

# 令和7年度高齢者健康づくり事業推進フォーラム

## 栗東市高齢者の保健事業と介護予防の 一体的実施について



健康りっとう21キャラクター（左:アズマくん、右:マロンちゃん）

令和8年3月4日  
栗東市健康増進課

# 1. 栗東市の概要

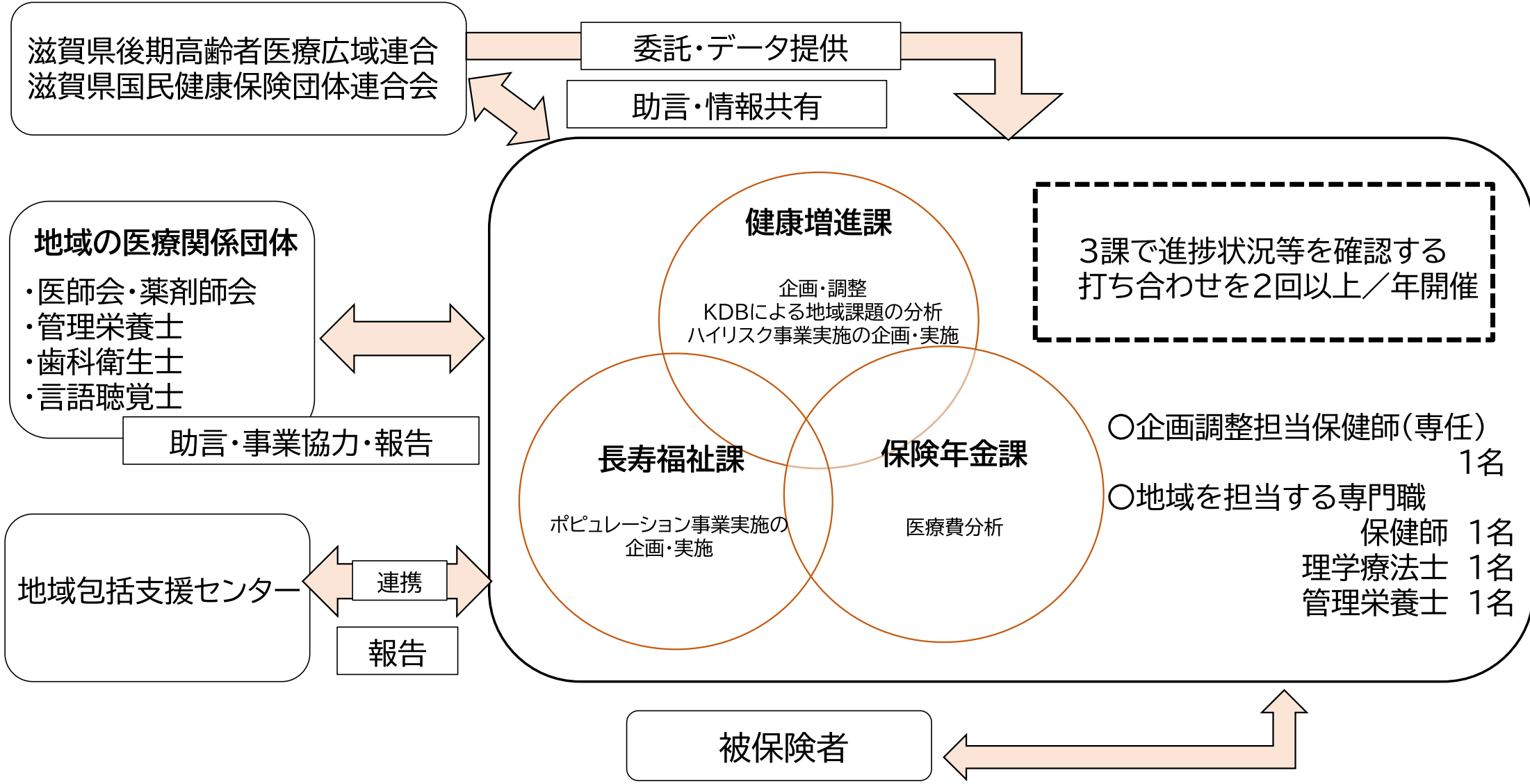
人口（令和6年4月1日時点）	70,226人
高齢化率	19.70%
後期高齢者医療制度被保険者数 （令和7年4月1日時点）	7,477人
後期高齢者健康診査受診率 （令和6年度実績）	32.0%
要介護認定率（1号認定率） ※令和6年度累計KDB地域の全体の把握より	17.8%



滋賀県南部の湖南地域に位置し、東部を湖南市、西部を大津市と草津市、南部を甲賀市、北部を守山市と野洲市に接しています。

名神高速道路の開通に合わせた栗東インターチェンジの設置により、製造業・商業・流通業などの企業立地が進み、大規模な住宅開発が進む中、人口増加が続き、まちが発展してきました。

## 2.一体的実施に係る栗東市の体制



### 3. 栗東市における高齢者の健康課題

・医療費は入院・外来ともに循環器疾患が第1位。入院医療費では、内分泌・栄養及び代謝疾患が第3位であり高い。健診の結果、収縮期血圧が受診勧奨値以上の人が全体の32.4%いる。 (KDBより抽出)

⇒循環器系疾患(高血圧)、内分泌系・栄養及び代謝疾患(糖尿病)の発症予防、重症化予防が必要。

・栗東市国民健康保険加入者のレセプト分析より重複服薬者の全件数84件のうち、65歳以上は43件と半数を占めていた。64歳以上75歳未満の1人当たりの医薬品種類数については、長期服薬で平均8種類、長期服薬以外では平均10~11種類であった。 (KDBより抽出)

⇒後期高齢者においても多剤者が多くいると考えられる。

・令和4年度に実施したニーズ調査にて【認知機能の低下】を認める高齢者は41.0%、【運動機能の低下】が13.5%、【低栄養】が4.3%と一般高齢者の中にもフレイルリスクの高い人がいる。また、健康状態不明者が90名ほどおり、医療や介護に繋がっていない人の中にもフレイルリスク、フレイル状態の人が存在している可能性は高い。

⇒ハイリスク・ポピュレーションアプローチでフレイル対策を行う。ハイリスクアプローチにて健康状態不明者の実態把握を行う。

## 4. 栗東市の一体的実施事業の取り組み

### ハイリスクアプローチ

- ア、低栄養防止・生活習慣病の重要化予防の取り組み
  - (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/腎機能不良者 重症化予防)
- イ、重複投薬・多剤投与者等への相談・指導の取り組み
- 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

### 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)介護予防普及啓発出前健康講座
  - (b)その他のフレイル啓発事業

# 5.ハイリスクアプローチ

ア、(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／腎機能不良者 重症化予防)

糖尿病性症重症化予防 事業目標	・血糖コントロール不良者かつ薬剤処方がない者を医療機関受診へつなげる
対象者抽出基準	絞り込み条件: ・HbA1c 8.0%以上 ・糖尿病の薬剤処方履歴がない者 <絞り込み基準> ・要介護認定を受けており、介護サービスを利用している者 ・総合事業・日常生活支援事業を利用している者 ・がん治療中、認知症 ・該当項目に対して、疑いを含むレセプトが認められる者
その他生活習慣病予防(高血圧) 事業目標	・血圧コントロール不良かつ薬剤処方がない者を医療機関受診につなげる
対象者抽出基準	絞り込み条件: ・収縮期血圧160mmHgかつ/または拡張期血圧100mmHg以上 ・高血圧の薬剤処方履歴がない者 <絞り込み基準> ・要介護認定を受けており、介護サービスを利用している者 ・総合事業・日常生活支援事業を利用している者 ・がん治療中、認知症 ・該当項目に対して、疑いを含むレセプトが認められる者
その他生活習慣病予防(腎機能不良者) 事業目標	・腎機能低下かつ医療機関への受診がない者に受診勧奨を行い、透析を予防する
対象者抽出基準	絞り込み条件: ・eGFR45ml/分/1.73m <sup>2</sup> 未満、または尿蛋白+以上 ・医療機関未受診者 <絞り込み基準> ・要介護認定を受けており、介護サービスを利用している者 ・総合事業・日常生活支援事業を利用している者 ・がん治療中、認知症 ・該当項目に対して、疑いを含むレセプトが認められる者



## 実施結果

ア、(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 / 腎機能不良者 重症化予防)

評価指標(アウトプット)		評価指標 (アウトカム)
介入予定人数	介入人数	
64人	5人	受診勧奨後の医療機関受診率(受診勧奨後の医療機関受診の有無をレセプトにて確認(年度内)…80%以上

R8.1月現在

## 実施結果

ア、(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**／腎機能不良者 重症化予防）

評価指標(アウトプット)		評価指標 (アウトカム)
介入予定人数	介入人数	
64人	28人	受診勧奨後の医療機関受診率(受診勧奨後の医療機関受診の有無をレセプトにて確認(年度内)…80%以上)

R8.1月現在

## 実施結果

ア、(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／腎機能不良者 重症化予防)

評価指標(アウトプット)		評価指標 (アウトカム)
介入予定人数	介入人数	
1人	6人	受診勧奨後の医療機関受診率(受診勧奨後の医療機関受診の有無をレセプトにて確認(年度内)…80%以上

R8.1月現在

# ア、(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/ 腎機能不良者 重症化予防)

## 工夫したこと

- 対象者へ予め健康状態に関するアンケートを送付  
⇒(効果)事前に対象者の健康状態等を知ることができ訪問指導が円滑に実施できた
- 訪問することで対象者だけではなく、同居家族へもアプローチ  
⇒(効果)対象者からも聞き取ることでより詳しい生活状況や困りごとを把握することができた
- 保健指導を拒否されても、対象者の生活史を知れるようコミュニケーションを図る
- 対象者の現在の生活習慣を受け止め、寄り添って傾聴する  
⇒(効果)“保健指導”は拒否でも聞き取りの中で対象者が心掛けていることなどを知ることができた



### 測定のコツ

**測定のコツ**

- 朝
  - 起床後1時間以内
  - トイレに行ったあと
  - 朝食前
  - 尿を飲む前
- 夜
  - 帰宅前
  - 入浴や飲酒の直後は避ける

**測定のポイント**

- 椅子に座って1～2分経ってから測定する
  - 落ち着いて、血圧が安定していること
  - 測定時に腕の力を抜いて、リラックスすることが大切
- カフは心臓と同じ高さで測定する
  - カフが太ももより低い位置だと「高血圧でいる」と判定、逆に高い位置だと「低血圧でいる」と判定する可能性がある

### 生活習慣改善のポイント

**ポイント1**、塩分を減らしましょう (6g/日未満)

減らすには減らす  
減らすには減らす  
減らすには減らす

**ポイント2**、野菜を積極的に食べましょう

**ポイント3**、砂糖を減らすようにしましょう

**ポイント4**、運動を増やしましょう

**ポイント5**、お酒を減らしましょう

**ポイント6**、禁煙しましょう

### 糖尿病と家庭血圧

糖尿病と家庭血圧

糖尿病と家庭血圧

糖尿病と家庭血圧

測定日時	収縮血圧 (mmHg)	拡張血圧 (mmHg)	平均血圧 (mmHg)
11/15 朝	118	78	86
11/15 夜	115	75	84
11/16 朝	120	80	88
11/16 夜	118	78	86
11/17 朝	122	82	90
11/17 夜	120	80	88
11/18 朝	118	78	86
11/18 夜	115	75	84
11/19 朝	120	80	88
11/19 夜	118	78	86
11/20 朝	122	82	90
11/20 夜	120	80	88
11/21 朝	118	78	86
11/21 夜	115	75	84
11/22 朝	120	80	88
11/22 夜	118	78	86

⇒ 家庭血圧測定を記録できるように手帳を作成

### ●脚の側方挙上・後方挙上運動\*

立った姿勢で片側の側方挙上・後方挙上を繰り返します。<sup>4)</sup>  
立っているのが不安定な人は、椅子の背もたれ・壁に手を添えて行ってください。<sup>4)</sup>

レベル	方法	速さと回数
① 立っていることが難しい人 <sup>4)</sup>	椅子に座った姿勢で片脚を横に広げる。左右交互に繰り返す。 <sup>4)</sup>	楽にできる速さで負担がかからない回数 (5～15回) 行う <sup>4)</sup>
② 立っていることができる人 <sup>4)</sup>	立った姿勢で膝を伸ばした片脚を側方上げて元に戻す。その後、その片脚を後方に上げて元に戻す。左右交互に繰り返す。 <sup>4)</sup>	1秒間に1回の速さで、きついと感じる場合は低回数 (3～5回程度)、軽いと感じる場合は高回数 (15～25回) を行う <sup>4)</sup>
③ 立って片脚が楽に上げられる人 <sup>4)</sup>	立った姿勢で膝を伸ばした片脚を側方に5秒間かけて上げ、5秒間かけて元に戻す。その後、その片脚を後方に5秒間かけて上げ、5秒間かけて元に戻す。左右交互に繰り返す。 <sup>4)</sup>	きついと感じる場合は低回数 (3～5回程度)、軽いと感じる場合は高回数 (15～25回) を行う <sup>4)</sup>
④ 立って片脚がとても楽に上げられる人 <sup>4)</sup>	立った姿勢で膝を伸ばした片脚を側方に10秒間キープした後、ゆっくりと下ろす。その後、その片脚を後方に上げて10秒間キープした後、ゆっくりと下ろす。左右交互に繰り返す。 <sup>4)</sup>	きついと感じる場合は低回数 (3～5回程度)、軽いと感じる場合は高回数 (15～25回) を行う <sup>4)</sup> <small>*イラストはレベル①のイメージです<sup>4)</sup></small>

⇒ レベル分けをした運動指導を実施

参考文献 文獻糖尿病診療ガイドライン2024 (日本糖尿病学会編)

## ア、(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/ 腎機能不良者 重症化予防)

### 今後の方向性

- ・受診されていない対象者でも異常値を放置しているのではなく、健診後から生活習慣の改善に取り組まれている様子もお伺いできた。
- ・健診の結果より、受診するか迷っている方もおられ丁寧に生活習慣等を伺うことで受診の後押しになることもあった。
- ⇒直接介入することで、データ上では知り得ない情報を得ることができた。また、生活改善として取り組んでいることを称賛しつつ、専門職からアドバイスを行うことで“もっと知りたい”と思われる対象者や再度相談のためご連絡をくれる対象者もいた。
- ・一方、受診に対して拒否感を持たれている対象者もいたが、無理に受診勧奨を行うのではなく受診に対する思いやその他困っていることを聞き取ることで自身の話をたくさんされる対象者もいた。
- ⇒長年培った生活様式を変えることは厳しいため、今頑張っていること等対象者の思いを尊重しながら関わって行く。

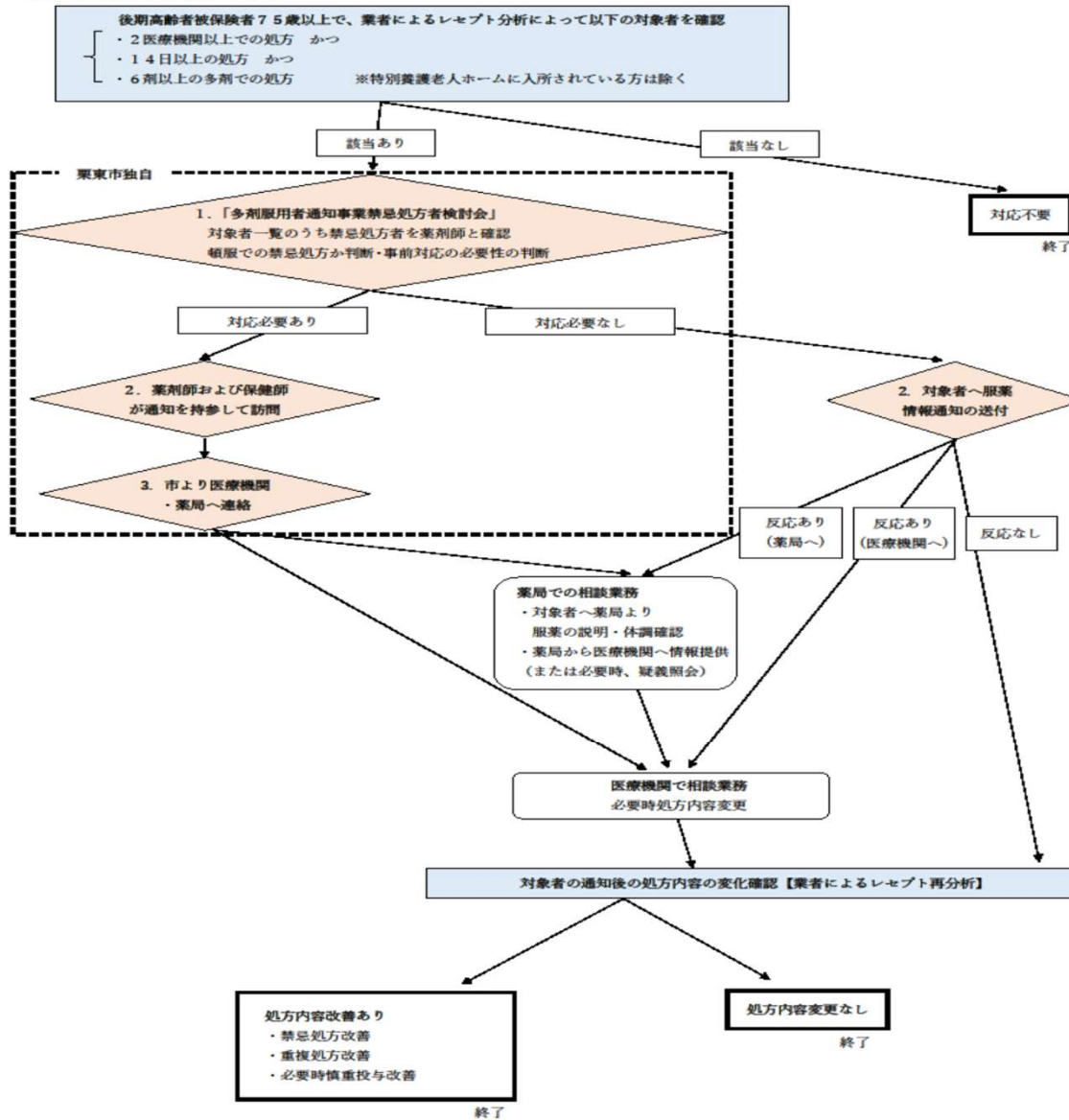
## 5.ハイリスクアプローチ

### イ、重複投薬・多剤投与者等への相談・指導の取り組み

事業目的	医療機関や薬局にてその人に合った適切な服薬内容の調整・情報提供を受けることで、自身の服薬内容について正しい知識を身につけることを目的とする。また、薬物有害事象のリスクを軽減し、フレイル予防や介護予防へつながること、ひいては医療費削減につながることを目的とする
対象者抽出基準	令和6年12月～令和7年3月までのレセプト分析より、下記にいずれも該当する者 ・複数医療機関(2カ所以上)の受診歴有り・14日以上処方・6剤以上の薬を服薬 <絞り込み基準> ・特別養護老人ホームに入所されている方を除く
抽出者数	1,000人
実施する医療専門職	薬剤師、保健師

# 取組内容

後期高齢者服薬情報通知事業フローチャート



## 通知物(一部抜粋)

**「東海市から服薬情報のお知らせ」について**

東海市 後援者会連合・健康推進課

通知が送られた方へ

この通知書は毎月発行されている薬の情報を掲載しています。掲載の医療機関に受診されている場合、それぞれの医療機関では処方箋について調剤が準備されていますが、処方していないすべての処方された薬が、同じ分の薬や、薬品上の飲み合わせが悪い等の問題が生じる場合があります。これらの問題を防ぐために、薬局へこれらの薬の内訳と投与の指示も持参することによって、薬師が改めて確認して処方、ご自身のお薬への責任がより明確になります。

お薬の紹介、薬品名と医療機関へ送付の書類が送付されます。これらの薬の内訳と投与の指示も、お薬の紹介書に添付して送付いたします。

ご本人の同意の上、医療機関へ送付するまでに必要となる場合があります。医療機関に送付されるお薬の紹介書、お薬の紹介書の送付は、お薬の紹介書に添付して送付いたします。

**「服薬情報のお知らせ」の見方**

送付された医療機関とお薬を処方した薬局を掲載しています。お薬の医療機関は「処方」欄で、お薬を処方する薬局は「薬局」欄に記載されています。また、お薬の医療機関で処方されたお薬の医療機関で処方されたお薬の医療機関は、お薬の紹介書に記載されています。

処方されたお薬の名称・処方されたお薬の必要量を掲載しています。お薬の名称は「処方」欄に記載されています。お薬の必要量は、お薬の紹介書に記載されています。

お薬の必要量は、お薬の紹介書に記載されています。お薬の必要量は、お薬の紹介書に記載されています。

## イ、重複投薬・多剤投与者等への相談・指導の取り組み

### 実施結果

評価指標(アウトプット)		評価指標 (アウトカム)
介入予定 人数	介入人数	
1,000人	965人	薬局での相談率…15%以上
		禁忌・重複者の改善者割合…60%以上

### 禁忌処方者

対象者	結果 (介入者数)
7人	3人

対象者のほとんどが  
鎮痛消炎剤の禁忌併用

・実際に訪問指導を行った対象者……

訪問を行った3人中2人については、家族対応であった。  
家族も服薬が多いことや薬局がそれぞれ別であることを心配して  
すでに医療機関・薬局へ相談済みであった。

しかし、服薬内容については本人の安心材料として処方(頓服)されているものも  
あり改善の見込みは少ないと思われると話されていた。

残りの1人については、「薬局でしっかりと相談をしている」とインターフォン越し  
に介入を拒まれた。

R8.1月現在

## イ、重複投薬・多剤投与者等への相談・指導の取り組み

### 工夫したこと

- びわこ薬剤師会の定例会で各調剤薬局へ本事業について説明。
- 各調剤薬局へ事業開始直前にマニュアルなどを送付。  
⇒(効果)相談に来た対象者へ統一した相談業務の実施ができた
- 多剤服薬者の中でも、禁忌処方者に対して薬剤師と個別訪問を実施。  
⇒(効果)より薬学的知識を踏まえた保健指導を実施することができた
- ⇒(効果)個別訪問により多剤服薬の要因(本人の理解力や不定愁訴など)を把握することができた

### 今後の方向性

- ・通知による一定的な効果を得ることはできるが、相談するかは対象者の意志により行動が異なってくる。そのため、通知方法等について検討を行っていく必要がある。
- ・ハイリスク者へ実際に訪問をすることで対象者の実態を把握や薬についての考えなどについて知ることができた。直接介入することのメリットを感じることができたため、今後も訪問を継続する。
- ・お薬手帳を正しく活用していない対象者もいることやかかりつけ薬剤師を持っている対象者も少ないことから引き続き啓発を行う。

## 5.ハイリスクアプローチ

### 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

事業目標	・健康状態不明者に対してアウトリーチ支援を実施し健康相談・適切なサービスへの接続などをおこない健康の保持増進を目指す
①対象者抽出基準	KDBにより、過去2年間(前年度および前々年度)に健診・医療や介護サービス等につな がっておらず健康状態不明な者 <絞り込み基準> 年度末年齢76歳以上の者
抽出者数	91人
②対象者抽出基準	令和6年度の対象者で令和6年度中に出会うことができなかった者で健診・医療や介護 サービス等につな がっておらず健康状態不明な者
抽出者数	5人
実施する医療専門職	保健師、管理栄養士



## 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

### 実施結果

評価指標(アウトプット)			評価指標 (アウトカム)
介入予定人数	介入人数	介入割合	
91人	27人 (5人)	30.8%	介護保険申請や地域包括支援センターに繋がった者の割合 …15%以上
			健康診断・医療受診につながった割合…100%

### アンケート結果

アンケート返信	
あり	12人
なし	15人

うち10人は訪問で  
聞き取り

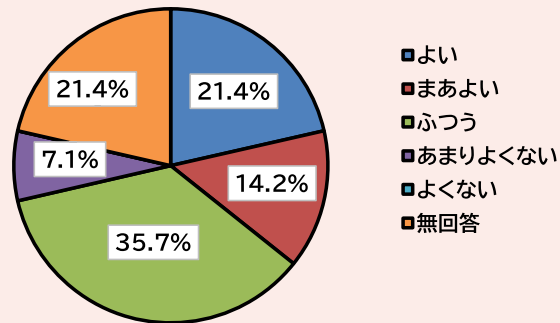
健診等未受診理由(一部抜粋)	人数
・関心がない	12人
・病院が怖い、不信感がある	2人
・身体的理由で受診できない	1人
・引っ越してきたばかり	1人
・すでに受診している	3人

R8.1月現在

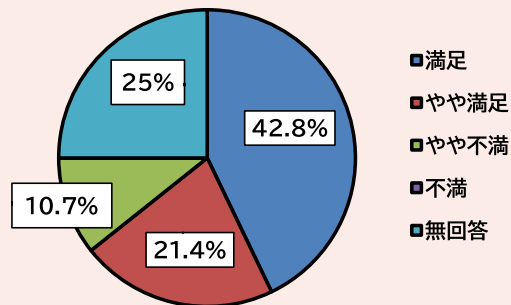
# ウ、健康状態が不明な高齢者の状態把握、必要なサービスへの支援事業

## アンケート結果(一部抜粋)

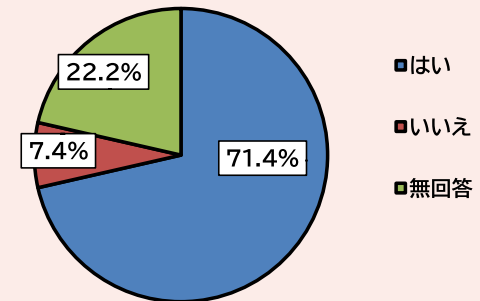
健康状態について(n=27)



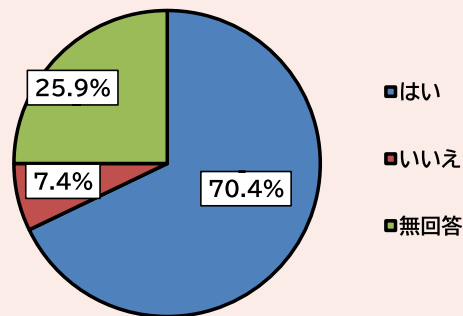
生活の満足度(n=27)



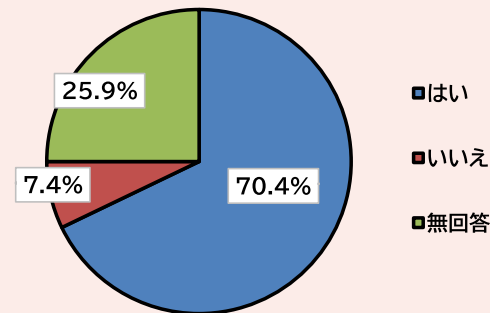
週に1回以上の外出(n=27)



普段からの付き合い(n=27)



身近な相談相手(n=27)



## 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

### 実施結果

評価指標(アウトプット)			評価指標 (アウトカム)
介入予定人数	介入人数	介入割合	
5人	5人	100%	介護保険申請や地域包括支援センターに繋がった者の割合…15%以上 健康診断・医療受診につながった割合…100%

健診等未受診理由	人数
・関心がない(健康である)	2人
・病院が怖い、不信感がある	1人
・身体的理由で受診できない	1人
・すでに受診している	1人

5人のうち2人については、生活も自立しており自分自身の状態について「健康だから健診を受診する必要がない」「心配事があれば受診する」といった状況。  
残りの3人については、引きこもり状態や低栄養状態、認知症様症状のある方であったため、地域包括支援センターに繋ぎ何らかの適切な支援を受けることができた。

## 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

### 工夫したこと

- 訪問実施前に地域包括支援センターと対象者の情報共有する機会を設けた。
  - ⇒(効果)地域包括からも情報提供を受けることができ、初回訪問から同行することができた
  - ⇒(効果)早々に支援に繋げることや対象者へ必要な資源の情報提供ができた
- 健康状態等が気になる方に対しては、数回訪問を実施。
  - ⇒(効果)関係を構築することで、健康診査・医療機関へ受診される方もいた
  - ⇒(効果)初回訪問では表出しなかった悩みを聞き出すことができた

### 今後の方向性

- ・受診の必要性を感じていない対象者に対しては、本人の話を傾聴しながら受診を無理に進めるのではなく対話の中で健康状態や暮らしぶりを把握しながら情報提供を行う。
- ・受診の思いがあっても、“家族に迷惑を掛けたくない”“交通手段がない”などの理由があり受診できない。本人の同意の上家族へのアプローチも視野に入れて対応していく必要がある。
- ・地域包括支援センターへ繋がれた方が良いと感じても本人は“まだ大丈夫”と支援を断る対象者もあり、まだ自分で何とかしたい思い(抵抗感など)がある。押しつけにならないように本人の気持ちを尊重しながら関わる必要がある。

# ポピュレーションアプローチ

## 通いの場等への積極的な関与等 【健康教育・健康相談】

事業目標	住民主体の通い場である、いきいき百歳体操の参加者に対し、希望に応じて運動・口腔・栄養・薬剤に係る健康教育や健康相談、フレイルチェックを実施し、フレイルの予防を図る。
対象者	市内いきいき百歳体操実践団体(R7.12時点 76団体)
実施する医療専門職	理学療法士、保健師、管理栄養士、歯科衛生士、薬剤師、言語聴覚士
取組内容	<p>いきいき百歳体操を実践している団体のうち、希望する団体に以下の健康教育・健康相談を実施する。</p> <p>団体は、継続支援メニュー「口腔、咀嚼嚥下機能向上、栄養、薬剤、効果的な運動」から希望する支援内容を選ぶ。健康教育の後、個別に相談を受けられる機会を設ける。相談の結果、医療・介護・保健事業等の継続的な関わりが必要な場合は適切な支援につなげる。</p> <p>また、いきいき百歳体操を実践している団体のうち希望する団体には、後期高齢者健診の質問票の一部(食習慣の項目)、咬合力、体力測定等フレイル状態を振り返れる機会を設け、フレイルリスクのある者を早期発見し、支援の必要な高齢者に対して、健診や医療の受診勧奨、保健事業、地域包括支援センターへの相談、介護サービスの紹介など必要時適切な支援につなげる。</p>

## 実施結果

## ■体力測定 24箇所229人

・前回データとR7データがある者のみ比較

膝伸展筋力(上昇:39%、維持:1%、低下60%)、歩行速度(上昇:39%、維持:1%、低下60%)、柔軟(上昇:33%、維持:5%、低下62%)

※体力測定については体操を始めて1~2年の人は改善する傾向にあるが、5年以上継続されている人は上がり続けることは少なく、加齢とともに低下する傾向あり。

## ■フレイルチェック(栄養:23箇所 215人)

健康教育後の専門職への個別相談件数:35件

個別相談から関係機関へつないだ件数:7件

フレイル該当者:栄養(約21%)

※フレイルに該当した人で個別訪問指導を希望される人はなく、その場で相談に応じ対応。

## 事業評価

## 評価指標(アウトプット)

実施した通いの場の数(実数)	参加者数(累計)	実施回数(累計)
45か所	約490人	45回

## 今後の課題

・フレイル状態に該当するも個別相談には繋がりにくい現状があるため、フレイル予防に関するリーフレットを配布し集団全体への健康教育を実施し、地域全体での健康づくりができる場となるよう啓発を継続する。

・いきいき百歳体操に参加していない高齢者に対してもフレイル予防の実践ができるよう、質問票を活用したイベント等新たな機会の検討を図る。

ご清聴ありがとうございました。