

[資料3]

高齢者の保健事業について

令和5年10月

山口県後期高齢者医療広域連合

令和5年度の取り組み

○高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施

国は、健康寿命延伸プランにおいて、令和6年度までに全市区町村で一体的実施を展開することを表明しており、本広域連合も令和6年度から未実施の5市町が開始を予定している。令和5年度現在、全国では約8割の自治体が一体的実施への取組を予定しており、本広域連合での取組割合も7割超（14市町：昨年度比で新規2町）となっている。

会議や研修の開催、モデル事業の実施などを通じて、市町における高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施の取組を推進する。

1 市町への委託事業

広域連合から各市町へ業務委託し、各市町において企画・調整等を担当する保健師等の医療専門職と地域を担当する医療専門職（保健師、管理栄養士、歯科衛生士等）を配置し、個別的支援（ハイリスクアプローチ）と通いの場等への積極的な関与等（ポピュレーションアプローチ）の両事業を実施する。

・令和5年度の取組（14市町で取組）

No.	市町名	開始予定	取組内容								
			ハイリスクアプローチ						ポピュレーションアプローチ		
			低栄養等防止		重症化予防		重複頻回 重複投薬	健康状態 不明者の 状態把握	健康教育 健康相談	フレイル把 握	環境づくり
			低栄養	口腔	糖尿病	その他					
1	下関市	R4			●				●	●	
2	宇部市	R3	●		●		●		●	●	●
3	山口市	R3						●	●	●	
4	萩市	R3					●	●	●	●	●
5	防府市	R4			●			●	●	●	●
6	下松市	R4			●				●	●	
7	岩国市	R3					●	●	●	●	
8	光市	R6									
9	長門市	R3	●	●		●		●	●	●	●
10	柳井市	R6									
11	美祿市	R4	●					●	●		
12	周南市	R4		●				●	●	●	●
13	山陽小野田市	R3	●		●			●	●		
14	周防大島町	R6									
15	和木町	R5	●						●		
16	上関町	R6									
17	田布施町	R6									
18	平生町	R2	●			●		●	●	●	
19	阿武町	R5					●	●	●	●	
計	市町数		6	2	5	2	4	10	14	11	5

2 各種会議の開催

市町職員・関係機関が参集して「高齢者保健事業推進連絡会議」や「地域ブロック会議」を開催

し、有益かつ効率的な情報提供により制度理解を促進する。取組開始ができていない市町への支援強化策として、地域ブロック会議の下部の「ワーキングチーム会議」において、取組開始に向けた具体的な協議を関係機関を交えて実施する。

・令和5年度の実施状況

- 令和5年 7月 6日 高齢者保健事業推進連絡会議
- 令和5年 7月25日 高齢者保健事業地域ブロック会議（岩国・柳井地区）
- 令和5年 8月 3日 高齢者保健事業地域ブロック会議（周南・山口防府地区）
- 令和5年 8月16日 高齢者保健事業地域ブロック会議（長門・萩地区）
- 令和5年 8月30日 高齢者保健事業地域ブロック会議（宇部小野田・下関地区）
- 令和5年 9月26日 地域ブロック会議「ワーキングチーム」会議（岩国・柳井地区：田布施町）
- 令和5年 9月27日 地域ブロック会議「ワーキングチーム」会議（岩国・柳井地区：周防大島町）

3 研修事業の実施

山口県国民健康保険団体連合会との共催により、市町職員を対象とした研修会を開催し、一体的実施に係る理解を促進する。

・令和5年度の開催状況

(1) KDBシステム研修会

研修内容 地域健康課題の把握・事業対象者抽出

令和5年4月24日～5月12日

(2) 高齢者の保健事業セミナー

令和5年12月頃 開催予定

4 第3期データヘルス計画の策定について

被保険者の更なる健康の保持増進、健康寿命の延伸を目指し、平成30年3月に「第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）」を策定した。目標の達成状況や社会情勢の変化に対応するため、計画期間（平成30年度～令和5年度）の中間年度である令和2年度に目標の達成状況や社会情勢に対応するため、取組や数値目標を見直し、目標達成に向けた効果的な保健事業展開のための中間評価を行った。

令和5年度に目標の達成状況の評価を行い、第3期計画（令和6年度～令和11年度）を策定する。

スケジュール(予定)

- 4月～ データ収集、厚労省の計画様式に入力、読み取り開始
- 6月～ 第2期の計画を評価、作成作業
- 10月 高齢者医療懇話会、広域連合議会全員協議会で計画策定中の説明
- 11月 保健事業支援・評価委員会からの評価・助言
- 12月 素案完成
- 1月 保健事業実施計画(データヘルス計画)(案)の意見募集(市町)
パブリックコメント実施
- 2月 高齢者医療懇話会・広域連合議会全員協議会で説明
- 3月 策定・公表・配布

5 モデル事業の実施

市町や医療関係団体と連携してモデル事業を実施することにより、一体的実施事業にかかるノウハウを提供する。

・令和5年度の実施

(1) 低栄養防止モデル事業(ハイリスクアプローチ)

【目的】

健康診査の結果から低栄養リスク者に対して、個別訪問等を行い、栄養状態の改善・要介護状態への移行を防止し、健康寿命の延伸を図る。

【事業内容】

低栄養リスク者に対して、栄養状態改善に向けた保健指導を県栄養士会等へ委託にて行う。また、フレイルリスクが高く、介護予防・日常生活支援総合事業へ接続が必要な場合は、地域包括支援センター等へ情報提供を行う。

- (1) 栄養状態に課題のある対象者を抽出する。(抽出方法は下記参照)
- (2) 抽出した者のうち、介護サービス利用状況等より対象者の選定を行う。
- (3) 事業対象者へ事前通知を送付する。(はがき等)
- (4) 県栄養士会等へ事業委託し、事業参加者に対し、管理栄養士による訪問等で栄養状態のアセスメントを行い、低栄養防止の個別的支援を行う。
- (5) 保健指導を通じてフレイル予防の必要があると判断される場合は、地域包括支援センター等へ情報提供を行う。
- (6) 3 か月後に、保健指導効果を評価するため、指導内容に関する確認の訪問等を行う。

【対象者抽出方法】

前年度健康診査受診者において、以下の条件を満たした者
BMI(20 以下) かつ 前年度の健診受診時より 2kg 以上体重が減少した者

(除外条件)

- ・資格喪失、長期入院者、施設利用者等
- ・低栄養により受診中の者
- ・低栄養指導対象者として適切でない者(がん、難病、精神疾患、認知症、要介護度 3 以上 等)

【実施体制】

管理栄養士による訪問もしくは電話によるアウトリーチ支援を行う。

- ・居宅訪問等による低栄養改善指導
- ・原則 2 回の訪問指導及び改善状況確認訪問(3 か月 1 クール)

【予想される事業効果】

家庭訪問等により、対象者の栄養状態を実際に確認し、個別ニーズに応じた改善等につなげる。

- (1) 食生活(食行動、栄養・口腔状態等)についての改善、意識変化
- (2) 便利ツールの活用(配食サービス・買い物支援等)による栄養状態の改善
- (3) 健康課題の改善につながる介護サービス等の紹介による介護との連携

【市町の役割】

- (1) 事業の企画について協議
- (2) 関係部署(介護部署、地域包括支援センター等)との調整
- (3) 対象者選定で、事業対象者の介護サービス等利用状況の確認(可能であれば)

- (4) 委託した管理栄養士との調整(必要時、対象者の服薬内容、病態等を情報提供)
- (5) 事業対象者からの問い合わせ対応
- (6) フレイルリスク者の情報提供後の対応(地域包括支援センター等への接続)
- (7) 事業結果について協議
- (8) 今後の検討

【調整が必要な関係機関(広域連合)】

- (1) 県栄養士会
 - ・事業企画への助言、協力、事業実施前後の報告
- (2) 県・郡市の医師会
 - ・事業実施前後の報告、会員への周知(可能な限り)

【広域連合・市町間の連携内容】

- (1) 県栄養士会・医師会への説明(広域連合と共に)
- (2) 事業参加勧奨補助(必要に応じて)
- (3) 地域包括支援センター等への情報提供(必要に応じて)

(2) 低栄養防止に関する健康相談・健康教室事業(ポピュレーションアプローチ)

【目的】

低栄養についての知識を習得し、ご自身の食事内容を振り返ることにより、栄養状態を維持・改善し、フレイル予防や QOL 向上を目的とする。

【事業内容】

通いの場等で、低栄養に関する健康教室を県栄養士会等へ委託にて行う。ご自身の食事内容を振り返るとともに、栄養状態の維持・改善を行う。さらに、介護予防・日常生活支援総合事業へつなげる必要がある場合は、地域包括支援センター等へ情報提供を行う。

- (1) 低栄養に関する講義を行う。
- (2) 低栄養リスクの高い者で、介護予防等が必要であると判断される場合は、地域包括支援センター等へ情報提供を行う。
- (3) 3 か月後に、参加者に対してフォローアップのためのアンケート調査を行う。

【事業実施の流れ】

- (1) 広域連合が事業の企画書を作成する。
- (2) 広域連合・市町で、関係機関(栄養士会・医師会)との調整を行う。
- (3) 広域連合・市町(介護部門・健康増進部門)で、事業の企画について協議を行う。
- (4) 市町の介護部門から、事業対象となる通いの場等を紹介していただく。
- (5) 対象となる通いの場に対し、事業勧奨を行い、日程調整を行う。
- (6) 通いの場で、県栄養士会等の管理栄養士が健康教室等を行う。(可能であれば市町の職員が同行する)
- (7) 県栄養士会等の管理栄養士が栄養改善に向けた食事指導を行う。
- (8) 教室実施後、広域連合で地域包括支援センター等へ情報提供すべき参加者の有無を確認し、情報提供を行う。
- (9) 広域連合で健康教室の実施結果をまとめる。
- (10) 広域連合・市町・県栄養士会等で実施結果について情報共有するとともに、改善点や今後の事業化について協議する。
- (11) 広域連合が 3 か月後に参加者に対してアンケートを行う。

- (12) 広域連合がアンケート結果を集計する。
- (13) 広域連合・市町・県栄養士会等でアンケート結果について情報共有する。
- (14) 広域連合・市町で関係機関(栄養士会・医師会)へ報告する。

【市町への依頼事項】

- ・事業についての協議への参加、通いの場紹介、通いの場のキーパーソンとの連絡調整、その他、円滑実施のための支援

(3) 受診勧奨フォローアップ事業

【目的】

健診結果が受診勧奨判定値を超えており、生活習慣病等が重症化するリスクの高い医療機関の未受診者に対して受診勧奨や保健指導を行うことにより治療に結びつけるとともに、生活習慣病の重症化を予防する。

【事業内容】

健診結果のうち血圧及び脂質、血糖の項目で受診勧奨判定値を超えており、受診勧奨通知の送付後も未受診が継続している者を対象に医療専門職が受診勧奨を行う。

- (1) 血圧及び脂質、血糖の項目の受診勧奨通知後の未受診者を抽出する。(抽出方法は下記参照)
- (2) 抽出した者を市町別に未受診者リストを作成し市町に提供する。
- (3) 市町で対象者の絞り込みを行い、再受診勧奨(訪問等)を行う。
- (4) 医療機関につなげる。(必要時、医師連絡を行う)
- (5) 市町での絞り込み条件及び指導状況を広域連合に報告する。

【対象者抽出方法】

対象者：令和4年1月～12月の健診受診者のうち、医療機関受診勧奨通知後も未受診だった者。

(1) 健診結果の判定基準(医療機関受診勧奨送付者の抽出基準)

項目名		受診勧奨判定値
血圧	収縮期血圧	140mmHg 以上
	拡張期血圧	90mmHg 以上
脂質	中性脂肪	300mg/dl 以上
	HDL コレステロール	34mg/dl 以下
	LDL コレステロール	140mg/dl 以上
血糖	空腹時血糖	126mg/dl 以上
	HbA1c	6.5%以上

※上記のいずれかの判定値を超えた者に医療機関受診勧奨通知を送付する。

- (2) 医療機関受診勧奨通知を送付した者を抽出する。
- (3) 医療機関受診勧奨の対象項目による抽出を行う。
 - ① 糖尿病(血糖値)の受診勧奨者の抽出を行う。
 - ② 糖尿病の受診勧奨者を除いたリストから、その他(血圧または脂質)の受診勧奨者の抽出を行う。
- (4) 医療機関受診者の除外
 - KDB システム「後期高齢者の医療(健診)・介護突合状況」及び「厚生労働省様式 2-1(6か月以上

入院しているレセプトの一覧)」の令和5年5月分診療分から、以下①～⑤を除外する。

- ①糖尿病レセプト保有者(R4.6月～R5.5月診療分)
- ②高血圧症レセプト保有者(R4.6月～R5.5月診療分)
- ③脂質異常症レセプト保有者(R4.6月～R5.5月診療分)
- ④資格喪失、長期入院者、施設利用者等
- ⑤がん、認知症、要介護度3以上等

【実施体制】

医療専門職による訪問もしくは電話によるアウトリーチ支援を行う。

- ・家庭訪問等による受診勧奨及び保健指導
- ・原則、対象者につき2回程度連絡し、連絡がつかない場合は終了とする。

【予想される事業効果】

健診の事後指導、未受診者への受診勧奨をすることにより、対象者の健康状態の把握、及び生活習慣の見直しや改善、早期治療開始による重症化を予防する。

- (1) 生活習慣の見直しや改善
- (2) 医療機関受診率の向上
- (3) 生活習慣病の重症化の予防

【市町の役割】

- (1) 広域連合提供の未受診者リストから市町の任意条件で対象者の絞り込みを行う。
- (2) 市町の医療専門職による受診勧奨及び保健指導を行う。
- (3) 市町での絞り込み条件及び指導状況を広域連合に報告する。

【調整が必要な関係機関(広域連合)】

- (1) 県・郡市の医師会
 - ・事業実施前後の報告、会員への周知(可能な限り)

【広域連合・市町間の連携内容】

- (1) 県・郡市医師会への説明(広域連合と共に)

令和4年度
高齢者の保健事業と介護予防等の
一体的実施に関する事業実績報告書

令和5年7月 山口県後期高齢者医療広域連合

目次

I. 令和4年度 一体的実施の取組状況の概要	・・・	1
II. 一体的実施の取組状況の詳細	・・・	4
1. 取組市町及び取組圏域		
2. 取組内容一覧		
3. 医療専門職	・・・	5
1) 企画調整の医療専門職		
2) 保健事業に携わる医療専門職		
4. ハイリスクアプローチの抽出基準	・・・	6
5. 取組実績	・・・	8
1) ハイリスクアプローチ		
2) ポピュレーションアプローチ		
6. 事業評価	・・・	9
1) 評価項目		
2) ハイリスクアプローチの評価及び次年度計画等		
3) ポピュレーションアプローチの評価及び次年度計画等		
7. KDB への支援者データ登録	・・・	13
1) KDB への支援者データ登録状況		
2) ハイリスクアプローチに関するデータ		
3) 健康状態不明者に関するデータ		
3) ポピュレーションアプローチに関するデータ		
8. まとめ	・・・	17
III. 標準的な評価指標例	・・・	18

令和4年度 山口県後期高齢者医療広域連合

高齢者の保健事業と介護予防等の一体的実施に関する事業実績報告書

I 令和4年度 一体的実施の取組状況の概要

●一体的実施の取り組み市町村数：12市町（取組割合：63.2%）

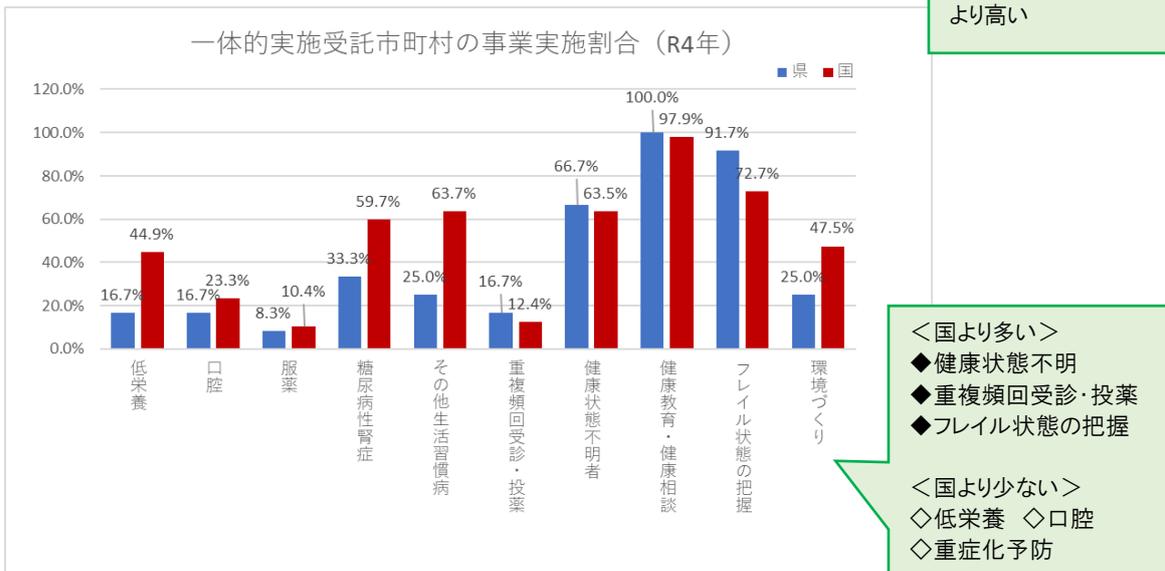


図1 令和4年度一体的実施受託市町村の事業実施割合（全国平均との比較）

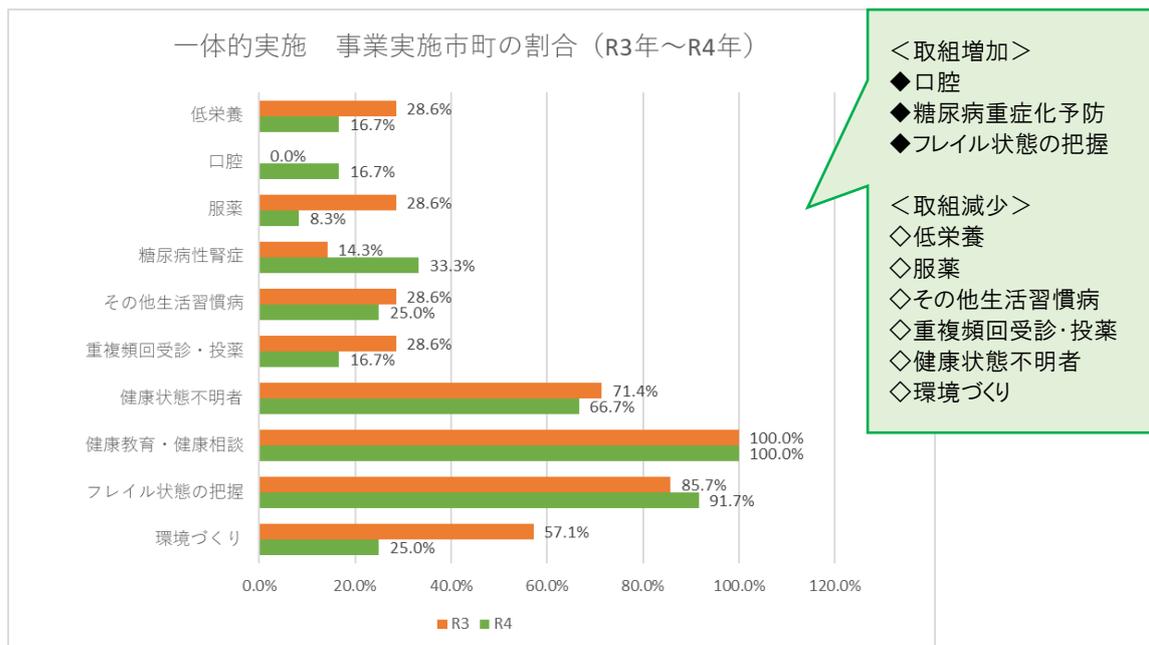


図2 一体的実施事業実施割合の年度比較（令和3年度・令和4年度）

表1 令和4年度 一体的実施事業実施状況一覧(12市町)

◆ハイリスクアプローチ

事業区分	低栄養等			重症化予防		重複頻回 受診・投薬	健康状態不明 者の状態把握	合計
	低栄養*	口腔*	服薬	糖尿病	その他			
圏域数	4	4	9	12	9	7	23	68
対象者数	13	11	58	81	77	74	493	807
支援者数	7	6	57	75	34	41	364	584
未評価者数	4	1	33	3	19	2	-	62
対象外除外数	-	-	-	-	-	-	72	72
改善者数	3	4	16	69	14	25	-	131
健康状態把握者数	-	-	-	-	-	-	332	332
実施率	53.8%	54.5%	98.3%	92.6%	44.2%	55.4%	73.8%	72.4%
維持・改善率	100.0%	80.0%	66.7%	95.8%	93.3%	64.1%	-	82.9%
健康状態把握率	-	-	-	-	-	-	78.9%	78.9%

*低栄養と口腔の複合的取組(長門市)は各取組に重複入力

実施率：支援者数/対象者数

維持・改善率(健康状態不明除く)：維持・改善者数/(支援者数-未評価者数)

健康状態把握率：健康状態把握数/(対象者数-対象外除外数)

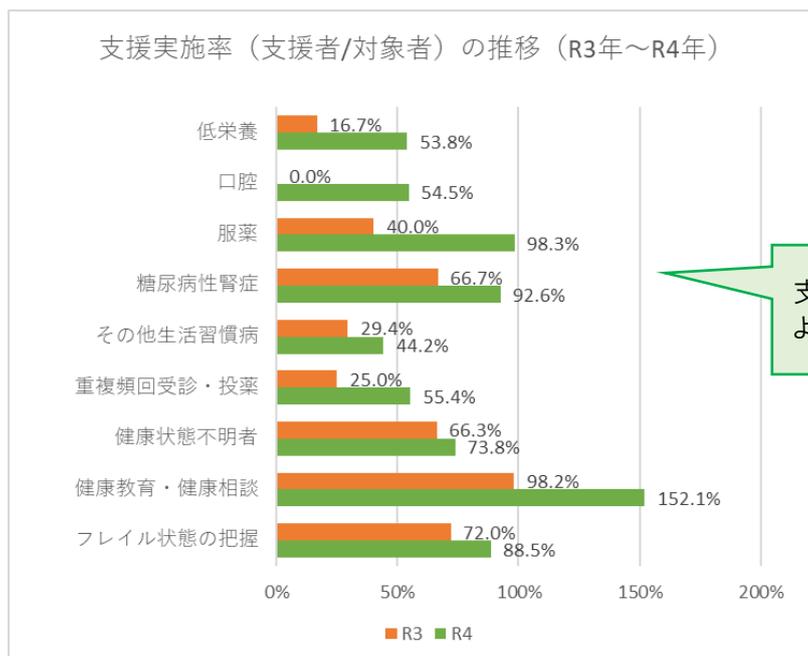
◆ポピュレーションアプローチ

事業区分	健康教育・健康相談のみ	複合的取組*
圏域数	10	37
通いの場数(予定)	71	191
通いの場数(実績)	108	169
実施回数	108	913
参加者数(延べ人数)	2,941	7,375
実施率	152.1%	88.5%
1箇所当たり実施回数	1.0	5.4
1回当たり参加者数	27.2	8.1
1圏域当たり実施箇所数	10.8	4.6

*複合的取組：健康教室・健康相談＋フレイル状態把握

◆実施率は概ね高い
◆改善率は重症化予防が高い
※詳細は p.8表8へ

◆実施率が高い
◆1箇所当たり実施回数は複合的取組が約5倍
※詳細は、p.9表9へ



支援実施率は、前年度より上昇

図3 一体的実施事業別の支援実施率の年度比較(令和3年度・令和4年度)

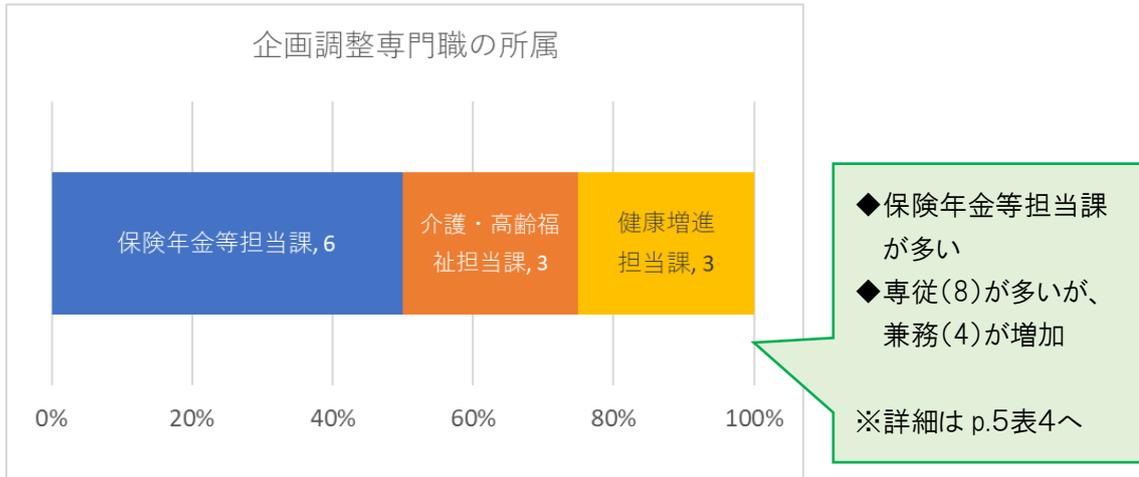


図4 企画調整専門職の所属(保健師 12 人)

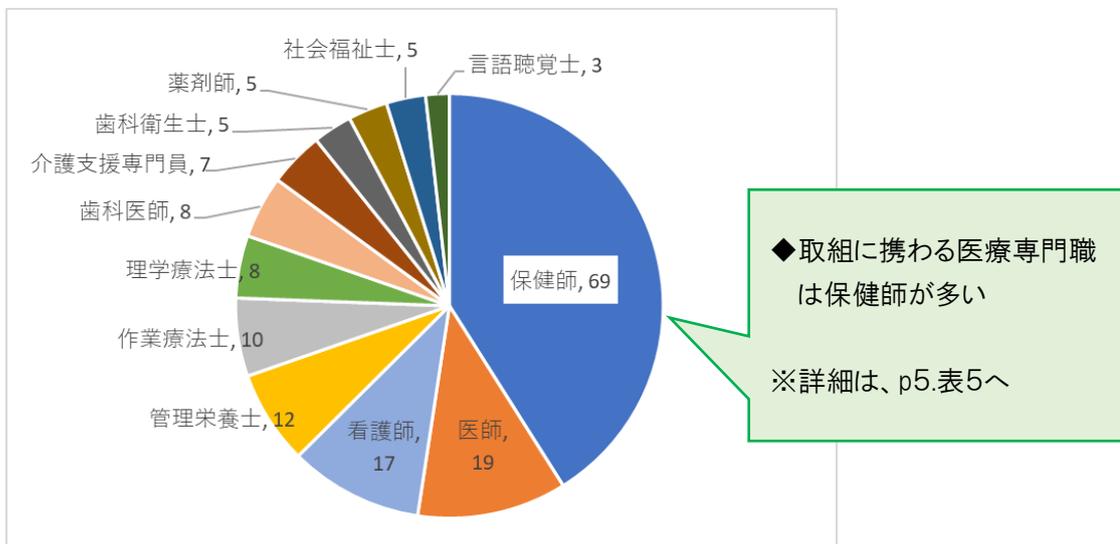


図5 取組に携わる医療専門職

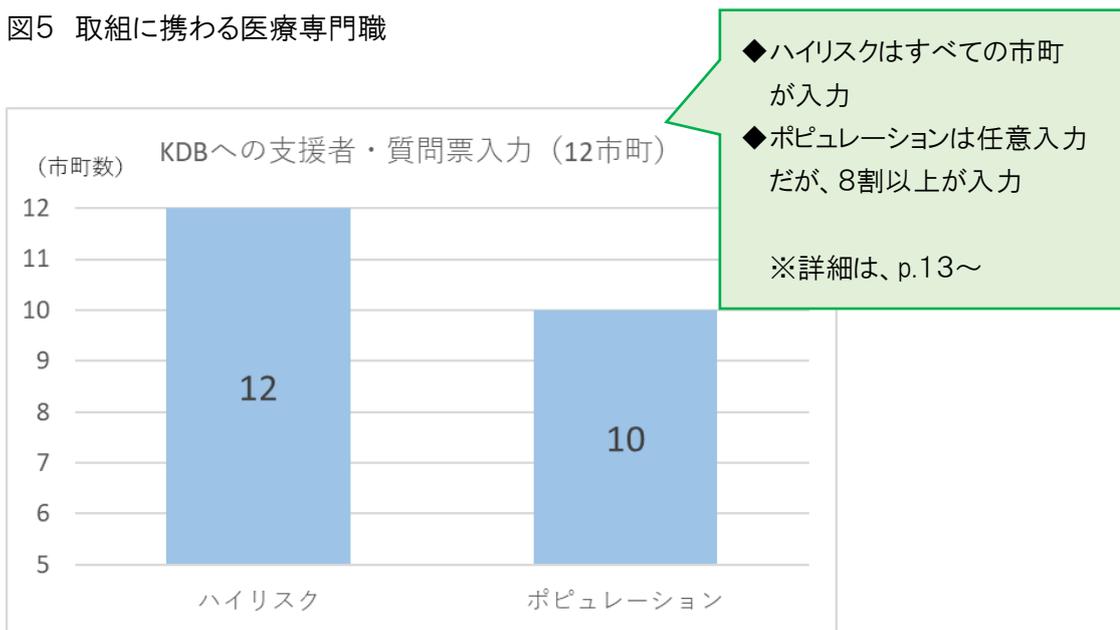


図6 KDBシステムへの入力状況(支援者及び質問票の結果)

II 一体的実施の取組状況の詳細

1. 取組市町及び取組圏域（表2）

令和4年度に新たに一体的実施に取組んだ市町は5市で、計12市町（県内の63.2%）19圏域となった。取組市町の全圏域に占める取組圏域の割合は市町によりばらつきがあるが（15.4～100%）、平均すると57.6%（前年比+7.6）であった。

2. 取組内容一覧（表3）

ハイリスクアプローチの取組で最も多かったのは、「健康状態不明者の状態把握（66.7%）」であり、最も少ない取組は「服薬（8.3%）」であった。4つの取組で前年より取組市町が増加したが、「重複頻回受診・投薬」「健康状態不明者の状態把握」を除き、全国平均より取組率は低い。

ポピュレーションアプローチは、すべての市町が健康教育・健康相談に取り組み、フレイル状態の把握を実施した市町も9割を超えていた。

表2 取組市町及び取組圏域 *R4年新規

市町	全圏域数	取組圏域数	取組圏域の割合
下関市（*）	13	2	15.4%
宇部市	6	6	100.0%
山口市	6	1	16.7%
萩市	10	7	70.0%
防府市（*）	4	4	100.0%
下松市（*）	2	2	100.0%
岩国市	5	3	60.0%
長門市	4	4	100.0%
美祢市（*）	2	1	50.0%
周南市（*）	7	3	42.9%
山陽小野田市	6	2	33.3%
平生町	1	1	100.0%
12市町	38	19	57.6%

表3 取組内容

市町名	取組内容									
	ハイリスクアプローチ					ポピュレーションアプローチ				
	低栄養等			重症化予防		重複頻回 受診・投薬	健康状態不明 者の状態把握	健康教育 健康相談	フレイル状 態の把握	環境づくり
低栄養	口腔	服薬	糖尿病	その他						
下関市				○				○	○	
宇部市				○		○		○	○	
山口市							○	○	○	
萩市			○		○（血圧）		○	○	○	○
防府市							○	○	○	
下松市				○				○	○	
岩国市						○		○	○	
長門市	○	○			○（血圧/血糖）		○	○	○	○
美祢市							○	○		
周南市		○					○	○	○	○
山陽小野田市				○			○	○	○	
平生町	○				○（血圧/脂質）		○	○	○	
市町数	2	2	1	4	3	2	8	12	11	3
取組率	16.7%	16.7%	8.3%	33.3%	25.0%	16.7%	66.7%	100.0%	91.7%	25.0%
増減（前年比）	0	2	-1	3	1	0	3	5	5	-1

3. 医療専門職

1) 企画調整の医療専門職（表4）

企画調整の医療専門職はすべて保健師であった。勤務形態は専従が8人、兼務が4人であった。

企画調整の医療専門職の所属で最も多かったのは保険年金等担当課（6人）であった。介護保険・高齢福祉担当課に所属している保健師（3人）はすべて専従であり、健康増進担当課に所属している保健師（3人）はすべて兼務であった。

2) 保健事業に携わる医療専門職（表5）

保健事業に携わる医療専門職は、12の職種で構成されていた。最も多い職種は保健師であり、医療専門職の4割を占めていた。

アプローチ別では、ポピュレーションを担当する人数の割合が高かった（75.0%）。特に、作業療法士、理学療法士、言語聴覚士はポピュレーションのみに携わっていた。ハイリスクのみに携わる割合が高かったのは医師と介護支援専門員であり、両方に携わる割合が高かったのは保健師と管理栄養士、社会福祉士であった。

再委託先及び市町の関係機関に所属する医療専門職の割合は39.3%であった。

表4 企画調整保健師の所属及び専従・兼務状況

所属	人数	専従	兼務
保険年金等担当課	6	5	1
介護保険・高齢福祉担当課	3	3	
健康増進担当課	3		3
合計	12	8	4

表5 保健事業に携わる医療専門職内訳

職種	合計人数 (人)	割合 (%)	アプローチ別人数(人)		
			ハイリスクのみ	ポピュレーションのみ	両方
保健師	69	41.1	13	27	29
医師	19	11.3	14	1	4
看護師・准看護師	17	10.1	4	7	6
管理栄養士・栄養士	12	7.1	1	5	6
作業療法士	10	6.0	0	10	0
理学療法士	8	4.8	0	8	0
歯科医師	8	4.8	1	7	0
介護支援専門員	7	4.2	6	1	0
歯科衛生士	5	3.0	0	3	2
薬剤師	5	3.0	2	3	0
社会福祉士	5	3.0	1	1	3
言語聴覚士	3	1.8	0	3	0
合計	168		42	76	50
			25.0%	45.2%	29.8%

「取組に携わる医療専門職一覧」より

4. ハイリスクアプローチの抽出基準

取組区分別の対象者及び抽出条件は表6～7の通り。

抽出条件は「健康状態不明者」を除き、実施計画に合わせて、市町により異なっていた。「一体的実施・KDB活用支援ツール」における抽出条件の初期設定値が用いられている取組区分は「重症化予防(その他)」「服薬」「健康状態不明者」であった(表6～7の黄色背景)。

また、以下のような対象者の絞り込みの工夫もあった。

○年齢制限(下関市、萩市、長門市、美祢市、周南市、山陽小野田市)

○対象地区の選定(山口市、防府市、周南市)

○他の事業からの接続:ポピュレーションアプローチ(周南市)、国保の保健指導(下関市)

○低栄養と口腔の複合的取組(長門市)

表6 ハイリスク抽出条件一覧【低栄養、口腔、重症化予防(糖尿病性腎症)】 太字: 絞り込みの工夫

取組区分	対象者	抽出条件	絞り込み条件	市町
低栄養 口腔	低栄養リスク者	KDBの令和3年度健診受診者のうち、以下のすべての条件に該当する者 ①BMI20以下 ②令和2年度の健診受診時より2kg以上体重が減少した者		平生町
	口腔機能低下者 (ポピュレーションからの接続)	以下のいずれかの条件に該当する者 ①KDBの令和3年度健診質問票より口腔に関する項目(No.4～5)にチェックが付いた者 ②右記の通りの場等にてオーラルフレイルについての健康相談・健康教育を実施し、その参加者のうち口腔機能低下のハイリスク者	※北部圏域のオーラルフレイルの健康相談・健康教育実施の通いの場:須々万地区の5か所、鹿野地区3か所	周南市
	低栄養かつ口腔機能低下リスク者 (複合的取組) (年齢制限)	KDBの令和3年度健診受診者のうち、以下すべての条件に該当する者 ①BMI20以下 ②質問票(No.6)の体重減少項目の該当者 ③質問票の噛む力(No.4)または、嚥下機能低下(No.5)の該当者	76歳～85歳	長門市
重症化予防 (糖尿病性腎症)	糖尿病治療中断者 (年齢制限)	KDBにおいて、下記の両方に該当するの者 ①令和2年度に糖尿病治療歴がある者 ②令和3年度に糖尿病による医療機関受診がない者	・75歳以上89歳以下 ・がん・難病で治療中の者、要介護3～5の認定者、医療・介護サービス利用中の者、資格喪失者を除く	下関市
	糖尿病未治療者	KDBの令和4年度健診受診者のうち、下記のいずれかの条件を満たす糖尿病未治療者 ①空腹時血糖126mg/dL以上(随時血糖測定者は140mg/dL以上) ②HbA1c6.5%以上		宇部市
	糖尿病未治療者 (年齢制限)	KDBの令和3年度健診受診者のうち、下記のいずれかに該当する者 ①空腹時血糖126mg/dL以上、 ②HbA1c6.5%以上、 ③尿糖+以上	・75歳以上89歳以下 ・がん・難病で治療中の者、要介護3～5の認定者、医療・介護サービス利用中の者、資格喪失者を除く	下関市
	糖尿病コントロール不良者	KDBの令和3年度の健診受診者のうち、以下の条件をすべて満たす者 ①糖尿病あり(空腹時血糖130mg/dl以上またはHbA1c7.0%または令和4年度に2型糖尿病に該当するレセプトが発生している) ②腎症2期以下(尿蛋白±以下かつeGFR30mL/分/1.73m ² 以上) ③糖尿病治療あり(令和4年度のレセプトに糖尿病治療薬の処方が発生している)	認知機能障害があるもの、要介護者に該当する者を除く	下松市
	糖尿病コントロール不良者 (年齢制限)	KDBの令和3年度の健診受診者のうち、2型糖尿病による糖尿病性腎症の病期が、第2期～第4期の者であって、KDBシステム及びレセプト情報から次のいずれかの条件に該当する者 (※糖尿病性腎症の病期についてはeGFRで評価する) ①HbA1c7.0以上又は空腹時血糖130mg/dL以上 ②血圧130/80mmHg以上 ③BMI25以上	・85歳未満 ・がん、認知症で治療中の者、要介護3以上、糖尿病透析予防指導管理料の算定者を除く ・対象抽出後かかりつけ医により、検査値や塩分・タンパク制限の実施などを総合的に判断し、保健指導が必要であると判断した者を推薦してもらう	山陽小野田市
	国保の糖尿病保健指導利用者	前年度(令和3年度)国保糖尿病性腎症重症化予防事業の保健指導利用者のうち、75歳になった者		下関市

表7 ハイリスク抽出条件一覧

太字：絞り込みの工夫

【重症化予防(その他生活習慣病等)、服薬、頻回受診・重複投薬、健康状態不明者】

取組区分	対象者	抽出条件	絞り込み条件	市町
重症化 予防 (その他 生活習慣 病等)	血圧 コントロール不良者 (年齢制限)	KDBの令和3年度の健診受診者のうち、血圧受診勧奨域以上の者 (血圧140/90mmHg以上)	・ 80歳以下 ・更に診療所医師や在宅介護支援センター、地域包括支援センターからの情報により絞り込みを行う	萩市
	血圧または脂質 コントロール不良者	KDBの令和3年度の健診受診者のうち、以下のいずれかの条件に該当するBMI25以上の者 ①血圧 140/90mmHg 以上 ②中性脂肪 150mg/dL 以上または HDL40mg/dL 未満		平生町
	血圧または血糖 コントロール不良者 (薬剤処方なし)	KDBの令和3年度健診受診者のうち、以下の両条件に該当する者 ①HbA1c8.0%以上または、血圧160/100mmHg以上の者 ②レセプトに対応する糖尿病・高血圧の薬剤処方履歴が1年間なし		長門市
	糖尿病の基礎疾患 あり、かつフレイル 状態にある者	KDBの令和3年度健診受診者のうち、以下の両条件に該当する者 ①糖尿病治療中断者 ②質問票の健康状態 (No.1) ・体重変化 (No.6) ・転倒 (No.8) ・外出頻度 (No.13) のいずれかに該当する者		長門市
服薬 頻回受 診・重複 投薬	服薬 (転倒リスク者)	KDBのレセプト情報にて、以下の条件すべてに該当した者 ①睡眠薬処方あり (令和4年3月診療分) ②質問票 (No.8転倒あり) に該当した者 (令和4年度健診)	診療所医師や在宅介護支援センター、地域包括支援センターからの情報により絞り込み	萩市
	頻回受診者	KDBより、同一医療機関に20日以上受診日数がある月が5か月以上連続 (令和3年11月～令和4年3月) した者	がん、認知症、要介護者を除く	宇部市
	重複投薬者	KDBより、同一薬効で複数の医療機関から重複処方が発生した月が5か月以上連続 (令和4年2月～令和4年6月) した者 ※同一薬効はア催眠鎮静剤・抗不安剤、イ精神神経用剤の2分類	がん、認知症、要介護者を除く	宇部市
重複投薬者	調剤レセプトより、3カ月以上連続 (令和3年12月～令和4年2月) した者で、下記の条件に全て該当する者 ア 2医療機関以上受診している イ 該当月に複数の医療機関から同一薬効の薬剤処方を受けている ウ 薬剤処方日数が1か月当たり14日以上となっている	要介護3以上、がん、難病、精神疾患、認知症受診歴がある者、外用薬・注射薬のみの薬効重複者、住所地特例者等、服薬指導対象者として適切でない者を除く	岩国市	
健康状態 不明	健康状態不明者	KDBにおいて令和3年度に健診未受診、かつレセプト (入院、外来) 履歴なし、かつ要介護認定なしの者	診療所・医療機関の医師や在宅介護支援センター、地域包括支援センターからの情報により絞り込み	萩市
	健康状態不明者 (年齢制限)	KDBにおいて令和3年度の健診未受診、医療未受診、及び要介護認定なしの者	・ 76歳以上 ・資格喪失者、施設入所者、介護保険申請者、及び地域包括支援センターが相談対応している者は除外する	美祿市
	健康状態不明者	KDBにおいて令和3年度の健診未受診、医療未受診、介護情報なしの者	令和4年3月までのレセプト情報がない者及び令和3年度中に介護・保健サービスの提供がない者で絞り込む	山陽小野田市
	健康状態不明者	KDBにおいて令和3年度の健診未受診、医療未受診、介護サービス未利用者		平生町
	健康状態不明者 (ハイリスクのフォロー)	①KDBにおいて令和3年度の健診未受診、医療受診なし、介護給付なしの者 ② 令和3年度の受診勧奨者で、医療機関受診に繋がっていない者 ※昨年度受診勧奨を行った対象者がリストにない場合は受診の内容を確認。受診勧奨した内容のレセプトがない場合、訪問対象とする	・令和3年度の訪問者は対象外 ・独居の者または、地域包括支援センター及び民生児童委員実態調査においても把握していない者を優先して絞り込みを行う	長門市
	健康状態不明者 (地区選定)	KDBにおいて令和3年度に健診実績なし、かつ医療実績なし、かつ介護実績なしの者 (令和2年度と3年度の2年間健診・医療・介護実績のない人)	※ 徳地地域のうち、令和3年度未実施地区：出雲、島地	山口市
	健康状態不明者 (地区選定)	KDBにおいて令和3年度に、健診未受診、医療レセプトなし、介護給付なしの者 (令和2年度にも健診未受診、医療レセプトなし、介護給付なしの者を抽出)	※ 各圏域で対象者が多く、医療機関への接続のしやすい地区を1地区選定	防府市
健康状態不明者 (地区選定) (年齢制限)	KDBにおいて令和3年度の健診未受診、医療 (入院・外来・歯科) レセプト履歴なし、要介護認定なしの者	・ 77歳以上 ※2地区：中央3 (今宿)、中央4 (菊川)	周南市	

5. 取組実績

1) ハイリスクアプローチ

取組別の対象者数及び実施者数は表8の通り。

圏域の被保険者に占める対象者の割合（対象者率）は0.1%～2.0%と取組区分及び市町による幅が大きかった。

対象者に占める支援者の割合（実施率）には取組によるばらつきがあるが、取組区分の平均実施率はすべて50%を上回った。また、令和3年度の実施率と比較すると、すべての取組区分で前年度を超えていた。

実施率が最も高い取組は、「服薬」（98.3%）であった。「健康状態不明の状態把握」は取組市町が多いにも関わらず、取組市町の半数が9割以上の対象者に実施していた。「重症化予防（糖尿病）」では実施率が100%を超える市があるが、これは対象者の条件を「当該年度の健診受診者のうち糖尿病未治療者」としており、健診受診の2か月後から随時抽出をしているため、対象者数見込より実際の支援者が多かったためであった。

2) ポピュレーションアプローチ

取組別の通いの場数及び参加者数は表9の通り。

ポピュレーションアプローチを実施した12市町のうち、「健康教育・健康相談」のみに取組んだのは1市（美祢市）であり、その他11市町は「健康教育・健康相談」と「フレイル状態把握」を組み合わせた「複合的取組」を実施していた。「複合的取組」を実施した市町のうち、8市町は介入したすべての通いの場で「複合的取組」を実施しており、残りの3市は「健康教育・健康相談」のみを実施した通いの場もあった。

表8 ハイリスク取組実績一覧

取組区分	市町名	圏域数	圏域 被保険者数	対象者数	支援者数	対象者率	実施率	(前年比)	
低栄養防止	低栄養	長門市	3	5,993	9	4	0.2%	44.4%	53.8% (+37.1)
		平生町	1	2,508	4	3	0.2%	75.0%	
	口腔	長門市（再掲）	3	5,993	9	4	0.2%	44.4%	54.5% (+54.5)
		周南市	1	2,510	2	2	0.1%	100.0%	
	服薬	萩市	9	9,886	58	57	0.6%	98.3%	98.3% (+65.0)
重症化予防	糖尿病	下関市	2	8,728	11	11	0.1%	100.0%	72.2% (+38.9)
		宇部市	6	27,002	56	57	0.2%	101.8%	
		下松市	2	8,964	6	5	0.1%	83.3%	
		山陽小野田市	2	3,536	8	2	0.2%	25.0%	
	その他	萩市	4	1,265	15	15	1.2%	100.0%	
		長門市	4	7,668	36	11	0.5%	30.6%	
重複頻回受診・投薬	宇部市	4	24,601	31	31	0.1%	100.0%	55.4% (+30.4)	
	岩国市	3	18,496	43	10	0.2%	23.3%		
健康状態不明者の 状態把握	山口市	1	1,641	8	5	0.5%	62.5%	73.8% (+ 7.5)	
	萩市	8	9,756	85	82	0.9%	96.5%		
	防府市	4	18,791	104	100	0.6%	96.2%		
	長門市	4	7,668	75	37	1.0%	49.3%		
	美祢市	1	3,036	48	48	1.6%	100.0%		
	周南市	2	8,161	51	51	0.6%	100.0%		
	山陽小野田市	2	3,536	50	26	1.4%	52.0%		
	平生町	1	2,508	72	15	2.9%	20.8%		

6. 事業評価

1) 評価項目

各市町が挙げた評価項目を取組区分別に整理した(表10~11)。

表9 ポピュレーション取組実績一覧

取組区分	市町名	圏域数	通いの場の数(予定)	通いの場の数(実績)	実施回数	延参加者数	実施率	1箇所当たり実施回数	1回当たり参加者数
健康教室・健康相談	宇部市	6	60	98	98	2,845	163.3%	1.0	29.0
	岩国市	1	4	4	4	39	100.0%	1.0	9.8
	美祢市	1	5	4	4	37	80.0%	1.0	9.3
	山陽小野田市	2	2	2	2	20	100.0%	1.0	10.0
	合計	10	71	108	108	2,941	152.1%	1.0	27.2
複合的取組(健康教室・健康相談+フレイル状態把握)	下関市	2	4	4	24	295	100.0%	6.0	12.3
	宇部市	6	24	24	180	1,268	100.0%	7.5	7.0
	山口市	1	1	1	4	28	100.0%	4.0	7.0
	萩市	9	14	18	435	2,998	128.6%	24.2	6.9
	防府市	4	12	11	35	329	91.7%	3.2	9.4
	下松市	2	10	10	65	618	100.0%	6.5	9.5
	岩国市	3	41	41	82	776	100.0%	2.0	9.5
	長門市	4	30	13	17	228	43.3%	1.3	13.4
	周南市	3	27	27	56	546	100.0%	2.1	9.8
	山陽小野田市	2	15	14	28	224	93.3%	2.0	8.0
	平生町	1	13	6	11	65	46.2%	1.8	5.9
合計	37	191	169	937	7,375	88.5%	5.5	7.9	

表10 評価項目一覧(ハイリスクアプローチ)

太字: 複数の市町が評価を実施

取組区分	評価指標	市町名
低栄養	①体重・BMIの変化	平生町
	②体重・BMIの維持・増加割合	平生町、長門市
	③食生活の改善割合	長門市
	④質問票(3~5)該当者の改善割合	長門市
口腔	①口腔機能(オーラルフレイルリスク)の改善割合	長門市、周南市
	②口腔衛生管理(歯磨き等)に向けた取り組みの改善割合	周南市
	③口腔機能チェック(舌圧・連続発音)の改善割合	周南市
	④質問票(3~5)該当者の改善割合	長門市
糖尿病性腎症重症化予防	①受診勧奨の実施割合	宇部市
	②医療機関受診勧奨者の受診割合	下関市、宇部市
	③受診勧奨対象者における医療機関相談者(生活指導あり投薬なし)の割合	宇部市
	④検査値等の変化(介入前後の体重、BMI、空腹時血糖、HbA1c、eGFR、尿蛋白、血圧、脂質等)	下関市、下松市、山陽小野田市
	⑤検査値の維持・改善割合	下関市、下松市、山陽小野田市
	⑥行動変容の状況	下関市
	⑦参加者の事業終了割合	山陽小野田市
その他の重症化予防	①検査値等の変化(介入前後の体重、BMI、血圧、HbA1c、中性脂肪、HDL-C)	長門市、萩市、平生町
	②検査値等が維持・改善した者の割合	萩市、平生町
	③質問票での生活の維持・改善者の割合	長門市
	④医療機関受診または通いの場等の介護予防事業につながった者の割合	長門市
	⑤訪問指導が完了した者の割合	萩市
重複頻回・多剤投薬等	①服薬確認・指導実施割合	宇部市、萩市、岩国市
	②受診状況の変化(介入前後の薬剤(薬効)数、受診日数、医療費、残薬)	宇部市、萩市、岩国市
	③服薬管理上の課題保有・要調整者の割合	萩市
	④服薬課題の改善割合	岩国市
	⑤かかりつけ医や薬剤師、介護サービスに接続した割合	萩市
健康状態不明者	①健康状態把握の割合	山口市、萩市、防府市、長門市、美祢市、周南市、山陽小野田市、平生町
	②健康状態把握状況: アンケート返送割合、電話訪問割合、家庭訪問割合	防府市、周南市
	③各種サービス等支援が必要な者の割合	山口市、萩市、防府市、長門市、美祢市、山陽小野田市
	④各種サービス等に接続した者の割合	山口市、萩市、防府市、長門市、美祢市、周南市、山陽小野田市、平生町
	⑤健診・医療未受診理由、介護未利用理由の把握数	美祢市

2) ハイリスクアプローチの評価及び次年度計画等（表12～13）

ハイリスクアプローチの実施率の平均は72.4%であり、保健事業を実施した取組では71.7%、「健康状態不明者の状態把握」は73.8%といずれも高い実施率であった。

取組の成果については、保健指導を実施した取組における改善率の平均は82.9%と高かった。広域連合が定めたデータヘルス計画における保健指導改善率の目標値（50%）については、未評価の市町を除いて、すべての市町の取組で目標を達成した。「低栄養」と「重症化予防（糖尿病・その他）」は未評価の市町を除き、8割以上の高い改善率であった。服薬に関する取組（「服薬相談」「重複頻回受診・投薬」）はやや改善率が低い傾向であった。

「健康状態不明者の状態把握」の成果であるサービス接続率の平均は50.8%であったが、評価可能であった6市町の中で28.8%～100%と、市町によるばらつきが大きかった。

前年度との比較では、保健指導を実施した取組全体の改善率（82.9%）は、令和3年度（42.3%）より40.6ポイント上昇した。「健康状態不明者の状態把握」はサービス接続率の計算方法が異なり、令和3年度は＜サービス接続者数/支援者数＞で算出している。令和3年度の計算方法によってサービス接続率の平均を算出すると18.4%であり、令和3年度のサービス接続率（17.4%）より1.0ポイント上昇していた。

ハイリスクアプローチの課題として多かったのは、『対象者や支援人数の少なさ』『事業評価の結果』に関する内容であった。それらの課題に対する改善策としては『抽出条件の見直しや追加』『評価計画の検討』『支援未実施者への次年度フォローアップ』が計画されていた。また、次年度の取組の改善や拡大に向けて、実施圏域の拡大や関連機関との連携による実施方法の改善等も挙げられていた。

表11 評価項目一覧(ポピュレーションアプローチ)

太字：複数の市町が評価を実施

取組区分	評価指標	市町名
健康教育・健康相談	①実施箇所数	宇部市、岩国市、美祢市、山陽小野田市
	②実施回数	美祢市
	③参加者数（延べ数）	宇部市、岩国市、美祢市、山陽小野田市
	④健康相談実施人数	岩国市
	⑤健診・がん検診の受診勧奨者数	岩国市
	⑥フレイルリスク該当者割合	美祢市
	⑦参加者の理解度・満足度・意欲	美祢市
その他複合的取組	①実施箇所数	宇部市、岩国市
	②実施回数	宇部市、山陽小野田市
	③参加者数（延べ数）	山口市、防府市、下松市、岩国市、長門市、周南市、山陽小野田市
	④フレイルリスク該当割合の変化（栄養・口腔・運動・社会参加）	宇部市、山口市、防府市、下松市、岩国市、周南市、山陽小野田市、平生町
	⑤フレイルリスク該当者の維持・改善割合	萩市、防府市、岩国市、周南市、山陽小野田市、平生町
	⑥体力・身体測定の変化（体重、TUG、握力、閉眼片脚立ち、椅子立ち上がりテスト）	下松市、周南市
	⑦フレイル予防の理解度・満足度	宇部市、防府市
	⑧口腔機能チェック結果の機能低下者割合、該当者の改善割合	周南市
	⑨主観的健康観、フレイル予防の自主的取組の変化	下松市
	⑩低栄養または高血圧の改善割合	平生町
	⑪健康教室・健康相談実施割合	萩市、長門市
	⑫フレイル状態の把握実施箇所数・実施回数	宇部市
	⑬個別健康相談実施者数（割合）	下関市、下松市、岩国市
	⑭各種サービスの利用勧奨数（健診、医療、がん検診、介護等）	下松市、岩国市、長門市
	⑮各種サービスの接続数（健診、医療、介護等）	下関市、下松市、岩国市
	⑯健診受診率	周南市
	⑰庁外関係機関との連携回数	宇部市
	⑱庁外関係機関の通いの場への介入回数	宇部市
	⑲島の保健室の実施回数、参加者数	萩市
	⑳アクティビティインストラクター資格認定セミナーの参加者数	長門市

表12 ハイリスクアプローチの評価

取組区分		市町名	支援者数 (再掲)	実施率 (再掲)	改善者数	評価 対象者	各種サービス 接続数	改善率		サービス 接続率
低栄養防止	低栄養	長門市	4	44.4%	3	3		100.0%	100.0%	
		平生町	3	75.0%		0		未評価		
	口腔	長門市(再掲)	4	44.4%	3	3		100.0%	80.0%	
		周南市	2	100.0%	1	2		50.0%		
	服薬	萩市	57	98.3%	16	24		66.7%	66.7%	
重症化予防	糖尿病	下関市	11	100.0%	7	8		87.5%	95.8%	
		宇部市	57	101.8%	55	57		96.5%		
		下松市	5	83.3%	5	5		100.0%		
		山陽小野田市	2	25.0%	2	2		100.0%		
	その他	萩市	15	100.0%	6	7		85.7%	93.3%	
		長門市	11	30.6%	8	8		100.0%		
		平生町	13	50.0%		0		未評価		
重複頻回受診・投薬	宇部市	31	100.0%	20	29		69.0%	64.1%		
	岩国市	10	23.3%	5	10		50.0%			
合計			225	71.7%	131	158		82.9%		
健康状態不明者の 状態把握	山口市	5	62.5%		3	3			100.0%	
	萩市	82	96.5%		73	21			28.8%	
	防府市	100	96.2%		32	14			43.8%	
	長門市	37	49.3%		8	3			37.5%	
	美祿市	48	100.0%		6	4			66.7%	
	周南市	51	100.0%		-	11			-	
	山陽小野田市	26	52.0%		10	10			100.0%	
	平生町	15	20.8%		-	1			-	
	合計			364	73.8%		132	67		50.8%

*評価対象者：支援者数-未評価者数 *改善率=改善者数/評価対象者数
(健康状態不明は要サービス者数) *サービス接続率=サービス接続者/評価対象者

表13 ハイリスクアプローチの課題及び次年度計画等

取組区分	市町名	課題	改善策・次年度計画	
低栄養防止	低栄養	長門市	対象者が少ない	抽出条件を見直す
		平生町	①訪問件数が少ない ②事業評価の未実施	①実施方法を見直す ②評価計画を見直す
	口腔	長門市(再掲)	対象者が少ない	抽出条件を見直す
		周南市	対象者が少ない	抽出条件を見直す(条件を追加)
	服薬	萩市	①抽出した対象者が少ない ②保健師による指導に限界	①抽出条件を見直す ②薬剤師による指導を計画する
重症化予防	糖尿病	下関市	圏域数及び事業対象者を拡大する	実施方法及び抽出基準を見直す
		宇部市	受診勧奨者の対象者が少ない	抽出基準を見直す
		下松市	①参加者が少ない ②委託先と細かな調整が必要だった	①事業勧奨方法の見直し ②委託先との連絡相談体制を継続する
	山陽小野田市	保健指導実施機関が受け入れ対象者が少ない	保健指導実施機関を拡大する(予定)	
	その他	萩市	改善ケースが少なく、事業効果が低い	ポピュレーションによる取組へ変更する
		長門市	対象者が少ない	抽出基準を見直す(条件を追加)
平生町		①訪問件数が少ない ②事業評価の未実施	①実施方法を見直す ②評価計画を見直す	
重複頻回受診・投薬	宇部市	①対象者に服薬課題が少ない ②頻回受診の効果が出にくい	①抽出基準を見直す(治療の必要性) ②適正受診指導を継続する	
	岩国市	指導する専門職による指導効果の違い	薬剤師による服薬相談を勧奨する	
健康状態不明者の 状態把握	山口市	状態把握割合の目標未達成	不在者に対する対応を検討する	
	萩市	サービス接続者が少ない	継続訪問の勧奨方法、フォロー体制を見直す	
	防府市	サービス接続者が少ない(医療機関受診勧奨)	対象者への勧奨方法を工夫する	
	長門市	①75歳年達者への未実施 ②家族・支援者への対応	①抽出条件を見直す(75歳を追加) ②関係機関と連携して対応する	
	美祿市	①受診勧奨の判断基準の未統一 ②継続訪問体制の未整備	①受診勧奨基準を統一する ②継続訪問体制を整備する等	
	周南市	サービスに接続しなかった者への対応	地域福祉課との連携体制を充実する等	
	山陽小野田市	①サービス接続が未確認 ②健康状態の未把握者がいた	①②次年度にフォローアップする	
	平生町	①訪問の受け入れが少ない ②事業評価の未実施	①実施方法を見直す ②事業スケジュールを見直す	

3) ポピュレーションアプローチの評価及び次年度計画等(表14~15)

介入予定の通りの場面に実施した割合(実施率)は、ほとんどの市町で90%を超えていた。複合的取組では、通りの場1箇所当たりの実施回数の平均が5.5回であり、フレイル状態の把握結果を活用した介入が年間計画に沿って定期的に実施されていた。

ポピュレーションアプローチの課題として、前年度と同様に、『実施箇所が少ないこと』が多く挙げられており、次年度実施に向けて『実施箇所増加のための働きかけ』が計画されていた。また、『参加者に合わせた健康教育内容・方法の検討』や『評価に関する内容』も課題として挙げられており、『多職種による健康教育の企画』『適切な医療専門職の配置』『実施内容や評価方法の改善』等について検討されていた。

表14 ポピュレーションアプローチの評価(表9実績一覧の再掲)

取組区分	市町名	圏域数	通りの場の数(予定)	通りの場の数(実績)	実施回数	延参加者数	実施率	1箇所当たり実施回数	1回当たり参加者数
健康教室・健康相談	宇部市	6	60	98	98	2,845	163.3%	1.0	29.0
	岩国市	1	4	4	4	39	100.0%	1.0	9.8
	美祢市	1	5	4	4	37	80.0%	1.0	9.3
	山陽小野田市	2	2	2	2	20	100.0%	1.0	10.0
	合計	10	71	108	108	2,941	152.1%	1.0	27.2
複合的取組 (健康教室・健康相談 + フレイル状態把握)	下関市	2	4	4	24	295	100.0%	6.0	12.3
	宇部市	6	24	24	180	1,268	100.0%	7.5	7.0
	山口市	1	1	1	4	28	100.0%	4.0	7.0
	萩市	9	14	18	435	2,998	128.6%	24.2	6.9
	防府市	4	12	11	35	329	91.7%	3.2	9.4
	下松市	2	10	10	65	618	100.0%	6.5	9.5
	岩国市	3	41	41	82	776	100.0%	2.0	9.5
	長門市	4	30	13	17	228	43.3%	1.3	13.4
	周南市	3	27	27	56	546	100.0%	2.1	9.8
	山陽小野田市	2	15	14	28	224	93.3%	2.0	8.0
	平生町	1	13	6	11	65	46.2%	1.8	5.9
	合計	37	191	169	937	7,375	88.5%	5.5	7.9

表15 ポピュレーションアプローチの課題及び次年度計画等

取組区分	市町名	課題	改善策・次年度計画
健康教室・健康相談	宇部市	①休止サロンへの対応 ②複合的取組の促進	②休止サロンへ介入する ②地区担当により取組を促進する
	岩国市	なし	なし
	美祢市	①実施箇所数が少ない ②フレイル把握結果の活用 等	①関係機関との早期の調整を行う ②フレイルリスク者への支援を検討する 等
	山陽小野田市	①オーラルフレイルへの継続介入 ②歯科受診者が少ない	①口腔体操を普及する ②歯科健診を促進する
複合的取組 (健康教室・健康相談) + (フレイル状態把握)	下関市	①実施圏域の拡大 ②実施内容・評価項目の修正が必要	①圏域の拡大を計画する ②見直しにより実施方法を変更する
	宇部市	①新規実施箇所が少ない ②健康意識の変化が想定より低い	①新規実施箇所を開拓する ②専門的な健康教育内容へ変更する
	山口市	実施箇所が少ない	全地区で取り組む計画を作成する
	萩市	①運動への事業効果が低い ②参加者の固定化 等	①運動の継続的取組、内容の追加を実施する ②新規参加者の勧奨 等
	防府市	①フレイルリスク者への個別対応 ②教育内容の充実(口腔)	①管理栄養士による支援を実施する ②歯科衛生士の活用を検討する
	下松市	①フレイル教育内容の充実 ②個別相談者への対応	①多職種による健康教育を実施する ②個別支援を継続する
	岩国市	年度内での栄養改善(体重増加)が難しい	評価方法の検討を継続する
	長門市	①実施箇所数が少ない ②フレイル把握結果の視覚化 等	①自己負担金を減少する ②フレイル種類別の評価を実施する
	周南市	①実施箇所数が少ない ②地区別のフレイル特性の違い	①通りの場の運営・立上げを支援する ②地域特性別の支援内容を検討する
	山陽小野田市	正しい薬の利用を図る機会を提供が必要	薬剤師による健康教育の開催会場を増加する
	平生町	未介入の通りの場がある	勧誘の声掛けの工夫、サークル活動との連携

7. KDB への支援者データ登録

1) KDB への支援者データ登録状況

一体的実施に取り組んだ12市町のうち、ハイリスクアプローチでは12市町、ポピュレーションアプローチでは10市町がKDBへ対象者及び実施者データを登録していた。

両アプローチの登録率は、ともに前年度より上昇した。

- ・ハイリスクアプローチ：令和3年度 85.7% →令和4年度 100.0%
- ・ポピュレーションアプローチ：令和3年度 57.1% →令和4年度 83.3%

2) ハイリスクアプローチに関するデータ（健診及び医療データ）

実績報告時にKDBに登録されたハイリスクアプローチ実施者の評価データについて、取組区分ごとに集計した（表16）。

低栄養、口腔、重症化予防（糖尿病、その他）は評価項目に健診の検査値等を用いたため、健診受診者のみが評価対象者となり5割以上は評価可能であったが、KDB登録数よりも評価対象となった人数（評価人数）が少ない状況であった。

表17に取組区分ごとのKDBの健診及び医療データによる事業評価例を示した。「服薬」「頻回受診」「重複投薬」は介入前後（3か月）の比較が可能であり、それ以外は前年度データとの比較が可能であった。

表16 ハイリスクアプローチのKDB登録・評価状況

取組区分	取組市町数	実績報告数	KDB登録数	評価人数	評価者割合
低栄養	2	7	7	4	57.1%
口腔	2	6	6	4	66.7%
服薬	1	57	55	28	50.9%
糖尿病：治療中断・未治療	2	68	60	60	100.0%
糖尿病：コントロール不良	2	7	7	4	57.1%
その他：コントロール不良	3	39	27	16	59.3%
頻回受診	1	29	29	29	100.0%
重複投薬	2	12	10	10	100.0%
健康状態不明者	8	364	300	280	93.3%

表17 ハイリスクアプローチのKDBデータによる評価例

取組区分	評価人数	KDB評価項目①	結果①	KDB評価項目②	結果②	評価可能条件
低栄養	4	体重変化（平均値）	+0.1kg	体重の維持・増加者数	2人	R4健診受診
口腔	4	質問4（かむ力）改善者数	2人	質問5（嚥下）改善者数	0人	R4健診受診
服薬	28	処方薬効数（平均値）	-3.8	処方薬効数の減少者数	24人	介入後レセあり
糖尿病：治療中断・未治療	60	医療機関受診者数	11人	医療費の増加者数	20人	
糖尿病：コントロール不良	4	体重変化（平均値）	-1.2kg	HbA1cの減少者数（7.0未満）	2人	R4健診受診
その他：コントロール不良	16	体重変化（平均値）	-0.2kg	血圧分類の維持・改善者数	12人	R4健診受診
頻回受診	29	同一医療機関受診日数（平均値）	-1.3日	医療機関受診日数の減少者数	22人	介入後レセあり
重複投薬	10	同一薬効の重複数（平均値）	-0.5	処方薬効数の減少者数	9人	介入後レセあり
健康状態不明者	280	医療機関受診者数	110人	要介護認定者数	20人	

〔介入支援実施前後の比較（栄養・重症化予防等_個人別）〕及び〔介入支援実施前後の比較（服薬管理_個人別）〕より集計

3) 健康状態不明者に関するデータ（後期高齢者質問票）

健康状態不明者のフレイル状態について、後期高齢者質問票により把握し、KDBへ質問票を登録したのは7市町で212件であった。平均年齢は81.2歳（75歳～98歳）であった。フレイルリスク者の割合が高い項目は、「歩行速度」「運動習慣」「かむ力」であった（表18）。

フレイルリスクの状況について、健康状態不明者と健診受診者との比較結果を図7に示した（健診受診者の平均と同じ場合を0%）。その結果、健診受診者よりもフレイルリスク者割合が高い項目は「運動習慣」「外出」「食習慣」「喫煙」であり、低い項目は「嚥下」「転倒」「健康状態」であった。

表18 健康状態不明者の各フレイルリスクの状況

No.	質問票類型	該当率
1	健康状態	8.5%
2	心の健康状態	11.3%
3	食習慣	11.8%
4	口腔機能	かむ力 32.1%
5	口腔機能	嚥下 10.4%
6	体重変化	12.3%
7	運動・転倒	歩行速度 54.2%
8	運動・転倒	転倒 16.5%
9	運動・転倒	運動習慣 54.2%
10	認知機能	物忘れ 16.0%
11	認知機能	見当識 28.3%
12	喫煙	12.3%
13	社会参加	外出 16.5%
14	社会参加	付き合い 9.0%
15	ソーシャルサポート	9.0%

太字：上位3位



図7 健康状態不明者と健診受診者のフレイルリスクの比較
（健康状態不明者 n=212、健診受診者 n=12,739）

4) ポピュレーションアプローチに関するデータ（通いの場等での後期高齢者質問票）

通いの場等で記載した後期高齢者質問票のKDBへの登録は8市で1,464件であった（表19）。計画では質問票でのフレイル状態把握を介入開始時と終了時の2回予定していた市町が多かったが、登録データは1回の回答が1,084件で全体の7割以上を占めた。通いの場等での質問票回答者における健診受診率は30.9%であった。

質問票に回答した者の年齢を見てみると、80～84歳の階層が37.5%と最も多かった（表20）。市町によって、回答者が多い年齢階層に違いが認められた。

フレイルリスク者の割合が高い質問項目（表21）は、「歩行速度」「見当識」「かむ力」の項目であった。全体平均と各市町のリスク者割合を比較すると、市町による特徴が認められた。健診受診者の結果と比較して、「運動習慣」「喫煙」「外出」「付き合い」の割合が低かった（図8）。医療・介護の状況（表22）についても市町による特徴が認められた。

表19 通いの場等での回答状況及び健診受診率

市町	実績報告 延参加者数	KDB 延登録者数	登録割合	回答数 (1回)	回答数 (2回)	健診受診 率
下関市	295	48	16.3%	48	0	14.6%
宇部市	1,268	272	21.5%	190	82	30.9%
山口市	28	6	21.4%	6	0	16.7%
萩市	2,998	370	12.3%	222	148	34.9%
防府市	329	71	21.6%	71	0	23.9%
下松市	618	150	24.3%	48	102	49.3%
岩国市	776	437	56.3%	435	2	29.5%
長門市	228	64	28.1%	38	26	3.1%
美祢市	37	6	16.2%	6	-	16.7%
平生町	65	40	61.5%	20	20	20.0%
合計	6,642	1,464	22.0%	1,084	380	30.9%

*美祢市は健康教育のみ

表20 通いの場等での年齢階層別回答状況 ※複数回答含む

市町	75～79歳	80～84歳	85～89歳	90～94歳	95歳以上	合計	平均年齢
下関市	18	23	4	2	1	48	81.2
宇部市	89	113	53	14	3	272	82.0
山口市	2	1	0	2	1	6	85.5
萩市	70	133	116	43	8	370	83.9
防府市	27	25	15	4	0	71	81.4
下松市	51	68	24	7	0	150	81.6
岩国市	150	155	98	28	6	437	82.3
長門市	13	20	16	15	0	64	84.3
美祢市	3	0	3	0	0	6	81.0
平生町	9	11	12	6	2	40	84.3
合計	432	549	341	121	21	1,464	82.6
割合	29.5%	37.5%	23.3%	8.3%	1.4%	100.0%	

表 21 通いの場等での回答者に占めるフレイルリスク者の割合

No.	質問票類型	下関市	宇部市	山口市	萩市	防府市	下松市	岩国市	長門市	美祢市	平生町	全体平均	
		n=48	n=272	n=6	n=370	n=71	n=150	n=437	n=64	n=6	n=40	n=1,464	
1	健康状態	12.5%	11.0%	16.7%	15.7%	11.3%	16.0%	10.1%	21.9%	50.0%	7.5%	13.0%	
2	心の健康状態	10.4%	7.7%	33.3%	11.9%	4.2%	9.3%	13.3%	4.7%	16.7%	7.5%	10.5%	
3	食習慣	4.2%	4.0%	16.7%	7.0%	5.6%	7.3%	2.5%	3.1%	0.0%	2.5%	4.7%	
4	口腔機能	かむ力	16.7%	24.3%	50.0%	33.2%	26.8%	33.3%	28.4%	26.6%	16.7%	40.0%	29.2%
5	口腔機能	嚥下	22.9%	21.3%	33.3%	26.5%	21.1%	21.3%	22.9%	17.2%	0.0%	15.0%	22.7%
6	体重変化	8.3%	19.5%	16.7%	14.6%	16.9%	11.3%	9.8%	12.5%	16.7%	12.5%	13.5%	
7	運動・転倒	歩行速度	50.0%	58.8%	66.7%	69.7%	63.4%	62.7%	61.6%	75.0%	83.3%	70.0%	63.9%
8	運動・転倒	転倒	22.9%	22.8%	16.7%	29.2%	26.8%	18.7%	24.9%	26.6%	33.3%	32.5%	25.3%
9	運動・転倒	運動習慣	18.8%	33.5%	50.0%	48.1%	21.1%	12.7%	22.2%	42.2%	33.3%	32.5%	31.0%
10	認知機能	物忘れ	25.0%	13.2%	50.0%	19.2%	16.9%	10.7%	15.3%	31.3%	16.7%	22.5%	16.9%
11	認知機能	見当識	16.7%	30.9%	33.3%	37.0%	40.8%	31.3%	31.6%	42.2%	33.3%	52.5%	33.8%
12	喫煙	4.2%	0.7%	33.3%	5.1%	1.4%	0.0%	1.8%	0.0%	0.0%	2.5%	2.4%	
13	社会参加	外出	2.1%	3.7%	50.0%	13.5%	1.4%	2.7%	3.0%	7.8%	0.0%	12.5%	6.3%
14	社会参加	付き合い	2.1%	3.3%	16.7%	4.3%	5.6%	2.7%	4.3%	1.6%	0.0%	7.5%	4.0%
15	ソーシャルサポート	6.3%	6.6%	0.0%	4.9%	4.2%	8.0%	2.7%	1.6%	0.0%	5.0%	4.7%	

赤字：全体平均より高い項目

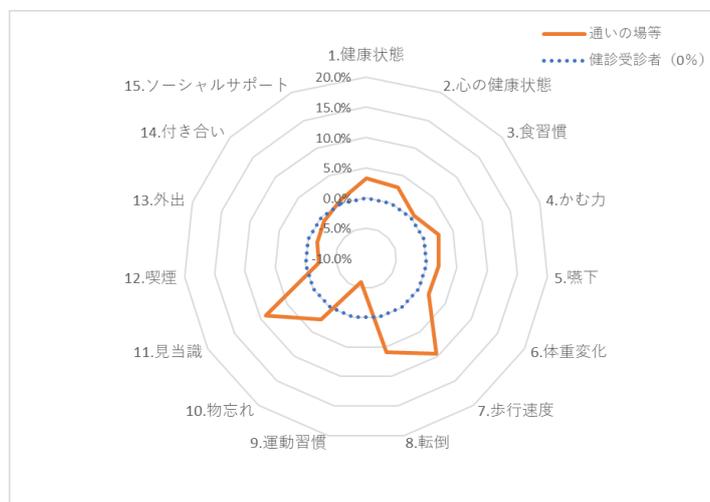


図8 通いの場等での回答者と健診受診者のフレイルリスクの比較
(通いの場等での回答者 n=1,464、健診受診者 n=23,766)

表 22 通いの場等での回答者における医療・介護状況

		下関市	宇部市	山口市	萩市	防府市	下松市	岩国市	長門市	美祢市	平生町	全体平均
		n=48	n=272	n=6	n=370	n=71	n=150	n=437	n=64	n=6	n=40	n=1,464
受診状況	平均受診医療機関数	2.0	1.7	1.2	1.6	1.7	1.8	1.7	1.4	1.6	1.5	1.7
	病院等受診割合(入院)	0.0%	0.7%	0.0%	1.9%	0.0%	0.0%	1.1%	1.6%	0.0%	0.0%	1.0%
	病院等受診割合(外来)	87.5%	87.9%	83.3%	77.3%	85.9%	53.3%	87.0%	85.9%	66.7%	72.5%	80.7%
	歯科受診者の割合	29.2%	27.2%	0.0%	17.6%	25.4%	24.7%	25.2%	29.7%	33.3%	12.5%	23.5%
服薬状況	服薬(高血圧症)割合	56.3%	53.7%	33.3%	49.2%	46.5%	24.7%	56.3%	51.6%	50.0%	50.0%	49.8%
	服薬(糖尿病)割合	16.7%	12.9%	0.0%	8.1%	9.9%	8.0%	15.8%	14.1%	0.0%	5.0%	11.7%
	服薬(脂質異常症)割合	33.3%	37.9%	16.7%	31.6%	39.4%	20.0%	43.0%	46.9%	33.3%	25.0%	35.9%
	服薬(睡眠剤)割合	27.1%	17.6%	0.0%	23.0%	16.9%	16.0%	20.4%	14.1%	16.7%	22.5%	19.8%
	平均内服種類数	5.4	1.2	2.2	5.2	3.7	3.4	4.8	5.3	6.8	3.8	4.6
介護状況	要介護者割合	12.5%	12.1%	0.0%	13.2%	9.9%	8.7%	14.0%	14.1%	33.3%	15.0%	12.7%
	介護サービス利用割合(居宅)	4.2%	7.0%	0.0%	8.1%	5.6%	2.7%	9.4%	9.4%	16.7%	7.5%	7.5%
	介護サービス利用割合(施設)	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

赤字：全体平均より高い項目

8. まとめ

	取組結果及び課題	改善方策・次年度計画
取組内容・専門職	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 令和4年度の取組市町は12市町で、新たに5市が取組むことで増加し、県全体の63.2%が実施している。 ➤ 取組内容は「健康状態不明者の状態把握」が最も多かった。「低栄養等防止事業」や「生活習慣病等の重症化予防事業」へ取組む市町は前年度より増加したが、実施率は全国平均より低かった。 ➤ 企画・調整の医療専門職は全て保健師であり、専従が多いが、兼務も増えた。 ➤ 一体的実施に従事する医療専門職で最も多いのは保健師であり、4割以上を占めた。 ➤ 一体的実施には保健師以外に医師、看護師、管理栄養士等12の職種が携わっていた。 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒今後も取組市町を増やす支援を継続する。 ⇒モデル事業等で取組が少ない事業の市町を増やす支援を計画する。 (低栄養相談・生活習慣病等受診勧奨) ⇒市町に合わせた企画・調整の医療専門職配置を提案する。
実施内容	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 取り組んだすべての市町で事業が実施された。 ➤ ハイリスクアプローチの実施率はいずれも50%以上であり、すべて前年度の実施率を超えた。 ➤ ポピュレーションアプローチは昨年引き続き、概ね実施率が高かった。 ➤ 抽出条件や評価項目は、市町の事業内容に合わせて設定されていた。 ➤ ハイリスクアプローチにおける保健指導による改善率は未評価の市町を除き、目標の50%以上を達成した。<u>服薬に関する取組（「服薬相談」「重複頻回受診・投薬）」はやや改善率が低い傾向であった</u> ➤ <u>事業の課題として共通しているものは以下の通り。</u> ハイリスク：「対象者や支援人数の少なさ」「事業効果や評価の未実施等」 ポピュレーション：「実施箇所の少なさ」「参加者に合わせた健康教育内容・方法の検討等」 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒抽出条件は必要に応じて「一体的実施・KDB活用支援ツール」を活用。 ⇒複数の市町が実施している事業については、評価指標の標準化が必要。 ⇒対象者や実施箇所の増加については、改善策が次年度の計画に反映しているかどうかの確認が必要。
KDBへの支援者登録	<ul style="list-style-type: none"> ➤ KDBへの支援者登録は12市町中、ハイリスク12市町、ポピュレーションは10市町が実施。 ➤ ハイリスクアプローチは概ね健診および医療データによる評価が可能であった。<u>検査値を評価指標に設定している場合、健診受診が必要であるが、半数以上は評価できていた。</u> ➤ 質問票の回答データから、健康状態不明者や通いの場等でのフレイルリスク者について、市町の全体像の把握や他市町との比較をすることができる。 ➤ 通いの場等での質問票データを入力することで、健診受診者との比較や医療・介護の状況も確認可能。 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒今後もKDBへ登録した市町のデータを集計し、結果を情報提供する。 ⇒検査値を評価指標に設定する場合、引き続き事業参加者の健診受診を促す必要がある。 ⇒質問票の集計データの活用について、市町と検討する。

Ⅲ 標準的な評価指標例

一体的実施の取組における個別事業の評価は、第3期高齢者の保健事業の実施計画（データヘルス計画）から評価計画に含まれることとなった。

現状では市町の実施内容により評価指標は異なっている。今後の一体的実施の各取組区分で共通する標準的な評価指標を例示する（表23～24）。

表23 標準的な評価指標例(1)

低栄養	
アウトプット	支援実施人数・割合（支援できた者の人数/支援対象者）
アウトカム （短期）	・体重が維持・改善できた者の人数・割合 ・低栄養リスク者の人数・割合（質問票③の該当者）
（中長期）	・低栄養傾向（BMI20以下）の者の人数・割合
年度比較	・要介護認定の状況
口腔	
アウトプット	支援実施人数・割合（支援できた者の人数/支援対象者）
アウトカム （短期）	・オーラルフレイルリスクが改善できた者の人数・割合 （オーラルフレイルチェック点数または質問票④⑤該当者） ・歯科受診または歯科健診の受診人数・割合 ・（誤嚥性肺炎の既往者）誤嚥性肺炎の罹患状況
（中長期）	・オーラルフレイルリスク者の人数・割合
年度比較	・要介護認定の状況
重症化予防（糖尿病性腎症）	
アウトプット	支援実施人数割合（受診勧奨できた者の人数/支援対象者） または（個別指導できた者の人数/支援対象者）
アウトカム （短期）	・糖尿病治療中断者のうち、健診または医療機関受診した者の人数・割合 ・糖尿病受診勧奨者のうち、医療機関受診した者の人数・割合 ・かかりつけ医との連携で保健指導をした者のうち、生活習慣の改善につながった者の人数・割合
（中長期）	・受診勧奨者の人数・割合（血糖値、HbA1c）
年度比較	・人工透析にかかる医療費、人工透析患者数
重症化予防（その他コントロール不良）	
アウトプット	支援実施人数・割合（受診勧奨できた者の人数/支援対象者） または（個別指導できた者の人数/支援対象者）
アウトカム （短期）	・受診勧奨者のうち、健診または医療機関受診した者の人数・割合 ・かかりつけ医との連携で保健指導をした者のうち、生活習慣の改善につながった者の人数・割合
（中長期）	・受診勧奨者の人数・割合（血糖以外）
年度比較	
健康状態不明	
アウトプット	・健康状態把握できた人数・割合割合（状態把握できた者の人数/支援対象者） ・医療・介護等の支援の必要がある者の人数
アウトカム （短期）	・健診受診した者の人数・割合 ・医療・介護等の支援の必要がある者のうち、医療・介護サービス等につながった者の人数・割合
（中長期）	・健康状態不明者の人数・割合
年度比較	

表 24 標準的な評価指標例(2)

頻回重複受診	
アウトプット	支援実施人数・割合（支援できた者の人数/支援対象者）
アウトカム （短期）	・介入後の受診状況の改善（受診医療機関数、受診回数） ・介入前後の月平均医療費
（中長期） 年度比較	・頻回受診者の人数・割合

重複多剤投薬	
アウトプット	支援実施人数・割合（支援できた者の人数/支援対象者）
アウトカム （短期）	・介入後の処方薬剤数の減少、重複処方の改善 ・服薬課題の改善（残薬の減少など） ・介入前後の月平均医療費・薬効数の減少
（中長期） 年度比較	・重複・多剤（15剤以上）処方がある者の人数・割合

身体的フレイル	
アウトプット	支援実施人数・割合（支援できた者の人数/支援対象者）
アウトカム （短期）	・適切なサービス（専門職、地域支援事業等）へつながっている人数・割合 ・身体的フレイルリスク者の人数・割合（質問票①かつ⑦該当者、または⑦かつ⑧該当者）
（中長期） 年度比較	・身体的フレイルリスク者の人数・割合 ・要介護認定の状況

健康教育・健康相談	
アウトプット	・実施した通いの場の数 ・実施回数・参加・相談者人数
アウトカム （短期）	・参加者の理解度・満足度（終了時） ・参加者の質問票の変化（開始時と終了時、または前年度との比較） ・各種支援の必要がある者のうち、必要なサービス等につながった者の人数・割合
（中長期） 年度比較	・質問票によるフレイルリスク者の減少

フレイル状態の把握	
アウトプット	・フレイル状態を把握した通いの場の数 ・実施回数・参加者人数
アウトカム （短期）	・参加者の理解度・満足度（終了時） ・介入前後でのフレイルリスクの改善人数・割合 （栄養・口腔・運動・認知・社会参加） ・各種支援の必要がある者のうち、必要なサービス等につながった者の人数・割合
（中長期） 年度比較	・質問票によるフレイルリスク者の減少