

# 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について

九州厚生局健康福祉部地域包括ケア推進課

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省  
Ministry of Health, Labour and Welfare

# 1

## 1. 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

# 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><b>経済財政諮問会議</b>            ◇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><b>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</b>            ◇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><b>高齢者の医療の確保に関する法律の一部改正（4月施行）</b>            ◇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><b>経済財政運営と改革の基本方針2016閣議決定（6月）</b>            ◇「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><b>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～）</b>            ◇WG（3回）、作業チーム（2回）、モデル事業実施</p>
平成29年度	<p><b>高齢者の保健事業のあり方検討ワーキンググループ</b>            ◇WG（2回）、作業チーム（2回）、モデル事業実施</p>
平成30年度	<p><b>高齢者の保健事業のあり方検討ワーキンググループ</b>            ◇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><b>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）</b></p>
令和元年度	<p><b>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）</b>            ◇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><b>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）</b></p> <p><b>高齢者の保健事業のあり方検討ワーキンググループ</b>            ◇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	<p><b>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）</b>            ◇高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施 開始</p>

# 2

## 2. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

ひと、くらし、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

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。**

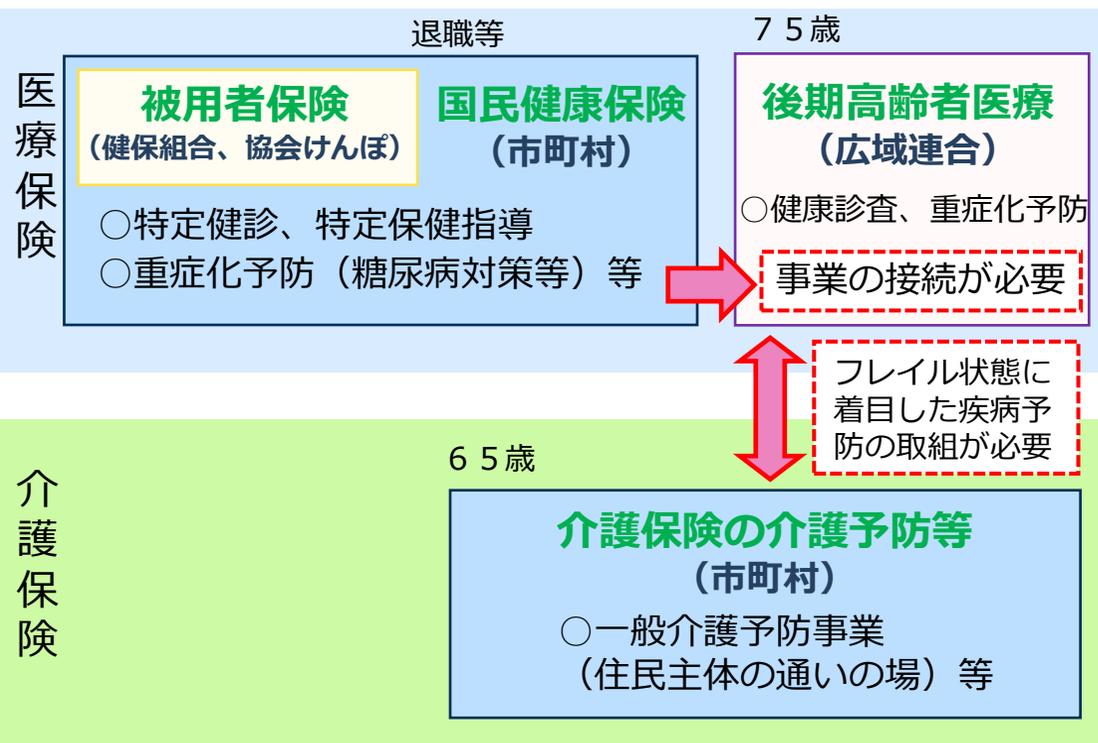
# 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施

- 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。

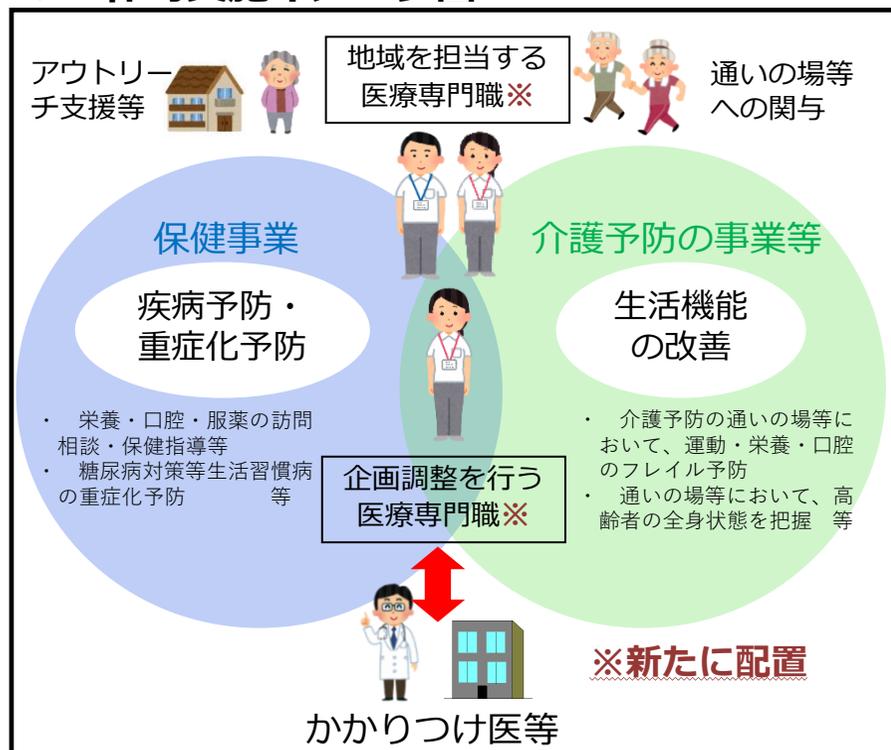
- 令和6年度において、ほぼ全ての市町村において一体的な実施を展開済み。
- 令和7年度以降においては、実施市町村における取組の量の増加と質の向上を目指す。

高齢者医療課調べ（令和6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



# 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。

### 医療・介護データ解析

- ②高齢者一人ひとりの医療・介護等の情報を一括把握
- ③地域の健康課題を整理・分析



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

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

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

### 保健事業

⑤国民健康保険と後期高齢者医療制度の保健事業を接続

### 疾病予防・重症化予防

- ・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疾病管理や重症化予防
- ・健康教育、健康相談、適切な受診勧奨等
- ・介護予防との一体的なフレイル予防（運動・栄養・口腔等）の取組

⑥社会参加を含むフレイル対策を視野に入れた取組へ

### 介護予防の事業等

### 生活機能の改善

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

⑦医療専門職が、通いの場等にも積極的に関与

⑩市民自らが担い手となって、積極的に参画する機会の充実

### かかりつけ医等

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

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。

# 3

## 3. 一体的実施の推進に向けた体制整備

ひと、暮らし、みらいのために



厚生労働省  
Ministry of Health, Labour and Welfare

# 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。

**都道府県保健所**

事例の横展開・県内の健康課題の俯瞰的把握・事業の評価 等

広域性を活かした支援

**広域連合**

- 広域計画に、広域連合と市町村の連携内容を規定
- データヘルス計画に、事業の方向性を整理
- 事業の実施に必要な費用を委託事業費として交付
- 構成市町村にヒアリング
- 構成市町村へのデータ提供
- 構成市町村の事業評価の支援

技術的援助・協力

**市町村**

- 高齢者医療、国保、健康づくり、介護等庁内各部局間の連携体制整備
- 一体的実施に係る事業の基本的な方針を作成
- 一体的実施に係る事業の企画・関係団体との連携
- 介護の地域支援事業・国保の保健事業との一体的な取組の実施

(例) データ分析、アウトリーチ支援、通いの場への参画 等

※広域連合に被保険者の医療情報等の提供を求めることができる

※広域連合のヒアリング等を通じた事業内容の調整

※データの一体的分析により地域課題を把握、広域連合からの提供データも活用

※地域ケア会議等も活用

**医療関係団体**

- 企画段階から取組について調整
- 取組への助言・支援
- かかりつけ医等との連携強化 等
- 事業の実施状況等を報告し、情報共有

事業の報告

**国保中央会**

- 研修指針の作成

KDBシステムの活用支援

**国保連合会**

- KDBシステムのデータ提供
- 市町村、広域連合に向けた研修の実施
- 保健事業支援・評価委員会による支援

**国（厚生労働省）**

- 保健事業の指針において、一体的実施の方向性を明示
- 具体的な支援メニューをガイドライン等で提示
- 特別調整交付金交付
- エビデンスの収集

令和3年～

**厚生（支）局**

- 特別調整交付金審査事務
- 実施状況調査・ヒアリング

✓ 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・日常生活圏域ニー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) 低栄養に関わる相談・指導
- (b) 口腔に関わる相談・指導
- (c) 身体的フレイル（口コモを含む）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. 重複投薬・多剤投与等への相談・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。

# 高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン（第3版）の改定について

## 改定のポイント

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

高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第2版（令和元年10月）及び高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第2版（補足版）（令和4年3月）を統合し、一体的実施の進捗状況、データヘルス計画策定の手引きの改訂、厚生労働科学研究の成果等を踏まえ改定。

### ■ データヘルス計画における標準化の推進

（ねらい）

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

（対応）

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

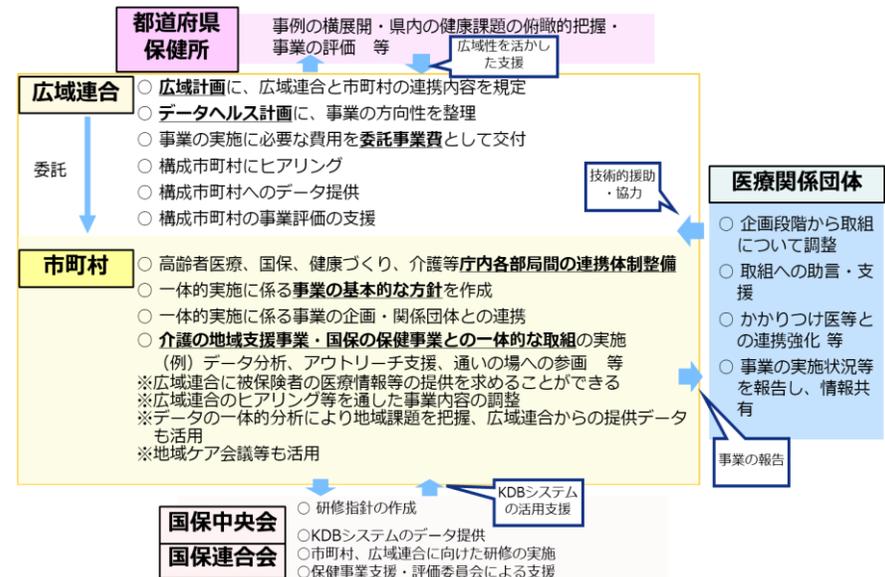
### ■ 厚生労働科学研究の成果

健診・医療・介護データから対象者を簡易にリスト化し、事業実施・評価を可能とする一体的実施・KDB活用支援ツール・解説書を提供。

（令和2年～4年度厚生労働行政推進調査事業日補助金政策科学総合研究事業  
「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：津下一代）

### ■ 体制整備・関係団体との連携

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



### 検討経緯等



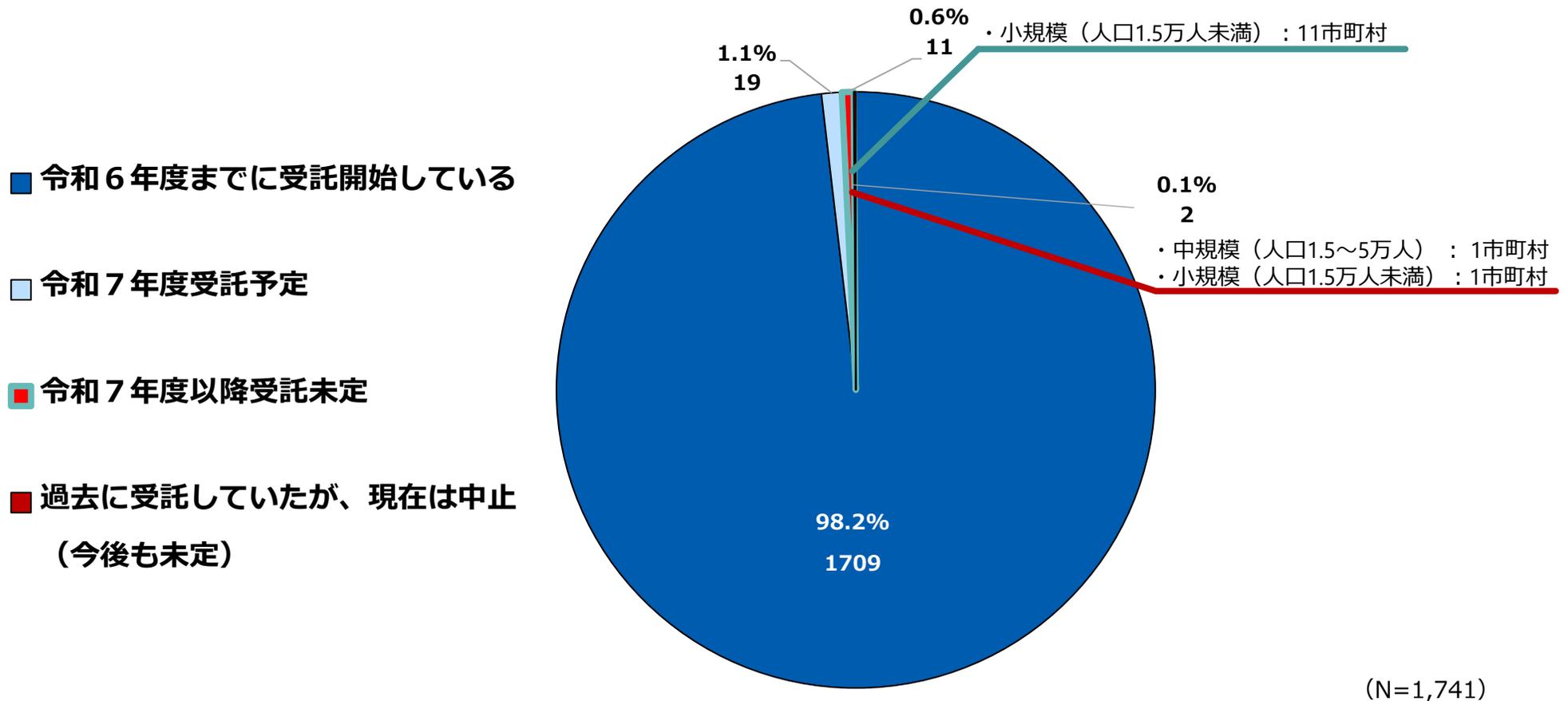
# 4

## 4. 一体的実施の実施状況及び実施予定等



# (令和6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6年度）までに一体的実施を受託開始した市町村は1,709市町村（98.2%）であった。
- 一体的実施を受託していない市町村で令和7年度受託予定は19市町村（1.1%）であった。
- 受託予定時期が決まっていない市町村は13市町村（0.7%）であった。



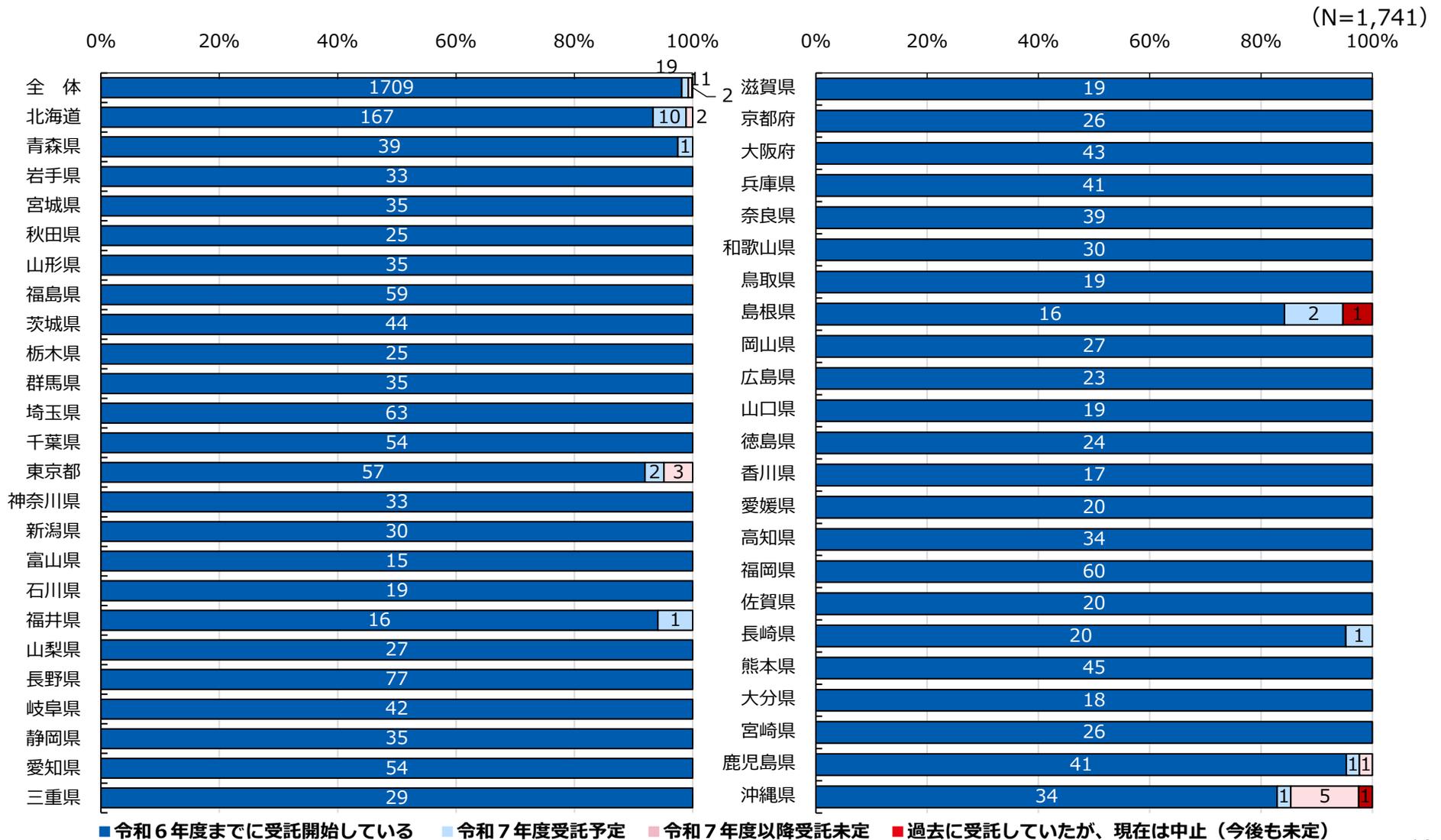
※ 人口順に市町村を並べ、およそ3分されるように1.5万人と5万人で区切りを設定した

※ 受託未定には過去受託していたが、現在は中止、今後も未定2市町村を含む

# (令和6年度一体的実施実施状況調査) 都道府県別の一体的実施の実施状況及び実施予定

【速報値】

- 令和7年度にすべての市町村で実施（予定を含む）している広域連合は41（全広域の約87%）であった。実施予定なし（過去に受託していたが、今後も未定の場合も含む）は13市町村（全市町村の約0.7%）であった。



# 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、(1)健康状態、(2)心の健康状態、(3)食習慣、(4)口腔機能、(5)体重変化、(6)運動・転倒、(7)認知機能、(8)喫煙、(9)社会参加、(10)ソーシャルサポートの10類型に整理した。
- 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。

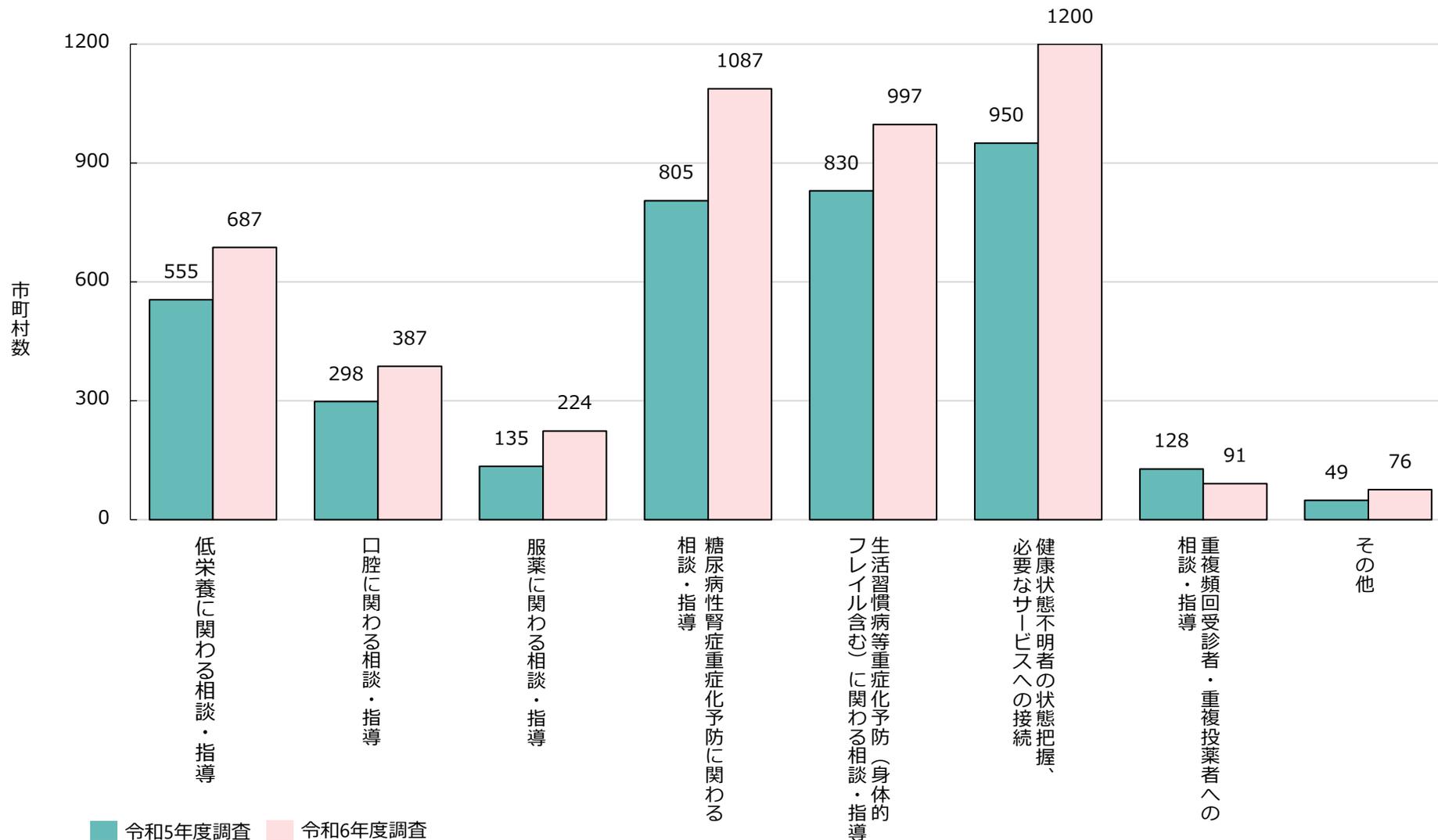
## 質問票の内容

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

# (令和6年度一体的実施実施状況調査) ハイリスクアプローチの実施項目【速報値】

- 多くの項目において、実施市町村数は増加している。

### ハイリスクアプローチの実施項目

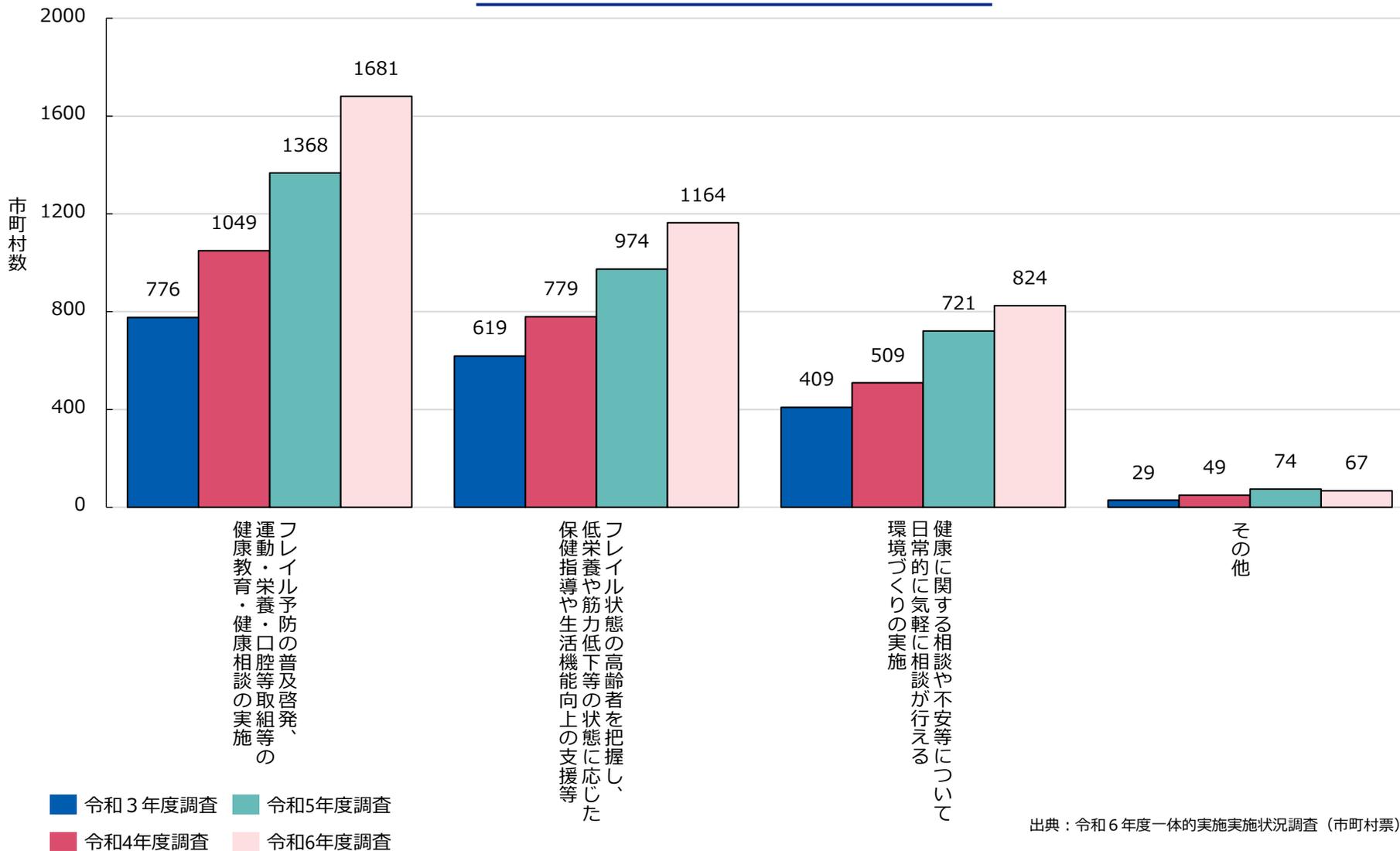


# (令和6年度一体的実施実施状況調査) ポピュレーションアプローチの実施項目

【速報値】

- すべての項目において、実施市町村数は増加している。

## ポピュレーションアプローチの実施項目

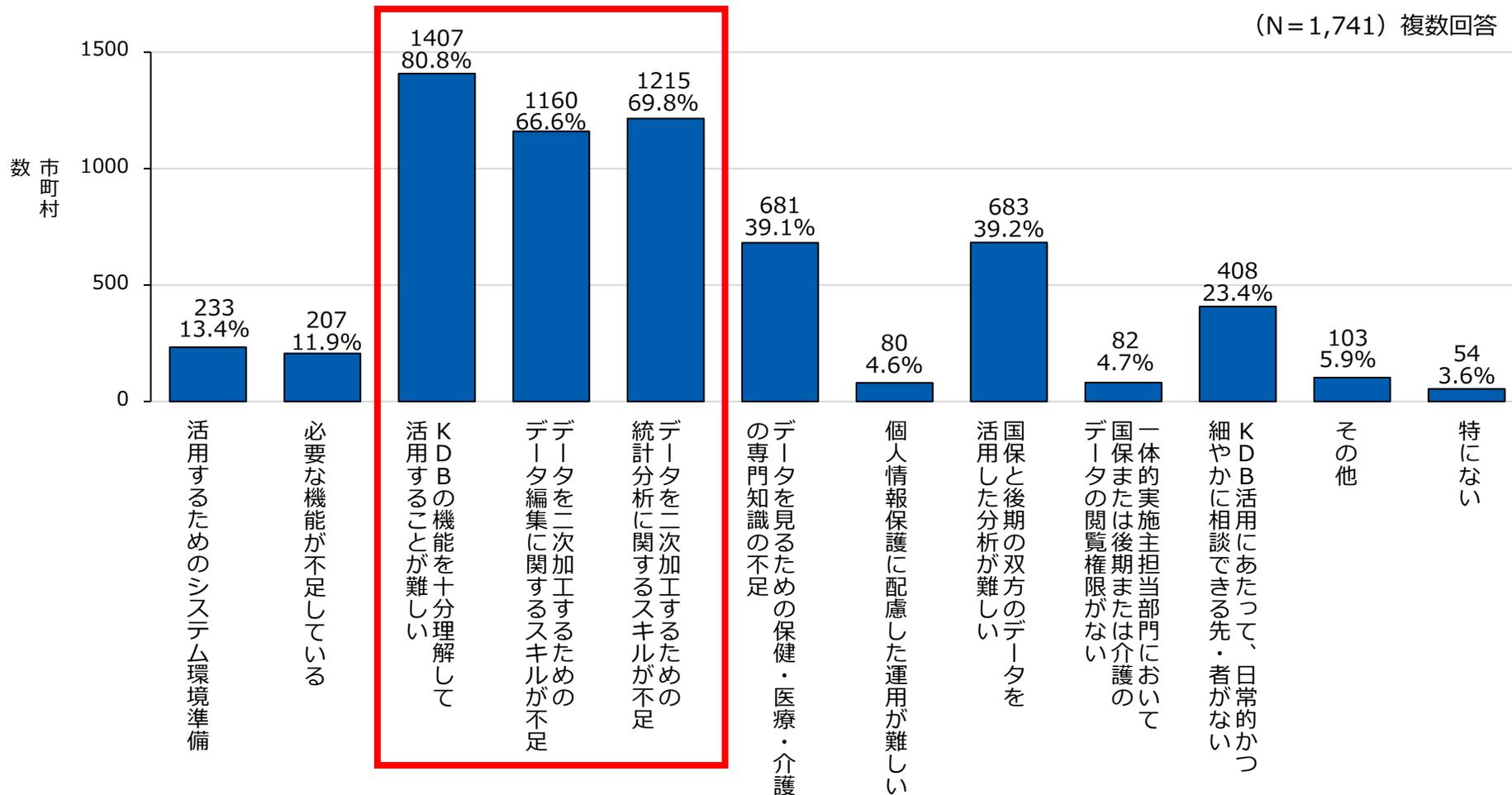


# (令和5年度一体的実施実施状況調査) KDBシステムの活用における課題

【速報値】

市町村票

- KDBシステム活用における課題について、「KDBの機能を十分理解して活用することが難しい」が1,407市町村で最も多く、次いで「データを二次加工するための統計分析に関するスキルが不足」が1,215市町村、「データを二次加工するためのデータ編集に関するスキルが不足」が1,160市町村であり、活用のための知識・スキルに関する課題が上位を占めている。



# 実施状況調査から見た課題と対応

## 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
- 目標・評価指標の設定、医療機関との連携・調整、事業実施後の評価・改善策の立案が課題
- 関係部署間での庁内連携が課題
- 医療関係団体と連携していない市町村も多い
- データヘルス計画の説明を受けていない市町村も多い

## 広域連合の課題

- 市町村における専門職等の人員体制の確保への支援
- 市町村の専門職不足への対応と市町村の負担軽減
- データヘルス計画評価時に評価結果の妥当性を担保する仕組みがない、指標・目標が評価しづらい
- 標準化を進めるうえで構成市町村が独自の抽出基準や評価基準を使用しているため、標準化を求める説明が困難

## 対応

- 特別調整交付金の申請様式の変更
- 一体的実施計画書・実績報告書集約ツールの作成
- 「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第3版」の策定
- 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・R5年度）
- 高齢者の保健事業・一体的実施研修会の実施、アーカイブ配信
- 厚生局単位、広域単位の意見交換会・事例発表会
- 外部の関係機関・関係団体との連携 事例集の公表
- 標準化に向けた事業のあり方の整備
  - ・ 健診受診対象者の明確化
  - ・ 健診受診率の算出方法の統一
  - ・ データヘルス計画策定におけるハイリスク者数把握法の手順の提示
  - ・ 標準化の重要性及びその方法についての周知
  - ・ KDB活用支援ツールを用いたハイリスク者割合の把握及び一体的実施計画書・実績報告書の様式への反映
  - ・ 一体的実施実施計画書・実績報告書の集約データベース、集約レポートの提供

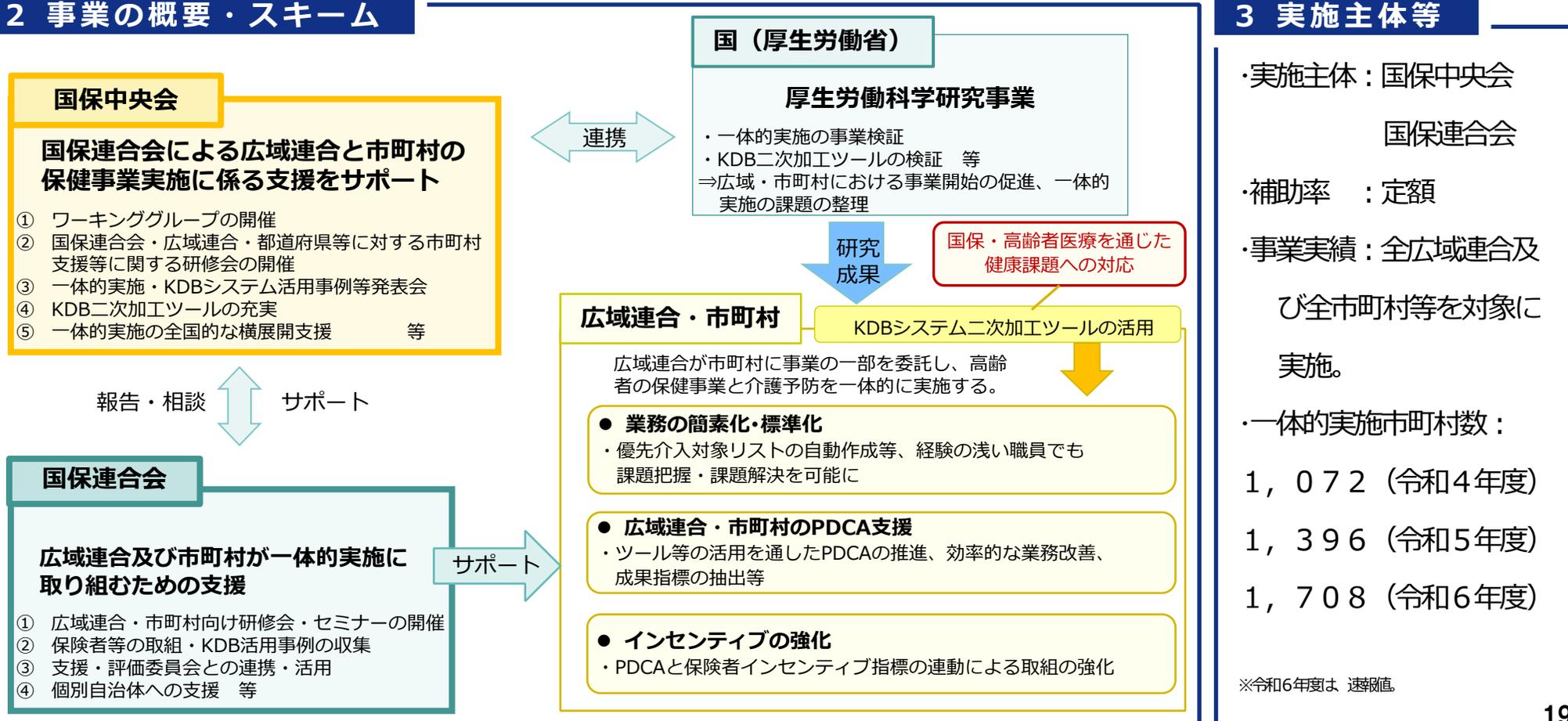
令和7年度予算 1.0 億円（1.0億円） ※（）内は前年度当初予算額

## 1 事業の目的

令和2年度より開始された「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6年度までに全ての市町村において取組が実施されるよう取り組むとともに効果的な事例の横展開を図る。

※高齢者の心身の多様な課題に対してきめ細かな支援を実施するため、後期高齢者の保健事業について、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。

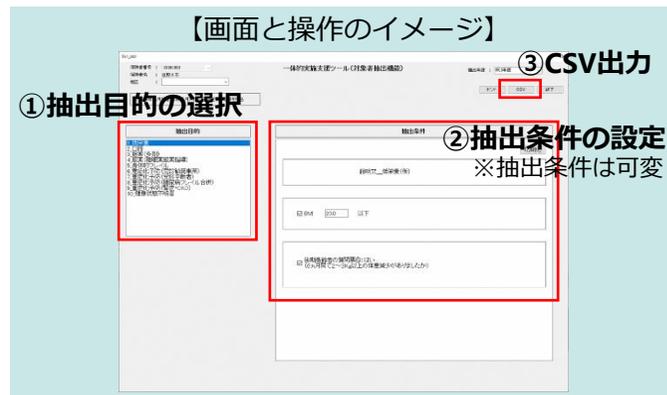
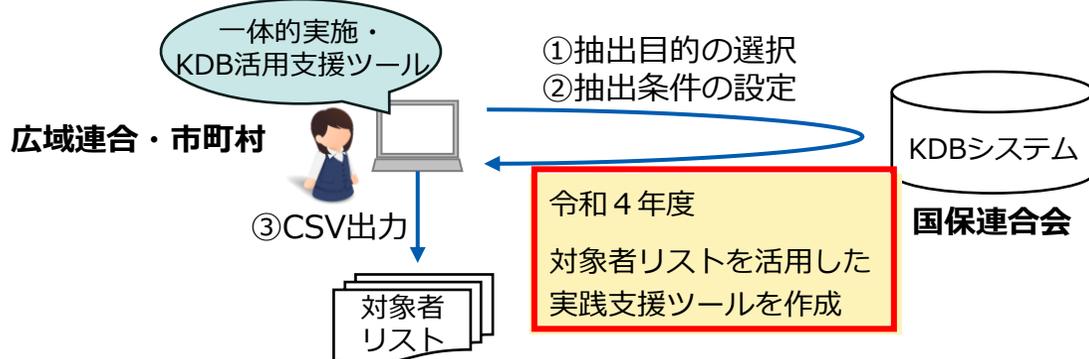
## 2 事業の概要・スキーム



# 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、提供済（令和4年2月）。令和4年度には、本ツールから出力可能なCSVファイルを活用した実践支援ツール（試行版）を提供し、より積極的な活用法と保健事業の進め方を解説予定。（令和5年3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

高齢者保健事業の実施計画（データヘルス計画）策定の手引きより

○ **一体的実施は「高齢者保健事業の中心」**

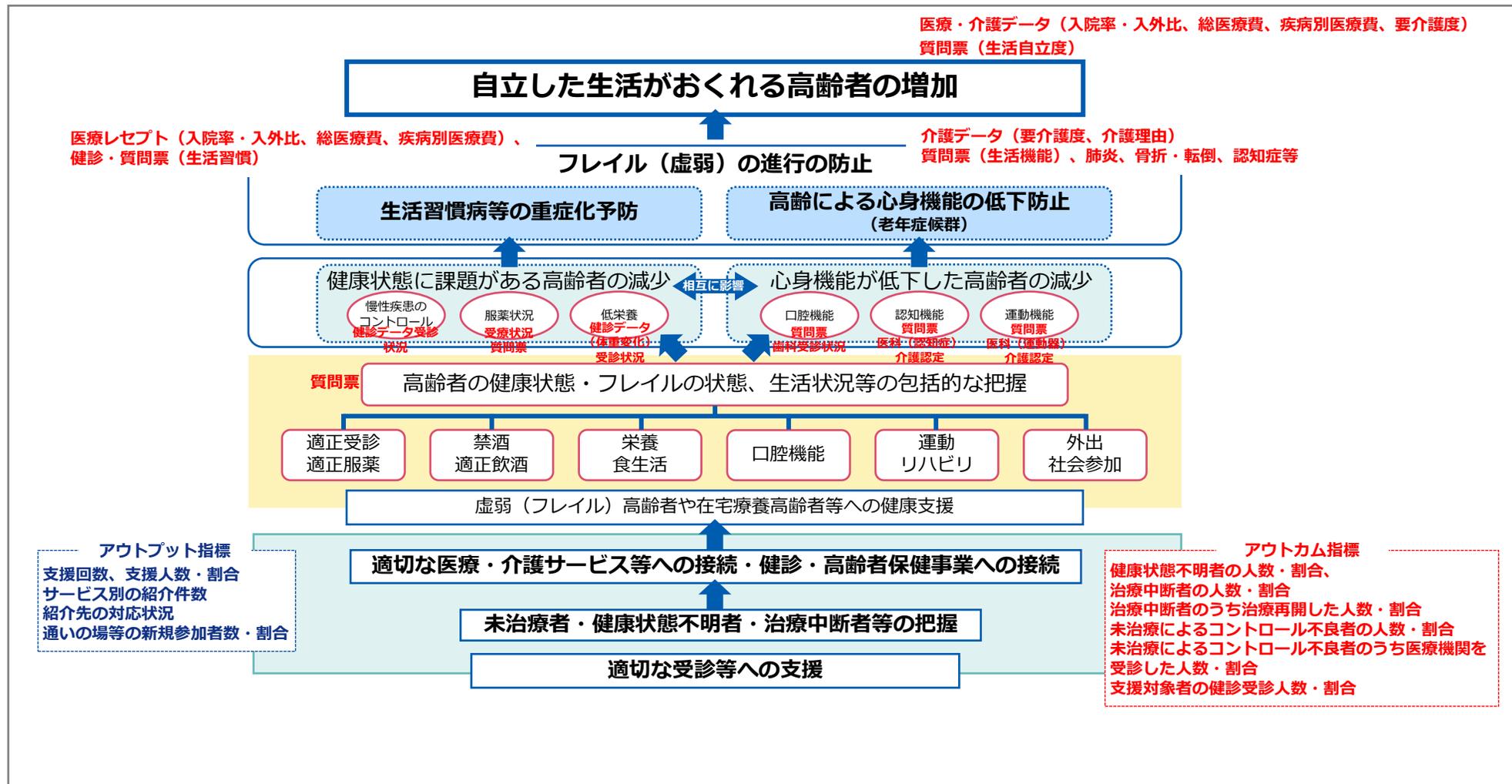


【高齢者保健事業の目的】

- **生活習慣病を初めとする疾病の発症や重症化の予防及び心身機能の低下を防止し、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。**
- **効果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と考えられる。**

# 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。**



# 第3期データヘルス計画について

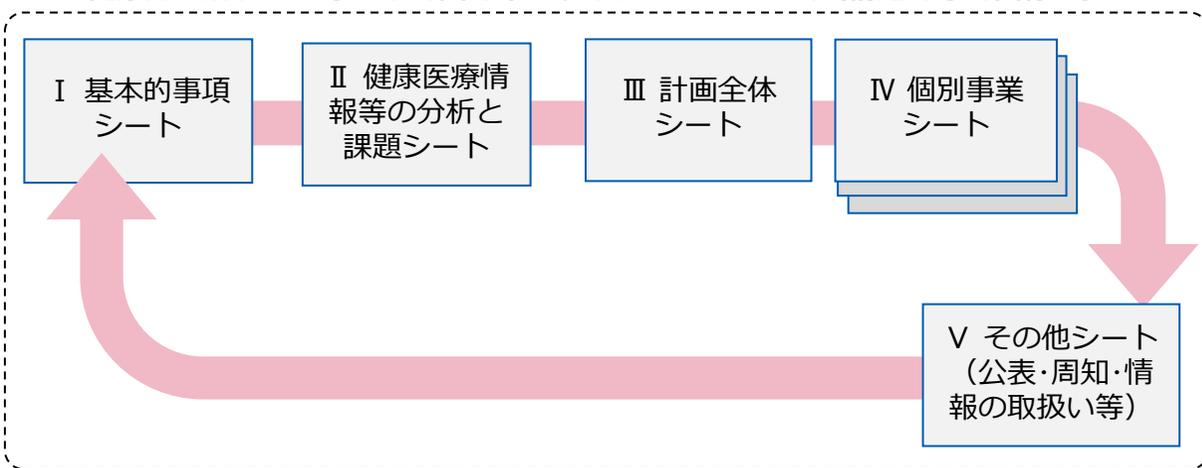
- 後期高齢者の保健事業については、データヘルス計画(国保・後期)の在り方に関する検討会における議論を踏まえ、令和5年3月30日に「高齢者保健事業の実施計画(データヘルス計画)策定の手引き」を改訂した。各広域連合においては令和6年度から第3期データヘルス計画が開始となる。
- 第3期データヘルス計画においては、標準化を推進し、総合的な評価指標としての共通評価指標の設定とともに、健康課題解決につながる計画を策定するための考え方のフレームとして、計画様式にて作成いただくこととした。

## ■データヘルス計画の標準化のねらいと対応

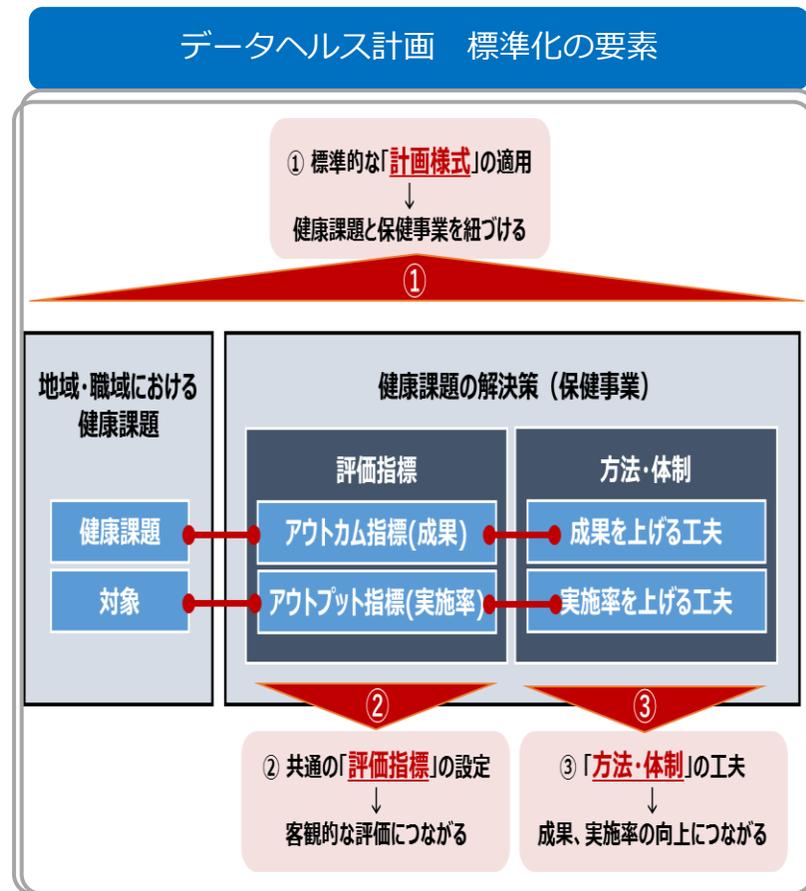
- 計画策定や保健事業運営の負担が軽減されるだけでなく、共通の評価指標を用いることで実績を比較可能とする。
- 効果的な保健事業(方法・体制)をパターン化することにより、事業効果を向上させる。

- ・ 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



# データヘルス計画の評価指標等について

## 評価指標 設定のポイント

- 広域連合が既存のデータベースシステム又は統計で確認できる

### 総合的な評価指標 (共通評価指標)

健診受診率 [ 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 ]

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(一体的実施支援ツールの抽出基準に該当する者の割合)

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

### 策定の際に確認が必要なデータ例※

1人当たり医療費

1人当たり医療費（入院）

1人当たり医療費（外来）

1人当たり医療費（歯科）

1人当たり医療費（調剤）

疾病分類別医療費

介護給付費

上手な医療の かかり方	後発医薬品の使用割合
	重複投薬患者割合

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

### 個別事業（一体的実施）の 評価指標例

低栄養

重症化予防  
(糖尿病性腎症)

口腔

身体的フレイル  
(ロコモ含)

服薬（多剤）

健康状態不明者対策

※各広域連合が、上記以外の評価指標を設定することも差し支えない。

## 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
<b>アウト プット</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>支援対象者のうち、支援できた者の人数・割合</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>支援対象者のうち、現状把握ができた者の人数・割合</li> <li>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</li> </ul>
<b>アウト カム</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>体重が維持(±0.9kg)・改善(+1kg)できた者の人数・割合</li> <li>低栄養傾向（BMI 20以下）の者の人数、割合</li> <li>1年後の要介護認定の状況</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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</li> <li>HbA1c ≥8.0%の人数、割合の変化</li> <li>SBP ≥160orDBP ≥100以上の割合の変化</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>健診受診した者の人数・割合</li> <li>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</li> </ul>
	服薬指導（多剤）	口腔	身体的フレイル
<b>アウト プット</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>支援対象者のうち、支援できた者の人数・割合</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>支援対象者のうち、支援できた者の人数・割合</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>支援対象者のうち、支援できた者の人数・割合</li> </ul>
<b>アウト カム</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>介入前後3ヶ月の受診状況（受診医療機関数、受診回数）</li> <li>介入前後3ヶ月の処方薬剤数が15剤以上の人数、割合</li> </ul> <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"> <li>歯科医療機関の受診状況</li> <li>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</li> <li>（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</li> <li>1年後の要介護認定の状況</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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</li> <li>1年後の要介護認定の状況</li> </ul>

# 5

## 5. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事例

# 岐阜県各務原市

## — 専門職による充実したメニューと住民とともに取り組むフレイル予防の推進 —

### 市の概況 (令和6年4月1時点)

人 口	144,451人
高 齢 化 率	28.8%
後期被保険者数	24,360人
日常生活圏域数	7圏域

### 実施体制

#### 市民生活部 医療保険課

国保・後期高齢者  
医療担当

#### 健康福祉部 高齢福祉課

企画・調整担当  
介護予防

#### 健康福祉部 健康管理課

保健事業担当  
保健指導等

【健康長寿係】保健師2名、管理栄養士3名、  
歯科衛生士1名、理学療法士1名、事務職2名



各務原市マスコットキャラクター ららら

### 取組の経緯

- 市民の健康づくりや介護予防の取組は各担当課で行っていたが、年齢による切れ目のない支援体制や健康分野、介護分野の包括的な支援体制を構築するため、令和2年度に3課でプロジェクトチームを設置し、既存事業との調整や、連携体制を協議し、令和3年度より一体的実施に取り組むこととなった。
- 令和3年度、高齢福祉課内に「健康長寿係」を新設。各種専門職を配置し体制を整備した。

### 一体的実施前からの取組

- 厚生労働省が住民主体の通いの場を活用したフレイル予防の重要性を提示したことが契機となり、フレイル予防の取組を推進・強化することとなった。令和元年度に地域住民、専門職、民間事業者等で構成された「各務原市フレイルチェック検討委員会」を発足させ、フレイルチェックの項目や進め方等を検討した。項目等決定後は、「各務原市フレイル予防推進委員会」へと名称を変更し、フレイル予防事業全体をどのように推進していくかを考える委員会へと目的を変え、継続している。

### 企画調整・関係機関との連携

- 庁内連携  
対象者の抽出条件や介入方法等、細部を検討できるよう課を跨いだ連携会議を実施。
- 医療関係団体等との連携  
・市医師会、市歯科医師会、市薬剤師会 会議等において、事業の実施方法等について助言。
- 岐阜県歯科衛生士会  
フレイルチェックの実施協力。
- 岐阜県リハビリテーション協議会  
フレイル予防推進委員会において、事業の実施方法等について助言。
- 地域包括支援センター  
フレイルチェックの実施協力、ハイリスクアプローチ支援者引継ぎ、月1回の会議にて課題検討。
- 中部学院大学、東海学院大学  
フレイル予防講演会、フレイル予防料理教室の実施。

### ハイリスクアプローチ

- **低栄養**：管理栄養士により6か月間で訪問3回+電話2回
- **口腔**：歯科衛生士により3か月間で訪問3回+電話2回
- **身体的フレイル**：理学療法士により3か月間で訪問4回  
後期高齢者健診の結果及びフレイルチェック（通いの場等でのポピュレーションアプローチ）の結果（口腔と身体的フレイルはフレイルチェック結果のみ）より対象者を抽出。アセスメント、目標、行動計画の立案、中間評価、最終評価を行う。
- **重症化予防（糖尿病性腎症及びその他生活習慣病）**  
後期高齢者健診データ及びレセプトデータより抽出した対象者に対し、受診勧奨通知を送付。その後、受診をしていない方に、保健師及び管理栄養士が、電話及び訪問にて受診勧奨を実施。生活状況の聞き取りや必要に応じて保健指導を実施する。
- **健康状態不明者対策**  
KDB活用支援ツール及び介護予防事業参加状況等が登録されている健康管理システムより抽出した対象者へ後期高齢者の質問票を送付。フレイル該当者には医療専門職により、リスクに応じた電話や訪問指導、質問票未回答者には訪問にて質問票の聞き取りを行い、生活状況の確認及びフレイル予防・健診のチラシ配布を行う。また、必要に応じて適切な支援、地域のサービス等につなげる。

### ポピュレーションアプローチ

- **健康教育・健康相談**  
・通いの場等において、医療専門職によるフレイル予防講話を行い、フレイル予防の概要や取組方法を紹介。（フレイルチェックと同時実施）  
・フレイル予防サポーター（フレイルチェック事業における参加者の測定をサポートする）の養成研修を開催し、市民の互助を強化。  
・フレイル予防アドバンスサポーター（自主的なフレイル予防の普及啓発活動、フレイルチェック事業を主体的に運営する）の養成研修、サポーター同士が市のフレイル予防事業・フレイルチェックのあり方について協議する交流会・研修会を開催。  
・フレイル予防の普及啓発のため、看護学科や理学療法学科、管理栄養学科のある市内の大学と連携し、講演会や料理教室等の事業を実施。
- **フレイル状態の把握**  
健康教育・健康相談と同時に、フレイルチェック事業として、市オリジナル指標の「からだ測定」を実施し、日常生活の振り返りと今後のフレイル予防に向けた生活目標の設定を行う。
- **気軽に相談できる環境づくり**  
通いの場代表者が集まる会にて、チラシ配布、事業紹介。



↑フレイルチェック大会の様子（青色ビブス着用がフレイル予防サポーター）

フレイル予防料理教室の様子 ↓



# 岐阜県各務原市

## 事業結果と評価概要（令和5年度結果）

	対象者数	参加者数	評価指標	状況（評価結果）	
ハイリスクアプローチ	低栄養	52人	31人	①体重の維持増加率 ②行動目標達成率、10食品群チェックの点数の維持増加率 ③翌年度の健診結果【体重】の改善率	①維持増加率：100%（11名が個別相談に参加。うち、7名が6か月間の介入を終了。また、ほか20名には、電話や訪問にて助言を実施。） ②目標達成率：57.1%、10食品群チェックの点数の維持増加率：100% ③令和6年度末に評価予定
	口腔	14人	8人	①口腔機能項目改善率 ②翌年度のフレイルチェック結果【口腔機能】の改善率	①改善率：66.7%（3名が個別相談に参加し、3か月間の介入を終了。また、ほか5名には、電話や訪問にて助言を実施。） ②令和6年度末に評価予定
	身体的フレイル	29人	24人	①運動機能項目改善率 ②翌年度のフレイルチェック結果【運動機能】の改善率	①改善率：100%（2名が個別相談に参加。うち、1名が3か月間の介入を終了。また、ほか22名には、電話や訪問にて助言を実施。） ②令和6年度末に評価予定
	重症化予防（糖尿病性腎症）	中断者25人 未治療者3人	中断者15人 未治療者2人	①勤奨後の病院受診率 ②翌年度の健診結果【HbA1c】の改善率	①中断者の受診率：36%、未治療者の受診率：66.7% ②令和6年度末に評価予定
	重症化予防（その他生活習慣病）	170人	56人	①勤奨後の病院受診率 ②翌年度の健診結果【血圧・腎機能・脂質】の改善率	①受診率：12.9% ②令和6年度末に評価予定
	健康状態不明者対策	56人	46人	①当該年度健診受診率 ②医療・介護サービスが必要と判断された者のうち、適切なサービスへの接続率 ③翌年度の健康状態不明者の数	①健診受診率：6.9%、口腔健診受診率：3.4% ②サービス接続率：66.7% ③令和6年度末に評価予定
アプローチ	健康教育・健康相談	-	延べ1,658人 実施数96回	①各事業の参加者数	①通いの場等におけるフレイル予防講話：延べ1,346人 フレイル予防サポーター養成研修：27人 フレイル予防アドバンスサポーター養成研修：25人 フレイル予防料理教室：延べ44人 フレイル予防講演会：90人 フレイル予防講座：延べ126人
	フレイル状態の把握	-	延べ1,425人 実施数82回	①各圏域におけるフレイルチェックの参加率 ②フレイルチェック結果の維持改善率	①北部西：3.7%、西部：5.6%、北部東：5.5%、中部：7.0%、東部：3.2%、南部：1.4%、川島：1.8% ②『フレイル』認知度55%、後期高齢者の質問票における維持改善率：60%、からだ測定における維持改善率：12.5%。
	気軽に相談できる環境づくり	-	チラシ送付 94か所	①フレイルチェックへの参加団体の割合	①参加団体の割合：41.5%

### 課題・今後の展望

市民が自分自身の健康状態を把握し、フレイル予防に取り組めるよう、様々な媒体を活用し周知していく。また、市民の互助の力を養うため、フレイル予防サポーター養成を行ってきたが、今後はサポーターが主体的に活動できるよう、フレイル予防アドバンスサポーターを養成するなど、体制を整えていきたい。ハイリスクアプローチでは、様々なメニューを設けてきたが、今後は服薬指導の事業も実施していけるよう検討していく。

# 岡山県 高梁市 —オーラルフレイル予防に重点を置いた一体的実施の取組—

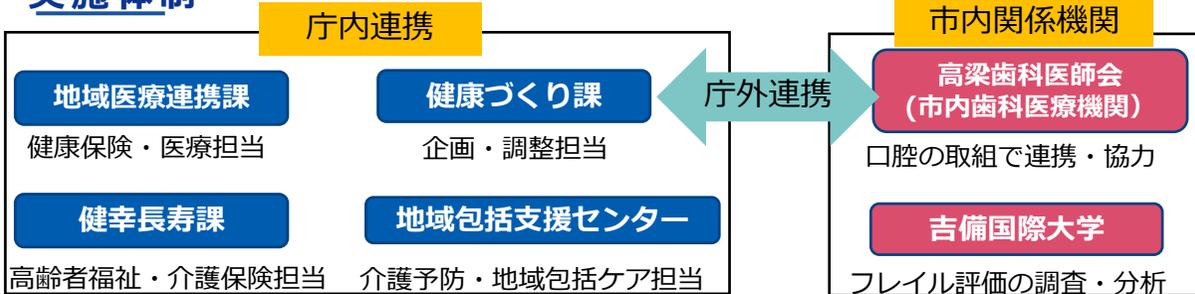
## 市の概況(令和5年4月1日時点)

人口	27,358人
高齢化率	42.58%
後期被保険者数	6,867人
日常生活圏域数	7圏域

## 取組の経緯

市内で医療・介護・保健・福祉の関係課が集まり地域全体で高齢者を支える仕組みや高齢者自身の自立等について本市の課題を共有した。これをもとに、「健康寿命の延伸」と「後期高齢者医療を持続可能な仕組みとするための医療費の適正化」を目標として、市内関係課、地域の関係機関・団体と連携して高齢者の健康管理や介護予防を一体的に実施していくための体制を構築した。令和2年度に健康状態が不明の高齢者を訪問し、口腔機能に課題がある高齢者が多いことを把握した。高額レセプト発症疾患は「誤嚥性肺炎」が上位を占めていることから、令和4年度から歯科医師会と連携し、重点的にオーラルフレイルの取組を推進している。

## 実施体制



高梁市健康づくりイメージキャラクター まつ姫

## 企画調整・関係機関との連携

- **市内連携**  
健康づくり課、健幸長寿課、地域医療連携課、地域包括支援センターが目的や課題を共有し役割分担をしている。
- **大学との連携**  
市内の吉備国際大学と連携して、地域の通いの場に出向き、体力測定を実施し、フレイル評価の調査・分析を行っている。
- **歯科医師会との連携**  
高梁歯科医師会と令和3年度から口腔の取組に向けて相談を開始。オーラルフレイル予防事業で市内の歯科医療機関と連携し診療情報を参考に保健師が口腔ケアの指導を行っている。

## ポピュレーションアプローチ

- **健康教育・健康相談(口腔)**  
地区担当保健師と歯科衛生士が市内で口腔機能に重点を置いた健康教育をグループごとに2回実施。対象は自宅や公民館などで自主的に口コモ予防体操を実施している体操グループと、65歳以上の虚弱な高齢者を対象としたミニデイサービス。  
1回目：集団チェック  
後期高齢者の質問票と口腔機能チェックシート・咀嚼力判定チェックを行い、オーラルフレイルをテーマに健康教育・健康相談を実施。  
また、唾液腺マッサージやパタカラ体操を実践し、通いの場や自宅で定期的な取組を指導している。  
チェックシートでハイリスク判定された方に対しては保健師が個別訪問しハイリスクアプローチへ繋げている。  
2回目(6か月後)：アフターフォロー  
1回目と同じチェックシート等を使い、口腔体操等日々の取組の成果を個々に確認してもらう。あわせて、フレイル予防、生活習慣病予防について啓発を行う。

## ハイリスクアプローチ

- **健康状態不明者対策**  
地区担当保健師が75歳以上で1年以上健診・医療・介護・福祉の利用がない人を抽出し、後期高齢者の質問票と口腔機能チェックシート・咀嚼力判定チェックを行い、健康状態等を把握する。必要に応じて健診・医療機関の受診勧奨を行う。
- **口腔**  
通いの場の健康教育または健康状態が不明な高齢者への訪問でオーラルフレイルハイリスクと判定された人に対し、地区担当保健師が全数状況を把握し、初回と6か月後の2回、訪問指導を実施。  
初回訪問時  
生活状況を把握し、口腔機能体操等必要に応じた保健指導を実施する。  
歯科受診が必要な人に対しては、情報提供書「高齢者口腔機能状況」を発行し、本人が受診した歯科医療機関から「オーラルフレイル予防医療連絡票」を返信してもらう。  
2回目訪問時  
歯科受診状況を確認し、再度、後期高齢者の質問票と口腔機能チェックシート・咀嚼力判定チェックを行い、評価する。

# 岡山県 高梁市

## 事業結果と評価概要（令和5年度結果）

	取組	対象者数	参加者数	評価指標	状況（評価結果）
ハイリスクアプローチ	健康状態不明者対策	抽出人数 101人	介入人数 97人	①健診を受診した人数 ②医療(医科・歯科)・介護サービスに繋がった人数 ③口腔機能チェックシート・後期高齢者の質問票の改善状況	①介入後健診受診 6人(6.2%) ②介入後医療機関を受診(歯科以外)19人(19.6%) 介入後歯科医療機関を受診 15人(15.5%) 介入後介護サービスへ繋がった 15人(15.5%) ③全体的な評価 維持:44人(45.4%) 改善:21人(21.6%) 悪化:11人(11.3%)
	口腔	ハイリスク者 59人	59人	①歯科受診した人数 ②口腔機能チェックシートよりオーラルフレイルリスク者の変化 ③要介護認定の状況	口腔ハイリスク者59人に訪問または面談 ①歯科受診 新規4人、継続受診23人 合計27人 ②口腔機能チェックの各項目で改善が見られた。 ③要介護認定者1名(R6.3末時点)
ポピュレーションアプローチ	健康教育・健康相談	通いの場での実施回数 29回	参加者(延べ) 714人	①参加者数・率 ②ハイリスクアプローチに繋いだ人数 ③口腔機能チェックシート・後期高齢者の質問票の改善状況 ④口腔機能向上への体操・マッサージ等の定例実施状況と個人実践状況 ⑤フレイル該当者数	①参加者数:実390人、延714人 参加率5.7% ②ハイリスクアプローチに繋いだ人 59人 ③口腔機能チェックシート・咀嚼力等の改善者の割合は各項目で改善の必要性がある。 ④パタカラ体操実施者、唾液腺マッサージ実施状況 共に増加している。 ⑤フレイル該当者 61人(16%) プレフレイル該当者 227人(59%)

### 【自由記載欄】

地域包括支援センターが実施する生活支援体制整備事業の一環で毎年1～2回ほど地区の課題を話し合う地区ミーティングが開催されており、市の保健師が参加している。地区ミーティングでは、地域の健康課題や生活支援に関する課題、ニーズを共有しサービスや仕組みづくりに繋げている。

### 課題・今後の展望

・事業実施を通じて、保健師が地域の高齢者の生活実態を把握する機会となり、ケース支援を通じ、医療・介護・福祉各分野の制度理解に繋がり、関係機関と連携を取りやすくなったことは一体的実施の一つの成果と考えている。市の取組の特長であるきめ細やかな対応を維持しつつ、関係各課や医療機関等と連携して事業を継続していく予定である。

・KDBによる分析、データヘルス計画による分析結果から、フレイル予防に加え生活習慣病重症化予防の取組について、国保から後期高齢へ途切れることなく継続的に実施できる体制を整える必要がある。

# 高知県南国市 ーわたしの望む生活が続けられるまちづくりを目指してー

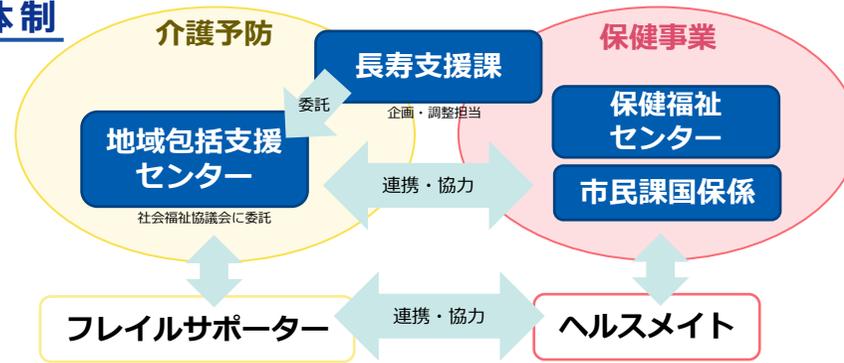
～セルフマネジメントによる健康づくりを推進～

## 市の概況(令和6年4月1時点)

人口	45,886人
高齢化率	31.9%
後期被保険者数	8,371人
日常生活圏域数	1圏域



## 実施体制



南国市PRキャラクター  
シャモ番長

## 取組の経緯

- 長寿支援課と地域包括支援センターで、令和3年度からフレイルサポーターを養成し、通いの場等参加者へのフレイルチェック等を開始した。また、令和4年度から健診、医療、介護、通いの場未参加者の75歳以上にアウトリーチ支援を開始した。
- 介護予防事業は新規取り組み等で先行する中で、医療、介護、保健の情報や事業等支援は庁内各部署でうまくつながっていないため仕組みづくりを目的に、定期的に検討会議を実施し、一体的に実施する枠組を構築した。

## 企画調整・関係機関との連携

- **地域包括支援センター**  
保健師の他理学療法士や作業療法士等専門職が常勤しているため、各種事業や会議、企画等で情報共有や事業実施時に連携協力している。
- **土佐長岡郡医師会**  
事業計画や取り組み等を説明し、助言を受けている。
- **地域リハビリテーション連絡会**  
市内リハビリ専門職の地域支援事業全体への参画を促進するためネットワーク形成の地盤づくりとして、令和5年度から地域包括支援センターが窓口となり、定期的に開催している。

## ハイリスクアプローチ

- **糖尿病性腎症重症化予防**
- **健康状態不明者対策**  
後期高齢者質問票を事前通知し、返信の有無に関わらず訪問し、質問票から見えない背景等の情報把握に努めている。  
また、保健部門の保健師と地域包括支援センターの保健師が同行訪問。  
必要に応じて民生委員や生活支援コーディネーターとも情報共有を行っている。

## ポピュレーションアプローチ

- **気軽に相談できる環境づくり**  
市健康イベントや商業施設と連携し、専門職と市民サポーターが協力して、フレイルチェック体験や健康相談会を実施している。令和6年度は、オーラルフレイル啓発をテーマとし、フレイルサポーターによるフレイル測定その他、歯科衛生士による健康相談、管理栄養士とヘルスマイトによる食啓発イベントを同時開催した。
- **介護予防デジタルポイント事業(以下、「のぞポ」)との連携**  
別事業で取り組んでいる「のぞポ(わたしの望む生活応援ポイント)」と一体的実施事業において、連携を図っている。のぞポは市内の65歳以上を対象に、セルフマネジメントによる健康づくりを目的として、健康習慣や社会参加促進につながる活動に対しポイントを付与する仕組みであり、予防行動を継続してもらえるよう、出張窓口等にて普及啓発に取り組んでいる。



# 高知県南国市 ーわたしの望む生活が続けられるまちづくりを目指してー

～セルフマネジメントによる健康づくりを推進～

## 事業結果と評価概要（令和5年度結果）

### ● ハイリスクアプローチ

取組区分	対象者数	参加者数	評価指標	状況（評価結果）
健康状態不明者	138	64	<ul style="list-style-type: none"> <li>健康状態が把握できた件数</li> <li>必要なサービスに接続できた件数</li> <li>健診を受診した者の数</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>健康状態が把握できた件数：64人</li> <li>資格喪失、医療・介護サービス利用等で訪問除外した者の数：52人</li> <li>家族他関係者から把握した者：2人</li> <li>本人、家族にも会えない、生活実態がつかめない人：10人（内、4人は返信アンケートで把握済）</li> <li>面談した者のうち、必要なサービスに接続した数：6人</li> <li>抽出者のうち健診を受診した者の数：5人</li> </ul>

### ● ポピュレーションアプローチ

取組区分	通いの場（実績）	参加者数（累計）	評価指標	状況（評価結果）
健康教育・健康相談	4	39	<ul style="list-style-type: none"> <li>参加者率</li> <li>実施できた箇所数</li> <li>必要な支援に繋いだ人数</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>参加者率については母数の根拠が不明確のため未集計とした。</li> <li>実施できた箇所数：4箇所</li> <li>必要な支援につないだ人数 0人</li> <li>事業に対する担当者間の認識理解、受け入れ調整等に時間を要した。</li> </ul>
その他複合的取組	2	218	<ul style="list-style-type: none"> <li>参加者数</li> <li>情報提供等健康相談、保健指導を行った人数</li> <li>必要な支援に繋いだ人数</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>参加者：218人</li> <li>情報提供等健康相談、保健指導を行なった人数：63人</li> <li>必要な支援に繋いだ人数：0人</li> </ul>

- 令和5年度から令和6年度にかけて、理学療法士、作業療法士とフレイルサポーターでフレイル予防体操を作成した。
- フレイルサポーターやヘルスマイト等の市民ボランティア団体と専門職が協力し、勉強会等で交流。フレイルサポーターは介護予防事業管轄、ヘルスマイトは保健事業管轄であり別々で活動していたが、フレイル予防啓発という共通テーマで専門職と市民ボランティア団体がポピュレーションアプローチを推進していくことを目指す。

## 課題・今後の展望

- 楽しみながら予防行動が継続でき、生活にもつながる健康ポイント事業について、1人でも多くの65歳以上の市民が利用するよう普及啓発を行う。引き続き、情報発信、データ活用、セルフマネジメント力向上等ポピュレーションアプローチのひとつとして活用を推進する。
- 専門職は、ポピュレーションアプローチにおいて、市民参加型の健康づくりとして市民サポーターが主体的、継続的に活動していけるよう伴走後方支援し、ハイリスクアプローチにおいて丁寧に支援を強化していく。地域分析の共通指標として後期高齢者質問票を通いの場の参加有無で比較する等フィードバックできるよう活用していく。