

# 「健康づくりに取り組む

## 5つの実行宣言2025」取組状況

令和5年10月4日

全国後期高齢者医療広域連合協議会会長

(佐賀県多久市長・佐賀県後期高齢者医療広域連合長)

横尾俊彦

---

## 宣言4

加入者や企業への予防・健康づくりや健康保険の大切さについて学ぶ場の提供、及び上手な医療のかかり方を広める活動に取り組む、保険者を2,000保険者以上とする。

次の①～③について、すべて行われていること。

- ①下記の具体的な取組例(a)を参考に、加入者や企業へ予防・健康づくりや健康保険の大切さについて学ぶ場を提供する取組を一つ以上実施すること。また、下記の具体的な取組(b)の中から、上手な医療のかかり方を広める活動に関する取組を一つ以上実施すること。
- ②参加者と非参加者との比較等により、①の取組(b)に関する効果検証を行うこと。
- ③②の結果を広報媒体を通じて加入者へ周知すること。

<具体的な取組例(a)>

1. データヘルス等の取組を通じて、健康保険の大切さや上手な医療のかかり方を加入者に伝える取組を実施すること。
2. 感染症をはじめとした病気の原因とその予防策、抗生物質による耐性菌リスクをはじめとした薬剤の効能や副作用についてセミナーを開くこと。
3. 子供や若者の時からの健康な生活習慣づくりにも配慮した生活習慣病予防、全身の健康にも密接に関連する歯科疾患、とりわけ歯周病予防について学ぶ機会を提供すること。
4. 心の健康づくりについて一人ひとりの気づきと見守りを促す取組を実施すること。その際、ストレスマネジメント等について学ぶ機会を提供すること。
5. 企業が自社製品を通じて、予防・健康づくりに資する可能性について情報提供すること。

<具体的な取組例(b)>

1. 生活習慣病の重症化予防に取り組むこと。その際、糖尿病や高血圧症等について、早期からの合併症発症予防・重症化予防に取り組むこと。
2. 薬剤の重複服薬・多剤投与を把握し、医療機関・薬局、訪問看護ステーション・看護小規模多機能型居宅介護事業所等と共同して、ポリファーマシーの防止に努めること。
3. 健康医療相談・セルフケアの推進等を通じて、医療の適正利用（重複・頻回・はしご受診の抑制等）を図ること。
4. 歯や口腔の健康は全身の健康に寄与することから、かかりつけ歯科医へ定期的に歯科受診できる環境を整えること。

( ※具体的な取組(b)1～3については、地域の医師会・歯科医師会・薬剤師会・看護協会等と連携して取り組むこと。健康保険組合、共済組合及び国民健康保険組合においては、専門職との連携でも要件を満たすものとする。)

# 第3期データヘルス計画策定について

- 後期高齢者の保健事業については、「高齢者保健事業の実施計画（データヘルス計画）策定の手引き」をふまえ、計画策定を行っている。
- 今般標準化された、総合的な評価指標としての共通評価指標及び計画様式を用いて、広域連合として保健事業の推進、データヘルスの推進に取り組んでいく。

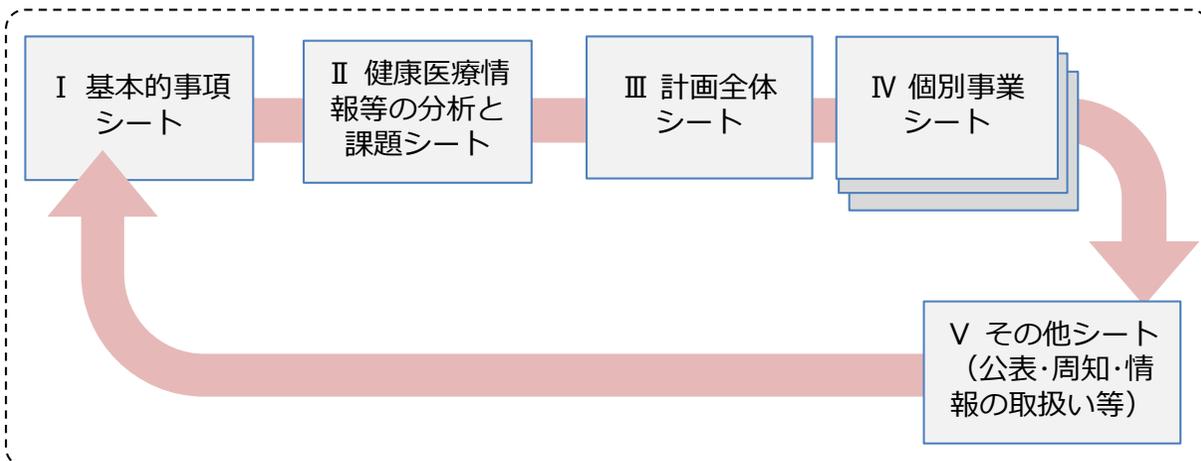
## ■データヘルス計画の標準化のねらいと対応

○ 計画策定や保健事業運営の負担が軽減されるだけでなく、共通の評価指標を用いることで実績を比較可能とする。

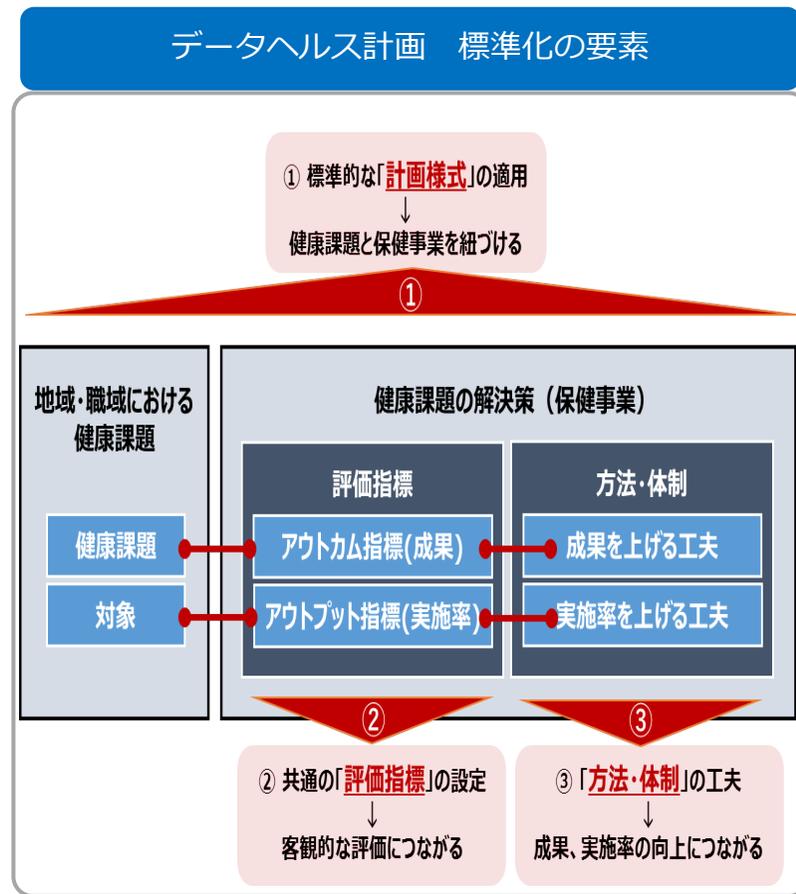
○ 効果的な保健事業（方法・体制）をパターン化することにより、事業効果を向上させる。

- ・ 策定段階での考え方のフレームの提示
- ・ 総合的な評価指標としての共通評価指標の設定
- ・ 総合的な評価指標と個別事業の提示
- ・ 個別事業の評価指標例をアウトプット・アウトカムに区分
- ・ 総合的な評価指標に関し、確認すべきデータの提示

## ■健康課題解決につながる計画を策定するためのフレーム（構造的な計画様式）



## データヘルス計画 標準化の要素



出典：東京大学未来ビジョン研究センター  
「都道府県による第3期データヘルス計画策定支援について」

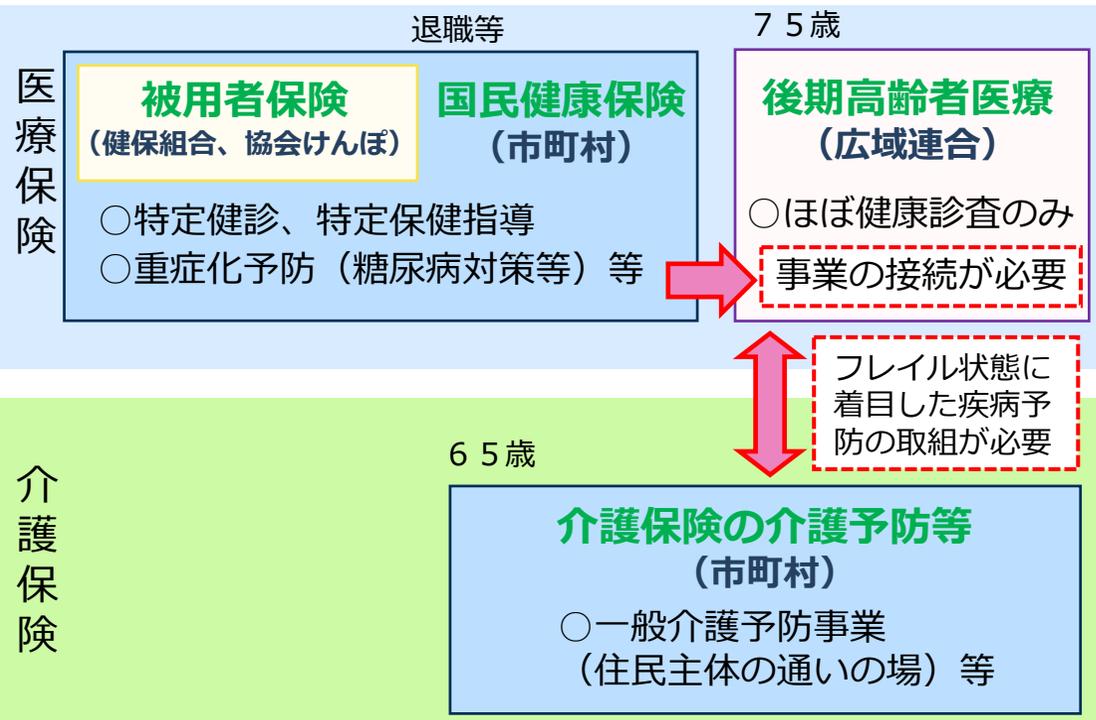
# 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施

- 広域連合が**高齢者保健事業を国民健康保険保健事業及び介護予防の取組と一体的に実施する取組**が**令和2年4月から開始**された。
- 広域連合は、その実施を**構成市町村に委託**することができる。

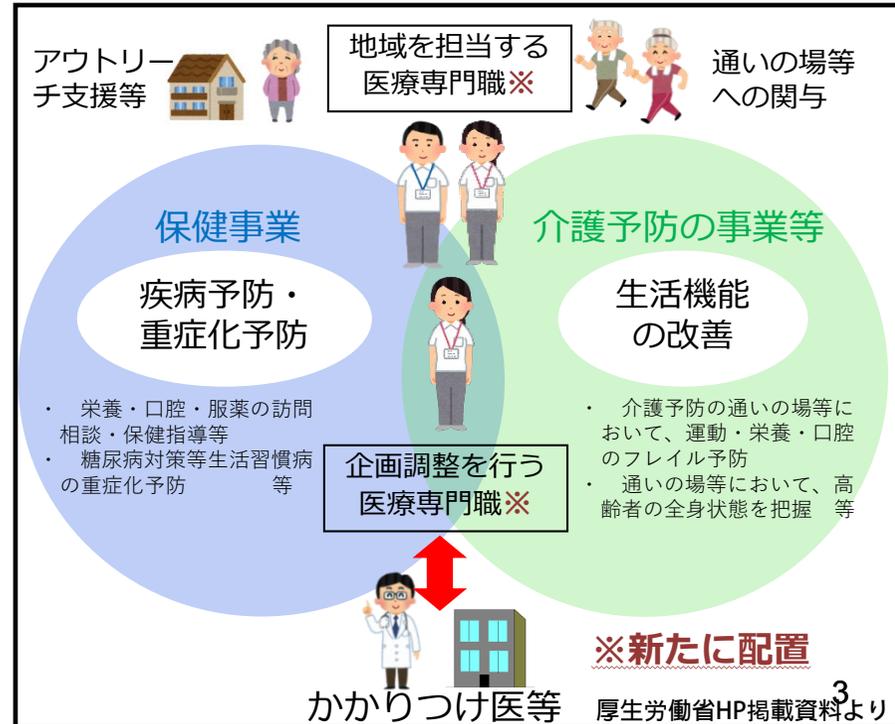
- 令和4年度の実施済みの市町村は **1,072市町村**、全体の**約62%**
- 令和6年度には **1,667市町村**、全体の**約96%**の市町村で実施の目途が立っている状況。
- 令和6年度までに全ての市町村において一体的な実施を展開することを目指す。

一体的実施実施状況調査（令和4年11月時点）

## ▼保健事業と介護予防の現状と課題

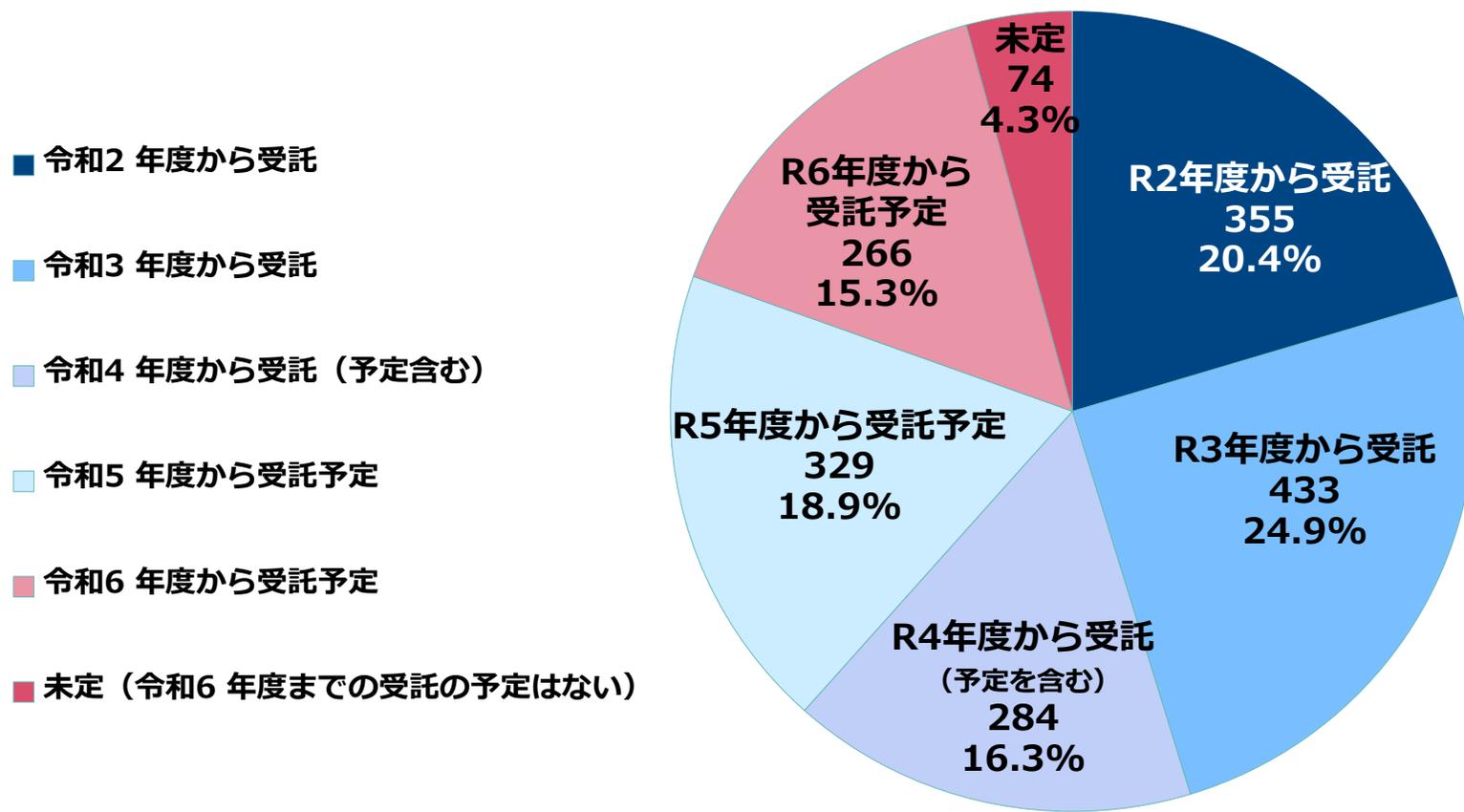


## ▼一体的実施イメージ図



# 一体的実施の実施状況及び実施予定

- 令和5年度までに一体的実施を実施する市町村（見込みを含む）は1,401市町村（80.5%）であった。



(N=1,741)

出典：令和4年度一体的実施実施状況調査（市町村票）

# 一体的実施における主な取組及び事業実施市町村数

## 事業の企画

KDBを活用したデータ分析

医療専門職によって健康・医療・介護情報による地域の健康課題の把握を行い、庁内外の関係者間で健康課題の共有や既存の関連事業との調整、地域の医療関係団体等の連携を進め、事業全体の企画・調整・分析を行う。

## 高齢者に対する個別的支援（ハイリスクアプローチ） n=1,072市町村

取組区分	実施市町村数	取組区分	実施市町村数
低栄養に関わる相談・指導	481	糖尿病性腎症重症化予防に関わる相談・指導	640
口腔に関わる相談・指導	250	生活習慣病等重症化予防(身体的フレイル含む)に関わる相談・指導	681
重複・頻回受診者、重複・多剤投薬者への相談・指導	245	健康状態不明者への対応	683

## 通いの場等への積極的関与（ポピュレーションアプローチ） n=1,072市町村

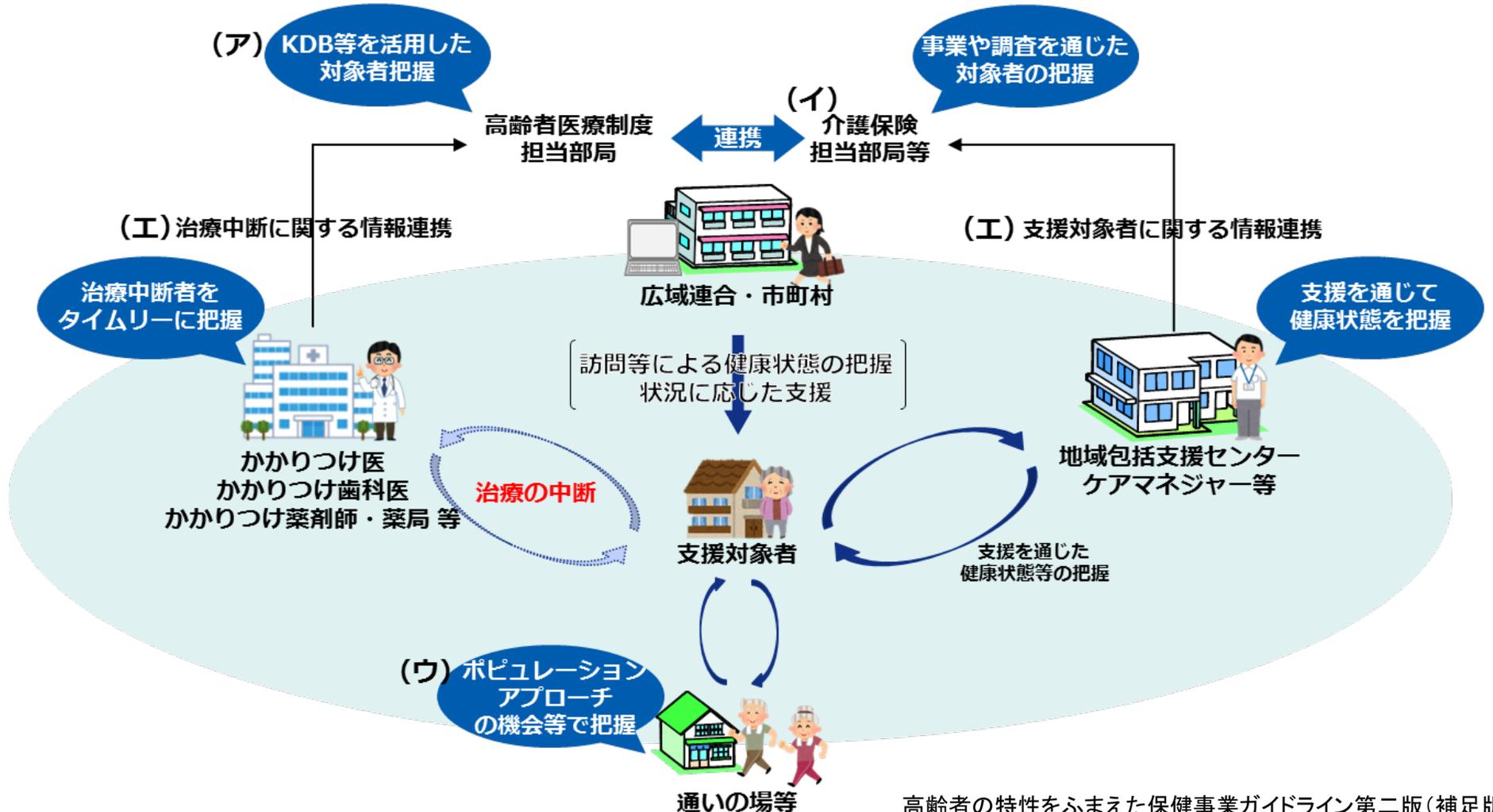
取組区分	実施市町村数
フレイル予防等の普及啓発活動や運動・栄養・口腔等のフレイル予防などの健康教育・健康相談の実施	1,049
後期高齢者の質問票を活用するなど、フレイル状態にある高齢者等を把握し、低栄養や筋力低下等の状態に応じた保健指導や生活機能向上に向けた支援の実施	779
高齢者の健康に関する相談や不安等について気軽に相談が行える環境づくり	509

出典：令和4年度一体的実施実施状況調査（市町村票）

厚生労働省HP掲載資料より

# 適切な受診等への支援と必要なサービスへの接続

- 高齢者保健事業において、**健康状態不明者、未治療によるコントロール不良者や治療中断者の状況把握や適切な受診・サービスにつなげることは重要な健康支援**の一つ



# 健康状態不明者に対する取組の必要性

－ 健康無関心層に対しても積極的な支援を－



「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」により、管理栄養士が中心になり健康状態不明者の取組を開始した。実際に把握した状況では約8割の対象者に何らかの支援が必要であり、KDBシステムの分析を踏まえると介入すべき優先度の高い集団である。



## KDBシステムを活用したデータ分析

健康状態不明者（医療や健診、要介護認定を受けていない者）は、2年以内に「**要介護2以上又は死亡**」に至るリスクが有意に高い。

### <解析対象>

2017年度 神奈川県大和市内在住の後期高齢者25,609名

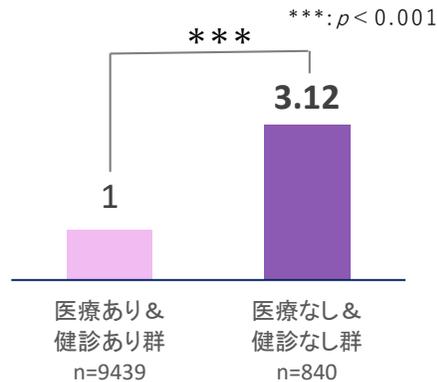
要介護認定を受けている者7,453名

要介護認定を受けていない後期高齢者18,156名

2017年度の医療・健診状況により群分けし、2年間追跡

※年間医療費1円以上を「医療受診あり」とした。

### <「要介護2以上又は死亡」のハザード比>



健康状態不明者

## 約8割の対象者に何らかの支援が必要

市のアウトリーチ支援により、介護・支援を受ける必要があるにもかかわらず、サービスにつながっていなかった者等を把握し、地域の関係者間で連携して対応した。

### <対象者の抽出>

2020～2021 医療・健診・要介護認定のない75歳以上 449名

地域包括支援センターの把握歴なし 361名

2022介護予防アンケート※回答なし 135名

### 健康状態不明者の状況を把握 (電話・訪問等)

介護サービス等が必要 27名(20%) (要介護認定)

地域の支援に接続 26名(19%) (地域包括支援センター・民生委員等)

現在は困りごと無し 65名(48%) (フレイル状態を含む)

### 関係者で連携して対応

- ・健康づくり主管課
- ・地域包括支援センター
- ・高齢福祉部門
- ・認知症相談窓口
- ・保険年金部門
- ・住民異動部門等

※介護保険制度における地域支援事業（介護予防把握事業）において、65歳以上で要介護認定のない高齢者に全数調査を実施

Ischida Y, Hasegawa M, Nagase K, Tomata Y, Octawijaya IH, Tanaka K. Are persons with unknown health status identified by the National Health Insurance Database (KDB) system at high-risk of requiring long-term care and death? Geriatr. Gerontol. Int. 2023;1-3.

各自治体が地域の関係者も含めた協力体制をつくり、**誰一人取り残さない**地域づくりを目指す。7



大和市においては、令和2年度から一体的実施を開始し、個別的支援（ハイリスクアプローチ）、通いの場等への積極的な関与（ポピュレーションアプローチ）を実施している。

## 低栄養予防

- ・対象者398名に対して、216名(54.3%)に電話・訪問による栄養相談を実施
- ・約8割に体重維持・改善、行動変容が見られた
- ・前期高齢者も含め介護予防に取り組んでいる

## 口腔機能低下防止

- ・対象者673名に対して、教室参加勧奨を行い、85名(12.6%)が参加
- ・集団教室と個別相談を併用し、約5割のオーラルフレイルリスクが軽減

## 糖尿病性腎症重症化予防

- ・国保も含めた対象者285名に対して、147名(51.6%)に電話・訪問による栄養相談を実施
- ・約8割以上が血糖値・腎機能を維持・改善
- ・かかりつけ医と健康相談連絡票を活用し、情報連携

## その他生活習慣病重症化予防

- ・糖尿病重症化予防を目的に、対象者161名に対して、115名(71.4%)に電話相談を実施
- ・約7割が血糖値を維持・改善
- ・受診や、その他サービスへ接続

## 健康状態不明者

- ・2年間健診・医療・介護データのない449名のうち、介護予防アンケートの回答のない135名を対象に、訪問等により状況把握
- ・介護保険サービス、健診受診、医療機関受診、その他地域資源へ接続

## ポピュレーションアプローチ

ミニサロンにおける講話・個別相談、健康支援型配食サービスとの連携、ショッピングモールの活用、ポリファーマシー講座、地域リハビリテーション活動支援事業との連携

# 佐賀県多久市の取組み

## ～健康寿命の延伸を目指した“子ども世代から”の取組み～

### ライフステージごとの目標

### 多久市の施策

妊婦期

#### 「胎児の健やかな成長」

妊娠期から胎児期の体づくりに必要な栄養を意識して妊娠期を過ごす



- 妊婦健診  
妊娠届時に栄養指導

乳幼児期

#### 「次世代の健やかな生活習慣形成」 健やか親子

食生活習慣や生活リズムなどの正しい生活習慣を身に着けることができるように、子ども時代から生活習慣形成を重点的に取り組む

- 乳幼児健診(栄養指導)  
4～5か月、6～7か月児、1歳半、2歳半の健診時に、離乳食や幼児食などの栄養指導

学童期

#### 「子ども時代から生活習慣形成」

子ども生活習慣病健診(多久っ子健診)において成人健診と同様の項目を検査して、生活習慣と食生活習慣や生活リズムなど、正しい生活習慣を身に着けることができるよう、子ども時代から生活習慣形成を重点的に取り組む



- 子ども生活習慣病健診  
～小5、中1が対象  
特定健診と同じ項目での検査を行い、その内容について、親子同席で保健指導を実施
- ◎子どもを健康にするために親も変わっていく

# 佐賀県多久市の取組み

## ～健康寿命の延伸を目指した“子ども世代から”の取組み～

### ライフステージごとの目標

### 多久市の施策

#### 青年期

#### 「発症予防」

20歳代から生活習慣病への関心を高め、健診受診と自己管理の習慣化を目指す



- 一般健診(20～39歳)  
加入している保険に関係なく  
20～39歳が対象

特定健診と同じ項目で血液検査、保健指導を実施、必要時、詳細な検査を実施。

#### 成人期

#### 「疾病予防・重症化予防」

健診結果を基に生活習慣と血液データの結びつきを理解し、主体的に健康管理に取り組む



- 特定健診(40～74歳)  
国民健康保険被保険者で  
40～74歳が対象。

集団健診受診者は全員に保健指導を実施。

重症化した方へは 継続した保健指導を実施。

# 佐賀県多久市の取組み

## ～健康寿命の延伸を目指した“子ども世代から”の取組み～

### ライフステージごとの目標

### 多久市の施策

#### 高齢期

#### 「介護予防・フレイル対策」

「通いの場」や個別の訪問で、保健師がアウトリーチすることで医療や介護等の必要なサービスへつなぎ、疾病の重症化やフレイルを予防する



#### ●後期高齢者健診(75歳以上)

後期高齢者の市民を対象に個別健診を実施

#### ●高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

地域包括支援課と連携してポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチを実施

# 佐賀県多久市における高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の主な取組

KDBを活用したデータ分析	健康増進課に企画調整を行う専任保健師を配置し、「KDBシステム」「一体的実施・KDB活用支援ツール」を活用したデータ分析を行い、解決すべき地域の健康課題の分析、整理を行い、優先的に支援すべき対象者を抽出する。
糖尿病性腎症重症化予防事業	<p>健診結果を踏まえた保健指導、医療が必要な人へ受診勧奨と治療中断防止を行うことで 人工透析などの重症化を予防する。</p> <p>【対象者】</p> <ul style="list-style-type: none"><li>①糖尿病管理台帳で前年度の健診未受診者(85歳未満)で未治療者</li><li>②前年度にHbA1c7%以上かつ85歳未満で尿蛋白(±)以上の者</li><li>③HbA1c7%以上かつ85歳未満で尿蛋白(-)でeGFR45未満者</li><li>④HbA1c6.5%以上7%未満かつ85歳未満で尿蛋白(+)以上の者</li><li>⑤HbA1c6.5%以上7%未満かつ85歳未満で尿蛋白(-)かつeGFR45未満の者</li></ul> <p>★ ①～⑤いずれか該当者に地区担当保健師・管理栄養士が家庭訪問等で保健指導を実施。</p> <p>★ また、主治医がいる場合は主治医と情報を共有連携し保健指導実施。</p>

# 佐賀県多久市における高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の主な取組

<p>その他生活習慣病等重症化予防事業</p>	<p>◎脳血管疾患の最大リスクである高血圧は、健康寿命やQOLに大きく関与するため、 健診結果を踏まえた保健指導、 医療が必要な人へ受診勧奨と治療中断の防止を行うことで 心筋梗塞などの循環器疾患や脳卒中などの重症化を予防する。</p> <p>◎前年度の健診結果で高血圧未治療の方を対象に 地区担当保健師や管理栄養士が家庭訪問等で保健指導を実施し、 住民自身が自分の健診データを把握・管理し、 自分のからだを理解できるように支援する。</p> <p>◎主治医がいる場合は主治医と情報共有・連携した保健指導を実施。</p>
<p>健康状態不明者への対応</p>	<p>◎KDBシステムを活用して、健診や医療機関の受診もない市民を 地区担当保健師が家庭訪問する。</p> <p>◎健康状態を把握し、健診受診を勧めることにより、 生活習慣病等の発症や重症化に至る前段階で支援する。</p>

# 佐賀県多久市における高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の主な取組

通いの場  
等への積  
極的な関  
与

- ◎地域包括支援課と健康増進課が相互に協力しながら「100歳体操」や「サロン」など、地域の「通いの場」においてフレイル予防の健康教育や後期高齢者健診の受診勧奨を実施。
- ◎後期高齢者健診の質問票を活用し、その健診結果をふまえて、経年変化等を確認し、フレイルや生活習慣病重症化リスクを把握し、保健指導を着実に実施。
- ◎必要な場合は、保健師や管理栄養士が訪問して指導を実施。

# ヘルスリテラシーの向上を！

## デジタル時代に必須のスキル

- 「自分の健康は自分で守る」意識と実践を可能に。
- データに基づく自分自身の健康チェックできる。
- 人生百年時代、自分の身体の生涯健康のため。