高齢者の特性を踏まえた保健事業
ガイドライン
第２版

令和元年 10 月

厚生労働省保険局高齢者医療課

目次

Ⅰ　総括編 1
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 3
（１）ガイドライン策定の背景・目的 3
１）策定の背景 3
２）策定の目的 4
（２）ガイドラインの内容 5
（３）後期高齢者の状態像と課題 5
１）後期高齢者の特性 5
２）健康指標・レセプト分析からみた現状と課題（多病の状況、医療のかかり方） 7
（４）後期高齢者医療制度における保健事業 9
１）広域連合の取組の現状と課題 9
２）高齢者の特性を踏まえた健康支援 10
３）被保険者の状態像に応じた取組 11
（５）高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の概要 12
１）一体的実施の経緯 12
２）一体的実施の概要 15
２　取組の推進に向けた体制整備 17
（１）広域連合の役割 17
１）　保険者としての役割 17
２）保有する健康・医療情報の積極的な活用 18
３）広域計画の見直し 18
４）データヘルス計画の中間評価・見直し 19
５）委託先市町村に対する支援 19
６）関係団体等との連携 21
（２）市町村に求められる役割 21
１）全庁的な検討体制の確立と庁内各部局間の連携 21
２）広域連合・都道府県・他市町村との調整 23
３）関係団体等との連携 24
４）保険者協議会との連携 26
（３）都道府県に求められる役割 27
（４）国保中央会・国保連合会に求められる役割 29
（５）国に求められる役割 29
３　効果的な実施に向けた取組内容の検討 31

（１）高齢者の保健事業の進め方（全体的な流れ） 31
（２）健康課題の把握（データヘルス計画等との整合、調整） 31
（３）PDCA サイクルの構築 32
１）既存事業の見直し（健康診査、保健指導、健康相談、健康教育等）
..... 32
２）事業内容の検討と準備..... 33
３）目標の設定と評価の準備 33
４）健康支援の実施と評価..... 35
（４）効果を高める工夫..... 35
１）対象者の主体性の重視等 35
２）高齢者の特性に合わせた地域ぐるみの健康支援 36
３）複数の健康課題に一体的に取り組む事業展開の必要性..... 37
４）連携の意義と共有の必要性について 38
４　取組を推進するための環境整備 39
（１）人材育成 39
１）高齢者に関する健康支援の知識・技術の周知、資質向上 39
２）研修等の実施方法..... 39
（２）周知・広報 39
１）住民に対する周知の必要性 39
２）市町村等関係者への周知 40
（３）個人情報の適切な取扱い 40
１）保健事業実施における個人情報の取扱い 40
２）保健事業と介護予防の一体的な実施における個人情報の取扱い ... 41
①　広域連合と市町村の間での情報の授受 41
②　市町村から関係機関等に委託する場合の留意事項 41
③　ボランティア参加者への情報提供に関する留意事項..... 42
④　関係機関等から他の関係機関等への事業の再委託に関する留意事項..... 43
（４）実施上の留意事項..... 43
１）委託する場合の留意点..... 43
２）事業立ち上げ時の留意点 43
①　課題と方針の共有 44
②　実施体制の確保..... 44
③　連携体制づくり 44
④　ノウハウのマニュアル化 44
⑤　既存事業の活用..... 44

⑥　事業の進捗管理シートの活用 44
⑦　取り組みやすい内容からの着手 45
⑧　安全配慮 45
５　後期高齢者の質問票 46
（１）後期高齢者の質問票が用いられる状況等の整理と方針 47
（２）後期高齢者の質問票の利活用方法 47
（３）後期高齢者の質問票の役割について 47
（４）質問項目の考え方 48
（５）質問票の活用場面について 48
（６）質問票を用いた支援について 48
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 48
２）地域の健康課題を整理・分析 49
６　関連事項 50
（１）糖尿病性腎症重症化予防事業（連携協定・プログラム策定） 50
（２）後期高齢者に対する歯科保健サービスの効果実証事業（マニュアル作成） 50
（３）高齢者の特性を踏まえた保健事業（フレイル対策）に関する文献調査 （エビデンス確認） 50
（４）その他（健診等のあり方の検討） 50

Ⅱ　実践編 53
その１　高齢者の保健事業の取組 55
１　ガイドライン実践編の位置付け 55
２　取組の実際 55
（１）事業実施全体の流れ 56
（２）それぞれの段階における実施事項 56
１）事業実施主体における体制整備 56
①　健康課題等の把握 56
②　広域連合・市町村間での課題の共有と協力関係の構築 56
③　チーム形成 57
④　外部からの情報収集 57
２）地域連携体制の構築 57
①　都道府県との調整 57
②　関係団体への事前相談 57
③　広域連合・市町村の間での情報提供の環境整備 58

３）事業企画 58
①　取組の方向性の検討 58
②　対象者の抽出基準の設定と概数の把握 66
③　予算・人員体制の検討 68
④　対象者から参加予定者への絞込み 68
⑤　目標・評価指標の設定 69
⑥　支援内容の検討 70
４）事業実施 71
①　参加予定者への声掛け 71
②　支援の日程調整 71
③　かかりつけ医等関係者への事業説明 72
④　支援の実施 72
５）評価とその活用 76
①　事業評価 76
②　事業報告 78
③　次期計画に向けての見直し 79
６）事業を効果的に行うために必要な事項 79
①　個人情報取扱に関する検討 79
②　苦情・トラブル対応に関する検討 79
③　事業委託先の選定 79
④　支援者の研修の実施 80
⑤　カンファレンス等での情報共有・関係機関との連絡調整 80
⑥　支援内容の記録・評価に必要なデータの取得 80
⑦　事後フォロー 80
⑧　モニタリング 81
３　各種健康課題別の取組の例 82
栄養（低栄養）に関するプログラム例 82
口腔に関するプログラム例 87
重症化予防に関するプログラム例　＜糖尿病性腎症の場合＞ 92
服薬に関するプログラム例 98
その２　高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の推進に向けたプログラム 103
１　医療専門職の配置 103
２　通いの場等において医療専門職が関わる意義 104
（１）通いの場等における医療専門職の取組 104
１）通いの場等における計画的な取組の実施 104

２）通いの場等を活用したフレイル予防の普及・促進 104
３）通いの場等を活用した健康教育・相談等の実施 105
４）通いの場等を活用した健康状態等の把握 105
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 105
（２）通いの場等において医療専門職が関わる際の留意点 106
３　国保データベース（ＫＤＢ）システム等による分析・地域の健康課題の整理・分析 106
４　対象者の抽出 110
５　具体的な事業実施 110
（１）健康課題がある人への（アウトリーチ）支援 111
１）対象者の抽出等について 111
２）保健指導の実施 111
①栄養（低栄養）・口腔・服薬の取組について 111
②重症化予防の取組について 112
③高齢者の保健指導における留意点について 114
（２）健康状態不明者の状況把握 115
（３）元気高齢者等に対するフレイル予防等についての意識付け 117
６　事業を効果的に進めるための取組 119
７　地域の医療関係団体等との連携 120
８　高齢者の社会参加の推進 121
９　国保保健事業と高齢者保健事業との接続 122
10　事業の評価 123

＜別添＞

後期高齢者の質問票の解説と留意事項

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

（１）ガイドライン策定の背景・目的

１）策定の背景

①　高齢者が抱える健康課題への対応

高齢者、その中でも特に後期高齢者については、複数疾患の合併のみならず、加齢に伴う諸臓器の機能低下を基盤としたフレイル[1]やサルコペニア[2]、認知症等の進行により個人差が大きくなり、多病・多剤処方の状態に陥るなど、健康上の不安が大きくなる。こうした不安を取り除き、住みなれた地域で自立した生活ができる期間の延伸、QOLの維持向上を図るためには、高齢者の特性を踏まえた健康支援・相談を行うことが必要である。

我が国では、かつてない高齢化が急激に進行しており、特に後期高齢者の増加は顕著である。将来推計によると団塊の世代がすべて後期高齢者に移行する2025年には、高齢化率は30%となり、全高齢者数に占める後期高齢者の割合はおよそ6割となり[3]、社会保障費の増加が予想されている。そのため、後期高齢者医療をはじめとした社会保障制度が安定的に運営されることにより、高齢者が安心して暮らせる地域社会を支えることが重要となる。

②　医療保険者としての機能を有する広域連合

後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）は、高齢者医療制度の運営を通じて健康・医療情報[4]を統括的に有しており、多病・多剤処方などの状態にある高齢者の健康状態を包括的に把握することができる。

また、市町村等と協力して地域住民に身近なところで健康支援を行

---

[1] 「フレイル」とは、『フレイル診療ガイド 2018 年版』（日本老年医学会／国立長寿医療研究センター、2018）によると、「『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』を表す“frailty”の日本語訳として日本老年医学会が提唱した用語である。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が、身体的脆弱性のみならず精神心理的脆弱性や社会的脆弱性などの多面的な問題を抱えやすく、自立障害や死亡を含む健康障害を招きやすいハイリスク状態を意味する。」と定義されている。

[2] 「サルコペニア」とは、『サルコペニア診療ガイドライン 2017 年版』（日本サルコペニア・フレイル学会、2017）によると、「高齢期にみられる骨格筋量の減少と筋力もしくは身体機能（歩行速度など）の低下により定義される」とされている。

[3] 出典：令和元年版高齢社会白書　Ｐ４

[4] 健康・医療情報とは、「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、健康診査の結果や診療報酬明細書等から得られる情報と定義されている。

うことにより、適正な医療の受診へと導くこともできるなど、医療面に対する健康支援が可能であるという強みがある。

現行の医療システムでは、受診や処方の状況を個別の医療機関が一元的に管理することは難しく、こうした健康支援に医療保険者が取り組む意義は大きい。これらのことから、広域連合の取組においては、市町村との連携に加え、医療機関とも連携し、保険者機能を発揮した保健事業を展開することが重要である。

また、市町村と連携した取組により、前期高齢者などの国民健康保険（以下「国保」という。）世代からの連続した健康の管理や、さらに年齢を重ねて疾病が重症化したり要介護状態になったりした場合の介護保険への接続など、地域包括ケアと連動した仕組みに位置付けることが重要である。

このような保険者としての機能を遺憾なく発揮し、住み慣れた地域での活動や医療、介護等のサービスに高齢者を適切につなげ、必要な保健指導等の健康支援を実施することが、これからの後期高齢者の保健事業に求められている。

２）策定の目的

平成20年度以降、我が国における医療保険者が実施する保健事業は、特定健康診査・特定保健指導（以下「特定健診等」という。）をはじめとした壮年期のメタボリックシンドローム対策が中心であった。しかし、高齢者は壮年期とは異なる健康課題を抱えており、高齢者の特性を踏まえた取組が必要となる。これまでの後期高齢者医療制度における保健事業は、健康診査が中心であり、高齢者の特性を踏まえた保健事業の考え方や具体的な内容を提示する指針はなかった。

そこで、国は平成28・29年度にモデル事業として、低栄養防止・重症化予防事業を展開した。各年度とも100近い広域連合・構成市町村において、栄養指導・口腔指導・服薬指導・重症化予防事業等の具体的な取組が実施され、事業展開における課題が明らかになるとともに、様々な工夫も明らかになった。こうしたモデル事業の実績をもとに、高齢者の保健事業のあり方検討ワーキンググループ及び作業チームにおける検討を通じて、平成29年4月に暫定版、平成30年4月に「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン」を策定した。

また、これまで生活習慣病対策・フレイル対策としての保健事業（医療保険）と介護予防（介護保険）が制度ごとに実施されてきたものの、人生100年時代を見据え、保健事業と介護予防が一体的に実施されること

が求められるようになった。この点については、平成30年9月から12月まで開催された「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に関する有識者会議[5]」（以下「有識者会議」という。）、また令和元年5月から9月まで開催された「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の推進に向けたプログラム検討のための実務者検討班[6]」（以下「実務者検討班」という。）において議論がされ、一体的な実施に向けた体制整備等について整理された。

これらの議論を踏まえ、今般、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施のあり方を示すためにガイドラインの改定を行った。

（２）ガイドラインの内容

① 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基づき、広域連合が実施することが望ましい健康診査（以下「健診」という。）や保健指導などの保健事業の内容や手順について、科学的知見を踏まえて提示する。

② 広域連合と市町村が協働して、高齢者の健康づくりや介護予防等の事業と連携しながら、高齢者の特性を踏まえた保健事業を実施する場合の役割分担や留意点を示す。

なお、本ガイドラインでは、「Ⅰ総括編」で基本的な考え方について、「Ⅱ実践編」で保健事業の実施内容・方法、手順並びに高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の手順等についてまとめている。

（３）後期高齢者の状態像と課題

１）後期高齢者の特性

① 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[7]。

② 複数の慢性疾患を保有[8]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。

③ 医療のかかり方として、多医療機関受診、多剤処方、残薬が生じや

---

[5] https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-hoken_553056_00001.html

[6] https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-hoken_553056_00013.html

[7] Yamada M and Arai H: J Am Med Dir Assoc 16(11): 1002.e7-1002.e11, 2015

[8] Chang SS et al: J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2010; 65: 407-413

すいという課題がある[9]。

④　健康状態や生活機能、生活背景等の個人差が拡大する。自立度の高い後期高齢者がいる一方で、多病を抱え高額な医療費を要する後期高齢者が一定の割合存在する。

⑤　後期高齢者は97.9%[10]が医療機関を受診しており、要介護認定割合が80歳以上から約4割[11]に急上昇するなど、医療と介護ニーズを併せ持つ状況にある者が増加する。

図表Ⅰ－１　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。

---

[9] 出典：『東京都後期高齢者医療に係る医療費分析結果報告書』（東京都後期高齢者医療広域連合、2015）

[10] 出典：平成 29 年度医療給付実態調査報告※入院、入院外、歯科のいずれかの診療を受けた者の加入者数に対する割合。平成 30 年 3 月単月分では 86.8%。

[11] 出典：人口統計（総務省統計局）及び介護給付費等実態統計（平成 30 年 10 月審査分）

２）健康指標・レセプト分析からみた現状と課題（多病の状況、医療のかかり方）

①　医科医療と健診の受診状況

後期高齢者は、医療を受診しているため、健診を受診していない者も多い。平成29年度「高齢者の低栄養防止・重症化予防等の推進」に係る事業（以下「モデル事業」という。）の実施自治体から提出されたデータによると、年１回以上医療を受診している者が95.5%、健診を受診している者が19.1%であった。

図表Ⅰ－２　高齢者の健診・医療の受診状況（平成 29 年度モデル事業実施自治体の状況より）

平成 29 年度モデル事業報告（60 自治体）より、健診と医療受診の重なりの状況を把握した。それによると、後期高齢者の 95.5%が年 1 回以上医療機関を受診しているが、健診受診は 19.1%に留まっている。健診結果のみでは実態把握が十分とはいえない状況にある。

医療を受診している後期高齢者では、複数の慢性疾患を有する者が多数を占める。このような「多病」と呼ばれる者の割合は、東京都では64.1%[12]に上るという調査もある。多病の状態は、処方される医薬品の種類が多くなることから、薬物有害反応リスクの上昇や医療費の増加等に結びつく。しかしながら、複数の慢性疾患に対し複数の医療機関を受診している場合には、個別の医療機関での治療の全体像を総合的に把握・管理することが困難な状況がある。

また、医療機関を受診している場合には、「高血圧性疾患」、「脳血管疾患」、「筋骨格系疾患」などが多く[13]、さらなる病状の進展や複数疾患の合併を予防するためにも、生活習慣病等の慢性疾患の重症化予防の

[12] 出典：『東京都後期高齢者医療に係る医療費分析結果報告書』（東京都後期高齢者医療広域連合、2015）

[13] 出典：平成 29 年患者調査

取組の必要性が示唆されている。健診受診者の結果をみると、各学会の高齢者向け基準を上回り、コントロールが不十分な者も少なくない。

モデル事業実施自治体では、健診受診者19.1%のうち医療を受診している者は98.6%で、健診受診者のほとんどは医療受診と重なっている状況にあった。一方で、医療も健診も受診していない健康状態が不明の者が4.2%いた。これらの実態把握は、地域の身近なところで高齢者の様子を把握できる市町村と、レセプト等の情報により被保険者の状態を把握可能な医療保険者の協力により可能となるため、国保データベース（ＫＤＢ）システム[14]（以下「ＫＤＢシステム」という。）の活用を含め、今後の取組に活かすことが望まれる。

② 歯科医療と歯科健診の受診状況

高齢者の歯科の受療率は人口10万人対823[15]であり、80歳あたりをピークに年齢とともに低下しており、残存歯の減少とともに受診が減る傾向がうかがわれる。

後期高齢者においては、若い世代からの歯周疾患対策に加え、口腔機能の低下防止の対策の必要性が検討され、平成26年度から歯科健診の国庫補助が開始された。平成30年度は、47全広域連合において実施されているが、現状では一部の限られた市町村において75歳や76歳の節目健診として実施される形態が多いため、実態が十分明らかになっているとはいえない。歯科健診の受診率の向上やオーラルフレイル[16]対策など高齢者の口腔機能低下防止の取組の推進に向け、今後の課題と考えられる。

③ 医療と介護の重複状況

日常生活の自立度については、国民生活基礎調査によると75歳～79歳で25.6%の者が日常生活に影響があると答えており、以降漸増し、

---

[14] ＫＤＢシステムは、健診や医療・介護のレセプト情報を保有し、さまざまな観点から比較・分析できるツールであり、健康課題を把握して、事業の対象者抽出に活用することができる。被保険者ごとに健診･医療の受診状況を突合して確認できるため対象者の絞り込みが容易になるメリットがあり、活用により効果的、効率的に事業を実施することができる。

[15] 出典：平成 29 年患者調査※人口 10 万対

[16] オーラルフレイルとは、「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、心身の機能低下まで繋がる一連の現象及び過程」（日本歯科医師会、歯科診療所によるオーラルフレイル対応マニュアル 2019 年版）

85歳以上では約半数に及んでいる[17]。同様に75～79歳において介護が必要となった原因としては、脳血管疾患が１位であり、以下、認知症、転倒・関節疾患と続く。また、要介護認定者の一人当たり医療費をみると、「要支援・要介護認定あり」が「要支援・要介護認定なし」の２倍以上の状況にある[18]。

以上のことから、レセプトにより対象者の未受診・治療中断を含む受療状況、疾病名・投薬内容等を、健診結果等によりリスク項目・重症度等の情報を一元管理できる広域連合は、疾病の重症化予防の取組、特に慢性疾患の管理と服薬指導等の医療ニーズへの対応に欠かせない役割を持つと考えられる。医療関係者と連携しつつ、個人差が大きくなる対象者の状況に合致したテーラーメイド[19]の支援が求められる。

（４）後期高齢者医療制度における保健事業

１）広域連合の取組の現状と課題

広域連合が実施する保健事業では、制度創設以来、健診や歯科健診のほか、重複・頻回受診者等への訪問指導やジェネリック医薬品の使用促進など、主に医療費適正化の取組に比重が置かれてきた。

多くの広域連合において、組織体制として保健師等の医療専門職が配置されておらず、担当職員も市町村等からの出向のため短期間で出向元に戻ることが多く、事業のノウハウが引き継がれないといった課題があった。

保健事業実施指針に基づき、平成27年度には全ての広域連合において中長期的な保健事業実施計画（データヘルス計画）が策定され、計画に基づく取組が推進されてきた。これにより中長期的な展望を持った取組の継続が可能となった。

市町村国保においてもデータヘルス計画の作成が進められているため、平成30年度以降の第２期データヘルス計画期間の展望としては、市町村国保のデータヘルス計画と連携した取組を進めることにより、高齢者の特性を踏まえた保健事業の一層の推進と定着が目標となる。

また、平成28年度から導入された後期高齢者医療制度における保険者

---

17 平成 28 年国民生活基礎調査

18 ＫＤＢシステム「地域の全体像の把握」平成 28 年度レセプト 1 件当たりの医科医療費（全国値）より：国民健康保険中央会

19 平成 29 年度高齢者の特性を踏まえた保健事業（フレイル対策）に関する文献調査報告

インセンティブ[20]による財政支援制度を積極的に活用し、取組の契機として全国的な横展開が図られることが期待される。

２）高齢者の特性を踏まえた健康支援

① 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。

② 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る。

③ 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ると言われている。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。

④ 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。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[21]を主体とした健康支援に取り組むことが適当である。

⑤ 高齢者の中には、健診も医療も受診していない、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。

---

[20] 後期高齢者医療制度における保険者インセンティブは、制度の運営主体である広域連合の取組を支援するものであり、健診や重症化予防の取組、高齢者の特性を踏まえた保健事業の実施状況などの項目について取組状況を評価し、評価結果を平成 28 年度以降、特別調整交付金の一部の配分に反映している。

[21] 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。

３）被保険者の状態像に応じた取組

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、①緊急･長期入院を含む高額医療が発生している高齢者、②主に外来を中心とした在宅療養中の高齢者、③フレイルが顕在化しつつある虚弱な高齢者、④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。

図表Ｉ－３　被保険者の状態像に応じた健康支援の取組イメージ

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、フレイルのリスクがある者、病気を抱えつつも地域で暮らす在宅療養者に至るまで健康に向けた意識付けや健康管理を支援することができる。健診結果は、健康管理の個別支援に当たって基本的な情報であり、生活習慣病等の重症化予防の観点からも活用は有効である。また、後期高齢者の質問票を活用し、リスクがあると思われる高齢者に対して支援を個別に行うことも有効である。

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早期に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ものの訪問によりリスクがあると判明した高齢者を、必要に応じて要介護認定の相談等も含めて、地域包括支援センターにつなぐことが想定される。

（５）高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の概要

１）一体的実施の経緯

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とになっている。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ることとなり、74歳までの国民健康保険制度の保健事業（以下「国民健康保険保健事業」という。）と75歳以降の後期高齢者医療制度の保健事業（以下「高齢者保健事業」という。）が、これまで適切に継続されてこなかったといった課題が見られる。広域連合の中には、市町村に高齢者保健事業の委託等を行うことで重症化予防等の取組を行っている事例も見られるが、多くの場合、健康診査のみの実施となっている状況であった。

また、高齢者は複数の慢性疾患に加え、認知機能や社会的な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。しかしながら、高齢者保健事業は広域連合が主体となって実施し、介護予防の取組は市町村が主体となって実施しているため、健康状況や生活機能の課題に一体的に対応できていないという課題もあった。

図表Ⅰ－４　保健事業と介護予防の現状と課題（イメージ）

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することができ、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についても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てきめ細かな保健事業を進めるため、個々の事業については図表Ⅰ-5に示すように市町村が実施できるように法整備を行った。

図表Ⅰ－５　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）

２）一体的実施の概要

市町村が保健事業と介護予防の一体的な実施のイメージとして、有識者会議では図表Ⅰ－6に示す内容が提案された。

図表Ⅰ－６　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ト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すると同時に、具体的な健康課題を抱える高齢者や閉じこもりがちな高齢者、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ながら、医療専門職が通いの場等にも積極的に関与し、フレイル予防にも着眼した高齢者への支援を行う。

このような一体的な実施を推進するためには、地域の医療関係団体から具体的なメニューや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。

通いの場等に保健医療の支援が加わり、社会参加を含むフレイル対策を視野に入れた取組を実践することにより、高齢者は地域の日常的な生活拠点などで、医療専門職による健康相談等を受けられるようになる。

こうした取組により、高齢者は身近な場所で健康づくりに参加できるようになることを目指す。また、フレイル状態にある高齢者が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・重症化予防を促進することを目指すこととなり、健康寿命延伸につながる。このように、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の推進は、地域全体で高齢者を支えることとなり、地域づくり・まちづくりにつながるものである。

２　取組の推進に向けた体制整備

高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の推進に当たっては、図表Ⅰ－７に示す関係者が連携し、体制整備がなされることが望まれる。

図表Ⅰ－７　関係機関の連携（イメージ）

（１）広域連合の役割

１）　保険者としての役割

広域連合においては、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施を効果的かつ効率的に進めるため、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。このため、広域連合においては、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。

また、広域連合は、保険者としての責務を果たすため、市町村に対し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事業実施主体として、現状分析や体制整備、事業評価等において、市

町村を後方支援することが必要である。

なお、高齢者保健事業は、市町村への委託ではなく、広域連合が直接実施、もしくは広域連合が関係団体に直接委託して実施することもあり得る。その場合は、事業実施主体として、広域連合自ら現状分析や企画立案、体制整備、事業評価を行うことが必要となる。

２）保有する健康・医療情報の積極的な活用

広域連合は、健診結果、医療レセプト（調剤・歯科含む）等を包括的、統合的に管理しており、保険者機能として事業推進のためにそれらのデータを活用することができる。

こうした健康・医療情報を活用して地域の健康課題の把握、対象者の抽出・選定、事業企画・評価を行い、実際の保健指導の際には履歴データの閲覧ができるように、実施支援のための情報提供が重要な役割となる。

また、都道府県内全体を俯瞰し、市町村において地域の健康課題が比較できるように、健康・医療情報を分析加工した統計等を提供するなどして、各市町村において国保から連続した保健事業等の事業評価が適切に行えるよう支援する。

これらの際には、地域の資源や実情を踏まえて、都道府県や地域の保健所、地元の学識経験者等からの支援や助言を受けることも望まれる。

３）広域計画の見直し

広域計画において、連携内容に関する事項を盛り込むことは努力義務とされているが、令和２年度から一体的実施が本格施行となること等を踏まえると、構成市町村との十分な協議を経て、令和２年４月から、当該規定を盛り込んだ広域計画が施行されるよう準備を進めることが望ましい。なお、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ことにも留意する必要がある。

現状、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っている。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、市町村とどのような連携が必要か、そのために広域連合と市町村が実施すべき事項は何か等について明記することが求められる。

４）データヘルス計画の中間評価・見直し

医療保険者として作成するデータヘルス計画においても、一体的な実施を踏まえて事業内容等を整理することが望ましいが、今期の計画が平成 30 年度からの６年間で既に定められ、現在、計画に沿った取組が進められていることから、直ちに見直す必要まではなく、今期計画の中間評価や次期計画の策定等の際に、順次見直しを実施していくことが考えられる。

データヘルス計画の中間評価においては、計画に記載されている内容の進捗状況の確認と目標値の見直し等が予定されているが、それに合わせて、地域での一体的実施に係る取組状況の確認等を行い、必要に応じて目標値の見直しを行う

５）委託先市町村に対する支援

広域連合においては、保健事業の企画調整とともにＫＤＢシステム等を活用した域内全体の高齢者の健康課題や構成市町村における保健事業の取組状況等の整理・把握・分析、構成市町村への支援、都道府県や各国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」という。）との調整等の取組を適切に行うことが必要である。

具体的には、市町村の関係部局と直接対話する機会を設け、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に向けた要望の聞き取りを行い、ＫＤＢシステム等を活用して、事業の企画立案に必要となる健康課題に関する資料を提供することが望ましい。また、国保連合会との連携のもと、高齢者の保健事業に関する研修会を開催し、後期高齢者の特性、フレイルについての知識、個々の状態に合わせた必要な支援方法等を伝えるとともに、有識者からの助言・指導の取り次ぎ、市町村での実務が円滑に運営されるような支援も考えられる。

事業の実施に当たっては、適切な情報提供・共有により、市町村の問題意識をくみ取り、事業計画に反映するとともに、事業の継続的な改善に努めることが必要となる。広域連合の事業実施の方針は市町村の健康課題や取組の実態に学び、組み上げることが重要といえる。

市町村での事業実施を推進するには、既に事業に取り組んでいる広域連合等の好事例を他の市町村が展開しやすいよう、市町村の関係部局（介護保険・国保・保健衛生等）の担当者向けに研修を実施することも有効である。

また、市町村との事業調整や関連団体の協力の取り付けなど準備の負担軽減の支援を行う。直接の実施主体ではなくとも、事業の取りまとめ

や検証、翌年度以降の改善に向けた検討をともに行うなど、可能な限り役割分担をすることが必要である。

このため、市町村に委託して事業を実施する場合や広域連合が直接又は民間等に委託して事業を実施する場合のいずれの場合においても、広域連合と市町村（後期高齢者医療担当部局、国保担当部局、保健衛生担当部局、介護保険担当部局等）の連携体制づくりのために、双方参画のもとで事業を企画、実施、評価できるよう企画運営組織を設け、定期的に会議を開催するなどの実施体制の確保に努めることが望ましい。

市町村における事業実施後に、評価を行い、次年度以降の事業の改善・見直しを実施する。その際、広域連合が経年的に事業評価を行い、課題を明らかにし、改善を促すことも必要である。

＜事例：市町村訪問インタビューによる後方支援体制の構築＞

群馬県後期高齢者医療広域連合では、構成市町村の庁内連携を促進するために市町村への訪問インタビューを行い、関係各部局の担当者に集まってもらい、市町村内の課題の確認・共有を行いました。その中で把握できた市町村の不安や課題について整理し、医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会・在宅保健師の会等関係機関との連絡調整や補助金交付要綱づくり、個人情報保護審査会等の対応等、広域連合として後方支援が可能な内容について対応するよう努めました。

＜群馬県後期高齢者医療広域連合＞

＜事例：有識者による助言の機会の提供と研修会の開催＞

滋賀県後期高齢者医療広域連合は、構成市町村が保健事業を円滑に実施できるよう、地域の有識者にアドバイザーとして関わってもらい、構成市町村が事業企画や市町村での単独実施ではなかなか難しい事業評価方法に対する助言を得る機会を設けています。

また、市町の後期高齢者医療担当や保健師、地域包括支援センターの職員を対象に毎年「高齢者健康づくり推進フォーラム」を継続的に実施しています。事前アンケートにより市町の支援ニーズを把握し、フレイルの要素等を盛り込んだ研修を実施しています。

＜滋賀県後期高齢者医療広域連合＞

＜事例：在宅保健師等による重症化予防訪問の実施＞

福岡県後期高齢者医療広域連合では、糖尿病性腎症重症化予防の訪問指導の実施に当たり、構成市町村による実施を募ったものの、自市町村の保健事業で多忙であり、積極的に後期高齢者の保健事業に参加する市町村が少なかったために、地域の在宅保健師を雇い上げたり、民間事業者への委託を行う等により人材を確保し、県域全体での事業提供が可能となるよう体制整備をしています。

＜福岡県後期高齢者医療広域連合＞

＜事例：新潟市と連携した保健事業の実施＞

新潟県後期高齢者医療広域連合では、データヘルス計画策定の過程で明らかとなった要介護認定者に多く見られる低栄養・服薬等の健康課題に対応するために、新潟市の地域包括ケア推進課と共同事業の協定を締結し、栄養士会と協力して訪問栄養指導、薬剤師会と連携して訪問服薬指導を実施しています。新潟市には対象者への案内や問い合わせに協力をしてもらいました。両事業においては、事前に医師会にも相談しており、医師会の協力のもと事業を進めています。また、歯科医師会と連携して、訪問歯科健診事業も実施しています。

＜新潟県後期高齢者医療広域連合＞

６）関係団体等との連携

医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会、歯科衛生士会等の関係団体との連携を図り、保健事業が円滑に実施できるよう環境を整える必要があるため、都道府県単位の職能団体等には、都道府県とともに、地域包括ケアの一員として医療保険者が進める重症化予防をはじめとした取組の協力が得られるよう連携関係を構築することが求められる。（詳細は「Ⅱ実践編」参照。）

（２）市町村に求められる役割

１）全庁的な検討体制の確立と庁内各部局間の連携

広域連合を構成する市町村は、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。

高齢者保健事業を市町村が受託し、介護予防の取組等と一体的に実施することは、地域全体で高齢者を支えることになり、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丁寧に説明を行った上で理解を得ること等が重要であり、

全庁的な検討体制を確立することが望ましい。

検討に当たっては、例えば庁内各部局を横断したプロジェクトチームを立ち上げ、なぜ一体的実施が必要であるのか、どのような人に対して保健事業を展開することが必要であるのかについて検討することが重要である。市町村の中で一体的実施に優先度が上がるようなメッセージを幹部から庁内外に発信してもらうようにすることも非常に重要である。

庁内横断的な検討体制であるプロジェクトチーム等による検討が進む中で、どの部局が中心となり、各部局がどのように連携して進めるのかという役割分担についても検討する必要がある。

市町村の状況や取り組む課題等によって、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、様々な枠組みが考えられるが、いずれにせよ、部局ごとに本事業の検討を進めるのではなく、庁内各部局間の連携を円滑に進めることが重要である。

また、部局横断的に対応するには、各部局が一体的実施の目的を共有し、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やり方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はなく、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」の視点を持って取り組んでいくことが重要である。

一体的実施で活躍が期待されている医療専門職である保健師・管理栄養士・歯科衛生士等は、健康づくり部局に配置されていることが多い。本事業の推進は、地域づくり・まちづくりにつながり、健康寿命の延伸につながることが期待されることから、全庁的な課題として共通の理解に立った上で、部局の垣根を越えて関係部局すべての業務として位置づけること等、健康づくり部局に配置されている医療専門職が積極的に関わることができるようにすることも考えられる。

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。

一体的実施では、ＫＤＢシステムの活用等も求められるが、医療専門職が、データ分析を行ったことのある人材と連携し行うことも検討すべきである。

＜事例：全庁一丸となっての一体実施に向けた組織づくり＞

千葉県船橋市では、地域包括ケアシステム構築の一環として、介護予防・疾病予防、健康づくりを一体的に実施するために、地域包括ケア推進本部を立ち上げ、本部長は副市長、本部員は、健康福祉局長、建設局長、病院局長並びに所管部長が就いて、市としての方針を決め、具体的事業計画の検討や進捗管理については、予防事業の一元化を図るために改組された健康づくり課が担当しています。

実務を担う健康づくり課は、特定健診・がん検診係、予防接種係、特定保健指導係、介護予防推進係の４係があり、介護予防・疾病予防、健康づくりを一体的に実施する体制が整備されています。

＜千葉県船橋市＞

２）広域連合・都道府県・他市町村との調整

各市町村においては、これまで実施してきた保健事業の内容等を踏まえ、関係各部局における既存の社会資源や行政資源等を勘案し、具体的な地域の課題はどのようなものが挙げられるのか、どのような取組を進めていくのか、どのような医療専門職が必要となるのかなどを検討する必要がある。

その上で、市町村は人材確保の方策や医師会等地域の医療関係団体等との調整について、広域連合、都道府県や保健所等との具体的な調整を進める必要がある。特に、市町村が広域連合から委託を受けて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が必要である。

市町村は、法第 125 条の２第１項の規定により、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策定することが必要である。

基本方針に盛り込むべき事項としては、一体的実施の推進体制、具体的な事業内容とその担当部局、関係部局における医療・健診・介護に関する個人情報の閲覧の仕方等が挙げられる。特に各種個人情報は、担当部局以外は閲覧することができない機微な情報であるが、一体的実施においては欠かせない情報であるため、今般法改正が行われ、庁内の関係

部局は医療、健診、介護等に関する情報を一体的に閲覧できるようになったところである。この点も踏まえ、複数部局での情報が連携・共有できるよう、個人情報保護にも配慮しながら市町村内でのデータの適切な取扱い等について明確に定めることが求められる。

また、各市町村の社会資源や行政資源等を整理していく中で、複数の市町村が連携・協力して、地域内の社会資源等を活用しながら、一体的な実施を進め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ことから、周囲の市町村と連携して検討を進めることも考えられる。

特に糖尿病性腎症重症化予防については、保健所単位での連携が進んでいる地域もある。高齢者についても同様の仕組みを導入する場合には、広域連合や都道府県等と連携しながら検討を進めることが必要になる。

３）関係団体等との連携

一体的な実施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、歯科衛生士会等の協力を得つつ、保健事業と介護予防の一体的な実施を適切に展開することが必要である。

特に、対象者の抽出基準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。さらに、事業の実施後においても今後の事業展開につなげるため、地域の関係団体に対し事業の実施状況等の報告を行い、情報共有していくことも重要である。

＜事例：地域の医師会・歯科医師会も巻き込んだ検討会議での検討＞

長野県佐久市では、高齢者の健康課題を複合的に把握し、それに応じた支援を実施するため、月１回、保健師、理学療法士、管理栄養士、歯科衛生士が高齢者を個別訪問する支援を行いました。多職種による訪問を実現するに当たり、健康・介護・高齢福祉の３部門の課が連携し、医師会・歯科医師会も参画した検討会議を通じて地域全体のフレイル対策を検討し、それぞれの専門に応じたアセスメント結果を複合的に把握し必要な支援につなぐ体制を構築しました。

＜長野県佐久市＞

＜事例：ＴＡＭＡフレイル予防プロジェクト検討チームの組成＞

東京都多摩市では、日常生活動作が低下して要介護・要支援状態になる恐れのある者を速やかに把握するため「TAMA フレイル予防プロジェクト（TFPP）」を開始し、地域介護予防教室等の活動と連動して、フレイルを予防し、社会参画を促進する活動を行っています。この取組の検討チームには、医師会、歯科医師会、保健所、研究機関等が参加し、医療の観点からチェックリストや測定方法の検討を進めています。

＜東京都多摩市＞

＜事例：かかりつけ医との間での「健康相談連絡票」＞

神奈川県大和市では、かかりつけ医と市の保健師・管理栄養士の連携を図るために、「健康相談連絡票」をつくり、医師が行政に健康相談を依頼できる仕組みを構築しました。健康相談実施後は、「実施報告書」を医療機関に送り、個別指導の対象者の状況をかかりつけ医と共有し支援しています。運用開始に当たっては、大和市医師会理事会から承認を得て、内科を標榜する医療機関に送付し、在宅医療・介護連携会議により医師に利用を周知しています。

＜神奈川県大和市＞

市町村が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、三師会等の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。この場合も、取り扱いのルールを明記する等により個人情報の保護に十分留意しつつ、医療・介護情報等が必要に応じて共有され、効果的な保健事業が実施されるよう、市町村が中心となって事業の実施状況を把握、検証できる枠組みとすることが求められる。

なお、改正法により、市町村は、保健事業の一部を関係機関又は関係団体に委託できることとされているが、保健事業の企画立案や事業の実施状況の把握・検証等については市町村が責任を持って行うこととする。それとともに、事業の実施・運営等を適切に実施できる関係機関又は関係団体に委託し、地域の医療関係団体等との円滑な情報共有・連携に努める必要がある。

＜事例：栄養士会への事業委託＞

神奈川県大和市では、高齢者の低栄養改善に向けた訪問を行うに当たり、庁内関係者だけでは人材が不足するため、地域の栄養士会に委託し、高齢者宅を訪問する管理栄養士を確保しました。委託で実施した訪問については、進捗状況等を適切に把握するために、事業報告書を提出してもらっています。また、栄養士会にすべての事業を委託するのではなく、訪問対象とする地域を分割し、一部地域については、市の管理栄養士等も訪問することにより、事業実施上の課題等を共有できるようにしています。

＜神奈川県大和市＞

＜事例：社会福祉協議会への一部事業委託＞

宮崎県美郷町では、地域包括支援センター・安心生活支援センターの業務委託を行っている社会福祉協議会にフレイル対策のための事業を委託し、高齢者宅を訪問してもらいました。

＜宮崎県美郷町＞

＜事例：薬剤師会との連携事業＞

北海道北見市では、重症化予防等推進事業（厚生労働省モデル事業）として、多剤服用のおそれがあるものについての訪問指導を、地域の薬剤師会と連携し実施しました。対象者抽出の際、レセプト情報の提供は広域連合に依頼しましたが、抽出に当たっての基準の設定や、抽出された対象者の個別のレセプト情報等を確認した上での訪問対象者の絞り込みから対象者への訪問指導までの一連の業務を、地域の薬剤師会と協力をして実施しました。

＜北海道北見市＞

４）保険者協議会との連携

前期・後期という年齢区分にとらわれず、高齢期において一貫性、連続性のある取組を行えるよう、国保等他の医療保険者との間で定期的に課題を共有し、対策を話し合うなど保険者協議会等の機会を活用して連携を図ることが重要である。

（３）都道府県に求められる役割

都道府県については、都道府県内の健康課題を俯瞰的に把握できる立場であり、法においては、「後期高齢者医療広域連合及び市町村に対し、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」との規定が設けられている。これを踏まえ、広域連合や市町村における一体的な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。また、広域連合や国保連合会とともに事業の取組結果に対する評価や効果的な取組の分析等を行うことは、都道府県内での事業推進の上で重要である。あわせて、首長をはじめとした市町村幹部の理解が推進されるよう、都道府県は自ら主催するトップセミナーのような場で、保健事業と介護予防の一体的実施について取り上げ、地域全体で取り組んでいくことが望ましい。

＜事例：トップセミナーによる高齢者保健事業と介護予防の重要性の周知と関係部局連携の仕組みの構築＞

群馬県では、健康寿命の延伸のため、介護予防及び高齢者の保健事業の充実が急務であることから、市町村長を対象にしたトップセミナーを実施し、市町村における保健、介護及び国保部局の連携の重要性、高齢者保健事業及び介護予防の目的を周知しました。また、地域包括ケア推進室・保健予防課・国保援護課等が共同して、地域におけるフレイル予防対策に取り組んだり、広域連合が主催する高齢者の保健事業に関する研修会に企画段階から協力する等、関係部局が連携した取組を行っています。さらに、実態把握と課題分析を重視し、保健・医療・介護の情報の「見える化」を行い、課題解決に向けた検討材料として、保健予防課を中心にＫＤＢシステムのデータ、協会けんぽのデータを分析し、市町村等との共有を図っています。

＜群馬県＞

都道府県や保健所には、各種の医療専門職が配置されている。これらの人脈を活用して人材の育成や確保を図るほか、市町村の状況を踏まえて、医療専門職の人材育成等の支援を行う。また、国保連合会と共同で保険者協議会の事務局を担っていること等からも、市町村や広域連合からの相談に応じ広域的な観点から、医療関係団体等との連携の中核を担うことも必要である。

例えば、一体的な実施の円滑な推進を支援するため、都道府県から、都道府県単位の三師会等の医療関係団体等に対して、広域連合や市町村が実施する保健事業への技術的な援助や市町村から医療専門職への派遣要請があった場合の協力等を依頼することも考えられる。複数の市町村にまた

がって生じている課題等、市町村単位を越えて広域での対応が望ましい場合に、都道府県により設置された保健所等が積極的な支援を行うことも重要である。

さらに、都道府県内でフレイル予防等についての意識の醸成を図るためには、商工会議所等をはじめとした関係団体の協力も望まれる。そのような団体への協力を求める際には、広域的な会議等を開催している都道府県が主体となって依頼を行うことが求められる。

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。ＫＤＢシステムの分析を市町村単独で実施することが難しいこともあるため、そのような場合には国保連合会と協力しながら都道府県あるいは広域連合等で、データを分析し、市町村に提供することが効率的である。

フレイルやその予防についての知識、高齢者がフレイル等の健康課題を自分ごととしてとらえ、自ら予防に取り組むことができるような支援スキルを身に付けることができるよう、研修を行う体制を整備していくことも必要である。

なお、地域で活躍する医療専門職は、医療機関等に所属している場合もある。そのような医療専門職が活動しやすいよう、都道府県が地域の関係団体に協力要請を行うことも必要である。

＜事例：3 課協働による「フレイル予防総合推進事業」＞

長野県では、健康増進課を窓口として、介護支援課、保健・疾病対策課の３課が協力・連携して、「フレイル予防総合推進事業」に取り組んでいます。フレイル予防人材育成、フレイル予防推進事業、オーラルフレイル対策推進事業、フレイル予防市町村モデル事業、介護予防推進モデル事業、介護予防等推進研修事業の６つの事業を本格的に展開していく予定です。

＜長野県＞

＜事例：県外郭団体とも連携した事業展開＞

静岡県では、健康寿命の実現に向けて、健康長寿プログラムの普及、健康マイレージ事業、企業との連携、健康長寿の研究、重症化予防対策を進めてきた。静岡県と後期高齢者医療広域連合としずおか健康長寿財団（県の外郭団体）が協力・連携して事業展開を行う動きも始まっています。

＜静岡県＞

（４）国保中央会・国保連合会に求められる役割

国保中央会及び国保連合会は、国保・後期高齢者医療・健診・介護のデータを集積したＫＤＢシステムを運用しており、保険者に対し、その活用支援を行っている。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しての分析が可能であるため、市町村にデータを提供すると同時に、市町村等においてのＫＤＢシステム活用に向け、帳票の読み取り方や操作方法についての研修を行い、使用を動機づけることが必要である。ＫＤＢシステムに習熟すると、帳票の二次加工等により、詳細な分析も可能となる。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実施できるよう、活用方法に関する研修を随時開催していくことが求められている。

また、国保中央会・国保連合会は、各保険者における保健事業の展開を支援するために、国保・後期ヘルスサポート事業を実施している。同事業では、各国保連合会が、公衆衛生等の専門家を委員として組成した保健事業支援・評価委員会による保険者支援等が実施されている。市町村は保健事業の実践に際し、支援・評価委員会から具体的なアドバイスを得ることができる。さらに、国保連合会では、高齢者保健事業の実施に資するよう、データ分析をはじめ、事業の企画立案、事業評価について、都道府県・広域連合と連携のもと、広域連合と構成市町村を対象とした研修会を実施することが求められている。

（５）国に求められる役割

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、科学的な知見をもとにした取組や手順等をまとめたガイドラインを示すなど、事業の普及を支援する。併せて国民向けに高齢期のフレイルと疾病の関係や相応しい健康管理等について、地域支援事業等との連携の上、情報提供や周知に努める。

それとともに、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。

また、事業実施の経費について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、財政面での支援策の検討・拡充に努める。

また、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間で現状や課題の共有を図り、必要な情

報や知見の周知に努め、研修や会議の場をともに用意するなど人材の資質向上と働きやすさの面についての環境整備にも努める。

図表Ⅰ－８　後期高齢者医療における保険者インセンティブ

後期高齢者医療制度の保険者インセンティブ（令和元・2年度）について

○考え方について

【予算規模について】
○　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。

【評価指標の考え方について】
○　管内市町村における取組の横展開を推進するため、実施市町村数に関する指標を細分化する。
○　高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の先行的取組に関する指標を追加する。
○　事業の実施にかかる評価指標は１１０点満点、事業の実施について評価を行った場合の加点は２０点満点の計１３０点満点とする。

○事業の実施にかかる評価指標について

保険者共通の指標	固有の指標
指標① ○健診の実施及び健診結果を活用した取組の実施 →　実施市町村数に関する指標を細分化	指標① ○データヘルス計画の実施状況
指標② ○歯科健診の実施及び健診結果を活用した取組の実施 →　実施市町村数に関する指標を細分化	指標② ○高齢者の特性（フレイルなど）を踏まえた保健事業の実施状況 →　実施市町村数に関する指標を細分化 →　国保の保健事業又は介護保険の地域支援事業と連携した実施に係る指標を追加
指標③ ○重症化予防の取組の実施状況 →　実施市町村数に関する指標を細分化 →　国保の保健事業との継続した実施に係る指標を追加	指標③ ○専門職の配置など保健事業の実施のために必要な体制整備
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 →　実施市町村数に関する指標を細分化	指標④ ○医療費通知の取組の実施状況
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 →　実施市町村数に関する指標を細分化	指標⑤ ○地域包括ケアの推進等（在宅医療・介護の連携、一体的実施等） →　一体的実施に係る指標を追加
指標⑥ ○後発医薬品の使用割合 ○後発医薬品の使用促進	指標⑥ ○第三者求償の取組状況

○事業の評価にかかる加点について

共通指標①、②、④及び⑤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

３　効果的な実施に向けた取組内容の検討

（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、一体的実施の取組等として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、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Ⅰ- 9に高齢者の保健事業の基本的な手順について示す。

図表Ⅰ－９　高齢者の保健事業の全体的な流れ

（詳細は「Ⅱ実践編」を参照。）

（２）健康課題の把握（データヘルス計画等との整合、調整）

取組内容の検討に当たって、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。

全ての広域連合において、中長期的な保健事業の実施計画であるデータヘルス計画が策定されており、策定の過程でこうした健康課題の把握がなされ、計画に基づく保健事業が進められているところである。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り、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。

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、データヘルス計画の見直しの度に、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。

図表Ⅰ－ 10 データヘルス計画

また、市町村が保健事業を実施する場合は、広域連合が保有する健康・医療情報を入手しながら、自ら持ち合わせている情報も加味して、高齢者の健康課題を把握することが必要となる。

（３）PDCAサイクルの構築

事業成果が適切に把握、評価され、その結果が次回の事業の実施方法に反映されて、継続的な改善が図られるよう、事業のPDCAサイクルの構築に努める必要がある。以下にこの観点から事業の流れの概略を示す。

（詳細は「Ⅱ実践編 」「２　取組の実際」を参照。）

１）既存事業の見直し（健康診査、保健指導、健康相談、健康教育等）

高齢者の保健事業は、広域連合による事業だけでなく、関連部局でも実施されることがある。このため、見直しに当たっては、他の保険者や

関連部局と連携して既存事業の実施内容と達成状況を把握、評価する必要がある。

このように、既存事業の整理、いわば「棚卸し」を行い、前記（２）で整理した健康課題や実施結果と照合して、医療保険者として実施効果の検証を行い、事業のスクラップアンドビルド（最適化）を図る。

２）事業内容の検討と準備

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、対象者を健診結果などから抽出し、参加予定者を各種条件により絞り込むための対象者の選定基準や健康支援の方法及び実施方法（訪問指導、立ち寄り型相談[22]）などを決め、実施計画書を作成する。

さらに、事業の具体的な実施内容や方法（アセスメント項目、支援内容・方法等）を検討する（実施プログラムの作成）。

３）目標の設定と評価の準備

事業の実施後に事業評価を行い、継続的な改善につなげていくため、事業実施前に目標と評価指標を設定する。目標には中長期的な大目標・中目標と毎年度の個別事業により達成を目指す短期的な小目標が考えられ、評価指標もそれぞれに設定することが求められる。

短期的な目標は、事業の実施前後で、すぐに変化状況が確認できるもの（低栄養対策の場合の体重や質問票で把握される食事摂取の状況等）であり、中長期的な目標は、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。

---

[22] 「立ち寄り型相談」とは、身近な地域で利用者が立ち寄りやすい集会所や高齢者施設・薬局等の拠点において、相談支援を行う形式の保健事業を指す。

図表Ⅰ－ 11 高齢者の保健事業の目標設定の考え方

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つの観点から行い、次年度以降の事業計画・内容の検討などに役立てる。

図表Ⅰ－ 12 保健事業評価の視点

評価の構造	評価の視点・内容
ストラクチャー 実施体制は 整っているか	・達成したい目標にむけて、関係者の理解が得られているか。 ・保健指導の実施体制が構築できたか（直営・委託）。 ・委託の場合、十分に事業を実施できている事業者であるか。 ・保険者等との連絡、協力体制ができているか。
プロセス うまく運営 できているか	・事業実施手順書を作成し、関係者間で共有できているか。 ・募集、初回実施、継続、評価の各段階でチェックしているか。 ・対象者に合わせた内容が準備できているか。 ・参加者の健康状態を事前に把握、指導者に提供できるか。
アウトプット ちゃんと 実施できたか	・計画した事業が実施できたか。 ・ねらったセグメントの対象者が参加できているか。 ・最後まで継続できたか。 ・実施回数、人数は計画どおりか。
アウトカム 結果は 出ているか	・目的とした成果が上がっているか。 関心度・生活習慣、健康状態（検査値）、療養状況 医療費 （非参加群との比較があるとよい）

事業評価の中でも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。

また、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準備をすることが求められる。

アウトカム評価については、成果があらわれるまでに一定の時間を要することもあるため、短期的評価については、市町村等の事業を直接実施する者が行い、中長期的な評価は統一した指標を持って、広域連合、都道府県、国等において評価できるよう分担することも必要である。

４）健康支援の実施と評価

実施プログラム、指導マニュアルに従い、医療専門職による保健指導を実施し、評価を行う。今後、ますます費用対効果が問われる保健事業において、現場における実現の可能性を重要視しつつ、適切な事業計画を組み事業の評価を正しく行い、その結果を正しく解釈することが求められる。そのためには、各自治体の近隣の大学や研究機関の専門家からの協力を得ることも有用だと考えられる。具体的な実施に当たっては、２の（２）の２）で前述した国保連合会に設置された保健事業支援・評価委員会等の支援を受けることも考えられる。（詳細は「Ⅱ実践編」を参照。）

（４）効果を高める工夫

１）対象者の主体性の重視等

保健事業の企画に当たっては、対象者本人の安心、楽しみ、元気、交流、社会とのつながりといったポジティブな要素を重視し、効果を実感できるようにすることが有効である。生活の上で「できなくなったこと」を把握するだけでなく、「できること」に着目し、それを維持し、増やしていくことで、本人の自信や前向きな姿勢を育むという観点から目標を設定し、保健指導を行うことが望まれる。

また、健康支援の方法は、保健指導だけではなく、医療機関へのつなぎ、他の保健事業との連携や移行なども含め、様々な選択肢があり、対象者の状況に応じ柔軟に実施することが必要である。

こうした健康支援を実施するのは、保健指導を行う医療専門職だけでなく、家族、介護者、さらには本人によるセルフケアも含め、適切に組み合わせて進めることが望ましい。

２）高齢者の特性に合わせた地域ぐるみの健康支援

これまでも述べてきたとおり、高齢期における健康状態は、それ以前からの生活習慣等が大きく関わっている。このため、壮年期からの取組と連続性を図ることは有効と考えられ、市町村や他の医療保険者と状況や課題を共有し協働することが望まれる。

一方で、高齢期になって顕在化する心身の衰えや多病等は、後期高齢者では顕著となり個人差が大きく、複合的な状況となるため、後期高齢者医療制度のみならず通いの場をはじめとした介護保険の地域支援事業や地域包括ケア推進のための活動、健康づくり事業などとの連携により、顔の見える関係づくりを進め、多くの関係者とともに地域ぐるみで支援に当たることが、何よりも重要な要素となる。

図表Ⅰ-13　高齢者の複合的な状況への対応（重層的な体制・多機関・多職種連携）

３）複数の健康課題に一体的に取り組む事業展開の必要性

医療と介護ニーズを併せ持つ高齢者への健康支援としては、関係部局との連携により重複を避けつつも一体的な取組が必要となる。その際は、複合的な状態にある高齢者の特性を考慮し、単一の健康課題に対する取組よりも、栄養と口腔、栄養と運動など複数の健康課題に対する取組を組み合わせた取組を行うことにより、高齢者の負担を軽減し効果性を高める可能性がある。

例えば、健診結果等を活用した生活習慣病の重症化予防の取組によって、脳卒中等の重篤な疾病の発症や透析導入をできる限り遅らせることができると、要介護状態の予防にもつながり、高齢者のＱＯＬを維持するとともに医療及び介護財政の負担軽減を期待することができる。

また、口腔機能低下を防止する取組においても、肺炎発症による急速な全身状態の悪化を遅らせ、要介護状態への移行や重症化予防が期待できることから、重度の要介護高齢者や脳卒中等、肺炎発症リスクが高い高齢者への支援が重要である。さらに、多剤併用にある中でも害をなすものなどへの影響に対処することにより、できる限り長く在宅で自立した健康的な生活を続けられるような支援が重要となる。

図表Ⅰ－ 14 高齢者の健康支援のイメージ

４）連携の意義と共有の必要性について

本ガイドラインにおいては、関係者、関係機関がつながりを持って取組を進めることを広い意味で「連携」と表現している。しかし、連携と一言で言っても、その意味内容は情報共有にとどまるものから、互いに連絡を取り合い、共通理解を図り、共通の目的に向け役割分担を行いながら、共同して取り組むことまで幅がある。このため、それぞれの場面で必要とされる連携について関係者間で共通認識が図れるよう検討し、状況に合わせた取組を進める必要がある。

４　取組を推進するための環境整備

（１）人材育成

１）高齢者に関する健康支援の知識・技術の周知、資質向上

保健指導を行う医療専門職や事業を担当する行政職員が、後期高齢者の特性を踏まえた個別指導の方法や事業企画運営等について必ずしも熟知しているわけではない。日頃から高齢者の健康面でのサポートに関わることが多い医療、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。

このため、こうした対象者に対して、フレイルへの対応も含め高齢者の特性を踏まえた保健事業への理解を深め、必要な知識・技術等の質を向上するための研修等の取組が求められる。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により、高齢者の複合的な状況にチームで対応するなど支援をマネジメントできる力量を獲得し、高齢者一人ひとりの課題に応じた対応が重要となる。

２）研修等の実施方法

広域連合が保健事業の取組に当たって事業説明会を兼ね先進的な取組を紹介するなど、直接研修を実施する方法がある。また、地域の健康課題や重点対策を共有、推進する点から都道府県や国保連合会、保険者協議会等と共同での研修を検討、実施することも考えられる。一体的実施については、国保中央会が研修指針を提示し、各都道府県国保連合会における研修の実施を予定している。

（２）周知・広報

１）住民に対する周知の必要性

保健事業の実施に当たり、被保険者をはじめ地域住民の理解・協力が得られるよう、事業の趣旨・目的や内容について周知を図る必要がある。

壮年期の肥満対策に重点を置いた生活習慣病対策から、高齢期にあっては、フレイルに着目した対策へと徐々に転換することが必要である。こうした高齢者の特性を踏まえ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付き、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。

さらに、地域社会の理解が深まることで、ボランティアや近隣住民、自治会による見守りや援助など、高齢者を支える活動を促し、高齢者が住み慣れた地域で生き生きと暮らす社会づくりに資することができる。

２）市町村等関係者への周知

高齢者自身に対するフレイルの啓発とともに、市町村の保健事業関係者及びケアマネジャー等の介護関係者へ、高齢者の医療ニーズに関する支援について、取組の周知と連携の必要性に対する理解を促していくことも必要である。

（３）個人情報の適切な取扱い

１）保健事業実施における個人情報の取扱い

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、介護のデータを統合的に管理できることから、これらを活用することでリスクの高い被保険者を的確に把握し、効果的、効率的に保健指導を実施することができ、その後のデータを追跡し、効果検証に役立てることもできる。

これらの個人情報を保健事業に活用することは、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。

こうした保健事業へ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、適正な取扱いが求められる。

この点、厚生労働省の事務連絡においては、診療報酬明細書、特定健診記録等を活用し、被保険者のニーズに応じた保健事業を効果的、効率的に実施することは、国民健康保険法（昭和33年法律第192号）、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和58年法律第80号）等に基づく保険者の事務（事業）に当たるものと整理されており、保健事業に個人情報を活用することは、医療保険者として法令上想定される目的内利用であると整理される。

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、契約や覚書において、提供する個人情報の範囲や目的などを定め、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。

個人情報の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。

さらに、今般成立した「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）においては、高齢者保健事業と介護予防の一体的な実施を推進するための体制の整備等に関する規定が設けられたところである。こうしたことを踏まえ、一

体的実施における個人情報の授受等については以下の事項に留意する必要がある。

２）保健事業と介護予防の一体的な実施における個人情報の取扱い

①　広域連合と市町村の間での情報の授受

広域計画に基づき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と、広域連合は、法の規定により、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。対象となる情報は、ＫＤＢシステムに掲載されている被保険者の医療・健診・介護等の情報であって、ＫＤＢシステム内で各自治体が把握できるものとする方針である。（今後、所要の手続きを経て、令和元年内に厚生労働省令において定めることとしている。）

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。また、②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。

なお、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。

②　市町村から関係機関等に委託する場合の留意事項

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。

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。また、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。

【委託先関係機関等における個人情報の適正な管理例】

委託元である市町村等においては、委託先の関係機関等に対して、個人情報の適正な管理を行うため、以下のような取組を求めることが想定される。

（ｉ） 委託元である市町村等へのデータ提供依頼時

・ データの利用目的や利用する従業者氏名等の情報を市町村等に提出する。

（ⅱ） 個人情報を含むデータの保管

・ 個人情報の取扱に係る責任者、作業場所、保管場所等について市町村等に提出する。

・ 個人情報を含むデータのファイルにパスワードをかけるとともに、電子媒体を送付する場合には予め暗号化を行う。

・ 個人情報を含むデータは、インターネットに接続されている環境に保存しない。

（ⅲ） 従事者に対する教育及び監督の実施

・ 業務に従事する者に対して、情報セキュリティに関する教育及び緊急時対応のための訓練を計画的に実施する。

（ⅳ） 市町村等への随時の報告

・ 市町村等の求めに応じ、書面等により定期的にデータの管理状況等について報告する。

・ 事故発生時の対応マニュアルを整備し、事故が発生したときは、速やかに市町村等に報告させ、その指示に従うとともに、事故又は被害の拡大を防止するよう努める。

（ｖ） データの消去

・ 個人情報を含むデータを消去する場合は、電磁的記録媒体に強磁気をかけて内部のデータを破壊する、電磁的記録媒体をシュレッダーにかける等の方法により、当該データが記録された電磁的記録媒体の物理的な破壊その他当該データを判読不可能とするのに必要な措置を講じる。

・ 廃棄した個人情報の内容、廃棄方法、廃棄日等の情報を市町村等に提出させる。作業処理上やむなく発生した複写物又は複製物についても同様とする。

③ ボランティア参加者への情報提供に関する留意事項

一体的実施を推進するに当たり、ボランティア参加者が、通いの場における保健事業や健康教室等の運営補助として事業展開に関わ

ることが想定される。その際、事業に参加した高齢者の情報を高齢者本人から取得することも考えられる。こうしたこと自体は差し支えないが、知り得た情報をみだりに口外することのないよう、市町村は、ボランティア参加者に個人情報保護の観点から配慮を求めていく必要がある。

他方、ＫＤＢシステムによる医療・健診・介護等の個人情報を個別に把握して支援を行う業務は、基本的には医療専門職が取り組むべきものであり、運営補助等の業務を行うために共有する必要はないことから、原則として、ボランティア参加者に医療・健診・介護等の個人情報を提供しないよう留意する必要がある。

なお、市町村において、保健事業を効果的かつ効率的に実施するためにＫＤＢシステムによる医療・健診・介護等の個人情報をボランティア参加者に提供する必要がある場合には、ボランティア参加者に対して予め個人情報の取扱いに関する研修を行う等、各市町村において定めている個人情報の取扱いに沿って運用することが求められる。

④　関係機関等から他の関係機関等への事業の再委託に関する留意事項

市町村等は、事業を適切かつ確実に実施することができる関係機関に事業を委託し、当該機関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。委託した関係機関等から他の関係機関等への再委託については認めない。

（４）実施上の留意事項

１）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。

２）事業立ち上げ時の留意点

新たに後期高齢者を対象とした事業を立ち上げるに当たっては、所管部局の決定や、予算と実施体制の確保、関係部局との連携など様々な課題に取り組まなければならない。このため、次の点について留意する必要がある。

① 課題と方針の共有

当該自治体における健康課題と後期高齢者の特性を踏まえた保健事業の必要性、今後の方針について、医療保険・介護関係課等で意見交換し共有する。その際、担当レベルでの会議から始め、上位の職階による会議へと持ち上げていくことや、既存の連絡会議の場等を活用することなど、円滑に進める方法を工夫する。

② 実施体制の確保

共有した方針に基づき実施のための予算や庁内の連携体制を確保し、主管部局を決定する。自治体における政策課題、主要施策に関する協議の場や予算編成過程に乗せ、情報や認識の共有を図る。

さらに実施体制を強化するために、保健と介護を統括する課を設ける自治体もあり、総合的な施策を展開している。

③ 連携体制づくり

事業の企画段階から、関係機関、団体と情報や課題を共有し、取組の方向性などについて議論するなど、連携・協力体制づくりを進める。事業内容が固まる前から相談・協議を行うことで、一体となって保健事業を推進することにつながる。

④ ノウハウのマニュアル化

事業の立ち上げに当たっては専門性のある職員などが中心となり、実施過程を一元的に管理し、推進の牽引役となることが有効である。あわせて、実施手順をマニュアル化するなど、特定の職員に過度に依存することのないようシステム化していくことが求められる。

また、マニュアル作成に当たっては、適切な記録の作成・保管についても記載することが必要である。

⑤ 既存事業の活用

糖尿病性腎症の重症化予防や重複・頻回受診対策等の類似事業が国民健康保険において実施されている場合、その事業の対象者を75歳以上に拡大し、後期高齢者の特性を踏まえた内容を取り入れるなど、既存事業の活用を図ることも検討すべきである。

⑥ 事業の進捗管理シートの活用

事業の実施に当たってはいくつかのステップがあり、これら各段階で必要とされる事項を確実に押さえて進めることが必要である。このため、「Ⅱ実践編」を参照し、「１事業実施主体における体制整備」、「２地域連携体制の構築」、「３事業企画」、「４事業実施」、「５評価とその活用」といった各ステップにおける実施事項について、進捗管理シートを活用しつつ進めていくことが有効である。

⑦　取り組みやすい内容からの着手

高齢者の抱える健康や生活上の課題は複合的で多岐にわたる。１人の高齢者に対しても、それを支える関係者は、図表Ⅰ-13のように、多面的・重層的に重なり合い、これら全てを一度に充足することは困難である。

このため、地域資源や関係者の連携状況、市町村内の体制、健康課題等の問題意識の共有状況など地域の事情を踏まえ、まずは、取り組みやすい範囲や資源の整った部分から着手し、そこから取組分野を広げていくという発想も必要である。

⑧　安全配慮

安全管理に留意した運営ができるよう準備する。トラブル発生時における相談窓口をあらかじめ設置しておく。

５　後期高齢者の質問票

後期高齢者医療制度の健診については、制度発足当時より特定健診の項目に準じて実施しており、質問票についても特定健診に準じて「標準的な質問票」を活用してきた。しかし、「高齢者の保健事業のあり方検討ワーキンググループ」において、平成 28・29 年度に後期高齢者医療制度事業費補助金を活用して実施した低栄養防止・重症化予防のモデル事業の検証を進める中で、「標準的な質問票」はメタボリックシンドローム対策に着目した質問項目が設定されており、フレイル等の高齢者の特性を把握するものとしては十分なものとはいえないことが課題とされた。このため、平成 30 年４月に公表した「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン」では、適切な質問票を作成することが検討事項とされた。

これを踏まえ、今般、「高齢者の保健事業のあり方検討ワーキンググループ」において検討を重ね、フレイル等の高齢者の特性を把握するための新たな質問票として図表Ⅰ-15 の「後期高齢者の質問票」を策定した。

図表Ⅰ－ 15「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カ月間で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 物忘れがあると言われていますか	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

（１）後期高齢者の質問票が用いられる状況等の整理と方針

後期高齢者の質問票の活用目的は、第一に健康課題等の把握を行い、把握した健康課題等をもとに必要な支援へつなぐことであり、後期高齢者医療制度の健診時の活用を第一に位置づける。ただし、他の活用を制限するものではなく、例えば通いの場等において活用することも想定し、策定している。また、健診実施機関の実施状況に対応できるよう、自記式及び他記式のいずれでも可能な方法を想定している。

（２）後期高齢者の質問票の利活用方法

後期高齢者医療制度の健診において、高齢者の特性を踏まえて健康状態を総合的に把握するためのスクリーニングだけではなく、高齢者の特性を踏まえた保健事業において活用することや、また保健事業における事業前と事業後の変化から評価をし、行動変容を把握することも可能である。また、特定健診の「標準的な質問票」に代わるものとしてＫＤＢシステム等にデータを収載し、経年推移についても把握することも可能である。また、後期高齢者の質問票を教育ツールとして活用し、被保険者にフィードバックすることによって本人への気付きを促すツールとして役立てることも可能である。

なお、後期高齢者の質問票を有効に活用するためには、各関係部局や医師会、歯科医師会、薬剤師会等の関係する医療関係団体等にも周知を図り、様々な場において、質問票が活用されることが望ましい。

（３）後期高齢者の質問票の役割について

後期高齢者の質問票の役割としては、以下の５点を挙げることができる。

⑴ 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診の場で後期高齢者の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。

⑵ 通いの場等においても後期高齢者の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。

⑶ 後期高齢者の質問票の回答内容とＫＤＢシステムから抽出した医療・健診・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。

⑷ 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。

⑸ 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。

（４）質問項目の考え方

フレイル等高齢者の特性を踏まえ健康状態を総合的に把握するという目的から、⑴健康状態、⑵心の健康状態、⑶食習慣、⑷口腔機能、⑸体重変化、⑹運動・転倒、⑺認知機能、⑻喫煙、⑼社会参加、⑽ソーシャルサポートの 10 類型に整理した。また高齢者の負担等を考慮し、できるだけ簡便に回答を得られるように質問項目数は 15 項目として構成した。

（５）後期高齢者の質問票の活用場面について

後期高齢者の質問票は、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における通いの場やかかりつけ医の医療機関等、様々な場面で健康状態の評価が実施されることも期待される。

① “健診”の場で実施する
⇒健診を受診した際に、後期高齢者の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後期高齢者の質問票を用いた健康状態の評価を実施する。

③ “かかりつけ医等（医療機関）”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、後期高齢者の質問票を用いた健康評価を実施する。

後期高齢者の質問票の各質問項目に対する回答の意味や活用方法については、別紙１の「後期高齢者の質問票の解説と留意事項」[23]を参照されたい。高齢者の健康状態等の把握や、本人へのフィードバックに活用し、適切な保健指導を実施することが求められる。

（６）後期高齢者の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

[23] 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。

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。後期高齢者の質問票の情報に、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とらえることが可能となる。例えば、受療状況（未受診、中断を含む）、服薬状況についてはＫＤＢシステム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。

また、高齢者は少しのきっかけで体調を崩すなど比較的、健康状態等の変化が大きいため、１年に１回の健診の機会だけではなく通いの場等や医療機関受診の機会等において、定期的な健康チェックのツールとして質問票を活用することが考えられる。他方、現在のＫＤＢシステムは特定健診のスキームによる処理が行われているため、健診結果は１年に１人１レコードが保管可能な状況となっている。このため、通いの場等における後期高齢者の質問票の結果を追加で取り込むにはシステム改修が必要となるなど、今後の検討課題である。

市町村における活用の際は、健診の際に記入した質問票については、ＫＤＢシステム等による活用が可能であるが、通いの場等において質問票を活用する場合は、当面の間、市町村でエクセル等に記入し活用するなどの対応が必要となる。

２）地域の健康課題を整理・分析

後期高齢者の質問票の回答結果は、令和２年度から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・年齢別の分析等、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。

６　関連事項

（１）糖尿病性腎症重症化予防事業（連携協定・プログラム策定）

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 28 年度以降このプログラムの効果検証に当たった「糖尿病性腎症重症化予防プログラム開発研究班」において、検証が進められている。平成 31 年３月には本研究班の成果等を踏まえ「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」の改定がされ、事業の質の向上に向けてさらなる取組が進められている。主な内容については、本ガイドラインにおいても関連する項目に反映している。（詳細は「Ⅱ実践編」を参照。）

（２）後期高齢者に対する歯科保健サービスの効果実証事業（マニュアル作成）

広域連合が実施する歯科健診結果を用いた効果実証事業が、平成 27 年度から厚生労働省医政局歯科保健課で実施され、平成 30 年 10 月には「後期高齢者を対象とした歯科健診マニュアル」が作成された。当該事業における検証の主な内容については、本ガイドラインにおいても関連する項目に反映している。マニュアル作成後、広域連合の歯科口腔保健の取組に当たっては、同マニュアルを参照して効果的な取組を進める必要がある。（詳細は「Ⅱ実践編」を参照。）

（３）高齢者の特性を踏まえた保健事業（フレイル対策）に関する文献調査（エビデンス確認）

平成 29 年度に厚生労働省保険局高齢者医療課において、高齢者の保健事業に関する学術的な研究・文献等についての最新の知見を収集分析し、当該対策の実効性を高めるための調査・検討を行った。主たる内容としては、高齢者の健康状態・疾病罹患状況等のアセスメント・評価指標、支援効果等及びフレイルに関する定義、スクリーニング指標等について、既存の研究成果等のレビューを行い、構造化抄録を作成した。

（４）その他（健診等のあり方の検討）

従来の後期高齢者の健診における質問票は特定健診の質問票に準じたものを使用していた。このため、平成 30 年度には、高齢者の健康状態を把握するための質問票の標準項目案作成を目的として、文献検索・レビューの

実施、統計情報活用方法の検討、後期高齢者の質問票等の見直しに関する検討を有識者会議において実施した。この検討を受け、「後期高齢者の質問票」の策定に至った。

また、健診項目、判定基準等についても、学会等の動向を踏まえつつ適宜、検討を行う必要がある。

健診結果については、時系列の変化を見える化するなど注意すべき点をICTを用いて情報提供する方法や、例えば病院の診療時の検査情報の保険者への提供や健診情報を関係者で参照できる仕組みなど、活用方法についても検討が必要となる。

Ⅱ　実践編

その１　高齢者の保健事業の取組

１　ガイドライン実践編の位置付け

本実践編は、高齢者の保健事業を推進するに当たって、事業の主体となる広域連合（市町村）が参考とする実施の手順等をまとめたものである。

掲載内容としては、モデル事業における検討をもとにした効果的・効率的な取組や高齢者に関する学会等の診断基準、調査･研究等のエビデンスなどから、高齢者の保健事業として実施が妥当と考えられる取組等を整理している。今後、エビデンスや効果的な取組事例の蓄積に伴い、内容を改定する予定としている。

２　取組の実際

保健事業の実施に当たっては、目的の明確化、企画に関する有効性、実現性、事業における役割分担や評価、情報の共有化などをあらかじめ検討する必要がある。「５Ｗ１Ｈ」により情報を整理することも有効な手段である。

Ｗｈｏ：誰が（どのような人材が）事業を推進するのか？

Ｗｈａｔ：何を（どのような保健事業）を実施するのか？

Ｗｈｅｒｅ／Ｗｈｏｍ：どの地域で、誰に対して実施するのか？

Ｈｏｗ：どのような仕組みで実施するのか？

財源、人材、時間、地域資源などの制約はどうか？といった点についても明確にしておく必要がある。

また、保健事業を推進するには、広域連合が運営主体として主体性を発揮することが重要であり、市町村及び関係機関との十分な連携・協力体制を構築することが大切である。広域連合が市町村に委託して事業実施する場合には、市町村は広域連合との連携のもと、関係機関と実施体制を構築する必要がある。

さらに、保健事業の実行性を高めるためには、健康課題の抽出から保健事業の企画・実施・評価といったノウハウや保健事業に関する知識・技術の習得といった人材の育成、多職種連携の仕組みづくり等に関するより実践的な研修の実施を検討する必要がある。

こうした点を念頭に以下では、高齢者の保健事業の全体の流れと個別の実施事項について解説する。

（１）事業実施全体の流れ

図表Ⅱ－１事業実施全体の流れ

（２）それぞれの段階における実施事項

１）事業実施主体における体制整備

①　健康課題等の把握

広域連合及び市町村は、ＫＤＢシステム等を活用し、保有する健診・レセプト等の健康情報から課題を把握できる仕組みの構築、分析力の強化を図ることが重要である。現状の分析や市町村健康増進計画、データヘルス計画、介護保険事業計画等も踏まえ、地域の高齢者（被保険者）が抱える健康課題の抽出を行う。また、併せて地域資源の把握も行う。さらに、これらの課題について従来の事業では対応できていない事項も明らかにする。

②　広域連合・市町村間での課題の共有と協力関係の構築

広域連合は、主に広域的に共通する課題や市町村間の違い等を把握し、市町村への情報提供に努める。把握された健康課題は、後期高齢者を被保険者とする広域連合と市町村の間で共有することが必要である。

③　チーム形成

広域連合と市町村との間で、主担当を明確にしながら、事業実施（準備段階から、実施、評価に至る全般）に当たってのチームを形成する。市町村が実施主体となる場合にも、一つの部局が単独で実施するのではなく、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。

④　外部からの情報収集

広域連合及び市町村は、国が実施するセミナーや意見交換会等に参加し、これまでのモデル事業をはじめとした事例や、事業実施に必要となる情報の収集に努める。また、広域連合は、市町村において既に事業実施されている事例をはじめ各種情報を市町村に提供するように努める。

２）地域連携体制の構築

国・都道府県・市町村・関係機関との連携は、非常に重要である。各機関が実施する研修会の参加や保険者協議会等の積極的な活用により、日頃から顔の見える関係づくりを心がけることが大切である。

①　都道府県との調整

都道府県の関係部局や保健所、研究所等の外部機関との連絡調整については、事前相談や協力を求める段階から、広域連合が主体的な調整に努める。

②　関係団体への事前相談

高齢者の保健事業には、医師会（健康課題によっては歯科医師会、薬剤師会、栄養士会等の職能団体）が関係することが多い。事業実施に先立ち、地元医師会等に対して、健康課題や事業のねらいについて情報提供し、対象者の抽出基準や支援の方法等について相談し、助言を受ける。

医師会への事前説明

服薬指導に取り組むに当たっては、処方内容の見直しを含め、事業の対象となる被保険者のかかりつけ医との意見交換が不可欠になる。
事業実施に先立って、市医師会に事業の全体像を説明し、個々のかかりつけ医の方とはどのように意見交換をすればよいかを相談の上で事業に臨んだ。　＜北海道北見市＞

③　広域連合・市町村の間での情報提供の環境整備

広域連合は、ＫＤＢシステム等を活用しながら、対象者の抽出、事業評価等を実施できるようにレセプト・健診データ等の必要な情報を市町村に提供する。

事業実施に当たっては日常生活圏域ニーズ調査の結果や要介護情報等、他の制度や事業等で得られたデータの活用も考えられる。今般の法整備により、他部署が保有するデータの閲覧はしやすくなった。広域連合及び市町村は、基本方針において個人情報の取扱いについて定め、高齢者の特性を把握するために有効となる医療・介護・健診データが相互に活用できるよう働きかけるなど、環境整備に努める必要がある。

３）事業企画

①　取組の方向性の検討

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。

ＫＤＢシステムでは、被保険者を健診受診状況と（生活習慣病での）医療機関受療状況で分類しての割合での集計が可能である。これにより保険者における健康課題の全体像を把握することができる。

図表Ⅱ－２　ＫＤＢシステム帳票「後期高齢者の健診状況」（帳票 ID：P26_018）

地域の健康課題のうち、上記の図では、a 健康状態が不明な人、e 重症化に課題がある人の概数について把握することができる。

健康課題としてはこれらに限定されることはなく、レセプトと健診結果（後期高齢者の質問票の結果を含む）に関する情報が蓄積されているＫＤＢシステムを活用すると、以下のような情報を用いて地域において a 健康状態が不明の人、b 栄養に課題がある人、c 口腔に課題がある人、d 服薬に課題がある人、e 生活習慣病の重症化に課題がある人の概数を把握することができる。

・a 健康状態が不明な人：レセプトと健診結果のいずれもない
・b 栄養に課題がある人：健診結果の値でＢＭＩの値と体重の変化量が基準値に該当
・c 口腔に課題がある人：歯科健診で「問題あり」もしくは後期高齢者の質問票で「むせがある」「かたいものが食べられない」
・d 服薬に課題がある人：処方薬数が基準値に該当
・e 重症化に課題がある人：健診結果の値で血糖・血圧・脂質が基準値に該当

図表Ⅱ－３　健康課題のある人の概数を把握するための主な情報源

健診受診者が少ない地区については、医療レセプトの集計により地域の健康課題を把握する必要がある。その場合は、ＫＤＢシステム帳票「地域の全体像の把握」等を参考に、地域の状況を把握する必要がある。

なお、ＫＤＢシステムの活用については、今後、国保中央会からも研修指針において提示する予定である。

各種ある健康課題のうち、当該地域で優先的に取り組む課題や対象集団を検討する。取組は、必要性や地域資源等の状況も勘案し、着手しやすいものとすることが肝要である。健診も医療も受けておらず、健康状態が明確ではない高齢者がいる場合には、その実態を把握し、要因の分析から着手することも考えられる。

保健事業は、一体的な実施に取り組む等市町村への委託等により実施する場合と広域連合が主体的に進める場合がある。市町村への委託等により実施する場合、広域連合は市町村と十分に協議するとともに、情報提供や連携関係づくり等必要な支援を行うことが不可欠である。広域連合が主体として実施する場合には、全県一律に事業を行うのが難しいこともあるため、はじめは対象地域を特定して実施し、段階的に全体に拡大する等計画的に進めることも検討する。

図表Ⅱ－４　取組の方向性の検討

問題意識の例	実施体制の例
・低栄養を改善しフレイルや骨折を予防する必要があることがデータから明らかになった。	・保健衛生担当部局の既存事業と協働可能 ・地域で活躍している在宅栄養士がいる ・栄養士会が協力的である
・口腔機能を改善し低栄養や誤嚥性肺炎を予防する必要があることが明らかになった。	・歯科医師会・歯科衛生士会が協力的である ・協力を得られやすい歯科衛生士がいる
・転倒リスクを下げるため服薬状況が課題であることが明らかになった。	・薬剤師会が積極的、支援が望める
・糖尿病性腎症が高額医療費の多くを占め、重症化予防の取組が必要である。	・地域で活躍する在宅保健師がいる ・国保の重症化予防から継続した取組が可能
・虚弱高齢者が、要介護状態のみならず疾病の重症化につながる傾向が高く支援の必要性がある。	・地域包括支援センターが高齢者訪問に積極的である
・健診を受けておらず、医療機関の受診もしていないために健康状態がわからない。	・地域で活躍する在宅保健師がいる

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）について具体的な支援を行う。国保の被保険者のうち特定健診を受診した者については、特定健診から特定保健指導につなげる手法が確立しており、市町村としても、対象者へのアプローチを進めやすい状況にある。

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も容易になると考えられる。特に、治療中断や未受診等に

ついては、医療機関での対応が難しい場合もあるため、レセプト等の情報が集約される保険者による取組として実施することも重要である。

健診も医療も未受診であるため健康状態を把握できない被保険者については、対象者の実態把握から取組、必要性に応じた支援につなげる方法もある。健康・医療の受診状況で被保険者を分類すると図表Ⅱ－５のようになる。

図表Ⅱ－５　健診・医療の受診状況別の取組の方向性

医療・健診の受診状況		取組の方向性
A 健診で健康状態を把握	医療（外来）受診あり・健診受診あり	**健康課題に応じた支援を実施する** **レセプトから医療受診・処方の状況等を把握し、具体的な支援を実施する**
		・かかりつけ医と連携した支援 ・必要に応じて外来治療からの情報提供を受ける
	医療（外来）受診なし・健診受診あり	**健康課題に応じた支援を実施する**
		・健診結果に基づき、健康課題に応じた支援 ・必要に応じ医療の受診勧奨、介護へつなぐ
B レセプトで健康課題を把握	医療（外来）受診あり・健診受診なし	**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、必要な支援を実施する**
		・レセプトから多病・多剤・治療中断の状況を把握 ・かかりつけ医等に支援実施の可否について確認 ・本人の状況を確認の上、かかりつけ医にフィードバック ・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
C 質問票で健康課題を把握	医療（外来）受診ありもしくはなし・健診受診なし	**健康課題に応じた支援を実施する**
		・かかりつけ医と連携した支援 ・必要に応じて外来治療からの情報提供を受ける ・健診結果に基づき、健康課題に応じた支援 ・必要に応じ医療の受診勧奨、介護へつなぐ
D 健康状態が不明	医療（外来）受診なし・健診受診なし	**健康状態を把握する**
		・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 ・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 ・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把握

図表Ⅱ－６　保健事業の流れ

<A：健診結果で健康課題が把握できる対象者の場合>

<B：レセプトで健康課題を把握する場合>

<C：後期高齢者の質問票をもとに健康課題を把握する場合>

② 対象者の抽出基準の設定と概数の把握

健康課題等に応じて、具体的な対象者の抽出基準を設定し、被保険者の中から事業で対応すべき対象者の概数を把握する。把握した対象者については、予算や体制の制約から、全てに対応することが難しい場合もある。そのため、抽出した対象者については、各種条件により事業として対応可能な人数に絞込みを行う（P68 の「④　対象者から参加予定者への絞込み」を参照。）。

また、疾患の状態（重症度）等から対応の優先度が高く、個別での対応が必要な場合と集団での対応が考えられる場合とがあるため、対象者の概数を把握する際には、優先度の高い人の人数についても別途把握する必要がある。

なお、長期入院や長期入所者、重篤な疾患で治療中の者等については対象者抽出の段階であらかじめ除外する。

対象者の抽出項目は、事業評価の際にも必ず確認すべき項目であるため、事業の実施前後で計測可能なものとする。

～「対象者」の捉え方 ～

「対象者」とは、被保険者全員のうち事業の対象者抽出基準に該当した者であり、実際に事業への参加の声かけをした「参加予定者」ではない。（図表Ⅱ-7参照）

本来であれば、「対象者」全員が事業に参加できることが望ましいが、予算や体制の関係上、全員への対応が難しい場合、何らかの条件で絞込み、声かけ等をする者を選定する。このようにして選定された者が「参加予定者」である。

広域連合への補助事業等でいう「対象者」は、絞込をした後の「参加予定者」ではなく、対象者抽出基準に合致する者を指している。

図表Ⅱ－７　「対象者」と「参加予定者」と「参加者」の捉え方
（健康課題が低栄養対策のイメージ）

モデル事業の一部には、ケアマネジャーが必要と感じた人・医療機関からの紹介等で参加者を決めている例があった。この場合、ケアマネジャーや医師等が必要と感じた条件を事業企画の段階で言語化することが必要となる。

また、企画段階で事業目的に照らして支援の必要性のある人（対象者）の概数を把握し、全体に対するインパクトを考慮する必要がある。当面は大まかな推計値であっても、広域連合（市町村）が保有する健診・レセプトデータやその他の地域の情報等を組合せ、できる限り現実に近い数値を検討することが望ましい。地域の実態把握が進むにつれて、正確な対象者数が把握できるように計画的に事業を進めることが求められる。

予算や体制の都合上、単年度ですべての対象者を参加予定者とすることがで

きなくとも、継続的に複数年かけてすべての対象者が一度は選定されるようにするなど公平性に対する考慮も必要となる。
　なお、事業の実施率等の算出方式は下記のとおりである。
　・実施率（%）＝参加者（C）÷対象者（A）
（例の場合は、20%＝100 人÷500 人）
　・効果評価＝参加者（C）のうちの改善等の割合（改善者数等／参加者C）
　・事業評価に当たっては参加者（C）と不参加者（B－C）の状況を比較して評価する方法もあり、可能な場合は実施することが望ましい。

③　予算・人員体制の検討

　事業予算は、事業の方法や内容、対象者数をある程度見込んだ上で固める場合と、既存事業との兼ね合いから、あらかじめある程度の予算枠がある場合がある。いずれの場合においても、財源確保に向け、実施予定の保健事業の効果・有効性を説得力あるものにすることが重要である。また、活用できる補助金等は有効に活用することが望ましい。

④　対象者から参加予定者への絞込み

　予算や体制の制約上、抽出基準によって抽出された対象者全てに支援することが難しい場合がある。その場合には、対象者を一定の条件により限定し、参加予定者としての絞込みを行う。

図表Ⅱ－８　重症化予防の取組の対象者抽出と絞込みの考え方

絞込みに用いるデータには、以下のようなものがある。事業のねらいに合わせて、広域連合や市町村の後期高齢者医療担当部局の医療保険者が保有するデータ、市町村のその他の関連部局が保有するデータを複合的に用いる。

図表Ⅱ－９　絞込みに用いるデータ

具体的な絞込み条件の例で、いずれの健康課題にも共通するものは、75 歳や 80 歳のような節目の年齢であることが考えられる。その他、健診結果を活用する場合は、経年での変化が大きいものとする等が考えられる。また、抽出に用いた指標の中で、数が多い順（例：服薬の種類数が多い順等）や他の疾患の罹患状況（例：高血圧で対象とするが、糖尿病での治療もしている等）により絞込みを行うことも考えられる。

絞込み条件は、１つに限定されることなく、実施主体で対応可能な参加予定者を絞り込むために、複数組み合わせることもある。

⑤　目標・評価指標の設定

高齢者の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、高齢者が住み慣れた自宅で、社会とのつながりを保ちつつ、自立した生活ができる期間を延ばすことである。そのために、把握した地域の健康課題の解決に向けた目標を設定する。何（評価指標）をいつまでにどのくらい改善するのか、出来るだけ具体的な数値で設定することが望ましい。

図表Ⅱ－ 10　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

評価指標は、システムから取得可能なデータ（健診結果や医療費データ等）や事業の過程でアセスメント等により把握する項目となる。高齢者の心身の状態は、急激に悪化することはあるが、早急な改善はあまり期待できず、逆に状態の維持や悪化の速度を減退させることが事業の効果ということもできる。そのため、評価指標は、事業の前後で収集が比較的容易な項目であり、支援による効果が短期的に確認しやすい指標と中長期的に把握ができる指標で設定する必要がある。目標及び評価指標の設定が取組の開始前に適切になされていない場合、評価自体が難しくなる可能性があるため、関係者と協議・検討の上設定する必要がある。目標や評価指標に不安がある場合は、大学・研究機関や国保連合会に設置されている支援・評価委員会等、専門家の支援を受けることなども検討されたい。

⑥　支援内容の検討

参加予定者として特定した高齢者に対しての声掛け方法、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。特に健康課題によって、すぐに効果が期待できるものと、効果が表れ

るには一定期間を要するものがある。そのため、テーマに応じて期間を検討する必要がある。また、優先度の高い人については個別対応を基本とし、標準的な基準に該当する人については、実施主体の予算や体制に応じて、集団でのアプローチを検討することも考えられる。なお、参加予定者への声掛け、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として取りまとめ、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。

４）事業実施

①　参加予定者への声掛け

希望者からの手上げ等、参加予定者からの（自発的）な申込みを待っている場合、事業の参加者はごくわずかにとどまる可能性が高い。最終的には本人や家族の同意を得た上での実施となるが、「外出し、地域サロンや活動等への参加ができること」を目標とした働きかけなど、参加予定者には、案内を送付した上で必ず訪問する等、保険者の側からの積極的なアプローチが必要である。

〇効果的なアプローチ方法

対象者に案内文とアンケートを郵送し、予約なしで全員に訪問した。予め案内文をだしておくことで、不審がられることもなかった。案内文をもらったと訪問予約の電話が入ったり、不在の場合でも次回訪問予定日をポストに投函したことで、多くの人を参加につなげることができた。

＜愛知県大府市＞

なお、医療機関、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をとることもあり得る。その場合、参加者が十分に集まるよう、関係者に対し、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。

②　支援の日程調整

支援の対象となる人に対し日程調整を行う。日程調整の結果、その後の支援スケジュール等については、台帳を作成し、キャンセル等が適宜修正されるように進捗管理を行う。

③　かかりつけ医等関係者への事業説明

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、必要に応じて参加者の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する。

必要に応じて、支援に当たり注意すべき点等について情報提供を依頼する。

〇かかりつけ医との連絡調整　＜円滑な連絡方法・連絡票の検討＞
・対象者選定時の相談（対象者として適切さ等　例：がん末期等は外す）
・治療方針や指導内容の確認
・報告について（内容・方法・頻度・連絡票等の様式等）
＜神奈川県大和市・長野県佐久市＞

④　支援の実施

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若干異なるものの、全体の流れとしては以下のようになる。

図表Ⅱ－ 11　支援の流れ

医療関係団体との調整
事業準備期間
準備段階
健診結果・レセプトを用いての対象者の抽出
絞込みを行い事業参加予定者の特定
各種支援ツールの整備・マニュアル化
支援の実施決定
事業参加者への案内送付・支援の日程調整
かかりつけ医からの情報収集
等
事業実施期間
かかりつけ医への相談・報告
1回目（回数・期間は本人の理解度・状態像に応じて設定）
アセスメントの実施　（ア）
具体的な支援
課題解決に向けたアドバイス　（イ）
改善のための目標設定　（ウ）
等
問題があれば
2回目～（回数・期間は本人の理解度・状態像に応じて設定）
評価（目標達成状況の確認）（エ）
具体的な支援
課題解決に向けたアドバイス　（イ）
改善のための目標設定　（ウ）
等
問題があれば
最終回（回数・期間は本人の理解度・状態像に応じて設定）
評価（目標達成状況の確認）（エ）
地域資源に関する情報提供　（オ）
等
問題があれば
【問題がある場合】
かかりつけ医・かかりつけ歯科医をはじめとした関係者・関係機関への情報提供
介護予防等の他事業や地域の見守り等活用可能な資源へのつなぎ（カ）

健康課題に応じた効果的・効率的な支援手法を選択し、支援の期間、頻度（回数等）を設定する。支援方法は、医療専門職のアウトリーチによる訪問を基本とするが、地域の状況も踏まえ、地域の拠点等への立ち寄り型相談等、他の方法を組合せ効果的･効率的な方法を検討する。高齢者の支援は、状況把握と支援効果の確認のために最低２回は実施する必要があるが、事業参加者の理解状況等により、柔軟に設定する。また、支援の期間については、健康課題によって一定の間隔を設けたほうがよい事業と、短期間での効果が期待されるものがある。ただし、高齢者については健康状態の変化が激しいこともあるため、半年以上の期間をおくことは望ましくない。なお、費用対効果など事業の効率性に留意する。比較的短期間、低頻度の、電話指導等も併用した軽易な支援方法であっても、一定の効果が報告されていることも考慮する。

（ア）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。

抽出時に使用したデータ（健診結果やレセプトデータ等）とともに、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、独居や多受診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）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、医療機関のかかり方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り、レセプト等保険者で保有する情報で事前に確認できる内容についてはあらかじめ把握するよう努める。

なお、高齢者については特定の健康課題で抽出し、事業の対象としても、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血圧がコントロールされていないこともあり得る。支援につなげるための入り口が特定のテーマであっても、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。

食事や栄養状態等の高齢者の状況把握に当たっては、既存のアセスメントツールを使うことがある。これらのツールは使用に当たり、出典を明記する必要があり、場合よっては使用料が発生するものもある。また、結果の判定も依頼しなければならない可能性があることにも留意する必要がある。

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。

（イ）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、解決のための具体的なアドバイスを実施する。その際重要なことは、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である。

（ウ）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、課題解決に向けた目標を設定するように支援する。目標には、なりたい状態を示す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。行動目標のほうが、高齢者にとっても支援の効果が把握しやすいため、設定する目標は、行動目標であることが望ましい。なお、目標は、参加者の状況に応じ、できるだけ取り組みやすいもの、成果につながりやすいものとする。

なお、支援の期間・頻度（回数等）は、事業スキームとしてあらかじめ設定することが必要であるが、参加者の課題の難易度、理解度等によって変更が必要となる場合もある。個々の参加者の状況に応じ、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、効率的な実施に努める。

（エ）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。評価の結果、一定の成果がみられる場合には、支援を修了し、引き続き支援が必要と判断される場合には、同事業内で引き続き支援を継続させるか、他のサービス（介護予防の総合事業等）へとつないでいく。

（オ）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

について情報提供する。

（カ）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、実施した支援が定着する。

（キ）かかりつけ医等への情報提供

高齢者の状態像、具体的な課題等、支援の結果把握した内容については、かかりつけ医・かかりつけ歯科医、薬剤師等、栄養士等の関係者に対し、日常の診療等に活かしてもらうようフィードバックを行う。

〇かかりつけ医へのフィードバック

事業参加者について、支援の中で把握した情報については、一つの書式にまとめ、日ごろの診療に役立てていただくよう、個別支援の後に、それぞれのかかりつけ医にフィードバックした。　＜長野県佐久市＞

５）評価とその活用

①　事業評価

（ア）事業評価の範囲等

参加者への支援の終了後、事業自体の評価を行う。どのような事業でも、ストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカムの４つの観点により、その事業実施が適切であったか、効果があったかを確認（評価）し、改善が必要な場合には適宜、修正を行う。

事業評価では、あらかじめ定めた評価指標に関するデータを収集し、支援の前後の状態を比較する。また、数値化できない定性情報である保健指導の内容や本人・家族・介護者の反応・感想、参加者の満足度や健康意識の変化、福祉関係者の対応状況等も評価に活用する。地域資源の活用状況やそれによる参加状況の変化などについても考察する。

（イ）短期的評価と中長期的評価

高齢者は、支援により状態が改善することもあり得るが、その改善の速度は緩やかであることが考えられる。また、状態が悪化しないことも成果ということができる。そのため、事業評価は短期的な評価と中長期評価を行う必要がある。また、状態の変化が事業の効果である

ことを確認するために参加者と非参加者の比較が必要となるが、研究としての取組ではないため、実施可能な範囲での評価を行う。なお、医療費や健診結果等、中長期的な視点で追跡・評価が必要な項目については、ＫＤＢシステムを活用すると、複数の市町村の事業であっても共通のフォーマットでデータを比較することが可能となる。

個別事業の評価の場合、件数が少なく期待していた効果の確認が難しい場合がある。比較的短期間で変化が期待できる内容については、実施主体（市町村等）で評価し、事業のマクロ的視点や中長期の追跡が必要な場合等は、取りまとめ機関（広域連合や国）が実施・支援するなど、役割を分担していくことも考えられる。

〇ＫＤＢシステムを活用した保健事業の進め方

高齢者の保健事業について、ＫＤＢシステムの活用方法をまとめたガイドが作成された。以下のＰＤＣＡサイクルのそれぞれの場面において、活用するシステムメニュー・機能・画面・帳票等と活用ポイントについて、取組例を用い紹介している。

１．健康課題の把握、２．事業企画（準備、対象者抽出、概数把握、絞込等）、３．支援の実施、
４．事業評価

事業評価に当たっては、事前にＫＤＢシステムで対象者名簿等を作成し、参加者等を登録することにより、終了後の参加・非参加別の比較等が容易となる機能がある。

図表Ⅱ- 12　事業評価指標の例

取組テーマ	項目	評価時期		データソース
		短期	中長期	
共通	BMI・血圧	●	○	健診
	医療費（入院/外来別）・疾患名・服薬数		●	レセプト
	介護給付費・要介護度		○	介護レセプト
	事業参加満足度	○		聞き取り
栄養	体重	●		健診
	食物摂取頻度調査	○		聞き取り
	アルブミン値	○		健診
口腔	一部かめない食べ物がある お茶や汁物等でむせることがある	○ ○		健診質問票
	有所見状況	○		歯科健診
	歯科医療費		●	歯科レセプト
	口腔内の状態・口腔清掃等の実施状況	○		聞き取り
服薬	調剤医療費・処方薬剤種類数	●	○	レセプト
	残薬の状況	○		聞き取り
重症化予防	（糖尿病）空腹時血糖、HbA1c （糖尿病性腎症）e-GFR	●	○	健診

●：最低限実施すべき評価指標、○：その他測定可能な場合に実施する評価指標

平成 28 年度のモデル事業内容等より作成

健康課題別の事業評価の指標として考えられるのは、上記の項目である。

医療保険者が行う保健事業の評価では医療費・健診結果を確認することが望ましい。医療費や健診結果の効果の確認は、支援後１～５年程度追跡調査を行う。そのため、長期的なデータの変化についても確認可能な環境整備の検討を行う。

② 事業報告

事業実施後、地域の関係機関（医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会等の職能団体やその他関係機関）や住民に対し、協議会や広報等を通じて事業評価結果等を含め報告を行う。

〇関係者への事業報告

事業の実施過程や支援した人の個別の状況の変化、次年度についての課題については、関係者で集まる協議会で議論し、その結果については、報告書として取りまとめ、関係者に配布した。　＜長野県佐久市＞

③　次期計画に向けての見直し

事業評価でストラクチャーやプロセス等も含め評価を行う中で、改善点を明確にし、次期計画に向けての見直しを行う。

６）事業を効果的に行うために必要な事項

①　個人情報取扱に関する検討

対象者抽出や指導、結果の評価のためには、事業実施主体と協力関係機関等の間で、個人情報のやり取りが発生する。円滑な実施に向け、本人同意の取得等も含め、各自治体の個人情報保護条例等を勘案しながら、適切な対応を検討、準備する。

個人情報の取扱　＜本人への同意の取り方＞

〇事業参加に当たっての同意取得のポイント

・使用目的、評価結果への活用等の内容の明示
・共有する関係者、期間等の説明
・「健康づくり条例」においてデータ活用を裏付け

＜神奈川県大和市＞

②　苦情・トラブル対応に関する検討

事業開始後、支援の内容等について、事業参加者もしくはその関係者から苦情が寄せられたり、場合によってはトラブル事案となる場合もある。そのような場合に遅滞なく対応できるよう、相談窓口を明確にする等の対応方策についても、事業開始前に検討する。

③　事業委託先の選定

事業を外部委託で行う場合、事業委託先の選定を行う。事業委託に際しては、実施報告の様式・頻度・進捗状況の把握方法（打合せ等）

についてもあらかじめ定めておき、事業が遅滞なく進行しているかの管理を行える仕組みを準備する。

業務委託　＜外部業者との契約の留意点＞

〇仕様書の記載ポイント

・事業目的、委託業務の範囲、役割分担等の内容の明示
・報告について内容・方法・頻度等
・守秘義務、違反の取扱、成果物の所有権

＜神奈川県大和市＞

④　支援者の研修の実施

支援を行うのが医療専門職であっても、それまでの業務範囲によっては地域の高齢者と接する経験がない場合もある。そうした場合でも支援の質を担保するために、支援者の経験に合わせた導入支援やフォロー研修等の検討も必要となる。広域連合が広域的に事業の普及に向けた研修を企画することなども有効である。

〇指導者・事務担当者研修

・事業の企画立案にあたって必要なノウハウを学ぶ
・効果的な PDCA の回し方

＜岐阜県岐阜市＞

⑤　カンファレンス等での情報共有・関係機関との連絡調整

必要に応じてカンファレンスを行うなど各支援者間で実施状況を共有し、適宜支援内容の見直し・改善を図る。また、支援の中では対応が難しいと思われる事項や関係機関等と情報共有すべきと思われる事項が発生した場合には、本人の意向を確認しながら、適宜医療機関や地域包括支援センター等の関係機関に連絡調整する。

⑥　支援内容の記録・評価に必要なデータの取得

支援の各回においては、具体的な支援内容を記録として残し、評価に必要なデータを適時取得する。

⑦　事後フォロー

支援の規定回数終了後であっても、最終回の時点でフォローの必要性が

高い参加者については、適宜連絡を取り、その後の状況を確認する。

⑧　モニタリング

　支援期間中は、個別の支援が遅滞なく進行しているか、支援内容が適切であるか等について、事業実施主体が適宜モニタリングを行い、必要な場合は支援内容・方法等を含め、軌道修正を行う。

３　各種健康課題別の取組の例

栄養（低栄養）に関するプログラム例

１．概要

事業目的：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
抽出基準：ＢＭＩ18.5 未満（健診結果）、６か月で２～３kg 以上の体重減少（質問票 No６）
実施体制：管理栄養士による３～６か月を１クールとする計３回の居宅訪問

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・ステーションが設置されているため、実施体制構築に当たり、連携す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。

３．対象者の抽出・絞り込み

栄養（低栄養）に関するプログラム対象者の抽出方法として、ＢＭＩ（18.5 未満）や後期高齢者の質問票（No6：６か月で２～３kg 以上の体重減少）を活用する方法がある。

健診結果を活用する場合、経年でＢＭＩや体重の減少幅が大きい人や過去の健診で異常のある人を優先すると効果的である。

レセプトデータから低栄養支援が必要な者を抽出する場合（例えば、医療機関の退院患者や栄養指導を受けた者、アルブミン検査の実施者、栄養障害や慢性疾患を有する場合）、在宅での支援の必要性を検討し、対象者抽出につなげることが必要である。

４．実施内容

（１）動機づけ・事前アセスメント・目標設定

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場合がある。そのため、口腔・嚥下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。

アセスメント項目の例

区分	項目	データソース
栄養	体重変化	後期高齢者の質問票（No.6） 【6カ月間で2～3kgの体重減少がありましたか：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】
	簡易栄養調査点数	簡易栄養調査
	アルブミン値	健診結果・血液検査
	食事回数・内容、摂取エネルギー、タンパク質量、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	聞き取り
口腔	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】 歯科健診結果
	有所見状況	歯科健診結果
	口腔内・義歯の状況、口腔清掃の実施状況	聞き取り

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[24] 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・嚥下状態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。

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	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
ダイエット中の場合	無理のない食事内容・方法に関するアドバイス
口腔機能の低下が疑われる場合	※口腔のプログラム参照

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、栄養教室など、必要な支援・サービスの調整を行う。

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、食事にまつ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、栄養と運動の併用した支援、栄養と

[24] IADL（Instrumental Activity of Daily Living）手段的日常生活動作：食事や着替えなどのADL（日常生活動作）を基本としたより高度な動作をいう。例えば、買い物や洗濯、掃除等の家事全般や金銭管理、服薬管理、外出して乗り物に乗ること等。

歯科・口腔の併用した支援のように、それぞれの高齢者に合致したテーラーメイドの取組とすることが重要である。

設定する目標の例（低栄養の場合の行動目標）

野菜を毎食２皿以上とる
１日３食時間を決めて食べる
たんぱく質のおかずを毎食食べる
塩分摂取に気を付けて食事をする
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
１日１回は玄関から外に出る
地域の活動に参加する
外出した際に魚や肉を買う
週に●回以上、家族や知人等と食事をする

（２）中間評価・実践支援

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。また、アルブミン値を用いることもあるが、侵襲的であり費用もかかる。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。

（３）事後評価・フォローアップ

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、同事業で引き続き支援を継続するか、地域支援事業等、他のサービスへ接続する。

栄養（低栄養）に関するプログラム例

口腔に関するプログラム例

１．概要

事業目的	歯科衛生士等が支援することにより、口腔機能低下防止とともに低栄養防止を図る。
対 象 者	口腔機能の低下（またはその恐れ）がある高齢者
抽出基準	口腔機能・食機能の低下の恐れがある（質問票 No.4,5）もしくは歯科健診[25]で「問題あり」と判定された者
実施体制	歯科衛生士・保健師等による３～６か月を１クールとする居宅訪問（２回）・電話による支援（１回）

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、管理栄養士等との連携の上、栄養に関する支援を行うことも想定される。

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．対象者の抽出・絞り込み

口腔に関するプログラム対象者の抽出方法として、後期高齢者の質問票（No4, 5：口腔機能・食機能の低下の恐れがある）や歯科健診結果を活用する方法がある。その他、平成 30 年度から高齢者の健診の質問票の項目に加わった「食事をかんで食べるときの状態」についての活用も有用である。なお、対象者数が多い場合には、誤嚥性肺炎の既往や肺炎リスクの高い脳卒中等の既往がある人を優先的に絞り込みを行うことも考えられる。

歯科受診や口腔に関する相談に関心がなかったり、必要性に気付いていない対象者・家族等に利用を促すには、日常的に高齢者に接する機会のあるケアマネジャー等の介護関係者等に対する啓発が重要である。

---

[25] 歯科健診については、平成 30 年 10 月に厚生労働省医政局歯科保健課が作成した「後期高齢者を対象とした歯科健診マニュアル」を参照されたい。

４．実施内容

（１）動機づけ・事前アセスメント・目標設定

初回訪問時は、改善計画の立案のために必要な「口腔機能に関する課題」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。

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、口腔機能だけではなく、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。

アセスメント項目の例

区分	項目	データソース
口腔	有所見状況	歯科健診結果
	口腔内・義歯の状況、口腔清掃の実施状況	目視、聞き取り
	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】 歯科健診結果
栄養	体重変化	後期高齢者の質問票（No.6） 【6カ月間で2～3㎏の体重減少がありましたか：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】
	簡易栄養調査点数	簡易栄養調査
	アルブミン値	健診結果・血液検査
	食事回数・内容、摂取エネルギー、タンパク質量、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	聞き取り

	無、ストレス状況、急性疾患の罹患状況、うつ状態	

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はなく、介護をしている家族や介護スタッフがいる場合には、それらの人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・嚥下状態の問題や義歯不良、歯科医療未受診等を把握した場合には、歯科医師等への受診勧奨を行う。また、服薬内容により、口腔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のもと、かかりつけ医への相談等を行う。

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	歯科医院の受診勧奨
口腔機能の低下が疑われる場合	歯科医院の受診紹介 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 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 よく噛むことの推奨
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） 義歯の使い方

具体的な助言に加えて、口腔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、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による専門的ケアを組み合わせる。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・口腔と栄養の併用した支援のように、目前の高齢者に合致したテーラーメイドの取組であることが重要である。

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
入れ歯を毎日洗う、夜間は入れ物を決めて保管する
摂食・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
安全な姿勢で飲食する
よく噛んで食べるようにする

（２）中間評価・実践支援

中間評価では、設定した目標の達成状況や口腔・嚥下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。

（３）事後評価・フォローアップ

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、同事業で引き続き支援を継続するか、地域支援事業等、他のサービスへ接続する。

口腔に関するプログラム例

重症化予防に関するプログラム例　＜糖尿病性腎症の場合＞

１．概要

事業目的	糖尿病を抱える高齢者について個別訪問を行い、腎症に至るような重症化を防ぐ。
対 象 者	腎機能低下の所見がある糖尿病患者
抽出基準	糖尿病…HbA1c7.0%以上、高血圧…140/90mmHg 以上、 糖尿病性腎症…尿蛋白+、eGFR45 未満
実施体制	管理栄養士による６か月を１クールとする居宅訪問による支援（３回）

２．実施体制

重症化予防については、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が想定される。実施に当たっては、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かかりつけ医や専門医等の助言・指導が得られるよう、医師会やかかりつけ医等との連携体制を確保することが重要である。

３．対象者の抽出・絞り込み

重症化予防に関するプログラム対象者の抽出方法として、健診結果やＫＤＢシステム等によるレセプトデータを活用する方法（糖尿病：HbA1c7.0%以上、高血圧：140/90mmHg 以上、糖尿病性腎症：尿蛋白+、eGFR45 未満）がある。また、慢性疾患の重症化予防では、体重管理も必要であるため、ＢＭＩ27.5 超等を目安に対象とすることもあり得る。対象疾患に応じた抽出基準は、健診結果やレセプトデータを基に、地域の関係者と協議の上設定する必要がある。

レセプトデータにより抽出した対象者の場合には、かかりつけ医等と相談の上、選定する。

地域課題として重点化対策となった対象疾病（例えば糖尿病性腎症やＣＫＤ）等がある者、糖尿病歴が長い者等は、優先する対象者として考慮する。

なお、糖尿病性腎症については、国で策定されたプログラムに加えて、都道府県でもプログラムが策定されているため、地域での事業実施に際してはその内容を参考にする必要がある。

＜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。各都道府県版のプログラムも策定されている。

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、保健事業実施者向けの手引きも作成されている。

参考 URL：　〇糖尿病性腎症重症化予防プログラム

https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/program.pdf

〇糖尿病性腎症重症化予防プログラム開発研究班 HP

http://www.tokutei-kensyu.tsushitahan.jp/jushoka/

〇糖尿病性腎症重症化予防に関する事業実施の手引き

４．実施内容

（１）動機づけ・事前アセスメント・目標設定

初回訪問時は、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、その具体的な状況・背景を確認する。

レセプトデータが確認可能な場合には、受診している診療科・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確認しておくことが望ましい。

アセスメント項目の例

区分	項目	データソース
重症化予防	（糖尿病）空腹時血糖、HbA1c （高血圧）血圧 （糖尿病性腎症）eGFR、クレアチニン、尿蛋白	健診結果
	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の体重減少がありましたか：はい】
	生活習慣（たばこ、酒、運動等）	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】 聞き取り
	浮腫、入院歴、ストレス状態、急性疾患の罹患状況、うつ状態、食事回数・内容、摂取カロリー	聞き取り

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と連絡調整し、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、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ということもあるため、注意が必要である。糖尿病の重症化予防にあたっては、降圧剤や血糖降下剤を服薬中の人については HbA1c が 6.0%を下回っていても、注意してフォローする必要がある。疾病が重複する場合は特に注意が必要である。

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、慢性的に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
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

具体的な助言に加えて、生活習慣改善に向けて、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、専門的な栄養に関する情報が必要な場合には、管理栄養士等による助言を行う。また、対象者の状況に応じて、健康教室など、必要な支援・サービスの調整を行う。

設定する目標の例（重症化予防の行動目標）

血圧測定とウォーキングを行う 体重測定を行う 歩数計をつける 野菜を意識的に食べる 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

（２）中間評価・実践支援

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。

（３）事後評価・フォローアップ

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、同事業で引き続き支援を継続するか、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。

重症化予防に関するプログラム例

服薬に関するプログラム例

１．概要

事業目的	薬剤の服薬状況や残薬状況を評価し、ポリファーマシー（多剤併用にある中でも害をなすもの）の回避、服薬アドヒアランス[26]の向上等を目的とする。
対 象 者	一定数以上の薬剤が処方されている又は一定数以上の診療科を受診している高齢者
実施体制	薬剤師による３か月を１クールとする居宅訪問による支援（３回）

２．実施体制

訪問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。実際の訪問服薬指導は、地域の薬剤師会に事業を委託し、対象となる高齢者宅に訪問が可能な薬剤師が訪問、指導を行う方法が考えられる。

３．対象者の抽出・絞り込み

服薬に関するプログラム対象者の抽出方法として、ＫＤＢシステム等からレセプトデータを活用し、一定数以上の薬剤が処方されている又は一定数以上の診療科を受診している高齢者を抽出する方法がある。その際、機械的に抽出した人の中から、医療専門職（薬剤師等）の目でさらに絞込みが必要な場合もある。

ポリファーマシーの基準値については、学会等での統一的なものは示されていない。『高齢者の安全な薬物療法ガイドライン 2015』（日本老年医学会、2015）では、１日の服用数が６～７種類以上で薬物有害事象の発生増加に関連した報告が紹介されている[27]。一方で、処方の状況は、高齢者の状態や地域の事情によっても異なるため、単月ではなく複数月の処方や地域の全体的な処方状況等もみて検討する。

４．実施内容

（１）動機づけ・事前アセスメント・目標設定

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、ポリファーマシーの問題の有無等を確

---

[26] 患者が積極的に治療方針の決定に参加し、その決定に従って治療を受けることを意味する。
[27] 秋下雅弘（研究代表者）©日本老年医学会／高齢者の薬物治療の安全性に関する研究班（2015年 12 月）

認する。

薬の数は、利尿剤、睡眠導入剤、痛み止め等患者の訴えに応じて増えていくこともある。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。

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を確認することが想定される。

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。

なお、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。

アセスメント項目の例

区分	項目	データソース
服薬	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
	１年間のうち転倒の有無	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】
	認知機能の状況	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】

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、日常の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、単に服薬数が問題ではなく、服用している薬の形状や飲み合わせ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。

なお、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。

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場合など	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。

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 お薬手帳は１冊にする 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

（２）中間評価・実践支援

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。

（３）事後評価・フォローアップ

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、生活に不適切な量や回数の減少、それらに伴う残薬の量についても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、同事業で引き続き支援を継続する。

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 症候が非定型的 → 誤診に基づく誤投薬、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	過少医療 → 投薬中断

服薬に関するプログラム例

その２　高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の推進に向けたプログラム

市町村における高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施については、具体的には、次のような取組を実施することが考えられる。

なお、各自治体等における具体的な取組事例は、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の推進に向けたプログラム検討のための実務者検討班」会議資料[28]も参照いただきたい。

１　医療専門職の配置

市町村において、一体的な実施に当たり必要となる医療専門職の配置を進める。こうした医療専門職が中心となり、コーディネートを行い、地域の健康課題等の把握や地域の医療関係団体等との連携を進めるとともに、地域の多様な社会資源や行政資源を踏まえ、事業全体の企画・調整・分析等を行う。また、企画・調整等を行う保健師等の医療専門職に加えて、日常生活圏域単位で各地域に配置される医療専門職（保健師、管理栄養士、歯科衛生士等）が中心となり、高齢者のいる世帯へのアウトリーチ支援や通いの場等への積極的関与といった取組の充実を図る。

これまで後期高齢者の保健事業は、健診の実施が中心であったため、市町村の後期高齢者医療担当部局には、医療専門職が配置されていないことが多い。一体的実施に当たっては、事業の企画・調整・分析・評価等を行う人材と通いの場等への関与や個別訪問等の支援を行う医療専門職が必要となる。庁内の配置状況を踏まえ、適切な実施に向け、部局横断での検討・実施体制の構築が必要となる。

事業の企画・調整等の業務に従事する医療専門職は、地域の現状を把握し、地域のネットワーク等を活かしてデータの分析や対象者の抽出、他の部局や関係機関との調整、事業の評価に長けている人材を専任で充てることが望ましい。ただし、分析や事業評価等については、医療専門職が単独で行うものではなく、課題解決のために、事務職や他の専門職の見解も求めた上で進めていくことが求められる。さらに、他の部局や関係機関との調整においては、医療専門職だけではなく、事務職も含めた幹部の理解を得た上で進めることが重要である。

また、高齢者に対する個別支援や通いの場等への関与等を行う人材については、庁内の既存人材だけではなく、雇上げや委託による外部人材を活用することも考えられる。その場合も、日常生活圏域単位で配置され、疾病予防・介護

[28] https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-hoken_553056_00013.html

予防・地域包括ケアに精通し、高齢者の健康状態をトータルに、また多面的にとらえて適切なアセスメントができ、かかりつけ医をはじめとした各専門的見地を有する医療専門職と適宜連携ができる広い視野を持った人材であることが望ましい。

なお、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。また、高齢者の状態を多面的にとらえ支援するには、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。

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。

（１）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。

２）通いの場等を活用したフレイル予防の普及・促進

フレイル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を説明し、予防の方法として栄養、口腔、運動、社会参

加等に関する集団教育を実施する。

＜事例：フレイル予防啓発活動の展開＞

千葉県柏市では、地域包括支援センターの保健師等が地域のふれあいサロンや通いの場を訪問し、フレイル予防啓発活動を実施しています。具体的には、フレイル状態を把握するための指輪っかテストを含むフレイルイレブンチェックや握力、片足立ち上がり、歩行速度等の運動機能を測定し、高齢者本人にその場でフィードバックする取組が行われています。また、希望する通いの場には、管理栄養士・歯科衛生士・リハビリテーション専門職等の医療専門職を派遣しています。また、後期高齢者の健診通知に地域支援事業によるフレイルチェックを掲載し啓発の機会としています。

＜千葉県柏市＞

＜事例：フレイルサポーターによるフレイル対策＞

東京都西東京市では、フレイルチェックを住民自らが行うことができるよう、住民リーダーの養成を行い、チェックを実施する会場の拡充を図っています。

＜東京都西東京市＞

３）通いの場等を活用した健康教育・相談等の実施

健康教育・健康相談を実施する。具体的には、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として位置づける。

４）通いの場等を活用した健康状態等の把握

身長、体重、ＢＭＩや血圧等の簡易に測定できる身体指標、また「後期高齢者の質問票」の回答結果をもとに健康状態等の把握を行う。また状況に応じて、握力、歩行速度等の運動機能の把握も行いながら全身状態の把握に努め、フレイル状態を含めた高齢者の健康状態を把握する。

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システム等のデータから、高齢者の医療・健診・介護情報と通いの場等における後期高齢者の質問票や各種の測定結果等の情報を突合し、経年的な健康状態の把握・評価につなげる。また、医療・介護レセプト等の連結により医療機関の受診や服薬状況、要介護認定状況の把握を行い、必要に応じて医療の受診勧奨や地域包括支援センター等の紹介を行い、必要な介護サービスにつなぐ。一方で高齢者が受診する際に、かかりつけ医やかかりつけ歯科医等から必要に応じ、通いの場への参加勧奨等の協力依頼を行う。

（２）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、通いの場は住民皆が楽しく参加するための場として設けられているため、医療専門職が関与しても、気兼ねなく参加することができるよう、全員を対象としたヘルスチェックや結果説明、相談事業等、ハイリスク者が特定されないような取組とするよう留意する必要があり、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必要がある。

３　国保データベース（ＫＤＢ）システム等による分析・地域の健康課題の整理・分析

ＫＤＢシステムに盛り込まれている被保険者一人ひとりの医療レセプトや健診に係るデータ（国民健康保険の被保険者であったときの医療レセプトや特定健診・保健指導に係るデータを含む。）、介護レセプト、要介護度等の情報を一括で把握する。これに加え、後期高齢者の質問票の回答等、高齢者のフレイル状態等に関する情報も一体的に分析し、フレイルのおそれのある高齢者等、本事業において支援すべき対象者を抽出する。医療・介護双方の視点から高齢者の状態をスクリーニングし、社会参加の促進を含むフレイル予防等の取組等、対象者及び各地域の課題に対応した一体的な取組につなげていくことが求められる。

ＫＤＢシステムでは、地区別や市町村別、県別及び全国での集計情報や同規模等の保険者の情報と比較することも可能である。他の集団との比較により、自らの特徴を明らかにし、地域の特性を踏まえた保健事業計画の策定が容易となる。

図表Ⅱ－１　ＫＤＢシステム帳票「地域の全体像の把握」（帳票 ID：P21_001）

保健事業計画の策定や保健事業の実施に当たっては、ターゲットとすべき健康課題は何か、対象とするべき人がどのくらいいるのかを明確にする必要がある。

ＫＤＢシステムを用いることにより、一体的実施に当たって、地域の全被保険者をもとに集計・分析した帳票（地域の全体像の把握、健康スコアリング等）を活用し、保険者内の地区別比較や全国の平均値との比較や経年変化を追うことにより、運動・転倒や低栄養、社会参加の状況、高血圧等の健康リスクや重症化している疾病などの地域の健康課題を俯瞰的に把握することが可能となる。

また、被保険者を健診や医療の受診状況（受診・未受診・生活習慣病の受診等）を個人別につなげて把握できるため、いずれも受けていない者や医療だけ受けている者等を集計し取組の対象として抽出することが可能となる。

さらに、明らかになった健康課題については、なぜそのような課題が当該地域に見られるのかその要因について分析し、その上で地域において必要とされる取組を検討、事業実施につなげていく。

このような分析により地域の高齢者の全体像を俯瞰し、支援の必要な高齢者の概数を把握し、人的資源・体制の検討をはじめ、実現可能性の観点も踏まえ、保健事業における取組の優先順位付けを行うことが必要である。

地域の健診・医療・介護の統計情報について、広域連合や市町村、地区単位で網羅的に閲覧できる「健康スコアリング」帳票についても、令和元年度中に

リリースする予定である。

図表Ⅱ－２　ＫＤＢシステム帳票「健康スコアリング（健診・医療・介護）」

＜事例：ＫＤＢシステムの分析により始めた糖尿病性腎症重症化予防＞

福岡県後期高齢者医療広域連合では、事業を立ち上げる前に、ＫＤＢシステムを分析したところ、年間約 2000 人が新規に透析を導入していること、腎症の重症度レベルの高い人で医療機関未受診のままである人が多いことが明らかになったため、人工透析導入の防止または導入時期を遅らせるべく重症化予防事業に取組始めました。

＜福岡県後期高齢者医療広域連合＞

ＫＤＢシステムのデータに加え、地域の人口推計等により、将来の高齢者の状態像を確認したり、市町村が有する介護予防・日常生活圏域ニーズ調査のデータ等により圏域の高齢者の疾病構造や生活習慣、要介護度、受診状況等を活用して、地域の健康課題の整理・分析を行う。

ＫＤＢシステムは全国統一の規格であるものの、収載される項目は限られている。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の上、活用することが望まれる。

なお、事業を円滑に展開するためには、健診受診率が高い等取組が進んでいる地域や、通いの場に通っている高齢者等比較的健康状態や生活背景等の状況のわかる対象者から取組を進めていく等、優先順位を付けた運営も考えられる。

＜事例：関係各課が保有するデータを用いた地域の健康課題の把握＞

神奈川県大和市では、健康づくり推進課が保有する健診情報、保険年金課が所管しているＫＤＢシステムのデータ、高齢者福祉課が保有している介護予防アンケートの回答結果についてのデータも活用し、市内の健康課題の分析を行っています。データを組み合わせてきめ細かく分析することにより、店舗が少ない地域と死亡、要介護の関連、低栄養の特徴等を明確にしています。

＜神奈川県大和市＞

４　対象者の抽出

特定した健康課題への対応に当たっては、健康課題の把握に用いたものと同じＫＤＢシステム等のデータを活用して、対象者の抽出を行うことができる。年齢やＢＭＩ、検査値等いくつかの条件を設定して対象者を抽出することができ、その値の設定を変えたり、追加の条件を加えることにより対象者の絞り込みも可能となる。

一定の基準により抽出した対象者の中でも、社会的フレイルとして閉じこもりぎみの人、またひとり暮らしで孤食の人を対象とする等の優先順位付けも考えられる。

５　具体的な事業実施

抽出した情報をもとに、医療や介護サービス等につながっておらず健康状態が不明な高齢者や閉じこもりがちな高齢者等に対するアウトリーチ支援、個別に対象者を抽出して生活習慣病等の未治療・治療中断者に対する受診勧奨、口腔や栄養指導等も含む重症化予防や低栄養防止等の取組、通いの場等への参加勧奨等を行う。

通いの場等において、フレイル予備群等を把握し、低栄養、筋力低下や摂食機能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とともに、地域包括支援センター等の関係機関と連携して必要に応じて医療・介護サービスにつなげていく。比較的健康な高齢者に対しても、通いの場への参加継続やフレイルや疾病の重症化のリスクに対する気付きを促し、運動・栄養・口腔等の予防メニューへの参加を勧奨する等、既存事業等と連携した支援を行う。

通いの場等の支援内容に積極的に関与するとともに、駅前商店街やショッピングセンター等の日常生活拠点において、日常的に健康相談等を行う等、健康づくりへの興味関心を喚起するような環境を整える。

高齢者の保健事業として取り組むべき事項としては、第一に地域の健康課題を概観することが必要となる。その上で、事業の対象とすべき高齢者個人の状態を包括的に把握し、①健康課題が明確な人に対しての支援（受診勧奨や重症化予防等）、必要に応じて各種サービス等につなげる（アウトリーチ）支援、②健康状態が不明な高齢者に対して保健師等の医療専門職が（訪問して）状況把握を行い、③地域における通いの場への積極的な関与をはじめ、社会参加に向けた支援、元気な高齢者に対する情報提供・啓発が挙げられる。

（１）健康課題がある人への（アウトリーチ）支援

健康課題がある人への（アウトリーチ）支援については、市町村が設定した抽出条件に該当した人に対し、受診勧奨や重症化予防・低栄養防止のための支援を行う。主に健診結果を用いて対象者の抽出が行われるが、健診の際、結果によっては保健指導の対象になること等をあらかじめ周知しておくことも重要である。

なお、具体的な取組のモデルについては、「３　各種健康課題別の取組の例」を参照いただきたい。

１）対象者の抽出等について

健診の結果、血糖・血圧・脂質の各検査値が基準値以上であるにも関わらず、医療機関の受診がない人、もしくは一定期間以上医療機関を受診していない人を抽出し、書面の送付、電話、訪問等の方法により、医療機関への受診勧奨を行う。また、受診勧奨に当たっては、書面の送付が最も簡便な手法ではあるものの、高齢者本人に確実に情報が届いているかどうかについての確認が難しいという難点もあるため、工夫を行うことが望ましい。

なお、個別の訪問の際には、あらかじめＫＤＢシステムで、治療や検査の状況や処方薬の情報等を事前に確認することによって効率的なアセスメントを実施することが可能である。

＜事例：ＫＤＢシステムを活用した個人の状況の事前確認＞

宮崎県美郷町では、個人へアプローチする際にはＫＤＢシステムを活用し、個人の５年間の履歴（治療、検査、処方薬等）や治療中断の状況等を事前に確認し、訪問に活かしています。また、登録されている履歴データをＣＳＶにより抽出、二次加工し、管理台帳に医療情報を追加し、高額レセプト分析により高額医療費の原因となる疾患の傾向を把握します。

＜宮崎県美郷町＞

２）保健指導の実施

具体的なプログラムについては、各種健康課題別の取組の例を共通事項として取組を進める。

①栄養（低栄養）・口腔・服薬の取組について

健診結果や後期高齢者の質問票の結果から、栄養や口腔等に関する健康課題があることが明らかな場合には、医療専門職が個々人の抱える課題に応じた助言や指導を行う。

栄養に関する指導が必要となる対象者は、健診結果から抽出する。基準値はＢＭＩや体重の変化量とするが、低栄養対策とするのか、

過体重対策とするのかでその値は異なる。

オーラルフレイルの状態にある等の口腔に関する課題がある人を抽出する場合は、後期高齢者の質問票の回答結果もしくは歯科健診結果を用いる。服薬指導の対象者については、保険者で設定した処方薬数で抽出する[29]。

市町村によっては栄養や口腔等に関する健康課題への個別支援としては、介護予防・日常生活支援総合事業において、専門職による通所型・訪問型サービスがメニューとして用意されている場合もある。高齢者への支援メニューを用意する場合には、地域の既存事業の状況を鑑みながら、効果的な連携を図ることが重要である。

＜事例：低栄養改善・予防のための訪問指導＞

神奈川県大和市では、地域に暮らす高齢者の低栄養状態を改善し、介護予防・医療費の低減を目指すため、管理栄養士が６か月間に３回訪問します。初回訪問では、体重・ＢＭＩの確認、体重減少の理由・買い物・食事内容の聞き取りを行い、栄養状態・食事状態の課題把握、買い物の仕方や食材・食べ方についての助言を行うとともに、改善計画を立案します。２回目は状況確認を行い、必要に応じて目標の見直しをするとともに、３回目は計画に掲げた目標（例：体重変動、食事摂取量、買い物回数等）に対する評価を行い、高齢者本人との間で今後に向けての話し合いをします。

＜神奈川県大和市＞

＜事例：歯科医療機関における総合事業のサービスＣの展開＞

石川県金沢市では、歯科医療機関を活用して、口腔機能の低下の恐れのある高齢者が歯科専門職から継続指導が受けられるメニューを用意しています。

＜石川県金沢市＞

②重症化予防の取組について

生活習慣病の重症化予防の場合は、血圧・血糖・脂質の値が受診勧奨判定値以上であることが基本となる。ただし、高齢者の場合は、多くの人がこれらの各指標が受診勧奨判定値を超えるため、現状分析において把握した重症化予防の対象となり得る人の人数を踏まえ、受診勧奨判定値ではなくより重症度の高い値に設定する、もしくは

[29] ＫＤＢシステムでは１か月単位での処方薬数別の対象者数が集計される。処方薬数については、集計対象となった月に風邪をひく等で偶然処方薬数が多くなっていることもあるため、対象者抽出に当たっては、単月のリストにて抽出するのではなく、複数か月のリストを作成の上、連続して自治体で設定した薬剤数以上処方薬がある人等の条件を設定することが望ましい。

複数の指標に該当する場合に限定する等の絞り込みを行うこともあり得る。

治療を受けている人の重症化予防に取り組む場合には、医師会等との事前調整を行った上でかかりつけ医との連携のもと、保健指導につなぐことも考えられる。このような個別支援や、通いの場につながることによって、地域の高齢者は、一次予防、二次予防、三次予防の資源と有機的につながり、より適切なサポートにつなぐことができる。

また、糖尿病性腎症重症化予防については、国及び各都道府県において糖尿病性腎症重症化予防プログラムが策定されているため、そこに記載された内容を踏まえた支援が求められる。

歯科疾患の重症化予防についても、かかりつけ歯科医における治療を受けている人の重症化予防に取り組む場合には、かかりつけ歯科医等と連携し、モニタリングを適切に行うことも考えられる。歯科健診の結果「問題あり」と判定されたにも関わらず、一定期間歯科医療機関を受診していない者に対しては、受診勧奨を行う。また、脳卒中や糖尿病等の既往等がある場合、口腔に関する課題を抱えている可能性もあり、誤嚥性肺炎による全身状態の悪化や歯科疾患の重篤化の恐れもある。歯科健診を受けていなくても、誤嚥性肺炎や歯科疾患の重症化の恐れがあり、歯科に関するサービスを受けていないのであれば、積極的に口腔に関する保健事業の取組の対象として優先順位付けを行い、歯科医療サービスや介護予防事業の口腔の取組につないでいく必要がある。

＜事例：生活習慣病の重症化予防のための訪問事業＞

鳥取県鳥取市では、健診受診者のうち、血糖・血圧・脂質・尿蛋白について基準値を超えているものの、医療機関を受診していない人の自宅を訪問し、対象者の特性（生活習慣（食事や運動、喫煙））にあわせた保健指導や受診勧奨を実施しています。

＜鳥取県鳥取市＞

＜事例：糖尿病性腎症重症化予防のための訪問事業＞

福岡県後期高齢者医療広域連合では、糖尿病性腎症で治療中の患者のうち、健診結果で基準値に該当している人に対して、訪問の案内文書を郵送し、その後訪問指導を実施しています。訪問においては、病態や健診結果の説明をするほか、生活習慣に気付きを与え、見直しを促します。事業参加者については、本人の同意を得て、かかりつけ医にも事業説明と情報提供や保健指導計画の確認依頼をします。月１回程度の訪問を６か月行った後、訪問等により、高齢者本人の状況を確認し、必要に応じて地域で開催されている教室や地域包括支援センター等につないでいます。

＜福岡県後期高齢者医療広域連合＞

③高齢者の保健指導における留意点について

高齢者の抱える健康課題は複合的であることも多いため、個別の健康課題からの抽出を行っている場合でも、アセスメントは個別の課題に限定されることなく、複合的な視点を持って行い、高齢者の健康課題を特定していくことが求められる。その際、身体機能だけではなく、社会的な状況も考慮することが必要であるため、単一の職種だけではなく、多職種で課題を共有し、解決に結び付けていくことが求められる。また、健康課題を有する高齢者は複数の疾患を有していることが多いため、かかりつけ医と連携して疾病管理を支援する視点も重要である。

また、指導の際には、高齢者がなぜそのような健康課題を抱えるに至ったかについての原因や改善に向けた取組の検討に必要となる背景情報を把握するアセスメントを行い、高齢者本人と一緒に考えながら、個々人の状態に即した助言・指導を行う。その際、高齢者の自己効力感を高める効果を持つインタビューの方法も活用しながら本人が望ましい行動に踏み出せるような支援が必要である。

さらに、助言・指導の内容が理解され、実践に結びついているかを確認するため、医療専門職が高齢者に接するのは、アセスメントを実施する際の 1 回だけではなく、高齢者の状態像や理解度に応じて複数回にわたる支援が必要となる。複数回の支援後、高齢者の状態像や理解度について評価を行い、さらなる継続的な支援や他の支援が必要であると判断される場合には、支援を継続したり、地域包括支援センター等と連携することが必要である。

（２）健康状態不明者の状況把握

健康状態不明者の状況把握については、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、それに該当する人に対して、医療専門職等が地域包括支援センターや民生委員等とも連携し、電話連絡や個別訪問を行い、健康課題の有無を判断するためのアセスメントを行う。

対象者の抽出基準は、健診が未受診かつ医療機関の未受診が基本となる。また、医療機関受診中であっても、健診未受診の場合は保険者において健康状態を詳細に把握することができない。医師会等との事前調整を行った上で、健診未受診者であっても、かかりつけ医等との連携のもと、検査値や後期高齢者の質問票の回答結果を得る等により、より詳細な健康状態を把握する取組の実施も考えられる。その際、ひとり暮らし高齢者や高齢者のみ世帯等から優先的に取り組む等の工夫も必要となる。

後期高齢者の健診受診率は、29.2%（平成 30 年度見込）であるため、健診結果により健康課題の有無を把握できる人は限定的となっている。定期的に医療機関を受診している人の中には、通院を理由に健診受診の必要なしと考えている人も多いため、医療機関からの健診の受診勧奨を依頼することも重要である。その上で、さらに多くの人の健康課題の有無を把握するためには、後期高齢者の質問票に回答してもらうことが必要となる。例えば、通いの場等高齢者が集う場に医療専門職が出向き、参加者に質問票を回答してもらう方法が考えられる。質問票の回答によって健康課題があることが明らかになった場合には具体的な個別支援の取組や通いの場、地域包括支援センター等の紹介を行い、必要な介護サービスにつなぐことが必要となる。

特に閉じこもりがちな高齢者は、社会的フレイルに陥りがちである。できるだけ地域の人々との接点、社会の中での役割を持つことにより、社会的なフレイルに陥らないようにするためにも、介護、福祉部局との連携を密にし、アウトリーチによる支援で、健康状態を把握することが大切である。このことにより、要介護状態等のハイリスク状態となることを未然に防ぐことが考えられる。また、アウトリーチ支援に際し、社会参加に関する情報を提供し、通いの場等につないでいくといった支援も考えられる。

＜事例：健康状態不明者宅への管理栄養士による訪問＞

愛知県大府市では、健診を受診しておらず、医療機関が未受診である健康状態が不明な高齢者宅に管理栄養士が訪問し、栄養状態の評価及び生活機能を評価し、低栄養及びフレイルのリスクのある方については、後日複数回訪問し、栄養指導を実施しています。なお初回の訪問前には、郵送にて「栄養パトロールの案内文とアンケート」を送付し、市の事業として管理栄養士が訪問する旨を伝えています。対象者全員を訪問し約 7 割からアンケート回収ができています。

＜愛知県大府市＞

＜事例：ひとり暮らし高齢者への電話・訪問相談＞

大阪府大阪狭山市では、市が保有するひとり暮らし高齢者台帳に登録された高齢者の中で、要介護認定を受けていない被保険者に対して、看護師・保健師が本人もしくはその人を担当する民生委員に電話をし、健康状態や医療機関受診状況、外出状況、健康に関する不安等を聞き取り、必要に応じてその後訪問による相談を実施しています。また経過の中で必要があれば、地域包括支援センターにつないでいます。

＜大阪府大阪狭山市＞

＜事例：健康スケール未返信者への地域包括支援センターによる実態把握＞

千葉県船橋市では、千葉大学の協力のもと、市独自で高齢者の元気度と 3 年後の要支援・要介護のリスクを測る指標として「健康スケール」を開発し、対象となる高齢者全員に郵送。回答がない高齢者については、地域包括支援センターが訪問や電話により実態把握を行っています。

＜千葉県船橋市＞

＜事例：他職種訪問による健康課題の把握と支援の実施＞

長野県佐久市では、地域の健康状態不明者に対し、保健師が訪問し、高齢者の健康課題を把握するための全般的なアセスメントを実施した後、それぞれの高齢者が抱える課題に応じて各種専門職（保健師・管理栄養士・理学療法士・歯科衛生士）が訪問し、助言、指導を行っています。

＜長野県佐久市＞

（３）元気高齢者等に対するフレイル予防等についての意識付け

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。これにより、高齢者が興味・関心を抱き、プレフレイル状態であること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。

＜事例：個別訪問と集団教室の両方を活動の対象とした栄養パトロール＞

三重県津市では、地域の高齢者全世帯に対し、訪問による個別支援と地域サロンでの栄養相談等、集団を対象にした活動の両輪による栄養パトロールを実施しています。

＜三重県津市＞

＜事例：市民ヘルスミーティングの開催＞

千葉県船橋市では、地区コミュニティの集いの場に、地区分析結果を提供し、地区の良かった項目や改善が必要な項目等の地域の特徴を市民と共有しています。保健師・管理栄養士に加え、歯科衛生士、理学療法士等も参加し、高齢者からのフレイル予防に関する情報提供も行うほか、個別の相談も受けています。

＜千葉県船橋市＞

＜事例：後期高齢者ウェルカム事業「いきいきシニア 75」＞

滋賀県東近江市では、後期高齢者ウェルカム事業「いきいきシニア 75」として、翌月 75 歳を迎える高齢者を対象に、市内各所で後期高齢者医療被保険者証の交付・制度説明とあわせて、保健師による適正受診や健診受診の必要性、フレイルに関する説明や介護予防事業の紹介、管理栄養士による栄養指導等を行っています。

＜滋賀県東近江市＞

＜事例：介護予防センターの設置＞

北海道札幌市では、地域包括支援センターの役割を補完する機関として、高齢者が住み慣れた地域でいつまでも暮らせるように、介護予防教室を開催、または通いの場の立ち上げ等地域の介護予防活動の支援を行ったり、地域の高齢者の身近な相談窓口の機能を担う「介護予防センター」を市内 53 か所に設置しています。介護予防センターの活動が効果的に展開されるよう、歯科衛生士会に委託し、通いの場等に出向いて講話や口腔機能向上を目指すゲームや口腔機能のチェック等をしてもらっています。

＜北海道札幌市＞

地域単位で情報提供を行う場合には、ＫＤＢシステム等の分析により明らかになった地域の健康課題とその理由についても提示していくことが必要である。

また、健診の結果説明の場でも、フレイル予防に関する意識付け等を積極的に行っていくことが求められる。

なお、高齢者、特にその中でも男性は、通いの場等に出てこず、家に閉じこもっている人も少なくない。そのような人や無関心層に対しても意識付けを行い、通いの場等に参加を促すアプローチを検討することも必要である。

例えば、地域資源の活用として、駅前広場やショッピングセンターには、買い物等に来た高齢者が気軽に立ち寄ることができる場であるため、フレイル度のチェックや体力アップの行動に移せるよう、血圧・体重等の測定、健康管理のための情報の入手が行える機会の工夫をする。

＜事例：「まちの保健室」での看護師による健康相談＞

兵庫県看護協会では、道の駅や復興公営住宅、ショッピングセンターや福祉センター等を開催場所としてボランティア看護師が地域住民の健康相談・健康チェックを実施し、測定結果と併せて生活習慣に関する指導等を行っています。

＜兵庫県看護協会＞

＜事例：大手運送会社による生活支援サービス＞

東京都多摩市では、大手運送会社が市と情報連携についての協定を締結し、荷物の配送だけでなく、買い物代行や家事代行などの生活支援サービス機能を付加したコミュニティ拠点を設置しました。同じ商店街に立地する地域包括支援センターや自治会との連携、市や地域の情報発信など、地域の住民のくらしを便利にし、事業者も活性化させる取組を、積極的に行っています。

＜東京都多摩市＞

＜事例：民間スーパーと連携した「買い物リハビリテーション」＞

愛知県長久手市では、民間のスーパーに場所を提供してもらい、市独自の閉じこもり・転倒・栄養等に関するチェックリストで基準値を超える高齢者に対し、健康チェック（血圧・脈拍測定）と体操を実施しています。

＜愛知県長久手市＞

６　事業を効果的に進めるための取組

こうした取組を進めるに当たっては、市民が自ら担い手となって積極的に参加できるような機会も充実するよう努める。

そのためには、医療専門職が通いの場を含め、地域の中で積極的に活動することが必要である。そうすることにより、支援が必要な高齢者を支える立場となり得る元気高齢者と触れ合う機会も増える。

また、通いの場は住民主体等の運営によるものであるが、市町村独自のフレイルチェック票等、元気度のチェックを通いの場等で実施してもらうため、高齢者等の市民から「フレイル予防サポーター」等を募集し、市町村が登録し、研修会を開催する等して育成し、高齢者同士が助言しあえる環境を整備する等、市民主体の取組につなげる。場合によっては、在宅保健師等、地域活動をしていた行政の医療専門職のＯＢ等にボランティアとして関わってもらうこともあり得る。

そのような場での活動を活性化させるためには、参加する高齢者一人ひとりに求める役割を明確にしたり、介護予防ボランティアポイント制度を活用することにより、住民をサポートしてモチベーションを上げていくことも考えられる。

＜事例：住民主体の場のサポーター養成＞

福島県南相馬市では、週一サロンとして、ＤＶＤを使った体操等を実施しています。その際、市では運営するサポーターを養成し、参加者のモチベーションの維持を図っています。

＜福島県南相馬市＞

＜事例：市民自らがボランティアで教室運営＞

千葉県船橋市では、市民が自らボランティアで体操の初級指導士になり、地区コミュニティの中で、自主的に教室を運営する「ふなばしシルバーリハビリ体操」を実施しています。

＜千葉県船橋市＞

＜事例：「介護予防リーダー」や地元学生によるフレイル対策＞

東京都多摩市では、介護予防活動を実践する「介護予防リーダー」と呼ばれる市民ボランティアや地元大学の学生による、フレイル度のチェック・測定を行い、介護予防に向けた行動変容を図るとともに、健康な高齢者の地域活動への参画を図っています。

＜東京都多摩市＞

＜事例：介護支援ボランティア制度による住民参加の促進＞

東京都稲城市では、介護支援ボランティア制度を設け、介護予防に資する社会参加活動を行うことに対してポイントを付与し、様々な介護予防の活動への高齢者の参画を促進しています。

＜（東京都稲城市＞

７　地域の医療関係団体等との連携

地域の医療関係団体等と積極的な連携を図り、一体的な実施における具体的な事業メニューや事業全体に対する助言や指導を得るとともに、受診勧奨に関する支援や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働きかける。

高齢者の健康状態を把握する上では、できるだけ多くの高齢者に健診を受診してもらえるよう、医療機関等に健診受診の勧奨について依頼することが望ましい。また、健康課題が明らかとなった高齢者に対しての具体的な取組内容の検討に当たっては、地域の医療関係団体等に対し実施体制、対象者の範囲を含めた事業スキーム等について事前に相談を行い、事業の実行可能性を高めていく必要がある。事前に相談を行うことにより、会員向けに事業周知等で協力してもらうことも可能となる。

また、医療機関を受診中の高齢者に対しての訪問指導等を行う場合には、事業開始前に、事業の具体的内容を個々のかかりつけ医や医師会等に説明をし、理解を求めたり、専門医へのつなぎ方等について協議、情報共有をする必要がある。必要に応じてマニュアルの作成等を行うことも考えられる。

このように、医療関係団体や個別の医療機関に協力を求める際には、健康課題の分析結果等のデータによる裏付けができる資料をもって説明をすることが望ましい。

なお、取組内容等によっては、かかりつけ医等と連絡票等を用いて事業参加者に関する情報を適宜情報交換し、個々人の状況について助言を受けたり、支援の中で得た情報を提供することが求められる。

協力を求める医師会等の関係機関については、事業の進捗状況や事業の成果についても随時報告することも重要である。

また、地域包括支援センターには、事業への参加の可能性のある人の紹介及び利用者情報の提供、必要に応じて事業参加者の見守り等を依頼する等連携を求めることも考えられる。一方、保健事業で把握できた高齢者の情報を、本人の同意の上で地域包括支援センターに提供することにより、介護予防ケアマネジメントや介護予防支援におけるケアプラン作成に活かすことも可能となる。

＜事例：主治医との情報交換の実施＞

長野県佐久市では、低栄養等の健康課題を抱えた高齢者に対する個別の保健指導の実施に先立ち、当該高齢者のかかりつけ医に対し、事業参加の可否に関する確認・診療情報の提供依頼を行い、参加者についての指導の状況についても経過・結果報告をしました。

＜長野県佐久市＞

これらとあわせ、地域の医療関係団体等には、フレイル予防にとって必要な社会参加を促すために、通いの場に参加勧奨してもらえるよう、どこでどのような活動が実施されているかについて情報提供をすることも考えられる。

８　高齢者の社会参加の推進

介護予防の通いの場等については、民間の取組、地域の集いの場等との連携や、高齢者の参加を促すための個人に対するインセンティブ措置（ポイント制の導入促進等）を講ずることも考えられる。

行政が把握している通いの場以外にも、民間事業者による介護予防の取組や茶話会や会食の機会や配食サービス、自治会や老人クラブ等の地域の集いもある。これらの取組は、保健指導の後のつなぎ先ともなり得るため、積極的に情報収集し、高齢者の社会参加につながるよう、高齢者に対しての情報提供も実施する。

また、近年、全国各地で健康づくりに取り組む個人のインセンティブを高めるために健康ポイント等の取組が行われている。これらの取組と連携して、高齢者が通いの場等に参加することに対してポイントを付与する等により、参加を促すことも考えられる。

９　国保保健事業と高齢者保健事業との接続

事業実施に当たっては、フレイルのおそれのある高齢者全体を支援するために、国民健康保険保健事業と高齢者保健事業を接続して実施できるようにする。

高齢者の健康状態は、非常に個人差が大きく、前期高齢者であってもフレイルのおそれのある者、重症化予防等の取組の対象となっている者もいる。高齢者への訪問指導等を行う際には、国民健康保険加入時等、後期高齢者医療制度加入前の情報を活用しながら行うことが望ましい。また、国民健康保険加入時に、重症化予防事業の対象となっていた人については、後期高齢者医療制度の被保険者となり、事業の対象としてフォローされなくなってしまうこともあるが、高齢者本人や地域の関係機関にとって年齢で事業が区切られることは適切ではない。前期高齢者からの健康づくり・予防活動が重要であり、そのためにも、国民健康保険から後期高齢者医療制度に移行した場合でも、保健指導の記録を適切に後期高齢者の保健事業の担当者に引き継ぐことが望まれる。また、国民健康保険保健事業と後期高齢者の保健事業での連続的な取組が実施できるよう、重症化予防事業等については、現状分析の方法から事業実施体制や方法について国民健康保険保健事業との十分な調整のもと同一組織で実施したり、国民健康保険保健事業での事業参加者についても後期高齢者医療制度へ加入後においてもフォローを行っていくことも求められる。

また、後期高齢者医療側のデータ分析結果等を国民健康保険保健事業側にも提示することにより、国保側での取組の成果が見えることになり、互いの協働の必要性を理解できるようになる。

＜事例：国保と後期高齢者での糖尿病腎性重症化予防事業の一体的な展開＞

長崎県後期高齢者医療広域連合では、広域連合主体で進めてきた重症化予防の取組に県、市町、医師会等を巻き込み、国保被保険者から後期高齢者を含め、県内全市町での取組へと拡充し実施しています。

＜長崎県後期高齢者医療広域連合＞

10　事業の評価

こうした取組等について、ＫＤＢシステム等を活用して事業の実績を整理しつつ、事業の評価を行い、効果的かつ効率的な支援メニュー内容への改善につなげていく。

個別被保険者に対する保健指導の成果等を確認するための事業の評価については、事業の実施前後の状態像を把握する必要がある。ＫＤＢシステムの「介入支援対象者一覧（栄養・重症化予防等）」（帳票 ID：P27_009）では、事業参加者の登録を行うと、事業への参加前後の健診結果（質問票の回答結果を含む）、医療費・介護給付費等について個人単位、集団単位での比較が可能となり、事業参加者と非参加者を比較した事業評価を容易に行うことができる。これらの機能を活用する等して、生活習慣や社会参加の状況、身体状況の変化や医療機関の受診状況、疾病の罹患状況、要介護認定率等により、事業の成果等を確認しながら、ストラクチャー（構造：実施体制等）、プロセス（過程：事業の進め方等）、アウトプット（事業実施量）、アウトカム（事業実施効果）の４つの視点から事業を振り返り、事業実施上の成功要因や課題等を明らかにして、効果的かつ効率的な事業展開を目指す。

初版　平成 30 年４月

高齢者の保健事業のあり方検討ワーキンググループ　構成員

＜構成員＞

	飯山　幸雄	公益社団法人国民健康保険中央会　常務理事
	石崎　達郎	東京都健康長寿医療センター研究所　研究部長
	下浦　佳之	公益社団法人日本栄養士会　常務理事
	杉山みち子	神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部教授
	鈴木　隆雄	桜美林大学老年学総合研究所　所長
	髙野　直久	公益社団法人日本歯科医師会　常務理事
○	津下　一代	あいち健康の森健康科学総合センター　センター長
	中板　育美	公益社団法人日本看護協会　常任理事
	東野　展也	兵庫県後期高齢者医療広域連合　事務局長（第 4 回～5 回）
	平野美由紀	愛知県飛島村民生部長
	伏屋　真敏	岐阜県後期高齢者医療広域連合　事務局長（第 1 回～3 回）
	松本　純一	公益社団法人日本医師会　常任理事
	村岡　　晃	高知県高知市健康福祉部長
	吉田　力久	公益社団法人日本薬剤師会　常務理事
	吉村　典子	東京大学医学部附属病院 22 世紀医療センター特任准教授

○　座長

（五十音順、敬称略）

初版　平成 30 年４月

高齢者の保健事業のあり方検討ワーキンググループ　作業チーム

＜チーム員＞

	飯島　伴典	イイジマ薬局(長野県上田市)（第１回～4 回）
	生田　図南	医療法人社団南生会生田歯科医院　理事長（熊本県天草市）
	石崎　達郎	東京都健康長寿医療センター研究所　研究部長
	小倉芳意智	岐阜県後期高齢者医療広域連合　給付課長（第１回～2 回）
	鎌形喜代実	公益社団法人国民健康保険中央会　参与
	田中　和美	神奈川県大和市健康福祉部健康づくり推進課　係長
○	津下　一代	あいち健康の森健康科学総合センター　センター長
	中西　保美	兵庫県後期高齢者医療広域連合給付課長（第 4 回）
	西川　英文	岐阜県後期高齢者医療広域連合給付課長（第 3 回）
	西本　美和	滋賀県大津市健康保健部長寿政策課地域包括ケア推進室 主査
	花戸　貴司	滋賀県東近江市永源寺診療所　所長（第１回～2 回）
	村中　峯子	公益社団法人日本看護協会　健康政策部長
	村本あき子	あいち健康の森健康科学総合センター　健康開発部長
	渡辺　　象	公益社団法人東京都医師会　理事

○　座長

（五十音順、敬称略）

第２版　令和元年 10 月

高齢者の保健事業のあり方検討ワーキンググループ　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
	勝田　秀貴	三重県後期高齢者医療広域連合　事務局長（第 8 回）
	日下　優	兵庫県後期高齢者医療広域連合　事務局長（第 6 回～7 回）
	小玉　　剛	公益社団法人日本歯科医師会　常務理事（第 8 回）
	近藤　久代	埼玉県嵐山町健康いきいき課課長（第 6 回～7 回）
	下浦　佳之	公益社団法人日本栄養士会　常務理事
	杉山みち子	神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部教授（第 6 回～7 回）
	鈴木　隆雄	桜美林大学老年学総合研究所　所長
	髙野　直久	公益社団法人日本歯科医師会　常務理事（第 6 回～7 回）
	田中　和美	神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部栄養学科　教授（第 8 回）
○	津下　一代	あいち健康の森健康科学総合センター　センター長
	中野　　透	公益社団法人国民健康保険中央会　常務理事
	沼田　美幸	公益社団法人日本看護協会　健康政策部　部長（第 8 回）
	松本　吉郎	公益社団法人日本医師会　常任理事
	村岡　　晃	高知県高知市健康福祉部長
	村中　峯子	公益社団法人日本看護協会　健康政策部長（第 6 回～7 回）
	吉田　力久	公益社団法人日本薬剤師会　常務理事
	吉村　典子	東京大学医学部附属病院 22 世紀医療センターロコモ予防学講座特任教授

○　座長

（五十音順、敬称略）

第２版　令和元年 10 月

高齢者の保健事業のあり方検討ワーキンググループ　作業チーム

＜チーム員＞

	生田　図南	医療法人社団南生会生田歯科医院　理事長（熊本県天草市）
	伊澤　慶彦	一般社団法人練馬区薬剤師会　副会長
	石崎　達郎	東京都健康長寿医療センター研究所　研究部長
	鎌形喜代実	公益社団法人国民健康保険中央会　調査役
	田中　和美	神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部栄養学科 教授
○	津下　一代	あいち健康の森健康科学総合センター　センター長
	中西　保美	兵庫県後期高齢者医療広域連合給付課長（第 5 回～6 回）
	西本　美和	滋賀県大津市健康保健部健康推進課課長補佐（兼）母性保健係長
	沼田　美幸	公益社団法人日本看護協会　健康政策部長（第 7 回）
	平川　博之	公益社団法人東京都医師会　副会長（第 7 回）
	廣田　一実	三重県後期高齢者医療広域連合　事業課長（第 7 回）
	村中　峯子	公益社団法人日本看護協会　健康政策部長（第 5 回～6 回）
	渡辺　　象	公益社団法人東京都医師会　理事（第 5 回～6 回）

○　座長

（五十音順、敬称略）

参考文献

１）　鈴木隆雄 :「後期高齢者の保健事業のあり方に関する研究」厚生労働科学特別研究事業報告書：平成 28 年３月

２）　津下一代 : モデル事業実施自治体ヒアリング（意見交換会）講演資料「高齢者の特性に応じた保健指導」: 平成 28 年 11 月、平成 29 年 10 月

３）　鈴木隆雄 : モデル事業実施自治体ヒアリング（意見交換会）講演資料「後期高齢者の健康―フレイル対策を中心として―」

４）　東京都後期高齢者医療広域連合 :「東京都後期高齢者医療に係る医療費分析結果報告書．2015」平成 27 年３月

５）　編集代表 荒井秀典 : 日本老年医学会／国立長寿医療研究センター「フレイル診療ガイド」: 平成 30 年３月

６）　「平成 29 年度高齢者の特性を踏まえた保健事業（フレイル対策）に関する文献調査」報告（厚生労働省保健局高齢者医療課とりまとめ）: 平成 30 年３月

７）　厚生労働省医政局歯科保健課 :「後期高齢者を対象とした歯科健診マニュアル」平成 30 年 10 月

別添

後期高齢者の質問票の解説と留意事項

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カ月間で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 物忘れがあると言われていますか	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

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事業の一体的実施　　質問票

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」に目が向きやすいため、「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」、「こんなにやれていることがある」というメッセージを伝える。
・後期高齢者は 97.9%が医療機関を受診している（平成 29 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（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）

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せんか」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であったか、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。だれと、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 No1	**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	○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。 ○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。	
エビデンス、統計等	○主観的健康感は、累積生存率[1)]（図 1）、要介護度、認知機能と強い関連がある。 ○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[2)]。 ○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[3)]（図 2）。	
聞き取りポイント	○“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。 ○“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。	
具体的な声かけの例	<u>○“よい”、“まあよい”、“ふつう”の場合</u> ⇒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のですね。」 <u>○“あまりよくない”、“よくない”の場合</u> ⇒「“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？」	
留意事項	○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。 ○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。	
対応方法、紹介先の例	○“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。 ○急な健康状態の悪化の場合 ⇒医療機関を紹介する。	

図 1：主観的健康感と、累積生存率との関連について [1)]

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 [3)]

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、健康と思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

質問 **No2**	**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
目的	心の健康状態を把握する。	
解説	○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。	
エビデンス、統計等	○フレイル*を有する高齢者はうつ病を有する確率が高い[1)]（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[2)]（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[1)]。	
聞き取りポイント	○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。	
具体的な声かけの例	<u>○“満足”、“やや満足”の場合</u> ⇒「充実した生活を送っていらっしゃるのですね。」 <u>○“やや不満”、“不満”の場合</u> ⇒「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？」	
留意事項	○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。	
対応方法、紹介先の例	○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。	

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すか	はい	いいえ
3	生活が空虚だと思いますか	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すか	いいえ	はい
8	自分が無力だなあ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すか	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すか	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すか	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 [1)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 [2）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。

図 2-1. ADL 低下の割合　　**図 2-2. 運動機能低下の割合**

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 No3	**1 日 3 食きちんと食べていますか**	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[1)]（図 1）。 ○食事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[2)]（図 2）、食事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[3)]。 ○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、食事多様性スコアが高く[1)]、低栄養予防につながる。	
聞き取りポイント	**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。** ○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○○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：食事多様性スコアとフレイルの関係 [2] より改変

食事多様性スコアとは、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、食事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。

食事多様性スコアは、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）吉﨑貴大, 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

質問 **No4**	**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
目的	咀嚼機能の状態（咀嚼力）を把握する。	
解説	○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。	
エビデンス、統計等	○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[1)]（図１、２）。	
聞き取りポイント	**<u>質問 4、5 の口腔機能は、2 項目を併せて確認する。</u>** ○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。	
具体的な声かけの例	<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[2)]。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。」	
留意事項	○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。	
対応方法、紹介先の例	○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⇒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。口腔体操のリーフレットを渡す。	

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 [1)]

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 [1)]。（年齢等調整済み）

＊65 歳以上の地域在住高齢男女 2011 名を最大 4 年間追跡調査

図 2：オーラルフレイル [2)]

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）[2)]：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

質問 **No5**	**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
目的	嚥下機能の状態を把握する。	
解説	○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。	
エビデンス、統計等	○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[1)]（図１、２）。	
聞き取りポイント	**<u>質問 4、5 の口腔機能は、2 項目を併せて確認する。</u>** ○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。⇒一口量や食事にかける時間を確認する。	
具体的な声かけの例	<u>○“いいえ”の場合</u>⇒ 「お茶や汁物等でもむせずに飲み込めていますね。」 <u>○“はい”の場合</u>⇒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がある。 ⇒「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）[2)]	
留意事項	○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。	
対応方法、紹介先の例	○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。	

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 [1)]

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）

＊65 歳以上の地域在住高齢男女 2011 名を最大 4 年間追跡調査

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 [1)]

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

図 2-2. オーラルフレイルと累積生存率

*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

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

質問 **No6**	**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
目的	低栄養状態のおそれを把握する。	
解説	○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、気づかない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。	
エビデンス、統計等	○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[1)]（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[2)]（図 2）。	
聞き取りポイント	○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。	
具体的な声かけの例	○“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？」	
留意事項	○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。	
対応方法、紹介先の例	○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。	

図 1：体重減少と 2 年後の要介護状態の発生 [1)]

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 [2)]

年齢が高くなるとの肥満（BMI≧25）の割合は減り、低栄養（BMI≦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

類型名：運動・転倒

質問 **No7**	**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
目的	運動能力の状態を把握する。	
解説	○簡易フレイルインデックスの質問を採用しており、体力が日常的に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。 **フレイルの診断法（J-CHS 基準）**[1)] ①体重減少（6 か月で 2～3 kg以上の減少）、②筋力低下（握力：男性＜26 kg、女性＜18 kg）、 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。	
エビデンス、統計等	○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[2)]。 ○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[4)]（図２）。	
聞き取りポイント	**質問 7、8、9 の運動・転倒は、3 項目を併せて確認する。** ○“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。	
具体的な声かけの例	○“いいえ”の場合 ⇒歩け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。」 ○“はい”の場合 ⇒「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？」	
留意事項	○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。	
対応方法、紹介先の例	○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。	

図 1：フレイルの有症率 [3)]

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 [4)]

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 [5)]

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

質問 **No8**	**この 1 年間に転んだことがありますか**	①はい　　②いいえ
目的	転倒リスクを把握する。	
解説	○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（大腿骨頚部等）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。）	
エビデンス、統計等	○骨折・転倒は、介護が必要になった原因の第 4 位である[1)]（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[2)]（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[3)]（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[4)]。	
聞き取りポイント	**質問 7、8、9 の運動・転倒は、3 項目を併せて確認する。** ○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。	
具体的な声かけの例	○“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。」 ○“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？」	
留意事項	○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。	
対応方法、紹介先の例	○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。 ○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。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。 ○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。	

図 1：介護が必要となった主な原因 [1)]

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」「高齢による衰弱」に続き、第 4 位であった。

表 1：臨床的に重要な転倒の危険因子 [2)]

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 [3)]

（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.平成 28 年 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

質問 **No9**	**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
目的	ウォーキング・体操等の運動習慣を把握する。	
解説	○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。	
エビデンス、統計等	○運動習慣があることがフレイル予防に繋がる[1)]（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[2)]。 ○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[3)]（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[4)]。 ○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[5)]（図 3）。	
聞き取りポイント	**質問 7、8、9 の運動・転倒は、3 項目を併せて確認する。** ○ウォーキングに限定して受け取られる可能性があるので、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。 ○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ので、散歩レベルで良いことを理解していただくことが必要である。 ○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。 ○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。 ○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。	
具体的な声かけの例	○“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。」 ⇒「○○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。」 ○“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？」	
留意事項	○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。 ○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伝える。	
対応方法、紹介先の例	○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。 ○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。	

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 [1)]

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 [3)]

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 [5)]

※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、年齢が上がるとともに低下している。

1）Gill TM, Baker DI, et al. N Engl J Med. 2002 Oct 3;347(14):1068-1074.
2）Ishizaki T, Watanabe S, et al. J Am Geriatr Soc. 2000;48(11):1424-1429.
3）厚生労働省.健康づくりのための身体活動基準 2013.
4）Izawa KP, Shibata A, et al. PLos One. 2017;12(6):e0178654.
5）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 **No10**	**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いますか**	①はい　　②いいえ
質問 **No11**	**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[1]）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[2]（図 1）。 ○軽度認知障害（MCI：Mild Cognitive Impairment[3]）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[4]（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[5]。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[6]（図３）。	
聞きとりのポイント	**<u>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。</u>** ○“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	<u>○“いいえ”の場合</u> ⇒「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？」 <u>○“はい”の場合</u> ⇒「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 [1)]

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 [1)]、27 点以下は軽度認知障害 MCI の疑いがあると判断される [7)]。

図 1：MMSE スコアの加齢変化パターン [2)]

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 [3)]

「認知症の一歩手前」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 [4)]

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 [6)]

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。

1）認知症疾患診療ガイドライン 2017.
2）Taniguchi Y, Kitamura A, et al. Geriatr Gerontl 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

質問 **No12**	**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
目的	喫煙習慣を把握する。	
解説	○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。	
エビデンス、統計等	○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 [1] (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 [2] (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 [2] (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 [3] (図 3)。	
聞き取りポイント	○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。	
具体的な声かけの例	<u>○“吸っている”場合</u> ⇒「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?」 <u>○“やめた”場合</u> ⇒「禁煙されたのですね。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？」	
対応方法、紹介先の例	○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。	

図 1：65 歳以上　性･年齢階級別　喫煙の状況 [1)]

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 [2)]

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、喫煙のカテゴリー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 [3)]

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

質問 **No13**	**週に 1 回以上は外出していますか**	①はい　　②いいえ
目的	閉じこもりのおそれの有無を把握する。	
解説	○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 [1)] 。 ○本質問から、閉じこもりの状況や社会との繋がりの状況を把握する。 ○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。	
エビデンス、統計等	○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 [2)] (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 [3)] (図 2-1)、6 年後の生存者割合も低い [4)] (図 2-2)。	
聞き取りポイント	**<u>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。</u>** ○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。	
具体的な声かけの例	<u>○“はい”の場合</u> ⇒「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。」 <u>○“いいえ”の場合</u> ⇒「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？」	
留意事項	○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。	
対応方法、紹介先の例	○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。	

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 [2)]

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 [3)]、6 年後の生存者割合も低い [4)]

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 **No14**	**ふだんから家族や友人と付き合いがありますか**	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	○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 [1)] 。 ○本質問から、閉じこもりの状況や社会との繋がりの状況を把握する。	
エビデンス、統計等	○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 [2)] (図 1)。 ○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 [3)] (図 2)。	
聞き取りポイント	**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。** ○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、他者との交流を持てない理由などを確認する。 ○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。 ○“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。	
具体的な声かけの例	○“はい”の場合 ⇒「ご家族や友人と楽しく過ごしているのですね。」 ○“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はありますか?」	
留意事項	○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。	
対応方法、紹介先の例	○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。	

図 1：65 歳以上、性・年齢階級別　社会参加している者の割合 [2)]

「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 [3)]

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 Gerontl Int. 2019 Apr 16.

類型名：ソーシャルサポート

質問 **No15**	**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
目的	身近な相談相手の有無を把握する。	
解説	○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。	
エビデンス、統計等	○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[1)] (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[1)]。 ○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[2)] (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[2)] (図 2-2)。	
聞き取りポイント	**<u>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。</u>** ○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。	
具体的な声かけの例	<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りますか？」 ⇒「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はしませんか？」 ⇒「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?」	
対応方法、紹介先の例	○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。	

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 [2)]

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 [2)]

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

太字：主要項目　細字：参考項目

<table>
<tr><th colspan="2" rowspan="2">必要な支援</th><th colspan="2">質問票データ</th><th colspan="3">KDB</th></tr>
<tr><th>項目</th><th>参考項目</th><th colspan="2">健診データ</th><th>レセプト</th><th>介護</th></tr>
<tr><td rowspan="6">重症化予防</td><td rowspan="3">・受診勧奨</td><td rowspan="3">健康状態（1）</td><td rowspan="3">体重変化(6)</td><td>HbA1c
7.0%以上</td><td>HbA1c
8.0%以上</td><td rowspan="3">以下が未受診もしくは治療中断の場合
＜疾患名＞
糖尿病
高血圧
糖尿病性腎症
心不全</td><td rowspan="12">要介護
要支援

認定状況を考慮する</td></tr>
<tr><td>血圧
140/90mmHg
以上</td><td>血圧
160/100mmHg
以上</td></tr>
<tr><td>尿蛋白：+以上
eGFR：45未満</td><td>尿蛋白：2+
eGFR：30未満</td></tr>
<tr><td rowspan="3">・重症化予防のための保健指導</td><td rowspan="3">健康状態（1）</td><td rowspan="3">体重変化(6)</td><td>HbA1c
7.0%以上</td><td>HbA1c
8.0%以上</td><td rowspan="3">＜疾患名＞
糖尿病
高血圧
糖尿病性腎症
心不全
＜その他＞
救急外来への頻回受診
断続的な通院</td></tr>
<tr><td>血圧
140/90mmHg
以上</td><td>血圧
160/100mmHg
以上</td></tr>
<tr><td>尿蛋白：+以上
eGFR：45未満</td><td>尿蛋白：2+
eGFR：30未満</td></tr>
<tr><td>服薬</td><td>・薬剤師との相談</td><td></td><td>転倒(8)
認知(10,11)</td><td></td><td></td><td>多剤併用
重複頻回受診</td></tr>
<tr><td>栄養</td><td>・栄養面談
・低栄養予防プログラム　等</td><td>体重変化(6)
食習慣(3)</td><td>口腔(4,5)
認知(10,11)
心の健康状態(2)</td><td>BMI：20以下
アルブミン
ヘモグロビン</td><td>BMI：18.5未満
アルブミン
ヘモグロビン</td><td>＜病的な体重減少をきたす疾患＞
悪性腫瘍
甲状腺機能亢進症
糖尿病（管理不良）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">口腔</td><td>・歯科医療機関受診</td><td>口腔(4,5)</td><td>食習慣(3)
体重変化(6)</td><td></td><td></td><td>歯科未受診
誤嚥性肺炎の既往歴
糖尿病等</td></tr>
<tr><td>・口腔、嚥下体操教室　等</td><td>口腔(4,5)</td><td>食習慣(3)
体重変化(6)
認知(10,11)</td><td></td><td></td><td>誤嚥性肺炎の既往歴</td></tr>
<tr><td>運動</td><td>・運動機能向上プログラム
・転倒予防教室　等</td><td>運動(7,8,9)</td><td>口腔(5)
体重変化(6)
社会参加(13,14)</td><td></td><td></td><td>＜要注意な疾患＞
骨粗しょう症
骨折
変形性関節症</td></tr>
<tr><td colspan="2">健康相談
通いの場</td><td>社会参加
(13,14)
ソーシャルサポート(15)</td><td>運動(7,8,9)
健康状態(1)
心の健康状態
(2)</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">地域包括支援センターへつなぐ</td><td>認知(10,11)</td><td>社会参加(13,14)
ソーシャルサポート(15)</td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>

「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ものである。