

令和6年度
高齢者健康づくり事業推進フォーラム

資 料

滋賀県後期高齢者医療広域連合

目 次

実施要領	1
------	---

日程表	2
-----	---

【事業報告】

令和6年度高齢者健康づくり事業の取組 ～低栄養事業の取組について～ (保健事業アドバイザー 里村一成 氏)	3
--	---

【事例発表資料】

野洲市	2 2
米原市	3 4
湖南市	4 7

【広域連合事業報告】

糖尿病腎症重症化予防モデル事業について (滋賀県後期高齢者医療広域連合 業務課 西本・遠藤)	6 3
---	-----

令和6年度高齢者健康づくり事業推進フォーラム実施要領

1. 目的

滋賀県後期高齢者医療広域連合では、医療保険財政の安定運営とともに、「住み慣れた地域で自立した生活が送れる高齢者の増加（健康寿命の延伸）」を目指し、構成市町・関係機関と共同で、高齢者の健康づくりに取り組んでいます。

今年度、一体的実施を含めた地域特性を生かした高齢者の健康づくり事業に取り組まれている市町の成果や高齢者の取り巻く状況等について、事例発表により今後の高齢者健康づくり施策を横展開していただくための参考となるよう本フォーラムを開催します。

2. 主催 滋賀県後期高齢者医療広域連合

3. 実施日 令和7年3月5日（水） 14時～16時（13時30分から入室開始）

4. 実施形態 現地での実施（一部県外の参加者などはWEBでの参加も可）

5. 開催場所 コラボしが213階 大会議室C

6. 内容 ①講演「令和6年度高齢者健康づくり事業の取組」

～低栄養事業の取組について～

滋賀県後期高齢者医療広域連合保健事業アドバイザー 里村 一成 氏

②事例発表 「高齢者の保健事業と介護予防等の一体的実施」

（1）野洲市 高齢福祉課 木戸脇 詩織 氏

（2）米原市 健康づくり課 中澤 里香 氏

高齢福祉課 入戸野 雄 氏

（3）湖南市 健康政策課 松井 有智子 氏

③広域連合事業報告

「糖尿病腎症重症化予防モデル事業について」

滋賀県後期高齢者医療広域連合業務課 西本・遠藤

7. 対象者 滋賀県内で高齢者の保健事業と、介護予防事業等に携わる者

8. その他 会場付近に無料駐車場はありませんので、できる限り公共交通機関を利用してご来場ください。

高齢者健康づくり推進事業フォーラム日程表

開催日：令和7年3月5日（水）

13:30	入室開始
14:00	開 会
14:05	① 講演「令和6年度高齢者健康づくり事業の取組」 ～低栄養事業の取組について～ 講師 滋賀県後期高齢者医療広域連合保健事業アドバイザー 里村 一成 氏
14:35 (途中休憩10分)	② 事例発表「高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施」 発表者 野洲市 高齢福祉課 木戸脇 詩織 氏 米原市健康づくり課 中澤 里香 氏 高齡福祉課 入戸野 雄 氏 湖南市 健康政策課 松井 有智子 氏
15:45	③ 広域連合事業報告 「糖尿病腎症重症化予防モデル事業について」 発表者 滋賀県後期高齢者医療広域連合業務課 西本・遠藤
16:00	閉 会

※事例発表の順序は入れ替わることがあります。

※終了時刻は多少前後することがありますのでご了承ください。

令和6年度高齢者健康づくり事業の取組

～低栄養事業の取組について～

保健事業アドバイザー 里村一成

2

後期高齢者の健康診査の目的：生活習慣病やその他の疾病の早期発見

- 要介護・要支援認定を受けている者
- 生活習慣病で医療機関に定期的に受診している者
を令和6年度から健康診査の受診対象者とするよう拡大

受診対象者数の比較

R5: 60,407人

R6: 195,862人

→3.2倍に増加



受診者数の比較

R5: 18,757人(3月まで)

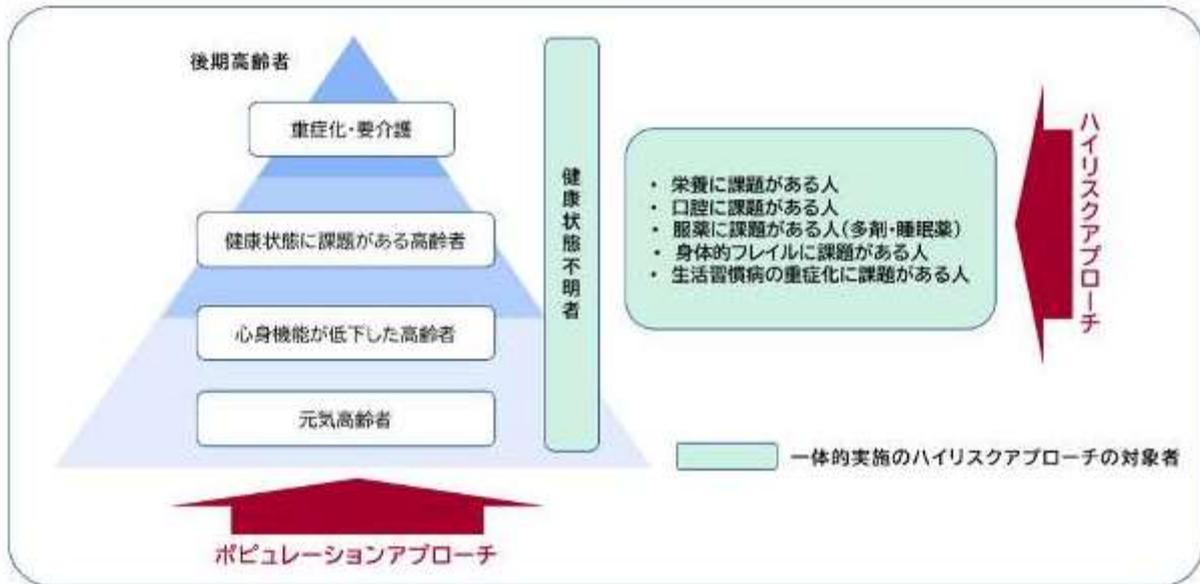
R6: 42,699人(1月15日現在)

→前年度と同程度の受診率で推移

保健事業と介護予防の一体的実施

県下19全市町で施行

図表-10 一体的実施における保健事業の対象者



高齢者の特性を踏まえた保健事業 ガイドライン第3版

低栄養に対するハイリスク事業

対象者：一体的実施のツール（KDBからの抽出）

BMI 20.0以下 かつ 質問票6 はい

（6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか）

評価指標

アウトプット：

支援対象者のうち、支援できた者の人数・割合

アウトカム：

体重が維持（±0.9kg）・改善（+1kg）できた者の人数・割合、

低栄養傾向（BMI 20以下）の者の人数・割合、

1年後の要介護認定の状況

参照：75歳以上 男性 身長 162.0 cm 体重61.0 kg
女性 身長 148.3cm 体重 49.3kg

日本人の食事摂取基準
(2025年版)

「日本人の食事摂取基準(2025年版)」

・75歳以上 目標とするBMI 21.5～24.9

- 総死亡率をできるだけ低く抑えるためには下限は20.0から21.0付近となるが、その他の考慮すべき健康障害等を勘案して21.5とした。
- 高齢者においては、基礎代謝量、身体活動レベルの低下により、エネルギー必要量が減少する。同じBMI(体重)を維持する場合でも、身体活動レベルが低いとエネルギー摂取量は更に少なくなり、たんぱく質や他の栄養素の充足がより難しくなる。**身体活動量を増加させ、高いエネルギー消費量と摂取量のバランスにより望ましいBMIを維持することが重要である。**身体活動量の低下は、フレイルの表現型であり、原因でもある。なお、高齢者においては、BMIの評価に当たり、脊柱や関節の変形による身長短縮が影響することも考慮が必要である。体組成評価の必要性も指摘されるが、近年では筋力などを重視する考え方もあり、現場で評価可能な指標について更に検討が必要である。

表6 高齢者(75歳以上)の推定エネルギー必要量(再掲)

身体活動レベル ¹	男性			女性		
	低い	ふつう	高い	低い	ふつう	高い
エネルギー(kcal/日)	1,850	2,250	—	1,450	1,750	—

¹「ふつう」は自立している者、「低い」は自宅にいてほとんど外出しない者に相当する。「低い」は高齢者施設で自立に近い状態で過ごしている者にも適用できる値である。

6

表7 高齢者(75歳以上)の食事摂取基準(再掲)

栄養素	単位	男性				女性						
		推定平均必要量	推奨量	目安量	耐容上限量	推定平均必要量	推奨量	目安量	耐容上限量			
たんぱく質	(g/日) ¹	50	60	—	—	40	50	—	—			
	(%エネルギー)	—	—	—	15~20 ²	—	—	—	15~20 ²			
脂質	(%エネルギー)	—	—	—	20~30 ²	—	—	—	20~30 ²			
飽和脂肪酸	(%エネルギー)	—	—	—	7以下 ²	—	—	—	7以下 ²			
n-6系脂肪酸	(g/日)	—	9	—	—	—	8	—	—			
n-3系脂肪酸	(g/日)	—	2.3	—	—	—	2.0	—	—			
炭水化物	(%エネルギー)	—	—	—	50~65 ²	—	—	—	50~65 ²			
食物繊維	(g/日)	—	—	—	20以上	—	—	—	17以上			
ビタミン	ビタミンA	(μgRAE/日) ³	550	800	—	2,700	—	450	650	—	2,700	—
	ビタミンD	(μg/日)	—	—	9.0	100	—	—	—	9.0	100	—
	ビタミンE	(mg/日) ⁴	—	—	7.0	800	—	—	—	6.0	650	—
	ビタミンK	(μg/日)	—	—	150	—	—	—	—	150	—	—
	ビタミンB ₁	(mg/日)	0.7	1.0	—	—	—	0.5	0.7	—	—	—
	ビタミンB ₂	(mg/日)	1.1	1.4	—	—	—	0.9	1.1	—	—	—
	ナイアシン	(mgNE/日) ⁵	11	13	—	300(75)	—	8	10	—	250(60)	—
	ビタミンB ₆	(mg/日)	1.2	1.4	—	50	—	1.0	1.2	—	40	—
	ビタミンB ₁₂	(μg/日)	—	—	4.0	—	—	—	—	4.0	—	—
	葉酸	(μg/日)	200	240	—	900	—	200	240	—	900	—
	パントテン酸	(mg/日)	—	—	6	—	—	—	—	5	—	—
	ビオチン	(μg/日)	—	—	50	—	—	—	—	50	—	—
	ビタミンC	(mg/日)	80	100	—	—	—	80	100	—	—	—
ミネラル	ナトリウム	(mg/日)	600	—	—	—	—	600	—	—	—	—
	(食塩相当量)	(g/日)	1.5	—	—	7.5未満	—	1.5	—	—	—	6.5未満
	カリウム	(mg/日)	—	—	2,500	—	—	—	—	2,000	—	2,600以上
	カルシウム	(mg/日)	600	750	—	2,500	—	500	600	—	2,500	—
	マグネシウム	(mg/日) ⁶	270	330	—	—	—	220	270	—	—	—
	リン	(mg/日)	—	—	1,000	3,000	—	—	—	800	3,000	—
	鉄	(mg/日)	5.5	6.5	—	—	—	4.5	5.5	—	—	—
	亜鉛	(mg/日)	7.5	9.0	—	40	—	6.0	7.0	—	35	—
	銅	(mg/日)	0.7	0.8	—	7	—	0.6	0.7	—	7	—
	マンガン	(mg/日)	—	—	3.5	11	—	—	—	3.0	11	—
微量	ヨウ素	(μg/日)	100	140	—	3,000	—	100	140	—	3,000	—
	セレン	(μg/日)	25	30	—	400	—	20	25	—	350	—
	クロム	(μg/日)	—	—	10	500	—	—	—	10	500	—
	モリブデン	(μg/日)	20	25	—	600	—	20	25	—	500	—

¹65歳以上の高齢者について、フレイル予防を目的とした量を定めることは難しいが、身長・体重が参照体位に比べて小さい者や、特に75歳以上であって加齢に伴い身体活動量が大きく低下した者など、必要エネルギー摂取量が低い者では、下限が推奨量を下回る場合があり得る。この場合でも、下限は推奨量以上とすることが望ましい。

²範囲に関しては、おおむねの値を示したものであり、弾力的に運用すること。

³推定平均必要量、推奨量はプロビタミンAカロチノイドを含む。耐容上限量は、プロビタミンAカロチノイドを含まない。

⁴α-トコフェロールについて算定した。α-トコフェロール以外のビタミンEは含まない。

⁵耐容上限量はニコチンアミドの重量(mg/日)、()内はニコチン酸の重量(mg/日)。

⁶通常の食品以外からの摂取量の耐容上限量は、成人の場合350mg/日とした。通常の食品からの摂取の場合、耐容上限量は設定しない。

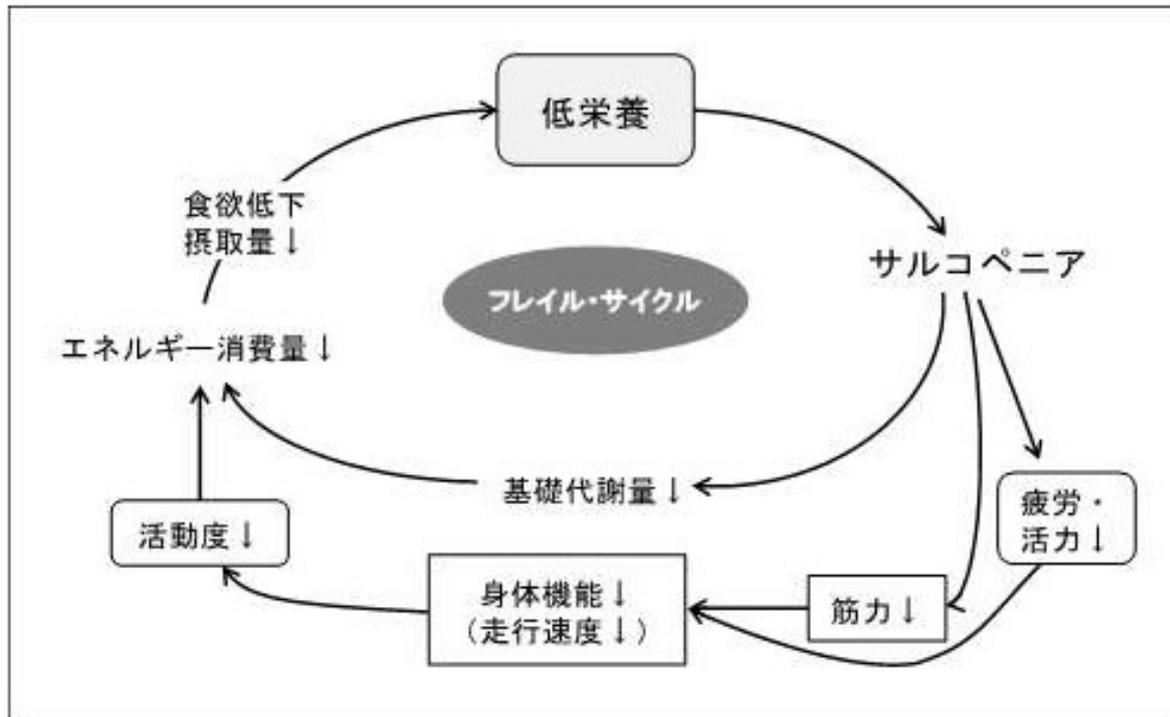


図1 フレイル・サイクル

サルコペニア

- サルコペニアは高齢期にみられる骨格筋量の低下と筋力もしくは身体機能(歩行速度など)の低下により定義される。(日本サルコペニア・フレイル学会)

表2 サルコペニアの定義

1. 筋肉量減少
2. 筋力低下(握力など)
3. 身体能力の低下(歩行速度など)

上記の項目1に加え項目2又は項目3を併せ持つ場合にサルコペニアと診断される。文献⁵⁹⁾を改変。

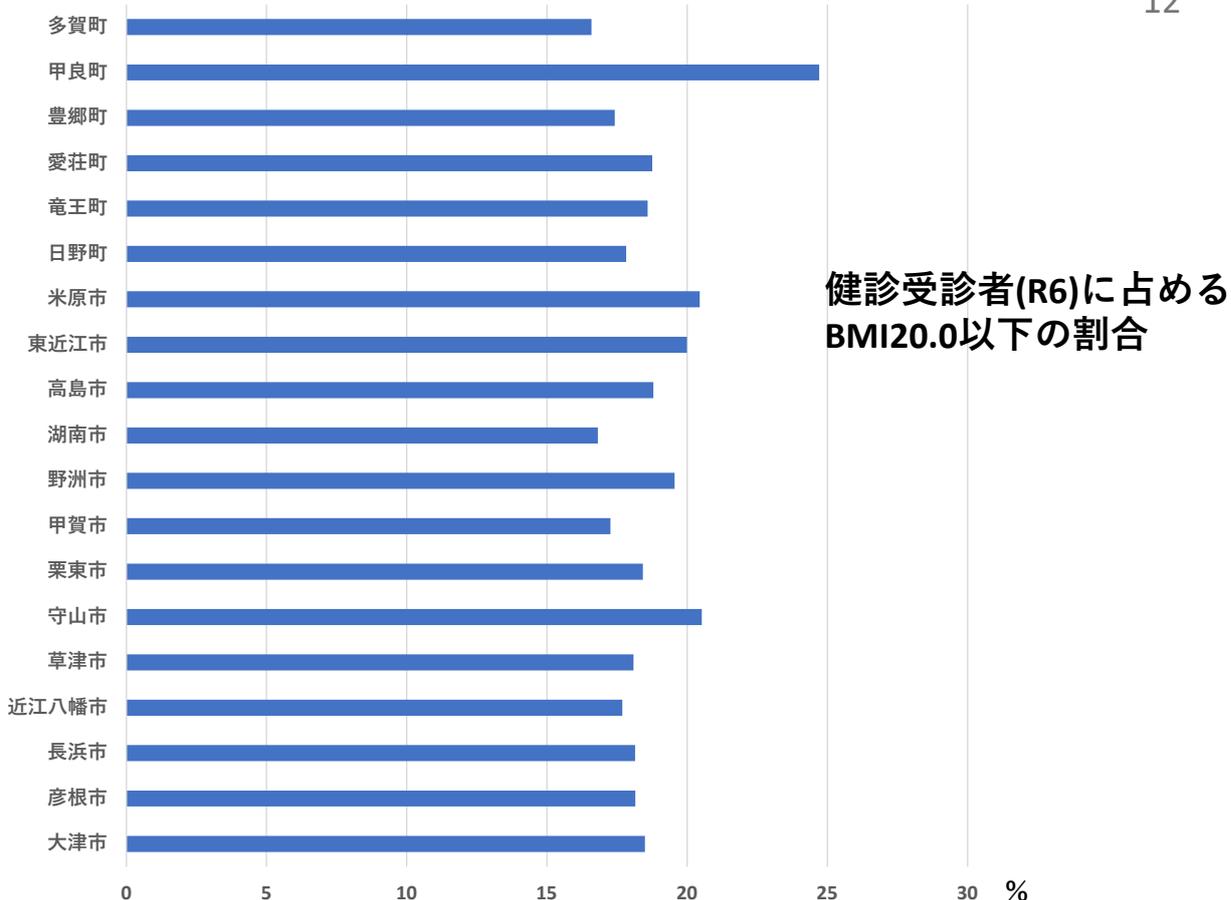
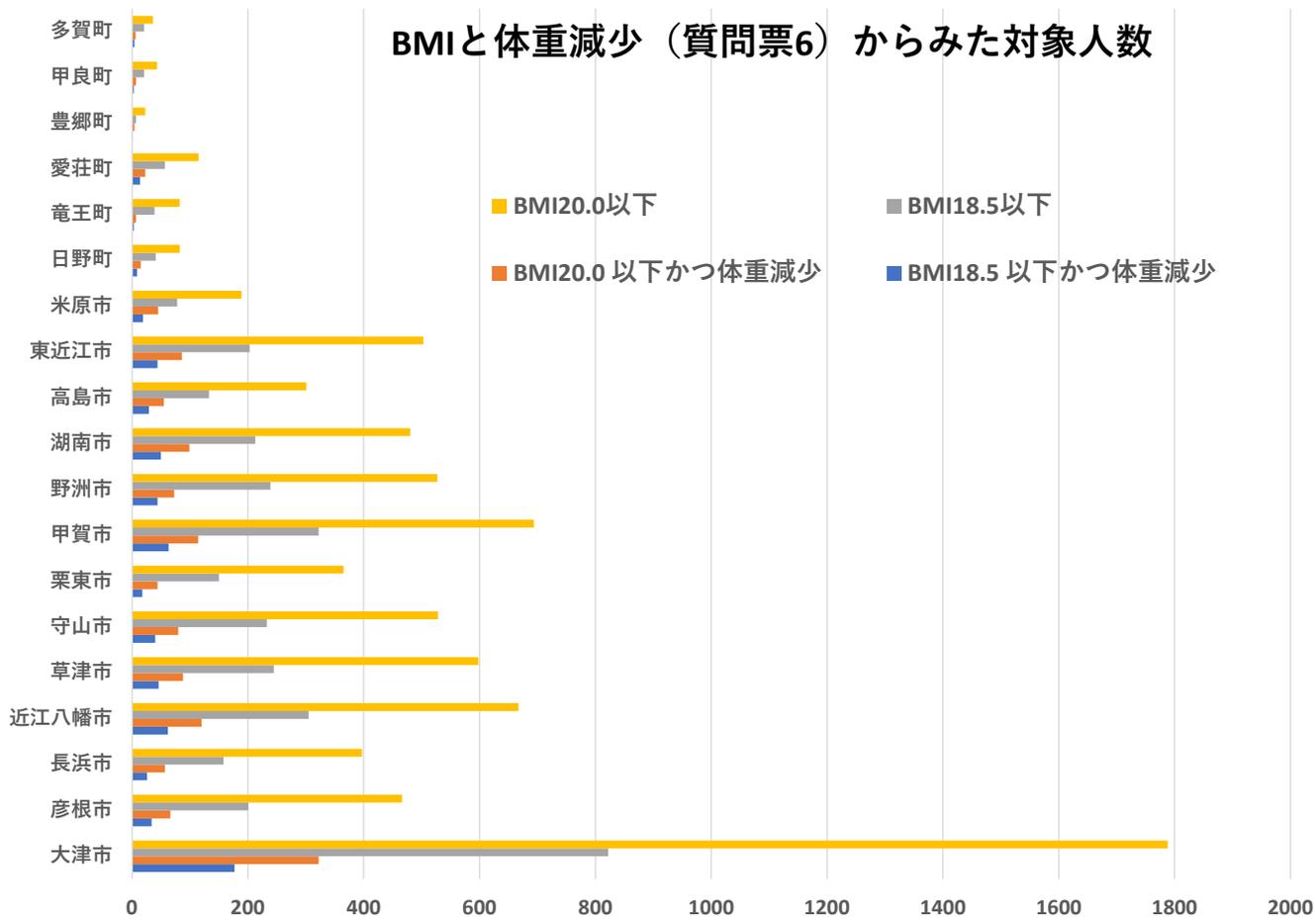
市町名	BMI	体重減少 (質問票6)	その他	制限項目	その他の抽出	ポピュレーション (栄養)
大津市	20	あり			通いの場場の ハイリスク	あり
彦根市	20	あり	口腔			あり
近江八幡市	20	あり		79歳以下 要介護認定、がん		あり
東近江市	20	あり				あり
日野町	20	あり		レセプト、介護情報		あり
長浜市						あり
草津市						あり
守山市						あり
栗東市						あり
甲賀市						あり
野洲市						あり
湖南市						あり
米原市						あり
竜王町						あり
愛荘町						あり
豊郷町						あり
甲良町						あり

後期高齢者の質問票

10

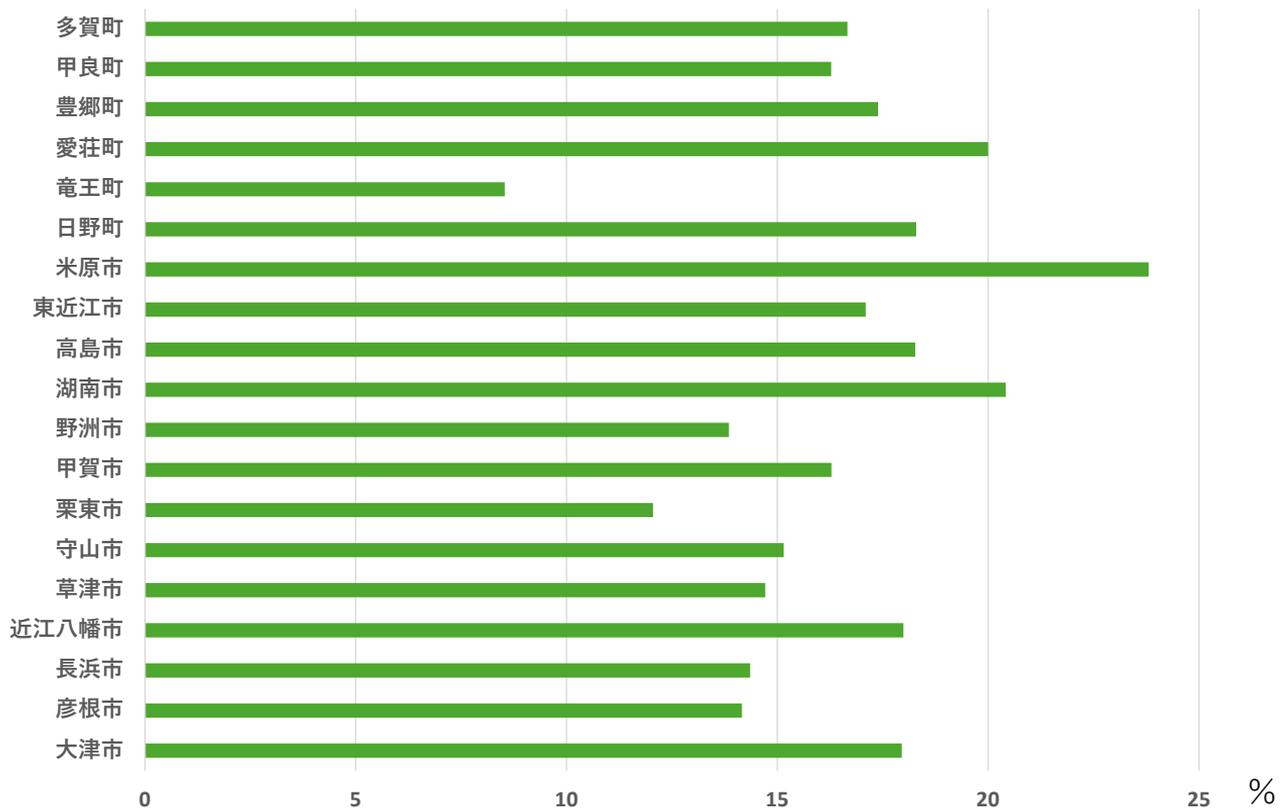
	質問文	回答
1	あなたの現在の健康状態はいかがですか	①よい ②まあよい ③ふつう④あまりよくない ⑤よくない
2	毎日の生活に満足していますか	①満足 ②やや満足 ③やや不満 ④不満
3	1日3食きちんと食べていますか	①はい ②いいえ
4	半年前に比べて固いもの(*)が 食べにくくなりましたか *さきいか、たくあんなど	①はい ②いいえ
5	お茶や汁物等でむせることが ありますか	①はい ②いいえ
6	6カ月間で2～3kg以上の 体重減少がありましたか	①はい ②いいえ
7	以前に比べて歩く速度が 遅くなってきたと思いますか	①はい ②いいえ
8	この1年間に転んだことがありますか	①はい 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」 などの物忘れがあるとされていますか	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

BMIと体重減少（質問票6）からみた対象人数



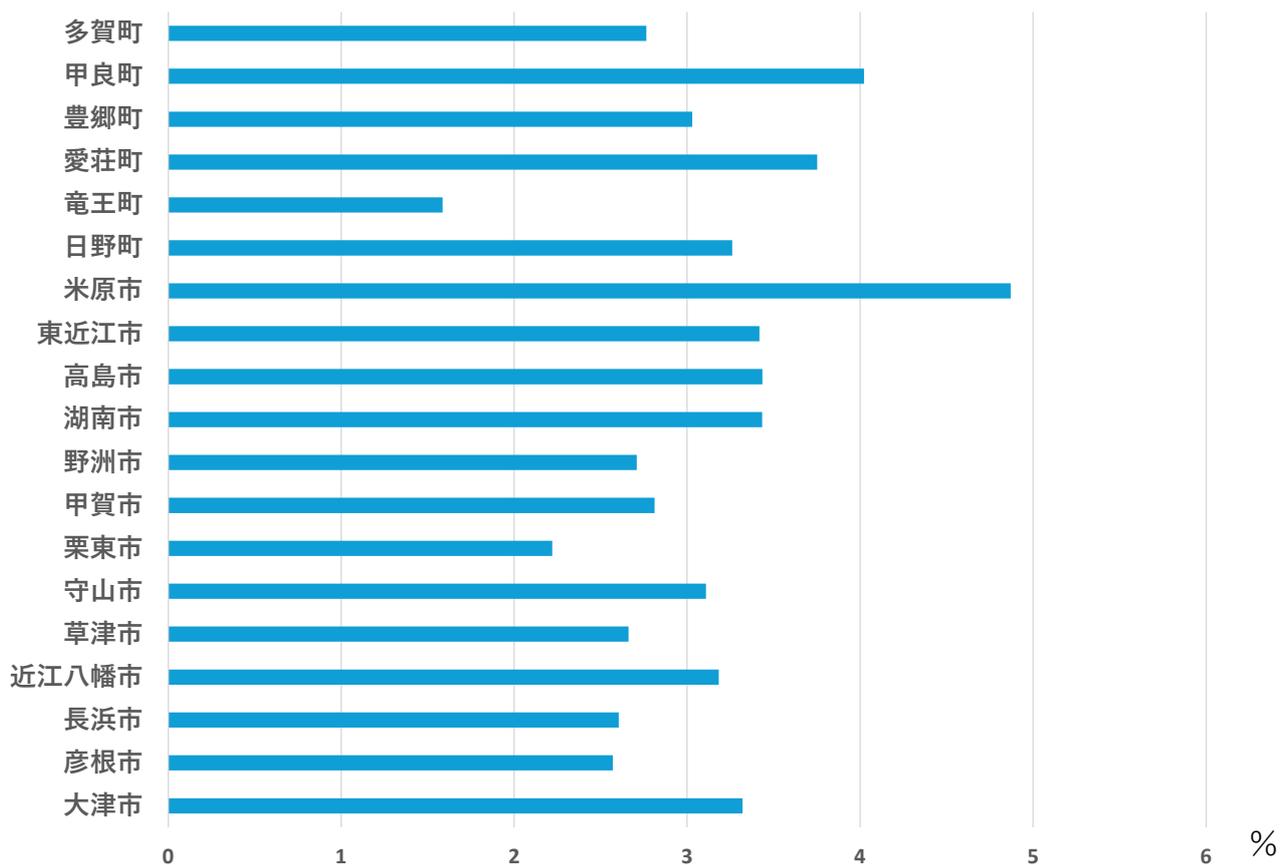
BMI20.0以下のうち体重減少（質問票6）の割合

13

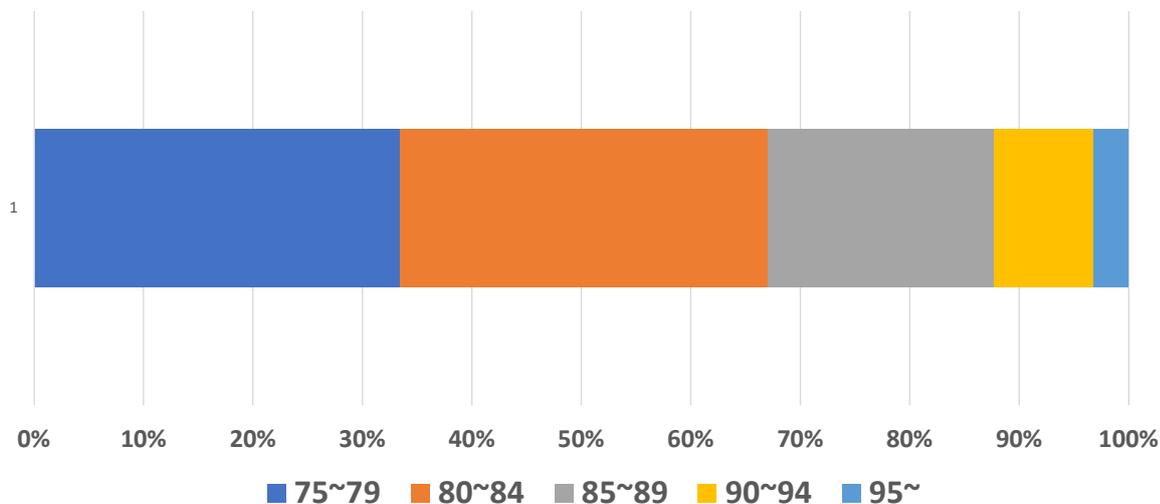


健診受診者(R6)に占めるBMI20.0以下かつ体重減少（質問票6）の割合

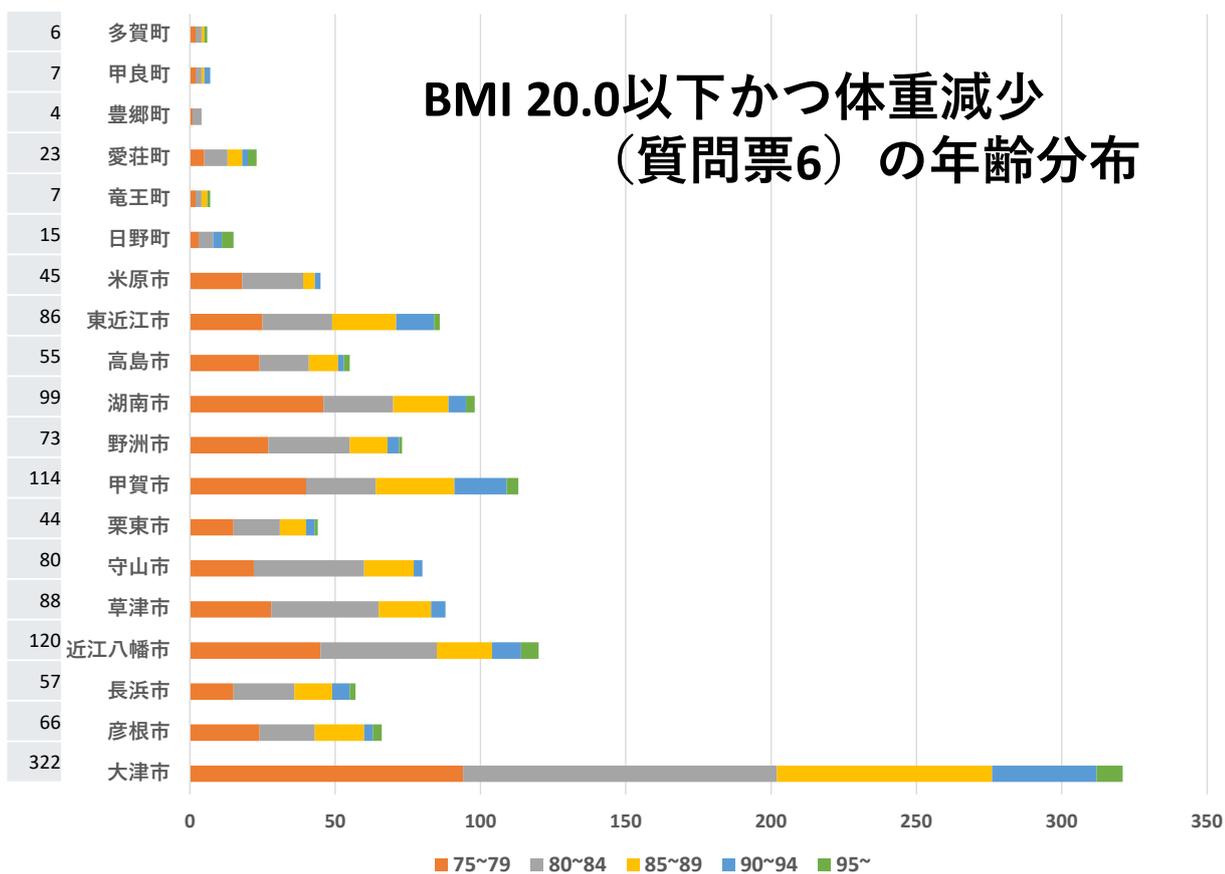
14

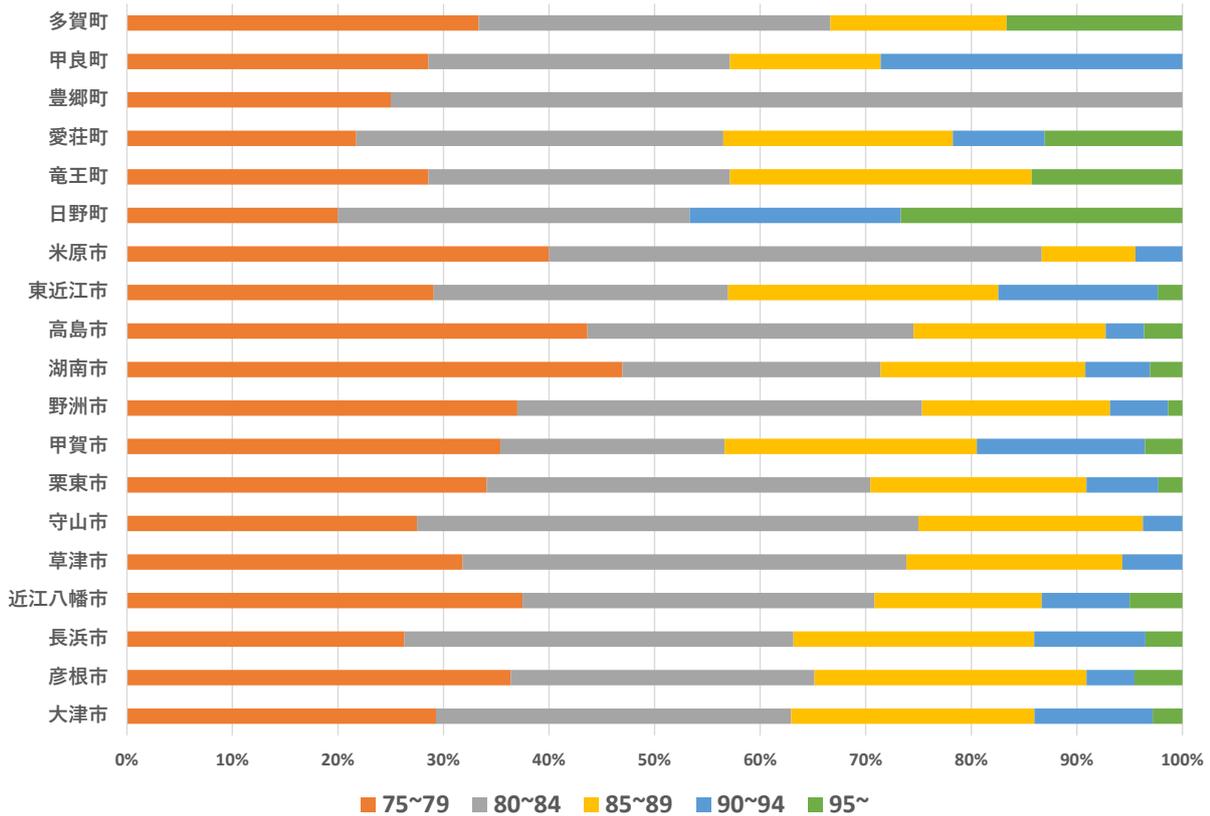


BMI 20.0以下かつ体重減少（質問票6）の年齢分布



BMI 20.0以下かつ体重減少（質問票6）の年齢分布





病名から見た低栄養

ICD10コード

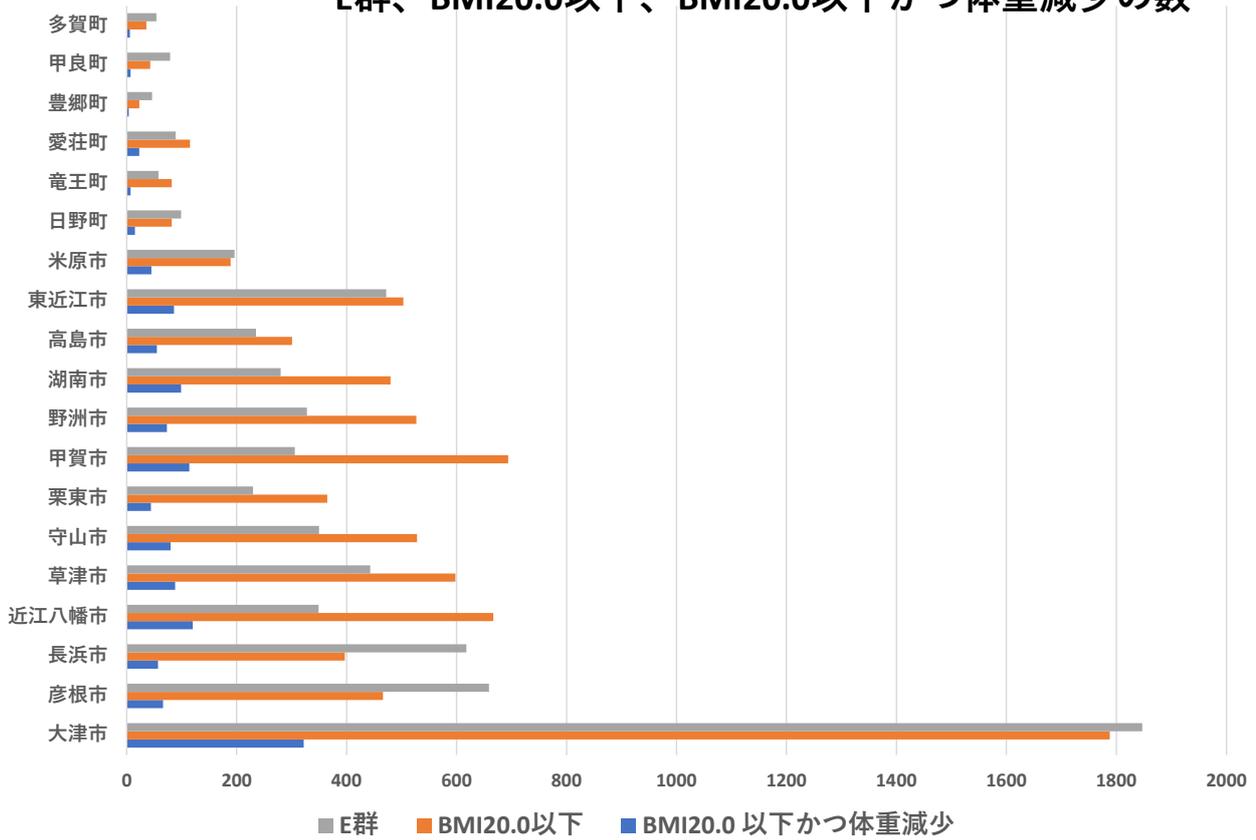
E40-E46 栄養失調（症）（E40－E46）

E880（低アルブミン症等、
高アルブミン等も含まれるが高齢者では少ない）

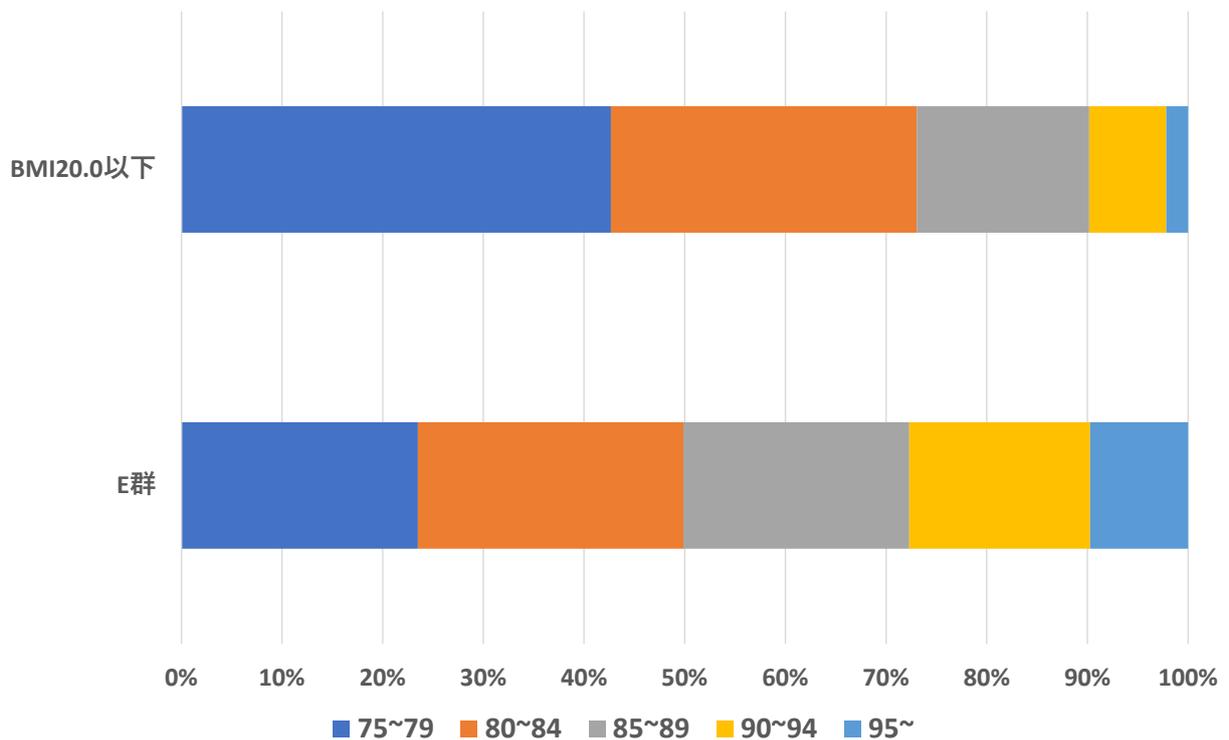
これらをE群として、治療の必要な低栄養として考察

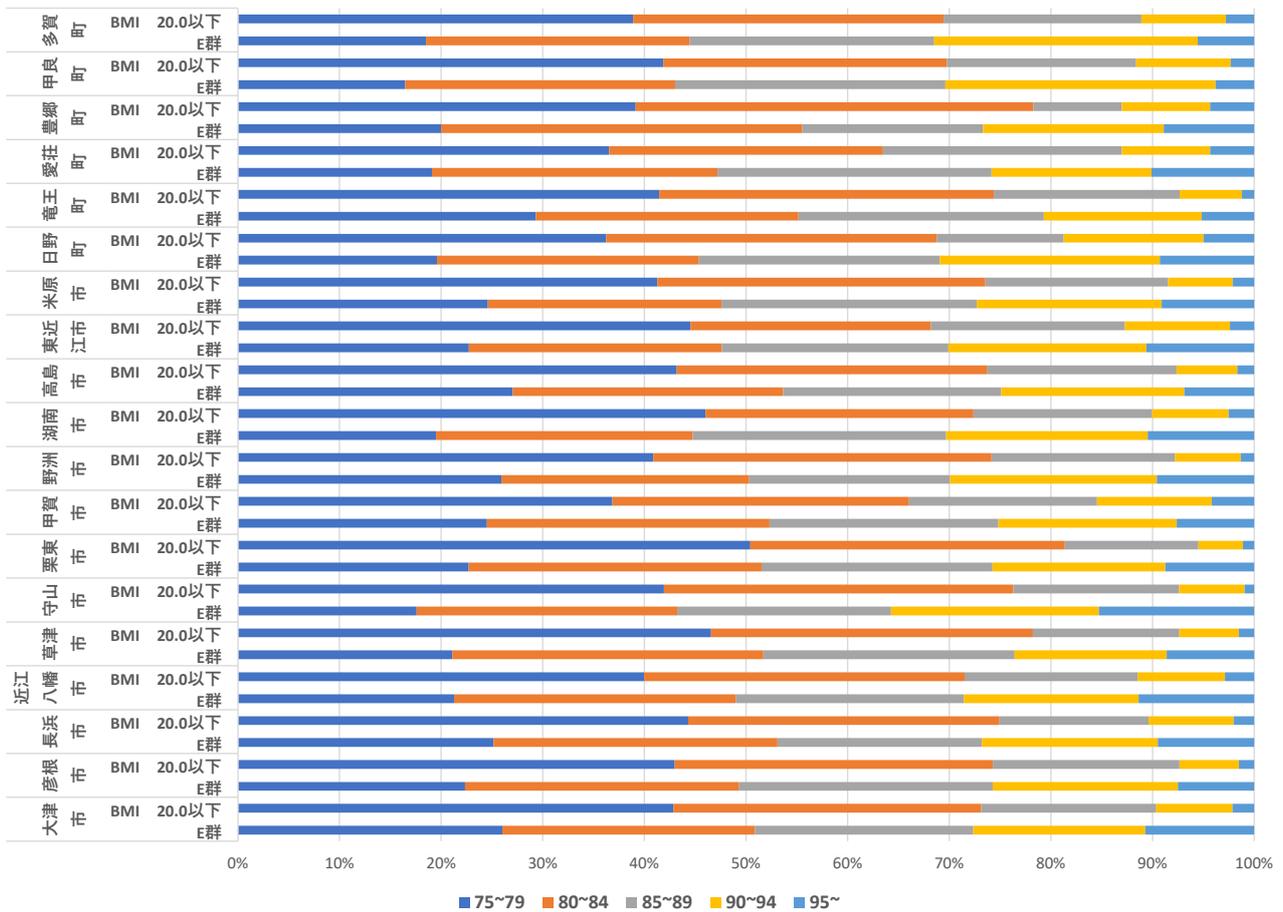
- 1) 健診受診者以外も含めて低栄養者はどれくらい？
- 2) 治療を必要なほどの低栄養はどれくらい？

E群、BMI20.0以下、BMI20.0以下かつ体重減少の数



E群とBMI 20.0以下の年齢分布（県）





高齢者の様々な低栄養の要因

1. 社会的要因

独居
 介護力不足・ネグレクト
 孤独感
 貧困

2. 精神的心理的要因

認知機能障害
 うつ
 誤嚥・窒息の恐怖

3. 加齢の関与

嗅覚、味覚障害
 食欲低下

4. 疾病要因

臓器不全
 炎症・悪性腫瘍
 疼痛
 義歯など口腔内の問題
 薬物副作用
 咀嚼・嚥下障害
 日常生活動作障害
 消化管の問題（下痢・便秘）

5. その他

不適切な食形態の問題
 栄養に関する誤認識
 医療者の誤った指導

事業を行う上での注意点

- 隠れた疾病に注意（特に悪性新生物）
 - 質問票6の信頼性（体重の測定）
 - BMIの信頼性（身長、体重の測定）
 - タンパク質摂取等
- 血清アルブミンは炎症の指標であり、必ずしも低栄養を適切に反映しないことから高齢者保健事業における対象者の抽出や評価には用いない。

体重

- 実際は質問票の答えと違い、体重減少がないことがある
- 本人の記憶違いもあるが、同時刻に同じ状態で計らないと比較しにくい
- 差が大きいのは、起床後と就寝前。個人差はあるが、0.5kg～2kgまで変動することがある。
 - ＜増える理由＞
 - 食べ物や水分
 - むくみ
 - ＜減る理由＞
 - 排泄

スクリーニング欄の□に適切な数値を記入し、それらを加算する。11ポイント以下の場合、次のアセスメントに進み、総合評価値を算出する。

スクリーニング

A 過去3ヶ月間で食欲不振、消化器系の問題、そしやく・嚥下困難などで食事量が減少しましたか?
 0 = 著しい食事量の減少
 1 = 中等度の食事量の減少
 2 = 食事量の減少なし

B 過去3ヶ月間で体重の減少がありましたか?
 0 = 3 kg 以上の減少
 1 = わからない
 2 = 1~3 kg の減少
 3 = 体重減少なし

C 自力で歩けますか?
 0 = 寝たきりまたは車椅子を常時使用
 1 = ベッドや車椅子を離れられるが、歩いて外出はできない
 2 = 自由に歩いて外出できる

D 過去3ヶ月間で精神的ストレスや急性疾患を経験しましたか?
 0 = はい 2 = いいえ

E 神経・精神的問題の有無
 0 = 強度認知症またはうつ状態
 1 = 中度の認知症
 2 = 精神的問題なし

F BMI 体重 (kg) ÷ [身長 (m)]²
 0 = BMI が 19 未満
 1 = BMI が 19 以上、21 未満
 2 = BMI が 21 以上、23 未満
 3 = BMI が 23 以上

スクリーニング値：小計 (最大：14 ポイント)

12-14 ポイント： 栄養状態良好
 8-11 ポイント： 低栄養のおそれあり (At risk)
 0-7 ポイント： 低栄養

「より詳細なアセスメントをご希望の方は、引き続き質問 G~R におすすみください。」

アセスメント

G 生活は自立していますか (施設入所や入院をしていない)
 1 = はい 0 = いいえ

H 1日に4種類以上の処方薬を飲んでいる
 0 = はい 1 = いいえ

I 身体どこかに押して痛いところ、または皮膚潰瘍がある
 0 = はい 1 = いいえ

Ref: Velaz B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of MNA®, Its History and Challenges. J Nut Health Aging 2006; 10: 456-465.
 Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Velaz B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short Form Mini-Nutritional Assessment (MNA-SF). J Gerontol 2001; 56A: M368-377.
 Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA)®: Review of the Literature - What does it tell us? J Nut Health Aging 2006; 10: 466-487.
 © Société des Produits Nestlé SA, Trademark Owners.
 © Société des Produits Nestlé SA 1994, Revision 2008.
 さらに詳しい情報をお知りになりたい方は、
www.mna-velvetu.com にアクセスしてください。

J 1日に何回食事を摂っていますか?
 0 = 1回
 1 = 2回
 2 = 3回

K どんなたんばく質を、どのくらい摂っていますか?
 ・乳製品 (牛乳、チーズ、ヨーグルト) を毎日1品以上摂取 はい いいえ
 ・豆類または卵を毎週2品以上摂取 はい いいえ
 ・肉類または魚を毎日摂取 はい いいえ
 0.0 = はい、0~1つ
 0.5 = はい、2つ
 1.0 = はい、3つ

L 果物または野菜を毎日2品以上摂っていますか?
 0 = いいえ 1 = はい

M 水分 (水、ジュース、コーヒー、茶、牛乳など) を1日どのくらい摂っていますか?
 0.0 = コップ 3杯未満
 0.5 = 3杯以上 5杯未満
 1.0 = 5杯以上

N 食事の状況
 0 = 介護なしでは食事不可能
 1 = 多少困難ではあるが自力で食事可能
 2 = 問題なく自力で食事可能

O 栄養状態の自己評価
 0 = 自分は低栄養だと思う
 1 = わからない
 2 = 問題ないと思う

P 同年齢の人と比べて、自分の健康状態をどう思いますか?
 0.0 = 良くない
 0.5 = わからない
 1.0 = 同じ
 2.0 = 良い

Q 上腕 (利き腕ではない方) の中央の周囲長 (cm) : MAC
 0.0 = 21cm 未満
 0.5 = 21cm 以上、22cm 未満
 1.0 = 22cm 以上

R ふくらはぎの周囲長 (cm) : CC
 0 = 31cm 未満
 1 = 31cm 以上

評価値：小計 (最大：16 ポイント)

スクリーニング値：小計 (最大：14 ポイント)

総合評価値 (最大：30 ポイント)

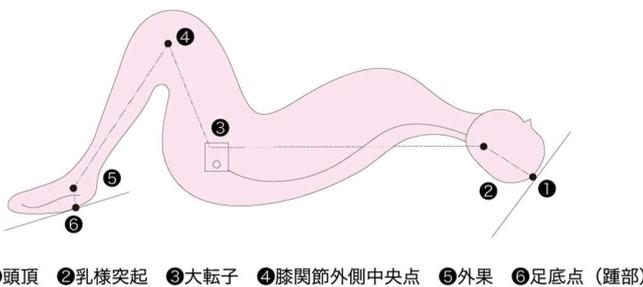
低栄養状態指標スコア

24~30 ポイント 栄養状態良好
 17~23.5 ポイント 低栄養のおそれあり (At risk)
 17 ポイント未満 低栄養

身長

- 朝と夜とで身長は 1 ~ 2 c m 変化する
- 老人性亀背

石原法による身長測定



宮澤式NH法

27

1. 膝高を計測する (cm)

膝関節と足関節を90度に屈曲し、かかとの真下の裏側から脛骨に沿って膝の真上までの長さを計測する。

膝高を求めるには仰臥位で0.1cmの近似値を読み取り、2回計測して平均値を求めるのがより正確な方法です。

2. 計測した膝高と年齢と背別を計算式に当てはめる。

「男性 $64.02 + (\text{膝高} \times 2.12) - (\text{年齢} \times 0.07)$ 」
で平均誤差は ± 3.43 (cm)

「女性 $77.88 + (\text{膝高} \times 1.77) - (\text{年齢} \times 0.10)$ 」
で平均誤差は ± 3.26 (cm)

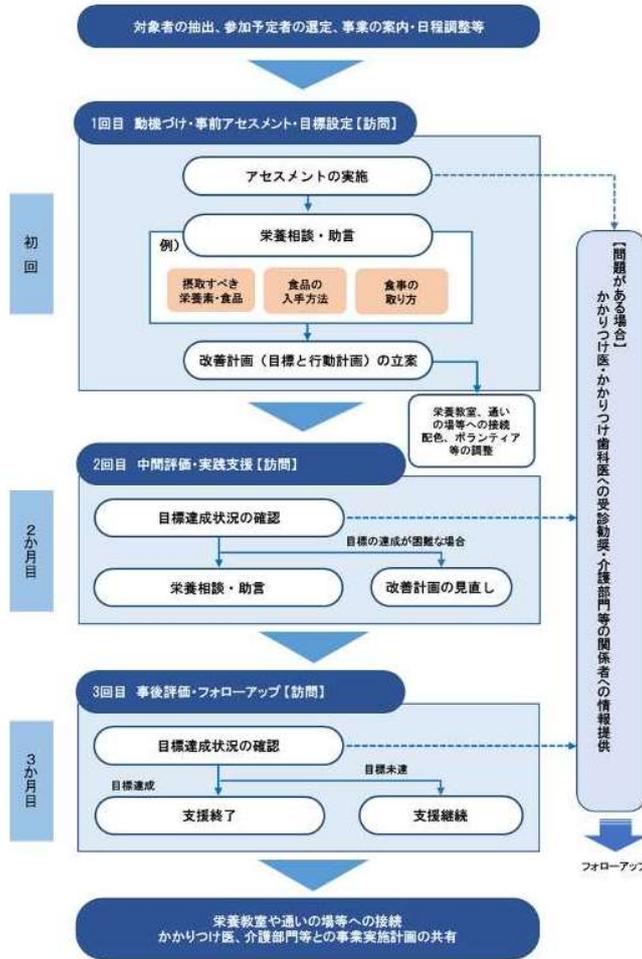
28

タンパク質は、少なくとも高齢者においては、推奨量の値よりも多めに摂取する方が (**1.2 g/kg体重/日以上**)、フレイル及びサルコペニア発症を予防できる可能性があると考えられる。

ただし **腎機能** に注意する必要がある。

高齢者では食欲低下があり、極端なナトリウム制限 (減塩) はエネルギーやたんぱく質を始め、多くの栄養素の摂取量の低下を招き、フレイル等につながることも考えられる。したがって、高齢者における **ナトリウム制限 (減塩)** は、**健康状態、病態及び摂食量全体を把握・考慮した上で弾力的に運用すべき** である。

かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局 等がある場合はできる限り相談した方が良い。



図表-29 アセスメント項目の例

区分	項目	データソース	一体的実施・KDB活用支援ツールで把握可能
質問票	体重変化	後期高齢者の質問票 (No. 6) 【6カ月間で2～3kgの体重現状がありましたか：はい】	●
	食習慣	後期高齢者の質問票 (No. 3) 【1日3食きちんと食べていますか：いいえ】	●
	咀嚼機能・嚥下機能	後期高齢者の質問票 (No. 4) 【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】 後期高齢者の質問票 (No. 5) 【お茶や汁物等でむせることがありますか：はい】	●
	心の健康状態	後期高齢者の質問票 (No. 2) 【毎日の生活に満足していますか：いいえ】	●
	社会参加・ソーシャルサポート	後期高齢者の質問票 (No. 13) 【週に1回以上は外出していますか：いいえ】 後期高齢者の質問票 (No. 14) 【ふだんから家族や友人との付き合いがありますか：いいえ】 後期高齢者の質問票 (No. 15) 【体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか：いいえ】	●
	認知機能	後期高齢者の質問票 (No. 10) 【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言われてますか：はい】 後期高齢者の質問票 (No. 11) 【今日が何月何日かわからない時がありますか：はい】	●
医療	受診状況、現病歴・既往歴、服薬状況	KDBシステム等を活用したレセプトデータ (糖尿病、高血圧、認知症、骨折、歯周病等にかかる状況)	●
健診	有所見状況、検査値	健診結果 (体重、BMI、HbA1c、血圧、ヘモグロビン等)	●
栄養	栄養状態・健康状態	聞き取り等 (食事回数・内容、食品摂取多様性、摂取エネルギー、たんばく質量、水分摂取量、排便状況、食事環境、調理・買い物状況、食欲不振の有無、ストレス状況、うつ状態、身体活動の状況)	
口腔	口腔内・義歯の状況、口腔清掃の実施状況	目視、聞き取り	

※血清アルブミンは炎症の指標であり、必ずしも低栄養を適切に反映しないことから高齢者保健事業における対象者の抽出や評価には用いない。

対象者の状況	助言内容の例
体重減少がある場合、欠食がある場合、食物の入手が困難な場合	摂取すべき栄養素・食品の紹介 調理方法に関する説明 食事のとり方（量や時間、間食の利用方法）の紹介 食品の入手方法（配食弁当や食材の宅配）の紹介 コミュニティバスの時刻表の紹介 日持ちのする食品（缶詰等）の利用の提案 共食（家族、友人等）の機会を増やすことの提案
口腔機能の低下が疑われる場合	※口腔のプログラム（P67）参照
活動量や外出頻度が低下している場合	生活のリズムを整える必要性の説明 通いの場等の紹介

図表-31 設定する目標の例（低栄養の場合の行動目標）

- ・ たんぱく質のおかず（卵、大豆製品、乳製品、肉、魚等）を毎食食べる
- ・ 1日3食時間を決めて食べる
- ・ 野菜を毎食2皿以上とる
- ・ ご飯の量を増やす、おやつ時に牛乳を飲む
- ・ 油料理を1日1回はとる
- ・ 補食（おやつ）を上手に活用してエネルギーやたんぱく質を意識して加えてとる
- ・ 外出した際に魚や肉を買う
- ・ 1日1回は玄関から外に出る
- ・ 地域の活動に参加する
- ・ 週に●回以上、通いの場の体操に参加する
- ・ 週に●回以上、家族や知人等と食事をする

【ハイリスクアプローチの場合の事業評価例】

ストラクチャー：

本事業の実施体制（K D B データ分析、人員等栄養相談のマンパワー、予算確保）

プロセス：

対象者の抽出、絞り込み、栄養相談（訪問・電話）等が円滑にできたか
各種ツールは使いやすいものであったか

アウトプット：

栄養相談対象者のうち、栄養相談できた者の割合

アウトカム：

栄養相談できた者のうち、体重が維持・改善できた者の割合、
低栄養傾向（BMI 20以下の者の人数、割合）

長期的

重症化（要支援・介護認定、死亡）した者の割合、
医療費及び介護給付費の状況、
市民全体の低栄養傾向の者の減少

令和7年度の予定

➤ 貧血検査

高齢者は、日常の生活動作がゆっくりであることも多く貧血の症状に気づかない可能性があり、健康診査で高齢者に貧血検査を実施することで、加齢による経年的変化をふまえた個々にあった生活指導につなげることができる。そのため、令和7年度の健康診査から、**医師が個別に必要と判断した場合**に追加項目として、「貧血検査」を実施する。

医師が個別に必要と判断した場合の基準は、「令和6年度後期高齢者医療制度事業の実施について」（令和6年3月28日付け保高発0328第1号厚生労働省保険局高齢者医療課長通知）にある**「貧血の既往歴を有する者又は視診等で貧血が疑われる者」**を実施できる条件（判断基準）とする。

貧血

男女を問わず **Hb 11g/dl 未満** を「貧血を有する高齢者」とするのが一般的

貧血の原因

**鉄欠乏、ビタミンB12や葉酸欠乏
タンパク欠乏 等**

腎性、慢性炎症、出血、悪性腫瘍 等

Hbが9-11g/dlと貧血は軽度で1年以上変化がなく、かつ原因疾患を特定できないものを「**老人性貧血**」と呼ぶことがある

栄養（低栄養）の ポピュレーションアプローチ

- 食品多様性のチェックの実施と、バランスのとれた食生活のポイントについての講話
- フレイル対策の講話と個別相談の実施
- 食事の摂取量の目安（適正量等）を把握する教材として、食育推進事業の健康支援型配食サービス等を利用したフレイル対策教室の開催・専門職による食事相談会の実施（簡単調理、減塩の工夫等）

低栄養にならないように

- 市販品の上手な活用（楽に摂取）
- 安価な方法での栄養の取り方
- 理想的な食事より現実に即した栄養の取り方
- プラス1品による摂取栄養の増加やバランス
- 肉 100g のタンパク量？

一体的実施（栄養）について

- 現状ではBMI20.0以下かつ体重減少（質問票6）は健診受診者の4%前後
- 活動量の増加とともに必要な栄養量の摂取が望ましい
- 生活に密着した栄養摂取を指導

高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施

野洲市高齢福祉課・地域包括支援センター 木戸脇 詩織

野洲市の概要

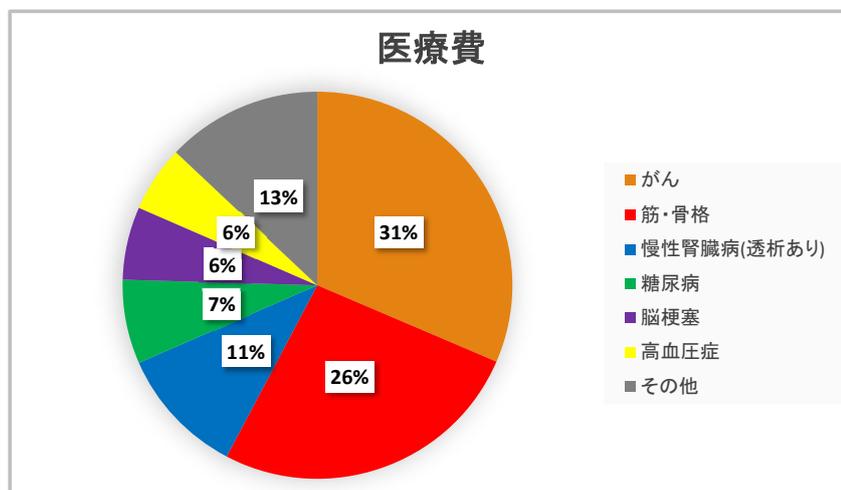
令和6年12月現在

- 人口 50,607人
- 世帯数 21,900世帯
- 高齢者数 13,634人
- 高齢化率 26.9%
- 後期高齢者被保険者数(住民登録外を除く) 7,886人
- 後期高齢者健診受診率 29.4%
- 介護認定率 19.5%
- 日常生活圏域 3圏域



野洲市の現状・課題

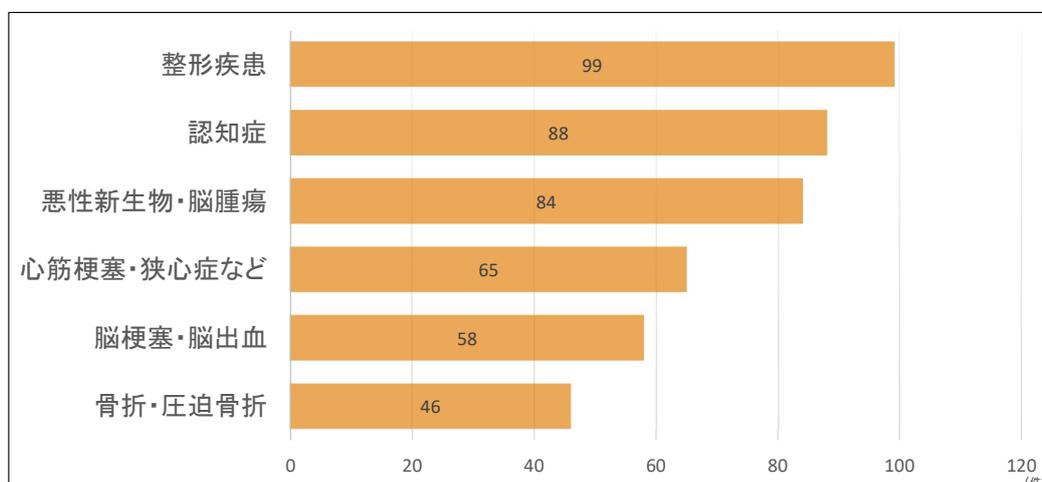
●医療費の割合(R6)



出典:KDBシステム

野洲市の現状・課題

●R5介護保険新規申請時の疾患



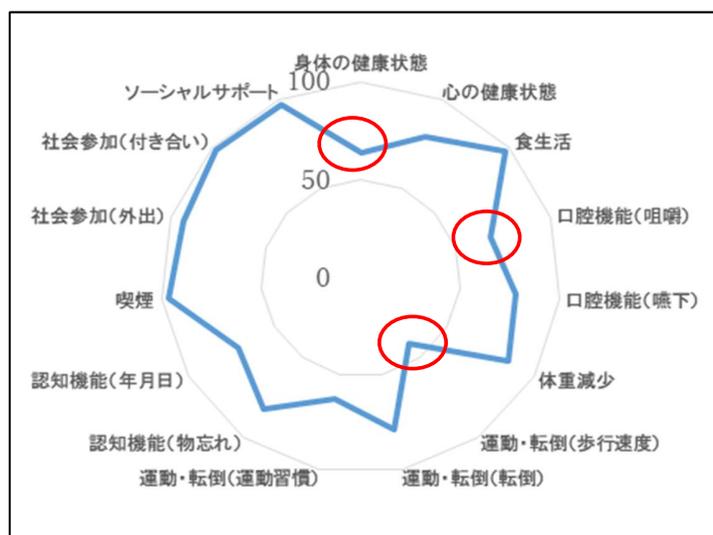
脊柱管狭窄症・
股関節症などの
整形疾患による
申請が多い。

R5年度介護保険新規申請者の有病(現病歴)状況

野洲市の現状・課題

●後期高齢者質問票の分析

「歩行速度の低下」
「身体の状態の低下」
「口腔機能(咀嚼)の低下」の順
に課題のある人が多い。



R5年度後期高齢者質問票分析結果

野洲市の現状・課題

●医療費で上位を占める「慢性腎臓病(透析あり)」の背景として、糖尿病等の生活習慣病の悪化が推測されることから、生活習慣病の発症および重症化予防への取り組みが必要。

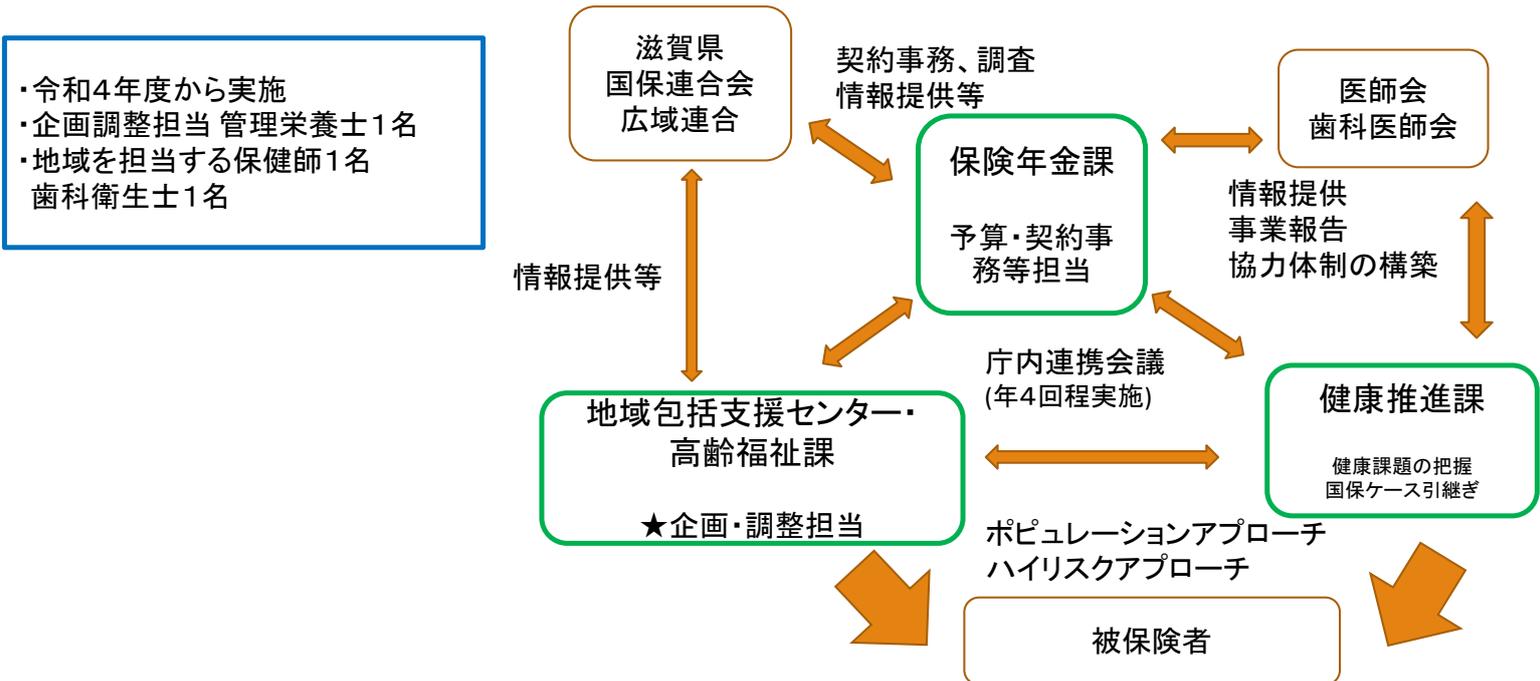
●介護保険新規申請者の疾患では「認知症」が整形疾患と同様に高い。

認知症と併せて糖尿病や高血圧症の疾患がある人が多く、認知症予防・認知症発症に関連のある生活習慣病予防が必要。

●介護保険新規申請者の疾患では「整形疾患」や「骨折」による申請が多く、後期高齢者質問票などの結果より「歩行速度の低下」、「立位バランスの低下」がある。骨粗鬆症を含む筋骨格系の虚弱化や筋骨格系疾患に伴う転倒・骨折が起こりやすいと予測されることから、怪我につながりにくい体づくり・フレイル予防について啓発が必要。

野洲市一体的実施 事業体制

7



8

ハイリスクアプローチ 重症化予防(糖尿病性腎症)

●対象者

健康推進課が実施する「糖尿病性腎症等重症化予防指導事業」の年齢到達による終了者のうち75歳以上80歳未満の者

●内容

- ①糖尿病性腎症等重症化予防指導事業の最終面談日に対象者に対して、事業担当者より事業の説明、訪問または面談の案内を実施。
- ②希望があった対象者に対して訪問等で6か月間で2回以上の指導、医療機関への定期的な受診勧奨・重症化予防に向けた保健指導を実施。

●実施者

管理栄養士

ハイリスクアプローチ 重症化予防(糖尿病性腎症)

●実施結果(R7.1月末時点)

・対象者7人→介入者7人

・介入結果

介入方法	人数	延べ回数
面談	3人	7回
訪問	1人	1回
電話	2人	3回
訪問・電話	1人	7回
合計	7人	18回

評価指標	
継続受診率	100%
HbA1c値維持率	60%

・今後の状態悪化による合併症を防ぐため「生活習慣病の療養計画書」の目標値を確認しながら、対象者に合わせた指導を実施。また、かかりつけ薬局との連携により内服コントロールにつなげることができた。

ハイリスクアプローチ 重症化予防(その他生活習慣病) コントロール不良者

●対象者

令和5年度健診が基準値以上のハイリスク結果であり、健診以降の医療機関受診がない者

ハイリスク基準:① 高血糖者 HbA1c 8.0%以上 →対象者なし

② 高血圧者 160/100以上

③ 腎機能不良者 eGFR<45または尿たんぱく(+)以上

} 実施

●内容

対象者に対して、訪問により健康状態の確認、受診勧奨、家庭血圧測定の提案、介護保険新規申請等の必要なサービスへの接続を実施。

●実施者

保健師、管理栄養士

ハイリスクアプローチ 重症化予防(その他生活習慣病) コントロール不良者

●実施結果(高血圧者)

対象者43人→介入者41人

介入方法	人数	➔	内容	人数
訪問	39人		R5健診結果より医師に継続受診を 言われていない人	31人
電話	1人		管理中	10人
家族への 聞き取り	1人			
合計	41人			

ハイリスクアプローチ 重症化予防(その他生活習慣病) コントロール不良者

●実施結果(腎不良者)

対象者3人→介入者3人

(※1人高血圧者と重複)

介入方法	人数	➔	内容	人数
訪問	2人		R5健診結果より医師に継続 受診を言われていない人	2人
来所	1人		管理中	1人

●高血圧者

評価指標	
訪問実施率	100%
指導実施率(現状が把握できた者の割合)	95.3%

●腎不良者

評価指標	
訪問実施率	100%
指導実施率(現状が把握できた者の割合)	100%

ハイリスクアプローチ 健康状態不明者対策

●対象者

令和5年度および令和4年度の2年度において、健診受診なしかつレセプト履歴なし(医療未受診)かつ要介護認定なしの者

●内容

- ①対象者に「健康に関するアンケート」、「フレイル確認票」を送付。
- ②返信内容を確認した上で、対象者に対して訪問により健康状態の確認、受診勧奨、家庭血圧測定のプロ案、介護保険新規申請等の必要なサービスへの接続を実施。
- ③返信がなかった者に対しても同様に訪問を実施。
- ④初回訪問後、受診確認で6～7か月後に再度訪問を実施(対象者に対して2回の訪問を実施)。

●実施者

保健師、管理栄養士

ハイリスクアプローチ 健康状態不明者対策

●事前アンケート返信率: 36.4%(88人中32人返信あり)

●実施結果(初回介入)

対象者84人→介入者77人

介入方法	人数
訪問	69人
来所	2人
電話	3人
家族への聞き取り	3人
合計	77人



内容	人数
医療・健診受診必要なし (職場で健診を受けている)	1人
R6健診勧奨・医療受診勧奨	66人
管理中	4人
圏域フォロー (家族からの介護相談、訪問時の様子が気になる人など)	6人

評価指標	
案内通知送付率	100%
訪問実施率	100%
指導実施率(現状が把握できた者の割合)	91.7%

ハイリスクアプローチ 健康状態不明者対策

●実施結果(2回目介入) (R7.1月末時点)

対象者(初回訪問結果が健診勧奨・医療受診勧奨の人)66人→介入者45人

介入方法	人数
訪問	42人
来所	1人
電話	2人
合計	45人



介入結果	人数
健診受診	5人
管理中	1人
R6健診・医療受診なし	39人

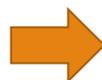
5人中3人が内服開始し、
管理中

体調不良(風邪)による医療
受診後、HT内服開始

ハイリスクアプローチ 健康状態不明者対策

●初回介入後、受診につながらなかった要因

介入結果	人数
R6健診・医療受診なし	39人



受診しない理由	人数
本人に受診したくない意思がある	11人 ※
本人が受診する必要がある状況と判断している	25人 ※
多忙 (仕事・介護)	4人
受診の交通手段がない	1人 ※
R6中に健診受診予定	1人

「病院が嫌い・怖い」、
「薬を飲みたくない」など

「どこも悪いところがない」、
「日常生活に支障が出たら受診する」など

※重複理由者あり

ポピュレーションアプローチ

●対象者

いきいき百歳体操、ふれあいサロン、自治会等の依頼があった団体

●内容

市の健康課題を伝えた上で、フレイル予防を中心とした健康教育・健康相談を通いの場で実施。

→参加者には後期高齢者質問票を実施。

●実施者

健康運動指導士、理学療法士、管理栄養士、歯科衛生士

ポピュレーションアプローチ

●令和6年度実施数(5～12月実施分)

実施団体:60団体

参加者数:910人

→サロンの団体、70代・80代、女性の参加が多い

テーマ	回数	参加者
運動	10回	139人
転倒予防 (PT)	23回	310人
栄養	14回	236人
口腔	13回	225人
合計	60回	910人

評価指標

関わる事ができた通いの場の数	60箇所/目標:80箇所以上
関わる事ができた高齢者の人数	910人/目標:1200人以上

ポピュレーションアプローチ

●実施後のアンケート結果

今後の生活に活かそうかに「活かせる」と回答した人:91.5%(803人)

●後期高齢者質問票結果

R5と同様に「歩行速度の低下」、「身体の健康状態の低下」、「口腔機能(咀嚼)の低下」の順に課題のある人が多い。

まとめ

●重症化予防(糖尿病性腎症)

- ・介入した人の多くが受診管理及び食事・運動習慣が継続できている。
- ・「生活習慣病の療養計画書」を用いて指導することで目標値の確認、コントロール状況について本人への意識づけや行動変容につながった。
- ・薬局との連携により、適切な治療継続の後押しになった。

●重症化予防(その他生活習慣病) コントロール不良者

- ・訪問時に医師より治療が「必要なし」と言われたと返答された人が多く、家庭血圧測定の指導や高血圧等の全般の指導が中心となった。

まとめ

●健康状態不明者対策

- ・訪問指導を行っても「受診したくない」意思を変化させることが難しい現状があった。
- ・生活状況や家族を含めての健康状態の確認をすることで適切なサービスや圏域フォローの相談につなぐことができた。

●健康教育・健康相談

- ・通いの場の参加者のフレイルリスクの傾向を把握することができた。
- ・フレイルや介護予防の認知度や理解度を促進することができた。
- ・圏域によって参加率(実施申込みが少ない)が低い地域があった。

実施課題

●重症化予防(糖尿病性腎症)

- ・疾患と生活背景を踏まえて住民自身が実践できる土壌をつくるために、療養計画書の活用や薬局との連携の強化が必要。
- ・事業対象者が国保事業からの75歳到達終了者のみであり、重症化予防のためには治療中断者の介入なども必要と考えられるため、対象者の選定基準の検討も必要。

●重症化予防(その他生活習慣病) コントロール不良者

- ・医療との連携により受診勧奨を行う適切な血圧値の共有や連携について検討が必要。
- ・アプローチ方法の検討が必要。

実施課題

●健康状態不明者対策

- ・受診の必要性について継続的な関わりが必要。
- ・受診以外にもサロンの参加や健康づくり事業への参加などの確認を行い、社会参加への積極的なアプローチも必要。

●健康教育・健康課題

- ・後期高齢者質問票が主観的評価であり、事業評価に限界がある(介入後の評価項目が少なく、実施効果が十分に評価できていない)。
- ・事業参加が低い地域があることからSC等と協働でアプローチ方法を検討する。
- ・サロン等に参加していない方への対策が必要。



ご清聴ありがとうございました

令和6年度 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施 事業の取組について 【米原市】

令和7年3月5日（水）

米原市健康づくり課
高齢福祉課



米原市の概要

- 人口 36,933人
- 高齢化率 30.7%
- 後期高齢化率 17.7%
- 後期高齢者被保険者数 6,539人
- 介護保険認定率（第1号）19.40%
- 日常生活圏域 4圏域



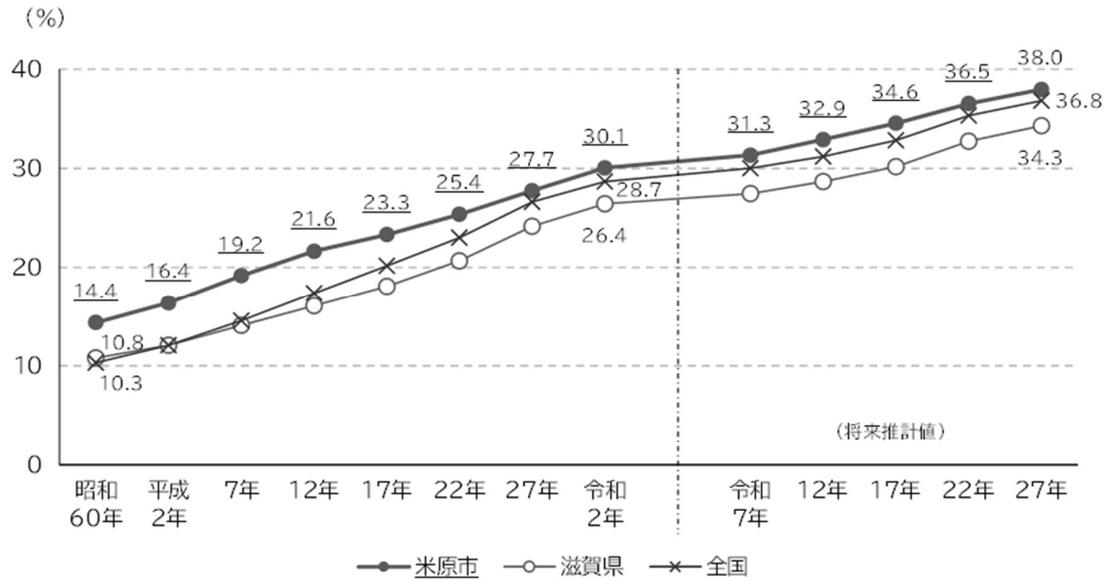
（令和7年1月1日時点）

- 滋賀県東北部地域の中心に位置し、滋賀県最高峰の伊吹山（1,377m）とその南には霊仙山（1,094m）がそびえ、水と緑に包まれた自然豊かな水源の里。
- 新幹線、鉄道、高速道路など、近畿、中部、北陸を結ぶ大動脈の結節点であり、交通の要衝。



事業の背景

本市の高齢化率は国の平均を上回る率で上昇。



・ 資料：総務省「国勢調査」(各年) / 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」

事業の背景

【国保・後期の医療の状況】

令和5年度の医療費をみると、国保・後期ともに運動器疾患や循環器に関する疾患が上位を占めている。

令和5年度 医療費 (入院+外来)

<国保>

1位	糖尿病	5.0
2位	関節疾患	4.6
3位	慢性腎臓病 (透析有)	3.6
4位	統合失調症	3.5
5位	不整脈	3.0
6位	高血圧症	3.0
7位	肺がん	2.9
8位	乳がん	2.9
9位	脂質異常症	2.1
10位	骨折	2.0

<後期>

1位	不整脈	6.2
2位	慢性腎臓病 (透析有)	4.2
3位	骨折	4.1
4位	糖尿病	4.0
5位	狭心症	3.6
6位	脳梗塞	3.3
7位	高血圧症	2.7
8位	関節疾患	2.7
9位	骨粗しょう症	2.1
10位	前立腺がん	1.9

(%)

(%)

KDB国保・後期高齢者データ (R6.3.12抽出)

事業の背景

【後期高齢者医療の状況】

総医療費に占める生活習慣病の割合が20.7%であり、同規模市や県、国と比較しても高くなっている。

また、脳血管疾患や虚血性心疾患の占める割合も高い。

総医療費に占める各疾患の医療費割合

年度	市町村名	総医療費 (万円)	中長期目標疾患								(中長期・短期)目標疾患医療費計	
			腎				脳		心			
			慢性腎不全 (透析あり)		慢性腎不全 (透析なし)		脳梗塞 脳出血		狭心症 心筋梗塞		費用額 (万円)	割合 (%)
			費用額 (万円)	割合 (%)	費用額 (万円)	割合 (%)	費用額 (万円)	割合 (%)	費用額 (万円)	割合 (%)		
R3	米原市	465,814	25,537	5.5	2,836	0.6	16,123	3.5	13,883	3.0	97,291	20.9
R4		507,896	25,767	5.1	2,910	0.6	21,921	4.3	16,838	3.3	106,947	21.1
R5		533,056	23,454	4.4	2,505	0.5	22,282	4.2	20,629	3.9	110,167	20.7
R5	同規模市	164,202,233	6,877,869	4.2	804,591	0.5	6,453,148	3.9	2,364,512	1.4	30,022,807	18.3
R5	国	1,705,244,471	77,418,099	4.5	7,844,125	0.5	63,946,668	3.8	27,624,960	1.6	318,503,061	18.7
R5	県	17,595,060	802,335	4.6	86,216	0.5	571,839	3.3	411,724	2.3	3,314,615	18.8

ラボツールより

事業の背景

【介護の状況】

介護認定率は、同規模、県、国と比較し高い。

また、一人あたり給付費、1件あたり給付費ともに国、県と比べ高くなっている。

介護給付費の推移

	米原市		国	県	同規模
	H30年度	R5年度	R5年度	R5年度	R5年度
介護認定率(1号)	20.2%	20.3%	19.7%	19.0%	19.0%
総給付費	36億7137万円	39億9668万円	—	—	—
一人あたり給付費(円)	342,927	353,275	284,730	282,243	295,996
1件あたり給付費(円)全体	59,271	61,439	59,499	58,195	70,681
居宅サービス	40,657	41,670	41,362	39,988	44,072
施設サービス	283,030	294,021	298,976	298,278	294,049

KDB地域の健康課題の把握より

事業の背景

【介護の状況】

要介護認定者の生活習慣病の有病状況を見ると、虚血性心疾患や脳血管疾患が上位を占めている。

令和5年度 要介護者(1号)の疾病状況

年齢		65～74歳	75歳以上	計				
介護件数(全体)		170	2,048	2,218				
再)国保・後期		142	2,009	2,151				
有 病 状 況 (レセプトの診断名より重複して計上)	疾患	順位	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数
				割合		割合		割合
	循環器疾患	1	脳血管疾患	46 32.4%	虚血性心疾患	802 39.9%	虚血性心疾患	841 39.1%
		2	虚血性心疾患	39 27.5%	脳血管疾患	743 37.0%	脳血管疾患	789 36.7%
		3	腎不全	21 14.8%	腎不全	386 19.2%	腎不全	407 18.9%
	合併症	4	糖尿病合併症	21 14.8%	糖尿病合併症	223 11.1%	糖尿病合併症	244 11.3%
	基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		基礎疾患	111 78.2%	基礎疾患	1,872 93.2%	基礎疾患	1,983 92.2%
血管疾患合計		合計	119 83.8%	合計	1,912 95.2%	合計	2,031 94.4%	

ラボツールより

事業の背景

【高齢者の質問票】

過去1年間に転んだ人の割合が令和2年度から経年的に国、県、同規模よりも高い。

また、週1回以上の運動習慣のない人の割合が多い。

健康スコアリング（後期高齢者の質問票より抜粋）

年度	比較対象 単位	心の健康状態				体重変化		運動転倒		認知機能		ソーシャルサ ポート
		毎日の生活に 満足	毎日の生活に やや満足	毎日の生活に やや不満	毎日の生活に 不満	6ヶ月で2～ 3kg以上の 体重減少	以前に比べて 歩く速度が遅 い	この1年間に 転んだ	ウォーキング等 の運動を週1 回以上	物忘れあり	今日の日づけ が分からない 時あり	
令和5年度	保険者	43.3	47.9	7.8	1.0	10.9	52.8	21.9	52.0	15.4	25.5	95.1
	県	49.9	42.0	7.3	0.8	10.5	52.1	16.7	62.9	13.3	19.9	95.6
	同規模	46.7	44.9	7.3	1.1	12.1	57.1	18.8	56.6	15.7	23.8	95.3
	国	47.1	44.3	7.5	1.1	12.0	58.7	18.0	62.4	15.7	24.5	95.2
令和4年度	保険者	45.2	45.8	8.1	0.9	12.3	54.2	17.4	59.9	13.5	20.4	95.4
	県	50.1	41.3	7.7	0.9	10.7	52.5	16.7	63.2	14.3	19.9	95.6
	同規模	48.0	43.8	7.2	1.1	11.8	57.3	19.0	56.5	16.5	24.4	95.3
	国	47.5	43.7	7.7	1.1	11.7	59.1	18.1	62.9	16.2	24.8	95.1
令和3年度	保険者	44.4	46.3	8.7	0.5	8.2	54.0	19.1	59.2	16.6	18.5	96.2
	県	50.1	41.3	7.6	1.0	10.2	54.0	16.8	63.0	14.7	20.8	95.3
	同規模	49.0	42.8	7.1	1.1	11.6	58.1	19.0	56.5	16.7	24.8	95.2
	国	47.8	43.1	7.9	1.2	11.6	59.7	18.0	62.1	16.7	25.3	94.9
令和2年度	保険者	56.0	38.2	4.8	1.0	10.6	52.5	20.7	52.4	12.5	15.4	96.2
	県	53.5	38.9	6.9	0.7	10.8	52.1	17.2	63.9	15.1	21.5	95.4
	同規模	49.9	41.8	7.2	1.1	12.5	57.9	19.9	55.9	17.0	25.1	95.0
	国	48.2	42.5	8.0	1.2	12.2	59.0	18.6	61.0	16.8	25.4	94.6

KDB後期高齢者データ（R6.3.12抽出）（%）

事業の背景にある課題

- 高血圧や糖尿病を基礎疾患に持つ者が、心疾患・脳血管疾患・慢性腎不全などを発症し、高額な治療や介護を受けている。



高血圧や糖尿病などの疾患のリスク管理（医療受診と生活習慣の改善）を行うことで、重症化を予防する必要がある。

- 医療費分析では、運動器疾患や循環器に関する疾患が上位を占めている。
- 後期高齢者の質問票から、過去の転倒歴が経年的に、国、県、同規模と比較し、割合が高い。



フレイル対策や転倒予防の取り組みが必要。

事業の目的

- 医療受診や生活習慣改善など、リスク管理に向けた保健指導や健康教室を行うことで、高齢者のQOLの維持向上と医療費や介護給付費の伸びを抑制する。
- 医療や保健事業、介護予防等に取り組む関係機関と相互に協力し、更なる連携を図ることで、高齢者への切れ目ない支援を実施する。



ハイリスクアプローチ（重症化予防）

【対象者】

No	支援区分	対象者数(R7.1月末現在)
1	HbA1c7.0%以上で糖尿病治療なし	7人
	HbA1c8.0%以上で治療中※	8人
2	血圧160/100以上で高血圧治療なし	22人
	血圧180/110以上で治療中※	4人
3	腎機能不良(eGFR30未満、尿蛋白2+以上)※	27人
4	過去に支援していた者の内、治療中断しやすい者や重症化リスクの高い者	23人
5	健康相談もしくは健康状態不明者のうち、生活習慣病重症化リスクを有する者	32人
合計		123人

※75歳～84歳を対象とする。

ハイリスクアプローチ（重症化予防）

【内容】

- ・初回支援：原則訪問や面接で健診結果の説明および受診勧奨
- ・評価：初回支援から約3か月後に医療機関受診状況、HbA1c、体重、家庭血圧測定状況、生活状況等の評価を実施。

【結果】

保健指導実施率 62.6% (77人/123人) 令和7年1月末現在

- ・治療中のコントロール不良者については、定期的に受診や服薬をし、主治医と相談できている方が多い中、家庭血圧が測定できていない方や食生活が乱れている方もあり、保健指導を実施した。
- ・特に、血圧での未治療者は、医療機関受診につながりにくい状況があるため、正しい家庭血圧の測定方法と医療機関受診の必要性を伝えた。

ハイリスクアプローチ（健康状態不明者）

【対象者】

前年度および前々年度の2年度において、健診受診なしかつレセプト履歴なしかつ要介護認定なしの者46人

（絞り込み条件）

- ・75歳の者を除く
- ・当該年度に地域包括支援センター、市障がい担当課、生活保護担当課などの相談機関がすでに支援をしている者を除く
- ・当該年度中(対象者抽出時点)に健診・医療・介護を利用した者を除く

【内容】

事前に質問票を送付し、その後訪問し健康状態の把握や健診の受診勧奨、地域包括支援センターの紹介等を行う。

ハイリスクアプローチ（健康状態不明者）

【結果】

		米原	近江	山東	伊吹	市全域
事業対象者		15	14	12	5	46
介入者数	本人	14	11	11	4	40
	家族	1	3	1	1	6
質問票回収数		14	13	11	4	42

訪問時血圧測定を実施した32人の結果は、I度高血圧5人、II度高血圧8人、III度高血圧12人であり、約8割が基準値を超えていた。

また、認知機能の低下が心配される方や、閉じこもりで面接できなかった4人について基幹包括へ接続を行った。



課題と今後の方向性

(ハイリスクアプローチ、健康状態不明者)

- 治療中者については、定期的に受診や服薬をし、主治医と相談できている方が多かった。また、個別性が高く、さまざまな疾患を併せ持っている方が多く、保健指導の難しさがある。
- 未治療者については、自己判断により受診拒否される方もあり、1回の支援では受診につながりにくい。
- 健康状態不明者については、血圧が高くても、医療機関受診につながらなかったり、認知機能の低下が疑われる者がいる。



継続した受診勧奨を行うことで、未治療者を治療につなげることに重点を置く。

ポピュレーションアプローチ

取組内容

①健康教室や健康相談の実施（認知症予防教室）

[内容] 認知症予防を切り口とした生活習慣病（高血圧等）リスク管理のための健康教室（計3回）を開催し、学習（運動・栄養等）や健康相談を行う。

[対象] 通いの場（米原圏域、近江圏域）

②通いの場におけるフレイル予防事業

[内容] ①体力測定（年2回実施）および体力測定結果返し

②個別相談（保健師・理学療法士）

③フレイル予防に関する健康講座（フットケア講座） ※新規事業

[対象] 通いの場（市内4圏域）

③通いの場への参加勧奨および個別運動指導

[内容] KDBシステムより後期高齢者の質問票で運動リスクや口腔機能低下リスクが高い者にリハビリ専門職が訪問し、通いの場の参加勧奨および介護予防に関するアドバイスを行う。

[対象] 後期高齢者の質問票で運動リスクや口腔機能低下リスクの該当者

対象者数、参加（介入）者数（R7.2.5時点）

①健康教育や健康相談の実施 （認知症予防教室）

実施圏域	開催回数	参加者累計
米原圏域	6回（2か所）	36人 （のべ79人）
近江圏域	3回（1か所）	18人 （のべ44人）

認知症の予防を考える会

～お茶の間に、血管を守るためにできることを学びましょう～

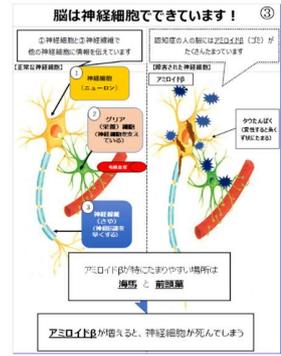
申込募集
2025年11月17日（土）
13:00～15:00
米原市市民会館 第2会議室

内容
認知症予防に関する啓発講座
（計3回：8、10、12月に1回あたり1時間程度）
体験
健康相談（市の保健師、管理栄養士による個別相談）

健康教室で学ぶこと
75歳になると、認知症のリスクは2人に1人に増える。認知症の予防は、生活習慣の改善から始めることが大切。認知症の予防は、生活習慣の改善から始めることが大切。

認知症は予防できる？
認知症の予防は、生活習慣の改善から始めることが大切。

認知症の予防は、生活習慣の改善から始めることが大切。



②通いの場におけるフレイル予防事業 ＜体力測定＞

実施圏域	関与した通いの場の数	開催回数	参加者累計
米原圏域	8か所	12回	101人
近江圏域	4か所	4回	48人
山東圏域	4か所	6回	74人
伊吹圏域	1か所	1回	12人

＜フットケア講座＞

実施圏域	関与した通いの場の数	参加者累計
米原圏域	6か所	101人
近江圏域	4か所	45人
山東圏域	4か所	50人
伊吹圏域	1か所	14人

＜個別相談＞

職種	相談件数
保健師	15件
理学療法士	24件

③通いの場への参加勧奨および個別運動指導

実施圏域	対象者	参加者累計
米原圏域	36人	10人
近江圏域	22人	9人（のべ17人）
山東圏域	45人	7人（のべ9人）
伊吹圏域	12人	5人

ポピュレーションアプローチの実施状況

通いの場における フレイル予防事業

【内容】①体力測定（年2回実施）および体力測定結果返し

お茶の間に、

体力測定会 しませんか？

最近、足の衰えを感じることはありませんか？
フレイルの人は、フレイルでない元気な人と比べて10年後、4.4倍要介護になりやすくなります。
ぜひ、この機会に体力測定を通してフレイル予防の取組を始めませんか。
今年度は、足のフレイル（虚弱）予防を重点的に取り組みます！

市内41団体に
送付

【内容】

- 握力・5回立ち座り・5m歩行・体組成計による筋肉量測定・滑舌測定・足指の筋力測定
- 紙面アンケート（基本チェックリスト・後期高齢者質問票）

②認知症予防（運動、健康アプリなど）の紹介

認知症予防に効果があるとされている運動や健康アプリについて紹介します。
ぜひ、お茶の間に一緒に学びましょう。

③健康相談

市の保健師と理学療法士が個別に健康相談を行います。

④足のフレイル予防（フットケア）講座

看護師（フットケア指導士）による足のフレイル予防講座。ご自身の足の状態や転倒予防について一緒に確認してみましょう。いつまでも安心して歩けるための楽しい体操をご紹介します。

【スケジュール】

6月 日程調整 → 7～9月 体力測定（1回目） → 8～10月 結果返し（健康相談会・体操紹介含む） → 9～2月 足のフレイル予防（フットケア）講座 → 1～3月 体力測定（2回目） → 2～4月 結果返し（2回目）

【申込方法】

下記お問い合わせ先にも電話等でお申込みください。

体力測定結果返し

令和7年2月18日

マイバラ ハナコ
萩原 花子 様

体力測定会の結果（第2回目）について

お茶の間に実施された体力測定の結果は、以下のとおりです。最も成績の良い方（特に60歳台の方）は、総合合点数を重視していただき、1回目の体力測定と比較し、体力が維持できています。おめでとうございます。

体力年齢	今回	前回	差	総合合点数	2025
	69	70	歳	95.8	点
握力	4.2	2.3	★★★☆☆	★★★☆☆	握力は大変良好です。この結果を維持し続けることが大切です。握力を維持することは、全身の筋肉を鍛えることにつながります。
歩行速度	27	36	★★★☆☆	★★★☆☆	歩行速度は良好です。歩行速度を維持することは、全身の筋肉を鍛えることにつながります。
体組成計	28		★★★☆☆	★★★☆☆	体組成計の結果は良好です。筋肉量を維持することは、全身の筋肉を鍛えることにつながります。
足指の筋力	12.5		★★★☆☆	★★★☆☆	足指の筋力は良好です。足指の筋力を維持することは、全身の筋肉を鍛えることにつながります。

ポピュレーションアプローチの実施状況

通いの場への参加勧奨および個別運動指導

【内容】 KDBシステムにより、後期高齢者の質問票で運動リスクや口腔機能低下リスクが高い者に対して、リハビリ専門職が訪問し、通いの場の参加勧奨および介護予防に関するアドバイスを行う。

案内文

米 高 福 第 487 号
令和 6 年 (2024 年) 7 月 2 日

様
米原市高齢福祉課長

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施
元気アップ事業について (御案内)

平素は、米原市保健・福祉行政に御理解と御協力を賜りありがとうございます。
さて、標記事業は、令和 6 年 2 月に実施した米原市・筑波大学共同研究「はつらつ度アンケート調査」回答者の対象にきめ細やかな介護予防事業の提供のため御案内させていただきました。
標記事業では、別紙チラシのとおりリハビリ専門職が簡易な体力測定による体力年齢の算出や個別に応じた体操等をアドバイスさせていただきます。
標記事業について、辞退される場合は下記の期日までに御連絡いただきますようお願いいたします。
つきましては、下記の期日までに御連絡がない方は、(担当事業所名)より 7 月から 9 月にかけてお電話等で訪問の連絡をさせていただく予定ですので、御理解と御協力いただきますようお願いいたします。
なお、標記事業に御不明な点等ございましたら下記担当者までお問い合わせ下さい。

記

1 事業内容
リハビリ専門職が訪問し、生活および身体状況等の聞き取りや簡易な体力測定(握力等)を行い、体力年齢の算出や個別に応じた介護予防活動について御提案を行います。
具体例) 個別に応じた体操の提案(膝痛・腰痛軽減体操等)
市の介護予防事業の案内
身近な地域で実施している体操教室等の通いの場の紹介

2 期日
令和6年7月17日(水)

3 その他
別紙質問票は、事業の訪問の際に回収させていただきますので、事前に御記入をお願いします。

チラシ

高齢者の保健事業と介護予防等の一体的実施

元気アップ事業のご案内

運動が続かない、足腰が弱ってきたかも、何が健康活動してみたい方等に個別に応じた運動の方法や市の介護予防の取組みについてお伝えします。
ぜひ、健康維持増進のためにご参加ください。

事業の内容

ご自宅に別紙の事業所のリハビリ専門職が伺いし、簡単な体力測定や個別に応じた運動のアドバイス、介護予防に関するお話をさせていただきます。

①**体力年齢がわかります**
簡単な体力測定等(5回立ち降り・片足立ち・握力・注意力検査)を行うことで、体力年齢を出すことができます。運動のアドバイス 3 か月後ぐらいに再度計測も行います。
(例) 78歳女性で5回立ち降り5秒、握力20kg、片足立ち60秒、注意力検査40秒の方
⇒体力年齢が69.4歳

②**転倒予防・運動習慣・運動方法のアドバイスを行います**
お元気な方でも転倒しますが、転倒するリスクをできる限り少なくするために運動することはとても大切です。個別に応じた運動方法や運動習慣のアドバイスを行います。
(例) 81歳女性で家事をこなしておられるが、握力とバランス能力の低下があり、転倒は無いがつまづくことがある。
⇒毎日の活動量は確保されているため、低下している体幹筋力とバランス向上の運動を提案

③**市の介護予防事業等を紹介します**
LINEによる介護予防の啓発事業や介護予防に関するアプリ、市内の通いの場等の紹介を行います。
LINEで介護予防情報を無料で配信している事業や便利な介護予防のアプリ(遠いゆめアプラ等)の紹介、また、市で実施しているオーケストラの介護予防事業や市内の通いの場の紹介を行います。

LINEで介護予防情報を無料で配信している事業や便利な介護予防のアプリ(遠いゆめアプラ等)の紹介、また、市で実施しているオーケストラの介護予防事業や市内の通いの場の紹介を行います。

【お問合せ】
米原市役所 高齢福祉課 電話 53-5120 FAX 53-5119

事業内容が分かるチラシで参加者増加を目指す！

ポピュレーションアプローチの実際

通いの場におけるフレイル予防事業

体力測定



体力測定結果返し



情報提供

シニアの運動のススメ

- ①の1
歩行は1日約6,000歩以上
※1日約6,000歩以上に相当
40分程度歩くと約10,000歩
歩数増やすには、10分程度歩くと約1,000歩増やせます。
- ①の2
上記の活動ができなくても+10(プラス10)でOK
- ①の3
筋力・バランス・柔軟性等の運動を週3日以上
(例) 体操・ダンス・ラジオ体操等
- ①の4
筋力トレーニングを週2~3日
その2に含めるとOK
(例) 腕立て伏せ・スクワット(床・椅子)の
マン・マシン・自重トレーニング
筋トレは、転倒予防の効果が期待できます。

後期高齢者 健康診査

健康診査の結果に基づき、医師の指導のもとで、適切な運動や生活習慣の改善を促すための取り組みです。

① 運動のススメ
② 転倒予防
③ 口腔機能低下予防
④ 認知症予防

NEW



高齢者のための熱中症対策

暑い時期は熱中症のリスクが高まります。エアコンを上手に使いましょう。

① エアコンの温度設定は26℃以上を目安に設定してください。

② エアコンのフィルターは定期的に掃除してください。

③ エアコンの電源は長時間使用後は必ずオフにしてください。

④ エアコンの電源は長時間使用後は必ずオフにしてください。

⑤ エアコンの電源は長時間使用後は必ずオフにしてください。

ポピュレーションアプローチの実際

通いの場における
フレイル予防事業

個別相談(保健師)



個別相談(理学療法士)



ポピュレーションアプローチの実施状況

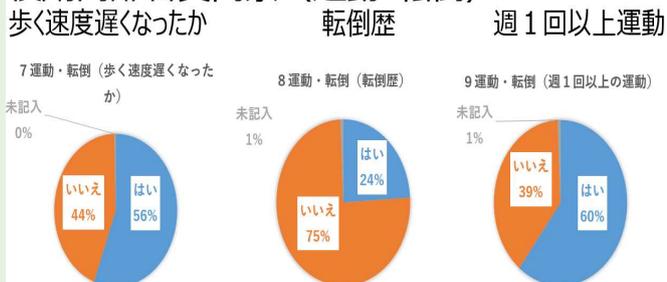
フレイル予防に関する健康講座(フットケア講座)

※新規事業

- 通いの場での後期高齢者質問票では、運動習慣がない、転倒歴がある者について該当している割合が多い。
 - 日常生活圏域ニーズ調査からも転倒リスク保有者や後期高齢者からリスクが高まってくるのがわかった
- ➔**転倒予防**に関する取組が必要である。

通いの場での後期高齢者質問票、基本チェックリスト(R5)
回答者:287人

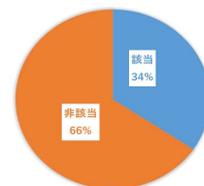
後期高齢者質問票(運動・転倒)



歩行能力低下は、半数以上で転倒歴のある方は、1/4おられるが、運動を週1回以上している方は半数以上

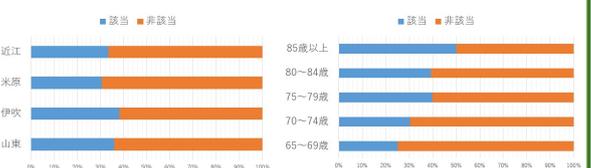
日常生活圏域ニーズ調査(R4)
回答者:1,855人

転倒リスク該当者①



転倒リスクのある人が34%を占める

転倒リスク該当者②



転倒リスク該当者は、伊吹地域が多く、後期高齢者から多くなる傾向

フットケア講座(看護師)



フットケア指導士
糖尿病療養指導士
足育アドバイザー
等々



- 講座後アンケートで取得した質問票の結果 回答数：204人（回答率97.1%）
- 1 講座を受講された方の基本属性
性別：男性 16% 女性 70% 無回答 14%
年齢：60歳代 8% 70歳代 38% 80歳代以上 51% 無回答 3%
- 2 ご自身の足や転倒・骨折歴について
足のトラブル（変形、巻き爪、水虫等）の割合 ⇨足のトラブルが「ある」と回答した者63%（128人）
過去1年以内の転倒の割合 ⇨転倒したことが「ある」と回答した者28%（57人）
（転倒した方のみ回答）その時に骨折した方の割合 ⇨「骨折した」と回答した者21%（12人）
- 3 講座を受けて役に立ったこと（複数回答可）
1位 足の指の筋力について 153人 2位 足の体操 123人 3位 靴の選び方・履き方115人
4位 転倒や骨折 83人 5位 足の変形（浮指、外反母趾） 73人
- 4 講座を受けて、転倒予防や足のケアに対する意識が高まった者の割合 ⇨「高まった」と回答した者95%

課題と今後の方向性 (ポピュレーションアプローチ)



(課題)

- 参加者が限られている
- 事業の効果的な評価が未熟
- マンパワーが不足しており、継続実施も課題

(方向性)

- 分析を深化し、市としての方向性や課題を広く周知する
- 継続は力なり(継続できるような人材育成・地域づくり)
- 動機づけの働きかけ(フローチャートやリーフレットの活用)
- 市単独ではなく、介護サービス事業所や専門職・多職種連携



ご清聴ありがとうございました。



令和6年度高齢者健康づくり事業推進フォーラム

湖南省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7年3月5日（水）
湖南省健康政策課



湖南省健康づくりキャラクター
湖なすちゃん

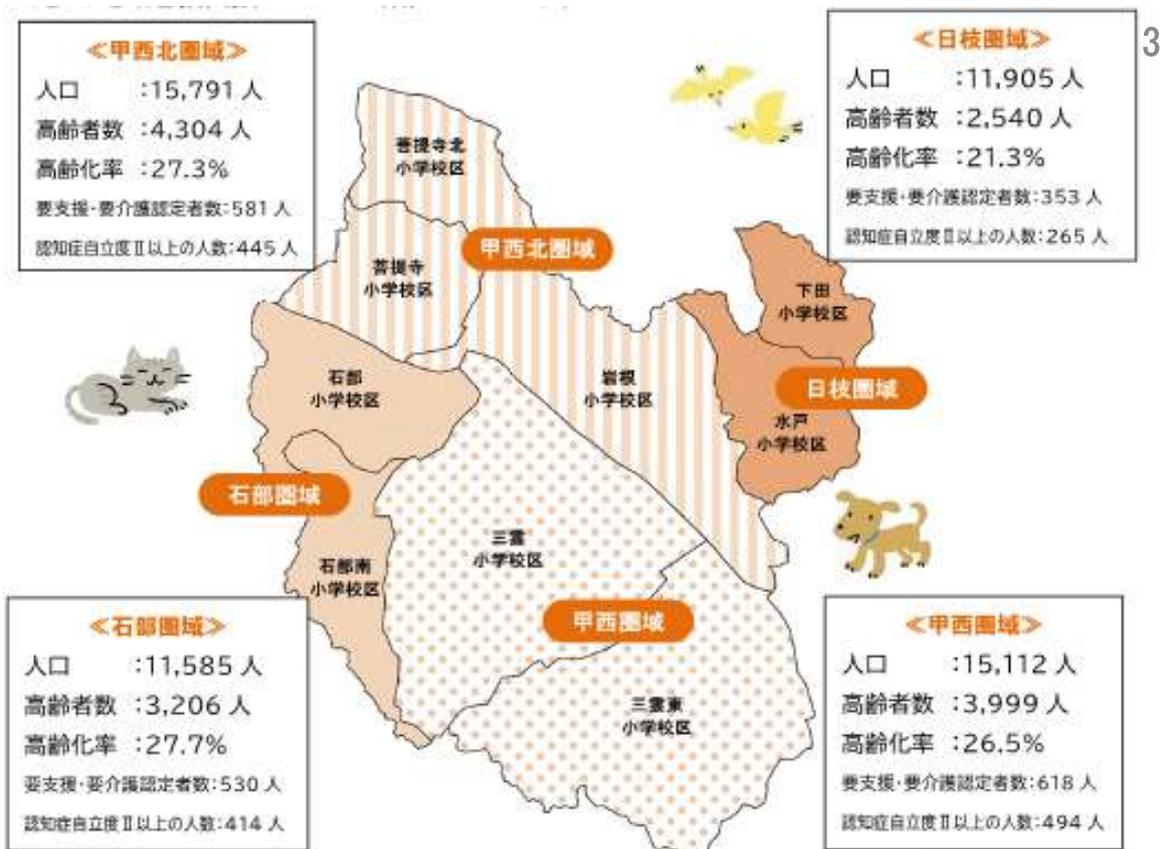
1. 湖南省の概要

2

人口	※2024年10月末	54,041人
高齢化率	※2024年10月末	26.4%
後期高齢者医療制度被保険者数		6,716人
	※R6.4月1日時点	
後期高齢者健康診査受診率		40.3%
	※R6年度暫定	
要介護認定率(1号認定率)		16.0%
	※R6年度累計KDB地域の全体像の把握	



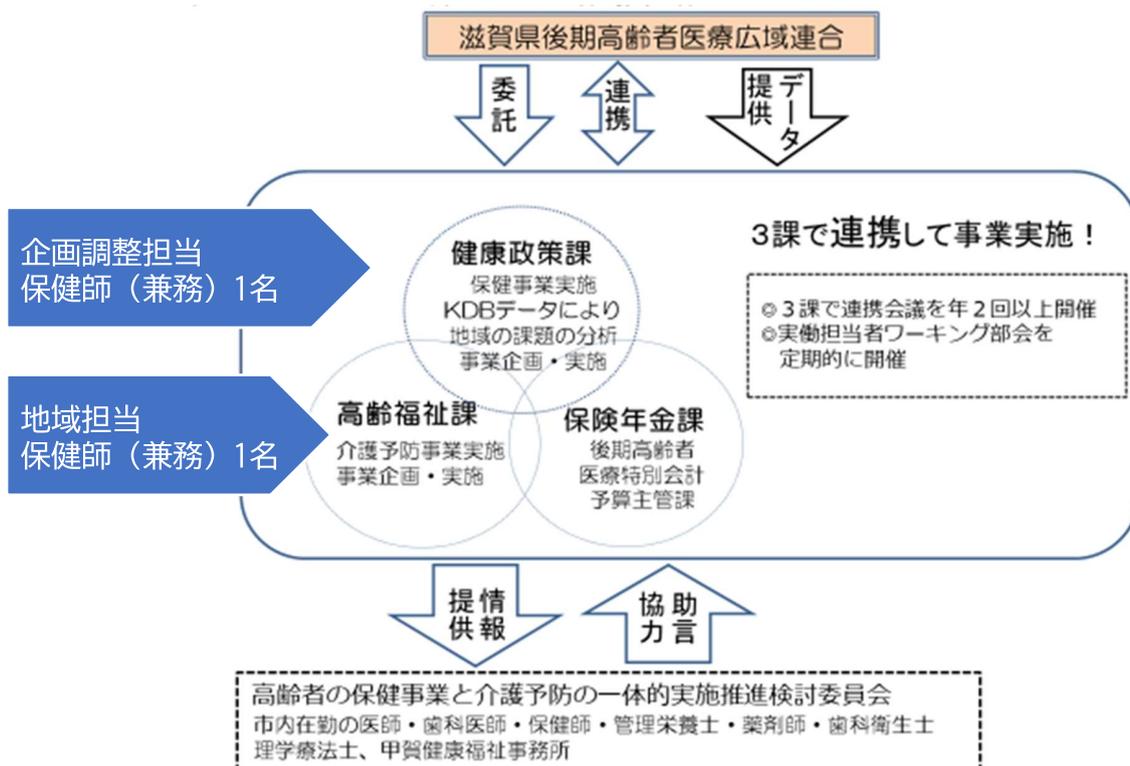
湖南省は大阪、名古屋から100km県内にあり、近畿圏と中部圏をつなぐ広域交流拠点にあります。古くは近江と伊勢を結ぶ伊勢参宮街道として、江戸時代には東海道五十三次の宿場がおかれ街道の産業や文化が栄えました。近年は名神高速道路の開通によって県下有数の工業団地が立地しています。



※住民基本台帳令和5年(2023年)4月1日現在
 ※認知症自立度Ⅱ:日常生活に支障を来す症状・行動や意志疎通の困難が見られても誰かが注意すれば自立できる状態のこと。認知症の症状などに応じて「I、II、III、IV、M」に分けられ、「II以上」を支援を要する状態とすることが多い。要介護認定データからの数値。

出典：第9期湖南省市高齢者福祉計画・介護保険事業計画概要版

2. 一体的実施にかかる湖南省市の人員体制および体制図



3. 湖南省における高齢者の健康課題

5

①平均自立期間（要支援・要介護、要介護2以上）では、男性は延伸傾向だが女性は県より短く、横ばいである。要介護認定率は県に比較すると低いが増加傾向であり、要介護1での認定が全体の20.3%を占めている。

・ポピュレーションアプローチ、ハイリスクアプローチ双方で、フレイル対策に取り組む必要がある

②運動機能の低下や認知機能の低下にある高齢者の割合が増加している。特に口腔機能低下の自覚が多く、フレイル予防とあわせてオーラルフレイル啓発が必要である。

・→オーラルフレイル対策

③国保、後期高齢とともに糖尿病の有所見者が多く、糖尿病や糖尿病をリスク要因とする循環器疾患の医療費が高くなっている。糖尿病合併症の有病者も多く、早期からの糖尿病治療、重症化予防が必要である。

・→糖尿病対策と高血圧対策

④健康状態不明者が100人程度おり、フレイルや要介護状態に進行する可能性がある高齢者を早期に把握し、健診受診や必要なサービスへのつなぎ、また健康の維持のために支援する必要がある。

・→健康状態不明者の状態把握

⑤6剤以上の多剤・重複服薬になっている高齢者が700人程度おり、多剤・重複服薬による有害事象の予防と適切な服薬管理に向けた支援が必要である。

→多剤・重複服薬対策

4. 湖南省一体的実施事業の取り組み

6

1. 高齢者に対する個別的支援（ハイリスクアプローチ）

ア.低栄養防止・生活習慣病等の重症化予防の取組

(a) 口腔に関わる相談・指導（オーラルフレイル予防ハイリスクアプローチ事業）

(b) 生活習慣病等の重症化予防に関わる相談・指導（糖尿病性腎症・高血圧症・腎機能不良重症化予防事業）

イ.重複投薬・多剤投与等への相談・指導の取組

ウ.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支援事業

2. 通いの場などへの積極的な関与等（ポピュレーションアプローチ）

ア. 通いの場等におけるフレイル予防等の普及啓発活動や健康教育・健康相談

(a) 介護予防普及啓発事業出前健康講座

(b) その他フレイル啓発事業

イ.通いの場等における後期高齢者の質問票を活用するなど参加した高齢者の全身状態の把握

(a) お口のお手入れ100日チャレンジ事業

(b) いきいき百歳体操体力測定会

ウ. 高齢者の健康に関する相談や不安等について日常的に気軽に相談できる環境づくり

(a) フレイルサポーター支援事業

事業実施目的

湖南省の後期高齢健診の質問票の分析では男性で咀嚼、嚥下項目の該当者割合32.8%、20.3%と多く県との比較でも高くなっている。経年比較でも咀嚼、嚥下の項目は男女ともに該当者が増えている。後期高齢被保険者のうち半年間の歯科レセプトがある人は54.2%であり増加傾向にあるが、半数は歯科受診をしていない。
 オーラルフレイル・口腔機能低下の可能性がある者が、オーラルフレイル予防や歯科受診の必要性を理解し、予防のための取り組みを行い、口腔機能の低下防止を図る。

具体的な取組内容

- ・対象者に、**集団教室と100日チャレンジ事業の参加勧奨**を行い、6か月に2回の歯科指導を実施する。
- ・返信がない、不参加の人に対しては電話・訪問等により保健師、歯科衛生士等による支援を実施する。口腔に加えてその他のフレイル該当している人を優先して介入する。
- ・集団教室にて、フレイル予防の講話・アセスメント（歯科医療受診状況、後期高齢者の質問票等）・集団指導（口腔体操等）を実施し、本人の課題に応じた個別目標を立案する。**※咀嚼力判定ガム、パタカ測定実施**
- ・6か月後に集団教室にて目標達成状況、口腔機能を評価する。必要に応じて、個別訪問、医療及び歯科の受診勧奨や地域包括支援センターを案内し、連携して対応する。

対象者抽出基準と対象者数、参加（介入）者数

※参加（介入）者数は暫定値

対象者①：後期高齢者健康診査等のフレイル質問票の項目のうち、「咀嚼機能」「嚥下機能」のいずれかに該当、かつレセプト情報により過去1年間で歯科受診がない人（要介護1以上、居宅サービス/施設サービス利用者は除く）
対象者数：122人→二次抽出 その他のフレイル該当者：39人 介入者数：35人（84.6%）
 ②後期高齢者歯科健康診査の結果が「要受診」「要精査」であったが、おおむね6か月後まで歯科受診がみられない者
一次抽出34人→歯科受診なし 対象者数：16人→集団教室参加2人 介入者数：10人

参考

最新！オーラルフレイル予防体験セミナーのお知らせ

かみにくい、よくむせる…そんなことはありませんか？
 一生美味しく食べるために、お口のフレイル(オーラルフレイル) 予防を知るセミナーを開催します

参加無料・先着順

口の状態(口腔機能) カンタン測定

会場 / 保健センター(土日) / 7月25日(木) 開始10:00 (体験終わり) / 対象 / 第75歳以上の高齢者

TEL 0748-メール k

オーラルフレイル予防のためのお口の健康相談に伺いました

湖南省では、オーラルフレイル(歯とお口のささいなおとろえ)を予防し、健康寿命の延伸をめざした取組を行っています。本日、お口の気になることや健康について巡回健康相談に伺いましたが、お留守でした。パンフレット・資料を持参しましたので、お読みいただけますと幸いです。また、お口の健康やお手入れ方法などおたずねになりたいことがありましたら、お気軽にご連絡ください。

オーラルフレイル予防の3つの柱

- ① かかりつけ歯科医をもちましょ
- ② むせる、かみにくいなど「お口のささいなおとろえ」に気づいたら歯科医などに相談しましょ
- ③ バランスのとれた食事をとりましょ

相談無料 歯科衛生士のワンポイント相談

問合せ先 湖南省健康政策課 TEL 0748-72-4008 / FAX 0748-72-1481 メール kenkou@city.shiga-konan.lg.jp

オーラルフレイルのセルフチェック表

名前 _____ 実施日 年 月 日

(1) 歯科衛生士に相談したいことをご記入ください。

質問	はい	いいえ
1 半年前と比べて、固い物が食べにくくなった。	2	
2 お茶や汁物でむせることがある。	2	
3 義歯をいれている*	2	
4 口の湿きが気になる	1	
5 半年前と比べて、外出が減った。	1	
6 たくあんくらいの堅さの食べ物とがでさる。	1	
7 回以上、歯を磨く。	1	
8 回以上、歯医者に行く。	1	
計	点	

合計 _____ 点

合計の点数が
 ▶ 0~2点 オーラルフレイルの危険性は低い
 ▶ 3点 オーラルフレイルの危険性あり
 ▶ 4点以上 オーラルフレイルの危険性が高い

歯科個別相談記録票

※大枠内を記入してください。

フリガナ	氏名	生年月日	性別	1回目	2回目
		昭和 年 月 日 (歳)			

歯ぐきの状態	歯ぐきの状態	歯ぐきの状態	歯ぐきの状態
<input type="checkbox"/> 腫れない	<input type="checkbox"/> 腫れている(軽度・中等度・重)	<input type="checkbox"/> 清潔	<input type="checkbox"/> 汚れている
<input type="checkbox"/> 腫れない	<input type="checkbox"/> 腫れている	<input type="checkbox"/> 清潔	<input type="checkbox"/> 汚れている
<input type="checkbox"/> 歯垢が溜まる	<input type="checkbox"/> 歯垢が溜まらない	<input type="checkbox"/> 歯磨き	<input type="checkbox"/> 歯磨きしない
<input type="checkbox"/> 歯垢が溜まる	<input type="checkbox"/> 歯垢が溜まらない	<input type="checkbox"/> 歯磨き	<input type="checkbox"/> 歯磨きしない

右 左

【お伝えしたこと・説明事項】

1回目	
-----	--



実施結果

【ストラクチャー】

- ①実施対象者について、国保担当者と一体的実施担当者と実施内容について検討・確認した。
- ②事業実施にあたり、後期高齢者医療広域連合と事業実施について確認した。

【プロセス】

基本計画・実施要領を作成し、一体的実施事業担当者間で共有を行った。

【アウトプット】

- ①対象者①39人に対して、電話・訪問による介入支援を実施、35人に電話・訪問で保健指導できた。集団健康教育に参加したのは1人だった。
- ②対象者②16人に対し、電話・訪問による介入支援を実施、10人に電話・訪問で保健指導できた。集団健康教育に参加したのは2人だった。

【アウトカム】

- ①対象者①39人のうち、歯科受診が確認できた人は9人（23.1%）だった。（暫定）
- ②対象者②16人のうち、歯科受診が確認できた人は6人（37.5%）だった。（暫定）

事業評価

評価指標	達成状況
①歯科医療機関の受診状況 ②質問票の口腔関連項目（咀嚼・嚥下）の「はい」と回答した者の人数、割合	①対象者①9人/39人、23.1% ※暫定 対象者②6人/16人、37.5% ②集計中

今後の課題・効果的に実施するためのポイント

- ①令和6年度より開始。集団健康教育を案内しても希望者は少なく、個別支援が主となった。事業になじみが薄く、「オーラルフレイル」の認知度も低いと考えられ、交通手段のない対象者もあったことから集団健康教育の参加率は低かった。オーラルフレイル単独ではなく、身体的フレイルなど他のハイリスク該当者も合わせた総合的な内容とすることを検討中。
- ②電話・訪問で状況を確認すると「（きざんで食べるなどして）困ることがない」「具合が悪くなったら歯医者に行く」という人が多く、口腔機能低下の自覚がもちにくく、歯科受診につながっていないことが分かった。
- ③後期歯科健診を受診後に未受診の対象者②は介入後の歯科受診率高かったが、一部は「立派な歯だとほめられた」「次回の受診は進められていない」と言う人もおり、歯科健診後の受け止め方に個人差がみられた。
- ④ハイリスクアプローチに取り組むことで閉じこもり傾向にある人や身体的フレイルのある人の把握ができ、地域包括支援センター等につなぐことができています。
- ⑤ポピュレーションアプローチの100日チャレンジ事業の案内も通知に含め、支援時にも参加を勧奨したが、応募につながったのは5人のみだった。100日チャレンジ事業の市民への浸透も一層強化する必要がある。

事業実施目的

- ①国保からの継続事業糖尿病性腎症重症化予防プログラム：国民健康保険保健事業の糖尿病性腎症重症化予防プログラム事業対象者を継続的にフォローし、生活習慣の維持・改善を図る。
- ②健康診査で糖尿病性腎症・高血圧症・腎機能不良基準該当者を早期に医療に繋ぎ、重症化を予防する。

具体的な取組内容

- ①糖尿病性腎症重症化予防プログラム（滋賀県栄養士会への委託事業）
 - ・対象者に約6か月間に3回の個別支援を行う。糖尿病性腎症、腎機能低下について情報提供を行い健康相談を電話で案内する。初回面談で食生活等のアセスメントを行い個別の目標設定を行う。3か月後に電話で支援し、初回からおおむね6か月後に面談し評価と行動変容の継続に向けた支援を行う。
 - ・かかりつけ医へ個別支援の結果を報告し、適宜助言を受ける。
 - ・健診受診結果または医療機関での血液検査等の結果を確認し、評価する。
- ②受診勧奨事業
 - ・実施方法：・対象者に糖尿病性腎症、腎機能低下について情報提供を行い医療受診勧奨、健康相談を電話または訪問で案内する。
 - ・対象者へ医療機関受診勧奨にとどまらず、食生活や身体活動、生活面での相談を行う。必要に応じ、かかりつけ医、地域包括支援センターとの連携を行う。
 - ・おおむね6か月後に、医療受診結果（レセプト）または健診受診結果を確認する。

対象者抽出基準と対象者数、参加（介入）者数

- ①国保事業の糖尿病性腎症重症化予防事業にて保健指導を実施した人と本人意向で介入できなかった人のうち75歳以上の人 対象者数：4人 介入者数：2人
- ②健診で、収縮期血圧160mmHgまたは拡張期血圧100mmHg以上の人またはHbA1c8.0以上で該当の服薬がない人、健診でeGFRが45未満または蛋白尿（1+）以上かつレセプトで医療機関未受診
対象者数：71人（全員高血圧での該当） 介入者数：71人 ※暫定値

実施結果

- 【ストラクチャー】
 - ①実施対象者について、国保担当者と一体的実施担当者と保健指導の実施について検討・確認した。
 - ②事業実施にあたり、後期高齢者医療広域連合と事業実施について確認した。
- 【プロセス】
 - 基本計画・実施要領を作成し、一体的実施事業担当者間で共有を行った。
- 【アウトプット】
 - ①対象となった2人に対して保健指導を実施している。
 - ②対象となった71人に対し、通知・電話・訪問による受診勧奨を実施予定。
- 【アウトカム】
 - ①対象となった2人について塩分チェックシート、HbA1cの改善状況を確認する予定。
 - ②対象者について、最終的に受診状況を確認する。

事業評価

評価指標	達成状況
対象者①国保からの継続事業：対象者のうち、HbA1c、BMI、eGFR、塩分チェックシートいずれかが改善した者	対象者①保健指導実施率 60%（2人/4人） 保健指導対象者と計画する行動目標の達成度 全員が個々に設定した行動目標の実施ができていた 塩分チェックシートの点数も全員が改善していた
対象者②受診勧奨事業：対象者のうち、受診した者（服薬治療を開始した者、傷病名+（検査、生活習慣病管理料）等で受診が確認できた者）の割合	対象者② 今後確認予定（〇人/〇人）

今後の課題・効果的に実施するためのポイント

健診後の医療受診勧奨や糖尿病性腎症の重症化予防として介入した人数は限定的ではあるが、生活習慣の見直しや行動変容につながっている。主治医との連携を強め保健指導の利用を増やすことや健診後のフィードバックが丁寧に行える体制整備が必要である。
糖尿病および糖尿病性腎症としては、74歳までの対象者層を強化していく必要がある。

事業実施目的

湖南省では服薬の状況と医療費の適正化とを目的として、後期高齢者医療被保険者に処方されている服薬情報を通知し、『かかりつけ薬剤師制度』などの利用を促す「湖南省後期高齢者服薬情報通知事業」を実施している。
 本事業はこの「湖南省後期高齢者服薬情報通知事業」に基づき、市民がさらに自分の健康に関心を持ち、各個人の服薬管理能力に応じて正しい服薬ができるよう助言し、有害事象の予防を図ることを目的として実施する。

具体的な取組内容

- ①委託業者へデータを授受し、服薬分析を行い、多剤服用者(70～89歳、服薬数6種類以上、14日以上長期処方内服薬あり、2医療機関以上受診ありのすべてに該当する人)に対し、服薬通知を行い(10月)、効果測定を行う(3月)。
- ②前年度の服薬通知事業対象者で改善がみられなかった人のうち、薬剤師の視点から改善が望ましいと判断できる人に対して市内薬局と連携のもと本人・家族へ対面しないは訪問による服薬指導を実施(11月)。
 ・アセスメント項目：多剤処方・重複服薬・併用禁忌の変化(改善・維持・悪化)を薬剤種類数・薬剤費・診療報酬点数等の変化
- ③4か月分のレセプトから対象者を選定し服薬通知を実施。通知後レセプト追跡により効果測定を実施(委託業者が実施)
- ④対象者を抽出後、薬剤師との検討にて対象者を選定。市内調剤薬局利用者は各薬局での指導を依頼し、市外調剤薬局利用者および残薬確認など訪問による指導が必要と判断できる対象者は本人へ通知後訪問指導を実施。

対象者抽出基準と対象者数、参加(介入)者数

- ①(70～89歳、服薬数6種類以上、14日以上長期処方内服薬あり、2医療機関以上受診ありのすべてに該当する人 対象者数 813人、介入者数 813人)
- ②前年度の服薬通知事業で改善がみられなかった人のうち薬剤師との検討において改善が望ましいと判断される対象者 対象者数 一次抽出 24人→二次抽出 13人→改善者数 9人 最終介入者数 4人

実施結果

【ストラクチャー】
 前年度の服薬通知事業のフォロー事業となるため、服薬通知事業を実施している委託業者との事業報告・打合せに参加した。

【プロセス】
 基本方針、実施計画書、実施要領を作成し、一体的実施担当者間で共有した。また、市内薬局薬剤師とも実施方法について共有・実施した。

【アウトプット】
 一次抽出対象者24人→二次抽出13人→未改善である4人に対し対面での指導を実施予定。

【アウトカム】
 未確定

事業評価

評価指標	達成状況
対象者①事業前後の服薬内容の変化/重複している服薬種別の減少	対象者①事業前後の服薬内容の変化/重複している服薬種別の減少 改善率 % (多剤対象)、0% (重複)
対象者②介入実施率、訪問もしくは対面指導を行った人の服薬内容の変化	対象者②介入実施率、訪問もしくは対面指導を行った人の服薬内容の変化を確認予定

今後の課題・効果的に実施するためのポイント

通知による改善率も一定あり、対面指導でも対象者の実態が把握でき有害事象の有無の確認や服薬状況の改善につながっている。一方で、直接介入ができる人数は多剤の状態にある800人に対して限られているため、より効果的な方法について検討が必要である。お薬手帳の一冊化については、服薬情報通知、対面での指導時などに引き続き啓発を行う。

事業実施目的

健康診査・医療機関受診・介護認定の公的な医療・介護制度の利用がなく、データ上健康状態が分からない人（以下健康状態不明者という）に対し、アウトリーチによる支援にて実態を把握し、健康診査の受診勧奨および健康相談を行うことで、フレイルや生活習慣病の重症化予防を図る。

具体的な取組内容

・実施方法：対象者に対し、保健師、地域包括支援センター職員が訪問等のアウトリーチによる支援で健康状態の把握を行うとともに、健診の受診勧奨や地域資源の情報提供、対象者のアセスメントの結果、フレイルサポーターや地域の支え手となる場合には講座や地域の活動先の紹介を行う。不在時にはフレイル質問票および健康診査の受診勧奨資材を配付し返送を依頼する。79歳以下を健康政策課、80歳以上を地域包括支援センター職員が訪問活動を実施するように役割分担を行い事業を開始。

対象者抽出基準と対象者数、参加（介入）者数

対象者：前年度（R5年度）および前々年度（R4年度）健診未受診・医療機関未受診・要介護認定なしの人。対象者数：87人 訪問による介入者数：87人

実施結果

【ストラクチャー】

- ①実施対象者について、高齢福祉課担当者と一体的実施担当者で事業実施について検討・確認した。
- ②事業実施にあたり、後期高齢者医療広域連合・地域包括支援センターと事業実施について確認した。

【プロセス】

基本方針、実施計画書、実施要領を作成し、関係者間で共有した。

【アウトプット】

対象となった87人全員に訪問を実施した。訪問により健康状態把握できた人は62人で、できなかった25人は案内やアンケートを投函し返信による状態把握を行った。最終評価時に健康状態が把握できたのは〇人、未把握となったのは〇人となった。

【アウトカム】

対象者87人のうち、健康状態を把握できたのは62人であった。全対象者のうち健康診査受診につながったのは5人、介護保険等サービスにつながったのは4人、医療受診したのは22人であった。（暫定値）

事業評価

評価指標	達成状況
①健診受診した者の割合	①健康診査受診率 5.7% (5人/87人)

今後の課題・効果的に実施するためのポイント

・対象者全員に訪問を行う方法をとり健診受診勧奨だけではなく健康状態や暮らしぶりを把握する機会となっている。継続支援となる人も少数おり、保健師や包括支援センター職員が訪問することで、健康づくりへの意識づけや相談窓口の周知につながっている。

評価指標の推移	R2	R3	R4	R5	R6 (暫定)
対象者数	126	137	135	75	87
最終把握率	96.0%	93.4%	90.3%	81.3%	71.3%
健診受診率	—	11.7%	11.9%	12.0%	5.7%
介護サービス等接続率	6.3%	1.5%	3.7%	5.3%	4.5%

※R5は前年度に把握できた人は対象者から除外して実施



ア. 通いの場等におけるフレイル予防等の普及啓発活動や健康教育・健康相談

事業実施目的

○介護予防普及啓発事業出前健康講座
住民に地域課題を提示し、地域課題も考慮した健康教育を実施することで、フレイルおよびフレイル予防について知る機会を提供する。

具体的な取組内容

○介護予防普及啓發出前健康講座 ※健康教育・健康相談およびフレイルの把握を同時に実施
・質問票の取得を行い、質問票を解説しながら、フレイル及び生活習慣病予防等についてなど依頼のテーマに基づいた健康教育を実施する。その際に、圏域毎の健康課題を示し、各健康課題を「自分事」として捉えられるようにする。個別に介入すべきハイリスク者が抽出された場合は、ハイリスクアプローチにつなげる。基本テーマ：運動、栄養、口腔、その他：認知症、介護保険制度、薬、音楽健康指導士による講座など
・講座後に理解度や講座内容の実際の生活への活用等について確認する。
○フレイル啓発事業 健康政策課が関連している「集団健(検)診」の会場、関係課（健康政策課、高齢福祉課、保険年金課）が関連している事業等において、フレイルに関する啓発・情報提供・健康教育を実施する。

対象者抽出基準と対象者数、参加（介入）者数

対象者数：おおむね65歳以上の湖南市民 約14,227人
参加者数：延べ 559人（暫定値）

実施結果

【ストラクチャー】

事業の実施について、講師を依頼する専門職を含めて事業実施についての検討を年度当初に行った。また、フレイル啓発についても年度当初に各課の事業の機会を捉えて実施すべく、担当者間で検討を行った。

【プロセス】

基本方針、実施計画書を作成し、関係者間で共有した。

【アウトプット】

健康教育は延べ29か所の実施、延べ559人が参加した。（暫定）

まちづくりセンターでの啓発を行った。健康政策課で開催した集団けん診会場や健康教育会場でフレイルに関するパンフレットを配布した。

【アウトカム】

健康教育とフレイル啓発の実施により回収したフレイル質問票については年度末で取りまとめ、次年度当初以降に集計・分析予定である。

事業評価

評価指標	達成状況
①出前健康講座等の参加者数 ②アンケートの回答内容 ③フレイル質問票(実施数、回答数、回答内容)	①出前健康講座等の参加者数 ②アンケートの回答内容 アンケート回収率 人/人 ③フレイル質問票 実施数 人、回答数 人)

今後の課題・効果的に実施するためのポイント

フレイルを知った次の段階としてフレイル予防の実践につながるような働きかけや地域での環境づくりが必要。

各課が実施している事業自体に参加していない高齢者には啓発の機会が少ないことも課題である。

今後も関心の高いテーマでの出前健康講座開催など多様な内容の実施を図っていく。また、市全体でのフレイル認知やフレイル予防の実践ができるよう、地域でのイベント等の様々な機会を捉えて積極的にフレイル啓発を行う。

イ. 通いの場等における後期高齢者の質問票を活用するなど参加した高齢者の全身状態の把握（お口のお手入れ100日チャレンジ事業）

20

事業実施目的

高齢者へオーラルフレイルについて幅広く情報提供をするとともに、口腔体操や口腔ケアについて啓発・普及することで、お口のお手入れの習慣化と定期歯科受診の行動変容を促す。あわせて、事業応募時にフレイル質問票の回答を必須項目とすることで、市全体のフレイル状態の把握を図る。

具体的な取組内容

・65歳以上の市民を対象に既定の期間にオーラルフレイル予防として口腔体操、その他任意のチャレンジに100日間取り組んでもらう。取り組んだ参加者に口腔ケアや健康管理に関連する賞品を進呈。賞品の応募にはフレイル質問票の提出を必須としフレイル状態の把握、定期歯科健診受診の有無も確認する。

・いきいき百歳体操実施会場等の通いの場での啓発を行い、併せて健康教育も実施する。また応募用紙は各地域の通いの場の会場となっているまちづくりセンター等の施設に設置する。

・介護者家族や介護事業所内でのオーラルフレイル予防の取組にも波及効果を狙うために、地域包括支援センター、介護支援専門員等の会議や関係機関にも事業の案内や応募用紙の配布を行う。

対象者抽出基準と対象者数、参加（介入）者数

対象者数：令和6年3月31日時点で65歳以上の湖南市民 14,227人
参加者数：230人

実施結果

【ストラクチャー】

地域の通いの場であるいきいき百歳体操会場や通いの場の会場となるまちづくりセンター等の公共施設に案内を直接配布・送付を行った。

【プロセス】

基本方針、実施計画書を作成し、関係者間で共有した。

【アウトプット】

実人数230人が参加。新規参加者は76人。応募時には定期歯科検診に関するパンフレットを配布し、アンケート内容や口腔に関する相談があった人に特に歯科の受診勧奨を行った。

【アウトカム】

フレイル質問票の事業実施前後比較により健康観や生活の満足度の変化を確認予定。

例年、健康状態（主観的健康観）および生活の満足度がチャレンジ後に「良い（まあ良い）」または「満足（やや満足）」と回答した人が増加する傾向がみられる。

	全参加者数	新規参加者数 (新規参加率：前年度参加しなかった人/全参加者数)	(内訳)		
			達成賞数	参加賞数	残念賞
令和6年度	230人	76人 (33.0%)	181人	18人	31人
令和5年度	199人	90人 (45.2%)	148人	36人	15人
令和4年度	141人	—	107人	16人	18人
令和3年度	151人	—	119人	25人	7人

達成賞…健口体操と任意のチャレンジの2項目を100日間実施できた人
 参加賞…健口体操と任意のチャレンジの2項目を50日以上100日未満実施できた人
 残念賞…上記2つの賞の条件に満たないが、参加し、応募した人

事業評価

評価指標	達成状況
①参加者数（達成者数） ②アンケートの回答内容、フレイル質問票(実施数、回答数、回答内容))	①参加者数 230人（新規参加者76人）、達成者数 148人 ②アンケートの回答内容

今後の課題・効果的に実施するためのポイント

参加者の増加はみられるが、ポピュレーションアプローチとしては、より一層の参加者の広がりが望まれる。また、通所介護等の介護事業所やケアハウスでの応募もみられ、介護予防、重度化予防にもつながっている。地域の団体の総会等の機会を捉えて、直接、事業成果を含めた案内を行うことで効果的に参加者増が期待できるため、事業啓発を今後も強化していく予定。

課題としては、すでに歯科の定期受診している参加者が7割。健康情報が入りにくい層として、ハイリスクアプローチで支援対象になった人への事業案内も継続していく必要がある。

歯科医師から健口体操は指導後も継続が難しいと意見がきかれ、歯科通院者でも健口体操の動機づけとして事業活用ができないか検討する。



参考



応募者への啓発物品（保険者努力制度交付金を活用）として、お口の筋トレポスターや食多様性のチェック表（さあにぎやかにいただく）、防災グッズの詰め合わせなどを準備。主旨を説明しながら応募者全員への啓発を行っている。

達成者には、さらにダブルチャンスとして電動歯ブラシや温泉の入浴回数券セットなどをプレゼントしている。

参加者から、「健口体操をすると目が覚める感じ」「お米の甘みを感じるようになった」「100日あつという間で、習慣になっている」、「ケアハウスのロビーでされていた」などの声がきかれた。

イ. 通いの場等における後期高齢者の質問票を活用するなど参加した高齢者の全身状態の把握（いきいき百歳体操体力測定会）²⁴

事業実施目的

いきいき百歳体操の参加者が年に一度、理学療法士や保健師、フレイルサポーター等と体力測定を行い経年変化を把握することで、運動に対するモチベーションを高めるとともに、参加者が自身の身体機能について知る機会を得る環境を整える。

具体的な取組内容

- ・各会場にて、握力・5回立ち座り・タイムアップアンドゴーの体力測定とフレイル質問票のチェックを行い、フレイルに関する健康教育・情報提供を併せて実施。
- ・各会場へは保健師や理学療法士、フレイルサポーターが出向き、必要時健康相談に応じる。

対象者抽出基準と対象者数、参加（介入）者数

対象者：市内地域のいきいき百歳体操会場（45か所）における体操参加者

参加者数：市内地域のいきいき百歳体操会場（35か所）における体操参加者のうち327人（暫定）

実施結果

【ストラクチャー】

地域の通いの場であるいきいき百歳体操会場全45か所に体力測定会の案内を送付し調整を行った。市内病院、介護事業所にリハビリテーション専門職の参画について説明し調整を行った。

【プロセス】

基本方針、実施計画書を作成し、関係者間で共有した。

【アウトプット】

いきいき百歳体操体力測定会は35会場での実施となり、327人の体力測定を実施した。
(暫定)

【アウトカム】

- ①市全体体力測定結果は下記の通り。R6年度は集計中。
- ②実施数：○人、回答数○人、健康状態「よい・まあよい・ふつう」回答割合 %（市全体 %）、心の健康状態「満足・やや満足」 %

	R3	R4	R5
握力(kg)	22.28	21.10	23.08
5回立ち座り (秒)	8.74	8.69	8.31
TUG (秒)	6.95	7.73	7.65
平均年齢	78.0	78.7	78.4

事業評価

評価指標	達成状況
①参加者数 (②体力測定項目の記録(握力、5回立ち座り、 タイムアップアンドゴー) (③フレイル質問票(実施数、回答数、回答内容))	①参加者数 327人(暫定) ②集計中 ③集計中

26

今後の課題・効果的に実施するためのポイント

経年的な体力測定結果をみると参加者の体力維持ができており、体操は地域の通いの場として定着している。より多くの体力測定項目を希望する人と体操は楽しいが体力測定はプレッシャーのように感じて希望しない参加者もいるなど個人差がみられる。いきいき百歳体操代表者からは、新規の参加者（特に男性）が少ない、実施団体の支え手不足といった課題があると意見が出ている。

医療専門職のマンパワー不足、特にリハビリテーション専門職の確保に課題があったため、R5年度からは地域の病院や介護事業所との連携のもと、地域のリハ職が参加し実施している。測定結果のリハ職から個人へのフィードバックとともに、必要に応じて運動機能向上事業の案内もできるのではないかと想定していたが、体操参加者は運動機能の維持ができていた人が多かったため事業案内が必要な人はいなかった。

来年度も継続し、多職種視点を活かし、参加者の身体機能の把握や介護予防の推進を図る。また、個人、団体へのフィードバックや分析方法の検討を行う。

ウ.高齢者の健康に関する相談や不安等について日常的に気軽に相談できる環境づくり (フレイルサポーター支援事業)

事業実施目的

フレイルサポーターに対して、地域の集いの場や通いの場での活躍に向けた支援を行い、地域における身近な相談役としての役割確立を目指す。フレイルサポーターの活動を通して、フレイル予防の取り組みを、市民が主体となって身近な地域で行うことができる環境づくりを目的とする。

具体的な取組内容

- ・フレイルサポーターと協働して、フレイル啓発講座の企画実施を行うなど活動支援を行う。
- ・通いの場や市民が立ち寄るショッピングセンター、まちづくりセンターまつり等でフレイルサポーターと協働してフレイルチェックやフレイル啓発を行う。

対象者抽出基準と対象者数、参加（介入）者数

対象者：令和2年度フレイルサポーター養成講座受講修了者 27人
令和5年度フレイルサポーター養成講座受講修了者 29人

実施結果

【ストラクチャー】

事業の実施について事前に各課担当で検討・打合せを持つことができた。

【プロセス】

基本方針、実施計画書を作成し、関係者間で共有した。

【アウトプット】

フレイルサポーター交流会を開催、フレイルサポーターによるフレイル啓発〇回を支援した。フレイルサポーター交流会に12人(実人数)が参加し、その後も活動確立に向けた話し合いの機会を開催することとなった。

【アウトカム】

フレイルサポーターは各いきいき百歳体操会場で活動し、1圏域ではフレイルサポーターが定期的なフレイル啓発講座を行った。他圏域でもフレイルサポーターが参画した講座、フレイルサポーターが所属している老人クラブ等での啓発やショッピングセンターでの啓発活動を実施した。

28

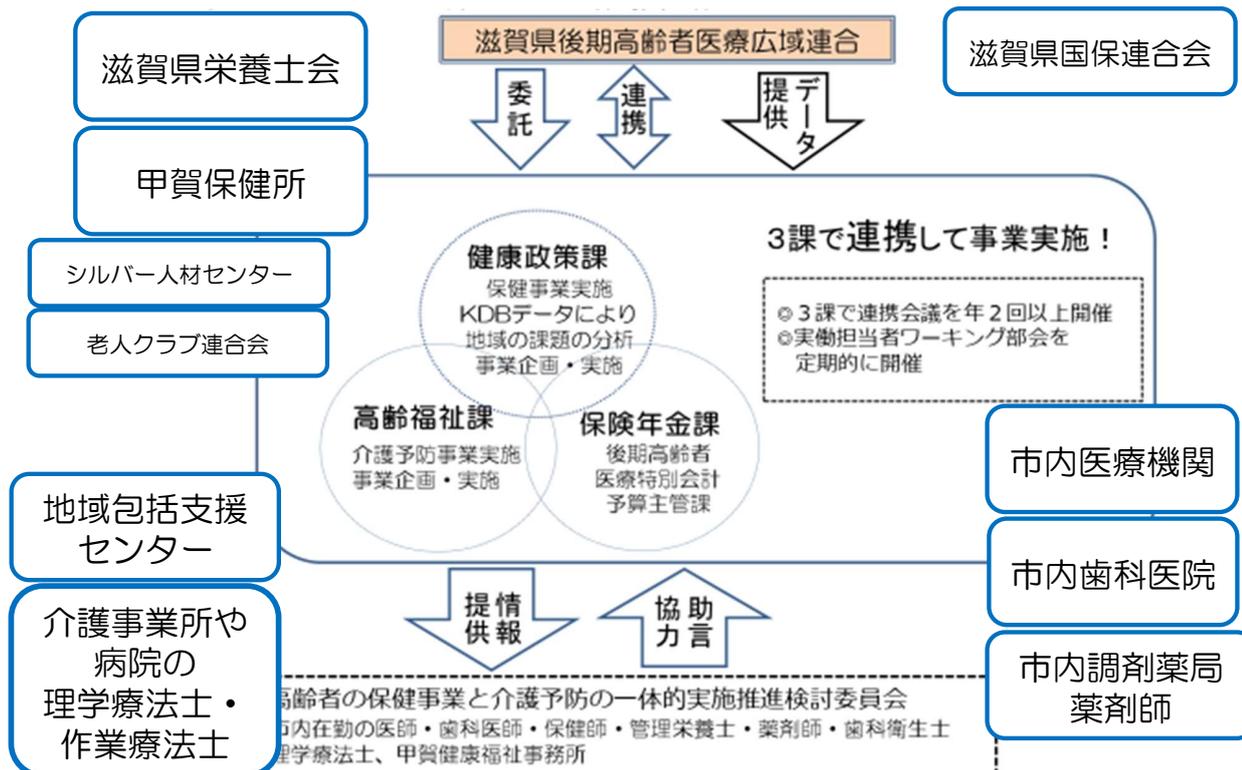
事業評価

評価指標	達成状況
①フレイルサポーターによる啓発事業等の参加者数 ②フレイルサポーターの活動回数、活動内容	①集計中 ②フレイルサポーターの活動回数、活動内容 2圏域で3回、フレイル予防に関する講座を開催

今後の課題・効果的に実施するためのポイント

フレイルサポーターが参画して、地域でのフレイル予防講座が定期的で開催されたり、いきいき百歳体操などの通いの場でフレイル予防につながるような取組が積極的にされている報告が聞かれるようになってきている。
一方で、サポーターにより活動状況や自主性には違いがあり、活動の確立や組織化は十分ではない。そこで、R2とR5養成のフレイルサポーターが交流し、活動を活性化できるように、交流会を企画した。さらに、活動の確立に向けた話し合いの機会を設定することになった。今後も、フレイルサポーター自身の楽しさや意欲を重視しつつ、地域で活動していくための仲間づくりや活動場所の開拓を支援していく必要がある。

5. 市内連携と関係機関との連携



高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施推進検討委員会について

<設置の目的>

医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律（令和元年法律第9号）に基づき、人生100年時代を見据え、高齢者の健康増進を図り、できる限り健やかに過ごせる社会の実現を目指し、市が中心となって高齢者一人一人に対してきめ細かな保健事業と介護予防の一体的実施について効果的に推進していくため、湖南市高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施推進検討委員会を設置する。

<協議事項>

- (1) 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に係る市の基本的な方針に関すること。
- (2) 高齢者に対する個別的支援（ハイリスクアプローチ）に関すること。
- (3) 医療専門職等による通いの場等へ積極的な関与（ポピュレーションアプローチ）に関すること。
- (4) その他高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に関すること。

年2回開催し、取り組みの検討や進捗報告を実施、助言等を得ている。湖南市内で活動している専門職の委員からの意見は、建設的な意見が多く、市民の実態や改善策の示唆が得られている。

委員：甲賀湖南医師会の医師、甲賀湖南歯科医師会、甲賀湖南薬剤師会、歯科衛生士会、甲賀地域活動栄養士会、在宅保健師の会、滋賀県理学療法士協会、甲賀保健所

6. 一体的実施事業全体の成果（よかったこと）

1. 一体的実施事業の「つながり」から地域づくりへ

一体的実施事業を開始以降、「つながり」をテーマとして重視している。

「事業のつながり」「課・関係機関のつながり」「人のつながり」「地域のつながり」など各課をまたいだ事業のつなぎや関係課の庁内連携だけではなく、医療機関、歯科医院、介護事業所等の関係機関、地域住民の人と連携が深まった。

2. 高齢者の健康課題に応じた事業をタイムリーにできる

国保と後期高齢者の健診や医療費等のデータ分析や事業実施を通して、今まで介護予防事業、保健事業の参加がなかった市民の実態や地域の強み・弱みなどを知ることができる。「一体的実施事業」の枠組みがあり、庁内外の連携がとれていることで、関係者の理解が得やすく、事業化も行いやすい。高齢者の健康課題に応じた事業をタイムリーに実施できている。

7. 今後の課題や改善点

1. 取り組みを継続・改善するための人員体制の確保と効率化

企画調整も地域担当も専任の職員ではなく、各課でマンパワーには限界がある。

支援にあたる医療職も限られており、初期設定で抽出された人全員へ支援することは困難。

対象者の絞り込みや実現可能な範囲で計画することに難しさがある。

システムの活用や標準化により、できるだけ事務の簡素化と効率化を図る必要がある。

2. 取り組みの質の向上と効果検証

支援の有無によりフレイルから改善したのかどうかの比較、長期的に介護予防に

つながっているのかといった経年での事業全体の効果検証はできていない。

対象者を丁寧に支援し、望ましい変化が得られるように、支援の質の向上が必要である。

支援した人のフレイル質問票や体力測定データの管理、分析などの方法を検討していく必要がある。

ご清聴ありがとうございました



糖尿病性腎症重症化予防 モデル事業

後期高齢者医療広域連合 業務課 保健グループ

1.目的

- ▶ 後期高齢者の健康診査結果において、糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者に対して、医療機関への受診勧奨を行う。すでに通院している患者で、重症化するリスクの高い者に対しては、医療と連携し、腎不全や人工透析への移行を予防もしくは遅延させるため、保健指導を実施し重症化予防を実施する。また、糖尿病性腎症重症化予防対策のみならず、高齢者の特性を踏まえ、QOLの維持・向上、要介護状態への移行防止等を含めた包括的な目標のため事業を行っていく。

2.実施主体

- ▶ 滋賀県後期高齢者医療広域連合

3.協力自治体

- ▶ 愛荘町 地域包括支援センター
- ▶ 多賀町 福祉保健課

4.実施内容

- ▶ 対象者に対し、担当者が受診勧奨および情報提供や支援・指導、その他対象者の健康相談等を行う。

5.かかりつけ医等との連携

- ▶ 事業の実施に際して、事業実施圏域の医師会と保健所に事業説明を行い、事業の周知を行った。
- ▶ 各かかりつけ医療機関に対しても、事業内容の説明と保健指導を行うことに関する了承を得た。

6. 糖尿病性腎症重症化予防の対象者の抽出

- ▶ R6年度の健康診査を受診し、その結果で糖尿病と考えられる者
 愛荘町：HbA1c \geq 7.0%、
 多賀町：HbA1c \geq 6.5% を対象とする。
- ▶ 対象者は、
糖尿病未治療者もしくは糖尿病治療中者とし、
 KDB活用支援ツールを活用して対象者の抽出を行った。

7. 実施方法

- ▶ A対象者の抽出方法
 - ① KDB活用支援ツールを活用し、抽出条件を
 多賀町：「HbA1c6.5%以上」
 愛荘町：「HbA1c7.0%以上」
 かつ「抽出年度に糖尿病の薬剤処方歴なし」とし、
かかりつけ医療機関がなく、
薬剤処方のない糖尿病未治療者を抽出する。
 (抽出した者の中で、かかりつけ医療機関にて糖尿病の診断名
 はあるが、薬剤処方されていない者は除外する。)

② KDB活用支援ツールを活用し、
 多賀町：「HbA1c6.5%以上」
 愛荘町：「HbA1c7.0%以上」
 かつ「薬剤処方のある者」を抽出し、糖尿病治療中のものを抽出する。

③ [表1]を参考に、①②で抽出した対象者をⅠ～Ⅲのレベルに分類する。レベルの高い者から重症化リスクの高いものとし、対象者の状態を踏まえ、緊急性の高い対象者や効果が見込まれる対象者を優先的に抽出する。

[表1]参考：「糖尿病性腎症重症化予防 事業実施の手引き（令和6年度版）」令和6年度3月厚生労働省資料より
健診結果・レセプトデータをもとにした対象者抽出基準

糖尿病未受診者 ※1

		腎障害の程度									腎障害の程度/ 血圧区分 判定不可 ※3
		以下のどちらかに該当 ・eGFR < 45 ・尿蛋白 (+) 以上			以下のどちらかに該当 ・45 ≤ eGFR < 60 ・尿蛋白 (±)			以下の両方に該当 ・60 ≤ eGFR ・尿蛋白 (-)			
		血圧区分 ※2			血圧区分 ※2			血圧区分 ※2			
		受診中	血圧高値 受診なし	正常範囲	受診中	血圧高値 受診なし	正常範囲	受診中	血圧高値 受診なし	正常範囲	
HbA1c (%)	8.0 以上	受診Ⅰ	受診Ⅰ	受診Ⅰ	受診Ⅰ	受診Ⅰ	受診Ⅰ	受診Ⅰ	受診Ⅰ	受診Ⅰ	受診Ⅰ
	7.0 ~ 7.9	受診Ⅰ	受診Ⅰ	受診Ⅰ	受診Ⅰ	受診Ⅰ	受診Ⅰ	受診Ⅰ	受診Ⅰ	受診Ⅰ	受診Ⅰ
	6.5 ~ 6.9	受診Ⅰ	受診Ⅰ	受診Ⅰ	受診Ⅰ	受診Ⅰ	受診Ⅰ	受診Ⅰ	受診Ⅰ	受診Ⅰ	受診Ⅰ
	6.5 未満	CKD対策	CKD対策	CKD対策	CKD対策	CKD対策	CKD対策	CKD対策	CKD対策	CKD対策	CKD対策

受診Ⅰ	保健指導Ⅰ	CKD対策
受診Ⅱ	保健指導Ⅱ	高血圧受診Ⅰ
受診Ⅲ	保健指導Ⅲ	

点検済、実線赤枠・健診・レセプトデータから糖尿病と判断できないため、糖尿病性腎症重症化予防の対象外(CKD対策<点検済>、高血圧対策<実線赤枠>としての受診Ⅰ・保健指導等は必要に応じて行う)

糖尿病受診中の者 ※4

		腎障害の程度									腎障害の程度/ 血圧区分 判定不可 ※3
		以下のどちらかに該当 ・eGFR < 45 ・尿蛋白 (+) 以上			以下のどちらかに該当 ・45 ≤ eGFR < 60 ・尿蛋白 (±)			以下の両方に該当 ・60 ≤ eGFR ・尿蛋白 (-)			
		血圧区分 ※2			血圧区分 ※2			血圧区分 ※2			
		受診中	血圧高値 受診なし	正常範囲	受診中	血圧高値 受診なし	正常範囲	受診中	血圧高値 受診なし	正常範囲	
HbA1c (%)	8.0 以上	受診Ⅰ	受診Ⅰ	受診Ⅰ	受診Ⅰ	受診Ⅰ	受診Ⅰ	受診Ⅰ	受診Ⅰ	受診Ⅰ	受診Ⅰ
	7.0 ~ 7.9	受診Ⅰ	受診Ⅰ	受診Ⅰ	受診Ⅰ	受診Ⅰ	受診Ⅰ	受診Ⅰ	受診Ⅰ	受診Ⅰ	受診Ⅰ
	6.5 ~ 6.9	受診Ⅰ	受診Ⅰ	受診Ⅰ	受診Ⅰ	受診Ⅰ	受診Ⅰ	受診Ⅰ	受診Ⅰ	受診Ⅰ	受診Ⅰ
	6.5 未満	受診Ⅰ	受診Ⅰ	受診Ⅰ	受診Ⅰ	受診Ⅰ	受診Ⅰ	受診Ⅰ	受診Ⅰ	受診Ⅰ	受診Ⅰ

糖尿病受診中の場合には、HbA1c<6.5%も糖尿病性腎症重症化予防の対象。糖尿病受診中で主治医があるため、高血圧未受診でも受診Ⅰではなく、保健指導とする。

※1 糖尿病未治療者：対象年度に2型糖尿病の受診実績がない者

※2 血圧区分の

「受診中」：対象年度に高血圧症の受診実績がある者

「血圧高値受診なし」：150mmHg \leq 収縮期血圧または90mmHg \leq 拡張期血圧に該当し、対象年度に高血圧症の受診実績がない者

「血圧高値」判定は、収縮期血圧または拡張期血圧のいずれかの測定値のみでも、有所見判定（150mmHg \leq 収縮期血圧また90mmHg \leq 拡張期血圧）可能な者も含む。

※3 腎障害の程度 血圧区分判定不可：HbA1c判定者のうち、尿蛋白、血圧の測定値がなく、腎障害の程度、血圧区分のいずれかの測定ができない者、eGFRの測定値がない場合は暫定的に「異常なし」と分類する。

※4 糖尿病受診中の者：対象年度に2型糖尿病の受診実績がある者

④ ③で抽出した対象者は、[表2]を参照し、受診勧奨や保健指導の具体的な指導方法を検討する。

[表2] 参考：「糖尿病性腎症重症化予防 事業実施の手引き（令和6年度版）」令和6年度3月厚生労働省資料より
受診勧奨レベル、保健指導レベルに応じた介入方法の例

レベル	受診勧奨の場合	保健指導の場合	緊急度に応じた介入の程度 弱 ↓ 強
I	通知、健康教室等の案内(面談の機会を設定)	主に糖尿病及び生活習慣の改善に関する内容について通知、健康教室の案内	
II	通知・電話/面談	腎障害の悪化を予防するための、糖尿病等生活習慣病の管理に関する内容を中心とし、通知・電話/面談	
III	通知・電話/面談/訪問にて確実に実施	腎障害の悪化を防ぐための治療や生活に関する内容を中心とし、通知・電話/面談/訪問を確実に実施	

- ⑤ ④で抽出した対象者の内、市町の保健担当、包括部門等の関わりがある指導不要者を確認し、最終対象者を決定する。
- ⑥ 対象者が決定したら、
- 未治療者に対しては医療機関への受診勧奨を行う。
 - 治療中者に対しては医療機関と連携した生活習慣の改善や療養についての保健指導を行う。
 - 訪問は、初回、中間、最終と3回の面談を行い評価する。

▶ B受診勧奨・訪問指導の実施方法

1) 訪問者

広域連合の担当者が担当市町の保健師と同行訪問する。

2) 事前準備

- 【受診勧奨】：市町へ対象者の決定、実施方法や時期等を説明し、対象者に対して案内通知の発送および訪問日程の調整を行う。
- 【保健指導】：市町へ対象者の決定、実施方法等を説明する。対象者のかかりつけ医療機関に対して事業内容の周知及び協力依頼を行い、「保健指導指示書」（別添1）を記入していただき、それに沿った形で保健指導を行う。

- 受診勧奨、保健指導ともに、健診結果やレセプト情報等で対象者のアセスメントを行い、課題整理を行う。

3) 内容

- 「訪問指導票」（別添2）をもとに、医療機関受診状況、現在の治療状況、疾患に対する理解度、健康意識や日常生活状況などの聞き取りを行い、未受診者への受診勧奨を行う。
- 必要時は、対象者の了承を得た上で、家族にも同席してもらい、家族の協力のもと、必要な医療受診や治療継続ができるよう配慮する。

- 保健指導実施後は、かかりつけ医へ保健指導実施内容について「保健指導実施報告書」（別添3）に記入し報告する。

別添2

対象疾患 □脳腫瘍	受診状況	<input type="checkbox"/> ①受診済(病院名:) <input type="checkbox"/> ②健診で指摘されたが受診していない <input type="checkbox"/> ③中断(最終受診: 年)	16 対象疾患に関する支援内容 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> ①医療機関受診助奨 <input type="checkbox"/> ②服薬に関すること <input type="checkbox"/> ③治療継続支援 <input type="checkbox"/> ④健診受診助奨 <input type="checkbox"/> ⑤その他()
	※受診ありの場合	【状況】 <input type="checkbox"/> ①疾患の診断はあがる経過観察中(内服なし) <input type="checkbox"/> ②疾患の診断なし <input type="checkbox"/> ③治療中 【服薬状況】 <input type="checkbox"/> ①あり(薬剤名:) <input type="checkbox"/> ②なし		【具体的な内容】
	※受診なしまたは中断の場合 (複数回答可)	【未受診・中断理由】 <input type="checkbox"/> ①時間がとれない <input type="checkbox"/> ②場所が遠い <input type="checkbox"/> ③交通手段がない <input type="checkbox"/> ④費用がかかる <input type="checkbox"/> ⑤面倒 <input type="checkbox"/> ⑥病院が嫌い <input type="checkbox"/> ⑦特に気にしていない <input type="checkbox"/> ⑧治療しても変わらない <input type="checkbox"/> ⑨結果が不安なため受けたくない <input type="checkbox"/> ⑩その他()		
	課題 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> ①未受診・放置 <input type="checkbox"/> ②治療中断 <input type="checkbox"/> ③服薬管理 <input type="checkbox"/> ④現状維持、なし <input type="checkbox"/> ⑤その他()		
対象疾患 □腎機能	受診状況	<input type="checkbox"/> ①受診済(病院名:) <input type="checkbox"/> ②健診で指摘されたが受診していない <input type="checkbox"/> ③中断(最終受診: 年)	17 指導後の対象者の反応 (複数回答可)	
	※受診ありの場合	【状況】 <input type="checkbox"/> ①疾患の診断はあがる経過観察中(内服なし) <input type="checkbox"/> ②疾患の診断なし <input type="checkbox"/> ③治療中 【服薬状況】 <input type="checkbox"/> ①あり(薬剤名:) <input type="checkbox"/> ②なし		18 健康面で心配なこと
	※受診なしまたは中断の場合 (複数回答可)	【未受診・中断理由】 <input type="checkbox"/> ①時間がとれない <input type="checkbox"/> ②場所が遠い <input type="checkbox"/> ③交通手段がない <input type="checkbox"/> ④費用がかかる <input type="checkbox"/> ⑤面倒 <input type="checkbox"/> ⑥病院が嫌い <input type="checkbox"/> ⑦特に気にしていない <input type="checkbox"/> ⑧治療しても変わらない <input type="checkbox"/> ⑨結果が不安なため受けたくない <input type="checkbox"/> ⑩その他()		
	課題 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> ①未受診・放置 <input type="checkbox"/> ②治療中断 <input type="checkbox"/> ③服薬管理 <input type="checkbox"/> ④現状維持、なし <input type="checkbox"/> ⑤その他()		
受診状況	<input type="checkbox"/> ①特に関心はない(心配はない) <input type="checkbox"/> ②受診を勧められた <input type="checkbox"/> ③経過をみるように言われた(受診の必要なし) <input type="checkbox"/> ④生活を改善するよう言われた <input type="checkbox"/> ⑤具体的な助言があった <input type="checkbox"/> ⑥特に何も言われていない <input type="checkbox"/> ⑦覚えていない <input type="checkbox"/> ⑧その他()			
19 健診結果で医師よりどのような指示がありましたか				

別添3

糖尿病性腎症重症化予防事業連絡票

主治医様 年 月 日

多賀町福祉保健課、滋賀県後期高齢者医療広域連合業務課

以下の通り保健指導を実施いたしましたので報告いたします。

保健指導実施報告書

氏名		生年月日		男・女
住所		連絡先		
指導年月日		初回	中間	最終
身長		血圧		
体重		HbA1c		
BMI		eGFR		
服薬状況				
指導方法	訪問・電話・その他			
[指導時の状況、聞き取り内容]	生活、食事、運動等			
[問題点および指導内容]				
[今後の目標]				
行動目標達成状況：[食事]改善・変化なし・悪化 [身体活動]改善・変化なし・悪化 [その他]				

担当者氏名：滋賀県後期高齢者医療広域連合業務課 遠藤 TEL:077-522-3013

8.結果と評価

実施期間：令和6年11月1日～令和7年2月28日

【ストラクチャー評価】

- ・事業の実施に際して、医師会や保健所、かかりつけ医療機関に事業についての説明と相談を行い協力いただいた。
- ・担当市町の医療専門職と事前準備に関して、打ち合わせを行い準備を行った。
- ・限られた時間の中で、かかりつけ医療機関への説明が不十分になってしまい、関係構築が行えなかった医療機関があった。

【プロセス評価】

- ・国の対象者抽出基準では該当者が抽出できず、基準を変更し、令和6年11月～12月に対象者の抽出を行った。
- ・12月に対象者のかかりつけ医療機関へ保健指導指示書を提出し、翌月、かかりつけ医療機関より返信があったため、同月、愛荘町、多賀町の全ての対象者の初回訪問を行った。

- ・対象者の抽出までは時間を要したが、その後は事業担当者間で役割を決め、スムーズに事業を遂行することができた。

【アウトプット評価】

- ・愛荘町、多賀町ともに、医療機関未受診者はいなかった。
- ・治療中者を対象に指導を行い、以下の結果となった。
 - 愛荘町：対象者数8名、介入者数6名
(内2名は訪問辞退)
 - 多賀町：対象者数3名、介入者数2名
(内1名はかかりつけ医療機関の同意が得られなかったため介入できず)
- ・次回訪問は3月下旬、最終訪問は5月下旬を予定している。現時点での「指導修了者数」と「指導実施率」はゼロとし、最終訪問後に最終評価を行う。

[愛荘町]保健指導レベル別アウトプット

		実数				割合				
		A該当者数	B参加勧奨した者の数	C指導開始者数	D指導終了者数	参加勧奨率(B/A)	勧奨成功率(C/B)	指導終了率(D/C)	指導開始率(C/A)	指導実施率(D/A)
表1の基準	レベルⅠ	3人	3人	2人	0人	100%	67%	0	67%	0
	レベルⅡ	5人	5人	4人	0人	100%	80%	0	80%	0
	レベルⅢ	0人	0人	0人	0人	0	0	0	0	0
合計		8人	8人	6人	0人	100%	75%	0	75%	0

[多賀町]保健指導レベル別アウトプット

		実数				割合				
		A該当者数	B参加勧奨した者の数	C指導開始者数	D指導終了者数	参加勧奨率(B/A)	勧奨成功率(C/B)	指導終了率(D/C)	指導開始率(C/A)	指導実施率(D/A)
表1の基準	レベルⅠ	0人	0人	0人	0人	0	0	0	0	0
	レベルⅡ	3人	2人	2人	0人	67%	100%	0	67%	0
	レベルⅢ	0人	0人	0人	0人	0	0	0	0	0
合計		3人	2人	2人	0人	67%	100%	0	67%	0

【アウトカム評価】

- ・最終指導実施後、アウトカム評価を行うこととする。

・令和6年度から後期高齢者の健康診査の対象者が、糖尿病治療中者も対象となった。治療中者の保健指導を行った際、体重管理や食事の調理方法などさまざまな相談内容が聞かれた。対象者それぞれが、治療を継続する上での課題を抱えており、治療を効果的にすすめていくためにも、治療中者の支援は重要であると考えます。

・実際に訪問することで、糖尿病性腎症重症化予防に関してのみならず、対象者それぞれの課題を知ることができた。それぞれの課題に合わせて通いの場への参加勧奨や、必要に応じて医療専門職の派遣を行うなど、地域資源の活用や他職種との連携を図ることができた。

9. 今後の課題・効果的に実施するためのポイント

- ・事業実施自治体が小規模自治体であり、もともとの健診受診者数が少ないことに加え、国の対象者抽出基準である「HbA1c \geq 8.0で医療機関未受診者」に当てはめると対象者は抽出できなかった。
- ・各自治体の特性に合わせた対象者抽出条件に変更し、対象者の抽出を行った。抽出条件の変更に伴い、事業開始時期が予定より遅れた。
- ・保健指導を開始する際、始めにかかりつけ医療機関へ、電話や訪問により事業説明や協力依頼を行った。その後、医療機関から了承をいただいた対象者と日程調整を行い、保健指導を開始した。主治医から保健指導内容の指示をいただくことで、対象者の問題点がより明確になり、効果的に保健指導を行うことができた。
- ・後期高齢者における糖尿病性腎症重症化予防事業の取組は、多賀町、愛荘町共に初めて行う事業であり、医療機関へ、事業内容の周知が十分に行うことができず、同意が得られなかったケースがあった。この事業を効果的に行っていくうえで、医療機関との連携は必須である。そのためには、医療機関や各関係機関へ、事業内容の説明を十分に行う必要があると考える。

- ・訪問できた対象者については、定期的に、保健指導で得られた情報がかかりつけ医へ共有し、単年度で終わらせるのではなく、複数年を通して行っていくことが重要だと考える。
- ・本来であれば、糖尿病性腎症重症化予防の抽出対象者は、今回抽出されたハイリスク者以外にも、治療中断者も対象であるが、今回の事業では、事業開始時期の遅れやマンパワー不足により治療中断者は除外した。今後は、今回対象となった方の継続支援を行い、将来的に治療中断者への対応も行っていくことが望ましいと考える。