

保健事業と介護予防の一体的実施事業

作業療法士 参画マニュアル

2025年3月

一般社団法人 日本作業療法士協会
地域社会振興部 地域事業支援課 地域包括ケア推進班

1	はじめに	1
2	保健事業と介護予防の一体的実施事業の概要	1
3	保健事業と介護予防の一体的な実施の進め方	4
4	KDBシステムについて	9
5	一体的実施事業において作業療法士に 求められること	13
6	作業療法士の参画事例	19

保健事業と介護予防の一体的実施事業 作業療法士参画マニュアル

1 はじめに

年齢が75歳になると、国民健康保険制度・社会保険制度から後期高齢者医療制度へ移行します。制度移行に伴う課題としては、保健事業が途切れるため、継続的な支援ができない、連携不足により高齢者の健康ニーズを満たせないなどが挙げられます。

これらの課題を解決するために、厚生労働省は保健事業と介護予防の一体的な実施を推進するための体制を整備しました。高齢者一人ひとりの状況に合わせたきめ細かい支援を行うことで、高齢者が住み慣れた地域で自立した生活や社会参加ができることを目指しています。

このマニュアルでは、保健事業と介護予防の一体的な実施の概要と進め方について解説します。

「保健事業と介護予防の一体的な実施について調べている」「一体的な実施を推進したいが進め方が分からない」とお悩みの市町村担当者の方は、ぜひご一読ください。

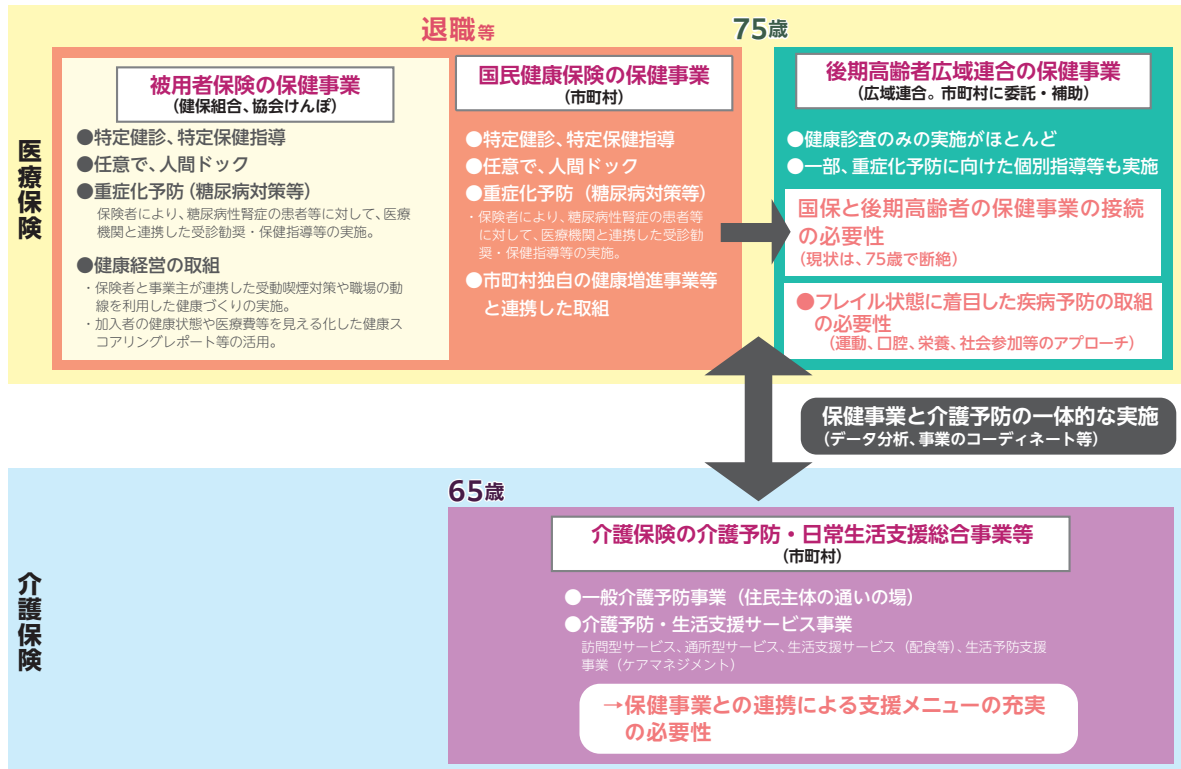
引用元：厚生労働省『高齢者の保健事業 基礎資料集』

2 保健事業と介護予防の一体的実施事業の概要

2020年4月、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により、厚生労働省は保健事業と介護予防の一体的な実施を推進するための体制を整備しました。75歳以上の高齢者に対する保健事業と介護予防は、それぞれ異なる組織により実施されています。保健事業は、後期高齢者医療広域連合が主体となり、介護予防は各市町村が主体のため、連携不足により適切に継続がされていない点が課題でした。なお、保健事業については、市町村へ委託して、生活習慣病の重症化を予防する取組みを行っているケースもありますが、ほとんどの場合は健康診断のみの実施でした。高齢者が置かれている状況やニーズには個人差があるため、一人ひとりに合わせた保健指導やニーズに沿った支援が必要だと考えられています。また、広域連合・市町村・都道府県などが連携を図りながら、支援体制の構築と地域の健康課題解決が求められています。2024年度までにすべての市町村に展開されることが目標に掲げられています。

▽ 保健事業と介護予防の現状と課題

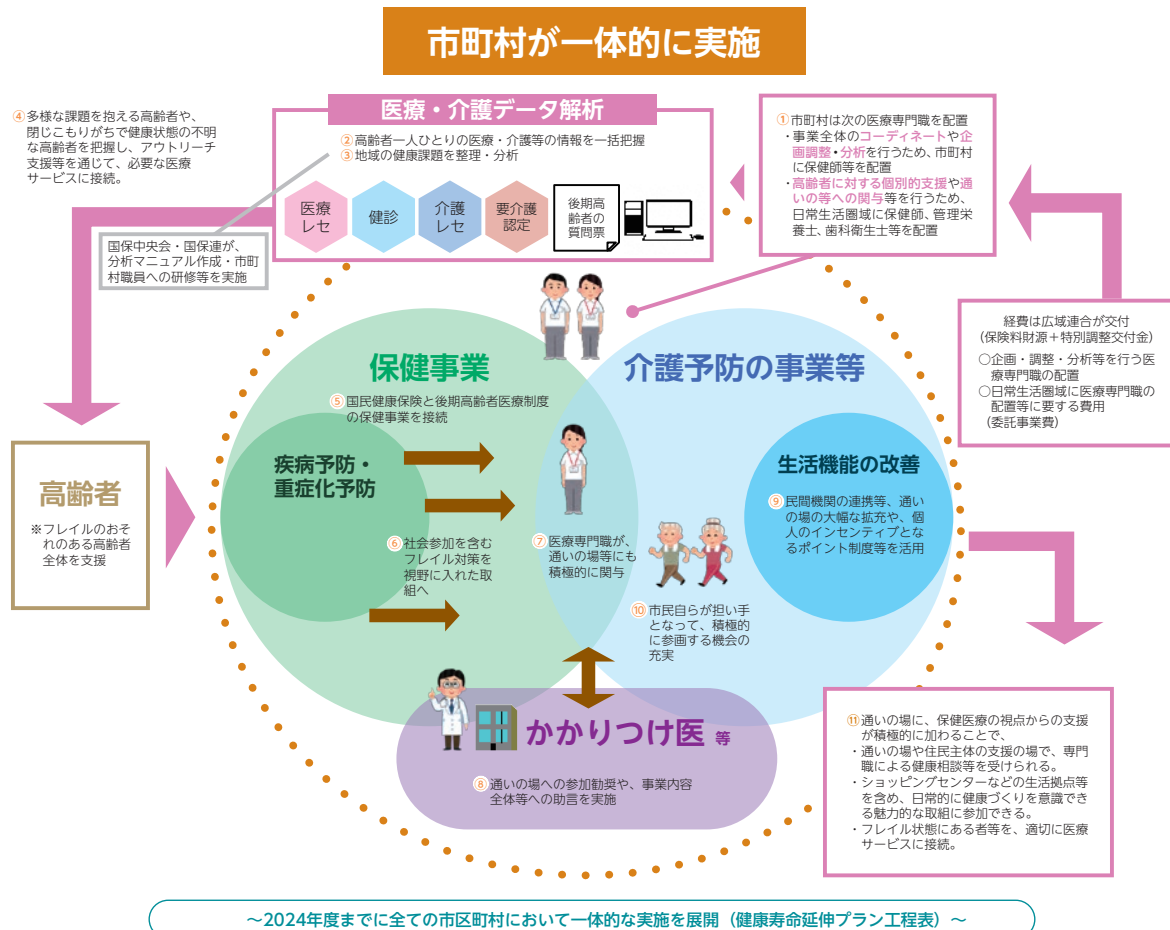
保険事業と介護予防の現状と課題（イメージ）



画像引用元：厚生労働省『高齢者の保健事業 基礎資料集』（一部改変）

▽ 一体的な実施後のイメージ図

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施（市町村における実施のイメージ図）



画像引用元：厚生労働省『高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について』（一部改変）

高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施は、これまでの連携の課題を解消して、フレイル状態^{（※）}に陥りやすい高齢者に対して、個々の状況に合わせた支援を行うことが目的です。

医療専門職が積極的に関わり、高齢者の保健事業と介護予防を一体的に実施することで、高齢者が住み慣れた地域で自立した生活や社会参加ができることを目指しています。

※フレイル状態とは、加齢に伴い心と体の動きが弱くなってきた状態のこと。

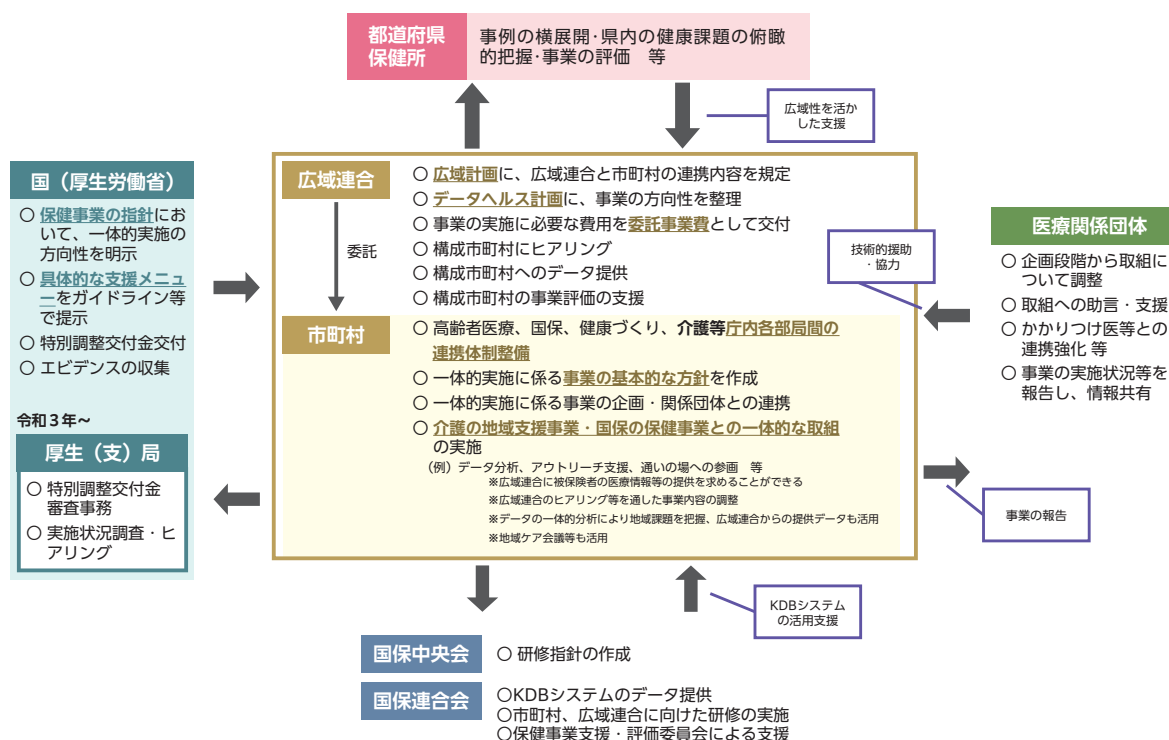
引用元：厚生労働省『高齢者の保健事業 基礎資料集』『高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について』

3 保健事業と介護予防の一体的な実施の進め方

高齢者の心身の健康課題に対応してきめ細かい支援を実施するためには、高齢者の保健事業について市町村と広域連合とが連携して、内容を明示していく必要があります。

また、市町村においては、介護保険の地域支援事業や国民健康保険の保健事業との一体的な実施が求められます。

一体的実施の推進に向けた体制整備



画像引用元：厚生労働省『高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第2版』（一部改変）

一体的な実施に向けた取組み内容は、医療専門職の配置、医療専門職の通いの場への関与、地域の健康課題の整理・分析などが挙げられます。

一体的な実施に向けた具体的な取組み内容は以下のとおりです。

▽ 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。
- ・**日常生活圏域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。

[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体的に分析し、**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

【地域の全体像の把握】

【健康スコアリング】



画像引用元：厚生労働省『高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第2版』（一部改変）



- ・ 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概数を把握し、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・日常生活圏域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。

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関与の両者で実施

(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

医療専門職が個々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、複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出向き、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 事業を効果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、事業内容をかかり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。
- ・ 後期高齢者医療側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がる。

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、事業参加前後の健診結果、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。

4 KDB システムについて

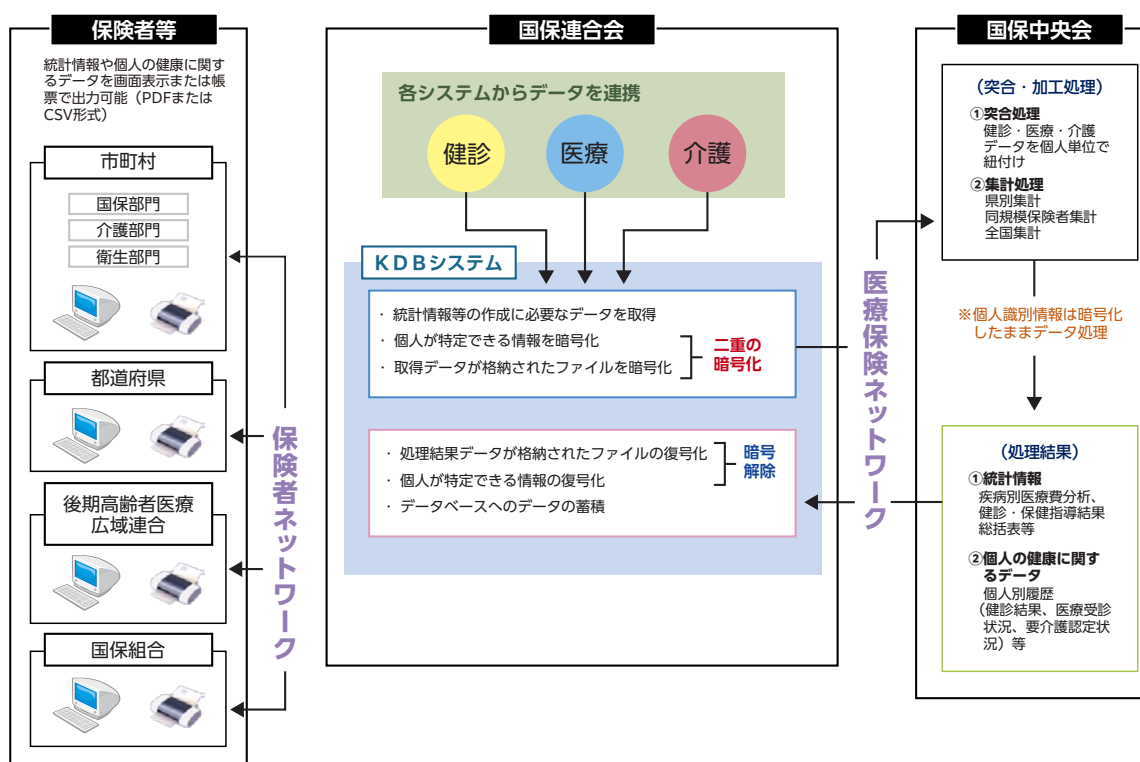
KDB システムとは

「国保データベースシステム」(以下、KDBシステム)とは、2013年10月から稼働しているシステムです。これは、国保保険者や後期高齢者医療広域連合における保健事業の計画作成や実施を支援するために、国保連合会が「健診・保健指導」、「医療」、「介護」に関する各種データを活用して、「統計情報」や「個人の健康に関するデータ」を作成するものです。

KDB システムの活用

KDBシステムは、特定健診・特定保健指導、医療、介護保険に関する情報を利活用し、統計情報等を保険者向けに提供するとともに、保険者からの委託を受けて個人の健康に関するデータを作成・提供することで、保険者の効率的かつ効果的な保健事業および介護事業の実施をサポートすることができます。

KDBシステムの概要



画像引用元：KDB等利活用部会『KDB等利活用部会報告書～KDB利活用の推進・高度化に向けて～』平成30年7月4日（一部改変）

現在、KDBシステムで取り扱っている情報は、健診・保健指導事業、医療、介護に関するものにわたっており、関連するシステムとしては、特定健診等データ管理システム、国保総合システム、後期高齢者医療請求支払システム、介護保険審査支払等システムが含まれています。また、統計データとして、総務省や厚生労働省のホームページからダウンロードしたデータも取り扱っています。

各年齢期における保健・医療・介護制度について

	0歳～	40歳～	65歳～	75歳～
健診	妊婦健康診査・乳幼児健康診査・学校健康診断情報等			
		特定健康診査・特定保健指導情報	後期高齢者健康診査情報	
医療	被用者保険（協会けんぽ、組合健保等）医療情報		一定の障害がある者	後期高齢者医療情報
	国民健康保険医療情報			
介護		2号被保険者	介護保険情報	1号被保険者

健診・保健指導

特定健診等データ管理システム

- <健診・保健指導等データ>
 - 検査問診結果台帳データ
 - 特定健診結果データ
 - 特定保健指導結果データ
 - 被保険者マスタ
 - 除外対象者データ
 - 保険者属性テーブル
 - 健診判定値テーブル
- <法定報告データ>
 - 特定健診リスクパターン別集計表
 - 質問票項目別集計表
 - 特定健診結果総括表
 - 特定保健指導結果総括表（動機付け）
 - 特定保健指導結果総括表（積極的）
 - 特定健診・保健指導実施結果総括表
 - 特定健診・保健指導進捗・実績管理表

医療（国保・後期）

国保総合システム・後期高齢者医療請求支払システム

- 医科レセプト
 - ・ レセプト、患者、傷病名、摘要等の情報
- DPCレセプト
 - ・ レセプト、総括管理、包括評価部分、診断群分類、患者、傷病名、摘要、コーディングデータ等の情報
- 歯科レセプト
 - ・ レセプト、患者、傷病名、摘要等の情報
- 調剤レセプト
 - ・ レセプト、患者、医薬品、処方、調剤等の情報
- 被保険者マスタ
- 地区名テーブル
- 各種マスタ（保険者、傷病名、医薬品、診療行為、特定器材、医療機関、疾病分類）

介護

介護保険審査支払等システム

- 介護給付費給付実績
 - ・ 基本情報レコード
 - ・ 集計情報レコード
 - ・ サービス計画費レコード
 - ・ 特定入所者介護サービス費レコード
- 総合事業費給付実績
 - ・ 基本情報レコード
 - ・ 集計情報レコード
- 指定・基準該当等サービス台帳
- 保険者台帳
- 広域連合・行政区台帳
- 事業所基本台帳
- 受給者台帳

その他：統計データ（総務省・厚労省のHPからダウンロード）

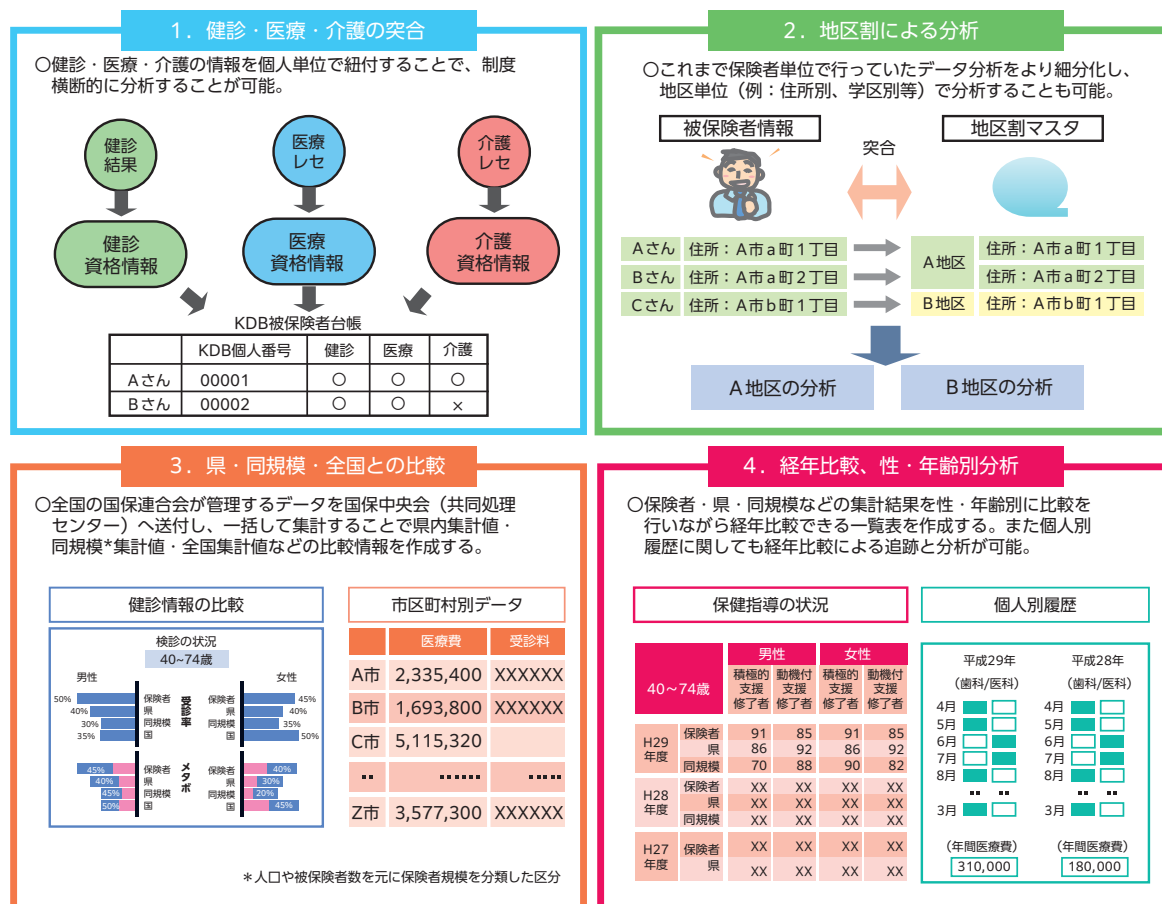
- 同規模保険者情報
- 人口構成
- 平均寿命
- 死因
- 地域別状況
- 都道府県別状況
- 死亡数・出生数
- 医師数・診療所数・病院数・病床数

KDB取扱範囲（太枠内）

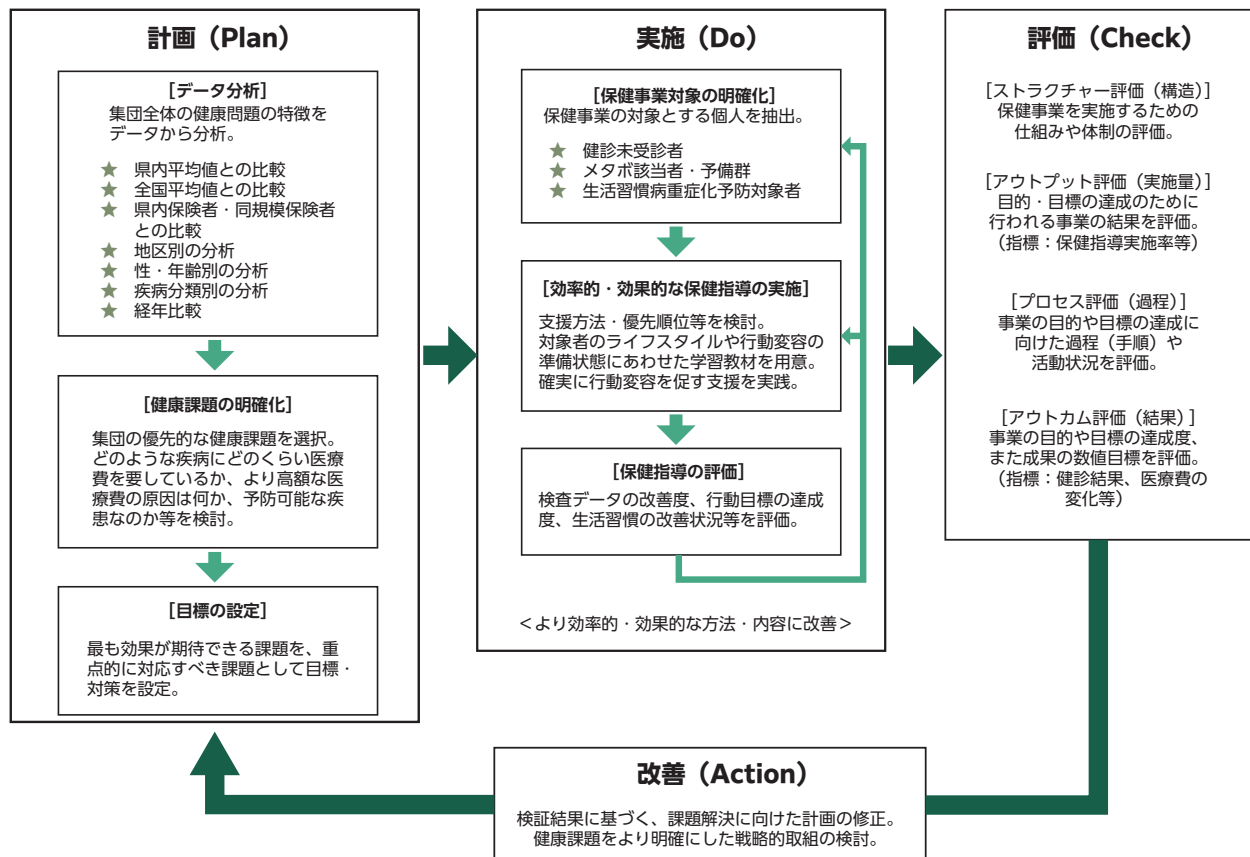
画像引用元：KDB等利活用部会『KDB等利活用部会報告書～KDB利活用の推進・高度化に向けて～』平成30年7月4日（一部改変）

KDBシステムの大きな特徴は、健診・医療・介護の3領域にわたるデータを突合させて使用できる点です。その他にも、「地区割による分析」、「県・同規模・全国との比較」、「経年比較、性・年齢別分析」などの機能があります。地区割に関しては、保険者の要望に応じて、住所の丁目別や学区別といった地域分割でデータ分析を行うことができ、多くの保険者がこの機能を利用しています。

県・同規模・全国との比較に関しては、県内の保険者との比較だけでなく、人口規模別に12分類された同規模程度の保険者との比較も可能です。経年比較や性・年齢別分析においては、過去5年間の経年変化を画面上で確認することができます。



KDBシステムを活用した保健事業のPDCAサイクル



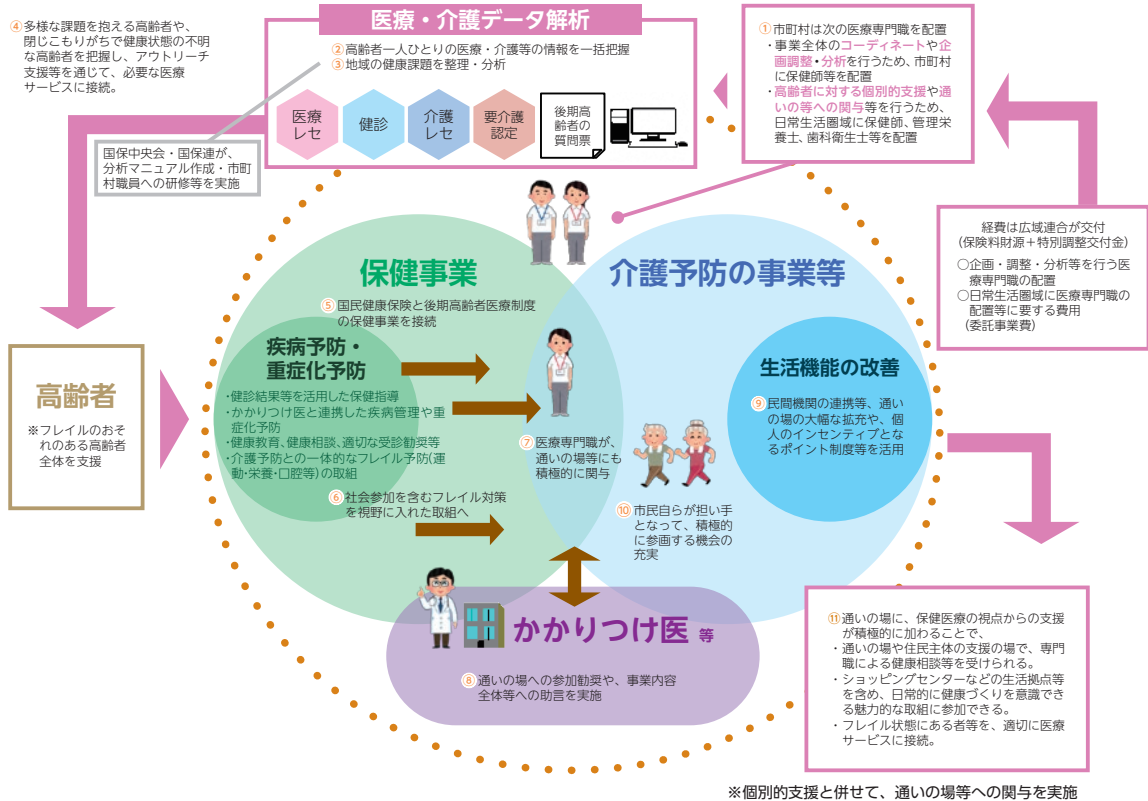
（注）「★」を付した部分が、KDBシステムを特に活用できると思われるもの。

画像引用元：KDB等利活用部会『KDB等利活用部会報告書～KDB利活用の推進・高度化に向けて～』平成30年7月4日（一部改変）

5 一体的実施事業において作業療法士に求められること

一体的実施事業において作業療法士に求められることは、日常生活圏域を一つの地域として担当する医療専門職として、高齢者に対する通いの場への関与（ポピュレーションアプローチ）と、個別的支援（ハイリスクアプローチ）です。

市町村が一体的に実施



(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・介護の情報进行分析し、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網調整

- ・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

●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) 栄養・口腔・投薬に関わる相談・指導
 - (b) 生活習慣病等の重症化予防に関わる相談・指導
- イ 重複・頻回受信者、重複受診者等への相談・指導の取組
- ウ 健康状態が不明な高齢者の状態把握・受動勧奨等・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）

- 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 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。

※取組により把握された高齢者の状況に応じて、検診や医療の受信推奨、介護サービスの利用推奨などを行う

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

画像引用元：(株)日本能率協会総合研究所『高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に係る実施状況調査報告書』（一部改変）

■ 通いの場等への関与（ポピュレーションアプローチ）のポイント

●フレイルの多面性を意識した介入

地域在住高齢者は、身体的フレイルだけでなく、うつや認知機能の低下（精神・心理・認知的フレイル）、閉じこもりや孤食などの社会的な問題（社会的フレイル）といった多面的な要素が絡み合い、これらが負の連鎖（フレイルサイクル）となって地域や在宅での自立能力が低下し、生活の不活発化が進んでいます。

作業療法士として、ポピュレーションアプローチを行う際に、身体的フレイルだけでなく、認知的フレイルや社会的フレイルにも関心を持つことが重要です。さらに、ひとりの住民が抱える問題が、地域全体が抱える課題にも繋がっていることに注目しながら、包括的かつ効果的な指導介入を行うことが求められます。このように、多面的なフレイルへの対応が、地域全体の健康維持やQOLの向上に寄与することが期待されます。

●現状の見える化と共有、そして地域づくりへ

医療専門職として、通いの場で指導や助言のみならず、市役所職員、保健師、生活支援コーディネーター、社会福祉協議会、住民ボランティア、そして通いの場に通う住民から積極的に情報収集を行い、その地域が抱える具体的な問題を理解することも重要です。

また、市役所職員や保健師と協力し、KDBシステムや地域包括ケア「見える化」システムなどを活用して地域診断を行い、データサイエンスに基づいた地域情報を取得・共有することも求められます。

このようなデータを基にした指導や助言は、地域における一体的実施事業やデジタルトランスフォーメーション(DX)事業において非常に重要な意味を持ちます。

さらに、作業療法士として、通いの場での活動に留まらず、他の専門職や市役所職員、住民とともに、自助・互助の理念を共有し、住み慣れた地域で高齢者が自立し、生きがいのある毎日を過ごせるような地域づくりを目指していく姿勢が重要です。

このような包括的なアプローチや作業療法士の柔軟な考え方や動き方により、地域全体の健康と福祉の向上に寄与することが期待されます。

■ 個別的支援（ハイリスクアプローチ）のポイント

一体的実施事業は、体力測定や質問票、健診データ、レセプトデータなど、多様な情報源を一元化して全体像を把握、対象者を抽出してエビデンスに基づいたアプローチを行います。

ハイリスク対象者の抽出プロセスでは、各市町村や地域が取り組みたい課題や健康問題に応じて、参加者の絞り込み、アウトプット評価、アウトカム設定を行い、その後、介入を開始します。

具体的な方法については、「一体的実施・KDB 活用支援ツール」の抽出条件の考え方と保健事業への活用を参考にするをお勧めします。

作業療法士としてハイリスクアプローチを行う際のポイントは、以下の2つです。

1つ目は、介入終了後の「出口」をあらかじめ考えておくことです。専門職が短期的かつ集中的に関与すれば、対象者の能力向上や生活の活性化が期待できますが、介入が終了した後のフォローが不十分だと、再び能力の低下や生活の不活発化が生じる恐れがあります。

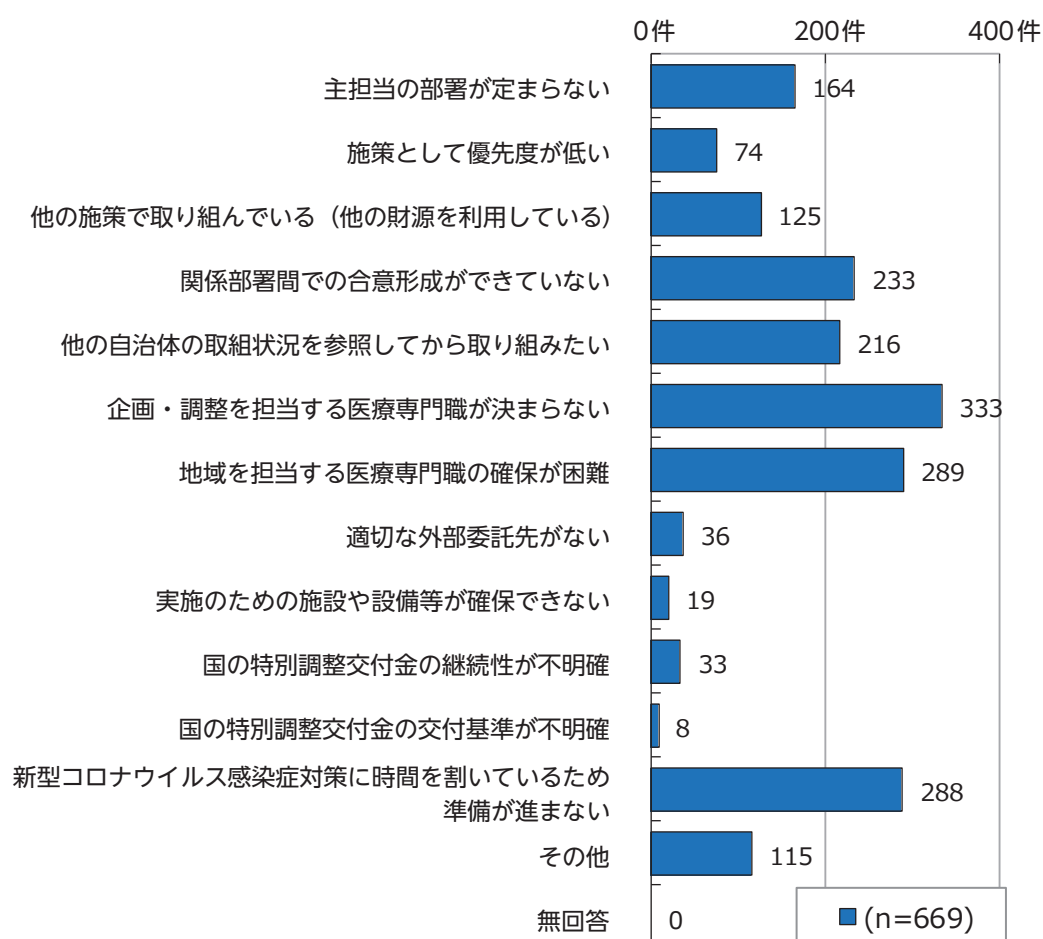
したがって、ハイリスクアプローチ介入後には、対象者が自助グループを創設したり、地域の通いの場や介護予防事業に参加したりするよう促す必要があります。また、家族や友人の協力依頼、ボランティア活動への参加など、インフォーマルなつながりの構築やサービス利用の促進を通じて、持続的な支援体制を整えることが重要です。

2つ目は、専門職としてハイリスクアプローチの目標設定、目的の明確化、アウトカム評価や事業評価において助言を行うことです。

一体的実施事業の実施状況調査からも、目標や評価指標の決定、事業実施後の評価と改善策の決定が課題であることが示されています。地域住民が抱える問題は、身体的な問題に限らず、認知・精神・社会的な問題、さらには口腔や栄養、内部疾患など多岐にわたります。これらの多様な課題に対応するためには、各課題に応じた評価指標の選定と結果の解釈が必要です。作業療法士として、日々の臨床におけるEBOT（Evidence-Based Occupational Therapy）の中で培った評価指標の選定知識や結果の統合・解釈能力を駆使することが求められます。

受託していない理由（複数回答）

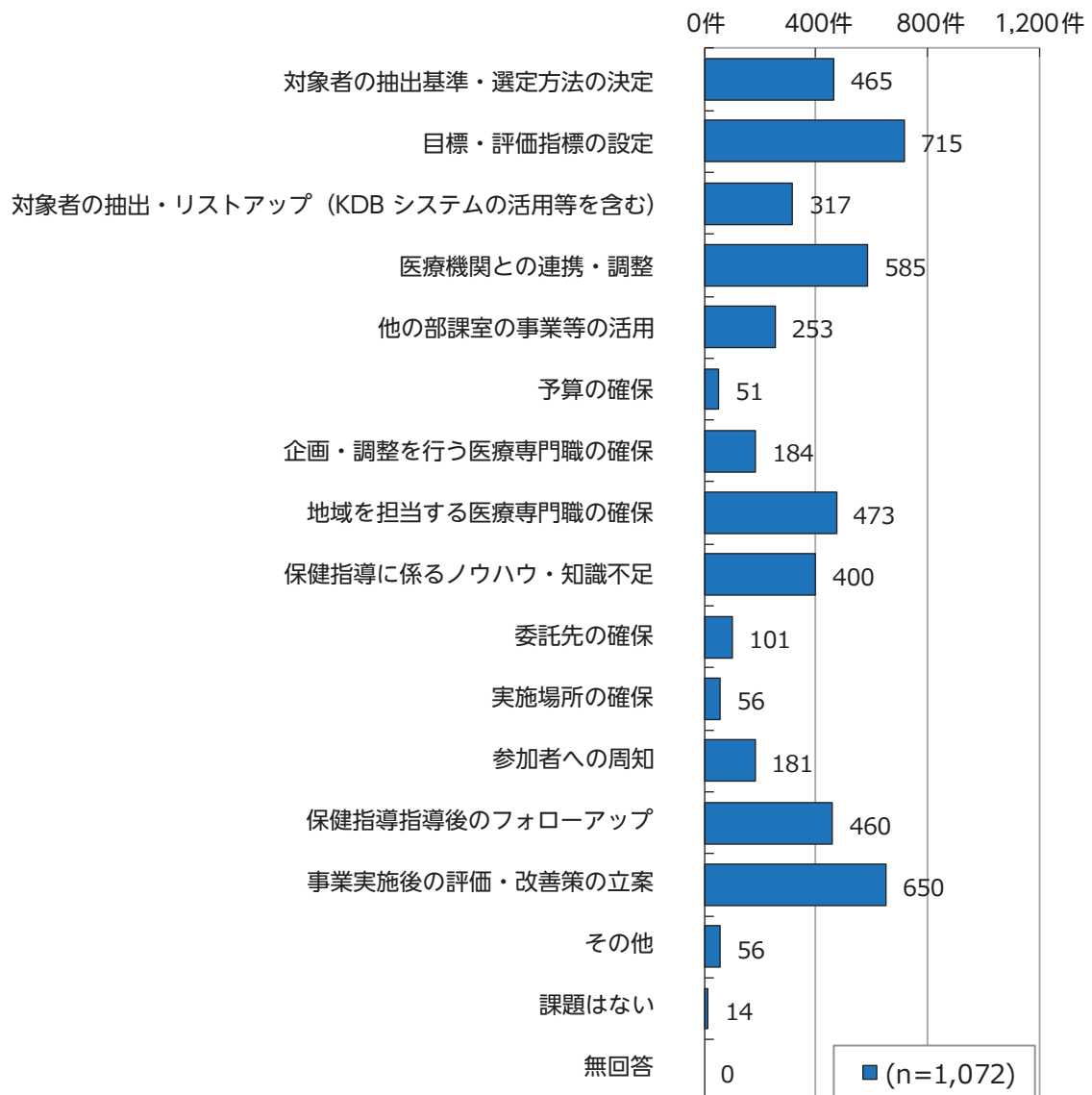
未受託の市町村



画像引用元：(株)日本能率協会総合研究所『高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に係る実施状況調査報告書』（一部改変）

ハイリスクアプローチの実施上の課題（複数回答）

受託中の市町村

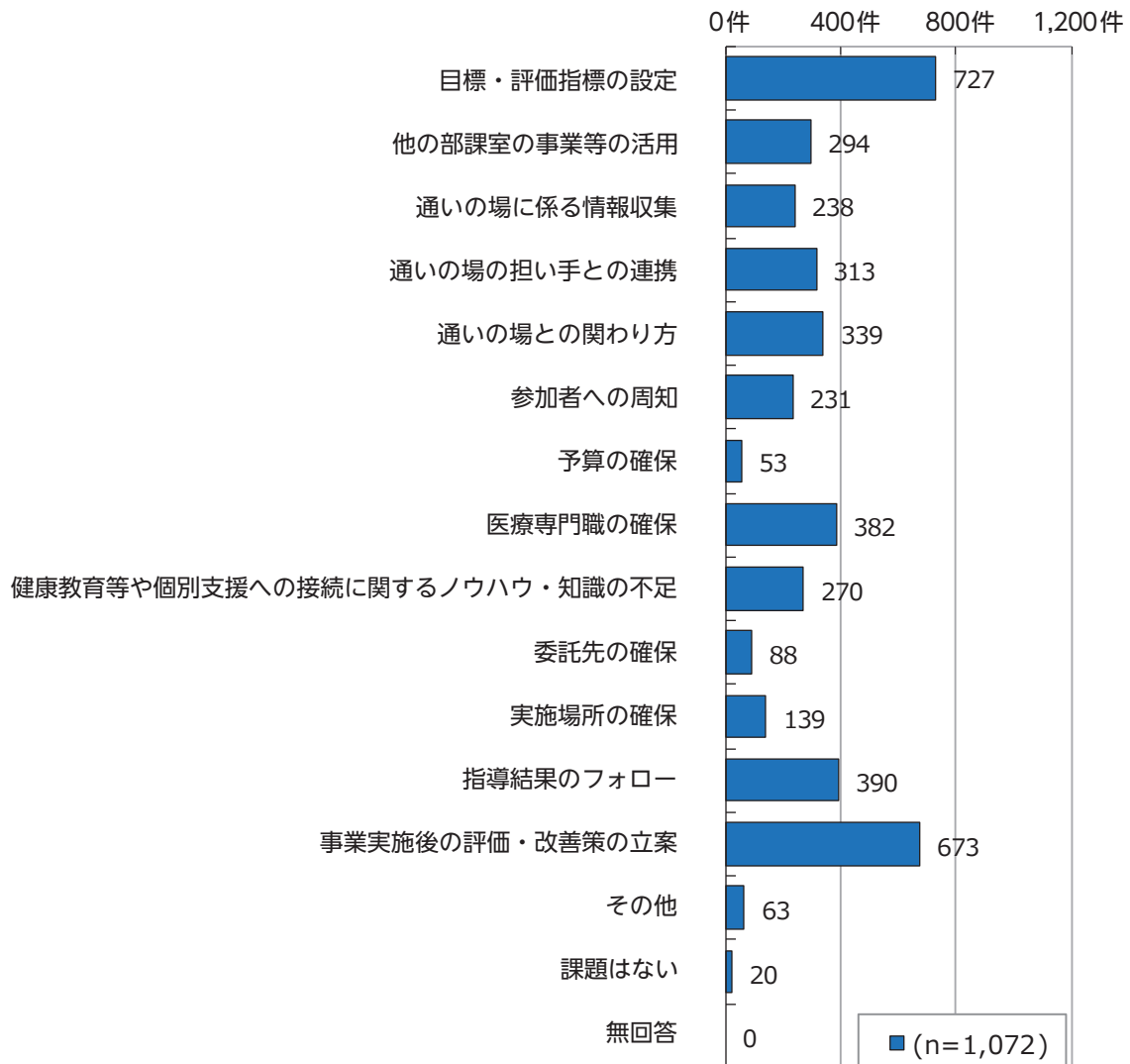


画像引用元：(株)日本能率協会総合研究所『高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に係る実施状況調査報告書』（一部改変）

ポピュレーションアプローチの実施上の課題（複数回答）

受託中の市町村

＜ポピュレーションアプローチを実施している市町村＞



画像引用元：(株)日本能率協会総合研究所『高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に係る実施状況調査報告書』（一部改変）

6 作業療法士の参画事例

保健事業と介護予防の一体的実施 取り組み例

北海道松前町での取り組み

取り組みの ポイント

各分野において行政と連携し
OTが参画する機会を造る

自治体名：北海道松前町
担当者名：河野 えりこ

地域情報：松前町は北海道最南端の町で、海と山に囲まれた豊かな自然、道内唯一の松前城がある。漁業や風力発電、観光を中心とした産業。人口 5,884 人、高齢化率 53.13%（令和 6 年 9 月 1 日現在）。北海道内でも高齢化率 3 位であり人口の半数が 65 歳以上である。町内のスーパーは 1 店舗、コンビニが 3 店舗。松前町立松前病院は地域拠点病院として地域住民の健康保守の役割を担っている。

行政との関わり：当院が町直営ということもあり、平成 29 年より円滑に松前町地域包括支援センターとの関わりがスタートし、介護予防事業を中心に共同参加を継続中。セラピストの専門性の理解が得られ、保健事業の参加依頼もあり、松前町の事業に OT・PT が参集される機会が増えていった。

実施体制：令和 5 年度実績

- ・地域支援事業：松前ガンパルーン体操教室（機能評価）
介護予防訪問型 C、サロンなどのフレイル指導
自立支援会議（地域ケア会議）の参加
- ・健康推進協議会への派遣（昨年は PT による講話、体操指導）
- ・元気づくりシステム事業の交流会講師（同上）
- ・生活習慣予防の健康教室
「冬の健康教室」12 月～3 月より毎週 1 回
身体評価や講話、体操、有酸素運動（筋トレ・ピラティス・松前エアロビクス）を行い、最終評価
- ・松前町子育て支援事業「すくすく教室」
3 か月～3 才までの運動発達についての講話
産後リハビリなどの講師活動を年 3 回

事業内容：分野の事業について、前年度末に打ち合わせをし、スケジュールを検討

OT が単発ではなく継続的に参加した事業

- ①地域支援事業訪問型 C
保健師やケアマネジャー、訪問看護師と同行し対象者宅へ訪問。
身体評価、生活動作指導、自宅での運動指導などを実施する。
- ②生活習慣予防 冬の健康教室講師
生活習慣病を抱える 17 歳から 70 歳までの参加者に、OT・PT、保健師とで健康習慣についての講座や体操を実施。参加者は高齢者もあり、有酸素運動や認知症予防運動なども親しみやすい内容で行う身体評価を初期・最終で実施。
- ③子育て支援事業「すくすく教室」講師
自身も四児の母であることや、産後リハビリ外来の実績からオファーがあった。発達に合わせたスキンシップや体操、発達相談、産後リハビリを実施。



町内サロンでの集団体操



訪問型サービスで運動・生活指導



地域ケア会議



すくすく教室



生活習慣予防 冬の健康教室



身体機能検査・活動記録カレンダー

保健事業と介護予防の 一体的実施へ OT が 参画するためのポイント

既存事業に参画していくのであれば、そこに少しずつ「OTの視点が必要な所はないか?」という、歩み寄る謙虚な姿勢や態度が重要。良好な関係性が構築されると、様々な保健・福祉・医療の分野で、OTの専門性を活かすことができると実感しました。自身の経歴や経験が「OTの生活動作を支える視点」に活きる職種だと考えています。この特性を活かして地域共生への貢献ができる取り組みを継続していきます。

保健事業と介護予防の一体的実施 取り組み例

山形県庄内町における保健事業と介護予防の一体的実施について

取り組みの ポイント

健診結果受渡相談会への OTの参画

自治体名：山形県庄内町（保健福祉課 健康推進係）
担当者名：高橋 友美

地域情報：庄内町は、庄内平野の南東部から中央にかけて位置し、南北に長い地域。比較的温暖な地域だが、春から秋にかけて最上川の渓谷からの東南東の強風は「清川ダシ」として有名。人口は令和6年3月時点で約1.9万人で30年前に比べると約6千人も減少している。令和4年度時点、高齢化率が37.6%と少子高齢化が進んでいる地域である。

行政との関わり：リハビリテーションスタッフサービスでは以前より庄内町からの業務委託を受けた事業を行っていたため繋がりがあった。庄内町では自分の健康状態を把握してもらい、今後の健康増進につなげていただきたいという考えから以前より健診結果受渡個別相談会を実施していた。令和4年度の体組成計（以下 InBody）導入に合わせて今まで保健事業への介入が少なかった OT が InBody 測定スタッフとして関わることとなった。

実施体制：

- リハビリテーションスタッフサービスへ業務委託
 - ・看護師・管理栄養士・歯科衛生士とともに健診結果受渡相談会へ派遣
 - ・受け取りに来た方に対して個別に対応する（ハイリスクアプローチ）

事業内容：国民健康保険に加入している20～74歳の検診を受けた方に対して、

- 看護師・管理栄養士・歯科衛生士は受付業務や健診結果の見方の説明、生活習慣病予防に関する情報の提供と保健指導を行う
- OT は希望者への InBody 測定を担当する

【OT の具体的な業務内容】

1. 役場や支所にて健診結果を取りに来た方の中から希望者に InBody の測定をする
 - ・体重、筋肉量、体脂肪量などの測定
 - ・歩行や InBody への昇降など動作の観察
 - ・フレイル、プレフレイル、サルコペニアのチェック
2. 測定結果を踏まえた相談・アドバイスをを行う
 - ・検査結果を見ながら現在の身体状態を伝える
 - ・生活習慣、運動習慣の確認や提案
 - ・運動や心身に対する個別相談
3. フレイル・プレフレイル状態の方がいれば職員に共有
 - ・保健福祉課内での情報の共有を行ってもらう



InBody 機器

InBody 測定用紙



- 測定者は庄内町の ID にて登録されているため測定ごとに経過を追うことができる



庄内町と共同で作成した配布資料



実際の相談場面

- 町内の体育館のトレーナーと2人体制

- 測定から結果説明まで1人ずつ対応している

保健事業と介護予防の 一体的実施へ OT が 参画するためのポイント

庄内町では健診結果受渡相談会を通して保健事業と介護予防の一体的実施へ OT が参画している。現在、多くの市町村で保健師と管理栄養士が主体となってこの一体的実施への取り組みを行っているが、その業種の専門性から評価に偏りがある。そこへ OT が心身機能面の評価、それに起因する生活機能の評価・助言を行うことにより、多角的なアプローチを実施することができ、健康課題の解決につながる。この事業を通して OT の専門性の理解を広げることが今後の事業展開に有益であると考えている。

保健事業と介護予防の一体的実施 取り組み例

富山県南砺市における高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について

取り組みの ポイント

地域の主体的活動を活かす
作業療法士の活動

自治体名：富山県南砺市
担当者名：齋藤 洋平（一体的副担当）

地域情報：富山県南砺市は、8 町村が合併して誕生した市であり、山間地から中山間地が多くを占めている。旧町村別にみると、高齢化率は 50% から 34% と幅広く、高齢者の多様性、個別性が著しい。また、南砺市の課題解決手法として、31 地区の地域づくり協議会による小規模多機能自治を取り入れており、住民主体で課題解決に取り組んでいる。

行政との関わり：令和 4 年度に作業療法士が地域包括支援センター兼健康課の常勤職員として配属され、一体的事業の副担当を担っている。このため、当事業のポピュレーション事業に関わっているが、富山県のリハビリ専門職派遣体制も活用し、地域包括ケアサポートセンターに専門職の派遣を依頼している。

実施体制：

1. ポピュレーションアプローチ「地域でまるごと健康教室」を 31 地区で開催。
 - ・保健師（職員）、歯科衛生士（会計年度職員）、管理栄養士（職員）、作業療法士（職員または、地域包括サポートセンターからの派遣）
 - ・地域の食生活改善推進員
2. 地域の自主活動 サロン、通所型サービス B、介護予防教室など
 - ・包括支援センターに派遣依頼が来た場合、委託をしている地域包括ケアサポートセンターから専門職の派遣（地域リハビリテーション活動支援事業）

フレイルチェック

- ・南砺市フレイルトレーナーは、地域包括ケアサポートセンターに所属するリハビリ専門職（地域リハビリテーション活動支援事業）

事業内容：

- ①地域づくり協議会への声掛け（毎年）
- ②地域づくり協議会への訪問、説明
地域づくり協議会理事会での説明
- ③ポピュレーションアプローチ開催地の選定・調整
- ④ポピュレーションアプローチの開催
- ⑤31 地区内のサロン、通所型サービス B、介護予防教室などでフレイルチェックを定期的に実施
- ⑥フレイルチェックの結果をフィードバック
- ⑦31 地区内のサロン、通所型サービス B、介護予防教室などに各種指導者を派遣



保健事業と介護予防のスキーム



地域でまるごと健康教室の OT 場面



フレイルトレーナー・サポーター



新聞で取り入れられた一体的事業の記事
※専門職はアセスメントと適切な指導。取り組むのは住民自身

保健事業と介護予防の 一体的実施へ OT が 参画するためのポイント

- ・地域でどのような事業があるのか知ることと、専門職が積極的に関与すること。
- ・地域の健康課題や介護予防の課題を行政と共有していること。また適切な対策（特に事業）を立案できること。
- ・事業の計画から関与できる体制であること。できれば、所管する行政の部署に専門職の配置。住民の自主性を活かすことのできる専門職のノウハウ（依存からの脱却）

保健事業と介護予防の一体的実施 取り組み例

新宿区における保健事業と介護予防の一体的実施について

取り組みの ポイント

- ・低栄養のハイリスク者に対する多職種チームでの訪問
- ・地域の通いの場での健康教育とフレイルチェック

自治体名：東京都新宿区
担当者名：小山 堅治

地域情報：新宿区の人口は 34.9 万人、そのうち高齢者人口は 6.6 万人である。高齢化率は 19.1% (23 区中 18 位) だが、3 人に 1 人が一人暮らしで高齢単身者の割合が高い (23 区中 3 位)。また、約 4 人に 1 人が低栄養傾向である。

行政との関わり：作業療法士が行政に所属して一体的実施事業に従事

令和 5 年度から区内全域で事業が開始となり、健康部健康づくり課内にフレイルサポート医療専門職チームが設置された。チームに所属して事業に従事している。また、地域ケア会議に参加するなど関係機関と連携しながら事業を推進している。

チームの設置

フレイル予防を総合的に支援します



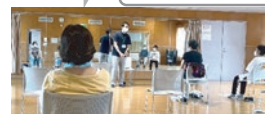
多職種で高齢期の心身の多様な課題に対応します
専門的・重点的にサポート

地域包括支援センターや
医療機関などの関係機関

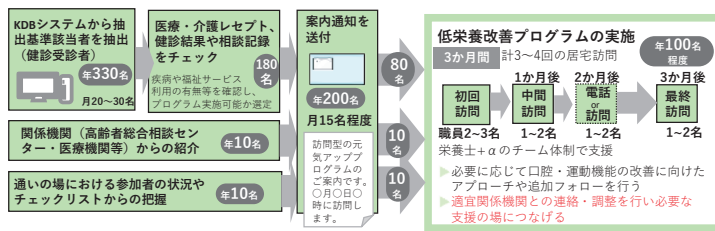
ハイリスクアプローチ



ポピュレーション アプローチ



◆低栄養改善に向けたハイリスクアプローチ



訪問時のアセスメント・支援内容

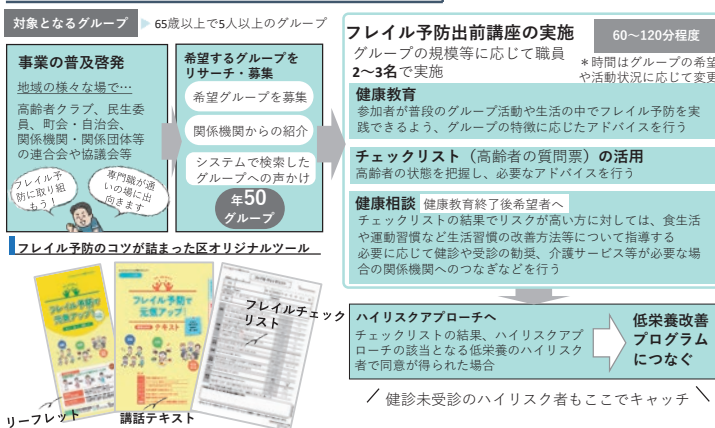
<アセスメント内容>
生活状況・現病歴・既往歴・治療状況・服薬・バイタルサイン・体重・BMI・握力・下腿周囲長・5回椅子立ち上がりテスト・開眼片足立ち・パタカテスト・咀嚼力判定ゲーム・ADL・IADL・認知機能・家屋環境など

<OTの支援内容>
対象者の状態に応じた運動指導、生活動作指導、家屋環境のアドバイス、自助具の紹介など

：想定していた実施数



◆地域の通いの場等でのポピュレーションアプローチ



実施体制：

フレイルサポート医療専門職チームを設置し、直営で実施

- ・企画調整保健師 1 名
- ・管理栄養士 2 名、看護師 / 保健師 1 名、歯科衛生士 1 名、リハビリテーション専門職（作業療法士） 1 名

事業内容：

◆元氣アップ訪問相談事業 （低栄養改善に向けたハイリスクアプローチ）

KDB システムから低栄養の該当者を抽出する。さらに医療レセプト、健診結果などから訪問対象者を選定して通知を発送する。対象者の特性に応じて、管理栄養士と他職種の 2、3 名で訪問を行う。初回はアセスメントを行い、栄養指導や生活指導、運動指導などを行う。3 か月間で計 4 回訪問を行う。

※低栄養抽出基準：75 歳以上で①、②いずれも該当

- ① BMI20.0 以下
- ② 健診データ上前年度より 2kg 以上減少 又は
質問票で「6 か月 2〜3kg 以上の体重減少」該当

<令和 5 年度実績>

通知発行者：247 名

介入できた者：160 名（中断なく終了まで訪問できた者：110 名）
プログラム終了者の 99% の方に行動変容がみられ、体重が維持・増加した方が 86% となったほか、体力の改善も多くみられた。

また、終了者のアンケートでは、99% の方が参加して良かったと回答しており、介入効果や高い満足度が得られた。

◆出張！フレイル予防元氣アップ講座
（地域の通いの場等でのポピュレーションアプローチ）
医療専門職が地域の通いの場等に出向き、フレイルについての健康教育やフレイルチェックリストを実施する。
フレイルチェックでハイリスクの該当になった者にはハイリスクアプローチの対象者として個別訪問相談を行う。

<令和 5 年度実績>

実施数：53 か所（各グループ 1 回の実施）

参加者：1,653 名

フレイルチェックリスト実施数：19 か所（408 名）

ハイリスク対象者で個別訪問した者：6 名

保健事業と介護予防の 一体的実施へ OT が 参画するためのポイント

- ・低栄養の原因は、食習慣以外にも、持病や生活歴、口腔機能、社会参加の有無など多岐にわたり、身体機能や生活動作に課題がある方も多い。これらの複合的な要因に対して、多職種チームが多面的に関わることで対象者の生活全体をアセスメントし、効果的な取り組みを提案することができる。その中で作業療法士は身体機能だけでなく、認知機能や生活動作、余暇活動など広い視点で関わることが強みである。地域包括支援センターや医療機関等の関係機関との連携の際にも、専門的知見を活かし情報提供・情報共有を行うことが可能である。
- ・住民は、運動や生活機能を維持することに関心が高く、これらのテーマに関する講座の希望は多い。作業療法士が、地域の通いの場において直接指導することで、より具体的かつ効果的な体の動かし方やセルフケアの方法などを正確に伝える事ができ、住民の健康づくり・フレイル予防につながっている。

保健事業と介護予防の一体的実施 取り組み例

福岡県嘉麻市における保健事業と介護予防の一体的実施について

取り組みの
ポイント保健師との同行訪問
総合健診会場での OT の参画自治体名：福岡県嘉麻市
担当者名：靱井 剛士

地域情報：嘉麻市は福岡県の中心部に位置して、山々に囲まれて、炭鉱で栄えた市で、人口減少が激しく、令和6年3.4万人、高齢化率41%と県内でも高齢化率が高い市である。

行政との関わり：平成30年より地域ケア会議を通じて、OTと嘉麻市地域包括支援センターとの繋がりができ、ケア会議後の高齢者の方へのOTの訪問事業ができていた。一体化事業の開始に伴い、国保年金係とも連携して、後期高齢者の健康相談等への保健師、管理栄養士の訪問にOTが同行訪問するようになった。一体化事業へ訪問する保健師、管理栄養士のフォローや、対象者への自立支援のため、一体化ケース会議（保健事業と介護予防の事業対象をケースにする地域ケア会議）が開催されるようになった。

実施体制：

- 県士会へ業務委託
(介護予防フレイルチェック)
(ポピュレーションアプローチ)
- 法人との業務委託
(訪問同行・事業アドバイス)

事業内容：

1. 体力測定事業（介護予防フレイルチェック）
公民館や、総合健診会場での実施
2. 健康状態不明者への同行訪問
KDBシステムを活用して、医療レセプト、介護レセプト、健診結果が不明な健康状態不明な方へ訪問を実施して、保健師とOTが訪問して、生活動作の指導、自宅での運動指導等必要と考えるケースに同行して、相談、指導をする
3. 一体化ケース会議
介護保険における地域ケア会議のように、一体化事業のケースを対象に専門職の方々から、重症化しないためのアドバイスを行う



フレイルチェックの項目

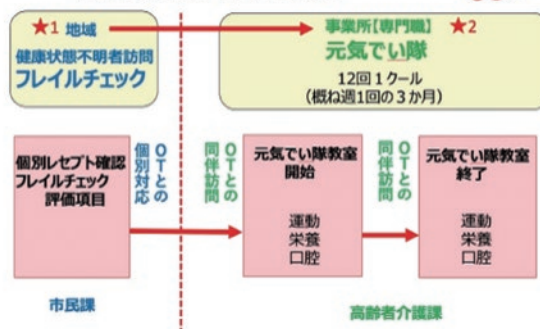
- ① 血圧
- ② 身長
- ③ BMI
- ④ 四肢骨格筋量
- ⑤ 握力
- ⑥ 開眼片足立位
- ⑦ 5回立ち上がりテスト
- ⑧ 3m歩行時間

↓
★サルコペニア評価
★フレイル評価

項目	測定方法	単位	基準値	評価
血圧	上腕式血圧計	mmHg	160/90未満	正常
身長	身長計	cm	150以上	正常
BMI	体重計・身長計	kg/m ²	18.5以上24.9未満	正常
四肢骨格筋量	DEXA	kg	4.0以上	正常
握力	握力計	kg	26以上	正常
開眼片足立位	片足立位	秒	10秒以内	正常
5回立ち上がりテスト	立ち上がりテスト	秒	12秒以内	正常
3m歩行時間	歩行時間計	秒	15秒以内	正常

ポピュレーションアプローチの様子

【ポピュレーションアプローチ①】（フレイルチェック）

市民課と高齢者介護課との連携による
個別健康課題の把握と解決へ

同行訪問の流れ



一体化ケース会議・庁内連携会議の様子



個別健康課題における庁内連携について

* R5.10.24 庁内連携会議の開催

【参加部署】

- ・子育て支援課
- ・健康課
- ・高齢者介護課
- ・人権同和・対策課
- ・市民課

*地域ケア会議アドバイザー
一体的実施事業 地域担当専門職

保健事業と介護予防の
一体的実施へ OT が
参画するためのポイント

嘉麻市では、地域ケア会議を通じて、一体的事業へOTが参画できる機会を頂けた。参画するためには、事業の理解、介護保険を利用する前の方への生活へのアドバイスが求められる。計画を策定される保健師の方と協働して、健康状態不明な方への自立支援・重症化防止の取り組みをできることは、OTとしての生活を支える視点が強く生きる場面と考える。

2025年3月1日 第1版発行

発行 一般社団法人 日本作業療法士協会
〒111-0042 東京都台東区寿1-5-9 盛光伸光ビル7F

電話 03-5826-7871 FAX 03-5826-7872

編集 一般社団法人 日本作業療法士協会 地域社会振興部 地域事業支援課 地域包括ケア推進班
株式会社サンワ

※本誌の著作権(著作人権、著作財産権)は一般社団法人日本作業療法士協会に帰属しており、本誌の全部又は一部の無断使用、
複写・複製、転載、記録媒体への入力、内容の変更等は著作権法上の例外を除いて禁じます。