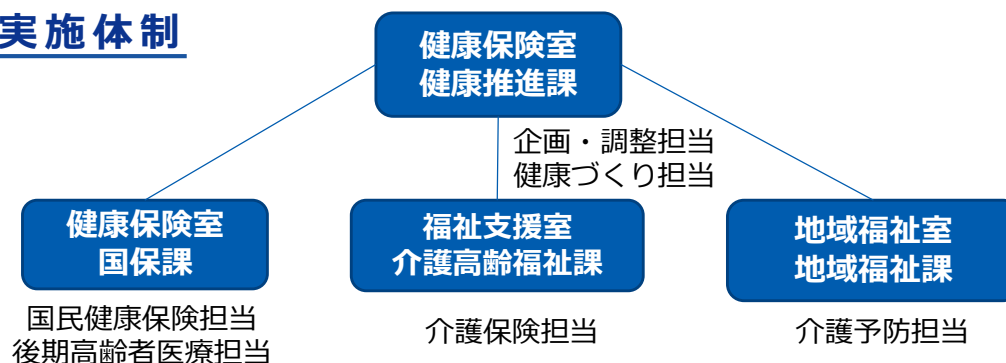


北海道帯広市 一個々の状況に応じたきめ細やかな支援の実施

市の概況（令和6年3月31時点）

人口	161,387人
高齢化率	30.8%
後期被保険者数	26,294人 (令和6年4月1日時点)
日常生活圏域数	8圏域

実施体制



取組の経緯

- 後期高齢者健診の有所見者割合（HbA1c、空腹時血糖など）が国と比較して高い傾向にあること、外来の医療費では糖尿病、慢性腎臓病（透析有）の割合が高いこと、入院の医療費では骨折、脳梗塞の割合が高いこと、介護認定率が国と北海道より高いことを踏まえ、糖尿病重症化予防やフレイル予防の取組強化が医療費の抑制につながり、高齢者の健康課題の解決につながると考え、事業を開始。
- 従来から取り組んできた保健事業を土台とし、本事業を展開することで、後期高齢者に対しても切れ目ない支援体制の構築を図ることとした。

企画調整・関係機関との連携

● 庁内連携

庁内4課（介護高齢福祉課、健康推進課、国保課及び地域福祉課）において、本事業に係る進捗状況の確認や各課事業の情報共有、地域の健康課題に対する検討等のため、必要に応じて、複数回会議を実施している。

● 関係機関等との連携

市医師会や糖尿病専門医等とは、対象者の治療や保健指導に係る連携体制構築に向け、意見交換を行うとともに、地域包括支援センターとは、ハイリスク者について、円滑に必要な支援につなぐため、随時、支援状況の共有等を行っている。

ハイリスクアプローチ

● 糖尿病性腎症重症化予防

後期高齢者のうち75～79歳の中で、健診結果（HbA1c、尿蛋白等）を活用した抽出基準に該当する者に、保健指導を実施。

対象者に対しては、一人につき3か月間に2回面接を実施することとしており、初回面接時には、健診結果を説明の上、生活習慣や身体状況、受診中の場合は治療状況を確認し、食事指導と運動指導を実施、改善計画を立案。

評価面接時には、改善計画の実施状況について、振り返りと評価を行うとともに、適宜受診勧奨や介護予防事業等必要な機関へつなぐ。

ポピュレーションアプローチ

● 健康教育・健康相談

通いの場において、フレイル予防の健康教育と後期高齢者の質問票を実施。

（講話と質問票の説明から、各健康課題を「自分事」として捉えられるよう工夫している。）

個別に介入すべきハイリスク者が把握された場合は、関係機関とも連携の上、支援を行う。



（健康教育）

北海道帯広市

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	72	33	①食習慣の維持、改善した者の割合 ②運動習慣の維持、改善した者の割合 ③保健指導後、受診継続または開始した割合 ④翌年度健診結果が、糖尿病未治療者7.0%以下、糖尿病治療者8.0%以下の割合 ⑤翌年度の健診結果が腎機能低下の程度の指標を維持している者の割合	①食習慣の維持、改善した者の割合：89% ②運動習慣の維持、改善した者の割合：100% ③保健指導後、受診継続または開始した割合：87.5% ④令和７年度に評価予定 ⑤令和７年度に評価予定
ポピュレーションアプローチ	健康教育・健康相談	-	189	①実施回数、参加人数 ②質問票実施人数 ③フレイルリスク該当者からの相談件数	①フレイル予防の啓発：12回、189人 ②質問票実施人数：144人 ③フレイルリスク該当者からの相談件数：0件

課題・今後の展望

- ハイリスクアプローチにおいては、対象者の個々の状況に応じたきめ細やかな支援を行うことにより、保健指導後の生活習慣の維持、改善割合が高いほか、ポピュレーションアプローチにおいても、多くの方にフレイル予防の啓発を行うことができています等から、本事業による一定の効果を感じているものの、健康無関心層へのアプローチには課題があり、効果的な普及啓発を検討していく必要がある。
- また、令和７年度には、帯広市糖尿病性腎症予防プログラムの改訂を予定していることから、ハイリスクアプローチにおいて、高齢者の特性に合わせた対象者の選定方法について検討を行う。



（ハイリスクアプローチにおける対象者との面接）

北海道平取町 一町民ニーズに合わせた予防的アプローチ

市の概況（令和6年4月1時点）

人口	4,493人
高齢化率	36.7%
後期被保険者数	964人
日常生活圏域数	1圏域

実施体制

保健福祉課
介護支援係

介護予防担当

保健福祉課
保健推進係

企画・調整担当

町民課
保健医療係

保険業務担当
（後期高齢者医療・国民健康保険）



平取町公式キャラクター
ビラッキー

取組の経緯

本事業の実施前までは、保健事業と介護予防事業の運営主体が異なることで、ひとりの高齢者に対して効果的な予防支援が行えていないことや専門職の稼働が効率的でないことが課題であった。本事業の実施に伴い、お互いの分野の取組を連動させ、一体的かつ効果的な介護予防につなげていくことができると考え実施した。

企画調整・関係機関との連携

● 庁内連携

介護支援係や町民課は、同一フロアに配置されていることから、日常的に、業務の進捗状況や課題、対象者の状況等に関する意見交換を行うことができています。

● 関係機関等との連携

介護予防教室の運営や効果測定、評価、次年度の計画・内容協議に関しては、社会福祉協議会、ボランティア団体、NPOソーシャルビジネスセンター、北翔大学等と連携を図っている。

特に、次年度の計画、内容については、介護予防教室の後に実施するカンファレンスの場において、随時、議論を行うことにより、関係機関におけるリアルタイムでの課題の共有や認識の統一を行っている。

ハイスコアアプローチ

● 糖尿病性腎症重症化予防

新規透析導入者の抑制、導入時期の先延ばしを目的として、糖尿病性腎症の方に対する医療機関への受診勧奨・保健指導を実施している。

指導後には、レセプト情報で受診状況を確認し、受診がなければ、再度の受診勧奨の実施を行っている。

保健指導は、かかりつけ医の指導提供書をもとに行い、必要であれば活動量を上げることや生活リズムを整えること等を目的として、サロンや介護予防教室への参加勧奨を行っている。

● 服薬（重複投薬・多剤投与等）

レセプト情報から6種類以上の薬を服薬している方を抽出（がんや認知症、精神疾患は除く）し、直近の服薬情報を対象者に送付。1週間後を目途に訪問の上、受診状況の確認等を行うことにより、適切なお薬手帳の活用や服薬につなげている。

ポピュレーションアプローチ

● 健康教育・健康相談

後期高齢者健診の受診を前提条件とした上で、健診受診者の質問票からフレイル該当を点数化し、点数の高い人から順に介護予防教室の参加を勧奨。生活習慣病重症化対策とフレイル対策を同時に実施することで健康寿命の延伸を目指す。

● フレイル状態の把握

65歳以上の町民を対象として「認知機能と体力測定会」（あたまとかからだのまるっとお元気診断）を開催し、自分自身の体の状況の把握や健康への意識啓発を行う。



（介護予防教室）

北海道平取町

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	20人	12人	①受診勧奨率・医療機関受診率 ②保健指導実施率 ③身体活動量・運動習慣・食習慣・口腔ケアの改善 ④体重の変化 ⑤血液検査データ	①受診勧奨者率：100%、医療機関受診率：100% ②保健指導実施率：33.3% ③④⑤保健指導を行った4人に対しては、健診結果をもとに評価を行うとともに、改善に向け継続的に指導を実施。
	健康状態不明者の実態把握	18人	18人	①状況把握率 ②受診勧奨実施率 ③後期高齢者健診受診率 ④保健指導実施率 ⑤サロンや教室へ勧奨	①状況把握率：100% ②受診勧奨実施率：100% ③後期高齢者健診受診率：11% ④保健指導実施率：100% ⑤介護予防教室参加：1人 ※多くは、日常生活に困りごとはないことを確認。
ポピュレーション アプローチ	その他複合的取組	-	1,842人	①介護予防教室参加率 ②フレイルチェック、該当者の変化 ③主観的健康観 ④体力測定結果	①介護予防教室参加率：81% ②フレイルチェック、該当者の変化 サロン参加者も介護予防教室参加者も、ほぼ全項目において、維持または改善。 ③主観的健康観：よい、まあよい該当率 サロン参加者：46.6%、介護教室参加者：38.3% ④体力測定結果：握力、長座体前屈、開眼片足立ち、歩行速度、30秒立ち座りのテストを年2回行い、ほぼ全項目において、維持または上昇。

課題・今後の展望

- 本事業の実施により、多くの町民と出会う機会が増え、町民ニーズが把握しやすくなったことに加え、後期高齢者の健診受診率も向上していることから、早期に介護予防事業につなげるべき人を見つけ、サロンや介護予防教室への参加を勧奨することができるようになった。今後の課題として、通いの場を好まない方への社会参加の機会の確保や、移動が困難な方への対応の検討が必要である。
- これから高齢期を迎える壮年期の方に対しても、生活習慣病対策とあわせた介護予防に関する早期の意識づけや認知症対策との連動を行う必要があると感じており、関係機関とも連携の上、本事業における取組を更なる推進を図りたい。

山形県鶴岡市 ー健康づくりから介護予防までシームレスな包括的アプローチー

市の概況（令和6年4月1時点）

人口	117,821人
高齢化率	36.74%
後期被保険者数	23,761人
日常生活圏域数	11圏域

事業実施全体のながれ（PDCA）

（1）体制整備【P】

- ・KDBデータ、ニーズ調査等の既存のデータに加え、長年の保健師の地区診断による詳細なデータを活用している（大学の協力による地区診断の実施）。
- ・地域包括支援センターのチーム会議で情報共有、検討等が行われている。

（2）地域連携体制の構築【P】

- ・「地域医療連携室ほたる」が主催する定期的な情報交換の場で、事業説明や事業実施に当たっての協力、情報共有、連携等が行われている。

（3）事業計画の策定【P】

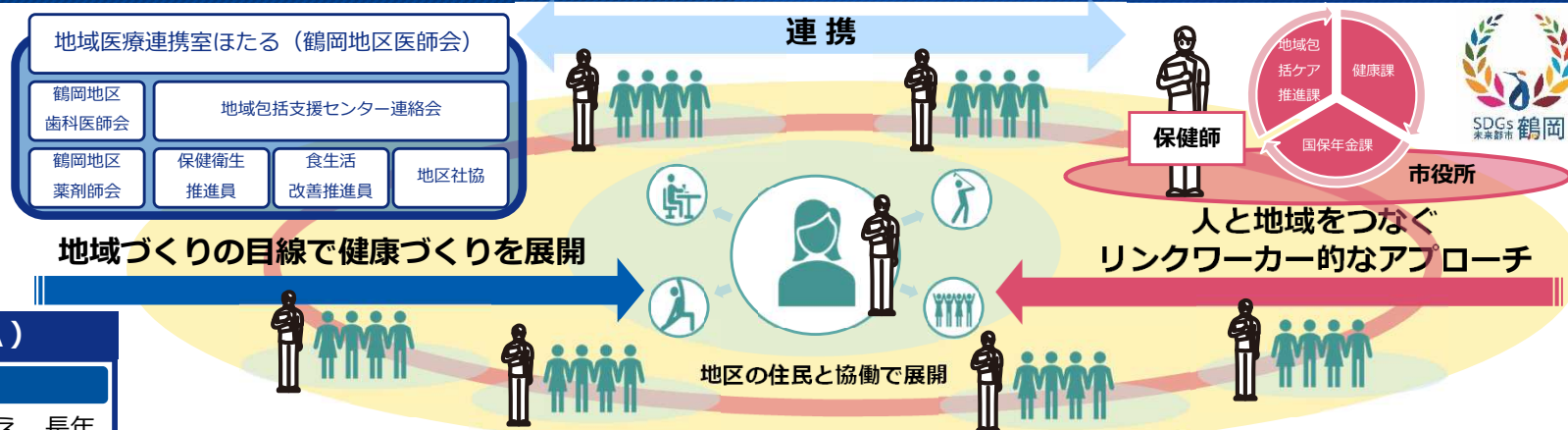
- ・KDB活用支援システムを用いた対象者の抽出のみならず、広域連合からの提供を受けたデータを活用し、地区担当保健師や地域包括支援センターのチーム会議で地域情報として確認し合っている。

（4）事業実施【D】

- ・地区担当保健師が地区ごとに事業を展開し、関係者間や地域住民と連携している。

（5）評価とその活用【C・A】

- ・情報交換の機会等を活用し、地域の関係者に助言指導等をもらい、事業評価に生かしている。



ハイスコアアプローチ

- 訪問時のアセスメント結果に応じて、心身機能向上に関する助言に加え、本人のライフスタイルを認め、社会参加につなげることを意識した助言を行っている。
- 医療未受診の場合は、訪問後支援として、電話や訪問等で生活習慣改善状況等を確認し、必要時、健診受診勧奨も含めた追加の助言等を実施している。



ポピュレーションアプローチ

- 「65歳からの健康づくり教室」
地区組織と地域課題をグループワーク等を通して検討し、実行委員会体制で健康づくり教室を企画・運営を実施している。
- 「いきいき百歳体操」 市内173か所で実施（令和6年12月現在）
運動、栄養口腔機能、フレイル予防等のプログラムを実施し、効果的な介護予防活動の継続を支援している。

ここがポイント！

小学校地区担当保健師を中心とした公衆衛生の伝統が基盤となっている。

きめ細かい包括的アプローチ

- 充実した健康診断
健診の実施時期を地区ごとに調整し、集団健診と個別健診の充実（医師会等との連携）させた。
→健診受診率32.6%（R4年度） 県内1位
- 地区担当保健師による詳細な地区分析
保健師が担当地区の健診結果や人口構成、特定健診等の受診率などを把握し、状況を分析することで担当地域の状況を確認している。一体的実施は75歳以上が対象になっているが、担当だけに情報を留めずに庁内の保健師間で情報共有をしている。

山形県鶴岡市

事業結果と評価概要（令和5年度結果）

アプローチ	取組区分	アウトプット		アウトカム	
		抽出者数	介入者数	評価指標	状況（評価結果）
ハイリスク	その他の重症化予防	48人	48人	①保健事業の実施状況（件数・実施率） ②医療機関受診状況（件数・受診率） ③生活改善状況 ④翌年の健診経過等の検査値変化	①アウトプット記載のとおり（実施率：100%） ②医療機関受診状況：17人（35.4%） ③生活改善・行動状況：20人（41.7%） ④健診経過等の検査値変化：48人中区分改善9人（18.8%）
ポピュレーションアプローチ	取組区分	通いの場（実数）	参加者数（累計）	評価指標	状況（評価結果）
	健康教育・健康相談	22か所	1,681人	①参加者人数 ②ロコモ度測定実施地区数 ③運動習慣アンケートによる前年度比較、健康意識行動調査結果比較等	①アウトプット記載のとおり ②ロコモ度測定を20地区で実施し、地区ごと・個人ごとで結果を把握し、ロコモ予防の意識づけに活用した。 ③運動習慣アンケート（393人に実施）： ・日頃運動している割合77%（前年度74%）昨年度より増加 ・1日合計歩行時間が30分未満の割合50%（前年度49%）昨年度より悪化。 ・週2回1回30分以上運動している割合68%（前年度66%）昨年度より増加。
	フレイル状態の把握	165か所	2,058人	①いきいき百歳体操支援団体数・参加人数 ②新規開始団体数・参加実人数 ③要介護認定率 ④フレイルチェック該当割合（新） ⑤フレイルリスクアンケート結果のKDBデータ・自調査データ比較等	①アウトプット記載のとおり ②12団体169人 ③令和6年2月末時点18.08% ④⑤後期高齢者データを抜粋し、KDB等と比較して ・主観的健康感「よい、まあよい」が高い ・運動機能低下、低栄養、口腔機能低下、認知機能低下のリスクに該当する者の割合が高い。 ・閉じこもり、ソーシャルサポートに関する項目で、リスクなしに該当する割合が高い。

課題・今後の展望

- 医療受診になかなかつながりにくく、行動変容などの評価指標も残しておく必要がある。
- 健康への関心があまり高くない方、運動習慣がない方を事業に繋げていけるようにすること。

山形県金山町 一住民自ら選ぶことができる健康づくり・介護予防を目指すまち

町の概況（令和6年4月1時点）

人口	4,851人
高齢化率	39.4%
後期被保険者数	967人
日常生活圏域数	1圏域

事業実施全体のながれ（PDCA）

（1）体制整備【P】

- 健康福祉課内に健康係・医療介護係・地域包括支援センターがあり、医療と介護のデータの定量的・定性的な分析、予算、計画、事業実施等の検討を課内で連携して行うことができる場がある。

（2）地域連携体制の構築【P】

- 町の健康づくりに関する施策について検討する協議会で、事業について委員に情報提供し助言を得ている。
- 随時既存の会議を活用し、町内外の関係者との検討・情報交換を積極的に実施している。

（3）事業計画の策定【P】

- 国保連合会の保健事業支援・評価委員会からの助言を参考に目標・評価指標等を設定している。

（4）事業実施【D】

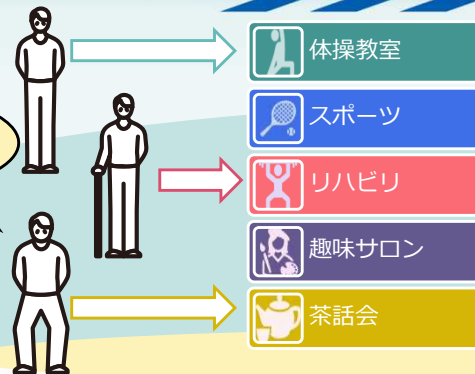
- 介護予防・生活支援と一体的に連携して推進している。
- 必要に応じて受診勧奨を行うとともに、医療・介護サービスのみならず地域のインフォーマルサービスにつなげている。

（5）評価とその活用【C・A】

- 課内及び関係各課と定期的な打ち合わせの際に事業の見直し等を実施している。

高齢者が自由に選択

私はこれで
元気です♪



わかりやすい周知



ここがポイント！

町一丸となって高齢者の
自発的な活動を支援。



多様なニーズや状態像に応じたサービス・活動・社会参加等の提供

ハイスコアアプローチ

- 本人の心身機能の向上だけではなく、生活機能の向上も重視し、本人が取り組みそうなこと、取り入れやすいことを目標設定している。
- 生活支援サービスや通いの場など町全体の資源を幅広く提案し、事業間で切れ目なく連携している。



ポピュレーションアプローチ

- 複数のポピュレーションアプローチを同じ会場で同時に実施し、効率的なアプローチを行っている。
- 健診結果説明会で勧奨、最近はお口コミで参加者が増加している。

これまでの取組

- 一体的実施に取り組んだ背景
介護給付受給率の増加
介護保険料基準額の増加 等
↓ 庁内全体で共有
- 令和3年度（開始年度）
まちの現状分析を徹底
- 令和4年度、令和5年度
PDCAを重視し、事業を展開
関係者が対話を重ね、緊密に連携

一体的実施以降の主な成果

- 要介護（要支援）認定率の低減
令和3年3月末時点：18.2%
令和6年3月末時点：15.8%（2.4%↓）
- 介護保険料基準額の低減（介護保険事業計画における）
第7期：6,600円（県内4位※降順）
第8期：7,900円（県内1位※降順）
第9期：6,000円（県内16位※降順）
参考：第9期山形県平均6,058円

山形県金山町

事業結果と評価概要（令和５年度結果）

ハイリスクアプローチ	取組区分	アウトプット		アウトカム ※評価時期到来済みの指標のみ記載	
		抽出者数	介入者数	評価指標	状況（評価結果）
	低栄養	4人	2人	体重変化	1kg以上の増加1人、維持1人、1kg以上の減少0人
	糖尿病性腎症重症化予防	9人	5人	糖尿病の受診につながった者	糖尿病の受診につながった者は1人。慢性腎臓病として受診につながった者が1人。糖尿病の受診はないが、全員高血圧等で内科の受診を定期的に行っていた。
	その他の重症化予防	3人	1人	受診につながった者	未受診者のうち1人が治療開始。2人は地域包括支援センターで介入することとなった。
ポピュレーションアプローチ	取組区分	通いの場（実数）	参加者数（累計）	評価指標	状況（評価結果）
	その他複合的取組	1か所	846人	①参加者数 ②フレイルチェックフレイル該当者の変化	①参加者数 42人（延人数：846人） ②フレイルリスク該当者の変化 ・運動 初回0%（0人/22人）、2回目0%（0人/22人） ・栄養 初回0%（0人/22人）、2回目0%（0人/22人） ・口腔 初回9%（2人/22人）、2回目9%（2人/22人）

金山町では、令和４年度から町民の健康寿命延伸を目的として「健康づくりプロジェクト事業」に取り組み、事業の３本柱として「①食生活改善」「②運動」「③健診事業の充実」を掲げている。運動習慣の定着を目的としたウォーキングイベントや、高齢者を対象とした介護予防のための健康教室も継続して開催している。健診結果の理解と健康意識の向上を目的とする健診結果説明会においては、新たに「健康ミニ講座」を開催することで更なる参加を促し、生活習慣改善についての指導や受診勧奨につなげている。（出典：広報かねやま 令和５年７月号）

課題・今後の展望

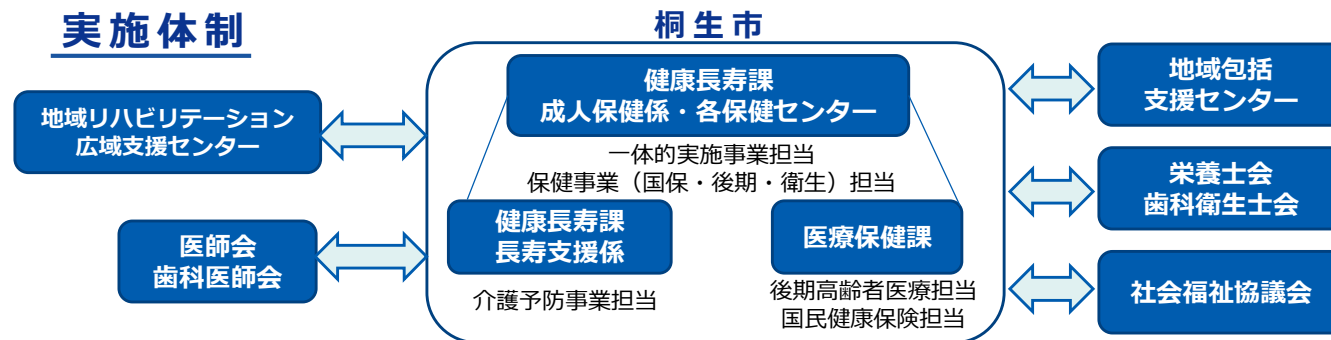
- ポピュレーションアプローチにおける全体的な介入の他、ハイリスクにならないために個別の関わりを強化していく必要がある。
- 地域独自で行われている通いの場等へより積極的な関わりをもち、町全体への広がりにつなげていきたい。

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	齡	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。

千葉県大網白里市 —「おおあみしらさとけんこうクイズ!!!」から見てくる健康課題—

市の概況(令和6年4月1日時点)

人	口	47,980人					
高	齡	化	率	34.5%			
後	期	被	保	険	者	数	8,416人
日	常	生	活	圏	域	数	2圏域

実施体制



取組の経緯

以前から、講師依頼のあったサロン(約20か所)に保健師や歯科衛生士、管理栄養士等が月1回程度出向いて、健康講話などを実施していた。年々、サロンの参加者数が減少する中で地域課題を把握する必要性を感じ、令和4年度に試行的に事業を開始。令和5年度から一体的実施事業開始に向けてスムーズに進むよう調整を行った。



大網白里市キャラクター「マリン」

企画調整・関係機関との連携

- **庁内連携**
高齢者支援課、健康増進課、市民課の3課で、一体的実施庁内連携会議を定期的に開催し連携を図っている。
また、市立病院なども参加する年1回の保健事業連携推進会議では、事業の進捗報告や今後の予定等について情報共有を図っている。
- **在宅介護支援センターとの連携**
月1回会議を開催し、圏域ごとの意見を聞くなど連携を図っている。サロンにも同行している。
- **多職種との連携**
地域ケア会議に薬剤師や理学療法士、ケアマネジャーが出席した際に、情報共有している。

ハイスコアアプローチ

- **健康状態不明者対策**
民生委員が地域の独居高齢者を訪問し声かけをしている。
そのうち、不在等で面会できなかった独居高齢者かつKDBシステムから抽出された前年度の健診・医療・介護のデータがない者に対して、訪問、電話をして状況を確認する。アウトリーチを行い、その3か月後に改善率を確認する。



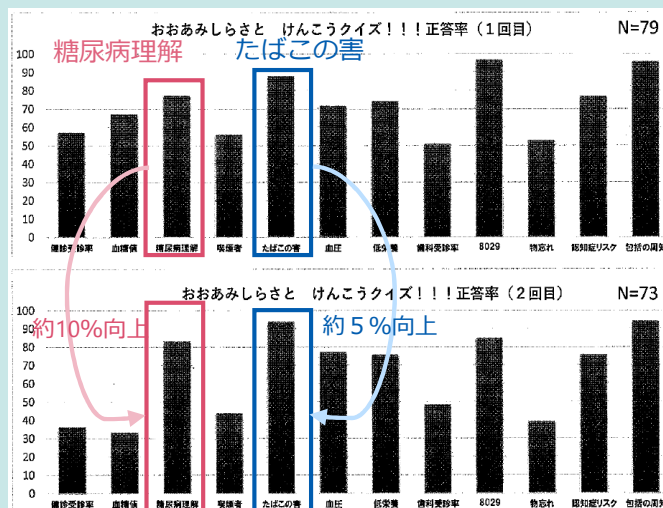
ポピュレーションアプローチ

- **フレイル状態の把握と改善**
サロンの参加者に後期高齢者の質問票と握力測定を実施。フレイルリスク該当率を把握した後、対象者がフレイル予防の取組を実施した後、その改善率を確認する。
 - **健康教育・健康相談**
地域の健康課題に対応した健康教育や健康相談を実施し、理解度や改善率を確認する。
「おおあみしらさとけんこうクイズ!!!」と題した地域の健康課題に関する〇×クイズを実施している。1回目は各サロンで説明をしながら実施し、2回目は1回目に参加した者のうち75歳以上の後期高齢者を対象として、後期高齢者の質問票に上記クイズを同封し、再度クイズに回答、返信用封筒で提出してもらうことで、各テーマの理解度、改善率を把握している。(返送率は73%)
- ＜クイズの例＞
- ・大網白里市の市民健診を受けている人の割合は、県全体の健診を受けている割合と比べて高い(健診を受けている人が多い)(○・×)
 - ・糖尿病は肥満の人がかかる病気だ(○・×)
 - ・1日3食お米を食べていれば低栄養状態にならない(○・×)

千葉県大網白里市

事業結果と評価概要（令和5年度結果）

		対象者数	実施者数	評価指標	状況（評価結果）
ハイリスクアプローチ	健康状態不明者への取組	40人	34人	・アウトリーチ後に医療受診や介護サービスにつながった割合 ・アウトリーチ後に他機関（地域包括支援センター等）のサービスにつながった割合	・医療受診や介護サービスにつながった者は16人 ・アウトリーチを実施した対象者のおよそ60%は家族の支援が得られ、地域とのつながりもあり、おおむね心身ともに健康な状況にあることがわかった。
ポピュレーションアプローチ	複合的取組	-	累計529人	・後期高齢者の質問票 ・握力データ ・プレフレイルリスク該当率 ・地域課題の理解度 ・地域課題の改善率	・「おおあみしらさとけんこうクイズ!!!」では8029※やたばこの害、糖尿病の理解については正答率が高かったが、喫煙率については理解が低く、各項目の正答率は地域の健康課題とマッチしていた。 ・理解度の低かったテーマについて、サロン等で栄養や歯科、健康講話を実施し、理解が深まるような取組を行った。 ※8029…80歳になっても肉をはじめとした良いたんぱく質を食べることで介護いらずの元気な高齢の方を増やしていこう！という取組。



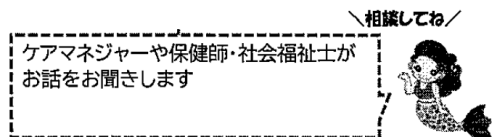
<「おおあみしらさとけんこうクイズ!!!」で健康に関する知識力UP!>

12の設問項目のうち、1回目に比較して2回目では**糖尿病の理解**、**たばこの害**などの正答率が向上した。他の市町村と比較し、大網白里市は糖尿病の罹患率や高血圧の治療をしている人が多く、また喫煙率が高い現状から、サロンや老人クラブの場で健康講話を実施しており、その効果が得られた結果と推測される。

正答率が高い項目については、参加者の関心が高い項目と捉えている。一方、正答率が低い項目については、翌年度の講話テーマとして取り上げることで、普及啓発につながる工夫を行っている。

また、クイズには地域包括支援センターに関する項目も入れており、実際にこの項目を見て「本当に相談してもいいの?」という声があったことから、地域包括支援センターの周知にもつながっている。

⑫高齢者のからだのこと・心のこと・認知症のこと・介護のこと・お金のこと・家族のことなどは大網白里市役所の地域包括支援センターで相談することができる



課題・今後の展望

令和5年度に訪問した対象者のなかには、足（爪）に関するアウトリーチが必要と考えられるケースもあったことから、今後、地域支援事業の体力測定会等と連携し、専門家による足の状態についての支援を検討する予定。また、今後もクイズの正答率等を考慮して翌年度のテーマを検討していく。

愛知県知立市 一高齢者一人ひとりに寄り添ったきめ細やかな支援

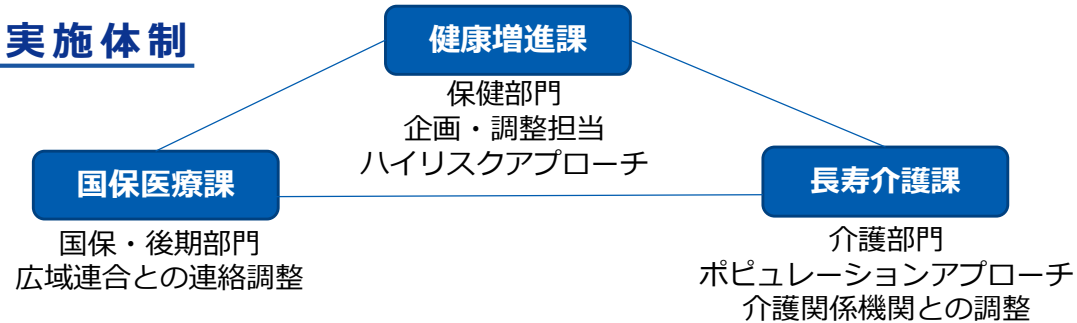
市の概況(令和6年4月1日時点)

人口	72,302人
高齢化率	20.5%
後期被保険者数	8,372人
日常生活圏域数	3圏域

取組の経緯

- 市民の健康増進及び介護予防の取組については各担当課で取り組んでいたが、高齢者の心身の多様な課題に対し、きめ細やかな支援を実施するため、令和元年度から庁内関係課と協議を開始し、令和3年度から一体的実施事業を開始した。
- 令和3年度は、健康課題からハイリスクアプローチで低栄養予防、ポピュレーションアプローチでフレイル予防を実施。令和5年度から、ハイリスクアプローチに糖尿病性腎症重症化予防、口腔機能低下予防を追加し実施している。
- 効果を出すため、既存事業の延長線上で事業を実施するのではなく、一体的実施のために一から新規で事業を立ち上げた。

実施体制



知立市マスコットキャラクター ちりゅっぴ

企画調整・関係機関との連携

- 庁内連携
庁内3課（健康増進課、国保医療課、長寿介護課）にて、庁内連携会議を年3回、庁内連携担当者会議を年2～3回実施し、医療費の現状や健康課題の共有、事業の進捗確認や実施方法の検討を行う。その他、地域のアウトリーチ医療専門職と専従保健師にて、事例検討、様式や媒体、支援方法等についての打ち合わせを随時実施。
- 医療関係団体等との連携
〈医師会〉
事業周知および実績報告、事業への助言
糖尿病性腎症等重症化予防事業検討委員会への参加（年2回）
〈歯科医師会〉
事業周知および実績報告、事業への助言
〈地域包括支援センター〉
事業周知、個別支援における連携
〈その他〉
通いの場での体力測定、健康教育、運動指導の一部を委託し実施している。

ハイリスクアプローチ

- 糖尿病性腎症重症化予防
・後期高齢者健診において、下記①及び②に当てはまり、糖尿病のレセプトが確認できない者。
・下記①及び②に当てはまり、かかりつけ医からの推薦があった者。
①空腹時血糖またはHbA1cの基準値外該当者（※R5年度の基準値は知立市にて設定）
②eGFR45未満、eGFR60未満のうち年間5以上低下、尿蛋白±以上、血圧150/90mmHg以上のいずれかに該当
- 低栄養予防
・後期高齢者健診において、BMI14～19かつ質問票6に該当した者
- 口腔機能低下予防
・後期高齢者健診において、質問票4、5、6全てに該当し、かつ過去1年以内に歯科のレセプトがない者。
・歯科健康診査の口腔機能評価で機能低下が認められ、かかりつけ歯科医における未指導者。
※上記対象者1人につき医療専門職による訪問を5回(6か月間)実施。信頼関係づくりにより重きをおき、個人の生活背景に寄り添ったプランを立案し支援している。プラン作成時、最終訪問前にカンファレンスを実施したり、個別の課題に応じた資料や対象者の理解力に合わせた媒体を作成し指導に活用している。また、介入率を上げる工夫として、対象者への事業案内文に訪問する専門職の写真や事業の利用率、満足度等を載せている。

ポピュレーションアプローチ

- 健康教育・健康相談

通いの場において、医療専門職がフレイルに関する健康教育を4回/年実施。1回目、4回目の健康教育時に健康相談を行い、後期高齢者の質問票及びフレイルに関する意識調査を実施。健康相談の内容から、フレイルの状況を把握し、適切なサービスへ接続している。



- ①おあんまき あまておいしい アイウエオ
- ②かきつばた みめうるわしき カキクケコ
- ③しょかかおる ちりゅうまつりだ サシスセソ
- ④はなしょうぶ ちりゅうじんじゃハ シャシュショ
- ⑤ちりゅうしは かがやくまちです タチツテト
- ⑥だし ぶんらく からくりにぎわう ダチツデト
- ⑦ニコニコと ちりゅっぴわらうよ ナニヌネノ
- ⑧へんじょういん いちばんふだしハ ハビフヘホ
- ⑨ハッピー ちりゅっぴ バビブベボ
- ⑩ぶくぶくぶく うがいですっきり バビブベボ
- ⑪まつなみき うまいちにぎわう マミムメモ
- ⑫やととかめ こうみんかんで ヤユユエヨ
- ⑬わがまち だいすき ワ オン
- ⑭げんきに わらってわらって ワッハーハー

健康教育で使用する
「知立元気ことば」→

愛知県知立市

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	8人	6人	・介入前後のHbA1cの変化 ・介入前後のeGER(腎臓病期)の変化 ・行動変容 ・介入後の医療受診	・HbA1c 改善・維持 66.7% ・eGER(腎臓病期) 改善・維持 66.7% ・行動変容あり 75% ・介入後の医療受診 66.7%
	低栄養予防	70人	59人	・介入前後の体重、握力の変化 ・介入前後のアルブミンの値 ・行動変容	・体重増加 62.5%、握力増加 75% ・アルブミン改善 85.7% ・行動変容あり 93.5%
	口腔機能低下予防	12人	8人	・介入前後のむせ、飲み込みの変化 ・行動変容 ・介入後の医療受診	・むせ、飲み込み 改善60% ・行動変容あり 100% ・介入後の医療受診 50%
ポピュレーションアプローチ	健康教育・健康相談 フレイル状態の把握	－	169人	・介入前後の質問票の変化 ・介入前後のフレイルの認知度 ・行動変容	・質問票 1項目以上改善 77.8% ・フレイル認知度 14.8%→66.7% ・行動変容あり 48.1%
	周知・啓発	－	－	チラシ配布数	・チラシ配布 10,445枚 チラシ配布の他、広報、ホームページ、ミニバス内への掲示等でフレイルの周知啓発を実施。

ハイリスクアプローチ低栄養予防事業の介入効果についての検証

令和3年度低栄養予防対象者を事業参加者【36人】、事業未参加者(拒否・中断)【27人】に分け、令和5年度の1人あたり年間外来医療費、入院医療費、介護給付費を比較した。事業参加者は、外来医療費が高い傾向が見られるが、適切な栄養摂取・運動による介護予防の効果に加え、早期治療による疾患の重症化予防にもつながり、入院医療費・介護給付費の抑制効果がみられた。



課題・今後の展望

- ・ハイリスクアプローチは、対象者との信頼関係を築くことに重きをおいて支援することにより、問題を自分事として捉えさせて、行動変容につなげている。
- ・ポピュレーションアプローチは、通りの場に参加している比較的健康意識の高い人を対象として実施しているため、健康無関心層への働きかけが十分ではない。健康無関心層に対し、必要な情報を届け健康意識を喚起できるような取組を検討していく。
- ・後期高齢者は複数の疾患の合併や、身体機能及び認知機能が低下している方が多く、後期高齢期の支援だけでは健康課題を解決することが難しい。その前の段階から支援できるよう関係課と課題を共有し、必要な対策について検討していきたい。
- ・令和7年度健康状態不明者対策の実施により、ハイリスク者を漏れなく把握し、必要な支援へ接続していく。

岐阜県各務原市

—専門職による充実したメニューと住民とともに取り組むフレイル予防の推進—

市の概況（令和6年4月1時点）

人口	144,451人
高齢化率	28.8%
後期被保険者数	24,360人
日常生活圏域数	7圏域

取組の経緯

- 市民の健康づくりや介護予防の取組は各担当課で行っていたが、年齢による切れ目のない支援体制や健康分野、介護分野の包括的な支援体制を構築するため、令和2年度に3課でプロジェクトチームを設置し、既存事業との調整や、連携体制を協議し、令和3年度から一体的実施に取り組むこととなった。
- 令和3年度、高齢福祉課内に「健康長寿係」を新設。各種専門職を配置し体制を整備した。

実施体制

市民生活部 医療保険課

国保・後期高齢者
医療担当

健康福祉部 高齢福祉課

企画・調整担当
介護予防

健康福祉部 健康管理課

保健事業担当
保健指導等

【健康長寿係】保健師2名、管理栄養士3名、
歯科衛生士1名、理学療法士1名、事務職2名



各務原市マスコットキャラクター ららら

一体的実施前からの取組

- 厚生労働省が住民主体の通いの場を活用したフレイル予防の重要性を提示したことが契機となり、フレイル予防の取組を推進・強化することとなった。令和元年度に地域住民、専門職、民間事業者等で構成された「各務原市フレイルチェック検討委員会」を発足させ、フレイルチェックの項目や進め方等を検討した。項目等決定後は、「各務原市フレイル予防推進委員会」へと名称を変更し、フレイル予防事業全体をどのように推進していくかを考える委員会へと目的を変え、継続している。

企画調整・関係機関との連携

- 庁内連携
対象者の抽出条件や介入方法等、細部を検討できるよう課を跨いだ連携会議を実施。
- 医療関係団体等との連携
・市医師会、市歯科医師会、市薬剤師会
会議等において、事業の実施方法等について助言。
- ・岐阜県歯科衛生士会
フレイルチェックの実施協力。
- ・岐阜県リハビリテーション協議会
フレイル予防推進委員会において、事業の実施方法等について助言。
- ・地域包括支援センター
フレイルチェックの実施協力、ハイリスクアプローチ支援者引継ぎ、月1回の会議にて課題検討。
- ・中部学院大学、東海学院大学
フレイル予防講演会、フレイル予防料理教室の実施。

ハイリスクアプローチ

- **低栄養**：管理栄養士により6か月間で訪問3回+電話2回
- **口腔**：歯科衛生士により3か月間で訪問3回+電話2回
- **身体的フレイル**：理学療法士により3か月間で訪問4回
後期高齢者健診の結果及びフレイルチェック（通いの場等でポピュレーションアプローチ）の結果（口腔と身体的フレイルはフレイルチェック結果のみ）から対象者を抽出。アセスメント、目標、行動計画の立案、中間評価、最終評価を行う。
- **重症化予防（糖尿病性腎症及びその他生活習慣病）**
後期高齢者健診データ及びレセプトデータより抽出した対象者に対し、受診勧奨通知を送付。その後、受診をしていない方に、保健師及び管理栄養士が、電話及び訪問にて受診勧奨を実施。生活状況の聞き取りや必要に応じて保健指導を実施する。
- **健康状態不明者対策**
KDB活用支援ツール及び介護予防事業参加状況等が登録されている健康管理システムから抽出した対象者へ後期高齢者の質問票を送付。フレイル該当者には医療専門職により、リスクに応じた電話や訪問指導、質問票未回答者には訪問にて質問票の聞き取りを行い、生活状況の確認及びフレイル予防・健診のチラシ配布を行う。また、必要に応じて適切な支援、地域のサービス等につなげる。

ポピュレーションアプローチ

- **健康教育・健康相談**
・通いの場等において、医療専門職によるフレイル予防講話を行い、フレイル予防の概要や取組方法を紹介（フレイルチェックと同時実施）。
・フレイル予防サポーター（フレイルチェック事業における参加者の測定をサポートする）の養成研修を開催し、市民の互助を強化。
・フレイル予防アドバンスサポーター（自主的なフレイル予防の普及啓発活動、フレイルチェック事業を主体的に運営する。）の養成研修、サポーター同士が市のフレイル予防事業・フレイルチェックのあり方について協議する交流会・研修会を開催。
・フレイル予防の普及啓発のため、看護学科や理学療法学科、管理栄養学科のある市内の大学と連携し、講演会や料理教室等の事業を実施。
- **フレイル状態の把握**
健康教育・健康相談と同時に、フレイルチェック事業として、市オリジナル指標の「からだ測定」を実施し、日常生活の振り返りと今後のフレイル予防に向けた生活目標の設定を行う。
- **気軽に相談できる環境づくり**
通いの場代表者が集まる会で、チラシ配布、事業紹介。



フレイル予防料理教室の様子

↑フレイルチェック大会の様子（青色ビブス着用がフレイル予防サポーター）



岐阜県各務原市

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	低栄養	52人	31人	①体重の維持増加率 ②行動目標達成率、10食品群チェックの点数の維持増加率 ③翌年度の健診結果【体重】の改善率	①維持増加率：100%（11人が個別相談に参加。うち、7人が6か月間の介入を終了。また、ほか20人には、電話や訪問にて助言を実施。） ②目標達成率：57.1%、10食品群チェックの点数の維持増加率：100% ③令和6年度末に評価予定
	口腔	14人	8人	①口腔機能項目改善率 ②翌年度のフレイルチェック結果【口腔機能】の改善率	①改善率：66.7%（3人が個別相談に参加し、3か月間の介入を終了。また、ほか5人には、電話や訪問にて助言を実施。） ②令和6年度末に評価予定
	身体的 フレイル	29人	24人	①運動機能項目改善率 ②翌年度のフレイルチェック結果【運動機能】の改善率	①改善率：100%（2人が個別相談に参加。うち、1人が3か月間の介入を終了。また、ほか22人には、電話や訪問にて助言を実施。） ②令和6年度末に評価予定
	重症化予防 （糖尿病性腎症）	中断者25人 未治療者3人	中断者15人 未治療者2人	①勧奨後の病院受診率 ②翌年度の健診結果【HbA1c】の改善率	①中断者の受診率：36%、未治療者の受診率：66.7% ②令和6年度末に評価予定
	重症化予防 （その他生活習慣病）	170人	56人	①勧奨後の病院受診率 ②翌年度の健診結果【血圧・腎機能・脂質】の改善率	①受診率：12.9% ②令和6年度末に評価予定
	健康状態不明 者対策	56人	46人	①当該年度健診受診率 ②医療・介護サービスが必要と判断された者のうち、適切なサービスへの接続率 ③翌年度の健康状態不明者の数	①健診受診率：6.9%、口腔健診受診率：3.4% ②サービス接続率：66.7% ③令和6年度末に評価予定
ポ ピ ュ レ ー シ ョ ン	健康教育・ 健康相談	-	延べ1,658人 実施数96回	①各事業の参加者数	①通いの場等におけるフレイル予防講話：延べ1,346人 フレイル予防サポーター養成研修：27人 フレイル予防アドバンスサポーター養成研修：25人 フレイル予防料理教室：延べ44人 フレイル予防講演会：90人 フレイル予防講座：延べ126人
	フレイル状態 の把握	-	延べ1,425人 実施数82回	①各圏域におけるフレイルチェックの参加率 ②フレイルチェック結果の維持改善率	①北部西：3.7%、西部：5.6%、北部東：5.5%、中部：7.0%、東部：3.2%、南部：1.4%、川島：1.8% ②『フレイル』認知度55%、後期高齢者の質問票における維持改善率：60%、からだ測定における維持改善率：12.5%
	気軽に相談できる 環境づくり	-	チラシ送付 94か所	①フレイルチェックへの参加団体の割合	①参加団体の割合：41.5%

課題・今後の展望

市民が自分自身の健康状態を把握し、フレイル予防に取り組めるよう、様々な媒体を活用し周知していく。また、市民の互助の力を養うため、フレイル予防サポーター養成を行ってきたが、今後はサポーターが主体的に活動できるよう、フレイル予防アドバンスサポーターを養成するなど、体制を整えていきたい。ハイリスクアプローチでは、様々なメニューを設けてきたが、今後は服薬指導の事業も実施していけるよう検討していく。

大阪府東大阪市 官民連携による高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

市の概況(令和6年3月31時点)

人 口	477,684人
高 齢 化 率	28.1%
後期被保険者数	74,952人
日常生活圏域数	25圏域

実施体制

東大阪市

健康づくり課
健康増進事業、保健事業

企画調整担当

ハイリスクアプローチ担当

地域包括ケア推進課
介護予防・日常生活支援総合事業等の高齢者施策

ポピュレーションアプローチ担当

保険管理課

広域連合との調整、予算管理

国保加入者の保健事業、健診事業

委託事業者

ハイリスクアプローチ
事務局

業務内容：関係機関との調整

ポピュレーションアプローチ
事務局

業務内容：講話の関係機関との調整、
健康測定会の実施

保健師団体(NPO法人)

ハイリスクアプローチでの保健師による個別訪問

管理栄養士団体(東大阪市で活動する団体)

ポピュレーションアプローチでの健康教育

ハイリスクアプローチでの個別訪問

歯科医師会

ポピュレーションアプローチでの歯科健康教育

理学療法士会

ポピュレーションアプローチでのフレイル予防の健康教育

▼一体的実施開始前からの取組

課題

国保加入者への保健事業は70歳で途切れており、実施できていなかった。

教室や講座に参加する市民は健康意識が高く、興味がない人へのアプローチができていなかった。

それぞれの課で事業を実施するが連携できていなかった。

データに基づく取組ができていなかった。

保健事業

(特定保健指導、重症化予防事業、生活習慣病予防教室など)

介護予防

(介護予防教室、出前講座など)

その他

(庁内の連携や事業の根拠など)

▼一体的実施開始後の取組

KDBデータや関係職種による地域診断の結果、課題を抽出し、課題に則した取り組みを行う

一体的実施

ハイリスクアプローチ・重症化予防対象者への個別訪問

必要なサービスへの接続

ポピュレーションアプローチ

・フレイルチェック健康測定会
・通いの場でのフレイル予防講話
・フレイル予防基礎講座

必要な支援へ接続

無関心層が健康教室を受講

健康測定会にて介護予防事業で学んだ成果を披露

地域支援事業

地域包括支援センター

介護予防・日常生活支援総合事業

介護予防・生活支援サービス事業

一般介護予防事業(トルクひがしおおさか)

ここがポイント

Point 01

庁内の関係課をつなぐ会議体を設置 & 保健センターと地域包括支援センターで地域課題を共有する会議を開催

担当課が複数あり、各課の状況報告や情報共有を目的として実務者会議を設置した。年に3～4回の担当者会議と、必要に応じて課長級職員が出席する連携会議をし、情報共有を密に行っている。また、庁内だけでなく、地域包括支援センターと地域課題を共有する会議を開催し、地域ケア会議で住民と地域課題を共有した。

Point 02

ハイリスクアプローチ、ポピュレーションアプローチを民間企業に委託

民間企業の集客力や柔軟性を活かし、また業務の効率化を図るため、業務を委託した。ハイリスクアプローチにおいては、2年間の直営でのモデル実施を経て対象者拡大に向けて委託を開始した。ポピュレーションアプローチでは、スーパーや商業施設でフレイルチェック健康測定会を開催したり、90か所以上の通いの場でフレイル予防講話を行うなど、幅広い市民の方にアプローチできている。

Point 03

一体的実施事業と地域支援事業の連動

ハイリスクアプローチの対象者をサービス・活動Cにつなげたり、対象者が一般介護予防事業で学んだ「コーヒーの淹れ方の知識」をポピュレーションアプローチの場で披露するなど、一体的実施事業と地域支援事業が連動する仕組みが整っている。

大阪府東大阪市

事業実績と評価概要(令和5年度実績)

	取組区分	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	その他の重症化予防	343人	311人	① 訪問によるの行動変容の程度 ② 保健指導実施割合 ③ (未治療者)治療につながった数 ④ 訪問実施中の数値の変化	① 行動目標の設定数は147件。設定した人のうち評価まで実施できた人は35.4%。評価した者のうち「概ね達成」48.1%、「達成」26.9%、「達成できず」19.2%であった。 ② 介入割合は90.7%（不在、居所不明などで会っていない人を除いた。）。 ③ 介入によって治療開始したと思われる人は13人。（糖尿病対象者1人、高血圧対象者12人） ④ 訪問回数のバラつきや血圧測定実施者が少ないことなどから評価できていない。
ポピュレーションアプローチ	フレイルチェック健康測定会 (状態把握)	—	649人 (累計)	【健康測定会・通いの場におけるフレイル予防講座共通】 ① フレイルの認知率 ② フレイル該当者の把握状況 ③ フレイル該当者のうち、フレイル予防講座への参加者数	① 健康測定会もしくは通いの場におけるフレイル予防講座に参加されアンケートを回答した1960人のうち、フレイルを知らない人は36.6%、聞いたことはある人が35.4%、意味も知っている人は28.0%であった。 ② フレイル該当者（基本チェックリストにおける事業対象者）は、健康測定会では62.6%、通いの場におけるフレイル予防講座では65.2%であった。 ③ フレイル該当者かつ市からの案内に同意された527人のうち、フレイル予防基礎講座への参加数は93人であった。
	通いの場でのフレイル予防講話 (状態把握)	—	1356人 (累計)	【通いの場におけるフレイル予防講座】 ① フレイル予防に関する意識変容・行動変容が見られた者の割合 ② 継続的にフレイル予防に取り組む団体状況	① 受講後概ね2か月後に実施した追跡アンケートでは、たんぱく質を意識して食べるようになった人は38.4%、生活の中に運動を取り入れた人は45.0%、口腔体操を日常生活に取り入れるようになった44.0%とそれぞれのテーマごとに行動変容がみられた。 ② いつもの体操に口腔体操を加えた・食事提供前に口腔体操をするようになった・フレイル予防の取組を今後の計画に取り入れたなどの変化があった。
	フレイル予防基礎講座 (健康教育・健康相談)	—	128人 (累計)	① フレイル予防に関する意識変容・行動変容が見られた者の割合[受講前後比較]	① 講座受講後のアンケートにおいて、行動変容があった人は87%であった。「口腔体操、唾液腺マッサージをするようになった。」「たんぱく質(牛乳、チーズ)など意識して食べるようになった。」など、講義の中で実際に取り組んだ内容が日常生活での行動変容に繋がっている様子が伺えた。

課題・今後の展望

- ポピュレーションアプローチ、ハイリスクアプローチそれぞれの事業連携や既存事業との連動をさらに深めたい。
- ハイリスクアプローチでは、生活習慣病に取り組んでいるが、医師会、歯科医師会、薬剤師会と連携を深め、市内にある豊富な医療資源を活かしたい。
- ポピュレーションアプローチでは、フレイルの認知度のさらなる向上に向けて、幅広い対象者に取組を行っていききたい。また、事業を適切に評価していききたい。
- 委託事業者と市の役割分担を明確にし、それぞれの業務の連携がスムーズに行えるように調整していききたい。

フレイルチェック健康測定会



フレイル予防基礎講座



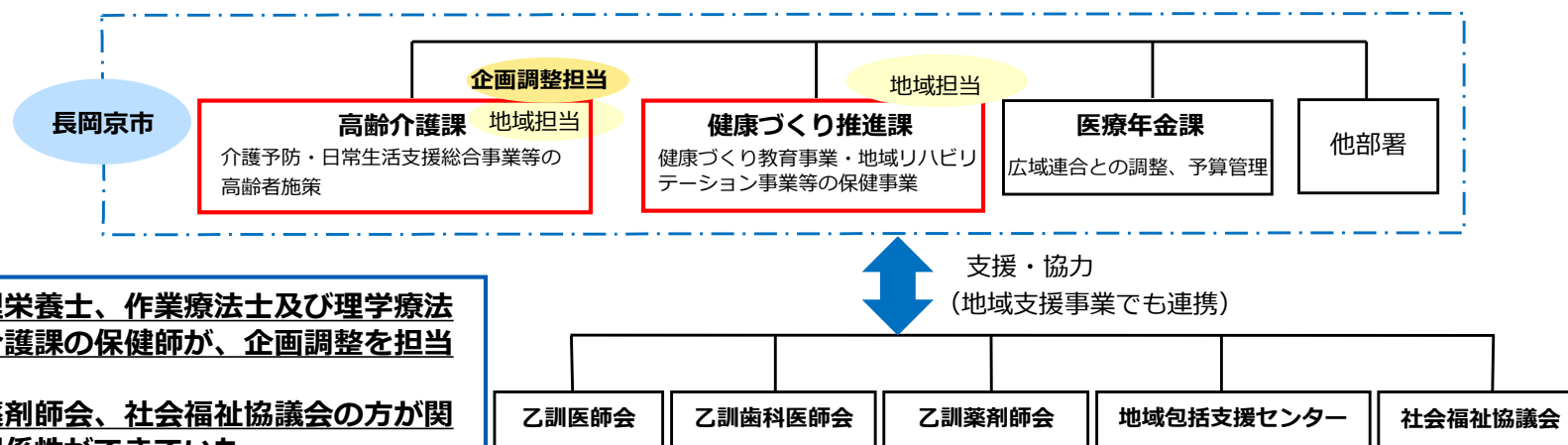
市の概況（令和6年4月1日時点）

人	口	82,258人
高	齢	化
率		26.5%
後	期	被
保	険	者
数		12,842人
日	常	生
活	生	活
域	数	4
数		圏
		域

ここがポイント

- **健康づくり推進課の多職種（保健師、管理栄養士、作業療法士及び理学療法士）と連携して、高齢者施策を行う高齢介護課の保健師が、企画調整を担当している。**
- 地域支援事業で、**医師会、歯科医師会、薬剤師会、社会福祉協議会の方が関わっており、一体的実施事業開始前から関係性ができていた。**
- デジタル戦略課のスマホ教室や交通政策課の交通安全教室等において、フレイル予防をテーマに講演するなど、庁内で分野横断的な連携をはかっている。

実施体制



▼一体的実施前からの取組

後期高齢者健診

一般介護予防事業
での健康教育

課題

- ◆ 未受診者の状態把握
- ◆ 通いの場等、参加者の固定化
- ◆ フレイル啓発の内容の固定化

充実

充実

▼一体的実施での取組

健康状態不明者対策に加え、新たに低栄養高齢者へ
ハイリスクアプローチ

高齢者が**楽しめるポピュレーションアプローチ**を実施

- 内容の工夫→興味を引く測定会など
Ex. 普段知ることができない体の数値の測定会
- 名前の工夫
Ex. ○○フェスタなどイベント系のものにするなど



ここがポイント

- 長岡京市の健診受診率は53.6%（令和5年度実績）と**京都府内で1位**である。毎年50%近くを維持しているが、残りの50パーセントの市民の現状把握をKDBシステムで行い、予防的介入のできる75歳到達の健康状態不明者に対し、ハイリスクアプローチを行っている。
- **生活支援コーディネーターに対し、通いの場で行うポピュレーションアプローチの情報共有を行っている。**生活支援コーディネーターが通いの場に関与することにより、地域の課題を把握でき、市民との関係性づくりに生かすことができる。
- ポピュレーションアプローチを地域を巻き込んで行うことで、地域包括支援センターだけではなく、自治会、民生委員、老人クラブ等を自然と周知し、**支援が必要な人が孤立しないように努めている。**

京都府長岡京市

事業結果と評価概要(令和5年度結果)

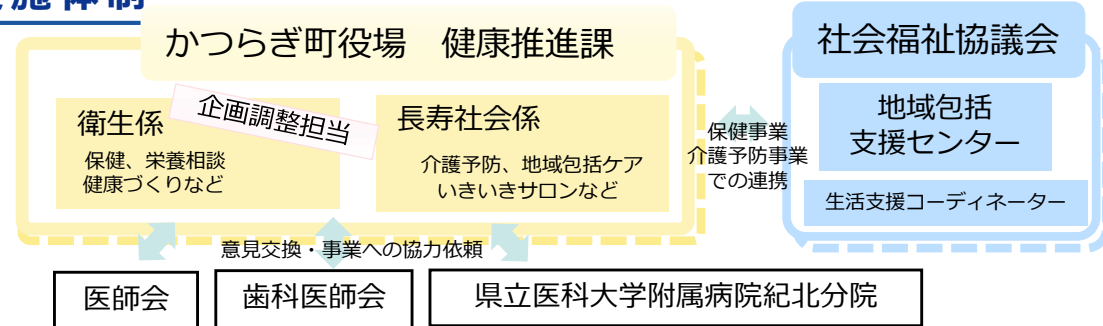
		対象者数	参加者数	評価指標	状況(評価結果)
ハイリスクアプローチ	健康状態不明者	36人	21人	①受診勧奨件数(市独自が作成したチラシを活用) ②個別指導実施件数 ③関係機関(健診、医療、介護等)に結び着いた件数	①36件 ②42件(実人数21人) ③3件(後期高齢者健診2人・地域包括支援センター1人) 訪問しても会えない方が多いため、個別指導できなかった方に対しては引き続き次年度も対象とする。
	低栄養	31人	24人	①BMIの変化 ②MNA(簡易栄養状態評価)の変化 ③体組成計計測による筋肉量の変化	①維持(±1kg)12人・増加(+1kg)10人 BMI20以上になった2人 ②改善6人・変化なし16人 ③増加7人・変化なし(±0)2人 介入中に転倒や持病の悪化で問題が複合化する方が複数発生した。初回面談から管理栄養士のみならず多職種に関わる必要があると痛感。来年度面接に複数専門職で対応することとした。
ポピュレーションアプローチ	健康教育・フレイル状態の把握	-	43か所 1081人(累計)	①啓発人数 ②啓発団体数及び実施回数 ③問診票実施件数 ④フレイル状況に改善が見られた件数	①1,081人 ②43団体・延56回実施 ③517件(16団体) ④維持・改善が見られたのは110件(1年間に2回フレイルチェックできた168件、65.5%となる。) 積極的にアプローチしたことにより教室を希望する団体や定期的な実施を希望する団体が増えているが、それに対応する医療専門職の確保が課題。参加者の協力も得ながら効率的に実施することを模索中。

課題・今後の展望

- ハイリスクアプローチで低栄養改善だけでは対応しきれない方が複数人あった。令和6年度からは、初回面接を集団での測定会とし、その際に複数の専門職で対応する。
- 今後も、高齢者が楽しんで参加できるフレイル予防の方法を模索し、多くの人々とつながりが生まれるようにしていきたい。
- 高い健診受診率を維持しながら、未受診者に対しては引き続きアプローチをしていきたい。

実施体制

町の概況（令和6年3月31時点）		
人口		15,537人
高齢化率		40.3%
後期被保険者数		3,735人
日常生活圏域数		1圏域



▼一体的実施開始前からの取組

町役場の地区担当保健師
による健康教育

課題

町全体として、地域の課題を
把握し、どう取り組むか」を
明確にし、役場と包括が一体
で保健事業に取り組みたい。

地域包括支援センターによる
高齢者に対する健康教育

課題

通いの場を把握するとともに
通いの場を増やしたい。

課題

短期集中サービスの充実を
はかりたい。

通いの場

従前相当サービス

サービスA

短期集中サービス

総合事業

▼一体的実施開始後の取組

町の目標は「健康寿命日本一のまちをつくる」
町の健康課題は「身体的フレイルと口腔フレイル」

一体的実施

地区担当保健師・委託保健師
管理栄養士による
低栄養、
健康状態不明者への
ハイリスクアプローチ

地区担当保健師、理学療法士及び歯科衛生士に
よる
フレイル予防のための健康教育
(ポピュレーションアプローチ)

必要なサービスへの接続

フレイルチェックで住民と課題を共有

状態によって適切なサービスを選択

短期集中サービス

サービスA

従前相当サービス

いきいきサロン活動
(通いの場での趣味活動、フレイルチェッ
クも含めた健康づくり)

総合事業

ここがポイント

Point
01

町全体の保健事業のあり方の統一

一体的実施開始前は、地域包括支援センターが高齢者に関する訪問や介護予防の普及啓発を、町役場の地区担当保健師が高齢者も含む保健事業をそれぞれ行っていた。一体的実施を始めることで、**企画調整担当が、定性データ・定量データの両面からデータ分析を実施。分析結果に基づいた事業を企画し、地域包括支援センターと地区担当保健師が「どのような課題にどう取り組むか」を一緒に検討している。**

Point
02

一体的実施と短期集中サービス・通いの場との連動

令和4、5年度の加速化事業を通じて、**かつらぎ町の目指す姿「健康寿命延伸」「住み慣れた地域で自分らしい生活を続ける」を関係者で共有できた。**
地域支援事業の短期集中サービスを主軸としてチームができており、一体的実施で支援が必要な方がいれば、適切な支援に接続できる体制を作っている。

和歌山県かつらぎ町

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	健康状態不明者等	32人	22人	健康状態の把握	● 健診につながった件数(0人) 訪問をきっかけに地域包括支援センターと連携し、家族も困っている処遇困難なケースに対応することができた。 ・ 医療受診に至った割合50% (3人/医療受診が必要と思われた者6人中) ・ 歯科受診に至った割合33.3% (2人/歯科受診が必要と思われた者6人中) ・ 介護利用に至った割合33.3% (1人/介護サービスが必要と思われた者3人中) ・ その他 死亡 3.1%(1人) 訪問拒否 25%(8人) 所在不明 3.1%(1人)
ポピュレーションアプローチ	健康教育 健康相談	-	5か所 162人 (延べ)	フレイル予防に取り組む者の割合	アンケート回収サロン3か所(参加実人数64人のうち32人中のデータ) ・ 口腔体操をするようになった: 25.0% ・ よく噛んで食べるようになった: 25.0% ・ 受講前に比べて歯磨きの回数が増えた: 31.3% アンケート回収者の13人(40.6%)が何らかのフレイル予防に取り組むようになった。 ※ 2か所(34人)は、1、2回目は実施できたが3回目の日程が合わず、開催ができなかったため、年度内にアンケートの回収もできなかったため評価できていない。

ここがポイント

- 地区担当保健師が健康教育を行うことで、地域全体の課題を意識した事業を行うことができています。
- 短期集中サービスの対象者を把握できるチェックシートを活用し、ハイリスクアプローチ・ポピュレーションアプローチで使用することで、積極的に短期集中サービスへの案内を行っている。
- その他にも、支援が必要な方は、地域包括支援センターや社会福祉協議会と連携し、地域支援事業・一体的実施等、適切な事業への接続ができています。



課題・今後の展望

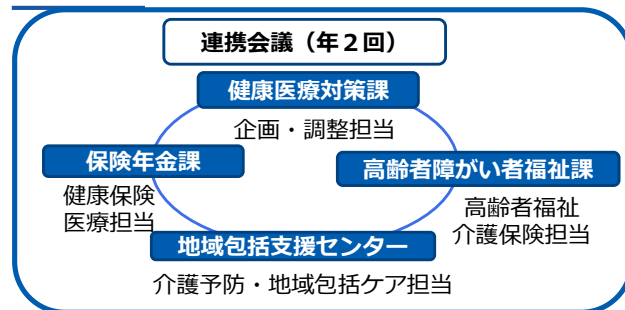
- 低栄養の方へのアプローチは行動変容が見られる一方で、支援が必要な健康状態不明者に対して受診勧奨をするが、行動変容が起こりづらい。
- 口腔フレイルが見られる方について、歯がなくても困らないという認識の方が多く、受診や治療の必要性を感じてもらいづらい。口腔に関心を持ってもらえるように働きかけていきたい。
- 定性データの裏付けとして、KDBシステム等の定量データを分析し、ポピュレーションアプローチで可視化することで、町民が町の課題を自分ごとと感じてもらえるよう工夫している。
今後も積極的にデータ活用していきたい。

島根県 江津市 通いの場を活かした一体的実施の推進

市の概況(令和6年3月31日時点)

人口	21,464人
高齢化率	40.7%
後期被保険者数	4,952人
日常生活圏域数	4圏域

実施体制



連携

連携

江津市医師会

江津市歯科医師会

浜田地区歯科衛生士会

しまねリハビリテーション
ネットワーク

地域(まちづくり協議会、
食生活改善推進協議会等)

ここがポイント

☞ 通いの場の参加率県内第2位
週1回参加率18.2%(R3)

☞ 後期高齢者健診受診率が高い
43.7%(R5)

☞ 高齢化率は上昇しているが
要介護認定率は低下傾向

取組の経緯

令和4年度に一体的実施の取組開始したが、以前から市内各地区の健康づくり推進会(現まちづくり協議会健康・福祉を考える部会)を核として市保健師と協働で、地域の生活習慣病予防、介護予防対策に関して取組を進めていた。また、骨折予防の取組の一環としていきいき百歳体操を地域包括支援センターでモデル的に実施し、市内各地の通いの場で実施件数を増やしていった。通いの場は、様々な住民主体団体が運営主体となっており、令和3年度の高齢者の通いの場の参加率(週1回)は18.2%と、全国2.2%や島根県3.0%を大きく上回っており(「第9期島根県介護保険事業支援計画」より)、通いの場を活かした一体的実施事業の取組を推進している。

企画調整・関係機関との連携

- 医師会及び歯科医師会との連携
健康課題について情報共有、意見交換を行い、対策についての助言をいただき連携を図っている。
- 地域リハビリテーション活動支援連絡会(現しまねリハビリテーションネットワーク)との連携
市は地域課題等について、地域リハビリテーション活動支援連絡会(現しまねリハビリテーションネットワーク)と連携し、介護予防についての課題と取組について情報共有、意見交換を行っている。また、通いの場での運動に関する情報提供、活動量アップに向けた実技指導等についても連携を図っている。

ポピュレーションアプローチ

- 通いの場を活用した多職種によるフレイル予防
保健師、管理栄養士、歯科衛生士、リハビリ専門職、食生活改善推進員、生活支援コーディネーターが通いの場等で以下のような取組を実施している。
※事業の一部を食生活改善推進員に委託
①いきいき百歳体操(江津市版)
②フレイルチェックアンケート調査の実施
③健康診査についての啓発
④食生活改善推進員、栄養士による口腔、栄養に関する啓発
- 男性の社会参加の実態把握とフレイル予防
男性の参加が多く、介護予防ポイント活動に参加している通いの場で、フレイル予防啓発や男性の社会参加に関するニーズ調査等を実施している。



【通いの場の様子】

ハイリスクアプローチ

- 低栄養
保健師、管理栄養士が対象者へ3か月間に2回訪問指導を実施。対象者の状況に合わせた個別の指導用資料を作成し指導を行っている。
- 健康状態不明者
市で基本チェックリストを元に作成した元気確認シートを対象者に郵送し、返信回答をもとに健康づくりアドバイス票を送付している。フレイル該当者、元気確認シートの未提出者に対しては、健康状態を確認するために個別に訪問し状況確認、健診の受診啓発を行っている。

高齢化率・要介護認定率の推移

☞ 高齢化率と要介護認定率

高齢化率	R元 39.0% ⇒ R5 40.7%
要介護認定率	R元 22.1% ⇒ R5 21.0%
(※参考 島根県 R5 高齢化率35.0% 認定率20.9%)	

島根県 江津市

事業結果と評価概要（令和5年度結果）

		対象者数又は 実施箇所数	参加者数	評価指標	状況（評価結果）
ハイリスク アプローチ	低栄養	対象者数 25人	2人	① 体重が維持または増加した割合 ② 目標達成率	① 2人とも体重が増加（100%） ② 2人とも個人の目標達成（100%）
	健康状態不明者対策	対象者数 17人	17人	訪問等により状況把握ができた人	・ 13人は訪問等により状況が把握できた。 ・ 4人は訪問したが本人に会えず家の状況確認のみ。 ※17人のうち、他機関と情報共有した人が1人、 介護サービスの相談へ繋がった人が1人
ポピュレーション アプローチ	健康教育・健康相談	実施箇所数 81か所	2,799人	① 参加者数 ② 後期高齢者歯科口腔健診の受診率の伸び	①参加者数 R4 765人 ⇒ R5 2,799人 実施箇所数 R4 26か所 ⇒ R5 81か所 ②後期高齢者歯科口腔健診の受診率(R4県平均11.6%) 8.43%(R3)⇒11%(R4)⇒10.45%(R5) 後期高齢者健康診査受診率（R4県平均24.4%） 42.6%(R3)⇒43.6%(R4)⇒43.7%(R5) ※後期高齢者健康診査は県平均より高い受診率で推移。
	フレイル状態の把握	実施箇所数 47か所	458人	① フレイルチェックアンケートの変化 ② フレイルチェック	「ウォーキングや百歳体操等の運動を週に1回以上している」8.0%(R4)→3.8%(R5)と減少し、「以前に比べて歩く速度が遅くなってきた」と答えた人が約半数を占める等の課題が把握できたため、今後の取組に活かすこととした。

課題・今後の展望

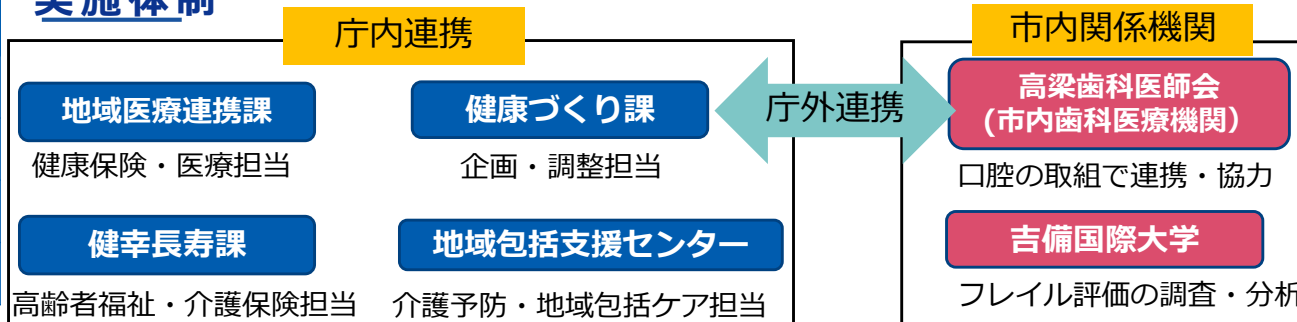
- 元々通いの場の取組としてフレイル状態の把握、いきいき百歳体操、健康教育・健康相談などの取組を進めていたため、一体的実施の素地があったが、一体的実施の取組を進めていく中で、庁内外連携を進め情報共有、意見交換を実施することで多方面からのアプローチで取組を深化することができた。
- 令和6年度からはフレイル予防のより実践的な啓発を行い、高齢者の行動変容に繋がるよう「運動機能分析装置」を活用した健康状態の見える化を図る。
- 市は医療専門職の人員不足という課題があるため、令和6年度以降、運動指導に関しては市外の民間業者（健康運動指導士が所属）に委託し、人員不足の解消と専門的な視点での介入を図る予定である。

岡山県 高梁市 ―オーラルフレイル予防に重点を置いた一体的実施の取組―

市の概況（令和5年4月1日時点）

人 口	27,358人
高 齢 化 率	42.58%
後期被保険者数	6,867人
日常生活圏域数	7圏域

実施体制



高梁市健康づくりイメージキャラクター まつ姫

取組の経緯

市内で医療、介護、保健及び福祉の関係課が集まり地域全体で高齢者を支える仕組みや高齢者自身の自立等について本市の課題を共有した。これをもとに、「健康寿命の延伸」と「後期高齢者医療を持続可能な仕組みとするための医療費の適正化」を目標として、市内関係課、地域の関係機関、団体と連携して高齢者の健康管理や介護予防を一体的に実施していくための体制を構築した。令和2年度に健康状態が不明の高齢者を訪問し、口腔機能に課題がある高齢者が多いことを把握した。高額セプト発生疾患は「誤嚥性肺炎」が上位を占めていることから、令和4年度から歯科医師会と連携し、重点的にオーラルフレイルの取組を推進している。

企画調整・関係機関との連携

- **市内連携**
健康づくり課、健幸長寿課、地域医療連携課及び地域包括支援センターが目的や課題を共有し役割分担をしている。
- **大学との連携**
市内の吉備国際大学と連携して、地域の通いの場に出向き、体力測定を実施し、フレイル評価の調査と分析を行っている。
- **歯科医師会との連携**
高梁歯科医師会と令和3年度から口腔の取組に向けて相談を開始。オーラルフレイル予防事業で市内の歯科医療機関と連携し診療情報を参考に保健師が口腔ケアの指導を行っている。

ポピュレーションアプローチ

- **健康教育・健康相談（口腔）**
地区担当保健師と歯科衛生士が市内で口腔機能に重点を置いた健康教育をグループごとに2回実施。対象は自宅や公民館などで自主的に口コモ予防体操を実施している体操グループと、65歳以上の虚弱な高齢者を対象としたミニデイサービス。
1回目：集団チェック
後期高齢者の質問票と口腔機能チェックシートと咀嚼力判定チェックを行い、オーラルフレイルをテーマに健康教育・健康相談を実施。また、唾液腺マッサージやパタカラ体操を実践し、通いの場や自宅で定期的な取組を指導している。チェックシートでハイリスク判定された方に対しては保健師が個別訪問しハイリスクアプローチへ繋げている。
2回目（6か月後）：アフターフォロー
1回目と同じチェックシート等を使い、口腔体操等日々の取組の成果を個々に確認してもらう。併せて、フレイル予防、生活習慣病予防について啓発を行う。

ハイスコアアプローチ

- **健康状態不明者対策**
地区担当保健師が75歳以上で1年以上健診、医療、介護及び福祉の利用がない人を抽出し、後期高齢者の質問票と口腔機能チェックシート・咀嚼力判定チェックを行い、健康状態等を把握する。必要に応じて健診、医療機関の受診勧奨を行う。
- **口腔**
通いの場の健康教育または健康状態が不明な高齢者への訪問でオーラルフレイルハイリスクと判定された人に対し、地区担当保健師が全数状況を把握し、初回と6か月後の2回、訪問指導を実施。
初回訪問時
生活状況を把握し、口腔機能体操等必要に応じた保健指導を実施する。歯科受診が必要な人に対しては、情報提供書「高齢者口腔機能状況」を発行し、本人が受診した歯科医療機関から「オーラルフレイル予防医療連絡票」を返信してもらう。
2回目訪問時
歯科受診状況を確認し、再度、後期高齢者の質問票と口腔機能チェックシートと咀嚼力判定チェックを行い、評価する。

岡山県 高梁市

事業結果と評価概要（令和５年度結果）

	取組	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	健康状態不明者対策	抽出人数 101人	介入人数 97人	①健診を受診した人数 ②医療(医科・歯科)・介護サービスにつながった人数 ③口腔機能チェックシート・後期高齢者の質問票の改善状況	①介入後健診受診 6人(6.2%) ②介入後医療機関を受診(歯科以外)19人(19.6%) 介入後歯科医療機関を受診 15人(15.5%) 介入後介護サービスへつながった 15人(15.5%) ③全体的な評価 維持：44人(45.4%) 改善：21人(21.6%) 悪化:11人(11.3%)
	口腔	ハイリスク者 59人	59人	①歯科受診した人数 ②口腔機能チェックシートよりオーラルフレイルリスク者の変化 ③要介護認定の状況	口腔ハイリスク者59人に訪問または面談 ①歯科受診 新規4人、継続受診23人 合計27人 ②口腔機能チェックの各項目で改善が見られた。 ③要介護認定者 1名（R6.3末時点）
ポピュレーションアプローチ	健康教育・健康相談	通いの場での実施回数 29回	参加者 (延べ) 714人	①参加者数・率 ②ハイリスクアプローチにつないだ人数 ③口腔機能チェックシート・後期高齢者の質問票の改善状況 ④口腔機能向上への体操・マッサージ等の定例実施状況と個人実践状況 ⑤フレイル該当者数	①参加者数：実390人、延べ714人 参加率5.7% ②ハイリスクアプローチにつないだ人 59人 ③口腔機能チェックシート・咀嚼力等の改善者の割合は各項目で改善の必要性がある。 ④パタカラ体操実施者、唾液腺マッサージ実施状況 共に増加している。 ⑤フレイル該当者 61人（16%） プレフレイル該当者 227人（59%）

【自由記載欄】

地域包括支援センターが実施する生活支援体制整備事業の一環で毎年1～2回ほど地区の課題を話し合う地区ミーティングが開催されており、市の保健師が参加している。地区ミーティングでは、地域の健康課題や生活支援に関する課題、ニーズを共有しサービスや仕組みづくりにつなげている。

課題・今後の展望

- ・事業実施を通じて、保健師が地域の高齢者の生活実態を把握する機会となり、ケース支援を通じ、医療・介護・福祉各分野の制度理解につながり、関係機関と連携を取りやすくなったことは一体的実施の一つの成果と考えている。市の取組の特長であるきめ細やかな対応を維持しつつ、関係各課や医療機関等と連携して事業を継続していく予定である。
- ・K D Bによる分析、データヘルス計画による分析結果から、フレイル予防に加え生活習慣病重症化予防の取組について、国保から後期高齢へ途切れることなく継続的に実施できる体制を整える必要がある。

高知県南国市 ーわたしの望む生活が続けられるまちづくりを目指してー

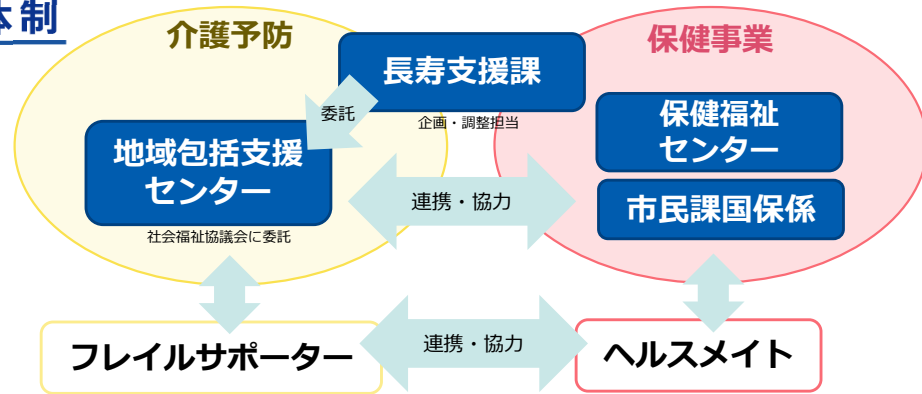
～セルフマネジメントによる健康づくりを推進～

市の概況(令和6年4月1時点)

人	口	45,886人					
高	齡	化	率	31.9%			
後	期	被	保	険	者	数	8,371人
日	常	生	活	圏	域	数	1圏域



実施体制



南国市PRキャラクター
シャモ番長

取組の経緯

- 長寿支援課と地域包括支援センターで、令和3年度からフレイルサポーターを養成し、通いの場等参加者へのフレイルチェック等を開始した。また、令和4年度から健診、医療、介護及び通いの場に未参加者の75歳以上にアウトリーチ支援を開始した。
- 介護予防事業は新規取組等で先行する中で、医療、介護、保健の情報や事業等支援は庁内各部署でうまくつながっていないため仕組みづくりを目的に、定期的に検討会議を実施し、一体的に実施する枠組みを構築した。

企画調整・関係機関との連携

- **地域包括支援センター**
保健師の他、理学療法士や作業療法士等の専門職が常勤しているため、各種事業や会議、企画等で情報共有や事業実施時に連携協力している。
- **土佐長岡郡医師会**
事業計画や取り組み等を説明し、助言を受けている。
- **地域リハビリテーション連絡会**
市内リハ専門職の地域支援事業全体への参画を促進するためネットワーク形成の地盤づくりとして、令和5年度から地域包括支援センターが窓口となり、定期的に開催している。

ハイスコアアプローチ

- **糖尿病性腎症重症化予防**
- **健康状態不明者対策**
後期高齢者質問票を事前通知し、返信の有無に関わらず訪問し、質問票から見えない背景等の情報把握に努めている。
また、保健部門の保健師と地域包括支援センターの保健師が同行訪問。
必要に応じて民生委員や生活支援コーディネーターとも情報共有を行っている。

ポピュレーションアプローチ

- **気軽に相談できる環境づくり**
市健康イベントや商業施設と連携し、専門職と市民サポーターが協力して、フレイルチェック体験や健康相談会を実施している。令和6年度は、オーラルフレイル啓発をテーマとし、フレイルサポーターによるフレイル測定その他、歯科衛生士による健康相談、管理栄養士とヘルスマイトによる食啓発イベントを同時開催した。
- **介護予防デジタルポイント事業(以下、「のぞポ」)との連携**
別事業で取り組んでいる「のぞポ(わたしの望む生活応援ポイント)」と一体的実施事業において、連携を図っている。のぞポは市内の65歳以上を対象に、セルフマネジメントによる健康づくりを目的として、健康習慣や社会参加促進につながる活動に対しポイントを付与する仕組みであり、予防行動を継続してもらえよう、出張窓口等にて普及啓発に取り組んでいる。



高知県南国市 一わたしの望む生活が続けられるまちづくりを目指してー

～セルフマネジメントによる健康づくりを推進～

事業結果と評価概要（令和５年度結果）

● ハイリスクアプローチ

取組区分	対象者数	参加者数	評価指標	状況（評価結果）
健康状態不明者	138人	64人	・健康状態が把握できた件数 ・必要なサービスに接続できた件数 ・健診を受診した者の数	●健康状態が把握できた件数：64件 ・資格喪失、医療・介護サービス利用等で訪問除外した者の数：52人 ・家族他関係者から把握した者：2人 ・本人、家族にも会えない、生活実態がつかめない人：10人（うち、4人は返信アンケートで把握済） ●面談した者のうち、必要なサービスに接続した数：6人 ●抽出者のうち健診を受診した者の数：5人

● ポピュレーションアプローチ

取組区分	通いの場（実績）	参加者数（累計）	評価指標	状況（評価結果）
健康教育・健康相談	4か所	39人	・参加者率 ・実施できた箇所数 ・必要な支援につないだ人数	・参加者率については母数の根拠が不明確のため未集計とした。 ・実施できた箇所数：4か所 ・必要な支援につないだ人数：0人 ・事業に対する担当者間の認識理解、受け入れ調整等に時間を要した。
その他複合的取組	2か所	218人	・参加者数 ・情報提供等健康相談、保健指導を行った人数 ・必要な支援につないだ人数	・参加者：218人 ・情報提供等健康相談、保健指導を行なった人数：63人 ・必要な支援につないだ人数：0人

- ・令和５年度から令和６年度にかけて、理学療法士、作業療法士とフレイルサポーターでフレイル予防体操を作成した。
- ・フレイルサポーターやヘルスメイト等の市民ボランティア団体と専門職が協力し、勉強会等で交流。フレイルサポーターは介護予防事業管轄、ヘルスメイトは保健事業管轄であり別々で活動していたが、フレイル予防啓発という共通テーマで専門職と市民ボランティア団体がポピュレーションアプローチを推進していくことを目指す。

課題・今後の展望

- 楽しみながら予防行動が継続でき、生活にもつながる健康ポイント事業について、1人でも多くの65歳以上の市民が利用するよう普及啓発を行う。引き続き、情報発信、データ活用、セルフマネジメント力向上等ポピュレーションアプローチのひとつとして活用を推進する。
- 専門職は、ポピュレーションアプローチにおいて、市民参加型の健康づくりとして市民サポーターが主体的、継続的に活動していけるよう伴走、後方支援し、ハイリスクアプローチにおいて丁寧に支援を強化していく。地域分析の共通指標として後期高齢者質問票を通いの場の参加有無で比較する等フィードバックできるように活用していく。

愛媛県西予市 一フレイル予防で“元気だ！せいよ”ー

小地域毎の健康課題に焦点をあて展開する一体的実施の取組

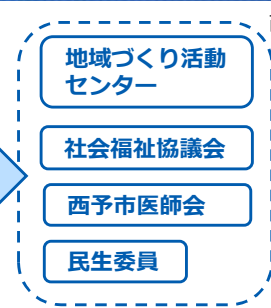
市の概況(令和6年4月1時点)

人	口	34,191人
高 齢 化 率		44.4%
後期被保険者数		9,172人
日常生活圏域数		3圏域

取組の経緯

- 高血圧と糖尿病を健康課題と考え、平成25年度から重症化予防の取組としてハイリスク者に対し受診勧奨と保健指導を実施し、平成26年度から主治医連絡票を用いて、主治医と連携し保健指導を実施してきた。また、ポピュレーションアプローチにおいては、一般介護予防事業において介護予防の普及啓発事業を長寿介護課、地域包括支援センターと連携して実施してきた。
- 県・同規模自治体と比較して、後期高齢者の割合や介護給付費等が高く、また要介護認定者の有病状況では心疾患、脳血管疾患等が高いことから、生活習慣病の重症化予防を国保から切れ目なく取り組む必要があると考えた。また、KDB等を活用した健診の分析等を関係者で行った結果、健康問題に着目したポピュレーションアプローチを既存の介護予防事業と一体的に実施することが効果的と考え、令和3年度から取組を開始した。

実施体制



西予市イメージキャラクター
せい坊



企画調整・関係機関との連携

健康課題の分析

疾患と合わせて食生活の状況等も地域毎に分析している。

連携と役割の明確化

- **社会福祉協議会、地域づくり活動センター**※
通いの場の運営支援、サロン等での健康教育に協力。特に地域づくり活動センターと各支所は密に連携しており、地域資源の情報提供等も受けている。
- **地域包括支援センター**
定期的な連絡会で情報共有し、事業の企画や評価等を検討している。ポピュレーションアプローチ等において協力連携している。
- **医師会**
重症化予防事業で協力している。
- **健康づくり推進協議会**
1年に2回程度開催し、事業報告をしている。

※西予市小規模多機能自治活動拠点施設。令和5年4月、社会教育の拠点である地区公民館を、地域づくり活動の拠点となる地域づくり活動センターに移行した。

ハイリスクアプローチ

- **低栄養**
- **糖尿病性腎症重症化予防**
- **その他生活習慣病重症化予防（高血圧）**
- **その他生活習慣病重症化予防（認知症把握）**
令和3年度から健診時の質問票を活用して状態把握及び支援をしていたが、令和6年度から健診受診者が多い地区をモデル地区として選定し、長寿介護課及び地域包括支援センターと協力して健診当日に個別相談を実施。認知項目のみではなく高血圧等の項目も確認し、フォローしている。モデル地区以外は、2～3か月ごとに対象者を抽出し、状況を確認している。
- **健康状態不明者対策**
対象者を関係課内で情報共有。事業実施前に民生委員会で実施について周知し、協力依頼を行った。必要に応じて民生委員も同伴訪問。

ポピュレーションアプローチ

- **オーラルフレイル予防**
歯科医療資源の乏しい地域を対象に、歯科衛生士による健康教育や個別相談を実施している。
- **低栄養予防**
やせている方の多い地区のサロン等で健康教育を実施。管理栄養士が作成した朝たんチェック表を使用して朝食のたんぱく質摂取量、食事バランスを確認し低栄養防止につなげている。

朝たんチェック表

朝たんチェック

3	4	5	4	3
白米	パン	味噌汁	煮物	漬物
6	5	3	4	3
卵	肉類	魚類	大豆製品	野菜
4	5	2	5	2
果物	豆類	海藻類	きのこ類	納豆
2	2	5	4	3
野菜	肉類	魚類	大豆製品	漬物

目標せ！朝ごはんにはたんぱく質 20g
主食・主菜・副菜を組み合わせよう。

合計

健康教育の様子



愛媛県西予市 フレイル予防で“元気だ！せいよ”

小地域毎の健康課題に焦点をあて展開する一体的実施の取組

事業結果と評価概要（令和５年度結果）

● ハイリスクアプローチ

取組区分	対象者数	介入者数	評価指標	状況（評価結果）
低栄養	10人	8人	①体重 ②アルブミン値（可能な場合） ③生活習慣	医療機関から連絡により栄養指導 1 人、本人の希望により栄養指導 1 人 3か月後の評価をできた 1 人は、フレイル状態は改善されなかったが、生活面の改善は見られた。
糖尿病性 腎症重症 化予防	25人	23人	①HbA1c値 eGFRの値 ②生活習慣改善 ③医療機関受診者数	【医療機関受診状況】 治療開始：2 人、治療再開：1 人、健診後医療機関受診：3 人、定期的に経過観察（血液検査）：13 人、 他疾患治療中：3 人、すでに治療中：1 人 【医療機関との連携】 主治医連絡票使用：3 件（返信3件、うち保健指導要2名実施）
その他の 重症化予 防	30人	27人	①血圧値 ②生活習慣の改善 ③医療機関受診者数	【医療機関受診状況】 治療開始：5 名、健診後医療機関受診：6 人、他疾患治療中：8 人、未受診：8 人 【医療機関との連携】 主治医連絡票使用：5 件（返信4件、うち保健指導要3名実施）
健康状態 不明者	84人	74人	①健康状態把握し相談・指導した人数 ②課題の有無 ③受診等必要なサービスにつながった数	①74名※ ②課題あり25人 課題なし40人 ③健診受診：6 人、医療機関受診：3 人

● ポピュレーションアプローチ

※介入し相談等したが課題まで把握しきれなかった人を含む

取組区分	通いの場 （実績）	参加者数 （累計）	評価指標	状況（評価結果）
その他複 合的取組	62か所	892人	①実施回数・参加者数 ②新規介入の通いの場数 ③フレイル認知度 ④重点健康教育について：オーラルフレ イル予防理解・生活習慣の行動変容 ⑤質問票実施数 ⑥個別フォロー者数	①実施回数：延べ101回 参加者数：延べ892人 ②14箇所 ③29.5% ④重点的に介入した地区：アンケートで固いものが食べにくくなった等の項目で改善が見られた。 また、生活習慣の改善においては、義歯や歯の手入れに時間をかけるようになった等行動変容が見 られた。基準緩和型デイスサービス：ガムを噛むようになった方3人、歯科受診を予定している方3人 ⑤818人 ⑥65人

- ・ハイリスクアプローチでの低栄養予防では、10食品チェックシートを使用し見える化するとともに、食材選びや宅配利用等具体的な方法を提案し栄養指導を実施した結果、栄養改善につながった。
- ・医療中断者は認知症の方も多く、治療や通いの場につながった事例もある。また、オーラルフレイル予防の健康教育から個別支援につながった事例もある。

課題・今後の展望

- 引き続き関係機関と健康課題の共有等を行い、後期高齢者の重症化予防のための効果的な取組内容、対象者、方法を検討していく。
- フレイル予防の普及啓発は通いの場等で実施しているが、新たな対象者への普及啓発が必要である。今後、医療職の介入のない通いの場でのフレイル予防の啓発を実施し、フレイル状態の人への個別指導につなげる体制づくりを目指していく。

熊本市熊本市 一効果的なデータ活用・庁内連携で実現する高齢者支援の充実一

市の概況（令和6年4月1時点）

人	口	728,677人					
高	齡	化	率	27.4%			
後	期	被	保	険	者	数	104,051人
日	常	生	活	圏	域	数	27圏域

実施体制



高齢福祉課
介護保険課

高齢者支援担当

国保年金課
（主担当課）

企画・調整担当

医療対策課

保健衛生担当

一体的実施庁内WG

健康福祉政策課
健康づくり推進課
保護管理援護課

健康福祉担当



地域包括支援センター

各区福祉課・保健こども課

医師・歯科医師会・大学等

取組の経緯

- ・健康、医療及び介護の各分野において、以前から、各課で健康増進、生活習慣病予防、介護予防に取り組んでいたが、各課の既存事業の情報共有や市が保有するビッグデータの分析や活用、市民との健康課題の共有が不十分であること、健康増進活動に取組む地域や人が固定化しつつあることなどが課題であった。
- ・新型コロナウイルス感染症予防で外出を自粛する高齢者の疾病の重症化やフレイルリスクが高まることが懸念されたため、令和3年度から、庁内一体となった高齢者の支援体制づくりに取り組むこととなり、一体的実施事業を開始。
- ・R3年度は5圏域、R4年度は10圏域、R5年度は15圏域をモデル圏域に選定し、実施圏域を段階的に拡大。R6年度からは市内全27圏域で本事業に取り組んでいる。

企画調整・関係機関との連携

- 庁内連携
 - ・関係課（全体）で実施する「庁内連携会議」（年2回）の中で一体的実施の取組の周知、報告、意見交換を行っている。
 - ・各計画との整合性を図り、各課の既存事業を整理、連動させることで、効果的に高齢者支援を推進していくため、高齢者支援に関する主務関係課で「一体的実施庁内WG」を構成し、課を超えた業務の横連携を図っている。
- 医療関係団体等との連携
 - 医師会等には、事業の周知、啓発協力（骨折予防）依頼等を行っている。
- 熊本大学（整形外科）との連携
 - 骨折予防に関して、大腿骨骨折リスク判定ツールの提供や研修会の講師として支援を受け、連携を図っている。

ハイリスクアプローチ

- フレイル予防
 - 健診結果から低栄養、口腔及び身体的フレイルのリスクのある対象者を抽出し、短期集中予防サービスの利用勧奨をしている。また、地域包括支援センターと連携し、対象者が利用を希望する場合、スムーズに利用申請手続きにつながるよう工夫している。
- 生活習慣病重症化予防（糖尿病性腎症等）
 - 国保において糖尿病の医療費が高い課題を踏まえ、糖尿病性腎症予防のためにHbA1c基準該当者を対象とし、通知、訪問等にて医療機関への受診勧奨と保健指導を実施。
- 骨折予防対策
 - 熊本県後期高齢者医療広域連合が示した貧血と骨折の相関を踏まえ、貧血がある者へ通知、訪問等にて、医療機関への受診勧奨や転倒・骨折予防を踏まえた保健指導を実施。予防的に介入を行うため、BMI値や体重減少の有無に関わらずHb11g/dL未満を対象としている。訪問時は握力測定や開眼片足立ちを実施することで、対象者自身が転倒、骨折リスクを認識し、行動変容や自己管理ができるよう促している。

ポピュレーションアプローチ

- 健康教育・健康相談
 - 通いの場において、体力測定や後期高齢者の質問票等を活用し、参加者の健康状態の把握やフレイル予防や骨折予防等の普及啓発活動及び参加者の状況に応じた健診・医療受診勧奨や介護サービス等の利用勧奨を行っている。
 - より具体的に健康状態を把握するため、体力測定結果とアンケート結果（後期高齢者の質問票等）を組み合わせ、フレイルリスク等を判定し、本人へ結果返却している。
 - 併せて、体組成測定、大腿骨骨折リスク判定ツール等の活用をすることで、本人が網羅的に健康状態を知り生活改善を行うきっかけづくりを行っている。
 - また、通いの場ごとの集計結果を提示することで、継続した健康づくり活動の意義を感じてもらえるよう働きかけている。



熊本県熊本市

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	低栄養	130人	14人	短期集中予防サービスを利用した人数（割合）	14人（うち栄養改善プログラム利用者13人（93%））
	口腔機能低下防止	565人	37人	①短期集中予防サービスを利用した人数（割合） ②歯科口腔健診受診率	①37人（うち口腔機能向上プログラム利用者22人（59%）） ②40人（7%）
	身体的フレイル予防	293人	15人	短期集中予防サービスを利用した人数（割合）	15人（うち運動機能向上プログラム利用者15人（100%））
	重症化予防	1,488人	549人	①医療機関受診人数（割合） ②生活習慣改善人数（割合） ③通いの場利用人数（割合）	評価実施者494人のうち ①466人（94%）、②456人（92%）、③230人（47%）
	健康状態不明者	1,939人	108人	①アンケート調査・個別支援・健診受診等いずれかの方法で健康状態等を把握した人数（割合） ②健診受診につながった人数（割合）	①346人（18%） ②受診券発行1726人のうち51人（3%）
	骨折予防	38人	25人	①運動開始・継続人数（割合） ②おすすめた運動開始人数（割合） ③食習慣改善開始・継続人数（割合）	評価実施者20人のうち ①17人（85%）、②7人（35%）、③12人（60%）
ポピュレーションアプローチ	その他複合的取組	-	723人	①健康教育実施前後のフレイルの認知率の変化 ②フレイル状態にある者が短期集中予防サービスを利用した人数（割合）	①実施前65%、実施後93% ②利用基準該当者70人のうち1人（1.4%）

・ハイリスクアプローチ・ポピュレーションアプローチともに、単発での保健指導だけでなく、関係機関と連携して既存の介護予防事業（短期集中予防サービス等）と連動させることに重点を置き実施している。

・令和5年度は後期高齢者健診や医療レセプト、介護データを基に疾病別の医療費や患者数、重症度別の分析を行い、分析結果を庁内外の関係部署と共有した。その結果、骨折が本市の高齢者の健康課題であることを共有することができ、令和6年度から全庁的に骨折予防の啓発を強化することとした。

・健康課題である骨折予防の周知啓発のため、市政番組（テレビ・ラジオ）、市政だよりの特集ページ、市公式LINEを活用している。また令和5年度末までに一体的実施庁内WGでデータ分析結果を掲載した骨折予防啓発リーフレットを作成し、令和6年度から関係部署で同啓発媒体を活用して周知をすることで、印象に残りやすいよう工夫している。

課題・今後の展望

- 健康状態不明者への対策については、現在アンケート調査や訪問での個別支援で取り組んでいるが、全体像把握のため、令和7年度からは個別訪問対象者を拡大する等アプローチ体制を強化し事業を実施する（委託）。
- 保健事業から介護予防事業（短期集中予防サービス）へつなぐに当たっては質問票だけでなく基本チェックリストを活用することで、地域包括支援センターの負担軽減と介護予防事業の利用拡大につなげたい。

長崎県島原市 一専門部署を立ち上げ、地域の関係機関と連携したさまざまなフレイル予防事業を展開

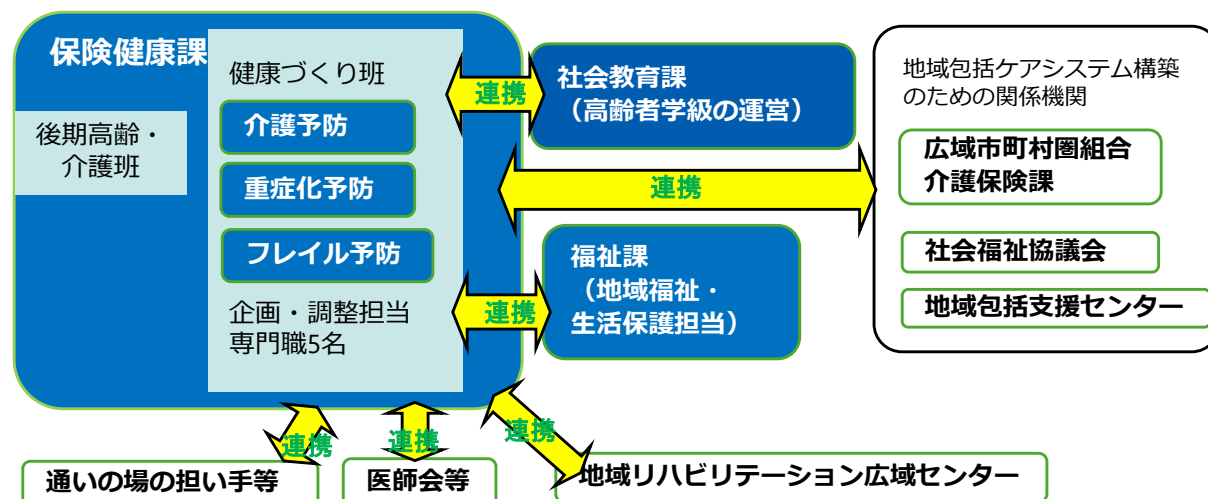
市の概況（令和6年4月1時点）

人	口	42,163人
高	齢	化
率		37.05%
後	期	被
保	険	者
数		8,507人
日	常	生
活	圏	域
数		7圏域

取組の経緯

国保保健事業からの連続した健康管理、要介護状態を予防するため通いの場への接続、介護保険へのスムーズな連携などの体制整備が必要であったため、保健師が多く所属する保険健康課健康づくり班に体制を整備し、一体的実施に向けた実施部署を明確化した。

実施体制



島原守護神「しまばらん」

企画調整・関係機関との連携

- 庁内連携
 - ・福祉課が主催する地域包括ケアシステム構築のための会議に参加し、月に1回程度、情報の発信・共有を行う。
 - ・社会教育課が実施する高齢者学級において「栄養」、「運動」等の健康教育を行っている。
- 医療関係団体等との連携
 - ・医師会、歯科医師会とは、事業計画、実績報告及び評価方法の相談を行っている。
 - ・地域リハビリテーション広域支援センターからは、講師派遣や通いの場での評価分析などの協力を受けている。
 - ・社会福祉協議会とは、情報共有及び通いの場への介入協力を受けている。
 - ・地域住民との連携
 - 老人クラブ連合会には、会員への健康教育において連携を図っている。

ハイスコアアプローチ

- 運動機能改善プログラム
 - ・要介護認定のない後期高齢者健診質問票「歩行速度低下」かつ「転倒（あり）」対象は79歳以下。保健師と理学療法士が、訪問等にて健康チェックや体力測定による運動機能の評価（初回、3か月後及び6か月後）を行い、支援計画書を作成。
- 栄養状態改善プログラム
- 重症化予防プログラム
 - ・糖尿病腎症重症化予防事業
 - ・高血圧症、糖尿病治療中断者への受診勧奨事業
 - ・糖尿病とフレイルの併存者への通いの場へ参加勧奨
 - ・健診結果、受診判定者への受診勧奨
- 健康状態不明者訪問、実態把握事業
- 口腔機能改善プログラム
 - ・令和6年度から開始。低栄養で管理栄養士が介入している対象者のうち、質問票「半年前に比べて固いものが食べにくくなった」または「お茶や汁物等でむせることがある」に該当した者を対象に、口腔・嚥下状態のアセスメントを実施し、目標行動計画を作成。

ポピュレーションアプローチ

- 健康教育・健康相談
 - ・「転倒予防体操サークル」において、フレイル予防の啓発活動、健康教育（運動、栄養及び口腔）を実施。
 - ・低栄養や筋力低下等の状態に応じた健康相談を実施。
 - ・栄養講話では、独自の質問票を用い個人の栄養状態を把握し、2、3か月後に同じ質問票でアンケートを実施し比較する。（10食品群チェックシート）
- フレイル状態の把握
 - ・「転倒予防体操サークル」において、体力測定等を通じ個人のフレイル状態を把握する。
 - ・体力測定の結果分析と結果説明について、地域リハビリテーション広域支援センターの理学療法士が個別に結果説明を行っている。
 - ・「高齢者の質問票」を用い総合的に健康状態を評価し、事業の組み立てや個別の健康相談につなげている。



長崎県島原市

事業結果と評価概要（令和5年度結果）

		対象者数	介入者数	評価指標	状況（評価結果）
ハイリスク アプローチ	運動機能改善プログラム	52人	45人	①プログラム参加勧奨件数 ②プログラム実施率 ③実施件数 ④体力測定結果の変化 ⑤運動実践状況の変化	④体力測定結果の変化：維持・改善100% 個別でみると運動習慣がついてきた対象者は身体機能面に向上がみられた。 ⑤運動実践状況の変化：44.4%増加 転倒しなくなった等、効果実感の参加者の声あり。
	栄養状態改善プログラム （低栄養）	31人	31人	①プログラム参加勧奨件数 ②プログラム実施者数・実施率 ③体重維持者数・率 ④体重増加者数・率 ⑤食行動の変化数・率	⑤アンケート実施による食行動維持改善率：100% フードモデル（肉、魚、米飯など）を使用することで、必要なエネルギー量やたんぱく質の摂取量について理解の促進につながった。 ④⑤栄養補助食品の活用提案を行った。
ポピュレーション アプローチ	複合的取組	-	276人	①質問票該当者の前年度との比較（栄養、口腔、運動） ②栄養講話実施前後の食事アンケート（10食品群チェックシート）の比較 ③体力測定結果前年度との比較	①栄養と口腔は改善、運動は悪化のため介入継続。 ②ほぼ全員が改善。 ③全体的には体力維持傾向であるが、転倒アセスメントの結果は低下。（運動指導等の継続）

○運動機能改善プログラムでは、6か月間支援を継続するため、フレイル状態の改善につながる割合が高い。また、支援を受けた高齢者の満足度も高い結果となっている。

○ハイリスクアプローチにおいて、上記以外に、健康状態不明者や治療中断者に対して、訪問し、必要に応じて関係機関と連携し支援につなげる取組を実施している。

- ・長期末治療で精神疾患のある高齢者を福祉課と連携し、医療機関の治療につないだ。
- ・転倒後に寝たきりとなった高齢者を地域包括支援センターへつなぎ、診療と介護保険の申請がされた。
- ・高血圧症や糖尿病の治療中断者（89歳以下）には、ほぼ全員の訪問にて病院受診勧奨を行い、約半数の人の受診確認ができた。

課題・今後の展望

- ・フレイル予防について周知が課題。フレイル予防の日にちなみ地元の新聞紙への掲載など、更に広く周知できるよう取組む。
- ・健康相談・健康教育は、7圏域に1か所ずつの展開であるが、今後は支援団体と連携し拡大して実施。介護予防事業と連携を強化する。
- ・全域の通いの場への運動介入事業として、ウェアラブルデバイス（モフバンド）を使用した体力測定を行い、圏域の特徴を把握して効果的に運動習慣の定着を図る。