

# **令和元年度 薬局薬剤師の 地域サロンにおける利用者の 服薬相談・支援事業**

## **報 告 書**

### **— 別 冊 —**



一般社団法人青森県薬剤師会



## はじめに

今後、市町村の日常生活圏域ごとに地域包括ケアシステムの構築が進む中で、薬剤師・薬局がその役割を果たすためには、各地域の実情に応じ、医師をはじめとする他の職種や保健・医療・福祉・介護等の関係機関・事業所等と情報共有しながら連携して、患者に対して一元的・継続的な薬物療法を提供することが重要である。そのためには、薬剤師は、調剤時のみならず医薬品の服用期間を通じて、服薬状況の把握による薬学的管理を継続的に実施し、必要に応じて、患者に対する情報提供や薬学的知見に基づく指導を行うほか、それらの情報を、かかりつけ医・かかりつけ歯科医に提供することはもちろん、他の職種や関係機関と共有することが更に必要となる。また、適切な薬学的管理を行い必要な受診勧奨につなげるため、要指導医薬品、一般用医薬品、いわゆる「健康食品」等の使用状況等を把握することも重要である。

本事業では、薬剤師・薬局のあり方を踏まえ、地域における薬局の機能強化及び連携体制構築のため、地域における現状や課題を把握するための調査を実施し、医師をはじめとする多職種（理学療法士、管理栄養士、歯科衛生士、介護支援専門員等）・他機関との連携を協議する会議を開催して、課題解決のための必要な方策の検討を実施することを目的とし、平成31年2月22日付け薬生発0222第3号にて定められた平成31年度 地域における薬剤師・薬局の機能強化及び調査検討事業実施要綱に基づき行われました。

一方、これまで生活習慣病対策・フレイル対策としての保健事業（医療保険）と介護予防（介護保険）が制度ごとに実施されてきたものの、人生100年時代を見据え、保健事業と介護予防が一体的に実施されることが求められるようになった。この点については、平成30年9月から12月まで開催された厚生労働省「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」。また、令和元年5月から9月まで開催された「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」において議論がされ、一体的な実施に向けた体制整備等について整理された。

これらの議論が進んでいる最中、平行して高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施のあり方と薬剤師・薬局の役割、機能強化及び連携体制構築のための「薬局薬剤師の地域サロンにおける利用者の服薬相談・支援事業」を行った。

この報告書別冊が令和二年度から始まる市町村においての「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、「薬剤師・薬局・薬剤師会の活用」のため参考にしていただきたい。

令和2年3月吉日  
一般社団法人青森県薬剤師会  
会長 木村 隆次



## 目 次

高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に向けて…… 2

委託費参考資料 ..... 15

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  
～高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン～ ..... 18

後期高齢者に対する質問票 ..... 25

後期高齢者の質問票の解説と留意事項 ..... 29

「つどいの場」にはこんないいことが！

県民だよりあおもり2019年12月号 (No.178)  
青森県ホームページよりダウンロード可能



# 高齢者の保健事業と 介護予防の一体的な実施 に関する 薬剤師会対応マニュアル

この事業は、後期高齢者医療広域連合から市町村に委託され令和2年度から手上げ制で始まります。令和4年度までに全市町村が実施します。更に市町村は、服薬に関する相談・指導等は、薬剤師会に委託することができます。

## 事業受託のためのアクションプラン まずはスライドショーを熟読ください

1. 事業実施市町村に訪問
2. 高齢者に対する個別支援(ハイリスクアプローチ)と「通いの場」等への関与(ポピュレーションアプローチ)の双方の取組→服薬に関する相談・指導事業の具体的な計画づくりを提案(津下一代プレゼン資料参照)
3. 委託費を決める(委託費参考資料参照)
4. 薬局薬剤師への研修(KDBシステム、高齢者の質問票～解説と留意点～、高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第2版)

# 高齢者の保健事業と介護予防の 一体的な実施に向けて

厚生労働省  
保険局高齢者医療課

## 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これまでの経緯

## フレイル対策に関する経緯等

平成26年度

5月 フレイルに関する日本老年医学会からのステートメント → 「フレイル」が提唱される

平成27年度

5月26日 経済財政諮問会議  
→高齢者の虚弱（フレイル）に対する総合対策が言及される

12月24日 経済財政諮問会議  
経済・財政再生計画改革工程表  
→高齢者のフレイル対策の推進が示される  
(モデル事業実施(H28.29)、WGによる効果検証等)

平成27年度

厚生労働科学特別事業「後期高齢者の保健事業のあり方に関する研究」  
8月10日 立ち上げ

研究班会議(3回)

28年3月 報告書

→「フレイル」の概念整理と、取組のエビデンスの検討、ガイドラインの素案を作成。

平成28年度

4月1日 改正高確法施行  
→高齢者の特性に応じた保健指導等が広域連合の努力義務とされる。

6月2日 経済財政運営と改革の基本方針2016閣議決定  
→「高齢者のフレイル対策については、保険者が参照するガイドラインの作成・周知や先駆的な好事例を踏まえた効果的な事業の全国展開等により、更に推進する。」

12月21日 経済財政諮問会議  
経済・財政再生計画改革工程表2016改定版→平成30年度からの事業の全国的横展開に向けて、ガイドラインの作成が示される。

平成28年度～平成30年度

「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20日 設置

座長 沢下一代（あいち健康の森健康科学総合センター）  
構成員 学識経験者、関係団体・保険者の代表など13名

〈平成28年度〉  
WG(3回)  
作業チーム(2回)

検証

ガイドライン暫定版策定(平成29年4月)

〈平成29年度〉  
WG(2回)  
作業チーム(2回)

検証

ガイドライン策定(平成30年4月)

保険者インセンティブ

- ・フレイル対策を重点的に評価
- ・〈フレイル関係の指標〉
  - ・共通指標③  
重症化予防の取組
  - ・固有指標②  
高齢者の特性（フレイルなど）を踏まえた保健事業
- ・特別調整交付金への反映
  - ・平成28年度 20億円
  - ・平成29年度 50億円
  - ・平成30年度 100億円
  - ・令和元年度 100億円

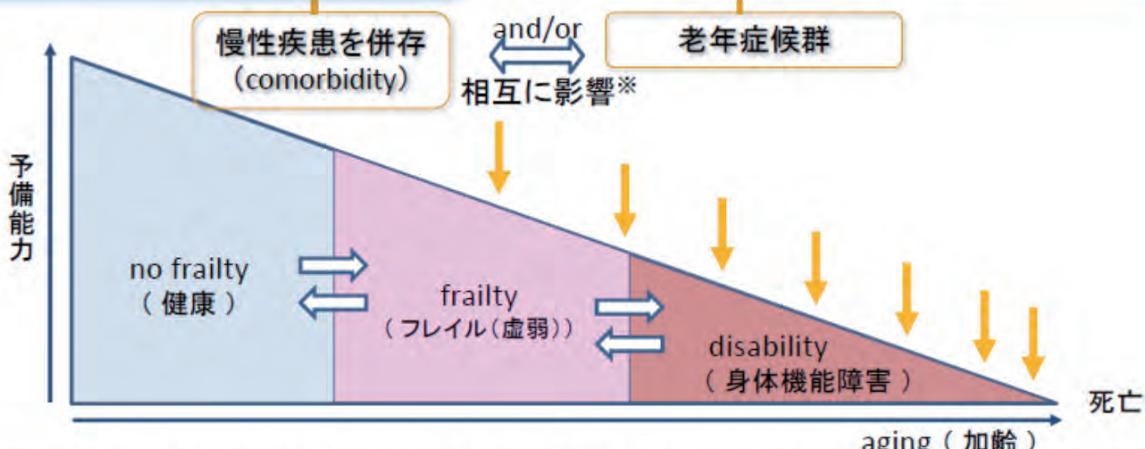
モデル事業実施

平成30年度からの全国的横展開に向けて、事業推進

## 高齢者の健康状態の特性等について

●高血圧 ●心疾患 ●脳血管疾患  
●糖尿病 ●慢性腎疾患(CKD)  
●呼吸器疾患 ●悪性腫瘍  
●骨粗鬆症 ●変形性関節症等、  
生活習慣や加齢に伴う疾患

●認知機能障害 ●めまい ●摂食・嚥下障害  
●視力障害 ●うつ ●貧血  
●難聴 ●せん妄 ●易感染性  
●体重減少 ●サルコペニア(筋量低下)

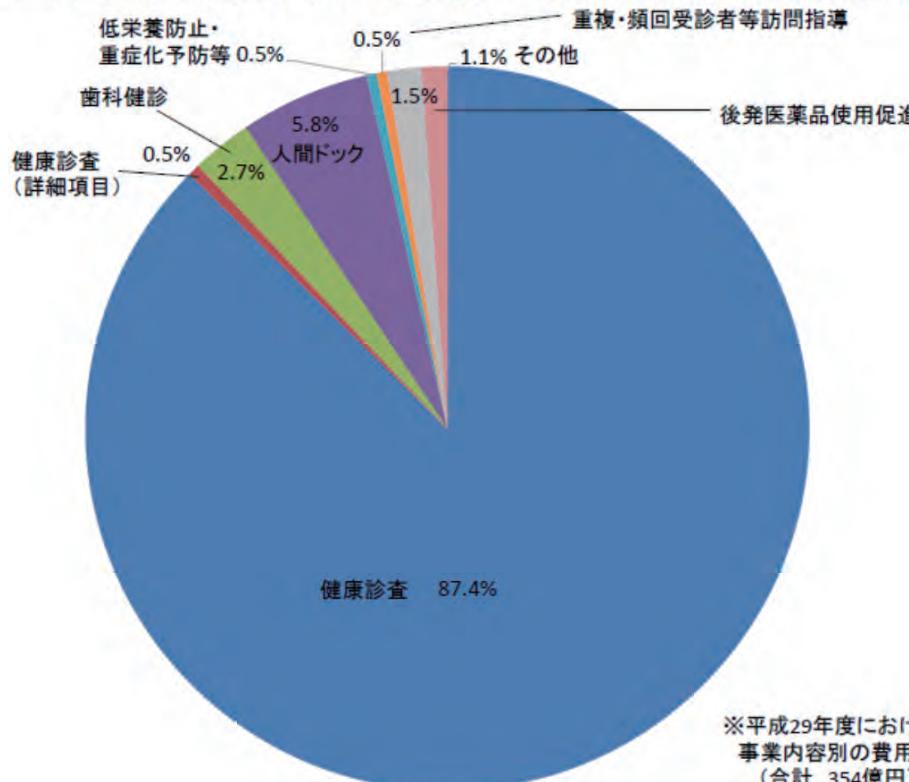


「フレイル」とは、『フレイル診療ガイド2018年版』(日本老年医学会／国立長寿医療研究センター、2018)によると「加齢に伴う予備能力低下のため、ストレスに対する回復力が低下した状態」を表す“frailty”的日本語訳として日本老年医学会が提唱した用語である。フレイルは、「要介護状態に至る前段階として位置づけられるが、**身体的脆弱性のみならず精神心理的脆弱性や社会的脆弱性などの多面的な問題を抱えやすく、自立障害や死亡を含む健康障害を招きやすいハイリスク状態を意味する。**」と定義されている。また、「フレイル」の前段階にあたる「プレフレイル」のような早期の段階からの介入・支援を実施することも重要である。

※ 現時点では、慢性疾患とフレイルの関わりについて継続的に検証されている段階にあることに留意が必要。

## 後期高齢者医療制度における保健事業の現状について

事業費の96.4%が健診や人間ドックであり、重症化予防等の取組は進んでいない。



※平成29年度における保健事業の  
事業内容別の費用割合  
(合計 354億円)

4

## 健康寿命延伸に向けた取組

平成30年4月12日経済財政諮問会議  
加藤大臣提出資料(一部改変)

○ 健康格差の解消により、2040年までに健康寿命を3年以上延伸、平均寿命との差の縮小を目指す。

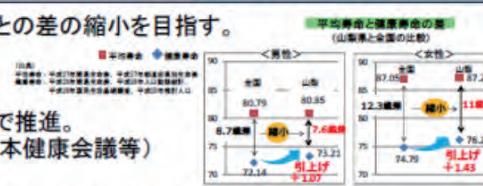
○ 重点取組分野を設定、2つのアプローチで格差を解消。

### ① 健康無関心層も含めた予防・健康づくりの推進

- ① 健康無関心層も含めた予防・健康づくりの推進
  - ・多様な主体の連携により、無関心層も含めた予防・健康づくりを社会全体で推進。

### ② 地域間の格差の解消

- ② 地域間の格差の解消
  - ・健康寿命には、大きな地域間格差。地域ぐるみで取り組み、格差を解消。
  - ・全都道府県が、健康寿命の最も高い山梨県の水準に到達すれば、**男性+1.07年、女性+1.43年の延伸。**



### ① 健康無関心層も含めた予防・健康づくりの推進

### ② 地域間の格差の解消

重点取組分野	具体的な方向性	目指す2040年の姿
次世代の健やかな生活習慣形成等 健やか親子施策	<ul style="list-style-type: none"> <li>・すべての子どもの適切な生活習慣形成のための介入手法の確立、総合的な支援</li> <li>・リスクのある事例の早期把握や個別性に合わせた適切な介入手法の確立</li> <li>・成育に関わる関係機関の連携体制の構築</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・成育環境に関わらず、すべての子どもが心身ともに健やかに育まれる。</li> <li>例) 低出生体重児の割合や10代の自殺死亡率を先進諸国トップレベルに改善する。</li> </ul>
疾病予防・重症化予防 がん対策・生活習慣病対策等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・個別・最適化されたがん検診・ゲノム医療の開発・推進、受けやすいがん検診の体制づくり</li> <li>・インセンティブ改革、健康経営の推進</li> <li>・健康無関心層も自然に健康になれる社会づくり(企業、自治体、医療関係者等の意識共有・連携)(日本健康会議等)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・個々人に応じた最適ながん治療が受けられる。</li> <li>・所得水準や地域・職域等によらず、各種の健康指標の格差が解消される。</li> </ul>
介護・フレイル予防 介護予防と保健事業の一體的実施	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護予防(フレイル対策(口腔、運動、栄養等)を含む)と生活習慣病等の疾病予防・重症化予防を一貫して実施する枠組みの構築、インセンティブも活用</li> <li>・実施拠点として、高齢者の通いの場の充実、認知症カフェの更なる設置等、地域交流の促進</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・身近な地域で、生活機能低下防止と疾病予防・重症化予防のサービスが一貫して受けられる。</li> <li>例) 通いの場への参加率 15% 認知症カフェの設置箇所数 9,500箇所</li> </ul>

### 基盤整備

見える化

データヘルス

研究開発

社会全体での取組み

5

## ○経済財政運営と改革の基本方針2018～少子高齢化の克服による持続的な成長経路の実現～ (平成30年6月15日閣議決定)抜粋

### 第3章 「経済・財政一体改革」の推進

#### 4. 主要分野ごとの計画の基本方針と重要課題

##### (1) 社会保障

###### (予防・健康づくりの推進)

高齢者の通いの場を中心とした介護予防・フレイル対策や生活習慣病等の疾病予防・重症化予防、就労・社会参加支援を都道府県等と連携しつつ市町村が一体的に実施する仕組みを検討するとともに、インセンティブを活用することにより、健康寿命の地域間格差を解消することを目指す。

## ○まち・ひと・しごと創生基本方針2018 (平成30年6月15日閣議決定)抜粋

### III. 各分野の施策の推進

#### 5. 時代に合った地域をつくり、安心な暮らしを守るとともに、地域と地域を連携する

##### (7) 地域共生社会の実現

###### 【具体的取組】

###### ◎疾病や健康づくりの推進による地域の活性化

人生100年時代を見据えて健康寿命の延伸を図るために、地域における高齢者の通いの場を中心とした、介護予防・フレイル対策（運動、口腔、栄養等）や生活習慣病などの疾病予防・重症化予防を一体的に実施する仕組みを検討する。

6

## 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

### ○有識者会議における検討

- ・ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に関して、制度的・実務的な論点について整理するため、**有識者会議を設けて検討。**

※ 保健事業・介護予防に係る学識経験者、保険者 の代表者、職能団体の代表者などにより構成。

- ・ 同有識者会議の検討状況は、**社会保障審議会医療保険部会及び介護保険部会に報告。報告を踏まえながら、両部会において制度面・実務面の観点から議論。**

<有識者会議における主な検討事項>

- (1) 一体的実施の意義・目的
- (2) 実施内容（効果的な支援のあり方）
- (3) 実施主体（市町村と広域連合、保険者間の役割分担）
- (4) 事業スキーム（財源、計画、P D C A等）
- (5) その他

### ○検討スケジュール

- ・ 7月19日 医療保険部会開催
- ・ 7月26日 介護保険部会開催
- ・ 9月 6日 第1回有識者会議開催
- ・ 9月20日 第2回有識者会議開催
- ・ 10月 5日 第3回有識者会議開催
- ・ 10月24日 第4回有識者会議開催
- ・ 11月22日 第5回有識者会議開催
- ・ 12月 3日 報告書とりまとめ  
⇒ 両部会に報告、議論

構 成 員 (敬称略、50音順)	
有澤 賢二	日本薬剤師会常務理事
飯島 勝矢	東京大学高齢社会総合研究機構教授
石田 路子	N P O 法人高齢社会をよくする女性の会理事
遠藤 久夫	国立社会保障・人口問題研究所所長
大澤 正明	全国知事会理事（群馬県知事）
鎌田久美子	日本看護協会常任理事
河本 滋史	健康保険組合連合会常務理事
城守 国斗	日本医師会常任理事
小玉 剛	日本歯科医師会常務理事
近藤 克則	千葉大学予防医学センター社会予防医学研究部門教授
齊藤 秀樹	全国老人クラブ連合会常務理事
田中 和美	神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部栄養学科教授
辻 一郎	東北大学大学院医学系研究科教授
津下 一代	あいち健康の森健康科学総合センターセンター長
藤井 康弘	全国健康保険協会理事
前葉 泰幸	全国市長会副会長（三重県津市長）
山本 賢一	全国町村会副会長（岩手県輕米町長）
横尾 俊彦	全国後期高齢者医療広域連合協議会会長（佐賀県後期高齢者医療広域連合長／佐賀県多久市長）

7

## ② 改正法の概要

### 医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等 の一部を改正する法律の概要

#### 改正の趣旨

医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るため、保険者間で被保険者資格の情報を一元的に管理する仕組みの創設及びその適切な実施等のために医療機関等へ支援を行う医療情報化支援基金の創設、医療及び介護給付の費用の状況等に関する情報の連結解析及び提供に関する仕組みの創設、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、被扶養者の要件の適正化、社会保険診療報酬支払基金の組織改革等の措置を講ずる。

#### 改正の概要

1. オンライン資格確認の導入【健康保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律(高確法)、船員保険法】
  - ・オンライン資格確認の導入に際し、資格確認の方法を法定化するとともに、個人単位化する被保険者番号について、個人情報保護の観点から、健康保険事業の遂行等の目的以外で告知を求めることが禁止(告知要求制限)する。
2. オンライン資格確認や電子カルテ等の普及のための医療情報化支援基金の創設【地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律】
3. NDB、介護DB等の連結解析等【高確法、介護保険法、健康保険法】
  - ・医療保険レセプト情報等のデータベース(NDB)と介護保険レセプト情報等のデータベース(介護DB)について、各DBの連結解析を可能とするとともに、公益目的での利用促進のため、研究機関等への提供に関する規定の整備(審議会による事前審査、情報管理義務、国による検査等)を行う。(DPCデータベースについても同様の規定を整備。)
4. 高齢者の保健事業と介護予防の一體的な実施等【高確法、国民健康保険法、介護保険法】
  - ・75歳以上高齢者に対する保健事業を市町村が介護保険の地域支援事業等と一緒に実施することができるよう、国、広域連合、市町村の役割等について定めるとともに、市町村等において、各高齢者の医療・健診・介護情報等を一括して把握できるよう規定の整備等を行う。
5. 被扶養者等の要件の見直し、国民健康保険の資格管理の適正化【健康保険法、船員保険法、国民年金法、国民健康保険法】
  - (1)被用者保険の被扶養者等の要件について、一定の例外を設けつつ、原則として、国内に居住していること等を追加する。
  - (2)市町村による関係者への報告徴収権について、新たに被保険者の資格取得に関する事項等を追加する。
6. 審査支払機関の機能の強化【社会保険診療報酬支払基金法、国民健康保険法】
  - (1)社会保険診療報酬支払基金(支払基金)について、本部の調整機能を強化するため、支部長の権限を本部に集約する。
  - (2)医療保険情報に係るデータ分析等に関する業務を追加する(支払基金・国保連共通)。
  - (3)医療の質の向上に向け公正かつ中立な審査を実施する等、審査支払機関の審査の基本理念を創設する(支払基金・国保連共通)。
7. その他
  - ・未適用事業所が選及して社会保険に加入する等の場合に発生し得る国民健康保険と健康保険の間における保険料の二重払いを解消するため、所要の規定を整備する。【国民健康保険法】

#### 施行期日

令和2年4月1日(ただし、1については公布日から2年を超えない範囲内で政令で定める日、2は令和元年10月1日、3並びに6(2)及び(3)は令和2年10月1日(一部の規定は令和4年4月1日)、5(2)及び7は公布日、6(1)は令和3年4月1日)

## 医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律第3条による 改正後の高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号）（抄）①

### 第五節 高齢者保健事業 (高齢者保健事業)

第百二十五条 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。

2 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つては、第十六条第二項の情報を活用し、適切かつ有効に行うものとする。

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つては、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三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规定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。**

4 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つては、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高齢者保健事業の実施が推進されるよう、地方自治法第二百九十二条の七に規定する広域計画（次条第一項において「**広域計画**」という。）に、後期高齢者医療広域連合における市町村との連携に関する事項を定めるよう努めなければならない。

5 (略)

6 厚生労働大臣は、第一項の規定により後期高齢者医療広域連合が行う高齢者保健事業に関して、その適切かつ有効な実施を図るために、指針の公表、情報の提供その他の必要な支援を行うものとする。

7 前項の指針においては、次に掲げる事項を定めるものとする。

- 一 高齢者保健事業の効果的かつ効率的な実施に関する基本的事項
- 二 高齢者保健事業の効果的かつ効率的な実施に向けた後期高齢者医療広域連合及び次条第一項前段の規定により委託を受けた市町村が行う取組に関する事項
- 三 高齢者保健事業の効果的かつ効率的な実施に向けた後期高齢者医療広域連合及び次条第一項前段の規定により委託を受けた市町村に対する支援に関する事項
- 四 高齢者保健事業の効果的かつ効率的な実施に向けた後期高齢者医療広域連合と市町村との連携に関する事項
- 五 高齢者保健事業の効果的かつ効率的な実施に向けた後期高齢者医療広域連合と地域の関係機関及び関係団体との連携に関する事項
- 六 その他高齢者保健事業の効果的かつ効率的な実施に向けた連携に関する事項

8 第六項の指針は、健康増進法第九条第一項に規定する健康診査等指針、国民健康保険法第八十二条第九項に規定する指針及び介護保険法第百十六条规定の四十五に規定する基本指針と調和が保たれたものでなければならない。

#### (高齢者保健事業の市町村への委託)

第百二十五条の二 後期高齢者医療広域連合は、当該後期高齢者医療広域連合の広域計画に基づき、高齢者保健事業の一部について、当該後期高齢者医療広域連合に加入する市町村に対し、その実施を委託することができるものとし、当該委託を受けた市町村は、被保険者に対する高齢者保健事業の効果的かつ効率的な実施を図る観点から、その実施に関し、国民健康保険保健事業及び地域支援事業との一的な実施の在り方を含む基本的な方針を定めるものとする。この場合において、後期高齢者医療広域連合は、当該委託を受けた市町村に対し、委託した高齢者保健事業の実施に必要な範囲内において、自らが保有する被保険者に係る療養に関する情報又は健康診査若しくは保健指導に関する記録の写しその他高齢者保健事業を効果的かつ効率的に実施するために必要な情報として厚生労働省令で定めるものを提供することができる。

2 前項前段の規定により委託を受けた市町村の職員又は職員であつた者は、高齢者保健事業の実施に関して知り得た個人の秘密を正当な理由がなく漏らしてはならない。

10

## 医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律第3条による 改正後の高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号）（抄）②

### (高齢者保健事業に関する情報の提供)

第百二十五条の三 後期高齢者医療広域連合は、**被保険者ごとの身体的、精神的及び社会的な状態の整理及び分析**を行い、被保険者に対する高齢者保健事業の効果的かつ効率的な実施を図る観点から、必要があると認めるときは、市町村及び他の後期高齢者医療広域連合に対し、当該被保険者に係る医療及び介護に関する情報等（当該被保険者に係る療養に関する情報若しくは健康診査若しくは保健指導に関する記録の写しその他高齢者保健事業に係る特定健康診査若しくは特定保健指導に関する記録の写し、国民健康保険法の規定による療養に関する情報又は介護保険法の規定による保健医療サービス若しくは福祉サービスに関する情報をいう。以下この条及び次条において同じ。）その他高齢者保健事業を効果的かつ効率的に実施するために必要な情報として厚生労働省令で定めるもの提供を求めることができる。

2 市町村は、前条第一項前段の規定により、後期高齢者医療広域連合が行う高齢者保健事業の委託を受けた場合であつて、被保険者ごとの身体的、精神的及び社会的な状態の整理及び分析を行い、被保険者に対する高齢者保健事業の効果的かつ効率的な実施を図る観点から、必要があると認めるときは、他の市町村及び後期高齢者医療広域連合に対し、当該被保険者に係る医療及び介護に関する情報等その他高齢者保健事業を効果的かつ効率的に実施するために必要な情報として厚生労働省令で定めるもの提供を求めることができる。

3 前二項の規定により、情報又は記録の写しの提供を求められた市町村及び後期高齢者医療広域連合は、厚生労働省令で定めるところにより、当該情報又は記録の写しを提供しなければならない。

4 前条第一項前段の規定により委託を受けた市町村は、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高齢者保健事業を実施するため、前項の規定により提供を受けた情報又は記録の写しに加え、自らが保有する当該被保険者に係る特定健康診査若しくは特定保健指導に関する記録、国民健康保険法の規定による療養に関する情報又は介護保険法の規定による保健医療サービス若しくは福祉サービスに関する情報を併せて活用することができる。

### (高齢者保健事業の関係機関又は関係団体への委託)

第百二十五条の四 後期高齢者医療広域連合は、高齢者保健事業の一部について、高齢者保健事業を適切かつ確実に実施することができると認められる関係機関又は関係団体（都道府県及び市町村を除く。以下この条において同じ。）に対し、その実施を委託することができる。この場合において、後期高齢者医療広域連合は、当該委託を受けた関係機関又は関係団体に対し、委託した高齢者保健事業の実施に必要な範囲内において、自らが保有する、又は前条第三項の規定により提供を受けた被保険者に係る医療及び介護に関する情報等その他高齢者保健事業を効果的かつ効率的に実施するために必要な情報として厚生労働省令で定めるものを提供することができる。

2 第百二十五条の二第一項前段の規定により委託を受けた市町村は、当該委託を受けた高齢者保健事業の一部について、高齢者保健事業を適切かつ確実に実施することができると認められる関係機関又は関係団体に対し、その実施を委託することができる。この場合において、市町村は、当該委託を受けた関係機関又は関係団体に対し、委託した高齢者保健事業の実施に必要な範囲内において、自らが保有する、又は同項後段若しくは前条第三項の規定により提供を受けた被保険者に係る医療及び介護に関する情報等その他高齢者保健事業を効果的かつ効率的に実施するために必要な情報として厚生労働省令で定めるものを提供することができる。

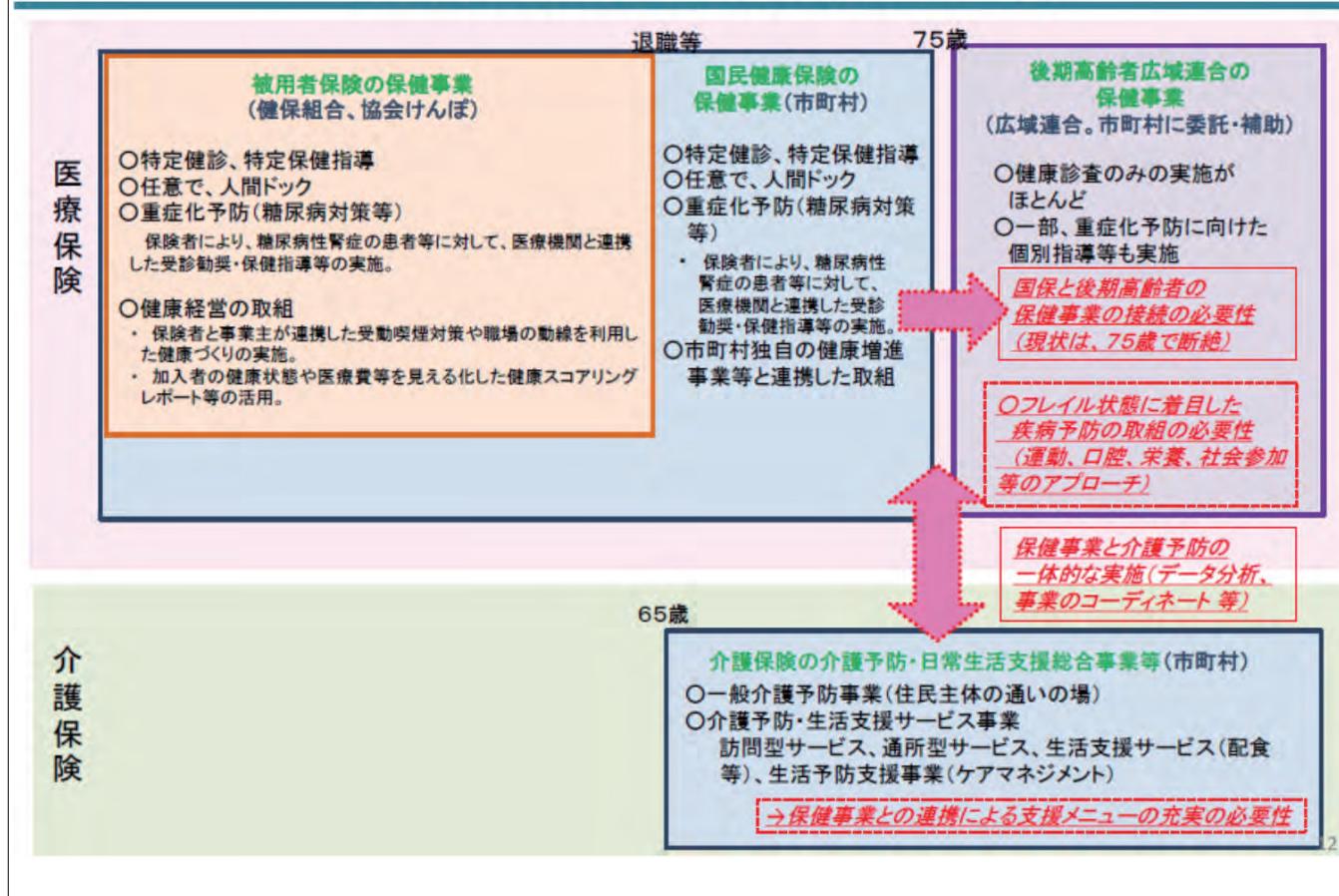
3 第一項前段又は前項前段の規定により委託を受けた関係機関又は関係団体の役員若しくは職員又はこれらの職にあつた者は、高齢者保健事業の実施に関して知り得た個人の秘密を正当な理由がなく漏らしてはならない。

### 第八節 高齢者保健事業等に関する援助等

#### (高齢者保健事業等に関する援助等)

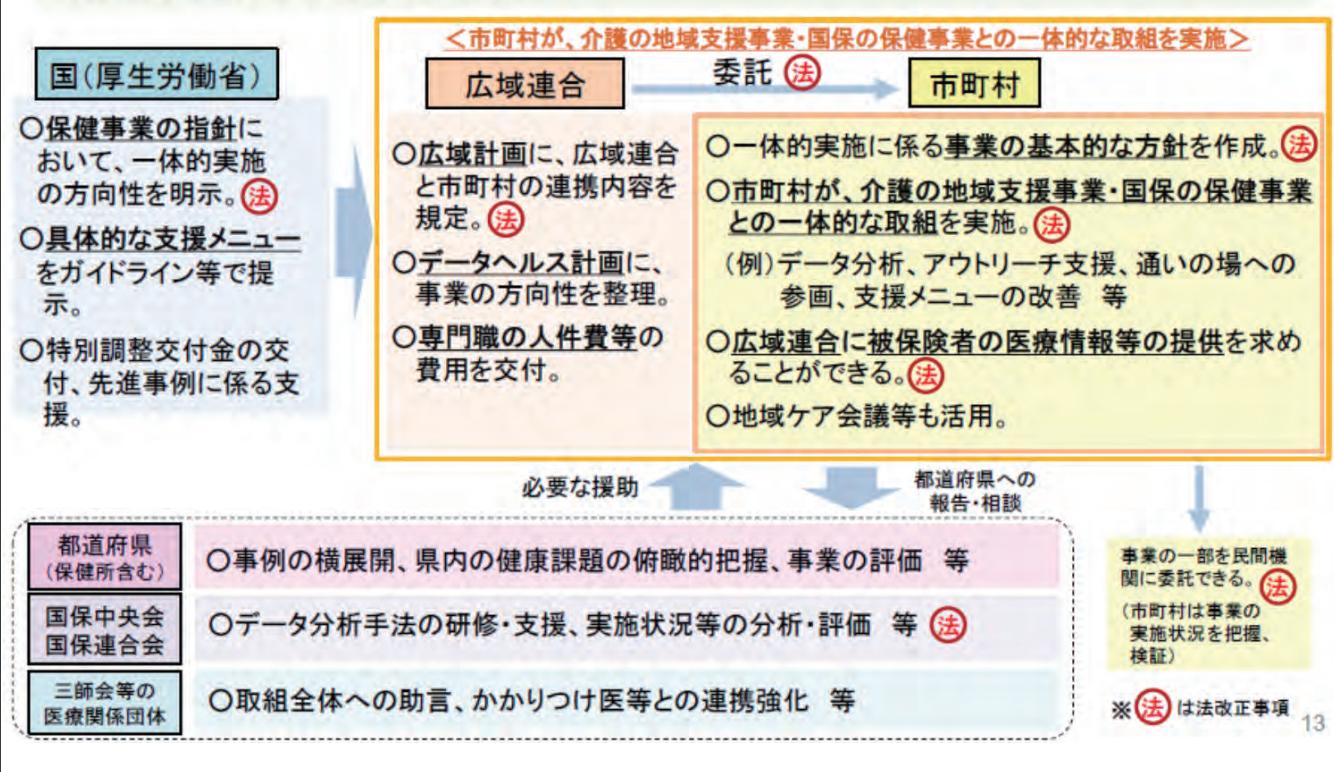
第百三十三条 国保連合会及び指定法人は、後期高齢者医療の運営の安定化を図るために、後期高齢者医療広域連合が行う高齢者保健事業及び第百二十五条第五項に規定する事業、後期高齢者医療給付に要する費用の適正化のための事業その他の事業（以下この条において「**高齢者保健事業等**」といふ。）に関する調査研究及び高齢者保健事業等の実施に係る後期高齢者医療広域連合間（国保連合会においては、後期高齢者医療広域連合と当該後期高齢者医療広域連合から第百二十五条の二第一項前段の規定により委託を受けた市町村との間及び当該委託を受けた市町村間を含む。）の連絡調整を行うとともに、**高齢者保健事業等**に關し、専門的な技術又は知識を有する者の派遣、情報の提供、高齢者保健事業等の実施状況の分析及び評価その他の必要な援助を行ふよう努めなければならない。

## 保健事業と介護予防の現状と課題(イメージ)

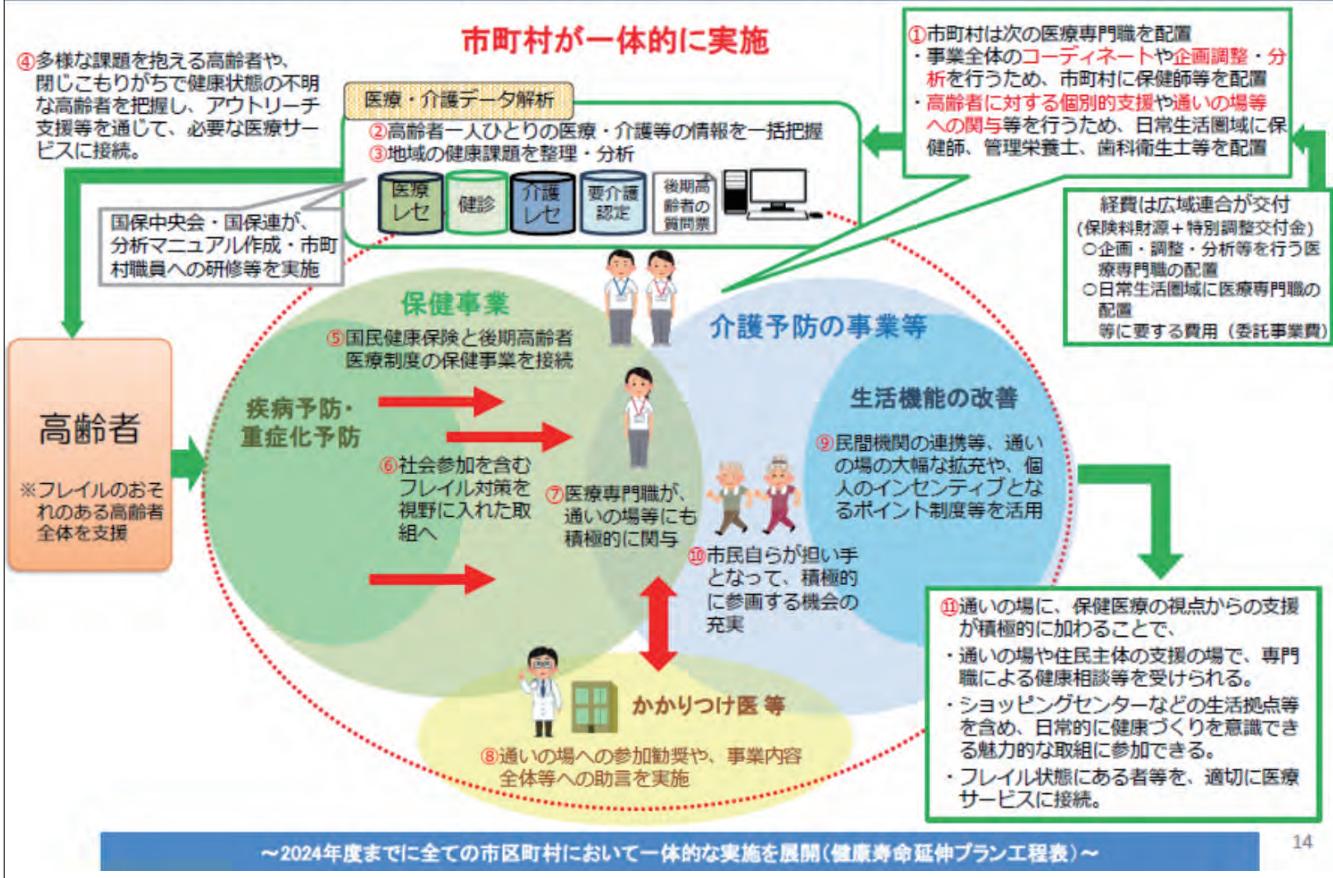


## 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施(スキーム図)

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



## 高齢者の保健事業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）



### ③高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドラインの改定等について

## 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の施行に向けたスケジュール(案)

- 「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン」を改定し、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（以下、プログラムとする）を盛り込む。
- ガイドラインは、本検討班におけるプログラム検討を受け、「あり方WG」にて承認を得る。
- また、「高齢者の医療の確保に関する法律に基づく保健事業の実施等に関する指針」の改定や、「令和2年度特別調整交付金の交付基準」の検討結果の周知など、法施行に向けた準備を10月までに行う。
- 広域連合・市町村においては、指針やガイドライン等を踏まえ、広域計画の策定、委託契約の締結準備、市町村基本方針の策定など、令和2年度からの実施に向けた準備を行う。

令和元年度	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	令和2年4月1日 改正法施行									
高齢者の保健事業のあり方検討ワーキンググループ					(WG) (作業チーム)	10月16日改定公表													16		
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（検討班）	第1回 5/22	第2回 5/31	第3回 6/12	第4回 7/5	第5回 8/1	第6回 9/4	○高齢者の保健事業のあり方WG・作業チーム・検討班報告書を踏まえ、ガイドラインに盛り込む一體的実施の推進に向けたプログラム等の内容を検討													16	
厚生労働省における準備	保健事業実施指針				改正指針案文の作成準備		パブリックコメント等（広域連合との調整）	改訂指針													
特別調整交付金交付基準					令和2年度交付基準について自治体と協議		令和2年度交付基準検討結果周知														
広域連合・市町村における準備																					

### 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

#### ○検討班における検討

- 一體的な実施に関して、指針やガイドライン等で提示することが考えられる高齢者の保健事業のプログラム等について整理・検討するため、検討班を設けて検討。

※ 保健事業・介護予防に係る学識経験者、行政の実務者などにより構成。

- 同検討班の検討結果は、高齢者の保健事業のあり方検討ワーキンググループ及び作業チームによる検討を経て、「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン」に反映。

<検討班における主な検討事項（案）>

- (1) 自治体及び関係機関等の連携体制
- (2) 事業内容に関するプログラム
- (3) その他

#### ○検討スケジュール（予定）

- 5月22日 第1回検討班会議開催
  - 5月31日 第2回検討班会議開催
  - 6月12日 第3回検討班会議開催
  - 7月5日 第4回検討班会議開催
  - 8月1日 第5回検討班会議開催
  - 9月4日 第6回検討班会議開催
  - 9月27日 報告書とりまとめ
- ⇒ 高齢者の保健事業のあり方検討ワーキンググループ及び作業チームでの検討を経てガイドラインに反映

構成員（敬称略、50音順）	
秋野 憲一	北海道札幌市保健福祉局成人保健・歯科保健担当部長
秋山 美紀	慶應義塾大学環境情報学部教授
阿部 絹子	群馬県健康福祉部保健予防課健康増進主監
飯島 勝矢	東京大学高齢社会総合研究機構教授
石崎 達郎	東京都健康長寿医療センター研究所研究部長
鎌形喜代実	公益社団法人国民健康保険中央会調査役
佐々木礼佳	宮崎県美郷町健康福祉課主幹
渋谷 華織	新潟県後期高齢者医療広域連合総務課企画係主任
高橋日出男	千葉県船橋市保健所健康づくり課長
田中 和美	神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部栄養学科教授
津下 一代	あいち健康の森健康科学総合センターセンター長
山田 祐子	福島県南相馬市健康福祉部次長兼長寿福祉課長（全国保健師長会副会長）

17

## 高齢者の保健事業のあり方検討ワーキンググループ・作業チーム（令和元年10月現在）

### ○ワーキンググループ・作業チームにおける検討

- ・ 高齢者の特性に応じた保健事業のあり方の検討や広域連合が当該保健事業を実施するに当たってのガイドラインの策定等を行う。

※ 保健事業に係る学識経験者、保険者の代表者、職能団体の代表者、行政の実務者などにより構成。

ワーキンググループ構成員（敬称略、50音順）	
石崎 達郎	東京都健康長寿医療センター研究所 研究部長
勝田 秀貴	三重県後期高齢者医療広域連合 事務局長
小玉 剛	公益社団法人日本歯科医師会 常務理事
下浦 佳之	公益社団法人日本栄養士会 常務理事
鈴木 隆雄	桜美林大学老年学総合研究所 所長
田中 和美	神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部栄養学科 教授
津下 一代	あいち健康の森健康科学総合センター センター長
中野 透	公益社団法人国民健康保険中央会 常務理事
沼田 美幸	公益社団法人日本看護協会 健康政策部 部長
松本 吉郎	公益社団法人日本医師会 常任理事
村岡 晃	高知県高知市 健康福祉部長
吉田 力久	公益社団法人日本薬剤師会 常務理事
吉村 典子	東京大学医学部附属病院22世紀医療センター口コモ予防学講座 特任教授

作業チーム構成員（敬称略、50音順）	
生田 国南	医療法人社団南生会生田歯科医院 理事長
伊澤 慶彦	一般社団法人練馬区薬剤師会 副会長
石崎 達郎	東京都健康長寿医療センター研究所 研究部長
鎌形喜代実	公益社団法人国民健康保険中央会 調査役
田中 和美	神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部栄養学科 教授
津下 一代	あいち健康の森健康科学総合センター センター長
西本 美和	滋賀県大津市役所健康保険部保健所健康推進課 課長補佐（兼）母性保健係長
沼田 美幸	公益社団法人日本看護協会 健康政策部長
平川 博之	公益社団法人東京都医師会 副会長
廣田 一実	三重県後期高齢者医療広域連合 事業課長

18

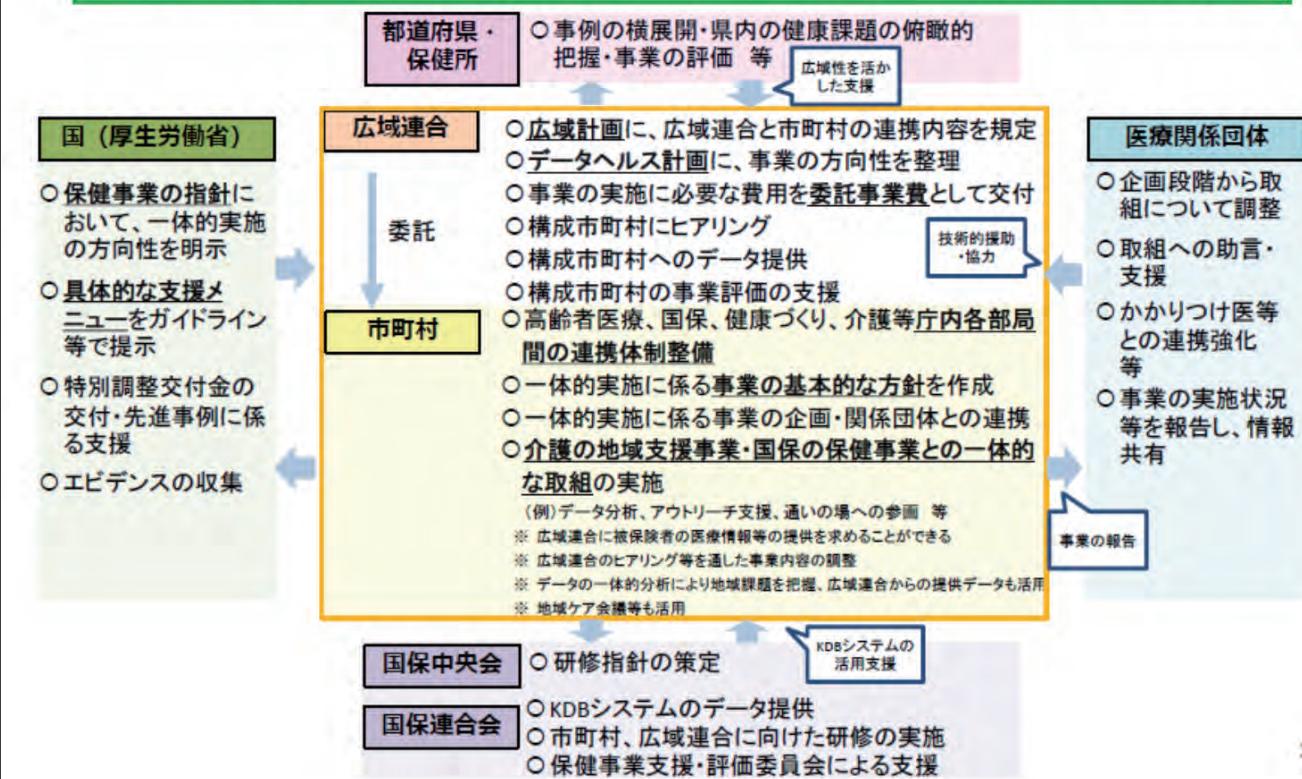
### 高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第2版改定のポイント

休制の整備等について	一括的実施プログラム（具体的な取組内容）
<b>広域連合</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 広域計画に、広域連合と市町村の具体的な連携内容を規定</li> <li>○ データヘルス計画に、事業の方向性を整理</li> <li>○ 事業の実施に必要な費用を委託事業費として交付</li> <li>○ 構成市町村の各関係部局と連携</li> <li>○ 構成市町村へのデータ提供</li> <li>○ 構成市町村の事業評価の支援</li> </ul>	<b>1 医療専門職の配置</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 保健師等の医療専門職が中心となり、コーディネーター役として事業全体の企画・調整・分析を担う。</li> <li>・ 各日常生活圏単位で活動する医療専門職がアウトリーチ支援や通いの場等に積極的に関与する。</li> </ul> <b>2 通いの場等への医療専門職の積極的な関与</b> <p>通いの場等に医療専門職が関与することにより、高齢者が自らの健康状態に関心を持ち、フレイル予防等の重要性について浸透することを図る。</p> <p>【通いの場等における医療専門職の取組】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ア. 通いの場等における計画的な取組の実施</li> <li>イ. 通いの場等を活用したフレイル予防の普及・促進</li> <li>ウ. 通いの場等を活用した健康教育・相談等の実施</li> <li>エ. 通いの場等を活用した健康状態等の把握</li> <li>オ. KDBシステムを活用した必要なサービスへの紹介</li> </ul> <b>3 KDBシステム等による分析・地域の健康課題の整理・分析</b> <b>4 対象者の抽出</b> <p>KDBシステムを活用し、被保険者一人ひとりの医療、健診、介護レセプト、要介護度等の情報、質問票の回答等を一括で把握し、支援すべき対象者を抽出。</p>
<b>市町村</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 高齢者医療、国保、健康づくり、介護等府内各部局間の連携体制整備</li> <li>○ 一括的実施に係る事業の基本的な方針を作成</li> <li>○ 一括的実施に係る事業の企画・関係団体との連携</li> <li>○ 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</li> <li>※ KDBシステムを活用し、被保険者の医療、介護、健診情報等について、広域連合と市町村が相互に連携し、一括的に活用</li> <li>※ 広域連合のヒアリング等を通じた事業内容の調整</li> <li>※ データの一括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</li> <li>※ 地域ケア会議等も活用</li> </ul>	<b>5 具体的な事業実施</b> <p>アウトリーチ支援の個別支援と、通いの場等への積極的な関与の両者で実施。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 健康状態不明者の状況把握</li> <li>(2) 健康課題がある人へのアウトリーチ支援</li> <li>(3) 元気高齢者等に対するフレイル予防等についての必要な知識の提供</li> </ol> <b>6 事業を効果的に進めるための取組</b> <p>市民自らが担い手となって積極的に参加できるような機会の充実に努める。</p> <b>7 地域の医療関係団体等との連携</b> <b>8 高齢者の社会参加の推進</b> <b>9 国保保健事業と高齢者保健事業との接続</b> <p>事業実施にあたっては、国民健康保険保健事業と高齢者保健事業を接続して実施できるようにする。</p> <b>10 事業の評価</b> <p>KDBシステム等を活用して事業の実績を整理しつつ事業の評価を行い、効果的かつ効率的な支援メニュー内容への改善につなげていく。</p>
<b>都道府県・保健所</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 事例の横展開・県内の健康課題の俯瞰的把握・事業の評価</li> <li>○ 都道府県単位の医療関係団体等に対する市町村等保健事業の協力依頼</li> <li>○ 市町村に対するデータ分析、事業企画立案支援 等</li> </ul>	
<b>国保中央会・国保連合会</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 研修指針の策定、市町村・広域連合に向けた研修の実施</li> <li>○ KDBシステムのデータ提供</li> <li>○ 保健事業支援・評価委員会による支援</li> </ul>	
<b>医療関係団体</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 企画段階から取組について調整</li> <li>○ 取組への助言・支援</li> <li>○ かかりつけ医等との連携強化 等</li> <li>○ 事業の実施状況等を報告し、情報共有</li> </ul>	

## 高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第2版【概要】

### ①取組の推進に向けた体制整備

高齢者的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。



## ②高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の推進に向けたプログラム

### 1 医療専門職の配置

- ・保健師等の**医療専門職**が中心となり、**コーディネート**を行い、事務職や他の専門職の見解も求めた上で、地域の健康課題等の把握や地域の医療関係団体等との連携を進めるとともに、地域の多様な社会資源や行政資源を踏まえ、**事業全体の企画・調整・分析**等を行う。
- ・日常生活圏単位で活動する**医療専門職**（保健師、管理栄養士、歯科衛生士等）は、高齢者の健康状態をトータルに、また多面的にとらえて、高齢者のいる世帯への**アウトリーチ支援**や**通いの場等への積極的関与**を行う。

### 2 通いの場等において医療専門職が関わる意義

通いの場等に医療専門職が関与することにより、高齢者が自らの健康状態に关心を持ち、フレイル予防等の重要性について浸透することを図る。

- 〔通いの場等における医療専門職の取組〕
  - ア. 通いの場等における計画的な取組の実施  
コーディネートを行う医療専門職と相談のうえ、支援箇所数や回数、内容について年間計画を立てる
  - イ. 通いの場等を活用したフレイル予防の普及・促進  
健康づくりに関する啓発活動等を実施する
  - ウ. 通いの場等を活用した健康教育・相談等の実施  
通いの場等を健康に関する不安等について気軽に相談できる場所として位置づけ、健康教育・健康相談を実施する
  - エ. 通いの場等を活用した健康状態等の把握  
身長、体重、BMIや血圧等の身体指標、また「後期高齢者の質問票」の回答結果をもとに健康状態等の把握を行う
  - オ. KDBシステムの情報を活用した必要なサービスへの紹介  
通いの場等における後期高齢者の質問票や各種の測定結果等の情報とKDBシステム等のデータとを突合し、必要に応じ医療の受診勧奨や必要な介護サービスにつなぐ

#### 〔留意点〕

- ・自主運営の状況に配慮が必要
- ・元気高齢者を巻き込んだ取組の実施
- ・住民の希望を尊重した、活動に寄り添う意識を持った関与
- ・全員を対象としたヘルスチェックや結果説明、相談事業等、ハイリスク者が特定されないような取組とするよう配慮

### 3 KDBシステム等による分析・地域の健康課題の整理・分析

- ・KDBシステムを活用し、被保険者一人ひとりの医療レセプト、健診データ、介護レセプト、要介護度等の情報、質問票の回答等、を一括で把握し、高齢者のフレイル状態等に関する情報も一括で分析し、**フレイルのおそれのある高齢者等、支援すべき対象者を抽出する**。
- ・地区別や市町村別、県別及び全国での集計情報や同規模等の保険者の情報と比較し、自らの特徴を明らかにする。また、地域の全被保険者を抽出し、集計することにより、**地域の健康課題を把握する**。

#### KDBシステム帳票



〔令和元年中リリース予定〕

- ・このような分析により地域の高齢者の全体像を俯瞰し、支援の必要な高齢者の数を把握し、地域において必要とされる取組を検討・人的資源・体制の検討をはじめ、実現可能性の観点も踏まえ、保健事業における取組の優先順位付けを行う。
- ・KDBシステムのデータに加え、市町村が有する介護予防・日常生活圏ニーズ調査のデータ等も活用し、地域の健康課題の整理分析を行う。

### 4 対象者の抽出

- ・特定した健康課題への対応に当たっては、KDBシステム等のデータを活用して、年齢やBMI、検査値等いくつかの条件を設定して対象者の抽出を行う。その値の設定を変えたり、追加の条件を加えることにより対象者の絞り込みを行う。

21

## 5 具体的な事業実施

**健康状態不明者と個別の健康課題がある高齢者へのアウトリーチによる個別的支援と通いの場等への積極的な開きの両者で実施**

(1) 健康課題がある人への(アウトリーチ)支援

### ア 対象者の抽出

- 一定期間医療機関を受診していないことが明らかになった高齢者に書面の送付、電話、訪問等の方法により受診勧奨を行う。

### イ 保健指導の実施

#### (ア) 栄養(低栄養)・口腔・服薬の取組

医療専門職が個人人の抱える課題に応じた助言や指導を行う。

#### (イ) 重症化予防の取組

治療を受けている人の重症化予防に取り組むには、医師会等との事前調整を行った上でかかりつけ医との連携のもと保健指導を行う。

歯科疾患の重症化予防についても、かかりつけ歯科と連携し、モニタリングを適切に行う。

#### (ウ) 高齢者の保健事業における留意点

- アセスメントは個別の課題に限定せず、総合的な視点をもって行う。
- 高齢者がなぜ健康課題を抱えるに至ったのかについての背景情報も把握する。
- 定期的にアセスメントを行い、複数回に渡って助言・指導を行う。

#### (2) 健康状態不明者の状況把握

- 健診受診状況・医療機関の受診状況をもとに、健康状態不明者リストを作成し、該当者に対して医療専門職等が電話連絡や個別訪問にて、健康課題の有無を判断するためのアセスメントを行う。

※ 通いの場等に医療専門職が向き合い、後期高齢者の質問票も活用する。

※ 健康課題が明らかになった場合は、具体的な個別支援の取組や通いの場、地域包括支援センター等の紹介を行い、必要な介護サービスにつなげていく。

#### (3) 元気高齢者等に対するフレイル予防等についての意識付け

- 医療専門職等が通いの場等で、フレイル予防に関する意識付けを行う。
- 後期高齢者の質問票のフィードバックや視覚的に分かりやすい資料を活用する。
- 地域単位で情報提供を行う場合、分析で明らかになった地域健康課題等の提示。

## 6 事業を効率的に進めるための取組

**市民自らが担い手となって積極的に参加できるような機会の充実に努める**

- 医療専門職が通いの場等も含めた地域の場に積極的に参加する。
- 高齢者同士が助言し合える環境を整備し、住民主体の取組とつなげる。
- 介護予防ボランティアポイント制度等の活用を検討する。

## 7 地域の医療関係団体等との連携

- 具体的な事業メニューや事業全体に対する助言や指導を得る。
- 受診勧奨に関する支援や通いの場等への参加勧奨を行うよう働きかける。
- 健康課題が明らかとなった高齢者に対しての具体的な取組内容の検討に当たっては、実施体制・実施スキーム等について事前に相談する。
- 医療機関を受診中の高齢者に対し訪問指導を行う場合に、事業内容をかけつけ医や医師会等に説明し、理解を求め、情報共有を行う。

## 8 高齢者の社会参加の推進

- 民間の取組、地域の集いの場等(自治会や老人クラブ等)との連携
- 健康づくりに取り組む個人のインセンティブを高める取組との連携(高齢者が通いの場等に参加することに対しポイント付与等)

## 9 国保保健事業と高齢者保健事業との接続

事業実施に当たっては、**国民健康保険保健事業と高齢者保健事業を接続して実施**できるようにする。

- 高齢者への訪問指導等の際には、後期高齢者医療制度加入前の情報を活用しながら行うことが望ましい。
- 前期高齢者からの健康づくり・予防活動の状況など保健指導の記録等も、後期高齢者保健事業の担当者に適切に引き継ぐ。
- 後期高齢者医療制度のデータ分析結果等を国保側に提示・成果の共有=協働の必要性の理解につなげる。

## 10 事業の評価

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

- 個別被保険者に対する保健指導については、生活習慣や社会参加の状況、身体状況の変化や医療機関の受診状況、疾病の罹患状況、要介護認定率等について事業実施前後の状態像を確認することより、事業の成果を確認。
- ※ KDBシステムの「介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)」では、事業参加者の登録を行うと、事業参加前後の健康結果、医療費・介護給付費等について個人単位、集団単位での比較が可能となり、事業参加者と非参加者を比較した事業評価を容易に行なうことができる。
- 事業の振り返りの際には、ストラクチャー(構造:実施体制等)/プロセス(過程:事業の進め方等)/アウトプット(事業実施量)/アウトカム(事業実施効果)の4つの視点で成功要因や課題等を明らかにし、効果的かつ効率的な事業展開を目指す。

22

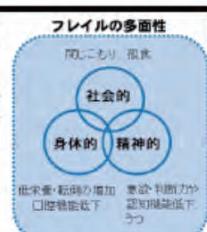
## ③後期高齢者の質問票

### <後期高齢者の質問票の役割について>

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- KDBシステムにデータを収集・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。



### <質問票の内容について>

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

### <質問票を用いた健康状態の評価について>

- 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。
- 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。
  - 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。
  - 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。

23

## 後期高齢者の質問票の見直しについて

平成31年3月28日(木)	資料4 抜粋
第34回保険者による 健診・保健指導等に関する 検討会	

類型名	質問文	回答	考
1 健康状態	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	主観的健康観の把握を目的に、国民生活基礎調査の質問を採用
2 心の健康状態	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	心の健康状態把握を目的に、GDS（老年期うつ評価尺度）の一部を参考に設定
3 食習慣	1日3食きちんと食べていますか	①はい ②いいえ	食事習慣の状態把握を目的に項目を設定
4 口腔機能	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	口腔機能（咀嚼）の状態把握を目的に、基本チェックリストの質問を採用するとともに、「固いもの」の具体例を追加
5	お茶や汁物等でむせることができますか	①はい ②いいえ	口腔機能（嚥下）の状態把握を目的に、基本チェックリストの質問を採用
6 体重変化	6ヶ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	①はい ②いいえ	低栄養状態のおそれの把握を目的に、基本チェックリストの質問を採用
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	運動能力の状態把握を目的に、簡易フレイルインデックスの質問を採用
8 運動・転倒	この1年間に転んだことがありますか	①はい ②いいえ	転倒リスクの把握を目的に、基本チェックリストの質問を採用
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	運動習慣の把握を目的に、簡易フレイルインデックスの質問を採用
10 認知機能	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言われていますか	①はい ②いいえ	認知機能の低下のおそれの把握を目的に、基本チェックリストの質問を採用
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	認知機能の低下のおそれの把握を目的に、基本チェックリストの質問を採用
12 喫煙	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	喫煙習慣の把握を目的に、国民生活基礎調査の質問を採用し、禁煙理由についてのアセスメントにつなげるため、「やめた」の選択肢を追加
13 社会参加	週に1回以上は外出していますか	①はい ②いいえ	閉じこもりのおそれの把握を目的に、基本チェックリストの質問を採用
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	他者との交流（社会参加）の把握を目的に、基本チェックリストの質問を参考に設定
15 ソーシャルサポート	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	身近な相談相手の有無の把握を目的に項目を設定

24

### ～令和2年度後期高齢者医療制度特別調整交付金の対象となる事業の考え方～ 「広域連合の財源で市町村が実施する事業等」(実務者検討班報告書別紙2より)

#### 【委託事業の実施に係る広域連合及び市町村における体制整備等】

高齢者の保健事業と介護予防等との一的な実施を効果的かつ効率的に進めるため、広域連合においては、域内の構成市町村と十分に協議した上で、広域計画に構成市町村との連携に関する事項を定め、当該広域計画に基づき、高齢者保健事業を市町村に委託する。市町村においては、広域計画に基づき高齢者保健事業の委託を受けた場合において、高齢者の保健事業と介護予防等との一的な実施の事業内容を含む基本的な方針を定め、広域連合との委託契約及び基本的な方針に基づき事業を実施する。国は、広域連合が市町村に交付する委託事業費の一部について特別調整交付金を交付する。

#### 対象事業について

##### 企画・調整・分析

- 事業の企画・調整
  - ・府内外関係者で課題の共有、医療関係団体と連携、地域資源の把握・分析
- 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、介護、健診等情報を一括的に活用し、地域健康課題の整理・分析
  - ・日常生活圏域ニーズ調査や健康増進計画等の分析結果も活用
  - ・後期高齢者の質問票等の活用
- 医療関係団体等との連絡調整
  - ・事業の企画段階から健康課題の共有、事業企画等の相談を進める
  - ・今後の事業展開につなげるため、実施状況等の報告

##### 高齢者に対する支援内容

- 高齢者に対する個別支援(ハイリスクアプローチ)と通いの場等への関与(ポビュレーションアプローチ)の双方の取組を行う
- 高齢者に対する個別的支持(ハイリスクアプローチ)
    - ・次のいずれか一つ以上を実施
      - ア 低栄養防止・重症化予防の取組
      - イ 重複・頻回受診者、重複投薬者等への相談・指導の取組
      - ウ 健康状態が不明な高齢者の状態把握、必要なサービスへの接続
    - 通いの場等への積極的な関与(ポビュレーションアプローチ)
      - ア フレイル予防の普及啓発、運動・栄養・口腔等の健康教育・健康相談
      - イ フレイル状態にある高齢者等を把握し、保健指導等の支援
      - ウ 取組により把握された高齢者の状況に応じ、医療・介護につなげる
- ※配慮事項～地域の実情に応じ、駅前商店街やショッピングセンターなど日常的に立ち寄る機会の多い場の活用、ボランティア組織との連携、市民自ら担い手となって参加できる仕組みの検討、住民の健康意識の喚起する取組とする。

#### 広域連合から交付する費用について

##### 1 委託事業費として交付

広域連合は市町村との委託契約に基づき、市町村の「基本的な方針」や委託契約に定めた事業を市町村が適正に実施することを条件に、事業の実施に必要な費用を委託事業費として交付する。

##### 2 委託事業費として想定する額

○企画・調整・分析等の業務に従事する保健師等の医療専門職の配置等に要する費用

年間を通じて当該業務に従事する医療専門職の配置に必要な費用（各市町村に正規職員1名を配置することを念頭に、厚生労働省において予め定額を示すことを予定。）

○高齢者に対する個別的な支援や通いの場等への関与等の業務に従事する医療専門職（保健師、管理栄養士、歯科衛生士等）の配置等に要する費用

各市町村内の各地域（日常生活圏域を想定）において適切に実施するため、当該業務に従事する医療専門職の配置等に必要な費用（年間を通じて業務を実施すること前提に、厚生労働省において予め定額を示すことを予定。）

※各地域の高齢者に対する支援業務を行う医療専門職については常勤、非常勤等を問わない。

##### 3 委託事業費の対象となる事業を実施する医療専門職の雇用形態等

・既に市町村に配置されている医療専門職が委託に係る業務を実施する場合であっても交付の対象とする（広域連合からの委託に係る業務を年間を通じて適正に実施する必要がある）。

##### 4 市町村からの委託に要する費用

保健事業の一部について、事業の実施、運営等を適切に実施できる関係機関又は関係団体に委託することは可能であるが、市町村は事業の企画立案や実施状況の把握・検証を責任をもって行う必要がある。なお、費用については厚生労働省において予め提示する定額の範囲内で交付することができる。

25

# 委託費参考資料

平成29年7月24日

国保・後期高齢者医療制度における  
糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開に関する説明会  
厚生労働省保険局高齢者医療課資料＜抜粋＞



国保・後期高齢者医療制度における糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開に関する説明会  
—重症化予防(国保・後期広域)ワーキンググループとりまとめについて—

平成29年7月24日(月)

資料3

## 後期高齢者医療における 保健事業等について

厚生労働省保険局高齢者医療課

# 高齢者の低栄養防止・重症化予防等の推進

平成29年度予算額 3.6億円  
(平成28年度予算額 3.6億円)

## 概要

- 低栄養、筋量低下等による心身機能の低下の予防、生活習慣病等の重症化予防のため、高齢者の特性を踏まえた保健指導等を実施。
- 後期高齢者医療広域連合において、地域の実情に応じて、地域包括支援センター、保健センター、訪問看護ステーション、薬局等を活用し、課題に応じた専門職(管理栄養士、歯科衛生士、薬剤師、保健師等)が、対応の必要性が高い後期高齢者に対して相談や訪問指導等を実施。  
〈例〉 ・低栄養、過体重に対する栄養相談・指導 ・摂食等の口腔機能低下に関する相談・指導  
・外出困難者への訪問歯科健診  
・複数受診等により服用する薬が多い場合における服薬相談・指導 等

## 推進のための事業イメージ



## (参考)高齢者の特性(例:虚弱(フレイル))

加齢とともに、心身の活力(例えば筋力や認知機能等)が低下し、生活機能障害、要介護状態、そして死亡などの危険性が高くなった状態。

### 加齢に伴う変化

- ・食欲の低下
- ・活動量の低下(社会交流の減少)
- ・筋力低下
- ・認知機能低下
- ・多くの病気をかかえている

### 危険な加齢の兆候(老年症候群)

- ・低栄養
- ・転倒、サルコペニア
- ・尿失禁
- ・軽度認知障害(MCI)

### フレイルの多面性

閉じこもり、孤食

社会的

身体的

精神的

低栄養・転倒の増加 意欲・判断力や  
口腔機能低下 認知機能低下  
うつ

→ 適切な介入・支援により、生活機能の維持向上が可能。

## 2 事業内容

### 高齢者の低栄養防止・重症化予防等の推進

- ・ 被保険者の健康を守り自立を促進し、低栄養、筋量低下等による心身機能の低下の予防・生活習慣病等の重症化予防等を行うため、被保険者に対して専門職(管理栄養士、歯科衛生士、薬剤師、保健師等)による立ち寄り型の相談や訪問相談・指導、訪問歯科健診を実施する。
- ・ 対象となる事業は、以下のとおりとする。  
(ア)栄養・口腔・服薬に関する相談・指導(口腔については、訪問健診も含む)  
(イ)生活習慣病等の重症化予防事業  
(ウ)心身機能を包括的にチェックし、適切なサービスにつなげる事業  
(エ)上記(ア)から(ウ)までを複合的に実施する事業  
(オ)上記(ア)から(エ)までの事業の実施に係る研修

## 4 経費と基準額等

### ①相談・訪問指導の場合

(ア)人件費(専門職が広域連合・市町村の正規職員の場合は、補助対象外)

<専門職等1日あたりの謝金とする場合>

・医師、歯科医師 … 1日あたり 28,080円

・その他専門職(保健師等) … 1日あたり 11,640円 (1日あたり2人を指導等することを標準とする)

<対象者に対する訪問指導1回あたりの費用とする場合>

・医師、歯科医師 … 1回あたり 14,040円

・その他専門職(保健師等) … 1回あたり 5,820円

(イ)文書通信費、交通費、燃料費、消耗品費等 (当該事業以外にも使用可能な器具、設備等は不可)

(ウ)市町村、医師会等への委託による場合は、実費(ただし、人件費については上記(ア)に準ずることとする)

(エ)事業実施後の効果検証に係る追加検査費、データ抽出経費、報告書作成経費等(民間業者等への委託も可)

### ②研修の場合

(ア)講師の謝金等

1時間あたり 11,300円(旅費は実費)

(イ)会場使用料、光熱費、印刷製本費、消耗品費等(研修を受講する専門職の日当等は不可)

(ウ)当該研修を開催するのに必要不可欠な準備(会議等)に係る費用

(エ)効果測定に係る調査費用等

第149回市町村職員を対象とするセミナー 2019.10.25 13:10~13:40

## 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

～ 高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドラインより ～

高齢者の保健事業のあり方検討ワーキンググループ<sup>®</sup>  
同 作業チーム  
一体的実施の推進に向けたプログラム検討実務者検討班  
後期高齢者の質問票活用に向けた研究班  
あいち健康の森健康科学センター  
津下 一代

- (1) 高齢期の健康課題と対策の必要性
- (2) 高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン
- (3) 後期高齢者に対する質問票
- (4) 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

# 高齢者の特性を踏まえた保健事業 ガイドライン

- ① 高齢者の医療の確保に関する法律に基づく保健事業の実施等に関する指針(平成26年「保健事業実施指針」)に基づき、**広域連合が実施することが望ましい**健診や**保健指導などの保健事業の内容や手順について**、科学的知見を踏まえて**提示する。**
- ② 広域連合と市町村が協働して、**高齢者の健康づくり**や**介護予防等の事業と連携しながら**、高齢者の特性を踏まえた保健事業を実施する場合の役割分担や留意点を示す。

14

## 高齢者の保健事業 目標設定の考え方

在宅で自立した生活がおくれる高齢者の増加（入院率・入外比、疾病別医療費、要介護度）

フレイル（虚弱）の進行の防止

生活習慣病等の重症化予防

高齢による心身機能の低下防止  
(老年症候群)

健康状態に課題がある  
高齢者の減少

心身機能が低下した  
高齢者の減少

慢性疾患の  
コントロール

服薬状況

低栄養

口腔機能

認知機能

運動機能

※国保・ヘルス  
事業との連携

高齢者の健康状態・フレイルの状態、生活状況等の包括的な把握

※介護予防  
との連携

適正受診・服薬  
・かかりつけ医  
・受診中断の早期対処  
・重複・残業指導

禁煙・適正飲酒  
・禁煙  
・過量飲酒の減少

栄養・食生活  
・減塩、水分調整  
・たんぱく摂取  
・肥満者の維持・減量

口腔機能  
・摂食・嚥下体操  
・入れ歯の手入れ

運動・リハビリ  
・転倒・骨折防止の  
ための運動器等  
の指導  
・リハビリの継続

外出・社会参加  
・買い物、散歩  
・地域活動・ボランティア  
等の支援

虚弱（フレイル）高齢者や在宅療養高齢者等への健康支援

15

# 高齢者に対する保健事業と地域連携

## ①地域の高齢者の健康をめぐる

### 全体像の把握

- ・地域の健康課題の把握
- ・地域資源の状況の確認

## ②健康課題がある人への支援

- ・栄養に関する相談・指導
- ・口腔に関する相談・指導
- ・服薬に関する相談・指導
- ・生活習慣病の重症化予防に関する相談・指導

## ③健康状態不明者へのアプローチ

## ④元気高齢者に対するアプローチ

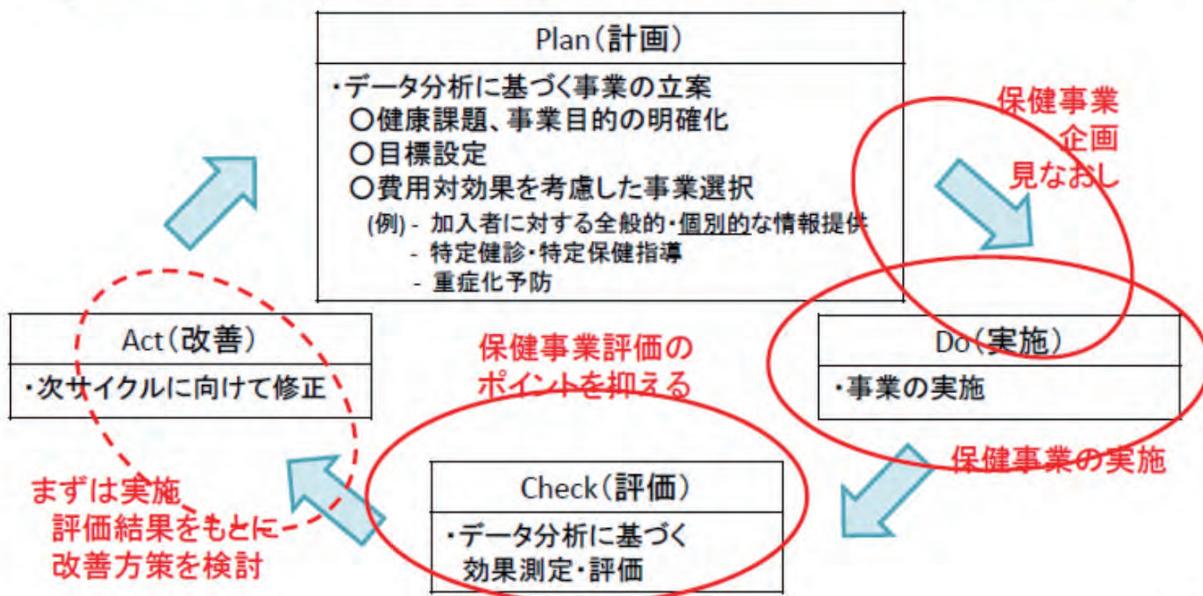


16

## データヘルス計画⇒効果的・効率的な保健事業を行うこと

### 「データヘルス計画」

レセプト・健診情報等のデータの分析に基づく  
効率的・効果的な保健事業をPDCAサイクルで実施するための事業計画



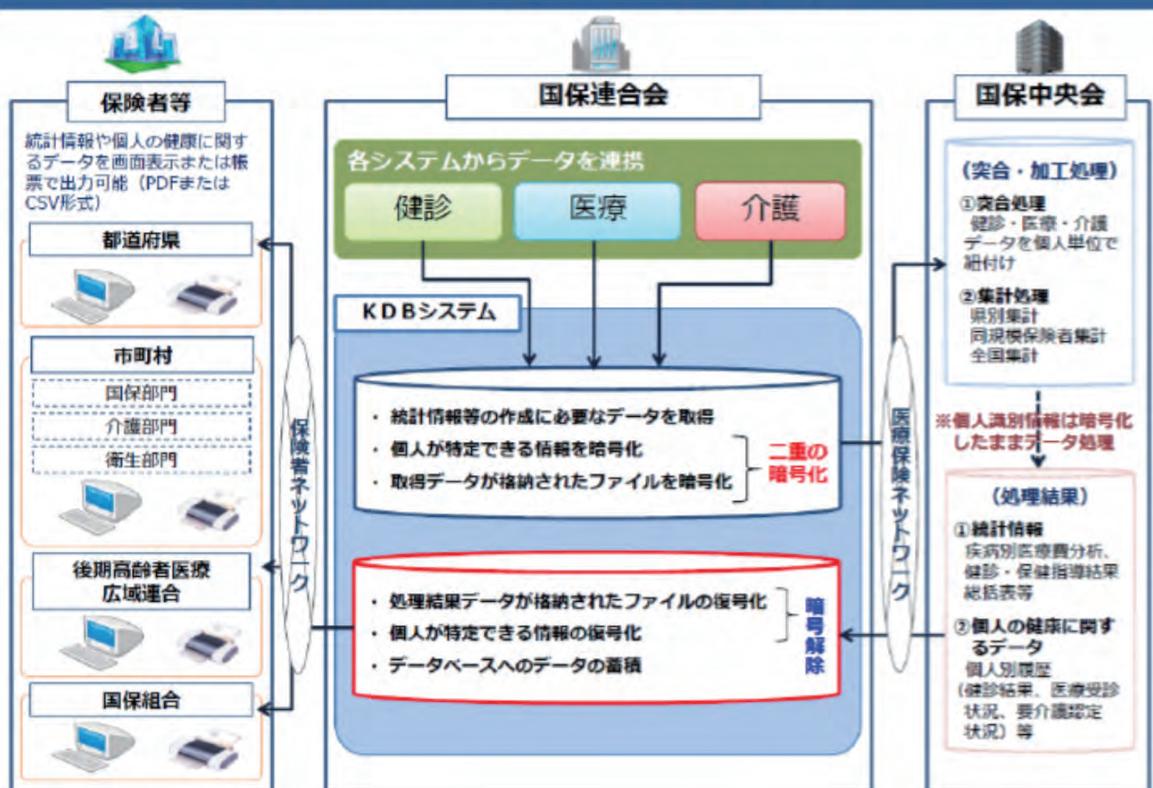
17

## 対象となる健康課題は違っても、保健事業の基本骨格は同じ！

評価の構造	評価の視点・内容
ストラクチャー 実施体制は整っ ているか	<ul style="list-style-type: none"> <li>・達成したい目標にむけて、関係者の理解が得られたか。</li> <li>・実施体制が構築できたか</li> <li>・マンパワー、予算は確保できたか</li> </ul>
プロセス うまく運営できて いるか	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業実施手順書を作成し、関係者間で共有できているか</li> <li>・進行管理表を作成したか</li> <li>・対象者に合わせた内容が準備できているか</li> </ul>
アウトプット ちゃんと実施で きたか	<ul style="list-style-type: none"> <li>・計画した事業が実施できたか</li> <li>・ねらったセグメントの対象者が参加したか</li> <li>・実施回数、人数は計画どおりか</li> </ul>
アウトカム 結果は出ているか	<p>目的とした成果が上がっているか。 関心度・生活習慣、健康状態(検査値) 次年度も継続したいという意欲があるか</p>

18

## 国保データベース（KDB）システムの全体像

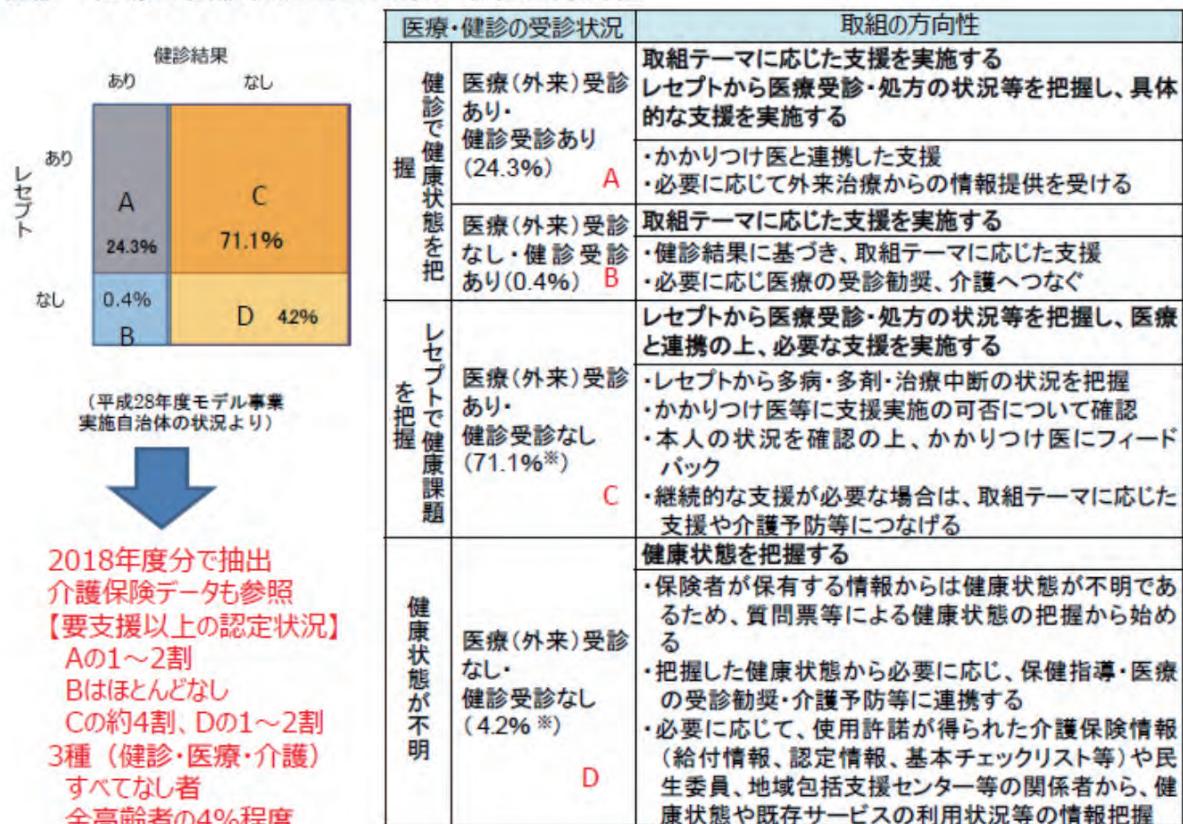


19

図表 II- 2 KDBシステム帳票「後期高齢者の健診状況」(帳票 ID : P26\_018)

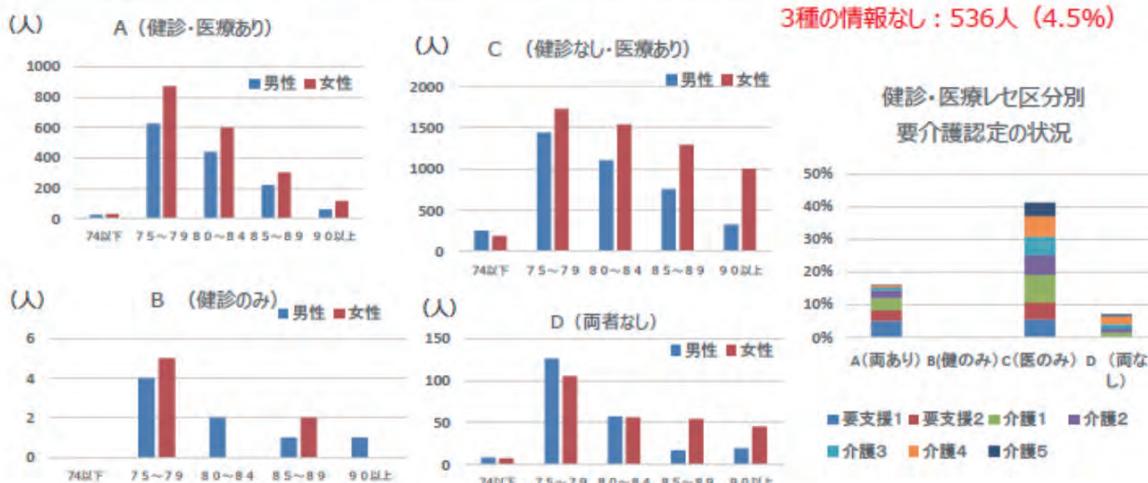


### 健診・医療の受診状況別の人数と取組の方向性



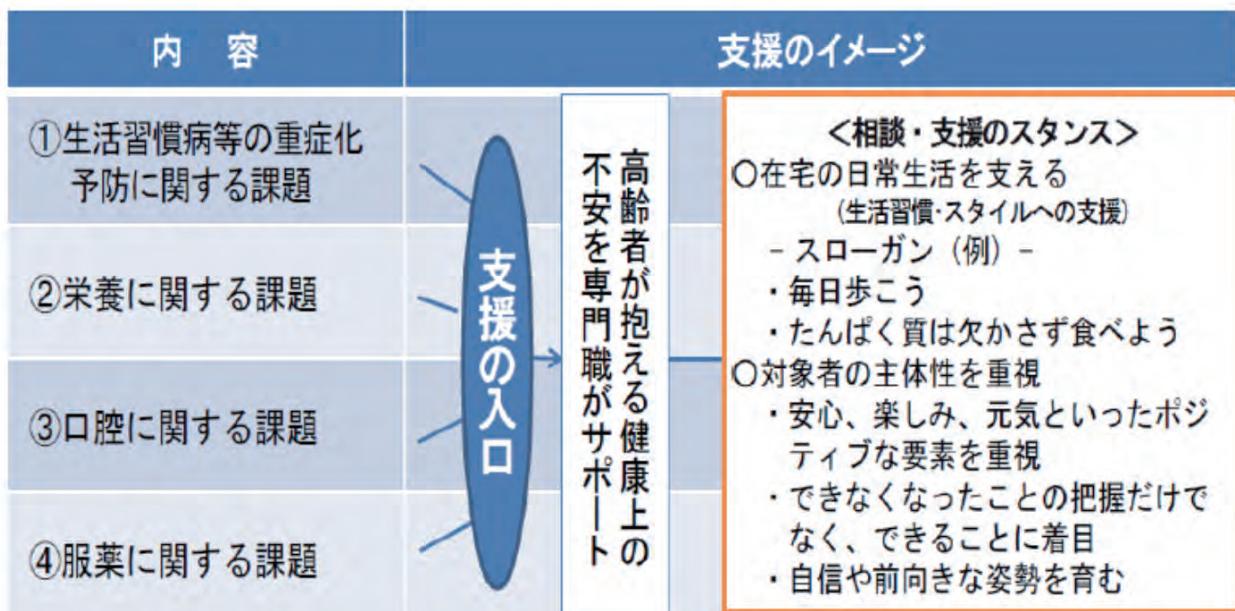
後期高齢者 KDBからの保健事業対象者抽出（市町村での抽出）  
健診・医療レセプト・介護レセプトから見た状況（愛知県蒲郡市）

	健診あり	健診なし	合計
医療レセプトあり	A 3,303人 (27.5%) うち要支援以上 527人 (Aの16.0%)	C 8,113人 (67.6%) うち要支援以上 3,332人 (Cの41.1%)	11,416人 (95.1%)
	B 15人 (0.1%) うち要支援以上 0人 (Cの0 %)	D 577人 (4.8%) うち要支援以上 41人 (D の8.1%)	
合計	3,318人 (27.6%)	8,690人 (72.4%)	12,008人 (100.0%)



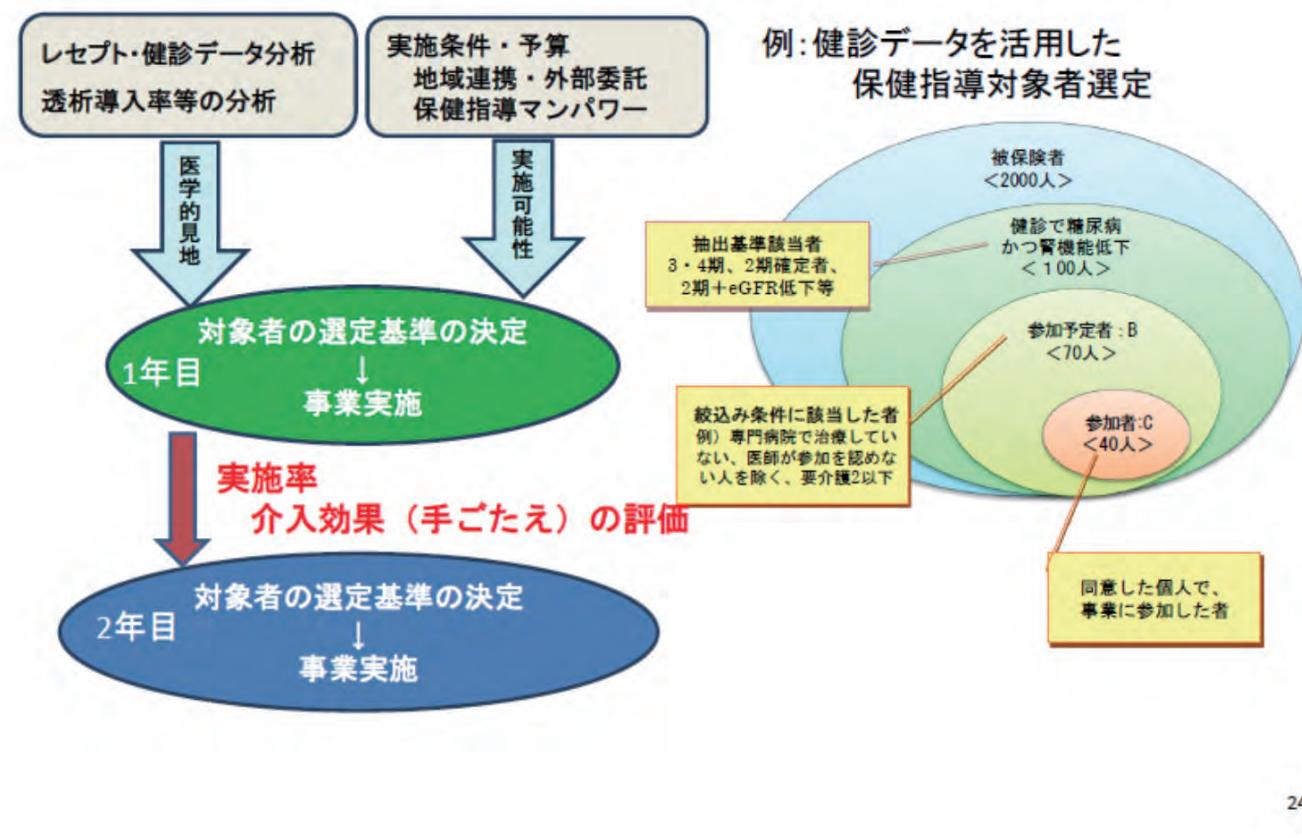
22

### 高齢者の健康支援のイメージ



23

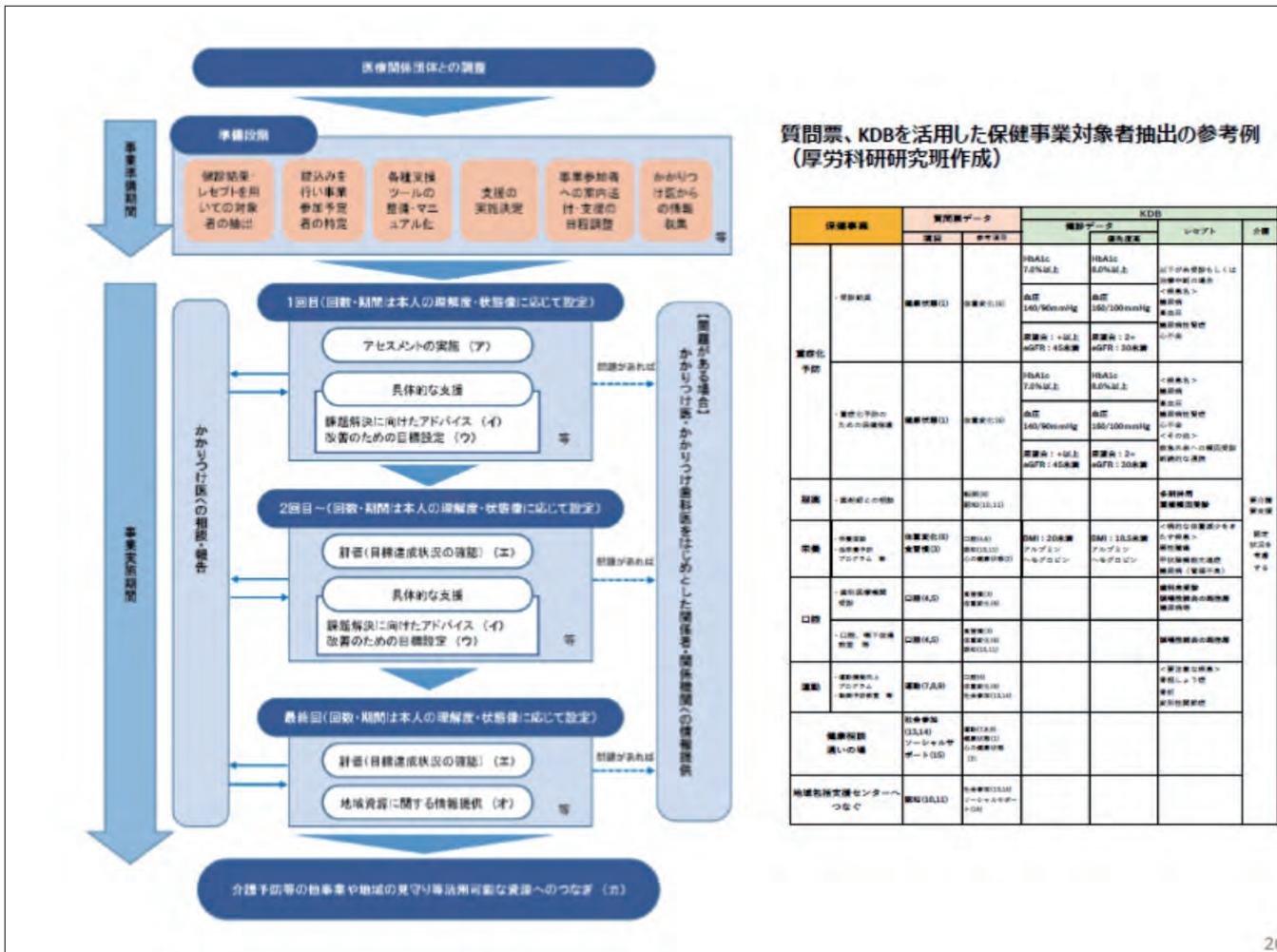
# 各自治体における優先順位の考え方



24

健康課題⇒問題意識	実施体制の例
<p>・低栄養を改善しフレイルや骨折を予防する必要があることがデータから明らかになった。</p> <p><b>レセプト: 骨折 介護</b> <b>健診: BMI、体重減少</b></p> <p>・口腔機能を改善し低栄養や誤嚥性肺炎を予防する必要があることが明らかになった。</p> <p><b>レセプト: (誤嚥性) 肺炎</b> ・転倒リスクを下げるため服薬状況が課題であることが明らかになった。</p> <p><b>レセプト: 多受診、服薬量過多</b> ・糖尿病性腎症が高額医療費の多くを占め、重症化予防の取組が必要である。</p> <p><b>レセプト: 透析、腎不全</b> <b>健診: 糖尿病、腎機能</b></p> <p>・虚弱高齢者が、要介護状態のみならず疾病の重症化につながる傾向が高く支援の必要性がある。</p> <p><b>レセプト、健診データ、質問票</b></p>	<p>・健康増進部署の既存事業を活用できる</p> <p>・地域で活躍している在宅栄養士がいる</p> <p>・栄養士会が協力的である</p> <p>・歯科医師会・歯科衛生士会が協力的</p> <p>・協力を得られやすい在宅歯科衛生士がいる</p> <p>・薬剤師会が積極的。支援が望める</p> <p>・医師会・専門医の協力が得られる</p> <p>地域で活躍する在宅保健師がいる</p> <p>・国保の重症化予防から継続した取組が可能</p> <p>・包括支援センターの高齢者訪問とタイアップ。</p>

25



## (1) 高齢期の健康課題と対策の必要性

## (2) 高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン

## (3) 後期高齢者に対する質問票

## (4) 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

# 質問票の役割

- 1) 特定健診の「標準的な質問票」に代わるものとして、後期高齢者に対する健診の場で質問票を用いた問診（情報収集）を実施  
⇒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  
⇒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。

28

## 後期高齢者の質問票

	類型	質問文
1	健康状態	あなたの現在の健康状態はいかがですか
2	心の健康状態	毎日の生活に満足していますか
3	食習慣	1日3食きちんと食べていますか
4	口腔機能	半年前に比べて固いもの(*)が食べにくくなりましたか
5		お茶や汁物等でもむせることがありますか
6	体重変化	6ヶ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか
7	運動・転倒	以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか
8		この1年間に転んだことがありますか
9		ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか
10	認知機能	「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあると言われていますか
11		今日が何月何日かわからない時がありますか
12	喫煙	あなたはたばこを吸いますか
13	社会参加	週に1回以上は外出していますか
14		ふだんから家族や友人と付き合いがありますか
15	ソーシャルサポート	体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか

29

## 高齢者の質問票～解説と留意点

令和元年度厚生労働行政推進調査事業（厚生労働科学特別研究）代表 津下 一代

5. 質問票を活用し、把握するべき事項	
1) 目的	
<ul style="list-style-type: none"> <li>-質問に初めてならない、健康のためできることはありますか？</li> <li>-自分自身や周囲の健康の把握を図るために</li> <li>-自分の健康状態を把握する</li> </ul>	

2) 填入方法	
<ul style="list-style-type: none"> <li>-質問票に記載されている項目に用意された欄に記入して下さい。</li> <li>-用紙は複数枚ある場合は、最後の欄に記入して下さい。</li> <li>-「今後改善されるべき点」欄は、自己評価欄</li> <li>-「健康管理」欄は、自己評価欄</li> <li>-「自己評価」欄は、自己評価欄</li> <li>-「改善目標」欄は、自己評価欄</li> </ul>	

3) 質問票の解説	
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>No1</b> あなたの現在の健康状態はいかがですか （良：平日歩行・寝起きの際など、普通に活動できる程度の状態）</li> <li><b>No2</b> 今後改善されるべき点 （良：自己評価）</li> <li><b>No3</b> 健康管理</li> <li><b>No4</b> 自己評価</li> <li><b>No5</b> 改善目標</li> <li><b>No6</b> お問い合わせ</li> </ul>	

4) 質問票の解説-ポイント	
<ul style="list-style-type: none"> <li>-「質問票に初めてならない、健康のためできることはありますか？」</li> <li>-「自分自身や周囲の健康の把握を図るために」</li> <li>-「自分の健康状態を把握する」</li> <li>-「自己評価」欄は、自己評価欄</li> <li>-「健康管理」欄は、自己評価欄</li> <li>-「改善目標」欄は、自己評価欄</li> <li>-「自己評価」欄は、自己評価欄</li> </ul>	

## 使い方・留意点

図1：各項目の概要と質問票の構成（例）

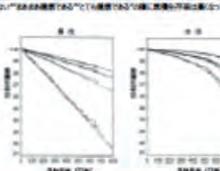


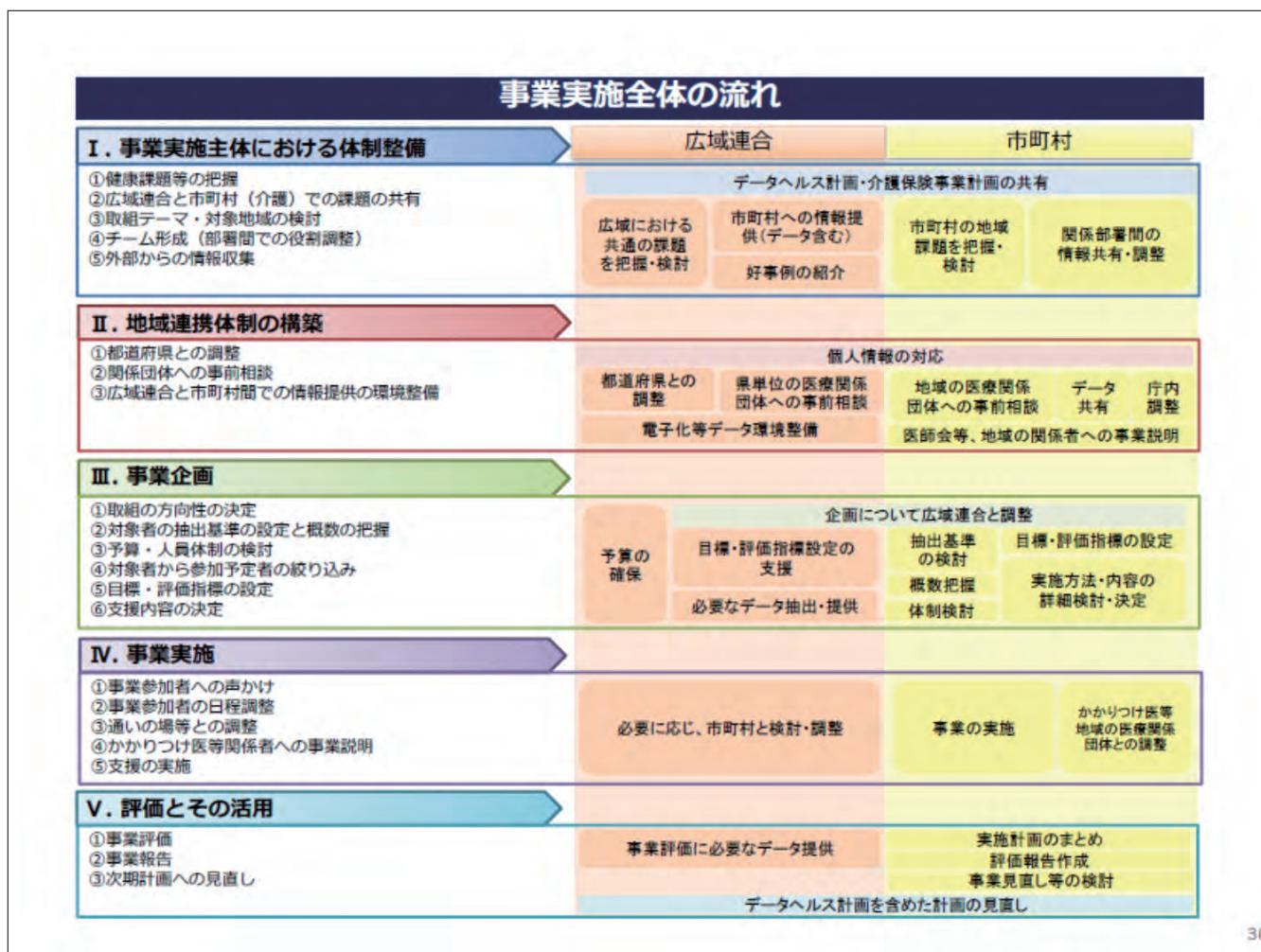
図2：質問票、KDBを活用した保健事業対象者抽出基準例

必須な属性	質問票データ		KDB 抽出基準	レセプト	合計
	項目	条件			
年齢	性別	性別	HbA1c 7.5%以上	主にHbA1c 7.5%以上 の患者	主にHbA1c 7.5%以上 の患者
性別			血圧 130/100mmHg	血圧 130/100mmHg	血圧 130/100mmHg
			腰囲 1以上 waist : 45cm	腰囲 1以上 waist : 45cm	腰囲 1以上 waist : 45cm
性別	性別	性別	HbA1c 7.5%以上	主にHbA1c 7.5%以上 の患者	主にHbA1c 7.5%以上 の患者
性別			血圧 130/100mmHg	血圧 130/100mmHg	血圧 130/100mmHg
			腰囲 1以上 waist : 45cm	腰囲 1以上 waist : 45cm	腰囲 1以上 waist : 45cm
性別	性別	性別	HbA1c 7.5%以上	主にHbA1c 7.5%以上 の患者	主にHbA1c 7.5%以上 の患者
性別			血圧 130/100mmHg	血圧 130/100mmHg	血圧 130/100mmHg
			腰囲 1以上 waist : 45cm	腰囲 1以上 waist : 45cm	腰囲 1以上 waist : 45cm

## エビデンス、頻度、介入効果など

# ポジティブなメッセージにつなげる

- 対象者本人の安心、楽しみ、社会とのつながり等、**ポジティブな要素を重視、健康管理の大切さを実感**できるよう声かけする。
- 生活の中で「できること」に着目。それを維持し、増やしていくという観点から行動目標を設定する。
- 本人によるセルフケアだけでなく、家族や周囲の支援（保健サービス等）活用を適切に組み合わせる。
- 医療機関へのつなぎ、他の保健事業との連携や移行なども含め、対象者の状況に応じ**柔軟**に実施することが必要である。



36

## まとめ

### ①健康課題把握：保健事業の目的を明確にする

⇒ 健康課題をKDB等で可視化、地域関係者で共有  
データ分析は国保連合会の協力を得るとよい。

### ②現在実施している保健事業の評価

⇒ 各課が持つ保健事業；必要な対象者に、必要な支援が届いているか？ 重複集中していないかを確認。

### ③保健事業計画

⇒ 広域連合、市町村と相談、地域関係機関への委託も含め、  
できるところから手を付ける。3年後にはどこまでやりたいか、  
1年目はどこまでの進捗を目標にするのか？ を意識する。

### ④保健事業の実施

⇒ アウトプット（カバー率）、アウトカムは3年くらいはかけてじっくりと。  
プロセス、アウトプット（人数）評価は毎年⇒しきみの改善へ

37

## **別紙 1**

### **後期高齢者の質問票の解説と留意事項**

## 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. 質問票の構成について

- 1) フレイルなど高齢者の特性を踏まえて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。
- 2) これまでのエビデンスや保健事業の実際、回答高齢者の負担を考慮し、15項目の質問で構成した。

### ＜質問票の内容について＞

類型名	No	質問文	回答
健康状態	1	あなたの現在の健康状態はいかがですか	①よい ②まあよい ③ふつう ④あまりよくない ⑤よくない
心の健康状態	2	毎日の生活に満足していますか	①満足 ②やや満足 ③やや不満 ④不満
食習慣	3	1日3食きちんと食べていますか	①はい ②いいえ
口腔機能	4	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか ※さきいか、たくあんなど	①はい ②いいえ
	5	お茶や汁物等でむせることがありますか	①はい ②いいえ
体重変化	6	6ヶ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	①はい ②いいえ
運動・転倒	7	以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか	①はい ②いいえ
	8	この1年間に転んだことがありますか	①はい ②いいえ
	9	ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか	①はい ②いいえ
認知機能	10	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあると言われていますか	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

### 3. 質問票の活用場面について

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

⇒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。

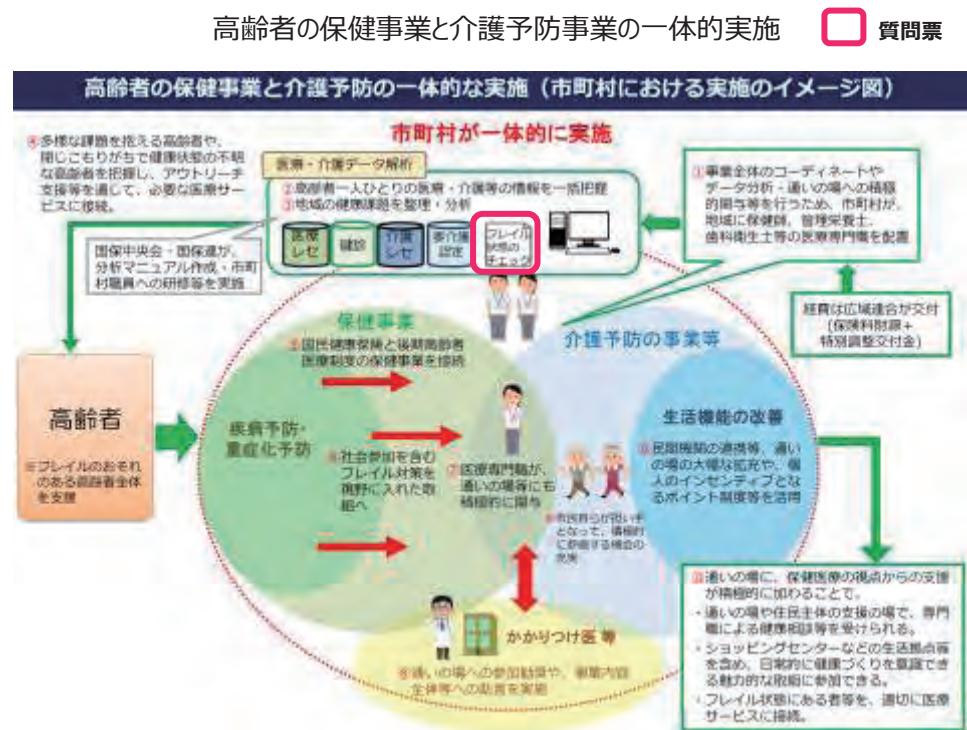
#### ③ かかりつけ医（医療機関）等の“受診の際に実施する”

⇒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。

### 4. 質問票を用いた支援について

#### 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

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



#### 2) 地域の健康課題を整理・分析

本質問票の回答結果は、KDBシステムに収載される。KDBシステムを活用することで、保険者単位よりも細分化された地区別分析、都道府県単位の集計・同規模保険者単位の集計・全国集計との比較、経年変化、性・年齢別の分析など、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。

## 5. 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」、「こんなにやれていることがある」というメッセージを伝える。
- ・後期高齢者は 97.9%が医療機関を受診している（平成 29 年度医療給付実態調査報告）。疾病等の変えられないことは受け入れて、その中でも「自分でやれること、大切にしたいこと」に目を向けるように話を進める。
- ・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事前にロールプレイ等のトレーニングを実施することで、当日はマニュアルに頼ることなく面談できるように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。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、連絡先なども確認しておくことが望ましい。  
⇒必要と思われる紹介先リスト（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）
- 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) 面談の流れ（最も活用場面が多い健診の事後指導を想定する。）

- ①挨拶： 面談の目的、おおよその所要時間を伝える。
- ②健康状態（1）、心の健康状態（2）の回答を確認する。
  - ・食習慣（3）以降の質問について聞き取り等を行った後、最後にこれらの回答も踏まえて、総合的に判断・アドバイスを行う。
- ③食習慣（3）、口腔機能（4、5）、体重変化（6）、運動・転倒（7、8、9）、喫煙（12）の項目に対して、できていることを確認する。
  - ・信頼関係を構築し、受診者が話しやすい雰囲気をつくるために、実践できている可能性が高いと思われる、食習慣（3）、運動習慣（9）、喫煙（12）のいずれかの回答を肯定し、前向きな言葉かけを行う。

- ④アドバイスが必要な質問について確認を行う。
  - ・今からでも生活改善や工夫により、健康状態の改善に繋がることを伝え、その具体的な方法を想起することを促す。
  - ・自分で想起が難しい場合には、同じような状況でうまくコーピングできている事例を紹介する。
- ⑤認知機能（10、11）の質問を確認する。
- ⑥健康状態（1）、心の健康状態（2）、社会参加（13、14）、ソーシャルサポート（15）の質問も確認する。
  - ・これまでの面談の様子に加え、これらの質問的回答も加味してアドバイス等を実施する。
  - ・食事がとれていない、運動ができていない等の原因として、「抑うつ状態」や「閉じこもり」がないかを確認する。
- ⑦アドバイスや保健事業等の紹介を行う。
  - ・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。
  - ・今後体調の変化や健康に不安が生じた際の相談窓口を紹介する。
- ⑧まとめ、挨拶：
  - ・面談で話したこと、確認したことを整理する。
  - ・今後の生活で取り組むことを明確にし、面談を終了する。
- ⑨面談終了：面談記録に聴き取ったことを記載する。

#### 4) 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エスチョンを加える。

＜食習慣が“いいえ”的な場合＞

- ⇒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”的な場合＞

- ⇒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。活発な身体活動があり、運動・転倒（7、8）の質問に該当がなければ、ウォーキングや運動習慣、日常の身体活動等の継続を促す。7、8いずれかの質問に該当する場合は確認を行う。
- ⇒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るかなど、身体活動に適した環境についても確認をする。だれと、どこで活動するのか、さらには雨が降ったときなど、できない状況の場合にはどうするか、具体的に話し合えると行動変容を促しやすい。

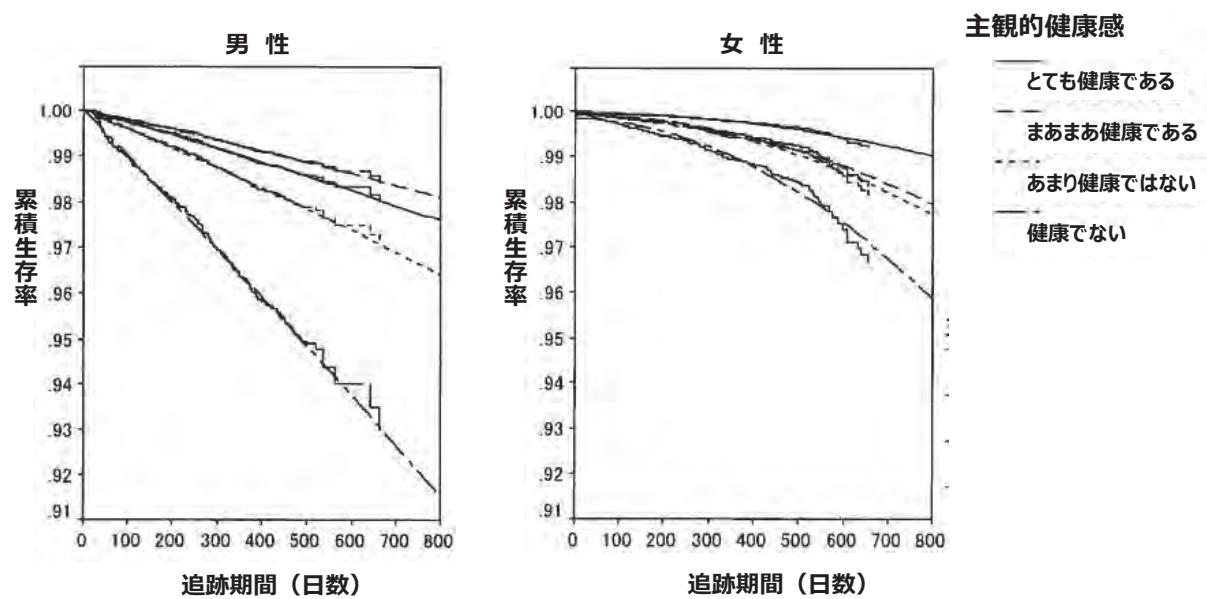
## 6. 各項目の解説・ポイント

類型名：健康状態

<b>質問 No1</b>	<b>あなたの現在の健康状態はいかがですか</b>	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
目的	主観的健康感を把握する。	
解説	<ul style="list-style-type: none"> <li>○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。</li> <li>○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。</li> </ul>	
エビデンス、統計等	<ul style="list-style-type: none"> <li>○主観的健康感は、累積生存率<sup>1)</sup>（図1）、要介護度、認知機能と強い関連がある。</li> <li>○主観的健康感がよ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<sup>2)</sup>。</li> <li>○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”的割合は、6割程度存在している<sup>3)</sup>（図2）。</li> </ul>	
聞き取りポイント	<ul style="list-style-type: none"> <li>○“あまりよくない”、“よくない”的回答に対しては、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。</li> <li>○“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。</li> </ul>	
具体的な声かけの例	<ul style="list-style-type: none"> <li><u>○“よい”、“まあよい”、“ふつう”的場合</u> ⇒質問3以降的回答を踏まえ、今後もよい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。」</li> <li><u>○“あまりよくない”、“よくない”的場合</u> ⇒「“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？」</li> </ul>	
留意事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>○KDBの傷病フラグの有無、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。</li> <li>○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。</li> </ul>	
対応方法、紹介先の例	<ul style="list-style-type: none"> <li>○“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。</li> <li>○急な健康状態の悪化の場合 ⇒医療機関を紹介する。</li> </ul>	

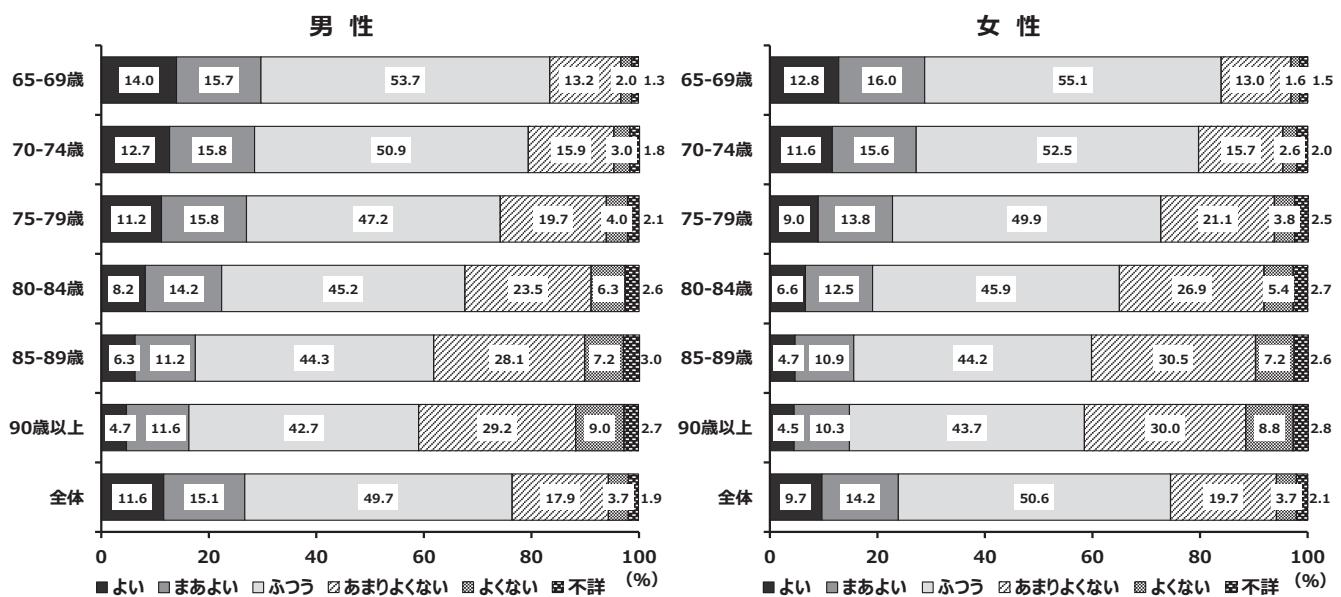
## 図 1：主観的健康感と、累積生存率との関連について<sup>1)</sup>

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<sup>3)</sup>

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”と回答している者は、60%程度存在している。



1) 岡戸順一, 艾 斎, 他. 日本健康教育学誌. 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：心の健康状態

質問 <b>No2</b>	<b>毎日の生活に満足していますか</b>	①満足 ②やや満足 ③やや不満 ④不満
目的	心の健康状態を把握する。	
解説	<ul style="list-style-type: none"> <li>○老年期うつ病評価尺度（Geriatric depression scale 15 ; GDS15）の質問を用いている（表 1）。ただし、回答しやすさの観点から、四者択一としている。</li> <li>○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。</li> <li>○質問 1 と同様に、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。</li> </ul>	
エビデンス、統計等	<ul style="list-style-type: none"> <li>○フレイル<sup>*</sup>を有する高齢者はうつ病を有する確率が高い<sup>1)</sup>（図 1）。</li> <li>○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<sup>2)</sup>（図 2-2）。</li> </ul> <p>*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<sup>1)</sup>。</p>	
聞き取りポイント	<ul style="list-style-type: none"> <li>○面接時に“表情が暗い”、“元気がない”と感じた時、また“やや不満”、“不満”的回答の場合はうつの可能性を考慮し、聞き取りを行う。</li> <li>○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。</li> </ul>	
具体的な声かけの例	<ul style="list-style-type: none"> <li>○“満足”、“やや満足”的場合 ⇒「充実した生活を送っていらっしゃるのですね。」</li> <li>○“やや不満”、“不満”的場合 ⇒「趣味など、毎日の生活を楽しめていますか？」 ⇒「疲れなったり、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すか？」</li> </ul>	
留意事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>○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。</li> </ul>	
対応方法、紹介先の例	<ul style="list-style-type: none"> <li>○日常生活に支障がない場合 ⇒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。</li> <li>○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。</li> </ul>	

**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、回答しやすさの観点から、“満足”、“やや満足”、“やや不満”、“不満”的四者択一としている。

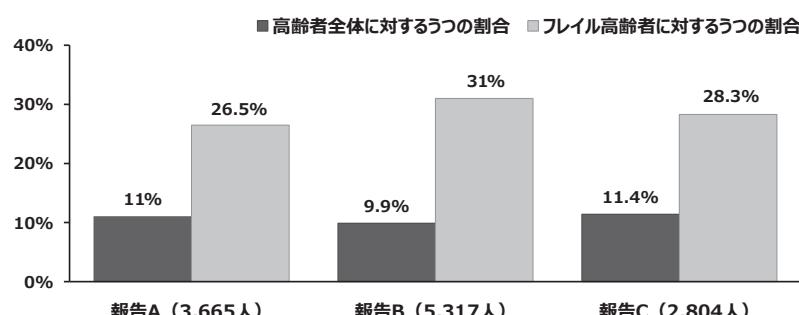
No	質問事項	回答
1	毎日の生活に満足していますか	いいえ はい
2	毎日の活動力や周囲に対する興味が低下したと思いますか	はい いいえ
3	生活が空虚だと思いますか	はい いいえ
4	毎日が退屈だと思うことが多いですか	はい いいえ
5	大抵は機嫌よく過ごすことが多いですか	いいえ はい
6	将来の漠然とした不安に駆られることが多いですか	はい いいえ
7	多くの場合は自分が幸福だと思いますか	いいえ はい
8	自分が無力だなあと思うことが多いですか	はい いいえ
9	外出したり何か新しいことをするより家にいたいと思いますか	はい いいえ
10	何よりもまず、もの忘れが気になりますか	はい いいえ
11	いま生きていることが素晴らしいと思いますか	いいえ はい
12	生きていても仕方がないと思う気持ちになることがありますか	はい いいえ
13	自分が活気にあふれていると思いますか	いいえ はい
14	希望がないと思うことがありますか	はい いいえ
15	周りの人があなたより幸せそうに見えますか	はい いいえ

※質問 1、5、7、11、13 は、“はい” 0 点、“いいえ”1 点、質問 2、3、4、6、8、9、10、12、14、15 は、“はい” 1 点、“いいえ”0 点を配点し、合計する。

5 点以上がうつ傾向、10 点以上がうつ状態とされている。

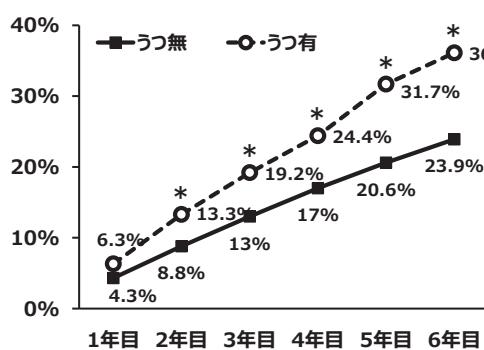
**図 1：フレイルとうつの関係について** <sup>1)</sup>より改変

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。

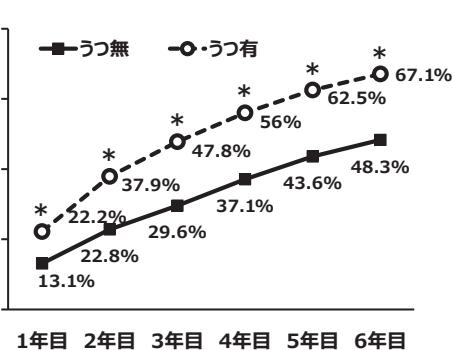


**図 2：うつ病の有無別 6 年間の ADL、運動機能低下者の割合** <sup>2)</sup> より改変

運動機能に問題のない高齢者集団を追跡した研究では、うつ有病者は、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。



**図 2-1. ADL 低下の割合**



**図 2-2. 運動機能低下の割合**

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 年版.

類型名：食習慣

<b>質問 No3</b>	<b>1日3食きちんと食べていますか</b>	①はい      ②いいえ
目的	食事習慣の状態を把握する。	
解説	<ul style="list-style-type: none"> <li>○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。</li> <li>○“きちんと”という文言から、食事内容、食事時間想定した回答を得られる。</li> </ul>	
エビデンス、統計等	<ul style="list-style-type: none"> <li>○BMI20 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<sup>1)</sup>（図 1）。</li> <li>○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<sup>2)</sup>（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<sup>3)</sup>。</li> <li>○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<sup>1)</sup>、低栄養予防につながる。</li> </ul>	
聞き取りポイント	<p><b>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。</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○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。</li> <li>○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。</li> <li>○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。</li> <li>○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、経済的困窮や食事準備の不具合等が考えられる。</li> </ul>	
具体的な声かけの例	<p><u>○3 食食べてい、体重減少がない場合</u>  ⇒「3 食食べていることが○○さんの元気の秘訣ですね。」</p> <p><u>○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</u>  ⇒「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？」</p>	
留意事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>○“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。</li> </ul>	
対応方法、紹介先の例	<ul style="list-style-type: none"> <li>○体重減少があり、欠食がある場合  ⇒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バス等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確認する。  （果物、ゼリー、ヨーグルト等）</li> </ul>	

### 図 1：高齢者の BMI 区別 栄養素摂取量の比較<sup>1)</sup> より改変

65～74 歳の男性ではエネルギー、たんぱく質、脂質の摂取量に有意差があり、BMI20 以下の群が最低であった（図 1-1）。75 歳以上の女性では、エネルギー、たんぱく質、炭水化物の摂取量に有意差があり、BMI20 以下の群が最低であった（図 1-2）。

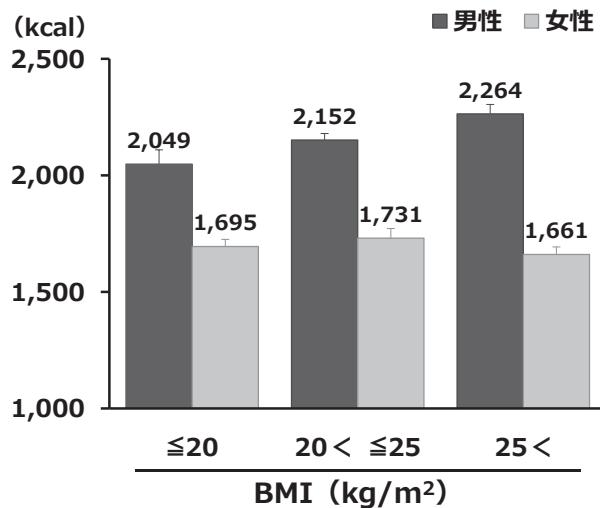


図 1-1. 65～74 歳の総エネルギー摂取量

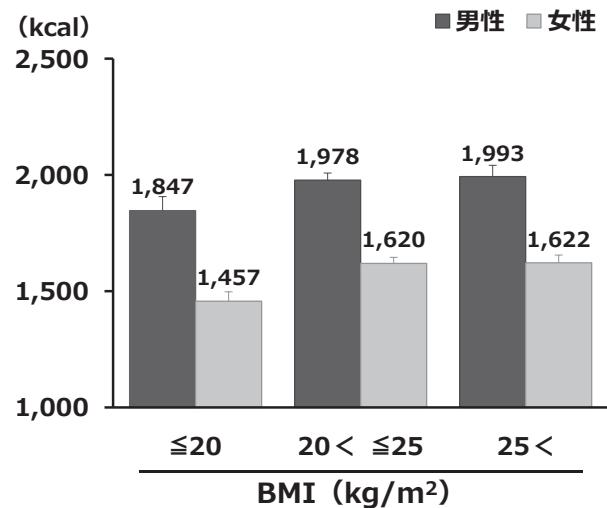
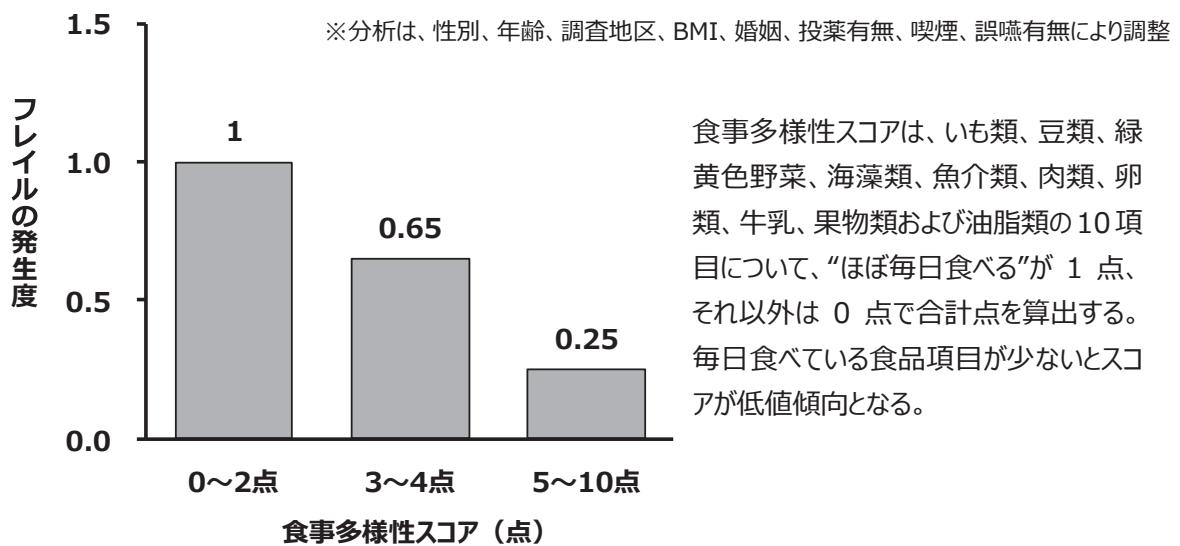


図 1-2. 75 歳以上の総エネルギー摂取量

### 図 2：食事多様性スコアとフレイルの関係<sup>2)</sup> より改変

食事多様性スコアとは、食品 10 項目の 1 週間あたりの摂取頻度を 0～10 点で評価した点数であり、点数が高い方が、食事多様性があり良好となる。

65～95 歳の高齢者 218 名を対象に、アンケート方式で横断的に調査した結果、食事多様性スコアが最も低い 0～2 点群のフレイル度（なりやすさ）を 1 とすると、3～4 点群は 0.65、5～10 点群は 0.25 と、食事多様性が良好なほど、フレイル度は小さくなり、フレイルになりにくいことがわかった。



1) 武見ゆかり, 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 <b>No4</b>	<b>半年前に比べて固いものが食べにくになりましたか</b> ※さきいか、たくあんなど	①はい ②いいえ
目的	咀嚼機能の状態（咀嚼力）を把握する。	
解説	<p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○咀嚼力が低下した人は、食べにくいものを避けて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。</p>	
エビデンス、統計等	<p>○咀嚼力の低下は口腔機能全体の低下につながりやすい。</p> <p>質問5のむせ（嚥下機能低下）と連動して、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<sup>1)</sup>（図1、2）。</p>	
聞き取りポイント	<p><b>質問4、5の口腔機能は、2項目を併せて確認する。</b></p> <p>○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。どれくらいの食材なら食べられるか（“さきいか”や“たくあん”などと例示する）、食べているのか、どのような食材が食べにくいのかを確認する。</p> <p>○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。</p> <p>○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いかについても意識して確認する。</p> <p>○質問3と質問6により、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、歯数が少なくとも、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。</p>	
具体的な声かけの例	<p>○“いいえ”的場合</p> <p>⇒「何でもよくかんで、おいしく食事ができていますね。」</p> <p>⇒「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。」</p> <p>○“はい”的場合</p> <p>⇒「定期的にかかりつけ歯科医受診し、お口の状態を診てもらってください。」</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・3食食べていて、体重の減少がない場合</li> <li>⇒「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？」</li> <li>・3食食べておらず、体重の減少がある場合</li> <li>⇒「食べこぼし、話しているとき、聞き取りにくいとよく言われますか？」「どのようなものが食べにくですか？」「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<sup>2)</sup>。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。」</li> </ul>	
留意事項	<p>○歯の治療中、歯の痛みで食べられない場合は除く。</p> <p>○状態に変化が生じていない場合は“いいえ”とする。</p>	
対応方法、紹介先の例	<p>○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。</p> <p>○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。</p>	

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<sup>1)</sup>

歯の喪失や咀嚼力が低下した人は、食べにくいものを避けて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いとされる。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<sup>1)</sup>。（年齢等調整済み）

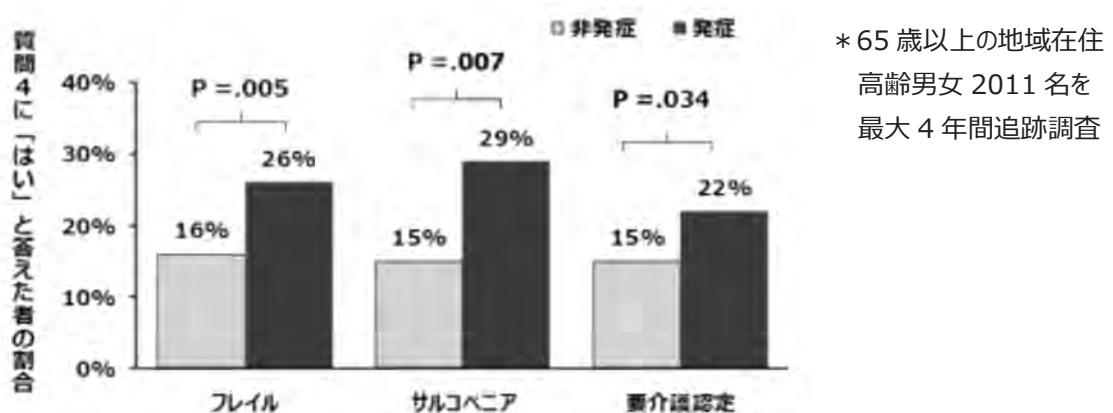
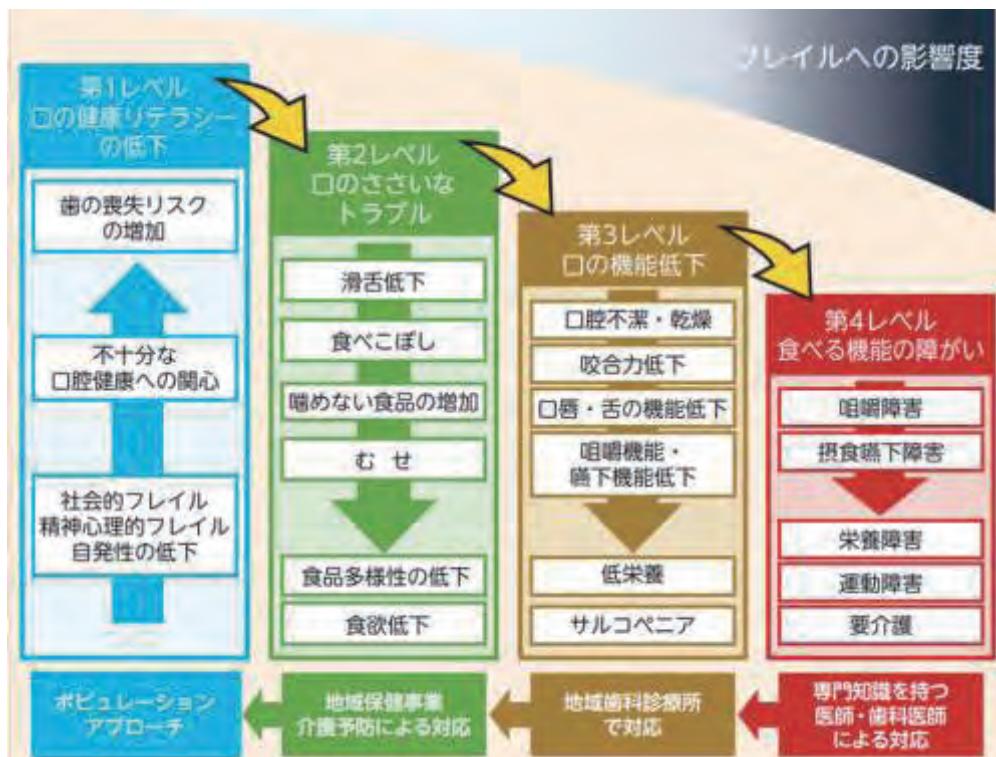


図2：オーラルフレイル<sup>2)</sup>

一般的には、オーラルフレイルとは、口に関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で、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年版）<sup>2)</sup>：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、口腔健康への関心の低下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」に該当する。



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 <b>No5</b>	お茶や汁物等でむせることありますか	①はい ②いいえ
目的	嚥下機能の状態を把握する。	
解説	<p>○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。</p> <p>○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。</p>	
エビデンス、統計等	<p>○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。</p> <p>質問4の（咀嚼力の低下）と連動し、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<sup>1)</sup>（図1、2）。</p>	
聞き取りポイント	<p><b>質問4、5の口腔機能は、2項目を併せて確認する。</b></p> <p>○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。 食事以外でむせてい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・咳き込む、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）</p> <p>○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。</p> <p>○むせるため、一口量、食べ方、食材を工夫している場合がある。</p> <p>○食事中に食べこぼしがあるかを確認する。⇒一口量や食事にかける時間を確認する。</p>	
具体的な声かけの例	<p>○“いいえ”的の場合⇒「お茶や汁物等でもむせずに飲み込めてますね。」</p> <p>○“はい”的の場合⇒質問3 食習慣、5 口腔機能、6 体重変化と関連がある。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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？」</li> <li>・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？」</li> <li>⇒「食事に時間がかかるようになってきましたか？」</li> <li>⇒「食べこぼし、滑舌も悪くなってきているとよく言われますか？」</li> <li>⇒「お口の機能の衰えは全身機能の低下につながりやすく、“オーラルフレイル”と言われています。」（※質問4の図2参照、咀嚼力と併せて進行する）<sup>2)</sup></li> </ul>	
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	<p>○嚥下機能低下の場合、誤嚥性肺炎のリスクが高まる。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① 歯科医院を紹介する。</li> <li>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。</li> <li>③ 口腔体操のリーフレットを渡す。</li> </ol> <p>○食事の方法を伝える。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① ゆっくり食事をするようにすすめる。</li> <li>② 食べるときの一口量を減らす。</li> <li>③ とろみをつける。</li> <li>④ テレビを見ながら、会話をしながら食事をしない。</li> </ol>	

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<sup>1)</sup>

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“はい”と答えた者が多い傾向にあった。（年齢等調整済み）

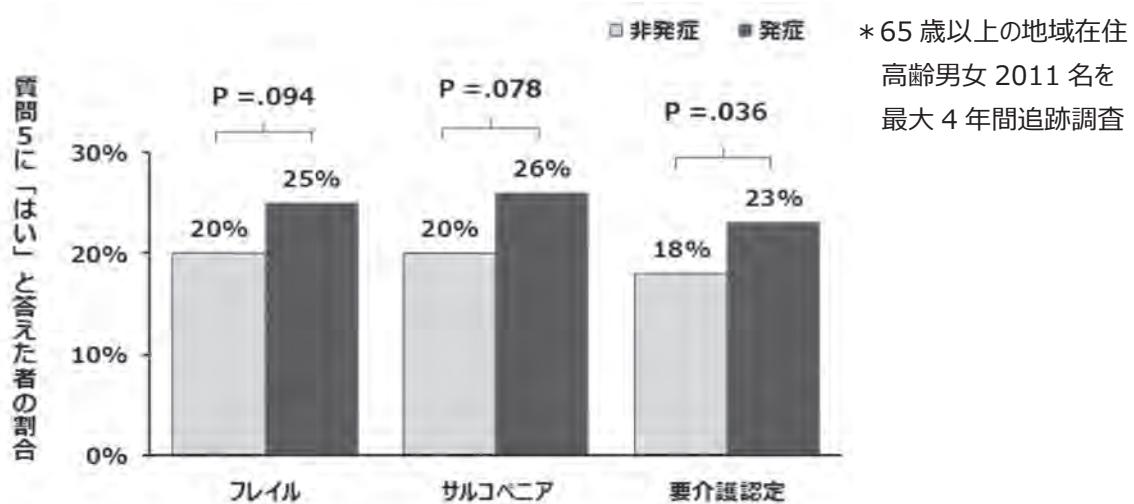


図 2：オーラルフレイルの有症率と全身のフレイル化との関連<sup>1)</sup>

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 の咀嚼力と連動し、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）。

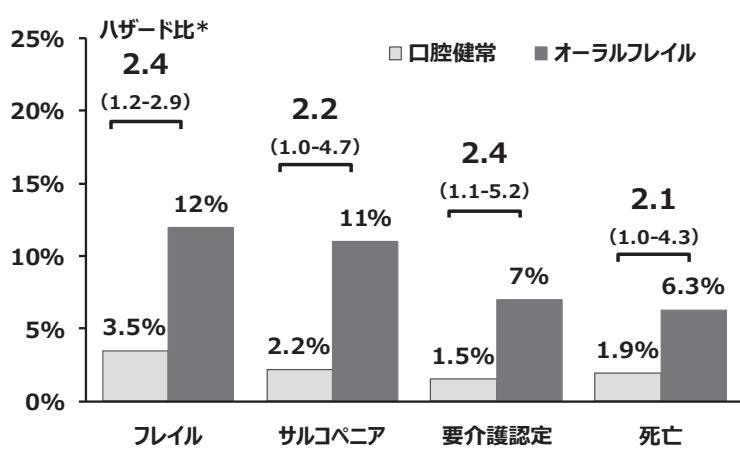


図 2-1. オーラルフレイルの高齢者の新規発症率とリスク

\*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

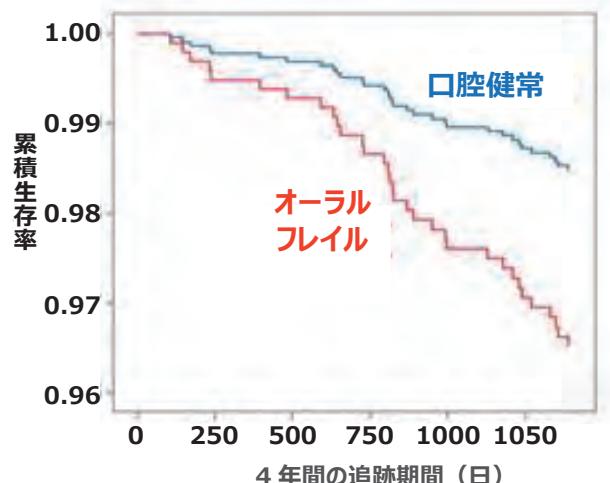


図 2-2. オーラルフレイルと累積生存率

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

<b>質問 No6</b>	<b>6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか</b>	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	<ul style="list-style-type: none"> <li>○基本チェックリストの質問を採用している。</li> <li>○低栄養は筋肉量の減少から体重減少をきたす。</li> <li>○低栄養は本人が自覚しにくく、気づかぬ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。</li> </ul>	
エビデンス、統計等	<ul style="list-style-type: none"> <li>○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が有意に高く<sup>1)</sup>（図1-1）、その発生リスクは、体重減少がない者の1.61倍高い（図1-2）。</li> <li>○年齢が上がると、やせ（低栄養）の割合が高く、80歳以上は著しい<sup>2)</sup>（図2）。</li> </ul>	
聞き取りポイント	<ul style="list-style-type: none"> <li>○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。</li> <li>○欠食がない場合も食事内容に偏りがあるケース（間食を中心、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。</li> <li>○抑うつ状態が原因で低栄養につながり、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。</li> <li>○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。</li> <li>○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。</li> <li>○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。</li> </ul>	
具体的な声かけの例	<ul style="list-style-type: none"> <li>○“いいえ”的場合 ⇒「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。」</li> <li>○“はい”的場合 ⇒「食欲はありますか？」                    ⇒「ダイエットか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？」</li> </ul>	
留意事項	○KDB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。	
対応方法、紹介先の例	<ul style="list-style-type: none"> <li>○欠食や食事がしつかりとれていない場合 ⇒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。</li> <li>○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。</li> <li>○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。</li> <li>○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。</li> </ul>	

## 図 1：体重減少と 2 年後の要介護状態の発生<sup>1)</sup>

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）。

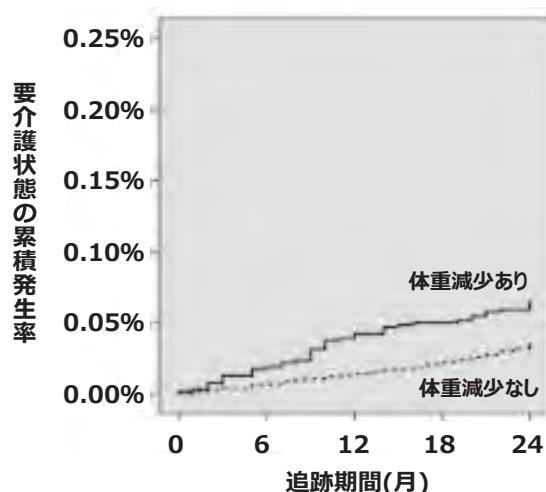


図 1-1. 要介護状態の累積発生率

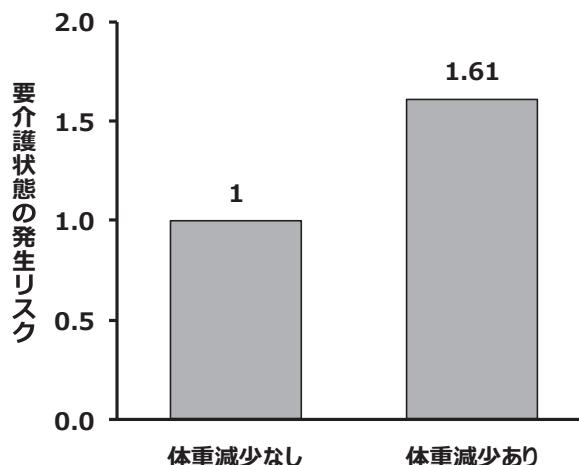


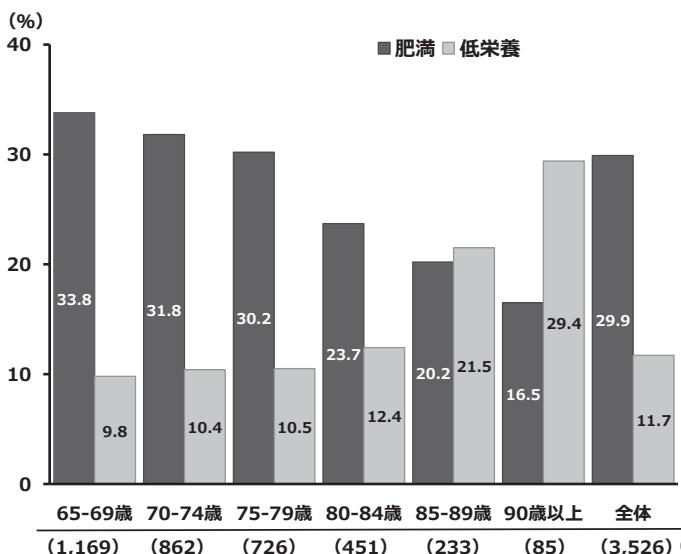
図 1-2. 要介護状態の発生リスク

## 図 2：65 歳以上、性・年齢階級別 BMI の分布<sup>2)</sup>

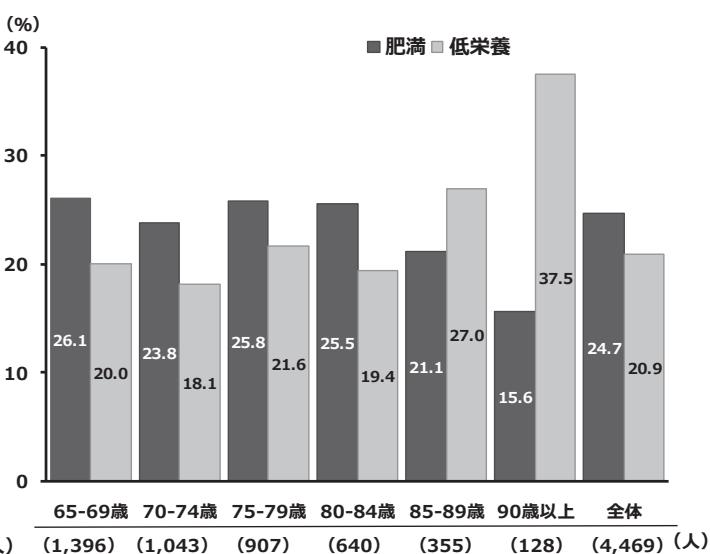
年齢が高くなるとの肥満（ $BMI \geq 25$ ）の割合は減り、低栄養（ $BMI \leq 20$ ）の割合は増加する。

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。

男 性



女 性



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）.

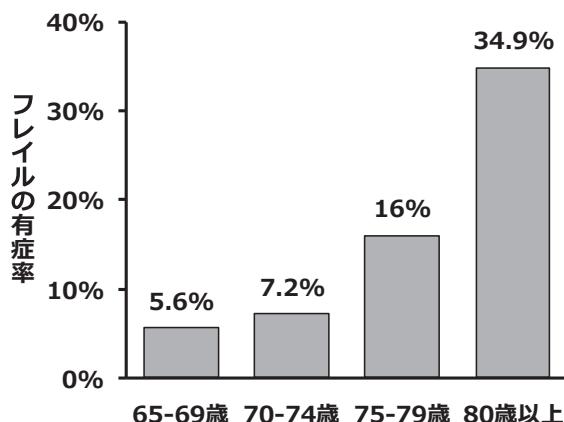
<https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000501521.pdf>

## 類型名：運動・転倒

質問 <b>No7</b>	<b>以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか</b>	①はい ②いいえ
目的	運動能力の状態を把握する。	
解説	<p>○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。</p> <p>○早期にフレイルの状況、可能性を把握する。</p> <p><b>フレイルの診断法（J-CHS 基準）<sup>1)</sup></b></p> <p>①体重減少（6か月で2～3kg以上の減少）、②筋力低下（握力：男性&lt;26kg、女性&lt;18kg）、      ③疲労感（訳もなく疲れたような感じがする）、④歩行速度（秒速1.0m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）</p> <p>○“はい”的場合、できていた事ができなくなったことを表す。ハイリスク者との認識が必要である。</p>	
エビデンス、統計等	<p>○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<sup>2)</sup>。</p> <p>○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<sup>4)</sup>（図2）。</p>	
聞き取りポイント	<p><b>質問7、8、9の運動・転倒は、3項目を併せて確認する。</b></p> <p>○“青信号で横断歩道を渡れるか”など、日常生活に支障がないかを確認する。</p> <p>○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、息切れによって歩行が遅くなったのか、膝や腰の痛みによって遅くなったのかを確認する。</p> <p>○回答が“はい”的場合は、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。</p>	
具体的な声かけの例	<p>○“いいえ”的場合 ⇒歩けていることがとても大切であることを伝える。 「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。」</p> <p>○“はい”的場合 ⇒「青信号で横断歩道を渡れないなど、何か、生活上で困った経験がありますか？」 ⇒「息切れや、腰・膝などの痛みのために、歩く速度が遅くなつたと感じていますか？」</p>	
留意事項	<p>○OKDBの傷病名の有無（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。</p> <p>○“いいえ”的場合でも、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する必要がある。</p> <p>○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。</p>	
対応方法、紹介先の例	<p>○質問7“いいえ”、8“いいえ”、9“はい”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。</p> <p>○質問7“はい”または8“はい”的回答の場合 ⇒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。</p> <p>○質問7“はい”かつ8“はい”的回答の場合、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。</p> <p>○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。</p>	

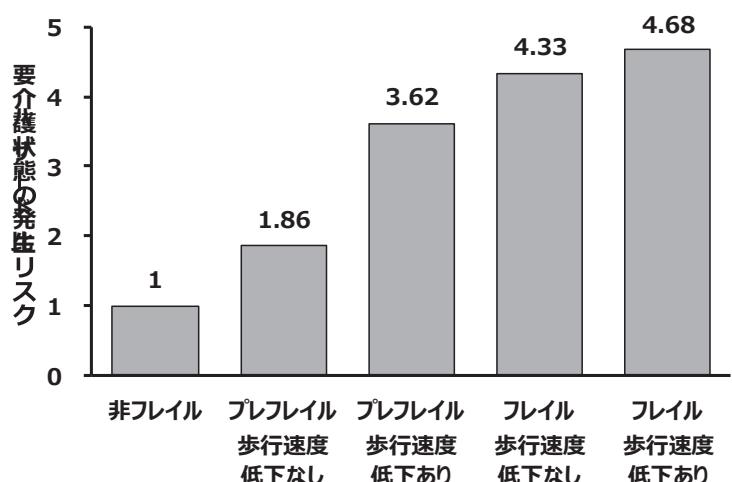
**図 1：フレイルの有症率<sup>3)</sup>**

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）。



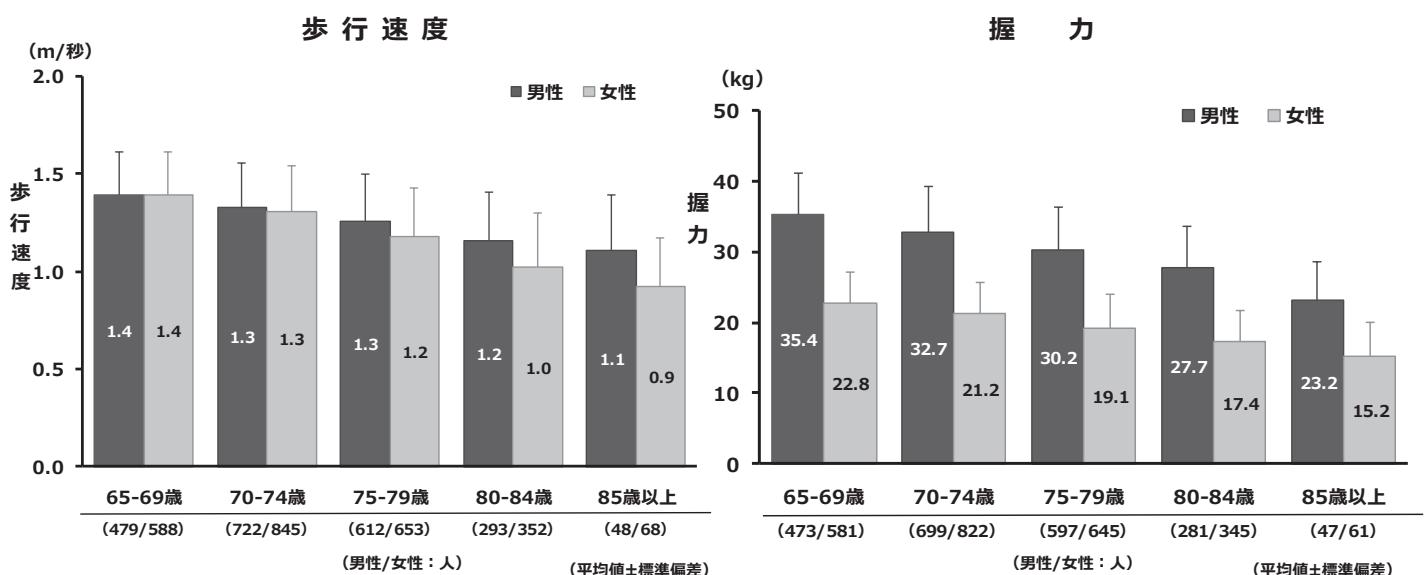
**図 2：フレイルと 2 年後の要介護状態の発生<sup>4)</sup>**

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<sup>5)</sup>**

男女いずれも、歩行速度と握力は年齢が上がるとともに、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 <b>No8</b>	この1年間に転んだことがありますか	①はい ②いいえ
目的	転倒リスクを把握する。	
解説	<ul style="list-style-type: none"> <li>○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。</li> <li>○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。）</li> </ul>	
エビデンス、統計等	<ul style="list-style-type: none"> <li>○骨折・転倒は、介護が必要になった原因の第4位である<sup>1)</sup>（図1）。</li> <li>○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<sup>2)</sup>（表1）。</li> <li>○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<sup>3)</sup>（図2）。</li> <li>○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<sup>4)</sup>。</li> </ul>	
聞き取り ポイント	<p><b>質問7、8、9の運動・転倒は、3項目を併せて確認する。</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○転倒による骨折の有無を確認する。</li> <li>○転んだ場所（屋内か屋外）を確認する。</li> <li>○転倒の頻度を確認する。</li> <li>○転倒恐怖感を確認する（外出頻度を抑えているか確認が必要）。</li> <li>○回答が“はい”的な場合は、そのような状態にある期間・理由等を確認する。</li> <li>○杖やシルバーカーの使用状況について確認する。</li> </ul>	
具体的な声かけの例	<ul style="list-style-type: none"> <li>○<u>“いいえ”</u>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。」</li> <li>○<u>“はい”</u>の場合 ⇒「転倒によって骨折はありましたか？」 ⇒「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？」</li> </ul>	
留意事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>○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。</li> <li>○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。</li> </ul>	
対応方法、紹介先の例	<ul style="list-style-type: none"> <li>○質問7“いいえ”、8“いいえ”、9“はい”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。</li> <li>○質問7“はい”または8“はい”的な回答の場合 ⇒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。</li> <li>○質問7“はい”かつ8“はい”的な回答の場合、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。必要に応じて杖やシルバーカー使用、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。</li> <li>○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。</li> </ul>	

図 1：介護が必要となった主な原因<sup>1)</sup>

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。

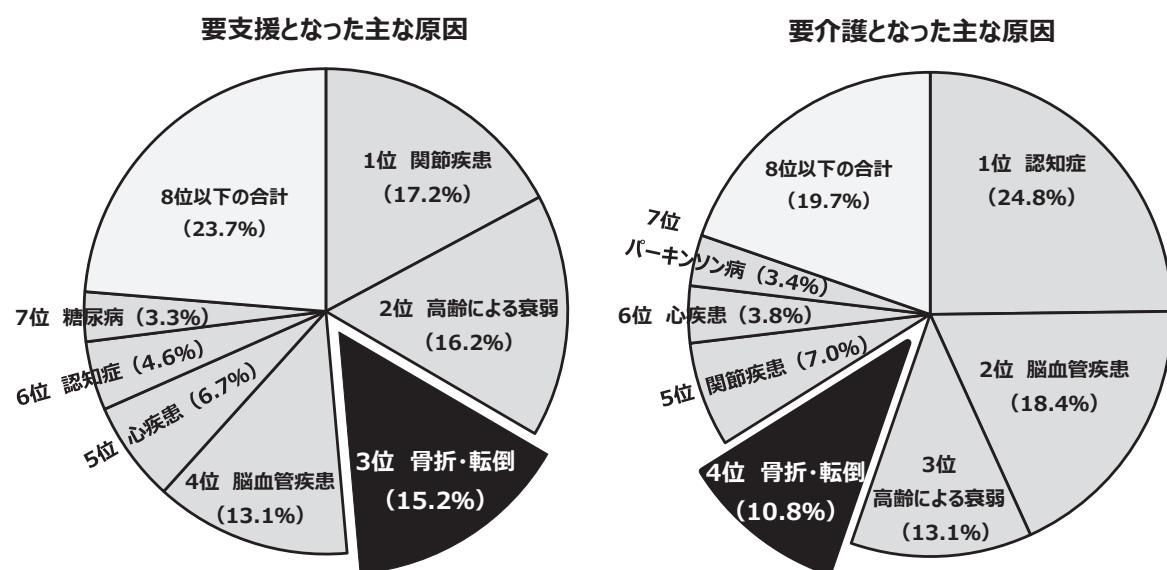


表 1：臨床的に重要な転倒の危険因子<sup>2)</sup>

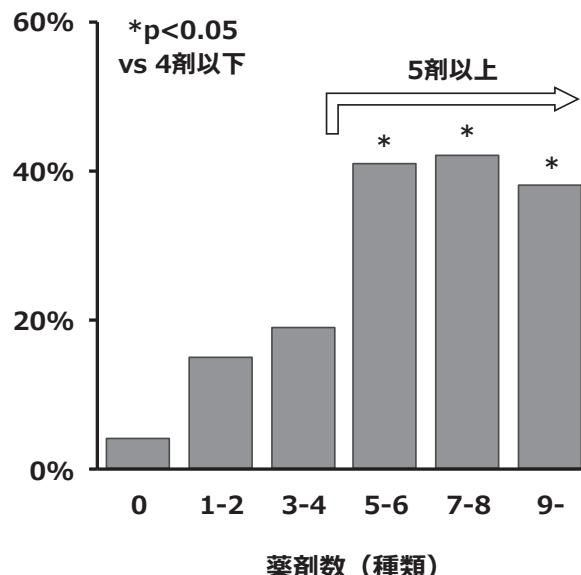
転倒予防を考える上で、視力障害、認知障害、内服薬剤に加えて、運動機能は重要な要因である。危険因子が重なるほど、転倒率は高くなる。

- 下肢の筋力、筋パワーの低下
- バランスの低下
- 歩行能力の低下
- 視力障害
- 認知障害
- 鎮静剤、抗不安薬、睡眠薬内服
- 多剤薬剤内服

図 2：薬剤数と転倒の発生頻度<sup>3)</sup>

(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 Musculoskeletal 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リスクマネジメント第 2 版. 日本医事新報告.

類型名：運動・転倒

<b>質問 No9</b>	<b>ウォーキング等の運動を週に 1 回以上していますか</b>	①はい      ②いいえ
目的	ウォーキング・体操等の運動習慣を把握する。	
解説	<p>○フレイル（J-CHS 基準）の基準である（質問 7 解説参照）。</p> <p>○簡易フレイルインデックスの質問を採用している。</p>	
エビデンス、統計等	<p>○運動習慣があることがフレイル予防に繋がる<sup>1)</sup>（図 1）。</p> <p>○散歩習慣が無い者は、ある者よりも要介護リスクが 2.14 倍高かった<sup>2)</sup>。</p> <p>○65 歳以上の身体活動の基準は、「横になったままや、座ったままにな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 メツ・時/週）行う」としている<sup>3)</sup>（図 2）。</p> <p>○高齢者は、男女いずれも 3 メ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<sup>4)</sup>。</p> <p>○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<sup>5)</sup>（図 3）。</p>	
聞き取りポイント	<p><b>質問 7、8、9 の運動・転倒は、3 項目を併せて確認する。</b></p> <p>○ウォーキングに限定して受け取られる可能性があるので、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。</p> <p>○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ので、散歩レベルで良いことを理解していただくことが必要である。</p> <p>○回答が“いいえ”的な場合、日常生活における身体活動量を確認する。</p> <p>○社会参加にも関連するため、運動している環境（集団か個別）についても確認する。</p> <p>○回答が“いいえ”的な場合は、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。</p>	
具体的な声かけの例	<p>○<u>“はい”の場合</u>  ⇒「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がでしょうか。」</p> <p>○<u>“いいえ”の場合</u>  ⇒「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？」</p>	
留意事項	<p>○フレイル予防のために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。</p> <p>○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。</p>	
対応方法、紹介先の例	<p>○質問 7“いいえ”、8“いいえ”、9“はい”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。</p> <p>○質問 7“はい”または 8“はい”的な回答の場合  ⇒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。</p> <p>○質問 7“はい”かつ 8“はい”的な回答の場合、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。</p>	

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<sup>1)</sup>

在宅でのゴムチューブを使用した腕・脚のレジスタンス運動（週 3 回の実施から 1 日 1 回の実施に漸増した）を継続した結果、中等度のフレイルを有する高齢者では、7 か月以降、障害スコアは対照群と比べ有意に低く、フレイルの進行を抑える効果が得られた。

なお、図中の障害スコアは、8 つの日常生活活動（歩行、入浴、食事、椅子から立って移動する等）から判定され、スコアが低い方が良好な状態を示す。

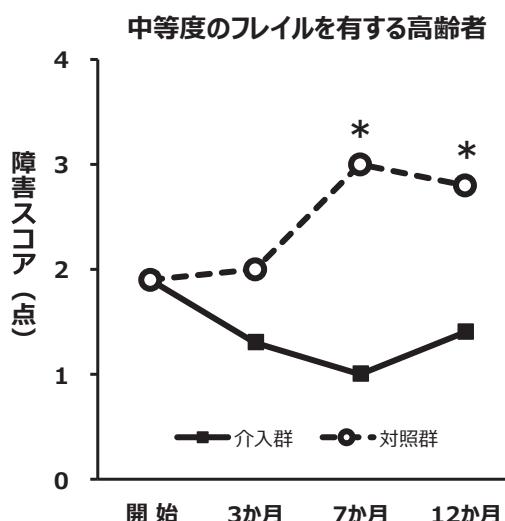
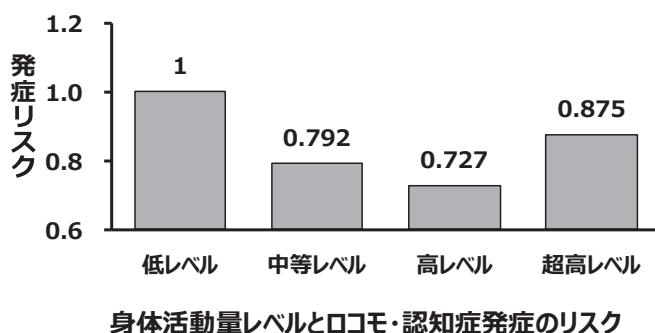
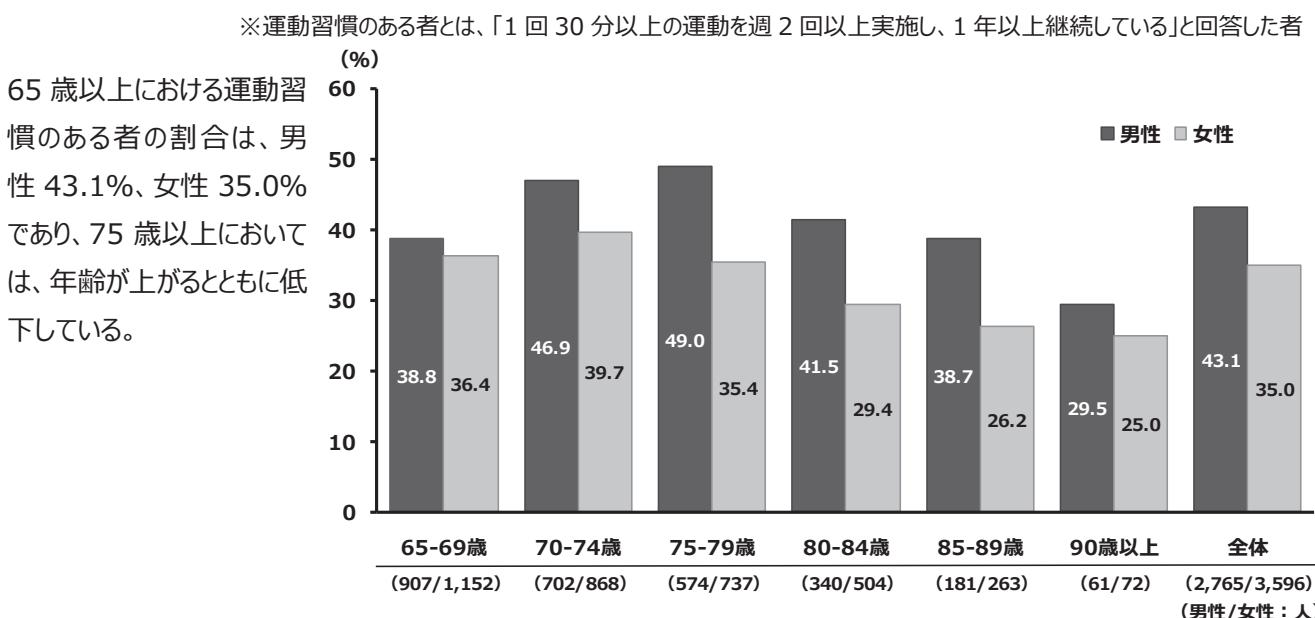


図 2：身体活動基準の根拠：身体活動量とロコモ・認知症発症リスク<sup>3)</sup>



身体活動量が最も低い群の発症リスクを 1 とするとき、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 メット・時/週だったことから、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 分行うことでの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<sup>5)</sup>



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

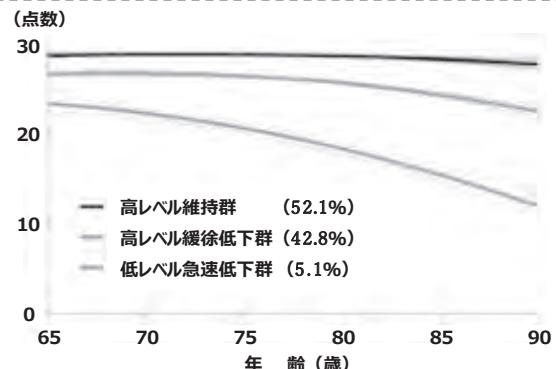
質問 <b>No10</b>	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあると言われていますか	①はい ②いいえ
質問 <b>No11</b>	今日が何月何日かわからない時がありますか	①はい ②いいえ
目的	認知機能の低下のおそれの把握	
解説	<p>○フレイルの状況（認知機能の低下のおそれ）を把握する。</p> <p>○記憶について確認する質問であり、基本チェックリストの質問を採用している。</p>	
エビデンス、統計等	<p>○高齢者における認知機能検査（MMSE<sup>1)</sup>）の得点は、90歳まで高く維持している者が52.1%を占めている<sup>2)</sup>（図1）。</p> <p>○軽度認知障害（MCI：Mild Cognitive Impairment<sup>3)</sup>）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<sup>4)</sup>（図2）。</p> <p>○MCI 高齢者を対象とした研究に関して、運動介入群はQOLの改善に効果がみられたとの報告がある<sup>5)</sup>。ストレッチング・有酸素運動・筋力トレーニング・脳活性化運動・行動変容技法による運動を習慣的に行なうことは、認知機能改善に効果があるという報告もある<sup>6)</sup>（図3）。</p>	
聞きとりのポイント	<p><b>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。</b></p> <p>○“いいえ”的場合でも、話の中で「帰宅中、道に迷ってしまうことがあるか」など、確認しておく。</p> <p>○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)</p> <p>○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。</p> <p>○認知機能検査に関して、本人の希望を確認する。</p> <p>○“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。</p>	
具体的な声かけの例	<p>○“いいえ”的場合 ⇒「自宅への帰り道がわからなくなってしまったことはありますか？」</p> <p>○“はい”的場合 ⇒「道に迷ってしまい、自宅に帰れなかつたなど、日常生活で困ったことはありますか？」 ⇒「薬の飲み忘れや飲み間違いなどはありませんか？」 ⇒「食事をしたことや、買い物をしたことを忘れてしまうことがありますか？」 ⇒「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？」</p>	
対応方法、紹介先の例	<p>○認知機能に関して、不安を抱いている場合 ⇒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。</p> <p>⇒物忘れ外来をもつ医療機関を紹介する。</p>	

### 用語解説：MMSE : Mini-Mental State Examination とは<sup>1)</sup>

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録、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 29 点、図形描写が 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カットオフ値が使われており<sup>1)</sup>、27 点以下は軽度認知障害 MCI の疑いがあると判断される<sup>7)</sup>。

### 図 1 : MMSE スコアの加齢変化パターン<sup>2)</sup>

認知機能検査（MMSE スコア）の 65 歳から 90 歳までの加齢変化は、高レベルを維持する群は 52.1%、徐々に低下する群は 42.8%、低レベルで急速に低下する群は 5.1% と、3 つのパターンに分類された。90 歳になっても認知機能を高く維持している人が、半数以上存在していることが明らかになっている。



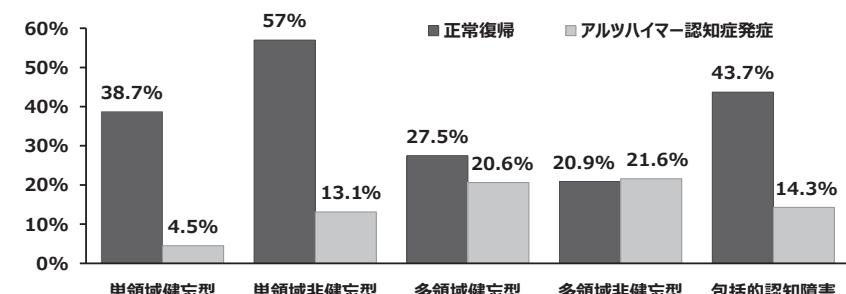
### 用語解説：軽度認知障害(MCI : Mild Cognitive Impairment)とは<sup>3)</sup>

「認知症の一歩手前」と言われる状態で、物忘れのような記憶障害がでるものとの症状はまだ軽く、自立した生活ができると言われている。症状が軽いからこそ、正しく知らないと家族や自分自身でさえも見過ご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<sup>4)</sup>

65 歳以上の地域在宅高齢者について認知機能を、正常、単領域健忘型、単領域非健忘型、多領域健忘型、多領域非健忘型、および包括的認知障害 (GCI) の 6 つのカテゴリーに区分し、4 年後に追跡調査した。

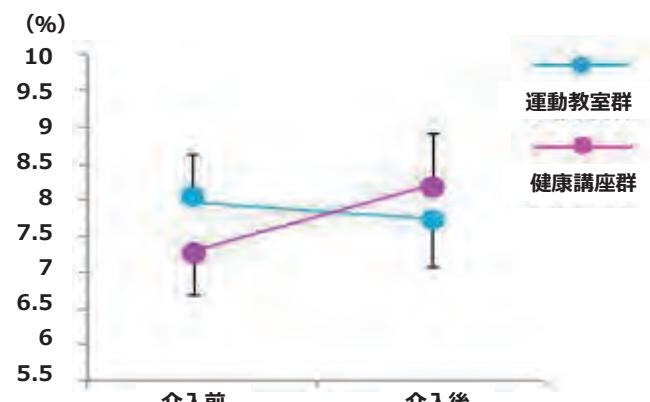
MCI は、自然経過の過程で認知症に移行する症例もあるが、正常に復帰する症例も少なくない。また、正常への復帰については、MCI のタイプによって異なっている。



### 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<sup>6)</sup>

#### 脳萎縮領域の割合（健忘型 MCI 高齢者）

健忘型 MCI を有する高齢者では、6 カ月間の運動介入によって脳の萎縮領域が縮小した。一方、運動しなかった健康講座群（対照群）は、6 カ月後、脳の萎縮領域が増加した。



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, Mothakunnel 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.

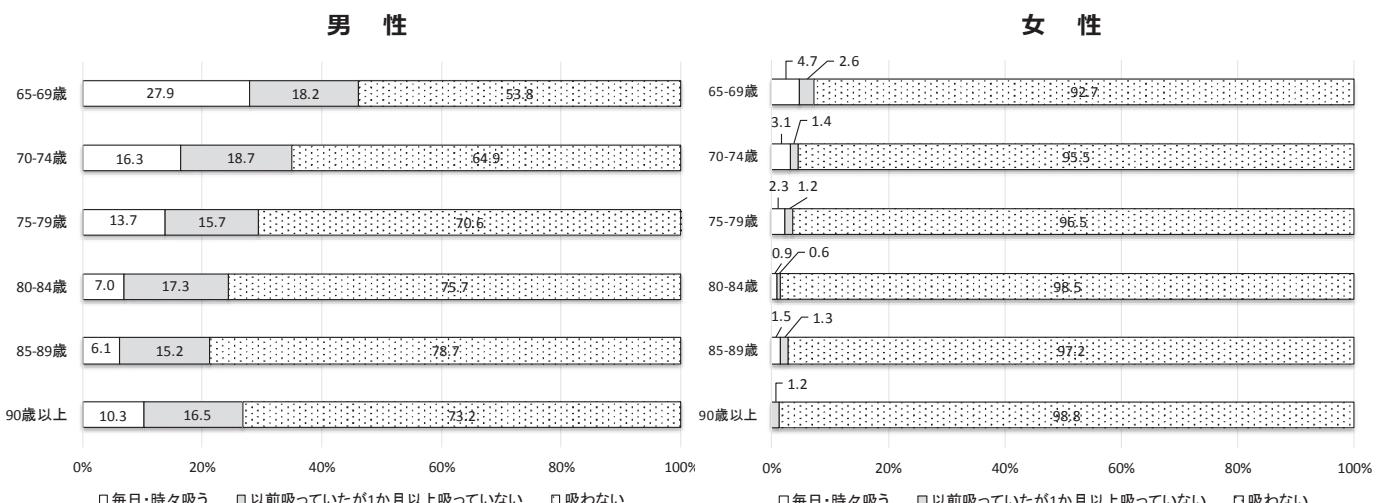
7) Kaufer DI, Williams CS, et al. JAMDA. 2008 Oct;9(8):586-593.

## 類型名：喫煙

質問 <b>No12</b>	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	<p>○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。</p> <p>○この質問の「たばこ」は、加熱式たばこや、電子たばこを含む。</p>	
エビデンス、統計等	<p>○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。</p> <p>○高齢者では、非喫煙者の割合が高い<sup>1)</sup> (図 1)。</p> <p>○40～80 歳代のど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）が上昇とともに、総死亡リスクは有意に増加した<sup>2)</sup> (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<sup>2)</sup> (図 2-2)。</p> <p>○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<sup>3)</sup> (図 3)。</p>	
聞き取りポイント	<p>○吸っている場合</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・喫煙における周囲への配慮(受動喫煙の有無)を確認する。</li> <li>・禁煙の意思を確認する。</li> </ul> <p>○やめた場合</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・禁煙の理由や継続期間を確認する。</li> </ul> <p>○“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。</p>	
具体的な声かけの例	<p>○<u>“吸っている”場合</u></p> <p>⇒「息切れすることはありますか？ 咳や痰が続いていませんか？」</p> <p>⇒「たばこを吸うときに、周りにはどなたかいらっしゃいますか？」</p> <p>⇒「たばこをやめたいと考えていますか？」</p> <p>○<u>“やめた”場合</u></p> <p>⇒「禁煙されたのですね。よかったです。何かきっかけはありましたか？」</p> <p>⇒「たばこをやめたのは、何歳の頃でしたか？」</p>	
対応方法、紹介先の例	<p>○自覚症状がある場合</p> <p>⇒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。</p> <p>○禁煙の意思がある場合</p> <p>⇒禁煙に関する情報（リーフレット等）を提供する。</p> <p>⇒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。</p>	

### 図 1：65 歳以上 性・年齢階級別 喫煙の状況<sup>1)</sup>

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<sup>2)</sup>

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。

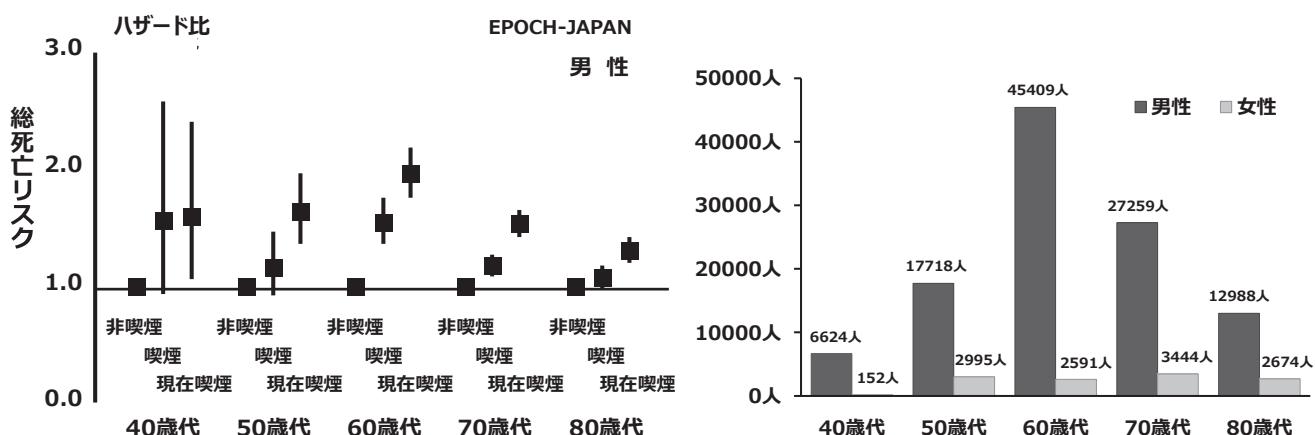
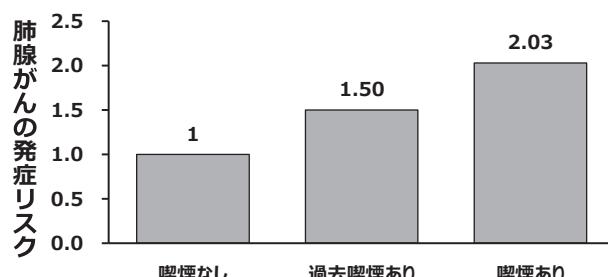


図 2-1. 喫煙状況と総死亡リスク

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<sup>3)</sup>

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、肺腺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>

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.

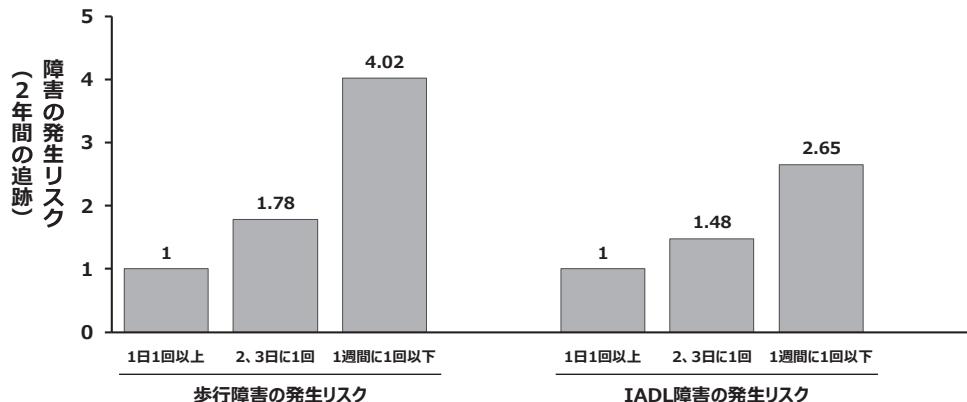
## 類型名：社会参加

質問 <b>No13</b>	週に 1 回以上は外出していますか	①はい ②いいえ
目的	閉じこもりのおそれの有無を把握する。	
解説	<p>○社会的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。</p> <p>○社会的フレイルは、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<sup>1)</sup>。</p> <p>○本質問から、閉じこもりの状況や社会との繋がりの状況を把握する。</p> <p>○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。</p>	
エビデンス、統計等	<p>○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<sup>2)</sup>（図 1）。</p> <p>○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<sup>3)</sup>（図 2-1）、6 年後の生存者割合も低い<sup>4)</sup>（図 2-2）。</p>	
聞き取りポイント	<p><b>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。</b></p> <p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○“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。</p>	
具体的な声かけの例	<p>○“はい”的場合 ⇒「活動的な生活を送られていて、とても楽しそうですし、充実されていますね。」</p> <p>○“いいえ”的場合 ⇒「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すか？」 ⇒「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？」</p>	
留意事項	<p>○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。</p> <p>○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。</p>	
対応方法、紹介先の例	<p>○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。</p> <p>○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。</p>	

**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<sup>2)</sup>**

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<sup>\*</sup>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つた。

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



※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<sup>3)</sup>、6 年後の生存者割合も低い<sup>4)</sup>**

非孤立・非閉じこもり傾向の者の高次生活機能<sup>\*\*</sup>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（友達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。

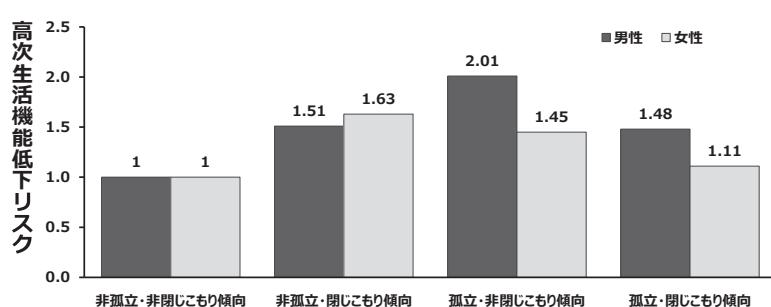


図 2-1. 社会的孤立と外出頻度による高次生活機能低下リスク

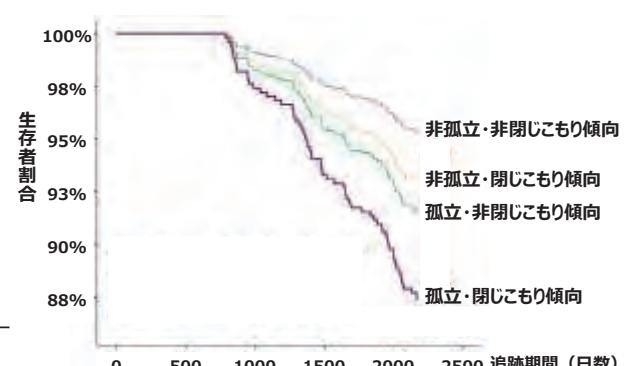


図 2-2. 社会的孤立と外出頻度による生存者割合

1) フレイル診療ガイド 2018 年版。

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.

類型名：社会参加

質問 <b>No14</b>	<b>ふだんから家族や友人と付き合いがありますか</b>	①はい      ②いいえ
目的	他者との交流(社会参加)を把握する。	
解説	<ul style="list-style-type: none"> <li>○社会的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。</li> <li>○社会的フレイルは、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<sup>1)</sup>。</li> <li>○本質問から、閉じこもりの状況や社会との繋がりの状況を把握する。</li> </ul>	
エビデンス、統計等	<ul style="list-style-type: none"> <li>○社会参加している割合は、加齢とともに低くなっています、65歳以上全体では、男性58.7%、女性50.8%である<sup>2)</sup>(図1)。</li> <li>○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<sup>3)</sup>(図2)。</li> </ul>	
聞き取り ポイント	<p><b>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。</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○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、他者との交流を持てない理由などを確認する。</li> <li>○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。</li> <li>○“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。</li> </ul>	
具体的な 声かけの例	<ul style="list-style-type: none"> <li>○“はい”的場合 ⇒「ご家族や友人と楽しく過ごしているのですね。」</li> <li>○“いいえ”的場合 ⇒「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すか？」 ⇒「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？」</li> </ul>	
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>○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。</li> <li>○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。</li> </ul>	

図 1：65 歳以上、性・年齢階級別 社会参加している者の割合<sup>2)</sup>

「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)、趣味やおけいに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したがって減少している。

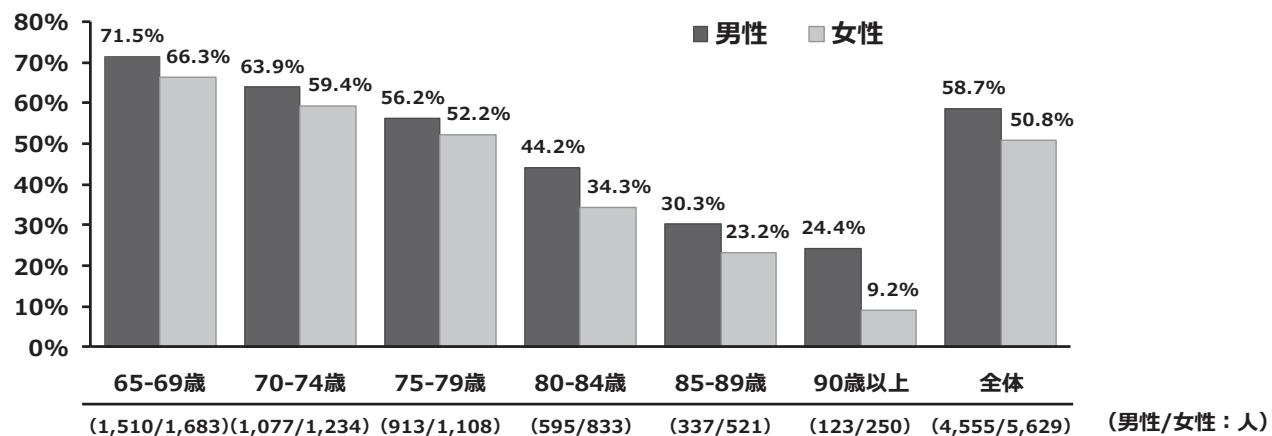
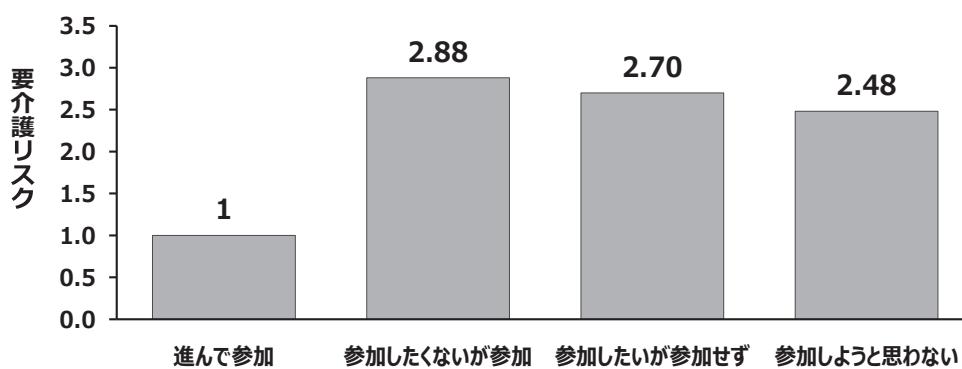


図 2：ボランティア活動に参加していない者や、参加したくないが参加している者は、3 年後の要介護リスクが高い<sup>3)</sup>  
ボランティア活動に進んで参加した者の 3 年後の要介護リスクを 1 とすると、参加したくないが参加した者の発生リスクは 2.88 倍、参加したいが参加しなかった者、参加しようと思わない者の発生リスクは、それぞれ 2.70 倍、2.48 倍であった。参加したくない人に無理やり参加させるのではなく、安心して参加できるような取り組みに繋げることが重要である。



1) フレイル診療ガイド 2018 年版.

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>

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

類型名：ソーシャルサポート

<b>質問 No15</b>	<b>体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか</b>	①はい      ②いいえ
目的	身近な相談相手の有無を把握する。	
解説	<ul style="list-style-type: none"> <li>○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。</li> <li>○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。</li> </ul>	
エビデンス、統計等	<ul style="list-style-type: none"> <li>○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<sup>1)</sup> (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<sup>1)</sup>。</li> <li>○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<sup>2)</sup> (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<sup>2)</sup> (図 2-2)。</li> </ul>	
聞き取り ポイント	<p><b>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。</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○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。</li> <li>○“いいえ”と答えた者には、相談する必要がない、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。</li> <li>○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。</li> </ul>	
具体的な 声かけの例	<p><u>○“はい”的場合</u> ⇒「身近に相談できる人がいると、心強いですよね。」</p> <p><u>○“いいえ”的場合</u> ⇒「体調が悪いときは、どのようにされていますか？」 ⇒「体調が悪くないから、相談しようと思っていないということはありますか？」 ⇒「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いと思って、遠慮なさっている（我慢している）ということはありませんか？」 ⇒「自分はもう高齢（年）だから、体調が悪いのはしょうがないと思っていたりはしませんか？」 ⇒「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？」</p>	
対応方法、紹介先の例	<ul style="list-style-type: none"> <li>○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。</li> </ul>	

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<sup>2)</sup>

65 歳以上では、男女いずれも、困ったときに相談相手がいない人は、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。

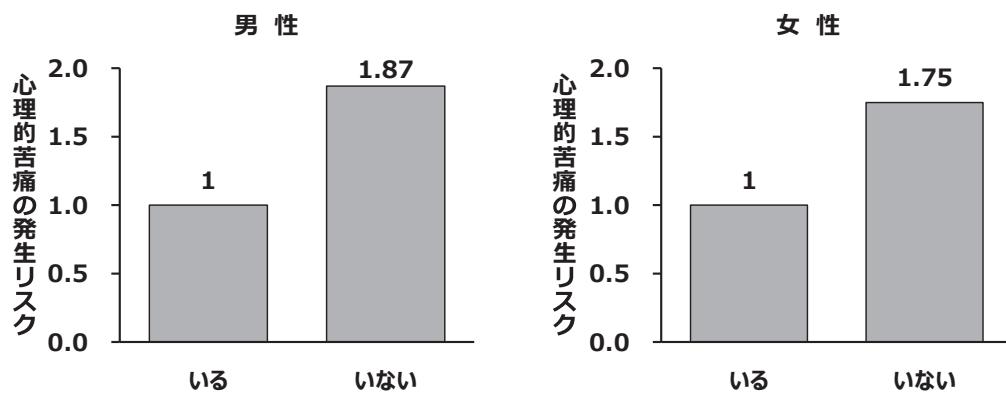


図 2：病気のときや、一人ではできない家の周りの仕事の手伝いなどについて頼れる人はいますか<sup>2)</sup>

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）。

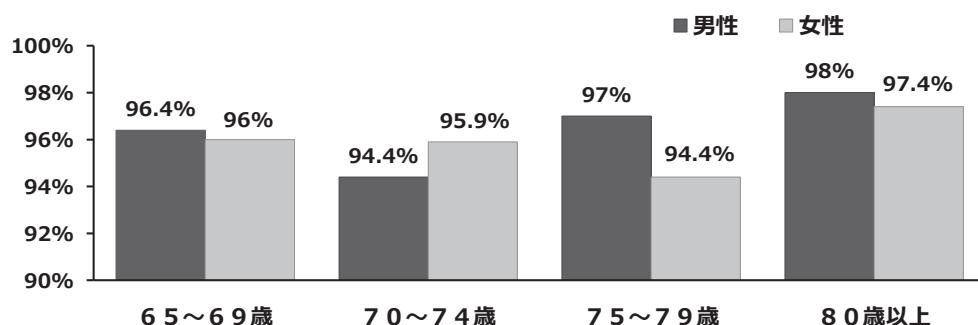


図 2-1. 性・年齢階級別の割合

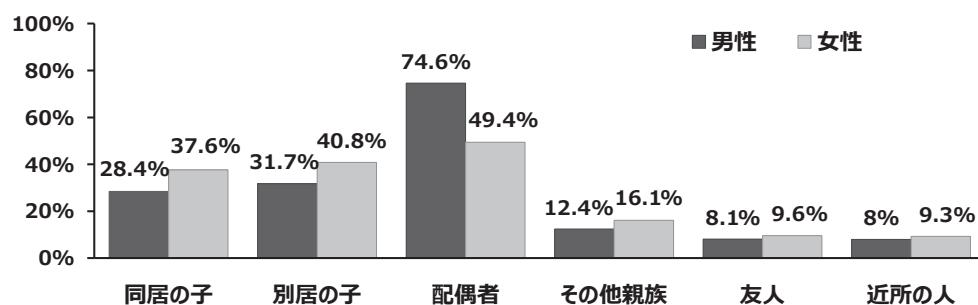


図 2-2. 男女別 頼っている人の割合（複数回答）

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.

## 7. 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

必要な支援	質問票データ	KDB						
		項目	参考項目	健診データ	レセプト	介護		
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	要介護 要支援  認定 状況を 考慮 する	
				血圧 140/90mmHg 以上	血圧 160/100mmHg 以上			
				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 以上	血圧 160/100mmHg 以上			
				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		
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以下 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）		
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)					

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



「つどいの場」にはこんないいことが！

県民だよりあおもり2019年12月号（No.178）

青森県ホームページよりダウンロード可能



住み慣れた地域で、支え合い、共に生きる

# 今から「地域」で、はじめよう。



「つどいの場」には  
「しないことがある」

## 利用者の声

- ・話がてできてたくさん笑って悩みも解決!
- ・友達ができるうれしい
- ・おしゃべりができる
- ・昔からの趣味を仲間と楽しむことができる

## こんな効果も

- ・頭と体を動かして介護予防になる
- ・健康チェックで自分の健康に関心が持てるようになる

## 集うことで地域がつながる

- ・ご近所さんの互助の推進
- ・多世代交流のきっかけづくり
- ・元気な高齢者が増える
- ・定年退職後、地域で役割ができる

一番に取り組むことは、元気な高齢者にいつまでも元気でいてもらうこと。健康長寿の3つの柱は、「身体活動」「栄養」「社会参加」です。そのために効果的なのは高齢者の「つどいの場」。みんなが集う場に出かけることで自然に体を動かし、このことが、介護予防につながります。食事や栄養のことを話すことで食生活を見直す機会に。また、外出や、会話、趣味やゲームをすることは認知症予防に効果があるとも言わ

ています。  
本県の人口の約30%が65歳以上となる中、皆さんの地域でも、買い物など普段の生活の中での「困りごと」が多くなってきたのではないかでしょうか。  
これは決して高齢者だけの問題ではなく、若い世代も地域全体の課題として考えなければなりません。  
そのため、私たち一人ひとりが、自分のこととしてとらえ、地域で「支え合う」関係づくりが必要です。

## まずは「つどいの場」づくりを

## 地域の支え合いを育むことが あらゆる世代の幸せにつながる

大事なのは、みんなが集つ場へ継続して通つてもらうこと。高齢者が、そこへ楽しみを見いだし、誰かにやらされるのではなく、主体的に関わつていける場所があること。やりがいや生きがいを感じ、健康的な生活を送ることで、結果的に元気な高齢者が増え、医療や介護にかかる費用が軽減される効果も期待できます。また、通院・買い物などの住民主体による生活支援サービスなどができれば、より暮らしやすさは増していくこと。

将来的に、このような集いの場が学童保育などと連携し、高齢者が子育て世代を支えたり、障害者が集いの場の運営サポートができる仕組みをつくるなど、「支え手」「受け手」という関係を超えた地域コミュニティづくりにつながることが期待されます。

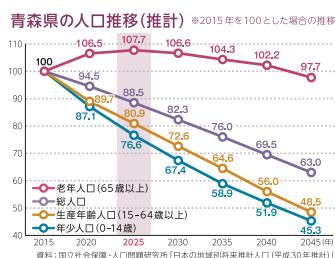
時には支え、時には支えられる。そんな地域社会を、今から自分たちの手で築いていきましょう。

## 2025年問題とは

「団塊の世代」が全て75歳以上の後期高齢者となり、我が国がこれまでに経験したことのない超高齢化時代を迎えることにより生じる、社会保障をはじめとした様々な課題

## 青森県型地域共生社会とは

地域で生まれ、地域で育ち、地域を助け、地域で安心して老後を迎えることができる社会





木村 隆次さん

青森県薬剤師会会長  
青森県介護支援専門員協会副会長  
日本介護支援専門員協会の初代会長、  
社会障害審議会介護保険部会委員を  
歴任。介護保険の「伝道師」として活躍中。

専門アドバイザーを派遣!  
~生活支援サービス拡充深化事業~

各市町村で「つどいの場」を立ち上げるための勉強会などにアドバイザーを派遣します。市町村高齢福祉担当課または県高齢福祉保険課へお問い合わせください。



「近所の近助」、まずはここからはじめよう!

# つどいの場 づくり

STEP 1 地域で利用できる  
場所を探そう

児童館や集会所、公民館・廃校になった学校、幼稚園や保育園・お寺・マンションの空き部屋・食堂・福祉館・社会福祉法人所有のフリースペースなど。



STEP 2 鍵当番を  
決めよう

会場の鍵は、その日、開けられる人を当番で。開ける人と締める人が違っててもOK。



STEP 3 集会日を  
決めよう

曜日は変えず、「毎週○曜日は、集う日」が覚えやすい。介護予防の効果をあげるためにには、体操などは週1回以上が望ましい。



STEP 4 行きたくなる  
仕掛けづくりを

メニューは決めず、やりたいことを!

「今日はこれ!」とメニューを決めると無理強いする形となり、楽しさが半減。その日、何をするかは本人が決めるのがリピーターを増やすコツ。おしゃべり、将棋、囲碁、麻雀、ダーツ、けん玉、パズル、塗り絵、写経、カラオケ、ゲームなど。

まずは、おしゃべりから。ゲームなどは家にあるものを持ち寄りましょう! 「メニューが多い=手間がかかる」ではありません。



互いに健康チェック、運動する機会も!

身長・体重測定や握力を鍛えたり。定期的に役所や地域包括支援センターの力を借りて、転倒防止体操や健康講座を開く。

ペットボトルのふたを開けるのに必要な握力は15kg以上。日頃からそういったことを意識した体操や運動を。ゲームは認知症予防に効果的!



STEP 5 「グランドルール」  
を決めよう

「人の悪口を言わない、ゲームなど強制・無理強いはしない、物品販売は行わない」など最低限のルールをつくる。ルールを壁に張り出すのもポイント。

# 生きがい づくり

高齢者は地域の貴重な支え手! 様々な場面で活躍できる仕組みづくりを。

■得意分野で活動できる機会をつくる

例) 野菜や畑作り、漬物づくり、書道、花、着付け、裁縫、将棋、麻雀、絵描きなど

■高齢者が子育てをサポート

例) 学童保育などの連携も期待できる。地域の話や昔ながらの郷土食を伝授する機会にも

令和元年度 薬局薬剤師の地域サロンにおける  
利用者の服薬相談・支援事業担当者

青森県薬剤師会会長	木村 隆次
青森県薬剤師会副会長	磯木雄之輔
青森県薬剤師会副会長	青柳 伸一
青森県薬剤師会常務理事	澤上 克彦
青森県薬剤師会理事	佐々木克典
青森県薬剤師会理事	清水 康哉
青森県薬剤師会理事	石山 毅憲
青森県薬剤師会一般用医薬品等委員会委員	佐々木悠太

---

発行年月日 2020年3月31日

発 行 一般社団法人 青森県薬剤師会

〒030-0961

青森市浪打1丁目16-17

TEL017-742-8821 FAX017-743-4452

発 行 人 一般社団法人 青森県薬剤師会  
会長 木村 隆次

---







一般社団法人青森県薬剤師会