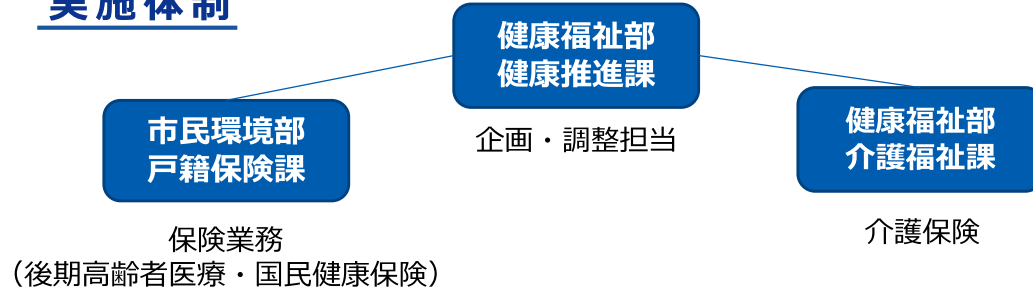


北海道網走市 一庁内外の連携で支える重症化予防とフレイル対策

市の概況(令和7年4月1時点)

人口	31,470人
高齢化率	34.887%
後期被保険者数	6,130人
日常生活圏域数	4圏域

実施体制



網走市 カニチョップ筋体操マスコット
カニ筋太郎

取組の経緯

特定健診受診率が全国・全道平均よりも低い水準であり、後期高齢者健診受診率も14%前後と低く留まっていることや、高血圧症や糖尿病の医療費の割合が全道平均に比べて高い状況があった。そのため、国保保健事業からの継続性や介護予防の視点をもって、庁内外で連携しながら健康保持・改善意識の啓発や健康状態の実態把握、健診受診率向上、重症化予防に取り組むこととした。

企画調整・関係機関との連携

● 庁内連携

年度当初に、庁内3課（健康推進課・戸籍保険課・介護福祉課）において、前年度の振り返りや当年度の方針について検討する「庁内推進会議」を実施している。

● 医療関係団体等との連携

医師会：定期的な情報共有
かかりつけ医：糖尿病性腎症重症化予防プログラム事業内容の説明及び情報共有



健康教育→

ハイリスクアプローチ

● 糖尿病性腎症重症化予防

【実施方法】

健診結果がHbA1c高値の75～79歳までの者（年度途中で後期高齢者医療制度に移行する者も含む）から、未受診・未治療・病歴などを考慮して上位10名程度を抽出し、事業を実施している。

【実施内容】

- ・糖尿病性腎症重症化予防に関わる相談・指導
- ・訪問・電話による保健指導及び医療機関の受診勧奨
- ・期間は3か月間。3回程度（初回・中間・最終）電話又は来所・訪問による健康相談・指導
- ・開始時または必要と判断した場合、かかりつけ医との情報共有（食事制限や運動制限の有無について等）

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、気軽に相談できる環境づくり）

「老人クラブ」または「高齢者ふれあいの家」（地域介護予防活動支援事業として実施）の中から、各圏域につき1か所開催を希望した団体で、3事業同時に実施している。

健康づくり・栄養（保健師）、口腔（歯科衛生士）の分野でそれぞれ1回ずつフレイル予防の健康教育を行い、参加者には、後期高齢者健診の必要性や健康相談の取組について周知している。

1回目に質問票によるフレイルチェックを行うことで参加者の現状を把握し、状況に応じて、受診や地域包括支援センター等の利用を勧奨している。最後にアンケートを実施し、意識や行動の変容を確認している。

● 気軽に相談できる環境づくり

上記のほか、毎年保健センター（健康推進課）主催で開催している「健康まつり」にて、健診の重要性やフレイルに関する情報提供・周知を行っている。

北海道網走市

事業結果と評価概要（令和6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	重症化予防（糖尿病性腎症）	9	1	①参加者のうち、新たに医療機関への受診を確認できた者の割合 ②参加者のHbA1c割合の変化 ③参加者の新規人工透析導入率	①0%（参加者は介入時点で受診していた） ②-1.1%（介入前8.3% → 介入後7.2%） ③0%（人工透析を導入した人はいなかった） 参加者は1名のみだったが、積極的に向き合ってもらうことができ、HbA1c割合の改善を確認できた。
ポピュレーションアプローチ	健康教育・健康相談	-	93	①実施する通いの場の数 ②参加者数 ③実施回数	①4か所、②93人、③7回 参加者に配布した質問票の集計結果を踏まえ、保健師が内容を説明するという流れができた。 口腔に関する健康教育では、参加者自身が体験しながら学ぶことができる内容を取り入れ、大変好評だった。
	フレイル状態の把握	-	93		①4か所、②193人、③8回※②③通いの場+健康まつり 気軽な相談先としての地域包括支援センターや健診の重要性の紹介やフレイルの理解を促すことができた。
	気軽に相談できる環境づくり	-	193		

事業実施全体の流れ（PDCA）

- 〈P〉体制整備、地域連携体制の構築、事業計画の策定
- 健診結果や医療費データを分析し、地域の健康課題を特定
 - 庁内推進会議を通じた主要3課の連携体制の構築
 - 医師会等と情報共有し、スムーズな事業体制を整備

- 〈D〉事業実施
- 専門職によるHbA1c高値の方への訪問・電話でのアドバイス
 - 専門職が通いの場へ出向き、フレイルチェックや健康相談の実施
 - 「健康まつり」等で、健診の重要性やフレイル予防の情報発信

- 〈A〉活用
- 振り返りで確認された「健診未受診者へのアプローチ」等の課題を翌年度の計画に反映し、事業内容を充実させる

- 〈C〉評価
- 参加者にアンケートを実施し、健康への意識・行動変容を確認
 - 国保連合会の支援委員会から、実施や評価方法について助言を受ける

課題・今後の展望

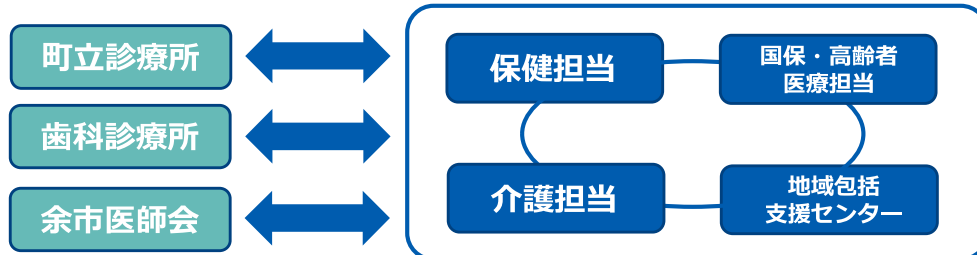
- 後期高齢者健診の受診率が低く、健康状態を把握できていない層に対して、対策を講じる必要がある。
- 糖尿病の医療費割合が年々増加しており、早期の受診勧奨と継続的な指導を行う必要がある。
- P D C Aによる事業改善を図りながら、高齢者自ら健康管理に取り組める環境整備や啓発に取り組み、地域全体の健康リテラシーを底上げする。

北海道積丹町 一知るが“一歩”目～健診データで知る、からだの今とこれから～

町の概況(令和7年3月31日時点)

人口	1,673人
高齢化率	47.9%
後期被保険者数	488人
日常生活圏域数	1圏域

実施体制



積丹町健康づくりキャラクター
ソーランわんぽくん / ソーランわんこちゃん

取組の経緯

KDBシステムを活用した分析の結果、道内全体と比較して町の健康寿命が短く、国保・後期高齢者いずれも医療費指数が高いことが判明した。また、後期高齢者の総医療費に占める割合は生活習慣病の重症化が高くなっており、介護認定者との関連も見られた。このことから、町の課題の背景に生活習慣病の重症化があると考え、国保から後期高齢者まで一貫した重症化予防に継続的に取り組むことで、健康寿命の延伸と社会保障費の適正化を図ることを目的に事業を開始した。

企画調整・関係機関との連携

● 庁内連携

住民福祉課内の保健担当、国保・高齢者医療担当、介護担当、地域包括支援センターがそれぞれ目的や課題を共有し役割分担をしている。

● 医療関係団体等との連携

町内医療機関のほか余市医師会とも連携し、地域の健康課題、一体的実施の取組内容や評価等について情報共有し、取組に対する協力を依頼している。

ハイリスクアプローチ

● 重症化予防_その他生活習慣病

健診結果「血圧」「血糖」「脂質」「腎(eGFR、尿蛋白)」において、学会や各種疾患の治療・予防ガイドラインの数値をもとに抽出基準を設け、該当者に対し、医療専門職(保健師・管理栄養士)が訪問等による個別保健(栄養)指導を実施する。データ受領による健診受診率の向上に伴い、今後、郵送など非対面による指導が増加することで、対象者への指導効果の評価がしづらくなることが懸念される。

ポピュレーションアプローチ

● 健康教育・健康相談

町内全戸に設置のIP告知端末機を活用し、町の健康課題に関する情報の発信、普及啓発を実施する。また、健診会場や通いの場において、介護やフレイル予防に関する健康教育・健康相談を実施するとともに、リーフレット配布やポスター掲示を行う。経過観察や継続支援が必要と判断した場合は、医療専門職(保健師・管理栄養士)による保健(栄養)指導を実施する。必要に応じて医療機関への受診勧奨や地域包括支援センターへの接続を行う。



いきいきクラブ(介護予防教室)



IP告知端末機

北海道積丹町

事業結果と評価概要（令和6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	重症化予防（その他生活習慣病）	27人	15人	対面による保健（栄養）指導実施者数	郵送と対面により保健（栄養）指導を実施し、対面で実施した15人については、全員が医療機関受診につながった。
ポピュレーションアプローチ	健康教育・健康相談	-	25人	通いの場参加者数（実数）	通いの場への参加者が固定化している。

事業実施全体の流れ（PDCA）

（1）体制整備、地域連携体制の構築、事業計画の策定（P）

同一課内で、日頃から情報共有しやすい環境で事業を進めている。
年度初めに4部門の各担当者間で健康課題に対する方針について協議しているほか、何か相談事があれば随時打ち合わせを行っている。

年度初めに、町内の医療機関と、健康課題や事業の方針及び実施したい内容について共有する機会を設けている。

また余市医師会とは、医師と連携した支援を行っている。糖尿病連携手帳を用いることで、医師からの指示の内容を保健指導・栄養指導に活用できることが強み。各種指導により、治療をさらに充実させる仕組みとなっている。

（※余市医師会は北後志糖尿病性腎症重症化予防プログラムの構成団体）

（2）事業実施（D）

4月～翌年3月にかけて、年度計画に基づき保健師と管理栄養士が事業を実施する。対面指導にあたっては、医師の指示内容を適切に活用している。

（3）評価とその活用（C・A）

事業の実績について、評価時期（3月）に、課内では決裁にて共有している。町内医療機関に対しては年度初めの情報共有時に報告しており、実績を踏まえて今後実施したい内容についても共有する。

また、国保連の評価委員会より、事業全体にかかる内容について書面助言（12月頃）を受けている。

評価内容は、町の実態として広く知ってもらうため、広報や町のホームページ、IP告知端末機などを活用し町民に周知している。

課題・今後の展望

- 地理的な事情により通いの場へ足を運びにくい状況があり、参加者の固定化が生じていることから、対策を講じる必要がある。
- 事業継続参加による重症化予防・介護予防に加え、健康状態不明者へのアプローチをさらに進めていく必要がある。
- 医療専門職による見解のばらつきがあるため、統一した保健活動実施のための打合せと、より一層の力量形成が必要となる。

青森県三沢市

— 地域支援事業（介護保険制度）で培った基盤をフル活用した一体的実施の取組 —

市の概況（令和7年4月1日時点）		
人口		36,924人
高齢化率		28.4%
後期被保険者数		5,411人
日常生活圏域数		4圏域



ここがポイント!!!
 一体的実施の担当者が介護部局からの人事異動であったことから、双方の強みを生かすことができ、保健と介護の歯車が噛み合い、重なり合った支援を行っているよ。

市のキャラクター
 ホッキーナちゃん

事業実施全体の流れ（PDCA）

- 体制整備【P】**
 - 国保年金課（主管課）、健康推進課、介護福祉課の3課で年に2回、一体的実施と地域支援事業に関する方向性や次年度に向けた検討をしている。介護部局（直営地域包括支援センター含む）とは頻りに情報交換を行っている。
 - 健康課題の把握は、一体的実施・KDB活用支援ツールの活用のみならず、高齢者実態把握調査や地域支援事業（地域ケア会議など）の取組結果など、介護部局のデータも活用している。
- 地域連携体制の構築【P】**
 - 医療と介護の専門職を参集し、在宅療養のルールづくりを協議している在宅医療・介護連携推進協議会（介護福祉課が主管課）の場で、一体的実施に係る取組内容や地域課題等を発信し、合意形成を図っている。
- 事業計画の策定【P】**
 - 標準化死亡比や医療費などの標準的な指標に沿って項目を設定している。また、在宅生活及び在宅療養を継続していくために必要なADLの保持増進を重視し、抽出基準に糖尿病及びフレイルリスクが併存する者を設定している。
- 事業実施【D】**
 - 各事業に協力いただく専門職（歯科医師、薬剤師、栄養士、PT、OT、ST、歯科衛生士など）への依頼は、個人ではなく、各団体を通じて行っている。また、各団体の長へ事業説明を行い、連携・協働を図っている。
- 評価とその活用【C・A】**
 - 事業の結果は、多職種が集う地域ケア会議等の場で報告している。今後は、在宅医療・介護連携推進協議会等の場を活用し、関係者から意見を募る体制を検討している。

ハイリスクアプローチ

- 【身体的フレイル】**
- 令和6年度の結果を踏まえ、介護部局が実施する介護予防・日常生活支援総合事業（通所型サービス・活動C）の見直しに合わせて、一体的実施との連動を強化し、令和7年度から以下のとおり、試行的に実施している。
 - 一体的実施・KDB活用支援ツールで対象者を選定し、個別通知により利用を勧奨。
 - 希望者には、介護部局の保健師等が訪問し、アセスメント、個別支援計画を作成。
 - 運動実践指導は、市内の運動機能に特化している事業所へ委託して実施（週1回の頻度で延べ12回）。
- 【糖尿病とフレイルリスクの併存者】**
- 治療を中断してしまう人の中に認知機能の低下が起因する場合があると仮説を立て、必要に応じ認知・生活機能質問票「DASC-8」を用い、認知症初期集中支援チームと連携して早期の把握と介入に努めている。



ポピュレーションアプローチ

- 一般介護予防事業で専門職の講師派遣や健康測定を実施している。質問票は、後期高齢者の質問票と介護予防チェックリストを統合した「からだびんびんアンケート」を使用し、結果に応じて介護予防・日常生活支援総合事業への接続を行っている。
- その他、JAと連携し、通いの場に来れない農家等をターゲットにした健康講話やコミュニティづくりを「農閑期」に実施している。

地域支援事業を基盤とした取組

- 地域包括ケアシステムを構築する手段である地域支援事業を活用し、庁内外の連携・協働を図ることにより「疾病予防・重症化予防」のみならず「生活機能の改善」も重視した一体的実施を進めている。
- 要支援1・2の割合が近隣・同規模市町村に比べ少なく、要介護認定率が**15%**と低い水準を維持している。

青森県三沢市

事業結果と評価概要（令和5年度※）

	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）
ハイリスクアプローチ	その他の重症化予防	80人	30人	(1)介入した者を対象とし、1年後の健康診査の結果につき、 ①HbA1c \geq 8.0% ②eGFR $<$ 60% ③BMI $<$ 20kg/m ² の人数・割合 (2)介入した者を対象とし、1年後の要介護認定の状況	(1)介入者のうち、1年後の健康診査の結果 ①該当者数なし(0%)。 ②該当者数4人(13.3%)。 ③該当者数1人(3.3%)。 (2)介入者のうち、1名のみ悪化（認定なし→要介護1）残り29名は現状維持。
	健康状態不明者対策	57人	48人	(1)介入した者を対象とし、介入後、他機関等につながった人数・割合 (2)介入した者を対象とし、健康診査を受診した者の人数・割合	(1)介入者のうち、5人（10.4%）は、医療及び介護サービス、地域包括支援センターによる継続的支援につながった。 (2)健康診査受診者数0人(0%)であった。
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	38か所	411人	(1)フレイルチェック（測定・質問票）によるフレイル該当状況 (2)参加者のうち、介入後、他機関等につながった人数 (3)通いの場の参加状況（活動団体数、参加延回数）	(1)体力測定実施者のうち14.3%がサルコペニア基準該当、立ち上がりテストの結果、79.5%がロコモ該当、後期高齢者の質問票の中で、該当する割合が特に高かったのは、運動に関する項目(68.2%)、次いで認知面(43.2%)であった。 (2)他機関等へつながった者は該当なし。 (3)団体数29団体、参加延回数4,693回。

※令和6年度のアウトカム（評価結果）が未確定のため、上記の内容は令和5年度「事業結果と評価概要」となります。

課題・今後の展望

- 市が目指す一体的実施を市内のみならず、関わる全ての方々と合意形成を図っていく必要がある。今後は、在宅医療・介護連携推進協議会等の場を活用し、市担当者同士で完結するのではなく、職能団体が協議する場で話し合い、合意形成を図っていく。
- 現状、活動や参加の場が限定的であるため、住民主体の通いの場や健康教室など選択肢の拡充を目指していく。
- アウトカム評価については、現在行っている試行的な取組も含め、今後整えていく。

青森県上北郡おいらせ町

一町民に寄り添い、町民とともに健康意欲を高める地域づくりー

市の概況(令和7年4月1日時点)

人口	24,660人
高齢化率	28.9%
後期被保険者数	3,626人
日常生活圏域数	3圏域

事業実施全体のながれ(PDCA)

(1) 体制整備【P】

- 健康保険課(主管課)同様、地区情報を把握する専門職が所属する関係課(地域包括支援センター、子育て支援課)と随時情報共有を行い、円滑に連携できる体制を整備している。
- KDBに基づく健診・医療データを活用し、地区ごとの健康課題分析を行うとともに、後期高齢者の健康課題とハイリスク者対策について、関係課と協議、検討を行う体制としている。

(2) 地域連携体制の構築【P】

- 事業開始にあたっては国保運営協議会、在宅介護支援センター部会等の会議において事業内容の説明を行い、協力依頼をしている。また、ハイリスク者への対応時には必要に応じて町内医療機関、薬局等とも連携をしている。
- 住民に対しては、町内会代表会議や、町内会長、民生委員、ほのぼの協力員、保健協力員、100歳体操支援者などで構成されるいきいきサロンの代表者会議を活用し、町の健康課題や事業内容について説明し協働での事業実施に重点を置いている。

(3) 事業計画の策定【P】

- ハイリスクアプローチの対象者抽出基準は、健診情報やレセプトデータ等を基に、町内の健康課題を踏まえた、より優先度の高い対象者を選定するための独自基準を設定し、対象者の優先度を考慮した効率的な支援を行っている。
- 国保連合会の外部評価委員会の場を活用し、評価方法等に関する助言を受け、その内容を事業に反映させている。

(4) 事業実施【D】

- ハイリスクアプローチについては、町内医療機関、町内歯科医師会、薬局、他管轄の地区医師会等と連携・協働し、事業を実施している。また、対象者へ実施した保健指導の内容については、保健指導報告書や糖尿病連携手帳を活用し、医療機関へ報告・共有している。

(5) 評価とその活用【C・A】

- 質的・量的な評価を経年的に行い、庁内関係部署や町内医療機関に報告し、事業の見直しを図っており、ハイリスクアプローチ対象者に関しても関係課と評価・対応方針の検討を行っている。

みんなで企画し、みんなで楽しみ、みんな元気に！

もっと仲間を増やすにはどうしたらいいかな

みんな同じことに困っているね

保健師の講話はいつも人気！

みんなで集まって地域のこと話せるのはいいね

次のサロンの企画は何かいいかな？



いきいきサロン代表者会議の1コマ

ここがポイント!!

町民の声に寄り添い、ともに取り組むことで、住民の気づきや行動のきっかけを生み出しているね！



町のイメージキャラクター
おいらくん

ハイリスクアプローチ

- 地域包括支援センターは「75歳全戸訪問事業」を実施し、後期高齢者の実態把握を行っている。そのため、健康状態不明者の抽出条件はセンターと情報共有を行い、効率的な訪問につなげている。訪問時には、町民一人ひとりに寄り添い、医療専門職による個別性を重視した助言、支援につなげている。
- 訪問後は、健康保険課、地域包括支援センター、訪問委託事業所によるカンファレンスを行い、情報共有と今後の支援内容や対応方針の検討を行うことで、支援の方向性を統一することができている。

ポピュレーションアプローチ

- 各地区の参加者アンケートにより、関心の高いテーマや主観的な健康課題を把握し、町民や委託業者と打ち合わせをして測定や講話を地区の実情に合わせた内容で実施している。
- 質問票や体力測定の結果を分析し、町民へフィードバックすることで健康行動の維持、継続していくモチベーションにつなげている。
- 通いの場への支援は、複数年(2~3年)継続し、経年的な分析・評価を行っている。

一体的実施取組開始後の成果

県内トップクラスの健診受診率の上昇！

令和5年度から健診未受診者勧奨を実施。

健診受診率 令和5年度**25.6%** ⇒ 令和6年度**29.1%**(約3%アップ)

青森県おいらせ町

事業結果と評価概要（令和5年度※）

	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）
ハイリスクアプローチ	健康状態不明者	56人	55人	(1)健診を受診した者の人数・割合 (2)医療機関を受診した者の人数・割合 (3)介護・認定の有無確認	(1)健診受診者数：7人/12.5% 健診未受診者数：46人/87% (2)医療機関受診者数：18人/32.1% 未受診者数：35人/63% (3)介護保険接続者数：2人/3.6% 未申請者数：51人/91%
	糖尿病性腎症重症化予防	4人	4人	(1)治療状況 (受診した者・治療を開始した者の人数・割合) (2)HbA1c8.0%以上の人数・割合 (3)糖代謝精密検査受診者・率	(1)治療状況（受診した者・治療を開始した者の人数/割合） 未受診者（中断者）同一人1人に対し受診確認できた数：1人/100% (2)HbA1c8.0%以上の人数/割合：0人/0% (3)糖代謝精密検査受診者/率：4人/100%
	その他の重症化予防	5人	4人	(1)治療状況：治療を開始した数/割合 (2)治療状況：適正受診確認 服薬治療を継続し数値が安定している数/割合 (3)脳血管疾患、心疾患を発症した数/率	(1)治療状況：治療を開始した数/割合：1人/25% (2)治療状況：適正受診確認 服薬治療を継続し数値が安定している数/割合：4人/100% (3)脳血管疾患、心疾患を発症した数/率：0人/0%
	重複頻回・多剤投薬等	7人	4人	(1)内服管理の改善状況	(1)内服管理の問題が改善または改善見込みができる数/割合：4人/100%
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	3か所	138人	(1)質問票からの行動変容 (2)社会参加率 (3)ハイリスクアプローチでも介入した人数 (4)他の社会資源につながった人数	(1)フレイル問診票は、こころ1/2名、食習慣3/6名、体重変化5/7名、認知機能3/10名、社会参加1/4名、支援4/6名が初回の調査で該当であったが非該当に移行。 健康度測定において、野菜摂取レベルは18/28名が、握力は20/28名が維持改善。講座は、フレイルの理解については93%（36/41名）あった。 (2)4地区75歳以上の社会参加率：12.2% (3)ハイリスクアプローチでも介入した人数：1人（2.1%） (4)他の社会資源も活用している人数：26人（54.2%）
	気軽に相談できる環境づくり		8人	(1)健診異常値放置者数の減少 (2)生活習慣病治療中断者数の減少 (3)歯科健診受診者数の増加 (4)適正受診、服薬が行われている人数 (5)相談者の体重の変化や行動変容	(1)健診異常値放置者数：0人 (2)生活習慣病治療中断者数：0人 (3)歯科健診受診者数：1人 (4)適正受診、服薬が行われている人数：8人 (5)相談者の体重の変化や行動変容：未把握

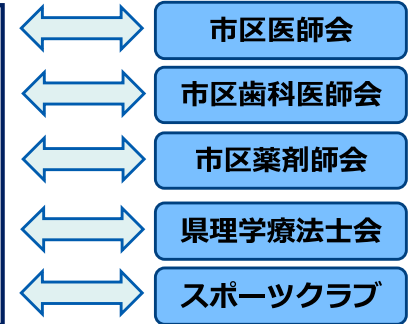
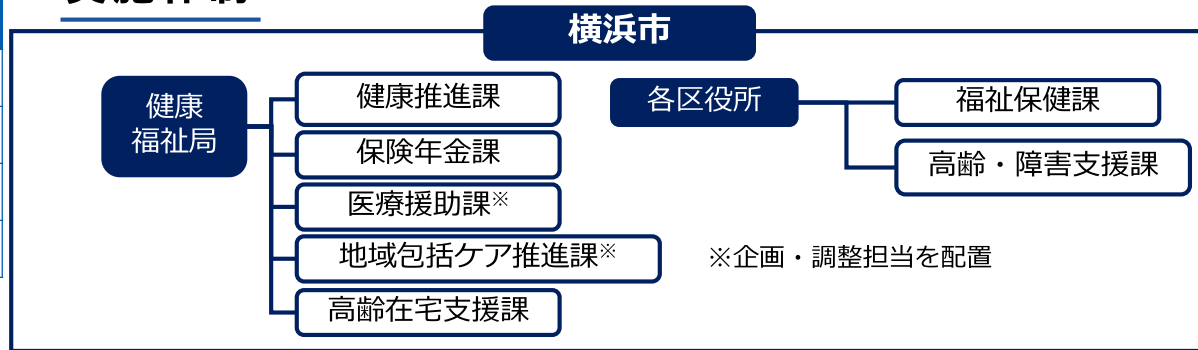
※令和6年度のアウトカム（評価結果）が未確定のため、上記の内容は令和5年度「事業結果と評価概要」となります。

課題・今後の展望

- 専門職の介入が必要な対象者に、KDBを用い町の健康課題に応じた対象者抽出基準を使用し、保健指導やポピュレーションアプローチへ接続している一方で、慢性的なマンパワー不足により抽出する作業の手間やKDB操作等に苦慮している。
- 今後もKDBの標準的な操作方法を研修等で習得していくとともに、町の健康課題に応じて柔軟な対応を進めていく。

神奈川県横浜市 —いきいきと暮らせる地域づくりを目指して—

実施体制



市の概況 (令和7年1月1時点)		
人口		3,769,584人
高齢化率		24.8%
後期被保険者数		588,065人
日常生活圏域数		148圏域

取組の経緯

一体的実施を開始した令和6年度以前も訪問型短期予防サービスがあり、フレイル予防に取り組んでいたが、一体的実施事業以前から、各区において対象者把握の困難さなどに課題があった。一体的実施では、健診データ、診療データ（医療レセプト）、要介護認定情報等の市民の健康に関するデータを活用し、いわゆるプッシュ型の支援ができるようになっている。できる限り多くの高齢者が自立した生活を送ることができるよう、令和6年度から南、栄、泉の3区から開始し、現在は10区で実施しており、令和8年度から全区（18区）で実施予定である。

企画調整・関係機関との連携

- 庁内連携
3課（医療援助課・地域包括ケア推進課・高齢在宅支援課）については、2週に1回打ち合わせを実施。前述の課に2課（保険年金課・健康推進課）を加え、5課の課長級を含めて月1回の定例会議を開催。
 - 医療関係団体等との連携
市・区の3師会への事業説明や本事業の検討会に3師会から委員として参加していただいている。
- 事業の流れ
- ①企画・調整等事業
データを活用し、フレイル等で支援の必要な高齢者を把握。
 - ②該当者に介護予防サービス（ハマプロ）の利用案内を送付。
 - ③個人の状態に合わせて医療専門職によるハマプロの提供や地域の介護予防活動を案内。

ハイスコアアプローチ（ハマプロ）

- +** 区、地域ケアプラザ※¹による横浜市フレイルチェックシート※²の実施により対象者を抽出
- 通所型集団支援
市内スポーツクラブ等へ委託。スポーツクラブ等で**医療専門職（看護職、薬剤師、リハビリ専門職、栄養士、歯科栄養士）**による支援を受ける。2か月間全8回。理学療法士が初回及び最終支援に関わり、個別相談や評価を実施。最終支援では各区の通いの場の案内、社会参加の勧奨を行う。継続支援の必要な参加者については区役所に引継ぐ。
 - 訪問支援
医療専門職が訪問、面接、電話、郵送などの方法で、一人ひとりの健康状態や生活習慣の確認、生活上の指導を3か月間行う。



ポピュレーションアプローチ

- 健康教育・健康相談
区役所や地域ケアプラザ等が実施。講演会やイベント、地域の通いの場や元気づくりステーション※³において**医療専門職**がフレイル予防等の普及啓発活動を実施。
 - フレイル状態の把握
元気づくりステーション等の通いの場や窓口等において、横浜市フレイルチェックシートを実施。対象者にはハマプロの案内や介護予防等の支援を実施。
 - 気軽に相談できる環境づくり
薬剤師会に委託し、薬局等でミニ健康講座（服薬管理も含む）、体力測定を開催。
- ※¹ 高齢者、子ども、障害のある人など誰もが地域で安心して暮らせるよう、身近な福祉・保健の拠点としてさまざまな取組を行っている横浜市独自の施設（市内146か所整備）。
 ※² 後期高齢者の質問票に横浜市独自の項目を追加したもの。
 ※³ 介護予防・健康づくりに取り組む住民主体のグループ活動。市内300グループ以上が活動中。

神奈川県横浜市

事業結果と評価概要（令和6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は6年度中に完了した参加者に限る
ハイリスクアプローチ	低栄養	51	2	基本チェックリストの結果①「運動リスク」②「低栄養リスク」の状態が維持・改善した者の数	1名中①1名、②1名 身体的フレイルも併存 包括的な保健指導の結果改善
	口腔	79	4	基本チェックリストの結果①「運動リスク」②「口腔機能低下リスク」の状態が維持・改善した者の数	4名中①1名、②2名 ハイリスクアプローチの前後で対面での基本チェックリストを実施し、結果を比較することによる評価
	身体的フレイル	573	75	基本チェックリストの結果①「運動リスク」②「閉じこもりリスク」の状態が維持・改善した者の数	67名中①53名、②63名 運動指導だけではなく、社会参加の必要性、低栄養、口腔について包括的な保健指導を行う
	重症化予防（糖尿病性腎症）	228	29	受診につながりかつ基本チェックリストの結果①「低栄養リスク」②「運動リスク」③「閉じこもりリスク」の状態が維持・改善した者の数	26名中①15名、②13名、③15名 疾病管理と介護予防に関する包括的な指導を行い 一定の効果 が得られた 受診につながっていることを集計定義にしている ハイリスクアプローチのフォローアップにて、受診の有無を電話かけにて確認
	健康状態不明者対策	165	56	支援終了後のフォローアップ時に実際に受療行動やサービス利用につながった者の数	健康状態不明者から把握した通所型集団支援の参加者数52名のうち医療機関の受診や介護サービス等の利用が適当と判断された4名中4名が、実際の受療行動等につながった。
ポピュレーションアプローチ	健康教育・健康相談	-	累計 3,645	回数、参加者数	当初の予定（52回、累計1,200人）よりも多くの場所(133回)、多くの参加者に向けた健康教育・健康相談が実施できた。
	フレイル状態の把握	-	1,586	実施数	当初の予定よりも多くの場所（52回）でフレイルチェックを実施できた。
	気軽に相談できる環境づくり		486	回数、参加者数	日常生活圏域を超えて、多くの場所で相談できる環境づくりを行うことができた結果、参加者数は当初予定よりも多くなった。

【自由記載欄】市役所及び各区とスポーツクラブ等が一体的実施事業の専用システムで連携しており、対象者の状況を共有。評価においては中長期的な効果測定を実施できるよう、国から数値による指標や測定方法が提示されるとよりPDCAサイクルによる事業管理につながられる。

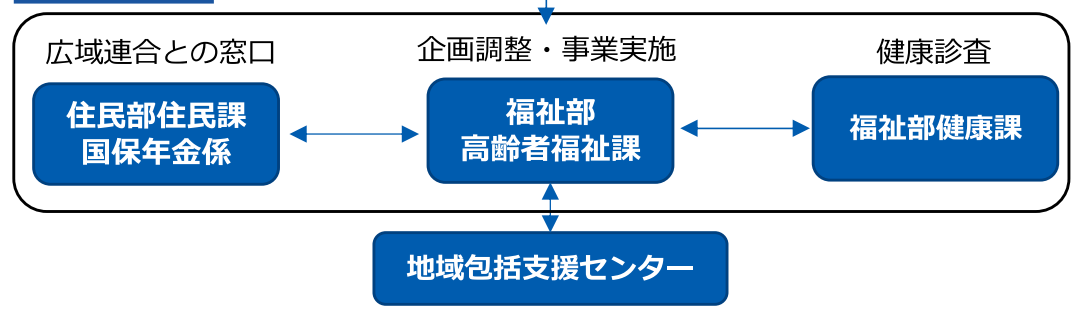
課題・今後の展望

- ハイリスクアプローチの終了後、通いの場等につながり、地域の中で介護予防に取り組んでいただきたいが、支援終了後の長期的な実態把握が課題である。
- 研究機関と連携して、中長期的な効果測定を実施中。令和8年度に全区で展開予定。

東京都瑞穂町 一庁内外連携で情報・意識を共有して取り組む一体的実施

町の概況 (令和7年4月1時点)		
人口		31,966人
高齢化率		30.2%
後期被保険者数		5338人 (令和7年3月末時点)
日常生活圏域数		1圏域

実施体制



瑞穂町公式キャラクター
みずほまる

取組の経緯

当事業の開始初年度である令和2年度からスタート。事業開始前は高齢部門では介護予防事業（一次予防及び二次予防）を取組んでいたが、ヘルス部門との連携についての意識はあまりしていなかった。そのような中で、当事業がスタートすることになり、国からの財政支援で専門職の配置とし当事業に取り組む体制を築けたため早期にスタートすることができた。

企画調整・関係機関との連携

- **企画調整**
KDBシステムやニーズ調査等の分析により健康課題を明確化。事業実績の整理・評価を実施し、既存の関連事業との調整や内容改善を行っている。
- **庁内連携**
庁内関係部署で会議を複数回実施し健康課題や事業の進捗状況を共有するほか、各部署の担当者同士で顔の見える関係を構築し、随時庁内で情報共有を行うようにしている。
- **医療関係団体等との連携**
町・医師会と定例会等で健康課題や進捗状況の説明や企画の協力依頼を実施するほか、随時直接医療機関から連絡が入る体制を整えている。

ハイリスクアプローチ

- **低栄養防止・身体的フレイル**
KDBシステムから抽出した高リスク者に、3～6か月の間、訪問・電話・会場面接等による指導を専門職で実施。初回アセスメント結果から目標を設定し、達成状況を評価する。必要に応じて医療の受診勧奨・栄養指導、地域包括支援センターと連携して地域支援事業のサービス・活動や通いの場につなげ、訪問による継続指導が必要な場合は直営で看護師や管理栄養士が介入する。
- **健康状態不明者対策**
KDBシステムから抽出した対象者に、郵送による勧奨・勧奨に応じない者に対する保健師等によるアウトリーチ支援を実施。3～6か月の間、必要に応じ訪問や電話による指導を行う。初回アセスメント結果から必要に応じて医療受診やサービス利用を勧奨し、フレイル状態や健診・医療受診状況を評価。適宜地域包括支援センターに接続する。

ポピュレーションアプローチ

- **フレイル状態の把握と予防等の健康教育、健康相談**
地域支援事業の通いの場において、地域の健康課題に対応した健康教育や相談を実施。年1～2回ずつ巡回してフレイルチェックや体力測定、保健指導、健康教育のミニ講座等を実施している。
- **気軽に相談が行える環境づくり**
地域包括支援センターが行う出張相談等気軽に高齢者が相談できる場を周知。地域における多世代交流拠点等の日常生活拠点の実情を把握してニーズに応じた相談できる環境づくりに取り組んでいる。



◀ポピュレーションアプローチの様子 (体力測定)

東京都瑞穂町

事業結果と評価概要（令和6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	低栄養予防	29	5	面談が完了できた者のうち、 ①体重が維持・改善した者の数 ②BMIが維持・改善した者の数	面談完了者2名、最終面談辞退者2名、入院1名 ① 2人 ② 2人
	身体的フレイル予防	18	4	面談が完了で来た者のうち、 ①質問票での該当者の数 ②サービスにつながっている者の数	面談完了者4名 ① 介入時4名→介入後2名 ② 医療受診者2名
	健康状態不明者対策	6	3	面談が完了できた者のうち、 ①質問票での該当者の数 ②サービスが必要な者のうち、介入後に医療・介護サービス等につながった者の数	面談完了者3名 ① 介入時3名→介入後 維持2名、不明1名 ② 介護申請1名
ポピュレーションアプローチ	健康教育・健康相談	-	105	参加者数、健診受診者数 等	状態把握結果による個別の健康相談や、通いの場の健康課題について健康教育を実施してきたことにより、集団の健診受診者数が増加するなど効果が見えてきている。
	フレイル状態の把握	-	123		

<庁内外での情報と意識の共有>

- 外部委託により実施しているハイリスクアプローチでは複数職種による介入を実施し、必要な場合には都度報告が上がるようにしている。
- 現場の職員レベルで一体的実施事業への理解を醸成するため、地域包括支援センターの職員にも一体的実施に関する研修受講を促したり、ポピュレーションアプローチに参加協力してもらうようにしている。

<ポピュレーションアプローチ>

- 介入する通いの場の選定に当たっては、通いの場からの相談・要望を踏まえるなど通いの場の自主性を阻まないよう留意している。
- 参加者の半数が健診を受診していなかった通いの場で受診に向けた講座を実施したところ受診者数が増加し、重ねて毎年テーマを変えていくと該当する質問票の項目に対する回答が改善する効果が見られた。

課題・今後の展望

- 口腔リスクが高齢者のみならず町全体で課題となっている。多世代で生活している人が多い地域があるので、次年度以降は現行のハイリスクアプローチで対象となる人を中心に口腔に対するハイリスクアプローチも併せて実施し、高齢者への口腔対策を通じて町全体の口腔リスクの低減に繋げていきたい。

富山県南砺市 地域づくり協議会と協働で実施する一体的実施事業

市の概況(令和7年4月1時点)		
人口		45,706人
高齢化率		40.25%
後期被保険者数		11,166人
日常生活圏域数		5圏域



実施体制

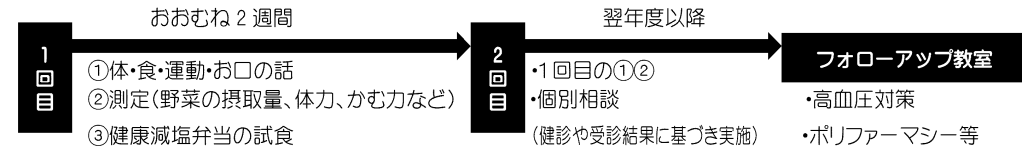


取組の経緯

- 平成29年：南砺市地域包括ケアセンター内に、健康課・地域包括支援センター等が集約。近隣の南砺市民病院を含め「保健・福祉・医療ゾーン」が形成。多職種連携が強化。市内全ての自治振興会で「地域づくりの勉強会」が開始。
- 平成31年：市全体で「小規模多機能自治」開始。**住民自ら地域の課題を考える環境が整備。**
- 令和4年：**一体的実施事業開始。**健康課と地域包括支援センター職員が自治振興会(地域づくり協議会)に出向き、**健康課題の情報共有等実施。**地域づくり協議会と「協働」でポピュレーションアプローチを開始。

ポピュレーションアプローチ「地域でまるごと健康教室」

- 取組概要 31地域づくり協議会中、25地域実施(80.6%) 382人(R8.1月末時点)
- 開催方法：各地域にある「地域づくり協議会」と協働開催
- 役割分担：募集・案内・会場設営・ヘルスポランテニア等関係者の調整(地域づくり協議会) 当日の進行・結果報告(健康課の保健師、管理栄養士、歯科衛生士、健康課兼包括支援センター作業療法士)
- 内容：2回コース



企画調整・関係機関との連携

- 庁内連携
健康課健康増進係、地域包括支援センターが中心となり、福祉課等と連携。小規模多機能自治の担当課の「南砺で暮らしません課」とも連携し、各地域の地域づくり協議会との協働を推進。
- 関係団体との連携
医師会、歯科医師会⇒**検(健)診受診時などに医師が一体的実施事業を紹介。住民の事業参加への後押しを行っていただいている。**
薬剤師会、社会福祉協議会、南砺市民病院、砺波厚生センター、富山県後期高齢者医療広域連合、富山大学、富山県立大学等

ハイリスクアプローチ

- 低栄養、口腔、重症化予防(糖尿病性腎症)・(その他生活習慣病)、健康状態不明者の取組を実施。
- 事前の案内文書送付などは、行っていないが住民の受け入れは良好!
- 未受診者対策：市内の医療機関と連携し、健診結果や訪問時の血圧等を記した**はがきを作成。**対象者が受診する際、持参。

- ポイント
 - 一体的事業開始前から、健康課の事業である「がん検診や予防接種の周知」等を地域づくり協議会の方々の協力を得て実施していたため、連絡や相談がスムーズ。
 - 各地域の地域づくり協議会メンバーに、健康課で委嘱しているヘルスポランテニア、食生活改善推進員などの健康づくりボランティアが所属しており、健康課題等の情報共有がスムーズ。地域づくり協議会の横のつながりも強く、他地域のポピュレーションアプローチを見学に来られる地域もある。
 - 事前打合せ：事前に当日の対象者の動線や安全の確認、役割分担等をしているので、**お互い自主的**
 - 地域づくり協議会の担当課「南砺で暮らしません課」との連携：地域づくり協議会の研修会や理事会の場で、事業説明や資料配布等協力をお願いできる環境にある。
 - 令和7年度にパンフレットを一新(右上)。より親しみやすさを感じてもらえるように専門職の顔写真を掲載、明確で具体的な動作指示(ナッジ理論)等を明記(例年より2倍の申込に!)

富山県南砺市

ポピュレーションアプローチ事業「地域でまるごと健康教室」結果と評価概要（令和7年度結果）令和8年1月末時点

項目	担当	測定内容	正常の割合(%)		改善の割合(%)	正常とは...	状況（評価結果）	
			1回目	2回目				
血圧	・ヘルスポランティア ・保健師	血圧測定	33.3	39.2	5.9	収縮期血圧：130mmHg未満	9地域づくり協議会で実施 延べ人数：327人（※1回目・2回目の両方に参加した人数） 平均年齢：78.8歳（最高齢103歳）	
口腔	・歯科衛生士	咀嚼判定ガム	42.3	50.5	8.2	5段階評価のうち「4(かめている)」以上		
栄養	・管理栄養士	野菜摂取量測定	64.2	71.0	6.8	レベル：7.0以上		
運動	・作業療法士	体脂肪率	22.9	19.9	-3.0	男：10～19% 女：20～29%	1回目から2回目は、約2週間から1か月。短期間でも、 ほぼ全ての測定で改善 がみられた。 特に ・ 開眼片足立ち(左) は、 全員が改善 全ての地域で改善。 ・ 体脂肪率のみ、改善が見られなかった 。次年度以降も「フレイル予防」が必要 令和8年度からハイリスクアプローチの身体的フレイルを開始する予定	
		5m歩行	58.0	78.0	20.0	3.6秒以内		
		握力	右	71.2	71.9	0.7		男：28kg以上 女：18kg以上
			左	64.9	66.0	1.1		
開眼片足立ち	右	65.8	72.6	6.8	15秒以上			
	左	69.2	100.0	30.8				

①事業評価：ポピュレーションアプローチの事業評価が課題。

KDBを使用し、参加前後の比較（健診受診状況、質問票の変化、フレイル状態の変化等）をし、各地域の健康の「強み」「伸びしろ」等を確認したい。その情報を地域の方々と検討し、健康行動の実践、継続、習慣化につながる体制整備を行いたい。

②フレイル予防の強化：筋肉を増やし、フレイルを予防していくために「地域包括支援センター」との連携を更に強化する必要がある。

2課での合同企画

- ・12/6(土)減塩フォーラム：約400人に循環器疾患の予防やフレイル予防を周知
- ・2/1(日)フレイルの日：地域包括支援センターと健康課で街頭キャンペーンを実施予定
- ・令和8年度～ハイリスクアプローチでフレイルの取組を開始予定

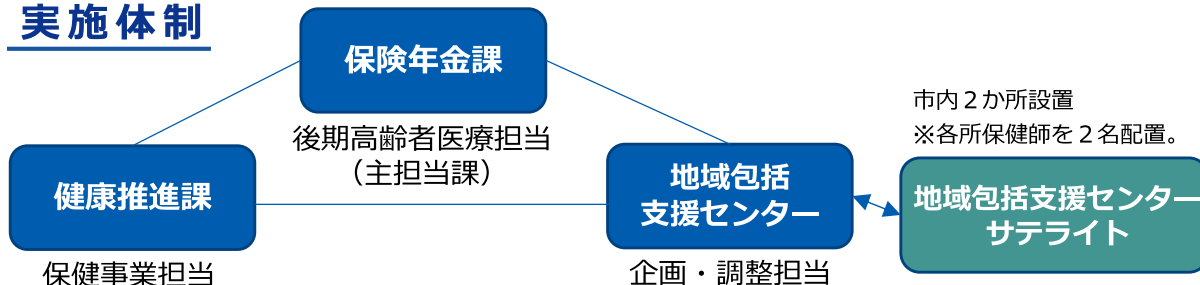


三重県伊賀市 —KDBデータを活用しながら地域と向き合う一体的実施事業—

市の概況(令和7年4月1時点)

人口	84,060人
高齢化率	34.2%
後期被保険者数	16,755人
日常生活圏域数	9圏域

実施体制



取組開始の経緯

- ・国保の保健指導として、保険年金課において特定保健指導・糖尿病性腎症重症化予防事業を実施していた。
- ・健康推進課は、保健指導担当課としてポピュレーションアプローチを実施してきた。
- ・地域包括支援センターでは、高齢者が参加するサロンへ出向き、健康教育・健康相談を実施してきた。
- ・従来からより、国保担当課の保険年金課と保健指導担当課の健康推進課が連携体制を構築してきたところ、切れ目のない支援体制や医療分野・介護分野の包括的な支援体制の構築を目的に、地域包括支援センターを含め関係3課所で改めて連携体制を協議し、令和3年度から一体的実施事業を開始した。

企画調整・関係機関との連携

- **庁内連携**
庁内3課所(保険年金課、健康推進課、地域包括支援センター)を軸として、庁内の関係各課(医療福祉政策課、介護高齢福祉課)と連携して一体的実施の取組を実施。課題把握や情報共有を目的として年に2~3回の会議を実施している。市内に2箇所ある地域包括支援センターのサテライトにも、地区担当の保健師が配置されている。
- **関係団体等との連携**
〈伊賀医師会、伊賀歯科医師会、伊賀薬剤師会〉
事業計画の段階から健康課題の共有、事業内容についての相談、事業状況の報告
〈三重県歯科衛生士会名張伊賀支部〉
ハイリスクアプローチ(口腔)を実施する際に事業内容・配布資料等について相談
〈伊賀市社会福祉協議会〉
各生活圏域の健康課題の共有。ポピュレーションアプローチの実施に当たり、介入が少ない通いの場との橋渡しを依頼
〈三重県国民健康保険団体連合会〉
データの分析等について相談

ハイリスクアプローチ

- **低栄養**
保健師・栄養士による訪問指導を4か月以内に3回実施。初回にアセスメントを行ったうえで目標を設定し、最終の訪問時に目標達成状況を確認。目標取組期間を3か月に設定し、本人の意欲が持続するよう工夫している。
- **口腔**
市内3か所で口腔機能低下予防教室を実施。集団指導と個別指導を同時に行い、後日電話で歯科の受診状況を確認する。
- **身体的フレイル**
民間サービスと連携し、各家庭の電気の↑口腔機能低下予防教室の様子使用状況から、AIが身体的フレイルリスクの高い者を抽出。対象者に個別訪問や保健指導を実施する。
- **重症化予防(糖尿病性腎症)・(その他生活習慣病)**
保健師による訪問指導を1~2回実施。初回訪問時に健診・受診の勧奨を行い、2回目の訪問時に健診・受診結果を基に生活指導を実施する。
- **健康状態不明者**
保健師による訪問指導を1~2回実施。健診受診率の底上げのため、地域包括支援センターのケアマネージャーや社会福祉士と連携し、訪問時に受診勧奨してもらうようお願いしている。
※各取組区分の対象者は、一体的実施・KDB活用支援ツールの抽出基準のほか、年齢や健康状態等により抽出。



ポピュレーションアプローチ

- **健康教育・健康相談**
伊賀市内の全9圏域で健康教育・健康相談を実施。KDBデータから得られた地域別の分析結果や、地域住民が興味を持っている健康課題を扱い、その地域の健康課題に応じた取組を行う。
取組は主に地域団体(自治協や老人会等)に対して実施しており、地域団体が希望するテーマに加え、地域課題に対応したトピックも織り交ぜつつ健康教育を行う。合わせて、質問票を活用した生活機能チェック・血圧測定・歯科健診受診勧奨等を行い、自身の健康状態を把握できる取組も行う。
取組の実施に当たり地域に出向く際は、地域の人々とのでないか検討を行っている。

介護予防教室の様子 →



三重県伊賀市

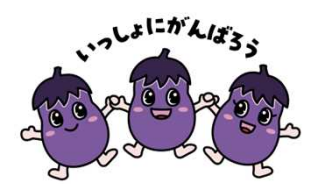
事業結果と評価概要（令和6年度結果）

	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	低栄養	55	10	・体重維持、改善ができた者の割合 ・食事内容が改善できた者の割合 ・1年後に要介護認定を受けた者の割合	・体重維持、改善ができた者の割合：100% ・食事内容が改善できた者の割合：80% ・1年後に要介護認定を受けた者の割合：10%
	口腔	549	21	・歯科医療機関への受診状況 ・1年後に要介護認定を受けた者の割合	・歯科医療機関への受診状況：47.6% ・1年後に要介護認定を受けた者の割合：4.8%
	重症化予防 (糖尿病性腎症)	7	5	・治療中断者のうち健診又は受診につながった者の割合	・健診又は受診につながった者の割合：40%
	重症化予防 (その他生活習慣病) 血糖を除くコントロール不良者	9	9	・対象者のうち受診が確認できた者の割合	・受診が確認できた者の割合：55.6%
	重症化予防 (その他生活習慣病) 腎機能不良未受診者	5	4	・対象者のうち受診が確認できた者の割合	・受診が確認できた者の割合：50%
	健康状態不明者	36	26	・健診を受診した者の割合 ・医療・介護サービス等が必要と判断される者のうち、医療・介護サービス等につながった者の割合	・健診を受診した者の割合：15.4% ・医療・介護サービス等につながった者の割合：100%
ポピュレーションアプローチ	健康教育・健康相談	-	845	・健康教育・健康相談の実施回数	・実施した通いの場の数：68か所 参加者数：845人

課題・今後の展望

- 個別支援を実施することで、健診・歯科健診受診率は上昇しているが、県平均と比較すると依然低い状態であるため、今後も継続して事業を実施していく。
- 今年度から集団健診の結果説明会を実施している。集団健診当日に保健師が受診者全員とコンタクトをとり、更に健診結果が出てから別途結果説明会を実施する。受診・治療が必要な人たちを見逃さず、ハイリスクアプローチの対象となっていくことを防ぐために工夫を行っている。
- 要支援・要介護1の認定率も高いことから、要介護状態でない75～84歳への介入を充実させることで、健康寿命の延伸・健診を活用した疾病の早期発見早期治療につなげ、更に自立期間の延長や医療費の削減にもつなげていく。

滋賀県湖南市 ～人・事業・地域がつながる一体的実施事業～



湖南市健康づくりキャラクター 湖なすちゃん

市の概況（令和7年4月1時点）		
人	口	53,879人
高	齢	化
率		26.5%
後	期	被
保	険	者
数		7,534人
日	常	生
活	圏	域
数		4圏域

実施体制

湖南市

健康政策課 企画調整担当保健師
 保健事業実施、KDBデータにより地域の課題の分析
 事業企画・実施

高齢福祉課 地域担当保健師
 介護予防事業実施、事業企画・実施

保険年金課
 後期高齢者医療特別会計・一般会計予算主管課

情報
提供

助言
協力

高齢者の保健事業と介護予防の 一体的実施推進検討委員会

市内在勤の医師・歯科医師・保健師・管
 理栄養士・薬剤師・歯科衛生士・理学療
 法士・甲賀健康福祉事務所

その他関係機関

地域包括支援センター
 シルバー人材センター
 老人クラブ連合会
 介護事業所
 市内医療機関
 市内調剤薬局etc.

年2回開催。取組の検討や進捗報告を行う

取組概要

気軽に相談できる環境づくり（フレイルサポーター支援事業）

- ・フレイルサポーターと協働して、フレイル啓発活動等の後方支援を行う。
- ・通いの場や市民が立ち寄るショッピングセンター、地域のサロン等でフレイルサポーターと協働してフレイルチェックやフレイル啓発を行う。

口腔に関わる相談・指導（オーラルフレイル予防）

- ・対象者に集団教室とお口のお手入れ100日チャレンジ事業の参加推奨を行い、6か月に2回の歯科指導を実施する。
- ・返信がない、不参加の人に対しては電話・訪問により保健師、歯科衛生士等による支援を実施する。口腔に加えてその他のフレイル該当している人を優先して紹介する。
- ・口腔機能の指導（口腔体操等）を実施し、本人の課題に応じた個別目標を立案する。
- ・6か月後に集団教室または電話・訪問にて目標達成状況、口腔機能を評価する。必要に応じて個別訪問、医療及び歯科の受診勧奨や地域包括支援センターを案内する。

健康状態不明者把握事業

対象者に保健師、地域包括支援センター職員が訪問等のアウトリーチによる支援で健康状態の把握を行うとともに、健診の受診勧奨や地域資源の情報提供をする。対象者のアセスメントの結果、ボランティアや地域の支え手となる場合には活動先を紹介し、地域へつないでいく。

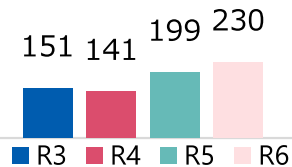
取組の工夫点

令和4年度以降、フレイルサポーターは何をするのか、何をしたいのかをステップアップ講座や交流会を通じてサポーターと明確化。フレイルチェックの実施場所を通いの場からスーパーや図書館にも拡大。サポーターによる住民への積極的な声かけが行われている。またサポーターが自主的にフレイル予防のヨガ教室の立ち上げに向けて動き出している。

フレイルサポーター 養成講座受講修了者数	27人 (R2)	29人 (R5)
地域活動に参加した サポーター数	5人 (R3)	12人 (R6)

通いの場参加者への集団指導を実施していたが、コロナ禍以降縮小。個人で自宅でお口のお手入れ100日チャレンジ事業*を実施。後期高齢者の質問票等の分析から住民の口腔リスクの高さや、歯科への関心が薄いことが分かり、令和6年度から口腔に関わる相談・指導を開始。元々あった事業が発展していった。今後オーラルフレイルから他事業（地域資源やサービス活動Cなど）への接続も検討する。

100日チャレンジ参加者数（人）



*既定の期間にオーラルフレイル予防の口腔体操、その他任意のチャレンジに100日間取り組んでもらう

令和6年度から対象者のうち79歳以下を健康政策課、80歳以上を地域包括支援センター職員が訪問。80歳以上は体調が急に悪化するリスクがあるため、迅速に介護サービスへつなげることができる地域包括支援センターをお願いをしている。

介護サービス等接続率

1.5% (R3) **4.5%** (R6)

ここがポイント

Point
01

一体的実施推進検討委員会を活用した事業展開

- ・専門職の意見から、100日チャレンジ事業の評価指標を本人が変化を感じられる項目（米飯一口を何回咀嚼して飲み込めるか等）に設定。
- ・課題感や事業の改善案などを聴取し、進捗報告も行うことで、委員の所属先から事業への職員派遣など前向きな事業協力が得られている。

Point
02

住民の参加意欲が湧くようなポピュレーションアプローチを実施

- ・フレイルチェックの際、同世代のフレイルサポーターが声をかける方が反応が良い。自宅のできる100日チャレンジ事業の達成者には防災グッズや口腔ケアに関する賞品を贈呈。

滋賀県湖南市

サポーターによる
フレイル健康チェック
の様子



事業結果と評価概要（令和6年度結果）※一部抜粋

		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	口腔	45人	15人	歯科医療機関の受診状況 分母： ①後期歯科健診結果が「要受診」「要精査」であったが、おおむね6か月後まで歯科受診がみられない者 ②後期高齢者の質問票を参考に市独自で作成した質問票の項目のうち「咀嚼機能」「嚥下機能」のいずれかに該当かつ過去1年間で歯科受診がない者 分子：上記のうち、介入後に歯科医療機関に受診した者の数	①対象者16人のうち6人が受診。（37.5%） ②対象者39人のうち9人が受診。（23.1%） 対象者②は留意すべき疾患など、個別性に配慮した支援が必要であったため、継続的に個別支援を実施していく。
	健康状態不明者	87人	62人	①対象者のうち健康状態を把握できた者 ②対象者のうち介入後に健診を受診した者	①62人（71.3%） ②5人（5.7%） 健診受診率は5.7%にとどまっているが医療受診や介護サービス、地域包括支援センター継続支援につながった人もいる。多くは支援を要しないが潜在化している対象者層の把握としては重要であり継続して実施する。把握後、元気高齢者の社会参加の場へのつなぎや場の創出、成功事例の集積などより良い支援に向けて検討を行う。
ポピュレーションアプローチ	通いの場等における高齢者の全身状態の把握（状態把握）	-	230人	【お口のお手入れ100日チャレンジ事業】 ①健口体操と任意のチャレンジの2項目を100日間達成できた人数 ②新規参加者数	①181人（達成率78.6%） ②76人（新規参加者率33.0%） 参加者数は増加傾向である。今後も参加者数の増加を目指すとともに、対象者へのきめ細やかなフィードバックやハイリスク事業及び介護予防事業との接続などより効果的な実施方法の検討を行う。
	気軽に相談できる環境づくり	-	2か所 164人 (累計)	フレイルサポーターによる啓発事業等の参加者数	フレイルサポーターとの協働により握力測定などのフレイルチェックを実施した。後期高齢者の質問票を参考に市独自で作成した質問票の回答には抵抗感がある人もいるため無料で公的事业であるとの掲示や気軽に参加できる工夫を行う。今後は他の地域にも展開できるように連携先の調整を行う。

課題・今後の展望

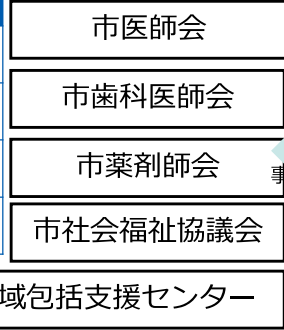
- フレイルサポーターのなり手を増やしていくこと。地域にサポーターの活動を浸透させ、フレイル予防が住民主体の取組となるように、サポーターが関与したことで良くなった事例を発信していく。また、地域で活動していくための仲間づくりや活動場所の開拓を支援していく必要がある。
- 市の事業に関わることで生活が良くなったか、数値やデータには出てこない住民の変化を評価したい。地域住民に向けて情報発信し、更に一体的実施事業に関わる人、関係機関をつなぎ、フレイル予防に取り組む住民を増やしていく。
- 多くの取組をしているが質を高めていきたい。“要介護状態になっても幸せに暮らせるように”という考えをどのように取組に反映させていくかが課題である。

兵庫県伊丹市 一既存の取組基盤を活かした一体的実施の推進

実施体制

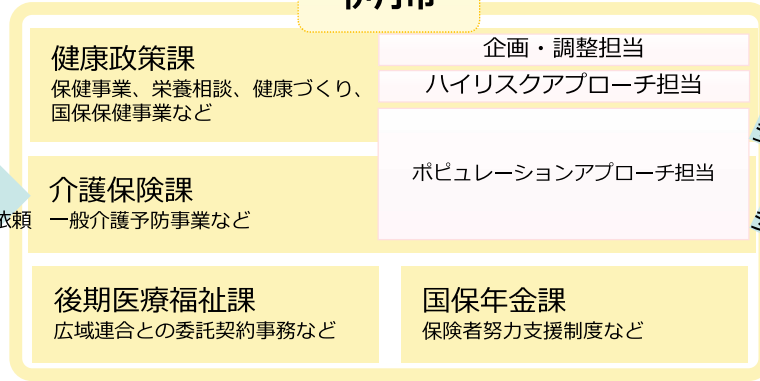
市の概況(令和7年4月1時点)

人口	194,603人
高齢化率	26.5%
後期被保険者数	30,341人
日常生活圏域数	9圏域



相談
意見交換
事業への協力依頼

伊丹市



委託事業者

(ポピュレーションアプローチ事業)

業務内容

- ・通いの場でのオーラルフレイル予防に関する健康教育
- ・フレイル測定会でのフレイルリスク測定

委託
委託

▼一体的実施開始前からの取組

保健事業 (健康政策課)

- 後期高齢者健康診査
- 市国保被保険者を対象とした生活習慣病・重症化予防事業など

介護予防事業 (介護保険課)

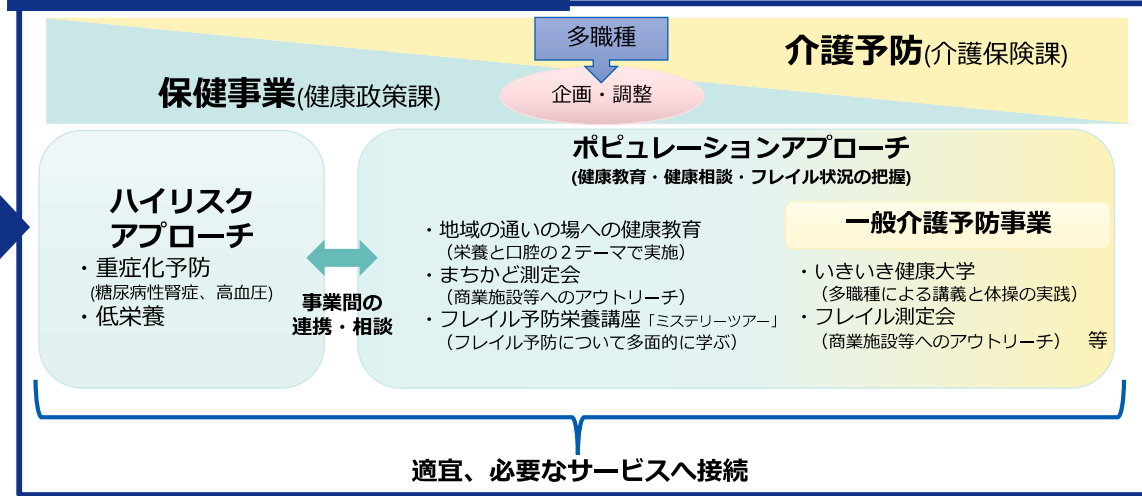
- 一般介護予防事業
- ・いきいき健康大学
- ・いきいき百歳体操活動グループ(市内100グループ以上)の継続支援事業 等

課題に感じていたこと

- ・各課がそれぞれ事業を実施していたが、他課の取組内容については十分に把握できていなかった。
- ・後期高齢者の健康課題は把握していたが、様々な理由から事業化には至らず実施する機会に恵まれなかった。
- ・保健師による事業運営が主体であり、様々な専門職と話し合う機会が少なかった。

充実

▼一体的実施開始後の取組



ここがポイント

Point 01

事業間をつなぐ支援体制の構築

健康増進分野と国保保健事業を取りまとめて運営する体制の中に、新たに介護予防の視点も踏まえた一体的実施の取組を追加したことで、青年期から後期高齢者までの健康課題を包括的に捉えることができた。また、既存の健康増進事業(まちかど測定会)や一般介護予防事業(いきいき健康大学)も一体的実施事業に取り組むことで、より高齢者の健康づくりに着目した事業運営や支援体制を築くなど、切れ目のない支援を実施している。

Point 02

日常的に相談できる医療連携体制の確立

一体的実施開始前から築いてきた地域の医療団体との連携体制を活用し、各団体へ事業実施等に係る相談をしたり、協力を得ながら各種事業を実施することができた。

Point 03

専門職連携によるフレイル予防の展開

地域において様々な立場でフレイル予防に関わる専門職(包括・管理栄養士・リハ職・薬剤師・民間の事業者等)の意見を事業の企画段階から取り入れ、多角的な視点を持ち、いきいき健康大学での多職種による講義やフレイル予防栄養講座等を実施することができた。



『いきいき健康大学』の様子

兵庫県伊丹市

事業結果と評価概要（令和6年度結果）※一部抜粋

		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 (ハイリスクアプローチ全3取組区分の総参加者数205人)	69	59	【アウトプット】 ①最終評価実施率 【最終評価実施者におけるアウトカム指標】 ②体重維持・増加人数及び割合 ③生活習慣（食事・運動・その他）改善率 ④セルフモニタリング（血圧・体重・食事）習慣化率	①最終評価実施18人/59人中(30.5%) ②体重を維持・増加11人(61.1%) ③1項目でも改善15人(83.3%) ④1項目でも習慣化14人(77.8%) 主治医へ保健指導の実施可否について許可を得た上で、測定・面談・保健指導を実施している。実施結果は主治医に共有するとともに、終了後は必要に応じて講座案内などポピュレーションアプローチによるフレイル予防へ接続している。令和3年度の事業開始以降、主治医照会の返送率が徐々に上昇していることから、事業の継続により市の取組が認知され始めているように感じている。
ポピュレーションアプローチ	健康教育・健康相談・フレイルの把握	-	712人 (累計)	【フレイル予防講座（いきいき健康大学）】 ①参加率 ②講義の理解度 ③体操の満足度	①定員に対する参加率80.5%。 ②「理解できた」「おおむね理解できた」84%「理解できなかった」0% ③「満足できた」86%、「不満である」0% フレイル予防のテーマごとに2～3日間のコースとし、タイトルは参加したいと思えるよう工夫。多くの高齢者が参加できるよう、第2希望までを伺い第1希望を優先して参加していただく。
	(ポピュレーションアプローチ全5事業の累計参加者数2370人)	-	71人 (累計)	【フレイル予防栄養講座（ミステリーツアー）】 ①参加率 ②新規参加率 ③参加者の行動変容	①定員数72人のところ、計71人参加。(98.6%) ②参加者のうち、令和6年度に初参加であった者の割合は76%。リピーター率よりも新規参加率の方が大幅に上回っていることから、フレイル予防について広く啓発できる機会の一つとなっている。 ③参加後のアンケートにおいて、約2～3割の方が「食事」「口腔」「運動」のそれぞれで新たな取組を開始したと回答あり。一方、約6～7割の方は参加前からすでに継続した取組ができているとの回答あり。これより、本事業を通して、参加者が普段の生活習慣を振り返る機会になっていることや、新たな手法を取り入れ、より健康的な生活習慣への行動変容を促すきっかけになっていることが窺えた。

課題・今後の展望

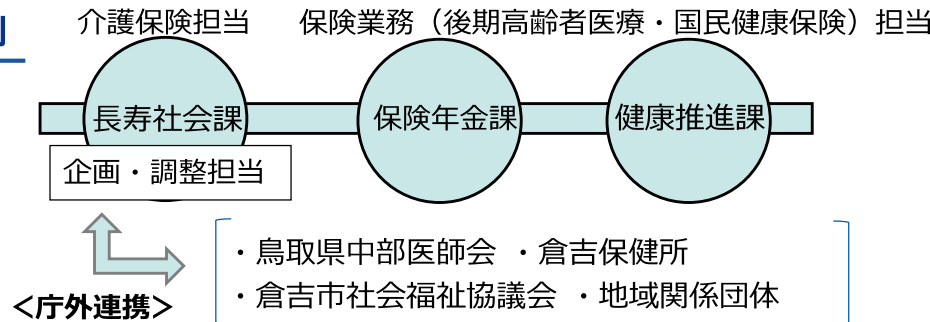
- きめ細やかな事業を実施するためには、既存の取組基盤を活用するとともに、多職種連携が重要であると感じている。今後は事業の企画や実施に留まらず、評価にも参画いただく等、より一層多職種との交流を深め連携を強化していきたい。
- 現在、健康状態不明者への支援を検討中だが、他部署の事業を活用しながら、庁内外問わず新たな連携先とのつながりを通して、現状の方法ではアプローチが困難な対象者を必要なサービスへと接続できる支援体制を構築していきたい。
- 一人でも多くの後期高齢者に地域で健康に過ごしてもらうために、一つ一つの事業の魅力等も検討しながら、事業全体の参加者数を増やしていきたい。

鳥取県倉吉市 ー主治医連絡票を活用した医療機関との情報連携ー

市の概況 (令和7年3月末時点)

人口	43,339人
高齢化率	35.7%
後期被保険者数	8,717人
日常生活圏域数	13圏域

実施体制



倉吉市イメージキャラクター

取組の経緯

高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施開始年度：令和2年度

疾患別の医療費は、入院外来ともに、高血圧、脳梗塞の割合が高く、高血圧から脳梗塞発症者が多いと推測され、ハイリスクアプローチとして、医療機関と連携しながら重症化予防（高血圧）の取組を行っている。また、倉吉市では、病気が重症化してから医療に受診する者が多く、高齢者でその傾向が顕著である。一体的実施事業の開始により介護予防での住民啓発と、健康づくり部門の医療専門職が行っている健康教育事業を結びつけることで、課題解決につながることを期待し、取組を開始した。

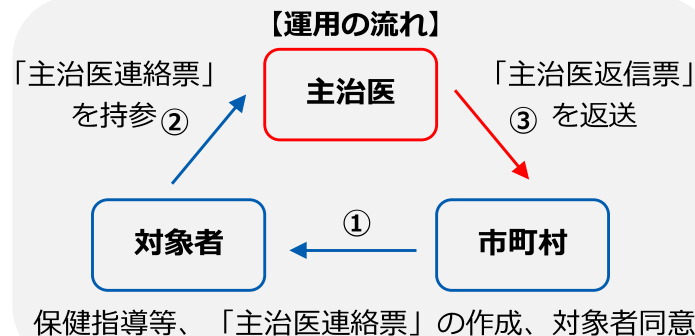
企画調整・関係機関との連携

- 庁内連携
 - ・3課の職員（長寿社会課・保険年金課・健康推進課）で必要に応じて集まり、情報を共有。
 - ・年2回各課の所属長を交えて状況報告や情報交換を実施。
- 関係団体等との連携
 - ・鳥取県中部医師会
 - ⇒年に1～2回に事業実施状況の報告を行う。また、生活支援コーディネーターが作成した地域の通いの場の情報を各医療機関へ提供し、かかりつけ医から住民へ参加の促進を依頼する。
 - ・鳥取県倉吉保健所
 - ⇒随時、一体的実施事業について相談できる体制が出来ている。

ハイリスクアプローチ

主治医連絡票※を活用し、かかりつけ医と情報を共有しながら取組を進めている。

※主治医連絡票：当該連絡票を活用し、市町村が行う保健指導内容等について、市町村から主治医へ情報提供し、連携を図る。



- 重症化予防（その他生活習慣病）高血圧
- 健康状態不明者対策

ポピュレーションアプローチ

計画時から多様な関係機関と連携しながら取組を進めている。

通いの場への介入を、**地域包括支援センター、市社会福祉協議会生活支援コーディネーターとともに計画して実施し**、介護予防事業と生活支援体制整備事業との連動を図るようにしている。

また、地域のリハビリテーション職の人材確保として、**地域包括支援センターから、地域の介護保険事業所のリハビリテーション職に事業への協力を働きかけ、協力事業所が増えている。**

【介入する医療専門職】
保健師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、歯科衛生士

- 健康教育・健康相談
- フレイル状態の把握

鳥取県倉吉市

事業結果と評価概要（令和6年度結果）

	取組区分	計画時点の 対象者数	介入者数 (確定)	評価指標	状況（評価結果）
ハイリスク アプローチ	重症化予防（その他 生活習慣病）高血圧	15	13	①訪問指導を受けた者の目標達成率 ②家庭血圧測定率の変化 ③医療機関の受診状況 ④血圧値の値の変化 ⑤食塩摂取状況の変化(食塩チェックシート) ⑥運動習慣の変化 ⑦基本チェックリストの変化	①12人目標達成（92.3%） ②5人測定を確認(38.4%) ③7人受診を確認(53.8%) ④7人改善・維持を確認(53.8%) ⑤12人食塩摂取量の減少(92.3%) ⑥11人運動習慣の維持を確認(84.6%) ⑦10人フレイル判定区分※の減少・維持(76.9%) ※基本チェックリストに基づく独自指標（該当項目数の変化）により判定
	健康状態不明者対策	25	18	①医療機関受診者の割合 ②健診受診者の割合	①2人の受診を確認（11.1%） ②1人の受診を確認（0.5%）
	取組区分	実施した 通いの場	参加者数 (確定)	状況（評価結果）	
ポピュラー ション アプローチ	健康相談・健康教育	29	579	29回実施し、計画時点の参加者数700人と比較して、減少	
	フレイル状態の把握	37	445	38回実施し、計画時点の参加者数400人と比較して、増加	

【自由記載欄】

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地域包括支援センターと連携を密にして取組を実施している。

課題・今後の展望

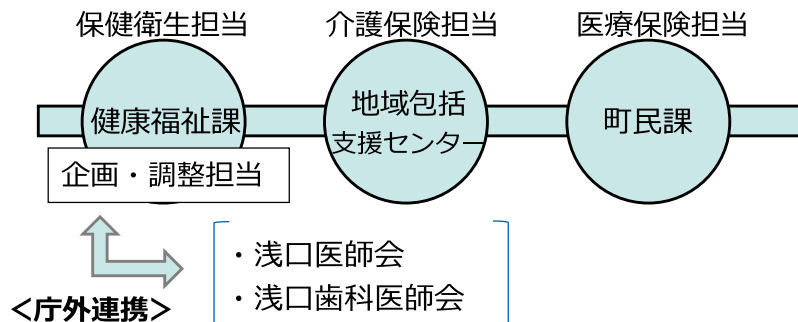
- 「フレイル」という言葉はどの通いの場でも90%以上は「知っている」と回答があり、浸透していた。一方で、高齢者の2割はフレイル状態である事が分かり、今後は個人が更に予防対策に取り組めるよう、ポピュレーションアプローチからハイリスクアプローチへのつなぎに力を入れていきたい。
- 医療機関受診者も、健康状態不明者も血圧高値の人が多く、血圧対策の必要性がはっきりとしたため、健康づくり部門と協力した地域全体での対策を検討したい。
- ハイリスクアプローチでは、主治医連絡票を更に積極的に活用し、医師との連携が図れるようにしていく。

岡山県里庄町 一複数の取組を横断的に捉えた一体的実施事業の展開一

町の概況（令和7年4月1時点）

人口	10,791人
高齢化率	31.84%
後期被保険者数	2,070人
日常生活圏域数	1圏域

実施体制



取組の経緯

高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施開始年度：令和5年度

令和4年度後期高齢者の質問票の分析から固いものが食べにくいと感じている人数、お茶や汁物でむせる人数が増加傾向にあると感じ、保健事業と介護予防を一体的に口腔機能低下の予防に取り組む必要があると考えた。

※令和6年度からは専門職等の職員（理学療法士、管理栄養士等）の体制が整い、**ハイリスクアプローチ6項目、ポピュレーションアプローチ2項目**の取組を実施している。企画・調整を担当する医療専門職（保健師）が中心となり、医療・保健・介護・福祉の事業をつなげ一体的に捉えて取組を展開している。

企画調整・関係機関との連携

● 庁内連携

毎月1回、健康福祉課、地域包括支援センター、町民課の職員が参集し、庁内連携会議を行っている。企画調整担当である健康福祉課が**一体的な実施の事業項目などを決めた年次計画を定め、状況報告や情報交換**を行っている。

● 医療関係団体等との連携

- 歯科医師会
⇒口腔フレイルについて講演会を依頼する等、口腔フレイルの知識の普及啓発について連携して取組を実施している。
- 歯科衛生士
⇒通いの場での歯科健康教育や口腔ハイリスク者への個別指導を依頼する等、随時連携を図っている。

ハイリスクアプローチ

常に、地域包括支援センター等の関係機関と情報を共有し、協働しながら取組を進めている。

● 低栄養

保健師、管理栄養士が対象者へ3～6か月に2～3回の面接及び訪問を実施。面談の初回は原則健診当日に抽出された対象者に対して行う。

● 口腔

身体状況、歯科医療受診状況、口腔の衛生状況等をアセスメントし、抽出されたハイリスク者に対して、歯科衛生士による個別指導（1クール3回）を行う。

また、面談時には毎回、本人の希望に応じて歯科衛生士とともに具体的かつ実現可能な目標を立案する。

● 身体的フレイル

保健師、管理栄養士が6か月間に1～3回の訪問または電話による保健指導・栄養指導を実施。また、必要に応じて理学療法士からの支援も行う。

- 重症化予防（糖尿病性腎症）
- 重症化予防（その他生活習慣病）
- 健康状態不明者対策

ポピュレーションアプローチ

ポピュレーションアプローチからハイリスクアプローチへのつなぎ・連動性を意識している。

- 健康教育・健康相談及びフレイル状態の把握の取組を同時に実施

①【通いの場】

・一つの通いの場に年2回程度介入する。体力測定（握力・TUG・片足立ち）、口腔機能測定、体組成測定（体重・筋肉量等）及び質問票の取得を行う。全体に向けて質問票を解説しながら、フレイル予防について健康教育を実施する。個別に介入すべきハイリスク者が抽出された場合は、ハイリスクアプローチにつなげる。

②【フレイル・体力測定会】

・フレイル・体力測定会を年2回程度開催する。質問票、体力測定（握力・口腔機能測定・立ち上がりテスト・片足立ち・指輪っかテスト）、体組成測定結果の取得を行い、結果を本人へフィードバックするとともに、健康相談を行う。個別に介入すべきハイリスク者が抽出された場合は、ハイリスクアプローチへつなげる。

岡山県里庄町

事業結果と評価概要（令和6年度結果）

	取組区分	計画時点の 対象者数	介入者数 (確定)	評価指標	状況（評価結果）
ハイリスク アプローチ	低栄養	20	21	①体重の維持・改善した割合 ②BMIの改善	①20人の目標達成（95.2%） ②8人の数値改善（38.1%）
	口腔	12	7	①受診状況の変化 ②質問票（④咀嚼or⑤嚥下）の改善	①6人の受診を確認（85.7%） ②3人の質問項目の改善（42.9%）
	身体的フレイル	30	13	①質問票（①健康状態「4,5」及び⑦歩行速度or ⑦歩行速度⑧転倒）の改善 ②要介護認定の状況（1年後） ③質問票（⑥体重減少or⑧転倒）の改善	①7人の質問項目の改善（53.8%） ②要介護認定者1名(R6年度) ③3人の質問項目の改善（23.1%）
	重症化予防（糖尿病 性腎症）	5	3	①受診状況の変化 ②HbA1cの改善	①3人の受診を確認（100.0%） ②3人の数値改善（100.0%）
	重症化予防（その他 生活習慣病）	30	13	SBP \geq 160またはDBP \geq 100の者の割合の改善	介入前と比較して7人改善
	健康状態不明者対策	25	22	①健診受診者数の割合 ②適切なサービス等に接続した者の割合	①3人の受診を確認（13.6%） ②3人の接続を確認（13.6%）
	取組区分	実施した 通いの場	参加者数 (確定)	状況（評価結果）	
ポピュラー ション アプローチ	健康相談・健康教育	7	752	39回実施し、計画時点の参加者数350人と比較して、増加	
	フレイル状態の把握	7	404	26回実施し、計画時点の参加者数200人と比較して、増加	

課題・今後の展望

- 一体的実施事業を進める中で、低栄養の対象者の中には、口腔機能の低下や身体的フレイルなど、複数の課題を同時に抱えているケースが一定数見られ、今後はより一層、庁内の関係部署間の連携強化に加え、医療・歯科医療・介護・地域団体など多様な関係機関と連携し、横断的かつ柔軟に対応できる体制づくりが求められる。

徳島県阿波市 一生活習慣病予防でフレイルを予防一

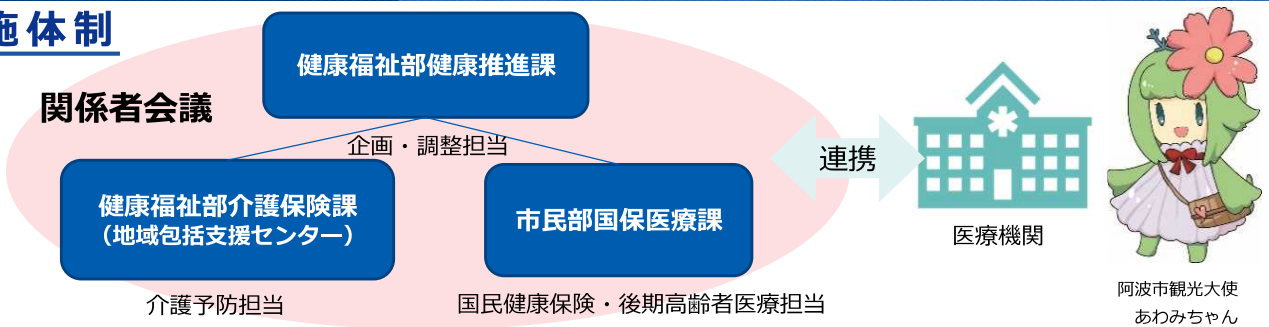
健診結果から対象者を明確化した個別訪問を重点に

市の概況(令和7年4月1日時点)

人口	33,908人
高齢化率	39.3%
後期被保険者数	7,345人
日常生活圏域数	1圏域



実施体制



取組の経緯

- 一体的実施開始前は、20～39歳を対象としたフレッシュ健診（生活習慣病予防健診）や40～74歳を対象とした国保特定健診受診者への糖尿病性腎症重症化予防等にかかる保健・栄養指導を実施していた。しかし、75歳に到達すると保険者の変更により、健診結果等に基づいた保健指導が実施できないという課題があった。
- ヘルス部門と介護部門の担当者が集まり、様々なデータや高齢者の実態をみたところ、後期高齢者になり関わらなくなると健康状態が悪化しているという実態が分かった。そのことをきっかけに、75歳に到達しても継続した保健事業を効率的・効果的に実施するため一体的実施事業の取組を開始した。

ポイント▶▶▶地域課題の分析

KDBシステムによるレセプト・健診データや「つなまるシステム※」等を活用し、経年比較や同規模保険者等との比較を行うことで、阿波市の重点課題を把握。特に75歳以上の健診結果ではeGFR40未満や尿蛋白所見のある方が多く、腎機能や心疾患等の生活習慣病重症化予防がフレイル予防につながるため重要と考えている。

75歳以上で新規透析導入となった方の経緯 (令和7年度阿波市基本方針から抜粋)

後期高齢者になった年齢	性別	経緯
75歳	女	64歳糖尿病・高血圧、高血圧、心臓性浮腫、68歳高尿酸血症、71歳慢性腎不全、72歳慢性腎不全
76歳	男	60歳高血圧、62歳前立腺腫、69歳高尿酸血症、69歳尿酸結石症
77歳	男	65歳高血圧、69歳高血圧、73歳慢性腎不全
80歳	女	75歳高尿酸血症、74歳高血圧、77歳慢性腎不全
86歳	男	61歳糖尿病、高血圧、69歳慢性腎不全、75歳慢性腎不全
89歳	女	69歳糖尿病、75歳糖尿病性腎症第4期、82歳糖尿病性腎症、83歳糖尿病性腎症、83歳慢性腎不全、86歳慢性腎不全

※ つなまるシステム…徳島県が作成している保健事業医療・介護連携システム

企画調整・関係機関との連携

- **庁内連携**
庁内の関係3課で、事業計画の策定や事業実績の分析・評価等を行っている。高齢者世代への保健事業のみで解決する課題ではなく、母子世代から全世代を通じて取り組む必要があるため、関係部署が一体的に解決していけるよう企画・調整を図る。
- **医療関係団体等との連携**
毎年6月頃に、地区担当者が医療機関をまわり、阿波市の健康実態を説明しながら基本方針を配布している。若い世代からCKDの重症化予防を推進していくことを目的に、年に1回地域の医療機関の先生や関係者と一緒に勉強会をしている。

ハイリスクアプローチ

- **重症化予防（糖尿病性腎症、その他生活習慣病）**
全ての取組区分を実施しているなかで、特に糖尿病・CKD重症化予防に力を入れて取り組んでいる。KDB活用支援ツールで抽出した対象者への訪問のみならず、当年度の健診結果から生活習慣病重症化リスクのある方のうち、より早期の段階の対象者を抽出し、訪問を中心とした保健・栄養指導に重点を置き実施している。

ポピュレーションアプローチ

- **フレイル予防のための健康学習**
阿波市の健康課題をはじめ、フレイル予防のための高血圧や糖尿病等を重症化させないことや健康課題解決のために必要な健康指標（家庭血圧測定等）を自分で確認していく必要性を伝えている。

徳島県阿波市 一生活習慣病予防でフレイルを予防

健診結果から対象者を明確化した個別訪問を重点に

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

	対象者	介入者	評価指標	状況（評価結果等）
糖尿病性腎症	76名	31名	①健診受診勧奨をした対象者の健診受診の有無 ②新規未治療者の治療状況 ③介入前後の検査値（HbA1c） ④検査値（HbA1c・eGFR・尿蛋白）の変化	①5名に受診勧奨したが、健診受診した者はなし ②HbA1c7.0%以上：糖尿病未治療者2名に保健指導を実施し、治療開始1名 HbA1c7.0%未満：糖尿病管理台帳に記載の未治療者1名に保健指導を実施したが治療開始なし ③7名中改善3名、維持4名、悪化なし ④-1 R5年度にHbA1c7.0%以上で訪問した13名のうち、翌年度、健診未受診者2名、経年評価できた方のうち、HbA1c又は尿蛋白は、維持・改善7名、悪化4名 ④-2 R5年度にHbA1c7.0%未満訪問した10名のうち翌年度、健診未受診者2名、経年評価できた方のうち、HbA1cは維持・改善4名、悪化4名、尿蛋白は、維持・改善5名、悪化3名
その他の生活習慣病	65名	33名	①未治療者の治療状況 ②検査値（eGFR・尿蛋白・血圧値）の変化	①高血圧未治療者：治療開始1名 心房細動未治療者：治療開始1名 CKD対象者：訪問時に心不全症状があり医療機関受診推奨を行った者1名 ②-1 II度以上高血圧 R5年度に訪問した14名のうち翌年度健診未受診者4名、経年評価できた方のうち、血圧は、改善6名、維持・悪化4名、eGFR又は尿蛋白は、維持・改善8名、悪化2名 ②-2 CKD R5年度に訪問した16名のうち翌年度健診未受診者2名、経年評価できた方のうち、eGFRは、維持・改善10名、悪化4名、尿蛋白は、維持・改善8名、悪化6名、血圧は、維持・改善6名、悪化8名 ②-3 心房細動 R5年度に訪問した4名のうち治療中2名、治療開始2名
健康状態不明者	70名	52名	訪問把握後の適切な支援につながった人数	医療・健診・介護につながった者7名

● ポピュレーションアプローチ

	通いの場（実数）	参加者（累計）	状況（評価結果等）
健康教育・健康相談	2か所	61名	【介入前後の家庭血圧測定の変化】 参加後家庭血圧測定をするようになった者は増加 【介入前後の検査値（血圧）の変化】 前後で比較できた計24名のうち血圧値改善3名、変化なし17名、悪化4名



- ハイリスクアプローチでは、訪問前には対象者の受診状況等を確認し、訪問目的を明確化できるよう丁寧に準備している。訪問時には保健師、管理栄養士が対象者個人の生活状況を知ることのみを目的とするのではなく、対象者自身が健康状態をイメージできたうえで判断し予防につなげることができる保健指導となるよう努めている。
- ポピュレーションアプローチでは、健康推進課において、阿波市の健康課題や健康診査の受診の必要性等を伝え、フレイル予防のための健康教育を実施している。地域包括支援センターにおいては、小地域交流サロンでの出前講座で健康相談やフレイル予防等の健康教育を実施している。また、新規サロンが立ち上がった際に、理学療法士や介護予防サポーターと協力し、介護予防体操が定着できるよう活動している。



課題・今後の展望

- 引き続き、後期高齢者の心疾患・腎不全・脳血管疾患の予防によりフレイル予防、介護の重度化予防となるよう、健診・レセプトデータや糖尿病治療ガイド等各種ガイドラインに基づいた保健事業対象者を抽出し、健診や医療機関の受診勧奨をはじめ、訪問による保健・栄養指導を行い、健康課題の解決に向けた取組を行っていく。

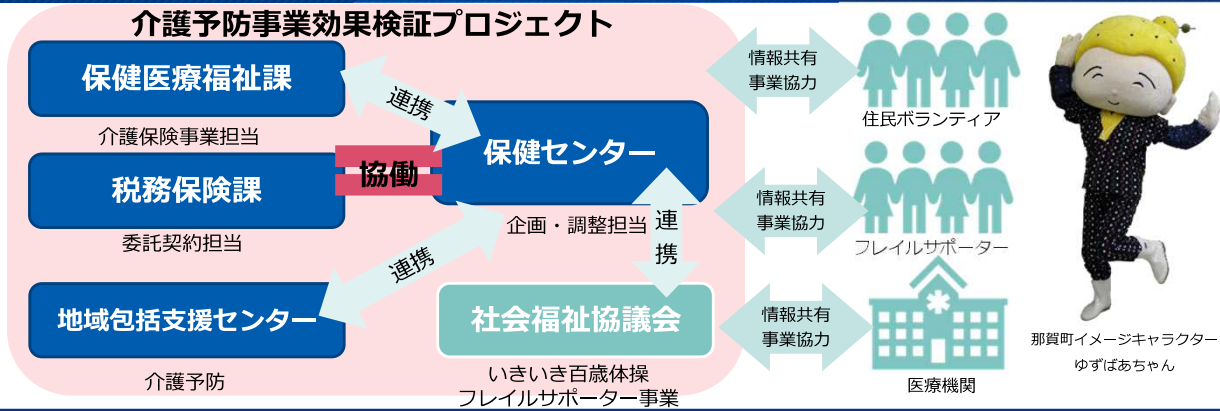
徳島県那賀町 一住民と共に取り組み ともに創る一体的実施一

市の概況(令和7年4月1日時点)

人	口	6,934人
高	齢	化
率		53.5%
後	期	被
保	険	者
数		2,356人
日	常	生
活	活	圏
域	数	1圏域



実施体制



取組の経緯

- 国保加入者に対し医療費・介護費の適正化を目的に健診受診率の向上と生活習慣病の重症化予防に取り組んできたが、後期高齢者の保健事業として移行継続できていなかった。
- 後期高齢者の健診・医療・介護データ分析により健康課題を明確にし、予防の視点で母子保健からのライフコースアプローチや国保から後期へと継続した保健事業を行うことは必要だった。また、介護予防事業と連携してデータ分析・事業を実施、評価することは介護費削減に向け必須であったため取組を開始。

ポイント▶▶▶企画調整・関係機関との連携

● 介護予防事業効果検証プロジェクト

「わしらがやいよる(やっている)いきいき百歳体操は町の役に立っとんか」とひとりの住民に問われたことをきっかけに、結果を周知しなければ継続した実践にはつながらないと考え、住民主体となって実施している事業の効果検証を行うためプロジェクトを開始。



検証結果により「効果がある」場合は事業の普及啓発を行い継続。「効果がない」場合は事業の見直しをする必要があると考え、介護予防・一体的実施関係者たちに声をかけそれぞれの担当する事業実態の情報を共有し実施している。

本プロジェクトで分析した「体操参加者には骨折患者が少ないこと」等の検証結果を広報誌に掲載し普及啓発した。今後は介護費の高騰を抑制するため、各データ分析や新規認定者の原因分析等を行う。

● 地域の健康課題の分析

KDBの情報等と地区ごとの健診データを重ね地域課題を分析した結果、糖尿病、高血圧、肥満が重症化していることが分かった。

ハイリスクアプローチ

● 糖尿病性腎症

地区担当の保健師と連携して保健指導を実施。事例検討会やケア会議の場を活用し、かかりつけ医と連携して重症化予防に努めている。必要に応じてかかりつけ医等からの診療情報提供等をいただく。

● その他生活習慣病

管理栄養士がCKD管理台帳(国保から継続した管理台帳)を管理し、管理指導している。食事記録からの減塩指導をはじめ水分管理等生活指導を切れ目なく実施している。

※全ての取組区分を実施しているが、特に力を入れている取組を記載。

ポピュレーションアプローチ

● 健康教育・健康相談

いきいき百歳体操会場の5か所で2回ずつ開催。1回目は保健師による「脳卒中予防についての話」と、管理栄養士による「10の食品群2週間チェック表」の実態調査と栄養指導を実施する。2回目は「10の食品群2週間チェック表」に基づき管理栄養士が個別の栄養相談を行い、介入前後の食生活の変化等を見る。個別にグラフ等を用いながら評価し、年度末に本人にフィードバックしている。健康相談で実施した栄養チェックの結果は、地区ごとにデータを積み上げ、地区の健康課題に反映している。

※フレイル状態の把握も実施しているが、特に力を入れている取組を記載。

徳島県那賀町 一住民と共に取り組み とともに創る一体的実施一

事業結果と評価概要（令和6年度結果）

● ハイリスクアプローチ

	対象者	介入者	評価指標	状況（評価結果等）
低栄養	7	5	・ BMI20以下の者のうち体重維持できている者の割合の変化	・ 介入後20%に変化あり
口腔	6	5	・ 質問票④⑤で口腔機能低下に該当する者の割合の変化	・ 介入後変化なし
身体的フレイル	15	12	・ 質問票⑧⑨で身体的フレイルに該当する者の割合の変化	・ 介入後83.3%に変化あり
糖尿病性腎症 ①コントロール不良者 ②治療中断者	①25 ②100	①8 ②22	①健診結果がHbA1c7.5%以上の者の割合の変化 ②健診受診勧奨後の受診率 ③治療中断者のうち健診または受診につながった者	①介入後12.5%に変化あり ②受診率59.1% ③治療中断者のほとんどが通院・治療継続できていた
その他の生活習慣病 ①コントロール不良者 ②治療中断者 ③腎機能不良未受診者 ④その他	①30 ②40 ③20 ④5	①17 ②58 ③12 ④4	①Ⅱ度高血圧以上の者の割合の変化 ①Ⅱ度高血圧以上の者のうち医療につながった者 ②健診受診勧奨後の受診率 ③腎機能不良未受診者のうち医療機関の受診につながった者 ④心房細動の未治療や治療中断者のうち受診や治療につながった者	①介入後82.4%に変化あり ①治療できている者：88.2% 未治療者：11.8% 未治療者も受診につながっている ②受診率53.4% ③④介入者すべてが医療機関を受診できていた
健康状態不明者	35	22	・ 健診受診した者の割合 ・ 医療・介護サービス等が必要と判断される者のうち、医療・介護サービス等につながった者の割合	・ 健診受診した者の割合：18.2% ・ 医療・介護サービス等につながった者の割合：100%

● ポピュレーションアプローチ

	通いの場の数 (実数)	参加者数 (累計)	状況（評価結果等）
健康教育・健康相談	10	118	質問票（No.8転倒した人）は18人から14人に減少した
フレイル状態の把握	49	527	体成分測定結果でサルコペニア肥満者5名に対し栄養指導を実施した



フレイルサポーター活動の様子



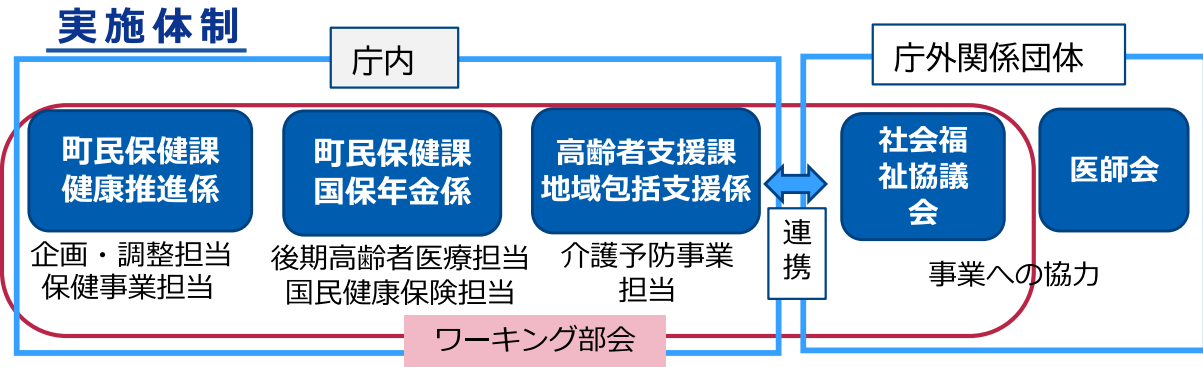
- ハイリスクアプローチの高血圧の取組については、対象者に食事記録をつけていただき、食事の傾向等を伺いながら丁寧に聞き取りを実施。醤油やソースをかける量が減ったと感想をいただいている。
- ポピュレーションアプローチのフレイル状態の把握については、町内53か所で開催する「いきいき百歳体操」において、フレイルサポーターがフレイル状態にある者を把握する。

課題・今後の展望

- 被保険者の実態把握のために健診受診率を向上させていく。
- 今後も高齢者の特性に応じたフレイル予防に何が効果的かを関係機関と検討していく。

宮崎県三股町 ーみんな元気 ずっと元気 笑顔いっぱいのまちを目指してー

町の概況(令和7年4月1日時点)		
人口		25,586人
高齢化率		29.04%
後期被保険者数		3,854人
日常生活圏域数		1 圏域



三股町公式キャラクター『じゃんかん君』

取組の経緯

- 三股町の患者1人当たりの医療費は国・県より高く、特に糖尿病の脳血管疾患率は県平均を上回っていた。一人当たりの介護給付費も県平均より高い状況であった。
- 有病状況については糖尿病、脳血管疾患で国・県より高い状況だった。そこで、糖尿病や糖尿病性腎症及び脳血管疾患の重症化を予防し、新規透析患者を増やさないことを目的として保健事業を実施することとなった。

企画調整・関係機関との連携

- 町内連携
町内3係(健康推進係、国保年金係、地域包括支援係)と社会福祉協議会にて、年3回のワーキング部会を開催し、医療費の現状や健康課題の共有、事業計画や実施内容・方法の検討を行っている。また、ハイリスクケースの情報共有し、必要時、同行訪問を行っている。
- 医療関係団体等との連携
医師会には、健診事業前の説明会時に、ハイリスクアプローチ事業の内容について周知している。また、糖尿病性腎症の重症化予防に関しては、かかりつけ医との連携票(重症化予防連絡票)を作成し、対象者の治療状況及び保健指導の内容が相互で把握できる仕組みを構築している。

ハイリスクアプローチ

- 糖尿病性腎症重症化予防
健診結果より対象者を抽出し、必要に応じて重症化予防連絡票を本人が医療機関に渡し、医師会経由で町に返却してもらい、治療方針等を共有する。
- 低栄養予防
健診結果よりBMI18以下かつ前年度より3kg以上減少している者を対象とし、管理栄養士が栄養指導を実施。
- 口腔
一体的実施KDB活用支援ツールにて抽出された者のうち、広域連合実施の歯科健診対象者となる76歳または81歳(他5項目に該当)に対し、保健師と言語聴覚士が対象者宅に訪問し、歯科健診の受診勧奨と保健指導を実施。
- 重複投薬・多剤投与等
保健師が対象者宅に訪問し、保健指導を実施。
- 健康状態不明者対策
保健師が対象者宅に訪問し、受診勧奨と健康状態の把握を実施。
- 重症化予防(その他の生活習慣病) 脳血管疾患予防対策
保健師が対象者宅に訪問し、保健指導を実施。

ポピュレーションアプローチ

- 健康教育・健康相談
集団健診会場及び個別健診の結果返却時(結果に案内を同封)に健康教室の案内を行い、健診結果の説明とフレイル予防の講話を実施する。
その他、サロン等の集いの場へ、管理栄養士や保健師が出向き、個別相談や健康教育を実施している。
- フレイル予防の普及啓発活動
健診結果にフレイル等のリーフレットを同封して送付している。また、集いの場で保健師や管理栄養士がフレイル予防の講話を実施している。



写真はR7フレイルフェスタの様子

宮崎県三股町

事業結果と評価概要（令和6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	7人	7人	・支援できた人の数 ・次年度健診での改善率	・7人（100%）訪問5人 電話1人 手紙1人 ・3人（42.9%）1人は未受診 2人は他界
	口腔	18人	13人	・支援できた人の数 ・介入後、歯科受診した割合 ・質問票④⑤の改善率	・13人（72.2%）うち1人は電話 ・8人（61.5%） ・改善：3人（16.7%）悪化：5人（27.8%） 変化なし：6人（33.3%）健診未受診：4人（22.2%）
	重症化予防（糖尿病性腎症）	10人	10人	・面談実施率 ・次年度健診での改善率	・10人（100%） ・3人（30%）
	重症化予防（その他の生活習慣病）	54人	54人	・面談実施率 ・次年度健診での改善率	・54人（100%） ・31人（57.4%）
	服薬（重複投薬・多剤投与）	3人	3人	・介入後、処方薬剤が20剤以下になった者の割合	・1人（33.3%）
	健康状態不明者対策	44人	43人	・訪問実施率 ・健診受診した人数	・43人（97.7%） ・7人（16.3%）、21人は医療機関受診（48.8%）
ポピュレーションアプローチ	健康教育・健康相談	-	13か所 124人	・参加者数 ・伝達内容の満足度	・124人 ・アンケート結果 とても満足・まあ満足（95.4%） 難聴で話が聞き取れず「不満」と回答した人がいた。
	気軽に相談できる環境づくり	-	16か所 1,555人	・チラシ配布数	・1,555枚 健診結果にフレイルに関するリーフレットと健康教室案内を同封した。健診結果説明の時などに個別相談も実施した。（個別相談：57人）

- ・ハイリスクアプローチに関しては、当該年度の情報（健診結果）を活用することで、より対象者に合わせた支援を実施している。
- ・関係機関との顔が見える関係、相談しやすい関係が構築されつつある。令和7年度はワーキング部会で「フレイルフェスタ」を企画・運営し、体験型の催し等も実施することができた。

課題・今後の展望

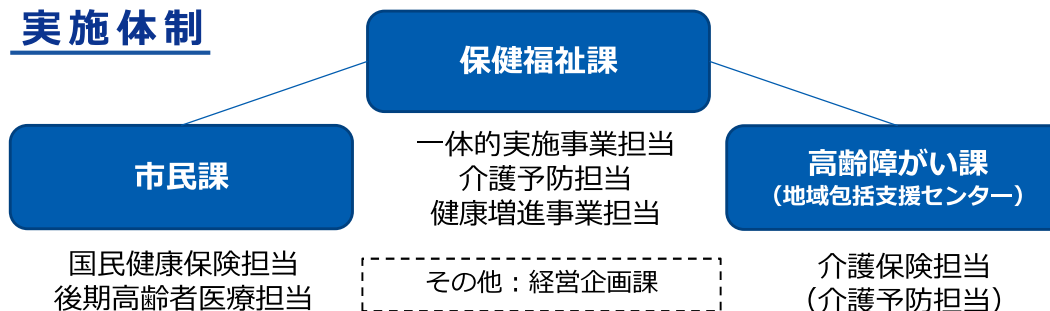
- ・ポピュレーションアプローチでは健康教育を実施する集いの場の実施場所の増加と、高齢者が楽しくフレイル予防に取り組める事業を展開していく。
- ・ハイリスクアプローチでは、難聴などによりコミュニケーションが取りにくい住民への対応をどのようにしたらよいか検討する。
- ・ICTの活用が不十分であるため、他自治体等の取組事例等を参考にしながら今後強化していきたい。

福岡県田川市—医療費適正化に向けた多職種連携及び地域資源を活用した取組—

市の概況（令和7年4月1時点）

人口	44,464人
高齢化率	34.50%
後期被保険者数	8,170人
日常生活圏域数	8 圏域

実施体制



取組の経緯

- 田川市は基幹産業であった石炭産業衰退後、過疎化、高齢化が進んでいる。市内の医療供給環境は充実しているが、どの世代においても全体的に健診受診率が低いことから、他地域に比べ健康意識や関心は低い傾向にある。また、平均余命及び健康寿命が他地域と比べ男女共に短い。
- 高齢化率、後期高齢化率、介護認定率が高く、一人当たり医療費は県内上位に位置している。人工透析者率は県平均より高く、慢性腎臓病（人工透析あり）に係る医療費が上位であることから、医療費適正化に向けて後期高齢者に対する保健事業と介護予防事業を強化する必要があった。

企画調整・関係機関との連携

- 庁内連携
主に福祉部内の保健福祉課、高年齢障がい課及び市民生活部市民課で適宜連携を図っている。
- 医療関係団体等との連携
医師会、保健福祉事務所及び管内町村が参加する田川地区糖尿病性腎症重症化予防連携システムに係る会議において、取組内容の実績報告及び情報共有並びに事業全体に関する助言を受けている。また、フレイル予防教室の講師として薬剤師会や歯科衛生士会、POS連絡協議会と連携しているほか、福岡県立大学からは健康教育に関する助言や学生ボランティア派遣等の連携を図っている。地域包括ケアシステム推進協議会保健（予防）生活支援部会において本事業における実績報告や情報共有を行い、関係機関から事業に関する助言を受けている。

ハイリスクアプローチ

- 身体的フレイル予防
通いの場、健診等で収集した高齢者の質問票にて、①主観的疲労感、②体重減少、③身体能力(歩行速度)の減弱、④筋力の低下、⑤日常生活活動量の減少の5項目のうち、3項目以上該当した者を対象。介入頻度は1人当たり最低2回、介入は原則対面、初回介入から3～6か月後に評価介入。
- 糖尿病性腎症重症化予防
対象基準は、腎機能低下の所見
(1)HbA1c、(2)尿蛋白、(3)尿潜血、(4)eGFRのいずれかに該当する79歳までの後期高齢者。介入頻度は1人当たり最低2回、介入は原則対面、初回介入から3～6か月後に評価介入。

ポピュレーションアプローチ

- 健康教育・健康相談
フレイル予防教室として、市内51公民館に年度内に2回、フレイル予防に関する健康教育や個別相談等を実施。また、口腔、運動、ポリファーマシーの視点から関係機関の医療専門職に講話や実技指導を依頼し、毎回内容を変えた健康教育を実施。将来的に地域住民だけで持続可能なフレイル予防活動を目指し、地域で介護予防活動を行っている自主グループ「健康たーんとクラブ」に教室の体操を一部委託し、「健康たーんと体操」（田川市独自のフレイル（介護）予防体操）の実施及び周知。
- 後期高齢者医療保険制度説明会
市民課と協働し、プレ後期高齢者に対し後期高齢者の質問票によるフレイルチェックやフレイル予防に関する健康教育、健診受診勧奨を実施。
- まちかど健康チェック
市民課（国保担当）と協働し、市内商業施設や市内イベントで健康機器（血管年齢等）の測定、フレイルチェック及び健康相談等を実施。
- 高齢者eスポーツ
男性や関心が薄い層の参加者を増やすため、「筑豊eスポーツ協会」と連携し、家庭用ゲーム機をコミュニケーションツールとしたeスポーツ教室を実施。



福岡県田川市

事業結果と評価概要（令和6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	身体的フレイル予防	65	64	・行動変容 ・質問票結果のフレイルリスクの改善割合	・行動変容あり（保健指導後に行動変容があった者の割合）90.6% ・改善あり 85.9%
	重症化予防 （糖尿病性腎症）	182	179	・検査結果数値の改善率 ・行動変容	・改善率（保健指導後に検査結果数値の改善があった者の割合）30.4% ・行動変容あり（保健指導後に行動変容があった者の割合）91.8%
	重症化予防 （その他生活習慣病）	16	15	・保健指導実施率 ・検査結果数値の改善率	・実施率 93.8% ・改善率（保健指導後に検査結果数値の改善があった者の割合）20.0%
	健康状態不明者対策	138	138	・健康状態不明者の割合 ・行動変容	・割合 4.1% ・行動変容あり（保健指導後に行動変容があった者の割合）55.5%
ポピュレーションアプローチ	健康教育・健康相談	-	1,132	・健康診査受診率 ・意識の変化 ・参加の意欲	・受診率 11.1%
	フレイル状態の把握	-	1,132		・意識の変化あり 73.5% ・今後も参加したい 96.7%

【ハイリスクアプローチの評価】 人工透析の新規発症患者数（被保険者千対）は県より高かったが、R4年度（1.4）→R6年度（0.7）まで減少でき、現在は県よりも低くなっている。要因として、重症化予防の対象者基準（eGFRやHbA1c）をより厳しく設定していることが考えられる。今後も取組との因果関係含め分析予定。

【ポピュレーションアプローチの評価】 フレイル予防教室は多職種連携や毎回講話内容を変えていることで、参加者の満足度が高い教室となっている。R7に男性参加者や健康への関心が薄い層への働きかけとして、eスポーツを活用した教室を開催したところ予想以上の応募があり需要の高さが分かった。今後は、eスポーツを継続的な教室として実施し、新たな参加者の獲得や高齢者の生きがいづくりにつながるよう、ねんりんピック等との連動も見据え展開する予定。

【計画の評価】 10年の事業計画を3期に分け事業を展開。実績をもとに各期で取組内容及び目標値を見直す等、PDCAサイクルを展開。第1期（R4～R6）評価としては、各取組のマニュアル作成及び運用並びに事業及び体制を整備でき、ストラクチャーとしては計画どおりと評価。各目標値はおおむね達成できたが、健康寿命に関しては男女共に達成できなかった。

課題・今後の展望

- 本事業の長期目標である健康寿命の延伸（特に男性）を目標達成できるよう、健康への関心が薄い層や男性への働きかけを強化していきたい。
- 住民の健康リテラシー向上に寄与できるよう、広域連合や福岡県立大学等の協力を得ながら健康課題の分析を強化し、住民や関係者と健康課題を共有できるよう周知内容や方法を検討していきたい。
- 地域の関係団体との協働に限らず、業種を超えた関係機関との連携を積極的に図り、様々な場面で健康への関心が薄い層の獲得に向けたポピュレーションアプローチを展開していきたい。
- 将来、住民だけで持続可能な健康づくり活動ができることを見据え、関係機関だけでなく地域の関係団体の強みを生かし、積極的に協働しながら事業を展開していきたい。

