
率		38.8 %
後	期	被
保	険	者
数		2,807 人
日	常	生
活	活	動
数		1 圏域

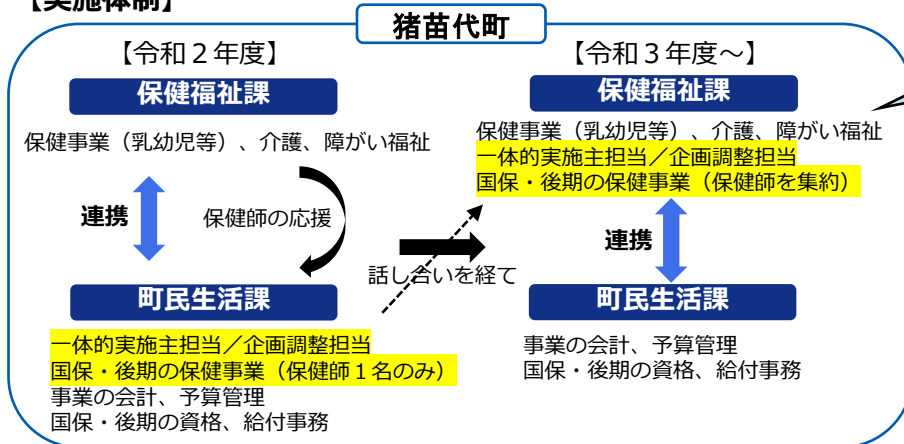
実施体制の経過

- 令和2年度は、後期高齢者の保健事業を担当していた町民生活課を主担当として事業をスタートした。
- 町民生活課は、専門職が企画調整担当保健師1名の配置であり、事業の実施に当たり保健師の配置が多い保健福祉課との連携が必須であった。
- 事業説明や共に事業を実施するための働きかけを行いながら、令和3年度からは保健師を保健福祉課の1つの係に集約させた。地区担当制にし、町民生活課が担っていた保健事業を含めて、乳幼児から高齢者まで一体的に事業を実施する体制を構築した。

ここが重要

- 一体的実施の導入により、健康診断結果を踏まえた個別的な訪問が可能となり、多くの対象者にその人に合った多様なアプローチが可能となった。
- ハイリスク基準対象者だけでは、高齢者の全体像をつかむことができないため、令和3年度より原則受診者全員に個別訪問を実施し、高齢者の現状把握を図っている。
- 健診受診者全員に地区担当保健師が訪問を行い、毎年関わっていくことを大切にしている。

【実施体制】



- 主担当である保健福祉課内に、介護予防事業を実施している係があるので、日頃から対象者や事業の内容を共有している。
- 庁内会議を定期的に開催している。

猪苗代町医師団(町内医療機関)

実際に足を運ぶこともあり、対象者の治療状況や保健指導内容を共有している。

地域包括支援センター

訪問後に対象者の情報を共有している。

社会福祉協議会

高齢者サロンの実施主体であり、健康教育の周知や日程調整を行っている。

取組経緯

- 国民健康保険から後期高齢者医療に移行すると保健事業の実施主体が変わり、事業がうまくつながっていなかった。
- 一体的実施導入前から健康診断結果の異常数値者には訪問等を実施してきたものの、広域連合が主となる業務であるため、何かもう少しできればと思うところがあった。
- 健康診断後の健康相談は集合型で実施していたため、アプローチできる人が限定されていた。
- これまで実施してきた取組に、一体的実施の豊富なメニューを組み合わせることで、データ等の根拠のある取組を実施できると思いスタートした。

一体的実施導入前

【後期高齢者に対する取組】

- 健康診断後の健康相談
- 高齢者サロンでの健康教育

【課題】

- 健康相談は集合型のため来れる人にしか実施できない。
- 健康診断の受診率が低い。
- 健康教育の内容があまり考えられていなかった。

一体的実施導入後

【ハイリスクアプローチ】

- 健康診断結果に合わせた個別訪問
- 健康状態不明者対策（R2、R4）

【ポピュレーションアプローチ】

- 高齢者サロン等への健康教育・健康相談

【成果】

- 受診者全員を訪問し、栄養指導、口腔指導、糖尿病性腎症、高血圧症、脂質異常症重症化予防の取組を健康診断結果に合わせて実施することができた。
- 健康状態不明者に対しては、健康診断前に訪問することで、受診勧奨を行うことができた。
- 健康教育では、町の健康課題に即した根拠のある内容で実施できた。



健康教育の様子

福島県猪苗代町

事業結果と評価概要(令和3年度結果)

取組		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	72人	66人	・医療受診状況 ・受診時の検査データ ・調理、栄養状態(体重)等の把握	・歯科治療に結びついた人や体調が回復した人: 6人 ・昔からの体型や質問票の記入間違い: 49人 ・低下: 5人 ・対象外や会うことができなかった人: 12人
	口腔機能低下予防	130人	118人	・質問票 ・食事調査、口腔機能調査 ・医療受診状況	・歯科治療に結びついた人や体調が回復した人: 12人 ・質問票の記入間違いや特に問題がない人: 97人 ・低下(その他の病気で体調が悪い人): 3人 ・対象外や会うことができなかった人: 6人
	糖尿病性腎症重症化予防	21人	21人	・医療受診状況 ・直近の血液検査データ ・質問票 ・食事調査	・HbA1cの低下や受診開始、体を動かす等の行動変容: 4人 ・変化なし: 12人 ・低下(医師から生活指導されても響かない人): 3人 ・対象外(介護認定を受けている)や会うことができなかった人: 2人
	その他の生活習慣病等重症化予防(高血圧症・脂質異常症)	14人	13人	・医療受診状況 ・直近の血液検査データ ・質問票 ・食事調査	(高血圧症) ・変化なし/通院中: 6人 ・会うことができなかった人: 1人 (脂質異常症) ・受診開始/果物を控える等行動変容: 2人 ・変化なし/通院中: 4人 ・低下: 1人
ポピュレーションアプローチ	健康教育・健康相談(口腔・血圧に関する健康教育)	420人	277人	・質問票等	・新型コロナウイルスの影響で開催していないサロンが多く、計画を大幅に下回った。 ・各サロンの過去の実施状況に応じ口腔、栄養、ヒートショック(脳血管疾患予防)について健康教育を実施した。 ・質問票では多い人で6項目該当から該当項目なしまでさまざまであるが、運動、口腔、認知機能の順で該当が多い。体重減少を伴う場合には、個別での相談も実施した。 ・通いの場の参加者と会って、社会性は維持できている者が多い。

○ハイリスクアプローチにおいては、令和4年度は健康状態不明者対策の取組を再開(令和2年度に実施)し、健康診断の受診勧奨を実施している。
○ポピュレーションアプローチにおいては、高齢者サロンに加え、令和3年度からは介護予防運動教室、令和4年度は老人クラブへの関与も実施している。

課題・今後の展望

- ハイリスクアプローチについては、変化が大きく出るものではないので評価が難しい。全員訪問の成果で少しずつ信頼関係が構築されてきているので、地区担当制の強みを活かして、今後も対象者と関わっていきたい。
- ポピュレーションアプローチについては、実施期間が長くなると対象者が固定されてしまうので、健康教育の内容は常に見直す必要がある。

3. 関東信越厚生局

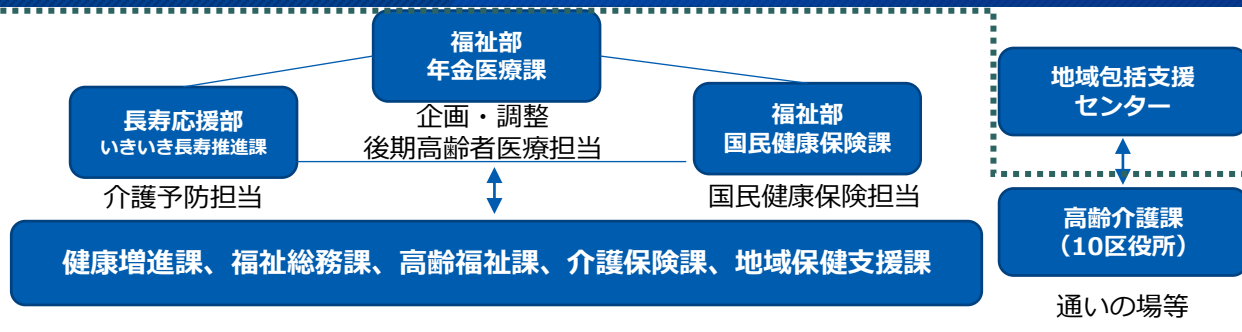
埼玉県さいたま市 ー既存の会議体を活用し、市全体で事業を企画ー

市の概況（令和4年4月1時点）

人	口	1,334,975人					
高	齡	化	率	23.2%			
後	期	被	保	険	者	数	157,671人
日	常	生	活	圏	域	数	27圏域

実施体制

一体的実施検討会



取組の経緯

- 令和元年度に関係課長会議を開催し、一体的実施について情報共有を行い、年金医療課を事業担当課に決定した。庁内連携体制については、既存の会議体である地域包括ケア推進PTの下部組織として一体的実施検討会を設置した。3回の検討会を開催し、関係課で既存事業の確認を行い、一体的実施の事業内容や実施体制を検討、基本方針の作成や評価方法の検討も共に行い、令和2年度から事業実施に至る。事業内容の企画にあたっては、既存事業を関係部署間で整理、共有をすることで、どの事業と連携した取り組みができそうか、どの事業が不足しているのか2つの視点で、事業を組み立てることができた。令和2年度は1区あたり1圏域の10圏域で開始し、14圏域、18圏域と徐々に拡大しており、令和6年度全圏域での実施を目指す。

企画調整・関係機関との連携

● 庁内連携

さいたま市高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施検討会を随時開催し、情報共有を図る。

その検討会のなかで作業部会を立ち上げ、フレイル普及のためのリーフレットを作成。関係各課で共通のものを使用することで、より市民に認識してもらえるよう工夫。

● 医療関係団体等との連携

既存の医師会連絡協議会の場で、事業の情報共有や結果報告を行う。健診時本人に、電話番号の記載をしてもらえるよう働きかけを依頼。



↑作業部会で作成したリーフレット

ハイスコアアプローチ

● その他の生活習慣病等重症化予防

前年度末時点の年齢が79歳以下で、生活習慣病リスク者（HbA1c:7.0%以上、収縮期血圧160mmHg以上、中性脂肪300mg/dl以上、HDLコレステロール35mg/dl未満）のうち、特定のレセプトのある方を除外した対象者へ、医療機関の受診勧奨を行う。

● 糖尿病性腎症重症化予防

国民健康保険との継続支援事業として、糖尿病性腎症重症化予防対策事業に基づく「保健指導プログラム」修了者に対し、個別指導・フォロー教室を行う。

● 低栄養指導

76～79歳で令和3年度BMIが20.0未満で、1年間で2kg以上の体重減少がある糖尿病治療歴がない者に対し、栄養指導及び歯科口腔指導を行う。

● 健康状態不明者

76～79歳のうち、令和3年度医療機関未受診（健診も含む）及び介護保険サービス未利用の者に対し、アンケートを送付、事業参加希望者に個別指導を行う。

ポピュレーションアプローチ

● 口腔機能向上に関する健康教育・健康相談

派遣希望のあった通いの場1か所につき、歯科衛生士を1回派遣、参加者に対し口腔機能向上に関する健康教育や健康相談を実施。

● 市内図書館で開催するフレイル予防・生活習慣病予防の普及啓発

図書館と共催で、フレイルチェックの体験や後期高齢者の質問票を活用した健康相談を行う（令和4年度5か所でそれぞれ1回実施）。フレイル予防に関するブックリストの発行や期間限定の展示の設営を行い、広く市民の目にとまるよう働きかけ、普及啓発を実施。



↑図書館での普及啓発事業の様子



←介護予防に関する書籍コーナー

埼玉県さいたま市

事業結果と評価概要（令和3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	低栄養予防・口腔機能改善	115	25	・保健指導実施率 ・生活習慣改善意欲の保有率 ・他機関・介護予防事業等へつながった割合	生活習慣病改善意欲の保有率6割を超え、目標達成 他機関・介護予防事業等の利用 1人
	糖尿病性腎症重症化予防	25	4	・保健指導実施率 ・生活習慣（行動計画）の維持率	個別介入した4人とも行動計画で立てた取組を継続できている。
	その他の生活習慣病等重症化予防	69	29	・保健指導実施率 ・指導後受診率	文書及び電話指導後に受診（または予定）した人数 21人
	健康状態不明者の 実態把握	883	112	・保健指導実施率 ・他機関・介護予防事業等へつながった割合	他機関・介護予防事業等の利用 4人
ポピュレー ション アプローチ	フレイル予防お立ち寄り 相談事業	-	累計83	・行動変容	市内4か所の図書館で実施。「フレイルを知った」方の割合 80%、「フレイル予防に取り組もうと思った」方の割合 86%
	通いの場における歯科衛生士派遣事業	-	累計180	・健康教育等を受けた通いの場の参加者の満足度	アンケート回答者のうち、「満足」と回答した参加者 173/174人

【健康状態不明者】「はつらつ健康アンケート」（質問票）を送付、アンケート結果を確認する。個人の健康課題に応じた関連資料を送付後、二次質問など電話相談・状況把握を行い、必要な健康指導やサービスへの橋渡しを行う。希望者に対しては訪問による保健指導も実施する。質問の結果に応じてどのような支援を行うか、支援者によってばらつきがでないよう支援フローをマニュアル化して共有。

【フレイル予防お立ち寄り相談事業】既存の調査から、さいたま市は図書館の利用率が全国的に高いことがわかり、元気高齢者が多く訪れる図書館で普及啓発事業を実施。これまでは子ども向けイベントなどはあったが、高齢者向けのものは少なかったため、図書館側から良い反響があった。フレイルという言葉にあまり馴染みのない高齢者の参加につながり、生活習慣病やフレイル予防に取り組む意識付けにつながった。また、高齢者だけでなく子や孫の世代がイベントに参加することで、高齢者のフレイル予防について家族間での意識付けにもつながった。

課題・今後の展望

- アンケートの回収率について、返送先が委託先となっているため返送について問い合わせがくる。市役所を返送先にすれば回収率の増加が見込めるかもしれないが回収事務の増加が懸念事項である。
- 返信してくれるのは比較的元気な高齢者のため、未返信の方に今後どうアプローチしていくかが検討事項である。
- 指導・相談後に、通いの場などを利用してくれる人を増やすためには、どうすればよいのか検討の余地がある。
- 令和4年度5か所の図書館で開催したお立ち寄り相談事業については、今後も開催する図書館数を増やしていきたいと考えている。

埼玉県鳩山町 「鳩山モデル」を軸とした通いの場との一体的な保健事業の実施

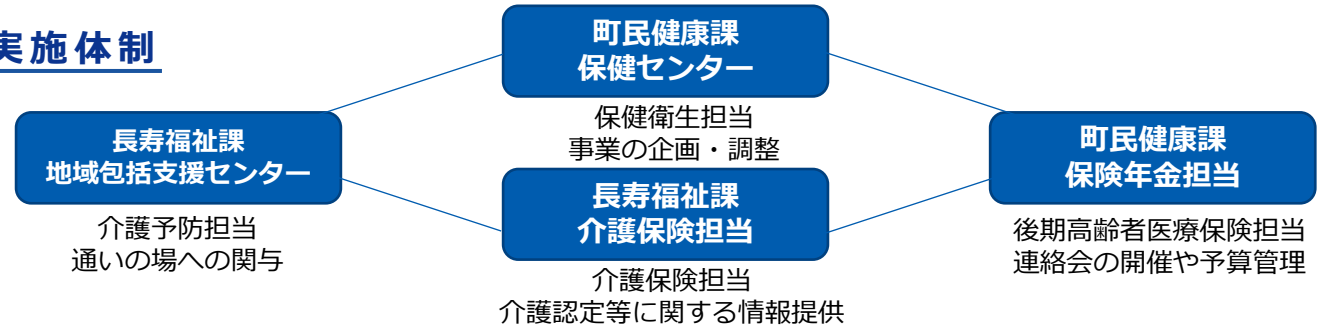
町の概況（令和4年4月1日時点）

人	口	13,256人					
高	齢	化	率	45.5%			
後	期	被	保	険	者	数	2,961人
日	常	生	活	圏	域	数	1圏域

取組の経緯

- 高齢化率が45.5%と県内で最も高く、団塊の世代が後期高齢者となる令和7年度には高齢化率が51.5%になると推測されている。県や全国を上回るペースで高齢化が進展しており、超高齢化に向けた対策が喫緊の課題となっている。平成12年の早期の段階から、「栄養・運動・社会参加」を3本柱とした健康づくり・介護予防「鳩山モデル」を推進してきた。「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン」の策定を受け、町民健康課長の声掛けにより庁内連絡会を開催。保健センターや地域包括支援センター等と事業について情報共有を行う。事業の準備にあたりプロジェクトチームを設置し、関係部署で基本方針の作成や既存事業の整理を行い、今ある事業をどのようにブラッシュアップすることで、介護予防事業と保健事業とを一体的に実施できるか検討を行う。地域包括支援センターが聞き取った通いの場に参加する住民の声を参考に、現状の人員でできることに注目し、低栄養等の事業を令和2年度より開始する。

実施体制



企画調整・関係機関との連携

- **庁内連携**
鳩山町一体的実施庁内連絡会を、全体会議として年2回、その他担当者会議を随時開催し、情報共有を図る。
- **医療関係団体等との連携**
地域医療関係者等が出席する庁内会議（国民健康保険運営協議会や介護保険運営委員会等）のなかで、事業の実施状況やKDB分析結果について報告を行う。
埼玉県地域リハビリテーション・ケアサポートセンターに、年度初めに介護予防事業も含め事業説明を行い、通いの場の運営への指導及び協力、技術的支援を受ける。
研究機関や大学といった機関と連携し、実施状況などを報告し、専門的知見に基づく指導及び協力を得る。

ハイスコアアプローチ

- **低栄養指導（「体重計に乗るだけプロジェクト」）**
令和3年度BMIが20未満で、前年度比2kg以上の体重減少がある者または、前年度当該事業参加者に、対面による個別支援を行う。
「フレイル予防のための自己点検票」（後期高齢者の質問票で、裏面に食品摂取多様性スコアについての質問を追加）を活用した指導・相談を行う。また、セルフモニタリングとして、できるだけ毎日体重計にのる習慣を身に付けてもらえるよう働きかける。住民に「栄養」なら「体重」とわかりやすく取り組んでもらえるよう指標を掲げている。
- **健康状態不明者**
KDB「介入支援対象者一覧（栄養・重症化予防等）」から健診・医療共に未受診の者（介護保険利用者や地域包括支援センターが介入している者を除く。）に、後期高齢者質問票を送付し、返送または電話による健康状態の聞き取り、質問票結果に応じた情報提供等による個別支援を実施。

裏面に追加した食品摂取多様性スコア ↑

ポピュレーションアプローチ

- **フレイル予防に関する普及啓発及び質問票を用いた健康状態の把握、結果に基づく健康教育**
定期的に医療専門職が関与している通いの場を対象に実施。各通いの場を巡回し、フレイル予防に関する普及啓発、「フレイル予防のための自己点検票」による健康チェック、健康教育を実施。
虚弱リスクのある者を早期発見し改善につなげる。
＜対象とした通いの場＞
・ **地域健康教室** 健康づくりサポーターが町内4か所で原則毎週、体操を中心とした教室を開催。
・ **はあとふるパワーアップ教室** 町とリハビリ専門職等と連携し、住民リーダーの協力を得て、フレイル・プレフレイルを対象とした短期集中型の介護予防教室を運営。



↑ はあとふるパワーアップ教室
（虚弱予防改善教室）



↑ 地域健康教室

埼玉県鳩山町

事業結果と評価概要（令和３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	低栄養予防	23	8	・ 体重 ・ 体重を維持または適正に増加した人数 ・ 体重測定が習慣化した人数 ・ 食品摂取多様性得点	「体重計にほとんど乗らない」と回答した者の割合が、介入時59%から評価時29%であった。週1回以上体重計に乗る習慣がある者の割合は40%から70%に増加。
	健康状態不明者の 実態把握	84	84	・ 情報提供等の支援を行った人数 ・ 後期高齢者質問票等により健康状態を把握した人数 ・ 実際に事業や介護サービスに繋がった人数	情報提供等の支援を行った人のうち、後期高齢者質問票により健康状態を把握した者が60%。
ポピュレーション アプローチ	フレイル予防お立ち寄り 相談事業	-	2,077	-	13か所で実施。「フレイル予防のための自己点検票」により、事業実施者及び参加者が身体・健康状態を把握できた。

事業評価について、栄養指導により体重が増加したケースが現れにくいため、体重が維持できた人や体重測定を継続して行った人も評価の軸にした。また、県が開催した企画調整担当の研修を通じ、定量的観点だけでなく、例えば健康状態不明者へのアプローチの結果、対象者が町の事業に関心を持ってくれたというような、定性的な指標も重要であると感じた。

ポピュレーションアプローチを実施する通いの場の選定について、地域包括支援センター職員が通いの場を運営する住民と対話したなかで、活動にマンネリ感を感じているといった新しい取組を希望する通いの場を選んだ。健康相談の他、事業参加者に後期高齢者の質問票を事前に記載してもらい、結果を基にリハビリ職と相談し、その通いの場の状況に応じた運動プログラム等活動内容を提供することができた。

課題・今後の展望

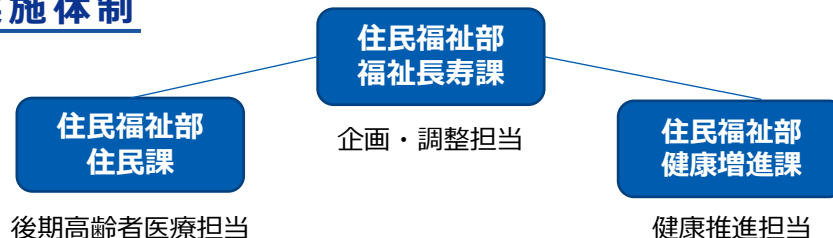
- 令和４年度の町の現状把握のため、「一体的実施・KDB活用支援ツール」を使い、現在実施している事業以外の対象者の概数を抽出し、抽出結果を庁内連絡会で報告。検討を経て服薬管理の取組を次年度より行うこととなり、今後薬剤師会といった医療機関や服薬管理に関する事業を行っている国保部門とのさらなる連携を図っていく。
- 事業の拡大に伴い、現行の職員体制だけでは事業継続が難しいことが見込まれるため、どの程度の人員が必要か事業規模の試算や人材確保の手法について検討が必要である。

4. 東海北陸厚生局

町の概況（令和4年4月1日時点）

人	口	17,670人
高	齢	化
率		30.9%
後	期	被
保	険	者
数		2,807人
日	常	生
活	生	活
域	数	1
		圏
		域

実施体制



取組の経緯

- 県平均よりも後期高齢者の肥満、糖尿病の割合が高く、新規透析導入者が毎年増加していることが地域課題。各課の壁を取り除いて職員全員で保健事業と介護予防に取り組む必要性があったため、関係部署のトップがリーダーシップを発揮し、令和2年度の制度開始を機に町として取り組むことが決定した。
- 小山町では企画・調整担当を保険業務や保健衛生業務を担当する部署ではなく、介護保険業務を担当する部署が行っている。これにより、関係機関である地域包括支援センターや生活支援コーディネーター、通いの場等との調整、連携がしやすい体制を整備。また、庁内では国保担当課と連携し、後期になっても国保で実施している重症化予防事業ができるよう、一体的な実施を推進している。

企画調整・関係機関との連携

- **庁内連携**
住民福祉部内の福祉長寿課・住民課・健康増進課の専門職で2か月に1回「庁内連携会議」を開催し、事業の内容、進捗及び課題等を共有。住民課とは国保保健事業のすり合わせ、健康増進課とは出張けんこう相談や栄養指導の訪問等で連携を図っている。

- **医療関係団体等との連携**
中核機関である富士小山病院のリハビリ専門職と連携し、通いの場等で歩行分析測定を実施することで早期にフレイル予防ができる体制を構築している。

地域包括支援センターには健康状態不明者等の訪問で今後も支援が必要とされる方を情報提供し、その後、同行してもらうことにより、対象者に何かあった時に相談できる体制を構築している。

ハイスコアアプローチ

- **糖尿病性腎症重症化予防**
74歳の時の特定健診において①、②が該当の者
①空腹時血糖126mg/dl（随時血糖200mg/dl）以上またはHbA1C6.5%以上、かつ尿蛋白（-）または（±）の者
②尿中アルブミン検査実施後、医師より保健指導の許可が出た者
→管理栄養士による訪問指導等を実施。
※工夫点：国保保健事業を同様に実施。
- **健康状態不明者等**
当該年度の前年度及び前々年度の健診未受診者、医療未受診者（KDB活用支援ツールより抽出）
→保健師による訪問指導等を実施。
※工夫点：包括支援センターや管理栄養士につなげる体制を構築。
- **栄養指導**
健診結果から、85歳以下、BMI：19未満、アルブミン値：3.8以下の者
→管理栄養士による訪問指導等を実施。
※工夫点：高齢者に不足がちなたんぱく質の摂取を促すため、配食支援も含めて実施。

ポピュレーションアプローチ

- 町内にある通いの場等において、地域の課題（肥満、糖尿病、歩く速度が遅くなった）に対応した健康教育や健康相談を実施。また、通いの場等においては、年2回後期高齢者の質問票を活用し、健康状態、低栄養、筋力低下等のフレイルの状況を総合的に把握し、保健指導に活用。
- 富士小山病院のリハビリ専門職と連携し、通いの場等で歩行分析測定を実施。理学療法士から歩行、姿勢、バランス、手や足の動かし方等の助言をその場で行い、リスクのある者は地域支援事業につなげる体制を構築。



静岡県小山町

事業結果と評価概要（令和3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	9	4	・介入前後のHbA1cの変化 ・介入前後の体重の変化 ・人工透析移行者数	・HbA1c 0.1%以上改善・維持 0% ・体重減少率 50% ・人工透析移行 0人
	糖尿病治療中断者への指導	15	8	・受診状況の確認 ・通院治療の継続や健診受診勧奨	・治療継続率 1人（12.5%） ・健診受診者 3人（37.5%）
	健康状態不明者への指導	60	55	・フレイルチェック ・受診状況及び健診受診の確認	・終了 34人（61.8%）、継続 12人（21.8%）、 包括継続 9人（16.4%）
ポピュレー ション アプローチ	健康教育・健康相談	-	累計1,441	・フレイル予防の健康教育、健康相談	・個別フォローした人 146人（10.1%）
	フレイル状態の把握	-	累計347	・フレイルチェックによるフレイル該当率（15項目中5項目以上該当した割合）	・男性フレイル該当率 17.3%（前年度17.3%） ・女性フレイル該当率 20.3%（前年度19.8%）

- ・健康状態不明者への指導では、訪問すると拒絶される方が多いものの、年に1度は訪問し対象者との関係性を構築している。また、地域包括支援センター等職員にも同行訪問してもらい、対象者が身近で相談できる体制を整備している。
- ・ポピュレーションアプローチで工夫して取り組んでいる歩行分析測定は、リスクあり者を把握するためにも様々な通いの場で歩行分析測定を実施することが必要になるが、人員が不足しており実施回数を増やすことができていないことが課題の一つ。
- ・令和4年度からは、保険者機能強化推進交付金を活用して栄養指導を開始。栄養指導はもともと介護予防の一環として地域支援事業の中で取り組んでいるが、低栄養が疑われる対象者に対して、たんぱく質の摂取を促すため、一体的実施においても配食支援も含めて実施している。

課題・今後の展望

- KDBシステム等に様々な指標があるが、何をもって改善とするかなど評価指標を整備していくことが今後の課題。静岡県にはお達者度（※1）という健康寿命の指標があり、静岡県35市町で順位付けされるので、その順位を改善していくというのも一つの指標だと考えている。
- 肥満、糖尿病といった地域課題は、後期高齢者だけの課題ではなく若い世代にとっても課題であり、若い世代の積み重ねが後期高齢者の肥満、糖尿病に繋がっている。庁内関係部署においてどのような事業が行われているのかを把握し、協力・連携することにより、メタボドミノを早い段階で食い止めることが今後の目標。

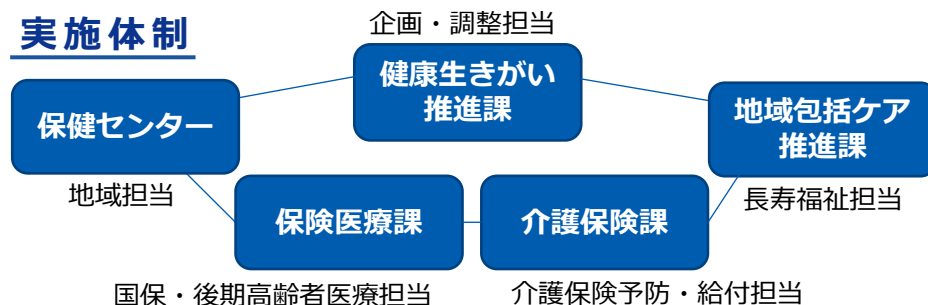
※1 お達者度とは、65歳の平均自立期間（介護を受けたり病気で寝たきりになったりせず、自立して健康に生活できる期間）のこと。

愛知県小牧市 一庁内プロジェクトチームによる効果的な一体的実施体制の構築

市の概況（令和4年4月1日時点）

人	口	150,684人					
高	齡	化	率	25.2%			
後	期	被	保	険	者	数	19,976人
日	常	生	活	圏	域	数	6圏域

実施体制



取組の経緯

- これまで庁内各課で健康づくり事業と介護予防事業に取り組んでいた体制を改め、令和2年度から健康生きがい推進課が統括して一体的実施に取り組むことに決定。庁内連携組織である「フレイル対策のあり方検討プロジェクトチーム」を設置するとともに既存事業を整理し、重複事業の見直し、必要な事業の充実化を図る。
- 小牧市の最も特徴的な取り組みとしては「保健連絡員」というボランティア制度。自治会から推薦された保健連絡員は、行政と地域を結ぶパイプ役となり、地域における健康づくりやフレイル予防の担い手として期待し、保健センターが中心となり伴走型支援を実施している。

企画調整・関係機関との連携

● 庁内連携

2部5課からの担当で構成されるプロジェクトチームでは、2ヶ月に1回程度、会議を開催。事業の進捗、現状の課題及び次年度に向けた方向性等を共有することにより、関係部署が同じ方向を向いて一体的実施を推進。また、連携できる事業（すべき事業）のアイデアも共有し、令和3年度からは充実させるべき新たな事業も実施。

● 医療関係団体等との連携

【小牧市民健康づくり推進協議会】：医師会、歯科医師会、薬剤師会をはじめ、関連団体からなる協議会を開催（年3回開催）※保健連絡員、民生委員等も参加し、小牧市の健康づくり、一体的実施事業について情報共有。

【介護予防推進部会】：地域包括支援センター（保健師・看護師）と市担当者との情報共有の場（月1回開催）

ハイスコアアプローチ

● 健康状態不明者等

後期高齢者の質問票を8月ごろ送付。返信があった者の中からフレイルリスクの高い者及び指定した回答期限までに返信の無かった者に支援を実施。
→ 地域包括支援センターの専門職が10月以降順次訪問を行い、健康状態の把握及び相談、必要な医療・介護につなぐ。

※工夫点：各地域包括支援センターの専門職が訪問することで、各圏域のサービスや事業の紹介を行うことができ、対象者に合わせた支援を実施。



ポピュレーションアプローチ

● その他の取組

- ・ 通いの場（市内80か所）に出向き、後期高齢者の質問票を活用したフレイルチェック、フレイルに関する知識の普及啓発を実施。
→ 参加者のフレイル状態を把握し、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向上の支援等を行う。また、把握したフレイル状態に応じて、健診や医療の受診勧奨、介護予防事業や社会資源へつなぐ。
- ・ 小牧市リハビリテーション連絡会の協力のもと作成した市独自の介護予防体操「こまき山体操」を用いたフレイル予防の充実。
- ・ 担い手育成を含めた介護予防教室を開催。修了生を介護予防リーダーとして養成し、通いの場におけるフレイル予防を充実化。
- ・ 企業活力を活用した‘気づき’の支援ときっかけづくり。

愛知県小牧市

事業結果と評価概要（令和3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	健康状態不明者等	113	113	アプローチした者のうち、状況を把握できた者 ・質問票返信者数 ・アンケート調査結果 Ⅰ）健康状態に関する質問項目で「①よい、②まあよい、③ふつう」と回答した者 Ⅱ）生活満足度に関する質問項目で「①満足、②やや満足」と回答した者 ・質問票未返信者への訪問 そのうち、状況把握ができたものの数 そのうち、社会資源・市の事業紹介をしたものの数 ・質問票返信者のうち状況把握が必要とされた者	98名（86.7%） 75名（66.4%） Ⅰ）75名中67名（89.3%） Ⅱ）75名中68名（90.7%） 37名中37名 23名（62.2%） 21名（91.3%） 26名
ポピュレーションアプローチ	その他複合的取組	1,730	683	・実施した通いの場の件数 ・令和2年度後期高齢者健康診査受診者の質問票結果と比較して、割合が高かった項目（サロン参加者の質問票割合／令和2年度後期高齢者健康診査受診者の質問票割合） ・1日3食食べていない者の割合 ・半年前と比べて固い者が食べにくくなった者の割合 ・お茶や汁物等でむせることがある者の割合 ・6か月間の体重減少 ・1年間に転んだことがある者の割合 ・物忘れがあると言われている者の割合	30か所 (4.8%/3.8%) (31.5%/30.5%) (27.8%/21.9%) (14.9%/12.6%) (20.7%/19.6%) (17.9%/16.7%)
・ポピュレーションアプローチのフレイルチェックでは、対象者にA3版質問票シート（後期高齢者の質問票15項目の質問を最大4回チェックできるシート）を配布し、青（調子が良い）と赤（調子が悪い）のシールを貼ってもらい、自身の健康状態の見える化を図り、必要な健康教育につなげている。					
・通いの場では、まずフレイルチェックで健康状態を把握し、赤シールが貼られた質問項目に応じて、小牧市リハビリテーション連絡会の協力のもと作成した相撲の型を取り入れた介護予防体操「こまき山体操」を実施している。					
・令和3年度の結果を分析し、ポピュレーションアプローチ後につなぐことのできる事業が少ないという課題に対応するため、令和4年度からは、短期集中の介護予防教室を開始するとともに、栄養と口腔に課題を抱える対象者に対応するため、栄養士が通いの場に出向いて栄養指導等を実施している。					

課題・今後の展望

- これまでフレイル対策に重点を置いて一体的実施の事業を推進し、庁内及び医療関係機関との連携が図れてきたところである。今後は生活習慣病対策にも目を向け、糖尿病性腎症重症化予防等にも力を入れた取組を並行して実施していきたいと考えている。
- 後期高齢者の生活習慣病対策には働き世代からのアプローチが重要である。企業の健康経営の支援に視点をおきながらも、すべてを行政で実施するのではなく、民間企業等と連携しながら、企業のもつ知識や技能を、地域や企業が活用できる仕組みを整理し、実施していく。

5. 近畿厚生局

滋賀県東近江市 一既存事業や地域支援事業との連携で一体的実施を充実一

市の概況(令和4年4月1日時点)

人	口	112,623人					
高	齡	化	率	27.05%			
後	期	被	保	険	者	数	15,313人
日	常	生	活	圏	域	数	10圏域

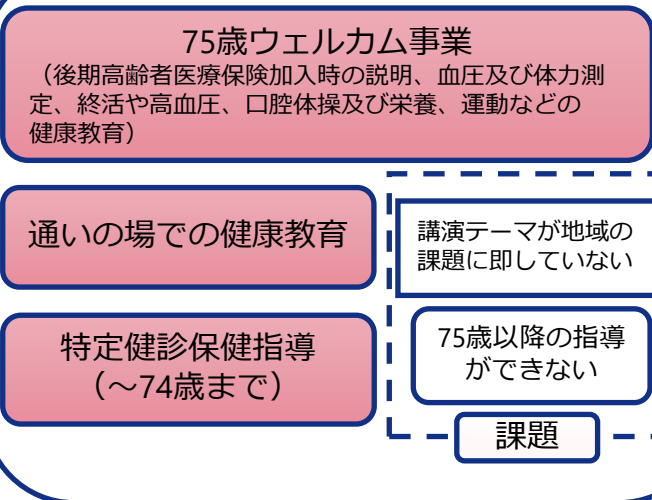
実施体制



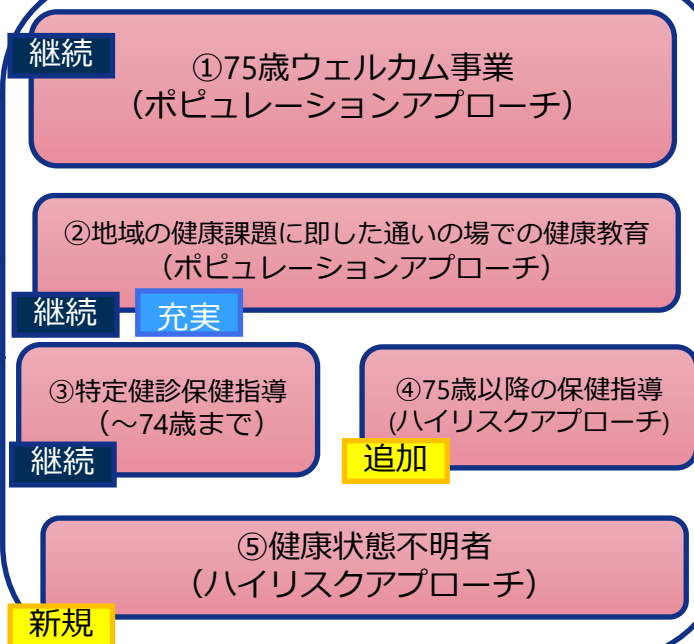
ここがポイント

企画調整担当を**長寿福祉課の課長級(保健師)**が務める
→**保健指導と介護予防**の双方の視点で企画調整ができる。
→課長級が担当することで、**他課との調整がしやすい**。

▼一体的実施前からの取組み



▼一体的実施での取組み



企画調整・関係機関との連携

- **庁内連携**
長寿福祉課
→介護保険・高齢者担当部署
保険年金課
→①を主催。
健康推進課・保健センター
→①は業務担当、②～⑤は地区担当保健師が担う。
生涯学習課
→②の申込窓口として連携。
地域包括支援センター
→①②で講座を担当。⑤必要時連携
- **大学との連携**
→②の事業を共催
- **医療関係団体等との連携**
広域連合・国保連・保健所・県・医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会に、取組評価のアドバイスをもらう

ここがポイント

一体的実施を始める際に、**①後期高齢者以前からの事業との連結** **②地域支援事業との連携**を目指した。
地区担当保健師が継続して支援することで、74歳以降の保健指導や地域支援事業との連携を継続することができた。
②は庁内で介護予防の考え方に相違が課題であった。介護予防＝生活習慣病の重症化予防を中心に考える保健指導担当課と、介護予防＝社会参加と考える高齢施策担当課の視点の共有に苦慮した。

滋賀県東近江市

事業結果と評価概要（令和3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	322人	105人	保健指導後の受療率 令和3年度新規人工透析導入患者数	令和3年度高齢者健診受診者の保健指導後の受療率：目標50% →結果75% 新規人工透析導入患者は過去のレセプトや健診結果を確認し、どの時点での保健指導介入が有効だったかを情報共有し保健指導体制を見直す。
	その他の生活習慣病等重症化予防	109人	75人	保健指導後の受療率	保健指導後の受療率：目標80% →結果68.4%
ポピュレーションアプローチ	健康教育・健康相談	-	累計821人	地域の健康課題の共有	市民に地域の健康課題データを見える化し、説明したことにより、フレイル予防の必要性を理解してもらうことができた。コロナの影響で健康教育や健康相談の機会は減り、紙媒体で啓発を行ったところもある。評価は難しい。
	健康状態の把握	-	累計438人		

【自由記載欄】

- ハイリスクアプローチでは、「特定健診による保健指導が74歳で終了しており、75歳以降に保健指導する機会がない」「75歳以上で虚血性心疾患を発症する人が多い」という課題を、解決する手段として一体的実施を開始した。
- ハイリスクアプローチで訪問した際、糖尿病や高血圧以外の健康課題（運動機能低下や認知症）が見つければ地域包括支援センター等と連携し介入する。
- ポピュレーションアプローチでは、保険年金課の既存事業である「75歳ウェルカム事業」「通いの場（サロン等）への出前講座」を健康教育・健康相談の場として活用するほか、リハビリテーション専門職大学やスポーツ課、コミュニティセンターと連携し、高齢者への健康教育を行った。
- 図書館担当課から、「今まで図書の貸出が出来ていた人が出来なくなったことから認知症が心配である」「保健師と連携し、認知症予防の講座ができないか」など相談が入る。スポーツ担当課とは、スポーツを通して健康寿命の延伸をすることを共通の目標とし、運動指導する人の人材育成市民への普及啓発を協同で行ってきた経緯がある。保健センターや長寿福祉課は、男性の健康教育の場が少ないことに課題を感じており、車社会であり交通安全教室は男性参加者が多いことから、市民生活相談室と連携し同教室を利用しフレイルチェックや健康教育を行うなど、健康福祉部以外の様々な課と双方にメリットがある形で連携することが可能となっている。
- ハイリスクアプローチで血圧の指導を行った際に、家庭血圧の正常値や自己測定の方法を知らない人が多いことが分かり、ポピュレーションアプローチの健康教育内容に反映した。ハイリスクアプローチで見えた地域の健康課題を、ポピュレーションアプローチの内容に反映している。

課題・今後の展望

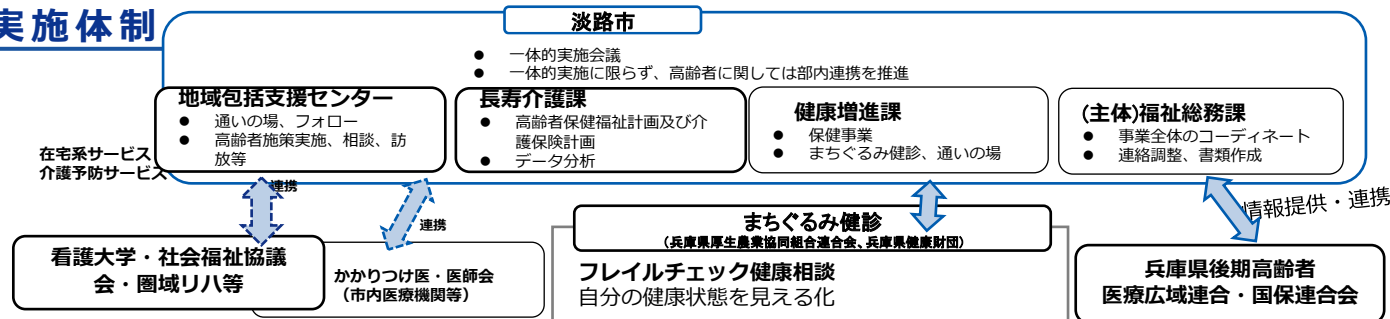
- ハイリスクアプローチでは、対象者の意識変容を促せないことや、医療関係者との目標値の共有ができないことが課題である。発展途上の事業であり、介入率を上げながら保健指導の質を高め、保健指導対象者をどの層とするのか、評価しながら見極めていきたい。
- ポピュレーションアプローチを各課と連携し行った後、反省会を10分程度行い、次回以降の事業展開の改善点を話し合い改善を重ねていく。

兵庫県淡路市 一地域の課題を共有し関係各課一体となり健康寿命の延伸を目指す

市の概況（令和4年4月1時点）

人	口	42,511人
高	齢	化
率		38.2%
後	期	被
保	険	者
数		8,772人
日	常	生
活	動	圏
域	数	5圏域

実施体制



ここがポイント

- データ分析の結果、健康課題が骨折であることを関係各課で共有する。課題に対する目的を「健康寿命の延伸」とし、目的に向かって各課が事業を行う。
- KDBシステムや、市の独自システム、長寿介護課所管の主治医意見書などを活用しデータ分析を行い、課題を抽出している。

▼一体的実施前からの取組み

いきいき100歳体操（通いの場）

かみかみ100歳体操（通いの場）

まちぐるみ健診を活用した健康相談

特定保健指導
（～74歳まで）

75歳以降の指導ができない

75歳以降の指導ができない

課題

▼一体的実施での取組み

継続

①いきいき100歳体操
（ポピュレーションアプローチ）

追加

②かみかみ100歳体操
（ポピュレーションアプローチ）

追加

③まちぐるみ健診を活用したフレイルチェックや健康相談
（ポピュレーションアプローチ）

継続

④特定保健指導
（～74歳まで）

追加

④75歳以降の保健指導
（ハイリスクアプローチ）

新規

⑤骨粗しょう症（ハイリスクアプローチ）

ここがポイント

- ①・②平成22年から淡路市では「いきいき100歳体操」「かみかみ100歳体操」が盛んに行われており、専門職の介入も行っていた。③まちぐるみ健診での健康相談（74歳まで）を実施していた。上記3事業をポピュレーションアプローチの場とした。既存事業の内容を修正し、新たに管理栄養士等の専門職を追加した。
- ハイリスクアプローチで訪問後は、必要に応じて①かかりつけ医に連絡②通いの場を紹介③包括を紹介④地域ケア会議で共有を行う。
- いきいき100歳体操では、参加者の歩行能力を中長期に把握している。それをもとに地域・会場別の比較により優先すべき地区・会場を選定。
- 限られた人員で、今あるものを活かし負担感なく続けられる事業をデザインした。

兵庫県淡路市

事業結果と評価概要(令和3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	29人	26人	①健康状態の把握 ②フレイルチェック票による食習慣の改善維持割合 ③介入前後の体重改善維持割合	①健康リスクなし21人 虚弱可能性5人 ②食べている食品数改善60% ③維持60%減少20%
	健康状態不明者	22人	19人	①健康状態の把握 ②必要なサービスへの接続	①59%の対象者に対し健康状態を把握 ②複数回訪問したが不在であった対象者は地域包括支援センター保健師と連携し地域ケア会議で共有
	その他(骨粗しょう症)	31人	10人	①精密検査・継続受診勧奨数 ②骨密度数値変化 ③生活習慣の改善維持割合	①精密検査受診勧奨4人、継続検査受診勧奨5人 ②③確認できず
ポピュレーション アプローチ	いきいき100歳体操	-	999人	①フレイルリスク該当者数 ②必要なサービスへの接続数 ③転倒場所・理由の把握 ④アンケートの満足度・理解度	①63人 ②13人 ③627人分把握 ④内容がよかったと回答した者85% フレイル予防を理解できたと回答した者95.4%
	かみかみ100歳体操	-	170人		
	まちぐるみ健診	-	409人	①フレイルリスク該当率 ②必要なサービスへの接続数	①健康状態あまりよくない8.3%(県:6.7%、国:7.0%) かみにくさ 24.6%(県:20.2%、国:23.3%) 転倒 19.7%(県:14.1%、国:14.2%) ②延べ64人

まちぐるみ健診では様々なブースを用意し、一日で他分野の健康教育・相談を受けられるよう工夫した。通いの場での健康教育は一緒に体操をしている仲間と楽しく学べるメリットを感じている。介護保険新規認定者の申請理由と主治医意見書を確認したところ、転倒による腰椎圧迫骨折が多いことが分かった。また、体操参加者に転倒理由や骨折理由について問診を追加。それらの内容を転倒予防の講話内容に組み込み、ポピュレーションアプローチに取り入れるようにした。

課題・今後の展望

- ハイリスク者が医療を受診しない理由として、「必要性を感じない」「医療機関にかからないことを誇らしく感じている」など意識変容が困難。
- ポピュレーションアプローチでは今後も多くの方と接することを大切にしたい。より若い世代からの健康教育との連動も大切にしたい。
- 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目標設定と評価指標に悩んでいる。毎年実施することで積み上がった結果を出していきたいが、効果的なものになっていない。

6. 中国四国厚生局

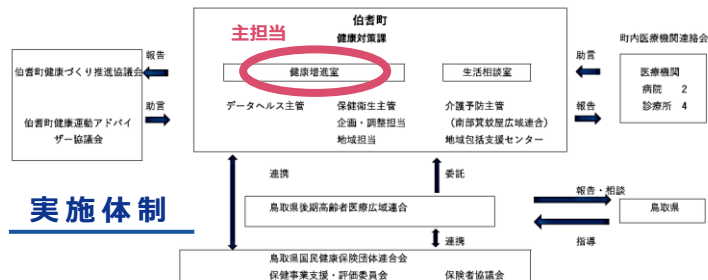
鳥取県伯耆町 一地域に根付いた教室活動からの広がりー

町の概況（令和4年10月末時点）

人	口	10,590人
高	齢	化
率		40.7%
後	期	被
保	険	者
数		2,082人
日	常	生
活	動	圏
域	数	1圏域

取組の経緯

- 介護保険制度が始まった平成12年度から健康増進事業として各自治会で実施している高齢者健康教室（通称：まめまめクラブ）の参加者が高齢化し、令和3年度からは健康増進事業から介護予防を目的とした地域支援事業で実施することにした。
- 健康対策課内に保健事業担当、国民健康保険担当、後期高齢者医療担当の健康増進室と介護予防担当の生活相談室、直営の地域包括支援センターがあるので連携がとりやすい。
- そこで生活相談室との連携体制を見直し、整理し、保健、医療、介護の情報を共有することで個別支援の充実を図ることができることから、課全体で一体的実施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**
介護予防を主管する生活相談室とは日頃から密に連携しており、事業を行う際も「誰かが抱え込むのではなくみんなで手分けをしてやっていこう」という意識が共有できている。
- **健康運動アドバイザー協議会**
町が主催する健康運動アドバイザー養成講座の修了者等で組織され、アドバイザーはまめまめクラブ等で運動指導を行っている。
- **健康づくり推進協議会**
年に1回、町内の医師、民生児童委員、教育委員会、保健委員等の多職種が集まる場で、町の保健事業について報告し、意見をもらっている。
- **町内医療機関との意見交換会**
健康対策課の事業に協力してもらうため、平成30年度から実施。一体的実施事業の開始後は、本件についても話し合うようになった。定期的に意見交換を行うことで、良好な関係性が築けている。

ハイスコアアプローチ

- **糖尿病性腎症重症化予防**
診療レセプトや健診結果、かかりつけ医からの紹介等で対象となった人に対し個人通知を行う（事前に町内医療機関との打ち合わせを行う）。支援の希望がなかった人に対しては、訪問や電話等で個別指導を実施。
- **重複・頻回受診等**
広域連合からの抽出リスト、レセプト情報等から抽出した対象者に対し、訪問や電話等で保健指導を実施。また、かかりつけ医の確認や生活状況に関するアンケート結果から、適正な受診、生活習慣の改善について相談・指導を行う。
- **その他（認知症予防）**
町が令和4年度より実施している「もの忘れ検診」の結果から、MCI相当として診断された人を対象者とする。生活相談室と連携し、対象者全員に対して訪問し、保健指導、介護予防事業の紹介を行う。訪問前後には、支援会議を開催し、必要に応じて検査医療機関や主治医と連絡調整を行い、継続的な支援へとつなげていく。

ポピュレーションアプローチ

- **「まめまめクラブ（高齢者健康運動教室）」**
各自治会で年6回実施している高齢者健康運動教室「まめまめクラブ」のうち年1回を「まめまめプラス」として実施。まめまめクラブで実施する健康相談、運動指導に加えて、フレイル予防としてフレイルチェックや、医療専門職による健康講話、住民間のグループ討議を行っている。グループ討議では、話し合いを通して、フレイル予防に大切なのは社会参加であるということへの気づきが得られている。



鳥取県伯耆町

事業結果と評価概要（令和3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	23	2	・未受診者、治療中断者については、本人への聞き取りやレセプトで受診状況を確認する。 ・通院者については、保健指導参加率・終了率・参加者満足度、介入前後の検査値（HbA1c値、eGFR値等）および本人が設定した目標の達成状況を本人と支援者で確認し、評価する。	・本人が生活習慣改善の目標を決めることで主体的に参加することができた。 ・高齢期に必要な健康づくりの情報提供を行うことにより、受診の継続とQOLの維持が図られた。 ・運動の継続を妨げている整形外科疾患の適正受診にも繋がった。 ・高齢者歯科健診の受診にも繋がった。（1人）
	重複・頻回受診等	19	10	・受診回数、医療費の推移	・「医師の指示に従って病気が悪化しないように受診している。趣味や地域での活動に参加し、生き生きと暮らしている」と身体面、社会的側面でも健康な状況が保たれていた。
ポピュレーション アプローチ	水中運動教室	-	累計 125	・教室参加状況（参加数、参加率） ・後期高齢者の質問票データの変化	・22回実施、延べ125人の参加者があった。 ・教室終了時のフレイル状態のチェックでは、大半は現状維持ができており、フレイル状態で地域包括支援センターへの相談が必要な人はなかった。
	高齢者健康運動教室	-	累計 917	・教室参加状況（参加数、参加率） ・後期高齢者の質問票データの変化	・48自治会、おおむね年6回実施し、延べ239回、延べ917人の参加者があった。 ・地域包括支援センターへの相談につなげる人はいなかった。

課題・今後の展望

- 糖尿病性腎症重症化予防と認知症予防は町内医療機関との意見交換会で報告を行い助言を受ける。必要なケースに対しては定期的に情報提供を行う。
- まめまめプラスでは、令和5年度フレイル予防のための口腔機能の向上を重点に実施していく。
- KDBシステムを活用し、健診事後フォローを含めた個別支援の充実を図る。

広島県東広島市 一大学等との連携協定を活かして一

市の概況(令和4年10月末時点)

人	口	190,329人					
高	齡	化	率	24.6%			
後	期	被	保	険	者	数	24,169人
日	常	生	活	圏	域	数	10圏域

実施体制



東広島市観光マスコット「のん太」

医師会、歯科医師会、 薬剤師会

受診勧奨、
通いの場の紹介等

東広島市医療保健課

黒瀬支所福祉保健課
豊栄支所地域振興課
河内支所地域振興課
安芸津支所福祉保健課

企画調整担当
保健事業、介護予防、
通いの場担当

その他：地域包括ケア推進課（地域
包括支援センター）、地域共生推進
課、国保年金課、介護保険課

地域の団体

広島国際大学、生協ひろしま
東広島市社会福祉協議会等

既存の取組・開始の経緯

- 令和元年度、健康寿命の延伸を目的に東広島市と広島国際大学とで健康なまちづくりに関する連携協定を締結。「つながり（絆・笑い）」「睡眠」「運動」をテーマに、大学の知見を活かした健康講座をモデル的に実施した。更に広島国際大学と、地域の健康づくりや介護予防などを担う多様な団体と連携し、令和2年度より「東広島市健幸ステーション連絡協議会」を設立。その後、広島国際大学と東広島市でフレイル対策プロジェクトを展開している。
- 一体的実施以前よりフレイル予防の重要性に着目し、市としても、通いの場等でのフレイルチェック・運動機能測定や「運動」「栄養」「口腔機能向上」及び「睡眠」をテーマとした講座等を行っていた。
- これらの既存の事業を活用し、医療保健課が主担当課となり令和3年度から一体的実施の取組を開始した。

企画調整・関係機関との連携

● 庁内連携

月に1回「コアネットワーク会議」を開催。地域共生社会を目指す担当課で集い、担当圏域の動きや事例の共有、検討会を実施。

● 東広島市健幸ステーション連絡協議会

広島国際大学、東広島市社会福祉協議会黒瀬支所、行政等で構成。今後のフレイル対策の方針や企画立案の検討、健康で幸せに暮らせるまちづくりに向けた情報交換を行う。

● 医療関係団体等との連携

令和3年度事業実施時に医師会事務局へ相談。後期高齢者の質問票の実施等を依頼。口腔機能フレイル予防対策モデル事業については歯科医師会の公衆衛生部担当の歯科医師に個別に相談。薬剤師会には通いの場の周知を依頼。

ハイスコアアプローチ

● 健康状態不明者

KDBから、健診未受診・医療機関未受診・介護認定を受けていない人を抽出し後期高齢者質問票等を送付。返送があった人も含めて全員に電話や訪問を行い、必要に応じて関係機関やサービスへのつながりを実施。

● 口腔機能低下予防

後期高齢者の基本健診の結果、口腔機能低下のみられた人（口腔機能の2項目該当者）、体重減少2kg以上、歯科受診無し、要介護要支援認定なしの人を対象に、受診勧奨や口腔機能向上のための支援を実施。

● 独自事業（プレフレイル・フレイル状態）

後期高齢者の質問票にて週1回の外出なし、1年間の転倒歴有りの人等について、基本チェックリストを送付し、介護予防・日常生活支援総合事業につないだり、必要に応じて訪問、電話等で保健指導等を実施。

● 独自事業（通いの場中断者）

通いの場中断者について、要介護認定状況の確認や、通いの場代表者からの本人の状況や中断理由の確認を実施し、実態を把握。

ポピュレーションアプローチ

● 生協ひろしまと連携した、フレイル改善教室

プレフレイルの人に対して、状態の維持改善及び社会参加につなげる教室を開催。

● 通いの場等を活用した、健康教育・健康相談

「運動」「栄養」「口腔」「睡眠」等をテーマとした各種講座を開催。また、広島国際大学と連携しフレイルサポーター養成講座を開催。

● 口腔機能フレイル予防対策モデル事業

咀嚼機能低下がみられる高齢者の割合が高い志和圏域サロン参加者を対象とし、口腔機能の測定と歯科衛生士による健康教育を実施。

● フレイル予防教室

各圏域で、栄養の講話と運動の実技、骨密度測定器や運動機能測定装置ザリッツを用いた測定を実施。

● フレイル測定会

市役所その他、ショッピングセンター、健康福祉まつり等のイベントでも実施。



広島県東広島市

事業結果と評価概要（令和3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	617	535	①状態把握できた高齢者の数 ②必要な人をサービス等へつないだ人数	①531人の状況を把握（把握できなかった4人には継続支援） ②つなぎ（複数該当あり） 関係機関：46人 通いの場参加：3人 健診受診：17人 医療機関受診：19人 介護保険申請：9人
	口腔機能低下予防	152	7	指導前後の変化	初回訪問で終了：5人（すでに歯科受診中などのため） 継続支援実施：2人
	独自事業（プレフレイル・フレイル状態）	-	①50 ②159	①（プレ）フレイルの人への支援実施数 ②後期高齢者質問票から把握したフレイルの人への支援実施数	①郵送による情報提供 26人 訪問・電話等による個別支援 24人 ②訪問・電話による情報提供 159人
ポピュレーションアプローチ	通いの場等におけるフレイル予防の啓発、健康教育・健康相談	-	累計 5,247	通いの場等におけるフレイル予防の普及啓発回数	●通いの場支援 179箇所 ●フレイル改善教室 全8回 実18人 延107人
				健康課題やフレイルリスク（運動/栄養/口腔/社会参加）該当者の改善率	フレイル改善率：39.7%
				口腔機能フレイル予防対策モデル事業の実施状況	志和圏域通いの場・地域サロン・老人クラブ 7箇所 160人
				フレイル予防教室・フレイルサポーター養成講座等開催回数	フレイル予防教室 11回 95人 フレイルサポーター養成講座 30回 540人

【自由記載欄】（状況の補足）

- ・健康状態不明者では、ごみ屋敷や、世帯全体の複合的な問題がある人、高齢者虐待、認知症の世帯等が見つかり、関係機関へつなぐことができました。
- ・口腔機能低下予防の取組においては、上記のほか、健康状態不明者への後期高齢者質問票より、口腔機能の2項目該当者21人から優先度の高い5人へ訪問指導を実施した。3回以上継続支援を行った人は口腔に関する意識の向上がみられ、口腔機能（むせ、食べこぼし、口腔乾燥等）の改善がみられた。また、歯科受診へつながった人もおり行動変容につながった。

課題・今後の展望

- 健康状態不明者については、文書の返送や電話では状態の把握が不十分なため、今後は対象者全員への訪問を実施し、対象者と対面で状況確認を行う。
- 通いの場中断者へのアプローチについては、令和3年度は新型コロナウイルス感染拡大もあり、代表者へ連絡し中断理由の把握が主となっていた。今後は代表者へ確認後、必要に応じて訪問や電話等で必要な支援ができるよう丁寧な関わりや、評価の仕組みを検討していく。
- 口腔機能フレイル予防対策モデル事業では、口腔機能低下がみられる通いの場やモデル事業実施の承諾が得られた団体3か所に歯科衛生士が約4か月介入し、口腔機能測定器の他、舌圧測定器、舌圧トレーニング用具ペコぱんだを用いて指導するなどの集団教育を実施する。

7. 四国厚生支局

愛媛県四国中央市 ― #なんとかせないかん、～同じ目標に向かって～

市の概況（令和4年4月1時点）

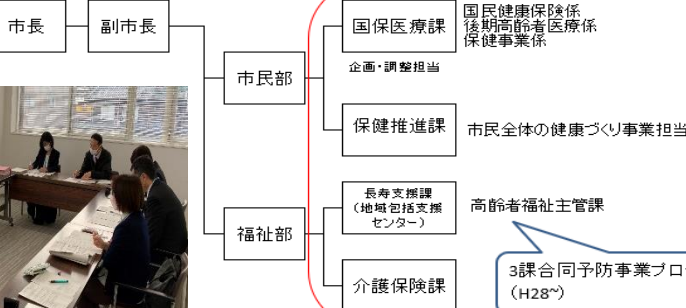
人	口	83,948人					
高	齡	化	率	33.3%			
後	期	被	保	險	者	数	14,543人
日	常	生	活	圏	域	数	4 圏域

実施体制

（令和4年4月1日現在）



3 課合同予防事業プロジェクト



※令和3年度までは、「高齢介護課」で介護保険係と地域包括支援センターは同じ課であった。



取組の経緯

- 平成28年度から、国民健康保険料・介護保険料の高さと、特定健診・がん検診の受診率の低さを問題視した関係3課（国保医療課、保健推進課、高齢介護課）の課長が、市民の健康寿命の延伸を共通目標とし、保健事業を効率的・効果的に実施するためプロジェクトを立ち上げ。モデル地区を選定し健診受診率向上を目指して介入。（プロジェクトは、幹部職員等による親会と専門職等の実働職員による作業部会で構成）
- 上記取組中に、事業評価や現状分析について難しさを感じていたところ、後期高齢者医療広域連合から本事業の話があった。取組中の事業そのものであること、KDBシステムを活用し客観的に現状分析ができることから、順調に事業実施に至った。

企画調整・関係機関との連携

● 企画調整

地域の健康課題は、高血圧、心臓病、認知症の有病率が国と県より高く、また、重度化してから受診している傾向があること。令和3年度からは関係3課で「高血圧ゼロのしこちゅ〜まちづくりプロジェクト」を開始し、全市的に高血圧予防に取り組んでいる。

● 庁内連携

予防事業推進プロジェクト会議（年2回程度）及び作業部会（年に3回）を定期的開催。重点取組内容を各課の事業に取り入れたり、協働で実施したりしている。

● 医療関係団体等との連携

医師会、歯科医師会、四国中央市社会福祉協議会と連携。特に、糖尿病性腎症重症化予防においては、かかりつけ医からの指示書を元に保健指導を実施、終了後には報告書を主治医に送付するなど密に連携を図っている。

ハイスコアアプローチ

● 糖尿病性腎症重症化予防

健診結果から対象者を抽出し、かかりつけ医の指示書をもとに保健指導。指導中は糖尿病連携手帳を活用し、指導終了後に主治医宛に報告書送付。

● 健康状態不明者把握

過去1年間で健診・医療・介護の情報がない方（75～80歳）に個別訪問。マンパワーの影響を受けるので、今後、効果的な介入対象者の選定について協議が必要となる。

● その他の生活習慣病等重症化予防

後期健診にて血圧Ⅱ度以上等の要件を満たす方に医療機関への受診勧奨通知を送付。3か月後にレセプトを確認し、必要に応じて保健師・管理栄養士が保健指導を実施。市作成の血圧記録表やチラシを同封し受診勧奨。

● 栄養指導

健診結果等から抽出し、保健指導を実施。必要時かかりつけ医と連携。メタボ対策の生活習慣から、フレイル予防への意識転換を促している。

ポピュレーションアプローチ

- 健康教育・相談
- フレイル状態の把握

通いの場において生活習慣病と介護の関係性に着目した作成資料を用い健康教育を実施。後期高齢者の質問票等も実施し、健康状態や低栄養等のフレイル状況等を総合的に把握し、保健指導や相談を実施。

【工夫点】

資料に、本市の健康課題である高血圧がフレイルにつながることを明記。

【課題】

マンパワーや時間不足の問題もあるので、介入方法や時間を考察し、個別フォローがとれる体制も構築していく。



減塩ステッカー

愛媛県四国中央市

事業結果と評価概要（令和３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	21	21	医療機関への受診率 HbA1c、eGFRの数値の変化 対象者の生活改善に向けた意識変化	健診受診者が少ないため、対象者がほとんどないのが現状。
	健康状態不明者把握	97	87	実態把握件数 健診（歯科含む）を勧奨した人数 介護サービス（紹介含む）に繋いだ人数	訪問時に質問票を活用することで、スムーズな導入のきっかけとなった。
	その他の生活習慣病等重症化予防	41	41	医療機関受診率	通知後に受診している方は少ないが、その後の電話連絡にて、自宅での血圧測定をして、記録している方が多く、記録表の同封が効果的であると感じた。
	低栄養防止	11	9	介入前後でのBMIの維持、改善	指導をする中で、低栄養にも関わらず、生活習慣病予防のための食習慣を継続していることが分かり、フレイル予防に向けた、生活意識の変化を促すことができた。
ポピュレーションアプローチ	健康相談・健康教育	-	251	介入した通いの場の数 アンケートによる意識の変化	介入のための広報活動も、地域包括支援センターや社会福祉協議会の協力のおかげでスムーズに運べ、受け入れよく、介入数も増えた。また、アンケート結果にて、健康課題である高血圧の疾患とそれに伴う食生活の注意についての理解が深まったと思われる。
	フレイル状態の把握	-	235	介入した通いの場の数 地域包括支援センターへ繋いだ数	通いの場に来ている方は、主観的健康感も「よい」「まあよい」と感じている方が半数以上で、元気な方が多かった。質問票をチェックすることで、今まで、低栄養にも関わらず、メタボ予防の観点で取組をしていたことが分かり、フレイル予防へ向けた認識へ変えるよう促すことができた。

- 医療機関との連携にあたり、重症化予防の思いがある市と治療を行う医療機関との目線合わせをどのように進めていくかということも課題の一つ。
- 健康状態不明者把握は、事業を実施したことで初めて介入することができた人が多く、独居・認知症の症状がある方等を地域包括支援センターへ繋ぐことができた。
- 企画・調整等を担当する医療専門職がKDBシステムを用いて医療費や受診率、疾病等のデータから資料を作成し、事業を展開していく際の関係者への調整に活用しており、市や介入する地区の実態を見える化する工夫をしている。

課題・今後の展望

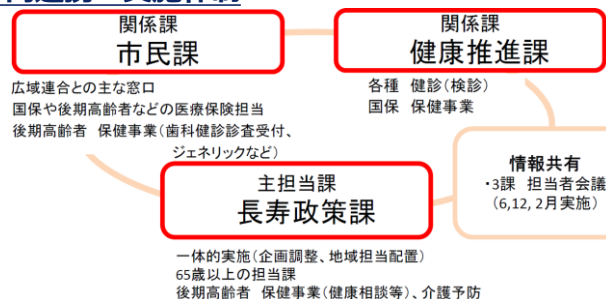
- 庁内連携が取れており、保健衛生部門・介護部門・国保部門がそれぞれの強みを生かして、市の健康課題解決という同じ目標に向かっている。
- ポピュレーションアプローチは順調であるが、ハイリスクアプローチとなると健診受診率の低さがあり、事業対象者が少ない。
- 今後は、受診率向上のため、ターゲットを絞って受診勧奨に力を入れていく。また、年齢による切れ目がなく事業実施ができるよう、さらに他部署や他機関との連携を図っていきたい。

高知県宿毛市 一どんな状況になっても、自分で選んで、社会参加 (仕事、趣味、スポーツ、ボランティア、畑など)ができる市を目指してー

市の概況(令和4年4月1時点)

人	口	19,391人					
高	齡	化	率	39.6%			
後	期	被	保	險	者	数	3,910人
日	常	生	活	圏	域	数	1圏域

庁内連携・実施体制



人員体制

【長寿政策課予防係】

企画調整担当: 保健師1名(専任)
 地域担当: 会計年度任用職員
 理学療法士1名(専任)
 事務担当: 会計年度任用職員1名(専任)
 地域担当(兼務): 保健師1名、看護師1名
 会計年度任用職員 看護師1名

【健康推進課】

地域担当(兼務): 管理栄養士1名

【当市所属以外】

看護師3名 歯科衛生士2名 理学療法士1名



桜の里、だるま夕日が見える街

取組の経緯

- 宿毛市健康増進計画では、「生涯を通じた健康づくり」を基本理念とし、住み慣れた地域でいつまでもいきいきと健やかに暮らす市民が増えることを目指し、家庭・地域・学校・職場・行政をはじめ関係機関や団体が支える体制を構築している。この体制の中、高齢者を取り巻く状況や今後の推移等のデータより、フレイル予防対策の必要性について庁内関係各課で理解を深めた。
- 庁内における高齢者支援の現状から、年齢による切れ目のない保健事業を効果的に図るためには関係各課の協働、連携の必要性を感じた。
- 令和元年度～令和2年度には長寿政策課、健康推進課、市民課で協議を重ね、開始年度及び主担当課を決定。令和3年度の秋以降には、高知県後期高齢者医療広域連合を交えて頻回に協議・勉強会等を行い、令和4年度事業開始となった。

企画調整・関係機関との連携

- **企画調整**
医療費分析により健康状態不明者の割合が県内8位であったことから、その対策に重点を置いた。また、健診受診者の分析により身体・口腔・認知機能低下、低栄養がみられたことから、フレイル予防対策を実施することとした。
- **庁内連携**
長寿政策課、健康推進課、市民課が連携し、年に3回程度庁内連絡会及び検討会を開催した。
- **医療関係団体等との連携**
本事業推進のために作成された県の資料を活用し、市医師会にて説明を行った。また、企画段階から当市所属以外の医療専門職も参画し、研修の機会を提供しながら、目的等を共有している。

ハイレスクアプローチ

- **健康状態不明者対策**
 - ・KDBシステムを活用し、2年間健診・医療・介護の受診がない方を抽出した。抽出段階で、地域包括支援センターを含む関係各課で対象者の経済的問題、精神面、医療等への考え方等を確認後、地域担当の保健師等がアプローチを開始した。
 - ・後期高齢者の質問票送付後、返信状況を把握し、回答内容に合わせて訪問等、必要な保健指導を実施した。
 - ・日頃から住民と近い関係を築いている強みを生かし、対象者全員の健康状態及び生活状況を概ねつかむことができた。
 - ・必要なサービスへつながらなかった方は、精神疾患、経済的困窮、身寄りがいないなどの理由があり、継続した支援を行っている。

ポピュレーションアプローチ

- **フレイル予防**
 - ・通いの場にて体力測定、身体計測を実施し、健診等受診の動機付けに活用した。
 - ・健診結果説明会では、理学療法士等が対象者の状況に合わせて、運動の仕方、適切な福祉用具の利用による社会参加への促し等健康教育を実施している。
- 【工夫点】
 - ・参加者が健康課題を「自分事」として捉えられるよう健康教育を実施した。
 - ・他の社会参加につながるよう、様々な通いの場の周知をした。
 - ・フレイル予防に向けた意識変容・行動変容を目指し、内容を工夫した。



高知県宿毛市

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	健康状態不明者対策	<u>アウトカム</u> ① 49人	<u>アウトカム</u> ① 8人	<u>アウトカム</u> ①必要なサービスへつながった状況（健診、医療、介護認定）	<u>アウトカム</u> ①16.3%
		<u>アウトプット</u> ① 49人 ② 40	<u>アウトプット</u> ① 40人 ② 29人	<u>アウトプット</u> ①フレイル状態の把握状況 ②面談等実施状況	<u>アウトプット</u> ①81.6% ②72.5%
ポピュレーションアプローチ	後期高齢者の質問票・アンケート、体力測定・身体計測等の実施	<u>アウトカム</u> ① 41箇所 ② 増加	<u>アウトカム</u> ① 41箇所 ② 17人	<u>アウトカム</u> ①自主グループ実施か所数 ②すくもいきいサロン新規登録者数 ③フレイル予防に資する行動への意識を持つ者の割合	<u>アウトカム</u> ①維持 ②増加 ③83.6%
		<u>アウトプット</u> ① 73箇所 ② 230人 ③通年実施	<u>アウトプット</u> ① 20箇所 ② 165人 ③通年実施	<u>アウトプット</u> ①通いの場等で実施か所割合 ②参加人数 ③通いの場以外での実施状況	<u>アウトプット</u> ①27.4% ②71.7% ③通年実施



- ・ハイリスクアプローチでは健康状態不明者の方の健康状態や生活状況が把握でき、計画時は訪問回数等1回のみの支援であったが、企画調整担当と地域担当でその都度協議し、対象者の状況に応じて必要な保健指導、複数回の支援が実施できた。
- ・ポピュレーションアプローチでは通いの場等に来る対象者像を事前に把握していたため、それぞれの通いの場に合わせた健康教育内容を工夫し実施できた。
- ・今回理学療法士を雇用したことで、対象者の身体機能の状態に応じた必要な指導、環境設定、通いの場や他事業へのつながりを行うことができた。また介護予防事業、介護保険関連事業等でのフレイル予防の啓発など、理学療法士の持つ専門知識を生かし幅広い範囲で活動できた。
- ・当市所属以外の医療専門職も含め、研修の機会を積極的に提供するほか、随時の協議を行うことにより、事業の必要性や進捗状況を共有できた。

課題・今後の展望

- ハイリスクアプローチの健康状態不明者対策については、地域担当だけでは対象者の状況に応じたつなぎ先等の判断がしにくいという状況があったことから、フローチャート等を作成することで円滑にすすめることができると考えている。
- ポピュレーションアプローチにおけるアウトカムとアウトプットについては、現状の事業ありきの目標設定であったため修正を加えていきたいと考えている。
- 「どんな状況になっても、自分で選んで、社会参加（仕事、趣味、スポーツ、ボランティア、畑など）できる宿毛市を目指す」という共通認識のもと、ポピュレーションアプローチが実施可能な通いの場をより一層広げていきたい。

8. 九州厚生局

大分県竹田市 一高齢者の健康寿命の延伸とQOLの維持・向上をめざして一

市の概況(令和5年2月28日時点)

人 口	19,778人
高 齢 化 率	48.8%
後期被保険者数	5,570人
日常生活圏域数	4圏域

実施体制

【国保・後期高齢者医療部門】

(保険健康課 国保・高齢者医療係)
保健師1名 (企画・調整担当)
管理栄養士1名 (副担当および地域担当)
保健師1名 (会計年度任用職員)
歯科衛生士1名 (会計年度任用職員)

【ヘルス部門】

(保険健康課 健康増進係)
統括保健師1名
健康増進係
保健師6名 (地区担当)
管理栄養士1名 (栄養業務)
管理栄養士1名 (会計年度任用職員)

【介護部門】

(高齢者福祉課)
介護保険係 保健師2名
(地域包括支援センター(竹田市社協))
保健師、理学療法士、作業療法士
歯科衛生士、言語聴覚士 等

取組の経緯

国保・後期高齢者医療部門において、後期高齢者の比率が高く(85歳以上割合は全国の中で1位)、一刻も早い対応が求められる中、介護部門は、高齢者の生活習慣病の重症化予防と社会参加・居場所づくりの促進を連動して行う必要性を感じており、一方で、ヘルス部門は、年齢や保険の種類により制度が区別され、十分な関わりが持ちづらいとして対応の難しさ等を感じていた。

各部門は、日頃から密に連携をとっており、それぞれ抱いていた困難感や課題を共有・議論していたところ、一体的実施の事業内容がそれらを解決する手段になるのではないかと考えるようになり、取組を実施。

企画調整・関係機関との連携

- 庁内関係者(保険健康課、高齢者福祉課、地域包括支援センター、介護予防担当)が協議する介護予防連携推進会議(月1回)、庁内の専門職による保健・福祉・介護連携会議(月1回)、各部門で行われる外部関係者を含めた推進会議(年2回)を定期的に行うことで、多分野の意見を反映したり、相互の情報共有・事業の共同実施ができています。

ハイリスクアプローチ

- 国保保健事業と一体的実施事業ハイリスクアプローチを同時に実施。国保保健事業を担当する係に一体的実施事業の担当を配置しており、国保部門とヘルス部門が同じ課にあるため、事業が連動しやすくなっている。
 - ・ 重複・頻回受診者、重複投薬者について、国保と後期で同じ基準により対象者を抽出し、連動した事業を実施。
 - ・ 健康状態不明者の対象を、令和4年度から65歳以上に拡大して、国保保健事業と連動した事業を実施。
- 一体的実施事業ハイリスクアプローチの開始1年目(令和2年度)については、3事業(低栄養、糖尿病性腎症重症化予防、健康状態不明者)を実施。2年目(令和3年度)からは、全ての事業を実施している。

ポピュレーションアプローチ

- 新しい事業を増やすのではなく、既存の介護事業や健康増進事業の場を活用し、負担感なく実施している。
- 地区担当保健師と地域包括支援センターが関わる機会(健康教育、健康相談)をそれぞれ活用して、「フレイルの啓発と啓発効果の評価」を実施している。



大分県竹田市

事業結果と評価概要（令和３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	13	5	・該当者への介入率 ・被介入者の質問票結果の改善率 ・医療機関受診率、データ維持改善率	・全員が定期的に受診している。 ・庁内協議を行い、HbA1c8.0以上で対象者抽出を行ったところ、対象者数が想定よりも少なかった。 ・今回、地区巡回健診利用者のみ実施したため、実施率が低くなった。
	口腔機能	17	17	・該当者への介入率 ・被介入者の質問票結果の改善率 ・医療機関受診率、データ維持改善率	・行動変容または歯科受診をした者17人中7人（41.2%）。対象者が歯科受診がない者であったため、行動変容につなげるまでは難しかった。 ・個別事例の状況と歯科レセプト分析の結果を統合して、歯科課題を整理できたことは大きな成果であった。 ・介入対象者の選定について、歯科衛生士・言語聴覚士と協議して決定することができた。
ポピュレーションアプローチ	健康教育・健康相談	-	1,483	・健康教育実施数 ・質問票の実施割合 ・サービスへの接続状況	・社会福祉協議会がC型サービスを開始したため、令和３年度は委託を実施せず、直営で行った。 ・医療専門職の健康教育の他に、食生活改善推進協議会と協力して、低栄養予防の普及啓発を行った。 ・服薬についての健康教育に重点を置いて実施することができた。

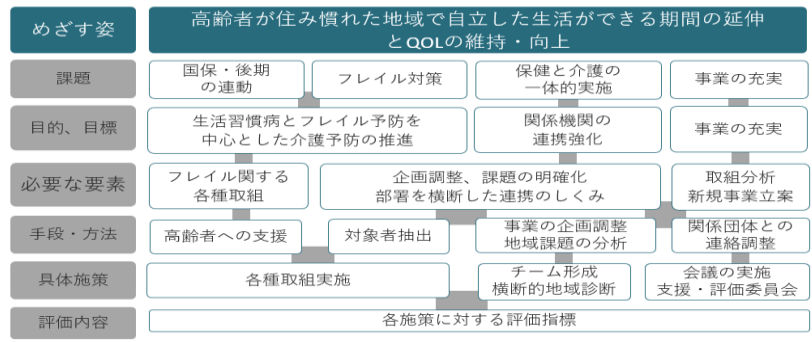
- 市町村と広域連合が連携し、生活習慣病重症化予防とフレイル予防を中心とした介護予防を一体的に実施することができた。
- 市の健康増進・国保部門と介護部門の一体的実施により、地域包括ケアと連動した仕組みづくりと関係機関等との連携強化を図った。
- 国保保健事業と後期高齢者保健事業と介護予防事業の一体的実施により、各種事業の充実を図った。

課題・今後の展望

- 今後も地域課題と一体的実施事業を連動させた取組や、多部門・多職種協同による一体的実施の取組などを進めていくことで、高齢者が住み慣れた地域で自立した生活ができる期間の延伸とQOLの維持・向上をめざしていく。

【庁内のめざす姿】

ロジックモデルを活用した事業整理と見える化



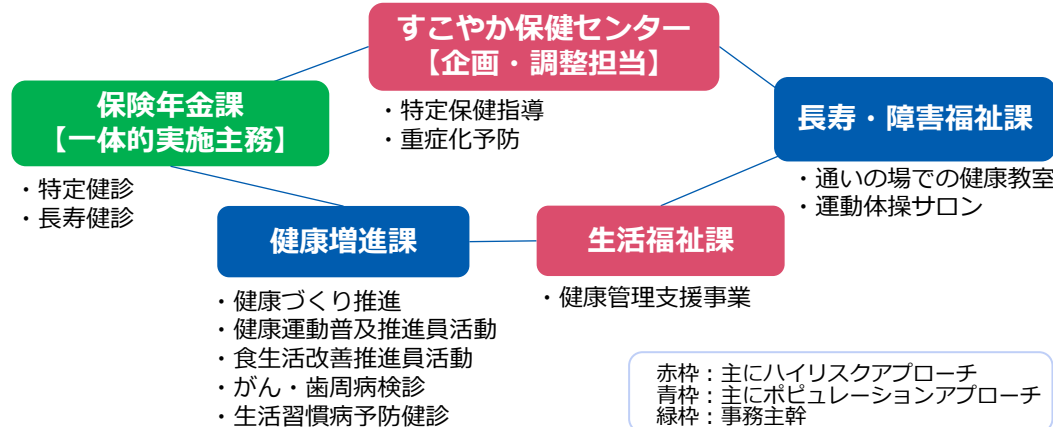
鹿児島県霧島市 生活習慣病の重症化を防ぎ、新規人工透析導入者の減少を目指す

実施体制

市の概況(令和4年4月1日時点)

人 口	124,330人
高 齢 化 率	28.1%
後期被保険者数	16,999人
日常生活圏域数	10圏域

【庁内】



【庁外】

- 社会福祉協議会**
 - ・地域介護予防活動支援事業
- 地域包括支援センター**
 - ・介護予防普及啓発事業
- 霧島どんサポートの会**
 - ・地域リハビリテーション活動支援事業
- 居宅介護支援事業所**
- 医師会・歯科医師会・薬剤師会**

取組の経緯

- 一体的実施に係る事業を始めるにあたり、霧島市の現状をKDBシステムで分析・確認したところ、脳血管疾患、腎不全などが多いことが分かった。また、現場において、新規人工透析導入者を一人でも予防したいという強い思いがあり、そのためには、早期からの取組が必要であるということから、庁内の関係課で話し合いを重ね、すこやか保健センターを企画・調整の担当部署として、令和2年度から事業を開始することとなった。

企画調整・関係機関との連携

- 庁内（保険年金課、すこやか保健センター、健康増進課、生活福祉課、長寿・障害福祉課、各総合支所）及び庁外（社会福祉協議会、地域包括支援センター、霧島どんサポートの会（霧島市における介護予防の推進を図る目的で活動する理学療法士・作業療法士・言語聴覚士で構成する団体）、居宅介護支援事業所）の関係者間で健康課題の共有や既存の関連事業との調整を行う。
- 三師会（地区医師会、歯科医師会、薬剤師会）等と連携し、事業の企画段階から健康課題の共有、事業企画等の相談及び実施状況等の報告を行う。
- 地域の多様な社会資源や行政資源を踏まえた事業全体の企画・調整・分析を行い、事業計画を策定する。

ハイリスクアプローチ

- 低栄養防止・重症化予防支援、口腔指導、服薬指導**
 - ・低栄養・フレイルが見られる者、生活習慣病が疑われる未受療者、生活習慣病の治療中断者等、国保からの要継続支援者を対象に訪問する。
 - ・定期的治療の必要性、適切な歯科受診や健診の受診勧奨を行う。
 - ・対象者に訪問を行い、本人の状況を確認し、適正服薬についての助言を行う。
- 健康状態不明者等**
 - ・過去1年間に健診・医療・介護受診状況を確認し受診がない者を対象に訪問する。必要に応じて医療機関への受診勧奨や介護、福祉部門と連携する。

ポピュレーションアプローチ

- 地域のひろば（通いの場）**
 - ・自治会の希望する講座（運動、栄養、口腔、薬、認知症などフレイル予防に関わる健康教育、健康相談）を実施する。
- 「運動体操サロン」の設置**
 - ・令和3年度、2か所で開始し、令和4年度は3か所に拡大した。今後も実施地区を順次拡大していく。



理学療法士による講座『自分できる骨盤底筋体操』

鹿児島県霧島市

事業結果と評価概要（令和3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	114	89	・ 受診状況 ・ 医療機関との連携 ・ 次年度健診結果	・ 未治療者が医療機関受診につながった 17人(87%) ・ CKD報告 11 人 (腎専門医につながった 4人) ・ 医療機関と連携した栄養指導 18人 ・ 健診データ (HbA1c、eGFR)については、次年度健診結果で評価予定
ポピュレーションアプローチ	その他複合的取組 (健康教育・健康相談・健康状態の把握)	-	1,206	・ 通いの場の参加者数 ・ 質問票から医療や介護につないだ人数 ・ 長寿健診受診者 ・ アンケート ・ 運動機能の変化	・ 質問票から医療や介護につながった 25人 ・ C型事業につながった 2人 ・ 通いの場につながった 2人 ・ 長寿健診受診率 R2年度36.2%⇒R3年度34.8% ・ 体組成測定では、推定骨量や骨格筋量が優位に上昇した ・ アンケート⇒運動体操サロンが役に立った 82% ⇒運動教室を継続して欲しい 90% ・ 2圏域で運動教室の立ち上げができた

ハイリスクアプローチについては、糖尿病、高血圧、慢性腎臓病（CKD）重症化予防を重点的に取り組み、ポピュレーションアプローチについては、フレイル予防の普及・啓発に取り組んだ。

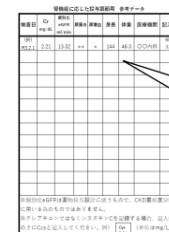
令和4年度は庁内担当部署の重点的な課題を「高血圧対策」とし、ポピュレーションアプローチでも高血圧重症化予防の普及・啓発に取り組んだ。

また、CKD重症化予防の一環で、三師会（地区医師会、歯科医師会、薬剤師会）と連携・共同してCKDシールを作成、お薬手帳に貼付し情報共有を行い、重症化予防の促進に努めた。

（お薬手帳表面）



（お薬手帳裏面）



医療機関で、腎機能の検査値を記入していただいています。

課題・今後の展望

- 団塊の世代が後期高齢者となり対象者も増えるため、国保保健事業から引き続き重症化予防に取り組んでいく。また、高齢者の健康状態について、個人差に応じた事業を進めていきたい。
- 今後も、通いの場等の充実を図り、各圏域の特徴を活かしながら実施体制を強化していきたい。