

高齢者の保健事業と介護予防の一体的な
実施に向けた取組事例

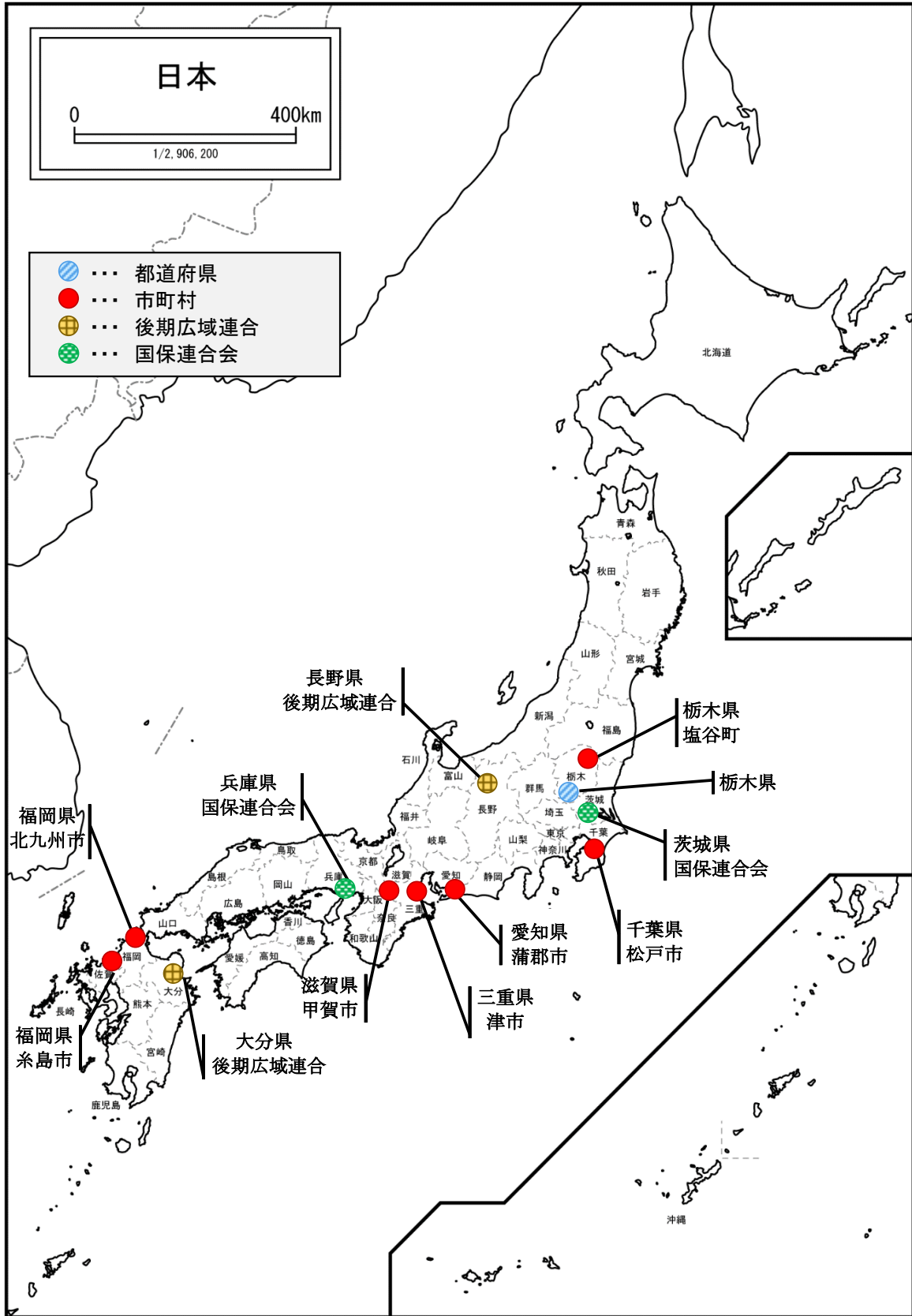
高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に向けた取組事例

No.	区分	保険者名	取組	人口	65歳以上人口	75歳以上人口	高齢化率	構成市町村数	一体的実施に取組む構成市町村数	ページ
1	都道府県	栃木県	栃木県における一体的実施の取組～組織内連携の推進を目指して～	1,942,313人	550,525人	266,311人	28.3%	25市町	(令和2年度)6市町	P3
2	市町村	栃木県塩谷町(しおやまち)	既存の庁内会議体を活用し、一体的事業を実施	11,001人	4,233人	2,086人	38.5%	—	—	P5
3		三重県津市(つし)	栄養パトロールでの、高齢者の低栄養・重症化予防の一体的実施	276,855人	81,321人	43,486人	29.4%	—	—	P7
4		滋賀県甲賀市(こうかし)	庁内の会議を活用し、保健事業と介護予防の一体的な実施への取組	90,510人	25,000人	12,658人	27.6%	—	—	P9
5		福岡県北九州市(きたきゅうしゅうし)	北九州市における局内連携会議からの一体的実施の推進	946,338人	290,873人	152,249人	30.7%	—	—	P11
6		福岡県糸島市(いとしまし)	九州大学との共同研究を起点とした一体的実施	101,665人	29,702人	13,867人	29.2%	—	—	P13
7		国保連合会	茨城県国民健康保険団体連合会	茨城県における一体的実施支援の取組	2,858,164人	839,141人	414,799人	29.7%	44市町村	6市町村
8	兵庫県国民健康保険団体連合会		兵庫県における一体的実施支援の取組	5,446,223人	1,554,507人	784,204人	28.5%	41市町村	9市町村	P17

令和2年度国保連合会及び後期高齢者医療広域連合向け研修会（令和2年12月7日開催） 発表事例

No.	区分	保険者名	取組	人口	65歳以上人口	75歳以上人口	高齢化率	構成市町村数	一体的実施に取組む構成市町村数	ページ
1	広域連合	長野県後期高齢者医療広域連合	長野県後期高齢者医療広域連合における一体的実施の取組	2,037,622人	649,328人	355,128人	32.1%	77市町村	17市町村	P19
2		大分県後期高齢者医療広域連合	大分県後期高齢者医療広域連合における一体的実施の取組	1,127,361人	—	190,645人	32.9%	18市町村	2市町村	P27
3	市町村	千葉県松戸市(まつし)	松戸市における高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について	499,000人	128,000人	64,000人	25.7%	—	—	P33
4		愛知県蒲郡市(がまごおりし)	蒲郡市における高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業について	80,007人	—	—	29.3%	—	—	P41

※後期高齢者医療被保険者数



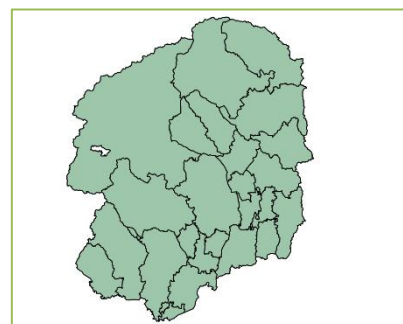
栃木県における一体的実施の取組～組織内連携の推進を目指して～

栃木県

<都道府県概要>

県全体の人口	1,942,313	人
県全体の 65 歳以上人口	550,525	人
県全体の 75 歳以上人口	266,311	人
県全体の高齢化率	28.3	%
県内の構成市町村数	25	市町
一体的実施に取り組む構成市町村数	令和 2 年度 6	市町

2019 年 10 月 1 日現在



本県は、関東地方北部に位置し、日光国立公園など四季折々の美しさを見せる豊かな自然、世界文化遺産である日光の社寺をはじめとする数々の歴史的遺産や文化的遺産、半世紀以上に渡って生産量日本一のいちごなどの農畜産物や宇都宮餃子などの多様なグルメ、鬼怒川や塩原などの豊かな源泉を有する温泉地、数多くの恵まれた観光資源を有しております。

なお、令和 4 (2022) 年には、42 年ぶりにいちご一会とちぎ国体・とちぎ大会の開催が予定されています。

構成市町村が一体的実施を行うための支援としてはじめたこと

本県では、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施（以下「一体的実施」という。）に積極的に取り組むため、令和元(2019)年度から介護予防を所管する高齢対策課、健康づくりを所管する健康増進課、国保・後期高齢者医療制度を所管する国保医療課（以下「庁内関係各課」という。）が一堂に会して検討会を設置しました。

国の「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン」においては、県においても関係部局が連携し、専門的見地等からの事業に対する支援や好事例の横展開を進めるなどの役割が求められているところですが、本検討会においてもその役割を担うこととしました。

また、一体的実施に取り組むためには、後期高齢者医療広域連合や国民健康保険団体連合会（以下、「団体」という。）との連携も重要と考え、検討会の構成員として参加してもらうこととしました。

検討会は、庁内関係各課及び団体の保健事業や強み・弱みを共有することからスタートしました。

一体的実施における具体的な取組

検討会を進める中で課題となったのは、市町村の関係各課がどのような部分で連携しているのか理解できていないということでした。そこで、庁内関係各課及び団体が所管する市町村の各部署に、アンケート調査を行うこととしました。

結果としては、健康づくりと国保保健事業は連携しているが、介護予防との連携はあまり進んでいないことが判明しました。

また、広域連合においても、市町村の後期高齢者医療制度所管課以外との接点が少なく、一体的実施を進めるための具体的方策に取り組めていないといった課題が明らかになりました。

検討会で話し合いを重ねた結果、これまで広域連合が市町村の高齢者保健事業担当者向けに開催していた会議を、庁内関係各課及び国保連合会との共催で行い、内容は一体的実施中心とし、市町村における一体的実施の連携しやすい環境づくりに努めました。また、開催案内については、市町村の健康づくり及び介護予防所管課宛てそれぞれに通知を発出するなどの工夫を行いました。

会議には、市町村の国保・後期高齢者医療制度、健康づくり、介護予防の部署から出席いただきましたが、その中で、関係各課の連携を推進するためには、幹部職員に一体的実施の必要性について認識してもらうことが重要であるといった御意見をいただきました。そこで、県の幹部職員から市町村の幹部職員に事業の必要性を働きかけるためのトップセミナーを開催しました。

※令和元(2019)年度の主な取組

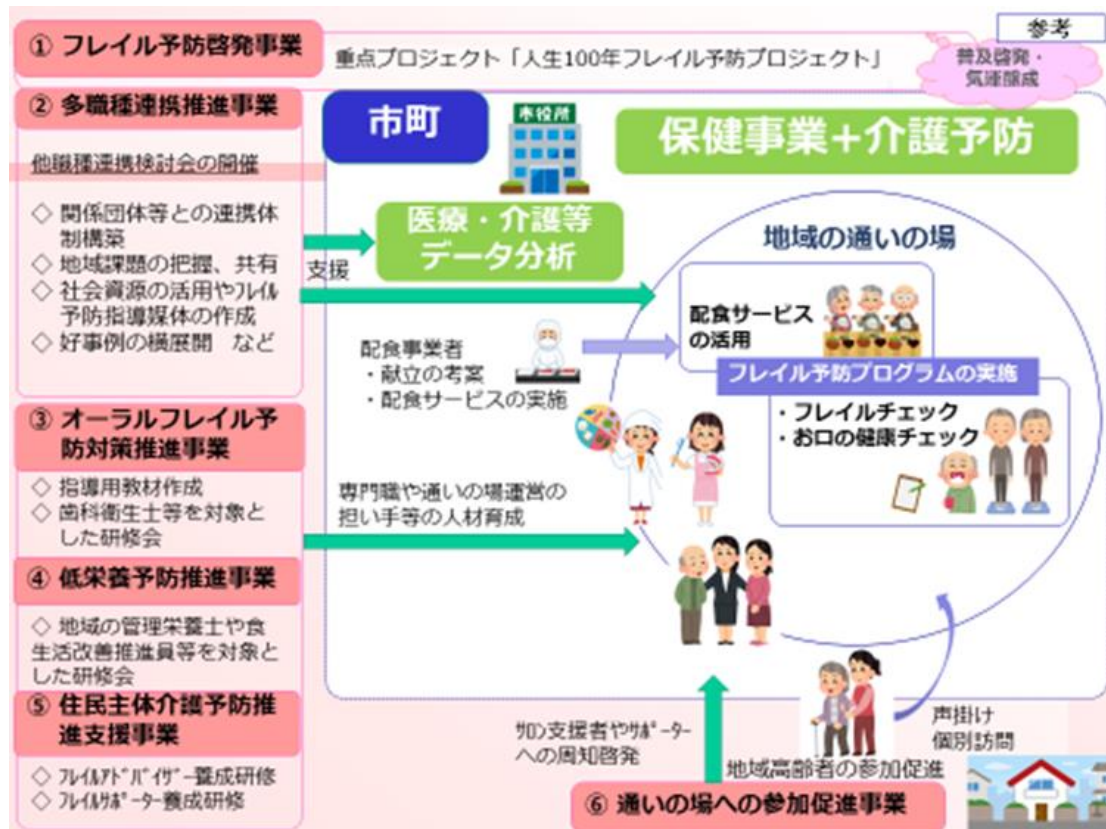
- ・検討会：8回（5月～1月）
- ・高齢者保健事業担当者連絡会議：2回（9月、2月）
- ・トップセミナー：1回（1月）

成果と今後の取組の方向性

庁内関係各課及び団体が、それぞれ行ってきた事業について情報共有することにより、それぞれの立場からの助言、重複する事業内容の見直し、市町村が抱えている課題の共有化を図ることができました。

令和2(2020)年度においては、引き続き検討会や高齢者保健事業担当者連絡会議を実施するとともに、県においても、地域社会「健康長寿とちぎ」の実現に向けた取組の一環として、県内の企業や団体、市町等と連携し、高齢者のフレイル予防に取り組み健康寿命の延伸を目指すため「人生100年フレイル予防プロジェクト」をスタートし、各事業により市町村を支援しているところです。

今後も関係者との情報共有を行いながら、県民の健康づくりを効果的・効率的に展開できるよう取り組んで参ります。



既存の庁内会議体を活用し、一体的事業を実施

栃木県塩谷町（しおやまち）

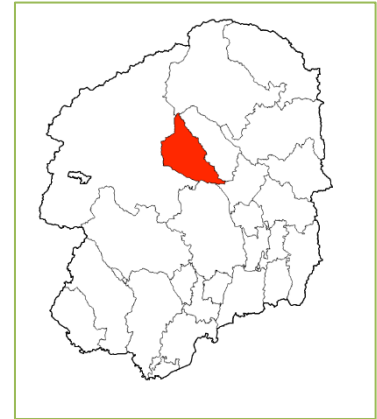
<保険者概要>

人口	11,001	人
65 歳以上人口	4,233	人
75 歳以上人口	2,086	人
高齢化率	38.5	%

2020 年 4 月 1 日現在

まちの特徴 塩谷町は栃木県の中央やや北部に位置し、東京から約 120 km、宇都宮市から約 28 km の距離にあります。面積の約 6 割が山林原野で占められており、名水百選の認定を受けている尚仁沢湧水をはじめ、国指定天然記念物のイヌブナ自然林など、豊かな自然資源が多く残されています。

高速道路や鉄道は通っておらず、自家用車での移動が主となっています。医療機関は、医科 5 か所・歯科 5 か所（全て個人医院）となっております。



一体的実施に取り組んだ経緯

本町は栃木県内で人口が一番少なく、高齢化率は県内 5 番目です。今まで健康増進主管課では、後期高齢者に特化した保健事業はなく、各種健診・健康づくりの教室・相談等は町民一般を対象に行っていました。後期高齢者医療主管課での保健事業は、後期高齢者健診、健康状態不明者調査や重症化予防を、介護主管課では介護予防事業を実施し、それぞれ各課で別々に事業を展開してきました。

近年、国保の 1 人当たり医療費や介護給付費が、県内で一番高額という状況であり、これらを改善していかなければならないという共通の課題が各課にはありました。そこで、各課の連携をさらに強化し、今までの事業を整理し、元気な高齢者を増やしていくことを目的に、「後期高齢者に特化した保健事業」である本事業を開始することになりました。

一体的実施の取組を行う際にまず始めたこと

令和元年度に開催された本事業のセミナーに、後期高齢者医療担当者が参加したことをきっかけに、住民課（後期高齢者医療主管課）・保健福祉課（健康増進主管課）・高齢者支援課（介護主管課）の各課長が中心となり、本事業実施について町長・副町長へ説明し、実施を決定しました。

本町では、町民の健康増進と医療費適正化に係る施策全般を推進するための組織として、「塩谷町健康増進庁内戦略会議」を設置しており、メンバーは町長を委員長とし健康増進に係る各課課長で構成されています。そこで、この組織を活用することとし、具体的な事業内容については下部組織「健康増進庁内戦略会議作業部会」を協議の場としました。すでに組織化された会議や作業部会を活用したことで、スムーズに導入することができました。

一体的実施における具体的な取組

本町は、国保の 1 人当たり医療費や介護給付費は県内で一番高額ですが、後期高齢者 1 人当たり医療費は県内でも中位であり、後期高齢者健診受診率（令和元年度：39.4%）に関しては上位であります。これらのことから、「国保世代から一気に介護利用へと繋がってしまっているのではないだろうか」という仮説を立てました。それらを改善するためには、「介護保険の利用をせず自力で生活ができる高齢者を増やしていく必要がある」と考え、保健事業内容の再検討をしました。一方 KDB による医療費分析では、筋・骨格が最も多く次いでがん、慢性腎臓病、脳梗塞と続き、全体の 3/4 を占めるため、それぞれの背景となる疾患をさらに分析していくことにしました。

<具体的な取組について>

1. ハイリスクアプローチ

令和 2 年度は、低栄養・糖尿病性腎症重症化予防・口腔機能低下予防・服薬指導・健康状態不明者・重複頻回受診等について取組を開始しました。まず、進め方（プログラム）の検討のため、専門職（保健師・管理栄養士・歯科衛生士）の話し合いを重ねました。KDB システムから各項目の対象者を抽出し、その対象者の健診データ・介護の状況・医療レセプト等の内容を確認し、効果的なアプローチができる担当者を決め、訪問指導を開始しました。

2. ポピュレーションアプローチ

従来から介護主管課が実施していた介護予防教室や各地域でのサロン（通いの場）には、保健師・管理栄養士・歯科衛生士・理学療法士等の医療専門職は不定期に介入していましたが、本事業開始にあたり、現在実施している通いの場全てにおいて、管理栄養士及び歯科衛生士によるフレイル予防の講話を実施しました。

3. 町内医療機関との連携

本事業開始にあたり、町医師会・歯科医師会の会長に各課担当職員が同時に出向き、国のスキーム図を提示しながら事業概要の説明をしました。また、後期高齢者健診時に「後期高齢者の質問票」を導入したい旨の説明を併せて行い、今年度より利用開始となりました。

取組の中での課題とその解決策

新しい事業のため、実施にあたり 1 つ 1 つ手探りの状態で進めているのが現状です。連携や情報の共有のための体制の構築に時間がかかりますが、少しの疑問や問題でもこの時期に解決することが大切なことだと考えます。

医療機関との連携が必要になってくる対象者が多いため、どのようにして医療機関と連携を図るかという課題があります。現在は、各課担当職員がその都度医療機関に足を運び、文書や電話等で本事業の説明を繰り返し行い、協力を得ている状況です。

成果と今後の取組の方向性

成果としては、健康増進主管課が KDB システムを活用し、ハイリスクアプローチでそれぞれの病態等に応じたアプローチができるようになりました。通いの場等においても、情報の共有により事業内容の改善案を作成することができたことが成果であると思います。

今後の方向性としては、通いの場の数をさらに増し、定期的・計画的に各種医療専門職が介入し、身近な場所でフレイル予防が出来るような事業内容を検討していく予定です。また、医療専門職からのアプローチだけでなく PDCA サイクルのもと、評価を行いながら利用者の意見も踏まえた住民参画型の事業展開も将来的には検討しています。利用者も気軽に相談できる場としての活用も考えています。

広域連合からの委託を受けて実施する事業での感想

本町は、行政規模としては小規模のため関連する各課がワンフロアに配置されていて、常日頃より顔の見える関係の構築はできていましたが、今まで事業は各課別々の実施でした。

本事業の実施により、健康増進主管課において今まで実施できていなかった後期高齢者への保健事業が、ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチを通してスタートすることができました。医療保険・健康増進・介護のそれぞれの部局がそれぞれの観点から実施していた同様な事業に対し、「一体的」というツールを使うことで、役割分担が明確になり効率的で効果的な実施が可能になりました。各課の連携を円滑に進めるためには、コーディネーターの役割が重要であり、困難な場面に遭遇することもあります。一人の町民に対して横断的に支援できるこの事業にやりがいを感じています。

栄養パトロールでの、高齢者の低栄養・重症化予防の一体的実施

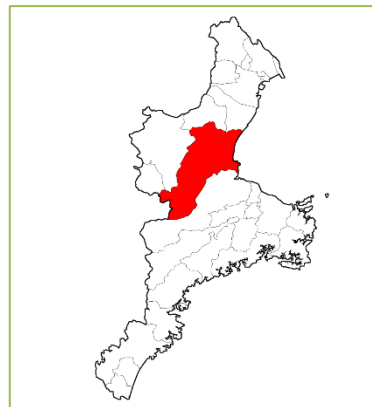
三重県津市（つし）

<保険者概要>

人口	276,855	人
65歳以上人口	81,321	人
75歳以上人口	43,486	人
高齢化率	29.4	%

2020年3月31日現在

まちの特徴 津市は、三重県の県庁所在地で、県の中央に位置し、約 711k㎡の面積を有している。伊勢湾を望む海岸線から、平野、丘陵地、山間地域の豊かな自然を生かし、米、キャベツ、梨などの農産物の生産、歴史や文化を生かしたものづくりを行っている。市街地には、大学病院、総合病院及び開業医も充実し、美術館、文化ホールが立地し、県都としての都市機能を有している。自治意識の高い市民風土に加え、健康づくりや生活支援・認知症サポーター等のボランティア活動を生かしたまちづくりに取り組んでいる。



一体的実施に取り組んだ経緯

津市は、平成 27 年度から市内の山間地域で暮らす高齢者を対象に、低栄養・フレイル予防事業（栄養パトロール）を開始した。地域特性として、「高齢化率が高い」、「交通の便が悪い」、「医療機関が遠い」、「介護サービスを提供する事業所が少ない」等がある。また、その地域の高齢者は、「生活習慣病の重症化や低栄養状態に陥る危険性が高い」、「退院後、自宅に戻れない」等の課題を抱えていた。そこで、いつまでも住み慣れた地域で元気に暮らしたいと願う住民の思いを受け、保健師、管理栄養士及び歯科衛生士が、選定地区の全戸訪問を実施した。食生活や日常生活等の生活習慣、健康状態等について聞き取り、握力測定・身体計測、口腔機能のチェック等のフレイルチェックを行い、フレイルリスクの高い者に対して個別支援を実施した。結果として「孤食状態の人にたんぱく質の摂取が少ない」、「自覚のない脱水状態が見られることが多い」、「体脂肪が増加した人が多い」等の課題がみられた。また、住民からは「一人暮らしは食生活が乱れる」という意見も聞かれてきた。次に、山間地域で暮らす高齢者の健康課題を低栄養・重症化予防と捉え、地域の関係団体と課題の共有を図った。まずは、地域のサロン等の集まりの場へ保健師等の医療専門職が出向き、巡回栄養相談を開催した。健康教育やフレイルチェックを行い、ハイリスク者には個別訪問を実施する一連のプログラムを栄養パトロールと称し継続した。平成 30 年度からは、市内全地域で事業を実施した。しかし、市街地では、サロン等の通いの場に栄養パトロールで介入した際に、住民が、フレイルリスクが高い状態となっていることをマイナスにとらえてしまう等の課題が出てきた。令和元年度からは、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の先行的事業として市街地でモデル地区を選定し、市街地における栄養パトロールを実施した。同時に、市内全地域においても活動を継続している。

一体的実施の取組を行う際にまず始めたこと

【庁内連携会議】保険医療助成課、健康づくり課が中心となり、地域包括ケア推進室、介護保険課の 3 課 1 室で、保健事業と介護予防事業の一体化について、事業の方向性、体制の整備、横断的な介護予防・健康づくり・地域づくりを目指す方向性を協議する場を設けた。現在も定期的に会議を開催している。

【役割分担】保険医療助成課に、企画調整を行う専門職として保健師（課長級）1 名を配置した。保険医療助成課は、KDB システムを活用し健康課題の抽出を行い、三重県後期高齢者医療広域連合と連携を図る。健康づくり課は、栄養パトロール事業（訪問や健康教育）や啓発を行う。地域包括ケア推進室は、介護予防事業とサロン活動や生活支援コーディネーターの活動を通じて地域の支え合い活動を推進する。介護保

険課は、介護保険の利用状況などのデータの提供と分析を行う。

【人材育成・専門職の確保】専門職の確保のため、常勤、非常勤、臨時職員に人材育成研修会を実施した。

【関係機関との連携の構築】市内医療機関、薬局、津市社会福祉協議会、津市民生委員児童委員連合会、三重県栄養士会、三重県歯科衛生士会津支部等への事業説明と協力依頼をした。

【事業周知】市民に、フレイル予防を周知するため、ポスターの掲示、広報やチラシ等の配布を行った。

一体的実施における具体的な取組

【KDB システムの活用】65 歳以上の高齢者の疾病構造や受診状況から地域の健康課題の整理、分析を行った。健康課題として、75 歳以上の高齢者の 9 割以上が、医療機関にかかっている。後期高齢者は、前期高齢期からの生活習慣病を抱えた上に、骨・筋肉疾患の受診の占める割合が高くなっていった。そのため、持病の重症化やサルコペニアの予防が必要である。それらを予防することが、寝たきり予防・要介護予防に繋がると考えている。KDB システムのデータを継続して分析し、事業の評価に活用していく。

【ハイリスクアプローチ】健康診査結果から低栄養のハイリスク者を選定し、1 ケール 6 か月間、月 1 回程度の訪問等による支援を行う。

【ポピュレーションアプローチ】低栄養・重症化予防の啓発を通いの場（地域ふれあいサロン）で、フレイルチェック、健康相談、健康教育を行う。

【糖尿病性腎症重症化予防】国保における糖尿病性腎症重症化予防事業の対象者のうち、75 歳に達する者に個別指導を行う。

取組の中での課題とその解決策

【庁内の連携】高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の推進においては、広域連合、庁内の関係部署、地域包括支援センター、地域の団体等と連携し、地域の実情に合わせて、地域包括ケアシステムとして構築していく必要があるが、事業を進めていくにつれて、庁内各部署の役割が明確でないことが判明した。1 部署に負担を集中させず、連携や一体的に実施できるよう、庁内連携会議において各部署の役割や事務分掌を見直していく。

【関係機関との連携】地域包括支援センターとの連携が、津市内の各地域により異なり、栄養パトロールを進める中で、混乱が見られた。そこで、地域包括支援センター職員に事業の説明会と、市保健師と地域包括支援センター看護職員との連携会議を行い、地域の高齢者の健康課題と栄養パトロールの地域展開について話し合いを行った。今後も、連携を深め取り組んで行く。

成果と今後の取組の方向性

フレイル予防の啓発では、広報、チラシの配布の他、医療機関、薬局、公民館等、高齢者が集まる場所にポスターを掲示した。また、市内の情報誌編集者から、コロナ禍の外出自粛による高齢者の体力低下を予防するため、フレイル予防の取組を紹介する記事掲載の依頼があり、フレイル予防の関心が高まってきていることから、あらゆる機会での啓発を行う。このように、地域づくりとしての展開には、関係機関との連携、かかりつけ医をはじめ、多職種連携の充実を図っていく。また、コロナ禍での新しい生活様式にあった事業展開方法を模索し、津市の栄養パトロール事業のプログラムの検証を行う。

広域連合からの委託を受けて実施する事業での感想

この事業の補助金に係る事務が煩雑で、日常生活圏域ごと、また、医療保険ごとに分けての報告が求められている。事務処理に多くの時間を要するため、もう少し簡素化されることを期待する。

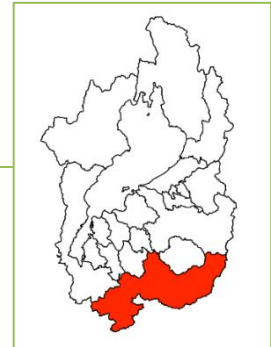
庁内の会議を活用し、保健事業と介護予防の一体的な実施への取組

滋賀県甲賀市（こうかし）

<保険者概要>

人口	90,510	人
65歳以上人口	25,000	人
75歳以上人口	12,658	人
高齢化率	27.6	%

2020年3月末現在



まちの特徴

○地理的特徴：東西に約 43.8Km、南北に約 26.8Km、面積 481.62Km²、県土の約 12%を占めている。

滋賀県東南部に位置し、大阪・名古屋から 100Kmの圏内にあり、近畿圏と中部圏をつなぐ広域交通拠点に位置している。東南部は、標高 1,000mを超える山々が連なる鈴鹿山脈により、西南部は信楽盆地とこれらに続く丘陵性山地により各々三重県、京都府に接している。特に、鈴鹿山系を望む丘陵地で、野洲川、杣川、大戸川沿いに平地が開け、また森林も多く琵琶湖の水源涵養、水質保全にも重要な地域である。

○産業、特産品：日本遺産にダブル認定された「甲賀流忍者」「信楽焼」。また、東海道五十三次の宿場が有名。甲賀流忍者をルーツとする薬業、日本六古窯に数えられる信楽焼で有名な窯業が盛んである。「土山茶」や「朝宮茶」で知られる茶と米を中心に水口かんぴょうなどの伝統野菜をはじめ幅広い品目を生産している。

○生活の様子：すべての世代の市民が住み慣れた地域でいきいきと安心して暮らせるように、サロンやスクールガードなど地域全体で支える仕組みが整備されている。また、コミュニティバスや予約型乗り合いタクシーなど地域公共交通ネットワークが構築されている。

○医療機関の設置状況：病院 5 か所 診療所 47 か所 歯科医院 28 か所（うち病院 1 か所）

○地区組織等の活動状況：平成 22 年度からいきいき 100 歳体操開始。令和元年度末で 117 か所で活動されている。

一体的実施に取り組んだ経緯

<平成 16 年度～平成 21 年度>甲賀地域リハビリテーション広域支援センターを甲賀圏域（甲賀市、湖南市）で県補助金を利用し、実施。

<平成 22 年度～平成 25 年度>甲賀地域リハビリテーション広域支援センターを甲賀圏域（甲賀市、湖南市）で実施。

<平成 26 年度～平成 29 年度>高齢者健康づくり基盤整備推進事業費補助金（滋賀県後期高齢者医療広域連合）リハビリから始める健康づくり事業（骨関節疾患、COPD）

<平成 29 年度～令和元年度>引き続き、高齢者健康づくり基盤整備推進事業費補助金（滋賀県後期高齢者医療広域連合）リハビリから始める健康づくり事業（フレイルに着目した健康づくり）

<令和 2 年度～>地域の課題や対象者選定、実施の方法など、再度検討し、各課縦割りに陥りやすかった活動を、横断的に事業を検討していくこととなり、保健事業と介護予防の一体的実施に取り組むこととなった。

一体的実施の取組を行う際にまず始めたこと

- ・以前から各地域において健康課題を検討し、健康づくりや介護予防の市民の自主的な取組など情報収集した。
- ・令和元年度に、保険年金課、福祉医療政策課、長寿福祉課、すこやか支援課が連携し、事業について検討した。
- ・全体的な会議は、保険年金課が開催。事業の打ち合わせはすこやか支援課が開催。
- ・令和 2 年度から、すこやか支援課に企画保健師配置。体制的な会議は保険年金課が開催し、事業についての会議はすこやか支援課が主となり開催し、地域包括支援センター（5 か所、6 圏域）と連携しながら検討している。

一体的実施における具体的な取組

- ・健康課題は、甲賀市保健衛生活動年報、滋賀県保険者協議会の健診等データ分析結果報告書、KDB システム、介護保険事業計画、服薬データ等を利用し、分析をした。
- ・課題：主な死因を見てみると、毎年肺炎が上位に位置され、死因別割合は 15%以上を占めており、嚥下機能の低下や口腔環境などが要因。滋賀県保険者協議会の平成 29 年度健診等データ分析結果報告書からは、「就寝前の 2 時間以内に夕食をとることが週 3 回以上ある者の割合」が、75 歳以上の男女共に割合が高く、就寝近くの食事摂取後の口腔清潔状況などが課題である。75 歳以上の約 55%は 1 年以内に歯科受診をしておらず、咀嚼力の低下は口腔機能全体の低下につながり、嚥下機能と連動して、全身のフレイルや要介護リスクにつながりやすい。また、高齢者は複数の慢性疾患を持っており、多剤服薬に陥りやすい。年齢が高いほど一人あたりの薬剤数が多く、80 歳以上の 40%以上が 6 剤以上、10%が 10 剤以上の多剤服薬者であった。同一成分の重複は、胃薬と睡眠薬が多い。多剤服薬と転倒の関係も「5 種類以上で転倒の発生率が高かった」と、厚生労働省からの高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン別冊にも掲載されており、令和元年度の新規要介護認定申請時の主治医意見書の原因疾患の統計では、骨折・転倒が 3 位（12.2%）であった。

<ハイリスクアプローチ>

- ①口腔機能低下予防：KDB レセプトデータによる 3 年間に、3 回以上の肺炎の診断がある人（がん、喘息、COPD を除く）で、介護認定を受けていない人を対象に、訪問実施。
対象者 1 人に対し、歯科衛生士、地域包括支援センター保健師が 2 回訪問し、OHAT、日本歯科医師会チェックリスト、口腔ケア指導を実施。必要時は、歯科医につなげる。
- ②薬剤多剤服薬管理：レセプトデータで、3 か所以上の医療機関から医薬品を処方された方または、同月中に 2 か所以上の医療機関から同成分を含む医薬品を処方された方、両者の重複者に、訪問実施。1 人に対し、2 回訪問し、適切な服薬指導し、必要時は主治医と連携する。

<ポピュレーションアプローチ>

フレイル予防を中心に、口腔機能低下予防、ポリファーマシーに関して、健康教育や健康相談等を実施しながら健康寿命を伸ばし、住み慣れた地域で社会とのつながりを保ちつつ、自立した生活の質の向上をめざす。

対象者は、いきいき 100 歳体操通所者（各生活圏域 2 団体）で、1 団体 3 回実施。通所者に、口腔機能低下予防の健康教育、健康相談、質問票を実施。口腔機能低下や多剤同剤服薬でのフレイル状態の高齢者は、ハイリスクアプローチへつなぐ。

取組の中での課題とその解決策

- ・実施するにあたって、KDB 分析を生活圏域別にするのが困難であり、市全体での分析となった。
- ・フレイル予防のため、通いの場に出てこない高齢者をどうするのか、今後検討が必要。

成果と今後の取組の方向性

ハイリスクアプローチでは、口腔機能低下予防、及び多剤同剤服薬指導は継続していくが、健康寿命延伸のため、医療機関を受診されていない人や健診未受診者などにもアプローチが必要である。また、ポピュレーションアプローチでは、閉じこもり状態など的高齢者の把握や通いの場への参加等、今後検討が必要だと思われる。

広域連合からの委託を受けて実施する事業での感想

滋賀県後期高齢者医療広域連合、関係機関、市役所各課が横断的に健康状態を分析でき、また、医療費や介護給付費の伸びなどの課題を横断的に共有することができた。また、評価指標なども示されており、実施したことの評価がしやすい。今後は、後期高齢者の分析結果から、前期高齢者や壮年期等における健康づくりにもつなげていく必要があると思われる。

北九州市における局内連携会議からの一体的実施の推進

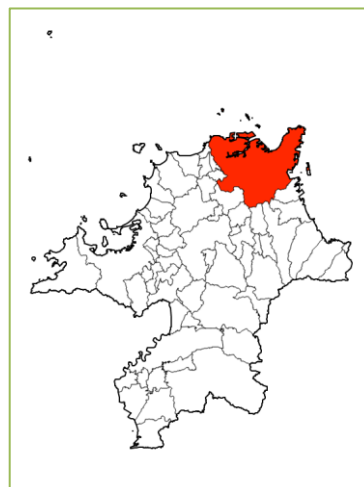
福岡県北九州市（きたきゅうしゅうし）

<保険者概要>

人口	946,338	人
65歳以上人口	290,873	人
75歳以上人口	152,249	人
高齢化率	30.7	%

2020年3月31日現在

まちの特徴	<ul style="list-style-type: none">○九州の最北端に位置しており、工業ほか、自動車関連産業や環境関連産業が進んでいる。○特産品には関門海峡たこ、合馬たけのこ、小倉織等がある。○医療機関数・病床数ともに、政令指定都市の中で上位。○小学校区単位に「まちづくり協議会」を設置し、「市民センター」を拠点として地区組織活動を実施している。
-------	---



一体的実施に取り組んだ経緯

福岡県は、後期高齢者医療費が全国的に高く（全国 1 位）、中でも、北九州市は高い状況にある。また、政令指定都市の中でも、高齢化が一番進んでおり、保健事業と介護予防の重要性について関係部署で協議を重ね、実施することとした。

一体的実施の取組を行う際にまず始めたこと

平成 30 年度は、後期高齢者医療の担当である保険年金課が関係部署にメール等で随時情報提供を実施。また、保健事業、介護予防、保健師統括等の保健師に直接関係する 3 課合同の研修会（国の動き、基本的考え、KDB について、事例検討等）を実施し、一体的実施の重要性を確認した。

令和元年度は、情報共有と今後の方針決定を目的に、関係部署の課長からなる、関係課長会議（連携会議）を定例的に開催した。局内の部や課が違うため、総務課の計画調整担当課長が調整役となるとともに、今後の推進を考え、局内の人事担当と経理担当も会議のメンバーとした。

この会議の中で、国や県の動向を共有し、市のデータ（KDB）を活用しながら健康課題を議論した。また、国保保健事業の実績や効果についても情報提供した。

今後の展開と方向性を共有するために県の一体的実施の説明会には関係課長が出席し、推進していった。現在も一体的実施に関する関係課長会議は継続しており、進捗状況や方向性を協議している。

一体的実施における具体的な取組

【北九州市における地域の健康課題の把握の方法と見てきた課題】

北九州市では、KDB システム、特定健診等データ分析システム等を活用し、平成 30 年度の健診・医療・介護レセプトのデータ等の分析を行い、健康課題を把握した。北九州市の後期高齢者の 95.5%は医療機関を受診しており、うち約 80%は生活習慣病で受診中、75 歳以上の介護認定率は 37.7%であり、国・県・同規模平均より高い。医療における入院患者数（千人当たり）及び入院費用の割合や入院率が高く、基礎疾患に高血圧や糖尿病のある者の約 70%は脳血管疾患や心疾患等の合併症を起こしており、生活習慣病の重症化が要介護の要因となっている。また、約 50%が糖尿病の基礎疾患を持ち、腎不全の一人当たり外来医療費が国・県・同規模平均より高いことから、北九州市国保保健事業で取り組んでいる糖尿病性腎症重症

化予防を重点的に継続して実施し、医療費抑制に取り組むこととした。

【ハイリスクアプローチ：糖尿病性腎症重症化予防】

北九州市民で、後期高齢者健康診査を受けた者のうち、HbA1c、尿蛋白、eGFR 等で、受診勧奨値であるが未治療・治療中断者及び北九州市国民健康保険の特定健診を受診し、当該年度に 75 歳到達者のうち、eGFR、尿蛋白等に受診勧奨値等であり未治療者に対して、年齢・介護保険サービス利用状況等からさらに絞り込み、健診結果をもとに保健師、管理栄養士が訪問により保健指導を実施し、受診勧奨等を行う。

【ポピュレーションアプローチ】

(1) 健康教育・保健指導

「サロンで健康づくり」等の既存の各教室等の参加者に対して、また、地域で高齢者が通う様々な場所で、フレイル予防（生活習慣病予防の視点含む）の健康教育や高齢者の状態に応じた保健指導を行う。

(2) 健康相談

管理栄養士による食生活についての個別の相談（元気で長生き食卓相談）

(3) フレイル予防の普及啓発

①地域における健康づくり・介護予防活動のけん引役となるボランティア（健康づくり推進員、食生活改善推進員等）の育成・活動支援を行い、フレイル予防についての普及啓発を推進する。

②サロンで健康づくり➡地域の健康課題に即した教室プログラムの提案や教材の検討を行う。

取組の中での課題とその解決策

当初は、方向性を共有することが難しかったが、KDB から抽出したデータを活用し、北九州市の健康課題を関係部署で確認することで解決していった。また、専門職の研修を実施することで課題を共有し、方向性を確認できた。

関係部署が複数あるため調整が難しかったが、総務課の計画調整担当課長が全体調整や会議の進行をしたため、円滑に進めることができた。

また、各専門職は加齢に伴う心身機能の低下についての視点でグループに関与していたが、生活習慣病等の疾病予防・重症化予防の視点も踏まえた関与が必要であることから、各専門職や団体へ一体的な実施について事業説明を行い、生活習慣病等の視点も重要であることの周知を行った。

成果と今後の取組の方向性

北九州市では、今後も明確になった重点課題に基づき、特に糖尿病性腎症重症化予防について 75 歳を過ぎても途切れないように継続支援する個別的支援(ハイリスクアプローチ)と生活習慣病からのフレイル・認知症予防等の地域の通いの場等を活用した健康教育・健康相談(ポピュレーションアプローチ)について、特別調整交付金を活用して活動体制を整え、関係部署や地域の医療関係団体等と連携して着実に取組んでいくこととしている。

また、高血圧症についても「高血圧ゼロのまち」を目指した取組を推進するとともに、地域やグループごとの傾向などを把握し、効果的に専門職が関与できる仕組みを検討する。

さらに、市町村健康増進計画、データヘルス計画、介護保険事業計画及び老人福祉計画の改定時には当該事業を位置づけ、関係部署に周知し、着実に取組んでいく。

広域連合からの委託を受けて実施する事業での感想

北九州市のデータ・実態から後期高齢者の重点課題を解決するために、予防の視点でターゲットを絞り込み、効果的・効率的に実践できるように計画し取組んでいるところである。進めていく中で、国保保健事業の取り組みが非常に重要で、その成果が後期の結果にも結びつくことがわかった。特別調整交付金をしっかりと活用させていただき、分析した重点課題の解決に向けて、常に分析・評価を行い、PDCA サイクルに沿って取組んでいくことで北九州市の社会保障費の安定化、健康寿命の延伸を目指す。

九州大学との共同研究を起点とした一体的実施

福岡県糸島市（いとしまし）

<保険者概要>

人口	101,665	人
65 歳以上人口	29,702	人
75 歳以上人口	13,867	人
高齢化率	29.2	%

2020 年 4 月 1 日現在

まちの特徴	<ul style="list-style-type: none">・平成 22 年 1 月に 1 市 2 町が合併し糸島市となった。・福岡県の西端に位置し、東は福岡市、西と南は佐賀県に隣接。面積 215.70 平方メートル。・都市近郊型の農業や畜産業が盛んで、カフェやカキ小屋、工房めぐりなどを目的とした観光も人気がある。・九州大学伊都キャンパスを有し、多くの分野で大学との連携が積極的に行われている。・市内の医療機関数は、病院 8、一般診療所 82。隣接する福岡市にある大病院での高度・専門的な医療も受けやすい環境にある。・自治会への加入率は 89.06%（R2.8.1 現在）。・保健事業等で用いる小学校区：15、日常生活圏域：5。
--------------	---



一体的実施に取り組んだ経緯

本市では、平成 29 年度から九州大学（基幹研究院）と共同で「糸島フレイル疫学研究」を実施しており、早期にフレイル対策に取り組むことで、要介護認定率の伸びの緩和、社会保障費の伸びの抑制を目指しています。一体的実施は、まさにこの流れを事業化するものだと考え、九州大学との共同研究で開発された簡易フレイルチェックの手法を用いて本事業に取り組むことになりました。

一体的実施の取組を行う際にまず始めたこと

組織）健康増進部：①介護・高齢者支援課、②健康づくり課、③国保年金課

一体的実施の協議に入る前に、九州大学との共同研究を行っていた①が主導して一体的実施の事業設計を行い、3 課での協議を重ねる中で、多くの保健師が在籍する②が本事業の主担当となりました。

一体的実施における具体的な取組

○地域の健康課題の把握の方法と見えてきた課題

方法）KDB 二次加工ツール（福岡県国保連合会支援）による分析、九州大学との共同研究による各種データ分析

課題）小学校区や圏域ごとの健康課題の把握をするためには、地域包括支援センターなどの関係機関との連携強化が必要である。

○ポピュレーションアプローチ（通いの場への関与）

「通いの場」の参加者（シニアクラブ、高齢者サロン参加者）に対する簡易フレイルチェック及び問診・面談

○ハイリスクアプローチ

①健康状態不明な高齢者（KDB システムで抽出）：家庭訪問による実態調査、保健指導の実施

②健診・医療ハイリスク者（KDB 二次加工ツールで抽出）：訪問指導の実施

取組の中での課題とその解決策

- 課題) ①ハイリスクアプローチ対象者の選定方法の確立（優先順位の付け方）
②保健指導の質の担保（高齢者特有の課題への対応、指導の方向性の統一や情報共有など）
③庁内外の体制づくり（組織の見直し、既存事業の評価・見直し、地域包括支援センターとの役割分担、KDB システムの台数調整など）
④医療機関等との連携強化（医療専門職との連携事業の拡充）
⑤高齢者を取り巻く環境づくり（市民への「フレイル」の普及啓発、後期高齢者の健診受診勧奨、フレイル改善プログラム提供体制の確保、活躍の場の創出など）
- 解決策) ①国保連合会や九州大学の支援により、効果的な選定方法を検討する。
②定期的な研修や情報共有の場を設ける。
③部内 3 課の課長・担当係長・企画調整担当保健師等で構成する連携推進会議の場で、事業に係る基本方針、事業計画、予算、進捗状況などを定期的に協議することで、一体的実施に関する共通ビジョンを持つ。
④「地域包括ケアシステムの推進に関する協定（医師会、歯科医師会、薬剤師会、保健所、市）」に基づき、各機関との連携体制を構築する。
⑤介護予防・日常生活支援総合事業の充実（事業の多様化等）を図る。

成果と今後の取組の方向性

新型コロナウイルス感染拡大の影響により、集いの場の開催見合わせや高齢者への訪問指導がかなり難しい状況が続き、具体的な成果をまだ見出せていないのが現状です。併せて、制度そのものの考え方や、後期高齢者医療広域連合との調整、KDB システムの取扱いの不慣れさなど事務作業にもかなり時間を要しています。

今後も、社会状況を見極めながら、上記の課題を一つずつ解決していくことが最も重要なことだと考えます。

また、庁内連携を強化するためには、事業の進捗状況や目標達成状況を共有する場を作り、協働体制を構築する必要があると思います。

広域連合からの委託を受けて実施する事業での感想

一体的実施に取り組むことになり、改めて本市の現状を目の当たりにすることになりました。高齢化が進み社会保障費の問題など待たなしの状況の中、既存事業を見直さなければ、ヒト・モノ・カネの余力が生まれず、今まで先送りしていた事業の再評価が求められています。調整続きで、担当者の負担はかなり大きいと思いますが、早い時期から取り組んだことで、広域連合や関係機関にも多くの支援をいただいています。

本事業は、常に創意工夫と調整が求められますが、試行錯誤しながら成熟させていかなければならないと感じています。このような組織横断型の事業を全市町村に広げていくためには、専門職の孤軍奮闘とならないよう、首長や管理職の理解が重要です。広域連合には、トップセミナーを開催するなどの関わりもお願いしたいと思います。

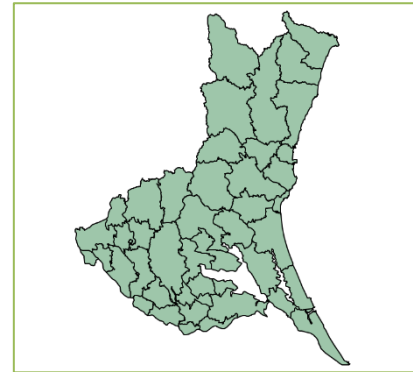
茨城県における一体的実施支援の取組

茨城県国民健康保険団体連合会

<都道府県概要>

県全体の人口	2,858,164	人
県全体の65歳以上人口	839,141	人
県全体の75歳以上人口	414,799	人
県全体の高齢化率	29.7	%
県内の構成市町村数	44	市町村
一体的実施に取組む構成市町村数	6	市町村

2020年4月1日現在



一体的実施における広域連合、構成市町村との連携について

令和元年度に国から一体的実施の推進が示されたのち、連合会から広域連合担当者に声をかけ、昨年度は3回程度、今年度は2回打合せを重ね、研修会の内容や役割分担などを協議した。広域連合は担当者向け研修会開催のノウハウが乏しいことから、連合会と共同で研修会を開催することとなった。

さらに、構成市町村からのヘルスサポート申請についても調整を行い、構成市町村への周知およびとりまとめは広域連合を通じて行うこととした。一方で、構成市町村に対し、連合会が直接確認を取る場合は、広域連合担当者へも情報共有することとした。

一体的実施における具体的な取組

研修会関係

	対象	主催	内容
令和2年2月	県内市町村 (国保・衛生・介護・後期担当)	広域連合と共催	事業の概要等について説明。情報共有の時間を通じ、庁内連携の必要性についても共通認識を図った。
令和2年10月	同上	同上	今年度事業実施市町村の庁内連携に係る取り組みについて情報共有

保健事業支援・評価委員会関係

	内容
令和2年4月	ヘルスサポート申請について広域連合に通知。広域連合から構成市町村へ周知
令和2年5月	ヘルスサポート申請の取りまとめ後、構成市町村に対し支援決定通知発送
令和2年6月～9月	広域連合担当者同席のもと、支援・評価委員会委員へ事前打ち合わせを実施 その後、書面により保健事業支援・評価委員会を開催
随時	構成市町村に対する進捗状況確認

その他

	対 象	内 容
令和2年11月	県内市町村	介護担当部門等へ新たな KDB 端末設置調査実施
随時	同上	KDB システム操作支援

今後の取組に向けた課題

今年度事業を実施していない構成市町村のなかには、市町村内での関係課との調整がついていないところもあり、研修会等を通じ、庁内連携を図ることが課題となっている。

また、本会においては、ヘルスサポート事業を保健師 1 名で担当しているため、今後、一体的実施に取り組む構成市町村が増えた場合にどのように対応していくかが課題である。

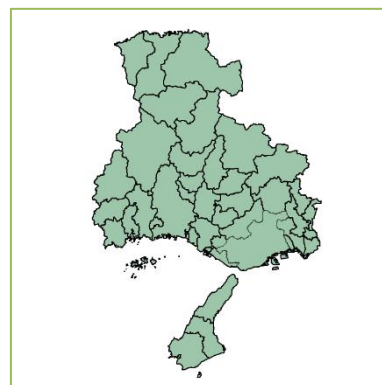
兵庫県における一体的実施支援の取組

兵庫県国民健康保険団体連合会

<都道府県概要>

県全体の人口	5,446,223	人
県全体の 65 歳以上人口	1,554,507	人
県全体の 75 歳以上人口	784,204	人
県全体の高齢化率	28.5	%
県内の構成市町村数	41	市町村
一体的実施に取組む構成市町村数	9	市町村

2020年4月1日現在



一体的実施における広域連合、構成市町村との連携について

連合会としては、R1年6～7月に県と共催で実施した「保険者努力支援制度に係る支部別情報交換会」の実施内容を調整する中で、当情報交換会に前年度広域連合も同席されていたことから一体的実施における連携を始めた。当情報交換会の中で、①広域連合から一体的実施の制度概要についての情報提供②一体的実施に係る現在の取組状況や今後の取組予定等、情報交換を行った。

一体的実施における具体的な支援の取組

R2.11月までの具体的な取組としては、以下のとおり。その他、広域連合が開催主体となる「R2年度実施市町との意見交換会」（R2.7月）や「R3年度実施予定市町との委託に向けた事前協議」（R2.9～10月）に本会保健師も同席し、KDBに関する情報提供や委員会委員の助言内容の横展開等を行っている。

年月	事業名（開催主体）	実施内容
R1.8月～	保健事業支援・評価委員会（本会）	委員会委員（複数名）による一体的実施事業の企画・実施・評価の支援（数市町合同の集団支援）
R1.11月	一体的実施に向けての担当課長等会議（県関係3課、広域連合、本会）	①共催の各機関から一体的実施における役割に応じた支援内容等の情報提供②2市から取組事例の報告③各市町の取組状況に関するグループワーク
R2.2月	一体的実施に係る説明会（広域連合、本会）	①広域連合から制度の概要説明②連合会から健康課題の把握等に活用できるKDBシステムの活用例の情報提供③各市町の取組状況についての情報交換
R2.8月～ (2か月に1回)	一体的実施に係る相談会（本会）	委員会委員（1名）による一体的実施事業の企画・実施・評価の支援（市町ごとの個別支援）
R2.8～9月	一体的実施に向けた情報交換会（広域連合、本会） ※R2年度未実施市町対象	①県の取組についての情報提供②広域連合から制度説明③本会から本会支援内容とKDBの活用についての情報提供④本年度実施市町から取組紹介⑤各市町の取組状況についての意見交換
R2.12月 (予定)	一体的実施に向けた研修会（動画配信）（本会）	①委員会委員からデータの読み取りや事業実施の考え方等についての講演②本会から講演内容のKDBデータの抽出方法等についての説明

今後の取組に向けた課題

令和3年度実施予定市町は、今年度の約3倍となっており、支援・評価委員会の支援方法等再考する必要があります。また、KDBデータに関する要望が、委員会委員や市町からも出されているため、更なるデータ抽出や活用のための支援強化が課題です。

令和 2 年度国保連合会及び後期高齢者医療広域連合向け研修会
(令和 2 年 12 月 7 日開催) 発表事例



長野県後期高齢者医療広域連合における 一体的実施の取組

長野県後期高齢者医療広域連合
業務課給付係 保健事業担当

本日の内容

広域連合概要

構成市町村が一体的実施を行うための支援として始めたこと

一体的実施における具体的な取組

構成市町村が一体的実施を行うための支援の課題とその解決策（案）



広域連合概要 (令和2年4月1日現在)

県全体の人口	2,037,622人
県全体の65歳以上人口	649,328人
県全体の75歳以上人口	355,128人
県全体の高齢化率	32.1%
構成市町村数	77市町村
一体的実施に取り組む市町村数	17市町村



構成市町村が一体的実施を行うための支援としてはじめたこと

広域連合内の体制

保健事業担当 5名（事務職3名 医療専門職2名〔保健師、管理栄養士〕）

「一体的実施に関する局内プロジェクト会議」

広域連合の保健事業の在り方や市町村との連携内容、財源など影響が多岐にわたるため、情報を共有するとともに、事業実施に向けた体制整備を横断的に行うためプロジェクトチームを立ち上げ、会議を開催した。

検討課題

1. 情報共有
2. 広域計画の見直し（市町村との連携内容）
3. 保健事業の方向性の検証（DH計画の見直し）
4. 医療・介護情報等の一体的な分析、データ活用等について
5. 費用及び財源の在り方等について
6. その他関係項目

構成員

会員：全係長及び関係職員
事務局：総務係、保健事業担当

会議開催

2019年4月、6月、9月、12月
（計4回）

一体的実施に向けた予算確保の状況

全市町村に事業実施要望調査を行い、要望額を確保（例年9月に調査実施）
令和2年度・3年度はインセンティブ交付金を活用（予定）

長野県後期高齢者医療広域連合 第三次広域計画（改定版） 改定：令和2年2月

3 基本方針

（3）健康づくりの推進

被保険者の健康寿命の延伸を目的とする「保健事業実施計画（データヘルス計画）」に基づき、高齢者の特性を踏まえた高齢者保健事業を構成市町村や各種団体と十分連携を図りながら、着実に実施します。特に、生活習慣病の早期発見、重症化予防に努めるとともに、加齢によるフレイルの予防や、フレイル状態になっても早期に対処できるよう必要な医療サービスにつなげるなど、被保険者自身による健康の保持増進の取組を支援します。

また、KDBシステムを活用した課題の共有や分析、情報提供等各種支援を行う一方、各事業の評価を行いP D C Aサイクルに沿って必要な改善を図りながら、効果的な事業の推進に努めます。

なお、高齢者の心身の多様な課題に対応し、きめ細かな支援を実施するために、**高齢者保健事業の一部の実施については、構成市町村に委託します。また、委託を受けた構成市町村は、被保険者に対し効果的かつ効率的な実施を図る観点から、国民健康保険の保健事業及び介護保険の地域支援事業と一体的な実施の在り方を含む基本的な方針を定めた上で、高齢者保健事業を実施するものとします。**

4 広域連合及び構成市町村が行う事務

（4）高齢者保健事業に関する事務

高齢者保健事業に係る事務は、広域連合が直接実施（関係機関等への委託を含む。）する場合と、一体的実施の取組として構成市町村に委託する場合がありますが、いずれの場合においても、広域連合と構成市町村との連携の下、協議して課題や方向性を共有することが重要です。

それぞれの事業実施に当たり、広域連合は必要な財源を確保した上で、直接実施の場合、広域連合自ら現状分析や企画立案、体制整備、事業評価を行います。また、構成市町村に対し事業を委託する場合、構成市町村は、広域連合が保有する健康・医療情報に、自らが持つ情報を加味しながら、健康課題の把握等の現状分析や体制整備、基本的な方針の策定、事業評価等をP D C Aサイクルに沿って実施し、広域連合は、委託事業の効果的かつ効率的な実施のため、必要な支援を行います。

なお、保健事業を実施するに当たって取り扱う個人情報、広域連合及び市町村ともにそれぞれの個人情報保護条例等を遵守し、適正に管理します。

当広域連合の健康課題

- 1 医科医療費に占める生活習慣病の割合が4割強と大きく、その早期発見と重症化予防には若年期からの対応が必要ですが、国民健康保険や被用者保険との連携が十分にできていません。
- 2 健診受診者の約6割に受診勧奨判定値があり、約2割は重症度の高いレベルにありますが、医療未治療者への受診勧奨や治療中の者に対する重症化予防といった事後指導が必ずしも十分に行われていません。
- 3 口腔機能の衰えが心身機能の低下に深く関連していますが、歯科健診の結果が施策に反映されていません。
- 4 高齢者は、加齢が進むと筋骨格系の有病率が高まるとともに介護給付対象者が一定の割合で発生し、医療と介護が重なり合う状況にありますが、介護保険部門との連携が十分ではありません。
- 5 後期高齢者の特性として、フレイルが顕著に進行し複数の慢性疾患の保有により包括的な疾病管理が必要となりますが、保健事業が必ずしも個人差に応じた対応になっていません。
- 6 一部の市町村において、KDBシステムの活用や保健・医療・介護の各部門の連携がなされていない状況が見受けられます。

第4章 医療情報の分析結果による健康課題の把握「3 健康課題の抽出」から

目的

被保険者が、自立して日常生活を送ることができる健康寿命の延伸

重点項目1：疾病の早期発見・重症化予防等

- 1 後期高齢者健康診査事業
- 2 歯科口腔健康診査事業
- 3 重症化予防事業
- 4 重複・頻回受診者等指導事業（適正受診・服薬啓発事業）
- 5 後発医薬品（ジェネリック医薬品）使用促進事業

重点項目2：フレイル予防対策事業

- 6 低栄養防止・心身機能低下予防事業

重点項目3：保健事業等推進体制の整備

- 7 長寿・健康増進事業等による財政支援事業
- 8 医療費等分析事業
- 9 医療費通知送付事業
- 10 市町村等との連携事業

令和2年度 高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施に向けたスケジュール

内容	令和元年										令和2年			
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	
国の動き	ガイドライン等			◆7/5 体制整備 について			◆10/16 ガイドライン改定						改正指	
	特別調整 交付金 交付基準					◆9/6 交付基準 (案)	◆10/25 ◆10/29	交付基準として考えられる案 Q&A					◆3/27 交付基準 Q&A	
広域・市町村の動き	広域 事務局	◆局内 PJ 会議	◆局内 PJ 会議			◆局内 PJ 会議			◆局内 PJ会議 広域計画 パブリックコメント		◆2/17議会 広域計画 改定			
	研修会・ 意見交換会 等			◆8/30保健事業研修会 7~8月 市町村 意見交換会 (県内10か所)						◆2/7 一体的実施 研修会 (国保連)				
	状況調査等		◆6/5 アンケート 調査			◆9/10 R2年度 要望額 調査	◆11/15 R2年度 要望額 調査(再)				◆取組に係る 準備状況に 関する調査(国)			
	事業実施に 向けた準備 等							◆12/23 基本的な方針 作成について 通知		基本的な方針作成		◆計画書(案) 基本的な方針(案) 提出依頼	策定	
											計画書(案)、基本的な方針(案) チェック&フィードバック			

令和2年4月1日 改正法施行

一体的実施における具体的な取組

市町村事前アンケート 高齢者の保健事業と介護予防等の一体的実施について

目的	現在、市町村にどのような課題・問題点等があるかを意見交換会の場で共有し、市町村の実態を把握するため。	
実施時期	令和元年6月5日~13日	調査対象 長野県77市町村(回収71市町村、回収率92.2%)
質問内容 (概要)	現在、高齢者の保健事業と介護予防の連携した事業を実施しているか。	
	それは国が例示している「通いの場」を活用した事業か。	
	「通いの場」を活用した事業以外の連携事業を行っている場合、どのような事業か。	
	介護予防に資する「通いの場」があるか。「通いの場」の実施主体、医療専門職の関与、職種・どのような関与か。どのような医療専門職が関与すれば効果的だと感じるか。	
	現在、「通いの場」の事業実施において、KDBシステム等を活用し、健診・医療レセプト等・介護レセプトのデータの一体的な分析や事業対象者の抽出、地域の健康課題の把握、事業の企画立案・評価等を行っているか。	
	現在、「通いの場」参加者(全部又は一部)について取組の目的に応じた健康状態を把握している、又は把握しようとしているか。	
	(現在「通いの場」が無く、保健事業と介護予防で連携した事業を実施していない市町村へ)一体的実施に取り組む必要があると感じているか(取り組む必要はないと考える理由、取り組む必要があると感じているが実施できていない、始められない原因がある等、理由)。	
	今後、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施(通いの場の活用も含む)にあたり、どのような課題があると思うか。また、医療専門職にはどのような役割が考えられるか。	
	一体的実施にあたり、国・県・広域連合等からどのような支援があれば効果的だと思うか。	
	現在、後期高齢者・介護予防・国保の担当部署間で、保健事業について意見交換をする場を設けているか、どのような形で意見交換の場を設けているか、参集範囲は。	
(介護予防事業担当、後期高齢者担当、国保担当それぞれへ質問)一体的実施にあたり、他部署からどのような係わり方をしてもらいたいのか。		
一体的実施を検討するにあたり、どのようなデータ提供があれば役立つか。 等		

一体的実施における具体的な取組

令和元年度 市町村意見交換会

開催目的	後期高齢者の現状及び健康課題を、市町村関係課（後期・健診・介護予防担当）と共有し、事業展開ができる協議の場を設置する。		
	低栄養防止・生活習慣病等の重症化予防を図るため、市町村の健康診査担当課や介護保険担当課と連携した健康診査及び歯科健診の受診率向上、健診結果を活用した取組及び事業実施市町村数の増加を目指す。		
	高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について、令和2年以降の事業実施に向け、市町村に現在どのような課題・問題点があるかを探るとともに、 市町村内の体制構築を促す。		
開催時期	令和元年7月2日～8月6日		
開催箇所	二次医療圏域（長野県内10か所）		
参集範囲	市町村後期・国保・介護担当者、県・保健福祉事務所、国保連合会担当者 （77市町村中 68市町村参加（参加率88.3%））		
令和元年度 会議内容	保健事業 補助金・交付金の活用について（概要の紹介）		
	保健事業 県内実施状況について		
	一体的実施 について	一体的実施に係る情勢説明（構造図、有識者会議報告書又は最新の国の資料に基づいて）	
		市町村事前アンケート 結果について（令和元年6月実施）	
		サンプル事例の紹介（どのような事業展開ができるかの事例を広域で作成）	
		グループ ワーク	各市町村でどのような課題があるか、問題点を洗い出し（部署間の連携、情報活用、実施主体、財源等）
			通いの場をどのように活用しているか、介護予防にどのように繋げているか
	広域連合で支援できることがあるか など		
市町村代表者から発表、意見交換			
他（データヘルス計画の進捗状況、インセンティブの結果・交付金の活用状況、広域連合実施事業について）			

一体的実施における具体的な取組

令和2年度 市町村意見交換会 ⇒ 中止 代替資料作成

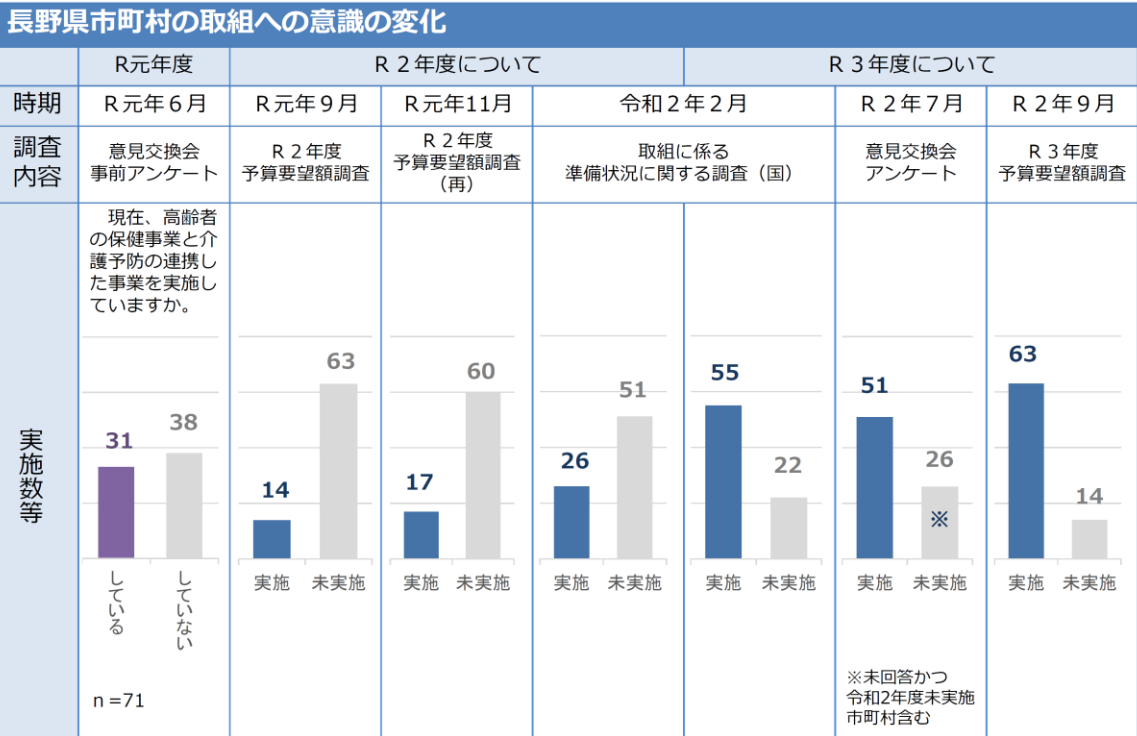
目的	高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について、令和3年から事業実施を考えている市町村に向け、スケジュールや取り組みの進め方、注意事項等をお知らせし、実施を促す。		
	保健事業の補助金・交付金の概要を周知し、実施を促す。		
通知時期	令和2年7月27日		
周知方法	メール、広域HP掲載(構成市町村専用サイト)		
令和2年度 資料内容	保健事業 補助金・交付金の活用について（概要の紹介） 、県内実施状況について		
	一体的実施 について	なぜ今「一体的実施」に取り組んでいただきたいのか	
		R3年度から事業実施を予定している市町村スケジュール（例）	
		R3年度から事業実施を予定している市町村の取組の進め方（例）	
		予算要望を行うにあたって注意いただきたいこと	
		Q & A 予算関係よくある質問	
他（データヘルス計画の進捗状況、インセンティブの結果・交付金の活用状況、広域連合実施事業について）			
市町村別KDB等分析結果			
アンケート（一体的実施の実施状況、資料内容への意見、今後の開催方法について 等）			

一体的実施における具体的な取組	
令和2年度 一体的実施 実施計画書 読み合わせ	
実施日	令和2年8月20日
参加者	県2名、国保連合会2名、広域保健事業担当4名（医療専門職6名、事務職2名）
内容	<ul style="list-style-type: none"> ・令和2年度一体的実施事業を実施する17市町村の計画書の内容を確認、課題等を洗い出し、共有する。 ・その結果を踏まえて市町村に注意点を示すなど、今後の計画書等の作成・確認に活かす。



「このように記入して欲しい」
事を例示するため
記載例を作成

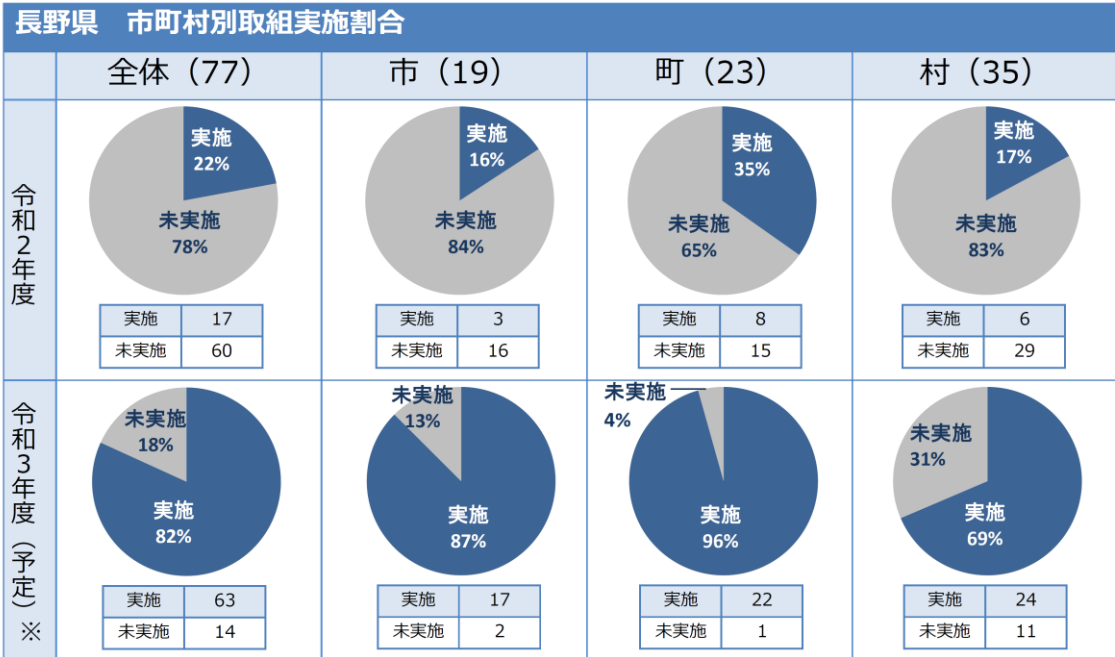
令和3年度 一体的実施 予算要望調査		
実施期間	令和2年8月31日から9月23日	
調査内容	実施体制、担当者連絡先	
	事業の企画・調整等	事業目的・地域の健康課題の分析結果、企画・調整等業務取組内容、地域の医療関係団体等の調整内容、対象地域
	ハイリスクアプローチ	取組区分、取組方法（全体）、取組に携わる医療専門職、かかりつけ医との連携、糖尿病対策推進会議等との連携、第三者による支援・評価の活用
	ポピュレーションアプローチ	取組テーマ、取組内容、関与する通いの場の数、参加見込み人数、取組方法、取組に携わる医療専門職
積算内訳	国の様式と同じ内容（参考として人件費算出表を添付）	



一体的な実施の取組 長野県（77市町村）の状況				
	令和2年度実施	令和3年度予定	前年差	前年比
市町村数	17	63	46	370%
実施割合	22%	82%	60%	

一体的な実施の取組 市町村の事業内容										
取組内訳			令和2年度実施数・実施割合 (n=17)				令和3年度実施予定数・実施割合 (n=63)			
アプローチ取組区分	フレイル	低栄養	9	8	53%	47%	32	29	51%	46%
		口腔機能		0		0%		14		22%
		服薬		1		6%		10		16%
	重症化予防	糖尿病性腎症	14	12	82%	71%	58	45	92%	71%
		循環器		0		0%		30		48%
		筋骨格		0		0%		15		24%
		その他		13		76%		35		56%
	重複・頻回受診等		2	12%	9	14%				
	健康状態不明者対策		7	41%	20	32%				
	その他		0	0%	9	14%				
アプローチ取組区分	ポピュレーション	運動	11	65%	48	76%				
		栄養	16	94%	60	95%				
		口腔	6	35%	30	48%				
		その他	5	29%	31	49%				
		後期高齢者の質問票の活用	14	82%	50	79%				
	その他	8	47%	19	30%					

令和3年度要望額調査から (R2.10.30現在)



※令和3年度要望額調査から (R2.10.30現在)

構成市町村が一体的実施を行うための支援の課題と、その解決策（案）

好事例・既実施自治体取組事例の横展開

市町村の声※

他自治体の取組状況を知りたい。

模索しながらやってくことになると思うので、他自治体の取組の成功事例等知りたい。

今年度から着手したが、手探りの中進めている状態。今後の参考にしていくため、同じく今年度から実施している自治体との情報交換の場が欲しい。

近隣市町村の準備・実施状況等をタイムリーに情報交換したい。

課題

好事例・既実施自治体取組事例の横展開

解決策（案）

- ・厚労省HP掲載の好事例案内
- ・意見交換会の開催 等

市町村が意見交換を行う場の設定

令和2年度 意見交換会開催中止 資料提供のみ

市町村の声※

資料だけでなく、意見交換が出来る場が欲しい

他市町村との意見交換の場があると良い

一体的実施を行っている自治体の話を具体的に聞きたい

資料のみでは不十分（59%）との意見

課題

市町村が意見交換を行う場の設定

解決策（案）

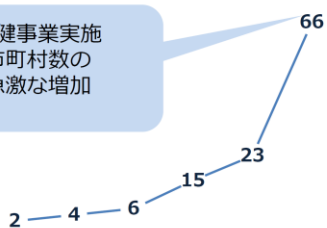
- ・Web会議（意見交換会）の開催 等

※令和2年8月意見交換会代替資料についてのアンケートから

構成市町村が一体的実施を行うための支援の課題と、その解決策（案）

保健事業実施市町村数の増加による事務量の増加

保健事業実施市町村数の急激な増加



	H28	H29	H30	R元	R2	R3
一体的実施	-	-	-	1	17	63
低栄養防止	2	4	6	14	6	3
事業数計	2	4	6	15	23	66

課題

計画書、基本的な方針、実績報告書等のチェック体制

解決策（案）

- ・広域内の事務マニュアル整備
- ・注意点を市町村へ伝える
- ・（実績報告時）簡易な報告様式の作成 等

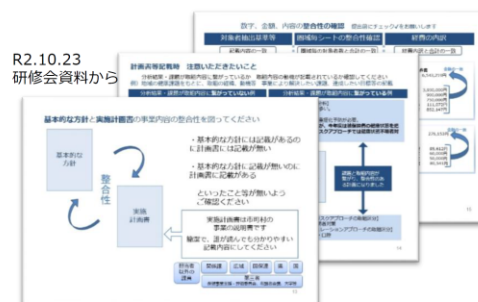
計画書や実績報告書等作成時のポイントを事前に市町村に伝えることで、修正事項を減らす

課題

書類作成時のポイント・注意事項を市町村へ周知

解決策（案）

- ・研修会での周知
- ・Web会議（意見交換会）での周知
- ・記載例の充実
- ・チェックシートの作成 等

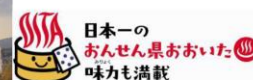


大分県後期高齢者医療広域連合における 一体的実施の取組

大分県後期高齢者医療広域連合
事業課保健係 北河 祐一

<大分県および広域連合 概要>

人口(※1)	1,127,361人
県全体の高齢化率(※2)	32.9%
後期高齢者医療被保険者(※1)	190,645人
構成市町村数(※1)	18
1人当たり医療費(年間)(※3)	1,053,460円
一体的実施に取組む構成市町村数(※1)	2 (実施割合:11.1%)
一体的実施に取組む市町村(※1)	・竹田市 ・杵築市



(※1)令和2年4月1日現在
(※2)令和元年10月1日現在
(※3)平成30年度

構成市町村が一体的実施を行うための支援と具体的な取組み

- 大分県国保連合会と連携・協働
- 国保連合会に加え、大分県国保医療課(国保担当部局)・高齢者福祉課(介護担当部局)の4者で協議・検討
 - ・大分県内での一体的実施推進のための協議・情報共有
 - ・先行的取組みの企画
 - ・高齢者の保健事業セミナーの企画等
- 令和2年度からは広域連合に保健係を創設し正規職員の保健師(市町村派遣)を配置
- 九州管内広域連合の担当者との情報交換

【具体的な取組み】

年度	取組み内容	実施時期
令和元年度	◆モデル自治体での先行的取組みの実施	令和元年8月～令和2年2月
	◆市町村訪問による制度周知と協議	令和元年10月～令和2年2月
	◆全市町村に開始予定・体制整備状況等の調査・結果公表	令和元年11月
	◆高齢者の保健事業セミナー	令和元年12月
令和2年度	◆令和2年度未実施市町村(16市町村)訪問によるヒアリングの実施	令和2年7月～9月
	◆各市町村の体制整備状況等の公表	令和2年11月
	◆第1回 高齢者の保健事業セミナー(関係課長向け説明会)	令和2年11月
	◆第2回 高齢者の保健事業セミナー(実践報告会)	令和3年2月(予定)

令和元年度 先行的取組み(モデル事業)

取組みの経緯

令和元年6月～8月

5月31日付 厚生労働省発「平成31年度後期高齢者医療制度関係業務事業費補助金の当初交付決定に係る事前申請について」をもとに、広域連合、国保連合会、県 国保医療課・高齢者福祉課の4者で協議実施
大分県で一体的実施をどのように推進していくか検討を重ねる

↓
令和元年度はモデル自治体を選定し、広域連合が実施主体となって先行的取組み(モデル事業)を実施 ※モデル自治体の選定と取組み実施の依頼には県が協力

【モデル自治体】

市町村	人口(※1)	被保険者数(※2)	高齢化率(※1)
豊後大野市	33,915人	8,620人	44.0%
杵築市	28,476人	5,785人	37.2%

(※1)令和元年10月1日現在
 (※2)令和2年4月1日現在

【実施事業】

- (1)健康状態が不明な高齢者の状態把握、必要なサービスへの接続
- (2)通いの場への積極的な関与等(健康教育・健康相談)

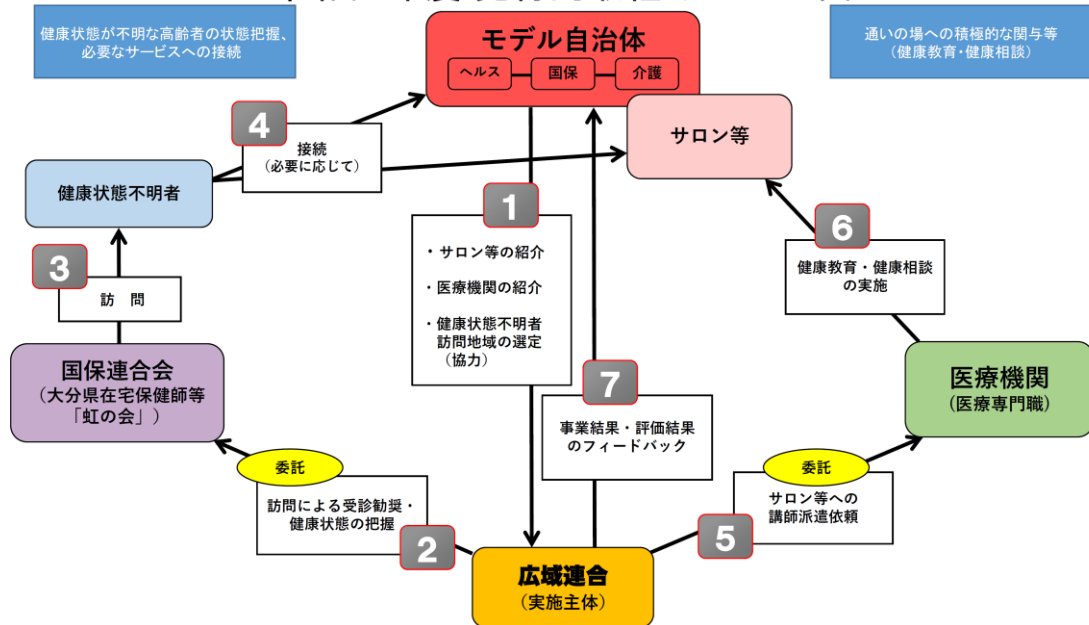
【実施期間】

令和元年8月～令和2年2月

令和元年度 先行的取組み 実施体制

関係機関	主な役割
大分県後期高齢者医療広域連合	実施主体
大分県国民健康保険団体連合会	①事業全般における広域連合への支援 ②広域連合と協働での事業企画・運営 ③「虹の会」事務局としての運営等
モデル自治体 (1) 豊後大野市 (2) 杵築市	①通いの場の紹介 (各市1ヶ所) ②健康状態不明者訪問地域および訪問対象者選定の協力 ③通いの場における健康教育・健康相談の企画・協議等への参加 ④通いの場で健康教育・健康相談を実施する講師の紹介等 (派遣依頼・協議へ同行等) ⑤カンファレンスへの参加
大分県国保医療課	①モデル自治体の選定および実施依頼 ②事業の企画・運営・評価等の支援 ③カンファレンスへの参加
大分県高齢者福祉課	①モデル自治体 (通いの場への関与) の選定等
大分県在宅保健師等「虹の会」	①健康状態が不明な高齢者への訪問による状態把握および必要なサービスへの接続 ②カンファレンスへの参加

令和元年度 先行的取組み フロー図



(1) 健康状態が不明な高齢者の状態把握、必要なサービスへの接続

1 対象者

広域連合 **令和元年度 健康状態不明者健診受診勧奨事業** の対象者から抽出

【受診勧奨事業対象者】

5,805人(大分県内)

うち 豊後大野市 142人

杵築市 126人

健康教育・健康相談を実施するサロン周辺
地域に居住する者

豊後大野市 6人

杵築市 11人

モデル自治体の
協力により選定

2 実施方法

訪問業務を大分県国民健康保険団体連合会へ委託

⇒ 国保連合会に事務局を設置する大分県在宅保健師等「虹の会」が主に訪問業務を実施

虹の会、国保連合会、広域連合の3者で協議し、事業内容・実施方法を企画

1) 訪問担当者

虹の会に所属する保健師 + 国保連合会の保健師、広域連合の保健師

2) 訪問結果等

豊後大野市 令和元年10月訪問実施 対象者6人のうち、5人と面談実施

杵築市 令和元年10月～11月訪問実施 対象者11人のうち、9人と面談実施



3 カンファレンス

全対象者への訪問終了後に各モデル自治体においてカンファレンス開催

参加者・・・虹の会、モデル自治体(豊後大野市・杵築市)、県国保医療課、国保連合会、広域連合

訪問担当者より訪問結果の報告 ⇒ 今後の支援、通いの場等への接続、事業の課題等について意見交換

(2) 通いの場への積極的な関与等(健康教育・健康相談)

同一の通いの場において、2回の健康教育・健康相談を実施

モデル自治体からの協力

- ① サロンの紹介(各市1ヶ所)
- ② 派遣する講師(医療機関)の選定と紹介

【豊後大野市】

日程	参加者数	講師	内容
第1回 令和元年11月14日	20人	薬剤師	①講演 『～安心との出会い お薬健康相談会～』 ②個別相談 ③「新しい質問票」を活用したフレイルチェック
第2回 令和2年1月9日	26人	医師	①講演 『いきいきと生きて逝くために』 ②個別相談



【杵築市】

日程	参加者数	講師	内容
第1回 令和元年11月28日	25人	医師	①身長・体重・BMI・血圧・血管年齢の測定・保健指導 ②講演 『知っちゃんかえ?「からだの年齢」について』 ③個別相談 ④「新しい質問票」を活用したフレイルチェック
第2回 令和2年1月23日	29人	・看護師 ・臨床検査技師 ・管理栄養士	①血糖値検査・フレイルチェック ②講演 ③個別相談



広域連合が実施する事業で一体的実施に関連する主な取組み

1 低栄養防止事業(訪問栄養相談事業)

- 令和元年度より開始
- 訪問業務を大分県栄養士会へ委託
- 対象者:前年度の健診においてBMI20.0未満かつ前々年度の健診から体重が2kg以上減少した者

2 健康診査

- ※県医師会との一括契約方式で実施
- 令和2年度から基本項目に「血清アルブミン検査」を追加

3 口腔機能低下防止事業(歯科口腔相談事業)

- 令和2年度より開始
- 訪問業務を大分県言語聴覚士協会へ委託
- 対象者:前年度の歯科口腔健診において嚥下機能検査で「問題あり」と判定された者

事業の結果や訪問記録等を構成市町村へ提供

構成市町村が一体的実施を行うための支援の課題と対策

これまでの取組みで見た課題と今後の検討事項

①市町村の組織体制や準備状況等に応じた支援が必要

- ◆保健師等の医療専門職が1部局に集約されている市町村、関係3部局に分散する市町村、機構改革を検討している市町村など組織体制が異なるため、市町村の実状に合わせた情報提供やそれぞれの課題に寄り添った柔軟な対応が必要。
- ◆準備状況や事業開始に向けたプロセスも市町村によって様々である。
- ◆担当職員との協議だけでなく首長や幹部職員等の理解が必要。

②広域連合が実施する保健事業と市町村が一体的実施において行う事業との擦り合わせ

- ◆大分県広域連合では保健事業の大半を直営で実施してきたため、後期高齢者の保健事業のイメージが市町村に浸透していない。
- ◆広域連合の保健事業と市町村が一体的実施で行う事業との調整が必要。(対象者の抽出など)
- ◆市町村よりも広域連合が実施した方が良い事業、市町村で実施できない事業は引き続き広域連合が実施するなどの棲み分けについて協議し、相互補完関係のもと双方が事業を行う必要がある。

③市町村の体制整備・専門職の人員配置

- ◆企画・調整の専門職の配置が最大の課題。
- ◆地域担当の医療専門職の配置も容易ではない。
- ◆事業開始が遅くなるほど医療専門職の確保・配置が難しくなる。

④KDBシステムの設置

- ◆各市町村の関係部局全てに設置されているわけではない。(設置は容易ではない)

⑤事業開始による業務量の増加 ※令和2年度開始市町村からの課題

- ◆業務の見直し、担当職員の個別支援の標準化とスキルアップが必要。

成果と今後の取組みの方向性

●大分県での取組み状況・予定(令和2年11月時点)

年度	構成市町村数	事業開始市町村数(累計) ※予定含む	実施割合
令和2年度	18	2	11.1%
令和3年度		4 (6)	33.3%
令和4年度		4 (10)	55.5%

調査: 大分県後期高齢者医療広域連合

●成果

- ◆広域連合、国保連合会、県の連携体制を構築できた。
- ◆令和元年度先行的取組みによりモデル自治体の実施体制や事業内容、業務量等をイメージすることができた。また、その他の市町村においても事業を考えるきっかけとなった。
- ◆全市町村と個別に協議することで各市町村の特性や課題、体制整備状況等を知ることができた。
- ◆令和3年度以降に事業を開始する(開始を検討する)市町村が徐々に増えつつある。

【市町村からの声】

- ・事業の立ち上げ時に広域連合が制度の周知や情報提供を丁寧に行ったことで事業開始に至った。
- ・市町村ヒアリングがきっかけになって関係各課が参集して本格的な検討に入ることができた。
- ・介護部局が保健・医療の視点を加えて事業を行うことで事前の分析や事業の効果確認をできるようになった。

●今後の方向性

- ◆広域連合単独ではなく、国保連合会、県と連携し、**オール大分県**として取組みを継続する。
- ◆全市町村での早期実施だけでなく、市町村が万全の体制整備・準備を経て事業を開始し、市町村にとっても被保険者にとっても事業効果の高い取組みを目指す。

高齢者の保健事業セミナー

令和元・2年度は国保連合会と広域連合の共同開催で実施(共催: 県国保医療課・高齢者福祉課)
企画段階から4者で協議を行う

【令和元年度】

開催日	対象者	参加者数	内容
令和元年12月17日	市町村(後期高齢者医療制度部門、国保部門、介護保険部門、衛生部門等の担当課長等管理職、専門職及び事務職等)、虹の会、県(保健所含む)	94人	1 「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」概要等説明(広域連合) 2 令和元年度モデル事業の概要について(広域連合) 3 令和元年度モデル事業実践報告 ・健康状態が不明な高齢者の状態把握、必要なサービスへの接続(杵築市、豊後大野市、虹の会) ・通いの場への積極的な関与(広域連合) 4 意見交換 ・各市町村における一体的実施の推進体制構築等の進捗状況、課題の共有 ・高齢者の保健事業について、国保の保健事業や介護保険の地域支援事業等と一体的実施に向けた検討 ・その他

【令和2年度】

開催日等	対象者	参加者数	内容
第1回 (関係課長向け説明会) 令和2年11月10日	市町村の後期高齢者医療制度部門、国保部門、介護保険部門、衛生部門等の担当課長等	90人	1 「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」の実施状況等(大分県後期高齢者医療広域連合 事業課長) 2 令和2年度実施市の実践報告 1) 竹田市 保険健康課長 2) 杵築市 医療介護連携課長 3 「介護予防の観点から一体的実施の必要性について」(大分県福祉保健部 高齢者福祉課長) 4 「健康寿命延伸に向けたデータヘルスに基づく一体的実施の必要性について」(大分県福祉保健部 国保医療課長)
第2回 (実践報告会) 令和3年2月2日 (予定)	市町村(後期高齢者医療制度部門、国保部門、介護保険部門、衛生部門等の担当課長等管理職、専門職及び事務職等)、虹の会、県(保健所含む)		1 「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」に向けて(仮題)(大分県福祉保健部 高齢者福祉課長) 2 「令和2年度の実施状況と今後の展望(仮題)」(広域連合) 3 令和2年度実施市(竹田市・杵築市)による実践報告 1) 竹田市 2) 杵築市 講師: 保健事業支援・評価委員 4 「高齢者の保健事業、低栄養防止の取り組みについて(仮題)」 神奈川県立保健福祉大学 保健福祉学部 栄養学科 教授 田中 和美 氏 5 「一体的実施に向けた医療専門職のためのKDBシステム活用マニュアルについて」(国保連合会)

松戸市における 高齢者の保健事業と介護予防 の一体的実施について



松戸市 高齢者支援課 地域包括ケア推進担当室
主任保健師 小島麻奈

松戸市の概要（千葉県）

【基本データ】

総人口：49.9万人
65歳以上：12.8万人（25.7%）
後期高齢者医療被保険者：6.4万人（12.8%）
日常生活圏域 15
地域包括支援センター 委託15
基幹型（市）1
通いの場（元気応援くらぶ） 68か所 令和2年10月時点



【位置】

都心から20km圏に位置し東京駅から23分（松戸駅）
江戸川を挟んで東京都葛飾区と埼玉県三郷市に隣接
江戸時代に松戸宿、小金宿などの宿場町として、
戦後は東京のベッドタウンとして発展
常盤平、小金原など大規模団地で高齢化が顕著

【名物】

梨（二十世紀梨の発祥地）
ねぎ（矢切ねぎ）
矢切の渡し
「マツモトキヨシ」本社



松戸市公式HPの妖精
「まつまつ」



矢切の渡し




事業開始までの経緯

時期	内容	詳細
H30年12月 H31年3月	本事業についての勉強会	庁内関係課に配置の保健師・管理栄養士・歯科衛生士が参加
H31年4月	R2年度正規職員配置にむけ人員要求	正規職員（保健師）2名
R元年7月	政策協議	次年度実施予定であると市長・副市長に説明
R元年8月 ～R2年3月	庁内会議 9回	高齢者支援課・国民健康保険課・健康推進課 R元年9月（3回目）の会議で当課が担当することに決まる
R元年10月	予算要求	会計年度任用職員、その他諸経費
R2年1月～ 2月	各会議にて事業説明	高齢者保健福祉推進会議 市地域ケア会議 健康づくり推進会議 地域包括支援センター長会議 （関係機関の委員が参加）
R2年2月	事業説明会	医師会、歯科医師会、薬剤師会の会員、地域包括職員、 庁内関係課職員等が参加
R2年2月	会計年度任用職員募集	
R2年4月	広域連合と委託契約 事業開始	会計年度任用職員採用 （保健師・管理栄養士4月～、歯科衛生士7月～）

どこの課が行うか検討段階の資料

松戸市における高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施(体制案)

R1.8.8

	案1	案2	案3
事業実施担当課	高齢者支援課	国民健康保険課	健康推進課
メリット	① 75歳以上を対象とした事業であるため高齢者部門で行うことがわかりやすい。 ② 通いの場等との連携がとりやすい。 (元気応援くらぶ:地域包括ケア推進担当室、老人クラブ;高齢者支援課本課) ③ 地域包括支援センターとの連携がとりやすい。 ④ もともと保健師が配置されている課であり、介護予防として行われている事業(介護予防体操教室、認知症予防教室、認知症予防プロジェクト等)との調整が回りやすい。	① 国保と後期高齢者の保健事業(重症化予防の個別指導等)の連続性が確保できる。 ② KDB等のデータ分析を行っていることから、データ分析のノウハウがある。 ③ 高齢者支援課と部内連携が回りやすい。	① 現在ポピュレーションアプローチを行っている。 ② 健康推進課が行っている成人層を含めた全年齢層の健康づくり、まつど健康マイレージや自殺対策事業との連携が回りやすい。 ③ 健康推進課で行っている保健事業との調整が行いやすい。 ④ 保健師、栄養士、歯科衛生士の職種がそろっている。 ⑤ データに基づいた保健事業が展開できる。
デメリット	① 保健事業の担当課が年代ごとに異なり、生涯を通じた健康づくりに取り組みにくい。	なし	① 高齢者支援課等との事業の重複が出る可能性がある。
課題	① 国保の保健事業(生活習慣病の重症化予防など)と整合的な取組を行うことができるよう、国民健康保険課との連携が必要。 ② 健康推進課で行っている高齢者に対する保健事業との整理が必要。 ③ データはどのようにみられるようになるのか。介護保険データ、介護保険レセプト、国保健診データ、広域連合健診データ、医療レセプト、問診項目(フレイルチェックなど)をあわせて分析が必要。(MCWEL、健康カルテ、KDB、他)	① 通いの場や包括との連携に関して高齢者支援課との連携(課を越えての依頼等)が必要。 ② 健康推進課で行っている保健事業との整理が必要。	① 国保の保健事業(生活習慣病の重症化予防など)と整合的な取組を行うことができるよう国民健康保険課との部を越えた連携が必要。 ② 通いの場や包括との連携に関して高齢者支援課と部を越えた連携が必要。
令和元年度 医療専門職 (職員) 配置状況	高齢者支援課:保健師7人 	国民健康保険課:保健師2人 栄養士1人 	○健康推進課:保健師14人(内子ども家庭相談課兼務3人) ※地区担当は6人 栄養士3人(+3人子ども家庭相談課所属)6人 歯科衛生士3人 (+2人子ども家庭相談課所属) 5人全員が兼務 

高齢者の事業であり、高齢者支援課で行うことが市民にとってわかりやすく、地域包括支援センターとの連携が重要であると考え、高齢者支援課が中心となり実施することとなる。事業開始後も定期的に3課で庁内会議を行い、事業内容の検討を行っている。

初年度予算要求（参考）

消耗品費

パンフレット
 ファイル・クリップボード
 アルコール消毒液・除菌シート
 訪問バッグ
 血圧計
 体重計
 ラミネートフィルム など

備品購入費

口腔機能測定器
 握力計 など

印刷製本費

返信用封筒 など

通信料

郵便料
 携帯電話通話料 など

委員報償費

連携会議年2回



訪問物品



ポピュレーション
 アプローチ
 使用物品



その他経費で家庭訪問や通いの場での体力測定などに必要な物品を購入できるように準備した

専門職配置状況

	保健師	保健師	看護師	管理栄養士	歯科衛生士
交付基準	事業の企画調整	地域を担当する医療専門職			
雇用形態	正規職員	正規職員×0.8 (他の業務を週1日)	会計年度 任用職員 (週4日)	会計年度 任用職員 (週4日)	会計年度 任用職員 (週4日)
全体調整 連携・予算管理	◎	○			
データ分析 対象者抽出	○	◎			
ポピュレーションア プローチ	○	◎	○	○	○
ハイリスクアプローチ	◎	○	○	○	○

企画調整役を含め、5名で15地区に対して事業を実施。データ分析などは正規職員2名で協力しながら行っている

事業連携会議

聖徳大学 (人間栄養学部)	松戸市医師会	松戸歯科医師会	松戸市薬剤師会	松戸市リハビリ テーション連絡会	地域包括支援セ ンター (代表)
------------------	--------	---------	---------	---------------------	---------------------

年2回の会議で事業を進める上でのアドバイスをいただいている

松戸市の高齢者の健康課題

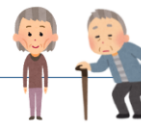
KDBデータ分析より

- 後期高齢者健康診査の受診率が31.6%※1と千葉県平均（35.7%）より低い。
- 歯科口腔健康診査受診率が10.4%※1と千葉県平均（14.4%）より低い。
- 1人あたりの歯科医療費が高い。（県内6位※2）
- 非肥満高血糖の割合が高い。（県内1位※2）
- 糖尿病、脳血管疾患などの割合が高い圏域がある。

健診未受診者のアプローチと生活習慣病に対する取り組みが必要

地域ケア会議で整理された課題

- 地域につながりを持たない高齢者を把握し、必要時に支援機関につなぐ仕組みづくり
- 地域での孤立予防、交流促進
- セルフケアに関する、住民に対する普及啓発
- 認知症高齢者の早期発見・早期対応を推進



高齢者の閉じこもり、孤立、地域へのつながりに対する取り組み、介護予防に関する知識の普及が必要

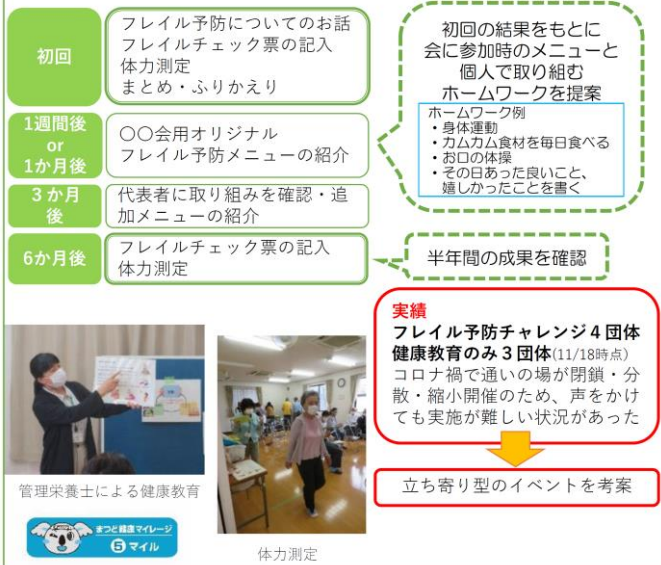
介護予防把握事業（75歳のアンケート調査）

- 外出の機会が週1回未満の割合3.2%、日常的に会話をしていない人が5.9%※2

※1：R元年度 ※2：H30年度

ポピュレーションアプローチ実施内容

通いの場における「まつどフレイル予防チャレンジ」



まつどフレイル予防キャッチフレーズ

※声に出して読むとお口の体操になります



コロナ禍で活動が進まない時期に作成し、
現在通いの場などで配布している

ポピュレーションアプローチ（立ち寄り型）

松戸市役所連絡通路フレイル予防普及啓発イベント（R2.10.26~29）

掲示



駐車場側から見えるよう
パネルの裏側を利用して掲示



パネル掲示
キャッチ
フレーズの
のぼり



体操と口腔の
動画の再生

フレイルチェック



左：質問票の記入（回収）
右：体力測定の結果シート（持ち帰り用）



指輪っかテスト



握力測定

意識調査



パンフレットと歯科医
師会提供の口腔ケア
セットをプレゼント

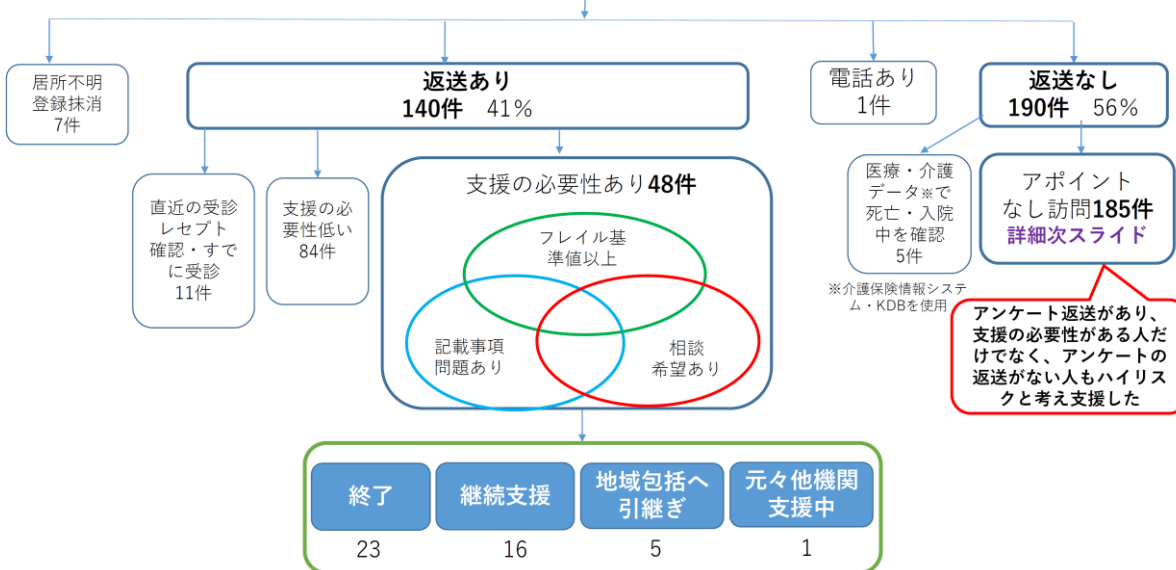
**実績：フレイルチェック
参加者180人
内16人個別支援対象**

**効果：広報を見て来た方
他、市役所に用事で訪れた
「フレイル？知らないね」
という無関心層にもア
プローチすることができた**

ハイリスクアプローチ①健康状態不明者 支援状況（全体）

77歳以上健診・介護・医療データなし（2~4年以上）
アンケート送付7/31 返信用封筒にて回収8/31まで

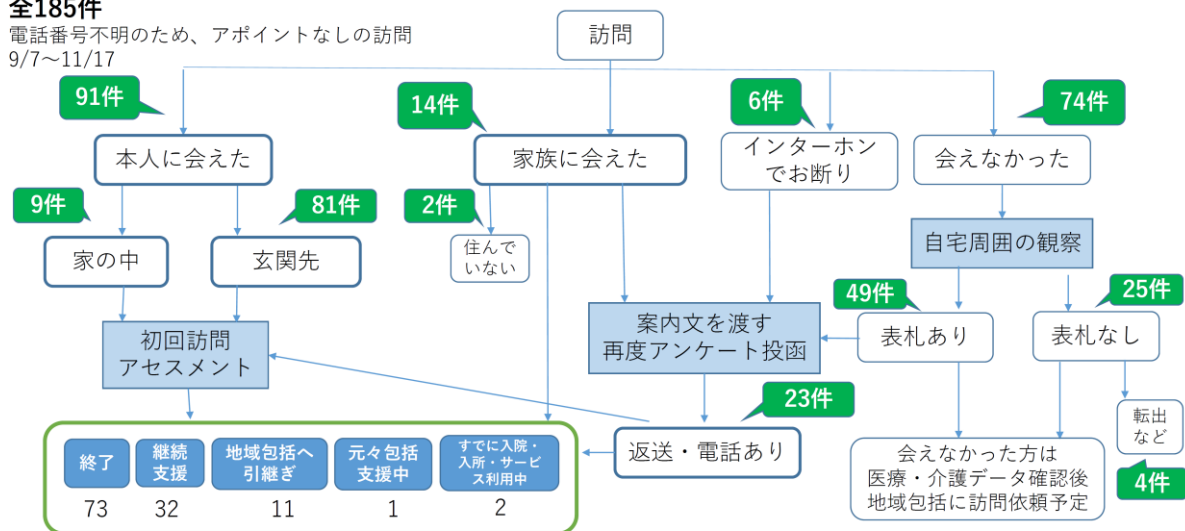
アンケート送付
338件



健康状態不明者 支援状況（アンケート返送なし）

全185件

電話番号不明のため、アポイントなしの訪問
9/7～11/17



※11/18現在

健康状態不明者の傾向

医療・健診・介護データなしの後期高齢者（令和2年度訪問結果より）

世帯構成

独居（39%）

参考：一般高齢者アンケート調査 独居18%

8050世帯（7%）

高齢の親に経済的に依存する子と同居

身体面

血圧が高い（26%）

認知症の様子あり（8%）

聴力が低下している（10%）

歯がほとんどなく、義歯不使用（18%）

数か月以上家の外に出していない（11%）

受診しない理由

「どこも悪いところがない」

「病院に行く習慣がない、ずっと行っていないのでなかなか行けない」

「自分のことは自分がよくわかっている」

「病院が苦手」「薬は飲みたくない」

「病院に行くと色々見つかってしまうので行きたくない」

「あちこち受診したがよくなるのであきらめた」

「皆さんに迷惑かけないように生きている」

行動

市販薬・サプリメント・整骨院などで対処

自分は受診しないが、配偶者や友人の受診同行、送迎はしている

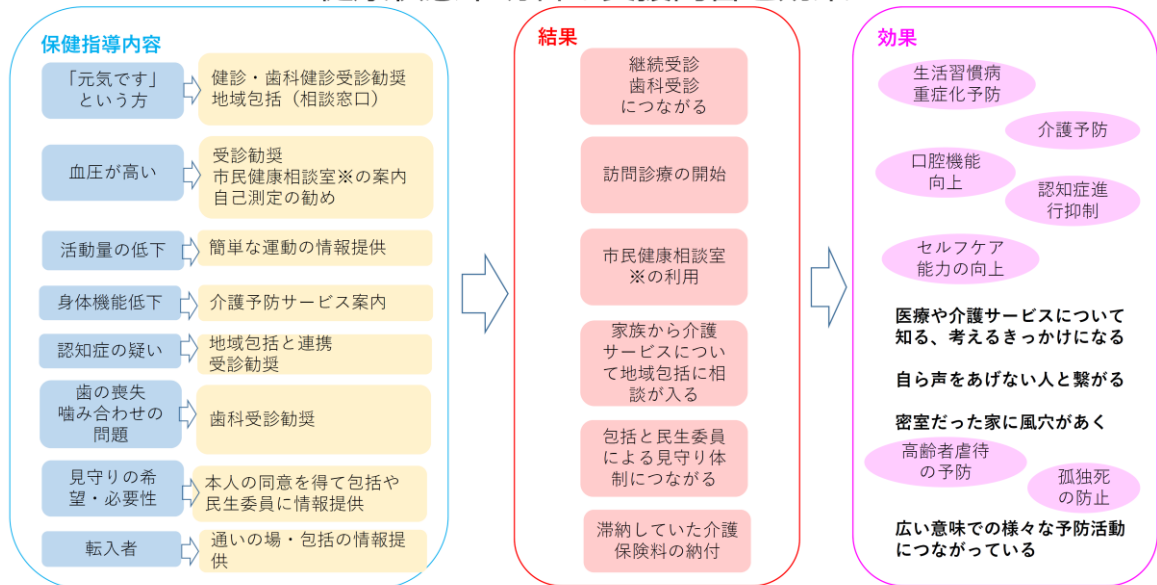
数年～数十年前に作った入れ歯を使い続けている

歯がなくても入れ歯は作らず「歯茎で何でも食べている」

※割合は暫定



健康状態不明者の支援内容と効果

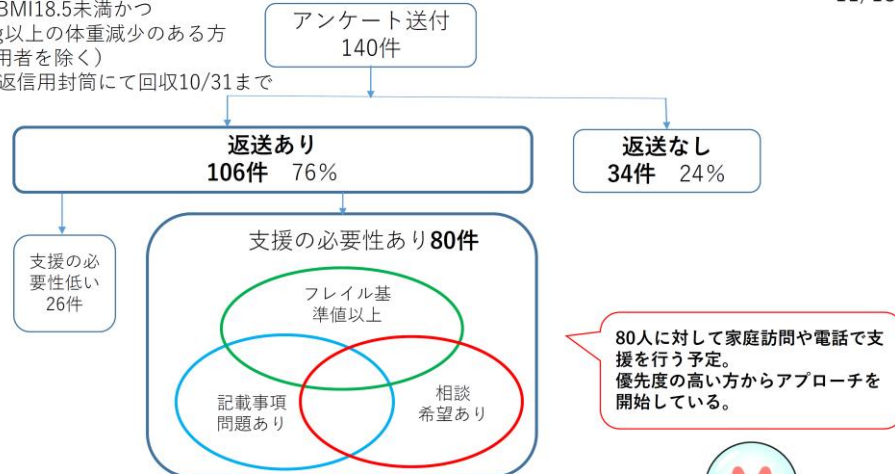


※市民健康相談室・・・市役所と市内8か所の支所にあり、保健師が常駐し、市民の健康相談や母子手帳の発行業務などを行う。

ハイリスクアプローチ②低栄養者 支援状況

11/18時点

76歳以上 前年度健診BMI18.5未満かつ
前々年度健診時から2kg以上の体重減少のある方
(介護保険サービス利用者を除く)
アンケート送付9/30 返信用封筒にて回収10/31まで



今後の取り組みの方向性

ポピュレーションアプローチの拡大

- ・依頼のない団体（通いの場）にも積極的に関与
- ・老人クラブなどの団体にも実施
- ・市の出前講座リストに登録し、依頼のある団体に実施
- ・無関心層へのアプローチを工夫して行う

ハイリスクアプローチの継続

- ・今年度対象者の状況確認
- ・新たな対象者に対する支援
（次年度から後期高齢者の質問票のデータを用いた対象者の抽出が可能となる）

糖尿病などの生活習慣病重症化予防

国保からの接続（糖尿病性腎症重症化予防）について、糖尿病対策推進ネットワーク会議に参加、本事業の庁内会議などで今後の取り組みについて検討中。

地域の健康課題に応じた取り組み

KDBなどのデータ分析により地域の健康課題から生活習慣病などのハイリスク地区を選定。地域包括支援センターや生活支援コーディネーター、ボランティアなどと連携した取り組みについて検討していく。



蒲郡市における高齢者の保健事業と 介護予防の一体的実施事業について



蒲郡市市民福祉部健康推進課
管理栄養士 千賀典子



蒲 郡 市 の 紹 介



人口 **80,007人** (令和2.4.1現在)
世帯数 **32,916世帯**
高齢化率 **29.3%**(令和2.4.1現在)

特産物

観光の町



保健師18人
(健康推進17人(子育て包括1人)・長寿1人)
管理栄養士4人(健康推進2人・子育て支援1人・保険年金兼務1人)
歯科衛生士1人(非常勤)

海の町



◆高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

◆目的

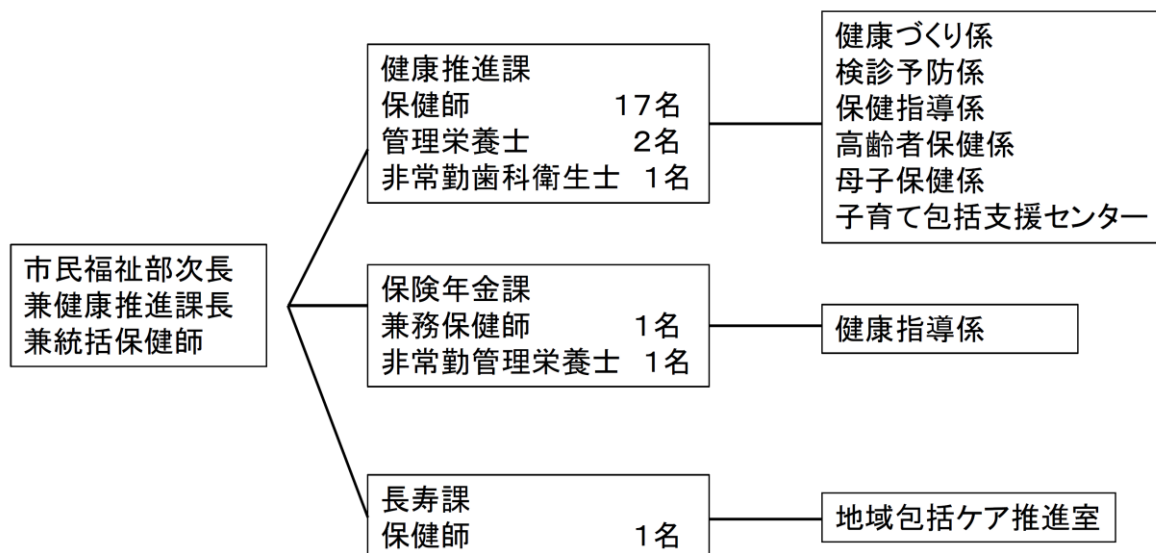
高齢者の心身の多様な課題に対応し、きめ細かな支援を実施するため、後期高齢者の保健事業について、保健事業や介護保険の地域支援事業と一体的に実施する。

医療・介護・保健のデータを一体的に分析し、高齢者の健康状態と健康課題解決のテーマに応じた支援を実施することにより、高齢者の保健の保持増進と健康寿命の延伸を目的に実施する。

◆実施事業

- 1 KDBを活用し分析し健康課題の抽出及び健康状態不明者への個別支援の介入
- 2 通いの場を活用した健康教育・個別相談
- 3 地域連携

◆戦略的な体制整備(令和元年度)



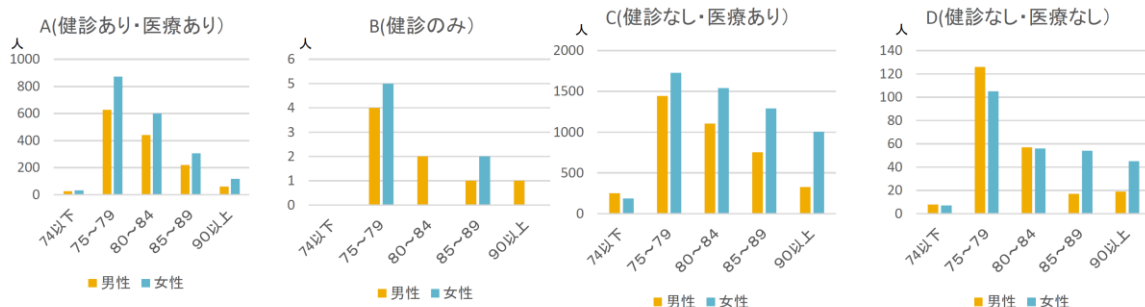
- 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施について保険年金課(後期高齢担当)・長寿課・健康推進課の3課が実施の共有
- 蒲郡市地域包括支援センター長会議 (月1回)
※事業説明や進捗状況を含め5回情報共有実施
- 蒲郡医師会長への事業説明及び担当理事への事業説明と情報提供連絡票の確認

1 KDBを活用し分析し健康課題の抽出及び健康状態不明者への個別支援の介入

<KDBからの保健事業対象者抽出・健診・医療・介護レセプトから見た状況>

	健診あり	健診なし	合計
レセプトあり	A 3303人(27.5%)	C 8113人(67.6%)	11416人(95.1%)
	要支援以上 527人(Aの16.0%)	要支援以上 3332人(Cの41.1%)	3904人(34.9%)
レセプトなし	B 15人(0.1%)	D 577人(4.8%)	592人(4.9%)
	うち要支援以上 0人(Bの0%)	うち要支援以上 41人(Dの8.1%)	410人(6.9%)
合計	3318人(27.6%)	8690人(72.4%)	12008人(100.0%)

<性・年齢別内訳>



＜医療・健診の受診状況から4つの区分に分類しそれぞれの取組を実施＞



区分	割合	取組み内容
1 医療あり・健診あり A	27.5%	状況把握 ・75歳～80歳(平成30年度末年齢)HbA1c7.4%以上 31人について 26人＝毎月受診し内服(※健診受診後に内服開始(10.7%)が1人) 5人＝受診はあるが、血糖の内服なし ・BMI20以下かつ1年間で2kg以上の体重減少あり 51人について 要介護2 2人 入院 3人(うち1人要介護2) かかりつけ医なし 1人(眼科・歯科のみ・健診は毎年受診あり)
2 医療なし・健診あり B	0.1%	状況把握 健診結果のチェックと受診状況(12月末)確認
3 医療あり・健診なし C	67.6%	今年度は対象外
4 医療なし・健診なし D	4.7%	状況把握と介入 対象:75歳～80歳で、「医療なし・健診なし・介護なし」の健康状態不明な人を対象) ・対象者の抽出(地区別) ・アンケート調査 提出方法(郵送・保健センター・地区別健康相談・家庭訪問)

Copyright © 2011 Gamagori City, All rights reserved.

＜元気に人生を送るためのアンケート調査＞



対象:189人

元気に人生を送るためのアンケート調査のご協力・個別健康相談のご案内

立冬を過ぎ、朝晩の冷えが厳しくなっておりますが、いかがお過ごしでしょうか。

蒲郡市では、みなさまの元気と健康を願い、高齢者の方を対象とした各種の健康づくり事業などを実施しております。

このたび、75歳から80歳の方の中で、平成29年度、平成30年度に後期高齢者健康診査を受診されなかった方を対象に、下記のとおり、アンケート調査、健康相談を実施させていただきます。

この機会に、ご自分の健康と生活の振り返りいただき、これからも健康で暮らしていきましょ。

＜実施していただきたいこと＞

1 別紙1のアンケート(両面)にお答えください。

2 アンケートを市健康推進課に提出してください。

※提出の方法は次の2つです

(1) 健康相談会場(別紙2)に持参する

・健康相談では血圧測定等の健康チェックや保健師・管理栄養士による個別健康が受けられます。

・持参していただいた方には粗品を差し上げます。

(2) 保健センターに持参する(平日:8時半～17時)

・健康相談会場にお越しいただけない方は保健センターに持参していただいても結構です。

・持参していただいた方には粗品を差し上げます。

(3) 郵送する

・①、②に都合がつかない方は、同封の返信用封筒で、保健センターに郵送してください。

3 締め切り 令和元年12月31日(当日消印まで)

返信がない場合は、健康推進課の管理栄養士、保健師が訪問し、回収させていただきます。ご迷惑をおかけください。

※いただいた情報につきましては、蒲郡市が十分に注意し、個人情報保護条例等に基づき蒲郡市が実施する保健事業以外に用いることはございません。また、データ分析に際して外部に提供するような場合があった場合には、個人が特定されない形とするため、個人情報は保護されます。

この機会にみなさまの健康づくりのお手伝いのできましたら幸いです。

お問い合わせ先 蒲郡市健康推進課(保健センター) 67-1151 担当 千賀

元気に人生を送るための健康相談会場日程のご案内 (アンケート提出会場)

下記の会場日程に同封のアンケートをご持参いただくと、無料で血圧・握力測定等の健康チェックと粗品をプレゼントします。

ぜひ当日会場に直接お越しください。



★会場日程

地区	場所	日時
大塚地区	大塚公民館1階和室	12月10日(火) 10時～11時半
三谷地区	三谷公民館2階和室	12月10日(火) 13時半～15時
箕西北地区	箕野公民館1階小会議室	12月12日(木) 13時半～15時
小江・府相地区	小江公民館2階和室	12月12日(木) 10時～11時半
蓮華地区	蓮華公民館1階和室	12月13日(金) 10時～11時半
雄津地区	雄津公民館1階和室	12月13日(金) 13時半～15時
形原地区	形原公民館1階第1会議室	12月17日(火) 13時半～15時
西浦地区	西浦公民館本館1階和室	12月18日(水) 13時半～15時

★内容

- ・アンケート提出…粗品プレゼント
- ・希望者健康体験(血圧・握力測定等)
- ・個別健康相談など

お気軽にご相談ください!(費用は無料です)

お問い合わせ先

蒲郡市健康推進課(保健センター)
電話 0533-67-1151 FAX 0533-67-9101

Copyright © 2011 Gamagori City, All rights reserved.

<元気に人生をおくるためのアンケート返信結果>

- (1) 健康相談会場に持参した人(8会場)
7人…男性3人・女性4人 → 健康診断受診表再発行 3人(内1人受診)
- (2) 保健センターに持参した人
2人…男性2人(健康相談実施)
- (3) 返信してくれた人 44人

※アンケート回収 53通
(回収率28.0%)



自分の健康について相談したいか?
①したい 0人 ②したくない 17人 ③どちらともいえない 27人



※返信のあった対象者のレセ状況確認と質問票で気になる人の3人に訪問実施。保健師による健康相談実施。2人訪問で会え、1人不在だった(3人とも家までいき、今年度は終了となった)

<元気に人生をおくるためのアンケート返信なし対象者への対策>

- ①アンケート返信がない 136人に対し、レセ状況と世帯情報を確認(R2年1月)
→要介護・死亡者・医療継続受診者75歳を除き最終対象者 121人
- ②121人を地区分けし、担当保健師とパート保健師2人1組で訪問実施するため、台帳・地図を作成し、訪問準備(カンファレンス実施)
- ③保健師によるアポなし訪問健康相談実施
(不在者にはアンケートと不在者票を入れてくる)
- ④訪問健康相談実施後スタッフ間でカンファレンス実施し方針決定

<元気に人生を送るためのアンケート返信なし対象者への訪問結果>

※性別
男性 66人
女性 55人

対象 : 121 人
内容 : 保健師の訪問による健康相談とアンケートの回収
結果 : 本人面接68人(56.2%)・家族等面接 18人(14.9%) ・不在 35人(28.9%)

判定区分	A : 他の関係機関へ連絡(民生・包括等)	18人(14.9%)※
	B : 保健師継続支援	17人(14.1%)
	C : 助言・情報提供をしたため、(次年度確認)	41人(33.9%)
	D : 問題なし(次年度確認)	45人(37.1%)

※A:18人…民生委員へ連絡 12人 ・ 地域包括 5人 ・ 福祉課 1人

＜後期高齢者の質問票 訪問で回答してくれた方 46人＞



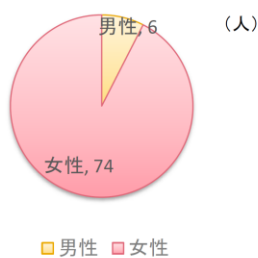
Copyright © 2011 Gamagori City, All rights reserved.

2. 通いの場を活用した健康教育・個別相談

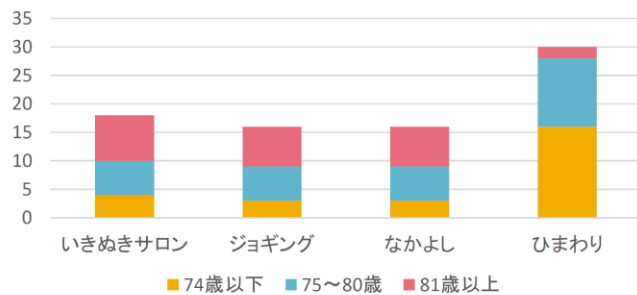
通いの場4か所 の参加者
 ＜ 実施時期:10月～3月 ＞

名称	会場	活動時間	対象者人数(80人)	参加者数(73人)
海岸いきぬきサロン	海岸公民館	月9:30～11:00	18人	18人
西浦ジョギングクラブ	西浦公民館	火9:30～11:00	16人	14人
なかよし会	東部公民館	木13:30～15:00	16人	15人
ひまわり会	塩津公民館	金10:00～11:30	30人	26人

(参加者・性年齢別内訳)



参加者年齢別内訳



Copyright © 2011 Gamagori City, All rights reserved.

◆実施スケジュール

回数	内容	個別相談
1回目(10月)	①事業説明・問診 ・基本情報 ・高齢者の健康状態を把握するための15項目質問表 ②全員個別健康相談(保健師・管理栄養士) ・問診・事前カンファレンスをもとに個別相談 ・健康診断受診勧奨・長期目標・短期目標	全 員
2回目(10月～11月)	①健康教育 ・管理栄養士からの栄養の話(20分)・栄養サポートアンケート・10種の食品群 ②個別健康相談(保健師・管理栄養士)	対象者に保健師・管理栄養士毎回同じ担当で実施
3回目(10月～11月)	①健康教育 ・運動指導士からの運動の話と実技(20分) ②個別健康相談(保健師・管理栄養士・健康運動指導士)	↓
4回目(12月)	① 健康教育 ・歯科衛生士からの口腔の話(20分) ②個別健康相談(保健師・管理栄養士・歯科衛生士) 健康診断受診勧奨と必要性	
5回目(3月)	①アンケート・質問票 ②個別健康相談 アンケート・質問票をもとに個別相談	全 員

◆ハイリスク対象者(継続個別相談)

- ①BMI20以下で6か月で2～3キロ以上の体重減少のある者
- ②質問15項目による健康状態・栄養・口腔・運動・服薬・認知などで問題がある者
- ③糖尿病等治療中の者
- ④その他、保健師・管理栄養士が必要とする者

※通いの場の名簿には記載しているが、ここ数か月来ていない人への健康状態の把握、訪問や地域包括支援センターとの連携で状況を確認する

◆ 結果

＜通いの場 参加者73名＞



①医療の受診状況 (10月現在)	… 医療受診あり 71人 (97%)	・ 定期医療受診なし 2人 (3%)
(※毎年健康診断受診あり)		
②健診受診状況 (3月末現在)	… 健診受診あり 49人 (67%)	・ 健診受診なし 24人 (33%)

★個別相談対象者 33人(73人中) … 45%

項目	人数	対象
低栄養	5人	質問項目で体重減少ありで、基礎疾患のある人
口腔	4人	質問項目で嚥みにくかったり、定期受診の全くない人
糖尿病	6人	かかりつけ医で糖尿病で受診している人
高血圧	4人	かかりつけ医で高血圧で受診しているがコントロール不良の人
腎機能	3人	腎機能低下で病院にかかっている人
膝・腰痛	9人	本人の訴えで相談希望の人
その他	2人	認知症が心配な人

★他機関と連携し支援した人 7人(73人中) … 9.6%

事業対象者・介護保険要支援者等の人を地域包括支援センターで状況確認

★事業対象者だが、参加してなかった人 7人(80人中) … 8.8%

1人は体調を崩し来ていないことがわかり、包括支援センターに繋げた。6人については、状況確認ができた。(他のサークル参加や時間が合わなくなったなど)

Copyright © 2011 Gamagori City, All rights reserved.

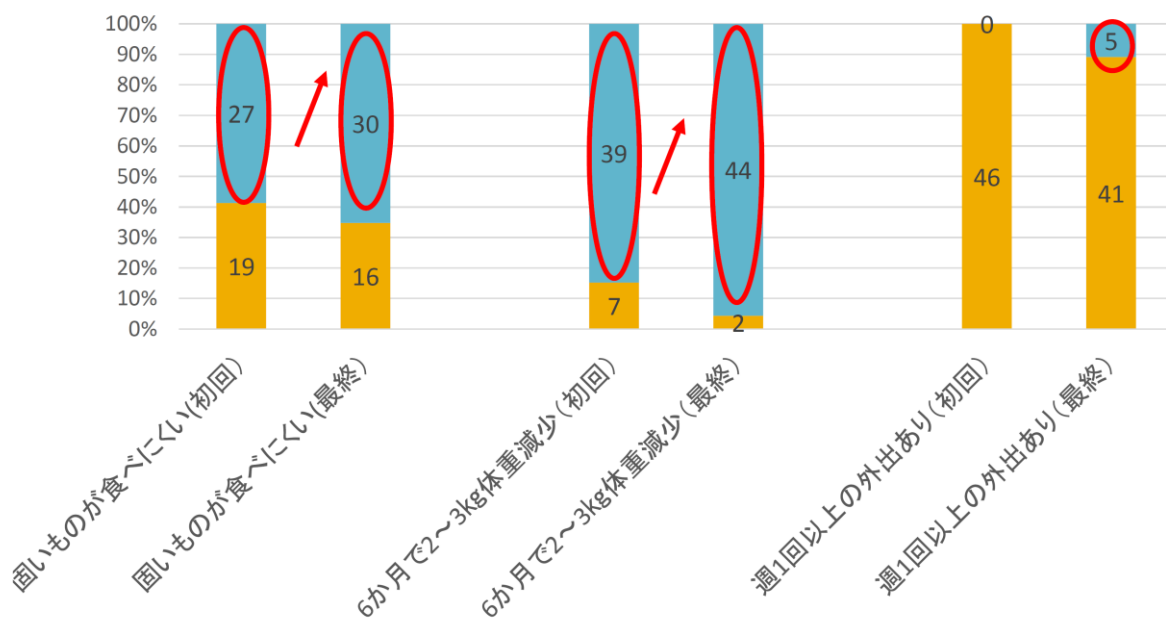
＜高齢者質問票が回収できた46人分で変化のあった項目＞



回答者：46人

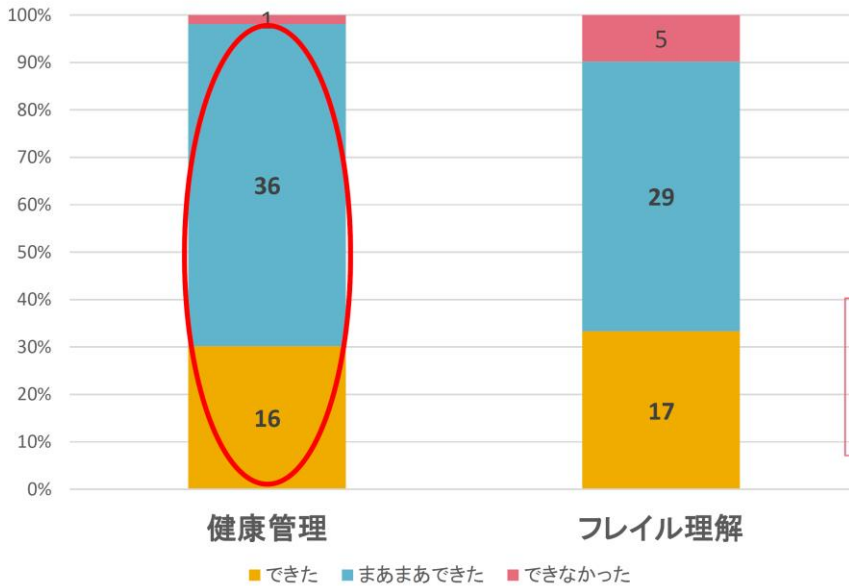
通いの場

■ 1 ■ 2



Copyright © 2011 Gamagori City, All rights reserved.

< 事業終了アンケート 53人 >



※今後も健康相談の機会が欲しいと思う人 96%

< 新型コロナ対策生活状況アンケート 53人 >



※新型コロナのための生活状況アンケート10項目の実施状況

項目	実施率(%)
① 手洗い・アルコール消毒をしていますか	96
② 人が集まる場所への外出を控えていますか	98
③ バランスのよい食事をとっていますか	87
④ 毎食後の歯磨きをしていますか	88
⑤ 人混みをさけての散歩をしていますか	78
⑥ ラジオ体操などの家でできる体操をしていますか	78
⑦ 家族や友人に電話やメールで交流していますか	81
⑧ 買い物・移動等で助けを呼べる人がいますか	96

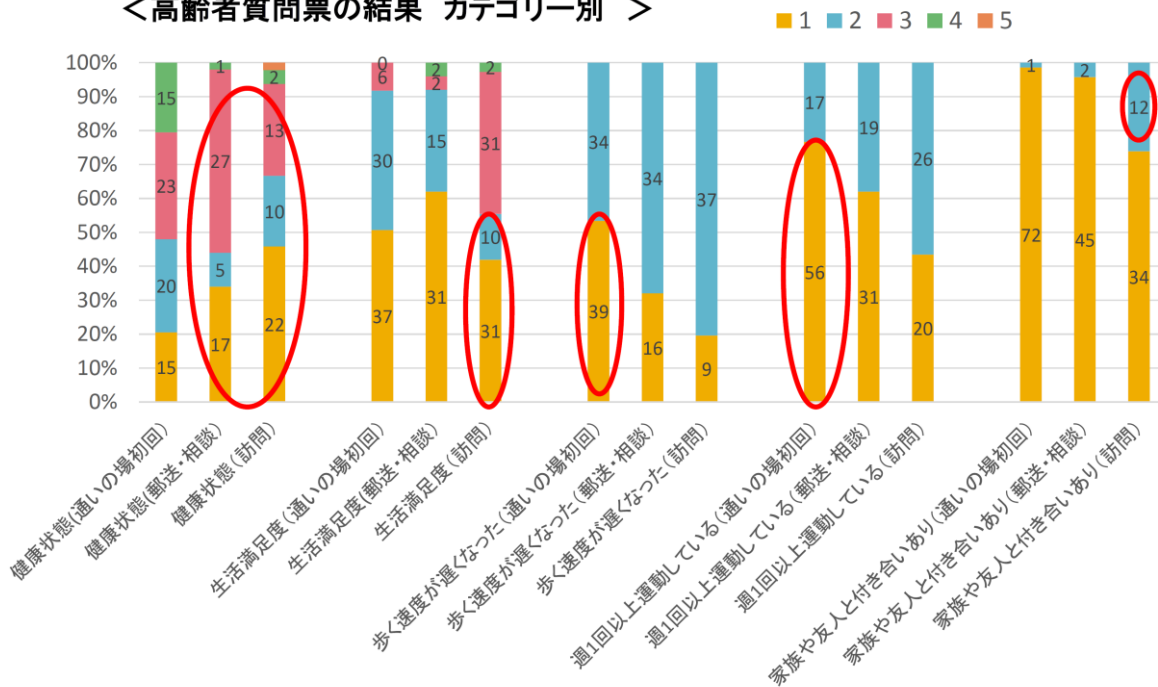
⑨ 通院していますか
 これまでどおり 77%・薬飲み 13%・もともと通院していない 10%・中断している 0%

⑩ 生活の中の不安はありますか あり 29% ・ ない 71%

- < どんなことが不安か >
- ・新型コロナに感染しないか不安
 - ・筋力の衰えが心配
 - ・夫が入院してしまったが、会うことができずこれから不安
 - ・夫婦2人で高齢なため、体調不良が心配
 - ・物忘れがひどくなった
 - ・日頃の食材の買い物
 - ・動かなくなって膝が悪くなった

3 結果まとめ・今後に向けて

＜高齢者質問票の結果 カテゴリー別＞



Copyright © 2011 Gamagori City, All rights reserved.

①KDBシステムを活用し、健診・医療の受診状況別 今後に向けて

区分	割合	今後に向けて
1 医療あり・健診あり A	27.5%	<ul style="list-style-type: none"> ・蒲郡では、平成28年度から糖尿病性腎症重症化プログラムを開始していることから今回重症度の高いレベルの方の医療中断や80歳までの方の重症化はなかった。今後も国保からのプログラムの実施をすることで、重症化予防ができると考える。 ・低栄養では1年間の健診で2kg以上の体重減少があるBMI20以下の人は、毎月何らかの生活習慣病で受診しているが、介護申請や入院につながっているケースが多かったため、健診後すぐの介入が必要なため医師との連携が必要と考える。次年度は毎回の受診結果を1年間みていき、連絡票等でかかりつけ医との連携ができる仕組みを考える。
2 医療なし・健診あり B	0.1%	<ul style="list-style-type: none"> ・毎年受診があるか確認し健康状態を確認。
3 医療あり・健診なし C	67.6%	<ul style="list-style-type: none"> ・4割が介護保険導入だったため、健診受診、適切な医療にかかっているかの分析が必要。新規の介護保険の導入理由や、服薬等今後分析を実施し課題を見出していく。
4 医療なし・健診なし D	4.7%	<ul style="list-style-type: none"> ・社会保険から後期高齢に移行した方への75歳の情報提供が必要 ・男性が対象者としても圧倒的に多かったため、男性へのアプローチが必要 ・健康状態不明者については、継続支援が必要な方は28.1%いたため、この人については今後の一体的実施でもフォローしていく。 ・質問票でも、健康状態不明者の方は病院にかかっていない理由である健康状態もふつう以上の回答が多く、周りがそっと見守っていく必要もあり、介入の仕方などを包括支援センター等と連携して仕組みづくりが必要。

Copyright © 2011 Gamagori City, All rights reserved.

②通いの場

<実施後の感想>

- ・通いの場については、4か所実施したが、今回はコロナの関係で4回の介入だったが、質問票から、健康状態を訴える人は多く、通いの場にでてはいるが、相談にのってほしいと思っている人が多い。
- ・参加を中断してしまった人への介入が今まで、できていなかったが、この一体的で介入することができる
- ・半数が個別相談実施していることから、専門職との相談で健康状態の改善にもつながる

<次年度に向けて>

- ・事前カンファレンスを次回も実施し、専門職の共有を図る
- ・前年度実施した通いの場の評価を実施する
- ・健康づくりボランティア(食改)・地域包括支援センターにも介入してもらい、通いの場全部での質問票の実施を検討する