

高齢者の保健事業のあり方検討ワーキンググループ(第8回)	
令和元年9月 18 日(水)	資料2

**高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の
推進に向けたプログラム検討のための実務者検討班
報告書（案）**

令和元年〇月

**高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の推進に向けた
プログラム検討のための実務者検討班**

目 次

第 1. はじめに	1
第 2. 本報告書の趣旨	3
第 3. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施について	5
第 4. 各自治体における体制の整備等について	7
1 後期高齢者医療広域連合における体制の整備について	7
(1) 保険者としての役割	7
(2) 広域計画の見直し	8
(3) データヘルス計画の中間評価・見直しにあわせた事業の棚卸し	8
(4) 委託先市町村に対する支援	8
2 市町村における体制の整備について	10
(1) 市町村内の庁内連携に向けた体制整備について	10
(2) 一体的な実施に係る基本的な方針について	12
(3) 関係団体等との連携について	12
3 都道府県による支援について	14
4 国保中央会・国保連合会による支援について	16
5 個人情報の取り扱いについて	17
(1) 広域連合と市町村の間での情報の授受	17
(2) 市町村から関係機関等に委託する場合の留意事項	17
(3) ボランティア参加者への情報提供に関する留意事項	18
(4) 関係機関等から他の関係機関等への事業の再委託に関する留意事項	19
第 5. 「後期高齢者の質問票」について	20
1 後期高齢者の質問票が用いられる状況等の整理と方針	21
2 後期高齢者の質問票の利活用方法	21
3 後期高齢者の質問票の役割について	21
4 質問項目の考え方	22
5 質問票の活用場面について	22
6 質問票を用いた支援について	22
(1) 高齢者一人ひとりの医療・介護等の情報を一括把握するとともに、必要な支援に繋ぐ	23

(2) 地域の健康課題を整理・分析.....	23
第 6. 具体的な取組のイメージについて	24
1 医療専門職の配置.....	24
2 通いの場等において医療専門職が関わる意義.....	25
(1) 通いの場等における医療専門職の取組.....	25
(2) 通いの場等において医療専門職が関わる際の留意点	26
3 国保データベース（K D B）システム等による分析・地域の健康課題の整理・分析	27
4 対象者の抽出	30
5 具体的な事業実施	30
(1) 健康状態不明者の状況把握	31
(2) 健康課題がある人への（アウトリーチ）支援	33
(3) 元気高齢者等に対するフレイル予防等についての意識付け	36
6 事業を効果的に進めるための取組	38
7 地域の医療関係団体等との連携	39
8 高齢者の社会参加の推進.....	40
9 国保保健事業と高齢者保健事業との接続	40
10 事業の評価	41
別添 1 K D Bシステムによる地域の健康課題把握の例.....	42
別添 2 モデル事業を参考にしたプログラム例.....	44
高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の推進に向けたプログラム検討のための実務者検討班 開催状況	59
高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の推進に向けたプログラム検討のための実務者検討班 構成員	60
別紙 1 後期高齢者の質問票の解説と留意事項	
別紙 2 高齢者の保健事業と介護予防等との一体的な実施を推進するため広域連合の財源で市町 村が実施する事業等	

第1. はじめに

人生 100 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せる社会としていくため、高齢者一人ひとりに対して、きめ細かな保健事業と介護予防を実施することは大変重要である。

高齢者については、複数の慢性疾患の罹患に加え、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・心理的な脆弱性や社会的な脆弱性といった多様な課題と不安を抱えやすく、いわゆるフレイル状態になりやすい傾向にある。そこで、高齢者の保健事業と介護予防の実施に当たっては、身体的、精神的及び社会的な特性（フレイル等）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。

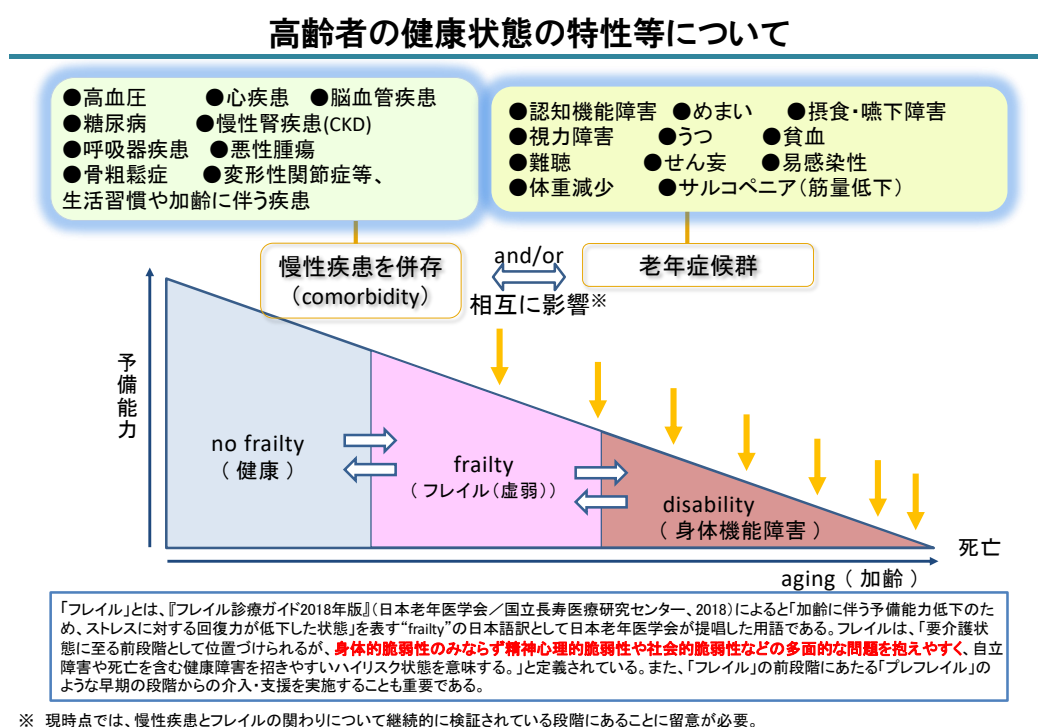


図 1 高齢者の健康状態の特性等について

このような状況から、厚生労働省は、平成 30 年 9 月から「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に関する有識者会議」を開催し、同年 12 月に、高齢者の特性に応じて保健事業と介護予防の取組を効果的かつ効率的に提供していくための体制や取組等について、報告書（以下「有識者会議報告書」という。）を取りまとめた。

有識者会議報告書の内容をもとに、市町村が中心となって高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施を推進するための体制の整備等に関する規定を盛り込んだ「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案」

が平成 31 年 2 月 15 日に閣議決定され、国会における審議を経て令和元年 5 月 15 日に可決・成立し、同月 22 日に改正法として公布された。

また、先般閣議決定された経済財政運営と改革の基本方針 2019（令和元年 6 月 21 日閣議決定）においても、「高齢者一人一人に対し、フレイル等の心身の多様な課題に対応したきめ細やかな保健事業を行うため、運動、口腔、栄養、社会参加等の観点から市町村における保健事業と介護予防の一体的な実施を推進する。」とされた。

有識者会議報告書では、一体的な実施を広く展開するためには、その方向性や、どのようなメニューを実施することが効果的な取組として考えられるのか等について、国が具体的に提示する必要があるとされた。

これを踏まえ、令和元年 5 月に「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の推進に向けたプログラム検討のための実務者検討班（以下、「一体的実施の推進に向けたプログラム検討のための実務者検討班」）」が立ち上げられ、市町村等が保健事業と介護予防の一体的な実施に円滑に取り組むことができるように議論が重ねられてきた。

本報告書は、一体的実施の推進に向けたプログラム検討のための実務者検討班の議論を踏まえ、令和 2 年 4 月から市町村等が、保健事業と介護予防の一体的な実施を本格的に行えるよう、先行的な事例等も踏まえて、取組のポイント等を取りまとめたものである。

第2. 本報告書の趣旨

我が国の医療保険制度においては、75歳に到達すると、それまで加入していた国民健康保険制度等から、後期高齢者医療制度の被保険者に異動することになっている。この結果、保健事業の実施主体についても市町村等から後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）に移ることとなり、74歳までの国民健康保険制度の保健事業（以下「国民健康保険保健事業」という。）と75歳以降の後期高齢者医療制度の保健事業（以下「高齢者保健事業」という。）が、これまで適切に継続されてこなかったといった課題が見られる。広域連合の中には、市町村に高齢者保健事業の委託等を行うことで重症化予防等の取組を行っている事例も見られるが、多くの場合、健康診査（以下「健診」という。）のみの実施となっている状況であった。

また、高齢者は複数の慢性疾患に加え、認知機能や社会的な繋がりが低下するといったいわゆるフレイル状態になりやすい等、疾病予防と生活機能維持の両面にわたるニーズを有している。しかしながら、高齢者保健事業は広域連合が主体となって実施し、介護予防の取組は市町村が主体となって実施しているため、健康状況や生活機能の課題に一体的に対応できていないという課題もあった。

保健事業と介護予防の現状と課題（イメージ）

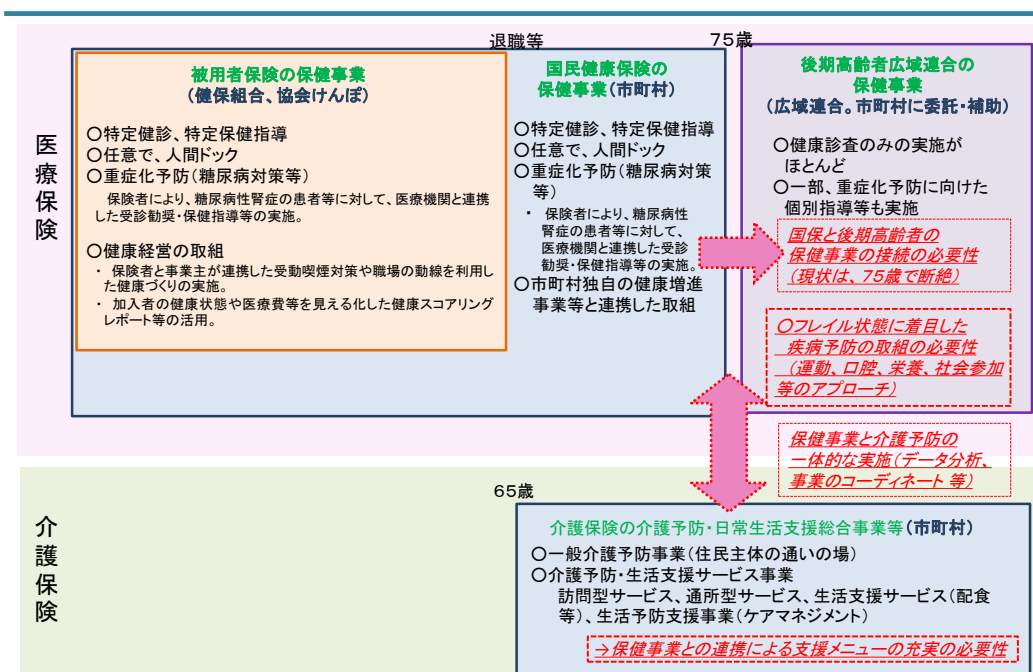


図2 保健事業と介護予防の現状と課題（イメージ）

このような課題について、市町村は、市民に身近な立場からきめ細やかな住民サービスを提供することができ、介護保険や国民健康保険の保険者であるため保健事業や

介護予防についてもノウハウを有していること等から、高齢者の心身の特性に応じてきめ細かな保健事業を進めるため、個々の事業については、図 3 に示すように市町村が実施できるように法整備を行った。

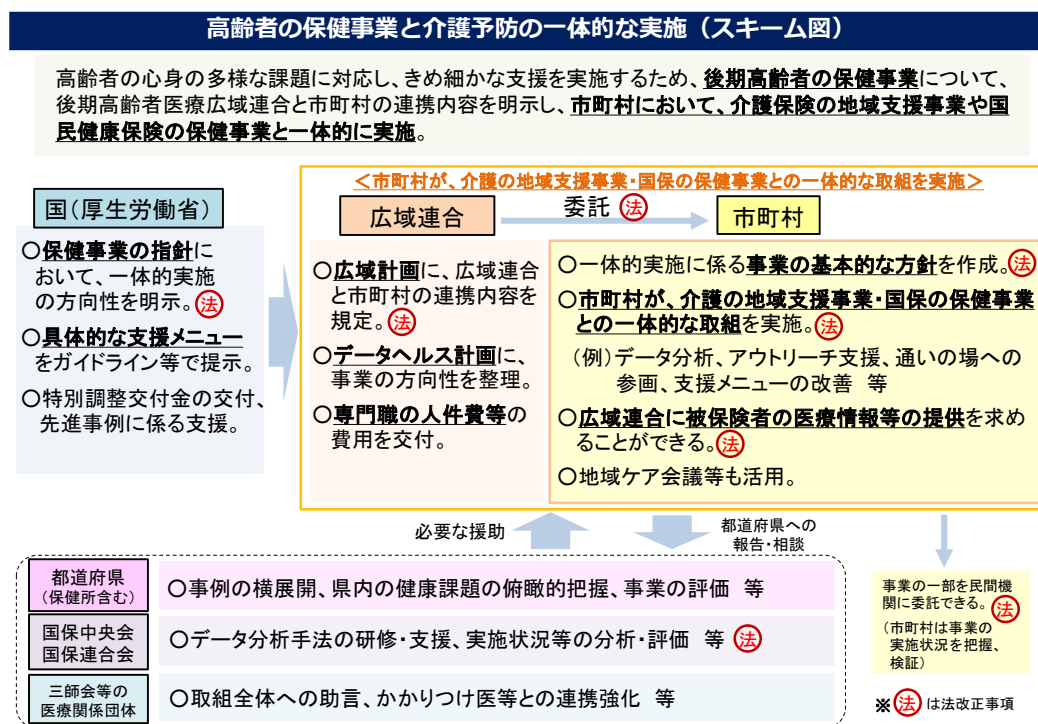


図 3 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施（スキーム図）

高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施については、図 3 に示すスキームのとおり、広域連合から市町村に委託することによって実施されることを想定している。

本報告書の趣旨は、上記のように保健事業の委託を受けた市町村が取り組むこととなるデータ分析、アウトリーチ支援、通いの場等への関与等の取組について、その体制整備や取組方法等について具体的に示し、効果的・効率的な実施を促すものである。

なお、保健事業の実施に当たっては、広域連合が直接実施することもあるが、このような場合にあっても、地域の実情に応じた効果的な事業展開に向けて本報告書は参考になるものである。

第3. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施について

市町村が保健事業と介護予防の一体的な実施のイメージとして、有識者会議では、

図 4 に示す内容が提案された。

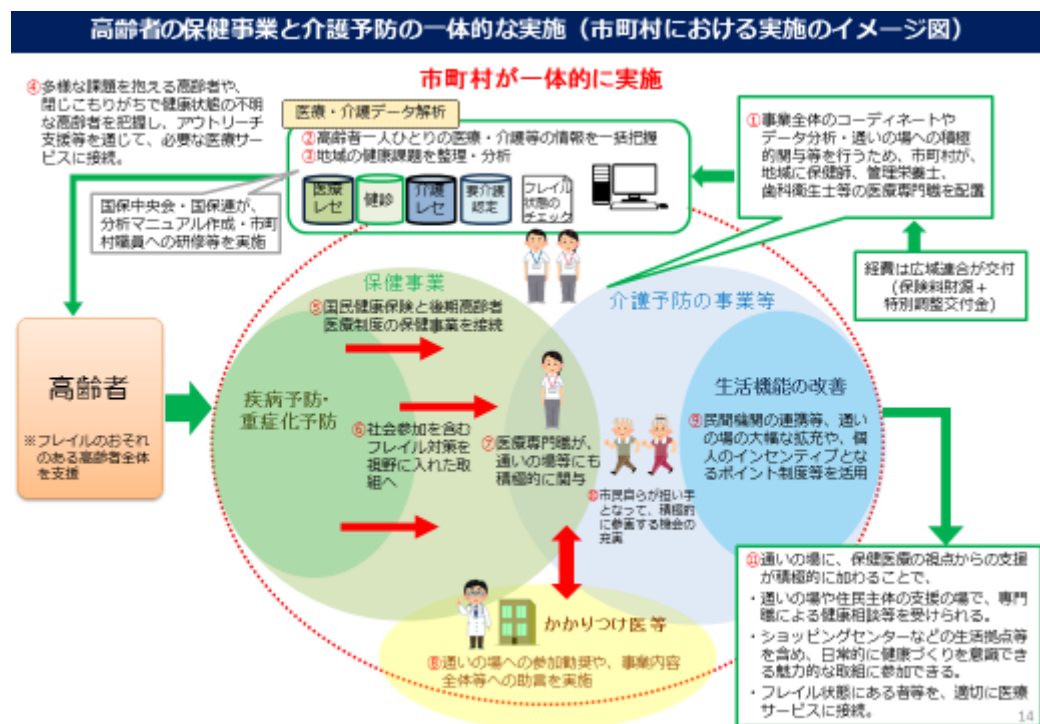


図 4 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施（市町村における事業実施のイメージ図）

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

このような一体的な実施を推進するためには、地域の医療関係団体から具体的なメニューや事業全体に対する助言や指導を得るとともに、かかりつけ医やかかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師のいる薬局等からも高齢者の状況に応じて通いの場等への参加勧奨を行うよう協力を依頼する。

通いの場等に保健医療の支援が加わり、社会参加を含むフレイル対策を視野に入れた取組を実践することにより、高齢者は地域の日常的な生活拠点などで、医療専門職

による健康相談等を受けられるようになる。

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

第4. 各自治体における体制の整備等について

高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の推進に当たっては、図5に示す関係者が連携し、体制整備がなされることが望まれる。

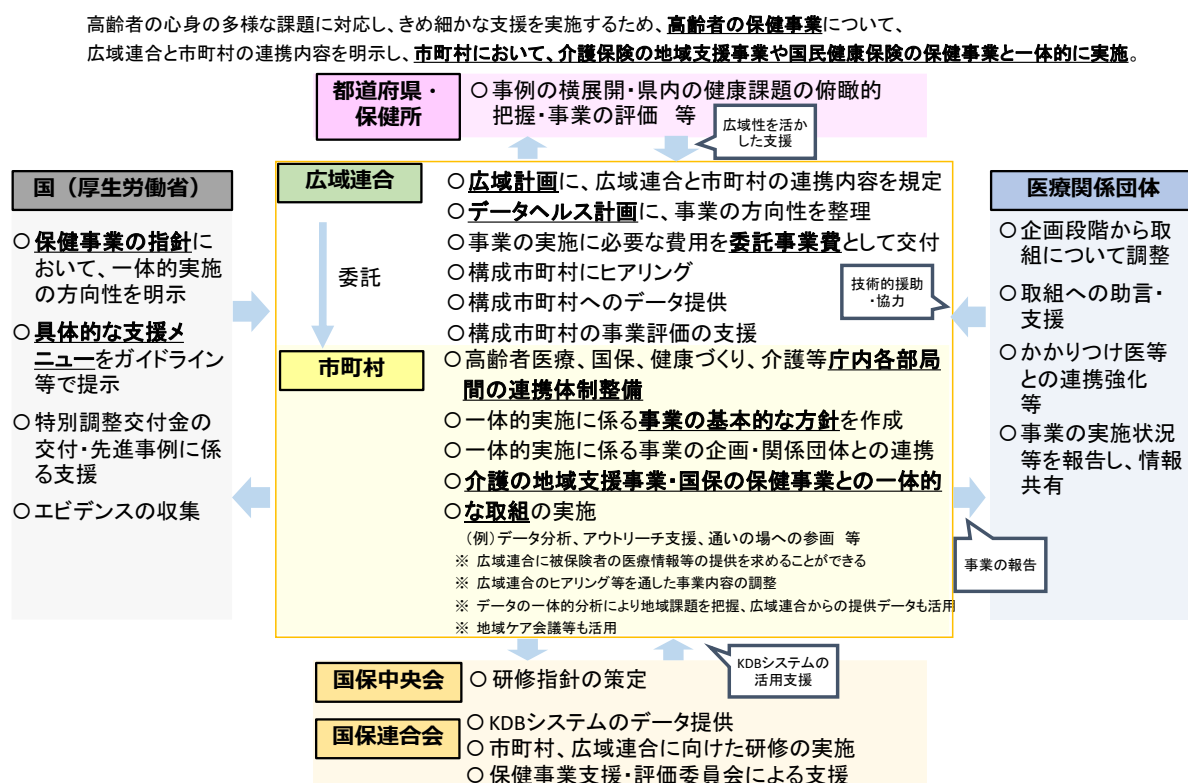


図5 関係機関の連携（イメージ）

1 後期高齢者医療広域連合における体制の整備について

(1) 保険者としての役割

広域連合においては、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施を効果的かつ効率的に進めるため、後期高齢者医療の保険者として域内の高齢者保健事業の方針や連携内容を明確にした上で、その方針等に基づき構成市町村に保健事業の実施を委託し、介護予防の取組等との一体的な実施を進めることが求められる。このため、広域連合においては、構成市町村と十分協議し、地方自治法（昭和22年法律第67号）の規定による広域計画に、広域連合と市町村との連携内容に関する事項を定めるとともに、保険者として、事業の委託等に必要な財源を確保することが求められる。

また、広域連合は、保険者としての責務を果たすため、市町村に対し事業委託をする場合でも、事業がPDCAサイクルにそって進捗するよう事業実施主体として、現状分析や体制整備、事業評価等において、市町村を後方支援することが必要である。

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

(2) 広域計画の見直し

広域計画において、連携内容に関する事項を盛り込むことは努力義務とされているが、令和2年度から一体的実施が本格施行となること等を踏まえると、構成市町村との十分な協議を経て、令和2年4月から、当該規定を盛り込んだ広域計画が施行されるよう準備を進めることが望ましい。なお、高齢者の医療の確保に関する法律第125条の2第1項等の規定に基づき広域連合と市町村の間で被保険者の医療・介護・健診情報等の授受を行う際には、広域計画に基づく市町村への保健事業の委託等が要件となっていることにも留意する必要がある。

現状、広域計画には市町村との連携を図る内容として保健事業が盛り込まれているが、市町村との役割分担等に関する記載状況は広域連合ごとに異なっている。一体的実施を見据えて、市町村との役割分担について明記することが求められる。

(3) データヘルス計画の中間評価・見直しにあわせた事業の棚卸し

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

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

(4) 委託先市町村に対する支援

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

具体的には、市町村の関係部局と直接対話する機会を設け、高齢者の保健事業と介

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

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

<事例：市町村訪問インタビューによる後方支援体制の構築（群馬県後期高齢者医療広域連合）>

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

<事例：有識者による助言の機会の提供と研修会の開催（滋賀県後期高齢者医療広域連合）>

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

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

<事例：在宅保健師等による重症化予防訪問の実施（福岡県後期高齢者医療広域連合）>

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

<事例：新潟市と連携した保健事業の実施（新潟県後期高齢者医療広域連合）>

新潟県後期高齢者医療広域連合では、データヘルス計画策定の過程で明らかとなった要介護認定者に多く見られる低栄養・服薬等の健康課題に対応するために、新潟市の地域包括ケア推進課と共同事業の協定を締結し、栄養士会と協力して訪問栄養指導、薬剤師会と連携して訪問服薬指導を実施し

ています。新潟市には対象者への案内や問い合わせに協力をしてもらいました。両事業においては、事前に医師会にも相談しており、医師会の協力のもと事業を進めています。また、歯科医師会と連携して、訪問歯科健診事業も実施しています。

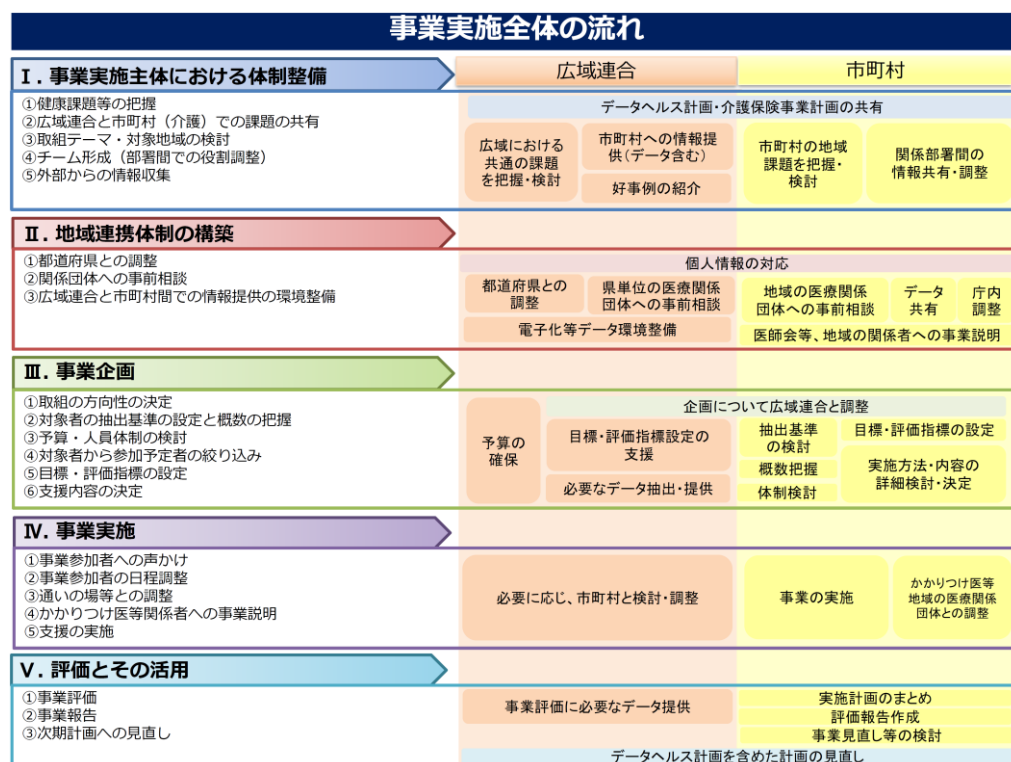


図 6 高齢者保健事業に係る事業実施全体の流れ

2 市町村における体制の整備について

(1) 市町村内の庁内連携に向けた体制整備について

ア 全庁的な検討体制の確立と主担当部局の決定

高齢者保健事業を市町村が受託し、介護予防の取組等と一体的に実施することは、地域全体で高齢者を支えることになり、地域づくり・まちづくりにつながる。そのため、首長等の幹部に対しても、一体的実施の必要性について丁寧に説明を行ったうえで理解を得ること等が重要であり、全庁的な検討体制を確立することが望ましい。

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

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

市町村の状況や取り組む課題等によって、後期高齢者医療制度や国民健康保険の担当部局が中心となる場合や、健康づくりの担当部局が中心となる場合、介護保険の担当部局が中心となる場合等、様々な枠組みが考えられるが、いずれにせよ、部局ごとに本事業の検討を進めるのではなく、庁内各部局間の連携を円滑に進めることが重要である。

また、部局横断的に対応するには、各部局が一体的実施の目的を共有し、各事業の位置づけを話し合い、業務の優先順位を明確にしながらやり方を決めていく過程が不可欠である。そのうえで、各部局が策定している計画（健康増進計画やデータヘルス計画、食育推進計画、介護保険事業計画等）にフレイル予防や一体的実施に関する内容を盛り込むだけでなく、市町村の総合計画にも盛り込む等、「地域づくり・まちづくり」の視点をもって取り組んでいくことが重要である。

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

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

＜事例：全庁一丸となつての一体実施に向けた組織づくり（千葉県船橋市）＞

千葉県船橋市では、地域包括ケアシステム構築の一環として、介護予防・疾病予防、健康づくりを一体的に実施するために、地域包括ケア推進本部を立ち上げ、本部長は副市長、本部員は、健康福祉局長、建設局長、病院局長並びに所管部長が就いて、市としての方針を決め、具体的事業計画の検討や進捗管理については、予防事業の一元化を図るために改組された健康づくり課が担当しています。実務を担う健康づくり課は、特定健診・がん検診係、予防接種係、特定保健指導係、介護予防推進係の4係があり、介護予防・疾病予防、健康づくりを一体的に実施する体制が整備されています。

イ 広域連合・都道府県・他市町村との調整

各市町村においては、これまで実施してきた保健事業の内容等を踏まえ、関係各部局における既存の社会資源や行政資源等を勘案し、具体的な地域の課題はどの

ようなものが挙げられるのか、どのような取組を進めていくのか、どのような医療専門職が必要となるのかなどを検討する必要がある。

そのうえで、市町村は人材確保の方策や医師会等地域の医療関係団体等との調整について、広域連合、都道府県や保健所等との具体的な調整を進める必要がある。特に、市町村が広域連合から委託を受けて事業を実施する際には、広域連合と市町村の間で十分な話し合いが必要である。

また、各市町村の社会資源や行政資源等を整理していく中で、複数の市町村が連携・協力して、地域内の社会資源等を活用しながら、一体的な実施を進めることで効果的かつ効率的な事業展開に繋がる場合も考えられることから、周囲の市町村と連携して検討を進めることも考えられる。

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

(2) 一体的な実施に係る基本的な方針について

市町村は、法第 125 条の 2 第 1 項の規定により、広域連合の広域計画に基づき高齢者保健事業の委託を受けた場合において、当該広域連合の被保険者に対する保健事業の効果的かつ効率的な実施を図る観点から、国民健康保険保健事業や地域支援事業等との一体的な実施の在り方を含む基本的な方針を定めるものとされている。

この基本的な方針においては、市町村が実施する保健事業や地域支援事業等の一体的実施に関する具体的な事業内容や個人情報の取扱い等を記載することになるが、庁内関係部局との連携を図り策定することが必要である。

基本方針に盛り込むべき事項としては、一体的実施の推進体制、具体的な事業内容とその担当部局、関係部局における医療・健診・介護に関する個人情報の閲覧の仕方等が挙げられる。特に各種個人情報は、担当部局以外は閲覧することができない機微な情報であるが、一体的実施においては欠かせない情報であるため、今般法改正が行われ、庁内の関係部局は医療、健診、介護等に関する情報を一体的に閲覧できるようになったところである。この点も踏まえ、複数部局での情報が連携・共有できるよう、個人情報保護にも配慮しながら市町村内でのデータの適切な取扱い等について明確に定めることが求められる。

(3) 関係団体等との連携について

一体的な実施の展開に当たっては、医師会をはじめとする地域の医療関係団体の協力が不可欠であり、事業の企画の段階から三師会（医師会、歯科医師会、薬剤師会をい

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

特に、対象者の抽出基準やかかりつけ医等との情報共有の方法等については、事業実施に先立って地域の関係団体等と十分な調整のうえ、決定することが重要である。さらに、事業の実施後においても今後の事業展開につなげるため、地域の関係団体に対し事業の実施状況等の報告を行い、情報共有していくことも重要である。

<事例：地域の医師会・歯科医師会も巻き込んだ検討会議での検討（長野県佐久市）>

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

<事例：TAMAフレイル予防プロジェクト検討チームの組成（東京都多摩市）>

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

<事例：かかりつけ医との間での「健康相談連絡票」（神奈川県大和市）>

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

また、市町村が必要な数の医療専門職を十分確保することが困難なケースも想定されることから、三師会等の医療関係団体をはじめ、地域の医療専門職と連携し、業務の一部を委託することも考えられる。この場合も、取り扱いのルールを明記する等により個人情報保護に十分留意しつつ、医療・介護情報等が必要に応じて共有され、効果的な保健事業が実施されるよう、市町村が中心となって事業の実施状況を把握、検証できる枠組みとすることが求められる。

なお、改正法により、市町村は、保健事業の一部を関係機関又は関係団体に委託で

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

＜事例：栄養士会への事業委託（神奈川県大和市）＞

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

＜事例：社会福祉協議会への一部事業委託（宮崎県美郷町）＞

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

＜事例：薬剤師会との連携事業（北海道北見市）＞

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

また、介護保険法により設置されている地域ケア会議については、地域包括ケアシステムの構築に向けて、多職種の協働による地域支援ネットワーク等の構築を図ってきていることから、今回の一体的な実施においても、こうした場を積極的に活用していくことが望ましい。

特に高齢者保健事業は、介護予防との重なりあう部分もあるため、地域包括支援センター等の関係機関との連携が重要である。個別の訪問の結果、明らかになった課題の共有や個別事例で対応が必要なケースについての検討等を行うことも考えられる。

3 都道府県による支援について

都道府県については、都道府県内の健康課題を俯瞰的に把握できる立場であり、法

においては、「後期高齢者医療広域連合及び市町村に対し、後期高齢者医療制度の運営が健全かつ円滑に行われるように、必要な助言及び適切な援助をするものとする」との規定が設けられている。これを踏まえ、広域連合や市町村における一体的な実施の取組が着実に進むよう、都道府県内においても関係部局が連携して、広域連合や市町村の要望把握を行い、専門的見地等からの支援や本事業に係る好事例の横展開を進める。また、広域連合や国保連合会とともに事業の取組結果に対する評価や効果的な取組の分析等を行うことは、都道府県内での事業推進のうえで重要である。あわせて、首長をはじめとした市町村幹部の理解が推進されるよう、都道府県は自ら主催するトップセミナーのような場で、保健事業と介護予防の一体的実施について取り上げ、地域全体で取り組んでいくことが望ましい。

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

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

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

例えば、一体的な実施の円滑な推進を支援するため、都道府県から、都道府県単位の三師会等の医療関係団体等に対して、広域連合や市町村が実施する保健事業への技術的な援助や市町村から医療専門職への派遣要請があった場合の協力等を依頼することとも考えられる。複数の市町村にまたがって生じている課題等、市町村単位を越えて広域での対応が望ましい場合に、都道府県により設置された保健所等が積極的な支援を行うことも重要である。

さらに、都道府県内でフレイル予防等についての意識の醸成を図るためには、商工

会議所等をはじめとした関係団体の協力も望まれる。そのような団体への協力を求める際には、広域的な会議等を開催している都道府県が主体となって依頼を行うことが求められる。

都道府県・保健所は一体的実施に取り組む医療専門職に対して、データ分析や事業企画立案に対する支援を行うことも必要である。KDBシステムの分析を市町村単独で実施することが難しいこともあるため、そのような場合には国保連合会と協力しながら都道府県あるいは広域連合等で、データを分析し、市町村に提供することが効率的である。

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

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

<事例：3課協働による「フレイル予防総合推進事業」（長野県）>

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

<事例：県外郭団体とも連携した事業展開（静岡県）>

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

4 国保中央会・国保連合会による支援について

国保中央会及び国保連合会は、国保・後期高齢者医療・健診・介護のデータを集積したKDBシステムを運用しており、保険者に対し、その活用支援を行っている。KDBシステムで作成される市町村単位の集計は、全国値や同規模保険者と比較しての分析が可能であるため、市町村にデータを提供すると同時に、市町村等においてのKDBシステム活用に向け、帳票の読み取り方や操作方法についての研修を行い、使用を動機づけることが必要である。KDBシステムに習熟すると、帳票の二次加工等によ

り、詳細な分析も可能となる。国保中央会・国保連合会は保健事業に携わる者が必要な分析や評価を実施できるよう、活用方法に関する研修を随時開催していくことが求められている。

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

5 個人情報の取り扱いについて

(1) 広域連合と市町村の間での情報の授受

広域計画に基づき一体的実施の事業委託を受けている等の要件を満たす市町村と、広域連合は、法の規定により、効果的かつ効率的な保健事業を実施するために必要となる被保険者の医療・介護・健診等の情報の提供を求めることができるようになり、求められた場合には提供しなければならない。対象となる情報は、KDBシステムに掲載されている被保険者の医療・介護・健診等の情報であって、KDBシステム内で各自治体が把握できるものとする方針である。（今後、所要の手続きを経て、令和元年内に厚生労働省令において定めることとしている。）

共有する個人情報の取り扱いについて、担当者に対する周知徹底等を含め、各自治体は、個人情報保護条例等を遵守し、厳正な管理を行う必要がある。また、(2)に挙げる事項に留意し、広域連合と構成市町村において取り扱いに齟齬をきたすことのないようにする必要がある。

なお、広域連合から市町村への事業の委託に当たっては、市町村における個人情報保護に係る具体的な措置や情報セキュリティ対策を確認する必要がある。

(2) 市町村から関係機関等に委託する場合の留意事項

一体的実施等の保健事業の事業委託を受けた市町村は、当該事業を適切かつ確実に実施できると認められる関係機関又は関係団体に委託することができ、この場合、事業の実施に必要な範囲内において被保険者の医療・介護・健診等の情報を提供することができる。

ただし、当該市町村は、委託を受けた関係機関等が個人情報を適切に管理し、適正な目的で使用していることを監督する責任を負う。また、これらの関係機関等に対して、委託した事業を実施するために必要な範囲を超えた個人情報の提供は認められない。加えて、委託を受けた関係機関等には、法令上、秘密保持義務が課されるとともに、漏洩した場合には罰則が科されること等が新たに規定された。市町村から関係機関等に対しては、適切な事業運営が行われるよう要請する必要がある。

【委託先関係機関等における個人情報の適正な管理例】

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

(i) 委託元である市町村等へのデータ提供依頼時

- ・ データの利用目的や利用する従業者氏名等の情報を市町村等に提出させる。

(ii) 個人情報を含むデータの保管

- ・ 個人情報の取扱に係る責任者、作業場所、保管場所等について市町村等に提出させる。
- ・ 個人情報を含むデータのファイルにパスワードをかけるとともに、電子媒体を送付する場合には予め暗号化を行う。
- ・ 個人情報を含むデータは、インターネットに接続されている環境に保存しない。

(iii) 従事者に対する教育及び監督の実施

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

(iv) 市町村等への随時の報告

- ・ 市町村等の求めに応じ、書面等により定期的にデータの管理状況等について報告させる。
- ・ 事故発生時の対応マニュアルを整備し、事故が発生したときは、速やかに市町村等に報告させ、その指示に従うとともに、事故又は被害の拡大を防止するよう努める。

(v) データの消去

- ・ 個人情報を含むデータを消去する場合は、電磁的記録媒体に強磁気をかけて内部のデータを破壊する、電磁的記録媒体をシュレッダーにかける等の方法により、当該データが記録された電磁的記録媒体の物理的な破壊その他当該データを判読不可能とするのに必要な措置を講じさせる。
- ・ 廃棄した個人情報の内容、廃棄方法、廃棄日等の情報を市町村等に提出させる。作業処理上やむなく発生した複写物又は複製物についても同様とする。

(3) ボランティア参加者への情報提供に関する留意事項

一体的実施を推進するにあたり、ボランティア参加者が、通いの場における保健事業や健康教室等の運営補助として事業展開に関わることが想定される。その際、事業に参加した高齢者の情報を高齢者本人から取得することも考えられる。こうしたこと自体は差し支えないが、知り得た情報をみだりに口外することのないよう、市町村は、

ボランティア参加者に個人情報保護の観点から配慮を求めていく必要がある。

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

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

(4) 関係機関等から他の関係機関等への事業の再委託に関する留意事項

市町村等は、事業を適切かつ確実に実施することができる関係機関に事業を委託し、当該機関が個人情報を適切に管理し、適正な目的で使用していることを監督する責任を負う。委託した関係機関等から他の関係機関等への再委託については認めないものとするのが望ましい。

第5. 「後期高齢者の質問票」について

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

これを踏まえ、今般、「高齢者の保健事業のあり方検討ワーキンググループ」において検討を重ね、フレイル等の高齢者の特性を把握するための新たな質問票として表1の「後期高齢者の質問票」を策定した。

表1 「後期高齢者の質問票」の内容について

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

1 後期高齢者の質問票が用いられる状況等の整理と方針

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

2 後期高齢者の質問票の利活用方法

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

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

3 後期高齢者の質問票の役割について

後期高齢者の質問票の役割としては、以下の5点を挙げることができる。

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

P D C A サイクルによる保健事業に資する。

4 質問項目の考え方

フレイル等高齢者の特性を踏まえ健康状態を総合的に把握するという目的から、(1)健康状態、(2)心の健康状態、(3)食習慣、(4)口腔機能、(5)体重変化、(6)運動・転倒、(7)認知機能、(8)喫煙、(9)社会参加、(10)ソーシャルサポートの 10 類型に整理した。また高齢者の負担等を考慮し、できるだけ簡便に回答を得られるように質問項目数は 15 項目として構成した。

5 質問票の活用場面について

本質問票は、健診の際に活用されることを想定しているが、市町村の介護予防・日常生活支援総合事業における通いの場やかかりつけ医の医療機関等、様々な場面で健康状態の評価が実施されることも期待される。

① “健診”の場で実施する

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

② “通いの場（地域サロン等）”で実施する

⇒通いの場等に参加する高齢者に対して本質問票を用いた健康状態の評価を実施する。

③ “かかりつけ医等（医療機関）”の受診の際に実施する

⇒医療機関を受診した高齢者に対して、本質問票を用いた健康評価を実施する。

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

6 質問票を用いた支援について

¹ 令和元年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学特別研究）「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施推進のための後期高齢者の質問票活用に向けた研究（研究代表者 津下一代）」の成果の一部を参考にして作成された。

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

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

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

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

(2) 地域の健康課題を整理・分析

本質問票の回答結果は、令和2年度からKDBシステムに収載される。KDBシステムを活用することで、保険者単位よりも細分化された地区別分析、都道府県単位の集計・同規模保険者単位の集計・全国集計との比較、経年変化、性・年齢別の分析等、様々な角度からの分析が可能となり、地域における健康課題を整理・分析することができる。

第6. 具体的な取組のイメージについて

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

なお、各自治体等における具体的な取組事例は、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の推進に向けたプログラム検討のための実務者検討班」会議資料²も参照いただきたい。

1 医療専門職の配置

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

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

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

また、高齢者に対する個別支援や通いの場等への関与等を行う人材については、庁内の既存人材だけではなく、雇上げや委託による外部人材を活用することも考えられる。その場合も、日常生活圏域単位で配置され、疾病予防・介護予防・地域包括ケアに精通し、高齢者の健康状態をトータルに、また多面的にとらえて適切なアセスメントができ、かかりつけ医をはじめとした各専門的見地を有する専門職と適宜連携ができ

² https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-hoken_553056_00013.html

る広い視野を持った人材であることが望ましい。

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

2 通いの場等において医療専門職が関わる意義

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

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

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

(1) 通いの場等における医療専門職の取組

ア 通いの場等における計画的な取組の実施

年間を通じて継続的な支援が実施出来るよう、一体的実施事業のコーディネート役の専門職と相談のうえ、支援箇所数や回数、内容について年間計画を立て計画的に取組を実施する。

イ 通いの場等を活用したフレイル予防の普及・促進

フレイル予防をはじめとした高齢者の健康づくりに関する啓発活動等を実施する。具体的には、加齢に伴うフレイルの特徴やフレイルが予防可能であることを説明し、予防の方法として栄養、口腔、運動、社会参加等に関する集団教育を実施する。

<事例：フレイル予防啓発活動の展開（千葉県柏市）>

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

<事例：フレイルサポーターによるフレイル対策（東京都西東京市）>

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

ウ 通いの場等を活用した健康教育・相談等の実施

健康教育・健康相談を実施する。具体的には、高齢者の健康に関する不安等について気軽に相談できる場所として位置づける。

エ 通いの場等を活用した健康状態等の把握

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

オ KDBシステムの情報を活用した必要なサービスへの紹介

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

(2) 通いの場等において医療専門職が関わる際の留意点

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

運営をしている住民の希望も聞きながら、医療専門職がどのように関わるか（頻度や具体的内容）を明らかにした上で、住民の活動に寄りそう意識をもって関与することが必要である。ただし、通いの場は住民皆が楽しく参加するための場として設けられているため、医療専門職が関与しても、気兼ねなく参加することができるよう、全員を対象としたヘルスチェックや結果説明、相談事業等、ハイリスク者が特定されないような取組とするよう留意する必要がある、ハイリスク者への個別支援についてはアウトリーチ型の支援（医療機関への受診勧奨、家庭訪問による指導等）を実施する等の配慮を行う必要がある。

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

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

KDBシステムでは、地区別や市町村別、県別及び全国での集計情報や同規模等の保険者の情報と比較することも可能である。他の集団との比較により、自らの特徴を明らかにし、個別保健事業計画を策定することができる。



＜事例：KDB システムの分析により始めた糖尿病性腎症重症化予防（福岡県後期高齢者医療広域連合）＞

福岡県後期高齢者医療広域連合では、事業を立ち上げる前に、KDB システムを分析したところ、年間約 2000 人が新規に透析を導入していること、腎症の重症度レベルの高い人で医療機関未受診のま

までである人が多いことが明らかになったため、人工透析導入の防止または導入時期を遅らせるべく重症化予防事業に取り組み始めました。

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

KDBシステムは全国統一の規格であるものの、収載される項目は限られている。介護保険分野では、多くの市町村で、要介護状態になる前の高齢者のリスクや社会参加状況等を把握するため、市町村独自の項目も盛り込んだ介護予防・日常生活圏域ニーズ調査が実施されており、地域の健康課題を整理・分析するためには有用であるため、介護保険部局と連携のうえ、活用することが望まれる。

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

＜事例：関係各課が保有するデータを用いた地域の健康課題の把握（神奈川県大和市）＞

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

4 対象者の抽出

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

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

5 具体的な事業実施

抽出した情報をもとに、医療や介護サービス等につながっておらず健康状態が不明

な高齢者や閉じこもりがちな高齢者等に対するアウトリーチ支援、個別に対象者を抽出して生活習慣病等の未治療・治療中断者に対する受診勧奨、口腔や栄養指導等も含む重症化予防や低栄養防止等の取組、通いの場等への参加勧奨等を行う。

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

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

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

(1) 健康状態不明者の状況把握

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

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

後期高齢者の健診受診率は、29.2%（平成30年時点）であるため、健診結果により健康課題の有無を把握できる人は限定的となっている。定期的に医療機関を受診している人の中には、通院を理由に健診受診の必要なしと考えている人も多いため、医療機関からの健診の受診勧奨を依頼することも重要である。そのうえで、さらに多くの人の健

健康課題の有無を把握するためには、後期高齢者の質問票に回答してもらうことが必要となる。例えば、通いの場等高齢者が集う場に医療専門職が出向き、参加者に質問票を回答してもらう方法が考えられる。質問票の回答によって健康課題があることが明らかになった場合には具体的な個別支援の取組や通いの場、地域包括支援センター等の紹介を行い、必要な介護サービスにつなぐことが必要となる。

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

<事例：健康状態不明者宅への管理栄養士による訪問（愛知県大府市）>

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

<事例：ひとり暮らし高齢者への電話・訪問相談（大阪府大阪狭山市）>

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

<事例：健康スケール未返信者への地域包括支援センターによる実態把握（千葉県船橋市）>

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

<事例：他職種訪問による健康課題の把握と支援の実施（長野県佐久市）>

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

(2) 健康課題がある人への（アウトリーチ）支援

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

なお、具体的な取組のモデルについては、別添 2 を参照いただきたい。

ア 対象者の抽出について

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

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

<事例：K D B システムを活用した個人の状況の事前確認（宮崎県美郷町）>

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

イ 保健指導の実施

(ア) 栄養（低栄養）・口腔・服薬の取組について

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

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

オーラルフレイルの状態にある等の口腔に関する課題がある人を抽出する場合は、後期高齢者の質問票の回答結果もしくは歯科健診結果を用いる。服薬指導の対象者につい

ては、保険者で設定した処方薬数で抽出する³。

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

<事例：低栄養改善・予防のための訪問指導（神奈川県大和市）>

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

<事例：歯科医療機関における総合事業のサービスCの展開（石川県金沢市）>

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

(イ)重症化予防の取組について

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

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

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

³ KDBシステムでは1か月単位での処方薬数の分布が集計される。処方薬数については、集計対象となった月に風邪をひく等で偶然処方薬数が多くなっていることもあるため、対象者抽出に当たっては、単月のリストにて抽出するのではなく、複数か月のリストを作成のうえ、連続して自治体で設定した薬剤数以上処方薬がある人等の条件を設定することが望ましい。

求められる。

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

<事例：生活習慣病の重症化予防のための訪問事業（鳥取県鳥取市）>

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

<事例：糖尿病性腎症重症化予防のための訪問事業（福岡県後期高齢者医療広域連合）>

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

（ウ） 高齢者の保健指導における留意点について

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

また、指導の際には、高齢者がなぜそのような健康課題を抱えるに至ったかについての原因や改善に向けた取組の検討に必要な背景情報を把握するアセスメントを行い、高齢者本人と一緒に考えながら、個々人の状態に即した助言・指導を行う。その際、

高齢者の自己効力感を高める効果を持つインタビューの方法も活用しながら本人が望ましい行動に踏み出せるような支援が必要である。

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

(3) 元気高齢者等に対するフレイル予防等についての意識付け

健診結果や後期高齢者の質問票の回答内容により、現時点では健康課題がないことが明らかになった人でも、フレイルや疾病の重症化予防に対する気付きを促すため、必要な知識の提供を行うことが求められる。特にフレイルの状態像については高齢者への説明が難しいという意見もあるため、後期高齢者の質問票のフィードバックや視覚的に訴えるような分かりやすい資料を活用することが求められる。これにより、高齢者が興味・関心を抱き、プレフレイル状態であること等を含めた気付きを得て、行動できるきっかけとできる説明の工夫が必要である。また、仲間との出会いや支え合いができ、ゲーム的な要素も取り入れることは楽しみながら体験するためにも必要である。

通いの場等においては医療専門職等が関わり、地域の健康課題等に応じてフレイル予防に関する意識付けをするほか、例えば、食事のとり方等、身近な健康課題についてアドバイスを行う等、日頃よりフレイル予防、疾病予防の重要性、保健・医療・介護・生活全般に関する様々な情報を分かりやすく伝え、健康相談を受けることができる場を設けることが望ましい。

<事例：個別訪問と集団教室の両方を活動の対象とした栄養パトロール（三重県津市）>

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

<事例：市民ヘルスマーケティングの開催（千葉県船橋市）>

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

<事例：後期高齢者ウェルカム事業「いきいきシニア75」（滋賀県東近江市）>

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

<事例：介護予防センターの設置（北海道札幌市）>

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

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

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

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

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

<事例：「まちの保健室」での看護師による健康相談（兵庫県看護協会）>

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

<事例：大手運送会社による生活支援サービス（東京都多摩市）>

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

＜事例：民間スーパーと連携した「買い物リハビリテーション」（愛知県長久手市）＞

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

6 事業を効果的に進めるための取組

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

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

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

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

＜事例：住民主体の場のサポーター養成（福島県南相馬市）＞

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

＜事例：市民自らがボランティアで教室運営（千葉県船橋市）＞

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

＜事例：「介護予防リーダー」や地元学生によるフレイル対策（東京都多摩市）＞

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

<事例：介護支援ボランティア制度による住民参加の促進（東京都稲城市）>

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

7 地域の医療関係団体等との連携

地域の医療関係団体等と積極的な連携を図り、一体的な実施における具体的な事業メニューや事業全体に対する助言や指導を得るとともに、受診勧奨に関する支援やかかりつけ医やかかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師のいる薬局等からも、高齢者の状況に応じて通いの場等への参加勧奨を行うよう働きかける。

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

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

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

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

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

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

<事例：主治医との情報交換の実施（長野県佐久市）>

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

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

8 高齢者の社会参加の促進

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

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

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

9 国保保健事業と高齢者保健事業との接続

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

高齢者の健康状態は、非常に個人差が大きく、前期高齢者であってもフレイルのおそれのある者、重症化予防等の取組の対象となっている者もいる。高齢者への訪問指導等を行う際には、国保等、後期高齢者医療制度加入前の情報を活用しながら行うことが望ましい。また、国保時代に、重症化予防事業の対象となっていた人については、後期高齢者医療制度の被保険者となり、事業の対象としてフォローされなくなってしまうこともあるが、高齢者本人や地域の関係機関にとって年齢で事業が区切られることは適切ではない。前期高齢者からの健康づくり・予防活動が重要であり、そのためにも、国保から後期高齢者医療制度に移行した場合でも、保健指導の記録を適切に後

期高齢者の保健事業の担当者に引き継ぐことが望まれる。また、国保と後期高齢者での連続的な取組が実施できるよう、重症化予防事業等については、現状分析の方法から事業実施体制や方法について国保事業との十分な調整のもと同一組織で実施したり、国保での事業参加者についても後期高齢者医療制度へ加入後においてもフォローを行っていくことも求められる。

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

＜事例：国保と後期高齢者での糖尿病腎性重症化予防事業の一体的な展開（長崎県後期高齢者医療広域連合）＞

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

10 事業の評価

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

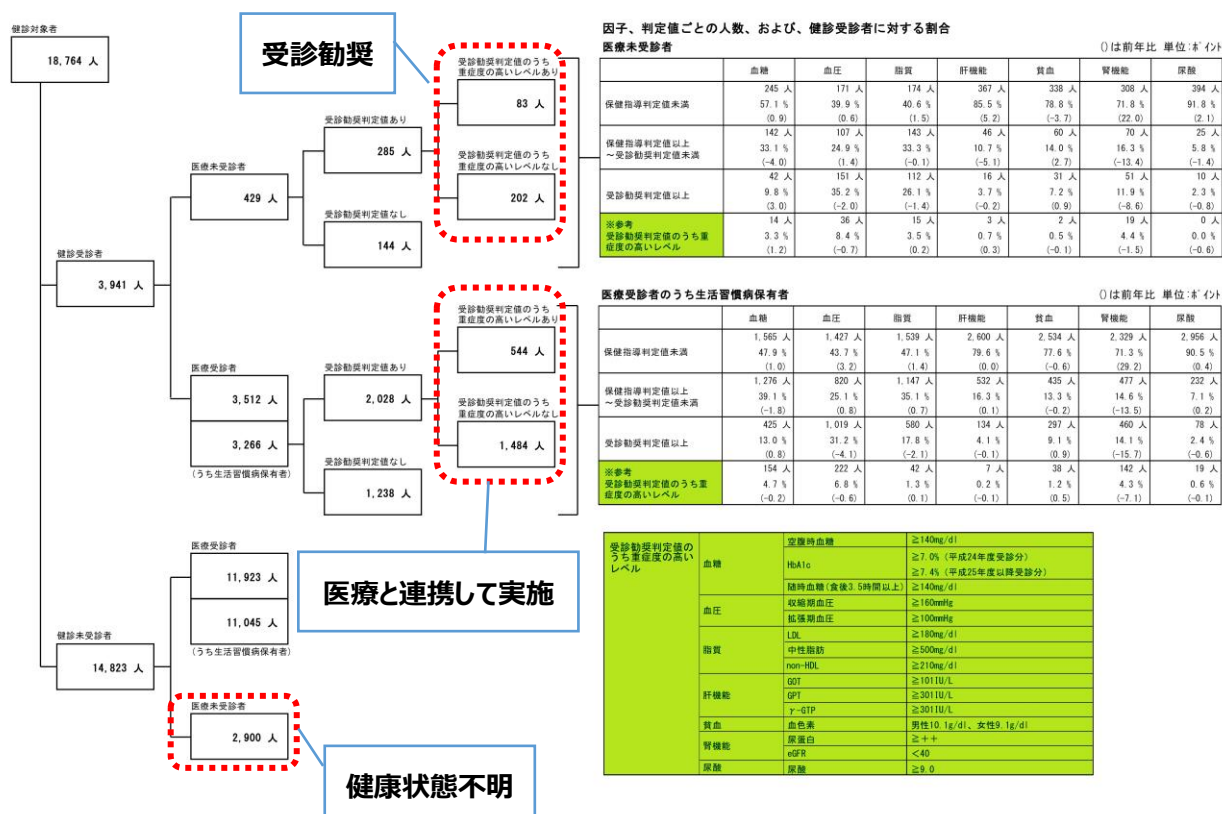
個別被保険者に対する保健指導の成果等を確認するための事業の評価については、事業の実施前後の状態像を把握する必要がある。KDBシステムの「介入支援対象者一覧（栄養・重症化予防等）」（帳票ID：P27_009）では、事業参加者の登録を行うと、事業への参加前後の健診結果（質問票の回答結果を含む）、医療費・介護給付費等について個人単位、集団単位での比較が可能となり、事業参加者と非参加者を比較した事業評価を容易に行うことができる。これらの機能を活用する等して、生活習慣や社会参加の状況、身体状況の変化や医療機関の受診状況、疾病の罹患状況、要介護認定率等により、事業の成果等を確認しながら、ストラクチャー（構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

別添1 KDBシステムによる地域の健康課題把握の例

高齢者の保健事業を実施するに当たっては、保険者内でターゲットとすべき健康課題が何か、対象とするべき人がどのくらいいるのかを把握する必要がある。

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

KDBシステム帳票「後期高齢者の健診状況」（帳票ID：P26_018）



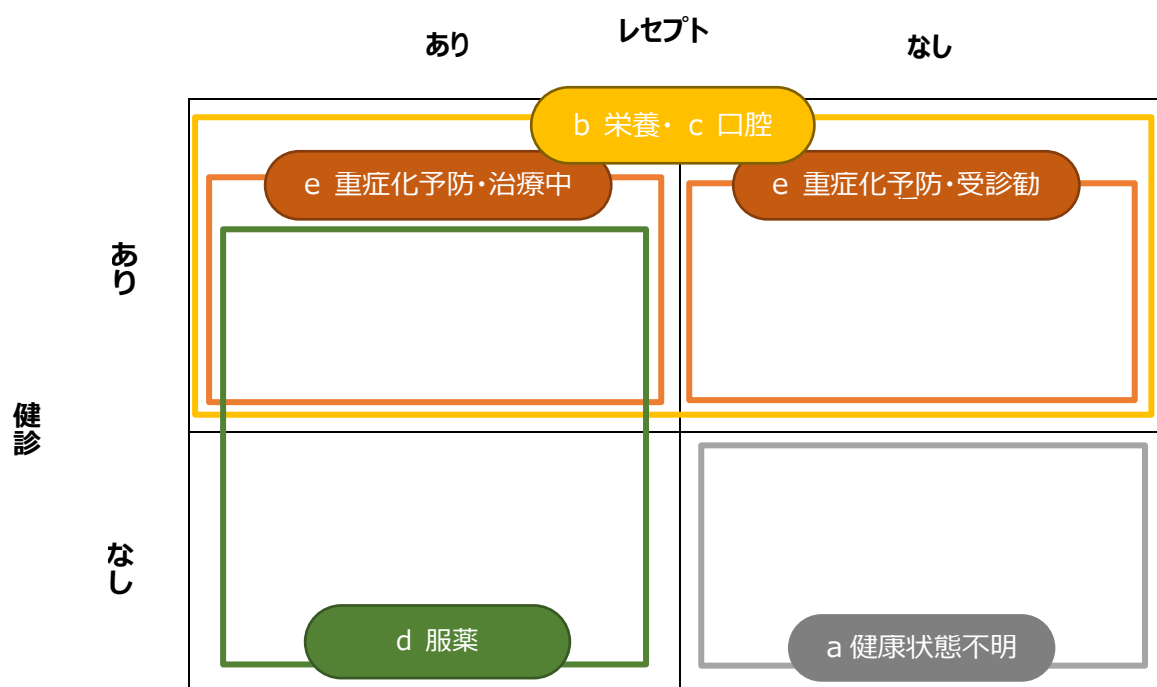
地域の健康課題のうち、上記の図では、a 健康状態が不明な人、e 重症化に課題がある人の概数について把握することができる。

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

- ・a 健康状態が不明な人：レセプトと健診結果のいずれもない
- ・b 栄養に課題がある人：健診結果の値でBMIの値と体重の変化量が基準値に該当

- ・c 口腔に課題がある人：歯科健診で「問題あり」もしくは後期高齢者の質問票で「むせがある」「かたいものが食べられない」
- ・d 服薬に課題がある人：処方薬数が基準値に該当
- ・e 重症化に課題がある人：健診結果の値で血糖・血圧・脂質が基準値に該当

健康課題のある人の概数を把握するための主な情報源



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

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

別添２ モデル事業を参考にしたプログラム例

栄養（低栄養）に関するプログラム例

1. 概要

事業目的：地域に暮らす高齢者の低栄養状態を改善し、介護予防・QOL 向上を目指すとともに、医療費の低減を図る

対 象 者：低栄養に陥る可能性のある状態の高齢者

抽出基準：BMI18.5 未満（健診結果）、6 か月で2～3 kg 以上の体重減少（質問票 No 6）

実施体制：管理栄養士による3～6 か月を1 クールとする計3 回の居宅訪問

2. 実施体制

管理栄養士や保健師等、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、歯科専門職とも連携する。また、高齢者本人による改善の取組みだけでなく、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。

3. 実施内容

（1）動機づけ・事前アセスメント・目標設定

初回訪問時は、体重・BMI の確認や変化の状況等の他、改善計画の立案のために必要な「栄養状態に関わる食生活・日常生活上の課題」を見つけ出すために、その具体的な状況・背景を確認する。具体的には、下表に示すような項目についてアセスメントを行う。また、栄養状態が悪化する背景には、口腔の問題や咀嚼・嚥下機能の低下が関連している場合がある。そのため、口腔・嚥下の状態についても確認する。

アセスメント項目の例

区分	項目	データソース
栄養	体重変化	後期高齢者の質問票（No.6） 【6 か月間で2～3 kg の体重現状がありましたか：はい】
	食習慣	後期高齢者の質問票（No.3） 【1 日3 食きちんと食べていますか：いいえ】
	簡易栄養調査点数	簡易栄養調査
	アルブミン値	健診結果・血液検査
	食事回数・内容、摂取エネルギー、タンパク質量、水分摂取量、排便の状況、食事環境、買い物環境、食欲不振の有無、ストレス状況、急性疾患の罹患状況、うつ状態	聞き取り

口腔	咀嚼機能・嚥下機能	後期高齢者の質問票（No.4） 【半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか※さきいか、たくあんなど：はい】 後期高齢者の質問票（No.5） 【お茶や汁物等でむせることがありますか：はい】 歯科健診結果
	有所見状況	歯科健診結果
	口腔内・義歯の状況、口腔清掃の実施状況	聞き取り

アセスメントの結果、明らかになった課題に応じて、具体的な助言を行う。具体的には次のような内容が想定される。なお、アセスメントの結果、極短な体重減少や体調不良、口腔・嚥下状態の問題等を把握した場合には、医師や歯科医師等への受診勧奨を行う。

具体的なアドバイスの内容の例

対象者の状況	アドバイスの内容の例
体重減少がある場合、欠食がある場合	摂取すべき栄養素・食品の紹介 調理方法に関する説明 食事のとり方（量や時間、間食の利用方法）の紹介 食品の入手方法（配色弁当や食材の宅配）の紹介 コミュニティバスの時刻表の紹介 日持ちのする食品（缶詰等）の利用の提案 共食（家族、友人等）の機会を増やすことの提案
ダイエット中の場合	無理のない食事内容・方法に関するアドバイス
口腔機能の低下が疑われる場合	※口腔のプログラム参照

具体的な助言に加えて、栄養状態の改善に向けて、課題解決に向けた改善計画（目標と行動計画）を対象者とともに立案する。目標は、なりたい状態を示す「状態目標」よりも、具体的にとるべき行動を定める「行動目標」が望ましく、具体的には下表のような目標が挙げられる。目標達成のための行動計画には、対象者が無理なく取組みやすい内容とし、身近な地域の食に関する資源の活用等の視点を盛り込む。対象者の状況に応じて、配食サービスやボランティア、栄養教室等、必要な支援・サービスの調整を行う。

設定する目標の例（低栄養の場合の行動目標）

野菜を毎食2皿以上とる 1日3食時間を決めて食べる

たんぱく質のおかずを毎食食べる 塩分摂取に気を付けて食事をする ご飯の量を増やす、おやつ時に牛乳を飲む 油料理を1日1回はとる 1日1回は玄関から外に出る 地域の活動に参加する 外出した際に魚や肉を買う 週に●回以上、家族や知人等と食事をする
--

（２）中間評価・実践支援

中間評価では、設定した目標の達成状況や体重の変化状況等を確認する。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（目標の対設定、行動計画の見直し）を行う。

（３）事後評価・フォローアップ

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

対象者の抽出、参加予定者の選定、事業の案内・日程調整等

1回目 動機づけ・事前アセスメント・目標設定【訪問】

初回

アセスメントの実施

栄養相談・助言

例)

摂取すべき
栄養素・食品

食品の
入手方法

食事の
とり方

改善計画(目標と行動計画)の立案

栄養教室、通いの場
等への接続
配食、ボランティア等
の調整

2回目 中間評価・実践支援【訪問】

2か月目

目標の達成状況等の確認

目標の達成が困難な場合

栄養相談・助言

改善計画の見直し

3回目 事後評価・フォローアップ【訪問】

3か月目

目標の達成状況の確認

目標未達

目標達成

支援終了

支援継続

初回へ戻る

【問題がある場合】
かかりつけ医・かかりつけ歯科医への受診勧奨・介護部門等の関係者への情報提供

フォローアップ

栄養教室や通いの場等への接続
かかりつけ医、介護部門等との事業実施結果の共有

口腔に関するプログラム例

1. 概要

事業目的：歯科衛生士等が支援することにより、口腔機能低下防止とともに低栄養防止を図る。

対象者：口腔機能の低下（またはその恐れ）がある高齢者

抽出基準：口腔機能・食機能の低下の恐れがある（質問票 No.4,5）もしくは歯科健診で「問題あり」と判定された者

実施体制：歯科衛生士・保健師等による3～6か月を1クールとする居宅訪問（2回）・電話による支援（1回）

2. 実施体制

歯科衛生士や保健師等、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。口腔機能の低下は歯科疾患の重症化や誤嚥性肺炎の発症だけではなく、栄養状態の悪化にもつながることから、口腔に関する支援にとどまらず、管理栄養士等との連携のうえ、栄養に関する支援を行うことも想定される。また、高齢者本人による取組だけでなく、歯科治療等の専門的ケアの提供も必要となる場合があることから、（かかりつけ）歯科医との連携も重要である。

3. 実施内容

（1）動機づけ・事前アセスメント・目標設定

初回訪問時は、改善計画の立案のために必要な「口腔機能に関する課題」を見つけ出すために、その具体的な状況・背景を確認する。歯科健診を受診している場合はその内容を参照しつつ、下表に示すような項目についてアセスメントを行う。口腔機能の低下は服薬状況が影響していることもあるため、服用している薬剤等についても確認することが重要である。また、口腔機能だけではなく、栄養状態の悪化がみられる場合には、栄養に関する項目についても確認することが望まれる。

アセスメント項目の例（メモ：ガイドラン P.61＋赤字追加＋質問票追加）

区分	項目	データソース
口腔	有所見状況	歯科健診結果
	口腔内・義歯の状況、口腔清掃の実施状況	目視、聞き取り
	咀嚼・嚥下機能	後期高齢者の質問票（No.4） 【半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか※さきいか、たくあんなど：はい】 後期高齢者の質問票（No.5） 【お茶や汁物等でむせることがありますか：はい】 歯科健診結果
栄養	体重変化	後期高齢者の質問票（No.6）

		【6カ月間で2～3 kgの体重現状がありましたか：はい】
	食習慣	後期高齢者の質問票（No.3） 【1日3食きちんと食べていますか：いいえ】
	全身疾患の既往及び発熱の既往 （誤嚥リスクの高い脳卒中、等）	聞き取り
	簡易栄養調査点数	簡易栄養調査
	アルブミン値	健診結果・血液検査
	食事回数・内容、摂取エネルギー、タンパク質量、水分摂取量、排便の状況、食事環境、買い物環境、食欲不振の有無、ストレス状況、急性疾患の罹患状況、うつ状態	聞き取り

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。なお、アセスメントの結果、口腔・嚥下状態の問題や義歯不良、歯科医療未受診等を把握した場合には、歯科医師等への受診勧奨を行う。また、服薬内容により、口腔機能の低下が予見される場合には、本人に同意をとった上で、かかりつけ歯科医等の歯科専門職との連携のもと、かかりつけ医への相談等を行う。

具体的なアドバイスの内容の例

対象者の状況	アドバイスの内容の例
歯や口が痛い等で食べられない、もしくは歯の欠損や義歯に問題がある場合	歯科医院の受診勧奨
口腔機能の低下が疑われる場合	歯科医院の受診紹介 口腔体操リーフレットの紹介 介護予防教室等の紹介 姿勢に関する助言 嚥下体操・唾液腺マッサージの方法の紹介 食事のとり方、とろみ等の食事形態に関する紹介 間食や飲み物のとり方に関する助言 よく噛むことの推奨
口腔衛生状態に課題がある場合	日常の口腔ケア等に使用する用具 本人、介護者による口腔ケア等の方法 義歯の管理及び清掃方法

具体的な助言に加えて、口腔機能の改善に向けて、課題解決に向けた改善計画（目標と行動計画）を対象者とともに立案する。目標は、なりたい状態を示す「状態目標」よりも、具体的にとるべき行動を定める「行動目標」が望ましく、具体的には下表のような目標が挙げられる。目標達成のための行動計画には、対象者が無理なく取り組みやすい内容とし、対象者自身によるセルフケアに加え、必要に応じて歯科衛生士や歯科医師等による専門的ケアを組み合わせる。対象者の状況に応じて、健康教室（口腔機能向上）等、必要な支援・サービスの調整を行う。

設定する目標の例（口腔の行動目標）

毎食後歯磨きをする 1日1回は舌の清掃を行う 入れ歯を毎日洗う、夜間は入れ物を決めて保管する 摂食・嚥下体操を実施する 歌ったり、話をしたり、声を出して本や新聞を読む 安全な姿勢で飲食する よく噛んで食べるようにする
--

（2）中間評価・実践支援

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

（3）事後評価・フォローアップ

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

対象者の抽出、参加予定者の選定、事業の案内・日程調整等

1回目 動機づけ・事前アセスメント・目標設定【訪問】

初回

アセスメントの実施

口腔機能向上のための助言・指導
栄養相談・助言

例)

口腔清掃
等の方法

義歯の
使い方

嚥下体操・唾液
腺マッサージの方法

改善計画(目標と行動計画)の立案

健康教室、地域支援事業、
通いの場等への接続

2回目 中間評価・実践支援【電話】

3か月目

目標の達成状況等の確認

目標の達成が困難な場合

口腔機能向上のための助言・指導
栄養相談・助言

改善計画の見直し

3回目 事後評価・フォローアップ【訪問】

6か月目

目標の達成状況の確認

目標未達

目標達成

支援終了

支援継続

初回へ戻る

【問題がある場合】
かかりつけ医・かかりつけ歯科医への受診勧奨・介護部門等の関係者への情報提供

フォローアップ

地域支援事業や通いの場等への接続
かかりつけ医、かかりつけ歯科医、介護部門等との事業実施結果の共有

重症化予防に関するプログラム例 <糖尿病性腎症の場合>

1. 概要

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

2. 実施体制

重症化予防については、食生活の影響も大きいため、地域の保健師・管理栄養士が主体となって指導を実施することが想定される。実施に当たっては、支援対象者の病期や状況に応じた適切な対応が求められることから、指導内容や保健指導上の留意点についてかかりつけ医や専門医等の助言・指導が得られるよう、医師会やかかりつけ医等との連携体制を確保することが重要である。

3. 実施内容

（1）動機づけ・事前アセスメント・目標設定

初回訪問時は、重症化予防のために必要な生活習慣等に関する課題を明らかにするため、その具体的な状況・背景を確認する。

アセスメント項目の例

区分	項目	データソース
重症化 予防	（糖尿病）空腹時血糖、HbA1c （高血圧）血圧 （糖尿病性腎症）eGFR、クレアチニン、尿蛋白	健診結果
	健康状態	後期高齢者の質問票（No.1） 【あなたの現在の健康状態はいかがですか：あまりよくない・よくない】
		後期高齢者の質問票（No.3） 【1 日 3 食きちんと食べていますか：いいえ】
	体重変化	後期高齢者の質問票（No.6） 【6 カ月間で 2～3 kg の体重現状がありましたか：はい】
	生活習慣（たばこ、酒、運動等）	後期高齢者の質問票（No.12） 【あなたはたばこを吸いますか：はい】 聞き取り
	浮腫、入院歴、ストレス状態、急性疾患の罹患状況、うつ状態、食事回数・内容、摂取カロリー	聞き取り

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

具体的なアドバイスの内容の例

対象者の状況	アドバイスの内容の例
健康状態が「よくない」 または「あまりよくない」 という状態が、慢性的に 続いているような場合	保健センターの紹介、かかりつけ医の受診勧奨
急な健康状態の悪化の場合	医療機関の紹介、受診勧奨
喫煙をしている場合	＜咳や痰が続くなど、自覚症状がある場合＞ かかりつけ医の受診勧奨、近隣の医療機関の紹介 ＜禁煙の意思がある場合＞ 禁煙に関する情報（リーフレット等）の提供 禁煙外来を実施している医療機関のリストの提示、受診勧奨
食事内容の見直しの必要性がある場合	摂取すべき栄養素・食品、気を付けるべき食品に関する助言
日常生活の改善の必要性がある場合	日常生活で気を付けるべき事項（毎日血圧を行う、3食決まった時間に食べる、減酒等の食生活の改善、飲み忘れがないよう薬は見える場所に置く等）に関する助言 ストレッチや散歩の推奨 積極的な社会参加・活動の推奨、情報提供

具体的な助言に加えて、生活習慣改善に向けて、課題解決に向けた改善計画（目標と行動計画）を対象者とともに立案する。目標は、なりたい状態を示す「状態目標」よりも、具体的にとるべき行動を定める「行動目標」が望ましく、具体的には下表のような目標が挙げられる。目標達成のための行動計画には、対象者が無理なく取り組みやすい内容とし、専門的な栄養に関する情報が必要な場合には、管理栄養士等による助言を行う。また、対象者の状況に応じて、健康教室等、必要な支援・サービスの調整を行う。

設定する目標の例（重症化予防の行動目標）

血圧測定とウォーキングを行う
体重測定を行う
歩数計をつける
野菜を意識的に食べる
薬の内容を確認し、整理する
うどん・ラーメンの汁を飲まない

（２）中間評価・実践支援

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

（３）事後評価・フォローアップ

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

対象者の抽出、参加予定者の選定、事業の案内・日程調整等

1回目 動機づけ・事前アセスメント・目標設定【訪問】

アセスメントの実施

生活習慣等に関する助言・指導

例)

摂取すべき
栄養素・食品

毎日血圧測
定を行う

禁煙

改善計画(目標と行動計画)の立案

かかりつけ医・かかりつけ薬剤師
への相談・調整
栄養教室や通いの場への接続等

2回目 中間評価・実践支援【訪問】

目標の達成状況等の確認

目標の達成が困難な場合

生活習慣等に関する助言・指導

改善計画の見直し

3回目 事後評価・フォローアップ【訪問】

目標の達成状況の確認

目標未達

目標達成

支援終了

支援継続

初回へ戻る

【問題がある場合】
かかりつけ医への受診勧奨・かかりつけ薬剤師への相談・介護部門等の関係者への情報提供

フォローアップ

かかりつけ医、かかりつけ薬剤師、介護部門等との事業実施結果の共有

服薬に関するプログラム例

1. 概要

事業目的：薬剤の服薬状況や残薬状況を評価し、ポリファーマシー（多剤服用の中でも害をなすもの）の回避、服薬アドヒアランスの向上等を目的とする。

対 象 者：一定数以上の薬剤が処方されている又は一定数以上の診療科を受診している高齢者

実施体制：薬剤師による3か月を1クールとする居宅訪問による支援（3回）

2. 実施体制

訪問服薬指導の実施に当たっては、あらかじめ、事業対象者の抽出条件や指導内容等について、かかりつけ医やかかりつけ薬剤師のいる薬局との十分な情報共有、調整が必要である。実際の訪問服薬指導は、地域の薬剤師会に事業を委託し、対象となる高齢者宅に訪問が可能な薬剤師が訪問、指導を行う方法が考えられる。

3. 実施内容

（1）動機づけ・事前アセスメント・目標設定

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

ポリファーマシーに伴い、副作用として老年症候群（ふらつきや転倒、食欲低下、記憶障害、抑うつ、便秘、排尿障害・失禁、嚥下機能低下等）が生じる場合があることから、必要に応じてそれらの事象を確認することが想定される。

アセスメント項目の例

区分	項目	データソース
服薬	医療機関の受診状況、服薬管理の状況、残薬の状況	聞き取り
	1年間のうち転倒の有無	後期高齢者の質問票（No.8） 【この1年間に転んだことがありますか：はい】
	認知機能の状況	後期高齢者の質問票（No.10） 【周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるといわれていますか：はい】 後期高齢者の質問票（No.11） 【今日が何月何日かわからない時がありますか：はい】

アセスメントの結果、明らかになった課題に応じて、具体的な助言を行う。具体的には次のような内容が想定される。なお、アセスメントの結果、医師等への相談が必要と判断された場合には、本人の同意のうえ、かかりつけ医・かかりつけ薬剤師のいる薬局に対して、服薬状況等に関する情報提供を行う。

具体的なアドバイスの内容の例

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

具体的な助言に加えて、課題解決に向けた改善計画（目標と行動計画）を対象者とともに立案する。目標は、なりたい状態を示す「状態目標」よりも、具体的にとるべき行動を定める「行動目標」が望ましく、具体的には下表のような目標が挙げられる。目標達成のための行動計画には、対象者が無理なく取り組みやすい内容とする。必要に応じて、医師やかかりつけ薬剤師への相談等、必要な調整を行う。

設定する目標の例（服薬の行動目標）

医師の処方通りに服薬する お薬手帳は1冊にする 過去に処方された薬剤と現在服用している薬剤を別にして保管する 薬に関する疑問点は都度確認する

（2）中間評価・実践支援

中間評価では、設定した目標の達成状況や受診状況、服薬状況等を確認する。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（目標の対設定、行動計画の見直し）を行う。

（3）事後評価・フォローアップ

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

対象者の抽出、参加予定者の選定、事業の案内・日程調整等

1回目 動機づけ・事前アセスメント・目標設定【訪問】

初回

アセスメントの実施

服薬に関する助言・指導

例)

薬の管理
方法

お薬手帳の
活用方法

医療機関への
情報提供の方法

改善計画(目標と行動計画)の立案

かかりつけ医・かかりつけ薬剤師への相談・調整

2回目 中間評価・実践支援【訪問】

2か月目

目標の達成状況等の確認

目標の達成が困難な場合

服薬に関する助言・指導

改善計画の見直し

3回目 事後評価・フォローアップ【訪問】

3か月目

目標の達成状況の確認

目標未達

目標達成

支援終了

支援継続

初回へ戻る

【問題がある場合】
かかりつけ医への受診勧奨・かかりつけ薬剤師への相談・介護部門等の関係者への情報提供

フォローアップ

かかりつけ医、かかりつけ薬剤師、介護部門等との事業実施結果の共有

**高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の推進に向けたプログラム検討のための
実務者検討班 開催状況**

第1回	令和元年5月22日	検討の進め方について
第2回	令和元年5月31日	事例発表、ヒアリング（自治体）
第3回	令和元年6月12日	事例発表、ヒアリング （自治体、公益社団法人 国民健康保険中央会）
第4回	令和元年7月5日	高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に関する プログラムについて
第5回	令和元年8月1日	高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に関する プログラムについて
第6回	令和元年9月4日	高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に関する プログラムについて

**高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の推進に向けたプログラム検討のための
実務者検討班 構成員**

<構成員>

秋野 憲一	札幌市保健福祉局保健所 成人保健・歯科保健担当部長
秋山 美紀	慶應義塾大学環境情報学部 教授
阿部 絹子	群馬県健康福祉部保健予防課 健康増進主監
飯島 勝矢	東京大学高齢社会総合研究機構 教授
石崎 達郎	東京都健康長寿医療センター研究所 研究部長
鎌形 喜代実	公益社団法人国民健康保険中央会 調査役
佐々木 礼佳	宮崎県美郷町健康福祉課 主幹
渋谷 華織	新潟県後期高齢者医療広域連合総務課企画係 主任
高橋 日出男	船橋市保健所 健康づくり課長
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	あいち健康の森健康科学総合センター センター長
山田 祐子	福島県南相馬市健康福祉部（全国保健師長会） 次長兼長寿福祉課長（師長会副会長）

○ 班長

（五十音順、敬称略）