

令和6年3月15日	参考 資料1
第16回 高齢者の保健事業のあり方検討ワーキンググループ	

## 高齢者の特性を踏まえた保健事業 ガイドライン第3版（案）

令和6年3月  
厚生労働省保険局高齢者医療課



# 目次

ガイドライン第3版の活用にあたって（まえがき）	6
<b>I 総括編</b>	<b>7</b>
1 高齢者の保健事業の実施に当たっての基本的な考え方	8
（1） 高齢者の特性を踏まえたガイドライン第3版策定の背景・目的	8
（2） 高齢者に対する保健事業の意義・目的	9
1） 高齢者の特性を踏まえた健康支援	9
2） 高齢者の状態像に応じた支援の必要性	13
3） 高齢者に対する保健事業の内容	14
（3） 高齢者保健事業のデータヘルス計画における位置づけ・関係性	17
（4） 国民健康保険からの接続	19
（5） 介護保険担当部局等関係部局との連携	19
2 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について	20
（1） 一体的実施の経緯・目的	20
（2） 一体的実施におけるハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチ	21
（3） 一体的実施における保健事業の対象者	23
（4） 一体的実施の計画書・実績報告に係る年間スケジュール	24
3 取組の推進に向けた体制整備	25
（1） 広域連合・市町村・都道府県・国民健康保険中央会・国民健康保険団体連合会・国に 求められる役割	25
1） 広域連合	26
2） 市町村	27
3） 都道府県（保健所を含む）	28
4） 国民健康保険中央会・国民健康保険団体連合会	29
5） 国	29
（2） 関係機関・関係団体との連携	31
4 効果的な実施に向けた取組内容の検討	32
（1） 高齢者の保健事業の進め方（全体的な流れ）	32
（2） データに基づく保健事業のPDCAサイクルの推進	32
1） 体制の整備と構築（事業実施に向けた体制構築と健康課題を含む現状の整理の 共有）	34
2） 事業計画の策定（対象者の抽出基準の設定と概数の把握、目標・評価指標の設 定（評価計画）等の企画内容の調整）	34
3） 事業の実施と評価及びその活用	36
5 取組を推進するための環境整備	37
（1） 人材育成	37
（2） 住民の理解の促進	38
（3） 個人情報の適切な取扱い	38
（4） 活用可能な財源	40
（5） ICT（情報通信技術）の活用促進	40
（6） 実施上の留意点	40
1） 保健事業の新たな企画・既存事業の活用等	40
2） 疑問や課題の解決に向けた基本的な考え方	41
3） 主管部局と職員の配置	41
4） 委託する場合の留意点	41

6	関連事項.....	42
(1)	標準的な健診・保健指導プログラム.....	42
(2)	糖尿病性腎症重症化予防プログラム（令和6年度版）.....	42
(3)	国民健康づくり運動プラン「健康日本21（第三次）」.....	43
(4)	介護予防マニュアル第4版.....	43
(5)	第4期医療費適正化計画.....	43
(6)	その他.....	44
<b>II</b>	<b>実践編.....</b>	<b>45</b>
1	高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の企画と実践.....	46
(1)	体制整備.....	47
1)	地域における健康課題の把握.....	47
2)	関係部署間の情報共有・調整.....	48
(2)	地域連携体制の構築.....	49
(3)	事業計画の策定.....	50
1)	企画内容について調整.....	50
2)	抽出基準の検討.....	51
3)	目標・評価指標の設定（評価計画）.....	54
4)	実施方法・内容の詳細検討・決定.....	57
(4)	事業実施.....	58
1)	かかりつけ医等地域の医療関係団体との調整.....	58
2)	事業の実施.....	58
(5)	評価とその活用.....	61
2	高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施における個別事業の実践.....	63
(1)	低栄養に関するプログラム例.....	63
1)	概要.....	63
2)	実施体制.....	63
3)	低栄養に関するプログラムの流れ（例）.....	64
4)	支援の実施.....	64
(2)	口腔に関するプログラム例.....	68
1)	概要.....	68
2)	実施体制.....	68
3)	口腔に関するプログラムの流れ（例）.....	69
4)	支援の実施.....	69
(3)	服薬に関するプログラム例.....	73
1)	概要.....	73
2)	実施体制.....	73
3)	服薬に関するプログラムの流れ（例）.....	74
4)	支援の実施.....	74
(4)	身体的フレイル（ロコモティブシンドローム含む）に関するプログラム例.....	79
1)	概要.....	79
2)	実施体制.....	79
3)	身体的フレイル（ロコモ含む）に関するプログラムの流れ（例）.....	80
4)	支援の実施.....	80
(5)	重症化予防（糖尿病性腎症、その他生活習慣病）に関するプログラム例.....	84
1)	概要.....	84
2)	実施体制.....	84

3)	重症化予防（糖尿病性腎症、その他生活習慣病）に関する主なプログラムの流れ（例）	85
4)	支援の実施	87
(6)	健康状態不明者への支援プログラム例	93
1)	概要	93
2)	実施体制	93
3)	健康状態不明者への支援の流れ（例）	94
4)	支援の実施	94
(7)	ポピュレーションアプローチを活用した支援の実施	98
1)	普及啓発・フレイル予防等についての意識付け	98
2)	通いの場等において医療専門職が関わる意義	99
3)	通いの場等における医療専門職の取組	100
4)	通いの場等において医療専門職が関わる際の留意点	100
5)	ポピュレーションアプローチの実践例	101
6)	ポピュレーションアプローチの評価指標例	102
3	評価とその活用	104
(1)	目標・評価指標に基づく事業評価の実施	104
(2)	取組内容の見直し	105
<b>Ⅲ</b>	<b>事例集</b>	<b>107</b>
1	人材育成・研修に関する事例	108
2	ICT 活用に関する事例	110
(1)	PHR・アプリの利用	110
(2)	ハイブリッド通いの場	111
(3)	アセスメントやモニタリングへの活用	113
(4)	移動が困難な場合の代替手段としての ICT 活用	114
3	多職種連携	115
4	ポピュレーションアプローチとしての通いの場	118
5	その他	119
	<b>別添「後期高齢者の質問票の解説と留意事項」</b>	<b>124</b>

## ガイドライン第3版の活用にあたって（まえがき）

総括編は、高齢者の保健事業を推進するにあたって、特に高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の取組を中心に、事業実施の主体である広域連合の視点で高齢者保健事業についてまとめたものである。ただし、高齢者保健事業は、広域連合が策定するデータヘルス計画に基づいて広域連合が市町村へ委託して実施する機会が多いため、市町村においても総括編の内容を適切に理解し、高齢者保健事業の全体像を把握することが求められる。

実践編は、特に高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の取組について、市町村の手順等について基本的な考え方等を整理している。しかし、市町村は必ずしも記載の手順や内容に準じなければならないものではなく、地域の実情も踏まえて計画的に実施することが重要である。また、広域連合においては、効果的かつ効率的な保健事業の実施のため、委託元として市町村との連携及び適切な支援が不可欠であり、実践編についての理解も求められる。

事例集は、高齢者の保健事業の実施においてより具体的な実践例を示している。総括編及び実践編と併せて参照することで、高齢者の保健事業を進める際のイメージの共有や工夫が必要な場合の一助となる。

加えて、別添として、高齢者の保健事業において活用する後期高齢者の質問票について、その解説と留意事項のまとめを掲載している。これは、令和元年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学特別研究）「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施推進のための後期高齢者の質問票活用に向けた研究（研究代表者 津下一代）」の結果を踏まえて作成されたものを、その後のエビデンスを基に一部改編されたものである。後期高齢者の質問票を正しく活用するためにも、正確な理解に向けて必ず一読いただきたい。

# I 総括編

## 1 高齢者の保健事業の実施に当たっての基本的な考え方

- 一体的実施の制度開始から4年目を迎え、市町村や広域連合での取り組みが進展している。また、一体的実施推進に係る検証のための研究も進められ、一定の知見や成果等が蓄積してきた。高齢者の特性を踏まえたガイドライン第3版は、これらの成果等を踏まえて見直しを行うものである（P8）。
- 高齢者に対する保健事業の意義・目的は、生活習慣病等の発症や重症化の予防及び心身機能の低下の防止を図り、在宅で自立した生活がおくれる高齢者を増加させること。後期高齢者に対する健康支援にあたっては、壮年期における肥満対策に重点を置いた生活習慣病対策（特定保健指導等）から、体重や筋肉量の減少を主因とした低栄養や口腔機能、運動機能、認知機能の低下等のフレイルに着目した対策に徐々に転換することが必要である（P8）。
- 後期高齢者を対象とした保健事業では、個人差に応じた対応が重要となるため、対象者の階層化とその階層に応じた個別対応の必要性が高くなる。（P12）
- 高齢者の保健事業は、広域連合から構成市町村に事業を委託する場合と、広域連合が自ら実施主体（関係機関等への委託を含む）として保健事業に取り組む場合とがある。いずれの場合においても、広域連合と市町村の連携の下、企画・計画段階から、データ分析により把握した地域の健康課題や保健事業の実施や評価の進め方について、関係者間で十分に話し合い、方向性を共有することが重要である。（P16）
- 国民健康保険からの接続という観点から、後期高齢者医療制度への異動等により健診未受診とならないよう、引き続き健診受診につなげることを意識して健診を実施していくことが重要。また、国民健康保険に加入していた際の情報を連携する等により、継続して支援等ができる体制を構築しておくことが望まれる。（P18）
- 支援対象者の把握や当該者の抱えるニーズ等に応じて必要なサービスにつなげるため、介護保険担当部局等関係部局との連携が重要となる（P18）。

### (1) 高齢者の特性を踏まえたガイドライン第3版策定の背景・目的

人生百年時代を見据え、高齢者の健康増進を図り、できる限り健やかに過ごすことができる社会としていくため、高齢者一人ひとりに対する、きめ細かな高齢者保健事業<sup>1</sup>と介護予防の実施の重要性は益々高まっている。

高齢者については、複数の疾患の罹患に加え、要介護状態に至る前段階であっても身体的な脆弱性のみならず、精神的、心理的又は社会的な脆弱性といった多様な課題と不安を抱えやすい傾向にある。そのため、高齢者保健事業と介護予防の実施に当たっては、高齢者の精神的、心理的又は社会的な特性を踏まえ、効果的かつ効率的で、高齢者一人ひとりの状況に応じたきめ細かな対応を行うことが必要となる。

<sup>1</sup> 高齢者の医療の確保に関する法律第二百五条では、「後期高齢者医療広域連合は、高齢者の心身の特性に応じ、健康教育、健康相談、健康診査及び保健指導並びに健康管理及び疾病の予防に係る被保険者の自助努力についての支援その他の被保険者の健康の保持増進のために必要な事業（以下「高齢者保健事業」という。）を行うように努めなければならない。」と規定されている。



高齢者の心身の多様な課題に対応し、きめ細かな支援を実施するため、後期高齢者の保健事業について、後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）と市町村が連携し、市町村において、介護保険の地域支援事業や国民健康保険の保健事業（以下、「国保保健事業」という。）と一体的に実施できるよう、「高齢者保健事業と介護予防の一体的な実施」（以下「一体的実施」という。）が制度化され、令和2年4月から取組が開始された。

これまで、一体的実施の取組を推進するため、「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第2版」（以下「ガイドライン第2版」という。）を策定してきた。また、続く「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第2版補足版」（以下「ガイドライン第2版補足版」という。）では、「適切な受診等への支援」の実施方法等についてまとめ、広域連合・市町村における当該支援の推進・充実を図ってきたところである。

一体的実施は、令和6年度までに全ての市町村で実施することを目指しており、広域連合、市町村の取組が進展し、実績や知見等が一定程度蓄積されてきている。令和6年度には1708市町村での実施（予定含む）<sup>2</sup>となり、一体的実施の取り組みは着実に広まっている。また、厚生労働科学研究政策科学推進研究事業において高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施推進に係る検証のための研究（令和2年～4年）も進められてきたことから、これらの成果等を踏まえて、高齢者の保健事業の質の向上と対策の充実を図ることを目的に、ガイドラインの見直しを行った。

## （2） 高齢者に対する保健事業の意義・目的

### 1） 高齢者の特性を踏まえた健康支援

高齢者保健事業の目的の一つは、生活習慣病等の発症や重症化の予防及び心身機能の低下の防止を図り、在宅で自立した生活がおくれる高齢者を増加させることである。

後期高齢者は、前期高齢者と比べ、加齢に伴う虚弱な状態であるフレイルが顕著に進行する。また、複数の慢性疾患を保有し、フレイルなどを要因とする老年症候群の症状が混在するため、包括的な疾病管理がより重要になる。さらに、医療のかかり方として、多医療機関の受診、多剤処方、残薬が生じやすいという課題がある。

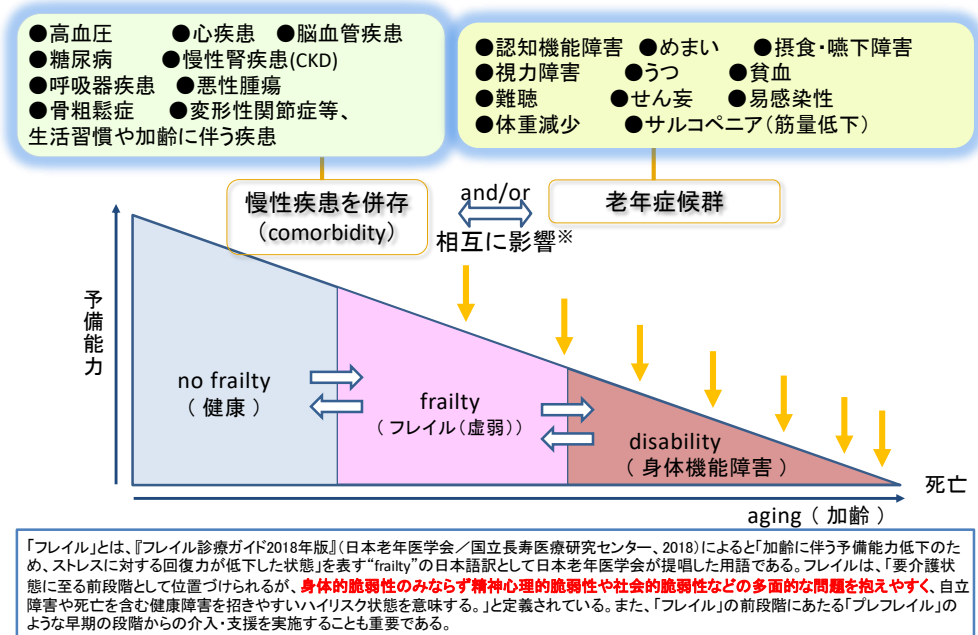
したがって、後期高齢者に対する健康支援にあたっては、壮年期における肥満対策に重点を置いた生活習慣病対策（特定保健指導等）から、体重や筋肉量の減少を主因とした低栄養や口腔機能、運動機能、認知機能の低下等のフレイルに着目した対策に徐々に転換することが必要である。

---

<sup>2</sup> 令和5年度「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に係る実施状況調査」

図表-1 高齢者の健康状態の特性等について

高齢者の健康状態の特性等について



※ 現時点では、慢性疾患とフレイルの関わりについて継続的に検証されている段階にあることに留意が必要。

後期高齢者では、生活習慣病の発症予防より、重症化予防の取組が相対的に重要となる。また、壮年期からの生活習慣病の延長線上で肥満傾向にある高齢者も多く、代謝の低下とともに筋量の減少の影響もあり、筋骨格系疾患等の慢性疾患への取組も重要となる。保有する疾患が重症化しないよう管理に努めることが大切であり、必要時、適切な受診につながるよう勧奨等することは保健事業の重要な役割である。また、フレイルと疾病の関係として、糖尿病や心血管疾患などの生活習慣病の発症や多剤服用などは、フレイルのアウトカムであると同時にその原因にもなり得うと言われている。これらの対策は医療保険者の取組としてより重要となる。具体的には、疾病の重症化・再発、入院の防止や多剤服用による有害事象の回避（服薬管理）などが考えられる。

なお、65歳以上の要介護者の介護が必要になった主な原因としては、認知症、脳血管疾患（脳卒中）、転倒・骨折が多く、これらで約半数を占めている。特に女性では認知症及び転倒・骨折の割合が高くなっている<sup>3</sup>。また、医療費の観点からみると、75歳以上の高齢者では循環器系疾患が約26%を占めており、女性では骨折を含む「損傷、中毒及びその他の外因の影響」や、「筋骨格系及び結合組織の疾患」が占める割合が高い<sup>4</sup>。

<sup>3</sup> 令和4年度国民生活基礎調査

<sup>4</sup> 令和3年度国民医療費

図表-2 65歳以上の要介護者等の性別にみた介護が必要となった主な原因

	総数	男性	女性
第1位	認知症 (16.6%)	脳血管疾患 (脳卒中) (25.2%)	認知症 (18.1%)
第2位	脳血管疾患 (脳卒中) (16.1%)	認知症 (13.7%)	転倒・骨折 (17.8%)
第3位	転倒・骨折 (13.9%)	高齢による衰弱 (8.7%)	高齢による衰弱 (15.6%)

図表-3 傷病分類別にみた医科診療医療費構成割合 (75歳以上)

	総数	男性	女性
第1位	循環器系疾患 (25.6%)	循環器系疾患 (25.8%)	循環器系疾患 (25.5%)
第2位	新生物<腫瘍> (12.6%)	新生物<腫瘍> (16.9%)	損傷、中毒及びその他の 外因の影響 (13.1%)
第3位	損傷、中毒及びその他の 外因の影響 (10.2%)	腎尿路生殖器系の疾患 (9.0%)	筋骨格系及び結合組織 の疾患 (10.9%)
第4位	筋骨格系及び結合組 織の疾患 (8.8%)	損傷、中毒及びその他の 外因の影響 (6.5%)	新生物<腫瘍> (9.2%)
第5位	腎尿路生殖器系の疾 患 (6.9%)	筋骨格系及び結合組織 の疾患 (6.1%)	神経系の疾患 (6.5%)

後期高齢者においては、壮年期よりも緩和した基準を提示している学会ガイドラインが多い<sup>5</sup>。また、壮年期よりも疾病の重複が多く、個別疾患のガイドラインでは対応できない点も多くなる。そのまま適用すると重複受診・薬剤の過剰投与になる恐れもあるため、かかりつけ医等と連携の上、医療専門職によるきめ細やかなアウトリーチ<sup>6</sup>を主体とした健康支援に取り組むことが適当である。

また、高齢者の中には、健診も医療機関も受診していない、または、医療中断などのため保険者でも健康状態を把握できない者がいる。そのような人の状態を把握し、必要な場合は適切な医療・介護サービスにつなぐことも重要な健康支援である。適切な受診等への支援の意義・目的は、健康状態不明者、未治療によるコントロール不良者や治療中断者の健康状態等の把握に努め、生活習慣病等の発症や重症化に至る前段階で支援することや生活機能の低下等を防止することで、高齢者の生涯にわたる健康の

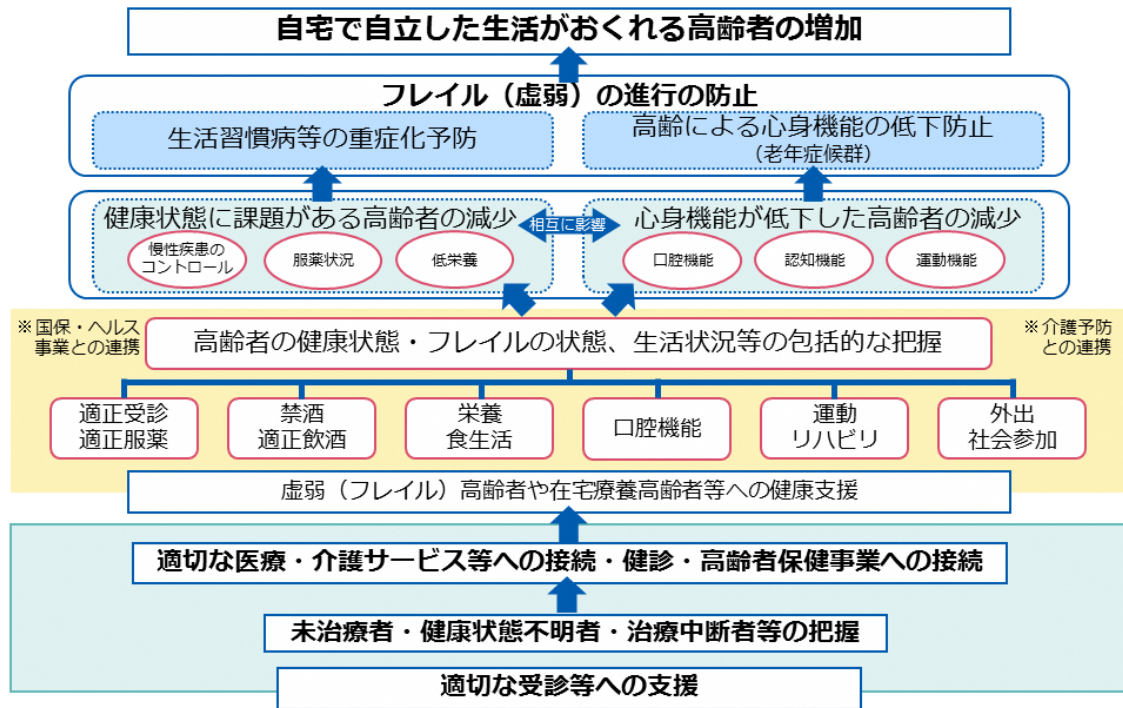
<sup>5</sup> 「高齢者高血圧診療ガイドライン 2017 ([https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/tool/pdf/guideline2017\\_01.pdf](https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/tool/pdf/guideline2017_01.pdf))」「高齢者糖尿病治療ガイド 2021 ([https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/publications/other/diabetes\\_guide.html](https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/publications/other/diabetes_guide.html))」「高齢者糖尿病診療ガイドライン 2023 ([https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/publications/other/diabetes\\_treatment\\_guideline.html](https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/publications/other/diabetes_treatment_guideline.html))」等を参照のこと。

<sup>6</sup> アウトリーチとは本来、手を伸ばす、手を差し伸べるといった意味で、ここでは支援が必要であるにも関わらず、自発的に申し出をしない人々も含め、保健事業の潜在的な利用希望者に医療専門職の側から積極的に働きかけ、利用を実現させる取組のことをいう。いわば「出前型」のサービスで、具体的には、個別訪問による支援などを意味する。

保持増進、ひいては生活の質（QOL；Quality of Life）の維持及び向上を図ることである。

これらの高齢者に対する支援により、結果として医療費の減少、要介護認定率の低下や介護給付費の減少にも資することが考えられる。

図表-4 高齢者に対する保健事業が目指すもの（イメージ）

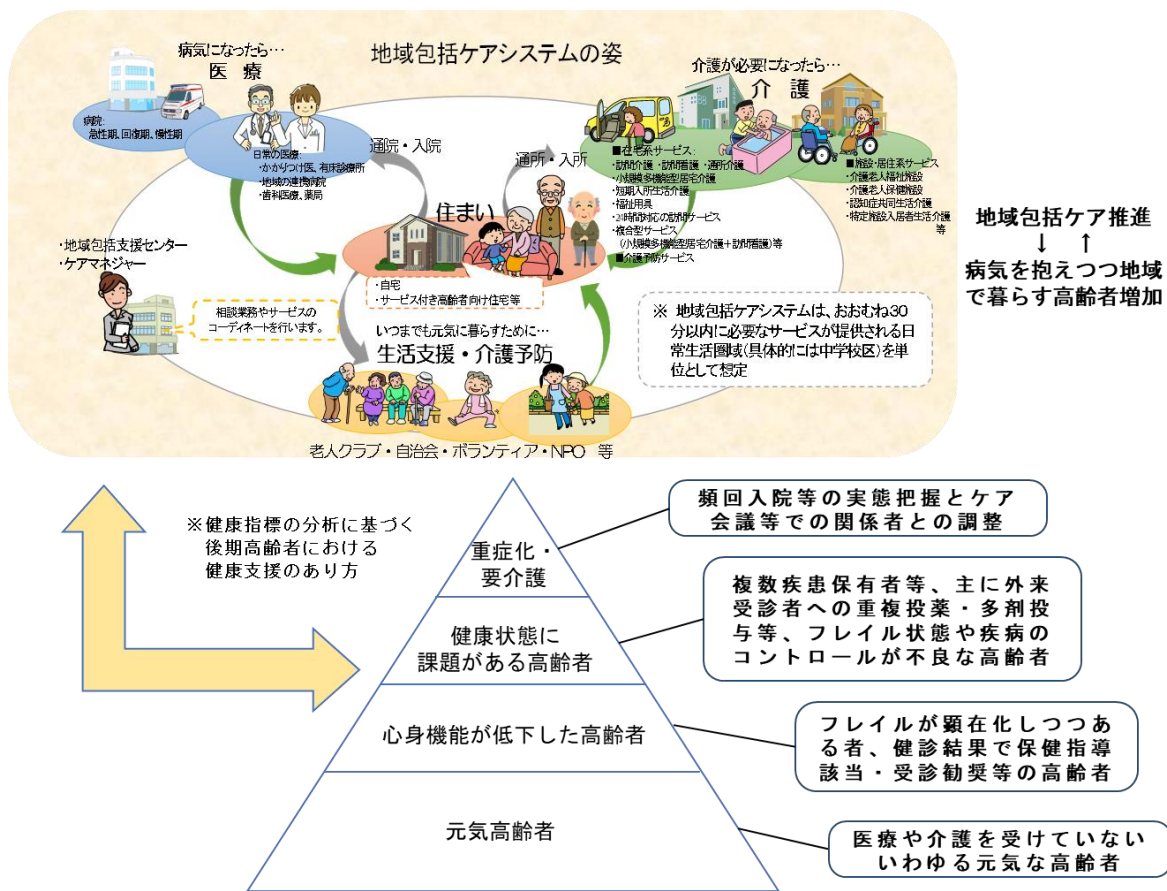


## 2) 高齢者の状態像に応じた支援の必要性

後期高齢者を対象とした保健事業では、個人差に応じた対応が重要となるため、対象者の階層化とその階層に応じた個別対応の必要性が高くなる。集団（階層）の状態像のイメージとしては、緊急・長期入院を含む高額医療が発生している高齢者、主に外来を中心とした在宅療養中の高齢者、フレイルが顕在化しつつある虚弱な高齢者、医療をあまり利用しない元気な高齢者などの階層が想定される。

高齢者の保健事業においては、医療・介護情報や健診、質問票等のデータにより高齢者の健康課題の全体像を把握し、重点的に取り組む課題を整理し、ハイリスクアプローチ、ポピュレーションアプローチを組み合わせ、効果的な事業を企画していくことが重要である。

図表-5 後期高齢者を対象とした保健事業のイメージ



特に保健事業の実施主体となる市町村においては、地域包括ケアと連携し、介護予防や生活支援とともに推進することにより、元気高齢者から、フレイルなどを含め心身機能の低下がある者、病気を抱えつつ地域で暮らす健康状態に課題がある者や要介護や重症化した状態にある在宅療養者に至るまで、自らの健康に関する意識付けや健康管理を支援することができる。

個別支援の際は、高齢者の医療面や健康状態を熟知し、必要な治療や介護に振分け、つなげることができるコーディネートを行う医療専門職の役割が重要となる。例えば、健康・医療情報等に基づき把握したハイリスク者や、健診・医療情報がなく健康状態が不明であった

者への訪問によって健康状態や生活にリスクがあると判明した高齢者について、必要に応じて地域包括支援センターにつなぐこと等が想定される。

こうした市町村の地域包括ケアシステムなどの活用によって、高齢者の状態像に応じた支援を提供できるような体制の整備が求められる

### 3) 高齢者に対する保健事業の内容

「高齢者の医療の確保に関する法律に基づく高齢者保健事業の実施等に関する指針」では、広域連合及び広域連合から委託を受けた市町村は、高齢者保健事業の効果的かつ効率的な実施に関する基本的事項を踏まえ、高齢者保健事業として、健康診査、保健指導、健康教育、健康相談、訪問指導等を実施するよう努めることとされている<sup>7</sup>。指針では、高齢者の特性を踏まえた健康状態を総合的に把握できるよう後期高齢者の質問票を活用すること、および高齢者保健事業の実施にあたっては通いの場等において支援すべき対象者等を把握し、健康課題に応じた保健指導を行うことや、比較的健康な高齢者に対しても既存事業等と連携した支援を行うことが明記されている。

#### ①. 健康診査

健康診査（以下、健診という。）は、疾病予防、重症化予防及び心身機能の低下の防止を目的として、医療機関での受診が必要な者及び保健指導を必要とする者を的確に抽出するために行う。健診は高齢者保健事業の中核的な事業の一つであり、健診の結果の通知を行うことにより本人の健康への気付きを促すこと、医療機関への受診の機会へつなげること、健診の結果を活用した医療専門職による保健指導を行うこと等、健康診査等実施指針等に沿って、受診率向上に関する取組等を効果的かつ効率的に実施していくことが重要である。例えば、本人同意のもとで、医療機関から検査データ（診療情報）の提供を受けて健診結果として活用することなども、健康状態の把握において有効である。

また、健診においては後期高齢者の質問票の活用に努めることとされている。これは、後期高齢者の質問票により、高齢者の特性を踏まえた健康状態を総合的に把握でき、健康課題等の明確化及びそれら健康課題等に対する必要な支援が可能となるためである。なお、後期高齢者の質問票は様々な場面で活用でき、例えば通いの場やかかりつけ医の受診の際に活用することも期待されている。後期高齢者の質問票の更なる活用促進に向けては、関係部局や地域の医療関係団体等にもその有効性等について周知を図っていくことが重要である。なお、後期高齢者の質問票の各項目については、本ガイドラインの別添「後期高齢者の質問票の解説と留意事項（一部改編）」において参考資料とともに解説等をしているため、参照の上で事業を実施いただきたい。

<sup>7</sup> 高齢者の医療の確保に関する法律に基づく高齢者保健事業の実施等に関する指針（令和二年三月二十七日）

図表-6 「後期高齢者の質問票」の内容について

類型名	No	質問文	回答*	
健康状態	1	あなたの現在の健康状態はいかがですか	①よい ②まあよい ③ふつう	④あまりよくない ⑤よくない
心の健康状態	2	毎日の生活に満足していますか	①満足 ②やや満足	③やや不満 ④不満
食習慣	3	1日3食きちんと食べていますか	①はい	②いいえ
口腔機能	4	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか ※さきいか、たくあんなど	①はい	②いいえ
	5	お茶や汁物等でむせることがありますか	①はい	②いいえ
体重変化	6	6か月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	①はい	②いいえ
運動・転倒	7	以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか	①はい	②いいえ
	8	この1年間に転んだことがありますか	①はい	②いいえ
	9	ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか	①はい	②いいえ
認知機能	10	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	①はい	②いいえ
	11	今日が何月何日かわからない時がありますか	①はい	②いいえ
喫煙	12	あなたはたばこを吸いますか	①吸っている	②吸っていない ③やめた
社会参加	13	週に1回以上は外出していますか	①はい	②いいえ
	14	ふだんから家族や友人との付き合いがありますか	①はい	②いいえ
ソーシャルサポート	15	体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか	①はい	②いいえ

※ 特定健康診査の標準的な質問票に代わるものとして、後期高齢者に対する質問票を用いて情報収集を実施し、高齢者の特性を踏まえた健康状態を総合的に把握する。15項目について問題がある場合（上記表の■の回答の場合）、その健康状態に合わせた保健指導等により行動変容を促すことを想定している。

※ 後期高齢者の質問票の結果はKDBシステムに収載されるため、15項目の回答状況により地域の健康課題の整理・分析が可能である。

## ②. 健診後の結果の通知及び分析

健診実施後は、速やかに治療を要する者及び保健指導を要する者の把握等の対象者の健康水準の把握及び評価を行う。重症化の懸念がある者には面接の機会を作り、結果を通知する際には、医療機関への受診を勧めるとともに、経年的な変化を分かりやすく表示する等して、自立した日常生活を送る上で生活習慣に関して留意すべき事項を添付する等の工夫により、対象者に自らの日常生活を振り返り、生活習慣等の課題を発見、意識させ、療養及び健康の保持増進に効果的につながるような工夫を行うことが重要である。

なお、後期高齢者の質問票は、総合的な健康状態の把握や健康課題の明確化に加え、被保険者全体の健康状態や行動変容の評価指標として用いることができる。また、後期高齢者の質問票の結果をフィードバックすることにより、本人の療養生活及び健康

増進に向けた取組の成果や課題等の気づきを促すなど、健康教育や保健指導のツールとしても活用できる。<sup>8</sup>

### ③. 保健指導

保健指導は、加齢や疾病等による健康状態及び心身機能の変化に着目し、生活習慣を見直すための保健指導を行うことにより、対象者が日常生活を振り返って自らの生活習慣を評価し、課題を認識するとともに、医療機関の受診、食生活への配慮、身体活動量の確保、認知機能低下の予防等を推進することを通じて、できる限り長く自立した日常生活を維持することを目的としている。なお、保健指導の実施にあたっては、生活状況や健康状態等を十分に把握し、疾病及び重症化予防や健康の保持増進のための方法を本人が選べるような配慮に加え、加齢による心身の特性の変化や性差等に応じた内容とし、対象者の状況により効果的かつ効率的な方策によって行う。

### ④. 健康教育

健康教育とは、対象者の生活状況等に即した生活習慣病等の発症や重症化の予防及び心身機能の低下の防止等に関する指導及び教育を実施するものであり、広域連合の特性や課題に応じて、テーマや対象、実施方法等を選定し、計画的かつ効果的な実施に努める。

また、高齢者の特性を踏まえ、日常生活における身体活動量の確保、低栄養を防ぐための食生活、適切な服薬のあり方や社会参加の重要性等について被保険者等への普及啓発に努め、加齢に伴う心身機能の低下の防止を図ることが重要である。その際、通いの場等を活用して介護予防の取組と一体的に実施するなど、健康教育を利用しやすくするための工夫が必要である。

### ⑤. 健康相談

健康相談においては、被保険者の相談内容に応じて生活習慣の見直しをはじめとした必要な助言及び支援を行う。地域において定期的に健康相談の場を開催し、被保険者の参加を促すとともに、介護予防の取組と一体的に実施する等、より効率的・効果的なものとなるよう工夫することが重要である。また、心の健康についても相談しやすい環境となるよう、他の健康相談と併せて実施する等の工夫も必要である。

### ⑥. 訪問指導

訪問指導は、健診の結果、健康状態、心身の状況、生活状況、受診状況等に照らし、居宅を訪問して指導することが効果的と認められる場合に実施する。特に、継続的な治療が必要であるにもかかわらず、医療機関を受診していない場合は、医療機関と十分連携して適切な助言及び指導を行う。また、複数の医療機関を重複して受診する被保険者についても、その事情を聴取し、適切な受診につながるような助言及び指導を行う。

---

<sup>8</sup> 具体的な取り組みについては、後段の事例集（P108）を参照のこと。



⑦. 健康管理及び疾病の予防に係る被保険者の自助努力についての支援

被保険者の健康づくりに向けた意識及び行動の変容を図ることを目的として、被保険者がそれぞれの年齢や健康状態等に応じ、健康づくりの取組を開始するきっかけや継続するための支援等として実施する。その際、目的に対して効果的な支援となっているかについて、定期的に評価することが必要である。加えて、医療が必要な被保険者の受診抑制を引き起こし、重症化すること等がないよう十分に留意する必要がある。

⑧. 通いの場等における高齢者保健事業の実施

広域連合又は市町村が効果的かつ効率的な事業の実施に向けて、高齢者の身体的、精神的及び社会的な特性を踏まえ、通いの場等を活用することに努める。実施に当たっては、通いの場等において支援すべき対象者を把握し、健康課題に応じた保健指導や生活機能向上に向けた支援を行う。また、地域包括支援センター等の関係機関と連携し、必要な医療サービス及び介護サービスにつなげていくことが必要である。

さらに、比較的健康な高齢者に対しても、通いの場等への参加の継続や疾病のリスクに対する気づきを促し、各健康課題への予防的な取組への参加を勧めるなど、既存事業等を活用して支援を行う。

高齢者保健事業の担当者は、通い場での支援内容に積極的に関与するとともに、健康づくりへの興味関心を喚起するような環境整備を進めることが必要である。

(3) 高齢者保健事業のデータヘルス計画における位置づけ・関係性

広域連合では、医療保険者として高齢者保健事業の実施計画（データヘルス計画）を策定し、一体的実施の支援の充実・強化を踏まえ事業内容等を整理することが望ましい。令和6年度から第3期データヘルス計画が開始するが、「保健事業の実施計画（データヘルス計画）策定の手引き<sup>9</sup>」においても、「一体的実施は、後期高齢者の保健事業の中心を担う事業であるため、データヘルス計画の策定の際には、一体的実施の実施主体となる市町村と十分なコミュニケーションを図り、市町村の現状を把握した上で、一体的実施の計画を含めたデータヘルス計画を策定することが必要である。」とされている。国保データヘルス計画との連続性を踏まえ、後期高齢者における課題の把握や対応策を検討する上では、市町村で実施されている国保の保健事業と介護予防事業の内容について把握することが重要である。

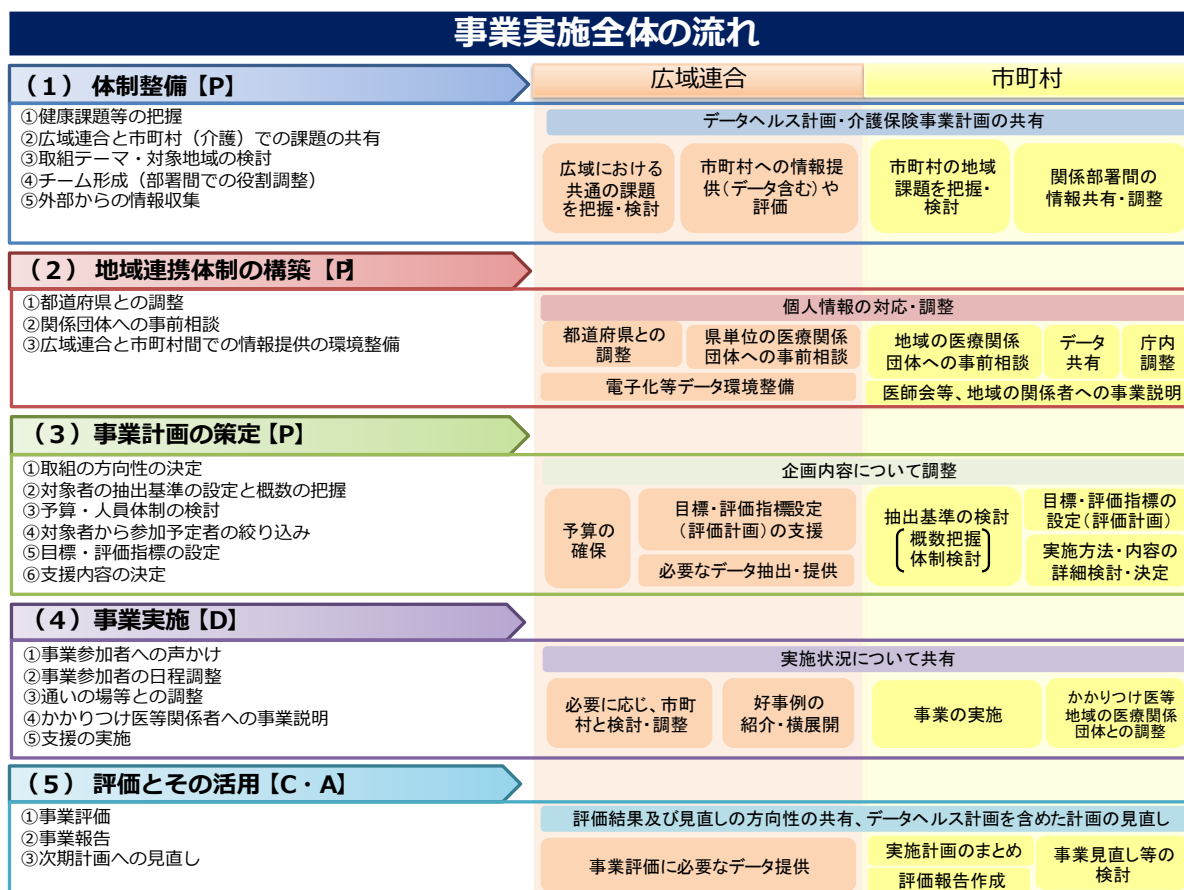
加えて、第3期データヘルス計画においては標準化を推進することとしている。これは、平成25年に閣議決定された「日本再興戦略」において、全保険者にデータヘルス計画の策定が求められ、政府の方針として、標準化の取組の推進や評価指標設定の推進が掲げられているためである。第3期データヘルス計画においては、総合的な評価指標（共通評価指標）の設定とともに、健康課題解決に向けた計画を策定するための考え方のフレームとして、計画様式の提示等を行い、計画策定や保健事業運営の負担軽減に向け、実績の比較分析を可能とし、効果的な保健事業をパターン化する等により事業効果の向上を目指している。

また、広域連合は、データヘルス計画を推進する観点からも、市町村における保健事業の実施や支援の状況等の把握に努め、保健事業の方向性等を調整することが必要である。この

<sup>9</sup> 「保健事業の実施計画（データヘルス計画）策定の手引き（令和5年3月30日改正）」  
(<https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/001080623.pdf>)

ようにデータヘルス計画に基づいて高齢者の保健事業を実施するが、その全体的な流れや広域連合と市町村の連携、役割分担等について図表-7で示す<sup>10</sup>。高齢者の保健事業は広域連合から構成市町村に事業を委託する場合と、広域連合が自ら実施主体（関係機関等への委託を含む）として取り組む場合とがある。いずれの場合においても、広域連合と市町村の連携の下、企画・計画段階から、データ分析により把握した地域の健康課題や保健事業の実施や評価の進め方について、関係者間で十分に話し合い、方向性を共有することが重要である。

図表-7 高齢者の保健事業の全体的な流れ



<sup>10</sup> 具体的な取り組みについては、後段の事例集（P114）を参照のこと。

#### (4) 国民健康保険からの接続

国民健康保険では、特定健診が実施されており、年齢階級別に見ると年齢が高くなるほど実施率が上がる傾向にある。国民健康保険から後期高齢者医療制度への異動等により健診未受診とならないよう、引き続き健診受診につなげることを意識することが重要である。

また、市町村では国保保健事業として健診未受診者対策や受診勧奨判定値を超えている者へ受診勧奨事業等が行われている。国民健康保険加入時に重症化予防事業や重複多剤の対象者である場合、後期高齢者医療制度へ加入以降も引き続き同様の状況となることも考えられる。このため、国民健康保険加入時の情報共有等により、支援を継続できる体制を構築することが望まれる。

その他、特に国保データヘルス計画の関連事項・関連目標も踏まえ、後期高齢者の保健事業として推進・強化する取組等について検討し、連携が必要な関係者等に共有して理解を図ることが重要である。

#### (5) 介護保険担当部局等関係部局との連携

介護保険分野では、多くの市町村で、要介護状態になる前の高齢者のリスクや社会参加状況等を把握するため、市町村独自の項目も盛り込んだ介護予防・日常生活圏域ニーズ調査が実施されており、地域の健康課題を整理・分析するためには有用であるため、介護保険部局と連携することが望まれる。

また、保健指導対象者の健康状態や生活状況を把握し、医療・介護サービスなど必要なサービスにつなぐことが求められる。支援対象者の状況の把握には、介護保険担当部局等関係部局が実施する事業等を相互に活用する視点が重要であり、

地域包括支援センター等との連携、地域ケア会議への参加や在宅医療・介護連携推進事業の取組の活用によるネットワークの構築により、保健事業対象者の状況把握や地域課題の共有も可能となる。

さらに、保健事業対象者の中には複雑・複合的な課題を抱える高齢者や狭間のニーズへの対応が必要となる場合も考えられる。このような高齢者をも支援するためには、医療保険者や高齢者医療の窓口における支援に留まらず、多様な地域づくりや分野を超えた取組との連携も重要になる。

一体的実施の枠組みにより介護保険担当部局等関係部局が取り組んでいる事業等を活用して、高齢者の状況を把握可能としていく視点も重要であるため、関連施策の情報収集に努め、支援体制の拡充構築が求められる。

## 2 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について

- 高齢者の心身の特性に応じた保健事業を進めるため、市町村が個々の事業を実施できるよう「一体的実施」のスキームが提示されたことで、広域連合は保険者として広域計画に市町村との連携内容を位置づけること、市町村は住民に身近な立場からきめ細やかなサービスを提供すること、その際、介護保険や国民健康保険の保険者としての保健事業等と連携して取り組むこととなった。(P19)
- 一体的実施では、医療保険による保健事業と、介護保険による介護予防事業、かかりつけ医による医療を組み合わせ、フレイルのおそれのある高齢者を包括的に支援していく仕組みづくりを目指す。重症化予防等の高齢者に対する個別的支援（ハイリスクアプローチ）と、通いの場等への積極的な関与（ポピュレーションアプローチ）を両輪として実施していくことで、高齢者の健康の保持増進と QOL の向上を図る。(P20)
- 一体的実施では、健康状態に課題がある高齢者（生活習慣病の重症化、服薬）や、心身機能が低下した高齢者（栄養、口腔、身体的フレイル）を対象として、個別的支援と通いの場等への積極的な関与等の双方の取組を行う。また、健診も医療も受診しておらず要介護認定等も受けていない健康状態不明者や、治療の中断などのため保険者において健康状態を把握できていない高齢者についても、状態を把握し、必要に応じて適切な医療・介護サービス等につなぐことも重要な健康支援として位置づけられている。(P22)
- 一体的実施・KDB活用支援ツールの活用により、地域において a. 栄養に課題がある人、b. 口腔に課題がある人、c. 服薬に課題がある人、d. 身体的フレイルに課題がある人、e. 生活習慣病の重症化に課題がある人、f. 健康状態が不明の人の概数を把握し、対象者リストを簡便に作成することができる。(P22)

### (1) 一体的実施の経緯・目的

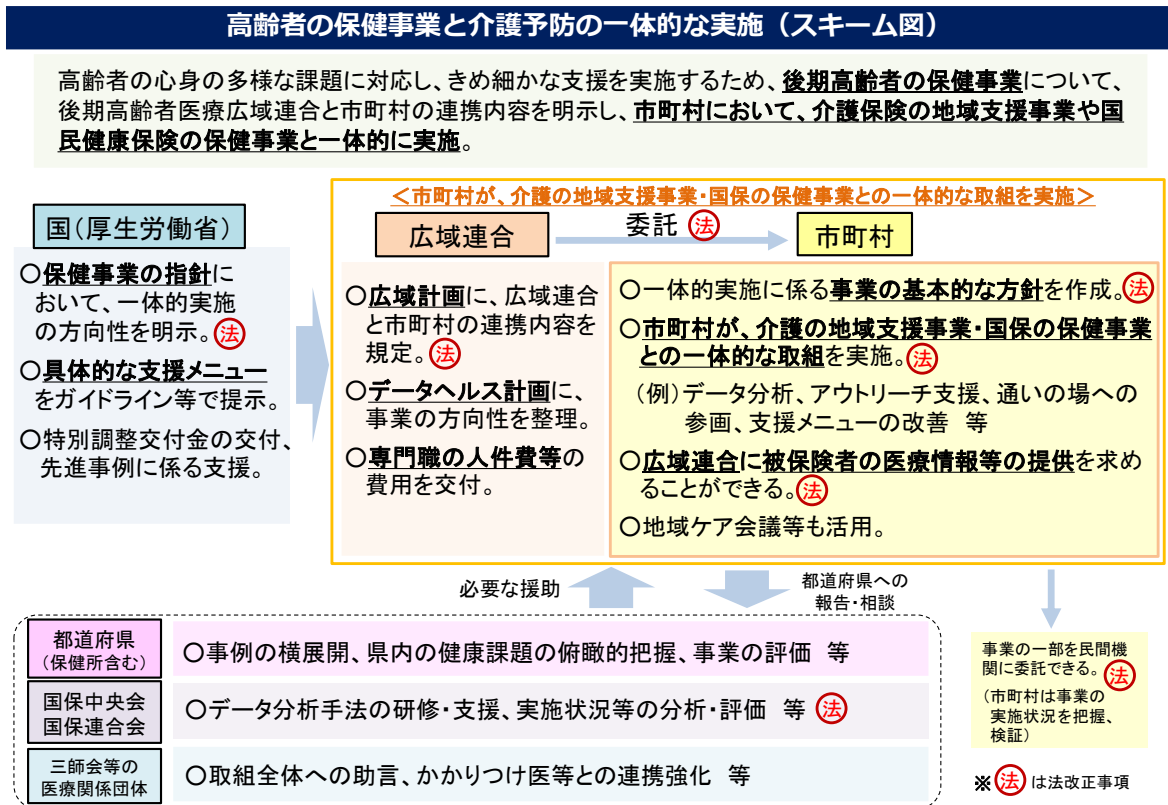
我が国の医療保険制度においては、75歳に到達すると、それまで加入していた国民健康保険制度等から、後期高齢者医療制度の被保険者に異動する。この結果、保健事業の実施主体についても市町村等から後期高齢者医療広域連合に移り、74歳までの国保保健事業と75歳以降の高齢者保健事業が適切に継続されてこなかったといった課題があった。また、広域連合の多くは、健診のみの実施となっている状況であった。

そして、高齢者は複数の慢性疾患に加え、認知機能や社会的つながりが低下するといったいわゆるフレイル状態になりやすい等、疾病予防と生活機能維持の両面にわたるニーズを有している。しかし、介護予防の取組は市町村が主体であるため、高齢者保健事業との一体的な対応ができていないという課題もあった。

このような課題について、市町村は、市民に身近な立場からきめ細やかな住民サービスを提供でき、介護保険や国民健康保険の保険者であるため保健事業や介護予防のノウハウを有していること等から、高齢者の心身の特性に応じた保健事業を進めるため、市町村が個々の事業を実施できるよう「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」のスキームが提示さ

れた。これにより、広域連合は保険者として広域計画に市町村との連携内容を位置づけること、市町村は住民に身近な立場からきめ細やかなサービスを提供すること、その際、介護保険や国民健康保険の保険者としての保健事業等と連携して取り組むこととなった。

図表-8 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施（スキーム図）



一体的実施の推進に当たっては、地域の高齢者のニーズや健康課題を把握した上で、高齢者の健康の保持増進にどのように寄与するか、どのような地域やまちにしていきたいのかをしっかりと目的・目標に据え、一体的実施を含む高齢者保健事業に取り組むことが重要である。

## (2) 一体的実施におけるハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチ

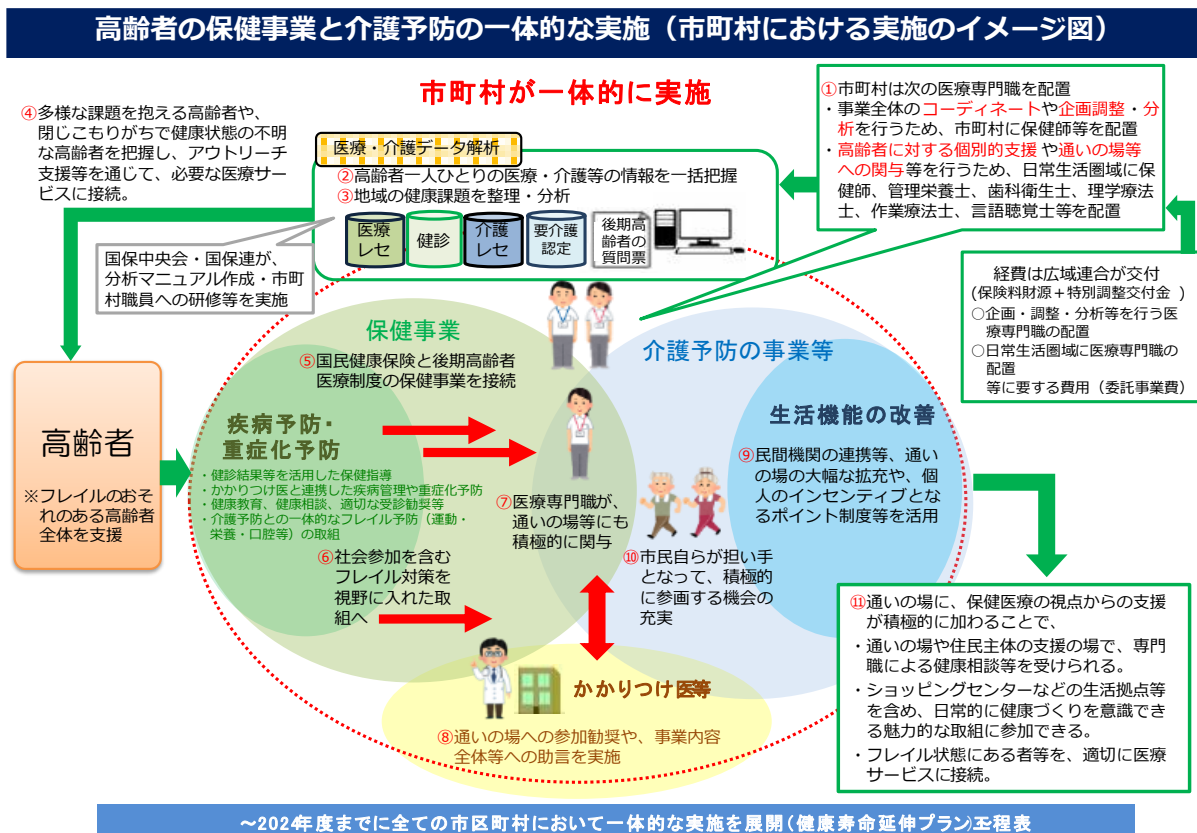
一体的実施の市町村における事業実施のイメージ図を図表-9 に示す。一体的実施では、医療保険による保健事業と、介護保険による介護予防事業、かかりつけ医による医療を組み合わせ、フレイルのおそれのある高齢者を包括的に支援していく仕組みづくりを目指している。

重症化予防等の高齢者に対する個別的支援（ハイリスクアプローチ）と、通いの場等への積極的な関与（ポピュレーションアプローチ<sup>11)</sup>）を両輪として実施していくことで、高齢者の健康の保持増進と QOL の向上を図る。

<sup>11)</sup>ポピュレーションアプローチは、集団全体のリスクを低減させるような取り組みを差し、健康教室・健康相談・普及啓発などが該当する。

図表-9 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施

(市町村における事業実施のイメージ図)



地域において事業全体のコーディネーターを医療専門職が担い、医療・介護データを分析して地域の健康課題を把握する。データ分析の結果から、高齢者の健康課題を把握し、健康課題を抱える高齢者や、健康状態不明な高齢者を特定し、必要に応じてアウトリーチ支援を行いながら、必要な医療・介護サービスにつなげる。また、これまで保健事業で行っていた疾病予防・重症化予防と併せて、介護予防も行う。さらに、地域の医療関係団体等と連携を図り、医療専門職が通いの場等にも積極的に関与し、フレイル予防の観点も踏まえた高齢者への支援を行う。

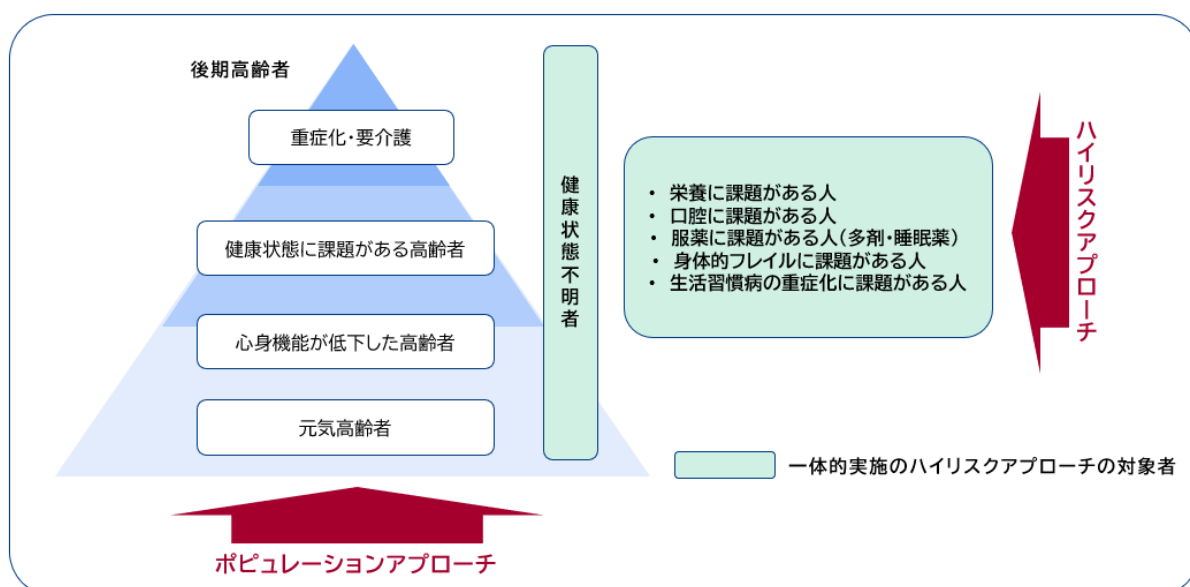
このような取組を推進するためには、地域の医療関係団体から事業全体に対する助言や指導を得るとともに、かかりつけ医やかかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師のいる薬局等からも高齢者の状況に応じて通いの場等への参加勧奨を行うよう協力を依頼する。医療専門職から通いの場への参加勧奨を行うこと等により、高齢者が通いの場への参加の必要性の理解につながり、地域の日常的な生活拠点など身近な場で健康相談等を受けられるようになる。

また、通いの場等を通じて、生活機能の低下を含む健康課題を有する高齢者を適切な医療や介護サービスにつなげることによって、疾病予防・重症化予防が推進でき、健康寿命延伸につながる。このように、一体的実施の推進は、地域全体で高齢者を支える地域づくり・まちづくりにつながるものである。

### (3) 一体的実施における保健事業の対象者

一体的実施における保健事業の対象者の全体像を下図に示す。一体的実施では、健康状態に課題がある高齢者（生活習慣病の重症化、服薬）や、心身機能が低下した高齢者（栄養、口腔、身体的フレイル）を対象として、個別的支援（ハイリスクアプローチ）と通いの場等への積極的な関与等（ポピュレーションアプローチ）の双方の取組を行う。また、健診も医療も受診しておらず要介護認定等も受けていない健康状態不明者や、治療の中断などのため保険者において健康状態を把握できていない高齢者についても、状態を把握し、必要に応じて適切な医療・介護サービス等につなぐことも重要な健康支援として位置づけられている。

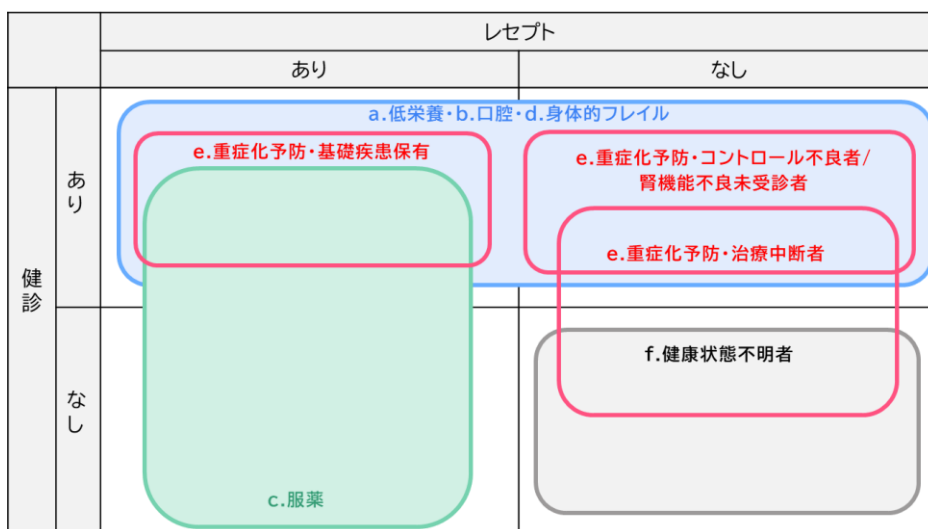
図表-10 一体的実施における保健事業の対象者



高齢者の保健事業を実施するに当たっては、解決すべき健康課題や、その対象者の規模等を把握する必要がある。令和3年度に国民健康保険中央会（以下「国保中央会」という。）により開発された「一体的実施・KDB活用支援ツール」では、厚生労働科学研究班により整理された抽出条件に基づいて、a. 栄養に課題がある人、b. 口腔に課題がある人、c. 服薬に課題がある人、d. 身体的フレイルに課題がある人、e. 生活習慣病の重症化に課題がある人、f. 健康状態が不明の人という6つの健康課題についてその該当者の概数を把握し<sup>12</sup>、対象者リストを簡便に作成することができる（詳細は実践編を参照のこと）。

<sup>12</sup> 抽出基準の詳細については、厚生労働行政推進調査事業費補助金 政策科学総合研究事業「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施推進に係る検証のための研究（主任研究者：津下一代氏）」により作成された「一体的実施・KDB活用支援ツール」の抽出条件の考え方と保健事業への活用 ver. 1」および「一体的実施・実践支援ツールの保健事業への活用 実践・評価編」を参照のこと。

図表-11 健康課題のある人の概数の把握

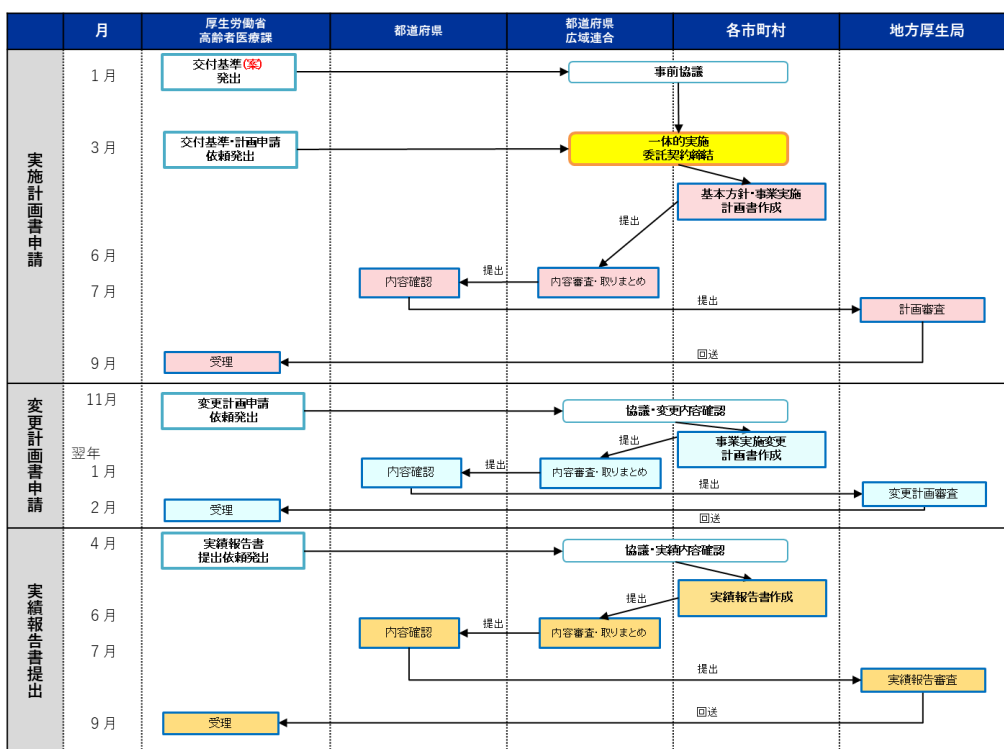


(4) 一体的実施の計画書・実績報告に係る年間スケジュール

図表-12 に一体的実施の計画や実績報告にかかる年間スケジュールを示す。市町村は、広域連合と協議の上、一体的実施の計画を立案し、広域連合は市町村が計画した内容を確認する。また、実績報告についても市町村は広域連合に共有し、広域連合はその取組内容の把握及び効果等の検証、助言等を行う。

なお、市町村が特別調整時交付金を申請する場合は、その計画内容を広域連合が審査及びとりまとめの上、都道府県に提出し、更に地方厚生局による審査を経て国に受理されることとなる。実績報告も計画と同様の流れで、翌年度に国に提出・受理される。

図表-12 一体的実施の計画書・実績報告書にかかる年間スケジュール





### 3 取組の推進に向けた体制整備

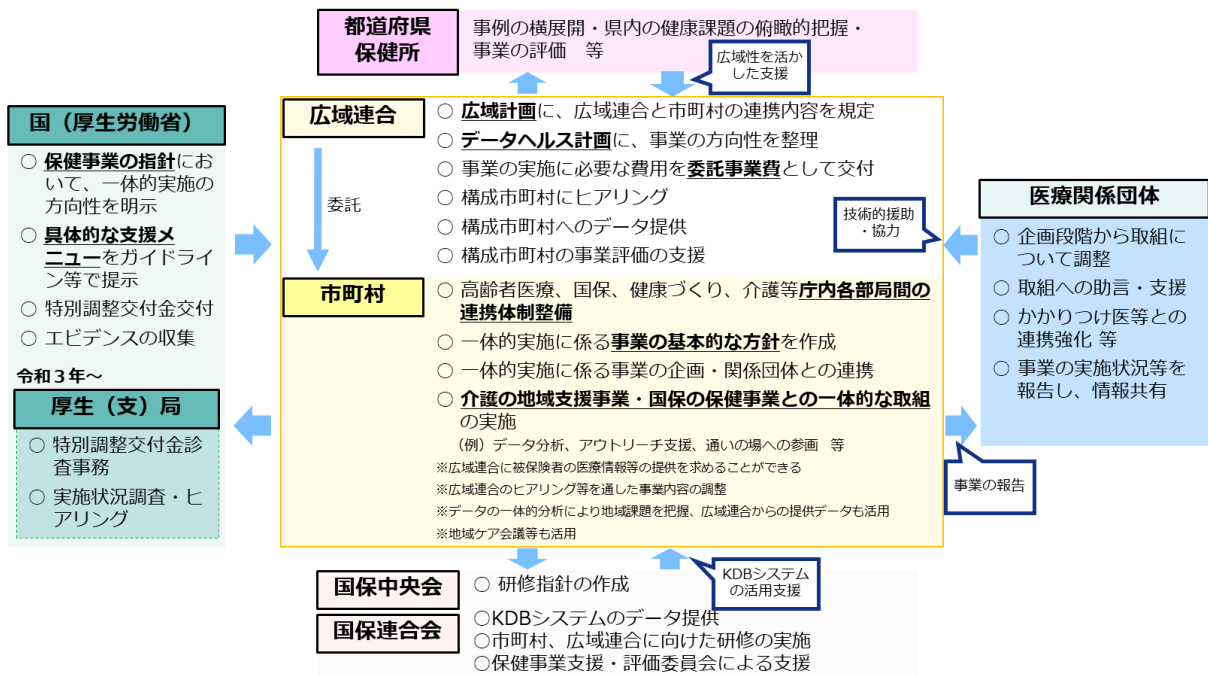
- 広域連合・市町村・都道府県（保健所含む）・国民健康保険中央会・国民健康保険団体連合会・国及び関係機関・関係団体に求められる役割を確認し、様々な状況に対応できる支援体制を構築することが望まれる（P24）。
- 単に医療機関や健診の受診につなげるだけではなく、個人の状況に合わせた保健指導等の実施やニーズに即した支援につなぐといった支援が必要。庁内関係部局や庁外関係機関・関係団体と求められる役割を意識しつつ、取組の目的・目標について、合意形成を図っていく必要がある（P24）。
- 一体的実施を効果的かつ効率的に進めるため、広域連合は後期高齢者医療の保険者として域内の高齢者保健事業の方針や連携内容を明確にした上で、その方針等に基づき構成市町村に保健事業の実施を委託し、介護予防の取組等との一体的な実施を進めることが求められる（P25）。
- 市町村の庁内関係部局については、後期高齢者医療制度や国民健康保険担当部局、介護保険担当部局、健康増進担当部局等が目標や取組内容を共有し、連携して事業に取り組む体制を構築する。（P26）

#### (1) 広域連合・市町村・都道府県・国民健康保険中央会・国民健康保険団体連合会・国に求められる役割

一体的実施の推進に当たっては、図表-13に示す関係者が連携し、体制整備がなされることが必要である。単に医療や健診の受診につなげるだけではなく、個人の状況に合わせた保健指導等の実施やニーズに即した支援につなぐ必要があることから、庁内関係部局や庁外関係機関・関係団体が求められる役割を果たしていくことが重要であり、様々な状況に対応できる支援体制を構築することが望まれる。

そのためには、取組の目的・目標について、庁内関係部局や庁外関係機関・関係団体と合意形成を図っていく必要がある。庁内関係部局や庁外関係機関・関係団体と地域の課題分析の結果を活用しつつ、企画段階から連携し、取組の結果や成果等について報告していくことで、連携の意義や取組への理解が深まることが期待される。

図表-13 関係機関の連携（イメージ）



1) 広域連合

一体的実施を効果的かつ効率的に進めるため、広域連合は後期高齢者医療の保険者として域内の高齢者保健事業の方針や連携内容を明確にした上で、その方針等に基づき構成市町村に保健事業の実施を委託し、介護予防の取組等との一体的な実施が求められる。

このため、広域連合は、構成市町村と十分協議し、地方自治法（昭和22年法律第67号）の規定による広域計画に、広域連合と市町村との連携内容に関する事項を定めるとともに、保険者として事業の委託等に必要な財源を確保することが求められる。

多くの場合、住民に身近な構成市町村が保健事業の実施の中心になることが想定されることから、広域連合は構成市町村の意見を十分に聴きながらデータヘルス計画を策定し、一体的実施を踏まえて事業内容やその方法・体制等を整理することが望ましい。標準化された計画策定における考え方のフレーム（構造的な計画様式）や評価指標を活用することで、広域連合間の実績等の比較による健康課題の可視化や保健事業の評価が可能となるため、効果的な保健事業につながる。また、共通評価指標にかかる取組の方向性を市町村等の関係者に示し、理解を促しやすくなるため、広域連合と構成市町村が同じ目標及び方針とに基づく保健事業を展開することができる。

広域連合は、保険者としての責務を果たすため、自らが行う保健事業についてPDCAサイクルに沿って取り組むだけでなく、市町村に事業委託をする場合でも、事業がPDCAサイクルに沿って進捗するよう、状況の把握や市町村の支援等を主体的に行う必要がある。具体的には、体制整備やデータ提供等による現状分析及び事業評価等による市町村への後方支援に加え、適切な事業実施のための費用を財政支援することで、よりよい保健事業となるよう促すなどである。広域連合を構成する市町村へのヒアリング等で、各種情報を捉えられることから、類似した状況にある市町村の担当

者をつないで情報交換の機会を作ることや、先駆的な市町村の状況・課題やその解決方法等とともに取組内容を伝えていくことも重要となる。また、関係団体等関係者の調整により広域的な取組とすることで、より円滑で効果的・効率実施できる場合など、広域連合が直接実施する場合がある。そのような場合においても、市町村と意見を取り入れるなど、双方が主体的に取り組めるよう企画、実施、評価をしていける体制構築に努めることが望ましい。

高齢者の医療の確保に関する法律第 125 条の 2 第 1 項等の規定に基づき広域連合と市町村の間で被保険者の医療・介護・健診情報等の授受を行う際には、広域計画に基づく市町村への保健事業の委託が必要であること等が要件となっている。広域計画には市町村との連携を図る内容等として保健事業が盛り込まれているが、その記載状況は広域連合ごとに異なるのが現状である。一体的実施を見据えて、効果的かつ効率的で被保険者の状況に応じたきめ細かな高齢者保健事業の実施を推進するため、市町村と連携する必要のある内容・方法、連携を進めるために双方が実施すべき事項等について明記することが求められる。

## 2) 市町村

市町村は、住民に最も身近な基礎自治体として、住民の状況やニーズを直接把握しており、生涯を通じた健康の保持増進の総合的な取組を行う主体である。高齢者保健事業の実施を通じて、介護予防の取組等と一体的に実施することで、地域全体で高齢者を支える地域づくり・まちづくりにつながる。そのため、首長等の幹部に対しても、一体的実施の必要性について理解を得ることが重要であり、後期高齢者医療制度や国民健康保険、健康づくりや介護予防等の関連部局など全庁的な検討体制を確立することが望ましい。

市町村の状況によっては、後期高齢者医療制度や国民健康保険の担当部局が中心となる場合や、健康づくりの担当部局が中心となる場合、介護保険の担当部局が中心となる場合等、様々な体制が考えられるが、担当部局が所掌する施策にかかる事業のみでなく、関係部局が連携してより効率的な効果的な事業の展開が必要である。したがって、広域連合が策定するデータヘルス計画の方向性等を理解し、庁内各部局間の連携を円滑に進めて効果的な保健事業を着実に実施することが重要である。部局横断的に保健事業を実施するには、各部局がその目的を共有し、各事業の位置づけを話し合い、業務の優先順位を明確にしながら具体的な方法を決めていく過程が不可欠である。その上で、各部局が策定している計画（健康増進計画やデータヘルス計画、食育推進計画、介護保険事業計画等）にフレイル予防や一体的実施に関する内容を盛り込むだけでなく、市町村の総合計画にも盛り込む等、地域づくり・まちづくりの視点を持つことも重要である。

なお、後期高齢者医療制度の被保険者から生活保護の受給者になる者もいる。健康施策として共通の内容も多いため、福祉事務所と生活保護分野における事業の連携を図ることも重要である

市町村が事業を実施する際には、広域連合と市町村の間で十分な話し合いの上、法第 125 条の 2 第 1 項の規定では、「広域連合の広域計画に基づき高齢者保健事業の委託

を受けた場合において、当該広域連合の被保険者に対する保健事業の効果的かつ効率的な実施を図る観点から、国民健康保険保健事業や地域支援事業等との一体的な実施の在り方を含む基本的な方針を定めるもの」とされている。この基本的な方針においては、市町村が実施する保健事業や地域支援事業等との一体的実施に関する具体的な事業内容や個人情報の取扱い等を記載することになるが、庁内関係部局との連携を図りながら策定することが必要である。

各市町村の社会資源や行政資源等を整理していく中で、広域連合に被保険者の医療・介護情報等のデータ提供やその分析における評価等の助言を受け、事業内容を調整していくことも有効である。また、複数の市町村が連携・協力して、地域の社会資源等を活用することで効果的かつ効率的な事業展開に繋がる場合も考えられる。

一体的実施の展開にあたっては、地域の医療関係団体の協力が不可欠であり、事業の企画の段階から三師会（医師会、歯科医師会、薬剤師会をいう。以下同じ。）や看護協会、栄養士会、歯科衛生士会、地域包括支援センターを運営する社会福祉協議会等に事業実施の協力を得て、事業実施後も結果の報告を行うなどの情報共有も行うなどしながら、一体的実施を適切に展開することが必要である。特に、対象者の抽出やかかりつけ医等との情報共有の方法等については、事業実施に先立って地域の関係団体等と十分な調整の上、決定することが重要である。

### 3) 都道府県（保健所を含む）

都道府県は、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号）第 133 条において「都道府県は、後期高齢者医療広域連合又は市町村に対し、後期高齢者医療制度の運営が健全かつ円滑に行われるように、必要な助言及び適切な援助をするものとする。」とされている。また、「医療費適正化に関する施策についての基本的な方針」（令和 5 年 7 月 20 日厚生労働省告示第 234 号）では、一体的実施を推進するうえで、専門的見地等からの支援、好事例の横展開、広域連合や国民健康保険団体連合会（以下、「国保連合会」という。）と連携した事業の取組結果に対する評価・分析、都道府県単位の医療関係団体等に対する広域連合と市町村への技術的な援助の要請等に取り組むことが都道府県の役割として記載されている。

これを踏まえ、広域連合や市町村における一体的実施の取組が着実に進むよう、都道府県内においても関係部局が連携して、広域連合や市町村の要望把握を行い、専門的見地等からの支援や本事業に係る好事例の横展開を進める。具体的には、一体的実施の企画・調整や地域を担当する医療専門職が参加する意見交換の場の開催、事例紹介や支援技術に関する研修、一体的実施を含む高齢者保健事業の企画・調整や地域分析等の助言をする有識者等の派遣による人的支援の実施などが考えられるほか、人的支援では、必要に応じて国保連合会が支援する在宅保健師等会と連携し、取組や人材派遣等の支援を行うことも考えられる。

加えて、地域保健法に基づき、都道府県、政令市、中核市ならびに特別区に設けることとされている保健所では、地域分析の実施主体や市町村・広域連合の身近な相談相手としての役割を果たすことが重要である。また、郡市医師会・医療機関をはじめとする地域の医療関係者や市町村・広域連合との連携のつなぎ役となるなど、保健所の

機能を活用した取組や市町村・広域連合への支援も積極的に行う必要がある。例えば、保健所管轄地域単位での対策会議の設置、具体的事例の検討を行う連絡会の開催など、地域の関係者間で顔を合わせる機会を設ける等の取組が望まれる。

都道府県・保健所は一体的実施に取り組む医療専門職に対して、データ分析や事業企画立案に対する支援を行うことも必要である。特に、保険者間比較のためには都道府県、保健所による分析が有効であり、一市町村では十分な対象者数が確保できない等、効果評価が困難な場合等、保健所管轄地域の単位や都道府県単位等で統合して分析することが考えられる。

また、都道府県は、市町村とともに国民健康保険の保険者であり、関係機関との連絡調整や専門職の派遣や助言等の技術的な支援、情報提供等を通じて、積極的に市町村国保を支援することが求められている。国民健康保険から後期高齢者医療制度への接続という観点からも、こうした都道府県の関わりは重要である。

#### 4) 国民健康保険中央会・国民健康保険団体連合会

国保中央会では、広域連合等保険者支援に関する各種ガイドライン等の作成、国保・後期高齢者ヘルスサポート事業、各種研修の開催、国保データベース（以下、「KDB」という。）システムの改修等を通じて国保連合会とともに広域連合・市町村支援を実施している。

また、国保連合会では、KDBシステムの運用及び当該システムを活用した地域の健康課題の分析、各種研修の開催等を通じて広域連合・市町村支援を実施している。KDBシステムで作成される市町村単位の集計は、全国値や同規模保険者と比較する分析が可能のため、市町村に対し、データを提供すると同時に、KDBシステムの操作方法や帳票の読み取り方、帳票の二次加工による詳細な分析方法等についての研修を行い、その使用を動機づけることが必要である。

このように国保中央会・国保連合会は保健事業に携わる者が必要な分析や評価を適切に実施できるよう、活用方法に関する研修を随時開催するなどの支援が求められている。一体的実施の取組においては、一体的実施・KDB活用支援ツールを利用することで、ハイリスク者の概数等のデータの容易な把握、ハイリスクアプローチの対象者リストの作成、健診・医療・介護に係るデータの把握が可能となる。本ツールの活用により、簡便に比較可能な情報・健康支援に必要な情報を入手でき、事業企画・実施を行えることについても、国保中央会・国保連合会は積極的に周知を行うことが重要である。

なお、国保連合会が支援する在宅保健師等会による取組や人材派遣等の支援も必要に応じて活用することも有効である。

#### 5) 国

国は、高齢者の医療の確保に関する法律に基づく保健事業の実施等に関する指針において、一体的実施の方向性を明示する。また、広域連合等における取組や介護予防、医療機関との連携等の好事例を収集し情報提供するとともに、科学的な知見・エビデンスの収集及びそれらをもとにした具体的な支援メニュー等をまとめたガイドライン

を示すなど、高齢者保健事業の適切な実施に向けて支援する。併せて、国民向けに高齢期のフレイルと疾病の関係や適切な健康管理等について、地域支援事業等と連携して情報提供や周知に努める。また、実施体制の整備やレセプト・健診データ等を活用したデータヘルス計画に基づいた保健事業の取組が円滑に行われるよう、KDBシステムの機能拡充など、必要な環境の整備に努める。

事業実施の経費については、特別調整交付金による財政支援を行っているが、保険者インセンティブの適切な活用を促進するために、生活習慣病の重症化予防やフレイル等の取組の指標への重点的な点数配分や取組の成果の指標化など、財政上の支援策の検討・拡充に努める。

各都道府県や広域連合、市町村、関係機関・団体の連携体制構築のため、それぞれの全国組織等の中で現状や課題の共有、必要な情報や知見の周知、研修や会議の場をともに用意するなど人材の資質向上等についての環境整備に努める。

図表-14 (参考) 後期高齢者制度の保険者インセンティブ<sup>13</sup>

(令和7年度分) 後期高齢者医療制度の保険者インセンティブについて	
<p>【趣旨】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 広域連合による被保険者に対する予防・健康づくりの取組や医療費適正化の事業実施の推進を支援するもの。</li> </ul> <p>【予算規模】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 特別調整交付金の一部を活用し、一定のインセンティブを付与する観点から100億円の予算規模とし、その全額を、得点及び被保険者数により按分して交付することとする。</li> </ul> <p>【評価指標の考え方】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 全ての評価において、広域連合が実施（市町村等への委託、補助金交付を含む。）している場合に加点する。</li> <li>● 事業実施にかかる評価指標は126点満点、事業実施について評価を行った場合の加点は20点満点、事業実施等のアウトカム指標は14点満点の計160点満点とする。</li> </ul>	
<b>事業の実施にかかる評価指標について</b>	
保険者共通の指標	固有の指標
<p>指標① ○健診の実施及び健診受診率向上に向けた取組の実施</p> <p>指標② ○歯科健診の実施及び口腔機能に着目した検査の実施</p> <p>指標③ ○糖尿病性腎症重症化予防の取組の実施状況</p> <p>指標④ ○被保険者の主体的な健康づくりに対する広域連合による働きかけの実施</p> <p>指標⑤ ○被保険者の適正受診・適正服薬を促す取組の実施状況</p> <p>指標⑥ ○後発医薬品の使用割合 ○後発医薬品の使用促進</p>	<p>指標① ○データヘルス計画の実施状況</p> <p>指標② ○高齢者の特性を踏まえた保健事業の実施状況 (ハイレスクアプローチ 高齢者に対する個別的支援)</p> <p>指標③ ○高齢者の特性を踏まえた保健事業の実施状況 (ポピュレーションアプローチ 通いの場等への積極的な関与)</p> <p>指標④ ○一体的実施、地域包括ケアの推進等</p> <p>指標⑤ ○保健事業の実施のために必要な体制整備・市町村後方支援の実施</p> <p>指標⑥ ○第三者求償の取組状況</p>
事業の評価にかかる加点について	事業実施等のアウトカム指標
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 共通指標①、②及び④における取組に係る事業の実施について評価を行っている場合は、各取組ごとに加点</li> <li>○ 共通指標⑤における重複・多剤投与者の前年度との比較</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 重症化予防のマクロ的評価 当年度の実績/前年度との比較</li> <li>○ 年齢調整後一人当たり医療費/年齢調整後一人当たり医療費の改善状況</li> </ul>

<sup>13</sup> 後期高齢者医療制度の保険者インセンティブについては、毎年度見直しがされるため、厚生労働省のウェブサイト「高齢者の保健事業について」

([https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/iryuuhoken/hokenjigyuu/index\\_00003.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuuhoken/hokenjigyuu/index_00003.html)) の最新年度分の評価指標に係る通知を確認いただきたい。

## (2) 関係機関・関係団体との連携

高齢者の保健事業の展開に当たっては、医師会をはじめとする地域の医療関係団体との協力が不可欠であることから、事業の企画の段階からできるだけ早期に三師会や看護協会、栄養士会、歯科衛生士会等に説明し、適宜、助言や協力を得つつ適切に事業を展開することが必要である。市町村が事業の実施に必要な数の医療専門職を十分確保することが困難なケースも想定されることから、医療関係団体をはじめ、地域の医療専門職と連携し、業務の一部を委託することも考えられる。また、健診は高齢者の保健事業の起点となる重要な事業であり、医療機関への受診や保健指導の実施につながるだけでなく、健診結果の通知が本人の気づきにつながることから、健診実施機関との連携も重要となる。

ハイリスク者に対する支援においては、支援対象者の状況に応じて必要な医療・介護サービス等につなぐ必要があることから、地域のかかりつけ医等や医療機関（健診を実施している医療機関を含む）、医療関係機関・関係団体との連携の強化が重要になる。高齢者保健事業を実施するに当たり、保健指導等を委託する場合も考えられるため、対応への協力を要請し、具体的な対応方法を検討しておくことが望ましい。また、ポピュレーションアプローチの観点から、必要な者に対して通いの場を案内するなどの働きかけを関係機関・関係団体に協力してもらうよう依頼することが望ましい。なお、関係者間で合意形成が図られた事項については、事業に関係する者や医療関係団体の会員等へ周知等をお願いし、理解を浸透させていくことも重要である。

かかりつけ医等や医療機関、医療関係団体との連携では、取組前の説明や支援体制の構築、支援の実施に留まらず、取組や評価の結果を説明し、その方向性等について共有することも重要である。これらのプロセスにより、共に地域の課題の解決に向けて検討を重ねられる関係の構築が望ましい。令和5年度の調査では、多くの広域連合において、国保連合会や都道府県との連携体制を構築しており、さらに医師会、歯科医師会、薬剤師会等との連携も年々増加傾向にはあるが、医療機関と連携していると回答した広域連合は約2割に留まっていた<sup>14</sup>。医療機関は、検査データ等の診療情報を健診の結果として活用する場合等の趣旨や後期高齢者の質問票の活用の重要性等について理解及び取組への協力を求める先となる。保健事業の委託先である市町村が保健事業の実施のための体制構築に向けて、広域連合は医療機関とさらなる連携強化を図る必要がある。

一方、市町村は、医療機関、地域包括支援センターや社会福祉協議会との連携が一定程度進んでいた。保健事業を実施するにあたっては上記に加え、地域の関係者である郡市区医師会やその他の医療関係団体の協力を得られるよう、地域ケア会議等の機会を活用し、高齢者保健事業について幅広く情報共有等を行い、連携体制の構築を進めることが求められる。

加えて、高齢者保健事業を実施する際に地域の健康課題の分析が必要となる。必要に応じて大学・研究機関等とも連携し分析の共同実施や助言をもらう等も考慮していくことも重要である。

<sup>14</sup> 「令和5年度高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に係る実施状況調査」

## 4 効果的な実施に向けた取組内容の検討

- 一体的実施の取組を含む高齢者保健事業の効果を上げるため、広域連合が保険者としての責務を果たし、P D C Aサイクルに沿って進捗を管理する必要がある。一方で、市町村も同様に毎年P D C Aサイクルに沿って事業評価を行い、広域連合とその実施・評価の状況等について共有する（P31）。
- 目標設定・評価を行う際は、次年度以降の事業計画・内容の検討などに役立てることができるよう、ストラクチャー（事業実施体制）、プロセス（事業の実施過程）、アウトプット（事業実施量）、アウトカム（事業の成果）の4つの観点が重要。アウトカムやアウトプットを上げるために、どのような方法（プロセス）、体制（ストラクチャー）が必要かという視点で事業を組み立て、目標を設定する（P34）。
- 第3期データヘルス計画においては、標準化に向けた総合的な評価指標としての共通評価指標の設定とともに、健康課題解決につながる計画を策定するための考え方のフレームとして、計画様式が提示されているため、効率的な保健事業の取組の企画・実施及び事業効果の向上が可能となる（P34）。
- 支援の実施・評価の実施後は評価結果を担当部局内に留めるのではなく、庁内関係部局や庁外関係機関・関係団体にも共有することが重要（P35）。

### (1) 高齢者の保健事業の進め方（全体的な流れ）

高齢者の保健事業は、広域連合と市町村の連携の下、企画・計画段階から、地域の健康課題や保健事業の実施及び評価の進め方（評価計画）について十分に話し合い、方向性を共有することが重要である（第1章（3）参照）。

広域連合は、データヘルス計画の計画期間を踏まえ、毎年・中間・最終評価を行い、保険者としての責務を果たすため、P D C Aサイクルに沿って進捗を管理する必要がある。特に構成市町村に事業を委託して実施する場合は、市町村と十分に情報共有や協議を行うことが求められる。

市町村においては、広域連合のデータヘルス計画における進捗や見直しの状況等も踏まえ、毎年P D C Aサイクルに沿って保健事業の企画・実施・評価を行い、特に実施体制や実施方法など、適切な事業実施に向けた見直しを行う。したがって、市町村による企画・実施・評価の状況等については広域連合も把握することが重要であることから、例えば、一体的実施の取組で特別調整交付金を申請している場合は国への提出書類（計画書や実績報告書等）を活用することなどが有効である。

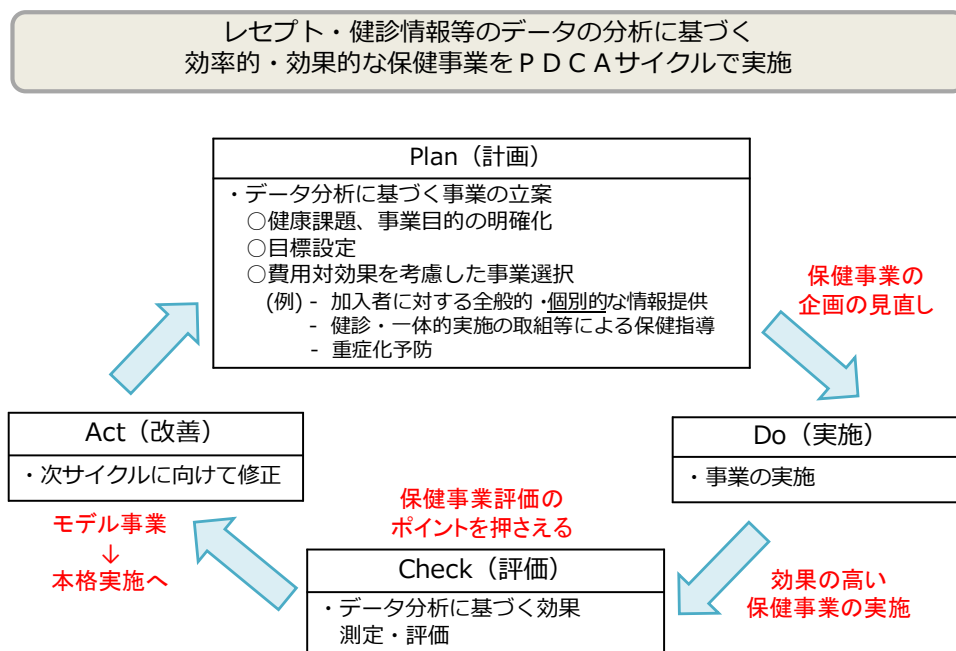
### (2) データに基づく保健事業のP D C Aサイクルの推進

広域連合は、健康・医療情報を活用し、P D C Aサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画であるデータヘルス計画を策定した上で、保健事業の実施及び評価を行うこととされており、全ての広域連合においてデータヘルス計画が策定されている。計画策定の過程で地域の健康課題の把握がなされ、一体的実施の取組も含めて計画に基づく保健事業が進められる。データに基づく保健事業のP D C Aサイクルについて、以下図表-15 及

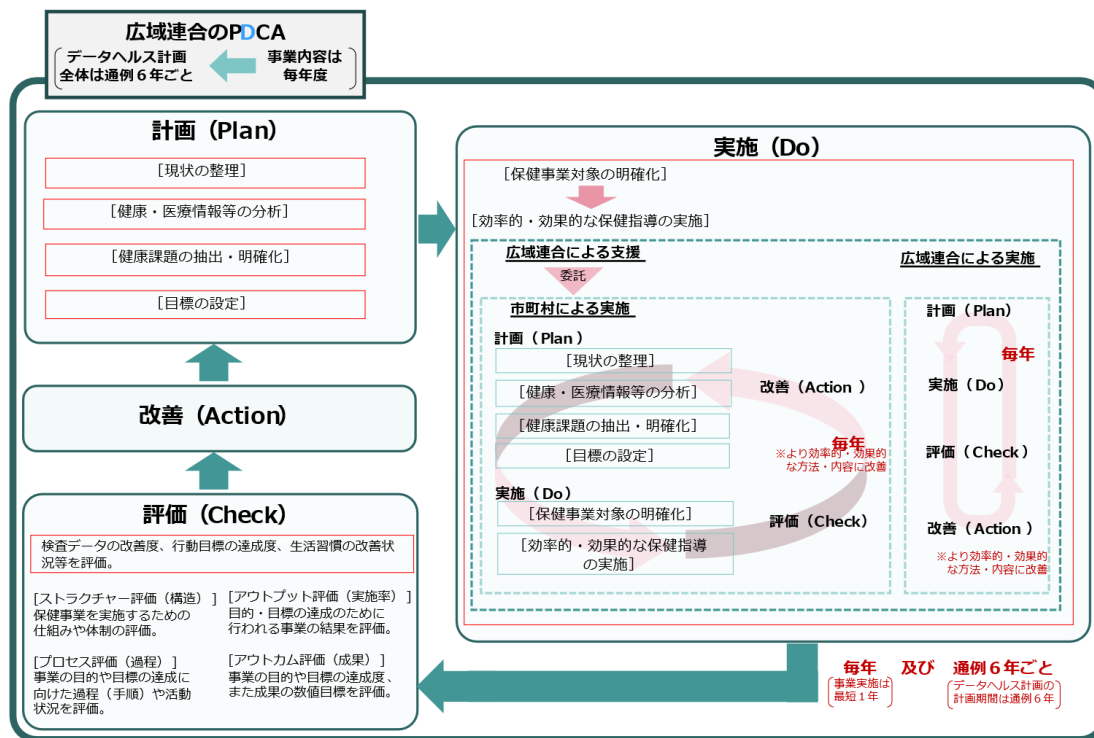


び図表-16 に示す。

図表-15 データヘルス計画



図表-16 広域連合における保健事業のPDCAと市町村における保健事業のPDCAの関係性



## 1) 体制の整備と構築（事業実施に向けた体制構築と健康課題を含む現状の整理の共有）

高齢者の保健事業の実施に向けて体制を構築するに当たっては、広域連合による事業や広域連合に委託された市町村の高齢者医療制度の担当部局の事業だけでなく、国民健康保険の担当部局や健康増進・介護予防等の関連部局における実施状況も把握する必要がある。このため、事業計画の策定・見直しに当たっては、関連部局等と連携して既存事業の実施内容と達成状況について把握の上、それらを併せて効率的かつ効果的な事業展開について検討・評価する必要がある。

また、既存事業の整理を行い、健康課題や事業の取組結果と照合して、その効果の検証を行い、関連する事業全体で最適化を図る。そのためには、特に事業の企画・評価において、関連部局等との密な連携が必要であり、そのための体制整備・構築が重要となる。また、庁内の専門職の不足が課題としてあげられていることから、事業の効果的・効率的な実施にあたり、必要に応じて外部の関係団体に協力・支援を求めることも必要である。

加えて、健康・医療情報等の分析に基づき、まず地域の健康課題を把握する必要がある。活用するデータは、健診結果・質問票データ、レセプト（医療費）データ、人口動態統計、要介護認定データなどであり、これに質的情報も加味して分析する。各種情報は、KDBシステム等を用いて、経年比較や国、都道府県平均との比較、同規模保険者等との比較を行うとともに、自治体別の特徴、二次医療圏別の特徴等の広域的な把握も行いながら、地域の特性などを整理する。広域連合は、事業を協働して実施する動機付けとしても重要な基盤部分となるため、把握した健康課題については、市町村にも情報提供し、認識を共有することが必要である。

なお、生活習慣の変化や医療技術の向上等に伴い、健康課題は常に変化するため、定期的に、高齢者の健康・医療情報の動向を押さえ、直近の状況から健康課題を再確認し、保健事業の方向性を検討することが望ましい。また、市町村は広域連合から提供された健康・医療情報も参照し、地域の特性について自ら持ち合わせている日常生活圏域別などの分析も加えて整理する。市町村の特徴的な健康課題については、広域連合にも共有し、その状況により広域連合の健康課題の再考が必要となる場合もあることに留意する。

## 2) 事業計画の策定（対象者の抽出基準の設定と概数の把握、目標・評価指標の設定（評価計画）等の企画内容の調整）

健康課題を踏まえ、事業の対象者像（性・年齢、健康状態、ADL、生活状況）、実施地域等を明らかにし、健診結果やレセプトデータを活用しつつ対象者の概数を把握する。その上で、対象者の抽出基準や健康支援の方法及び実施方法等を決めていく。事業の実施方法については、関係機関・関係団体や、市町村の場合は日常生活圏域単位での状況も踏まえ、町内関係部局とも協議しながら検討する。なお、対象者の概数把握にあたっては、第3期データヘルス計画の標準化に向けた総合的な評価指標（共通評価指標）については、一体的実施・KDB活用支援ツールを活用して簡便に抽出することを想定しているが、健診結果のKDBシステムへの搭載が十分でない場合や健診受診率が低い場合においては、当該ツールの抽出に加え、その他健康・医療情報等も参照の上、その概数を把握することが望ましい。

また、事業を実施する上では、継続的な改善につなげていくため、事業の実施前に目標及び評価指標を設定するなどの評価計画を検討することが重要である。

短期的な目標としては支援の実施前後でも変化状況が確認できるものを設定することが望ましい（検査値の変化や質問票の状況等）。中長期的な目標としては短期的な目標が達成されたのちに起こる変化や望ましい状態像（医療費の減少、要介護認定率の低下等）を示すものとなる。

評価はストラクチャー（事業実施体制）、プロセス（事業の実施方法）、アウトプット（事業実施量）、アウトカム（事業の成果）の4つの観点から行い、アウトプット・アウトカムを高めるため体制・方法を見直し、次年度以降の事業計画・内容の検討などに役立てる。なお、広域連合のアウトカムは、マクロ的評価として、医療費・新規透析導入患者数・平均自立期間、ハイリスク者人数の変化をみることになるため、事業の委託先である市町村のアウトプット及びアウトカムの結果が反映されることに留意し、広域連合及び市町村が十分に連携しながら取り組む必要がある。したがって、市町村において把握される対象者の行動変容等の介入後の状況の推移については、市町村が対象者の状態を管理できるよう、把握すべき項目の整理に向けて調整を進める。

事業評価の中でも、特にアウトカム評価については、中長期的な経過を把握する必要があることから、保健事業実施後の健康状態やその結果の医療費の動向などの継続的なフォローが必要であり、そのためのデータ環境が整備されていることが欠かせない条件となる。KDBシステム等の活用も含め、国保とも連携して追跡評価の方法をあらかじめデザインしておくことが求められる。

加えて、数値化できない質的情報である保健指導の内容や対象者の反応、家族や介護者の感想、福祉関係者の対応状況など、必要に応じ評価に役立てるよう、事業実施前から評価可能な記録ができるよう把握すべき内容やその程度及び記録方法について調整するなどの準備が求められる。

こうした評価計画も含む事業計画の内容については、広域連合は市町村と十分に協議・調整を行い、適宜、市町村に対して助言をするなど支援しながら、事業の実施に向けて進めていくことが必要である。

なお、第3期データヘルス計画においては、標準化<sup>15</sup>の取組や、評価指標の設定の推進が掲げられた。「保健事業の実施計画（データヘルス計画）策定の手引き（令和5年3月30日改正）」<sup>16</sup>では、標準化に向けて、総合的な評価指標としての共通評価指標の設定とともに、健康課題解決につながる計画を策定するための考え方のフレームとして、計画様式が提示されている。データヘルス計画の標準化により、計画策定や保健事業運営の負担が軽減されるだけでなく、共通の評価指標を用いることで、広域連合や市町村間の実績が比較可能となり、事業の実施方法や体制の見直しを行うための尺度となる。また、効果的な保健事業の方法・体制をパターン化することで、事業効果を向上させることも標準化のねらいの1つとなっている。さらに、標準化された指標における実績や現状の比較を踏まえることで、広域連合は

<sup>15</sup> 標準化とは、品質や性能の確保、利便性の向上、効率化などを指すために、一定の基準を設定し、それに従って、作り方や評価方法などを統一することを言う。

<sup>16</sup> 「保健事業の実施計画（データヘルス計画）策定の手引き（令和5年3月30日改正）」  
(<https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/001080623.pdf>)

共通評価指標を含む取組の方向性について市町村等の関係者に示しやすくなり、関係者の理解の促進が図れ、一定の方向性を持って保健事業を展開することができる。

図表-17 第3期データヘルス計画における評価指標（共通評価指標等）

総合的な評価指標 (共通評価指標)		策定の際に確認が必要なデータ例※	個別事業（一体的実施）の 評価指標例	
健診受診率	[ 健診の対象外とする者の設定が統一されていない ⇒ 対象外の者について設定し、分母を統一する。 ]	1人当たり医療費	低栄養	重症化予防 (糖尿病性腎症)
歯科健診実施市町村数・割合		1人当たり医療費（入院）	口腔	身体的フレイル (ロコモ含)
質問票を活用したハイリスク者把握に基づく保健事業を実施している市町村数・割合		1人当たり医療費（外来）	服薬（多剤）	健康状態不明者対策
アウトプット	以下の保健事業（ハイリスクアプローチ）の実施市町村数・割合 ・低栄養 ・口腔 ・服薬（重複・多剤等） ・重症化予防（糖尿病性腎症） ・重症化予防（その他 身体的フレイルを含む） ・健康状態不明者対策 ※各事業対象者の抽出基準は問わない	1人当たり医療費（調剤）		
		疾病分類別医療費		
		介護給付費		
		上手な医療の かかり方	後発医薬品の使用割合	
			重複投薬患者割合	
アウトカム	平均自立期間 ハイリスク者割合(一体的実施支援ツールの抽出基準に該当する者の割合) ・低栄養 ・口腔 ・服薬（多剤） ・服薬（睡眠薬） ・身体的フレイル（ロコモ含む） ・重症化予防（コントロール不良者） ・重症化予防（糖尿病等治療中断者） ・重症化予防（基礎疾患保有＋フレイル） ・重症化予防（腎機能不良未受診者） ・健康状態不明者対策			

※各広域連合が、上記以外の評価指標を設定することも差し支えない。

※広域連合による保健事業の実施以外の要因  
が大きいこと等により、共通の評価指標として  
設定しないが、各広域連合が評価指標として  
設定することも差し支えない。

### 3) 事業の実施と評価及びその活用

庁内関係部局や庁外関係機関・関係団体と協議した事業を連携しながら実施し、設定した目標・評価指標に応じて評価を行う。この際、現場における実現の可能性を重要視しつつ、適切な事業計画の立案及びその評価を行い、評価結果を正しく解釈することが求められ、その結果を踏まえて次回の事業の実施方法に反映し、継続的な改善を図るという事業のPDCAサイクルを進める必要がある。市町村がその規模等により適切な評価の実施が難しい場合は、広域連合が必要なデータの提供や広域の視点での評価結果を共有することなどの支援が求められる。

また、評価の実施後は評価結果を担当部局内に留めるのではなく、庁内関係部局や庁外関係機関・関係団体にも共有することが重要である。特に良い成果が得られた取組等については、好事例として幅広く関係者に共有することで、継続的な改善や地域の健康課題への対応策の検討等につながる可能性もあるので、積極的に共有の機会を設定することが望ましい。

## 5 取組を推進するための環境整備

- 人材育成では、高齢者の特性を踏まえた健康支援としていくためには以下の事項が重要となる（P36）。
  - 高齢者の特性、高齢者の生活習慣病等の治療方針や健康支援について見識を深めていくこと
  - 庁内関係部局や庁外関係機関・関係団体の取組等を把握し理解すること
  - 当該支援に関わる部局や民生・児童委員等地域の高齢者に関わる者を対象として、当該支援の取組について研修等の機会を通して情報提供等をし、理解を求めていくこと
- 高齢者をはじめ、その家族や地域の住民に、健診受診の重要性や未治療・治療中断によるリスク等に関する周知等により理解の促進を図ることは、これらの内容を自分事として捉えることにつながり効果的である（P37）。
- 疑問や課題に対して、自身もしくは担当部局として対応案等を思案していくことは必要であるが、疑問や課題の大小に関わらず、抱え込まずに支援等を求め解決していくことも重要である（P40）。

### (1) 人材育成

日頃から高齢者の健康面でのサポートに関わる人が多い医療、介護、福祉などの専門職や関係者などから、保健事業の実施に当たり協力を得ることが不可欠である。様々な専門職や関係機関が、高齢者の特性を理解することを通じて高齢者一人ひとりの課題に応じた対応を行うことが重要となる。

高齢者の特性を踏まえた健康支援のためには、高齢者の心身機能の特徴に加え、壮年期よりも緩和した基準を提示している学会ガイドラインが多く、血圧や血糖値等のコントロール目標が異なること、多剤による健康障害、認知機能障害・認知症、フレイル、サルコペニア、ADL 低下、転倒、うつ状態などの老年症候群の合併頻度が高いこと、QOL の維持については、身体機能、認知機能、心理状態、社会・経済状況を考慮しながら心身機能を維持するための支援が必要であること等、高齢者の特性、治療方針や健康支援について見識を深めていく必要がある。

また、高齢者保健事業に関する知識だけではなく、庁内関係部局が取り組んでいる事業や調査（地域支援事業、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査や重層的支援体制整備事業等）や庁外関係機関・関係団体が取り組んでいる活動を十分に理解していく必要がある。これらの知識は、企画・調整等を担当する医療専門職にとっては庁内関係部局や庁外関係機関・関係団体と連携し支援体制を構築するために必要となり、地域を担当する医療専門職には高齢者の状況に応じた適切なサービスにつなぐ際に重要となる。

特に企画・調整等を担当する医療専門職は、庁内関係部局や庁外関係機関・関係団体の取組を理解することに加え、これら関係者と取組に関する調整や交渉等も求められてくることから、業務を通じて求められる能力を醸成していくことも求められる。これらの能力は一朝一夕で醸成されるものではないため、市町村内の関係者や広域連合等が企画・調整等を担当する医療専門職を支援する体制についても考慮していく必要がある。

人材育成の観点では、支援を担当する部局だけではなく、支援に関わる協力者も重要となる。多様な高齢者のニーズに応じた支援を提供していくためには、支援に関わる部局だけでなく民生委員等地域の高齢者に関わる協力者を対象として、研修等の機会を通して保健事業に関する情報提供等をし、理解を求めていくことも重要である。さらに、支援に関わる部局等が互いの取組や支援に関する強み、弱みを理解するとともに、顔の見える関係となり、実際の支援において共働できるよう、研修等を調整していくことが望ましい。

また、対象者の抽出や事業の評価に対してはKDBシステムや一体的実施・KDB活用支援ツール等を活用することも考えられる。これらの活用により業務の効率化が期待できる面もあるため、国保連合会が行うKDBシステムに関する研修等に参加する機会を設ける等も重要である。<sup>17</sup>

## (2) 住民の理解の促進

高齢者の健康の保持増進やQOLの維持向上を図るため、健診受診、疾病の早期発見・早期治療や継続治療は重要となる。このため、高齢者をはじめ、その家族や地域の住民に、健診受診の必要性及び重要性、未治療・治療中断によるリスクや適切な受診や生活習慣の改善による効果等について周知し、高齢者の特性を踏まえた保健事業への理解の促進を図る必要がある。こうした保健事業について理解が広がることで、これまで低栄養状態に気付いていなかった高齢者が進んで保健指導を受け、また、その周りの者たちも高齢者の心身の状況の変化に早期に気づき、声掛けをするなど、効果的な取組の土壌づくりにつながる。

周知の方法については、媒体等を作成し、広域連合や市町村の広報誌、通いの場や医療機関、地域包括支援センター、自治会や社会福祉協議会等を通じての配布や説明によるもの、その他地域住民が集まる機会や民間等が発行するコミュニティ紙を活用などによるもの等が考えられる。また、健診受診やハイリスク者への支援の重要性については、通いの場等におけるポピュレーションアプローチの際にこれまでの保健事業等における介入・支援の成果をわかりやすく示す等により繰り返し説明し、その理解を求めていくことが重要である。

## (3) 個人情報の適切な取扱い

健診結果やレセプトデータなどの個人情報は、保健事業の対象者の抽出や効果検証などを行うために必要不可欠である。特にKDBシステムによって、健診、レセプト、介護のデータを総合的に管理できることから、リスクの高い被保険者の的確な把握と効果的かつ効率的な保健指導の実施が可能となり、その後の状況の追跡により効果検証に役立てることも可能である。したがって、個人情報の保健事業への活用は、被保険者の健康管理等に寄与し、公益性があるものと考えられる。ただし、こうした保健事業の個人情報の利用は、各広域連合及び各市町村の個人情報の保護に関する条例等の規定に基づき、適正な取り扱いが求められている。

また、個人情報を外部に提供するに当たっては、本人の同意や個人情報に関する審議会の承認を得るなど、条例の規定に基づいた所要の手続きを経るとともに、外部委託等により受託業者に個人情報を提供する場合は、契約書や覚書において、提供する個人情報の範囲や目

<sup>17</sup> 具体的な取組みについては、後段の事例集(P107)を参照のこと。

的などを定め、守秘義務を課すなどの方法で、適正に取り扱う必要がある。このように、個人情報保護に配慮しながら、これを適正に活用できるよう各自治体の状況を踏まえつつ、工夫・検討することが求められる。

加えて、一体的実施においては、効果的かつ効率的な保健事業を実施するために必要となる被保険者の医療・健診・介護等の情報の提供を求めることができるよう、「医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律」（令和元年法律第9号）において規定が設けられており、広域連合と市町村は情報の提供を求められた場合に提供しなければならないこととされているため、適正に運用することが求められる。具体的な取り扱いについては、図表-18のとおりである。

図表-18 一体的実施に係る個人情報の取り扱いについて

<p>広域連合と市町村の間での情報の授受</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 広域連合は、法の規定により、一体的実施の事業委託を受けている等の要件を満たす市町村に対して、効果的かつ効率的な保健事業を実施するために必要となる被保険者の医療・健診・介護等の情報の提供を求めることができるようになり、求められた場合には提供しなければならない。</li> <li>・ 共有する個人情報の取り扱いについて、担当者に対する周知徹底等を含め、各自治体は、個人情報保護条例等を遵守し、厳正な管理を行う必要がある。</li> <li>・ 「市町村から関係機関等に委託する場合の留意事項」に挙げる事項に留意し、広域連合と構成市町村において取り扱いに齟齬をきたすことのないようにする必要がある。</li> <li>・ 広域連合から市町村への事業の委託に当たっては、市町村における個人情報保護に係る具体的な措置や情報セキュリティ対策を確認する必要がある。</li> </ul>
<p>市町村から関係機関等に委託する場合の留意事項</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 一体的実施等の保健事業の事業委託を受けた市町村は、当該事業を適切かつ確実に実施することができると認められる関係機関又は関係団体に委託することができ、この場合、事業の実施に必要な範囲内において被保険者の医療・健診・介護等の情報を提供することができる。</li> <li>・ ただし、当該市町村は、委託を受けた関係機関等が個人情報を適切に管理し、適正な目的で使用していることを監督する責任を負う。</li> <li>・ これらの関係機関等に対して、委託した事業を実施するために必要な範囲を超えた個人情報の提供は認められない。加えて、委託を受けた関係機関等には、法令上、秘密保持義務が課されるとともに、漏洩した場合には罰則が科されること等が新たに規定された。市町村から関係機関等に対しては、適切な事業運営が行われるよう要請する必要がある。</li> </ul>

また、個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン（通則編）3-1-5「利用目的による制限の例外」においては、「人（法人を含む。）の生命、身体又は財産といった具体的な権利利益の保護が必要であり、かつ、本人の同意を得ることが困難である場合は、法第16条第1項又は第2項の適用を受けず、あらかじめ本人の同意を得ることなく、特定された利用目的の達成に必要な範囲を超えて個人情報を取り扱うことができる。」とされ、事例として「急病その他の事態が生じたときに、本人について、その血液型や家族の連絡先等を医師や看護師に提供する場合」とされている。

#### (4) 活用可能な財源

一体的実施を含む高齢者保健事業では国から広域連合に対して交付される後期高齢者医療制度事業費補助金・後期高齢者医療制度の特別調整交付金・後期高齢者医療制度の保険者インセンティブを活用することが考えられる。広域連合においては、構成市町村におけるよりよい保健事業の取組に向け、適切な財源の活用事例等についても構成市町村に共有する機会を設けることなども考えられる。

#### (5) ICT（情報通信技術）の活用促進

ICT（Information and Communication Technology：以下「ICT」という。）とは、パソコン、スマートフォン、タブレットやスマートスピーカーなど様々な形状のコンピューターや端末機器を使って情報を処理し、情報を双方向でやり取りしたり、共有したりする技術の総称を指す。

一体的実施を含む高齢者保健事業において、ICTが活用されるシーンは様々なものが想定されるが、PHRの活用、マイナンバーカードと保険証の一体化による多剤や健診情報の把握等があり、今まで困難となっていた課題の解決だけでなく、状況把握のためのデータ範囲の拡大、業務効率化等に対して地域の実情に応じた利活用が期待される。

また、ICTの活用は高齢者の健康や生活にとっても有効な手段の一つであると言える。特に社会資源が少ない地域においては、ICT等を利用したオンライン面談やウェアラブルデバイスの活用、オンラインアプリを利用した運動プログラムの実施、タブレットを利用した福祉バス予約を提供している事例があるほか、スマートフォンの体験会を実施することで新たなコミュニティの形成にもつながることが効果として挙げられる。<sup>18</sup>

#### (6) 実施上の留意点

##### 1) 保健事業の新たな企画・既存事業の活用等

広域連合・市町村により事業の取組方法の考え方は異なるものであるが、保健事業として支援を開始する際に、市町村のすべての圏域で取組を開始するのか、徐々に拡大していくのかを検討する必要がある。また、新規で事業を立案するか既存事業を活用し構成し直すかも重要な観点となる。

広域連合や市町村の体制、地域資源や関係機関・関係団体との連携状況等地域の実

<sup>18</sup> 具体的な取り組みについては、後段の事例集（P109）を参照のこと。



情は様々であり、すべての地域の健康課題に一度に対応することは困難である。いずれの場合においても、できるところから実施し、実施しながら拡大方策を検討する等の対応も考慮すべきである。

## 2) 疑問や課題の解決に向けた基本的な考え方

一体的実施の取組を含む保健事業を開始するに当たっては、細かな疑問から大きな課題まで、多くの疑問や課題に直面することもある。これらの疑問や課題に対して、自身もしくは担当部局として対応案等を思案していくことは必要であるが、疑問や課題の大小に関わらず、抱え込まずに相談し解決していくことも重要となる。

疑問や課題に直面したときに、些細なことでも庁内関係部局や他の市町村の状況を聞いてみることで、広域連合や国保連合会等に疑義を照会することや、必要に応じて事業連携を求めること、はじめからすべてを実施するのではなく、できるところから支援を開始してみる等の対応をしていくことも望ましい。

例えば、一体的実施に取り組む際には、対象者がどのような状況にあるのかを捉えていく必要がある。そのため、KDBシステム等を活用してレセプトや健診データ等を分析することが求められるが、KDBシステム等の活用方法がわからないことや、分析方法・結果の妥当性の検討が課題となることがある。

その際には、KDBシステムの活用方法については国保連合会、分析方法・結果の妥当性については大学・研究機関、国保連合会に設置されている保健事業支援・評価委員会（以下「支援・評価委員会」という。）等の支援を受けることが考えられる。また、広域連合や都道府県では都道府県単位で地域の健康課題の分析を行っていることもあり、市町村の状況等について聞いてみることも重要である。

また、支援に取り組む際には予算が必要となり、特別調整交付金等を活用することも考える必要がある。取り組みたい内容はあるが、交付金の対象となるか不明確な場合等は広域連合等に確認し、事業実施を進めることが重要である。

## 3) 主管部局と職員の配置

高齢者の保健事業の実施にあたり、企画・調整等を担当する医療専門職が事業内容や支援体制の整備等を行っていくが、庁内外の関係者との調整や委託関係等においては事務職の強みを活かせる場面も多くある。企画・調整等を担当する医療専門職がすべてを実施しようとせず、当該支援の実施に関係する者に情報共有を図り協力を仰ぐ体制が望ましい。

## 4) 委託する場合の留意点

広域連合または市町村が関係機関等に委託する場合は、事業の実施内容について具体的な仕様を詳細に定め委託する必要がある。実施の進捗を定期的に把握し、事業結果の評価を行う。また、実施データを含む成果物は、広域連合等に帰属させる必要がある。

## 6 関連事項

- 令和6年度に第4期特定健康診査等実施計画が開始されることを見据え、「標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）」が改訂され、75歳以上の者への保健指導については、フレイル等に関連する老年症候群等の心身機能の低下とそれに起因する疾病の予防に着目し、実施する必要性が示された。（P41）
- 大規模実証で得られた成果等を踏まえ、令和5年度に糖尿病性腎症重症化予防プログラムの改訂が行われ、プログラムの基本的考え方として「高齢者の特性を踏まえた取組」が記載された。（P42）
- 第3期データヘルス計画は、健康増進計画、医療費適正化計画、介護保険事業計画等と同時に令和6年度より開始するため、各計画と同じ方向性で保健事業を展開しやすい状況である。各計画における目的・目標を関係部署と共有し、調和をとりながら高齢者保健事業を進めていくことが重要である。（P43）

### (1) 標準的な健診・保健指導プログラム

特定健診・特定保健指導は、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号。以下「高確法」という。）第18条に基づき作成される特定健康診査等基本指針に基づき、平成20年度から保険者において実施されている。今般、令和6年度に第4期特定健康診査等実施計画が開始されることを見据え、これまでの取組の実績やその評価等を踏まえた効率的・効果的な実施方法等や、科学的な知見を踏まえた特定健診・特定保健指導に関する技術的な事項を踏まえ、「標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）」の改訂が行われた<sup>19</sup>。

「標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）」には、高齢者を対象とした健診・保健指導等を実施する際に高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドラインの最新版を参照することと記載されている。また、75歳以上の者への保健指導については、生活習慣病等の慢性疾患の重症化予防に加え、後期高齢者の質問票等を活用し、フレイル等に関連する老年症候群（低栄養、転倒・骨折、誤嚥性肺炎等）等の心身機能の低下とそれに起因する疾病の予防に着目し、実施する必要があるとされている。

### (2) 糖尿病性腎症重症化予防プログラム（令和6年度版）

糖尿病性腎症重症化予防については、平成28年3月に日本医師会、日本糖尿病対策推進会議及び厚生労働省の三者で「糖尿病性腎症重症化予防に係る連携協定」を締結し、これを踏まえ同年4月に「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を策定し取組が進められてきた。平成31年3月には「糖尿病性腎症重症化予防に関する事業実施の手引き」が作成されるとともに、同4月には「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」の改訂が行われた。

その後、令和元年6月21日に閣議決定された経済財政運営と改革の基本方針2019において「データ等を活用した予防・健康づくりの健康増進効果等を確認するため、エビデンス

を確認・蓄積するための実証事業を行う」とされ、令和2年度より予防・健康づくりの大規模実証事業（以下、「大規模実証事業」という。）が開始された。その一環として、糖尿病性腎症重症化予防プログラムの効果検証が行われた。

令和5年度には、大規模実証で得られた成果等を踏まえ、糖尿病性腎症重症化予防プログラムの改訂が行われた。プログラムの基本的考え方として「高齢者の特性を踏まえた取組」について記載され、医療機関との連携の必要性や、後期高齢者の質問票等を活用した心身機能の低下とそれに起因する疾病の予防に着目した取組が必要であること、高齢者糖尿病における低血糖に対する脆弱性への配慮が必要となることが示された。

### (3) 国民健康づくり運動プラン「健康日本21（第三次）」

健康日本21(第三次)では、「全ての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現」のビジョンを実現するため、「誰一人取り残さない健康づくり」及び「より実効性をもつ取組の推進」を柱に、4つの基本的な方向（「健康寿命の延伸と健康格差の縮小」「個人の行動と健康状態の改善」「社会環境の質の向上」「ライフコースアプローチ(胎児期から老齢期に至るまで人の生涯を経時的に捉えた健康づくり)を踏まえた健康づくり」)で、国民健康づくり運動を進めることとしている。

特に高齢者については、3つの目標（低栄養傾向の高齢者の増加、ロコモティブシンドロームの減少、社会活動を行っている高齢者の増加）とそれらの評価指標が示され、都道府県、市町村内で策定される健康増進計画においてその取組が進められている。

### (4) 介護予防マニュアル第4版

介護予防においては、自治他の介護予防分野の担当者が主に生活機能の低下が見られる者に対する短期集中予防サービス等を実施する際に参照できるよう、運動機能や栄養、口腔機能などに関する考え方や具体的な進め方を中心に記載した介護予防マニュアル第4版が、令和4年3月に作成され、活用が推進されている。

また、令和5年12月に介護予防・日常生活支援総合事業の充実に向けた検討会における議論の中間整理<sup>20</sup>において、市町村が中心となり、医療・介護専門職がより専門性を発揮しつつ、高齢者や多様な主体を含めた地域の力を組み合わせるという視点で地域づくりが必要であり、総合事業をその基盤と位置づけている。こうした総合事業の充実に向けた基本的な考え方として、市町村における介護予防の取組や動向を注視し、情報収集の上、連携していくことが有効であるとされている。

### (5) 第4期医療費適正化計画

第4期医療費適正化計画基本方針において、複合的なニーズを有する高齢者への医療・介護の効果的・効率的な提供等として、高齢者の心身機能の低下等に起因した疾病予防・介護予防について新たな目標の設定をすることが示されている。さらに、既存目標に係る医療費適正化に向けた効果的な取組として、重複投薬・多剤投与の適正化や電子処方箋の活用が示

<sup>20</sup> 厚生労働省「介護予防・日常生活支援総合事業の充実に向けた検討会における議論の中間整理」  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_36765.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_36765.html)

されており、これらの方針に基づいて都道府県が医療費適正化計画を策定及び推進されている。

#### (6) その他

高齢者保健事業の最大の目的は、生活習慣病をはじめとする疾病の発症や重症化の予防及び心身機能の低下を防止し、できる限り長く在宅で自立した生活を送ることができる高齢者を増やすことである。効果的な保健事業の実施により、健康の保持増進、生活の質の維持・向上が図られ、結果的に医療費の適正化、要介護認定率の低下や介護給付費の減少につながる。したがって、これらに関連する健康増進計画、医療費適正化計画、介護保険事業計画等が重要となるが、高齢者の保健事業の実施計画である第3期データヘルス計画は、令和6年度にこれらの計画と同時に開始されることから、各計画と同じ方向性で保健事業を展開しやすい状況であり、各計画における目的・目標を関係部署と共有し、調和をとりながら高齢者保健事業を進めていくことが求められる。

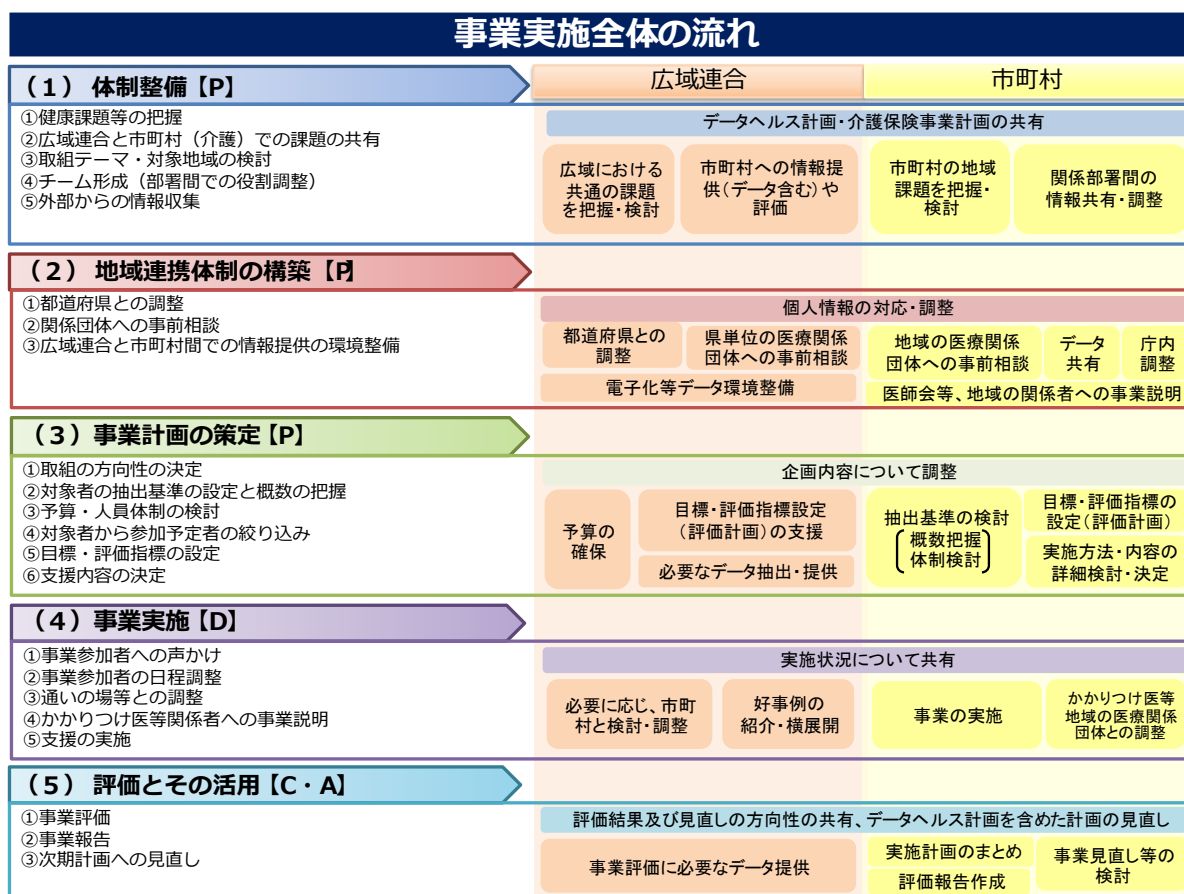
## Ⅱ 実践編

## 1 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の企画と実践

- 市町村はKDBシステム等を活用し、地域の健康課題を把握することが重要。地域の高齢者が抱える健康課題を抽出し関係者への共有をはかる。分析に際しては、健診情報、レセプト等を活用して得られる量的な情報と、調査等により地域の高齢者から直接得られる声、地域ケア会議の事例検討、庁内関係部局や庁外関係機関・関係団体等の課題意識といった質的な情報の両者を活用していくことが求められる（P46）。
- 一体的実施においては、高齢者保健事業、国保保健事業、地域支援事業を一体的に実施することが求められており、各部門の連携が重要。連携の際には、市町村が策定する健康増進計画、介護保険事業計画等、データヘルス計画、及び広域連合が策定するデータヘルス計画における目標・共通評価指標を共有し、各部門において取り組む事業を共有することが重要（P47）。
- 高齢者の保健事業を実施するに当たっては、ターゲットとすべき健康課題が何か、対象とするべき人がどのくらいいるのかを把握する必要がある。現状把握では、量的・質的な情報から地域の健康課題を把握する。支援対象の概数の把握にはKDBシステム等や一体的実施・KDB活用支援ツールを活用する（P50）。
- 市町村が一体的実施を行うにあたり、取組みを行う内容を決定し、個別事業毎に目標、評価指標を設定し、評価計画を作成する。市町村のそれぞれの個別事業の取組が広域での取組状況全体の評価につながることを理解のうえ、個別事業に取り組むことが重要（P53）。
- 広域連合が策定するデータヘルス計画で示される共通評価指標（アウトカム指標）（P35）については、市町村でもその方針に基づいて保健事業を進め、ハイリスク者数についてモニタリングしていく必要がある。市町村においては、各個別事業を実施する際には、達成しようとする目標を設定し、可能な限り評価指標を具体的な数値で設定し、事業実施前に評価計画を作成する（P55）。
- 事業実施を行う地域を管轄する医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会等関係機関や、かかりつけ医等関係者に事業概要や支援を行うことについて説明し、必要に応じて情報提供や協力依頼を行う。ハイリスクアプローチ、ポピュレーションアプローチの実施状況について情報共有を行うことで、協力が得やすくなるため、継続的に情報提供を行う（P57）。

高齢者の保健事業の全体的な流れは、体制整備（P）、地域連携体制の構築（P）、事業計画の策定（P）、事業実施（D）、評価とその活用（C・A）となる。企画に当たっては庁内関係部局及び庁外関係機関・関係団体との連携の下、これら関係者の企画への積極的な参画を求めながら実施することが望ましい。

図表-19 高齢者の保健事業の全体的な流れ（再掲）



## (1) 体制整備

### 1) 地域における健康課題の把握

市町村は、KDBシステム等を活用し、保有する健診（質問票含む）・レセプト等の情報から健康課題を把握することが重要である。地域の高齢者（被保険者）が抱える健康課題を抽出し、医療費や介護給付費への影響も踏まえ、関係者への共有をはかる。また、併せて市町村内、関係部局の役割分担・取組状況及び地域資源の把握を行う。これらの課題について従来の事業で対応している事項と対応できていない事項について整理し、明らかにする。

地域課題の分析に際しては、健診情報、レセプト等を活用して得られる量的な情報と、調査等により地域の高齢者から直接得られる声、地域ケア会議の事例検討、庁内関係部局や庁外関係機関・関係団体等の課題意識といった質的な情報の両者を活用していくことが求められる。

地域の状況把握で収集できた量的・質的な情報については、市町村全体・圏域別や性・年齢階級別で集計し分析しやすい形での整理、国や都道府県の傾向との比較等地域の健康課題を分析し、関連部局と共有し多様な視点で事業企画を行うことが重要である。

## 2) 関係部署間の情報共有・調整

一体的実施においては、高齢者保健事業、国保保健事業、地域支援事業を一体的に実施することが求められており、各部門の連携が重要である。連携の際には、市町村が策定する健康増進計画、介護保険事業計画等、データヘルス計画、及び広域連合が策定するデータヘルス計画における目標・共通評価指標を共有し、各部門において取り組む事業を共有することが重要である。広域連合が策定する、データヘルス計画では、高齢者の医療費、要介護認定状況等も踏まえ策定されており、他市町村の状況も記載されているため、共通する課題や市町村間の違い等も把握し、市町村は事業企画に活かすことが求められる。広域連合や市町村において把握された健康課題については、目指す地域の状態等の認識の統一に向け、市町村と広域連合との間で共有することが必要である。

保健事業の主担当を明確にしたうえで、事業実施（準備段階から、実施、評価に至る全般）における主担当の部局を明確にし、関係部局（後期高齢者医療担当部局、保健衛生担当部局、介護保険担当部局等）が連携しながら進めることが重要である。その際、幹部も参画したチーム形成が必要となる。

以下、連携する関係部局と連携の観点を整理しているため庁内の体制構築において参考にしていきたい。

### ①. 介護保険担当部局

介護保険担当部局では、日頃から地域の高齢者を対象とした相談や事業、地域ケア会議の開催や生活支援コーディネーターとの連携、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査等を行っており、地域の高齢者の生活状況、ニーズや課題を捉えている。特に、支援対象者の把握においては、介護予防把握事業等により一体的実施の対象者と同様の対象者の状況を捉えている可能性がある。

また、在宅医療と介護の連携を推進しており、地域ケア会議の場で地域の高齢者の状況を共有することで、地域の連携体制を活用した情報連携や支援対象者の発見時の連携方法等の支援体制の構築につながる。例えば、地域包括支援センターやケアマネジャーが把握している支援対象者を保健事業につないでもらうことも考えられるため、介護保険担当部局の有する協力体制についても情報収集することが有効である。

### ②. 国民健康保険担当部局

前期高齢者からの予防・健康づくり活動が重要であるため、後期高齢者医療制度加入以前から支援対象者となっていた者は、継続して取り組む必要がある。

また、後期高齢者医療制度へ移行する際に被保険者に対して制度の説明とともに健診を受診勧奨していくことや、適正服薬・重症化予防事業等国保保健事業との連続性を考慮して効率的に事業を実施することが期待される。具体的には、健康づくりや適正服薬に関する健康教育等ポピュレーションアプローチを協働する場合、既に国保保健事業で実施されているハイリスク者を対象とした事業について国民健康保険担当部局と連携して実施する。ハイリスクアプローチの場合は、後期高齢者の特性を踏まえた対象者を抽出し、国保保健事業において既に介入等の有無を確認のうえ、それまで



の支援が後期高齢者となった後も継続されるような事業となるよう調整する等が考えられる。こうした連携は、限られた人的資源を有効に活用する観点でも重要である。

なお、一体的実施による支援の基盤となる被保険者の医療、介護、健診結果等に関する情報提供については、広域連合と市町村の間での情報の授受が円滑になるよう規定が整備されており、KDBシステム等の活用が想定されている。

### ③. 保健衛生担当部局

市町村における保健サービス等の提供を担っており、既存事業や日頃の保健師、管理栄養士や歯科衛生士等医療専門職の活動等により、地域の高齢者の状況を把握していることが多い。保健衛生担当部局と地域の高齢者の健康課題について共有し、既存事業の見直しを含め協働可能な部分を調整し、高齢者保健事業への支援の実施体制を構築していくことが望ましい。また、健康増進法に基づく基本方針や都道府県の健康増進計画等に基づく保健事業等を実施していることから、それらの事業内容及び方針について理解の上、方針に齟齬がないか等を確認することも重要である。

### ④. 民生主管部局

支援対象者には経済的な困窮や社会的に孤立している等の福祉的ニーズを有する場合も考えられ、高齢者医療制度担当部局や介護保険部局等の通常連携している部局だけでは対応できない相談や支援に発展する可能性がある。保健事業の実施をとおして、このような対象者についても適切な相談先につなぐことが求められるため、重層的支援体制整備事業等を行っている部局との連携も重要となる。

また、民生委員は、地域における身近な相談窓口として一人暮らしの高齢者や高齢者のみの世帯等の状況を把握している場合が多いことから、保健事業として高齢者を支援していることを周知するとともに、必要な情報を円滑に共有等できる体制づくりをすることが望ましい。

### ⑤. その他連携が望ましい部局

支援対象者の抱える課題・ニーズによって連携する必要がある部局は異なるという前提に加え、地域の実情に応じて連携体制を構築・工夫等していくことが必要である。このため、障害福祉担当部局や生活保護担当部局等、様々な分野の部局との連携が必要となる可能性も考慮しておくといよい。

## (2) 地域連携体制の構築

高齢者の保健事業を実施するにあたり、地域の医療関係団体には事業企画の段階などの早期から相談を行うことが必要である。医師会等の地域の関係団体や病院等関係機関、地域包括支援センターやケアマネジャーとの連携は特に重要なため、地域の関係者に対して地域の健康課題に関するデータの提供や事業目的、事業内容の説明、協力依頼を行う必要がある。その際、普段つながりのある庁内担当部局と連携の上で対応することが望ましく、日頃から顔の見える関係づくりを心がけることも大切である。

事業実施にあたっては、対象者の状況に応じて必要な医療や介護等のサービスに接続する

こと、保健事業の対象者として保健指導を実施していくこと等を地域の医療関係団体等関係者には事前に説明し、必要に応じて連絡票等を用いること等も相談する。

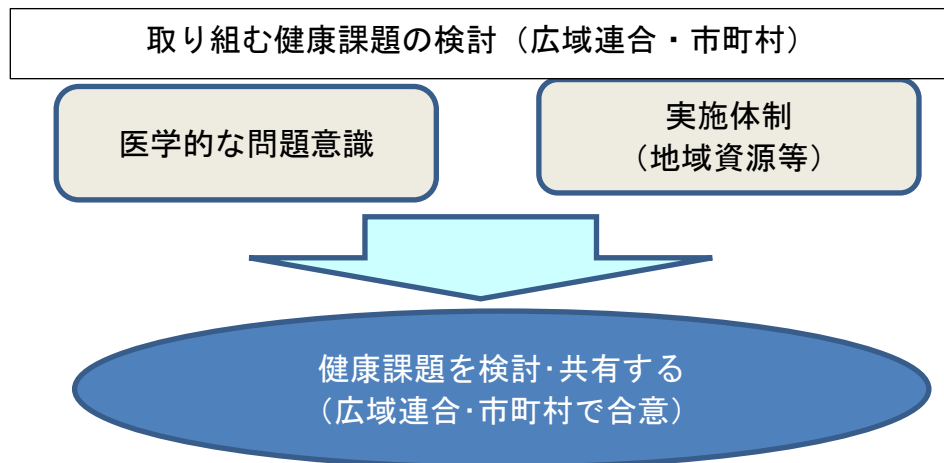
協力が得られた後には、支援の実施状況や評価を共有し、更なる関係構築に努めることが求められる。<sup>21</sup>

### (3) 事業計画の策定

#### 1) 企画内容について調整

広域連合が策定するデータヘルス計画を踏まえ、現状把握で得られた情報を基に、当該市町村で優先的に取り組む事項や圏域を検討する。ただし、安易に重症度の高いニーズに対する支援対象者を対象外としないよう留意しつつ、取組の優先順位は地域の健康課題や支援の必要性、実施体制を十分考慮した上で設定する必要がある。実施体制等を踏まえ、管内一律に事業を行うことが難しい場合などは対象地域を限定して取組を開始して段階的に管内に拡大していく方法のほか、対象地域を順に入れ替えていくなどの工夫も検討する。人員体制については、事業の対象とするべき被保険者数を把握した上、職員による対応又は委託等により関係団体や事業者による対応も考えられる。いずれの場合においても、保健事業の効果・有効性を最大限期待できるものにするのが重要である。なお、広域連合と市町村が地域の状況を共有し、取組の方向性について合意形成することが重要であることに留意する。

図表-20 取組の方向性の検討



高齢者の保健事業では、健診結果やレセプト情報を活用し、解決が必要な課題（疾患・健康状態等）について具体的な事業を行う。

一方で、後期高齢者の大半が医療機関を受診しており、レセプト情報を活用することで、対象者把握や健康状態に応じた支援につなげることが容易になると考えられる。特に、治療中断者や未受診者等については、医療機関での対応が難しいと想定され、レセプト等の情報が集約される保険者が適切な受診等に向けた支援の取組として実施

<sup>21</sup> 具体的な取り組みについては、後段の事例集（P114）を参照のこと。

することも重要である。

健診も医療も未受診で健康状態を把握できない被保険者については、まず対象者の実態を把握する取組から始め、必要性に応じた支援につなげる方法もある。

また、財源については、国から広域連合に対して交付される後期高齢者医療制度事業費補助金・後期高齢者医療制度の特別調整交付金・後期高齢者医療制度の保険者インセンティブ等を活用することが考えられる。委託元である広域連合と委託先である市町村と協議の上、事業を企画調整する。

## 2) 抽出基準の検討

広域連合が策定するデータヘルス計画での共通評価指標を踏まえ、高齢者の保健事業を実施するにあたっては、保健事業において解決すべき健康課題が何か、そのために取り組むべき事業内容は何か、対象とするべき人がどのくらいいるのか等を把握する必要がある。支援対象者を把握する主な情報源としては、健診情報、レセプトデータ等でありKDBシステム等を活用することが考えられる。

図表-21 事業対象者と取組を検討する際の考え方

ケース	取組の方向性
健診・質問票で健康状態を把握できる場合	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 健診結果等に基づき、健康課題に応じた支援を行うほか、必要に応じ医療の受診勧奨、介護へつなぐ</li> <li>○ かかりつけ医と連携した支援を行い、必要に応じて外来治療からの情報提供を受ける</li> </ul>
レセプトで健康状態を把握できる場合	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ レセプトから医療受診・処方の状況等を把握し、医療と連携の上、具体的な支援を実施する</li> <li>○ かかりつけ医と連携して支援を行い、必要に応じて外来治療からの情報提供を受ける</li> <li>○ 本人の状況を確認の上、かかりつけ医にフィードバックする</li> <li>○ 継続的な支援が必要な場合は、健康課題に応じた支援や介護予防等につなげる</li> </ul>
健康状態が不明の場合	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 保険者が保有する情報からは健康状態が不明であるため、質問票等による健康状態の把握から始める</li> <li>○ 把握した健康状態から必要に応じ、保健指導・医療の受診勧奨・介護予防等に連携する</li> <li>○ 必要に応じて、使用許諾が得られた介護保険情報（給付情報、認定情報等）や民生委員、地域包括支援センター等の関係者から、健康状態や既存サービスの利用状況等の情報を把握</li> </ul>

支援対象者の抽出及び概数把握に当たっては、KDBシステム等を活用して地域の健康課題の分析・見える化やデータ分析を基とするが、KDBシステムの機能の理解やデータの取扱い等が課題とされていたことを受け、「一体的実施・KDB活用支援ツール」が開発され、事業の対象者リストを自動作成する等が可能となった。市町村が

本ツールを活用することで、標準化による保健事業の効率的かつ効果的な実施に向け支援が必要なハイリスク者を抽出するための一定の基準に基づく抽出が、簡便に行えるようになっている。具体的には、10の抽出条件に基づいて、a. 栄養に課題がある人、b. 口腔に課題がある人、c. 服薬に課題がある人、d. 身体的フレイルに課題がある人、e. 生活習慣病の重症化に課題がある人、f. 健康状態が不明の人の概数を把握することができる。これらの実態を踏まえて地域の健康課題を圏域毎に分析し、実施体制等も考慮しながらどの個別事業のプログラムをどの圏域に優先して取り組むか等について検討することが重要である。

図表-22 一体的実施・KDB活用支援ツールで対象者を把握する場合に用いる情報と保健事業実施の際にアセスメントとして活用できる情報

○:一体的実施・KDB活用支援ツールによって対象者抽出する場合に活用する情報  
△:対象者抽出に加え、保健事業実施に向けたアセスメントを行う場合に活用可能な情報

対象者	情報源		
	医療 〔レセプト データ〕	健診 〔健診データ・ 質問票〕	介護 〔要介護認定 データ〕
a. 栄養に課題がある人(低栄養)	△	○	△
b. 口腔に課題がある人(口腔)	○	○	△
c. 服薬に課題がある人(多剤・睡眠薬)	○	○	△
d. 身体的フレイルに課題がある人(身体的フレイル)	△	○	△
e. 生活習慣病の重症化に課題がある人(重症化予防)	○	○	△
f. 健康状態が不明の人(健康状態不明者)	○ (レセ履歴なし)	○ (健診受診なし)	○ (要介護認定なし)

※ 通いの場において把握されている質問票は、一体的実施・KDB活用支援ツールによる抽出には反映されないが、健診未受診だが通いの場等における質問票活用において健診状態を把握している場合は、当該質問票の結果を別途確認することが望ましい。

また、KDBシステムや当該ツールの活用の際に生じる操作方法等の疑問等については、適宜、国保連合会に確認するなどの支援を受けることも重要である。なお、当該ツールについては、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の推進にかかる検証のための研究」において、「『一体的実施・KDB活用支援ツール』の抽出条件の考え方と保健事業への活用 Ver. 1」（以下「一体的実施・KDB活用支援ツール解説書」という。）として解説がされているため、併せて参照いただきたい<sup>22</sup>。

加えて、当該ツールは、特定健診等データ管理システムに健診結果及び後期高齢者の質問票のデータを入力することによりKDBシステムへデータが反映されることから、それらの入力が確実に行われるよう取り組むことも重要となる。また、健診結果等のデータの収載状況が不十分な場合は、別途市町村が有する情報等により対象者を把握し、当該ツールで把握しきれないハイリスク者の抽出を補完することも考えられる。

<sup>22</sup> 『一体的実施・KDB活用支援ツール』の抽出条件の考え方と保健事業への活用 Ver. 1  
(<https://www.mhlw.go.jp/content/000917658.pdf>)

図表-23 一体的実施・KDB活用支援ツールの抽出条件

プログラム	抽出基準
低栄養	健診：BMI $\leq$ 20 かつ 質問票⑥（体重変化）に該当
口腔	質問票④（咀嚼機能）⑤（嚥下機能）のいずれかに該当 かつ レセプト：過去1年間歯科受診なし
服薬（多剤）	処方薬剤数「15以上」や「20以上」等で対象者を抽出し、個別支援が実施可能な人数まで候補者を絞り込む
服薬（睡眠薬）	レセプト：睡眠薬処方あり かつ 質問票⑧（転倒）に該当 質問票⑩（認知：物忘れ）⑪（認知：失見当識）二つともに該当
身体的フレイル （ロコモ含む）	質問票①（健康状態）に該当 かつ 質問票⑦（歩行速度）に該当 質問票⑦（歩行速度）に該当 かつ 質問票⑧（転倒）に該当
重症化予防 （コントロール不良者）	健診：HbA1c $\geq$ 8.0%またはBP $\geq$ 160/100 かつ レセプト（医科・DPC・調剤）：対応する糖尿病・高血圧の薬剤 処方履歴（1年間）なし
重症化予防 （糖尿病等治療中断者）	健診：抽出年度の健診履歴なし かつ レセプト：抽出年度以前の3年間に糖尿病・高血圧の薬剤処方 履歴あり かつ 抽出年度に薬剤処方履歴なし
重症化予防 （基礎疾患保有+フレイル）	（基礎疾患）レセプト：糖尿病治療中もしくは中断、または心不全、 脳卒中等循環器疾患あり、またはHbA1c7.0%以上 かつ （フレイル）質問票①（健康状態）⑥（体重変化）⑧（転倒） ⑬（外出頻度）のいずれかに該当
重症化予防 （腎機能不良未受診者）	健診：eGFR $<$ 45 または 尿蛋白（+）以上 かつ レセプト：医療（入院・外来・歯科）未受診
健康状態不明者	健診：抽出年度および抽出前年度の2年度において健診受診なし かつ レセプトレセプト（入院・外来・歯科）履歴なし かつ 介護：要介護認定なし

地域の状況把握において、KDBシステム等や一体的実施・KDB活用支援ツールの活用により支援対象者となり得る者の概数等を簡便に把握できるようになったが、可能であれば把握した者を実際に保健事業の支援対象者とするなどが望ましい。ただし、地域によっては予算や支援体制等の制約等により、すべての者に対応することが難しい場合もある。必要に応じ支援の優先順位付けを行ったり、抽出基準から更なる絞り込みをしていくといった視点も必要である。例えば、一体的実施・KDB活用支援ツールの抽出により作成されたリストには、基礎情報の他、健診（質問票含む）・医療・介護情報が含まれているため、その情報を用いることで、年齢、圏域等による絞り込みも可能である。

その際も有識者から示された支援すべきハイリスク者の基準にかかる考え方について一体的実施・KDB活用支援ツール解説書を参照の上、検討することが望ましい。

対象者抽出の妥当性については、一体的実施・KDB活用支援ツール解説書の考え方に照らして検討することが重要だが、アウトプット評価を参考に、条件設定を工夫していくことも求められる。

### 3) 目標・評価指標の設定（評価計画）

高齢者保健事業の最終的な目的は、生活習慣病等の重症化が予防され、心身機能の低下が防止されることにより、住み慣れた地域で、社会とのつながりを保ちつつ、自立した生活がおくれる高齢者が増加することにある。

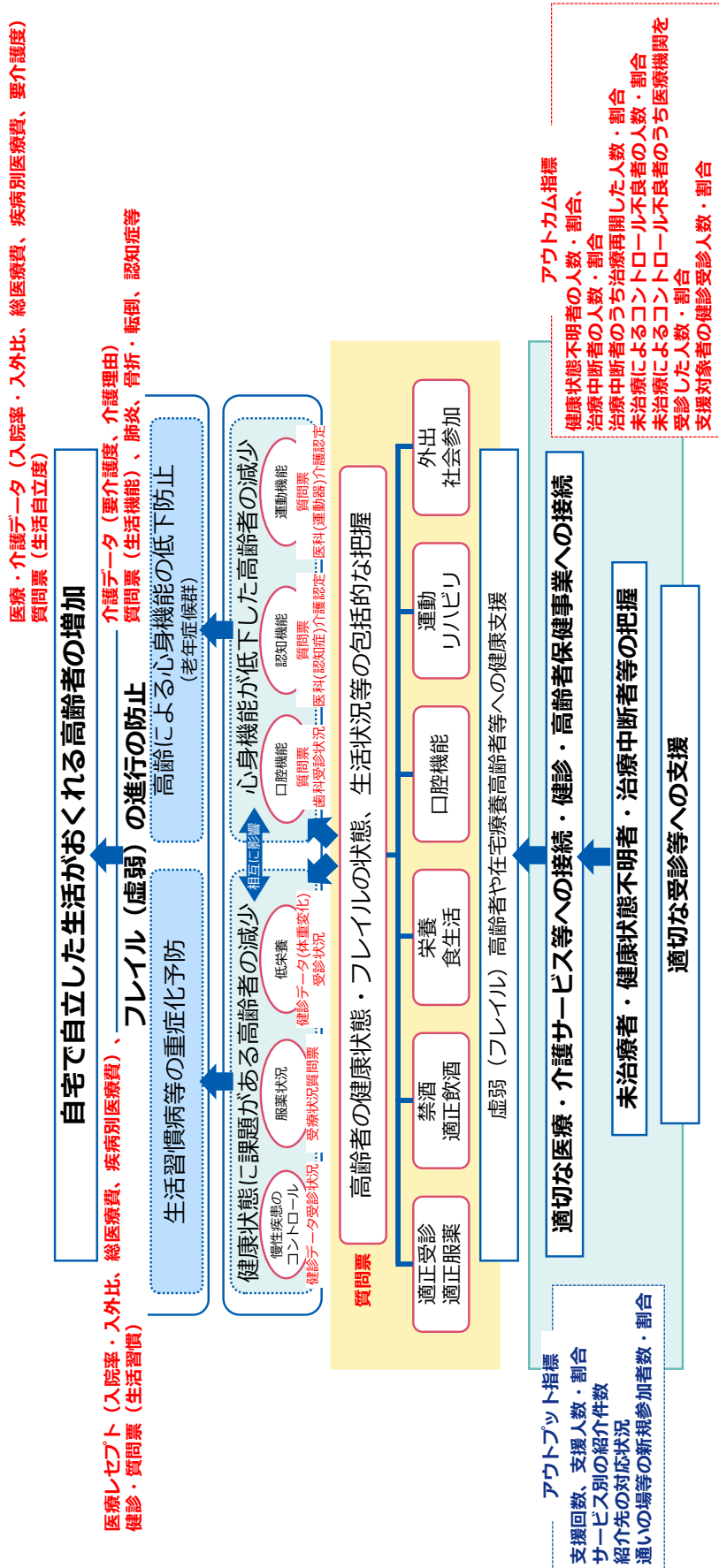
具体的な評価指標の設定の前提として、地域の高齢者の健康の保持増進等にどのように寄与していくのか、支援体制の構築や地域の健康課題の解決により、どのような地域を実現していくのかといった、取組の目標等について、庁内外の関係者との合意形成を図ることが重要である。

広域連合が策定するデータヘルス計画においては、共通評価指標（アウトプット指標、アウトカム指標）が示されており、市町村においても、広域連合と同様に共通評価指標で市町村におけるハイリスク者数・割合等の推移や健康課題の変化を把握し、保健事業の企画の見直し等に反映していくことが必要となる。

市町村が一体的実施を行うにあたり、計画策定時点で、取組を行う内容を決定し、個別事業毎に目標、評価指標を設定する評価計画を検討する必要がある。市町村の個別事業の取組が広域での取組状況全体の評価につながることを理解のうえ、個別事業に取り組むことが重要である。特に高齢者の保健事業における共通評価指標（図表-25）である、健診受診率、平均自立期間、ハイリスク者数・割合の変化については、アウトカム指標としてモニタリングし、その結果を踏まえて取り組む必要がある。各個別事業の実施にあたっては、事業実施前に、達成しようとする目標を設定し、可能な限り評価指標を具体的な数値で設定する評価計画を検討する。個別事業の評価指標例を図表-26に示す。

事業の評価は短期的に行うもの、中長期的に行うものがあるが、いずれの場合においても健診情報や通いの場等における後期高齢者の質問票に関するデータ等の活用が重要となる。特に、短期的効果を確認するために、事業の前後で後期高齢者の質問票の活用等が推奨される。ただし、レセプトデータはKDBシステムへ反映されていくが、後期高齢者の質問票のデータは市町村において、特定健診等データ管理システムに登録することが必要となることに留意しつつ、これらのデータを確認していく必要がある。また、中長期的指標としては、医療レセプトでの重症疾患の発症（透析、腎不全、心不全）や医療費、介護保険の認定や介護給付費、死亡等が考えられる。これらのアウトカム指標については、広域連合において、管内市町村分をまとめてマクロ的評価を行うことも考えられる。

図表-24 高齢者の保健事業における目標設定の考え方と評価指標



※出典：高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第2版より抜粋・一部改変

評価指標については、KDBシステム等から取得可能なデータや後期高齢者の質問票等を事業実施前後で実施し、把握できる項目にするとよい。以下に評価の視点・内容を整理しているのので、適宜参照いただきたい（各事業についての事業評価指標例や個別アセスメント事項については第3章参照）。特にストラクチャー指標・プロセス指標については、実施体制や実施方法に関わる指標である。年度内の状況の変化によって事業の進捗を管理する観点から、評価の時期については、年1回だけではなく、例えば年に複数回一定の間隔をあけて定期的に評価していくことが望ましい<sup>23</sup>。

さらに、評価結果については、翌年度以降の事業の見直しにつなげていくため、支援担当部局だけではなく、庁内外の関係者・関係団体とも共有していくことが重要である。

図表-25 高齢者に対する保健事業に係る評価の視点

評価の観点	評価の視点・内容	指標例
ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> <li>関係者の理解が得られているか</li> <li>支援体制が構築できたか</li> <li>関係部局・関係機関間の連携における役割の認識</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>関係機関・関係団体との支援体制の構築状況 (市町村)</li> <li>庁内関係部局との支援体制の構築状況</li> </ul>
プロセス	<ul style="list-style-type: none"> <li>情報連携のルール等を作成し、関係者間で共有できているか</li> <li>対象者に合わせた内容が準備できているか</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>対象者の抽出、選定状況、支援状況</li> <li>支援対象者の反応・感想</li> <li>関係者からの意見 等</li> </ul>
アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> <li>支援回数、人数は計画通りか</li> <li>計画通りの事業実施ができたか</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>支援回数、支援人数・割合・通いの場の新規参加者数・割合 (広域連合)</li> <li>支援実施市町村数・割合 (市町村)</li> <li>支援実施日常生活圏域数・割合</li> </ul>
アウトカム	<ul style="list-style-type: none"> <li>目標とした成果が上がっているか</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>健診受診者数・割合</li> <li>ハイリスク者（支援対象者）の人数・割合（低栄養、口腔、服薬、身体的フレイル、重症化予防、健康状態不明者）</li> <li>ハイリスク者（支援対象者）のうち医療機関を受診した人数・割合</li> <li>平均自立期間</li> <li>介入による変化（行動変容、検査値等）</li> </ul>

<sup>23</sup> 具体的な取り組みについては、後段の事例集（P119）を参照のこと。



図表-26 個別事業（一体的実施）の評価指標例

	低栄養	口腔
アウト プット	<ul style="list-style-type: none"> <li>支援対象者のうち、支援できた者の人数・割合</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>支援対象者のうち、支援できた者の人数・割合</li> </ul>
アウト カム	<ul style="list-style-type: none"> <li>受診勧奨事業：対象者のうち、受診した者（服薬治療を開始体重が維持(±0.9kg)・改善(+1kg)できた者の人数・割合</li> <li>低栄養傾向(BMI 20以下)の者の人数、割合</li> <li>1年後の要介護認定の状況</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>歯科医療機関の受診状況</li> <li>後期高齢者の質問票（4咀嚼「はい」・5嚥下「はい」）と回答した者の人数、割合</li> <li>（介入者のうち、誤嚥性肺炎の既往がある者については）介入1年後の誤嚥性肺炎の罹患状況</li> <li>1年後の要介護認定の状況</li> </ul>
	服薬指導（多剤）	身体的フレイル
アウト プット	<ul style="list-style-type: none"> <li>支援対象者のうち、支援できた者の人数・割合</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>支援対象者のうち、支援できた者の人数・割合</li> </ul>
アウト カム	<ul style="list-style-type: none"> <li>介入前後3ヶ月の受診状況（受診医療機関数、受診回数）</li> <li>介入前後3ヶ月の処方薬剤数が15剤以上の人数、割合</li> <li>※特定の月のみ多い・少ないという状況も想定されるため、介入前3月分と、介入後3月分を評価することが重要</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>適切なサービス（専門職、地域支援事業等）へつながっている人数、割合</li> <li>後期高齢者の質問票（①健康状態「4、5」かつ②歩行速度「はい」または③歩行速度「はい」かつ④転倒の該当者「はい」）と回答した者の人数、割合</li> <li>1年後の要介護認定の状況</li> </ul>
	糖尿病性腎症重症化予防	健康状態不明者対策
アウト プット	<ul style="list-style-type: none"> <li>支援対象者のうち、支援できた者（個別支援・受診勧奨）の人数・割合</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>支援対象者のうち、現状把握ができた者の人数・割合</li> <li>医療・介護等の支援へつなく必要があると把握された者の人数</li> </ul>
アウト カム	<ul style="list-style-type: none"> <li>受診勧奨事業：対象者のうち、受診した者（服薬治療を開始した者、傷病名+（検査、生活習慣病管理料）等で受診が確認できた者）の人数、割合</li> <li>治療中断者のうち健診又は受診につながった者（服薬治療を再開した者、傷病名+（検査、生活習慣病管理料）等で受診が確認できた者）の数・割合</li> <li>HbA1c ≥ 8.0%の人数、割合の変化</li> <li>SBP ≥ 160orDBP ≥ 100以上の割合の変化</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>健診受診した者の人数・割合</li> <li>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人数・割合</li> </ul>

#### 4) 実施方法・内容の詳細検討・決定

参加予定者として特定した高齢者に対する案内方法、支援の場所、期間、頻度、アプローチ方法（個別・集団）、アセスメント方法・項目（高齢者の個別の状態の把握）、使用ツール等について検討する。高齢者の保健事業においては、効果が現れるには一定期間を要するものがほとんどであることを勧告し、期間を検討する必要がある。

また、高齢者の状態像は個別性が高いため、ハイリスク者への指導は個別のアプローチを基本とするが、身体的フレイル等の個別事業によっては、効率的効果的な保健事業を実施する上で小集団でのアプローチを検討することも考えられる。ただし、訪問等による個別のアプローチの場合も集団によるアプローチの場合も、確実に対象者に支援が届いているか等について確認する過程が必要であり、集団のアプローチの場合は、必要に応じて個別のアプローチに変更することを検討する機会の設定についてもあらかじめ検討しておく。

なお、参加予定者への案内、実際の支援を誰が行うのか等について役割分担を明確にする必要がある。これらの内容は、関係者間で共有できるよう計画書等としてまとめ、複数の支援者による支援を標準化するためにマニュアルを作成することが望ましい。国保保健事業や地域支援事業等で既にマニュアルやアセスメントシート等が整備されている方法がある場合、それらを参考にすることも考えられるが、健康課題の解決につながるかどうか、3)で設定した目標・評価計画に見合う内容かどうか等については、高齢者保健事業の担当当局等において確認する必要がある。

## (4) 事業実施

### 1) かかりつけ医等地域の医療関係団体との調整

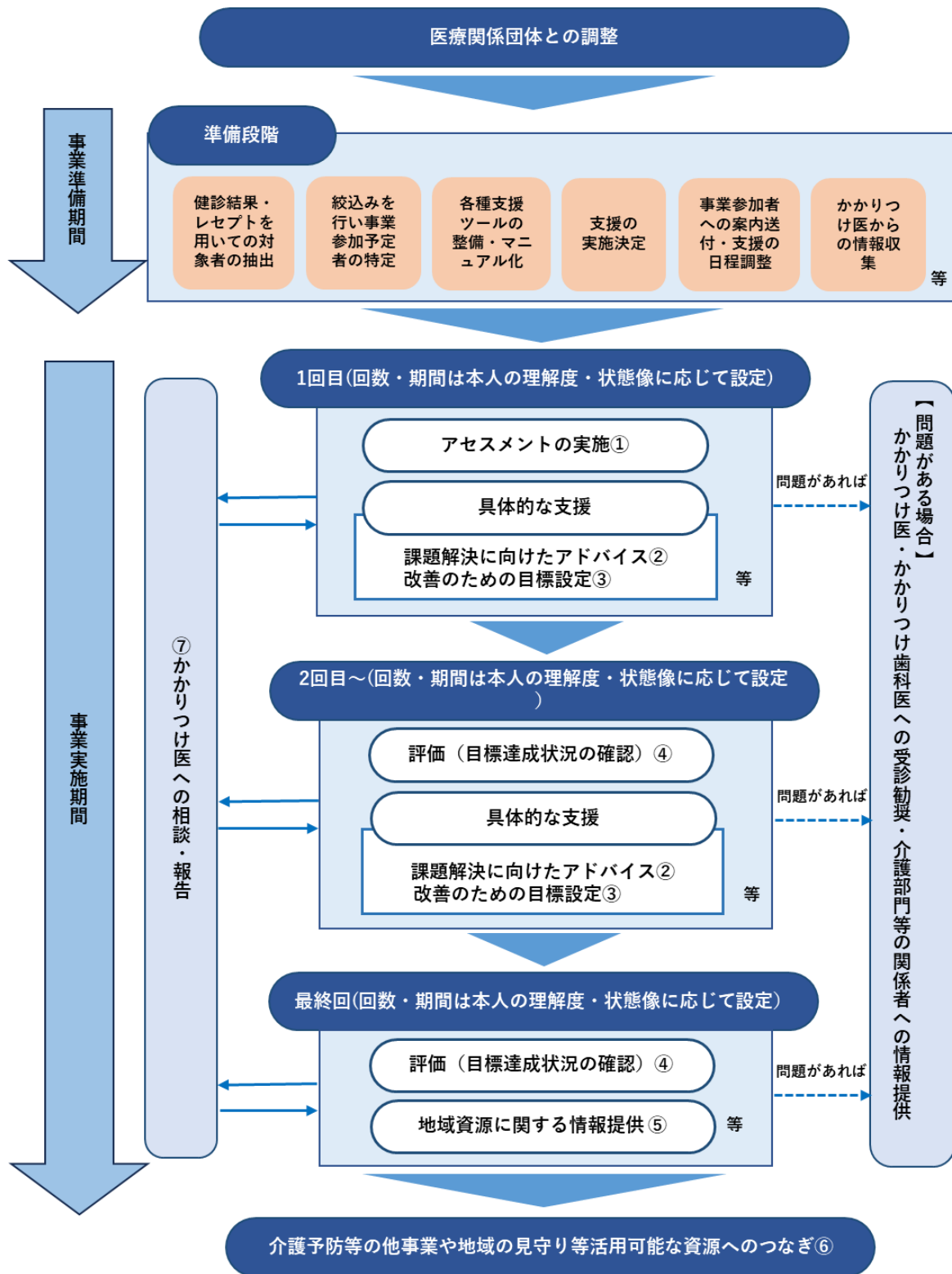
事業実施を行う地域を管轄する医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会等関係機関への説明に併せ、必要に応じてかかりつけ医等関係者に対しても事業概要や支援を行うことについて説明する。必要に応じて、支援時の注意すべき点等についての情報提供や、健康教室等の実施に向けた協力を依頼する。ハイリスクアプローチやポピュレーションアプローチの実施状況について情報共有を行うことで協力が得やすくなるため、継続的に情報提供を行う。

### 2) 事業の実施

ハイリスクアプローチの対象者に対しては、事前に連絡して日程調整を行う。日程調整の結果やその後の支援スケジュール等については、台帳を作成するなどし、キャンセル等が反映されるように工夫のうえで進捗管理を行う。個別支援に際して、アセスメントした事項や目標設定、指導した内容等について記録に残すとともに、事業参加に同意した人に対して具体的な支援を行う。支援内容は事業のねらいに応じて一部異なるが、全体の流れとしては図表-27のようになる。

通いの場等での健康教育、健康相談、フレイル等の把握を実施する場合には、医療専門職が関与することが可能かどうか関係者と調整し、丁寧に確認しながら進める。提供するサービス内容について事前に説明の上、参加者の予定数の把握や日程等の調整を行う。個別的支援においても、通いの場の事業においても、医療機関や地域の医療関係者、地域包括支援センターやケアマネジャー、民生委員等、地域の関係者から参加予定者の紹介を受ける方法とすることもあり得る。その場合、参加者が十分に集まるよう、関係者に対して事業内容や対象者像について情報提供を行う必要がある。

図表-27 支援の基本的な流れ（例）



### ①. アセスメント

参加者の具体的な課題を把握するために、アセスメントを実施する。一体的実施・KDB活用支援ツールを用いることで、図表-28で示した健診、質問票、医療、介護の情報を簡便に得ることができる。(ただし、特定健診等データ管理システムへの入力を通じたKDBシステムへの反映が十分できていない場合は、適宜、その他の台帳等を活用の上、必要な情報を補完するなどが望ましい。) 加えて、本人や家族、介護者との直接対話の中から、アセスメントシートを用いて、独居や受診状況などの社会的要因や日常の生活習慣(食事、睡眠、社会参加・活動、嗜好品等)や、視力・聴力に関する事項等に関する詳細な状況把握を行う。

特に医療保険者が行う保健事業であるため、医療機関の受診状況や処方されている薬剤の内容等、医療の視点をもったアセスメントを行うことが重要である。

なお、高齢者については特定の健康課題で抽出するが、複合的な課題を抱えている場合がある。例えば、血糖値に着目しすぎてフレイルを見逃している場合もあり得るため、高齢者の質問票を活用し、フレイルを見逃さないよう留意する。また、支援につなげるための入口が特定の健康課題であっても、高齢者の健康状態を包括的に把握し、全体の改善を図るという視点が重要である。

また、本人の同意を得た上で、かかりつけ医等の協力が得られる場合には、医療として行った検査の結果等の情報提供を依頼し、状態の把握に努めることも考えられる。

図表-28 一体的実施・KDB活用支援ツールで把握可能な項目

【基本】	<ul style="list-style-type: none"> <li>基本的な個人情報,自治体情報(地区等)、後期取得年月日、後期喪失年月日、</li> <li>糖尿病_最新年度から5年糖尿病薬 : aG I、D P P 4阻害剤、グリニド、SU剤、ピグアナイド、S G L T 2阻害剤、G L P 1受容体、インスリン抵抗性、配合剤、インスリン注射</li> </ul>
【医療】	<ul style="list-style-type: none"> <li>糖尿病_H b A 1 c 検査、神経障害、網膜症、腎症</li> <li>高血圧症_最新年度から5年</li> <li>抽出年度の投薬治療</li> <li>傷病名 : 脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析、がん、慢性腎不全、腎不全、認知症、関節症、脊椎障害、骨折、骨粗しょう症、うつ、誤嚥性肺炎、感染性肺炎、貧血、COPD</li> <li>服薬_多剤処方当月、前月、前々月、服薬_睡眠薬、服薬_脂質異常症、受診医療機関数</li> <li>歯科_歯周病等、義歯等</li> <li>入院_当年、前年、外来_当年、前年、実施年月日</li> </ul>
【健診】	<ul style="list-style-type: none"> <li>身長、体重、前年度との差、腹囲、BMI、収縮期血圧、拡張期血圧、中性脂肪、HDL、LDL、non-HDL、GOT、GPT、<math>\gamma</math>-GTP、空腹時血糖、HbA1c、随時血糖、尿糖、尿蛋白、赤血球数、血色素、Ht、心電図、血清Cr、eGFR、Alb</li> <li>健診受診状況_最新年度から5年</li> <li>後期高齢者の質問票 : 15項目、回答年月日</li> </ul>
【介護】	<ul style="list-style-type: none"> <li>要介護度(直近)認定開始日、要介護度(直近)、居宅、施設、初回認定時_開始年月日、初回認定時_要介護度</li> </ul>

### ②. アドバイスの実施

アセスメントにより明らかになった課題の中から改善を目指すべき課題を特定し、対象者に対し、解決のための具体的なアドバイスを実施する。その際、課題やできないことの把握・指摘をするのではなく、できることに着目し、それを続けられることを意識したアドバイスをすることが重要である。

### ③. 改善目標の設定

具体的なアドバイスを実施するとともに、課題の解決に向けた目標を支援対象者自身が設定するように支援する。目標には、今のままの生活を続けたい等の状態目標と具体的にとるべき行動を定める行動目標があるが、行動目標の方が支援対象者自身で支援の効果を把握しやすいため、行動目標を設定することが望ましい。なお、目標は、支援対象者の状況に応じ、できるだけ取り組みやすいものや成果につながりやすいものとするのが重要である。

また、支援の期間・頻度（回数等）は、事業実施の流れとしてあらかじめ設定することが必要であるが、支援対象者の課題の難易度、理解度等によって変更が必要となる場合もあり、個々の支援対象者の状況に応じた柔軟な設定を可能とするような対応も望まれる。場合によっては、電話による指導等の併用や各回の支援内容に応じて訪問する医療専門職の職種を選択するなど、効果的かつ効率的な実施に努める。

### ④. 参加者についての個別評価（目標達成状況の確認）

参加者に対する具体的な支援の後、設定した目標が達成されているかを評価する必要がある。その結果、一定の成果がみられる場合には、支援を終了し、引き続き支援が必要と判断される場合には、同事業内での支援の継続や他のサービス（介護予防の総合事業等）へとつなぐ。

### ⑤. 地域資源に関する情報提供

個別の支援の後、高齢者が地域での生活に有用となる介護保険の地域支援事業における地域サロンや保健衛生担当部局等の各種健康相談事業、独居高齢者・閉じこもり高齢者へのアウトリーチ事業等について、情報提供を行う。

### ⑥. 地域資源へのつなぎ

支援終了後、介護予防等の他の事業や地域の見守り等、活用可能な地域資源につなぎ、実施した支援を定着させるよう関係者との調整等を行う。

### ⑦. かかりつけ医等への情報提供

高齢者の生活を含めた状態像や具体的な課題等、支援の結果把握した内容については、対象者の同意を得た上で、適宜、かかりつけ医・かかりつけ歯科医、薬剤師等の関係者に情報提供し、日常の診療等に活かしてもらえるようにする。

## (5) 評価とその活用

事業評価を行う際には、①支援対象者個人の状況の変化を確認して行う評価、②個別事業における地域課題への成果等を考慮した事業評価、③一体的実施の取組として総合的に行う評価の3つの視点がある。いずれの評価の視点についても、事業実施の前に、どのような指標で評価するかにかかる評価計画を立案した上で事業を実施する。また、評価の際には、図表26で示したストラクチャー（体制）、プロセス（方法）、アウトプット（実施量）、アウトカム（成果）の4つの観点により、その事業実施の適切性や効果の有無等を確認し、改善が必要な場合は事業計画の見直しを行う。評価にあたっては、定量的な指標に加えて、参加者

の反応や、関係者の意見等も含めて評価する。事業評価は関係者に事業報告を行い、引き続きよりよい事業にするため次期計画への見直しに活かすことが重要である。実践編第4章「評価とその活用」も合わせて参照いただきたい。<sup>24</sup>

---

<sup>24</sup> 具体的な取り組みについては、後段の事例集（P120）を参照のこと。

## 2 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施における個別事業の実践

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施については、ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチを実施することとなっている。ハイリスクアプローチの個別事業については(1)～(6)に、ポピュレーションアプローチについては、全体に係る事項を(7)に記載する。

### (1) 低栄養に関するプログラム例

#### 1) 概要

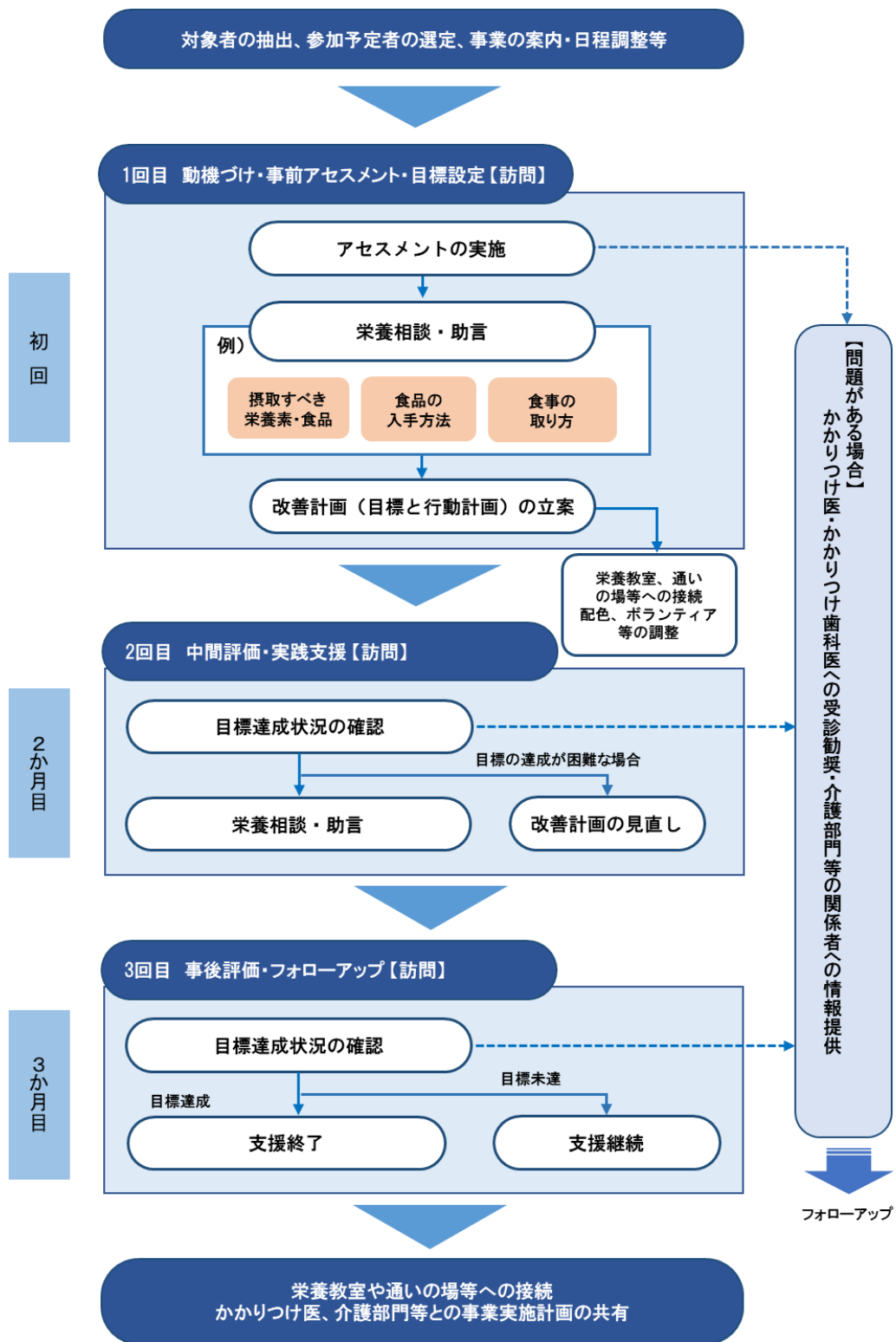
事業目標	地域に暮らす高齢者の低栄養状態を改善し、介護予防・QOL向上を目指す。
対象者	低栄養に陥る可能性のある状態の高齢者
個別支援の抽出基準	BMI 20 以下（健診結果）、かつ6か月で2～3kg以上の体重減少（質問票 No 6）
事業評価指標例	アウトプット：支援対象者のうち、支援できた者の人数・割合 アウトカム：体重が維持（±0.9kg）・改善（+1kg）できた者の人数・割合、低栄養傾向（BMI20 以下）の者の人数・割合、1年後の要介護認定の状況

#### 2) 実施体制

管理栄養士や保健師等、医療専門職による電話もしくは訪問によるアウトリーチ支援を行う。栄養状態は口腔機能とも関連することから、必要に応じて歯科衛生士等の医療専門職とも連携する。各地域の栄養士会では、栄養相談や研修の講師等を行う栄養ケア・ステーション<sup>25</sup>が設置されているため、実施体制構築に当たり、連携や協力を求めることも考えられる。また、高齢者本人による改善の取組だけでなく、地域の食に関する資源を活用する視点も重要であることから、地域医療関係団体や食生活改善推進委員等との連携も有効である。

<sup>25</sup> 栄養ケア・ステーションとは、日本栄養士会及び都道府県栄養士会が設置し、所属する管理栄養士・栄養士が、医療機関や自治体等と連携し、地域住民に対して栄養相談・保健指導等のサービスを提供する地域密着型の拠点である。

### 3) 低栄養に関するプログラムの流れ（例）



### 4) 支援の実施

#### ①. 健康状態・ニーズの把握

初回訪問時は、体重・BMIの確認や変化の状況等の他、改善計画の立案のために必要な「栄養状態に関わる食生活・日常生活上の課題」を見つけ出すために、その具体



的な状況・背景を確認する。具体的には、下表に示すような項目についてアセスメントを行う。また、栄養状態が悪化する背景には、口腔の問題や咀嚼・嚥下機能の低下が関連していることがあることから、口腔・嚥下機能の状態についても確認する。

レセプトデータが活用できる場合には、本人からの聞き取りだけではなく、受診している診療科（歯科含む）・傷病名・処方内容等から栄養状態への影響を確認しておくことが望ましい。

図表-29 アセスメント項目の例

区分	項目	データソース	一体的実施・KDB活用支援ツールで把握可能
質問票	体重変化	後期高齢者の質問票 (No. 6) 【6カ月間で2～3kgの体重現状がありましたか：はい】	●
	食習慣	後期高齢者の質問票 (No. 3) 【1日3食きちんと食べていますか：いいえ】	●
	咀嚼機能・嚥下機能	後期高齢者の質問票 (No. 4) 【半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか※さきいか、たくあんなど：はい】 後期高齢者の質問票 (No. 5) 【お茶や汁物等でむせることがありますか：はい】	●
	心の健康状態	後期高齢者の質問票 (No. 2) 【毎日の生活に満足していますか：いいえ】	●
	社会参加・ソーシャルサポート	後期高齢者の質問票 (No. 13) 【週に1回以上は外出していますか：いいえ】 後期高齢者の質問票 (No. 14) 【ふだんから家族や友人との付き合いがありますか：いいえ】 後期高齢者の質問票 (No. 15) 【体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか：いいえ】	●
	認知機能	後期高齢者の質問票 (No. 10) 【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：はい】 後期高齢者の質問票 (No. 11) 【今日が何月何日かわからない時がありますか：はい】	●
医療	受診状況、現病歴・既往歴、服薬状況	KDBシステム等を活用したレセプトデータ（糖尿病、高血圧、認知症、骨折、歯周病等にかかる状況）	●
健診	有所見状況、検査値	健診結果（体重、BMI、HbA1c、血圧、ヘモグロビン等）	●
栄養	栄養状態・健康状態	聞き取り等（食事回数・内容、食品摂取多様性、摂取エネルギー、たんぱく質量、水分摂取量、排便状況、食事環境、調理・買い物状況、食欲不振の有無、ストレス状況、うつ状態、身体活動の状況）	
口腔	口腔内・義歯の状況、口腔清掃の実施状況	目視、聞き取り	

※血清アルブミンは炎症の指標であり、必ずしも低栄養を適切に反映しないことから対象者の抽出や評価には用いない。

## ②. ニーズに応じた必要なサービスへの接続

アセスメントの結果、明らかになった課題に応じて、具体的な助言を行う。具体的には下表のような内容が想定される。

低栄養に関する支援としては、摂取する食事の内容（栄養素）等に限定しがちであるが、高齢者の生活全般のIADLを向上させ、栄養改善を図る支援を行う必要がある。改善のためにどのような食品を摂取するかだけでなく、適切な食品をどのように入手するか等についての支援も重要である。

なお、アセスメントの結果、極端な体重減少や体調不良、口腔・嚥下機能の問題等を把握した場合には、医師や歯科医師等への受診勧奨を行う。

図表-30 具体的な助言内容の例

対象者の状況	助言内容の例
体重減少がある場合、欠食がある場合、食物の入手が困難な場合	摂取すべき栄養素・食品の紹介 調理方法に関する説明 食事のとり方（量や時間、間食の利用方法）の紹介 食品の入手方法（配食弁当や食材の宅配）の紹介 コミュニティバスの時刻表の紹介 日持ちのする食品（缶詰等）の利用の提案 共食（家族、友人等）の機会を増やすことの提案
口腔機能の低下が疑われる場合	※口腔のプログラム参照
活動量や外出頻度が低下している場合	生活のリズムを整える必要性の説明 通いの場等の紹介

具体的な助言に加えて、栄養状態の改善に向けて、課題解決に向けた改善計画（目標と行動計画）を対象者とともに立案する。目標は、なりたい状態を示す「状態目標」よりも、具体的にとるべき行動を定める「行動目標」が望ましい。具体的には下表のような目標が挙げられる。

目標達成のための行動計画には、対象者が無理なく取り組みやすい内容とし、身近な地域の食に関する資源の活用等の視点を盛り込む。対象者の状況に応じて、配食サービスやボランティア、栄養教室、通いの場など、必要な支援・サービスの紹介や調整を行う。

支援に当たっては、高齢者それぞれの食事内容、買い物や調理、食事環境、食事に関わる生活や課題等から、できることをじっくりと聞き出しながら、課題解決に向けて取り組みやすい内容を一緒に考え提案するというスタンスで臨むことが必要である。

なお、より高い効果を得るためには、栄養状態の改善と運動促進に向けた支援の併用、栄養状態の改善と歯科・口腔機能の改善に向けた支援の併用のように、各専門職と連携し、それぞれの高齢者に合致したテラーメイドの取組とすることが重要である。

図表-31 設定する目標の例（低栄養の場合の行動目標）

たんぱく質のおかず（卵、大豆製品、乳製品、肉、魚等）を毎食食べる 1日3食時間を決めて食べる 野菜を毎食2皿以上とる ご飯の量を増やす、おやつ時に牛乳を飲む 油料理を1日1回はとる 補食（おやつ）を上手に活用してエネルギーやたんぱく質を意識して加えてとる外出した際に魚や肉を買う 1日1回は玄関から外に出る 地域の活動に参加する 週に●回以上、通いの場の体操に参加する 週に●回以上、家族や知人等と食事をする
---

### ③. フォローアップ

中間評価では、設定した目標の達成状況や体重の変化状況等を確認する。

評価指標としてBMIを用いる場合があるが、BMIは改善傾向にあっても変化量が小さく、評価が難しいため、評価には体重を用いることも必要である。このため、毎年の健診データを利用し、できるだけ参加者の負担にならないよう努める等、効率的な収集方法を検討する必要がある。

目標の達成が困難と想定される場合や、継続的な実施が難しいと考えられる場合には、改善計画の見直し（目標の再設定、行動計画の見直し）を行う。

事後評価では、設定した目標が達成されているかどうかを確認する。目標が達成されている場合は支援終了とし、引き続き支援が必要と判断される場合には、同事業で支援を継続するか、地域支援事業等、他のサービスへ接続する。

### ④. 事業の評価

低栄養改善に向けた取組についての事業評価は、ハイリスクアプローチについて、以下のような評価例を参考に評価を行う。

#### 【ハイリスクアプローチの場合の事業評価例】

ストラクチャー：

本事業の実施体制（KDBデータ分析、人員等栄養相談のマンパワー、予算確保）

プロセス：

対象者の抽出、絞り込み、栄養相談（訪問・電話）等が円滑にできたか  
各種ツールは使いやすいものであったか

アウトプット：

栄養相談対象者のうち、栄養相談できた者の割合

アウトカム：

栄養相談できた者のうち、体重が維持・改善できた者の割合、低栄養傾向（BMI20以下の者の人数、割合）

#### 長期的

重症化（要支援・介護認定、死亡）した者の割合、医療費及び介護給付費の状況、市民全体の低栄養傾向の者の減少

## (2) 口腔に関するプログラム例

### 1) 概要

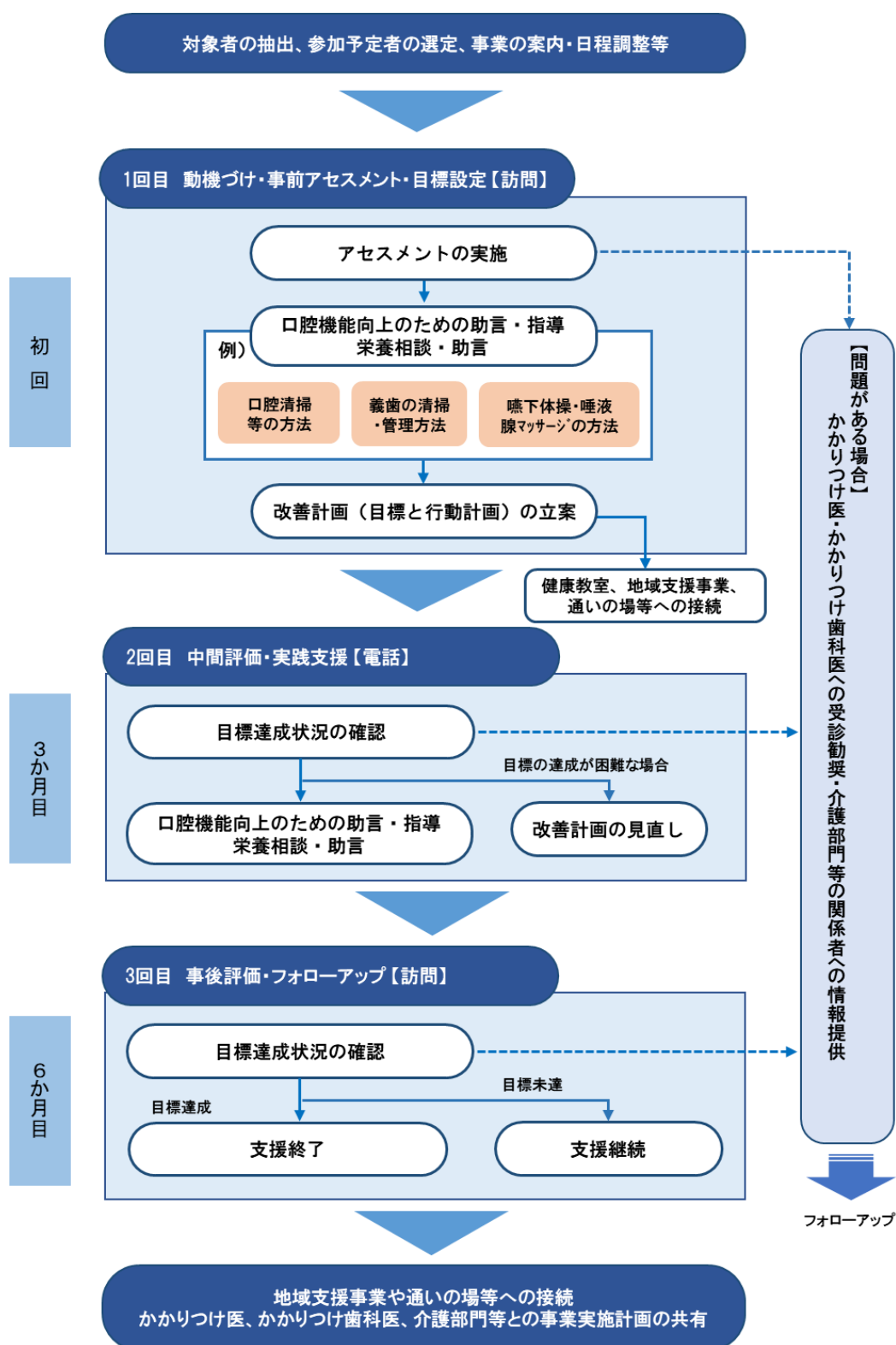
事業目標	地域に暮らすオーラルフレイル・口腔機能低下者を抽出して歯科受診につなげ、口腔機能低下口腔機能低下防止を図る。
対象者	オーラルフレイル・口腔機能の低下（またはその恐れ）がある高齢者
個別支援の抽出基準	質問票④（咀嚼機能）⑤（嚥下機能）のいずれかに該当 かつ レセプト：過去1年間歯科受診なし
事業評価指標例	アウトプット：支援者のうち、支援できた者の人数・割合 アウトカム：歯科医療機関の受診状況、後期高齢者の質問票（4咀嚼「はい」・5嚥下「はい」と回答した者の人数・割合、1年後の要介護認定の状況

### 2) 実施体制

歯科衛生士や保健師等、医療専門職による電話もしくは訪問によるアウトリーチ支援を行う。口腔機能の低下は栄養状態の悪化にもつながることから、口腔に関する支援にとどまらず、必要に応じて管理栄養士等の医療専門職とも連携の上、栄養に関する支援を行う。

また、高齢者本人による取組だけでなく、専門的ケアの提供も必要となる場合があることから、地域の歯科医師会・歯科衛生士会や（かかりつけ）歯科医との連携も重要である。さらに、口腔内の状況は服薬状況とも関係するため、かかりつけ医との連携も必要である。

### 3) 口腔に関するプログラムの流れ (例)



### 4) 支援の実施

#### ①. 健康状態・ニーズの把握

初回訪問時は、改善計画の立案のために必要な「口腔に関する課題」を見つけ出すために、その具体的な状況・背景を確認する。歯科健診を受診している場合はその内

容を参照しつつ、下表に示すような項目についてアセスメントを行う。

口腔・嚥下機能の低下には、睡眠導入剤や抗不安薬が影響している可能性があるため、服用している薬剤等についても確認することが重要である。また、口腔機能だけでなく、栄養状態の悪化が見られる場合には、栄養に関する項目についても確認することが望まれる。

図表-32 アセスメント項目の例

区分	項目	データソース	一体的実施・KDB活用支援ツールで把握可能
質問票	咀嚼機能・嚥下機能	後期高齢者の質問票 (No. 4) 【半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか ※さきいか、たくあんなど：はい】 後期高齢者の質問票 (No. 5) 【お茶や汁物等でむせることがありますか：はい】	●
	体重変化	後期高齢者の質問票 (No. 6) 【6カ月間で2～3kgの体重現状がありましたか：はい】	●
	食習慣	後期高齢者の質問票 (No. 3) 【1日3食きちんと食べていますか：いいえ】	●
	社会参加・、ソーシャルサポート	後期高齢者の質問票 (No. 13, 14, 15) 【週に1回以上は外出していますか：いいえ】 【ふだんから家族や友人と付き合いがありますか：いいえ】 【体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか：いいえ】	●
	認知機能	後期高齢者の質問票 (No. 10) 【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：はい】 後期高齢者の質問票 (No. 11) 【今日が何月何日かわからない時がありますか：はい】	●
医療	歯科受診状況 糖尿病等の受診状況	歯科受診の状況（歯周病、う歯）糖尿病の受診状況、服薬状況 脳血管疾患、認知症、誤嚥性肺炎等の既往の有無	●
口腔	口腔内・義歯の状況、口腔清掃の実施状況	目視、聞き取り	
栄養	栄養状態・健康状態	聞き取り等（食事回数・内容、摂取エネルギー、たんぱく質量、水分摂取量、排便の状況、食事環境、買い物環境、食欲不振の有無、ストレス状況、急性疾患の罹患状況、うつ状態、身体活動の状況）	

## ②. ニーズに応じた必要なサービスへの接続

アセスメントの結果、明らかになった課題に応じて、具体的な助言を行う。具体的には次のような内容が想定される。支援の中で助言する口腔・嚥下体操や口腔清掃方法などについては、参加者本人に対してだけでなく、介護をしている家族や介護事業者がいる場合には、それら介護者にも助言することが重要である。

なお、アセスメントの結果、口腔や嚥下状態の問題や、義歯の清掃不良や不安定、歯科未受診等の状況を把握した場合には、かかりつけ歯科医等への受診勧奨を行う。ま

た、服薬内容により、口腔・嚥下機能の低下が予見される場合には、本人に同意をとった上でかかりつけ歯科等の医療専門職との連携し、かかりつけ医への相談等を行う。

図表-33 具体的な助言の内容の例

対象者の状況	助言の内容の例
歯や口が痛い等で食べられない、もしくは歯の欠損がある場合	かかりつけ歯科医等への受診勧奨
口腔機能の低下が疑われる場合	歯科医院への紹介 口腔体操リーフレットの紹介 介護予防教室等の紹介 姿勢に関する助言 口腔・嚥下体操・唾液腺マッサージの方法の紹介 食事のとり方、とろみ等の食事形態に関する紹介 間食や飲み物のとり方に関する助言 よく噛んで食べることの動機づけ
口腔内の清掃に課題がある場合	口腔清掃等に使用する用具 口腔清掃等の方法（歯磨き、口腔清掃の方法） 義歯の清掃、管理方法

具体的な助言に加えて、口腔および嚥下機能の改善に向けて、課題解決に向けた改善計画（目標と行動計画）を対象者とともに立案する。目標は、なりたい状態を示す「状態目標」よりも、具体的にとるべき行動を定める「行動目標」が望ましく、具体的には下表のような目標が挙げられる。目標達成のための行動計画には、対象者が無理なく取り組みやすい内容とし、食事やセルフケアといった日常生活の中に位置づけ、意識するよう促すことが望ましい。また、対象者自身によるセルフケアに加え、必要に応じて歯科医師や歯科衛生士等の協力を得て、専門的ケアを組み合わせることも重要である。対象者の状況に応じて、健康教室（口腔機能向上）など、必要な支援・サービスの調整を行う。

より高い効果を得るためには、歯科・口腔と栄養を複合した支援のように、目前の高齢者それぞれに応じた取組であることが重要である。

図表-34 設定する目標の例（口腔の行動目標）

毎食後歯磨きをする 1日1回は舌の清掃を行う 入れ歯を毎食後洗う、夜間は清潔な入れ物で水中に保管する 口腔・嚥下体操を実施する 歌ったり、話をしたり、声を出して本や新聞を読む リラックスした、正しい姿勢で飲食する よく噛んで食べるようにする 通いの場に週●回以上参加する
--

### ③. フォローアップ

中間評価では、設定した目標の達成状況や口腔・嚥下機能の状態等を確認する。目標の達成が困難と想定される場合や、継続的な実施が難しいと考えられる場合には、改善計画の見直し（目標の再設定、行動計画の見直し）を行う。

事後評価では、設定した目標が達成されているかどうかを確認する。目標が達成されている場合は支援終了とし、引き続き支援が必要と判断される場合には、同事業で支援を継続するか、地域支援事業等、他のサービスへ接続する。

### ④. 事業の評価

口腔の状態改善に向けた取組についての事業評価は、ハイリスクアプローチについて、以下のような評価例を参考に評価を行う。

#### 【ハイリスクアプローチの場合の事業評価例】

ストラクチャー：

本事業の実施体制（KDBデータ分析、保健指導のマンパワー、予算確保、地域の歯科医師・歯科衛生士等との連携）

プロセス：

対象者の抽出、絞り込み、受診勧奨事業等が円滑に実施できたか

アウトプット：

リスト対象者のうち、アプローチできた者の割合

アウトカム：

アプローチした者のうち、歯科医療機関を受診した者、通いの場や介護予防事業に参加した者の割合、質問票④(咀嚼機能)⑤(嚥下機能)に該当しなくなった者の割合

**長期的**

リスト抽出者の減少（被保険者の中の発生割合）



### (3) 服薬に関するプログラム例

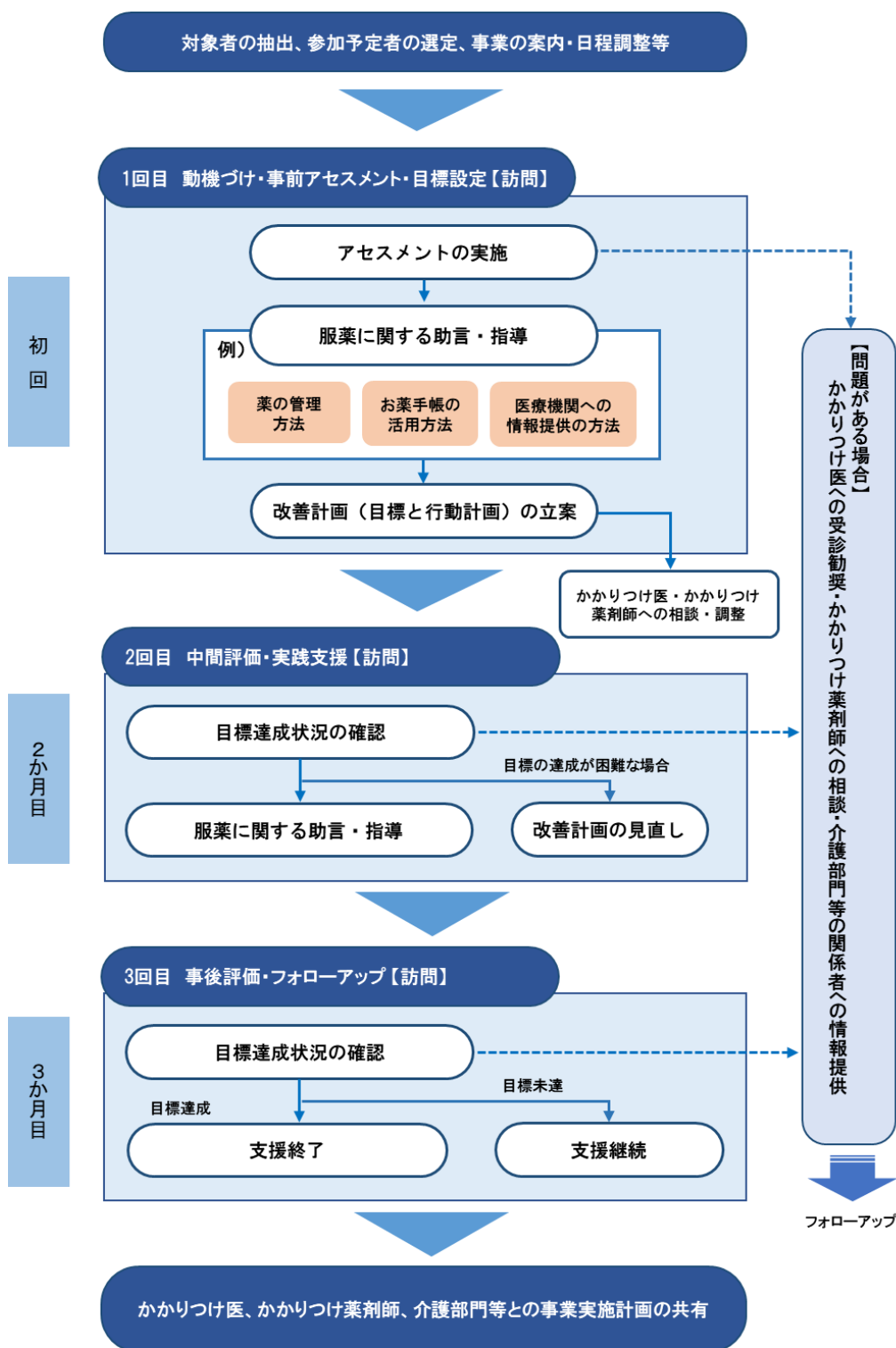
#### 1) 概要

事業目標	多剤投薬者や睡眠薬服用者を抽出し、服薬指導・服薬支援につなげることで、残薬を減らすとともに、転倒等の薬物有害事象を防止する。
対象者	一定数以上の薬剤が処方されている高齢者又は睡眠薬が処方され転倒等のリスクのある高齢者
個別支援の抽出基準	1) 多剤等役者の服薬指導、服薬支援 処方薬剤数「15以上」等で対象者を抽出し、個別支援が実施可能な人数まで候補者を絞り込む 2) 睡眠薬服用者に対する薬物有害事象の予防 レセプト情報：睡眠薬処方あり かつ 質問票8（転倒）に該当または質問票10（認知：物忘れ）、11（認知：失見当識）の二つとも該当
事業評価指標例	アウトプット：支援対象者のうち、支援できた者の人数・割合 アウトカム：介入前後3か月の受診状況（受診医療機関数、受診回数）、介入前後3か月の処方薬剤数が15剤以上の人数・割合 ※特定の月のみ多い・少ないという状況も想定されるため、介入前3月分と、介入後3月分を評価

#### 2) 実施体制

服薬指導の実施に当たっては、あらかじめ、事業対象者の抽出条件や指導内容等について、かかりつけ医やかかりつけ薬剤師・薬局との十分な情報共有、調整が必要である。服薬指導を実施するためには薬物治療に関する専門的知識が必要となるため、服薬指導は、地域の薬剤師会に事業を委託等により協力を得て、対象となる高齢者宅に訪問が可能な薬剤師が訪問、指導を行う方法等が考えられる。

### 3) 服薬に関するプログラムの流れ (例)



### 4) 支援の実施

#### ①. 健康状態・ニーズの把握

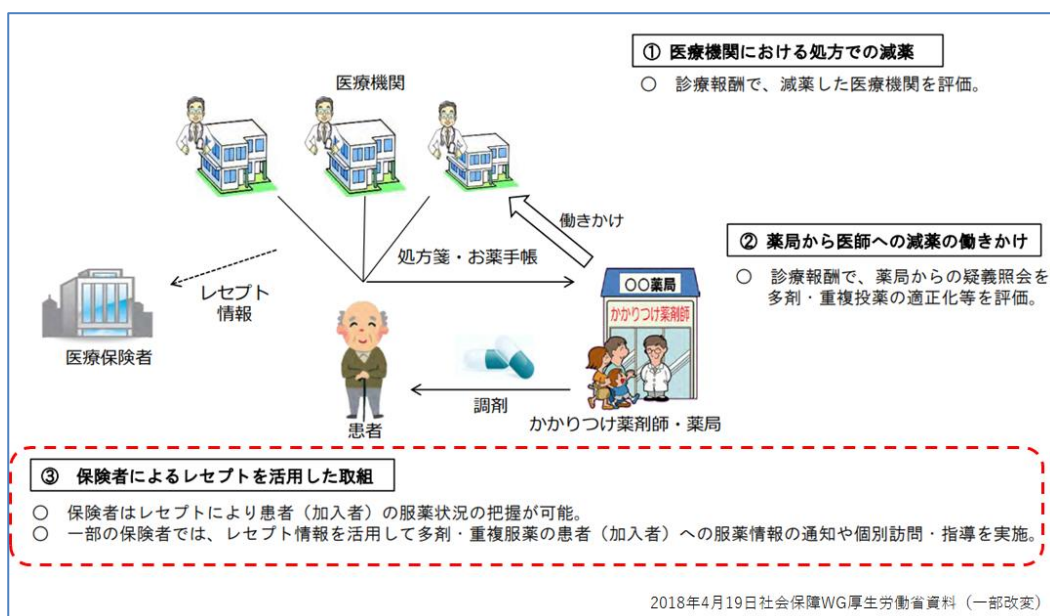
初回訪問時は、処方内容や残薬の状況、医療機関の受診状況等を確認し、服薬が適

切に行われているかどうか、ポリファーマシー<sup>26</sup>の問題の有無等を確認する。

薬の数は併存疾患数に比例して増加しやすく、不眠や疼痛等の患者の訴えに応じて増えていく場合も多い。そのような状況を把握するには多科受診の状況も把握する必要がある。

また、服薬行動に関連する全身機能の情報（認知機能、嚥下機能、視力・聴力、手指機能、ADL）についても把握できると、適切な指導につながる。特に、ポリファーマシーに伴い、副作用として老年症候群（ふらつきや転倒、食欲低下、記憶障害、抑うつ、便秘、排尿障害・失禁、嚥下機能低下等）が生じる場合もあることから、必要に応じてそれらの事象の有無を確認する。なお、ポリファーマシーへの対策については、地域の医療機関における取組や医師・薬剤師の理解が重要であることを踏まえ、それらの状況について把握するとともに医師会・薬剤師会に理解促進や協力を求めることも重要である。（図表-35）

図表-35 多剤・重複投薬の適正化に向けた対策



加えて、医療機関から処方された薬剤だけではなく、市販薬や健康食品、サプリメントの使用状況も健康状態に関係するため、これらの情報をアセスメントで把握する必要がある。

<sup>26</sup> ポリファーマシーの概念等については、「高齢者医薬品適正使用検討会」においてとりまとめられた「高齢者の衣料品適正使用の指針（総論編）」（2018年5月）を参照いただきたい。（[https://www.mhlw.go.jp/content/11121000/kourei-tekisei\\_web.pdf](https://www.mhlw.go.jp/content/11121000/kourei-tekisei_web.pdf)）

図表-36 アセスメント項目の例

区分	項目	データソース	一体的実施・KDB活用支援ツールで把握可能
質問票	転倒の有無 (直近の1年間)	後期高齢者の質問票 (No. 8) 【この1年間に転んだことがありますか：はい】	●
	認知機能	後期高齢者の質問票 (No. 10) 【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いわれていますか：はい】 後期高齢者の質問票 (No. 11) 【今日が何月何日かわからない時がありますか：はい】	●
医療	医療機関の受診状況、服薬管理の状況、残薬の状況	聞き取り (受診状況、処方状況、睡眠薬処方の有無等)	

アセスメントの結果、明らかになった課題に応じて、具体的な助言を行う。具体的には次のような内容が想定される。

ポリファーマシーの改善のみならず、飲みづらさや飲み忘れが改善するよう対象者のADLや認知機能、日常生活リズム等に合わせた支援が必要である。また、高齢者の中には、自身の判断で服薬量を調整したり、独居のために服薬管理ができない人もいる。その場合、単に薬剤数が問題なのでなく、服用している薬の形状や飲み合わせ等が影響していることもあるため、個別の状況を十分に把握した上での支援が必要となる。

②. ニーズに応じた必要なサービスへの接続

アセスメントの結果、医師等への相談が必要と判断された場合には、本人の同意の上、かかりつけ医や(かかりつけ)薬剤師・薬局に対して、服薬状況等に関する情報提供を行う。

図表-37 具体的な助言内容の例

対象者の状況	助言内容の例
服薬管理に問題がある場合	薬の管理方法(保管場所等)や服薬の工夫に関する助言 お薬手帳の活用方法に関する助言
ポリファーマシーの恐れがある場合 ・1年以内に転倒の経験あり ・認知機能に関して不安を抱いている など	かかりつけ医や(かかりつけ)薬剤師・薬局への相談の勧奨

具体的な助言に加えて、課題解決に向けた改善計画(目標と行動計画)を対象者とともに立案する。目標は、なりたい状態を示す「状態目標」よりも、具体的にとるべき行動を定める「行動目標」が望ましく、具体的には下表のような目標が挙げられる。目標達成のための行動計画には、対象者が無理なく取り組みやすい内容とする。必要に応じて、かかりつけ医や(かかりつけ)薬剤師・薬局への相談等、必要な調整を行う。退院時などに病院と診療所、地域の薬局、市町村等の間で連携を図ることにより、高

齢者に最適な服薬状況を把握し調整することも考えられる。

図表-38 設定する目標の例（服薬の行動目標）

医師の処方通りに服用する  
服薬にてなんらかの症状が発生した場合には、医師・薬剤師に相談する。お薬手帳は1冊にする、電子版お薬手帳を活用する  
過去に処方された薬剤と現在服用している薬剤を別にして保管する  
薬に関する疑問点はその都度確認する

### ③. フォローアップ

中間評価では、設定した目標の達成状況や受診状況、服薬状況等を確認する。服薬支援の効果の確認は、間隔を開けずに実施することが望ましい。

目標の達成が困難と想定される場合や、継続的な実施が難しいと考えられる場合には、改善計画の見直し（目標の再設定、行動計画の見直し）を行う。

事後評価では、設定した目標が達成されているかどうかを確認する。評価の観点として、服薬状況の適正化だけでなく、副作用の改善、飲みづらさ・飲み忘れの改善、生活状況にそぐわない服薬量や服用回数の減少、それらに伴う残薬の量について評価することも必要である。

目標が達成されている場合は支援終了とし、引き続き支援が必要と判断される場合には、同事業で支援を継続する。

### ④. 事業の評価

服薬の状態改善に向けた取組についての事業評価は、ハイリスクアプローチについて、以下のような評価例を参考に評価を行う。

#### 【ハイリスクアプローチの場合の事業評価例】

ストラクチャー：

地区医師会・薬剤師会への企画時点からの説明・連携、KDBデータ分析担当職員の確保、指導体制（医療専門職）

プロセス：

保健指導候補者の抽出基準の設定（包含・除外基準）、服薬指導案内状、服薬情報の内容や通知方法、指導方法（場所、時間、方法、評価方法）、委託先の評価（薬剤師による服薬指導の有無）

アウトプット：

服薬指導通知者数、個別指導候補者数、個別指導応需者数、指導時間・個別指導のための移動時間、委託費用

アウトカム：

服薬に関する負担感、服薬指導・助言内容に対する理解度・満足度、医療費自己負担額の負担感、飲み忘れ頻度の変化、残薬数の変化、薬剤有害事象発生頻度の変化、服薬に関する講話の理解度・満足度、困りごとの緩和の程度

図表-39 高齢者で薬物有害事象が増加する要因

- 多くの因子が高齢者における薬物有害作用増加に関連している。
- そのうち最も重要なのは、薬物動態の加齢変化に基づく薬物感受性の増大と、服用薬剤数の増加である。

疾患上の要因	複数の疾患を有する → 多剤併用、併科受診 慢性疾患が多い → 長期服用 症状が非定型的 → 誤診に基づく誤投与、対症療法による多剤併用
機能上の要因	臓器予備能の低下（薬物動態の加齢変化） → 過量投与 認知機能、視力・聴力の低下 → アドヒアランス低下、誤服用、症状発現の遅れ
社会的要因	過小医療 → 投薬中断

#### (4) 身体的フレイル（ロコモティブシンドローム含む）に関するプログラム例

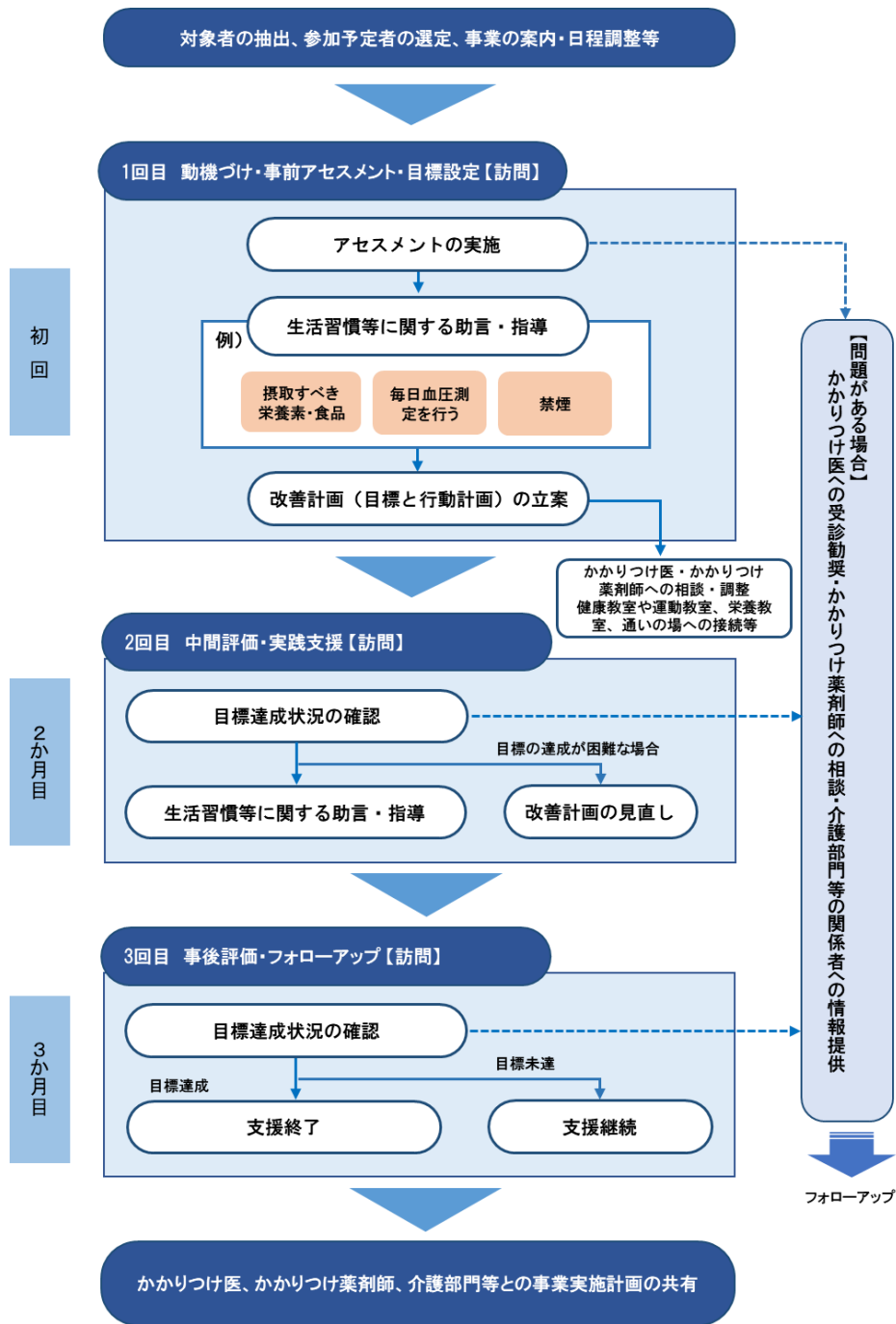
##### 1) 概要

事業目標	地域に暮らす身体的フレイル（ロコモティブシンドローム含む）のリスクがある者を抽出し介護予防・QOL向上を目指す。
対象者	身体的フレイル（ロコモティブシンドローム含む）のリスクがある高齢者
個別支援の抽出基準	質問票①（健康状態）に該当 かつ 質問票⑦（歩行速度）に該当 質問票⑦（歩行速度）に該当 かつ 質問票⑧（転倒）に該当
事業評価指標例	アウトプット：支援対象者のうち、支援できた者の人数・割合 アウトカム：適切なサービス（専門職・地域支援事業等）へつながっている人数・割合、後期高齢者の質問票（①健康状態「4,5」かつ⑦歩行速度「はい」、または⑦歩行速度「はい」かつ⑧転倒の該当者「はい」と回答した者の人数・割合、1年後の要介護認定の状況

##### 2) 実施体制

一体的実施に関わる医療専門職には、フレイルを身体的、精神・心理的、社会的の各側面から多面的に見る視点を持ちながら、疾患のリスクにも目を向け、適切なサービスにつなぐ等、後期高齢者の健康課題の捉え方や健康管理の考え方について理解して取り組むことが必要である。また、高齢者の状態を多面的に捉えて支援するには、日常生活圏域に配置された一人の医療専門職が抱えるのではなく、保健師、管理栄養士、歯科衛生士等の複数の職種が連携しながら進めていくことが重要であり、それぞれの関わる事業等を通して把握した情報についても、適宜共有しながら多層的な支援を行える体制を構築することが求められる。

### 3) 身体的フレイル（ロコモ含む）に関するプログラムの流れ（例）



### 4) 支援の実施

#### ①. 健康状態・ニーズの把握

身体的フレイルのハイリスク者においては、低栄養、筋力低下、摂食嚥下機能の低下等の状態に応じた保健指導や生活機能向上に向けた支援等を行う必要がある。そのため、後期高齢者の質問票を用いて、フレイル等のリスクを確認するとともに、骨折の既往や整形外科疾患、高血圧、糖尿病等の原疾患の確認と、服薬状況や地域での人とのつながりも含めた社会交流等を確認する必要がある。運動を行う上でのリスク管理上必要な事項については関わる専門職間で共有するとともに、本人が日常生活の中



で運動を取り入れる際に留意すべき事項を伝え、実践していただくことも重要である。地域で提供可能なプログラムを提示し、本人の希望を確認する。

図表-40 アセスメント項目の例

区分	項目	データソース	一体的実施・KDB活用支援ツールで把握可能
質問票	健康状態	後期高齢者の質問票 (No. 1) 【あなたの現在の健康状態はいかがですか：あまり良くない、悪い】	●
	歩行速度	後期高齢者の質問票 (No. 7) 【以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか：はい】	●
	転倒	後期高齢者の質問票 (No. 8) 【この一年間に転んだことがありますか：はい】	●
	運動習慣	後期高齢者の質問票 (No. 9) 【ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか：いいえ】	
	心の健康状態 認知機能 社会参加の状況 ソーシャルサポートの状況	後期高齢者の質問票 (No. 2) 【毎日の生活に満足していますか：やや不満、不満】 後期高齢者の質問票 (No. 10) 【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：はい】 後期高齢者の質問票 (No. 11) 【今日が何月何日かわからない時がありますか：はい】 後期高齢者の質問票 (No. 13) 【週に回以上は外出していますか：いいえ】 後期高齢者の質問票 (No. 14) 【ふだんから家族や友人と付き合いがありますか：いいえ】 後期高齢者の質問票 (No. 15) 【体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか：いいえ】	●
医療	診療情報	聞き取り、レセプトデータ等 関節疾患（変形性膝関節症や腰痛等）の通院歴、骨折歴等を含む既往歴、現病歴、高血圧や糖尿病等生活習慣病の通院歴、処方状況、服薬状況（多剤・睡眠薬等）	●
健診	体格、過体重、腎機能、血圧、血糖	健診受診の有無、健診結果等 BMI (20 kg/m <sup>2</sup> 未満、25kg/m <sup>2</sup> 以上)、体組成（サルコペニア肥満）、 推算糸球体濾過量 (eGFR) (45ml/min未満)、尿蛋白 血圧や血糖のコントロールの状況	●
栄養	体重変化 食習慣	後期高齢者の質問票 (No. 6) 【6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか：はい】 後期高齢者の質問票 (No. 3) 【1日3食きちんと食べていますか：いいえ】	●
口腔	咀嚼・嚥下	後期高齢者の質問票 (No. 4) 【半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか：はい】 後期高齢者の質問票 (No. 5) 【お茶や汁物等でむせることがありますか：はい】	●

## ②. ニーズに応じた必要なサービスへの接続

健診結果や医療の受診状況、後期高齢者の質問票の回答内容を把握し、運動等を実施する上でのリスクを把握する。個々の状態に応じてフレイル等を予防するため、小集団による運動プログラムや、通いの場への接続、訪問指導により自宅における個別プログラムの実施等状況に応じた対応を行う。オンラインによる個別プログラムが有用なケースもある。栄養、口腔、服薬に課題のある者に対しては、適宜各専門職につながるなど専門的な視点を踏まえた支援ができるような対応を検討する。何かイベントが生じて生活機能の低下が見られる可能性もあるため、毎年の健診受診や必要な場合の定期的な受診等によりセルフケアを行えるよう、フォローする。

また、後期高齢者の質問票を定期的かつ継続的に活用することにより、高齢者自身が状態の悪化を予防できている場合や状態が悪化している場合等の変化等に気づき、自身の身体状況への興味・関心につながることで、フレイル状態が進行しないよう行動できることを説明するとともに、それらの行動を継続できるような工夫が必要である。したがって、後期高齢者向けの質問票を健診の場だけではなく、通いの場を中心とした地域での住民が集う場で積極的に活用して、経時的な変化にも気づいてもらうように配慮する。

図表-41 具体的な助言内容の例

対象者の状況	助言内容の例
フレイル等のリスクがある場合	通いの場（低負荷の運動）への参加の勧奨 外出や運動・身体活動の機会の増加の提案 自宅での自重トレーニングの実施
高血圧・糖尿病等生活習慣病の既往がある場合	定期的な受診と血圧測定等による自己管理の必要性の説明
整形外科の受診や骨折の既往がある等、運動器の低下のリスクがある場合	転倒・骨折の要因を確認し、生活環境や栄養状態等の改善に関する助言 必要に応じて、かかりつけ医等に相談することを提案
栄養のリスクがある場合	食生活の改善の提案 管理栄養士による指導の提案と調整 ※具体的には P62 参照
口腔のリスクがある場合	口腔・嚥下体操の紹介 歯科衛生士による指導の提案と調整 ※具体的には P67 参照
要介護、要支援の場合 閉じこもり、認知機能低下、 うつのリスクがある場合	必要に応じて地域包括支援センター、介護予防事業への紹介と調整

図表-42 設定する目標の例（身体的フレイルの場合の行動目標）

通いの場に週●回参加し、運動を行う 週2回の買い物に歩いて行く 毎日、10分程度の歩行時間を確保する 食事内容の見直し（補食の調整）を行い、半年後のBMI●を目指す 毎日、口腔・嚥下体操を実施する
--

### ③. フォローアップ

中間評価では、設定した行動目標の実施状況を確認する。

目標の達成が困難と想定される場合や、継続的な実施が難しいと考えられる場合には、改善計画の見直し（目標の再設定、行動計画の見直し）を行う。

事後評価では、設定した目標が達成されているかどうかを確認する。目標が達成されている場合は支援終了とし、活用可能な地域資源に情報提供するなどしてつなぐ。引き続き支援が必要と判断される場合には、同事業で支援を継続するか、通いの場等における体操の継続参加、地域支援事業等、他のサービスへ接続する。毎年の健診データを利用し、継年的にフォローアップ、モニタリングすることが必要である。

### ④. 事業の評価

身体的フレイルの改善に向けた取組についての事業評価は、ハイリスクアプローチについて、以下のような評価例を参考に評価を行う。

#### 【ハイリスクアプローチの場合の事業評価例】

ストラクチャー：

本事業の実施体制（KDBデータ分析、専門職のマンパワー、予算確保、実施件数、多職種協働）

プロセス：

事業の過程や活動状況は円滑であったか

- ・ 対象者の抽出、絞り込み、受診勧奨、事業等が円滑に実施できたか
- ・ 各専門職とのやり取りや対象者への支援内容等KDBシステムへの指導歴記録が記載できているか
- ・ 専門職および対象者との連携による課題点はあるか（連携はスムーズであったか：連絡の取りやすさ、引継ぎのしやすさ等）
- ・ 対象者は満足しているか

アウトプット：

事業は十分に実施できたか

- ・ リスト対象者のうちアプローチできた者の割合、事業実施率、適切な受診・介護予防事業・地域の通いの場・活動につながった者の割合

アウトカム：

事業結果（効果判定も含む）はどうであったか

- ・ アプローチした者のうち、適切なサービス（専門職、地域支援事業等）へつながっている人数、割合
- ・ 受診・介護予防事業・地域活動等の参加継続率

#### 長期的

リスク保有者の減少（加入者の中の発生割合）、要介護認定率の改善、質問票①（健康状態）⑦（歩行速度）⑧（転倒）に該当しなくなった者の割合

## (5) 重症化予防（糖尿病性腎症、その他生活習慣病）に関するプログラム例

### 1) 概要

事業目標	<p>A 血糖・血圧コントロール不良かつ薬剤処方がない者を医療機関受診につなげる</p> <p>B 糖尿病、高血圧等で薬剤を中止している者に対して健康相談を行い、健診受診につなげる</p> <p>C 糖尿病等の基礎疾患があり、フレイル状態にある者を抽出、通いの場等の介護予防事業につなげる</p> <p>D 腎機能不良かつ医療機関への受診がない者に受診勧奨を行い、透析を予防する。</p>
対象者	血糖・血圧コントロール不良者、糖尿病等治療中断者、基礎疾患＋フレイル状態にある者、腎機能不良者
個別支援の抽出基準	<p>A 健診：HbA1c<math>\geq</math>8.0%またはBP<math>\geq</math>160/100 かつ レセプト（医科・DPC・調剤）：対応する糖尿病・高血圧の薬剤処方履歴（1年間）なし</p> <p>B 健診：抽出年度の健診履歴なし かつ レセプト（医科・DPC・調剤）：抽出前年度以前の3年間に糖尿病・高血圧の薬剤処方履歴あり かつ 抽出年度に薬剤処方履歴なし</p> <p>C 基礎疾患ありの条件 レセプト（医科・DPC・調剤・調剤）：糖尿病治療中もしくは中断 または 心不全、脳卒中等循環器疾患あり、または健診：HbA1c7.0%以上 かつ 質問票①（健康状態）⑥（体重変化）⑧（転倒）⑬（外出頻度）のいずれかに該当</p> <p>D 健診：eGFR&lt;45 または 尿蛋白（+）以上 かつ レセプト：医療（入院・外来・歯科）未受診</p>
事業評価指標例	<p>アウトプット：支援対象者のうち、受診した者（個別支援・受診勧奨）の人数・割合</p> <p>支援対象者のうち、通いの場につながった者の人数・割合</p> <p>アウトカム：受診勧奨した支援者のうち受診した者（処方（服薬治療）、検査、その他診療報酬上の算定状況等で受診が確認できた者）の人数・割合</p> <p>治療中断者のうち健診または受診につながった者（処方（服薬治療）、検査、その他診療報酬上の算定状況等で受診が確認できた者）の人数・割合</p> <p>HbA1c<math>\geq</math>8.0%の人数・割合の変化</p> <p>SBP<math>\geq</math>160 または DBP<math>\geq</math>100 の人数・割合の変化</p> <p>質問票の回答状況の変化（①⑥⑧⑬）</p> <p>ハイリスク該当者の減少</p>

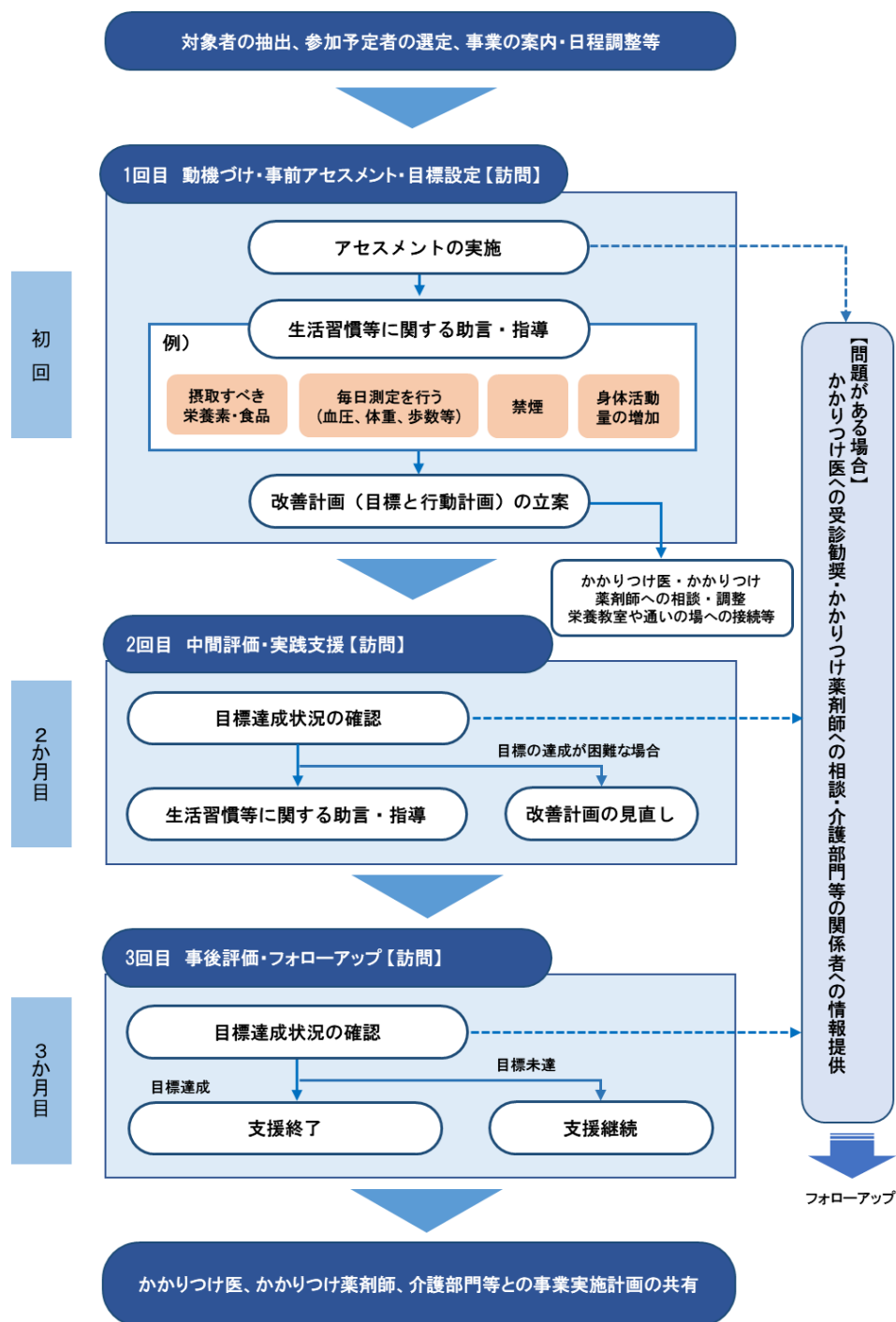
### 2) 実施体制

重症化予防の実施に当たっては、未治療のコントロール不良者や治療中断者を医療につなげることが重要であるため、医師会やかかりつけ医等との連携体制の確保が必要である。また、食生活の影響も大きいため、地域の保健師・管理栄養士が主体となって指導を実施することも重要である。その際、支援対象者の病期や状況に応じた適切な対応が求められることから、指導内容や保健指導上の留意点については、連携するかかりつけ医や専門医等の助言・指導が得られるような関係を構築しておくことも重要である。

加えて、糖尿病等の基礎疾患を有する場合にはフレイル等のリスクが高まりやすいため、

かかりつけ医と連携の上で、通いの場等への接続を促すなどを行うことが必要となる。特に、質問票の回答状況において生活機能の低下が著しいことが確認できた場合は地域包括支援センターやケアマネジャーとの連携により介護予防事業など必要な他の事業につなげることが重要である。

### 3) 重症化予防（糖尿病性腎症、その他生活習慣病）に関する主なプログラムの流れ（例）



＜参考＞糖尿病腎症重症化予防プログラム

重症化リスクの高い医療機関未受診者等に対する受診勧奨・保健指導を行い治療につなげるとともに、通院患者のうち重症化リスクの高い者に対して主治医の判断で対象者を選定して保健指導を行い、人工透析等への移行を防止する目的で、日本医師会・日本糖尿病対策推進会議・厚生労働省の三者で、糖尿病性腎症重症化予防プログラムを策定した。各都道府県も、市町村や広域連合を支援するために都道府県版のプログラムを策定している。されている。また、異動したばかりの職員やこれから取り組む自治体、取り組んでいるものの悩みを抱えている自治体が参考にすることができるよう、糖尿病性腎症重症化予防事業実施の手引きも作成されている。

参考 URL :

○糖尿病性腎症重症化予防プログラム（令和6年3月）

○糖尿病性腎症重症化予防に関する事業実施の手引き（令和6年3月）

○高齢者の糖尿病の血糖コントロール目標（HbA1c 値）

患者の特徴・健康状態 <sup>注1)</sup>	カテゴリーⅠ		カテゴリーⅡ	カテゴリーⅢ	
	①認知機能正常 かつ ②ADL自立		①軽度認知障害～軽度認知症 または ②手段的ADL低下、基本的ADL自立	①中等度以上の認知症 または ②基本的ADL低下 または ③多くの併存疾患や機能障害	
重症低血糖が危惧される薬剤（インスリン製剤、SU薬、グリノド薬など）の使用	なし <sup>注2)</sup>	7.0%未満		7.0%未満	8.0%未満
	あり <sup>注3)</sup>	65歳以上 75歳未満 7.5%未満 (下限6.5%)	75歳以上 8.0%未満 (下限7.0%)	8.0%未満 (下限7.0%)	8.5%未満 (下限7.5%)

高齢者における糖尿病の治療目標は、年齢、罹病期間、低血糖の危険性、サポート体制等に加え、高齢者では認知機能や基本的ADL、手段的ADL、併存疾患なども考慮して個別に設定する。ただし加齢に伴った重症低血糖の危険性が高くなることに十分注意する。

- 高齢者では低血糖を回避することを重視した治療目標となっており、目標を決定する際、サポート体制、認知機能やADL等を配慮して決められる。検査値のみで一律の判断になっていないことに留意する。
- 治療中断者、コントロール不良者については、受診状況を確認した上で、健診、医療機関の受診を促し、かかりつけ医と連携の上、適宜保健指導を行う。

#### 4) 支援の実施

重症化予防の取組について、保健指導を通じた生活習慣改善により、血圧や血糖の状態の維持・改善、腎障害の進行の抑制を目指すことが必要であるが、加齢による高齢者の特性を踏まえて行う必要がある。例えば、複数の疾患を抱えていたり、認知機能が低下していたりするなどのように個別性が高いこと、糖尿病等の過度なコントロールにより低血糖等の健康障害を起こす可能性があること、さらには、これらが将来的に他の疾患等（認知症、サルコペニア、骨折、フレイルなど）に悪影響を及ぼす可能性があることなどである。加えて、新たな疾病の罹患による身体機能や認知機能の低下、家族構成の変化による生活の変化等により、血糖値などの身体の状況が急激に悪化するなどの変化も起こりえる。したがって、重症化予防にかかる保健指導を行うにあたっては、こうした高齢者の特性を踏まえるため、後期高齢者の質問票などにより生活機能を含む健康状態の全体を把握するとともに、食事の準備状況等、生活状況も十分に把握することの重要性が高く、必要に応じて、介護保険サービス等の医療・福祉サービスにつなぐといった包括的な支援が必要となる。

また、糖尿病については、高齢者は薬剤等により低血糖を起こしやすいことを踏まえて、通常の糖尿病性腎症重症化予防における基準値よりも緩和されたコントロール目標が設定されることや、低血糖が認知症や心血管疾患のリスク因子とされていることなどについても、糖尿病にかかる重症化予防の取組において理解しておく必要がある。その他、高齢者では腎機能が急速に低下することがあるが、糖尿病、高血圧等の状況のほか、薬剤やいわゆる健康食品等の影響も考えられることを理解しておく必要がある。健診で腎機能低下が確認され、かつ医療機関未受診の者に対しては、保険者として確実に医療機関につなげるような支援が求められる。

##### ①. 健康状態・ニーズの把握

重症化予防のために必要な生活習慣等に関する課題を明らかにするため、初回訪問時にその具体的な状況・背景を確認する。一体的実施・KDB活用支援ツールにより、健診、質問票、レセプトデータが簡便に確認可能であるため、傷病名・処方内容等から重症化の程度や日常生活への影響について事前に確認しておく。特に、質問票データの確認により、生活機能の低下の状況も把握可能である。訪問前の情報収集により、アセスメントにかかる時間を短縮することができることも効率的な事業実施において重要な点である。

指導を行う際は、健康状態だけではなく、健診の結果、どのような説明を受けているか、医療機関を受診しない理由、治療を中断するに至った理由や背景等を丁寧に聞くとともに、何か困っていることや気にかかることがないか等を尋ね、支援対象者の置かれている状況を十分に把握することが求められる。

図表-43 アセスメント項目の例

区分	項目	データソース	一体的実施・KDB 活用支援ツールで把握可能
質問票	健康状態	後期高齢者の質問票 (No. 1) 【あなたの現在の健康状態はいかがですか： あまりよくない・よくない】	●
		後期高齢者の質問票 (No. 3) 【1日3食きちんと食べていますか：いいえ】	●
	体重変化	後期高齢者の質問票 (No. 6) 【6カ月間で2～3kgの体重現状がありましたか：はい】	●
	生活習慣(たばこ、酒、 運動等)	聞き取り 後期高齢者の質問票 (No. 12) 【あなたはたばこを吸いますか：はい】	●
	転倒 (直近の1年間)、 外出頻度	後期高齢者の質問票 (No. 8) 【この1年間に転んだことがありますか：はい】 後期高齢者の質問票 (No. 13) 【週に1回以上は外出していますか：いいえ】	●
	心の健康状態 認知機能  ソーシャルサポート の状況	後期高齢者の質問票 (No. 2) 【毎日の生活に満足していますか：やや不満、 不満】 後期高齢者の質問票 (No. 10) 【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：はい】 後期高齢者の質問票 (No. 11) 【今日が何月何日かわからない時がありま すか：はい】 後期高齢者の質問票 ((No. 14) 【ふだんから家族や友人と付き合いがあり ますか：いいえ】 後期高齢者の質問票 ((No. 15) 【体調が悪いときに、身近に相談できる人 がいますか：いいえ】	●
健診	検査値等有所見の状 況	空腹時血糖、HbA1c、血圧、クレアチニン、eGFR、 尿蛋白	●
医療	受診状況 処方状況	糖尿病、高血圧、循環器疾患、心不全、腎不 全、認知症、骨折等	
栄養	栄養状態	聞き取り等 (食事回数・内容、摂取エネルギー、たんぱく質量、水分摂取量、食事環境、買い物環境、食欲不振の有無)	
健康	健康状態	聞き取り (浮腫、排便状況、ストレス状況)	

※脂質異常症について 後期高齢者での薬物治療での介入のエビデンスが乏しいことから高齢者保健事業のアセスメント指標として設定していない。

②. ニーズに応じた必要なサービスへの接続

アセスメントの結果、明らかになった課題に応じて、具体的な助言を行う。具体的には次のような内容が想定される。日頃より高齢者の状態をよく知るかかりつけ医等に対し、個々人の状態を総合的に踏まえた指導内容等について相談することが望ましい。



血圧に関する重症化予防に取り組む際は、血圧を下げすぎると起立性調節障害で立ちくらみを起こしやすいため、注意が必要である。糖尿病の重症化予防にあたっては、血糖降下剤を服薬中の人についてはHbA1cが6.0%を下回っている場合には低血糖の可能性が高く、かかりつけ医との相談が必要である。疾病が重複する場合は特に注意が必要である。

過去受診歴がある等の場合はかかりつけ医やかかりつけ歯科医と連携し、に介護サービスを利用している場合は、地域包括支援センターやケアマネジャーと連携することが望ましい。

かかりつけ医、かかりつけ歯科医や地域包括支援センターやケアマネジャー等へつながる際は、本人の同意を事前に得ることが必要となるが、同意が得られた場合には円滑な情報連携に向けて、予め関係機関・関係団体と定めた情報連携の内容や様式を活用することが有効である。また、こうした連絡票や健診結果等が記載された受診勧奨の通知は、受診の際に高齢者本人に持参してもらう等の運用も考えられる。過去に受診歴がある者等への支援を行うにあたっては、受診勧奨等に留まらず、生活に関する相談や未受診となっている理由等を尋ね、適切な相談先につないでいくことも重要となる。

治療を中断している場合は、まずは健診を受けてもらえるよう説明するが、過去の血液検査の状況等や自覚症状等がわかる場合には、検査値に応じて医療機関への受診を勧める。

なお、医療機関への受診を勧める場合には、過去受診歴がある等かかりつけ医、かかりつけ歯科医がいる場合にはかかりつけ医、かかりつけ歯科医へつながり、それがない場合には、医療機関を紹介する。

図表-44 具体的な助言内容の例

対象者の状況	助言内容の例
健康状態が「よくない」 または「あまりよくない」 という状態が、続いているような場合	保健センターの紹介、かかりつけ医の受診勧奨
急な健康状態の悪化の場合	医療機関の紹介、受診勧奨
喫煙をしている場合	＜咳や痰が続くなど、自覚症状がある場合＞ かかりつけ医の受診勧奨、近隣の医療機関の紹介 ＜禁煙の意思がある場合＞ 禁煙に関する情報（リーフレット等）の提供 禁煙外来を実施している医療機関のリストの提示、受診勧奨
食事内容の見直しの必要性がある場合	摂取すべき栄養素・食品、気を付けるべき食品に関する助言 調理や食事の入手が困難な状況がある場合の対策
日常生活の改善の必要性がある場合	日常生活で気を付けるべき事項（毎日血圧測定を行う、3食決まった時間に食べる、減酒等の食生活の改善、飲み忘れがないよう薬は見える場所に置く等）に関する助言 ストレッチや散歩の推奨 積極的な社会参加・活動の推奨、情報提供 通いの場への積極的な参加の促進 身体活動量の増加に関する助言
外出・社会活動ができていない場合	地域包括ケアによる対応（介護認定、生活支援）への紹介・調整 生活に維持に向けた血圧、血糖の管理の重要性の説明

具体的な助言に加えて、生活習慣改善に向けて、課題解決のための改善計画（目標と行動計画）を対象者ととともに立案する糖尿病では従来は食事制限のイメージがつかっていたが、フレイルを予防し健康に過ごすためにはきちんと食べることが重要であることを説明する。目標は、なりたい状態を示す「状態目標」よりも、具体的にとるべき行動を定める「行動目標」が望ましく、具体的には下表のような目標が挙げられる。目標達成のための行動計画には、対象者が無理なく取り組みやすい内容とし、専門的な栄養に関する情報が必要な場合は、管理栄養士等による助言を行うなど、対象者の状況に応じて、健康教室なども活用しながら必要な支援・サービスの調整を行う。

図表-45 設定する目標の例（重症化予防の場合の行動目標）

定期的に血圧測定を行う、定期的に医療機関に受診し検査を受ける 毎朝体重測定を行う 毎日歩数計をつけ、ウォーキングする、毎日体操をおこなう 週に2回、通いの場に参加する 主食、主菜、副菜のそろった食事を一日に1回は食べるようにする 薬の内容を確認し、整理する うどん・ラーメンの汁を飲まない 毎日椅子に座ってできる運動を行う
--

### ③. フォローアップ

支援対象者への支援の結果、健診や医療機関受診につながったか、介護サービスの利用やその他必要なサービスにつながっているかを確認し、サービスにつないだ結果を評価する。確認の結果、必要なサービスにつながっていない場合等には、改めて電話や訪問によるフォローの必要性を検討し、フォローをしていく。

必要なサービスにつながっているか等の確認の方法としては、支援対象者本人への確認、KDBシステム等を活用した健診情報、レセプトデータの確認、接続したサービスの担当部局への確認等が挙げられる。

また、支援を実施した対象者の中には、継続してフォローする必要性が高い者がいることもある。支援を実施した際に次回の電話や訪問の約束をし、支援後に電話等により体調等を伺ったり、次回の電話や訪問の約束をしていない場合には適宜支援対象者と連絡をとって体調を尋ねたりすることで、確実にフォローできるようにする。また、フォローの際には体調等だけではなく、健診や医療の受診状況、困りごとはないか等も含め支援後の状況を確認し、更なる支援が必要であれば対応していく必要がある。

中間評価では、設定した目標の達成状況や受診状況等を確認する。目標の達成が困難と想定される場合や、継続的な実施が難しいと考えられる場合には、改善計画の見直し（目標の再設定、行動計画の見直し）を行う。

事後評価では、設定した目標が達成されているかどうかを確認する。主に、事業実施前後の検査値（HbA1c等）の比較を実施する。できるだけ参加者の負担にならないよう毎年の健診データや診療時の検査値を活用する等、効率的な把握に努める。なお、新たな処置や服薬の変更・開始等、治療内容を考慮して評価する必要がある。

目標が達成されている場合は支援終了とし、引き続き支援が必要と判断される場合には、同事業で支援を継続するか、地域支援事業等、他のサービスへ接続する。治療中の者については、かかりつけ医等への指導結果等の報告など、フィードバックを行う。

### ④. 事業の評価

重症化の予防に向けた取組についての事業評価は、ハイリスクアプローチについて、以下のような評価例を参考に評価を行う。

#### 【ハイリスクアプローチの場合の事業評価例】

ストラクチャー：

本事業の実施体制（KDBデータ分析、保健指導のマンパワー、予算確保）

プロセス：

対象者の抽出、絞り込み、受診勧奨や相談等が円滑に実施できたか

アウトプット：

支援対象者のうち、支援できた者（個別支援・受診勧奨）の人数・割合

アウトカム：

受診勧奨の対象者のうち、受診した者（処方（服薬治療）、傷検査、その他診療報酬の算定状況）等で受診が確認出来た者の人数、割合

治療中断者のうち健診または受診につながった者（処方（服薬治療）、検査、その

他診療報酬の算定状況)等で受診が確認できた者)の人数・割合

アプローチした者のうち、医療機関を受診した者や健診受診者の割合、検査値が基準以下となった者の割合、リスト対象者全体のうち、適切な受診につながった者の割合

**長期的**

ハイリスク者（リスト抽出者）の減少、新規透析導入患者の減少、医療費の減少

## (6) 健康状態不明者への支援プログラム例

### 1) 概要

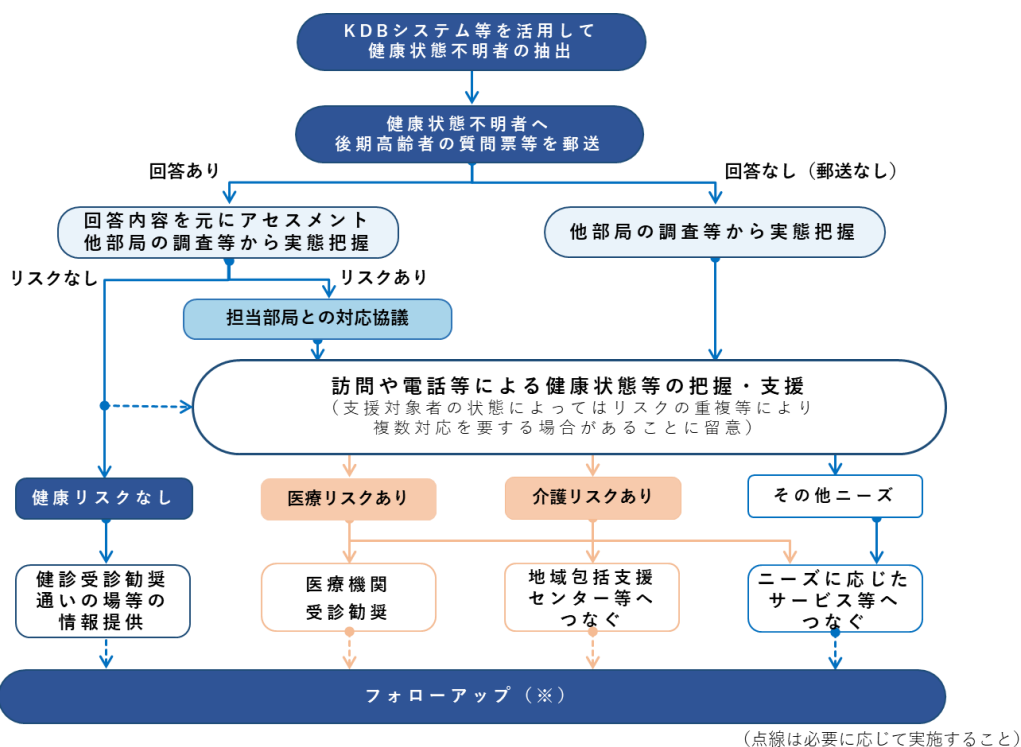
事業目標	健康状態不明者に対してアウトリーチ支援等を行い、健康相談、適切なサービスへの接続等により、健康の保持増進を目指す。
対象者	健康状態不明者
個別支援の抽出基準	抽出年度及び抽出前年度の2年度において、健診情報なし、レセプトデータなし、要介護認定なし
事業評価指標例	アウトプット：支援対象者のうち、現状把握ができた者の人数・割合、医療・介護等の支援へつなぐ必要があると把握された者の人数 アウトカム：健診受診した者の人数・割合、医療・介護サービス等が必要と判断される者のうち医療・介護サービス等につながった者の人数・割合

### 2) 実施体制

健康状態不明者への支援にあたっては、まず、対象者の健康状態の把握が最も優先され、健康課題の有無を判断するための情報収集及びアセスメントを行うことが必要となる。そのため、健診受診状況・医療機関の受診状況をもとに健康状態不明者リストを作成し、該当者に対して医療専門職等が電話や訪問等では状況を確認するが、適宜、地域包括支援センターや民生委員等とも連携して行う体制を構築することで効率的な事業が実施可能となる。

また、適切な受診等への支援の実施では、支援対象者の把握、サービス等へつなぐ観点から、庁内関係部局で適切な情報共有を行い、各部局が役割を認識して支援が行えるよう密な連携体制を構築しておくことが求められる。

### 3) 健康状態不明者への支援の流れ（例）



※ KDBシステム等を活用し健診・医療の受診状況や接続したサービスの担当部局への確認し、必要なサービスにつながっているかを確認する。必要なサービスにつながっていない場合にはフォローを実施する。  
また、訪問や電話等による支援時に継続してフォローの必要性がある支援対象者には、次回の訪問や電話等の約束をすること等が考えられる。

### 4) 支援の実施

支援対象者により健康状態やニーズは異なることが想定されるが、支援内容は大きく、①健康状態・ニーズの把握、②ニーズに応じた必要なサービスへの接続、③フォローアップとなる。また、支援の実施後は支援内容の記録を残す。

#### ①. 健康状態・ニーズの把握

事前に健診情報・レセプトデータや庁内担当部局等が所持する情報により確認できる情報を活用して状況の把握に努める。また、電話や訪問等を実施する前に、後期高齢者の質問票等を郵送しその回答状況から健康状態等の確認、アセスメントを行う。アセスメントの結果、支援担当部局以外と対応を協議しておく必要があれば事前に行っておくことも重要である。

訪問や電話等での支援では、後期高齢者の質問票等を活用して健康状態・ニーズの把握に努める。予め、健康状態をアセスメントする項目を決め様式にしておく等の工夫をすることも考えられる。

健康状態だけではなく、健診・医療を受診しない理由や背景等を丁寧に聞くとともに、何か困っていることや気にかかることはないかを尋ね、支援対象者の置かれている状況を十分に把握することが求められる。

図表-46 アセスメント項目の例

区分	項目	データソース
質問票	健康状態 心の健康状態 認知機能 社会参加の状況 ソーシャルサポートの状況	後期高齢者の質問票 (No. 1) 【あなたの現在の健康状態はいかがですか：あまりよくない、悪い】 後期高齢者の質問票 (No. 2) 【毎日の生活に満足していますか：やや不満、不満】 後期高齢者の質問票 (No. 10) 【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言われて ていますか：はい】 後期高齢者の質問票 (No. 11) 【今日が何月何日かわからない時がありますか：はい】 後期高齢者の質問票 (No. 13) 【週に1回以上は外出していますか：いいえ】 後期高齢者の質問票 (No. 14) 【ふだんから家族や友人と付き合いがありますか：いいえ】 後期高齢者の質問票 (No. 15) 【体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか：いいえ】
栄養	体重変化 食習慣	後期高齢者の質問票 (No. 6) 【6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか：はい】 後期高齢者の質問票 (No. 3) 【1日3食きちんと食べていますか：いいえ】
口腔	咀嚼・嚥下機能	後期高齢者の質問票 (No. 4) 【半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか：はい】 後期高齢者の質問票 (No. 5) 【お茶や汁物等でむせることがありますか：はい】
健康	体重、健康状態、	聞き取り (体重、BMI、過去の既往歴等) 後期高齢者の質問票 (No. 1) 【あなたの現在の健康状態はいかがですか：あまりよくない、悪い】

※健康状態不明者については、事前の情報が少ないため、後期高齢者の質問票を用いて状況を把握することが必要であり、入手した情報については、KDBシステムへの登録を行うことが望ましい。質問票データの他、既往歴や現病歴、過去も含む服薬状況等についての確認を行う。継続支援が必要な場合は、必要に応じて他事業も参考にアセスメント項目を検討する。

## ②. ニーズに応じた必要なサービスへの接続

健康状態不明者では、健康課題が見受けられない場合、医療リスクや介護リスク等が重複している場合、社会的な孤立等の状況に置かれていること等も想定されるため、健康状態・ニーズとして把握された情報を基に、健診受診勧奨、通いの場の案内、医療・介護サービスや重層的支援体制整備事業を担当している部局を紹介する等により、必要なサービスにつないでいく。

健康上のリスクがない場合には、健診受診勧奨や通いの場等の紹介を適宜行う。

既往歴や治療の経過等も不明な場合には、まずは、健診の受診勧奨を行う。自覚症状等医療リスクがある場合には医療機関を案内することも選択肢として重要である。また、例えば、医療リスクがあるが運動機能の低下等の影響により外出が困難となっている場合には介護サービス等へもつないでいくなど、健康状態・ニーズに応じて必要なサービスへつないでいくことが求められる。

図表-47 具体的な助言内容の例

対象者の状況	助言内容の例
すぐに受診が必要な場合	重篤な疾患が潜んでいる可能性もあるため、できるだけ早い医療機関の受診の必要性を説明
本人の介護ニーズ、経済不安、家族の状況等、介護・福祉サービスに接続する必要がある場合	健診受診勧奨 自己負担限度額の情報提供 生活支援や福祉サービス、介護サービスの紹介・調整が必要な場合は、地域包括支援センター等を紹介
健診を受診したくないという意思がある場合	複数回のアプローチによる信頼関係の構築 健診受診の必要性について理解できるような働きかけ 同行受診の提案

### ③. フォローアップ

支援対象者への支援の結果、健診や医療機関の受診につながったか、介護サービスの利用やその他必要なサービスにつながっているかを確認し、その結果を評価する。必要なサービスにつながっていない場合等は、改めて電話や訪問によるフォローをしていく。

必要なサービスにつながっているか等の確認方については、支援対象者本人への聞き取り、KDBシステム等を活用した健診情報やレセプトデータの閲覧、接続したサービスの担当部局への聞き取り等による確認方法が挙げられる。

また、支援を実施した対象者の中には、継続してフォローする必要性が高い者がいることもある。支援を実施した際に次回の電話や訪問の約束をし、支援後に電話等により体調等を伺ったり、次回の電話や訪問の約束をしていない場合には適宜支援対象者と連絡をとって体調を尋ねたりすることで、確実にフォローできるようにする。また、フォローの際には体調等だけではなく、健診や医療の受診状況、困りごとはないか等も含め支援後の状況を確認し、更なる支援が必要であれば対応していく必要がある。

### ④. 事業の評価

健康状態不明者に対する取組についての事業評価は、ハイリスクアプローチについて、以下のような評価例を参考に評価を行う。

#### 【ハイリスクアプローチの場合の事業評価例】

ストラクチャー：

本事業の実施体制（KDBデータ分析、健康相談・保健指導・栄養相談のマンパワー、予算確保）

プロセス：

対象者の抽出、絞り込み、支援（訪問・電話）等が円滑に実施できたか

アウトプット：

対象者のうち、現状把握ができた者、支援を行った者の人数、割合

アウトカム：

現状把握により医療・介護サービス等が必要と判断されて、支援を行った者のう



ち、医療・介護サービスへつながった者の割合

**長期的**

健康状態不明者の減少（人数・割合）、健康状態不明者のうち、健康状態が悪い者の人数の減少

## (7) ポピュレーションアプローチを活用した支援の実施

後期高齢者の人口割合については、将来推計人口は 2060 年まで増加する見込みであるため継続的なフレイル等に関する普及啓発が重要である。また、ハイリスク者割合の増加を抑えるためには、フレイル等の普及啓発だけでなく、ポピュレーションアプローチを活用したフレイル予防に関する普及啓発・意識付けをすることが重要である。広義の意味のポピュレーションアプローチについては 1) で詳述する。狭義の意味でのポピュレーションアプローチについては 2) ~ 3) で詳述する。一体的実施の実施にあたり、特別調整交付金交付基準においては、高齢者に対する個別的支援（ハイリスクアプローチ）と連動し、通いの場等への積極的な関与等（ポピュレーションアプローチ）の双方の取組を行うこととしている。

一体的実施においては、ハイリスクアプローチを実施した際に、通いの場への接続が必要な場合は、通いの場を紹介する場合もある。また、通いの場におけるポピュレーションアプローチを行う際に、フレイル等の普及啓発の一環として、後期高齢者の質問票の実施等と併せて健診・医療機関の受診状況を参加者に尋ね、その回答を踏まえて個別支援を実施していくことも考えられる。その際、通いの場等でのポピュレーションアプローチと組み合わせて個別支援を行う場合、面接をする場所や時間、必要に応じて別日を設定し訪問等をするなど個人情報に配慮した環境整備にも留意する必要がある。なお、通いの場で入手した情報については、KDBシステムへの登録を行うことが望ましい。

また、後期高齢者は心身機能を低下させないよう維持をすることも重要であり、一体的実施に関わる医療専門職は、フレイルを身体的、精神心理的、社会的の各側面から多面的に見る視点を持ちながら、疾患のリスクも考慮し、適切なサービスにつなぐ等、後期高齢者の健康課題のとらえ方や健康管理の考え方について理解し取り組むことが必要である。なお、高齢者の状態を多面的に捉えて支援するには、日常生活圏域に配置された一人の医療専門職が抱えるのではなく、保健師、管理栄養士、歯科衛生士等の複数の職種が連携しながら進めていくことが重要となる。<sup>27</sup>

### 1) 普及啓発・フレイル予防等についての意識付け

後期高齢者の保健事業は、高齢者が生活習慣病等の発症や重症化の予防及び心身機能の低下の防止を図り、在宅で自立した生活がおくれる高齢者を増加させることが目的である。そのため、後期高齢者の質問票等を活用したフレイル予防についての情報提供を広く実施することが重要である。

健診受診は高齢者自身が行う健康の保持増進に寄与するものであり、生活習慣病等の継続した治療及び医学的管理は重症化の予防につながるものである。

一方、後期高齢者医療制度の被保険者に対する健診の健診受診率は全国平均で 30% 弱となっている。特定健診の対象者とは異なる面はあるものの、国民健康保険等からの接続を意識し、後期高齢者医療制度に異動後も健診を継続して受診してもらうことが重要であり、未受診者対策について検討することや、後期高齢者医療制度に移行した被保険者に対して個別相談を実施するなどの関わりも重要である。また、医療機関への受診を控える傾向等がみられる場合は、生活習慣病等の治療や医学的管理の継続

<sup>27</sup> 具体的な取り組みについては、後段の事例集 (P117) を参照のこと。

をしていただくことも必要である。

そのため、対象者を問わず日頃から上手な医療のかかり方を広める活動に取り組むことや、健診受診や生活習慣病等の治療や医学的管理の必要性に係る普及啓発は重要であり、努めていく必要がある。

また、健診結果や後期高齢者の質問票の回答内容により、現時点では健康課題がないことが明らかになった人でも、フレイルや疾病の重症化予防に対する気付きを促すため、必要な知識の提供を行うことが求められる。特にフレイルの状態像については高齢者への説明が難しいという意見もあるため、後期高齢者の質問票のフィードバックや視覚的に訴えるような分かりやすい資料を活用することが求められる。その際、別添後期高齢者の質問票の解説と留意事項に記載されている聞き取りポイントや、具体的な声かけ例、留意事項、対応方法例などを参考に対応することが望ましい。質問票やセルフチェック等により、高齢者自身が興味・関心を抱き、プレフレイル状態であることや、そのリスク等を含めた気付きを得て、行動できるきっかけとできる説明の工夫が必要である。また、仲間との出会いや支え合いができ、ゲーム的な要素も取り入れることは楽しみながら体験するためにも必要である。

通いの場等においては各医療専門職等が関わり、地域の健康課題等に応じてフレイル予防に関する意識付けをするほか、例えば、食事のとり方等、身近な健康課題についてアドバイスを行う等、日頃よりフレイル予防、疾病予防の重要性、保健・医療・介護・生活全般に関する様々な情報を分かりやすく伝え、健康相談を受けることができる場を設けることが望ましい。なお、住民に対しての情報提供の際は、これまでの保健事業等における介入・支援による成果や、入手したデータをとりまとめて示す等しつつ伝えることで、住民の一層の理解促進に向けた工夫も可能である。

## 2) 通いの場等において医療専門職が関わる意義

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施において、住民主体の通いの場等を活用して、保健師、管理栄養士、歯科衛生士等の医療専門職が関与することにより、高齢者が健康状態に関心を持ち、また広くフレイル予防に関心を持つ機会と位置づけることによって、高齢者に対してフレイル予防の重要性について浸透を図ることを目的とする。

通いの場のような資源は、住民の「居場所」でもあり、一次予防のみならず、二次予防や三次予防に「つなげる場」として機能し得る。オープンな住民主体の場であり続けるとともに、保健師や地域包括支援センターのスタッフ等の多種多様な医療専門職が情報提供のために訪れることも重要となる。

また、医療専門職が地域資源を的確に把握するためにも、通いの場等において情報収集を行うことも大切である。

なお、通いの場等とは、通いの場だけではなく、駅前商店街やショッピングセンターなど高齢者が日常的に立ち寄る機会の多い生活拠点や健診会場、地域のイベント等を含む。通いの場は多様であるため、地域の実情に応じて、取組内容を企画する必要がある。

### 3) 通いの場等における医療専門職の取組

#### ①. 通いの場等における計画的な取組の実施

年間を通じて継続的な支援が実施出来るよう、一体的実施事業のコーディネートを行う医療専門職と相談の上、支援箇所数や回数、内容について年間計画を立て計画的に取組を実施する。これまで医療専門職が関わってこなかった通いの場等については、計画的に関わるよう努める。

#### ②. 通いの場等を活用したフレイルや重症化予防の取組の重要性の普及啓発、健康教育・健康相談の実施

フレイル予防や生活習慣病の重症化予防をはじめとした高齢者の健康づくりに関する啓発活動等を実施する。具体的には、加齢に伴うフレイルの特徴やフレイルが予防可能であること、生活習慣病の重症化予防による健康状態の維持・改善が可能であること等を説明し、予防の方法として栄養、口腔、運動、適切な服薬、社会参加、健診受診による健康状態の把握等の重要性に関する健康教育や、高齢者の健康に関する不安等について気軽に相談できる場所で健康相談を実施する。

#### ③. 気軽に相談できる環境づくり

高齢者の健康や不安等について日常的に気軽に相談できる場や機会の確保に向けて、地域の実情を踏まえつつ、効果的な保健事業を実施するために関係者への理解及び協力を求めるなどの調整を行い、より多くの高齢者の健康づくりに寄与する環境を整備する。

#### ④. 通いの場等を活用した健康状態等の把握

「後期高齢者の質問票」を活用するなど、フレイル状態にある高齢者等を把握し、低栄養や筋力低下等の状態に応じた保健指導や生活機能向上に向けた支援等を行う。また状況に応じて、身長、体重、血圧等の測定や握力等の体力測定を実施し、参加した高齢者の全身状態の把握に努める。

#### ⑤. KDBシステムの情報を活用した必要なサービスへの紹介

KDBシステム等により把握した地域の健康課題をもとに、取組において把握された高齢者の状況に応じて、健診・医療機関の受診勧奨や介護サービス等の利用勧奨を行う。通いの場での取組について、事前に医師会等の関係団体や地域包括支援センターに説明しておくなどの連携をはかり、高齢者が受診する際に、必要に応じて、かかりつけ医やかかりつけ歯科医、地域包括支援センター等から通いの場への参加勧奨等の協力依頼を行う。

### 4) 通いの場等において医療専門職が関わる際の留意点

通いの場においては、自主運営の状況に配慮しながら医療専門職の訪問を実施する。また、地域における健康づくりやフレイル対策を広げるためには、元気な高齢者等が担い手として参加することも望まれる。

運営をしている住民の希望も聞きながら、医療専門職がどのように関わるか（頻度

や具体的内容)を明らかにした上で、住民の活動に寄りそう意識を持って関与することが必要である。ただし、通いの場は住民が楽しく参加するための場として設けられているため、医療専門職の関与により参加しづらくなることのないよう、全員を対象としたヘルスチェックや結果説明とするなど、ハイリスク者が特定されないような取組となるよう留意が必要であり、ハイリスク者への個別支援についてはアウトリーチ型の支援(医療機関への受診勧奨、家庭訪問による指導等)を実施する等の配慮を行う。

### 5) ポピュレーションアプローチの実践例

項目	内容
全体	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高齢者の興味・関心事項や、高齢者の健康課題に応じた健康教育・イベント等を広く実施し、関心層に対して情報提供を行う。</li> <li>・波及効果を狙い、地域の民生委員、食生活改善推進員、フレイルサポーター、ボランティア養成等と連携して普及等を行うよう検討する。</li> <li>・通いの場や活動の紹介・勧誘、医療専門職による疾患管理にとどまらない事業等(地域活動・介護予防事業や地域活動等)への参加促進の工夫</li> <li>・ショッピングモール等を活用して無関心層(通いの場非参加者)に対して働きかけたり、個別相談実施者に対して健康ポイント(インセンティブ)を付与するなどの対象者別の工夫</li> <li>・公共機関、医療機関、健康サポート薬局<sup>28</sup>、まちの保健室<sup>29</sup>、栄養・ケアステーション等を活用し、各所と連携した広報・啓発、健康教育・健康相談の実施。</li> <li>・現状の見える化、広報・啓発としての介護予防事業部署との連携や行政・職能団体・住民等による会議体の設置</li> </ul>
健診・医療・健康管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域の健診や医療機関の受診状況を見える化し、その結果を地区別に説明と併せて、健診・医療機関の受診を勧奨</li> <li>・健診結果説明会を開催と併せた個別相談の実施、通いの場で血圧・体組成測定などの工夫</li> <li>・地域の医療専門職や医療機関と連携し、高齢者の特性を踏まえた健康課題に関係した事項(例:脱水、骨折、認知症、感染予防、尿失禁予防、難聴、視力障害等)についての健康教育、健康相談の実施</li> </ul>
栄養	<ul style="list-style-type: none"> <li>・食品多様性のチェックの実施と、バランスのとれた食生活のポイントについての講話</li> <li>・フレイル予防の講話と個別相談の実施</li> <li>・食事の摂取量の目安(適正量等)を把握する教材として、食育推進事業の健康支援型配食サービス等を利用したフレイル予防教室の開催</li> <li>・専門職によるお食事相談会の実施(簡単調理、減塩の工夫等)</li> </ul>
口腔	<ul style="list-style-type: none"> <li>・通いの場でのオーラルセルフチェックの実施</li> <li>・一般介護予防事業や通いの場等での講話等で口腔機能の維持・向上が健康寿命延伸に不可欠であることの説明</li> </ul>

<sup>28</sup> 健康サポート薬局とは、かかりつけ薬剤師・薬局の基本的な機能に加え、国民による主体的な健康の保持増進を積極的に支援する(健康サポート)機能を備えた薬局のことであり、厚生労働大臣が定める基準に適合するものとして都道府県知事に届出を行ったうえでその旨を表示することができる薬局のことである。

<sup>29</sup> まちの保健室とは、地域の看護職が、通いの場や訪問看護ステーション等の様々な場を活用し、幅広い年齢層、健康レベルの住民を対象に健康相談やプライマリヘルスケア、地域のネットワークづくり等を担う機能を有するもので、名称は地域等によって異なる場合がある。

項目	内容
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・口腔機能の維持・向上のための具体策にかかる健康教育（口腔・嚥下体操や歯磨き指導等）</li> <li>・専門職によるお口の相談会の実施（ドライマウス、義歯の不調、口臭、歯の痛み等）</li> </ul>
服薬	<ul style="list-style-type: none"> <li>・お薬手帳等により処方内容を自身で振り返り、服薬状況、服薬管理についてのセルフチェックの実施</li> <li>・専門職によるお薬相談会の実施（薬物治療や服薬に係る困りごと等）</li> <li>・安全な薬物治療に関する講話の提供</li> </ul>
身体的フレイル	<ul style="list-style-type: none"> <li>・握力、歩行速度の運動機能の評価・測定等を通じた自身の（プレ）フレイル状態に関する自覚の促し認識</li> <li>・身体的フレイルの主要因である筋肉減弱（サルコペニア）の簡易評価の実施</li> <li>・転倒予防等に資する介護予防に関する情報提供</li> </ul>
重症化予防	<ul style="list-style-type: none"> <li>・講話等において、高血圧、糖尿病の管理が健康寿命延伸に不可欠であること、重症化しないことがより経済的であることの説明</li> <li>・血糖、血圧、体組成等自己管理の方法について、手帳やアプリ等を活用した自己管理の方法の紹介</li> <li>・高血圧、高血糖の場合の生活改善や栄養管理の必要性にかかる講話</li> <li>・高齢者の糖尿病・循環器疾患と食生活・運動の関係性の説明</li> </ul>
健康状態不明者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・通いの場での健康状態の把握（質問票の実施、血圧測定等の実施、健診・医療機関の受診結果の確認）と個別相談の実施</li> <li>・通いの場の継続参加者が来なくなった場合の情報共有</li> <li>・ショッピングモールの空きスペース等、通いの場への参加者でない対象群も含む場を活用した健康状態の把握や、健診受診勧奨</li> <li>・健診受診率向上に向けた広報の実施</li> </ul>

## 6) ポピュレーションアプローチの評価指標例

ポピュレーションアプローチでは、効果（アウトカム）よりも、事業を継続的に実施していくこと（アウトプット）により、高齢者の実態を把握できているということが重要であることから、アウトプットを中心に把握し広域連合等に報告する。なお、一体的実施の取組について特別調整交付金の交付を受けている場合に求められる実績報告内容としても、アウトプットを中心とした報告が求められている。

また、アウトプットについて振り返り、体制（ストラクチャー）や方法（プロセス）を見直す必要があることから、ポピュレーションアプローチの評価指標例（ストラクチャー、プロセス、アウトプット指標）について参考として以下に示す。

図表-48 (参考) ポピュレーションアプローチの評価指標例  
(ストラクチャー、プロセス、アウトプット指標)

分類	評価指標例
ストラクチャー	実施体制(通いの場の運営者、協力医療機関、関係職能団体、事業者の協力) 通いの場へ従事する専門職の確保、予算
プロセス	健康教育開催に係る通知内容、通知方法、健康教育、健康相談が円滑にできたか 実施方法が適切であったか: 情報収集、アセスメント指導教材、指導方法、場所、時間、講話内容、評価、リスク管理、安全面への配慮、個人情報の管理、接遇等
アウトプット	実施できた通いの場の数、講話の回数、相談・講話・測定に参加した高齢者の数 普及啓発のリーチ数、カバー率 リーフレットやポスターの配布数 WEBページの閲覧数 住民活動のエンパワメント状況

※下線は、令和6年度の一体的実施事業実施報告において報告が求められている指標

ポピュレーションアプローチのアウトカム指標についても、参考として以下示す。ポピュレーションアプローチの実施により、被保険者全体のハイリスク者の変化について確認する必要があるが、小規模な市町村単位で評価することは困難な場合は、広域連合単位でマクロ的に評価することが有効である。市町村で通いの場単位、日常生活単位でその変化を確認する場合は、後期高齢者の質問票によるハイリスク者数の変化や、介護予防部門と連携して実施した通いの場の参加者数の増加について確認することも可能である。健康教室の事業評価などにおいては、講話の理解度や、フレイル予防等の認知度等をアンケート等で把握することも可能である。

図表-49 (参考) ポピュレーションアプローチの評価指標例  
アウトカム指標

分類	評価指標例
アウトカム	後期高齢者の質問票によるハイリスク者の変化 通いの場への新規参加者数、継続参加率、講話の理解度、フレイル予防や重症化予防の重要性の認知度  通いの場の参加者数の増加、継続参加率、ハイリスク該当者の減少、通いの場から医療・健診の受診、介護サービス受給につながった参加者の行動変容 (長期的) 要介護認定・平均自立期間、QOLの維持・向上の程度

※介護予防部門と連携し、保険者機能強化推進交付金及び介護保険保険者努力支援交付金<sup>30</sup>評価指標等を参考にするとよい。

<sup>30</sup> 保険者機能強化推進交付金及び介護保険保険者努力支援交付金 ([https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_17527.htm](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_17527.htm))

### 3 評価とその活用

- 一体的実施の継続的な改善につなげていくため、評価は重要である。評価の視点は①個人の状況の変化を確認する評価②個別事業における事業評価③一体的実施全体の事業評価の3つの視点がある。広域連合（特に②③）・市町村（特に①②③）それぞれの評価について少なくとも年に1回は必ず実施する（P101）。
- 事業評価は、量的な評価と質的な評価の両方を庁内関係部局や庁外関係機関・関係団体に報告し、事業内容を共同して見直していける関係の構築をしていく（P101）。
- 事業評価は評価だけに留めず、評価の結果、何が達成できていて、何が課題となっているかを分析し、以降の事業に活かすことが重要となる。（P102）。
- 支援を通じて見えてくる個人の課題が個人だけの課題なのか、他者も同様の課題があるのかを見ていき、地域の課題として捉え、改善の可能性を探ることも重要となる（P102）。

#### (1) 目標・評価指標に基づく事業評価の実施

一体的実施の取組により、後期高齢者の健康状態の継続的な改善につなげていくため、実施後に、事業実施前に設定した目標、評価指標に沿って事業評価を行う。事業評価は、少なくとも年に1回は必ず実施する。ストラクチャー指標やプロセス指標に基づく評価は、事業の進捗管理や速やかな事業見直し等の観点から、支援の実施中にも定期的に評価していくことが望ましい。また、支援対象者に継続してフォローを行っている場合、その結果も踏まえて支援方法を振り返るといったことも重要となる。

具体的には、「抽出した支援対象者〇名のうち、〇名に支援ができた」「支援対象者〇名のうち、〇名が健診、医療機関受診につながった」「健康状態不明者〇名のうち、〇名の状況把握ができた。継続して支援が必要な者は〇名だった。〇名には△△の情報提供を実施した。うち〇名に行動変容（受診、生活習慣等）がみられた。」等、量的な情報と、庁内の関係部局、庁外の関係機関・関係団体との連携状況や関係者の課題認識、健診や医療機関の未受診・介護サービス未利用の場合の理由、治療中断に至った理由等、支援をとおして得られた質的な情報を活用して評価を行う。

評価にあたっては、量的な評価と質的な評価が必要で、そこから得られた知見を踏まえて取組内容の見直しや工夫として活かしていくことが望まれるほか、支援の実施状況など短期的に評価できる内容や、健康状態不明者の減少など中・長期的に経年変化等の状況の把握及び評価が求められる内容があること、に留意が必要である。

庁内関係部局や庁外関係機関・関係団体とは、事業の企画・立案段階や実施における連携に留まらず、訪問数や支援した者に対する健診受診者数などの量的な評価と、健診や医療機関の未受診・介護サービス未利用の理由、治療中断に至った理由や残薬の状況等質的な評価の両方について報告し、事業内容とともにそれぞれの立場での協力内容等について共に見直すことができる関係を構築することが望まれる。さらに、事業評価そのものだけでなく、どのような高齢者に支援し、その結果の変化等の実践事例についても庁内関係部局や庁外関



係機関・関係団体と共有して振り返ることや、困難事例への対応策について検討することが重要である。その際、大学・研究機関や支援・評価委員会等の専門家から助言を受ける等を活用することも考えられる。

そして、事業評価にあたっては、短期的に行うものと中長期的に行うもののいずれの場合においても、健診情報や後期高齢者の質問票に関するデータ等の活用が重要となるため、それらデータを特定健診等データ管理システムへ確実に登録することでKDBシステムへ反映を行い、データを蓄積していく必要があることに留意すべきである。また、地域住民へもわかりやすく地域の状況と併せて情報提供していくことで普及啓発等にもつながり、理解を得ることができるため、積極的に周知等を行うべきである

## (2) 取組内容の見直し

事業評価は、評価の結果、何が達成できていて、何が課題となっているかを分析し、以降の事業に活かすことも重要となる。これらの分析結果やそれに対する取組内容の見直し案を支援担当部局で検討し、事業評価の報告と併せて庁内関係部局や庁外関係機関・関係団体に共有及び協議をしていくことが必要である。

事業の評価と改善を行っていくにあたっては、①介入（保健事業）を必要とする対象者にアプローチできているか、不十分な場合その要因は何か、改善策はどんなことが考えられるか、②介入の効果が上がっているか、の2つの視点が重要となる。具体的には、①では、保健事業種別にアウトプット評価を行うほか、地域の取組の差の有無、実施できていない事業のボトルネックの有無の確認等が挙げられる。②では、短期的な確認項目として、質問票への回答結果・検査値の変化、対象者の行動変容、医療・介護予防サービス等への連携等に加え、中長期的な確認項目としては医療費、介護認定、介護給付費等が挙げられる。

さらに、支援を通じて把握できる対象者の課題について、個人単位での課題なのか、集団単位でも同様の課題を抱えているのかを確認する視点も重要である。集団単位でも同様の課題を抱えている場合は地域の課題として捉えることも考えられる。事業評価の内容等を地域ケア会議等にも報告する等し、地域の課題を事業の枠組みを超えて解決策を検討することが望まれる。なお、事業実施に課題がある場合は、ストラクチャー、プロセス等の見直しにあたり、市町村における「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」のための進捗チェックリストガイド（振り返り編）<sup>31</sup>等も参考にされたい。

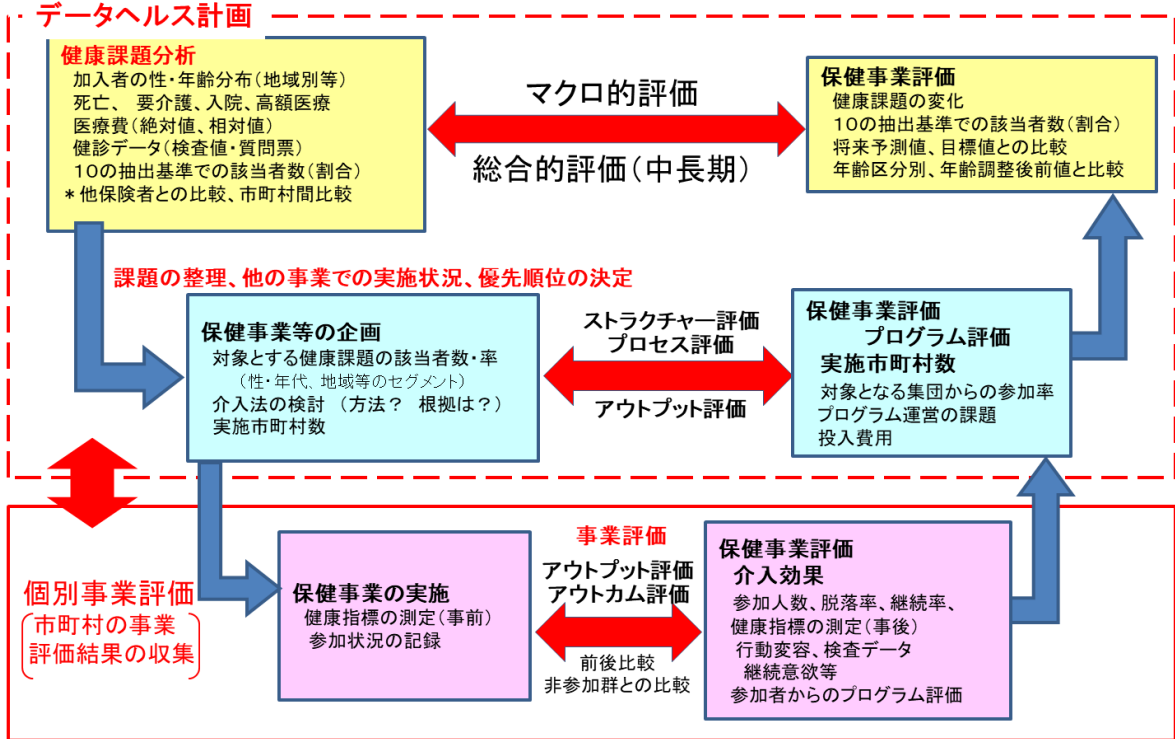
また、継続的な評価ができるよう必要なデータを蓄積すること（KDBシステム等への情報登録等）や人事異動等に関わらず支援体制を維持できる体制の構築を目指すことも必須となることに留意が必要である。

<sup>31</sup> 「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」のための進捗チェックリストガイド（振り返り編）  
[000769104.pdf \(mhlw.go.jp\)](https://www.mhlw.go.jp/content/000769104.pdf)

図表-50 評価の構造

評価の構造

青矢印:事業の流れ、赤矢印:評価



実践編 3 評価とその活用

### Ⅲ 事例集<sup>32</sup>

---

<sup>32</sup> 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に関する市町村・広域連合の事例については、厚生労働省 HP 「高齢者の保健事業について」を参考にされたい。  
[\\_ \(mhlw.go.jp\)https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/iryuuhoken/hokenjigyuu/index\\_00003.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuuhoken/hokenjigyuu/index_00003.html)

## 1 人材育成・研修に関する事例

人材育成・研修会

### 市町村の規模別特性を踏まえた研修

広域連合



#### 小規模市町村と大規模市町村に分けて研修を実施

実施主体者

広域連合

関係機関

構成市町村

#### 背景・課題

- ある広域連合では構成市町村の規模のばらつきが大きいという特徴がある。
- 当該広域連合では全国平均比で一体的実施未受託の市町村が多く、受託市町村数を増加させる必要があった。

#### 事業内容

- 研修会に市町村の規模別の内容を盛り込んだ。
- 「他市町村に相談したい課題」を事前に収集し、研修会で課題毎のグループディスカッションを実施した。

#### 評価

- 研修会では市町村の規模毎に実施事例の発表を行い、地域の特性に合わせた実施に至るまでの準備や実施体制の工夫等を共有し、未実施市町村の理解醸成を進めることができた。
- 経年的に未実施市町村は減少しており、研修会の内容が参考になったと考えられる。

人材育成・研修会

### 医療専門職のフレイル対策人材育成

都道府県



#### 地域の重要課題に特化した人材育成を実施

実施主体者

都道府県

関係機関

職能団体、関連団体等

#### 背景・課題

- ある都道府県では一体的実施を含むフレイル対策において、地域支援を担当する医療専門職の人材確保及び人材育成が課題であった。
- そこで、都道府県主導で、市町村において地域を担当する医療専門職の人材育成に取り組むこととした。

#### 事業内容

- 都道府県が職能団体(医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会等)及び関係団体(後期高齢者医療広域連合、国保連合会、大学等)と連携・協働し、医療専門職による「健康支援アドバイザー」を養成。
- 市町村を対象に知識と技術の向上を目指した研修会の開催や、「健康支援アドバイザー」のチーム派遣による地域の実情に応じたサポートを実施した。

#### 評価

- フレイル人材育成の研修会では参加市町村が継続的に目標達成できるようサポートしており、今後のフレイル対策人材の充実が期待される。

人材育成・研修会

## 高齢者健康づくり事業推進フォーラム

広域連合



## フォーラムに厚生労働省やアドバイザー、市町村が登壇

実施主体者 広域連合

関係機関 厚生労働省、アドバイザー、市町村

## 背景・課題

- ある広域連合では一体的実施を含む高齢者向け事業の啓発に力を入れており、10年前より高齢者健康づくり事業推進フォーラムを実施している。

## 事業内容

- 高齢者の健康づくりについて、厚生労働省保険保健局、広域連合保健事業アドバイザー、構成市町村の担当者の計4名で、各立場から発表を行った。
- 現地会場とWebのハイブリッド開催とし、多くの参加者に参加いただけるよう配慮した。

## 評価

- 同フォーラムを長年実施していることで有識者との関係性を構築することができ、過去に研究者の立場で登壇いただいた方に広域連合保健事業アドバイザーに就任いただくことができた。
- 構成市町村の担当者による事例紹介は毎回持ち回りで実施しており、各市町村の取組を共有する重要な場となっている。

人材育成・研修会

## 企画調整担当者向け研修会

広域連合



## 新規受託市町村向けと全市町村向けに分けて研修を実施

実施主体者 広域連合

関係機関 —

## 背景・課題

- ある広域連合では広域連合、国保連合会、構成市町村が参加する企画調整担当者向けの研修会を工夫し、一体的実施を推進することを試みた。

## 事業内容

- 企画調整担当者向けの研修会を年2回開催した。
- 研修会の前半は、新規に一体的実施を受託した市町村のみを対象に、一体的実施の背景・目的やKDBの活用について丁寧に説明を行い、先行市町村に聞きたいことをヒアリングした。
- 後半は全構成市町村を対象に、県内の取組状況、国の申請様式のポイント、課題共有、KDB支援ツールの活用、自治体規模別ワーキンググループなどのプログラムを実施した。

## 評価

- 当該広域連合では令和5年11月時点で未受託市町村が1件まで減少しており、研修会の効果があり受託市町村が順調に増加したと考える。

## 2 ICT 活用に関する事例

### (1) PHR・アプリの利用

ICT

## 官民連携アプリ活用健康プロジェクト

市町村



### 高齢者との接点が多い店舗活用でアプリ使用を促進

実施主体者 市町村

関係機関 通信事業者

#### 背景・課題

- 地域の通信事業者が以前から積極的に自治体の事業に参画していた。また通信事業者の店舗では高齢者向けスマホ講座等で高齢者との接点が多数あった。

#### 事業内容

- 厚生労働省「オンライン通いの場アプリ」と通信事業者の健康アプリを連携しPHRを記録した。
- オンライン通いの場アプリを活用する実証事業を企画。居宅での体操や食事管理を推進した。
- 市内2カ所の電気通信事業者の実店舗では、体組成と血圧を計測することができ、アプリのインストールや使い方のフォローも行った。

#### 評価

- 実証事業ではアプリのデータと健診データの紐づけを行い、健康状態の維持改善を検証した。
- 健康状態の見える化を進め、参加者の健康意識向上を図ることができた。

ICT

## 市町村開発のウォーキングアプリ活用

市町村



### ウォーキングアプリが高齢者のコミュニケーションツールに

実施主体者 市町村

関係機関 民間IT企業

#### 背景・課題

- ある市町村では「歩く」機能の維持・向上が、住民の健康維持・増進に重要と考え、住民の歩数向上に向けたアプリ開発を企画した。
- 県下のIT企業が自治体関連のシステム開発を多数受託しており、関係性を構築していた。

#### 事業内容

- 市町村と県下のIT企業との共同開発で、楽しみながら歩くためのウォーキングアプリを提供している。歩数に応じてヘルスケアポイントが貯まる。
- アプリ内で結成したグループ同士で歩数を競いあうイベントや付与ポイントを活用した抽選会を実施。
- 県下の企業よりバナー広告の出稿を募った。

#### 評価

- 参加者の1日当たりの歩数が約900歩増加した。
- 高齢者のグループ組成やグループ内のコミュニケーションが活発化した。高齢者のコミュニケーションツールとしての活用が進んだ。
- アプリのバナー広告収入を抽選会の原資とすることで、市の税収のみに頼らない事業を実現した。

## (2) ハイブリッド通いの場

ICT

## オンライン×会場のハイブリッド通いの場

市町村



## ハイブリッドにすることで外出困難でも参加、機器の苦手意識克服

実施主体者 市町村

関係機関 社会福祉協議会、NPO法人

## 背景・課題

- 新型コロナウイルス感染症の流行に伴い、定期的に行っていた通いの場会場の利用が困難になった。
- 通いの場を公園で開催したり、オンラインでの取組をしたりと、試行錯誤していた。

## 事業内容

- 公共施設を借りて、web会議システムを利用したビデオ通話、電話(音声のみ)と会場参加を組み合わせたハイブリッド型通いの場を開催した。
- 週に1回、オンライン参加・会場参加を併せて15名程度が、貯筋運動やストレッチング、脳トレを行うとともに、交流を楽しんでいた。
- 会場では感染防止に配慮した。

## 評価

- その日の体調や気分にあわせて、会場参加とオンライン参加を選択でき、定期的に行っていた運動をコロナ禍でも続けることができていた。
- 人に会うことへの不安や孤立感を解消し、高齢者のオンライン機器に対する苦手意識の克服にもつながった。

ICT

## マンション住民のハイブリッド通いの場

市町村



## 住民起点の取組を活用しハイブリッド通いの場を実現

実施主体者 市町村

関係機関 看護師、医師、社会福祉協議会

## 背景・課題

- ある大規模マンションでは、住民起点のコミュニティを作り、今後の生活や介護、医療への不安等を解決するために勉強会を開催していた。
- マンション住民のコミュニティは新型コロナウイルス感染症流行前からあった。

## 事業内容

- マンションの集会室を活用し「在宅医療勉強会」等を開催した。
- 住民主体の取組を看護師、医師、社会福祉協議会の生活支援コーディネーターが支援した。
- 新型コロナウイルス感染症の影響を受けて、「Zoom勉強会」や「Zoomコロナ質問会」等、オンラインを活用した取組にも挑戦した。

## 評価

- 新型コロナウイルス感染症影響下でも、これまでのつながりを絶やすことなく、新しいことにチャレンジし、高齢者の健康意識向上につながった。
- 看護師等による高齢者の状態確認をハイブリッドでできるようになった。

ICT

## デジタルフレイル予防

市町村



### プログラムをオンライン開催にすることで男性参加が増加

実施主体者 市町村

関係機関 NPO法人

#### 背景・課題

- 新型コロナウイルス感染症の流行に伴い、従来対面で実施してきたフレイル予防事業が休止となり、ICT施策を企画した。

#### 事業内容

- オンライン会議アプリのZoom、メッセージアプリのLINE、動画サイトのYouTubeを利用し、フレイル予防プログラムを提供した。
- プログラムは「歩く機能向上教室」、「木エクラフト教室」など4種を用意した。
- プログラムで紹介した運動メニューを宿題にし、LINEでフォローアップすることで、自宅でも運動するよう促した。

#### 評価

- 宿題を課すことで、参加者の9割が自宅で体操に取り組むようになり行動変容につながった。
- 本取組を通じて高齢者がデジタル機器を使用できるようになり、家族や地域の高齢者とのコミュニケーションを取ることができるようになった。



### (3) アセスメントやモニタリングへの活用

ICT

## 活動量計・ポイント・教室の組合せ

市町村



### アカデミア連携で行動変容やヘルスリテラシー向上を実現

実施主体者 市町村

関係機関 アカデミア、民間IT企業

#### 背景・課題

- ある市町村では健康増進計画に沿って事業を進めていたが、評価が参加者アンケートによる定性的な内容に留まっており、定量的な評価を実施できていないことが課題であった。

#### 事業内容

- 研究者及び医療用IT機器の企業と連携し、市町村で運営できるシステム開発を行った。
- 活動量計を貸与し、端末にかざすことでデータの記録ができるようにした。
- 歩行量に合わせてポイントを付与し、商品券と交換できるようにした。
- 教室を開催し、情報提供や筋力測定を行った。
- 市町村事業の医療費への影響を分析した。

#### 評価

- アウトプット評価、アウトカム評価とも定量的に行うことができ、今後の事業検討に活かすことができた。
- 歩数記録の継続率90%、糖尿病単独の医療費7万円減となった。
- 活動量計とポイント付与を組み合わせることで行動変容につながり、教室開催によりヘルスリテラシー向上に寄与することができた。

ICT

## 歩行姿勢測定を活用したフレイル予防

市町村



### 先進的な技術を持つ企業と連携し官民共創フレイル予防を推進

実施主体者 市町村

関係機関 民間IT・インフラ企業

#### 背景・課題

- ある市町村は地域介護予防推進センターにて介護予防教室と自主グループの育成・支援に取り組んでいた。
- 2018年度よりフレイル予防に注目し、自主グループへの医療専門職の派遣や体力測定などの取組を行ってきた。

#### 事業内容

- 自主グループの活動時に体力測定を行い、医療専門職が運動・栄養・口腔に関わる支援を一定期間実施し、再度体力測定を行う。
- 体力測定では民間企業が開発した歩行姿勢測定システムを活用し、体力に関わる36項目を数値化し評価している。測定は歩くだけで可能である。
- 事業を通じて、参加者の受容性や有用性、運用性（職員負担になっていないか）の評価を行っている。

#### 評価

- 高齢者は歩行姿勢測定システムを敬遠するのではと考えていたが、実際には測定結果に盛り上がり、コミュニケーションが活性化した。
- 専門職からは「今まで気づかなかった個別の歩き方の特徴を捉えて指導できる」、「本人と一緒に測定結果を見ることで共通理解が得られる」と高く評価されている。

ICT

## フレイル健診システムの開発

都道府県



## 後期高齢者の質問票に加え独自の健診項目を追加

実施主体者 都道府県

関係機関 アcademia、民間IT企業

## 背景・課題

- ある都道府県では「健康寿命日本一」を目標としており、介護予防に注力している。
- 他都道府県に比べて高齢化率が高く、地域特性に応じたフレイル健診が必要と考えていた。

## 事業内容

- 参加者はフレイル健診で、後期高齢者の質問票の設問を含む36問の質問、身体測定、身体機能評価テスト、オーラルフレイル測定を実施。システムを通じて本人が測定結果を受け取り、医療専門職による指導を受ける。
- フレイル健診システムは大学の研究者と共同開発し、現在は民間IT企業にて市販されている。

## 評価

- 国の問診よりも詳細に健康状態を知り、日常生活を見直すきっかけができています。
- フレイル健診は経済産業省の「ヘルスケアサービス社会実装事業」に採択され、実証を続けている。
- 他都道府県や市町村から多数の問合せ・見学があり、注目されている取組である。

## (4) 移動が困難な場合の代替手段としてのICT活用

ICT

## タブレット活用による外出支援

市町村



## 福祉バス予約をタブレットで行うことでICT使用と外出を促進

実施主体者 市町村

関係機関 —

## 背景・課題

- ある市町村では介護予防の充実化にICT機器を活用できないか検討していた。
- また、高齢者の移動・外出支援のため福祉バスを運行しているが、定時運行で非効率なことが課題となっており、予約制のデマンド型運行に変更できないか検討していた。

## 事業内容

- 福祉バスを定時運行から予約制のデマンド型運行に変更した。
- 高齢者にタブレットを貸与し、アプリで福祉バスを予約する形式とした。
- タブレットの使用促進のため、電話や訪問でのフォローを綿密に行った。

## 評価

- タブレット貸与対象者のほとんどが80歳以上の後期高齢者であるが、多くの高齢者がタブレット操作をできるようになっている。
- 本取組を通じて外出支援に留まらないICT活用の可能性が高まった。

### 3 多職種連携

多職種連携

## 地域密着型サービス事業所での医介連携

市町村



### 通いの場や介護事業所で医療専門職が介入

実施主体者 市町村

関係機関 地域密着型サービス事業所

#### 背景・課題

- ある市町村役所では医療分野と介護分野との人材交流をきっかけに、連携すべき事項を整理した。
- 当該市町村では以前より地域住民向け事業を地域密着型サービス事業所(主に小規模多機能型居宅介護事業所、ランチと呼称)に委託しており、医療介護連携サービスも同様に委託することとした。

#### 事業内容

- フレイル予防と生活習慣病等重症化予防を中心に支援を実施した。
- 具体的には通いの場でのフレイル講座、ランチでの医療専門職による生活習慣指導等を行った。
- 市町村役所と地域包括支援センターが連携して後方支援を行った

#### 評価

- 本取組により定期受診の継続(100%)や通いの場参加者の体重維持改善(60%以上)、血圧維持改善(40%以上)等の成果が得られた。
- またランチでの医療専門職の介入を通じて必要な医療・介護につながったケースがあり、地域の健康づくりに大きな役割を果たしている。

多職種連携

## 保健師を中心とした多職種家庭訪問

都道府県



### 地域の実態を把握するため、家庭訪問に複数職種の職員が同行

実施主体者 都道府県

関係機関 広域連合、国保連合会等

#### 背景・課題

- ある都道府県ではハイリスクアプローチが進んでおらず、地域の健康状態不明者の現状を把握する必要があった。
- ハイリスクアプローチ実施に向けたモデル事業を企画し、都道府県下の在宅保健師等の会へ委託した。

#### 事業内容

- 在宅保健師等の会が健康状態不明者の家庭訪問を実施した。その際、都道府県や広域連合、国保連合会の職員(保健師)もが同行することで、地域の実態を把握することに努めた。
- 家庭訪問実施後、カンファレンスを開催し、課題の洗い出しや今後の方針について議論した。

#### 評価

- 都道府県や広域連合、国保連合会の職員(保健師)が家庭訪問に同行することで、ハイリスクアプローチ実施に向けた課題やポイントを実感することができた。
- 具体的には通知文書や記録様式への配慮、地域特性毎の配慮(山間部、島しょ部等)につながった。

多職種連携

## 理学療法士等によるフレイル予防介入 市町村



### 地域の課題に即した医療専門職の介入でフレイル予防を推進

実施主体者 市町村

関係機関 理学療法士等の団体

#### 背景・課題

- ある市町村では要支援要介護認定者の悪化率及びフレイル傾向が他市町村比で高いことが課題であった。
- 当該市町村では以前から理学療法士等の団体が活動しており、ポピュレーションアプローチでの連携が見込まれた。

#### 事業内容

- 地域毎に運動体操サロンを開催し、1回1時間、計8回のプログラムを構成した。座ったままできる運動を行い、理学療法士、健康運動指導士、健康運動普及推進員等が参加者を指導した。
- 介入前後でアンケートや体組成計による測定、フレイル評価を実施し、参加者のアウトカムを測定した。

#### 評価

- 理学療法士等が参画することで充実したプログラムとなった。参加者アンケートでは「満足」「やや満足」計89%、体調が「良くなった」「やや良くなった」計69.8%であった。
- 体組成計測定では、筋肉量の向上が見られた地域があった。フレイル評価では握力と4m歩行で改善が見られた。

多職種連携

## フレイル予防アドバイザー育成 市町村



### 150名超のアドバイザーを育成し通いの場活動を活発化

実施主体者 市町村

関係機関 —

#### 背景・課題

- 通いの場参加者の国の目標は15%(2040年)であるが、ある市町村の参加者は8.2%に留まっており、参加率向上を目指していた。
- 市職員のうち医療専門職は数名しかおらず、通いの場の拡充のためにはマンパワー不足が最大の課題であった。

#### 事業内容

- 医療専門職(理学療法士、作業療法士、看護師、薬剤師等)を対象に、フレイル予防アドバイザーを育成した。研修会を開催し、運動、口腔、認知症対策についてのプログラムを構成した。
- アドバイザーを人材バンクに登録し、通いの場からの依頼に応じて専門職を派遣する運用とした。
- アドバイザーからフレイル予防教室の企画を募った。

#### 評価

- 計161名の医療専門職が研修会に参加しアドバイザーの認定を得た。
- 研修会を通じて、アドバイザーは他の専門職との交流が深まった。また自身の専門と異なる領域についても知見を深めることができた。
- 通いの場の実施件数、参加者数、フレイルリスクの評価項目がいずれも改善した。



## 各職種で行っていた訪問業務を一元化し業務効率化に成功

実施主体者 市町村

関係機関 地域包括支援センター、  
生活支援コーディネータ

## 背景・課題

- 高齢者の訪問事業を、地域包括支援センター、生活支援コーディネーター(以下、SC)、役場の地域包括ケア推進系の3者でそれぞれ行っており、情報共有がされておらず重複訪問が起っていた。
- 3者とも多忙であり、業務効率化の意向があった。

## 事業内容

- 高齢者訪問時に使用する聞き取りシートを統一化し、情報共有をできるようにした。
- 訪問対象者の区分けを行い、重複訪問が起らないようにした。
- 月1回の実態把握協議会を開催し、早期介入が不必要と考えられる高齢者についても情報共有を行った。

## 評価

- フレイル高齢者の早期発見・早期介入につながった。重複訪問をなくすことで効率よく訪問を進めることができた。
- 早期介入が不必要と考えられる高齢者についても情報共有を行うことで、対象者の状態が悪化した場合でも迅速に対応できるようになった。

## 4 ポピュレーションアプローチとしての通いの場

その他

### 通いの場登録制度による分析・評価

市町村



#### 独自の通いの場登録制度を構築し、事業の改善に活用

実施主体者 市町村

関係機関 —

#### 背景・課題

- ある市町村では総合事業新設の頃からポピュレーションアプローチには通いの場支援が重要と考えてきた。通いの場を「介護予防から生きがいづくりまでを目指す場」とし、地域全体の健康増進を図ってきた。

#### 事業内容

- 通いの場プラットフォーム(以下、PF)というシステムを作り、通いの場は場所名、参加者名、活動実績等を登録し、講師も同PFに登録する運用とした。
- 通いの場はPF経由で講師を招聘し、講師の実績もPF内に蓄積した。PFのデータを健康管理システムで管理できるようにし、地域住民の健康データを分析可能にした。

#### 評価

- 本取組により健診データと通いの場参加データとの紐づけが可能となり、通いの場参加者・非参加者での健診受診率や質問紙回答の比較等が可能となった。
- 分析結果から、地域の健康増進を目指した新たな取り組みや解決すべき課題が明らかになると見込まれる。

## 5 その他

質問票の活用

### 質問票を活用したハイリスク対象者抽出 市町村



#### 様々な場面で質問票を用いてハイリスク対象者の把握を実施

実施主体者 市町村

関係機関 —

#### 背景・課題

- 健診受診率が全国と比較して低く、健診未受診者に対して調査を行うと、「医療機関を受診しているため、健診を受診しない」と回答される被保険者が多かった。

#### 事業内容

- 広くフレイル等のハイリスク者を抽出するため、①大学病院と連携し、入退院の際であったり、②高齢者対策のバス定期券割引サービス購入時、③ワクチン接種会場等で質問票に回答いただき、市の保健事業や通いの場、オンライン体操の動画やフレイル対策リーフレット等を紹介した。

#### 評価

- 健診受診されていない方の質問票のデータの把握を行い、健診受診勧奨及び、質問票によるハイリスク者把握が進むようになった。
- 予防的な取組がさらに地域に広がることを期待している。



## 事業計画や進捗管理などを行い、委託先の市町村を支援

実施主体者 広域連合

関係機関 構成市町村

## 事業内容

- 市町村に委託を行う事業について、広域連合が市町村の事業計画段階から関わり、定期的に進捗管理の機会を設定し、市町村の課題を把握した上で、状況に応じた支援を行っている。

## 主な進捗管理・支援内容

- 市町村の健康課題の分析・整理、事業企画等のサポートを目的に、各ハイリスクアプローチに応じた事業計画書作成例等を広域連合で作成し、市町村へ提示している。
- 市町村個別訪問又は面接等による調整・助言等は以下の通りである。
  - 次年度事業計画の事前協議・調整(前年度1月)
  - 事業中間評価・進捗確認等(10～11月)
  - 事業評価(3月)

## 標準的な取り組み例

	広域連合	市町村
12月	事業計画書作成例等の提示	次年度事業計画書(仮)作成
1月	次年度に向けた委託事業内容の事前協議・調整【P】 <協議内容等> ・事業実施体制の確認 ・健康課題の整理、事業の短期・長期目標の設定(PDCAに沿った計画) ・事業計画書作成支援	⇒事前協議結果を踏まえ、事業内容の調整等実施【P】
4月	契約締結	事業開始【D】
5～7月	事業計画書の提出依頼、作成支援(特別調整交付金の申請)	事業計画書提出
10～11月	委託事業中間評価の実施【C】【A】 ⇒進捗状況の確認、助言等	事業の中間報告提出【C】 ⇒改善点があれば事業に反映【A】
3月	委託事業評価の実施【C】【A】 ・短期指標(単年度)の達成状況 ・長期指標(経年)の状況確認 等	事業報告提出【C】 ⇒改善点を次年度委託内容に反映【A】





## 事業評価の結果から課題を分析し以降の事業に活かすことが重要

実施主体者 市町村

関係機関 —

- 事業の振り返りを行う際に、課題に対して確認すべきポイントを以下に例示する。

### 課題例1:対象者と直接話せない・面会できない

- 【連絡する時間等は適切か】
  - ・ 電話による指導を行う場合や、事前に架電して訪問日時の約束をする場合等、架電する曜日・時間帯は適切か
- 【事業の趣旨が正しく伝わる案内等になっているか】
  - ・ 保険者の事業であることが理解してもらえ、「少しだけでも話を聞いてみたい」と思ってもらえるような案内になっているか

### 課題例2:勧奨できたが受診に繋がった人が少ない

- 【通知文書等は認識してもらいやすいものであったか】
  - ・ 通知文の入っている封筒は目に留まりやすい色だったか
  - ・ 通知文は、わかりやすいタイトルや見やすい文字で書かれていたか
- 【受診につながる内容であったか】
  - ・ 通知文の内容は、被保険者の受診を促すことができる内容であったか
  - ・ 受診勧奨した際に、対象者の受診のモチベーションをあげるための説明ができていたか
  - ・ 未受診の理由を丁寧に聞き取って、その状況に応じた受診方法等の提案ができていたか
  - ・ 受診勧奨の回数は適切か
- 【対象者の選定は適切か】
  - ・ 2年連続で対象になる等、より重症度が高い対象者を優先的に実施しているか

### 課題例3:参加者が増えない

- 【関係機関等との連携・協力体制は適切か】
  - ・ 地域の関係者とのネットワークが構築できていたか
  - ・ 事業に関する医療専門職等の体制が十分であったか
  - ・ 他の事業との連携を検討したか
  - ・ (医療機関からの紹介を前提にする場合)医療機関に協力を求める内容が過度になっていないか
- 【参加者の獲得方法が適切か】
  - ・ 参加勧奨のあり方や内容が対象者にとって動機づけとなる内容か(医療機関の後押しがあったか)
  - ・ 保健指導の方法や時間帯等(訪問型・来所型・オンライン型、日中・夜間・土日等)が、参加者のニーズに合ったものか
  - ・ 対象者の年齢層に応じた募集をしたか
  - ・ 地理的条件による工夫をしたか
  - ・ 参加者の感想や効果などについて伝えるような工夫を行ったか

**課題例4: 対象者の状態像に変化が見られない**

- 【アウトカムに沿った支援となっていたか】
  - ・ 対象者の行動変容へのモチベーションをあげるための支援ができていたか
  - ・ 医療・介護予防サービス等への連携は必要でなかったか、必要な場合は連携できたか
- 【評価指標の設定は適切か】
  - ・ 分析する場合の対象者の人数は適切か
  - ・ 長期的な変化(例:透析導入抑制)の前段階で見られる短期的な変化(例:対象者への行動変容/体重、血圧、血糖値等の確認)を確認しているか

**課題例5: 対象者が追跡できず評価ができない**

- 【評価指標の取得方法が適切か】
  - ・ 毎年健診の受診をしてもらうよう働きかけているか
  - ・ (後期高齢者に新たに移行する人の場合)後期高齢者医療制度とデータの連携ができるようになっているか

**課題例6: 対象者がたくさん抽出できたが、実施する医療専門職がない**

- 【地域で対応できるキャパシティなどの把握ができているか】
  - ・ 地域の関係団体に事業の必要性や事業内容を説明し、協力を求めたか
- 【民間事業者等との連携(事業委託等)は可能か】
  - ・ 対象者の重症度等に応じて支援者を分ける(医療機関、自治体、民間事業者で階層を分ける等)等、柔軟な実施体制の検討を行ったか

**課題例7: 医療専門職の異動があるため事業の継続性を確保しにくい**

- 【引継ぎ内容は適切か】
  - ・ 事業内容について手順書等にまとめたか
  - ・ 手順書については、誰が見ても、一定程度の質が担保されるように、「なぜ」当該事業を行うのか、「誰が」「いつ」「何を」「どのように」するか等、詳細にまとめられているか。
- 【関係部署との連携は適切か】
  - ・ 庁内関係部局への情報共有を行っているか
  - ・ 管理者等においても事業内容について理解されているか

**課題例8: 支援者となる医療専門職が不足している**

- ・ データ分析・保健指導に必要な人財が確保できたか
- ・ 担当者の研修等が実施できたか
- ・ 外部の支援を検討したか

## 高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン（第3版）

策定に係る有識者会議 構成員

### <構成員>

石崎 達郎	東京都健康長寿医療センター研究所研究部長
稲葉 節子	栃木県後期高齢者医療広域連合給付課審査保健担当
樺山 舞	大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻教授
唐川 祐一	愛知県後期高齢者医療広域連合給付課保健事業グループリーダー
田中 和美	神奈川県立保健福祉大学保健福祉部栄養学科教授
津下 一代	女子栄養大学特任教授

（五十音順、敬称略）

（役職名は2023年12月時点）

**別添「後期高齢者の質問票の解説と留意事項」  
(一部改変)**

## 1. 質問票の役割について

- 1) 特定健康診査の「標準的な質問票」に代わるものとして、後期高齢者に対する健康診査（以下：健診）の場で質問票を用いた問診（情報収集）を実施し、高齢者の特性を踏まえた健康状態を総合的に把握する。
- 2) 診療や通いの場等においても質問票を用いて健康状態を評価することにより、住民や保健事業・介護予防担当者等が高齢者のフレイルに対する関心を高め、生活改善を促すことが期待される。
- 3) 質問票の回答内容と KDB システムから抽出した健診・医療・介護情報を併用し、高齢者を必要な保健事業や医療機関受診につなげ、地域で高齢者の健康を支える。
- 4) 保健指導における健康状態のアセスメントとして活用するとともに、行動変容の評価指標として用いる。
- 5) KDB システムにデータを収載・分析することにより、事業評価を実施可能とし、PDCA サイクルによる保健事業に資する。

## 2. 質問票の構成について

- 1) フレイルなど高齢者の特性を踏まえて健康状態を総合的に把握するという目的から、（1）健康状態、（2）心の健康状態、（3）食習慣、（4）口腔機能、（5）体重変化、（6）運動・転倒、（7）認知機能、（8）喫煙、（9）社会参加、（10）ソーシャルサポートの 10 類型に整理した。
- 2) これまでのエビデンスや保健事業の実際、回答高齢者の負担を考慮し、15 項目の質問で構成した。

### <質問票の内容について>

類型名	No	質問文	回答*	
健康状態	1	あなたの現在の健康状態はいかがですか	①よい ②まあよい ③ふつう	④あまりよくない ⑤よくない
心の健康状態	2	毎日の生活に満足していますか	①満足 ②やや満足	③やや不満 ④不満
食習慣	3	1日3食きちんと食べていますか	①はい	②いいえ
口腔機能	4	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか ※さきいか、たくあんなど	①はい	②いいえ
	5	お茶や汁物等でむせることがありますか	①はい	②いいえ
体重変化	6	6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	①はい	②いいえ
運動・転倒	7	以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか	①はい	②いいえ
	8	この1年間に転んだことがありますか	①はい	②いいえ
	9	ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか	①はい	②いいえ
認知機能	10	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	①はい	②いいえ
	11	今日が何月何日かわからない時がありますか	①はい	②いいえ
喫煙	12	あなたはたばこを吸いますか	①吸っている	②吸っていない ③やめた
社会参加	13	週に1回以上は外出していますか	①はい	②いいえ
	14	ふだんから家族や友人との付き合いがありますか	①はい	②いいえ
ソーシャル	15	体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか	①はい	②いいえ

サポート			
------	--	--	--

### 3. 質問票の活用場面について

本質問票を用いた評価は、健診の際に活用されることを想定しているが、市町村の介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）における通いの場やかかりつけ医の医療機関など、様々な場面で健康状態が評価されることが期待される。

#### ① 健診の場で実施する

⇒健診を受診した際に、本質問票を用いて健康状態を評価する。健診時は多くの高齢者にアプローチができる機会である。

#### ② 通いの場（地域サロン 等）で実施する

⇒通いの場等に参加する高齢者に対して本質問票を用いた健康評価を実施する。

#### ③ かかりつけ医（医療機関）等の“受診の際に実施する

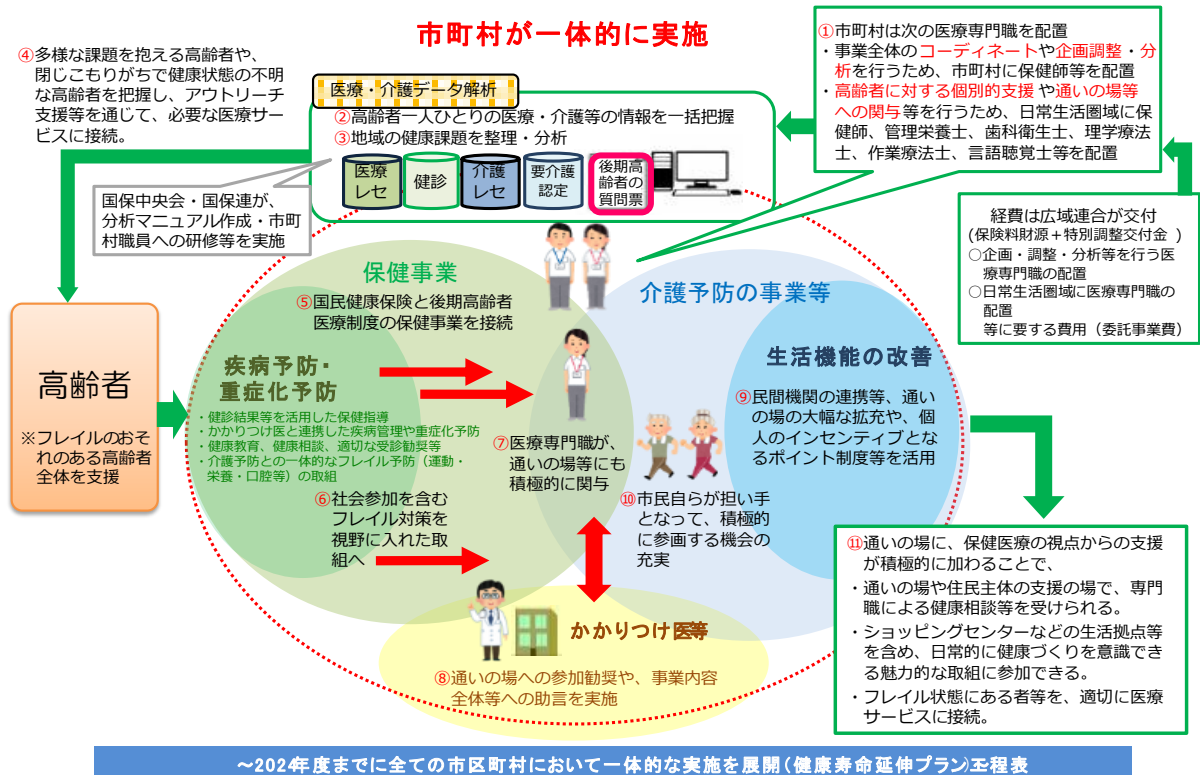
⇒医療機関を受診した高齢者に対して、本質問票を用いた健康評価を実施する。

### 4. 質問票を用いた支援について

#### 1) 高齢者一人ひとりの医療・介護等の情報を一括把握するとともに、必要な支援に繋ぐ

「高齢者の保健事業と介護予防事業の一体的実施」において、市町村では KDB システムにより、高齢者の医療・健診・介護情報等を一括して把握できるようになる。質問票の情報に、KDB システムから抽出した医療、健診、介護情報を組み合わせることで、高齢者の健康状態を多面的に捉えることが可能となる。たとえば、受療状況（未受診、中断を含む）、服薬状況については KDB を参照することとし、本人からの聞き取りの負担の軽減と客観性を担保することとしている。

高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施（市町村における実施のイメージ図）



別添

「後期高齢者の質問票の解説と留意事項」

2) 地域の健康課題を整理・分析

本質問票の回答結果は、KDB システムに収載される。KDB システムを活用することで、保険者単位よりも細分化された地区別分析、都道府県単位の集計・同規模保険者単位の集計・全国集計との比較、経年変化、性・年齢別の分析など、様々な角度からの分析が可能となり、地域における健康課題を整理・分析することができる。

5. 質問票を活用した面談について（最も多い活用場面としては、健診の事後指導を想定する。）

1) 目的

- ・健康状態を把握し、高齢者が前向きに自身の健康のためにできそうなことを見つけること
- ・自治体や医療機関等が高齢者の健康課題を把握すること
- ・自治体の保健事業や医療機関につなげること

<ポイント>

- ・高齢になると「できないこと」が目向きやすいため、「悪いところを見つけて指摘する」面談にならないようにする。
- ・加齢現象を受け入れつつ、何ができるかに着目して自身の健康状態や老化を肯定的に捉えられるようになる。
- ・「今の時点でも健康であるということ」、「こんなにやっていることがある」というメッセージを伝える。
- ・後期高齢者は 97.6%が医療機関を受診している（令和3年度医療給付実態調査報告）。疾病等の

変えられないことは受け入れて、その中でも「自分でやれること、大切にしたいこと」に目を向けるように話を進める。

- ・コーピング（問題に対処する能力）が重要であり、何歳になっても工夫の余地があることに気づくことが大切である。
- ・質問項目ごとにアドバイスするのではなく、総合的な視点からアドバイスするようこころがける。

## 2) 事前準備

- ①質問票による面談の目的を理解するとともに、本マニュアルを活用して、質問票の内容を学習する。
- ②事前にロールプレイ等のトレーニングを実施することで、当日はマニュアルに頼ることなく面談できるようにすることが望ましい。
- ③地域の保健事業や社会資源等、紹介先リストを準備する。面談対象者に対し、適切な保健サービスにつなげられるよう、各サービスの対象者基準や実施内容、日時、費用、連絡先なども確認しておくことが望ましい。
  - ⇒必要と思われる紹介先リスト（例）
    - ・後期高齢者医療広域連合事業一覧
    - ・市町村高齢部門（地域包括支援センター含む）が実施する事業一覧（通いの場等）
      - ・市町村保健部門が実施する事業一覧
      - ・市町村生涯学習部門が実施する事業一覧（生涯学習講座等）
      - ・市町村スポーツ推進部門が実施する事業一覧
    - ・各地域における医療機関一覧（病院、クリニック、歯科医院等）
    - ・介護サービス会社の一覧（食事宅配サービス、訪問介護サービス等）
- ④面談に必要な教材やリーフレットなどをあらかじめ準備しておき、使用方法等を確認する。

## 3) 面談の流れ（最も活用場面が多い健診の事後指導を想定する。）

- ①挨拶： 面談の目的、おおよその所要時間を伝える。
- ②健康状態（1）、心の健康状態（2）の回答を確認する。
  - ・食習慣（3）以降の質問について聞き取り等を行った後、最後にこれらの回答も踏まえて、総合的に判断・アドバイスを行う。
- ③食習慣（3）、口腔機能（4、5）、体重変化（6）、運動・転倒（7、8、9）喫煙（12）の項目に対して、できていることを確認する。
  - ・信頼関係を構築し、受診者が話しやすい雰囲気をつくるために、実践できている可能性が高いと思われる、食習慣（3）、運動習慣（9）、喫煙（12）のいずれかの回答を肯定し、前向きな言葉かけを行う。
- ④アドバイスが必要な質問について確認を行う。
  - ・今からでも生活改善や工夫により、健康状態の改善に繋がることを伝え、その具体的な方法を想起することを促す。
  - ・自身で想起が難しい場合には、同じような状況でうまくコーピングできている事例を紹介する。
- ⑤認知機能（10、11）の質問を確認する。
- ⑥健康状態（1）、心の健康状態（2）、社会参加（13、14）、ソーシャルサポート（15）の質問も確認する。



- ・これまでの面談の様子に加え、これらの質問の回答も加味してアドバイス等を実施する。
- ・食事がとれていない、運動ができていない等の原因として、「抑うつ状態」や「閉じこもり」がないかを確認する。

⑦アドバイスや保健事業等の紹介を行う。

- ・関連するパンフレット等を活用し、具体的にアドバイスする。
- ・健診の結果や治療状況を把握できた場合には、それらを踏まえた相談をする。
- ・今後体調の変化や健康に不安が生じた際の相談窓口を紹介する。

⑧まとめ、挨拶：

- ・面談で話したこと、確認したことを整理する。
- ・今後の生活で取り組むことを明確にし、面談を終了する。

⑨面談終了：面談記録に聴き取ったことを記載する。

#### 4) ケース対応の例

##### <ほとんどの項目に問題がない場合>

⇒できていることを承認し、素晴らしい状況であることを伝える。良い状況を保っている理由は何かを尋ね、主観的な健康観を高める行動を強化する。

⇒回答では表現できていない悩みや症状がある可能性もあるため、面談終了前に「最近、ほかに何か困っている

ことはありますか」など、受診者が話しやすいオープンクエスチョンを加える。

##### <食習慣が“いいえ”の場合>

⇒口腔機能（4、5）、体重変化（6）の質問を確認したうえで、良い状態であった時の食事はどうか、いつから食習慣が変化したのか、何かきっかけがあるのか、良い時のように改善できそうな食習慣はないかを確認する。また、買い物や調理など食事の準備について問題がある場合には、市町村の事業や介護保険サービスの利用なども検討する。個別の栄養摂取量等を基準にした指導ではなく、全般的な食習慣に着目して、具体的な改善策を想起させ、行動変容を促す。

##### <運動習慣が“いいえ”の場合>

⇒ウォーキング・体操等以外の運動習慣がないか確認する。運動習慣がなくても日常の身体活動が活発であれば良いため、ウォーキング・体操等と同程度の強度がある生活活動（自転車、掃除や調理、庭の手入れ、農作業など）についても確認する。活発な身体活動があり、運動・転倒（7、8）の質問に該当がなければ、ウォーキングや運動習慣、日常の身体活動等の継続を促す。7、8いずれかの質問に該当する場合は確認を行う。

⇒一週間の活動状況を尋ね、ウォーキングと同程度の身体活動に該当する活動がない場合には、生活のどこにそのような活動を組み込む余地があるのか、話し合う。適度な身体活動を行うことのメリットを伝え、身体活動を負担なくできる方法を共に考える。その際、本人の周囲に適度な身体活動を継続的に行っている知人がいないかなど、身体活動に適した環境についても確認をする。だと、どこで活動するのか、さらには雨が降ったときなど、できない状況の場合にはどうするか、具体的に話し合えると行動変容を促しやすい。

## 6. 各項目の解説・ポイント

類型名：健康状態

質問 <b>No1</b>	あなたの現在の健康状態はいかがですか	①よい ②まあよい ③ふつう ④あまりよくない ⑤よくない
目的	主観的健康感を把握する。	
解説	<p>○本質問は、すべての質問に関連しているため、単独では考えず、総合的に捉えることが必要であり、すべての回答を確認した後に活用する。</p> <p>○国民生活基礎調査の質問を採用しているため、調査結果と直接の比較に活用できる。</p>	
エビデンス、統計等	<p>○主観的健康感は、累積生存率<sup>1)</sup>（図1）、要介護度、認知機能と強い関連がある。</p> <p>○主観的健康感が良くない者の死亡リスクは、良い者より男性1.3倍、女性1.5倍高い<sup>2)</sup>。</p> <p>○男女いずれも、加齢により、健康と思っていない者は増加している。一方、90歳以上の男女においても、“よい”、“まあよい”、“ふつう”の割合は、6割程度存在している<sup>3)</sup>（図2）。</p>	
聞き取りポイント	<p>○“あまりよくない”、“よくない”の回答に対しては、急性的（何かの理由により、たまたま現在の状態）なのか慢性的（継続的）な状態なのかを把握する。</p> <p>○“あまりよくない”、“よくない”が慢性的に続いている場合は、そのような状態にある期間・理由など、本人がどのように感じているかを確認する。</p>	
具体的な声かけの例	<p>○“よい”、“まあよい”、“ふつう”の場合 ⇒質問3以降の回答を踏まえ、今後もよい健康状態が続けられるよう、声掛けをする。 「日頃の食事や運動、サークル活動に参加していることが、健康の源になっているんですね。」</p> <p>○“あまりよくない”、“よくない”の場合 ⇒「“あまりよくない”、“よくない”という状態は、いつから続いているのですか？」 ⇒「“あまりよくない”、“よくない”と感じる時は、どのような時ですか？」</p>	
留意事項	<p>○KDBの傷病フラグの有無、薬剤数を把握し、疾患が関連しているかを確認できるとよい。</p> <p>○薬剤数が多い場合（ポリファーマシー）は、薬の飲み合わせ等、かかりつけ医と十分相談することをすすめる。</p>	
対応方法、紹介先の例	<p>○“あまりよくない”または“よくない”という状態が、慢性的に続いているような場合 ⇒保健センターの相談窓口や、かかりつけ医につなげる。</p> <p>○急な健康状態の悪化の場合 ⇒医療機関を紹介する。</p>	

図 1 : 主観的健康感と、累積生存率との関連について <sup>1)</sup>

主観的健康感が“健康でない”者は、累積生存率が最も低く、男性はその低下率が著しい。

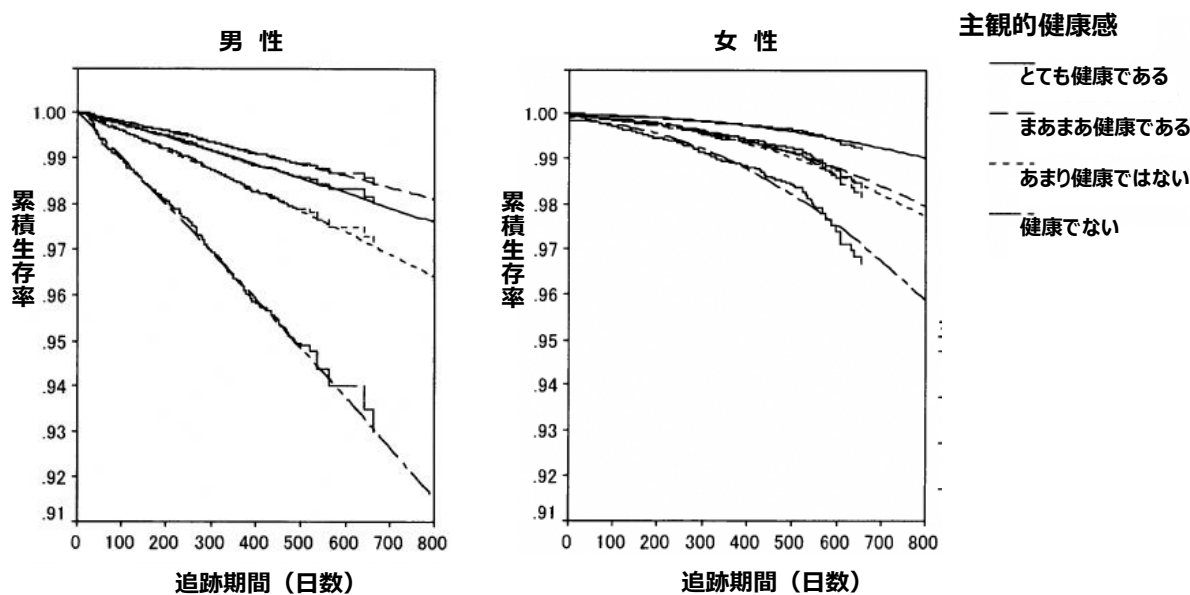
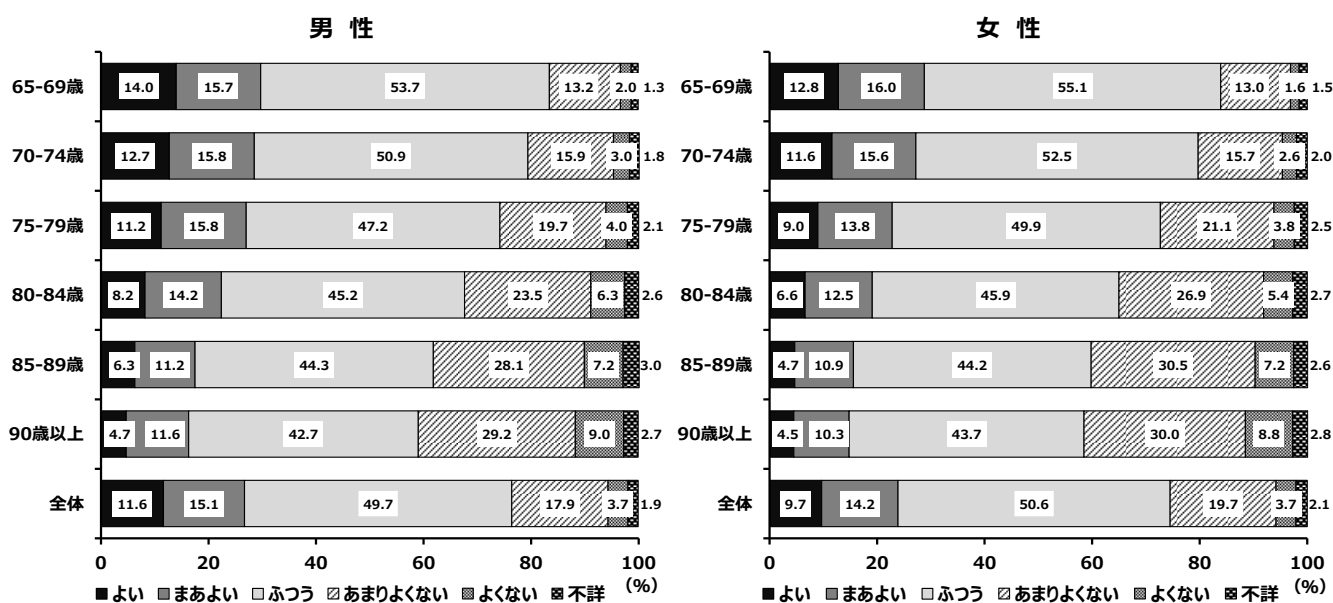


図 2 : 65 歳以上、性・年齢階級別 健康意識の構成割合 <sup>3)</sup>

平成 28 年「国民生活基礎調査の概況」によれば、男女いずれも、年齢が上がるとともに、健康と思っている者は減少し、健康とっていない者は増加している。一方、90 歳以上においても、“よい”、“まあよい”、“ふつう”と回答している者は、60%程度存在している。



1) 岡戸順一, 艾 斌, 他. 日本健康教育学誌. 2018 (1), 31-38.

2) Ishizaki, T Kai I, et al. ArchGerontol Geriatr. 2006, 42, 91-99.

3) 厚生労働省. 高齢者の保健事業のあり方検討 WG 資料. 参考資料 5 高齢者の健康状態等の包括的な把握方法に関する資料 (特別集計).

<https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000501521.pdf>

類型名：心の健康状態

<p>質問 <b>No2</b></p>	<p><b>毎日の生活に満足していますか</b></p>	<p>①満足      ②やや満足 ③やや不満      ④不満</p>
<p>目的</p>	<p>心の健康状態を把握する。</p>	
<p>解説</p>	<p>○老年期うつ病評価尺度（Geriatric depression scale 15 ; GDS15）の質問を用いている（表 1）。ただし、回答しやすさの観点から、四者択一としている。 ○全体的な健康状態とともに、心の健康状態を把握するための質問である。 ○質問 1 と同様に、単独では考えず、総合的に捉えることが必要であり、すべての回答を確認した後に活用する。</p>	
<p>エビデンス、統計等</p>	<p>○フレイル*を有する高齢者はうつ病を有する確率が高い<sup>1)</sup>（図 1）。 ○身体的に問題ないうつ症例を 6 年間追跡すると ADL（図 2-1）、運動機能が低下した<sup>2)</sup>（図 2-2）。 *フレイル：加齢に伴う予備能力低下のため、ストレスに対する回復力が低下した状態。フレイルは、要介護状態に至る前段階として位置づけられる<sup>1)</sup>。</p>	
<p>聞き取りポイント</p>	<p>○面接時に“表情が暗い”、“元気がない”と感じた時、また“やや不満”、“不満”の回答の場合はうつの可能性を考慮し、聞き取りを行う。 ○日常生活に支障が出ている場合は、うつ症状が進行している可能性が高いため、確認する。</p>	
<p>具体的な声かけの例</p>	<p>○“満足”、“やや満足”の場合 ⇒「充実した生活を送っていらっしゃるんですね。」 ○“やや不満”、“不満”の場合 ⇒「趣味など、毎日の生活を楽しめていますか？」 ⇒「眠れなかったり、食欲が落ちたりしていませんか？」 ⇒「気分が沈んで、憂鬱に感じることがありますか？」 ⇒「今お話いただいた症状で日常生活に支障が出ることはありませんか？」</p>	
<p>留意事項</p>	<p>○回答結果は、日常生活が滞りなく過ごせていること、健康を維持していること、休養がとれていること、生きがいがあること、などを反映すると考えられる。そのため、健康状態のみならず、生活状況、経済状況などについても、アセスメントする際の手がかりとしても活用できる。</p>	
<p>対応方法、紹介先の例</p>	<p>○日常生活に支障が出ていない場合 ⇒散歩など、その人なりの気分転換になる方法を共に考える。 ○日常生活に支障が出ている場合 ⇒市町村の「こころの相談窓口」等につなげる。</p>	

**表 1 : 老年期うつ病評価尺度 (Geriatric depression scale 15 ; GDS15) の質問項目について**  
 高齢者のうつ病のスクリーニングに使用される評価スケールである。

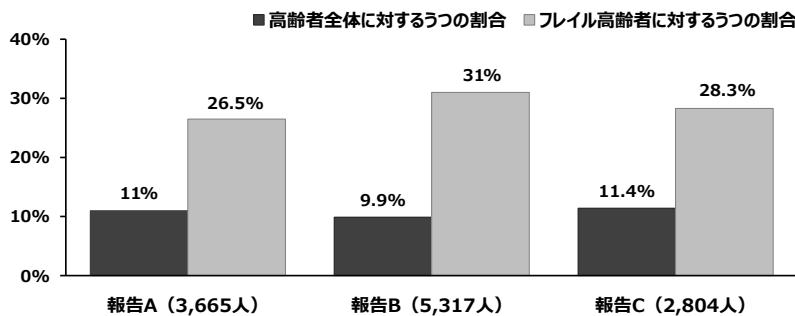
本質問では、回答しやすさの観点から、“満足”、“やや満足”、“やや不満”、“不満”の四者択一としている。

No	質問事項	回答	
1	毎日の生活に満足していますか	いいえ	はい
2	毎日の活動力や周囲に対する興味が低下したと思いませんか	はい	いいえ
3	生活が空虚だと思いませんか	はい	いいえ
4	毎日が退屈だと思うことが多いですか	はい	いいえ
5	大抵は機嫌よく過ごすことが多いですか	いいえ	はい
6	将来の漠然とした不安に駆られることが多いですか	はい	いいえ
7	多くの場合は自分が幸福だと思いませんか	いいえ	はい
8	自分が無力だなぁと思うことが多いですか	はい	いいえ
9	外出したり何か新しいことをするより家にいたいと思いませんか	はい	いいえ
10	何よりもまず、もの忘れが気になりますか	はい	いいえ
11	いま生きていることが素晴らしいと思いませんか	いいえ	はい
12	生きていても仕方がないと思う気持ちになることがありますか	はい	いいえ
13	自分が活気にあふれていると思いませんか	いいえ	はい
14	希望がないと思うことがありますか	はい	いいえ
15	周りの人があなたより幸せそうに見えますか	はい	いいえ

※質問 1、5、7、11、13 は、“はい” 0 点、“いいえ”1 点、質問 2、3、4、6、8、9、10、12、14、15 は、“はい” 1 点、“いいえ”0 点を配点し、合計する。  
 5 点以上がうつ傾向、10 点以上がうつ状態とされている。

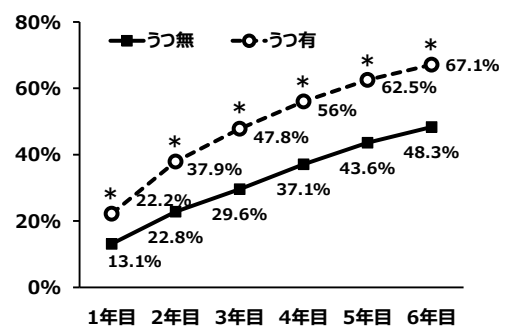
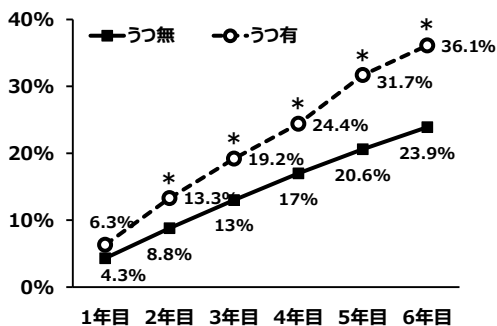
**図 1 : フレイルとうつの関係について** <sup>1)</sup>より改変

複数の報告において、高齢者全体のうつ有病率に対し、フレイル高齢者のうつ有病率が高かった。



**図 2 : うつ病の有無別 6 年間の ADL、運動機能低下者の割合** <sup>2)</sup>より改変

運動機能に問題のない高齢者集団を追跡した研究では、うつ有病者は、うつ病でない者と比較して、その後 6 年間で ADL (日常生活動作 : 図 2-1) や運動機能 (図 2-2) の低下した者の割合が有意に増加した。



1) Vaughan L, Corbin AL, et al. Clin Interv Aging. 2015 Dec 15;10:1947-1958.  
 2) Penninx BW, Leveille S, et al. Am J Public Health. 1999 Sep;89(9):1346-1352.  
 3) フレイル診療ガイド 2018 年版。

類型名 : 食習慣

質問 <b>No3</b>	<b>1日3食きちんと食べていますか</b>	①はい ②いいえ
目的	食事習慣の状態を把握する。	
解説	○欠食等による、低栄養のリスクをスクリーニングする質問である。 ○“きちんと”という文言から、食事内容、食事時間を想定した回答を得られる。	
エビデンス、 統計等	○BMI20 以下では、BMI が大きい群と比べて、男女ともにエネルギー摂取量等が少ない <sup>1)</sup> (図1)。 ○食品摂取多様性スコアが低い者は、高い者と比べ、フレイルのリスクが高く <sup>2)</sup> (図2) 食品摂取多様性スコアが高い者は、4年後の握力と歩行速度の低下のリスクが低かった <sup>3)</sup> 。 ○誰かと一緒に食べる「共食」の頻度が高い者の方が、低い者より、主観的健康感や食事の満足度、食品摂取多様性スコアが高く <sup>1)</sup> 、低栄養予防につながる。	
聞き取り ポイント	<b>質問6の体重変化、質問4、5の口腔機能と併せて確認する。</b> ○3食食べているが体重減少がある場合は、食事内容を確認する。 ○欠食がある場合は理由を確認する。その際、質問4、5の口腔機能も活用する。 ○抑うつ状態により、食欲低下をきたすこともあるため、質問2の心の健康状態も考慮する。 ○その他、欠食理由には独居、家庭内環境、高齢者世帯による孤立、生活機能の低下、経済的困窮や食事準備の不具合等が考えられる。	
具体的な 声かけの例	○3食食べていて、体重減少がない場合 ⇒「3食食べていることが〇〇さんの元気の秘訣ですね。」 ○3食食べているが体重は減っている、または、欠食がある場合 ⇒「食事をおいしく食べていますか？」 ⇒「食事は、どなたが用意されていますか？」 ⇒「朝、昼、晩のうち、抜いてしまう食事はいつですか？」 ⇒「食事は、どなたと食べていますか？」	
留意事項	○“いいえ”という回答には、“食事回数が不足している”、“食事時間が不規則である”、“栄養バランスが偏っている”などの内容が含まれている可能性がある。	
対応方法、 紹介先の例	○体重減少があり、欠食がある場合 ⇒配食弁当や食材の宅配を紹介する。 ⇒食材調達のためのコミュニティバス等の時刻表を紹介する。 ⇒日持ちのする食品（缶詰等）の利用を伝える。 ⇒共食（家族、友人等）の機会を増やすことを提案する。 ⇒食欲が低下している時は、どのようなものなら食べられそうか確認する。 (果物、ゼリー、ヨーグルト等)	

**図 1：高齢者の BMI 区分別 栄養素摂取量の比較** 1) より改変

65～74 歳の男性ではエネルギー、たんぱく質、脂質の摂取量に有意差があり、BMI20 以下の群が最低であった（図 1-1）。75 歳以上の女性では、エネルギー、たんぱく質、炭水化物の摂取量に有意差があり、BMI20 以下の群が最低であった（図 1-2）。

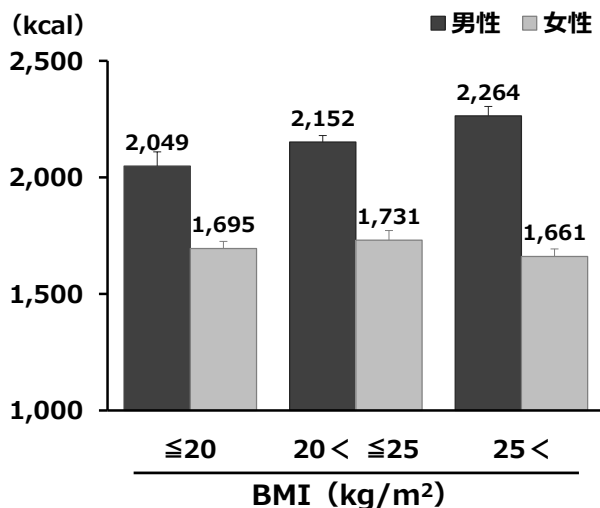


図 1-1. 65～74 歳の総エネルギー摂取量

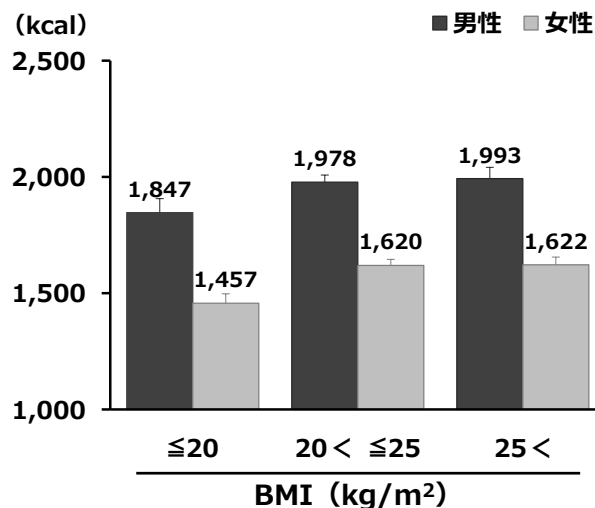
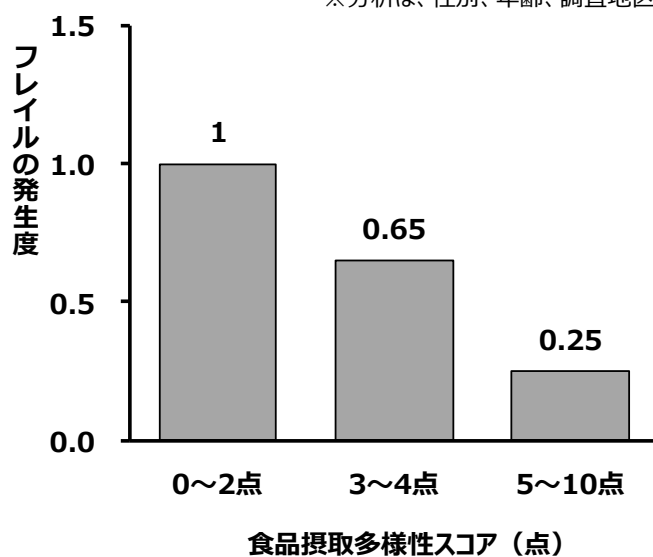


図 1-2. 75 歳以上の総エネルギー摂取量

**図 2：食品摂取多様性スコアとフレイルの関係** 2) より改変

食品摂取多様性スコアとは、食品 10 項目の 1 週間あたりの摂取頻度を 0～10 点で評価した点数であり、点数が高い方が、食事多様性があり良好となる。

65～95 歳の高齢者 218 名を対象に、アンケート方式で横断的に調査した結果、食品摂取多様性スコアが最も低い 0～2 点群のフレイル度（なりやすさ）を 1 とすると、3～4 点群は 0.65、5～10 点群は 0.25 と、食事多様性が良好なほど、フレイル度は小さくなり、フレイルになりにくいことがわかった。



※分析は、性別、年齢、調査地区、BMI、婚姻、投薬有無、喫煙、誤嚥有無により調整

食品摂取多様性スコアは、いも類、豆類、緑黄色野菜、海藻類、魚介類、肉類、卵類、牛乳、果物類および油脂類の 10 項目について、“ほぼ毎日食べる”が 1 点、それ以外は 0 点で合計点を算出する。毎日食べている食品項目が少ないとスコアが低値傾向となる。

1) 武見ゆかり, 小岩井馨. 保健医療科学, 66 (6), 603-611, 2017.  
 2) 吉崎貴大, 横山友里, 他. 栄養学雑誌, 77 (1), 19-28, 2019.  
 3) Yokoyama Y, Nishi M, et al. J Nutr Health Aging. 2017;21(1),11-16.

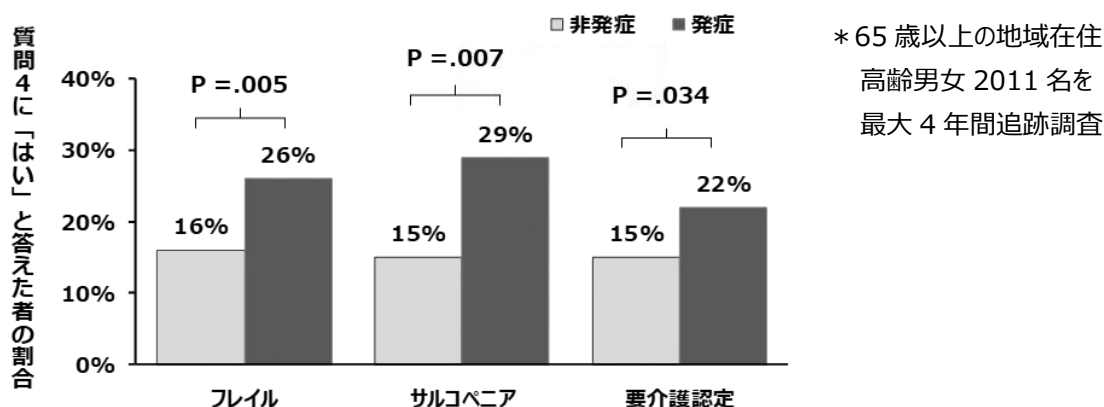
類型名：口腔機能

<p>質問 <b>No4</b></p>	<p>半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか ※さきいか、たくあんなど</p>	<p>①はい ②いいえ</p>
<p>目的</p>	<p>咀嚼機能の状態（咀嚼力）を把握する。</p>	
<p>解説</p>	<p>○半年前と比較した咀嚼力についての質問であり、基本チェックリストの質問を採用している。 ○咀嚼力は様々な要素（歯数、義歯の適合具合、咬合筋力や舌の動き、唾液分泌など）が影響し合う。 ○咀嚼力が低下した人は、食べにくいものを避けて柔らかい物を好んで食べるなど、さらに咀嚼力が低下する悪循環に陥りやすい。結果、口腔機能全般が衰える危険性がある。</p>	
<p>エビデンス、統計等</p>	<p>○咀嚼力の低下は口腔機能全体の低下につながりやすい。 質問 5 のむせ（嚥下機能低下）と連動して、口腔機能の低下は、全身のフレイル・サルコペニア（筋肉減弱）や、要介護リスク・死亡リスクにつながる<sup>1)</sup>（図 1、2）。</p>	
<p>聞き取りポイント</p>	<p><b>質問 4、5 の口腔機能は、2 項目を併せて確認する。</b> ○咀嚼力の低下により、食べるものを意識的に柔らかい物に変えている場合がある。どれくらいの食材なら食べられるか（“さきいか”や“たくあん”などと例示する）、食べているのか、どのような食材が食べにくいのかを確認する。 ○かかりつけ歯科医があるかないか、定期的に歯科を受診し、口腔機能や口腔衛生の管理等できているかを確認する。 ○質問 5 と併せて、会話（本人の発語）の内容が聞き取れないなど、滑舌の悪さや口臭が気にならないかについても意識して確認する。 ○質問 3 と質問 6 により、欠食や体重減少の状態も併せて確認する。咀嚼力を保つことが第一である。また、歯数が少なくとも、義歯の調整や口腔機能訓練などにより、咀嚼力の改善が見込める。</p>	
<p>具体的な声かけの例</p>	<p><u>○“いいえ”の場合</u> ⇒「何でもよくかんで、おいしく食事ができていますね。」 ⇒「症状がなくても歯科医療機関で定期的に歯科健診を受けていただくことをお勧めします。」 <u>○“はい”の場合</u> ⇒「定期的にかかりつけ歯科医受診し、お口の状態を診てもらってください。」 ・3食食べていて、体重の減少がない場合 ⇒「固いものが食べにくくなっているようですが、食べる際に何か工夫をされていますか？」 ・3食食べておらず、体重の減少がある場合 ⇒「食べこぼし、話しているとき、聞き取りにくいとよく言われますか？」、「どのようなものが食べにくいですか？」、「お口の機能の衰えはオーラルフレイルと言われ、全身の機能の衰えにつながる可能性があります<sup>2)</sup>。口腔機能低下症の可能性も考えられますので、なるべく早く歯科医療機関を受診することをお勧めします。」</p>	
<p>留意事項</p>	<p>○歯の治療中、歯の痛みで食べられない場合は除く。 ○状態に変化が生じていない場合は“いいえ”とする。</p>	
<p>対応方法、紹介先の例</p>	<p>○歯や口が痛い等で食べられない、もしくは歯の欠損がある場合⇒歯科医院を紹介する。 ○口腔機能低下が疑われる場合⇒歯科医院を紹介、口腔機能の維持・向上のための介護予防教室等を案内。口腔・嚥下体操のリーフレットを渡す。</p>	



**図 1 : 65 歳以上高齢者における質問 4 への回答頻度と、全身のフレイル化との関連<sup>1)</sup>**

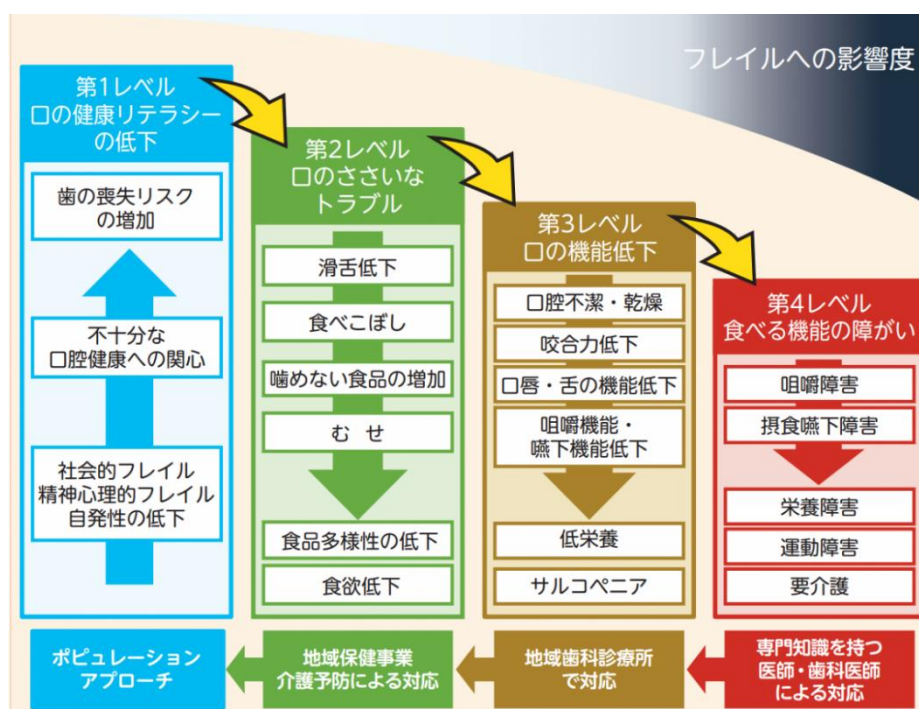
歯の喪失や咀嚼力が低下した人は、食べにくいものを避けて柔らかいものを好んで食べるなど、さらに咀嚼が低下する悪循環に陥りやすいとされる。フレイルやサルコペニアの新規発症者や要介護新規認定者では、質問 4 に対して「はい」と答えた者の割合が有意に多かった<sup>1)</sup>。(年齢等調整済み)



**図 2 : オーラルフレイル<sup>2)</sup>**

一般的には、オーラルフレイルとは、口に関するささいな衰えを放置したり、適切な対応を行わないままにしたりすることで、口の機能低下、食べる機能の障害、さらには心身の機能低下まで繋がる負の連鎖が生じてしまうことに対して警報を鳴らした概念とされている。

**日本歯科医師会によるオーラルフレイルの定義\* (2019 年版)<sup>2)</sup>** : 老化に伴う様々な口腔の状態 (歯数・口腔衛生・口腔機能など) の変化に、口腔健康への関心の低下や心身の予備能力低下も重なり、口腔の脆弱性が増加し、食べる機能障害へ陥り、さらにはフレイルに影響を与え、心身の機能低下にまで繋がる一連の現象及び過程である。第 3 レベルまで進行すると「口腔機能低下症」に該当する。



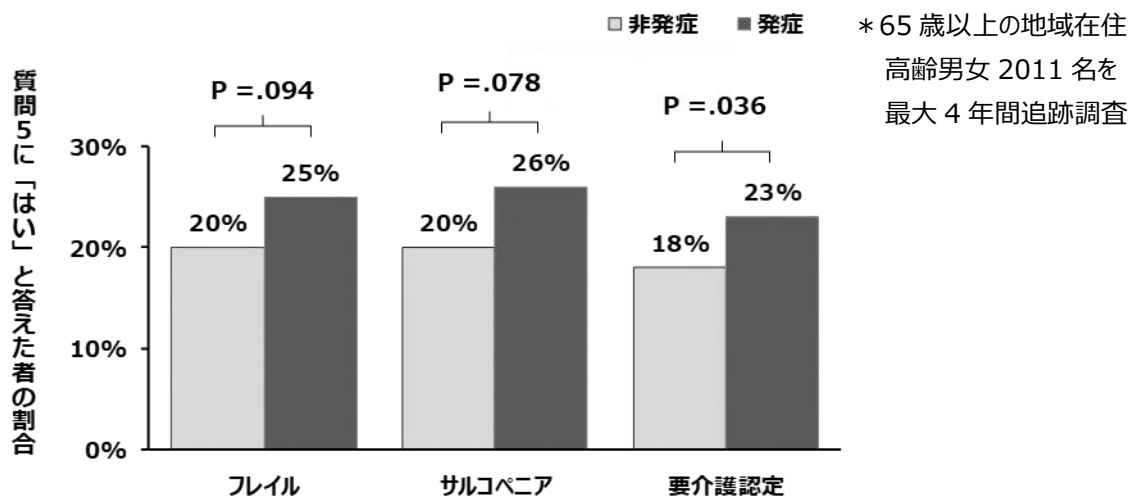
1) Tanaka T, Takahashi K, et al. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2018 Nov 10;73(12):1661-1667.  
 2) 日本歯科医師会. 歯科診療所におけるオーラルフレイル対応マニュアル 2019 年版.

類型名：口腔機能

<p>質問 <b>No5</b></p>	<p><b>お茶や汁物等でむせることがありますか</b></p>	<p>①はい ②いいえ</p>
<p>目的</p>	<p>嚥下機能の状態を把握する。</p>	
<p>解説</p>	<p>○嚥下機能を確認する質問であり、基本チェックリストの質問を採用している。 ○むせは食物が気管に入りこむ、いわゆる誤嚥による咳反射であり、むせていることは嚥下機能の低下を疑う。さらに、飲み込んだ後、口の中に食べ物が残っているときは、舌の動き、頬筋の低下を疑う。</p>	
<p>エビデンス、統計等</p>	<p>○むせ（嚥下機能低下）は誤嚥性肺炎や窒息と関連するとされる。 質問4の（咀嚼力の低下）と連動し、口腔機能の低下は、全身のフレイル・サルコペニアや、要介護リスク・死亡リスクにつながる<sup>1)</sup>（図1、2）。</p>	
<p>聞き取りポイント</p>	<p><b>質問4、5の口腔機能は、2項目を併せて確認する。</b> ○むせるのが一時的なのか慢性的なのか確認する。⇒食べた時にむせるかどうかを確認する。 食事以外でむせている場合も注意が必要である。（食事中よくむせる、食事以外でも突然むせる・咳き込む、飲み込んだ後に口腔内に食べ物が残る、ご飯より麺類を好むなど） ○粘度の少ない液体はむせを生じやすい。慢性的なむせを確認する。 ○むせるため、一口量、食べ方、食材を工夫している場合がある。 ○食事中に食べこぼしがあるかを確認する。⇒一口量や食事にかかる時間を確認する。</p>	
<p>具体的な声かけの例</p>	<p>○“いいえ”の場合⇒「お茶や汁物等でもむせずに飲み込めていますね。」 ○“はい”の場合⇒質問3 食習慣、5 口腔機能、6 体重変化と関連がある。 ・食事中にむせる⇒食事の方法について確認・指導する。 ⇒「食事中にむせることはありますか?」、「一口量は多いですか?」、「早食いですか?」 ・食事以外でもむせる⇒嚥下機能低下の可能性もある。 ⇒「食事以外でも突然むせたり、咳き込んだりすることはありますか?」 ⇒「食事に時間がかかるようになってきましたか?」 ⇒「食べこぼし、滑舌も悪くなってきているとよく言われますか?」 ⇒「お口の機能の衰えは全身機能の低下につながりやすく、“オーラルフレイル”と言われています。」（※質問4の図2参照、咀嚼力と併せて進行する）<sup>2)</sup></p>	
<p>留意事項</p>	<p>○誤嚥性肺炎の既往がある場合、耳鼻科や呼吸器科で検査が推奨される。</p>	
<p>対応方法、紹介先の例</p>	<p>○嚥下機能低下の場合、誤嚥性肺炎のリスクが高まる。 ① 歯科医院を紹介する。 ② 口腔機能の維持・向上のための介護予防教室等を案内する。 ③ 口腔体操のリーフレットを渡す。 ○食事の方法を伝える。 ① ゆっくり食事をするようにすすめる。 ② 食べるときの一口量を減らす。 ③ とろみをつける。 ④ テレビを見ながら、会話をしながら食事をしない。</p>	

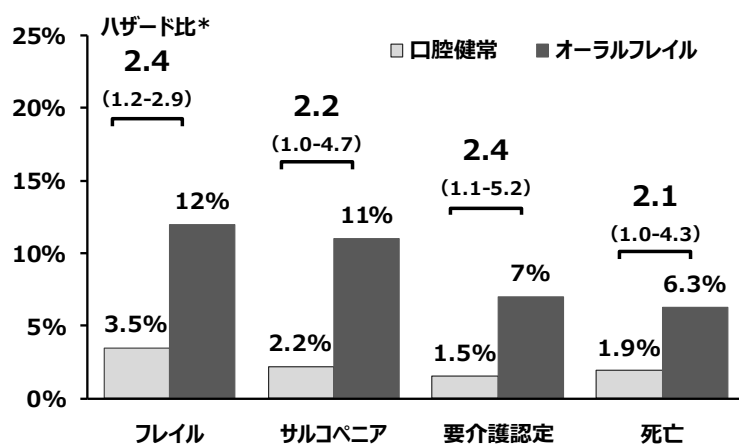
**図 1 : 65 歳以上高齢者における質問 5 への回答頻度と、全身のフレイル化との関連<sup>1)</sup>**

むせ（嚥下機能の低下）は誤嚥性肺炎や窒息と関連するとされる。フレイルやサルコペニアの新規発症者や要介護の新規認定者では、質問 5 に対し「はい」と答えた者が多い傾向にあった。（年齢等調整済み）



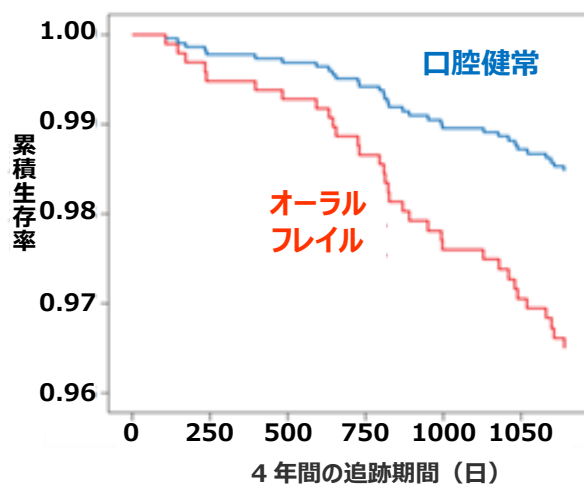
**図 2 : オーラルフレイルの有症率と全身のフレイル化との関連<sup>1)</sup>**

口腔機能は歯数や咀嚼力、嚥下機能など様々な機能から成り立つ。先行研究では 65 歳以上地域在住の自立高齢者の 16%がオーラルフレイルに該当し、50%がその予備群に該当した。質問 4 の咀嚼力と連動し、口腔機能の低下が重複した「オーラルフレイル（質問 4 : 図 2 参照）」である高齢者は、フレイル・サルコペニアの新規発症や要介護認定と関連し（図 2-1）、4 年間の累積生存率が低いことが報告されている（図 2-2）。



**図 2-1. オーラルフレイルの高齢者の新規発症率とリスク**

\*年齢や疾患等の影響を加味したハザード比（危険度）と 95%信頼区間



**図 2-2. オーラルフレイルと累積生存率**

1) Tanaka T, Takahashi K, et al. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2018 Nov 10;73(12):1661-1667.  
 2) 日本歯科医師会. 歯科診療所におけるオーラルフレイル対応マニュアル 2019 年版.

類型名：体重変化

<p>質問 <b>No6</b></p>	<p><b>6 か月間で 2～3kg 以上の体重減少がありましたか</b></p>	<p>①はい ②いいえ</p>
<p>目的</p>	<p>低栄養状態のおそれを把握する。</p>	
<p>解説</p>	<p>○基本チェックリストの質問を採用している。 ○低栄養は筋肉量の減少から体重減少をきたす。 ○低栄養は本人が自覚しにくく、気づかぬうちに進行していることが多いため、体重減少はよい指標となる。</p>	
<p>エビデンス、統計等</p>	<p>○体重減少がある者は、ない者より要介護状態の累積発生率が有意に高く<sup>1)</sup> (図 1-1)、その発生リスクは、体重減少がない者の 1.61 倍高い (図 1-2)。 ○年齢が上がると、やせ (低栄養) の割合が高く、80 歳以上は著しい<sup>2)</sup> (図 2)。</p>	
<p>聞き取りポイント</p>	<p>○低栄養による体重減少を踏まえ、質問 3 と併せて確認する。 ○欠食がない場合も食事内容に偏りがあるケース (間食が中心、たんぱく源の不足等) も考えられるため、質問 3 と併せて確認する。 ○抑うつ状態が原因で低栄養につながり、体重減少をきたしているケースもあるため、質問 2 を確認し、食欲があるかなども聞き取る。 ○欠食等がない場合は、意識して減らしているのか (ダイエット等)、無意識のうちに減少しているのかを確認する。 ○対象の BMI を考慮し、やせ型でかつ無意識に減少している場合は特に注意が必要である。 ○食事に問題がない場合は、健診受診の有無、かかりつけ医があるか、既往歴および現病歴について確認する。</p>	
<p>具体的な声かけの例</p>	<p>○“いいえ”の場合 ⇒「体重が落ちると低栄養状態のおそれがありますが、しっかりと維持されていますね。」 ○“はい”の場合 ⇒「食欲はありますか？」                      ⇒「ダイエットか何かをしているのですか？」 ⇒「最近、食事の内容や生活習慣で何か変わったことはありますか？」</p>	
<p>留意事項</p>	<p>○OKDB の傷病フラグの有無や薬剤数を把握し、疾患が関連しているかを確認できるとよい。</p>	
<p>対応方法、紹介先の例</p>	<p>○欠食や食事がしっかりとれていない場合 ⇒配食弁当や食材の宅配、コミュニティバスの時刻表、日持ちのする食品 (缶詰等) 等を紹介する。 ○気分がすぐれない、抑うつの可能性がある場合 ⇒質問 2 に戻って確認する。 ○ダイエット中の場合 ⇒無理な内容になっていないか、食事内容や方法を確認し、アドバイスを行う。 ○それ以外 (疾病が原因と考えられる) の場合 ⇒かかりつけの医療機関があれば、かかりつけに相談するよう伝える。 ⇒未受診の場合は医療機関の受診をすすめる。</p>	

### 図 1：体重減少と 2 年後の要介護状態の発生<sup>1)</sup>

体重減少がある者は、体重減少がない者と比べて要介護状態の累積発生率は高く（図 1-1）、その発生危険度は 1.61 倍と有意に高い状況である（図 1-2）。

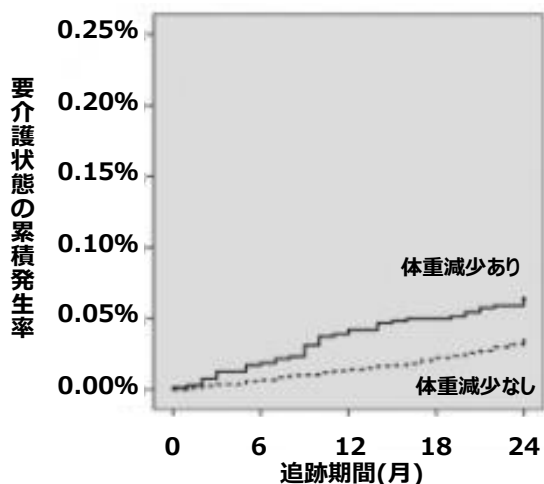


図 1-1. 要介護状態の累積発生率

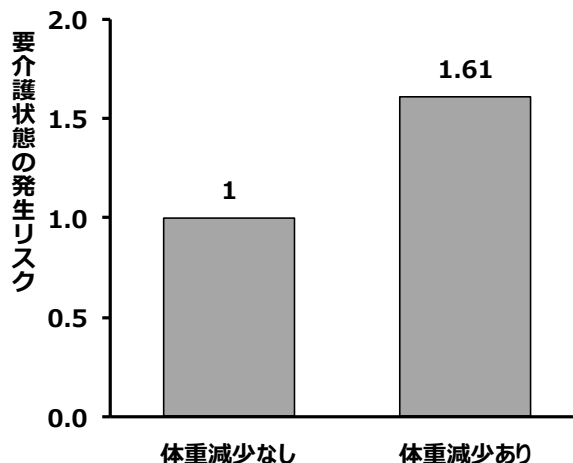
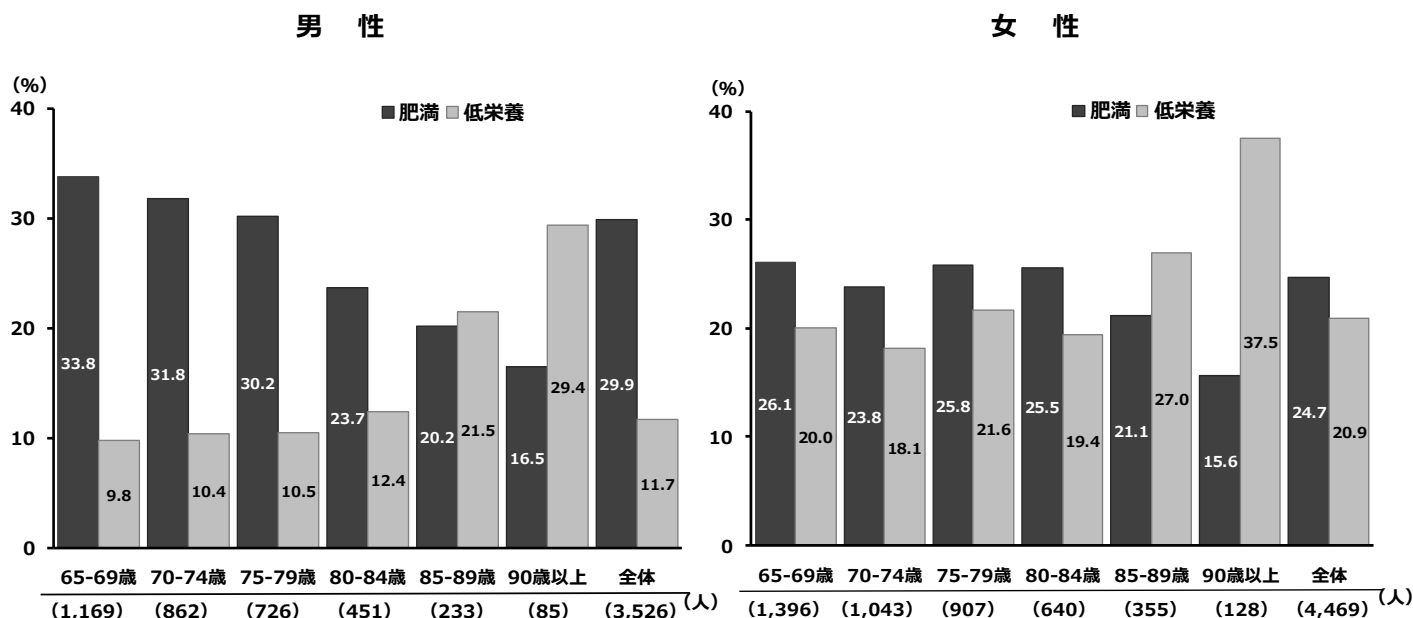


図 1-2. 要介護状態の発生リスク

### 図 2：65 歳以上、性・年齢階級別 BMI の分布<sup>2)</sup>

年齢が高くなるとの肥満（BMI $\geq$ 25）の割合は減り、低栄養（BMI $\leq$ 20）の割合は増加する。低栄養の割合は、どの年齢階級においても、女性が男性より高い状況である。



1) Makizako H, Shimada H, et al. BMJ Open. 2015 Sep 2;5(9):e008462.

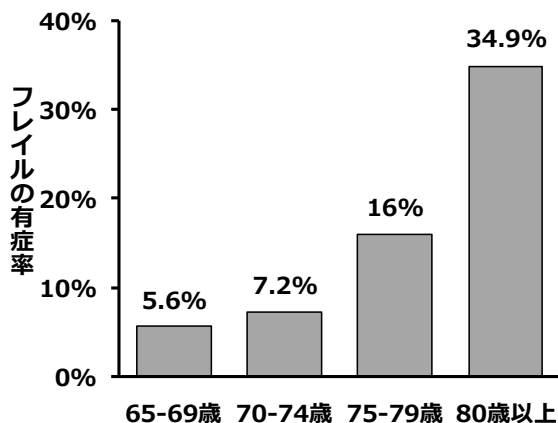
2) 厚生労働省. 高齢者の保健事業のあり方検討 WG 資料. 参考資料 5 高齢者の健康状態等の包括的な把握方法に関する資料 (特別集計).

<https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000501521.pdf>

<p>質問 <b>No7</b></p>	<p><b>以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか</b></p>	<p>①はい ②いいえ</p>
<p>目的</p>	<p>運動能力の状態を把握する。</p>	
<p>解説</p>	<p>○簡易フレイルインデックスの質問を採用しており、体力が日常生活を送る上で支障がないか把握する。 ○早期にフレイルの状況、可能性を把握する。 <b>フレイルの診断法（J-CHS 基準）<sup>1)</sup></b> ①体重減少（6か月で2～3kg以上の減少）、②筋力低下（握力：男性&lt;26kg、女性&lt;18kg）、 ③疲労感（訳もなく疲れたような感じがする）、④歩行速度（秒速1.0m未満）、⑤身体活動（週1回以上の定期的な運動）▶フレイル（3つ以上）、プレフレイル（1～2つ）、非フレイル（該当なし） ○“はい”の場合、できていた事ができなくなったことを表す。ハイリスク者との認識が必要である。</p>	
<p>エビデンス、統計等</p>	<p>○高齢者では、通常歩行速度が遅い群は、速い群よりも総死亡リスクが1.6倍高かった<sup>2)</sup>。 ○要介護認定の発生リスクは、歩行速度低下を有するフレイルにおいて最も高かった<sup>4)</sup>（図2）。</p>	
<p>聞き取りポイント</p>	<p><b>質問7、8、9の運動・転倒は、3項目を併せて確認する。</b> ○「青信号で横断歩道を渡れるか」など、日常生活に支障がないかを確認する。 ○歩行速度低下の理由として、COPD、心不全等の基礎疾患の疑い、膝関節痛や腰痛・筋肉量減少などの運動器の問題が挙げられる。したがって、息切れによって歩行が遅くなったのか、膝や腰の痛みによって遅くなったのかを確認する。 ○回答が“はい”の場合は、そのような状態にある期間・理由・本人の捉え方等を確認する。</p>	
<p>具体的な声かけの例</p>	<p><b>○“いいえ”の場合</b> ⇒歩いていることがとても大切であることを伝える。 「歩行速度を維持できていることは、健康寿命を延ばすことにつながります。」 <b>○“はい”の場合</b> ⇒「青信号で横断歩道を渡れないなど、何か、生活上で困った経験がありますか？」 ⇒「息切れや、腰・膝などの痛みのために、歩く速度が遅くなったと感じていますか？」</p>	
<p>留意事項</p>	<p>○KDBの傷病名の有無（特に疼痛性疾患、慢性心不全、呼吸器疾患等）や薬剤数を把握し、疾患が関連しているかを確認できるとよい。 ○“いいえ”の場合でも、歩行速度が低下した状態が長く続いている可能性があるため、身体状況によっては生活に支障がないか確認する必要がある。 ○フレイル予防のため運動実践に効果がある一方、誤った方法により、足腰の痛みや思わぬ事故につながる可能性がある。</p>	
<p>対応方法、紹介先の例</p>	<p>○質問7“いいえ”、8“いいえ”、9“はい”3項目の全てで良好な場合 ⇒既存の健康増進施設や市町村主催の運動教室、自発的なウォーキング等を推奨する。 ○質問7“はい”または8“はい”の回答の場合 ⇒市町村が主催する介護予防教室等への紹介により、運動機能の向上を図る。 ○質問7“はい”かつ8“はい”の回答の場合、なおかつ、身体機能が著しく低下している場合 ⇒地域包括支援センターを紹介し、介護サービスの相談に繋げる。 ○歩行速度の低下の理由に疾患が考えられる場合 ⇒医療機関を紹介する。</p>	

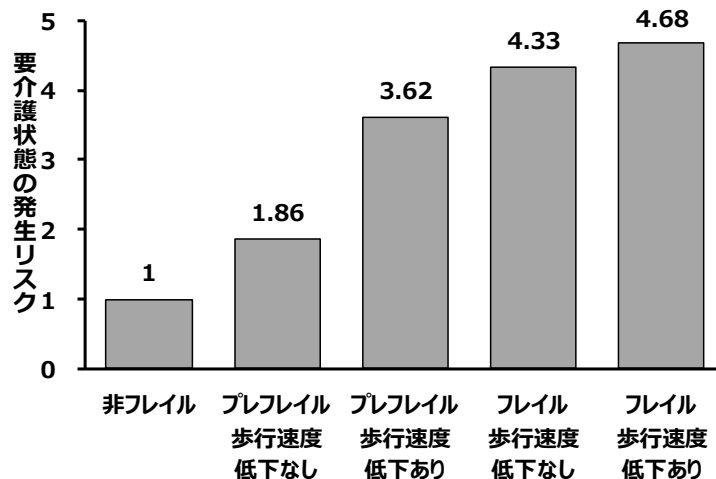
**図 1 : フレイルの有症率<sup>3)</sup>**

フレイルの有症率は、65 歳以上の高齢者全体では 11.5%（予備群 32.8%）であり、加齢に伴い有症率の増加が認められた（n=5,104）。



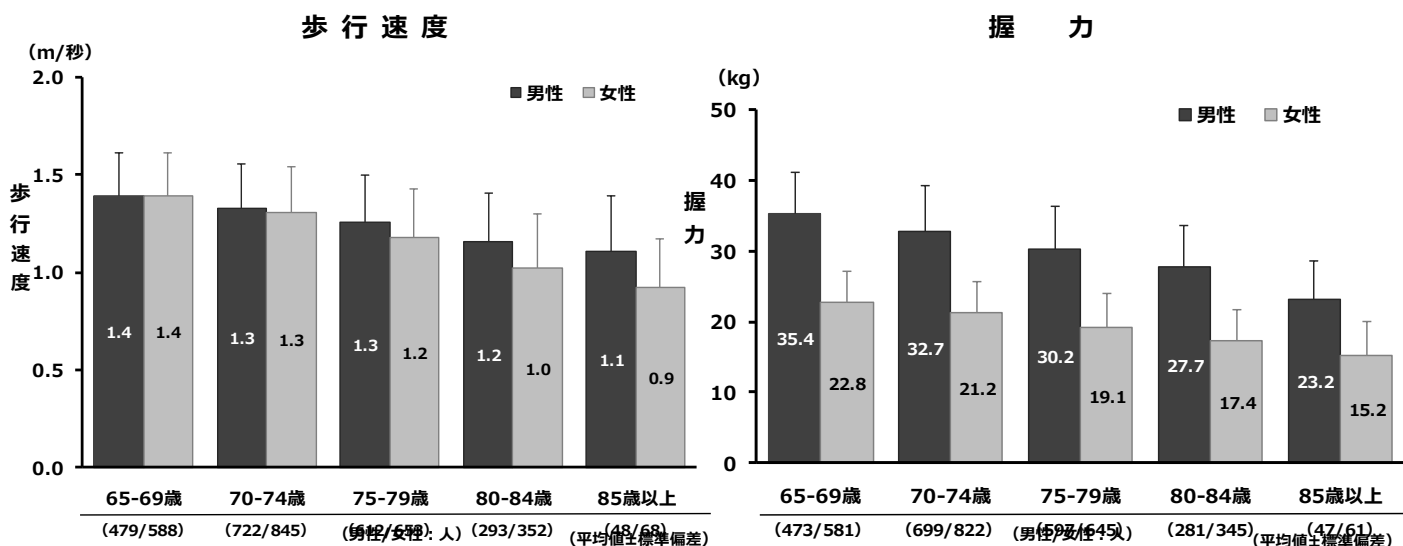
**図 2 : フレイルと 2 年後の要介護状態の発生<sup>4)</sup>**

要介護認定の発生リスクは、歩行速度低下を有するフレイルにおいて最も高かった



**図 3 : 地域在住高齢者の歩行速度・握力の体力測定参照値<sup>5)</sup>**

男女いずれも、歩行速度と握力は年齢が上がるとともに、漸減している。



1) フレイル診療ガイド 2018 年度版.

2) Nofuji Y, Shinkai S, et al. JAMDA. 2016;17(2):184.e1-7.

3) Shimada H, Makizako H, et al. J Am Med Dir Assoc. 2013 Jul;14(7):518-524.

4) Shimada H, Makizako H, et al. J Am Med Dir Assoc. 2015 Aug 1;16(8):690-696.

5) Seino S, Shinkai S, et al. PLoS One. 2014 Jun 12;9(6):e99487.

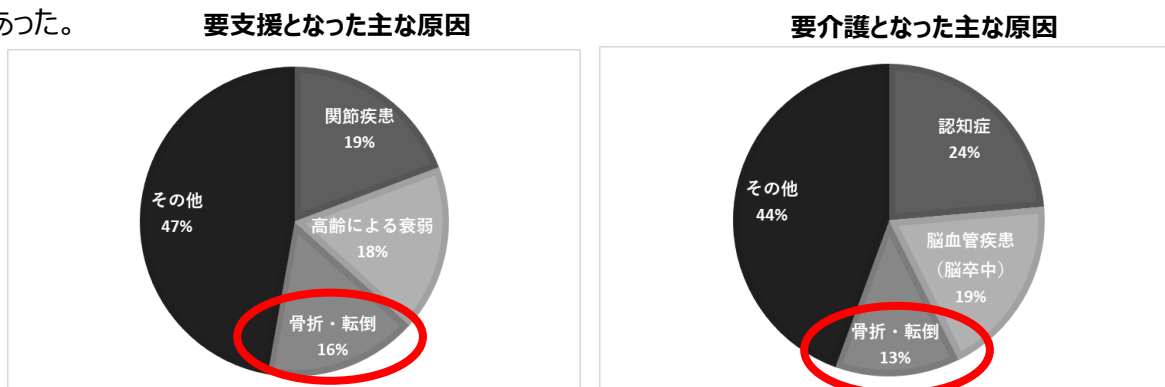
類型名：運動・転倒

<p>質問 <b>No8</b></p>	<p><b>この1年間に転んだことがありますか</b></p>	<p>①はい ②いいえ</p>
<p>目的</p>	<p>転倒リスクを把握する。</p>	
<p>解説</p>	<p>○基本チェックリストの質問を採用しており、転倒における骨折の状況を把握する。 ○転倒の既往は、将来の転倒や他のリスクを予測しており、注意すべき対象者であることを認識する。例えば、手首を骨折した場合、他の部位（大腿骨頸部等）の骨折に繋がる。（転倒歴の保有者は、転倒のハイリスク者となる。）</p>	
<p>エビデンス、 統計等</p>	<p>○骨折・転倒は、介護が必要になった原因の第3位である<sup>1)</sup>（図1）。 ○視力障害、認知障害、内服薬剤、運動機能は転倒の危険因子に挙げられる<sup>2)</sup>（表1）。 ○通院患者の転倒リスクは、5種類以上の薬剤服用者で有意に高かった<sup>3)</sup>（図2）。 ○認知症高齢者はそうでない高齢者と比べ、転倒及び骨折や頭部外傷などの外傷の頻度が高い。その要因は、認知機能の障害、運動障害、治療による薬剤の3つに分けられる<sup>4)</sup>。</p>	
<p>聞き取り ポイント</p>	<p><b>質問7、8、9の運動・転倒は、3項目を併せて確認する。</b></p> <p>○転倒による骨折の有無を確認する。 ○転んだ場所（屋内か屋外）を確認する。 ○転倒の頻度を確認する。 ○転倒恐怖感を確認する（外出頻度を抑えているか確認が必要）。 ○回答が“はい”の場合は、そのような状態にある期間・理由等を確認する。 ○杖やシルバーカーの使用状況について確認する。</p>	
<p>具体的な 声かけの例</p>	<p>○“いいえ”の場合 質問9、13も確認し、活動的であれば概ね問題ないと判断する。 ⇒「今後も転倒には十分にお気をつけください。」</p> <p>○“はい”の場合 ⇒「転倒によって骨折はありましたか？」 ⇒「年に何回くらい転倒しましたか？」 ⇒「どこでどんなときに転倒されましたか？」 ⇒「転倒への不安がありますか？外出が減っていませんか？」</p>	
<p>留意事項</p>	<p>○KDBの傷病フラグの有無や薬剤数を把握し、疾患が関連しているかを確認できるとよい。 ○薬剤数が多い場合（ポリファーマシー）は、薬の飲み合わせ等、かかりつけ医と十分相談することをすすめる。</p>	
<p>対応方法、 紹介先の例</p>	<p>○質問7“いいえ”、8“いいえ”、9“はい”3項目の全てで良好な場合 ⇒既存の健康増進施設や市町村主催の運動教室、通いの場での運動、自発的なウォーキング等を推奨。</p> <p>○質問7“はい”または8“はい”の回答の場合 ⇒市町村が主催する介護予防教室等への紹介により、運動機能の向上を図る。</p> <p>○質問7“はい”かつ8“はい”の回答の場合、なおかつ、身体機能が著しく低下している場合 ⇒地域包括支援センターを紹介し、介護サービスの相談に繋げる。必要に応じて杖やシルバーカー使用、介護保険による住宅改修（段差解消や手すりの設置等）を紹介する。</p> <p>○転倒の理由に疾患が考えられる場合、医療機関を紹介する。</p>	



**図 1：介護が必要となった主な原因<sup>1)</sup>**

骨折・転倒は、介護が必要になった原因として、「認知症」「脳血管疾患（脳卒中）」に続き、第3位であった。



**表 1：臨床的に重要な転倒の危険因子<sup>2)</sup>**

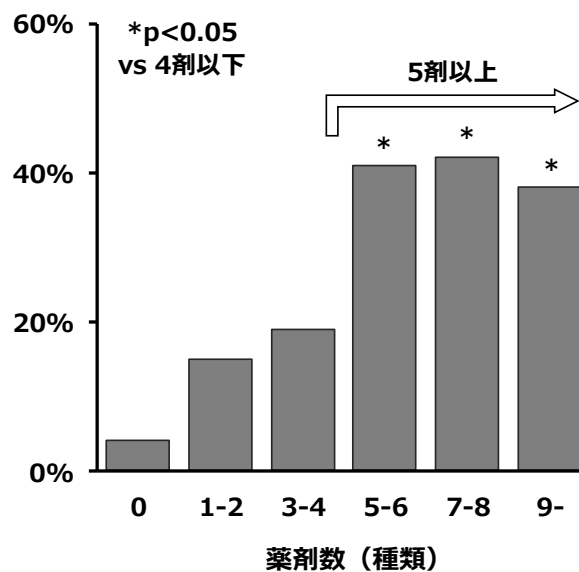
転倒予防を考える上で、視力障害、認知障害、内服薬剤に加えて、運動機能は重要な要因である。危険因子が重なるほど、転倒率は高くなる。

■ 下肢の筋力、筋パワーの低下
■ バランスの低下
■ 歩行能力の低下
■ 視力障害
■ 認知障害
■ 鎮静剤、抗不安薬、睡眠薬内服
■ 多剤薬剤内服

**図 2：薬剤数と転倒の発生頻度<sup>3)</sup>**

**(都内診療所通院患者 165 名の解析)**

通院患者の転倒リスクは、薬剤数が 5 種類以上の者が、4 種類以下の者より有意に高かった。5 種類以上の薬剤内服は、重大リスクである。



1) 厚生労働省. 令和 4 年度 国民生活基礎調査.

2) Runge M, Rehfeld G, et al. J Musculoskelet Neuronal Interact. 2000 Sep;1(1):61-65.

3) Kojima T, Akishita M, et al. Geriatr Gerontol Int. 2012 Jul;12(3):425-430.

4) 日本転倒予防学会監修：認知症者の転倒予防とリスクマネジメント第 2 版。日本医事新報告。

類型名：運動・転倒

<p>質問 <b>No9</b></p>	<p><b>ウォーキング等の運動を週に 1 回以上していますか</b></p>	<p>①はい ②いいえ</p>
<p>目的</p>	<p>ウォーキング・体操等の運動習慣を把握する。</p>	
<p>解説</p>	<p>○フレイル（J-CHS 基準）の基準である（質問 7 解説参照）。 ○簡易フレイルインデックスの質問を採用している。</p>	
<p>エビデンス、 統計等</p>	<p>○運動習慣があることがフレイル予防に繋がる<sup>1)</sup>（図 1）。 ○散歩習慣が無い者は、ある者よりも要介護リスクが 2.14 倍高かった<sup>2)</sup>。 ○65 歳以上の身体活動の基準は、「横になったままや、座ったままにならなければどんな動きでもよいので、身体活動を毎日 40 分（10 メッツ・時/週）行う」としている<sup>3)</sup>（図 2）。 ○高齢者は、男女いずれも 3 メッツ以上の身体活動時間と体力には有意な相関があり、女性においては、2～2.9 メッツの低強度でも、活動時間と身体能力に関連が認められた<sup>4)</sup>。 ○65 歳以上の運動習慣のある者の割合は、男性 43.1%、女性 35.0%である<sup>5)</sup>（図 3）。</p>	
<p>聞き取り ポイント</p>	<p><b>質問 7、8、9 の運動・転倒は、3 項目を併せて確認する。</b></p> <p>○ウォーキングに限定して受け取られる可能性があるため、他の種目（体操、サイクリング、水泳など）や日常生活における身体活動（掃除や調理、庭の手入れ、農作業など）を確認する。</p> <p>○ウォーキングという言葉には、高い運動強度を想像させてしまう可能性があるため、散歩レベルで良いことを理解していただく必要がある。</p> <p>○回答が“いいえ”の場合、日常生活における身体活動量を確認する。</p> <p>○社会参加にも関連するため、運動している環境（集団か個別）についても確認する。</p> <p>○回答が“いいえ”の場合は、そのような状態にある期間・理由・本人の捉え方等を確認する。</p>	
<p>具体的な 声かけの例</p>	<p>○“はい”の場合 ⇒「どんな運動をされているのですか？ 今後も継続してください。」 ⇒「〇〇市では、こんな取り組みがありますから、お出かけしてはいかがでしょうか。」</p> <p>○“いいえ”の場合 ⇒「ウォーキング以外で何か意識的に運動をしていますか？」 ⇒「家事や趣味など日常的によく体を動かすほうですか？」</p>	
<p>留意事項</p>	<p>○フレイル予防のために運動実践に効果がある一方、誤った方法により、足腰の痛みや思わぬ事故につながる可能性がある。</p> <p>○社会参加の観点から、多くの人達と運動することを推奨するとともに、継続の重要性をしっかりと伝える。</p>	
<p>対応方法、 紹介先の例</p>	<p>○質問 7“いいえ”、8“いいえ”、9“はい”3 項目の全てで良好な場合 ⇒既存の健康増進施設や市町村主催の運動教室、自発的なウォーキング等を推奨。</p> <p>○質問 7“はい”または 8“はい”の回答の場合 ⇒市町村が主催する介護予防教室等への紹介により、運動機能の向上を図る。</p> <p>○質問 7“はい”かつ 8“はい”の回答の場合、なおかつ、身体機能が著しく低下している場合 ⇒地域包括支援センターを紹介し、介護サービスの相談に繋げる。</p>	

図 1 : フレイル状態にある高齢者において、運動の継続はフレイルの進行を抑える効果がある<sup>1)</sup>

在宅でのゴムチューブを使用した腕・脚のレジスタンス運動（週 3 回の実施から 1 日 1 回の実施に漸増した）を継続した結果、中等度のフレイルを有する高齢者では、7 か月以降、障害スコアは対照群と比べ有意に低く、フレイルの進行を抑える効果が得られた。なお、図中の障害スコアは、8 つの日常生活活動（歩行、入浴、食事、椅子から立って移動する等）から判定され、スコアが低い方が良好な状態を示す。

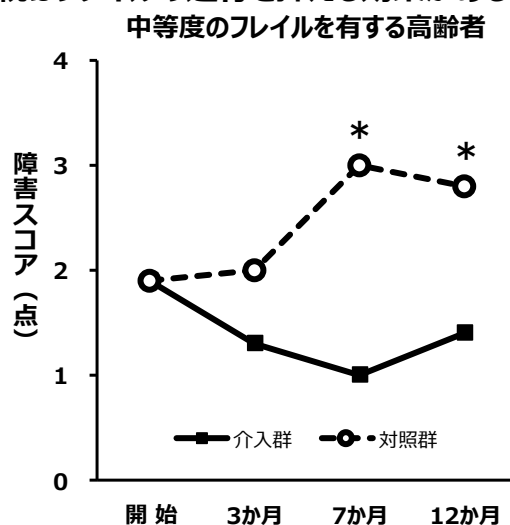
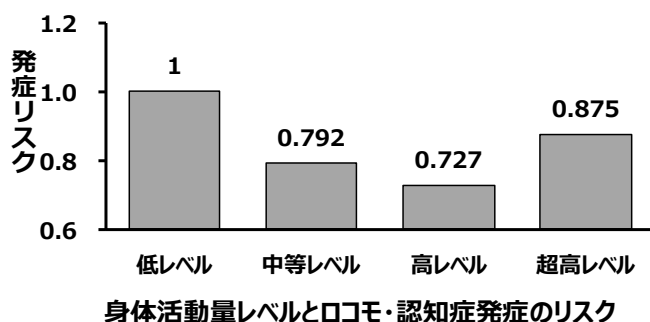


図 2 : 身体活動基準の根拠 : 身体活動量とロコモ・認知症発症リスク<sup>3)</sup>

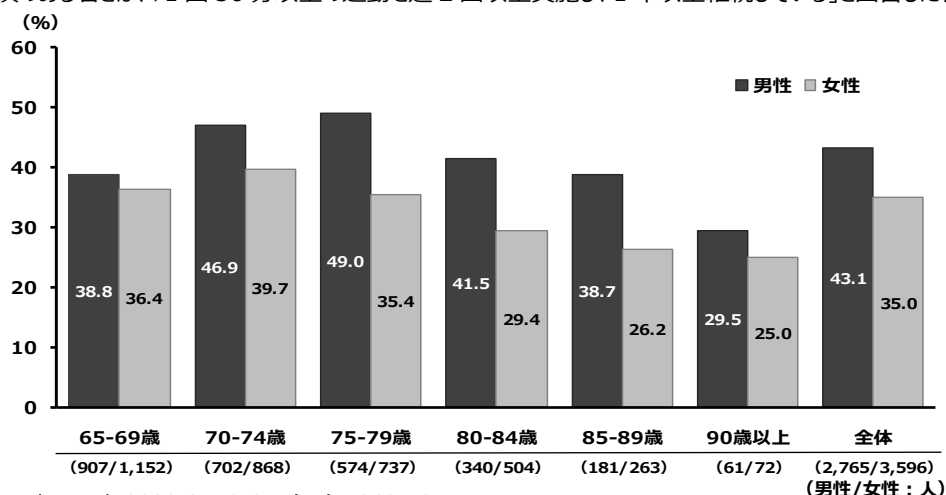


身体活動量が最も低い群の発症リスクを 1 とすると、中等レベル群は約 20%の発症リスクを抑えており、身体活動量の平均が 10.5 メッツ・時/週だったことから、この活動量が 65 歳以上の基準値とされている。普通歩行レベルの活動の場合、毎日 30 分行うことで、この基準を満たすことができる。活動量が非常に多い場合発症リスクがやや高まるので「やりすぎる必要はない」といえる。

図 3 : 65 歳以上、性・年齢階級別 運動習慣のある者の割合<sup>5)</sup>

※運動習慣のある者とは、「1 回 30 分以上の運動を週 2 回以上実施し、1 年以上継続している」と回答した者

65 歳以上における運動習慣のある者の割合は、男性 43.1%、女性 35.0%であり、75 歳以上においては、年齢が上がるるとともに低下している。



- Gill TM, Baker DI, et al. N Engl J Med. 2002 Oct 3;347(14):1068-1074.
- Ishizaki T, Watanabe S, et al. J Am Geriatr Soc. 2000;48(11):1424-1429.
- 厚生労働省. 健康づくりのための身体活動基準 2013.
- Izawa KP, Shibata A, et al. PLoS One. 2017;12(6):e0178654.
- 厚生労働省. 高齢者の保健事業のあり方検討 WG 資料. 参考資料 5 高齢者の健康状態等の包括的な把握方法に関する資料 (特別集計). <https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000501521.pdf>

類型名：認知機能

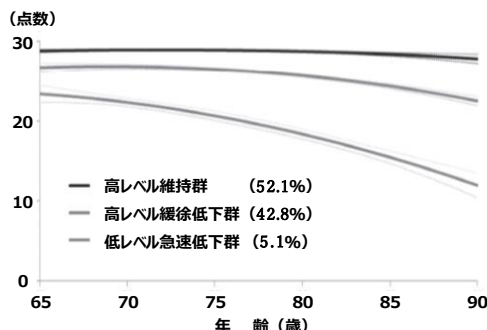
質問 <b>No10</b>	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとされていますか	①はい ②いいえ
質問 <b>No11</b>	今日が何月何日かわからない時がありますか	①はい ②いいえ
目的	認知機能の低下のおそれの把握	
解説	○フレイルの状況（認知機能の低下のおそれ）を把握する。 ○記憶について確認する質問であり、基本チェックリストの質問を採用している。	
エビデンス、統計等	○高齢者における認知機能検査（MMSE <sup>1)</sup> ）の得点は、90歳まで高く維持している者が52.1%を占めている <sup>2)</sup> （図1）。 ○軽度認知障害（MCI：Mild Cognitive Impairment <sup>3)</sup> ）は、その自然経過の過程で認知症に移行する症例もあるが、正常に復帰する症例も少なくない <sup>4)</sup> （図2）。 ○MCI 高齢者を対象とした研究に関して、運動介入群はQOLの改善に効果がみられたとの報告がある <sup>5)</sup> 。ストレッチング・有酸素運動・筋力トレーニング・脳活性化運動・行動変容技法による運動を習慣的に行うことは、認知機能改善に効果があるという報告もある <sup>6)</sup> （図3）。	
聞きどりのポイント	<b>質問9、13、14を併せて確認する。⇒認知症が心配であるかどうか。</b> ○“いいえ”の場合でも、話の中で「帰宅中、道に迷ってしまうことがあるか」など、確認しておく。 ○日常生活で困っていることがないか確認する。 （自宅に帰れなくなる、金銭管理や薬の服用の管理、買い物でのお釣りの計算など） ○運転免許を保有している場合、免許更新の際に何か言われていないかを確認する。 ○認知機能検査に関して、本人の希望を確認する。 ○“はい”を選択している場合は、その期間や理由・本人の捉え方等を確認する。	
具体的な声かけの例	○“いいえ”の場合 ⇒「自宅への帰り道がわからなくなってしまったことはありますか？」 ○“はい”の場合 ⇒「道に迷ってしまい、自宅に帰れなかったなど、日常生活で困ったことはありますか？」 ⇒「薬の飲み忘れや飲み間違いなどはありませんか？」 ⇒「食事をしたことや、買い物をしたことを忘れてしまうことがありますか？」 ⇒「運転免許をお持ちですか？免許の更新をされていますか？その際、認知機能について何か言われていますか？」 ⇒「物忘れ検査を受ける機会があったら、受けてみたいと思いますか？」	
対応方法、紹介先の例	○認知機能に関して、不安を抱いている場合 ⇒地域包括支援センターなどの相談窓口や認知症カフェを紹介する。 ⇒物忘れ外来をもつ医療機関を紹介する。	

**用語解説：MMSE：Mini-Mental State Examination とは<sup>1)</sup>**

認知症の認知機能障害を評価する有用な評価尺度。評価項目は 11 問で、時や場所の見当識や単語の記銘、計算、図形の描写などで構成されており、言語機能を用いる検査が 29 点、図形描写が 1 点の合計 30 点が満点となる。一般に 23 点以下を認知症の疑いとするカットオフ値が使われており<sup>1)</sup>、27 点以下は軽度認知障害 MCI の疑いがあると判断される

**図 1：MMSE スコアの加齢変化パターン<sup>2)</sup>**

認知機能検査 (MMSE スコア) の 65 歳から 90 歳までの加齢変化は、高レベルを維持する群は 52.1%、徐々に低下する群は 42.8%、低レベルで急速に低下する群は 5.1%と、3 つのパターンに分類された。90 歳になっても認知機能を高く維持している人が、半数以上存在していることが明らかになっている。

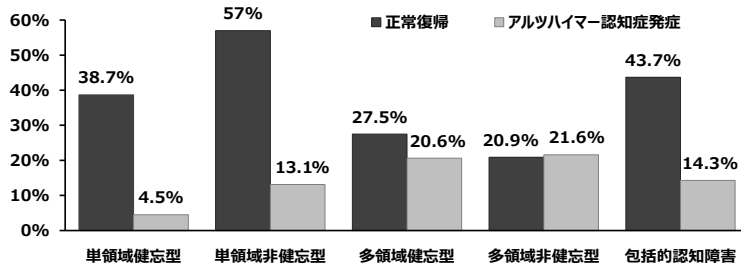


**用語解説：軽度認知障害(MCI：Mild Cognitive Impairment)とは<sup>3)</sup>**

「認知症の一手前」と言われる状態で、物忘れのような記憶障害がでるものの症状はまだ軽く、自立した生活ができると言われている。症状が軽いからこそ、正しく知らないと家族や自分自身でさえも見過ごしてしまう場合がある。MCI のうちに発見し、早期に対策を行うことで認知症の改善、発症時期の遅延につながる可能性がある。

**図 2：MCI の 4 年間の変化：正常に復帰する症例の状況について<sup>4)</sup>**

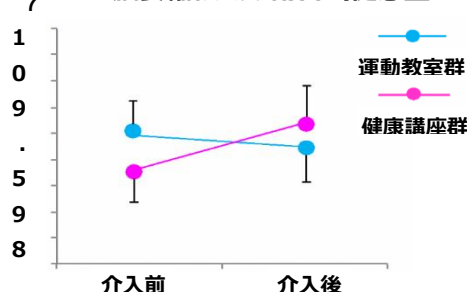
65 歳以上の地域在宅高齢者について認知機能を、正常、単領域健忘型、単領域非健忘型、多領域健忘型、多領域非健忘型、および包括的認知障害 (GCI) の 6 つのカテゴリーに区分し、4 年後に追跡調査した。MCI は、自然経過の過程で認知症に移行する症例もあるが、正常に復帰する症例も少なくない。また、正常への復帰については、MCI のタイプによって異なっている。



**図 3：MCI 高齢者に対する多重課題運動 (コグニサイズ) による無作為化対照試験：脳容量の変化<sup>6)</sup>**

健忘型 MCI を有する高齢者では、6 か月間の運動介入によって脳の萎縮領域が縮小した。一方、運動しなかった健康講座群 (対照群) は、6 か月後、脳の萎縮領域が増加した。

脳萎縮領域の割合 (健忘型 MCI 高齢者)



1) 認知症疾患診療ガイドライン 2017.  
 2) Taniguchi Y, Kitamura A, et al. Geriatr Gerontol Int. 2017 Nov;17(11):1928-1935.  
 3) Brodaty H, Mothakunnel A, et al. Ann Epidemiol. 2014 Jan;24(1):63-71.  
 4) Shimada H, Makisako H, et al. J Am Med Dir Assoc. 2017 Sep 1;18(9):808.e1-808.e6.  
 5) Van Uffelen JG, Chin A Paw MJ, et al. Qual Life Res. 2007 Sep;16(7):1137-1146.  
 6) Suzuki T, Shimada H, et al. PLoS One. 2013 Apr 9;8(4):e61483.  
 7) Kaufer DI, Williams CS, et al. JAMDA. 2008 Oct;9(8):586-593.

類型名：喫煙

<p>質問 <b>No12</b></p>	<p><b>あなたはたばこを吸いますか</b></p>	<p>①吸っている    ②吸っていない ③やめた</p>
<p>目的</p>	<p>喫煙習慣を把握する。</p>	
<p>解説</p>	<p>○喫煙習慣の有無(禁煙者を含む)を把握するための質問であり、国民生活基礎調査の質問を採用している。 ○この質問の「たばこ」は、加熱式たばこや、電子たばこを含む。</p>	
<p>エビデンス、統計等</p>	<p>○喫煙は COPD、肺がん等との関連に加え、糖尿病等との関連もみられる。 ○高齢者では、非喫煙者の割合が高い<sup>1)</sup> (図 1)。 ○40～80 歳代のどの年齢階級においても、喫煙のカテゴリー（非喫煙、喫煙、現在喫煙）が上昇するとともに、総死亡リスクは有意に増加した<sup>2)</sup> (図 2-1)。また、喫煙による推定年間過剰死亡数は、12 万人を超える<sup>2)</sup> (図 2-2)。 ○受動喫煙によって、非喫煙女性のがん発症リスクは高まる<sup>3)</sup> (図 3)。</p>	
<p>聞き取りポイント</p>	<p>○吸っている場合 ・咳や痰など症状の有無を確認し、ある場合は緊急性が高いため COPD 等を確認する。 ・喫煙における周囲への配慮(受動喫煙の有無)を確認する。 ・禁煙の意思を確認する。 ○やめた場合 ・禁煙の理由や継続期間を確認する。 ○“吸っている”、“やめた”を選択している場合は、その期間や理由・本人の捉え方等を確認する。</p>	
<p>具体的な声かけの例</p>	<p>○“吸っている”場合 ⇒「息切れすることはありませんか？ 咳や痰が続いていませんか？」 ⇒「たばこを吸うときに、周りにはどなたかいらっしゃいますか？」 ⇒「たばこをやめたいと考えていますか？」 ○“やめた”場合 ⇒「禁煙されたんですね。よかったです。何かきっかけはありましたか？」 ⇒「たばこをやめたのは、何歳の頃でしたか？」</p>	
<p>対応方法、紹介先の例</p>	<p>○自覚症状がある場合 ⇒かかりつけ医への受診を勧奨する。あるいは、近隣の医療機関を紹介する。 ○禁煙の意思がある場合 ⇒禁煙に関する情報（リーフレット等）を提供する。 ⇒禁煙外来を実施している医療機関のリストを提示し、勧奨する。</p>	

図 1 : 65 歳以上 性・年齢階級別 喫煙の状況<sup>1)</sup>

高齢者では、過去から吸っていない割合が最も高く、その割合は、女性が男性に比べ高い。

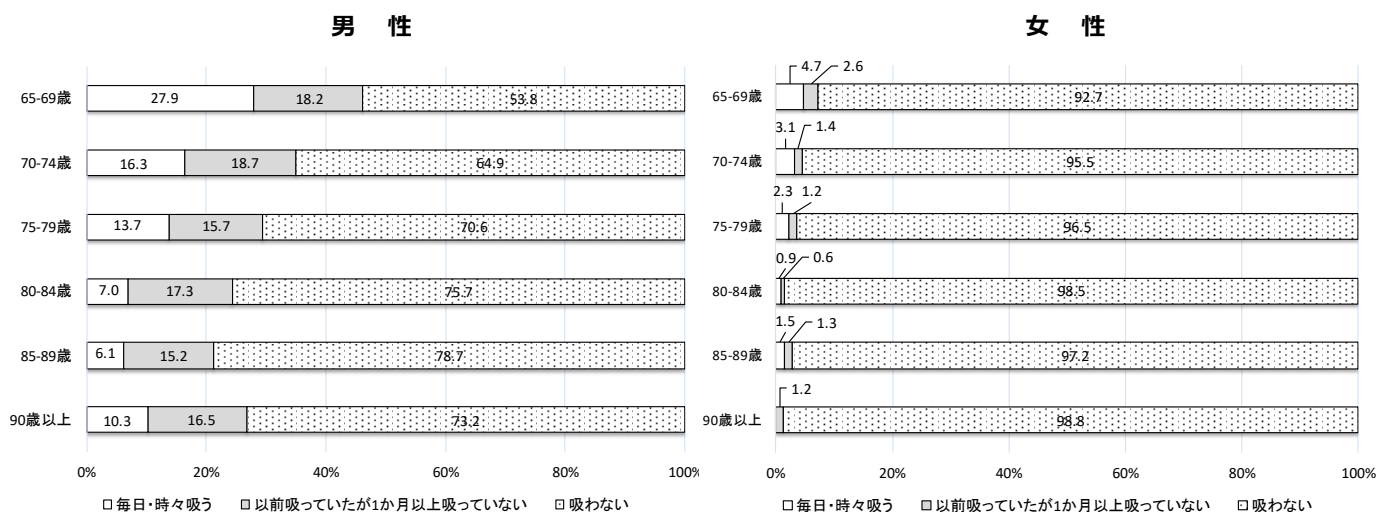


図 2 : 喫煙状況と総死亡 および 喫煙による推定年間過剰死亡数<sup>2)</sup>

男性において、非喫煙者の死亡リスク 1 を基準にすると、40～80 歳代のどの年齢階級においても、喫煙の категорияが上昇するとともに、総死亡リスクは有意に増加した (図 2-1)。喫煙による推定年間過剰死亡数は、男性 109,998 人、女性 11,856 人と推定されており、60 歳代、70 歳代の男性が高値であった (図 2-2)。80 歳代でも喫煙の影響がみられることから、禁煙することは何歳になっても有効である。

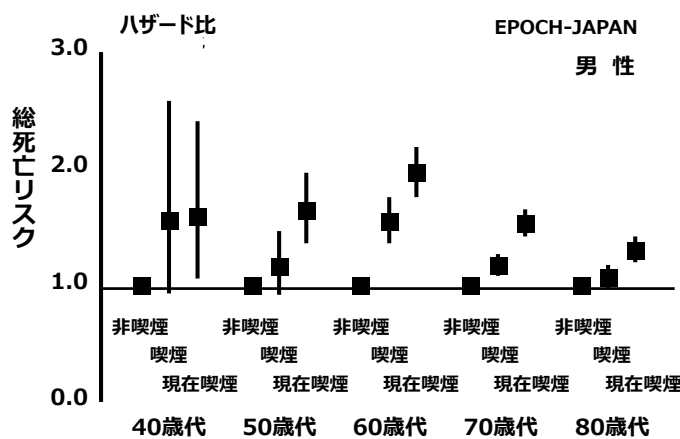


図 2-1. 喫煙状況と総死亡リスク

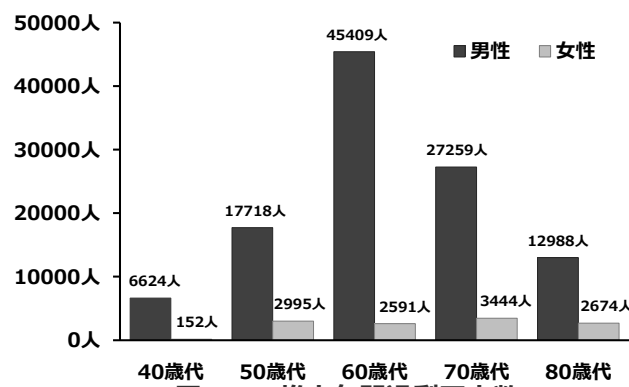
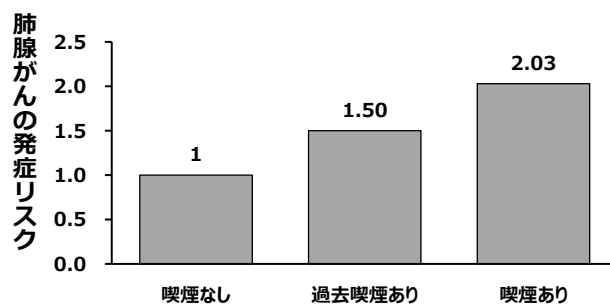


図 2-2. 推定年間過剰死亡数

図 3 : 非喫煙女性の受動喫煙によるがんへの影響<sup>3)</sup>

喫煙する夫をもつ非喫煙女性は、喫煙しない夫をもつ者より、肺腺がんの発症リスクが 2.03 倍高い。



1) 厚生労働省. 高齢者の保健事業のあり方検討 WG 資料. 参考資料 5 高齢者の健康状態等の包括的な把握方法に関する資料 (特別集計).

<https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000501521.pdf>

2) Murakami Y, Miura K, et al. Prev Med. 2011 Jan;52(1):60-65.

3) Kurahashi N, Inoue M, et al. Int J Cancer. 2008 Feb 1;122(3):653-657.

類型名：社会参加

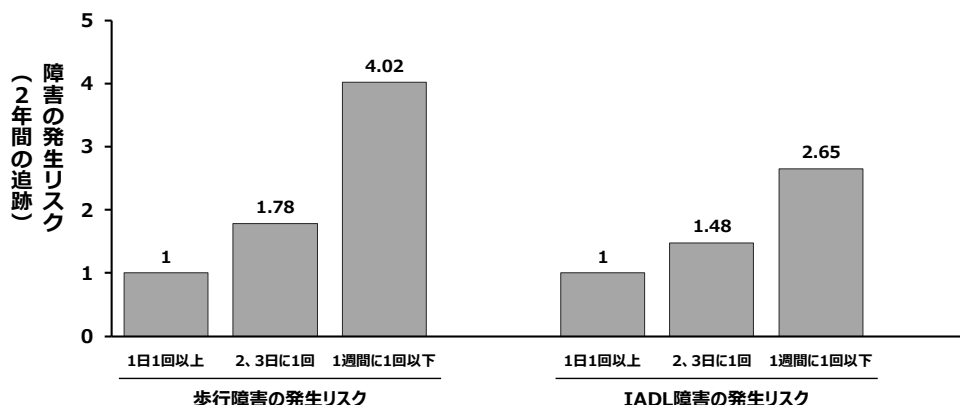
<p>質問 <b>No13</b></p>	<p><b>週に 1 回以上は外出していますか</b></p>	<p>①はい ②いいえ</p>
<p>目的</p>	<p>閉じこもりのおそれの有無を把握する。</p>	
<p>解説</p>	<p>○社会的フレイルの状況を把握する質問であり、基本チェックリストの質問を採用している。 ○社会的フレイルは、一般的には、独居、外出頻度、友人の訪問、家族との接触などの質問により2つ以上問題がある場合を指す<sup>1)</sup>。 ○本質問から、閉じこもりの状況や社会との繋がり状況を把握する。 ○外出頻度が週1回以下の者は、健康障害のリスクが極めて高い。</p>	
<p>エビデンス、統計等</p>	<p>○週に1回外出しない高齢者は、毎日外出している者よりも、2年後の歩行障害や手段的自立障害、認知機能障害が発生しやすい<sup>2)</sup>(図1)。 ○社会的孤立(別居親族や友人・知人との対面・非対面の交流が週1回以下)や外出頻度の低下(1日1回未満)は高次生活機能の低下リスクとなり<sup>3)</sup>(図2-1)、6年後の生存者割合も低い<sup>4)</sup>(図2-2)。</p>	
<p>聞き取りポイント</p>	<p><b>質問 13、14 の社会参加、質問 15 のソーシャルサポートは 3 項目を併せて確認する。</b> ○質問 9 の運動習慣や趣味などを聞き取り、通いの場等に参加することへの意向を確認する。 ○質問 14 の家族や友人との付き合いがある場合は、その状況を確認する。 ○治療中の疾患を持っている場合は、通院の状況を確認する。 ○“いいえ”を選択している場合は、その期間や理由・本人の捉え方等を確認する。</p>	
<p>具体的な声かけの例</p>	<p>○“はい”の場合 ⇒「活動的な生活を送られていて、とても楽しそうですし、充実されていますね。」 ○“いいえ”の場合 ⇒「お好きなことや、何か、やってみたいことなどはありませんか？ 例えば、地域サロンや健康・スポーツ、趣味のサークルなどへ参加してみたいと思いますか？」 ⇒「家族や友人と、お茶したり、ランチしたりする機会はありますか？ 家族や友人とは、どれくらいの頻度で会っていますか？」 ⇒「どれくらいの頻度で外出されていますか？」</p>	
<p>留意事項</p>	<p>○週に1回以上の外出には、定期的な通院が含まれていることに留意し、医療機関の受診も併せて確認し、閉じこもり状態ではないかを確認することが望ましい。 ○予防的には、1日1回以上の外出を心がけるように指導する。</p>	
<p>対応方法、紹介先の例</p>	<p>○様々な通いの場に参加することに対し、前向きに捉えている場合 ⇒サロンなどの地域の活動、健康・スポーツや趣味のサークル、老人クラブなどを紹介する。 ○質問13～15のうち、2項目以上に“いいえ”があり、なおかつ、質問1、2が良好でない場合 ⇒地域包括支援センターなどの相談窓口を紹介する。</p>	



**図 1：週に 1 回外出しない高齢者は、毎日外出している者よりも、2 年後の歩行障害や手段的自立障害、認知機能障害が発生しやすい<sup>2)</sup>**

1 日 1 回以上外出している高齢者の 2 年後の障害発生リスクを 1 とすると、2、3 日に 1 回の外出頻度の者は、歩行障害は 1.78 倍、手段的自立\*障害は 1.48 倍高く、1 週間に 1 回以下の者は、それぞれ 4.02 倍、2.65 倍と障害の発生リスクが高くなった。

\*手段的自立：バスや電車での外出、日用品の買い物など 5 項目を一人でできる能力



※性・年齢、慢性疾患、歩行能力、視力、聴力、尿失禁、健康度自己評価、うつ、認知機能の影響を除いている

**図 2：社会的孤立（別居親族や友人・知人との対面・非対面の交流が週 1 回以下）や外出頻度の低下（1 日 1 回未満）は 4 年後の高次生活機能低下のリスクとなり<sup>3)</sup>、6 年後の生存者割合も低い<sup>4)</sup>**

非孤立・非閉じこもり傾向の者の高次生活機能\*\*の低下リスクを 1 とすると、非孤立・閉じこもり傾向、孤立・非閉じこもり傾向、孤立・閉じこもり傾向の者の機能低下リスクは高く（図 2-1）、6 年後の生存者割合も低い状況であった（図 2-2）。

\*\*高次生活機能：手段的（バスや電車での外出など 5 項目）、知的（新聞などを読んでいるかなど 4 項目）、社会的（友達の家を訪ねることがあるかなど 4 項目）ADL の得点合計で評価する。

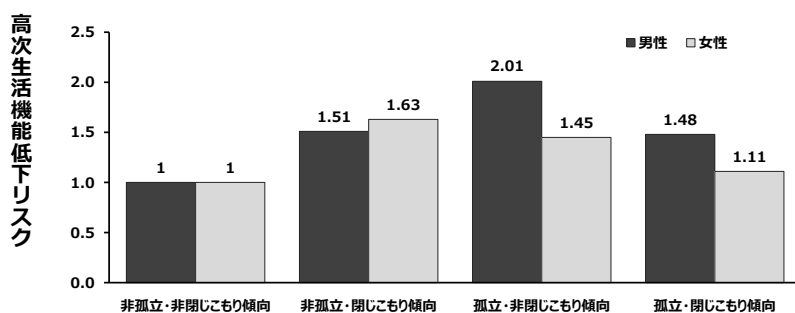


図 2-1. 社会的孤立と外出頻度による高次生活機能低下リスク

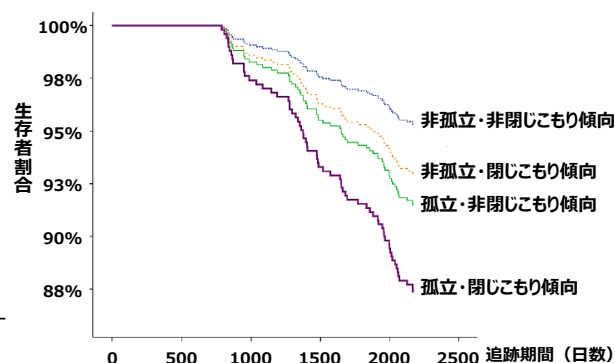


図 2-2. 社会的孤立と外出頻度による生存者割合

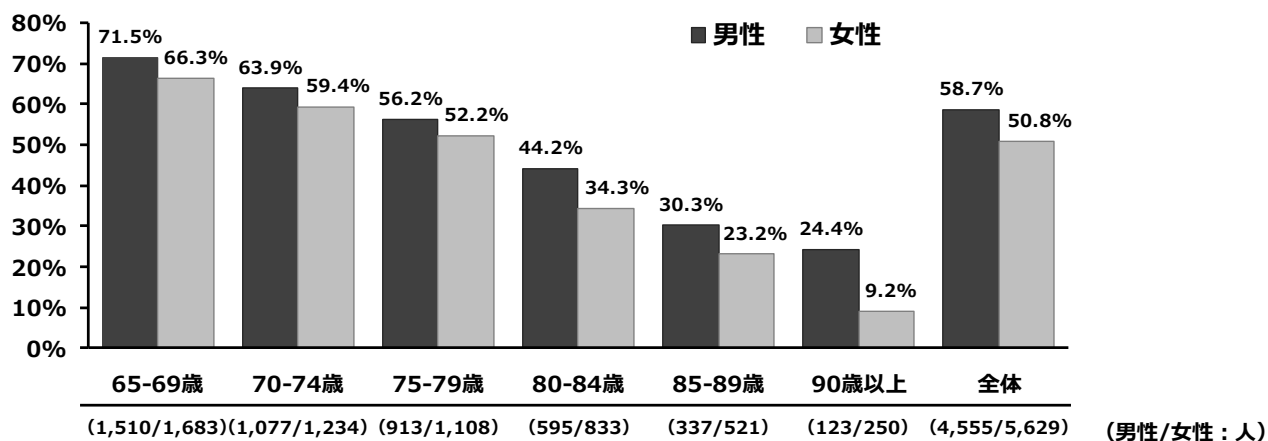
- 1) フレイル診療ガイド 2018 年版。
- 2) Fujita K, Fujiwara Y, et al. J Epidemiol. 2006 Nov;16(6):261-270
- 3) Fujiwara Y, Nishi M, et al. Geriatr Gerontol Int. 2017 Mar;17(3):500-508.
- 4) Sakurai R, Yasunaga M, et al. Int Psychogeriatr. 2019 May;31(5):703-711.

類型名：社会参加

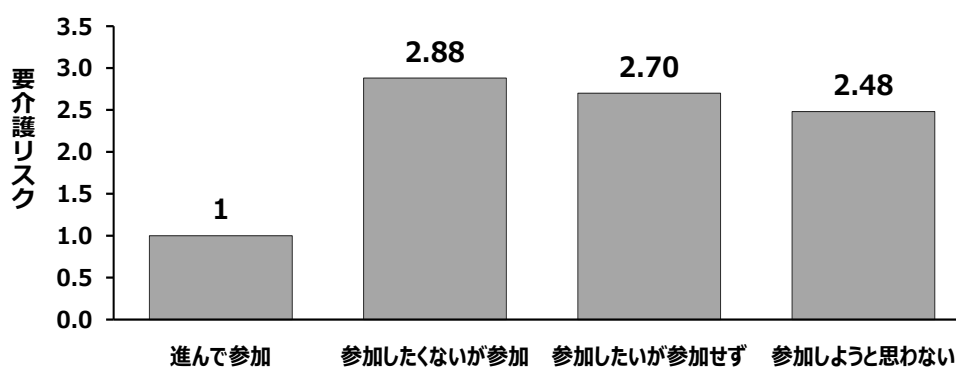
質問 <b>No14</b>	<b>ふだんから家族や友人と付き合いがありますか</b>	①はい ②いいえ
目的	他者との交流(社会参加)を把握する。	
解説	<p>○社会的フレイルの状況を把握する質問であり、基本チェックリストの質問を採用している。</p> <p>○社会的フレイルは、一般的には、独居、外出頻度、友人の訪問、家族との接触などの質問により2つ以上問題がある場合を指す<sup>1)</sup>。</p> <p>○本質問から、閉じこもりの状況や社会との繋がり状況を把握する。</p>	
エビデンス、統計等	<p>○社会参加している割合は、加齢とともに低くなっており、65歳以上全体では、男性58.7%、女性50.8%である<sup>2)</sup>(図1)。</p> <p>○ボランティア活動に参加していない者や、参加したくないが参加している者は、進んで参加している者より3年後の要介護リスクが高い<sup>3)</sup>(図2)。</p>	
聞き取りポイント	<p><b>質問13、14の社会参加、質問15のソーシャルサポートは3項目を併せて確認する。</b></p> <p>○どの程度、他者との関わりを持っているのか社会参加の程度と、一人で過ごすことを好んでいるかなど、社会参加に対する本人の意向、他者との交流を持っていない理由などを確認する。</p> <p>○対面での関わりのみと捉え、“いいえ”とした場合が考えられるため、電話や手紙などの連絡手段を利用していないか確認する。</p> <p>○“いいえ”を選択している場合は、その期間や理由・本人の捉え方等を確認する。</p>	
具体的な声かけの例	<p>○“はい”の場合 ⇒「ご家族や友人と楽しく過ごしているんですね。」</p> <p>○“いいえ”の場合 ⇒「地域サロンやスポーツ、趣味のサークルなどへ参加してみたいと思いませんか？」 ⇒「息子(娘)さんとお電話などで、お話されることはありませんか？」 ⇒「家族や友人と、お茶したり、ランチしたりする機会がありますか？」</p>	
留意事項	<p>○同居家族がいるが孤食の場合には、フレイルのリスクが高まる。本質問を手がかりに、同居家族の状況、社会参加の状況などを把握することが必要である。</p>	
対応方法、紹介先の例	<p>○様々な通いの場に参加することに対し、前向きに捉えている場合 ⇒サロンなどの地域の活動、健康・スポーツや趣味のサークル、老人クラブなどを紹介する。</p> <p>○質問13～15のうち、2項目以上に“いいえ”があり、なおかつ、質問1、2が良好でない場合 ⇒地域包括支援センターなどの相談窓口を紹介する。</p>	

図 1 : 65 歳以上、性・年齢階級別 社会参加している者の割合<sup>2)</sup>

「あなたは現在働いていますか。または、ボランティア活動、地域社会活動(町内会、地域行事など)、趣味やおけいこ事を行っていますか」の質問に“働いている”、“何らかの活動を行っている”と回答した者の割合は、男女いずれも年齢が高くなるにしたがって減少している。

図 2 : ボランティア活動に参加していない者や、参加したくないが参加している者は、3 年後の要介護リスクが高い<sup>3)</sup>

ボランティア活動に進んで参加した者の 3 年後の要介護リスクを 1 とすると、参加したくないが参加した者の発生リスクは 2.88 倍、参加したいが参加しなかった者、参加しようと思わない者の発生リスクは、それぞれ 2.70 倍、2.48 倍であった。参加したくない人に無理やり参加させるのではなく、安心して参加できるような取り組みに繋げることが重要である。



1) フレイル診療ガイド 2018 年版.

2) 厚生労働省. 高齢者の保健事業のあり方検討 WG 資料. 参考資料 5 高齢者の健康状態等の包括的な把握方法に関する資料 (特別集計).

<https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000501521.pdf>

3) Nonaka K, Fujiwara Y, et al. Geriatr Gerontol Int. 2019 Apr 16.

類型名：ソーシャルサポート

<p>質問 <b>No15</b></p>	<p><b>体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか</b></p>	<p>①はい ②いいえ</p>
<p>目的</p>	<p>身近な相談相手の有無を把握する。</p>	
<p>解説</p>	<p>○医療専門職だけでなく、ソーシャルサポート(社会的支援)の意味がより明確となるよう“身近に相談できる人”と明示している。 ○健康に関する相談ができる人がいるかどうかについて把握する。面談せずに電話のみで相談している場合も“はい”とする。</p>	
<p>エビデンス、統計等</p>	<p>○ソーシャルサポートの欠如は心理的苦痛と有意に関連している<sup>1)</sup>(図1)。心理的苦痛の調査票は、うつ病や気分障害、不安などの精神状態を発症する可能性が高い人を特定するために開発されたものである<sup>1)</sup>。 ○65歳以上の高齢者においては、「病気のときや、一人ではできない家の周りの仕事の手伝いなどについて頼れる人はいますか」の質問に対し、概ね95%以上が“いる”と回答している<sup>2)</sup>(図2-1)。頼れる人については、“配偶者”が最も多い状況である<sup>2)</sup>(図2-2)。</p>	
<p>聞き取りポイント</p>	<p><b>質問13、14の社会参加、質問15のソーシャルサポートは3項目を併せて確認する。</b> ○対面での相談のみと捉え、“いいえ”とした場合が考えられるため、電話や手紙などの連絡手段を利用していないか確認する。 ○“いいえ”と答えた者には、相談する必要がない、相談してあれこれと指示を受けたくない、自分なりにやっている、時間が取れない、身近に相談できる人がいない、等の理由が考えられる。相談できる人がいない場合には、まずは健康に関して相談したいことがないかを確認し、本人の意向や健診結果などを十分に配慮しつつ支援を行う。 ○自身の健康に対する捉え方や、相談できない理由などを確認する。</p>	
<p>具体的な声かけの例</p>	<p><u>○“はい”の場合</u> ⇒「身近に相談できる人がいると、心強いですよね。」 <u>○“いいえ”の場合</u> ⇒「体調が悪いときは、どのようにされていますか？」 ⇒「体調が悪くないから、相談しようと思っていないということはあるですか？」 ⇒「体調が悪い場合でも、ご家族（身近な方）などに迷惑をかけてはいけない、心配をさせてはいけないと思って、遠慮なさっている（我慢している）ということはありませんか？」 ⇒「自分はもう高齢（年）だから、体調が悪いのはしょうがないと思っていたりしませんか？」 ⇒「お電話などで、体調についてどなたかと相談することはありますか？」</p>	
<p>対応方法、紹介先の例</p>	<p>○質問13～15のうち、2項目以上に“いいえ”があり、なおかつ、質問1、2が良好でない場合 ⇒地域包括支援センターなどの相談窓口を紹介する。</p>	

図 1：ソーシャルサポート（困ったときの相談相手）の有無と心理的苦痛<sup>2)</sup>

65 歳以上では、男女いずれも、困ったときに相談相手がいない人は、相談相手がいる人よりも心理的苦痛をもつリスクが高い。

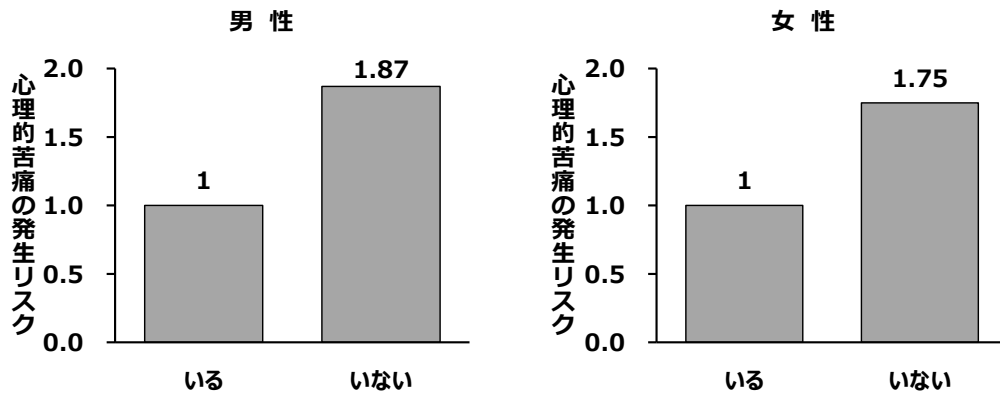


図 2：病気のときや、一人ではできない家の周りの仕事の手伝いなどについて頼れる人はいますか<sup>2)</sup>

65 歳以上では、概ね 95%以上が頼れる人がいると回答している。一方で、2～5%は頼れる人はいないと回答していた（図 2-1）。頼れる人に対しては、配偶者が最も多く、次いで子ども、その他の親族という順に多い結果であった（図 2-2）。

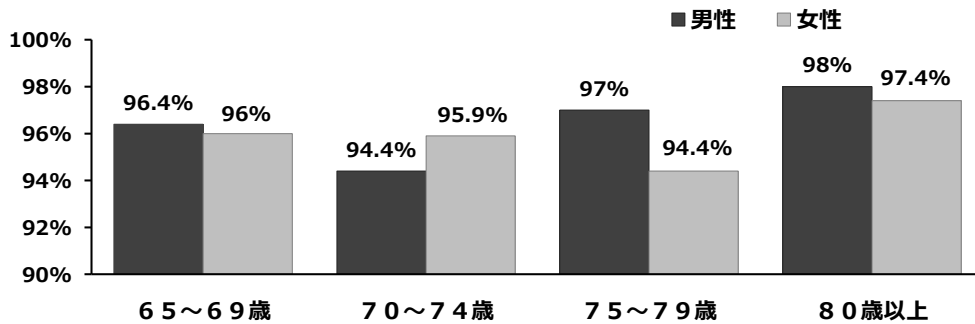


図 2-1. 性・年齢階級別の割合

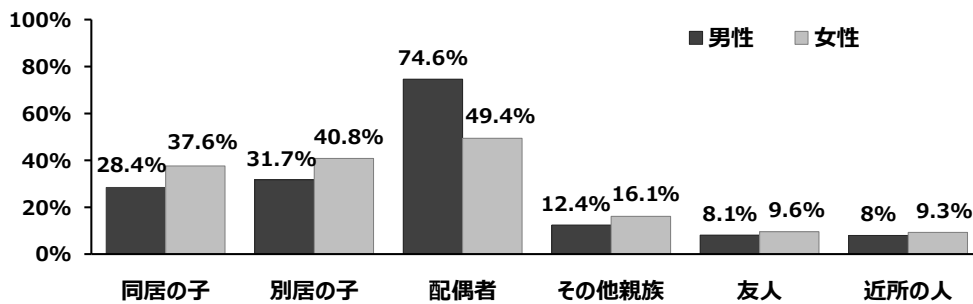


図 2-2. 男女別 頼っている人の割合（複数回答）

1) Kuriyama S, Nakaya N, et al. Journal of Epidemiology. 2009;19(6): 294-302.  
 2) 内閣府.令和元年 6 月高齢者の住宅と生活環境に関する調査.

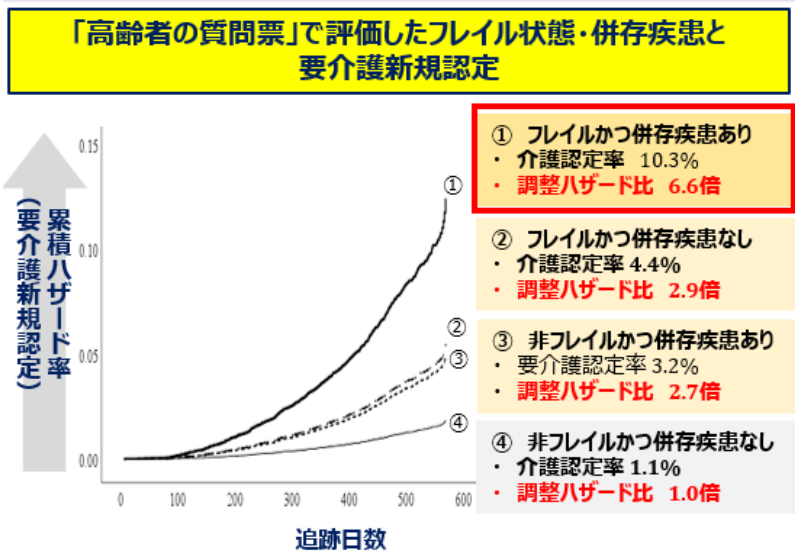
## 7. 質問票、KDB を活用した保健事業対象者抽出の参考例

プログラム	抽出基準
低栄養	健診：BMI $\leq$ 20 かつ 質問票⑥（体重変化）に該当
口腔	質問票④（咀嚼機能）⑤（嚥下機能）のいずれかに該当 かつ レセプト：過去1年間歯科受診なし
服薬（多剤）	処方薬剤数「15以上」や「20以上」等で対象者を抽出し、個別支援が実施可能な人数まで候補者を絞り込む
服薬（睡眠薬）	レセプト：睡眠薬処方あり かつ 質問票⑧（転倒）に該当 質問票⑩（認知：物忘れ）⑪（認知：失見当識）二つともに該当
身体的フレイル （ロコモ含む）	質問票①（健康状態）に該当 かつ 質問票⑦（歩行速度）に該当 質問票⑦（歩行速度）に該当 かつ 質問票⑧（転倒）に該当
重症化予防 （コントロール不良者）	健診：HbA1c $\geq$ 8.0%またはBP $\geq$ 160/100 かつ レセプト（医科・DPC・調剤）：対応する糖尿病・高血圧の 薬剤処方履歴（1年間）なし
重症化予防 （糖尿病等治療中断者）	健診：抽出年度の健診履歴なし かつ レセプト：抽出年度以前の3年間に糖尿病・高血圧の薬剤処方 履歴あり かつ 抽出年度に薬剤処方履歴なし
重症化予防 （基礎疾患保有+フレイル）	（基礎疾患）レセプト：糖尿病治療中もしくは中断、または心不全、 脳卒中等循環器疾患あり、またはHbA1c7.0%以上 かつ （フレイル）質問票①（健康状態）⑥（体重変化）⑧（転倒） ⑬（外出頻度）のいずれかに該当
重症化予防 （腎機能不良未受診者）	健診：eGFR $<$ 45 または 尿蛋白（+）以上 かつ レセプト：医療（入院・外来・歯科）未受診
健康状態不明者	健診：抽出年度および抽出前年度の2年度において健診受診なし かつ レセプトレセプト（入院・外来・歯科）履歴なし かつ 介護：要介護認定なし

## 8. 質問票によるフレイル状態の評価に関する研究

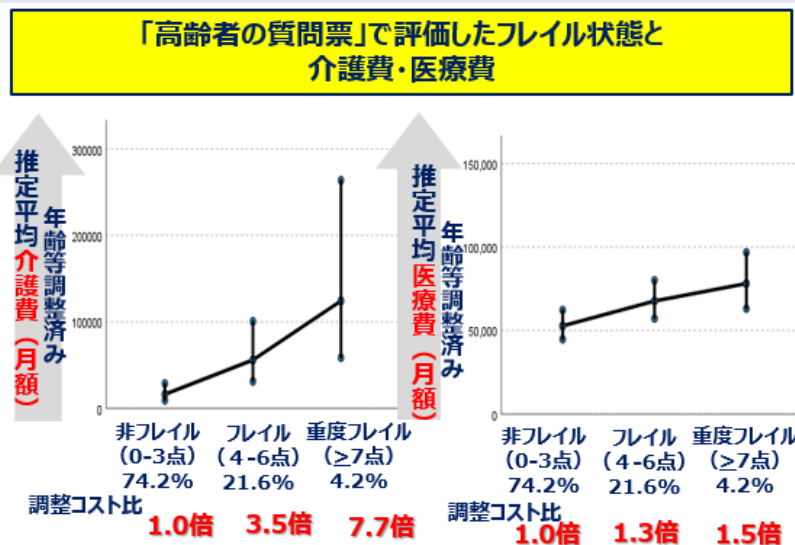
千葉県柏市のKDBデータを用いた研究では、後期高齢者の質問票によるフレイル状態の評価を行った。フレイル状態の高齢者では、年齢等の影響を加味しても要介護の新規認定者が多く、併存疾患が重なっている場合に最も高いハザード比であった。(図1) また、フレイル状態の高齢者では、要介護認定者が多く、年齢等の影響を加味しても介護費・医療費が多く、重度ではさらに増加した。介護費で特に顕著であった。

図1



**デザイン:** 前向きコホート研究  
 (追跡日数中央値 [4分位範囲] = 457 [408-519] 日)  
**対象:** 地域在住 75 歳以上高齢者 18,130 名  
 (平均 80.1±4.1 歳、女性 55.1%)  
**アウトカム:** 追跡期間中の要介護新規認定 727 名 (4.0%)  
**フレイル状態:** 後期高齢者の質問票 (4 点以上\*)  
**併存疾患:** ICD-10 コードからチャールソン併存疾患指数  
**調整変数:** 年齢、性別、Body mass index、居住形態 (独居/同居)  
**引用文献:** Tanaka T, Yoshizawa Y, Iijima K, et al (*Geriatric Gerontol int.* 2023)

図2



**デザイン:** 横断研究  
**対象:** 地域在住 75 歳以上高齢者 (要介護認定者含む) 24,836 名  
 (平均 80.4±4.5 歳、女性 55.5%)  
**アウトカム:** 介護費 (月額)、医療費総額 (月額)  
**フレイル状態:** 後期高齢者の質問票 (4 点以上\*; 7 点以上を重度フレイル群とした)  
**調整変数:** 年齢、性別、Body mass index、既往歴 (高血圧、糖尿病、脂質異常症、慢性腎不全、心疾患、悪性新生物、認知症、うつ病、脳卒中、COPD、パーキンソン病、骨粗鬆症、歯周病等)  
**引用文献:** Tanaka T, Yoshizawa Y, Iijima K, et al (*Geriatric Gerontol int.* 2023)

参考資料1 (出典：市町村における『高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施』のための進捗チェックリストガイド<sup>33)</sup>)

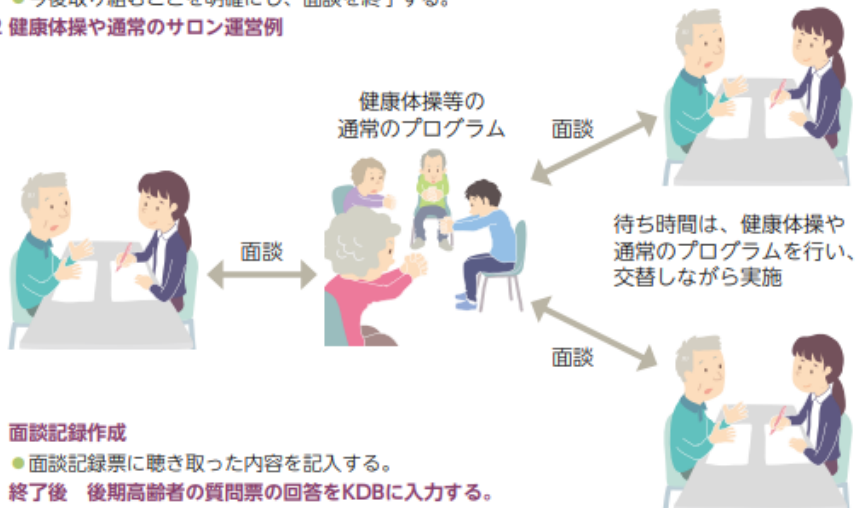
別添

「後期高齢者の質問票の解説と留意事項」

## 通いの場における後期高齢者の質問票の実際例

- 1 会場の設営
  - 面談用のテーブル、健康体操ができるスペースの確保
- 2 挨拶 ..... 2分
  - 面接の目的、おおよその所要時間を伝える。
- 3 後期高齢者の質問票への記入 ..... 5分
- 4-1 後期高齢者の質問票の回答をもとに面談（ヒアリング） ..... 10～12分/1名
  - 関連するパンフレット等を活用し、具体的にアドバイスする。
  - 健診の結果や治療状況を把握できた場合には、それらを踏まえた相談をする。
  - 必要に応じて保健サービス・市の事業・通いの場・医療機関等を紹介する。
- まとめ、挨拶 ..... 1分/1名
  - 面談で話したこと、確認したことを整理する。
  - 今後取り組むことを明確にし、面談を終了する。

### 4-2 健康体操や通常のサロン運営例



- 5 面談記録作成
    - 面談記録票に聴き取った内容を記入する。
  - 6 終了後 後期高齢者の質問票の回答をKDBに入力する。
- 準備物**
- ①個人面談記録表
  - ②紹介したい情報（教材やリーフレット等：感染症、季節にあったもの 等）
  - ③つなげる先リストを準備する。面談対象者に対し、適切な保健サービスにつなげられるよう、各サービスの対象者基準や実施内容、日時、費用、連絡先等も確認しておくことが望ましい。
- 【紹介先リスト(例)】**
- 後期高齢者医療広域連合事業一覧（健診、訪問健康相談事業等）
  - 市町村高齢部門（地域包括支援センター含む）が実施する事業一覧（一般介護予防事業・介護予防・生活支援サービス事業等）
  - 市町村保健部門が実施する事業一覧（がん検診事業、重症化予防事業等）
  - 市町村生涯学習部門が実施する事業一覧（生涯学習講座、保養施設利用促進事業、市民音楽祭等）
  - 市町村スポーツ推進部門が実施する事業一覧（総合型地域スポーツクラブ、運動施設運営等）
  - 各地域における医療機関一覧（病院、クリニック、歯科医院等）
  - 介護サービス会社の一覧（食事宅配サービス、訪問介護サービス等）

<sup>33</sup> 000769103.pdf (mhlw.go.jp)



参考資料2（出典：市町村における『高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施』のための進捗チェックリストガイド）

参考資料2		個人面談記録表例	
		実施日 年 月 日 ( )	
支援担当者			
対象者氏名		男 女	( ) 歳
現病歴	高血圧、脂質異常症、糖尿病、狭心症、心筋梗塞、その他心臓病、脳卒中、肝臓病、腎臓病、がん、COPD、骨粗鬆症、喘息、貧血、歯、認知症、その他 ( ) 膝痛、腰痛、股関節、肩痛、首、その他 ( )、なし		
聞き取りした内容	声かけ内容 アドバイス内容	紹介した 保健事業	参加 意思※
低栄養 (3、4、5、6)			
運動器 (7、8、9)			
認知機能 (10、11)			
たばこ (12)			
総合【健康 (1)、こころ (2)、社会参加 (13、14、15)】			
※参加意思への表記：確実に行く「◎」、前向きに検討「○」、行かない「△」、拒否的反応「×」			
【支援者用メモ欄】			

参考資料3（出典：市町村における『高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施』のための進捗チェックリストガイド）

「かかりつけ医」のための後期高齢者の質問票対応マニュアル

別添

「後期高齢者の質問票の解説と留意事項」

かかりつけ医のための

## 後期高齢者の質問票 対応マニュアル

フレイルなど高齢者の特性を踏まえた健康状態を問診により総合的に把握することが後期高齢者の質問票の目的である。フレイルは、高齢者で生理的予備能が低下した要介護状態の前段階で、適切な介入により改善が期待できる。また、身体的、精神的、社会的など多面的要素からなり、各要素で評価・指導方法も異なる。本マニュアルは、かかりつけ医が質問票の回答にどう対応するかを示す目的で作成されており、高齢者の健康寿命延伸に向けて日常診療に活用していただければ幸いである。

一般社団法人 日本老年医学会理事長 秋下雅弘

専門職との連携

個別の質問項目に限らず、総合的なフレイルの状況を把握し、必要に応じて専門医、専門職種、専門施設、市町村の担当部署（医療専門職等）と連携する。

フレイルなどの状態 必要に応じた連携の例

一般社団法人 日本老年医学会



出典：日本老年医学会 2020年5月 <https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/tool/manual.html>

作成委員長 サルコペニア・フレイル小委員会 委員長 荒井秀典

後期高齢者の質問票				
質問文	回答 <small>※回答に基いて対応考慮</small>	フレイル	質問の意図	かかりつけ医での初期対応
1 あなたの現在の健康状態はいかがですか？	① よい ② まあよい ③ ふつう ④ <b>あまりよくない</b> ⑤ <b>よくない</b>	身体 精神 社会	全般的な健康状態の評価	身体疾患の関与を見直す 薬剤有害事象の有無を評価する うつ・アパシーの有無を判断する 生活環境との関係を見直す
2 毎日の生活に満足していますか？	① 満足 ② やや満足 ③ <b>やや不満</b> ④ 不満	身体 精神 社会	うつ状態や QOL 低下を反映した生活満足度の評価	QOL が低いと感じるポイントを聞く うつ・アパシーの有無を判断する 経済・社会状況要因を見直す
3 1日3食きちんと食べていますか？	① はい ② <b>いいえ</b>	身体 精神 社会	食思不振ならびに栄養の評価	食べていない理由を聞いて評価すべき項目を判断する
4 半年前に比べて硬いものが食べにくくなりましたか？	① <b>はい</b> ② いいえ	オーラル	口腔内の器質的問題ならびに口腔機能低下の有無	口腔機能評価
5 お茶や汁などでむせることがありますか？	① <b>はい</b> ② いいえ		嚥下機能の評価	肺炎、脳血管障害の既往の確認 嚥下に関わる総合的機能評価
6 6カ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか？	① <b>はい</b> ② いいえ	身体	身体的フレイル・低栄養の評価	意図的な減量・治療中の病気によるもの・原因不明に分類する
7 以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いませんか？	① <b>はい</b> ② いいえ		サルコペニア、ロコモティブシンドロームなどの運動機能低下や転倒リスクの評価	歩行状態を確認する 脊柱管狭窄症、変形性脊椎症、変形性関節症など整形外科疾患の鑑別
8 この1年間に転んだことがありますか？	① <b>はい</b> ② いいえ		転倒リスク（内的要因・外的要因）や転倒関連疾患の評価	転倒時の状況、頭部外傷の有無、骨折の既往の聴取、骨粗鬆症の評価 <sup>9)</sup>
9 ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか？	① <b>はい</b> ② <b>いいえ</b>		運動習慣の評価	社会資源活用（運動教室、スポーツセンターなど）の必要性を判断する
10 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？	① <b>はい</b> ② いいえ		精神	記憶力低下の評価
11 今日が何月何日がわからない時がありますか？	① <b>はい</b> ② いいえ	精神	見当識低下の評価	
12 あなたはたばこを吸いますか？	① <b>吸っている</b> ② 吸っていない ③ やめた	-	-	呼吸器症状の問診、喫煙歴の聴取
13 週に1回以上は外出していますか？	① <b>はい</b> ② <b>いいえ</b>	社会	閉じこもりリスクの評価	外出頻度と閉じこもりのリスクを判断する
14 ふだんから家族や友人と付き合いがありますか？	① <b>はい</b> ② <b>いいえ</b>		社会的フレイルの評価	社会資源活用の必要性を判断する
15 体調が悪い時に、身近に相談できる人がいますか？	① <b>はい</b> ② <b>いいえ</b>			

初期対応時の主な評価内容	想定される病態	問題がある場合の対応の概要
身体疾患・老年症候群 <sup>1)</sup> の診断 服薬アドヒアランスの確認 ポリファーマシー・薬物有害事象 <sup>2)</sup> うつ <sup>3)</sup> ・意欲の評価 生活支援者や介護者の評価、社会資源評価	脳器別疾患 老年症候群 薬物有害事象 うつ	・保有疾患の管理不十分、既往疾患の再燃、新規疾患の発生に対する検査、治療の追加・強化を検討する。 ・該当する症候の原因となる服用薬を確認する。 ・薬物有害事象の可能性を検討し、ポリファーマシー関連の問題について対応する。
精神・心理状態に影響する老年症候群 <sup>1)</sup> QOLの評価 うつ <sup>3)</sup> ・意欲の評価 家族・生活環境、介護サービス利用を含む 経済・社会状況の評価	慢性疼痛、不眠、頻尿、 活動量低下など うつ、アバシー 孤独	・原因疾患や老年症候群があれば、それに対する治療やケアを優先する。 ・うつ病であれば治療が必要であり、専門医への紹介も検討する。 ・家族・生活環境に応じて、地域包括支援センターや市町村の保健事業担当等と連携し、地域資源の活用を検討する。
栄養状態の評価 <sup>4)</sup> 口腔機能、味覚・嗅覚評価 食欲低下の原因の鑑別診断 <sup>4)</sup> うつ <sup>3)</sup> ・意欲・認知症 <sup>5)</sup> の診断 家族・住宅環境、経済状況、介護必要度の判定	脳器別疾患 老年症候群 薬物有害事象 うつ、認知症	・食不振・低栄養の原因に応じた対応。 ・ <b>歯科との連携。</b> ・市町村の管理栄養士等につなぎ、栄養相談・食事指導を行う。
口腔内診察（齦歯、歯周病、義歯の状態） 握力	齦歯・歯周病、口腔機能 低下症、サルコペニア	・咀嚼や摂食障害の存在により、栄養障害を引き起こしている可能性があり、口腔内の評価のみならず、栄養状態の評価を実施する。 <b>歯科との連携。</b>
嚥下機能評価（反復唾液嚥下テスト <sup>6)</sup> ） 嚥下機能障害の鑑別診断 <sup>6)</sup>	誤嚥、嚥下機能障害、 サルコペニア	・嚥下リハビリや誤嚥予防などの介入を考慮する。 ・低栄養があれば栄養介入を考慮する。
栄養状態の評価 <sup>4)</sup> 、低栄養の鑑別診断 <sup>4)</sup> 意図しない体重減少の鑑別診断	低栄養 悪性疾患、炎症性疾患などの 身体疾患 フレイル、サルコペニア	・原因となる疾患がある場合、適宜対応する。 ・原因となる疾患がない場合、栄養状態、運動（活動性）、精神・心理、社会的背景（生活環境の変化）を評価し、介入を考慮する。
歩行状態の評価と歩行障害の鑑別診断 <sup>4)</sup> 心肺機能の評価 握力測定、ロコモ度テスト <sup>8)</sup> 、指輪っかテスト <sup>7)</sup>	ロコモティブシンドローム 心不全、COPD サルコペニア 感覚器疾患 神経疾患 脆弱性骨折、骨粗鬆症	・原因となる疾患がある場合、適宜対応する。 ・ロコモ・サルコペニア・フレイルに対する運動・栄養介入を考慮する。
転倒の外的要因 <sup>4)</sup> ・内的要因の診断 <sup>4)</sup> ロコモ度テスト <sup>8)</sup> 骨粗鬆症関連検査	脆弱性骨折、骨粗鬆症 薬物有害事象 慢性硬膜下血腫	・転倒関連疾患に介入する。 ・ロコトレなどの運動介入や内的要因・外的要因の軽減、除去を考慮する。 ・フレイル予防や健康長寿に向けて運動習慣の大切さを伝える。 ・介護予防教室等の紹介、地域包括支援センターとの連携、慢性疾患管理としての運動療法を考慮する。
家族・住宅環境、経済状況の把握と運動を阻害する身体疾患の鑑別、慢性疾患の評価		
認知機能評価 <sup>5)</sup> 認知機能障害の鑑別診断または専門医への紹介	認知機能障害	・認知症の診断を行う以外に地域包括支援センターの紹介や、地域で提供しているサービスの利用を検討する。 その際、各地域で作成されている認知症ケアマニュアルを参考にする。 ・ <b>認知症サポート医との連携。</b>
呼吸機能評価、必要に応じて胸部 Xp	COPD など	・過去の喫煙歴がある者に対しても、呼吸器症状の問診、喫煙歴の聴取、胸部レントゲンの評価を行うことを考慮。
外出を妨げる原因の評価（2 抑うつ， 6 体重減少，7-9 運動器，10-11 認知， その他の身体疾患、家族・住宅環境）	身体疾患（心不全や神経・ 運動器疾患など） うつ・アバシー・認知症 閉じこもり、社会的孤立	・各原因に対する対応策を検討する。 ・ <b>介護予防事業の活用。</b>
家族・住宅環境、介護状況 必要に応じて質問票を用いた評価 <sup>10)</sup>		・ <b>地域包括支援センター</b> や福祉課と連携して対応する。 また、地域の交通事情にも配慮し、地域資源の活用を検討する。 ・13～15で2項目以上「いいえ」で、質問1、2で良好ではない場合、地域包括支援センターや市町村の保健事業担当などの相談窓口を紹介する。

## 評価方法や鑑別診断

評価項目	評価法など
1) 老年症候群	加齢に伴い増加する症状・徴候の重なった状態（慢性疼痛、不眠、頻尿、便秘など）
2) ポリファーマシー・薬物有害事象	多剤服用（6種類以上など）、重複投与、腎機能、服薬アドヒアランスなどから総合的に評価。特に慎重な投与を要する薬物のリスト参照
3) うつ	GDS15：5点以上はうつ傾向、10点以上はうつ状態
4) 栄養状態の評価	BMI、Alb、T-chol などから総合的に評価。 疑い例では、MNA-SF（Mini Nutritional Assessment-Short Form）、GLIM 基準などで評価。
5) 認知機能の評価	改訂長谷川式簡易知能評価スケール（20点以下で認知症疑い） MMSE（23点以下で認知症疑い）など
6) 反復唾液嚥下テスト	30秒の間に唾液を飲み込める回数が2回以下の場合、摂食嚥下障害の可能性が高い
7) 指輪っかテスト	両手の親指と人差し指で輪っかをつくり、下腿の最も太い部分を囲んだ時に隙間ができる場合はサルコペニアの可能性高い
8) ロコモ度テスト	立ち上がりテスト、2ステップテスト、ロコモ25 ( <a href="https://locomo-joa.jp/check/">https://locomo-joa.jp/check/</a> )
9) 骨粗鬆症の評価	1-a. 大腿骨近位部の脆弱性骨折の有無：問診・臨床症状から判定 1-b. 椎体の脆弱性骨折の有無：問診ならびに身長低下（25歳時身長より3-4cm以上の低下があるかどうか）の有無、脊柱変形（円背など）の有無から判定。 → 脆弱性骨折「有り」なら骨粗鬆症と診断。いずれも認めない場合は2を評価する。 2. FRAX 評価 → 10年間の主要骨折確率15%以上であれば骨粗鬆症精査（骨Xp、骨密度測定等）を進める。 3. 1と2で骨粗鬆症の診断となった場合、低骨量をきたす骨粗鬆症以外の疾患や続発性骨粗鬆症の原因疾患（薬剤性、副甲状腺機能亢進症など）の有無を確認し、治療方針を決定する。
10) 社会的フレイルに関する質問票	①自分の経済状況に不満足、②独居、③地域や近隣の活動への不参加、④隣人との関係があいさつ程度又は付き合いなし、の4項目で2点以上を社会的フレイルと判断（またはフレイル診療ガイドにある質問票を参照）

鑑別を要する病態	原因疾患など
a) 食欲低下、低栄養の鑑別診断	社会的要因：孤食、独居、不適切な食習慣、貧困など 医学的原因：口腔機能低下症、味覚・嗅覚障害、消化管障害、抑うつ・認知機能低下、疼痛、疾病（炎症性疾患・がんなど）、薬物有害事象、不適切な食事指導
b) 嚥下機能障害の鑑別診断	口腔・咽頭の器質的疾患、神経・筋疾患（脳梗塞やパーキンソン病など）、認知症、円背、加齢に伴う嚥下機能低下など
c) 歩行障害の鑑別診断	軽度の意識障害（薬剤、脳血管障害など）、ロコモティブシンドロームおよびその関連疾患（筋痛や関節痛（脊柱管狭窄症、変形性脊椎症、変形性関節症など）、運動麻痺、サルコペニア、パーキンソン関連疾患、平衡障害、視覚障害
d) 転倒の外的要因	床やじゅうたん、障害物、照明、踏み段など
e) 転倒の内的要因	中枢神経系：脳血管障害、認知症、パーキンソン病など 感覚・末梢神経系：聴覚・平衡機能障害、視力障害、糖尿病による末梢神経障害など 循環系：起立性低血圧、不整脈など 筋骨格系の疾患：ロコモティブシンドローム、筋萎縮、関節リウマチなど 薬剤副作用：睡眠薬、向精神薬、抗ヒスタミン薬、薬剤性パーキンソニズムなど

## 参考資料

- ・健康長寿診療ハンドブック (<https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/tool/index.html>)
- ・「高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）」 (<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000208848.html>)
- ・高齢者薬物療法ガイドライン 2015 (<https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/tool/index.html>)
- ・フレイル診療ガイド 2018年版 ([http://jssf.umin.jp/clinical\\_guide.html](http://jssf.umin.jp/clinical_guide.html))
- ・サルコペニア診療ガイドライン 2017年版（改訂版） (<https://minds.jcqhc.or.jp/n/med/4/med0337/G0001021>)
- ・ロコモティブシンドローム（解説） (<https://locomo-joa.jp/about/>)

「後期高齢者の質問票の解説と留意事項」は、令和元年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学特別研究）「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施推進のための後期高齢者の質問票活用に向けた研究（研究代表者 津下一代）」の成果の一部を参考にして作成された。

今般、厚生労働行政推進調査事業費補助金（政策科学推進研究事業）「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の推進に係る検証のための研究（研究代表者 津下一代）」の成果を踏まえ、一部加筆修正し、「後期高齢者の質問票の解説と留意事項」（一部改編）とした。