

こうした中で、高齢者の多様な就業ニーズを踏まえた就業機会を確保していくことが重要であることから、2016年度より、市町村ごとに業種・職種等を指定すること等により、現行の臨時的、短期的（概ね月10日程度まで）又は軽易な業務（概ね週20時間まで）との要件を緩和して週40時間まで就業できることにした（図表4-1-22）。

図表4-1-22 シルバー人材センターの「臨・短・軽」要件の緩和（高齢法関係）

改正の趣旨

地域の実情に応じ、高齢者のニーズを踏まえた多様な就業機会を確保する観点から、現行、臨時的かつ短期的又は軽易な業務に限定されているシルバー人材センター等の取り扱う業務の要件を緩和する。

現行の内容

シルバー人材センターの取り扱う業務は、「臨時的・短期的」（概ね月10日程度まで）又は「軽易な業務」（概ね週20時間程度まで）に限定されている。

改正の内容【平成28年4月1日施行】

- シルバー人材センターの業務のうち、派遣・職業紹介に限り、週40時間までの就業を可能とする。
- 要件緩和により、民業圧迫等が起きることのないよう、以下の仕組みを設ける。
 - ・要件緩和は、都道府県知事が、高齢退職者の就業機会の確保に寄与することが見込まれ、厚生労働省が定める基準（※1）に適合すると認められる場合に、対象となる市町村ごとに業種・職種を指定することにより可能とすること。
 - ・要件緩和を実施する業種等を指定するに当たっては、あらかじめ地域の関係者（※2）の意見を聴取するとともに、厚生労働大臣に協議すること。
 - ・要件緩和に係る指定が厚生労働省が定める基準に適合しなくなったときは、指定を取り消すこと。

※1 次の2つの基準を想定。要件緩和を行う市町村の区域において、

- ①指定しようとする業種・職種について労働者派遣事業、職業紹介事業等を行う事業者の利益を不当に害することがないと認められること。
- ②他の労働者の雇用の機会や労働条件に著しい影響を与えることがないと認められること。

※2 次の関係者を規定。①市町村長、②シルバー人材センター等、③指定しようとする業種・職種について派遣業、職業紹介業等を行う事業者を代表する者、④当該市町村の労働者を代表する者

本節では、年齢に関わりなく誰もが意思と能力に応じて活躍できる「生涯現役社会」の実現に向けた昨今の取組み等を紹介してきたが、生き生きと活躍するためには、その前提として、心身が健康であることが重要である。そこで、次節では、健康づくりの取組みのうち、現役世代も含めて取り組んでいるもの、そして高齢者になったときに健康であることを支援するために取り組んでいるものについて紹介していきたい。

第2節 健康づくり・疾病等の予防の取組み

（高齢化や生活習慣の変化により、国民に係る疾病のうち生活習慣病に占める割合が高まっており、健康寿命を延ばすためには健康づくり・疾病等の予防への取組みが大切）

前節でも述べたように、「生涯現役社会」を実現するにあたっては、国民ひとりひとりが健康であることが大切である。

2013（平成25）年における我が国の国民の「健康で過ごすことのできる期間」を表す健康寿命は、男性71.19歳、女性74.21歳で、平均寿命とともに世界一の長さであるが、健康寿命をさらに延ばす方向で両者の差を縮めていくため、健康づくり・疾病等の予防へ

の取組みが非常に重要である。

我が国における健康をめぐる施策については、衛生水準の向上が中心であった時代から第二次世界大戦を経て、戦後の健康水準の上昇とともに、より積極的な健康増進の対策が行われるようになってきた。

一方で、急速な高齢化や生活習慣の変化により、国民がかかる疾病全体に占めるがんや虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病等の生活習慣病の割合が増加するといった変化が見られた。こうした生活習慣病は、薬を投与すればたどころに完治するといった種類の病気とは異なり、また自らの心がけにより、ある程度予防することが可能である。

したがって、日頃から各人が健康の大切さを認識し、自らの健康づくりに責任を持って取り組むことが大切であり、国や医療機関、保険者等も、それをサポートすべく、それぞれの役割をしっかりと果たすことが重要である。

(第二次健康日本21では、健康寿命の延伸という大きな目標とともに、生活習慣病の予防等について、具体的な数値目標を設定している)

こうした中で、国は、すべての国民が健やかで心豊かに生活できる活力ある社会とするために、2000（平成12）年からは、「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」を策定しており、2013（平成25）年から2022（平成34）年までについては、第二次健康日本21による取組みが行われている（[図表4-2-1](#)）。

この中では、①健康寿命の延伸及び健康格差の縮小、②がん、循環器疾患、糖尿病、慢性閉塞肺疾患（Chronic Obstructive Pulmonary Disease：COPD（長年の喫煙習慣が主な原因の肺の生活習慣病））といった生活習慣病の発症予防や重症化予防の徹底（非感染性疾患（Non Communicable Diseases：NCDs）の予防）、③社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上、④健康を支え、守るための社会環境の整備、⑤栄養・食生活、身体活動・運動、休養・睡眠、飲酒、喫煙、歯・口腔に関する生活習慣の改善及び社会環境の改善という5つの柱を立て、それぞれの柱に含まれる項目ごとの達成目標を1つないし複数設定している。

この目標は、科学的根拠に基づいて実態把握が可能な具体的なものとしており、例えば、①健康寿命の延伸については、「平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加」、健康格差の縮小については「都道府県格差の縮小」、②のうちがんについては「がん検診の受診率の向上」、循環器疾患については「メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少」、糖尿病については「有病者の増加の抑制」、COPDについては「認知度の向上」、③のうち高齢者の健康との項目については「ロコモティブシンドローム（運動器症候群）の認知割合の向上」といった具合になっている。

これらの目標は、おおむね10年間を目途として設定しており、5年後に中間評価、10年後に最終評価を実施して、その後の健康増進の取組みに反映することになっている。

図表 4-2-1 健康日本 21（第2次）の概要

- 平成 25 年度から平成 34 年度までの国民健康づくり運動を推進するため、健康増進法に基づく「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」（平成 15 年厚生労働大臣告示）を改正するもの。
- 第 1 次健康日本 21（平成 12 年度～平成 24 年度）では、具体的な目標を健康局長通知で示していたが、目標の実効性を高めるため、大臣告示に具体的な目標を明記。

① 健康寿命の延伸と健康格差の縮小

- ・生活習慣の改善や社会環境の整備によって達成すべき最終的な目標。
- ・国は、生活習慣病の総合的な推進を図り、医療や介護など様々な分野における支援等の取組を進める。

② 生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底（NCD（非感染性疾患）の予防）

- ・がん、循環器疾患、糖尿病、COPD に対処するため、一次予防・重症化予防に重点を置いた対策を推進。
- ・国は、適切な食事、適度な運動、禁煙など健康に有益な行動変容の促進や社会環境の整備のほか、医療連携体制の推進、特定健康診査・特定保健指導の実施等に取り組む。

③ 社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上

- ・自立した日常生活を営むことを目指し、ライフステージに応じ、「こころの健康」「次世代の健康」「高齢者の健康」を推進。
- ・国は、メンタルヘルス対策の充実、妊婦や子どもの健やかな健康増進に向けた取組、介護予防・支援等を推進する。

④ 健康を支え、守るための社会環境の整備

- ・時間的・精神的にゆとりある生活の確保が困難な者も含め、社会全体が相互に支え合いながら健康を守る環境を整備。
- ・国は、健康づくりに自発的に取り組む企業等の活動に対する情報提供や、当該取組の評価等を推進。

⑤ 栄養・食生活、身体活動・運動、休養・睡眠、飲酒、喫煙、歯・口腔の健康に関する生活習慣の改善及び社会環境の改善

- ・上記実現のため、各生活習慣を改善するとともに、国は、対象者ごとの特性、健康課題等の十分な把握を行う。

（「日本再興戦略」（平成 25 年 6 月 14 日閣議決定）でも、「2020 年までに国民の健康寿命を 1 歳以上延伸」という数値目標（KPI）を掲げている）

また併せて、「日本再興戦略」（平成 25 年 6 月 14 日閣議決定）では、成長戦略を実行・実現するものとして、政権を挙げて優先的に取り組むべき施策を厳選した 3 つのアクションプランを定めた。このうち、戦略市場創造プランのテーマとして「国民の「健康寿命」の延伸」が挙げられ、2030（平成 42）年のあるべき姿を「予防サービスの充実等により、国民の医療・介護需要の増大をできる限り抑えつつ、より質の高い医療・介護を提供することにより「国民の健康寿命が延伸する社会」を目指すべき」とし、そのあるべき姿に向けて整理した「中短期工程表」では、「2020 年までに国民の健康寿命を 1 歳以上延伸」という数値目標（Key Performance Indicator：KPI）を掲げている。

（目標達成の前提として、いくつかの課題がある）

こうした目標値を達成していくにあたり、健康づくりに関する現状の課題としては、①客観的なデータ分析の結果を根拠とした政策を実施すべきであるが、科学的知見に基づく検証が不十分であること、②健康づくりに取り組むインセンティブが弱いこと、③市町村、保険者、事業主、医療関係者等との間の連携が不十分であること等がある。

現在、設定した目標を実現するために、こうした課題も踏まえつつ、以下のような方策がとられている。

1 客観的なデータ分析の結果を根拠とした政策の実施

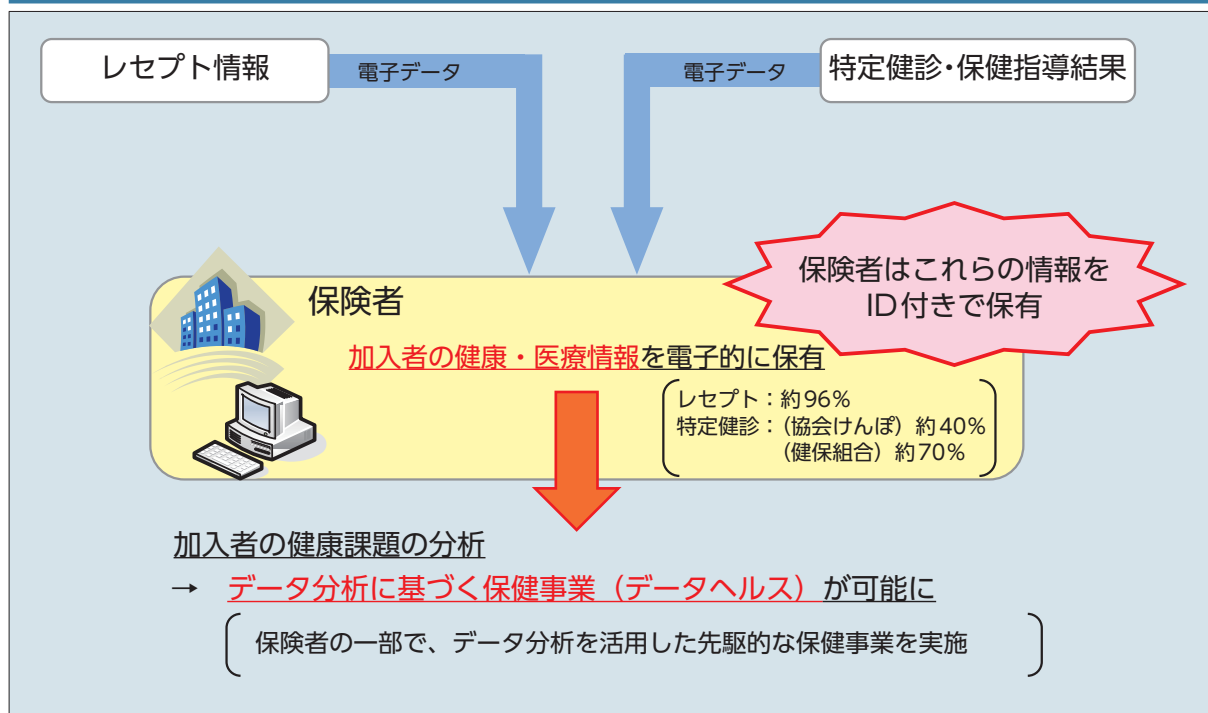
(健康・医療情報の電子化に伴い、医療保険者に集積しているこれらの情報を活用して効果的・効率的な保健事業を行うデータヘルス計画の取組みが始まっている)

2006(平成18)年の医療制度改革により、2008(平成20)年度からレセプトデータが電子化され、保険者が被保険者等の健診・レセプトのデータを電子的に集積することとなった。こうして保険者が保有することとなったデータを活用して分析を行い、それに基づいて効率的・効果的に被保険者等の健康づくりを行う、データヘルスの取組みが始まっている(図表4-2-2、図表4-2-3)。

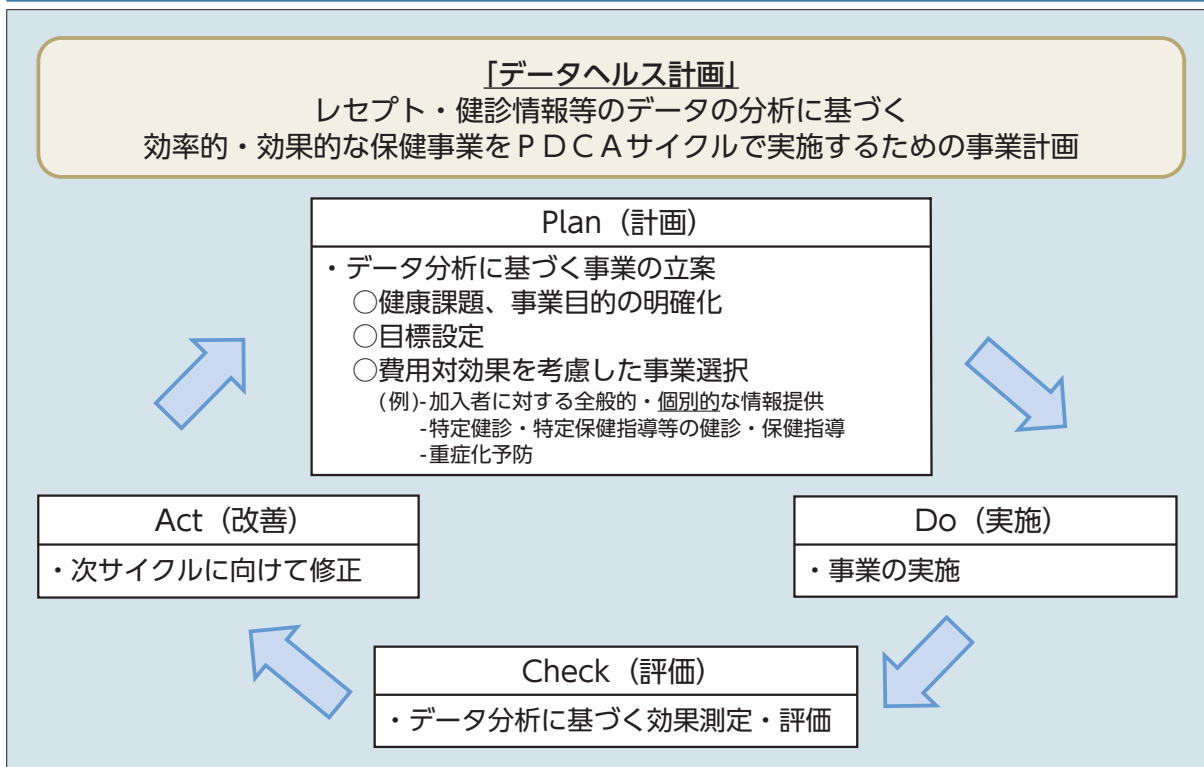
「日本再興戦略」(平成25年6月14日閣議決定)では、保険者がそれぞれデータヘルス計画を策定することとしており、2015(平成27)年度からデータヘルス計画に基づく取組みを行っている。

これは例えば、ある企業の健康保険組合で、データ分析により循環器系疾患に関するひとり当たり医療費が高いことがわかった場合、同疾患の予防対策に力を入れたり、またメタボリックシンドローム該当者の減少率が低いとの結果が出た場合、特定保健指導を受けやすい職場環境づくりに取り組んだりするといったアプローチにより事業の実効性を高めていくことが目指されている。

図表4-2-2 データヘルスの発想



図表 4-2-3 データヘルス計画



(がん対策加速化プラン)

こうしたデータに基づいた予防の取組みについては、国は、例えばがん検診について見直しを行っている。また、2015年12月に発表した「がん対策加速化プラン」は対策として3本の柱を立てており、そのうちの1つである「がんの予防」は、集積されたデータに基づき対策がとられている。

がん検診の見直しについては、具体的には、胃がん罹患率・死亡率が減少し、ピロリ菌感染率が減少傾向にあること等から、2016（平成28）年度からは、これまで40歳以上としていた検診対象者を50歳以上とし、これまで1年としていた検診間隔を2年とすることにした（図表4-2-4）。

図表 4-2-4 市町村のがん検診の項目について

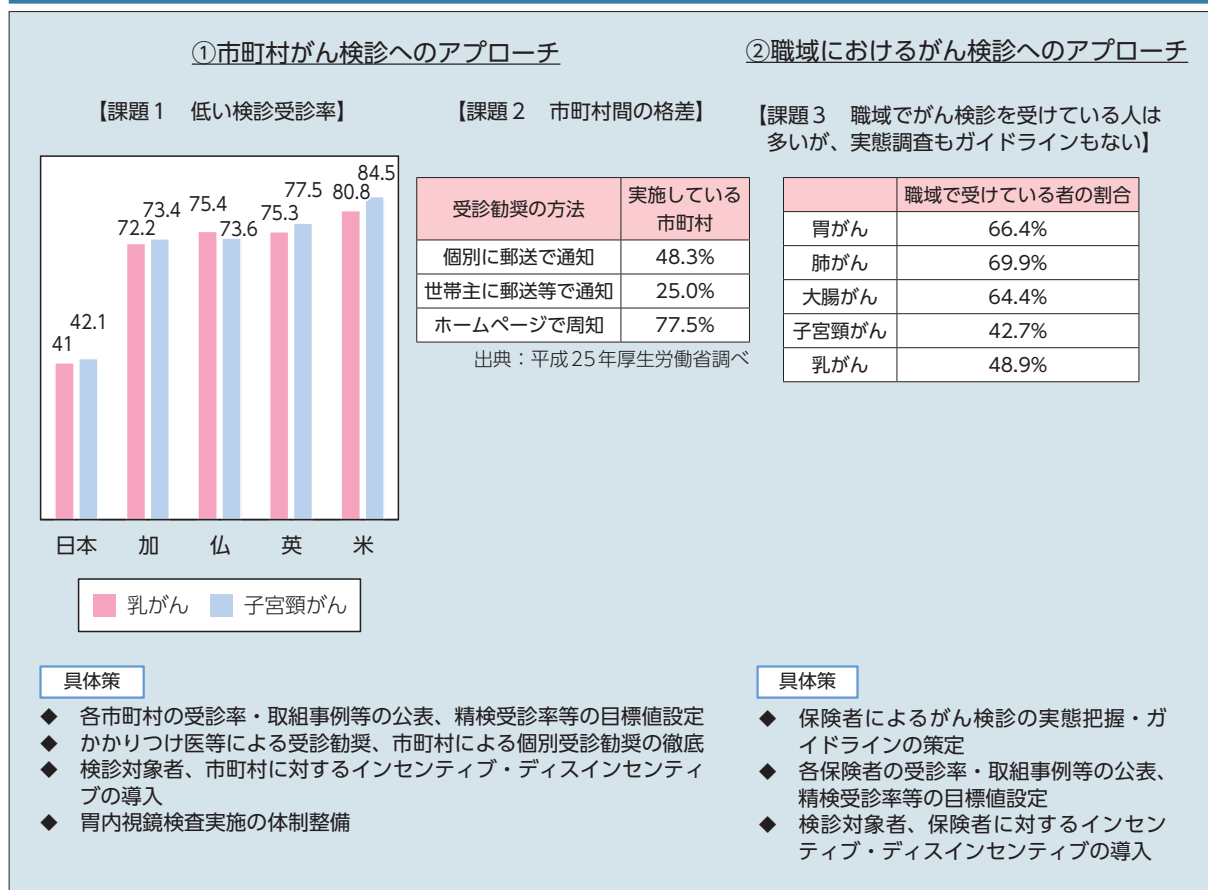
厚生労働省においては、「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」（平成20年3月31日付け健発第0331058号厚生労働省健康局長通知別添）を定め、市町村による科学的根拠に基づくがん検診を推進。

指針で定めるがん検診の内容

種類	検査項目	対象者	受診間隔
胃がん検診	問診に加え、胃部エックス線検査又は胃内視鏡検査のいずれか	50歳以上 ※当分の間、胃部エックス線検査については40歳以上に対し実施可	2年に1回 ※当分の間、胃部エックス線検査については年1回実施可
子宮頸がん検診	問診、視診、子宮頸部の細胞診及び内診	20歳以上	2年に1回
肺がん検診	質問（問診）、胸部エックス線検査及び喀痰細胞診	40歳以上	年1回
乳がん検診	問診及び乳房エックス線検査（マンモグラフィ） ※視診、触診は推奨しない	40歳以上	2年に1回
大腸がん検診	問診及び便潜血検査	40歳以上	年1回

さらに、市町村でなく健康保険組合等の保険者が提供するがん検診の実態がつかめていないという課題があるため、データの把握に着手したところである。また、市町村間で検診受診率に格差があり、それが住民への受診勧奨に温度差があることに原因があると考えられるといった事実もデータ分析等により判明していることから、個別の受診勧奨や再勧奨等を始めることにしている（図表4-2-5）。

図表 4-2-5 がん検診についての取組み（がん対策加速化プラン）



2 健康づくりに取り組むインセンティブの改革

（日本再興戦略や経済財政運営と改革の基本方針2015で、インセンティブ改革の制度設計を行う旨を掲げている）

個人や保険者が健康づくりに取り組むインセンティブが弱いという二つめの課題については、データヘルスの取組みにも立脚しつつ、『日本再興戦略』改訂2014（平成26年6月24日閣議決定）及び『日本再興戦略』改訂2015（平成27年6月30日閣議決定）で、上記KPIについてのフォローアップを行うとともに、健康寿命の延伸のためには、国民ひとりひとりが意識して自らの疾病を予防し、健康づくりを行っていくことが何よりも重要であるという考えから、新たに講ずべき具体的施策として「個人・保険者・経営者等に対する健康・予防インセンティブの付与」を挙げている。また、「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）でも、インセンティブ改革について制度設計を行うこととしている（図表4-2-6、図表4-2-7）。

図表4-2-6 『日本再興戦略』改訂2015』（平成27年6月30日閣議決定）（抄）

二. 戦略市場創造プラン

テーマ1：国民の「健康寿命」の延伸

(3) 新たに講ずべき具体的施策

⑦個人・保険者・経営者等に対する健康・予防インセンティブの付与

ア) 個人に対するインセンティブ

保険者が加入者に対して実施するヘルスケアポイント付与や保険料への支援等に係るガイドラインの策定に当たっては、ICTを活用した健康づくりモデルの実証成果も踏まえつつ、予防・健康づくりに向けた加入者の自助努力を促すメリハリあるインセンティブ付けを可能とするよう検討を行う。

イ) 保険者に対するインセンティブ

後期高齢者支援金の加算・減算制度や、国民健康保険制度において新たに創設される「保険者努力支援制度」については、被保険者の健康の保持増進や医療費適正化等に向けた保険者の努力を促すよう、特定健診・特定保健指導の実施状況や後発医薬品の使用状況等を積極的に評価するメリハリの効いたスキームとすべく、検討を行う。また、協会けんぽ、後期高齢者医療制度についても、新たなインセンティブ制度の創設に向けた検討を行う。

図表4-2-7 経済財政運営と改革の基本方針2015（抄）

第3章「経済・財政一体改革」の取組－「経済・財政再生計画」

5. 主要分野ごとの改革の基本方針と重要課題

[1] 社会保障

(インセンティブ改革)

全ての国民が自らががんを含む生活習慣病を中心とした疾病の予防、合併症予防を含む重症化予防、介護予防、後発医薬品の使用や適切な受療行動をとること等を目指し、特定健診やがん検診の受診率向上に取り組みつつ、個人や保険者の取組を促すインセンティブのある仕組みを構築することが重要である。

このため、保険者については、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補助制度に前倒しで反映する。その取組状況を踏まえ、2018年度（平成30年度）までに保険者努力支援制度のメリハリの効いた運用方法の確立、国民健康保険料に対する医療費の地域差の一層の反映、後期高齢者支援金の加算・減算制度の運用面での強化、医療保険の審査支払機関の事務費・業務の在り方など、保険者における医療費適正化に向けた取組に対する一層のインセンティブ強化について制度設計を行う。

個人については、健康づくりの取組等に応じたヘルスケアポイント付与や保険料への支援になる仕組み等の個人に対するインセンティブ付与を行うことにより、国民一人ひとりによる疾病予防、健康づくり、後発医薬品の使用、適切な受療行動を更に促進する。

(以下略)

（個人にはヘルスケアポイント付与やセルフメディケーション税制、保険者には保険者ごとのインセンティブ強化策といった仕組みを検討することが求められている）

個人に対するインセンティブについては、健康づくりを行った場合に健康グッズ等と交換できるヘルスケアポイントの付与等を行い、健康づくりを促す取組みの推進が、保険者に対するインセンティブについては、現行制度を見直し、保険者が保健事業に取り組んだ場合に、その実施状況に応じて支援金を交付する制度の創設等、保険者ごとにインセンティブを強化する仕組みの検討が求められている。

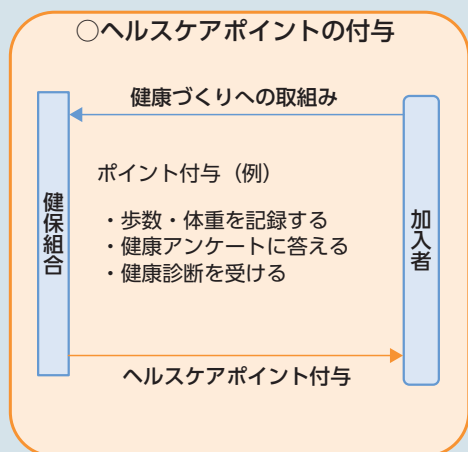
具体的には、現在、以下のとおり検討を進めている（[図表4-2-8](#)）。

図表 4-2-8 個人や保険者による予防・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みに応じ、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・健康づくり等に取り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の見直しを行い、平成30年度から開始する。

- ・特定健診・保健指導の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。

- ・保険者種別共通の項目を設定することとし、各項目の具体的な基準や、保険者種別の特性を踏まえて追加する項目は保険者種別ごとに設定する。

(1) 個人に対するインセンティブ

(ヘルスケアポイント付与を実施する際のガイドラインを策定)

まず、個人による予防・健康づくりのインセンティブの強化については、2015年9月より、保険者、医療関係者及び学識経験者により構成される「個人への予防インセンティブ検討ワーキンググループ」を6回にわたり開催し、ヘルスケアポイント付与等を実施する際のガイドラインの策定を行った。

ガイドラインは、健康長寿社会の構築に向け、国民一人ひとりが、「自らの健康は自らがつくる」という意識を持ち、個人が具体的行動として第一歩を踏み出すことが重要であるとの考えに立ち、インセンティブを提供するに当たっての基本的な考え方及び留意点を示したものとなっている。具体的には、レーダーチャートやグラフも活用しながら分かりやすく健診結果等を提供すること、個人の努力の評価に当たって、健康教室への参加やウォーキングなどの本人の積極的な取組みを重視すること、報奨の内容は多様な個人の価値観に合わせ、健康グッズや社会的な表彰などの多様なものとするのが望ましいことなどを示すとともに、取組みを広めるための推進方策についても、事例も交えながら紹介している。

当たり前だが、病気になると本人も不幸だし、医療費もかかり社会的にもいいことではない。しかしながら、皆さん日々忙しい生活を送っているからかもしれないが、個人の健康づくりに関する意識は十分とは言えず、生活習慣病の予防に必要な運動もされていないというのが現実だ。

そこで、最近は健康保険組合などで「ヘルスケアポイント」という試みがされている。加入者が健診を受けたり、健康づくりのため運動したりした場合にポイントが付与され、そのポイントを使用してモノなどと交換できるという仕組みである。

ここではグラクソ・スミスクラインという大手製薬メーカーの健康保険組合（以下「GSK 健保」）の取組みについて取り上げる。GSK 健保では2013（平成25）年度から「インセンティブプログラム」というヘルスケアポイント（GSKポイント）を付与するシステムを導入した。

ポイントについては、①健診の結果に応じたポイントと②生活習慣改善への努力に応じたポイントに分けられる。①については、「健診の結果が良かった人」や「健診の結果が改善した人」にポイントが付与される。②については、KENPOSという専用ウェブ上でまず30問の間診を受けると改善すべきカ

テゴリが分かる（例えば「栄養・食生活が問題」など）ので、自ら行動目標を設定し（例えば「週に5日以上腹八分とする」など）、実行し、達成したその結果をKENPOSに入力するとポイントが付与される。

貯まったポイントについては、アマゾンなどのウェブポイントと交換、歯磨きセットとの交換、カタログ（結婚式の引き出物であるようなカタログ）からグルメ、キッチン用品、家電といったものから選んで交換という形で交換できる。

3年ほどこの仕組みをGSK 健保が実施した結果、「健診の結果に応じたポイント」は自動的に入力されることもあり、多くの社員が付与された。自身が目標設定して実行し入力する「生活習慣改善への努力に応じたポイント」は全社員3,300人の中で500～600人の付与に留まっており、リピーターが多いという。

GSK 健保が実施したアンケートの結果で、この仕組み自体を「よくわからない、あまり興味がない」「知っているが、めんどうなのでポイント交換を利用したことがない」という人が約半数を占めるように、「仕組みが十分に周知されていない」、「使い勝手がよくない」という課題もわかった。これらに対しては広報を強化するとともに、いちいちウェブ上で記録しなくてもよいよう、ウェアブル端末の利用で日々の活動量を「見える化」する仕組みを検討しているようだ。

健康保険法等が改正され、健康保険組合等の保険者が加入者の行う予防・健康づくりを支援することが努力義務として位置づけられた（2016（平成28）年4月から）。これから全国で様々な新たな取組みが進んで行くであろう。

日付	ポイントの種類	獲得	消費	残高
2016/03/02(木)	交換		-6,000	取引番号: 021523
2016/02/02(月)	健康	2,000		健診キャンペーン
2015/12/29(水)	健康	500		健診ポイント (24時間検体採集装置)
2015/12/29(水)	健康	1,000		健診ポイント (24時間検体採集装置)
2015/12/29(水)	健康	200		生活習慣改善キャンペーン (行動記録簿、記録)
2015/12/29(水)	健康	300		生活習慣改善キャンペーン (記録簿)
2015/09/15(月)	健康	300		生活習慣改善キャンペーン (記録簿)
2015/09/15(月)	健康	300		生活習慣改善キャンペーン (行動記録簿、記録)
2015/07/31(水)	健康	1,000		健診キャンペーン
2015/05/02(木)		0		
2015/05/01(水)	交換		-500	取引番号: 013052
2015/05/01(水)	交換		-2,200	取引番号: 013049
2015/05/01(水)	交換		-300	取引番号: 013139
2014/12/22(木)	健康	1,000		健診ポイント (24時間検体採集装置)
2014/12/22(木)	健康	1,000		健診ポイント (24時間検体採集装置)
2014/02/02(月)	健康	1,000		健診キャンペーン

KENPOS上の個人のGSKポイントのページ

(薬局で購入した一定の医薬品の代金を所得控除の対象とするセルフメディケーション税制を創設する)

さらに、自分自身の健康に責任を持ち、軽度な身体の不調は自分で手当てするというセルフメディケーションを推進する観点から、市町村や医療保険者等が行う特定健康診査、予防接種、定期健康診断、がん検診等の健康の維持増進・疾病の予防の取組みを行った人

が、薬局で一定の医薬品を購入した場合に、その代金の一部を所得控除の対象とする制度（セルフメディケーション税制）を創設した（例えば、インフルエンザの予防接種を受けた人が、薬局で一定の風邪薬を購入した場合などが対象となる。）（図表4-2-9）。

図表4-2-9 セルフメディケーション（自主服薬）推進のための医療費控除の特例の創設

適切な健康管理の下で医療用医薬品からの代替を進める観点から、健康の維持増進及び疾病の予防への取組として一定の取組（※1）を行う個人が、平成29年1月1日から平成33年12月31日までの間に、自己又は自己と生計を一にする配偶者その他の親族に係る一定のスイッチOTC医薬品（※2）の購入の対価を支払った場合において、その年中に支払ったその対価の額の合計額が1万2千円を超えるときは、その超える部分の金額（その金額が8万8千円を超える場合には、8万8千円）について、その年分の総所得金額等から控除する。

（※1）特定健康診査、予防接種、定期健康診断、健康診査、がん検診

（※2）要指導医薬品及び一般用医薬品のうち、医療用から転用された医薬品（類似の医療用医薬品が医療保険給付の対象外のものを除く。）。本特例の適用を受ける場合には、現行の医療費控除の適用を受けることができない。

※セルフメディケーションは、世界保健機関（WHO）において、「自分自身の健康に責任を持ち、軽度な身体の不調は自分で手当てすること」と定義されている。

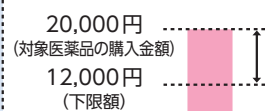
■対象となる医薬品（医療用から転用された医薬品：スイッチOTC医薬品）について

○スイッチOTC医薬品の成分数：82（平成28年6月1日時点）

- 対象となる医薬品の薬効の例：かぜ薬、胃腸薬、鼻炎用内服薬、水虫・たむし用薬、肩こり・腰痛・関節痛の貼付薬
- 具体的な対象医薬品の範囲等は、厚生労働省ホームページに掲載。

本特例措置を利用する時のイメージ

○課税所得400万円の者が、対象医薬品を年間20,000円購入した場合（生計を一にする配偶者その他の親族の分も含む）



○8,000円が課税所得から控除される
(対象医薬品の購入金額：20,000円-下限額：12,000円=8,000円)

○減税効果

- ・所得税：1,600円の減税効果(控除額：8,000円×所得税率：20%=1,600円)
- ・個人住民税：800円の減税効果(控除額：8,000円×個人住民税率：10%=800円)

(2) 保険者に対するインセンティブ

（健康保険組合等の現役世代が加入する保険者に関しては、後期高齢者支援金の加算・減算制度について、保険者が予防・健康づくりに取り組むインセンティブを高めるための見直しを行う）

また、保険者に対する予防・健康づくりのインセンティブの強化については、2015年10月より、保険者、医療関係者及び学識経験者により構成される「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」を開催し、予防・健康づくりに取り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の見直しを行い、2018（平成30）年度から実施する予定である。

後期高齢者支援金は、75歳以上の高齢者の医療給付費の一部を健保組合などの保険者（現役世代）が拠出して支えるものであるが、各保険者の特定健康診査・特定保健指導の実施状況に応じ、実施状況が著しく高い保険者においては支援金が減算され、実施率が0%の場合には加算される制度が2013年度よりスタートしている（加算・減算制度）。これを見直し、よりインセンティブを重視する仕組みとするとともに、例えば後発医薬品の使用割合や糖尿病等の重症化予防の取組みの実施状況なども指標として追加するなど、複数の指標により評価する仕組みとすることになっている（図表4-2-10、図表4-2-11）。

図表4-2-10 保険者に対する予防・健康づくり等のインセンティブの見直しについて

〈現行（～2017（平成29）年度）〉

保険者種別	健康保険組合・共済組合	協会けんぽ	国保（市町村）	国保組合	後期高齢者医療広域連合
手法	後期高齢者支援金の加算・減算制度				なし
指標	特定健診・保健指導の実施率				

〈見直し後（2018（平成30）年度～）〉

保険者種別	健康保険組合・共済組合	協会けんぽ	国保（都道府県・市町村）	国保組合	後期高齢者医療広域連合
手法	後期高齢者支援金の加算・減算制度の見直し	各支部の取組等を都道府県単位保険料率に反映	保険者努力支援制度を創設	各国保組合の取組等を特別調整補助金に反映	各広域連合の取組等を特別調整交付金に反映
指標	保険者種別共通の項目を設定（各項目の具体的な基準や、保険者種別の特性を踏まえて追加する項目は保険者種別毎に設定）				

- なお、指標の設定に当たっては、以下の附帯決議に留意する必要がある。
 ◎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案に対する附帯決議
 参議院厚生労働委員会
- 一、国民健康保険について
- 5 保険者努力支援制度の実施に当たっては、保険者の努力が報われ、医療費適正化に向けた取組等が推進されるよう、綿密なデータ収集に基づく適正かつ客観的な指標の策定に取り組むこと。

図表4-2-11 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（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、2016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

- 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

- 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

- 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

- ITC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

- 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

- 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

(国民健康保険については、保険者努力支援制度を創設)

また、国民健康保険については、2018（平成30）年度に保険者努力支援制度を創設し、保険者としての努力（生活習慣病の予防を行うなど）を行う自治体に交付金を交付するこ

とで財政基盤を強化する仕組みを設けることにしている。さらに、2016年度から保険者努力支援制度の趣旨を現行の補助制度に前倒しで反映することにしている。自治体の努力を評価するための指標は、保険者共通のものに加え、例えば保険料収納率向上のための取組状況などを追加するなど、国民健康保険固有の指標も加えることとされている（図表4-2-12）。

図表4-2-12 保険者努力支援制度 前倒し分の指標の候補

保険者共通の指標	国保固有の指標
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 <input type="checkbox"/> 特定健診受診率 <input type="checkbox"/> 特定保健指導受診率 <input type="checkbox"/> メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率	指標① 収納率向上に関する取組の実施状況 <input type="checkbox"/> 保険料（税）収納率 ※過年度分を含む
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 <input type="checkbox"/> がん検診受診率 <input type="checkbox"/> 歯科疾患（病）検診実施状況	指標② 医療費の分析等に関する取組の実施状況 <input type="checkbox"/> データヘルス計画の策定状況
指標③ 糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況 <input type="checkbox"/> 重症化予防の取組の実施状況	指標③ 給付の適正化に関する取組の実施状況 <input type="checkbox"/> 医療費通知の取組の実施状況
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 <input type="checkbox"/> 個人へのインセンティブの提供の実施 <input type="checkbox"/> 個人への分かりやすい情報提供の実施	指標④ 地域包括ケアの推進に関する取組の実施状況 <input type="checkbox"/> 国保の視点からの地域包括ケア推進の取組
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 <input type="checkbox"/> 重複服薬者に対する取組	指標⑤ 第三者求償の取組の実施状況 <input type="checkbox"/> 第三者求償の取組状況
指標⑥ 後発医薬品の使用促進に関する取組の実施状況 <input type="checkbox"/> 後発医薬品の促進の取組 <input type="checkbox"/> 後発医薬品の使用割合	

(3) 個人に対するインセンティブ強化策の実例

(個人向けインセンティブの強化については、既に実施している健康保険組合や市町村がある)

これまで紹介したもののうち、個人の予防・健康づくりに向けたインセンティブの強化については、すでに一部の健康保険組合や市町村で、被保険者がウォーキングやジョギング等の健康づくりを行った場合に、健康グッズやスポーツクラブ利用券等と交換できるポイント（ヘルスケアポイント）を付与する取組を実施している。

また、ICTを活用し、例えば個人が行ったジョギングやウォーキングの量などを可視化し、さらに頑張ろうという動機付けを行うようにしたり、健診の結果を本人の意思でスマホに取り込み、自分の健康管理に利用したりするといった試みもなされている。

3 健康づくり施策を実施する主体の連携

(健康づくりを進める主体が連携することが、効率的かつ効果的な事業実施のために重要)

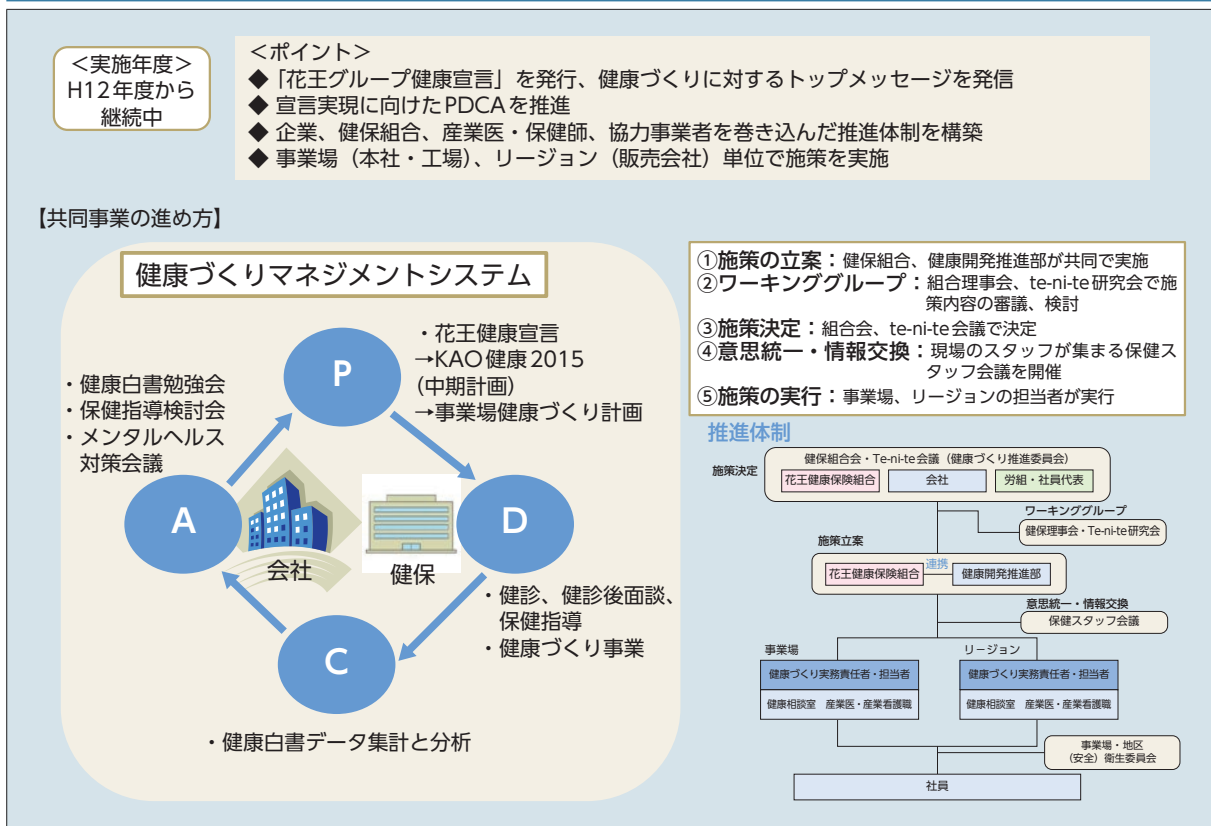
健康づくりに取り組む主体としては個人、医療保険者、地方自治体、医療関係者等様々な者がおり、こうした者が連携しつつ施策を展開していくことが、効率的かつ効果的な保

健事業の実施のためには重要である。例えば、健診などにより保険者が医療機関未受診者等の情報を把握している場合、その情報をもとに受診勧奨を行い、医療機関での治療につなげたり、専門的な知識を有する医療関係者と連携する保健指導をしたりすることができれば、重症化を予防することができる。このように、健康づくりに取り組む主体が互いに連携することは、非常に有益である。

(健康づくりを進める主体が連携するため、コラボヘルスなどの取組みが行われている)

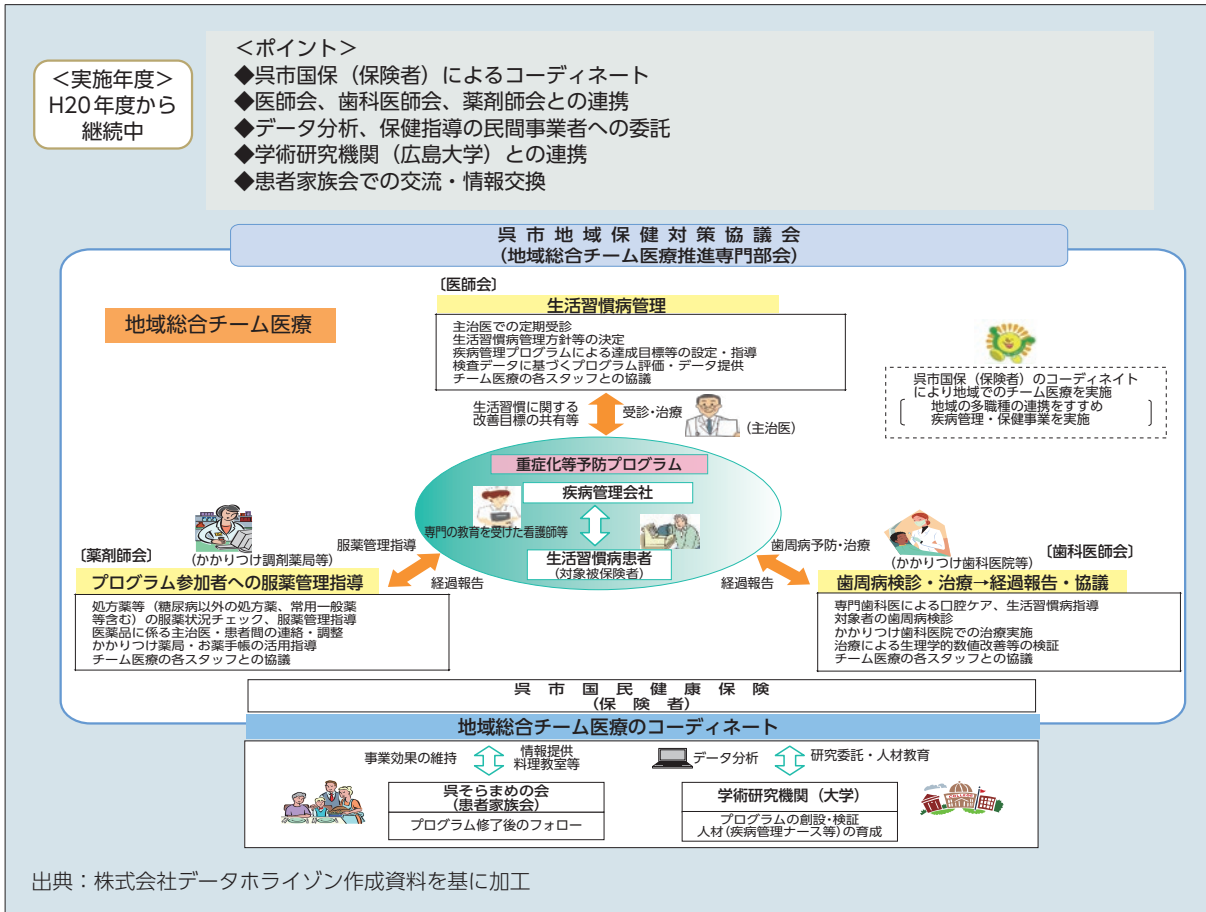
健康づくりのために行われている様々な施策について、市町村、医療保険者や事業主、医療関係者などの連携が不十分との課題を解決するため、保険者と事業主が協働して従業員の健康づくりの推進を行うコラボヘルスという取組みが行われている（図表4-2-13）。

図表4-2-13 コラボヘルスの例（花王株式会社）

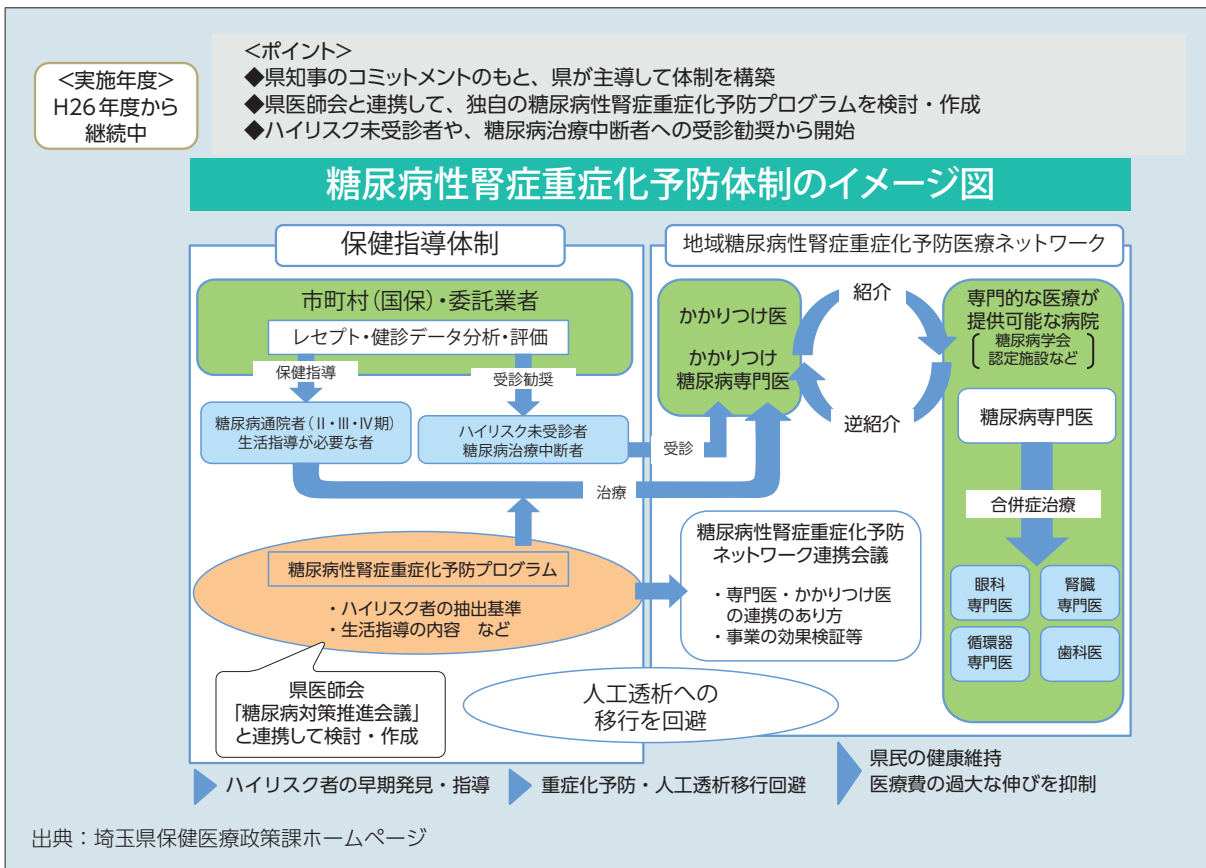


このほか、国民健康保険の保険者である市町村がデータ分析や保健指導を行う民間事業者、医師会、歯科医師会、薬剤師会といった専門家集団とのコーディネートを行い、重症化予防や重複受診者・頻回受診者に対する訪問指導等の取組みを行うもの、県庁が主導して体制を構築し、県医師会等とともに独自の糖尿病性腎症重症化予防プログラムを作成するものなど、様々な形で各主体の連携が進んでいる（図表4-2-14、図表4-2-15）。

図表4-2-14 市町村の国民健康保険がコーディネートを行う例（広島県呉市）



図表4-2-15 県主導で体制を構築する例（埼玉県）



(全国で行われている取組みを横展開するため、日本健康会議が開催されている)

こうした各地で行われている先進的な予防・健康づくりの取組みを全国に広げ、健康寿命の延伸とともに医療費の適正化も図ることを目的として、経済界・医療関係団体・自治体のリーダーが一同に会する「日本健康会議」が2015年7月に発足した（**図表4-2-16**）。

日本健康会議では、2020年までのKPIを入れた「健康なまち・職場づくり宣言2020」を採択し、宣言ごとにワーキンググループを設置して、厚生労働省等の協力のもと、具体的な推進方策を検討することになっている（**図表4-2-17**）。

図表4-2-16 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)	塩崎恭久)
		(官房副長官)	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)

図表4-2-17 健康なまち・職場づくり宣言2020

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動奨など、使用割合を高める取り組みを行う。

4 フレイル対策

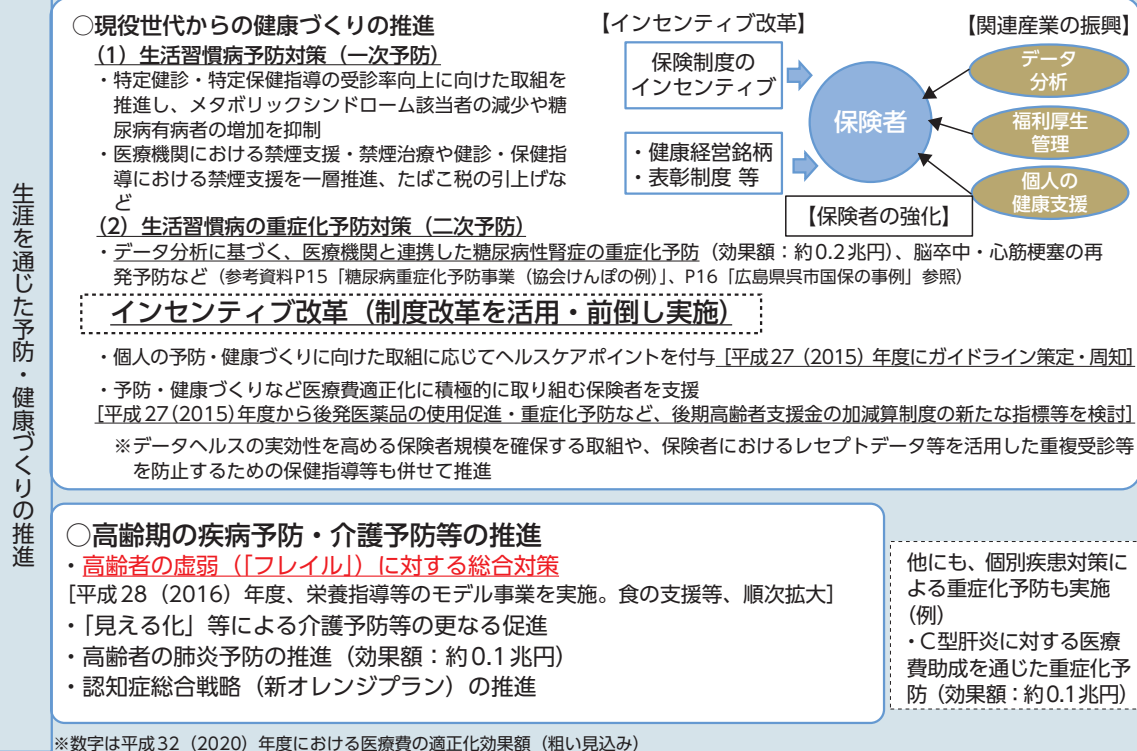
(高齢者となった後の健康維持を支援するための取組み)

これまででは、高齢者となった際に健康で活躍するためには、現役時代からの健康づくりが重要との考えから、こうした現役世代を含めた人々の健康づくりについて見てきたが、ここでは、主として高齢者となった後の健康維持を支援するための取組みについて見てみたい。

多くの場合、健康であった高齢者が介護を必要とする状態に至るまでの間には、加齢により心身の活力が徐々に低下していく等の中間的な段階がある。この段階で適切な支援を行うことにより、要介護の状態となるのを食い止めたり遅らせたりすることや、疾病の重症化等を予防することが可能であると考えられる。こうした観点から、2015年5月26日の経済財政諮問会議において、厚生労働大臣が、「中長期的視点に立った社会保障政策の展開」の中の重点改革事項の一つとして、「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」を挙げ、その中で、高齢者の疾病予防・介護予防等の推進を図るため、高齢者の虚弱（「フレイル」）に対する総合対策を行うと表明した（[図表4-2-18](#)）。

図表 4-2-18 2015年5月26日経済財政諮問会議厚生労働大臣提出資料（一部修正）

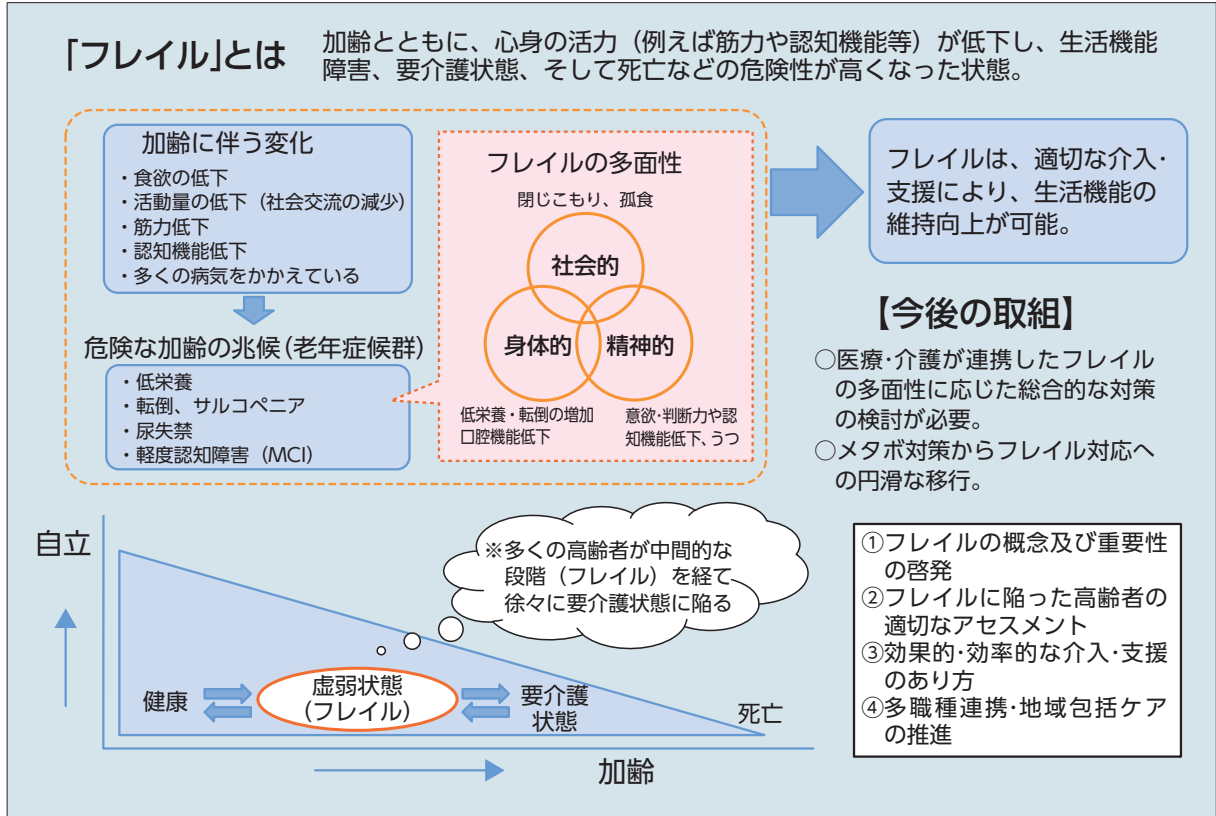
Ⅲ 重点改革事項① 保険者が本来の機能を発揮し、国民が自ら取り組む健康社会の実現



(フレイルの定義)

フレイルとは、学術的な定義は定まっていないが、加齢とともに、心身の活力（運動機能、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、生活機能障害が起きたり、要介護状態となったり、疾病等の重症化を招いたりするなど、心身の脆弱化が出現するが、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のことを指している（図表4-2-19）。

図表4-2-19 高齢者の虚弱（「フレイル」）について



（経済財政運営と改革の基本方針2015や経済・財政再生計画改革工程表でもフレイル対策について言及）

これを踏まえ、「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）で、インセンティブ改革の項目において、「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」とされた。

また、「経済・財政再生計画改革工程表」（平成27年12月24日経済財政諮問会議決定）において、2020年度までに達成するKPIとして、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広域連合の数を24、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広域連合の数を47とすることとされている（図表4-2-20、図表4-2-21）。

図表 4-2-20 経済・財政再生計画 改革工程表 (2015年12月24日 経済財政諮問会議決定) ①

2014・2015年度	集中改革期間			2019年度		
	2016年度	2017年度	2018年度			
	通常国会	概算要求 税制改正要望等	年末	通常国会		
<p><⑩全ての国民が自ら生活習慣病を中心とした疾病の予防、重症化予防、介護予防、後発医薬品の使用や適切な受療行動をとること等を目指し、特定健診等の受診率向上に取り組みつつ、個人や保険者の取組を促すインセンティブのある仕組みを構築></p> <p>保険者による疾病の予防、重症化予防、介護予防等の取組を推進</p> <p>個人による疾病の予防、重症化予防、介護予防等の取組を推進</p> <p><⑬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></p> <p><⑭保険者における医療費適正化に向けた取組に対する一層のインセンティブ強化に係る制度設計></p> <p><(i) 2018年度までに国民健康保険の保険者努力支援制度のメリハリの効いた運用方法の確立></p>						
<p>保険者の医療費適正化への取組を促すための指標（後発医薬品の使用割合、重症化予防の取組、重複投薬等）を検討し、2015年度中に決定</p>	<p>・新たな指標の達成状況に応じ保険者のインセンティブを強化する観点から、2016年度から国民健康保険の特別調整交付金の一部において傾斜配分の仕組みを開始</p> <p>・保険者努力支援制度の具体的な仕組み（評価指標、支援額の算定方法等）を検討し、2018年度までに運用方法を確立</p>			<p>国民健康保険の保険者努力支援制度を2018年度より本格実施</p>	<p>加入者自身の健康・医療情報を、情報通信技術（ICT）等を活用し、本人に分かりやすく提供する保険者【100%】</p> <p>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の数【800市町村】、広域連合の数【24団体】</p> <p><続く></p>	<p>健康寿命【2020年までに1歳以上延伸】</p> <p>生活習慣病の患者及びリスク者【2022年度までに糖尿病有病者の増加の抑制1000万人】</p> <p>【2020年までにメタボ人口2008年度比25%減】</p> <p>【2022年度までに高血圧の改善（収縮期血圧の平均値の低下）男性134mmHg、女性129mmHg】</p> <p><続く></p>

第4章

人口高齢化を乗り越える視点

図表 4-2-21 経済・財政再生計画 改革工程表 (2015年12月24日 経済財政諮問会議決定) ②

2014・2015年度	集中改革期間			2019年度		
	2016年度	2017年度	2018年度			
	通常国会	概算要求 税制改正要望等	年末	通常国会		
<p><⑮ヘルスケアポイント付与や保険料への支援になる仕組み等の個人に対するインセンティブ付与による健康づくりや適切な受診行動等の更なる促進></p>						
インセンティブ改革	<p>ヘルスケアポイントの付与や保険料への支援になる仕組み等の実施に係るガイドラインを2015年度中に策定</p>	<p>ガイドラインに基づき、各保険者においてヘルスケアポイント付与や保険料への支援になる仕組み等の個人に対するインセンティブ付与の取組を順次実施</p>			<p>【800市町村】</p>	<p><前々頁・前頁参照></p>
	<p><⑯高齢者のフレイル対策の推進></p>	<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</p>			<p>【600保険者】</p>	<p>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>
	<p>効果的な栄養指導等の研究</p>	<p>専門家や関係者による検討ワーキングチームにおいて、事業内容の効果検証等を実施</p>			<p>本格実施</p>	

(管理栄養士等の専門職が訪問等して高齢者を支援)

高齢者のフレイル対策の具体的な取組みとして、厚生労働省では、後期高齢者医療の保健事業を担う後期高齢者医療広域連合において、管理栄養士、歯科衛生士、薬剤師、保健師等の専門職が、低栄養や筋力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に、地域の実情に応じ地域包括支援センターや保健センター等を活用し、必要性の高い高齢者への介入、支援（栄養や口腔に関する指導や相談などの食の支援や服薬相談・指導等）を行うことを推進する事業を行っている（2016年度予算で3.6億円）（**図表4-2-22**）。

また、介護保険制度の一般介護予防事業や介護予防・生活支援サービス事業においても、高齢者の心身の状態等の把握を行い、被保険者が要介護状態になるのを防止すべく努めている。

図表4-2-22 経済財政運営と改革の基本方針2015（2015年6月30日閣議決定）



(特に後期高齢者についてはフレイル進行が顕著なため、高齢者の特性を踏まえた適切な保健事業のあり方を今後ワーキンググループで議論していく)

また特に、75歳以上の後期高齢者についてはフレイルの進行が顕著であり、今後の後期高齢者医療における保健事業では、重症化予防や心身機能の低下防止などの高齢者の特性に応じた具体的な取組みが必要であるとして、2015年度厚生労働科学研究特別研究において、後期高齢者の保健事業のあり方に関する研究が行われた。

2016年3月に出された報告書では、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みがより重要、等の指摘がされた。そこで、同年度から、この報告をベースとして、厚生労働省に医療関係者や保険者などの関係者を含め「高齢者の保健事業の在り方に関する検討ワーキンググループ」を設け、より効果的で実効性のある保健事業の在り方を議論、検討するとともに、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ことにしている（**図表4-2-23**）。

図表4-2-23 「後期高齢者の保健事業のあり方に関する研究」(ポイント)

○フレイルの予防などを中心とし、後期高齢者の主な特性を踏まえ今後の保健事業のあり方について、提言。
 (※なお、本研究においては、あわせて、後期高齢者の保健事業ガイドライン(試案)も提案。)

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。

コラム

管理栄養士の訪問によるフレイル対策
～神奈川県大和市の取り組み～

神奈川県大和市は、2009（平成21）年に「健康都市やまと」を宣言。以来、一人ひとりがいつまでも元気でいられるまちを目指しており、2015（平成27）年には「第4回健康寿命をのぼそう！アワード¹」で厚生労働省健康局長優良賞（自治体部門）を受賞している。

（モデル地区からスタート）

高齢者は食事量の低下や生活環境の変化により、低栄養やフレイルになりやすいため、大和市では市民教室形式の栄養指導を行ってきた。

しかし、この教室に通えるのは元気に外出できる人に限られることから、「こちらからアプローチしなくてはいけない」と発想を転換。2013（平成25）年、鶴間地区をモデル地区として、管理栄養士の訪問による高齢者の相談を開始した。

大和市では、65歳以上の市民を対象に「介護予防アンケート」を実施しており、鶴間地区では7,250名が該当。このアンケートの中で、「体重が6カ月で2～3kg以上減少」と「BMI²18.5未満」の2項目に該当する高齢者58名がフレイルの可能性が高いと判断。このうち、要介護認定になったり、訪問を拒否した人を除く38名（65～93歳）を訪問相談の対象とした。

（訪問相談）

訪問に当たっては、事前に訪問先に電話す

ると断られることもあるため、初回は連絡せずに訪ね、何度か足を運ぶことによって、信頼を得ていった。訪問販売と間違われて、置き手紙などで理解を求めることもあったという。

健康づくり推進課の管理栄養士田中和美さんが手探り状態で訪問相談を始めたところ、「実態は想像以上にひどく、驚いた」という。

訪問相談は、初回訪問から3か月ごと実施。

初回訪問	BMIと体重の減少の理由、買い物の不自由の有無、食事摂取量、健康観について聴取
3か月後	状況の確認
6か月後	目標達成と体重、食事摂取量の変化について確認

訪問先には「健康のためには痩せている方がいい」「コレステロール値が高いので、あまり食べないようにしている」などの誤った考えを持つ高齢者も多く、訪問の度に丁寧な説明を繰り返してきた。

また、田中さんは、「犬と散歩したい」「孫の結婚式に出席したい」など生活スタイルや趣味に合わせた具体的な目標を提案し、適正体重まで増やすよう呼び掛けていった。



（訪問相談の様相）

- 1 生活習慣病の予防の啓発、地域包括ケアシステムの構築に向け介護予防・高齢者生活支援及び母子の健康増進に関して優れた取り組みを行っている企業・団体・自治体を表彰する制度。
- 2 1994（平成6）年にWHOが定めた肥満判定の国際基準Body Mass Index。「体重（kg）÷（身長（m）×身長（m）」により算出する。BMIでは18.5未満を低体重、18.5以上25.0未満を標準、25.0以上30.0未満を肥満（1度）、30.0以上35.0未満を肥満（2度）、35.0以上40.0未満を肥満（3度）、40.0以上を肥満（4度）としている。

訪問では、下表のとおり体重が減少した原因に応じて指導を続けた。

体重減少の原因	指導内容
疾病 (消化器系、呼吸器系、がん等)	・疾病に応じた栄養指導 (腎機能悪化や糖尿病、義歯)
重いものが持てない・外出がおっくう	・軽くてエネルギーの多い食品や配食弁当の紹介 ・食材の宅配の導入
経済的理由	・同じ価格帯での代替食の提案 (総菜パン等) ・日持ちする食品(缶詰等)の利用 ・食費の増額(年金受給の際に乾物等の購入をすすめる)
孤食	・共食を増やす(家族、友人)
買い物、食事の回数・量の減少	・買い物回数、欠食の解消、補食 ・代替食の提案

(2年間の訪問結果)

38名を2年間訪問相談した結果、改善(体重増加1kg以上)22名(58%)、維持(体重増加1kg未満)11名(29%)、悪化(体重減少1kg以上)5名(13%)であった。鶴間以外の地区で「介護予防アンケート」とその後の特定健診結果から体重の増減について320名を調べたところ、改善114名(29%)、維持134名(42%)、悪化72名(23%)であり、鶴間地区は改善した高齢者の割合が他地区に比べて2倍という結果が出た。

(市内全域に拡大)

2年間取り組んだモデル地区は拡大され、2015(平成27)年度は管理栄養士を2名増員し、4名で6地区182名を対象に、さらに、2016(平成28)年度から全内全域400名を対象に訪問相談を行うこととなり、今後の取組みがますます期待される。

Aさん(84歳・女性)の事例

初回訪問時	・体重42kg、BMI17.0 ・体力の低下、体調不良があり、趣味のダンスサークルを休んでいた。
課題	・欠食が多く、エネルギー摂取量とたんぱく質食品の摂取が少ない。
指導内容	・なるべく欠食をやめる。 ・間食にヨーグルト1個や豆乳1杯を飲むようにする。 ・食事の主食(ご飯)の量を1/3杯から1杯に増やす。ご飯1杯が難しければ、きな粉やあんこをつけた餅1個でもよい。
6か月後の変化	・体重2.5kg増加。BMI18.4 ・苦手になっていたヨーグルトが好物になり、ヨーグルトや豆乳を1日3回食べるようになった。 ・初回訪問時は杖がないと歩けなかったが、現在は杖が不要になった。 ・足に筋肉がついたことを実感。毎日徒歩で買い物に行くようになった。 ・雨天以外は、公園で健康遊具を使ったストレッチを行うようになった。 ・ダンスサークルの活動を再開した。

第3節 地域で安心して自分らしく老いることのできる社会づくり

我が国の高齢化は世界に類を見ないスピードで進展し、高齢者人口が急激に増加した。このような社会の変化への対応として、今その構築を目指しているのが「地域包括ケアシステム」である。この概念の具現化に向けて、この概念を構成する医療、介護、予防、生活支援、住まいの5つの要素のそれぞれを充実させるとともに、それらをネットワークとして一体的に提供していかなければならない。また、地域包括ケアシステムを推進していくためには、介護保険等の公的サービスに加え、高齢者の生活の質の向上に資する公定保険外サービス等も充実させていく必要がある。ここでは、地域包括ケアシステムを構築していくための国の方向性や取組みを紹介する。

さらに、第1章で見たとおり、高齢化の状況は地域によって異なるからこそ、それぞれの地域で目指すべき地域包括ケアシステムの姿も変わってくるが、地域の資源を活用しながら、住民を含め地域における多様な主体の連携による「地域づくり」を通して、地域の特性を踏まえた支え合いのネットワークが構築されていくことが重要である。