

高齢者の特性を踏まえた保健事業
ガイドライン 暫定版

平成29年4月

厚生労働省保険局高齢者医療課

目次

I	総括編	1
1	保健事業の実施に当たっての基本的な考え方	3
	(1) ガイドラインの背景・目的	3
	1) 背景	3
	2) 目的	3
	(2) 後期高齢者の状態像と課題	4
	1) 後期高齢者の特性	4
	2) 健康指標・レセプト分析からみた課題（多病の実態、医療のかかり方）	5
	(3) 後期高齢者医療制度における保健事業	5
	1) 広域連合の取組の現状と課題（補助事業等の現状、調査結果等から）	5
	2) 医療保険者としての取組の位置づけ	6
	(4) 医療保険者の視点からみた健康支援	6
	1) 高齢者の特性を踏まえた支援とは	6
	2) 被保険者の状態像に応じた取組	7
2	効果的な実施に向けた取組内容の検討	8
	(1) 高齢者の保健事業の進め方	8
	(2) 健康課題の把握（データヘルス計画等との整合、調整）	9
	(3) PDCAサイクルの構築	10
	1) 既存事業の見直し（健診、保健指導、健康相談、健康教育等）	10
	2) 事業内容の検討と準備	10
	3) 目標の設定と評価の準備	11
	4) 健康支援の実施と評価	12
	(4) 重点的に対象とする事業（類型、要件）	12
	1) 取組の重点化	12
	2) 事業類型（低栄養・口腔・服薬・重症化予防・複合的取組）	13
	① 栄養に関する相談・指導	13
	② 口腔に関する相談・指導	13
	③ 服薬に関する相談・指導	13
	④ 生活習慣病等の重症化予防	13
	⑤ その他	13
	3) 事業の要件	14
	4) モデル事業の実施と成果の活用	14
	(5) 効果を高める工夫	15
	1) 若年世代からの取組との連携	15

2)	対象者の主体性の重視等	15
3	取組の推進に向けた体制整備	16
(1)	関係者の役割分担	16
1)	後期高齢者医療広域連合の役割	16
2)	市町村に求められる役割	16
3)	都道府県に求められる役割	16
4)	国に求められる役割	17
(2)	関係者間の連携	18
1)	広域連合と市町村の連携	18
2)	市町村の庁内連携	19
①	介護予防との役割分担と連携	19
②	健康増進・国民健康保険所管部署との連携	20
(3)	地域連携（関係団体との調整等）	20
1)	関係機関、専門職団体等との連携	20
2)	医療機関等との連携	21
3)	他の医療保険者との連携	21
4)	NPO・民間業者の活用	22
4	取組を推進するための環境整備	22
(1)	人材育成	22
1)	高齢者に関する健康支援の知識・技術の周知、資質向上	22
2)	研修等の実施方法	22
(2)	実施上の留意事項	23
1)	周知・広報	23
2)	委託する場合の留意点	23
3)	個人情報の適切な取扱	23
4)	安全配慮	24
5)	事業立ち上げ時の留意点	24
①	課題と方針の共有	24
②	実施体制の確保	24
④	ノウハウのマニュアル化	24
⑤	既存事業の活用	25
⑥	事業の進捗チェックリストの活用	25
⑦	取組みやすい内容からの着手	25
5	今後引き続き検討すべき事項	27
(1)	ガイドラインの改定	27
1)	モデル事業の推進と検証	27

2)	モデル事業から見えてきた課題と検討事項	28
①	データヘルス推進のための環境整備	28
②	地域課題や事業目的の共有（関係者間の調整、体制づくり）	28
③	適切な対象者選定の検討	29
④	実施にあたっての留意事項の共有	29
⑤	評価の前提となるデータの整備	29
(2)	別途実施されている検討事業（糖尿病性腎症・歯科）の反映	29
1)	糖尿病性腎症重症化予防事業	29
2)	後期高齢者に対する歯科保健サービスの効果実証事業	30
(3)	連携の内容について	30
(4)	その他（健診のあり方の検討）	30
II	実践編	31
1	ガイドライン実践編の位置づけ	33
2	取組の実際	33
(1)	事業実施全体の流れ	34
(2)	それぞれの段階における実施事項	35
1)	事業実施主体における体制整備	35
①	健康課題等の把握	35
②	広域連合・市町村間での課題の共有	35
③	取組テーマ・対象地域の特定	35
④	チーム形成	36
⑤	外部からの情報収集	37
2)	地域連携体制の構築	37
①	都道府県との調整	37
②	関係団体への事前相談	37
③	広域連合・市町村の間での情報提供の環境整備	37
3)	事業企画	38
①	対象者の抽出基準の設定と概数の把握	38
②	予算・人員体制の検討	42
③	目標・評価指標の設定	42
④	対象者の絞り込み	43
⑤	介入方法の検討	43
⑥	医師会等関係機関への説明	45
4)	事業実施	46
①	事業予定者への声掛け	46

②	参加者の日程調整	46
③	かかりつけ医等関係者への事業説明	46
④	介入支援の実施	47
5)	評価とその活用	52
①	事業評価	52
②	事業報告	53
③	次期計画に向けての見直し	53
3	モデル事業に見る類型別取組の状況と留意点	54
(1)	栄養に関する相談・指導	54
(2)	口腔に関する相談・指導	57
(3)	服薬に関する相談・指導	59
(4)	慢性疾患の重症化予防	60
(5)	複合的取組	62

<別冊>

平成 28 年度のモデル事業の実施状況

参考資料

I 総括編

1 保健事業の実施に当たっての基本的な考え方

(1) ガイドラインの背景・目的

1) 背景

我が国では、かつてない高齢化が急激に進行しており、特に後期高齢者の増加は顕著である。こうした中、フレイル^{※1}への対応や、アウトリーチ^{※2}を主体とした介入支援が必要である。こういった高齢者の特性を踏まえた保健指導を行うことにより、在宅で自立した生活ができる期間の延伸、QOLの維持向上を図ることが求められている。

そのために、後期高齢者の健康・医療情報を統括的に有し、これを活用して保健事業を適切に実施することが期待される後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）や、地域住民の健康課題やニーズを直接把握し、これに対応した保健サービスを提供することができる市町村の果たすべき役割は大きい。

そこで、広域連合と構成市町村（以下「広域連合等」という。）が連携しながら実施する高齢者の特性を踏まえた保健事業のあり方を示すとともに、国、都道府県、関係機関・団体の役割を明らかにするため、本ガイドラインを策定する。

2) 目的

- 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（平成二十六年厚生労働省告示第百四十一号）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広域連合の委託・補助により市町村等が実施する場合の留意点を示す。
- ③高齢者の特性を踏まえた保健事業を広域連合が実施することにより、後期高齢者（被保険者）の健康の保持増進と心身機能の低下防止を

※1 「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。そのため本ガイドラインでは「加齢とともに、心身の活力（例えば運動機能や認知機能等）が低下し、複数の慢性疾患の併存の影響もあり、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」と定義する。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にある対象者からの介入・支援を実施することも重要である。

※2 「アウトリーチ」とは本来、手を伸ばす、手を差し伸べるといった意味で、ここでは支援が必要であるにもかかわらず、自発的に申し出をしない人々も含め、保健事業の潜在的な利用希望者に専門職の側から積極的に働きかけ、利用を実現させる取組みのことをいう。いわば「出前型」のサービスで、具体的には、個別訪問による支援などを意味する。

図り、結果として医療費の適正化に資することを目的とする。

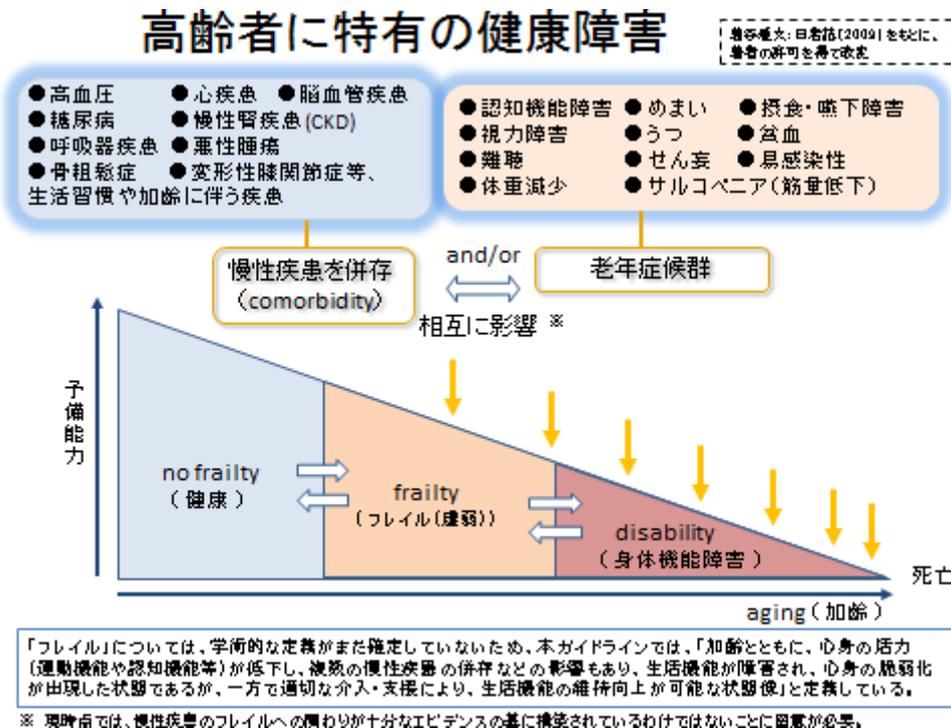
なお、本ガイドラインでは、「Ⅰ総括編」で基本的な考え方を「Ⅱ実践編」で保健事業の実施内容・方法、手順などをまとめている。

(2) 後期高齢者の状態像と課題

1) 後期高齢者の特性

- ①後期高齢者は、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する。
- ②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になる。
- ③医療のかかり方として、多医療機関受診、多剤処方、残薬が生じやすいという課題がある。
- ④健康状態や生活機能、生活背景等の個人差が拡大する。自立度の高い後期高齢者がいる一方で、多病を抱え高額な医療費を要する後期高齢者が一定の割合存在する。

図表 I - 1 高齢者に特有の健康障害



2) 健康指標・レセプト分析からみた課題（多病の実態、医療のかかり方）

後期高齢者では複数の慢性疾患を有する人が多数を占める。このような「多病」と呼ばれる人の割合は、東京都では64.1%^{※3}に上るという調査もある。多病の状態にあると、処方される医薬品の種類が多くなり、薬剤有害反応リスクが高まったり、医療費の増加等とも関連する。

このため、疾病管理、特に服薬管理等、慢性疾患管理におけるコーディネーションが必要であり、レセプトでこれらに必要な情報を一元管理できる広域連合は、薬剤有害事象の予防のための保健事業を効果的効率的に実施することが望まれる。

(3) 後期高齢者医療制度における保健事業

後期高齢期にあつては、フレイルに着目した対策に徐々に重点をおくとともに、生活習慣病の重症化予防等にも取り組むことが重要である。

後期高齢者医療制度における保健事業は、こうした疾病の発生予防や重症化予防に積極的に取り組み、ひいては医療費の適正化を図ることを目的とする。

あわせて、多医療機関受診・多剤処方といった、高齢者の特性を踏まえた保健事業を実施するには、医療専門職との緊密な連携のもと、実施していく必要がある。

広域連合が保健事業を実施することにより、こうした医療費の適正化、医療との連携という視点を踏まえた事業推進が可能となり、後期高齢者の健康の維持増進により資することができるものと考えられる。

1) 広域連合の取組の現状と課題（補助事業等の現状、調査結果等から）

広域連合が実施する保健事業は、健康診査や歯科健診のほか、重複・頻回受診者等への訪問指導やジェネリック医薬品使用促進など主に医療費適正化の取組が行われてきた。

一方、健診結果等を活用して、一人ひとりの状況に即した健康の保持増進を図る取組は、まだ比較的少ない状況にある。

今後は、こうした保健指導についても、より多くの広域連合で実施することが必要となる。特に生活習慣病の重症化予防、低栄養の回避、運動・認知機能の低下防止等に向けた生活習慣見直しに重点を置くことが有効と考えられる。

また、取組を全国的に横展開するためには、後期高齢者医療制度にお

※3 東京都後期高齢者医療広域連合. 東京都後期高齢者医療に係る医療費分析結果報告書. 2015

ける保険者インセンティブ^{※4}による財政的メリットが感じられる仕組みの導入や、広域連合の組織体制を踏まえ、都道府県や地元の学識者等からの支援や助言が受けられるような支援体制の検討も肝要である。

2) 医療保険者としての取組の位置づけ

広域連合が医療保険者として、後期高齢者の保健事業に取り組む強みは、健診・レセプト等の健康医療情報をもとに、高齢者の医療面に対する健康支援が可能となるということである。

健診結果等を活用した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だけ遅らせることにより、要介護状態の予防にもつながるなど、高齢者のQOLを維持するとともに医療並びに介護財政への影響を期待することができる。

また、口腔機能低下を防止することにより免疫力の低下を予防し肺炎等の感染症を予防することや低栄養による経管栄養への移行を遅らせるなど高齢者特有の変化への対処が可能となる。さらに、多剤服用による有害事象などの高齢者への影響に対処することにより、できる限り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。

現行の医療システムでは受診や処方状況を個別の医療機関が一元的に管理することは難しく、これに医療保険者が取り組むことは有効である。その意味で、医療保険者においては、行政との連携に加え、医療機関と連携した保健事業を展開することが重要である。

(4) 医療保険者の視点からみた健康支援

1) 高齢者の特性を踏まえた支援とは

- ①若年世代における肥満対策に重点を置いた生活習慣病対策（特定健診・特定保健指導）から、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に徐々に転換することが必要である。
- ②生活習慣病の発症予防というよりは、生活習慣病の重症化予防等の取組がより重要である。また、壮年期からの生活習慣病の延長線上で肥満傾向にある高齢者も多く、代謝の低下とともに筋量の減少の影響もあり筋骨格系疾患等の慢性疾患への取組も重要となる。
- ③再入院の防止や多剤による有害事象の防止（服薬管理）が重要である。

^{※4} 後期高齢者医療制度における保険者インセンティブでは、制度の運営主体である広域連合の取組を支援するものであり、健康診査や重症化予防の取組、高齢者の特性を踏まえた保健事業の実施状況などの項目について取組状況を評価し、評価結果を平成28年度から特別調整交付金の一部の配分に反映している。

る。

- ④専門職によるアウトリーチを主体として、対象者一人ひとりに応じた個別の介入支援（栄養指導など）に取り組むことが適当である。

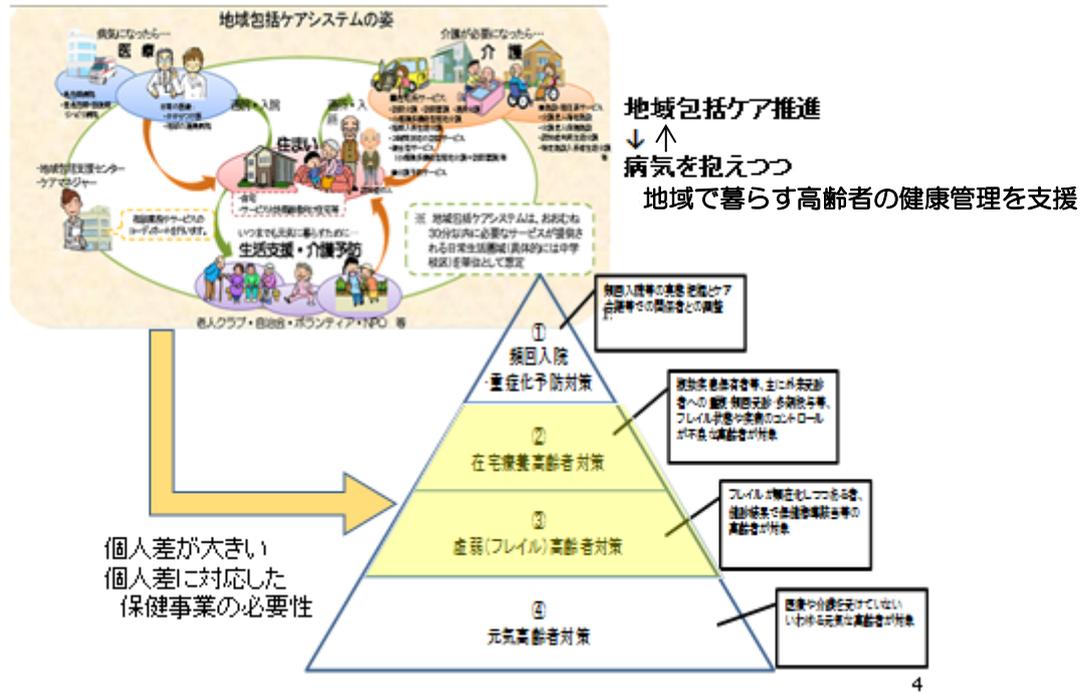
2) 被保険者の状態像に応じた取組

後期高齢者を対象とした保健事業では、個人差に応じた対応が重要となり、対象者の階層化と個別対応が求められる。地域支援事業の地域サロン等のポピュレーションアプローチに加えて、個人差に応じた適切なハイリスクアプローチを組み合わせ、早期からの対象者の把握や効率的な絞り込みなどの、より効果的な実施につなげることが可能となる。これらの取組は、地域包括ケアと連携し介護予防や生活支援とともに推進することにより、虚弱状態（フレイル）にある者から、病気を抱えつつも地域で暮らす在宅療養者までの健康管理を支援することにつながる。

被保険者の健康状態をレセプトや健診データから分類し、状態別の集団（階層）の特性に応じた保健事業を提供することにより、効果的・効率的な事業展開が期待できる。状態像のイメージとしては、①緊急・長期入院を含む高額医療が発生している高齢者、②主に外来を中心とした在宅療養中の高齢者、③フレイルが顕在化しつつある虚弱な高齢者、④医療をあまり利用しない元気な高齢者などの階層が想定される。

広域連合の保健事業としては、当面の間、主に②、③の階層から着手するなど重点化した取組を行う。

図表 I -2 被保険者の状態像に応じた健康支援の取組イメージ



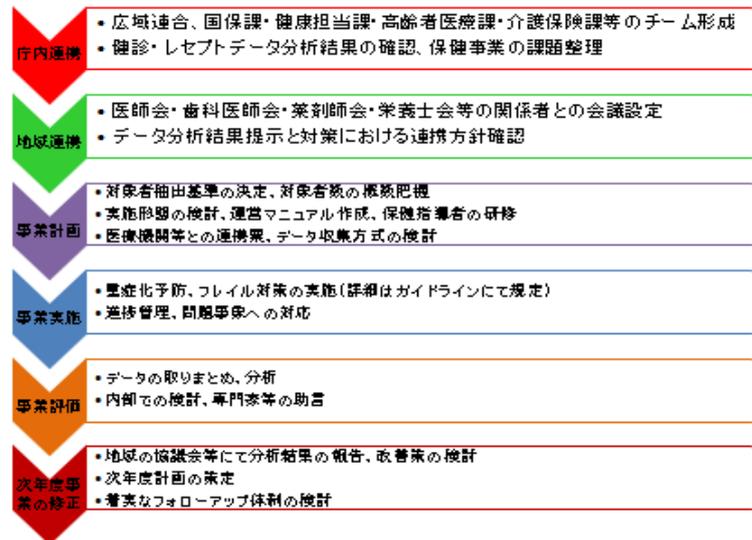
2 効果的な実施に向けた取組内容の検討

(1) 高齢者の保健事業の進め方

図表 I -3 に高齢者の保健事業の基本的な手順について示す。

広域連合が保健事業を進めるにあたっては、広域連合と市町村の連携のもと、企画・計画段階から、地域の健康課題や、保健事業の進め方について、関係者間で十分に話し合い、方向性を共有することが重要である。(詳細は、「Ⅱ実践編」「別冊：進捗管理シート」へ)

図表 I-3 高齢者の保健事業の進め方

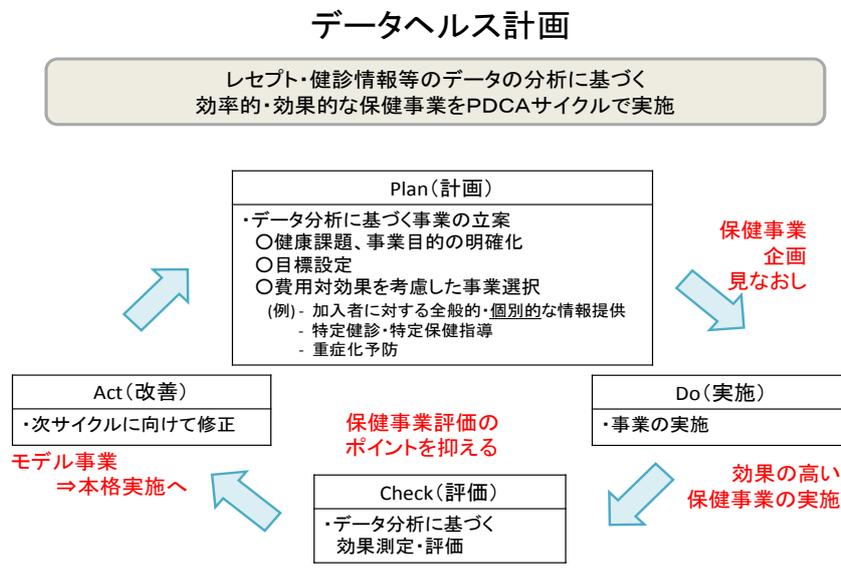


(2) 健康課題の把握（データヘルス計画等との整合、調整）

取組内容の検討にあたって、まず、地域の健康課題を把握する必要がある。活用するデータとしては、健診データ、レセプト（医療費）データ、人口動態統計、要介護認定データなどであり、これに質的情報も加味して分析する。各種情報は、経年比較や国、都道府県平均との比較、同規模保険者等との比較や自治体別の特徴、二次医療圏別の特徴等の広域的な把握も行いながら、地域の特性などを整理する。

こうした健康課題の把握は、各広域連合においてデータヘルス計画の策定にあたりすでに実施されており、計画に基づく保健事業が進められているところである。計画内容について市町村と共有するとともに、平成30年度からの次期データヘルス計画の期間に向け、高齢者の健康・医療情報の動向を押さえ、直近の状況から健康課題を再確認し、検討することが望ましい。

図表 I -4 データヘルス計画



(3) PDCAサイクルの構築

事業成果が適切に把握評価され、その結果が次回の事業の実施方法に反映されて、継続的な改善が図られるよう、事業のPDCAサイクルの構築に努める必要がある。以下にこの観点から事業の流れの概略を示す。

(詳細は「Ⅱ実践編」へ)

1) 既存事業の見直し(健診、保健指導、健康相談、健康教育等)

高齢者の保健事業は、広域連合による事業だけでなく、他の保険者や一般衛生部署等、関連部署でも実施されることがある。このため、見直しにあたっては、他部局と連携して既存事業の実施内容と達成状況を把握、評価する必要がある。

このように、既存事業の整理、いわば「棚卸し」を行い、上記(2)で整理した健康課題や実施結果と照合して、医療保険者として実施効果の検証を行い、事業のスクラップアンドビルド(最適化)を図る。

2) 事業内容の検討と準備

健康課題を踏まえ事業の対象者像(性・年齢、健康状態、ADL、生活状況)、実施地域等を明らかにし、健診結果やレセプトを活用しつつ対象者の概数を把握する。

そのうえで、対象者を健診結果などから絞り込み、対象者の選定基準

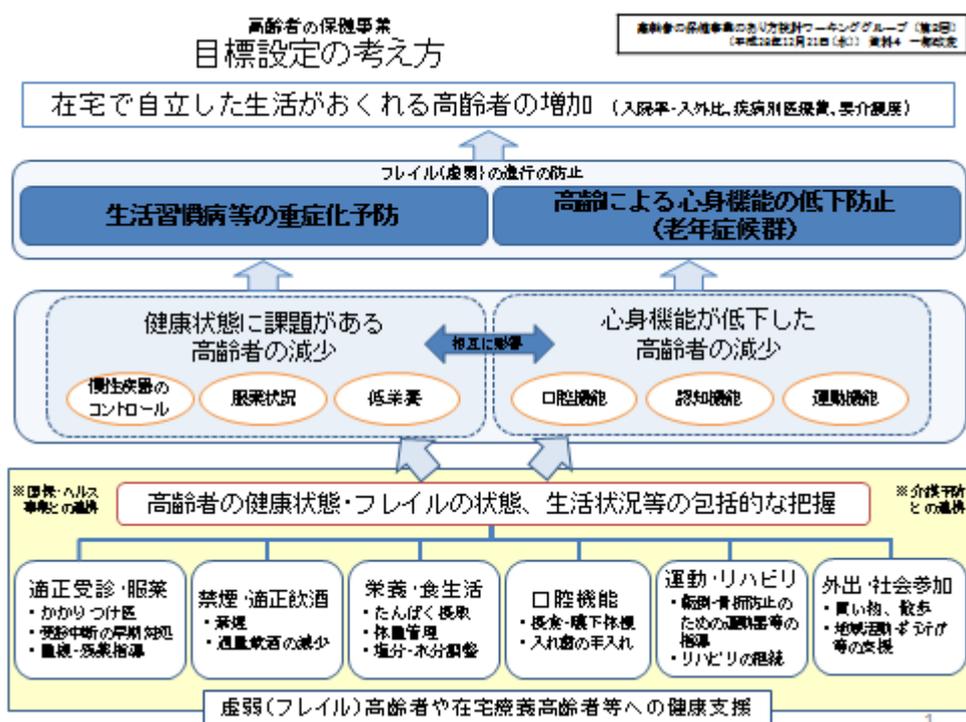
や健康支援の方法及び実施方法（訪問指導、立ち寄り型相談^{※5}）などを決め、実施計画書を作成する。

さらに、事業の具体的な実施内容や方法（対象者抽出、アセスメント項目、介入内容・方法等）を検討する。（実施プログラムの作成）

3) 目標の設定と評価の準備

事業の実施後に事業評価を行い、継続的な改善につなげていくため事業実施前に目標と評価項目を設定する。目標には中長期的な大目標・中目標と毎年度の個別事業により達成を目指す小目標が考えられ、評価指標もそれぞれに設定することが求められる。

図表 I-5 高齢者の保健事業の目標設定の考え方



評価を行う際には、健診やレセプト情報を活用し、保健事業実施後の健康の状況やその評価などを継続的にフォローすることが望まれる。その際にはあわせて都道府県国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」という。）が管理する国保データベース（KDB）システム（以下「KDBシステム」という。）等の活用も含め、追跡評価の方法をあらかじめデザ

^{※5} 「立ち寄り型相談」とは、身近な地域で利用者が立ち寄りやすい集会所や高齢者施設・薬局等の拠点において、相談支援を行う形式の保健事業を指す。

インしておくことが求められる。

また、数値化できない質的情報である保健指導の内容と反応、家族や介護者の感想、福祉関係者の対応状況など、必要に応じ評価に役立てるよう段取りを組んでおく。

評価はストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカムの4つの観点から行い、次年度以降の事業計画・内容の検討などに役立てる。

図表 I-6 保健事業の評価の視点

保健事業評価の視点	
評価の構造	評価の視点・内容
ストラクチャー 実施体制は整っているか	<ul style="list-style-type: none"> 達成したい目標にむけて、関係者の理解が得られているか。 保健指導の実施体制が構築できたか(直営・委託) 委託の場合、十分に事業を実施できる事業者であるか。 保険者等との連絡、協力体制ができているか。
プロセス うまく運営できているか	<ul style="list-style-type: none"> 事業実施手順書を作成し、関係者間で共有できているか 募集、初回実施、継続、評価の各段階でチェックしているか。 対象者に合わせた内容が準備できているか 参加者の健康状態を事前に把握、指導者に提供できるか。
アウトプット ちゃんと実施できたか	<ul style="list-style-type: none"> 計画した事業が実施できたか ねらったセグメントの対象者が参加できているか 最後まで継続できたか 実施回数、人数は計画どおりか
アウトカム 結果は出ているか	<ul style="list-style-type: none"> 目的とした成果が上がっているか。 関心度・生活習慣、健康状態(検査値)、療養状況 医療費 (非参加群との比較があるとよい)

1

4) 健康支援の実施と評価

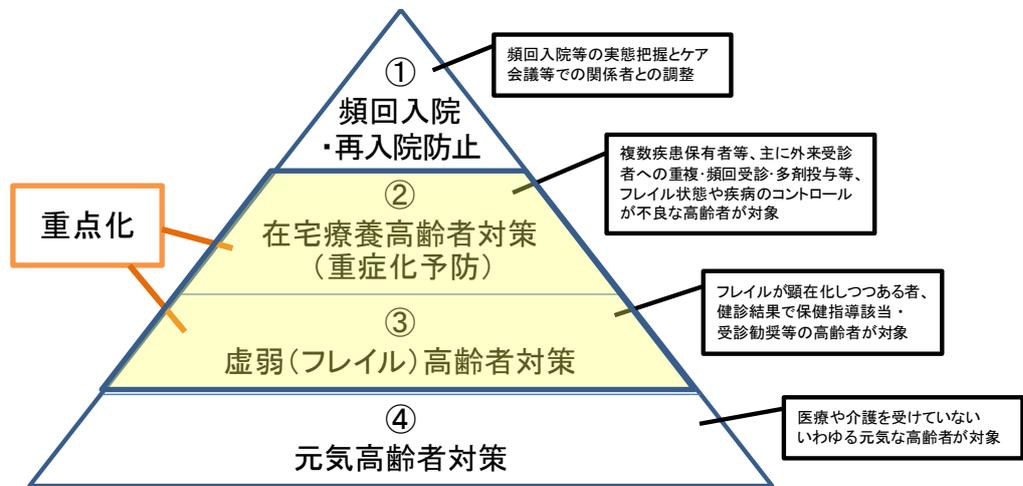
実施プログラム、指導マニュアルに従い、専門職による保健指導を実施し、評価を行う。(詳細は「Ⅱ実践編」へ)

(4) 重点的に対象とする事業(類型、要件)

1) 取組の重点化

当面の取組としては、図表 I-7 に掲げたピラミッドの2層目、3層目を対象とした取組に重点化するなど、地域の実情を考慮した取組とする。

図表 I-7 取組の重点化イメージ



なお、状態像③の対象者の把握には、基本チェックリストや各地で試みられているフレイルのチェック方法を併用することも有効である。

2) 事業類型（低栄養・口腔・服薬・重症化予防・複合的取組）

平成 28～29 年度のモデル事業では事業類型として、高齢者の特性を踏まえた下記の取組に重点化して実施した。

① 栄養に関する相談・指導

低栄養又は過体重の傾向がある者や、疾病等に伴う在宅での食事管理ができない者を対象に栄養相談や指導を実施。

② 口腔に関する相談・指導

摂食、嚥下等の口腔機能の低下など口腔に関する問題を有する者を対象に誤嚥性肺炎等の疾病予防、口腔機能の改善のための相談や指導を実施。

③ 服薬に関する相談・指導

多医療機関受診等により服用する薬が多い場合や、薬の管理に関する困りごとを抱える者に対し、適正な服薬のための相談や指導を実施。

④ 生活習慣病等の重症化予防

高血圧や糖尿病等の生活習慣病のコントロールが不十分なため、重症化のおそれがある者に対し、重症化を防止するための相談や指導を実施。

⑤ その他

- ・ 訪問歯科健診

- ・ 複合的に実施する取組
- ・ 上記に類する事業等

モデル事業では、フレイルやプレフレイルの段階から要介護状態になる前の者に対して、相談・指導等の支援を行う取組が多かった。

一方で、訪問歯科健診については、通常の歯科健診を自ら受診できない在宅の要介護状態にある者等を対象としており、歯科診療等につなぐ機会となっている。この場合も通常の歯科健診の受診者と同様に、健診の実施に留まらず、結果を活用して類型②の口腔に関する相談・歯科保健指導等と連携し実施することが望ましい。

3) 事業の要件

事業の実施にあたっては、高齢者の特性を踏まえた広域連合の事業として効果的・効率的に実施するために、以下①～④の条件を満たすものであることが求められている。また、糖尿病性腎症の重症化予防の取組の場合は、⑤も満たすことが必要である。

- ① 対象者の抽出基準が明確であること
- ② かかりつけ医（歯科医）と連携した取組であること
- ③ 保健指導に専門職^{※6}が携わること
- ④ 事業の評価を実施すること
- ⑤ 各都道府県の糖尿病対策推進会議等との連携^{※7}を図ること

また、医療保険や介護保険によって重複する内容の管理や指導を受けている者は対象としないことにより重複を防止する。

4) モデル事業の実施と成果の活用

平成28年度に「高齢者の低栄養防止・重症化予防等推進事業」として、2) 事業類型にある各取組分野を設け、広域連合が市町村等と連携したモデル事業を実施した。

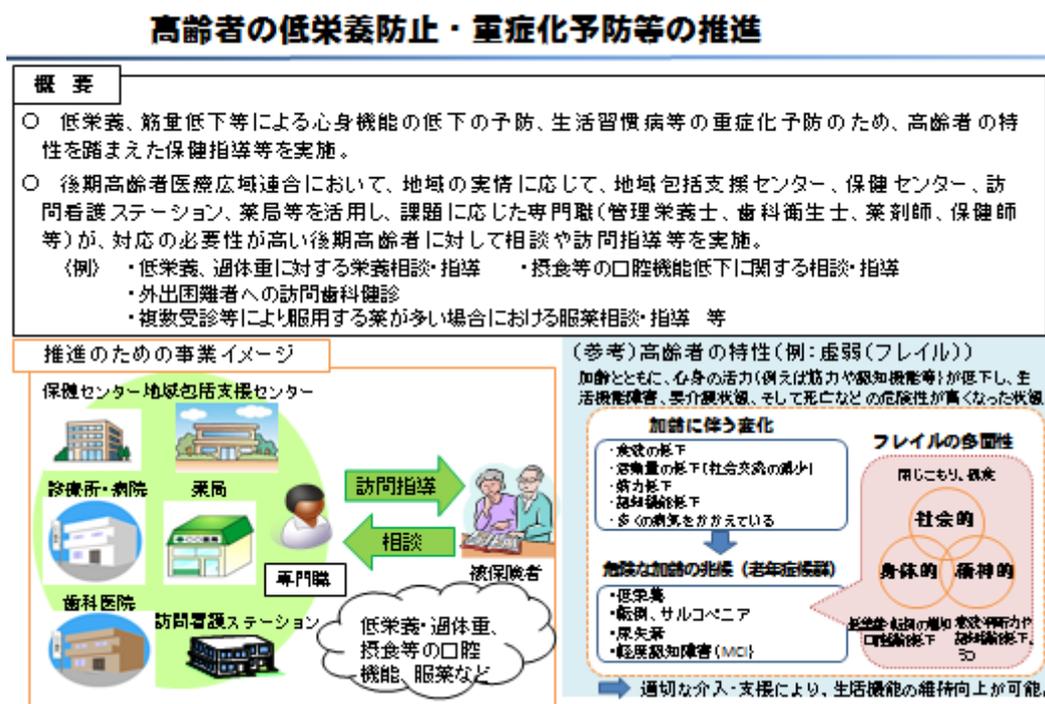
実施にあたっては、地域で重点的に解決すべき課題の検討や事業類型・要件などを踏まえ、地域の実情に応じた既存の拠点（地域包括支援センター、保健センター、訪問看護ステーション、診療所・病院、歯科診療所、薬局等）を活用して行うこととしている。

※6 医師、歯科医師、薬剤師、保健師、看護師、管理栄養士、歯科衛生士、言語聴覚士等

※7 糖尿病性腎症重症化予防の取組の場合、内容的には、相互の情報共有や指導助言を受けることなどを指す。

平成29年度も継続・新規事業を実施する予定で、効果検証を行いガイドラインに反映することとしている。

図表 I-8 高齢者の低栄養防止・重症化予防等の推進（モデル事業）の概要



(5) 効果を高める工夫

1) 若年世代からの取組との連携

後期高齢期における健康状態は、それ以前からの生活習慣等が大きく関わっている。このため、若年世代からの取組と連続性を図ることは有効と考えられ、他保険者と状況や課題を共有することが望まれる。

2) 対象者の主体性の重視等

保健事業の企画にあたっては、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。生活のうえで「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。

また、健康支援の方法は、保健指導だけではなく、体験や見守り、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、適切に組み合わせることで進めることが望ましい。

3 取組の推進に向けた体制整備

(1) 関係者の役割分担

1) 後期高齢者医療広域連合の役割

広域連合は、保健事業の実施主体であり、健診、医療レセプト（調剤・歯科含む）等の包括的、統合的な管理を行うことができる。

こうした健康・医療情報を活用して健康課題を把握し、対象者の選定と介入支援を効果的、効率的に実施するなど主体的な事業の企画・実施を検討する。また、事業評価を適切に実施することにより、PDCA サイクルによる事業の継続的な改善に努める。

実施にあたっては市町村等との連携を密にし、その問題意識をくみとり、保健事業に反映するとともに、好事例を他の市町村等に展開するよう努める。

また、医師会等関係団体との連携を図り、保健事業が円滑に実施できるよう環境を整える。また、KDB システム等の活用により、保健指導を実施する市町村に必要な情報を提供するなど、取組が円滑に進むように配慮する。

2) 市町村に求められる役割

広域連合を構成する市町村は、住民に最も身近な基礎自治体として、住民の状況やニーズを直接把握しており、健康の保持増進の総合的な取組を行う主体である。

市町村は、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し、地域の関係団体と問題認識を共有する。また、地域が有する保健医療等に関する資源の実態を把握する。こうしたことを踏まえながら、広域連合との連携を図りつつ保健事業の企画、実施、評価にあたる必要がある。

その際、関係部署間の連携を密にし、介護保険、国民健康保険、健康増進事業等の保健事業等との整合を図りつつ推進するなど、事業を着実に実施できる体制の確保に努める。

3) 都道府県に求められる役割

広域連合や市町村における実施状況をフォローするとともに、介護保

険、国民健康保険、健康増進事業等の保健事業との連携促進が図られるよう、市町村等への指導助言、調整を行う。また、都道府県レベルの医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会、歯科衛生士会等の関係団体と都道府県内の取組状況を共有し、課題、対応策等について議論する。これら団体と広域連合、市町村の連携が図られるよう調整する。

こうした取組は、複数課の所管事項にまたがることから、医療保険、介護保険、健康増進の各担当部署の緊密な連携のもと実施することが必要である。

都道府県は、平成30年度から国民健康保険の保険者となり、財政運営の担い手として後期高齢者医療への支援金を負担することになるため、保険者機能の発揮という観点からも、保健事業の推進に対する一層の役割を果たすことが期待される。

4) 国に求められる役割

各広域連合における取組や、介護予防、医療機関との連携の好事例を収集し情報提供するとともに、科学的な知見をもとにした取組や手順等をまとめたガイドラインを示すなど、事業の普及を支援する。

取組状況の見える化を行い、好事例の横展開などを加速化するとともに、実施体制の整備や実施費用についての保険者インセンティブの拡充などの支援方法を検討する。

レセプトや健診データ等を活用した、地域課題の分析や高齢者の特性に応じた対象者把握、効果分析等が円滑に行われるよう、必要な情報環境の整備に努める。

また、各都道府県や地域における広域連合、市町村、関係機関・団体の連携体制構築のため、それぞれの全国組織等の中で現状や課題の共有を図るなど調整に努める。

図表 I -9 後期高齢者医療における保険者インセンティブ

後期高齢者医療における保険者インセンティブ (H28～)

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	固有の指標
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① ○データヘルス計画の策定状況
指標③ ○重症化予防の取組の実施状況	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④ ○医療費通知の取組の実施状況
指標⑥ ○後発医薬品の使用割合 ○後発医薬品の促進の取組	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

(2) 関係者間の連携

1) 広域連合と市町村の連携

保健事業の実施主体は広域連合であるが、多くの場合、住民に身近な市町村が主導的な役割を担い実施の中心になることが想定される。この場合広域連合は、都道府県域内で実施される保健事業の調整を図るとともに、高齢者の特性を踏まえた保健事業の重要性の理解・協力が得られるようにデータ等の根拠をもとに市町村に働きかけ、十分な調整のうえ事業委託等の形をとり実施する。また、取組に必要なレセプトや健診データ等の情報提供、医師会などの関係団体との調整などを行うことにより、事業が円滑に実施できるよう連携・協力する。

一方、広域連合が市町村に委託等をすることなく、直接または民間等に委託して保健事業を実施することも考えられる。この場合でも、保健事業を実施する対象地域において、地元市町村の介護保険や健康づくり事業との連携を図るため、相互に情報共有を行うなど協力体制を整える必要がある。

いずれの場合においても、広域連合と市町村(後期高齢者医療担当部署、国保担当部署、衛生担当部署、介護担当部署等)の連携体制づくりのために、双方参画のもとで事業を企画、実施、評価できるよう企画運営組織を設け、定期的に会議を開催するなど実施体制の確保に努めることが望ましい。

2) 市町村の庁内連携

高齢者の保健事業の推進にあたっては、特に市町村内における以下の関係部署間での連携・協力が図られるよう努める必要がある。

① 介護予防との役割分担と連携

ア 相互の関係

後期高齢期になるほど、複数の疾病をかかえフレイルが顕在化するなど複合的な状態に陥る可能性が高く、医療と介護のいずれの面からも対応が必要になる。その場合、保健事業と介護予防事業では、対象者としてかなり重なることが想定される。

基本的には、医療保険の保健事業は疾病の発症やその重症化予防を、目的に、一方、介護予防は要介護状態の発生及び悪化をできる限り防ぐとともに、さらには軽減を目的にしており、いずれも保険者機能を発揮することに努めている。高齢者によっては、加齢の進行に伴い健康状態や心身機能が急激に変化するなど、それぞれの切り口からの支援が並行して必要になる場合がある。

そのため、両者は、地域の実情を踏まえ、相互に補完する形で役割分担を検討することが望ましい。

イ 連携

介護保険における介護予防事業は、基本的には本人や家族などの希望、申し込みを起点として実施される。一方、医療保険では健康医療情報を活用し、本人や家族が問題に気づいていない場合でもリスクのある被保険者を把握し実施することが可能であるため、より早期からのアウトリーチに適している。

このように両者には、対象者の把握方法やアプローチ方法の特長があるため、フレイル対策の対象者の選定の際には、保健事業と介護予防事業の取組との重複の確認や調整を行うなど、対象者の状態に応じてより効果的な支援を行うことが求められる。また、こうした連携を緊密にするため、医療保険と介護の担当者が出席するサービス調整のための会議を開くなど、連携体制を整えることが望ましい。

よう努める。地域に存在するソーシャルキャピタルとして、民生委員・地域包括支援センター・介護保険事業者との連携も有効である。

2) 医療機関等との連携

後期高齢者の多くは、医療機関等を受診していることから、保健事業の実施にあたっては、かかりつけ医や専門医等との情報共有を図り、助言や指導を得るなど連携を密にする。

具体的には、高齢者の健康課題に関する相談をするなど、事業の企画段階から情報提供し助言を受けられるような関係を構築することが望ましい。また、現場においては、対象者の選定や保健指導上の留意点をかかりつけ医等に相談するとともに保健指導結果をフィードバックするなど、連携を図りつつ取組を進める。さらに、事業の内容により、関係者への説明会を開くなど情報共有に努める。

こうした取組を円滑に進めるため、特に都道府県および郡市区の各段階の医師会と緊密に連携を図ることが必要である。

3) 他の医療保険者との連携

- ① 前期・後期という年齢区分にとらわれず、高齢期において一貫性、連続性のある取組を行えるよう、国民健康保険等他の医療保険者との間で課題を共有し、対策を話し合うなど連携を図る。

また、市町村国保の既存事業との組み合わせにより、継続的な事業を検討するとともに、国民健康保険から後期高齢者医療制度に移行した被保険者については、保健事業の効果の追跡把握やそのフィードバックについて検討する。

こうした取組によって、後期高齢期以前の早期から低栄養や生活習慣病対策を進め、より効果的、効率的な保健事業を展開することが有効である。

- ② 国保連合会は、国保・後期高齢者ヘルスサポート事業として、学識経験者らによる支援・評価委員会を設置し、国保保険者・広域連合が行う保健事業に関して専門的観点からの指導や助言を行っている（平成27年度26広域連合を支援）。市町村国保に対する支援も同時に行われているため、国保から継続した支援を市町村とともに検討するなど、事業の企画、計画、運営、評価等にあたって、一層積極的な活用が望まれる。
- ③ KDBシステムは、健診や医療・介護のレセプト情報を保有し、さまざまな観点から比較・分析できるツールであり、健康課題を把

握して、事業の対象者抽出に活用することができる。被保険者ごとに健診・医療の受診状況を突合して確認できるため対象者の絞り込みが容易になるメリットがあり、活用により効果的、効率的に事業を実施することができる。

そのために抽出や評価などへの具体的な活用法をマニュアルとして作成することが望まれる。

4) NPO・民間業者の活用

NPO法人は、地域ニーズを熟知し、住民に対しきめ細かく柔軟な対応が可能な場合がある。NPO法人との連携を図り、助言を得たり、企画運営に参画してもらうことも有益である。

また、保健事業を適切に実施する能力のある民間業者に業務委託することは、広域連合や市町村のノウハウや人材不足を補い、事業を円滑に実施することにつながり得る。ただしこの場合も、委託者が事業内容の設定、進捗管理、効果検証の各場面で主体性を発揮し、受託者に任せきりにならないよう注意が必要である。

4 取組を推進するための環境整備

(1) 人材育成

1) 高齢者に関する健康支援の知識・技術の周知、資質向上

保健指導を行う専門職や事業を担当する行政職員が、後期高齢者の特性を踏まえた個別指導の方法や事業企画運営等について必ずしも熟知しているわけではない。日頃から高齢者の健康面でのサポートに関わることが多い医療、福祉などの専門職や関係者などから、保健事業の実施にあたり協力を得ることが不可欠である。このため、こうした対象者に対して、フレイルへの対策も含め高齢者の特性を踏まえた保健事業への理解を深め、必要な知識・技術等の質を向上するための研修等の取組が求められる。様々な専門職や関係機関が、高齢者の特性を理解することにより、高齢者の複合的な状況に対応するために必要となる支援をマネジメントできる力量を獲得し、高齢者一人ひとりの課題に対応していくことが重要となる。

2) 研修等の実施方法

広域連合がモデル事業の取組にあたって事業説明会を兼ね先進的な取組を紹介するなど直接、研修を実施する方法がある。また、地域の健康課題や重点対策を共有、推進する点から都道府県や国保連合会、保険者

協議会等と共同での研修を検討することも考えられる。

(2) 実施上の留意事項

1) 周知・広報

保健事業の実施にあたり、被保険者をはじめ地域住民の理解・協力が得られるよう、事業の趣旨・目的や内容について周知を図る必要がある。

若年世代の肥満対策に重点を置いた生活習慣病対策から、高齢期にあつては、フレイルに着目した対策へと徐々に転換することが必要である。こうした高齢者の特性を踏まえた保健事業について理解が広がることで、これまで低栄養状態に気づいていなかった高齢者が進んで保健指導を受けたり、その回りの人たちも高齢者の心身の状況の変化に早期に気づき、効果的、効率的な保健事業を実施できる土壌づくりにつながる。

さらに、地域社会の理解が深まることで、ボランティアや近隣住民、自治会による見守りや援助など、高齢者を支える活動を促し、高齢者が住み慣れた地域でいきいきと暮らす社会づくりに資することができる。

2) 委託する場合の留意点

広域連合が専門職団体や民間事業者に委託する場合は、事業の実施内容について具体的な仕様を詳細に定め委託する必要がある。実施の進捗を定期的に把握し、事業結果の評価を行う。また、実施データを含む成果物は、広域連合等に帰属させる。

3) 個人情報の適切な取扱

健診結果やレセプトデータなどの個人情報は、保健事業の対象者の抽出や効果検証などを行うのに必要不可欠である。

特に KDB システムによって、健診、レセプト、介護のデータを統合的に管理できることから、これらを活用することでリスクの高い被保険者を的確に把握し、効果的、効率的に保健指導を実施するとともに、その後のデータを追跡し、効果検証に役立てることもできる。

これらの個人情報を保健事業に使用することは、被保険者の健康管理等に寄与し、公益性があるものと考えられる。

個人情報の利用は、各広域連合等の個人情報保護条例等に則り、適正な取扱が求められるため、保健事業に活用するにあたって、本人の同意や個人情報に関する審議会の承認、また、外部委託等の場合には、個人情報の範囲や目的などを委託先との契約や覚え書きで定め、守秘義務を課すなどの方法で、適正に実施される必要がある。

こうしたことを踏まえ、個人情報保護に配慮しながら、これを適正に活用できるよう、各自治体の状況を踏まえつつ工夫・検討することが求められる。

4) 安全配慮

安全管理に留意した運営ができるよう準備する。トラブル発生時における相談窓口をあらかじめ設置しておく。

5) 事業立ち上げ時の留意点

新たに後期高齢者を対象とした事業を立ち上げるにあたっては、所管部署の決定や、予算と実施体制の確保、関係部署との連携など様々な課題に取り組まなければならない。このため、次の点について留意する必要がある。

① 課題と方針の共有

当該自治体における健康課題と後期高齢者の特性を踏まえた保健事業の必要性、今後の方針について、医療保険・介護関係課等で意見交換し共有する。その際、担当レベルでの会議からスタートし、上位の職階による会議へと持ち上げていくことや、既存の連絡会議の場等を活用することなど、円滑に進める方法を工夫する。

② 実施体制の確保

共有した方針に基づき実施のための予算や庁内の連携体制を確保し、主管部署を決定する。自治体における政策課題、主要施策に関する協議の場や予算編成過程に乗せ、オーソライズを図る。

さらに実施体制を強化するために、保健と介護を統括する課を設ける自治体もあり、総合的な施策を展開している。

③ 連携体制づくり

事業の企画段階から、関係機関、団体と情報や課題を共有し、取組の方向性などについて議論するなど、連携・協力体制づくりを進める。事業内容が固まる前から相談・協議を行うことで、一体となって保健事業を推進することにつながる。

④ ノウハウのマニュアル化

事業の立ち上げにあたっては専門性のある職員などが中心となり、実施過程を一元的に管理し、推進の牽引役となることが有効である。あわせて、実施手順をマニュアル化するなど、特定の職員に過度に依存することのないようシステム化していくことが求められる。

⑤ 既存事業の活用

類似事業が自治体内にある場合、その事業の対象者を75歳以上に拡大し、後期高齢者の特性を踏まえた内容を取り入れるなど、既存事業の活用を図ることも検討すべきである。

⑥ 事業の進捗チェックリストの活用

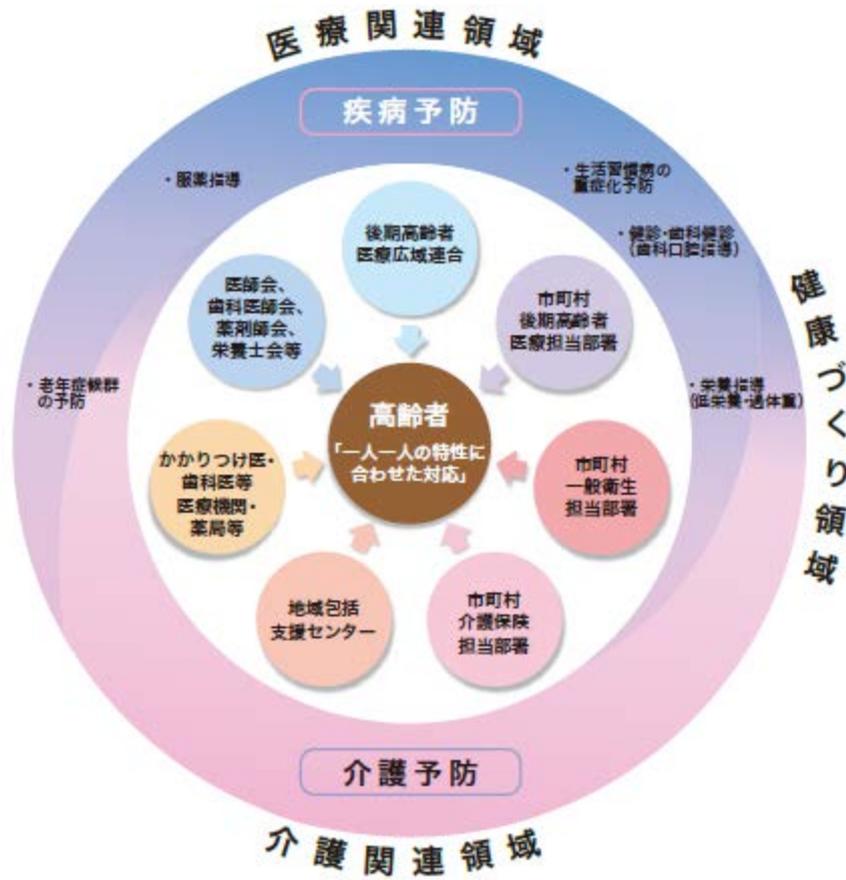
事業の実施にあたってはいくつかのステップがあり、これら各段階で必要とされる事項を確実に押さえて進めることが必要である。このため、「Ⅱ実践編」を参照し、「1事業実施主体における体制整備」「2地域連携体制の構築」「3事業内容の具体化」「4事業実施」「5評価とその活用」といった各ステージにおける実施事項について、チェックリストを活用しつつ進めていくことが有効である。

⑦ 取組みやすい内容からの着手

高齢者の抱える健康や生活上の課題は複合的で多岐にわたる。一人の高齢者に対しても、それを支える関係者は、図表I-11のように、多面的・重層的に重なり合い、これら全てを一度に充足することは困難である。

このため、地域資源や関係者の連携状況、市町村内の体制、健康課題等問題意識の共有状況など地域の事情を踏まえ、まずは、取組みやすい範囲や資源の整った部分から着手し、そこから取組分野を広げていくという発想も必要である。

図表 I-11 高齢者の複合的な状況への対応（重層的な体制・多機関・多職種連携）



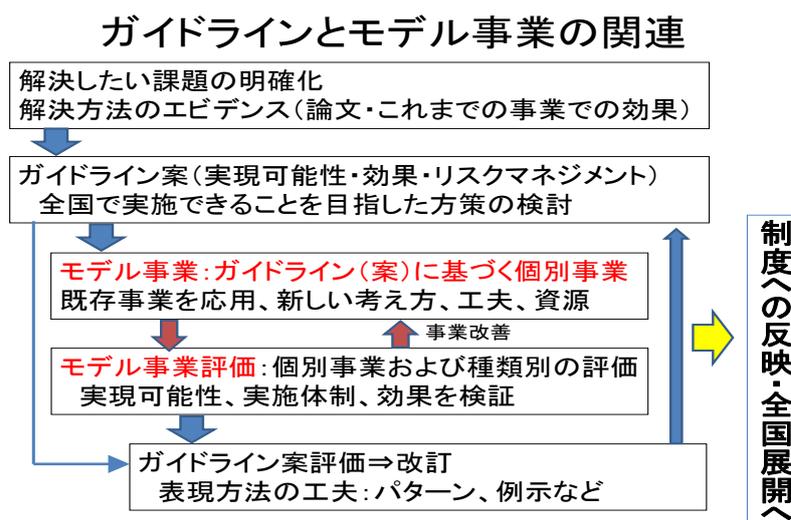
5 今後引き続き検討すべき事項

(1) ガイドラインの改定

1) モデル事業の推進と検証

後期高齢者の保健事業の実施にあたって、平成 28 年度モデル事業の成果をもとに、主として実践編において取組の全体像や手順、事例等を取りまとめた。平成 28 年度モデル事業の効果を確認したところ、一部自治体では、低栄養対策による体重の増加、服薬指導による服薬数の減少等、一定の成果が上がっているものの、介入効果のエビデンスとしては未だ十分とはいえない。そのため、アセスメント項目や対象者の抽出基準、効果的な介入プログラムについては引き続き検討が必要である。本ガイドライン[暫定版]を基に、平成 29 年度にもモデル事業を引き続き実施し、その結果を踏まえガイドラインを改定することとする。

図表 I-12 ガイドラインとモデル事業の関連



図表 I-13 モデル事業にみられた成果

実施主体	事業メニュー	具体的指導内容	成果
A市	栄養指導	BMI18.5 以下かつ体重減少 2～3kg 以上/6 か月に該当する者もしくは BMI20 以下かつ「介護予防アンケート」で食習慣の 5 項目で 3 点以上の者を対象に、1 か月に 1 回、計 3 回高齢者宅を訪問し、食事内容等についてアドバイス	参加者 (61 人) の体重の平均値が 43.00kg から 43.75kg に増加 (p 値 : 0.0023)
B市	服薬指導	転倒リスクの高い高齢者に服薬指導の案内を行い、2 回の個別訪問を	参加者 (54 人) の 1 日あたりの服薬数の平均値が 8.26 粒か

実施主体	事業メニュー	具体的指導内容	成果
		行い、服薬についてアドバイス	ら 7.35 粒に減少 (p 値 : 0.0002)、転倒リスク (Fall Risk Index は 7.02 から 6.04 に減少 (54 人))
C 市	重症化予防	尿蛋白 2+以上か eGFR40 以下で空腹時血糖 126mg/dl 以上かつ HbA1c7.0%以上である対象者宅を訪問し、受診状況や家族状況、生活実態を把握し、必要に応じて主治医への情報提供等を行う 1~2 か月おきにモニタリングをし、6 か月後に評価を行う	参加者 (63 人) の体重の平均値が 59.37kg から 59.10kg に減少 (p 値 : 0.0023)

2) モデル事業から見えてきた課題と検討事項

平成 28 年度に実施されたモデル事業の取組状況からも、いくつかの課題が見えてきている。

① データヘルス推進のための環境整備

全ての広域連合でデータヘルス計画が策定されているが、健診結果の電子化・システム環境の違い等の背景もあり、広域連合等が保健事業の実施にあたって活用可能なデータや、その PDCA サイクルに沿った事業立案・評価等への活用方法が不十分な場合がある。

モデル事業においても、広域連合が保有する情報を各市町村に提供し課題を共有することにより、解決すべきテーマや対象者の把握などについて話し合い、事業計画の十分な検討による合意を図ることが望まれるが、情報提供そのものが出来ていない例があった。

個人情報適切な取扱いに留意しつつ、データヘルスが推進されるための環境整備が求められる。

② 地域課題や事業目的の共有 (関係者間の調整、体制づくり)

モデル事業の多くは広域連合から市町村への委託等により実施されている。事業の準備にあたって、こうした関係者による事業目的や課題の共有が十分ではないため、既存事業の置き換えに使われるなど事業趣旨が理解されていなかったり、連携・調整が十分行われていないために、効果的、効率的な保健事業が行われていない例があった。

取組テーマの検討、事業の企画立案にあたっては、広域連合と市

町村間、地域の関係団体等との連絡調整を十分に行うことにより、事業を円滑、効果的に実施できる体制をつくる必要がある。

また、医学的な問題意識に基づく必要性の検討とともに、地域資源や庁内他部署・関係者の協力が得やすい取組から着手するなど実施しやすさの面からの検討も重要となる。

③ 適切な対象者選定の検討

事業の対象者については、事業目的に沿った抽出基準を設定できず、希望があった人＝対象者＝実施者とするなど、対象者のとらえ方が適切でない例やフレイルの概念が十分に理解されていないため、適切に選定できていない例があった。支援の必要な高齢者を適切に抽出するための基準の設定が課題となっている。

④ 実施にあたっての留意事項の共有

委託業者も含めた取組の手順や内容・方法の標準化や円滑な運営が、効果的かつ効率的な実施に資する。これらを網羅した運営マニュアル等の整備が求められる。

⑤ 評価の前提となるデータの整備

事業評価を行う前提として、目的の具体化、目的達成の確認のための適切な指標設定、評価スケジュールの設定などの準備が必要となる。そのためには、自治体で活用可能なデータの所在と内容、活用するための手順等について把握しておく必要がある。また、データが存在するにもかかわらず、電子化されていない、データベース化されていないなど活用が困難な場合は、その理由と解決策を明らかにし、実践の場における適切な評価につながるよう、モデル事業を通してさらに検討することが必要である。

(2) 別途実施されている検討事業（糖尿病性腎症・歯科）の反映

1) 糖尿病性腎症重症化予防事業

糖尿病性腎症重症化予防については、平成 28 年 3 月に日本医師会、日本糖尿病対策推進会議及び厚生労働省の三者で「糖尿病性腎症重症化予防に係る連携協定」を締結し、これを踏まえ同年 4 月に「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を策定し取組を進めている。このプログラムの検討にあたった「糖尿病性腎症重症化予防プログラム開発研究班」においては、平成 28 年度から 29 年度の 2 ヶ年をかけ取組の効果検証が実施

されている。検証には、広域連合としては5か所が参加している。検証結果等の研究の取りまとめを踏まえ、平成29年度に策定するガイドラインに反映する予定である。

2) 後期高齢者に対する歯科保健サービスの効果実証事業

広域連合が実施する歯科健診結果を用いた効果実証事業が、別途、厚生労働省医政局歯科保健課で実施されている。(別冊参照)平成29年度には、得られたデータをさらに詳細に分析するための研究が継続予定となっており、研究成果を平成29年度に策定するガイドラインに反映する予定である。

(3) 連携の内容について

本ガイドラインにおいて、関係者、関係機関がつながりをもって取組を進めることを広い意味で「連携」と表現している。しかし、連携と一言で言っても、その意味内容は情報共有にとどまるものから、互いに連絡を取り合い共通理解を図り、共通の目的に向け役割分担を行いながら、共同して取り組むことまで幅がある。このため、それぞれの場面で必要とされる連携の意味内容を検討する必要がある。

(4) その他(健診のあり方の検討)

後期高齢者の特性に応じた保健事業に資する健診のあり方(問診票も含む)について、モデル事業の結果等も踏まえ特定健診等の担当部署とも連携のうえ検討していく。健診結果について、ITを活用した本人へのわかりやすい知らせ方や、例えば病院での診療時に基礎疾患情報を参照できる仕組みなど、活用方法も検討する。

以上「Ⅰ 総括編」においては、高齢者の特性を踏まえた保健事業の実施にあたり、基本的な考え方などを記載した。

以下「Ⅱ 実践編」においては、モデル事業の成果等を踏まえ、実際に広域連合や市町村が保健事業を実施するための具体的な手順と実施内容を示す。

具体的には、①事業全体の流れ、②それぞれの段階における実施事項、③類型別の留意事項などを掲げる。

Ⅱ 実践編

1 ガイドライン実践編の位置づけ

本実践編は、高齢者の保健事業を推進するにあたって、事業の主体となる広域連合（構成市町村）が参考とする実施の手順等をまとめたものである。

掲載内容としては、モデル事業における検討をもとにした効果的・効率的な取組や高齢者に関する学会等の診断基準や調査・研究等のエビデンスなどから、高齢者の保健事業として実施が妥当と考えられる取組等を整理している。今後、エビデンスや効果的な取組事例の蓄積に伴い、内容は改変する予定としている。

2 取組の実際

保健事業の実施にあたっては、目的の明確化、企画に関する有効性、実現性、事業における役割分担や評価、情報の共有化など予め検討する必要がある。「5W1H」により情報を整理することも有効な手段である。

Who：誰が（どのような人材が）事業を推進するのか？

What：何を（どのような保健事業）を実施するのか？

Where/Whom：どの地域で、誰に対して実施するのか？

How：どのような仕組みで実施するのか？

財源、人材、時間、地域資源などの制約はどうか？といった点についても明確にしておく必要がある。

また、保健事業を推進するためには、広域連合が運営主体として主体性を発揮することが重要であり、構成市町村及び関係機関との十分な連携・協力体制を構築することが大切である。

さらに、保健事業の実行性を高めるためには、健康課題の抽出から保健事業の企画・実施・評価といったノウハウや保健事業に関する知識・技術の習得といった人材の育成、多職種連携の仕組みづくり等、ガイドラインに沿った、より実践的な研修の実施など検討する必要がある。

こうした点を念頭に以下では、高齢者の保健事業の全体の流れと個別の実施事項について解説する。

(1) 事業実施全体の流れ

図表Ⅱ-1 事業実施全体の流れ

(※ 市町村が広域連合から委託等を受けて実施する場合を想定)

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

※下線は特に協働して実施することが望ましい事項。また、広域連合と市町村の役割分担については、地域の実情も踏まえ十分に調整することが必要。

(2) それぞれの段階における実施事項

1) 事業実施主体における体制整備

① 健康課題等の把握

広域連合・市町村は、KDB システム等を活用する等、保有する健診・レセプト等健康情報から健康課題を把握できる仕組みを構築し、分析力の強化を図ることが重要である。現状の分析や市町村健康増進計画、データヘルス計画等も踏まえ、地域の高齢者（被保険者）が抱える健康課題の抽出を行う。また、併せて地域資源の把握も行う。さらに、これらの課題について従来 of 事業の中では対応できていない事項についても明らかにする。

広域連合は、主に広域的に共通する課題や構成市町村間の違い等を把握し市町村等への情報提供に努める。

② 広域連合・市町村間での課題の共有

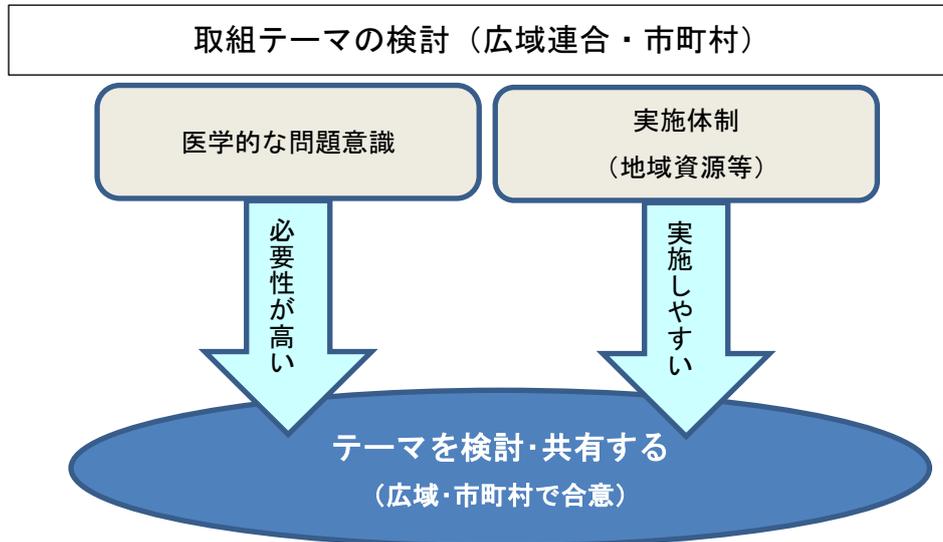
把握された健康課題は、後期高齢者を被保険者として抱える広域連合と その高齢者が居住している市町村の間で共有することが必要である。また、取組の好事例を広域的に把握、共有し、課題解決となる保健事業の推進に向けた協力関係を構築することが必要である。

③ 取組テーマ・対象地域の特定

各種ある健康課題のうち、当該地域で優先的に取り組む健康課題や対象集団を特定する。取組は、必要性や地域資源等の状況も勘案し、着手しやすさの観点から実施可能なものを検討することが肝要である。広域連合が主体的に進める場合と構成市町村への委託等により実施する場合があるが、市町村への委託等により実施する場合は、市町村と十分に協議するとともに、情報提供や連携関係づくり等必要な支援を行うことが不可欠である。(図表2参照)

なお、広域連合が主体として実施する場合には、全県一律に事業を行うのが難しいこともあるため、はじめは対象地域を特定して実施し、段階的に全体に波及するよう計画的に進めることも検討する。

図表Ⅱ-2 取組テーマの例



問題意識の例	実施体制の例
・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。	・健康増進部署の既存事業と協働可能 ・地域で活躍している在宅栄養士がいる ・栄養士会が協力的である
・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。	・歯科医師会・歯科衛生士会が協力的である ・協力を得られやすい訪問歯科衛生士がいる
・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。	・薬剤師会が積極的、支援が望める
・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。	・地域で活躍する在宅保健師がいる ・国保の重症化予防から継続した取組が可能
・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。	・包括支援センターの高齢者訪問とタイアップ。

④ チーム形成

広域連合と市町村の関係部署（後期高齢者医療担当部署、衛生担当部署、介護予防担当部署等）との間で、主担当を明確にしながら、事業実施（準備段階から、実施、評価に至る全般）にあたってのチームを形成する。

⑤ 外部からの情報収集

高齢者の保健事業は、モデル事業として展開されている事例もある。実施の参考となることから、市町村はこうした事例の情報収集や、国が実施するセミナーや意見交換会等に参加し、事業実施に必要な情報を収集に努める。また、広域連合は、こうした情報を市町村に提供するように努める。

2) 地域連携体制の構築

国・都道府県・市町村・関係機関との連携は、非常に重要である。各機関が実施する研修会の参加や保険者協議会等の積極的な活用により、日頃から顔の見える関係づくりに心がけることが大切である。

① 都道府県との調整

都道府県の関係部署や保健所・研究所等の外部機関との連絡調整については、事前相談や協力を求める段階から、広域連合が主体的な調整に努める。

② 関係団体への事前相談

高齢者の保健事業には、医師会（取組テーマによっては歯科医師会・薬剤師会等の職能団体）が関係することが多い。事業を実施しようと考えている地域は、地元医師会等に対して、事業実施に先立ち、健康課題や事業のねらいについて情報提供し、対象者の抽出基準や介入支援の方法等について相談し、助言を受ける。

③ 広域連合・市町村の間での情報提供の環境整備

広域連合や市町村が保有するデータが活用されるが、データの種類によっては、関係者間で協議し、個人情報の取扱の手続きを経ることが必要となる場合がある。

広域連合は、国保連合会による KDB システム等も活用しながら、事業実施主体が対象者の選定・抽出、事業評価等のプロセスに沿ってレセプト・健診データ等を市町村に情報提供することともに、高齢者の特性を把握するために有効となる医療・保健・介護データが相互に活用できるよう働きかけるなど、環境整備に努める必要がある。

図表Ⅱ-3 事業実施に用いるデータとその保有者・閲覧者

	広域連合	市町村		
		後期高齢者医療担当部署	衛生担当部署	介護予防担当部署
レセプト（医療費関連）	○	△	△	△
健診結果	○（△）	△（○）	△（○）	△
介護給付費・要介護度等	△	△	△	○
基本チェックリスト結果	△	△	△	○

○：データ保有、△：一定の条件下で閲覧可能

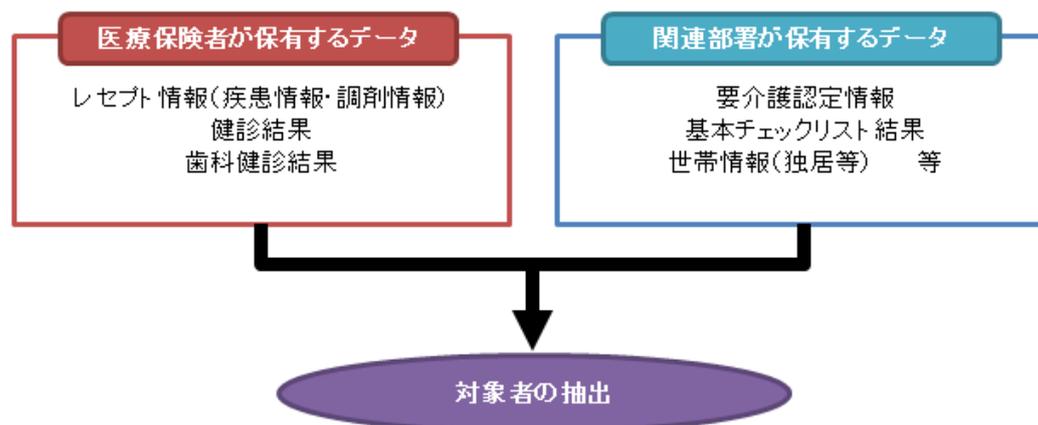
3) 事業企画

① 対象者の抽出基準の設定と概数の把握

取組テーマに応じて、具体的な対象者の抽出基準を設定し、被保険者の中から事業で対応すべき対象者の概数を把握する。

抽出に用いるデータには、以下のようなものがある。事業のねらいに合わせて、広域連合や市町村の後期高齢者医療担当部署の医療保険者が保有するデータ、市町村のその他の関連部署が保有するデータを複合的に用いる。

図表Ⅱ-4 抽出に用いるデータ



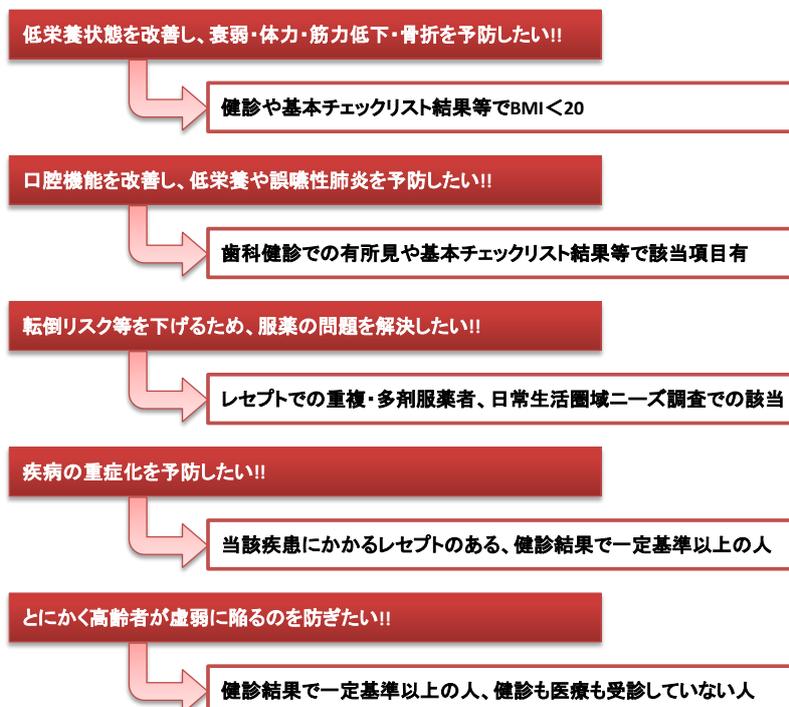
対象者の抽出にあたっては、疾病の重症化予防のための健康管理・疾病管理のみならず老年症候群等の加齢に伴う疾病やフレイル状態の把握が重要となり、これらの状態をもとに支援の必要性を判断する。それと同時に、現在何らかのサービスにつながり適切な支援が受けられているかなども重要な視点となる。

特に医療保険者という立場に立つと、医療・健診の受診の有無で被保険者を以下のような類型に分類することができる。こうした分類も参考にしながら、具体的な抽出基準を決定する。

図表Ⅱ-5 医療・健診の受診状況別の取組例

ア 健診受診あり・ 医療（外来）受診あり	<ul style="list-style-type: none"> ・外来治療に加え、健診結果等でコントロール状況を把握し支援。 ・レセプトから多病や多剤処方の評価と必要な支援を実施。
イ 健診受診あり・ 医療（外来）受診なし	<ul style="list-style-type: none"> ・健診結果に応じた対象疾患の1次・2次予防に関する保健指導 ・必要に応じ医療の受診勧奨
ウ 健診受診なし・ 医療（外来）受診あり	<ul style="list-style-type: none"> ・外来治療に加え、健診の受診勧奨など地域の保健事業の活用 ・レセプトから多病や多剤処方の評価と必要な支援を実施
エ 健診受診なし・ 医療（外来）受診なし	<ul style="list-style-type: none"> ・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、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 ・必要に応じ、保健指導・医療の受診勧奨・介護予防等への連携

図表Ⅱ-6 医療保険者の視点での取組テーマと対象者抽出基準の例



図表Ⅱ-7 モデル事業における取組テーマ別の対象者の抽出基準

取組テーマ	対象者抽出基準
低栄養	日常生活圏域ニーズ調査で、低栄養・過体重の人<埼玉県和光市>
	基本チェックリストにて①BMI18.5以下かつ体重減少2~3kg以上/6か月に該当する者並びにBMI20以下かつ「大和市介護予防アンケート」で食習慣の5項目で3点以上の者<神奈川県大和市>
口腔	日常生活圏域ニーズ調査で、摂食や咀嚼等の口腔機能低下がみられる者<埼玉県和光市>
	新規に要支援1・2になった人<高知県土佐清水市>
服薬	日常生活圏域ニーズ調査より、転倒リスク(Fall Risk Index)が6点以上の人<三重県桑名市>
	レセプトで1か月あたりの内服が15種類以上が2ヶ月継続してあった者<長崎県後期高齢者医療広域連合>
重症化予防	後期高齢者健診の結果より、HbA1c7.0%以上または空腹時血糖130mg/Hgで尿蛋白2+またはeGFR50未満<石川県後期高齢者医療広域連合>
	健診結果でHbA1cが6.9%以上の者かつ過去2年間に糖尿病の病名のある医科レセプトがあるが、健診後3か月で糖尿病の治療をしていない者<香川県後期高齢者医療広域連合>
複合	ひとり暮らし高齢者台帳より把握した満75歳以上の人のうち要介護(支援)認定を受けていない人<大阪府大阪狭山市>
	後期高齢者健診で血圧140/90mmHg以上、血中脂質(LDL140mg/dl、TG150mg/dl以上)、BMI20以下の者で、町の介護予防事業等に参加していない者<岡山県勝央町>

平成28年度のモデル事業内容等より作成(詳細は別冊p9~17参照)

～「対象者」の捉え方～

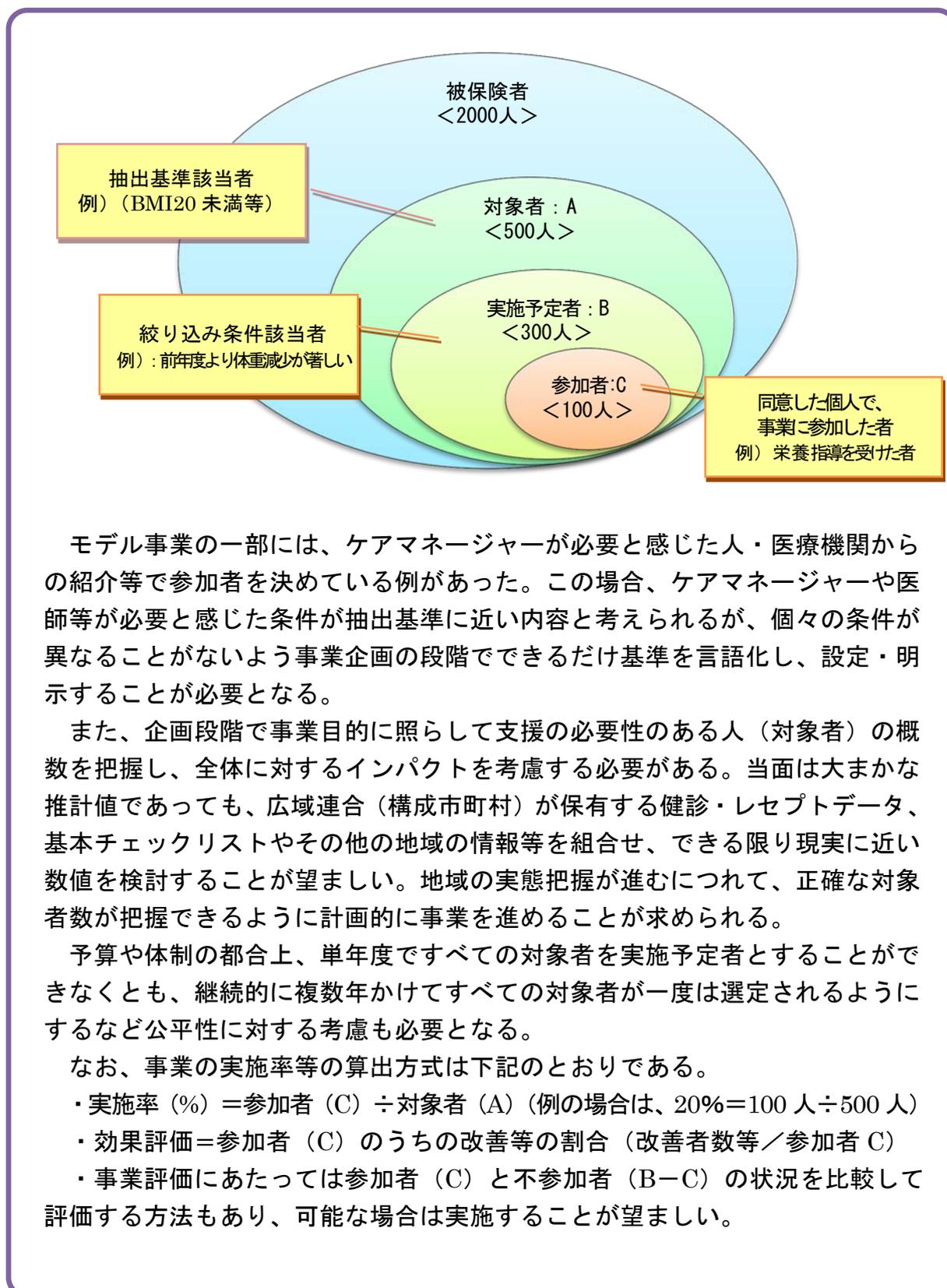
モデル事業を通して、事業の対象者の捉え方が自治体により様々な状況にあり、整理の必要性があることが明らかになった。

「対象者」とは、被保険者全員の中から事業の対象者抽出基準に該当した者であり、実際に事業への参加の声かけをした「実施予定者」ではない。(図表Ⅱ-8参照)

本来であれば、「対象者」全員が事業に参加できることが望ましいが、予算や体制の関係上、全員への対応が難しい場合、優先順位を付けるなど何らかの条件でさらに絞り込んで、声かけをする者を選定する。このようにして選定された者が「実施予定者」である。

広域連合への補助事業等でいう「対象者」は、絞込をした後の「実施予定者」ではなく、対象者抽出基準に合致した当初の「対象者」を指している。

図表Ⅱ・8 「対象者」と「実施予定者」と「参加者」の捉え方
 (取組テーマが低栄養対策のイメージ)



モデル事業の一部には、ケアマネージャーが必要と感じた人・医療機関からの紹介等で参加者を決めている例があった。この場合、ケアマネージャーや医師等が必要と感じた条件が抽出基準に近い内容と考えられるが、個々の条件が異なることがないよう事業企画の段階でできるだけ基準を言語化し、設定・明示することが必要となる。

また、企画段階で事業目的に照らして支援の必要性のある人（対象者）の概数を把握し、全体に対するインパクトを考慮する必要がある。当面は大まかな推計値であっても、広域連合（構成市町村）が保有する健診・レセプトデータ、基本チェックリストやその他の地域の情報等を組合せ、できる限り現実に近い数値を検討することが望ましい。地域の実態把握が進むにつれて、正確な対象者数が把握できるように計画的に事業を進めることが求められる。

予算や体制の都合上、単年度ですべての対象者を実施予定者とすることができなくとも、継続的に複数年かけてすべての対象者が一度は選定されるようにするなど公平性に対する考慮も必要となる。

なお、事業の実施率等の算出方式は下記のとおりである。

- ・実施率 (%) = 参加者 (C) ÷ 対象者 (A) (例の場合は、20% = 100人 ÷ 500人)
- ・効果評価 = 参加者 (C) のうちの改善等の割合 (改善者数等 / 参加者 C)
- ・事業評価にあたっては参加者 (C) と不参加者 (B - C) の状況を比較して評価する方法もあり、可能な場合は実施することが望ましい。

② 予算・人員体制の検討

事業予算は、事業スキームや対象者数がある程度見込んだ上で固める場合と、既存事業との兼ね合いから予めある程度の予算枠があり、それに対応するように事業スキームや対象者の中から優先順位を付けて、事業予定者数を決めていく場合とがある。いずれの場合においても、財源確保に向け、実施予定の保健事業の効果・有効性を説得力あるものにすることが重要である。また、活用できる補助金等は有効に活用することが望ましい。

【広域連合が実施主体の場合】

現状では、広域連合が自前の人材で保健指導等の実務を実施することは少ない。また、広域連合が自ら主体となって事業を実施する場合でも、高齢者に直接、各種支援を行うのは外部組織（民間事業者等）に所属する専門職となることが多い。

この場合、事業実施予定の管内市町村の関係部署（後期高齢者医療担当部署、衛生担当部署、介護予防担当部署等）には予め、事業実施（事業趣旨・対象者・委託事業者等の概要）を周知相談する必要がある。その上で、対象者抽出やフォローのための情報共有等について、協力関係を築くことが重要である。

【市町村が実施主体の場合】

広域連合からの委託等を受けて、市町村が実施主体となる場合、後期高齢者医療担当部署が主担当となる場合もあれば、従来より高齢者に対する事業を実施してきた衛生担当部署や介護予防担当部署が主担当となる場合もある。いずれの場合においても、対象者抽出や高齢者への支援内容の企画や標準化等においては、それぞれの部署の専門職との協力が必要になるため、庁内連携を図ることが重要である。

また、事業を広域連合もしくは市町村の内部人員で実施するのか、予算や内容との兼ね合いで外部に委託するのか等も検討する。外部委託の場合には、委託の予算の確保や調達の準備等を行う。

③ 目標・評価指標の設定

把握した地域の健康課題の解決に向けた目標を設定する。設定にあたっては、何（評価指標）をいつまでにどのくらい改善するのか、出来るだけ具体的な数値で設定することが望ましい。評価指標は、既存の統計やシステムから取得可能なデータ・アンケート結果等、抽出が比較的容易な項目であることも肝要となる。目標及び評価指

標の設定が取組の開始前に予め適切になされていない場合、評価自体が難しくなる可能性があるため、関係者と協議・検討のうえ設定する必要がある。目標や評価指標に不安がある場合は、大学・研究機関や国保連合会に設置されている支援・評価委員会等、専門家の支援を受けるなども検討されたい。

④ 実施予定者の絞り込み

予算や体制の制約上、抽出基準によって抽出された対象者すべての人に対して介入することが難しい場合がある。その場合には、対象者を優先度等により限定するか、対象とする地域を限定するか等により絞り込みを行う。抽出基準に合致した対象者の中から、事業参加への声掛けをする人を絞り込む条件としては、基本チェックリストの結果を使用する場合は、リスク順に応じて選定する、健診結果を活用する場合は、経年で減少幅の大きい人を優先する、過去の健診で異常のある人を優先する等の対応が必要である。

図表Ⅱ・9 主に重症化予防の取組の対象者抽出と絞り込みの考え方



⑤ 介入方法の検討

対象者の抽出・絞り込みと並び、事業予定者として特定した高齢者に対しての声掛け方法、介入支援の場所、期間、頻度、アセスメント方法・項目（高齢者の個別の状態の把握）、使用ツール、個々人への介入の効果を測定する評価指標等について検討する。

なお、この際、事業予定者への声掛け、実際の介入支援を誰が行うのか等について役割分担を明確にする必要がある。

また、介入にあたっては、下記のような点についても検討する必要がある。

【個人情報取扱に関する検討】

対象者抽出や指導、結果の評価のためには、事業実施主体と協力関係機関等の間で、個人情報のやり取りが発生する。円滑な実施に向け本人同意の取得等も含め、各自治体の個人情報保護条例等を勘案しながら、適切な対応を検討、準備する。

個人情報の取扱① <本人への同意の取り方>

○事業参加にあたっての同意取得のポイント

- ・使用目的、評価結果への活用等の内容の明示
- ・共有する関係者、期間等の説明
- ・「健康づくり条例」においてデータ活用を裏付け

(文書例は、別冊 p74 参照)

<神奈川県大和市>

【苦情・トラブル対応に関する検討】

事業開始後、介入支援の内容等について、事業参加者もしくはその関係者から苦情が寄せられたり、場合によってはトラブル事案となる場合もある。そのような場合遅滞なく対応できるよう、相談窓口を明確にする等の対応方策についても、事業開始前に検討する。

【事業評価】

参加者への介入支援の終了後には事業自体の評価を行う。介入支援の前後比較で評価することもあるため、評価指標等、データの収集方法についても事業企画段階から準備する。

特に、医療保険者による保健事業においては、医療費での評価は不可欠である。近年 KDB システム等の整備により、医療費データの収集・集計加工等は比較的容易になってきたが、データ取得等にあたっての手続きや閲覧が可能になるまでの期間等を予め見越して、評価計画を立てることが必要となる。

【事業実施計画の作成】

事業実施にあたり必要な事項を、関係者間で共有できるよう計画書として取りまとめる。

【事業委託先の選定】

事業を外部委託で行う場合、事業委託先の選定を行う。事業委託に際しては、実施報告の様式・頻度・進捗状況の把握方法（打合せ等）についても予め定めておき、事業が遅滞なく進行しているかの管理を行える仕組みを準備する。

業務委託 <外部業者との契約の留意点>

○仕様書の記載ポイント

- ・ 事業目的、委託業務の範囲、役割分担等の内容の明示
- ・ 報告について内容・方法・頻度等
- ・ 守秘義務、違反の取扱、成果物の所有権

(文書例は、別冊 p77 参照)

<神奈川県大和市>

【マニュアルの作成・支援者の研修の実施】

複数の高齢者に対する介入支援は 1 人の支援者で完結されることは少ない。事業の運営マニュアルや介入支援についてのマニュアル等、各種マニュアルを作成することにより、複数の支援者による介入支援が標準化することが必要となる。

また、介入支援を行うのが専門職であっても、それまでの業務範囲によっては地域の高齢者と接する経験がない場合もある。そうした場合でも介入支援の質を担保するために、支援者の経験に合わせた導入支援やフォロー研修等の検討も必要となる。広域連合が広域的に事業の普及に向けた研修を企画することなども有効である。

○業務マニュアル

- ・ 事業目的、委託業務の範囲、役割分担等の内容の明示
- ・ 報告について内容・方法・頻度等
- ・ 守秘義務、違反の取扱、成果物の所有権

(文書例は、別冊 p78 参照)

<神奈川県大和市>

○指導者・事務担当者研修

- ・ 事業の企画立案にあたって必要なノウハウを学ぶ
- ・ 効果的な PDCA の回し方

(詳細は、別冊 p84 参照)

<岐阜県岐阜市>

⑥ 医師会等関係機関への説明

参加者の募集、介入支援の開始前に、事業実施地域の医師会等地域の関係団体へ事業内容の説明を行う。介入支援を行う内容によっては、かかりつけ医等との間で、参加者について情報交換が必要な場合が生じる。そのような場合の情報のやり取りの方法等についても取り決める。

○かかりつけ医との連絡調整 <円滑な連絡方法・連絡票の検討>

- ・対象者選定時の相談（対象者として適切さ等。例：がん末期等は外す）
- ・治療方針や指導内容の確認
- ・報告について（内容・方法・頻度・連絡票等の様式等）

4) 事業実施

① 事業予定者への声掛け

対象者もしくは絞り込んだ事業予定者の中からの募集方法等について検討する。抽出した対象者や絞り込んだ事業予定者は一律に参加者としてアクセスする方法もあり得る。しかし大半の場合は、下記のように本人や家族に連絡をとり、事業参加について同意を得たうえで、参加とする。

ただし、対象者もしくは事業予定者に広報等による周知により、自発的な申込みを待っている場合には、事業の参加者はごくわずかにとどまる可能性が高い。広域連合として見過ごすことができない象者の掘り起こしを行い、予算・体制の枠内でできるだけ多くの人に対応するためには、保有する情報を最大限活用し、個別の対象者への声掛けや1回ではなく複数回の声掛けなど積極的な姿勢が必要である。

- ・文書（郵送による個別通知もしくは関係者<地域包括支援センター・ケアマネジャー等>からの配布）での案内
- ・電話での案内
- ・地域の集会、イベント、組織活動（老人クラブ等）の機会の活用

② 参加者の日程調整

介入支援の対象となる人に対し、いつ誰が介入を行うのかについて、日程調整を行う。日程調整の結果、その後の介入支援のスケジュール等については、台帳を作成し、事業実施主体が管理するとともに、キャンセル等が適宜修正されるように進捗管理を行う。

③ かかりつけ医等関係者への事業説明

事業実施を行う地域を管轄する医師会等への説明と並び、必要に応じて参加者のかかりつけ医等関係者に事業概要や介入支援を行うことについて説明する。

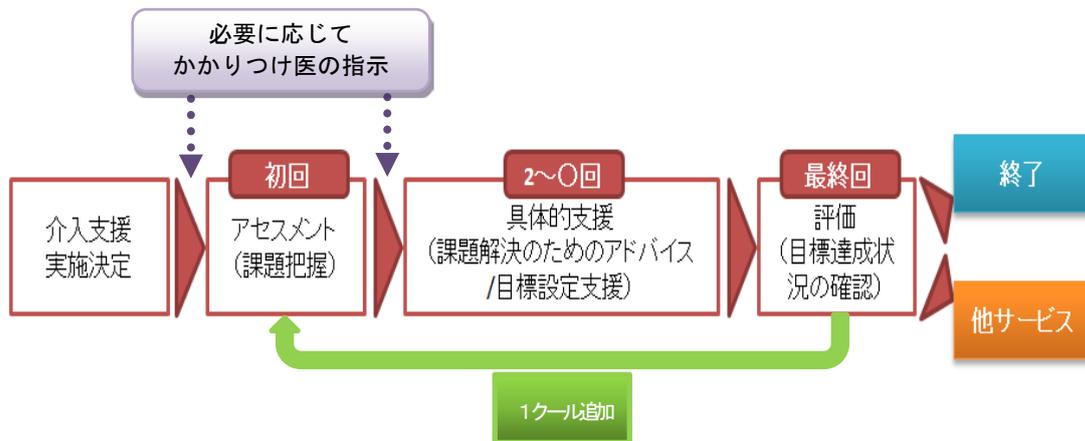
また、必要に応じて、介入支援にあたっての注意すべき点等個別

の情報等の提供を依頼する。

④ 介入支援の実施

抽出対象者のうち、事業参加に同意を得た人に対して、実際のサービスを提供する。提供する内容は、事業のねらいに応じて若干異なるものの、全体の流れとしては以下ようになる。

図表Ⅱ-10 介入支援の流れ



対象とする狙いに応じた効果的・効率的な介入手法を選択し、介入の期間、頻度（回数等）を設定し実施する。実施方法は、専門職のアウトリーチによる訪問指導を基本とする。ただし、地域の状況も踏まえ、地域の拠点等への立ち寄り型相談等、他の方法を組合せ効果的・効率的な取組を検討する。

費用対効果など事業の効率性に留意する。比較的短期間、低頻度の、電話指導等も併用した軽易な介入方法であっても、一定の効果が報告されていることも考慮する。

モデル事業では、高齢者の支援にあたって、特定保健指導の6ヶ月1クールに比べると、3ヶ月1クールなどの比較的短期間の取組後に評価し必要な場合はもう1クール追加する方法や、毎月1回の訪問により変化を追い支援の調整を行う等、細やかな取組がなされている。

今後、効果を検証し取組の見直しをおこなう中で、地域ごとの資源、ねらいや支援内容等に適合したプログラムを検討し作り上げていくことが必要となる。

ア アセスメント

参加者の具体的な課題を把握するために、アセスメントを実施す

る。各事業類型の主なアセスメント項目は以下のようなものとなる。

抽出時使用したデータ（健診結果やレセプトデータ等）とともに、対象者や家族や介護者との直接対話の中から、アセスメントシートや指導記録票を用いて、独居や多受診などの社会的要因や日常生活習慣（食事、睡眠、活動、嗜好品等）に関する詳細な状況把握を行い、健康状態を判断する。

食事状況や内容の把握にあたっては、既存のアセスメントツールを使うことがある。これらのツールは使用にあたり、出典を明記する必要があり、場合によっては使用料が発生するものもある。また、結果の判定も依頼しなければならない可能性があることにも留意する必要がある。

また、本人の同意を得た上で、かかりつけ医等の協力が得られる場合には、かかりつけ医からの情報収集を行うことも考えられる。

図表Ⅱ-11 アセスメント項目の例

事業メニュー	項目	データソース
全メニュー共通	身長・体重・BMI・血圧	健診結果
	世帯構成・服薬数	聞き取り
低栄養	簡易栄養調査点数	簡易栄養調査
	アルブミン値	健診結果・血液検査
	食事回数/内容・摂取カロリー・たんぱく量・水分摂取量・排便の状況・食事環境・買い物環境・食欲不振の有無・ストレス状態・急性疾患の罹患状況・うつ状態	聞き取り
口腔	有所見状況	歯科健診結果
	口腔内・義歯の状態・口腔清掃の実施状況	基本チェックリスト該当項目・聞き取り
服薬	医療機関の受診状況・服薬管理の状況・残薬の状況	聞き取り
重症化予防	（糖尿病）空腹時血糖、HbA1c （慢性腎症）eGFR、クレアチニン、尿蛋白 生活習慣（タバコ、酒、運動等）	健診結果
	浮腫・入院歴・ストレス状態・急性疾患の罹患状況・うつ状態・食事回数/内容・摂取カロリー	聞き取り
その他	日常生活自立度	要介護認定情報
	運動機能検査（ロコモ度テスト、転倒スコア、歩行速度等）	その場で実施
	認知機能検査、健康度自己評価等	

事業メニュー	項目	データソース
	基本チェックリスト、フールドの5項目等	

※複合的取組は、上記類型別項目の該当項目を組合せたものとなる

平成28年度のモデル事業内容等より作成（詳細な項目については、別冊 p18~23 参照）

イ 具体的な支援

アセスメントにより参加者それぞれの課題が明らかになった後に、改善を目指すべき課題を特定し、課題解決のための具体的なアドバイスを実施する。その際重要なのは、課題の指摘やできないことのみでの把握・指摘をするのではなく、出来ることに着目しそれを続けられることを意識したアドバイスにつなげることである。

図表Ⅱ-12 具体的なアドバイスの内容の例

事業メニュー	アドバイス内容の例
低栄養	摂取すべき栄養素・食品、調理方法 食品の入手方法（惣菜の入手方法や配食サービスの利用） 食事のとり方（量や時間、間食の利用方法）
口腔	口腔清掃等に使用する用具 口腔清掃等の方法（歯磨き、口腔清掃の方法） 義歯の使い方 姿勢 嚥下体操・唾液腺マッサージの方法 間食や飲み物のとり方 よく噛むこと 歯科医療機関の受診
服薬	薬の管理方法（保管場所等） お薬手帳の活用方法 医療機関への情報提供の方法（場合によっては、代行して情報提供）
重症化予防	摂取すべき栄養素・食品（野菜）、気をつけるべき食品等（塩分・アミノ酸） 日常生活で気をつけるべき事項（毎日血圧測定を行う、3色決まった時間に食べる、飲み忘れがないよう薬は見える場所に置く等） ストレッチや散歩の推奨

平成28年度のモデル事業内容等より作成（詳細は別冊 p31~39 参照）

具体的なアドバイスを実施するとともに、課題解決に向けた目標を設定するように支援する。目標には、なりたい状態を示す状態目標と具体的にとるべき行動を定める行動目標がある。保健事業により、参加者には具体的なアクションを起こしてもらうことが必要となるため、設定する目標としては、行動目標であることが望ましい。なお、目標は、参加者の状況に応じ、できるだけ取り組みやすいもの、成果につながりやすいものとする。

図表Ⅱ-13 設定する目標の例

事業メニュー	設定する目標の例
低栄養	野菜を毎食 2 皿以上とる 1 日 3 食時間を決めて食べる たんぱく質のおかずを毎食食べる 塩分摂取に気を付けて食事をする ご飯の量を増やす、おやつ時に牛乳を飲む 1 日 1 回は玄関から外に出る 油料理は 1 日 1 回はとる
口腔	毎食後歯磨きをする 1 日 1 回は舌の清掃を行う 入れ歯を毎日洗う、夜間は入れ物を決めて保管する 摂食・嚥下体操を実施する 歌ったり、話をしたり、声を出して本や新聞を読む 安全な姿勢で飲食する よく噛んで食べるようにする
服薬	医師の処方通りに服薬する お薬手帳は 1 冊にする 過去に処方された薬剤と現在服用している薬剤を別にして保管する 薬に関する疑問点は都度確認する
重症化予防	血圧測定とウォーキングを行う 野菜を意識的に食べる 早めに就寝する 薬の内容を確認し、整理する うどん・ラーメンの汁を全部飲まない 病院受診で外出した際に魚や肉を買う

平成 28 年度のモデル事業内容等より作成（詳細は別冊 p31~39 参照）

目標の設定と並び、地域資源の活用についても考慮する。介護保険の地域支援事業における地域サロンや衛生部門等の各種健康相談事業、独居高齢者・閉じこもり高齢者へのアウトリーチ事業等、対象者が活用しやすい機会が地域にある場合は、そのような機会について情報提供することもあり得る。

なお、介入支援の期間・頻度（回数等）は、事業スキームとして予め設定することが必要であるが、参加者の課題の難易度、理解度等によって変更が必要となる場合もある。個々の参加者の状況に応じ柔軟な設定も可能とするような対応も望まれる。場合によっては電話指導等の併用や各回の支援内容に応じて訪問する専門職の職種を選択するなど、効率的な実施に努める。

ウ 参加者についての個別評価（目標達成状況の確認）

参加者に対しての具体的な支援ののち、設定した目標が達成されているのかを評価する必要がある。評価の結果、一定の成果がみられる場合には、支援を修了し、引き続き支援が必要と判断される場合には、同事業内で引き続き支援を継続させるか、他のサービス（介護予防の総合事業等）へとつないでいく。

エ 介入支援実施と並んで行うべき事項

【カンファレンス等での情報共有・関係機関との連絡調整】

必要時にはカンファレンスを行うなど各支援者間で実施状況を共有し、適宜支援内容の見直し・改善を図るなど効果的に実施する。

また、今回の事業の中では対応が難しいと思われる事項や関係機関等と情報共有すべきと思われる事項が発生した場合には、本人の意向を確認しながら、適宜医療機関や地域包括支援センター等の関係機関に連絡調整する。

【支援内容の記録・評価に必要なデータの取得】

介入支援の各回においては、具体的な支援内容は記録として残し、評価に必要なデータは適時取得する。

【事後フォロー】

介入支援の規定回数終了後であっても、最終回の時点でフォローの必要性が高い参加者については、適宜連絡を取り、その後の状況を確認する。

【モニタリング】

介入支援の実施期間中は、個別の支援が遅滞なく進行しているか、

支援内容が適切であるか等について、事業実施主体が適宜モニタリングを行い、必要な場合は介入内容・方法の修正等を含め、軌道修正を行う。

5) 評価とその活用

① 事業評価

参加者への支援の終了後、事業自体の評価を行う。どのような事業でも、その事業実施が適切であったか、効果があったかを確認（評価）し、改善が必要な場合には適宜事業の進め方等について修正を行う必要がある。また、ストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカムの4つの観点による事業評価により、PDCAサイクルに沿った実施が重要である。

事業評価では、予め定めた評価指標に関するデータを収集し、支援の前後での状態の比較を行う。また、数値化できない定性情報である保健指導の内容と反応、家族・介護者の感想、福祉関係者の対応状況などについても評価に役立てる。地域資源を活用した時の参加状況などのインプットを考慮して、満足度や自身の健康への考え方も確認する。

高齢者は、支援により状態像の改善につながることもあり得るが、悪化しないことも成果といえることができる。状態像の改善等が本当に事業によるものであるかを厳密に判別することは困難さを伴うため、参加者と参加しなかった者等を比較することなども考えられる。研究としての取組ではないため、実施可能な範囲での評価の取組が望まれる。

各事業類型別の事業評価の指標として考えられるのは、以下のような項目である。なお、医療費データや健診結果等の変化を確認するには、KDBシステムの活用等により効率化が図れる。

図表Ⅱ-14 事業評価指標の例

事業メニュー	項目	データソース
全メニュー共通	BMI・血圧	健診結果
	医療費・疾患名・介護給付費	レセプト情報
	服薬数・事業参加満足度	聞き取り
低栄養	簡易栄養調査点数	簡易栄養調査
	アルブミン値	健診結果・血液検査
口腔	有所見状況	歯科健診結果
	口腔内の状態・口腔清掃等の実施状況	基本チェックリスト該当

事業メニュー	項目	データソース
		項目・聞き取り
服薬	調剤医療費・処方種類数	レセプト情報
	残薬の状況	聞き取り
重症化予防	(糖尿病) 空腹時血糖、HbA1c (高脂血症) HDLコレステロール、LDLコレステロール (慢性腎症) eGFR	健診結果

平成 28 年度のモデル事業内容等より作成（詳細は別冊 p9~17 参照）

医療保険者が行う保健事業としては、事業評価では医療費・健診結果を確認することが望ましい。医療費や健診結果についての効果の確認は、介入支援後 1～5 年程度追跡調査を行う。そのため、長期的なデータの変化についても確認可能な環境整備の検討を行う。

② 事業報告

事業実施後、地域の関係機関や住民に対し、協議会や広報等を通じて事業評価結果等を含め報告を行う。

③ 次期計画に向けての見直し

事業評価でストラクチャーやプロセス等も含め評価を行う中で、改善点を明確にし、次期計画に向けての見直しを行う。

3 モデル事業に見る類型別取組の状況と留意点

(1) 栄養に関する相談・指導

【対象者の抽出・絞り込み】

- ・対象者の抽出基準として、主に BMI が使われている。BMI は健診結果及び基本チェックリストからでも把握することが可能であり、高齢者の状態像把握の基本項目と考えられる。
- ・BMI の場合、モデル事業のそれぞれの地域の実情を踏まえ基準値が設定されている。より早期の対応の必要性を感じ、基準値を BMI18.5 から 20 に変更したところもある。一方で、過体重の高齢者に健康上の課題が多いことから、BMI25 以上を対象とする事例もあった。
- ・検査指標以外にも、独自の質問項目を追加し、対象者を抽出する事例もあった。

介護予防アンケートに盛り込まれた下記 5 項目のうち 3 項目該当する人を抽出

1. 食料品を買う店が近くにない
2. 食料品を買う費用（食費）は十分にない
3. 食事は一人で食べることは多い
4. 食べる気力や楽しみを感じない
5. 食事を食べる量が減ってきた

<神奈川県大和市>

- ・健診結果を活用する場合は、経年で減少幅の大きい人や過去の健診で異常のある人を優先する等が効果的である。
- ・また、レセプトデータから低栄養支援が必要な者を抽出する場合、例えば、医療機関の退院患者や栄養管理指導を受けた者、アルブミン検査の実施者、栄養障害や慢性疾患を有する場合を優先する等、在宅での支援の必要性を検討し、対象者抽出につなげることが必要である。

【アセスメント】

- ・レセプトデータが活用できる場合には、本人からの聞き取りだけではなく、受診している診療科（歯科含む）・傷病名・処方内容等から栄養状態への影響を確認しておくことが望ましい。

【具体的な支援内容】

- ・低栄養に関する支援としては、摂取する食事の内容（栄養素）等に限定

【実施体制・連携体制】

- ・ モデル事業では、地域の栄養士会や栄養士による NPO 法人に委託して事業を実施しているところが多かった。中には、地域活動や高齢者への対応に慣れていない場合やこれまでの医療機関内での栄養指導の経験から、病態的に良くないことを指導するスタイルで介入支援が行われている場合があった。
- ・ 特に低栄養の場合などは、口腔に関する支援と併せて実施することが重要となるため、事業の検討にあたって歯科関係者との連携が図れるよう考慮する必要がある。

(2) 口腔に関する相談・指導

【対象者の抽出・絞り込み】

- ・モデル事業では通常の歯科健診の結果から指導対象者を抽出した例がなく、訪問歯科健診のフォローのための指導が行われた。
- ・今後は、通常の歯科健診結果についても有効に活用し、指導につなげる取組が必要である。
- ・要介護状態のため、歯科受診や口腔に関する相談に関心がなかったり、必要性に気付いていない対象者・家族等に利用を促すためには、日常的に高齢者に接する機会のある介護関係者等に対する啓発が重要である。
- ・既に歯科治療中の場合や介護保険による歯科医師又は歯科衛生士による居宅療養管理指導を受けている場合は、事業の対象外となる。

＜参考＞後期高齢者に対する歯科保健サービスの効果実証事業

広域連合が被保険者に対して行う歯科保健サービス（歯科健診）の効果を検証するため、広域連合から後期高齢者の歯科健診データ等を同一対象者に対して複数時点で収集・分析し、歯科健診後の口腔の状況や受診行動（健康意識・受診状況等）等の変化等について分析した結果のまとめ。

詳細は、別冊 p100、101 を参照。 参考 URL : <http://www.mhlw.go.jp/>

【アセスメント】

- ・訪問歯科健診の健診項目では、歯の状態・清掃状態のチェックが、殆どのモデル事業で実施され、定量的・定性的評価がなされている。歯肉の状況や義歯の適合状態等についても 8 割程度で実施されている。
- ・口腔機能の検査では、嚥下機能や口腔乾燥の実施割合が高い状況にあった。現段階では、検査方法及び評価基準が統一されていない状況にあり、学会等の動きに注視が必要である。

【具体的な支援内容】

- ・介入支援では参加者本人に対してだけでなく、嚥下体操や口腔清掃方法などについて、介護をしている家族や介護スタッフがいる場合には、それらの人にアドバイスすることも必要となる。

【事業評価】

- ・モデル事業では、主に相談・指導に関する手順の検討や関係者との連携体制の構築等のプロセス評価や個別ケースの口腔衛生状態の改善等の評価が行われた。

- ・ 今後、口腔機能の改善状況や中長期的な介入支援による誤嚥性肺炎の予防等の検証が望まれる。

【実施体制・連携体制】

- ・ 口腔内の状況は服薬状況とも関係するため、かかりつけ歯科医だけではなく、医科のかかりつけ医との連携も必要である。
- ・ 要介護状態にある対象者には、介入支援の結果、居宅療養管理指導につながるなどの支援が可能となる。モデル事業でも実際に訪問歯科健診の結果が関係者に提供され、ケアプランに盛り込まれた例があった。

(3) 服薬に関する相談・指導

【対象者の抽出・絞り込み】

- ・ KDB システム等からレセプトデータを活用し、対象者抽出を行う場合、機械的に抽出した人の中から、専門職（薬剤師等）の目でさらに絞り込みが必要な場合もある。

【実施体制・連携体制】

- ・ 服薬支援の場合には、多剤併用等についての処方医への情報提供につながることもある。服薬状況の改善には医師の協力は必須であるため、医師会への事前説明は必ず行う。
- ・ 介入支援の前には、該当者のかかりつけ医にも相談するなど、協力を得て進めることが肝要である。
- ・ 介入支援の結果、かかりつけ医等に服薬状況について情報提供をする必要がある場合などは、本人の同意のもとに実施する。
- ・ 複数の診療科にかかっている場合など、お薬手帳の活用やかかりつけ薬剤師に情報を一元化することなど調整が容易となる方法も検討する。

【事業評価】

- ・ 事業評価にあたっては、KDB システム等のレセプトデータを用いて、調剤費の変化を追い、効果額を推計することも考えられる。
- ・ モデル事業では、処方せんから調剤費の変化を計算する方法もとられていた。

図表 II - 15 高齢者で薬物有害事象が増加する要因

- ▶ 多くの因子が高齢者における薬物有害作用増加に関連している。
- ▶ そのうち最も重要なのは、薬物動態の加齢変化に基づく薬物感受性の増大と、服用薬剤数の増加である。

疾患上の要因	複数の疾患を有する → 多剤併用、併科受診 慢性疾患が多い → 長期服用 症候が非定型的 → 誤診に基づく誤投薬、対症療法による多剤併用
機能上の要因	臓器予備能の低下(薬物動態の加齢変化) → 過量投与 認知機能、視力・聴力の低下 → アドヒアランス低下、誤服用、症状発現の遅れ
社会的要因	過少医療 → 投薬中断

(4) 慢性疾患の重症化予防

【対象者の抽出・絞り込み】

- ・平成28年度モデル事業では、いずれも糖尿病性腎症を対象疾患としている。
- ・今後、循環器系疾患、筋骨格系疾患、その他生活習慣病等の慢性疾患の重症化の予防を目指すことも必要となる。
- ・対象疾患に応じた抽出基準を健診結果やレセプトデータを基に、地域の関係者と協議の上設定する必要がある。

<参考>糖尿病腎症重症化予防プログラム

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目的で、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。

詳細は、別冊 p93~99 を参照。

参考 URL： ○糖尿病性腎症重症化予防プログラム

<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000121935.html>

○糖尿病性腎症重症化予防プログラム開発研究班 HP

<http://www.ei-kensyu.tsushitahan.jp/jushoka/>

- ・健診結果から対象者を抽出した場合はレセプトデータとの突き合わせが有効である。①未治療者、②治療を中断している者、③過去の健診で異常がある者を優先的に声掛けする等考慮する。
- ・レセプトデータにより抽出した対象者の場合には、かかりつけ医等と相談の上、選定する。
- ・地域課題として重点化する対策（例えば糖尿病性腎症やCKD）等がある者、糖尿病歴が長い者等を優先する対象者に配慮する。

【アセスメント】

- ・レセプトデータが確認可能な場合には、受診している診療科・傷病名・処方内容等から重症化の程度や日常生活への影響を確認しておくことが望ましい。

【具体的な支援内容】

- ・モデル事業の介入内容は主に受診勧奨と個別の保健指導に分けられる。

- ・ 血圧や血糖等のように、学会ガイドライン等で高齢者向けの基準値が設定されているものがあるが（別冊参照）、複合的な状態を判断するには十分と言えない状況がある。
- ・ 日頃より高齢者の状態をよく知るかかりつけ医等と連絡調整し、個々人の状態を総合的に踏まえた対象者選定、指導内容等について相談することが望ましい。
- ・ 治療中断者への文書通知による受診勧奨の場合、被保険者の誤解や不安（なぜ通知が来たのか）を生むことがないように、案内を送付する場合には配慮が必要である。

【事業評価】

- ・ 受診勧奨が中心の事業の場合は、一定期間後にレセプトによる受診状況の確認を行う。
- ・ 個別の保健指導を行う場合は、介入前後の検査値（HbA1c 等）の比較が主である。できるだけ参加者の負担にならないよう毎年の健診データや診療時の検査値を活用する等、効率的な把握に努める。
- ・ 新たな処置や服薬の変更・開始等、治療内容を考慮して評価する必要がある。
- ・ 治療中の者については、かかりつけ医等への指導結果等の報告など、フィードバックが欠かせない。

(5) 複合的取組

【対象者抽出・絞り込み】

- ・ モデル事業では、①健診結果をもとに複合的なリスクを保有する者、②医療も健診も未受診で健康状態が把握できない者、③重複・頻回受診者、④独居や高齢者のみ世帯や①～④の組み合わせた取組が行われていた。
- ・ 「独居」等の多くの者が流出される基準を設定する場合は、さらに絞り込みを行う必要がある。絞り込みの条件についても明確化し、関係者間で共有化する必要がある。

【具体的な支援内容】

- ・ 中には、老人保健事業時代からの高齢者対策が継続しているため、地域の中で対象者把握、見守り、医療・介護への紹介などが自然と根付いており、新たに高齢者に加わる年代層を注視すればよいなど、地域の実情に応じた独自の抽出基準を設定している場合があった。
- ・ その場合、事業評価の観点が希薄になりがちであるため、対象者のカバー率や介入なしの者との医療費の比較、他自治体の同世代の高齢者との比較など、改めて評価することにより、事業の意味づけの検討が必要と考えられる。

【実施体制・連携体制】

- ・ 複合的な課題に対応するために、複数の指導者の介入が必要なことがある。その場合、支援者間での情報共有が図れるが、聞取項目等が多くなり、高齢者本人への負担が大きいことに留意しなければならない。

～得られた成果を波及するために（普遍性の検討）～

前述のとおり、モデル事業を捉える際は、対象者・実施予定者・参加者を明確に区別し、それぞれの特性を把握することが重要であり、このことはまた、モデル事業で認められた効果が、別の地域で実施する同じ事業に、どの程度あてはめることができるのか、一般化可能性（普遍性）を検討する際にも有用である。

モデル事業を実施したスタッフが、別の地域で同じプログラムを同じ手順で実施する場合、新たな参加者がモデル事業参加者と似ていて、出席率も同程度と見込まれるなら、同様の効果が得られることが期待できる。他方、全く別の地域でモデル事業に関わらなかったスタッフが新たな事業を実施する場合は、事業担当者の構成や人数、プログラム実施の枠組みや手順、事業に投入可能な時間と費用等によって、モデル事業と同様の効果が得られるのかどうか、一般化可能性の程度が変わってくる。

「モデル事業を実施した地域や参加者は特別な集団なので、他の場所では一般化できない」と言い切ってしまうことは簡単かもしれないが、しかしそれでは、同様の事業を実施しようとする他の自治体にとって参考にならない。モデル事業を横展開する場合、参加者や実施スタッフ、手順について、モデル事業とどのような点が類似していて、どのような点が異なっているのか、異なっている場合にはどのような工夫をすればモデル事業で得られた効果が期待できるのか、丁寧に記述・考察することが大切である。このようなことも加味しつつ、以降の事例を参考に活用いただきたい。

高齢者の保健事業のあり方検討ワーキンググループ 構成員

<構成員>

- | | |
|---------|------------------------------|
| 飯山 幸雄 | 公益社団法人国民健康保険中央会 常務理事 |
| 石崎 達郎 | 東京都健康長寿医療センター研究所 研究部長 |
| 下浦 佳之 | 公益社団法人日本栄養士会 常務理事 |
| 杉山みち子 | 神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部教授 |
| 鈴木 隆雄 | 桜美林大学老年学総合研究所 所長 |
| 高野 直久 | 公益社団法人日本歯科医師会 常務理事 |
| ○ 津下 一代 | あいち健康の森健康科学総合センター センター長 |
| 中板 育美 | 公益社団法人日本看護協会 常任理事 |
| 平野美由紀 | 愛知県飛島村保健福祉課長 |
| 伏屋 真敏 | 岐阜県後期高齢者医療広域連合 事務局長 |
| 松本 純一 | 公益社団法人日本医師会 常任理事 |
| 村岡 晃 | 高知県高知市健康福祉部長 |
| 吉田 力久 | 公益社団法人日本薬剤師会 常務理事 |
| 吉村 典子 | 東京大学医学部附属病院 22 世紀医療センター特任准教授 |

○ 座長

(五十音順、敬称略)

高齢者の保健事業のあり方検討ワーキンググループ 作業チーム

<チーム員>

- | | |
|---------|------------------------------|
| 飯島 伴典 | イイジマ薬局(長野県上田市) |
| 生田 囃南 | 医療法人社団南生会生田歯科医院 理事長(熊本県天草市) |
| 石崎 達郎 | 東京都健康長寿医療センター研究所 研究部長 |
| 小倉芳意智 | 岐阜県後期高齢者医療広域連合 給付課長 |
| 鎌形喜代実 | 公益社団法人国民健康保険中央会 参与 |
| 田中 和美 | 神奈川県大和市健康福祉部健康づくり推進課 係長 |
| ○ 津下 一代 | あいち健康の森健康科学総合センター センター長 |
| 西本 美和 | 滋賀県大津市健康保健部長寿政策課地域包括ケア推進室 主幹 |
| 花戸 貴司 | 滋賀県東近江市永源寺診療所 所長 |
| 村中 峯子 | 公益社団法人日本看護協会 健康政策部長 |
| 村本あき子 | あいち健康の森健康科学総合センター 健康開発部長 |
| 渡辺 象 | 公益社団法人東京都医師会 理事 |

- 座長

(五十音順、敬称略)

引用文献

- 1) 鈴木隆雄他：「後期高齢者の保健事業のあり方に関する研究」厚生労働科学特別研究事業報告書：平成 28 年 3 月
- 2) 津下一代：モデル事業実施自治体ヒアリング（意見交換会）講演資料「高齢者の特性に応じた保健指導」：平成 28 年 11 月
- 3) 鈴木隆雄：モデル事業実施自治体ヒアリング（意見交換会）講演資料「後期高齢者の健康—フレイル対策を中心として—」
- 4) 東京都後期高齢者医療広域連合：「東京都後期高齢者医療に係る医療費分析結果報告書. 2015」