

令和4年3月11日	資料 2－2
第12回 高齢者の保健事業のあり方検討ワーキンググループ	

高齢者の特性を踏まえた保健事業
ガイドライン第2版補足版
(案)

令和○年○月

厚生労働省保険局高齢者医療課

目次

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.....	3
(1)	高齢者の特性を踏まえたガイドライン第2版補足版策定の背景・目的.....	3
(2)	「適切な受診等への支援」の意義・目的.....	5
(3)	「適切な受診等への支援」の高齢者保健事業・データヘルス計画における位置づけ・関係性.....	7
(4)	国民健康保険からの接続.....	7
(5)	介護保険担当部局等関係部局との連携.....	9
2	「適切な受診等への支援」の対象者.....	11
(1)	「適切な受診等への支援」の対象者の整理.....	11
(2)	健康指標、レセプト分析からみた健康状態不明者・未治療によるコントロール不良者・治療中断者の現状と課題.....	12
(3)	事例、研究からみた現状と課題.....	14
3	取組の推進に向けた体制整備.....	16
(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.....	16
1)	広域連合.....	17
2)	市町村.....	18
3)	都道府県.....	21
4)	国民健康保険中央会・国民健康保険団体連合会.....	23
5)	国.....	25
(2)	関係機関・関係団体との連携.....	25
4	効果的な実施に向けた取組内容の検討.....	27
(1)	関連する事業の確認.....	29
(2)	事業内容の検討と準備.....	30
(3)	目標設定・評価の準備.....	30
(4)	支援の実施と評価.....	30
5	取組を推進するための環境整備.....	31
(1)	人材育成.....	31
(2)	住民の理解の促進.....	34
(3)	個人情報の適切な取扱い.....	35
(4)	活用可能な財源.....	36
(5)	実施上の留意点.....	36
1)	適切な受診等への支援の着手・既存事業の活用等.....	36
2)	疑問や課題の解決に向けた基本的な考え方.....	36
3)	主管部局と職員の配置.....	37
4)	委託する場合の留意点.....	37

実践編

1	ガイドライン第2版補足版「実践編」の位置づけ	41
2	適切な受診等への支援の企画	41
(1)	現状把握	42
1)	支援対象者の概数の把握	43
2)	各種調査結果による支援対象者の特徴等の把握	44
3)	庁内関係部局や庁外関係機関・関係団体等の課題意識等の把握	46
(2)	意思決定・合意形成	47
1)	地域の健康課題の共有	47
2)	支援の目的・目標の確認	47
3)	支援内容のたたき台検討	48
(3)	施策立案	49
1)	取組の方向性の検討	49
2)	対象者の明確化	50
3)	実施方法の具体化	51
4)	評価指標の設定	59
(4)	庁内及び庁外の関係機関・関係団体との連携体制の構築	63
1)	庁内の関係部局	63
2)	庁外の関係機関・関係団体	64
3)	その他連携が望ましい関係機関・関係団体等	66
3	適切な受診等への支援の実施	67
(1)	健康状態不明者への支援の例	68
1)	概要	68
2)	健康状態不明者への支援の流れ（例）	68
3)	支援対象者の把握、絞り込み	68
4)	支援の実施	69
(2)	未治療によるコントロール不良者への支援の例	71
1)	概要	71
2)	未治療によるコントロール不良者への支援の流れ（例）	71
3)	支援対象者の把握、絞り込み	71
4)	支援の実施	72
(3)	治療中断者への支援の例	74
1)	概要	74
2)	治療中断者への支援の流れ（例）	74
3)	支援対象者の把握、絞り込み	74
4)	支援の実施	75
(4)	ポピュレーションアプローチを活用した支援の実施	77
(5)	普及啓発	78
4	評価とその活用	80
(1)	目標・評価指標に基づく事業評価の実施	80
(2)	取組内容の見直し	81

事例集

北海道恵庭市.....	85
秋田県仙北市.....	86
千葉県松戸市.....	88
愛知県日進市.....	90
三重県桑名市.....	92
大阪府吹田市.....	94
兵庫県淡路市.....	96
鳥取県琴浦町.....	98
山口県長門市.....	99
福岡県北九州市.....	100
沖縄県南城市.....	102

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

- 高齢者の特性を踏まえたガイドライン第2版補足版は、重要な健康支援である「適切な受診等への支援」の推進・充実を図るもの（P3）。
- 「適切な受診等への支援」の意義・目的は、健康状態不明者、未治療によるコントロール不良者や治療中断者の健康状態等の把握に努め、生活習慣病等の発症や重症化に至る前段階で支援することや生活機能の低下等を防止することで、高齢者の生涯にわたる健康の保持増進、ひいては生活の質（QOL；Quality of Life）の維持及び向上を図ること（P5）。
- 支援対象者の把握や当該者の抱えるニーズ等に応じて必要なサービスにつなげるため、介護保険担当部局等関係部局との連携が重要となる（P9）。

（1） 高齢者の特性を踏まえたガイドライン第2版補足版策定の背景・目的

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

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

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

これまで、一体的実施の取組を推進するため「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第2版」（以下「ガイドライン第2版」という。）を策定してきたところである。ガイドライン第2版では、一体的実施の概要や取組の推進に向けたプログラム及び具体的な事業実施等についてまとめている。

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）の双方の取組を行うことを求めている。これらの取組の中で、健診も医療も受診しておらず、要介護認定等も受けていない健康状態不明者（以下「健康状態不明者」という。）や健診を受診し、そ

の結果、受診勧奨値以上であったが未治療である者（以下「未治療によるコントロール不良者」という。）あるいは生活習慣病等の治療の中断などのため、保険者において健康状態を把握できない者（以下「治療中断者」という。）の状態を把握し、必要な場合には適切な医療・介護サービス等につなぐことも重要な健康支援（以下「適切な受診等への支援」という。）として位置づけられている。

一方、上記の適切な受診等への支援については、ガイドライン第2版において、健康状態不明者、未治療によるコントロール不良者や治療中断者の状況把握、支援の具体的な取組例、事業の実施体制、PDCA サイクルによる事業の管理の方法等が示されておらず、記載内容も散在している状況である。

以上のことから、ガイドライン第2版補足版として「適切な受診等への支援」の実施方法等についてまとめ、広域連合・市町村における当該支援の推進・充実を図るものである。

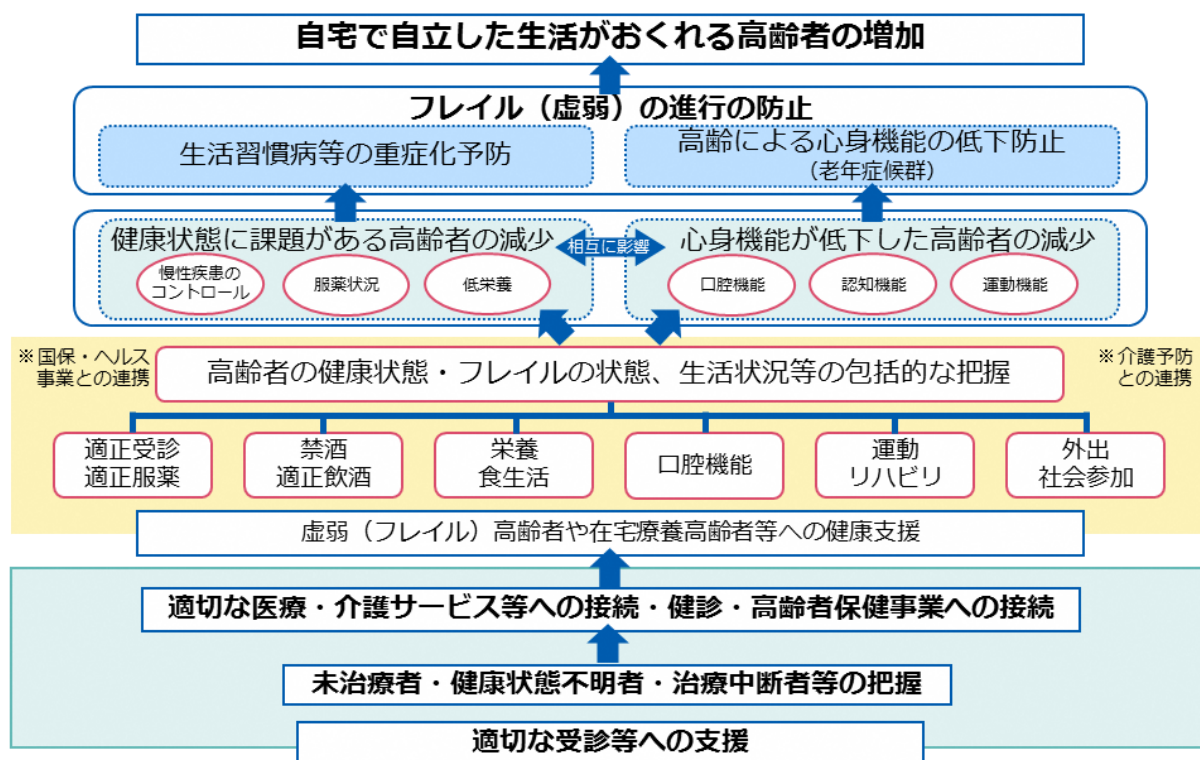
(2) 「適切な受診等への支援」の意義・目的

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

適切な受診等への支援の意義・目的は、健康状態不明者、未治療によるコントロール不良者や治療中断者の健康状態等の把握に努め、生活習慣病等の発症や重症化に至る前段階で支援することや生活機能の低下等を防止することで、高齢者の生涯にわたる健康の保持増進、ひいては生活の質（QOL；Quality of Life）の維持及び向上を図ることである。

これらの支援により、上記に加え、結果として医療費の減少、要介護認定率の低下や介護給付費の減少にも資することが考えられる。

図表 1 適切な受診等への支援が目指すもの（イメージ）



なお、高齢者保健事業の実施は広域連合の努力義務とされており、一体的実施は令和6年度までにはすべての市町村で実施することが目指され、各種事業に取り組まれているが、高齢者保健事業は高齢者の生涯にわたる健康の保持増進等を図るための手段である。

地域の高齢者のニーズや健康課題を把握した上で、高齢者の健康の保持増進にどのように寄与するか、どのような地域やまちにしていきたいのかをしっかりと目的・目標に据え、適切な受診等への支援や一体的実施を含む高齢者保健事業に取り組む姿勢が重要である。

適切な受診等への支援に取り組むに当たり、糖尿病や高血圧等生活習慣病と生活の質の関連について確認しておくことも重要である。

令和元年国民健康・栄養調査によれば、「糖尿病を指摘されたことがある者」における治療の有無等の状況について、75 歳以上は 25.5%が未治療であり、65 歳以上 74 歳以下では 29.8%、40 歳以上 74 歳以下では 35.8%とされている。

高齢者の糖尿病の合併症や併存疾患の特徴としては、糖尿病性細小血管症、動脈硬化性疾患の合併頻度が高く、特に脳卒中、虚血性心疾患、心不全、糖尿病性腎症をきたしやすい。また、これらに加え老年症候群や臓器機能低下による呼吸器疾患などを合併しやすい。

さらに、高齢者の糖尿病では、低血糖や高血糖状態を起こしやすく全身状態が悪化しやすい。QOL の維持・向上のため、高齢者の心身の特性や高齢者の糖尿病の治療を理解した上で、著しい低血糖や高血糖を避けるような、適切な血糖コントロールを行っていくことが重要となる。

新規人工透析患者に占める糖尿病性腎症の割合は 41.9%¹を占めている。また、新規人工透析導入患者は 75 歳以上 79 歳以下が最も多く、次いで 80 歳以上 84 歳以下である。

合併症の発症は、患者の生活の質を低下させ、生命予後を左右することとなる。合併症の発症により要する医療費の増大等につながることから、予防が重要となる。介護が必要となった主な原因について、要介護者では「認知症」が 24.3%であり、次いで「脳血管疾患（脳卒中）」が 19.2%となっている。要介護度別では要介護 1 から要介護 3 はいずれも「認知症」が最多であるが、要介護 4 及び要介護 5 では「脳血管疾患（脳卒中）」が最多となる。

図表 2 介護が必要となった主な原因

(単位：%)		2019(令和元)年				
現在の要介護度	第 1 位		第 2 位		第 3 位	
総 数	認知症	17.6	脳血管疾患（脳卒中）	16.1	高齢による衰弱	12.8
要支援者	関節疾患	18.9	高齢による衰弱	16.1	骨折・転倒	14.2
要支援 1	関節疾患	20.3	高齢による衰弱	17.9	骨折・転倒	13.5
要支援 2	関節疾患	17.5	骨折・転倒	14.9	高齢による衰弱	14.4
要介護者	認知症	24.3	脳血管疾患（脳卒中）	19.2	骨折・転倒	12.0
要介護 1	認知症	29.8	脳血管疾患（脳卒中）	14.5	高齢による衰弱	13.7
要介護 2	認知症	18.7	脳血管疾患（脳卒中）	17.8	骨折・転倒	13.5
要介護 3	認知症	27.0	脳血管疾患（脳卒中）	24.1	骨折・転倒	12.1
要介護 4	脳血管疾患（脳卒中）	23.6	認知症	20.2	骨折・転倒	15.1
要介護 5	脳血管疾患（脳卒中）	24.7	認知症	24.0	高齢による衰弱	8.9

注：「現在の要介護度」とは、2019（令和元）年 6 月の要介護度をいう。

¹ 「わが国の慢性透析療法の状況（2019 年 12 月 31 日現在）」（一般社団法人日本透析学会）

脳卒中の最大の危険因子は高血圧である。また、糖尿病、脂質異常、不整脈（特に心房細動）、喫煙、過度の飲酒なども危険因子である。

高齢者の高血圧治療については、年齢、併存疾患、ADL 等の情報に基づき薬剤の選択がなされる。また、治療開始後も、転倒歴や自覚症状、認知機能、薬剤数等の状況に応じて調整がされる。血圧値のみに基づいて、一律に降圧を優先して治療が行われるわけではないことに留意が必要である。これらに留意しつつ、適切な受診等への支援により生活習慣の改善と適切な治療へつなぎ、日頃から高血圧のコントロールをしていくことが重要である。

（３） 「適切な受診等への支援」の高齢者保健事業・データヘルス計画における 位置づけ・関係性

広域連合では、医療保険者として高齢者保健事業の実施計画（データヘルス計画）を策定しており、一体的実施や適切な受診等への支援の充実・強化を踏まえ事業内容等を整理することが望ましい。しかし、第２期データヘルス計画が平成 30 年度から令和 5 年度の 6 年間で既に定められていること、令和 2 年度（前後）に中間評価を実施したことから、直ちに見直す必要はなく、次期計画の策定において見直し、計画上も明確にしていくことが考えられる。

また、適切な受診等への支援については、令和 4 年度から特別調整交付金の事業区分Ⅰ（高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施）の高齢者に対する支援内容に、事業として明確化を図るため位置づけを見直し、ガイドライン第 2 版補足版の実践編に沿って取り組めるようにする。また、一体的実施は令和 6 年度までにすべての市町村で実施することとしているが、一体的実施に取り組んでいない市町村を含む広域連合等においても適切な受診等への支援に取り組めるよう他の事業区分を活用できるようにしていく。

広域連合においては、データヘルス計画における計画策定の有無に関わらず、一体的実施を委託している市町村に対しては、適切な受診等への支援についても委託内容に含められるよう、構成市町村における健康状態不明者、未治療によるコントロール不良者や治療中断者の状況やこれらの者に対する支援状況等の把握に努め、調整することが望ましい。

（４） 国民健康保険からの接続

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とされている。この結果、高齢者保健事業の実施主体についても市町村等から広域連合に移ることとなり、国民健康保険保健事業と高齢者保健事業が、これまで適切に継続されてこなか

った課題がある。

国民健康保険では、特定健康診査が実施されており、2019 年度の実施率の平均は 38.0%となっている。また、年齢階級別に実施率を見ると年齢が高くなるほど実施率が上がる傾向にある。

特定健康診査の実施は保険者に義務づけられており、その対象者等も全国一律である一方、広域連合が実施する被保険者に対する健康診査の実施は努力義務であり、健診対象者等を含む実施方法は地域の高齢者の実情に応じて実施することとしている。そのため、広域連合が実施する健康診査の受診率と単純に比較することは難しいが、広域連合が実施する健康診査の 2019 年度の受診率は 28.5%となっている。

国民健康保険から後期高齢者医療制度への異動等により健診未受診とならないよう、引き続き健診受診につなげることを意識して健診を実施していくことが重要である。

また、国民健康保険では国民健康保険保健事業として特定健診未受診者対策や受診勧奨判定値を超えている者へ受診勧奨等が行われている。国民健康保険加入時に健康状態不明者、未治療によるコントロール不良者や治療中断者の場合、後期高齢者医療制度へ加入以降も引き続き同様の状況であることも考えられる。このため、国民健康保険に加入していた際の情報を連携する等により、継続して支援等ができる体制を構築しておくことが望まれる。

事例：北海道 恵庭市

【保険切替をきっかけとした後期高齢者への適正受診対策】

年度内に 75 歳に到達する市民に限定した説明会（えにわウェルカム 75）を開催。75 歳から医療保険が変わること、及びその変更点、後期高齢者医療保険の運営状況を踏まえた適切な医療のかかり方、健診受診方法等について説明を行っている。また、同説明会の中で、後期高齢者からより重要になる「健康づくり」について、医療専門職からわかりやすく解説し、個別の健康相談にも応じている。（P85 参照）

事例：愛知県 日進市

【国保保健事業基盤を活用した後期高齢者の糖尿病受診勧奨事業】

国保保健事業として実施していた「糖尿病受診勧奨事業」を令和 2 年度から後期高齢者も対象とし、国保保健事業で医療受診につながらないケースは継続支援を実施。後期高齢者についても国保と同基準を用いるが、「やせ」「サルコペニア」等の状況がないか等、高齢者の特性に合わせたアセスメントも実施。「糖尿病治療ガイド」による高齢者の血糖コントロール目標や検討会での専門医等の意見を参考に支援を行っている。（P90～91 参照）

事例：鹿児島県 徳之島町

【保険切替による医療受診中断防止の取組】

年度内に 75 歳に到達する住民に対し、後期高齢者医療保険担当者と医療専門職による個別訪問を実施。医療保険変更に伴う各種申請の変更点等を説明するとともに、対象者の健康状態、医療受診状況等を確認し、必要に応じて、適切な医療のかかり方について相談を行う。さらに、社会参加の有無や介護予防の取組状況、地域や家族とのつながり（キーパーソン）を確認し、地域の中でその人らしく元気に活躍できる環境や集いの場への案内を配慮して助言（地域ボランティア活動への参画）等を行っている。

事例：福岡県 北九州市

【国保保健事業と継続させた重症化予防の取組】

国保保健事業として以前から取り組んできた糖尿病性腎症や高血圧等の重症化予防について、一体的実施の開始を機に後期高齢者も対象とした。後期高齢者健診の受診者だけでなく、国保特定健診受診者で 75 歳到達者については、国保保健事業の担当者が対応している。また、国保データヘルス計画の成果指標に後期高齢者の新規透析導入者数を追加し、課題を可視化している。（P100～101 参照）

（５） 介護保険担当部局等関係部局との連携

適切な受診等への支援では、健康状態不明者、未治療によるコントロール不良者や治療中断者の健康状態や生活状況を把握し、必要に応じて医療・介護サービス、その他必要なサービスにつなぐことが求められる。支援対象者の状況の把握には、介護保険担当部局等関係部局が実施する事業等を相互に活用する視点が重要となる。また、必要なサービスをつないでいく体制を構築していくことが求められる。

例えば、健康状態不明者は国保データベースシステム（以下「KDB システム」という。）等を活用することで概数を把握することが可能であるが、生活状況等の把握は難しい。概数以外の情報については、介護保険の地域支援事業（以下「地域支援事業」という。）の一般介護予防事業の取組等の活用により把握できる可能性がある。また、地域包括支援センター等との連携、地域ケア会議への参加や在宅医療・介護連携推進事業の取組の活用によるネットワークの構築により、健康状態不明者の状況把握や地域課題の共有も可能となってくる。

さらに、健康状態不明者等の中には複雑・複合的な課題を抱える高齢者や狭間のニーズへの対応が必要となる場合も考えられる。このような高齢者をも支援するためには、医療保険者や高齢者医療の窓口における支援に留まらず、「属性を問わない相談

支援」「参加支援」「地域づくりに向けた支援」を一体的に実施する「重層的支援体制整備事業」等多様な地域づくりや分野を超えた取組との連携も重要になる。

医療保険者として支援対象者の状況把握に努めることは前提であるが、一体的実施の枠組みを活かし、介護保険担当部局等関係部局が取り組んでいる事業等を活用し、効率的・効果的に高齢者の状況を把握可能としていく視点も重要である。また、関連施策の全庁的な情報共有に努め、具体的に支援をつないでいく体制の構築をしていくことが求められる。

事例：愛知県 蒲郡市

【関係各課が対象者情報を共有することによる効率的な事業実施の実現】

一体的実施の関係課（長寿課地域包括ケア推進室、健康推進課、地域包括センター）が各々の事業の対象者リストを共有。一人の後期高齢者に対し、様々な支援者が重複して類似した介入を行わないよう調整している。また、対象者情報を共有することで、アセスメントの効率化や、よりよい支援のあり方の検討等につなげている。

2 「適切な受診等への支援」の対象者

- 適切な受診等への支援の主な対象者は、①健康状態不明者、②未治療によるコントロール不良者、③治療中断者である（P11）。
- 市町村等の支援対象者への支援の実施から、支援対象者の特徴等として、受診する必要がない状況と自己判断している場合、受診の習慣がないことや経済的な不安などがある場合があることが挙げられている。また、健康状態としては、血圧が高い、認知症の様子が見受けられる者が把握されている。（P14）。

（１） 「適切な受診等への支援」の対象者の整理

適切な受診等への支援では、健康状態不明者、未治療によるコントロール不良者や治療中断者の健康状態等の把握に努め、適切な医療・介護サービス等や高齢者保健事業へ接続し、生活習慣病等の発症や重症化に至る前段階で支援することや生活機能の低下等を防止することで、高齢者の生涯にわたる健康の保持増進、ひいては生活の質（QOL；Quality of Life）の維持及び向上を図ることを目指している。

このため、適切な受診等への支援の主な対象者は、①健康状態不明者、②未治療によるコントロール不良者、③治療中断者となる。本ガイドライン第2版補足版では、これらの対象者を健診結果及び医科レセプトを情報源として以下のように整理する。なお、①から③は支援の優先順位を表すものではないことに留意されたい。

図表3 適切な受診等への支援における支援対象者の整理

		健診結果	
		あり	なし
医科レセプト	あり	③治療中断者	
	なし	②未治療によるコントロール不良者	①健康状態不明者

①健康状態不明者は、医療・健診とも未受診であり、介護の利用もない健康状態が把握できない者を指す。KDB システム等を活用することで要介護認定の状況等介護情報も含めて把握が可能である。

②未治療によるコントロール不良者は、健診を受診しており、その結果、受診勧奨値以上の検査値があるが、当該の値に対応する医療受診がない者を指す。

③治療中断者は、生活習慣病等で治療を継続していたが中断しており、かつ、健診未受診で健康状態が把握できない者を指す。

適切な受診等への支援の支援対象者を示したが、後期高齢者医療制度の加入者のうち、年間で外来受診した患者の割合は 95%であり、外来受診者のうち 5 割弱の者が毎月診療を受けている状況にある。単純に医科レセプトの有無で対象者を選定する場合、多様な疾患の者が抽出されることが予測される。そのため、まずは、糖尿病や高血圧等の生活習慣病のように、未治療によるコントロール不良や治療中断となった結果、合併症等の発症等により生活の質を低下させ、医療費も増大させる可能性のある疾病を持つ者（疾病の疑いを含む）から支援をしていくことが考えられる。

ただし、上記に例示した生活習慣病以外にも継続して治療が必要な状況である以上、未治療や治療中断の結果、疾病の悪化等を招き、高齢者の生活の質の低下につながるようなことがあってはならないことから、地域の高齢者の受診行動、疾病別有病率や医療費等を把握し、実態に即した対象者の選定をすることも重要である。

また、治療中断者については、主治医の指示による減薬や断薬等もありうることから、医科レセプトの有無や処方の有無だけでは、必ずしも治療を中断しているとは判断できない場合がある点にも留意が必要である。

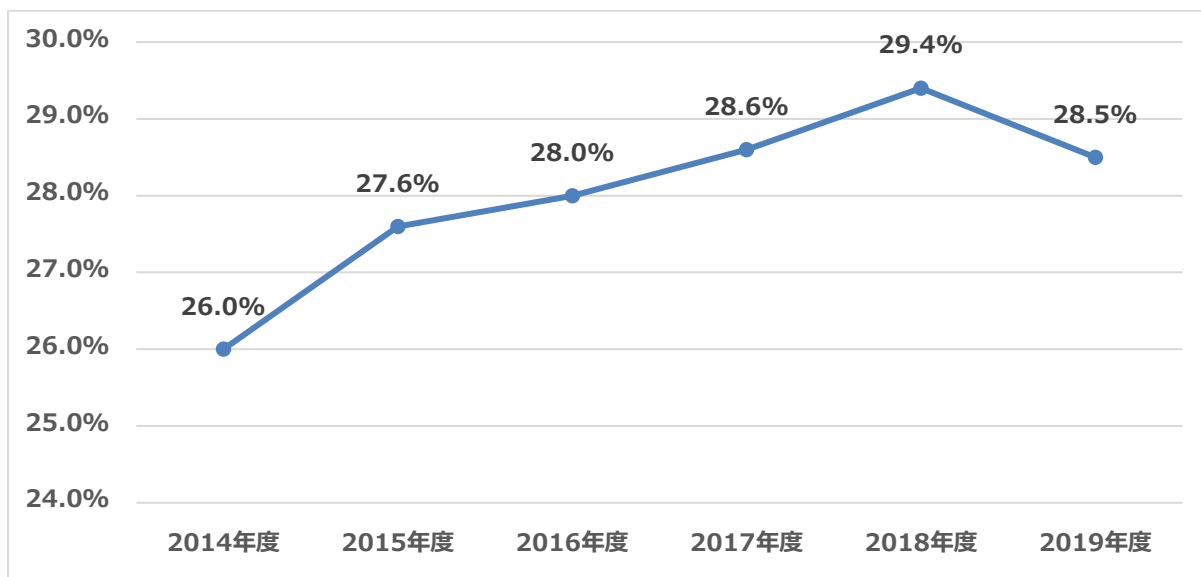
（２） 健康指標、レセプト分析からみた健康状態不明者・未治療によるコントロール不良者・治療中断者の現状と課題

前述の通り、後期高齢者医療制度の加入者のうち、年間で外来受診した患者の割合は 95%であり、外来受診者のうち 5 割弱の者が毎月診療を受けている状況にある。また、すべての広域連合で被保険者に対する健康診査を実施しており、2019 年度の受診率の平均は 28.5%であった。

地域により医療の受診状況や、健診の実施方法・対象者等に違いがあることは考慮すべきだが、健診のみでは実態把握が十分とはいえない状況にある。

後期高齢者のうち、健診と医療のいずれも受けていない、健康状態不明者は 4.9%（850,474 人）であった。また、健診は受診しているが医療は受診していない者は 0.3%（57,517 人）であり、未治療によるコントロール不良者は 0.2%（38,825 人）であった。

図表 4 後期高齢者医療の被保険者に対する健康診査の受診率の推移
(保険局高齢者医療課調べ)



図表 5 後期高齢者の健診と医療の受診状況 (2019 年度)
(保険局高齢者医療課調べ)

N=17,289,503 (人)

		健診結果	
		あり	なし
医科レセプト	あり	23.2% (4,006,558人)	71.6% (12,374,954人)
	なし	0.3% (57,517人)	4.9% (850,474人)

受診勧奨が必要な者
0.2%
(38,825人)

※KDB システムを用いて、健診の実施方法等に関わらず健診受診の有無と医科レセプトの有無で単純に集計したもの

健康状態不明者は全体の 4.9%いる状況であるが、割合は各市町村で差異があると考えられることから、広域連合において、都道府県全体に占める割合と構成市町村毎の状況を把握する必要がある。

健診結果や医科レセプトを活用することにより概数を把握することは可能であるが、どのような高齢者がいるかという実態の把握には至らないため、高齢者保健事業等により実態を把握し、必要に応じて適切な支援につなぐことが望まれる。

また、健診は受診しているが医療は受診していない者 (57,517 人) のうち、血糖値が受診勧奨値以上の者の割合は 6.6% (3,823 人)、血圧では 51.9% (29,827 人)、脂質では 42.5% (24,424 人) であり、未治療によるコントロール不良者もいることから、適切な医療サービス等へつなげる必要が示唆される。

(3) 事例、研究からみた現状と課題

適切な受診等への支援においては、健康状態不明者、未治療によるコントロール不良者や受診中断者も対象となり、これら支援対象者の特徴等を捉えておく必要がある。しかしながら、後期高齢者におけるこれらの支援対象者の特徴等は必ずしも明らかにされていない。

一方、市町村等においては支援対象者への支援を実施し、特徴等をまとめている例がある。市町村等の取組からは、受診する必要がある状況と自己判断している場合、受診の習慣がないことや経済的な不安などが挙げられている。また、健康状態不明者の状況を確認した結果、血圧が高い、認知症の様子が見受けられる者が把握されている。

例えば、認知症の様子が見受けられる場合には地域包括支援センター等につなげるなど、健康状態不明者の多様なニーズを把握し、必要に応じた支援の提供や関係機関等につないでいく必要が生じるため、予め庁内関係部局、庁外関係機関・関係団体と支援体制を構築する必要がある。

支援対象者の状況は地域の実情や個人の状況により多様であることが想定されるが、適切な受診等への支援においては、これらの状況に鑑み、対応していくことが求められる。

事例：青森県 弘前市

【後期高齢糖尿病治療中断者の実態把握】

弘前市国保年金課では一体的実施の開始に伴い、市医師会と連携し、後期高齢者の健診受診者のうち「HbA1c7.0%以上かつ問診で糖尿病未治療と回答した者」について保健師・管理栄養士の訪問による実態把握を開始した。対象者の多くは「かかりつけ医で他疾患の経過観察はしているが、糖尿病の積極的治療は行っていない」という状況であった。しかしながら、中には「経済的な理由」や「認知機能・身体機能の低下により外出が困難」といった理由で受診ができていない者も存在した。対象者の状況に合わせ、送迎サービスのある医療機関の紹介や、介護保険部門につなぎ、介護サービスの利用を勧めるといった高齢者の特性を踏まえた治療中断対策を実施している。

事例：秋田県 仙北市**【健康状態不明者を訪問しての気づき】**

健康状態不明者訪問は、自ら SOS を出せない市民、出さない市民、今までの事業では対象者として挙がらない市民といった新たな市民との出会いにつながっている。これらの市民は、健康へ無関心、地域との孤立、金銭的不安、今後の生活への様々な不安等を抱えていた。予防の大切さを再確認するとともに、対象者だけの支援だけではなく、家族や親類への助言、ニーズに応じて医療・介護・地域包括支援センター・民生委員等につなぐことが必要となった。（P86～87 参照）

事例：千葉県 松戸市**【健康状態不明者支援を通じた未受診理由の把握】**

健康状態不明者の実態把握を令和2年度から実施。個別訪問で対象者の状況や、医療や健診を受診しない理由等についてアセスメントし、全体のデータを取りまとめることで、健康状態不明者の特徴や傾向等を把握している。（P88～89 参照）

3 取組の推進に向けた体制整備

- 単に医療や健診の受診につなげるだけではなく、個人の状況に合わせた保健指導等の実施やニーズに即した支援につなぐといった支援が必要。庁内関係部局や庁外関係機関・関係団体と求められる役割を意識しつつ、取組の目的・目標について、合意形成を図っていく必要がある（P16）。
- 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・国及び関係機関・関係団体に求められる役割を確認し、適切な受診等への支援の実施体制を構築すること（P17以降）。

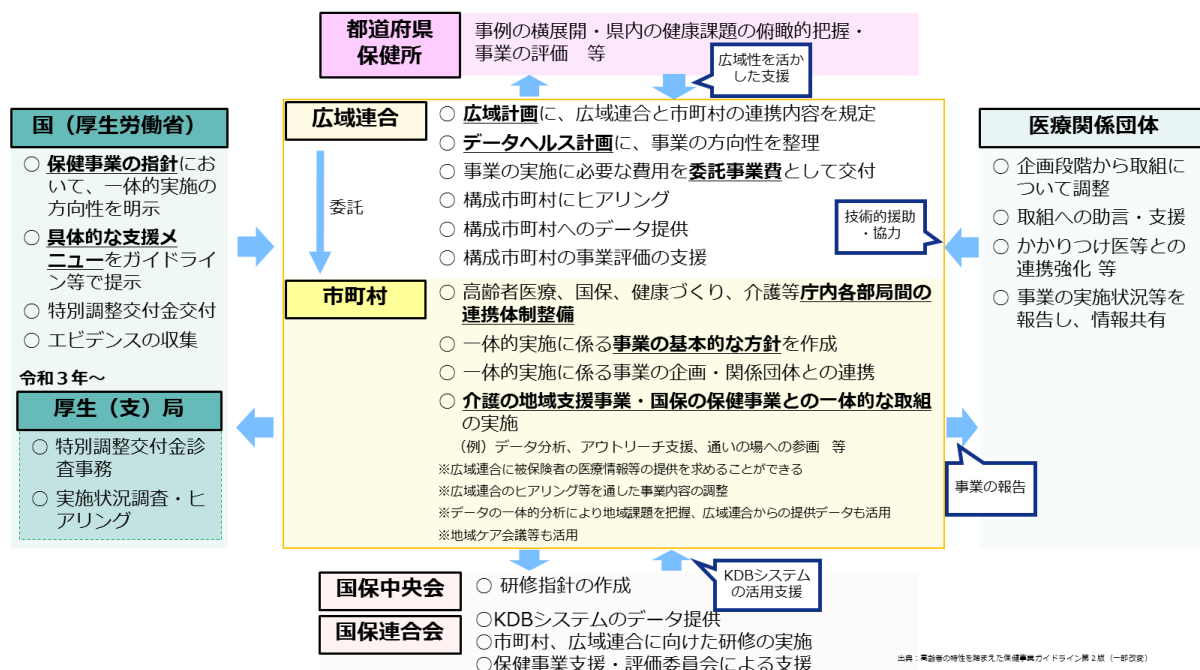
（１） 広域連合・市町村・都道府県・国民健康保険中央会・国民健康保険団体連合会・国に求められる役割

適切な受診等への支援は、健康状態不明者、未治療によるコントロール不良者や治療中断者を対象とするものであり、これらの支援対象者の置かれている状況やニーズは個人差が大きくなると想定される。単に医療や健診の受診につなげるだけではなく、個人の状況に合わせた保健指導等の実施やニーズに即した支援につなぐといった支援をする必要があることから、庁内関係部局や庁外関係機関・関係団体が求められる役割を果たしていくことが重要であり、様々な状況に対応できる支援体制を構築することが望まれる。

そのためには、適切な受診等への支援を含む高齢者保健事業の取組により、地域の高齢者の健康の保持増進等にどのように寄与していくのか、支援体制の構築や地域の健康課題の解決により、どのような地域を実現していくのかといった、取組の目的・目標について、庁内関係部局や庁外関係機関・関係団体と合意形成を図っていく必要がある。庁内関係部局や庁外関係機関・関係団体と地域の課題分析の結果を活用しつつ、企画段階から連携することに加え、取組の結果や成果等について報告していくことで、連携している意義や取組への理解が深まることが期待される。

本項の基本的な内容については、ガイドライン第2版においても記載しているため、併せてご確認いただきたい。

図表 6 関係機関の連携（イメージ）



1) 広域連合

広域連合においては、適切な受診等への支援の意義・目的を十分に把握・理解し、効果的・効率的に進められるよう、支援対象者の実態把握に努め、支援の企画・調整を行うことが求められる。

一体的実施において適切な受診等への支援に取り組む場合には、市町村との対話等を通じて市町村の要望の聞き取り、市町村における支援体制の状況の確認及び支援体制構築の支援、委託内容の調整等を行うことが重要になる。また、これらの実施に際しては、広域連合を構成する複数の市町村と関わり、状況や各種情報を捉えることができることを活かし、市町村間の担当者をつないで情報交換の機会を作ることや、先行して取り組んでいる市町村の取組内容・状況や課題であったことやその解決方法等を伝えていくことも重要となる。

適切な受診等への支援について、一体的実施の取組の一つとして市町村に委託して実施する場合や広域連合が直接実施する場合のいずれの場合であっても、市町村と連携し、双方が主体的に取り組めるよう企画、実施、評価をしていける体制構築に努めることが望ましい。

企画・調整では、広域連合が保有する健診結果、医療レセプト（歯科、調剤を含む）等を活用し、支援対象者の概数や健康状態等の把握及び抽出・選定等を行う。これらは都道府県単位の分析に加え、市町村単位の分析を行い、市町村に資料提供や説明を行うことも重要である。さらに、適切な受診等への支援に関して一定の評価指標を用いて事業評価や事業の実施状況の報告、事業内容の見直しを行うことも必要となる。

した健康教育、個別指導等）、取組の評価等を担う。

適切な受診等への支援では、支援対象者が抱えるニーズ等は多岐にわたることが想定される。ニーズに応じた必要な支援の接続などの支援の実施に加え、実態把握等においては、健診情報やレセプトデータといった情報以外にも、庁内関係部局や庁外関係機関・関係団体が持ちうる情報等を活用することが効果的・効率的な支援の実施につながるため、庁内関係部局及び庁外関係機関・関係団体との連携による支援体制の構築は非常に重要となる。

市町村の庁内関係部局については、後期高齢者医療制度や国民健康保険担当部局、介護保険担当部局、健康増進担当部局等が目標や取組内容を共有し、連携して事業を実施できるよう、庁内に適切な受診等への支援や一体的実施の推進にかかる調整等を目的とした会議体を設置する等し、事業に取り組む体制の構築をしていくことが求められる（庁内関係部局に求められる具体的な役割についてはP63を参照）。

支援対象者の把握、支援の充実には、医療機関、地域包括支援センターやケアマネジャー等からの情報提供等も手段となる。医師会等関係団体、地域包括支援センターやケアマネジャー等に、地域の高齢者や、健康状態不明者、未治療によるコントロール不良者や治療中断者の実態及び分析等を説明するとともに、どのような支援の充実が求められるのかを丁寧に説明し合意形成を図ることが望ましい。その上で、具体的に連携できる方法を検討し、支援体制を構築していくことが望ましい。

適切な受診等への支援を実施するに当たり、訪問支援等を委託する場合も考えられるため、委託して実施する場合には庁外関係機関・関係団体にその旨を伝えておくことが望ましい。また、適切な受診等への支援では、支援対象者のニーズに応じた保健指導の実施や適切なサービスへの接続が求められる。ニーズに応じたサービスが継続して支援対象者が住み慣れた地域で受けられるよう、地域資源等を把握し、リスト化する等により情報をまとめるとともに、委託して実施する場合には委託業者に対してこれらの情報を連携しておくことも重要である。

事例：奈良県 生駒市

【地域包括ケア推進課が行う高齢者の実態把握】

地域包括ケア推進課が主管となり、要介護等認定を受けていない高齢者に、健康状態等を把握するための「元気度チェック」を送付。回答がない場合、対象を選定の上、訪問調査を実施し、個別に状況を確認している。さらに、国保医療課と連携し、訪問調査対象者に健診受診を勧める資料を渡している。

事例：鳥取県 琴浦町

【医療チームで住民の健康を支える仕組み：チームコトウラ】

町役場、県栄養士会、在宅保健師会、民生委員、町内医師会等が住民の健康を支えるためのチームを構築。医療機関や民生委員等からの情報提供などに基づき、保健指導や受診勧奨が必要な対象者について、本人同意の上、チーム内でその状況を共有し、対象者毎にデータヘルスプランを作成し、保健指導方針や地域活動誘導方針等について検討を行っている。(P98 参照)

事例：福岡県 北九州市

【大規模市における庁内連携】

局内が横断的に取り組む必要があることを認識し、平成 30 年度から課長級による「一体的実施局内連携会議」を開催。連携会議と並行して「プロジェクト会議」を開催し具体的な戦略を検討している。また具体的な戦略を市全体の保健師と栄養士がそれぞれの部署において取り組むことができるよう「重点課題」を作成し、方向性を示している。管理職同士による合意形成があることや課題や方向性の共有を図ることで庁内や区との連携等が円滑化している。(P100～101 参照)

3) 都道府県

都道府県は、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号）第 133 条において「都道府県は、後期高齢者医療広域連合又は市町村に対し、後期高齢者医療制度の運営が健全かつ円滑に行われるように、必要な助言及び適切な援助をするものとする。」とされている。

これを踏まえ、広域連合や市町村における適切な受診等への支援が着実に進むよう、都道府県内の関係部局が連携し、広域連合や市町村の課題把握に努め、課題に応じた支援を行うことが望まれる。

具体的には、一体的実施の企画・調整や地域を担当する医療専門職が参加する意見交換の場の開催、事例紹介や支援技術に関する研修、一体的実施を含む高齢者保健事業の企画・調整や地域分析等の助言をする有識者等の派遣による人的支援の実施などが考えられるほか、人的支援では、必要に応じて国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」という。）が支援する在宅保健師等会と連携し、取組や人材派遣等の支援を行うことも考えられる。

また、適切な受診等への支援においては医療機関や薬局等の協力が重要になる。広域連合や市町村が行う医師会等関係団体との調整への支援のほか、都道府県単位の医療関係団体等に対して、広域連合や市町村に対する技術的助言や適切な受診等への支援における支援対象者の受け入れ・紹介をする支援体制の構築等に関する協力を要請することが考えられる。

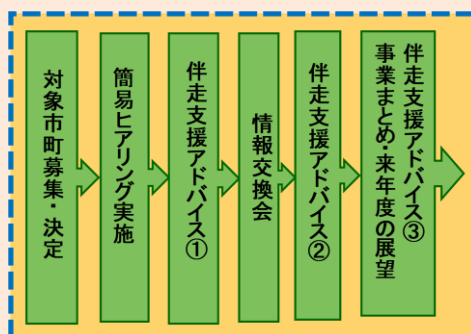
事例：神奈川県

【県職員と一体的実施アドバイザーによる市町村への伴走支援】

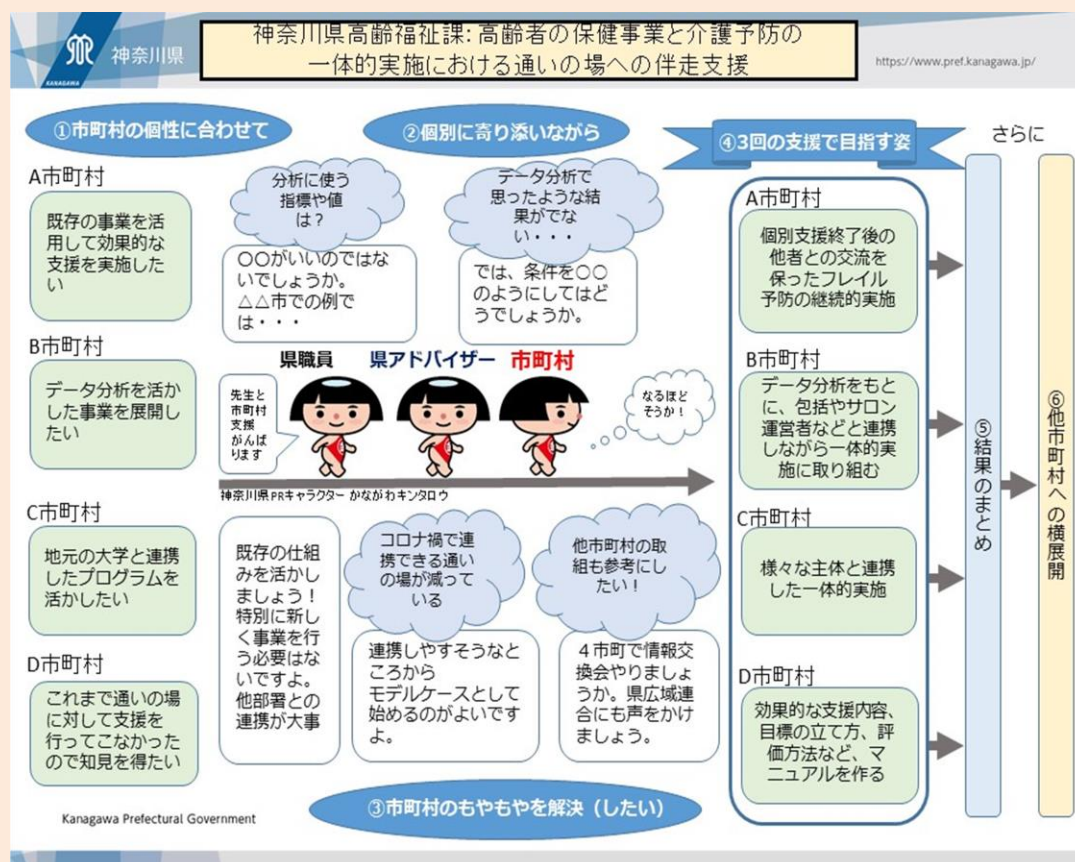
一体的実施を推進するため、市町村の課題や状況に寄り添いながら、市町村自ら効果的な取組を実施できるよう、県職員（高齢福祉課）と一体的実施アドバイザー（県立大学教授）が、市町村（令和3年度は4市町）を訪問し、継続的な伴走支援を行っている。高齢者の適切な受診等への支援も含めたハイレスクアプローチ及びポピュレーションアプローチの双方が連動した取組を進められるよう、市町村の取組状況を伺いながら、事業全体を俯瞰したアドバイスを行う。一方的な助言ではなく、課題の解決方法を共に検討し、市町村の意志を尊重した支援となるよう努めている。支援の途中、要望に応じて対象市町村同士の情報交換会も実施している。

【伴走支援方法】

■市町村ごとの課題に寄り添いながら継続的に伴走。県職員が毎回同行し状況を直接ききとり、まとめを実施、次の支援策を検討。



■支援対象市町村の目標達成、一体化実施の取組の促進
■実施結果の他市町村への横展開
■医師会との連携



4) 国民健康保険中央会・国民健康保険団体連合会

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

また、国保連合会では、KDB システムの運用及び当該システムを活用した地域の健康の課題分析、国保・後期高齢者ヘルスサポート事業、各種研修の開催等を通じて広域連合・市町村支援を実施している。適切な受診等への支援においては、支援対象者の状況に関する情報提供や分析業務の受託、KDB システムの帳票の二次加工の支援、事業の実施・評価に関する支援等、広域連合及び市町村の要望に応じた支援の実施が求められる。

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

事例：岡山県国保連合会

【健康状態不明者リストの提供】

構成市町村における企画調整等を行う医療専門職の業務をサポートするため、国保連合会において、KDB システムを活用し、直近 1 年間で、医療・健診・介護のデータが存在しない健康状態が不明な被保険者一覧のデータを作成し、年に 1 回、県内全市町村あてに提供している。

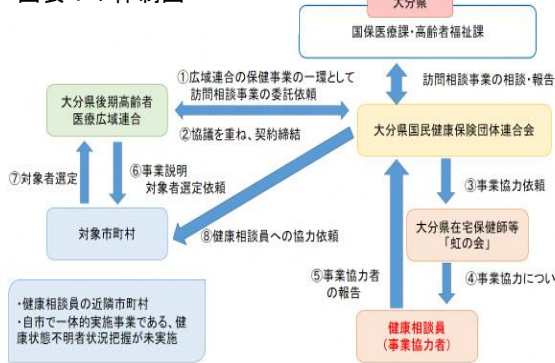
事例：大分県国保連合会

【在宅保健師等「虹の会」と連携した健康状態不明者への個別訪問事業】

大分県国保連合会では、広域連合と委託契約を締結し、マンパワー不足等により一体的実施を未実施の県内市町村（令和3年度：9市町村）に対し、在宅保健師等「虹の会」に属する保健師等（以下「健康相談員」という。）が健康状態不明者の個別訪問を実施できる体制を整備した（図表1参照）。

対象者のうち、支援に緊急性がある者がいた場合は、健康相談員から広域連合または市町村へ直接連絡を取り、市町村が支援を引き継げるようにした。本事業を通じて、市町村、健康相談員が訪問した事例をもとに今後必要な事業を検討する情報交換会や、県・市町村・広域連合・国保連合会が一体となり研修会を開催する等、市町村が今後一体的実施の取組を推進するための支援につながっている。

図表1：体制図

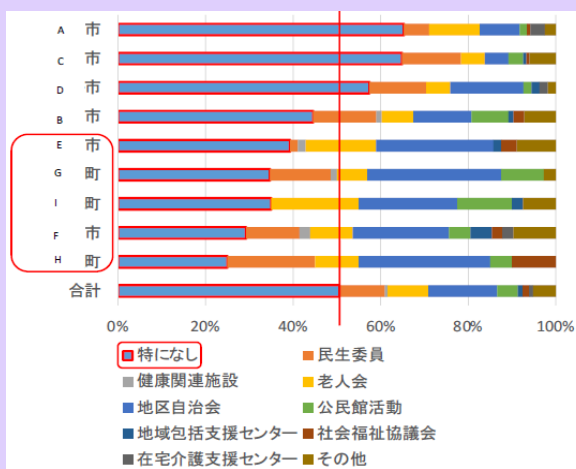


＜事業成果＞（令和3年度）

図表2：市町村別実施件数

	健康相談員数	対象者数【虹の会選定数】 (件数)	訪問実施件数 (総数)	実施率
A市	2	243	124	51.0%
B市	5	200	106	53.0%
C市	7	204	170	83.3%
D市	2	96	75	78.1%
E市	4	81	72	88.9%
F市	7	73	60	82.2%
G町	3	84	69	82.1%
H町	4	23	19	82.6%
I町	3	44	42	95.5%
合計	37	1048	737	70.3%

図表3：市町村別高齢者の社会参加状況



- ・令和3年度は新型コロナウイルス感染症の影響で活動を中断した期間があったが、737名に家庭訪問を実施した。（実施率70.3%）（図表2）
- ・市町村別に社会活動への参加状況を見ると、小さい市町ほど、社会活動に参加している者の割合が多い傾向であった。（図表3）

5) 国

適切な受診等への支援における取組に関する基本的な考え方をまとめ、事例や取組に関する手順等をガイドラインとして示すなど、支援の普及を支援する。

また、特別調整交付金交付基準における適切な受診等への支援の明確化、KDB システム等の機能拡充など必要な環境の整備に努める。適切な受診等への支援により健康状態不明者等の実態把握や必要な支援の充実・推進を図る観点から、後期高齢者医療制度の保険者インセンティブとの連携を意識した評価指標の検討及び設定に努める。

令和3年度からは、地方厚生（支）局において管轄する地域の一体的実施の実施状況の把握、助言、支援を行う²こととしており、地方厚生（支）局と連携し更なる実態把握や課題把握に努め、必要な制度等の改正を検討することが求められる。また、地方厚生（支）局は複数の都道府県を管轄していることを活かし、都道府県を跨いだ意見交換会の開催、事例の情報提供等を実施することが望まれる。

（2）関係機関・関係団体との連携

適切な受診等への支援では、支援対象者の状況に応じて必要な医療・介護サービス等につなぐ必要があることから、地域の関係機関・関係団体との連携が重要になる。

健康状態不明者への支援では、本人の健康状態等の状況を確認した際に、救急も含む医療や介護、ニーズによっては重層的支援体制整備事業を受託する機関等へつなぐことも意識する必要がある。そのため、医師会をはじめとした地域の医療関係団体や医療機関、地域包括支援センターや社会福祉協議会、消防等との連携が重要になる。

未治療によるコントロール不良者への支援では、健診後に健診結果を活用した丁寧な説明や保健指導の実施を依頼することや、広域連合や市町村が医療受診勧奨を行い医療機関へつなぐことが考えられる。また、医療機関につないだ後には、医療機関と連携しつつ、高齢者保健事業で実施する低栄養防止、生活習慣病等の重症化予防の取組等の対象者として、さらなる支援を実施することが考えられる。そのため、医師会等関係団体、病院等医療機関、支援対象者の課題に応じて歯科医師会、薬剤師会や栄養士会等とも連携し、実施しようとする取組を十分に説明し理解を求め、支援体制を構築することが望ましい。

治療中断者への支援では、後期高齢者医療制度担当部局では KDB システム等を活用して治療中断者を把握することも可能であるが、医療や健診に係るデータが KDB システム等へ収載されるまでに一定の期間を要する。そのため、医師会等関係団体と治療中断者の支援に係る具体的な情報連携の方法や実施体制、対象者の範囲等を協議し、可能な限り速やかに支援できる体制を構築することが望まれる。

² 「令和3年度における地域包括ケア推進課が行う老健局及び保険局関係の業務について（通知）」（令和3年3月31日付老発0331第16号・保発0331第12号）

関係機関・関係団体と検討し合意形成が図られた事項については、事業に関係する者や関係団体の会員等へ周知等をお願いし、理解を浸透させていくことも重要となる。

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

また、関係機関・関係団体との連携では、取組前の説明や支援体制の構築、支援の実施に留まらず、支援の実施の結果どのようなことがわかったのか、どのような地域の課題があるのか等の取組や評価の結果を伝えていくことも重要である。これらのプロセスを踏み、ともに地域の課題の解決に向けて更なる検討を重ねられる関係の構築ができることが望ましい。

適切な受診等への支援を実施するに当たり、訪問支援等を委託する場合も考えられるため、委託して実施する場合には関係機関・関係団体にその旨を伝えておくとともに、対応への協力を要請し、具体的な対応方法を検討しておくことが望ましい。

事例：鹿児島県 徳之島町

【町全体で高齢者の健康を支える仕組みづくり】

高齢者への支援は町全体で対応する必要があることを再認識し、健康増進課が中心となり、関係機関（介護福祉課、社会福祉協議会、医療機関、地域包括支援センター、商工会等）との連携体制を構築。庁内や各関係団体が幅広く連携し、できるかぎり健康でいきいきとした生活を継続できるように、生涯現役のまちづくりに取り組んでいる。専門職が集いの場や介護予防の場に積極的に出向き、高齢者支援の機会拡大につなげている。また、個別支援が必要な高齢者においては、医療機関の医療職、地域包括支援センターやケアマネジャーと情報を共有、他職種連携を行い、必要な医療・介護・福祉サービスへつなぎ、高齢者が住み慣れた地域で生活が継続できるようにチームで支援している。

4 効果的な実施に向けた取組内容の検討

- 効果的な実施にするために、広域連合が保険者としての責務を果たすため、PDCA サイクルに沿って進捗を管理する必要がある（P27）。
- 支援の実施・評価の実施後は評価結果を担当部局内に留めるのではなく、庁内関係部局や庁外関係機関・関係団体にも共有することが重要（P30）。

適切な受診等への支援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り、いずれの場合でも、広域連合が保険者としての責務を果たすため、PDCA サイクルに沿って進捗を管理する必要がある。

適切な受診等への支援における事業実施の全体的な流れについては、ガイドライン第2版で示している高齢者の保健事業の進め方（全体的な流れ）と相違ないため、詳細を確認していただきたい。

また、本ガイドライン第2版補足版の実践編において、実施の段階に応じた取組内容を記載しているため、実践編についても併せて参照いただきたい。

事例：愛知県後期高齢者医療広域連合

【委託事業の定期的な進捗管理・支援の実施】

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

＜主な進捗管理・支援内容＞

○市町村の健康課題の分析・整理、事業企画等のサポートを目的に、各ハイリスクアプローチに応じた事業計画書作成例等を広域連合で作成し、市町村へ提示

○市町村個別訪問又は面接等による調整・助言等

- ① 次年度事業計画の事前協議・調整（前年度1月）
- ② 事業中間評価・進捗確認等（10～11月）
- ③ 事業評価（3月）

＜標準的な取組例＞

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

事例：愛知県 日進市

【事業マネジメントサイクルの確立】

糖尿病性腎症重症化予防を展開、管理するための事業マネジメントサイクルを確立。継続的な事業評価、改善につなげている。

P（計画）：スケジュール決定、庁内研修実施

D（実行）：市医師会へ事業説明、スケジュールに基づいて実行

C（評価）：通知件数、訪問による面接件数、糖尿病受診率、対象者数の経年変化
日進市糖尿病重症化予防検討会で報告・検討

A（改善）：対象者抽出条件・アセスメント内容見直し等
(P90～91 参照)

（１）関連する事業の確認

適切な受診等への支援は、一体的実施を含む高齢者保健事業において実施している支援や庁内関係部局が実施している事業を活用することで、支援対象者の状況の把握につながることもあるため、これらの取組を活用することが考えられる。

また、支援対象者のニーズに応じた支援の提供に際しては、適切な受診等への支援を担当する部局だけでは対応が不十分となる場合も想定される。庁内関係部局が行っている支援の活用も視野に入れる必要がある。

広域連合・市町村の取組状況に応じ、まずは、適切な受診等への支援を担当する部局が実施している事業を確認した上で、事業を企画していくことが考えられる。

さらに、適切な受診等への支援を効果的・効率的に実施するため、当該支援の担当部局のみならず、後期高齢者医療、国民健康保険、介護保険のみならず健康増進や障害福祉等関係部局も含め、既存で実施されている事業を確認した上で、事業の最適化を図ることが望ましい。

事例：秋田県 仙北市

【庁内医療専門職の連携による一体的実施体制整備】

実際に一体的実施事業を実践する市民生活課、保健課、地域包括支援センターによる作業部会を立ち上げ。作業部会で各課の事業、策定計画、予算等を共有し、事業計画の立案や各種報告様式の検討を実施した。「誰のための事業なのか」という目的と意識を共有することで、各課においてどのような役割が考えられるか等の検討が円滑に進んだ。(P86～87 参照)

(2) 事業内容の検討と準備

適切な受診等への支援の対象者である健康状態不明者、未治療によるコントロール不良者や治療中断者の概数を、KDB システム等や一体的実施・KDB 活用支援ツールを活用し把握する。また、概数以外の情報については、一体的実施におけるポピュレーションアプローチを活用した実態把握、介護保険担当部局等の庁内関係部局が実施している調査等も活用し把握に努める。

その上で、対象者の選定基準や健康支援の方法及び実施方法等を決めていく。事業の実施方法については、庁内関係部局や庁外関係機関・関係団体とも協議しながら検討する。

(3) 目標設定・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、支援の実施前に目標と評価指標を設定する。

短期的な目標としては支援の実施前後でも変化状況が確認できるものを設定することが望ましい（医療・健診等の受診につながった人数等）。中長期的な目標としては支援の目的との整合を意識し設定する（健康状態不明者、未治療によるコントロール不良者、治療中断者の減少等）（詳細は実践編を参照）。

(4) 支援の実施と評価

庁内関係部局や庁外関係機関・関係団体と協議した事業を連携しながら実施し、設定した目標・評価指標に応じて評価を行う。

評価の実施後は評価結果を担当部局内に留めるのではなく、庁内関係部局や庁外関係機関・関係団体にも共有することが重要である。共有することで庁内関係部局や庁外関係機関・関係団体が関わった結果、継続的な改善や地域の健康課題への対応策の検討等につながる可能性もある。

事例：千葉県 松戸市

【健康状態不明者の実態把握】

健康状態不明者へのアプローチにより把握した実態について、状況別、把握課題別、連携数別に集計。また1年後の評価を行い、実際にどのようなサービスに接続されているかを確認。積極的介入、助言、非介入の順に健診・医療・介護への接続率がよいこと等を把握している。（P88～89 参照）

5 取組を推進するための環境整備

- 人材育成では、高齢者の特性を踏まえた健康支援としていくためには以下の事項が重要となる（P31）。
 - 高齢者の特性、高齢者の生活習慣病等の治療方針や健康支援について見識を深めていくこと
 - 庁内関係部局や庁外関係機関・関係団体の取組等を把握し理解すること
 - 当該支援に関わる部局や民生・児童委員等地域の高齢者に関わる者を対象として、当該支援の取組について研修等の機会を通して情報提供等をし、理解を求めていくこと
- 高齢者をはじめ、その家族や地域の住民に、健診受診の重要性や未治療・治療中断によるリスク等に関する周知等により理解の促進を図ることは、これらの内容を自分事として捉えることにつながり効果的である（P34）。
- 適切な受診等への支援の実施に際しては、庁内関係部局及び庁外関係機関・関係団体との間で個人情報を提供することも考えられ、個人情報の適正な取扱いに係る留意事項の詳細については、ガイドライン第2版も含め確認し、適正に運用することが求められる（P35）。
- 適切な受診等への支援の着手・既存事業の活用等では、市町村のすべての圏域で取組を開始するのか、徐々に拡大していくのかを検討する必要がある（P36）。
- 疑問や課題に対して、自身もしくは担当部局として対応案等を思案していくことは必要であるが、疑問や課題の大小に関わらず、抱え込まずに支援等を求め解決していくことも重要である（P36）。

（1）人材育成

適切な受診等への支援では、アウトリーチ支援等を行い、後期高齢者の質問票や各種チェックリスト等により健康状態や心身機能を把握し、相談・指導を実施するとともに、必要に応じて、健診や医療の受診勧奨、介護サービス等の利用勧奨、通いの場等への参加勧奨などにより必要なサービスや支援につなげる取組を実施する。

高齢者の特性を踏まえた健康支援としていくためには、高齢者に見られる心身機能の特徴、壮年期よりも緩和した基準を提示している学会ガイドラインが多く、血圧や

血糖値等のコントロール目標が異なること、認知機能障害・認知症、フレイル、サルコペニア、ADL 低下、転倒、うつ状態などの老年症候群の合併頻度が高いこと、QOL の維持には、身体機能、認知機能、心理状態、社会・経済状況を考慮し、心身機能を維持するための支援をしていく必要があること等、高齢者の特性、治療方針や健康支援について見識を深めていく必要がある。

また、適切な受診等への支援の支援対象者の状況は、単に健康であり健診・医療を未受診である場合もあるが、支援対象者が抱えるニーズ等には、受診の必要性は理解しているが健診や医療受診の方法がわからない、身体機能の低下により歩行等に支障があり医療機関に受診できなくなった、受診した方がよいか判断できない、ご自身や家族等に健康課題があり後回しになっている、経済的な理由により受診できない、社会的に孤立している等様々なことが考えられる。健康状態が不明な状況、未治療によるコントロールが不良な状態や受診中断の原因を捉え、ニーズに応じた支援につなげるための知識が重要となる。

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

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

人材育成の観点では、支援を担当する部局だけではなく、支援に関わる者も重要となる。適切な受診等への支援は、多様な高齢者のニーズに応じた支援を提供していく必要があり担当部局だけの対応では必要な支援が提供できない可能性がある。そのため、当該支援に関わる部局や民生・児童委員等地域の高齢者に関わる者を対象として、当該支援の取組について研修等の機会を通して情報提供等をし、理解を求めていくことも重要である。さらに、取組を知ってもらうだけではなく、支援に関わる部局等が互いの取組や支援に関する強み、弱みを理解するとともに、顔の見える関係となり、実際の支援において共働できるよう、研修等を調整していくことが望ましい。

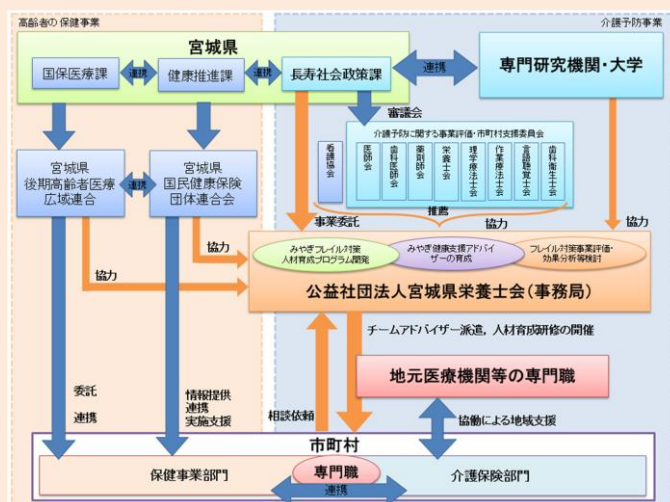
また、対象者の抽出や事業の評価に対しては KDB システム等を活用することも考えられる。KDB システム等の活用により業務の効率化が期待できる面もあるため、国保

連合会が行う KDB システムに関する研修等に参加する機会を設ける等も重要である。

事例：宮城県

【県による地域を担当する医療専門職の人材育成】

市町村は、地域支援を担当する医療専門職の人材育成に苦慮している。県では、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、国民健康保険団体連合会、大学等）と連携・協働して「みやぎ健康支援アドバイザー」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、「みやぎ健康支援アドバイザー」のチーム派遣による地域の実情に応じたサポートを行っている。これまで培ってきた医療介護連携を活かすことにより地域の特性に応じた人材育成が可能となり、市町村事業の質向上につながっている。



事例：岡山県 笠岡市

【積極的な関係機関との関係づくり】

地域包括ケア推進課室が庁内の関連課や関係機関と積極的に連携することにより、多様な角度から支援が必要な高齢者の情報を共有し、適切な支援につなげている。

例：

- ・ 障がい福祉課：自立支援手帳の申請を中断している者
- ・ 消防本部：救急搬送通報があった独居高齢者
- ・ かかりつけ医：定期受診が途絶えた者、診療の場面で様子が気になった者
- ・ 警察：高齢者虐待の通報があった者、独居で周囲との接点を持たず何らかの問題がある高齢者

(2) 住民の理解の促進

高齢者の健康の保持増進や QOL の維持向上を図るため、健診受診、疾病の早期発見・早期治療や継続治療は重要となる。このため、高齢者をはじめ、その家族や地域の住民に、健診受診の重要性や未治療・治療中断によるリスク等に関する周知等により理解の促進を図る必要がある。

周知の際には、地域の健康状態不明者、未治療によるコントロール不良者や治療中断者の状況、このような者の生活への影響（医療費や要介護認定等）に関する分析結果などを含めた資料を作成することで、自分事として捉えることにつながり効果的である。

周知の方法については、媒体等を作成し、広域連合や市町村の広報誌、通いの場や医療機関、薬局、地域包括支援センター等を通じての配布、自治会や社会福祉協議会等からの周知、その他地域住民が集まる機会や民間等が発行するコミュニティ紙を活用するなどにより、周知すること等が考えられる。

事例：大阪府 吹田市

【地域の課題分析結果を活用した連携体制の構築】

地元の大学と連携し、地域の健康課題の分析を実施。分析結果について、市民向けにホームページで公開し、地域ケア会議や健康教育等の資料や、関係団体との連携資料として活用している。取組の推進においては「地域の健康課題を自分事として理解してもらう」ことが重要であり、分析結果等を市民向けにわかりやすくまとめることで、連携や啓発ツールとして有効に活用している。（P94～95 参照）

(3) 個人情報の適切な取扱い

適切な受診等への支援の実施に際しては、庁内関係部局及び庁外関係機関・関係団体との間で個人情報を提供することも考えられる。

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

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、契約書や覚書において、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。

個人情報の適正な取扱いに係る留意事項の詳細については、ガイドライン第2版を十分に確認いただき、適正に運用いただきたい。

なお、アウトリーチ支援等をした際、支援対象者の中には生命等の保護が必要になる場合も想定される。個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン（通則編）3-1-5「利用目的による制限の例外」においては、「人（法人を含む。）の生命、身体又は財産といった具体的な権利利益の保護が必要であり、かつ、本人の同意を得ることが困難である場合は、法第16条第1項又は第2項の適用を受けず、あらかじめ本人の同意を得ることなく、特定された利用目的の達成に必要な範囲を超えて個人情報を取り扱うことができる。」とされ、事例として「急病その他の事態が生じたときに、本人について、その血液型や家族の連絡先等を医師や看護師に提供する場合」とされている。支援対象者の健康状態等に応じ適切な対処が必要となる場合にも留意されたい。

(4) 活用可能な財源

一体的実施を含む高齢者保健事業では国から広域連合に対して交付される後期高齢者医療制度事業費補助金・後期高齢者医療制度の特別調整交付金・後期高齢者医療制度の保険者インセンティブを活用することが考えられる。

後期高齢者医療制度の特別調整交付金を活用する場合には「後期高齢者医療の調整交付金の交付額の算定に関する省令第6条第9号に関する交付基準について」（以下「交付基準」という。）を熟読するとともに、疑義が生じる場合には必要に応じて広域連合・都道府県を通じて厚生労働省に対して確認をしていくことも重要である。

適切な受診等への支援については、後期高齢者医療の特別調整交付金の活用がしやすくなるよう、交付基準において明確化することとしている。また、保険者インセンティブにおいて、「健康状態不明者の減少」に関する評価指標を掲げることとしており、これらの財源を活用し、支援を推進することが望まれる。

(5) 実施上の留意点

1) 適切な受診等への支援の着手・既存事業の活用等

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

広域連合や市町村の体制、地域資源や関係機関・関係団体との連携状況等地域の実情は様々であり、すべての地域の健康課題に一度に対応することは困難である。いずれの場合においても、できるところから実施してみるという対応も考慮すべきである。

2) 疑問や課題の解決に向けた基本的な考え方

適切な受診等への支援や一体的実施の取組を開始するに当たっては、細かな疑問から大きな課題まで、多くの疑問や課題に直面することもある。これらの疑問や課題に対して、自身もしくは担当部局として対応案等を思案していくことは必要であるが、疑問や課題の大小に関わらず、抱え込まずに支援等を求め解決していくことも重要となる。

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

例えば、適切な受診等への支援に取り組む際には、地域の支援対象者がどのような状況にあるのかを捉えていく必要がある。そのため、KDB システム等を活用しレセプ

トや健診データ等を分析していくことが求められるが、KDB システム等の活用方法がわからないことや、分析方法・結果の妥当性の検討が課題となることがある。

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

また、支援に取り組む際には予算が必要となり、特別調整交付金等を活用することもある必要がある。取り組みたい内容はあるが、交付金の対象となるか不明確な場合等は、取組内容が特別調整交付金等の対象となるかや実施計画等の記載方法等については広域連合等に確認し、一つひとつ課題を解決していくことが重要である。

3) 主管部局と職員の配置

一体的実施の中で適切な受診等への支援に取り組む場合には、企画・調整等を担当する医療専門職が事業内容や支援体制の整備等を行っていくが、庁内外の関係者との調整や委託関係等においては事務職の強みを活かせる場面も多くある。企画・調整等を担当する医療専門職がすべてを実施しようとせず、当該支援の実施に関係する者に情報共有を図り協力を仰ぐ体制が望ましい。

4) 委託する場合の留意点

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

事例：神奈川県 川崎市

【保健事業の委託範囲の留意点】

保健指導を外部に委託するに当たっては、必要最低限の個人情報のやりとりとなるよう留意している。例えば、訪問指導業務を外部委託する場合は、対象者の抽出や選定作業は市が実施し、通知発送や訪問指導のみを委託している。委託仕様書には実際の対象者数と「予想件数（訪問が成立するであろう件数）」を記載し、委託事業の管理指標とし、市が進捗管理を行っている。また、事業評価については委託先からの実施報告書及び国保連合会から還元されるデータをもとに市が実施している。

Ⅱ 実践編

1 ガイドライン第2版補足版「実践編」の位置づけ

本実践編は、「適切な受診等への支援」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支援の企画、実施の手順や評価等をまとめたものである。

なお、本実践編では実施の手順等について基本的な考え方等を整理しているが、必ずしも記載の手順や内容に準じなければならないものではなく、支援は地域の実情に応じて実施いただくことが重要である。

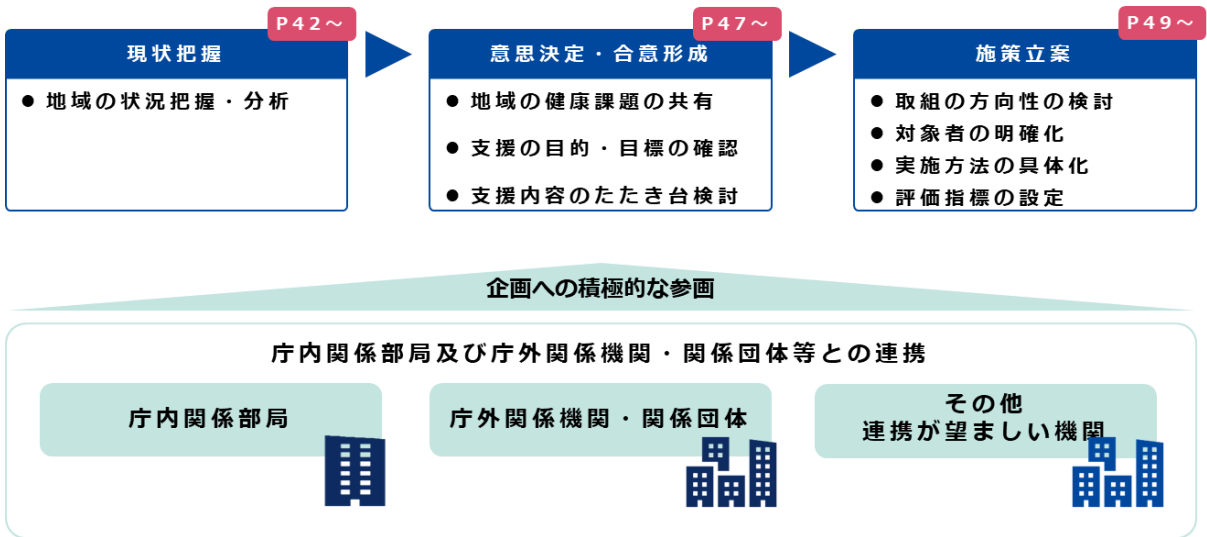
2 適切な受診等への支援の企画

- 支援の企画では、現状把握（P42）、意思決定・合意形成（P47）、施策立案（P49）を行う。
- 現状把握では、量的・質的な情報から地域の健康課題を把握する。支援対象者の概数の把握には KDB システム等や一体的実施・KDB 活用支援ツールの活用を考慮する（P42）。
- 意思決定・合意形成では、庁内関係部局、庁外関係機関・関係団体と地域の健康課題を共有し、支援の目的・目標の合意形成をするとともに、支援内容等のたたき台の段階から相談し、協力を打診し、地域の健康課題と併せて共同して検討していく（P47～48）。
- 支援対象者をどのように把握するのか、誰がどのように支援するのか、適切な医療・介護サービス等にどのようにつなげるのかを適切な受診等への支援の基本的な流れに沿って、地域の実情に応じながら具体化していく（P51）。
- 支援の具体化に当たっては、本ガイドライン第2版補足版実践編「3 適切な受診等への支援の実施」（P67）の支援の例や一体的実施・KDB 活用支援ツール解説書に整理されているハイリスクアプローチ・ポピュレーションアプローチとしての保健事業（プログラム例）も参照すること（P57）。
- 支援対象者の把握では、KDB システム等を活用する方法に加えて、庁内関係部局や庁外関係機関・関係団体からの情報提供等、通いの場等を活用した把握等を検討すること（P52）。
- 適切な受診等への支援において達成しようとする目標を設定し、可能な限り

評価指標を具体的な数値で設定していく（具体的な評価の視点は P62）。特にストラクチャー指標・プロセス指標については、年度内の状況の変化によって事業の進捗を管理する観点から、例えば年 4 回（3 月に 1 回程度）を目安として、定期的に評価していくことが望ましい（P61）。

適切な受診等への支援の企画の基本的な流れは、現状把握、意思決定・合意形成、施策立案となる。適切な受診等への支援の企画に当たっては庁内関係部局及び庁外関係機関・関係団体との連携の下、これら関係者の企画への積極的な参画を求めながら実施することが望ましい。

図表 7 適切な受診等への支援の企画の流れの例



（１） 現状把握

適切な受診等への支援を行うに際しての現状把握では、地域の健康状態不明者、未治療によるコントロール不良者や治療中断者の概数の把握、生活状況、ニーズや医療費や介護給付費への影響、健診や医療を受診しない理由や治療中断の理由等を確認していく。

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

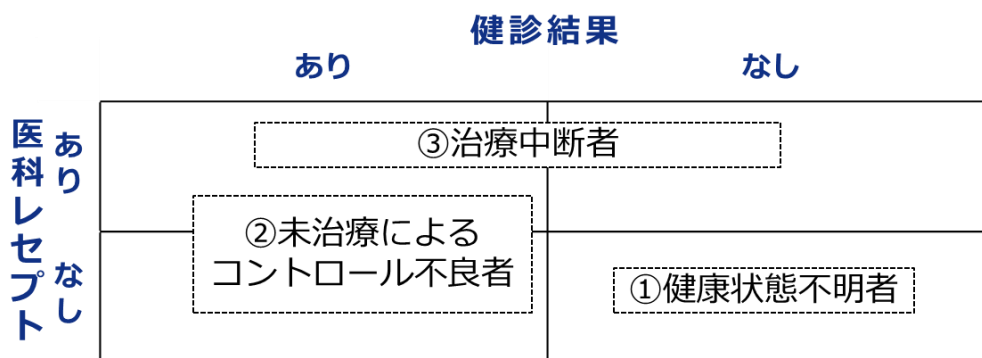
地域の状況把握で収集できた量的・質的な情報については、市町村全体・圏域別や性・年齢階級別で集計し分析しやすい形で整理し、地域の健康課題を分析する。分析

は支援担当部局のほか、適切な受診等への支援に関わる部局と共同し多様な視点で行えるとよい。また、分析では数値をまとめるだけでなく、圏域毎の傾向を捉えることや、国や都道府県の傾向と比較してどのような状況にあるのかといった特徴を整理していくことが重要である。

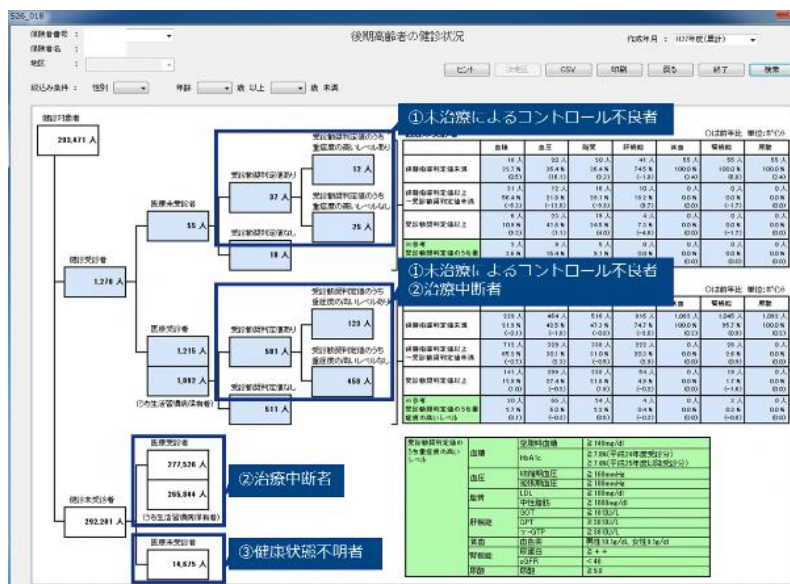
1) 支援対象者の概数の把握

支援対象者の概数を把握する主な情報源としては、健診情報、レセプトデータ等となり、健診と医療の情報が一元管理されている KDB システム等を活用することが考えられる。

図表 8 支援対象者と主な情報源の関係



図表 9 KDB システム帳票 ID : P26-018 (後期高齢者の健診状況)



また、一体的実施・KDB 活用支援ツールを活用することで、一定期間健康状態が不明である者、未治療によるコントロール不良者や治療中断者について抽出し概数を把握することが可能である。

図表10 一体的実施・KDB 活用支援ツールの抽出条件（抜粋）

重症化予防 －コントロール不良者	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（内科・DPC・調剤）：対応する糖尿病・高血圧の薬剤処方履歴（1年間）なし
重症化予防 －糖尿病等治療中断者	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（内科・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
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

※抽出条件は、「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」³により示されたものが初期値。抽出基準は、まずはこの対象者から実施してみることも考えられるという視点で設定されている。

なお、KDB システムや一体的実施・KDB 活用支援ツールの活用に際して生じる操作方法等の疑問等は国保連合会に適宜確認し支援を受けることも重要である。

また、当該ツールについては、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の推進にかかる検証のための研究」より一体的実施・KDB 活用支援ツールの抽出条件の考え方と保健事業への活用に関する解説書（以下「一体的実施・KDB 活用支援ツール解説書」という。）が提供されているため、併せて参照されたい。

2） 各種調査結果による支援対象者の特徴等の把握

支援対象者の生活状況やニーズは、健診情報やレセプトデータでは把握することは難しいが、庁内関係部局も含め、地域の高齢者を対象として実施されている調査結果から把握することができる場合がある。これらは必ずしも量的な情報ではないが、実態や傾向を知ることによって支援内容の検討等に資するため、確認をしておくことが望ましい。

³ 厚生労働科学研究事業（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の推進にかかる検証のための研究」（研究代表者：津下一代）

図表11 庁内関係部局が保有する情報等の例

- ・ 一体的実施の取組の一つである、健康状態が不明な高齢者の状況把握
- ・ 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査
- ・ 要介護認定情報、介護予防・生活支援サービス事業の利用状況
- ・ 介護予防把握事業等
- ・ 地域ケア会議による個別ケースの課題分析、地域課題の把握
- ・ 国保ヘルスアップ事業（特定健診未受診者対策、受診勧奨判定値を超えている者への受診勧奨等）、当該事業対象者

※表中は情報等の例であり、調査等の実施の有無や高齢者の状況の把握状況等については地域により異なる点に留意。

例えば、広域連合が健診未受診者に対する健診未受診理由の調査を実施している場合がある。国民健康保険部局においては、特定健康診査の未受診者対策として受診勧奨のほか、未受診理由についての把握を行っている場合もある。国民健康保険加入時に特定健診未受診であった者が後期高齢者医療制度に加入後も引き続き同様の理由で未受診の場合があることも考えられるため、適宜参考にすることも考えられる。

また、支援対象者の生活状況や抱えるニーズについては、一体的実施のポピュレーションアプローチとして後期高齢者の質問票を活用した把握や、介護保険担当部局が実施している介護予防・日常生活圏域ニーズ調査や介護予防把握事業等により把握されている事項を確認することが考えられる。さらに、介護保険担当部局と連携できている場合には、地域ケア会議や生活支援コーディネーターが捉えている健康課題について共有することも考えられる。

事例：神奈川県 大和市

【新型コロナウイルス感染症流行下における健康状態不明者の状況把握】

令和元年度に健康状態不明者に該当する者に対し、新型コロナウイルス感染症の流行下であった令和2年に記名式アンケートを実施。後期高齢者の質問票を中心とした健康状態・フレイルに関する質問及び感染症流行下の困り事（友人との付き合いが減った等）を把握。回答者（約5割）のうち、低栄養傾向（BMI20以下）が約3割、後期高齢者の質問票では、栄養約2割、口腔約3割、運動約5割、認知機能約2割、社会的孤立約1割が「リスクあり」に該当していたことを把握した。

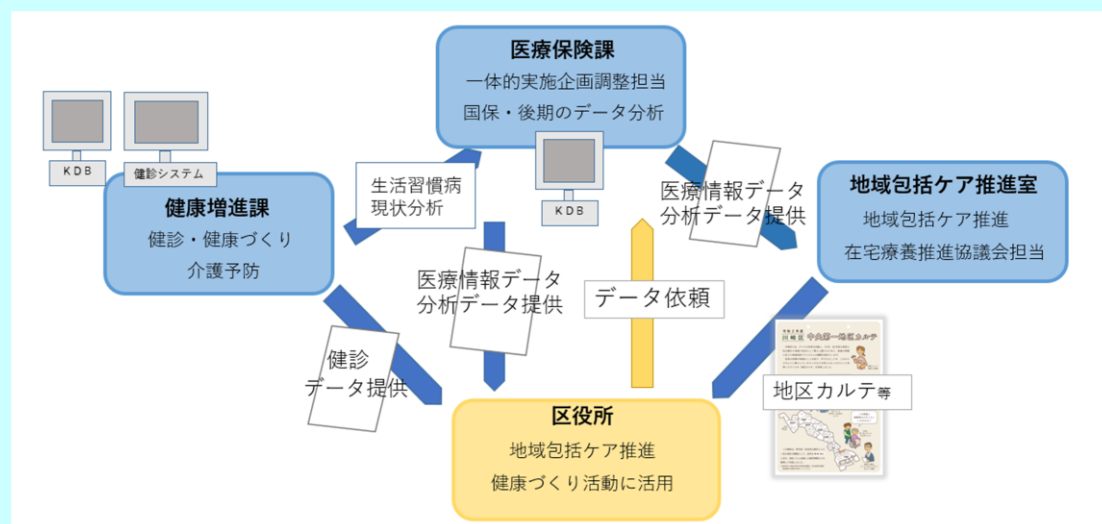
3) 庁内関係部局や庁外関係機関・関係団体等の課題意識等の把握

介護保険担当部局等の庁内関係部局や医師会等関係団体や医療機関、地域包括支援センターや社会福祉協議会等の庁外関係機関・関係団体が認識している、支援対象者に関する様々な課題等について意見交換等を行い、課題意識の把握をしていくことも重要な視点である。

事例：神奈川県 川崎市

【KDB データを活用した庁内連携】

KDB システムを市役所の医療保険課・健康増進課に設置し、関係課や各区から求められるデータを提供している。KDB データを活用したデータ分析や介護予防・健康づくり部門で行っているデータに基づく課題検討等を連携して実施し、重症化予防事業やフレイル予防関連事業の充実を図っている。



事例：沖縄県 南城市**【地域が連携した慢性腎臓病重症化予防：まめサポゆいまーる事業】**

実施体制：腎専門医と市の医療専門職がプロジェクトチームを結成し、慢性腎臓病のハイリスク者（ Δ eGFR や蛋白尿のデータ等から腎障害の進展速度が速く末期腎不全に至るリスクが高い者優先）、高血圧・糖尿病等の未治療・治療中断者やコントロール不良者等について、かかりつけ医へ治療の最適化を目指した助言を実施し、保健指導を行う体制を構築。

事業のきっかけ：市の国保医療費をみたところ、人工透析にかかる医療費割合が県内11市の中で2番目に高く、全国平均の1.5倍と圧倒的に高かった。そこで保険者の役割が重要であると考え、腎専門医と市の保健師・管理栄養士でチームを組み、保健指導をシステム化しようという動きになった。

連携体制：ハイリスク者に対し保健指導や栄養指導を継続実施しながら、かかりつけ医・薬局と協働し情報共有を実施。チーム内で事例検討会を定期的の実施し、治療についてはプロジェクトチームの腎専門医からの視点で、病態に応じた降圧療法など具体的な治療内容について、かかりつけ医へ提案している。さらに治療内容の見直し等をPDCAサイクルで継続的に行っている。保健指導や栄養指導においては、住民の社会生活面の課題（就労、地域参加状況、経済面、家族関係等）を踏まえた個別の実態に合わせた継続支援を実施。社会生活面の課題と健康課題の関連を分析し、保健師・管理栄養士が中心となり、必要な地域社会で行われている相談援助へ紹介し、多職種連携と情報共有を実施。（P102 参照）

（2）意思決定・合意形成**1）地域の健康課題の共有**

現状把握やその分析の結果得られた地域の健康課題については、市町村内の関係部局に共有するとともに、広域連合や庁外関係機関・関係団体へ共有し、適切な受診等への支援の関係者の理解の促進を図る必要がある。

2）支援の目的・目標の確認

高齢者保健事業の目的の一つは、生活習慣病等の発症や重症化の予防及び心身機能の低下の防止を図り、在宅で自立した生活がおくれる高齢者が増加することである。わが町で適切な受診等への支援に取り組むに当たり、何を実現していくかを地域の健康課題や支援対象者等の視点に立ち考え、常に意識すること、目的・目標を支援に関わる庁内関係部局、庁外関係機関・関係団体等と合意形成することが重要である。

3) 支援内容のたたき台検討

地域の状況把握・分析で得られた情報や健康課題を踏まえ、支援対象者及び対象者数の見込みを出すとともに、支援内容のたたき台を作成する（詳細は「(3) 施策立案」を参照）。支援内容等については、たたき台検討の段階から庁内関係部局や庁外関係機関・関係団体と相談し、協力を打診し、地域の健康課題と併せて共同して検討していくことが望まれる。

適切な受診等への支援における支援対象者の把握には、KDB システムの活用のほか、庁内関係部局との情報連携、通いの場等での把握、医療機関や地域包括支援センター・ケアマネジャーからの情報連携による方法が想定され、高齢者のニーズの多様さから必要なサービスへの接続を考えるためには、庁内関係部局や庁外関係機関・関係団体との連携が重要となる。このため、支援の実施に先立って庁内関係部局や庁外関係機関・関係団体と十分な調整の上、たたき台を共に検討し、決定することが重要である。

なお、たたき台の作成に当たっては、本ガイドライン第2版補足版実践編「3 適切な受診等への支援の実施」(P67) に、健康状態不明者、未治療によるコントロール不良者及び治療中断者への支援の例を記載しているため併せて参考にされたい。

(3) 施策立案

1) 取組の方向性の検討

現状把握で得られた情報を基に、当該市町村で優先的に取り組む事項や圏域を検討する。取組の優先順位は地域の健康課題や支援の必要性、実施体制を十分考慮した上で設定する必要がある。また、取組を検討する際には、着手できるところから実施することや試行的に実施する等といった視点も重要である。

適切な受診等への支援を含む高齢者保健事業は、広域連合が市町村に委託して実施する場合と広域連合が直接実施する場合があるが、いずれの場合においても地域の状況を共有し、取組の方向性について合意形成することが重要となる。

事例：秋田県 仙北市

【地域の健康課題の把握を踏まえた重点地区の決定】

ある地域において、特異的に生活習慣病の「入院医療費」が高い地域があり、当該地域においては日常的に診療にかかる習慣がない被保険者が多いと仮説を立てた。当該地区にある診療所と薬局と連携した上で、「健康状態不明者実態把握の重点地域」として健康状態不明者の実態把握に取り組んだ。(P86～87 参照)

事例：三重県 桑名市

【日常生活圏域別現状把握による重点圏域の決定】

日常生活圏域毎に高齢化率、介護予防事業対象者他リスク状況の割合を比較し、ある地区が上位に多いことを確認。ある地区と市の要介護認定率、有所見率、健診時の問診結果等を比較。ある地区において、市と比較し介護認定率が高く、健診受診率が低い入院医療費が高い特徴があったため事業の「重点地区」とした。また、当該地区において、健診時の問診では、口腔や運動習慣に課題がある者の割合が高く、当該地区のニーズ調査では移動手段として自動車を用いる者が多いこと等が把握できたことから、運動を切り口としたフレイル対策を実施することとした。(P92～93 参照)

事例：兵庫県 淡路市

【地域の健康課題の分析による取組テーマの設定】

地域の健康課題の分析を実施する中で、高齢者の「骨折に係る医療費」が県下ワースト1位であることがわかった。また、介護が必要になる理由としても上位に上がっていた。そこで、一体的実施を取組むテーマの1つとして「骨折を含めたフレイル予防の推進」を掲げ、骨折に係る医療費分析（どの部位の骨折が多いか等）やアンケート分析（転倒しやすい場所等）を実施。得られた結果について、庁内関係者等と共有し、通いの場等で住民に説明し、市の特性に合わせた骨折の注意喚起を行っている。個別支援においても、骨粗鬆症予防のための食事や運動等の生活習慣の改善に向けた助言等を実施している。（P96～97 参照）

2) 対象者の明確化

地域の状況把握において KDB システム等や一体的実施・KDB 活用支援ツールを活用し支援対象者と成り得る者の概数の把握をしてきた。把握した者を具体的に支援対象者とすることも考えられる。

ただし、地域によっては予算や支援体制等の制約等から、すべての者に対応することが難しい場合もある。必要に応じ支援の優先順位付けを行う、抽出基準を変更し、絞り込みをしていくといった視点も必要である。

一体的実施・KDB 活用支援ツールでは基本的な対象者の抽出基準が設定されているが、任意で抽出条件を変更することが可能である。そのため、具体的な検査値や糖尿病または高血圧のどちらかのみといったように抽出条件を変更し、実行可能性を考慮した概数を把握することも求められる。

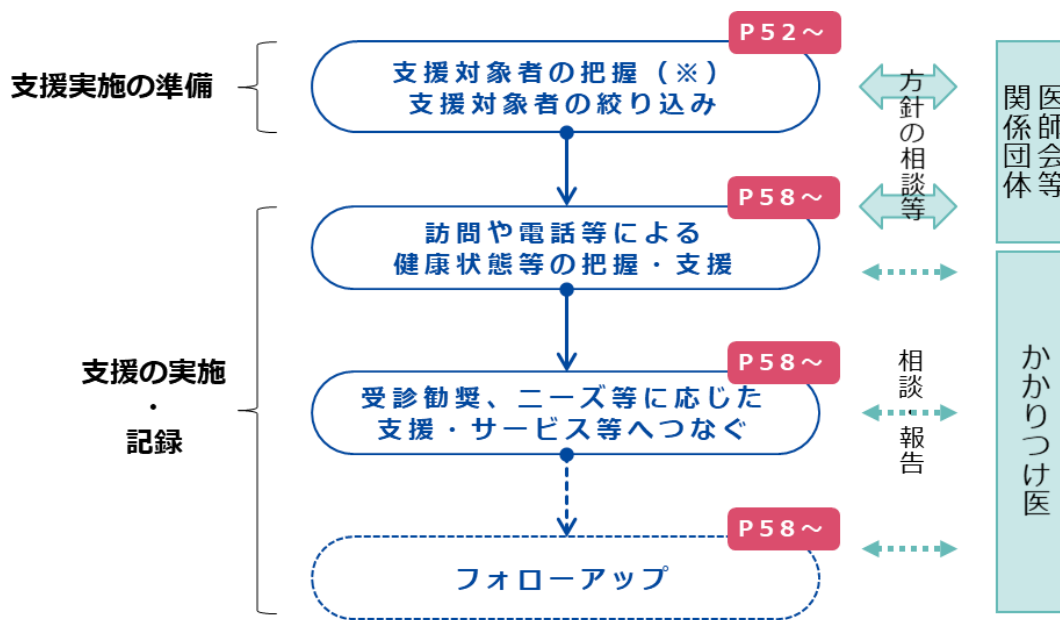
なお、事業の実施可能範囲の考慮や対象者の絞り込みにより、支援が届く対象者が少数になりすぎることや支援を必要とする者にいつまでも支援が届かないといった事態を招くこともある。対象者の抽出基準は、庁内関係部局や庁外関係機関・関係団体と検討することや、大学・研究機関や支援・評価委員会等の専門家から助言を受ける等により妥当性を担保していくことも重要である。

3) 実施方法の具体化

施策立案において実施方法の具体化をする過程においては、支援対象者をどのように把握するのか、誰がどのように支援するのか、適切な医療・介護サービス等にどのようにつなげるのかを地域の実情に応じながら具体化していく必要がある。適切な受診等への支援の基本的な流れを下記のとおり示す。

実施方法の具体化に当たっては、本ガイドライン第2版補足版実践編「3 適切な受診等への支援の実施」(P67) に、健康状態不明者、未治療によるコントロール不良者及び治療中断者への支援の例を記載しているため併せて参考にされたい。

図表12 適切な受診等への支援の基本的な流れ（例）



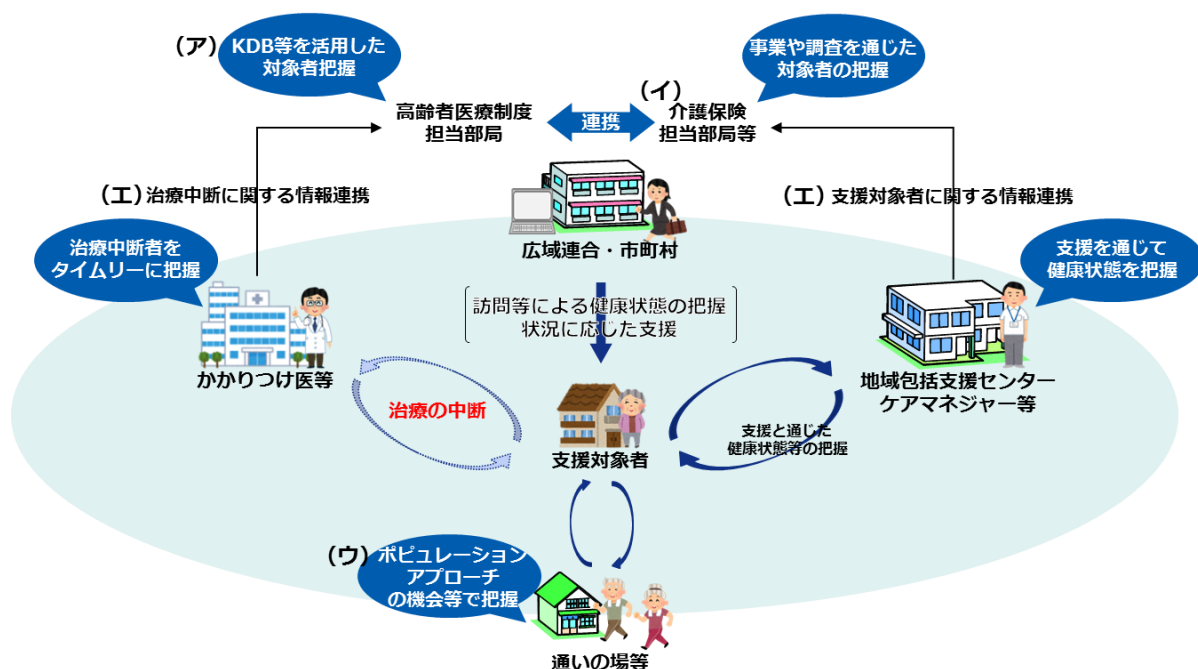
※「支援対象者の把握」の方法は、（ア）KDBシステム等の活用、（イ）庁内関係部局との情報連携、（ウ）通いの場等における把握、（エ）庁外関係機関との情報連携、が考えられる（P52）。

① 支援実施の準備（支援対象者の把握）

支援対象者の把握方法は、（ア）KDB システム等を活用する方法、（イ）庁内関係部局との情報連携による方法、（ウ）通いの場等において把握する方法、（エ）医療機関や地域包括支援センター・ケアマネジャー等からの情報連携による方法が考えられる。

広域連合・市町村の後期高齢者医療担当部局では（ア）KDB システム等を活用する方法による把握が実行可能性として高い。一方、（イ）から（エ）の方法は体制整備を要するが、KDB システム等を活用する方法よりもタイムリーに対象者を把握し支援につなげられる可能性もあるため、実行できるよう庁内外関係者との連携を密にし、支援体制を構築することが望まれる。

図表13 支援対象者の把握イメージ



（ア）KDB システム等を活用する方法

実践編の「2（1）現状把握」に記載しているが、KDB システム等や一体的実施・KDB 活用支援ツールを活用し支援対象者を抽出する方法である。広域連合・市町村が主体的に対象者の把握をすることができるため、支援の実施主体として行うことが望まれる。

KDB システムを活用する場合には、国保中央会が作成している「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に向けた医療専門職のための KDB システム活用マニュアル Vol. 1.1」（令和3年4月公益社団法人国民健康保険中央会）を参照されたい。

また、一体的実施・KDB 活用支援ツールを活用する場合には、一体的実施・KDB 活

用支援ツール操作マニュアルを参照されたい。さらに、一体的実施・KDB 活用支援ツールでは、研究事業により示された抽出基準を基本としつつ、地域の実情に合わせて条件設定を変更することが可能となっているため、適宜、条件設定を変更して支援を実施することが望まれる。抽出基準の考え方と保健事業への活用については、一体的実施・KDB 活用支援ツール解説書を参照されたい。

ただし、KDB システム等を活用する場合、KDB システム等に健診情報やレセプトデータが収載されるまでに時間を要し、高齢者の受診中断や治療開始等の把握までにタイムラグが生じる点に留意が必要となる。また、支援対象者は健診情報やレセプトデータがない場合も考えられるため、KDB システム等を活用する方法以外で支援対象者を把握する方法も検討することが重要となる。

（イ）庁内関係部局との情報連携による方法

庁内関係部局が行う事業や調査を通じた対象者の把握について、活用できる調査等については、実践編の「2（1）現状把握」（P42）に記載しているため併せて参照いただきたい。

庁内関係部局との情報連携による支援対象者の把握では、介護保険担当部局等が行う事業や調査を活用することが考えられる。介護保険担当部局では具体的には、独居高齢者等の把握、介護予防把握事業を活用した高齢者の状況把握、地域ケア個別会議の実施、地域包括支援センターや生活支援コーディネーターとの連携により、地域の高齢者の状況の把握等を行っている場合がある。

これらの調査等で把握される高齢者の中には適切な受診等への支援を要する高齢者もいる可能性があり、情報の共有を図ることが望ましい。

また、調査等の結果を、KDB システム等を活用して抽出した支援対象者のリストと組み合わせることで、支援対象者の絞り込みや状態把握につなげることが期待される。

KDB システム等から抽出された支援対象者についての情報連携に際しては、その方法やルールを作ることで、個人情報の適正な利用につなげるため、体制構築とともに検討できるとよい。

（ウ）通いの場等において把握する方法

一体的実施のポピュレーションアプローチでは通いの場等への積極的な関与を求めており、ポピュレーションアプローチから個別支援に移行する場合と通いの場等の世話人や参加者からの情報提供により支援を開始する場合がある。

通いの場等において、後期高齢者の質問票を活用すること、参加者に健診・医療機関受診の状況を尋ねることや血圧測定等を実施することで、支援対象者の把握につなげる可能性があり、ポピュレーションアプローチから個別支援につなげていくことが望まれる。

また、継続して通いの場に参加していた高齢者が参加しなくなった場合、心身の変化や参加しなくなることにより社会的孤立につながっていく懸念があり、支援対象者として支援していくことも必要になってくる。

参加者等からの情報提供により支援対象者が把握される場合もあるが、この場合には、改めて KDB システム等で健診・医療の情報を確認することや地域包括支援センター等が把握しているか確認する等により支援対象者になるか慎重な判断が求められる。

事例：秋田県 仙北市

【通いの場におけるハイリスクケースの把握】

通いの場で地域をまとめている人は、地域を動かすことのできるキーパーソンであり、地域をまとめている人から地域での気になる人の情報収集をしている。ポピュレーションアプローチの場を、ハイリスクケースを把握することができる貴重な場と捉えており、ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチは一体的に実施する必要があると考えている。

事例：神奈川県 大和市

【管理栄養士による通いの場におけるフレイルリスクの把握及びリスク分析】

市内の通いの場（ミニサロン）参加者に対し、自記式アンケートを実施。基本属性や後期高齢者の質問票を中心とした各フレイル項目（栄養、口腔、身体、社会）のリスク該当状況を確認した。その結果、ミニサロンに集う健康意識の高い高齢者の中にも、低栄養状態の者や社会的フレイルの課題がある者が一定の割合で存在することが確認された。特に社会的フレイルのリスクがある者は、他のフレイル項目のリスク該当率も高く、栄養状態の低下や各フレイルにつながりやすい可能性があり、支援の優先順位が高いことを明確化した。

事例：大分県 竹田市

【通いの場における健康状態把握、必要なサービス等への接続】

高齢者の通いの場において、基本チェックリスト・後期高齢者の質問票・認知症描画テストを実施することで治療中断等のリスクがある高齢者に対しては、受診勧奨等の実施や、必要な支援につないでいる。また、通いの場に医療専門職（保健師・管理栄養士・地域包括支援センターの専門職等）が関わり健康教育・健康相談を行うことで、参加者同士の気づきや意識を変えること、さらには健診受診率向上・フレイル予防のための運動推進にもつながる等、グループダイナミクスの効果が期待できる。

（エ）医療機関や地域包括支援センター・ケアマネジャー等からの情報連携による方法

かかりつけ医等では継続して治療していた者が予約日に受診しなくなり来なくなった、地域包括支援センターやケアマネジャーでは支援していた者が治療中断したといった事例に出会う可能性は少なくない。（エ）は、このような場合に、速やかに適切な受診等への支援を担当する部局に情報連携をしてもらい支援対象者を把握する方法である。

かかりつけ医からの情報連携では、医師会等関係団体や医療機関と事前に調整をしておくことが望まれる。また、地域包括支援センターやケアマネジャーからの情報連携では、特に生活課題から治療中断につながっている高齢者の状況把握につながるため、かかりつけ医からの情報連携と同様に事前に調整しておくといよい。

この方法では（ア）KDB システム等を活用した方法と比べ、受診中断等が把握された段階で速やかに情報連携することで、タイムリーな支援の実施が可能となるため、（ア）から（ウ）による把握方法に加えて実施することが望まれる。

情報連携の方法としては、情報提供の様式を定めることや、在宅医療・介護連携等で活用される情報共有に関するネットワークを活用する等が考えられる。事前に医師会等と協議し情報連携のルール等を検討できるとよい。

医療機関からの情報だけでは、他の医療機関を受診している場合や転居している場合等、受診中断とは必ずしも判断できない場合もあることから、情報連携のルールを協議しておくことが望まれる。情報連携のルールとしては、例えば、しばらく受診が途絶えた場合に、まずは保険者に通知してもらえるよう調整すること等が考えられる。情報連携後は支援担当部局がレセプトデータ等の確認により他の医療機関の受診状況や被保険者の異動状況の確認等を行う。

なお、レセプトデータ等の確認結果などの情報を医療機関に連携する場合には、本人からの同意を得た上で行うなど、情報連携の際には個人情報の保護に十分留意されたい。

また、庁外関係機関・関係団体からの支援対象者の把握という観点では、薬局による支援対象者の把握も考えられる。薬局では服薬状況の把握や健康状態の把握を行っている。糖尿病や高血圧など服薬を継続して行う疾患では、治療の中断を発見し、服薬管理指導などの形で、治療の継続を促すことが考えられる。

事例：三重県 桑名市

【電子連絡帳を用いた関係機関との連携】

在宅医療・介護連携推進事業で活用している電子連絡帳「ゆめはまちゃん医療・介護ネットワーク」を用いて、保健医療課と地域包括支援センターが連携。本来は在宅医療・介護を受けている対象者のためのネットワークであるが、ハイリスク・ポピュレーションアプローチにて、対象者情報のやりとりが必要な場合は、本ネットワークを用いた連携を実施している。（P92～93 参照）

事例：沖縄県 南城市

【かかりつけ医、かかりつけ薬局と連携した保健指導】まめサポゆいまーる事業

かかりつけ医、かかりつけ薬局、市が血圧手帳や糖尿病連携手帳、お薬手帳等を活用して対象者の治療状況や検査データ、服薬内容を情報共有していく。それぞれが把握した対象者の治療に関する認識や服薬状況、生活状況等で課題があれば本人の同意の上、手帳等で情報共有するほか、市へ連絡する体制を構築。（P102 参照）

事例：山口県 長門市

【受診勧奨連絡票を用いた健康状態不明者の医療への接続】

健康状態不明者のうち、医療受診が必要と判断される者について、医療につなぐための連絡票を作成。対象者が実際に医療機関を受診する際に、対象者本人を通じて、どのような理由で受診勧奨を行ったのかについて医療機関に伝えることで、適切な受診を行うことができる支援体制を構築した。（P99 参照）

（オ）その他の情報収集

（ア）から（エ）以外では、民生委員等からの情報提供も考えられる。民生委員等は地域における身近な相談窓口として、一人暮らしの高齢者や高齢者のみの世帯等の状況を把握している場合があり、高齢者本人の同意を基にこれらの情報を市町村の支援担当部局へ提供してもらうことが考えられる。

② 支援実施の準備（支援対象者の絞り込み）

後期高齢者医療制度担当部局では、支援対象者の概数は KDB システム等を活用することにより把握が可能であるか、どのような状況の高齢者を支援するか、支援できるかを検討する必要がある。

支援対象者の絞り込みでは、総括編「2『適切な受診等への支援』の対象者」でも述べたが、糖尿病や高血圧等生活習慣病の既往や健診結果からそのリスクを把握できる者とし、徐々に対象者を拡大することが考えられる。

また、支援対象者へ後期高齢者の質問票等を郵送し、その返送状況や回答内容を元にアセスメントをし、絞り込むことも方法として考えられる。調査等を活用する方法では、上記のほか、庁内関係部局が保有する調査等と、KDB システム等を活用して抽出した支援対象者のリストと組み合わせることで、健診や医療の受診状況に加えて、介護サービス等の利用状況や生活状況等を把握し、把握できない者を支援対象者とする等、支援対象者の更なる絞り込みを図ることも考えられる。

さらに、一体的実施・KDB 活用支援ツール解説書においては優先すべき対象者と対応についても解説しているため、対象者の絞り込みを検討するにあたって参考にされたい。

支援対象者の絞り込みに関する方針等については、庁内関係部局と調整するとともに、医師会等関係団体と協議し、方針を決定していくことが重要である。

③ 支援の実施・記録

適切な受診等への支援の支援内容としては、支援対象者が置かれている状況や健康状態等を十分に把握し、ニーズに応じて必要なサービスへつなぐことや通いの場等の情報提供等を行うことになる。また、適切な庁内外関係部局・関係機関につなげた後もニーズに応じて、協働で継続支援を実施する等フォローアップをすることが求められる。

さらに、支援にあたっては基本的な事項となるが、支援後は記録を残していくことも重要である。記録については、支援の実施内容だけではなく、支援対象者の反応、指導等に対する受け入れ状況・理解の具合、行動変容の可能性や具体的な行動内容、必要なサービス等の支援をつないだ場合にはその連携先及び連携内容等も併せて記載することが求められる。これらの記録は評価時に質的な評価や事例検討等に活用できるほか、担当の引き継ぎの際にも支援の継続性を担保する観点からも重要な事項である。

また、支援の有無等については KDB システムの保健事業介入支援管理機能を活用することで記録していくことも可能なため、活用について考慮してもらいたい。

また、支援の実施の基本的な流れは下記のとおりとなる。なお、本ガイドライン第2版補足版実践編「3 適切な受診等への支援の実施」に、健康状態不明者（P68）、未治療によるコントロール不良者（P71）及び治療中断者（P74）への支援の例を記載しているため併せて参考にされたい。

また、一体的実施・KDB 活用支援ツール解説書では保健事業への活用として、ハイリスクアプローチ・ポピュレーションアプローチとしての保健事業のプログラム例も

記載されているため併せて参考にされたい。

(ア) 訪問や電話等による健康状態等の把握・支援

支援対象者の状況に即して適切なサービスへの接続等の支援を実施するためには、支援対象者の健康状態や生活がどのような状況にあるのかを把握する必要がある、企画の段階から実態把握の方法を検討し、整理しておく必要がある。

実態把握の方法としては、後期高齢者の質問票等の郵送や未返送者への訪問等による状況の把握、訪問や相談等の機会の活用等による状況の把握等が考えられる。

また、把握する内容としては、後期高齢者の質問票等を活用した重症化や虚弱の進行状況や医療、健診、介護等の未利用の理由等となる。

(イ) 受診勧奨、ニーズ等に応じた支援・サービス等へつなぐ

実態把握で得られた情報や支援対象者との対話からわかるニーズ等からアセスメントを行い、必要に応じて適切な医療・介護サービス等につないでいくことが求められる。

例えば、健康上のリスクがなければ健診の受診勧奨、医療にかかる必要性が懸念される場合には医療受診勧奨、生活機能の低下等介護のマネジメントを要する場合には地域包括支援センター等の紹介や当該センター担当者との同行訪問等が考えられる。

また、支援対象者は多様なニーズを抱えており、ニーズによっては医療・介護サービスだけではなく、重層的支援体制整備事業等につないでいくことも考えられる。

サービスをつなぐ先は庁内外にわたるため、対象者の紹介方法、紹介を受けた後の支援内容の共有等情報連携のルールなどを検討、調整しておくことが望ましい（連携すべき関係部局は後述する）。

情報連携のルールなどを検討する際には、庁内で調整会議等を設置することが考えられる。具体的な支援方法の検討など実務に関連する事項を検討する場合には、実務担当者向けの会議を別に設置することも考えられ、庁内の状況に合わせて体制を組めるとよい。庁外関係機関・関係団体では、丁寧に支援の趣旨・方法を説明し、個別に調整を重ねられるとよい。

(ウ) フォローアップ

適切な受診等への支援では支援対象者の状況を確認し、支援につなぐことで終わらせるのではなく、その後のフォローアップも大切な事項となる。適切なサービスにつないだ後の健康状態や生活状況を確認し、新たなニーズ等が生じている場合には支援をしていくことも視野に入れる必要がある。

また、例えば、支援対象者を医療機関につないだ結果、糖尿病性腎症重症化予防の

対象者となることもある。継続してかかりつけ医と連携した支援を行えることが望ましい。

支援担当部局として適切なサービスにつないだ後のフォローアップの方法や継続した支援の導入方法等についても検討しておくことが望ましい。

支援の実施に際しては、支援対象者のニーズ等に合わせて医療機関につなげていくことも想定されている。また、医療機関につないだ後、支援対象者の健康状態に応じて糖尿病性腎症重症化予防等の支援対象者となる場合もある。適切な受診等への支援の目的・目標を共有し、医療機関に対しての依頼事項を伝え、共働して支援できる関係を構築しておくことが望ましい。

その上で、未治療によるコントロール不良者は健診・医療共に受診している場合も想定される。この場合、かかりつけ医がいることも考えられ、かかりつけ医と連携した支援が行えるよう、調整することが求められる。

かかりつけ医と連携した支援を実施するに当たっては、支援担当者として支援した内容を、支援対象者本人の同意を得つつ、かかりつけ医にフィードバックすることも重要であるため、フィードバックを含め情報連携のルールを定めておくことが望ましい。

4) 評価指標の設定

適切な受診等への支援において達成しようとする目標を設定し、可能な限り評価指標を具体的な数値で設定していく。量的な情報に加えて、数値化できない定性的な情報も評価に活用できるとよい。

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

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

その上で、目標や評価指標を設定することとなるが、不安がある場合等には大学・研究機関や支援・評価委員会等の専門家の支援を受けることなども検討されたい。

また、事業評価は短期的に行うもの、中長期的に行うものがあるが、いずれの場合においても健診情報や通いの場等における後期高齢者の質問票に関するデータ等の活用が重要となる。健診情報やレセプトデータは KDB システム等に収載されていくが、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は市町村において KDB システムに登録していく必要が生じることに留意しつつ、KDB システム等を活用し、これらのデータを蓄積していく必要がある。

目標設定の考え方と適切な受診等への支援の関係



評価については、ストラクチャー・プロセス・アウトプット・アウトカムの4つの観点から、事業実施の適切性、効果を確認していく。

評価指標としては、KDB システム等から取得可能なデータや後期高齢者の質問票等を前後で実施し、把握できる項目にするとよい。以下に評価の視点・内容を整理しているため、適宜参照いただきたい。

また、特にストラクチャー指標・プロセス指標については、実施体制や実施状況に関わる指標である。年度内の状況の変化によって事業の進捗を管理する観点から、評価の時期については、年1回だけではなく、例えば年4回（3月に1回程度）を目安として、定期的に評価していくことが望ましい。

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

図表15 適切な受診等への支援に係る評価の視点

評価の観点	評価の視点・内容	指標例
ストラクチャー	・関係者の理解が得られているか ・支援体制が構築できたか ・市内連携における、関係部局間の役割の認識	・市内関係部局との支援体制の構築状況 ・市外関係機関・関係団体との支援体制の構築状況
プロセス	・情報連携のルール等を作成し、関係者間で共有できているか ・対象者に合わせた内容が準備できているか	・対象者の抽出、選定状況、支援状況 ・支援対象者の反応・感想 ・市内・市外関係者からの意見
アウトプット	・支援回数、人数は計画通りか ・関係者からの対象者の紹介はあったか、人数は計画どおりか ・サービス別の紹介件数はどのくらいか	・支援回数、支援人数・割合 ・関係者別の紹介人数 ・サービス別の紹介件数 ・紹介先の対応状況 ・通いの場等の新規参加者数・割合
アウトカム	・目標とした成果が上がっているか	・健康状態不明者の人数・割合 ・未治療によるコントロール不良者の人数・割合、医療機関を受診した人数・割合 ・治療中断者の人数・割合、治療再開した人数・割合 ・支援を要した者の把握状況(人数・割合) ・支援対象者の健診受診人数・割合

事例：千葉県 松戸市

【取組事業別の評価指標設定】

取組事業別に目標を設定。各事業において何を達成すべきかを整理し、管理指標としている。健康状態不明者では訪問・電話等による健康状態把握数、健診・医療・介護継続数、その他生活状況の改善状況等の評価指標を設定。また「特徴的な対象者の個別介入事例」を取りまとめ、事業評価として活用している。(P88～89 参照)

事例：大阪府 吹田市**【地域の健康課題別の事業整理】**

分析結果から把握した健康課題別に、目標を設定。さらに目標達成に向けて関連する事業を整理するための一覧表を作成。事業の整理や構築に当たっては、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。実務を担当する医療専門職と事務職が定期的に進捗管理を行い、管理職に報告する体制を整えるなど、PDCA サイクルを実行している。（P94～95 参照）

（４） 庁内及び庁外の関係機関・関係団体との連携体制の構築**１） 庁内の関係部局**

適切な受診等への支援の実施では、支援対象者の把握、サービス等へつなぐという観点から庁内関係部局で適切な情報共有を行い、各部局が役割を認識して支援にあたる必要がある。また、高齢者の抱えるニーズは多様であるため主に連携する部局でなくとも取組等の内容を共有できるとよい。

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

① 介護保険担当部局

介護保険担当部局では、日頃から地域の高齢者を対象とした相談や事業、地域ケア会議の開催や生活支援コーディネーターとの連携、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査等を行っており、地域の高齢者の生活状況、ニーズや課題を捉えている。

支援対象者の把握では、介護予防把握事業等により適切な受診等への支援における支援対象者と同様の対象者の状況を捉えている可能性がある。

また、在宅医療と介護の連携を推進しており、連携に関する会議の場で地域の高齢者のうち健康状態不明者、未治療によるコントロール不良者や治療中断者の状況を共有することで、地域の連携体制を活用した情報連携や支援対象者の発見時の連携方法等の構築につながる可能性もある。支援の実施では地域包括支援センターやケアマネジャーが把握している支援対象者を紹介してもらうことも考えられる。

② 国民健康保険担当部局

前期高齢者からの予防・健康づくり活動が重要であるが、前期高齢者の時点で健康状態不明者、未治療によるコントロール不良者や治療中断者である場合も少なくない。後期高齢者医療制度加入以前から、支援対象者となっていた者は、引き続き同様の状

況である場合もある。

国民健康保険等加入時（後期高齢者医療制度加入以前）の情報を連携し、適切な受診等への支援を実施していくことが望ましい。また、後期高齢者医療制度へ移行する際に制度の説明とともに、健診の受診勧奨をしていくなど、連続性を考慮した取組を行うことが期待される。

なお、適切な受診等への支援を実施する基盤となる被保険者の医療、介護、健康診査等の情報提供については、広域連合と市町村の間での情報提供が円滑になるよう規定等が整備されており、KDB システム等を活用することも考えられる。

③ 保健衛生担当部局

市町村における保健サービス等の提供を担っており、既存事業等や日頃の保健師、管理栄養士や歯科衛生士等医療専門職の活動により地域の高齢者の状況を把握していることが多い。地域の高齢者の健康課題について共有し、協働可能な部分を調整し、既存事業の見直しを含め適切な受診等への支援の実施体制を構築していくことが望ましい。

④ 民生主管部局

支援対象者が抱えるニーズ等には経済的な困窮や社会的に孤立している等も考えられ、高齢者医療制度担当部局だけでは対応できない相談に発展する可能性がある。このような対象者へも適切な相談先につないでいくことが求められるため、「重層的支援体制整備事業」等を行っている部局との連携も重要となる。

また、民生委員は地域における身近な相談窓口として、一人暮らしの高齢者や高齢者のみの世帯等の状況を把握している場合があり、適切な受診等への支援に取り組んでいることを周知するとともに、必要な情報連携を図れる体制づくりをすることが望ましい。

⑤ その他連携が望ましい部局

支援対象者の抱えるニーズによって連携する必要がある部局は異なるため地域の実情に応じて連携することとなるが、障害福祉担当部局や生活保護担当部局等との連携が必要になる可能性も考慮しておくといよい。

2) 庁外の関係機関・関係団体

適切な受診等への支援の実施では、支援対象者を医療や介護等のサービスに接続すること、未治療によるコントロール不良者や治療中断者の紹介を受け支援を実施していくことが考えられる。そのため、医師会等関係団体や病院等関係機関、地域包括支

援センターやケアマネジャーとの連携は特に重要である。

連携するためには、適切な受診等への支援に取り組むことで実現しようとしていること、そのために協力してもらいたいことを説明していくことが重要である。また、協力が得られた後には、支援の実施状況や評価を共有し、更なる関係構築に努めることが求められる。

① 医師会・医療機関

広域連合・市町村ではKDB システム等を活用することで治療中断者を把握することが可能であるが、レセプトデータの収載に時間を要するため、タイムリーに把握することが難しい。治療中断者は可能な限り速やかに治療を再開することで生活習慣病等の重症化等を防止していくことが望まれる。

日頃から診療をしている医療機関では、予約日に来院しなかった等受診中断の傾向を捉えることが可能である。これらの情報を速やかに広域連合・市町村に連携してもらうことで、支援の実施につなげていくことが期待される。

また、健康状態不明者や未治療によるコントロール不良者へは医療機関を紹介する機会も多々生じることが考えられる。

そのため、医師会を通じて支援・取組内容への理解を促進し、具体的な協力を得て、支援体制を構築することが求められる。さらに情報連携の具体的な方法を検討する際には、共に検討していくことや助言等をもらいながら行えるといい。

② 地域包括支援センター・ケアマネジャー等

地域包括支援センター・ケアマネジャー等と連携するには介護保険担当部局の協力を得ながら関係を構築していくこと等が考えられる。

地域包括支援センター・ケアマネジャーは日頃から地域の高齢者等からの相談に対応しており、相談者の中には健診・医療未利用者や治療中断者がいることもある。これらの高齢者について情報連携することで、高齢者医療制度担当部局や医療機関等が捉えられない高齢者に対して適切な受診等への支援を実施することが可能となることが考えられる。

また、地域ケア個別会議では健診情報や生活習慣病等の治療状況等が不明な高齢者等が対象になることもある。この場合では高齢者医療制度担当部局から情報連携することも可能である。

可能な限り速やかに支援対象者に支援を届ける観点から、具体的に連携できる体制を構築することが求められる。

3) その他連携が望ましい関係機関・関係団体等

支援対象者の抱えるニーズによって連携する必要がある関係機関・関係団体は異なるため、地域の実情に応じて連携することとなるが、社会福祉協議会や消防等との連携が必要になる可能性も考慮しておくといよい。

事例：愛知県 蒲郡市

【地域の関係団体との連携：地域包括ケア推進部会での情報共有】

庁内関係課（長寿課地域包括ケア推進室、健康推進課、保険年金課）、地域リハ職、栄養士会、歯科衛生士会、介護予防サポーター、健康づくりリーダー、食生活改善協議会等により構成される地域包括ケア推進協議会の介護予防推進部会にて、一体的実施の取組みの事業内容を報告。それにより、関係各所から支援が必要な高齢者や通いの場などの情報について提供される体制の構築につながった。

事例：愛知県 日進市

【健康課題の共有による医師会との連携体制構築】

市の国民健康保険、後期高齢者医療制度、介護保険の共通課題である「糖尿病性腎症」について、データ分析結果・健康課題の共有、連携の必要性について共通理解、各部門の取組の共有を図り、必要な対策や事業等を検討するため、かかりつけ医、糖尿病専門医、眼科医、市の医療専門職等から構成される「日進市糖尿病重症化予防検討会」を設置した。

医師会の会議の場では、検討会での専門的意見を踏まえて医師会会員へ事業説明し、協力の意思がある医療機関へ市の医療専門職が個別説明を行った。医師会の会議の場における医師会の支部長や専門医の発言がかかりつけ医の事業協力の後押しとなり、個別説明を行うことで信頼関係を築くことができた。

令和3年度には「日進市糖尿病重症化予防検討会」等市の事業を一つのきっかけとして、市医師会と市外中核病院とが連携し、糖尿病性腎症を含む慢性腎臓病について、かかりつけ医から専門医につなぐ基準の明確化を行い、予防医療の早期介入を目指した「慢性腎臓病の医療連携システム」の構築を開始した。（P90～91 参照）

事例：三重県 桑名市

【地域の関係団体との連携：圏域会議での情報共有、課題検討】

日常生活圏域の単位で月1回程度開催される圏域会議（保健医療課、地域包括支援センター、生活支援コーディネーター等により構成）で地域の情報共有や、地域づくり・資源開発等を実施。一体的実施のハイリスクアプローチまたはポピュレーションアプローチで、生活支援や介護サービス等が必要な高齢者が見つかった場合は状況を共有し、対応を検討している。（P92～93 参照）

3 適切な受診等への支援の実施

本章では、健康状態不明者、未治療によるコントロール不良者、治療中断者への支援の例をお示しする。支援内容については、地域の実情や支援に当たる地域を担当する医療専門職等の人材も含めた支援の実施体制に考慮しつつ、庁内の関係部局及び庁外の関係機関・関係団体と十分検討していくことが重要となる。

本章でお示ししている支援の例に必ずしも準ずる必要はなく、支援内容の検討に当たっての参考として活用されることが期待される。

また、一体的実施・KDB 活用支援ツール解説書では、ハイリスクアプローチ・ポピュレーションアプローチとしての保健事業（プログラム例）や事業評価の視点等も解説されているため、併せて参考にしていきたい。

(1) 健康状態不明者への支援の例

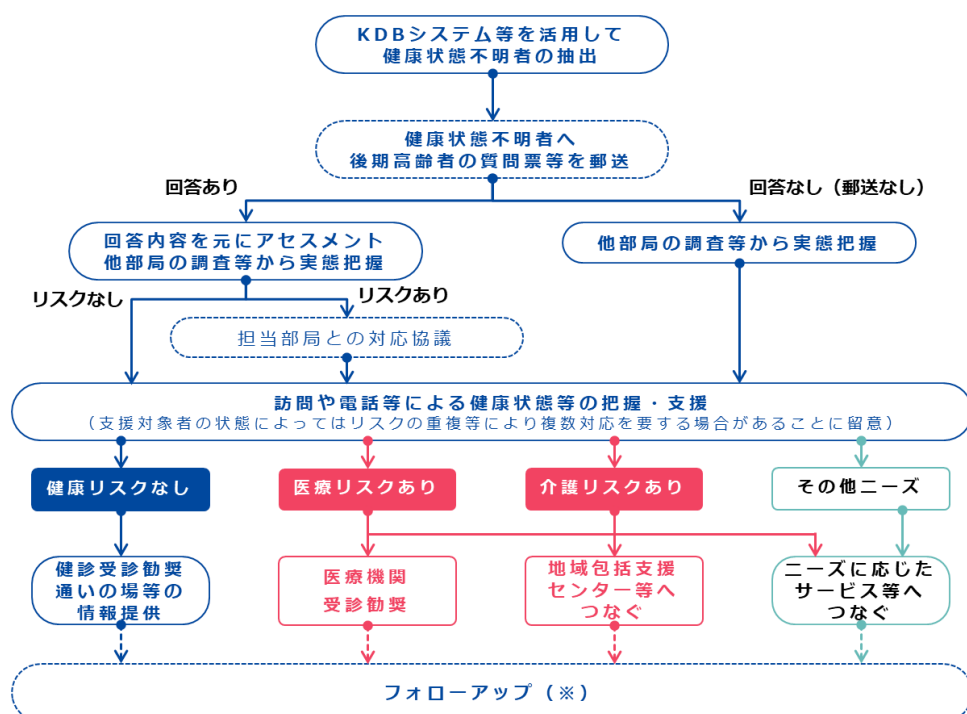
1) 概要

事業目的：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。

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

2) 健康状態不明者への支援の流れ（例）

図表16 健康状態不明者への支援の流れ（例）



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

3) 支援対象者の把握、絞り込み

健康状態不明者は健診情報・レセプトデータがなく、要介護認定もない高齢者であり、支援対象者の把握には、KDB システム等や一体的実施・KDB 活用支援ツールを活用する方法がある。また、庁内関係部局等が事業や調査を通じた把握、通いの場等での後期高齢者の質問票等の実施やポピュレーションアプローチの機会での把握、地域包括支援センター・ケアマネジャー等からの情報等による把握も考えられる。

健康状態不明者のうち、訪問や電話等による支援を実施する支援対象者を絞り込む

場合の方法としては、健康状態不明者へ後期高齢者の質問票等を郵送し、その回答の有無・回答結果の活用や、関係部局の調査等から把握できる実態をもとに検討することが考えられる。

4) 支援の実施

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

① 健康状態・ニーズの把握

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

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

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

② ニーズに応じた必要なサービスへの接続

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

健康上のリスクがない場合には、健診受診勧奨や通いの場等の紹介を適宜行う。

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

③ フォローアップ

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

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

また、支援を実施した対象者の中には、継続してフォローする必要性が高い者がいることもある。支援を実施した際に次回の電話や訪問の約束をし、支援後に体調等を伺うことや、電話や訪問の約束をしていない場合には適宜支援対象者と連絡を取り体調を尋ね、フォローしていく。また、フォローの際には体調等だけではなく、健診や医療の受診状況の確認や困りごとはないか等、支援後の状況を確認することも重要となる。確認の結果、更なる支援が必要であれば対応していく必要がある。

(2) 未治療によるコントロール不良者への支援の例

1) 概要

事業目的：血糖・血圧等のコントロールが不良である者を医療機関へつなげる。

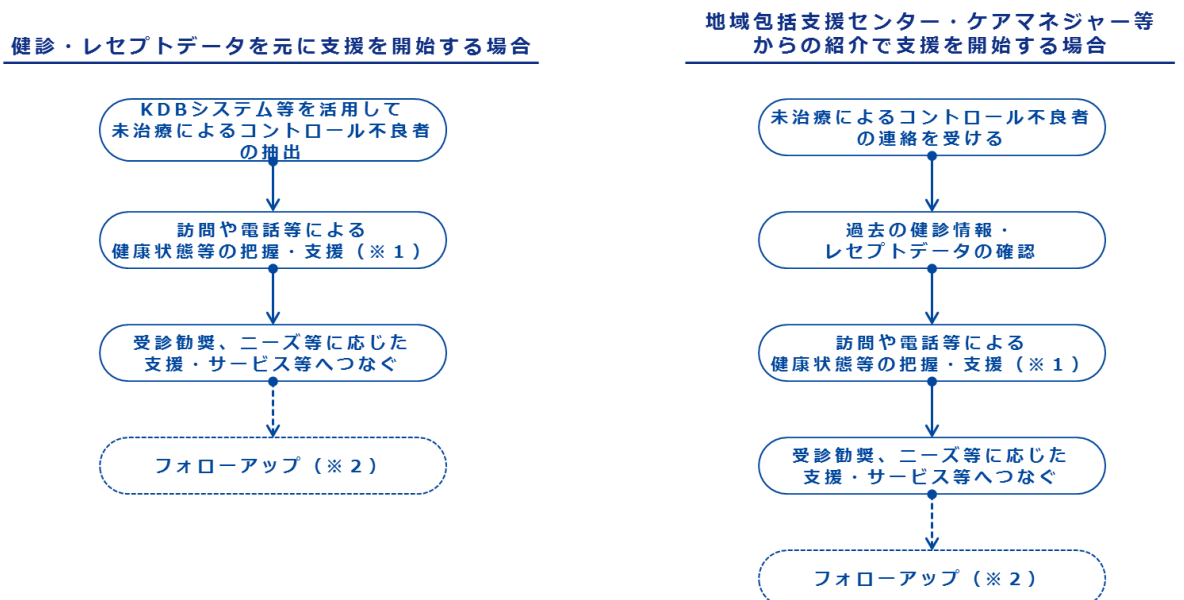
抽出基準：HbA1c $\geq$ 8.0%または血圧 $\geq$ 160/100

かつ、対応する糖尿病・高血圧の薬剤処方履歴（1年間）なし

※抽出基準について、医科レセプトでは過去記載された傷病名が残っている場合があることから、薬剤処方履歴（1年間）なしとしている。薬剤処方履歴の有無のほか、医科レセプトなし等の基準も考えられる。

2) 未治療によるコントロール不良者への支援の流れ（例）

図表17 未治療によるコントロール不良者への支援の流れ（例）



(点線は必要に応じて実施すること)

(※1) 訪問することを基本に、場合によって郵送により事前に受診勧奨の通知することや電話等による支援をすることも考えられる。

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

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

3) 支援対象者の把握、絞り込み

未治療によるコントロール不良者への支援は、健診情報により受診勧奨値以上にあることが把握できるが、医療機関を受診していない高齢者や薬剤処方歴がない高齢者が対象となる。支援対象者は、KDBシステム等や一体的実施・KDB活用支援ツールを活用し健診情報・レセプトデータを基に把握する方法や、地域包括支援センター・ケアマネジャー等からの紹介等により把握する方法が考えられる。

未治療によるコントロール不良者の支援では、血糖、血圧の両者が高い者、eGFRが

経年的に低下している者を優先して対応する等、優先順位を付けて対応していくことも検討する。また、支援対象者が多い場合等では、訪問による支援以前に後期高齢者の質問票等を郵送し、その回答の有無や回答結果を活用したり、他部局の調査等から把握できる実態をもとに訪問の有無等支援の方法を検討したりすることも考えられる。また、地域包括支援センター・ケアマネジャー等からの紹介等を受けた場合には、紹介を受けた者の過去の健診情報やレセプトデータを確認することも重要である。

4) 支援の実施

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

① 健康状態・ニーズの把握

事前に健診情報・レセプトデータや介護保険担当部局等が所持する情報により確認できる情報を活用して状況の把握に努める。また、電話や訪問等を実施する前に、後期高齢者の質問票等を郵送しその回答状況から健康状態等の確認、アセスメントを行うことも考えられる。

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

健康状態だけではなく、何か困っていることや気にかかることはないか尋ねるとともに、健診の結果、どのような説明を受けているかや、医療機関を受診しない理由等を丁寧に聞き、支援対象者の置かれている状況を十分に把握することが求められる。

② ニーズに応じた必要なサービスへの接続

健康状態・ニーズの把握で得られた情報を基に、必要なサービスを紹介し、つないでいく。

過去受診歴がある等かかりつけ医がいる場合にはかかりつけ医へつなぐことや、介護サービスを利用している場合には、地域包括支援センター・ケアマネジャーと連携することも検討していく。

かかりつけ医や地域包括支援センター・ケアマネジャー等へつなぐ際は、予め関係機関・関係団体と定めた情報連携の内容や様式を活用する。また、実際に情報を連携する場合には本人の同意を得ていく必要がある。これらに沿った連絡票や健診結果等が記載された受診勧奨の通知は、高齢者本人に受診時に持参してもらう等により運用していくことも考えられる。

受診勧奨等に留まらず、生活面での相談や未受診となっている理由を尋ね、適切な

相談先につないでいくことも重要となる。

③ フォローアップ

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

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

また、支援を実施した対象者の中には、継続してフォローする必要性が高い者がいることもある。支援を実施した際に次回の電話や訪問の約束をし、支援後に体調等を伺うことや、電話や訪問の約束をしていない場合には適宜支援対象者と連絡を取り体調を尋ね、フォローしていく。また、フォローの際には体調等だけではなく、健診や医療の受診状況の確認や困りごとはないか等、支援後の状況を確認することも重要となる。確認の結果、更なる支援が必要であれば対応していく必要がある。

(3) 治療中断者への支援の例

1) 概要

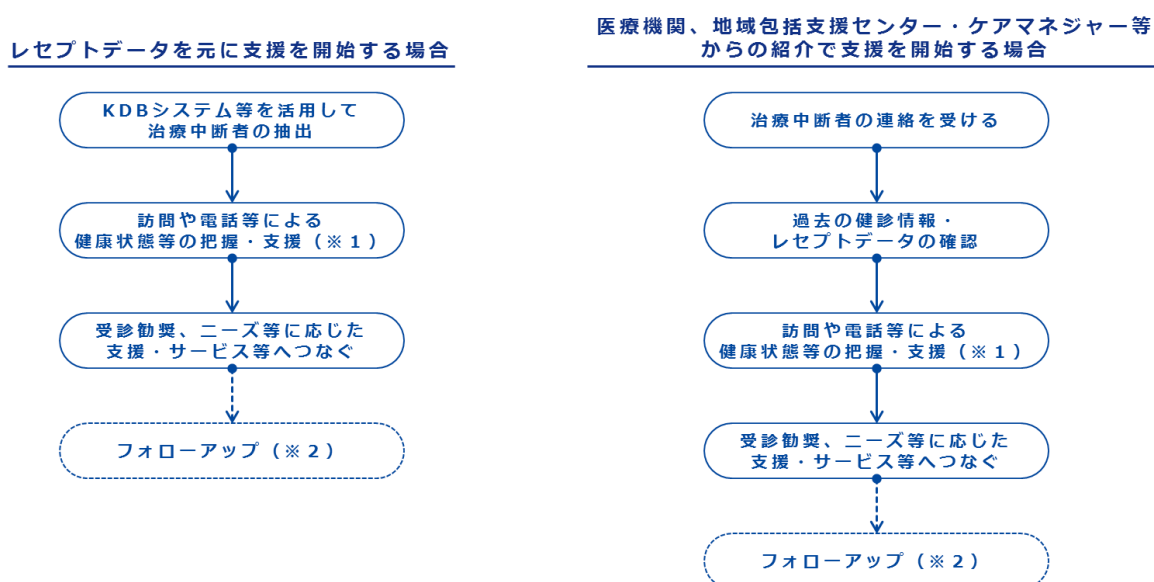
事業目的：血糖・血圧等の治療を中断している者を把握し、健康相談、健診・医療受診勧奨を行う。

抽出基準：直近1年間に健診履歴がない

かつ、過去に糖尿病・高血圧の薬剤処方履歴があるが、直近1年間薬剤処方履歴のない者

2) 治療中断者への支援の流れ（例）

図表18 治療中断者への支援の流れ（例）



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

3) 支援対象者の把握、絞り込み

治療中断者への支援は、医療保険者として KDB システム等や一体的実施・KDB 活用支援ツールを活用し、レセプトデータから対象者を抽出する方法と、庁内関係部局との情報連携や、医療機関や地域包括支援センター・ケアマネジャー等からの紹介により支援を開始するものがある。また、通いの場等において把握する方法も考えられる。

治療中断については、レセプトデータからは治療中断の理由が、主治医の判断によるものなのか、自己の判断によるものなのか判別できない点に留意する必要がある。

4) 支援の実施

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

① 健康状態・ニーズの把握

事前に健診情報・レセプトデータや庁内関係部局等が所持する情報により確認できる情報を活用して状況の把握に努める。また、訪問や電話等を実施する前に、後期高齢者の質問票等を郵送しその回答状況から健康状態等の確認、アセスメントを行うことも考えられる。

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

健康状態だけではなく、何か困っていることや気にかかることはないか尋ねるとともに、治療を中断するに至った理由や背景等を丁寧に聞き、支援対象者の置かれている状況を十分に把握することが求められる。

② ニーズに応じた必要なサービスへの接続

治療を中断しており現在の健康状態が不明であることから、まずは健診を受けてもらえるよう説明する。過去の血液検査の状況等や自覚症状等がわかる場合には、検査値に応じて医療機関への受診を勧める。

医療機関への受診を勧める場合には、過去受診歴がある等かかりつけ医がいる場合にはかかりつけ医へつなぎ、かかりつけ医がいない場合には、医療機関を紹介していく。

かかりつけ医等へつないでいく際には、予め関係機関・関係団体と定めた情報連携の内容や様式を活用する。また、実際に情報を連携する場合には本人の同意を得ていく必要がある。これらに沿った連絡票や健診結果等が記載された受診勧奨の通知は、高齢者本人に受診時に持参してもらう等により運用していくことも考えられる。

受診勧奨等に留まらず、生活面での相談や未受診となっている理由を尋ね、適切な相談先につないでいくことも重要となる。

③ フォローアップ

支援対象者への支援の結果、健診や医療機関受診につながったか、介護サービスの利用やその他必要なサービスにつながっているかを確認し、サービスにつないだ結果を評価する。確認の結果、必要なサービスにつながっていない場合等には、改めて電

話や訪問によるフォローの必要性を検討し、フォローをしていく。

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

また、支援を実施した対象者の中には、継続してフォローする必要性が高い者がいることもある。支援を実施した際に次回の電話や訪問の約束をし、支援後に体調等を伺うことや、電話や訪問の約束をしていない場合には適宜支援対象者と連絡を取り体調を尋ね、フォローしていく。また、フォローの際には体調等だけではなく、健診や医療の受診状況の確認や困りごとはないか等、支援後の状況を確認することも重要となる。確認の結果、更なる支援が必要であれば対応していく必要がある。

(4) ポピュレーションアプローチを活用した支援の実施

適切な受診等への支援では、ハイリスクアプローチとして支援を実施するだけでなく、通いの場等でのポピュレーションアプローチと組み合わせた方法も考えられる。

例えば、フレイル等の普及啓発の一環として、後期高齢者の質問票の実施等を行うことに併せて健診・医療の受診状況を参加者に尋ね、その回答状況を踏まえて個別支援を実施していくことが考えられる。

通いの場等でのポピュレーションアプローチと組み合わせて個別支援を行う場合、面接をする場所や時間、必要に応じて別日を設定し訪問等をするなど個人情報に配慮した環境整備にも留意する必要がある。

事例：北海道 恵庭市

【保険切替をきっかけとした後期高齢者への適正受診対策】

年度内に 75 歳に到達する市民に限定した説明会（えにわウェルカム 75）を開催。医療専門職から健康講話等を行い、個別状況に合わせた健康相談にも応じている。生活支援の必要性や医療受診中断の様子が感じられた場合は、その場で適切なサービスを紹介している。（P85 参照）

事例：兵庫県 淡路市

【まちぐるみ健診の場を活用したハイリスク者の特定、必要なサービスへの接続】

多くの高齢者に確実にアプローチできる場として、集団健診（まちぐるみ健診）の場を活用。健診受診者のうち、高齢者（75-79 歳）については、「後期高齢者質問票」を用いて、市の医療専門職が問診を行う。回答内容に応じて、当日その場で受診可能な歯科健診、骨粗鬆症検診等の受診勧奨や、物忘れ相談窓口等の紹介を行う。ハイリスクアプローチの抽出基準に該当する者や、継続して見守りやフォローが必要な者については地区担当保健師や包括支援センターにつないでいる。（P96～97 参照）

(5) 普及啓発

適切な受診等への支援では、高齢者が生活習慣病等の発症や重症化の予防及び心身機能の低下の防止を図り、在宅で自立した生活がおくれる高齢者を増加させることが目的である。

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

一方、後期高齢者医療制度の被保険者に対する健康診査の健診受診率は全国平均で30%弱となっている。特定健康診査の対象者とは異なる面はあるものの、国民健康保険等からの接続を意識し、後期高齢者医療制度に異動後も健診を継続して受診していただくことが重要である。また、新型コロナウイルス感染症の影響により医療機関への受診を控える傾向が見られる等の状況があるが、生活習慣病等の治療の継続をしていただくことも必要である。

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

事例：北海道 芽室町

【前向きなメッセージを添えた健診受診案内】

後期高齢者の健診受診率向上を図るため、ナッジ理論を活用した健診受診案内通知等を実施。健診受診案内通知では「カラダのいいところを知る健診」、「『これからも元気』でいるための定期受診」等、前向きなメッセージを載せることで、健診の必要性を感じていない高齢者であっても関心をもってもらえるよう工夫した。

事例：兵庫県 淡路市

【外出自粛生活の影響を踏まえた受診のすすめ】

市が令和2年度に実施したアンケートで『緊急事態宣言中に控えたこと・やめたこと』を調査したところ、医療機関受診を控えた・やめたと回答した者の割合は30.7%であった。市内連携課で対応を協議し、75歳以上に送付する敬老会中止（令和3年度）の案内通知とともに健診・医療機関受診勧奨の案内文を送った。

これからも健康でいて欲しいから…

健診を受けよう！ かかりつけ医をもとう！

健康で自立して生きるために大切なことは2つです！
①自分では気づかなくても、自覚症状が現れにくい病気もあります。健康でいざと過ごせるように、健診で1年に1回体の状態をチェックしたり、気軽に相談できる「かかりつけ医」をもちましょう。
②加齢に伴う心身の衰え（フレイル）を防ぐことも大切です！

～まちぐるみ健診を実施します～
■岩屋 9月9～10日
■東瀬 9月12～15日
■津名 9月24～30日（28日締切）
※毎年3月に申込書郵送しています

まちぐるみ健診問い合わせ
淡路市健康増進課 ☎64-2541

～まちぐるみ健診ではこんなことができます～

①フレイルチェックができる！

■75歳以上の方は、簡単な質問票でフレイルかどうか確認できます
■毎年の変化を確認しましょう
■75～79歳までは、当日管理栄養士等の健康相談あり

②健康状態がわかる！

■75歳以上は基本健診、胸部検診が無料！
■毎年の変化を見ながら生活習慣病が悪化していないかを確認していきましょう

③メニューが充実！

■各種健診（検診）
胃腸や大腸、骨粗鬆症健診等
■物忘れ相談
（自身だけでなく、ご家族等の相談ができます（要予約））

④歯科健診が無料！（75歳以上）

歯や口の動きの衰えは健康の悪影響を招き、フレイル（心身の虚衰）につながります
■受診のメリット
・歯科医師・歯科衛生士が丁寧に指導（むし歯・歯周病について、歯肉の状態の確認・口腔ケアなど）

※このチラシを渡される場合は、「その地域（関係）」としてアサインしてください。

自粛がきっかけでフレイルに

■家にこもり、動かない、話さない、食べないが毎日続く…

「動かないこと（生活不活発）」により、身体や頭の動きが低下してしまいます。歩くことや身の回りのことなど今まででできていた生活動作が行いにくくなったり、寝れやすくなったりし、フレイル（虚衰）が進んでいきます。また、精神的な要素も絡み合うことでフレイルが加速しやすくなります。

「フレイル」とは、加齢により心身の機能が衰えた状態をいいます。「健康な状態」と「介護が必要な状態」の中間の段階です。

■フレイル予防のポイント
①栄養（バランスのよい食事や口のケア） ②運動 ③人とのつながり
早め気づき、いつまでもイキイキと！

淡路市健康増進課

4 評価とその活用

- 「適切な受診等への支援」の継続的な改善につなげていくため、事業評価は少なくとも年に1回は必ず実施する（P80）。
- 事業評価は、量的な評価と質的な評価の両方を庁内関係部局や庁外関係機関・関係団体に報告し、事業内容を共同して見直していける関係の構築をしていく（P81）。
- 具体的な評価指標の例については、本ガイドライン第2版補足版の図表15「適切な受診等への支援に係る評価の視点」（P62）や、一体的実施・KDB活用支援ツール解説書においても事業評価の例を活用すること（P81）。
- 適切な受診等への支援を通じて見えてくる個人の課題が個人だけの課題なのか、他者も同様の課題があるのかを見ていき、地域の課題として捉えることも重要となる（P81）。

（1） 目標・評価指標に基づく事業評価の実施

「適切な受診等への支援」の継続的な改善につなげていくため、実施後に、事業実施前に設定した目標、評価指標に沿って事業評価を行う。事業評価は少なくとも年に1回は必ず実施する。また、ストラクチャー指標やプロセス指標に基づく評価は、事業の進捗管理等の観点から、支援の実施中にも定期的に評価していくことが望ましい。

具体的には、「抽出した支援対象者〇名のうち、〇名に支援ができた」「支援対象者〇名のうち、〇名が健診、医療機関受診につながった」「健康状態不明者〇名のうち、〇名の状況把握ができた。継続して支援が必要な者は〇名だった。〇名には〇〇の情報提供を実施した。」等、量的に把握できる情報と、庁内の関係部局、庁外の関係機関・関係団体との連携状況や関係者の課題認識、健診や医療未受診・介護未利用の理由、治療中断に至った理由等、支援をとおして得られた情報等の質的な情報を活用していく。

評価に当たっては、支援の実施状況など短期的に評価できる実績から、健康状態不明者の減少など中・長期的な視点で経年的に状況を把握し評価をしていくことが求められるものもあるため、評価の際には留意されたい。

また、支援対象者へフォローアップを行っている場合、そのフォローアップの結果も踏まえて支援方法を振り返るといったことも重要となる。

なお、具体的な評価指標の例については、本ガイドライン第2版補足版の図表15「適切な受診等への支援に係る評価の視点」（P62）に掲載しているため参照いただき

たい。また、一体的実施・KDB 活用支援ツール解説書においても事業評価の例が解説されているため活用されたい。

庁内関係部局や庁外関係機関・関係団体とは、事業の企画・立案段階や実施における連携に留まらず、量的な評価と質的な評価の両方を事業評価として報告し、事業内容を共同して見直していける関係の構築をしていくことが望ましい。

報告する事業評価は、訪問数や支援した者に対する健診受診者数などの量的な評価だけではなく、健診や医療未受診・介護未利用の理由、治療中断に至った理由や残薬の状況等、把握できた定性的な評価やまとめも含めていくことが重要となる。これらの情報を共有することで、庁内関係部局や庁外関係機関・関係団体ができる対策等を検討していくことも望まれる。

さらに、まとめた情報だけではなく、どのような高齢者に支援し、結果どうなったかという実践事例を庁内関係部局や庁外関係機関・関係団体と振り返ること、困難事例を検討することも重要である。

量的な評価と質的な評価を合わせ、得られた知見を振り返り、取組内容の見直し支援の実践に活かしていくことが望まれる。

また、地域住民へもわかりやすく地域の状況と併せて情報提供していくことで普及啓発等にもつながり、理解を得ることができる。

事業評価に当たっては、大学・研究機関や支援・評価委員会等の専門家から助言を受ける等を活用することも考えられる。また、事業評価は短期的に行うもの、中長期的に行うものがあるが、いずれの場合においても健診情報や健診や通いの場等における後期高齢者の質問票に関するデータ等の活用が重要となるため、KDB システム等を活用し、これらのデータを蓄積していく必要がある。

(2) 取組内容の見直し

事業評価は評価だけに留めず、評価の結果、何が達成できていて、何が課題となっているかを分析し、以降の事業に活かすことが重要となる。これらの分析結果やそれに対する取組内容の見直し案を支援担当部局で立案し、事業評価の報告に含み、庁内関係部局や庁外関係機関・関係団体に共有、協議をしていくことが必要である。

さらに、適切な受診等への支援を通じて見えてくる個人の課題が個人だけの課題なのか、他者も同様の課題を抱えているのかを見ていく視点も重要である。他者も同様の課題を抱えている場合、地域の課題として捉えることも可能となる。事業評価の内容等を地域ケア会議等にも報告する等し、地域の課題を事業の枠組みを超えて解決策を検討できるとよい。

また、中長期的な視点では、継続的な評価ができるよう必要なデータを蓄積するこ

と（KDB システム等への情報登録等）や人事異動等に関わらず支援体制を維持できる体制の構築を目指すことが求められる。

事例：千葉県 松戸市

【健康状態不明者の事業実施評価】

健康状態不明者へのアプローチの評価の一つとして、介入初年度は「積極的介入」「助言のみ」「非介入（アンケート返送のみ等）」の群に分けて1年後の状況確認を実施。非介入の者は1年後も健診・医療につながらない者が多かったことから、資料の送付だけでは行動変容は難しいと捉え、直接訪問や電話で関わり、必要に応じて複数回の支援を行うなどより多くの者に積極的介入を行っている。（P88～89 参照）

事例：兵庫県 淡路市

【引継ぎを見据えた事業マニュアルの作成】

後期高齢者の質問票を活用した高齢者のアセスメント方法及びリスクの判断方法等をマニュアル化。事業を担当する医療専門職の運営マニュアルとしてだけではなく、人事異動等に備えた引継ぎのための資料として用いている。（P96～97 参照）

事例：新潟県 上越市

【対象者管理台帳を活用した継続的な重症化・介護予防】

保健師・管理栄養士等の専門職による地区担当制をとり、地区毎に KDB システム等から作成した「高血圧・糖尿病管理台帳」を活用することで、対象者の健康診査結果の推移や病院受診の有無等を継続して管理している。定期的な業務の検討会等では管理台帳を用い、担当地区の進捗状況や、事例の検討等の情報を共有している。人事異動の際には、地区毎の管理台帳を引き継ぐことにより、切れ目のない継続的な保健活動を行っている。

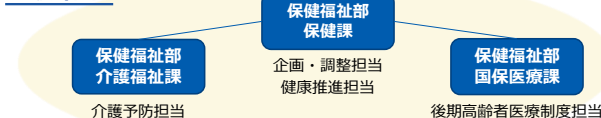
Ⅲ 事例集

北海道恵庭市 一保険切替をきっかけとした後期高齢者への健康教育・健康相談一

- 75歳を迎える市民を対象に、後期高齢者医療制度について理解していただくための説明会を開催。
- 説明会に医療専門職を配置し、後期高齢者に必要な健康教育・健康相談等を実施。

市の概況(令和3年4月1日時点)		
人	口	69,994人
高	齢	化
率		28.1%
後	期	被
保	険	者
数		9,715人
日	常	生
活	生	活
域	数	4圏域

実施体制



取組の経緯

- 75歳に到達すると医療保険が変わることについて、令和2年度までは保険証の送付だけでお知らせしていたが、令和3年度からは当該年度に75歳に到達する者のうち、希望者に対して説明会（えにわウェルカム75）を開催し、医療保険制度等について直接説明するとともにフレイル予防の意識啓発を行う機会を確保した。

企画調整等

- 一体的実施の「ポピュレーションアプローチ」を実施するにあたり、国保医療課、介護福祉課、保健課が個別に行っていた高齢者のための取組を総合的に確認。
- ⇒ 3課が連携し、高齢者が制度説明・介護予防・保健事業をワンストップで受けることが出来るように、「えにわウェルカム75」を企画した。

えにわウェルカム75の取組

- 【対象者】当年度75歳に到達する者（後期高齢者医療保険証発送時にえにわウェルカム75の案内チラシを同封）
- 【実施内容】
- ① 国保医療課職員から高額療養費の申請方法や国保制度との違い等を説明。
⇒北海道の医療費全体や北海道後期高齢者1人当たり医療費等を説明し、「健診受診」や「適切な医療のかかり方」に協力いただくことは医療制度運営にも重要であることを説明。
 - ② 医療専門職（保健師、歯科衛生士、栄養士）が体力測定（握力・歩行速度・体組成測定）を行い、後期高齢者から必要になる健康管理の方法等について解説。さらに、参加者の過去の健診結果等を用意し、個別の健康課題に応じた相談を実施。必要に応じて、健診・医療の受診勧奨や介護の相談窓口（地域包括支援センター）の紹介を行う。

課題と今後の展望

- 令和3年度は新型コロナウイルス感染症の影響を受け、参加者が想定よりも下回った。今後はより多くの参加者が確保できるよう、開催場所の拡大等、工夫する予定。
- 事業参加者の「運動・栄養・口腔」のリスクの該当割合を確認し、状況に応じて健康教育のテーマ等に反映する。

(北海道恵庭市) えにわウェルカム75について

事業チラシ

令和3年度に75歳になるみなさまへ
日程を確認し、お申込みください。

参加無料

えにわウェルカム75

「えにわウェルカム75」とは...
75歳を迎える皆さまを対象に、気になる「保険制度」や「健康長寿の秘訣」をお伝えする事業です。75歳の方には必ず知ってほしい内容ばかり！ぜひご出席ください。

75歳から変わる保険証って？
「後期高齢者医療保険制度」
をわかりやすく説明

筋力量やお口の機能をチェックできますよ

「75歳からの体力・食事・お口の健康」
を栄養士・歯科衛生士・保健師が解説

日時・会場 各日10:00～12:00
※体力測定を行うため、9:50頃までにお越しください。

特典1
参加当日、1日分の
恵庭産の野菜
もらえます！

特典2
自分で決めた健康目標に75日間チャ
レンジする取り組みにエントリーでき
ます。達成された方には「かのの野
菜購入券500円分」をプレゼント！

中止 5/31(月) **終了** 7/9(金) **延期** 9/3(金) **10/28(木)**
えにあす(緑町) 島松公民館(島松本町) 恵み野会館(恵み野北) 14:00～16:00

11/12(金) **1/14(金)** **3/4(金)**
かしわのもり(大町) 島松公民館(島松本町) えにあす(緑町)

対象 令和3年度に75歳になる市民（昭和21年4月1日～昭和22年3月31日生まれ）

お申し込み
恵庭市 保健福祉部 介護福祉課 主さかい対策担当
☎ 33-3131（内線1209・1246）

<プログラム>

- ① 体力測定（握力・5m歩行速度・体組成測定）
- ② 後期高齢者医療保険制度についての説明
- ③ 健康講話「75歳から気をつけたいこと」等
- ④ 個別健康相談

<参加特典>

- ・ 恵庭市産の野菜（当日参加者に1日の必要量350gを配布）
- ・ 健康目標75日間チャレンジへの参加（個人インセンティブ）
※チャレンジ達成者には野菜購入券500円分を贈呈

<会場>

市内公民館等



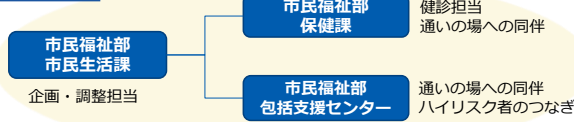
秋田県仙北市

秋田県仙北市 一地域医療連携で取り組む健康状態不明者の実態把握一

- 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3年4月1日時点)		
人	口	25,084人
高	齢	化
率		42.8%
後	期	被
保	険	者
数		5,640人
日	常	生
活	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。

（秋田県仙北市） 参考：質問票（訪問時に後期高齢者質問票と合わせて聞き取り）

（別紙）質問票

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とき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う ・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？

・いない ・時々 ・毎日(血圧値 くらい)

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 食品や日常生活消耗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

・よくかめる ・歯が悪くてよくかめない ・その他

⑥ 歯について

・入れ歯 無 ・入れ歯 有

* 入れ歯がある場合

○ 入れ歯の部位

・上の歯有(総入れ歯 ・部分入れ歯)

・下の歯有(総入れ歯 ・部分入れ歯)

○ 入れ歯の手入れ方法

- ⑦ お酒を飲みますか
- ・いいえ ・時々 ・毎日(合)
- ⑧ 睡眠について
- ・よく眠れる ・眠剤を飲んで眠れる ・眠れない
- ⑨ サプリメント(市販の栄養や体調関係のお薬)を飲んでますか？
- ・いいえ ・時々 ・毎日

裏にも質問があります。

⑩ 前の月(月)にかかった医療機関を教えてください

医療機関名	受診日数	病名

- ⑪ 医療機関にかかるときは、お薬手帳を持っていますか？
- ・いいえ ・時々 ・いつも持っています
- ⑫ お薬をもらう時に、医師や薬剤師から薬の説明をもらっていますか？
- ・いいえ ・時々 ・いつも
- ⑬ お薬を飲み忘れないように工夫をしていますか？
- ・飲み忘れないので必要ない ・飲み忘れるが工夫していない
- ・工夫している(方法)
- ⑭ 受診していない方がお答えください
- 受診しない理由 _____

- ⑮ 入浴の頻度
- ・毎日 ・()日に1回 ・その他()
- ⑯ 爪切りについて
- ・自分で切る ・切ってもら
- ・月に()回 ・その他()

- ⑰ 健康のために気をつけていることをお書きください
- _____

⑱ 3日間に食べた食品について、○をつけてください

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	魚類	油	肉類	牛乳	緑黄色野菜	海藻類	いも類	たまご	大豆製品	果物
月 日										
月 日										
月 日										

表にも質問があります。

（秋田県仙北市） 参考：アセスメントシート（訪問後、医療専門職が記入）【エクセル形式】

アセスメントシート									
実施日	氏名	医療従事者番号	個人番号	生年月日	年齢				
電話	住所	仙北市							
指導方法	区分	項目	担当						
観察対象者	☐ 本人	☐ 家族()	☐ その他()						
指導状況									
【記載内容】 ・訪問の目的 ・対象者の客観的状況 ・主観的状況（反応、発言等） ・医療専門職が判断した内容 等 ⇒ 全ての医療専門職が同様の内容を記載。									
備考									
今後の対応について具体的な時期、方法 等									

氏名		実施日	
訪問により、対象となった原因として考えられたこと（なぜ現在の状況になっているのか等 ※）			
日常生活の状況			
食事:	☐ 自分で作る	☐ 自分で買い物をする	☐ 介助なしで食べる
排便:	☐ 良く睡める	☐ 寝が覚めて良く睡めない	☐ その他()
歩行:	☐ 自立歩行	☐ 補助具使用	☐ 歩かず
運動・身体活動:	☐ 週2回以上	☐ 週1回	☐ なし
睡眠:	☐ 良好	☐ 睡眠薬等で良好	☐ 睡眠障害あり
サブミット:	☐ 飲んでいない	☐ 飲んでいない()	
嗜好品	☐ お酒を飲む()	☐ 煙草を吸う()	
介護認定	☐ 無	☐ 有(介護度:)	
障害者手帳	☐ 無	☐ 有(内容:)	
障害者手帳	☐ 問題なし	☐ 障害者手帳が役に立たない	☐ 障害者手帳を適度している
	☐ 必要の必要性を認識していない	☐ 健康に対する不安が大きい	☐ その他()
医療管理	☐ 問題なし	☐ 医師や薬剤師に相談できない	
	☐ 受診の放置や治療中断がある	☐ 医療依存が高い	
	☐ 薬の自己調整や自己中断がある	☐ 薬の飲み忘れがある	
	☐ 薬の飲み忘れがある	☐ 医療に不満・不協和がある	
	☐ その他()		
指導事項	☐ 既に病気で複数の医療機関を受診することのリスクについて指導 ☐ 地味受診状況医師に伝えるよう指導 ☐ 必要な治療は中断しないで継続するよう指導 ☐ 高血圧系治療者に対し、医療機関を受診するよう指導 ☐ 服薬は自己調整や自己中断をしないで医師の指示通り服薬するよう指導 ☐ 受診時は必要手帳を提示するよう指導 ☐ 食事は栄養のバランスや減塩等に気を付けるよう指導 ☐ 自分に合った量程のない運動を続けるよう指導 ☐ 生活習慣に関する指導 ☐ その他の指導		
フォローの必要性	☐ 無	☐ 有(フォローの内容:)	
備考欄			

【記録の工夫等】

- ・本アセスメントシートはエクセルで作成し、共有システムに保存することで、市民生活課や保健課の医療専門職と情報を共有している。
- ・市内の医療専門職が記録の書き方をテーマに自主勉強会（情報開示請求があった場合に対応できる記録を作成することを目的）を行い、全ての医療専門職が同様の記録が書けるようにした。
- ・包括支援センターとハイリスク者の情報を共有する場合は記録データを提供し、包括支援センターの介護保険システムに情報を登録している。

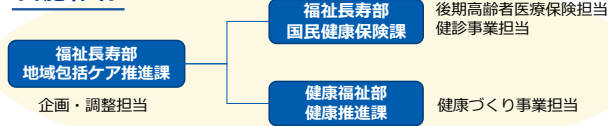
千葉県松戸市

千葉県松戸市 一地域医療連携で取り組む健康状態不明者の実態把握一

- 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。
- 個別事例は地域の関係団体による「連携会議」に積極的に諮り、地域全体で状況を把握することに努めている。

市の概況(令和3年4月1日時点)	
人 口	498,318 人
高 齢 化 率	25.8 %
後期被保険者数	64,772 人
日常生活圏域数	15 圏域

実施体制



取組の経緯

- 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。健診受診勧奨を行い、必要に応じて保健指導と地域包括支援センターや社会参加等への接続を行うこととした。

企画調整等

- 庁内各課、市内大学准教授、市医師会、市歯科医師会、市薬剤師会、リハビリ連絡会、地域包括代表による「連携会議」で事業内容、方向性の確認、個別事例検討等を行う機会を確保。

⇒高齢者を支援する関係者で事業を共有することでスムーズなサービス連携につながっている。

健康状態不明者対策

【対象者】77歳以上の者のうち、過去2年度にわたり健診未受診かつ医療未受診かつ介護未利用者

【実施方法】保健師、管理栄養士、歯科衛生士、看護師等によるアポ無し訪問
質問票を郵送、返信の有無に関わらず全数訪問・電話を行い健康状態を把握
(令和2年度実績：訪問143件、電話28件。令和3年度12月時点実績：訪問31件、電話5件)

【アセスメント項目】後期高齢者の質問票、血圧、体重測定、ADL、認知機能、外出頻度、生活環境
本人のサポート体制、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・栄養・歯科指導、受診勧奨、必要に応じて同行受診。地域包括と連携し介護保険サービスの導入のほか、家族員の支援や地域の見守り体制への接続などを行う。

気づき等

- 健康状態不明者への支援は、自ら声をあげない人となりが、医療や介護サービスについて本人または家族が「考える」きっかけとなる。
- 対象者の中には既に重篤な状態に陥っている者もいる。市の訪問により、高齢者虐待の予防や孤独死の防止等、様々な予防活動につながっている。

(千葉県松戸市) 参考：実施結果より分類した健康状態不明者の要因とアプローチのパターン

	要因	発言例	アプローチ
本人	本人に受診したくない意思がある	病院や医療行為が怖い、嫌い	複数回のアプローチで信頼関係を構築し、受診が必要な場合は必要性を理解してもらえるよう働きかける 同行受診の提案
		病気が見つかるのが怖い	
		治療をしたくない、薬を飲みたくない	
		いくつか病院に行ったが良くならないので諦めた	
		医者にかからずに死にたい（ピンピンコロリ願望）	
	本人が受診する必要がある状況と判断している	どこも悪いところがない、元気 健診は受けようと思っている	血圧などを測定しリスクについて説明、健診受診勧奨・確認
	受診しない習慣	小さいころから家族も医者にはかからなかった 長年受診していないのでどう受診すればいいのかわからない	同行受診（健診）の提案
	社会保障に対する認識	皆さんに迷惑かけないように生きている 介護保険のお世話になりたくない	認識は正のための情報提供、思いの傾聴
	経済不安	限られた年金で暮らしているので受診の費用は出せない	健診受診勧奨
	多忙	仕事と高齢の夫の見守りで忙しい	介護保険等のサービス・受診先の情報提供
家族	現実的でない思い込みなど（精神疾患などの可能性あり）	来年になったら病気が治るベッドが普及するから受診しない 住民票がない（実際はある）色々事情があり家族に管理されているから受診できない	複数回のアプローチで情報収集し、アセスメントを行う
	本人の認知機能が低下し、家族が受診させていない（家族自身も受診なし）	自分でみきれなくなったら施設か病院に入れるしかないと考えている、それまでは自分でみている	介護保険サービス、認知症治療薬の情報提供
	本人の認知機能が低下しており、家族に経済不安がある	他の家族の介護費用が高いので、医療も介護も受けない （推測）子が無収入で経済不安から必要な受診をさせていない	健診受診勧奨、自己負担限度額の情報提供
	本人の身体・認知機能が低下し、家族が受診に連れていけなくなかった。	だんだん部屋から出てこなくなり、動けなくなった。車椅子を借りたい。	受診先、介護保険サービス、車椅子のレンタルの情報提供。

（千葉県松戸市）
参考：連携のためのアセスメントシート

		項目（空白に詳細記入）	あり	不明	なし
本人の様子	1	るい瘦著明			
	2	痛みなどで生活に支障がある、動作制限あり			
	3	不衛生（頭髮・衣類の汚れ、伸びきった爪、臭いなど）			
	4	不適切な着衣（季節に合わない、破れている）			
	5	噛み合わせに必要な歯・義歯が不足している			
	6	無表情、応答が乏しい、元気がない様子			
	7	暴言を吐く、意味不明な発言			
	8	なげやりな発言、何を聞いても「いいよ」と言って遠慮する			
聴取	10	食生活に問題あり（3食未満、不規則）			
	11	喫煙習慣			
	12	不適切な飲酒習慣			
	13	認知機能低下（財布や鍵などを探すことがよくあるか）			
生活環境	13	ゴミ屋敷、物屋敷、不衛生（臭い）、手入れされていない住居、庭			
	14	雨戸の閉めっ放し、不自然な目張り			
	15	生活に必要なインフラ不足（電気、ガス、水道、電話）風呂が壊れているなど			
	16	居留守			
		「あり」が多ければ地域包括と連携、「不明」が多ければ再度アセスメントが必要 合計			

（千葉県松戸市）
参考：令和2年度健康状態不明者 介入方法別1年後評価 （令和3年8月調査）

1年後評価	積極的介入		助言		非介入	
健診受診	3	5%	2	2%	0	0%
医療受診	28	47%	32	30%	7	7%
歯科受診	4	7%	1	1%	0	0%
介護認定	18	30%	6	6%	2	2%
長期入院	2	3%	3	3%	2	2%
死亡	1	2%	4	4%	4	4%
変化なし	27	45%	68	63%	91	88%
合計	60		108		104	

積極的介入

- ・複数回のアプローチ
- ・包括への引継ぎ
- ・同行受診など

助言

- ・訪問時受診勧奨
- ・1回の訪問や電話で終了など（家族への伝言含む）

非介入

- ・アンケート返送のみ
- ・不在のため近隣住民からの情報確認のみ
- ・助言の余地なく拒否

※死亡以外は重複あり

※介入時に入院や介護サービスを利用していた人を除く

まとめ

- ・積極的介入＞助言＞非介入の順に健診・医療・介護への接続率が良い。
- ・長期入院と死亡の割合は介入に関係なくほぼ同じ割合。
- ・健康状態不明者への支援には行動変容を促す一定の効果がある。
- ・健診・医療・介護への接続により生活習慣病重症化予防、介護予防が促され、長期的な医療・介護費用の削減効果が確認できると良い。

愛知県日進市

愛知県日進市 一国保保健事業と連携した糖尿病受診勧奨事業

- 国保保健事業で従前から取り組んできた糖尿病性腎症重症化予防について、その基盤を活かし高齢者に応用。
- 市医師会会員等が出席する会議で事業の方向性の検討等を実施。高齢者の治療傾向等について確認する体制を構築。

市の概況(令和3年4月1日時点)		
人	口	92,562人
高	齢	化
率		20.1%
後	期	被
保	険	者
数		9,975人
日	常	生
活	生	活
域	数	3区域

実施体制

健康福祉部
保険年金課

企画・調整担当
ポピュレーションアプローチ
ハイリスクアプローチ

健康福祉部
健康課

ポピュレーションアプローチ
ハイリスクアプローチ、歯科

健康福祉部
地域福祉課

介護予防事業

健康福祉部
介護福祉課

介護保険認定
利用状況等データの提供・分析



日進市マスコットキャラクター「ニッシー」



日進市健康づくりマスコットキャラクター「ヘルピー」

取組の経緯

- 市の国民健康保険・後期高齢者医療制度・介護保険運営上の共通課題が「被保険者の糖尿病重症化予防」であったため、一体的実施の開始を機に、従前から取り組んできた糖尿病重症化予防事業等について後期高齢者も対象とし取り組むこととした。(保険資格移行後も切れ目ない支援を可能とした。)

企画調整等

- 日進市糖尿病重症化予防検討会(保険年金課、健康課、内科医、歯科医、糖尿病専門医、眼科医、薬剤師、有識者等)を設置、事業企画や方向性の検討、三師会との具体的連携方法について検討を行っている。
- 保健衛生会議(医師会会員が出席する健康課主催会議)では保健事業の協力依頼や事業結果・評価報告等を行っている。

糖尿病受診勧奨訪問(未治療者・治療中断者)

【対象者】糖尿病重症化及び腎症重症化予防段階の者のうち「糖尿病に対する」未治療者・糖尿病治療中断者
ア 後期高齢者医療健診結果がHbA1c7.0%以上
イ 糖尿病で通院履歴があるが、6か月以上受診履歴がない人

【実施方法】受診勧奨の通知文発送、保健師による個別訪問、KDBによる受診確認

【指導内容】

- ・糖尿病3大合併症の危険性について説明し人工透析移行回避を念頭に医療管理の必要性について保健指導を行う。
- ・後期健診結果・問診票から、BMI20未満または問診票にて「⑥6か月間で2～3kg以上の体重減少」に該当する場合は血糖コントロール不良の可能性を視野に入れフレイル・サルコペニア予防を含めた保健指導を行う。
- ・かかりつけ医の有無について確認し、本人が受診しやすい医療機関に受診できるよう留意する。

国保事業との違い等

- 後期高齢者の場合、多疾患並存状態により糖尿病の積極的な治療はしていない場合があり、動脈硬化性疾患等の治療内容を含め治療方針を確認する必要がある。
- 後期高齢者健診受診者のうち「医療にかかっていない者」は少ないため、1人1人医療レセプトで「糖尿病に対する処置」の有無について丁寧に確認する必要がある。

(愛知県日進市)
参考：糖尿病重症化予防事業(受診勧奨) 個人記録用紙

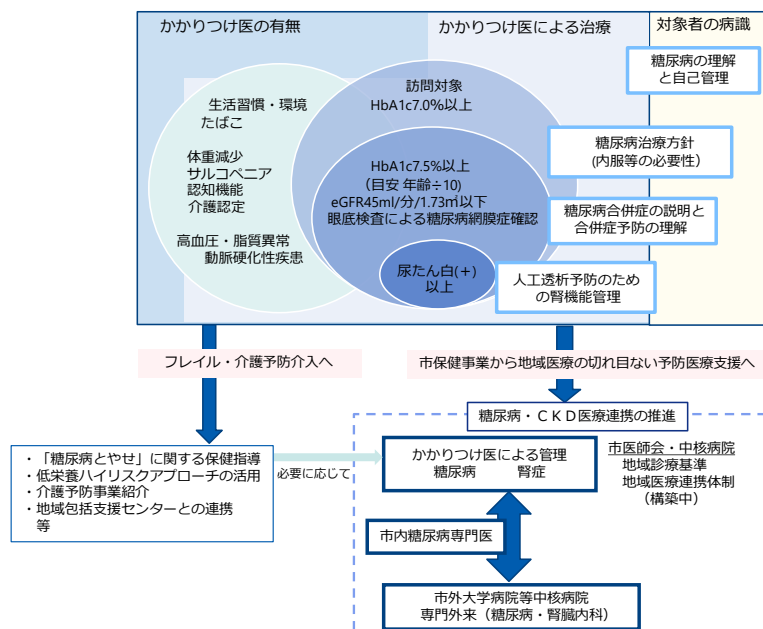
1枚目

糖尿病重症化予防事業受診勧奨 個人記録用紙					
カナ		No.			
氏名		生年月日		年度末年齢	
住所		電話番号		電話番号	
受診履歴		個人番号		保険証番号	
コース	健康結果データ	平成20年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度
健康受診日					
健康受診医療機関					
体重(kg)					
BMI					
血圧(mmHg)					
HbA1c(NCSP値)(%)					
LDLコレステロール(mg/dl)					
HDLコレステロール(mg/dl)					
ωGFR(ml/分/1.73m ²)					
尿たん白					
＜令和2年度問診票＞					
●運動習慣					
ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか					
以前に比べて歩く速度が速くなったと感じますか					
●食生活習慣					
1日3食きちんと食べていますか					
6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか					
過去の1ヶ月間の食事内容					
糖尿病に関する知識					
受診勧奨時の受診点・ポイント(経済的な負担も考慮)					
受診勧奨の理由					
口説明している					
口説明していない					
訪問日時					
訪問時間					
訪問場所					
訪問内容					
医師					
＜受診内容＞					
食事時間					
栄養バランスへの配慮					
尿量の有無					
＜運動習慣＞					
運動習慣					
その他					
詳細内容					

2枚目

糖尿病重症化予防事業受診勧奨 個人記録用紙					
健康日	年 月 日	糖尿病	口受診なし 口受診あり(受診日 年 月 日) (医療機関名 検査のみ・内服治療・その他)		
※後期健診受診日以降に受診したか		高血圧	口受診なし 口受診あり(受診日 年 月 日) (医療機関名 検査のみ・内服治療・その他)		
その他生活習慣病		その他生活習慣病	口受診なし 口受診あり(受診日 年 月 日) (医療機関名 検査のみ・内服治療・その他)		
指導内容		指導内容			
日時	年 月 日	実施者			
再指導方法		訪問・電話			
アンケート		アンケート			
健康日	年 月 日	糖尿病	口受診なし 口受診あり(受診日 年 月 日) (医療機関名 検査のみ・内服治療・その他)		
高血圧		高血圧	口受診なし 口受診あり(受診日 年 月 日) (医療機関名 検査のみ・内服治療・その他)		
その他生活習慣病		その他生活習慣病	口受診なし 口受診あり(受診日 年 月 日) (医療機関名 検査のみ・内服治療・その他)		
指導内容		指導内容			

(愛知県日進市)
参考：日進市アセスメントのポイント



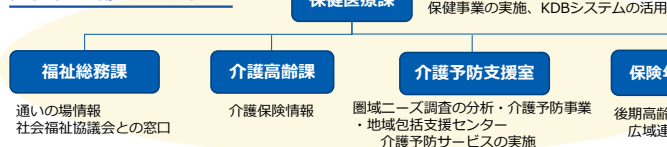
三重県桑名市

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

- 一体的実施に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3年3月31日時点)	
人 口	141,045 人
高 齢 化 率	26.7 %
後期被保険者数	19,011 人
日常生活圏域数	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健診・医療受診率、介護認定率は県内で低いが、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

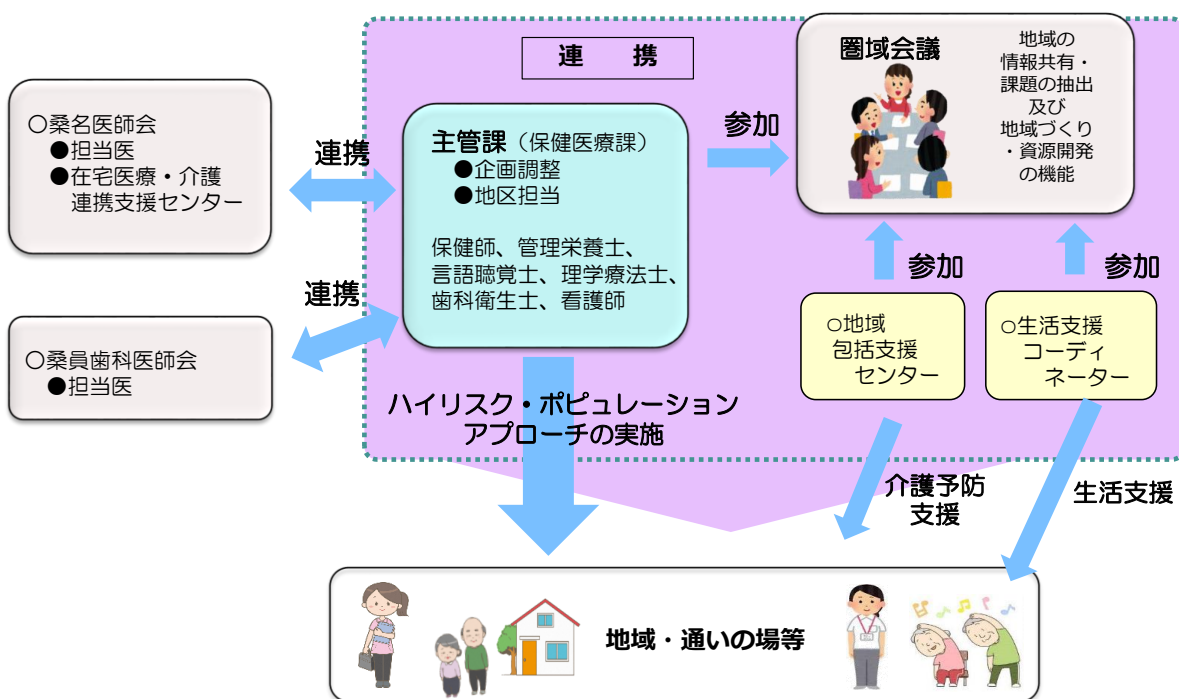
- 【対象者】** 当該年度77歳到達者のうち、前年度の健診・医科歯科未受診かつ介護認定未取得及び介護サービス未利用かつ二重調査未提出者
- 【実施方法】** 対象者に対し、高齢者の質問票を郵送での提出を求め、提出のない者は保健師が訪問し状況を把握、提出のあった者は回答内容に応じて必要なサービスへの接続等を実施。
- 【対象者の状況】**
- 特段の支援を必要としない元気な者が最も多かった。
 - 健康状態に課題がある者や家庭環境の状況等から地域包括支援センターの紹介や医療機関の受診勧奨等を実施した。
 - 口腔の状態に課題があっても「食事には困らない」という理由で歯科受診をしていない者もいた。



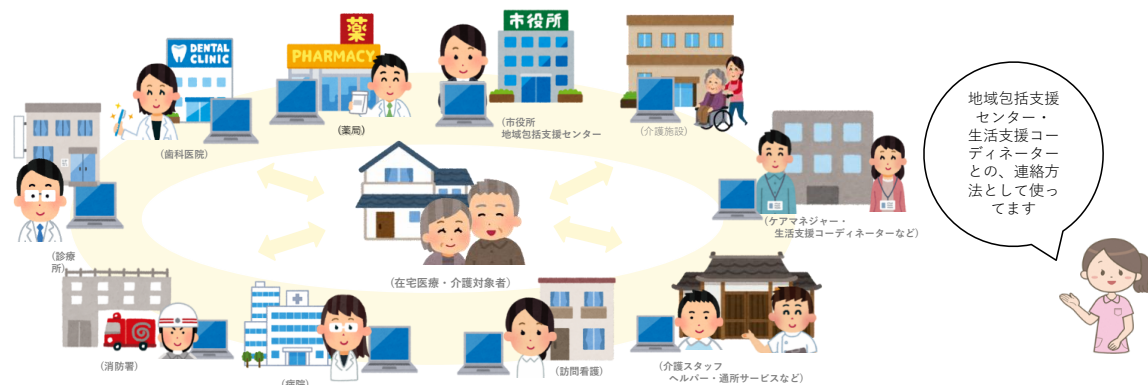
関係機関との連携

- 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。

（三重県桑名市） 参考：関係団体との取組体制（令和2年度）



 在宅医療・福祉総合ネットワーク
ゆめはまちゃん医療・介護ネットワーク（電子@連絡帳）



2 電子@連絡帳について

電子@連絡帳は、医療・介護・福祉等の在宅医療に関わる多くの専門職種等が、情報技術を活用して連携を推進するための情報共有ツールで、桑名市では平成27年12月1日から運用を開始しています。

桑名市では、住み慣れた自宅等で、在宅医療や介護サービスを希望する多くの方に、これまで以上の安心を得ていただけるよう、効果的・効率的な情報共有により、医療と介護に関わる多職種関係者がしつかりと連携できる電子連携システムの普及に努めます。

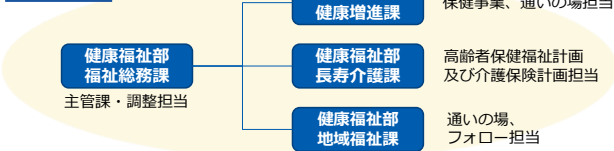
兵庫県淡路市

兵庫県淡路市 一健診会場を活用した適切な受診等への取組一

- 集合型の健診会場で、医療専門職による後期高齢者の質問票を活用した問診を実施。
- フレイル等のリスクがある者に対してはその場で必要な検査・支援等につないでいる。

市の概況(令和3年4月1日時点)	
人 口	42,986 人
高 齢 化 率	38.05 %
後期被保険者数	8,867 人
日常生活圏域数	5 圏域

実施体制



取組の経緯

- 高齢者に対し広くアプローチを行う場として、「地域の通いの場：いきいき100歳体操」だけではなく、高齢者が集まる「集合型健診：まちぐるみ健診」の会場を活用。「後期高齢者質問票」を活用し、問診と兼ねて個別相談を実施することとした。

企画調整等

- 地域の健康課題を実施する中で、「骨折の1人当たり医療費」県下ワースト1位であり、骨折者の傾向として、80歳を超えてからの骨折率が高いこと等が明らかになった。
- 一体的実施のテーマとして「骨折予防」を取上げ、骨折の要因等の分析を行いながら事業を展開している。

まちぐるみ健診を活用したポピュレーションアプローチ(令和3年度)

- 【対象者】健診受診者のうち、75-79歳の者
⇒令和2年度は75歳以上全員を対象としていたが、令和3年度からは市の健康課題や実際の対象者の様子を踏まえ、特に優先すべき年代として75-79歳を対象とした。
- 【実施方法】健診会場での市医療専門職(保健師、管理栄養士)による問診・個別相談。
- 【指導内容】問診の回答結果等から対象者のリスクを判断し、その場で受けられる「歯科健診」や「骨粗鬆症検診」の受診勧奨や、状況に応じてハイリスクアプローチ対象者として継続フォローを実施。
⇒マニュアル化し、支援の標準化を図っている。

課題と今後の展望

- これまでの取組により、運動・転倒の健康課題を抱えている者が多いと明らかになった。日常的に歩くことを習慣としていない者に対して、どのような支援やサービスへの接続が有効であるか、検討を行っている。
- 骨折予防についてより効果的に取り組むために、骨折にかかるレセプト分析や、質問票の回答内容と骨折歴との関連等を分析しながら事業を展開している。

(兵庫県淡路市) 参考：淡路市まちぐるみ健診における健康相談 支援フロー図

事前準備

対象者の抽出

まちぐるみ健診 基本健診申込者(当該年度75歳以上79歳未満)

事前準備

- ① 健診業者に基本健診受診予定者75~79歳の受診票に目印を入れてもらう。
- ② スタッフ執務表を作成し、周知する。
- ③ マニュアルを作成し、課内で事前説明会開催。内容すり合わせ。
- ④ 包括支援センター、歯科衛生士に事前説明を行う。

一健診の実施：ポピュレーション
まちぐるみ健診 基本健診申込者(当該年度75歳以上79歳未満)

【実施要領】「後期高齢者質問票」を活用し、問診と兼ねて個別相談を実施することとした。

【対象者】75歳以上79歳未満の基本健診申込者(当該年度75歳以上79歳未満)

【実施日時】令和3年度 令和3年4月1日(土) 10:00~12:00

【実施場所】淡路市健康福祉センター(仮称)

【実施体制】健康福祉部 福祉総務課(主管課・調整担当)、健康福祉部 健康増進課(保健事業、通いの場担当)、健康福祉部 長寿介護課(高齢者保健福祉計画及び介護保険計画担当)、健康福祉部 地域福祉課(通いの場、フォロー担当)

【実施内容】問診の回答結果等から対象者のリスクを判断し、その場で受けられる「歯科健診」や「骨粗鬆症検診」の受診勧奨や、状況に応じてハイリスクアプローチ対象者として継続フォローを実施。⇒マニュアル化し、支援の標準化を図っている。

【実施結果】問診の回答結果等から対象者のリスクを判断し、その場で受けられる「歯科健診」や「骨粗鬆症検診」の受診勧奨や、状況に応じてハイリスクアプローチ対象者として継続フォローを実施。⇒マニュアル化し、支援の標準化を図っている。

・対象者への質問内容
・想定問答
・渡す資料等を整理して記載

健診当日

健康相談(個別)

- フレイルの説明、高齢者質問票を確認
→リスクがあるところについて、パンフレットを用い説明。
全員に結果を返す。
- 骨折説明・BMIチェックは全員。いき100(通いの場)参加有無。
- E(要医療)・F(継続医療)判定確認。
かかりつけ医・かかりつけ歯科医確認。
- 各項目についてはガイドライン『後期高齢者の質問票の解説と留意事項』を参照。

質問票4・5 口腔機能	質問票6 体重減少あり	質問票8 転倒歴あり	質問票10・11 認知機能 どちらか該当	E・F判定で 未受診
----------------	----------------	---------------	----------------------------	---------------

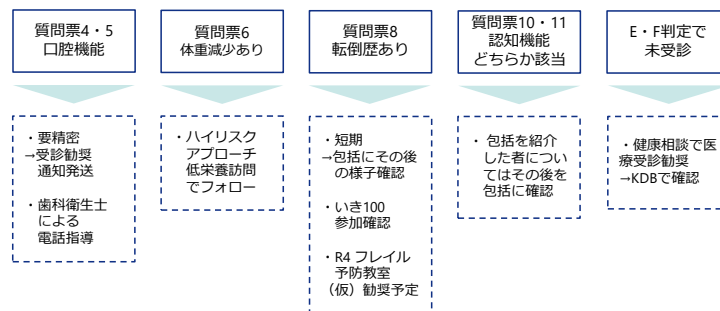


(兵庫県淡路市)
参考：淡路市まちぐるみ健診における健康相談 支援フロー図

健診後

健診後フォロー

- KDB、電話等でその後の医療受診状況等を確認
- その後のフォローや訪問が必要なケースは、健康増進課 地区担当保健師が包括保健師へつなぐ



事後評価

- 個人及び事業評価を行う
KDB で確認 (次年度の健診結果で質問票比較)
- 課内、課外(福祉総務課、長寿介護課、包括)と情報共有

- ・質問票回収人数
- ・質問票の集計・分析
- ・健康相談での実態把握等

鳥取県琴浦町

事例集

鳥取県琴浦町

鳥取県琴浦町 一地域の医療・保健チームで住民の健康を支える仕組み

- 保健指導が必要な者や孤立・孤独等の課題をもつ者等について、医療・保健の関係者によるチームが支える仕組みを構築

町の概況(令和3年4月1日時点)

人 口	16,888 人
高 齢 化 率	36.9 %
後期被保険者数	3,414 人
日常生活圏域数	1 圏域

庁内実施体制

すこやか健康課

健康推進係	地域包括支援センター
企画・調整 保健事業担当	総合支援事業、 介護予防事業担当

福祉あんしん課

福祉事務所
生活保護、民生児童委員 障がい者福祉

連携



琴浦町健康推進キャラクター
「ドクター55 (07-37-7)」

取組の経緯

- 住民が希望するライフプランを実現するため、健康状態が不安な者や、健康に影響を及ぼす孤立等の課題解消に向けて、地域総ぐるみの健康づくりを実施し、健康づくりが文化として日常生活に根付いた地域づくりを目指すこととした。

チームコトウラの仕組み

- 【支援対象者】○保健指導対象者：かかりつけ医が選定した、保健指導等が必要な者。（糖尿病の血糖コントロール不良者等）
○孤立・貧困者：地域包括支援センター、民生委員、かかりつけ医等からの情報に基づき選定された者。

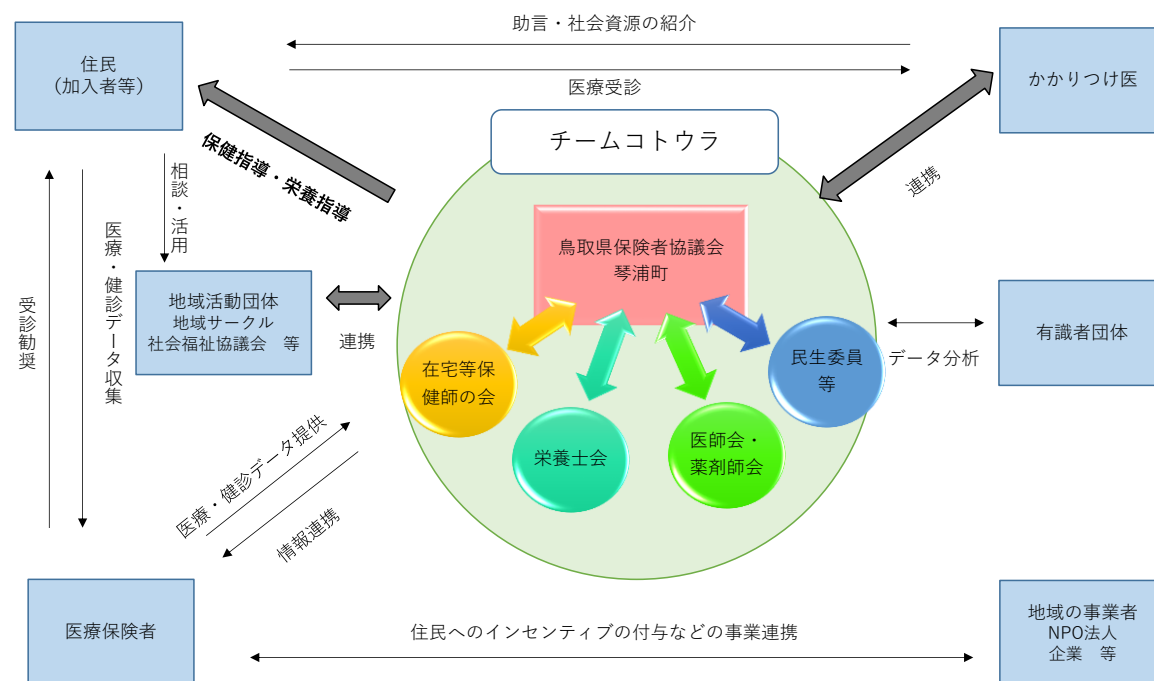
【実施方法】 多様な医療・保健の関係者が参画した チームコトウラ が支援対象者の伴走役として、健康面と社会生活面の課題を解消する。

- ① データ収集：対象者の医療データ、健診データ等を収集する
- ② 課題分析：対象者の現状分析、改善事項、留意事項等を把握
- ③ 方針検討：対象者への対策の優先順位決定、保健指導方針、地域活動誘導方針の決定
- ④ 加入者のデータヘルスプラン作成：対象者のケースマネジメント、タイムスケジュール、連携方法等の決定 ⇒ 実際の支援へ（保健師、管理栄養士等）

人材育成

- 町と鳥取県保険者協議会が連携して町・県及び国保連・協会けんぽの保健師・栄養士、在宅保健師会、社会福祉協議会、民生委員等に「社会的処方」の意義等を理解してもらうための研修会を開催している。研修会修了者は地域をつなぐ人材「リンクワーカー」として活動してもらう。
- 支援にかかわる医療専門職向けに実践形式の研修を実施し、有効な支援方法の共有や、スキル向上ができる機会を設けている。

（鳥取県琴浦町） 参考：チームコトウラ概念図



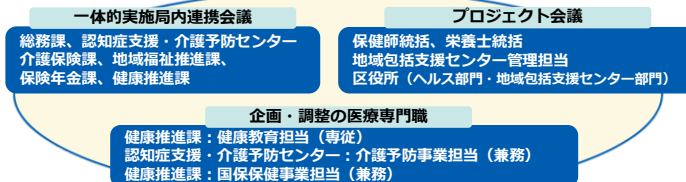
福岡県北九州市

福岡県北九州市 一国保事業と連携させた糖尿病性腎症等重症化予防の取組一

- 国保保健事業で取り組んできた糖尿病性腎症等重症化予防の取組について、後期でも継続し、保健指導の断絶を防いでいる。

市の概況(令和3年3月31日時点)	
人	口 939,961 人
高 齢 化 率	31.0 %
後期被保険者数	151,542 人
日常生活圏域数	24 圏域

実施体制



取組の経緯

- 市の後期高齢者医療制度では、脳血管疾患、虚血性心疾患、腎不全等に係る医療費は高額であることから、国保保健事業で取り組んでいる糖尿病性腎症重症化予防の未治療・治療中断者対策の取組を継続して実施することとした。
- 脳血管疾患が介護給付費に大きく影響し、腎硬化症からの人工透析導入が増えていることから高血圧の課題解決を全市的に取組むこととした。

企画調整等

- 局内課長級による「一体的実施局内連携会議」を定期的に開催。各課で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。
- 連携会議と並行して「プロジェクト会議」を開催し、高血圧対策について具体的な戦略を検討している。

糖尿病性腎症等重症化予防

- 【対象者】** 後期高齢者健診受診者と国保特定健診受診者で、当該年度に75歳到達者のうち、HbA1c、尿たんぱく、e-GFR、高血圧等で受診勧奨値で未治療・治療中断者
- 【実施方法】** 医療専門職による個別訪問
- ・後期高齢者医療健診受診者：地域を担当する医療専門職（保健師・管理栄養士）
 - ・国保特定健診受診者で75歳到達者：区役所ヘルス部門（地区担当保健師・管理栄養士・地域担当看護職員）
- ※地域を担当する医療専門職と地域担当看護職員については、特別調整交付金を活用
- 【アセスメント】** KDBや後期高齢者の質問票により重症化のリスク要因や心身機能（フレイル）の状況等を把握し、優先順位をつけて対応。

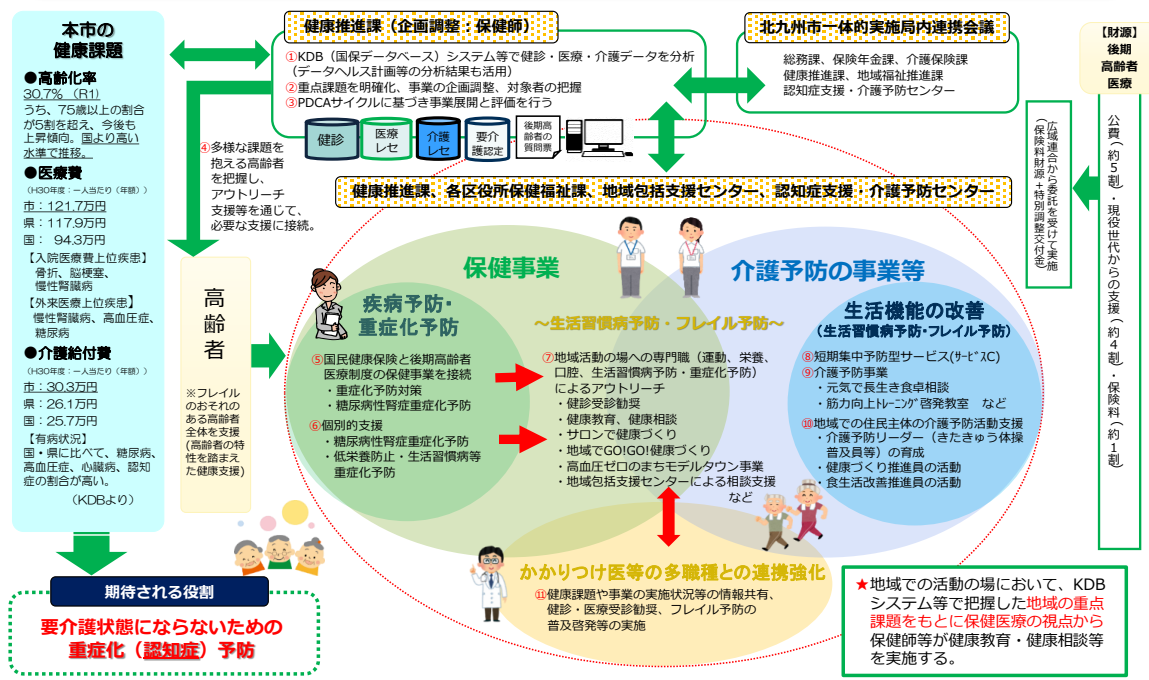
大規模都市での工夫

- 局内で課題共有や方向性の検討、進捗評価をする会議と具体的な戦略を検討する会議を並行して実施し、市全体で横断的に展開している。
- 具体的な戦略を市全体の保健師と栄養士がそれぞれの部署において取り組むことができるよう「重点課題」を作成し、方向性を示している。
- 区のヘルス部門や地域包括支援センター（北九州市直営）がKDB等を活用し、地域（校区）の健康課題を分析し、ハイリスクアプローチや地区組織活動とを連動させ、効果的に高血圧の課題解決を展開している。
- 国保データヘルス計画の成果指標に後期高齢者の新規透析導入者数を追加し課題を可視化している。

（福岡県北九州市）参考：北九州市における実施のイメージ図 ～疾病予防・重症化予防の視点から～

厚生労働省資料一部改変

目指すところは… 健康（幸）寿命の延伸（プラス2歳）・社会保障の安定



(福岡県北九州市)
参考：対象者の把握（健診有所見者）

KDBから対象者を抽出

高血圧		5,259人	
		34.2%	
内訳	I 度	4,095	77.9%
	II 度	974	18.5%
	III 度	190	3.6%

高血糖		856人	
		5.6%	
内訳	7.0～7.9	630	73.6%
	8.0以上	226	26.4%

尿蛋白		1,568人	
		10.2%	
内訳	+	1,077	68.7%
	2+ 以上	491	31.3%

eGFR		1,466人	
		9.5%	
内訳	30-45未満	1,264	86.2%
	30未満	202	13.8%

心房細動		275人	
		2.8%	

未治療・治療中断
(受診勧奨)

II 度高血圧以上

388人

HbA1c8.0以上

20人

臓器障害あり
(治療者含む)

CKD
尿蛋白2+以上またはeGFR30未満

630人

心房細動

275人

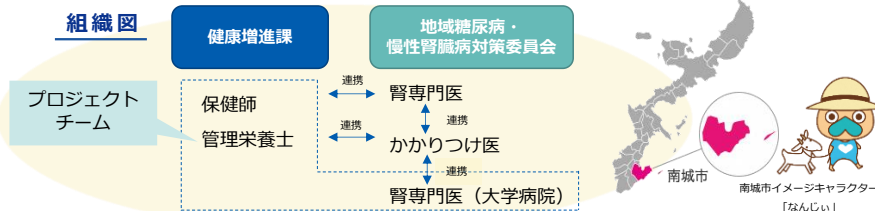
沖縄県南城市

沖縄県南城市 一地域医療連携による慢性腎臓病対策一

- 腎専門医と、市の保健師・管理栄養士がプロジェクトチームを結成し、生活習慣病の未治療者や治療中断者へ適切な医療機関受診のための保健指導を実施する体制を確保。【まめサポゆいまー事業】

市の概況(令和3年3月31日時点)	
人 口	45,045 人
高 齢 化 率	25.6 %
後期被保険者数	5,353 人
日常生活圏域数	4 圏域

組織図



取組の経緯

- 南城市の国保医療費分析の結果、人工透析にかかる医療費割合が県内11市のなかでも2番目に高く、国の1.5倍と圧倒的に大きく、県下でもワーストであった。そこで、保険者の役割が重要であると考え、腎専門医と市の保健師・管理栄養士でチームを組み、保健指導をシステム化することとなった。

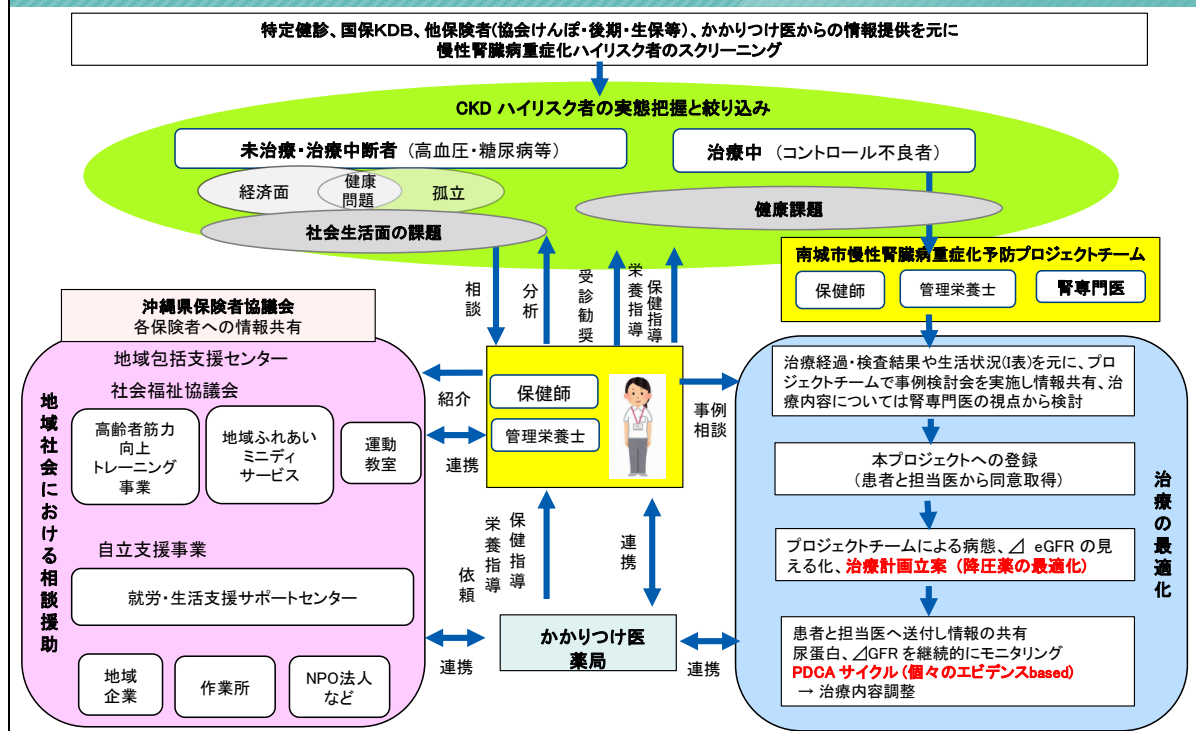
まめサポゆいまーの仕組み

- 【支援対象者】慢性腎臓病のハイリスク者（ Δ eGFRや蛋白尿のデータ等から腎障害の進展速度が速く末期腎不全に至るリスクが高い者優先）
高血圧・糖尿病等の生活習慣病未治療者や治療中断者、糖尿病治療中のコントロール不良者（加入保険種別問わず、全世代型）
（健診結果等からの抽出、協会けんぽ等他保険者からの紹介、かかりつけ医、かかりつけ薬局からの紹介等）
- 【実施方法】市の保健師・管理栄養士による継続した受診勧奨・保健指導・栄養指導
- 【連携内容】
- 対象者の治療経過・検査結果や生活状況を元に、プロジェクトチームで事例検討会を実施し情報共有を行う。（治療内容については腎専門医の視点から検討）
 - プロジェクトチームで病態や検査値の変動を見る化し、必要に応じてかかりつけ医と連携し、治療内容の調整を行う。
 - 対象者に社会生活面の課題（就労、地域参加状況、経済面、家族関係等）があれば、各サービス等（地域包括支援センター、介護予防事業、自立支援事業等）につなぐ。

特徴

- 腎専門医と市の保健師・管理栄養士で構成される「慢性腎臓病重症化予防プロジェクトチーム」で対象者の治療経過や検査結果等をモニタリングし、治療計画を立案。対象者のかかりつけ医と連携しながら治療の最適化を図っている。
- 対象者について、社会生活面の課題があれば、地域社会で行われている各種相談援助へつなぎ、他職種との連携と情報共有を行っている。

（沖縄県南城市） 参考：まめサポゆいまー事業体制図



高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン補足版検討有識者会議

<構成員>

樺山 舞	大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻 教授
唐川 祐一	愛知県後期高齢者医療広域連合給付課 保険事業グループ グループリーダー
澤辺 誠	奈良県生駒市福祉健康部地域包括ケア推進課 予防推進係長
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	女子栄養大学 特任教授

(五十音順、敬称略)

(役職名は 2022 年 2 月時点)