

# 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業 取り組み報告

日野町長寿福祉課 坂田 直子



# 日野町の概要

- 滋賀県の東南部に位置
- 町の東部には鈴鹿山脈があり、町のシンボルの綿向山がそびえる
- 鉄道など公共交通は不便  
「チョイソコひの」(乗合送迎サービス)や「おたすけカゴヤ」(住民主体の移動支援)がスタート
- 農村と旧の市街地が多い一方で新興住宅地もあり、アパートも多い
- 戦国時代には、蒲生氏郷を輩出
- 江戸時代には、近江日野商人を多数輩出



町の花  
ホンシャクナゲ

# 日野町の概要

(令和6月1月末現在)

- ・ 総人口 20,811人
- ・ 高齢者人口 6,528人 (31.37%)
- ・ 後期高齢者人口 3,543人 (17.02%)
- ・ 介護認定率 16.3%

- ・ 人口は減少傾向
- ・ 後期高齢者は増加傾向
- ・ 農村部と旧の市街地で高齢化率が高い
- ・ 介護認定率は増減を繰り返している

# 一体的実施に向けた準備

## 令和2年度は準備期間

- ・ 令和3年度からの実施に向けて、長寿福祉課を中心に準備を進める
- ・ 関係課と話し合い  
（住民課、福祉保健課、長寿福祉課）
- ・ 長寿福祉課内（包括）の専門職で意見交換  
（看護師、作業療法士、介護支援専門員）
- ・ 多職種連携の会議で意見交換
- ・ K D B データや、介護予防・日常生活圏域二一ズ調査、健康づくり住民アンケートのデータを分析

## 《話し合い、意見交換から見えてきた現状》

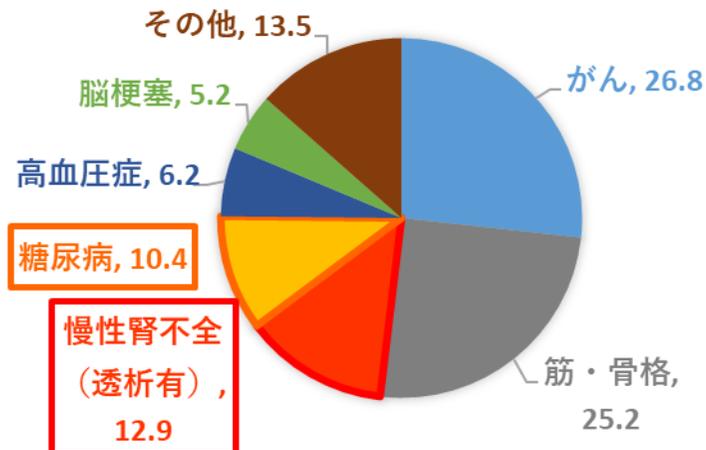
- 生活習慣病リスクの中でも、**高血圧**や**腎疾患**に係るリスクが高い
- 県と比較して、**慢性腎臓病（透析あり）**や**糖尿病**にかかる**医療費の割合が高い**
- **糖尿病**については、**腎疾患**や**認知症リスクとの関連性が高い**
- **入退院を繰り返す**高齢者の中で**低栄養**が原因のことが多い（地域包括支援センターのケース対応や、関係機関からの聞き取りより）

# 医療費の割合（令和4年度）

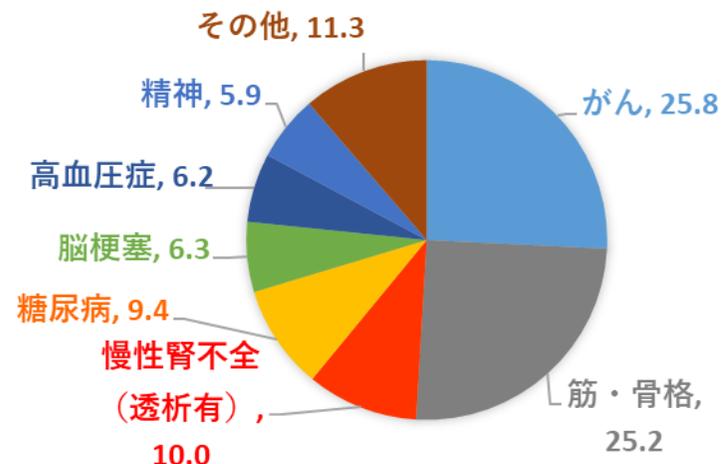
最大医療資源傷病名による、調剤報酬を含む

（単位：％）

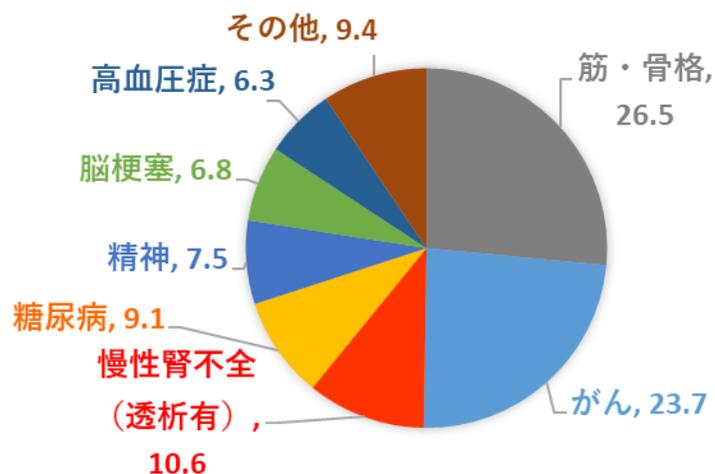
## 日野町



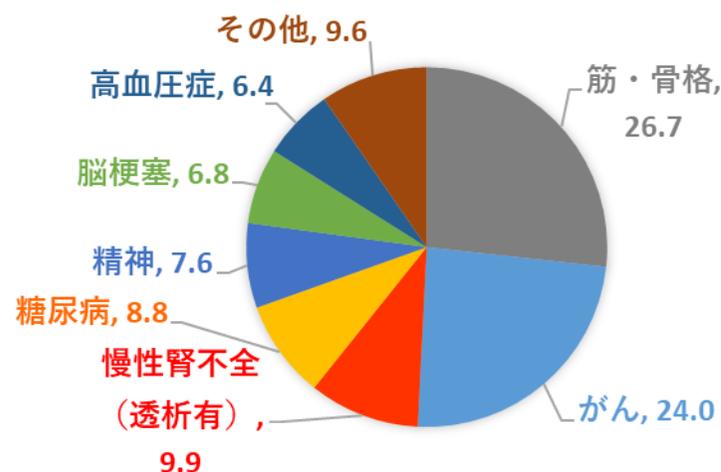
## 県



## 同規模

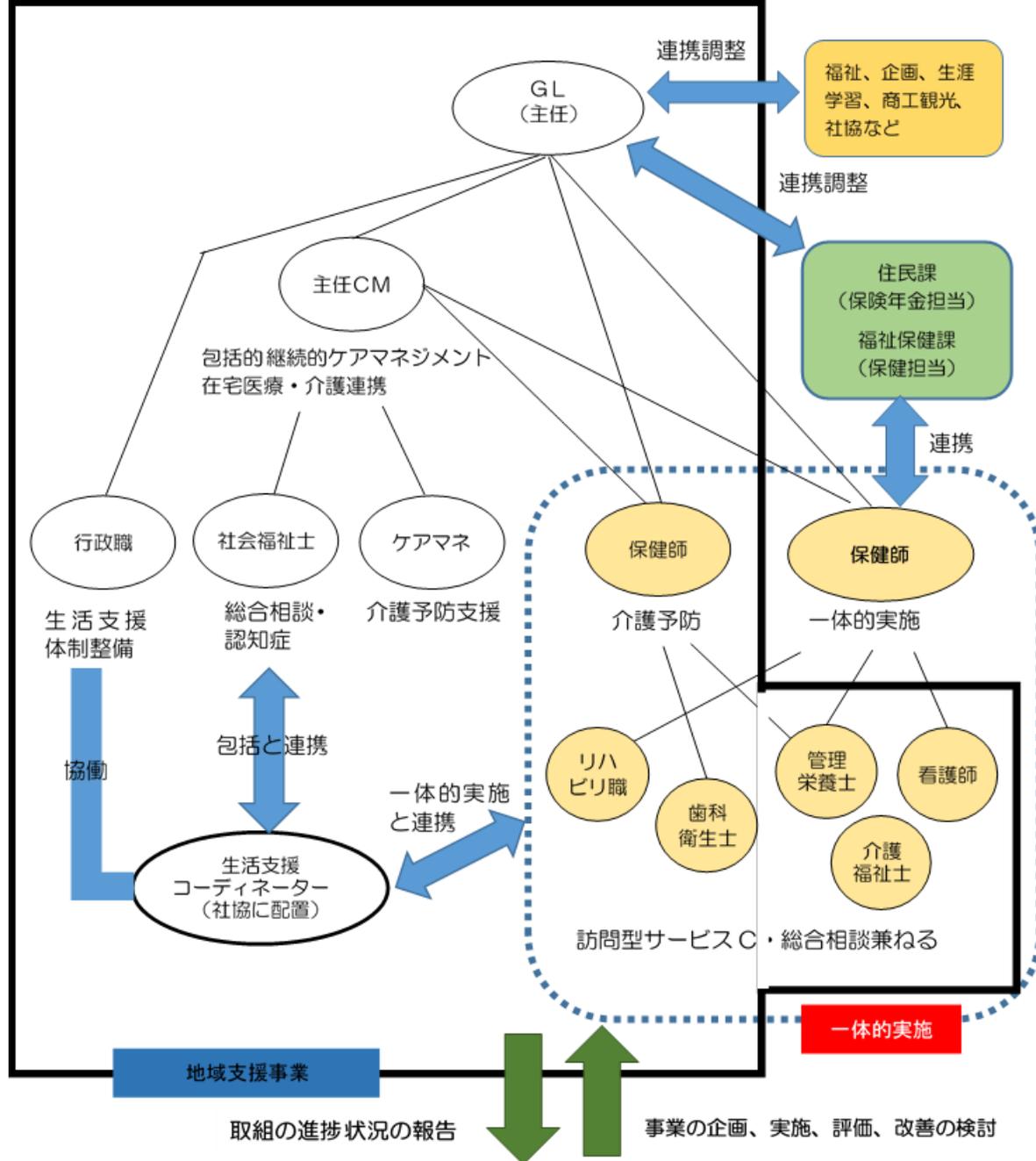


## 国



# 一体的実施体制図

- 主管課：長寿福祉課
- 企画・調整担当保健師 1名
- 地域を担当する専門職  
保健師 1名  
管理栄養士 1名  
看護師 1名



# ハイリスクアプローチ（低栄養防止）

## 令和3年度

対象：令和2年度の健診結果で、BMI 17.0未満

方法：初回、1か月後、3か月後、6か月後の計4回訪問

→対象者の見直しが必要

## 令和4年度

対象：令和3年度および令和4年度の健診結果で、  
BMI 20.0未満かつ6か月で2～3kg以上の体重減少

方法：初回と3か月後の訪問

→令和4年度の対象者への介入できず

生活習慣の変化を見るためには、複数回の訪問が必要

# ハイリスクアプローチ（低栄養防止）

## 令和5年度

対象：令和4年度および令和5年度の健診結果で、

BMI 20.0未満かつ6か月で2～3kg以上の体重減少

方法：初回と3か月後の訪問、必要に応じて継続訪問

### 《指導内容》

- ・ 身体状況、医療受診状況、直近の血液検査データの確認
- ・ 食事内容や生活習慣等の聞き取り
- ・ バランス食、たんぱく質の積極的な摂取のアドバイス
- ・ 目標設定

### 《実績》

R4受診者：7人抽出 → 5人対象 → 2人訪問、3人電話

R5受診者：7人抽出 → 6人対象 → 1人電話

- ・ たんぱく質の摂取を意識できている
- ・ 健診受診から訪問までにBMIが改善していた

# ハイリスクアプローチ（重症化予防）

## 令和3年度

対象：令和2年度の健診結果で、

- ①HbA1c 6.5%以上
- ②eGFR 50ml/分/1.73m<sup>2</sup>未満
- ③尿たんぱく(+)以上

方法：初回、1か月後、3か月後、6か月後の計4回訪問

→成人担当の重症化予防の対象者と基準を合わせる

## 令和4年度

対象：令和3年度および4年度の健診結果で、

- ①HbA1c 7.0%以上
- ②eGFR 40ml/分/1.73m<sup>2</sup>未満
- ③尿たんぱく(+++)以上

方法：初回と3か月後の訪問

→腎疾患については、早い段階からの介入が必要

# ハイリスクアプローチ（重症化予防）

## 令和5年度

対象：令和4年度および令和5年度の健診結果で、

①HbA1c 7.0%以上

②eGFR 50 ml/分/1.73m<sup>2</sup>未満

方法：初回と3か月後の訪問、必要に応じて継続訪問

## 《指導内容》

- 身体状況、医療受診状況、直近の血液検査データの確認
- 食事内容や生活習慣等の聞き取り
- 目標設定

# ハイリスクアプローチ（重症化予防）

## 《実績》

### （糖代謝異常）

R 4 受診者：4人抽出 → 2人対象 → 2人訪問

R 5 受診者：4人抽出 → 2人対象 → 1人電話

### （腎機能低下）

R 4 受診者：10人抽出 → 7人対象 → 6人訪問、1人電話

R 5 受診者：13人抽出 → 12人対象 → 6人訪問、2人電話

- 家庭での血圧測定を勧めた→測定実施
- 減塩を意識した食事ができている
- フレイル対策として散歩等の活動を提案→実行に移せた
- 介入時には医療機関にかかっており、継続受診できている
- 検査値改善

# ハイリスクアプローチ（その他）

## 令和3年度

### 《目標》

入院した者の中で低栄養やフレイル状態の高齢者に対し、退院前から病院と連携をとり、専門職が集中的に介入することで、退院後自宅での生活を暮らしやすくし、低栄養等による再入院を予防する

### 《実績》

1名に対し、計8回訪問

約1年間、再入院することなく自宅で過ごせた

→ 随時対象者を選定することとしたため、一体的実施の取組としては、評価しにくい  
令和4年度以降は、通常業務（総合相談事業）として医療機関と連携しながら対応する

# ハイリスクアプローチ（健康状態不明者対策）

## 令和4年度

対象：令和3年度に後期高齢者健診の受診、生活習慣病での医療機関受診、介護認定申請がない者を抽出

方法：「おたずね票」を郵送し、返信がなかった者に対し訪問等にて状態を把握する

### 《指導内容》

- ・パンフレット等を使用して健診受診勧奨やフレイル予防の啓発、医療機関受診勧奨、介護予防事業の紹介、家庭血圧測定 の提案、生活習慣改善の提案、介護保険制度の説明

### 《実績》

- ・KDBから137人を抽出→122人に「おたずね票」送付
  - 返信あり：88人（72.1%）
  - 返信なし：34人
- ・「健康だから受診しない」という方がほとんど  
健診受診勧奨への反応は薄かった（R5健診受診：11名）

# ハイリスクアプローチ（健康状態不明者対策）

以下の問いのあてはまる数字に○をつけてください。

問1 家族構成 ※(3)その他を選択の場合は、家族構成の詳細をご記入ください(例:母、息子等)

(1) 1人暮らし (2) 夫婦2人暮らし (3) その他( )

問2 これまでに、以下の病気にかかったことがありますか？

あてはまるもの全てに○をつけてください(現在治療中のもも含みます)。

(1) 高血圧症 (2) 糖尿病 (3) 脂質異常症(高脂血症) (4) 狭心症・心筋梗塞  
 (5) 脳卒中(脳梗塞・脳出血) (6) 肝臓病 (7) 腎臓病 (8) 胃・十二指腸潰瘍  
 (9) がん (10) 骨粗しょう症 (11) 歯周病 (12) うつやこころの病気  
 (13) その他( ) (14) なし

問3 現在の健康状態はいかがですか。

(1) よい (2) まあよい (3) ふつう (4) あまりよくない (5) よくない

問4 現在、気になる自覚症状がありますか。

(1) ない  
 (2) ある (症状: )

問5 かかりつけ医はありますか。

(1) ない  
 (2) ある (医療機関名 最終受診時期 年 月頃)

問6 定期的に飲んでいる薬はありますか。

(1) ない  
 (2) ある (5種類未満)  
 (3) ある (5種類以上)

問7 現在、定期的に医療機関にかかっておられない方にお尋ねします。

医療機関にかからない理由は何ですか。

(1) 若い頃から健康で、現在も健康だから  
 (2) 病気はあるが、現在は特に自覚症状がないから  
 (3) 医療機関に行くことができないから(歩行や外出が困難など)  
 (4) その他( )

問8 自分の健康や日常生活について、保健師や管理栄養士等に相談をしたいことがある場合、相談内容を以下にご記入ください。

相談内容

質問事項	回答	
	いずれかに○をつけてください	
1 バスや電車で1人で外出していますか	はい	いいえ
2 日用品の買い物をしていますか	はい	いいえ
3 預貯金の出し入れをしていますか	はい	いいえ
4 友人の家を訪ねていますか	はい	いいえ
5 家族や友人の相談にのっていますか	はい	いいえ
6 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	はい	いいえ
7 椅子に座った状態からなにもつかまらずに立ち上がっていますか	はい	いいえ
8 15分位続けて歩いていますか	はい	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	はい	いいえ
10 この1年間に転んだことがありますか	はい	いいえ
11 転倒に対する不安は大きいですか	はい	いいえ
12 以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか	はい	いいえ
13 6か月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	はい	いいえ
14 身長( )cm 体重( )kg	左にご記入ください	
15 1日3食きちんと食べていますか	はい	いいえ
16 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか ※さきいか、たくあんなど	はい	いいえ
17 お茶や汁物等でむせることがありますか	はい	いいえ
18 口の渇きが気になりますか	はい	いいえ
19 週に1回以上は外出していますか	はい	いいえ
20 昨年と比べて外出の回数が減っていますか	はい	いいえ
21 普段から家族や友人と付き合いがありますか	はい	いいえ
22 体調が悪い時に身近に相談できる人がいますか	はい	いいえ
23 耳が聞こえにくいと感じることはありますか	はい	いいえ
24 周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとされていますか	はい	いいえ
25 自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	はい	いいえ
26 今日が何月何日かわからない時がありますか	はい	いいえ
27 (ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	はい	いいえ
28 (ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	はい	いいえ
29 (ここ2週間)以前は薬にできていたことが今ではおっくうに感じられる	はい	いいえ
30 (ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	はい	いいえ
31 (ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	はい	いいえ
32 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
33 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

質問は以上です。ありがとうございました。

# ハイリスクアプローチ（健康状態不明者対策）

## 令和5年度

対象：令和4年度に後期高齢者健診の受診、生活習慣病での医療機関受診、介護認定申請がない者を抽出

方法：令和4年度に対象でなかった者に「おたずね票」を郵送し、返信がなかった者に対し訪問等にて状態を把握する

## 《実績》

- KDBシステムから131人を抽出
  - 令和4年度に対象でなかった34人に「おたずね票」送付
    - 返信あり：22人（64.7%）
    - 返信なし：12人
      - 10名に対し、訪問、電話で状況確認
- 訪問時の血圧が高い方に医療機関受診勧奨
- 次年度の健診受診勧奨

# ポピュレーションアプローチ

## 《内容》

- ・ 通いの場等に出向き、フレイル予防を中心とした健康教育と健康相談を保健師・管理栄養士・歯科衛生士・作業療法士が行う
- ・ フレイルチェックの実施
- ・ 個別相談が必要な方は、後日訪問等により対応



## 《実績》（令和5年度）

- ・ 訪問した通いの場の数（のべ）：24か所  
地域の出前講座、男性の運動教室  
運動：6回 栄養：12回 口腔：9回
- ・ 参加者数（のべ）：390人（17か所）
- ・ フレイルチェックを行った人数：315人

## （フレイルチェックの結果）

- ①以前に比べて歩く速度が遅くなってきた：51.4%
- ②運動を週に1回以上していない：47.0%
- ③固いものが食べにくくなった：32.4%

- ・ 運動機能や口腔機能の低下の傾向
- ・ フレイルチェック後のフォローが不十分

# 事業を実施して気づいたこと、課題

- 医療にかかっているにもかかわらず、必ずしも総合的に診てもらえているわけではない

- 主治医との連携が必要

- 高齢期からの生活習慣の改善は難しい

- 高齢期を元気に迎えるためには、若い世代からの生活習慣病予防、介護予防が大事

- 一体的実施事業だけでは終われない

- 他事業、他職種とつなぐ

- 単年度評価の難しさ

- 経年的にフォロー、評価する



日野町のシンボル綿向山

ご清聴いただき、ありがとうございました。