

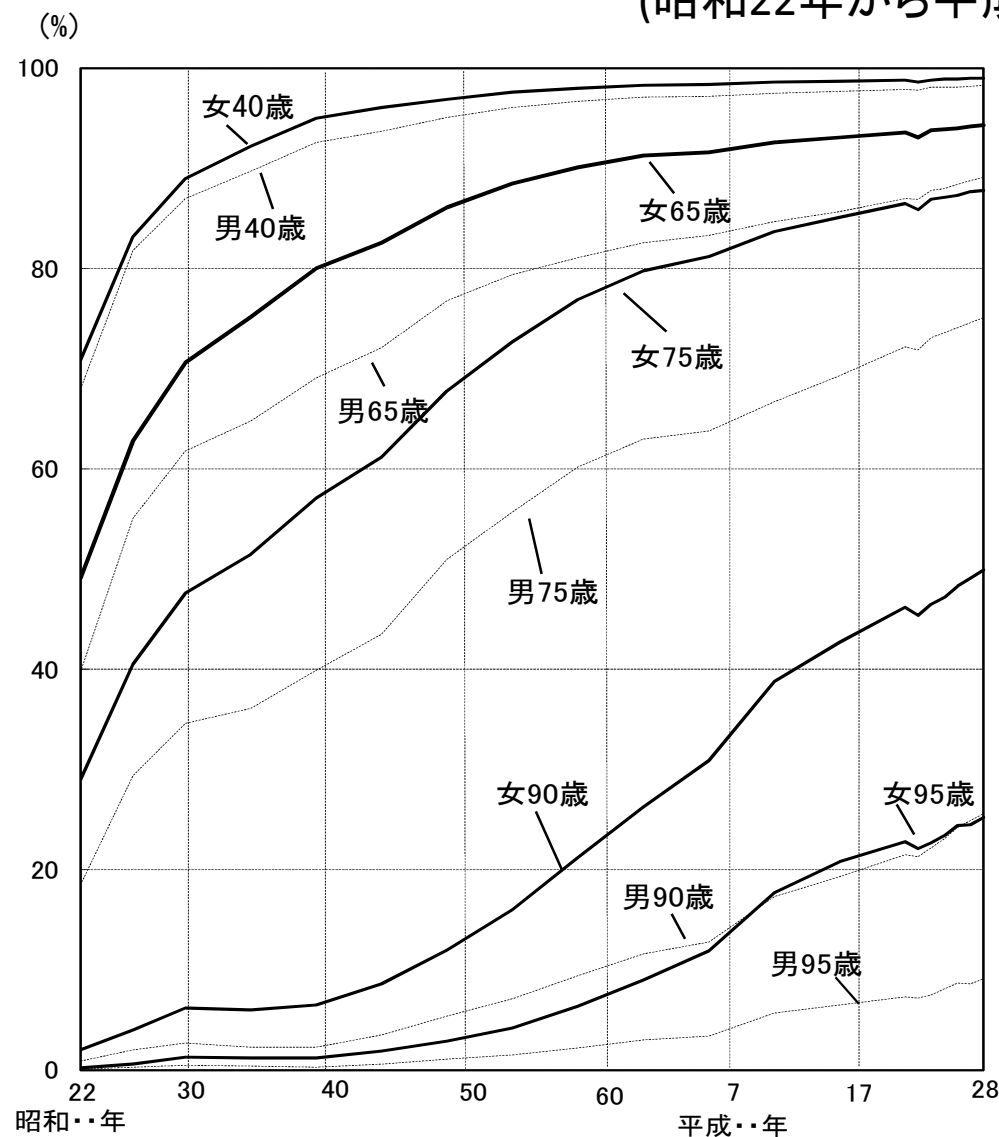
第134回市町村職員を対象とするセミナー 2018.06.12

高齢者の特性を踏まえた保健事業の推進 ガイドラインを踏まえて

高齢者の保健事業のあり方検討ワーキンググループ
あいち健康の森健康科学総合センター
津下 一代

生命表上の特定年齢まで生存する者の割合の年次推移

(昭和22年から平成28年までの推移)



40歳 男性 98.3%、女性 99.0%

65歳 男性 89.1% 女性 94.3%

75歳 女性 87.8%

75歳 男性 75.1%

90歳 女性 49.9%

90歳 男性 25.6%

95歳 女性 25.2%

95歳 男性 9.1%

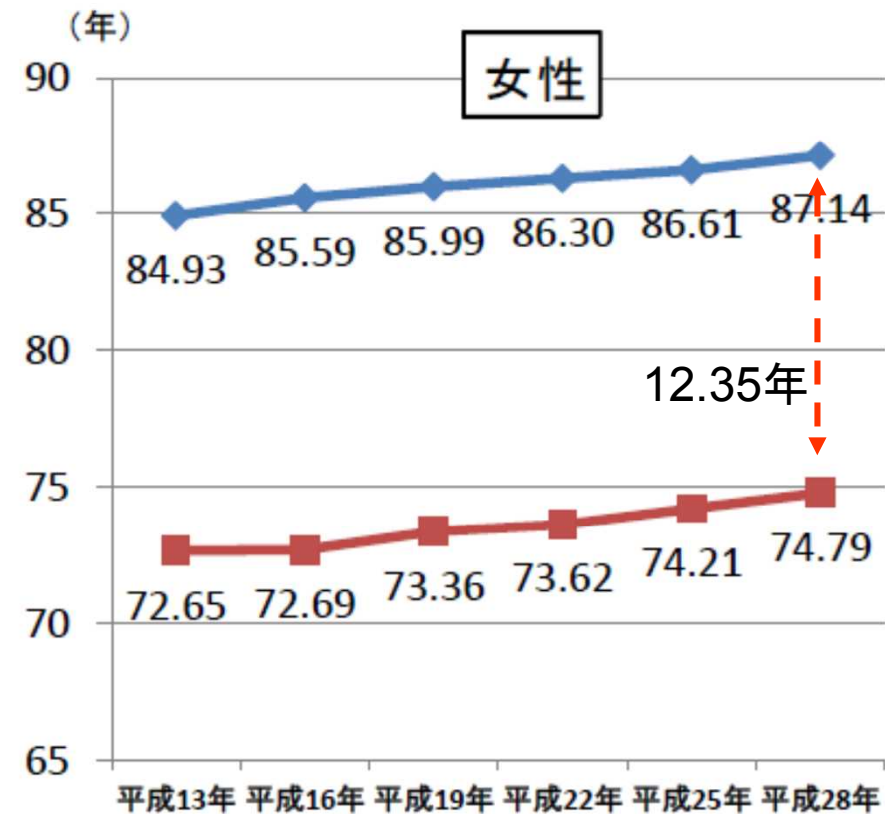
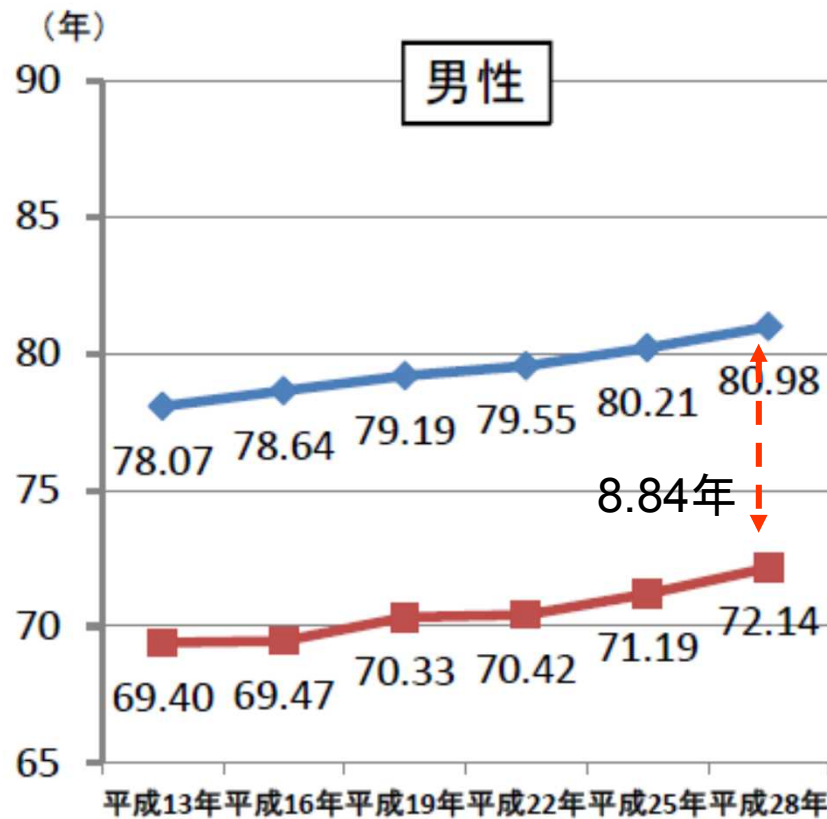
注: 1) 平成22年以前及び平成27年は完全生命表による。

2) 昭和45年以前は、沖縄県を除く値である。

平均寿命と健康寿命の推移

◆ 平均寿命

■ 健康寿命



健康寿命＝日常生活に制限のない期間

高齢者の特性を踏まえた保健事業 ガイドライン

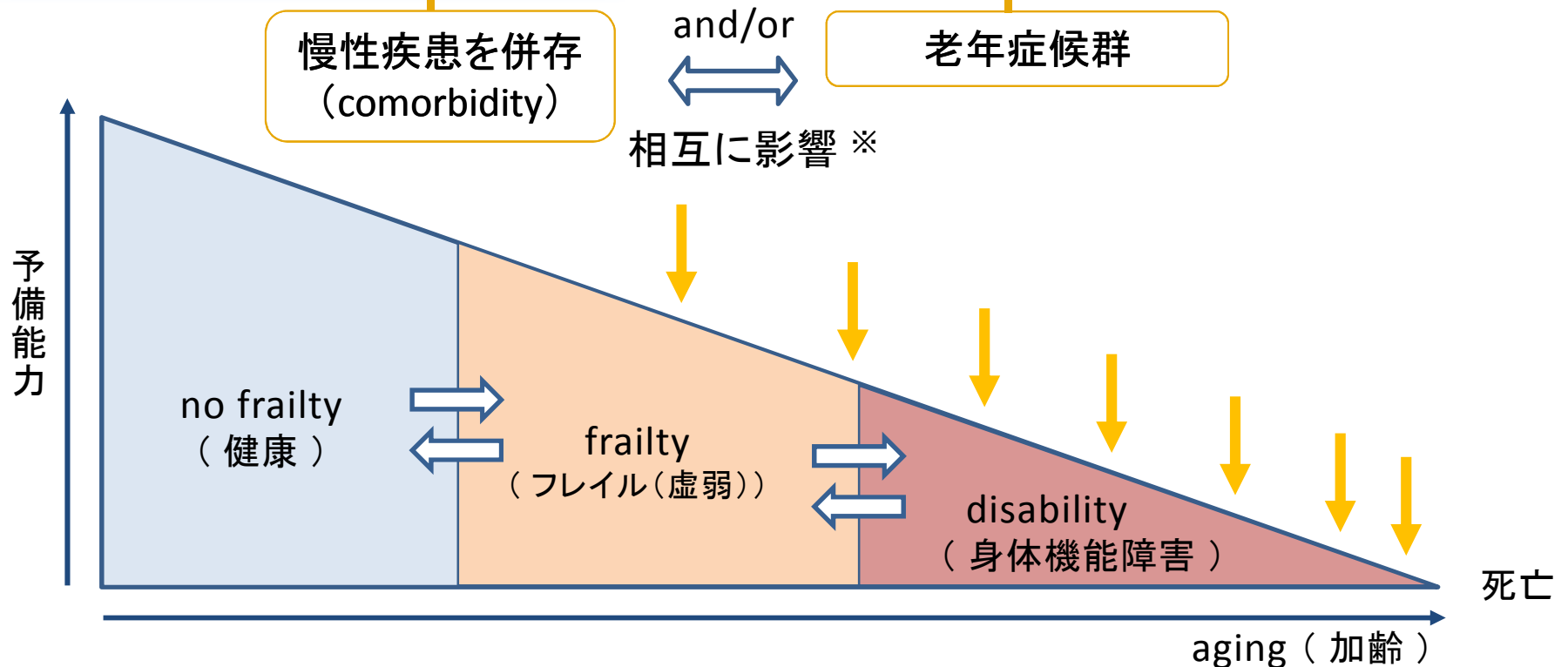
- ① 高齢者の医療の確保に関する法律に基づく保健事業の実施等に関する指針(平成26年「保健事業実施指針」)に基づき、**広域連合が実施することが望ましい健診や保健指導などの保健事業の内容や手順について、科学的知見を踏まえて提示する。**
- ② 広域連合と市町村が協働して、**高齢者の健康づくりや介護予防等の事業と連携しながら、高齢者の特性を踏まえた保健事業を実施する場合の役割分担や留意点を示す。**

高齢者に特有の健康障害

葛谷雅文：日老誌(2009)をもとに、
著者の許可を得て改変

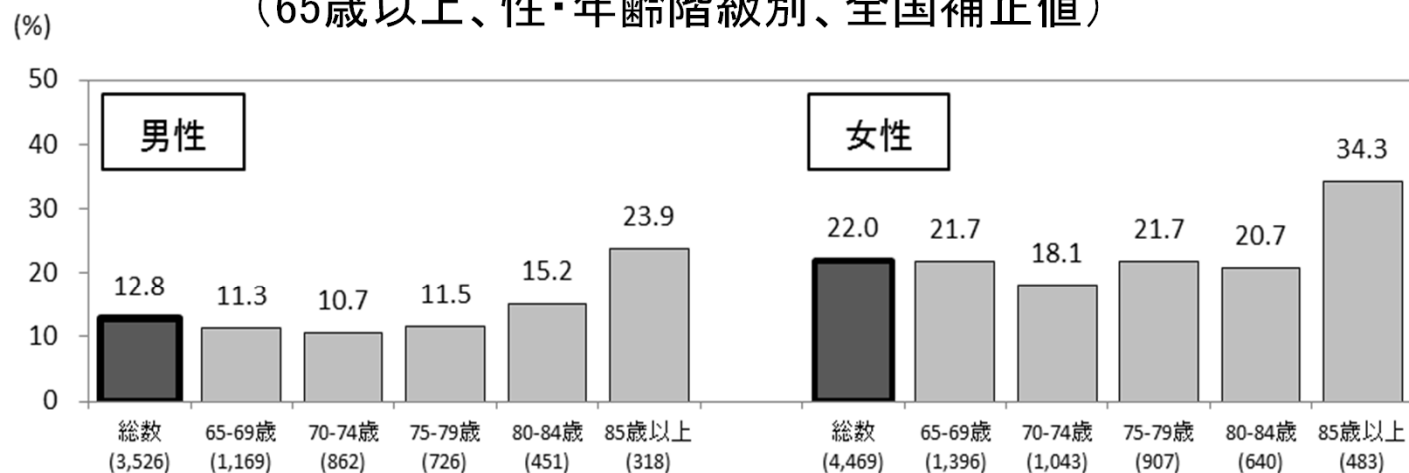
- 高血圧
- 心疾患
- 脳血管疾患
- 糖尿病
- 慢性腎疾患(CKD)
- 呼吸器疾患
- 悪性腫瘍
- 骨粗鬆症
- 変形性膝関節症等、
生活習慣や加齢に伴う疾患

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



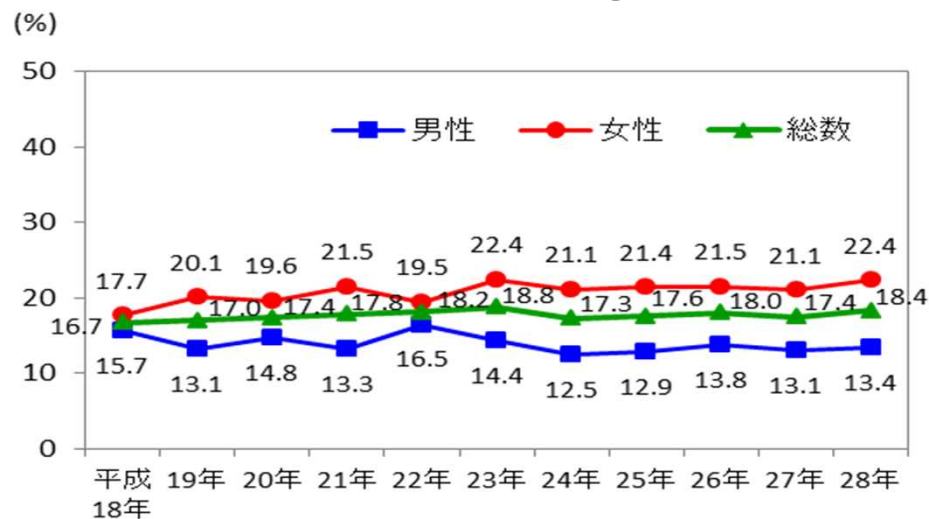
「フレイル」とは、『フレイル診療ガイド2018年版』(日本老年医学会／国立長寿医療研究センター、2018)によると「加齢に伴う予備能力低下のため、ストレスに対する回復力が低下した状態」を表す“frailty”の日本語訳として日本老年医学会が提唱した用語である。

低栄養傾向の者(BMI ≤ 20 kg/m²)の割合 (65歳以上、性・年齢階級別、全国補正值)



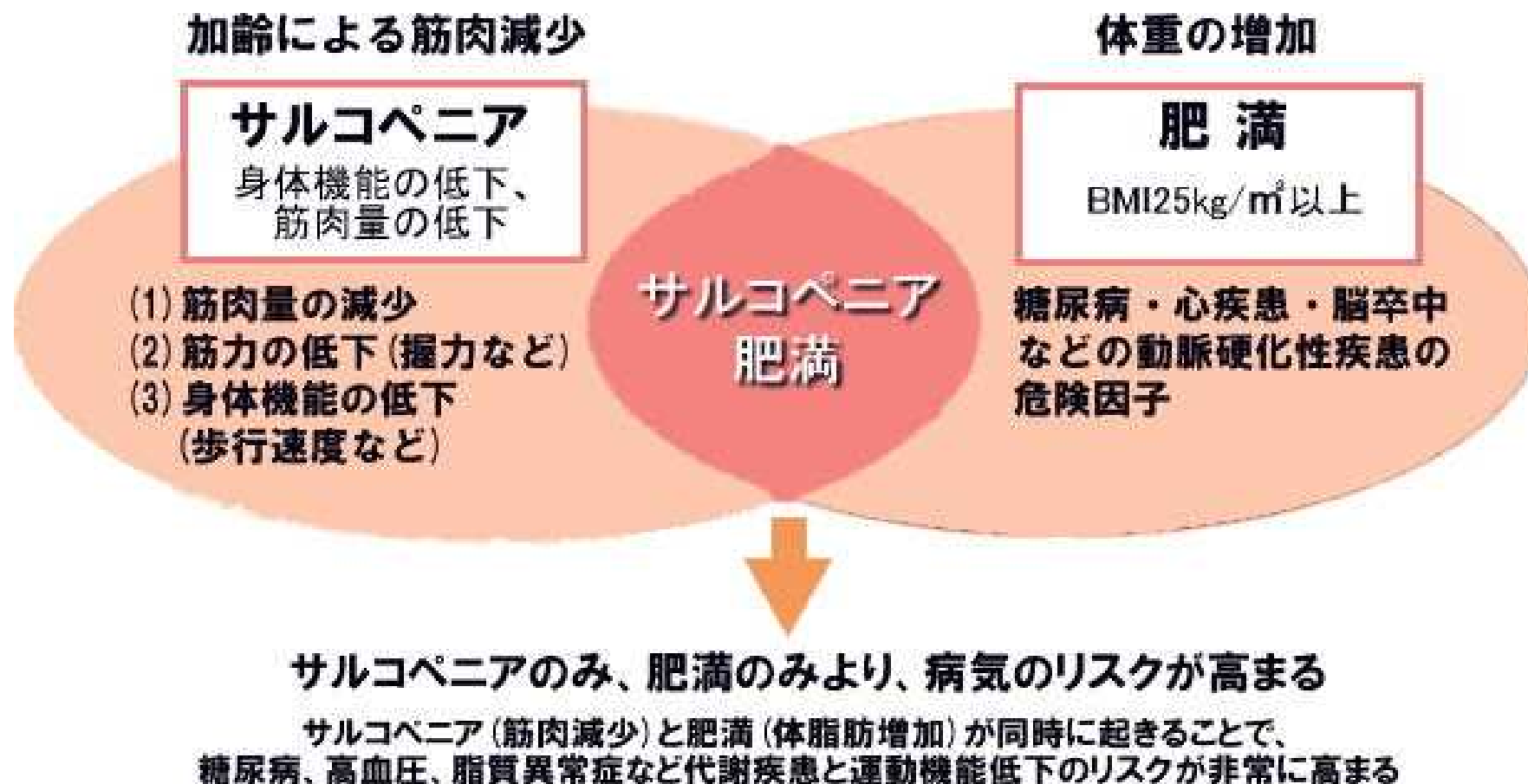
厚生労働省「平成28年 国民健康・栄養調査結果の概要」

年齢調整した、低栄養傾向の者(BMI ≤ 20 kg/m²)の割合の年次推移(65歳以上) (平成18~28年)



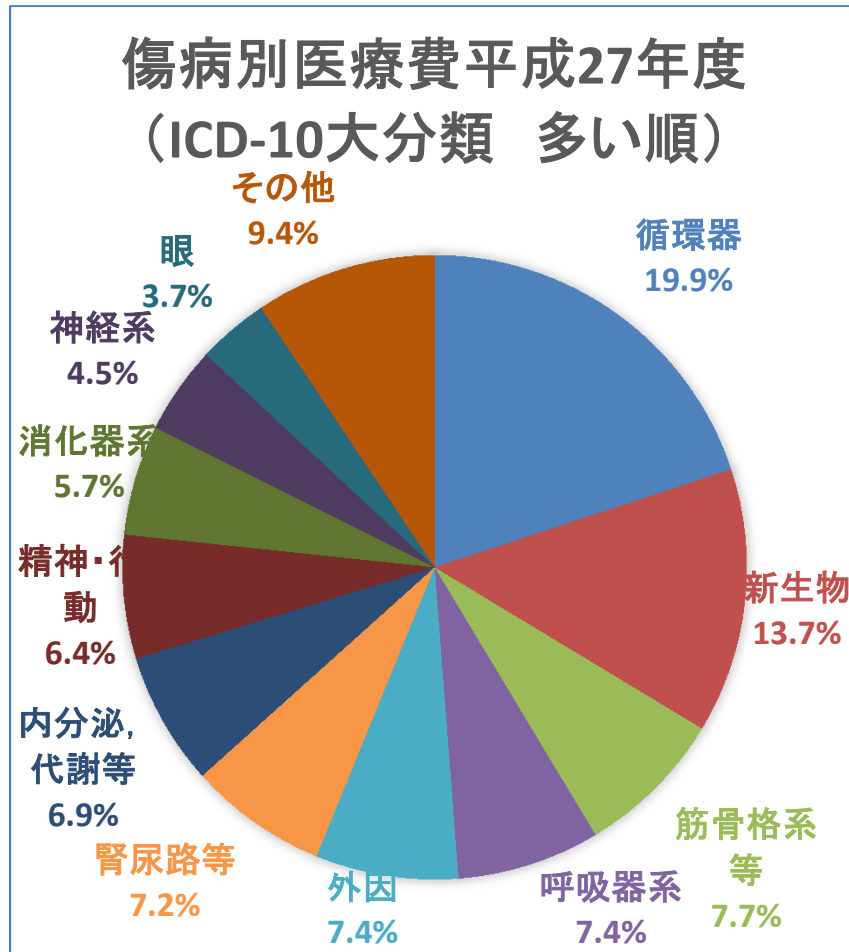
厚生労働省「平成28年 国民健康・栄養調査結果の概要」

サルコペニア肥満

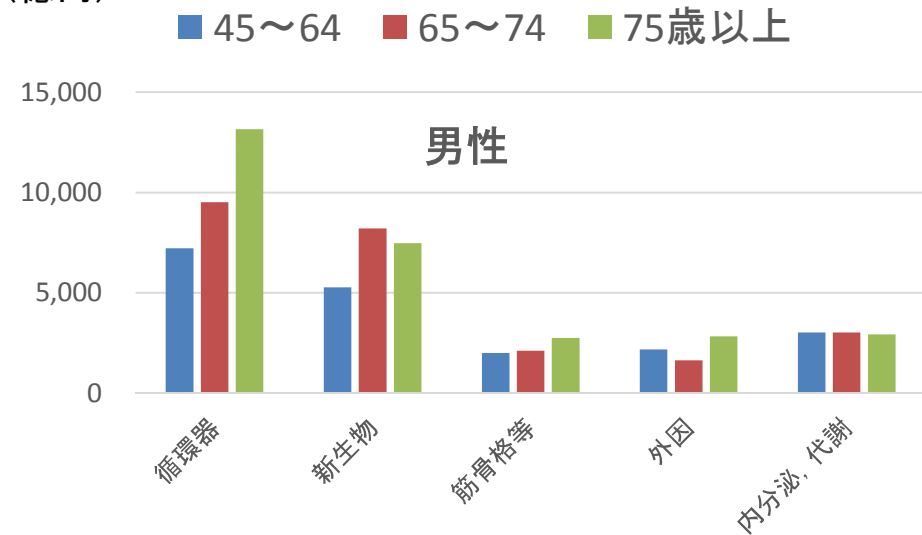


傷病分類別医科診療医療費

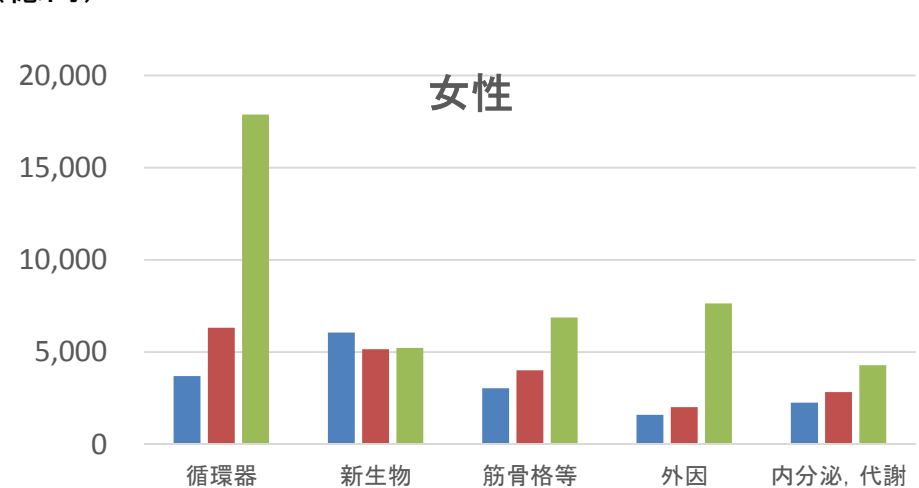
循環器 6.0兆円、新生物4.1兆円、筋骨格系2.3兆円、外因2.2兆円、



(億円)



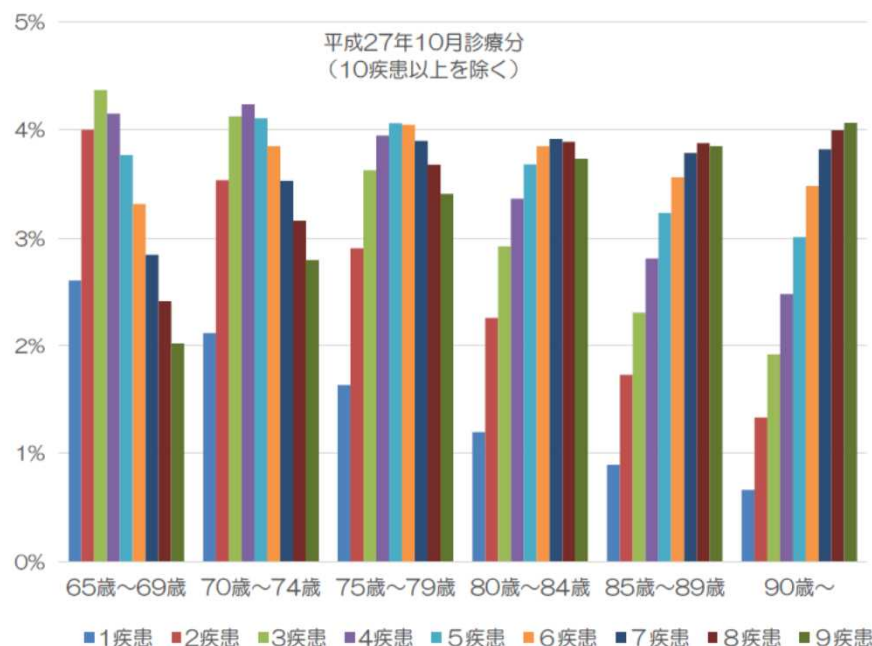
(億円)



レセプト情報等データベース(NDB)活用の一例:高齢者医薬品適正使用のためのエビデンスの構築

院外調剤(入院・院内処方含まない)

診断疾患数別の年齢階級別人口比



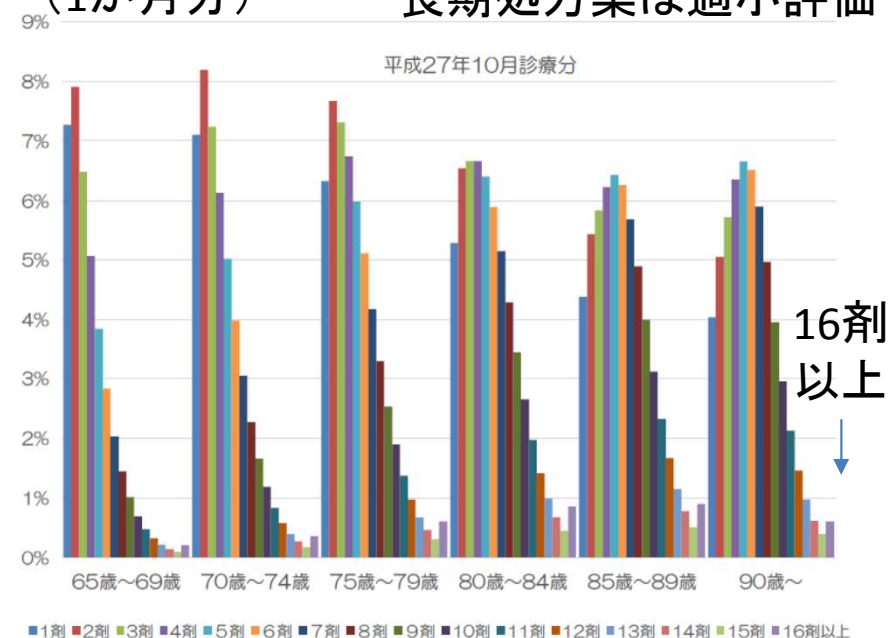
最頻値

65～69歳	3疾患
70～74歳	4疾患
75～79歳	5～6疾患
80～84歳	7疾患
85～89歳	8疾患
90歳以上	9疾患

内服医薬品使用種類数別年齢階級人口比

(1か月分)

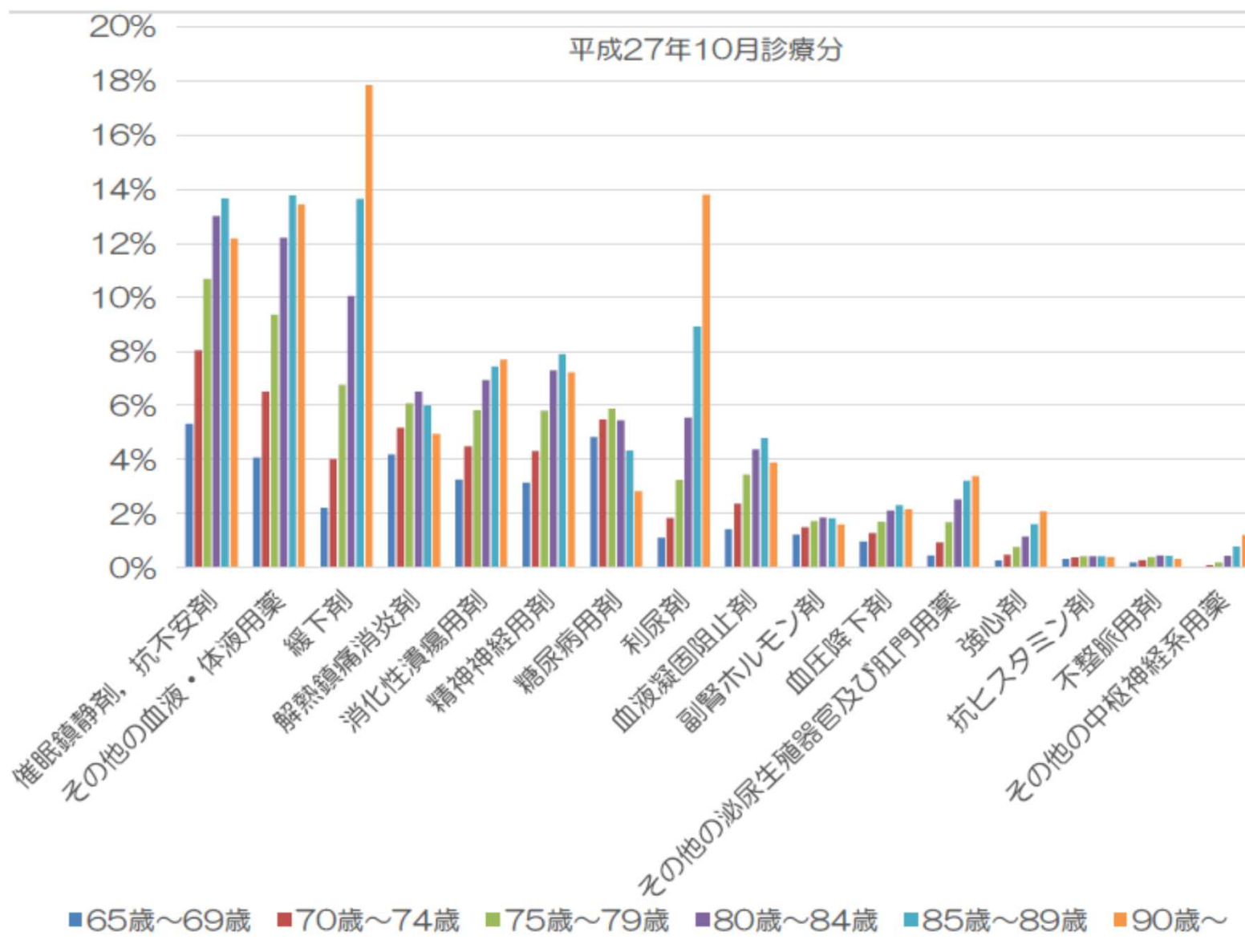
長期処方薬は過小評価



最頻値

65～69歳	2剤
70～74歳	2剤
75～79歳	2剤
80～84歳	3～4剤
85～89歳	5剤
90歳以上	5剤

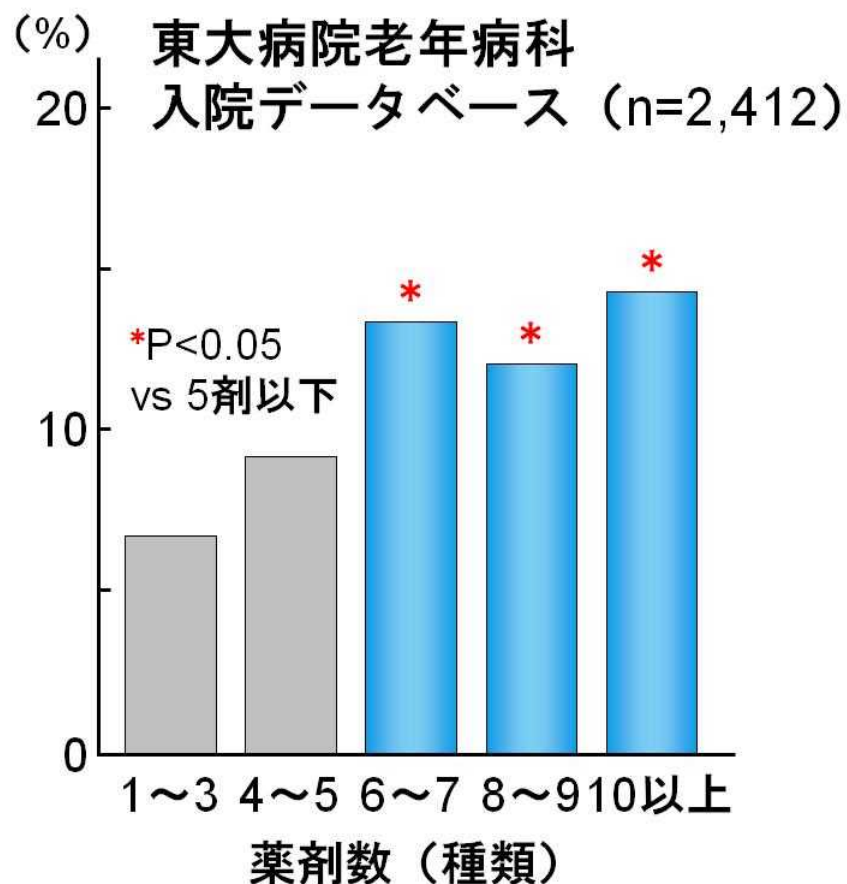
STOPP-J 対象薬効医薬品の使用状況の年齢階級別人口比





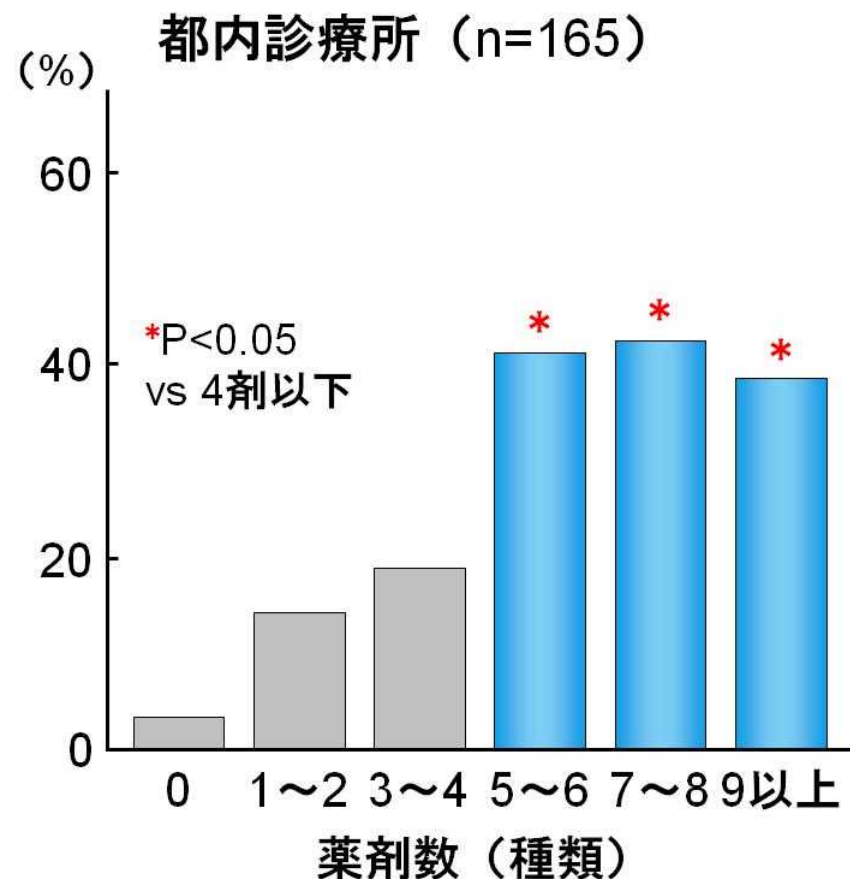
多剤処方と薬物有害事象および転倒の発生リスク

1) 薬物有害事象の頻度



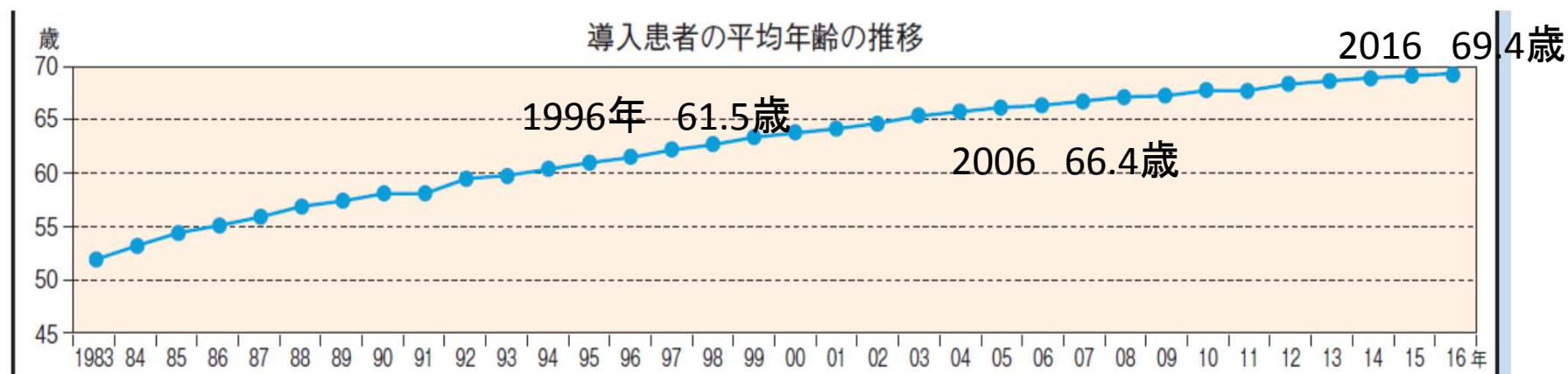
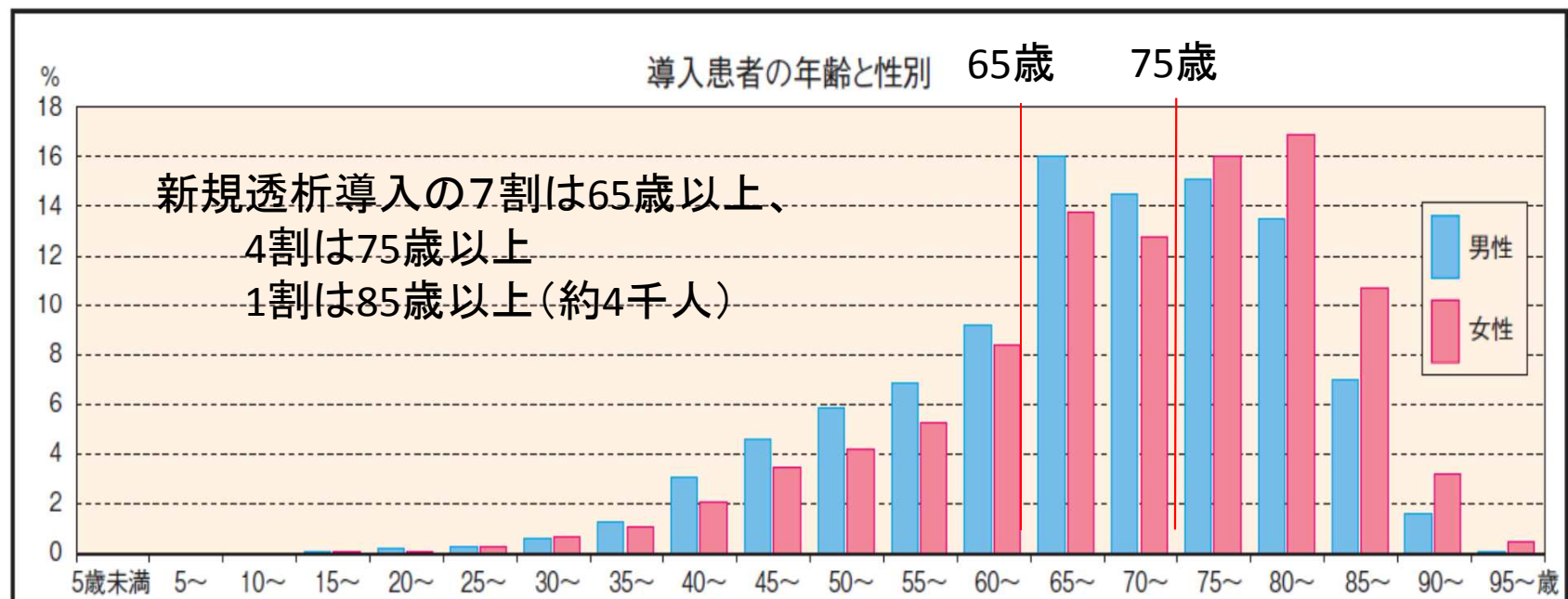
(Kojima T, et al: Geriatr Gerontol Int 2012; 12: 761-2.より引用)

2) 転倒の発生頻度



(Kojima T, et al: Geriatr Gerontol Int 2012; 12: 425-30.より引用)

新規透析導入患者の性・年代分布



高齢者糖尿病の血糖コントロール目標(HbA1c値)

患者の特徴・健康状態 ^{注1)}		カテゴリーI		カテゴリーII	カテゴリーIII
		① 認知機能正常 かつ ② ADL自立		① 軽度認知障害～軽度認知症 または ② 手段的ADL低下, 基本的ADL自立	① 中等度以上の認知症 または ② 基本的ADL低下 または ③ 多くの併存疾患や機能障害
重症低血糖が危惧される薬剤(インスリン製剤, SU薬, グリニド薬など)の使用	なし ^{注2)}	7.0%未満		7.0%未満	8.0%未満
	あり ^{注3)}	65歳以上 75歳未満 7.5%未満 (下限6.5%)	75歳以上 8.0%未満 (下限7.0%)	8.0%未満 (下限7.0%)	8.5%未満 (下限7.5%)

治療目標は、年齢、罹病期間、低血糖の危険性、サポート体制などに加え、高齢者では認知機能や基本的ADL、手段的ADL、併存疾患なども考慮して個別に設定する。ただし、加齢に伴って重症低血糖の危険性が高くなることに十分注意する。

高齢者の保健事業 目標設定の考え方

在宅で自立した生活がおくれる高齢者の増加（入院率・入外比、疾病別医療費、要介護度）

フレイル（虚弱）の進行の防止

生活習慣病等の重症化予防

高齢による心身機能の低下防止
（老年症候群）

健康状態に課題がある
高齢者の減少

慢性疾患の
コントロール

服薬状況

低栄養

相互に影響

心身機能が低下した
高齢者の減少

口腔機能

認知機能

運動機能

※国保・ヘルス
事業との連携

高齢者の健康状態・フレイルの状態、生活状況等の包括的な把握

※介護予防
との連携

適正受診・服薬

- ・かかりつけ医
- ・受診中断の早期対処
- ・重複・残薬指導

禁煙・適正飲酒

- ・禁煙
- ・過量飲酒の減少

栄養・食生活

- ・減塩、水分調整
- ・たんぱく摂取
- ・肥満者の維持・減量

口腔機能

- ・摂食・嚥下体操
- ・入れ歯の手入れ

運動・リハビリ

- ・転倒・骨折防止の
ための運動器等の
指導
- ・リハビリの継続

外出・社会参加

- ・買い物、散歩
- ・地域活動・ボランティア
等の支援

虚弱（フレイル）高齢者や在宅療養高齢者等への健康支援

医療保険者としての立ち位置

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

高齢者に対する保健事業と地域連携

① 国保等、壮年期の医療保険から連続した取組

(重症化予防・服薬指導等)

ア 生活習慣病等の重症化予防

イ 服薬に関する相談・指導

ウ その他(複合的な取組等)

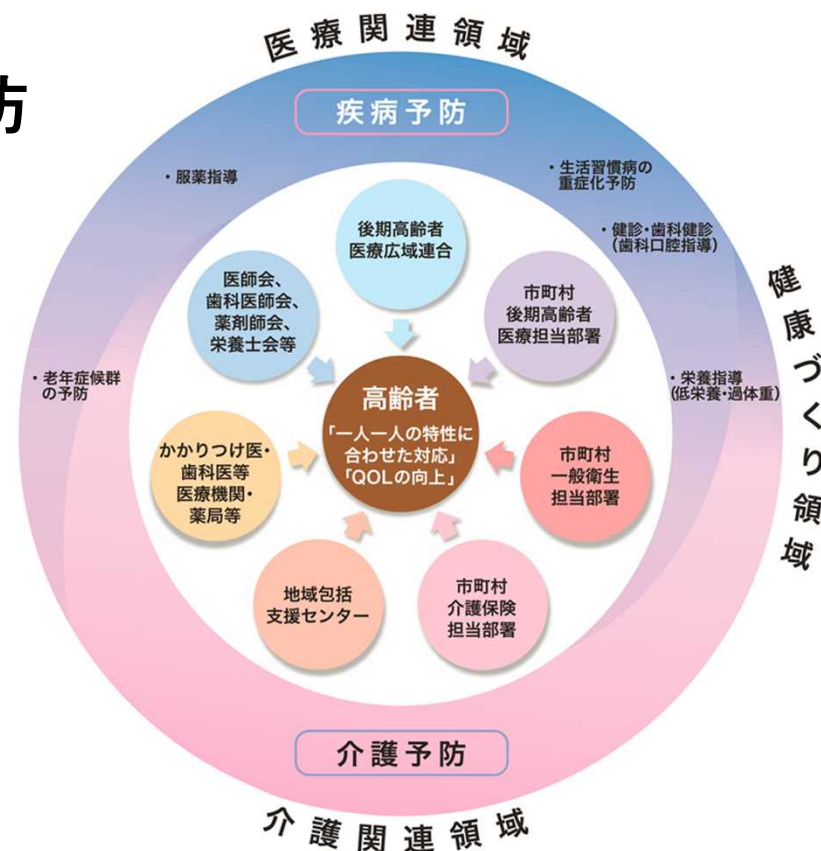
② 介護予防と連携した取組

(低栄養・口腔機能低下等)

ア 栄養に関する相談・指導

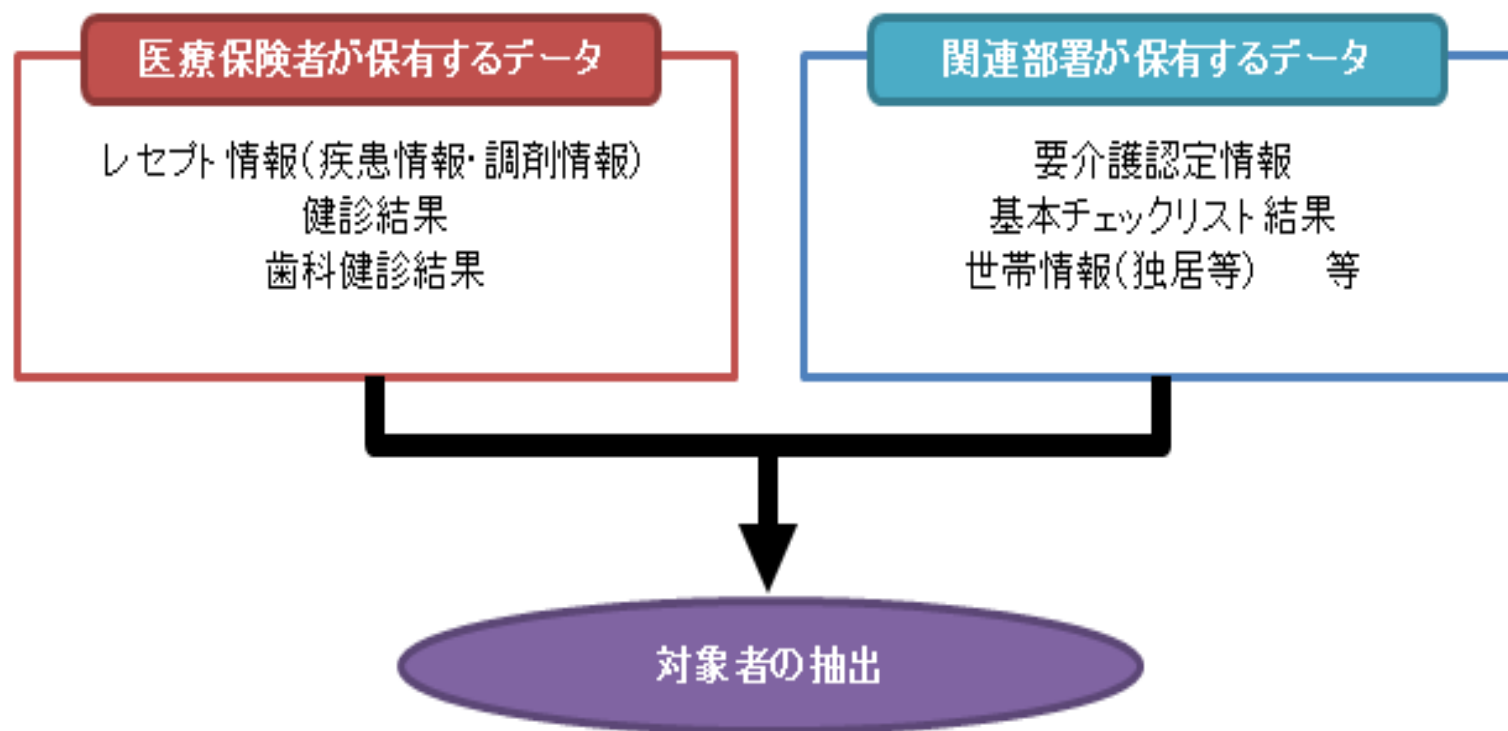
イ 口腔に関する相談・指導

ウ その他(訪問歯科健診等)

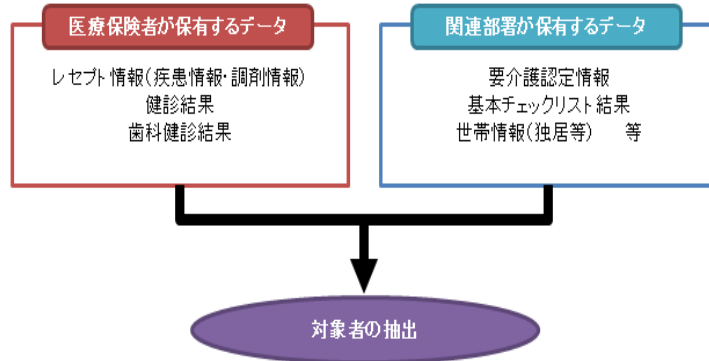


いろいろと整備しても、自分からは参加しない人に どうアプローチするか？

病気がちな人、管理が不十分になってきた人、
服薬過剰になっている人、医療機関依存になっている人……



対象者の抽出（抽出基準を明確に）



ポイント！

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

低栄養状態を改善し、衰弱・体力・筋力低下・骨折を予防したい!!

健診や基本チェックリスト結果等でBMI<〇

口腔機能を改善し、低栄養や誤嚥性肺炎を予防したい!!

歯科健診での有所見や基本チェックリスト結果等で該当項目有

転倒リスク等を下げるため、服薬の問題を解決したい!!

レセプトでの重複・多剤服薬者、日常生活圏域ニーズ調査での該当

疾病の重症化を予防したい!!

当該疾患にかかるレセプトのある、健診結果で一定基準以上の人

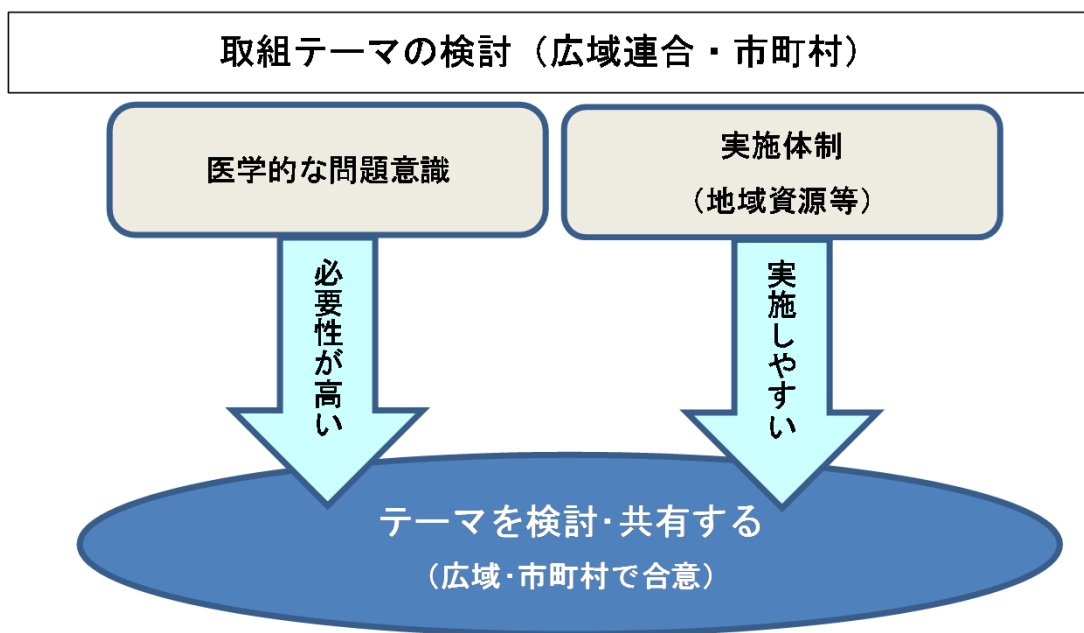
とにかく高齢者が虚弱に陥るのを防ぎたい!!

健診結果で一定基準以上の人、健診も医療も受診していない人

広域連合と 市町村の連携は不可欠！

		広域連合	市町村
事業実施主体における体制整備	① 健康課題等の把握 ② <u>広域連合と市町村間での課題の共有</u> ③ 取組テーマ・対象地域の検討 ④ <u>チーム形成</u> ⑤ 外部からの情報収集	・広域的な共通の課題を把握・検討 ・広域から市町村への情報提供 ・好事例の紹介 ・検討の場の設定	・地域に特有な課題を把握・検討 ・検討に参画チーム員間の調整
地域連携体制の構築	① 都道府県との調整 ② 関係団体への事前相談 ③ <u>広域連合と市町村間での情報提供の環境整備</u>	・県単位の関係者の事前調整 ・個人情報の対応 ・電子化等データ環境	・地域の関係者の事前調整 ・医師会等、地域の関係者への事業説明 ・庁内調整 ・個人情報の対応 ・データ共有
事業企画	① 取組の方向性の決定 ② 対象者の抽出基準の設定と概数の把握 ③ 予算・人員体制の検討 ④ 対象者から実施予定者の絞り込み ⑤ 目標・評価指標の設定 ⑥ 支援内容の検討	・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	・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
事業実施	① 事業参加者への声掛け ② 事業参加者の日程調整 ③ かかりつけ医等関係者への事業説明 ④ 支援の実施（初回・継続的支援）	・必要に応じ、市町村と検討・調整	・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	① <u>事業評価</u> ② 事業報告 ③ 次期計画への見直し	・事業評価に必要なデータ提供 ・計画の見直し	・実施結果のまとめ評価報告作成 ・事業見直し等の検討

なにが重要か？対策可能か？ 何に取り組みやすいか？ の観点も

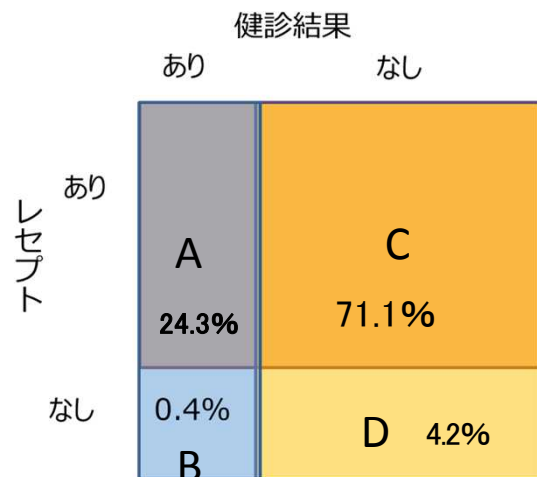


動くところから始めて
広げていく

側方から
本丸へ攻めることも

健康課題⇒問題意識	実施体制の例
・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。 レセプト：骨折 介護 健診：BMI、体重減少	・健康増進部署の既存事業を活用できる ・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。 レセプト：（誤嚥性）肺炎	・歯科医師会・歯科衛生士会が協力的 ・協力を得られやすい在宅歯科衛生士がいる
・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。 レセプト：多受診、服薬量過多	・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。 レセプト：透析、腎不全 健診：糖尿病、腎機能	・医師会・専門医の協力が得られる地域で活躍する在宅保健師がいる ・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。 レセプト、健診データ	・包括支援センターの高齢者訪問とタイアップ。

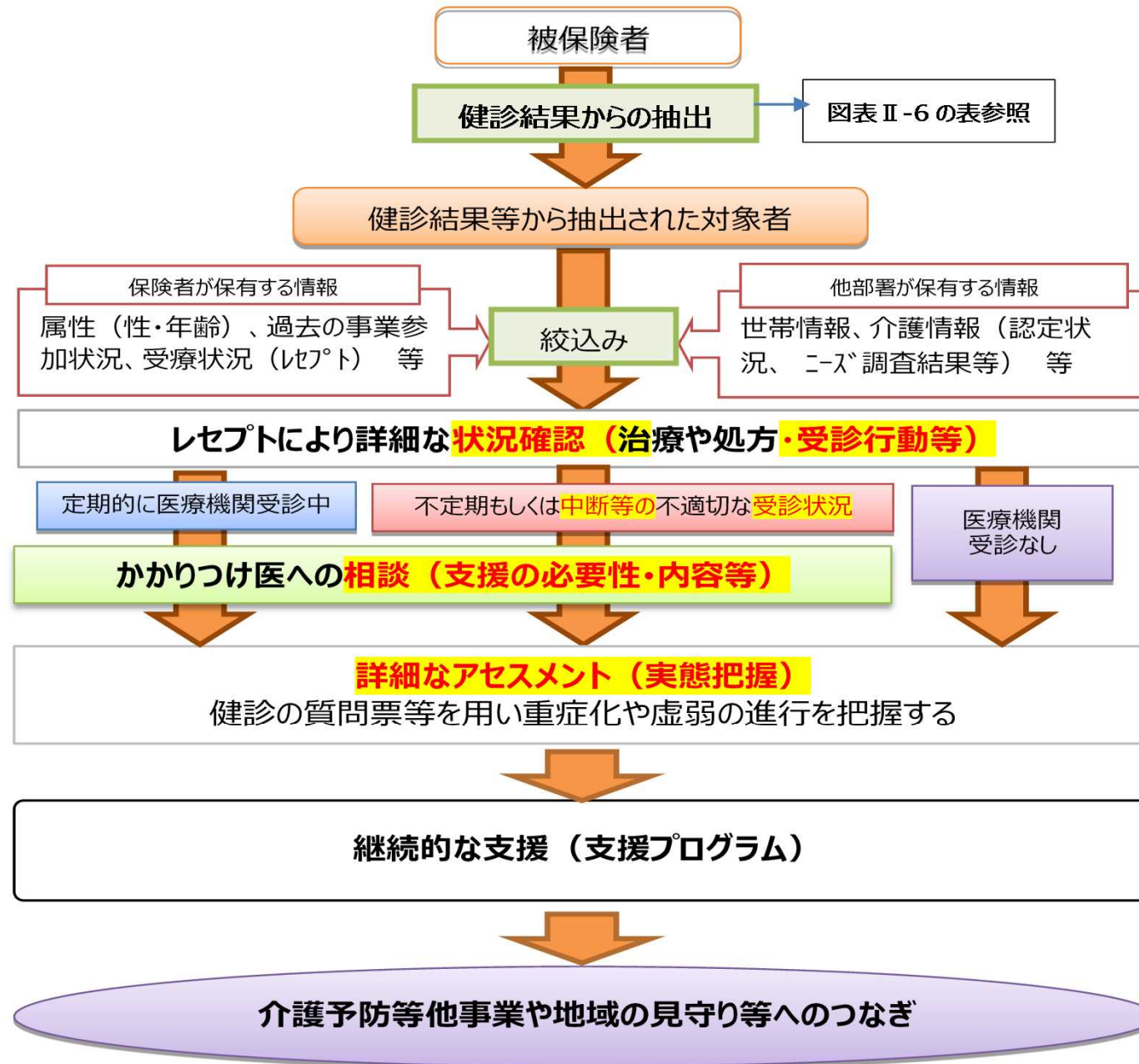
健診・医療の受診状況別の取組の方向性



(平成28年度モデル事業
実施自治体の状況より)

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

＜A：健診結果で健康課題が把握できる対象者の場合＞



図表Ⅱ－6 健診等から対象者を抽出する場合の抽出項目と基準の例

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

平成 28 年度のモデル事業で用いられた対象者抽出基準具体的な内容は別冊事例集 P 9～17 参照

※1 基本チェックリストは自治体で保有しているので、使用許諾が得られる場合に使用

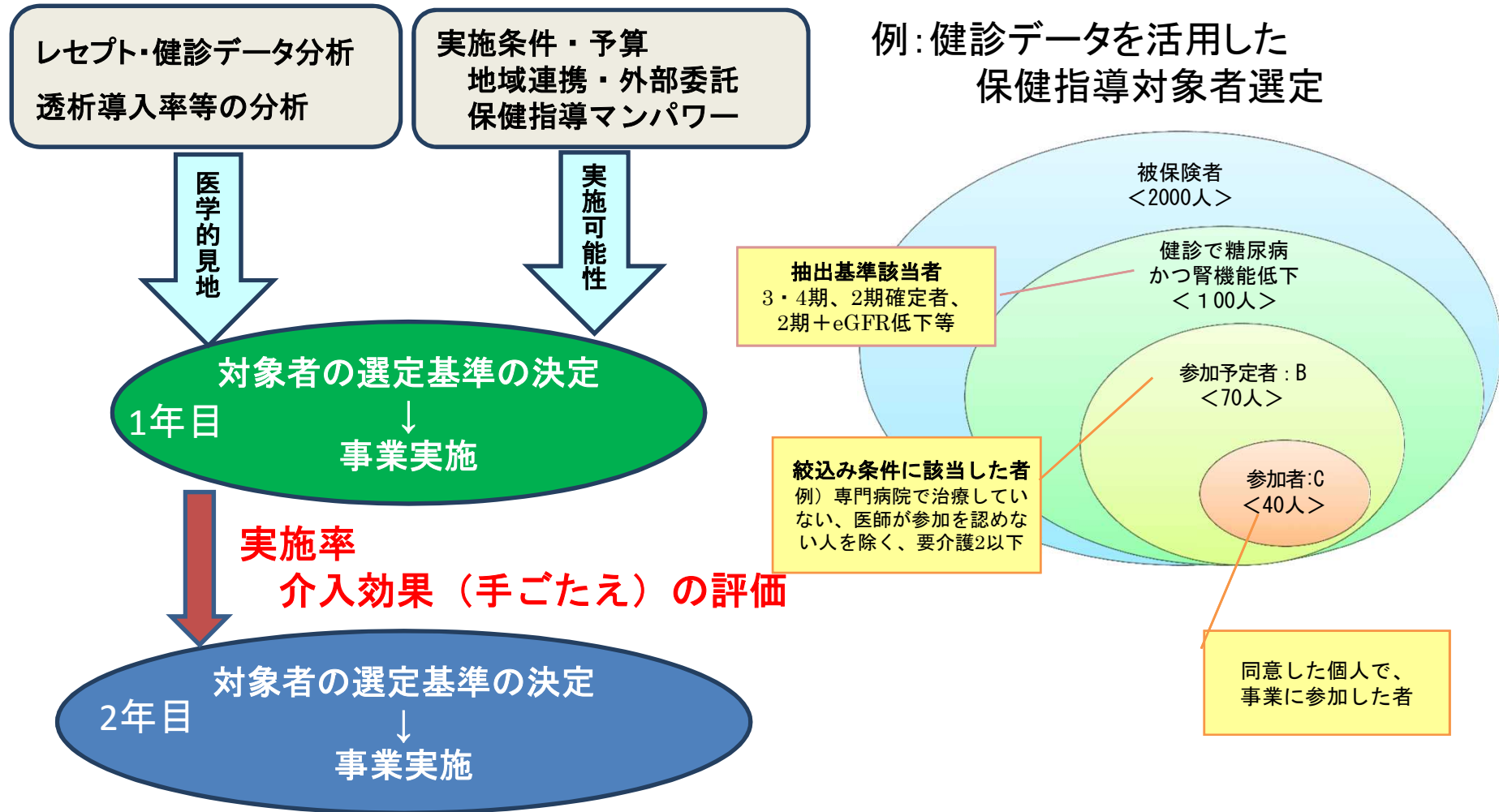
※2 服薬中の人については基準値を下回っていてもフォローが必要な可能性がある

※3 ADL が低下している人の HbA1c の基準値は 8.0%以上とも言われている

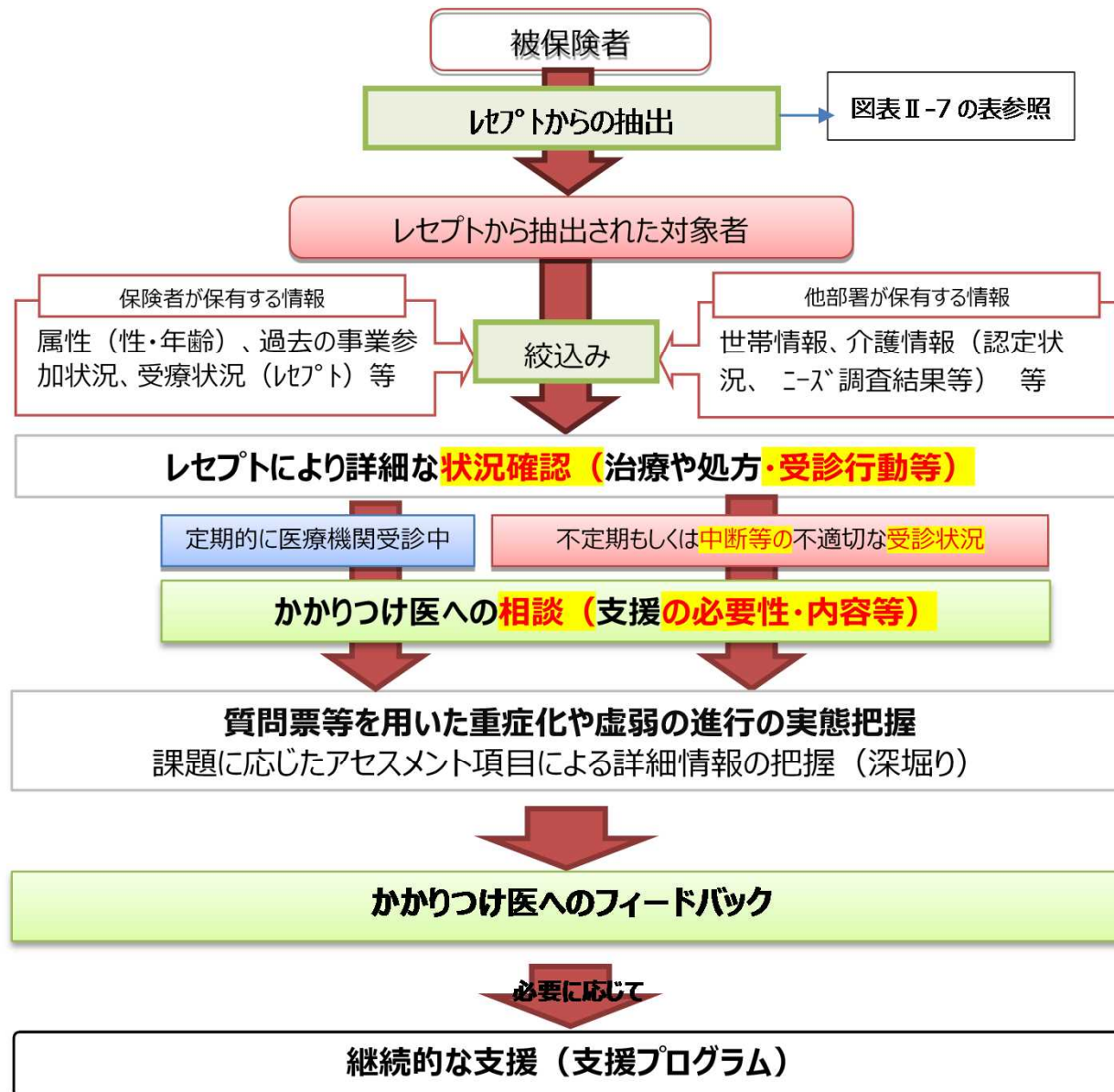
※4 単独の指標ではなく、複数の指標が高い場合には特に注意を要する

※5 全身状態や認知機能の状態等を総合的に勘案して、対象者を抽出することが望ましい

各自治体における優先順位の考え方



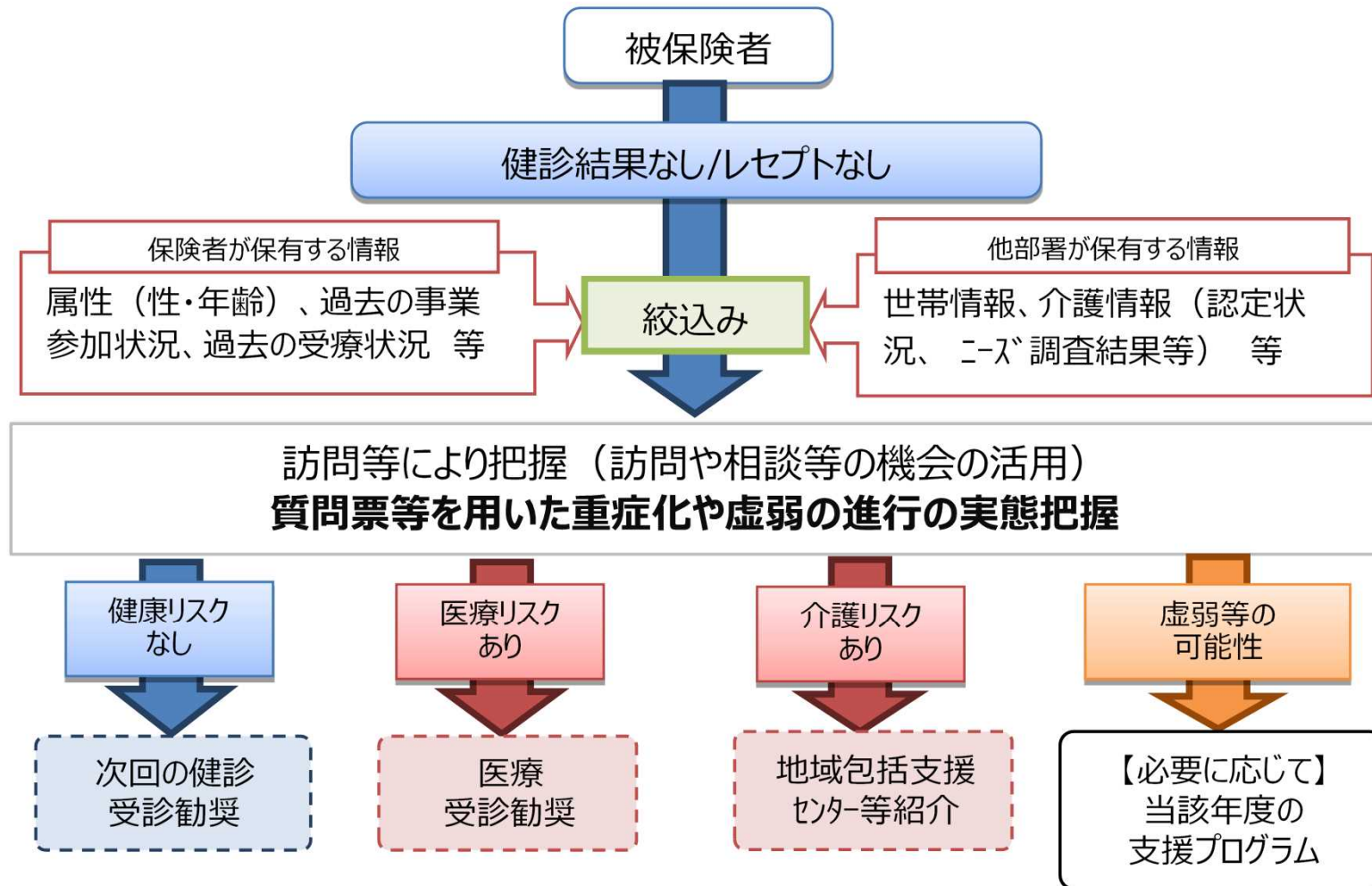
＜B：レセプトで健康課題を把握する場合＞



レセプトから対象者を抽出する観点の例

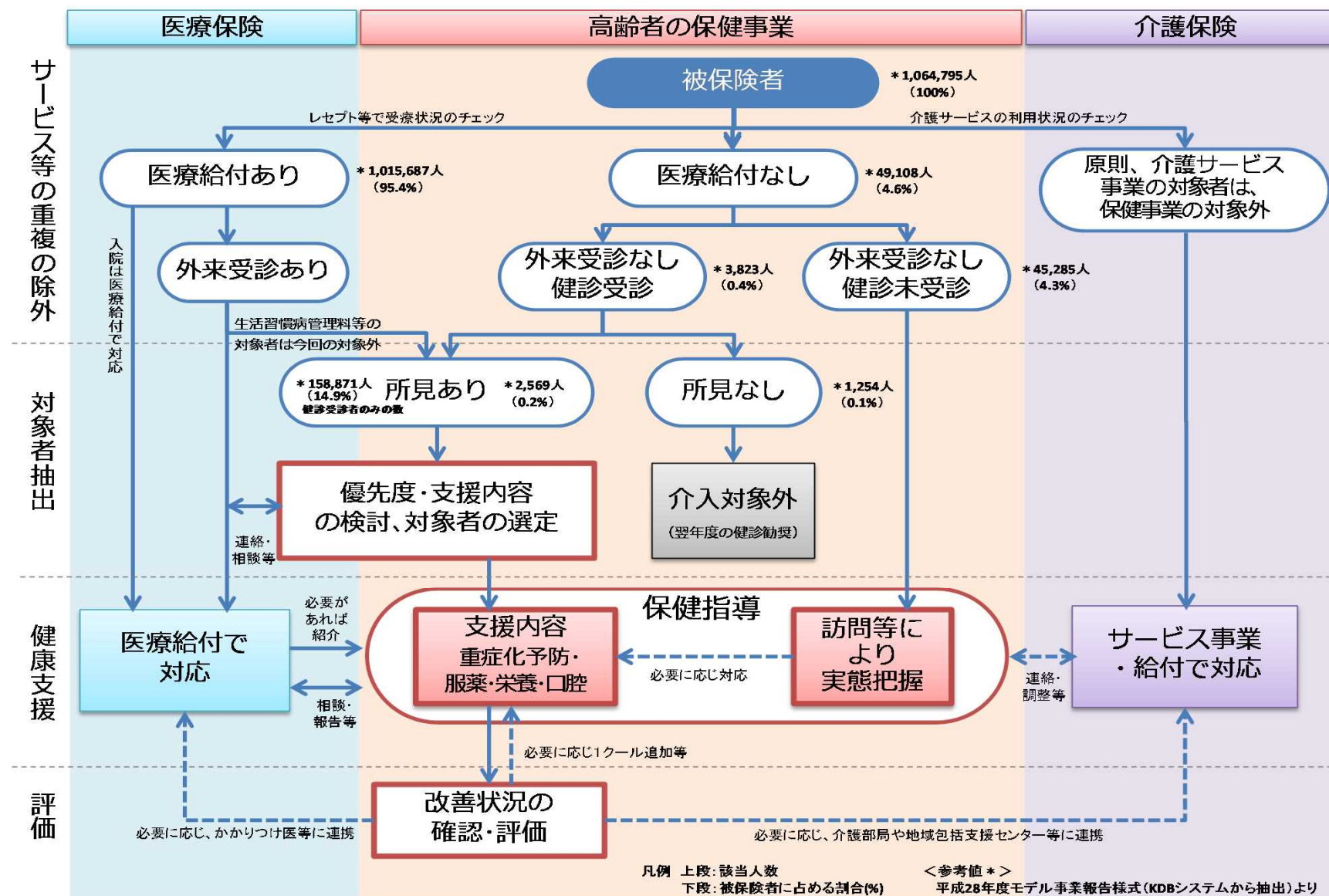
取組テーマ	抽出の観点
受診状況	・生活習慣病等での定期的受診が必要な疾患での治療中断がある ・複数の疾患での受診がある ・救急外来の利用が頻繁にある ・糖尿病で治療中であるが、長年腎機能の検査を受けていない
口腔	・誤嚥性肺炎の既往がある ・過去一定期間歯科受診がない
服薬	・一定数の薬剤を複数か月処方されている（多剤） ・併用禁忌の薬剤が処方されている ・効能が重複した薬剤を処方されている ・多数の診療科を受診している

< C : 健康状態が不明な対象者の場合 >

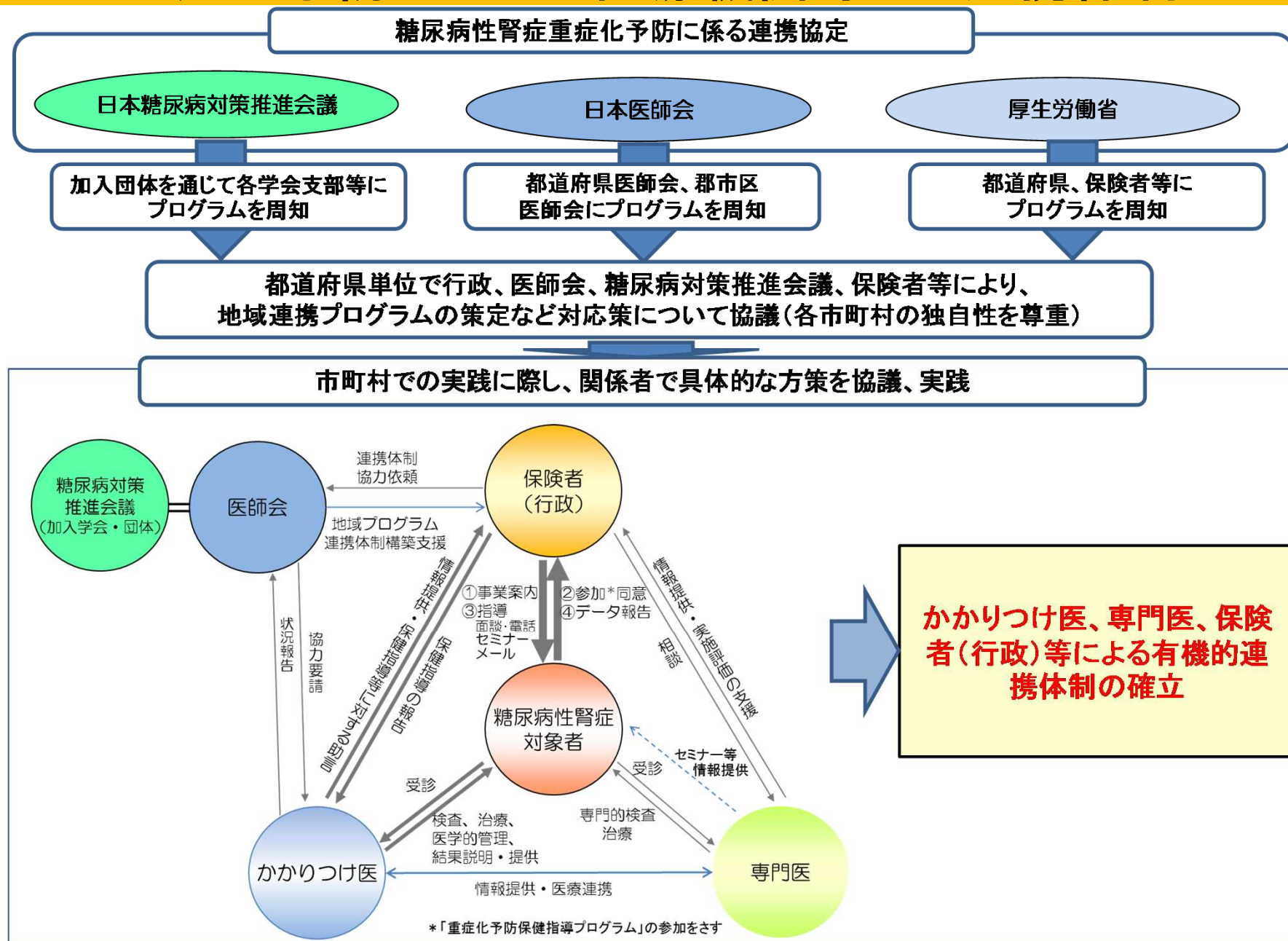


介護保険との連携 情報連携、協力

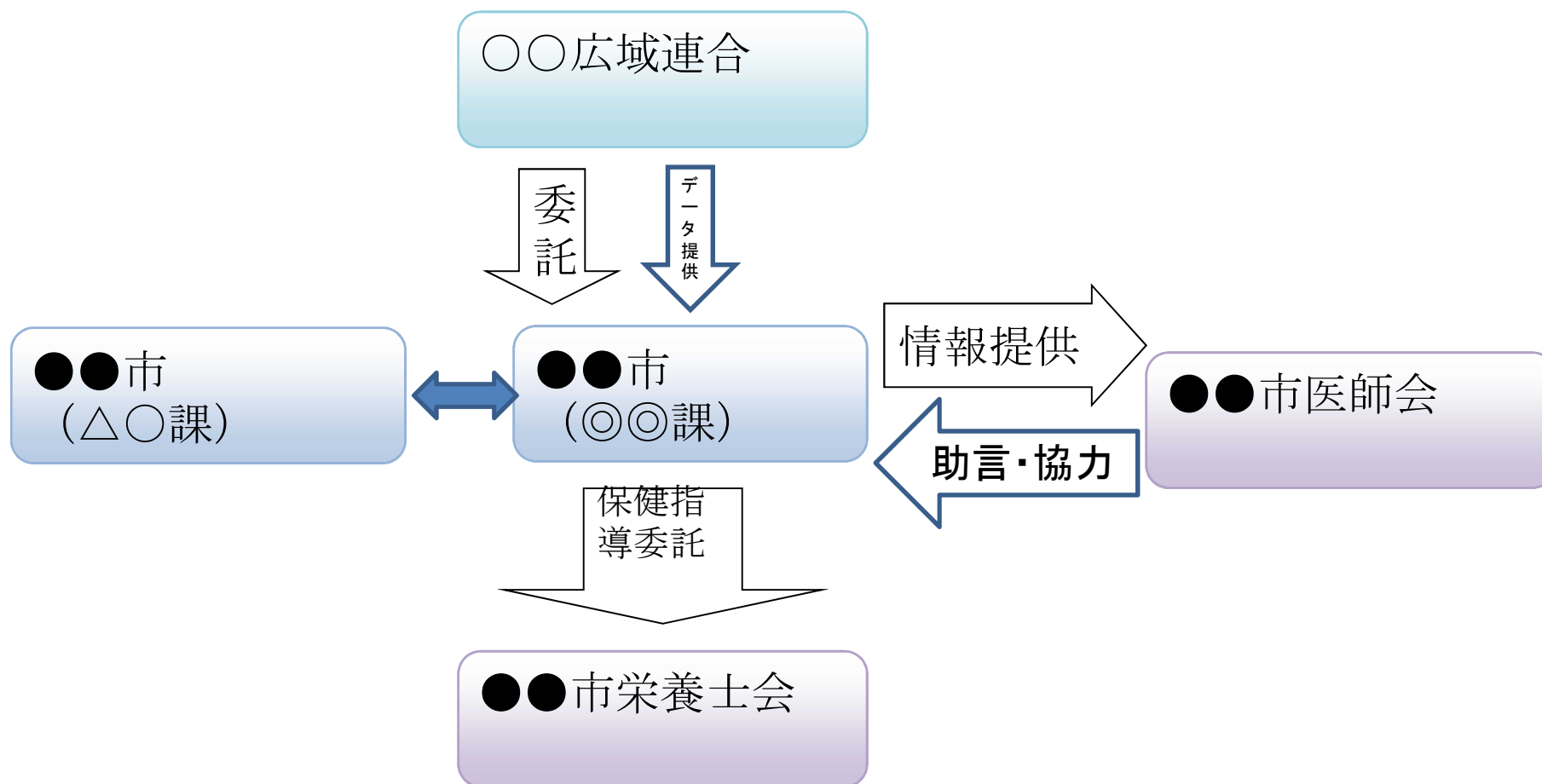
後期高齢者の保健事業の実施フロー（関係者間の連携）



重症化予防における医療機関等との連携体制

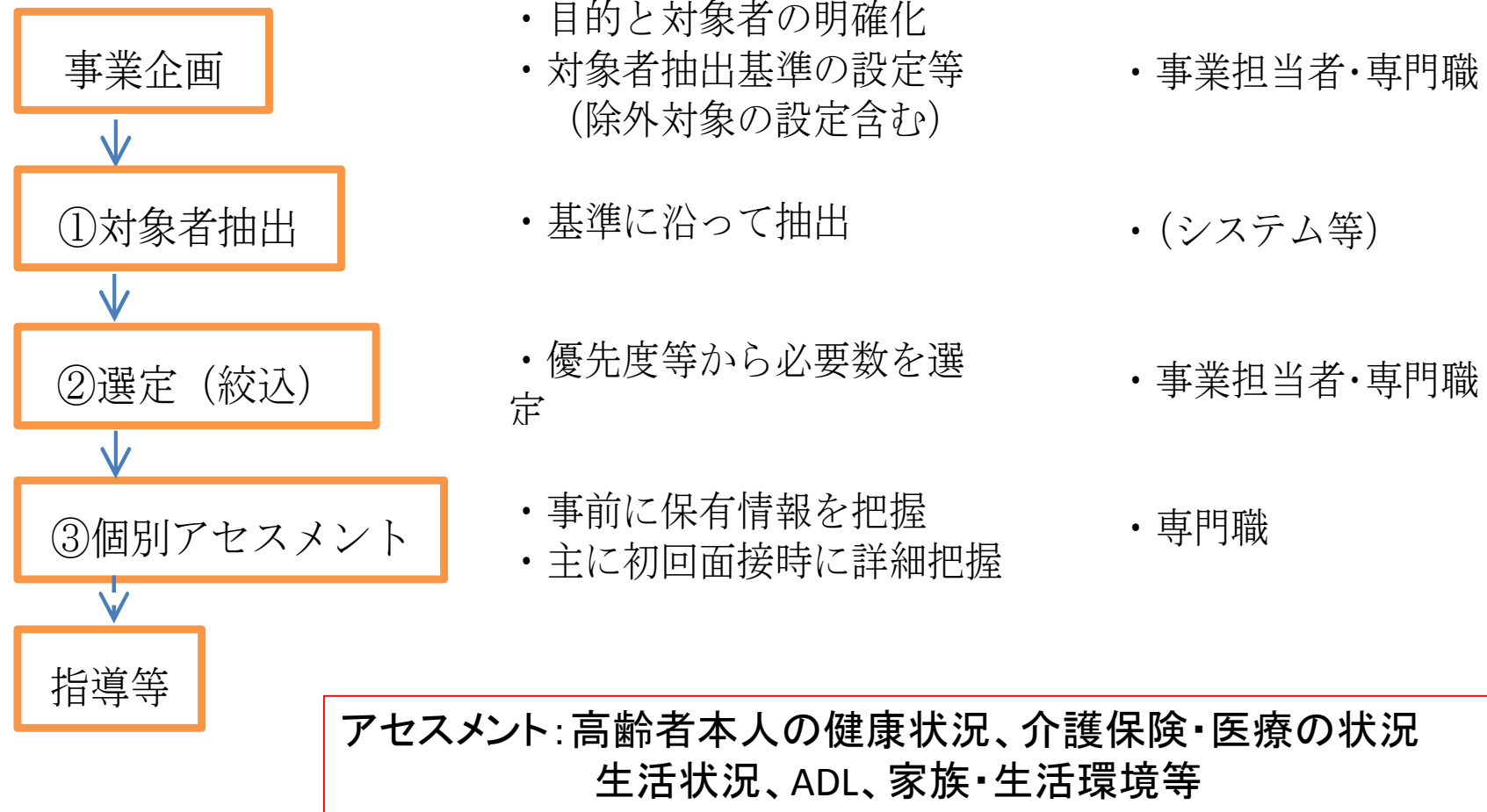


連携体制図〔例〕



アセスメントの主な場面としては、

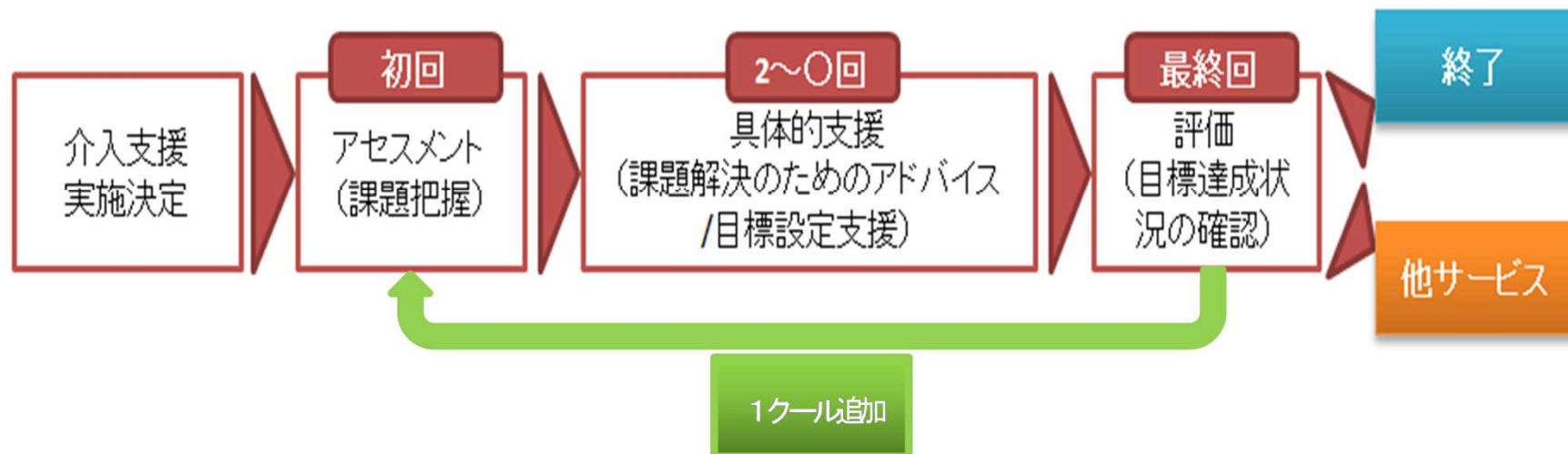
- ①対象者抽出(基準にそってデータより抽出)
- ②選定(絞り込み)
- ③保健指導のための個別アセスメント等のための詳細把握



介入支援の流れをマニュアル化する
対象者にも示す

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

介入支援の流れ



対象者の主体性の重視

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

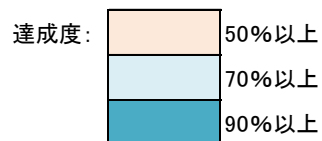
取組テーマを組合せた事業展開

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

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	・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（内製・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	・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	・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	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）

各事業の進捗状況 について



8月末
51自治体のうち
49自治体が回答
(回収率96.1%)

12月6日
51自治体のうち
45自治体が回答
(回収率88.2%)

3月末
57自治体のうち
43自治体が回答
(回収率75.4%)

NO.	項目	内容	未記入	着手	済	未記入	着手	済	未記入	着手	済
1	健康課題	健康日本21計画やデータヘルス計画より市町村の健康課題について課題を把握している	0%	22%	78%	0%	7%	93%	0%	2%	98%
2	対象者概数	平成27年度特定健診結果(空腹時血糖・HbA1c・服薬状況と尿蛋白の有無)より糖尿病性腎症の概数を把握している	6%	47%	47%	0%	7%	93%	0%	7%	93%
3	対象者の検討	概数の試算に基づき、平成28年度特定健診を用いてどのような対象者(病期、人数、年齢等)にアプローチするかを検討している	16%	47%	37%	2%	4%	93%	2%	7%	91%
4	予算・人員配置	事業に必要な人員・予算確保のメドがある	10%	35%	55%	0%	2%	98%	2%	0%	98%
5	チーム形成	29年3月末時点で実施率が比較的低い項目 ○対象者の選定基準や介入方法について地域医師会や専門医に相談、助言を受けている(74%) ○市町村各担当課、広域連合の間で医師会と協議した内容(上記)を共有している(70%) ○事業計画書、マニュアルを作成している(37%)								5%	77%
6	介入法の検討									16%	84%
7	医師会への相談									5%	88%
8										14%	74%
9	対象者決定									2%	98%
10	介入法の決定									2%	95%
11	実施法の決定									2%	95%
12	チーム内での情報									12%	70%
13	計画書作成									9%	84%
14	募集法の決定									14%	72%
15	連携方策の決定									21%	56%
16	マニュアル作成									40%	37%
17	保健指導等の準備	保健指導の準備(教材の準備・指導者の研修)をしている	55%	27%	18%	18%	20%	62%	9%	26%	65%
18	(外部委託の場合:14自治体)	外部委託の場合には、選定基準、実施方法、連携体制、評価について協議し、医師会等と関係者と情報共有している	33%	40%	27%	7%	20%	73%	7%	7%	86%
19	個人情報の取り決め	個人情報の取り扱いについて ルールが確認できている	41%	24%	35%	4%	20%	76%	5%	19%	77%
20	苦情、トラブル対応	トラブル発生時の相談窓口が明確である	40%	29%	31%	11%	13%	76%	14%	9%	77%
21	研修会	研究班による研修会の受講をしている	28%	35%	37%	13%	16%	71%	16%	14%	70%

事業評価指標の例

取組 テーマ	項目	評価時期		データソース
		短期	中長期	
共通	BMI・血圧	●	○	健診
	医療費（入院/外来別）・疾患名・服薬数		●	レセプト
	介護給付費・要介護度		○	介護レセプト
	事業参加満足度	○		聞き取り
栄養	体重	●		健診
	食物摂取頻度調査	○		聞き取り
	アルブミン値	○		健診
口腔	一部かめない食べ物がある お茶や汁物等でむせることがある	○ ○		基本チェックリスト（健診質問票）
	有所見状況	○		歯科健診
	歯科医療費		●	歯科レセプト
	口腔内の状態・口腔清掃等の実施状況	○		聞き取り
服薬	調剤医療費・処方薬剤種類数	●	○	レセプト
	残薬の状況	○		聞き取り
重症化予防	（糖尿病）空腹時血糖、HbA1c （糖尿病性腎症）e-GFR	●	○	健診

KDBシステム等を活用した評価の試行（平成28年度のモデル事業をもとに）

ベースラインの状況

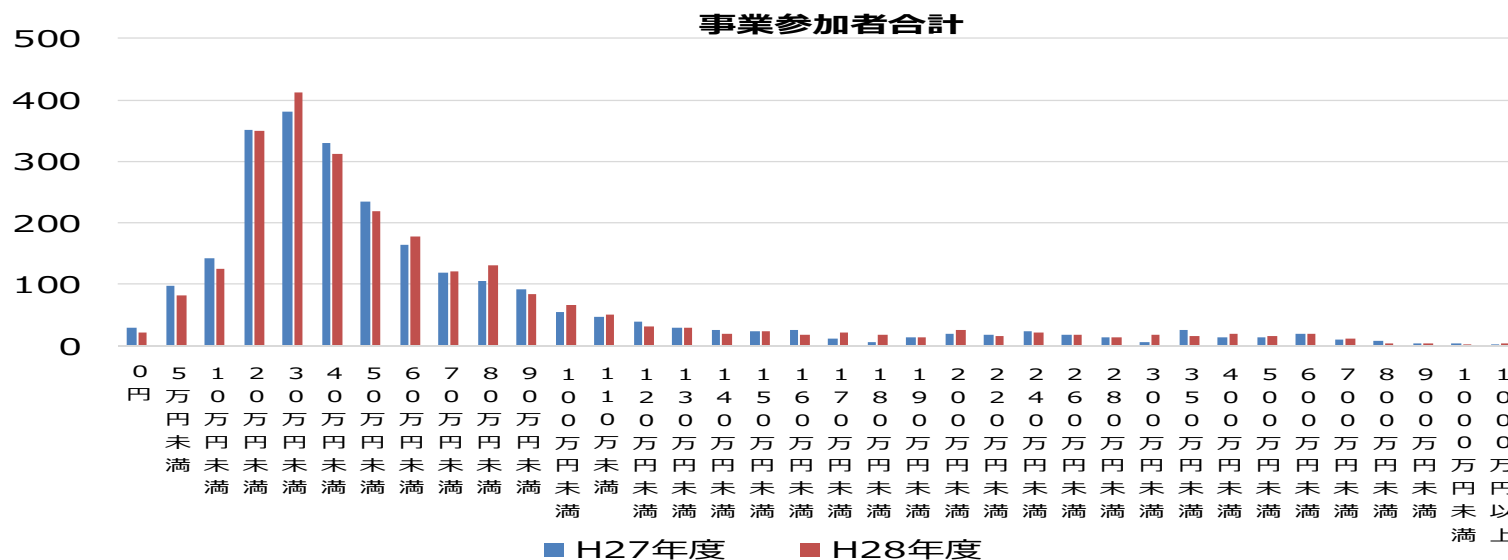
			参加者合計			非参加者合計		
単位			集計対象数	平均値	標準偏差	集計対象数	平均値	標準偏差
基本属性	年齢	歳	3,422	82.7 ±	5.4	1,054	83.4 ±	5.3
	男性割合	%	3,422	40.4	—	1,054	37.0	—
	要介護度		1,049	2.7 ±	1.6	372	1.7 ±	1.4
	身長	cm	1,125	153.1 ±	9.1	234	151.1 ±	8.5
	体重	kg	1,194	55.4 ±	12.1	280	49.9 ±	18.5
	BMI	kg/m ²	1,195	22.8 ±	3.6	280	19.5 ±	3.6
	服薬数	粒数	859	6.5 ±	4.8	10	11.6 ±	12.3
健診結果	空腹時血糖（FPG）	mg/dL	592	110.1 ±	31.8	259	98.4 ±	21.7
	HbA1c	%	1,081	6.0 ±	0.8	277	5.8 ±	0.8
	中性脂肪	mg/dL	1,193	120.8 ±	70.4	280	91.0 ±	45.3
	HDL	mg/dL	1,193	60.0 ±	16.2	280	62.4 ±	16.0
	LDL	mg/dL	1,193	114.6 ±	28.5	280	109.8 ±	29.6
	収縮期血圧（SBP）	mmHg	1,193	136.0 ±	18.5	280	131.1 ±	16.6
	拡張期血圧（DBP）	mmHg	1,192	72.3 ±	11.3	280	69.6 ±	10.4
	血清クレアチニン	mg/dL	1,094	0.9 ±	0.4	222	0.8 ±	0.3
	eGFR	ml/min/1.73m ³	716	60.9 ±	16.6	222	60.1 ±	16.6

検査値の変化

	集計対象数	H27年度		H28年度		p値
		平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	
BMI	971	22.64 ±	3.46	22.58 ±	3.49	0.022
収縮期血圧	968	135.5 ±	18.1	136.1 ±	18.2	0.332
拡張期血圧	968	71.8 ±	11.2	70.9 ±	10.8	0.002
空腹時血糖	431	108.8 ±	28.5	110.2 ±	29.3	0.181
HbA1c	866	5.94 ±	0.81	5.92 ±	0.75	0.238
中性脂肪	967	120.7 ±	71.9	119.2 ±	62.4	0.375
HDL-C	967	60.2 ±	16.3	60.0 ±	16.0	0.534
LDL-C	967	113.9 ±	28.4	112.5 ±	27.5	0.039
血清クレアチニン	867	0.85 ±	0.37	0.87 ±	0.35	<0.001
eGFR	489	60.94 ±	16.40	59.41 ±	16.65	<0.001

平成27年度非罹患者からの 新規発症の可能性がある者

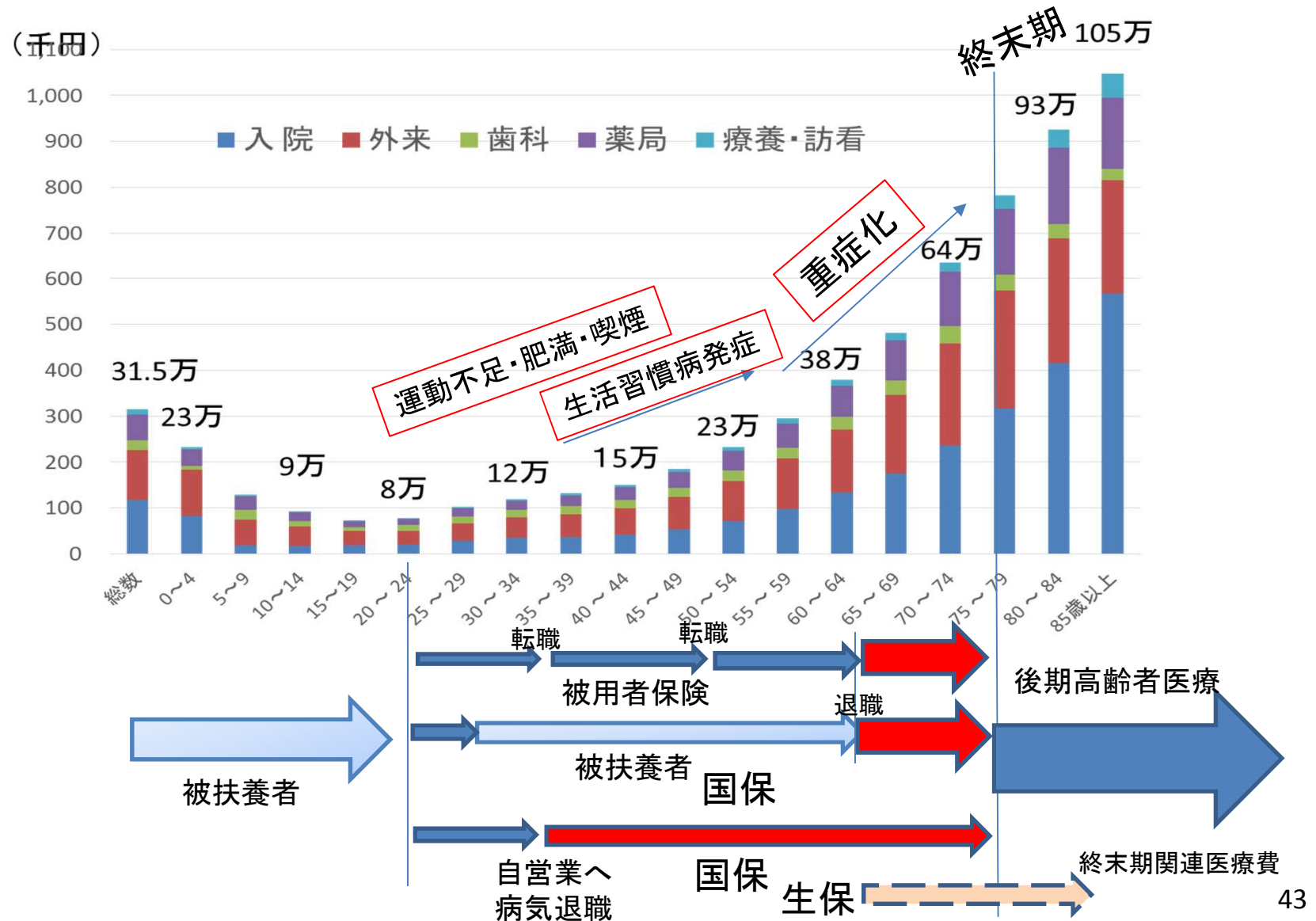
	全数	脳血管疾患				虚血性心疾患			
		H27年度 罹患者	H27年度 非罹患者 (a)	H28年度 新規 罹患者 (b)	H28年度 新規 罹患率 (b/a)	H27年度 罹患者	H27年度 非罹患者 (a)	H28年度 新規 罹患者 (b)	H28年度 新規 罹患率 (b/a)
参加者合計	2,529	837	1,692	147	8.7%	699	1,830	118	6.4%
栄養	295	69	226	8	3.5%	70	225	5	2.2%
口腔	278	127	151	24	15.9%	72	206	19	9.2%
訪問歯科健診	321	149	172	10	5.8%	70	251	18	7.2%
服薬	219	108	111	52	46.8%	111	108	50	46.3%
重症化予防	356	110	246	11	4.5%	106	250	10	4.0%
包括ケア	897	243	654	25	3.8%	244	653	7	1.1%
複合	163	31	132	17	12.9%	26	137	9	6.6%
非参加者合計	846	404	442	118	26.7%	434	412	83	20.1%



医科医療費＋歯科医療費＋介護給付費（円）＜平成27年度に年間医科医療費100万円未満＞									
集計 対象数	H27年度			H28年度			p値	2カ年の差	
	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値			
参加者合計	2,042	675,071 ± 815,856	407,557	929,761 ± 1,227,304	438,835	<0.001		254,690	
栄養	267	383,639 ± 279,006	321,790	496,477 ± 754,660	338,150	0.010		112,838	
口腔	220	1,507,803 ± 1,189,339	1,143,653	2,189,911 ± 1,677,998	2,032,607	<0.001		682,107	
服薬	138	1,002,284 ± 929,745	683,260	1,676,287 ± 1,596,437	1,074,174	<0.001		674,003	
重症化予防	318	503,221 ± 553,882	379,710	716,827 ± 956,187	378,940	<0.001		213,606	
複合	144	365,438 ± 251,033	302,800	496,622 ± 516,205	320,145	0.002		131,184	
包括ケアメント	819	408,638 ± 288,494	347,570	500,164 ± 558,538	357,570	<0.001		91,526	
訪問歯科健診	136	1,902,281 ± 1,385,391	1,805,903	2,527,986 ± 1,627,408	2,577,091	<0.001		625,705	
非参加者合計	600	854,299 ± 833,808	591,215	1,443,091 ± 1,614,892	769,940	<0.001		588,792	

理由③社会保障費の増加抑制

年齢階級別1人当たり医療費



後期高齢者支援金の加算・減算制度

- 平成18年の医療保険制度改正において、後期高齢者支援金の加算・減算制度を創設
- 具体的には、平成25年度後期高齢者支援金から実施（実際の金額への反映は平成27年度に実施する平成25年度確定後期高齢者支援金の精算から実施）。

各保険者の特定健診の実施率等により、当該保険者の後期高齢者支援金の額について一定程度加算又は減算を行う

〈平成25年度の加算・減算の方法〉

- ① 目標の達成状況
 - 特定健診・保健指導の実施率
- ② 保険者の実績を比較
 - 支援金の減算

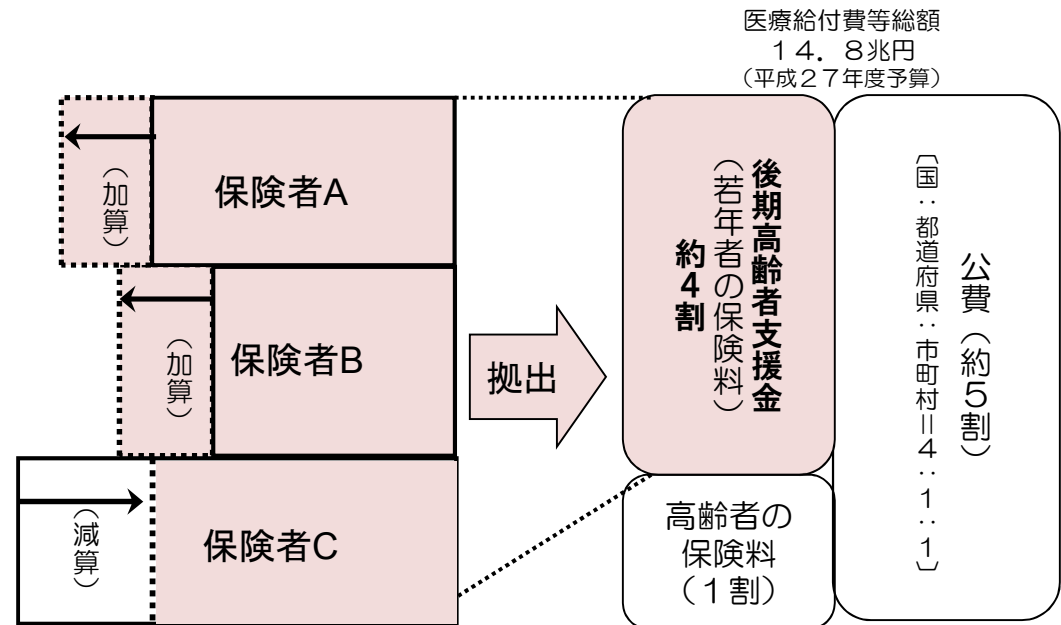
特定健診・保健指導の目標を達成した保険者

※なお、平成26年度以降は、平成25年度の減算保険者数と同程度の対象者が選定されるよう、調整済実施係数を設定予定。
 - 支援金の加算

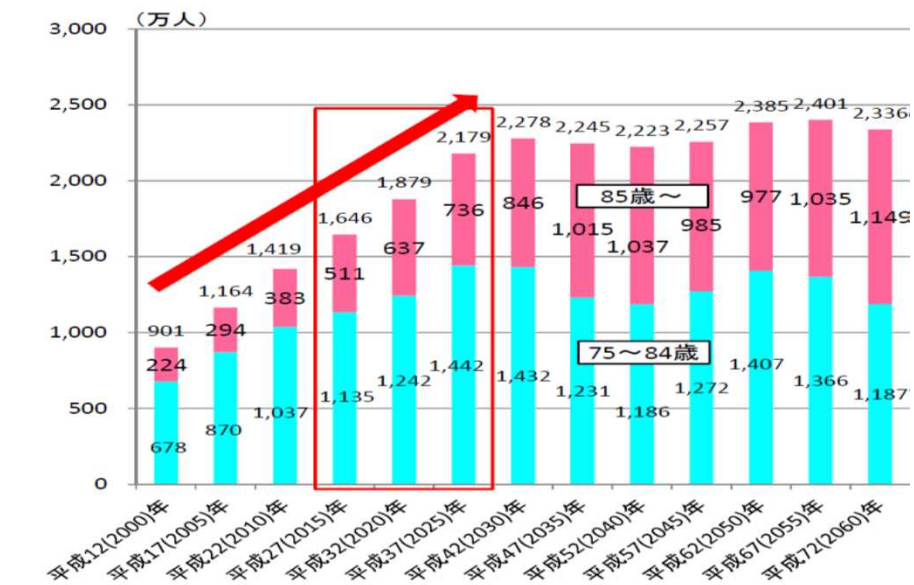
特定健診又は保健指導の実施率が実質的に0%の保険者
- ③ 加算率は0.23%に設定（法律上は上限10%）

※例外：災害等の事情により実施できなかった場合等、一定の要件に該当する保険者については、加算の適用を除外。
- ④ 減算率については、加算額と減算額の総額が同じになるように設定（法律上は上限10%）

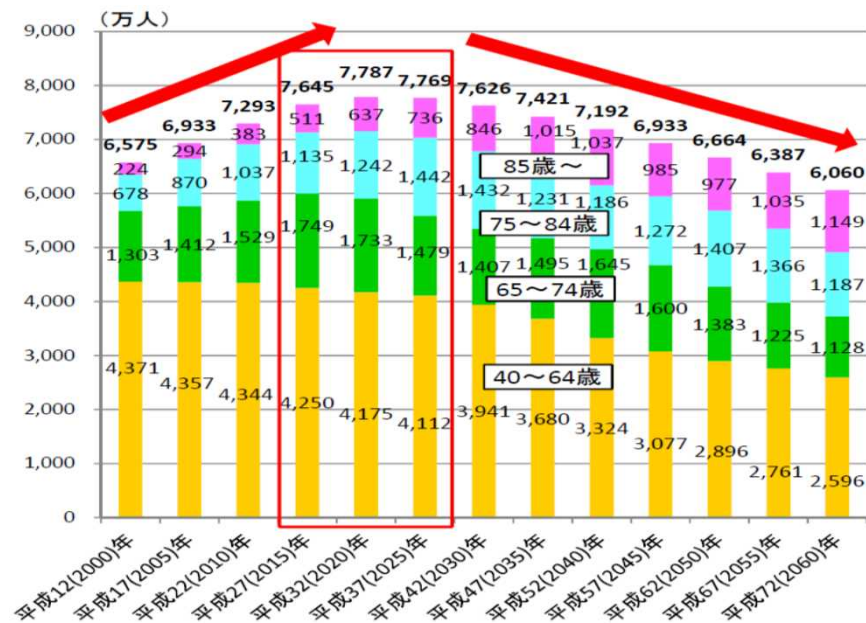
〈後期高齢者支援金の仕組み〉



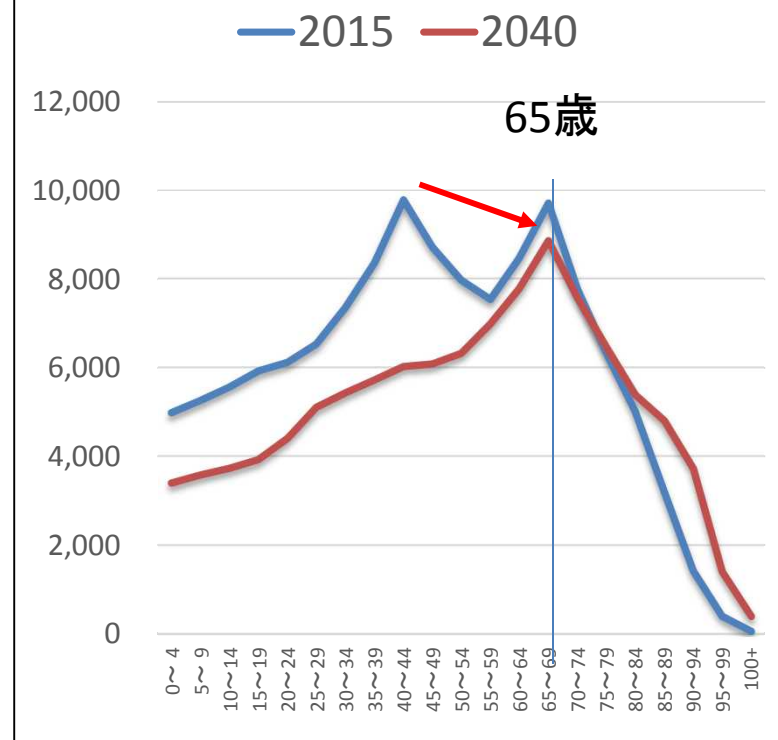
75歳以上人口：2025年まで増え続け、以降一定



40歳以上人口：2030年以降減少



25年後の人口構造



支え手が減り、
 税収・保険料減の中で
 高齢者になる私たち・・・

データヘルス計画⇒効果的・効率的な保健事業を行うこと

「データヘルス計画」

レセプト・健診情報等のデータの分析に基づく
効果的・効果的な保健事業をPDCAサイクルで実施するための事業計画

