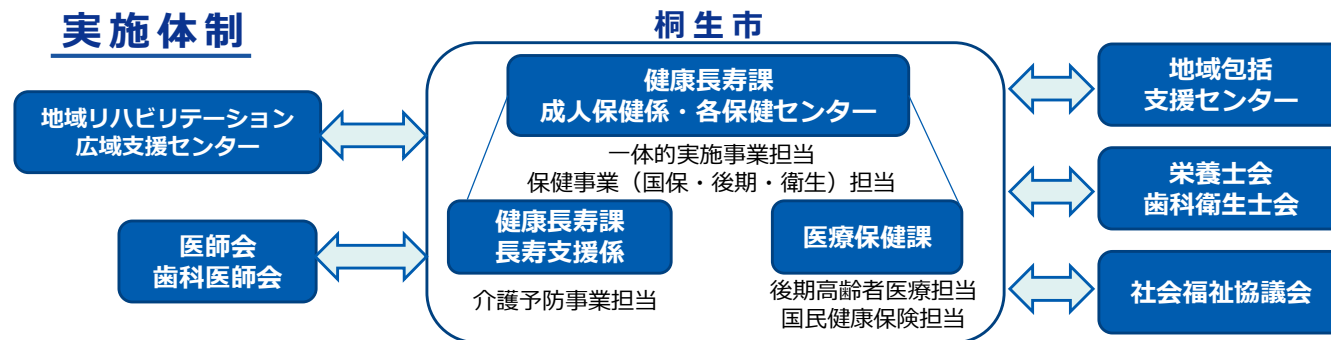


群馬県桐生市 一庁内外連携・多職種連携による誰もが安心して暮らせるまちづくり

市の概況（令和6年4月1時点）

人 口	102,328人
高 齢 化 率	37.35%
後期被保険者数	22,730人
日常生活圏域数	8圏域

実施体制



取組の経緯

保健師、管理栄養士、歯科衛生士及び健康運動指導士など多職種が公民館に出向いて相談会を開くなどの取組は以前から実施していたが、一体的実施事業の開始に向けて、令和元年度から体制等についての協議を始めた。令和2年度には一体的実施事業の実施体制なども視野に入れた市の機構改革があった。保健事業を担い保健師が配置されていた成人保健係、地域支援事業担当部署であり地域包括支援センターを所管していた長寿支援係が健康長寿課として1つの課となったことで、より密な連携体制が取れるようになった。

企画調整・関係機関との連携

● 庁内連携

保健事業担当（成人保健係）、介護予防事業担当（長寿支援係）が同課に配置されているため、随時情報共有が可能。

医療保健課（後期高齢者医療主管課）にも計画作成時、事業実施時、実施結果時に情報共有を行っている。

● 医療関係団体等との連携

医師会や歯科医師会をはじめ、地域リハビリテーション広域支援センター、栄養士会、歯科衛生士会、地域包括支援センター及び社会福祉協議会など地域で活躍する関係機関と多職種連携を通して、地域包括ケアに取り組んでいる。



←
理学療法士が
サロンでフレ
イル予防の教
育をしている
様子。

ハイスコアアプローチ

● 糖尿病性腎症重症化予防

【実施方法】

前年度健診で空腹時血糖または随時血糖またはHbA1c基準該当者で過去1年間に糖尿病受診歴のない年度年齢80歳以下の者を対象に、事前に事業案内を郵送で通知。対象者1人につき3回の訪問や来所、電話等による保健指導を行う。また、医療未受診者に対して、受診勧奨を行う。

【実施内容】

初回保健師による訪問時、課題に応じた助言を行うとともに、生活習慣改善に向けた改善計画（目標と行動計画）を設定。2回目には管理栄養士の栄養指導相談を行い、改善目標に向けたアドバイスと支援を行う。3回目に保健師が、医療受診状況、目標達成状況を評価する。

● 健康状態不明者対策

前年度健診未受診かつ医療レセプトデータのない被保険者かつ介護認定を受けていない年度年齢77歳の者に対して、高齢者質問票の内容を含んだアンケートを郵送し、その結果からフレイルリスクの高い人やアンケートの返信がなかった人に対し、訪問や来所、電話等による個別支援を実施。

ポピュレーションアプローチ

● 複合的取組

・健康教育・健康相談・フレイル状態の把握

地区の健康教育に加え、保健師、管理栄養士、歯科衛生士、理学療法士または作業療法士等が1か所のサロンに対し4回介入し、フレイル予防の健康教育および体操や運動を実施。介入するサロンは地域包括支援センターが選定し、センター職員も参加している。サロンでの体力測定の様子から、その後の声掛けにもつなげている。

＜実施後のサロン支援（地域支援事業）＞

・フレイルリスクの改善

フレイルリスクの高い参加者が多いサロンに対し、地域リハより理学療法士または作業療法士の派遣協力を受け、転倒予防など生活上の注意点の振り返りや効果的な運動の実習等を行う。地域包括支援センターとも連携し、継続的な支援をする。

・口腔機能向上の取組

質問票や反復唾液嚥下テストからサロンを選定し、地域リハより言語聴覚士の派遣協力を受け、口腔機能の維持の実習等を行う。

● 気軽に相談できる環境づくり

既存の保健事業（きりゅう健康ポイント事業「100点チャレンジ」）と連携し、窓口でのチャレンジカード提出時にフレイル予防の啓発を同時に実施。

群馬県桐生市

事業結果と評価概要（令和５年度結果）

		対象者数	参加者数	評価指標	状況（評価結果）
ハイリスク アプローチ	糖尿病性腎症 重症化予防	42人	26人	・受診勧奨による医療機関受診者人数 ・対象者の生活習慣（食事や運動等）の行動 変容の状況 ・対象者の目標達成状況 ・対象者の次年度の健診結果の状況	・３回訪問した介入者20人に対して、19人が医療機関を受診し、 20人全員に生活習慣の行動変容が見られた。また、全体の90% にあたる18人において目標達成ができた。
	健康状態不明者	47人	22人	医療や健診、介護、保健事業、通いの場につ なげた健康状態不明者等の数	・アンケートを送付した65人中56人の健康状態を把握できた （86.2%） ・47人を対面支援の対象とし、支援ができた22人中５人が健診 や医療につながった。 ・全対象者に訪問後、広域リハの理学療法士とフレイルチェッ ク高得点者を情報共有している。
ポピュレー ション アプローチ	複合的取組	-	累計 468人	・教室前後のサロン参加者のフレイルリスク の該当数 ・教室前後の参加者のフレイル予防の理解度 ・教室前後の体力測定の判定値の比較	・実人数175人中評価対象者85人。85人中フレイル該当者は20 人から21人となったが、フレイルに関する理解度は42.4%から 84.7%に向上した。 ・体力測定の判定値は、開眼片脚立位で基準を下回った者が52 人（61.2%）と多かった。
	気軽に相談できる 環境づくり	-	累計 352人	・健康相談の窓口開設数 ・健康相談の相談者数 ・きりゅう健康ポイント事業「100点チャレン ジ」の取組を達成できた人数	・健康窓口を243日開設し、65歳以上の相談者数は120人だった。 骨折の医療費が高い現状があるが、相談内容は骨密度測定が最 も多く、効果的な介入ができた。 ・R5年度より100点チャレンジの達成者に地域通貨を付与した こともあり、65歳以上達成者は昨年度の３倍以上の232人（う ち75歳以上達成者は88人で昨年度の約３倍）となった。

<地域支援事業との連携>

一体的実施事業と地域支援事業でそれぞれ実施していたフレイル予防の取組について、測定項目や使用する様式を統一し、多職種が連携しやすい実施報告書を使用することでより効果的な連携が可能となった。

<地域リハビリテーション広域支援センターの協力>

ポピュレーションアプローチ（複合的取組）実施後に通いの場のフレイルリスクの分析について協力を得ており、地域リハから、健康長寿課と地域包括支援センターに報告をしていただき、情報共有・連携強化を図っている。その後、質問票４点以上が２割程度いたサロンで支援を継続してほしいとの希望があった場合に、年に１回理学療法士または作業療法士の派遣を行っている。今後は、口腔機能低下が認められる参加者が多いサロンに対し、必要に応じて言語聴覚士の派遣も検討している。

課題・今後の展望

ハイリスクアプローチ後のモデル事業として、健康状態不明者の対象者への訪問後に広域リハとフレイルチェックの高得点者を共有し、リハ職が同行する必要があるれば訪問することとした。令和５年度はリハ職につなげるよりも、まずは医療機関や地域包括支援センターにつなげるほうがよいと判断されたケースであったため、対象者なしとなったが、次年度もモデル事業として進めつつ、検討していく予定。