

～高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について～

令和5年11月
厚生労働省 保険局 高齢者医療課
Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施 【進捗状況】

ひと、暮らし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

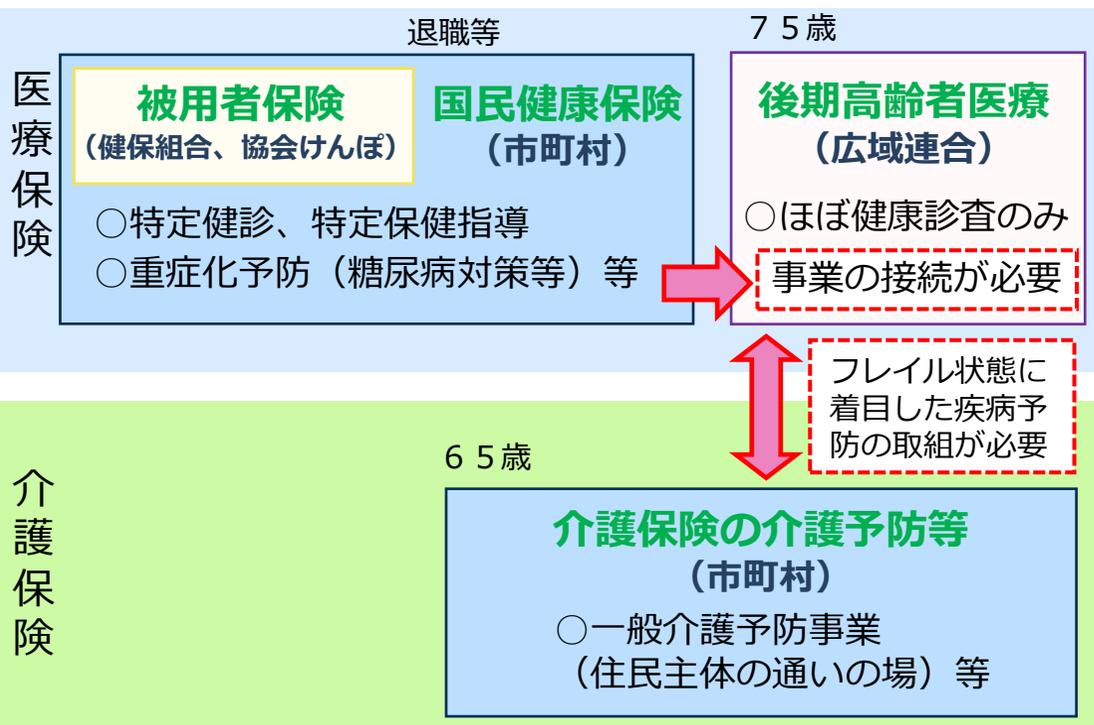
高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施

- 広域連合が**高齢者保健事業を国民健康保険保健事業及び介護予防の取組と一体的に実施する取組**が令和2年4月から開始された。
- 広域連合は、その実施を**構成市町村に委託**することができる。

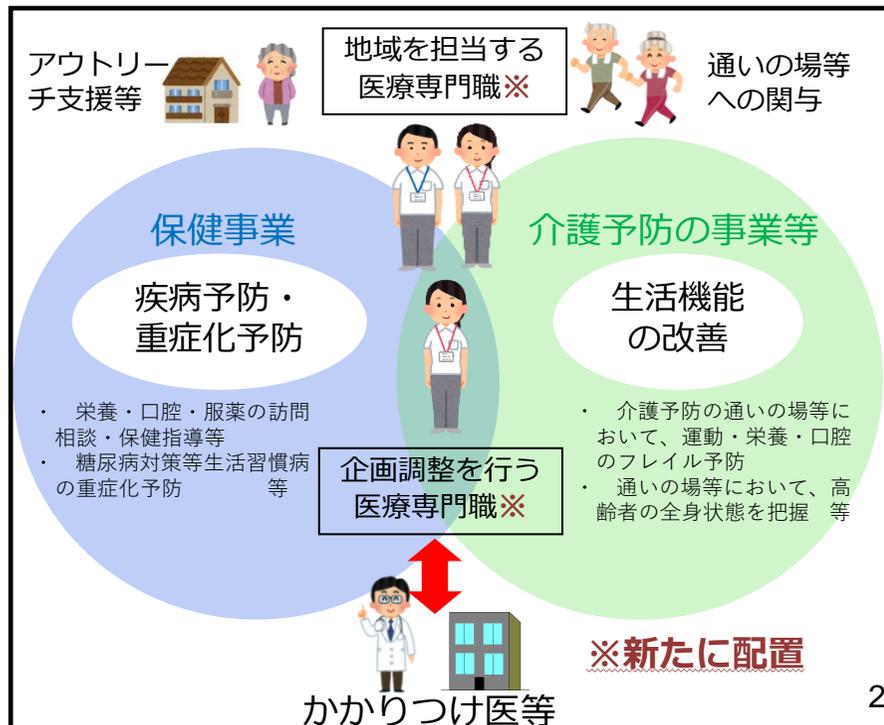
- 令和4年度の実施済みの市町村は **1,072市町村**、全体の**約62%**
- 令和6年度には **1,667市町村**、全体の**約96%**の市町村で実施の目途が立っている状況。
- 令和6年度までに全ての市町村において一体的な実施を展開することを目指す。

一体的実施実施状況調査（令和4年11月時点）

▼保健事業と介護予防の現状と課題



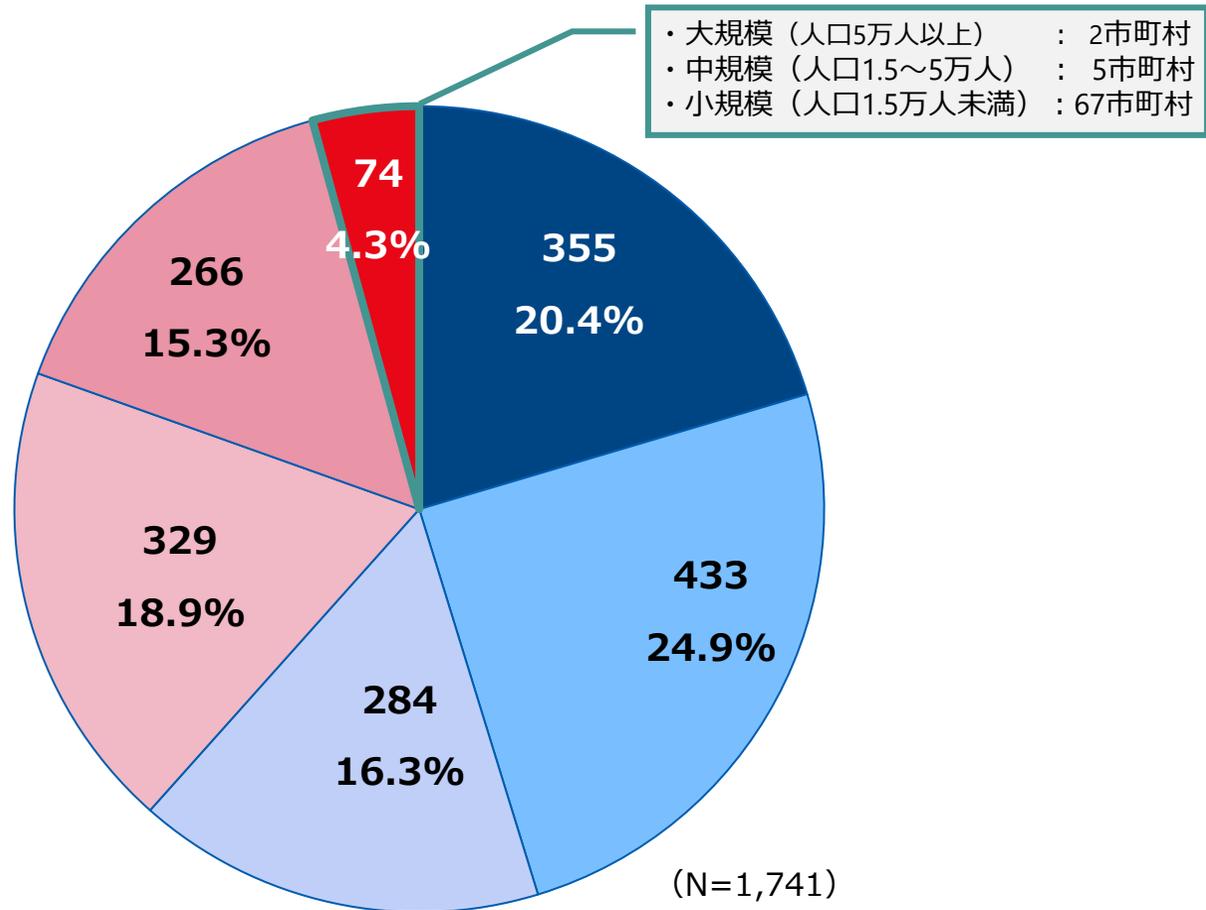
▼一体的実施イメージ図



(令和4年度一体的実施実施状況調査) 一体的実施の実施状況及び実施予定

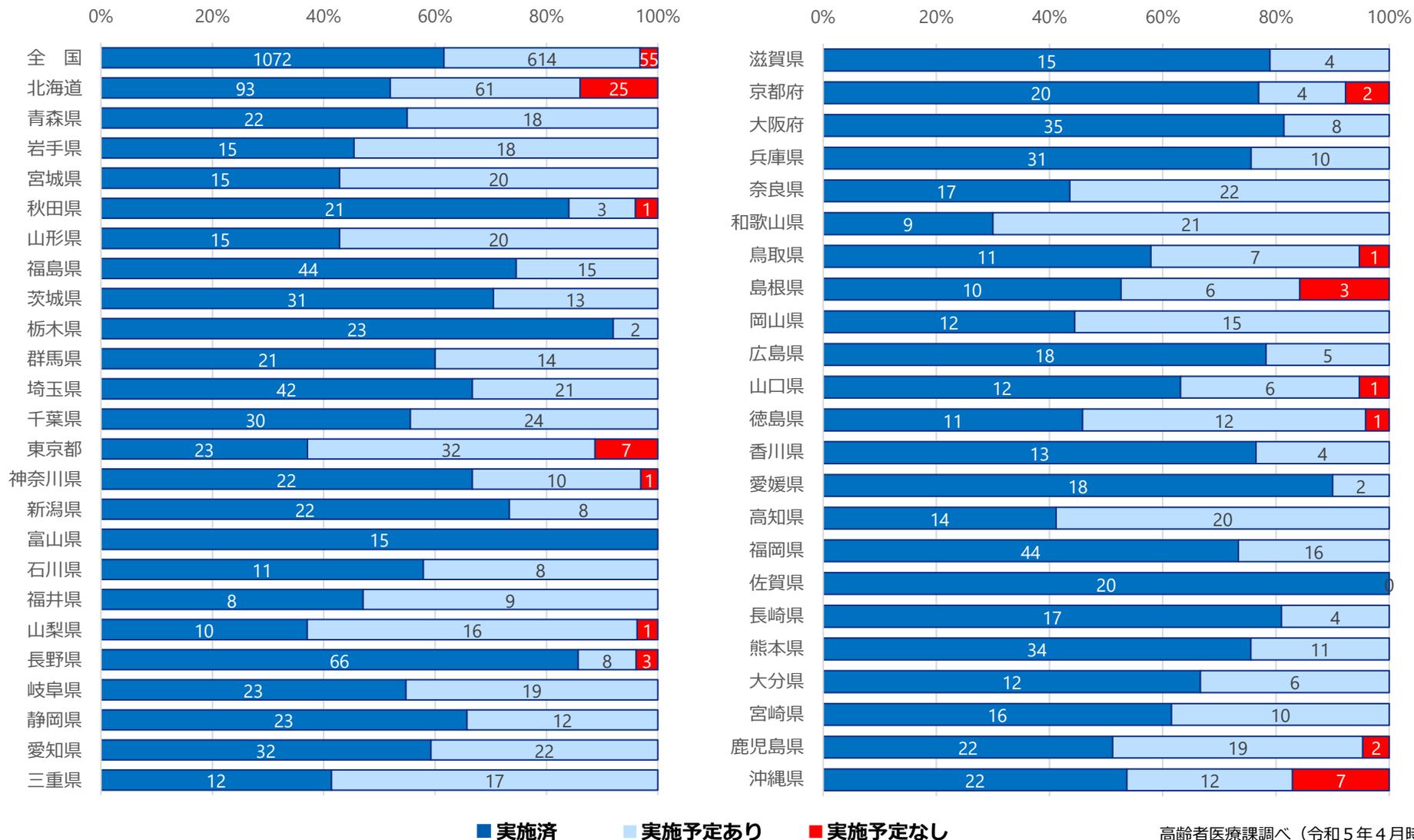
- 本年度（令和4年度）までに一体的実施を受託する市町村（見込みを含む）は1,072市町村（61.6%）であった。
- 一体的実施を受託していない市町村を受託予定時期別にみると、令和5年度受託予定は329市町村（18.9%）、令和6年度受託予定は266市町村（15.3%）であった。
- 受託予定時期が決まっていない市町村は74市町村（4.3%）であった。

- 令和2年度から受託
- 令和3年度から受託
- 令和4年度から受託（予定含む）
- 令和5年度から受託予定
- 令和6年度から受託予定
- 未定（令和6年度までの受託の予定はない）



(令和5年4月末時点) 都道府県別の一体的実施の実施状況及び実施予定

- 令和5年度ですべての市町村で実施（予定含む）している都道府県は34県（全都道府県の72%）であった。実施予定なし市町村は55市町村（全市町村の約3%）であった。(N=1,741)



後期高齢者の質問票

後期高齢者の質問票の役割

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

質問項目の考え方

- フレイルなど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、下記の10類型に整理した。
 - (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
- 高齢者の負担を考慮し、質問項目数を15項目に絞り込んだ。



質問票の内容

類型化	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来たと思いますか	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

質問票を用いた健康状態の評価

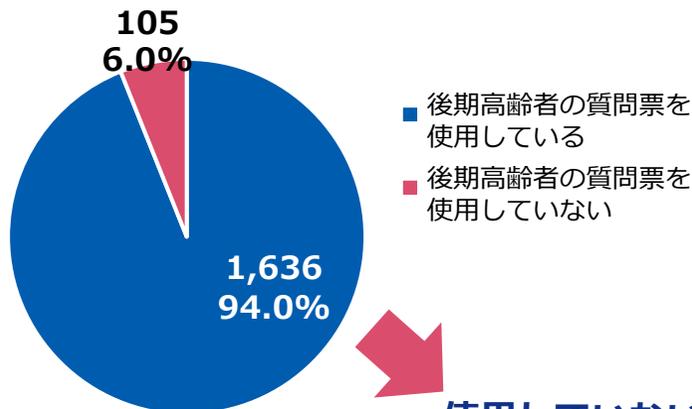
- 本質問票を用いた評価は、健診の際に活用されることを想定しているが、市町村の介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）における通いの場やかかりつけ医の医療機関など、様々な場面で健康状態が評価されることが期待される。
 - ①健診の場で実施する
 - ⇒健診を受診した際に、本質問票を用いて健康状態を評価する。健診時は多くの高齢者にアプローチができる機会である。
 - ②通いの場（地域サロン等）で実施する
 - ⇒通いの場等に参加する高齢者に対して本質問票を用いた健康評価を実施する。
 - ③かかりつけ医（医療機関）等の受診の際に実施する
 - ⇒医療機関を受診した高齢者に対して、本質問票を用いた健康評価を実施する。

(令和4年度一体的実施実施状況調査) 後期高齢者の質問票の使用状況

- 後期高齢者の質問票は、1,636市町村（94.0%）で使用されている。
- 使用していない理由としては、「特定健診の標準的な質問票を使用している」が48市町村で最も多い。
- 使用目的は「健康診査の問診」が最も多く、1,503市町村（使用している市町村の91.9%）で使用されているほか、「通いの場等での健康状態の評価」（849市町村）にも使用されている。

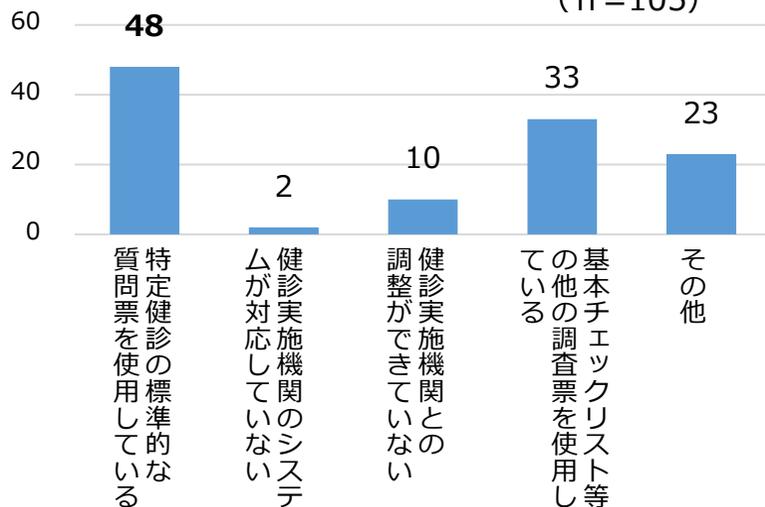
使用状況

(N=1,741)



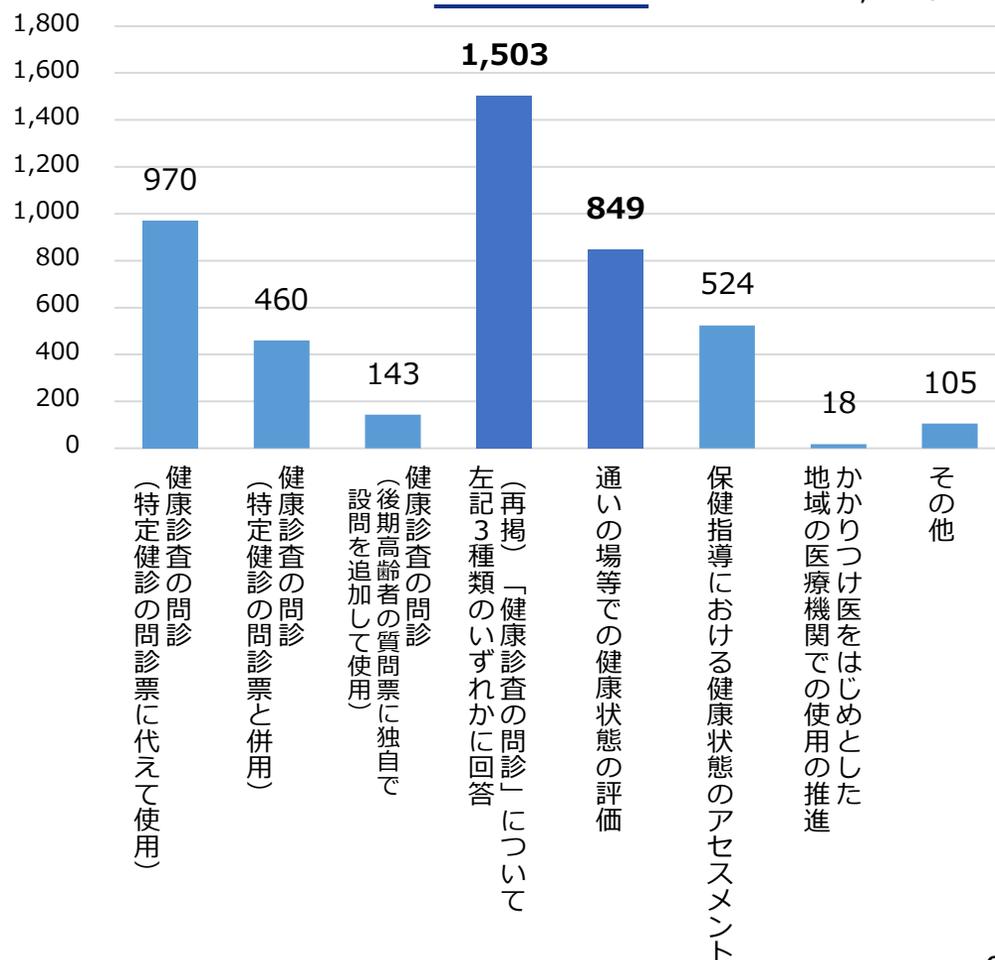
使用していない理由

(n=105)



使用目的

(n=1,636)



一体的実施における主な取組及び事業実施市町村数

事業の企画

KDBを活用したデータ分析

医療専門職によって健康・医療・介護情報による地域の健康課題の把握を行い、庁内外の関係者間で健康課題の共有や既存の関連事業との調整、地域の医療関係団体等の連携を進め、事業全体の企画・調整・分析を行う。

高齢者に対する個別的支援（ハイリスクアプローチ） n=1,072市町村

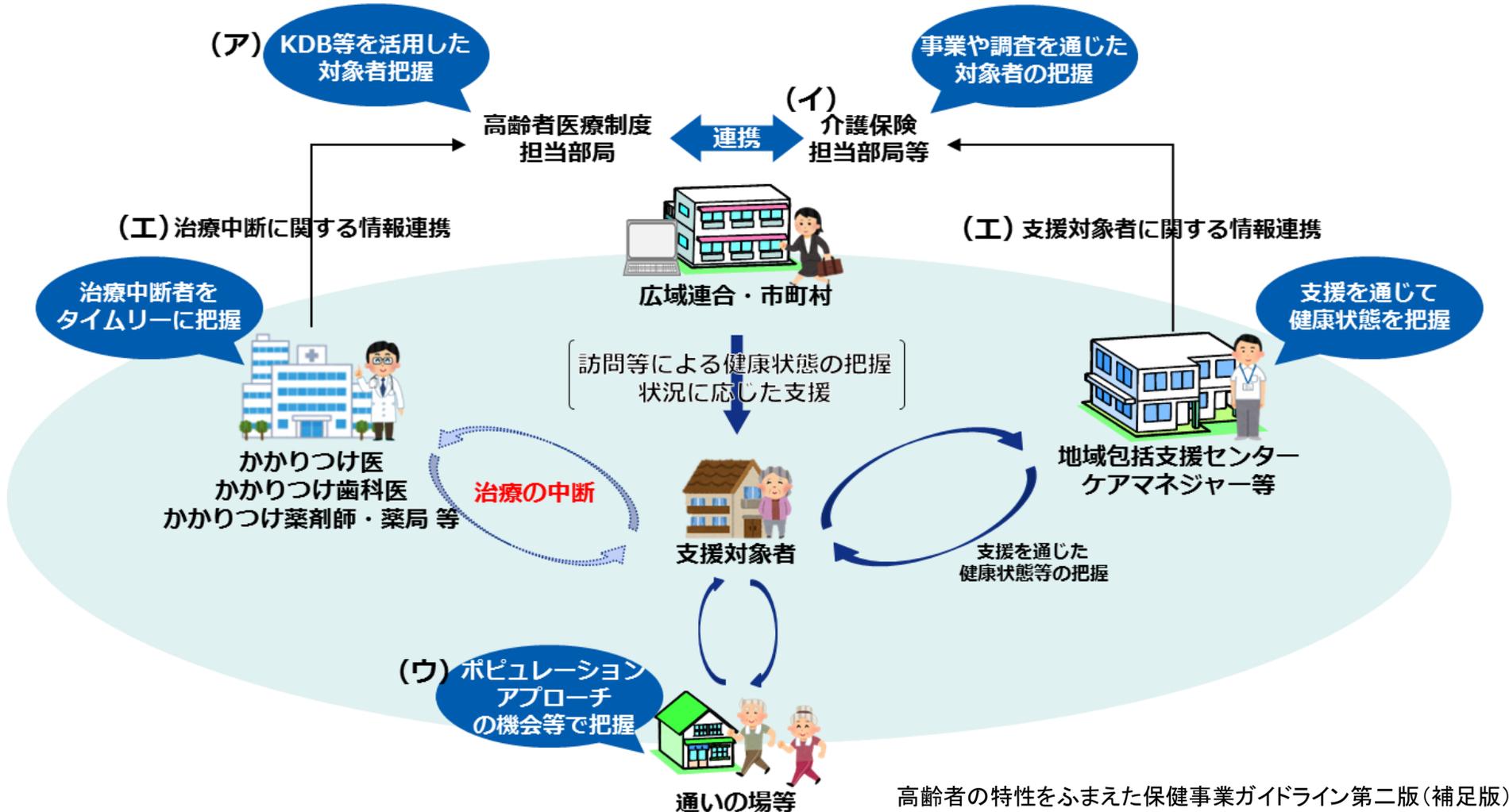
取組区分	実施市町村数	取組区分	実施市町村数
低栄養に関わる相談・指導	481	糖尿病性腎症重症化予防に関わる相談・指導	640
口腔に関わる相談・指導	250	生活習慣病等重症化予防(身体的フレイル含む)に関わる相談・指導	681
重複・頻回受診者、重複・多剤投薬者への相談・指導	245	健康状態不明者への対応	683

通いの場等への積極的関与（ポピュレーションアプローチ） n=1,072市町村

取組区分	実施市町村数
フレイル予防等の普及啓発活動や運動・栄養・口腔等のフレイル予防などの健康教育・健康相談の実施	1,049
後期高齢者の質問票を活用するなど、フレイル状態にある高齢者等を把握し、低栄養や筋力低下等の状態に応じた保健指導や生活機能向上に向けた支援の実施	779
高齢者の健康に関する相談や不安等について気軽に相談が行える環境づくり	509

適切な受診等への支援と必要なサービスへの接続

- 高齢者保健事業において、**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や適切な受診・サービスにつなげることは重要な健康支援**の一つ



健康状態不明者に対する取組の必要性

－ 健康無関心層に対しても積極的な支援を－



「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」により、管理栄養士が中心になり健康状態不明者の取組を開始した。実際に把握した状況では約8割の対象者に何らかの支援が必要であり、KDBシステムの分析を踏まえると介入すべき優先度の高い集団である。



KDBシステムを活用したデータ分析

健康状態不明者（医療や健診、要介護認定を受けていない者）は、2年以内に「**要介護2以上又は死亡**」に至る**リスク**が有意に高い。

<解析対象>

2017年度 神奈川県大和市内在住の後期高齢者25,609名

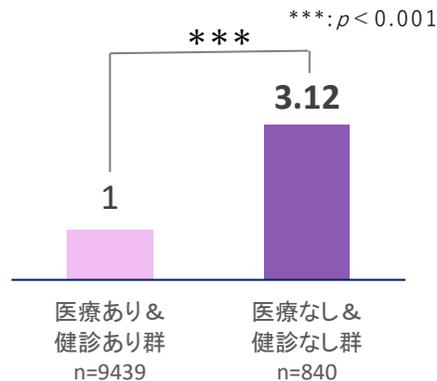
要介護認定を受けている者7,453名

要介護認定を受けていない後期高齢者18,156名

2017年度の医療・健診状況により群分けし、2年間追跡

※年間医療費1円以上を「医療受診あり」とした。

<「要介護2以上又は死亡」のハザード比>



健康状態不明者

約8割の対象者に何らかの支援が必要

市のアウトリーチ支援により、介護・支援を受ける必要があるにもかかわらず、サービスにつながっていなかった者等を把握し、地域の関係者間で連携して対応した。

<対象者の抽出>

2020～2021 医療・健診・要介護認定のない75歳以上 449名

地域包括支援センターの把握歴なし 361名

2022介護予防アンケート※回答なし 135名

健康状態不明者の状況を把握 (電話・訪問等)

介護サービス等が必要 27名(20%)
(要介護認定)

地域の支援に接続 26名(19%)
(地域包括支援センター・民生委員等)

現在は困りごと無し 65名(48%)
(フレイル状態を含む)

関係者で連携して対応

- ・健康づくり主管課
- ・地域包括支援センター
- ・高齢福祉部門
- ・認知症相談窓口
- ・保険年金部門
- ・住民異動部門 等

※介護保険制度における地域支援事業（介護予防把握事業）において、65歳以上で要介護認定のない高齢者に全数調査を実施

Ischida Y, Hasegawa M, Nagase K, Tomata Y, Octawijaya IH, Tanaka K. Are persons with unknown health status identified by the National Health Insurance Database (KDB) system at high-risk of requiring long-term care and death? Geriatr. Gerontol. Int. 2023;1-3.

各自治体が地域の関係者も含めた協力体制をつくり、**誰一人取り残さない地域づくり**を目指す。

大和市においては、令和2年度から一体的実施を開始し、個別的支援（ハイリスクアプローチ）、通いの場等への積極的な関与（ポピュレーションアプローチ）を実施している。

低栄養予防

- ・対象者398名に対して、216名(54.3%)に電話・訪問による栄養相談を実施
- ・約8割に体重維持・改善、行動変容が見られた
- ・前期高齢者も含め介護予防に取り組んでいる

口腔機能低下防止

- ・対象者673名に対して、教室参加勧奨を行い、85名(12.6%)が参加
- ・集団教室と個別相談を併用し、約5割のオーラルフレイルリスクが軽減

糖尿病性腎症重症化予防

- ・国保も含めた対象者285名に対して、147名(51.6%)に電話・訪問による栄養相談を実施
- ・約8割以上が血糖値・腎機能を維持・改善
- ・かかりつけ医と健康相談連絡票を活用し、情報連携

その他生活習慣病重症化予防

- ・糖尿病重症化予防を目的に、対象者161名に対して、115名(71.4%)に電話相談を実施
- ・約7割が血糖値を維持・改善
- ・受診や、その他サービスへ接続

健康状態不明者

- ・2年間健診・医療・介護データの無い449名のうち、介護予防アンケートの回答の無い135名を対象に、訪問等により状況把握
- ・介護保険サービス、健診受診、医療機関受診、その他地域資源へ接続

ポピュレーションアプローチ

ミニサロンにおける講話・個別相談、健康支援型配食サービスとの連携、ショッピングモールの活用、ポリファーマシー講座、地域リハビリテーション活動支援事業との連携

実施状況調査から見えた課題と対応

市町村の課題

- 企画・調整を担当する医療専門職の確保が困難
- 地域を担当する医療専門職の確保が困難

- 実施済み市町村が継続的に実施できるための支援が必要
- 目標・評価指標の設定、事業評価・効果検証が難しい

- 関係部署間での合意形成・庁内連携が図れない
- 庁外の関係機関に何を依頼すればよいか分からない

- KDBの機能を十分理解して活用することが難しい

広域連合の課題

- 支援するマンパワーやノウハウの不足
- 広域連合・都道府県・国保連等の共通理解・情報共有の不足
- 実施主体としての事業評価、進捗管理のあり方が分からない

対応

- 特別調整交付金の交付基準の変更
- 在宅保健師等の会、外部の関係機関・関係団体との連携

- WEB開催を含めた研修実施、アーカイブ配信 (5月,11月)
- 地域単位の意見交換会・事例発表
- 「高齢者の特性を踏まえたガイドライン第2版補足版」及び事例集の公表
- 「高齢者の特性を踏まえたガイドライン第3版」作成 (R5年度)

- 一体的実施・KDB活用支援ツールの開発・解説書の公表 (R3年度)
- 一体的実施・実践支援ツールの開発・解説書の公表 (R4年度)
- 一体的実施・実践支援ツールの再構築に向けての検討 (R5年度)

- データヘルス計画策定の手引きにおける、計画様式・評価指標の標準化
- 手引きにおける、「他の法定計画等との調和」「関係者が果たすべき役割」の記載の充実
- 一体的実施計画書・実績報告書の集約ツールの作成及び研究班による事業評価 (R5年度)

データヘルスの推進と標準化の推進

ひと、暮らし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

第3期データヘルス計画について

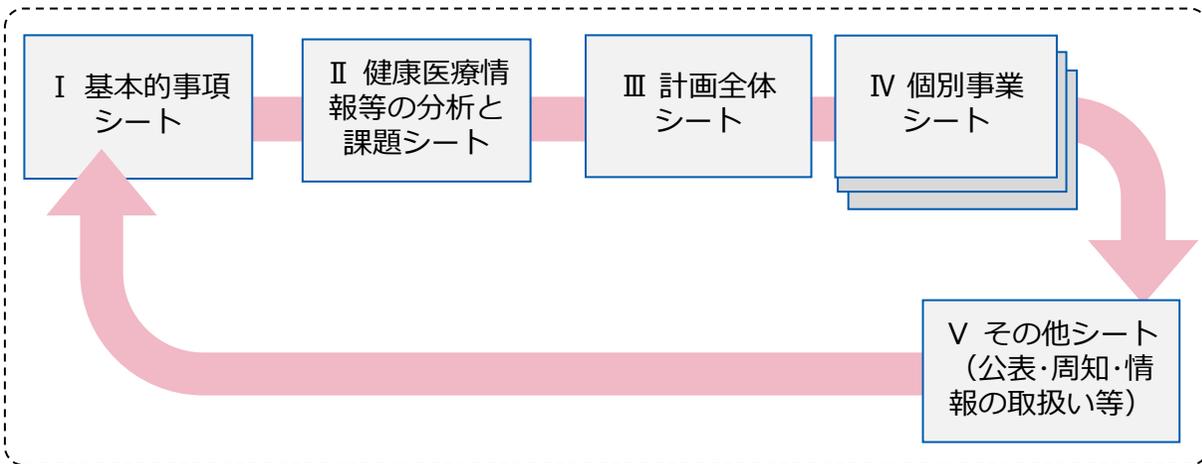
- 後期高齢者の保健事業については、高齢者保健事業のデータヘルス計画策定の手引きに係るワーキンググループ及びデータヘルス計画(国保・後期)の在り方に関する検討会における議論を踏まえ、令和5年3月30日に「高齢者保健事業の実施計画(データヘルス計画)策定の手引き」を策定したところ。
- また、今回の見直しにおいては、標準化に向けて、総合的な評価指標としての共通評価指標の設定とともに、健康課題解決につながる計画を策定するための考え方のフレームとして、計画様式の提示等を行った。

■データヘルス計画の標準化のねらいと対応

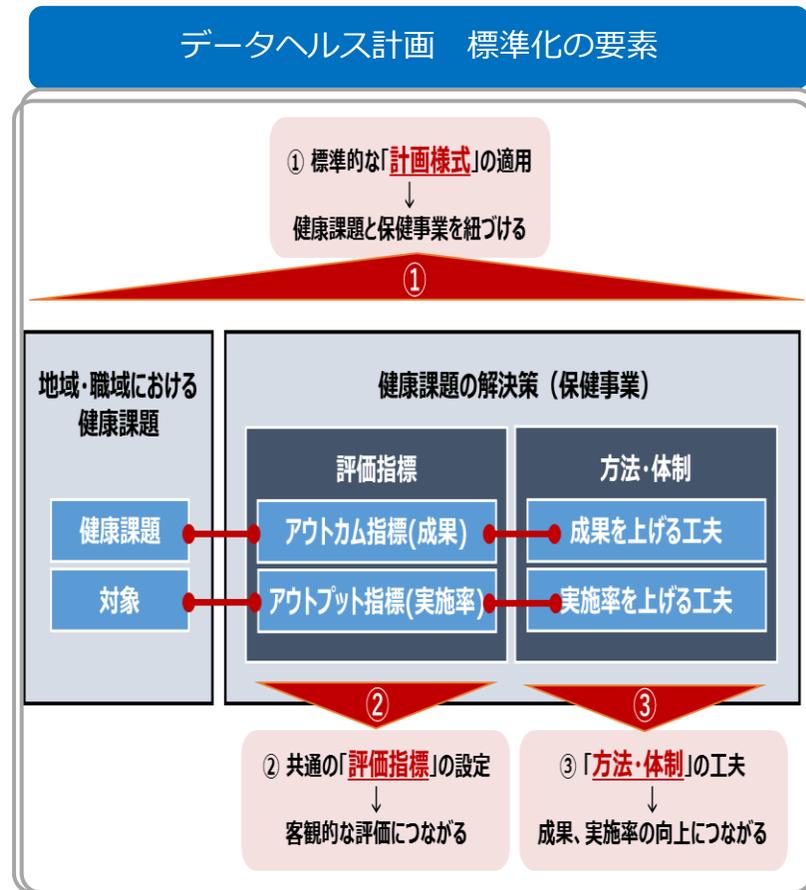
- 計画策定や保健事業運営の負担が軽減されるだけでなく、共通の評価指標を用いることで実績を比較可能とする。
- 効果的な保健事業(方法・体制)をパターン化することにより、事業効果を向上させる。

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

■健康課題解決につながる計画を策定するためのフレーム(構造的な計画様式)



データヘルス計画 標準化の要素



出典：東京大学未来ビジョン研究センター
「都道府県による第3期データヘルス計画策定支援について」

高齢者の医療の確保に関する法律に基づく 高齢者保健事業の実施等に関する指針の改正について

高齢者の保健事業の実施計画（データヘルス計画）策定の手引きに記載した総合的な評価指標（共通評価指標）について追記を行った。

第五 高齢者保健事業の実施計画（データヘルス計画）の策定、実施及び評価

三 事業の評価

事業の評価は、健康・医療情報を活用して、費用対効果の観点も考慮しつつ行うこと。なお、評価の際に用いる指標については、全国の広域連合において、次の総合的な評価指標（共通評価指標）を設定するほか、各広域連合独自の評価指標を設定して差し支えない。

1 健康診査受診率

2 歯科健診実施市町村数及び当該数が構成市町村数に占める割合

3 質問票を活用したハイリスク者把握に基づく保健事業を実施している市町村数及び当該数が構成市町村数に占める割合

4 次に掲げる者に対する保健事業（ハイリスクアプローチ）の実施市町村数及び当該数が構成市町村に占める割合

- (一) 低栄養の状態にある者
- (二) 口腔機能の低下のおそれのある者
- (三) 服薬（重複投薬・多剤投与等）に係る指導等を必要とする者
- (四) 身体的フレイル（運動機能の低下等のフレイルをいい、ロコモティブシンドロームを含む。5の（四）及び（五）において同じ。）の状態にある者
- (五) 重症化予防（糖尿病性腎症等の予防）に係る指導等を必要とする者
- (六) 健康状態が不明な者

5 次に掲げる者に対する保健事業におけるハイリスク者数が各広域連合の被保険者数に占める割合

- (一) 低栄養の状態にある者
- (二) 口腔機能の低下のおそれのある者
- (三) 服薬（多剤投与又は睡眠薬投与）に係る指導等を必要とする者
- (四) 身体的フレイルの状態にある者
- (五) 重症化予防に係る指導等を必要とする者（血糖等管理が不十分な者、糖尿病等の治療を中断した者、基礎疾患を有し、かつ、身体的フレイルの状態にある者または腎機能が低下し、かつ、医療機関を受診していない者）
- (六) 健康状態が不明な者

6 平均自立期間

データヘルス計画の評価指標等について

評価指標 設定のポイント

- 広域連合が既存のデータベースシステム又は統計で確認できる

【市町村】
1年ごとに評価

総合的な評価指標 (共通評価指標)

【広域連合】
計画期間を通して評価
(通例6年)

策定の際に確認が必要なデータ例※

個別事業（一体的実施）の 評価指標例

健診受診率 [健診の対象外とする者の設定が統一されていない
⇒ 対象外の者について設定し、分母を統一する。]

歯科健診実施市町村数・割合

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

アウト
プット

以下の保健事業（ハイリスクアプローチ）の実施市町村数・割合

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

※各事業対象者の抽出基準は問わない

平均自立期間（要介護2以上）

アウト
カム

ハイリスク者割合(一体的実施活用支援ツールの抽出基準に該当する者の割合)

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

1人当たり医療費

1人当たり医療費（入院）

1人当たり医療費（外来）

1人当たり医療費（歯科）

1人当たり医療費（調剤）

疾病分類別医療費

介護給付費

上手な医療の かかり方	後発医薬品の使用割合
	重複投薬患者割合

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

低栄養

重症化予防
(糖尿病性腎症)

口腔

身体的フレイル
(口コモ含)

服薬（多剤）

健康状態不明者対策

※各広域連合が、上記以外の評価指標を設定することも差し支えない。

健診受診率の算出方法の統一について

- 令和5年4月6日付け事務連絡[※]において、令和6年度以降の後期高齢者医療制度事業費補助金の交付対象となる健康診査事業の対象者について、特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準に準じ、特定健診の除外対象者と同一とすることとしている。
- 「健診受診率」については、データヘルス計画における共通評価指標とされたが、その対象者や算出方法を全国的な比較が可能となるよう、データヘルス計画における「健診受診率」の算定方法について統一し、令和6年度以降、国がデータヘルス計画策定後の報告等を求める際には、当該算出方法による結果を報告いただくこととする。

※ 令和5年4月6日付け事務連絡「令和6年度以降における後期高齢者医療制度事業費補助金の交付対象となる健康診査事業の対象者等の取扱いについて」（厚生労働省保険局高齢者医療課）

<算出方法>

$$\text{健診受診率} = \frac{\text{健診受診者数}}{\text{被保険者数} - \text{対象外者数（健診除外告示第5号+第6号）}}$$

<分母にかかるデータ>

- 被保険者（前年4月1日時点）
- 対象外者数（健診除外告示第5号及び第6号に該当する者）

健診除外告示第5号（長期入院者）
（KDBで該当年4月分を抽出 ← 2月診療分を反映）

KDBにおける6ヶ月以上入院者のレセプト一覧
（前年度）（厚労省様式2-1）にて把握した数値

健診除外告示第6号（施設入所者）

市町村（主に介護保険部門）に協力を頂き、施設入所者リスト等から把握した施設入所者数の報告を求める。
「施設」入所者については、該当施設のうち可能な範囲で把握し、市町村から広域に報告をすることを求める。
なお、市町村の把握方法及び集計時点等は不問。

【確認方法（①または②）】

- ① 市町村が把握可能な範囲で独自に確認。
- ② 市町村がKDBを活用して確認。なお、KDBでは、介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設・介護医療院・特定施設に入所している場合が把握可能。

<分子にかかるデータ>

- 実際の健康診査受診者数**
（前年4月～該当年3月）

健康診査事業の対象者の整理に基づき把握。

<施設とは>

- ・障害者支援施設
- ・児童福祉施設
- ・国立重度知的障害者総合施設のぞみの園
- ・養護老人ホーム
- ・有料老人ホーム

（特定施設入居者生活介護の指定を受けていない、サービス付高齢者向け住宅を除く）

- ・軽費老人ホーム
（介護老人福祉施設）
- ・介護老人保健施設
- ・介護療養型医療施設
- ・介護医療院

なお、現行の各広域連合独自の抽出基準及び算出方法により健診受診率のデータを継続して把握し、過去の実績との経年変化を行うことは可能。

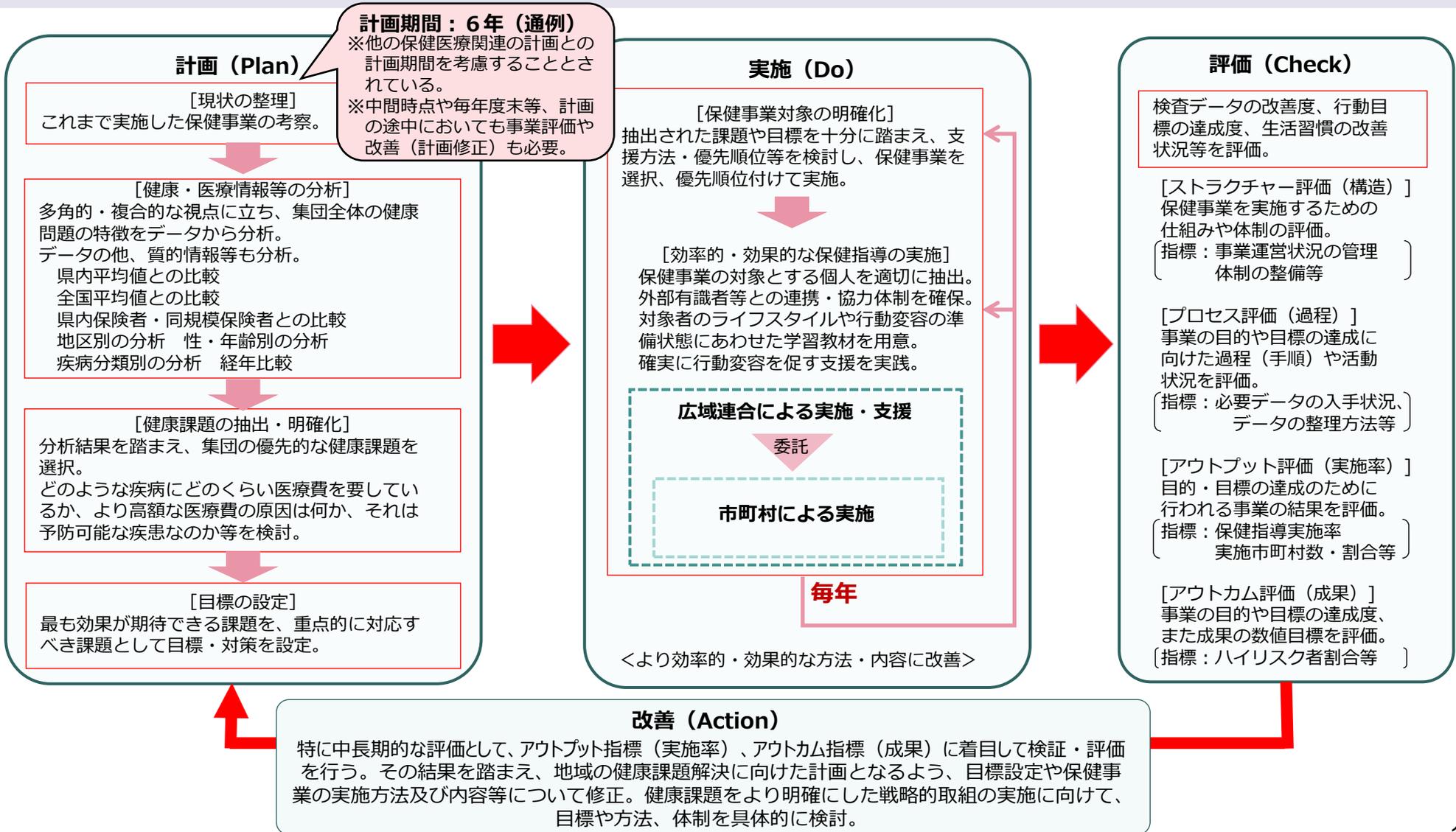
個別事業（一体的実施）の評価指標例

【市町村】
1年ごとに評価

	低栄養	糖尿病性腎症重症化予防	健康状態不明者対策
アウト プット	<ul style="list-style-type: none"> 支援対象者のうち、支援できた者の人数・割合 	<ul style="list-style-type: none"> 支援対象者のうち、支援できた者（個別支援・受診勧奨）の人数・割合 	<ul style="list-style-type: none"> 支援対象者のうち、現状把握ができた者の人数・割合 医療・介護等の支援へつなく必要があると把握された者の人数
アウト カム	<ul style="list-style-type: none"> 体重が維持(±0.9kg)・改善(+1kg)できた者の人数・割合 低栄養傾向(BMI 20以下)の者の人数、割合 1年後の要介護認定の状況 	<ul style="list-style-type: none"> 受診勧奨事業：対象者のうち、受診した者（服薬治療を開始した者、傷病名+（検査、生活習慣病管理料）等で受診が確認できた者）の人数、割合 治療中断者のうち健診又は受診につながった者（服薬治療を再開した者、傷病名+（検査、生活習慣病管理料）等で受診が確認できた者）の数・割合 HbA1c ≥8.0%の人数、割合の変化 SBP ≥160orDBP ≥100以上の割合の変化 	<ul style="list-style-type: none"> 健診受診した者の人数・割合 医療・介護サービス等が必要と判断される者のうち、医療・介護サービス等につながった者の人数・割合
	服薬指導（多剤）	口腔	身体的フレイル
アウト プット	<ul style="list-style-type: none"> 支援対象者のうち、支援できた者の人数・割合 	<ul style="list-style-type: none"> 支援対象者のうち、支援できた者の人数・割合 	<ul style="list-style-type: none"> 支援対象者のうち、支援できた者の人数・割合
アウト カム	<ul style="list-style-type: none"> 介入前後3ヶ月の受診状況（受診医療機関数、受診回数） 介入前後3ヶ月の処方薬剤数が15剤以上の人数、割合 <p>※特定の月のみ多い・少ないという状況も想定されるため、介入前3月分と、介入後3月分を評価することが重要</p>	<ul style="list-style-type: none"> 歯科医療機関の受診状況 後期高齢者の質問票（4咀嚼「はい」・5嚥下「はい」と回答した者の人数、割合 （介入者のうち、誤嚥性肺炎の既往がある者については）介入1年後の誤嚥性肺炎の罹患状況 1年後の要介護認定の状況 	<ul style="list-style-type: none"> 適切なサービス（専門職、地域支援事業等）へつながっている人数、割合 後期高齢者の質問票（①健康状態「4、5」かつ⑦歩行速度「はい」または⑦歩行速度「はい」かつ⑧転倒の該当者「はい」と回答した者の人数、割合 1年後の要介護認定の状況

広域連合におけるデータヘルス計画（PDCA）の特徴

- 広域連合におけるデータヘルス計画の場合、保健事業の計画・評価・改善（P・C・A）は広域連合、保健事業の実施（D）は市町村（広域連合から市町村への委託）となっていることが多く、計画策定等と保健事業の実施の主体が異なる。



後期高齢者の保健事業における市町村対応のPDCA

- 後期高齢者の保健事業（健康診査・歯科健康診査、一体的実施等における個別の保健事業）については、広域連合が通例6年間のデータヘルス計画を策定・実施しており、毎年度事業内容の実施状況を踏まえた評価・改善を行う。また、多くの場合、市町村が広域連合からの委託を受けて保健事業を実施している。市町村が事業実施を行うにあたっては、広域連合のデータヘルス計画における計画・評価・改善（P・C・A）の方針を踏まえつつ、保健事業の実施（D）については、毎年度、計画・評価・改善（P・C・A）を別途行う必要がある。

計画（Plan）

【現状の整理】

これまで実施した保健事業（対象や実施方法、実施体制、成果等）の考察。

【健康・医療情報等の分析】

多角的・複合的な視点に立ち、地域集団全体の健康問題の特徴をデータとともに質的情報等も分析。

県内平均値・全国平均値との比較
地区別の分析 性・年齢別の分析
疾病分類別の分析 経年比較

※データヘルス計画上の共通評価指標にかかる分析においては、一体的実施・KDB活用支援ツールの抽出条件を参照。

【健康課題の抽出・明確化】

分析結果を踏まえ、地域集団の優先的な健康課題を選択。どのような疾病にどのくらい医療費を要しているか、より高額な医療費の原因は何か、それは予防可能な疾患なのか等を検討。

【目標の設定】

最も効果が期待できる課題を、重点的に対応すべき課題として目標・対策を設定するとともに、効率的な実施方法・体制について検討。

実施（Do）

【保健事業対象の明確化】

適切な健康診査等の実施、その結果から抽出された課題や目標を十分に踏まえ、支援方法・優先順位等を検討し、保健事業を選択、優先順位付けて実施。

健康診査・歯科健康診査

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

【効率的・効果的な保健指導の実施】

事業実施の実現可能性等も踏まえつつ、保健事業の対象とする個人を、適切に抽出。外部有識者等との連携・協力体制を確保。対象者のライフスタイルや行動変容の準備状態にあわせた学習教材を用意。確実に行動変容を促す支援を実践。

＜より効率的・効果的な方法・内容に改善＞

評価（Check）

【評価の視点に基づく評価の実施】

地域の集団及び個人における検査データの改善度、行動目標の達成度、生活習慣の改善状況等を評価。

＜ストラクチャー評価（構造）＞

保健事業を実施するための仕組みや体制の評価。
（指標：事業実施にかかる連携体制整備等）

＜プロセス評価（過程）＞

事業の目的や目標の達成に向けた過程（手順）や活動状況を評価。
（指標：事業案内の方法、事業実施方法等）

＜アウトプット評価（実施率）＞

目的・目標の達成のために行われる事業の結果を評価。
（指標：保健指導実施率等）

＜アウトカム評価（成果）＞

事業の目的や目標の達成度、また成果の数値目標を評価。
（指標：健診結果、医療費の変化等）

改善（Action）

目標や方法・体制等も含めて検証・評価を行った結果を踏まえ、地域の健康課題解決に向けた計画の修正。健康課題をより明確にした戦略的取組の検討。

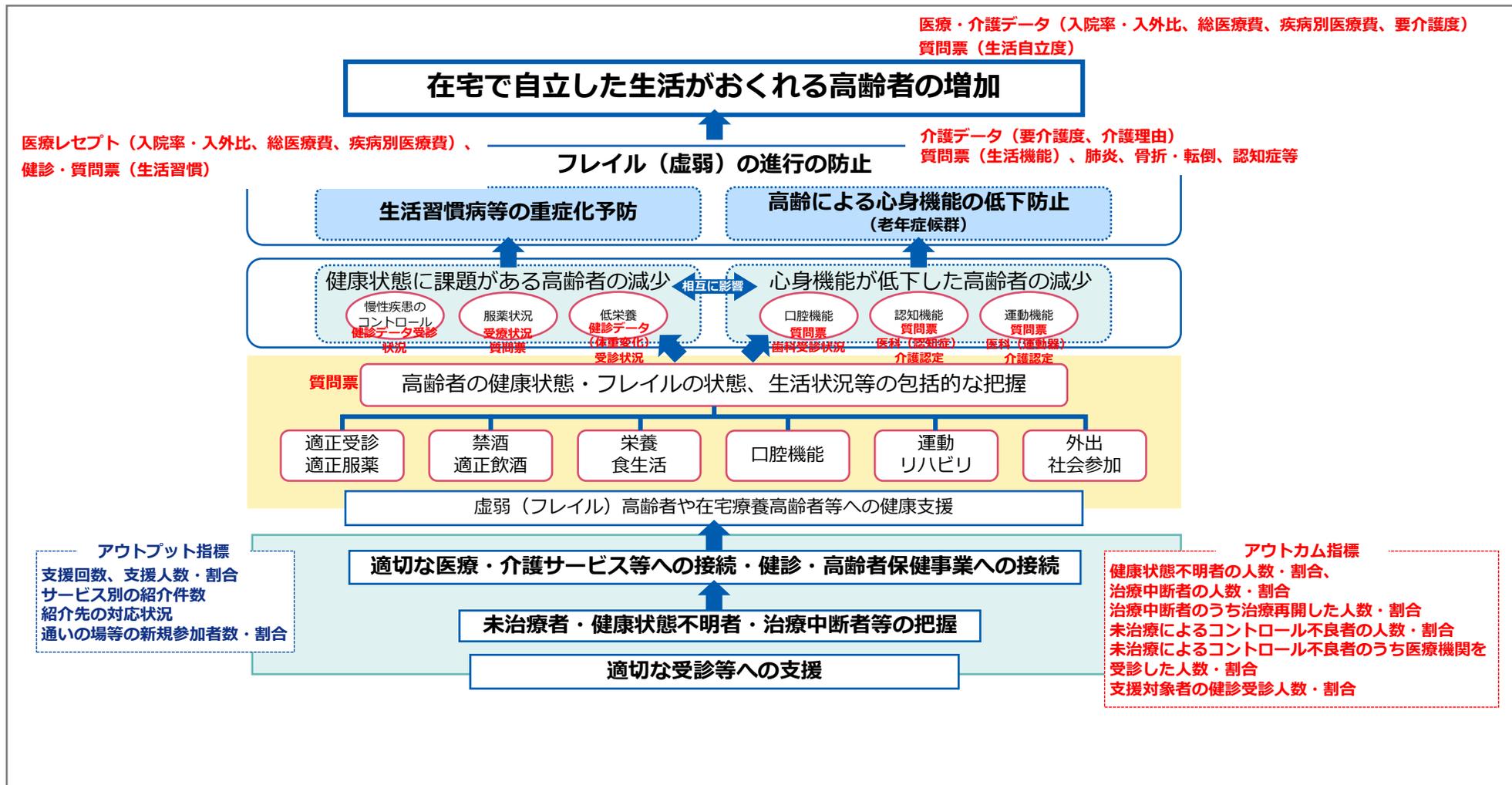
広域連合のPDCA

データヘルス計画全体は通例6年ごと ← 事業内容は毎年度

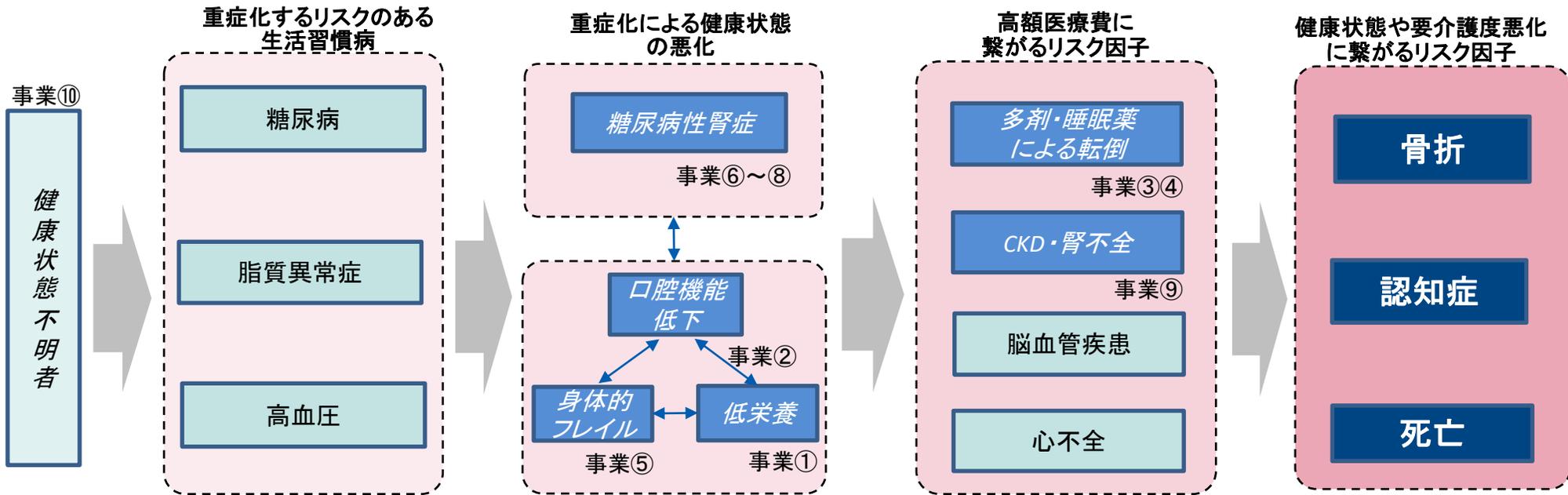
市町村における保健事業のPDCAは毎年度実施し、その結果については適時、広域連合への共有が必要。

高齢者保健事業における目標設定の考え方

- 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予防と高齢による心身機能の低下防止により、自立した生活が送れる高齢者が増加すること。**



健康寿命延伸のための一体的実施における事業メニューの考え方（イメージ）



★支援対象（ハイリスク）者の支援事業内容とその目的

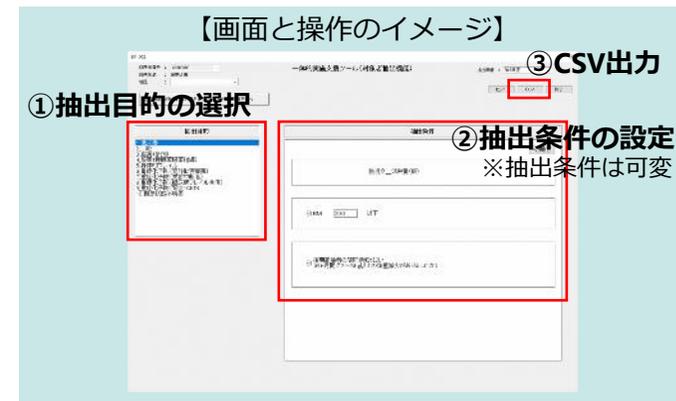
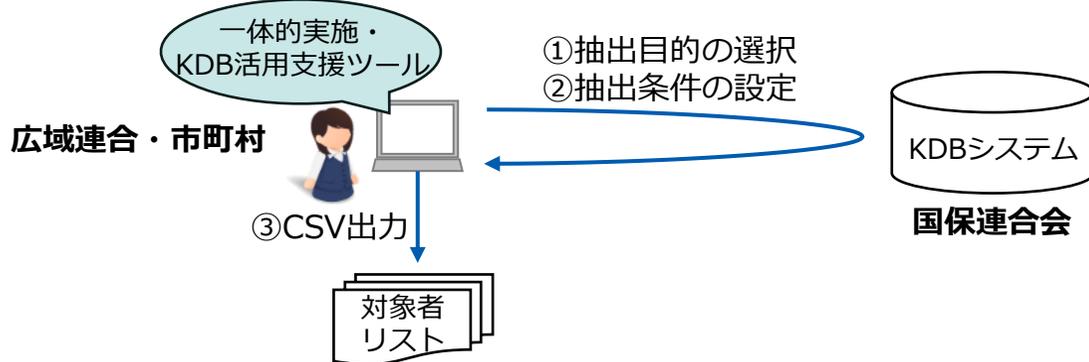
①	低栄養	低栄養状態の可能性のある者を抽出し、低栄養防止の取組につなげる	⑥	重症化予防	血糖・血圧コントロール不良かつ薬剤処方がない者を医療機関受診につなげる
②	口腔	オーラルフレイル・口腔機能低下者を抽出して歯科受診につなげ、口腔機能低下防止を図る	⑦		糖尿病、高血圧症で薬剤を中止している者に対して健康相談を行い、健診受診につなげる
③	服薬（多剤）	多剤投薬者を抽出し、服薬指導・服薬支援につなげることで、残薬を減らすとともに、転倒等の薬物有害事象を防止する	⑧		糖尿病等の基礎疾患があり、フレイル状態にある者を抽出、通いの場等の介護予防事業につなげる
④	服薬（眠剤）	睡眠薬服用者を抽出し、服薬指導・服薬支援につなげることで、残薬を減らすとともに、転倒等の薬物有害事象を防止する	⑨		腎機能不良かつ医療機関への受診がない者に受診勧奨を行い、透析を予防する
⑤	身体的フレイル（ロコモ含）	身体的フレイル（ロコモティブシンドローム含）のリスクがある者を抽出し、予防につなげる	⑩		健康状態不明者

（一体的実施の横展開事業）

一体的実施・KDB活用支援ツール（概要）

- 一体的実施の推進には、KDBシステム等を活用し、地域の健康課題の適切な分析・見える化、データ分析に基づく保健事業の提案、対象者抽出を含む効果的な事業展開（評価指標の標準化）等を実施していくことが求められるが、KDBの活用においては、KDBシステムの機能の理解、データの活用等が課題として挙げられている。
- 「一体的実施・KDB活用支援ツール」を開発し、事業の対象者リストを自動作成する等により業務の簡素化・標準化を図り、広域連合・市町村における一体的実施の推進を支援する（令和4年3月末に配布）。

1 一体的実施・KDB活用支援ツールのイメージ



※抽出条件は、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推進に係る検証のための研究」（研究代表者：津下一代）により検討したものを規定値として使用。

※同研究にて、抽出根拠や活用法をまとめた解説書を作成し、提供（2022年2月）。

2 抽出される支援対象者と支援の目的

1	低栄養	低栄養状態の可能性のある者を抽出し、低栄養防止の取組につなげる
2	口腔	オーラルフレイル・口腔機能低下者を抽出して歯科受診につなげ、口腔機能低下防止を図る
3	服薬 (多剤)	多剤投薬者を抽出し、服薬指導・服薬支援につなげることで、残薬を減らすとともに、転倒等の薬物有害事象を防止する
4	服薬 (眠剤)	睡眠薬服用者を抽出し、服薬指導・服薬支援につなげることで、残薬を減らすとともに、転倒等の薬物有害事象を防止する
5	身体的 フレイル (ロコモ含)	身体的フレイル（ロコモティブシンドローム含）のリスクがある者を抽出し、予防につなげる

6	重症化 予防	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
7		糖尿病、高血圧症で薬剤を中止している者に対して健康相談を行い、健診受診につなげる
8		糖尿病等の基礎疾患があり、フレイル状態にある者を抽出、通いの場等の介護予防事業につなげる
9		腎機能不良かつ医療機関への受診がない者に受診勧奨を行い、透析を予防する
10	健康状態 不明者	健康状態不明者に対するアウトリーチ等により健康状態等を把握し、必要な支援を行う

KDBを活用した高齢者保健事業対象者の抽出条件

一体的実施・KDB活用支援ツールによる支援対象者の抽出条件

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

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

データヘルスの推進及び標準化

- 一体的実施は「高齢者保健事業の中心」
- できる限り長く在宅で自立した生活を送ることのできる高齢者を増やすことが最大の目的。
- 関係部門間連携、関係機関連携を進め、効果的・効率的な保健事業の実施により、生涯にわたる健康の保持増進、生活の質（QOL）の維持及び向上が図られ、結果として、医療費の適正化、要介護認定率の低下や介護給付費の減少に資する。
- 地域の実情を踏まえつつ、高齢者の保健事業の標準化の取組、データヘルスの推進にご協力をお願いしたい。

参考資料



総合的な評価指標（共通評価指標）

- 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施支援者研修会（令和5年5月開催）においてデータヘルス計画策定に関する説明を行うとともに、共通評価指標の算出方法やその他全国値等データの参照先について提示した。

最終目標	重点的な取組	共通指標	分母	分子	確認方法	
在宅で自立した生活がおくれる高齢者の増加	<ul style="list-style-type: none"> ■健康診査・歯科健診の実施 ■ハイリスク者の把握（スクリーニング） 	健診受診	被保険者数 （R4年4月1日時点） -対象外者数 （R4年4月～R5年3月） ▶対象外者 {健診除外告示第5号及び第6号に該当する者}	健診受診者数 （R4年4月～R5年3月） ※健康診査事業の対象者については、令和5年4月6日付け事務連絡「令和6年度以降における後期高齢者医療制度事業費補助金の交付対象となる健康診査事業の対象者等の取扱いについて」（厚生労働省保険局高齢者医療課）において、整理済み	広域連合による把握	
		歯科健診実施市町村数・割合	全市町村数 （R5年3月31日時点）	実施市町村数 （R5年3月31日時点）	広域連合による把握 {各市町村が提出する後期高齢者医療制度実施状況調査}	
		質問票を活用したハイリスク者把握に基づき保健事業を実施している市町村数・割合	全市町村数 （R5年3月31日時点）	実施市町村数 （R5年3月31日時点）	広域連合による把握	
	<ul style="list-style-type: none"> ■生活習慣病等の重症化予防 ・服薬 ・コントロール不良者 ・糖尿病等治療中断者 ・基礎疾患保有+フレイル（ロコモを含む） ・腎機能不良未受診者 	アウトプット	実施市町村数・割合 ・低栄養 ・口腔 ・服薬（重複・多剤等） ・重症化予防（糖尿病性腎症） ・重症化予防（その他身体的フレイルを含む） ・健康状態不明者対策	全市町村数 （R5年3月31日時点）	実施市町村数 （R5年3月31日時点）	広域連合による把握 {各市町村が提出する一体的実施の事業実施計画書}
		アウトカム	平均自立期間	令和5年度（累計） ※算出に使用する統計情報の調査期間は令和3年となる		KDBシステム 「地域の全体像の把握」
			ハイリスク者割合	被保険者数 （R4年4月1日時点） ※R5年の12月にR4年度の健診情報の格納が完了するため、健診情報が抽出基準に含まれるものについては、事前にR3年度の実績を参照して実態を確認しておくなどの工夫をしつつ、R5年12月以降にハイリスク者の抽出を行うことが必要。	一体的実施・KDB活用支援ツールの基準該当者数 （R4年4月～R5年3月） ※服薬（多剤）については、「R4年5月診療分」を指定。	分子は一体的実施・KDB活用支援ツールによる把握

個別事業（一体的実施）の評価指標例

	低栄養	糖尿病性腎症重症化予防	健康状態不明者対策
アウト プット	<ul style="list-style-type: none"> 支援対象者のうち、支援できた者の人数・割合 	<ul style="list-style-type: none"> 支援対象者のうち、支援できた者（個別支援・受診勧奨）の人数・割合 	<ul style="list-style-type: none"> 支援対象者のうち、現状把握ができた者の人数・割合 医療・介護等の支援へつなく必要があると把握された者の人数
アウト カム	<ul style="list-style-type: none"> 体重が維持(±0.9kg)・改善(+1kg)できた者の人数・割合 低栄養傾向(BMI 20以下)の者の人数、割合 1年後の要介護認定の状況 	<ul style="list-style-type: none"> 受診勧奨事業：対象者のうち、受診した者（服薬治療を開始した者、傷病名+（検査、生活習慣病管理料）等で受診が確認できた者）の人数、割合 治療中断者のうち健診又は受診につながった者（服薬治療を再開した者、傷病名+（検査、生活習慣病管理料）等で受診が確認できた者）の数・割合 HbA1c ≥8.0%の人数、割合の変化 SBP ≥160orDBP ≥100以上の割合の変化 	<ul style="list-style-type: none"> 健診受診した者の人数・割合 医療・介護サービス等が必要と判断される者のうち、医療・介護サービス等につながった者の人数・割合
	服薬指導（多剤）	口腔	身体的フレイル（ロコモ含む）
アウト プット	<ul style="list-style-type: none"> 支援対象者のうち、支援できた者の人数・割合 	<ul style="list-style-type: none"> 支援対象者のうち、支援できた者の人数・割合 	<ul style="list-style-type: none"> 支援対象者のうち、支援できた者の人数・割合
アウト カム	<ul style="list-style-type: none"> 介入前後3ヶ月の受診状況（受診医療機関数、受診回数） 介入前後3ヶ月の処方薬剤数が15剤以上の人数、割合 <p>※特定の月のみ多い・少ないという状況も想定されるため、介入前3月分と、介入後3月分を評価することが重要</p>	<ul style="list-style-type: none"> 歯科医療機関の受診状況 後期高齢者の質問票（4咀嚼「はい」・5嚥下「はい」と回答した者の人数、割合 （介入者のうち、誤嚥性肺炎の既往がある者については）介入1年後の誤嚥性肺炎の罹患状況 1年後の要介護認定の状況 	<ul style="list-style-type: none"> 適切なサービス（専門職、地域支援事業等）へつながっている人数、割合 後期高齢者の質問票（①健康状態「4、5」かつ⑦歩行速度「はい」または⑦歩行速度「はい」かつ⑧転倒の該当者「はい」と回答した者の人数、割合 1年後の要介護認定の状況

個別事業（一体的実施）のアウトカム指標の評価方法（例）（1/2）

参考

- 個別事業における取組（一体的実施）の評価について、指標例ごとに対象者全体（分母）、その評価をするための確認方法と評価にあたってのベースラインについて示す。
- KDB・KDB活用支援ツールで把握が難しい場合は、市町村に直接確認の上で個別事業の結果について把握し、評価を行う必要がある。

	指標例	対象者全体（分母）	ベースライン値	確認方法
低栄養	体重が維持(±0.9kg)・改善(+1kg)できた者の人数・割合	面談が完了できた者	初回面談時の測定値	最終面談時（または聞き取り）の測定値
	低栄養傾向（BMI 20以下）の者の人数、割合	面談が完了できた者	初回面談時のBMI20以下の者	最終面談時のBMI20以下の者（身長は推測でも可）
	1年後の要介護認定の状況	面談が完了できた者	抽出時の要介護認定状況	抽出から1年後のKDB等における要介護認定状況
糖尿病性腎症重症化予防	受診勧奨事業：対象者のうち、受診した者（服薬治療を開始した者、傷病名＋（検査、生活習慣病管理料）等で確認できた場合）した者の人数、割合	面談が完了できた者	初回面談時に受診している者、受診率	KDB等における最終面談時の受診状況
	治療中断者のうち健診又は受診（服薬治療を再開した者、傷病名＋（検査、生活習慣病管理料）等で確認できた場合）につながった者の数・割合	面談が完了できた者	初回面談時の治療再開率	KDB等における最終面談時の受診状況
	HbA1c ≧8.0%の人数、割合	面談が完了できた者	初回面談時のHbA1c ≧8.0%の人数、割合	介入者の次年度健診結果で、HbA1c ≧8.0%の人数、割合
	SBP ≧160orDBP ≧100以上の割合	面談が完了できた者	初回面談時のSBP ≧160orDBP ≧100以上の人数、割合	介入者の次年度健診結果で、SBP ≧160orDBP ≧100以上の人数、割合
不明者健康状態対策	健診を受診した者の人数・割合	介入が完了できた者	初回介入時の人数、受診率	KDB等における最終介入後の健診受診状況
	医療・介護サービス等が必要と判断される者のうち、医療・介護サービス等につながった者の人数・割合	面談が完了できた者のうち、医療・介護サービス等が必要ないと判断される者は分母から除外	初回面談時の医療・介護利用人数、率	KDB等における最終面談後の医療・介護利用状況

個別事業（一体的実施）のアウトカム指標の評価方法（例）（2/2）

参考

	指標例	対象者全体（分母）	ベースライン値	確認方法
服薬指導 (多剤)	介入前後3ヶ月の受診状況（受診医療機関数、受診回数）	面談が完了できた者	初回面談時の受診状況	KDB等における最終面談時の受診状況
	介入前後3ヶ月の処方薬剤数が15剤以上の人数、割合	面談が完了できた者	初回面談時の処方状況が基準以上の者	KDB等における最終面談時の処方状況 ※基準は市町村ごとに異なるため留意が必要。
口腔	歯科医療機関の受診状況	面談が完了できた者	初回面談時の12ヶ月以内の歯科受診率	KDB等における最終面談時の歯科受診状況（歯科レセプトがある者）
	後期高齢者の質問票（4咀嚼「はい」・5嚥下「はい」）と回答した者の人数、割合	面談が完了できた者	初回面談時の質問票4または5の回答「はい」の者	最終面談時の質問票4または5の回答「はい」の回答状況
	介入者のうち、誤嚥性肺炎の既往がある者の介入1年後の誤嚥性肺炎の罹患状況	面談が完了できた者	初回面談時の誤嚥性肺炎既往歴ありの者	抽出から1年間の誤嚥性肺炎罹患患者数（医科レセプト等で確認）
	1年後の要介護認定の状況	面談が完了できた者	抽出時の要介護認定状況	KDB等における抽出から1年後の要介護認定状況
身体的フレイル (ロコモを含む)	適切なサービス（専門職、地域支援事業等）へのつながっている人数と割合	面談が完了できた者	リスト該当者から要介護・要支援者を除いた人数のサービス（専門職支援、地域支援事業等）利用者数（割合）	最終面談時に適切なサービスにつながった人数（割合）
	後期高齢者の質問票（①健康状態「4、5」かつ⑦歩行速度「はい」または⑦歩行速度「はい」かつ⑧転倒の該当者「はい」）と回答した者の人数、割合	面談が完了できた者	初回面談時の質問票①健康状態「4、5」かつ⑦歩行速度「はい」または⑦歩行速度「はい」かつ⑧転倒の該当者「はい」の者	最終面談時の質問票健康状態「4、5」かつ⑦歩行速度「はい」または⑦歩行速度「はい」かつ⑧転倒の該当者「はい」と回答した者
	1年後の要介護認定の状況	面談が完了できた者	抽出時の要介護認定状況	KDB等における抽出から1年後の要介護認定状況

第4期医療費適正化計画（2024～2029年度）に向けた見直し

医療費の更なる適正化に向けて、①新たな目標として、複合的なニーズを有する高齢者への医療・介護の効果的・効率的な提供等を加えるとともに、②既存の目標についてもデジタル等を活用した効果的な取組を推進する。また、計画の実効性を高めるため、③都道府県が関係者と連携するための体制を構築する。

計画の目標・施策の見直し

① 新たな目標の設定

➤ 複合的なニーズを有する高齢者への医療・介護の効果的・効率的な提供等

- ・ 高齢者の心身機能の低下等に起因した疾病予防・介護予防
- ・ 医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービス提供（例：骨折対策）

➤ 医療資源の効果的・効率的な活用

- ・ 効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療（例：急性気道感染症・急性下痢症に対する抗菌薬処方）
 - ・ 医療資源の投入量に地域差がある医療（例：白内障手術や化学療法の外来での実施、リフィル処方箋（※））
- （※）リフィル処方箋については、地域差の実態等を確認した上で必要な取組を進める。

⇒ 有識者による検討体制を発足させて、エビデンスを継続的に収集・分析し、都道府県が取り組める目標・施策の具体的なメニューを追加

➔ さらに、医療DXによる医療情報の利活用等を通じ、健康の保持の推進・医療の効率的な提供の取組を推進

※ 計画の目標設定に際し、医療・介護サービスを効果的・効率的に組み合わせた提供や、かかりつけ医機能の確保の重要性に留意

② 既存目標に係る効果的な取組

健康の保持 の推進

➤ 特定健診・保健指導の見直し

⇒アウトカム評価の導入、ICTの活用など

医療の効率的な 提供

➤ 重複投薬・多剤投与の適正化

⇒電子処方箋の活用

➤ 後発医薬品の使用促進

⇒個別の勧奨、フォーミュラリ策定等による更なる取組の推進や、バイオ後続品の目標設定等を踏まえた新たな数値目標の設定

実効性向上のための体制構築

③ 保険者・医療関係者との方向性の共有・連携

- ・ 保険者協議会の必置化・医療関係者の参画促進、医療費見込みに基づく計画最終年度の国保・後期の保険料の試算 等

➤ 都道府県の責務や取り得る措置の明確化

- ・ 医療費が医療費見込みを著しく上回る場合等の要因分析・要因解消に向けた対応の努力義務化 等

計画期間と記載内容

- 現行のデータヘルス計画策定の手引きにおいて、計画期間については、「計画期間を定めるに当たっては、他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮する。」と示している。
- 他の法定計画等との調和については、「都道府県健康増進計画や市町村健康増進計画、都道府県医療費適正化計画、介護保険事業計画と調和のとれたものとする必要がある」と示している。

計画期間と記載内容

計画名	作成者	計画期間	記載概要
医療計画	都道府県	■ 6年間（※第6次までは5年間） 第8次（令和6～令和11）	<ul style="list-style-type: none"> ● 都道府県の二次医療圏域毎の病床数の設定 ● 医療提供施設の整備目標 ● 医療従事者の確保 等
医療費適正化計画	都道府県	■ 6年間（※2期までは5年間） 第4期（令和6～令和11）	<ul style="list-style-type: none"> ● 医療に要する費用の見込みに関する事項 ● 住民の健康の保持の推進に関し達成すべき目標 ● 医療の効率的な提供の推進に関し達成すべき目標 等
データヘルス計画	保険者	■ 6年間（※第1期は3年間） 第3期（令和6～令和11）6年間	<ul style="list-style-type: none"> ● 被保険者の健康課題 ● 健康課題に対応した目標 ● 保健事業の内容 等
健康増進計画	都道府県 市町村	■ 12年間（※第1次は12年間、第2次は1年間延長して11年間） 次期（令和6～）	<ul style="list-style-type: none"> ● 健康の増進の推進に関する基本的な方向 ● 各施策（栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙等）の取組と目標 等
介護保険事業支援計画	都道府県	■ 3年間 第9期（令和6～令和8）	<ul style="list-style-type: none"> ● 老人福祉圏域毎の介護サービス量の見込み ● 市町村の介護予防・重度化防止等の支援内容及び目標 等
介護保険事業計画	市町村	■ 3年間 第9期（令和6～令和8）	<ul style="list-style-type: none"> ● 日常生活圏域毎の介護サービス量の見込み ● 介護予防・重度化防止等の取組内容及び目標 等

経済財政運営と改革の基本方針2023（令和5年6月16日閣議決定）（抜粋）

医療DX推進本部において策定した工程表※4に基づき、医療DXの推進に向けた取組について必要な支援を行いつつ政府を挙げて確実に実現する。マイナンバーカードによるオンライン資格確認の用途拡大や正確なデータ登録の取組を進め、2024年秋に健康保険証を廃止する。レセプト・特定健診情報等に加え、介護保険、母子保健、予防接種、電子処方箋、電子カルテ等の医療介護全般にわたる情報を共有・交換できる「全国医療情報プラットフォーム」の創設及び電子カルテ情報の標準化等を進めるとともに、PHRとして本人が検査結果等を確認し、自らの健康づくりに活用できる仕組みを整備する。その他、新しい医療技術の開発や創薬のための医療情報の二次利活用、「診療報酬改定DX」による医療機関等の間接コスト等の軽減を進める。その際、医療DXに関連するシステム開発・運用主体の体制整備、電子処方箋の全国的な普及拡大に向けた環境整備、標準型電子カルテの整備、医療機関等におけるサイバーセキュリティ対策等を着実に実施する。

健康寿命を延伸し、高齢者の労働参加を拡大するためにも、健康づくり・予防・重症化予防を強化し、デジタル技術を活用したヘルスケアイノベーションの推進やデジタルヘルスを含めた医療分野のスタートアップへの伴走支援などの環境整備に取り組むとともに、第3期データヘルス計画を見据え、エビデンスに基づく保健事業※5を推進する。リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進を図る。全身の健康と口腔の健康に関する科学的根拠の集積・活用と国民への適切な情報提供、生涯を通じた歯科健診（いわゆる国民皆歯科健診）に向けた取組の推進、オーラルフレイル対策・疾病の重症化予防につながる歯科専門職による口腔健康管理の充実、歯科医療機関・医科歯科連携を始めとする関係職種間・関係機関間の連携、歯科衛生士・歯科技工士等の人材確保の必要性を踏まえた対応、歯科技工を含む歯科領域におけるICTの活用を推進し、歯科保健医療提供体制の構築と強化に取り組む。また、市場価格に左右されない歯科用材料の導入を推進する。計画※6に基づき、がんの早期発見・早期治療のためのリスクに応じたがん検診の実施や適切な時機でのがん遺伝子パネル検査の実施、小児がん等に係る治療薬へのアクセス改善などのがん対策及び循環器病対策を推進する。

※4 「医療DXの推進に関する工程表」（令和5年6月2日医療DX推進本部決定）。

※5 予防・重症化予防・健康づくりの政策効果に関する大規模実証事業を活用する。

※6 「がん対策推進基本計画」（令和5年3月28日閣議決定）及び「循環器病対策推進基本計画」（令和5年3月28日閣議決定）。

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施 【概要】

ひと、暮らし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に関する経緯

年度	関連事項
平成20年度	後期高齢者医療制度の施行（4月）
平成26年度	日本老年医学会による「フレイル」の提唱（5月）
平成27年度	<p>経済財政諮問会議 ◇フレイルに対する総合対策が言及される（5月）。改革工程表にフレイル対策の推進が示される（12月）。</p> <p>後期高齢者の保健事業のあり方に関する研究（厚生労働科学特別事業）報告書 ◇フレイルの概念整理、取組のエビデンス検討、ガイドラインの素案作成（～3月）</p>
平成28年度	<p>高齢者の医療の確保に関する法律の一部改正（4月施行） ◇高齢者の特性に応じた保健指導等が広域連合の努力義務とされる。</p> <p>経済財政運営と改革の基本方針2016閣議決定（6月） ◇「フレイル対策については、ガイドラインの作成等や効果的な事業の全国展開等により推進する。」</p> <p>高齢者の保健事業のあり方検討ワーキンググループ（7月～） ◇WG（3回）、作業チーム（2回）、モデル事業実施</p>
平成29年度	<p>高齢者の保健事業のあり方検討ワーキンググループ ◇WG（2回）、作業チーム（2回）、モデル事業実施</p>
平成30年度	<p>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策定（4月）</p> <p>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（9～12月）</p>
令和元年度	<p>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改正（5月公布） ◇市町村において高齢者の保健事業と介護予防を一体的に実施する枠組みの構築等</p> <p>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（5～9月）</p> <p>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改定〔第2版〕（10月）</p>
令和2年度	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改正（4月施行）

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

高齢者保健事業（後期高齢者） + 国民健康保険保健事業(国保) + 地域支援事業（介護保険）



3事業の「一体的実施」

○高齢者の医療の確保に関する法律

第125条 後期高齢者医療広域連合は、高齢者の心身の特性に応じ、健康教育、健康相談、健康診査及び保健指導並びに健康管理及び疾病の予防に係る被保険者の自助努力についての支援その他の被保険者の健康の保持増進のために必要な事業（以下「高齢者保健事業」という。）を行うように努めなければならない。

3 後期高齢者医療広域連合は、高齢者保健事業を行うに当たっては、市町村及び保険者との連携を図るとともに、高齢者の身体的、精神的及び社会的な特性を踏まえ、高齢者保健事業を効果的かつ効率的で被保険者の状況に応じたきめ細かなものとするため、市町村との連携の下に、市町村が実施する国民健康保険法第八十二条第五項に規定する高齢者の心身の特性に応じた事業（次条第一項において「**国民健康保険保健事業**」という。）及び介護保険法第百十五条の四十五第一項から第三項までに規定する**地域支援事業**（次条第一項において「**地域支援事業**」という。）**と一体的に実施するものとする。**

○国民健康保険法

第82条 市町村及び組合は、特定健康診査等を行うものとするほか、これらの事業以外の事業であつて、健康教育、健康相談及び健康診査並びに健康管理及び疾病の予防に係る被保険者の自助努力についての支援その他の被保険者の健康の保持増進のために必要な事業を行うように努めなければならない。

5 市町村は、第一項の規定により市町村が行う被保険者の健康の保持増進のために必要な事業のうち、高齢者の心身の特性に応じた事業を行うに当たっては、高齢者の医療の確保に関する法律第百二十五条第一項に規定する**高齢者保健事業及び介護保険法第百十五条の四十五第一項から第三項までに規定する地域支援事業と一体的に実施するよう努めるものとする。**

○介護保険法

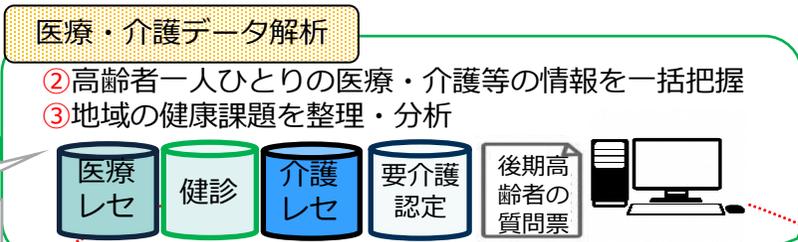
第115条の45

6 市町村は、地域支援事業を行うに当たっては、高齢者保健事業（高齢者の医療の確保に関する法律第百二十五条第一項に規定する高齢者保健事業をいう。以下この条及び第百十七条第三項第九号において同じ。）を行う後期高齢者医療広域連合（同法第四十八条に規定する後期高齢者医療広域連合をいう。以下この条において同じ。）との連携を図るとともに、高齢者の身体的、精神的及び社会的な特性を踏まえ、地域支援事業を効果的かつ効率的で被保険者の状況に応じたきめ細かなものとするため、**高齢者保健事業及び国民健康保険法第八十二条第五項に規定する高齢者の心身の特性に応じた事業（同号において「**国民健康保険保健事業**」という。）と一体的に実施するよう努めるものとする。**

高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施（市町村における実施のイメージ図）

市町村が一体的に実施

④多様な課題を抱える高齢者や、閉じこもりがちで健康状態の不明な高齢者を把握し、アウトリーチ支援等を通じて、必要な医療サービスに接続。



①市町村は次の医療専門職を配置

- ・事業全体のコーディネーターや企画調整・分析を行うため、市町村に保健師等を配置
- ・高齢者に対する個別的支援や通いの場等への関与等を行うため、日常生活圏域に保健師、管理栄養士、歯科衛生士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等を配置

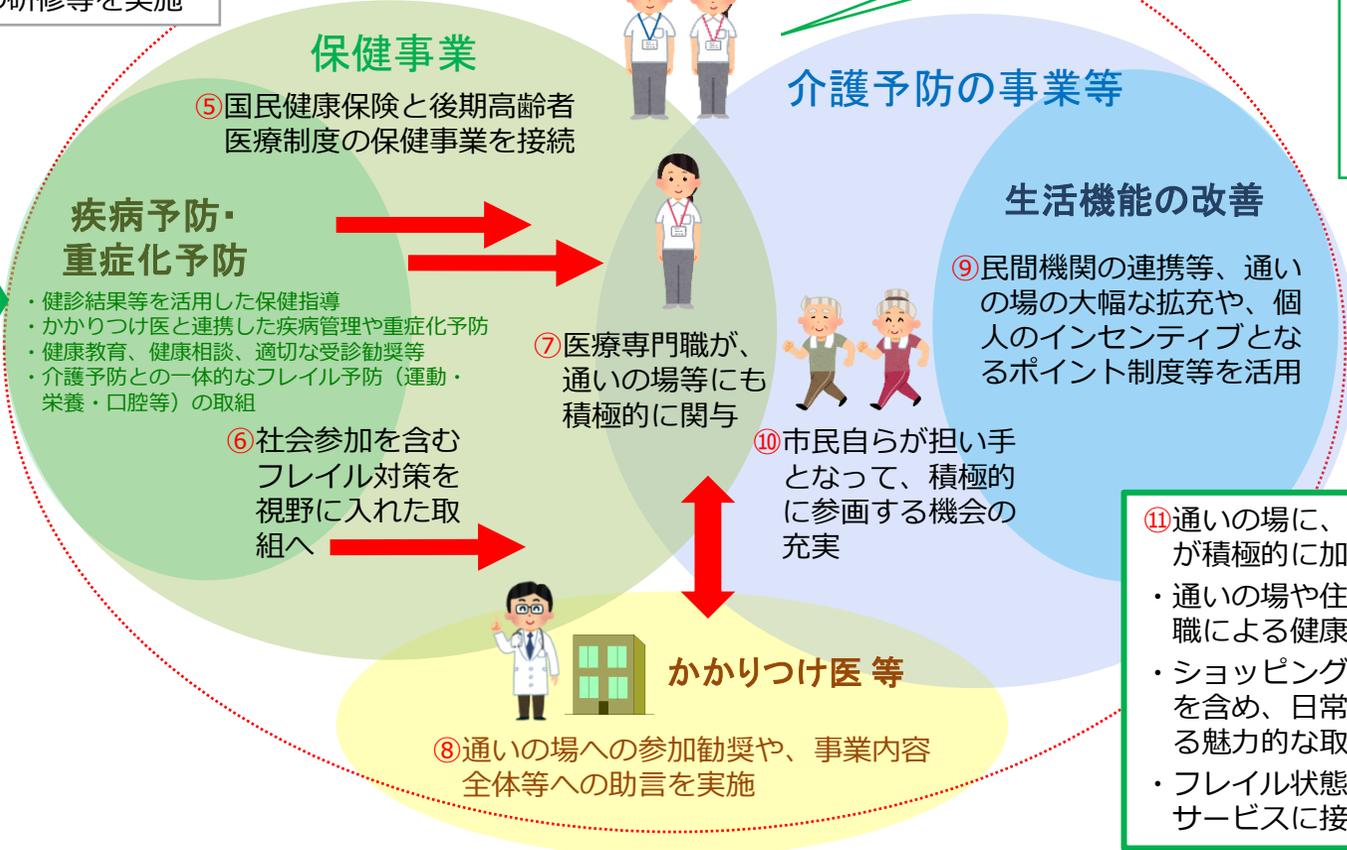
国保中央会・国保連が、分析マニュアル作成・市町村職員への研修等を実施

経費は広域連合が交付（保険料財源＋特別調整交付金）

- 企画・調整・分析等を行う医療専門職の配置
- 日常生活圏域に医療専門職の配置等に要する費用（委託事業費）

高齢者

※フレイルのおそれのある高齢者全体を支援



⑨民間機関の連携等、通いの場的大幅な拡充や、個人のインセンティブとなるポイント制度等を活用

⑪通いの場に、保健医療の視点からの支援が積極的に加わることで、

- ・通いの場や住民主体の支援の場で、専門職による健康相談等を受けられる。
- ・ショッピングセンターなどの生活拠点等を含め、日常的に健康づくりを意識できる魅力的な取組に参加できる。
- ・フレイル状態にある者等を、適切に医療サービスに接続。

⑧通いの場への参加勧奨や、事業内容全体等への助言を実施

高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施（ポイント①）

- 委託事業を実施する日常生活圏域単位で①・②双方の取組を行う
 - ① 高齢者に対する個別的支援（ハイリスクアプローチ）
 - ② 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）→ 健診結果等を活用した保健指導、かかりつけ医と連携した重症化予防、運動・栄養・口腔等のフレイル予防等の健康教育、健康相談、適切な受診勧奨等、総合的な取組。

- 地域の医療関係団体と連携
 - 事業の企画の段階からの相談・連携から実施後の状況報告まで
 - ・・・具体的には、
 - ① KDBシステム等から、それぞれの地域で高齢者に多い疾病や増加している疾病、健診・医療未受診者の割合が高い地域など、各地域で着目すべき課題や優先順位の検討につながる情報を提供し、事業メニューの企画・相談等、事業全体に対する助言や指導を得る。
 - ② 上記①で把握した疾病のうち、重点課題と考えられる疾病について、医療機関への受診勧奨に関する基準づくりや市町村と医療機関間の連絡様式等の検討を行う。
 - ③ かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師のいる薬局等においても高齢者の状況に応じて通いの場等への参加勧奨を行えるよう、医療機関等に対し、事業案内や通いの場等のマップなどを活用して必要な情報共有に努める。

- データ活用の重要性（データヘルス）
 - KDBシステム等を活用し、地域の健康課題の適切な分析・見える化、データ分析に基づく保健事業の提案、対象者抽出を含む効果的な事業展開

高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施（ポイント②）

企画・調整等を担当する医療専門職

保健事業等に関わる企画立案、調整等に係る業務

※保健師が当該業務に従事することが望ましいが、市町村の実情により、経験のある医師、管理栄養士も特別調整交付金の支援の対象

地域を担当する医療専門職

各日常生活圏域において①・②を実施する

※医師、歯科医師、薬剤師、保健師、看護師、管理栄養士、歯科衛生士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等生活習慣病の発症や重症化の予防及び心身機能の低下の防止等に関し知識及び経験を有すると認められる者

① 高齢者に対する個別的支援（ハイリスクアプローチ）

- ア 低栄養防止・生活習慣病等の重症化予防の取組
- イ 重複・頻回受診者、重複投薬者等への相談・指導の取組
- ウ 健診・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の可能性がある高齢者等の健康状態等の把握及び必要なサービスへの接続

訪問相談・保健指導
医療との連携

② 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）

- ア 通いの場等※2において、フレイル予防等の普及啓発活動や運動・栄養・口腔等のフレイル予防などの健康教育・健康相談
- イ 後期高齢者の質問票を活用するなど、フレイル状態にある高齢者等を把握し、低栄養や筋力低下等の状態に応じた保健指導や生活機能向上に向けた支援
- ウ 高齢者の健康に関する相談や不安等について日常的に気軽に相談が行える環境づくり

介護予防と一体的に
実施

ハイリスクアプ
ローチにつなぐ

※通いの場等とは、通いの場だけではなく、駅前商店街やショッピングセンターなど高齢者が日常的に立ち寄る機会の多い生活拠点や健診会場、地域のイベント等を含む

✓ 市町村ごとに委託事業費を交付

※事業を実施する日常生活圏域数により上限人数を設定

医師・保健師・管理栄養士

※正規職員を念頭（原則、専従）

※企画・調整等の一環として関連業務に従事することは可

(1) 事業の企画・調整等

- KDBシステムを活用した分析・健康課題の明確化
- 庁内外の関係者間の調整、地域医療関係団体との連携
- 事業全体の企画・立案・調整・分析
- 通いの場等への関与に向けた事業計画の策定
- 国保保健事業（重症化予防など）と連携した事業計画の策定
- かかりつけ医等との進捗状況等の共有

(2) KDBシステムを活用した地域の健康課題の分析・対象者の把握

- 医療、健診、介護情報等を整理・分析、重点課題の明確化
- 介護予防・日常生活圏域二一ズ調査等の分析結果も活用して、地域健康課題の整理・分析
- 医療・介護の情報を分析し、支援対象者の抽出と事業へのつなぎ



(3) 医療関係団体等との連絡調整

- 事業の企画段階から相談等
- 事業の実施後においても実施状況等について報告

✓ 市町村ごとに事業を実施する日常生活圏域数に応じて委託事業費を交付

保健師、管理栄養士、歯科衛生士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等

※常勤・非常勤いずれも可

※個別的支援と併せて、通いの場等への関与を実施

● 高齢者に対する個別的支援（ハイリスクアプローチ）

ア. 低栄養防止・重症化予防の取組（かかりつけ医と連携したアウトリーチ支援）

- (a) 低栄養・口腔に関わる相談・指導
- (b) 生活習慣病等の重症化予防に関わる相談・指導

イ. 重複・頻回受診者、重複投薬者等への相談・指導の取組

ウ. 健康状態が不明な高齢者の状態把握・受診勧奨等・必要なサービスへの接続

● 通いの場等への積極的な関与（ポピュレーションアプローチ）

介護予防（地域リハビリテーション活動支援事業等）の取組と一体的に実施

ア. フレイル予防の普及啓発、運動・栄養・口腔等取組等の健康教育・健康相談を実施。

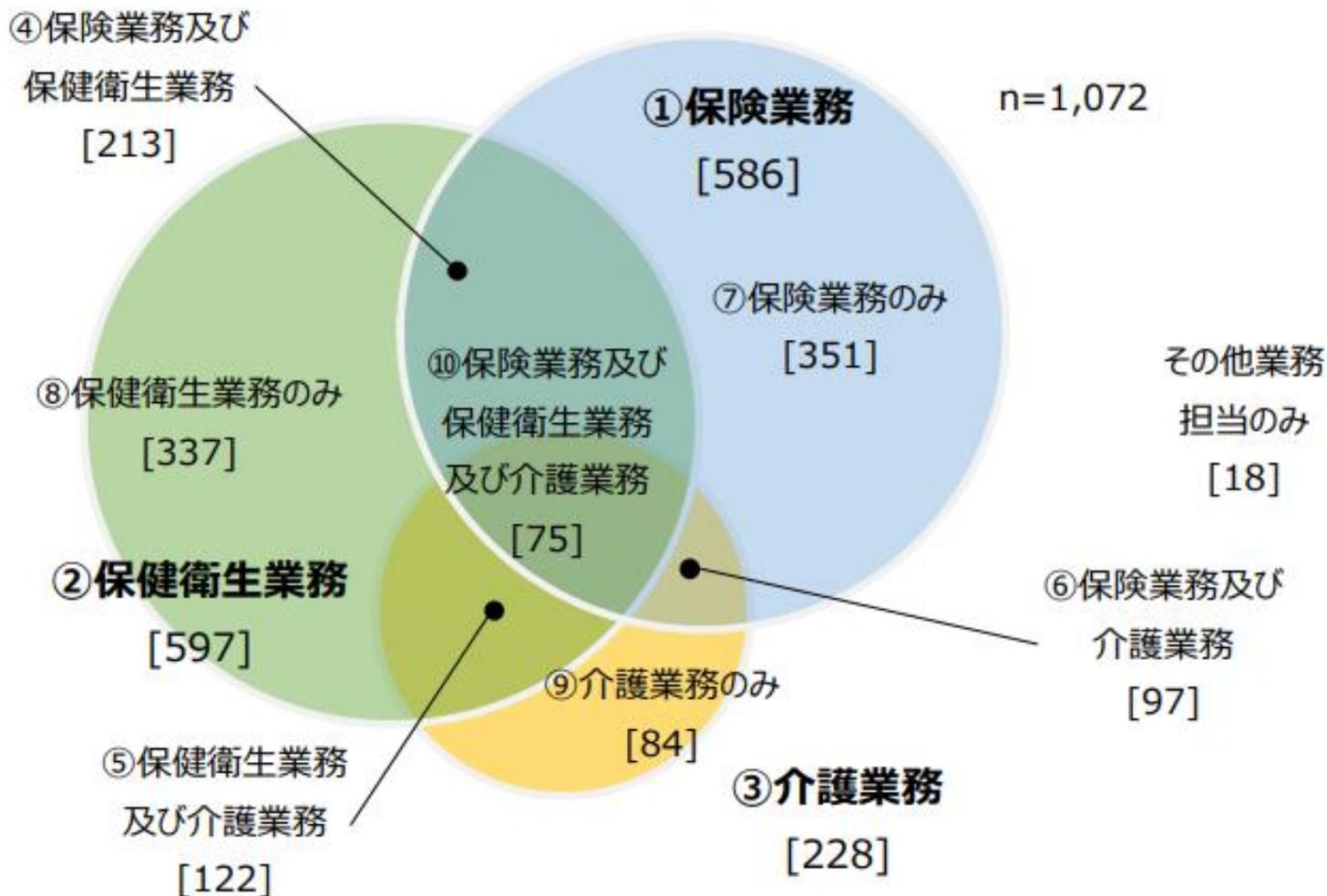
イ. フレイル状態の高齢者を把握し、低栄養や筋力低下等の状態に応じた保健指導や生活機能向上の支援等を行う。

ウ. 健康に関する相談や不安等について日常的に気軽に相談が行える環境づくりの実施。

※取組により把握された高齢者の状況に応じて、健診や医療の受診勧奨、介護サービスの利用勧奨などを行う。

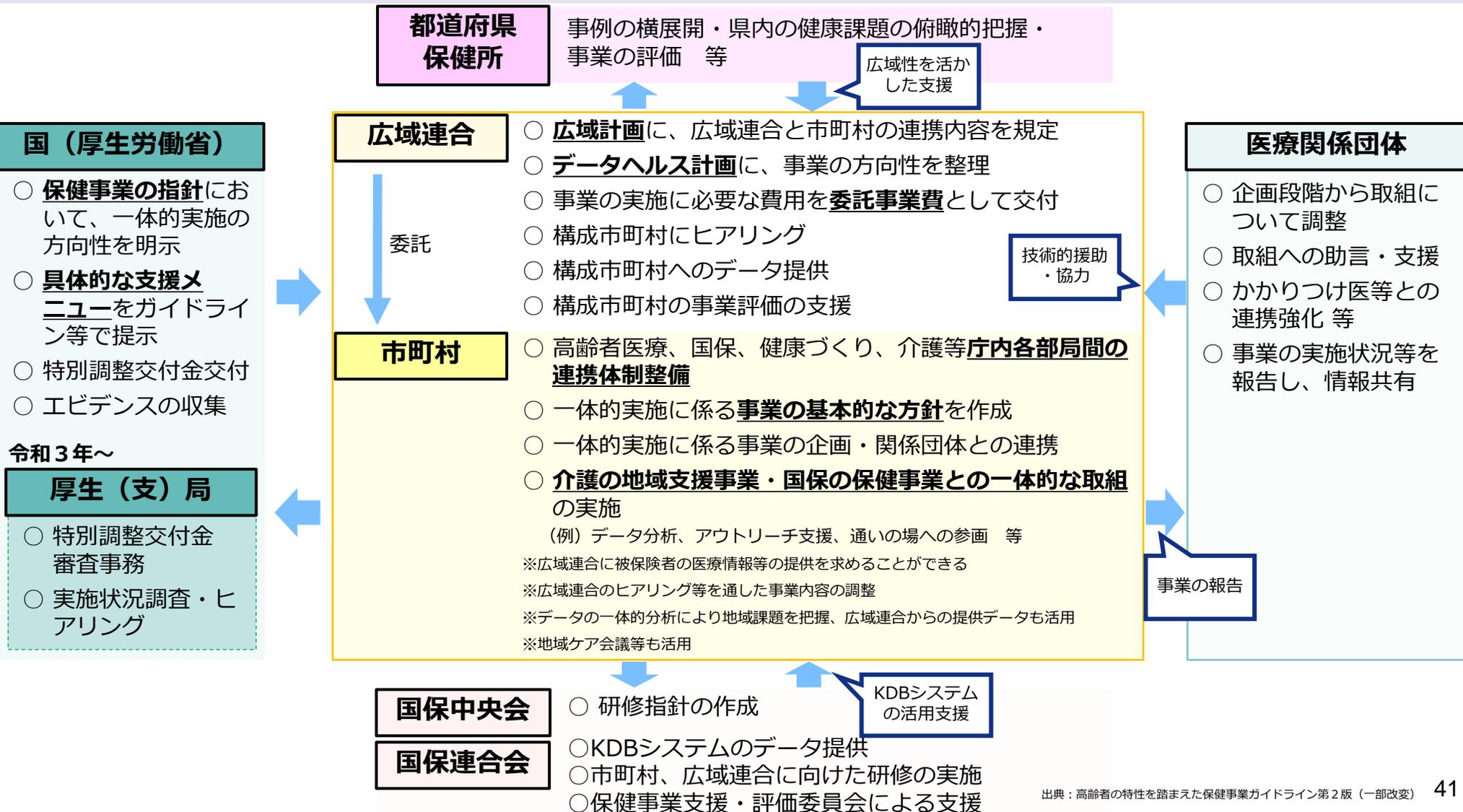
一体的実施の推進に向けた庁内体制

- 高齢者の心身の多様な課題に対応し、きめ細かな支援を実施するため、高齢者の保健事業について、広域連合と市町村の連携内容を明示し、市町村において、介護保険の地域支援事業や国民健康保険の保健事業と一体的に実施。
- 一体的実施の主担当部署については、保健衛生部門が597市町村、医療保険部門が586市町村、介護部門が228市町村であった。

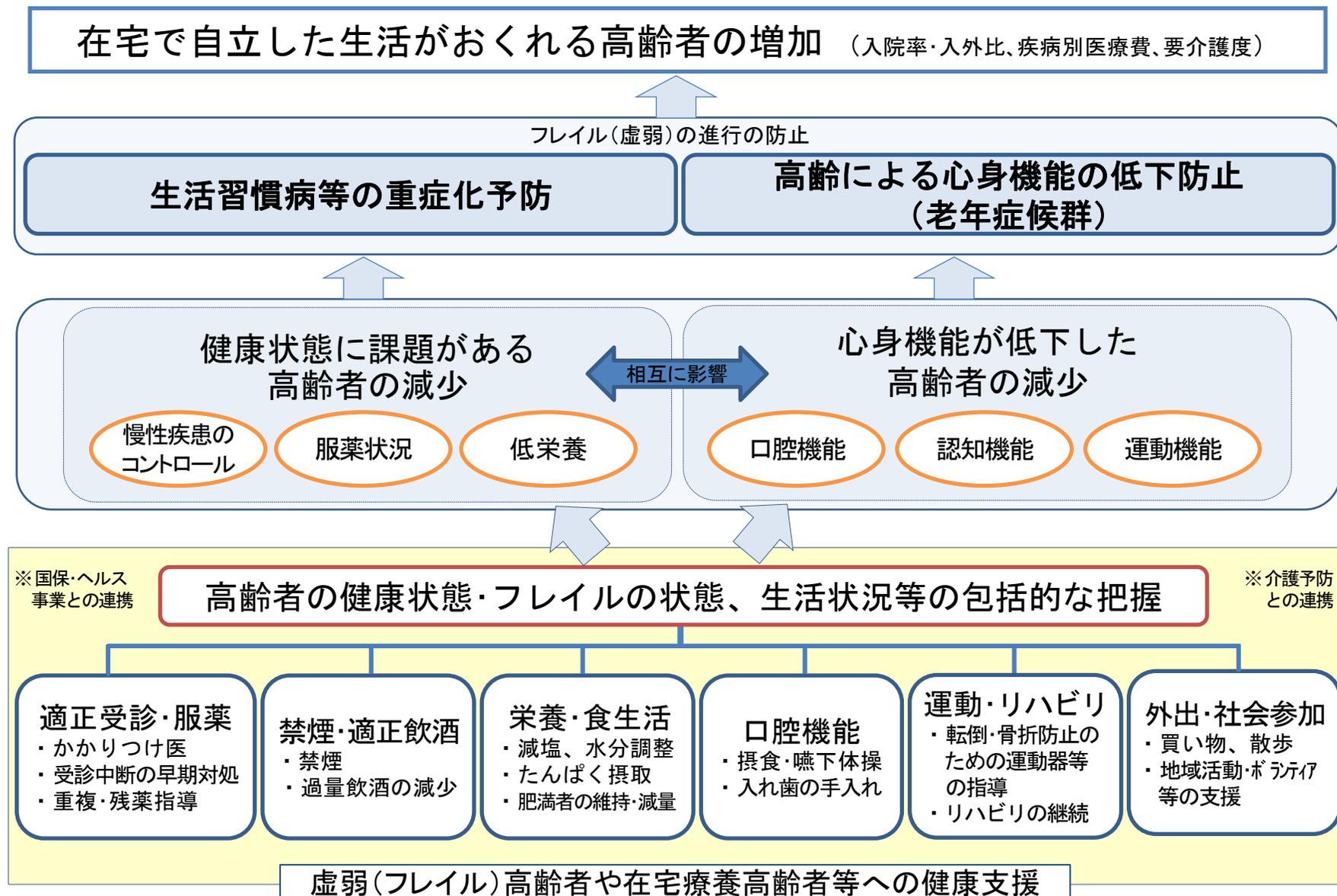


一体的実施の推進に向けた体制整備

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



高齢者の保健事業の目的と目標設定の考え方



高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施 【参考事例】

ひと、暮らし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に係る事例（市町村）

【高齢者に対する個別的支援・通いの場等への積極的な関与等】

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

千葉県 柏市

■ 「柏フレイル予防プロジェクト2025」

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

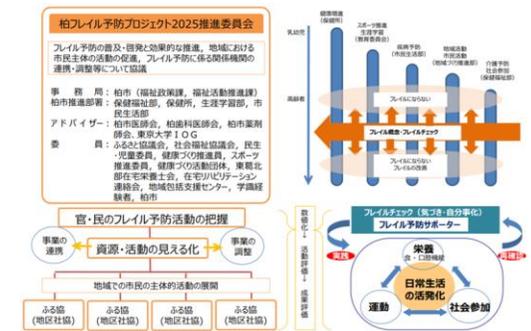
■ フレイルチェック事業

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

■ 低栄養・口腔機能低下・運動機能低下予防の取り組み

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

（柏フレイル予防プロジェクト2025）



神奈川県 大和市

■ 低栄養予防の取組

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

■ 糖尿病性腎症重症化予防 地域の医療機関との連携

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

The form is titled '健康相談連絡票' (Health Consultation Contact Form) and is used for communication between medical institutions. It includes the following fields and sections:

- Header: 健康相談連絡票 (Health Consultation Contact Form)
- Input fields: 氏名 (Name), 医療機関名 (Medical Institution Name), 医師名 (Doctor Name)
- Section ①: 主な症状・病名 (Main symptoms/Diseases)
 - 生活習慣病 (糖尿病 / 脂質異常症 / 高血圧 / 高尿酸血症)
 - メタボリックシンドローム (特定保健指導)
 - フレイル (体重減少 / 体力低下 / 4-1374-9)
 - その他 ()
- Section ②: 主な症状・病名 (Main symptoms/Diseases)
 - 栄養状態 (BMI:)
 - 運動習慣 ()
 - その他 ()
- Footer: 大和市役所 健康づくり推進課 (046-260-5804) までご連絡ください。

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

- 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。

(適切な受診等への支援に関する事例) 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

- 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



松戸市お知らせ
キャラクター
「まつまつ」

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つながり、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。

(適切な受診等への支援に関する事例)

三重県桑名市 在宅医療・福祉統合ネットワークを活用した適切な受診等への支援

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

市の概況(令和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二一ズ調査未提出者
- 【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。

大阪府吹田市 一地域の健康課題を地域で共有

- 大学と協働し、地域の健康課題分析を実施。
- 分析結果から「どのような事業が必要か」を検討し、庁内関係室課と共有。

市の概況(令和3年4月1時点)

人口	376,944人
高齢化率	23.8%
後期被保険者数	44,858人
日常生活圏域数	6圏域

実施体制



取組の経緯

- 平成30年10月から関係室課協議を開始し、令和元年度にモデル事業に取り組む。モデル事業で地元の大学と協働して地域の健康課題を分析。
- 分析結果は市民等と共有することが必要と認識。健康課題ごとに目指す地域像を考え、実施済の取組と今後必要な取組を整理し、事業を再構築中。

企画調整等

- 関係室課協議から一体的実施準備会を経て、関係室課職員の参加する会議を再構築

会議名：保健事業と介護予防の一体的実施等庁内連絡調整会議
構成員：参事級以上職員⇒年2回
実務担当者：主幹級以下職員⇒年6～8回

KDBを活用した地域分析

【実施方法】

- ① 関係室課の医療専門職で何が知りたいかを議論⇒保健または介護予事業で気になっていることを洗い出し
- ② 大学から受け取った報告書を読み込み、再検討⇒知りたいことがわかったか、足りない情報があるか
- ③ 分析結果を誰に、どのように見せるかを検討⇒市HPでの公開、各種講座で活用できるよう再編

【分析内容】

健診結果（受診率、低栄養傾向の者等）、生活習慣病有病率、認知症有病率、介護保険認定率等

【その他】

介護予防事業参加状況は既存の実態調査等から把握し、KDBによる分析結果と併せて分析
日常生活圏域ごとに取りまとめて市ホームページで公開

気づき等

- KDB以外の既存の資料等を併せて活用すると、より見える化できる。
- 地域の健康課題を市民に周知することで「自分事」として捉えてもらうことができる。市民に見せることを意識した資料作成や戦略的な周知・広報が重要。
- 分析結果を通いの場や地域ケア会議、講演会等あらゆる機会に活用し、さらに周知を図ることで、健診受診率向上等につなげている。

(大阪府吹田市) 参考：吹田市75歳以上健康課題とその対応

地域分析の結果を活用した理解の促進と 健康課題に応じた役割の明確化

- 大学と連携しながらKDB等を活用し地域分析を実施。公表データは、市長・副市長へ説明し、市の健康課題等を理解してもらおうとともに、庁内事務職の理解を得るため、職場内研修や予算確保のための資料として活用。また、地域包括支援センターとの共有、医師会、歯科医師会、薬剤師会との連絡調整に活用。
- 地域分析の結果から健康課題を明確化するとともに、ハイリスクアプローチ、ポピュレーションアプローチ、介護予防事業、保健事業で何を行うかを整理した。事業の整理については、市の実情に合わせた効果的・効率的な組織運営・連携体制及び事業運営を目指すこと目的として設置した「保健事業と介護予防の一体的実施等庁内連絡調整会議」を活用。医療専門職と事務職協働で進捗管理を行っている。

- 「健康課題」「各健康課題に対する取組目標」「各事業での取組内容」を表で見える化し整理
- 定期的に会議を開催しPDCAに沿った進捗等を管理

吹田市における75歳以上の健康課題とその対応

吹田市では、実務担当者会議で共有しながら、更新しています。

令和4年2月15日更新

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施等庁内関係課連絡調整会議

実務担当者会議

NO	課題	目標	取組内容			
			一体的実施		地域支援事業 (介護予防)	保健事業
			ハイリスクアプローチ	ポピュレーションアプローチ		
1	高血圧 75歳以上の6割、85歳以上の7割が高血圧を有する。	・減塩している人が増える。 ・野菜(カリウム)を積極的に摂取している人が増える。 ・定期的な運動している人が増える。 ・適切に受診・服薬できている。 【評価指標(案)】 ・後期高齢者医療健診受診者の平均血圧値の分布 ・地域の全体像の把握 健診：検査値(血圧)の推移 ・血圧に関する医療費	・はつらつ体操教室での血圧測定、保健指導(受診勧奨、血圧の測り方等) ・健康相談会の実施 ・血圧手帳の活用	・定期的な筋力測定 ・健康相談会での認知症予防 ・リハ職による個別指導の充実。体力測定の実施 ・いきいき百歳体操 ・ひろばde体操 ・はつらつ体操教室	・国保健診受診後に血圧高値者に受診勧奨 ・有所見者等への健康教室の実施 ・健康情報拠点推進事業で減塩、野菜摂取などの啓発	・イベントでの啓発 ・若い世代からのロコモ・フレイル予防(啓発チラシの作成、SNS掲載、ホームページでの啓発の充実) ・若狭より症候群受診率向上対策 ・健康づくり事業団によるロコモティブシンドローム予防教室の実施
2	筋骨格系疾患 65歳以上における有病数・有病率順位1位。介護保険認定の申請理由として転倒・骨折が多い。	・適切に筋骨格系疾患の受診を行っている ・筋力維持のための取組を継続する人が増える。 ・筋トレ実践 身体活動の継続 ・たんばく質の摂取 ・定期的に筋力評価を受けている人が増える 【評価指標(案)】 ・体力測定利用者数 ・いきいき百歳体操参加者数 ・後期高齢者医療健診15の質問票Q7.8該当率の推移	・健康相談会での筋力測定	・定期的な筋力測定 ・健康相談会での認知症予防 ・リハ職による個別指導の充実。体力測定の実施 ・いきいき百歳体操 ・ひろばde体操 ・はつらつ体操教室	・国保健診受診後に血圧高値者に受診勧奨 ・有所見者等への健康教室の実施 ・健康情報拠点推進事業で減塩、野菜摂取などの啓発	・イベントでの啓発 ・若い世代からのロコモ・フレイル予防(啓発チラシの作成、SNS掲載、ホームページでの啓発の充実) ・若狭より症候群受診率向上対策 ・健康づくり事業団によるロコモティブシンドローム予防教室の実施
3	認知症 75歳以上で認知症を有する者の割合が急激に増加。要介護認定を受けている者の申請理由の1-3位を占める	・血圧・血糖コントロールができる人が増える ・有酸素運動を継続している人が増える。 ・人と交流の機会を定期的に受け、適切に受診できる ・認知機能評価を定期的に受け、適切に受診できる ・加齢性転倒について理解し、適切な対応を行う人が増える 【評価指標(案)】 ・地域の全体像の把握 健診：検査値(血圧 血糖) ・後期高齢者医療健診15の質問票Q9.13該当率の推移 ・認知機能評価実施者数 転倒に関する指導回数	はつらつ体操教室で認知症予防ミニ講座を導入。 難聴の相談対応 【R4拡充予定】 通いの場等におけるICTを活用した認知機能評価の実施	認知症予防教室、介護予防講演会(認知症予防)の開催。 さらさら脳トレ体操の普及	・国保健診受診後に血圧高値者に受診勧奨 ・有所見者等への健康教室の実施 ・健康情報拠点推進事業で減塩、野菜摂取などの啓発	・国保健診受診後に血圧高値者に受診勧奨 ・有所見者等への健康教室の実施 ・健康情報拠点推進事業で減塩、野菜摂取などの啓発
4	心不全 脳血管疾患の約3倍要介護認定者が罹患。特に心不全が重症要介護者に多い。		要検討			
5	オーラルフレイル 令和2年度15の質問票で24.5%が咀嚼機能に、22.8%が嚥下機能に課題と回答 高齢者調査では%がかりつ歯科医師がいると回答	・後期高齢者医療歯科健診を毎年受診する人が増える ・かかりつけ医で定期的にメンテナンスする人が増える ・オーラルフレイルについて理解し、予防行動(健口体操、歯磨き、歯間清掃等)を継続する人が増える。 ・口腔機能を維持している人が増える 【評価指標】 ・後期高齢者医療歯科健診受診者数 ・後期高齢者医療健診15の質問票Q4.5該当率の推移	【R4拡充予定】 オーラルフレイル予防相談(KDBで抽出した人に対する個別指導)	【R4強化予定】 はつらつ体操教室での実施を含む) オーラルフレイルチェック、口腔機能維持・向上健康教育の実施	お口元気アップ教室、介護予防講演会(口腔機能)の実施。 吹田かみかみ健口体操の普及。	・各種歯科健診受診率向上策 ・口腔ケアセンターでの情報提供・相談、お口の健康体操等 ・子育て世代・働く世代からの歯周疾患・口腔機能向上対策(健康教室・啓発)
6	低栄養 年齢階級別で低栄養傾向の割合の者が75歳以上で増加する。	・バランスよく食べている人が増える ・一日三食食べている人が増える。 ・たんばく質摂取を適切に行う人が増える。 【評価指標(案)】 ・後期高齢者医療健診15の質問票Q3.6該当率の推移 ・年齢階級別BMIの分布の推移	フレイル等予防栄養相談	通いの場等(はつらつ体操教室での実施を含む)における低栄養リスクチェック、低栄養予防健康教育の実施	今こそ！栄養教室、介護予防講演会(低栄養予防)の実施。	若い世代や働く世代へのやせや食事バランスについての啓発促進(健康情報拠点や市報、SNS等を活用)
7	健診受診率 75歳以上で急激に低下していく。	・フレイル健診を毎年受診する人が増える 【評価指標(案)】 ・年齢別受診率について、75歳以上の低下の傾きの変化 ・圏域別、包括別受診率の推移	健康状態不明者アウトリーチ	市民向け講演会の開催 介護予防講演会を活用して、健診受診案内	各種講演会のPowerPointに健診受診の必要性を掲載	・健診の必要性や受診方法をわかりやすく説明したガイドブックを金戸配布 ・公式ファンや市報等で、定期受診勧奨や受診控えによるデメリットを啓発

広域連合による市町村支援の事例

【広域連合による、企画調整担当研修会等の市町村支援の事例】

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

滋賀県後期高齢者医療広域連合

高齢者健康づくり事業推進フォーラム

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

広域連合が実施する市町村支援（財政支援以外）

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

※ (2) (3) は国保連合会と連携して対応

鹿児島県後期高齢者医療広域連合

一体的実施市町村支援事業～企画調整担当者連絡会～

企画調整担当者連絡会を年2回（4月・1月）実施し、広域連合、国保連合会からの情報提供と、管内市町村の企画調整担当者の意見交換会を実施。その他必要に応じて、市町村を個別訪問し支援を実施。

【4月担当者連絡会】

第一部 新規開始	1 広域説明	① 一体的実施の背景と経緯 ② 一体的実施で目指すもの ③ 事業計画書の作成上の留意点について
	2 情報提供	「KDBの一体的実施への活用」（国保連）
	3 意見交換	実施体制・実施計画等の情報共有、先行市町に聞きたい事
第二部 全市町村	1 広域説明	①課題共有（医療・保健・介護等の現状と課題） ②県内の取組状況と当広域の保健事業 ③一体的実施に係る国の動き（データヘルス計画） ④国の申請様式のポイント
	2 情報提供	「KDB支援ツールの活用」（国保連）
	3 意見交換	全員での意見交換（庁内外連携、事業評価） 自治体規模別GW

【1月担当者連絡会】

- 1 意見交換 ①前半の取組状況と次年度に向けた改善点
②取組区分ごとの実施状況、
③庁内連携、実施方法や工夫、事業評価、医師会との連携、担当者としての悩み等
- 2 ミニ講話 「KDBを活用した評価の工夫」（国保連）
- 3 情報提供 広域連合の保健事業に係る情報提供
事業実績・計画の作成に係る留意点

時期	一体的実施市町村支援事業内容
3月	・R4年度実施市町村への事業実績報告依頼 ・R5年度実施市町村への事業計画等の提出依頼
4月	・一体的実施の実施市町村との委託契約
4月	・第1回企画調整担当者連絡会
5月	・特別調整交付金に係る事業実施計画書等の審査及び申請
6月	・保健事業支援・評価委員会への相談（対面or書面）
7月	・未実施市町村への個別訪問、地区別意見交換会
8月	・一体的実施に係る取組意向等調査
11月	・一体的実施セミナーの開催
12月	・R6年度一体的実施に係る意向確認及びヒアリング
1月	・第2回企画調整担当者連絡会
3月	・支援事業の評価、次年度計画策定

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に係る事例

【高齢者保健事業に関する日本医師会等の取組】

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

人材育成・ツール提供

■ 診療支援ツールの提供

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

■ 日医かかりつけ医機能研修事業

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

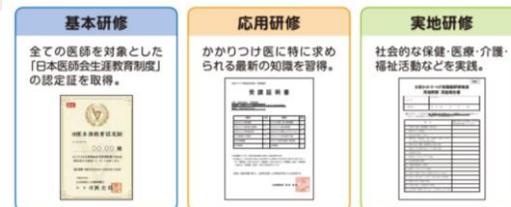
■ 日本医師会J-DOME研究事業

- かかりつけ医が診る糖尿病や高血圧症などの患者さんの診療データを収集し、治療の実態を把握し、研究結果を日常診療に役立てて頂いている。

かかりつけ医のための 適正処方の手引き



かかりつけ医機能研修事業



各種情報発信 都道府県医師会事例

各都道府県医師会から会員向け・住民向け・コメディカルスタッフ向けの情報提供

■ 福岡県医師会

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

■ 東京都医師会

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



高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に係る事例

【一体的実施に関する日本歯科医師会の取組】

- 日本歯科医師会では、令和元年に歯科診療所におけるオーラルフレイル対応マニュアル、令和2年に通いの場で活かすオーラルフレイル対応マニュアルを作成し、HPで公表し、全国の市町村・保健所や歯科医師会会員に向けて、オーラルフレイル対策について推進している。
- 国民向けには、オーラルフレイルに関するリーフレットや、動画等をわかりやすく作成し、保健指導等の際に活用できるような整備をするるとともに、国民自身がHPで情報収集をすることも可能としている。

ツール提供・人材育成

■ オーラルフレイルについての専門職及び市町村向け情報提供

- 来院患者への対応に向けて「歯科診療所におけるオーラルフレイル対応マニュアル」を令和2年に作成するとともに、市町村・保健所での事業展開に向けて事例や各地の対応例等をまとめた「通いの場で活かすオーラルフレイル対応マニュアル～高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に向けて～」を令和2年に作成した。

■ オーラルフレイルについて国民向け情報提供コンテンツの作成

- 国民に向けて健口体操や、オーラルフレイル対策に関するガイド、口腔体操の動画をHP上で公開し、保健指導等の際に活用できるよう整備するとともに、国民自身に対して、全国の歯科診療所を通じた普及啓発も実施している。 (https://www.jda.or.jp/oral_frail/gymnastics/)

国民向けツール



市町村、歯科診療所向けマニュアル



島根県歯科医師会 × 島根県後期高齢者医療広域連合

後期高齢者歯科口腔健診から一体的実施への取組事例

後期高齢者歯科口腔健診から一体的実施への取組

■ 事業内容

- 島根県歯科医師会では、島根県後期高齢者医療広域連合(以下広域連合)・自治体からの口腔関連事業への協力依頼に応え、平成27年より後期高齢者歯科口腔健診を実施。歯科医院でのオーラルフレイル対策として、「お口年齢」を表示する等、解り易い資料を用いて説明している。県下全ての市町村で実施し、受診率10%。健診項目にBMI・握力・下腿周囲長の項目を含み、低栄養のスクリーニングも実施している。
- 令和2年より県内1町で、健診結果を用いて、低栄養・口腔機能にリスクのある高齢者に対し個別的支援を実施。令和5年は10市町(一体的実施取組13市町中)で実施予定。
- 保健事業と介護予防の一体的実施に係る「後期高齢者の質問票」との相互補完的な取り組みを自治体と検討中。地域の歯科医師会の歯科衛生士がふれあい生きいきサロン・シニアクラブなどの通いの場で健康教育を行っている。
- 平成28年、29年、令和2年歯科健診データと同年の後期高齢者健康診査(医科)データを解析し、保健事業等に活用。

歯科口腔健診レポート



高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に係る事例

【一体的実施に関する日本薬剤師会の取組】

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

人材育成・ツール提供

■ 公衆衛生の普及・指導に関する事業

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

■ 都道府県薬剤師会等との連携、協力及び支援に関する事業

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

■ 生涯教育の実施

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

練馬区薬剤師会 国保保健事業における訪問服薬健康相談事業

適正服薬推進事業、ポリファーマシー対策

■ 事業の概要

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

■ 提供可能なサービス

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



高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に係る事例

【一体的実施に関する日本看護協会の取組】

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

人材の確保に向けた支援

■ ナースセンター事業の理解及び保健師確保における活用の促進

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



岡山県看護協会×岡山市等市町村

一体的実施におけるポピュレーションアプローチやフレイル対策にかかる取組事例

地域の看護職員を活用した健康教育や個別指導の実施

■ 事業内容

- 岡山県看護協会と岡山市がフレイル対策について連携し、「まちの保健室」の看護師等が健康教育の講師や個別指導、フレイル健康チェック等に対応。フレイル該当者については、介護保険サービスの利用状況、個別指導の希望の有無とともに市に報告し、市の個別指導につなげている。なお、岡山市がフレイル対策における研修プログラムを作成しており、看護師等は本プログラム受講歴を有すること（研修会はDVD視聴及びテスト）を要件として求められている。

※岡山市の研修プログラムは、フレイル対策の重要性やチェックの実施方法、指導の内容等で構成されており、看護職のみでなく関連する医療職種向けに作成。

- 岡山県看護協会は、地域住民・市町村等からの要請を受けて、希望される内容についての出前講座（健康教育）に対応。対応する看護職者は、地域の看護職で、医療機関や訪問看護ステーションの看護師、保健師で、岡山県看護協会が年度当初に協力可能な分野等について各看護職者に確認しておき、その回答を基に要請先を振り分けて各看護職者に対応を依頼。【地域での健康応援出前講座】

沖縄県看護協会×沖縄県：身近な郵便局を活用した取組事例

まちの保健室で地域の看護職員を活用した健康相談や個別指導の実施

■ 事業内容

- 地域の健康づくり支援事業として、沖縄県と日本郵便が協定を締結し、県看護協会が県国民健康保険課の委託を受け、郵便局を活用して「まちの保健室」（全世代に対応）を毎週定例で県内北部、中部、南部地域内の4か所（交通の便が良くない、医療機関の少ない地域等に限定）で実施。
- 具体的な実施内容としては、利用者の健康、介護等に関する相談及び指導に対応。必要時、受診勧奨やハイリスク者等について市町村への報告を行うが、令和5年度より相談者が希望する場合に市町村やその他関係機関等につながるためのツール（紹介状）を作成し、活用を開始。

※郵便局は、相談場所の提供、近隣住民への広報「まちの保健室」のチラシ等で配布を行い、実施市町村は、特定健診や各相談窓口に関する情報提供を実施するとともに「まちの保健室」からの紹介事例への対応を行う。

- 事業参加者としては全世代を対象としているが、後期高齢者の利用や、継続的な利用もある。

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に係る事例

【一体的実施に関する日本栄養士会の取組】

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

体制整備・人材育成

■ 体制整備（栄養ケア・ステーション事業）

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

■ 栄養ケア活動支援整備事業

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

■ 人材育成

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



東京都栄養士会 一体的実施の取組事例

栄養ケアステーションを起点としたフレイル対策

■ 事業の経緯

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

■ 提供可能なサービス

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

自主グループへの ポピュレーションアプローチ



健康支援型配食サービスを利用した
栄養講座

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に係る事例

【一体的実施に関する日本理学療法士協会の取組】

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

長崎県の例：骨折予防対策への取組

■ 疫学分析後の保健事業アドバイザー派遣事業（骨折予防対策）

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

■ 事業の経緯

長崎県における骨折による医療費は増加しており、有病率も全国より高く、県下の骨折予防への取組を強化していく必要がある。
 骨粗鬆症医療資源など県内の実態把握や関係者や県民への周知、併せて骨粗鬆症検診後の運動指導等を行い、骨折予防対策を強化した。



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

■ シルバーリハビリ体操指導士養成事業

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

■ 地域住民への積極的な関与等の事業

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

※ポピュレーションアプローチとして市町より石川県理学療法士協会へ事業委託

■ 提供可能なサービス

<医療・保健事業：健康教育>

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

<介護予防事業>

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



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

■ 事業準備、計画段階からの連携（黒部市の事例）



富山県理学療法士会
 「一体的実施支援チーム」

■ ハイリスクアプローチ

<生活習慣病重症化予防>

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



■ ポピュレーションアプローチ

<「通いの場」とフレイル予防>

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

■ 各専門職との連携

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

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に係る事例

【一体的実施に関する日本歯科衛生士会の取組】

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

人材育成・ツール提供

■ 地域歯科衛生活動事業助成

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

■ 歯科衛生士のための事例集・オーラルフレイル予防パンフレットの作成

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

■ 人材育成

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

一体的実施に向けた事例集の公表

オーラルフレイル・お口の体操についての情報提供



福岡県糸島市 一体的実施の取組事例

通いの場を活用したオーラルフレイル対策、ハイリスクアプローチ

■ 事業の経緯

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

■ 提供可能なサービス

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

通いの場での健康教室



介護予防関連資料 (老健局老人保健課提供)

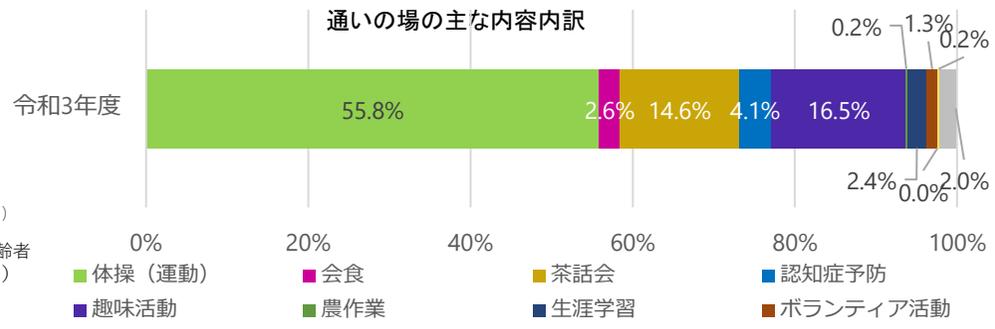
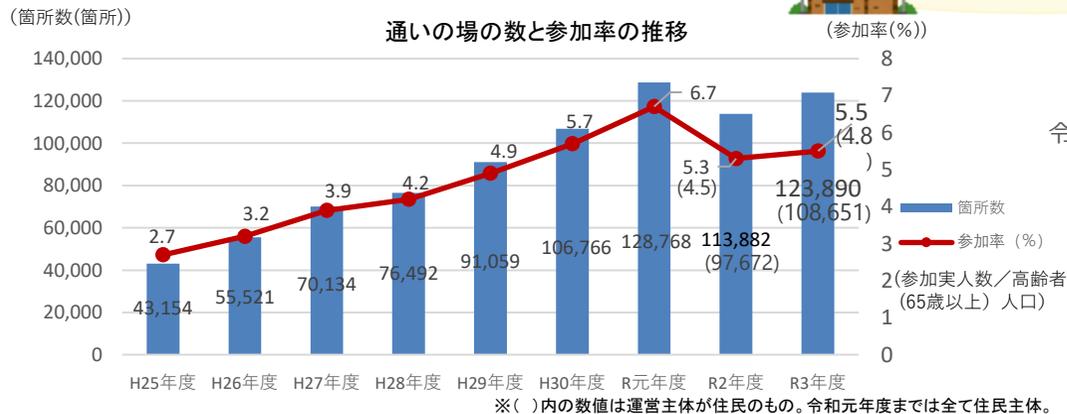
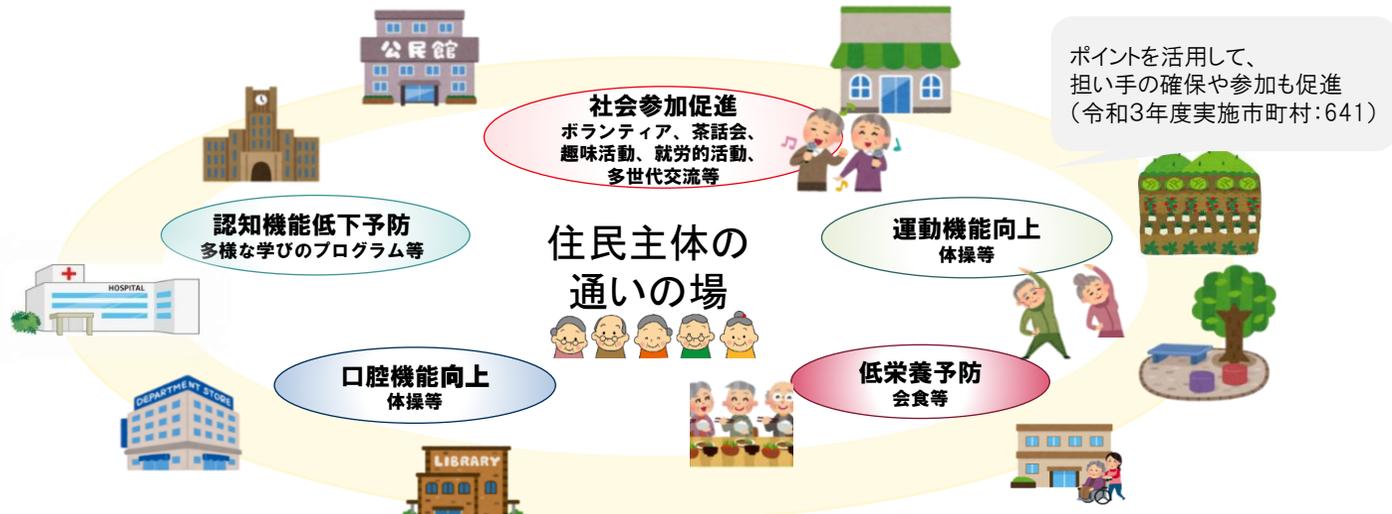
ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

住民主体の通いの場等（地域介護予防活動支援事業）

- 住民主体の通いの場の取組について、介護予防・日常生活支援総合事業のうち、一般介護予防事業の中で推進。
- 通いの場の数や参加率は令和元年度まで増加傾向であったが、令和2年度は減少したが、令和3年度再び増加した。取組内容としては体操、趣味活動、茶話会の順が多い。



（介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況（令和3年度実施分）に関する調査）

（参考）事業の位置づけ：介護予防・日常生活支援総合事業

- 介護予防・生活支援サービス事業
- 一般介護予防事業
 - ・ 地域介護予防活動支援事業
 - ・ 地域リハビリテーション活動支援事業 等

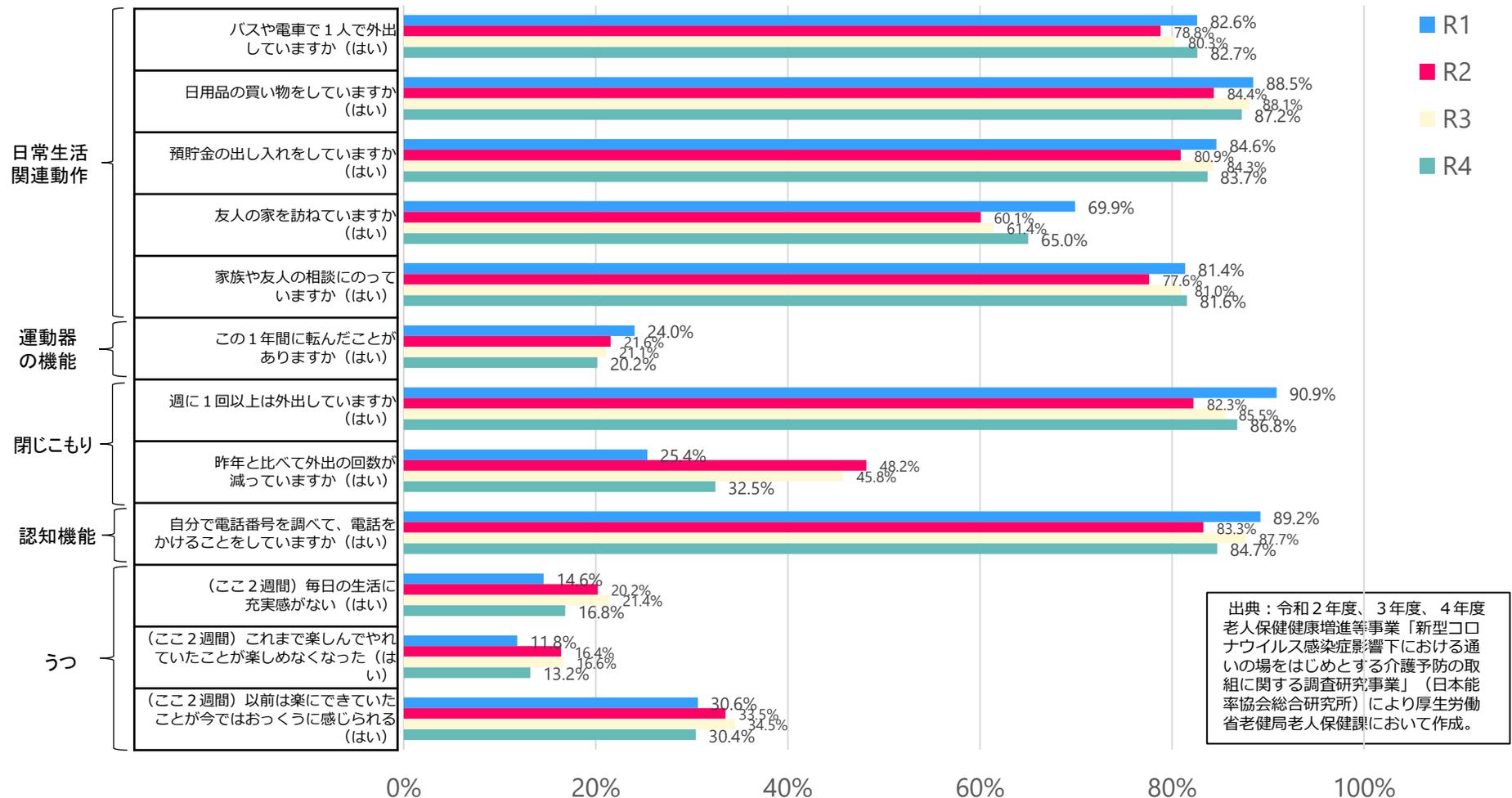
【財源構成】

国：25%、都道府県：12.5%、市町村12.5%
1号保険料：23%、2号保険料：27%

新型コロナウイルス感染症による高齢者の心身への影響

- 高齢者の心身の状態は、令和2年度（コロナ影響下）は令和元年度（コロナ前）と比べ、外出機会の減少（約20%）や「毎日の生活に充実感がない」などうつ項目に該当する者の増加（約5%）等がみられた。
- 令和3年度以降は、悪化した項目も概ね回復傾向に転じ、令和4年度には特に日常生活関連動作の項目を中心として、概ねコロナ禍以前の数値近くまで戻っているが、一方で、閉じこもりや認知機能やうつに関する項目については、回復傾向にあるもののコロナ禍以前の数値まで戻りきっていない。

基本チェックリスト該当者割合の変化（75歳以上）



介護予防に関する新型コロナウイルス感染症への主な対応（広報）

- 高齢者が居宅で健康に過ごすための情報や、新型コロナウイルス感染症に配慮して通いの場の取組を実施するための留意事項などを整理した、特設WEBサイト（令和2年9月開設）の開設
※ コンテンツの更なる充実を図り、新聞とテレビを活用した広報も実施
- 都道府県や市町村へポスター・リーフレット・DVD（動画）を配布（令和2年12月）
- 令和4年度は、更に特設WEBサイト等を活用した広報を強化

特設WEBサイト「地域がいきいき 集まろう！通いの場」



<https://kayoinoba.mhlw.go.jp>



主なコンテンツ

<感染予防や居宅で健康に過ごすためのポイント>



<通いの場再開の留意点>



<通いの場からの便り（事例）>



<ご当地体操マップ>



介護予防に関する新型コロナウイルス感染症への主な対応（ICTの活用）

「オンライン通いの場アプリ」を活用した、高齢者の健康維持や介護予防を推進。

現在、自治体の体操動画やお散歩支援、脳を鍛えるゲーム、オンラインコミュニケーション、通いの場の出席管理機能等を搭載しており、各種機能拡充や民間企業アプリ、KDBとの連携強化を行い、国・自治体においてデータを活用した効果的な介護予防サービスの展開が可能となる予定。



- 【今後拡充予定の機能】
- ポイント機能拡充
 - 本人へのフィードバック機能強化
 - 民間企業アプリとの連携強化
 - KDBとの連携強化 等

「オンライン通いの場アプリ」で収集・分析したデータを用いて、効果的な介護予防サービスを展開していきます。



無料ダウンロード! Ba

GET IT ON Google Play

Download on the App Store

※アプリは、厚生労働省の補助により国立研究開発法人 国立長寿医療研究センターが開発 (R2.7リリース)

国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター National Center for Geriatrics and Gerontology