

# 保健事業と介護予防の 一体的な実施に関する資料集

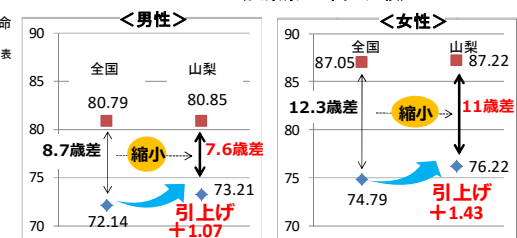
# 一体的実施を巡るこれまでの議論

# 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)

平均寿命と健康寿命の差  
(山梨県と全国と比較)

■ 平均寿命 ◆ 健康寿命  
(出典) 平均寿命: 平成27年簡易生命表、平成27年都道府県別生命表  
健康寿命: 平成28年簡易生命表、平成28年人口動態統計、平成28年国民生活基礎調査、平成28年推計人口



○ **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

・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

(日本健康会議等)

・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体的実施	<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・重症化予防を一体的に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体的に受けられる。</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

# ○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】

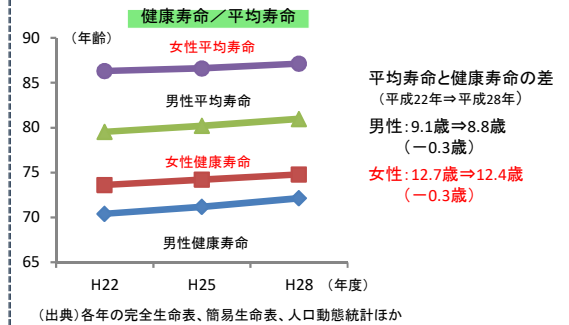
##### ◎疾病や健康づくりの推進による地域の活性化

人生100年時代を見据えて健康寿命の延伸を図るため、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。

# 予防・健康づくりの推進(医療保険・介護保険における予防・健康づくりの一体的実施)①

平成30年7月19日  
社会保障審議会医療保険部会資料

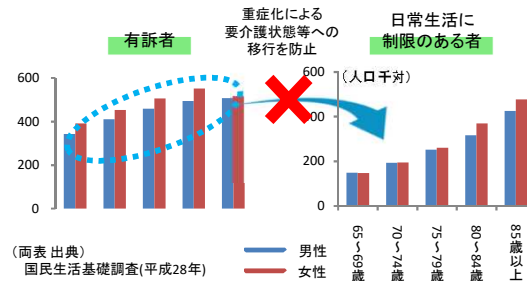
- 人生100年時代を見据え、健康寿命を延伸するため、高齢者の予防・健康づくりを推進することが重要。
- 高齢者の有病率は高く、早期発見・早期対応とともに、重症化予防が課題。
- また、生活機能も急速に低下し、高齢者が参加しやすい活動の場の拡大や、フレイル対策を含めたプログラムの充実が課題。
- さらに、介護予防と生活習慣病対策・フレイル対策は実施主体が別であり、高齢者を中心として提供されるよう連携が課題。
- このため、フレイル対策等の介護予防と生活習慣病等の疾病予防・重症化予防を一体的に実施する枠組みを構築。



## 健康寿命の延伸に向けた課題

### 1. 疾病予防・重症化防止の対応

- ▶ 高齢者の大半は何らかの自覚症状を有し、医療機関に受診。
- ▶ 慢性疾患の有病率が非常に高く、複数の慢性疾患を有する割合も高水準。
  - ⇒ 早期発見・早期対応 (特定健診・保健指導の実施率向上等)
  - ⇒ 効果的な重症化予防 (日常生活に支障が生じるリスクへの対応)



### 2. 高齢者の生活機能低下への対応

- ▶ 高齢者の生活機能は75歳以上で急速に低下。

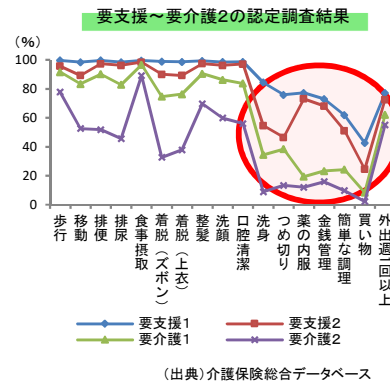
	65~69	70~74	75~79	80~84	85~
日常生活に制限	15%	19%	26%	35%	46%
要介護認定率	3%	6%	14%	29%	59%

(出典)上欄:国民生活基礎調査(平成28年)  
下欄:人口推計及び介護保険事業状況報告月報(平成27年11月分)

- ▶ 身の回りの動作等は維持されていても、買い物、外出等の生活行為ができなくなる傾向。
- ▶ 高齢者が気軽に立ち寄る通いの場(=介護予防の場)を整備しているが、参加率は低迷。フレイル対策(運動、口腔、栄養等)を含めたプログラムの改善が求められている。

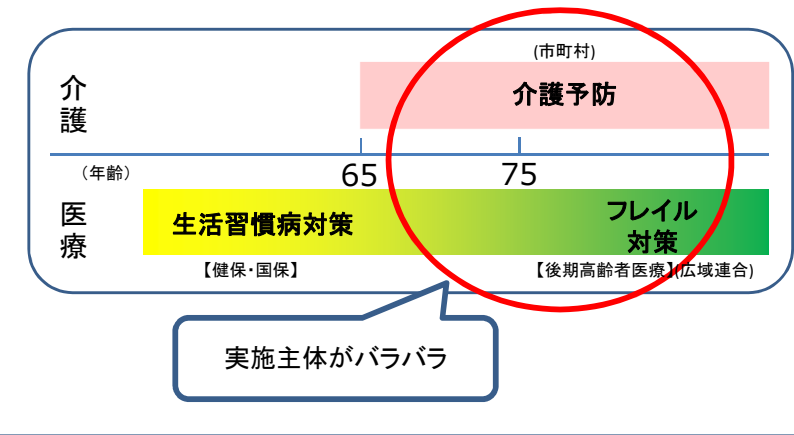
※平成28年度の参加率:高齢者人口の4.18%

- ⇒ 高齢者が参加しやすい活動の場の拡大、プログラムの充実



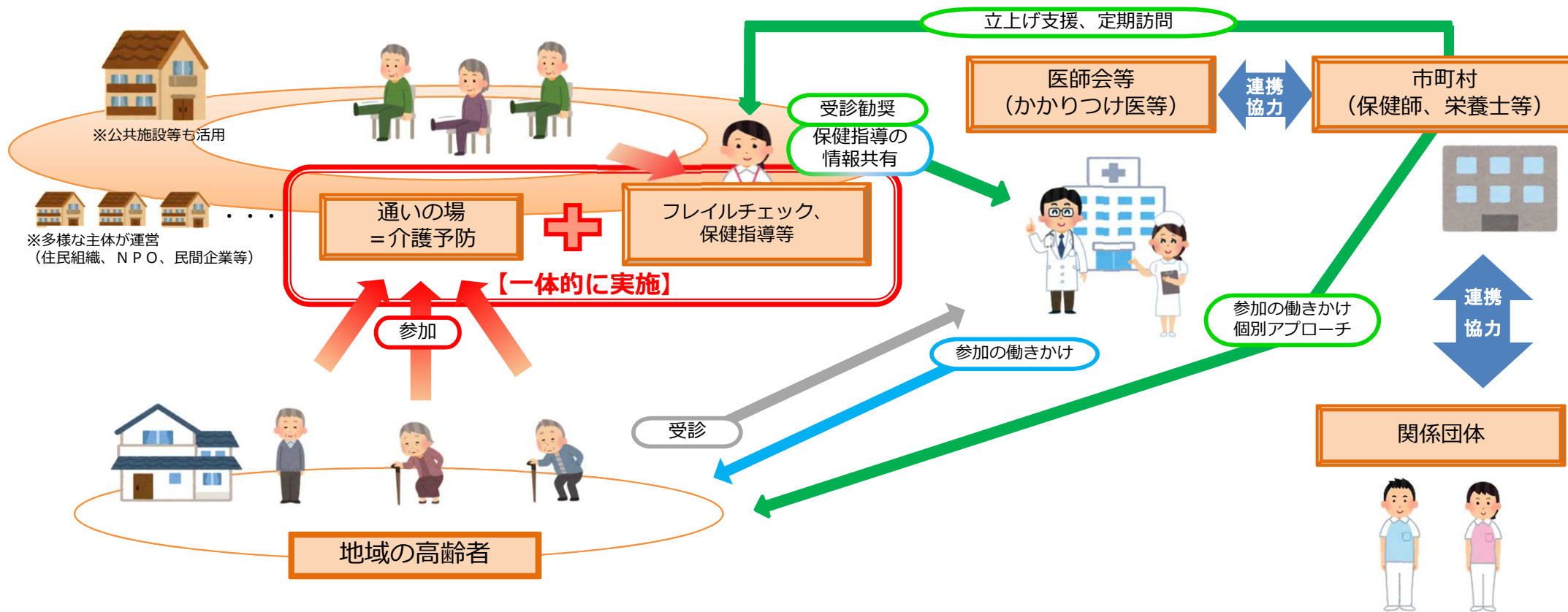
### 3. 1・2の一体的対応

- ▶ 生活習慣病対策・フレイル対策(医療保険)と介護予防(介護保険)が別々に展開。
- ▶ 医療保険の保健事業は、75歳を境に、保険者・事業内容が異なる。



- 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)を含む）と生活習慣病等の疾病予防・重症化予防の一体的実施。
- 通いの場の拡大、高齢者に対して生きがい・役割を付与するための運営支援、かかりつけの医療機関等との連携。

地域ぐるみで介護・フレイル予防を一体的に実施 ⇒ 健康寿命の延伸



# 保健事業におけるフレイル対策・介護予防について（概要）

平成30年7月19日  
 社会保障審議会医療保険部会資料（一部を改変）

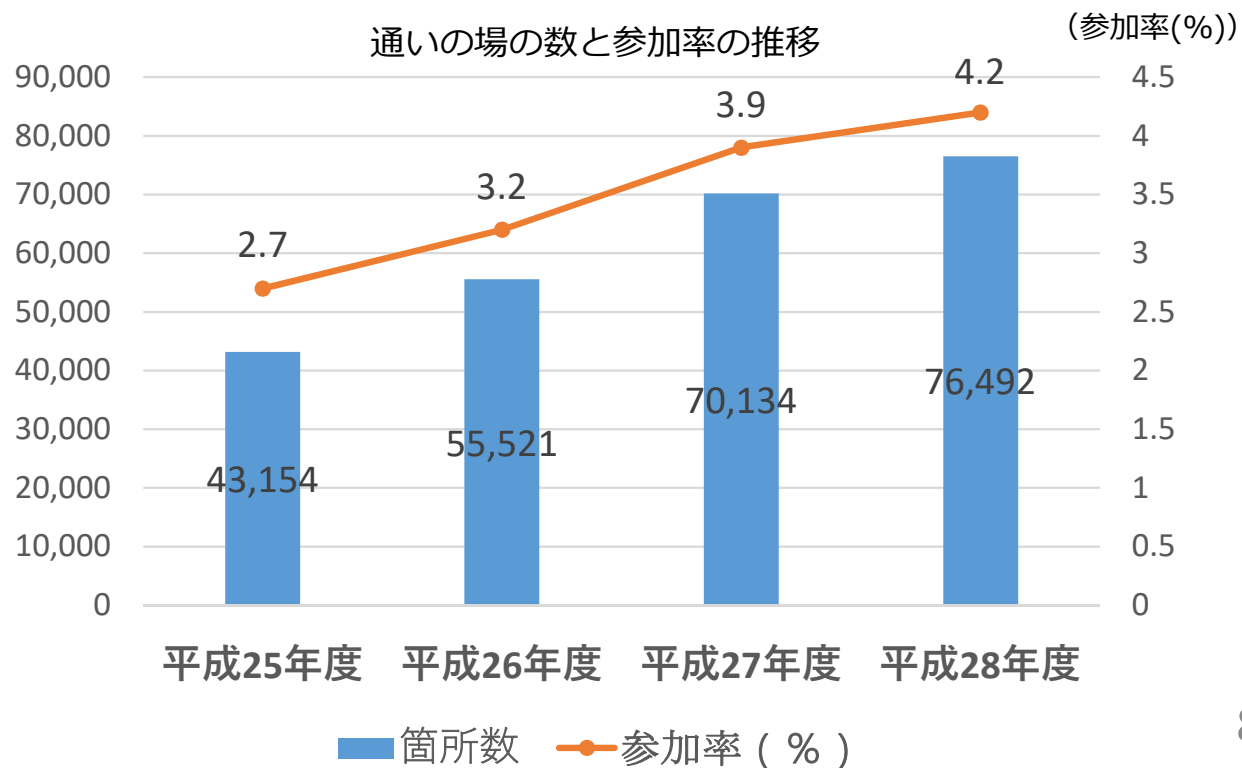
	フレイル対策【医療保険（後期高齢者医療制度）】	介護予防【介護保険】
法律上の位置付け	<p>努力義務</p> <p>○高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）</p> <p>第125条 後期高齢者医療広域連合は、高齢者の心身の特性に応じ、健康教育、健康相談、健康診査及び保健指導並びに健康管理及び疾病の予防に係る被保険者の自助努力についての支援その他の被保険者の健康の保持増進のために必要な事業を行うように努めなければならない。</p> <p>2～6 （略）</p>	<p>義務づけ</p> <p>○介護保険法（平成9年法律123号）</p> <p>（地域支援事業）</p> <p>第115条の45 市町村は、被保険者（中略）の要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止及び地域における自立した日常生活の支援のための施策を総合的かつ一体的に行うため、厚生労働省令で定める基準に従って、<u>地域支援事業として、次に掲げる事業（以下「介護予防・日常生活支援総合事業」という。）を行うものとする。</u></p> <p>一 （略）</p> <p>二 被保険者（第一号被保険者に限る。）の要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止のため必要な事業（介護予防サービス事業及び地域密着型介護予防サービス事業並びに第一号訪問事業及び第一号通所事業を除く。）</p> <p>2～5 （略）</p>
事業スキーム（実施主体など）	<p>&lt;実施主体&gt;                      後期高齢者医療広域連合（市町村に委託して実施するケースが多い）</p> <p>&lt;対象者&gt;                      被保険者（75歳以上の方、65～74歳で一定の障害があると認められた方）</p> <p>&lt;事業内容&gt;                      対象者として選定した健康上のハイリスクの方に対し、主に個別アプローチによる保健指導を実施</p>	<p>&lt;実施主体&gt;                      市町村</p> <p>&lt;対象者&gt;                      被保険者（65歳以上の方に限る。）</p> <p>&lt;事業内容&gt;                      参加を希望する65歳以上の全ての方に対し、住民主体の通いの場等による介護予防活動の実施</p>
財源等	<p>&lt;財源&gt;                      事業により異なる</p> <p>※現在行っているフレイル予防の補助事業 国10/10                      その他の保健事業（健診、訪問指導、健康相談など）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・健診は、国1/3、地方1/3、保険料1/3</li> <li>・その他の国庫補助事業は、国1/2、地方1/2</li> </ul> <p>&lt;会計（委託等により市町村が実施する場合）&gt;                      一般会計、後期高齢者医療特別会計、国民健康保険特別会計、介護保険特別会計 ※市町村によって異なる</p>	<p>&lt;財源&gt;</p> <p>国：1 / 4                      県・市：各1 / 8                      保険料：1 / 2</p> <p>&lt;会計&gt;                      介護保険特別会計</p>
事業規模	<p>約1億円（平成28年度実績。平成30年度予算 約3.6億円）</p> <p>※平成28年度の保健事業全体（健診を含む）の実績は約340億円。</p>	<p>4,784億円</p> <p>（介護予防・日常生活支援総合事業の内数、平成30年度予算）</p>

- ・高齢者の保健事業については、「高齢者の低栄養防止・重症化予防等の推進」として国庫補助金により助成されているが、フレイル対策を実施している地域は限られている。

「高齢者の低栄養防止・重症化予防等の推進」に係る事業の実施状況

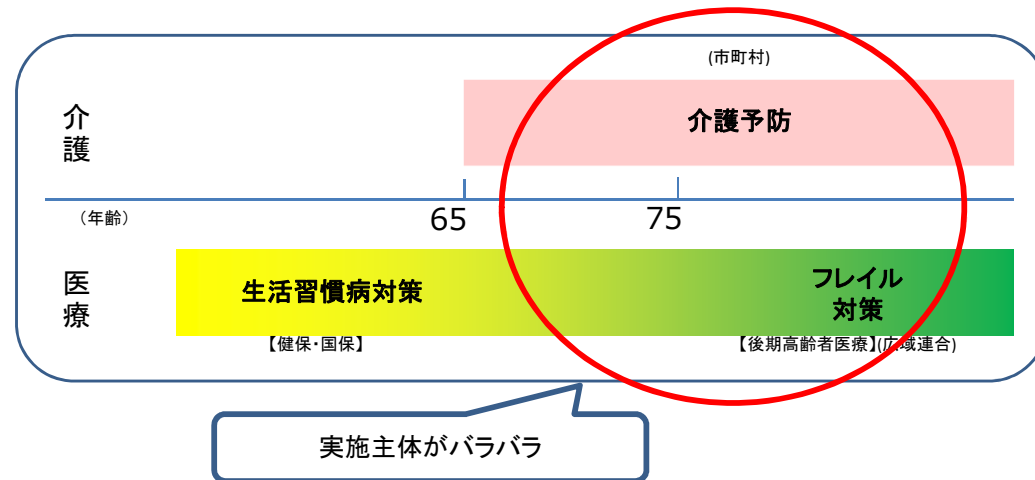
	実施事業数	事業実施広域連合数		事業実施市町村数
			うち市町村に事業委託	
平成28年度	86	30	25	59
平成29年度	108	32	25	66

- ・平成26年の介護保険法改正以降、介護予防に取り組む通いの場の拡大を推進してきた（平成28年度：76,492箇所）が、フレイル対策（運動、口腔、栄養等）を含めた内容の充実と高齢者の参加（平成28年度参加率：4.2%）の更なる拡大（ひきこもりがちな高齢者や健康無関心層への働きかけ）が必要となっている。





- 生活習慣病対策・フレイル対策（医療保険）と介護予防（介護保険）が制度ごとにそれぞれで実施されているほか、医療保険の保健事業は、後期高齢者医療制度に移行する75歳を境に、保険者・事業内容が異なる。



- 後期高齢者医療広域連合は、都道府県ごとに管内の全市町村で構成される特別地方公共団体であり、その組織特性（都道府県ごとの設置、職員が市町村等からの派遣のため専門職の配置が困難）上、保健事業を実施する体制整備に限界のあることが指摘されている。

広域連合における専門職配置状況

平成29年4月1日現在

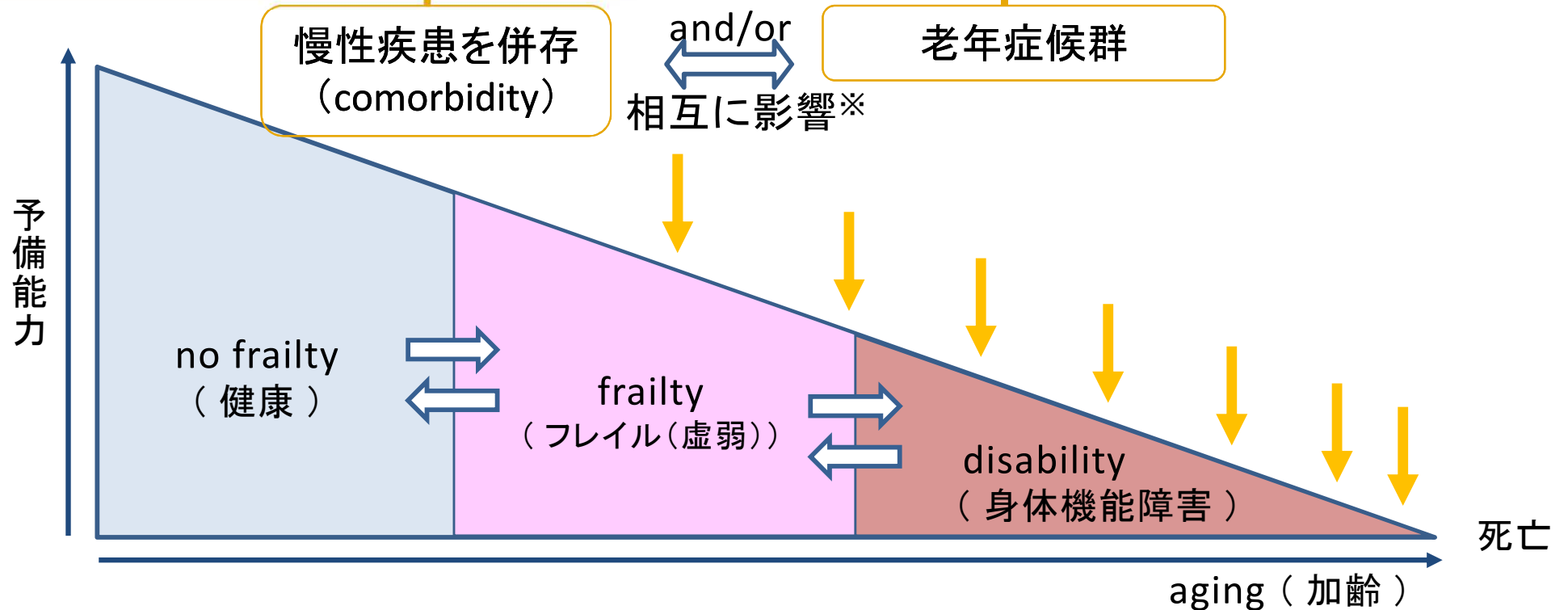
保健師			看護師			管理栄養士			合計		
配置 広域数	全広域に 占める割合	人数	配置 広域数	全広域に 占める割合	人数	配置 広域数	全広域に 占める割合	人数	配置 広域数 (※)	全広域に 占める割合	人数

※ 合計における配置広域数は実数

# 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”の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。

# 各事業の現在の取組状況

- 1) 後期高齢者医療制度における保健事業
- 2) 介護保険制度における地域支援事業

# 後期高齢者医療制度の保健事業

## 後期高齢者医療制度事業費補助金を活用した保健事業

### ○健康診査(歯科健診を含む)に要する経費

※1 括弧内の金額は平成30年度予算額

※2 地方負担分について、国庫補助と同額の地方財政措置

(1)後期高齢者医療の被保険者に係る健康診査 平成31年度予算概算要求額:約32.7億円(約32.5億円) 補助率:3分の1

- ・ 生活習慣病を早期に発見し、重症化の予防を図るため、健康診査を実施。

(2)後期高齢者医療の被保険者に係る歯科健診 平成31年度予算概算要求額:約7.0億円(約7.0億円) 補助率:3分の1

- ・ 口腔機能低下や肺炎等の疾病を予防するため、歯・歯肉の状態や口内清掃状態等をチェックする歯科健診を実施。

### ○医療費適正化等推進事業に要する経費

(3)重複・頻回受診者、重複投薬者等への保健師、薬剤師等による訪問指導 平成31年度予算概算要求額:約1.4億円(約0.9億円) 補助率:2分の1

- ・ 重複・頻回受診者等に対する保健師等の訪問指導や重複・多量投薬者等に対する薬剤師等の訪問指導を実施。

(4)高齢者の低栄養防止・重症化予防等の推進 平成31年度予算概算要求額:約26.4億円(約3.6億円) 補助率:定額

- ・ 高齢者の特性を踏まえた保健指導等を実施することにより、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の取組を実施。
- ・ 高齢者の通いの場を中心とした介護予防・フレイル対策と生活習慣病の疾病予防・重症化予防の市町村における一体的な実施の先行的な取組を支援。

(5)後発医薬品の使用促進 平成31年度予算概算要求額:約4.0億円(約2.8億円) 補助率:2分の1

- ・ 後発医薬品の使用促進を図るため、後発医薬品利用差額通知の送付や後発医薬品希望カード等の配付を実施。

## 特別調整交付金を活用した保健事業

### ○長寿・健康増進事業

- ・ 被保険者の健康づくりに積極的に取り組むための事業に必要な経費を助成。

### ○保険者インセンティブ

- ・ 後期高齢者医療広域連合による予防・健康づくりや医療費適正化の取組を評価し、特別調整交付金の交付額により配分。
- ・ 平成30年度は100億円の規模(平成29年度は50億円)で実施。

# 特別調整交付金を活用した保健事業（長寿・健康増進事業(平成30年度)）

項目	基盤整備、取組等
(1)保健事業推進のための基盤整備	<p>(ア)事業評価のための研究分析等の取組 構成市町村の現状把握・分析や、事業評価・見直しのための調査研究の取組に対する助成。</p> <p>(イ)保健事業に係る市町村等との連絡・調整の取組 地域の状況に応じ被保険者にふさわしい保健事業を行うために、都道府県・市町村・地域包括ケア等関係者との連絡調整等の取組に対する助成。</p> <p>(ウ)保険者協議会との共同実施等の取組 保険者協議会と共同した保健事業の取組に対する助成。</p> <p>(エ)保健事業実施計画の策定 保健事業実施指針に基づく保健事業実施計画の策定に係る経費の助成。</p>
(2)取組の推進	<p>(ア)健康診査等(追加項目) 一定基準に基づき医師が個別に必要と判断した場合に行う追加項目に係る経費の助成。</p> <p>(イ)人間ドック等の費用助成 平成29年度の助成額(加算額を含む。)の4分の3を交付上限として助成。</p> <p>(ウ)健康教育・健康相談等 地域の特性や課題等を踏まえ、保健指導、健康教育、健康相談等の保健事業の取組に対する助成。</p> <p>(エ)医療資源が限られた地域の保健事業 その特性により必要な保健事業の取組に対する助成。</p>
(3)その他	骨粗鬆症検診等

# 特別調整交付金を活用した保健事業（保険者インセンティブ（平成30年度））

## ○考え方について

### 【予算規模について】

○ 一定のインセンティブを付与する観点から、平成30年度予算額を100億円（特別調整交付金）とし、その全額を、得点及び被保険者数により按分して交付することとする。

### 【評価指標の考え方について】

- 平成29年度までの事業の実施にかかる評価指標に加えて、事業の実施について評価を行った場合に加点する。
- 事業の実施にかかる評価指標は100点満点、事業の実施について評価を行った場合の加点は20点満点の計120点満点とする。

## ○事業の実施にかかる評価指標について

### 保険者共通の指標

指標① ※後期では（特定）健診は義務ではない。

○健診の実施及び健診結果を活用した取組の実施

指標②

○歯科健診の実施及び健診結果を活用した取組の実施

指標③

○重症化予防の取組の実施状況

指標④

○被保険者の主体的な健康づくりに対する広域連合による働きかけの実施

指標⑤

○被保険者の適正受診・適正服薬を促す取組の実施状況

指標⑥

○後発医薬品の使用割合

○後発医薬品の使用促進

### 固有の指標

指標①

○データヘルス計画の実施状況

指標②

○高齢者の特性（フレイルなど）を踏まえた保健事業の実施状況

指標③

○専門職の配置など保健事業の実施のために必要な体制整備

指標④

○医療費通知の取組の実施状況

指標⑤

○地域包括ケアの推進（在宅医療・介護の連携等）

指標⑥

○第三者求償の取組状況

## ○事業の評価にかかる加点について

共通指標①、②、④及び⑤における取組に係る事業の実施について評価を行っている場合は、各取組ごとに加点

# 特別調整交付金を活用した保健事業（保険者インセンティブの配点・交付イメージ等）

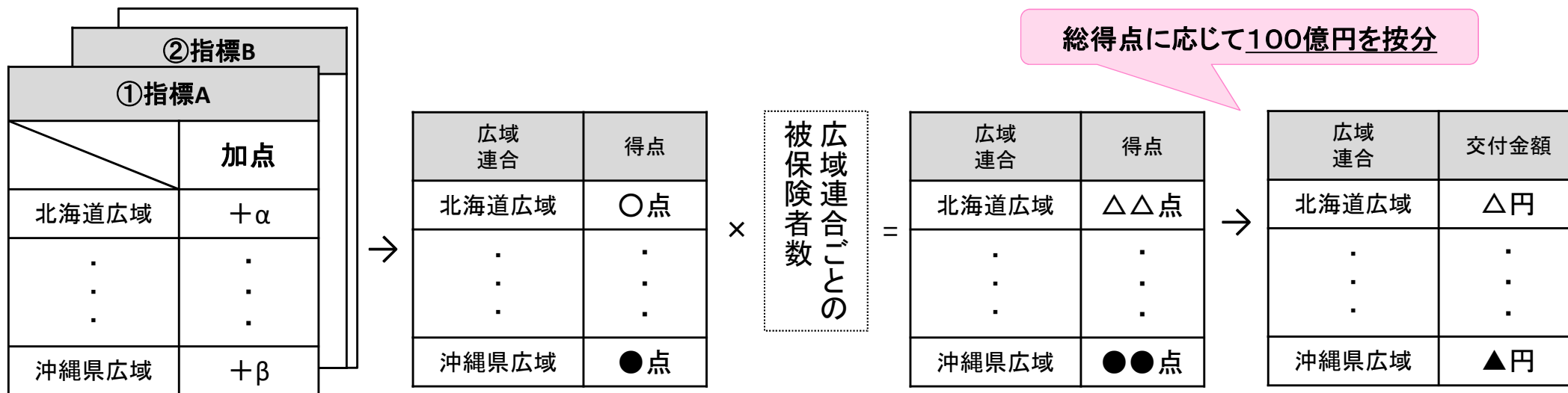
## ○ 事業の実施にかかる配点について(100点満点)

加点	項目
各18点	重症化予防の取組の実施状況（共通③）、 高齢者の特性（フレイルなど）を踏まえた保健事業の実施状況（固有②）
10点	専門職の配置など保健事業の実施のための体制整備（固有③）
各7点	健診の実施及び健診結果を活用した取組の実施（共通①） 歯科健診の実施及び歯科健診結果を活用した取組の実施（共通②） 被保険者の主体的な健康づくりに対する広域連合による働きかけの実施（共通④） 被保険者の適正受診・適正服薬を促す取組の実施状況（共通⑤）
6点	第三者求償の取組状況（固有⑥）
各5点	後発医薬品の使用割合（共通⑥-i）、医療費通知の取組の実施状況（固有④）
各4点	データヘルス計画の実施状況（固有①）、地域包括ケアの推進（固有⑤）
2点	後発医薬品の使用促進（共通⑥-ii）

## ○ 事業の評価にかかる配点について(20点満点)

計20点	各評価指標の事業の実施について評価を行っている場合に加点（一部指標を除く）
------	---------------------------------------

## ○ 交付イメージ



# 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。

研究代表者  
鈴木隆雄(国立長寿医療研究センター)  
研究分担者  
辻一郎(東北大)、原田敦(国立長寿医療研究センター)、吉村典子(東京大)、葛谷雅文(名古屋大)、清原裕(九州大)、磯博康(大阪大)、杉山みち子(神奈川県立保健福祉大)、島田裕之(国立長寿医療研究センター)、近藤克則(千葉大)、津下一代(あいち健康の森健康科学センター)、石崎達郎(東京都健康長寿医療センター研究所)

## 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、ガイドラインの作成が示される。

## 平成28年度、平成29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 津下一代(あいち健康の森健康科学総合センター)  
構成員 松本純一(日本医師会)  
ほか学識経験者、関係団体・保険者の代表など12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

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。**

# 高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドラインの概要

- 加齢に伴い虚弱等の壮年期とは異なる健康課題を抱える高齢者について、これまで示されていなかった具体的な取組に関する指針として、高齢者の特性を踏まえた保健事業の考え方や具体的な内容を提示することを目的。
- 平成28、29年度にモデル実施の高齢者の低栄養防止・重症化予防等の推進事業の検証結果などを踏まえ、「高齢者の保健事業のあり方検討ワーキンググループ」において検討し、平成30年4月に策定。

- ① 広域連合が実施することが望ましい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
- 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実施する場合の役割分担や留意点を提示

## 1. 後期高齢者の特性に応じた保健事業

・後期高齢者の特性を挙げ、その特性を踏まえた保健事業に求められるポイントを整理

### 【後期高齢者の特性】

- ・前期高齢者と比べ、加齢に伴う虚弱な状態であるフレイルが顕著に進行。
- ・複数の慢性疾患を保有し、フレイルなどを要因とする老年症候群の症状が混在するため、包括的な疾病管理がより重要。

等

### 【保健事業に求められるポイント】

- ・体重や筋肉量の減少を主因とした低栄養等のフレイルに着目した対策が必要。
- ・生活習慣病の発症予防よりも、重症化予防等の取組が相対的に重要。

等



## 2. 役割分担・連携

・広域連合と市町村の役割と両者の連携や、国、都道府県、関係機関等の役割などについて整理

### 【広域連合の役割】

- ・健診・レセプト等の情報を包括的、統合的に管理し、対象者抽出、評価等を行うとともに、市町村の事業評価を支援。
- ・事業への積極的なデータ活用等について市町村への周知・啓発。

等

連携の下、  
保健事業  
を推進

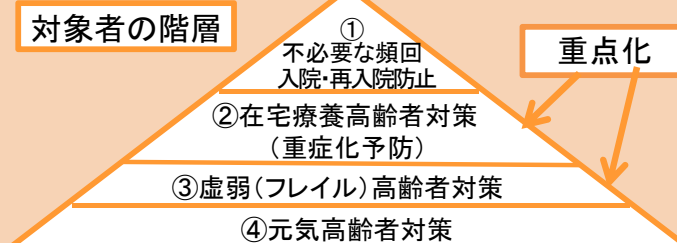
### 【市町村の役割】

- ・広域連合から提供される健康・医療情報等を活用して地域の疾病構造や健康課題を把握。介護保険、国保、一般住民を対象とした保健事業等との整合を図りつつ事業を推進。

## 3. 取組の内容

・どのような対象者に、どのような支援を行うかについて整理

### 対象者の階層



### 介護予防と連携した取組

国保等、壮年期の医療保険から連続した取組

- 栄養に関する課題
- 口腔に関する課題
- 服薬に関する課題
- 生活習慣病等の重症化予防に関する課題

支援の入口

高齢者が抱える  
健康上の不安を  
専門職がサポート

# 高齢者の保健事業 目標設定の考え方

平成30年10月5日  
第3回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資料  
(津下構成員提出資料)より抜粋

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

慢性疾患の  
コントロール

服薬状況

低栄養

相互に影響

心身機能が低下した  
高齢者の減少

口腔機能

認知機能

運動機能

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

※国保・ヘルス  
事業との連携

※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・残薬指導

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

# 医療保険者としての立ち位置

- レセプトデータ、健診データ分析に基づく優先課題の設定  
広域連合においては、**データヘルスの推進の一環として、後期高齢者の特性が現れる健康状態や医療のかかり方**（重複・多受診等）等についてレセプトデータや健診データを分析のうえ実態把握することにより、**被保険者の状態に応じた保健指導等が実施される**よう企画することが求められる。
- 医療機関、ポピュレーションアプローチ、介護予防（総合事業等）のみでは対応できない事象への対応
- 市町村と連携、前期高齢者との連続性を考慮した対策

# 高齢者に対する保健事業と地域連携

## ① 国保等、壮年期の医療保険から連続した取組

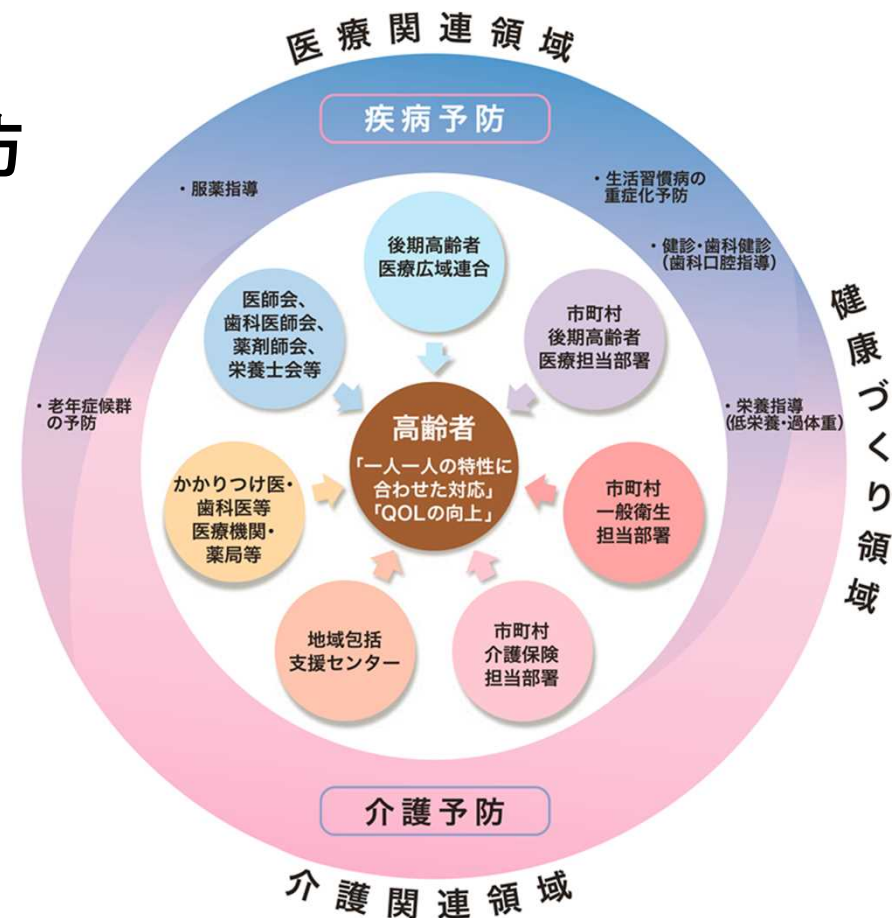
(重症化予防・服薬指導等)

- ア 生活習慣病等の重症化予防
- イ 服薬に関する相談・指導
- ウ その他(複合的な取組等)

## ② 介護予防と連携した取組

(低栄養・口腔機能低下等)

- ア 栄養に関する相談・指導
- イ 口腔に関する相談・指導
- ウ その他(訪問歯科健診等)



# 後期高齢者医療制度事業費補助金を活用した保健事業

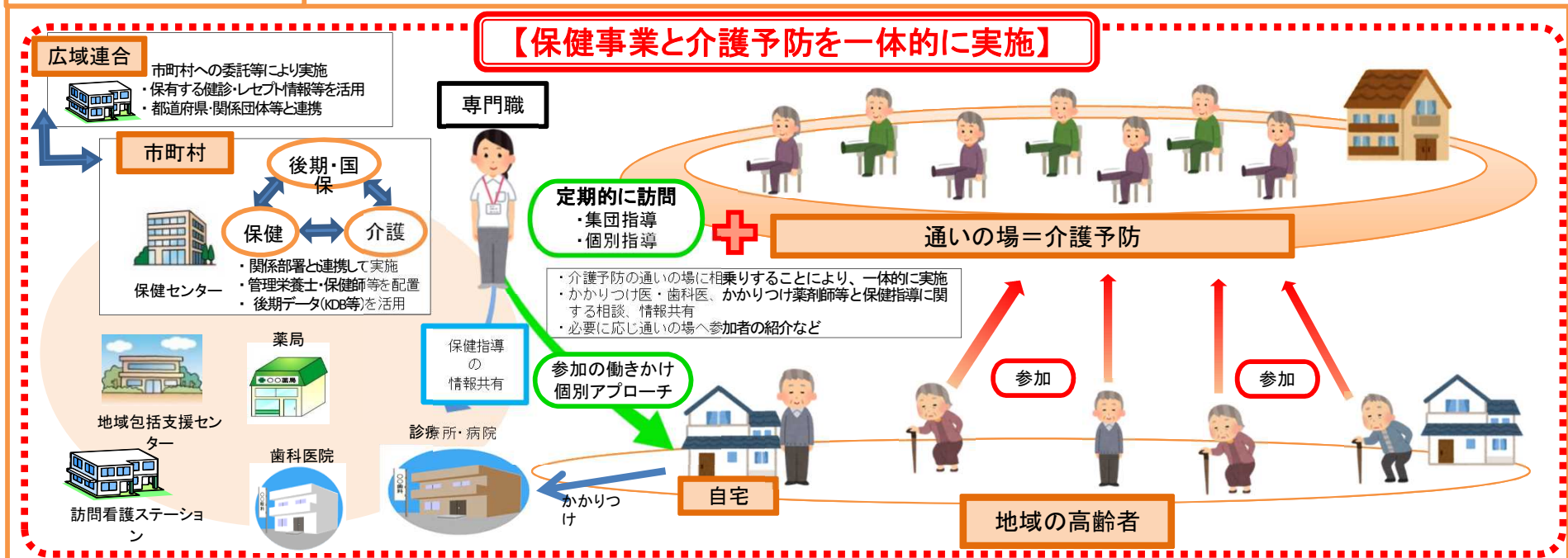
## (4) 高齢者の低栄養防止・重症化予防等の推進 ～介護予防との一体的な実施の先行的取組～

平成31年度概算要求額 26.4億円  
(平成30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、市町村への委託等を通じ、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
  - 高齢者の通いの場を中心とした介護予防と上記保健事業の市町村における一体的な実施を先行的に取り組む。
- ※ 経済財政運営と改革の基本方針2018  
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の疾病予防・重症化予防、就労・社会参加支援を都道府県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。

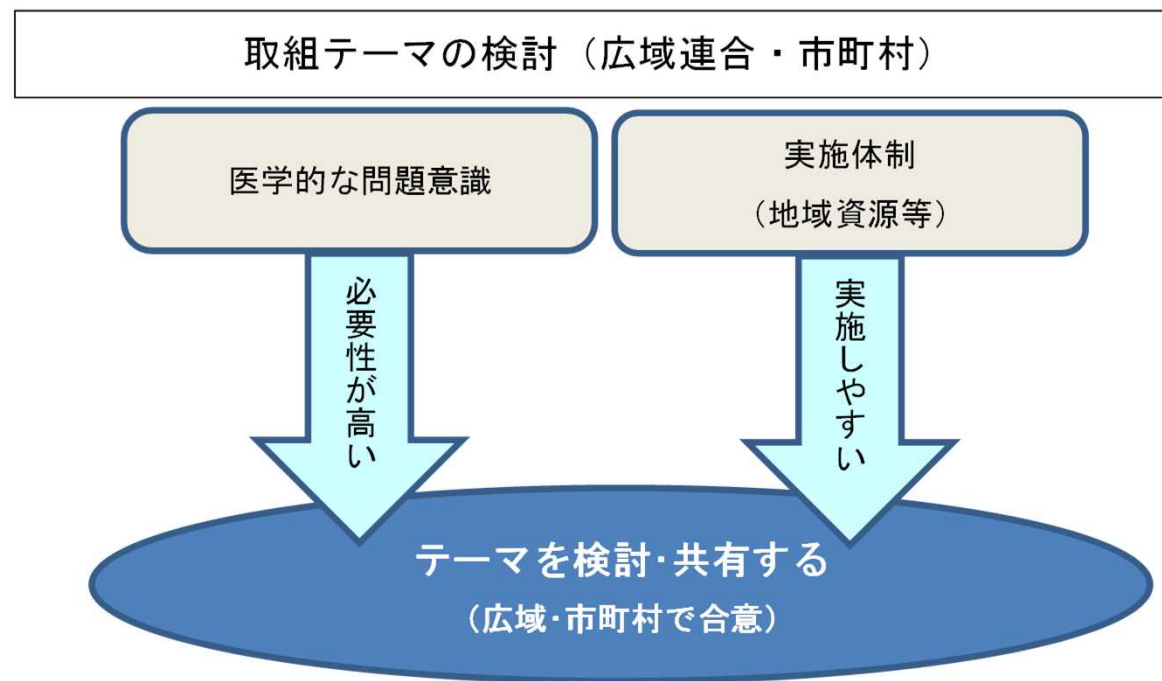
### 事業イメージ



# 広域連合と市町村の連携は不可欠！

		広域連合	市町村
事業実施主体における体制整備	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 健康課題等の把握</li> <li>② <u>広域連合と市町村間での課題の共有</u></li> <li>③ 取組テーマ・対象地域の検討</li> <li>④ <u>チーム形成</u></li> <li>⑤ 外部からの情報収集</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・広域的な共通の課題を把握・検討</li> <li>・広域から市町村への情報提供</li> <li>・好事例の紹介</li> <li>・検討の場の設定</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域に特有な課題を把握・検討</li> <li>・検討に参画チーム員間の調整</li> </ul>
地域連携体制の構築	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 都道府県との調整</li> <li>② 関係団体への事前相談</li> <li>③ <u>広域連合と市町村間での情報提供の環境整備</u></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・県単位の関係者の事前調整</li> <li>・個人情報への対応</li> <li>・電子化等データ環境</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域の関係者の事前調整</li> <li>・医師会等、地域の関係者への事業説明</li> <li>・庁内調整</li> <li>・個人情報の対応</li> <li>・データ共有</li> </ul>
事業企画	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 取組の方向性の決定</li> <li>② 対象者の抽出基準の設定と概数の把握</li> <li>③ 予算・人員体制の検討</li> <li>④ 対象者から実施予定者の絞り込み</li> <li>⑤ 目標・評価指標の設定</li> <li>⑥ 支援内容の検討</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・抽出基準の検討</li> <li>・概数把握</li> <li>・必要なデータ抽出</li> <li>・予算の確保</li> <li>・補助事業の活用等</li> <li>・指標設定の支援</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・企画について、広域連合と調整</li> <li>・目標・指標の設定</li> <li>・実施方法・内容の詳細検討・決定</li> </ul>
事業実施	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 事業参加者への声掛け</li> <li>② 事業参加者の日程調整</li> <li>③ かかりつけ医等関係者への事業説明</li> <li>④ 支援の実施（初回・継続的支援）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・必要に応じ、市町村と検討・調整</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業の実施</li> <li>・かかりつけ医等地域の関係者との調整</li> </ul>
評価とその活用	<ul style="list-style-type: none"> <li>① <u>事業評価</u></li> <li>② 事業報告</li> <li>③ 次期計画への見直し</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業評価に必要なデータ提供</li> <li>・計画の見直し</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・実施結果のまとめ評価報告作成</li> <li>・事業見直し等の検討</li> </ul>

# なにが重要か？対策可能か？ 何が取り組みやすいか？ の観点も



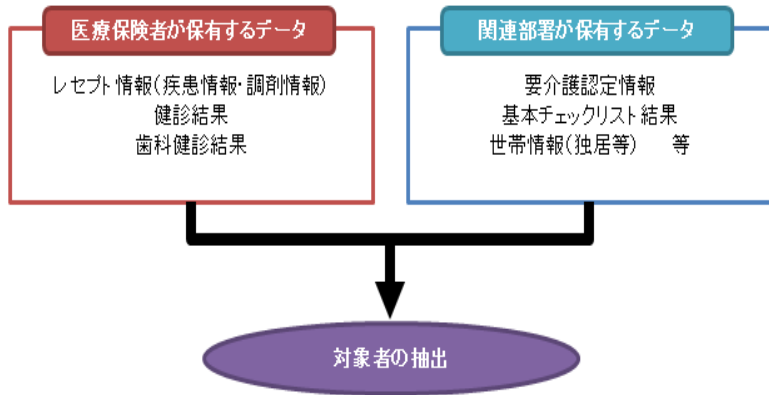
動くところから始めて  
広げていく

側方から  
本丸へ攻めることも



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>・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>・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></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>・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></p>	<p>・薬剤師会が積極的。支援が望める</p>
<p>・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>・医師会・専門医の協力が得られる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>・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</b></p>	<p>・包括支援センターの高齢者訪問とタイアップ。</p>

# 対象者の抽出(抽出基準を明確に)



**ポイント!**

- ・後期高齢者〇人のうち何人が基準に該当するかを把握する。
- ・データがない人の存在を意識する

低栄養状態を改善し、衰弱・体力・筋力低下・骨折を予防したい!!

健診や基本チェックリスト結果等でBMI<〇

口腔機能を改善し、低栄養や誤嚥性肺炎を予防したい!!

歯科健診での有所見や基本チェックリスト結果等で該当項目有

転倒リスク等を下げるため、服薬の問題を解決したい!!

レセプトでの重複・多剤服薬者、日常生活圏域ニーズ調査での該当

疾病の重症化を予防したい!!

当該疾患にかかるレセプトのある、健診結果で一定基準以上の人

とにかく高齢者が虚弱に陥るのを防ぎたい!!

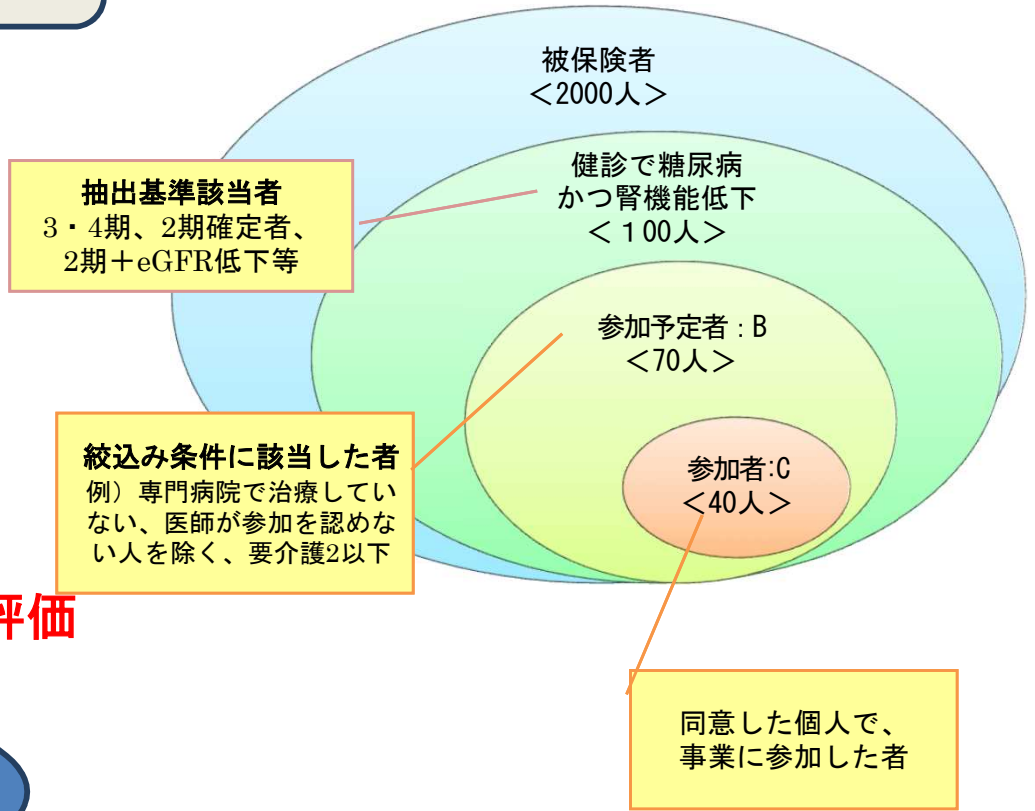
健診結果で一定基準以上の人、健診も医療も受診していない人

# 各自治体における優先順位の方

レセプト・健診データ分析  
透析導入率等の分析

実施条件・予算  
地域連携・外部委託  
保健指導マンパワー

例：健診データを活用した  
保健指導対象者選定



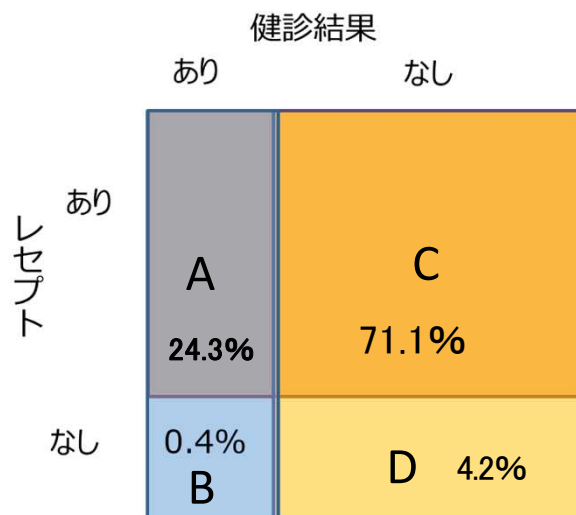
対象者の選定基準の決定  
1年目  
↓  
事業実施

**実施率**  
**介入効果 (手ごたえ) の評価**

対象者の選定基準の決定  
2年目  
↓  
事業実施

# 健診・医療の受診状況別の取組の方向性

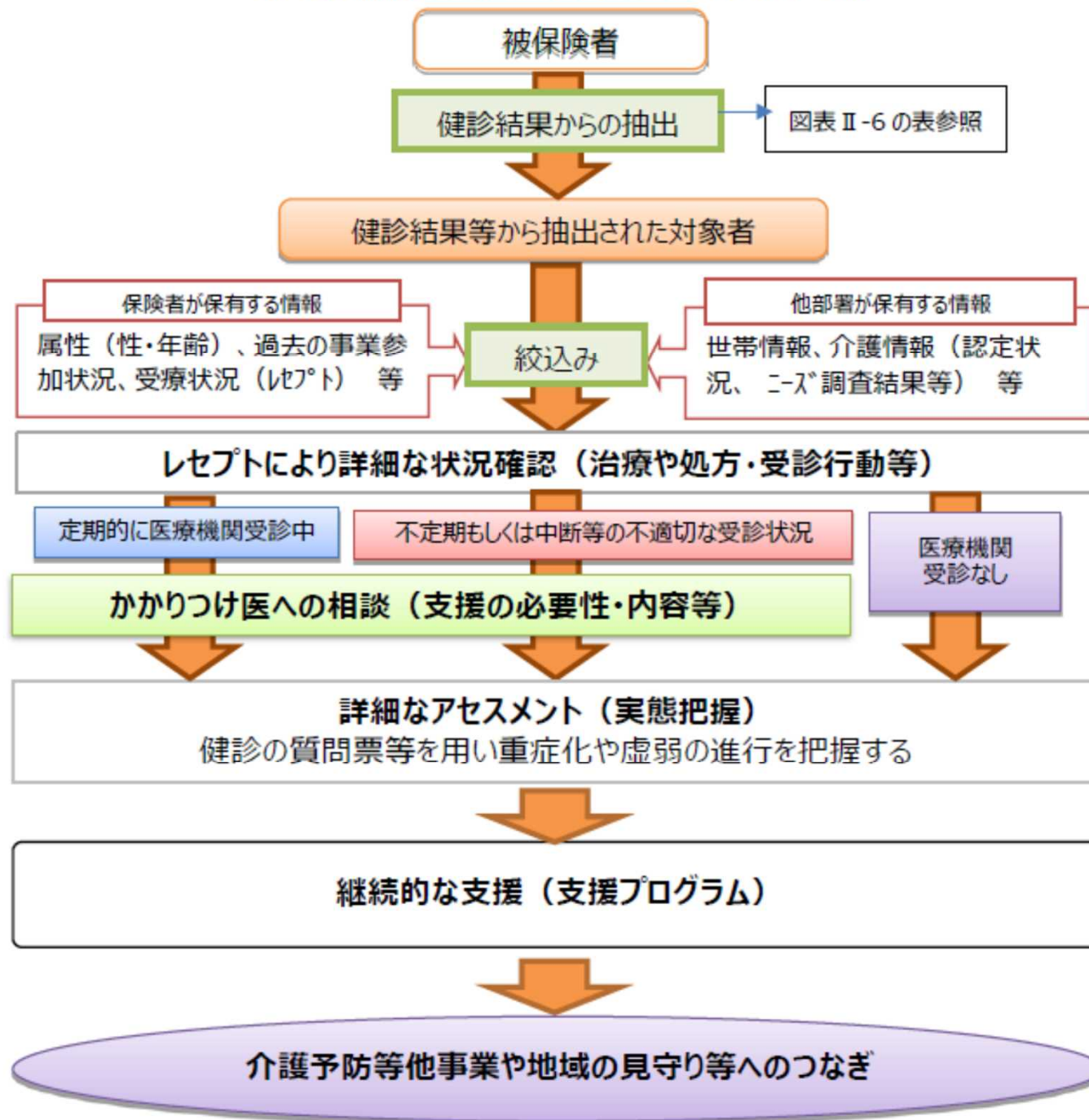
平成30年10月5日  
第3回高齢者の保健事業と介護予防の  
一体的な実施に関する有識者会議資料  
(津下構成員提出資料)より抜粋



(平成28年度モデル事業  
実施自治体の状況より)

医療・健診の受診状況		取組の方向性
握 健康状態を把	医療(外来)受診あり・ 健診受診あり (24.3%) <b>A</b>	取組テーマに応じた支援を実施する レセプトから医療受診・処方 の状況等を把握し、具体的 な支援を実施する ・かかりつけ医と連携した支援 ・必要に応じて外来治療から の情報提供を受ける
	医療(外来)受診なし・ 健診受診あり (0.4%) <b>B</b>	取組テーマに応じた支援を実施する ・健診結果に基づき、取組 テーマに応じた支援 ・必要に応じ医療の受診 勧奨、介護へつなぐ
を把 レセプトで健康課題	医療(外来)受診あり・ 健診受診なし (71.1%*) <b>C</b>	レセプトから医療受診・ 処方の状況等を把握し、 医療と連携の上、必要な 支援を実施する ・レセプトから多病・多 剤・治療中断の状況を 把握 ・かかりつけ医等に支援 実施の可否について確認 ・本人の状況を確認の上、 かかりつけ医にフィード バック ・継続的な支援が必要な 場合は、取組テーマに 応じた支援や介護予防 等につなげる
健康状態が不明	医療(外来)受診なし・ 健診受診なし (4.2%*) <b>D</b>	健康状態を把握する ・保険者が保有する情報 からは健康状態が不明 であるため、質問票等 による健康状態の把握 から始める ・把握した健康状態から 必要に応じ、保健指導・ 医療の受診勧奨・介護 予防等に連携する ・必要に応じて、使用 許諾が得られた介護保 険情報(給付情報、認定 情報、基本チェックリ スト等)や民生委員、 地域包括支援センター 等の関係者から、健康 状態や既存サービスの 利用状況等の情報把握

＜A：健診結果で健康課題が把握できる対象者の場合＞



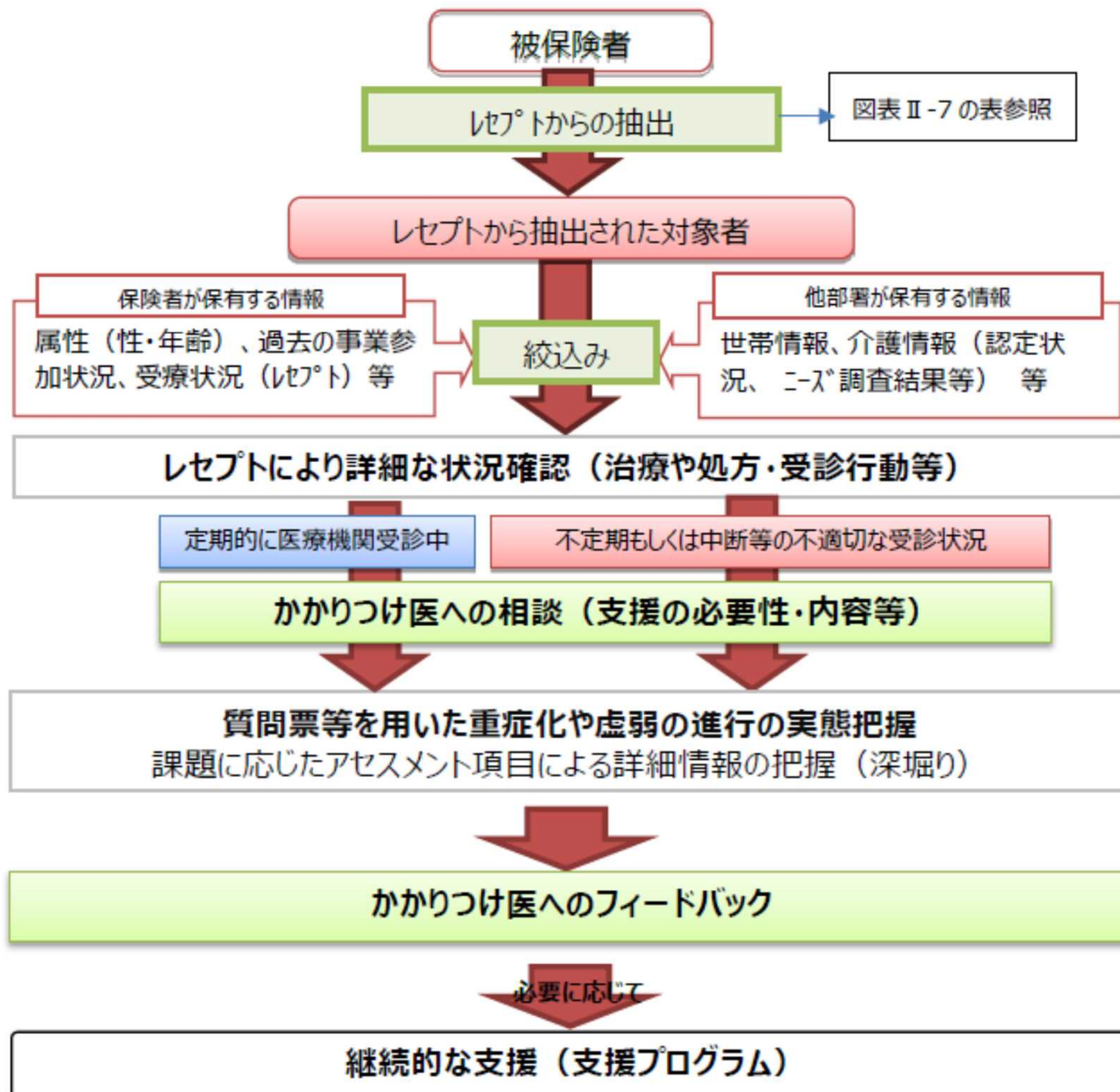
図表Ⅱ-6 健診等から対象者を抽出する場合の抽出項目と基準の例

取組テーマ	抽出項目	基準			
			優先度高		
栄養	BMI 体重減少	20 以下 1年で2~3kg	18.5 未満 半年で2~3kg		
口腔	「一部かめない食べ物がある」※1 「お茶や汁物でむせることがある」※1	2 つとも該当			
重症化予防※2	糖尿病	HbA1c	7.0%以上※3	8.5%以上	複数重複※4
	高血圧	収縮期血圧	160mmHg	180mmHg	
		拡張期血圧	100mmHg	110mmHg	
糖尿病性腎症	尿蛋白 eGFR	+ 45 未満	2+ 30 未満		

平成 28 年度のモデル事業で用いられた対象者抽出基準具体的な内容は別冊事例集 P9~17 参照

- ※1 基本チェックリストは自治体で保有しているので、使用許諾が得られる場合に使用
- ※2 服薬中の人については基準値を下回っていてもフォローが必要な可能性がある
- ※3 ADL が低下している人の HbA1c の基準値は 8.0%以上とも言われている
- ※4 単独の指標ではなく、複数の指標が高い場合には特に注意を要する
- ※5 全身状態や認知機能の状態等を総合的に勘案して、対象者を抽出することが望ましい

### <B : レセプトで健康課題を把握する場合>

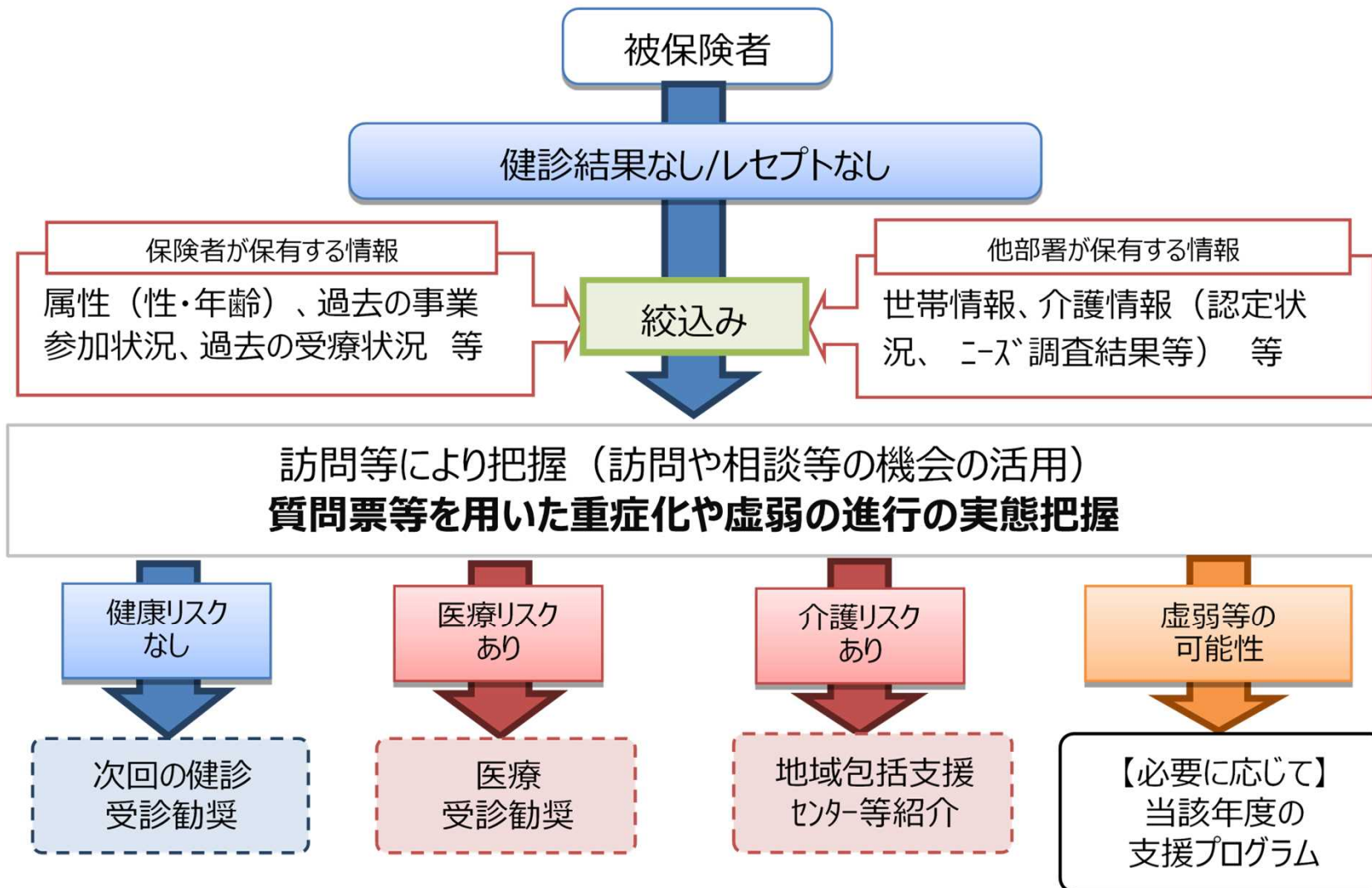


## レセプトから対象者を抽出する観点の例

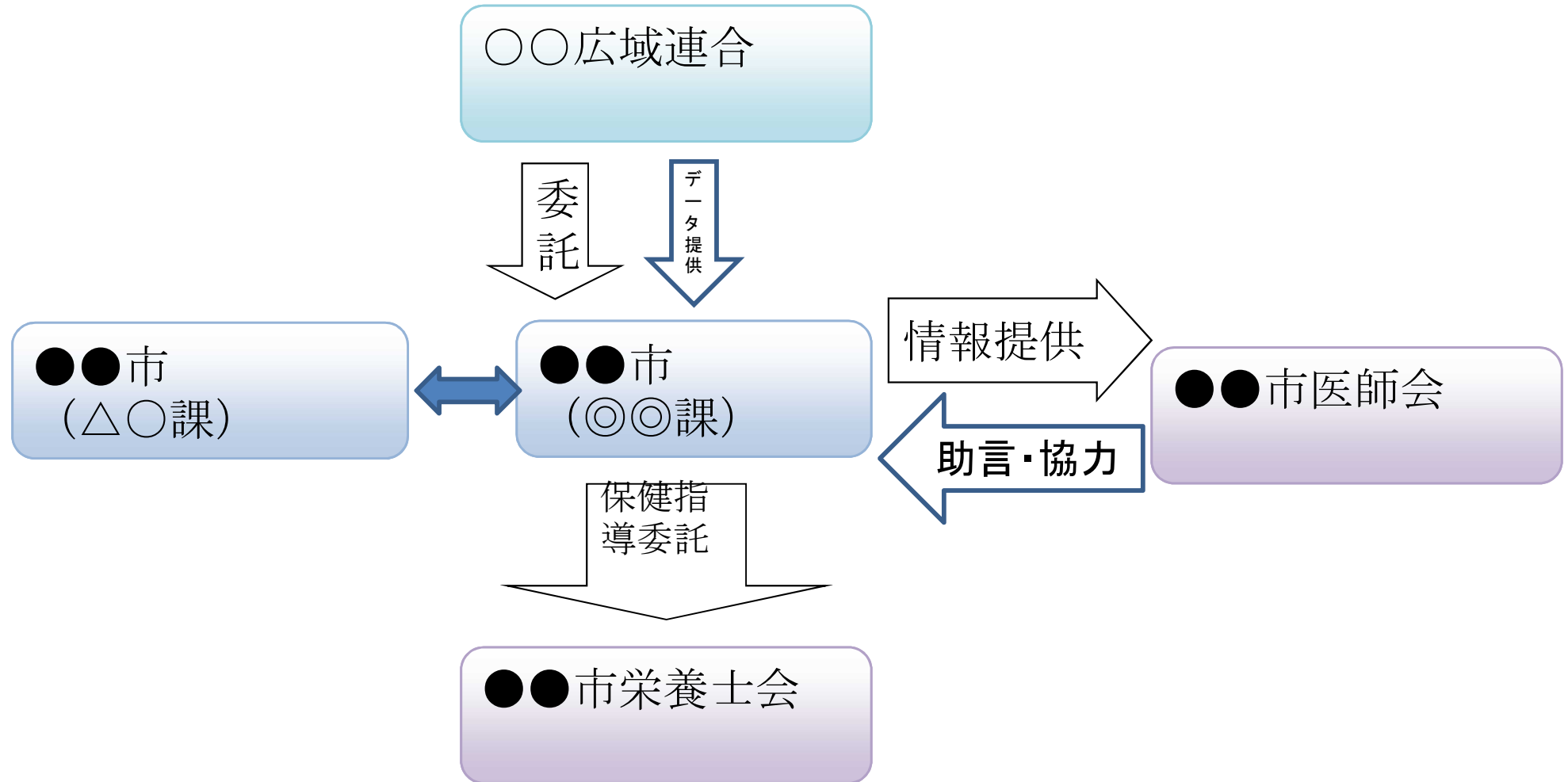
取組テーマ	抽出の観点
受診状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・生活習慣病等での定期的受診が必要な疾患での治療中断がある</li> <li>・複数の疾患での受診がある</li> <li>・救急外来の利用が頻繁にある</li> <li>・糖尿病で治療中であるが、長年腎機能の検査を受けていない</li> </ul>
口腔	<ul style="list-style-type: none"> <li>・誤嚥性肺炎の既往がある</li> <li>・過去一定期間歯科受診がない</li> </ul>
服薬	<ul style="list-style-type: none"> <li>・一定数の薬剤を複数か月処方されている (多剤)</li> <li>・併用禁忌の薬剤が処方されている</li> <li>・効能が重複した薬剤を処方されている</li> <li>・多数の診療科を受診している</li> </ul>



### < C : 健康状態が不明な対象者の場合 >

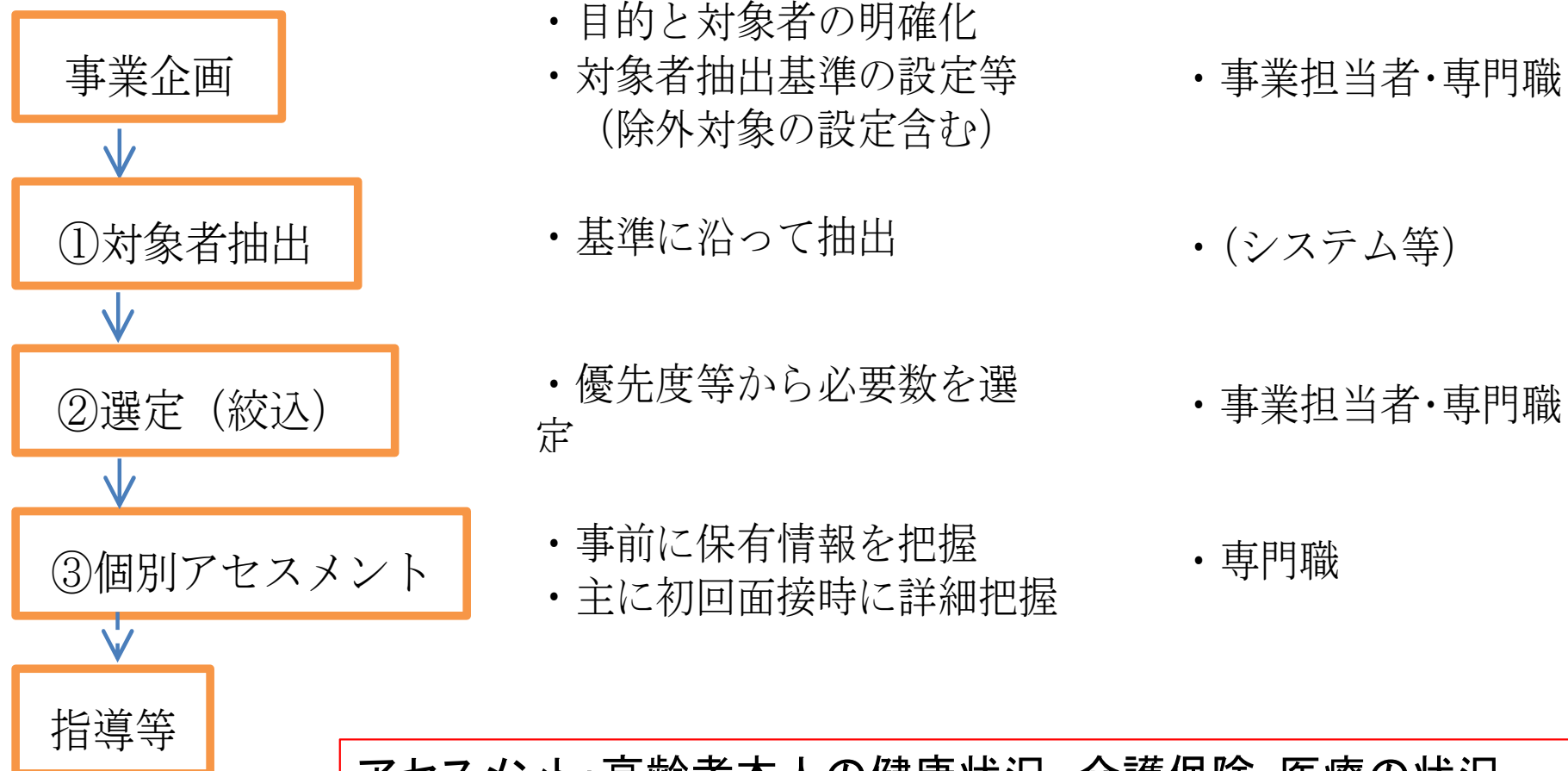


# 連携体制図〔例〕



## アセスメントの主な場面としては、

- ①対象者抽出(基準にそってデータより抽出)
- ②選定(絞り込み)
- ③保健指導のための個別アセスメント等のための詳細把握

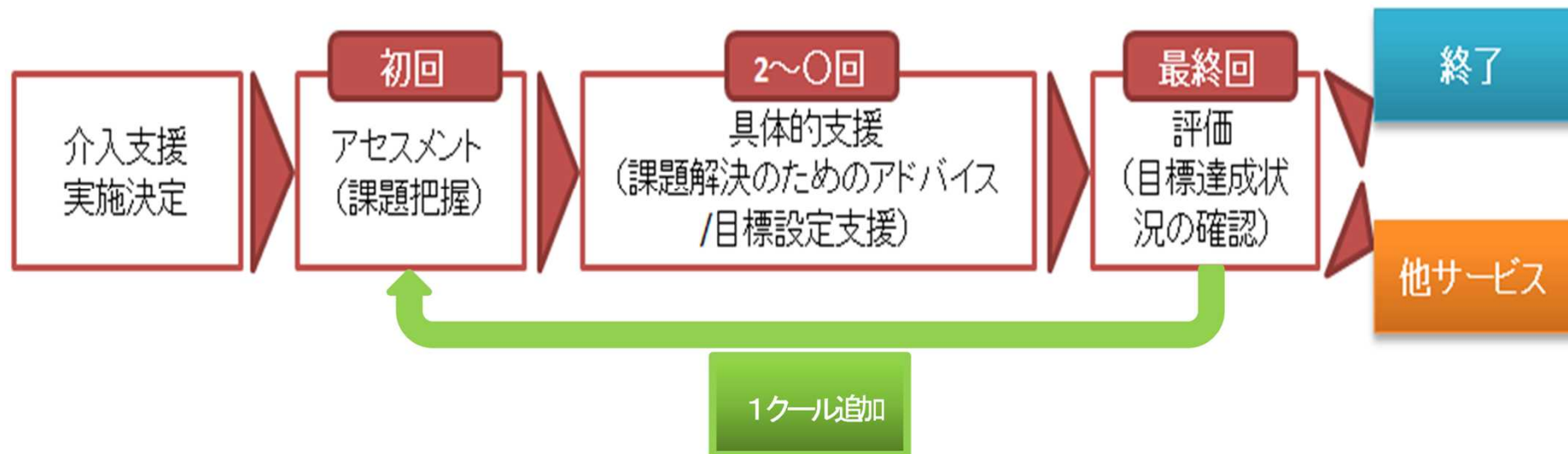


アセスメント: 高齢者本人の健康状況、介護保険・医療の状況  
生活状況、ADL、家族・生活環境等

## 介入支援の流れをマニュアル化する 対象者にも示す

(何か月関わるか、その間にどうなるようになってよいか)を意識する。  
だらだらと支援せず「プログラム化」の意識を持つ  
つなぐ、できる方法を知る、ところが重要  
持続的な支援が必要な場合には、他サービスにつなぐ

### 介入支援の流れ



# 対象者の主体性の重視

- 対象者本人の安心、楽しみ、元気、交流、社会とのつながりといった**ポジティブな要素を重視し、効果を実感**できるようにすることが有効である。生活の上で「できなくなったこと」を把握するだけでなく、「**できること**」に着目し、**それを維持し、増やしていく**ことで、本人の自信や前向きな姿勢を育むという観点から目標を設定し、保健指導を行うことが望まれる。
- 健康支援の方法は、保健指導だけではなく、**医療機関へのつながり、他の保健事業との連携や移行**なども含め、様々な選択肢があり、対象者の状況に応じ柔軟に実施することが必要である。
- こうした健康支援を実施するのは、**保健指導を行う専門職だけでなく、家族、介護者、さらには本人によるセルフケア**も含め、適切に組み合わせて進めることが望ましい。

# 取組テーマを組合せた事業展開

- 医療と介護ニーズを併せ持つ高齢者への健康支援としては関係部局との連携により重複を避けつつも一体的な取組が必要となる。
- 単一のテーマ・プログラムによる取組よりも、栄養と口腔、栄養と運動など複数のテーマを組み合わせた取組を行うことにより、高齢者の負担を軽減し効果性を高める可能性がある。
- 生活習慣病の重症化予防の取組によって、脳卒中等の重篤な疾病の発症や透析導入をできる限り遅らせることができると、要介護状態の予防にもつながる。
- 口腔機能低下を防止することは、肺炎等の発症予防につながる。さらに、多剤服用による有害事象などへの影響に対処することにより、できる限り長く在宅で自立した健康的な生活を続けられるような支援が重要となる。

# 介護保険制度における地域支援事業の全体像

<平成26年見直し前>

介護保険制度

<平成26年見直し後>

【財源構成】

- 国 25%
- 都道府県 12.5%
- 市町村 12.5%
- 1号保険料 22%
- 2号保険料 28%

【財源構成】

- 国 39%
- 都道府県 19.5%
- 市町村 19.5%
- 1号保険料 22%

介護給付 (要介護1~5)

介護予防給付 (要支援1~2)  
 訪問看護、福祉用具等  
 訪問介護、通所介護

介護予防事業  
 又は介護予防・日常生活支援総合事業  
 ○ 二次予防事業  
 ○ 一次予防事業  
 (介護予防・日常生活支援総合事業の場合は、上記の他、生活支援サービスを含む要支援者向け事業、介護予防支援事業。)

包括的支援事業  
 ○ 地域包括支援センターの運営  
 ・介護予防ケアマネジメント、総合相談支援業務、権利擁護業務、ケアマネジメント支援

任意事業  
 ○ 介護給付費適正化事業  
 ○ 家族介護支援事業  
 ○ その他の事業

改正前と同様

事業に移行

全市町村  
 で実施

介護給付 (要介護1~5)

介護予防給付 (要支援1~2)

介護予防・日常生活支援総合事業 (要支援1~2、それ以外の者)  
 ○ 介護予防・生活支援サービス事業  
 ・訪問型サービス  
 ・通所型サービス  
 ・生活支援サービス(配食等)  
 ・介護予防支援事業(ケアマネジメント)  
 ○ 一般介護予防事業

包括的支援事業  
 ○ 地域包括支援センターの運営 (左記に加え、地域ケア会議の充実)  
 ○ 在宅医療・介護連携推進事業  
 ○ 認知症総合支援事業 (認知症初期集中支援事業、認知症地域支援・ケア向上事業 等)  
 ○ 生活支援体制整備事業 (コーディネーターの配置、協議体の設置 等)

任意事業  
 ○ 介護給付費適正化事業  
 ○ 家族介護支援事業  
 ○ その他の事業

地域支援事業

地域支援事業

# 介護保険制度における総合事業の概要

## 1 事業の目的・考え方

### (1) 総合事業の趣旨

- 総合事業は、市町村が中心となって、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することで、地域の支え合い体制づくりを推進し、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とすることを旨とするもの。

### (2) 背景・基本的考え方

#### イ 多様な生活支援の充実

住民主体の多様なサービスを支援の対象とするとともに、NPO、ボランティア等によるサービスの開発を進める。併せて、サービスにアクセスしやすい環境の整備も進めていく。

#### ロ 高齢者の社会参加と地域における支え合い体制づくり

高齢者の社会参加のニーズは高く、高齢者の地域の社会的な活動への参加は、活動を行う高齢者自身の生きがいや介護予防等ともなるため、積極的な取組を推進する。

#### ハ 介護予防の推進

生活環境の調整や居場所と出番づくりなどの環境へのアプローチも含めた、バランスのとれたアプローチが重要。そのため、リハビリ専門職等を活かした自立支援に資する取組を推進する。

#### ニ 市町村、住民等の関係者間における意識の共有と自立支援に向けたサービス等の展開

地域の関係者間で、自立支援・介護予防といった理念や、高齢者自らが介護予防に取り組むといった基本的な考え方、地域づくりの方向性等を共有するとともに、多職種によるケアマネジメント支援を行う。

#### ホ 認知症施策の推進

ボランティア活動に参加する高齢者等に研修を実施するなど、認知症の人に対して適切な支援が行われるようにするとともに、認知症サポーターの養成等により、認知症にやさしいまちづくりに積極的に取り組む。

#### ヘ 共生社会の推進

地域のニーズが要支援者等だけではなく、また、多様な人との関わりが高齢者の支援にも有効で、豊かな地域づくりにつながっていくため、要支援者等以外の高齢者、障害者、児童等がともに集える環境づくりに心がけることが重要。



## 2 総合事業を構成する各事業の内容及び対象者

### (1) 介護予防・生活支援サービス事業(サービス事業)

○ 対象者は、制度改正前の要支援者に相当する者。

- ① 要支援認定を受けた者
- ② 基本チェックリスト該当者(事業対象者)

事業	内容
訪問型サービス	要支援者等に対し、掃除、洗濯等の日常生活上の支援を提供
通所型サービス	要支援者等に対し、機能訓練や集いの場など日常生活上の支援を提供
その他の生活支援サービス	要支援者等に対し、栄養改善を目的とした配食や一人暮らし高齢者等への見守りを提供
介護予防ケアマネジメント	要支援者等に対し、総合事業によるサービス等が適切に提供できるようケアマネジメント

- ※ 事業対象者は、要支援者に相当する状態等の者を想定。
- ※ 基本チェックリストは、支援が必要だと市町村や地域包括支援センターに相談に来た者に対して、簡便にサービスにつなぐためのもの。
- ※ 予防給付に残る介護予防訪問看護、介護予防福祉用具貸与等を利用する場合は、要支援認定を受ける必要がある。

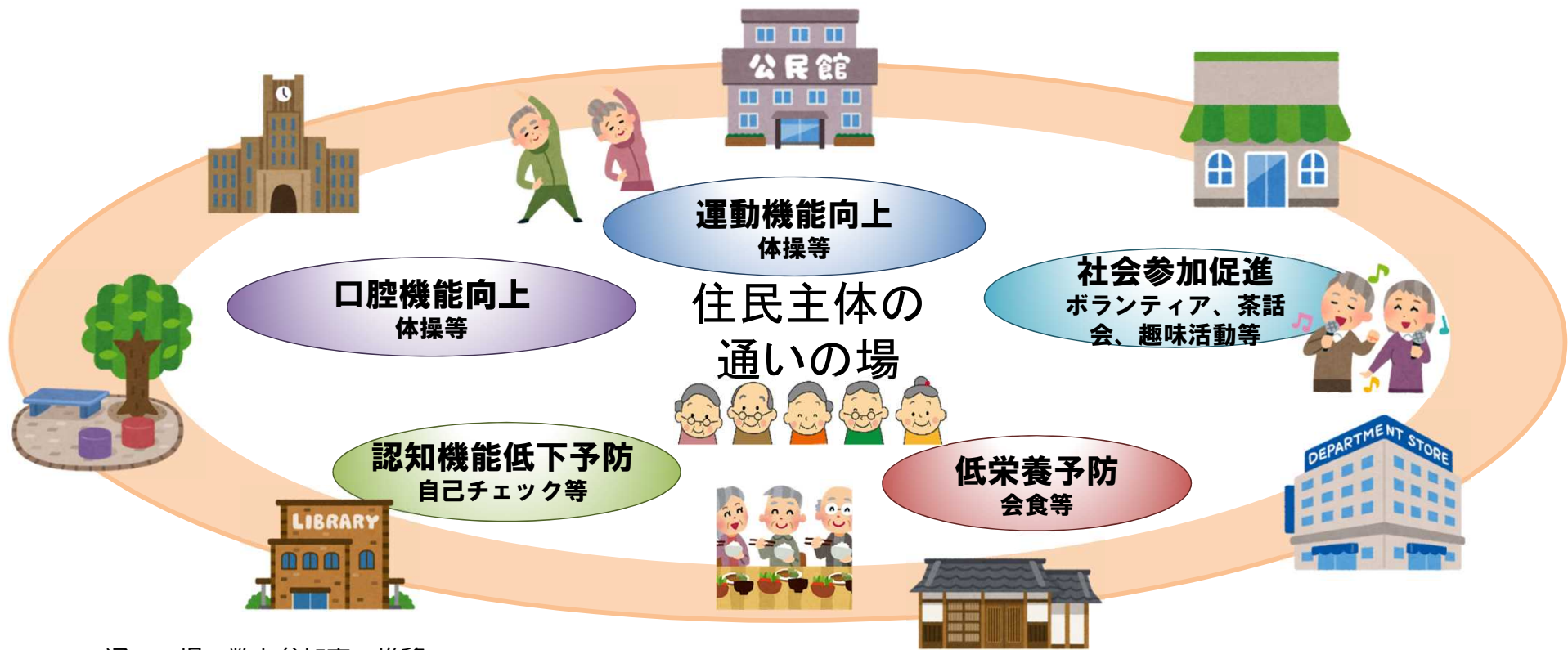
### (2) 一般介護予防事業

○ 対象者は、第1号被保険者の全ての者及びその支援のための活動に関わる者。

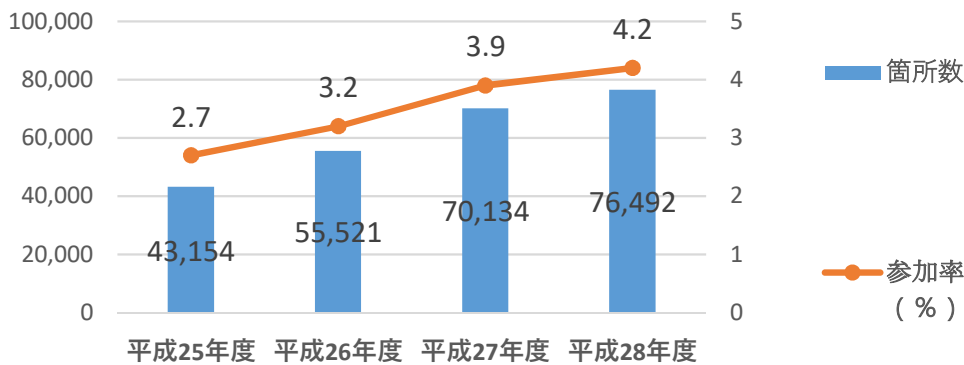
事業	内容
介護予防把握事業	収集した情報等の活用により、閉じこもり等の何らかの支援を要する者を把握し、介護予防活動へつなげる
介護予防普及啓発事業	介護予防活動の普及・啓発を行う
地域介護予防活動支援事業	住民主体の介護予防活動の育成・支援を行う
一般介護予防事業評価事業	介護保険事業計画に定める目標値の達成状況等を検証し、一般介護予防事業の評価を行う
地域リハビリテーション活動支援事業	介護予防の取組を機能強化するため、通所、訪問、地域ケア会議、住民主体の通いの場等へのリハビリ専門職等による助言等を実施

# 地域介護予防活動支援事業（住民主体の通いの場等）

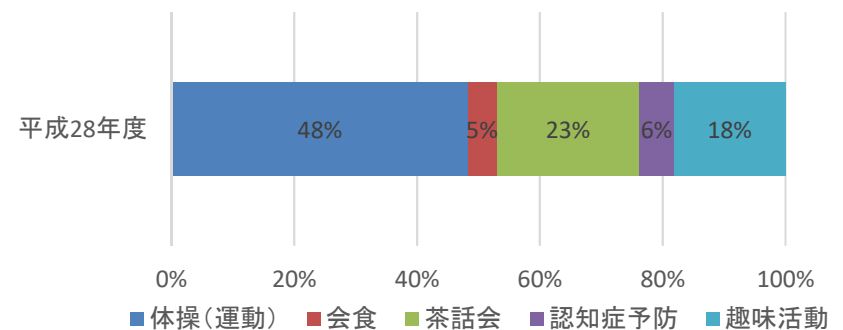
○ 年齢や心身の状況等によって高齢者を分け隔てることなく、誰でも一緒に参加することができる介護予防活動の地域展開を目指して、市町村が介護予防に資すると判断する住民主体の通いの場等の活動を地域の実情に応じて効果的かつ効率的に支援することを目的としている。



通いの場の数と参加率の推移 (参加率(%))



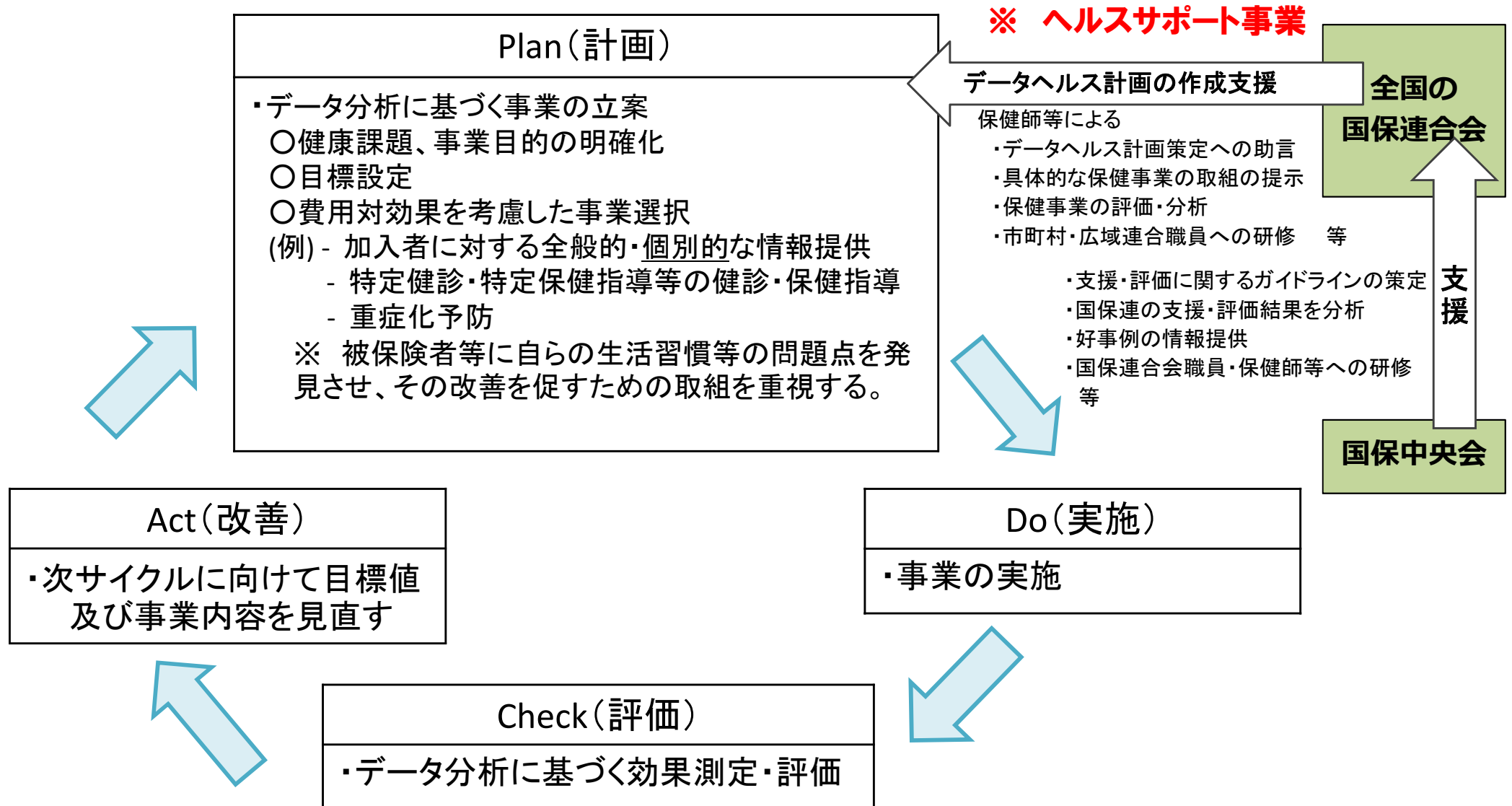
通いの場の主な内容内訳



# データヘルス計画の策定状況

# 「データヘルス計画」とは

- 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
- ※ 計画の策定にあたって、電子化された健康・医療情報を分析し、被保険者等の健康課題を明確にした上で、事業の企画を行う。



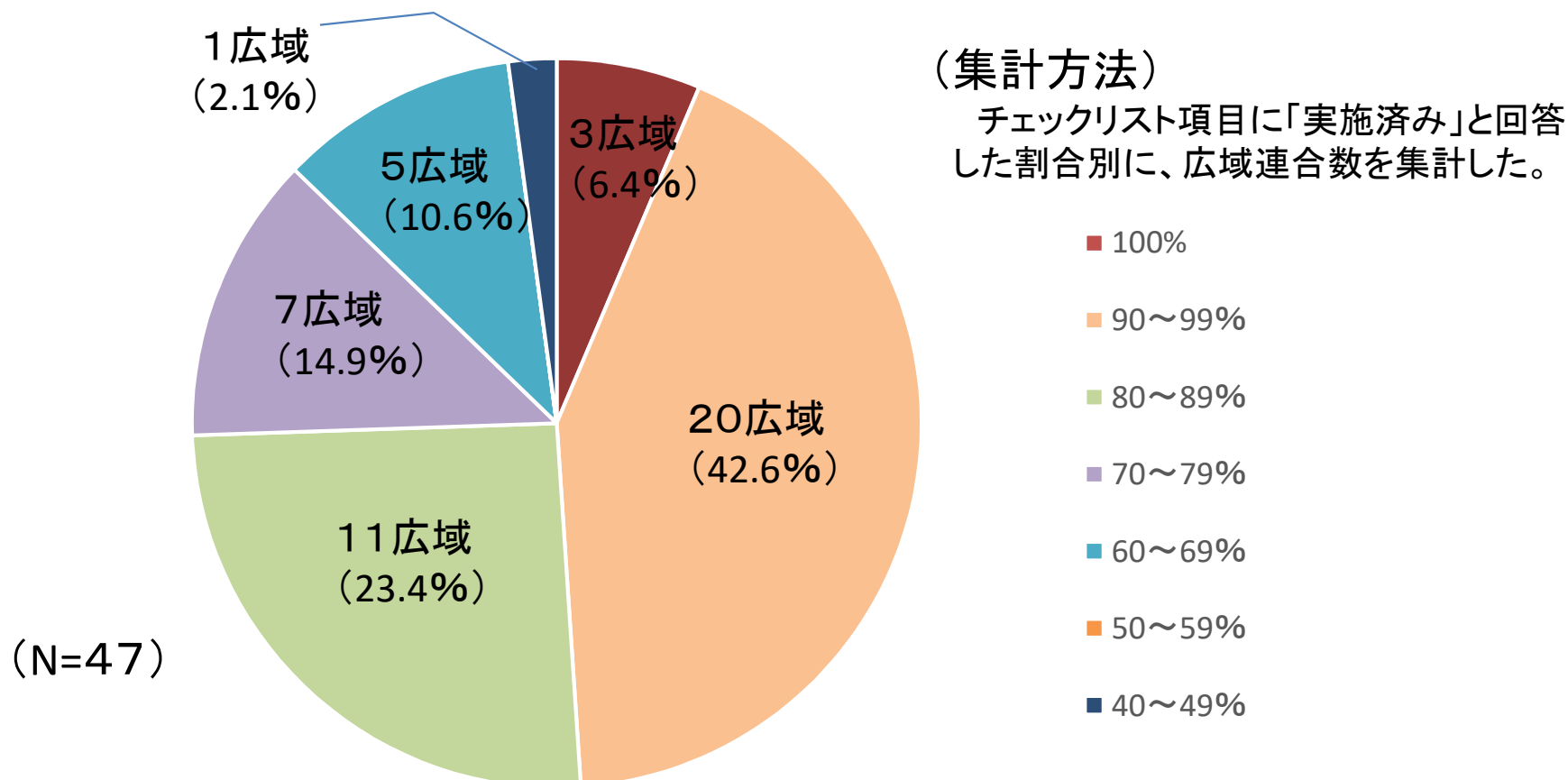
# 後期高齢者医療広域連合のデータヘルス計画の策定状況について

## 調査の概要

- 平成30年度から第2期データヘルス計画期間に入ったことを踏まえ、データヘルス計画の策定状況等を把握するため、データヘルス計画策定チェックリストの提出を求めた。※1
- 全ての項目で「実施済み」の記載があったのは3広域連合。9割以上の項目が「実施済み」の広域連合でほぼ半数を占める一方で、「実施済み」が4割程度にとどまった広域連合が1カ所あった。

## 調査の結果

### データヘルス計画策定チェックリスト※2の実施状況



※1 平成30年4月18日付け「健康診査推進計画及び第2期データヘルス計画の提出について」高齢者医療課調べ  
※2 平成29年9月8日に改正した「データヘルス計画策定の手引き」に記載したチェックリスト

# データヘルス計画策定状況等に関する調査結果①

○具体的な関係部局間の、連携の方策(関係者によるプロジェクトチーム方式等)を明確化している割合は68.1%、外部有識者等や被保険者の参画について記載している割合は74.5%である。

※ 第2期データヘルス計画策定済みの47広域連合の実施割合(非該当箇所除く)

	(1) 計画の趣旨		実施広域数	実施割合
			① 国指針等を踏まえ、趣旨や背景、目的等について分かりやすく記載しているか。	47
基本的事項 (P7)	(2) 計画期間			
	② 他の保健医療関係の法定計画(医療費適正化計画や医療計画等)との整合性を考慮しているか。	47	100.0%	
	(3) 実施体制・関係者連携			
	(関係部局連携による実施体制の明確化)			
	③ 1. (3)①「実施主体・関係部局の役割」(P3)を踏まえ、実施体制を明確化しているか。	47	100.0%	
	④ その際、具体的な連携の方策(関係者によるプロジェクトチーム方式等)についても明確化しているか。	32	68.1%	
	(外部有識者等の参画の明確化)			
⑤ 1. (3)②「外部有識者等の役割」(P4~6)及び③「被保険者の役割」(P6)を踏まえ、外部有識者等や被保険者の参画について記載しているか。	43	91.5%		
⑥ その際、具体的な参画の方策(外部有識者等や被保険者が参画する会議体(既存の会議体を含む。)を活用する等)も明確化しているか。	39	83.0%		

	(1) 保険者等の特性		実施広域数	実施割合
			① 被保険者の年齢構成、性別などのデータを把握し、被保険者がどのような特徴を持つ集団であるかを記載しているか。	43
現状の整理 (P8)	② 年間の被保険者の異動の状況、居住地域なども、把握し、記載しているか。	35	74.5%	
	③ 広域連合は、都道府県内の全体的な状況と合わせて、構成市町村別の状況についても同様に把握し、記載しているか。	38	80.9%	
	(2) 前期計画等に係る考察			
	④ 計画策定(改定)を行う場合には、前期の計画全般の考察を行っているか。	47	100.0%	
	⑤ これまでに実施した保健事業に関して、考察を行う(保険事業の棚卸し)など、実績に基づいた保健事業の改善を検討しているか。	46	97.9%	
	⑥ 上記考察に当たっては、保険者等の健康課題のうち、対応状況も明らかにして記載しているか。	45	95.7%	

# データヘルス計画策定状況等に関する調査結果②

- ほとんどの広域連合においてKDBの活用を基本としつつ、各種データベースを活用し、データ分析している。
- ほとんどの広域連合において、都道府県平均との比較、経年比較等を行っているが、内部の集団(日常生活圏域ごと等)についての比較分析や質的情報の分析の割合が66%である。
- 健康課題の抽出・明確化において、市町村国保と健康課題の分析結果等について連携をしている割合は、83.0%である。

分析・健康課題の抽出（p8511）	ア.	健康・医療情報の分析		
		(全体像の把握)		
		① データにより、被保険者の健康状態に係る全体像を把握しているか。	47	100.0%
		② 保険者等の健康課題を的確に抽出するため、多角的・複合的な視点に立ったデータを分析しているか。	44	93.6%
		③ 国保組合は、被保険者の労働環境や生活環境の実態を把握し、健診データ等と合わせて分析することにより、健康課題を明確化しているか。		
		④ 広域連合は、市町村国保と必要な情報の共有を図っているか。	41	87.2%
		⑤ 市町村国保は、保健事業の効果検証等のため、共有された情報の活用を図っているか。		
		(KDB等の活用)		
		⑥ KDBの活用を基本としつつ、各種データベースを活用し、データ分析をしているか。	46	97.9%
		⑦ KDBに係る操作研修の受講、他保険者等の計画におけるKDB活用の好事例の情報収集等に努めているか。	42	89.4%
		(他との比較分析等)		
		⑧ 同規模保険者等と比較する、都道府県平均と比較する、経年比較する等、比較分析をしているか。	42	89.4%
		⑨ 計画策定を委託業者に外部委託した場合、保険者等が自らKDB等を活用する等により、的確な比較分析をしているか。	20	42.6%
		⑩ 保険者等の内部の集団(日常生活圏域ごと等)について、比較分析をしているか。	31	66.0%
	(質的情報の分析、地域資源の把握)			
	⑪ 健康課題の抽出のため、地域特有の質的情報の分析や地域資源の把握をしているか。	32	68.1%	
	イ.	健康課題の抽出・明確化		
	(保健事業の対象となる健康課題の抽出・明確化)			
	⑫ 上記アの分析結果に基づき、前期計画の評価も踏まえ、健康課題を抽出・明確化し、関係者と共有しているか。	46	97.9%	
	(他保険者等との連携による健康課題の抽出・明確化)			
	⑬ 健康課題をより明確にするため、情報交換を行うなど他保険者等と連携をしているか。	40	85.1%	
	⑭ 市町村国保及び広域連合は、保険者等における健康課題の分析結果等の、連携をしているか。	39	83.0%	

# データヘルス計画策定状況等に関する調査結果③

○目標に関する項目は、概ね高い割合となっているが、短期的な目標について、原則として年度ごとに、実施状況に関する目標や達成度合に関する目標を設定している割合は87.2%、ストラクチャー・プロセス・アウトプット・アウトカムの4つの視点に立って、目標設定を行っている割合は70.2%である。

目 標 ( P 1 1 5 1 2 )	ア.	目的の設定		
		① 抽出された健康課題と対応して設定しているか。	47	100.0%
	イ.	目標の設定		
		(目標の設定)		
		② 各年度、計画の中間年度等といった経過ごと、異なる視点ごと等に設定しているか。	43	91.5%
		(目標の期間)		
		③ 短期的な目標と中長期的な目標を設定しているか。	44	93.6%
		④ 中長期的な目標は、計画の最終年度までに達成を目指す目標を設定しているか。	45	95.7%
		⑤ 短期的な目標は、原則として年度ごとに、実施状況に関する目標や達成度合に関する目標を設定しているか(事業目的の達成のために適当な時期を設定することも考えられる。)	41	87.2%
		⑥ 各々の目標は、抽出した健康課題に対応して設定しているか。	44	93.6%
	(目標の視点)			
	⑦ ストラクチャー・プロセス・アウトプット・アウトカムの4つの視点に立って、できる限り多くの視点で目標設定を行っているか。	33	70.2%	
	(数値を用いた目標設定)			
	⑧ 具体的な数値により根拠をもって設定しているか。	46	97.9%	



# データヘルス計画策定状況等に関する調査結果④

○保健事業の内容に関する項目は、概ね高い割合となっているが、設定した目標に応じ、ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチを組み合わせ設定している割合は74.5%である。

保健事業の内容 (P12314)	ア.	計画に記載する保健事業の選択・優先順位付け等		
	(保健事業の選択・優先順位付け)			
	① 抽出された課題や目標を十分に踏まえ、保健事業を選択・優先順位付けしているか。		42	89.4%
	② 保健事業の選択・優先順位付けは、費用対効果、影響する人数が多いか否か(対象者の規模)、予防可能な疾病か、改善可能性が高いか、緊急性があるか、地域特性や社会環境を踏まえたものとなっているか。		42	89.4%
	③ 設定した目標に応じ、ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチを組み合わせ設定しているか。		35	74.5%
	(他の事業との連携・役割分担)			
	④ 市町村国保の場合、保険者等として実施する保健事業のほか、保健衛生部局等他の部局が実施する保健事業と併せて計画に盛り込んでいるか。			
	(高齢者の特性を踏まえた事業展開)			
	⑤ 市町村国保においても、高齢者の特性を踏まえ、広域連合とも連携しつつ、保健事業の選択を行っているか。			
	イ.	保健事業に係る実施内容等の明確化・標準化		
⑥ 保健事業ごとに「目的」、「目標」、「対象者」、「事業内容」、「実施方法」、「評価体制・方法」、「実施体制」、「実施スケジュール」、「実施期間」、「実施場所」等を整理し、計画に記載しているか。		44	93.6%	

# データヘルス計画策定状況等に関する調査結果⑤

- 評価方法(評価に用いるデータの入手時期、方法を含む)・体制について、あらかじめ計画に記載している割合は89.4%あるが、アウトカム評価を実施するところは78.7%となっている。
- 評価に当たって、他の保険者等との連携・協力体制を整備している割合は57.4%にとどまっている。

評価・見直し (p14～15)	ア.	評価の時期			
		①	評価指標や評価指標に要する情報源・その取得方法について、計画の策定段階であらかじめ設定しているか。	42	89.4%
		②	評価指標に基づき、計画の最終年度のみならず、中間時点等計画期間の途中で進捗確認・中間評価を行うことを計画に記載しているか。	45	95.7%
		③	計画の最終年度においては、当該最終年度の上半期に仮評価を行うことなどについても考慮しているか。	38	80.9%
		イ.	評価方法・体制		
		④	短期では評価が難しいアウトカム(成果)による要素を含めた評価を行っているか。	37	78.7%
		⑤	評価は、KDB等も活用し、可能な限り数値を用いて行っているか。	43	91.5%
		⑥	評価方法(評価に用いるデータの入手時期、方法を含む)・体制について、あらかじめ計画に記載しているか。	38	80.9%
		⑦	評価に当たって、市町村国保の保健事業の評価を広域連合と連携して行うなど、他の保険者等との連携・協力体制を整備しているか。	27	57.4%
		ウ.	計画に盛り込む個別の保健事業に係る評価		
	⑧	個別の保健事業について、計画の目標等を踏まえた評価指標を個別に設定し、毎年度、評価を行った上で、必要に応じて翌年度の事業の見直しを行っているか。	43	91.5%	
	⑨	これらの評価については、可能な限り数値で評価を行っているか。	43	91.5%	

# データヘルス計画策定状況等に関する調査結果⑥

○ホームページや広報誌を通じた周知のほか、地域の関係団体経由で医療機関等に周知し、配布している割合は83%、公表・配布に当たって、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定する等の工夫をしている割合も70.2%である。

○市町村や広域連合では、地域包括ケアに係る分析や課題抽出、保健事業等について記載している割合は74.5%である。

計画の公表・周知 (P15)	① 計画は、公表しているか。	47	100.0%
	② ホームページや広報誌を通じた周知のほか、地域の関係団体経由で医療機関等に周知し、配布しているか。	39	83.0%
	③ 公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定する等の工夫をしているか。	33	70.2%

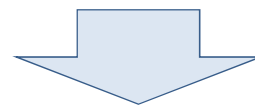
個人情報 (P15)	(個人情報に関する法令等の遵守等)			
	① 各種法令・ガイドラインに基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、個人情報の適切な取扱いが確保されるよう措置を講じているか。	46	97.9%	
	② 健診結果やレセプトデータ等を外部の委託事業者に渡す場合は、物理的な安全措置等に留意して委託仕様等を作成するなど、個人情報の管理に万全の対策を講じているか。	43	91.5%	

地域包括 (P76)	ア. 地域包括ケアに係る取組		
	① 市町村国保や広域連合では、地域包括ケアに係る分析や課題抽出、保健事業等について、記載しているか。	35	74.5%

# 医療保険者における情報環境 ～国保データベース(KDB)システムの概要～

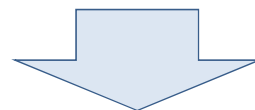
国保データベース（KDB）システムは、国保連合会が保険者の委託を受けて行う各種業務を通じて管理する「**特定健診・特定保健指導**」「**医療（後期高齢者医療含む）**」「**介護保険**」等の情報を活用し、統計情報や「個人の健康に関する情報」を提供し、**保険者の効率的かつ効果的な保健事業の実施をサポートすることを目的**として構築されたシステムです。

保健師等が手作業で行ってきた健康づくりに関するデータ作成が効率化され、**地域の現状把握や健康課題を明確にすることが容易となります。**



KDBシステムを  
使うと??

1. 保険者等は、被保険者ごとの特定健診結果等の分析を行い、ハイリスク者を抽出したうえで、医療レセプトから医療機関への受診状況を確認して、個別保健指導の対象者と指導内容を決定できます。
2. 保険者等は、地区別、市町村別、県別及び全国の集計情報並びに同規模保険者の集計情報により、自らの集団としての特徴を把握して健康課題を明らかにし、それを踏まえた保健事業計画を策定できます。



その結果・・・

住民の健康の保持・増進（地域の健康水準の向上）に寄与できると考えております。

KDBシステムはどんなことができるの??

## 特徴①

健診・医療・介護の突合

**健診（保健指導）、医療、介護の情報を個人単位で紐付し**、制度を跨っていても横断的（同一人物として）に集計・分析することが可能となります。

## 特徴②

地区割りによる分析

**保険者単位よりもさらに細分化した「地区」単位で集計・分析が可能**となります。  
「地区」は保険者の任意で設定できます。【例：住所別、学区別等】

## 特徴③

県・同規模・全国との比較

全国の国保連合会が管理するデータを国保中央会が一括して集計することで、**都道府県単位での集計、同規模※保険者単位での集計、全国集計との比較が可能**となります。 ※人口や被保険者数をもとに保険者規模を分類した区分

## 特徴④

経年比較、性・年齢別分析

保険者・県・同規模などの集計結果を、さらに**経年比較、性・年齢別など、様々な角度からの分析が可能**となります。

また、個人単位の履歴についても、経年比較による追跡・分析が可能となります。

KDBシステムは今後も進化していきます！

KDBシステムは毎年新機能の開発を行っています。

例えば平成30年度からは・・・



1. **都道府県でもKDBシステムを利用できます。**

平成30年度からの国保都道府県単位化に伴い、都道府県庁でもKDBシステムを活用することが可能となり、さらに**2次医療圏単位での集計・分析**が可能になりました。この機能は、医療計画及び医療費適正化計画の策定・変更に係る分析資料としてご利用いただけます。

2. **保健事業単位での集計・分析が可能になります。**

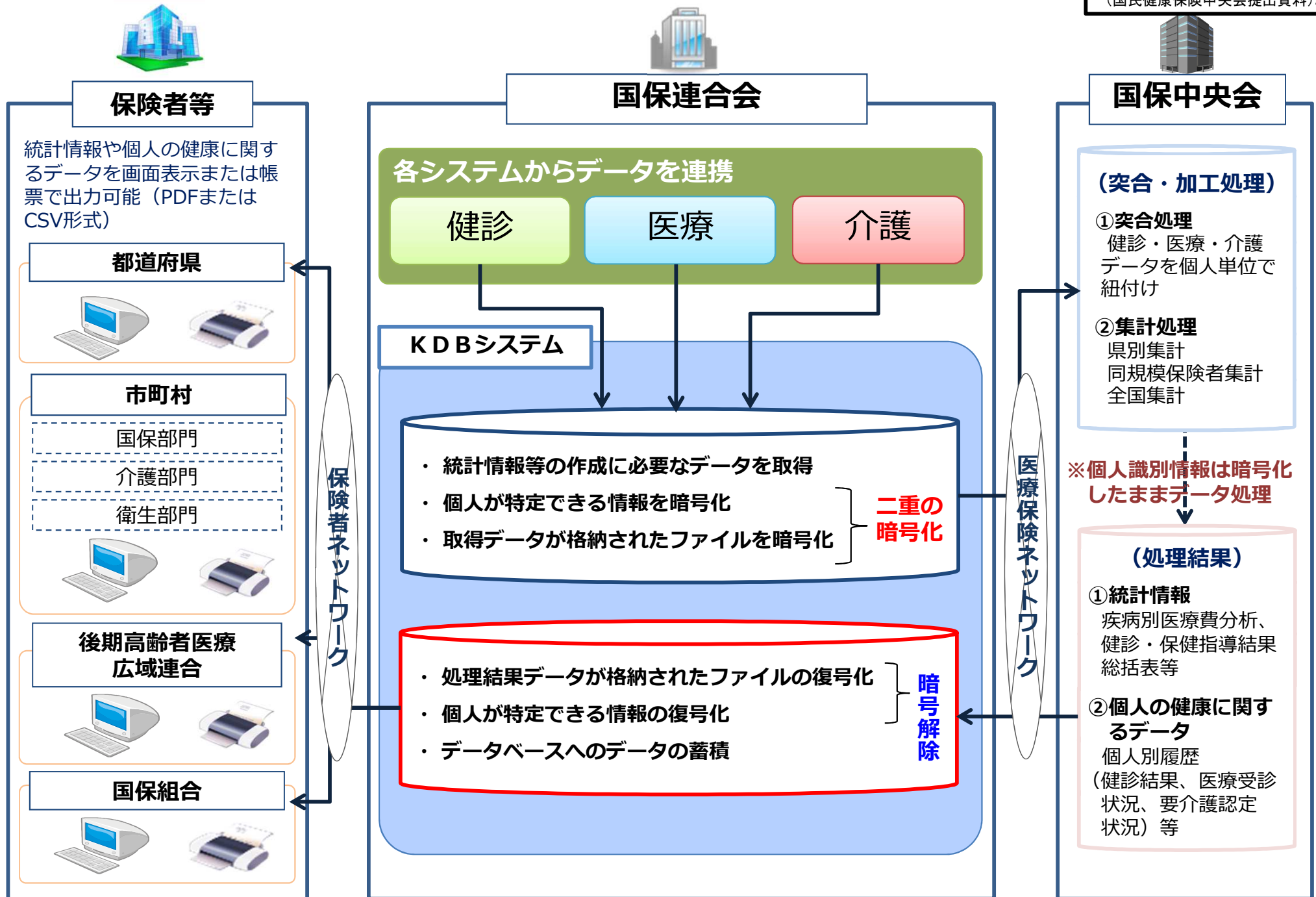
平成30年8月頃を目途に、新たに保険者等が行う様々な保健事業について、対象者の抽出～事業管理～事業評価など、**事業単位での管理・分析**が可能となります。

3. **適正受診・服薬取組（重複服薬対策）の把握が可能になります。**

重複・頻回受診や重複・多剤投与の状態を把握することにより、効率的な対策を行うことが可能となり、**医療費適正化**の一助となります。

# 国保データベース（KDB）システムの全体像

平成30年10月5日  
第3回高齢者の保健事業と介護予防の  
一体的な実施に関する検討会資料  
(国民健康保険中央会提出資料)より抜粋





# 国保データベース（KDB）システムで取り扱う情報

平成30年10月5日  
第3回高齢者の保健事業と介護予防の  
一体的な実施に関する検討会資料  
(国民健康保険中央会提出資料)より抜粋

	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			
	<div style="border: 2px solid blue; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;"><b>KDB取扱範囲</b></p> <p style="text-align: center;">(※電子データにより管理しているものに限る)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">特定健康診査・特定保健指導情報</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">後期高齢者健康診査情報</div> </div> </div>			
医療	被用者保険（協会けんぽ、組合健保 等）医療情報			後期高齢者医療情報
	<div style="border: 2px solid blue; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;"><b>国民健康保険医療情報</b></p> </div>			
介護				
	<div style="border: 2px solid blue; padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed red; padding: 5px;">※2 2号被保険者</div> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;"><b>介護保険情報</b></p> </div> <div style="padding: 5px;">※3 1号被保険者</div> </div> </div>			

※1： 65歳以上75歳未満で一定の障害がある者

※2： 第2号被保険者（受給については、要介護、要支援状態が加齢に起因する疾病（特定疾病）による場合に限定）

※3： 「受給者台帳」に登録されている被保険者に限る

※： 健診、医療、介護情報とも対象は過去5年間分のデータのみ

○ 国保データベース（KDB）システムは、国保連合会において健診・医療・介護情報を取り扱う各システムと連携し、統計情報等の作成に必要な下記のデータを取得する。

## 健診・保健指導

### 特定健診等データ管理システム

- <健診等データ（月次）>
- 健診台帳データ
- 健診結果台帳データ
- 検査問診結果台帳データ
- 特定健診結果データ
- 指導台帳データ
- 指導結果台帳データ
- 継続支援台帳データ
- 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
- 健診等機関マスタ
- <保険者別集計帳票データ（年次）>
- 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

- 医科レセプト
  - ・レセプト管理、患者情報、傷病名情報、摘要欄情報
- D P Cレセプト
  - ・レセプト管理、総括管理、包括評価部分、傷病、診断群分類、摘要、傷病名、資格、C Dレコード
- 歯科レセプト
  - ・レセプト管理、患者情報、傷病名情報、摘要欄情報
- 調剤レセプト
  - ・レセプト管理、患者情報、医薬品、処方、調剤、指導管理料
- 被保険者台帳データ
  - ・被保険者マスタ（世帯情報）、被保険者マスタ（個人情報）

### 後期高齢者医療請求支払システム

- 被保険者台帳データ
  - ・被保険者マスタ（個人情報）

## 介護

### 介護保険審査支払等システム

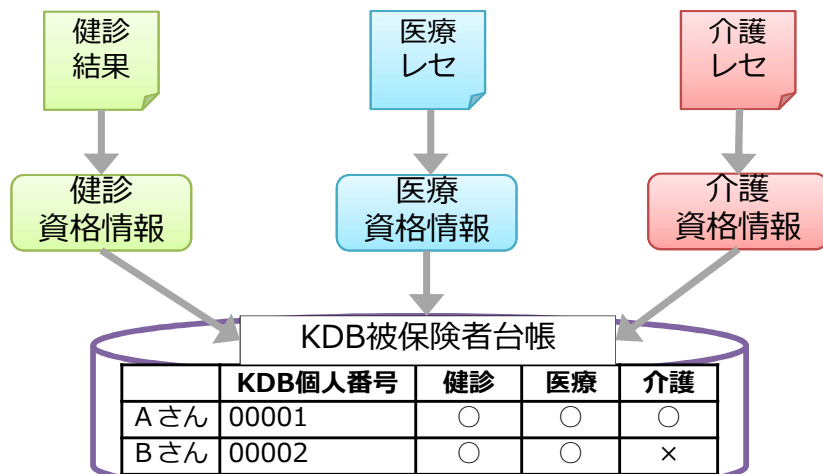
- 保険者向け給付管理票情報
- 国保連合会保有給付実績情報
  - ・基本情報レコード
  - ・明細情報レコード
  - ・緊急時施設療養情報レコード
  - ・所定疾患施設療養費等情報レコード
  - ・特定診療費・特別療養費情報レコード
  - ・食事費用情報レコード
  - ・居宅サービス計画費情報レコード
  - ・福祉用具購入費情報レコード
  - ・住宅改修費情報レコード
  - ・高額介護サービス費情報レコード
  - ・特定入所者介護サービス費用情報レコード
  - ・社会福祉法人軽減額情報レコード
  - ・集計情報レコード
- 保険者台帳情報
- 市町村固有情報
- 広域連合情報（行政区情報）
- 事業所台帳情報
  - ・基本情報、サービス情報、介護支援専門員情報
- 受給者台帳情報

# 国保データベース（KDB）システムの特徴

平成30年10月5日  
第3回高齢者の保健事業と介護予防の  
一体的な実施に関する検討会資料  
(国民健康保険中央会提出資料)より抜粋

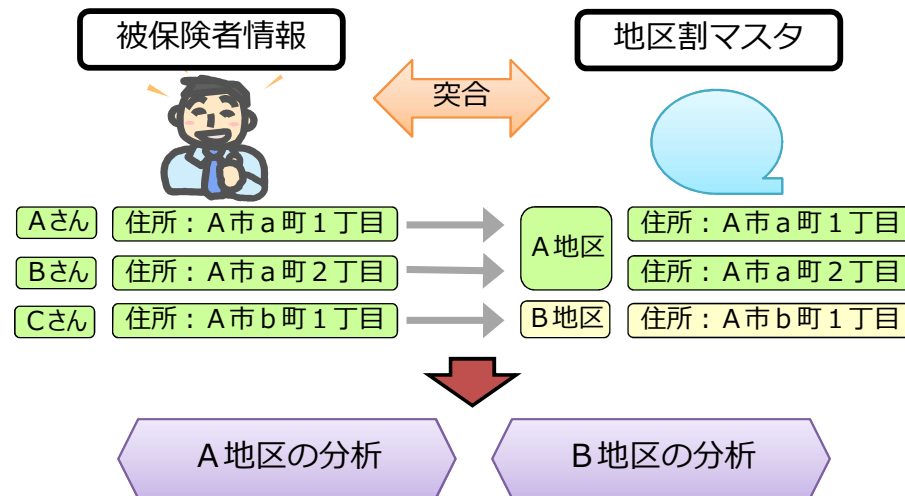
## 1. 健診・医療・介護の突合

- 健診・医療・介護の情報を個人単位で紐付することで、制度横断的に分析することが可能。



## 2. 地区割りによる分析

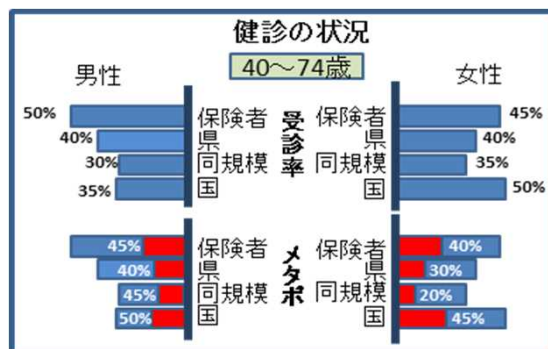
- これまで保険者単位で行っていたデータ分析をより細分化し、地区単位（例：住所別、学区別等）で分析することも可能。



## 3. 県・同規模・全国との比較

- 全国の国保連合会が管理するデータを国保中央会（共同処理センター）へ送付し、一括して集計することで県内集計値・同規模\*集計値・全国集計値などの比較情報を作成する。

### 健診情報の比較



### 市区町村別データ

	医療費	受診料
A市	2,335,400	XXXXXX
B市	1,693,800	XXXXXX
C市	5,115,320	
..	.....	.....
Z市	3,577,300	XXXXXX

\*人口や被保険者数を元に保険者規模を分類した区分

※平成30年度から二次医療圏集計を追加

## 4. 経年比較、性・年齢別分析

- 保険者・県・同規模などの集計結果を性・年齢別に比較を行いながら経年比較できる一覧表を作成する。また個人別履歴についても経年比較による追跡と分析が可能。

### 保健指導の状況

年齢	性別	40~74歳	
		積極的支援 修了者	動機付支援 修了者
H29年度	男性	91	85
	女性	91	85
	県	86	92
H28年度	男性	70	88
	女性	88	90
	県	XX	XX
H27年度	男性	XX	XX
	女性	XX	XX
	県	XX	XX

### 個人別履歴

平成29年	平成28年
(歯科/内科)	(歯科/内科)
4月	4月
5月	5月
6月	6月
7月	7月
8月	8月
..	..
3月	3月
(年間医療費)	(年間医療費)
310,000	180,000

# 参加状況・データ保有量・突合率

平成30年10月5日  
第3回高齢者の保健事業と介護予防の  
一体的な実施に関する検討会資料  
(国民健康保険中央会提出資料)より抜粋

## ● 国保保険者等の総数およびKDBシステム参加保険者数

(平成30年8月処理時点)

制度		KDBシステム参加保険者数	総保険者数	参加率
健診	国保	1,901 (国保組合160+市町村 1,741)	1,903 (国保組合162+市町村 1,741)	99.89 %
	後期	47	47	100.00 %
医療	国保	1,901 (国保組合160+市町村 1,741)	1,903 (国保組合162+市町村 1,741)	99.89 %
	後期	47	47	100.00 %
介護 (※)		1,565	1,571	99.62 %

※ 介護広域連合は1保険者としてカウント。

## ● KDBシステム蓄積データ件数

制度	蓄積データ件数 (代表的な実績データ件数)	期間
健診	7,020万件	平成24年6月処理 ～平成30年8月処理
医療	59億4,823万件	
介護	8億6,594万件	
合計	68億8,437万件	

## ● 突合率

(平成30年8月処理時点)

健診⇔医療	医療⇔介護	国保⇔後期
97.95 %	99.06 %	84.63 %

## 国保・後期高齢者保健事業への対応

### 《ガイドライン※①》

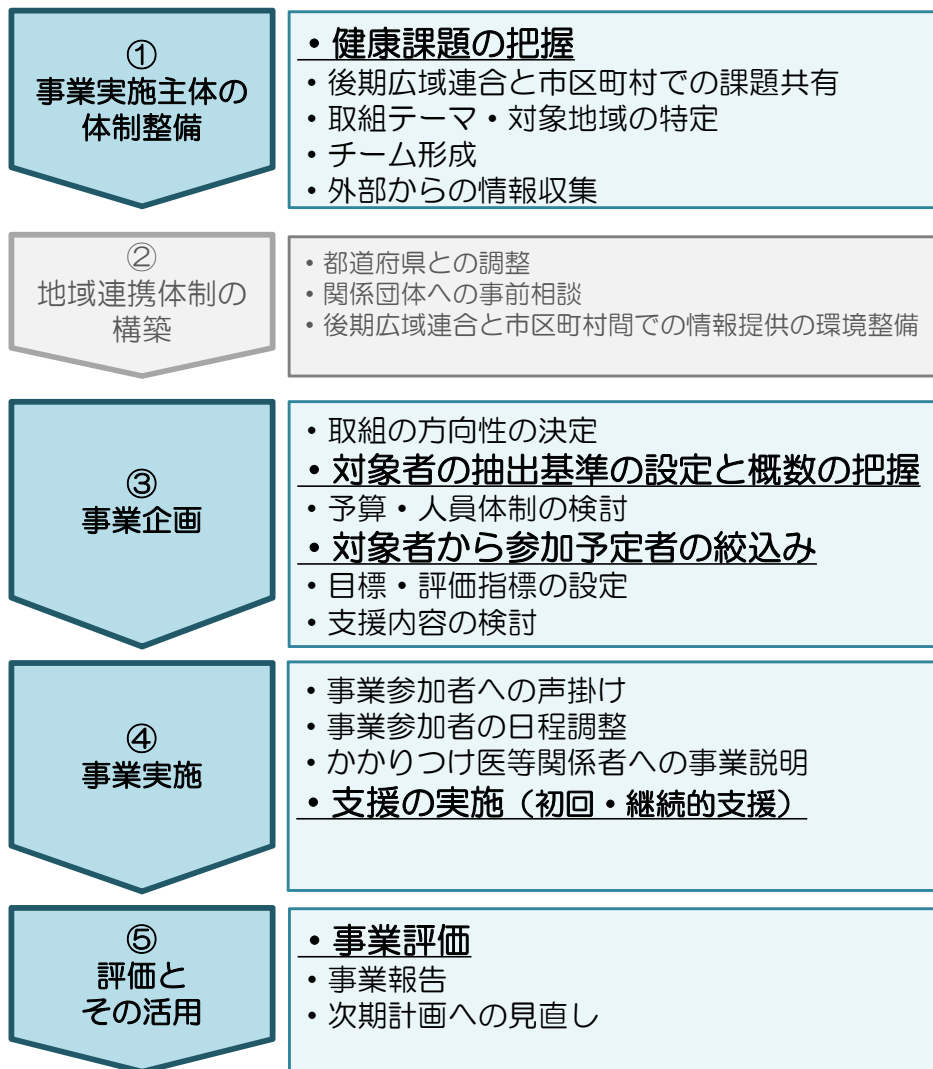
地域の全体における性別、年齢層等の視点による該当者数・該当者割合等を把握し、全体的傾向としての健康課題を把握します。

### 《ガイドライン※③～⑤》

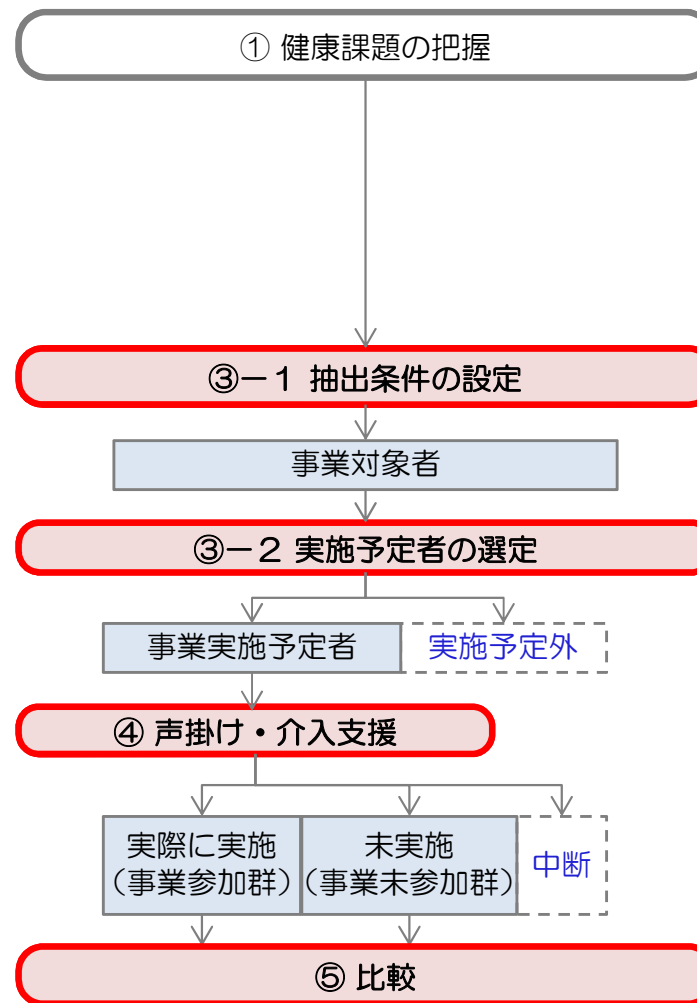
実際に介入支援を行う対象者を具体的に抽出します。また、実施済・実施中断の状況を、1人ずつ記録します。個人毎の実施状況の記録をもとに、介入した人／しなかった人における健診・医療・介護の状況の比較をし、事業評価をします。

※ガイドライン：「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン」（厚生労働省、平成30年4月27日）

### ガイドラインにおける事業実施概要



### KDBシステムにおける対応



# 保険者における高齢者の保健事業と介護予防の一体化に向けた KDBシステム活用の課題

平成30年10月5日  
第3回高齢者の保健事業と介護予防の  
一体的な実施に関する検討会資料  
(国民健康保険中央会提出資料)より抜粋

## ○ 保険制度をまたいだデータの閲覧

現行法令では保険制度をまたいで個人の健康に関する情報を閲覧できる根拠が明確に存在しない。このためKDBシステムでは、各保険者が保険制度をまたいで閲覧する場合、基本的に保険制度内で閲覧を閉じる設計としている。

現在は、各保険者間（国保⇔後期、国保⇔介護等）において個人情報保護審査会や契約等調整の上、閲覧権限の設定を変更することにより保険制度をまたいだ閲覧が可能となっているが、実現に至っていない保険者が多くある。

これを解消するためには、個人情報の保護のもと、制度をまたいでデータを閲覧できる方法（法律の整備等）の検討が必要である。

## ○ 地域包括ケアに関わる在宅医療関連のデータはKDBシステムの帳票にないため、突合csvを用いて分析することとなる

各都道府県のKDBシステムの基となるデータ（突合csv）を国保中央会から希望する国保連合会に提供している。その突合csvを用いて都道府県等と連携し、都道府県が策定する医療計画の参考資料として活用しているところもある。

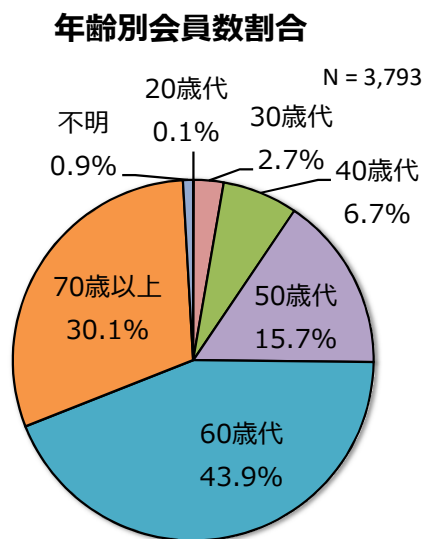
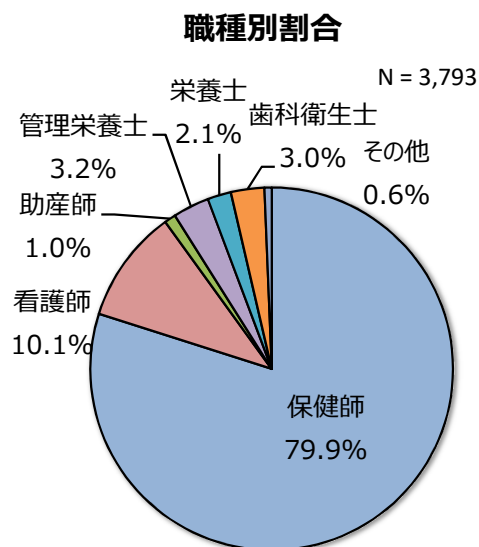
ただし、データの保管・処理・分析など活用には作業時間と技術が必要となるため、簡便に活用できるシステムの開発やそのための経費、人材育成が必要となってくる。

## 設立経緯・目的

- (1) 平成10年頃から本会が新・国保3%推進運動の展開に合わせ、市町村支援のためのマンパワーとして、各県在宅保健師等会の設置を促進した。
- (2) 全国連絡会は、会員の要請により、平成10年頃から会長の連絡会として本会が主催していた会合を、平成18年に情報交換と連絡協議を目的とする全国組織として設立。

## 設置状況

- 県や市区町村等を退職された方が多く在籍する専門職の会。
- 平成29年10月現在40都府県に設置され、3,793名が会員となっている。
- 多くの在宅保健師等会の事務局運営に国保連合会が関わっている。

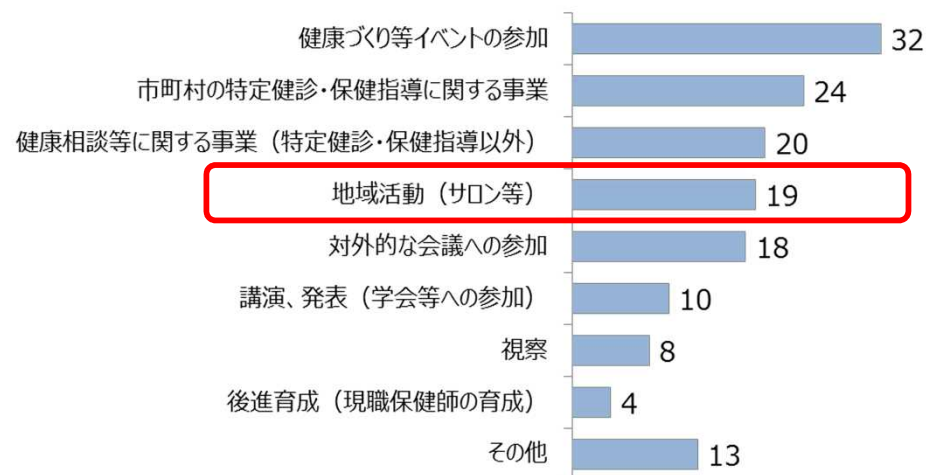


## 活動状況

- 全国の都道府県在宅保健師等会の活動状況として、「健康づくりにおけるイベントへの参加による支援」を32団体(80%)が実施しており、具体的には、健康相談、健康劇、健康講話、健康まつりに対する支援を行っている。
- 次に多い支援は、「市町村の特定健診・保健指導に関する事業」24団体(60%)、「健康相談等に関する事業」20団体(50%)、「地域活動(サロン等)」19団体(47.5%)となっている。
- 「地域活動(サロン等)」は、介護予防を中心に各地域で開催している。

### 都道府県在宅保健師等会の活動内容

単位: 団体

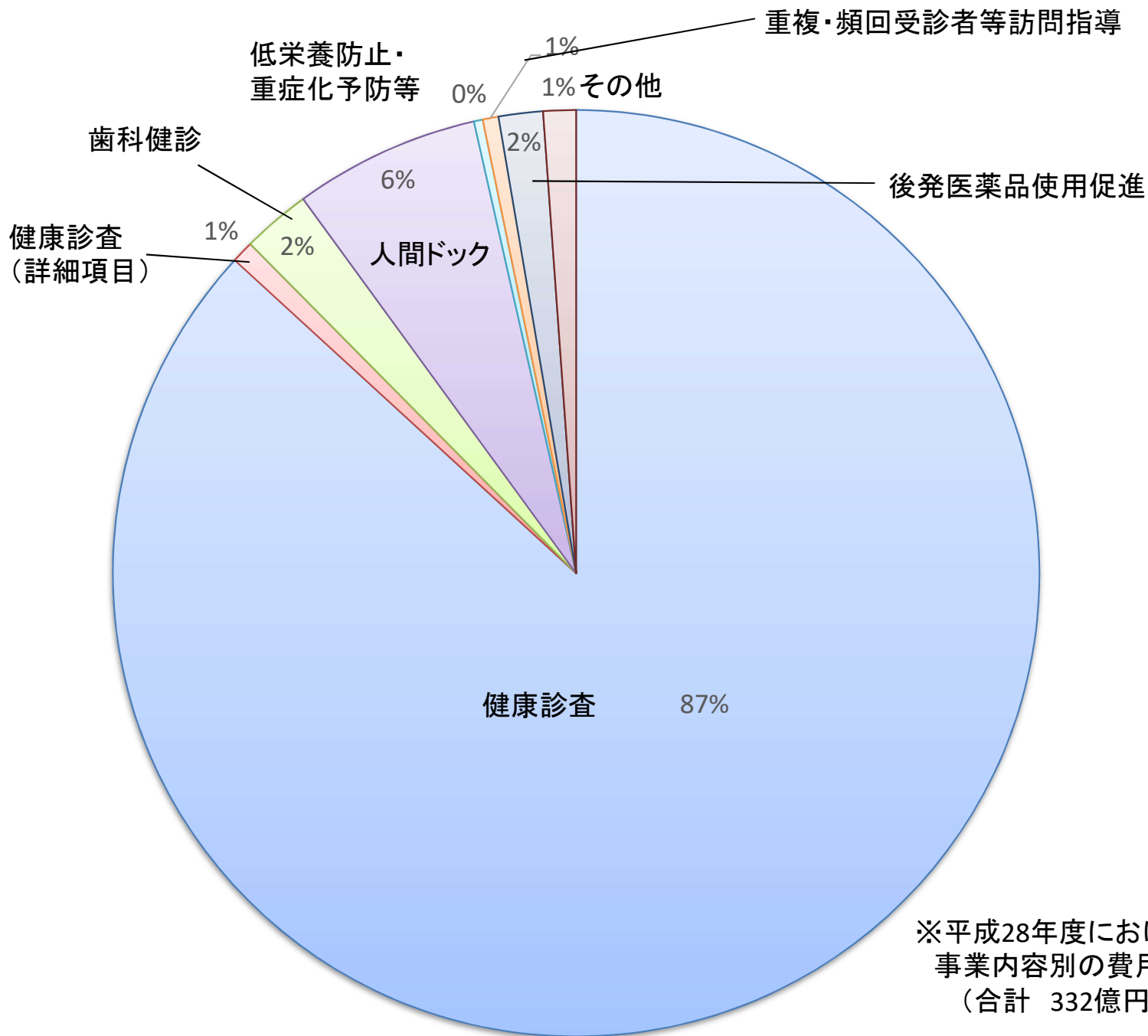


# 保健事業と介護予防の現状と課題



# 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96.5%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。



医療  
保険

退職等

75歳

## 被用者保険の保健事業 (健保組合、協会けんぽ)

- 特定健診、特定保健指導
- 任意で、人間ドック
- 重症化予防(糖尿病対策等)  
保険者により、糖尿病性腎症の患者等に対して、医療機関と連携した受診勧奨・保健指導等の実施。
- 健康経営の取組
  - ・ 保険者と事業主が連携した受動喫煙対策や職場の動線を利用した健康づくりの実施。
  - ・ 加入者の健康状態や医療費等を見える化した健康スコアリングレポート等の活用。

## 国民健康保険の 保健事業(市町村)

- 特定健診、特定保健指導
- 任意で、人間ドック
- 重症化予防(糖尿病対策等)
  - ・ 保険者により、糖尿病性腎症の患者等に対して、医療機関と連携した受診勧奨・保健指導等の実施。
- 市町村独自の健康増進事業等と連携した取組

## 後期高齢者広域連合の 保健事業 (広域連合。市町村に委託・補助)

- 健康診査のみの実施がほとんど
- 一部、重症化予防に向けた個別指導等も実施

国保と後期高齢者の  
保健事業の接続の必要性  
(現状は、75歳で断絶)

フレイル状態に着目した  
疾病予防の取組の必要性  
(運動、口腔、栄養、社会参加  
等のアプローチ)

保健事業と介護予防の  
一体的な実施(データ分析、  
事業のコーディネート等)

65歳

## 介護保険の介護予防・日常生活支援総合事業等(市町村)

- 一般介護予防事業(住民主体の通いの場)
- 介護予防・生活支援サービス事業  
訪問型サービス、通所型サービス、生活支援サービス(配食等)、生活予防支援事業(ケアマネジメント)

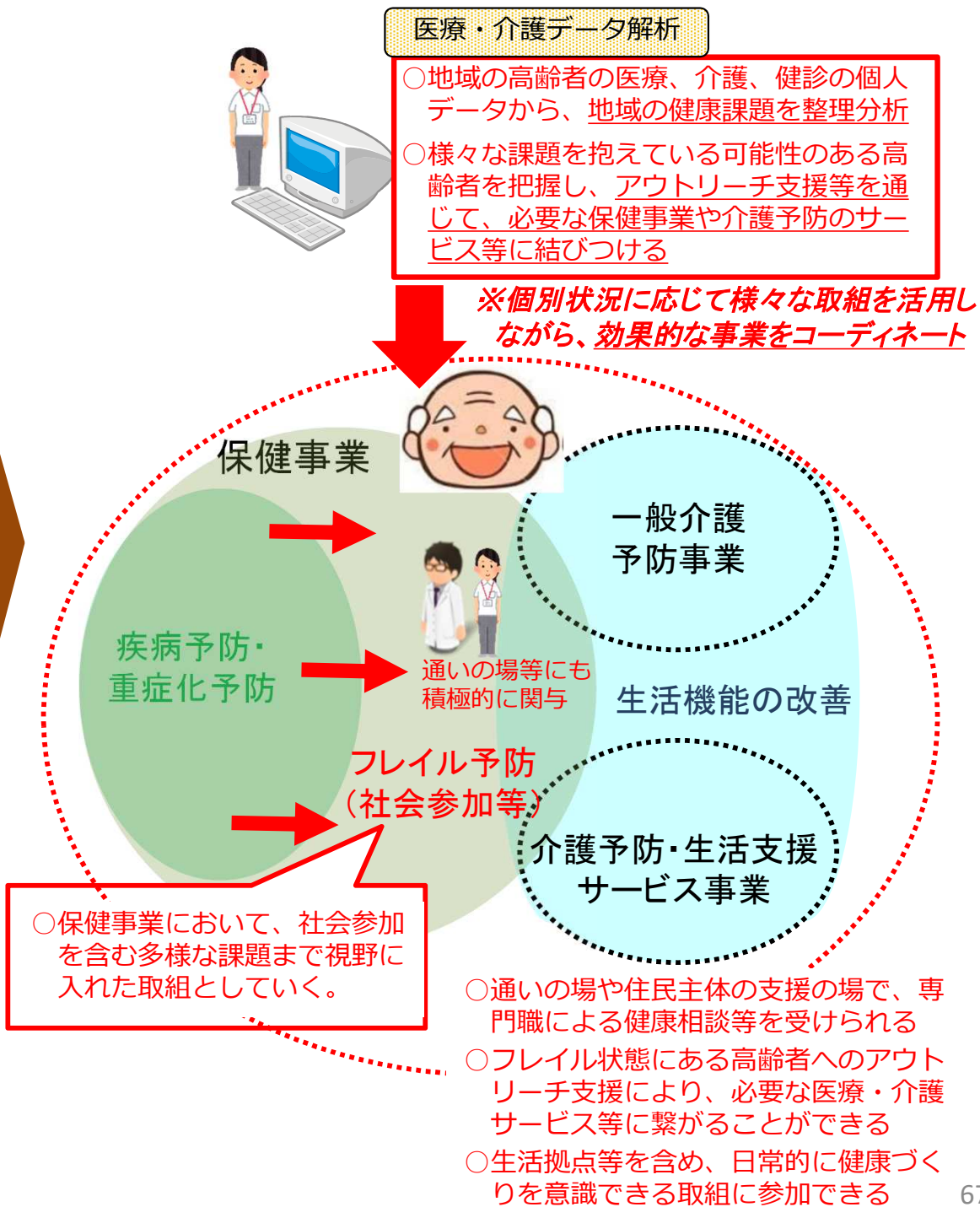
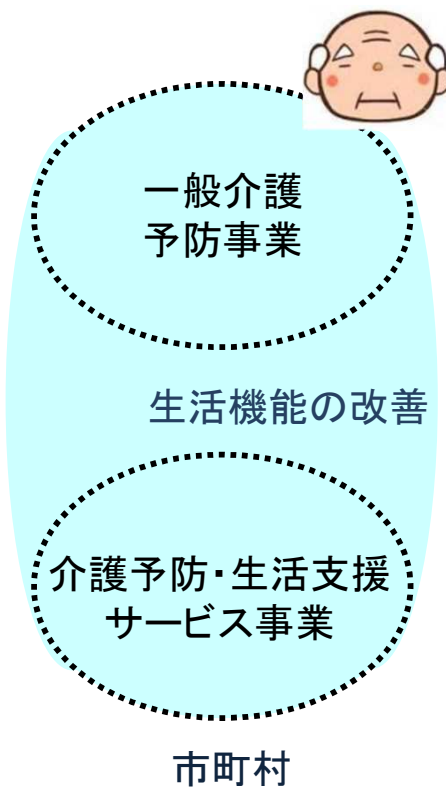
→保健事業との連携による支援メニューの充実の必要性

介護  
保険

# 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施について

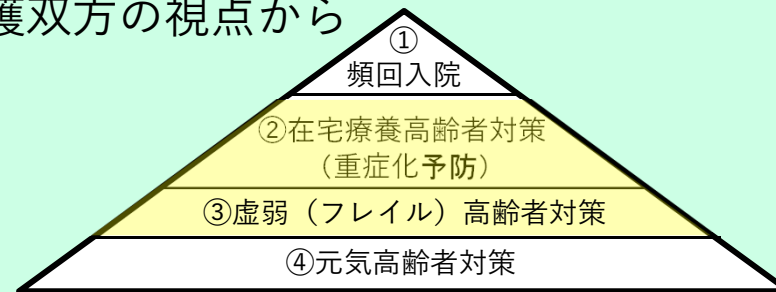
## (取組の現状)

- 高齢者の抱える身体的脆弱性や慢性疾患、認知機能の低下、社会的繋がり低下といった課題は相互に関係しているものの、一人の高齢者に対し、保健事業や介護予防等のサービスがバラバラに行われている状態。
- 後期高齢者の保健事業は健康診査が中心。社会参加等を含む多様な課題まで視野に入りづらい。幅広い対象者へのアプローチが困難。
- 介護予防等における生活機能の向上に向けては、疾病予防等の医学的観点を盛り込むこととされていない。



- データ活用（医療レセ+介護レセ等）により、フレイル予備群やフレイルのおそれのある者を抽出し、圏域の高齢者の健康課題を整理分析

- 圏域内の高齢者を、医療・介護双方の視点から状態をスクリーニング



- フレイル予備群やフレイルのおそれのある者等に対してアウトリーチを実施し、必要な医療・介護サービスに接続

- 健康課題にも対応できる通いの場等の社会資源を創出するためのアドバイスや、フレイル対策の観点からのメニューの改善等のアドバイスの実施

- 通いの場や地域拠点等における健康相談（フレイルチェックを含む）、健康教室等の開催

- 医療受診者に対する、通いの場への参加等の呼びかけ

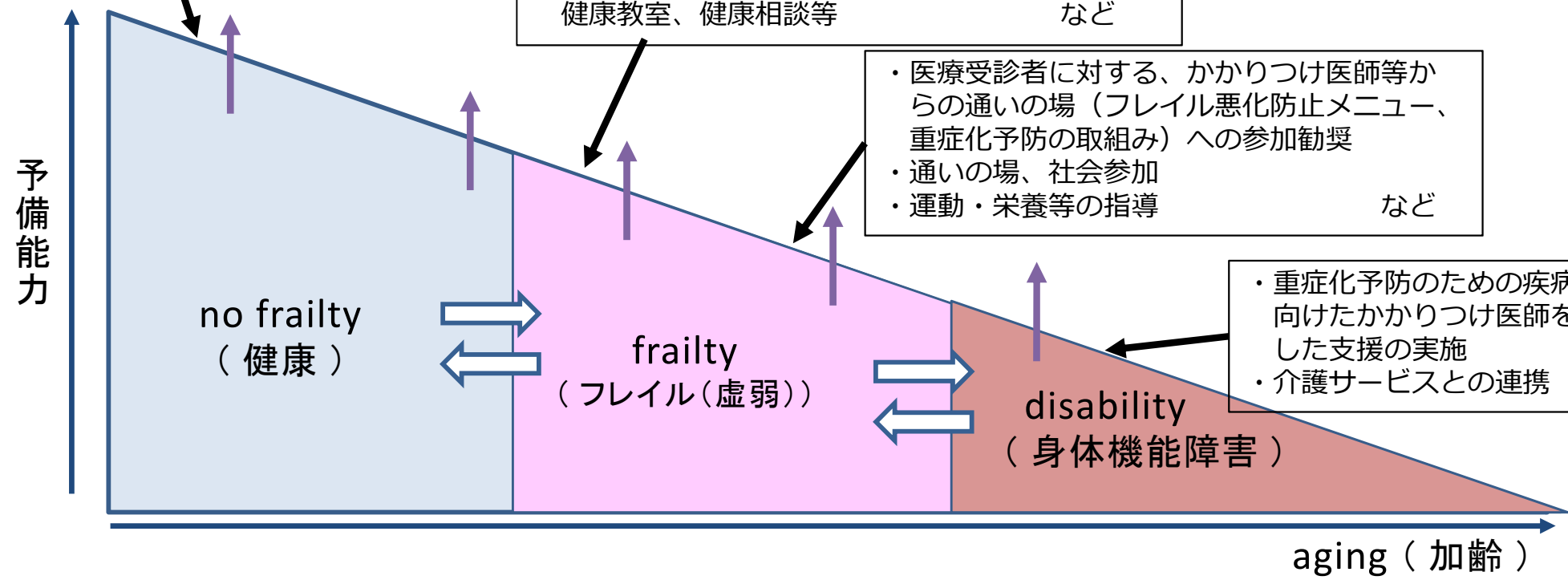
※フレイル予防等の観点から通いの場の事業内容を強化する等、健康増進に資する社会資源の開発  
 ※地域全体として社会参加等を促す機会の創出

- 健康教室・健康相談、フレイルチェック
- 健康課題への気づき
- 通いの場等を活用した社会参加の促進
- フレイル予防メニューを強化（通いの場の事業内容へのサポート等） など

- 医療レセ、介護レセ等の包括的な分析等によるスクリーニング（抽出）
- フレイル予備群としての気づき/疾病への気づき、アセスメント
- フレイル予防メニュー（運動・栄養等）を強化した通いの場等（総合事業含む）へ繋げ、参加勧奨・アウトリーチ
- 受診勧奨（服薬管理、口腔管理を含む）
- 地域の生活拠点等におけるフレイルチェック、健康教室、健康相談等 など

- 医療受診者に対する、かかりつけ医師等からの通いの場（フレイル悪化防止メニュー、重症化予防の取組み）への参加勧奨
- 通いの場、社会参加
- 運動・栄養等の指導 など

- 重症化予防のための疾病管理に向けたかかりつけ医師を中心とした支援の実施
- 介護サービスとの連携 など



# 有識者会議における 各構成員提出資料

## 薬剤師による取組事例

### 新潟市薬剤師会における「平成29年度重複投薬者訪問相談事業」

（新潟県後期高齢者医療広域連合委託事業）について

公益社団法人 日本薬剤師会  
常務理事 有澤賢二

#### ➤ 目的

新潟市薬剤師会では、新潟県後期高齢者医療広域連合の委託を受け、平成29年度重複投薬者訪問相談事業を実施した。

同事業は、後期高齢者の居宅を薬剤師が訪問し、薬剤の管理や飲み方の提案等を行うことで適正な服薬を促し、日常生活の改善及び健康の保持増進を図るとともに医療費の適正化を図ることを目的とした。

#### ➤ 実施内容

（対象者）

3か月連続して同一月に受診医療機関が2か所以上であり、重複投薬等服薬に関する確認や相談、調整が必要な状況が疑われる後期高齢者。

（抽出条件）

訪問対象者の抽出は、平成29年1月～3月診療分の医科・調剤レセプトについて条件を設定して行った。

（実施内容）

訪問した薬剤師は、健康・生活状況のチェックを行った後に、服薬に関する支援・相談、健康相談等を行い、必要に応じて服薬支援グッズやお薬手帳を配布、お薬手帳へ相談内容を記したシールを貼付し、かかりつけ薬局へ提示するよう依頼した。

また、かかりつけ薬局は、お薬手帳から相談内容を把握、必要に応じて対応を行い、その内容を新潟市薬剤師会へはがきにより報告を行った。

#### ➤ 結果

延べ16名の薬剤師が45件の訪問を行い、そのうち15件で重複投薬が発生していた。

実際に行った指導等は、

- 重複投薬の状況の説明17件
- 保険薬局・薬剤師役割の説明18件
- 薬効・副作用の情報提供27件
- 薬剤管理の助言24件
- 非薬物療法の助言5件
- OTC・健康食品の助言9件
- 介護サービスの助言10件
- その他5件

などであった（複数回答）。

また、45件中25件でかかりつけ薬局からフィードバックがあった。

#### ➤ まとめ

日常的に患者に接するかかりつけ薬剤師・薬局の継続的な支援が必要だと思われるが、先述の通り半数程度のかかりつけ薬局からリアクションが有り、継続的な支援のきっかけとすることが出来たのではないかと考えられる。

医師への重複投薬解消の処方提案まで支援できなかったものの、訪問対象者への一歩介入した服薬支援、残薬調節につながったと考えられる。

# フレイル予防を通じた健康長寿のまちづくり

～市民主体のフレイルチェック活動により、

集いの場を“気づきの場”へ～



東京大学 高齢社会総合研究機構（ジェロントロジー：老年学）

飯島 勝矢





# フレイル予防を通じた健康長寿のまちづくり

1

大規模高齢者長期縦断追跡コホート研究  
【柏スタディ】



【悉皆調査】地域診断 5万人データベース

【エビデンス】  
三位一体の重要性  
(食/口腔・運動・社会参加)

【アクションリサーチ】  
エビデンスを地域へ  
フィードバック  
産官学民を巻き込む

フレイル  
チェック  
ツール開発



市民主体(フレイルサポーター)による栄養・運動・  
社会参加を軸とする包括的フレイルチェック

2

【集いの場を“気づきの場”へ】

自治体との協働による  
フレイルサポーター養成



養成研修後、地域の集いの場へ  
皆でワイワイと、フレイル兆候に気づく



3

～フレイルチェック事業の全国展開へ～

栄養・運動・社会参加の包括的【フレイル予防活動】  
全国の自治体で導入：キックオフ



フレイルチェックデータと  
他のデータベースを統合

フレイルトレーナー/サポーター  
養成システムの確立

実施自治体における  
健康長寿のまちづくりへの参画

全国規模のビッグ  
データベース構築・分析

トレー  
ナー  
サポーター  
地域住民

4

全国のフレイルチェックによる【データベース】  
地域診断、各自治体の予防施策への反映

# 集いの場における【フレイルチェック】 - 集いの場を「気づきの場」へ -

## 集いの場でのフレイルチェック 【2つの狙い】

住民自身の早めの気づき・自分事化  
⇒三位一体への行動変容へ



元気シニアの活躍の場（役割）  
⇒生きがいを持った担い手側に



## フレイルサポーター（地域の元気シニア） フレイルトレーナー（地域の現役専門職） 養成システム

【フレイルトレーナーと市民フレイル予防サポーターの合同養成研修】



研修  
（講義）

研修  
（実技指導）  
や自主トレ

【市民主導のフレイルチェック】 - 集いの場を「気づきの場」に -



フレイル予防を通じた快活なまちづくりのモデル構築 ～全国展開へ～

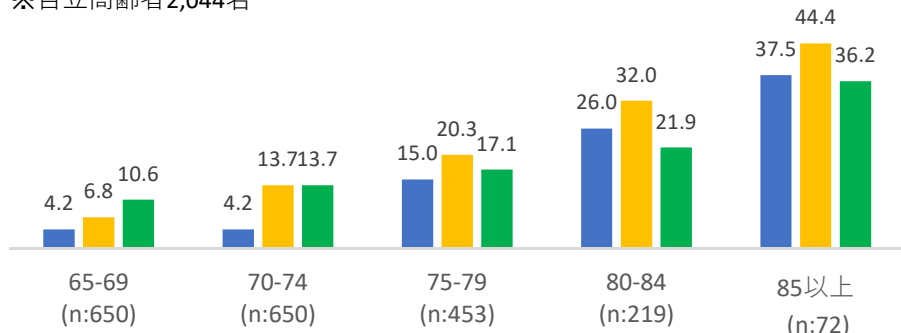
# 【フレイルチェック】 – 特徴とこだわり –

- ① エビデンスから構築したチェック：サルコペニアのリスク、要介護のリスク
- ② 健康長寿 / フレイル予防のための**3つの柱（栄養・運動・社会参加）**
- ③ フレイル**サポーター**（地域の元気シニア）・フレイル**トレーナー**（現役専門職）の養成システムで構築（研修は2日間）
- ④ 赤青シールを**参加市民が自分で貼る**：自分の立ち位置を見える化
- ⑤ 楽しく**ワイワイ笑い**ながら、かつ、**きっちり**と測定してあげる
- ⑥ フレイルサポーターが「**ツボどころ・目からウロコ**」の情報を参加市民と一緒に共有、さらに自治体内の既存活動にもつなげる
- ⑦ 必ず「**継続**」というルールに乗り、**半年単位の定期的**チェック
- ⑧ 悪いデータ（赤シールが多い）方に対して**トライージ**も
- ⑨ フレイルサポーター自身の**達成感**、次回にむけて**進化と成長**
- ⑩ チェックの間の半年間に市民をどのように意識変容・行動変容できるのか、**各自**  
**治体で工夫**を凝らす **【腕くらべ】**

# 【フレイルを見過ごせない2つの理由】

- ① 自立高齢者の約10%が該当、約50%が予備軍
- ② 多面的なフレイルがそれぞれ独立して要介護新規認定のリスクを高める

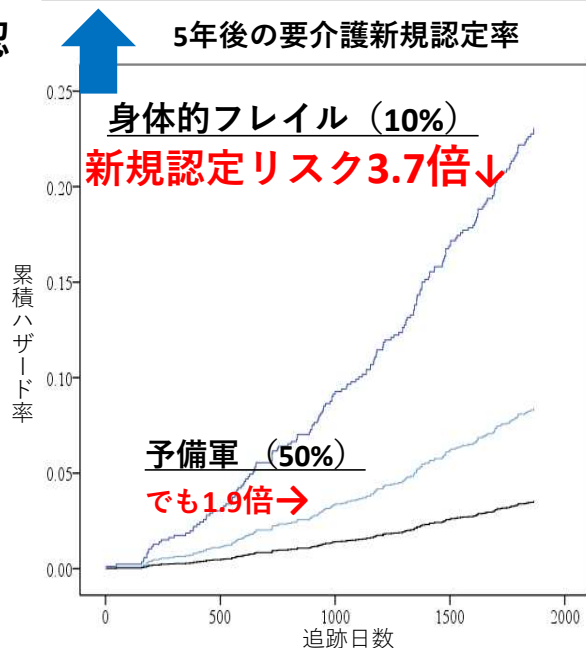
フレイルの有病率 (%) (青：身体的、黄：オーラル、緑：社会的)  
 ※自立高齢者2,044名



→フレイルは高齢なほど、有病率が高まっていく

Tanaka T, Iijima K, et al. submitting data(2018); J Gerontol Med Sci (2017)

身体的フレイルは要介護新規認定リスクが**3.7倍**高い  
 軽度認知機能低下が併存するとさらに**1.5倍**高まる



3つ以上当てはまると身体的フレイル  
 1つでも当てはまると予備軍

- 体重減少
- 筋力低下 (握力で評価)
- 身体能力の低下 (歩行速度)
- 活動量の低下
- 易疲労感

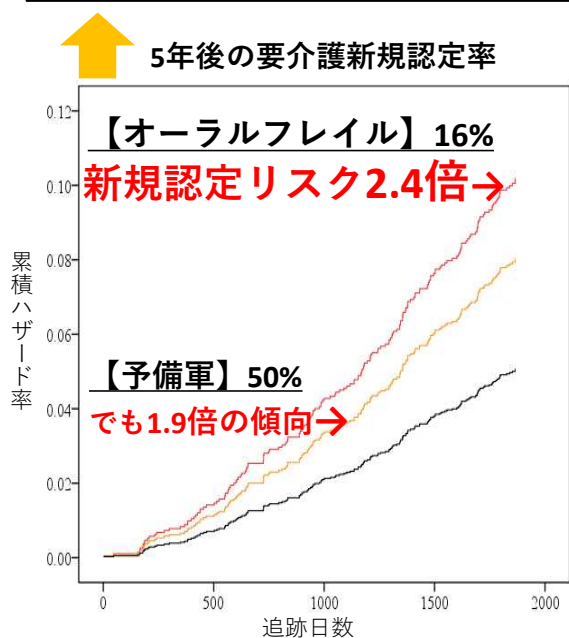
※1つ1つが介護リスクを高める傾向  
 ※身体的フレイルや予備軍に軽度認知機能低下 (MMSE<25) が併存したコグニティブフレイルでは、更にリスクが1.5倍高まる

### 主な調査方法

- 千葉県柏市在住自立高齢者2,019名 (72.9±5.5歳、51%が女性) にて検討
- 年齢や疾患等の影響を調整済み

Tanaka T, Iijima K, et al. submitting data(2018)

オーラルフレイルは要介護新規認定リスクが**2.4倍**高い  
 ※主観的指標・客観的指標を含めての検証



3つ以上当てはまるとオーラルフレイル  
 1つでも当てはまると予備軍

- 自身の歯の数が20本未満 (客観)
- 咀嚼能力の低下 (客観)
- 滑舌の低下 (客観)
- 舌運動の力の低下 (客観)
- 噛めない食べ物の増加 (主観)
- お茶や汁物でむせる (主観)

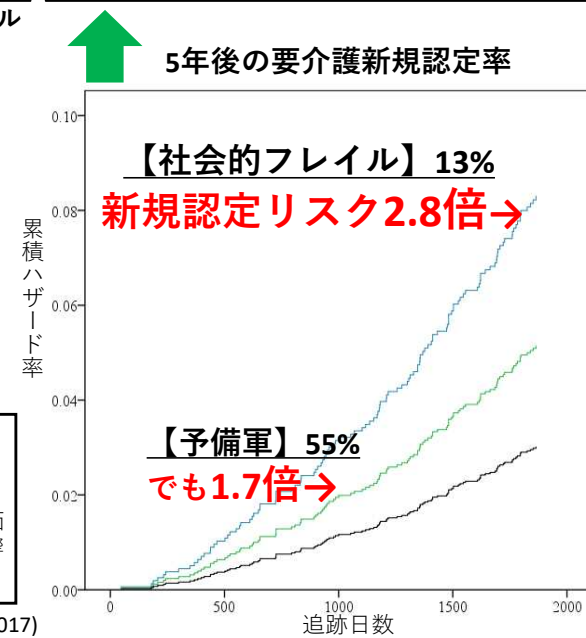
※1つ1つが介護リスクを高める傾向

### 主な調査方法

- 千葉県柏市在住自立高齢者2,011名 (73.0±5.5歳、51%が女性) にて検討
- 歯科医師・歯科衛生士による定量評価
- 年齢や身体的フレイル、疾患等の影響を調整済み

Tanaka T, Iijima K, et al. J Gerontol Med Sci (2017)

社会的フレイルは要介護新規認定リスクが**2.8倍**高い  
 ※身体的フレイルを除外しての解析結果



3つ以上当てはまると社会的フレイル  
 1つでも当てはまると予備軍

- 月に1度も友人と食事をしない
- 週に1度も町の外に外出しない
- 半年前と比べて外出頻度が減った
- 困った時に助けを求める親族がいない
- 独居/同居でも3食とも孤食
- 年間の収入が少ない (経済的困窮)

※1つ1つが介護リスクを高める傾向

### 主な調査方法

- 千葉県柏市在住自立高齢者1,797名 (72.5±5.2歳、49%が女性) にて検討
- 調査開始時に認知機能低下や身体的フレイルであった200名を除外
- 年齢や疾患等の影響を調整済み

Tanaka T, Iijima K, et al. submitting data(2018)

# 【市民主体(フレイルサポーター)によるフレイルチェック、そのポイント】

## ①住民主体で楽しくチェック可能

## ②チェックが科学的根拠に基づいている



- ・自治体との協働による **フレイルサポーター養成**
- ・システムは既に標準化、**全国で600名を超えるサポーターが活躍中**
- ・最大の特徴は、**男性も多く参加している (全国平均3割を占める)**



- ・会場は和気あいあい。参加者もサポーターも笑顔に溢れる現場。
- ・すでに**5000名近く**の参加者が**フレイルチェックに参加!**
- ・有効回答者の**86%**が「**また参加したい**」と回答
- ・フレイルサポーターの**94%**が「**やりがいを感じる**」と回答

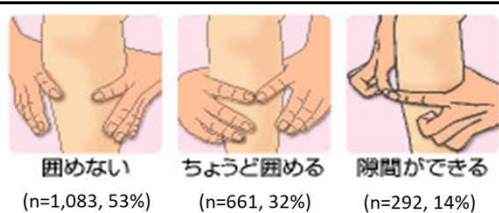
- ・終了後はサポーターがハンドブック(右上)を用いてフレイル予防の重要性やワンポイントアドバイス等を説明。
- ・サポーターと参加者が一緒になった復習グループワークも実施。
- ・赤が多かった要注意な参加者には、介護予防事業や医療機関、オーラルフレイル改善プログラムの推奨も。潜在的なリスク保持者にも対応

## チェック項目の科学的根拠 (指輪っかテスト)

簡易チェック「指輪っかテスト」で**赤信号(隙間ができる)**は要注意

- ・「サルコペニア新規発症リスク」
- ・「要介護認定リスク」
- ・「死亡リスク」が高まる

※「ちょうど囲める」場合もサルコペニア発症リスクが有意に高くなる。  
※簡易チェックは場所を選ばず実施可能。地域での気づきに有効。



サルコペニア新規発症リスクは・・・

**1.0倍**      **2.1倍**      **3.4倍**

要介護新規認定リスクは・・・

**1.0倍**      **1.1倍**      **2.0倍**

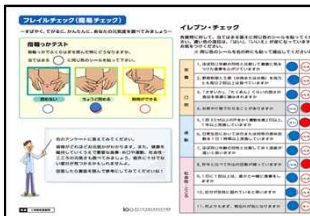
死亡リスクは・・・

**1.0倍**      **0.8倍**      **3.2倍**



## フレイルチェック青信号数と要支援・要介護認定

簡易チェックシート(計12信号数)  
(指輪っかテストとイレブンチェック)

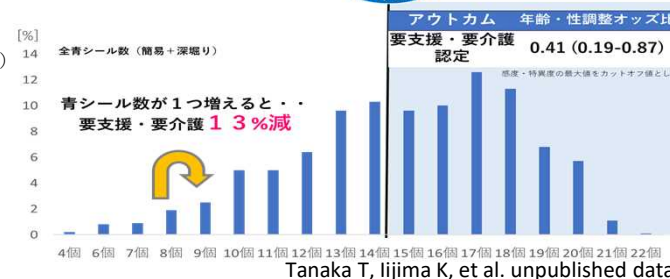


深掘りチェックシート(計10信号数)  
(口腔3項目、身体4項目、社会性3項目)



フレイルチェックの合計青信号数が多いほど、**要支援・要介護認定者が少なくなる**  
→ **赤信号を減らし、青信号を増やすことが重要**

- ・千葉県柏市の876名(76.1±5.2歳、女性48%)を調査した結果。
- ・合計青信号数が増えるほど、要支援・要介護認定者が減少
- ・22個中、15個以上青信号数がつけば**60%減**



# 【市民主体(フレイルサポーター)によるフレイルチェックの影響・効果】

- ① 参加者の多くはフレイル予防に目覚め、青信号数が増加
- ② サポーター自身の意識や行動変容にも良い影響。健康観の向上も



## フレイルチェック参加者の変化事例

神奈川県A市在住73歳女性 (145cm)

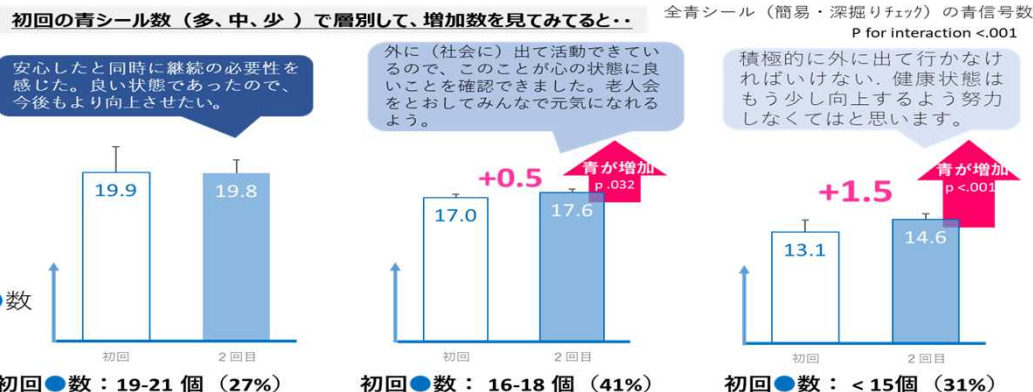
	1回目	2回目	3回目
参加日程	2016年7月5日	2017年2月7日	2017年11月10日
合計青信号数	13	17	19
滑舌/ta/, 回/秒	7.0	7.2	7.2
滑舌/ka/, 回/秒	6.4	6.4	6.6
口腔関連QoL, 点	57	59	58
握力, kg	18.7	19.7	22.1
下腿周囲長, cm	35.4	34.6	35.0
四肢骨格筋量, kg/m <sup>2</sup>	6.88	6.83	6.90
人とのつながり, 点	15	19	20
外出頻度	-	2~3日に1回は外出	毎日1回以上外出

- 野菜と肉/魚を毎日2回以上食べるように
- 60分以上の身体活動をするように
- 歩く速さがほぼ同年齢と同性と比べて速いと思うように
- 口腔関連QoLが基準値を上回った。人とのつながりが向上
- 半年前と比べて、よく噛み、運動するようになり、社会参加するようになり、フレイルに気を付けるようになった

- 握力が基準値を上回った!
- 滑舌(ka)も向上
- 口腔関連QoLが基準値を上回った
- もの忘れが気にならなくなった
- 外出頻度が毎日1回以上になった

## フレイルチェック参加後の変化：全国のフレイルチェックデータより

- 半年後、参加者の72%が「フレイルにならないように気をつけるようになった」と回答
- 青が多かった参加者は青信号数を維持。少なかった人は増加の傾向



対象：北陸、関東、近畿、九州のリピーターの内、満60歳以上の者 (685名、75.4±6.2歳、77%が女性)  
 期間：第1回目(2015年4月17日~2017年10月12日) / 第2回目(2015年8月24日~2018年3月22日)  
 備考：欠損値は多重代入法にて補完。エラーバーは2標準誤差。口腔機能や社会性、運動習慣に有意な向上。

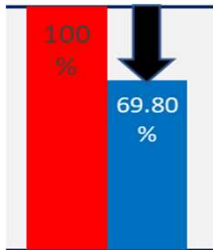
Tanaka T, Iijima K et al. Geriatric medicine (2018)

## フレイルチェック参加で改善した項目と要介護認定リスクとの関係

- フレイルチェック参加者は平均+1.0個の青信号が向上
- 特に、「口腔機能」、「社会性」、「運動習慣」、「もの忘れ」の青信号が有意に向上
- 各改善項目(一部抜粋)と5年後の要介護新規認定リスクを千葉県柏市在住高齢者2000名で検証

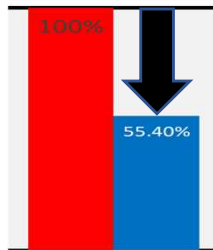
### 口腔：滑舌(タ音)が改善

5年後の要介護新規認定リスクが-30%減  
 ※年齢、性別や疾患で調整 (P<.050)



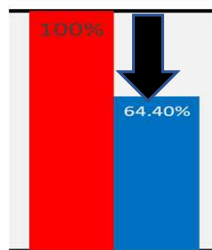
### 社会性：外出頻度が改善

要介護新規認定リスクが-45%減  
 ※年齢、性別や疾患で調整 (P<.050)



### もの忘れが青信号に

要介護新規認定リスクが-36%減  
 ※年齢、性別や疾患で調整 (P<.050)



Tanaka T, Iijima K, et al. unpublished data

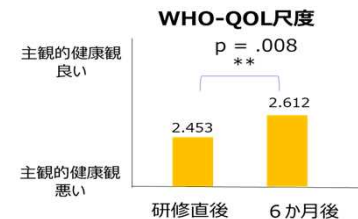
## フレイルサポーターの変容(人的地域資源の拡充)

### 地域に貢献したいという 気持ちがより強く

- できるだけ多くの地域住民にフレイルチェックに参加してもらったり、フレイルについて知ってもらうことで高齢者の健康の向上に寄与したい
- フレイルチェックを通して地域活動に興味を持ち参加するようになった
- 住民の慣れ親しんだ様々な場所で地域活動を行い、活動を広げたい
- 住民の健康について考え、自信をもって具体的に行動するようになった



### サポーターの主観的健康観が向上



Fujisaki M, Iijima K, et al. unpublished data

- 現時点で男性が3割を占める
- 特に男性サポーターの活動継続に寄与
- フレイルチェックだけでなく様々な地域活動に波及

# 【フレイルチェックを基軸とした健康長寿なまちづくり、専門的な受け皿の開発】

## フレイルチェックを基軸とした健康長寿なまちづくり：ポピュレーションアプローチ

庁内連携を組み、マルチステークホルダーでフレイル予防を大きなムーブメントに

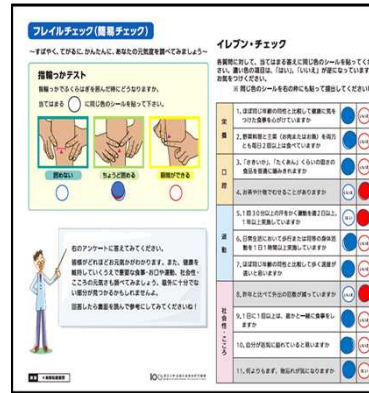
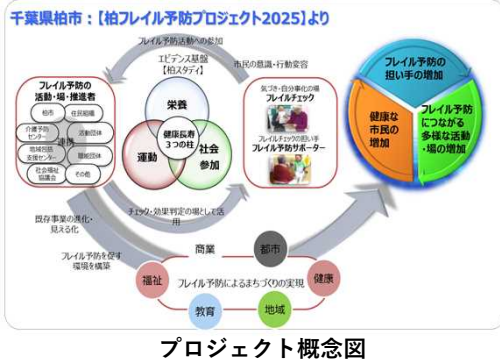
- 千葉県柏市等ではまち全体でフレイル予防の機運の醸成を目指し、フレイル予防プロジェクトを展開
- 多職種多部門の連携によるフレイル啓発、フレイルチェックやその後の対応などのモデル化を進めている

簡易チェック（指輪っかテストやイレブンチェック）を活用したフレイルの普及啓発も

- 簡易チェックを様々な場所で活用
- フレイルチェックへの勧奨やフレイル予防への気づき・自分事化に有効

【オーラルフレイル簡易スクリーニング法】を開発

- 歯科医療専門職のいない現場にて活用
- 4点以上でオーラルフレイルリスクが特に向上。歯科や改善プログラムにつなげる。



質問項目	はい	いいえ
半年前と比べて、かたいものが食べにくくなった	2	
お茶や汁物でむせることがある	2	
義歯を使用している	2	
口の乾きが気になる	1	
半年前と比べて、外出の頻度が少なくなった	1	
さきいか・たくあんくらいの硬さの食べ物が噛める		1
1日に2回以上は歯を磨く		1
1年に1回以上は歯科医院を受診している		1

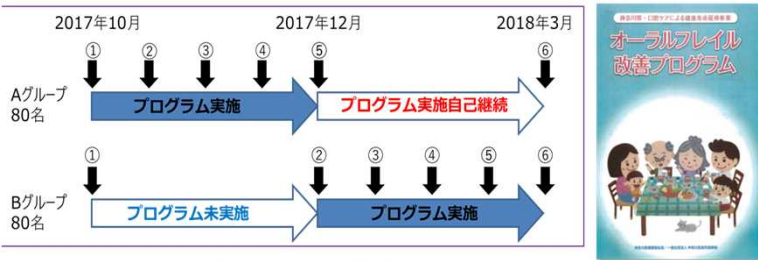
田中友規, 飯島勝矢. 第60回日本老年医学会学術集会

## 歯科による専門的な受け皿の開発と有効性の検証：【オーラルフレイル改善プログラム】

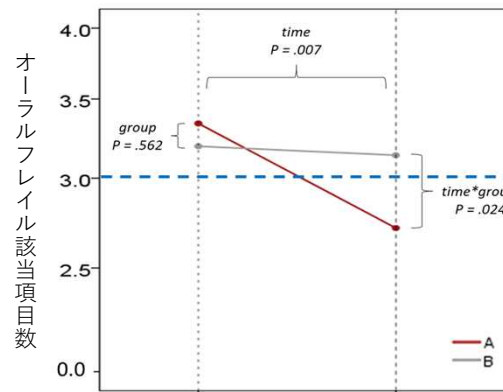
➤ 歯科は特に専門的な対応が必要。フレイルチェックや歯科医院等で見つかったハイリスク者向けの改善プログラムを開発

神奈川県歯科医師会調査 2017年実施  
地域在住高齢者 160名  
無作為比較対照試験 (介入期間 3カ月)

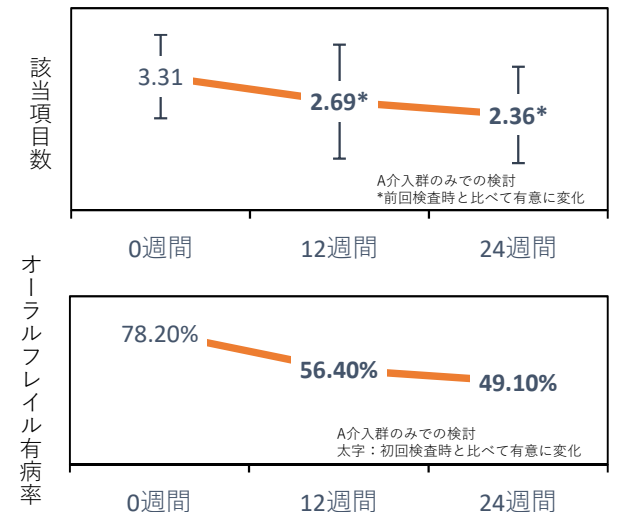
平成28年度に実施した歯科医院受診中の3300名の患者のうち、オーラルフレイルに該当した804名のうち、介入協力歯科医療機関20施設に受診中の患者160名を、無作為に歯科医療機関を2グループに割り付け、クロスオーバー試験を実施中 (実装を想定)



➤ 介入群は、非介入群と比較して「**オーラルフレイル該当項目数**」が**有意に減少!**



- 介入終了のさらに12週間後も、介入効果を維持
- オーラルフレイル該当項目数がさらに減少
- オーラルフレイル (3項目以上) が**29%減**
- 更なる有意な改善傾向も確認



神奈川県オーラルフレイルプロジェクトチーム Unpublished data

# ライフサポート

高齢者の心身機能が低下する「フレイル」の兆候を見逃さないようにする取り組みが自治体に広がっている。介護が必要になる手前の段階で適切に指導し、高齢者が健康な生活を維持できるようにするのが目的だ。高齢者にも効果が始まっている。

「体が動かなくなってきたのは年のせいと諦めていたが、毎日の軽い運動をしたら調子がよくなった」と語るのは長野県佐久市の青木高しゅんさん(81)だ。同市は75歳と(80歳)の高齢者に全戸訪問して調査し健康状態を調べてもらっている。その結果、筋肉量の減少や筋力、身体機能、歩行速度の低下など「フレイル」の兆しがあると保健師や理学療法士、管理栄養士、歯科衛生士が4カ月間、訪問指導する。青木さんは筋力の低下で滑舌がよくなかったが、(1)口を閉じて呼吸を止めてみる(2)腕を伸ばして肩甲骨を動かす(3)背骨を伸ばす(4)足を揃えて立ち上がる(5)膝を曲げて立ち上がる(6)など、簡単な運動を毎日続けることで、両腿筋は改善した。フレイルは、2014年に日本老年医学会が命名した病態だ。

## 高齢者の心身の衰え

## フレイル

## 読み解きワード

# 「要介護」直前国も対策

「3要素」不足でリスク 栄養、運動、社会参加

フレイルは、65歳以上の高齢者に、本邦で約1000万人に達している。そのうち約100万人が「要介護」状態にある。フレイルは、要介護に至る直前の状態を指す。栄養、運動、社会参加の3要素が不足すると、フレイルの状態になる。この状態を改善することで、要介護を予防できる。自治体は、フレイルの兆候を把握し、適切な指導を行う必要がある。

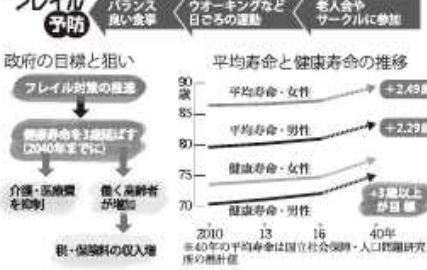


Table with 2 columns: '質問' (Question) and '回答' (Answer). It contains 10 questions related to diet, exercise, and social participation, with 'はい' (Yes) and 'いいえ' (No) options.

千葉・柏予防の取り組み 千葉県柏市は、フレイルの兆候を把握し、適切な指導を行う取り組みを行っている。市民サポーターや理学療法士が、高齢者の自宅を訪問し、運動や栄養の指導を行う。この取り組みにより、フレイルの兆候が改善し、要介護を予防している。

自治体は、フレイルの兆候を把握し、適切な指導を行う必要がある。市民サポーターや理学療法士が、高齢者の自宅を訪問し、運動や栄養の指導を行う。この取り組みにより、フレイルの兆候が改善し、要介護を予防している。

## 「フレイル」見逃さない



保健師と理学療法士が高齢者宅を訪問。運動などの指導を行う。(長野県佐久市)

## 食事・運動 自治体が指導 要介護への進行防ぐ

状態を把握して、高齢者が介護が必要になる手前の段階、加齢に伴って体の機能が低下する「身体要因」に加え、認知機能の低下やうつ病(「精神・心理的要因」、独り暮らしや閉じこもりがちな社会的要因)が影響を及ぼしている。

「フレイル」に陥った高齢者を早く見つけ、適切に支援すれば、要介護に進行を防げる。自治体は、フレイルの兆候を把握し、適切な指導を行う必要がある。市民サポーターや理学療法士が、高齢者の自宅を訪問し、運動や栄養の指導を行う。この取り組みにより、フレイルの兆候が改善し、要介護を予防している。



## 市民サポーターとチェック

この仕組みは神戸市や金沢市、山梨県南吹市などが採用予定で、18年度末に40超になる見通しだ。自治体は、フレイルの兆候を把握し、適切な指導を行う必要がある。市民サポーターや理学療法士が、高齢者の自宅を訪問し、運動や栄養の指導を行う。この取り組みにより、フレイルの兆候が改善し、要介護を予防している。

2018年8月1日 日本経済新聞

政府の思惑 社会保障費の削減に 高齢者の増加に伴って、社会保障費が増加している。政府は、社会保障費の削減を図りたい。そのためには、高齢者の健康を維持し、要介護を予防することが重要である。自治体は、フレイルの兆候を把握し、適切な指導を行う必要がある。



## 坂戸市における介護予防・日常生活支援総合事業等の状況

### 1 坂戸市の概要

坂戸市は、埼玉県のほぼ中央に位置し、昭和29年7月に、坂戸町、三芳野村、勝呂村、入西村、大家村の5町村が合併して新生坂戸町となり、この後、人口は安定的に推移し、農業中心の町として発展してきた。昭和40年代の後半には、都心から45キロメートル圏という利便性から、大規模な住宅団地などの相次ぐ開発で人口増加は著しくなり、昭和50年から昭和55年までの人口の伸びは、市の中で全国一となり、昭和51年9月1日に埼玉県で39番目、全国で644番目の市として坂戸市が誕生した。市制施行時55,000人であった人口は都市化とともに増加し、平成18年10月に10万人都市となる。

人口	101,161人
世帯数	45,688世帯
高齢者人口	28,946人
高齢化率	28.6% (平成30年9月1日現在)

### 2 介護保険料等

第7期介護保険（1人当たりの介護保険料）

介護保険事業計画	保険料基準額（年額）	参考：左記の月額
第5期計画	51,000円	4,250円
第6期計画	55,200円	4,600円
第7期計画	55,200円	4,600円

### 3 高齢者人口の推計

第7期計画の最終年度である平成32年の本市の人口は101,285人と見込まれ、そのうち65歳以上は29,712人、高齢化率は29.3%となる。団塊の世代が全て75歳以上となる平成37年（2025年）の本市の65歳以上人口は30,013人で、高齢化率は29.9%になるものと予測される。年代別に見ると、65～74歳の前期高齢者は平成28年以降減少を続けるのに対し、75歳以上の後期高齢者は増加を続け、平成32年には前期高齢者15,365人、後期高齢者14,347人となり、平成37年（2025年）には前期高齢者11,718人、後期高齢者18,295人となるものと予測される。

### 4 要支援・要介護高齢者数の推移

介護保険制度の創設以来、本市の要支援・要介護認定者数は増加傾向にある。平成25年から平成29年にかけて、本市の要支援・要介護認定者数は3,098人から3,665人へと増加（約1.18倍）した。高齢者全体に占める要支援・要介護認定者の割合（認定率）については、平成25年から平成29年にかけて増減しながらも横ばいとなっており、このことは本市における介護予防の取組に一定の効果が見られるものと考えられる。

今後は、後期高齢者の増加とともに、要支援・要介護認定者数の増加が見込まれ、第7期計画の最終年である平成32年の要支援・要介護認定者数は4,319人となり、認定率は14.5%になると予測されている。なお、平成37年（2025年）の要支援・要介護認定者数は5,654人となり、認定率は18.8%となると予測されている。

### 5 本市における介護予防・日常生活支援総合事業の状況

介護予防・日常生活支援総合事業の内容	開始年度	特記事項
従来相当サービス	平成28年4月1日	
サービスA	〃	
サービスB	平成29年4月1日	ウエルシア薬局（株）及び城西国際大石田教授との連携
サービスC（通所のみ）	〃	
サービスD	検討中	

### 6 総合事業サービスB制度開発における産官学連携の経緯

(1) ウエルシア薬局との連携 <平成27年6月>

ウエルシア薬局（株）が展開するドラッグストア店舗において、坂戸市厚川地内に新規オープンしたウエルシア鶴舞厚川店のフリースペース（以下「ウエルカフェ」と記す。）を利用した高齢者等の活用について、ウエルシア側から提案をもらう。市としては、高齢者の居場所づくりを積極的に推進している中、地域に根ざした経営理念を持つ当事業者との連携を進める方針となる。

具体的事業としては、認知症対策事業として進める「おれんじカフェ」（本市はひらがな表記）の開催会場を皮切りに連携をスタートさせた。

(2) 総合事業サービスBの利用団体の活動場所として検討開始 <平成28年10月>

ウエルカフェの利用をさらに発展させ、総合事業サービスBの利用につなげるため、本市が同時期に進めていた、総合事業サービスB補助金交付要綱の策定にあたり、ウエルシア薬局（株）の社員の紹介により、城西国際大学石田路子教授（当時）が要綱作成の作業メンバー（以下「チーム」と記す。）へ参画することになる。本チームでは、石田教授、ウエルシア薬局社員、坂戸市社会福祉協議会、本市高齢者福祉課職員が一堂に会し、社会福祉協議会が抱える、高齢者ふれあいサロン等の団体情報、他市町村の設置状況、石田教授からのシステム運用等にかかる技術的助言、ウエルシア薬局店舗の社内利用規約との整合性等を確認した。

(3) 総合事業サービスB要綱制定における検討 <平成28年12月>

チームの検討を重ねた結果、サービスBに係る補助要綱について、通所型サービスに関しては、サービスBを提供する利用スペースに賃貸借契約がある補助単価と、賃貸借がない補助単価の2通りを設定した。

参考：総合事業サービスB補助要綱 別表の抜粋

区分	総合事業対象者	居宅要支援被保険者	
		要支援1	要支援2
訪問型サービスB	1回当たりの金額	500円	500円
	利用限度回数	5回	10回
通所型サービスB （会場の賃貸借契約がない場合）	1回当たりの金額	1,000円	1,000円
	利用限度回数(月)	5回	10回
通所型サービスB （会場の賃貸借契約がある場合）	1回当たりの金額	1,800円	1,800円
	利用限度回数(月)	5回	10回

今回、石田教授、ウエルシア薬局との検討の中から出たアイデアを基にして設定した単価であり、仮に住民主体で通所型サービスBを展開する場合、市内にあるウエルシア薬局以外の事業者等のフリースペースが活用できる場合も想定し、賃貸借がある場合と賃貸借がない場合では、実施会場の確保のために必要経費に差が出るものと見込んだ。この要綱に基づくサービスBは、現在1か所実施している。

(4) ウエルカフェの利用検討から派生した事業

ウエルカフェスペースの活用は、おれんじカフェの開催を皮切りに、介護予防体操自主グループの活動場所を継続的に実施している。さらに、本市、農業振興部門とも連携した地元野菜販売のトラック市を開催している。このような事業連携が発展し、平成30年5月には本市とウエルシア薬局とは、包括連携協定を締結するに至った。また、本市が直接的に開発したサービスではないが、ウエルシア薬局では特別養護老人ホームと連携して、特養入所者のお買い物ツアーの拠点となる店舗としても地域貢献を果たしており、ウエルシア鶴舞厚川店に隣接する鶴舞団地では、団地自治会と連携したお買い物お届け支援サービス等が実施されている。

なお、ウエルカフェを会場とした総合事業通所型サービスBとしての高齢者向けサービスの提供については、受け皿となるサービスの提供団体が確保できず、現状のところサービスの提供にはつながっていない。本市では、ウエルカフェを利用したサービスBの提供につなげるため、総合事業サービスBの補助金交付要綱等について、平成30年度中の見直しを進めている。

#### (5) おれんじカフェの利用状況

・4店舗で実施、延べ235人の利用

※地域包括支援センターが主催する、「おれんじカフェ」で、平成30年4月～8月末日のデータ。

(写真：ウエルシア薬局で開催中のおれんじカフェ)

(6) 介護予防体操「お達者体操」自主グループの活動場所としての活用の状況

・2店舗で毎週1回実施、1回当たり55人程度の参加者数

(写真：ウエルシア薬局で開催中のお達者体操)



## 7 総合事業における課題

### (1) 総合事業の理解の普及

総合事業の理解については、様々な場面で周知を図り、制度の理解と利用促進を図っている。しかし、利用者は自身の身体の不調を覚え、はじめて介護サービス利用の意識が芽生えてから、介護保険制度への理解が始まる傾向にある。そのため、行政からの周知に加え、生活支援体制整備事業を通じた協議体等により、住民間の学習会など、身近な学習の機会を活用する必要がある。周知の手法としては、ウエルシア等の小売店事業者等の店頭キャンペーンなどを活用した市職員や地域包括支援センターからの定期的な情報発信が必要である。

### (2) 住民主体サービスの参画促進

住民主体サービスの体制を充実させるために、既に地域で活動している高齢者等のサロンに、総合事業サービスBへの参入を提案し、理解を求めているが、団体に属さない他者へのサービス提供について、団体から抵抗があるとの意見を聞くことがままある。この要因としては、活動する団体の派生要因に見られ、総合事業で目指している、地域で気楽に利用できる安価なサービスの提供を目的とする団体は少なく、自分たちの居場所のために地域で集まりを作る団体が本市の場合には多く、会員同士の交流の場にはなっているものの、サービスの提供にいたるまでの展開につなげていくまでには、まだいくつかの段階を経る必要がある。サービス提供を主目的とする、新たな団体設立支援も同時に試みているところではあるが、今後は地道な行政、協議体等からのアプローチとともに、新たな人材開発や方法論の創出等が必要と思われる。

### (3) コーディネーターの限界

生活支援体制整備事業を通じて、住民、行政、事業者等のコーディネートを行う生活支援コーディネーターが設置された。このコーディネーターは、生活支援体制における、各種サービス等の開発コーディネーター機能は持っているものの、介護保険制度をはじめ、いわゆる社会保障関連事業のすべてに必ずしも精通する者ではなく、介護予防、医療介護連携、認知症対策事業、地域ケア会議事業等の高齢者を取り巻く事業全般の総合的な理解とコーディネート力が不十分な状況がみられる。高齢者を取り巻く環境整備の第一義的責任は行政にあると考えているが、現状のひっ迫した行政事務の中では、地域に出て、多くの住民に理解を得る時間を割けない状況があり、これを補うための方法を模索する必要がある。

## 8 産官学連携による相乗効果

ウエルシア薬局からの提案により開始した店舗スペース利用事業は、スペース活用に留まることなく、石田教授の助言を受けられたことから、総合事業の加速的な制度の設計につなげることができた。さらに、高齢者福祉課とウエルシア薬局との連携は、全庁的な包括協定の礎になったものであり、高齢者を取り巻く環境に、副次的な効果をもたらすことができた。

本市は、生活支援体制整備事業における地域連携の目指すべき姿を、ウエルシア薬局との連携事業にその一部を見いだせたと考えており、特に高齢者にとって必要度が高くなる薬について、薬剤師との連携は、地域で安心して暮らせる社会資源の一つになっている。今後、高齢者を取り巻く他業種との連携も整備を進めていく必要があることから、日常生活を支える、民間事業者等との連携、さらには、本市の課題を客観的に分析していただける大学・研究機関等との連携も継続していきたい。

(埼玉県 坂戸市役所 福祉部 高齢者福祉課担当参事 井田二男)

# 高齢者の服薬に関する現状と意識

NPO法人高齢社会をよくする女性の会

理事長 樋口恵子（東京家政大学女性未来研究所所長・社会保障審議会医療保険部会委員）  
（参考人）理事 石田路子（城西国際大学福祉総合学部教授・社会保障審議会介護保険部会委員）

## 高齢者の服薬に関する実態調査

### 【調査目的】

高齢者の服薬の現状と意識について、当事者である高齢者の声を関係諸機関をはじめ、広く社会に届ける。また、調査結果の集計・分析を行い、「高齢者医薬品適正使用検討会」に届けるとともに、とくに必要な問題点については、関係諸機関に要望書を提出し、広く社会に発信する。

【調査対象】 65歳以上の方々

### 【調査方法】

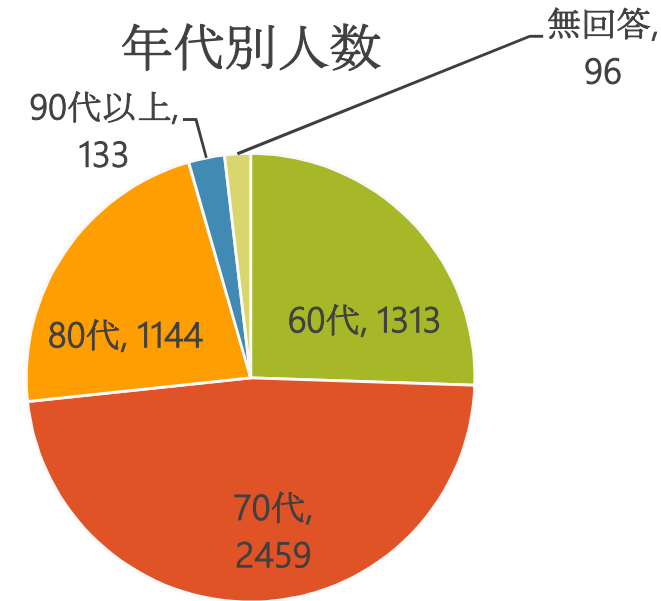
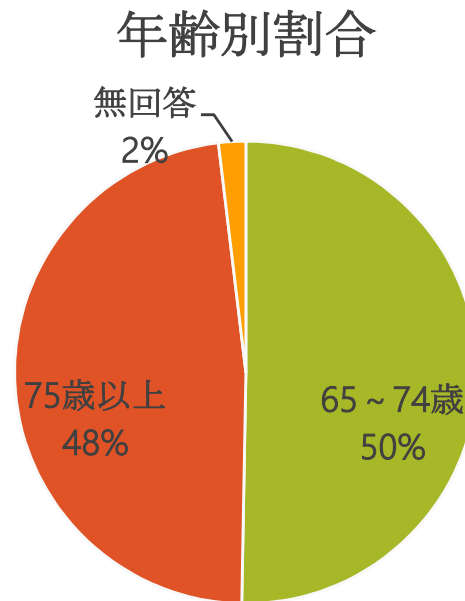
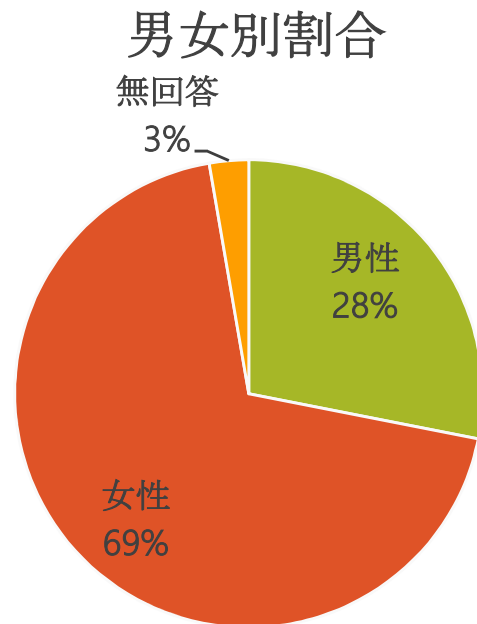
- ・ 会員を中心に、関係者、関係団体に呼び掛け、自己あるいは聞き取りによる調査票記入。
- ・ 調査票郵送による配布・回収、FAX回収、e-mail回収、インターネット回収。

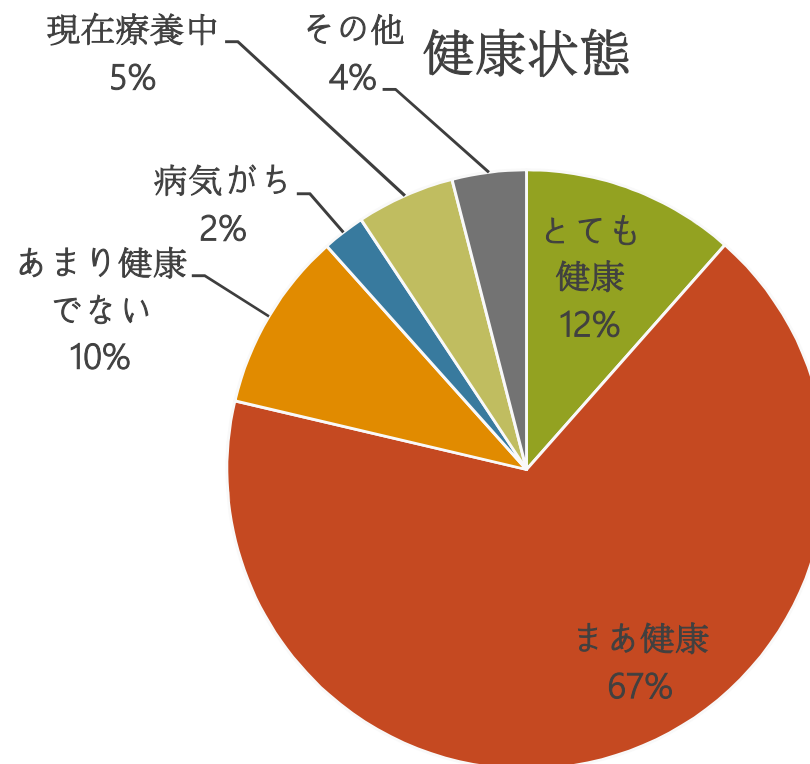
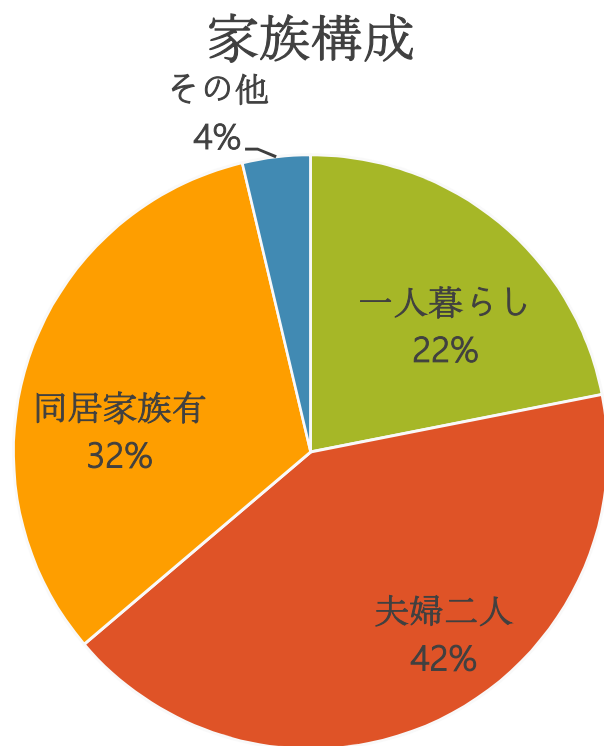
【調査期間】 2017年9月1日～10月31日

【有効調査票数】 5145票

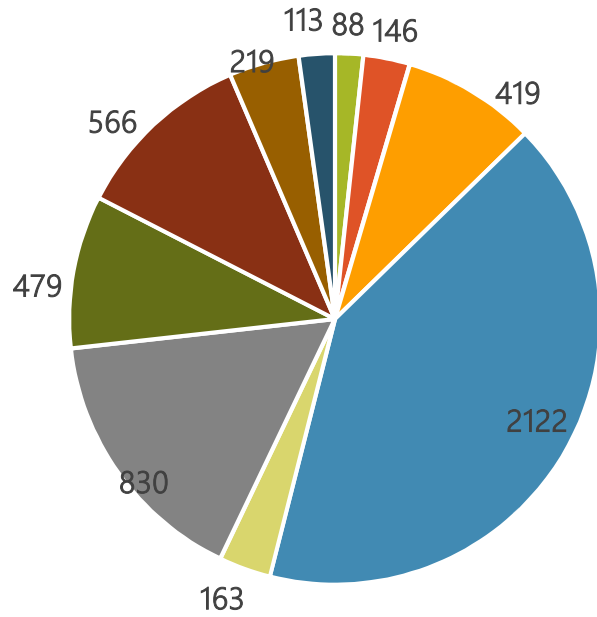


## 調査の概要



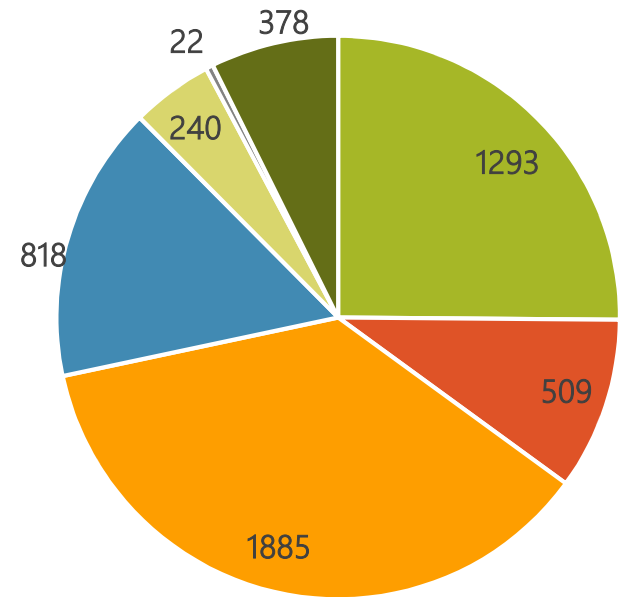


エリア



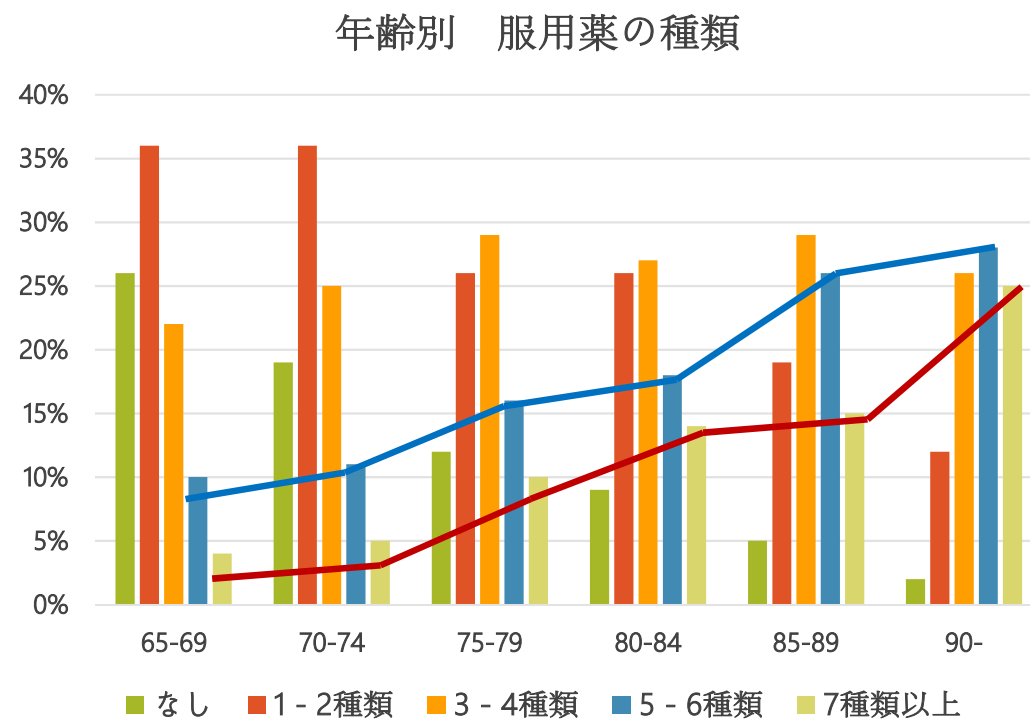
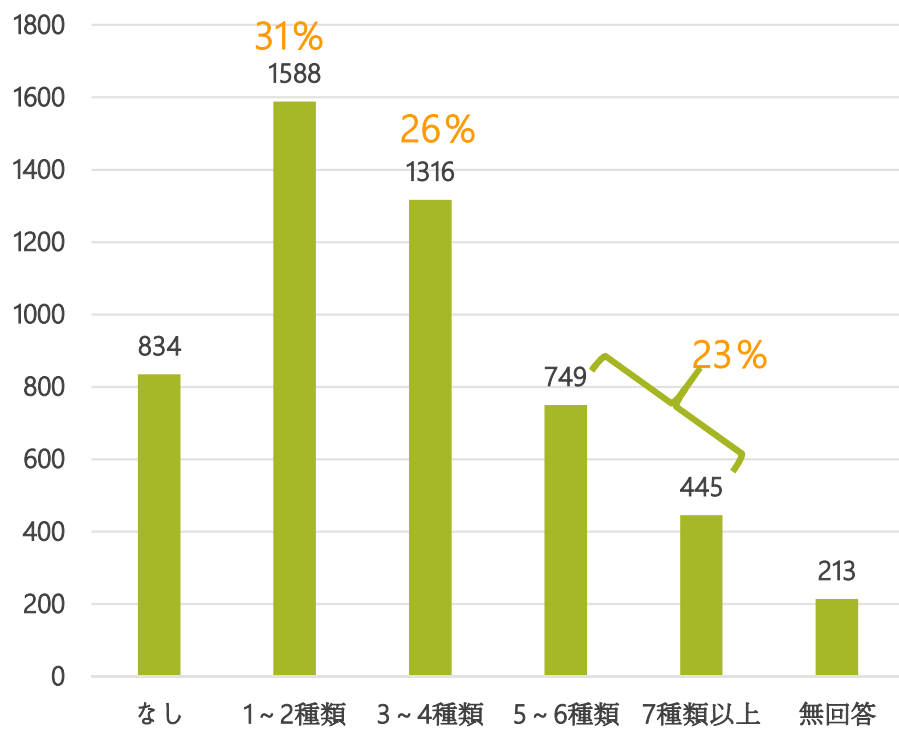
- 北海道
- 関東地区
- 中国地区
- 無回答
- 東北地区
- 東海地区
- 四国地区
- 北陸・甲信越地区
- 近畿地区
- 九州・沖縄地区

居住地



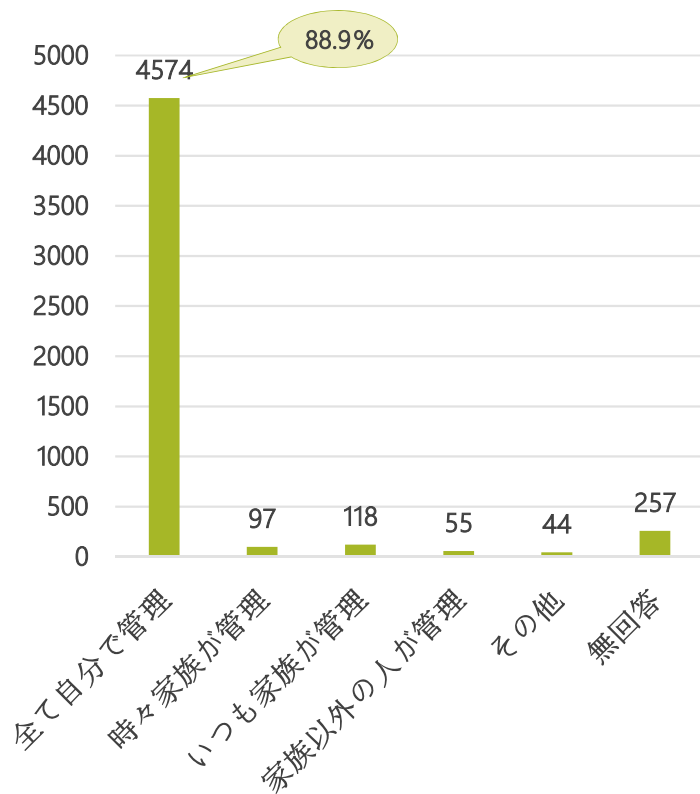
- 100万人以上
- 50万人以上
- 10~50万人

# 1か月に病院から処方された常用薬の種類について

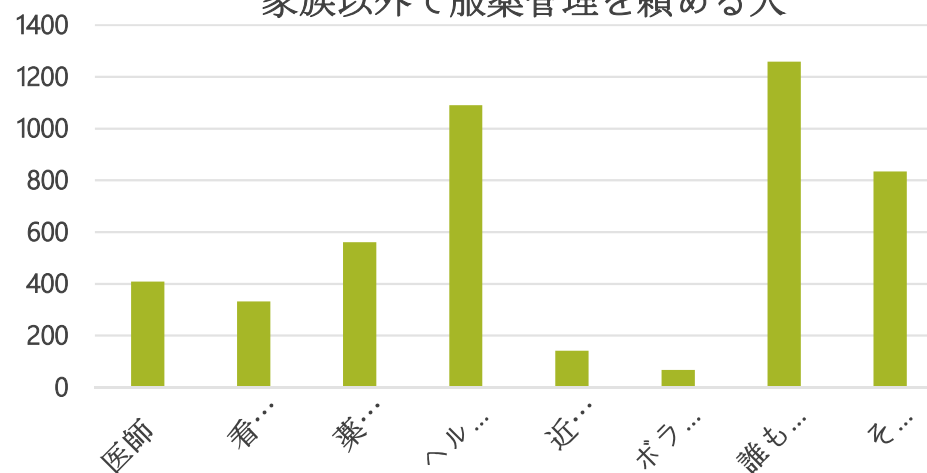




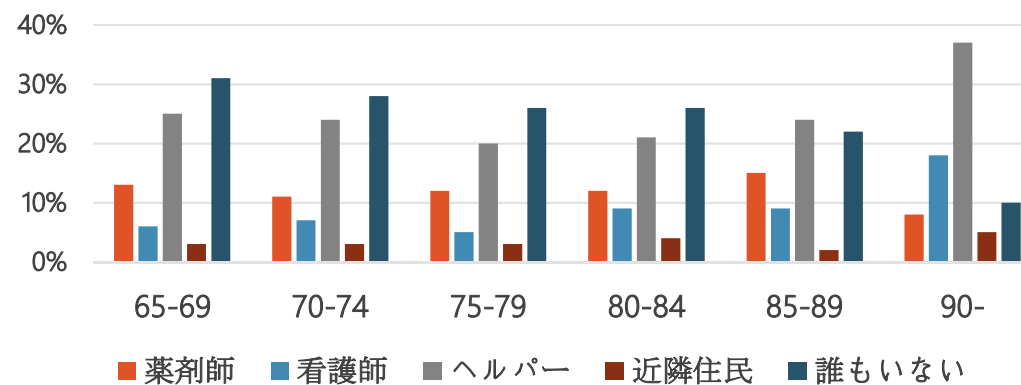
# 服薬の管理について



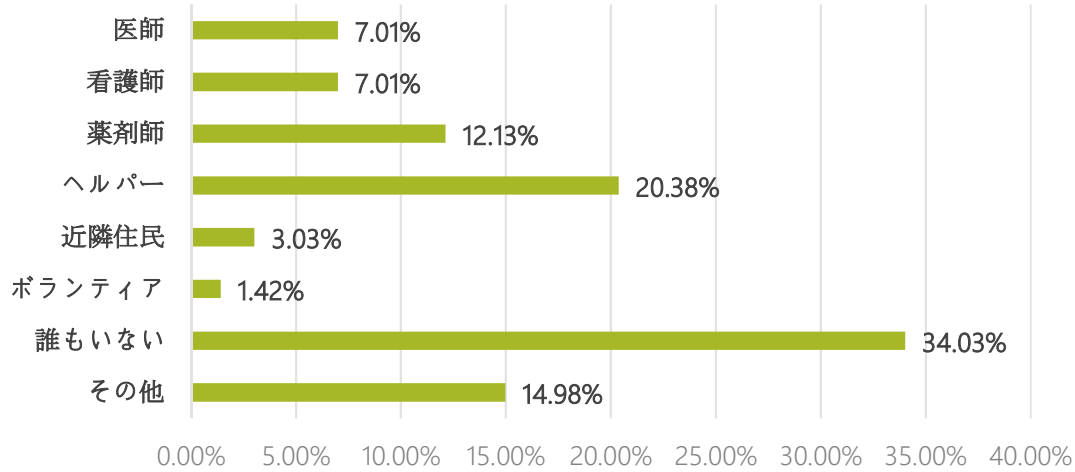
## 家族以外で服薬管理を頼める人



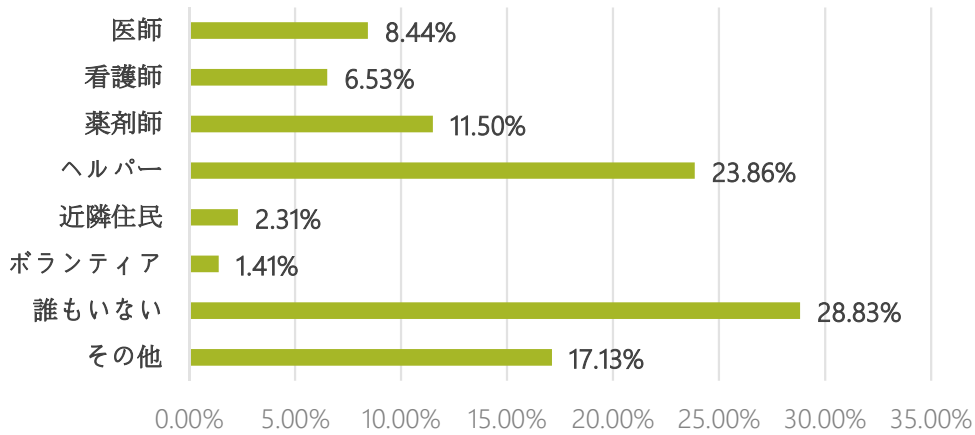
## 年齢別 薬の管理を依頼したい人



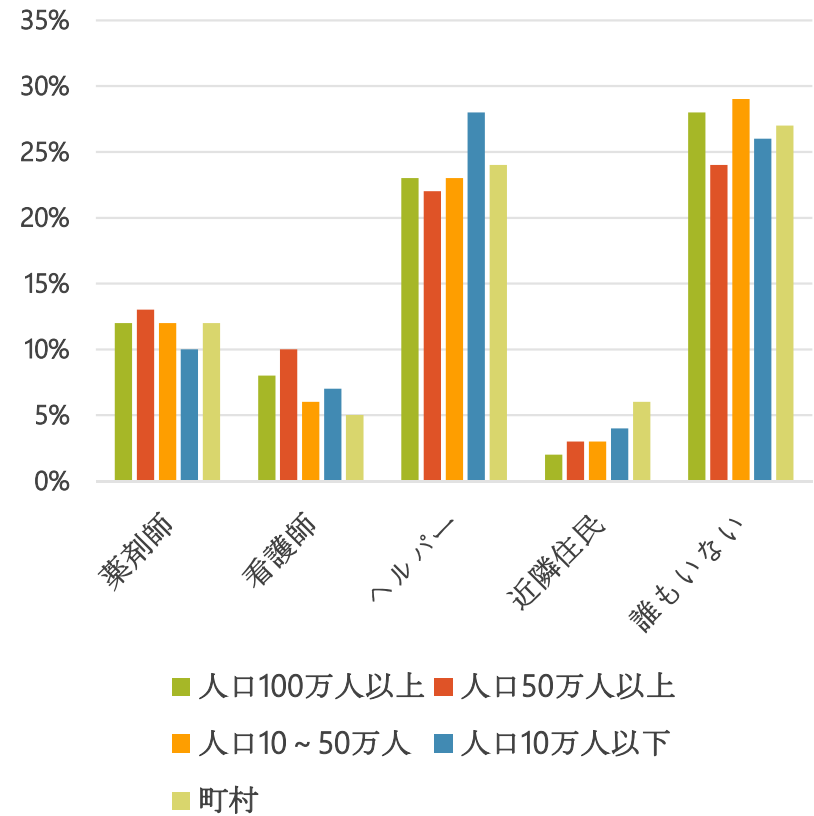
### 一人暮らし



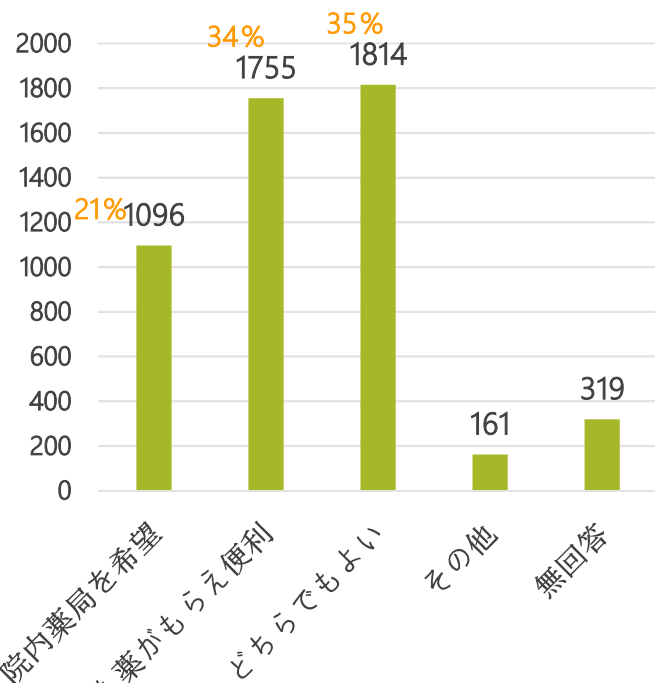
### 夫婦のみ



### 居住地規模別 薬の管理を依頼したい人



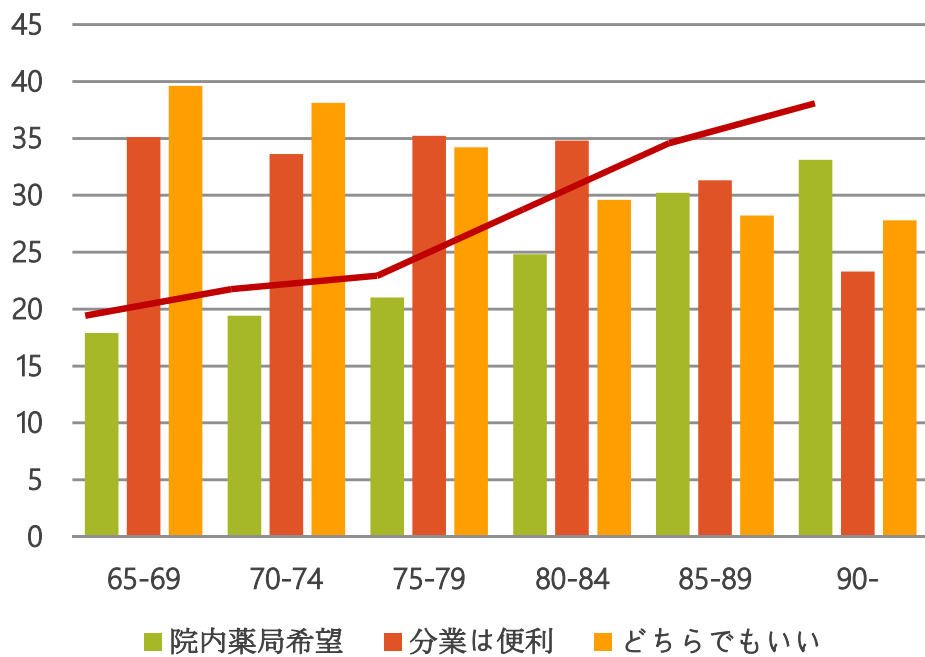
## 医薬分業システムについて



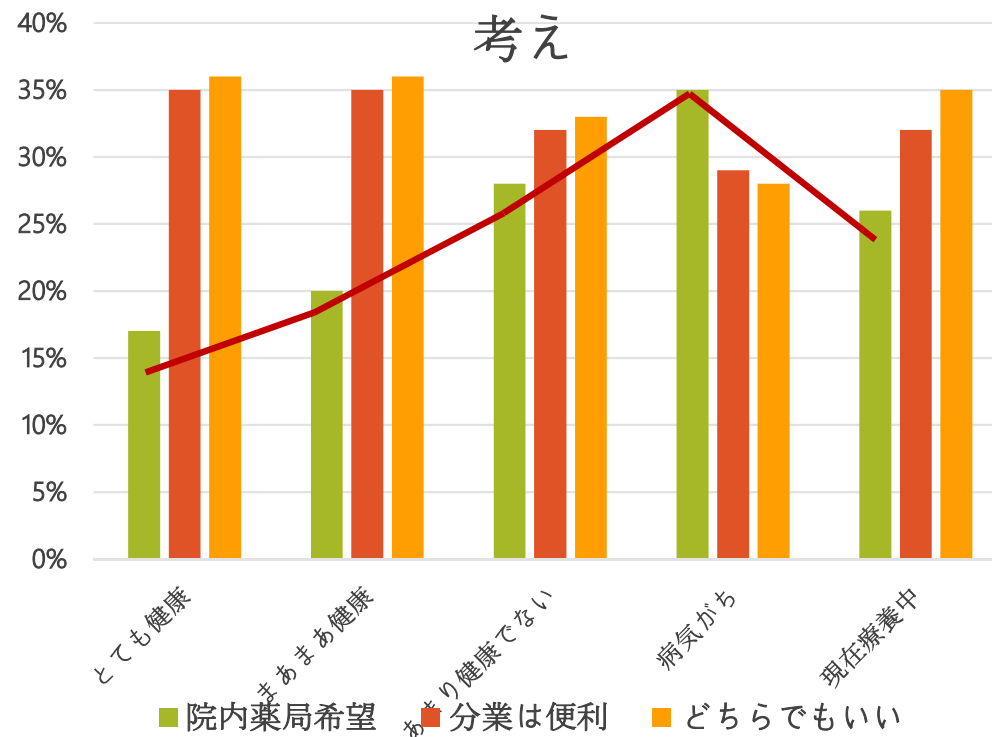
### 自由記述から

- 院内薬局の方が便利
- 現在、足の関節を痛めているので、歩くのがつらく、すぐ隣と言われても遠く感じる
- 院外の薬局で個人情報を知られたが、言いたくなかった
- 院内薬局のほうが費用が安いように思う
- 処方箋があれば、どこの薬局でも薬がもらえるのは便利だが、院内の方が薬価が安いように思う
- 院外薬局の場合は、自分の都合のいい時間に取りに行けるので便利だと思う
- 雨の日など、天候の悪い日に病院から薬局までの道のりがつらい
- 薬をもらう際に個人的な内容の質問もしたいので院内薬局を希望

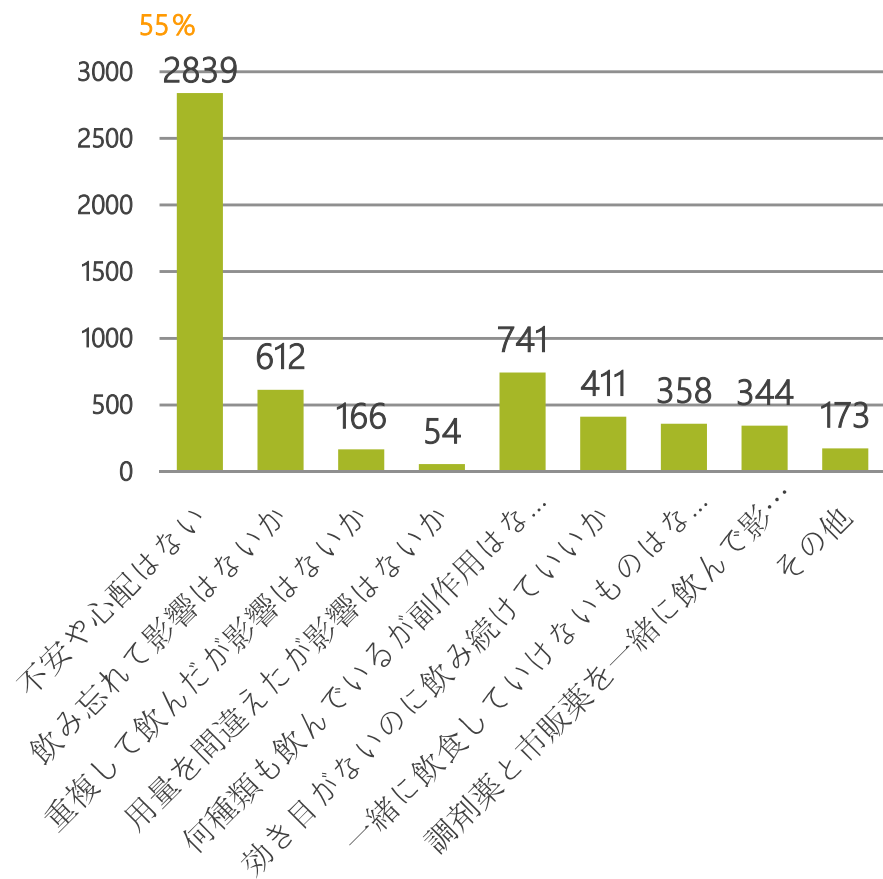
### 年齢別 医薬分業についての考え



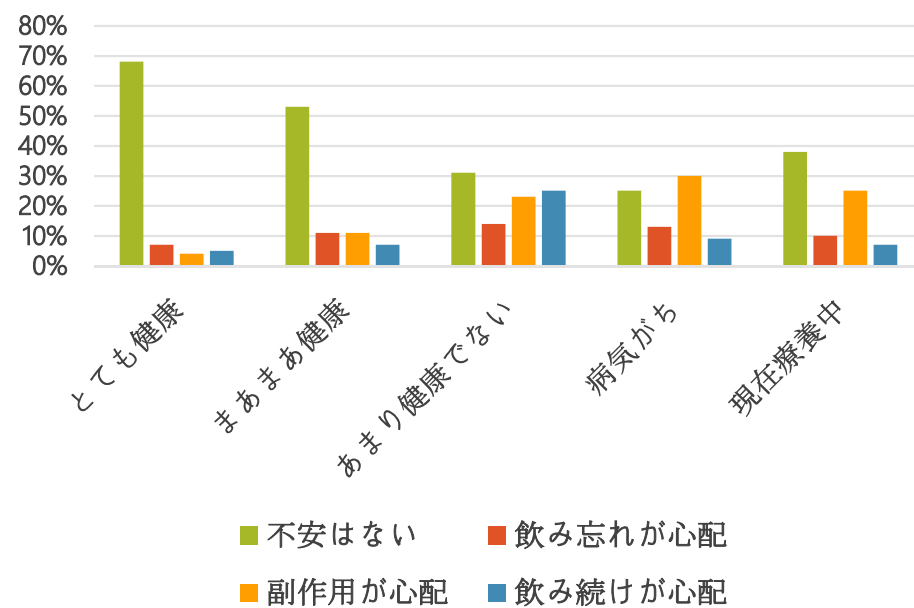
### 健康状態別 医薬分業についての考え



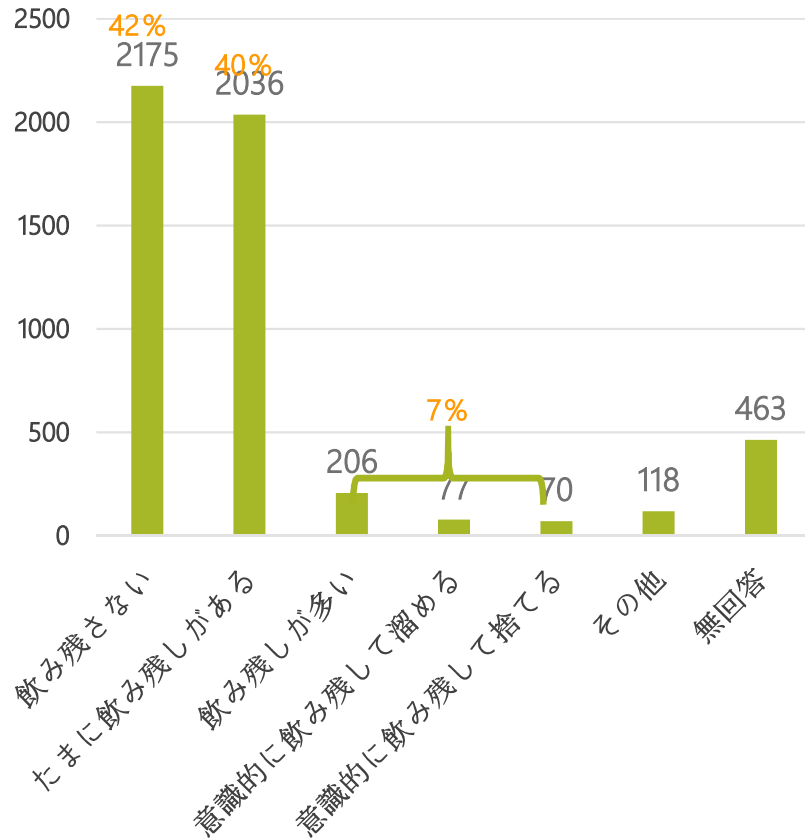
# 日頃の服薬生活に関する不安や心配



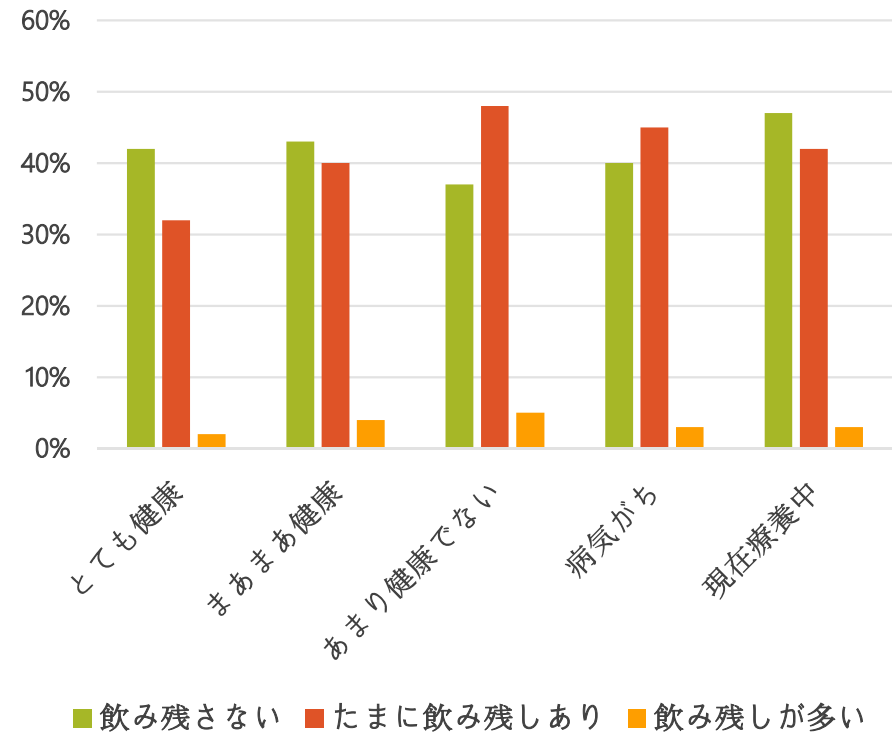
健康状態別 服薬生活での不安



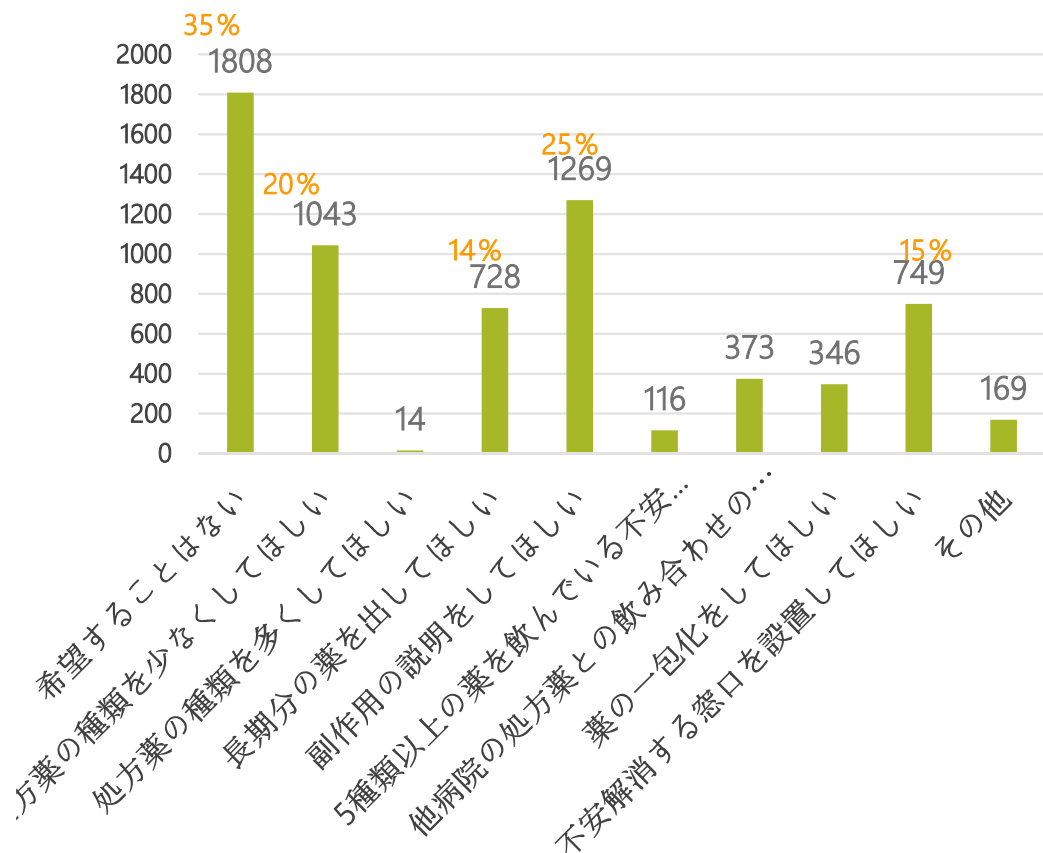
# 調剤薬の飲み残しについて



健康状態別 薬の飲み残しについて



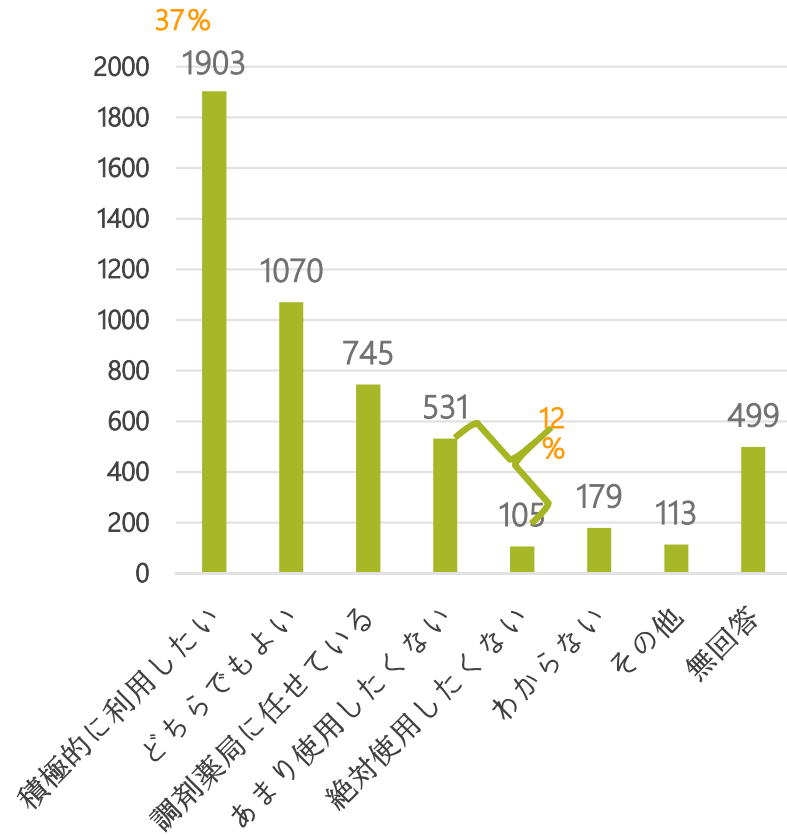
## 薬に関して医療関係者へ希望すること



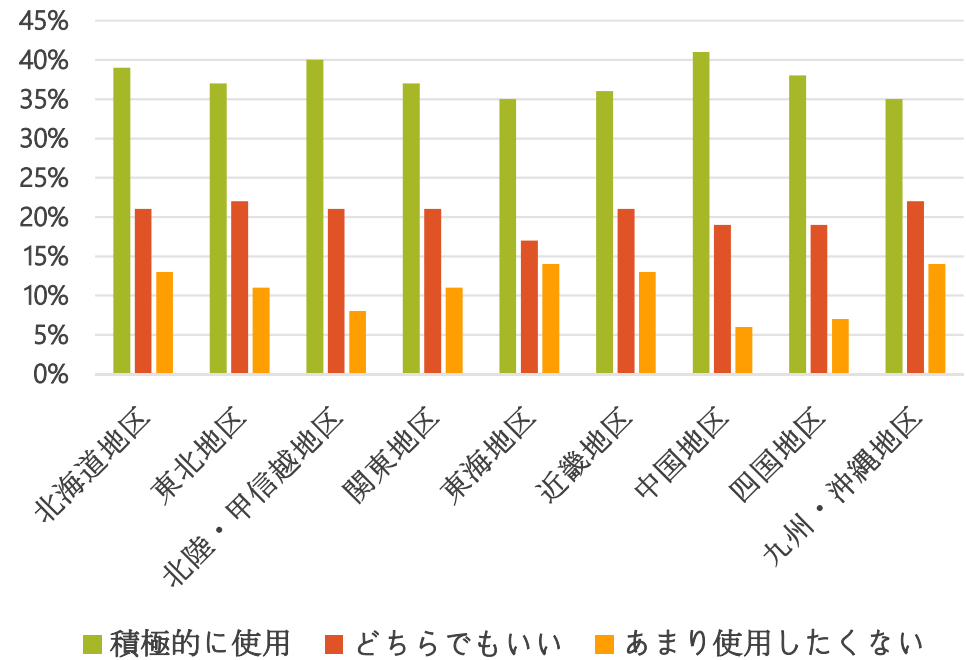
### 自由記述から

- 薬を本人でなくヘルパーが取りに行けるといい
- 数か所から処方を受けているので、医師同士の情報共有が必要
- 長期間、同種類・同量の薬を処方されているが改善して減量できないのか
- 先発薬とジェネリックとの違いを細かい点まで説明してほしい
- 服薬についても医師に相談したい
- 処方される薬が多すぎるので減らせないか
- ある国立大学病院で外反母趾の手術を受けたら9種類もの薬を処方され、睡眠薬や胃薬、痛み止めの薬を返品したいと申し出たがダメと言われた

# ジェネリック医薬品について



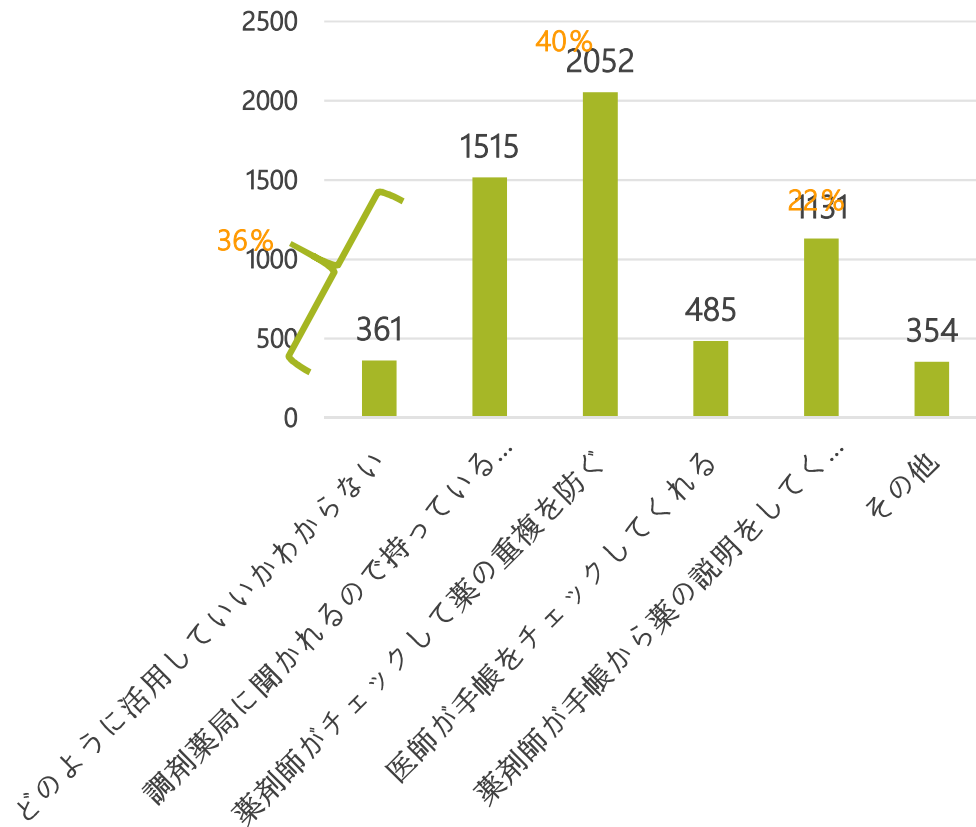
エリア別 ジェネリック医薬品への考え方





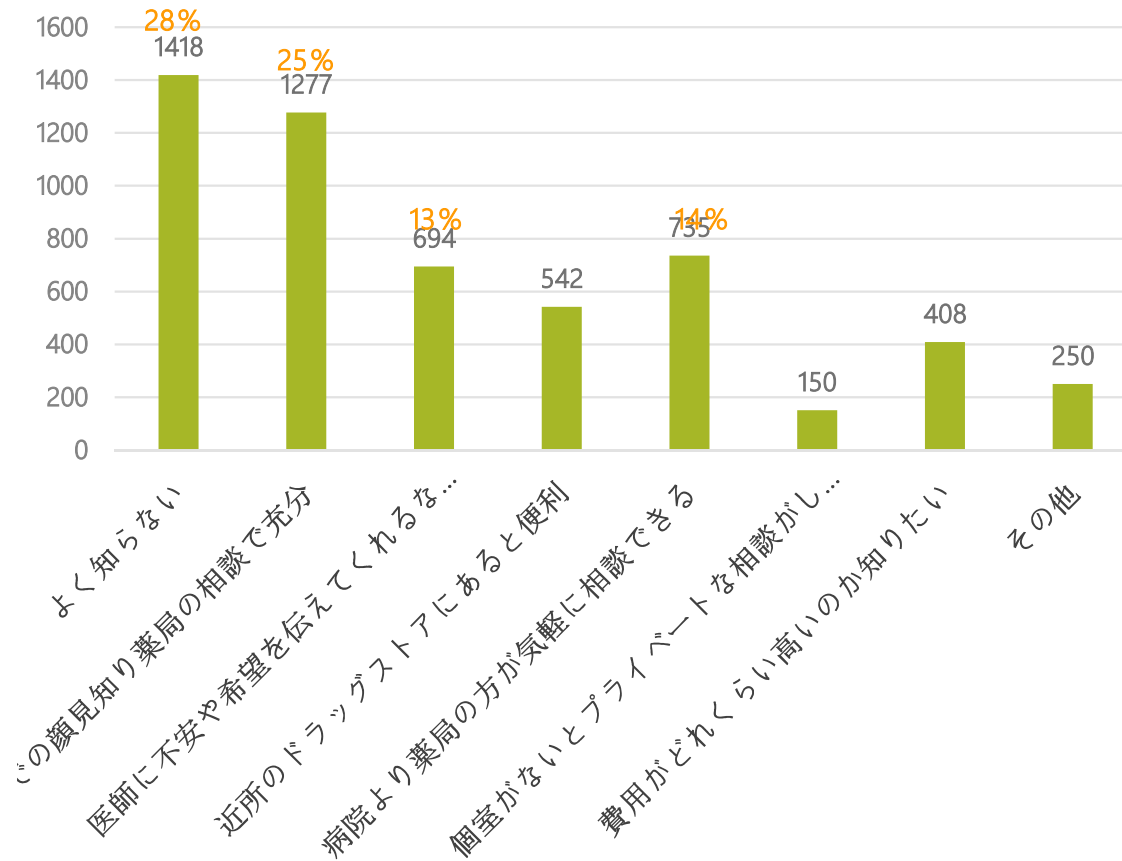
# 「おくすり手帳」の活用について

自由記述から



- 手帳の活用をもっと窓口などで伝えるべき
- 手帳を持参したら診療費が減額されるようにしたい
- 薬局によって扱いが異なるので一本化してほしい
- アレルギーがあるので自分でそのことを記入しておいたら、薬剤師が医師に確認してくれて処方役立った経験がある
- 手帳をもっていけないと薬の値段が異なることに納得がいけない
- 手帳がかさばってしまうので、カード形式にしてコンパクトにしたらいいのではないかな
- 災害時などに必要と思う

## 「かかりつけ薬剤師」について



### 自由記述から

- とくに必要を感じない、メリットが不明
- はっきりと制度化してほしい
- 薬局は医師の処方箋に従って調剤するという認識であり、詳しい説明を依頼しても「医師に聞いて」と言われてしまう
- 「かかりつけ薬剤師」にしたら毎月費用がかかることがわかり、その説明がなかったので止めた。費用の説明は誰も読まないようなビラが壁に貼ってあった
- 近所に薬局がなく、いつも門前薬局を利用しているので、病院が変わったらどうしたらいいのか
- どういう基準で「かかりつけ」になるのか不明
- 薬剤師は医師の処方が「おかしい」と言ってくれない

## 自由記述 1166人の意見



1. 多種類の服薬に関する不安と疑問
2. 医師の処方に対する不安・疑問と要望
3. 医薬分業への不満
4. 保険財政の無駄遣いへの危惧
5. 金銭的負担の訴え
6. 総合相談窓口などの設置要求
7. 薬に依存している医療行政への疑義



平成30年10月5日

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(追加発言)

公益社団法人 日本看護協会  
常任理事 鎌田久美子

第3回標記会議について、欠席となりますため、前回の発言への補足等について、次のとおり提出いたします。

項目	主旨	理由
1	地域づくりや関係づくりへのインセンティブについて	健康日本 21 等を始めとして、ヘルスプロモーションの理念に基づき地域づくり、関係づくりに取り組んできた市町村が、高齢者への保健事業でも成果がでていいる。そうした地域づくり、関係づくりへのインセンティブも検討が必要ではないか。
2	実施体制の整備について	○外部機関の活用(委託)における考え方 外部機関活用のあり方について議論が必要である。委託を前提とするのではなく、市町村や広域連合が主体となって、目的達成のために、どのような実施のあり方が好ましいのかを検討し、その選択肢として委託が在り得るというメッセージの示し方が必要。  ○住民主体とした取組における関与・支援について 住民主体の通いの場でも、「必要はあるが、何らかの理由で通っていない」人々が、公平に通えるためには、行政、もしくは行政が養成したコーディネーター等による支援が必要ではないか
3	評価について	○事業評価について 一体的実施の事業評価は必要であるが、市町村の保健事業が複雑になることのないよう、十分な配慮が必要である。  ○参加者に効果があったかどうかといった個別の評価・フィードバックについて 同じ通いの場のプログラムの参加者において、対象によって判定、評価の時期や方法が異なることで、参加者に不公平感を生じさせることのないよう配慮が必要である。

項目	主旨	理由
4	予算の確保について	一般介護予防事業との一体的な実施の場合、どの予算を活用するのかといった一定の基準が必要である。 加えて、「参加した人」にかかる経費は、一定程度整理が可能と考えるが、例えば「参加が必要で勧奨したが、保健事業には結びつかなかった人」も一定程度発生する。そうした人へのアプローチや、あらたな掘り起こし、ポピュレーションアプローチも重要である。このような、取組み全体を勘案・評価した予算の確保におけるスキームが必要である。
5	県・県保健所の関与を位置づけることについて	後期高齢者への保健事業は、医療機関・関連団体との連携が重要である。 保健所は医療機関等との連携に優れ、医師である保健所長をはじめ、保健師、管理栄養士等の専門職集団である。医師会への説明や、健康課題の分析、参加者の状態変化や成果等のアセスメントにおいて専門的な視点から、地域の実情に応じた助言・支援等を市町村にも実施できる強みがある。 本事業の実施には、県・保健所と市町村が一体となり実施することが成果をあげる上で重要であり、県・保健所専門職による支援・役割を明確に位置づけることが必要ではないか。
6	専門職の配置・確保について	後期高齢者の身体的・社会的な特性を鑑みると、保健事業を展開する上では、課題の分析、企画、評価、市町村との連携の上で、専門職の関与が必要であり、すべての広域連合で、保健師の確保が重要と考えている。 広域連合では市町村からの職員の派遣となっている実態は理解しているが、それをもって「保健師の配置が困難」としてしまいうのではなく、例えばセカンドキャリアの看護職等を「どのようにしたら配置・確保が実現可能なのか」という視点が必要。 また、現在、広域連合における専門職の身分(常勤・非常勤、職位)等について、現状を把握した上で検討をする必要がある。

以上

# 高齢者の保健事業と介護予防の 一体的実施について

公益社団法人 日本歯科医師会  
常務理事 小玉 剛

# (参考) 口から食べる楽しみの支援の流れ・効果

○ 利用者の食事の際に、多職種で食事場を観察することで、咀嚼能力等の口腔機能や嚥下機能、食事環境、食事姿勢等を適切に評価することができ、さらに多職種間での意見交換を通じて、必要な視点を包括的に踏まえることができる。これにより、口から食べるための日々の適切な支援の充実につながり、必要な栄養の摂取、体重の増加、誤嚥性肺炎の予防等が期待できる。

## 経口維持支援の流れの一例



多職種ミールラウンド、食事観察

- ・食事の環境(机や椅子の高さ等)
- ・食べる姿勢、ペース、一口量
- ・食物の認知機能
- ・食具の種類・使い方、介助法等
- ・食事摂取の状況
- ・食の嗜好



口腔機能評価、頸部聴診等

- ・咀嚼能力
- ・嚥下機能
- ・歯・義歯の状況
- ・口腔保持力
- ・食塊の形成・移動能力
- ・唾液分泌能



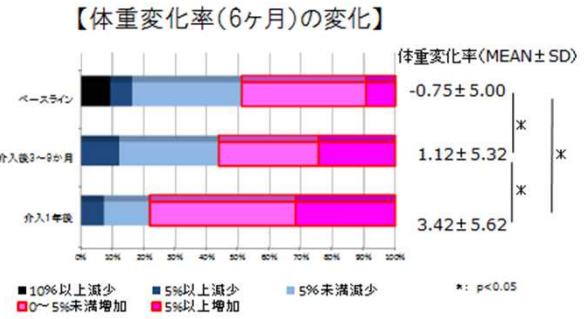
経口維持支援のための多職種カンファレンス

食べる様子を動画で確認しながら、全身状態、栄養状態、咀嚼能力や嚥下機能に応じた、経口維持計画を検討

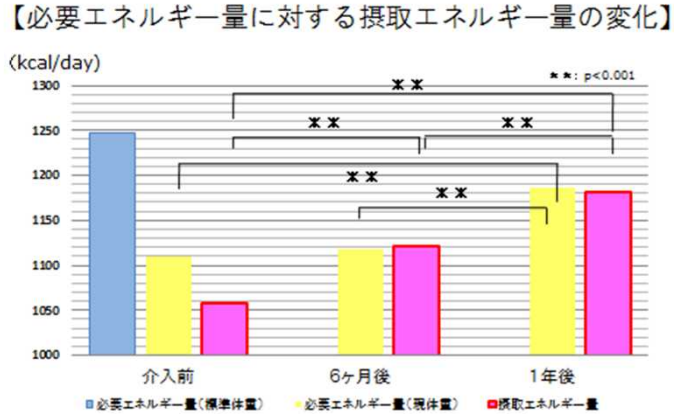
## 経口維持支援の効果

- ◆対象: 介護老人福祉施設入所者50名
- ◆介入: ミールラウンド(摂食時の口腔機能や姿勢等の観察評価、頸部聴診にて摂食機能評価)及び摂食カンファレンス(口腔機能や摂食・嚥下機能評価、栄養アセスメントの情報をもとに、各フロア担当者及び看護職員等と検討)を月一回、一年間実施
- ◆結果: 肺炎発症者数及び入退院日数の減少、平均摂取エネルギー量の適正化(増加)、体重の増加

6ヶ月前と比較して体重が増えた人の割合が増加



入所者平均摂取エネルギー量が増加



【参考】平成26年度老人保健健康増進等事業「介護保険施設における口腔と栄養のサービス連携に関する調査研究事業中間報告(渡邊裕、菊谷武、平野浩彦)」

【出典】平成19年度厚生労働科学研究補助金「口腔ケア・マネジメントの確立(分担研究者 菊谷武)」

## 【オーラルフレイルに関するエビデンス】

オーラルフレイル群\*では身体的フレイル発症リスクが2.41倍に増加し、要介護認定も2.35倍高くなる。

\* (オーラルフレイル群)

- ① 歯数 ②咀嚼能力 ③舌圧 ④滑舌 ⑤硬いものが食べにくい(半年前)  
⑥ お茶等でむせる の6項目のうち3項目を超える

### オーラルフレイル

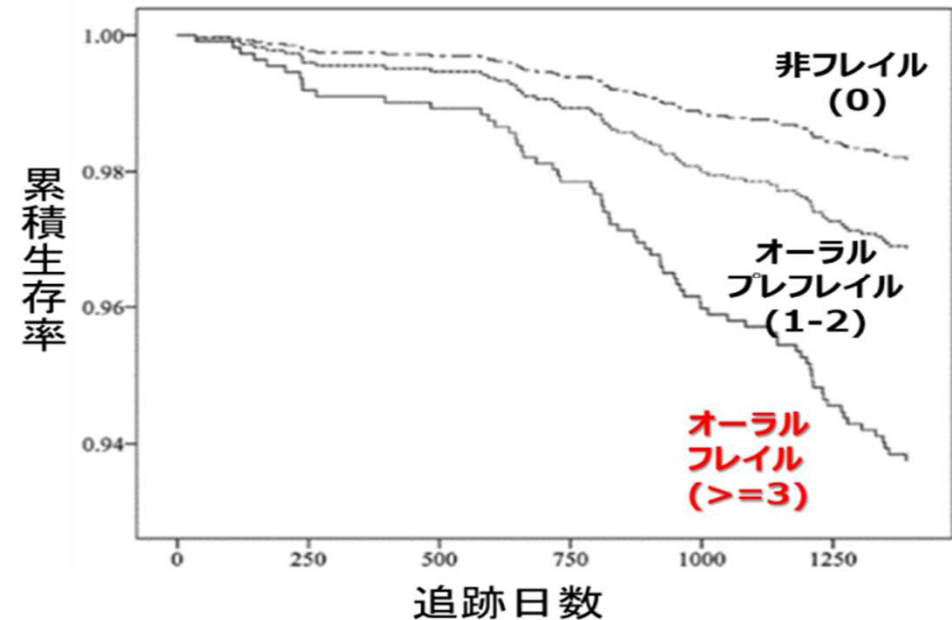
#### 新規発症

ハザード比\* 95% CI P-value

新規発症	ハザード比*	95% CI	P-value
身体的フレイル	<b>2.41</b>	(1.27 - 4.55)	<.001
サルコペニア	<b>2.13</b>	(1.05 - 4.58)	.032
要介護認定	<b>2.35</b>	(1.18 - 4.67)	.015
総死亡リスク	<b>2.09</b>	(1.00-4.35)	.048

\* 調査開始時の年齢、性別、BMI、慢性疾患、抑うつ傾向、認知機能、居住形態、年収や喫煙習慣などの影響を考慮した値。要介護認定、総死亡リスクでは調査開始時のフレイルも考慮した値。

### 総死亡に対する累積生存曲線



# 一体化の8つの視点

## 何を一体化するのか？

近藤克則

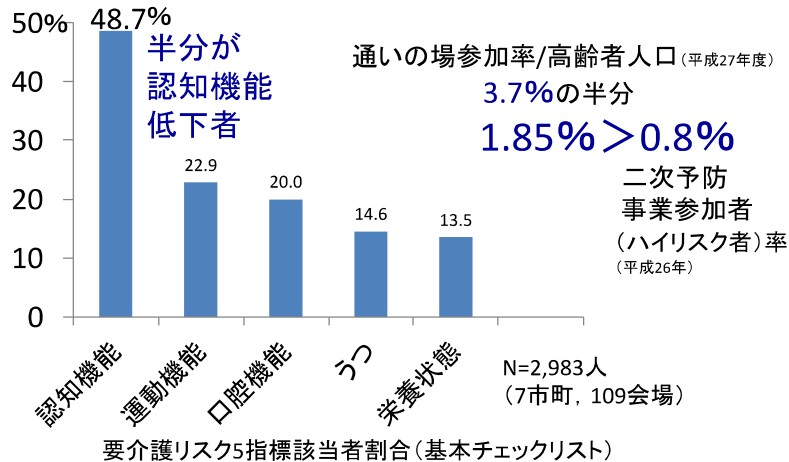
1. どの部局が中心？ : 国保・健康推進・後期高齢・介護保険担当課など
2. どの財源で？ : 保険(国保・後期高齢・介護保険)・一般財源
3. 何を予防する目的で？ : がん・メタボ、医療費、フレイル、介護予防
4. 誰を対象者に？ : 65～74歳、75歳～
5. どの専門職が？ : 保健師・栄養士・歯科衛生士など
6. どこで？ : 医療機関、通いの場
7. どのアプローチで？ : ハイリスク、ポピュレーション
8. どのデータをつないで？ : KDB, 健診、後期高齢、介護
  - プロセスや効果の「見える化」、根拠と納得が得られるインセンティブ制度の基盤となるデータが必要
    1. どのような対象者に
    2. どのような事業を
    3. どのような内容と量で提供し
    4. どのような効果が得られたのか のすべてが必要



# 通いの場にはNCD抑制効果も？

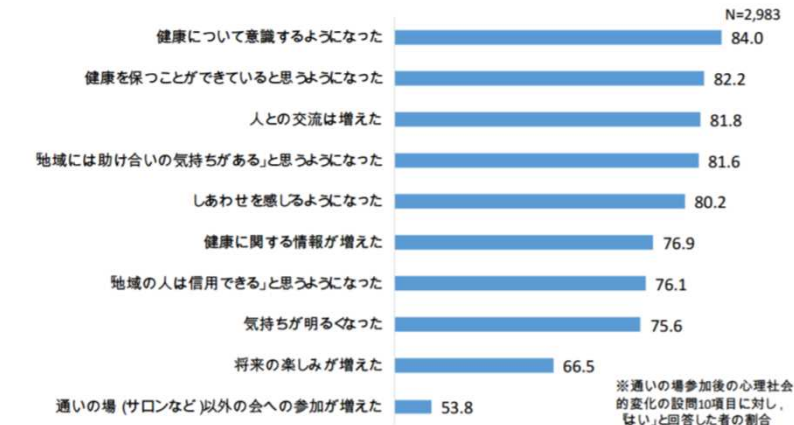
## 通いの場に参加するハイリスク者 二次予防事業より2倍以上多い

厚生労働省公表資料に基づく試算



## 通いの場参加後の心理社会的な変化

分析対象: JAGES参加7市町の通いの場109箇所の参加者3,305人のうち2,983人 (回収率90.3%)

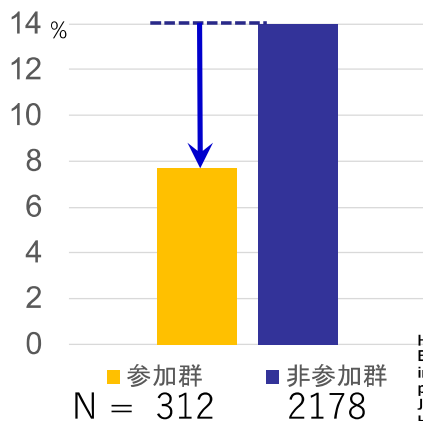


厚生労働科学研究費補助金 (H27-認知症-一般 001) 平成 28年度総括・分担研究報告書、p56

## サロン参加群で要介護認定率は半減

武豊プロジェクト

要介護認定率



2007年から2012年までの5年間の要介護認定率を参加群と非参加群で比較した

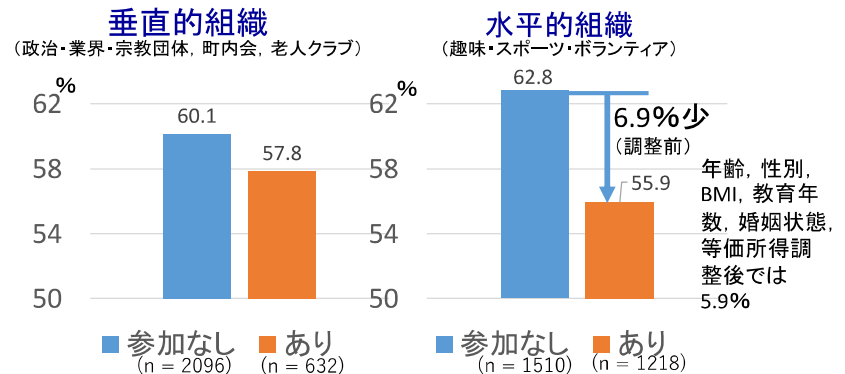
5年間で要介護認定率は約半分 (6.3%ポイント) 抑制されている

Hikichi H, Kondo N, Kondo K, Aida J, Takeda T, & Kawachi I. Effect of community intervention program promoting social interactions on functional disability prevention for older adults: propensity score matching and instrumental variable analyses, JAGES Taketoyo study. Journal of Epidemiology and Community Health (doi: 10.1136/jech-2014-205345)

## 社会参加群で高血圧割合は低い

趣味・スポーツ・ボランティア参加者で約6%少ない

N=4582 JAGES 2016



Aki Yazawa, Yosuke Inoue, Takeo Fujiwara, Andrew Stickley, Kokoro Shirai, Airi Amemiya, Naoki Kondo, Chiho Watanabe, Katsunori Kondo: Association between social participation and hypertension among older people in Japan: the JAGES Study. Hypertension Research, doi:10.1038/hr.2016.78

平成30年10月24日	第4回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	参考資料2
-------------	--------------------------------------	-------

## 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に向けて（要望）

平成30年10月24日  
軽米町長 山本 賢一

○高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を図る上では、現場の町村及び市の保健担当部署と介護担当部署が住民の保健、医療、介護の状況について情報を共有し、協力・連携して取り組むことが重要である。

○このためには、地域住民の健診、医療、介護のデータを活用して地域の全体状況と個々の被保険者の状況を把握することができる国保データベース（KDB）システムは、その整備・充実と安定的運用が図られ、現場の担当者による活用が更に進むことが望まれる。

○厚生労働省においてはデータヘルス改革の取組を進めておられるが、以上の観点から、KDBシステムが国のデータヘルス施策推進の中で、国保法など関係法令で明確に位置付けられ、さらに医療、介護の制度をまたがって、相互の担当部署が活用しやすくなるようにされる等の整備が望まれる。

○また、KDBシステムの整備、運用を扱っている国保連合会及び国保中央会についても、KDBシステムとの関連で関係法令において位置付けられることにより、今後のKDBシステムの安定的運用、利活用が促進され、更なる保険者機能強化支援につながるものと考えられ、併せて検討をお願いしたい。