

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に係る取組 鳥取県伯耆町の事例

(令和5年1月11日中国四国厚生局地域包括ケア推進課聞き取り)

目次

1. 地域特性	3
伯耆町の概要	
伯耆町における現状	
2. 一体的実施の取り組み経緯	5
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	
3. 一体的実施の推進体制	7
庁内の体制	
関係団体との連携	
4. 事業実施状況	10
ハイリスクアプローチ	
ポピュレーションアプローチ	
5. 事業推進のための取り組み	14
周知と広報	
6. 一体的実施の取組の成果	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	

1. 地域特性

伯耆町の概要

(令和4年10月末時点)



現在の伯耆町

人口	10,590 (人)
高齢化率	40.7 (%)
日常生活圏域数	1
後期高齢者被保険者数	2,082 人
後期高齢者 1 人あたり 医療費	71,941 (円/年)
後期高齢者検診受診率 (令和3年度実績)	23.1 (%)

鳥取県の西側に位置し、中国地方を代表する国立公園大山や鳥取県の三大河川の一つである日野川など、雄大な自然景観に囲まれたうるおいのある町。

大山西側にある、伯耆町から望む均整の取れた山容は、まるで富士山のように見えることから古来より「伯耆富士」「伯耆大山」と呼び親しまれ、この眺望は伯耆町の誇り。平成17年1月1日に日野郡溝口町と西伯郡岸本町が合併し、面積は139.44 km。

主な産業は、農畜産業で、産業別人口は、第1次産業が12.7%を占めており(令和2年国勢調査)、生涯現役で農畜産業をされる方も多い。また農業を観光・交流と連携させることによって新たな発展を図る取り組みがなされている。

古来からの鬼伝説や石製鴟尾(しび)でも知られ、豊かな自然や歴史など、多くの地域資源に恵まれている。

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。

町は、八郷、大幡、幡郷、溝口、二部、日光の6地区に分けられる。高齢者

率については、日光地区 56.1%、二部地区 49.6%、溝口地区 44.4%と順に高くなっている。また当該地区では 85 歳以上の高齢者の割合が高い。商業施設が多く住宅団地があり、米子市にも近い大幡地区、幡郷地区は若い人が多くなっている。

伯耆町における現状

医療資源について

伯耆町の医療機関は、組合立の診療所が 1 か所、民間病院が 2 か所、診療所が 4 か所、歯科医院が 3 か所となっている。公立病院はない。

健康寿命・医療費分析について

令和 3 年度累計の K D B 医療費分析では、筋骨格系 24.4%、がん 21.9%、精神（認知症を含む）13.9%、脳梗塞 11.4%、高血圧症 7.5%、糖尿病 7.4%となっている。

要介護（支援）の認定者の有病状況は、糖尿病 21.3%、心臓病 63.6%、脳疾患 31.8%、筋骨格系疾患 54.7%、精神（認知症を含む）35.3%となっている。中でも筋骨格系疾患と脳疾患、心臓病は有病率が県より高い状況にある。

筋骨格系疾患の割合が高い理由として、地域に長年農作業を行っている人が多いことがあげられる。また、移動手段が主に車であることから、運動をする習慣が少ないということも考えられる。山間部は坂も多くなっている。

疾病統計をみると、糖尿病の入院費は 1 件当たり 655,800 円で県内 4 位、腎不全は 563,363 円で県内 13 位となっている。

平均寿命は男性 80.8 歳（県 80.2 歳）、女性 87.9 歳（県 87.3 歳）で県とほぼ変わりはない。標準化死亡比は男性 97.9（県 103.2）、女性 85.0（県 95.3）と男女とも低くなっている。

死因は心臓病 35.2%（県 25.4%）、糖尿病 2.2%（県 1.5%）と高くなっている。

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

伯耆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。

- 高齢者健康運動教室（通称：まめまめクラブ）
 - ✓ 平成 12 年度から保健事業の健康増進事業として、希望の自治会を対象に直営で実施し、平成 29 年度から令和 2 年度までは外部委託。令和 3 年度からは、介護予防事業として直営で実施している（94 自治会中 49 自治会の公民館、集会所等で実施。合同での実施地区もある。）。
 - ✓ 「介護にいたらない健康づくり」を目指し、平成 13 年度に健康運動指導士を採用し、身近な場所での高齢者健康運動教室として各自治会の公民館、集会所等で開催していた。
 - ✓ 健康チェックや健康相談（血圧測定、体重測定）、運動指導（ストレッチ、頭の体操）、ゲーム・レクリエーション、交流会（茶話会）、年に 1 回は体力測定（握力、開眼片足立ち）等を行っている。
 - ✓ 自治会ごとに開催され、歩いて行ける身近な場所であるため参加しやすい。

- 健康相談・健康教室
 - ✓ 平成 26 年度から 27 年度は住民健診結果説明会として、平成 28 年度からは「集落巡回健康教室」として各自治会の保健委員を通じて教室開催の希望を取りまとめ、実施していた（平成 30 年度 12 自治会、令和元年度 12 自治会で実施。）。
 - ✓ 住民健診結果説明会・健康教室では、健診結果の説明、健康相談、血圧測定、体組成計測、血管年齢測定等を実施。また健康講話として、毎年テーマ（がん予防、高血圧予防、フレイル予防等）を決めて実施していた。
 - ✓ その場で健診の結果を渡し、住民と話をするなど、個別的なアプローチが可能。住民にとっても、自身の健康状態について直接助言を得られ相談ができるため、健康づくりへのモチベーションが高まると好評であった。

- 糖尿病重症化予防事業
 - ✓ 健康増進事業の糖尿病個別健康教育として、当初は 40 歳から 64 歳の者を対象に実施していた。その後 40 歳以上に対象年齢を拡大し実施している（年 5 人程度）。

一体的実施に取り組んだ背景・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運動教室（通称：まめまめクラブ）について、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ため、連携がとりやすい。

そこで、介護保険部門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。
- 事業開始当初は、既存の事業とのすり合わせや、対象者との出会い方、評価指標の設定等に苦労があった。その中で、そもそも「一体的実施とは」ということをテーマに話し合うなど、相談・話し合いを重ねながら進めていった。
- 実際に様々な事業を行う中で、日頃から密に話し合いを行っており、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。

また、事業に関係する地域担当医療専門職以外の管理栄養士、担当以外の保健師、生活支援コーディネーター等（主に運動指導実施）のスタッフも協力的であり、一体的実施の取組を通してより一体感が強まったと感じている。

3. 一体的実施の推進体制

庁内の体制

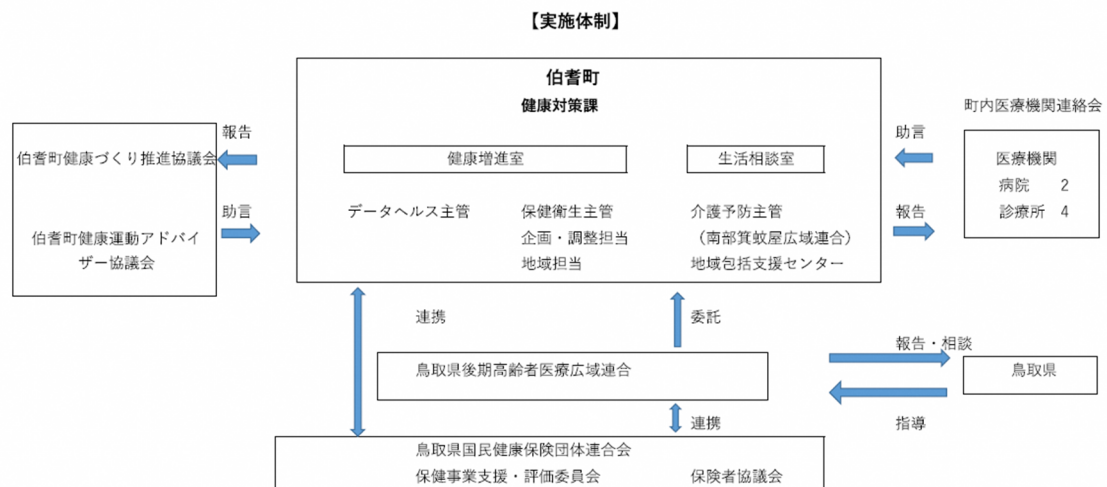
実施体制について

伯耆町における庁内の実施体制は表 1、図 1 のとおりである。

表 1 伯耆町実施体制（庁舎内）

主担当課	健康対策課
企画・調整を担当する職員の配置課	健康対策課 健康増進室
連携している課	健康対策課 生活相談室
その他連携している機関	地域包括支援センター（直営）

図 1



健康対策課生活相談室との連携について

既存の健康増進事業と生活相談室の地域支援事業を見直し、新規事業ではなく一体的実施事業の中で実施できるよう組み直した。

<課内各室の担当業務内容>

健康増進室：健康相談・健康教育、高齢者の保健事業、糖尿病予防関連事業、国民健康保険、後期高齢者医療

生活相談室：介護予防事業、認知症施策、生活支援体制整備事業

企画・調整担当と地域担当間の連携について

月1回程度、事業内容等について打ち合わせを行っている。

また、情報共有の手段として、事業の進捗状況等をまとめた共有のファイルを作成しており、関係するスタッフが誰でも見ることができ、進捗確認ができるようにしている。

関係団体との連携

伯耆町健康づくり推進協議会

健康づくり計画の策定にあたり、町民に意見を求めることを目的として年に1回実施。町における保健事業の報告を行い、助言をもらって、次の計画に反映させている。一体的実施に関しても、紙面で報告を行っている。

協議会のメンバー（14人）

医師、歯科医師、民生児童委員、社会福祉協議会、教育委員会、商工会、住民代表（食生活改善推進協議会、保健委員、健康運動アドバイザー、老人クラブ連合会）

伯耆町健康運動アドバイザー協議会

協議会のメンバー（現在活動中人数：10人）

健康運動アドバイザー養成講座修了者で構成されている。

健康運動アドバイザー養成講座

4年に1回、町主催で開催。

運動を中心に健康づくりについて学ぶ講座であり、1コース5回で受講し、全講座を修了すると健康運動アドバイザーとなる。

アドバイザーとなった方には、高齢者健康運動教室「まめまめクラブ」等で活動をしてもらっている。

町内医療機関との連携について

- 元々、町が実施している住民健診、特定健診、がん検診等に関して、町内医療機関より意見をもらっていた。
また、町の事業に関して医療的な部分で相談することや、予防接種関係で助言をもらうこともあった。
- 平成 30 年度からは、健康対策課の各種事業への協力依頼や連携強化のために「町内医療機関との意見交換会」を開始。
令和元年度からは事業見直し案、新規事業案についても助言をもらっており、住民健診等について協力していただいている。
- 現在は、「町内医療機関との意見交換会」を年 2 回程度開催しており、一体的実施事業に関しても、相談が必要と思われる個別のケース（介護予防に関するケースも含む）は、当該連絡会の際に随時報告を行っている。
町内医療機関とは、一体的実施事業を通じて、さらに連携が深まったと感じており、医師から直接事業対象者の紹介をもらうこともある等、協力的な関係性が築けている。

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3 ハイリスクアプローチの内容

実施項目	実施概要
糖尿病性腎症 重症化予防	（対象者） ・令和3年4月～令和4年3月診療レセプトにおいて糖尿病及び腎症関連病名がある者のうち、病期Ⅱ～Ⅳ期で1型糖尿病や精神疾患等を除外した者。 ・令和4年度健診受診者で結果がこの事業が始まるまでに分かった者のうち、空腹時血糖126mg/dl（随時200mg/dl）以上、又はHbA1c6.5%以上の者のうち、尿たんぱく（±）以上の者、又はeGFR60mg/分/1.73㎡未満の者。 ・かかりつけ医と連携の上、この事業が必要であると医師より紹介があった者。 ※上記のうち85歳以上の者、介護認定を受けている者は除く。 （実施方法） ・町内医療機関と事前打ち合わせを行う。 ・対象者に個人通知をし、本人の意向確認を行う。希望のあった者について主治医に指示書を依頼する。 ・主治医を訪問し、事前打ち合わせを行い、指示書をもらう。 ・希望されなかった者に対し、医療にかかっているか、又かかりつけ医を聞き取り、日頃から体調管理をされているか確認する。 ・保健師、管理栄養士が月1回、面接や電話で4～6回の個別指導を行う。
重複・頻回受診等	（対象者） ・後期高齢者医療広域連合からの抽出リストを参考にする。 令和4年2月から4月のレセプト情報から重複、頻回、重複投薬者等を抽出する。 （重複受診）2カ月連続して同一疾病でレセプト2件以上 （頻回受診）2カ月連続して同一医療機関で受診が15回以上。 ・抽出された対象者から単身高齢者、高齢者のみの世帯を優先し、昨年実施者を除く対象者に絞り込んだ。 （実施方法） ・抽出した対象者に個人通知を発送し、日程調整後11月から1月に保健師・管理栄養士が家庭訪問、電話等により保健指導を実施する。 ・医療受診状況、かかりつけ医、かかりつけ薬局の確認。生活状況に関するアンケートにより身体面、社会的側面からの健康、食生活について把握

	する。生活習慣の改善、また適正な受診について相談・指導する。 ・訪問回数は、1～2回程度。 ・必要に応じて医療機関への情報提供書を活用する。
その他（認知症予防）	（対象者） ・町が令和4年度から実施している「もの忘れ検診」受診者の検診結果を把握後、（検診受診後およそ1か月後）軽度認知障害（MCI 相当）として診断された者を対象者とする。対象者の介護認定の有無、健康情報等を事前に生活相談室と共有し、対応について協議する。 （実施方法） ・対象者に保健師、管理栄養士が電話連絡をし、家庭訪問の日程調整をする。 ・「聞き取りシート」を用いて、医療受診状況、生活状況、他の健診受診状況、社会的側面からの健康状況について把握し、生活習慣の改善について保健指導を行う。また他の保健サービス、介護予防事業の紹介を行う。 ・家庭訪問実施後にかかりつけ医との連携の有無、必要なサービスについて介護予防担当室と協議する。 ・必要に応じて医療機関への情報提供書を活用する。

特徴的な取り組み・エピソード等（ハイリスクアプローチ）

- 糖尿病性腎症重症化予防の対象者の抽出方法として、かかりつけ医と連携の上、医師より紹介・事業への協力をしてもらっている。
流れとしては、国保連合会からの抽出データで名前が挙がった方のレセプトからかかりつけ医を確認し、町内医療機関宛に事業対象者名簿を送付。その後、本人宛に参加依頼通知を郵送。
通知文に「主治医に許可をもらうように」の一文があり、受診時にその旨を言われたら、ぜひ参加を勧めていただくように依頼。
「先生、こんな通知が来たんだけど、参加したほうがいいのかな？」という方に対して、背中を押してもらうようなイメージ。
- 認知症予防事業の「もの忘れ検診」については、令和4年度より実施。
介護認定の有病者状況で認知症の方が増えているという背景から、早期診断、早期治療の必要性を感じ、実施に至った。
また、本人や家族、地域からのもの忘れや認知症に関する相談が増加しており、本人のためにも早く医療につなげることが大切だという意識も背景にある。
そういった経緯から、もの忘れ検診では従来実施してきたもの忘れ相談会に加え、認知症に関する検査を実施し、軽度認知障害（MCI）や認知症の

有無を診断することで、早期発見・早期治療・早期対応を行う。

特に、個別的なフォローが大切であるという認識のもと、検診の結果 MCI 相当と診断された方全員をフォローしている。毎月フォロー会議を開催し、生活相談室と健康増進室で担当・方針を決めている（翌月の会議までに訪問を実施し、必要に応じて主治医への連絡を行う。）。

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 4 ポピュレーションアプローチの内容

実施項目	実施概要
その他複合的取り組み	「まめまめプラス」 健康教育・健康相談とフレイル状態の把握の複合的取り組み (実施方法) ・各自治会で年6回実施する高齢者健康運動教室（通称：まめまめクラブ）の内1回をまめまめプラスとして実施。49か所 ①ハイリスク者健康相談 (対象者) ・高齢者健康運動教室に参加していない方で令和4年3月に65歳以上の者を対象（要介護認定者は除く）に実施した生活機能に関するアンケートの結果から、運動、栄養、口腔機能・もの忘れ、閉じこもりにチェックのあった人の内75～84歳に対して、まめプラスの日程に合わせて、健康相談実施の通知をし、教室参加を促す。通知数：250人 (実施方法) ・現在の状態を把握するため、ハイリスク者健康相談票を作成し相談支援する。 ・指導内容 後期高齢者健康診査、高齢者歯科健診の受診勧奨、通いの場についての情報提供、医療の受診勧奨や他の保健事業の紹介、地域包括支援センターへの相談、介護サービスの紹介など ②フレイル状態の把握 ・参加者の食事バランスのチェック、指輪っかテスト、フレイルイレブンチェック、握力測定を通してフレイル状態を把握する。 ・フレイル予防について保健師及び管理栄養士による健康講話を実施する。 ・グループ討議でフレイルドミノについて社会参加の重要性を理解してもらう。

	「一般高齢者の健康教育・健康相談」 (対象者) ・高齢者健康運動教室（通称：まめまめクラブ）の参加者：年6回のうち5回は健康教育・健康相談を実施する。 (実施方法) ・健康チェック（体温・血圧・体重測定）治療状況の確認 ・一般的な時候に合わせた食生活・日常生活のワンポイント講話
--	---

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）

● まめまめプラス

高齢者運動教室である「まめまめクラブ」を各自治会で年6回実施するうち、1回を「まめまめプラス」としてプラスアルファの内容を実施している。

まめまめクラブで実施する、健康相談・運動指導等に加えて、フレイル予防の内容を追加。

一例として、「フレイル予防に大切なのは社会参加」をテーマとしたグループ討議を実施した。

「フレイル予防に関して、何が一番大切だと思いますか？」という内容で、参加者間で話し合いをしてもらい、社会参加の大切さ、通いの場に出てくることの大切さに気づいてもらうことがねらい。

実際に参加されている方からは、「フレイル予防には社会参加が大切だと改めて分かったので、参加していない方にも声をかけないといけない」といった前向きな意見も聞かれている。

図表5 「まめまめクラブ、まめまめプラス」での活動の様子（伯耆町より提供）



5. 事業推進のための取り組み

周知と広報

- 健康運動アドバイザー協議会から理解と協力を得るため、協議会においてまめまめプラスの紹介・体験会の開催
- 高齢者健康運動教室（通称：「まめまめクラブ」）の担当者から、実施自治会へ「まめまめプラス」の実施内容を周知（文書通知、自治会内放送の活用等）
- 町の広報誌「広報ほうき」、町主催の健康づくりフォーラムでの活動紹介等

図表6 「まめまめクラブ、まめまめプラス」の広報チラシ、
「健康づくりフォーラム」での展示による広報の様子（伯耆町より提供）

健康ポイント対象事業（1回2ポイント）
令和4年度 高齢者健康運動教室

まめまめクラブ

～身近な集いの場～

住み慣れた地域で、いよいよ健康に過ごすためには、運動と社会交流が大切です。地域の会場で軽い運動や地域の方との交流など、楽しい時間を過ごしませんか。

●開催日 ●場 所 ●時 間
※裏面の開催予定表をご覧ください

●対 象 おおむね60歳以上の方（60歳未満でも参加可）

●運動指導 伯耆町健康運動アドバイザー

●健康相談 健康対策保健師等

●実施内容

- ◎血圧・体重測定 ◎ストレッチ・柔軟体操
- ◎転倒予防体操・筋力トレーニング
- ◎レクリエーション
- ◎保健師・管理栄養士による健康相談 など

【お知らせ】
令和3年度より、通常の「まめまめクラブ」に加え、各集落で年に1度、「まめまめプラス」を実施しています。令和4年度のテーマは「フレイル予防」です。保健師と管理栄養士が、『知って得する 健康づくりの秘訣』をお伝えします。開催予定集落には事前にお知らせいたしますので、お問い合わせの上で参加ください。

新型コロナウイルス感染症対策をして楽しく参加しましょう

- ・マスクを正しく着用し、換気・手洗い・消毒など、基本的な感染対策を徹底しましょう。
- ・ご本人及びご家族に風邪症状や発熱（体温が37.5℃以上）、体調不良（倦怠感、息苦しさなど）がある場合は、無理せず、参加を控えましょう。
- ・感染の心配が少しでもある方は、事前に健康対策課までご相談ください。

【問い合わせ先】
伯耆町 健康対策課 生活相談室 TEL68-5535



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）

- 高齢者の生活機能に関するアンケート調査の結果、ハイリスクアプローチの対象者に該当した方がまめまめクラブの参加者だった場合、まめまめクラブで作成している参加者個人のファイルに調査結果を記録している。

これにより関係者間で対象者の情報共有が図られ、経年的な追跡も可能となり、個別的な支援の充実につながっている。

- 一体的実施事業を通して、関係者と定期的な話し合いを重ね事業の振り返りも行うことで、関係者間の相互理解にもつながったと感じている。

また、健康課題等について関係者間で共通認識をもって事業を実施することが大切だと感じる。

- 高齢者に個別に関わる機会が増え、家族の状況等も含め高齢者の生活実態についてより細かく把握できるようになった。

今後の展開等

- 一体的実施事業を継続する中で、事業を評価する視点で取り組めるようになった。

また、改善点の検討や事業の見直し評価の大切さについても意識をしているところ。今後は、評価の見える化についても必要性を感じている。

- ハイリスクアプローチについて、糖尿病性腎症重症化予防と認知症予防について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、必要なケースに対しては定期的に情報提供を行う。
- ポピュレーションアプローチについて、令和5年度は「まめまめプラス」で、フレイル予防のための口腔機能の向上を重点に実施する。
- 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。

