

高齢者の保健事業の現状について

平成28年7月20日

厚生労働省保険局高齢者医療課

【医療保険制度の体系】

(平成28年度予算ベース)

後期高齢者医療制度

約15兆円

- ・75歳以上
- ・約1,660万人
- ・保険者数:47(広域連合)

75歳

前期高齢者財政調整制度(約1640万人)約7兆円(再掲)※3

65歳

国民健康保険

(市町村国保+国保組合)

- ・自営業者、年金生活者、
非正規雇用者等
- ・約3,600万人
- ・保険者数:約1,900

約10兆円

協会けんぽ(旧政管健保)

- ・中小企業のサラリーマン
- ・約3,550万人
- ・保険者数:1

約5兆円

健康保険組合

- ・大企業のサラリーマン
- ・約2,870万人
- ・保険者数:約1,400

共済組合

- ・公務員
- ・約870万人
- ・保険者数:85

健保組合・共済等 約4兆円

※1 加入者数・保険者数、金額は、平成28年度予算ベースの数値。

※2 上記のほか、経過措置として退職者医療(対象者約90万人)がある。

※3 前期高齢者数(約1640万人)の内訳は、国保約1310万人、協会けんぽ約220万人、健保組約90万人、共済組約10万人。

高齢者医療制度

- 国保と被用者保険の二本立てで国民皆保険を実現しているが、所得が高く医療費の低い現役世代は被用者保険に多く加入する一方、退職して所得が下がり医療費が高い高齢期になると国保に加入するといった構造的な課題がある。このため、高齢者医療を社会全体で支える観点に立って、75歳以上について現役世代からの支援金と公費で約9割を賄うとともに、65歳～74歳について保険者間の財政調整を行う仕組みを設けている。
- 旧老人保健制度において「若人と高齢者の費用負担関係が不明確」といった批判があったことを踏まえ、75歳以上を対象とする制度を設け、世代間の負担の明確化等を図っている。

後期高齢者医療制度

<対象者数>

75歳以上の高齢者 約1,660万人

<後期高齢者医療費>

16.3兆円（平成28年度予算ベース）

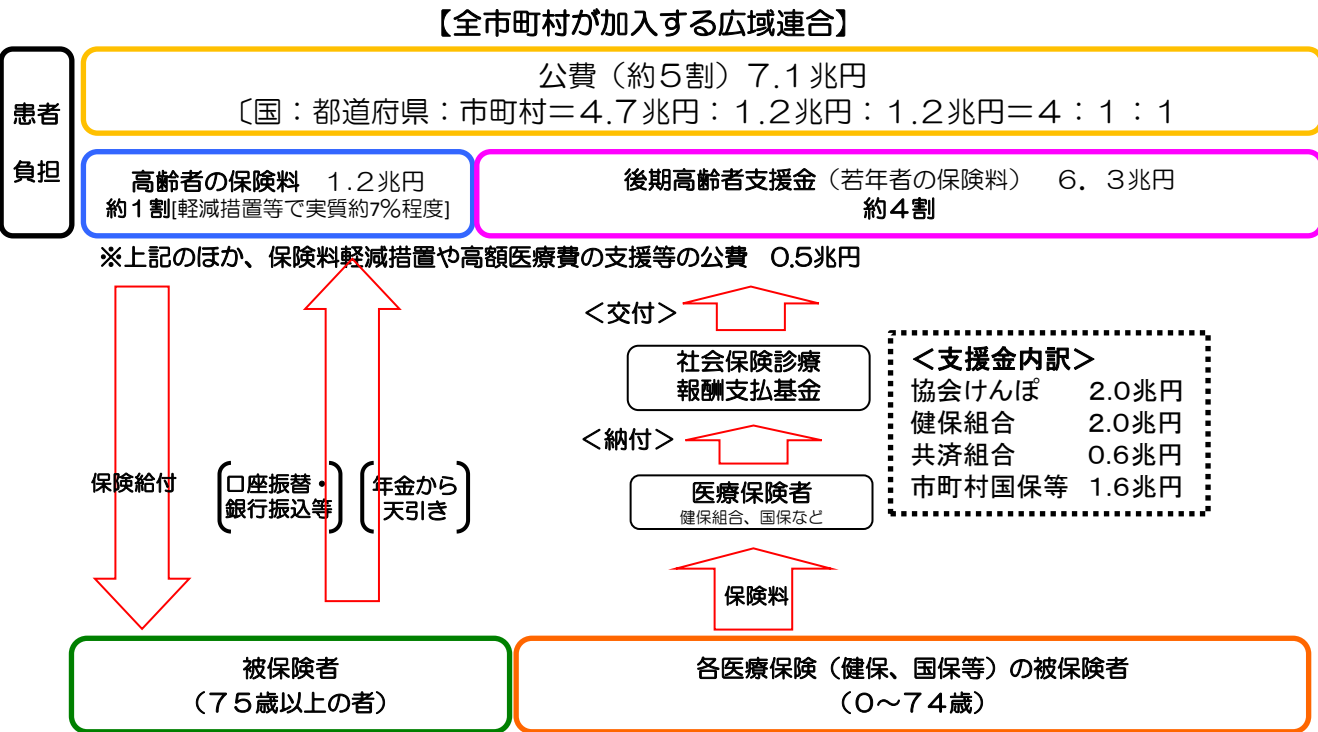
給付費 15.0兆円

患者負担 1.2兆円

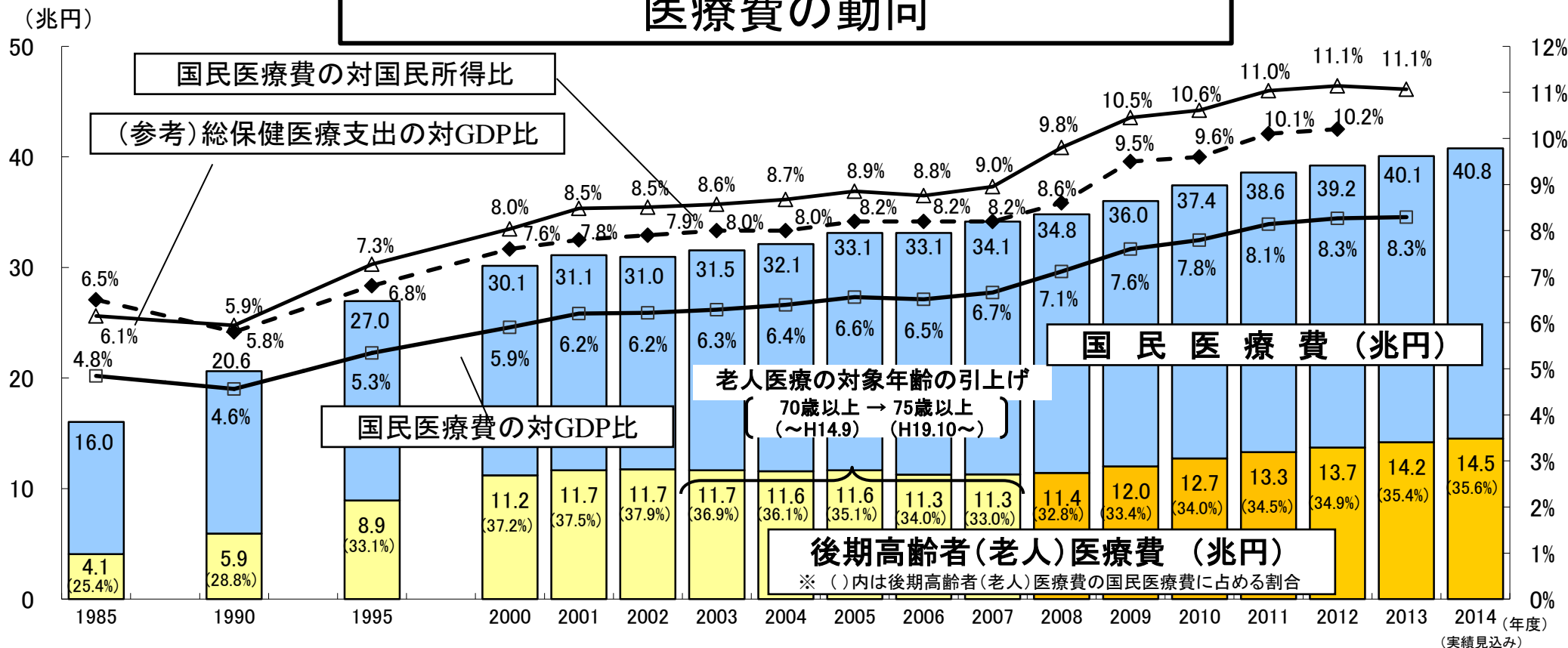
<保険料額（平成28・29年度見込）>

全国平均 約5,660円/月

※ 基礎年金のみを受給されている方は
約380円/月



医療費の動向



<対前年度伸び率>

| | 1985 (S60) | 1990 (H2) | 1995 (H7) | 2000 (H12) | 2001 (H13) | 2002 (H14) | 2003 (H15) | 2004 (H16) | 2005 (H17) | 2006 (H18) | 2007 (H19) | 2008 (H20) | 2009 (H21) | 2010 (H22) | 2011 (H23) | 2012 (H24) | 2013 (H25) | 2014 (H26) | (%) |
|--------------|---------------|--------------|--------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|-----|
| 国民医療費 | 6.1 | 4.5 | 4.5 | ▲1.8 | 3.2 | ▲0.5 | 1.9 | 1.8 | 3.2 | ▲0.0 | 3.0 | 2.0 | 3.4 | 3.9 | 3.1 | 1.6 | 2.2 | 1.8 | |
| 後期高齢者(老人)医療費 | 12.7 | 6.6 | 9.3 | ▲5.1 | 4.1 | 0.6 | ▲0.7 | ▲0.7 | 0.6 | ▲3.3 | 0.1 | 1.2 | 5.2 | 5.9 | 4.5 | 3.0 | 3.6 | 2.3 | |
| 国民所得 | 7.2 | 8.1 | 1.1 | 1.7 | ▲2.2 | ▲0.8 | 1.2 | 0.5 | 1.1 | 1.1 | 0.8 | ▲6.9 | ▲3.0 | 2.4 | ▲0.9 | 0.7 | 2.9 | - | |
| GDP | 7.2 | 8.6 | 1.8 | 0.8 | ▲1.8 | ▲0.7 | 0.8 | 0.2 | 0.5 | 0.7 | 0.8 | ▲4.6 | ▲3.2 | 1.3 | ▲1.3 | 0.1 | 1.8 | - | |

注1 国民所得及びGDPは内閣府発表の国民経済計算による。総保健医療支出はOECD諸国の医療費を比較する際に使用される医療費で、予防サービスなども含んでおり、国民医療費より範囲が広い。2012年のOECD加盟国の医療費の対GDP比の平均は9.3%

注2 2014年度の国民医療費(及び後期高齢者医療費。以下同じ。)は実績見込みである。2014年度分は、2013年度の国民医療費に2014年度の概算医療費の伸び率(上表の斜字体)を乗じることによって推計している。

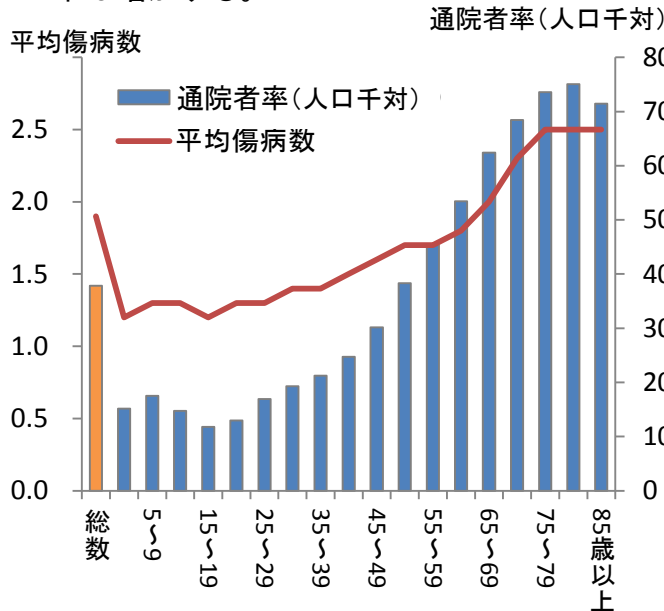
※70-74歳の者の一部負担金割合の予算凍結措置解除(1割→2割)。2014年4月以降新たに70歳に達した者から2割とし、同年3月までに70歳に達した者は1割に据え置く。

年齢別の傷病数、投薬数、入院期間

- 年齢の上昇にしたがい、
 - ・ 平均傷病数及び通院率が増加
 - ・ 処方される薬剤数が増加
 - ・ 入院期間が長い患者の割合が増加し、1か月以上の入院は、75歳以上では3割を占める。

年齢別平均傷病数と通院者率

○ 高齢になるほど、平均傷病数および通院者率は増加する。

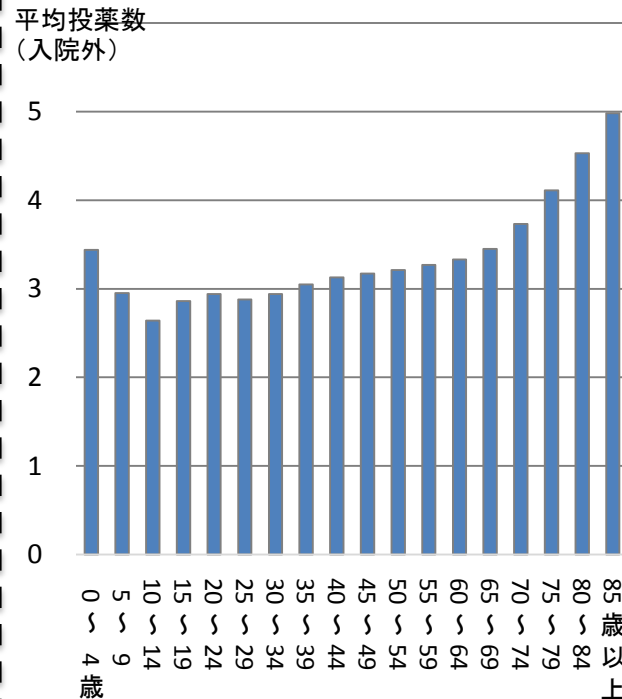


※通院者率
 = 通院者数 ÷ 世帯人員数 × 1,000
 ※ 通院者とは、世帯員(入院者を除く。)のうち、病気やけがで病院や診療所、あんま・はり・きゅう・柔道整復師に通っている者をいう。(往診、訪問診療を含む。)
 ※ 通院者には入院者は含まないが、分母となる世帯人員数には入院者を含む。

出典:平成25年 国民生活基礎調査を基に医療課で作成

年齢別平均投薬数

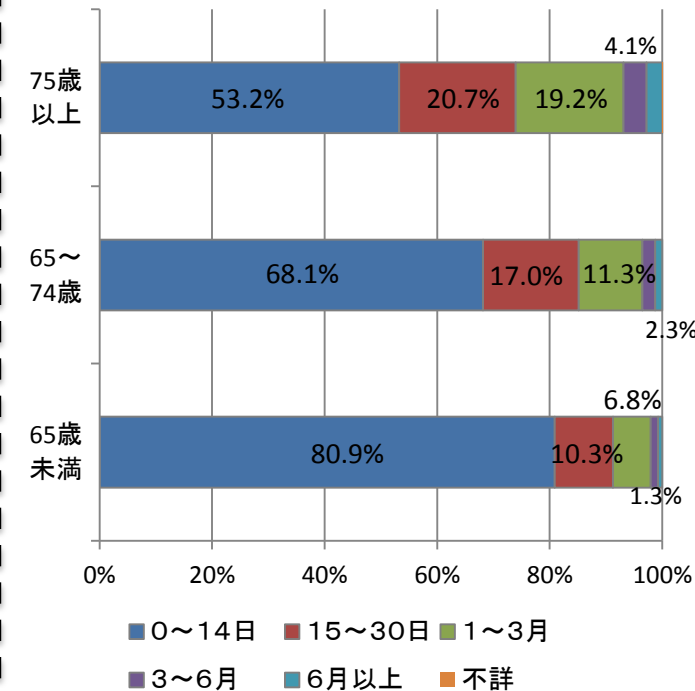
○ 高齢になるほど、投薬される薬剤数が増加する。



出典:社会保険医療診療行為別調査(平成26年6月審査分)第50表

年代別にみた入院期間

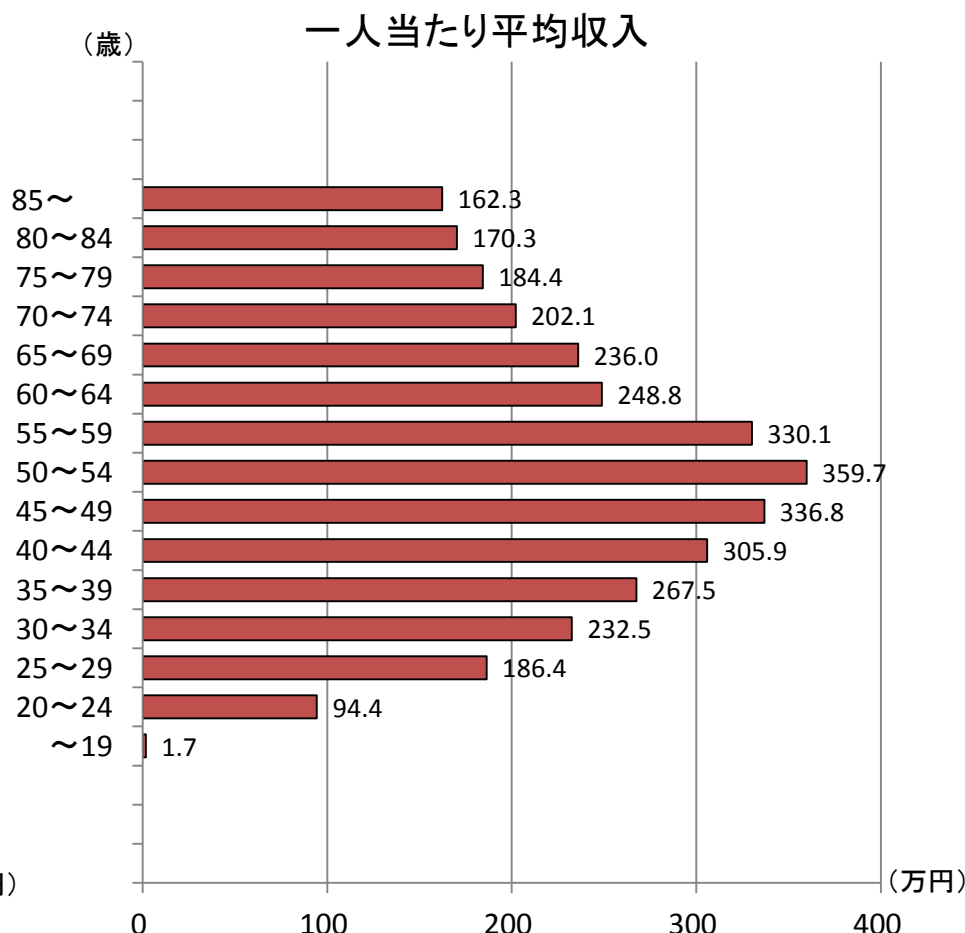
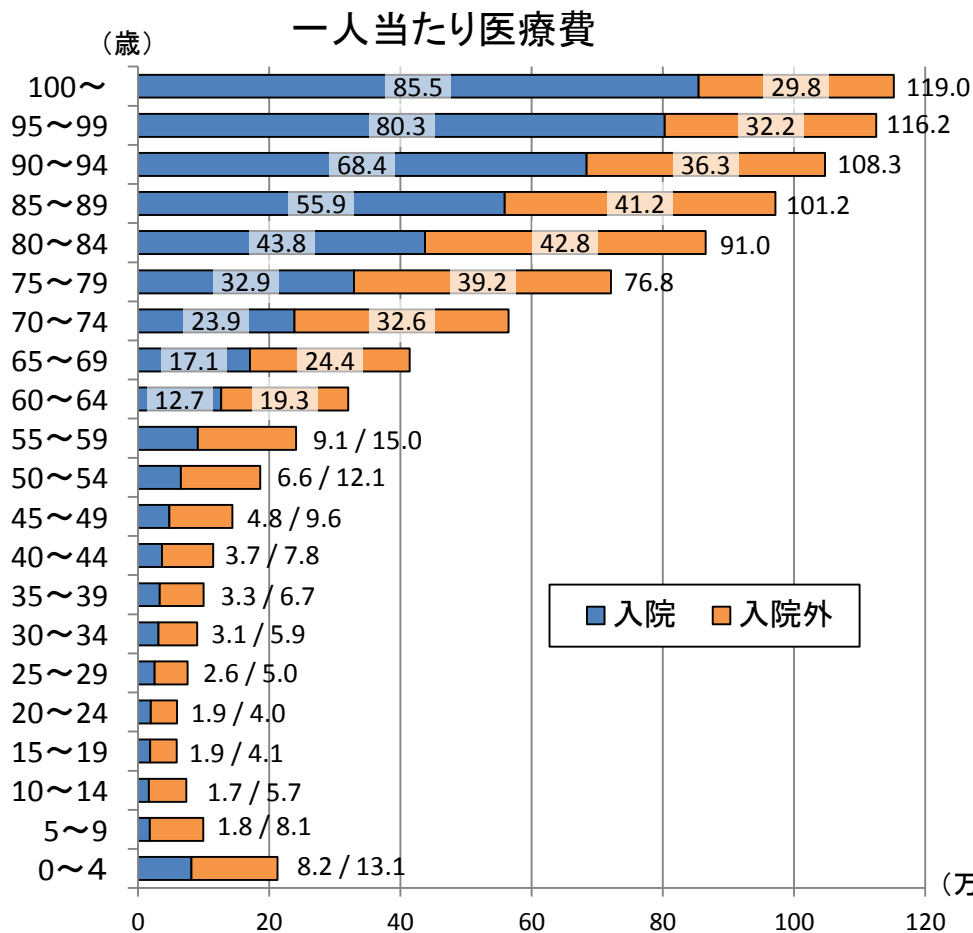
○ 高齢になるほど入院期間が長い患者の割合が増加する。
 ○ 1か月以上の入院は、75歳以上では3割を占める。



出典:患者調査(平成26年)

年齢階級別の1人当たり医療費及び平均収入について

- 一人当たり医療費は高齢になるほど上昇し、70歳代までは入院外の割合が高いが、80歳代以降は入院の割合が高い。
- 75歳以上で国民医療費の約35%を占める。
- 一方で、一人当たり平均収入は50～54歳をピークに、高齢になるほど減少。



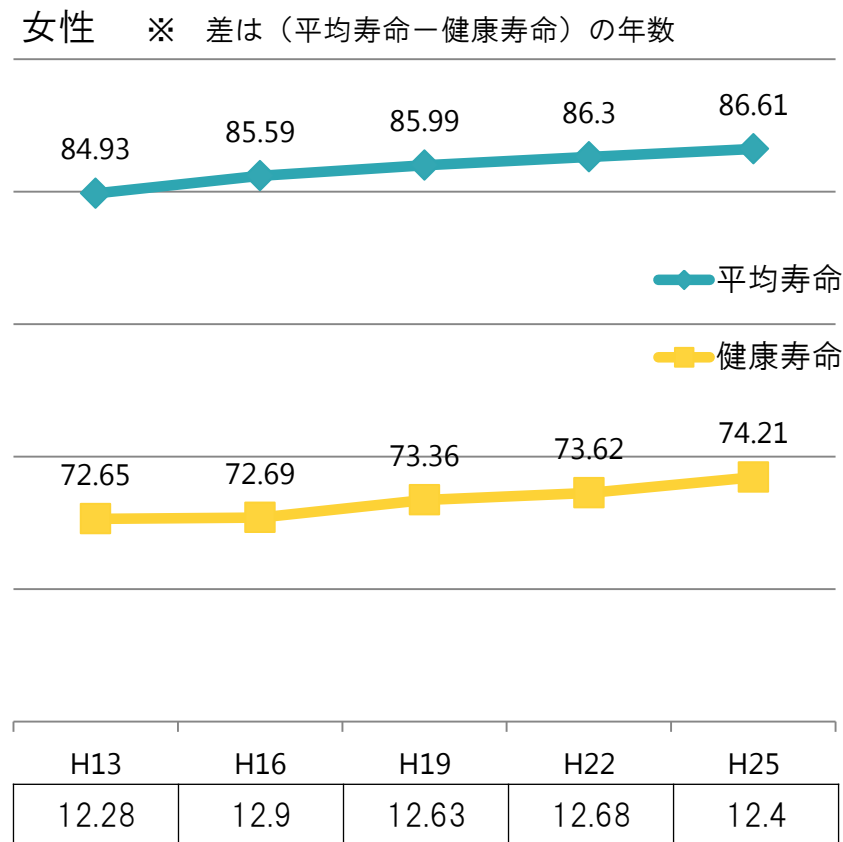
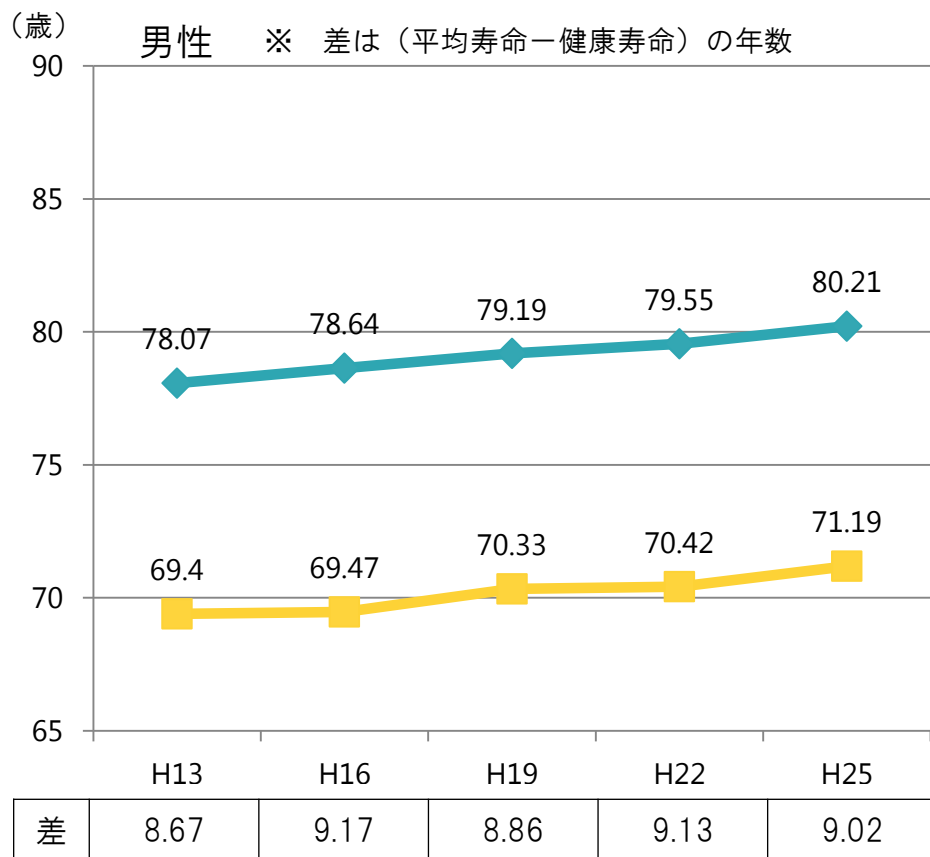
※ 一人当たり医療費は平成26年医療保険に関する基礎資料(厚生労働省保険局)による平成24年度の数値。

※ 一人当たり平均収入額は、平成25年国民生活基礎調査(抽出調査)による平成24年の数値。

※ 入院は、診療費及び食事療養・生活療養費(医科)の費用額。外来は、診療費及び調剤の費用額。歯科診療費や訪問看護等を含まないため、合計額とは一致しない。

平均寿命と健康寿命

- 男女とも健康寿命は向上しているが、平均寿命との差は縮まっていない。
- また、平均寿命と健康寿命の差は男性より女性で大きい。



出典：平均寿命は完全生命表および簡易生命表
健康寿命は厚生労働科学研究費補助金「健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用効果に関する研究」

前期高齢者と後期高齢者の特徴

| | 前期高齢者 | 後期高齢者 |
|-------------------|---|--|
| 主な特徴 | <ul style="list-style-type: none"> ・健康度高く活動的 ・社会的貢献な貢献度、プロダクティビティが高い ・就労意欲が高く、就労率も高い | <ul style="list-style-type: none"> ・心身機能の減衰が顕在化 ・老年症候群の出現 (転倒、低栄養、認知機能の低下等) ・多病、多剤処方割合の増加 |
| フレイル状態にある高齢者の割合※1 | 65歳～69歳 5.6% | 80歳以上 34.9% |
| 要介護認定者の割合※2 | 4.4% | 32.6% |
| 主な死亡原因※3 | 悪性新生物、心疾患等 | 年齢とともに肺炎、老衰等が増加 |

(出典)

※1:後期高齢者の保健事業のあり方に関する研究(平成27年度厚生科学特別研究事業)

※2:介護保険事業状況報告(2014) ※3:人口動態(2015)

後期高齢者医療保健事業実施指針について

※高齢者医療確保法に基づき、広域連合が行う保健事業について、国は指針を定める。

考え方

高齢者ができる限り長く自立した日常生活を送ることができるよう、生活習慣病等の疾病の発症・重症化予防や心身機能の低下防止に向けて、広域連合は保健事業を行う。

主なポイント

- 被保険者一人ひとりの状況に即して健康保持増進を支援。
- 特に、生活習慣病等の重症化予防、運動・認知機能の低下防止、低栄養の回避等に向けた生活習慣見直しに重点。
- 日常生活が制約される場合には、福祉・介護等の支援につなげる。
- 都道府県広域連合は市町村と協力して実施。
- 健康・医療情報を活用し、PDCAサイクルに沿って事業を運営。このため、広域連合は保健事業実施計画(データヘルス計画)を策定。

高齢者の健康の特性

- ・加齢に伴い心身が衰え、運動機能や認知機能が低下する
- ・複数の慢性疾患を有し、完治を見込みにくい場合が多い
- ・若年期に比べ生活習慣改善の効果による予防効果は必ずしも大きくない
- ・健康状態、心身機能、生活状況等の個人差が大きい
- ・健康面の不安が生活上の課題となりやすい

制度の仕組み

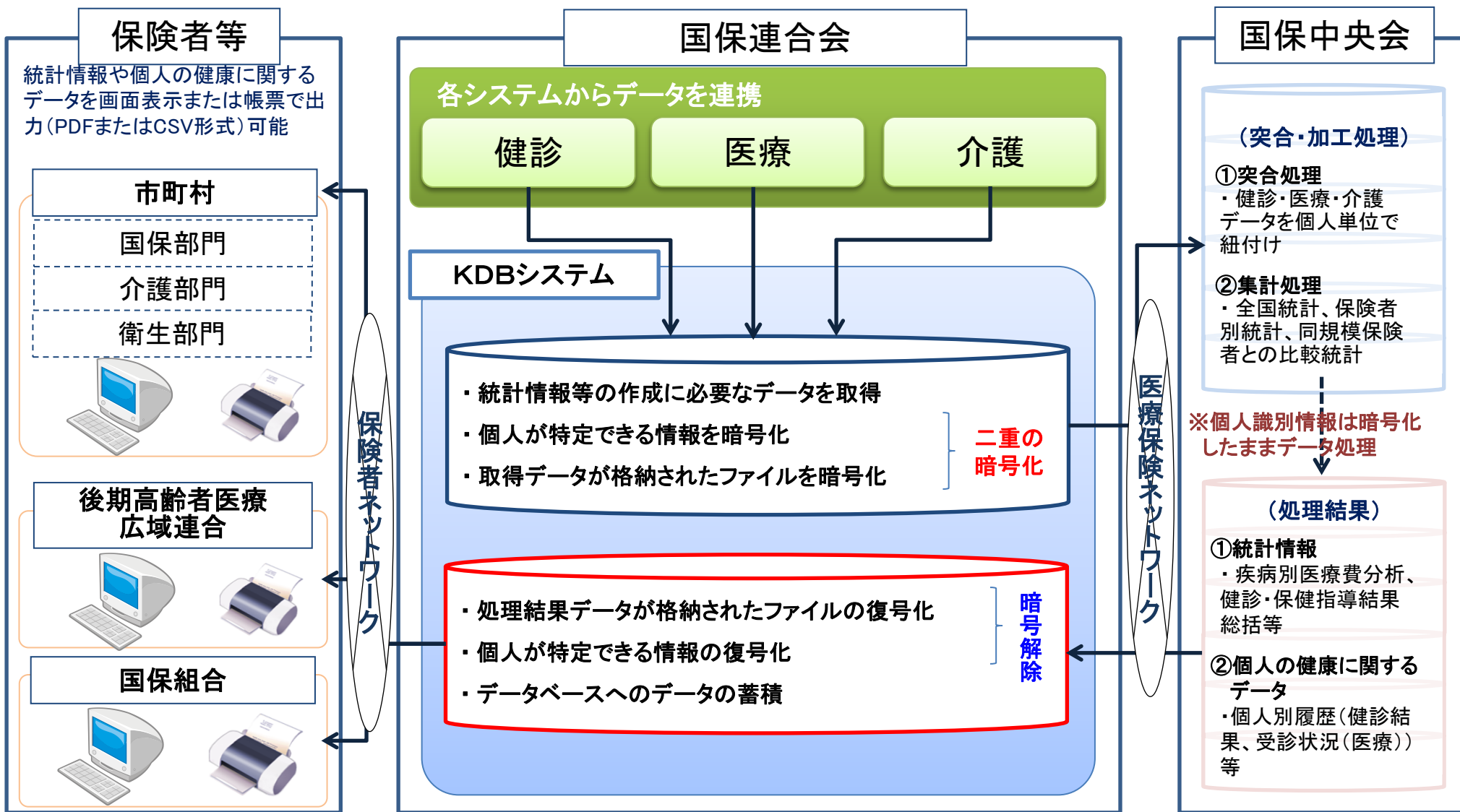
- ・75歳以降は保険制度が異なる
- ・実施主体は都道府県単位の広域連合

※ 同じ地域保険である国保の保健事業実施指針をベースとして策定。

※ 適用期日：平成26年4月1日

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、国保連合会が各種業務を通じて管理する給付情報(健診・医療・介護)等から「統計情報」を作成するとともに、保険者からの委託を受けて「個人の健康に関するデータ」を作成し、提供する。



持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律の概要

(平成27年5月27日成立)

持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律に基づく措置として、持続可能な医療保険制度を構築するため、国保をはじめとする医療保険制度の財政基盤の安定化、負担の公平化、医療費適正化の推進、患者申出療養の創設等の措置を講ずる。

1. 国民健康保険の安定化

- 国保への財政支援の拡充により、財政基盤を強化 (27年度から約1700億円、29年度以降は毎年約3400億円)
- 平成30年度から、都道府県が財政運営の責任主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業の確保等の国保運営に中心的な役割を担い、制度を安定化

2. 後期高齢者支援金の全面総報酬割の導入

- 被用者保険者の後期高齢者支援金について、段階的に全面総報酬割を実施
(26年度:1/3総報酬割→27年度:1/2総報酬割→28年度:2/3総報酬割→29年度:全面総報酬割)

3. 負担の公平化等

- ①入院時の食事代について、在宅療養との公平等の観点から、調理費が含まれるよう段階的に引上げ
(27年度:1食260円→28年度:1食360円→30年度:1食460円。低所得者、難病・小児慢性特定疾病患者の負担は引き上げない)
- ②特定機能病院等は、医療機関の機能分担のため、必要に応じて患者に病状に応じた適切な医療機関を紹介する等の措置を講ずることとする (紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入)
- ③健康保険の保険料の算定の基礎となる標準報酬月額の上限額を引き上げ (121万円から139万円に)

4. その他

- ①協会けんぽの国庫補助率を「当分の間16.4%」と定めるとともに、法定準備金を超える準備金に係る国庫補助額の特例的な減額措置を講ずる
- ②被保険者の所得水準の高い国保組合の国庫補助について、所得水準に応じた補助率に見直し
(被保険者の所得水準の低い組合に影響が生じないように、調整補助金を増額)
- ③医療費適正化計画の見直し、予防・健康づくりの促進
 - ・都道府県が地域医療構想と統合的な目標(医療費の水準、医療の効率的な提供の推進)を計画の中に設定
 - ・保険者が行う保健事業に、予防・健康づくりに関する被保険者の自助努力への支援を追加
- ④患者申出療養を創設 (患者からの申出を起点とする新たな保険外併用療養の仕組み)

個人や保険者による予防・健康づくりの促進

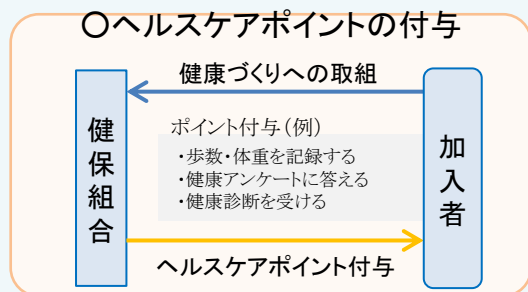
1. データを活用した予防・健康づくりの充実

- データヘルスの取組の普及を踏まえ、**保険者が保健事業を行うに当たっては、レセプト・健診データ等を活用した分析に基づき効果的に実施**することとする(**データヘルスの推進**)。国は指針の公表や情報提供等により保険者の取組を支援。
- 全国のレセプト・健診データを集積した**ナショナルデータベース(NDB)の充実**を図る。また、NDBを用いた分析結果を国民や保険者にわかりやすく公表。
- 保険者による健診データの保存期間を延長。また、被保険者が異動した場合の健診データの引継に関する手続きについて、被保険者の同意を前提としつつ、明確化。

2. 予防・健康づくりのインセンティブの強化

(個人)

- 保険者が、加入者の予防・健康づくりに向けた取組に応じ、**ヘルスケアポイント付与や保険料への支援等**を実施。
※国が策定するガイドラインに沿って保健事業の中で実施



(保険者)

- 後期高齢者支援金の加算・減算制度**について、**予防・健康づくり等に取組む保険者に対するインセンティブをより重視**するため、多くの保険者に広く薄く加算し、指標の達成状況に応じて段階的に減算(最大10%の範囲内)する仕組みへと見直し、平成30年度から開始する(政省令事項)。
 - ・ 特定健診・保健指導実施率のみによる評価を見直し、後発医薬品の使用割合等の指標を追加し、複数の指標により総合的に評価する仕組みとする。
 - ・ 保険者の種別・規模等の違いに配慮して対象保険者を選定する仕組みとするとともに、国保、協会けんぽ、後期高齢者医療について、別のインセンティブ制度を設ける。

3. 栄養指導等の充実

- 平成28年度から、後期高齢者医療広域連合において、市町村の地域包括支援センター、保健センター等を拠点として栄養指導等の高齢者の特性に応じた保健事業を実施することを推進。

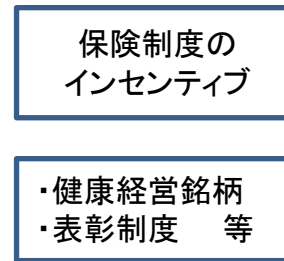
III 重点改革事項① 保険者が本来の機能を発揮し、国民が自ら取り組む健康社会の実現

○現役世代からの健康づくりの推進

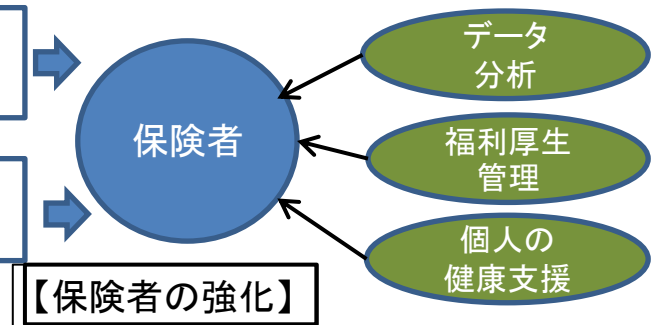
(1)生活習慣病予防対策(一次予防)

- ・特定健診・特定保健指導の受診率向上に向けた取組を推進し、メタボリックシンドローム該当者の減少や糖尿病有病者の増加を抑制
- ・医療機関における禁煙支援・禁煙治療や健診・保健指導における禁煙支援を一層推進、たばこ税の引上げなど

【インセンティブ改革】



【関連産業の振興】



【保険者の強化】

(2)生活習慣病の重症化予防対策(二次予防)

- ・データ分析に基づく、医療機関と連携した糖尿病性腎症の重症化予防(効果額:約0.2兆円)、脳卒中・心筋梗塞の再発予防など(参考資料P15「糖尿病重症化予防事業(協会けんぽの例)」、P16「広島県呉市国保の事例」参照)

インセンティブ改革(制度改革を活用・前倒し実施)

- ・個人の予防・健康づくりに向けた取組に応じてヘルスケアポイントを付与[平成27(2015)年度にガイドライン策定・周知]
- ・予防・健康づくりなど医療費適正化に積極的に取り組む保険者を支援
[平成27(2015)年度から後発医薬品の使用促進・重症化予防など、後期高齢者支援金の加減算制度の新たな指標等を検討]
- ※データヘルスの実効性を高める保険者規模を確保する取組(参考資料P12「ドイツと日本の保険者」参照)や、保険者におけるレセプトデータ等を活用した重複受診等を防止するための保健指導等も併せて推進

○高齢期の疾病予防・介護予防等の推進

・高齢者の虚弱(「フレイル」)に対する総合対策

- [平成28(2016)年度、栄養指導等のモデル事業を実施。食の支援等、順次拡大]
- ・「見える化」等による介護予防等の更なる促進
- ・高齢者の肺炎予防の推進(効果額:約0.1兆円)
- ・認知症総合戦略(新オレンジプラン)の推進

他にも、個別疾患対策による重症化予防も実施(例)

- ・C型肝炎に対する医療費助成を通じた重症化予防(効果額:約0.1兆円)

※数字は平成32(2020)年度における医療費の適正化効果額(粗い見込み)

生涯を通じた予防・健康づくりの推進

高齢者の虚弱(「フレイル」)について

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

加齢に伴う変化

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

危険な加齢の兆候(老年症候群)

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

フレイルの多面性

閉じこもり、孤食

社会的

身体的

精神的

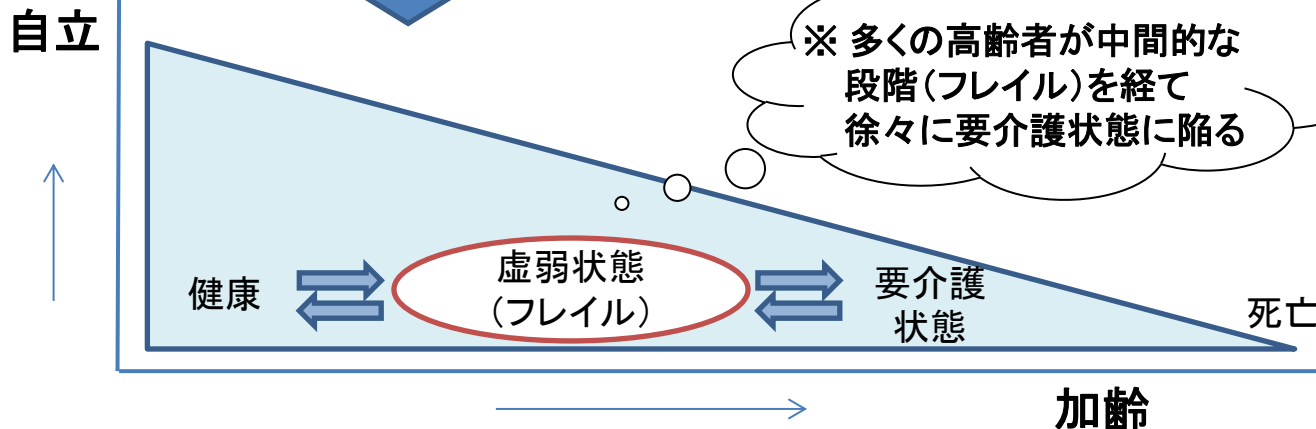
低栄養・転倒の増加
口腔機能低下

意欲・判断力や認知
機能低下、うつ

フレイルは、適切な介入・支援により、生活機能の維持向上が可能。

【今後の取組】

- 医療・介護が連携したフレイルの多面性に応じた総合的な対策の検討が必要。
- メタボ対策からフレイル対応への円滑な移行。



- ① フレイルの概念及び重要性の啓発
- ② フレイルに陥った高齢者の適切なアセスメント
- ③ 効果的・効率的な介入・支援のあり方
- ④ 多職種連携・地域包括ケアの推進

経済・財政再生計画 改革工程表(抄)

(平成27年12月24日経済財政諮問会議決定)

| | 2014・2015年度 | 集中改革期間 | | | | 2019年度 | 2020年度～ | KPI (第一階層) | KPI (第二階層) |
|-----------|---|--------|---|--------|--------|--------|---------|--|---------------|
| | | 2016年度 | | 2017年度 | 2018年度 | | | | |
| インセンティブ改革 | | 通常国会 | 概算要求 税制改正要望等 | 年末 | 通常国会 | | | 低栄養の防止の推進など高齢者のフレイル対策に資する事業を行う後期高齢者医療広域連合数【47広域連合】 | |
| | <p><⑩高齢者のフレイル対策の推進></p> <p>効果的な栄養指導等の研究</p> | | 後期高齢者の特性に応じて、専門職(管理栄養士、歯科衛生士、薬剤師、保健師等)が、対応の必要性の高い後期高齢者に対して相談や訪問指導等のモデル事業を実施 | | | 本格実施 | | | |

経済財政運営と改革の基本方針2016(抄)

(平成28年6月2日閣議決定)

(健康づくり・疾病予防・重症化予防等の取組推進)

- ・ 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。

後期高齢者の保健事業の充実について

- 高齢者のフレイル対策をはじめ、後期高齢者の特性に応じた保健事業の充実を推進。

[現状]

① 健康診査

- 全広域連合で実施。受診率は26.0%（平成26年度）。市町村等に委託。
- 基本的に腹囲測定を除き特定健診（若年者）と同じ項目。

② 健診以外の保健事業

- 健診以外に、
 - ・歯科健診
 - ・重複・頻回受診者等への訪問指導
 - ・ジェネリック医薬品使用促進に向けた取組 などを実施。

③ 保健事業の実施体制

- 全広域連合で保健事業実施計画を策定済。

[充実の方向性]

- 生活習慣病等の重症化予防、心身機能の低下に伴う疾病の予防のため、高齢者の心身の特性に応じた保健指導等の実施を推進。

◎国保法等改正法による改正後の高齢者の医療の確保に関する法律

第125条 後期高齢者医療広域連合は、高齢者の心身の特性に応じ、健康教育、健康相談、健康診査及び保健指導並びに健康管理及び疾病の予防に係る被保険者の自助努力についての支援その他の被保険者の健康の保持増進のために必要な事業を行うように努めなければならない。

（平成28年4月1日施行）

- 平成28年度から、栄養、口腔、服薬などの面から、高齢者の特性にあった効果的な保健事業として、専門職による支援をモデル実施。

※効果検証を行い、平成30年度からの本格実施を目指す。

- 更に、ワーキンググループを設置し、高齢者の保健事業のあり方、効果的な支援方法の検討を実施し、効果的な保健事業のガイドラインを策定予定。

医療保険制度における予防・健康づくりの取組について

- 医療保険制度においては、若年期から高齢期まで生涯を通じて、被保険者の特性に応じて、効果的な予防・健康づくりや医療費適正化事業に取り組んでいる。

若年・壮年期

高齢期

国保、被用者保険

後期高齢者医療

【特性に応じた予防・健康づくりの主な取組】

○特定健診・特定保健指導

○広く加入者に対して行う予防・健康づくり、
※ヘルスケアポイント等によるインセンティブ付与

○糖尿病等の重症化予防

○フレイル対策

【医療費適正化】

○重複頻回受診など加入者の適正受診・適正服薬を促す取組

○後発医薬品の使用促進

「後期高齢者の保健事業のあり方に関する研究」(ポイント)

≪平成27年度厚生労働科学研究特別研究(班長:鈴木隆雄(国立長寿医療研究センター理事長特任補佐))≫

1. 高齢者の心身機能の特性

○ 後期高齢期にはフレイルが顕著に進行。

※「フレイル」については、学術的な定義がまだ確定していないため、本報告書では「加齢とともに、心身の活力(運動機能や認知機能等)が低下し、複数の慢性疾患の併存などの影響もあり、生活機能が障害され、心身の脆弱化が出現した状態であるが、一方で適切な介入・支援により、生活機能の維持向上が可能な状態像」と定義している。

○ 慢性疾患を複数保有し、加齢に伴う老年症候群も混在。包括的な疾病管理が重要。

○ 医療のかかり方として、多機関受診、多剤処方、残薬が生じやすいという課題。

○ 健康状態や生活機能、生活背景等の個人差が大きい。

2. 左記特性を踏まえた後期高齢者の保健事業の在り方・方向性

○ 現役世代の肥満対策に重点を置いた生活習慣病対策からフレイルに着目した対策に徐々に転換することが必要。

○ 生活習慣病の発症予防というよりは、生活習慣病等の重症化予防や低栄養、運動機能・認知機能の低下などフレイルの進行を予防する取組がより重要。

○ 高齢者の特性に応じた健康状態や生活機能の適切なアセスメントと適切な介入支援が必要。

○ したがって、医療保険者としては、介護予防と連携しつつ、広域連合が保有する健診、レセプト情報等を活用しながら、個人差が拡大する後期高齢者の状況に応じ専門職によるアウトリーチを主体とした介入支援(栄養指導など)に取り組むことが適当。

○ 後期高齢者は慢性疾患の有病率が高く、疾病の重症化予防や再入院の防止、多剤による有害事象の防止(服薬管理)が特に重要であるため、医療機関と連携して保健事業が実施されることが必要。

フレイルの概念

葛谷雅文:日老誌(2009)をもとに、
著者の許可を得て本研究班で改変

- 高血圧
 - 心疾患
 - 脳血管疾患
 - 糖尿病
 - 呼吸器疾患
 - 悪性腫瘍等
- (生活習慣病等)

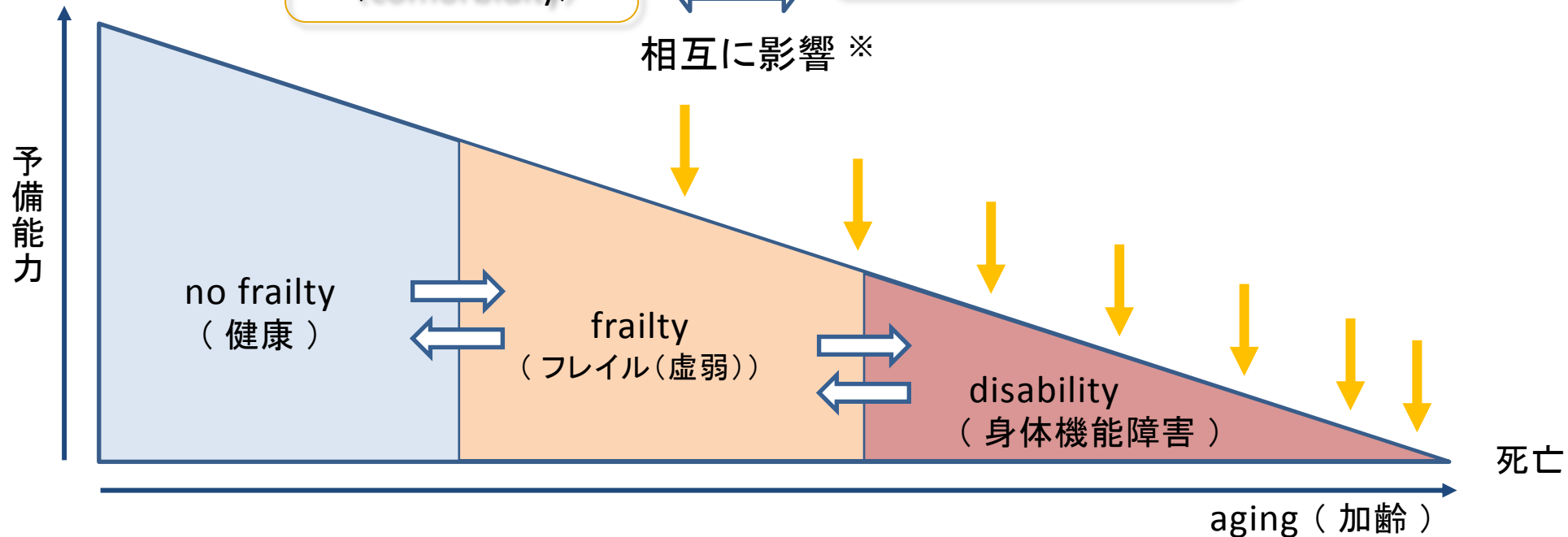
- 認知機能障害
- 視力障害
- 難聴
- 体重減少
- めまい
- うつ
- せん妄
- サルコペニア(筋量低下)
- 摂食・嚥下障害
- 貧血
- 易感染性

慢性疾患を併存
(comorbidity)

and/or
↔

老年症候群

相互に影響 ※



「フレイル」については、学術的な定義がまだ確定していないため、本報告書では、「加齢とともに、心身の活力(運動機能や認知機能等)が低下し、複数の慢性疾患の併存などの影響もあり、生活機能が障害され、心身の脆弱化が出現した状態であるが、一方で適切な介入・支援により、生活機能の維持向上が可能な状態像」と定義している。

※ 現時点では、慢性疾患のフレイルへの関わりが十分なエビデンスの基に構築されているわけではないことに留意が必要。

高齢者の低栄養防止・重症化予防等の推進

平成28年度予算額 3.6億円(新規)

経済財政運営と改革の基本方針2015(平成27年6月30日閣議決定)

(インセンティブ改革)

民間事業者の参画も得つつ**高齢者のフレイル対策を推進する。**

(公的サービスの産業化)

民間事業者も活用した保険者によるデータヘルスの取組について、中小企業も含めた企業による健康経営の取組との更なる連携を図り、健康増進、重症化予防を含めた疾病予防、重複・頻回受診対策、後発医薬品の使用促進等に係る好事例を強力に全国に展開する。

概要

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

推進のための事業イメージ

保健センター 地域包括支援センター



診療所・病院



歯科医院



薬局



訪問看護ステーション



専門職

訪問指導

相談



被保険者

低栄養・過体重、摂食等の口腔機能、服薬など

(参考) 高齢者の特性(例: 虚弱(フレイル))

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

加齢に伴う変化

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

危険な加齢の兆候(老年症候群)

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

フレイルの多面性

閉じこもり、孤食

社会的

身体的

精神的

低栄養・転倒の増加
口腔機能低下
意欲・判断力や
認知機能低下、
うつ

適切な介入・支援により、生活機能の維持向上が可能。

神奈川県大和市の取組（概要）

- 国保や後期高齢者医療の被保険者のうち、低栄養状態の高齢者や糖尿病性腎症の方を対象とした訪問栄養指導を実施し、栄養状態の改善や重症化予防を図る取組を実施。（①低栄養改善事業②糖尿病性腎症透析予防事業）

①低栄養改善事業

- 低栄養状態又はそのおそれのある在宅高齢者に、管理栄養士が訪問指導を行い、低栄養の状態の改善や重症化予防を図る。
- 基本チェックリストからBMI18.5未満、体重減少2～3kg以上/6か月に該当する人を抽出。管理栄養士が6か月の間に3回、訪問等による栄養指導を実施。
- 109人（うち後期高齢者66人）に対し実施（H25～27年度）。平成25、26年度の実施事業においては約5割の人に体重増加（+1kg以上）が見られた（未実施地域の約3倍に相当する改善効果）。



②糖尿病性腎症の透析予防事業

- 糖尿病性腎症の対象者に訪問指導を実施。病状の安定と透析導入予防を図る。
- 健診受診者から腎機能低下が認められた人（慢性腎不全ステージ3～4）を抽出。管理栄養士が6か月の間に3回、訪問等による栄養指導を実施。
- 83人（うち後期高齢者60人）に対し実施（H26・27年度）。平成26年度の実施事業においては、8割の人に腎機能の維持・改善が見られた（未実施者の1.5倍に相当する改善効果）。実施した人について、実施前後を比較すると、1人あたり年間53,200円に相当する医療費（国保）が減少した。また、透析導入となった人はいなかった。

○健康診査(歯科健診を含む)に要する経費 約27.2億円 内歯科健診分 約5.4億円

- 健康診査及び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 約7.0億円

(1)高齢者の低栄養防止・重症化予防等の取組推進 約3.6億円(新規)

- 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。

(2)後発医薬品の使用促進事業に要する経費 約2.5億円

- 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。

(3)重複・頻回受診者等に対する訪問指導の強化 約0.9億円

- レセプト等情報により選定した重複・頻回受診者等に対する訪問指導に加えて、多量投薬者等に対して、地域薬剤師会の協力を得て、薬剤師等による訪問指導及びその結果を処方医、薬局へのフィードバックを行う取り組みを実施。

(4)効果的な保健事業の推進 7.6百万円

- 国保連合会に設置する支援・評価委員会の委員が広域連合に対し評価・助言等を行うことにより、効率的・効果的な保健事業の推進を図る。(平成26年度に市町村国保及び広域連合がデータ分析に基づきPDCAサイクルに沿って保健事業を効率的・効果的に実施できるよう、国保連合会に、保健事業の評価、助言等を行う支援・評価委員会が設置されており、地域の実態に応じた保健事業の企画等を支援するために保健師が配置されている。)

○糖尿病性腎症重症化予防事業等の好事例の横展開 約0.4億円※

- 糖尿病性腎症の患者であって生活習慣の改善により重症化の予防が期待される者に対し、医療保険者が医療機関と連携して保健指導を実施するなど、好事例の全国展開を進める。 ※健康保険組合、全国健康保険協会、後期高齢者医療広域連合分

高齢者の特性に応じた保健事業の進め方について

| 時 期 | 実 施 事 項 |
|--------|--|
| 平成27年度 | <p>「後期高齢者の保健事業のあり方に関する研究」 (平成27年度厚生労働科学研究特別研究) [班長:鈴木隆雄(国立長寿医療研究センター理事長特任補佐)]</p> |
| 平成28年度 | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: 45%;"> <p style="text-align: center;">高齢者の低栄養防止・ 重症化予防等の推進事業 (3.6億円)</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: 45%;"> <p style="text-align: center;">高齢者の保健事業のあり方 検討ワーキンググループ</p> <p>平成28年度(6、7月～)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保健事業のあり方の検討 ・モデル事業ヒアリング(先進的な取組の実態把握) ・ガイドライン(暫定版)の作成 </div> </div> |
| 平成29年度 | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: 45%;"> <p style="text-align: center;">高齢者の低栄養防止・ 重症化予防等の推進事業</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: 45%;"> <p>平成29年度</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業の効果検証を通じたガイドラインの作成、策定 </div> </div> |
| 平成30年度 | <p>フレイル対策をはじめとした 高齢者の特性に応じた保健事業の本格実施(全国展開)</p> |

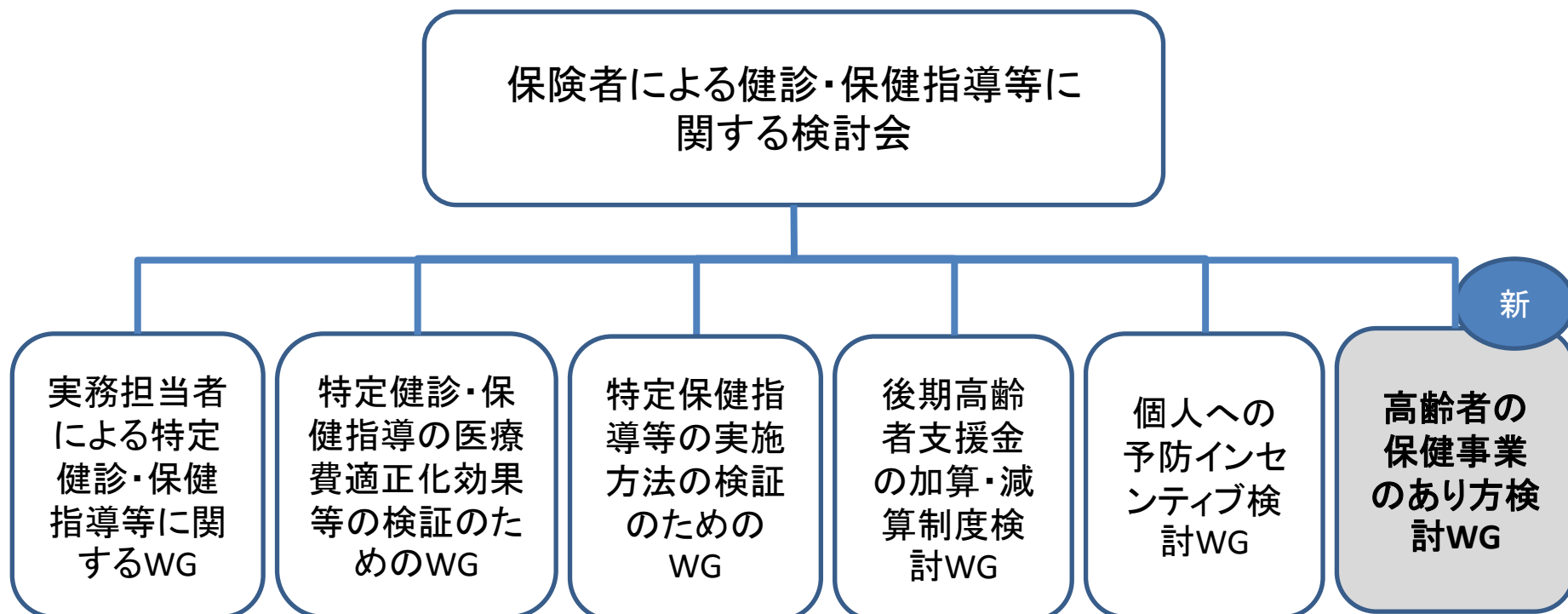
高齢者の保健事業のあり方検討ワーキンググループ(WG)について

○ 平成28年度から、「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」の下に、新たなワーキンググループとして、「高齢者の保健事業のあり方検討WG」を設け、高齢者の保健事業のあり方について、さらに具体的な検討を進める。

※ 平成27年度厚生労働科学研究特別研究(鈴木班)をベースとして、医療関係者や保険者などの関係者を含め、より効果的、実効性等のある保健事業のあり方を議論、検討。

※ 構成員は、保険者、医療関係者及び学識経験者を想定。

○ あり方の検討に加え、高齢者の特性を踏まえた効果的な保健事業のガイドラインを策定し、広域連合や市町村の保健事業の推進を図る。



後期高齢者医療における保険者インセンティブ

1. 趣旨・仕組み

- 後期高齢者医療制度において、その運営主体である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事業実施が全国規模で展開されることを目的として、広域連合の取組を支援するための仕組みを構築する。
- 評価指標に基づき広域連合の取組を評価し、平成28年度から交付する特別調整交付金に反映する。
※ 反映方法は国保の都道府県分と同様のイメージ。
- なお、まずは、取組の実施そのものを評価する指標に基づくが、今後、他制度を含めた保険者インセンティブの取組状況等を踏まえ、評価指標や評価方法を更に検討する。

2. 評価指標の候補

保険者共通の指標

- 指標①・② ※後期では(特定)健診は義務ではない。
 - 健康診査や歯科健診の実施
 - 健診結果を活用した取組(受診勧奨・訪問指導等)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保険者の働きかけの実施
- 指標⑤
 - 重複・頻回受診、重複投薬者等への保健師、薬剤師等による訪問指導の実施
- 指標⑥
 - 後発医薬品の使用割合
 - 後発医薬品の促進の取組

固有の指標

- 指標①
 - データヘルス計画の策定状況
- 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
 - 後期高齢者医療の視点からの地域包括ケア推進の取組
 - 国民健康保険等と連携した保健事業の実施状況
- 指標⑥
 - 第三者求償の取組状況

参考資料

II 保険者機能の強化～「データヘルス横展開の加速」による「医療の質と持続性の向上」～

保険者機能の強化

○保険者機能の強化・連携等によりデータヘルスを強力推進

○ICTとビッグデータを活用して保険者機能を支援

医療の質向上、持続性の強化

データヘルスの実現には、①一定規模のビッグデータ、②ノウハウ、③財政力・人的資源が必要。しかし、日本の健保組合は中・小規模が多いため、ビッグデータの確保、財政面等で課題がある。

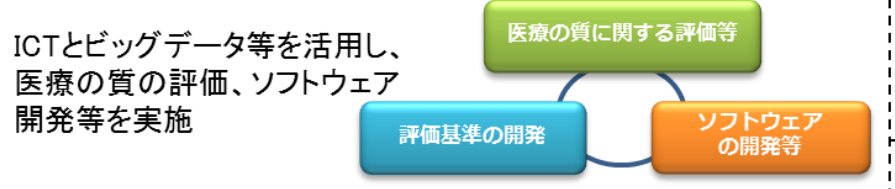
(参考) 保険者規模 (平成26年) (平均)

| 国保 | 協会けんぽ | 共済 | 健保組合 | ドイツ |
|----------------------------|----------------------|-------|------|-------|
| 約70万人 (各都道府県内の被保険者数の平均) | 約76万人 (47都道府県の平均) | 約10万人 | 約2万人 | 約40万人 |

<当面の対応>

- ・保険者による**データ分析の集約化**や**保健指導の共同実施**等を支援
- ・韓国HIRA等をモデルに、**ICTとビッグデータを最大限活用**し、データヘルスや医療の質の評価・向上を目指す。その際、**保険者が「医療の質を創る」**べく、**保険者の新たな役割・責任を明確化**
- ・表彰制度等を通じ事業主にも**「健康経営」**を普及啓発

(参考) 韓国・健康保険審査評価院 (HIRA)



一体的に
 改革を推進
 「健康長寿」
 「医療費適正化」
 の実現

データヘルス横展開

1. 全国展開に向けた方法論の確立と協力体制の基盤整備

- 厚労省と医療関係者(日本医師会、糖尿病対策推進会議)の間で**連携協定締結(3/24)**、4月中を目途に**国レベルでプログラム策定**。今後、保険者の取組状況などを踏まえ、**高血圧症等、他の生活習慣病にも展開を検討**
- 高齢者のフレイル(虚弱)予防**として、**栄養・口腔・服薬等**の面から**管理栄養士等**による**在宅訪問指導、運動指導等**を実施



協定締結式(3/24)

2. データ分析等を行う民間企業との連携強化

- データ分析に基づく**健康・予防サービス**を提供する事業者と、保険者等との**マッチング**を推進するため、全国で**「データヘルス見本市」**を開催
- 2020年の目標(**データ分析等を行う民間企業<保険者からの推薦等により質を確保>**を少なくとも**100社以上**)達成に向け、毎年度、進捗状況を把握

3. 保険者のインセンティブ改革

- 平成30年度からのインセンティブ改革を**今年度から前倒し実施**し、保険者の取組を加速

| | 28年度 | 29年度 | 30年度 |
|-------|--------------------------------|------|--------------|
| 国保 | インセンティブの前倒し 4月中目途に「評価指標」を公表 | → | 保険者努力支援制度の施行 |
| 被用者保険 | 新「加減算制度」の具体化、「評価指標」の決定(夏～秋目途) | | 新「加減算制度」の施行 |
| 後期高齢者 | 「特別調整交付金」で保険者インセンティブを実施 | → | |

予防・健康づくりの推進

「経済・財政再生計画改革工程表」の主なKPI

- ・800市町村、24広域連合で重症化予防を実施
- ・800市町村、600保険者でインセンティブを推進
- ・500社で健康経営、1万社で健康宣言を実施
- ・ヘルスケア事業者の数100社以上

- ・全ての保険者で①後発品医薬品の使用割合を高める取組、②好事例を反映したデータヘルスの取組、③加入者の特性に応じた指標による進捗管理、④ICT等の活用による本人への情報提供等を実施
- ・全ての広域連合でフレイル対策を実施

1. 糖尿病性腎症重症化予防事業の推進

行政と医療関係者の**連携の枠組み**を構築

3月24日 連携締結協定

4月20日 **重症化予防プログラム策定**
→全国に取り組みを普及
(**保険者インセンティブへの反映**)

3. 保険者のインセンティブ改革

【保険者インセンティブ】

28年1月 共通的に取り組むべき指標を提示
→ **保険者種別ごとに、具体的評価指標の検討開始**

28・29年度

インセンティブ改革を**前倒し実施**

30年度

保険者努力支援制度の施行(国保)
支援金等への反映(被用者保険)

【個人インセンティブ】

5月18日 **ガイドラインを公表**

2. 民間事業者の活用推進等

保険者と民間事業者の**マッチング**を推進

27年12月 データヘルス見本市(37社、3000人参加)

28年1月 健康経営銘柄2016の選定(25社)

3月 「出張! データヘルス・予防サービス見本市」

4月～**全国2～3カ所**で「**データヘルス見本市**」

4. 高齢者のフレイル対策の推進

27年度 後期高齢者の特性に応じた保健事業の在り方について研究(厚生科学特別研究)

28・29年度 研究成果を踏まえた**モデル事業実施**
⇒効果検証を踏まえ、事業実施のガイドラインを作成

30年度

事業の**本格実施**

予防・健康づくり推進の当面のスケジュール

平成27年度 7月 10月 3月 **平成28年度** 4月 7月 平成29年度

日本健康会議

第1回
日本健康
会議

7月10日

ヘルスケアポイン
ト等情報提供WG

重症化予防WG

健康経営500
WG・中小1万社
健康宣言WG

民間事業者活用WG

保険者における
後発医薬品推進WG

協定
締結

重症化予防
プログラム
公表

保険者
(3433)
全数調査

第2回
日本健康会議
(各WGの
成果の発表)

7月頃

2020年のK P I
達成に向けた
取組の推進

毎年5月頃に
実施状況把握
毎年7月に
状況公表

データヘルス・
予防サービス
見本市2015
12月開催

○プログラムに
基づく横展開

○全国2～3カ所で見本市を開催
→質の高いアウトソーシングの推進

【フレイル対策】

高齢者の特性を踏まえたモデル事業

(高齢者の低栄養防止・重症化予防等の推進事業)

【平成30年度より本格実施】

レセプト・健診情報等を活用したデータヘルスの推進事業

【ICTの活用】

主な
データヘルス
関連事業

国保・後期高齢者ヘルスサポート事業

約800保険者(平成27年度実績)

○インセンティブ改革の実施

○個人のインセンティブ推進のため
のガイドラインの作成
(ヘルスケアポイントなど)

○保険者のインセンティブ推進のため
の指標等の作成

国民健康保険において、
保険者努力支援制度の趣旨を現行制度に前倒しで反映
【平成30年度より本格実施】

日本健康会議

- ◆ 経済界・医療関係団体・自治体のリーダーが手を携え、健康寿命の延伸とともに医療費の適正化を図ることを目的として、自治体や企業、保険者における先進的な予防・健康づくりの取組を全国に広げるため、民間主導の活動体である「日本健康会議」を2015年7月10日に発足。
- ◆ 自治体や企業・保険者における先進的な取組を横展開するため、2020年までの数値目標（KPI）を入れた「健康なまち・職場づくり宣言2020」を採択。
- ◆ この目標を着実に達成するため、
 - ① 取組ごとにワーキンググループを設置し、厚労省・経産省も協力して具体的な推進方策を検討し、ボトルネックの解消や好事例の拡大を行う。
 - ② 「日本健康会議ポータルサイト」を開設し、例えば、地域別や業界別などの形で取組状況を「見える化」し、競争を促す。

日時：2015年7月10日（金） 11:45 – 12:35

会場：ベルサール東京日本橋

人数：報道メディア、保険者、関係者など、計1,000名程度

- | | | | |
|----------------------------|-------------------|--------------|----------------|
| 1. 趣旨説明 | 日本商工会議所 | （会頭 | 三村 明夫 |
| 2. キーノートスピーチ | 東北大学大学院 医学系研究科 | （教授 | 辻 一郎 |
| 3. メンバー紹介 | | | |
| 4. 「健康なまち・職場 づくり宣言2020」 | 健康保険組合 連合会 | （会長 | 大塚 陸毅 |
| 5. 今後の活動について | 日本医師会 | （会長 | 横倉 義武 |
| 6. 来賓挨拶 （総理挨拶） | 厚生労働省 | （大臣 官房副長官 | 塩崎 恭久 加藤 勝信 |
| 7. フォトセッション | | | |



日本健康会議の様子

（参考）第二部 先進事例の取組紹介（13:00 – 15:00）

- ・津下一代（あいち健康の森健康科学総合センター長）・西川太一郎（東京都荒川区長）・向井一誠（協会けんぽ広島支部長）
- ・谷村遵子（三菱電機健康保険組合）・南場智子（株式会社ディー・エヌ・エー 取締役会長）

日本健康会議
実行委員

| | | |
|-------------------|---------|--------|
| 日本経済団体連合会 | 会長 | 榑原 定征 |
| 日本商工会議所 | 会頭 | 三村 明夫 |
| 経済同友会 | 代表幹事 | 小林 喜光 |
| 全国商工会連合会 | 会長 | 石澤 義文 |
| 全国中小企業団体中央会 | 会長 | 大村 功作 |
| 日本労働組合総連合会 | 会長 | 古賀 伸明 |
| 健康保険組合連合会 | 会長 | 大塚 陸毅 |
| 全国健康保険協会 | 理事長 | 小林 剛 |
| 全国国民健康保険組合協会 | 会長 | 真野 章 |
| 国民健康保険中央会 | 会長 | 岡崎 誠也 |
| 全国後期高齢者医療広域連合協議会 | 会長 | 横尾 俊彦 |
| 全国知事会 | 会長 | 山田 啓二 |
| 全国市長会 | 会長 | 森 民夫 |
| 全国町村会 | 会長 | 藤原 忠彦 |
| 日本医師会 | 会長 | 横倉 義武 |
| 日本歯科医師会 | 会長 | 高木 幹正 |
| 日本薬剤師会 | 会長 | 山本 信夫 |
| 日本看護協会 | 会長 | 坂本 すが |
| 日本栄養士会 | 会長 | 小松 龍史 |
| チーム医療推進協議会 | 代表 | 半田 一登 |
| 住友商事 | 相談役 | 岡 素之 |
| 自治医科大学 | 学長 | 永井 良三 |
| 東北大学大学院医学系研究科 | 教授 | 辻 一郎 |
| あいち健康の森健康科学総合センター | センター長 | 津下 一代 |
| 広島大学大学院医歯薬保健学研究院 | 教授 | 森山 美知子 |
| 千葉大学予防医学センター | 教授 | 近藤 克則 |
| 京都大学産官学連携本部 | 客員教授 | 宮田 俊男 |
| 日本糖尿病学会 | 理事長 | 門脇 孝 |
| 東京都荒川区 | 区長 | 西川 太一郎 |
| 読売新聞グループ本社 | 取締役最高顧問 | 老川 祥一 |
| テレビ東京 | 相談役 | 島田 昌幸 |
| 共同通信社 | 社長 | 福山 正喜 |

○事務局は、実行委員会方式で運営(事務局長:渡辺俊介 元日経新聞論説委員)

全32名



健康なまち・職場づくり宣言2020



宣言 1

予防・健康づくりについて、一般住民を対象としたインセンティブを推進する自治体を800市町村以上とする。

宣言 2

かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体を800市町村、広域連合を24団体以上とする。その際、糖尿病対策推進会議等の活用を図る。

宣言 3

予防・健康づくりに向けて47都道府県の保険者協議会すべてが、地域と職域が連携した予防に関する活動を実施する。

宣言 4

健保組合等保険者と連携して健康経営に取り組む企業を500社以上とする。

宣言 5

協会けんぽ等保険者のサポートを得て健康宣言等に取り組む企業を1万社以上とする。

宣言 6

加入者自身の健康・医療情報を本人に分かりやすく提供する保険者を原則100%とする。その際、情報通信技術 (ICT) 等の活用を図る。

宣言 7

予防・健康づくりの企画・実施を提供する事業者の質・量の向上のため、認証・評価の仕組みの構築も視野に、保険者からの推薦等一定の基準を満たすヘルスケア事業者を100社以上とする。

宣言 8

品質確保・安定供給を国に求めつつ、すべての保険者が後発医薬品の利用勧奨など、使用割合を高める取り組みを行う。

糖尿病性腎症重症化予防に係る連携協定締結について

1. 趣旨

- 呉市等の糖尿病性腎症重症化予防の取組を全国的に広げていくためには、各自治体、郡市医師会が協働・連携できる体制の整備が必要。
- そのためには、埼玉県の場合のように、都道府県レベルで、県庁等が県医師会と協力して重症化予防プログラムを作成し、県内の市町村に広げる取組を進めることが効果的。
- そのような取組を国レベルでも支援する観点から、国レベルで糖尿病性腎症重症化予防プログラムを策定する旨、「厚生省・日本医師会・日本糖尿病対策推進会議」の三者で、連携協力協定を締結する。

2. 日時・場所・参加者

日時・場所 : 3/24(木)18:05～ 5分程度(場所は大臣室) ※マスコミフルオープン

参加者 : 日本医師会 横倉会長(糖尿病対策推進会議会長を兼任)
日本糖尿病対策推進会議 門脇副会長(糖尿病学会理事長) 清野副会長(糖尿病協会理事長)
堀副会長(日本歯科医師会会長) 今村副会長(日本医師会副会長)
塩崎厚生労働大臣

3. 協定の概要

- 日本医師会、日本糖尿病対策推進会議及び厚生労働省は、「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を速やかに定める。
- 策定したプログラムに基づき、3者は次の取組を進める。

| 日本医師会 | 日本糖尿病対策推進会議 | 厚生労働省 |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">・プログラムを都道府県医師会や郡市区医師会へ周知・かかりつけ医と専門医等との連携の強化など自治体等との連携体制の構築への協力 | <ul style="list-style-type: none">・プログラムを構成団体へ周知・国民や患者への啓発、医療従事者への研修に努める・自治体等による地域医療体制の構築に協力 | <ul style="list-style-type: none">・プログラムを自治体等に周知・取組を行う自治体に対するインセンティブの導入等・自治体等の取組実績について、分析及び研究の推進 |

糖尿病性腎症重症化予防プログラムについて

1. 趣旨

- 呉市等の先行的取組を全国に広げていくためには、**各自治体と医療関係者が協働・連携できる体制の整備**が必要。
- そのためには、埼玉県取組例のように、**都道府県レベルで、県庁等が県医師会等の医療関係団体と協力して重症化予防プログラムを作成**し、県内の市町村に広げる取組を進めることが効果的。
- そのような取組を国レベルでも支援する観点から、**日本医師会・日本糖尿病対策推進会議・厚生労働省の三者で、糖尿病性腎症重症化予防プログラムを策定**したもの（それに先立ち本年3月24日に連携協定締結）。

2. 基本的考え方

(目的)

- **重症化リスクの高い医療機関未受診者等に対する受診勧奨・保健指導**を行い治療につなげるとともに、**通院患者のうち重症化リスクの高い者に対して主治医の判断で対象者を選定して保健指導を行い、人工透析等への移行を防止**する。

(性格)

- 先行する取組の全国展開を目指し、取組の考え方や取組例を示すもの。各地域における取組内容については**地域の実情に応じ柔軟に対応が可能**であり、現在**既に行われている取組を尊重**。

(留意点)

- **後期高齢者**については**年齢層を考慮した対象者選定基準**を設定することが必要。

3. 関係者の役割

※例示であり地域の実情に応じた取組を尊重

(市町村)

- 地域における**課題の分析**（被保険者の疾病構造や健康問題などを分析）
- **対策の立案**（取り組みの優先順位等を考慮して立案、地域の医師会等の関係団体と協議）
- 対策の**実施**、実施状況の**評価**

(都道府県)

- **市町村の事業実施状況のフォロー**、都道府県レベルで**医師会や糖尿病対策推進会議等と取組状況の共有、対応策等について議論、連携協定の締結、糖尿病性腎症重症化予防プログラムの策定**

3. 関係者の役割（続き）

（後期高齢者医療広域連合）

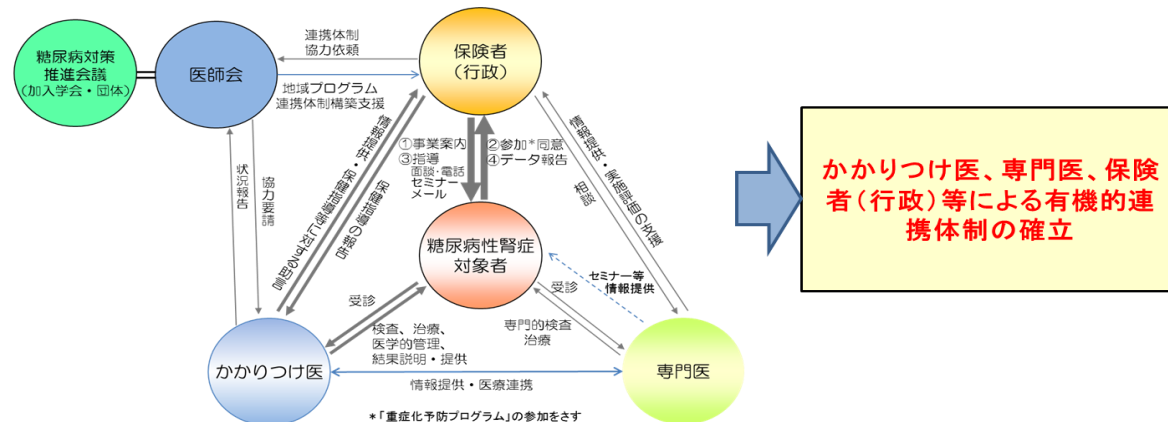
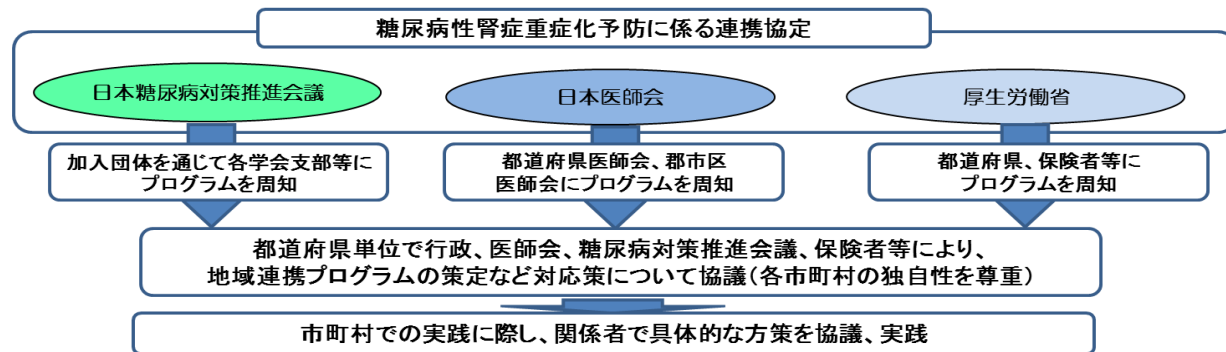
- 広域連合は市町村と都道府県の両者の役割を担うが、**特に実施面では、市町村との連携が必要不可欠**

（地域における医師会等）

- 都道府県医師会等の関係団体は、**郡市区医師会等に対して、国・都道府県における動向等を周知し、必要に応じ助言**
- 都道府県医師会等や郡市区医師会等は、都道府県や市町村が取組を行う場合には、**会員等に対する周知、かかりつけ医と専門医等との連携強化など、必要な協力を努める**

（都道府県糖尿病対策推進会議）

- 国・都道府県の動向等について**構成団体に周知、医学的・科学的観点からの助言など、自治体の取組に協力するよう努める**
- **地域の住民や患者への啓発、医療従事者への研修に努める**



4. 対象者選定

※取組内容については地域の実情に応じ柔軟に対応

- ① **健診データ・レセプトデータ**等を活用したハイリスク者の抽出
 - － 日本糖尿病学会、日本腎臓学会のガイドラインに基づく基準を設定
- ② **医療機関における糖尿病治療中の者**からの抽出
 - － 生活習慣改善が困難な方・治療を中断しがちな患者等から医師が判断
- ③ **治療中断かつ健診未受診者**の抽出
 - － 過去に糖尿病治療歴があるものの、最近1年間に健診受診歴やレセプトにおける糖尿病受療歴がない者等

5. 介入方法

※取組内容については地域の実情に応じ柔軟に対応

- ① **受診勧奨**：手紙送付、電話、個別面談、戸別訪問等
 - － 対象者の状況に応じ、本人への関わり方の濃淡をつける
 - － 必要に応じて受診後のフォローも行う
- ② **保健指導**：電話等による指導、個別面談、訪問指導、集団指導等
 - － 健診データ等を用いて自身の健康状態を理解してもらい、生活習慣改善につなげることを目標とする

6. かかりつけ医や専門医等との連携

- 都道府県、市町村において、**あらかじめ医師会や糖尿病対策推進会議等と十分協議**の上、推進体制を構築。**郡市医師会**は各地域での推進体制について**自治体と協力**。
- **かかりつけ医**は、**対象者の病状を把握し、本人に説明**するとともに、**保健指導上の留意点を保健指導の実施者に伝える**ことが求められる。
- 必要に応じて**かかりつけ医と専門医の連携、医科歯科連携**ができる体制をとることが望ましい。
- 臨床における検査値（血圧、血糖、腎機能等）を把握するに当たっては、**糖尿病連携手帳等を活用**し、本人ならびに連携機関と情報を共有できるようにすることが望ましい。

7. 評価

- ストラクチャー（構造）、プロセス（過程）、アウトプット（事業実施量）、アウトカム（結果）の各段階を意識した評価を行う必要。また、中長期的な費用対効果の観点からの評価も行う必要。
- 事業の実施状況の評価等に基づき、今後の事業の取組を見直すなど、**PDCAサイクル**を回すことが重要。

今後の保険者における予防・健康づくり等の取組の推進に当たって共通的に評価する指標 （「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」での取りまとめ）

- 保険者による健診・保健指導等に関する検討会（座長：多田羅浩三日本公衆衛生協会会長）において、今後、保険者が種別に関わりなく共通的に取り組むべき指標について検討し、以下のとおり、本年1月にとりまとめた。

ア 予防・健康づくりに係る指標

【指標①】特定健診・特定保健指導の実施率、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率

- 具体例) 特定健診・特定保健指導の実施率、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率、健診未受診者・保健指導未利用者対策

【指標②】特定健診・特定保健指導に加えて他の健診の実施や健診結果等に基づく受診勧奨等の取組の実施状況

- 具体例) がん検診や歯科健診などの健（検）診の実施、健診結果等に基づく受診勧奨や精密検査の必要な者に対する働きかけ、歯科のリスク保有者への保健指導等の取組の実施状況

【指標③】糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況

- 具体例) 糖尿病等の治療中断者への働きかけや、治療中の加入者に対して医療機関等と連携して重症化を予防するための保健指導等を実施する取組

【指標④】広く加入者に対して行う予防・健康づくりの取組の実施状況

- 具体例) ICT等を活用して本人に分かりやすく健診結果の情報提供を行うことや、ヘルスケアポイント等による予防・健康づくりへのインセンティブ付与の取組のうち、実効性のあるもの

イ 医療の効率的な提供への働きかけに係る指標

【指標⑤】加入者の適正受診・適正服薬を促す取組の実施状況

- 具体例) 地域のかかりつけ医師、薬剤師等との連携の下、重複頻回受診者、重複服薬・多剤投与と思われる者への訪問指導の実施や、訪問による残薬確認・指導等の取組

【指標⑥】後発医薬品の使用促進に関する取組の実施状況

- 具体例) 後発医薬品差額通知の実施や後発医薬品の希望カードの配付など、実施により加入者の後発医薬品の使用を定着・習慣化させ、その後の後発医薬品の継続使用に資するもの

日本老年医学会等での最近の動き

1. 高齢者に対する適切な医療提供の指針 (平成25年3月)

厚生労働科学研究「高齢者に対する適切な医療提供に関する研究」研究班(研究代表者: 秋下雅弘 東京大学大学院医学系研究科教授)、
日本老年医学会、全国老人保健施設協会、日本慢性期医療協会 (協力) 日本医師会

<指針の必要性>

- 後期高齢者の増加に伴い高齢者医療への需要は高まっているが、①疾病の表れ方や反応が若年者と異なる、②複数の慢性疾患を保有、③薬剤数が増え相互作用や薬物有害事象が起こりやすい、④高齢者を対象とした診療ガイドラインが十分確立していない等により、高齢者への医療提供は医療従事者にとって困難なものになっている。
- 医療提供者が高齢者に対して過少でも過剰でもない適切な医療提供を行えるよう支援することを目的とする。

<指針の概要>

- 医療提供の際に考慮すべき事項として「多病と多様性」「QOL維持・向上を目指したケア」「生活の場に即した医療提供」「高齢者に対する薬物療法の基本的な考え方」「患者の意志決定を支援」「家族などの介護者もケアの対象に」「患者本人の視点に立ったチーム医療」を提唱。
- 診療ガイドラインが相互に矛盾する場合、本指針の基本的な考え方を準用して治療方針の一助とする。

2. 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(抜粋) (平成26年5月)

- 後期高齢者の多くの場合、“Frailty”という中間的な段階を経て徐々に要介護状態に陥ると考えられている。
- “Frailty”の概念には、しかるべき介入により再び健全な状態に戻るという可逆性が含まれている。
- しかしながら、“Frailty”の概念は多くの医療・介護専門職によりほとんど認識されておらず、介護予防の大きな障壁であるとともに、臨床現場での適切な対応を欠く現状となっている。
- 従って、“Frailty”に陥った高齢者を早期に発見し、適切な介入をすることにより、生活機能の維持・向上を図ることが期待される。
- 社会における認知度を上げるべくワーキンググループを形成、(中略)「虚弱」に代わって「フレイル」を使用する合意を得た。

フレイルとは : 高齢期に生理的予備能が低下することでストレスに対する脆弱性が亢進し、生活機能障害、要介護状態、死亡などの転帰に陥りやすい状態で、筋力の低下により動作の俊敏性が失われて転倒しやすくなるような身体的問題のみならず、認知機能障害やうつなどの精神・心理的問題、独居や経済的困窮などの社会的問題を含む概念。

3. 高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015 (平成27年12月)

日本老年医学会、日本医療研究開発機構研究「高齢者の薬物治療の安全性に関する研究」研究班
(研究代表者: 秋下雅弘 東京大学大学院医学系研究科教授)

<改定の基本的考え方>

- 高齢者で薬物有害事象の頻度が高く重症例が多いことを背景として、高齢者薬物療法の安全性を高める目的で2005年にはじめて作成。
- 2014年に策定された「高齢者に対する適切な医療提供の指針」の骨子を受けた改訂を目指した。

<ガイドラインの概要>

- 「特に慎重な投与を要する薬物リスト」、「開始を考慮すべき薬物リスト」の2つを作成。
- 高齢者の薬物療法で頻度の高い疾患等(糖尿病、脂質異常症、腎疾患、筋・骨格疾患)の領域別指針を追加。
- 特別な配慮が必要な医療現場(在宅医療・介護施設の医療・薬剤師の役割)を新設。
- 高齢者薬物療法の注意点として、薬物有害事象の回避、服薬管理・支援と一元管理、高齢者の処方適正化スクリーニングツールなど記載。

4. 日本老年薬学会の設立 (平成28年1月)

医師と薬剤師、薬学研究者らが高齢者に対する適切な薬物治療の実践を共同で研究する場として設立

<設立趣旨>

- 老年薬学の領域と役割を明確にし、高齢者のQOL・ADLの向上を図り、薬物療法の適正化を研究・啓発、老年薬学の領域に詳しい薬剤師の育成を進める。
- 高齢化に伴うフレイル等ADLの低下を防ぐ予防医療分野における多職種間の連携のあり方、地域包括ケアシステムで在宅医療を担う一員としての薬局・薬剤師のあり方等の研究・実践を進める。

<発起人代表>

- 秋下雅弘(東京大学大学院医学系研究科教授)、平井みどり(神戸大学医学部附属病院教授)、福嶋紀子(慶應義塾大学名誉教授)

後期高齢者医療における保健事業に関する規定

◎高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）

第二百五条 後期高齢者医療広域連合は、高齢者の心身の特性に応じ、健康教育、健康相談、健康診査及び保健指導並びに健康管理及び疾病の予防に係る被保険者の自助努力についての支援その他の被保険者の健康の保持増進のために必要な事業を行うように努めなければならない。

2 (略)

3 後期高齢者医療広域連合は、第一項に規定する事業を行うに当たっては、介護保険法第百十五条の四十五第一項及び第二項の規定により地域支援事業を行う市町村及び保険者との連携を図るものとする。

4 (略)

5 厚生労働大臣は、第一項の規定により後期高齢者医療広域連合が行う被保険者の健康の保持増進のために必要な事業に関して、その適切かつ有効な実施を図るため、指針の公表、情報の提供その他の必要な支援を行うものとする。

6 前項の指針は、健康増進法第九条第一項に規定する健康診査指針及び介護保険法第百十六条第一項に規定する基本方針と調和が保たれるものでなければならない。