

上三川町における KDBシステムを活用した 一体的実施事業について

令和5年度高齢者の保健事業と介護予防の
一体的実施の推進に向けた研修会
令和5年11月27日（月）

資料No.3



栃木県上三川町 健康福祉課
保健師 江口 千早

上三川町の概況



上三川町総人口	30,860人
高齢化率	24.9%
後期被保険者数	3,655人
日常生活圏域数	1圏域

(R5.4.1現在)



健康課題に関連する町の強み

☆後期高齢者の健診受診率が高い

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
上三川町	49.5%	49.7%	49.8%	46.1%
栃木県	30.1%	25.7%	28.4%	30.2%

出典) KDBシステムを活用した情報提供(栃木県後期高齢者医療広域連合作成)

町の強み

町の健康課題

★健診受診者の検査値(受診勧奨判定値)に課題

	上三川町	栃木県	全国
BMI	29.6%	25.7%	23.7%
血糖	6.2%	5.7%	5.7%
血圧	32.4%	27.1%	24.3%
脂質	5.7%	8.6%	10.8%

生活習慣病に起因する
血糖や血圧が
国や県より高い

出典)KDBシステム帳票(令和4年度)

町の健康課題



★標準化死亡比(SMR)は脳血管疾患と心疾患が高い

	脳血管疾患		心疾患	
	男性	女性	男性	女性
上三川町	124	150	119	108
栃木県	125	135	117	111

出典)人口動態保健所・市区町村別統計 標準化死亡比(ベイズ推定値)、主要死因・性・都道府県・市区町村別(平成25年～平成29年)

★人工透析率が高い

単位(%)

	令和2年度	令和3年度		令和4年度	
		65歳以上	75歳以上	65歳以上	75歳以上
上三川町	1.5	1.5	0.8	1.5	0.8
栃木県	1.1	1.1	0.8	1.1	0.8

出典)KDBシステム帳票、KDBシステムを活用した情報提供(栃木県後期高齢者医療広域連合作成)



取組の経緯

●町の健康課題から

⇒課題を踏まえ、既存の事業を活用し、

「**糖尿病重症化予防事業**」や「**生活習慣病重症化予防事業**」等を
一体的実施が目指す視点を踏まえ展開していく。

⇒従来の制度では埋もれていた「**健康状態不明者**」を客観的に把握し、
必要な支援に繋いでいく。

●一体的実施開始に向けて

⇒令和2年度に関係各課で一体的実施についての情報共有を行う。

既存事業を関係各課で整理・共有し、「**既存の事業にあわせて対象を明確化**」し、令和3年度から一体的実施事業を開始した。

実施体制



健康福祉課 成人健康係

企画・調整担当
地域の課題分析
糖尿病・生活習慣病予防事業
健康教育・健康相談
フレイル状態の把握

実務者会議 (年4回)

地域包括 支援センター

健康教育・健康相談
フレイル状態の把握

担当者会議 (随時)

健康福祉課 高齢者支援係

介護予防担当
健康状態不明者支援
健康教育・健康相談
フレイル状態の把握

住民課 国保年金係

契約事務
予算担当

◆医療関係団体との連携◆

小山地区医師会
宇都宮市歯科衛生士会
栃木県栄養士会
等

事業の実働

成人保健師3人
(2人は重症化事業のみ)
高齢保健師1人
包括保健師1人
国保事務職1人

既存会議の活用

地域医療関係者等が参加する地域包括ケア会議や国民健康保険運営協議会を活用し、事業の実施状況や実績を報告。また、医師会会議を活用し事業説明等を行い、医師会への協力依頼を実施。

ハイリスクアプローチ

【すべて町保健師による町営実施】

		対象者抽出基準	支援実施者	支援方法
糖尿病性腎症重症化予防事業	治療中断者対策	県糖尿病重症化予防プログラムより階層化	成人保健師	訪問
	受診勧奨者対策	当年度の集団健診結果から抽出(対象抽出者基準は外部講師(医師)の意見を参考に設定)	成人保健師	健診結果説明会(未来所者は訪問・電話等)
その他の生活習慣病重症化予防事業	未治療者対策	県広域連合が定める基準値で抽出(前年度健診結果を活用)	成人保健師	訪問
	受診勧奨者対策	当年度の集団健診結果から抽出(対象抽出者基準は外部講師(医師)の意見を参考に設定)	成人保健師	健診結果説明会(未来所者は訪問・電話等)
健康状態不明者対策		<ul style="list-style-type: none"> ・KDB活用支援ツールにて抽出 ・対象者のうち、76歳・80歳・85歳で町保健師や包括が把握していない者 	高齢保健師	訪問、電話等

ハイリスクアプローチの実際



記録用紙は
生活の様子を
聞きもらさない
よう工夫

フレイル状態の
把握も必須

リスクを信号機に
見立てパンフレット
を作成



あなたは、何色信号ですか？

●赤信号！ すぐに受診が必要
《収縮期血圧》 160mmHg以上 100mmHg以上
《拡張期血圧》
→脳卒中・心臓病のリスクが約5倍

●オレンジ信号！ 生活習慣の改善、数値の改善が見られなければ
医療機関受診が必要。
《収縮期血圧》 140~159mmHg以上 90~99mmHg以上
《拡張期血圧》
→脳卒中・心臓病のリスクが約3倍

●黄色信号！ 正常値の中でも高値。生活習慣の改善が必要
《収縮期血圧》 130~139mmHg以上 85~89mmHg以上
《拡張期血圧》
→脳卒中・心臓病のリスクが約1.5~2倍

●緑色信号 異常なし
《収縮期血圧》 129mmHg以下 84mmHg以下
《拡張期血圧》
→規則正しい食生活・運動習慣を持ちましょう。

上三川町 健康福祉課 成人健康係(56)9133

後期

氏名 性別 男女 生年月日 () () () ()

年齢 性別 年齢 性別 年齢 性別

住所 電話番号

職業

食事回数【 3食とる 2食(朝 昼 夕) 1食(朝 昼 夕) 】

間食 なし あり (日/日) (内容:)

飲酒 なし あり (日/日) (内容:)

食事を作る人 本人 家族(誰:) 配食 その他()

担当について 問題ない・問題あり (内容:)

【運動】

していない・している (週 回数)

(内容:)

【医療情報】

かかりつけ医 なし あり ()

治療中の病気 高血圧・糖尿病・心疾患・腎疾患・脂質異常症・骨関節症・
がん・うつ・その他()

薬の管理 自己管理・家族管理(同居・別居)・その他()

がん検診実施 あり・なし ()

(肺・胃・大腸・子宮・乳・前立腺・骨ヘルシク)

【その他】

1. 今年のみ(受診継続希望)

2. 継続希望 (①受診希望 ②地域担当医連絡 ③地域包括支援センター)

3. その他 ()

相談担当者: ()

ポピュレーションアプローチ

各専門職が健康相談も
対応しています！

●健康教育・健康相談

	健康教育実施専門職	支援内容
町内サロン5箇所 【年5回程度 講師派遣】	町または包括保健師 (他専門職講話時参加)	フレイルについての講話、健診案内、 町事業の紹介等
	管理栄養士(1回)	低栄養予防、10の食品群についての講話等
	歯科衛生士(1回)	オーラルフレイルについての講話、 ブラッシング指導等
	理学療法士(2回)	フレイルについて、コグニサイズ 運動の実践、握力測定、指輪っかテストの実践等
	健康運動指導士(1回)	運動の実践等

●フレイル状態の把握

- ・参加者に後期高齢者の質問票の内容を含む「健康長寿のための質問票※」を実施。
- ・介入前後の評価を行い、必要な方に介護保険サービス等の繋ぎを行う。(町・包括保健師)

※具体的な内容についてはP16に掲載

ポピュレーションアプローチの実際



指輪っかテスト
の実践



願成寺
自治会ミニサロン

高齢者の保健事業と介護予防等の一体的実施

健康長寿サロン

令和5年度
介護を必要とせず、生きがいのある
充実した日々を送れるよう
一緒に健康寿命を延ばしましょう!!

【日時・内容】

日にち	時間	内容
① 6月2日(金)		フレイルを予防しよう! (包括保健師) 健康長寿のための質問票の実施
② 8月4日(金)	午前 10時00分	歯と口の健康を守ろう! (歯科衛生士)
③ 10月6日(金)	~	筋力を維持・向上しよう! ① (理学療法士)
④ 12月1日(金)	11時00分	今日から始める認知症予防! (管理栄養士)
⑤ 2月2日(金)		筋力を維持・向上しよう! ② (理学療法士) 健康長寿のための質問票の実施

【教室担当】
上三川町地域包括支援センター
電話：0285-00-0000
担当：

セラバンドを使った
運動の実践



事業結果と評価概要（令和4年度結果）

ハイリスクアプローチ

	対象者数	参加者数	評価指標	状況(評価結果)
糖尿病性腎症 重症化予防事業 ①治療中断者対策 ②受診勧奨者対策	① 1 ②22	① 1 ②22	<ul style="list-style-type: none">・保健指導実施率・未受診者の再勧奨実施率・介入前後のHbA1c値とeGFR値の変化	①受診勧奨者1名⇒緊急入院 ②受診勧奨者22名のうち21名受診 (受診率95.5%) 未受診者1名に再勧奨するが未受診 介入前後の検査値の変化は追跡調査中
その他の生活 習慣病予防事業 ①未治療者対策 ②受診勧奨者対策	① 0 ② 9	① 0 ② 9	<ul style="list-style-type: none">・保健指導実施率・未受診者の再勧奨実施率	<ul style="list-style-type: none">・受診勧奨者9名のうち5名受診 (受診率55.6%)・未受診者4名のうち3名に再勧奨 するが未受診(白衣高血圧の認識)
健康状態不明者の 実態把握	8	7	<ul style="list-style-type: none">・質問票回収率・ハイリスク者、未返信者の 訪問件数・他機関等に繋がった人数	<ul style="list-style-type: none">・回収率87.5%・訪問4名・医療機関に繋がった者4名・包括に繋がった者2名

【健康状態不明者】健康長寿のための質問票を送付後、結果を確認。5項目以上をハイリスク者と判断し、電話または訪問にて支援。未返信者も訪問にて実態把握に努めた。家族力も低く、ひきこもり状態であることを把握し、包括と連携しながら医療に繋がったケースがあった。

事業結果と評価概要（令和4年度結果）



ポピュレーションアプローチ

	参加者数	評価指標	状況(評価結果)
健康教育 健康相談	実 73 延べ302	・ハイリスク者の把握	<ul style="list-style-type: none"> ・ハイリスク者7名(9.6%) 継続見守り4名 状態の悪化2名 (介護申請、病気の悪化) 未評価1名 (サロンと包括の見守りを継続)
フレイル状態の 把握	実 73	<ul style="list-style-type: none"> ・フレイル状態者の把握 ・質問票の初回・半年後の改善率 	<p>【開始時】</p> <ul style="list-style-type: none"> 運動リスク：18名(24.7%) 栄養リスク：6名(8.2%) 口腔リスク：9名(12.3%) <p>【終了時】</p> <ul style="list-style-type: none"> 運動リスク：11名(15.1%) 栄養リスク：6名(8.2%) 口腔リスク：3名(4.1%)

健康状態不明者支援

突然の重篤な疾患を発症することを回避したい！
埋もれているハイリスク者への介入の糸口に！

目的

健康状態不明者の状態を把握し、訪問等にて健康相談の実施。
必要な場合は、関係機関と連携し適切なサービス等に繋げることにより、
健康寿命の延伸や生活の質の向上を目指す。



対象者

前年度に上三川町後期高齢者健康診査が未受診
であり、過去1年間医療機関の受診歴もなく、
介護認定をうけていない76歳、80歳、85歳の者。

●対象者の選定

- R3年度：年齢制限なし(75歳以上)
- R4年度：76歳と前年度転入者
- R5年度：76歳、80歳、85歳

※対象者はKDB活用支援ツールにて抽出。

その後、レセプト、介護情報、健診受診歴を再確認し絞り込む。

実態把握対象者の選定経過

町の実情

万年、
マンパワー不足…



50年病院受診していない！
自分の身体は自分が
一番分かっている！！

過年度の訪問により把握した結果



70代

まだまだ現役！！
自宅にいない
ことが多い！



90代

『あるがままに
生きていく』

健康状態不明者への支援の実際(全体)

()内はR4年度実績値

健康状態不明者へ健康長寿のための質問票を送付(8人) 【高齢者支援係保健師】

返信あり
(5人 : 62.5%)

返信なし
(3人 : 37.5%)

質問票非該当者
(3人 : 60%)

5項目以上該当者(フレイルの者)
(2人 : 40%)

回答結果を確認し担当者でアセスメント
関係者でリスク評価を実施

電話にて健康状態等の詳細確認
健診受診勧奨等
(3人ともリスクは低いが電話にて状況確認の実施)

電話・訪問による
健康状態等の把握・支援の実施
2人

訪問による健康状態等の
把握・支援の実施
(2人 : 66.7%)
(※1人は不在で未把握)

結果

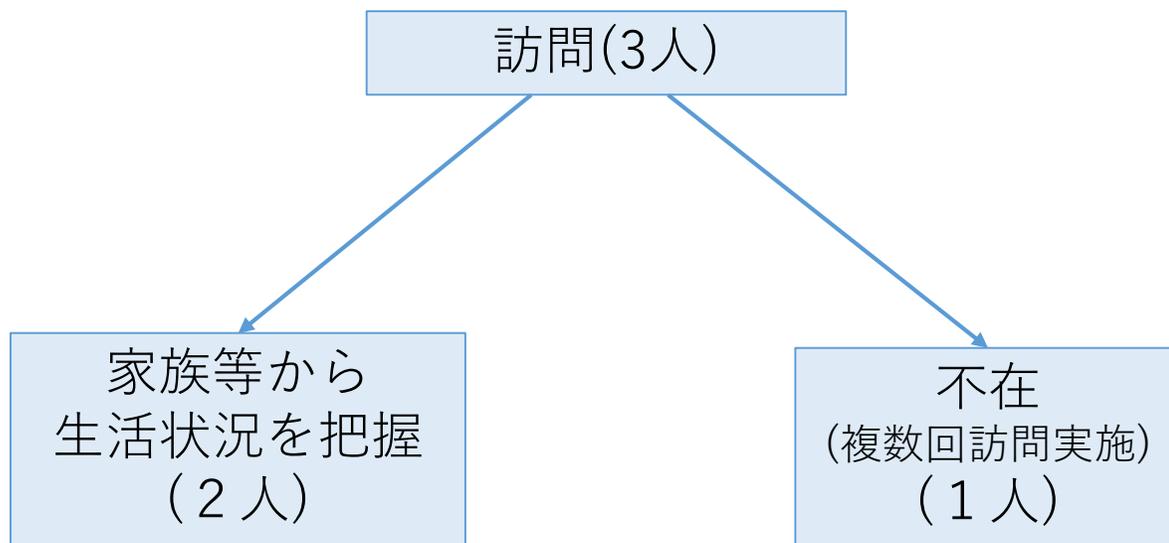
終了
(7人)

在宅介護支援センターへ引継ぎ
(1人)

健康状態不明者への支援の実際(アンケート未返信者)



ORIGAMI のまち
かみのかわ



世帯情報や家屋状況も重要な情報

- ・ 表札あり
- ・ 整理された住環境
- ・ 洗濯物あり

訪問にて質問票の実施

健康長寿のための質問票

◇下記の質問にご回答ください。 ※全部で2枚あります。

1. 健診の受診頻度について

①全く受けていない ②数年に1回受けている ③その他()

2. 健診を受けない理由についてお答えください。(該当するものに○を付けてください。)

①面倒くさい ②受ける必要がないと思う ③受け方がわからない ④数年に1回で十分だと思う

⑤その他()

3. 体調不良時にかかる病院はありますか？

①ない

②ある(医療機関名:)

2-めの質問票 記入日: 令和 年 月 日

姓・男) 生年月日: 年 月 日(歳)

世帯: 一人暮らし・夫婦世帯・家族と同居

回答 (1つずつ適切な○をつけましょう)

すか ①ふい ②まあよい ③ふつう ④あまりよくない ⑤よくない

2	毎日の生活に満足していますか	①満足	②やや満足	③やや不満	④不満
3	1日3食きちんと食べていますか	①はい	②いいえ		
4	半年前に比べて重いものが食べにくくなりましたか	①はい	②いいえ		
5	※ささいか、たくあんなどお茶や汁物等でむせることがありますか	①はい	②いいえ		
6	6か月間で2〜3kg以上の体重減少がありましたか	①はい	②いいえ		
	【身長: cm 体重: kg BMI: 】				
7	以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いませんか	①はい	②いいえ		
8	この1年間に転んだことがありますか	①はい	②いいえ		
9	ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか	①はい	②いいえ		
10	周りの人から「いつも同じことを聞く」などのお忘れがあると書かれていますか	①はい	②いいえ		
11	今日が何月何日かわからない時がありますか	①はい	②いいえ		
12	あなたはたばこを吸いますか	①吸っている	②吸っていない	③やめた	
13	週に1回以上は外出していますか	①はい	②いいえ		
14	ふだんから家族や友人と付き合いがありますか	①はい	②いいえ		
15	体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか	①はい	②いいえ		
16	現在困っていることはありますか	①はい	②いいえ		
16	①はい と答えの方は具体的に記入してください。	C []			

実態把握のための訪問により把握した結果

- ・ 比較的元気な人が多い
- ・ 自分の考えがあって揺るがない人もいる
- ・ 家族がいて役割がある人も多い
- ・ 世帯情報や家屋状況、近隣からの情報をもとに評価することも！



実態把握した結果は元気な高齢者が大半。
その中のハイリスク者を早期に発見し、
支援に繋げる重要な事業！

実態把握で見つかった要支援者に対する支援の難しさ

●経済困窮

⇒受診の必要性があっても経済的支援の難しさ(生保に繋がらないギリギリライン)

●本人の問題意識の欠如

⇒自身の強い思いがあると考え方を変えていくのは難しい

●家族全体の課題

⇒問題が重複していると一つ一つの解決までに時間がかかる。

評価時期までに
「これが出来た」と持って
いくまでが難しい。

KDB活用支援ツールの実際

上三川町が活用
しているのはここ！

●業務の簡素化・標準化

- ・優先介入対象者リストの自動作成等、経験の浅い職員でも課題把握・課題解決を可能に

●事業内容の見える化

- ・グラフ等の自動作成、地区別リスクのマッピングにより関係団体、住民と健康課題を共有

●市町村のPDCA支援

- ・PDCAのシステム化による効率的な業務改善、ツールによる成果指標数値の抽出

●インセンティブの強化

- ・PDCAと保険者インセンティブ指標の連動による取組の強化

KDBを活用した一体的事業の実践

①Plan 町の健康評価(地区診断) 【年度当初】

- ⇒町の健康課題を把握し基本方針の策定
- ⇒一体的実施における実施事業の選定(優先順位付けに活用)

②Do 事業の実施 【年度内9月～12月】

- ⇒対象者の選定に活用
- ⇒事業で実施した「健康長寿のための質問票」を特定健診等データ管理システムに入力し、評価をKDBに反映。

③Check 事業評価 【事業終了後】

- ⇒町全体の評価にはKDB情報が「見える化」に繋がる。
 - ※地区診断を繰り返し、アセスメントしていくことが重要。「見る視点」
- ⇒ハイリスクアプローチの場合、個人の経過を追うための情報収集にKDB情報が活用できるが事業実施後に事業評価をするためのKDB活用が難しい。
 - ※町の目標を「医療費削減」とすると単年では評価できない。

④Action 改善 【年度末】

- ⇒町内連携のもと、事業の見直しを実施。

CheckからActionへ

KDBの
抽出

町民の声

どう評価し
改善するか…

やりたいこと・やるべきことは
たくさんある…

現実には…
常にマンパワー不足

業務を効率よく
運営するためには…

重症化予防事業

◆リスクを階層化◆

- ・ 健診結果は全て目視確認！（町の強み）
 - ・ 個別面接と手紙支援に区分け
- ⇒ 今あるマンパワーで出来る仕組みを作る（欲張らない!!）

実態不明者支援

◆町民の意見は大切◆

- ・ 声を拾えるのは地域だけ！
 - ・ 小さい町の強み！
 - ・ でもハイリスクになる前に救いたい
- ⇒ データよりも保健師の感覚で評価していたかも…

小さい町
だからこそ

今後の事業の取組・展望

今後に向けて

●栃木県後期高齢者医療広域連合保健事業実施計画(3期計画)に準じた事業の展開

⇒今年度、県広域連合の重複・多剤服薬者相談・指導事業モデル事業に参加。
R6年度から直営実施に向け準備中。

●取り組み体制の強化

⇒外部アドバイザーの意見を活かした事業評価の検討。
⇒「保健指導の質の向上」を目指して、専門職のスキルアップを図る。

●事業の効果的な評価

⇒KDBの活用がまだまだ未熟。事業評価に活用していく必要がある。
その中で評価指標や評価方法を検討し、客観的なデータと町民の声を次年度の施策へどう活かすか、事業実施の効率化も踏まえたPDCAサイクルをまわしていく必要がある。
⇒担当が変更しても円滑な事業実施・事業展開のためには事業評価計画が重要。

