

令和3年度版

市町村における
『高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施』のための

進捗チェックリスト ガイド

準備編

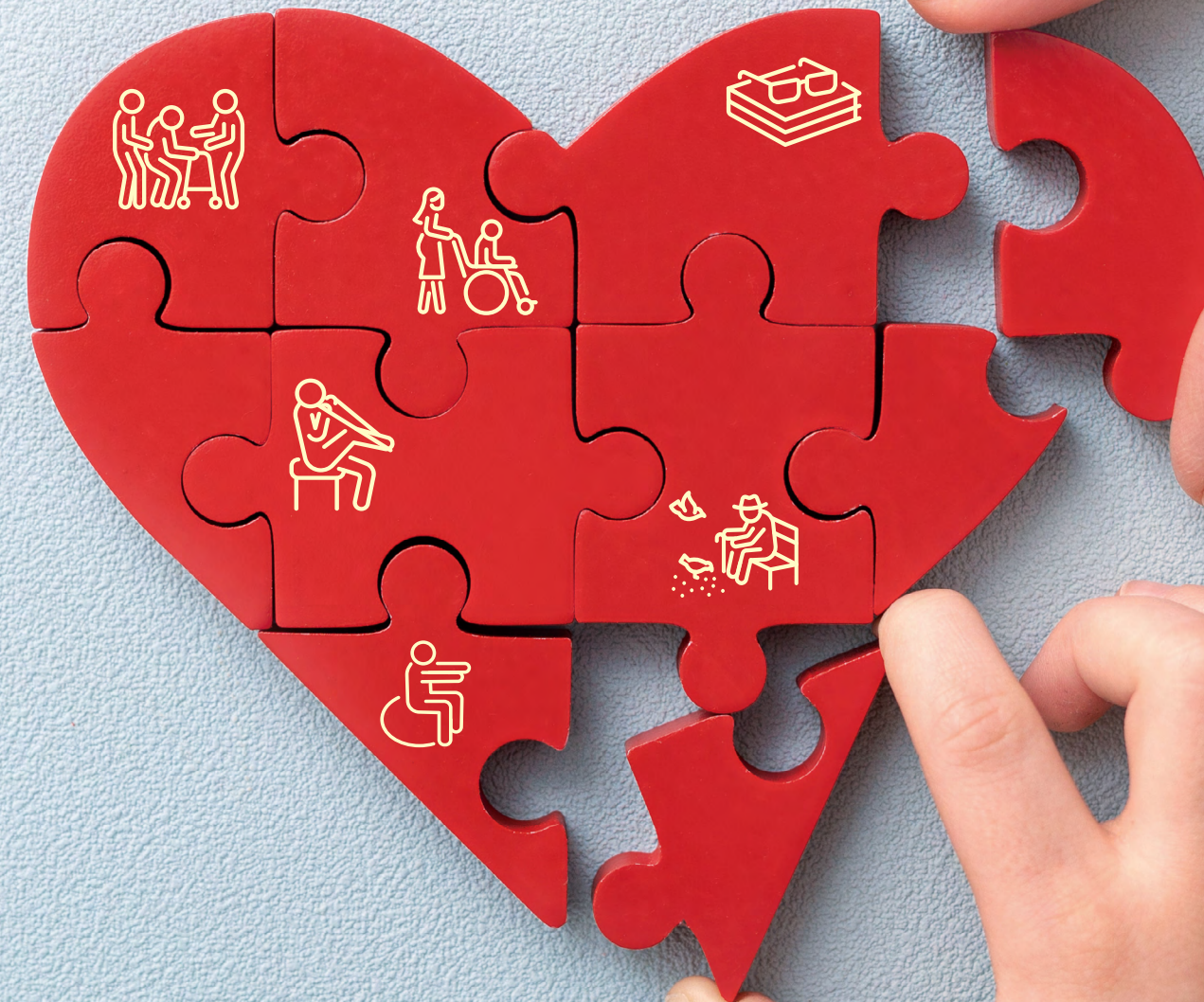
実践編

振り返り編

市町村における
『高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施』
のための

進捗チェックリスト ガイド

令和3年度版 市町村における「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」のための進捗チェックリストガイド



令和2年度厚生労働行政推進調査事業費補助金
政策科学総合研究事業(政策科学推進研究事業)

「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施推進に係る
検証のための研究」

令和2年度厚生労働行政推進調査事業費補助金
政策科学総合研究事業(政策科学推進研究事業)

「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施
推進に係る検証のための研究」研究代表者

津下一代
女子栄養大学

令和3年3月 印刷

令和2年度厚生労働行政推進調査事業費補助金
政策科学総合研究事業(政策科学推進研究事業)

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に取り組まれる市町村のみなさまへ

令和2年度より「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」という新たな制度がはじまりました。後期高齢者の医療保険者である後期高齢者医療広域連合(以下、広域連合)と市町村が協力して、後期高齢者の健康維持・フレイル予防に努める新たな仕組みです。

本事業の特徴は、①高齢者の特性にあった保健事業をおこなうこと、②市町村を中心に、地域の関係者が連携体制を作ること、③国保データベース(以下、KDB)システム等を活用し、地域の高齢者の全体像を把握し、必要な人に必要なサービスが行き届くように計画を立てること、④保健事業にとどまらず、社会資源の活用等地域づくりの視点で取り組むこと、⑤振り返り(事業評価)をおこない、地域にあったよりよい方法を工夫していくこと、にあります。市町村のこれまでの高齢者に対する保健事業を土台とし、より効果的に・効率的に展開していくことが期待されています。

高齢になると、加齢とともに予備能力やストレスに対する回復力が低下する「フレイル」の状態になりやすくなりますが、適切な働きかけにより改善しうることが示されています。通いの場等に積極的に参加し健康意識が高い人々もいる一方、病気やうつ状態等のために他者との交流が減っている高齢者も少なくなく、多様性が大きいのも特徴です。身近な生活資源を活用せず、食生活がおろそかになり、低栄養状態を悪化させている人もいます。コロナ禍で身体活動量が減少し、社会参加が減っていることも心配されます。慢性疾患と生活機能低下、社会参加等、多面的な視点で関わっていく必要があります。

これまでの行政は、介護予防をおこなう介護保険担当部局、住民の健康づくりをおこなう保健衛生担当部局、健診をおこなう広域連合が、各々の制度・財源に対応して事業を実施してきました。それぞれの保有する情報や資源が共有されず、包括的な保健サービスを提供しにくい現状がありました。

今回、保健事業における一体的な実施の方向性が示され、法律改正がおこなわれたところです。新しい制度ですから、どのような準備が必要なのか、本事業でできる範囲はどこまでなのか、国からどんな支援があるのか、十分に調べる必要があります。これまで各部門が独立して実施してきた保健事業をお互いによく知り、共通の目的を意識して、地域の実情に合ったフレイル対策につなげていくことが求められています。

国のガイドラインは「設計図」「レシピ」のようなものです。地域にある素材、料理人の力量やネットワーク、食べる人の好みやニーズに応じて、安くておいしいお料理に仕上げていくことが不可欠です。時にはありあわせの材料でうまく仕立てる工夫も必要でしょう。

この進捗チェックリストは、本事業の段取りについて、これまでの研究や実態調査をもとに試案を作成したものです。実際の事業の各段階で使っていただき、ご意見をうかがえればうれしく思います。

「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

厚生労働科学研究班について

本研究班は、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」制度を全国の自治体が円滑に進められることを目標にした研究班です。令和2年度より3年間の計画で、①後期高齢者の質問票の検証、②高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の事業検証、③高齢者の保健事業プログラムの進捗に向けた進捗チェックリストの開発、④保健事業対象者の抽出方法の検討、⑤高齢者の保健事業の企画、実施、評価のサポートとなるようなKDB活用ツールの開発、をおこないます。自治体のみなさまのご協力を得て、各テーマの研究をすすめています。日ごろのご協力に感謝申し上げます。

研究代表者	津下一代(女子栄養大学)
分担研究者	飯島勝矢(東京大学高齢社会総合研究機構)、田中友規(協力) 石崎達郎(東京都健康長寿医療センター) 岡村智教(慶應義塾大学公衆衛生学) 樺山 舞(大阪大学公衆衛生看護学) 小嶋雅代(国立長寿医療研究センター) 鈴木隆雄(桜美林大学)、斎藤民(協力:国立長寿医療研究センター) 田中和美(神奈川県立保健福祉大学)、遠又靖丈(協力) 渡邊 裕(北海道大学大学院歯学研究院) (五十音順)

進捗チェックリストの目的

本事業は高齢者施策に関する分野横断的な取り組みであり、KDB等を活用して高齢者の健康課題を把握、地域の資源を活用しながら事業を運営していくものです。事業全体のコーディネートをおこなう医療専門職が、担当の専門職や事務職、広域連合、地域の医療・介護関係者等と連携しながら、事業計画を立て、運営・評価していくことが求められ、高度なノウハウが求められます。

研究班では、事業全体の進捗を俯瞰して改善ポイントを発見したり、関係者との協力体制を円滑に進めたりできるよう、本進捗チェックリスト(以下、チェックリスト)を作成しました。令和元年度の「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第2版(以下、ガイドライン)」を基盤に、令和3年度の特別調整金交付要件についても考慮して作成しました。

自治体によっては実情にそぐわないことも多々あるかと思いますが、このようなチェックリストがあることが本事業の推進に役立つか、またどのように改善すると役立つものになるのか、等忌憚のないご意見をいただき、よりよいものにしていきたいと考えています。

構成と活用法

チェックリストと関連する情報をガイドラインや既存の厚生労働省資料、学会ガイドライン等から引用して示しました。さらに深掘りしたいときには引用元を参考にしてください。随所に用語解説やコラムを入れています。

チェックリストはホームページから**エクセル版をダウンロード**できます。自治体の実情に合わせて、項目を追加してご活用ください。それぞれの担当別に短縮版を作成することも可能です。

(URL : <http://www.ktsushita.com/cn4/pg3498.html>)

すべてのリスト項目にチェックがつくことを求めています。やれていること、これからやろうとすること、やらなくてもよいこと等を整理し、計画や運営の参考にしてください。令和3年度より取り組む自治体には準備編から、また現在進行している自治体には実践編以降から、振り返り編は3か月、半年、1年後等に使う等、自治体の取り組み状況に合わせてご活用ください。

厚生労働科学「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」アンケート(最終ページ)にご協力ください。HP <http://www.ktsushita.com/cn4/pg4124.html> からも入力できます。

CONTENTS

「一体的実施」の全体像を俯瞰しよう	4
制度改正の背景をながめてみよう	4
一体的実施の全体像、流れを理解しよう	8
進捗チェックリスト準備編	11
準備	12
事業構想・企画／具体化	14
進捗チェックリスト実践編	17
事業企画	18
事業実施(ハイリスク-1)	22
事業実施(ハイリスク-2 事業評価)	24
各種健康課題別の取組	26
栄養(低栄養)に関するプログラム例	26
口腔に関するプログラム例	27
重症化予防に関するプログラム例	28
服薬に関するプログラム例	29
事業実施(ポピュレーションアプローチ-1)	32
事業実施(ポピュレーションアプローチ-2 事業評価)	34
感染症への対応	36
進捗チェックリスト振り返り編	39
事業評価／事業報告／次期計画への見直し	40
資料編	
「後期高齢者の質問票の解説と留意事項」より抜粋	42
「かかりつけ医」のための後期高齢者の質問票対応マニュアル	61
コラム	
フレイルとは?	7
一体的実施の取り組みのヒント	
大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻 樺山 舞	10
低栄養の取り組みを充実させるには	
神奈川県立保健福祉大学 栄養学科 田中和美	10
後期高齢者医療広域連合とは?	16
後期高齢者の質問票	16
KDBシステムを活用した保健事業の進め方	21
事業企画覚え書き	21
「一体的実施」の計画、実施において感じたことを書きとめて、プロジェクトチームで共有しましょう	31
通いの場で活かすオーラルフレイル対応マニュアル	35
健康サポート薬局	35
通いの場における後期高齢者の質問票の実例	38

※掲載の図版は、引用元の表記のある図版以外は「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第2版」より引用(図表番号はガイドラインの図表番号を掲載)

「一体的実施」の全体像を俯瞰しよう

現在までの社会保障制度を振り返り、なぜ今、一体的実施の制度改正にいたったのかを考えてみましょう。また、一体的実施事業の具体的な内容をおさえておきます。

この章は、実施の各プロセスで根拠を確認したいとき、参照してください。

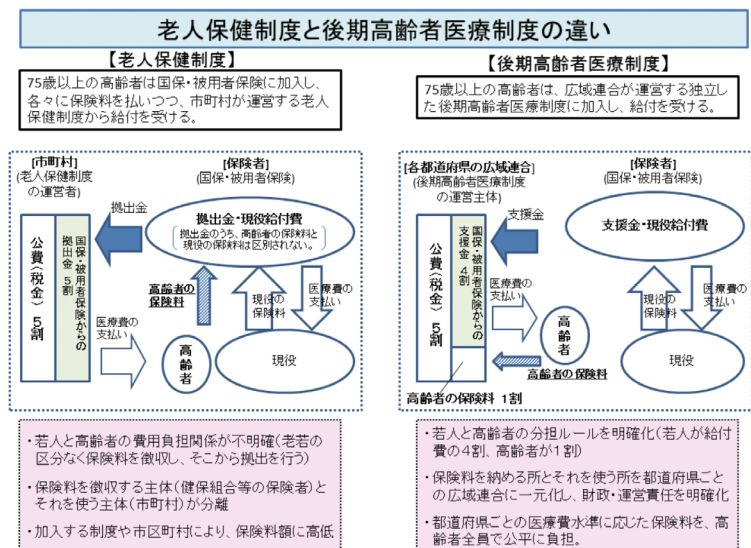
【制度改正の背景をながめてみよう】

●後期高齢者医療制度とは

後期高齢者医療制度以前には、昭和58年(1983年)からはじまった老人保健制度により、高齢者の医療費がまかなわれ、保健事業が実施されてきました。市町村が運営責任者であり、国保や被用者保険から拠出金を得て運営していたのですが、当時すでに「老人医療費高騰による医療保険財政破綻」、「社会的入院」が大きな社会問題として取り上げられていました。市町村単位での運営のため財政難に陥る自治体が多く、一般財源からの繰り入れの増大、保険料の自治体間格差の拡大も問題となりました。

高齢になっても安心して暮らせるため、また、国民皆保険が維持できるようにするために、平成12年度(2000年)に介護保険制度、平成20年度(2008年)に後期高齢者医療制度が創設されました。都道府県単位で75歳以上の医療費の支払い、保険料徴収をおこなう「後期高齢者医療広域連合」が設立され、若年世代からの支援金制度も定められました。

このような制度改革により後期高齢者の医療は10年以上安定供給されてきました。しかし現在、医療保険も介護保険もひっ迫の度合いを増しています。若い世代からの支援金も限界に来ており、これ以上負担を増やすことは難しい状況です。75歳以上人口の割合は2000年には7.1%から2020年には14.9%へと2倍に増加、2030年には20%近くまで増加すると予測されています。今後増えていく高齢者医療費をどう支えるか。制度論も重要ですが、後期高齢者の健康寿命を延伸し、結果として医療費、介護給付費を増大させないことが重要視されるようになりました。そのような背景のもと、今回あらたに「一体的実施」が設定され、重要な保健事業として位置づけられることになりました。



厚生労働省 後期高齢者医療制度について (HP) より

●保健事業の変遷

国民の健康を支援するための保健事業も、時代とともに変遷してきました。老人保健事業は「健康な65歳」を増やすことを目標として、一次予防として「健康教育」及び「健康相談」を、二次予防として「健康診査」を、三次予防として「機能訓練」、「訪問指導」を実施、それらの連携を促す媒体として「健康手帳」が交付されました。

平成20年度の社会保障制度改革にあわせ、健診制度は「老人保健法」から「高齢者の医療の確保に関する法律」(以下、高確法)へと移行、実施主体は市町村から医療保険者になりました。市町村は国保の保険者として「データヘルス計画」「特定健診・特定保健指導」「重症化予防事業」等を実施しています。保険者機能として、保健事業により加入者の健康支援をおこない、ひいては医療費適正化につなげる使命が大きくなってきたといえます。

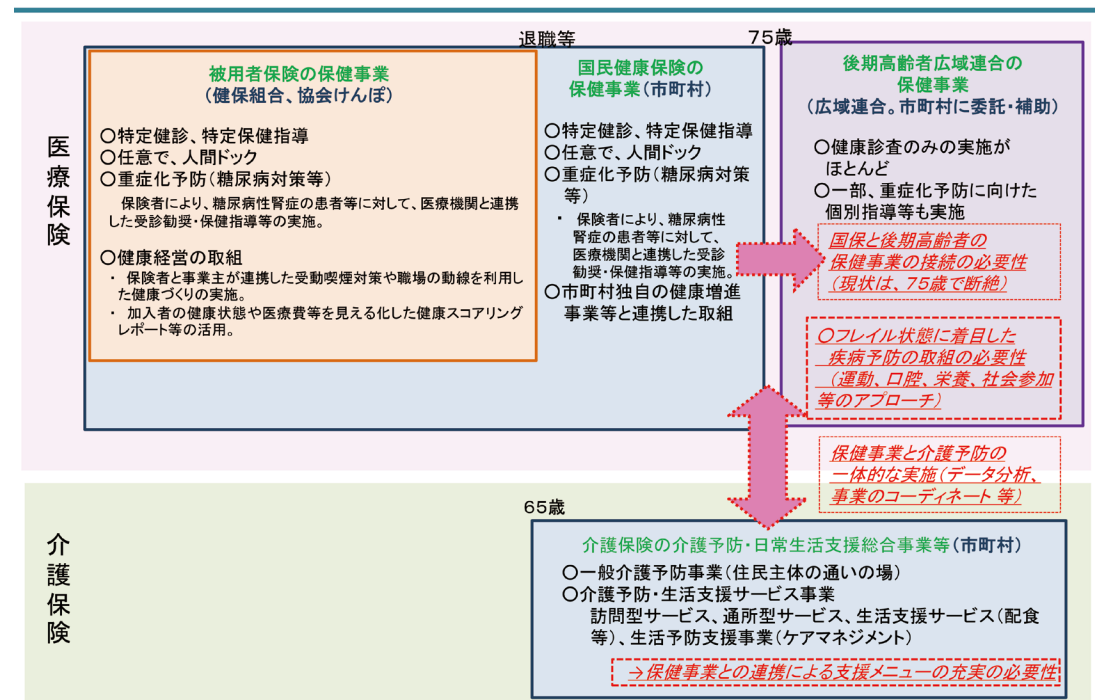
後期高齢者に対する保健事業(医療保険者)は都道府県単位の「広域連合」の努力義務に位置付けられ、特定健診に準じた健診等を実施しています。

一方、介護保険の立場から、高齢者に対しては、平成18年より介護予防事業が位置づけられ、全国の市町村で進展しています。また、自治体においては、「健康増進法」に基づく保健事業として、健康寿命延伸に向けて各種健康づくり事業を実施していますが、このなかに高齢者を対象とする事業も含まれています。

自治体内でも複数の部局が独立して、各法律に基づいて高齢者に対する保健事業を実施していたことになります。部局間で連携が必ずしも十分にできていないこと、介護と医療のデータを一元的に扱えてこなかったこと等が課題として指摘されるようになってきました。

図表 I - 4 保健事業と介護予防の現状と課題 (イメージ)

保健事業と介護予防の現状と課題(イメージ)



●広域連合のデータヘルス計画と保健事業

「日本再興戦略」(平成25年)において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として『データヘルス計画』の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求める」方針が定められました。医療保険者として加入者の健康課題を把握し、適切な保健事業につなげることを目的としたものです。保健事業の実施率や効果を分析し、PDCAサイクルを回して事業改善をおこなうことを求めています。

広域連合も保険者としてデータヘルス計画を策定しました。多くの広域連合では高齢者に健診の機会は提供していますが、保健指導を実施していない状況でした。レセプト分析により、高齢者特有の健康課題があること、医療ニーズの高い人ほど要介護状態になりやすいことが明らかとなりました。国保が実施する重症化予防事業等において、75歳を区切りにフォローできなくなることも課題でした。実際、慢性透析の多くは後期高齢者になってから導入されているのですが、制度が分断され保健事業が継続できないだけでなく、アウトカムが追跡できない状況になっていました。都道府県単位の広域連合ですので、住民に密着したサービスが難しいことも課題です。

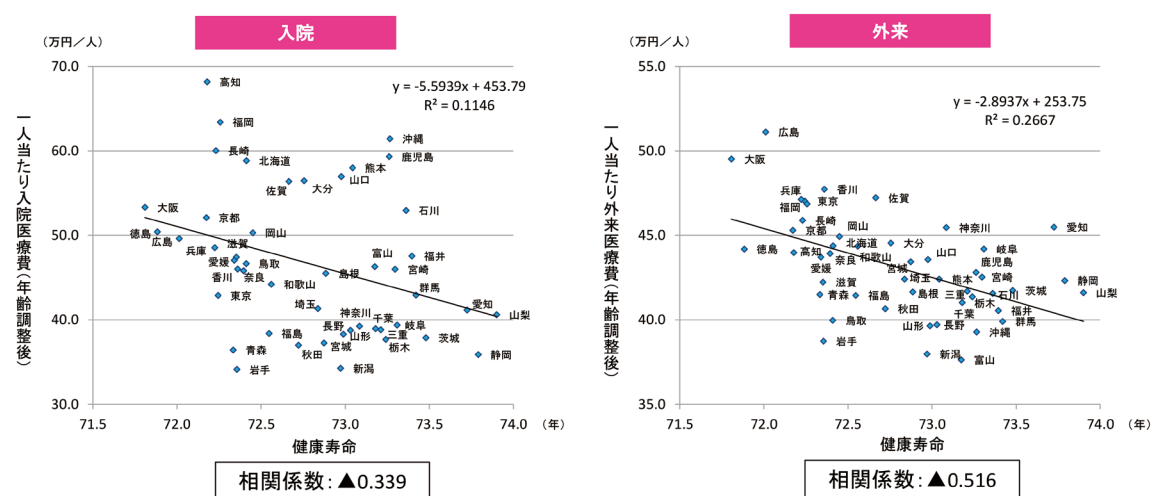
75歳の平均余命は男性12.4年、女性16.0年。人生100年時代を目指すならあと25年、できるだけ元気に暮らしたいところです。一方、後期高齢者では慢性疾患が重複し、感覚器等の機能も低下するため、健康への不安は強くなっていきます。核家族化、一人暮らしが増えるなかで孤独死の増加が社会問題化しています。

高齢者支援金を負担する若年齢層が減少している現在、後期高齢者の病気の悪化を未然に防ぎ、予期せぬ救急搬送や入院を減らすことは、高齢者のみならず、全世代への負担軽減につながることであります。下図は健康寿命と後期高齢者の医療費の関係を見たものです。健康寿命の長い都道府県のほうが、一人当たりの後期高齢者医療費が小さい傾向を示していることがわかります。

健康寿命と後期高齢者の医療費について①

- 医療費の地域差には、従来から病床数や医師数、保健師数、高齢者の就業率などとの相関が指摘。
 - 都道府県別データで健康寿命と医療費との関係を見ると、入院で弱い相関、外来である程度の相関。
- ※ 健康寿命が国民生活基礎調査の回答結果を用いて算出されたものであること、このデータは健康寿命と医療費の因果関係を示すものではなく、健康寿命の長さと医療費の低さに共通する要因等については別途検討が必要であること、健康寿命上位・下位都道府県群の比較を行う場合には、医療費が特に高い県・低い県の影響が強く出る可能性などに留意が必要。

<後期高齢者医療制度(2015年度)における分析>



(出所等) 厚生労働省「平成27年度医療費の地域差分析」、厚生労働科学研究「健康日本21(第二次)の推進に関する研究」
健康寿命は、性別に2010年、2013年、2016年の「日常生活に制限のない期間」を平均したものを、さらに、男性と女性とで平均したもの。外来は医科入院外十割計。

35

社会保障審議会 介護保険部会、医療保険部会資料(平成30年7月)

●フレイルの概念を活用した保健事業の検討へ

そのようななか、平成26年(2014年)日本老年医学会のステートメントにおいてフレイル対策への必要性が提唱され、フレイルが進行すると要介護や慢性疾患の重症化につながりやすいことが明らかにされました。糖尿病等の慢性疾患やポリファーマシー(薬剤数が多いこと)によりフレイルが進行しやすいこと、しかし、適切な支援によりフレイルを改善しうることが報告されています(フレイル診療ガイド2018年版)。

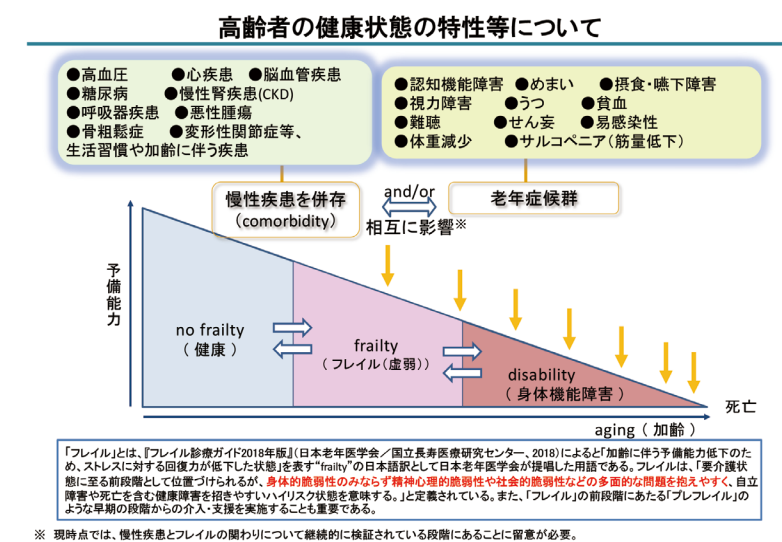
厚生労働省は平成28、29年に低栄養防止、重症化予防、口腔指導、服薬指導等のプログラムからなるモデル事業を実施、広域連合と市町村が連携して健康支援をおこなうことのメリットと課題を整理、「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン」を作成しました。これを全国で実施につなげるためには、自治体の庁内連携、個人情報の取り扱い、事業の整理等多くの課題があることも指摘されました。介護保険法、高確法と異なった実施主体、法体系が確立しています。介護予防と高齢者医療の情報統合が求められました。

フレイルとは?

Frailtyとは英語で虚弱、脆弱(ぜいじゃく)、もろい、という意味。わが国では日本老年学会が「加齢に伴う予備能力低下のため、ストレスに対する回復力が低下した状態」のことをフレイルという提唱した。要介護状態に至る前段階として位置づけられ、身体的のみならず、精神・心理的、社会的な脆弱性等の多面的な問題を抱えやすく、死亡を含む健康障害を招きやすいハイリスク状態を意味する。

国際的に診断基準が統一されていないが、身体的フレイルの基準としてCHS基準が使われることが多い。日本人にあわせて調整した基準(改訂J-CHS基準)では、①体重減少(6か月で、2kg以上の〈意図しない〉体重減少)、②筋力低下(握力男性<28kg、女性<18kg)、③疲労感(〈ここ2週間〉わけもなく疲れたような感じがする)、④歩行速度(通常歩行速度<1.0m/秒)、⑤身体活動(軽い運動・体操、定期的な運動・スポーツのいずれも週1回もしていない)のうち3つ以上該当をフレイル、1~2つ該当をプレフレイルとしている。

図表 I-1 高齢者の健康状態の特性等について

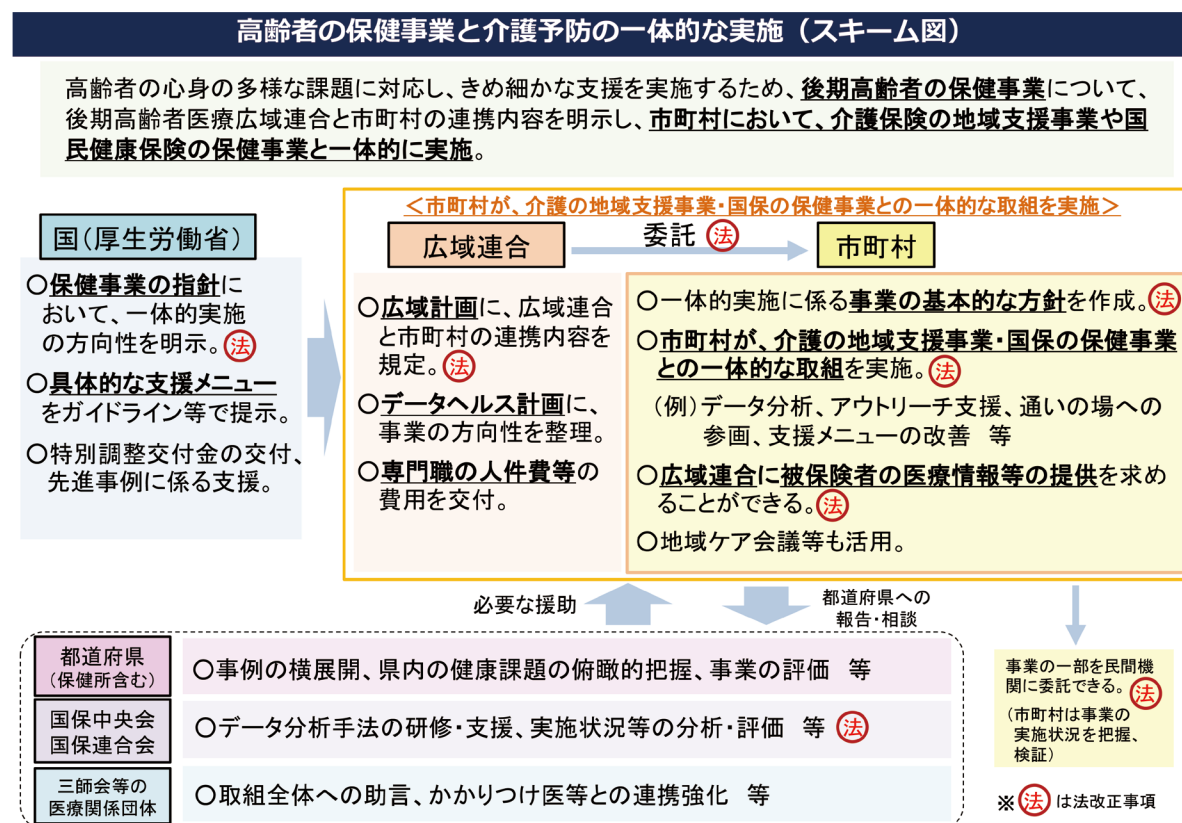


【一体的実施の全体像、流れを理解しよう】

●市町村による保健事業と介護予防の一体的な実施事業がスタート

こうした課題の解決として、「一体的実施」のスキームが提示されました。広域連合は保険者として広域計画に市町村との連携内容を位置づけること、市町村は住民に身近な立場からきめ細やかなサービスを提供すること、その際、介護保険や国民健康保険の保険者としての保健事業等と連携して取り組むことが示されました。市町村は広域連合が保有する医療レセプト情報の提供を受けることができ、介護レセプト情報等と一体化して高齢者像を把握することができます。KDB等の活用がキーとなることから、国保連合会はデータ抽出・分析に関する支援や研修をおこなうこととなっています。下記の図で④と表示されている部分は、今回の法律改正で実現可能となったことです。

図表 I-5 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施（スキーム図）



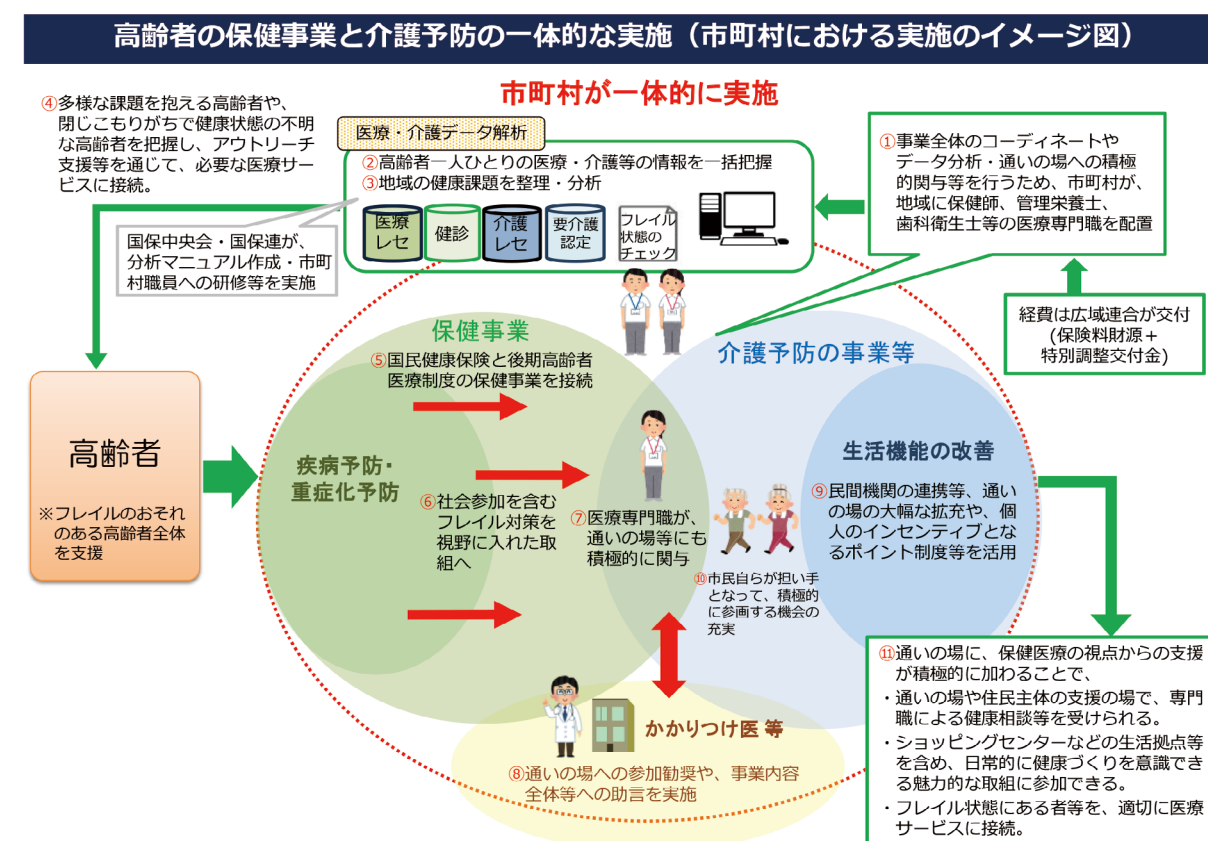
一体的実施では、情報共有や広域連合から市町村への保健事業委託等、連携の壁に風穴をあける法改正をおこなっています。事業の重複や漏れを減らし、高齢者一人ひとりに目配りができる保健事業を組み立てていくチャンスとして積極的な活用が期待されます。

●「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」事業の概要

本事業では、医療保険側の保健事業(右頁図:左側の緑色の円)と介護保険側の介護予防事業(右側の青色の円)、かかりつけ医等による医療(下側)を組み合わせ、フレイルのおそれのある高齢者を包括的に支援していく仕組みづくりであり、令和6年度(2024年)までに全市町村で整備することを目標としています。具体的には、以下の11項目が一体的実施のポイントです。チェックリストでもご確認ください(数字は右頁図と一致)。

図表 I-6 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施

(市町村における事業実施のイメージ図)



- ①市町村は次の医療専門職を配置（経費は広域連合が交付）。
 - ・事業全体のコーディネート、企画調整・分析をおこなうため、市町村に保健師等を配置。
 - ・個別的支援や通いの場への関与等をおこなうため、日常生活圏域に専門職を配置。
- ②健診データ、医療レセプト、介護レセプトをKDB上で紐づけして、一人ひとりの健康状態を把握。
- ③地域の健康課題を整理・分析：地区別高齢化率、要介護認定率、医療費やその原因疾患、健診データ有所見率、質問票で把握した生活習慣等を分析し、事業計画に反映させる。
- ④KDB等で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する。
- ⑤国保と広域連合の保健事業を接続：健診や重症化予防事業等を、連続性をもって実施、評価。
- ⑥本人に適した社会参加につなげるため、地域支援事業、特に住民主体の通いの場の紹介や、健康づくり担当課等の事業情報を提供することが望ましい。
- ⑦通いの場はこれまで住民主体で運営されてきたが、ここに年に数回程度、専門職が関わり、相談の機会や情報提供をおこなう。たとえば、普段は健康体操を実施している通いの場に専門職が

訪れ、フレイルについての啓発、フレイル早期発見のための質問票を実施する。口腔や栄養、適切な薬剤服用等の情報を提供したり、通いの場に参加できなくなった人の状況を把握しアウトリーチ支援につなげる。

⑧ かかりつけ医等は、健診や日常診療を通じて高齢者の状況を把握し、必要に応じて通いの場への参加勧奨をおこなう。質問票を実施してフレイルを把握する。地域の保健事業について行政の情報を得ていくことが必要である。事業全体への助言・支援、講話等の実施も期待される。

⑨ 高齢者の健康支援において、生活機能の改善につながる活動の場を広げる。民間機関の協力を得て通いの場の拡充すること、個人のインセンティブとなるポイント制度等に協力を得ること等、高齢になっても健康的に過ごせる地域づくりを進める。

⑩ このような地域づくりにおいて、高齢者は受け身ではなく、自らが担い手となって、積極的に参画できるよう声掛けや段取りを支援する。

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、専門職による健康相談等を受けられる。さらにショッピングセンター等の生活拠点を含め、日常的に健康づくりを意識できる魅力的な取組を支援する。

赤字は特に重要なポイントです。具体的な事業については自治体の実情にあわせ選択し、段階的に進めていけるよう計画を立てることが重要です。

一体的実施の取り組みのヒント

これを読まれている皆さんは、これまでにそれぞれの部署において地域高齢者の健康増進や介護予防に向けた企画や活動に力を尽くしてこれ、多くの経験を蓄積されていると思います。「創造とは、必ずしも無から有をつくりだすことではない。多くの経験を結びつけること」とはアップル社の創業者、スティーブ・ジョブズの言葉です。今回の一体的実施も同様といえるでしょう。後期高齢者の健康維持・フレイル予防に向けて、無から斬新な方策を打ち出し取り組むというよりは、すでに皆さんが各部署において培った豊かなノウハウや地域力をたくさんの方で結び付けていくことで、新しい体制が自ら出来ていきます。フレイルをはじめとする高齢者の健康状態は、身体面だけではなく、精神的、社会的側面が重なり合っています。そのため、生活に根差した多様な視点による支援が求められることから、連携の重要性がますます求められます。連携の厚い壁に困難を感じることも多いと想像しますが、その分、たくさんの方の点がつながった際には大きく発展する仕組みが創出されることでしょう。

大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻 樺山 舞

低栄養の取り組みを充実させるには

保健事業と介護予防の一体的事業の中で、低栄養対策を実践される自治体は多いと思います。この事業は、主に体重減少や低BMIによって把握されるものですが、高齢者の低栄養に向き合うということは、生活そのものを支援することに他なりません。

高齢者の低栄養は自分で気づきにくく、体重が減って生活が不活発になり支障がでて、改善できるにもかかわらず、加齢のためとあきらめてしまうことが多いのです。

低栄養の改善のコツは、この「あきらめ」をその人に寄り添い、食事に関連させながら少しずつ取り除くように支援することです。食事内容や体重減少のみに注力せず、楽しみにつながるように傾聴し、嗜好品や購入しやすい食品など簡単な内容を提案していけば、自ずとその人にあったゴールが見え、「あきらめ」が一つずつ解消の方向に向かいます。体重の回復等はその結果として現れ、必ず高齢者本人にも喜ばれます。

特に専門職の皆様におかれましては、栄養状態の改善を図る際には、高齢者とともに宝探しをするつもりで、肩の力を抜いて取り組んでいただきたいと思います。最短距離で「正解」を追求するのではなく、回り道でも楽しみながら「最適解」を見つけていただければ、栄養状態の改善にとどまらない意義の深い事業となるでしょう。

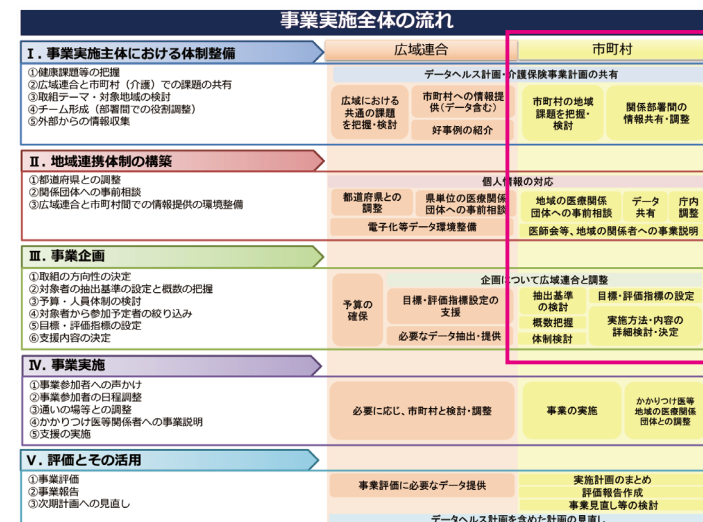
神奈川県立保健福祉大学 栄養学科 田中 和美

進捗チェックリスト 準備編

一体的実施の事業は、これまでの保健事業、介護予防の延長線上にあるのですが、単に個別の事業をこなすのではなく、医療・介護・健診・質問票データにより高齢者の健康課題の全体像を把握し、重点的に取り組む課題を整理し、ハイリスク・アプローチ、ポピュレーション・アプローチを組み合わせ、事業を企画していきます。つまり、加入者全員に目配りをしつつ、個人の健康状態や環境、すでに利用しているサービスの状況に応じた対応をしていくことになります。高齢者自身の自主的な健康づくりの取り組みを支援していくことも重要です。

準備編では、事業スタートにあたっての情報収集、庁内調整により組織横断プロジェクトチームを立ち上げ、体制を整えることを第一段階、その後チームを中心に、実施計画書を作成するまでの進捗をチェックしていきます。チェックリストはおおよそ時系列で整理したつもりですが、自治体の実情に応じてスキップする項目、後回しにする項目があっても構いません。すでに実施できていることは「済」にして進んでいきましょう。

図表 I - 9 高齢者の保健事業の全体的な流れ



準備段階のポイント

- 本事業は一部署の取り組みではなく、高齢者医療保険担当、国保担当、介護予防担当、保健衛生担当が連携して進めていけるよう、進捗管理をすることが重要です。準備段階ではプロジェクトチームで検討していくことが推奨されます。高齢者向けの仕事だから介護予防担当にお任せ、と安易に決めないこと。医療保険者としての保健活動につながるという法律の趣旨を忘れないでください。医療レセプトの分析や健診・重症化予防も本事業の範囲です。
- 組織の見直しや人事、予算に関する検討が必要ですので、必ず上層部を巻き込むことがポイントです。
- 準備段階では、後期高齢者に対して各担当課で実施している保健事業、把握しているデータや課題、活用しうる保健事業リソースなどの情報を持ちより、一体的実施としてどんな事業をしていきたいか、今までできなかったことはなにか、そのためにどんな体制が必要かを話し合います。その際、本事業の事例集から参考になる事例を探してみてもよいでしょう。
- 国の資料、特に特別調整交付金の交付基準を確認してください。本リストにチェック欄があります。
- 国保・後期高齢者ヘルスサポート事業の活用や研修会については各都道府県国保連合会にご確認ください。
- 市町村が本事業を実施する際、広域連合、国保連合会、都道府県のサポートが得られます。特に、計画書作成については広域連合に、KDBシステムに関することは国保連合会にご相談ください。

		項目	通し番号	内容	実施計画 実施未定は△、実施予定 がない場合は×を記入	実施期間(日付は日程管理の目安として)			実施担当者例　◎中心的に進める、○一定の役割、△補助的役割										ガイドライン 掲載P	特別調整 交付金 令和3年度要件	
					おおよその実施予定日が 決まっていれば記入 (/ / 月)	未着手	着手 (/ / 月)	完了もしくは 実施済み (/ / 月)			市区町村				広域連合	都道府県		国保連合会			関係団体・ 保健事業 委託先
											高齢者 医療保険	国保	介護	健康増進		本庁／保険、 健康、介護	保健所				
準備	情報収集	国の情報を 確認	1	「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第2版」(令和元年10月)を読む。	□	□	(/ / 月)	(/ / 月)			◎	○	◎	◎	◎	○	◎	○			
			2	厚生労働省保険局高齢者医療課からの一体的実施に関わる情報、通知等を確認する。	□	□	(/ / 月)	(/ / 月)			◎	○	○	○	◎	◎	○	◎			
			3	厚生労働省保険局高齢者医療課の「特別調整交付金交付基準」を確認する。	□	□	(/ / 月)	(/ / 月)			◎	○			◎						
			4	厚生労働省老健局(介護予防課等)からの情報、通知等を確認する。	□	□	(/ / 月)	(/ / 月)			○		◎	○	○	◎	○	○			
		研修会参加	5	制度・保健事業の方法・評価に関する研修会や事例検討会参加等、積極的な情報収集をおこなう。	□	□	(/ / 月)	(/ / 月)			◎	○	○	○	◎	◎		◎		P39	
		関連計画の 確認	6	高齢者の健康増進、疾病予防、介護予防に関する各計画(健康増進計画、データヘルス計画、介護保険事業計画等)を収集する(策定時のデータ、中間評価結果、課題認識、対策)。	(/ / 月)	□	(/ / 月)	(/ / 月)			◎	○	◎	◎	◎	○		○		P31～32	
		広域的な 分析の情報 把握	7	都道府県、広域連合から広域的に共通する課題や市町村間格差等の情報提供を収受し、健康課題を把握する。	(/ / 月)	□	(/ / 月)	(/ / 月)			◎	○	◎	◎	◎	◎	○	◎		P31	
		保健事業 リソース 把握	8	本事業に活用できる地域資源の状況を確認する(庁内外)、委託しうる団体の情報を得る、近隣市町村等のヘルスアップ事業等の活動事例も参考にする。	(/ / 月)	□	(/ / 月)	(/ / 月)			◎	◎	◎	◎	○		○	○	◎	P24-26 P36-38 P61	
	体制整備	全庁的な 検討	9	自治体幹部への相談、全庁的な取組方針を定める(法律改正や財源に関する情報、自治体の高齢者医療・介護の状況、他自治体の状況等の情報提供をおこない、取組の方向性、チーム編成についての指示を得る)。	(/ / 月)	□	(/ / 月)	(/ / 月)			◎	○	○	○						P21-22	
		中心となる 人材の確保	10	組織横断PJチームの立ち上げと事業全体をコーディネートする医療専門職を配置する。	(/ / 月)	□	(/ / 月)	(/ / 月)			◎	○	◎	◎						P15 P103-104	○

進捗チェックリスト解説 1～10

1～4(国の情報を確認)

「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第2版」を読んで、事業内容を理解しましょう。事業の進め方の確認や予算確保のためにも、特別調整交付金交付基準を確認することが重要です。また、一体的実施にあたり、参考になる通知、情報、事例は、保険局高齢者医療課のほか、保険局国保課、老健局、健康局等からも発出されています。庁内の関係者が集まって、情報共有することで漏れないチェックにつながります。

6(関連計画の確認)

7(広域的な分析の情報把握) ガイドライン P31～32

広域連合が策定するデータヘルス計画をはじめ、介護保険事業計画、国保のデータヘルス計画等を必ず確認してください。一体的実施にあたって広域連合は広域計画の見直しをしているので、必ず最新版を確認してください。介護保険事業計画は2021年度から第8期をむかえ

るにあたり、介護予防・日常圏域ニーズ調査が実施されています。本事業においては介護予防との一体的実施を図ることが重要であり、疾病管理と生活機能の両面から高齢者の健康課題を把握し、連携した事業のあり方を検討していきます。健康増進計画も第二次計画・中間評価、第三次に向けての準備がはじまっているかもしれません。保健衛生担当課に確認をしてください。

8(保健事業リソース把握) ガイドラインP24～26、P36～38、P61

本事業の実施には、高齢者に直接接し健康課題を把握している地域の専門職の理解と協力を得ることが重要です。三師会(医師会、歯科医師会、薬剤師会)や看護協会、栄養士会、歯科衛生士会等に事業の企画の段階から相談をはじめるとよいでしょう。既存事業の応用や、事例集掲載の取り組みを参考にして、「実施しやすさ」の視点からも検討していくことになります。

9(全庁的な検討) ガイドライン P21～22

多くの自治体では、介護保険担当課と医療保険担当課・保健衛生担当課が別組織のため、高齢者対策を一元的に扱うことが困難な状況です。ひとりの高齢者のなかで生活機能の低下と疾患の重複は一体的に進んでいくのですが、行政では情報が分断され、お互いに調整することなく事業を実施せざるをえませんでした。本制度では介護保険と医療保険のレセプトを突合して把握することにより、「縦割りの壁を破って手をつなぐ」(一体的実施)ことを求めており、行政としては今までにない取り組みとなります。具体的な進め方の検討にあたっては、組織の見直し等も必要になる場合があることから、動きやすい体制づくりについて自治体幹部と相談していきます。

10(中心となる人材の確保) ガイドライン P15、P103～104

組織横断的プロジェクトチームを立ち上げ、全体をコーディネートする医療専門職を決めます。市町村の状況や取り組む課題等によって、保健衛生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、医療保険(国保等)部局が中心となる場合等、様々な枠組みが考えられます。外部の医療専門職との連携も重要であることから、事業全体のコーディネートは組織横断的プロジェクトチームのなかでも医療専門職が担うことになります。

		項目	通し番号	内容	実施計画 実施未定は△、実施予定がない場合は×を記入		実施期間 (日付は日程管理の目安として)			実施担当者例　◎为中心的に進める、○一定の役割、△補助的役割						ガイド ライン 掲載P	特別調整 交付金 令和3年度要件
					おおよその実施予定日が 決まっていれば記入 (/ / /頃)		未着手	着手 (/ / /)	完了もしくは 実施済み (/ / /)	市区町村	広域連合	都道府県		国保連合会	関係団体・ 保健事業 委託先		
										★全体を統括する医療専門職を中心とした組織横断プロジェクトチーム		本庁/保険、健康、介護	保健所				
事業構想企画	実施体制整備	全体の作業工程を作成	11	組織横断PJチームは広域連合等との協力のもと、作業工程表を作成する(本進捗チェックリストの改変等)	(/ / /頃)		<input type="checkbox"/>	(/ / /)	(/ / /)	◎	○					○	
		質問票	12	後期高齢者の質問票(以下、質問票)を①健診、②通いの場、③医療機関、④郵送等で活用できるよう、実施方法や内容、フォローアップ体制などについて検討する。	(/ / /頃)		<input type="checkbox"/>	(/ / /)	(/ / /)	◎	○				P46-49 P51-35	○	
		KDBの活用準備	13	KDBの主な取り扱い担当者を決め、取り扱いについて研修を受ける。質問票結果をKDBに登録する段取りを検討する。	(/ / /頃)		<input type="checkbox"/>	(/ / /)	(/ / /)	◎	○		◎		P58-60		
	健康課題把握	健康課題の抽出	14	KDBシステム等を活用し、保有する健診・レセプト(医療、介護)等の情報から、自治体在住高齢者の健康状態の全体像をとらえる。 ※KDB「地域の全体像の把握(帳票ID:P21_001)」[「健康スコアリング(健診・医療・介護)(帳票ID:P29_001～P29_003)」]	(/ / /頃)		<input type="checkbox"/>	(/ / /)	(/ / /)	◎	○		○		P58-67 P106-110	○	
			15	これまでの保健活動の中でとらえた高齢者の健康課題、データを見て把握できた課題を共有する。	(/ / /頃)		<input type="checkbox"/>	(/ / /)	(/ / /)	◎	○	△	△	△	○		P31-33
	テーマの検討	取組テーマ たたき台 検討	16	必要性、実現可能性を考慮し、どのテーマから始めていくかをPJ内で相談する。 ①健診を入り口とした保健事業(重症化予防、低栄養) ②通いの場での相談、質問票を入り口とした保健事業(低栄養、口腔、受診中断) ③レセプト分析で抽出された対象者に対する保健事業(重症化予防・受診中断、薬剤の不適切使用、健診・医療・介護レセの3者とも存在しない対象者への訪問等) ④医療機関と連携した保健事業 ⑤介護予防事業(地域支援事業、要介護者)と連携した保健事業、等	(/ / /頃)		<input type="checkbox"/>	(/ / /)	(/ / /)	◎	○		△	△		P33 P58-66	○
			17	上記のテーマに関係する地域の団体等と、保健事業の目的、対象者選定の基準、方法について相談し、実現可能性を検討する。医療圏単位の取組、近隣自治体と共同実施の場合には保健所の関与が望ましい。 ①医師会・栄養士会、健診機関等、②栄養士会、歯科医師会等、③医師会、薬剤師会、④医師会、地域包括支援センター、⑤地域包括支援センター、在宅保健師会、理学療法士会、健康運動指導士会等との連携可能性も検討する。	(/ / /頃)		<input type="checkbox"/>	(/ / /)	(/ / /)	◎	◎		○	○	◎	P24-26	○
			18	実現可能性を検討するため、必要に応じて委託事業者の情報を収集する。	(/ / /頃)		<input type="checkbox"/>	(/ / /)	(/ / /)	◎					◎		
			19	国保・後期高齢者ヘルスサポート事業(保健事業支援・評価委員会)等の場や保険者協議会等において、有識者に相談する。目標設定の方法、事業のより良い実施方法や評価方法等についての助言を得て、庁内でさらに検討、たたき台を修正する。	(/ / /頃)		<input type="checkbox"/>	(/ / /)	(/ / /)	◎	◎		◎			P29	○
具体化	実施体制準備	予算・人員体制、経費	20	事業の内容や対象者数を踏まえて、人員、必要経費を算出する。	(/ / /頃)		<input type="checkbox"/>	(/ / /)	(/ / /)	◎					P68		
		実施計画書	21	事業計画書、業務チェックリストを作成する。	(/ / /頃)		<input type="checkbox"/>	(/ / /)	(/ / /)	◎						○	
		広域との契約	22	実施計画書等を広域連合に提出、委託を受ける。	(/ / /頃)		<input type="checkbox"/>	(/ / /)	(/ / /)	◎	◎					○	

進捗チェックリスト解説 11～22

11（全体の作業工程を作成）

全体を統括する医療専門職を中心としたプロジェクトチームを立ち上げ、広域連合に提出する実施計画書を作成するプロセスです。計画書に記載する事項を中心に、後期高齢者の質問票の実施、KDBデータ等による分析と課題の把握、本事業として取り組むテーマ、それを実施するための体制を検討していきます。計画書提出期限を考え、作業工程表を作成します。チェックリストに予定や着手等の状況を書き込み、チームで共有するとよいでしょう。

12（質問票）ガイドライン P46～49、別添1～35（後期高齢者の質問票の解説と留意事項）

後期高齢者医療制度の健診において、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「後期高齢者の質問票」（本紙

P16、P42～60参照）が策定されました。後期高齢者の質問票は、健診時のほか通いの場やかかりつけ医の医療機関等、様々な場面で活用されるよう、周知と体制を整えます。この結果をKDBに取り込むことにより、対象者抽出、事業評価、健康課題の分析にも役立ちます。

14（健康課題の抽出）ガイドラインP58～67、P106～110

KDBの「地域の全体像の把握（P21_001）」[「健診・医療・介護データから見る地域の健康課題（P21_003）」][「市区町村別データ/同規模保険者比較（P21_005）」][「健康スコアリング（P29_001～003）」]では全国との比較、地区別比較、経年変化により健康課題を確認することができま。医療レセプトについては医療受診者全員、健診については登録済みのデータを確認できます。介護保険部門の日常圏域調査は、サンプル調査・悉皆調査等自治体によって実施方法が異なります

が、高齢者の健康状態、生活の状況を知る手掛かりになります。第8期計画に向けて令和元年に実施された自治体が多く、冊子や「見える化システム」の活用が推奨されます。

16（取組テーマたたき台検討）ガイドラインP33 P58～66

健康課題を踏まえ、事業の対象や内容を考えます。KDBの「後期高齢者の健診状況（P26_018）」にて健診受診の有無、データのレベル、医療機関受診の有無について、加入者全体の概数を把握できます。個別の保健指導プログラムの該当については「介入対象者一覧（栄養・重症化予防等）（P27_009）」が便利です。表の5項目のうち、どこからはじめるとよいか考えていきます。内容についてはP9の健診や医療レセプト分析をもとに対象者を抽出する左側（緑）、および介護予防事業とのコラボを意識した右側（水色）のどこからはじめるかを検討するとよいでしょう。

17（取組テーマたたき台検討）ガイドラインP24～26

三師会等の医療関係団体等に企画段階で相談し、協力を打診します。市町村が医療専門職を十分確保できないケースも想定されますので、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ます。糖尿病性腎症重症化予防等の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については、事業実施に先立って地域の関係団体等と十分な調整の上、決定することが重要です。

21（実施計画書）

実施計画書の作成までが準備編となります。実情に応じた内容で作成していきましょう。

後期高齢者医療広域連合とは？

「高齢者の医療の確保に関する法律」第48条に基づき、加入者（市町村）が共同で後期高齢者医療制度を円滑に進めるために設立された保険者（地方公共団体）。各都道府県に1団体、計47団体が設立され、政令指定都市も構成市町村として加入している。職員は市町村からの出向者が多い。広域連合は、保険料の決定、保険証の発行や医療費の支給決定等の後期高齢者医療制度の運営に関わることを実施、市町村は、保険料の徴収事務や、保険証の引渡し、申請の受付等の窓口業務をおこなう。保健事業としては広域全体でも健診・保健指導等を実施してきたが、これまでは個別市町村の実情への対応がしにくかった。今回の法改正で、広域連合は各市町村と協議の上、個別に事業委託することが示された。

後期高齢者の質問票

検査値や医療、介護レセプトの情報のみでフレイルを把握するのは困難である。多面的なフレイルを検出するためには後期高齢者の特性にあわせた質問票が不可欠であるため、「基本チェックリスト」の知見を活かしつつ特定健診との連続性も考慮して「後期高齢者の質問票」が策定された。高齢者に負担なくわかりやすい表現とすること、簡便にデータ化できるよう項目数を絞ることに留意し、10類型、15項目に決定した。フレイルに関係する項目がほとんどであるが、健康的な生活習慣に関する項目（運動習慣、喫煙等）も組み込まれている。なお特定健診の質問票では、血圧、血糖、脂質異常症の服薬状況や脳卒中、心臓病、腎不全の既往歴を尋ねているが、本事業ではKDBを参照して客観的に把握するので、質問票の項目からは除外している。

各項目のエビデンスや活用法等については、詳しくは資料編の「後期高齢者の質問票の解説と留意事項」(本紙P42～60)を参考にしてほしい。

●活用ポイント

質問項目ごとに断片的なアドバイスをするのではなく、総合的な視点から助言するようところがける。問1、2、9等から、うつ状態や閉じこもりが心配される場合には地域包括支援センター等の相談窓口につなぐ必要がある。「できないこと」を探すよりも、「今できていること」を続けるにはどんな工夫をしたらよいのかを話し合う。

総合得点で評価するというよりも、各項目が多面的なフレイルの特徴を把握するものであり、保健事業の目的に合わせて対象者抽出に用いることが推奨される。たとえば、重症化予防対象者として、糖尿病+フレイル（主観的健康観・体重減少・運動機能低下・認知機能低下）を抽出する等の方法が考えられる。

日本老年医学会は「『かかりつけ医』のための後期高齢者の質問票対応マニュアル」を作成している(本紙P61～64)。医療機関との連携にも活用可能である。

進捗チェックリスト 実践編

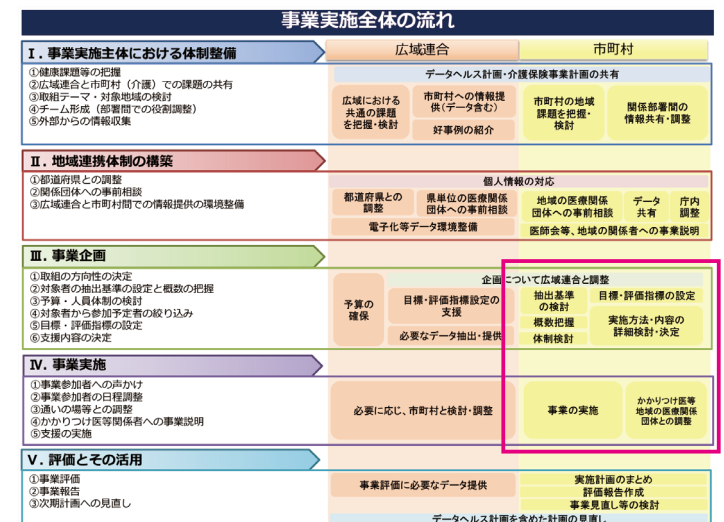
いよいよ実践編です。実践編では、準備編で作成した実施計画書にもとづき、事業を具体化、実際に運営していくまでの進捗をチェックします。計画は一年間で実施するおおよその内容を決めたものですが、それを実現するには、具体的に、いつまでに(期日)・だれが(担当)・なにを・どのように実施していくかを決めておかねばなりません。

全体をコーディネートする医療専門職は、進捗を見ながらヘルプが必要な担当の状況を確認したり、関係者と打ち合わせをしたり、現場の様子を確認したり、等いろいろと大変なことと思います。本チェックリストは複雑な仕事を整理する専門職のサポート役になることを目的に作成してみました。もちろん途中でスケジュール変更が必要なものもあると思いますが、その際、どのように修正するか

についてチェックリストをもとに話し合い、チームで共有することが大切です。使いにくいところ、不要と思うところは飛ばして構いませんが、あとで振り返られるよう、こまめに記録を残していくことが重要です。

複数の保健事業を実施する場合には、それぞれの事業ごとに、進捗管理をしていく必要があります。

図表 I - 9 高齢者の保健事業の全体的な流れ



実践編の具体的な構成

まずは具体的な事業企画を。準備編で十分に書き込んでいる場合にはそのまま使えるケースもありますが、実践編では事業類型別に健康課題のある人の概数把握、絞り込みの方針、事業目標、実施方法（直営、関係団体への委託、その他民間企業等への委託等）等、具体的に決めていきます。

事業の実施では、ハイリスク・アプローチ（アウトリーチ支援を含む）、ポピュレーション・アプローチの具体化や評価について、スケジュール管理をおこないます。

国保データベース(KDB)システムデータ等の分析・地域の健康課題の整理・分析

KDBシステムでは、被保険者一人ひとりの医療レセプトや健診データ、介護レセプト、要介護度等の情報を一括で把握することができます。これに加え、後期高齢者の質問票の回答、高齢者のフレイル状態等に関する情報、介入状況も一体的に分析して、この事業において支援すべき対象者（フレイルのおそれのある高齢者等）を抽出することが可能です。

医療・介護の両方の視点から、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り組みや、対象者個人はもちろん地域の課題に対応した一体的な取り組みにつなげていくことができるようになります。

KDBシステムでは、地区別や市町村別で集計ができ、また同規模の保険者の情報と比較することもできます。こうした他の集団との比較ができることにより、自分たちの地域の特性が明らかになり、この特性を踏まえた保健事業計画の策定がしやすくなります。

	項目	通し番号	内容	実施計画 実施未定は△、 実施予定がない 場合は×を記入		実施期間 (/ / の日付欄は 日程管理の目安として)			実施担当者				広域 連合	ガイドライン (第2版)	令和3年度 交付要件			
				実施予定 (/ / /頃)		未着手	着手	対策完了 もしくは 対策済み	庁内プロジェクトチーム			外部						
									コーディネート 専門職	指導実践 専門職	地区担当	事務職				委託先	連携先*	
事業企画	特別調整交付金の 交付基準を通知で確認		23	特別調整交付金の申請をする場合には、通知にて交付基準を確認する。要件は年度により変動もありうるので注意深く確認すること。	<input type="checkbox"/> (/ / /頃)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (/ / /)	<input type="checkbox"/>	◎			◎					
	対象者数の把握	健康課題がある人の概数の把握(再掲)(A)	24	KDB等を活用し、各対象人数を把握する。 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：健診でBMIの値と体重の変化量が基準値に該当 c □腔に課題がある人：歯科健診、質問票で「むせ」「かたいものが食べられない」 d 服薬に課題がある人：処方薬数がかかなり多い e 重症化に課題がある人 f その他()	<input type="checkbox"/> (/ / /頃)		a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (/ / /)	<input type="checkbox"/>	◎	○		○		P59-67	○		
		取組テーマの優先順位づけ	25	分析結果より、優先的に取り組む課題を整理する。	<input type="checkbox"/> (/ / /頃)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (/ / /)	<input type="checkbox"/>	◎	○		○				○	
	支援方法の決定	具体的な方法の検討	26	25の課題に対し、どのような方法があるのかを検討する。既存の事業、事例集、委託等、幅広く検討をおこなう。	<input type="checkbox"/> (/ / /頃)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (/ / /)	<input type="checkbox"/>	◎	○							
		目標・評価指標の設定	27	健康課題の解決に向けた目標を設定し、評価指標を具体的な数値で設定する。 目標や評価指標に不安がある場合は、大学・研究機関や支援・評価委員会等、専門家の支援を受ける。	<input type="checkbox"/> (/ / /頃)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (/ / /)	<input type="checkbox"/> (/ / /)	◎	○	○	○		○	○	○	
		関係団体(地域資源)への相談	28	医師会、歯科医師会、薬剤師会、栄養士会、歯科衛生士会、地域包括支援センター、ケアマネジャー、民生委員、社会福祉協議会等の関係団体に具体的な実施計画を相談する。	<input type="checkbox"/> (/ / /頃)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (/ / /)	<input type="checkbox"/> (/ / /)	◎	○	○	○		○	○	○	
		医師会や対策推進会議との相談	29	糖尿病性腎症重症化予防事業においては、都道府県糖尿病対策推進会議との連携をとる(交付要件)。	<input type="checkbox"/> (/ / /頃)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (/ / /)	<input type="checkbox"/> (/ / /)	◎			○		○	○	○	
		外部委託の場合	30	対象者抽出、保健指導実施、事業評価等を外部事業者に委託する場合は、事業実施計画や各種マニュアル、研修体制等の準備状況を確認する。	<input type="checkbox"/> (/ / /頃)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (/ / /)	<input type="checkbox"/> (/ / /)	◎			○	◎			P69-102	
			31	実施報告の様式、頻度、進捗状況の把握方法について確認する。	<input type="checkbox"/> (/ / /頃)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (/ / /)	<input type="checkbox"/> (/ / /)	◎			○	◎				
	実施に向けての準備	個人情報の取り扱い	32	事業実施主体と協力関係機関等の間での個人情報のやりとり、本人への同意のとり方について検討する。	<input type="checkbox"/> (/ / /頃)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (/ / /)	<input type="checkbox"/> (/ / /)	◎	○		○	◎				留意
		苦情・トラブル対応	33	窓口を明確にする等の対応方策について検討する。	<input type="checkbox"/> (/ / /頃)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (/ / /)	<input type="checkbox"/> (/ / /)	◎	○	○	◎	◎				
		契約手続き	34	広域連合との間で委託契約手続きを完了する。	<input type="checkbox"/> (/ / /頃)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (/ / /)	<input type="checkbox"/> (/ / /)	○			◎		◎		○	
		関係者間での情報共有、研修	35	運用手順書・保健指導マニュアル、各種様式を作成、関係者間で共有する。	<input type="checkbox"/> (/ / /頃)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (/ / /)	<input type="checkbox"/> (/ / /)	◎	○	○	○	○	○	○	○	

* 国保連合会、医師会等医療関係団体、大学等

進捗チェックリスト解説 23～35

24 (対象者数の把握) ガイドライン P59～67

高齢者の保健事業を実施するに当たっては、ターゲットとすべき健康課題が何か、対象とすべき人がどのくらいいるのかを把握する必要があります。KDBシステムを利用し、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、介護サービス利用状況から分類してその割合を集計することで、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ますようになります。

a 健康状態が不明の人:被保険者管理台帳(P26_006)

b 栄養に課題がある人:介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)(P27_009):体重(当年度・前年度との差)、BMI

後期高齢者の質問票:前年度より体重減少(⑥)、食習慣(③)

c 口腔に課題がある人

介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)(P27_009):歯科医療費

後期高齢者の質問票：口腔(④、⑤)

被保険者管理台帳(P26_006)(歯科レセ有無)

d 服薬に課題がある人

介入支援対象者一覧(服薬管理)(P27_017) 薬効分類から絞り込み可能

後期高齢者の質問票:薬物有害事象の可能性として、健康状態(①)、心の健康(②)、食習慣③、嚥下障害(⑤)、体重減少(⑥)、転倒(⑧)、認知機能(⑩⑪)も参考にする。

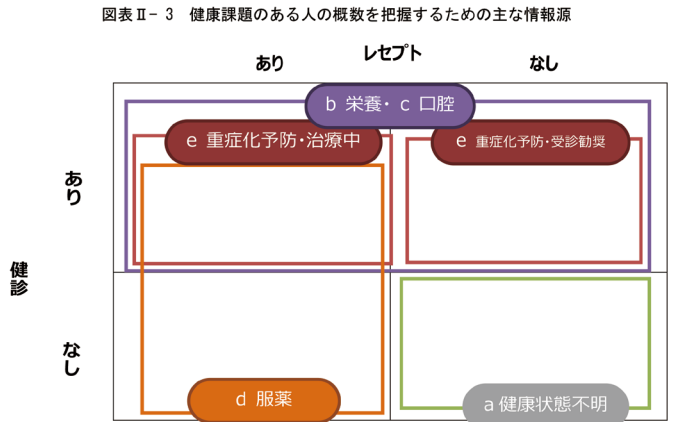
高齢者の安全な薬物療法ガイドラインを参考に、転倒がある高齢者で薬剤の調整をしてもらう等の保健事業が考えられ

る。(https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/info/topics/pdf/20170808_01.pdf)

e 生活習慣病の重症化に課題がある人

介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)(P27_009):健診の各項目(HbA1c、血圧、腎機能等)、受療状況を確認

後期高齢者の質問票で(①、②、⑥、⑦、⑨、⑩、⑪)等フレイルが進行しつつある人を優先的に。



25 (取組テーマの優先順位づけ)

事業の実施をするかどうかの判断をする前に、対象者の概数を把握し母数を確認します。重点化すべき事業やカバー率を高めるためにいくつかの施策を組み合わせる必要性の検討に入ります。また、母数が確定していることで、事業の実施率(参加者数/母数)の評価が可能となります。KDBを活用した分析については、国保中央会の「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に向けた医療専門職のためのKDBシステム活用マニュアル」を参考にしてください。取り扱いに不安がある場合には、国保連合会に相談を。研修の機会等があれば積極的に活用します。

(研究班では今後、より簡便に対象者を把握・評価できるツールの開発を目指しています!)

26 (具体的な方法の検討)

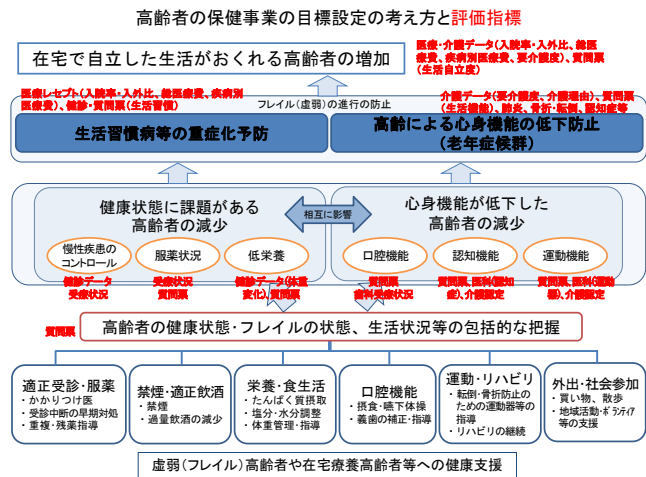
各事業において、対象者の選定基準(抽出法)、介入方法・回数、アセスメント、指導内容を検討します。

ガイドラインのP82～102、事例集、研修会の情報を参考に、自治体で実施可能な方法を検討します。手紙、電話での状況確認、面接、訪問、教室、通いの場を紹介、介護予防サービスにつなぐ(地域包括支援センターとの連携)、かかりつけ医と相談等、すでに自治体にある保健事業を活用し、無理なく本事業を進めていくことが大切です。

27 (目標・評価指標の設定) ガイドライン P69～70

評価指標としては、KDBシステムから取得可能なデータや後期高齢者の質問票等を前後に実施して把握できる項目にするとよいでしょう。評価指標は、事業の前後で収集が比較的容易で、効果が短期的に確認しやすい指標と、中長期的に把握ができる指標を設定すること。アウトプット指標としては事業の参加率、参加者数が候補です。アウトカム指標として短期的効果を知るために事業の前後で後期高齢者の質問票や生活習慣・意欲に関するアンケートの実施が推奨されます。中長期的指標としては医療レセプトでの重症疾患の発症（透析、腎不全、心不全）や医療費、介護保険の認定や介護給付費、死亡等が考えられます。評価指標設定に不安がある場合は、大学・研究機関や国保連合会に設置されている支援・評価委員会等、専門家の支援を受けることも検討してください。

図表Ⅱ-10 高齢者の保健事業における目標設定の考え方と評価指標



28 (関係団体(地域資源)への相談)

29 (医師会や対策推進会議との相談) ガイドライン P72

実施する事業が決まったら、その事業に関連する関係機関と具体的な手順、連携様式、費用等の相談をおこないます。かかりつけ医には必要な対象者について指導上の留意事項等の情報提供をお願いしたり、一体的実施のプログラムを患者さんに紹介したりという協力を要請したいところです。介護予防事業や健康づくり事業、社会参加につながる事業等既存の事業の情報を収集し、どういった対象者をどこに近づければよいのか、参加者に渡すチラシの入手や連絡票等についても相談します。

32（個人情報の取り扱い）ガイドライン P79

対象者抽出や指導、結果の評価のためには、市町村と協力関係機関との間で、個人情報のやり取りが発生します。本人同意の取得等も含め、各自治体の個人情報保護条例等を確認しながら、適切な対応を検討し、準備していきましょう。通いの場の担い手の地域住民に対しても、個人情報取り扱い上の留意点を研修する必要があります。

35 (関係者間での情報共有、研修) ガイドライン P70～71

複数の支援者による支援を標準化するためにマニュアルを作成します。また、指導の記録を残す様式を作成します。

KDBシステムを活用した保健事業の進め方

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

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

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

MEMO 事業企画覚え書き ガイドラインP61を参考に!

<div data-bbox="1709 1043 2261 1085">健康課題</div> <div data-bbox="1709 1085 2261 1257"> <div data-bbox="1709 1085 2261 1125">分析からわかった課題</div> <div data-bbox="1709 1125 2261 1257"></div> </div>	<div data-bbox="2261 1043 2742 1085">さらに分析が必要なこと</div> <div data-bbox="2261 1085 2742 1257"></div>
<div data-bbox="1709 1257 2261 1297">実施体制</div> <div data-bbox="1709 1297 2261 1472"> <div data-bbox="1709 1297 2261 1337">協力が得られやすいテーマ</div> <div data-bbox="1709 1337 2261 1472"></div> </div>	<div data-bbox="2261 1257 2742 1297">今後協力を要請したい機関</div> <div data-bbox="2261 1297 2742 1472"></div>
<div data-bbox="1709 1472 2261 1512">対象者抽出</div> <div data-bbox="1709 1512 2261 1833"> <div data-bbox="1709 1512 2261 1551">実施範囲</div> <div data-bbox="1709 1551 2261 1833"></div> </div>	<div data-bbox="2261 1472 2742 1512">今後広げていきたい対象者像</div> <div data-bbox="2261 1512 2742 1833"></div>

項目	通し番号	内容	実施計画 実施未定は△、実施予定がない場合は×を記入	実施期間 (/ / / の日付欄は 日程管理の目安として)			実施担当者						広域連合	ガイドライン (第2版)	特別調整交付金 令和3年度交付要件	
			実施予定 (/ / / 頃)	未着手	着手	対策完了 もしくは 対策済み	庁内プロジェクトチーム				外部					
							コーディネーター 専門職	指導実践 専門職	地区担当	事務職	委託先	連携先*				
事業実施 ハイリスク(個別的支援)	参加予定者(B)の絞込み	36	対象者数、予算・人員体制を踏まえて、参加予定者(B)の絞込みを検討する。その際、対象者抽出基準を明確にする。	<div><input type="checkbox"/></div> <div>(/ / / 頃)</div>	<div><input type="checkbox"/></div>	<div><input type="checkbox"/></div> <div>(/ / /)</div>	<div><input type="checkbox"/></div> <div>(/ / /)</div>	◎	○						P67-68	○
	参加予定者一覧の作成	37	絞込みによって抽出した参加予定者の一覧を作成。	<div><input type="checkbox"/></div> <div>(/ / / 頃)</div>	<div><input type="checkbox"/></div>	<div><input type="checkbox"/></div> <div>(/ / /)</div>	<div><input type="checkbox"/></div> <div>(/ / /)</div>	○	◎		○				P62-102 P111-116 別添P4-5	
	参加者募集	38	通知、電話、訪問等の方法で、参加を呼び掛ける。初回支援の日程調整を行い、実施日時、方法(訪問、来所面接、電話等)を決定する。	<div><input type="checkbox"/></div> <div>(/ / / 頃)</div>	<div><input type="checkbox"/></div>	<div><input type="checkbox"/></div> <div>(/ / /)</div>	<div><input type="checkbox"/></div> <div>(/ / /)</div>	○	◎	○	○	○				
	かかりつけ医との連携	39	かかりつけ医が明確な場合には、本人同意の上(口頭同意可)、事業概要や支援を行うことについて説明、指導上の留意事項を確認する(低栄養防止、重症化予防事業では交付金要件)。	<div><input type="checkbox"/></div> <div>(/ / / 頃)</div>	<div><input type="checkbox"/></div>	<div><input type="checkbox"/></div> <div>(/ / /)</div>	<div><input type="checkbox"/></div> <div>(/ / /)</div>	◎	◎				○			○
	アセスメント	40	質問票回答、聞き取りした生活情報等を踏まえて、参加者の具体的な課題を把握するためのアセスメントをおこなう。	<div><input type="checkbox"/></div> <div>(/ / / 頃)</div>	<div><input type="checkbox"/></div>	<div><input type="checkbox"/></div> <div>(/ / /)</div>	<div><input type="checkbox"/></div> <div>(/ / /)</div>	○	◎			○				
	安全管理	41	感染症対策やプライバシーに配慮した保健指導を実施する。 マスクの着用、訪問先を移動する時は対象者の前で手指消毒、訪問先の換気をおこなう。	<div><input type="checkbox"/></div> <div>(/ / / 頃)</div>	<div><input type="checkbox"/></div>	<div><input type="checkbox"/></div> <div>(/ / /)</div>	<div><input type="checkbox"/></div> <div>(/ / /)</div>	◎	◎			◎				
	面談等実施	42	通知、電話、対面(来館、訪問)等の方法で、対象者に合わせた支援を実施する。参加者のできることに着目し、前向きな気持ちになれるよう、また本人が続けられることを意識した具体的なアドバイスや情報提供をおこなう。	<div><input type="checkbox"/></div> <div>(/ / / 頃)</div>	<div><input type="checkbox"/></div>	<div><input type="checkbox"/></div> <div>(/ / /)</div>	<div><input type="checkbox"/></div> <div>(/ / /)</div>	○	◎			◎				○
	本人が継続しやすい教材提供	43	質問票の結果の返却、セルフチェックシートや家庭でできる体操資料等、継続に役立つ資料を提供する。	<div><input type="checkbox"/></div> <div>(/ / / 頃)</div>	<div><input type="checkbox"/></div>	<div><input type="checkbox"/></div> <div>(/ / /)</div>	<div><input type="checkbox"/></div> <div>(/ / /)</div>	◎	◎			◎				
	地域資源の情報提供	44	(必要に応じて)地域の通いの場や健康相談事業、アウトリーチ事業等を紹介する。	<div><input type="checkbox"/></div> <div>(/ / / 頃)</div>	<div><input type="checkbox"/></div>	<div><input type="checkbox"/></div> <div>(/ / /)</div>	<div><input type="checkbox"/></div> <div>(/ / /)</div>	◎	◎			◎	○			
	支援内容の記録	45	支援内容や結果、本人の反応を記録、再支援の必要性を明記する。 KDBに支援履歴を記録する。	<div><input type="checkbox"/></div> <div>(/ / / 頃)</div>	<div><input type="checkbox"/></div>	<div><input type="checkbox"/></div> <div>(/ / /)</div>	<div><input type="checkbox"/></div> <div>(/ / /)</div>	○	◎			◎				○
	チーム内情報共有、カンファレンス	46	関係者間で情報共有やカンファレンスを実施し、順調に進んでいるか、課題やさらなる対策はないか、かかりつけ医と相談すべき点はないかを話し合う。	<div><input type="checkbox"/></div> <div>(/ / / 頃)</div>	<div><input type="checkbox"/></div>	<div><input type="checkbox"/></div> <div>(/ / /)</div>	<div><input type="checkbox"/></div> <div>(/ / /)</div>	○	◎	○	○	◎				
	かかりつけ医等への情報提供	47	必要に応じて、かかりつけ医・かかりつけ歯科医・薬剤師等関係者に対し、日常の診療等に活かしてもらうよう、支援の状況について報告、相談する。	<div><input type="checkbox"/></div> <div>(/ / / 頃)</div>	<div><input type="checkbox"/></div>	<div><input type="checkbox"/></div> <div>(/ / /)</div>	<div><input type="checkbox"/></div> <div>(/ / /)</div>	◎	○			◎	○			
	継続支援	48	計画書に記載した規定の継続支援回数を実施する。カンファレンスの内容に基づき、支援内容、回数を変更して継続支援を実施することもある。	<div><input type="checkbox"/></div> <div>(/ / / 頃)</div>	<div><input type="checkbox"/></div>	<div><input type="checkbox"/></div> <div>(/ / /)</div>	<div><input type="checkbox"/></div> <div>(/ / /)</div>	○	◎			◎				

* 医師会、かかりつけ医、地域包括支援センター

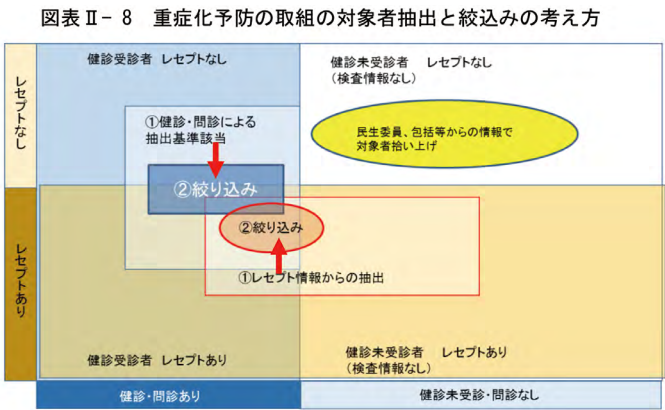
進捗チェックリスト解説 36～48

36 (参加予定者(B)の絞込み) ガイドライン P67～68

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

具体的な絞込み条件の例としては、75歳や80歳のような節目の年齢、経年での変化が大きい者、抽出に用いた指標のなかで数が多い(例:服薬の種類数が多い順等)や、他の疾患の罹患状況(例:糖尿病を対象とするが、質問票で悪い回答があった者)により絞込みをおこなうことも考えられます。絞込み条件は、1つに限定されることなく、実施主体で対応可能な参加予定者を絞り込むために、複数組み合わせることも考えてみましょう。

なお、重症化予防、服薬指導ではかかりつけ医の協力は必須です。



39 (かかりつけ医との連携) ガイドライン P74、P76

かかりつけ医等の協力が得られる場合には、本人の同意を得た上で、かかりつけ医から検査の結果等を情報提供してもらうことも考えられます。また、高齢者の状態像、具体的な課題等、支援の結果で把握した内容については、かかりつけ医等の関係者に対し、日常の診療等に活かしてもらうようフィードバックをおこないます。

42 (面談等実施) ガイドライン P75 別添P4～5

具体的なアドバイスとともに、参加者ができるだけ取り組みやすいもの、成果につながりやすいものを目標に設定します。高齢者の生活をサポートする地域資源を紹介することも大切です。支援の期間・回数は事業スキームとしてあらかじめ設定しますが、個々の参加者の状況

に応じ、柔軟な設定を可能とするような対応も望まれます。

45 (支援内容の記録) ガイドライン P80

各回の具体的な支援内容を記録として残り、評価に必要なデータとして、KDBシステムに支援データの内容を記録する場合はメモ欄にておこないます。特にハイリスク・アプローチの場合、KDB上に指導の履歴を残すことが大切です(保健事業介入管理)。ここに事業参加履歴があると、次年度以降の保健事業の参考になるほか、参加者について追跡・評価をおこなうことが可能になります(KDB:介入支援実施前後の比較(栄養・重症化予防等、服薬管理)(P29_010、018))。

項目				通し番号	内容	実施計画 実施未定は△、 実施予定がない 場合は×を記入	実施期間 (/ / / の日付欄は 日程管理の目安として)				実施担当者						広域連合	ガイドライン (第2版)	令和3年度交付要件 特別調整交付金
											庁内プロジェクトチーム				外部				
							実施予定 (/ / /頃)	未着手	着手	対策完了 もしくは 対策済み	コーディネーター 専門職	指導実践 専門職	地区 担当	事務職	委託先	連携先*			
事業実施	ハイリスク (個別的支援)	事業評価	ストラクチャー評価	49	計画通り実行できるよう、予算、人員確保、資材が準備できていたか、地域関係者の協力が得られたかを評価する。	(/ / /頃)	□	(/ / /)	(/ / /)	◎	○		◎		○		P33-35 P76-81	○	
			プロセス評価	50	プログラム、マニュアル、教材、スケジュールは適切であったかを評価する。	(/ / /頃)	□	(/ / /)	(/ / /)	◎	○		○	○					
				51	委託先の支援状況が、仕様書にあったかを確認する。	(/ / /頃)	□	(/ / /)	(/ / /)	◎	○		◎	◎					
				52	事故やクレームなど有害事象が発生していないかを確認する。	(/ / /頃)	□	(/ / /)	(/ / /)	◎	○		◎	◎					
			アウトプット評価	53	実施率：参加者（C）（参加者）/参加予定者(B)（絞り込み条件該当者） 終了率：規定回数支援できた人/参加者（C）（事業に参加した人）	(/ / /頃)	□	(/ / /)	(/ / /)	◎	○		◎		○	◎			
			短期的 アウトカム評価	54	参加者の設定した目標が達成されているかを記録用紙やアンケート、検査値等を通じて評価する。	(/ / /頃)	□	(/ / /)	(/ / /)	○	◎		○	○					
				55	支援終了後、介護予防事業や地域の見守り等、活用可能な地域資源につなぎ、実施した支援が定着しているかを評価する。	(/ / /頃)	□	(/ / /)	(/ / /)	○	◎		○						
			アウトカム評価・ 健診・レセプト	56	翌年の健診結果等で検査値変化（体重、BMI、血圧、血糖、脂質、腎機能等）、服薬管理等を評価する。 ※KDBシステム「介入支援対象者一覧（栄養・重症化予防等）（帳票ID：P27_009）」 「同（服薬管理）(帳票ID：P27_017)」 実施前後の比較であれば「介入支援実施前後の比較（個人名）」	(/ / /頃)	□	(/ / /)	(/ / /)	◎	○		◎		○	○			
			アウトカム評価 転帰	57	かかりつけ医等の医療機関受診や、要介護認定者数、教室等の地域資源につながった人数や割合を評価する。 ※KDBレセプトでの確認	(/ / /頃)	□	(/ / /)	(/ / /)	◎	○		◎		○	○			

* 国保連合会

進捗チェックリスト解説 49～57

53（アウトプット評価）ガイドライン P34

36にて設定した参加予定者数と45の記録から実際の参加者数で、実施率を計算します。また、42にて支援を実施した参加者のうち、45の記録から予定どおりの支援を実施できた人数で、終了率を計算します。

本事業が概算した課題保有者24を分母としてみると、カバー率を算出することができます。

様々な事業を組み合わせ、カバー率が高くなるような工夫ができるとよいでしょう。

54、55(短期的アウトカム評価）ガイドライン P76、77

事業参加者の評価です。45の記録から、参加者の目標達成の程度や、支援終了後の地域資源へのつなぎ等を確認し、参加者の健康の改善の状況进行评估します。

56（アウトカム評価・健診・レセプト）

57(アウトカム評価 転帰)ガイドライン P78

個別事業の評価の場合、件数が少なく期待していた効果の確認が難しい場合があります。市町村等では、比較的短期間で変化が期待できる内容について評価します。

健康課題別の事業評価の指標として考えられるのは、右表の項目です。医療保険者がおこなう保健事業の評価では医療費・健診結果を確認することが望ましいですが、支援後1～5年程度追跡調査をおこなうため、長期的なデータの変化についても確認可能な環境整備の検討をおこなっていきましょう。

アウトカム評価を改善するには、対象者の状況を的確に把握し、必要な医療や生活改善につなげていくことが重要です。専門家のアドバイスを受けて、指導マニュアルの改善につなげるとよいでしょう。また、指導者・支援者のスキルアップが必要なることも見えてくるかもしれません。評価結果を次の対策でどう活かすか、が重要です。

図表Ⅱ- 12 事業評価指標の例

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

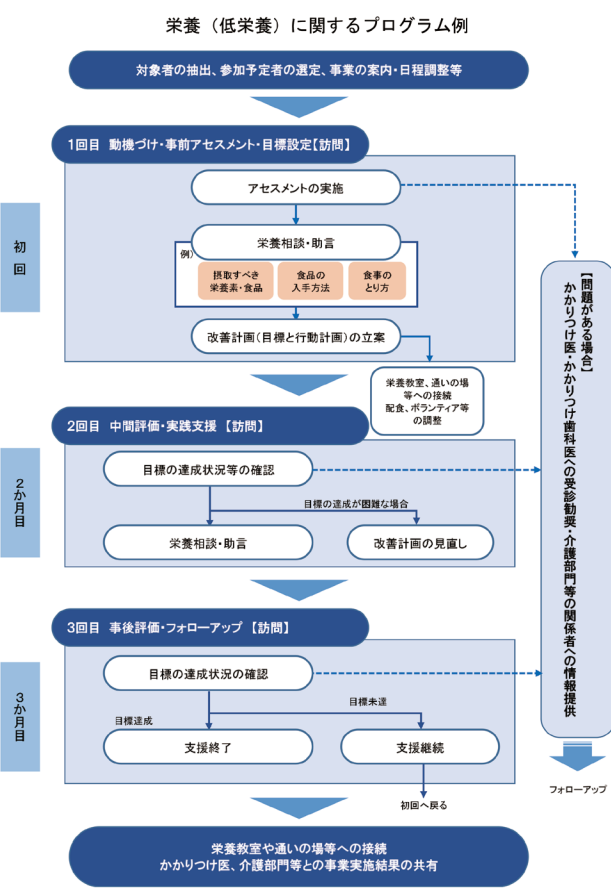
●：最低限実施すべき評価指標、○：その他測定可能な場合に実施する評価指標

平成 28 年度のモデル事業内容等より作成

各種健康課題別の取組①

栄養(低栄養)に関するプログラム例 → ガイドラインP82～86

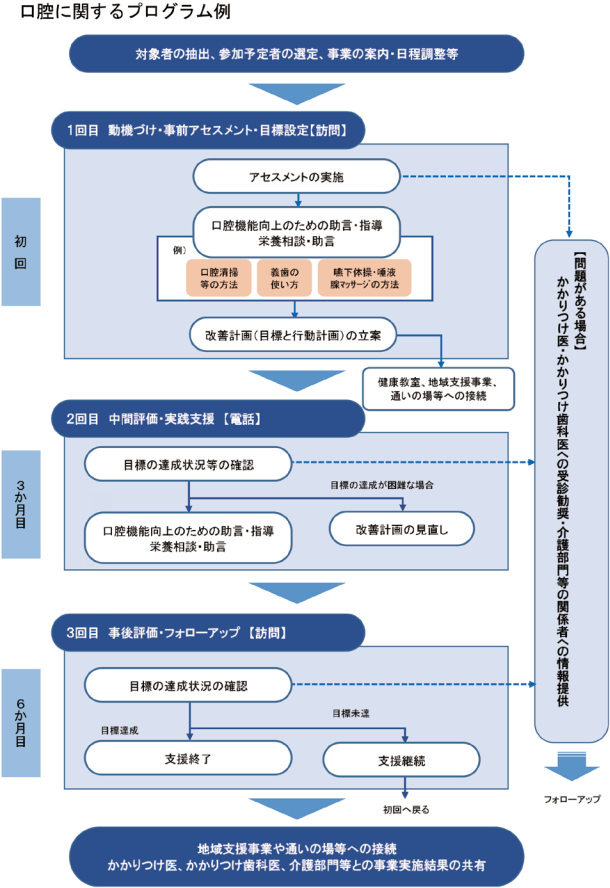
事業目的	地域に暮らす高齢者の低栄養状態を改善し、介護予防・QOL向上を目指す。
対象者	低栄養状態に(またはその恐れが)ある高齢者
抽出基準	BMI18.5未満(健診結果)、6か月で2～3kg以上の体重減少(後期高齢者の質問票⑥)レセプトデータ等から、がんで治療中など体重減少の原因が明らかな場合は、かかりつけ医等と相談の上、選定する。
実施体制	管理栄養士や保健師等、医療専門職による電話もしくは訪問による、3～6か月を1クールとする計3回の居宅訪問の支援。 栄養状態は口腔機能とも関連することから、必要に応じて歯科衛生士等の医療専門職とも連携する。また、重篤な疾患が潜んでいる可能性もあるため、かかりつけ医や専門医の指導を得て、適切な受診勧奨につなげる体制の整備も必要である。



各種健康課題別の取組②

口腔に関するプログラム例 → ガイドラインP87～91

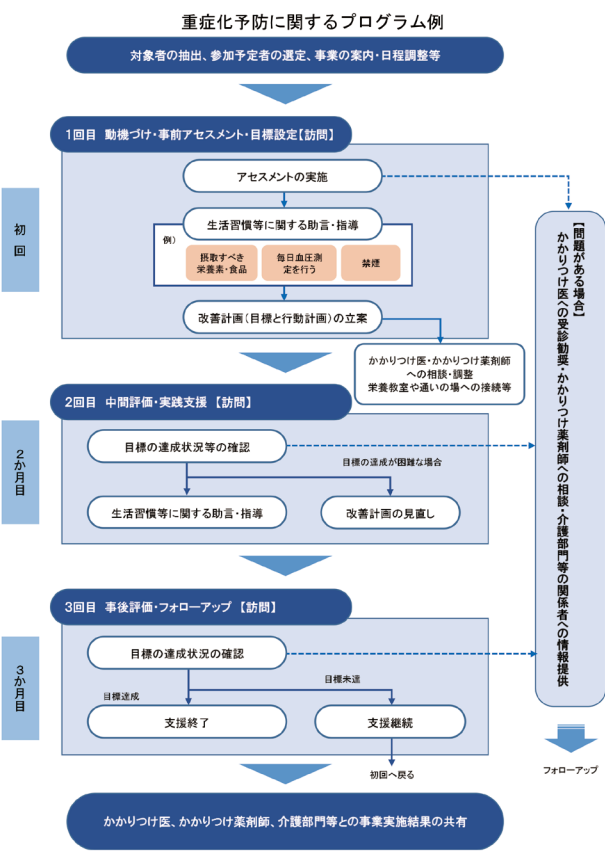
事業目的	歯科衛生士等が支援することにより、口腔機能低下防止とともに栄養状態の悪化防止を図る。
対象者	口腔機能の低下(またはその恐れ)がある高齢者
抽出基準	口腔機能・食機能の低下の恐れがある者(後期高齢者の質問票④⑤)、もしくは歯科健診で「問題あり」と判定された者
実施体制	歯科衛生士・保健師等による3～6か月を1クールとする面談(2回)・電話による支援(1回)。 口腔機能の低下は栄養状態の悪化にもつながることから、管理栄養士等との連携の上、栄養に関する支援をおこなうことも想定される。また、専門的検査、治療、ケアの提供も必要となる場合があることから、地域の歯科医師会・歯科衛生士会や(かかりつけ)歯科医との連携は重要である。



各種健康課題別の取組③

重症化予防に関するプログラム例
〈糖尿病性腎症の場合〉 → ガイドラインP92～97

事業目的	糖尿病に罹患している高齢者について個別支援をおこない、腎症・心不全やフレイルの悪化等の重症化を防ぐ。
対象者と抽出基準	○腎機能低下の所見がある糖尿病患者 糖尿病(HbA1c7.0%以上)、高血圧(140/90mmHg以上)、 腎機能低下…尿蛋白+以上、eGFR45未満 抽出基準は、健診結果やレセプトデータを基に、地域の関係者と協議の上設定する必要がある。レセプトデータにより抽出した対象者の場合には、かかりつけ医等と相談の上、選定する。 ○フレイルを合併した糖尿病患者 糖尿病(HbA1c7.0%以上)または糖尿病治療中・中断 かつ 後期高齢者の質問票で①、②、⑥、⑦、⑨、⑩、⑪等フレイルが進行しつつある人 糖尿病ではフレイルが進行しやすく、フレイルになると糖尿病が悪化する等悪循環に陥りやすいことに留意する。
実施体制	地域の保健師・管理栄養士が主体となって6か月を1クールとする支援(3回)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。

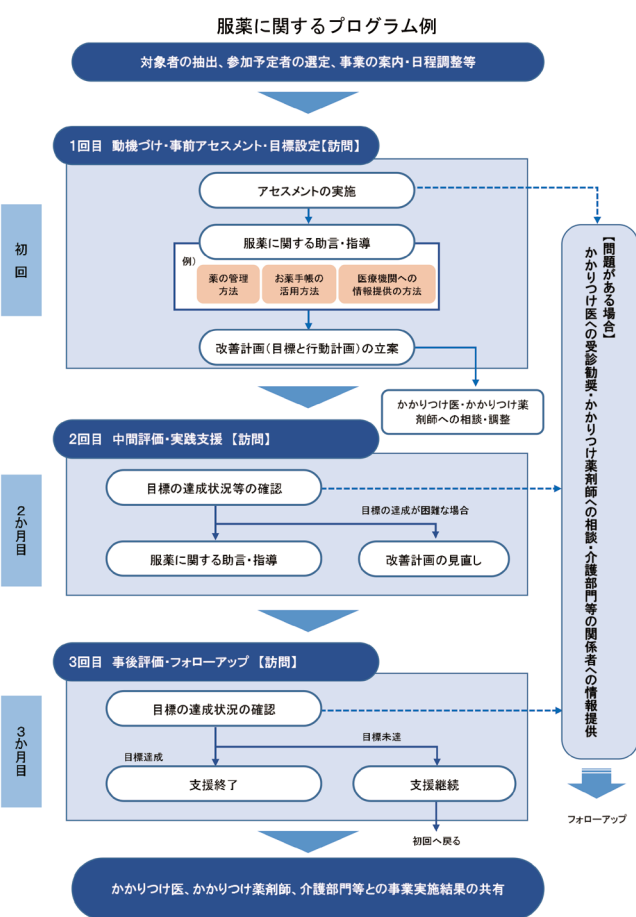


各種健康課題別の取組④

服薬に関するプログラム例 → ガイドラインP98～102

事業目的	薬剤すべての処方内容や服薬・残薬の状況等を評価し、服薬アドヒアランスの向上、ポリファーマシー(多剤併用にあるなかでも害をなすもの)や薬物有害事象の回避等を目的とする。
対象者	一定数以上の薬剤が処方されている、または一定数以上の医療機関を受診している高齢者。 KDBシステムの「保健事業介入支援管理」から「重複・多剤処方の状況」を選択し(帳票ID:P27_013)、一定数以上の薬剤が処方されている、または一定数以上の医療機関を受診している高齢者を抽出する。 後期高齢者の半数は6種類以上の内服薬が処方されているという報告があることから、服薬に関するプログラムの対象者は、対応可能な人数を考慮しながら、処方薬剤数の多い者から抽出することが現実的である。実施体制を考慮して、介護保険施設入所者、長期精神疾患治療者、悪性新生物治療者等を除外するかどうか検討する。
実施体制	薬剤師による3か月を1クールとする支援(3回)。 実施にあたり、かかりつけ医やかかりつけ薬剤師・薬局との協力関係の構築と十分な情報共有、調整が必要。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、指導をおこなう方法が考えられる。
実施内容	KDBにて把握できる処方薬以外に市販薬、健康食品を把握し、服薬・残薬の状況、重複薬の有無、薬剤保管状況等を把握する。 後期高齢者の質問票を使って健康状態を総合的に把握する。特に薬物の影響の可能性として、健康状態①、心の健康②、食習慣③、嚥下障害⑤、体重減少⑥、転倒⑧、認知機能⑩⑪を評価する。その他、視力・聴力、睡眠状況や服薬管理能力についても評価する。 残薬が多い場合は、残薬が発生する原因を対象者がどのように解釈しているか尋ねた上で、アドヒアランスをよくする工夫(服用法の簡便化、剤型の変更、一包化調剤、服用カレンダー・薬ケースの使用、最小限の服薬数等)を、対象者と一緒に考える。 本人の同意の上、訪問で収集した情報を処方医や薬局間で共有し、処方医に処方調整の可否を相談する。かかりつけ医や医師会・薬剤師会等による協力・支援体制が構築されている地域では、「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン」に示されている「特に慎重な投与を要する薬物のリスト」を使って、該当薬物の有無を確認し、該当薬物の処方がある場合は、薬物有害事象の有無を評価するとともに処方調整の可否を処方医に相談する。

服薬に関するプログラム例 → ガイドラインP98～102



「一体的実施」の計画、実施において感じたことを書きとめて、プロジェクトチームで共有しましょう

計画づくりで迷ったことはありましたか？

実施面で困難なことはありましたか？

やれてよかったと思うことはありましたか？

項目		通し番号	内容	実施計画 実施未定は△、 実施予定がない 場合は×を記入	実施期間 (/ / の日付欄は日程管理の目安として)				実施担当者				広域連合	ガイドライン (第2版)	令和3年度交付要件 特別調整交付金			
				実施予定 (/ / /頃)	未着手	着手	対策完了 もしくは 対策済み	庁内プロジェクトチーム			外部							
								コーディネーター 専門職	指導実践 専門職	地区担当	事務職	委託先				連携先*		
事業実施	ポピュレーションアプローチ(通いの場等)	通いの場等の 情報収集	58	介護予防担当課と連携し、通いの場の状況を把握する。	(/ / /頃)	□	(/ / /)	(/ / /)	◎	○	◎	○				P104-106 P117-121	○	
			59	地域団体等（民生委員、町会・自治会、高齢者クラブ等）と相談、質問票の実施や保健事業の実施方法などの相談をおこなう。	(/ / /頃)	□	(/ / /)	(/ / /)	◎		◎	○		◎				
		通いの場等の 担い手への 研修、育成	60	通いの場の担い手（運営者）に協力を得る場合に、個人情報の取り扱いや保健事業の内容について説明する。楽しみながら支え手となる取組を重視する。	(/ / /頃)	□	(/ / /)	(/ / /)	○	◎	◎	○		◎				○
			61	支援（教室）日程や内容を担い手と調整し決定、周知する。	(/ / /頃)	□	(/ / /)	(/ / /)	○	○	◎	○		◎				
		かかりつけ医等 関係者への事業説明	62	地域のかかりつけ医等関係機関に、事業概要や支援を行うことについて説明し、事業案内や通いの場マップ等を用い、対象となる患者に参加勧奨を依頼する。	(/ / /頃)	□	(/ / /)	(/ / /)	◎	○	○			◎				
		質問票の実施	63	通いの場や健康教室の開催時に、後期高齢者の質問票や対象者に実施する各種のアンケートを実施する。	(/ / /頃)	□	(/ / /)	(/ / /)	◎	◎	○							
		対象者の状況に 合わせた プログラムの検討	64	質問票やアンケート結果を参考に、参加者のニーズにあったプログラムを選択する。 通いの場における住民の主体性を保持しつつ、希望にあった支援を提供する。	(/ / /頃)	□	(/ / /)	(/ / /)	○	○	○			◎				
		健康教育等の実施	65	質問票の結果のフィードバック、通いの場等を活用し、フレイル予防に関心を持てる講話や体験の健康教育を実施する。	(/ / /頃)	□	(/ / /)	(/ / /)	○	◎	◎			◎				○
		個別的支援への つなぎ	66	通いの場に来ている人の健康情報等から、個別的に支援が必要な人について、必要時、かかりつけ医につなぐ、あるいは他事業、専門職等につなぐ。	(/ / /頃)	□	(/ / /)	(/ / /)	○	◎	◎			◎				
		住民主体の活動支援	67	ボランティアの育成、元気高齢者の主体性を重視した活動を促す。	(/ / /頃)	□	(/ / /)	(/ / /)	◎	○	○	○						○
実施中の関係 団体等への相談	68	必要に応じて、進捗状況や課題について地区医師会や関係団体などに報告し、助言を得ている。	(/ / /頃)	□	(/ / /)	(/ / /)	◎	○	○	○		◎						

*介護予防担当、地域包括支援センター、住民団体

進捗チェックリスト解説 58～68

58,59(通いの場等の情報収集) ガイドライン P104
通いの場は、住民の「居場所」でもあることはもちろん、一次予防のみならず、二次予防や三次予防に「つなげる場」として機能し得ることからも、介護予防担当課との密な連携が必要です。
また、地域団体にも、高齢者が健康的な生活様式やフレイル予防に関心をもってもらえる場として、医療専門職が通いの場を訪問したいことを伝え、通いの場に関する情報提供や今後の具体的な協力を依頼しましょう。
慢性疾患保有者がフレイルを悪化させやすく、フレイルの進行が基礎疾患の管理を悪化させることもあります。医療専門職がスポット的に関わることで、潜在的な疾患についての不安を把握することも重要です。
また、「通いの場に通っている人」の特性を把握して健康支援を考えるだけでなく、「通えなくなった人」「通わない人」の特性を考え、アプロー

チ法を検討することも大切です。

60(通いの場等の担い手への研修、育成) ガイドライン P119
通いの場は住民主体の運営ですが、市町村独自のフレイルチェック票、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、研修会を開催し、高齢者同士が助言しあえる環境を整備する等、市民主体の取り組みにつなげていくことが大切です。

63(質問票の実施)
65(健康教育等の実施) ガイドライン P104～105、P118
通いの場で、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します。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情報提供をおこないます。また、高齢者の健康に関する不安を気軽に相談できる場所とします。地域単位で情報提供をおこなう場合には、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提示していくことも関心を引くかもしれません。当日、後期高齢者の質問票やアンケートを実施することで、参加者のニーズを把握し、希望にあった支援を実施していくことができます。

67(住民主体の活動支援) ガイドライン P106、P117、P119
通いの場への医療専門職の訪問は、自主運営の状況に配慮しながら実施することが大切です。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、元気な高齢者自身が担い手として参加すること

も望めます。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つことが大切です。
取り組み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を充実させるように意識しましょう。そのためには、医療専門職が通いの場を含め、地域のなかで積極的に活動すること。そうすることで、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ます。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よいでしょう。こうした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したりすることにより、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ます。

項目				通し番号	内容	実施計画 実施未定は△、 実施予定がない 場合は×を記入	実施期間 (/ / の日付欄は 日程管理の目安として)				実施担当者						広域連合	ガイドライン (第2版)	令和3年度交付要件 特別調整交付金
											庁内プロジェクトチーム				外部				
							実施予定 (/ / /頃)	未着手	着手	対策完了 もしくは 対策済み	コーディネーター 専門職	指導実践 専門職	地区担当	事務職	委託先	連携先*			
事業実施 (通いの場等)	ポピュレーションアプローチ	事業評価	プロセス評価	69	事業の流れを記録し、プロセスを振り返る。次年度に役立つよう、マニュアル化する。	(/ / /頃)	□	(/ / /)	(/ / /)	◎	○	○	◎			○	P104-106 P117-119		
			アウトプット評価	70	実施箇所数（事業を実施した通いの場等の数） 参加者数（延べ総数）	(/ / /頃)	□	(/ / /)	(/ / /)	◎		○	◎		◎				
				71	性年代別、地区別、プログラム別などに区分して評価している。	(/ / /頃)	□	(/ / /)	(/ / /)	◎		○	◎						
			アウトカム評価	72	質問票等から生活習慣や行動変容、社会参加の状況等の評価をおこなった。 ・質問票：週に1回以上の外出をしている者の人数、割合 ・アンケート：地区別の運動習慣者の人数、割合、等	(/ / /頃)	□	(/ / /)	(/ / /)	◎		○	◎		◎				

*介護予防担当

進捗チェックリスト解説 69～72

69(プロセス評価)
専門職が通いの場に関わることで、雰囲気がよくなってきたか、住民の協力が得られやすくなってきたか、という視点で評価します。モデル的に実施した通いの場での取り組みを横展開できるように、プロセスを整理しておくといでしょう。

70、71(アウトプット評価)
医療専門職が訪問した通いの場の箇所数、また訪問時における参加者数(当日実施する後期高齢者の質問票やアンケート等にて把握)を記録し、評価します。
また、通いの場の参加者の特徴(地区・性・年齢・活動内容)を把握することも評価となります。

72(アウトカム評価)
通いの場の訪問時に実施する後期高齢者の質問票やアンケート等から、参加者の生活習慣や行動変容、社会参加の状況を把握して、経年変化から評価します。
通いの場の訪問時に実施する後期高齢者の質問票等の情報がKDBシステムに登録されると、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おこなうことができます。これらの機能を活用して、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、医療費、要介護認定率、介護給付費等により、事業の成果等を確認していきます。

通いの場で活かす
オーラルフレイル対応
マニュアル

日本歯科医師会は、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」において「通いの場」等を拠点に、地域でオーラルフレイル対策の担い手となる方々に向けて、「通いの場で活かすオーラルフレイル対応マニュアル」を作成した。
今、なぜ通いの場・オーラルフレイルなのか、オーラルフレイル対策に活用できる市町村事業、オーラルフレイル各論、市町村で実施された事例等も紹介されており、日本歯科医師会のHPからダウンロードできる。



https://www.jda.or.jp/ora_flgil/2020/index.html

健康サポート薬局

健康サポート薬局は、厚生労働大臣が定める一定の基準をクリアし、都道府県知事に届出を行った薬局が表示することができます。健康サポート薬局では、今までどおり薬に関する相談はもちろん、健康に関することや介護用品などに関する相談もできる機能を持ち、地域における健康づくりを積極的にサポートしている。

- 日本薬剤師会HPより**
https://www.nichiyaku.or.jp/kakaritsuke/support_pharmacy.html
健康サポート薬局の6つのサポート機能(メリット)について
- ①健康サポートに必要な専門知識を習得した薬剤師が、相談に応じます
 - ②相談内容によって、医療機関での受診の提案や、必要に応じ他の関係機関をご紹介します
 - ③指導医薬品とは、医療用医薬品(処方せんがないと購入できない医薬品)からスイッチ(処方せんなしで買えるようになること)されて3年以内の医薬品であり、薬剤師による対面販売が必要になります
 - ④週末も開局しています(曜日や時間帯は店舗によって異なるので要確認)。お休みの日も気軽にご相談いただけます
 - ⑤プライバシーに配慮した相談スペースを用意しています
 - ⑥健康相談に関するイベントを開催しています。イベントにはどなたでも参加いただけます



	項目		通し番号	内容	実施計画 実施未定は△、 実施予定がない 場合は×を記入	実施期間 (/ /) の日付欄は日程管理の 目安として)			実施担当者						広域連合	ガイドライン (第2版)	特別調整交付金 令和3年度交付要件
									庁内プロジェクトチーム				外部				
						実施予定 (/ / /頃)	未着手	着手	対策完了 もしくは 対策済み	コーディネーター 専門職	指導実践 専門職	地区担当	事務職	委託先			
事業実施	感染症への 対応	通いの場等の 運営連絡	73	外出自粛中の状況下においては、通いの場や教室の運営について連絡し、安全な実施に向けて周知している。	(/ / /頃)	□	(/ / /)	(/ / /)	○	◎	◎			◎			
		高齢者全体への 情報発信	74	自粛生活中的の状況下においては、高齢者全体のフレイル予防を啓発するために、広報誌や回覧板、ホームページ掲載、DVD貸し出し等の方法で、健康情報を発信する。	(/ / /頃)	□	(/ / /)	(/ / /)	◎	○	◎	◎		◎	○		
		安全管理	75	通いの場を活用した保健事業実施にあたっては、感染症対策の視点にも配慮し、安全管理に配慮した運営について助言する。	(/ / /頃)	□	(/ / /)	(/ / /)	◎	◎	◎	◎		◎	○		

*通いの場の運営者等

進捗チェックリスト解説 73～75

73（通いの場等の運営連絡）

新型コロナウイルス感染症から命を守るために感染対策は重要ですが、一方で多くの高齢者が自粛生活を余儀なくされフレイルが進行したことが報告されています。TV報道を終日見ていたためにうつ状態になった人もいれば、自粛生活のために不満がたまり不適切な行動（飲酒を伴う会食、カラオケ、密な行動等）に走りクラスターを発生させた事例もありました。

新型コロナウイルス感染症とどう付き合っていくのがよいのか、すでに経験値や情報が集積してきました。適切に対応し、フレイル予防に努めることによって再び楽しい生活が待っていることを伝えるような啓発が必要です。右記チラシを参考に、感染症対策の啓発をおこなうこと、安全に身体活動を増やしていくことを支援していく必要があります。

厚生労働省
新型コロナウイルス感染症に気づけて

運営者・リーダー向け

通いの場を開催するための留意点

開催の可否や実施方法については、地域における新型コロナウイルス感染症の流行状況を確認し、市町村の保健師や感染症に詳しい専門職と相談しながら判断しましょう。

通いの場を開催するために、「3つの密（密閉、密集、密接）」を避ける、「人と人との距離の確保」、「マスクの着用」、「手洗い」が大切です

～感染拡大を防ぐためのポイント～

- 自分自身の健康管理にも十分配慮するようにしましょう
- 参加者の体温や体調の確認を行い、参加者名簿を作成し、記録するようにしましょう
注：発熱などが認められる場合には、参加を断りましょう
- 参加者には、「毎日体温を計測をする」「症状がなくてもマスクを着用する」「水と石けんで丁寧な手洗いをする」ように呼びかけましょう
- 市町村の担当者などと連携し、参加しなくなった方の把握や参加の呼びかけを行うことも大切です

開催中は、

- 複数の人が触れる手すり、ドアノブ、テーブル、椅子などは、適宜、塩素系漂白剤（次亜塩素酸ナトリウム0.05%）やアルコールなどで消毒を行いましょう
- 公民館など室内で開催する場合は、1時間に2回以上の換気を行いましょう
- 参加者同士の間隔は、互いに手を伸ばしたら手が届く範囲以上空けるようにしましょう
- 会話をする際は、正面に立たないように、注意を促しましょう
- 文字（紙）や録音、マイクなどを活用するなど、大きな声を出す機会を少なくするように工夫しましょう

～体操など身体を動かす活動をする場合～

- マスクを着けて運動をする場合は、身体への負担が重く大きくなりやすいため、無理のないよう負荷を下げたり、休憩を取るなどの配慮をしましょう
注：公園など屋外で人と十分な距離（2 m以上）を確保できる場合は、マスクをはずしましょう
- 熱中症予防のため、こまめな水分補給や室温調整などを行うよう気をつけましょう

～飲食を伴う活動をする場合～

- 座席の配置は、横並びで座るなどの工夫を行い、距離をとるように調整しましょう
- 会食等では、料理は個別に配膳し、茶菓は個別包装されたものを用意しましょう
- 食器やコップ、箸などは、使い捨てにしたり、洗剤でしっかりと洗いましょう

自宅でできる全国のご当地体操の動画やリーフレットの情報を掲載しています

厚労省 高齢者 体操 検索

令和2年6月

〈運営者・リーダー向けリーフレット〉
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/yobou/index_00013.html

74（高齢者全体への情報発信）

高齢者全体の感染症対策について、様々なツール等が開発されていますので、参考にして啓発をおこないきましょう。

厚生労働省Webサイト「地域がいきいき集まろう 通いの場」(https://kayoinoba.mhlw.go.jp/)では、感染予防だけでなく、自粛生活の過ごし方、全国のご当地体操の紹介（ランキング）があります。厚生労働省、スポーツ庁、各学会、NHKの作成した情報HPIにもリンクが張っておりますのでぜひ参考してみてください。

今後、ワクチン接種等についても相談に乗ってほしいかもしれませんので、通いの場に関わる専門職は地域の最新情報を入手しておくことが推奨されます。

75（安全管理）

通いの場に専門職が関わる場合には、適切な対応や行動ができているかを確認し、必要に応じてわかりやすく助言しましょう。

地域がいきいき
集まろう
通いの場

「集まろう!通いの場」ウェブサイトでは、
新型コロナウイルス感染症に気づけて健康を
維持するための情報を発信しています。
詳しくはこちら https://kayoinoba.mhlw.go.jp/
[厚生労働省 通いの場 検索]

ご当地体操マップ

全国の自治体が考案した、自宅でもできる体操動画をご紹介します。
日々の健康を維持するために、是非お試しください。

北海道

青森

秋田 岩手

山形 宮城

石川 富山 新潟 福島

長野 群馬 栃木 茨城

山梨 東京 千葉

愛知 静岡 神奈川

三重 奈良 和歌山

大阪 香川 徳島

愛媛 高知

福岡 佐賀 長崎

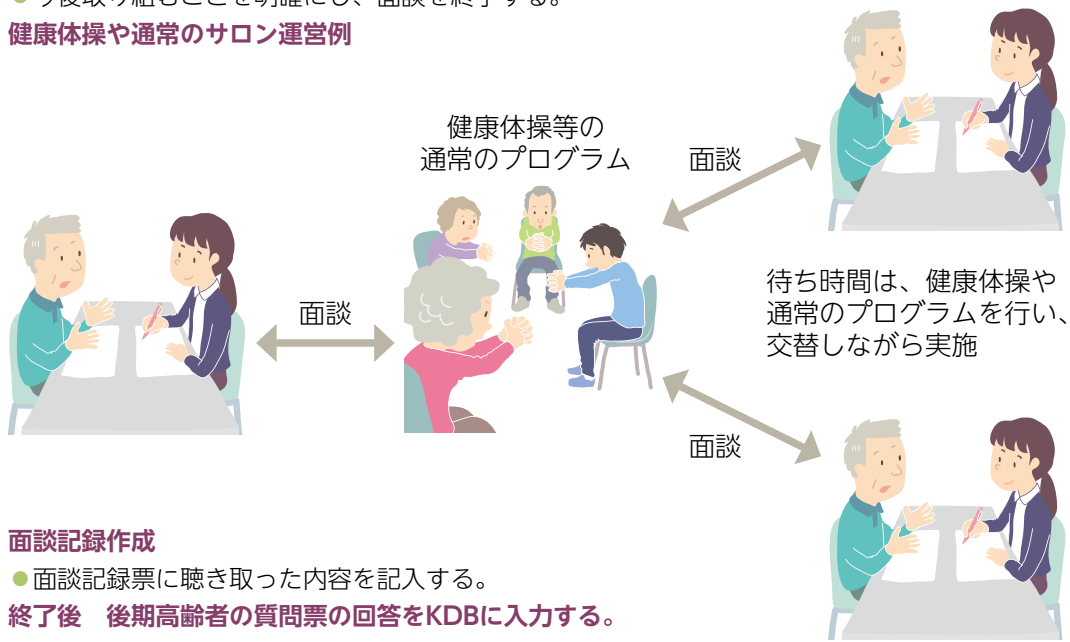
大分 熊本 宮崎 鹿児島

沖縄

通いの場における後期高齢者の質問票の実例

- 1 会場の設営
● 面談用のテーブル、健康体操ができるスペースの確保
- 2 挨拶 2分
● 面接の目的、おおよその所要時間を伝える。
- 3 後期高齢者の質問票への記入 5分
- 4-1 後期高齢者の質問票の回答をもとに面談（ヒアリング） 10～12分/1名
● 関連するパンフレット等を活用し、具体的にアドバイスする。
● 健診の結果や治療状況を把握できた場合には、それらを踏まえた相談をする。
● 必要に応じて保健サービス・市の事業・通いの場・医療機関等を紹介する。
- まとめ、挨拶 1分/1名
● 面談で話したこと、確認したことを整理する。
● 今後取り組むことを明確にし、面談を終了する。

4-2 健康体操や通常のサロン運営例



- 5 面談記録作成
● 面談記録票に聴き取った内容を記入する。
 - 6 終了後 後期高齢者の質問票の回答をKDBに入力する。
- 準備物
- ①個人面談記録表
 - ②紹介したい情報（教材やリーフレット等：感染症、季節にあったもの 等）
 - ③つなげる先リストを準備する。面談対象者に対し、適切な保健サービスにつなげられるよう、各サービスの対象者基準や実施内容、日時、費用、連絡先等も確認しておくことが望ましい。
- 【紹介先リスト(例)】
- 後期高齢者医療広域連合事業一覧（健診、訪問健康相談事業等）
 - 市町村高齢部門（地域包括支援センター含む）が実施する事業一覧（一般介護予防事業・介護予防・生活支援サービス事業等）
 - 市町村保健部門が実施する事業一覧（がん検診事業、重症化予防事業等）
 - 市町村生涯学習部門が実施する事業一覧（生涯学習講座、保養施設利用促進事業、市民音楽祭等）
 - 市町村スポーツ推進部門が実施する事業一覧（総合型地域スポーツクラブ、運動施設運営等）
 - 各地域における医療機関一覧（病院、クリニック、歯科医院等）
 - 介護サービス会社の一覧（食事宅配サービス、訪問介護サービス等）

進捗チェックリスト | 振り返り編

一体的実施という新しい事業の立ち上げ、おつかれさまでした。

ここで仕事が終わったということではなく、一体的実施に関わった自治体のみなさまが集まり、事業を振り返り、できたこと、課題、改善点等を整理しておきましょう。評価においては、データだけでなく、参加者の声、実施者の声も重要です。この話し合いの結果を広域連合に共有し、来年度にはここを強化したい、ここはルーチンワークとしてできている、等メリハリをつけて次年度計画を立てるとよいでしょう。

本事業でお世話になった関係のみなさまにも事業報告をお忘れなく。どんな成果が得られたか、を聞けると次の協力につながります。

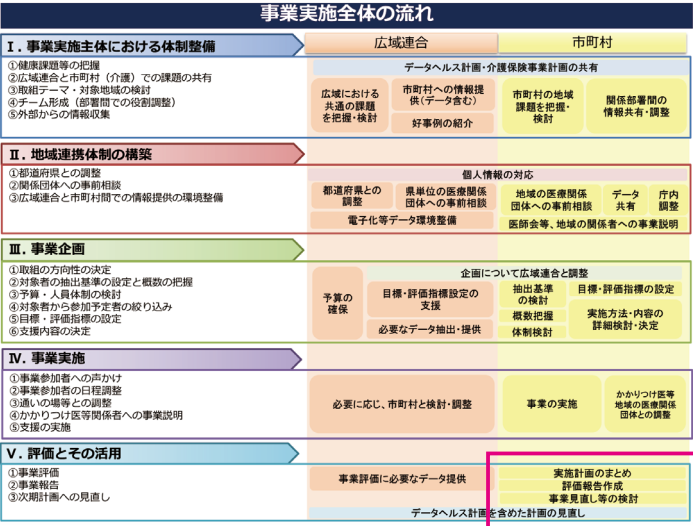
事業における振り返り編の位置づけ

振り返り編は、事業評価から次期計画準備に向けてのチェックリストです。最終評価としては2～3月頃が想定されますが、3か月、6か月毎にチームでチェックリストをもとに話し合う際、この振り返り編で確認し合うのも有効であると思います。

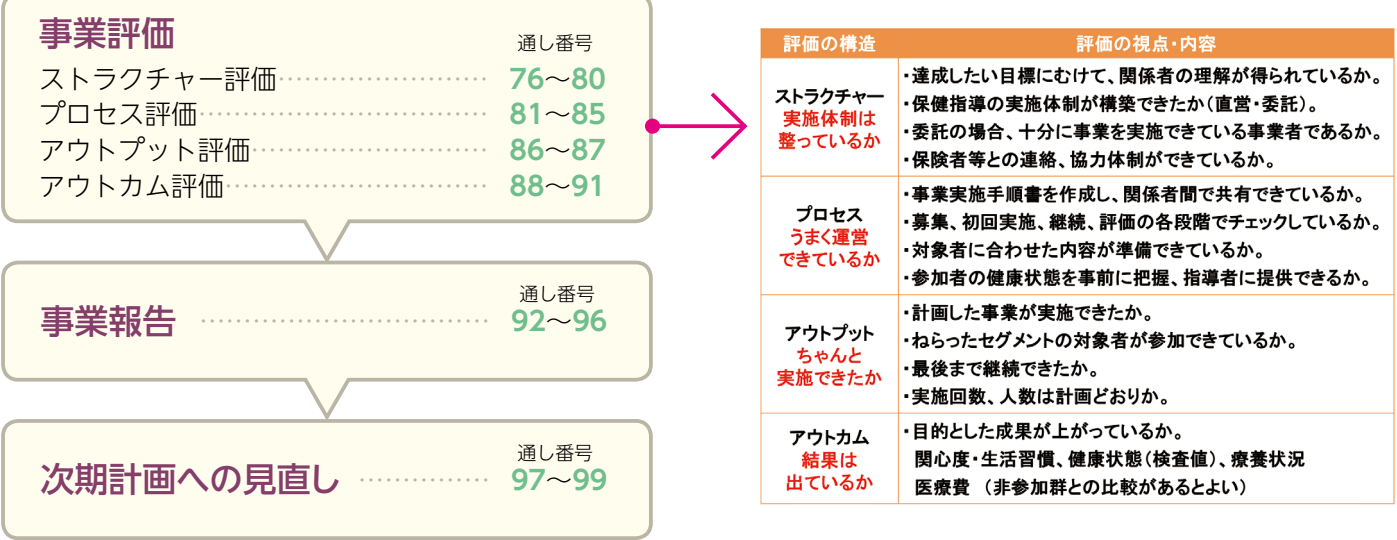
振り返り編の具体的な構成

実践編で実施した、個々の事業評価をまとめ、プロジェクトチームにて全体に俯瞰した「事業評価」として、振り返ります。また、事業の評価を、関係団体に「事業報告」をして、引き続きよりよい事業としていくために、「次期計画への見直し」に進めていきます。

図表 I - 9 高齢者の保健事業の全体的な流れ



図表 I - 12 保健事業評価の視点



事業名（ ）

	項目		通し 番号	内容	実施の有無	得られた成果（自己評価）		解決すべき課題	庁内、外部関係者の意見 （上司・他部局、広域連合、支援評価委員会、医師会、地域関係団体、委託先等）
						5段階評価（a-e）	その理由		
事業評価	ストラクチャー 評価	庁内体制	76	本事業の実施にあたり、部局横断的な協議ができた。	<input type="checkbox"/>				
		地域連携	77	地域の関係機関との連携体制が構築できた。とくに広域連合との連携が深まった。	<input type="checkbox"/>				
		保健指導 体制	78	データ分析、保健指導に必要な人材が確保でき、研修も実施できた（内・外含め）。	<input type="checkbox"/>				
			79	事業実施計画書、実施マニュアル、保健指導教材の準備ができた。	<input type="checkbox"/>				
			80	（委託の場合）委託先と事業の目的・方法などを協議し、適切な委託ができた。	<input type="checkbox"/>				
	プロセス評価	進捗管理	81	全体のスケジュール管理をおこなった。	<input type="checkbox"/>				
		分析	82	KDB等活用して、健康課題の分析、対象者の抽出などができた。	<input type="checkbox"/>				
		適切な運営	83	概ね計画どおり、質問票実施や保健指導・支援することができた。	<input type="checkbox"/>				
			84	参加者の満足度、意見、参加状況などを評価した。	<input type="checkbox"/>				
		修正	85	状況の変化に対応し、チームで検討の上、マニュアルやスケジュールの修正をおこない、対応できた。	<input type="checkbox"/>				
	アウトプット 評価	ハイリスク	86	抽出された対象者の中で、実際に関わった人の人数を把握した。	<input type="checkbox"/>				
		ポピュレーション	87	通いの場等での質問票や支援の実施人数を把握した。	<input type="checkbox"/>				
	アウトカム評価	データ確認	88	質問票や検査データ等で効果を確認した。	<input type="checkbox"/>				
			89	要介護認定の状況を確認した。	<input type="checkbox"/>				
			90	レセプトで受診状況を確認した。	<input type="checkbox"/>				
			91	（委託の場合）報告書で成果を確認した。	<input type="checkbox"/>				
事業報告	広域連合との情報共有、意見交換		92	広域連合と評価結果について情報共有した。これをもとに改善策等を話し合った。	<input type="checkbox"/>				
	関係部局間での事業評価の共有		93	関係部局間で、事業評価結果を共有する場を設けた。	<input type="checkbox"/>				
	関係団体への報告		94	本事業に関係した団体等に事業報告した。	<input type="checkbox"/>				
	地域協議会への報告		95	地域の協議会などで分析結果の報告や改善策の検討をおこなった。	<input type="checkbox"/>				
	地域住民への報告、啓発		96	住民に対し、本事業の意義や成果について情報提供等をおこなった。	<input type="checkbox"/>				
次期計画 への 見直し	次年度の計画策定		97	今年度の評価を踏まえ、次年度の計画策定をおこなった。	<input type="checkbox"/>				
	長期追跡体制		98	長期的に健診やレセプト情報で評価できる体制を整えた。	<input type="checkbox"/>				
	継続的な業務の引継ぎ		99	年度や担当者が代わっても進捗が滞らないような対策をおこなった。	<input type="checkbox"/>				

進捗チェックリスト解説 76～99

76～91（事業評価） ガイドライン P34

評価はストラクチャー（事業実施体制）、プロセス（事業の実施過程）、アウトプット（事業実施量）、アウトカム（事業の成果）の4つの観点からおこない、次年度以降の事業計画・内容の検討等に役立てる材料とします。「実践編」に記載した評価を確認しながら、「実績報告書」の記載内容と合わせて、本事業の全体の評価をプロジェクトチームでしておきましょう。

92～96（事業報告）

事業評価の内容について、関係部署や関係団体への報告が必要です。また、地域住民へわかりやすく情報提供していくことで、本事業への理解と協力を得ることができ、地域での健康づくり推進の醸成につながります。

97～99（次期計画への見直し）

事業評価は、以降の事業にいかすことが重要です。また長期的視野にたって、継続的な評価ができる整備を整えておくこと（KDBシステムへの情報登録等）、そして、事業を効果的に継続するためには、担当する人が異動になっても、培われたもの（継続しているデータや関係部署とのつながり、地域の情報等）がきちんと引き継がれるよう、体制を整えることが大変重要です。

「後期高齢者の質問票の解説と留意事項」より抜粋

令和元年度厚生労働行政推進調査事業費補助金

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

代表 津下 一代 令和2(2020)年 3月

1. 質問票の役割について

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

2. 質問票を用いた健康状態の評価について

本質問票を用いた評価は、健診の際に活用されることを想定しているが、市町村の介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）における通いの場やかかりつけ医の医療機関など、様々な場面で健康状態が評価されることが期待される。

- ① 健診の場で実施する
- ② 通いの場（地域サロン 等）で実施する
- ③ かかりつけ医（医療機関）等の“受診の際に実施する

3. 質問票の活用場面について

- 1) 高齢者一人ひとりの医療・介護等の情報を一括把握するとともに、必要な支援に繋ぐ
一体的実施において、市町村では KDB システムにより、高齢者の医療・健診・介護情報等を一括して把握できるようになる。質問票の情報に、KDB システムから抽出した医療、健診、介護情報を組み合わせることで、高齢者の健康状態を多面的に捉えることが可能となる。
- 2) 地域の健康課題を整理・分析
本質問票の回答結果は、KDB システムに登録される。KDB システムを活用することで、保険者単位よりも細分化された地区別分析、都道府県単位の集計・同規模保険者単位の集計・全国集計との比較、経年変化、性・年齢別の分析など、様々な角度からの分析が可能となり、地域における健康課題を整理・分析することができる。

4. 質問票を活用した面談について（最も多い活用場面としては、健診の事後指導を想定する。）

- 1) 目的
・健康状態を把握し、高齢者が前向きに自身の健康のためにできそうなことを見つけること

- ・自治体や医療機関等が高齢者の健康課題を把握すること
- ・自治体の保健事業や医療機関につなげること

＜ポイント＞

- ・高齢になると「できないこと」に目が向きやすいため、「悪いところを見つけて指摘する」面談にならないようにする。
- ・加齢現象を受け入れつつ、何ができるかに着目して自身の健康状態や老化を肯定的に捉えられるようになる。
- ・「今の時点でも健康であるということ」、「こんなにやっていることがある」というメッセージを伝える。
- ・コーピング（問題に対処する能力）が重要であり、何歳になっても工夫の余地があることに気づくことが大切である。
- ・質問項目ごとにアドバイスするのではなく、総合的な視点からアドバイスするようこころがける。

2) 事前準備

- ① 質問票による面談の目的を理解するとともに、本マニュアルを活用して、質問票の内容を学習する。
- ② ロールプレイ等のトレーニングを実施することが望ましい。
- ③ 地域の保健事業や社会資源等、紹介先リストを準備する。適切な保健サービスにつなげられるよう、各サービスの対象者基準や実施内容、日時、費用、連絡先なども確認しておくことが望ましい。
例）・後期高齢者医療広域連合事業一覧（健診、訪問健康相談事業等）
・市町村高齢部門（地域包括支援センター含む）が実施する事業一覧
・市町村保健部門が実施する事業一覧（がん検診事業、重症化予防事業等）
・市町村生涯学習部門が実施する事業一覧（生涯学習講座、保養施設利用促進事業、市民音楽祭等）
・市町村スポーツ推進部門が実施する事業一覧（総合型地域スポーツクラブ、運動施設運営等）
・各地域における医療機関一覧（病院、クリニック、歯科医院等）
・介護サービス会社の一覧（食事宅配サービス、訪問介護サービス等）
- ④ 面談に必要な教材やリーフレットなどをあらかじめ準備しておき、使用方法等を確認する。

3) ケース対応の例

＜ほとんどの項目に問題がない場合＞

- ⇒できていることを承認し、素晴らしい状況であることを伝える。良い状況を保っている理由は何かを尋ね、主観的な健康観を高める行動を強化する。
- ⇒回答では表現できていない悩みや症状がある可能性もあるため、面談終了前に「最近、ほかに何か困っていることはありませんか」など、受診者が話しやすいオープンクエスチョンを加える。

＜食習慣が“いいえ”の場合＞

- ⇒口腔機能（4、5）、体重変化（6）の質問を確認したうえで、良い状態であった時の食事はどうであったか、いつから食習慣が変化したのか、何かきっかけがあるのか、良い時のように改善できそうな食習慣はないかを確認する。また、買い物や調理など食事の準備について問題がある場合には、市町村の事業や介護保険サービスの利用なども検討する。個別の栄養摂取量等を基準にした指導ではなく、全般的な食習慣に着目して、具体的な改善策を想起させ、行動変容を促す。

＜運動習慣が“いいえ”の場合＞

- ⇒ウォーキング・体操等以外の運動習慣がないか確認する。運動習慣がなくても日常の身体活動が活発であれば良いため、ウォーキング・体操等と同程度の強度がある生活活動（自転車、掃除や調理、庭の手入れ、農作業

など)についても確認する。

⇒一週間の活動状況を尋ね、ウォーキングと同程度の身体活動に該当する活動がない場合には、生活のどこにそのような活動を組み込む余地があるのか、話し合う。適度な身体活動を行うことのメリットを伝え、身体活動を負担なくできる方法を共に考える。その際、本人の周囲に適度な身体活動を継続的に行っている知人がいないかなど、身体活動に適した環境についても確認をする。

各項目の解説・ポイント
類型名：健康状態

質問 No1	あなたの現在の健康状態はいかがですか	①よい ②まあよい ③ふつう ④あまりよくない ⑤よくない
質問 目的	主観的健康感を把握する。	
解説	○本質問は、すべての質問に関連しているため、単独では考えず、総合的に捉えることが必要であり、すべての回答を確認した後に活用する。 ○国民生活基礎調査の質問を採用しているため、調査結果と直接の比較に活用できる。	
エビデンス、統計等	○主観的健康感、累積生存率 ¹⁾ (図1)、要介護度、認知機能と強い関連がある。 ○主観的健康感が良くない者の死亡リスクは、良い者より男性1.3倍、女性1.5倍高い ²⁾ 。 ○男女いずれも、加齢により、健康と思っていない者は増加している。一方、90歳以上の男女においても、“よい”、“まあよい”、“ふつう”の割合は、6割程度存在している ³⁾ (図2)。	
聞き取りポイント	○“あまりよくない”、“よくない”の回答に対しては、急性的 (何かの理由により、たまたま現在の状態) なのか慢性的 (継続的) な状態なのかを把握する。 ○“あまりよくない”、“よくない”が慢性的に続いている場合は、そのような状態にある期間・理由など、本人がどのように感じているかを確認する。	
具体的な声かけの例	○“よい”、“まあよい”、“ふつう”の場合 ⇒質問3以降の回答を踏まえ、今後もしも健康状態が続けられるよう、声掛けをする。 「日頃の食事や運動、サークル活動に参加していることが、健康の源になっているのですね。」 ○“あまりよくない”、“よくない”の場合 ⇒「“あまりよくない”、“よくない”という状態は、いつから続いているのですか？」 ⇒「“あまりよくない”、“よくない”と感じる時は、どのような時ですか？」	
留意事項	○KDBの療養フラグの有無、薬剤数を把握し、疾患が関連しているかを確認できるとよい。 ○薬剤数が多い場合 (ポリファーマシー) は、薬の飲み合わせ等、かかりつけ医と十分相談することをすすめる。	
対応方法、紹介先の例	○“あまりよくない”または“よくない”という状態が、慢性的に続いているような場合 ⇒保健センターの相談窓口や、かかりつけ医につなげる。 ○急な健康状態の悪化の場合 ⇒医療機関を紹介する。	

図1：主観的健康感と、累積生存率との関連について¹⁾
主観的健康感が“健康でない”者は、累積生存率が最も低く、男性はその低下率が著しい。

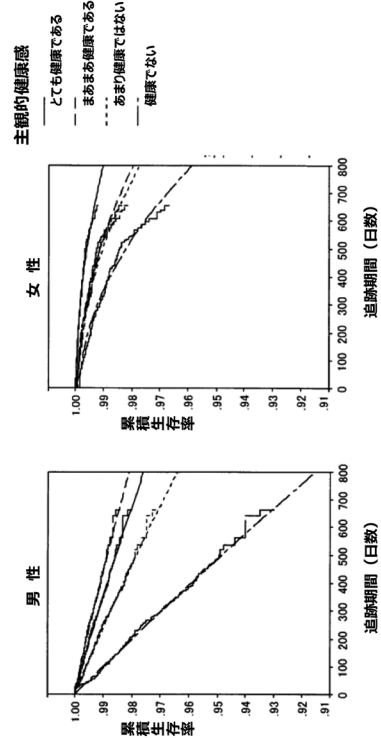
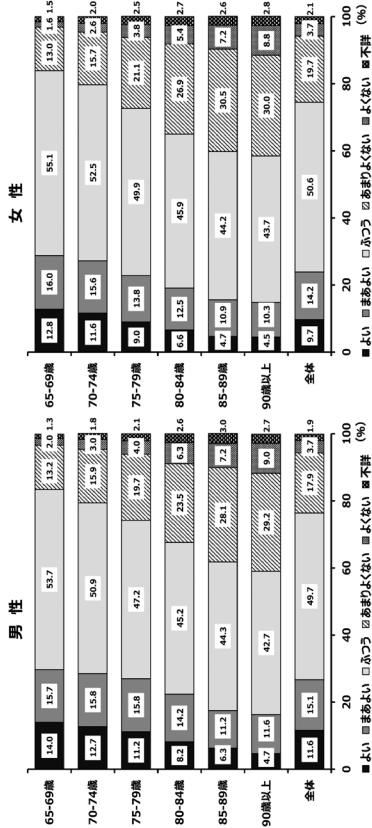


図2：65歳以上、性・年齢階級別 健康意識の構成割合³⁾
平成28年「国民生活基礎調査」の概況によれば、男女いずれも、年齢が上がるとともに、健康と思っている者は減少し、健康と思っていない者は増加している。一方、90歳以上においても、“よい”、“まあよい”、“ふつう”に回答している者は、60%程度存在している。



1) 岡戸陽一・文 ほか、日本健康教育雑誌、2018 (1) 31-38。
2) Ishizaki, T, Kai I, et al. ArchGerontol Geriatr-2006;42:91-99。
3) 厚生労働省、高齢者の健康事業のめざす方検討 WG 資料、参考資料4 5 高齢者の健康状態等の包括的な把握方法に関する資料 (特別集計)。
<https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000501521.pdf>

類型名：心の健康状態		
質問 No2	毎日の生活に満足していますか	
	①満足 ③やや不満	②やや満足 ④不満
目的	心の健康状態を把握する。	
解説	○老年期うつ病評価尺度（Geriatric Depression scale 15；GDS15）の質問を用いて（表 1）。ただし、回答しやすい観点から、四者択一としている。 ○全体的な健康状態とともに、心の健康状態を把握するための質問である。 ○質問 1 と同様、単独では考えず、総合的に捉えることが必要であり、すべての回答を確認した後を活用する。	
エビデンス、統計等	○フレイル*を有する高齢者はうつ病を有する確率が高い ¹⁾ （図 1）。 ○身体的に問題ないうつ症例を 6 年間追跡すると ADL（図 2-1）、運動機能が低下した ²⁾ （図 2-2）。 *フレイル：加齢に伴う予備能力低下のため、ストレスに対する回復力が低下した状態。フレイルは、要介護状態に至る前段階として位置づけられる ¹⁾ 。	
聞き取りポイント	○面接時「表情が暗い」、「元気がない」と感じた時、また「やや不満」、「不満」の回答の場合は、うつの可能性を考慮し、聞き取りを行う。 ○日常生活に支障が出ている場合は、うつ症状が進行している可能性が高いため、確認する。	
具体的な声かけの例	○「満足」、「やや満足」の場合 ⇒「充実した生活を送っていらっしゃるんですね。」 ○「やや不満」、「不満」の場合 ⇒「趣味など、毎日の生活を楽しめていますか？」 ⇒「眠れなかったり、食欲が落ちたりしていませんか？」 ⇒「気分が沈んで、憂鬱に感じることがありますか？」 ⇒「今お話をいただいた症状で日常生活に支障が出ることはありませんか？」	
留意事項	○回答結果は、日常生活が滞りなく過ごせていること、健康を維持していること、休養がとれていること、生きがいがあること、などを反映すると考えられる。そのため、健康状態のみならず、生活状況、経済状況などについても、アセスメントする際の手がかりとしても活用できる。	
対応方法、紹介先の例	○日常生活に支障が出ていない場合 ⇒散歩など、その人なりの気分転換になる方法を共に考える。 ○日常生活に支障が出ている場合 ⇒市町村の「こころの相談窓口」等につなげる。	

表 1：老年期うつ病評価尺度（Geriatric depression scale 15；GDS15）の質問項目について

高齢者のうつ病のスクリーニングに使用される評価スケールである。
本質問では、回答しやすい観点から、“満足”、“やや満足”、“やや不満”、“不満”の四者択一している。

No	質問事項	回答
1	毎日の生活に満足していますか	いいえ はい
2	毎日の活動力や周囲に対する興味は低下したと思いますか	いいえ はい
3	生活が空虚に感じますか	いいえ はい
4	毎日が退屈に感じることが多いですか	いいえ はい
5	大抵は機嫌よく過ごすことが多いですか	いいえ はい
6	将来の突然した不安に驚かれますか	いいえ はい
7	多くの場合は自分が幸福に感じますか	いいえ はい
8	自分が無力なままいることが多いですか	いいえ はい
9	外出した方向が正しいことをよく覚えていると思いますか	いいえ はい
10	何よりもまず、もの忘れが気になると思いますか	いいえ はい
11	いまだいていても自分が寂しいと感じますか	いいえ はい
12	生きていても自分が死にたいと思いませんか	いいえ はい
13	自分が死にたいと思いませんか	いいえ はい
14	希望がないと思いませんか	いいえ はい
15	周りの人があなたより幸せに感じますか	いいえ はい

図 1：フレイルとうつの関係について¹⁾より改変
複数の報告において、高齢者全体のうつ有病率に対し、フレイル高齢者のうつ有病率が高かった。

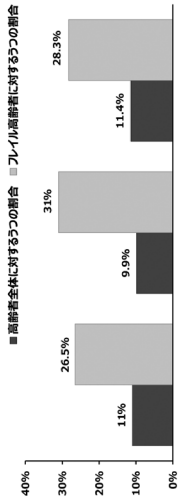
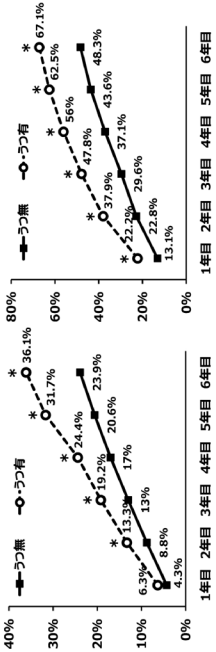


図 2：うつ病の有無別 6 年間の ADL、運動機能低下者の割合²⁾より改変
運動機能に問題のない高齢者集団を追跡した研究では、うつ病患者は、うつ病でない者と比較して、その後 6 年間で ADL（日常生活動作：図 2-1）や運動機能（図 2-2）の低下した者の割合が有意に増加した。



1) Vaughan L, Corbin AL, et al. Clin Interv Aging. 2015 Dec 15;10:1947-1958.
2) Penninx BW, Leveille S, et al. Am J Public Health. 1999 Sep;89(9):1346-1352.
3) フレイル診療ガイド 2018 年度版。

類型名：食習慣

質問 No3	1 日 3 食きちんと食べていますか	
	①はい ③やや不満	②いいえ ④不満
目的	食習慣の状態を把握する。	
解説	○欠食等による、低栄養のリスクをスクリーニングする質問である。 ○“きちんと”という言葉から、食事内容、食事時間を想定した回答を得られる。	
エビデンス、統計等	OBMI20 以下では、BMI が大きい群と比べて、男女ともにエネルギー摂取量等が少ない ¹⁾ （図 1）。 ○食事多様性スコアが低い者は、高い者と比べ、フレイルのリスクが高く ²⁾ （図 2）、食事多様性スコアが高い者は、4 年後の握力と歩行速度の低下のリスクが低かった ³⁾ 。 ○誰かと一緒に食べる「共食」の頻度が高い者の方が、低い者より、主観的健康感や食事の満足度、食事多様性スコアが高く ¹⁾ 、低栄養予防につながる。	
聞き取りポイント	質問 6 の体重変化、質問 4、5 の口腔機能と併せて確認する。 ○3 食食べているが体重減少がある場合は、食事内容を確認する。 ○欠食がある場合は理由を確認する。その際、質問 4、5 の口腔機能も活用する。 ○抑うつ状態により、食欲低下をきたすこともあるため、質問 2 の心の健康状態も考慮する。 ○その他、欠食理由には独居、家庭内環境、高齢者世帯による孤立、生活機能の低下、経済的困難や食事準備の不具合等が考えられる。	
具体的な声かけの例	○3 食食べていて、体重減少がない場合 ⇒「3 食食べていることが〇さんの元気の秘訣ですね。」 ○3 食食べているが体重は減っている。または、欠食がある場合 ⇒「食事をおいしく食べていますか？」 ⇒「食事は、どなたが用意されていますか？」 ⇒「朝、昼、晩のうち、抜いてしまう食事はいつですか？」 ⇒「食事は、どなたと食べていますか？」	
留意事項	○“いいえ”という回答には、“食事回数が不足している”、“食事時間が不規則である”、“栄養バランスが偏っている”などの内容が含まれている可能性がある。	
対応方法、紹介先の例	○体重減少がある場合 ⇒配食弁当や食材の宅配を紹介する。 ⇒食材調達のためのコミュニティ等での時刻表を紹介する。 ⇒日持ちのする食品（缶詰等）の利用を伝える。 ⇒共食（家族、友人等）の機会を増やすことを提案する。 ⇒食欲が低下している時は、どのようなものなら食べられそうかを確認する。 （果物、ゼリー、ヨーグルト等）	

1) 武野ゆかり, 小岩井 馨. 保健医療科学. 66 (6). 603–611. 2017.
2) 吉崎貴大, 横山友里, 他. 栄養学雑誌, 77 (1), 19-28, 2019.
3) Yokoyama Y, Nishi M, et al. J Nutr Health Aging. 2017;21(1),11-16.

類型名：口腔機能		
質問 No4	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか ※ささいか、たぐあなど	
目的	咀嚼機能の状態（咀嚼力）を把握する。	
解説	○半年前と比較した咀嚼力についての質問であり、基本チェックリストの質問を採用している。 ○咀嚼力は様々な要素（歯数、義歯の適合具合、咬合筋力や舌の動き、唾液分泌など）が影響し合う。 ○咀嚼力が低下した人は、食べにくいものを選んで柔らかい物を好んで食べるなど、さらに咀嚼力が低下する悪循環に陥りやすい。結果、口腔機能全般が衰える危険性がある。	
エビデンス、統計等	○咀嚼力の低下は口腔機能全体の低下につながるやうい。 質問 5 のむせ（嚥下機能低下）と運動して、口腔機能の低下は、全身のフレイル・サルコペニア（筋肉減弱）や、要介護リスク・死亡リスクにつながる ¹⁾ （図 1、2）。	
聞き取りポイント	質問 4、5 の口腔機能は、2 項目を併せて確認する。 ○咀嚼力の低下により、食べるものを意識的に柔らかい物に変えている場合がある。どれくらいの食材料なら食べられるか（“ささいか”や“たぐあ”などと例示する）、食べているのか、どのような食材料が食べにくいのかを確認する。 ○かかりつけ歯科医があるかないか、定期的に歯科を受診し、口腔機能や口腔衛生の管理等できているかを確認する。 ○質問 5 と併せて、会話（本人の発語）の内容が聞き取れないなど、滑舌の悪さや口臭が気にならなかつても意識して確認する。 ○質問 3 と質問 6 にび、欠食や体重減少の状態も併せて確認する。咀嚼力を保つことが第一である。また、歯数が少なくても、義歯の調整や口腔機能訓練などにより、咀嚼力の改善が見込める。	
具体的な声かけの例	○“いいえ”の場合 ⇒「何でもよくかんで、おいしく食事ができていますね。」 ⇒「症状がなくても歯科医療機関で定期的に歯科健診を受けていただくことをお勧めします。」 ○“はい”の場合 ⇒「定期的ににかかりつけ歯科医を受診し、お口の状態を診てもらってください。」 ・3 食食べていて、体重の減少がない場合 ⇒「固いものが食べにくくなっているようですが、食べる際に何か工夫をされていますか？」 ・3 食食べておらず、体重の減少がある場合 ⇒「食べこぼし、話しているとき、聞き取りにくいと言われますか？」、「どのようなものが食べにくいですか？」、「お口の機能の衰えはオーラルフレイルと言われ、全身の機能の衰えにつながる可能性があります ²⁾ 。口腔機能低下症の可能性も考えられますので、なるべく早く歯科医療機関を受診することをお勧めします。」	
留意事項	○歯の治療中、歯の痛みで食べられない場合も除く。 ○状態に変化が生じていない場合は“いいえ”とする。	
対応方法、紹介先の例	○歯や口が痛い等で食べられない、もしくは歯の欠損がある場合⇒歯科医院を紹介する。 ○口腔機能低下が疑われる場合⇒歯科医院を紹介、口腔機能の維持・向上のための介護予防教室等を案内。口腔体操のリーフレットを渡す。	

図 1：65 歳以上高齢者における質問 4 への回答頻度と、全身のフレイル化との関連¹⁾

歯の喪失や咀嚼力が低下した人は、食べにくいものを選んで柔らかいものを好んで食べるなど、さらに咀嚼が低下する悪循環に陥りやすとされる。フレイルやサルコペニアの新規発症者や要介護新規認定者では、質問 4 に対して“はい”と答えた者の割合が有意に多かった¹⁾。（年齢等調整済み）

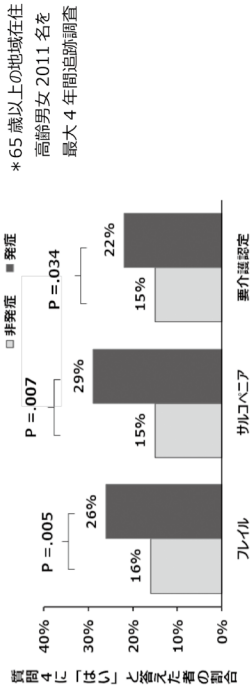
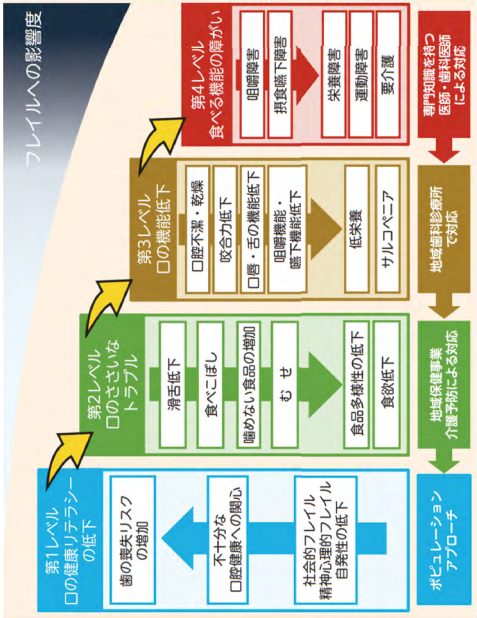


図 2：オーラルフレイル²⁾

一般的には、オーラルフレイルとは、口に關するささいな衰えを放置したり、適切な対応を行わないままにしたりすること、口の機能低下、食べる機能の障害、さらには心身の機能低下まで繋がる負の連鎖が生じてしまうことに対して警報を鳴らした概念とされている。

日本歯科医師会によるオーラルフレイルの定義*（2019 年年度版）²⁾：老化に伴う様々な口腔の状態（歯数・口腔衛生・口腔機能など）の変化に、口腔健康への関心や心身の予備能力低下も重なり、口腔の脆弱性が増加し、食べる機能障害へ陥り、さらにはフレイルに影響を与え、心身の機能低下にまで繋がる一連の現象及び過程である。第 3 レベルまで進行すると口腔機能低下症¹⁾に該当する。

（* 2019 年年度現在、学会等による確立した診断基準はないが、ここでは日本歯科医師会の定義を示した。）



1) Tanaka T, Takahashi K, et al. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2018 Nov 10;73(12):1661-1667.
2) 日本歯科医師会、歯科診療所におけるオーラルフレイル対応マニュアル 2019 年版。

類型名：口腔機能

質問 No5	お茶や汁物等でもむせることがありますか	
目的	嚥下機能の状態を把握する。	
解説	○嚥下機能を確認する質問であり、基本チェックリストの質問を採用している。 ○むせは食物が気管に入りこむ、いわゆる誤嚥による咳反射であり、むせていることは嚥下機能の低下を疑う。さらに、飲み込んだ後、口の中に食べ物が残っているときは、舌の動き、頬筋の低下を疑う。	
エビデンス、統計等	○むせ（嚥下機能低下）は誤嚥性肺炎や窒息と関連するとされる。 質問 4 の（咀嚼力の低下）と運動し、口腔機能の低下は、全身のフレイル・サルコペニアや、要介護リスク・死亡リスクにつながる ¹⁾ （図 1、2）。	
聞き取りポイント	質問 4、5 の口腔機能は、2 項目を併せて確認する。 ○むせるのが一時的なのか慢性的なのか確認する。⇒食べた時にむせるかどうかを確認する。 食事以外でもむせる場合も注意が必要である。（食事中よくむせる、食事以外でも突然むせる・咳き込み、飲み込んだ後に口腔内に食べ物が残る、ご飯より麺類を好むなど） ○粘度の少ない液体はむせを生じやすい。慢性的なむせを確認する。 ○むせるため、一口量、食べ方、食料を工夫している場合がある。 ○食事中に食べこぼしがあるかを確認する。⇒一口量や食事に力を入れる時間を確認する。 ○“いいえ”の場合⇒「お茶や汁物等でもむせずに飲み込めますね。」 ○“はい”の場合⇒質問 3 食習慣、5 口腔機能、6 体重変化と関連がある。 ・食事中にむせる⇒食事の方法について確認・指導する。 ⇒「食事中にむせることはありますか？」、「一口量は多いですか？」、「早食いですか？」 ・食事以外でもむせる⇒嚥下機能低下の可能性がある。 ⇒「食事以外でも突然むせたり、咳き込んだりすることはありますか？」 ⇒「食事に時間がかかるようになってきましたか？」 ⇒「食べこぼし、滑舌も悪くなってきていると言われますか？」 ⇒「お口の機能の衰えは全身機能の低下につながるやすく、“オーラルフレイル”と言われている。」（※質問 4 の図 2 参照、咀嚼力と併せて進行する） ²⁾	
留意事項	○誤嚥性肺炎の既往がある場合、耳鼻科や呼吸器科で検査が推奨される。	
対応方法、紹介先の例	○嚥下機能低下の場合、誤嚥性肺炎のリスクが高まる。 ①歯科医院を紹介する。 ②口腔機能の維持・向上のための介護予防教室等を案内する。 ③口腔体操のリーフレットを渡す。 ○食事の方法を伝える。 ①ゆつくり食事をするようにする。 ②食べるときの一口量を減らす。 ③とりみをつける。 ④テレビを見ながら、会話をしながら食事をしない。	

図 2-1. オーラルフレイルの高齢者の新規発症率とリスク

*年齢や疾患等の影響を加味したハザード比（危険度）と 95%信頼区間

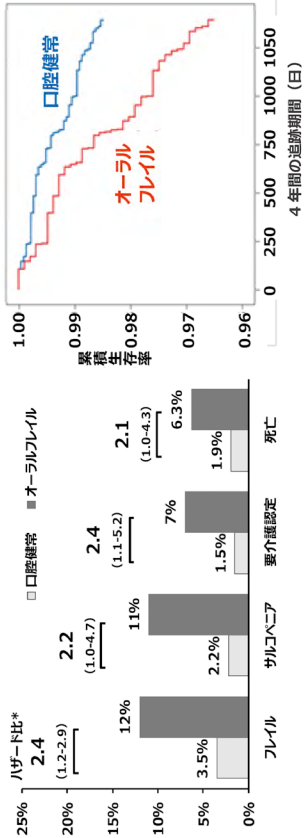


図 2-2. オーラルフレイルと累積生存率

図 1：65 歳以上高齢者における質問 5 への回答頻度と、全身のフレイル化との関連¹⁾
むせ（嚥下機能の低下）は誤嚥性肺炎や窒息と関連するとされる。フレイルやサルコペニアの新規発症者や要介護の新規認定者では、質問 5 に対して“はい”と答えた者が多い傾向にあった。（年齢等調整済み）

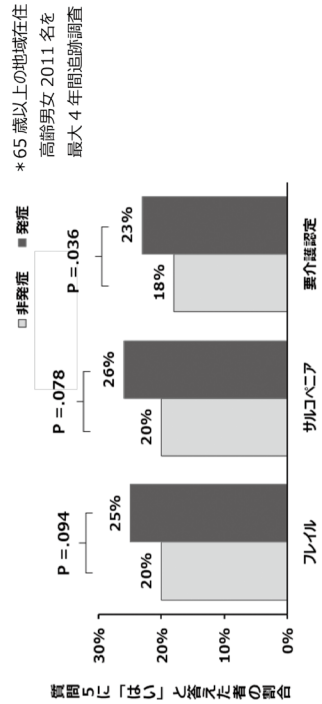


図 2：オーラルフレイルの有症率と全身のフレイル化との関連¹⁾

口腔機能は歯数や咀嚼力、嚥下機能など様々な機能から成り立つ。先行研究では 65 歳以上地域在住の自立高齢者の 16% がオーラルフレイルに該当し、50% がその予備群に該当した。質問 4 の咀嚼力と運動し、口腔機能の低下が重複した「オーラルフレイル（質問 4：図 2 参照）」である高齢者は、フレイル・サルコペニアの新規発症や要介護認定と関連し（図 2-1）、4 年間の累積生存率が低いことが報告されている（図 2-2）。

1) Tanaka T, Takahashi K, et al. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2018 Nov 10;73(12):1661-1667.
2) 日本歯科医師会、歯科診療所におけるオーラルフレイル対応マニュアル 2019 年版。

類型名：体重変化		
質問 No6	6 か月間で 2～3kg 以上の体重減少がありましたか	①はい ②いいえ
目的	低栄養状態のおそれを把握する。	
解説	○基本チェックリストの質問を採用している。 ○低栄養は筋肉量の減少から体重減少をきたす。 ○低栄養は本人が自覚にくく、気づかないうちに進行していることが多いため、体重減少はよい指標となる。	
エビデンス、統計等	○体重減少がある者は、ない者より要介護状態の累積発生率有意に高く ¹⁾ (図 1-1)、その発生危険度は 1.61 倍と有意に高い状況である (図 1-2)。 ○年齢が上がる、やせ (低栄養) の割合が高く、80 歳以上は著しい ²⁾ (図 2)。	
聞き取りポイント	○低栄養による体重減少を踏まえ、質問 3 と併せて確認する。 ○欠食がない場合も食事内容に偏りがあるケース (間食が中心、たんぱく源の不足等) も考えられるため、質問 3 と併せて確認する。 ○抑うつ状態が原因で低栄養につながる、体重減少をきたしているケースもあるため、質問 2 を確認し、食欲があるかなども聞き取る。 ○欠食等がない場合は、意識して減らしているのか (ダイエット等)、無意識のうちに減少しているのかを確認する。 ○対象の BMI を考慮し、やせ型でかつ無意識に減少している場合は特に注意が必要である。 ○食事に問題がない場合は、健診受診の有無、かかりつけ医があるか、既往歴および現病歴について確認する。	
具体的な声かけの例	○“いいえ”の場合 ⇒「体重が落ちると低栄養状態のおそれがありますが、しっかりと維持されていますね。」 ○“はい”の場合 ⇒「食欲がありますか？」 ⇒「ダイエットが何かをしているのですか？」 ⇒「最近、食事の内容や生活習慣で何か変わったことはありますか？」	
留意事項	○KDB の腸病ラグの有無や薬剤数を把握し、疾患が関連しているかを確認できるとよい。	
対応方法、紹介先の例	○欠食や食事しづかりとれない場合 ⇒配食弁当や食材の宅配、コミュニティバスの時刻表、日持ちのする食品 (缶詰等) 等を紹介する。 ○気分がすぐれない、抑うつの可能性がある場合 ⇒質問 2 に戻って確認する。 ○ダイエット中の場合 ⇒無理な内容になっていないか、食事内容や方法を確認し、アドバイスを行う。 ○それ以外 (疾病が原因と考えられる) の場合 ⇒かかりつけの医療機関があれば、かかりつけに相談するよう伝える。 ⇒未受診の場合は医療機関の受診をすすめる。	

図 1：体重減少と 2 年後の要介護状態の発生¹⁾

体重減少がある者は、体重減少がない者と比べて要介護状態の累積発生率は高く (図 1-1)、その発生危険度は 1.61 倍と有意に高い状況である (図 1-2)。

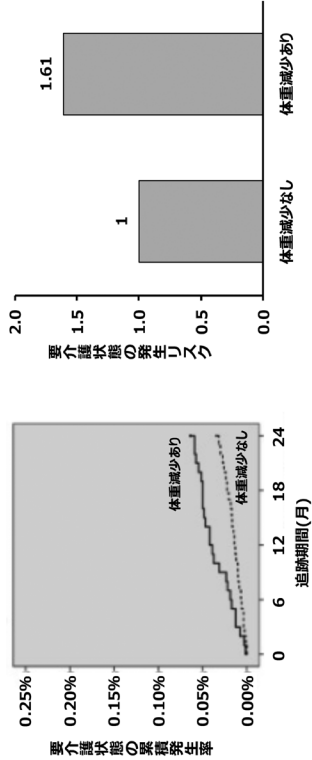
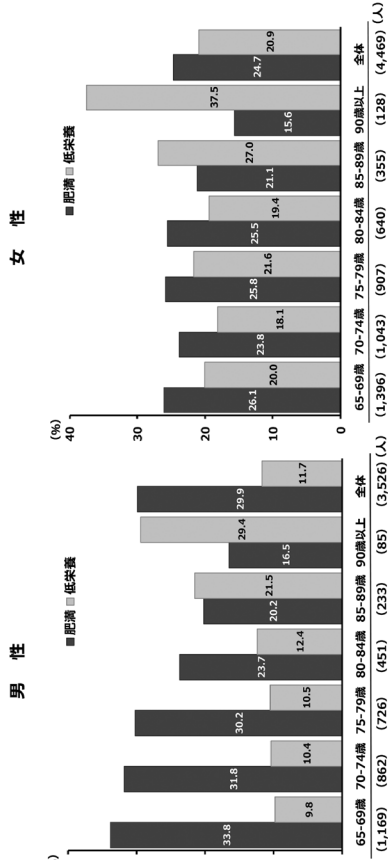


図 1-1. 要介護状態の累積発生率

図 1-2. 要介護状態の発生リスク

図 2：65 歳以上、性・年齢階級別 BMI の分布²⁾

年齢が高くなるの肥満 (BMI≧25) の割合は減り、低栄養 (BMI≦20) の割合は増加する。低栄養の割合は、どの年齢階級においても、女性が男性より高い状況である。



- 1) Makizako H, Shimada H, et al. BMJ Open. 2015 Sep 2;5(9):e008462.
- 2) 厚生労働省. 高齢者の保健事業のあり方検討 WG 資料. 参考資料 5 高齢者の健康状態等の包括的な把握方法に関する資料 (特別集計). <https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000501521.pdf>

類型名：運動・転倒

質問 No7	以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか	①はい ②いいえ
目的	運動能力の状態を把握する。	
解説	○簡易フレイルインデックスの質問を採用しており、体力が日常的に支障がないか把握する。 ○早期にフレイルの状況、可能性を把握する。 <u>フレイルの診断法 (O-CHS 基準)¹⁾</u> ①体重減少 (6 か月で 2～3 kg 以上の減少)、②筋力低下 (握力：男性 <26 kg、女性 <18 kg)、③疲労感 (寝たまま起き上がるのに要する時間 >10 秒)、④歩行速度 (歩速 1.0 m/秒未満)、⑤身体活動 (週 1 回以上の定期的な運動) ➤フレイル (3 つ以上)、プレフレイル (1～2 つ)、非フレイル (該当なし) ○“はい”の場合、できずいた事ができなくなっていることを表す。ハイリスク者との認識が必要である。 ○高齢者では、通常歩行速度が遅い群は、速い群よりも総死亡リスクが 1.6 倍高かった ²⁾ 。 ○要介護認定の発生リスクは、歩行速度低下を有するフレイルにおいて最も高かった ⁴⁾ (図 2)。 質問 7、8、9 の運動・転倒は、3 項目を併せて確認する。 ○“青信号で横断歩道を渡るか”など、日常生活に支障がないかを確認する。 ○歩行速度低下の理由として、COPD、心不全等の基礎疾患の疑い、膝関節痛や腰痛、筋肉量減少などの運動器の問題が挙げられる。したがって、適切に適切な歩行が速くなったか、膝や腰の痛みによって遅くなったのかを確認する。 ○回答が“はい”の場合は、そのような状態にある期間・理由・本人の捉え方等を確認する。 <u>○“いいえ”の場合</u> ⇒歩いていて、歩行速度を遅くしていることを伝える。 ⇒「歩行速度を維持できていることは、健康寿命を延ばすことにつながります。」 <u>○“はい”の場合</u> ⇒「青信号で横断歩道を渡るなど、何か、生活上で困った経験がありますか？」 ⇒「適切に歩行速度が遅くなったために、歩く速度が遅くなったと感じていますか？」 ⇒「適切に歩行速度が遅くなったために、歩く速度が遅くなったと感じていますか？」 ○KDB の腸病ラグの有無 (特に疼痛性疾患、慢性心不全、呼吸器疾患等) や薬剤数を把握し、疾患が関連しているかを確認できるとよい。 ○“いいえ”の場合でも、歩行速度が低下した状態が長く続いている可能性があるため、身体状況によっては生活に支障がないか確認が必要である。 ○フレイル予防のため運動実践に効果がある一方、誤った方法により、足腰の痛みや思わぬ事故につながる可能性がある。	
留意事項	○質問 7“はい”、8“いいえ”、9“はい”の 3 項目の全てで良好な場合 ⇒既存の健康増進施設や市町村主催の運動教室、自発的なウォーキング等を推奨する。 ○質問 7“はい”または 8“はい”の回答の場合 ⇒市町村が主催する介護予防教室等への紹介により、運動機能の向上を図る。 ○質問 7“はい”かつ 8“はい”の回答の場合、なおかつ、身体機能が著しく低下している場合 ⇒地域包括支援センターを紹介し、介護サービスの相談に繋げる。 ○歩行速度の低下の理由に疾患が考えられる場合 ⇒医療機関を紹介する。	

図 1：フレイルの有症率³⁾

フレイルの有症率は、65 歳以上の高齢者全体では 11.5% (予備群 32.8%) であり、加齢に伴い有症率の増加が認められた (n=5,104)。

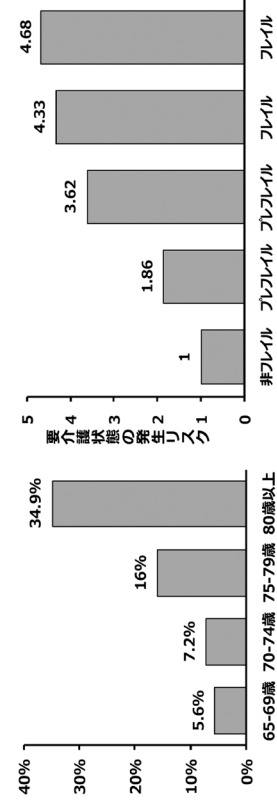
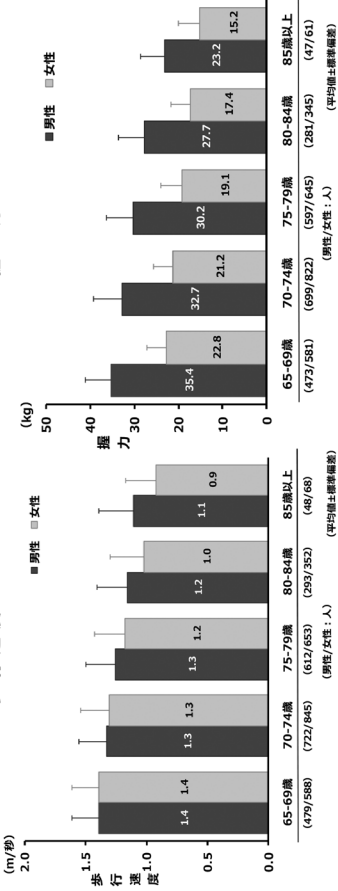


図 2：フレイルと 2 年後の要介護状態の発生⁴⁾

要介護認定の発生リスクは、歩行速度低下を有するフレイルにおいて最も高かった

図 3：地域在住高齢者の歩行速度・握力の体力測定参照値⁵⁾

男女いずれも、歩行速度と握力は年齢が上がるともに、漸減している。



- 1) フレイル診療ガイド 2018 年度版。
- 2) Nofuji Y, Shinkai S, et al. JAMDA. 2016;17(2):184.e1-7.
- 3) Shimada H, Makizako H, et al. J Am Med Dir Assoc. 2013 Jul;14(7):518-524.
- 4) Shimada H, Makizako H, et al. J Am Med Dir Assoc. 2015 Aug 1;16(8):690-696.
- 5) Seino S, Shinkai S, et al. PLoS One. 2014 Jun 12;9(6):e99487.

類型名：運動・転倒		
質問 No8	この 1 年間に転んだことがありますか	
目的	転倒リスクを把握する。	
解説	○基本チェックリストの質問を採用しており、転倒における骨折の状況を把握する。 ○転倒の既往は、将来の転倒や他のリスクを予測しており、注意すべき対象者であることを認識する。例えば、手首を骨折した場合、他の部位（大腿骨頸部等）の骨折に繋がる。（転倒歴の保有者は、転倒のハイリスク者となる。）	
エビデンス、統計等	○骨折・転倒は、介護が必要になった原因の第 4 位である ¹⁾ （図 1）。 ○視力障害、認知障害、内服薬剤、運動機能は転倒の危険因子に挙げられる ²⁾ （表 1）。 ○通院患者の転倒リスクは、5 種類以上の薬剤服用者で有意に高かった ³⁾ （図 2）。 ○認知症高齢者はそうでない高齢者と比べ、転倒及び骨折や頭部外傷などの外傷の頻度が高い。その要因は、認知機能の障害、運動障害、治療による薬剤の 3 つに分けられる ⁴⁾ 。 質問 7、8、9 の運動・転倒は、3 項目を併せて確認する。 ○転倒による骨折の有無を確認する。 ○転んだ場所（屋内か屋外）を確認する。 ○転倒の頻度を確認する。	
具体的な声かけの例	○“いいえ”の場合 質問 9、13 も確認し、活動的であれば概ね問題ないと判断する。 ⇒「今後も転倒には十分にお気をつけください。」 ○“はい”の場合 ⇒「転倒によって骨折はありませんか？」 ⇒「年に何回くらい転倒しましたか？」 ⇒「どこでどんなときに転倒されましたか？」 ⇒「転倒への不安がありますか？外出が減っていませんか？」 ○OKDB の傷病フラグの有無や薬剤数を把握し、疾患が関連しているかを確認できるとよい。 ○薬剤数が多い場合（ポリファーマシー）は、薬の飲み合わせ等、かかりつけ医と十分相談することをすすめる。	
留意事項	○質問 7“はい”は、8“はい”、9“はい”の 3 項目の全てで良好な場合 ⇒既存の健康増進施設や市町村主催の運動教室、自発的なウォーキング等を推奨。 ○質問 7“はい”または 8“はい”の回答の場合 ⇒市町村が主催する介護予防教室等への紹介により、運動機能の向上を図る。 ○質問 7“はい”かつ 8“はい”の回答の場合、なおかつ、身体機能が著しく低下している場合 ⇒地域包括支援センターを紹介し、介護サービスの相談に繋げる。必要に応じてはやシルパーカー使用、介護保険による住宅改修（段差解消や手すりの設置等）を紹介する。 ○転倒の理由に疾患が考えられる場合、医療機関を紹介する。	
対応方法、紹介先の例	○質問 7“いいえ”、8“いいえ”、9“はい”の場合 ⇒既存の健康増進施設や市町村主催の運動教室、自発的なウォーキング等を推奨。 ○質問 7“はい”または 8“はい”の回答の場合 ⇒市町村が主催する介護予防教室等への紹介により、運動機能の向上を図る。 ○質問 7“はい”かつ 8“はい”の回答の場合、なおかつ、身体機能が著しく低下している場合 ⇒地域包括支援センターを紹介し、介護サービスの相談に繋げる。	

図 1：介護が必要となった主な原因¹⁾
骨折・転倒は、介護が必要になった原因として、「認知症」「脳血管疾患」「高齢による衰弱」に続き、第 4 位であった。

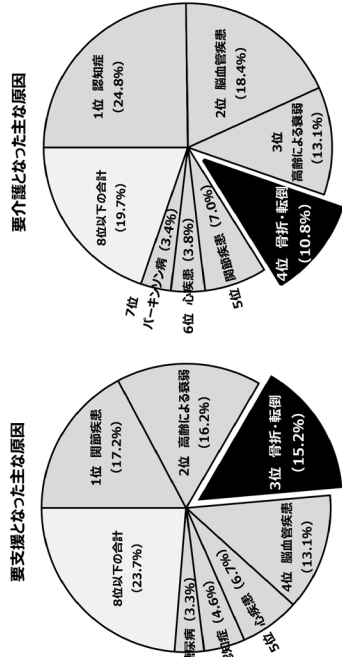
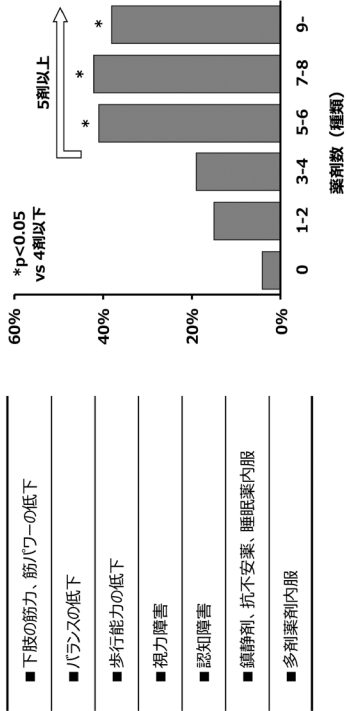


図 2：薬剤数と転倒の発生頻度³⁾
（都内診療所通院患者 165 名の解析）
通院患者の転倒リスクは、薬剤数が 5 種類以上の者が、4 種類以下の者より有意に高かった。5 種類以上の薬剤内服は、重大リスクである。



- 1) 厚生労働省、平成 28 年 国民生活基礎調査。
- 2) Runge M, Rehfeld G, et al. J Musculoskelet Neuronal Interact. 2000 Sep;1(1):61-65.
- 3) Kojima T, Akishita M, et al. Geriatr Gerontol Int. 2012 Jul;12(3):425-430.
- 4) 日本転倒予防学会監修：認知症者の転倒予防とスクリーンショット第 2 版。日本医事新報社。

類型名：運動・転倒		
質問 No9	ウォーキング等の運動を週に 1 回以上していますか	
目的	①はい ②いいえ	
解説	○ウォーキング・体操等の運動習慣を把握する。 ○フレイル（J-CHS 基準）の基準である（質問 7 解説参照）。 ○簡易フレイルインデックスの質問を採用している。 ○運動習慣があるとフレイル予防に繋がる ¹⁾ （図 1）。 ○散歩習慣が無い者は、ある者よりも介護リスクが 2.14 倍高かった ²⁾ 。 ○65 歳以上の身体活動の基準は、「横になったままや、座ったままにのらなければどんな動きでもよいので、身体活動を毎日 40 分（10 メッツ・時/週）行っている ³⁾ 」（図 2）。 ○高齢者は、男女いずれも 3 メッツ以上の身体活動時間と体力には有意な相関があり、女性においては、2～2.9 メッツの低強度でも、活動時間と身体能力に関連が認められた ⁴⁾ 。 ○65 歳以上の運動習慣のある者の割合は、男性 43.1%、女性 35.0%である ⁵⁾ （図 3）。 質問 7、8、9 の運動・転倒は、3 項目を併せて確認する。 ○ウォーキングに限定して受け取れる可能性があるため、他の種目（体操、サイクリング、水泳など）や日常生活における身体活動（掃除や調理、庭の手入れ、農作業など）を確認する。 ○ウォーキングという言葉には、高い運動強度を想像させてしまう可能性があるため、散歩レベルで良いことを理解していただく必要がある。 ○回答が“いいえ”の場合、日常生活における身体活動量を確認する。 ○社会参加にも関連するため、運動している環境（集団が個別）についても確認する。 ○回答が“いいえ”の場合は、そのような状態にある期間・理由・本人の捉え方等を確認する。 ○“はい”の場合 ⇒「どんな運動をされているのですか？今後も継続してください。」 ⇒「〇〇市では、こんな取り組みがありますから、お出かけしてはいかでしょうか。」 ○“いいえ”の場合 ⇒「ウォーキング以外で何か意識的に運動をしていますか？」 ⇒「家事や趣味など日常的によく体を動かすほうですか？」 ⇒「家事予防のため運動実践に効果がある一方、誤った方法により、足腰の痛みや思わぬ事故につながる可能性がある。」 ○社会参加の観点から、多くの人達と運動することを推奨するとともに、継続の重要性をしっかりと伝える。	
留意事項	○フレイル予防のため運動実践に効果がある一方、誤った方法により、足腰の痛みや思わぬ事故につながる可能性がある。 ○社会参加の観点から、多くの人達と運動することを推奨するとともに、継続の重要性をしっかりと伝える。	
対応方法、紹介先の例	○質問 7“いいえ”、8“いいえ”、9“はい”の 3 項目の全てで良好な場合 ⇒既存の健康増進施設や市町村主催の運動教室、自発的なウォーキング等を推奨。 ○質問 7“はい”または 8“はい”の回答の場合 ⇒市町村が主催する介護予防教室等への紹介により、運動機能の向上を図る。 ○質問 7“はい”かつ 8“はい”の回答の場合、なおかつ、身体機能が著しく低下している場合 ⇒地域包括支援センターを紹介し、介護サービスの相談に繋げる。	

図 1：フレイル状態にある高齢者において、運動の継続はフレイルの進行を抑える効果がある¹⁾
中等度のフレイルを有する高齢者

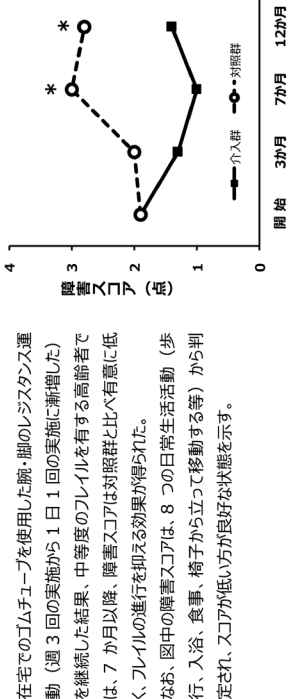
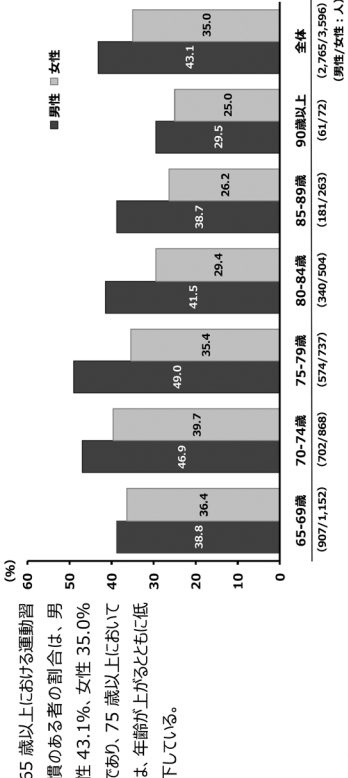


図 2：身体活動基準の根拠：身体活動量とロコモ・認知症発症リスク³⁾

身体活動量が最も低い群の発症リスクを 1 とすると、中等レベル群は約 20%の発症リスクを抑えており、身体活動量の平均が 10.5 メッツ・時/週あたりから、この活動量が 65 歳以上の基準値とされている。普通歩行レベルの活動の場合、毎日 30 分を行うことで、この基準を満たすことができる。活動量が非常に多い場合発症リスクがやや高まるので「やりすぎる必要はない」といえる。

図 3：65 歳以上、性・年齢階級別 運動習慣のある者の割合⁵⁾

※運動習慣のある者は、「1 回 30 分以上の運動を週 2 回以上実施し、1 年以上継続している」に回答した者



- 1) Gill TM, Baker DI, et al. N Engl J Med. 2002 Oct 3;347(14):1068-1074.
- 2) Ishizaki T, Watanabe S, et al. J Am Geriatr Soc. 2000;48(11):1424-1429.
- 3) 厚生労働省、健康づくりのための身体活動基準 2013。
- 4) Izawa KP, Shibata A, et al. Plos One. 2017;12(6):e0178654.

類型名：認知機能		
質問 No10	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあると書かれていますか	①はい ②いいえ
質問 No11	今日が何月何日かわからない時がありますか	①はい ②いいえ
目的	認知機能の低下のおそれの把握	
解説	○「いいえ」の状況（認知機能の低下のおそれ）を把握する。 ○記憶について確認する質問であり、基本チェックリストの質問を採用している。	
エビデンス、統計等	○高齢者における認知機能検査（MMSE ¹⁾ ）の得点は、90歳まで高く維持している者が52.1%を占めている ²⁾ （図1）。 ○軽度認知障害（MCI：Mild Cognitive Impairment ³⁾ ）は、その自然経過の過程で認知症に移行する症例もあるが、正常に復帰する症例も少なくない ⁴⁾ （図2）。 ○MCI 高齢者を対象とした研究に関して、運動介入群は QOL の改善に効果が見られたとの報告がある ⁵⁾ 。ストレッチング・有酸素運動・筋力トレーニング・認知活性化運動・行動変容技法による運動を習慣的に行うことは、認知機能改善に効果があるという報告もある ⁶⁾ （図3）。	
聞き取りのポイント	質問 9、13、14 を併せて確認する。⇒認知症が心配であるかどうか。 ○「いいえ」の場合でも、話の中で「帰宅中、道に迷ってしまうことがあるかなど、確認してよく。日常生活で困っていることがないか確認する。 ○（自宅に帰れなくなる、金銭管理や薬の服用の管理、買い物でのお釣りの計算など）運転免許を保有している場合、免許更新の際に何か言われていないかを確認する。 ○認知機能検査に関して、本人の希望を確認する。 ○「はい」を選択している場合は、その期間や理由・本人の捉え方等を確認する。 ○「いいえ」の場合 ⇒「自宅への帰り道がわからなくなってしまうことはありますか？」 ○「はい」の場合 ⇒「道に迷ってしまい、自宅に帰れなかったなど、日常生活で困ったことはありますか？」 ⇒「車の飲み忘れや飲み間違えなどはありますか？」 ⇒「食事をしたことや、買い物をしたことを忘れてしまっていることがありますか？」 ⇒「運転免許をお持ちですか？免許の更新をされていますか？その際、認知機能について何か言われていますか？」 ⇒「物忘れ検査を受ける機会があったら、受けてみたいと思いますか？」	
対応方法、紹介先の例	○認知機能に関して、不安を抱えている場合 ⇒地域包括支援センターなどの相談窓口や認知症カフェを紹介する。 ⇒物忘れ外来をもつ医療機関を紹介する。	

用語解説：MMSE：Mini-Mental State Examination とは¹⁾
認知症の認知機能障害を評価する有用な評価尺度。評価項目は 11 問で、時や場所の見当識や単語の記憶、計算、図形の描写などで構成されており、言語機能を用いる検査が 1 点の合計 30 点が満点となる。一般に 23 点以下を認知症の疑いとするがテスト面が使われており¹⁾、27 点以下は軽度認知障害 MCI の疑いがあると判断される⁷⁾。

図 1：MMSE スコアの加齢変化パターン²⁾

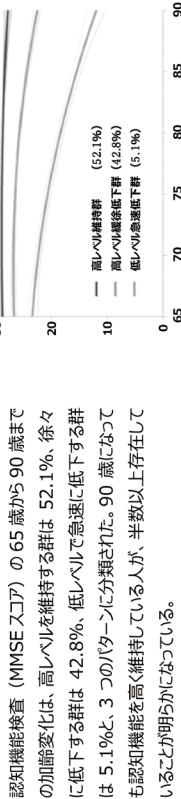


図 1：MMSE スコアの加齢変化パターン²⁾

用語解説：軽度認知障害(MCI：Mild Cognitive Impairment)とは³⁾
「認知症の一手前」と言われる状態で、物忘れのような記憶障害がでるものの症状はまだ軽く、自立した生活ができると言われている。症状が軽いためこそ、正しく知らない家族や自分自身でさえも見過こしてしまう場合がある。MCI のうちに発見し、早期に対策を行うことで認知症の改善、発症時期の遅延につながる可能性がある。

図 2：MCI の 4 年間の変化：正常に復帰する症例の状況について⁴⁾

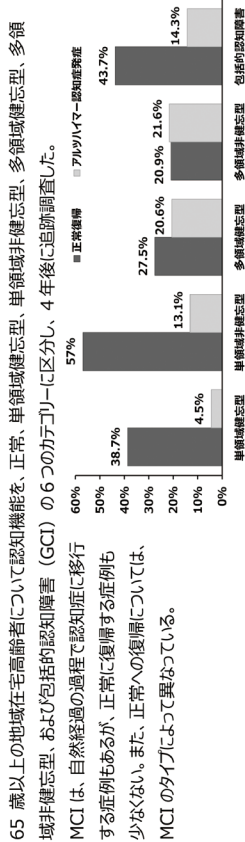
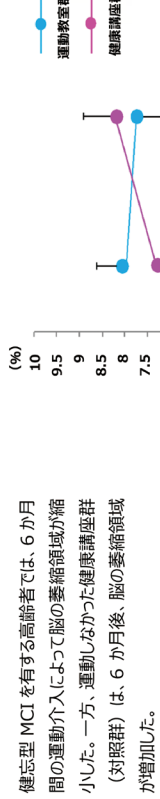


図 3：MCI 高齢者に対する多重課題運動（コグニサイズ）による無作為化対照試験：脳容量の変化⁶⁾

脳萎縮領域の割合（健忘型 MCI 高齢者）



- 1) 認知症疾患診療ガイドライン 2017.
- 2) Taniguchi Y, Kitamura A, et al. Geriatr Gerontol Int. 2017 Nov;17(11):1928-1935.
- 3) Brodaty H, Motokunnel A, et al. Ann Epidemiol. 2014 Jan;24(1):63-71.
- 4) Shimada H, Makisako H, et al. J Am Med Dir Assoc. 2017 Sep 1;18(9):808.e1-808.e6.
- 5) Van Uffelen JG, Chin A Paw MJ, et al. Qual Life Res. 2007 Sep;16(7):1137-1146.
- 6) Suzuki T, Shimada H, et al. PLoS One. 2013 Apr 9;8(4):e61483.
- 7) Kaufer DI, Williams CS, et al. JAMDA. 2008 Oct;9(8):586-593.

類型名：喫煙

質問 No12	あなたはたばこを吸いますか	①吸っている ②吸っていない ③やめた
目的	喫煙習慣を把握する。	
解説	○喫煙習慣の有無（禁煙者を含む）を把握するための質問であり、国民生活基礎調査の質問を採用している。 ○この質問の「たばこ」は、加熱式たばこや、電子たばこを含む。 ○喫煙は COPD、肺がん等との関連に加え、糖尿病等との関連もみられる。 ○高齢者では、非喫煙者の割合が高い ¹⁾ （図 1）。 ○40～80 歳代の年齢階級においても、喫煙のカテゴリー（非喫煙、喫煙、現在喫煙）が上昇するともに、総死亡リスクは有意に増加した ²⁾ （図 2-1）。また、喫煙による推定年間過剰死亡数は、12 万人を超える ²⁾ （図 2-2）。 ○受動喫煙によって、非喫煙女性のがん発症リスクは高まる ³⁾ （図 3）。	
聞き取りのポイント	○吸っている場合 ・咳や痰など症状の有無を確認し、ある場合は緊急性が高いため COPD 等を確認する。 ・喫煙における周囲への配慮（受動喫煙の有無）を確認する。 ・禁煙の意思を確認する。 ○やめた場合 ・禁煙の理由や継続期間を確認する。 ○「吸っている」、「やめた」を選択している場合は、その期間や理由・本人の捉え方等を確認する。	
具体的な聞き取りの例	○「吸っている」場合 ⇒「息切れることはありませんか？ 咳や痰が続いていませんか？」 ⇒「たばこを吸うときに、周りにはどなたかいらいやいますか？」 ⇒「たばこをやめたいと考えていますか？」 ○「やめた」場合 ⇒「禁煙されたんですね。よかったです。何かきっかけがありましたか？」 ⇒「たばこをやめたのは、何歳の頃でしたか？」	
対応方法、紹介先の例	○自覚症状がある場合 ⇒かかりつけ医への受診を勧奨する。あるいは、近隣の医療機関を紹介する。 ○禁煙に関する情報（リーフレット等）を提供する。 ⇒禁煙外来を実施している医療機関のリストを提示し、勧奨する。	

図 1：65 歳以上 性・年齢階級別 喫煙の状況¹⁾

高齢者では、過去から吸っていない割合が最も高く、その割合は、女性が男性に比べ高い。

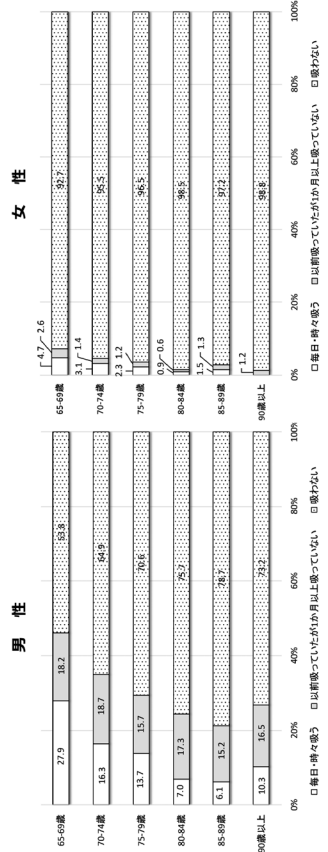


図 2：喫煙状況と総死亡 および 喫煙による推定年間過剰死亡数²⁾

男性において、非喫煙者の死亡リスク 1 を基準にすると、40～80 歳代のどの年齢階級においても、喫煙のカテゴリーが上昇するともに、総死亡リスクは有意に増加した（図 2-1）。喫煙による推定年間過剰死亡数は、男性 109,998 人、女性 11,856 人と推定されており、60 歳代、70 歳代の男性が高値であった（図 2-2）。80 歳代でも喫煙の影響がみられることから、禁煙することは何歳になっても有効である。

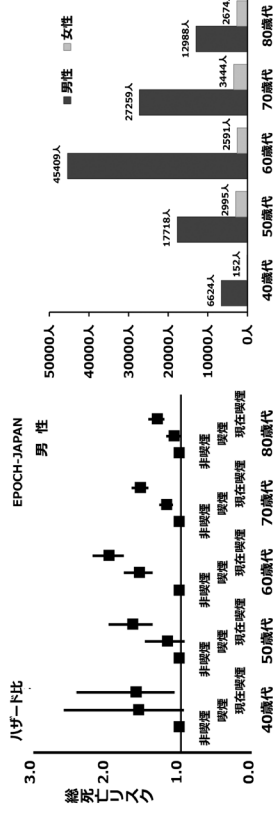


図 2-1. 喫煙状況と総死亡リスク

図 2-2. 推定年間過剰死亡数

図 3：非喫煙女性の受動喫煙によるがんへの影響³⁾

喫煙する夫をもつ非喫煙女性は、喫煙しない夫をもつ者より、肺臓がんの発症リスクが 2.03 倍高い。

- 1) 厚生労働省、高齢者の保健事業の取り組み方検討 WG 資料、参考資料 5 高齢者の健康状態等の包括的な把握方法に関する資料（特別編計）。
<https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000501521.pdf>
- 2) Murakami Y, Miura K, et al. Prev Med. 2011 Jan;52(1):60-65.
- 3) Kurahashi N, Inoue M, et al. Int J Cancer. 2008 Feb 1;122(3):653-657.

資料編

図 1：週に 1 回外出しない高齢者は、毎日外出している者よりも、2 年後の歩行障害や手段的自立障害、認知機能障害が発生しやすい²⁾

1 日 1 回以上外出している高齢者の 2 年後の障害発生リスクを 1 とすると、2、3 日に 1 回の外出頻度の者は、歩行障害は 1.78 倍、手段的自立・障害は 1.48 倍高く、1 週間に 1 回以下の者は、それぞれ 4.02 倍、2.65 倍と障害の発生リスクが高くなった。

手段的自立：バスや電車での外出、日用品の買い物など 5 項目を一人できる能力

歩行障害の発生リスク

IADL障害の発生リスク

※性・年齢、慢性疾患、歩行能力、視力、聴力、尿失禁、健康度自己評価、うつ、認知機能の影響を除いている

図 2：社会的孤立（別居親族や友人、知人との対面・非対面の交流が週 1 回以下）や外出頻度の低下（1 日 1 回未満）は 4 年後の高次生活機能低下のリスクとなり³⁾、6 年後の生存者割合も低い⁴⁾

非孤立・非閉じこもり傾向の者の高次生活機能**の低下リスクを 1 とすると、非孤立・閉じこもり傾向、孤立・非閉じこもり傾向、孤立・閉じこもり傾向の者の機能低下リスクは高く（図 2-1）、6 年後の生存者割合も低い状況であった（図 2-2）。

** 高次生活機能：手段的（バスや電車での外出など 5 項目）、知的（新聞などを読んでいるかなど 4 項目）、社会的（左連の家を訪ねることがあるかなど 4 項目）ADL の得点合計で評価する。

高次生活機能低下リスク

生存者割合

1) フレイル診療ガイド 2018 年度版。

2) Fujita K, Fujiwara Y, et al. J Epidemiol. 2006 Nov;16(6):261-270

3) Fujiwara Y, Nishi M, et al. Geriatr Gerontol Int. 2017 Mar;17(3):500-508.

4) Sakurai R, Yasunaga M, et al. Int Psychogeriatr. 2019 May;31(5):703-711.

25

類型名：社会参加		
質問 No13	週に 1 回以上は外出していますか	
目的	閉じこもりのおそれの有無を把握する。	
解説	○社会的なフレイルの状況を把握する質問であり、基本チェックリストの質問を採用している。 ○社会的なフレイルは、一般的には、独居、外出頻度、友人の訪問、家族との接触などの質問により 2 つ以上問題がある場合を指す ¹⁾ 。 ○本質問から、閉じこもりの状況や社会との繋がりや状況の状況を把握する。 ○外出頻度が週 1 回以下の者は、健康障害のリスクが極めて高い。 ○週に 1 回外出しない高齢者は、毎日外出している者よりも、2 年後の歩行障害や手段的自立障害、認知機能障害が発生しやすい ²⁾ （図 1）。 ○社会的孤立（別居親族や友人、知人との対面・非対面の交流が週 1 回以下）や外出頻度の低下（1 日 1 回未満）は高次生活機能の低下リスクとなり ³⁾ （図 2-1）、6 年後の生存者割合も低い ⁴⁾ （図 2-2）。	
聞き取りポイント	質問 13、14 の社会参加、質問 15 のソーシャルサポートは 3 項目を併せて確認する。 ○質問 9 の運動習慣や趣味などを聞き取り、通いの場等に参加することへの意向を確認する。 ○質問 14 の家族や友人との付き合いがある場合は、その状況を確認する。 ○治療中の疾患を持っている場合は、通院の状況を確認する。 ○“いいえ”を選択している場合は、その期間や理由・本人の捉え方等を確認する。	
具体的な声かけの例	○“はい”の場合 ⇒「活動的な生活を送られていて、とても楽しそうですね、充実されていますね。」 ○“いいえ”の場合 ⇒「お好きなことや、何か、やってみたいことなどはありませんか？ 例えば、地域サロンや健康・スポーツ、趣味のサークルなどへ参加してみたいと思いませんか？」 ⇒「家族や友人と、お茶したり、ランチしたりする機会はありますか？ 家族や友人とは、どれくらいの頻度で会っていますか？」 ⇒「どれくらいの頻度で外出されていますか？」	
留意事項	○週に 1 回以上の外出には、定期的な通院が含まれていることに留意し、医療機関の受診も併せて確認し、閉じこもり状態ではないかを確認することが望ましい。 ○予防的には、1 日 1 回以上の外出を心がけるように指導する。	
対応方法、紹介先の例	○様々な通いの場に参加することに対し、前向きに捉えている場合 ⇒サロンなどの地域の活動、健康・スポーツや趣味のサークル、老人クラブなどを紹介する。 ○質問 13～15 のうち、2 項目以上に“いいえ”があり、なおかつ、質問 1、2 が良好でない場合 ⇒地域包括支援センターなどの相談窓口を紹介する。	

25

56

図 1：65 歳以上、性・年齢階級別 社会参加している者の割合²⁾

「あなたは現在働いていますか。または、ボランティア活動、地域社会活動(町内会、地域行事など)、趣味やお稽古事を行っていますかの質問に“働いている”、“何らかの活動を行っている”と回答した者の割合は、男女いずれも年齢が高くなるにつれて減少している。

社会参加率

男性 女性

図 2：ボランティア活動に参加していない者や、参加したくないが参加している者は、3 年後の要介護リスクが高い³⁾

ボランティア活動に進んで参加した者の 3 年後の要介護リスクを 1 とすると、参加したくないが参加した者の発生リスクは 2.88 倍、参加したくないが参加しなかった者、参加しようと思わない者の発生リスクは、それぞれ 2.70 倍、2.48 倍であった。参加したくない人に無理やり参加させるのではなく、安心して参加できるように取り組みに繋げることが重要である。

要介護リスク

参加したくないが参加 参加したくないが参加せず 参加しようと思わない

1) フレイル診療ガイド 2018 年度版。

2) 厚生労働省、高齢者の保健事業の取り組み方検討 WG 資料、参考資料 5 高齢者の健康状態等の包括的な把握方法に関する資料（特別編付）。
https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000501521.pdf

3) Nonaka K, Fujiwara Y, et al. Geriatr Gerontol Int. 2019 Apr 16.

26

類型名：社会参加		
質問 No14	ふだんから家族や友人と付き合いがありますか	
目的	他者との交流(社会参加)を把握する。	
解説	○社会的なフレイルの状況を把握する質問であり、基本チェックリストの質問を採用している。 ○社会的なフレイルは、一般的には、独居、外出頻度、友人の訪問、家族との接触などの質問により 2 つ以上問題がある場合を指す ¹⁾ 。 ○本質問から、閉じこもりの状況や社会との繋がりや状況を把握する。	
エビデンス、統計等	○社会参加している割合は、加齢とともに低くなっており、65 歳以上全体では、男性 58.7%、女性 50.8%である ²⁾ （図 1）。 ○ボランティア活動に参加していない者や、参加したくないが参加している者は、進んで参加している者より 3 年後の要介護リスクが高い ³⁾ （図 2）。	
聞き取りポイント	質問 13、14 の社会参加、質問 15 のソーシャルサポートは 3 項目を併せて確認する。 ○どの程度、他者との関わりを持っているのか社会参加の程度と、一人で過ごすことを好んでいるかなど、社会参加に対する本人の意向、他者との交流を持っていない理由などを確認する。 ○対面での関わりのみと捉え、“いいえ”とした場合が考えられるため、電話や手紙などの連絡手段を利用していないか確認する。 ○“いいえ”を選択している場合は、その期間や理由・本人の捉え方等を確認する。	
具体的な声かけの例	○“はい”の場合 ⇒「に家族や友人と楽しく過ごしているんですね。」 ○“いいえ”の場合 ⇒「地域サロンやスポーツ、趣味のサークルなどへ参加してみたいと思いませんか？」 ⇒「息子（娘）さんとお電話などで、お話されることはありませんか？」 ⇒「家族や友人と、お茶したり、ランチしたりする機会はありますか？」	
留意事項	○同居家族がいるが孤食の場合には、フレイルのリスクが高まる。本質問を手がかりに、同居家族の状況、社会参加の状況などを把握することが必要である。	
対応方法、紹介先の例	○様々な通いの場に参加することに対し、前向きに捉えている場合 ⇒サロンなどの地域の活動、健康・スポーツや趣味のサークル、老人クラブなどを紹介する。 ○質問 13～15 のうち、2 項目以上に“いいえ”があり、なおかつ、質問 1、2 が良好でない場合 ⇒地域包括支援センターなどの相談窓口を紹介する。	

類型名：ソーシャルサポート

質問 No15	体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか	①はい ②いいえ
目的 解説	身近な相談相手の有無を把握する。 ○医療専門職だけでなく、ソーシャルサポート(社会的支援)の意味がより明確となるよう“身近に相談できる人”と明示している。 ○健康に関する相談ができる人がいるかどうかについて把握する。面談せずに電話のみで相談している場合も“はい”とする。	
エビデンス、統計等	○ソーシャルサポートの欠如は心理的苦痛と有意に関連している ¹⁾ (図1)。 心理的苦痛の調査票は、うつ病や気分障害、不安などの精神状態を発症する可能性が高い人を特定するために開発されたものである ¹⁾ 。 ○65歳以上の高齢者においては、「病気のときや、一人ではできない家の周りの仕事の手伝いなどについて頼れる人はいますか」の質問に対し、概ね 95%以上が“いる”と回答している ²⁾ (図2-1)。頼れる人については、“配偶者”が最も多い状況である ²⁾ (図2-2)。	
聞き取りポイント	質問 13、14 の社会参加、質問 15 のソーシャルサポートは 3 項目を併せて確認する。 ○対面での相談のみと捉え、“いいえ”とした場合が考えられるため、電話や手紙などの連絡手段を利用していないか確認する。 ○“いいえ”と答えた者には、相談する必要がある、相談してあれこれと指示を受けたくない、自分なりにやっている、時間が取れない、身近に相談できる人がいない、等の理由が考えられる。 相談できる人がいない場合には、まずは健康に関して相談したいことがないかを確認し、本人の意向や健診結果などを十分に配慮しつつ支援を行う。 ○自身の健康に対する捉え方や、相談できない理由などを確認する。	
具体的な声かけの例	○“はい”の場合 ⇒「身近に相談できる人がいると、心強いですね。」 ○“いいえ”の場合 ⇒「体調が悪いときは、どのようにされていますか？」 ⇒「体調が悪いから、相談しようと思っていないことはありますか？」 ⇒「体調が悪い場合でも、ご家族（身近な方）などに迷惑をかけてはいけない、心配をさせてはいけな」と思っている（我慢している）ということはありませんか？」 ⇒「自分ばもう高齢（年）だから、体調が悪いのはしょうがないと思ったりはしませんか？」 ⇒「お電話などで、体調についてどなたかと相談することはありますか？」	
対応方法、紹介先の例	○質問 13～15のうち、2 項目以上に“いいえ”があり、なおかつ、質問 1、2 が良好でない場合 ⇒地域包括支援センターなどの相談窓口を紹介する。	

図 1：ソーシャルサポート（困ったときの相談相手）の有無と心理的苦痛²⁾

65 歳以上では、男女いずれも、困ったときに相談相手がいらない人は、相談相手がいる人よりも心理的苦痛をもつリスクが高い。

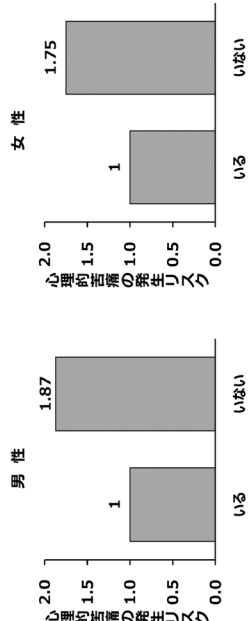


図 2：病気のときや、一人ではできない家の周りの仕事の手伝いなどについて頼れる人はいますか²⁾

65 歳以上では、概ね 95%以上が頼れる人がいると回答している。一方で、2～5%は頼れる人はいないと回答していた（図 2-1）。頼れる人に対しては、配偶者が最も多く、次いで子ども、その他の親族という順に多い結果であった（図 2-2）。

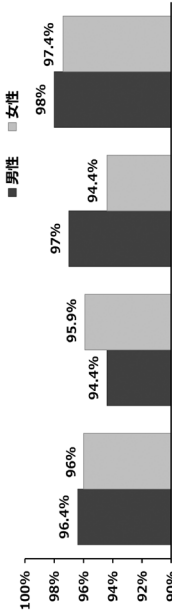


図 2-1. 性・年齢階級別の割合

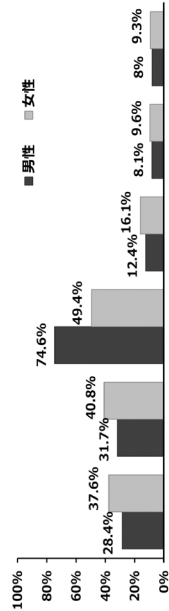


図 2-2. 男女別 頼っている人の割合（複数回答）

1) Kuriyama S, Nakaya N, et al. Journal of Epidemiology. 2009;19(6): 294-302.
2) 内閣府.令和元年 6 月高齢者の住宅と生活環境に関する調査.

参考資料 1 質問票、KDB を活用した保健事業対象者抽出の参考例

太字：主要項目 細字：参考項目

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

（令和2年3月作成）

参考資料 2

個人面談記録表例

実施日 年 月 日 ()

支援担当者			
対象者氏名		男 女	() 歳
現病歴	高血圧、脂質異常症、糖尿病、狭心症、心筋梗塞、その他心臓病、脳卒中、肝臓病、腎臓病、がん、COPD、骨粗鬆症、喘息、貧血、歯、認知症、その他 ()、なし		

聞き取りした内容	声かけ内容 アドバイス内容	紹介した 保健事業	参加 意思※
低栄養 (3、4、5、6)			
運動器 (7、8、9)			
認知機能 (10、11)			
たばこ (12)			
総合 [健康 (1)、こころ (2)、社会参加 (13、14、15)]			

※参加意思への表記：確実に行く「◎」、前向きに検討「○」、行かない「△」、拒否的反応「×」

【支援者用メモ欄】

「かかりつけ医」のための後期高齢者の質問票対応マニュアル

かかりつけ医のための

後期高齢者の質問票
対応マニュアル

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

一般社団法人 日本老年医学会理事長 秋下雅弘

専門職との連携

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

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

一般社団法人 日本老年医学会

後期高齢者の質問票

質問文	回答 ※囲みにに対して対応考慮	フレイル	質問の意図	かかりつけ医での初期対応
1 あなたの現在の健康状態はいかがですか？	① よい ② まあよい ③ ふつう ④ あまりよくない ⑤ よくない	身体 精神 社会	全般的な健康状態の評価	身体疾患の関与を見直す 薬剤有害事象の有無を評価する うつ・アパシーの有無を判断する 生活環境との関係を見直す
2 毎日の生活に満足していますか？	① 満足 ② やや満足 ③ やや不満 ④ 不満	身体 精神 社会	うつ状態や QOL 低下を反映した生活満足度の評価	QOL が低いと感じるポイントを聞く うつ・アパシーの有無を判断する 経済・社会状況要因を見直す
3 1 日 3 食きちんと食べていますか？	① はい ② いいえ	身体 精神 社会	食思不振ならびに栄養の評価	食べていない理由を聞いて評価すべき項目を判断する
4 半年前に比べて硬いものが食べにくくなりましたか？	① はい ② いいえ	オーラル	口腔内の器質的問題ならびに口腔機能低下の有無	口腔機能評価
5 お茶や汁物などでむせることがありますか？	① はい ② いいえ		嚥下機能の評価	肺炎、脳血管障害の既往の確認 嚥下に関わる総合的機能評価
6 6 カ月間で 2 ～ 3kg 以上の体重減少がありましたか？	① はい ② いいえ	身体	身体的フレイル・低栄養の評価	意図的な減量・治療中の病気によるもの・原因不明に分類する
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		サルコペニア、ロコモティブシンドロームなどの運動機能低下や転倒リスクの評価	歩行状態を確認する 脊柱管狭窄症、変形性脊椎症、変形性関節症など整形外科疾患の鑑別
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		転倒リスク（内的要因・外的要因）や転倒関連疾患の評価	転倒時の状況、頭部外傷の有無、骨折の既往の聴取、骨粗鬆症の評価 ⁹⁾
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		運動習慣の評価	社会資源活用（運動教室、スポーツセンターなど）の必要性を判断する
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	精神	記憶力低下の評価	認知機能検査の必要性を判断する
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		見当識低下の評価	
12 あなたはたばこを吸いますか？	① 吸っている ② 吸っていない ③ やめた	-		呼吸器症状の問診、喫煙歴の聴取
13 週に 1 回以上は外出していますか？	① はい ② いいえ	社会	閉じこもりリスクの評価	外出頻度と閉じこもりのリスクを判断する
14 ふだんから家族や友人と付き合いがありますか？	① はい ② いいえ		社会的フレイルの評価	社会資源活用の必要性を判断する
15 体調が悪い時に、身近に相談できる人がいますか？	① はい ② いいえ			

後期高齢者の質問票 対応マニュアル

初期対応時の主な評価内容	想定される病態	問題がある場合の対応の概要
身体疾患・老年症候群 ¹⁾ の診断 服薬アドヒアランスの確認 ポリファーマシー・薬物有害事象 ²⁾ うつ ³⁾ ・意欲の評価 生活支援者や介護者の評価、社会資源評価	臓器別疾患 老年症候群 薬物有害事象 うつ	・保有疾患の管理不十分、既往疾患の再燃、新規疾患の発生に対する検査、治療の追加・強化を検討する。 ・該当する症候の原因となる服用薬を確認する。 ・薬物有害事象の可能性を検討し、ポリファーマシー関連の問題について対応する。
精神・心理状態に影響する老年症候群 ¹⁾ QOL の評価 うつ ³⁾ ・意欲の評価 家族・生活環境、介護サービス利用を含む経済・社会状況の評価	慢性疼痛、不眠、頻尿、活動量低下など うつ、アパシー 孤独	・原因疾患や老年症候群があれば、それに対する治療やケアを優先する。 ・うつ病であれば治療が必要であり、 専門医への紹介 も検討する。 ・家族・生活環境に応じて、地域包括支援センターや市町村の保健事業担当等と連携し、地域資源の活用を検討する。
栄養状態の評価 ⁴⁾ 口腔機能、味覚・嗅覚評価 食欲低下の原因の鑑別診断 ^{a)} うつ ³⁾ ・意欲・認知症 ⁵⁾ の診断 家族・住宅環境、経済状況、介護必要度の判定	臓器別疾患 老年症候群 薬物有害事象 うつ、認知症	・食思不振・低栄養の原因に応じた対応。 ・ 歯科との連携 。 ・市町村の管理栄養士等につなぎ、栄養相談・食事指導を行う。
口腔内診察（齲歯、歯周病、義歯の状態） 握力	齲歯・歯周病、口腔機能低下症、サルコペニア	・咀嚼や摂食障害の存在により、栄養障害を引き起こしている可能性があり、口腔内の評価のみならず、栄養状態の評価を実施する。 歯科との連携 。
嚥下機能評価（反復唾液嚥下テスト ⁶⁾ ） 嚥下機能障害の鑑別診断 ^{b)}	誤嚥、嚥下機能障害、サルコペニア	・嚥下リハビリや誤嚥予防などの介入を考慮する。 ・低栄養があれば栄養介入を考慮する。
栄養状態の評価 ⁴⁾ 、低栄養の鑑別診断 ^{a)} 意図しない体重減少の鑑別診断	低栄養 悪性疾患、炎症性疾患などの身体疾患 フレイル、サルコペニア	・原因となる疾患がある場合、適宜対応する。 ・原因となる疾患がない場合、栄養状態、運動（活動性）、精神・心理、社会的背景（生活環境の変化）を評価し、介入を考慮する。
歩行状態の評価と歩行障害の鑑別診断 ^{c)} 心肺機能の評価 握力測定、ロコモ度テスト ⁸⁾ 、指輪っかテスト ⁷⁾	ロコモティブシンドローム 心不全、COPD サルコペニア 感覚器疾患 神経疾患 脆弱性骨折、骨粗鬆症 薬物有害事象 慢性硬膜下血腫	・原因となる疾患がある場合、適宜対応する。 ・ロコモ・サルコペニア・フレイルに対する運動・栄養介入を考慮する。
転倒の外的要因 ^{d)} ・内的要因の診断 ^{e)} ロコモ度テスト ⁸⁾ 骨粗鬆症関連検査		・転倒関連疾患に介入する。 ・ロコトレなどの運動介入や内的要因・外的要因の軽減、除去を考慮する。
家族・住宅環境、経済状況の把握と運動を阻害する身体疾患の鑑別、慢性疾患の評価		・フレイル予防や健康長寿に向けて運動習慣の大切さを伝える。 ・介護予防教室等の紹介、地域包括支援センターとの連携、慢性疾患管理としての運動療法を考慮する。
認知機能評価 ⁵⁾ 認知機能障害の鑑別診断または専門医への紹介	認知機能障害	・認知症の診断を行う以外に地域包括支援センターの紹介や、地域で提供しているサービスの利用を検討する。 その際、各地域で作成されている認知症ケアマニュアルを参考にする。 ・ 認知症サポート医との連携 。
呼吸機能評価、必要に応じて胸部 Xp	COPD など	・過去の喫煙歴がある者に対しても、呼吸器症状の問診、喫煙歴の聴取、胸部レントゲンの評価を行うことを考慮。
外出を妨げる原因の評価（2 抑うつ、6 体重減少、7-9 運動器、10-11 認知、その他の身体疾患、家族・住宅環境）		・各原因に対する対応策を検討する。 ・ 介護予防事業 の活用。
家族・住宅環境、介護状況 必要に応じて質問票を用いた評価 ¹⁰⁾	身体疾患（心不全や神経・運動器疾患など） うつ・アパシー・認知症 閉じこもり、社会的孤立	・ 地域包括支援センター や 福祉課 と連携して対応する。 また、地域の交通事情にも配慮し、地域資源の活用を検討する。 ・13 ～ 15 で 2 項目以上「いいえ」で、質問 1、2 で良好ではない場合、地域包括支援センターや市町村の保健事業担当などの相談窓口を紹介する。

評価方法や鑑別診断

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

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

参考資料

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

FAX

049-282-3717

研究室HP
入力サイト



厚生労働科学「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」アンケート
市町村における『高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施』のための進捗チェックリストガイド
チェックリストや解説の改善、研修等に活用してまいりますのでご協力よろしくお願いします。

【記入日】 年 月 日

1. 進捗チェックリストについて、感想をご記入ください。

①一体的実施をすすめるにあたり、このような進捗チェックリストが必要だと思いますか？

☐…必要 ☐…不要 ☐…わからない

その理由 _____

②リスト項目の中で、不要な項目、わかりにくい項目がありますか？（複数回答可）

項目番号()その理由 _____

③リスト項目に追加したほうがよいと思う事項、その他改善案はありますか？

2. 解説について

①進捗チェックリストについての解説は必要と思いますか？

☐…必要 ☐…不要 ☐…わからない

その理由 _____

②解説の中で、わかりにくい事項がありますか？（複数回答可）

ページ()わかりにくい内容 _____

③解説に追加したほうがよいと思う事項や改善案はありますか？

3. 研究班からの情報提供、研修、研究協力についてのお考えをお聞かせください。

（該当する項目に✓）

☐…研究班へのアンケート、ヒアリング等に協力可能

☐…ワークショップ、研修会、情報交換会等に参加したい

☐…一体的実施の進め方について、相談したい（その内容 _____）

☐…その他のご要望（ _____）

下記にご記入ください。

①自治体・団体名(_____)

記入代表者氏名(_____)担当課(_____)職種(_____)

連絡先 メールアドレス _____

②貴自治体の「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」の実施状況をおきかせください。

☐…令和2年度実施した ☐…令和3年度実施予定 ☐…令和4年度以降に実施予定 ☐…未定

③あなたは本事業にどうかかわっていますか？（複数回答可）

☐…市区町村コーディネートを担う専門職 ☐…保健指導担当専門職 ☐…担当事務職

☐…広域連合 ☐…国保連合会 ☐…その他(_____)

アンケートはここまでです。ご協力ありがとうございました！