

高齢者の保健事業 基礎資料集

厚生労働省 保険局 高齢者医療課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に関するこれまでの経緯

令和元年法改正の経緯（一体的実施の法的位置づけ）

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の推進に向けた取組について

データヘルスの推進

財政支援

（令和 7 年度分）後期高齢者医療制度の保険者インセンティブ

日本健康会議における「健康づくりに取り組む 5 つの実行宣言 2025」

高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン 第3版

高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン（第3版）の改定について

改定のポイント

- ✓ データヘルス計画における標準化の推進、共通評価指標に関する追記
- ✓ 一体的実施推進のための体制整備、役割の明確化及び関係団体との連携に関する追記
- ✓ 効果的な保健事業の実践に向けた、厚生労働科学研究成果の反映及び好事例の提示

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）及び高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第2版（補足版）（令和4年3月）を統合し、一体的実施の進捗状況、データヘルス計画策定の手引きの改訂、厚生労働科学研究の成果等を踏まえ改定。

■ データヘルス計画における標準化の推進

（ねらい）

- 計画策定や保健事業運営の負担が軽減されるだけでなく、共通の評価指標を用いることで実績を比較可能とする。
- 効果的な保健事業（方法・体制）をパターン化することにより、事業効果を向上させる。

（対応）

- ・ 策定段階での考え方のフレームの提示
- ・ 総合的な評価指標としての共通評価指標の設定
- ・ 総合的な評価指標と個別事業の提示
- ・ 個別事業の評価指標例をアウトプット・アウトカムに区分
- ・ 総合的な評価指標に関し、確認すべきデータの提示

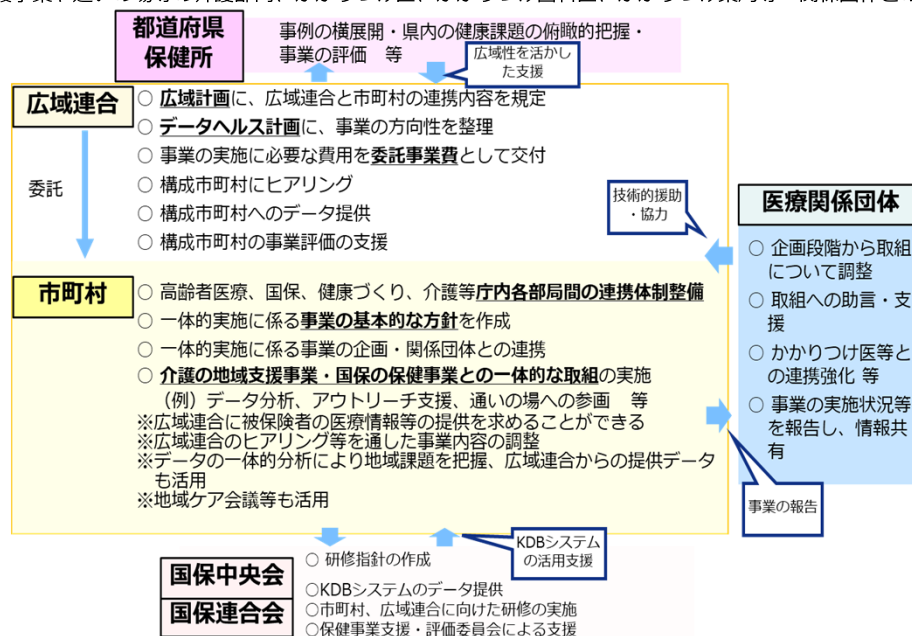
■ 厚生労働科学研究成果

健診・医療・介護データから対象者を簡易にリスト化し、事業実施・評価を可能とするツール・解説書を提供

（令和2年～4年度 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施推進に係る検証のための研究
（研究代表：津下一代）

■ 体制整備・関係団体との連携

地域支援事業や通いの場等の介護部門、かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局等・関係団体との連携について追記



検討経緯等

高齢者の保健事業のあり方検討WG
（第15回：2023年9月14日開催／第16回：2024年3月15日開催）

高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第3版

検討有識者会議

第1回：2023年11月7日開催
第2回：2023年12月25日開催
第3回：2024年3月28日開催

2024年7月

第46回保険者による健診・保健指導等に関する検討会

（報告）

高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第3版の全体構成

ガイドライン第3版活用にあたって（まえがき）		
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)	高齢者の特性を踏まえたガイドライン第3版策定の背景・目的
	(2)	高齢者に対する保健事業の意義・目的
	(3)	高齢者保健事業のデータヘルス計画における位置づけ・関係性
	(4)	国民健康保険からの接続
	(5)	介護保険担当部局等関係部局との連携
2	高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について	
	(1)	一体的実施の経緯・目的
	(2)	<u>一体的実施におけるハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチ</u>
	(3)	一体的実施における保健事業の対象者
	(4)	一体的実施の計画書・実績報告に係る年間スケジュール
3	取組の推進に向けた体制整備	
	(1)	広域連合・市町村・都道府県・国民健康保険中央会・国民健康保険団体連合会・国に求められる役割
	(2)	関係機関・関係団体との連携
4	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）
	(2)	データに基づく保健事業PDCAサイクルの推進
5	取組を推進するための環境整備	
	(1)	人材育成
	(2)	住民の理解の促進
	(3)	個人情報の適切な取扱い
	(4)	活用可能な財源
	(5)	<u>ICT（情報通信技術）の利活用促進</u>
	(6)	実施上の留意点

※青字下線は新規追加

6	関連事項	
	(1)	標準的な健診・保健指導プログラム
	(2)	糖尿病性腎症重症化予防プログラム（令和6年度版）
	(3)	国民健康づくり運動プラン「健康日本21（第三次）」
	(4)	介護予防マニュアル第4版
	(5)	第4期医療費適正化計画
	(6)	その他
Ⅱ 実践編		
1	高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の企画と実践	
	(1)	体制整備
	(2)	地域連携体制の構築
	(3)	事業計画の策定
	(4)	事業実施
	(5)	評価とその活用
2	高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施における個別事業の実践	
	(1)	低栄養
	(5)	重症化予防（糖尿病性腎症、その他生活習慣病）
	(2)	口腔
	(6)	健康状態不明者
	(3)	服薬
	(7)	ポピュレーションアプローチ
	(4)	身体的フレイル（ロコモティブシンドローム含む）
	—	—
3	評価とその活用	
	(1)	目標・評価指標に基づく事業評価の実施
	(2)	取組内容の見直し
Ⅲ 事例集		
（人材育成・研修、ICT活用（PHR・アプリの利用、ハイブリッド通いの場、アセスメントやモニタリングへの活用、移動手段が困難な場合の代替手段としてのICT活用）、多職種連携、ポピュレーションアプローチとしての通いの場に関する事例を掲載）		

高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン（第3版）の概要

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

- ・「高齢者の医療の確保に関する法律に基づく高齢者保健事業の実施等に関する指針」に基づき、高齢者に対する保健事業の内容について追記。
- ・第3期データヘルス計画策定の手引きの内容を追記。

2. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について

- ・ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチの意義についての説明を追加。
- ・一体的実施における保健事業の対象者について、「一体的実施・KDB活用支援ツール」に合わせて再整理。

3. 取組の推進に向けた体制整備

- ・広域連合においては、保険者としての役割、データヘルス計画策定・見直し、事業実施主体としての役割を追記。
- ・都道府県においては、保険所の役割を追記。

4. 効果的な実施に向けた取組内容の検討

- ・評価指標について共通の評価指標の説明を追加。
- ・広域連合と市町村のPDCAサイクルについて追記。
- ・都道府県においては、保健所の役割を追記。

5. 取組を推進するための環境整備

- ・ICTの利活用推進に向けた環境整備や、活用の方向性について追記。

6. 関連事項

- ・標準的な健診・保健指導プログラムや糖尿病性腎症重症化予防プログラムの改定や、健康日本21（第三次）等関連する文書について追記。

実践編

1. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の企画と実践

- ・市町村が一体的実施に取り組むにあたり、検討・実施すべき事項を整理。
- ・広域連合が策定する第3期データヘルス計画の方針に基づいて保健事業を進める必要があることを追記。

2. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施における個別事業の実践

- ・研究班の成果（KDB活用支援ツールの抽出条件の考え方と保健事業への活用）の内容を反映。
- ・ポピュレーションアプローチについての取組方法についても言及。

3. 評価とその活用

- ・PDCAサイクルのチェックC（D）からアクション研究班の成果（KDB活用支援ツールの抽出条件の考え方と保健事業への活用）の内容を反映。

事例集

人材育成・研修、ICT活用（PHR・アプリの利用、ハイブリッド通いの場、アセスメントやモニタリングへの活用、移動手段が困難な場合の代替手段としてのICT活用）、多職種連携、ポピュレーションアプローチとしての通いの場に関する事例を掲載。

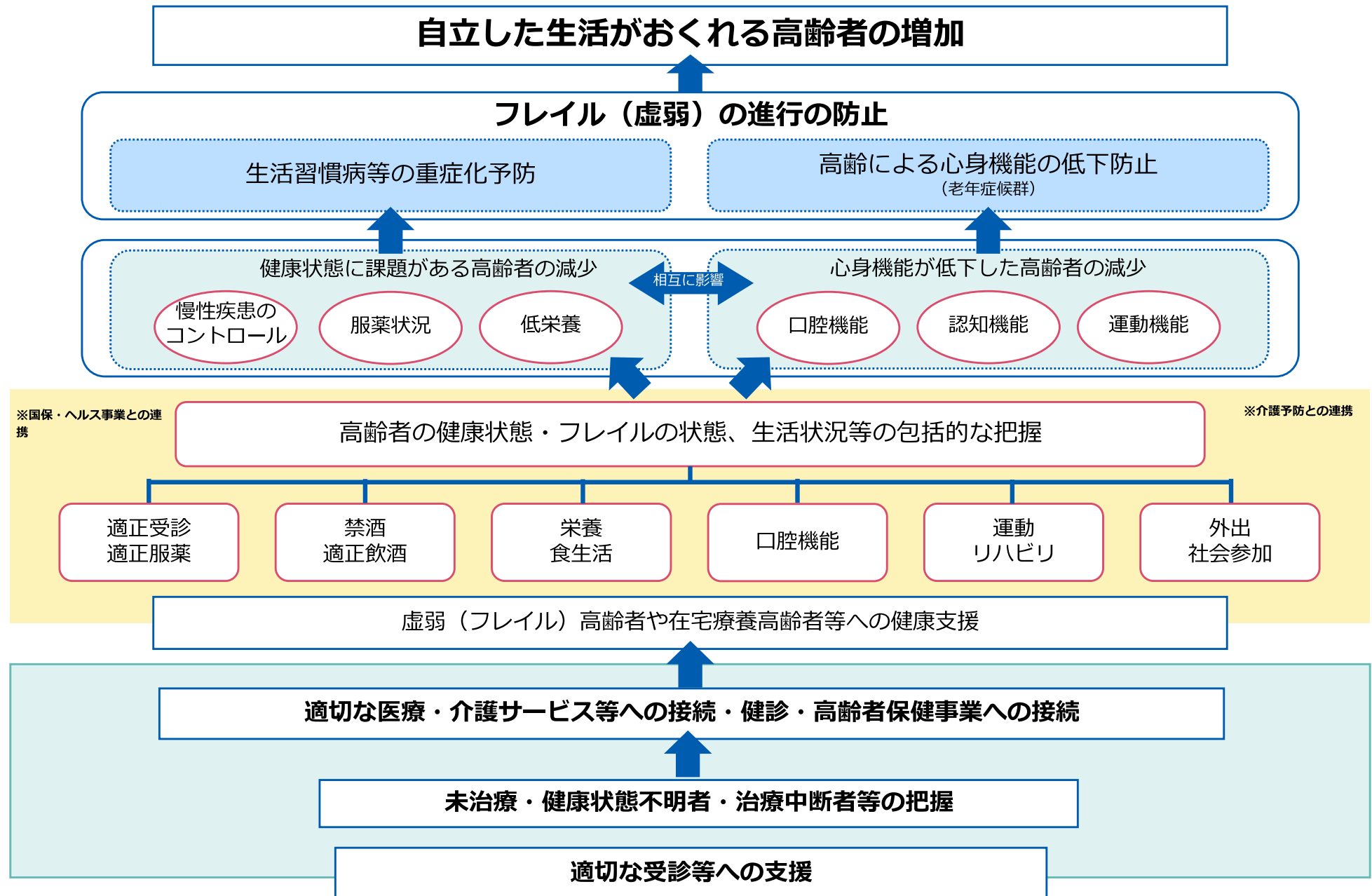
別添「後期高齢者の質問票の解説と留意事項」

1. 質問票の役割、構成、活用場面、活用した支援方法、各項目の解説・ポイント、質問票・KDBを活用した保健事業対象者の抽出例等を掲載。

高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン（令和6年3月）

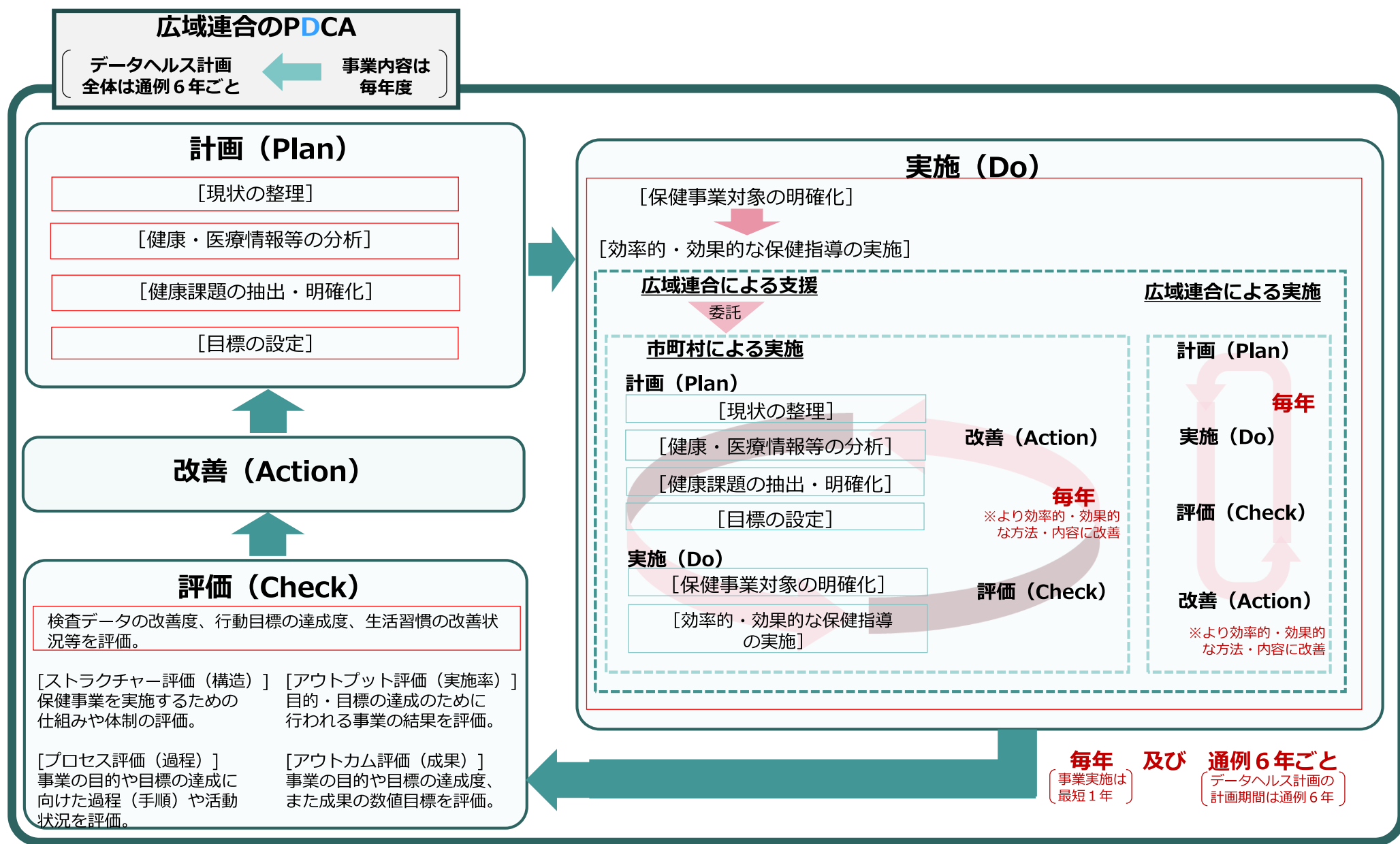
- ① 高齢者の心身の多様な課題に対応し、きめ細やかな支援を実施するため高齢者保健事業について、広域連合と市町村が連携し、市町村において介護保険の地域支援事業や国民健康保険の保健事業と一体的に実施できるよう「高齢者保健事業と介護予防の一体的実施」（以下、一体的実施）が制度化され、令和2年4月から取組が開始。
- ② 厚生労働科学研究政策科学推進研究事業においても一体的実施の推進のための研究が進められきた。これらの成果等を踏まえて、高齢者の保健事業の質の向上と対策の充実を図ることを目的に、これまでの保健指導の手順や内容に加えて、厚生労働科学研究の成果の反映及び好事例の提示、役割の明確化や関係団体との連携に関する追記等がされた、高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第3版を策定。

高齢者に対する保健事業が目指すもの



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

- 一体的実施の取組を含む高齢者保健事業の効果を上げるため、広域連合がPDCAサイクルに沿って保健事業の進捗管理をする必要がある。
- 市町村は、一体的実施についてPDCAサイクルに沿って事業評価を行い、広域連合とその実施・評価の状況等について共有する。



データヘルス計画の評価指標等について

評価指標 設定のポイント

- 広域連合が既存のデータベースシステム又は統計で確認できる

総合的な評価指標 (共通評価指標)

健診受診率

歯科健診実施市町村数・割合

質問票を活用したハイリスク者把握に基づく保健事業を実施している市町村数・割合

アウト
プット

以下の保健事業（ハイリスクアプローチ）の実施市町村数・割合

- ・低栄養
- ・口腔
- ・服薬（重複・多剤等）
- ・重症化予防（糖尿病性腎症）
- ・重症化予防（その他 身体的フレイルを含む）
- ・健康状態不明者対策

※各事業対象者の抽出基準は問わない

アウト
カム

平均自立期間（要介護2以上）

ハイリスク者割合(一体的実施支援ツールの抽出基準に該当する者の割合)

- ・低栄養
- ・口腔
- ・服薬（多剤）
- ・服薬（睡眠薬）
- ・身体的フレイル（ロコモ含む）
- ・重症化予防（コントロール不良者）
- ・重症化予防（糖尿病等治療中断者）
- ・重症化予防（基礎疾患保有＋フレイル）
- ・重症化予防（腎機能不良未受診者）
- ・健康状態不明者対策

策定の際に確認が必要なデータ例※

1人当たり医療費

1人当たり医療費（入院）

1人当たり医療費（外来）

1人当たり医療費（歯科）

1人当たり医療費（調剤）

疾病分類別医療費

介護給付費

上手な医療の
かかり方

後発医薬品の使用割合

重複投薬患者割合

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

個別事業（一体的実施）の 評価指標例

低栄養

重症化予防
(糖尿病性腎症)

口腔

身体的フレイル
(ロコモ含)

服薬（多剤）

健康状態不明者対策

※各広域連合が、上記以外の評価指標を設定することも差し支えない。

健診情報等を活用した高齢者保健事業対象者の抽出条件

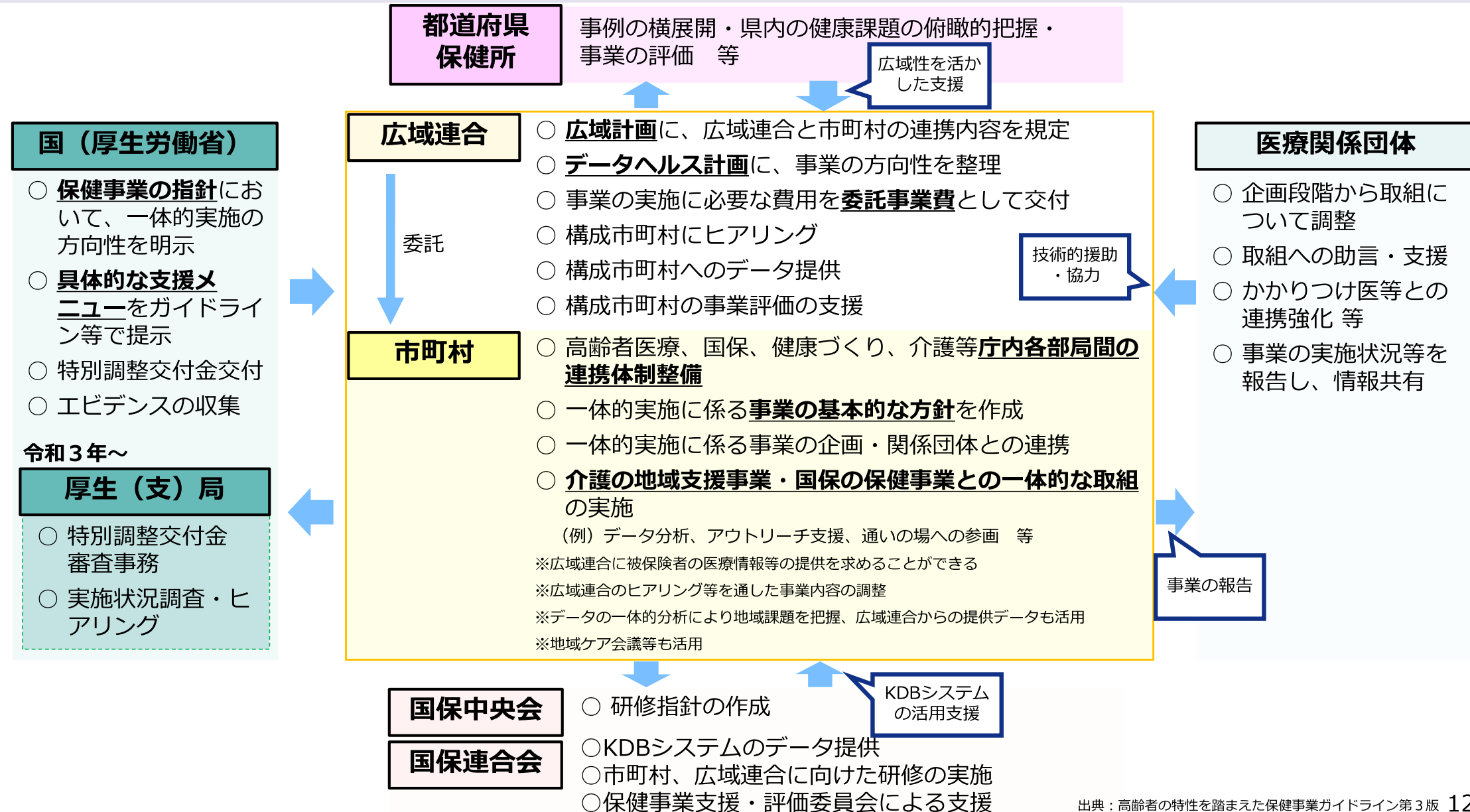
一体的実施・KDB活用支援ツールによる支援対象者の抽出条件

凡例： 健診 質問票 医療 介護

1	低栄養	低栄養状態の可能性のある者を抽出し、低栄養防止の取組につなげる	健診：BMI $\leq$ 20 かつ 後期高齢者の質問票⑥（体重変化）
2	口腔	オーラルフレイル・口腔機能低下者を抽出して歯科受診につなげ、口腔機能低下防止を図る	後期高齢者の質問票④（咀嚼機能）、質問票⑤（嚥下機能）のいずれかに該当 かつ レセプト：過去1年間歯科受診なし
3	服薬	多剤投薬者や睡眠薬服用者を抽出し、服薬指導・服薬支援につなげることで、残薬を減らすとともに、転倒等の薬物有害事象を防止する	レセプト：処方薬剤数「15以上、20以上」等で対象者を抽出し、個別支援が実施可能な人数まで候補者を絞り込む
4			レセプト：睡眠薬処方あり かつ 後期高齢者の質問票⑧（転倒）または質問票⑩（認知：物忘れ）及び質問票⑪（認知：失見当識）2つ該当
5	身体的フレイル	身体的フレイル（ロコモティブシンドローム含）のリスクがある者を抽出し、予防につなげる	後期高齢者の質問票①（健康状態）に該当 かつ 質問票⑦（歩行速度）に該当 質問票⑦（歩行速度）に該当 かつ 質問票⑧（転倒）に該当
6	重症化予防 （糖尿病・循環器・腎）	血糖・血圧コントロール不良かつ薬剤処方がない者を医療機関受診につなげる	健診：HbA1c $\geq$ 8.0% または BP $\geq$ 160/100 かつ レセプト（医科・DPC・調剤）：対応する糖尿病・高血圧の薬剤処方履歴（1年間）なし
7		糖尿病、高血圧症で薬剤を中止している者に対して健康相談を行い、健診受診につなげる	健診：抽出年度の健診履歴なし かつ レセプト（医科・DPC・調剤）：抽出前年度以前の3年間に糖尿病・高血圧の薬剤処方履歴あり かつ 抽出年度に薬剤処方履歴なし
8		糖尿病等の基礎疾患があり、フレイル状態にある者を抽出、通いの場等の介護予防事業につなげる	基礎疾患ありの条件 レセプト（医科・DPC・調剤）：糖尿病治療中もしくは中断 または 心不全、脳卒中等循環器疾患あり、または 健診：HbA1c7.0%以上 かつ 後期高齢者の質問票①（健康状態）または質問票⑥（体重変化）または質問票⑧（転倒）質問票⑬（外出頻度）のいずれかに該当
9		腎機能不良かつ医療機関への受診がない者に受診勧奨を行い、透析を予防する	健診：eGFR<45 または 尿蛋白（+）以上 かつ レセプト：医療（入院・外来・歯科）未受診
10	健康状態不明者	健康状態不明者に対するアウトリーチ等により健康状態等を把握し、必要な支援を行う	健診：抽出年度および抽出前年度の2年度において、健診受診なし かつ レセプト：レセプト（入院・外来・歯科）履歴なし かつ 介護：要介護認定なし

一体的実施の推進に向けた体制整備

- 高齢者の心身の多様な課題に対応し、きめ細かな支援を実施するため、高齢者の保健事業について、広域連合と市町村の連携内容を明示し、市町村において、介護保険の地域支援事業や国民健康保険の保健事業と一体的に実施。



高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の企画と実践

1 体制整備

- ・KDBシステム等を活用し、保有する健診(質問票含む)・レセプト等の情報から健康課題を把握
- ・地域課題の分析には、地域の高齢者から直接得られる声、地域ケア会議の事例検討等の質的な情報も活用
- ・市町村や広域連合がそれぞれ策定している計画や取り組む事業等を共有し、高齢者保健事業、国保保健事業、地域支援事業を一体的に実施する

2 地域連携体制の構築

- ・地域の医療関係団体には事業企画の段階などの早期から相談
- ・医師会等の地域の関係団体や病院等関係機関、地域包括支援センター等とは健康課題に関するデータの提供や事業目的の説明、協力を依頼

3 事業計画の策定

- ・データヘルス計画での共通評価指標を踏まえ、保健事業において解決する健康課題や取り組む事業内容を検討
- ・KDBシステムや「一体的実施・KDB活用支援ツール」を活用し、支援対象者の抽出及び概数を把握
- ・健診情報や通いの場等における後期高齢者の質問票に関するデータ等を活用し、短期的・中長期的に評価。
- ・参加予定者として特定した高齢者の対する支援の方法やアセスメント項目等を検討。

4 事業実施

- ・かかりつけ医等地域の医療関係団体と事前に事業概要や支援の行うことを説明。
- ・ハイリスクアプローチやポピュレーションアプローチの実施状況についても継続的に情報提供を行う。

○ハイリスクアプローチ

- ・低栄養
- ・口腔
- ・服薬
- ・身体的フレイル(ロコモティブシンドローム含む)
- ・重症化予防(糖尿病性腎症、その他生活習慣病)
- ・健康状態不明者対策

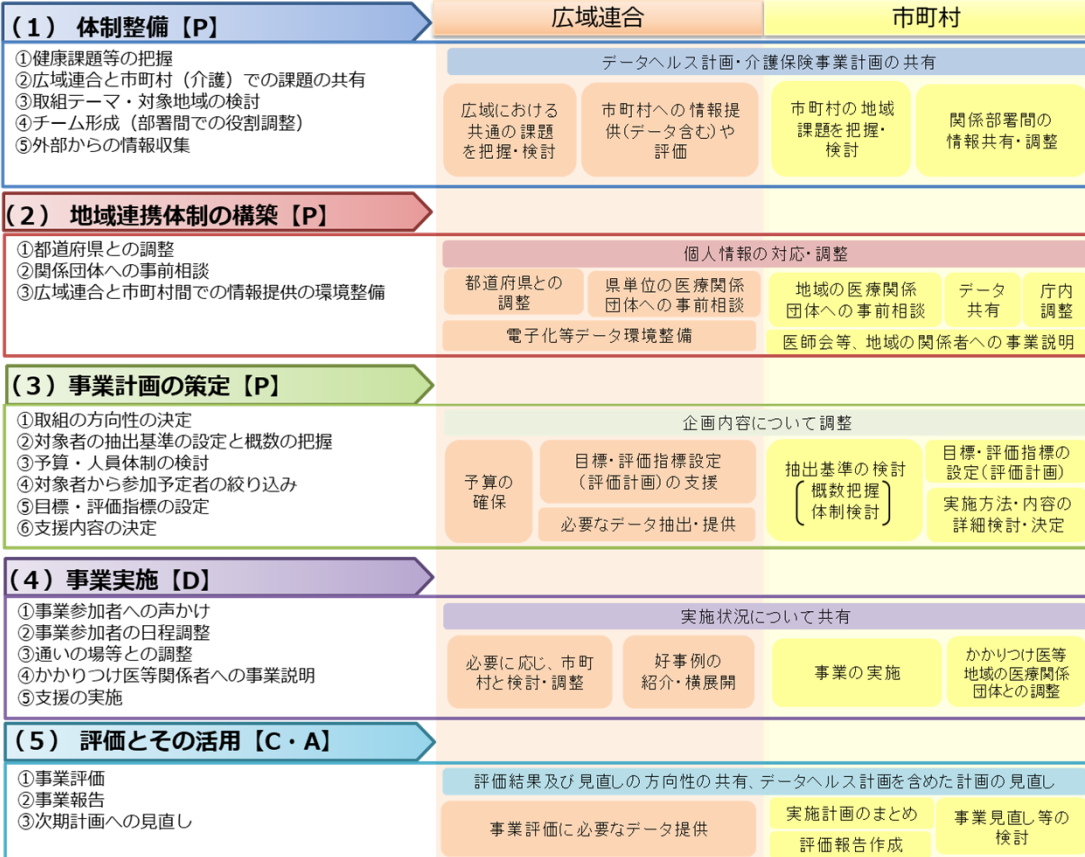
○ポピュレーションアプローチ

5 評価とその活用

- ・ストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカムの観点により、事象の適切性や効果の有無等を確認し、定量的な指標や参加者の反応、関係者の意見等も踏まえて評価する。
- ・関係者に事業報告を行い、次期計画の見直しに活かす。

高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施 事業実施全体の流れ

事業実施全体の流れ



1 体制整備

- 市町村は、KDBシステム等を活用し、保有する健診（質問票含む）・レセプト等の情報から健康課題を把握するとともに、関係者へ共有をはかる。
- 地域課題の分析の際には、健診情報、レセプト等を活用して得られる、量的情報に加え、調査等により地域の高齢者から得られる声、地域ケア会議の事例検討、関係機関の課題意識等の質的な情報の両方を活用する。
- 一体的実施において、高齢者保健事業、国保保健事業、地域支援事業を一体的に実施することが求められており、各部門の連携が重要である。連携の際には市町村が策定している計画の目標や共通評価指標、取り組む事業の共有も重要である。
- 保健事業の主担当を明確にした上で、事業実施における主担当の部局を明確にし関係部局が連携して進める。

2 地域連携体制の構築

高齢者の保健事業を実施するに当たり、地域の医療関係団体には事業計画の段階などを早期から相談を行うことが必要である。

- 特に医師会等の地域の関係団体、病院等関係機関、地域包括支援センターやケアマネジャーとの連携は重要であり、地域の関係者に対して、地域の健康課題に関するデータの提供や事業の目的・内容の説明、協力依頼を行う必要がある。
- 事業実施に当たっては、対象者の状況に応じて必要な医療や介護等のサービスに接続すること、保健事業の対象者として保健指導を実施していくこと等を地域の医療関係団体等関係者には事前に説明し、必要に応じて連絡票等を用いること等も相談する。

3 事業計画の策定

1) 企画内容について調整

- 広域連合が策定するデータヘルス計画を踏まえ、現状把握で得られた情報を基に、当該市町村で優先的に取組む事項や圏域を検討する。取組の優先順位は地域の健康課題や支援の必要性、実施体制を考慮する。

2) 抽出基準の検討

- データヘルス計画の共通評価指標を踏まえ、高齢者の保健事業を実施するにあたり、解決すべき健康課題、取り組むべき事業内容等を把握する。
- 支援対象者の抽出にあたっては、KDBシステムや「一体的実施・KDB活用支援ツール」を活用し、地域の健康課題の分析・見える化やデータ分析を通して行う。

3) 目標・評価指標の設定

- 市町村においては、広域連合と同様に共通評価指標で市町村におけるハイリスク者数・割合等の推移や健康課題等の変化を把握し、保健事業の企画の見直し等に反映する。
- 評価指標については、KDBシステム等から取得可能なデータ等で把握できる項目にするとよい。またストラクチャー指標やプロセス指標については、定期的に評価していくことが望ましい。

4) 実施方法・内容の詳細検討・決定

- 参加予定者として特定した高齢者に対する案内方法、支援の場所、期間、頻度、使用ツール等について検討する。
- 高齢者の状態像は個別性が高いため、ハイリスク者への指導は個別アプローチを基本とするが、個別事業によっては効率的效果的に実施する上で小集団でのアプローチも検討する。
- 個別や集団によってアプローチにする場合も、確実に対象者に支援が届いているか等について確認する過程が必要である。

4 事業実施

(1) かかりつけ医等地域の医療関係団体との調整

事業実施を行う地域を管轄する医師会、歯科医師会等関係機関や必要に応じて、かかりつけ医等に対しても事業概要等について説明する。また支援の実施状況についても継続的に情報提供を行う。

(2) 事業の実施

① アセスメント

一体的実施・KDB活用支援ツール等を活用し、健診・医療・介護・質問票等の情報を収集し本人の社会的要因や生活習慣等も踏まえアセスメントを実施する。

② アドバイスの実施

アセスメントで明らかになった課題の中から、改善を目指すべき課題を特定し対象者に対して解決に向けたアドバイスを実施する。

③ 改善目標の設定

課題の解決に向けた目標を支援対象者自身が設定するように支援する。支援の期間・頻度（回数等）は、あらかじめ設定することが必要であるが、支援対象者の課題の難易度や理解度等によって変更が必要な場合もあり、個々の支援対象者の状況に応じて柔軟な設定を可能とするような対応も望まれる。

④ 参加者についての個別評価（目標達成状況の確認）

参加者に対する具体的な支援の後、設定した目標が達成されているかを評価する。その結果、一定の成果がみられる場合には、支援を終了し、引き続き支援が必要と判断される場合には、支援の継続や他のサービスへとつなぐ。

⑤ 地域資源に関する情報提供

個別支援の後、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について情報提供を行う。

⑥ 地域資源へのつなぎ

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

⑦ かかりつけ医等への情報提供

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

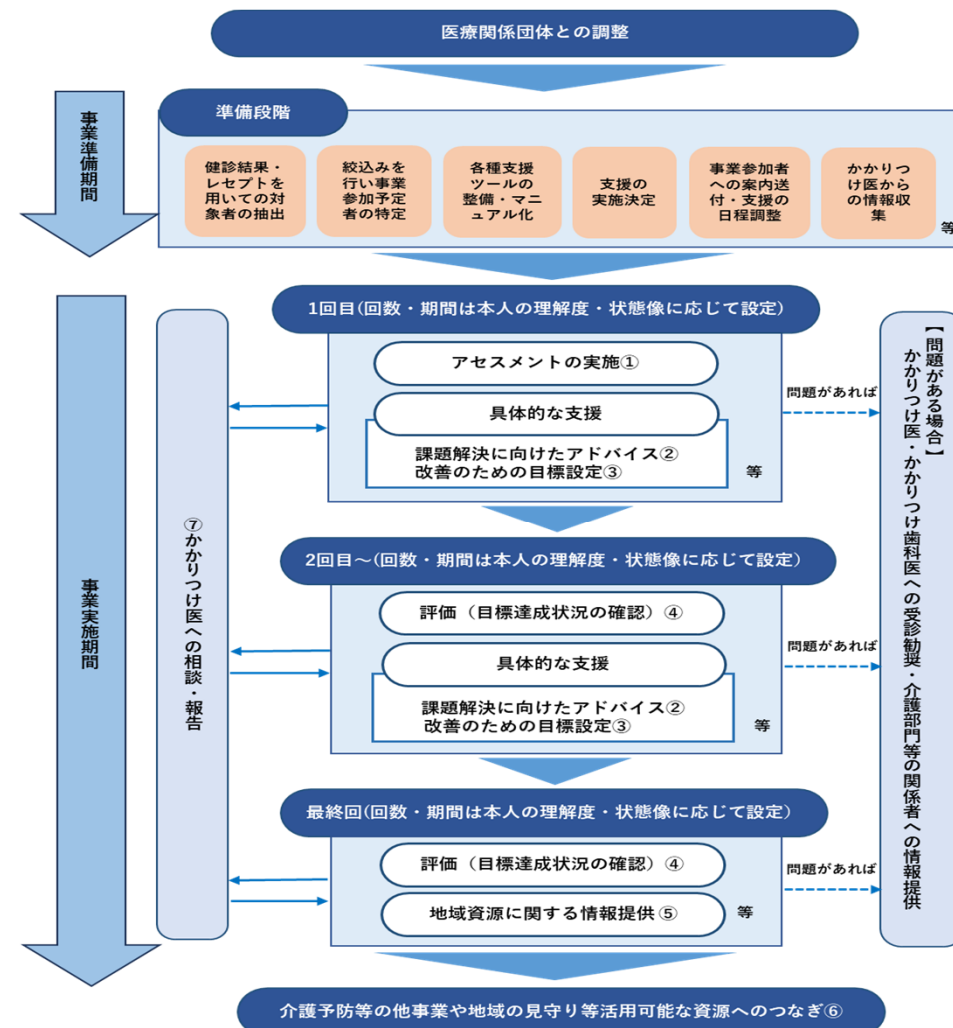
高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施については、ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチを実施する。

●ハイリスクアプローチ

低栄養/口腔/服薬/身体的フレイル（ロコモティブシンドローム含む）/重症化予防（糖尿病性腎症、その他生活習慣病）/健康状態不明者

●ポピュレーションアプローチ

通いの場等において、各医療専門職等が関わり後期高齢者の質問票等を活用し、地域の健康課題等に応じてフレイル対策に関する意識付けをするほか、保健・医療・介護・生活全般に関する様々な情報を伝え、健康相談を受けることが出来る場を設けることが望ましい。



5 評価とその活用

一体的実施の継続的な改善につなげていくため、①個人の状況の変化を確認する評価、②個別事業における事業評価、③一体的実施全体の事業評価の3つの視点で評価する。

- ・いずれの評価の視点についても、事業実施の前に、どのような使用で評価するかにかかる評価計画を立案する。
- ・評価の際には、ストラクチャー（体制）、プロセス（方法）、アウトプット（実施量）、アウトカム（成果）の4つの観点から、事業実施の適切性や効果の有無等を確認し、改善が必要な場合は事業計画の改善の見直しを行う。
- ・評価に当たっては、定量的な指標に加えて、参加者の反応や関係者の意見等も含めて評価する。

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

【概要】

事業目標：地域に暮らす高齢者の低栄養状態を改善し、介護予防・QOL向上を目指す。
対象者：低栄養に陥る可能性のある状態の高齢者
抽出基準：BMI20以下（健診結果）かつ6か月で2～3 kg以上の体重減少（質問票No 6）

【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。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、地域の専門職団体や食生活改善推進委員等との連携も有効である。

【支援の実施】

（１）健康状態・ニーズの把握

初回訪問時は、体重・BMIの確認や変化の状況等の他、改善計画の立案のために必要な「栄養状態に関わる食生活・日常生活上の課題」を見つけ出すために、その具体的な状況・背景を確認する。具体的には、下例に示すような項目についてアセスメントを行う。

（例）項目：体重変化・食習慣・咀嚼嚥下機能・心の健康状態等 等
データソース：後期高齢者の質問票・健診結果 等

（２）ニーズに応じた必要なサービスへの接続

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

（例）体重減少・欠食がある場合 ⇒ 摂取すべき栄養素・食品の紹介

具体的な助言に加えて、栄養状態の改善に向けて、課題解決に向けた改善計画（目標と行動計画）を対象者とともに立案する。

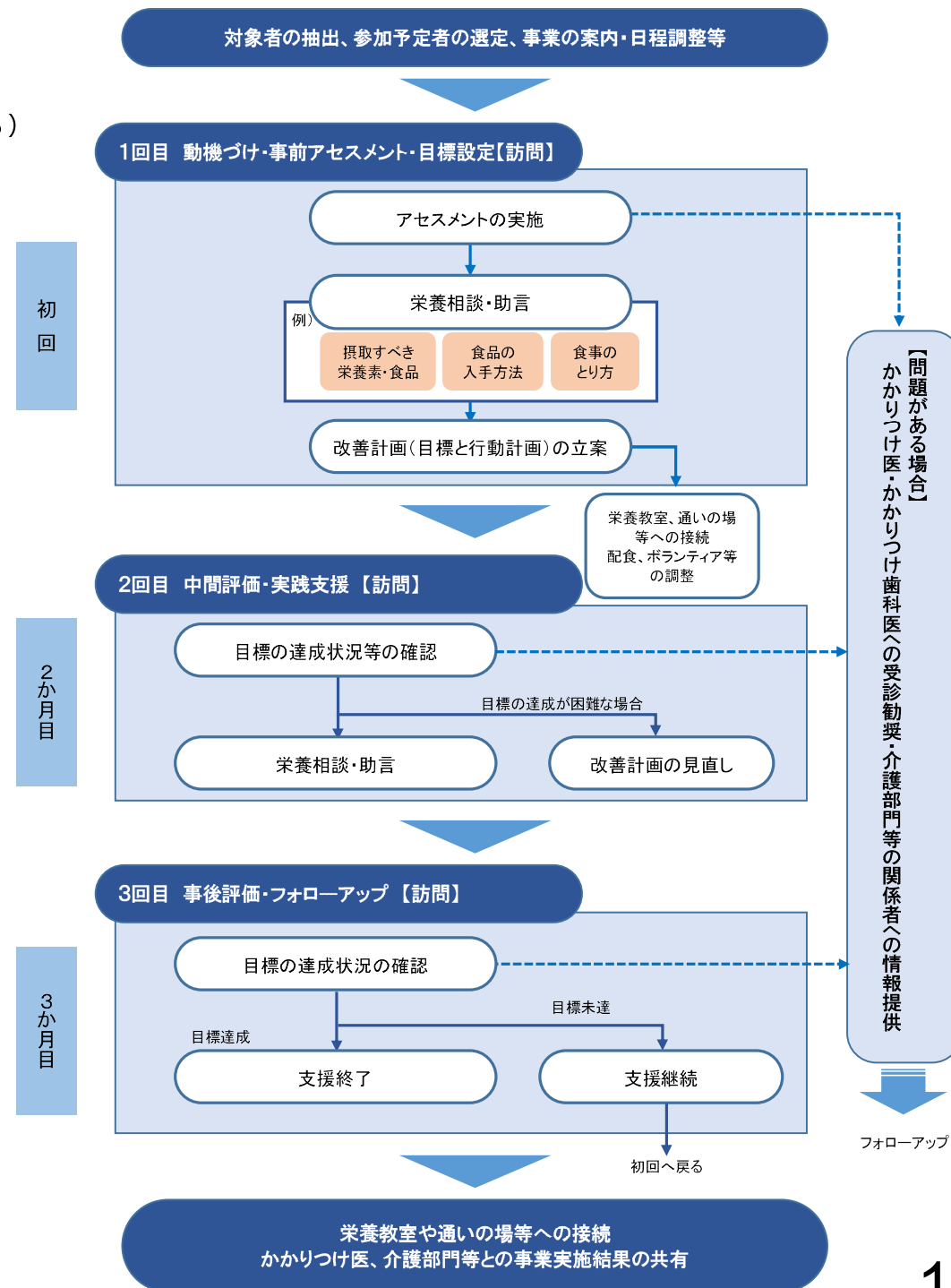
（例）野菜を毎食2皿以上とる、1日3食時間を決めて食べる

（３）フォローアップ

中間評価では、設定した目標の達成状況や体重の変化状況等を確認する。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、改善計画の見直しを行う。事後評価では、引き続き支援が必要と判断される場合には、同事業を継続するか、ほかのサービスへ接続する。

（４）事業の評価

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



健康課題別の取組の例：口腔に関するプログラム例

【概要】

事業目標：地域に暮らすオーラルフレイル・口腔機能低下者を抽出して、歯科検診につなげ、口腔機能低下・口腔機能低下防止を図る。

対象者：オーラルフレイル・口腔機能の低下（またはその恐れ）がある高齢者

抽出基準：質問票④（咀嚼機能）⑤（嚥下機能）のいずれかに該当かつレセプト（過去1年間歯科受診なし）

【実施体制】

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

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

【支援の実施】

（１）健康状態・ニーズの把握

初回訪問時は、改善計画の立案のために必要な「口腔機能に関する課題」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。

（例）項目：咀嚼嚥下機能・体重変化・食習慣・歯科受診状況 等

データソース：後期高齢者の質問票・歯科受診の状況（歯周病、う歯）等

（２）ニーズに応じた必要なサービスへの接続

アセスメントの結果、明らかになった課題に応じて、具体的な助言を行う。

（例）歯や口が痛くて食べられない⇒ 歯科医院の受診勧奨

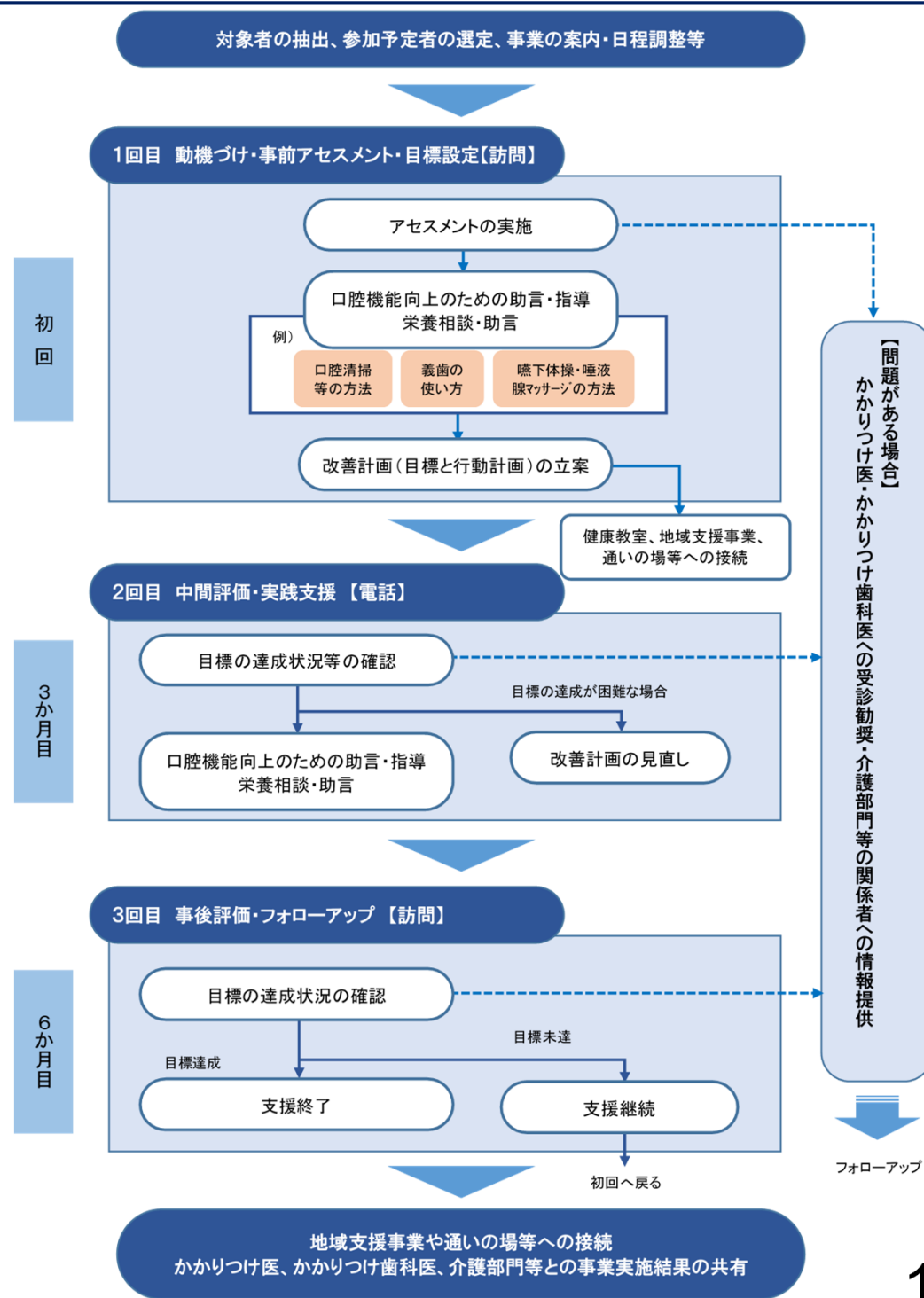
具体的な助言に加えて、口腔及び嚥下機能の改善に向けて、課題解決に向けた改善計画（目標と行動計画）を対象者とともに立案する。

（３）フォローアップ

中間評価では、設定した目標の達成状況や口腔・嚥下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、改善計画の見直しを行う。事後評価では、引き続き支援が必要と判断される場合には、同事業を継続するか、ほかのサービスへ接続する。

（４）事業の評価

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



健康課題別の取組の例：服薬に関するプログラム例

【概要】

事業目標：多剤投薬者や睡眠薬服用者を抽出し、服薬指導・服薬支援につなげることで、残薬を減らすとともに、転倒等の薬物有害事象を防止する。

対象者：一定数以上の薬剤が処方されている又は睡眠薬が処方され転倒等のリスクのある高齢者

抽出基準：質問票①該当かつ質問票⑦該当・質問票⑦該当かつ質問票⑧に該当

【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。訪問服薬指導は、地域の薬剤師会に事業を委託等による協力を得て、対象となる高齢者宅に訪問が可能な薬剤師が訪問、指導を行う方法が考えられる。

【支援の実施】

（１）健康状態・ニーズの把握

初回訪問時は、処方内容や残薬の状況、医療機関の受診状況等を確認し、服薬が適切に行われているかどうか、ポリファーマシーの問題の有無等を確認する。

（例）項目：1年間のうち転倒の有無・認知機能・服薬管理の状況等
データソース：後期高齢者の質問票・聞き取り 等

（２）ニーズに応じた必要なサービスへの接続

アセスメントの結果、明らかになった課題に応じて、具体的な助言を行う。

（例）服薬管理に問題がある場合
⇒ 薬の管理方法（保管場所等）に関する助言等

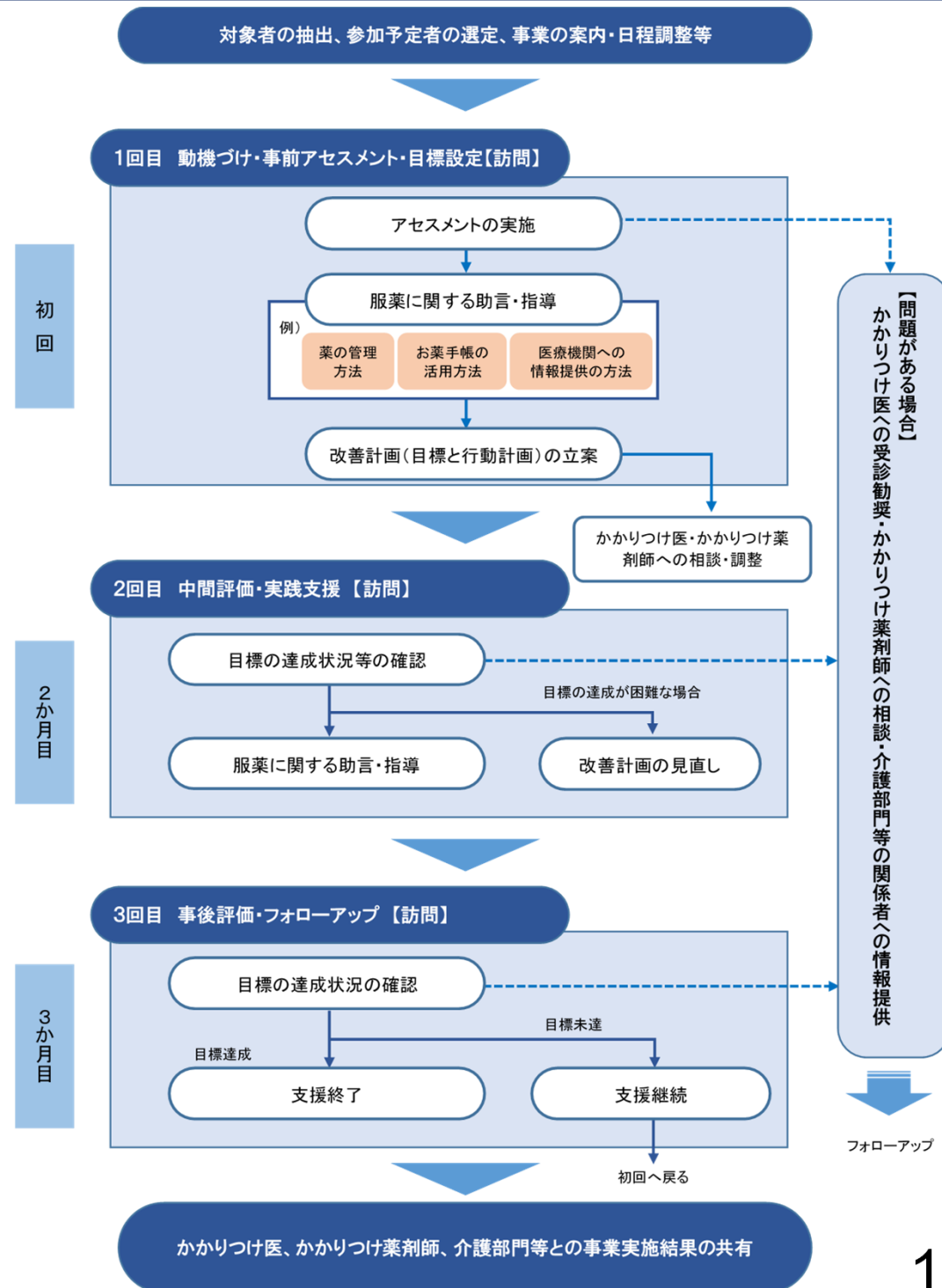
具体的な助言に加えて、課題解決に向けた改善計画（目標と行動計画）を対象者とともに立案する。

（３）フォローアップ

中間評価では、設定した目標の達成状況や受診状況、服薬状況等を確認する。服薬支援の効果の確認は、間隔を開けずに実施することが望ましい。目標の達成が困難と想定される場合や、継続的な実施が難しいと考えられる場合には、改善計画の見直しを行う。事後評価では、設定した目標が達成できているか確認し、引き続き支援が必要と判断される場合には同事業で支援を継続する。

（４）事業の評価

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



健康課題別の取組の例：身体的フレイルに関するプログラム例

【概要】

事業目標：地域に暮らす身体的フレイル（ロコモティブシンドローム含む）のリスクがある者を抽出し介護予防・QOL向上を目指す。

対象者：身体的フレイル（ロコモ含む）のリスクのある高齢者

抽出基準：質問票①該当かつ質問票⑦該当・質問票⑦該当かつ質問票⑧に該当

【実施体制】

一体的実施に関わる医療専門職には、フレイルを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る等、後期高齢者の健康課題の捉え方や健康管理の考え方について理解して取組む必要がある。また保健師、管理栄養士、歯科衛生士等の複数の職種が連携し多層的な支援を行える体制を構築することが求められる。

【支援の実施】

（１）健康状態・ニーズの把握

後期高齢者の質問票を用いて、フレイル等のリスクを確認するとともに、骨折の既往や整形外科疾患、服薬状況、社会交流等を確認する必要がある。

（例）項目：健康状態、歩行速度、転倒、診療情報等

データソース：後期高齢者の質問票・聞き取り・レセプトデータ等

（２）ニーズに応じた必要なサービスへの接続

アセスメントの結果、明らかになった課題に応じて、具体的な助言を行う。

（例）フレイル等のリスクがある場合

⇒ 通いの場（低負荷の運動）への参加の勧奨

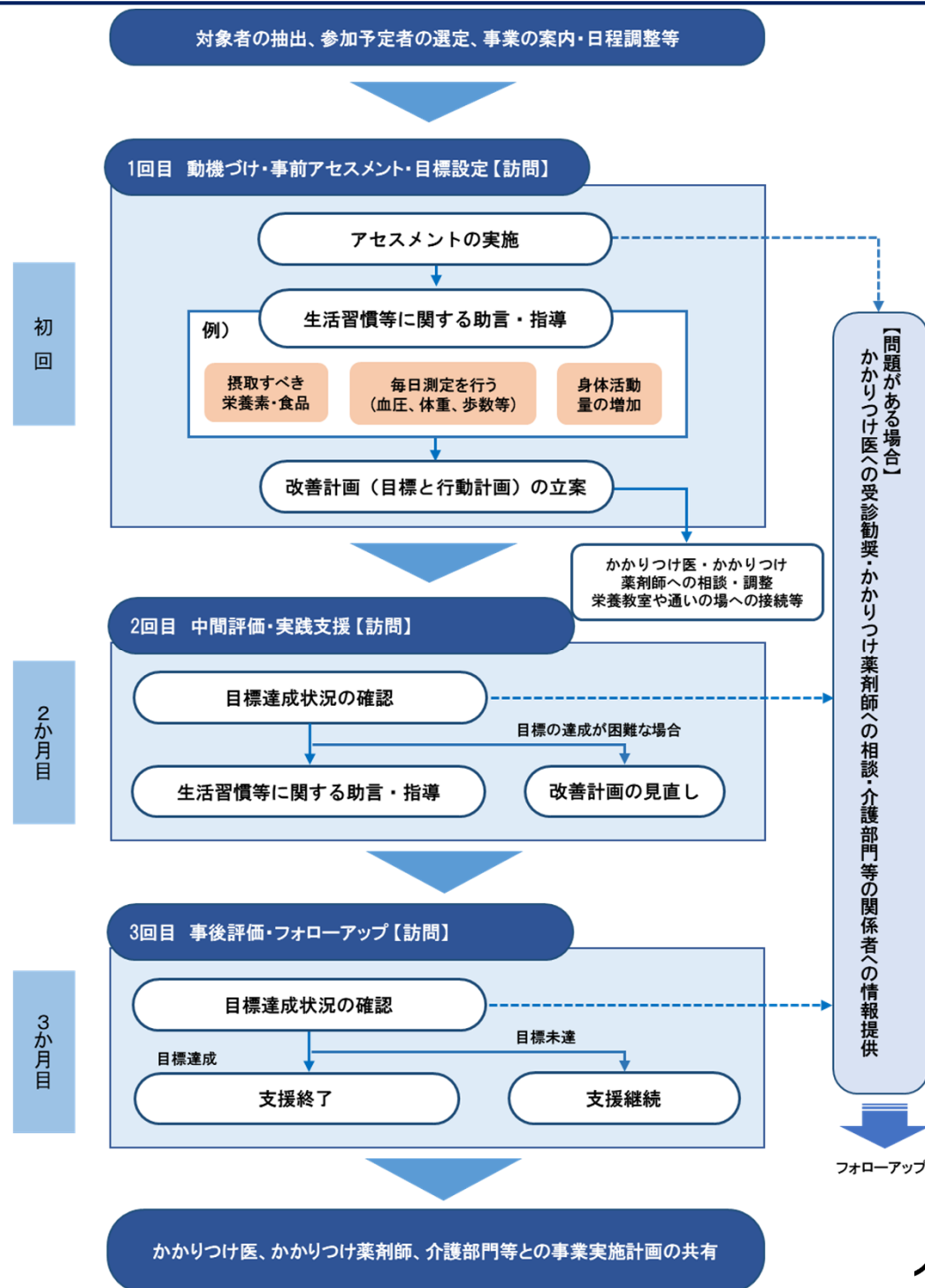
具体的な助言に加えて、課題解決に向けた改善計画（目標と行動計画）を対象者とともに立案する。

（３）フォローアップ

中間評価では、設定した目標の実施状況を確認する。目標の達成が困難と想定される場合や、継続的な実施が難しいと考えられる場合には、改善計画の見直しを行う。事後評価では、引き続き支援が必要と判断される場合には、同事業で支援を継続するか、ほかのサービスへ接続する。毎年の健診データを利用し経年的にフォローアップ、モニタリングすることが必要である。

（４）事業の評価

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



健康課題別の取組の例：重症化予防に関するプログラム例

【概要】

事業目標：

A 血糖・血圧コントロール不良かつ薬剤処方がないものを医療機関受診につなげる
B 糖尿病、高血圧等で薬剤を中止している者に対して健康相談を行い、健診受診につなげる

C 糖尿病等の基礎疾患があり、フレイル状態にある者を抽出、通いの場等の介護予防事業につなげる

D 腎機能低下かつ医療機関への受診がない者に受診勧奨を行い、透析を予防する

対象者：血糖・血圧コントロール不良者、糖尿病等治療中断者、基礎疾患＋フレイル状態にある者等

【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。

【支援の実施】

（１）健康状態・ニーズの把握

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。

（例）項目：空腹時血糖・HbA1c・血圧・eGFR・クレアチニン・健康状態 等
データソース：健診結果・後期高齢者の質問票・聞き取り 等

（２）ニーズに応じた必要なサービスへの接続

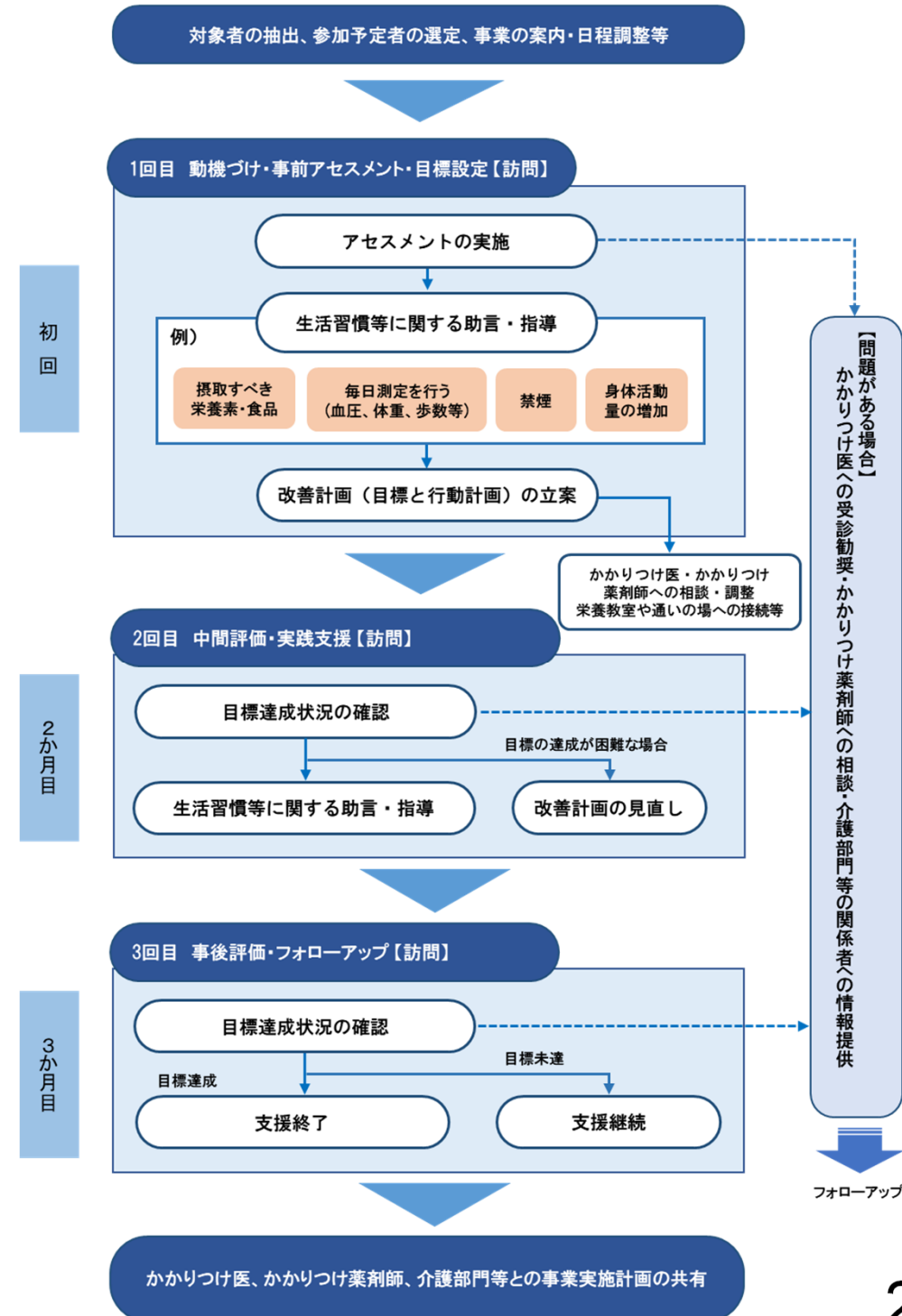
アセスメントの結果、明らかになった課題に応じて、具体的な助言を行う。

（３）フォローアップ

中間評価では、設定した目標の達成状況や受診状況等を確認する。目標の達成が困難と想定される場合や、継続的な実施が難しいと考えられる場合には、改善計画の見直し（目標の再設定、行動計画の見直し）を行う。事後評価では、設定した目標が達成されているかどうかを確認する。目標が達成されている場合は支援終了とし、引き続き支援が必要と判断される場合には、同事業で引き続き支援を継続するか、他のサービスへ接続する。治療中の者については、かかりつけ医等への指導結果等の報告など、フィードバックを行う。

（４）事業の評価

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



健康課題別の取組の例：健康状態不明者に関するプログラム例

【概要】

事業目標：健康状態不明者に対してアウトリーチ支援等を行い、健康相談、適切なサービスへの接続等により、健康の保持増進を目指す。

対象者：健康状態不明者

抽出基準：抽出年度及び抽出前年度の2年度において、健診情報、レセプトデータなし、要介護認定なし

【実施体制】

対象者の健康状態の把握が最も優先され、健康課題の有無を判断するための情報収集及びアセスメントが必要となる。そのため該当者に対して、医療専門職等が状況確認を確認するが、適宜、地域包括支援センターや民生委員等とも連携して行うことで効率的な事業が実施可能となる。

【支援の実施】

（１）健康状態・ニーズの把握

健診情報やレセプトデータ、庁内担当部局等が所持する情報により把握できる情報を活用して状況の把握に努める。また訪問前に後期高齢者の質問票等を郵送し、回答状況から健康状態等を確認、アセスメントを行う。

（例）項目：健康状態、心の健康状態、体重変化等
データソース：後期高齢者の質問票

（２）ニーズに応じた必要なサービスへの接続

アセスメントの結果、明らかになった課題に応じて、具体的な支援・助言を行う。

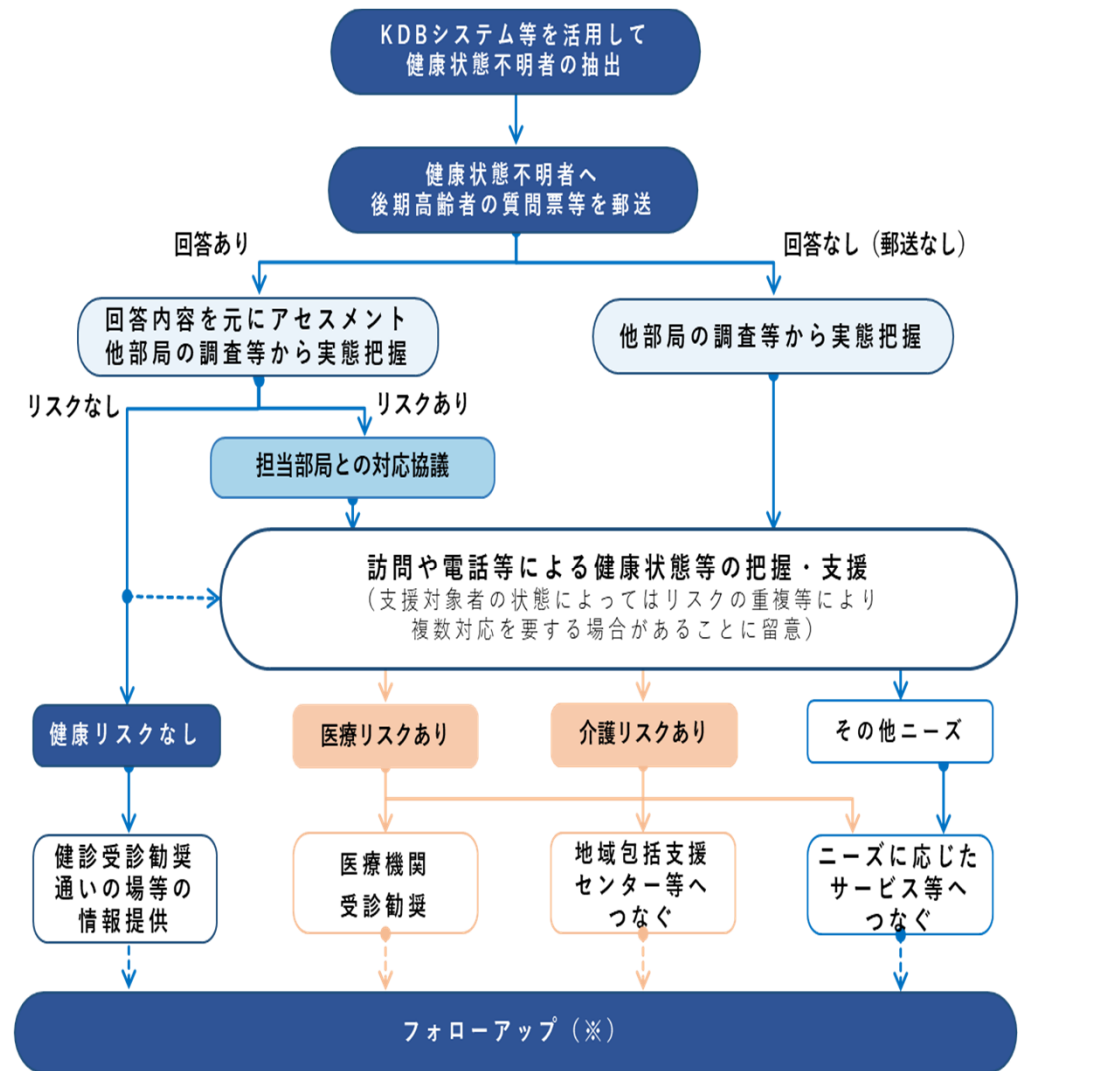
（例）すぐに受診が必要な場合
⇒ 重篤な疾患が潜んでいる可能性もあるため、できるだけ早い医療機関の受診の必要性を説明。

（３）フォローアップ

支援の結果、健診や医療機関への受診、介護サービスやその他必要なサービスに繋がっているかを確認。必要なサービスにつながっていない場合は、改めて訪問や電話等でフォローをしていく。

（４）事業の評価

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



※ KDBシステム等を活用し健診・医療の受診状況や接続したサービスの担当部局への確認し、必要なサービスにつながっているかを確認する。必要なサービスにつながっていない場合にはフォローを実施する。

また、訪問や電話等による支援時に継続してフォローの必要性がある支援対象者には、次の訪問や電話等の約束をすること等が考えられる。

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

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

参考資料

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

後期高齢者の質問票 対応マニュアル



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

一般社団法人 日本老年医学会理事長 秋下雅弘



専門職との連携

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

フレイルなどの状態 必要に応じた連携の例

身体的フレイル	特定の臓器別疾患：該当する診療科 複雑な多病と関連した病態：専門性を持った医師がいる施設（老年内科、内科、総合診療科など） ロコモティブシンドローム：整形外科 ポリファーマシー：薬剤師
精神的フレイル	精神科、老年内科、神経内科、認知症サポート医、公認心理師など
社会的フレイル	居住地区の地域包括支援センター（院内のソーシャルワーカーや診療所のスタッフが地域包括支援センターへ連絡し、該当する高齢者と面談してもらうことが望ましい）、福祉課など
オーラルフレイル	歯科、管理栄養士、言語聴覚士などによる嚥下リハビリ施設など
喫煙	禁煙外来、呼吸器内科など

質問文	回答 ※囲みに対して対応考慮	フレイル	質問の意図	かかりつけ医での初期対応	初期対応時の主な評価内容	想定される病態	問題がある場合の対応の概要
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	身体 精神 社会	全般的な健康状態の評価	身体疾患の関与を見直す 薬剤有害事象の有無を評価する	身体疾患・老年症候群 ¹⁾ の診断 服薬アドヒアランスの確認 ポリファーマシー・薬物有害事象 ²⁾ うつ ³⁾ ・意欲の評価 生活支援者や介護者の評価、社会資源評価	臓器別疾患 老年症候群 薬物有害事象 うつ	・保有疾患の管理不十分、既往疾患の再燃、新規疾患の発生に対しての検査、治療の追加・強化を検討する。 ・該当する症候の原因となる服用薬を確認する。 ・薬物有害事象の可能性を検討し、ポリファーマシー関連の問題について対応する。
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	身体 精神 社会	うつ状態や QOL 低下を反映した生活満足度の評価	QOL が低いと感じるポイントを開く うつ・アパシーの有無を判断する 経済・社会状況要因を見直す	精神・心理状態に影響する老年症候群 ¹⁾ QOL の評価 うつ ³⁾ ・意欲の評価 家族・生活環境、介護サービス利用を含む 経済・社会状況の評価	慢性疼痛、不眠、頻尿、活動量低下など うつ、アパシー 孤独	・原因疾患や老年症候群があれば、それに対する治療やケアを優先する。 ・うつ病であれば治療が必要であり、専門医への紹介も検討する。 ・家族・生活環境に応じて、地域包括支援センターや市町村の保健事業担当等と連携し、地域資源の活用を検討する。
3 1日3食きちんと食べていますか？	① はい ② いいえ	身体 精神 社会	食思不振ならびに栄養の評価	食べていない理由を聞いて評価すべき項目を判断する	栄養状態の評価 ⁴⁾ 口腔機能、味覚・嗅覚評価 食欲低下の原因の鑑別診断 ⁴⁾ うつ ³⁾ ・意欲・認知症 ⁹⁾ の診断 家族・住環境、経済状況、介護必要度の判定	臓器別疾患 老年症候群 薬物有害事象 うつ、認知症	・食思不振・低栄養の原因に応じた対応。 ・ <u>歯科との連携</u> 。 ・市町村の管理栄養士等につなぎ、栄養相談・食事指導を行う。
4 半年前に比べて硬いものが食べにくくなりましたか？	① はい ② いいえ	オーラル	口腔内の器質的問題ならびに口腔機能低下の有無	口腔機能評価	口腔内診察（齦歯、歯周病、義歯の状態） 嚥下力	齦歯・歯周病、口腔機能低下症、サルコペニア	・咀嚼や摂食障害の存在により、栄養障害を引き起こしている可能性があり、口腔内の評価のみならず、栄養状態の評価を実施する。 <u>歯科との連携</u> 。
5 お茶や汁物などでむせることがありますか？	① はい ② いいえ	オーラル	嚥下機能の評価	肺炎、脳血管障害の既往の確認 嚥下に関わる総合的機能評価	嚥下機能評価（反復唾液嚥下テスト ⁶⁾ ） 嚥下機能障害の鑑別診断 ⁶⁾	誤嚥、嚥下機能障害、サルコペニア	・嚥下リハビリや誤嚥予防などの介入を考慮する。 ・低栄養があれば栄養介入を考慮する。
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	身体	身体的フレイル・低栄養の評価	意図的な減量・治療中の病気によるもの・原因不明に分類する	栄養状態の評価 ⁴⁾ 、低栄養の鑑別診断 ⁴⁾ 意図しない体重減少の鑑別診断	低栄養 悪性疾患、炎症性疾患などの身体疾患 フレイル、サルコペニア	・原因となる疾患がある場合、適宜対応する。 ・原因となる疾患がない場合、栄養状態、運動（活動性）、精神・心理、社会的背景（生活環境の変化）を評価し、介入を考慮する。
7 以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いませんか？	① はい ② いいえ	身体	サルコペニア、ロコモティブシンドロームなどの運動機能低下や転倒リスクの評価	歩行状態を確認する 脊柱管狭窄症、変形性脊椎症、変形性関節症など整形外科疾患の鑑別	歩行状態の評価と歩行障害の鑑別診断 ⁴⁾ 心肺機能の評価 握力測定、ロコモ度テスト ⁸⁾ 、指輪っかテスト ⁷⁾	ロコモティブシンドローム 心不全、COPD サルコペニア 感覚器疾患 神経疾患 脆弱性骨折、骨粗鬆症 薬物有害事象 慢性硬膜下血腫	・原因となる疾患がある場合、適宜対応する。 ・ロコモ・サルコペニア・フレイルに対する運動・栄養介入を考慮する。
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	身体	転倒リスク（内的要因・外的要因）や転倒関連疾患の評価	転倒時の状況、頭部外傷の有無、骨折の既往の聴取、骨粗鬆症の評価 ⁹⁾	転倒の外的要因 ⁴⁾ ・内的要因の診断 ⁴⁾ ロコモ度テスト ⁸⁾ 骨粗鬆症関連検査		・転倒関連疾患に介入する。 ・ロコモレなどの運動介入や内的要因・外的要因の軽減、除去を考慮する。
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	身体	運動習慣の評価	社会資源活用（運動教室、スポーツセンターなど）の必要性を判断する	家族・住環境、経済状況の把握と運動を阻害する身体疾患の鑑別、慢性疾患の評価		・フレイル予防や健康長寿に向けて運動習慣の大切さを伝える。 ・介護予防教室等の紹介、地域包括支援センターとの連携、慢性疾患管理としての運動療法を考慮する。
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聞かれていますか？	① はい ② いいえ	精神	記憶力低下の評価	認知機能検査の必要性を判断する	認知機能評価 ⁹⁾ 認知機能障害の鑑別診断または専門医への紹介	認知機能障害	・認知症の診断を行う以外に地域包括支援センターの紹介や、地域で提供しているサービスの利用を検討する。 その際、各地域で作成されている認知症ケアマニュアルを参考にする。 ・ <u>認知症サポート医との連携</u> 。
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	精神	見当識低下の評価				
12 あなたはたばこを吸いますか？	① 吸っている ② 吸っていない ③ やめた	-		呼吸器症状の問診、喫煙歴の聴取	呼吸機能評価、必要に応じて胸部 Xp	COPD など	・過去の喫煙歴がある者に対しても、呼吸器症状の問診、喫煙歴の聴取、胸部レントゲンの評価を行うことを考慮。
13 週に1回以上は外出していますか？	① はい ② いいえ	社会	閉じこもりリスクの評価	外出頻度と閉じこもりのリスクを判断する	外出を妨げる原因の評価（2 抑うつ、6 体重減少、7-9 運動器、10-11 認知、その他の身体疾患、家族・住環境）	身体疾患（心不全や神経・運動器疾患など） うつ・アパシー・認知症 閉じこもり、社会的孤立	・各原因に対する対応策を検討する。 ・ <u>介護予防事業</u> の活用。
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	社会	社会的フレイルの評価	社会資源活用（運動教室、スポーツセンターなど）の必要性を判断する	家族・住環境、介護状況 必要に応じて質問票を用いた評価 ¹⁰⁾		・ <u>地域包括支援センター</u> や福祉課と連携して対応する。 また、地域の交通事情にも配慮し、地域資源の活用を検討する。
15 体調が悪い時に、身近に相談できる人がいますか？	① はい ② いいえ	社会					・13～15で2項目以上「いいえ」で、質問1、2で良好ではない場合、地域包括支援センターや市町村の保健事業担当などの相談窓口を紹介する。

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施 事例

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に係る事例①

【一体的実施に向けた体制整備】

- 高齢者の心身の特性を踏まえ、一人ひとりの状況に応じたきめ細かな対応の充実を図るためには、庁内関係部局との取組体制の整理・役割分担及び庁外関係機関との連携体制の構築等の体制整備が重要となる。

三重県 桑名市

■ 庁内の取組体制

- 関係各課の役割を整理するとともに、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施にかかる調整会議」と「実務担当者会」を立ち上げ一体的実施を推進している。



■ 「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施にかかる調整会議」と「実務担当者会」の構成と役割

「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施にかかる調整会議」	「実務担当者会」
構成：各課（室）の課長級 広域連合（アドバイザー）	構成：各課（室）の実務担当者 在宅医療・介護連携支援センター（アドバイザー）
役割：目的の共有、方向性の決定、事業の進捗状況の把握 等	役割：各種データの共有、支援方法の検討・実施 等

■ 関係機関との連携

- 地域ケア会議の1つである圏域会議（庁内の各課、生活支援コーディネーター、地域包括支援センター等の担当者により構成）で一体的実施の取組の情報共有や必要時は事例検討を実施し、日頃から顔の見える関係を構築。
- 関係機関とより効率的・効果的に情報共有できるよう電子連絡帳を活用。医療や介護等が必要と考えられる高齢者の状況を共有し、必要に応じて同行訪問等も含めて検討している。
- 医師会・歯科医師会から一体的実施に対する助言・協力を得て実施している。

大阪府 吹田市

■ 地域分析の結果を活用した理解の促進と健康課題に応じた役割の明確化

- 地域分析の結果から健康課題をオーラルフレイル、低栄養、健診受診率等と明確化し、項目立てをするとともに、一体的実施（ハイリスクアプローチ、ポピュレーションアプローチ）、介護予防事業（地域支援事業）、保健事業で何を行うかを整理した。事業の整理については、市の実情に合わせた効果的・効率的な組織運営・連携体制及び事業運営を目指すことを目的として設置した「保健事業と介護予防の一体的実施等庁内連絡調整会議」を活用。医療専門職と事務職協働で進捗管理を行っている。

- ・ 右表で「健康課題」「各健康課題に対する取組目標」「各事業での取組内容（一体的実施、介護予防事業、保健事業）」を見える化し整理
- ・ 定期的に会議を開催しPDCAに沿った進捗等を管理

吹田市における75歳以上の健康課題とその対応

NO	課題	各健康課題に対する取組目標	一体的実施	介護予防事業	保健事業
1	認知症	認知症の予防・早期発見・早期対応の推進。認知症の予防・早期発見・早期対応の推進。認知症の予防・早期発見・早期対応の推進。	認知症の予防・早期発見・早期対応の推進。認知症の予防・早期発見・早期対応の推進。認知症の予防・早期発見・早期対応の推進。	認知症の予防・早期発見・早期対応の推進。認知症の予防・早期発見・早期対応の推進。認知症の予防・早期発見・早期対応の推進。	認知症の予防・早期発見・早期対応の推進。認知症の予防・早期発見・早期対応の推進。認知症の予防・早期発見・早期対応の推進。
2	生活習慣病	生活習慣病の予防・早期発見・早期対応の推進。生活習慣病の予防・早期発見・早期対応の推進。生活習慣病の予防・早期発見・早期対応の推進。	生活習慣病の予防・早期発見・早期対応の推進。生活習慣病の予防・早期発見・早期対応の推進。生活習慣病の予防・早期発見・早期対応の推進。	生活習慣病の予防・早期発見・早期対応の推進。生活習慣病の予防・早期発見・早期対応の推進。生活習慣病の予防・早期発見・早期対応の推進。	生活習慣病の予防・早期発見・早期対応の推進。生活習慣病の予防・早期発見・早期対応の推進。生活習慣病の予防・早期発見・早期対応の推進。
3	がん	がんの予防・早期発見・早期対応の推進。がんの予防・早期発見・早期対応の推進。がんの予防・早期発見・早期対応の推進。	がんの予防・早期発見・早期対応の推進。がんの予防・早期発見・早期対応の推進。がんの予防・早期発見・早期対応の推進。	がんの予防・早期発見・早期対応の推進。がんの予防・早期発見・早期対応の推進。がんの予防・早期発見・早期対応の推進。	がんの予防・早期発見・早期対応の推進。がんの予防・早期発見・早期対応の推進。がんの予防・早期発見・早期対応の推進。
4	骨折	骨折の予防・早期発見・早期対応の推進。骨折の予防・早期発見・早期対応の推進。骨折の予防・早期発見・早期対応の推進。	骨折の予防・早期発見・早期対応の推進。骨折の予防・早期発見・早期対応の推進。骨折の予防・早期発見・早期対応の推進。	骨折の予防・早期発見・早期対応の推進。骨折の予防・早期発見・早期対応の推進。骨折の予防・早期発見・早期対応の推進。	骨折の予防・早期発見・早期対応の推進。骨折の予防・早期発見・早期対応の推進。骨折の予防・早期発見・早期対応の推進。
5	口腔ケア	口腔ケアの推進。口腔ケアの推進。口腔ケアの推進。	口腔ケアの推進。口腔ケアの推進。口腔ケアの推進。	口腔ケアの推進。口腔ケアの推進。口腔ケアの推進。	口腔ケアの推進。口腔ケアの推進。口腔ケアの推進。
6	栄養	栄養の改善。栄養の改善。栄養の改善。	栄養の改善。栄養の改善。栄養の改善。	栄養の改善。栄養の改善。栄養の改善。	栄養の改善。栄養の改善。栄養の改善。
7	健康増進	健康増進の推進。健康増進の推進。健康増進の推進。	健康増進の推進。健康増進の推進。健康増進の推進。	健康増進の推進。健康増進の推進。健康増進の推進。	健康増進の推進。健康増進の推進。健康増進の推進。

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に係る事例②

【高齢者に対する個別的支援・通いの場等への積極的な関与等】

- 一体的実施では高齢者に対する個別的支援（ハイリスクアプローチ）と通いの場等への積極的な関与等（ポピュレーションアプローチ）の双方に取り組み、高齢者一人ひとりの状況に応じたきめ細かな対応を行うことが重要である。

千葉県 柏市

■ 「柏フレイル予防プロジェクト2025」

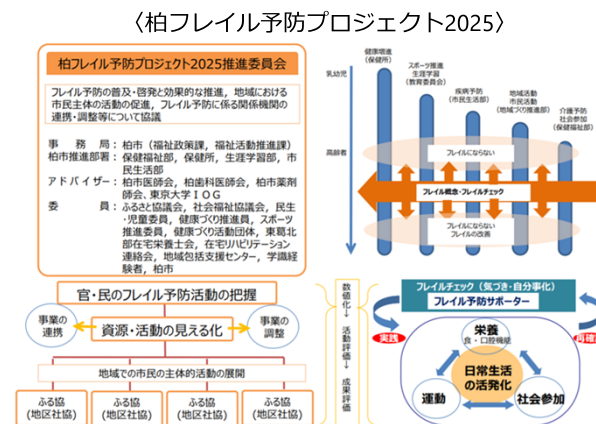
- 平成27年度末にフレイル予防を主テーマとして市内外の関係者が参画する推進委員会を立ち上げ。事務局は、介護予防部門だけでなく、国保部門、衛生部門等、各部門が連携して推進している。

■ フレイルチェック事業

- フレイルチェックでは、高齢者がフレイルを「自分事化(じぶんごとか)」し「気づき」を促進するために、①指輪っかテスト+イレブンチェック、②総合チェックを行っている。①では、ふくらはぎ周囲長のセルフチェックと栄養・運動・社会性に関するチェック項目に回答する。②では、口腔・運動・社会性など総合的観点から評価を行っている。

■ 低栄養・口腔機能低下・運動機能低下予防の取り組み

- 通いの場などで実施しているフレイルチェック講座及び地域包括支援センターにおける総合相談等で把握したフレイルのハイリスク者に対し、地域包括支援センターと医療専門職が連携して訪問等による個別の相談支援を実施、必要に応じて受診勧奨を行っている。
- 対象者の把握については、フレイルチェック項目や後期高齢者の質問票等を活用している。



神奈川県 大和市

■ 低栄養予防の取組

- 地域で自立した生活を送る高齢者の中から「低栄養リスク者」をスクリーニングし、管理栄養士による訪問型の栄養相談（全数訪問）を行うことで要介護状態への移行阻止・QOL向上を目指す。
- 「低栄養」のスクリーニングには3つのリソース（基本チェックリスト、介護予防アンケート、特定健診・長寿健診）を活用。
- 管理栄養士による訪問型の栄養相談により重症化を回避、基本チェックリストによる低栄養リスク者の社会保障費（介護給付費）削減効果を試算。

■ 糖尿病性腎症重症化予防 地域の医療機関との連携

- 糖尿病性腎症の重症化予防事業のために地域の医療機関との間で「健康相談連絡票」のやり取りを実施。連携が深まり、当該連絡票に体重減少などフレイルに関する課題を記入、連絡してくれる医師が出てきている。
- 従来、市では把握できない者の把握につながっており、医師会・医療機関との更なる連携体制の強化、フレイルが疑われる高齢者の連絡体制を整えられればと考えている。

健康相談連絡票

記入日 年 月 日

保健師・管理栄養士より

お名前 氏名 住所 電話番号

① 主 要 病 名

☐ 生活習慣病（糖尿病 / 脂質異常症 / 高血圧 / 高脂血症）
HbA1c: _____ % (検査日: 年 月 日)

☐ メタボリックシンドローム（特定保健指導）

☐ フレイル（体重減少 / 体力低下 / 84.3%以上）

☐ その他 ()

② 相 談 内 容

☐ 栄養指導 医師: _____ kcal / タンパク質: _____ g / 塩分: _____ g

☐ 運動指導 内容: _____

☐ その他指導 (アルコール、タバコ、生活習慣 / 薬物)

＜コメント＞

この連絡票を受け取れた方は、医師の日程調整をするため、大和市役所 健康づくり推進課 (046-260-5804) までご連絡ください。

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に係る事例③

【健康状態が不明な高齢者等への支援】

- KDBシステム等の活用や医療機関などの関係機関と連携し、健診・医療や介護サービス等を利用しておらず健康状態が不明な高齢者等の健康状態等を把握し、健康状態に応じた相談・指導等の実施や必要なサービスに接続することは、高齢者保健事業の重要な取組の一つである。

千葉県 松戸市

■ 取組の経緯

- R2年度に事業開始。基幹型地域包括支援センターとして困難事例に対応する中で、アウトリーチにより早期発見・早期対応に結びつけようと考えた。R4年度に健康推進課に業務移管。「予防」「健康増進」を意識し、後期高齢者の中でも若い年代へアプローチすることとした。

■ 取組内容

【対象者】過去2年間健診、医療、介護のデータがない者のうち、支援年度末年齢78歳の者

【実施方法】質問票を送付後、返信の有無に関わらず全数医療専門職による訪問・電話を行う

【アセスメント項目】後期高齢者の質問票、栄養（食事・口腔）、身体活動、社会参加、疾病管理、認知機能、ソーシャルサポート、計測結果（血圧、体重等）、経済面、受診しない理由等

【支援内容】アセスメントに基づいた保健指導・受診勧奨を実施。医療リスクがある場合はフォローアップを行い、必要に応じて同行受診を行う。その他、地域包括支援センターと連携し、介護保険サービスの導入・地域の見守り体制への接続等を行う。

■ 取組によって得られた気づき

- 本人や家族が不安を感じ始めたときにタイミングよく声かけができると、医療・サービス等につながりやすい。
- 生命・身体・生活への影響が顕在化していない場合、その後生じるリスクの把握や、行動変容につながる働きかけは難しいことが多い。

秋田県 仙北市

■ 取組の経緯

- KDBシステムを活用し、地区毎の健康課題の明確化を行ったところ、特異的に生活習慣病に係る「入院医療費」が高い地域があった。当該地区を「重点地域」とし、**地域の診療所と基幹薬局と連携して対策を行うこととなった。**

■ 取組内容

【対象者】前年度健診未受診かつ医療未受診かつ介護未利用者

【実施方法】地域の診療所・調剤薬局と情報連携しながら、市保健師により対象者全員に訪問指導を実施

【アセスメント項目】アセスメントシートを使い、心身機能（フレイル）の状況、医療受診状況等を確認

【支援内容】・医療機関・健診受診勧奨（必要に応じて家族等キーパーソンへ助言）。

- ・課題のある場合：必要なサービスにつなぐ情報提供書・連絡票を作成、または電話にて関係機関に連絡。
- ・対象者の個別ファイル（個人情報、家族情報、アセスメントシート等）を作成し、継続支援できる体制を確保。

■ 取組によって得られた気づき

- 健康状態不明者の状態把握に取り組むことで、**今までの事業では把握し得なかった「自らSOSを出さない（出せない）市民」との出会いにつながった。**

- 対象者の状況によっては、経済的困窮や医療機関等受診に関するこだわり等があり、保健師と対象者「1対1」での対話だけで解決できることが限られる場合も多い。家族などのキーパーソンと連携して相談を行うことが有効であった。

③ 前の月1月に受診した医療機関を教えてください

医療機関名	受診回数	備考
氏名	昭和 年 月 日 生	歳
電話番号		

※該当するものに○をしてください

① 買い物や通院などの外出する際の交通手段はどうしていますか？

・家族から車で送ってもらっている → 自分で車を運転している

・タクシーを利用している → バスや電車を利用している

・自転車 → 徒歩 → その他

② 自宅で血圧を測っていますか？

○はい → はい → いいえ → 毎日（血圧値）（G/L）

③ お食事は誰が作りますか？

・自分 → 家族（誰） → ヘルパー → その他

④ 食品や日用品生活必需品は誰が買いますか？

・自分 → 家族（誰） → ヘルパー → その他

⑤ 食事の状況について

・よく食べる → 量が減ってきてよく食べない → その他

⑥ 歯について

・入れ歯 → 入れ歯 有

・入れ歯がある場合は

○入れ歯の部位は

・上の歯（入れ歯） → 部分入れ歯

・下の歯（入れ歯） → 部分入れ歯

○入れ歯の手入れ方法

⑦ お酒を飲みますか？

・はい → はい → いいえ → 時々 → 毎日（ 合）

⑧ 睡眠について

・よく眠れる → 眠れず悩んでいる → 眠れない

⑨ サプリメント（市販の栄養や健康関係のお薬）を飲んでいますか？

・はい → はい → いいえ → 時々 → 毎日

※にも記載があります。

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に係る事例④

【小規模町村事例】

- 小規模町村では、町村内の医師や地域包括支援センター等の関係団体と従来から顔の見える関係が構築されていたが、一体的実施の開始を機に一層の情報共有や連携強化を図り、高齢者の介護予防・保健事業の充実・推進につなげた事例も報告されている。

北海道 士幌町

薬剤師会、医師会と連携した服薬指導の取組

■ 一体的実施開始の経緯

- 町の課題として、後期高齢者の健診受診率が3.6%と国保の健診受診率と比較して低く、また、町の施設中心型の介護提供体制から介護保険料が北海道内上位となっており、町においても高齢化の進行が予想されることから、後期高齢者の健診受診率の向上や、介護予防事業の充実の必要性を感じていた。
- こうした状況の中で、複合的な健康課題を抱えた高齢者のフォロー体制の構築において、関与していく医療専門職の職種により対象者へのアプローチが異なることが課題としてあり、各担当の連携の必要性を感じていたことをきっかけに、一体的実施を開始した。

■ 服薬指導の取組

- 町内の医療機関・調剤薬局と連携を取り、対象者が医療機関受診時に、自宅の残薬状況を医師に報告できる体制を構築。頓服薬等の残薬状況がわかることで、処方薬剤数の減少、医療費削減につながっている。
- 対象者の状況について福祉・居宅介護事業所、包括担当など支援を担当する専門職と協議し、特に介入が必要な対象者については、健康推進担当が訪問指導を実施することとした。



高齢者が薬を薬局に持参するための
「節薬バッグ」

熊本県 長洲町

地域の関係団体と連携して取組む高齢者の介護予防・保健事業

■ 一体的実施開始の経緯

- 国民健康保険から後期高齢者医療への移行による健診受診や保健指導のつながり、介護予防との連携、健診・医療・介護等の情報共有の課題に対応するために、保健事業と介護予防を一体的にとらえられる、一体化事業を開始した。
- 既存の事業や各団体が有する情報等を統合することで、町の健康課題への取り組みや関係者との連携を効率的に実施することが可能となるため実施した。

■ 取組の概要

- ハイリスクアプローチ：健診結果を基に重症化予防対象者やフレイルの疑いがある者への支援、健康状態不明者等について、医療専門職が個別訪問し、健康状態を把握した上で医療受診や介護予防事業等につなげる取組を実施した。
- ポピュレーションアプローチ：社会福祉協議会等と連携し、シニア男性を対象に、地域とのつながりづくりや介護予防を目的とした「シニア男性のこれカラダ健康教室」を開催。参加者からは「医療専門職に健康のことを相談できる機会ありがたい」「健康意識が高まった」といった声が聞かれた。その他の事業として、骨折予防のため、企業や町内団体と連携した栄養や体操などの健康講座、体力測定などを実施した。



シニア男性のこれカラダ健康教室
(介護予防のための調理実習)

広域連合による市町村支援事例

【広域連合の事例】

- 市町村における一体的実施の取組を推進するため、広域連合においては、各市町村の課題や地域の特性に応じた事業計画、事業評価の取組を支援する方策がとられている。

愛知県後期高齢者医療広域連合（R4.4.1 被保険者数：1,007,295人）

市町村の健康課題分析、事業計画、事業評価支援

■愛知広域の一体的実施の進捗状況

- 管内に54市町村（市38、町14、村2）あり、53市町村での実施の目処がついている。広域連合内の保健事業の標準化、質向上を目指しマニュアル、様式例等を提示している。
- 事業計画、実績報告・評価の作成について
- 全市町村が、最低限分析すべき項目・評価指標を設定した実施計画書・実績報告書・次年度企画に用いる健康課題分析シートを提示。実績報告書シートでは、4つの視点（ストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカム）で設定した評価指標に沿って、達成できた要因、達成できなかった要因分析を行う。
- 健康課題分析シートでは、健診、医療、介護の各データをKDBから抽出し、ワークシートに記載し、作業を進めることで健康課題分析を実施可能とする。

令和4年度データ（医療）				令和4年度データ（健診）			
◆医療費全体に占める入院+外来医療費（%）				◆質問票（%）			
	疾病	保険者	県		保険者	県	同規模 国
1位	慢性腎臓病(透析あり)	6.2	7.2	食習慣			
2位	骨折	5.0	4.8	③1日3食きちんと食べる	96.5	95.6	94.9 94.9
3位	関節疾患	4.5	4.0	口腔機能			
4位	不整脈	4.2	3.8	④半年前に比べて固いものが食べにくい	31.2	30.3	28.1 28.4
5位	糖尿病	4.2	4.2	⑤お茶や汁物等でむせる	19.9	20.9	20.8 20.7
6位	高血圧症	3.4	3.3	体重変化			
7位	脳梗塞	2.9	3.5	⑥6カ月で2～3kg以上の体重減少	12.2	11.8	11.4 11.6
8位	骨粗しょう症	2.6	2.8	運動・転倒			
9位	脂質異常症	2.4	2.1	⑦以前に比べて歩く速度が遅い	56.0	58.4	61.0 59.6
10位	狭心症	1.7	1.8	⑧この1年間に転んだ	16.8	19.0	17.9 18.0
出典：KDB「医療費分析（2）大、中、細小分類」				⑨ウォーキング等の運動を週に1回以上	65.3	61.0	64.6 62.1
				認知機能			
				⑩同じことを聞くなどの物忘れあり	16.4	18.0	16.2 16.7
				⑪今日の日付がわからない時あり	25.9	26.7	24.8 25.3
				出典：KDB「地域の生活者の把握」			

健康課題分析シート

福岡県後期高齢者医療広域連合（R4.4.1 被保険者数：709,153人）

一体的実施における事業評価

■福岡広域の一体的実施の進捗状況

- 管内に60市町村（市29、町29、村2）あり、60市町村での実施の目処がついている。広域連合では、一体的実施の実施方針、評価指標を設定し、市町村に提示している。
- 一体的実施における事業評価
- 広域連合では、一体的実施事業における数値目標において、1「一体的な実施」に取り組む市町村の増加、2後期高齢者健康診査・歯科健診の受診率向上、3通いの場への参加率の上昇、4健康状態不明者の割合の減少、5低栄養者の減少、6多剤処方の減少、7人工透析患者率の低下、8一人当たり医療費の減少、9一人当たり介護給付費の減少、10健康寿命の延伸についての評価指標を設定しており、マクロ的な視点で評価を行っている。

広域連合の評価指標

連合の一体的実施事業における数

評価指標		現 状		
		令和2年度	令和3年度	令和4年度
1	「一体的な実施」に取り組む市町村の増加	19市町村	35市町村	45市町村
2	後期高齢者健康診査・歯科健診の受診率向上 (福岡県後期高齢者医療広域連合報告)	健康診査 9.49% (令和元年)	歯科健診 7.62% (令和元年)	
3	通いの場への参加率の上昇 (介護予防・日常生活支援総合事業の実施状況調査)	8.23% (平成30年 福岡県)		
4	健康状態不明者の割合の減少 (KDBシステム)	4.18% (平成30年 福岡県)		
5	低栄養者 (BMI≦20) の減少 (後期高齢者健康診査)	男性 16.0%・女性 27.9% (平成30年 福岡県)		
6	多剤処方の減少 (KDBシステム)	ひと月15日以上の6種処方 46.8% (平成30年 福岡県)		
7	人工透析患者率の低下 (健康スコアリング)	1.43% (平成30年 福岡県)		
8	一人当たり医療費の減少 (後期高齢者医療事業年報)	後期高齢者一人あたり医療費 1,178,616円 (平成29年 福岡県)		
9	一人当たり介護給付費の減少 (介護保険事業状況報告)	第1号被保険者一人あたり給付費 261.2千円 (平成30年 福岡県)		
10	健康寿命の延伸 (国民生活基礎調査)	男性 71.49歳 (平成28年)	女性 74.66歳 (平成28年)	

取組区分毎の評価指標（案）

- 市町村に対しては、取組区分毎の評価指標（案）を提示している。

広域連合による市町村支援の事例

【広域連合による、企画調整担当研修会等の市町村支援の事例】

- 一体的実施においては、企画・調整を担当する医療専門職が事業の実施にあたり、健康課題等を把握し、事業の企画・調整・分析・評価を行うことが重要である。広域連合が主催する管内市町村の企画調整担当医療専門職の研修会・及び意見交換会を通じ、情報交換することで、広域連合内の保健事業の質向上に取り組んでいる。
- 人事異動後、新任の企画・調整担当医療専門職においても事業継続・推進できるよう、意見交換会の実施、事例集等の共有を行っている。

滋賀県後期高齢者医療広域連合

高齢者健康づくり事業推進フォーラム

- 滋賀県後期高齢者医療広域連合では、平成25年から掲題フォーラムを実施している。当広域連合が取り組んだ健康づくり事業の内容と成果について、市町の後期高齢者医療担当職員や保健師、地域包括センターの職員等、関係者の皆様にご報告することにより、市町における高齢者の健康づくり施策の参考としていただき、また、当広域連合とのよりよい協力関係を築いていくことを目的に、高齢者健康づくり事業推進フォーラムを開催、広域連合HPに掲載することで広く情報提供を実施。<https://www.shigakouiki.jp/0000000014.html>
- フォーラムの内容
有識者からの情報提供：高齢者健康づくり事業の取組について、広域連合全体での事業評価
管内市町からの事例発表：高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について
広域連合からの情報提供：一体的実施の事業概要、市町への支援について

広域連合が実施する市町村支援（財政支援以外）

- (1) 後期高齢者保健事業従事者への支援
 - 後期高齢者保健事業基礎力向上研修会
 - 高齢者の保健事業セミナー
 - 高齢者健康づくり事業推進フォーラム
 - 企画調整担当者意見交換会
- (2) 後期高齢者保健事業への支援
 - 保健事業支援・評価委員会
 - 広域連合保健事業アドバイザー事業
 - 後期高齢者ヘルスサポート事業
- (3) データ作成等への支援
 - KDBシステム操作・活用支援
 - データ作成・提供

※ (2) (3) は国保連合会と連携して対応

鹿児島県後期高齢者医療広域連合

一体的実施市町村支援事業～企画調整担当者等連絡会～

企画調整担当者等連絡会を年2回ハイブリッド開催し、広域連合、国保連合会からの情報提供や管内市町村の企画調整担当者等の意見交換会を実施。その他、地区別意見交換会や個別訪問による市町村支援を実施。

【4月担当者連絡会】

第一部 新規開始+ 担当者交替	1 広域説明	① 一体的実施の概要と企画調整担当者の役割 ② 第3期データヘルス計画と一体的実施事業の概要 ③ 事業計画書の作成上の留意点について
	2 情報提供	「KDBの一体的実施への活用」(国保連)
	3 意見交換	実施体制・実施計画等の情報共有、先輩担当者に聞きたい事
第二部 全市町村	1 広域説明	①第3期データヘルス計画と一体的実施の推進 ②県内の取組状況と当広域の保健事業 ③事業計画書作成にあたっての留意点
	2 意見交換	全員での意見交換(庁内外の連携、ポピュレーションアプローチの 評価について、国保連に聞きたいこと) ※ 自治体規模別又は開始年度別にGW

時期	令和7年度一体的実施市町村支援事業内容（予定）
3月	・R6年度実施市町村への事業実績報告依頼
4月	・R7年度実施市町村への事業計画等の提出依頼
4月	・一体的実施の実施市町村との委託契約
4月	・企画調整担当者等連絡会
5月	・特別調整交付金に係る事業実施計画書等の審査及び申請
6月	・高齢者保健事業従事者研修会の開催
7月	・地区別意見交換会(3～4地区)及び市町村への個別支援 (アドバイザーによる支援を含む)
～12月	
10月	・一体的実施セミナーの開催
10月	・R8年度一体的実施に係る意向確認及びヒアリング
3月	・支援事業の評価、次年度計画策定

【1月担当者連絡会】

- 1 広域説明 第3期データヘルス計画の進捗状況と一体的実施の取組推進
一体的実施に活用できる補助金や保健事業、国の動き
実績中間報告からの気づき、事業実績作成に係る留意点
- 2 意見交換 ①前半の取組状況と次年度に向けた改善点
②取組区分ごとの実施状況、
③庁内外の連携、各取組の実施方法・工夫、介護部門との連携等

※ 令和7年度から1月の担当者連絡会を中止し、地区別意見交換会の充実を図る予定

広域連合・国保連合会による市町村支援の事例

鳥取県後期高齢者医療広域連合（4市14町1村）・鳥取県国民健康保険連合会

広域連合と国保連合会が連携した伴走型支援（令和5年度～）

■ 経緯

負担なく・スムーズに取組開始できないか（広域連合）、市町村のニーズを踏まえた個別支援を展開したい（国保連）、両者の思いをすり合わせた結果、それぞれの強みを活かした支援体制を構築し、**地域の健康課題の見える化マップを提供する等**、希望があった新規取組市町村に対して、開始時から伴走型支援を実施することになった。

■ **内容** 年3回の支援ミーティングを軸に、国保連、広域連合がそれぞれ提供できる支援についてメニューを市町村に提示し、相談しやすい環境を整えた。

○年間スケジュールは市町村に支援の要望を聞きながら立てた。

○市町村が相談があるときは、その内容に応じて国保連、広域連合どちらかの窓口相談できるようにし、どちらに相談があっても両方で情報共有し支援を展開した。

■ 取組による成果と今後の課題

○市町村が一体的実施に取組む際のハードルが低くなったと感じ、国保連、広域連合お互いの業務の強みを活かした助言ができた。また、市町村固別の細かい支援要望に対応し、好事例等を横展開しやすくなった。令和6年度より県内全市町村で実施となったため、令和7年度からは、全市町村を対象にそれぞれの要望に応じた支援を展開していく予定。

国保連合会	広域連合
	実施計画書作成支援（通常実施） （健康課題抽出のためのワークシート）
① 健康課題分析抽出のための資料作成（KDBより）	
② 地域の高齢者の健康課題を伝えるためのデータ作成（グラフ、表など）	
③ 市町村内の小地域の健康課題の特徴等の分析	
④ 市町村の取組事業の対象者抽出リスト作成 （糖尿病性腎症重症化予防、治療中断、健診異常値、未受診者等）	対象者抽出リスト作成 （重複頻回・多剤、薬剤併用禁忌、健康不明者、健診異常値、治療中断等）
⑤ 健康教育の講師派遣	
⑥ 地域を担当する医療専門職の派遣調整（保健師）	各専門職団体（POST、栄養士会）との調整 ⑦ ハイリスクアプローチ個別支援の事例検討会の開催
⑧ 中間振り返りミーティング参加	中間振り返りミーティング参加 （通常実施の実施状況ヒアリングを兼ねる）
⑨ 第三者支援・評価について 国保連健康事業支援・評価委員会の活用	第三者支援・評価について 相談提出準備など
⑩ 評価指標の結果の見える化支援 （住民、庁内・上司説明用）	評価指標の結果の見える化支援 （住民、庁内・上司説明用）
⑪ 年度の評価・次年度計画に向けてのミーティング（必要時専門家派遣）	年度の評価・次年度計画に向けてのミーティング
	実績報告書作成支援（通常実施）
⑫ その他	その他

支援メニューの例

みなし健診の推進に関する取組（令和5年度～）

■ 経緯

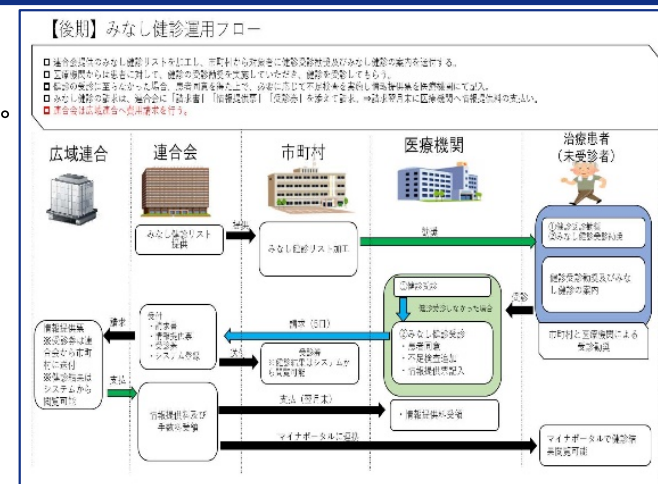
高齢者の保健事業の実施にあたり、当広域連合では健診受診率が22.12%（令和4年度）と低く課題があった。一方で医療機関を受診している被保険者が多かったため、医療機関と連携した健診・質問票データの把握を推進するため、医師会等への説明を広域連合、国保連合会と連携し進めることとした。

■ 内容

医師会に対して、協力・理解を得るため、先行している国保の例を説明し、協力依頼した。その際には、同じスキームで取組み医療機関に負担のないようにするという工夫をした。

■ 取組による成果と今後の課題

全県19市町村で実施。令和5年度は12市町村にて年間663名のみなし健診受診者があり、全県で0.75%（市町村によっては最大9.37%）の受診率向上に繋がっている。入手した情報は高齢者質問票も含めKDBに入力し、ハイリスクアプローチの対象者抽出など、保健事業で活用している。みなし健診受診者の更なる増加を図るため、令和7年度から広域連合直営で受診勧奨事業を実施する予定。



医師会への説明資料

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に係る支援事例（都道府県）

高知県（11市17町6村）

各市町村と医療機関との連携体制構築支援（令和4年度）

■ 担当部局：健康政策部 国民健康保険課（高齢者医療担当）・福祉保健所

■ 内容

- 高知県で一体的実施事業を開始しようとしている市町村では、かかりつけ医などと連携した保健事業の実施や通いの場等への誘導など医療機関と連携した事業実施が課題となっており、県による支援の要望なども寄せられていた。
- そこで、県では、県医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会などに相談して、医療関係団体への一体的実施事業の周知など連携内容の検討をすすめるとともに、県福祉保健所が実施市町村（県内5箇所）との勉強会で課題や要望を確認した後、市町村の希望に応じて郡医師会等に対して既存の会議等を活用した事業説明や地域の医療専門職の紹介などを行う体制の構築を進めた。また、「各市町村が医療機関等に説明するための事業概要ひな形」等を作成し、市町村の参考資料として提供した。

■ 具体例

無医村では、村民が利用する村外の医療機関との連携体制がない状況であった。そこで、県福祉保健所が村外の医療機関に同行訪問し、村の健康課題や、具体的な事業内容を説明した。その結果、医療機関が一体的実施事業以外の福祉支援などの情報も村民に提供してくれることとなり、支援が広がった。



医療機関事業概要説明ひな形

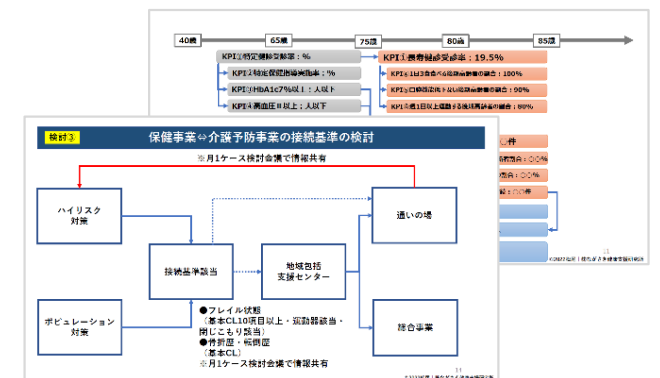
長崎県（13市8町）

「保健事業構築アドバイザー派遣事業」—市町村の保健事業部門と介護予防部門の連携支援—（令和4年度）

■ 担当部局：国保・健康増進課

■ 内容 支援を希望する市町に対し、事業の企画や庁内連携に関する支援を行う。

- 市町の企画調整担当・県・委託業者の3者で保健事業構築に関する企画会議を実施。5回程度の企画会議を通じて、健康課題の分析支援や効果的な保健事業の構築支援を行った。保健事業構築については、主に高血圧、生活習慣病重症化予防、骨折等の取組の課題を整理した。
- 庁内連携を課題とする市町について、保健事業部門と介護予防事業部門の連携調整会議の企画運営を実施。3回程度の連携調整会議を通じて、保健事業と介護予防事業の連携ポイントを検討し、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に関する連携体制を構築した。
- 支援を実施した町における保健事業計画策定支援のプロセスを整理し、県内全市町向けの成果報告会を実施。



企画・連絡調整会議での説明資料

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に係る支援事例（都道府県）

宮城県（14市20町1村）

宮城県フレイル対策市町村サポート事業（令和2年度から令和6年度まで）

■ 事業の経緯

- 宮城県の管内市町村では、一体的実施を含むフレイル対策において、地域支援を担当する医療専門職の人材確保及び人材育成に苦慮していた。そこで、宮城県が中心となり、市町村で地域を担当する医療専門職の人材育成に取り組むこととした。

■ 取組の概要

- 市町村の事業をサポートするため、職能団体（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、理学療法士会、作業療法士会、言語聴覚士会）及び関係団体（後期高齢者医療広域連合、国保連合会、大学等）と連携・協働して、各医療専門職による「みやぎ健康支援アドバイザー（以下、「アドバイザー」という）」を養成し、市町村を対象に知識と技術の向上を目指した研修会の開催や、アドバイザー派遣による地域の実情に応じたサポートを実施（事業事務局を「宮城県栄養士会」に委託）。
- その結果、全ての市町村において、令和6年度までに「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を開始することとなった。
- 令和7年度以降は、アドバイザーの継続意思を確認の上、市町村に情報提供し、事業での活用を促す。



みやぎ健康支援アドバイザー



チーム派遣の様子

石川県（11市8町）

市町村担当課長及び関係課長への説明支援による一体的実施の横展開

■ 石川県の一体的実施の進捗状況

- 令和4年度時点で実施している市町村は19市町中11市町にとどまっており、実施時期未定となっている市町の中には「上層部の理解が得られず、関係部局同士の連携が進まない」という課題があった。

■ 連携促進会議による事業の着手推進及び事業内容の横展開

- 県・広域連合・国保連が「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に係る連携促進会議」を共同開催し、県内市町の、全ての担当部局（医療保険部局、健康増進部局、介護予防部局）の課長に対し、一体的実施の事業背景や、国の実施状況調査等を踏まえた事業に取り組みやすい環境、ストラクチャー・プロセス・アウトカムを「見える化」した結果等を説明した。
- その結果、全ての市町において、令和6年度までに「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を開始することとなった。
- さらに、市町において、庁内部局の役割分担の確認、広域連合との協議開始、保健師の増員等につながった。



連携促進会議の様子

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に係る支援事例（都道府県）

青森県（10市22町8村）

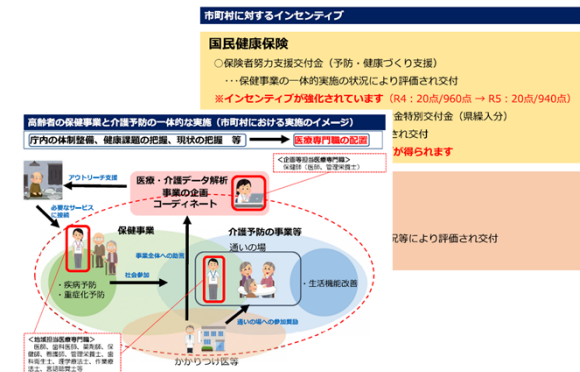
高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の基盤整備事業

■ 関係課長会議による連携と取組の推進

- 関係部門間の連携における課題を踏まえ、市町村の後期、介護、高齢福祉、健康増進の各部門の担当課長が参加する会議において、取り組み開始に向けた協力及び取組推進を依頼した。県としても課題の解消に向けた支援を行っている。

■ 市町村支援の状況

- 広域連合及び国保連合会と協力・連携して、県主催の医療専門職向け研修会・意見交換会等を実施し、関係職員及び関係団体の実務担当者の人材育成を実施するとともに、職能団体の窓口を市町村に伝達することで、人材確保の支援を実施している。
- 医師会、歯科医師会、薬剤師会に対して、糖尿病重症化予防事業やオーラルフレイル対策事業、適正服薬事業に関する説明を行い理解を深めていただき、連携強化、事業への協力依頼を行っている。
- 希望のあった市町村に対しては、訪問を行い、実施計画書、実績報告書の作成に係る支援及び、実情に応じた交付金活用に係る助言を行っている。保健所の保健師の活用が図られるよう、情報共有・研修参加の依頼を行っている。



市町村訪問での説明資料

栃木県（14市11町）

地域課題の共有による連携促進と「とちぎフレイル予防アドバイザーやサポーター・リーダー」の活用に向けた関係団体への協力要請

■ 県内の健康課題の明確化

- 公的調査統計データおよびKDBを活用し、栃木県及び各市町の健康課題を明らかにするための現状分析を行い、市町国保の保健事業に関する内容も含めて、市町をはじめ県庁内関係各課、保健所への情報提供を行っている。また、分析結果等は広域連合・国保連合会とも共有し、研修会などで活用している。県内の健康課題を明確化し、共有することで、データヘルス計画に基づく保健事業の推進や市町村支援の方策の検討に役立っている。

■ フレイル対策の体制基盤整備

- 市町では、地域の人材不足の課題があるため、専門職を活用する「とちぎフレイル予防アドバイザー」として事業に参加いただくよう栄養士会、歯科衛生士会、リハビリ専門職協会等に協力要請を行った。また、住民主体のフレイル対策を推進するために食生活改善推進員等を「とちぎフレイル予防サポーター・リーダー」として養成し、資質向上研修を実施している。本事業を通じて、ボランティア団体や資格職、行政機関が一体となり、地域のフレイル対策を推進するための人材育成の基盤が整備された。本事業により市町の保健事業担当と介護予防担当の連携を図るとともに関係団体への協力依頼を行うことで、連携・業務委託を推進する支援につながった。



人生100年フレイル予防プロジェクト 作成啓発資料

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に係る支援事例（都道府県）

大阪府（33市9町1村）

効率的・効果的・実効性ある事業評価の技術支援

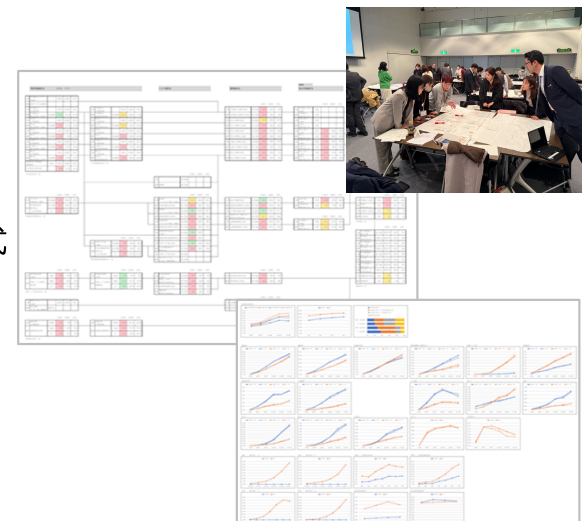
■ 高齢者の実態を反映した保健事業と一体的実施の評価の在り方検討（令和4年度～6年度）

- 【令和4年度】モデル3市町村において、高齢者の意識・行動調査を行い実態を把握、市町村特徴を見える化のうえ、フレイルとの関連等を検討。ポピュレーション事業の評価指標として活用可能な項目を考案。
- 【令和5年度】考案した評価指標を活用し、モデル2市町で事業評価を試行。有用な評価指標を提案。
- 【令和6年度】提案された評価指標や実践方法を活用・共有し、現場での工夫や課題等から手上げ式、クイズ式など、より実効性の高い方法を検討。ポピュレーション事業評価方法として横展開、実装。
- 市町村担当者の声⇒「手間や負担感が少ない」「楽しくでき知識の定着にもつながる」「根拠ある評価指標により事業の意義が明確になった」「他市町村との比較ができる」「事業の行き詰まり感が解消」

- 提案指標 A. フレイル認知度 B. オーラルフレイル認知度 C. 主観的健康観 D. その他（安心感など）
- 取組を通じて把握した部局横断的に対応すべき課題と対応策の検討等に向けて提言。

■ 地域診断事業（令和4年度～6年度）

- 一体的実施担当者と国保保健事業担当者が共有できる地域診断シートを開発。経年的にデータを更新し全市町村及び府保健所に提供することで、指標とプロセスの見える化による地域診断手法を標準化。
- 「地域診断セミナー」を開催。地域診断から保健事業の企画実施評価までできる人材を育成支援。



地域診断事業で用いた地域診断シート

広島県（14市9町）

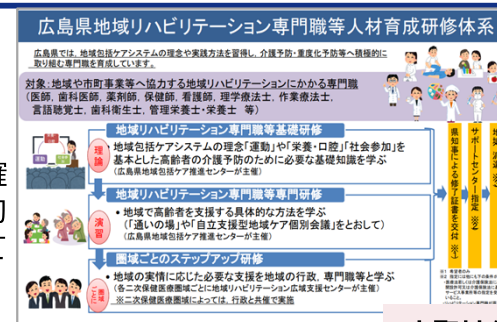
データ分析に基づく地域マネジメント支援事業による健康課題の把握及び人材育成・研修会

■ データ分析に基づく地域マネジメント支援事業

- 医療費、介護給付費等のデータを活用し、日常生活圏域の分析（地区診断）等を行い、地域課題等を明確にするとともに、地域包括ケアの強化に取り組む市町への個別支援を実施し、エビデンスに基づく効果的な健康づくり・介護予防施策の推進を支援する。支援にあたっては、広域連合及び国保連合会と連携して研修会やヒアリングを実施している。

■ 人材不足への対応

- 市町村の人材不足状況等の聞き取りを行い把握に努めている。市町村の企画調整担当医療専門職に対しては、制度開始当初において保健所の保健師が地域の実情を踏まえ実地指導等も活用した助言・支援を行った。地域担当医療専門職の不足に対しては、職能団体に対して研修についての周知を行い、事業協力依頼を行っている。また、地域包括ケア推進センターへの委託により、市町事業等へ協力する介護予防事業に係るリハ専門職等を育成している。年1回、広域連合、国保連合会と共催し、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に係る担当者研修会を開催し、人材育成に取り組んでいる。



市町村向け研修会の内容

- ・ 行政説明
「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施について」
—中国四国厚生局健康福祉部地域包括ケア推進課
- ・ 行政説明
「第3期保健事業実施計画の進捗管理について」
—広島県後期高齢者医療広域連合業務課
- ・ 情報提供
「一体的実施・KDB活用支援ツールについて」
—広島県国民健康保険団体連合会保健事業課
- ・ 市町担当者間での意見交換会

関係団体による高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に係る事例①

【高齢者保健事業に関する日本医師会等の取組】

- 高齢者保健事業においては、広域連合・市町村と都市区医師会又は医療機関が契約し、健康診査を実施している。また、保健事業の実施にあたっては、高齢者保健事業の実施計画についての助言や、保健指導実施の際に、かかりつけ医からの情報提供等を行っている。
- 高齢者の特性を踏まえた適正処方のある方や、フレイル等の最新の知見を踏まえた研修会を実施し、会員及び、地域包括ケアに関与するメディカルスタッフ等に対しての情報提供を行っている。

人材育成・ツール提供

■ 診療支援ツールの提供

- 多剤併用による薬物有害事象を防ぐための処方の考え方を中心に解説した手引きを作成し、医療機関に情報提供している。「超高齢社会におけるかかりつけ医のための適正処方の手引き」①安全な薬物療法②認知症③糖尿病④脂質異常症⑤高血圧を作成し、会員等に向けて情報提供している。

■ 日医かかりつけ医機能研修事業

- 応用研修として、フレイル等の内容を含んだ研修会を都道府県医師会と連携して実施している。全国の医師が受講しており、応用研修会の資料はHP上でも公開している。

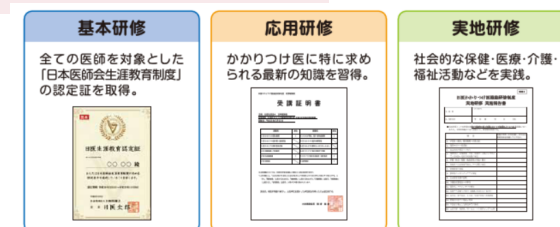
■ 日本医師会J-DOME研究事業

- 診療所を中心とした2型糖尿病、高血圧症、高脂血症、CKDの患者さんの診療データを収集し、治療の実態を把握し、研究結果を日常診療に役立てて頂いている。

かかりつけ医のための 適正処方の手引き



かかりつけ医機能研修事業



各種情報発信 都道府県医師会事例

各都道府県医師会から会員向け・住民向け・コメディカルスタッフ向けの情報提供

■ 福岡県医師会

- 日常において高齢者と接する機会の多い介護施設・事業所等で働く介護従事者等に対して、介護現場で必要となる生活習慣病への医学的理解を深め、重症化防止並びにフレイルの予防を図るために必要となる医療・介護の知識についてまとめた「生活習慣病・重症化予防・フレイルに関する基礎知識」を作成し、情報提供している。

■ 東京都医師会

- 東京都と共同して、「住み慣れた街でいつまでもフレイル予防で健康長寿」という資料を作成し、フレイル対策を図解でわかりやすく説明し、HPで紹介している。その他、都民公開講座などで情報提供を行っている。



関係団体による高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に係る事例③

【一体的実施に関する日本薬剤師会の取組】

- 都道府県薬剤師会に向け、保険者等と連携したポリファーマシー対策、後発医薬品の推進、医療費適正化事業等への取組を促している。
- 健康サポート機能の発揮、かかりつけ薬剤師・薬局としての機能強化及び多職種との連携等に取り組めるよう、薬局に対し、都道府県薬剤師会を通じた支援を行っている。

人材育成・ツール提供

■ 公衆衛生の普及・指導に関する事業

一般用医薬品等を含む医薬品の適正使用、国民の健康増進に関する各種取り組みの強化について、都道府県薬剤師会を通じ会員へ伝達している（例：健康サポート薬局研修等）。薬局では、処方箋調剤、在宅患者訪問薬剤管理指導、一般用医薬品等の販売・指導に加え、禁煙指導、健康相談及び災害対策など、地域に根差した取組を行っており、ポリファーマシー対策、服用期間中のフォローアップ等や入院時連携についても取り組んでいる。

■ 都道府県薬剤師会等との連携、協力及び支援に関する事業

都道府県薬剤師会や地域薬剤師会において保険者や多職種と連携した事業を行うよう伝達するとともに、保健事業にも活用可能な地域住民・患者向け資材の作成及び提供を行っている。

■ 生涯教育の実施

平成29年度から令和4年度まで、厚生労働省「薬剤師生涯教育推進事業」の実施法人として「薬局ビジョン実現に向けた薬剤師のかかりつけ機能強化事業」を実施。介護予防や、高齢者医療を含む地域医療の質向上を目指した研修機会の提供のため、「薬剤師のかかりつけ機能強化のための研修シラバス」を作成し、各県での研修会の展開に繋げている。

練馬区薬剤師会 国保保健事業における訪問服薬健康相談事業

適正服薬推進事業、ポリファーマシー対策

■ 事業の概要

- 練馬区が練馬区薬剤師会に事業を委託。
- 対象者は国民健康保険のレセプトデータから抽出された、重複受診、頻回受診、重複投薬、併用禁忌、多量投薬が確認された患者。
- 対象者に「お知らせ」通知や資材等を発送し、保健指導の意向を確認する。
- 薬剤師会が実施する保健指導として①自宅訪問、②薬局に来局の上相談、③講演会の実施会場での相談を選択（複数選択可）。

■ 提供可能なサービス

- 認定指導薬剤師は患者と面談。薬局で調剤した医薬品のほか、現在服用しているサプリメント等の情報を聞き取る。食生活、運動、睡眠などの生活状況も併せてヒアリングし、残薬を整理するための「お薬バッグ」も併せて活用。必要に応じて、処方医と連携しながら服用薬剤数の減少、剤形変更、用法の単純化、調剤の工夫、管理方法の工夫等を実施。



関係団体による高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に係る事例④

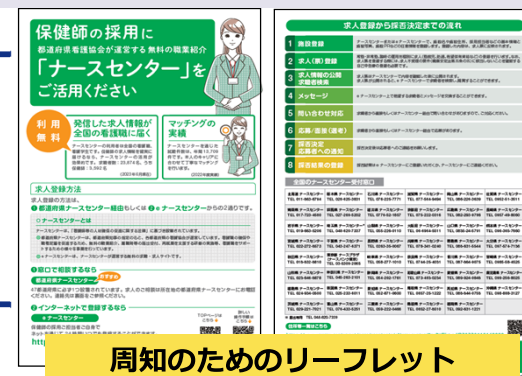
【一体的実施に関する日本看護協会の取組】

- 一体的実施において、相談・指導等の個別支援等に関して地域の関係機関との連携体制構築や仕組みづくりに発展させるなど、地域の実態や特性に応じた計画を立案し、評価・改善し続ける必要がある保健師について、日本看護協会は、自治体等の保健師の人材確保・人材育成に向け取り組みを実施している。

人材の確保に向けた支援

■ ナースセンター事業の理解及び保健師確保における活用の促進

- 都道府県の看護協会では、事業企画・調整を行うための医療専門職及び地域を担当する医療専門職の確保に向け、ナースセンター事業により、保健師、看護師等の人材のマッチング等を行っている。
- 日本看護協会では、保健師確保に向けナースセンターの活用を推進するための周知活動を令和5年7月から実施している。都道府県看護協会が運営する無料の職業紹介「ナースセンター」の取組内容や利用方法等についての周知、保健師確保における活用の可能性等に関するリーフレットを作成し、全国の自治体等に配布。



岡山県看護協会×岡山市等市町村 一体的実施におけるポピュレーションアプローチやフレイル対策にかかる取組事例

地域の看護職員を活用した健康教育や個別指導の実施

■ 事業内容

- 岡山県看護協会と岡山市がフレイル対策について連携し、「まちの保健室」の看護師等が健康教育の講師や個別指導、フレイル健康チェック等に対応。フレイル該当者については、介護保険サービスの利用状況、個別指導の希望の有無とともに市に報告し、市の個別指導につなげている。なお、岡山市がフレイル対策における研修プログラムを作成しており、看護師等は本プログラム受講歴を有すること（研修会はDVD視聴及びテスト）を要件として求められている。
※岡山市の研修プログラムは、フレイル対策の重要性やチェックの実施方法、指導の内容等で構成されており、看護職のみでなく関連する医療職種向けに作成。
- 岡山県看護協会は、地域住民・市町村等からの要請を受けて、希望される内容についての出前講座（健康教育）に対応。対応する看護職者は、地域の看護職で、医療機関や訪問看護ステーションの看護師、保健師で、岡山県看護協会が年度当初に協力可能な分野等について各看護職者に確認しておき、その回答を基に要請先を振り分けて各看護職者に対応を依頼。【地域での健康応援出前講座】

沖縄県看護協会×沖縄県：身近な郵便局を活用した取組事例

まちの保健室で地域の看護職員を活用した健康相談や個別指導の実施

■ 事業内容

- 地域の健康づくり支援事業として、沖縄県と日本郵便が協定を締結し、県看護協会が県国民健康保険課の委託を受け、郵便局を活用して「まちの保健室」（全世代に対応）を毎週定例で県内北部、中部、南部地域内の4か所（交通の便が良くない、医療機関の少ない地域等に限定）で実施。
- 具体的な実施内容としては、利用者の健康、介護等に関する相談及び指導に対応。必要時、受診勧奨やハイリスク者等について市町村への報告を行うが、令和5年度より相談者が希望する場合に市町村やその他関係機関等につながるためのツール（紹介状）を作成し、活用を開始。
※郵便局は、相談場所の提供、近隣住民への広報「まちの保健室」のチラシ等で配布を行い、実施市町村は、特定健診や各相談窓口に関する情報提供を実施するとともに「まちの保健室」からの紹介事例への対応を行う。
- 事業参加者としては全世代を対象としているが、後期高齢者の利用や、継続的な利用もある。

関係団体による高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に係る事例⑤

【一体的実施に関する日本栄養士会の取組】

- 都道府県栄養士会を通じて一体的実施における、個別的支援ハイリスクアプローチ（低栄養、糖尿病性腎症重症化予防、健康状態不明者対策）と通いの場におけるポピュレーションアプローチとして、健康教育、健康相談を実施できるよう基盤整備を行っている。
- 後期高齢者医療広域連合、自治体（市町村）、都道府県栄養士会と連携し、着実に栄養に関する事業を展開できるよう、体制整備（栄養ケア・ステーション事業）や人材育成に取り組んでいる。

体制整備・人材育成

■ 体制整備（栄養ケア・ステーション事業）

地域の栄養支援の拠点として管理栄養士が所属する「栄養ケア・ステーション」を整備し、一体的実施における保健事業への対応を可能としている。自治体と連携し、国保保健事業、地域支援事業、高齢者保健事業等を実施している栄養ケア・ステーションは着実に増加しているが、地区会長会議（全国7ブロック）を通して一体的実施の先進事例等を全国に共有している。

■ 栄養ケア活動支援整備事業

栄養ケア・ステーションが介護支援専門員協会、自治体、介護事業者、配食事業者等と連携し、健康支援型配食サービスを栄養の視点から継続的に展開するためにモデル事業を実施し、事業の成果は「栄養ケア活動ガイド」としてまとめた。本ガイドの活用を図るための研修を行い、一体的実施における個別支援及び通いの場等での健康教育ツールとしての普及を図っている。

■ 人材育成

一体的実施をはじめ地域包括ケアシステムの推進において、地域の栄養支援の拠点となれるよう、体制整備に向け、栄養ケア・ステーション責任者研修会（ベーシック・アドバンス）を行い、人材育成を実施している。また、各都道府県栄養士会と連携し、社会情勢に対応した最新情報や知識を提供しスキル向上を目的とした人材育成に取り組んでいる。



東京都栄養士会 一体的実施の取組事例

栄養ケアステーションを起点としたフレイル対策

■ 事業の経緯

- 東京都では管理栄養士等が地域で顔の見える研修会を行い、多職種連携によるフレイル対策を推進している。
- 自治体から、東京都栄養士会栄養ケア・ステーションに一体的実施の業務委託の相談があり、地域の認定栄養ケア・ステーションや栄養士会支部に所属する管理栄養士が中心になり、地域を担当する医療専門職として事業実施している。
- 現在は葛飾区、豊島区、品川区と業務委託契約を締結し、一体的実施におけるポピュレーションアプローチを行っている。（品川区はハイリスクアプローチも実施）参加者人数の増加及び対応可能な管理栄養士数の増加をめざし、地域ごとに連絡会や研修会等を行っている。
- 一体的実施への取組が遅れている離島やへき地への対応として、管理栄養士等による介護予防教室や糖尿病重症化予防教室等も実施。

■ 提供可能なサービス

国保保健事業、地域支援事業、高齢者保健事業でのポピュレーションアプローチ（フレイル対策に係る健康教育、健康相談）及び、ハイリスクアプローチ（低栄養、糖尿病性腎症重症化予防、健康状態不明者等の訪問栄養指導）を実施。

自主グループへの ポピュレーションアプローチ



健康支援型配食サービスを利用した 栄養講座

関係団体による高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に係る事例⑥

【一体的実施に関する日本理学療法士協会の取組】

- 日本理学療法士協会は、各都道府県の理学療法士協会が実施している高齢者の保健事業に対応している取組について、その取組が推進できるよう、助言や、好事例の収集及びその他参考情報の提供を行っている。

長崎県の例：骨折予防対策への取組

■ 疫学分析後の保健事業アドバイザー派遣事業（骨折予防対策）

- ＜体制整備＞ 1. 長崎県骨粗鬆症ネットワーク検討会開催
＜普及啓発＞ 2. 自治体職員向け研修会の開催
3. 県民向け普及啓発（長崎県理学療法士協会へ委託）
※ポピュレーションアプローチ（リーフレットの作成・配布）
＜重症化予防＞ 4. 骨粗鬆症検診後の運動指導（長崎県理学療法士協会へ委託）
※ハイリスクアプローチ（市町が実施する保健事業の支援）
5. 骨粗鬆症検診後の要精密者への受診勧奨

■ 事業の経緯

長崎県における骨折による医療費は増加しており、有病率も全国より高く、県下の骨折予防への取組を強化していく必要がある。

骨粗鬆症医療資源など県内の実態把握や関係者や県民への周知、併せて骨粗鬆症検診後の運動指導等を行い、骨折予防対策を強化した。



石川県の例：石川県後期高齢者医療広域連合が掲げる「保健分野のフレイル予防・介護分野の生活習慣病重症化予防」と連携した取組

■ シルバーリハビリ体操指導士養成事業

- 珠洲市、志賀町、七尾市、能登町でシルバーリハビリ体操指導士（住民リーダー）養成を実施。

■ 地域住民への積極的な関与等の事業

- 七尾市、志賀町では、上記事業に加え、より発展的な事業として健康課題解決のための住民教育、住民リーダー強化、フレイル予防と健康教育も実施。

※ポピュレーションアプローチとして市町より石川県理学療法士協会へ事業委託

■ 提供可能なサービス

＜医療・保健事業：健康教育＞

- 高齢者へのフレイル予防・介護予防等の普及啓発
フレイル予防・生活習慣病予防・介護予防の学びの場（地域課題の共有）、社会活動（ボランティア）への促し、介護予防体操の習得、仲間づくり
⇒【活動参加者の増加、重度化予防等による医療費の適正化】へ

＜介護予防事業＞

- 住民主体の通いの場のフレイル予防・介護予防
住民による運営、医療専門職の後方支援によって元気高齢者から虚弱高齢者まで通える通いの場、フレイル状態にある者等の医療・福祉サービス等への接続
⇒【通いの場への参加人数の増加、介護認定者数の減少】へ



富山県の例：黒部市の関係部署と連携し、多職種連携による一体的実施支援チームを活用した取組

■ 事業準備、計画段階からの連携（黒部市の事例）



富山県理学療法士会

「一体的実施支援チーム」

■ ハイリスクアプローチ

＜生活習慣病重症化予防＞

- 保健師、管理栄養士、歯科衛生士が保健指導を実施。腎機能低下や心臓病等がある対象者に対しては、富山県理学療法士会が運動指導を実施。



■ ポピュレーションアプローチ

＜「通いの場」とフレイル予防＞

- 健診結果や質問票をもとに各「通いの場」への介入方法を検討し、運動、栄養、口腔、服薬の講話等を各医療専門職が継続的に実施。

■ 各専門職との連携

富山県後期高齢者医療広域連合と連携のもと、各専門職が事業に関わるための連携体制を構築。

関係団体による高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に係る事例⑦

【一体的実施に関する日本歯科衛生士会の取組】

- 都道府県歯科衛生士会等へ地域歯科衛生士活動を助成し、高齢者の歯科口腔保健事業を推進している。
- 令和5年3月に「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に向けた事例集」を作成しHPに掲載、都道府県歯科衛生士会へ紹介している。

人材育成・ツール提供

■ 地域歯科衛生活動事業助成

- 地域住民の歯科口腔保健の向上に関する事業をより一層推進するため、申請団体等の地域歯科衛生活動に対して助成している。中でも高齢者・要介護高齢者の歯科口腔保健事業では、通いの場における歯科衛生士の参画、普及啓発事業やオーラルフレイル予防事業などが含まれている

■ 歯科衛生士のための事例集・オーラルフレイル予防パンフレットの作成

- 全国歯科衛生士会と連携し、HP上で「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に向けた事例集」や「マスクをしたままできるお口の体操」をHPで公表し、全国の歯科衛生士が活用できるように周知している

■ 人材育成

- 地域活動を実施する上で、ハイリスクアプローチに対応できる歯科衛生士を育成するため、今後、「ハイリスクアプローチのための歯科衛生士マニュアル」を作成予定。研修に役立てる。

一体的実施に向けた事例集の公表

オーラルフレイル・お口の体操についての情報提供



福岡県糸島市 一体的実施の取組事例

通いの場を活用したオーラルフレイル対策、ハイリスクアプローチ

■ 事業の経緯

- 自治体から、地域の歯科医師会に口腔に関する事業への協力依頼があり、歯科医師会の歯科衛生士がふれあい生きいきサロン・シニアクラブなどの通いの場で健康教育を行っている。

■ 提供可能なサービス

- ポピュレーションアプローチ
集団健康教育として行う歯科衛生士の講話では、オリジナルのテキストを作成して、口腔の健康が全身の健康への入口であること、定期受診の必要性などの講話を行っている。その中で、オーラルフレイルチェックシートを活用し、集団健康教育の中でハイリスク者の洗い出しを行い、アウトリーチ支援へと繋げている。
- ハイリスクアプローチ
ハイリスク者を対象に、訪問指導を実施、個々の口腔機能低下の状態や生活環境等にも配慮し、①嚥下おでこ体操 ②開口運動 ③ボタンプル ④前舌保持嚥下訓練 ⑤ブローイング⑥プッシング・プリング訓練 ⑦声トレ（発声・音読）より、2種程度選択し、口腔機能向上訓練を行う。

通いの場での健康教室



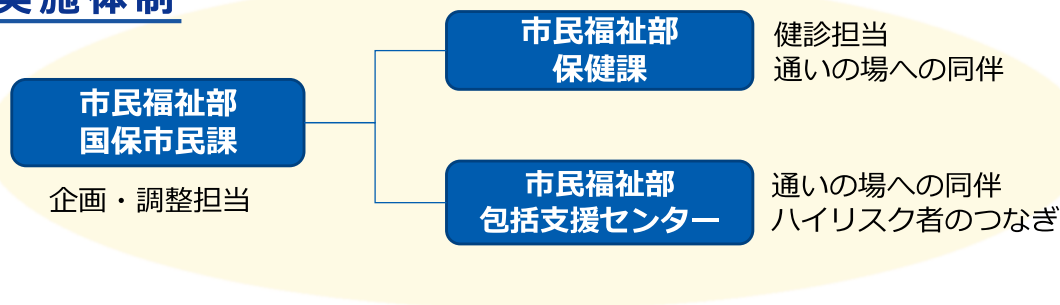
(適切な受診等への支援に関する事例) 秋田県仙北市 ～地域医療連携で取り組む健康状態不明者の実態把握～

- 地域の健康課題の分析結果によりハイリスクアプローチの「重点地域」を設定。
- 健康状態不明者の実態把握に取り組むことで、地域の高齢者が抱える健康課題がより明らかに。

市の概況(令和6年4月1日時点)

人	口	23,232 人					
高	齡	化	率	45.0 %			
後	期	被	保	険	者	数	5,824 人
日	常	生	活	圏	域	数	1 圏域

実施体制



取組の経緯

- KDBシステムを活用し、地域毎の健康課題分析を行ったところ、特異的に生活習慣病に係る「入院医療費」が高い地域があった。当該地域を「重点地域」とし、地域の診療所と基幹薬局と連携して対策を行うこととなった。

企画調整等

- 連携各課の医療専門職から構成される「一体的実施作業部会」を立ち上げ、1ヶ月に1回開催し、情報の共有と事業実施におけるスタッフ配置等について協議を行っている。
- 重点地域の診療所と基幹薬局とは6ヶ月に1回程度事業報告や情報共有、個別の事例検討等を行っている。

重点地域における健康状態不明者対策

- 【対象者】 前年度健診未受診かつ医療未受診かつ介護未利用者
- 【実施方法】 地域の診療所・調剤薬局と情報連携しながら、市保健師により対象者全員に訪問指導を実施。
- 【アセスメント項目】 アセスメントシートを使い、心身機能（フレイル）の状況、医療受診状況等を確認
- 【指導内容】
- ・ 医療機関受診、健診受診勧奨。（必要に応じて家族等キーパーソンへの助言を行う）
 - ・ 課題のある場合：必要なサービスにつなぐため、往訪または電話で関係機関に連絡。
 - ・ 対象者の個別ファイル（個人情報、家族情報、アセスメントシート等）を作成し、継続支援できる体制を確保。

気づき等

- 健康状態不明者の状態把握に取り組むことで、今までの事業では把握し得なかった「自らSOSを出さない（出せない）市民」との出会いにつながった。
- 対象者の状況によっては、経済的困窮や医療機関等受診に関するこだわり等があり、保健師と対象者「1対1」での対話だけで解決できることが限られる場合も多い。家族等キーパーソンと連携して相談を行うことが有効である。

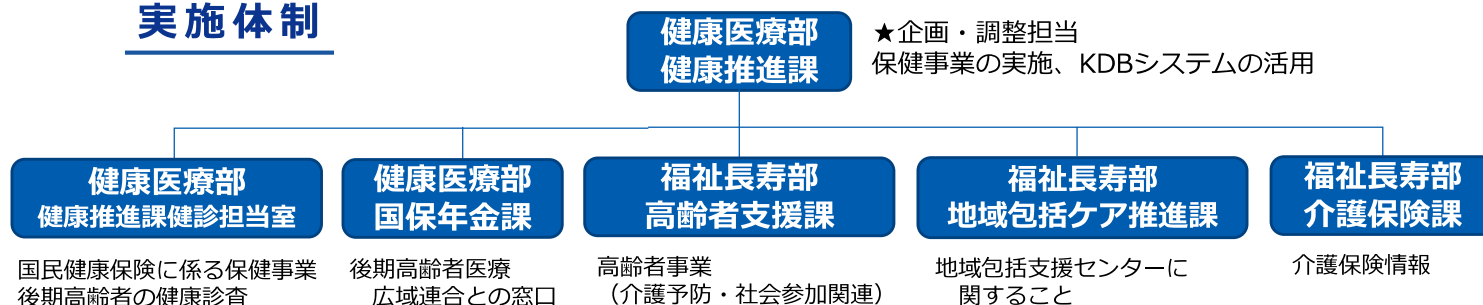
(適切な受診等への支援に関する事例) 千葉県松戸市 ～地域医療連携で取り組む健康状態不明者の実態把握～

- 健康状態不明者の状況を類型化し、状況に合わせたアプローチが標準化できるように工夫。
- 栄養（食事・口腔）、身体活動、社会参加等、フレイル予防の柱を意識して対象者の状況をアセスメント。

市の概況(令和6年4月1日時点)

人	口	498,893 人					
高	齡	化	率	25.9 %			
後	期	被	保	險	者	数	72,754人
日	常	生	活	圏	域	数	15 圏域

実施体制



松戸市お知らせ
キャラクター
「まつまつ」

取組の経緯

- 令和2年度に高齢者支援課（現 地域包括ケア推進課）で事業を開始。基幹型地域包括支援センターとして困難事例に対応する中で、埋もれているハイリスク者について家族や近隣住民からの相談を待つだけでなく、データから把握し、アウトリーチすることにより、早期発見・早期対応に結びつけようと考えた。
- 令和4年度に健康推進課に業務移管。「予防」「健康増進」を意識し、後期高齢者の中でも若い年代にアプローチを実施することとした。

企画調整等

- 庁内関係課（健康推進課健診担当室、高齢者支援課、地域包括ケア推進課）の実務担当者として「庁内会議」を実施。
 - 市内大学、市医師会、市歯科医師会、市薬剤師会、リハビリ連絡会、地域包括支援センター代表と「連携会議」を実施。
- ⇒事業の進捗等について報告し、実施内容・評価・連携について相談している。

健康状態不明者対策

- 【対象者】過去2年間健診、医療、介護のデータがない者のうち、支援年度末年齢78歳の者
- 【実施方法】質問票を送付後、返信の有無に関らず全数医療専門職による訪問・電話を行う
※令和5年度実績(対象者144人)：返送46.5%、状況把握89.5%、直接支援(電話・訪問)64.9%
- 【アセスメント項目】後期高齢者の質問票、栄養（食事・口腔）、身体活動、社会参加、疾病管理、認知機能、ソーシャルサポート、計測結果（血圧、体重等）、経済面、受診しない理由等
- 【指導内容】アセスメントに基づいた保健指導・受診勧奨を実施。医療リスクがある場合はフォローアップを行い、必要に応じて同行受診を行う。その他、地域包括支援センターと連携し、介護保険サービスの導入・地域の見守り体制への接続等を行う。

気づき等

- 本人や家族が不安を感じ始めたときにタイミングよく声かけができると、医療・サービス等につながりやすい。
⇒自ら声を上げない市民とつながる貴重な機会であり、適切なアセスメントによるニーズの把握や連携による円滑なつながりが重要である。
- 生命・身体・生活への影響が顕在化していない場合、その後生じるリスクの把握や、行動変容につながる働きかけは難しいことが多い。
⇒健診受診やフレイル予防に対する意識の向上のため、ポピュレーションアプローチも重要である。

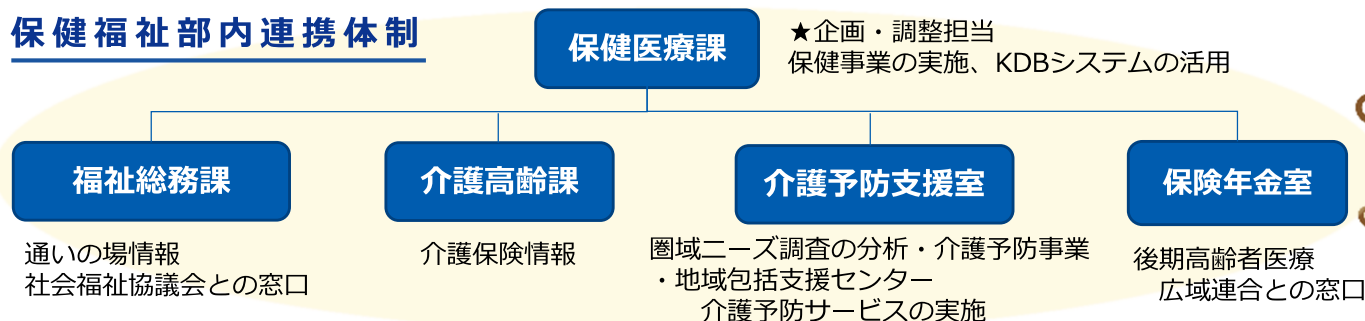
(適切な受診等への支援に関する事例) 三重県桑名市 ～在宅医療・福祉統合ネットワークを活用した適切な受診等への支援～

- 一体的実施で関わる高齢者のうち、医療介護サービス等への接続が必要な高齢者の情報について効率的に関係機関につなぎ、継続フォローできるよう、ゆめはまちゃん医療・介護ネットワーク（電子@連絡帳）を活用した連携体制を構築した。

市の概況(令和7年1月31日時点)

人	口	137,795人
高	齢	化
率		27.7 %
後	期	被
保	険	者
数		21,762人
日	常	生
活	動	域
数		6 圏域

保健福祉部内連携体制



取組の経緯

- 健康課題の分析で後期高齢者の医療受診率、介護認定率は県に比べ低い、1人当たりの医療費、介護給付費は高いことが明らかとなった。そこで、ハイリスクアプローチのひとつとして、「医療・介護未利用者に対する健康状態把握事業」に取り組むこととした。

企画調整等

- 各連携課の課長級による「一体的実施にかかる調整会議」を開催。実施している事業の進捗等について報告し、事業の方向性等を決めている。助言者として広域連合が参加
- 各連携課の実務担当者による「実務担当者会」を開催し、各課のデータ共有や支援方法の検討等を行っている。助言者として在宅医療・介護連携支援センターが参加

健康状態不明者の把握事業

- 【対象者】当該年度77歳到達者のうち、前年度の健診・医科歯科未受診かつ介護認定未取得及び介護サービス未利用
- 【実施方法】対象者に対し、高齢者の質問票を郵送での提出を求め、提出のない者は保健師が訪問し状況を把握、提出のあった者は回答内容に応じて訪問し必要なサービスへの接続等を実施。
- 【対象者の状況】
- ・ 特段の支援を必要としない元気な者が最も多かった。
 - ・ 健康状態に課題がある者や家庭環境の状況等から地域包括支援センターの紹介や医療機関の受診勧奨等を実施した。
 - ・ 口腔の状態に課題があっても「食事には困らない」という理由で歯科受診をしていない者もいた。



関係機関との連携

- 地域ケア会議の1つである圏域会議（庁内の各課、生活支援コーディネーター、地域包括支援センター等の担当者により構成）で定期的に一体的実施の取組の情報共有や必要時は事例検討を実施しており、日頃から顔の見える関係を構築。さらに、関係機関とより効率的・効果的に情報共有できるようゆめはまちゃん医療・介護ネットワーク（電子@連絡帳）を活用。医療や介護等が必要と考えられる高齢者の状況を共有し、必要に応じて同行訪問等も含めて検討している。
- 医師会・歯科医師会から一体的実施に対する助言、協力を得て実施している。