



ずっと、  
このまちで  
Kakamigahara, always

資料2-1 令和6年度 高齢者の保健事業と介護予防  
の一体的実施に係る意見交換会（令和6年12月17日）



フレイル予防で  
健康長寿

# 各務原市における 高齢者の保健事業と介護予防の 一体的実施の取組

～ 計画の見える化・体制整備と住民とともに築くフレイル予防事業～



各務原市健康福祉部高齢福祉課  
地域包括ケア推進室健康長寿係  
保健師 矢橋茉佑

# 各務原市の概要

## ●各務原市人口と高齢化率 (令和6年4月1日時点)

人口	144,451人
世帯数	62,727世帯
高齢化率	28.78%
後期高齢者人口	24,360人
日常生活圏域数	7圏域



「学びの森」  
敷地面積約6haの広大な公園  
約200mのイチヨウ並木



学びの森プロムナード



## ●地域の特徴

### 「ものづくりのまち」

航空自衛隊岐阜基地が市内中心部にある本市には、航空機や自動車関連の工場が立地。



★「航空」と「宇宙」に関する国内最大級の専門博物館★  
岐阜かかみがはら航空宇宙博物館  
「愛称:空宙博(そらはく)」

誰もが健康に暮らせるまち

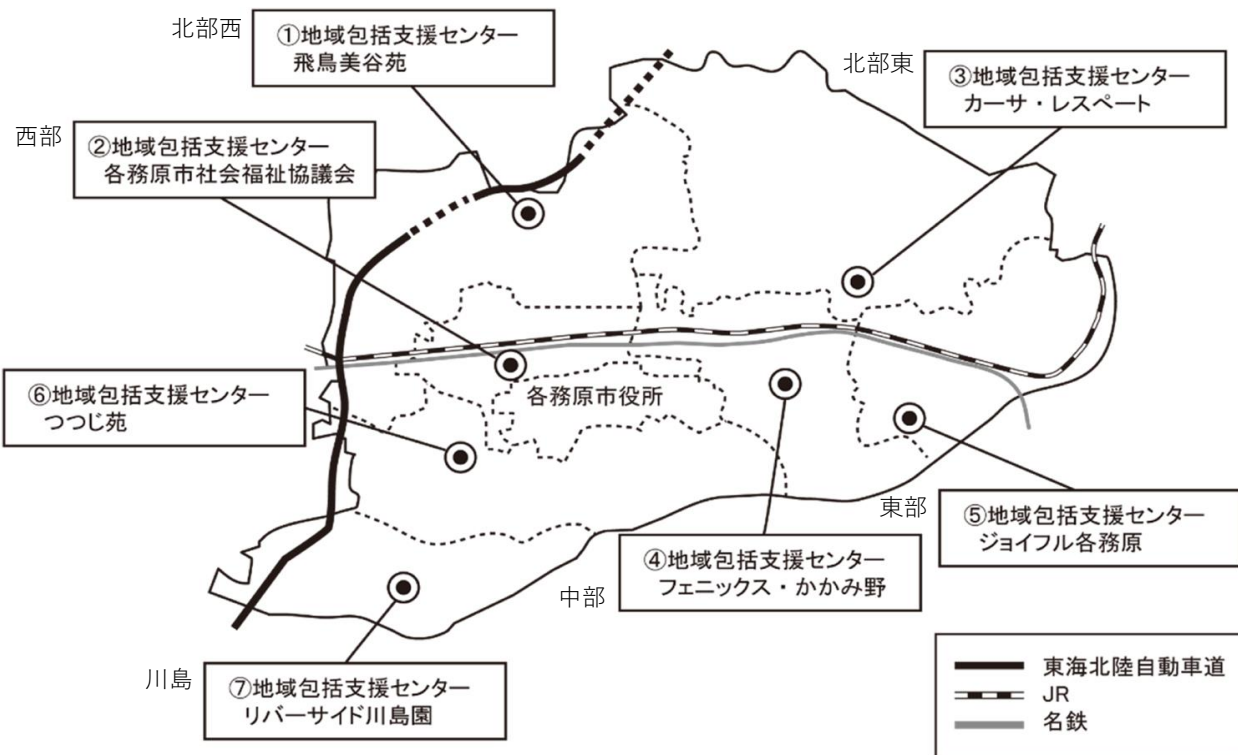
高齢者が『住み慣れたまち』で  
元気に暮らすまち

「ホッケー王国」各務原  
小学生から社会人まで、ホッケー競技  
が盛んにおこなわれています。



# 各務原市の概要

## ●各務原市地域包括支援センター



## ●通いの場 (令和6年7月31日時点)

### 各務原市ボランティアハウス (ふれあい・いきいきサロン)

地域の誰もが参加でき、楽しみながら交流することができる地域の拠点。

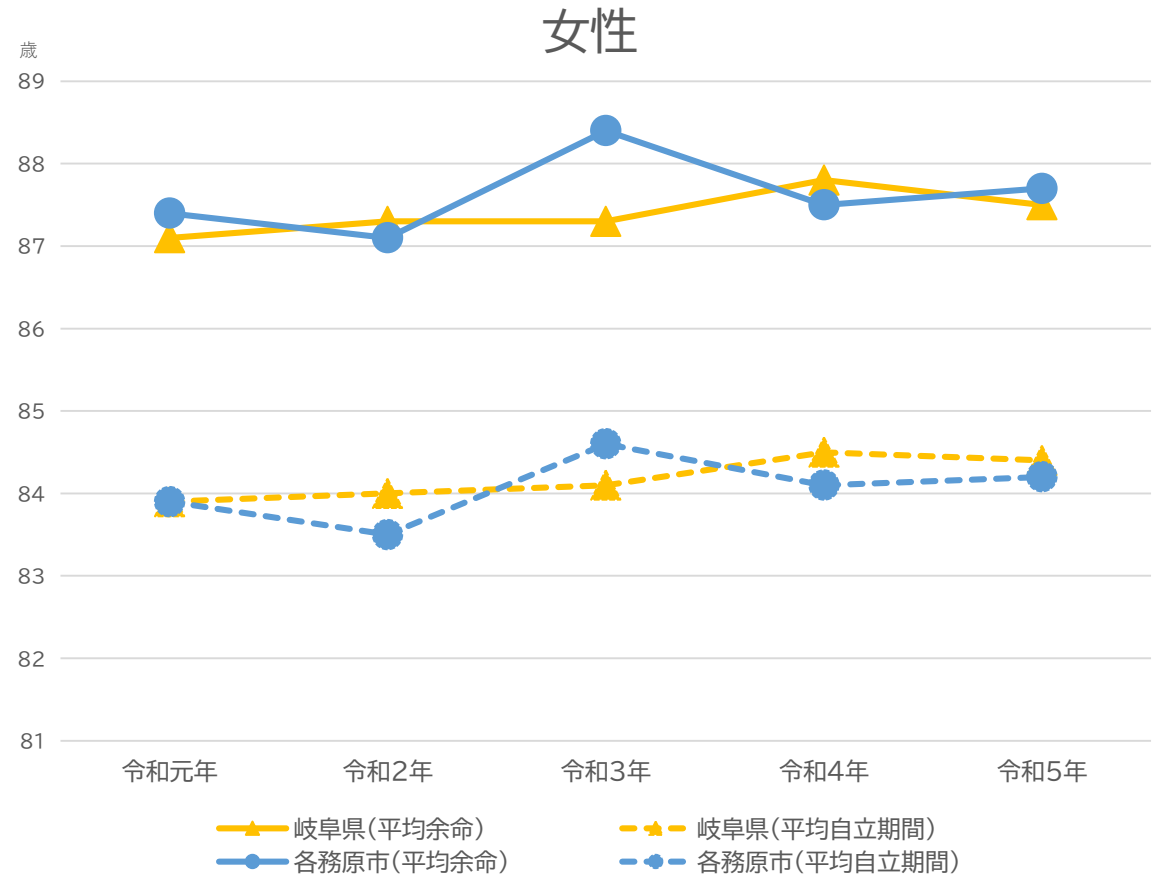
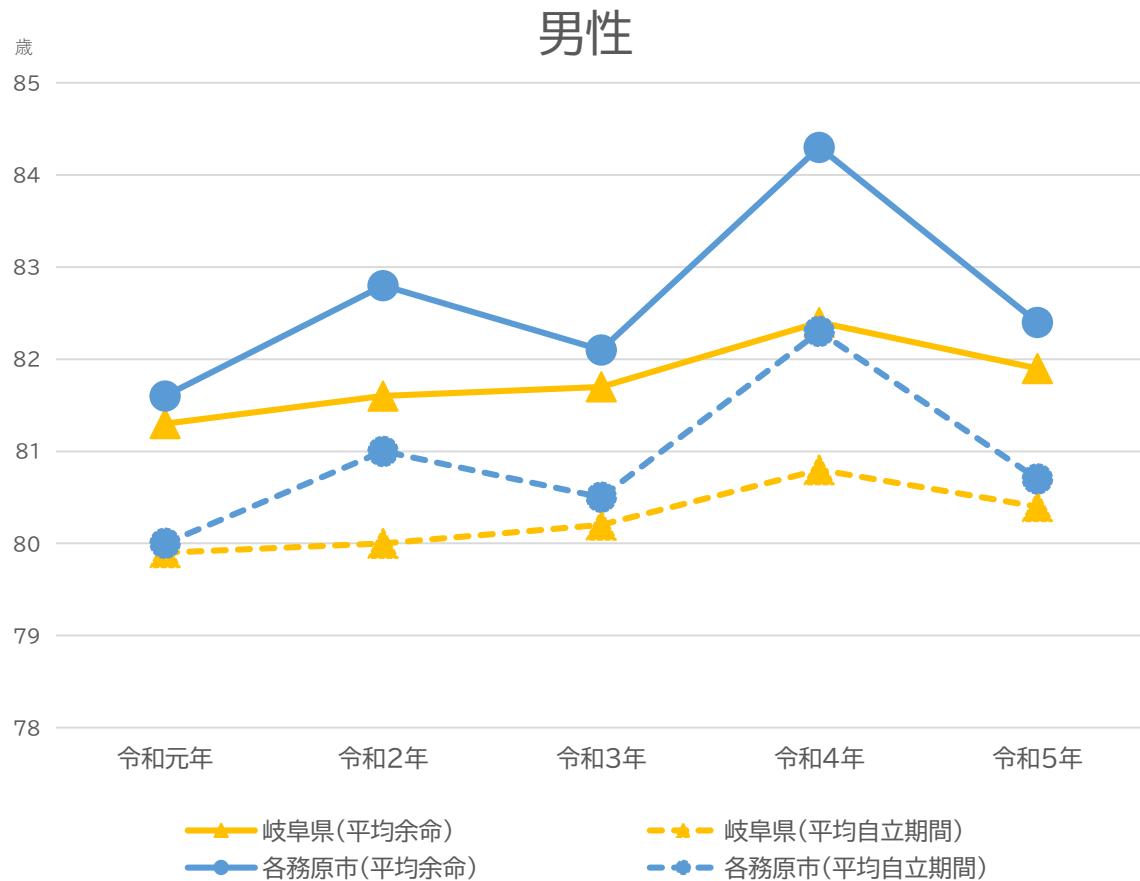
# 94か所



令和5年12月1日時点

# 各務原市の平均自立期間・平均余命

## ●平均余命と平均自立期間



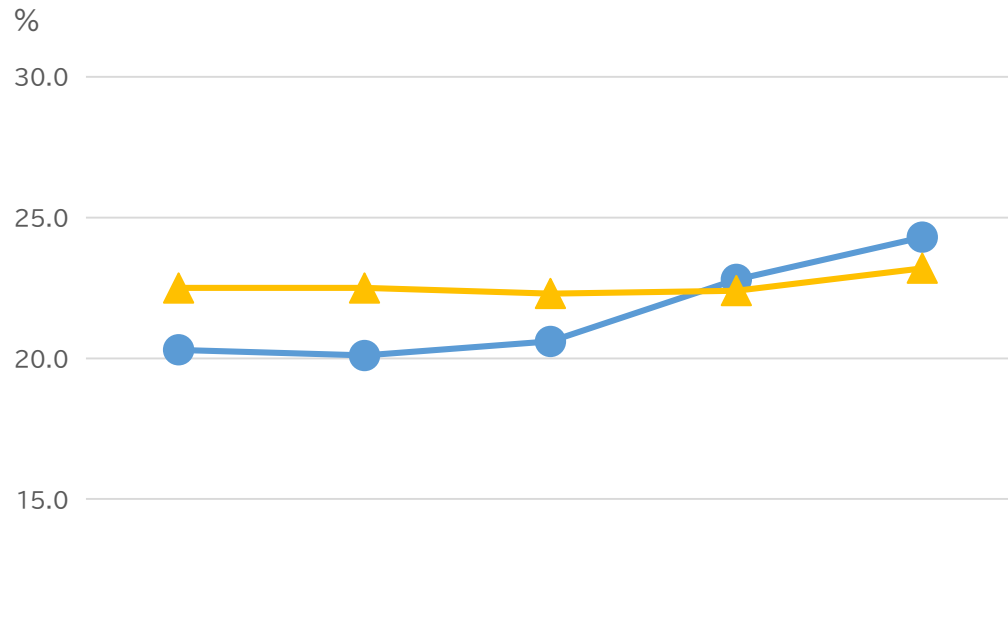
※平均自立期間≡健康寿命、平均余命≡平均寿命

データ:KDBシステム

男女ともに平均余命と平均自立期間との差が県と比較して長い

# 各務原市の医療・健診・介護

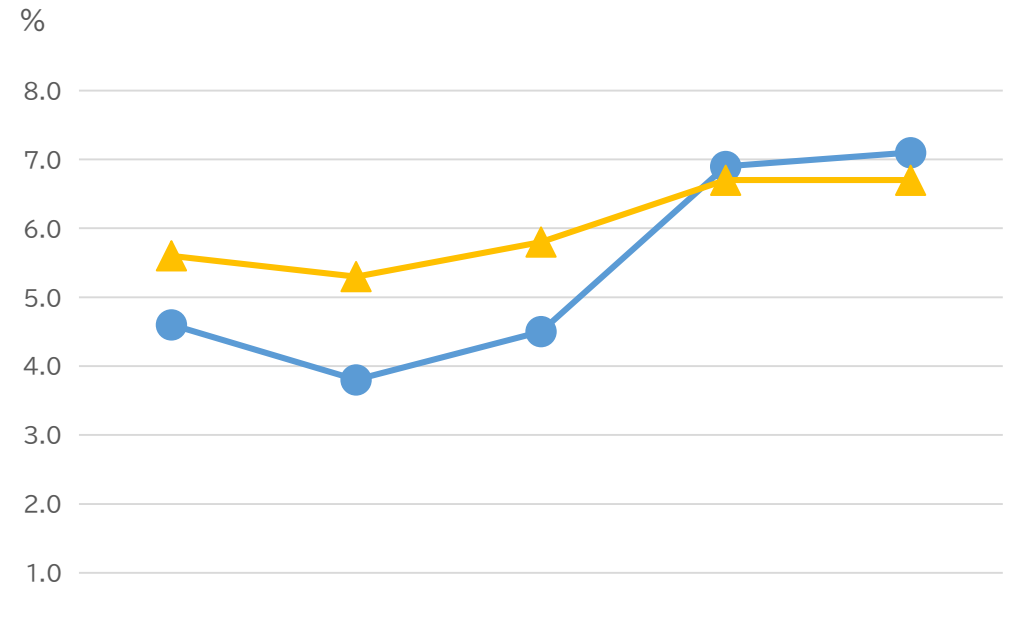
## ●後期高齢者健康診査 (ぎふ・すこやか健診)受診率



	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
各務原市	20.3	20.1	20.6	22.8	24.3
岐阜県	22.5	22.5	22.3	22.4	23.2

データ:KDBシステム

## ●後期高齢者口腔健康診査 (ぎふ・さわやか健診)受診率



	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
各務原市	4.6	3.8	4.5	6.9	7.1
岐阜県	5.6	5.3	5.8	6.7	6.7

データ:岐阜県国保連提供データ

「ぎふ・すこやか健診」および「ぎふ・さわやか口腔健診」とともに、令和4年度より、岐阜県の受診率を上回り、**受診率は向上**している。

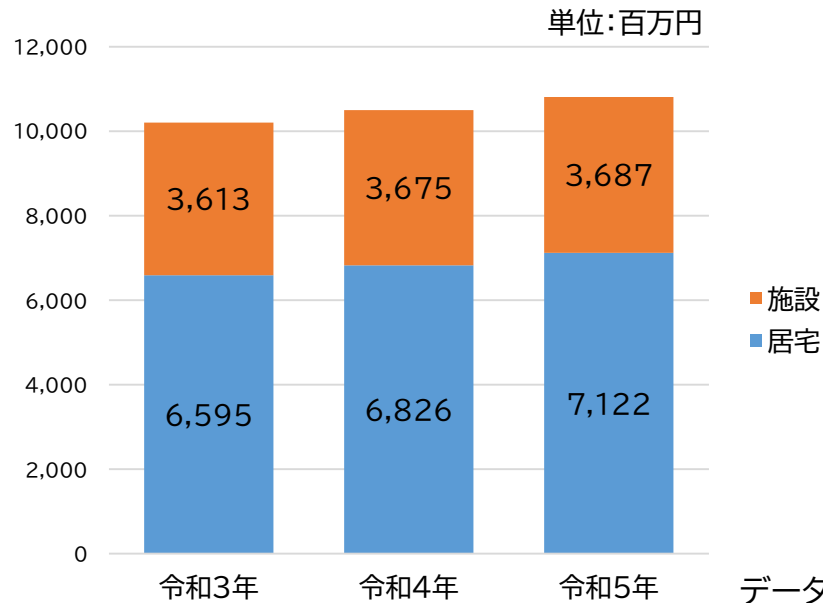
# 各務原市の医療・健診・介護

## ●要介護認定者・認定率

	令和3年				令和4年				令和5年			
	要介護認定者数(人)	1号認定率(%)	2号認定率(%)	新規認定率(%)	要介護認定者数(人)	1号認定率(%)	2号認定率(%)	新規認定率(%)	要介護認定者数(人)	1号認定率(%)	2号認定率(%)	新規認定率(%)
各務原市	7,185	17.8	0.3	0.3	7,211	17.1	0.4	0.3	7,508	17.6	0.4	0.3
岐阜県		18.7	0.3	0.3		18.1	0.4	0.3		18.3	0.4	0.3
全国		20.3	0.4	0.3		19.4	0.4	0.3		18.7	0.4	0.3

## ●介護給付費

データ:KDBシステム



# 各務原市の一体的実施体制

令和2年度 保健事業と介護予防の一体的な実施検討プロジェクト・チーム設置

令和3年度 事業開始:保健事業と介護予防の一体的な実施連携会議の設置

⇒健康長寿係を新設

企画政策課

介護予防

高齢福祉課

◎ 事業の企画・調整、健康課題の分析・対象者の把握、関係機関等への情報提供など（保健師の配置）

- ・高齢者に対する個別的支援（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）

◎ 連携会議の設置

- ※ 各課長・係長で構成
- ※ 連携会議には、実務担当者で構成する担当者部会を設置（作業部会）

国保  
後期高齢者医療

医療保険課

- ・一体的事業の推進（国・県・広域連合・関係課との連絡調整）

健康管理課

- ・高齢者に対する個別的支援（ハイリスクアプローチ）

保健衛生



# 一体的実施の取組背景・経緯

- ・厚生労働省が策定した「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン」において、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
- ・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「フレイルチェック検討委員会」を発足
- ・「楽しく」「手軽に」「継続的に」をモットーに各務原市オリジナルのフレイルチェック指標を作成
- ・指標作成後は、フレイル予防推進委員会として、フレイル予防事業を中心とした事業内容の相談や実績報告を実施



## フレイル予防推進委員会 委員構成

- ・リハビリ専門職
- ・栄養士
- ・言語聴覚士
- ・臨床心理士
- ・民間事業者
- ・市民

身体的フレイル（運動）

① <sup>さい</sup>座位からの<sup>かたあした</sup>片足立ち上がり

足腰の筋力を測ります。  
足腰の筋力の低下は、つまずきや転倒のリスクにつながります。

測定方法

- 1、高さ40cmの椅子に座ります。
- 2、胸の前で両腕を組みます。
- 3、反動をつけずに両足で立ち上がり、そのまま3秒保持してください。  
↓ 両足でできた方は、片足で！
- 4、高さ40cmの椅子に座ります。
- 5、胸の前で両腕を組みます。
- 6、どちらかの足をあげます。
- 7、反動をつけずに片足で立ち上がり、そのまま3秒保持してください。

※左右に一人ずつのサポート者を配置することが望ましい。

点数表

測定種目	1	2	3	4	5
①座位からの片足立ち上がり	両足立ち上がりできなかった。	両足立ち上がりできたが、3秒保持できなかった。	両足立ち上がりでき、3秒保持できた。	片足立ち上がりできたが、3秒保持できなかった。	片足立ち上がりでき、3秒保持できた。

オリジナルのフレイルチェック指標  
測定方法のマニュアル作成



# 令和6年度 一体的実施体制

## 高齢福祉課(企画・調整、ハイリスクアプローチ(一部)、ポピュレーションアプローチを担当)

事務職(係長職)	1名	統括
保健師	2名 (うち企画調整1名)	事業の企画・調整(作業部会の開催) ハイリスクアプローチ(健康状態把握事業) ポピュレーションアプローチ(フレイル予防についての教室、通いの場におけるフレイルチェックなど)
管理栄養士	3名	ハイリスクアプローチ(低栄養予防事業) ポピュレーションアプローチ(通いの場におけるフレイルチェックなど)
理学療法士	1名	ハイリスクアプローチ(筋骨格系重症化予防事業) ポピュレーションアプローチ(通いの場におけるフレイルチェックなど)
歯科衛生士	1名	ハイリスクアプローチ(口腔機能向上事業) ポピュレーションアプローチ(通いの場におけるフレイルチェックなど)

## 医療保険課(一体的事業の推進)

事務職(係長職)	1名	一体的事業の推進(国、県、広域連合・関係課との連絡調整、庁内連絡会議の開催)
事務職(後期高齢担当)	1名	国、県、広域連合等の文書收受及び回答 ハイリスクアプローチ(糖尿病性腎症重症化予防事業、その他生活習慣病重症化予防事業)の対象者抽出 受診勧奨文書の発送
事務職(国保担当)	1名	糖尿病性腎症重症化予防事業など、国保で実施している保健事業と連携調整

## 健康管理課(ハイリスクアプローチ(一部)担当)

保健師	4名	ハイリスクアプローチの 糖尿病性腎症重症化予防事業、その他生活習慣病重症化予防事業の保健事業を担当 (医療保険課にて対象者リスト作成後に、対象者へ訪問や電話等実施)
管理栄養士	1名	ハイリスクアプローチの 糖尿病性腎症重症化予防事業、その他生活習慣病重症化予防事業の保健事業を担当 (医療保険課にて対象者リスト作成後に、対象者へ訪問や電話等実施)
歯科衛生士	2名	口腔機能向上事業等について歯科保健分野の知見をもとに事業内容を共有・検討

# 令和6年度 各務原市フレイル予防事業(ポピュレーションアプローチ)概要

事業	内容	従事者	連携または委託先
通いの場フレイルチェック (対象者:通いの場の参加者)	医療専門職によるフレイル予防講話と市オリジナルの指標を用いたフレイルチェック	高齢福祉課 (保健師・管理栄養士・歯科衛生士・理学療法士)	地域包括支援センター フレイル予防サポーター
フレイルチェック大会 (対象者:通いの場の参加有無に関わらず65歳以上全市民)			
フレイル予防料理教室	フレイル予防と食事をテーマに講義と調理実習をおこなう 内容は初心者向け	高齢福祉課(管理栄養士)	<b>東海学院大学</b> 各務原市食生活改善推進員
フレイル予防講演会 フレイル予防講座	中部学院大学の講師による講演会、地域での講座 内容は運動、栄養等のフレイル予防全般	高齢福祉課	<b>中部学院大学</b>
フレイル予防サポーター養成研修	フレイルチェックの補助や地域でフレイル予防の普及啓発を担うサポーターを養成	高齢福祉課	フレイル予防推進委員会
フレイル予防アドバンスサポーター養成研修 (対象者:フレイル予防サポーターのうち希望者)	フレイル予防サポーターのうち、フレイル予防の啓発やフレイルチェックを通いの場等で主体的に実施するフレイル予防アドバンスサポーターを養成	高齢福祉課	フレイル予防推進委員会

# フレイルチェック事業

「高齢者の通いの場」にてフレイルチェックを行い、フレイルに関する「知識」や自分自身の身体状況の「気づき」により、「フレイル予防」に向けた取組みを促す

・地域包括支援センター  
保健師・看護師等

高齢者の通いの場


【フレイル予防講話】

- ・フレイルについて
- ・栄養・口腔・理学のフレイル予防について

【各務原市フレイルチェック】

- ・15項目の記述チェック
- ・8項目のからだ測定

【健康相談、保健指導等】  
(日常生活の改善、生活習慣病予防等)



## フレイル予防チーム

- ・各務原市  
保健師、管理栄養士、  
理学療法士、歯科衛生士
- ・岐阜県歯科衛生士会  
歯科衛生士
- ・各務原市  
フレイル予防サポーター  
(169名)

## 医療機関等

- ・医療機関の受診及び  
健診の勧奨

## 地域包括支援センター

- ・介護保険サービスの相談等

## 一般介護予防事業

- ・介護予防教室の案内

### ハイリスクアプローチ

- ・筋・骨格系疾患重症化予防事業
- ・口腔機能向上事業
- ・低栄養予防事業

# フレイル予防の講話



## フレイル予防って何？

フレイル予防で健康長寿

### フレイルとは...

高齢期に心身の機能が衰えた状態を「フレイル」といいます。多くの人が健康な状態からこの「フレイル」の段階を経て、要介護状態にいたると考えられています。

### フレイルの悪循環

高齢になるにつれて気力や体力は衰えやすくなります。それを放置しておくと、日常生活が悪循環に陥り、要介護状態に近づいていきます。

かかみがはら  
フレイル予防で健康長寿



各務原市

## フレイル予防手帳

▶一人一人がいきいき元気◀

年 月 日交付

氏名



# フレイルチェック項目

## 各務原市フレイルチェック（記述測定）

記入日 年 月 日

住所	各務原市		
ふりがな	生年月日	大・昭 年 月 日	
氏名	電話番号	— —	

Q. フレイルについて知っていますか 以前より知っている・本日参加して知った・よくわからない

ポイント	NO.	質問	回答	
健康状態	Q1	あなたの現在の健康状態はいかがですか	よい まあよい ふつう	あまり よくない よくない
	Q1-1	ご自身でフレイルと感じていますか	感じている・感じている よくわからない	
心の健康状態	Q2	毎日の生活に満足していますか	満足 やや満足	やや不満 不満
食習慣	Q3	1日3食きちんと食べていますか	はい	いいえ
	Q3-1	食べる楽しさを感じていますか	はい	いいえ
	Q3-2	たんぱく質（主菜）のある食事を1日2日以上食べていますか	はい	いいえ
口腔の機能	Q4	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか 固いもの割合：さきいか、たくあんなど	いいえ	はい
	Q5	お茶や汁物等でむせることがありますか	いいえ	はい
体重の変化	Q6	6か月間で2～3Kg以上の体重減少がありましたか	いいえ	はい
運動・転倒	Q7	以前に比べて歩く速度が遅くなって来たと思いますか	いいえ	はい
	Q8	この1年間に転んだことがありますか	いいえ	はい
	Q9	ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか	はい	いいえ
認知機能	Q10	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとされていますか	いいえ	はい
	Q11	今日が何月何日か分からない時がありますか	いいえ	はい
喫煙	Q12	あなたはたばこを吸いますか (加熱式たばこや電子たばこを含む)	吸っていない やめた	吸っている
社会参加	Q13	週に1回以上は外出していますか	はい	いいえ
	Q14	ふだんから家族や友人との付き合いがありますか	はい	いいえ
周囲の支援	Q15	体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか	はい	いいえ

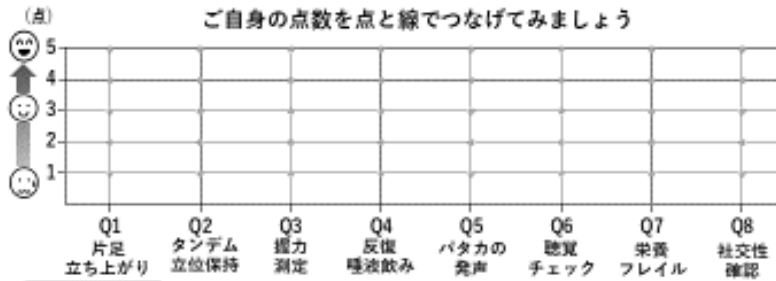
市営の健康増進やフレイル予防のため、ご記入いただいた情報は、市保健所等からのお電話や訪問に利用させていただく場合がございますので、ご了承ください。また、フレイルチェック結果については、市でデータを把握し、フレイル予防事業等の企画・立案に活用させていただきます。なお、個人情報に関することが公表されることはありません。

## 各務原市フレイルチェック（からだ測定）

記入日 年 月 日

氏名

ポイント	NO.	項目	結果					点数
身体的フレイル（運動）	Q1	座位からの片足立ち上がり	両足×	両足○ かつ 3秒×	両足○ かつ 3秒○	片足○ かつ 3秒×	片足○ かつ 3秒○	
	Q2	タンデム立位保持 (つま先とかかとを揃えた状態で立つ)						
	Q3	握力測定						kg
身体的フレイル（口腔）	Q4	反復唾液飲みテスト						回
	Q5	パ・タ・カの発声	パ	タ	カ			
認知フレイル	Q6	聴覚チェックシート	①	②	③	④	⑤	
栄養フレイル	Q7	栄養フレイルチェックシート						個
社会的フレイル	Q8	社交性確認テスト	① はい ・ いいえ ② はい ・ いいえ ③ はい ・ いいえ					



今後の目標

市営の健康増進やフレイル予防のため、ご記入いただいた情報は、市保健所等からのお電話や訪問に利用させていただく場合がございますので、ご了承ください。また、フレイルチェック結果については、市でデータを把握し、フレイル予防事業等の企画・立案に活用させていただきます。なお、個人情報に関することが公表されることはありません。

## 栄養フレイルチェック

記入日 年 月 日

氏名

最近一週間の食事についてチェックしましょう

ほぼ毎日食べる⇒○ 1週間に2～3回食べる⇒△ ほとんど食べない⇒×

<b>①魚介類</b> 魚・加工品・貝類  たんぱく質の供給源 ビタミンD、カルシウムも豊富	<b>⑥海藻</b> わかめ・ひじき のりなど  ミネラル、食物繊維が豊富
<b>②油脂類</b> バター・マヨネーズ 油を使った料理  エネルギー源 細胞などの材料として産生に必要	<b>⑦いも類</b>  糖質を多く含むエネルギー源 ビタミン、ミネラルも含む
<b>③肉類</b> 肉・加工品  たんぱく質源の代表	<b>⑧卵</b> 鶏卵・うずら卵など  手軽にとれる良質なたんぱく質源
<b>④牛乳・乳製品</b> 牛乳・ヨーグルト チーズなど  たんぱく質、カルシウムが豊富	<b>⑨大豆・大豆製品</b> 豆腐・納豆・味噌など  たんぱく質、カルシウムの供給源
<b>⑤緑黄色野菜</b> 人参・トマト・かぼちゃ ほうれん草など色の濃い野菜  ビタミン、ミネラル、食物繊維 の供給源	<b>⑩果物</b>  ビタミン、ミネラルの供給源

参考：東京都健康長寿医療センター研究部「食品摂取の多様性スコア(DVS)」改題

※○が7つ以上を目指しましょう  
※○が3つ以下は低栄養が心配です

○の数 個

市営の健康増進やフレイル予防のため、ご記入いただいた情報は、市保健所等からのお電話や訪問に利用させていただく場合がございますので、ご了承ください。また、フレイルチェック結果については、市でデータを把握し、フレイル予防事業等の企画・立案に活用させていただきます。なお、個人情報に関することが公表されることはありません。

# からだ測定の様子

フレイル予防サポーター(青色のビブス着用)が測定の補助をおこなっています

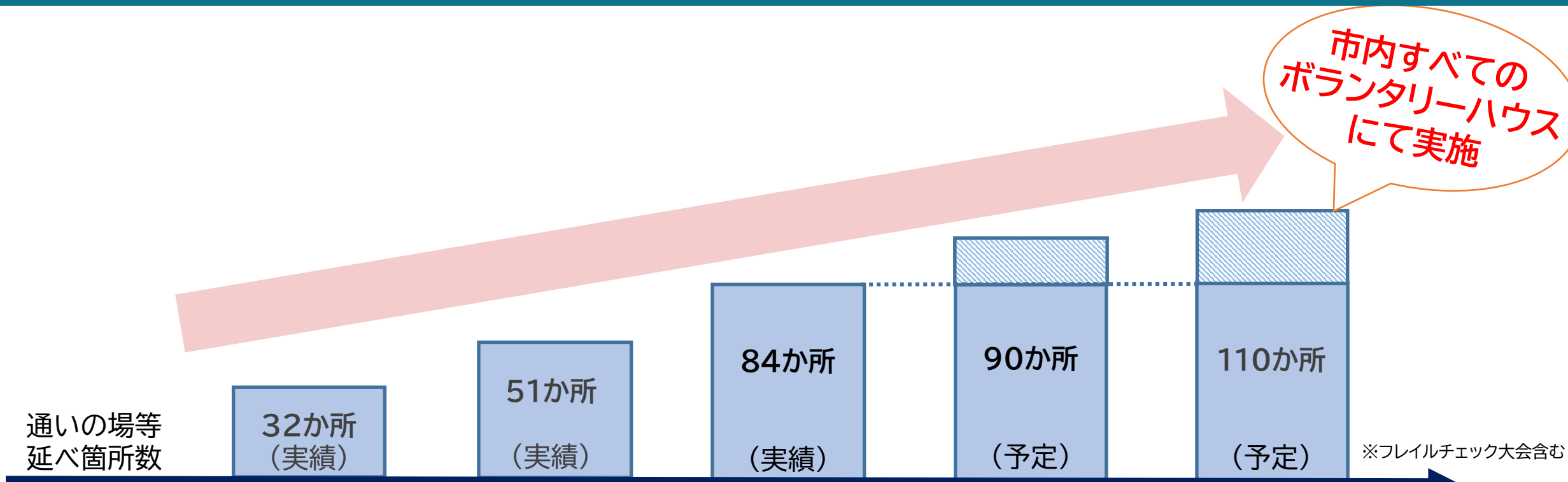
自分の体力がわかり  
有意義でした!

70歳代女性



多くの人に参加して  
もらいたい。各地域で多く  
実施すれば皆の健康が増進  
して元気な街が実現する  
と思う! 80歳代男性

# フレイルチェック事業目標と実績



年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度
参加者 (延べ人数)	580人	852人	1,522人	1,800人	2,200人
サポーター活動 (延べ人数)	149人	195人	286人	300人	350人

➡フレイル予防サポーターを中心とした地域の高齢者の主体的なフレイルチェック活動が必要不可欠  
令和5年度より**フレイル予防アドバンスサポーター**を養成

# フレイルチェックの事業結果分析

## 市Webサイトに公開

年度ごとに収集されたデータ(後期高齢者の質問票、からだ測定)を、経年比較等より分析し、分析結果を市民へ公開。

## フレイル予防推進委員会にて報告

地域住民、専門職、民間事業者等で構成された「フレイル予防推進委員会」にて、事業実績の報告および、事業課題の検討をおこなっている。

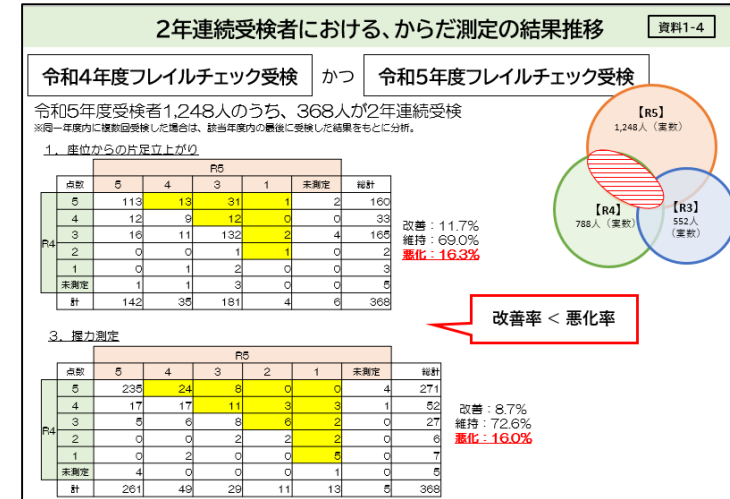
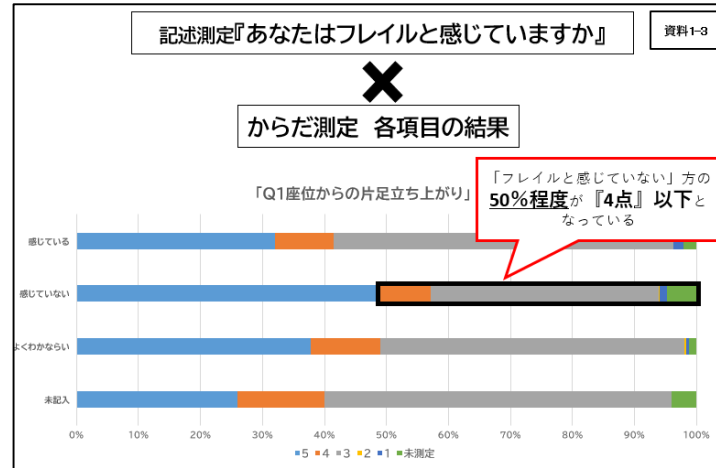
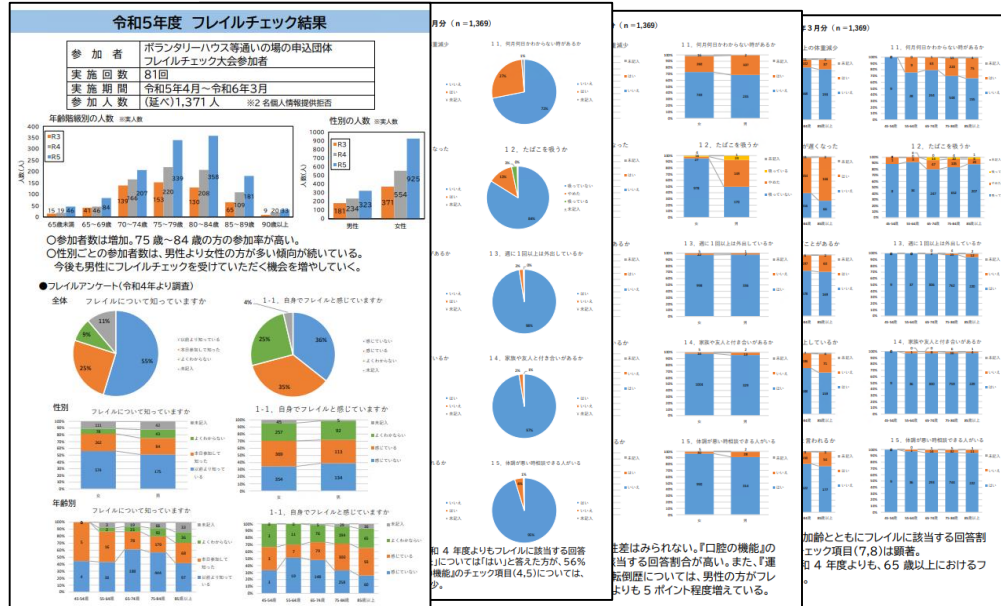
## 各務原市 通いの場で行うフレイルチェック



### フレイルチェック結果

通いの場(ボランティアハウスなど)やフレイルチェック大会で行ったフレイルチェックについて、結果をお知らせします。

- 📄 [令和3年度フレイルチェック結果 \(PDF 1.1MB\)](#)
- 📄 [令和4年度フレイルチェック結果 \(PDF 1.4MB\)](#)
- 📄 [令和5年度フレイルチェック結果 \(PDF 1.5MB\)](#)

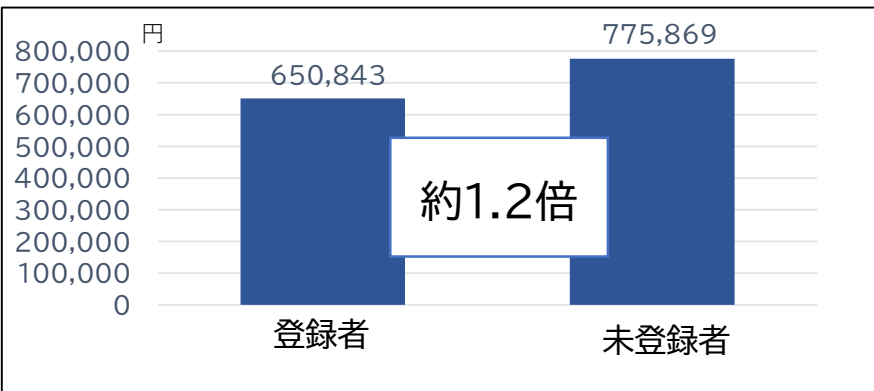




# フレイルチェック参加者と不参加者の医療費等の比較(令和3年度)

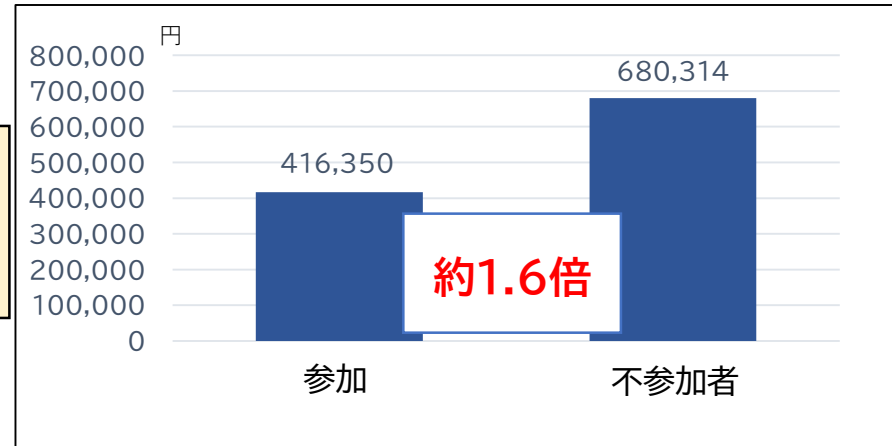
## 一人あたりの医療費の比較

＜ボランティアハウスへの登録状況における医療費の比較＞



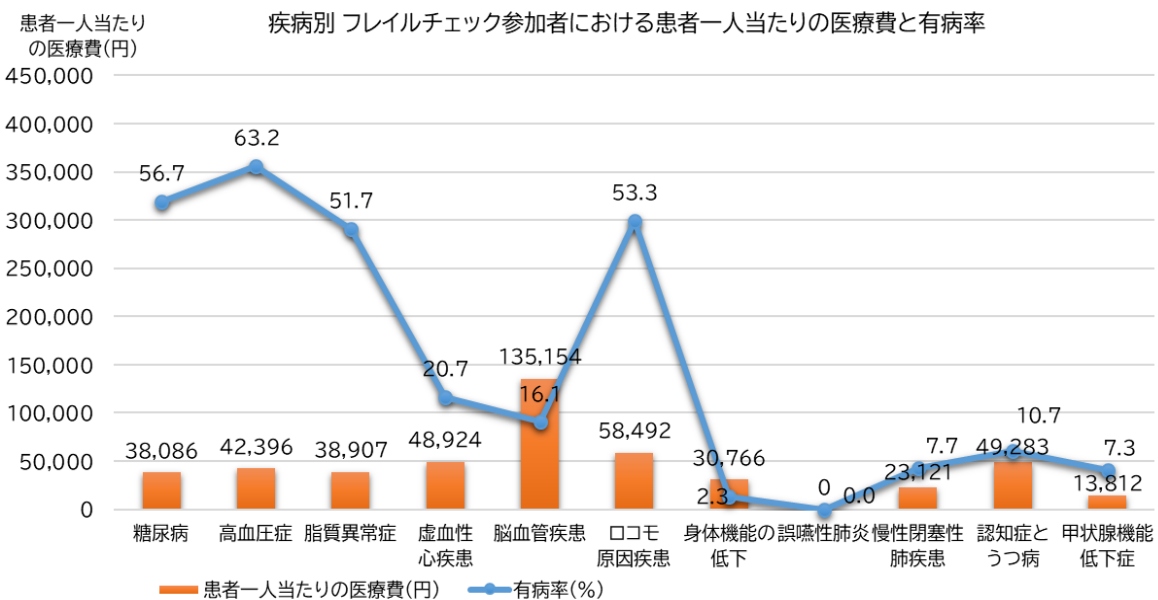
ボランティアハウスへ登録するだけでなく、  
フレイルチェックに参加することで、  
さらにフレイル予防につながると考えられる。

＜フレイルチェックへの参加状況における医療費の比較＞

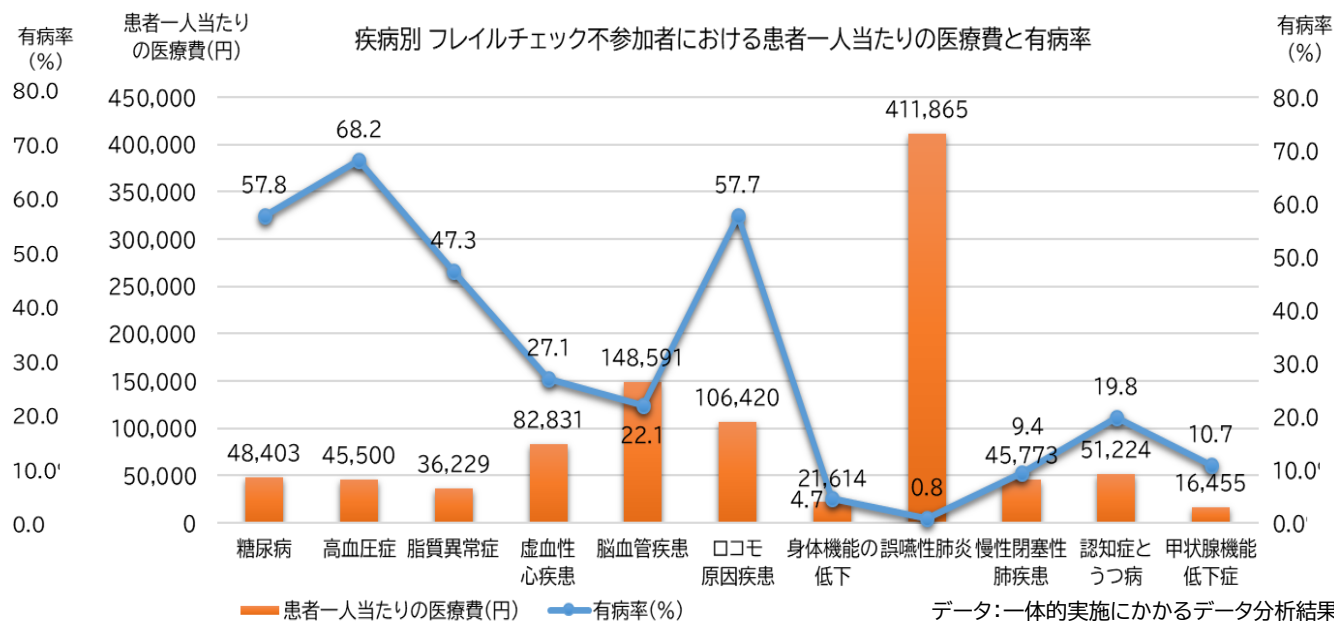


## 一人当たりの医療費・有病率の比較

フレイルチェック参加者



フレイルチェック不参加者

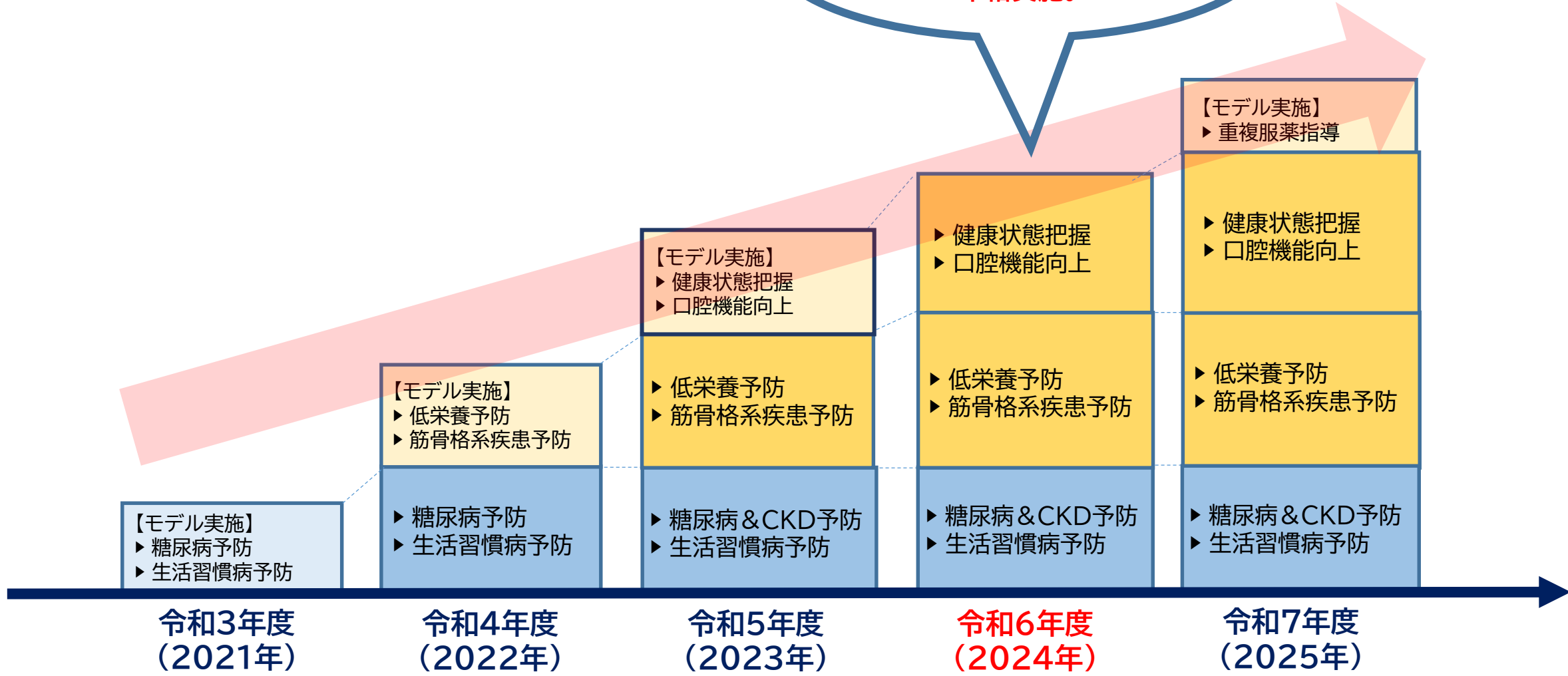


# 令和6年度 各務原市フレイル予防事業(ハイリスクアプローチ)概要

事業	内容	従事者	事業開始年度
糖尿病性腎症重症化予防事業	糖尿病および糖尿病性腎症が疑われる糖尿病未治療者と、糖尿病の治療が中断している方に対して、医療機関受診とその後の保健指導・栄養指導をおこなう	健康管理課 (保健師・管理栄養士)	令和3年度
その他生活習慣病予防事業(血圧・脂質・腎機能)	後期高齢者健康診査受診者のうち、血圧・脂質・腎機能において受診勧奨数値を超えている方に医療機関受診を勧奨し、生活習慣病の重症化を予防する	健康管理課 (保健師・管理栄養士)	令和3年度
低栄養予防事業	後期高齢者健康診査受診者およびフレイルチェック受検者のうち、低栄養が疑われる方に、栄養指導をおこなう	高齢福祉課(管理栄養士)	令和4年度
筋骨格系疾患重症化予防事業(身体的フレイル)	フレイルチェック受検者のうち、運動機能の低下が疑われる方に、運動機能向上に関する指導(体操等助言)をおこなう	高齢福祉課(理学療法士)	令和4年度
口腔機能向上事業	フレイルチェック受検者のうち、口腔機能の低下が疑われる方に、口腔機能向上に関する指導(体操等助言)をおこなう	高齢福祉課(歯科衛生士)	令和5年度
健康状態把握事業	年度末年齢76歳、77歳のうち、前年度および今年度健診未受診、医療機関の受診レセなし、フレイルチェック未受検、一般介護予防事業参加歴なし、介護認定なしの方に対して、後期高齢者の質問票の回答を通して、生活指導や健診の受診勧奨をおこなう	高齢福祉課 (保健師・管理栄養士・理学療法士・ 歯科衛生士)	令和5年度

# ●ハイリスクアプローチの事業経過

令和5年度モデル実施していた「健康状態把握」「口腔機能向上」事業を本格実施。



# 低栄養予防事業の実績

## 対象者

「ぎふ・すこやか健康診査」の結果において、

- ①BMIが18.5 kg/m<sup>2</sup>未満
  - ②6か月で2～3kg以上の体重減少あり(問診票より確認)
- ①、②のいずれにも該当する者。ただし、要介護認定者(要支援1以上)、事業対象者は除く。

## 実施方法

ぎふ・すこやか健康診査結果、事業対象者及び要介護状態を確認し対象者を抽出する。

健診受診医療機関へ対象者について照会し、すでに栄養指導が行われているなど対象者として適切でない場合は連絡を受ける。

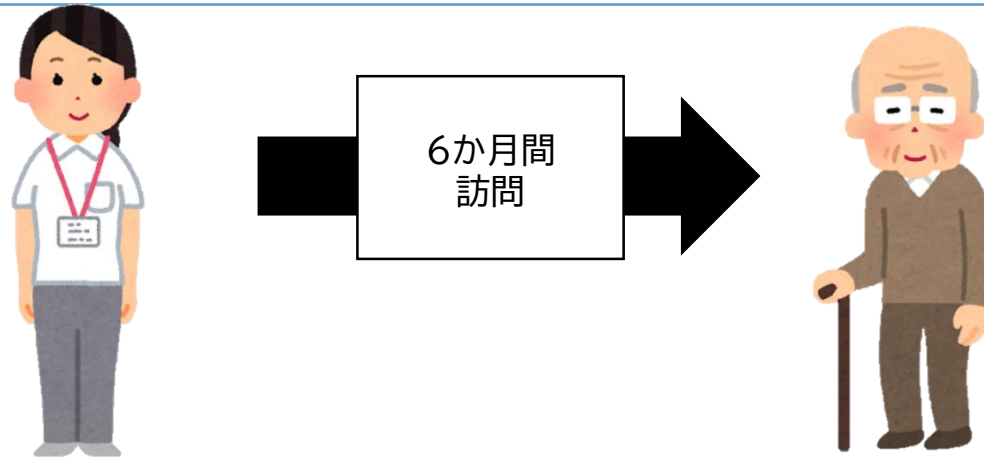
対象者へ事業内容の案内を郵送。1～2週間後、電話し日程調整を行う。

・管理栄養士による概ね**6か月**を1クールとする計3回の訪問を実施。

①1回目の訪問(アセスメント実施):初回アセスメント(体重及び食事摂取状況)を実施。対象者ととも目標と行動計画を設定。

②2回目の訪問:1回目の訪問から3か月後を目安に訪問。

③3回目の訪問(最終評価):2回目の訪問から3か月後を目安に訪問。



【実績】

ぎふ・すこやか健診受診者	
R4	5,290
R5	5,918

対象者(B) (B/A)		
R4	50人	0.9%
R5	52人	0.9%

事業参加(C) (C/B)		
R4	22人	44.0%
R5	11人	21.2%

事業不参加(D) (D/B)		
R4	28人	56.0%
R5	41人	78.8%

事業終了(E) (E/B)		
R4	13人	26.0%
R5	7人	13.5%

助言指導のみ実施(F) (F/B)		
R4	7人	14.0%
R5	20人	38.5%

体重		
	維持・増加	減少
R4	11人	2人
(/E)	84.6%	15.4%
R5	7人	0人
(/E)	100.0%	0.0%

【分析・評価】

・事業参加率がR4からR5にかけて約半分に減少。

勧奨方法等は変えていないが、参加辞退の理由として、

「夏に体重が減るけど冬には戻るので大丈夫」

「3食食べられているので大丈夫」といった体重減少に対する

危機感の薄さがうかがえるケースもある。

このようなケースに対し、リスクを感じてもらい栄養相談に

つなげるよう勧奨方法等を検討する必要がある。

体重  
維持(±0.9kg)  
改善(+1kg)割合  
目標値  
85%

R4:未達成  
R5:達成

<事業参加率UPに向けた取り組み>

事業案内文書に担当栄養士のイラストを入れた

## 翌年度の状況

事業参加 22人				事業不参加 28人			
体重	維持・増加	減少	未受診	体重	維持・増加	減少	未受診
R4	12人	3人	7人	R4	16人	6人	6人
(/C)	54.6%	13.6%	31.8%	(/D)	57.2%	21.4%	21.4%

事業参加者における  
1年後の体重  
維持・改善者割合  
目標値  
80%

未達成

### 【分析・評価】

・事業参加者では、不参加者に比べて翌年度体重減少している者の割合が少ない。

一方、健診未受診で評価ができない者もいるため、参加者に対し、継続的な健診受診を促すことも必要。

# 筋骨格系疾患重症化予防事業の実績

## 対象者

フレイルチェック受検日に75歳以上の者で、フレイルチェック(「後期高齢者の質問票」及び各務原市オリジナル指標である「からだ測定」)の結果において、

【後期高齢者の質問票】

Q7「以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか」で「はい」

Q8「この1年間に転んだことがありますか」で「はい」

Q9「ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか」で「いいえ」のいずれかに該当し、かつ、

【からだ測定】

Q1「座位からの片足立ち上がり」で3点以下 かつ

Q2「タンデム立位保持」で4点以下または

Q3「握力」で4点以下

に該当する者。ただし、整形疾患等の受診者や要介護認定者(要支援1以上)、事業対象者は除く。

### 【後期高齢者の質問票】

運動・転倒	Q7	以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか	いいえ	はい
	Q8	この1年間に転んだことがありますか	いいえ	はい
	Q9	ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか	はい	いいえ

### 【からだ測定】

身体的 フレイル (運動)	Q1	座位からの片足立ち上がり	両足 ×	両足○ かつ 3秒×	両足○ かつ 3秒○	片足○ かつ 3秒×	片足○ かつ 3秒○	
	Q2	タンデム立位保持 (つま先とかかとを揃えた状態で立つ)						秒
	Q3	握力測定						kg

## 実施方法

フレイルチェックの結果や医療機関受診状況、事業対象者及び要介護状態を確認し対象者を抽出。

・理学療法士による概ね**3か月**を1クールとする計4回の訪問を実施。

①1回目(アセスメント実施):初回アセスメント(運動機能及び生活機能)を実施。対象者とともに目標と行動計画を設定。

②2回目:1回目の訪問から1~2週間後を目安に訪問。

③3回目:2回目の訪問から1か月後を目安に訪問。

④4回目(最終評価):3回目の訪問から1か月後を目安に訪問。

【実績】

フレイルチェック実施人数(A) ※受検日に75歳以上	
R4	609人
R5	1036人

対象者(B) (B/A)		
R4	13人	2.1%
R5	29人	2.8%

事業参加(C) (C/B)		
R4	1人	7.7%
R5	2人	6.9%

事業不参加(D) (D/B)		
R4	12人	92.3%
R5	27人	93.1%

事業終了(E) (E/B)		
R4	1人	7.7%
R5	2人	6.9%

助言指導のみ実施(F) (F/B)		
R4	8人	61.5%
R5	22人	75.9%

運動機能実測評価			
	改善	維持	悪化
R4	1人	0人	0人
(/E)	100%	-	-
R5	2人	0人	0人
(/E)	100%	-	-

<測定項目>  
 ・5回立ち上がり  
 ・開眼片足立ち(左右)  
 ・5m歩行

【分析・評価】

・事業参加率はR4と比較し、R5は減少。

辞退理由として、「運動は自分で取り組んでいるから特別な指導はなくても大丈夫」と話される方が多い。

・事業参加は辞退される一方で、運動の助言をした際に資料にて詳しく確認したいと、資料送付を希望される方もいるため、運動機能を維持改善することに関心があると考えられる。

運動機能改善者割合  
 目標値  
 100%



R4:達成  
 R5:達成

<事業参加率UPに向けた取り組み>  
 実施場所として、自宅以外に、市役所や保健センターを追加



## 翌年度の状況

事業参加 1人				事業不参加 12人				
運動機能点数	改善	維持	悪化	運動機能点数	改善	維持	悪化	未受検
R4	1人	0人	0人	R4	1人	0人	1人	10人
(/C)	100.0%	-	-	(/D)	8.3%	-	8.3%	83.4%

事業参加者における  
1年後の点数改善者割合  
目標値  
10%

達成

※事業開始年度のため目標値は仮設定

### 【分析・評価】

- ・事業不参加者も含めて、翌年度にフレイルチェックを継続受検していただけるよう、継続受検の重要性等を伝えていく必要がある。

### 対象者

※モデル実施のため、フレイルチェックを令和5年4月から9月までに受検した者から抽出

フレイルチェック受検日に75歳以上79歳までの者で、フレイルチェック(「後期高齢者の質問票」及び各務原市オリジナル指標である「からだ測定」)の結果において、

#### 【後期高齢者の質問票】

Q4「半年前に比べて固い物が食べにくくなりましたか」で「はい」 または、

Q5「お茶や汁物等でむせることがありますか」で「はい」 に該当する者で、

#### 【からだ測定】

Q4「反復唾液飲みテスト」で4点以下 または、

Q5「パタカの発声」で4点以下

に該当する者。ただし、要介護認定者(要支援1以上)、事業対象者は除く。

【後期高齢者の質問票】				
口腔の機能	Q4	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか <small>固いものの例: さきいか、たくあんなど</small>	いいえ	はい
	Q5	お茶や汁物等でむせることがありますか	いいえ	はい

【からだ測定】						
身体的フレイル(口腔)	Q4	反復唾液飲みテスト				回
	Q5	パ・タ・カの発声	パ	タ	カ	回 回 回

### 実施方法

フレイルチェックの結果や事業対象者及び要介護状態を確認し対象者を抽出。

・歯科衛生士による概ね**3か月**を1クールとする計3回の訪問と2回の電話支援を実施。

①1回目の訪問(アセスメント実施):初回アセスメント(口腔機能)の実施。対象者とともに目標と行動計画を設定。

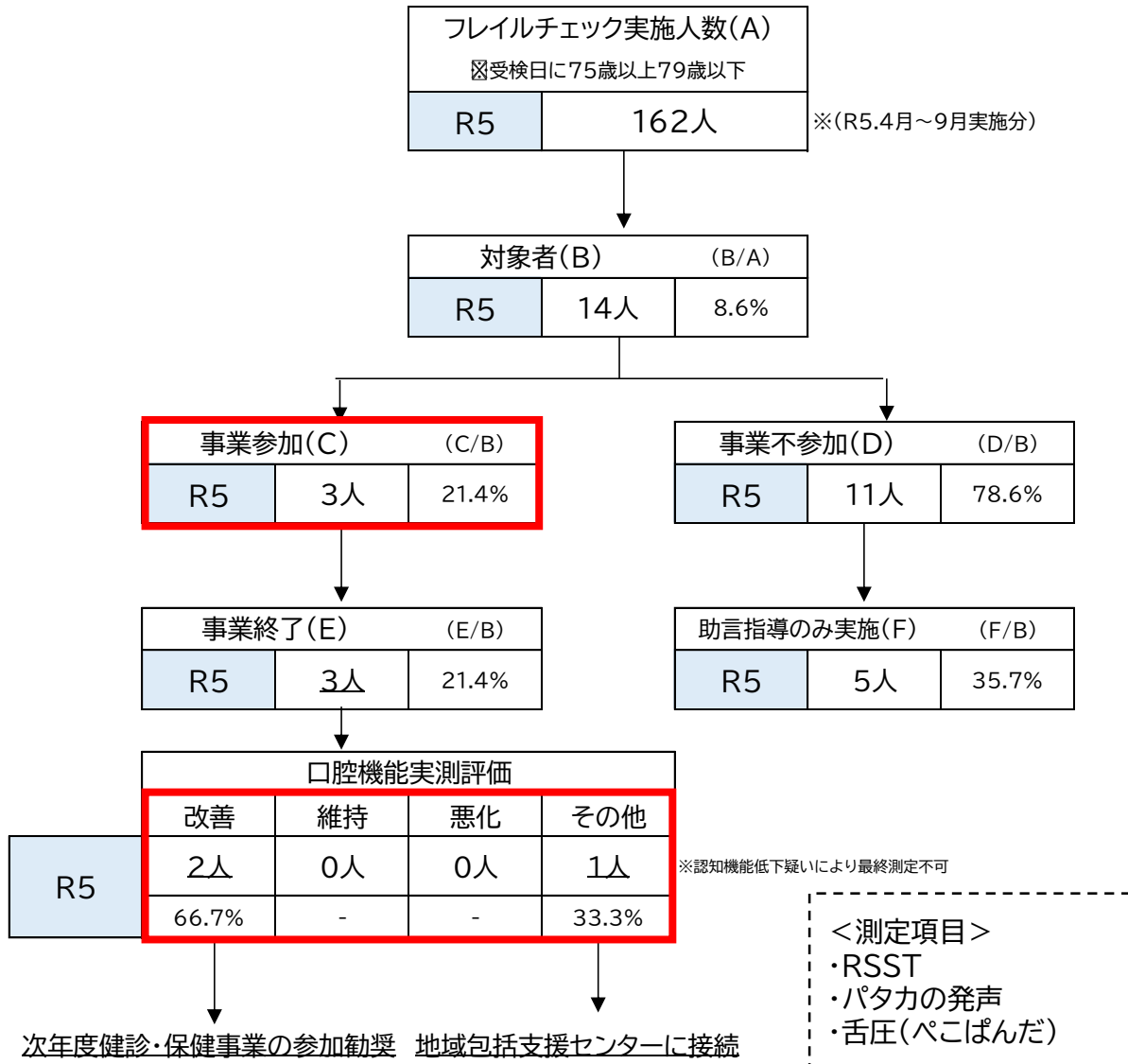
②電話による状況確認:1回目の訪問から半月~1か月後を目安に、電話にて状況を確認。

③2回目の訪問:1回目の訪問から1か月~1か月半後を目安に訪問。

④電話による状況確認:2回目の訪問から半月後を目安に、電話にて状況を確認。

⑤3回目の訪問(最終評価):2回目の訪問から1か月後を目安に訪問。

【実績】



【分析・評価】

- ・R5年度開始事業であり、事業実施年度内での評価となる。
- ・事業参加率は、低いが、R5年度事業参加された方は全員、3ヶ月間の継続支援を終了した。(終了率100%)
- ・最終介入時点において、口腔機能の改善率は66.7%。改善状況が維持できているか、翌年度の口腔健診やフレイルチェックの結果より評価していく。

口腔機能改善者割合 目標値 100%	→	未達成
--------------------------	---	-----

### 対象者

当該年度に77歳到達者のうち、抽出年度及び抽出前年度の2年において、ぎふ・すこやか健診受診者、ぎふ・さわやか口腔健診受診者、 医科・歯科医療機関受診者、フレイルチェック受検者、一般介護予防事業参加者、要介護認定者、事業対象者を除いた者

一体的実施・KDB活用支援ツールの抽出基準から、さらに絞り込みを行っている。

### 実施方法

一体的実施・KDB 活用支援ツール、健康管理システムより、対象者を抽出。

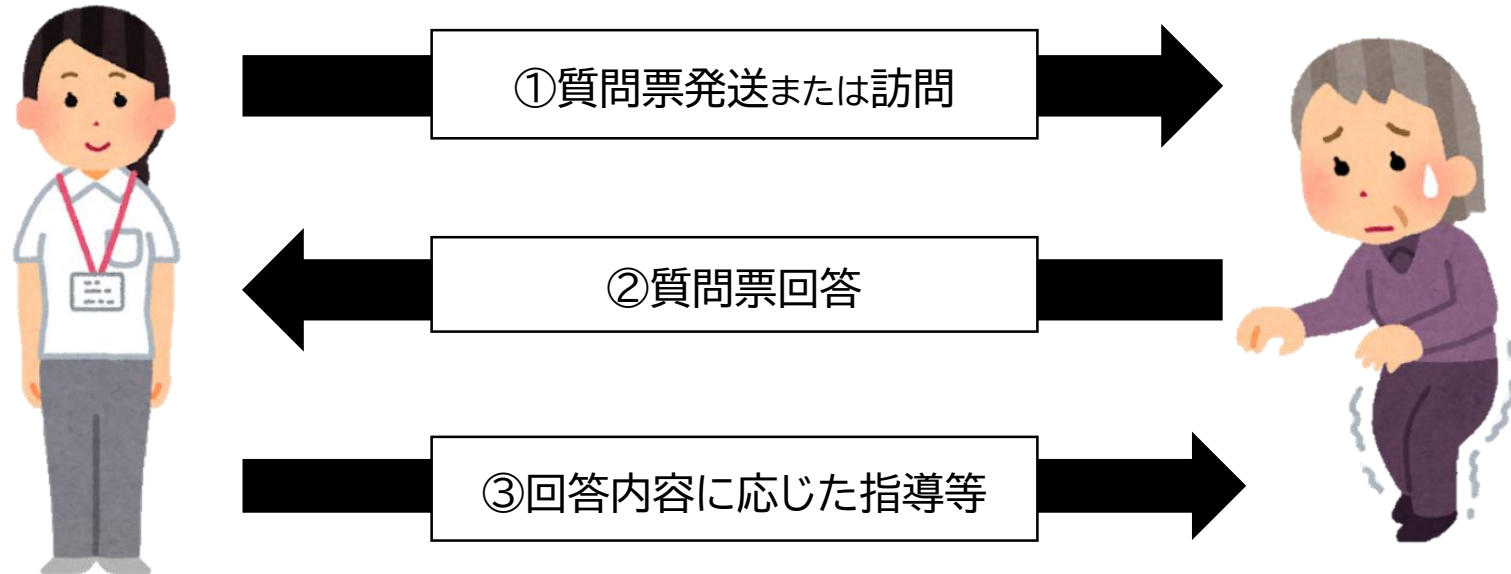
①対象者に後期高齢者の質問票(フレイルチェック記述測定)を郵送し、回答を返信してもらう。

②回答者:回答状況を確認し、フレイル該当回答が3つ以下の場合は、健康診査等のチラシを回答結果に同封し郵送。

フレイル該当回答が4つ以上の場合は、電話等にて、保健師等より助言および、必要な支援につなげる。

③未回答:保健師等による訪問を実施し、現在の健康状態やかかりつけ医の有無、相談先の有無等を含めた生活状況の把握を行う。

健康診査等のチラシを渡し、必要に応じて生活習慣病等の指導や、必要な支援につなげる。



【実績】

対象者(A)	
R5	56人

回答あり(B)		(B/A)
R5	46人	82.1%

(郵送返信27人、訪問回答19人)

回答なし(C)		(C/A)
R5	10人	17.9%

フレイル該当項目数		(D1/B)
3つ以下(D1)	29人	63.0%
R5		

フレイル該当項目数		(D2/B)
4つ以上(D2)	17人	37.0%
R5		

・質問票の回答ありのうち、37.0%がフレイル疑いがある回答内容であった。

すこやか健診受診		(/D1)
R5	2人	6.9%
さわやか口腔健診受診		(/D1)
R5	1人	3.4%

回答内容に応じた生活指導・助言					
	栄養	口腔	運動機能	認知機能	社会参加
R5	7人	13人	16人	11人	9人
	41.2%	76.5%	94.1%	64.7%	52.9%

地域包括へ接続		(/D2)
R5	2人	11.8%

サービス接続率  
目標値  
70%

病院受診勧奨		(/D2)
R5	1人	5.9%

福祉サービス利用		(/D2)
R5	1人	5.9%

介護認定		(/D2)
R5	1人	5.9%

健診受診割合目標値  
10%

未達成

・事業実施後の健診受診状況については、質問票の回答ありの方のうち、すこやか健診受診2名、さわやか口腔健診受診1名であり、健診受診へつながっている人数が少ない。

## 対象者

対象者は、(1)、(2)に該当するものとする。

### (1)糖尿病未治療者

ぎふ・すこやか健診受診者のうち、HbA1c（NGSP）7.0%以上のもの。ただし、服薬治療中の者（問診票より確認）、生活習慣病で治療中の者を除く。

### (2)糖尿病治療中断者

糖尿病の受診歴がある者のうち、下記のアかついに該当する者。

ア、過去に糖尿病のレセプトがある者のうち、直近1年間に生活習慣病のレセプトがない者

イ、直近1年間に特定健診等の受診がない者。

## 実施方法

- ①当該年度に健診を受診した医療機関（未治療者）と最終糖尿病レセプトのある医療機関（治療中断者）に対して「糖尿病性腎症重症化予防事業対象者の確認について」を送付し、対象者への受診勧奨の要否の確認を行う。
- ②「勧奨の必要あり」とされた対象者には、勧奨通知を発送する。
- ③対象者は勧奨通知と同封している「連絡票」と「糖尿病連携手帳」を持参して医療機関に受診する。
- ④受診結果について、連絡票及び糖尿病連携手帳を活用し、市と医療機関で情報共有を行い、保健指導・栄養指導等を行う。
- ⑤未受診の対象者については、保健師および管理栄養士より再勧奨をおこなう。

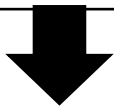
連絡票 (一部抜粋)	
保険者への 依頼事項	1 保健師による生活指導 2 管理栄養士による栄養指導 3 その他保健指導 4 内服薬確認 5 定期受診の確認と勧奨 6 次年度特定健康診査の結果確認
	※1～4の内容について、具体的にご記載ください。 ( )
	※1～4につきましては、後日指導計画書を送付しますので、 <u>ご確認と返送</u> をお願いいたします。
医療機関名	医師名



令和4年度

→連絡票による、医療機関から市への依頼事項

	勧奨対象者 A	Aのうち 保健師による再勧奨対象者	医療機関受診者 B	医療機関受診者のうち、連絡票返信	受診率 C=B/A	1.生活指導	2.栄養指導	3.その他保健指導	4.内服確認	5.定期受診の確認と勧奨	6.次年度健診結果確認
未治療者	6	4	3	2	50.0%	1	1	-	1	2	-
治療中断者	3	2	2	2	66.7%	1	1	-	-	2	-
合計	9	6	5	4	55.6%	2	2	0	1	4	0



<事業実施翌年度 健診受診状況>

	勧奨対象者 A	翌年度健診受診者 D	受診率 E=D/A	HbA1c 7.0未満	HbA1c 7.0以上	改善率
未治療者	6	2	33.3%	1	1	16.7%
治療中断者	3	1	33.3%	1	0	33.3%
合計	9	3	33.3%	2	1	33.3%

HbA1c改善目標値(R4)

未治療者:20%  
治療中断者:35%

未達成

受診率目標値(R5)

未治療者:50%  
治療中断者:35%

達成

令和5年度

令和6年11月29日現在

	勧奨対象者 A	Aのうち 保健師による再勧奨対象者	医療機関受診者 B	医療機関受診者のうち、連絡票返信	受診率 C=B/A	1.生活指導	2.栄養指導	3.その他保健指導	4.内服確認	5.定期受診の確認と勧奨	6.次年度健診結果確認
未治療者	3	0	2	2	66.7%	1	1	-	1	1	-
治療中断者	25	22	9	3	36.0%	-	-	-	-	1	2
合計	28	22	11	5	39.3%	1	1	0	1	2	2

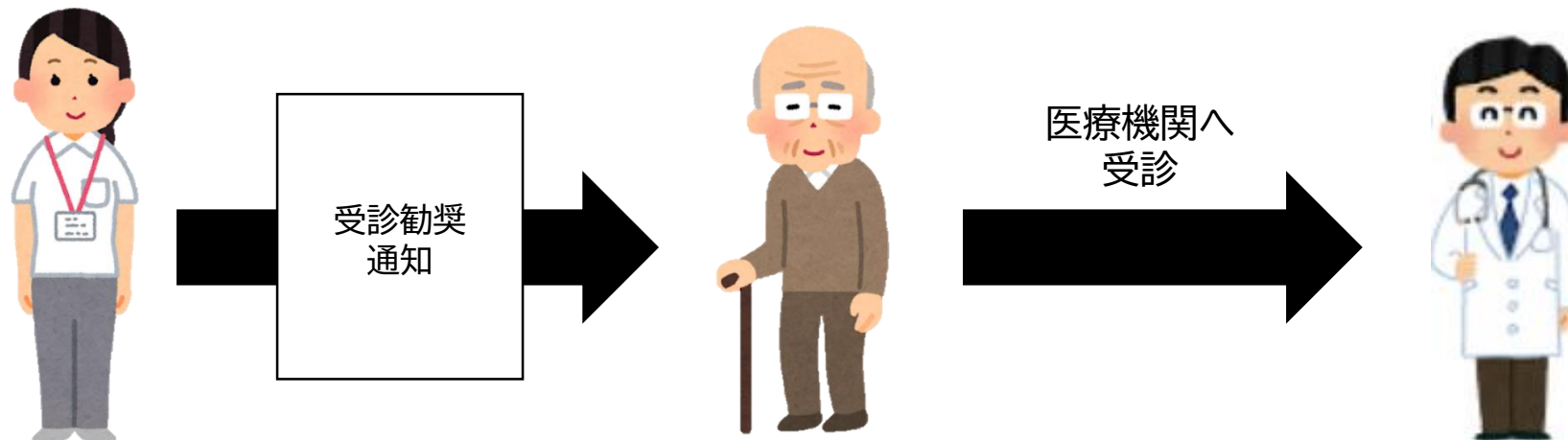
## 対象者

ぎふ・すこやか健康診査受診者のうち、以下の①～④のいずれかに該当する者。ただし治療中の者を除く。

- ① II度高血圧以上(収縮期血圧160以上、または拡張期血圧100以上)
- ② 蛋白尿+以上
- ③ eGFR45未満
- ④ LDLコレステロール180mg/dl以上、または中性脂肪500mg/dl以上

## 実施方法

- ① 事業対象者に対して、医療機関受診勧奨通知を送付する。
- ② ①の3カ月後にレセプトの有無を確認し、生活習慣病のレセプトがない者に対しては、市保健師・管理栄養士より電話または訪問で医療機関受診勧奨及び生活習慣改善指導を行う。





令和4年度

	勧奨対象者 A	Aのうち保健師による 再勧奨対象者	勧奨による受診者 B	医療機関への受診率 C=B/A
全体(実数)	145	119	32	22.1%
血压(収縮期) 160以上	61	46	17	27.9%
血压(拡張期) 100以上	12	9	4	33.3%
尿蛋白 +以上	57	50	9	15.8%
eGFR 45未満	16	13	3	18.8%
LDLコレステロール 180以上	25	19	8	32.0%
中性脂肪 500以上	0	-	-	-



<事業実施翌年度 健診状況>

	勧奨対象者 A	対象基準離脱 D	離脱率 E=D/A
全体(実数)	145	51	35.2%
血压(収縮期) 160以上	61	23	37.7%
血压(拡張期) 100以上	12	5	41.7%
尿蛋白 +以上	57	20	35.1%
eGFR 45未満	16	3	18.8%
LDLコレステロール 180以上	25	7	28.0%

離脱率目標値(R4)  
10% → 達成

令和5年度

令和6年11月29日現在

	勧奨対象者 A	Aのうち保健師による 再勧奨対象者	勧奨による受診者 B	医療機関への受診率 C=B/A
全体(実数)	170	149	22	12.9%
血压(収縮期) 160以上	64	54	10	15.6%
血压(拡張期) 100以上	17	15	2	11.8%
尿蛋白 +以上	76	71	5	6.6%
eGFR 45未満	22	20	2	9.1%
LDLコレステロール 180以上	24	19	5	20.8%
中性脂肪 500以上	2	2	0	0.0%

医療機関受診率  
目標値(R5)  
25% → 未達成

# 一体的実施を取り組んでできて感じたこと



## ● 事業開始前に、数年単位での計画を具体的に立案

➡ 人員確保の体制整備・多様な事業展開に繋がりがやすい。

年度途中に目標達成までの道のりを確認できる。

事業従事者が同じ方向を見て足並みを揃えることで、モチベーション向上。

## ● 住民を巻き込んだ事業展開

➡ 地域住民の一人であるフレイル予防サポーターがいることで、

参加者も事業参加に堅苦しさを感しない。

フレイル予防サポーター自身も頼られることで意欲向上・互助強化。





かかみがはら



フレイル予防で  
健康長寿

ご清聴ありがとうございました

