

第149回市町村職員を対象とするセミナー 2019.10.25 13:10～13:40

高齢者の保健事業と介護予防の 一体的な実施の推進に向けたプログラム

～ 高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドラインより ～

**高齢者の保健事業のあり方検討ワーキンググループ
同 作業チーム
一体的実施の推進に向けたプログラム検討実務者検討班
後期高齢者の質問票活用に向けた研究班
あいち健康の森健康科学センター
津下 一代**

これまでの経過と今後の進め方について（案）

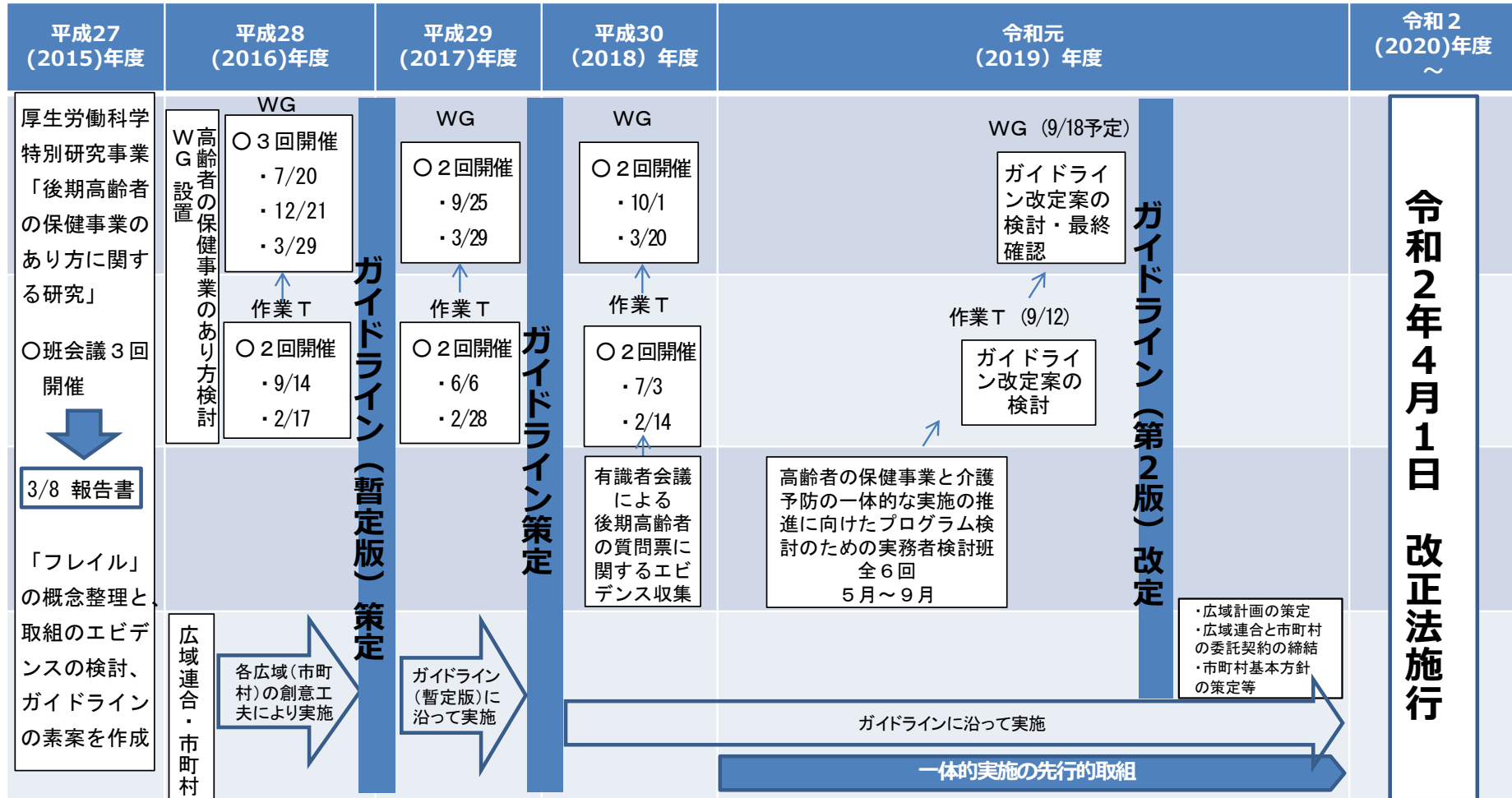
高齢者の保健事業のあり方検討ワーキンググループ（第8回）

令和元年9月18日（水）

資料1

○令和元（2019）年度5月より、自治体が高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に取り組む際の参考となるよう「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の推進に向けたプログラム検討のための実務者検討班（以下、「実務者検討班」とする。）」においてプログラムの検討を行った。

○実務者検討班における検討結果を踏まえて、「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン」を改定する。

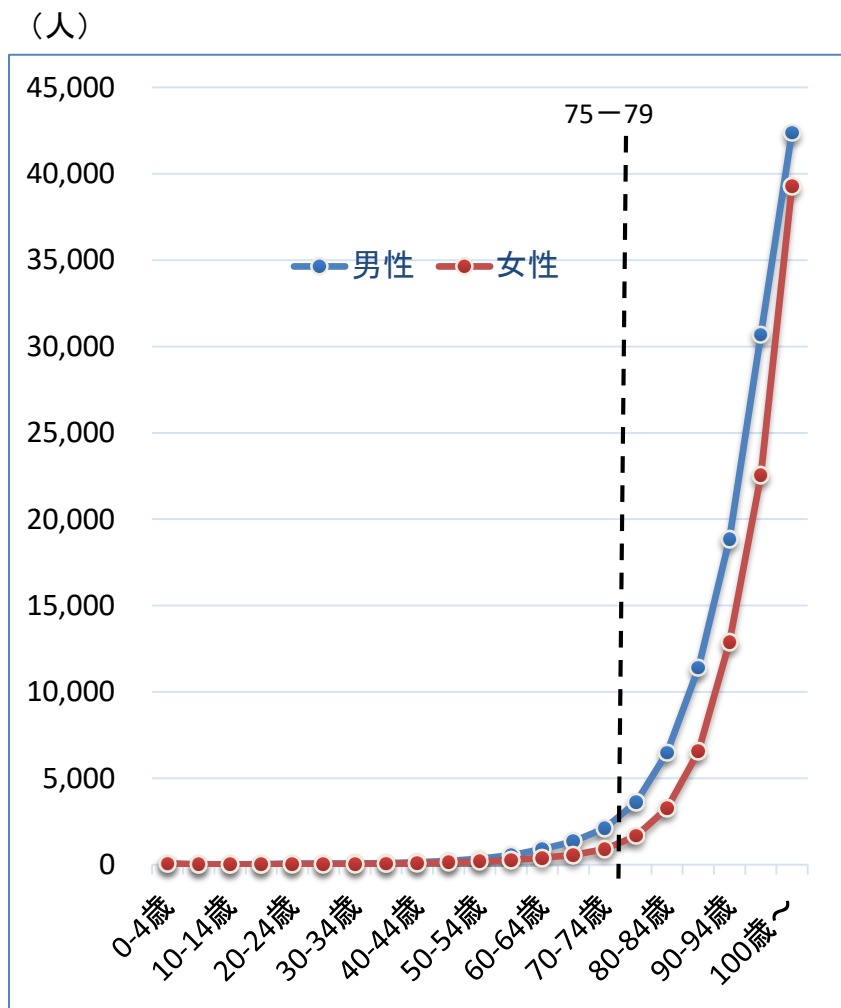


- （１）高齡期の健康課題と対策の必要性**
- （２）高齡者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン**
- （３）後期高齡者に対する質問票**
- （４）高齡者の保健事業と介護予防の一体的実施**

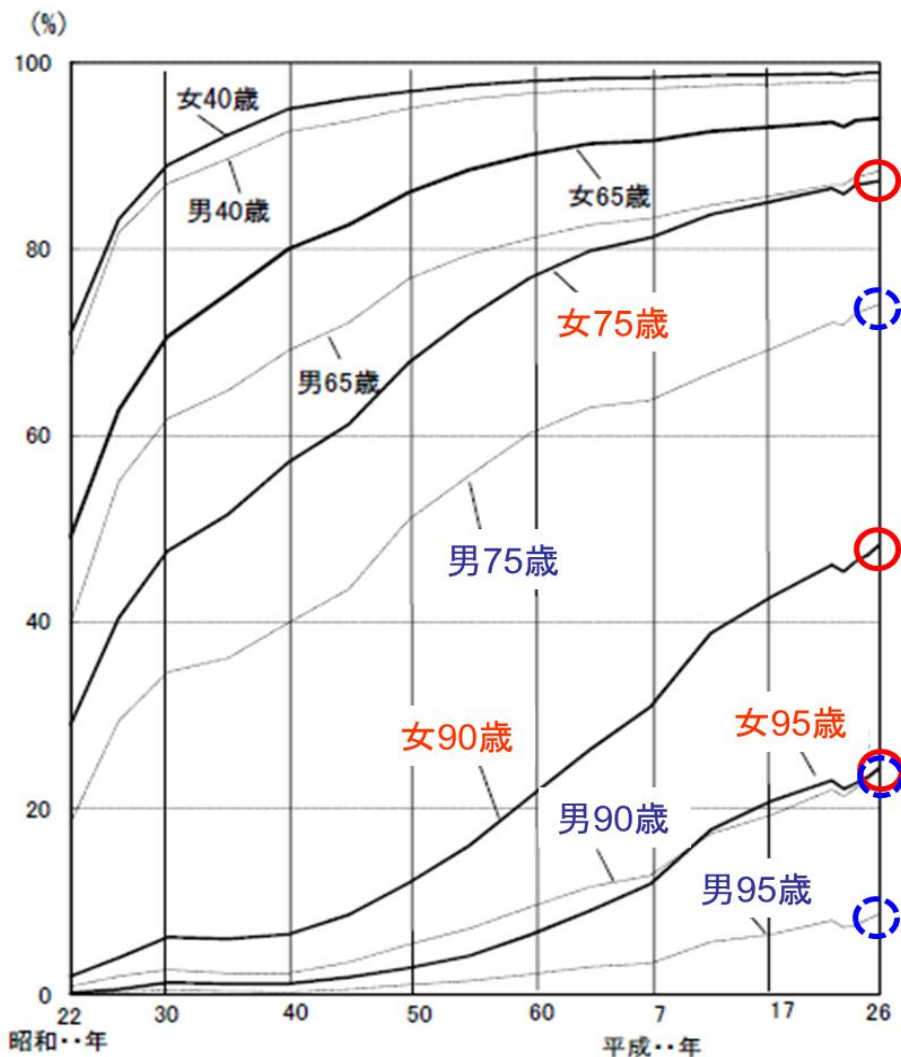
人生90年時代 長生きに対する対応と「死」「喪失」に対する不安、孤独

年齢階級別死亡率 (人口10万人対)

特定の年齢まで生存する者の割合



(平成26年 人口動態統計より)



注: 1) 平成22年以前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。

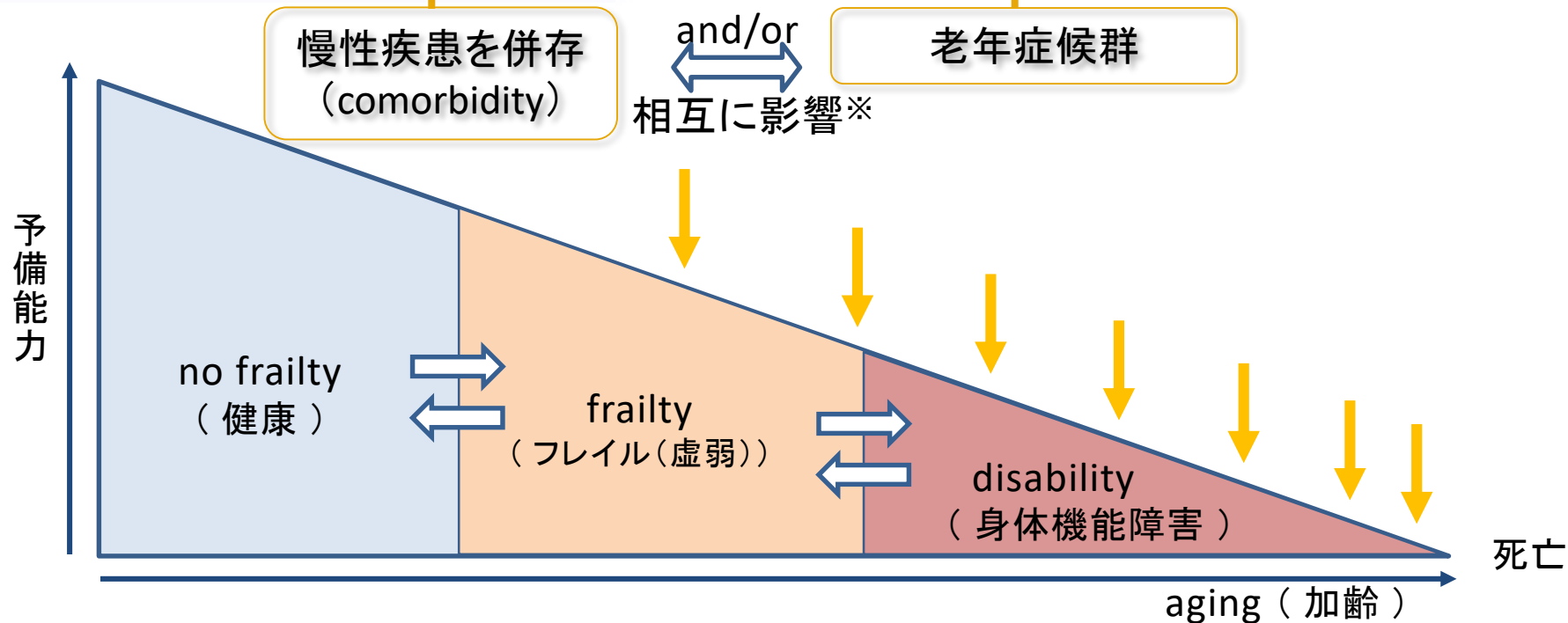
平成26年簡易生命表

高齢者に特有の健康状態の特性等について

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
- 変形性関節症等、
生活習慣や加齢に伴う疾患

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



「フレイル」とは、『フレイル診療ガイド2018年版』(日本老年医学会／国立長寿医療研究センター、2018)によると「加齢に伴う予備能力低下のため、ストレスに対する回復力が低下した状態」を表す“frailty”の日本語訳として日本老年医学会が提唱した用語である。フレイルは、「要介護状態に至る前段階として位置づけられるが、**身体的脆弱性のみならず精神心理的脆弱性や社会的脆弱性などの多面的な問題を抱えやすく、自立障害や死亡を含む健康障害を招きやすいハイリスク状態を意味する。**」と定義されている。また、「フレイル」の前段階にあたる「プレフレイル」のような早期の段階からの介入・支援を実施することも重要である。

※ 現時点では、慢性疾患とフレイルの関わりについて継続的に検証されている段階にあることに留意が必要。

多面的なフレイルの概念

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、心身の脆弱性**が出現した状態である。（死亡、要介護のリスク高い）
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**

- **身体的フレイル（J-CHS基準）**

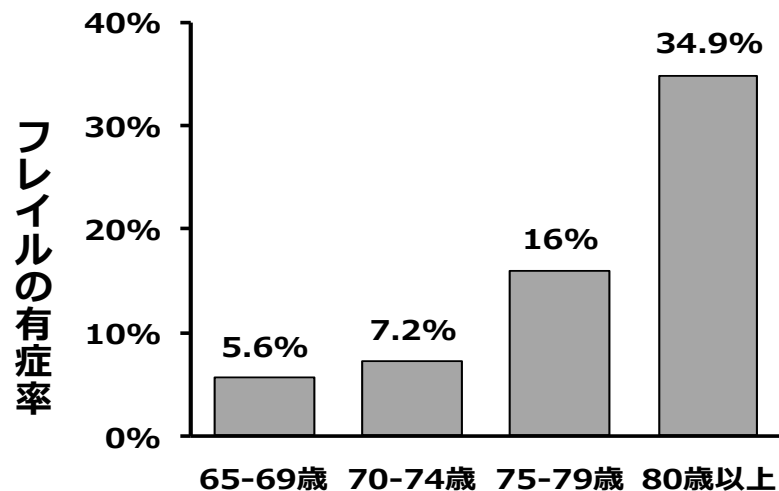
- ①体重減少（6か月で2～3kg以上の減少）
- ②筋力低下（握力：男性＜26kg、女性＜18kg）
- ③疲労感（訳もなく疲れたような感じがする） ④歩行速度（秒速1.0m未満）
- ⑤身体活動（週1回以上の定期的な運動） ▶フレイル（3つ以上）、プレフレイル（1～2つ）

- **オーラルフレイル**

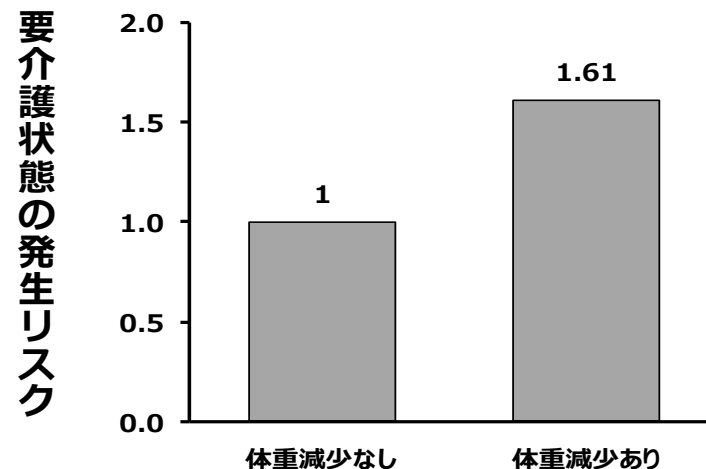
老化に伴う口腔の状態（歯数・口腔衛生・口腔機能など）の変化
口腔健康への関心の低下や心身の予備能力低下
⇒咀嚼力低下、嚥下困難、活舌低下⇒低栄養・フレイルへ

- **精神・心理的フレイル** （うつ状態）
- **社会的フレイル** （社会参加の低下、閉じこもり）

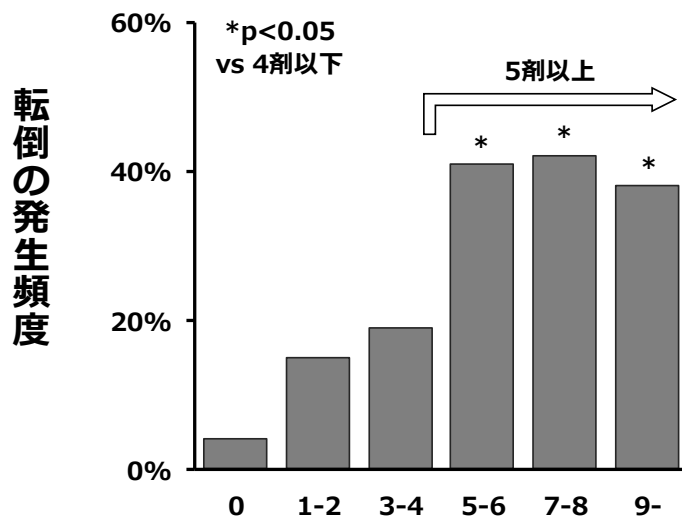
年齢区分別 フレイルの有症率



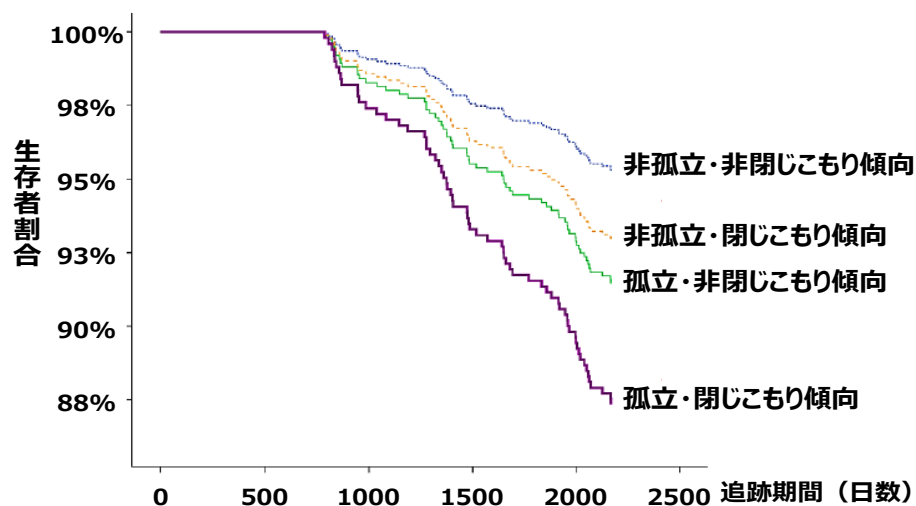
体重減少と2年後の要介護状態の発生



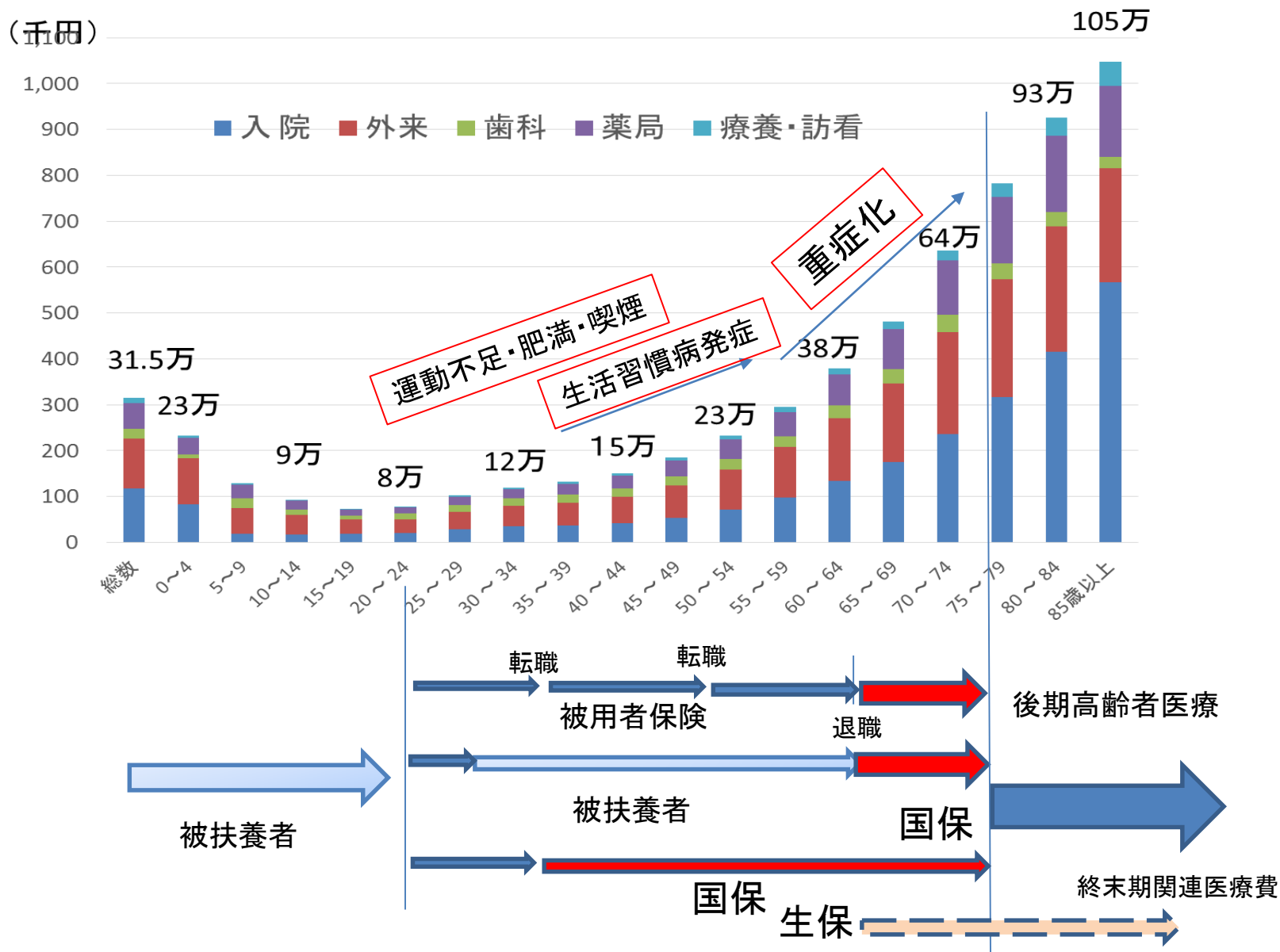
薬剤数と転倒の発生頻度



社会的孤立と外出頻度による生存者割合

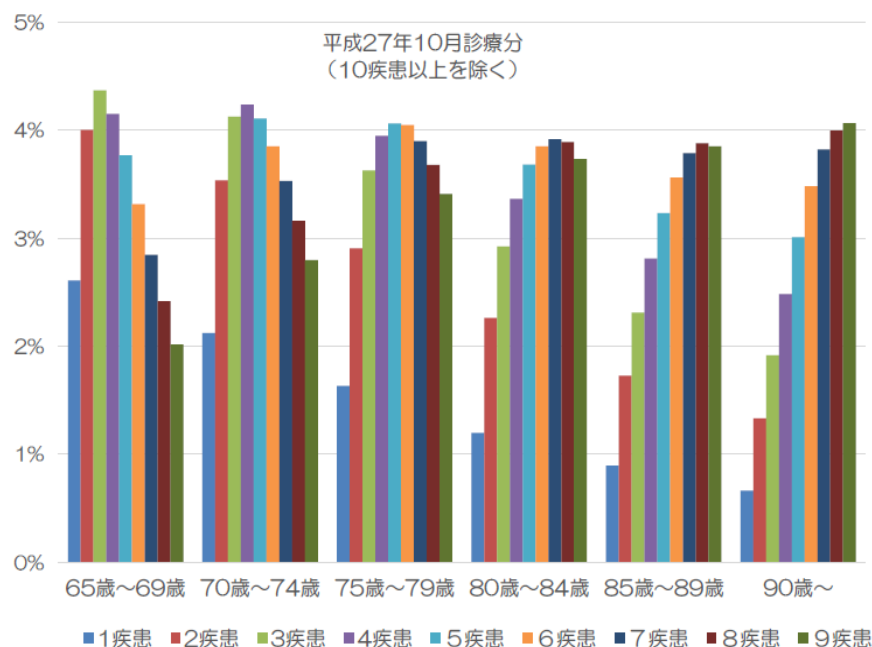


年齢階級別1人当たり医療費



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)

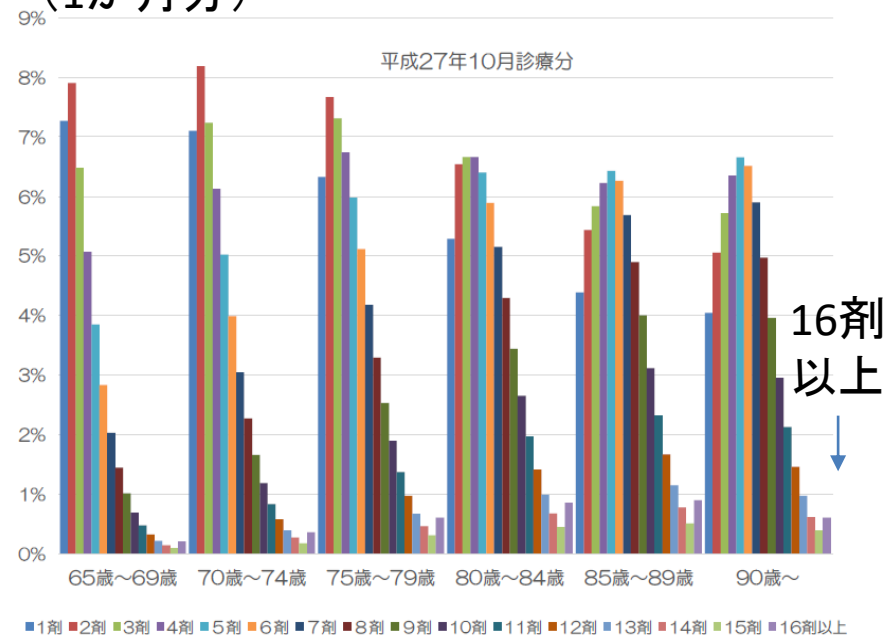
診断疾患数別の年齢階級別人口比



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

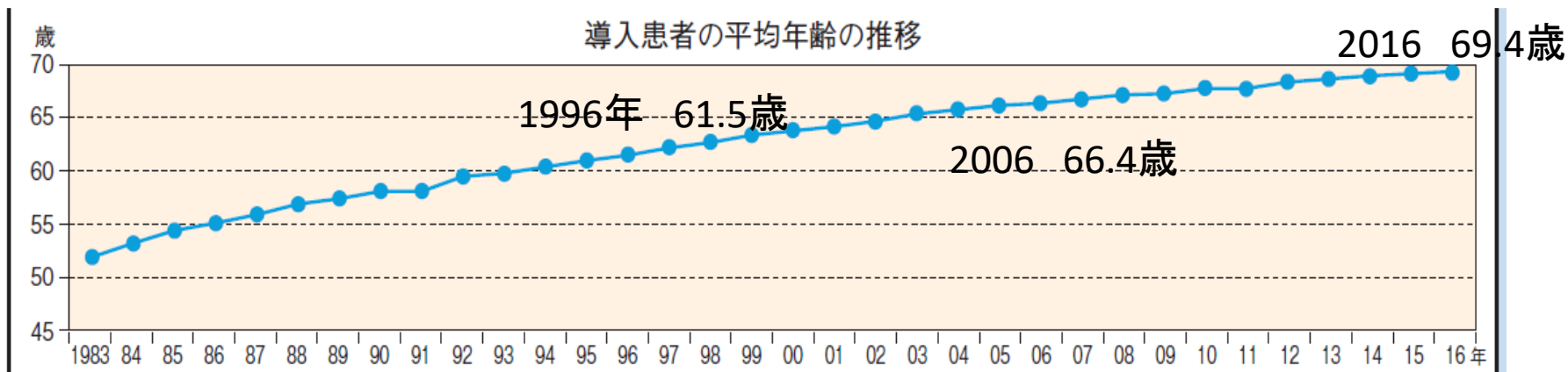
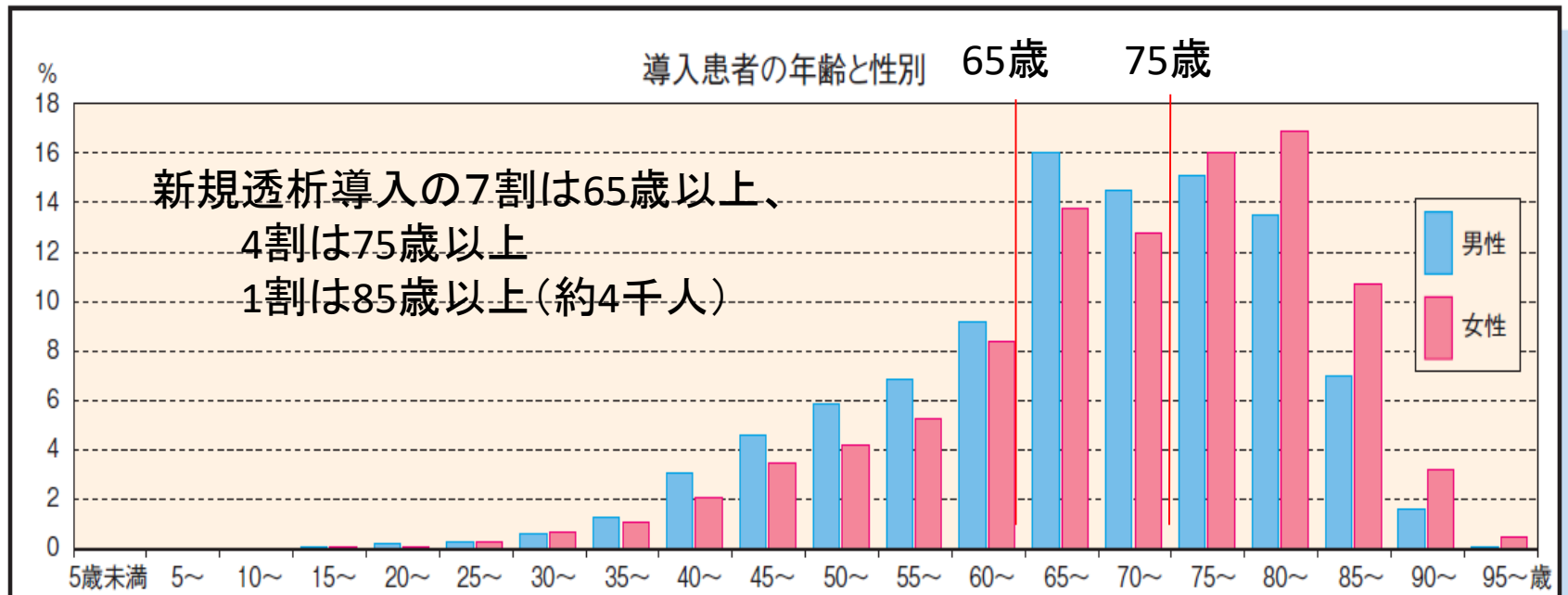
内服医薬品使用種類数別年齢階級人口比
(1か月分)



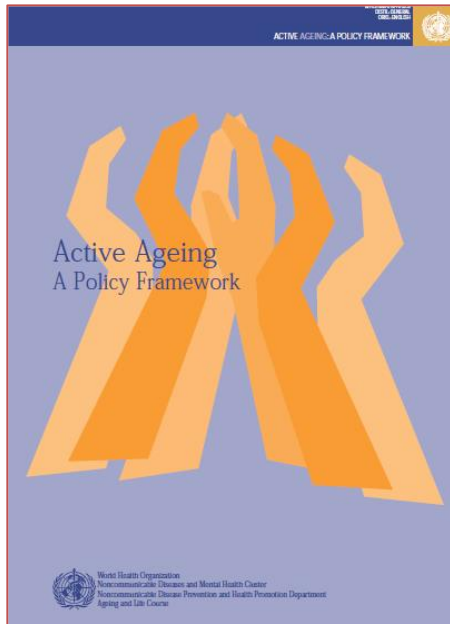
最頻値

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

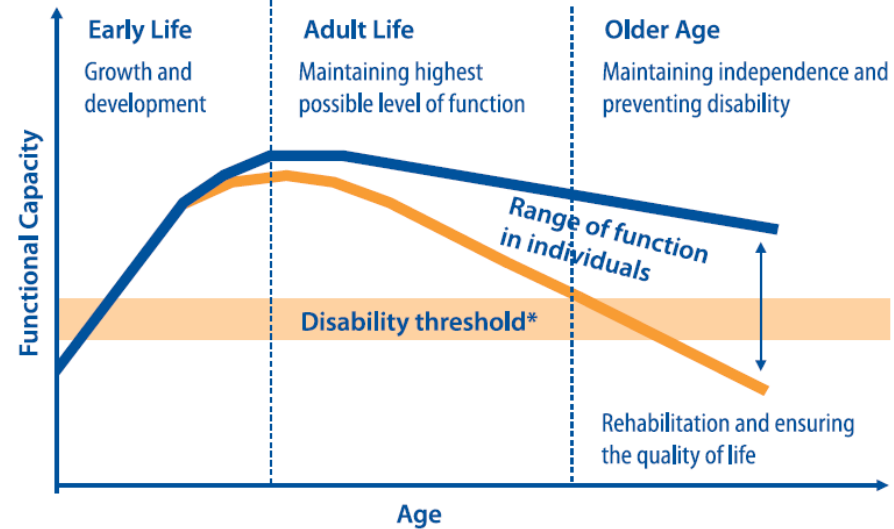
新規透析導入患者の性・年代分布



WHO: Active Aging 2002 A Policy Framework



ライフコースを通じた健康・生活機能の維持



Source: Kalache and Kickbusch, 1997

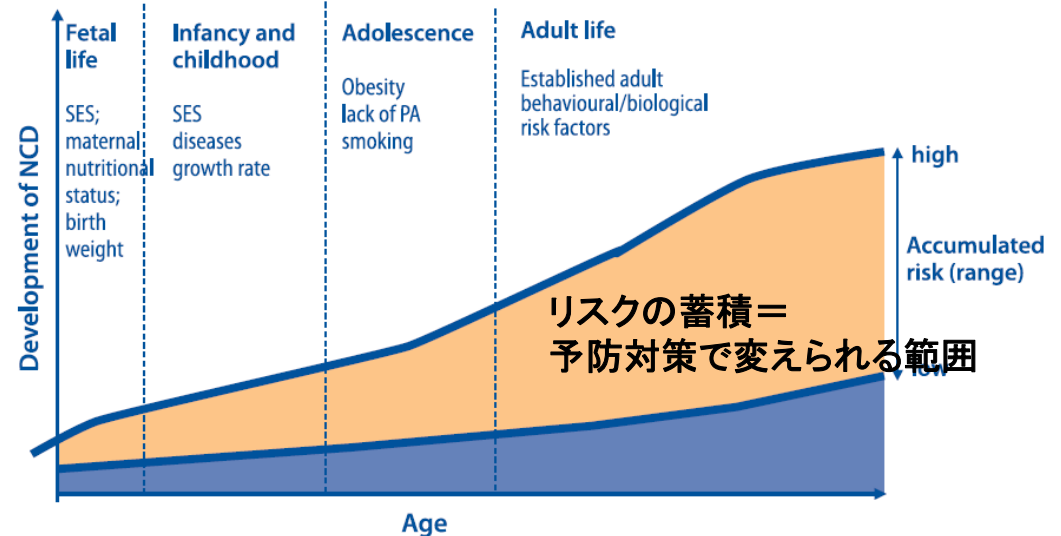
Figure

Active Aging の決定要因



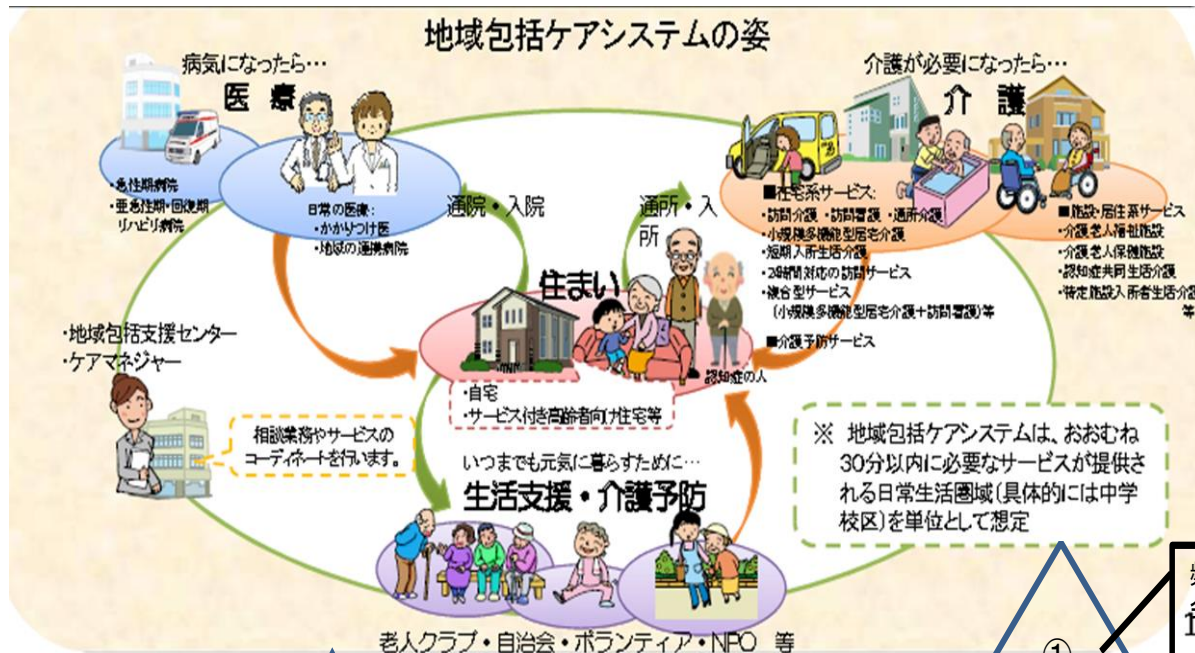
生涯を通じたNSD予防

diseases prevention, a life course approach

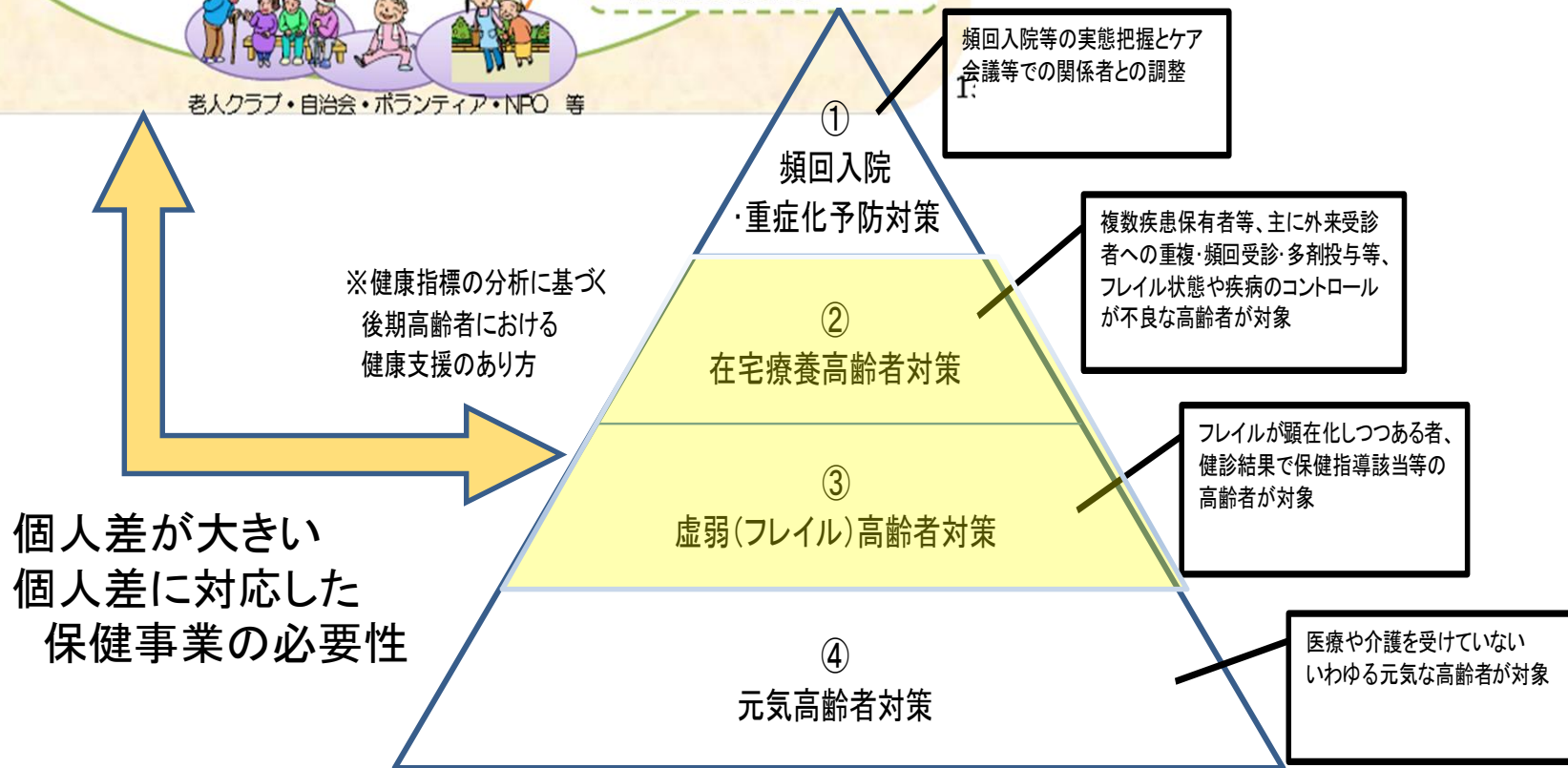


SES: socioeconomic status PA: physical activity

Source: Aboderin et al., 2002



医療制度改革
地域包括ケア推進
 ↓
病気を抱えつつ
地域で暮らす高齢者増加



(1) 高齢期の健康課題と対策の必要性

(2) 高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン

(3) 後期高齢者に対する質問票

(4) 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

高齢者の特性を踏まえた保健事業 ガイドライン

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

高齢者の保健事業
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

高齢者に対する保健事業と地域連携

①地域の高齢者の健康をめぐる

全体像の把握

- ・地域の健康課題の把握
- ・地域資源の状況の確認

②健康課題がある人への支援

- ・栄養に関する相談・指導
- ・口腔に関する相談・指導
- ・服薬に関する相談・指導
- ・生活習慣病の重症化予防に関する相談・指導

③健康状態不明者へのアプローチ

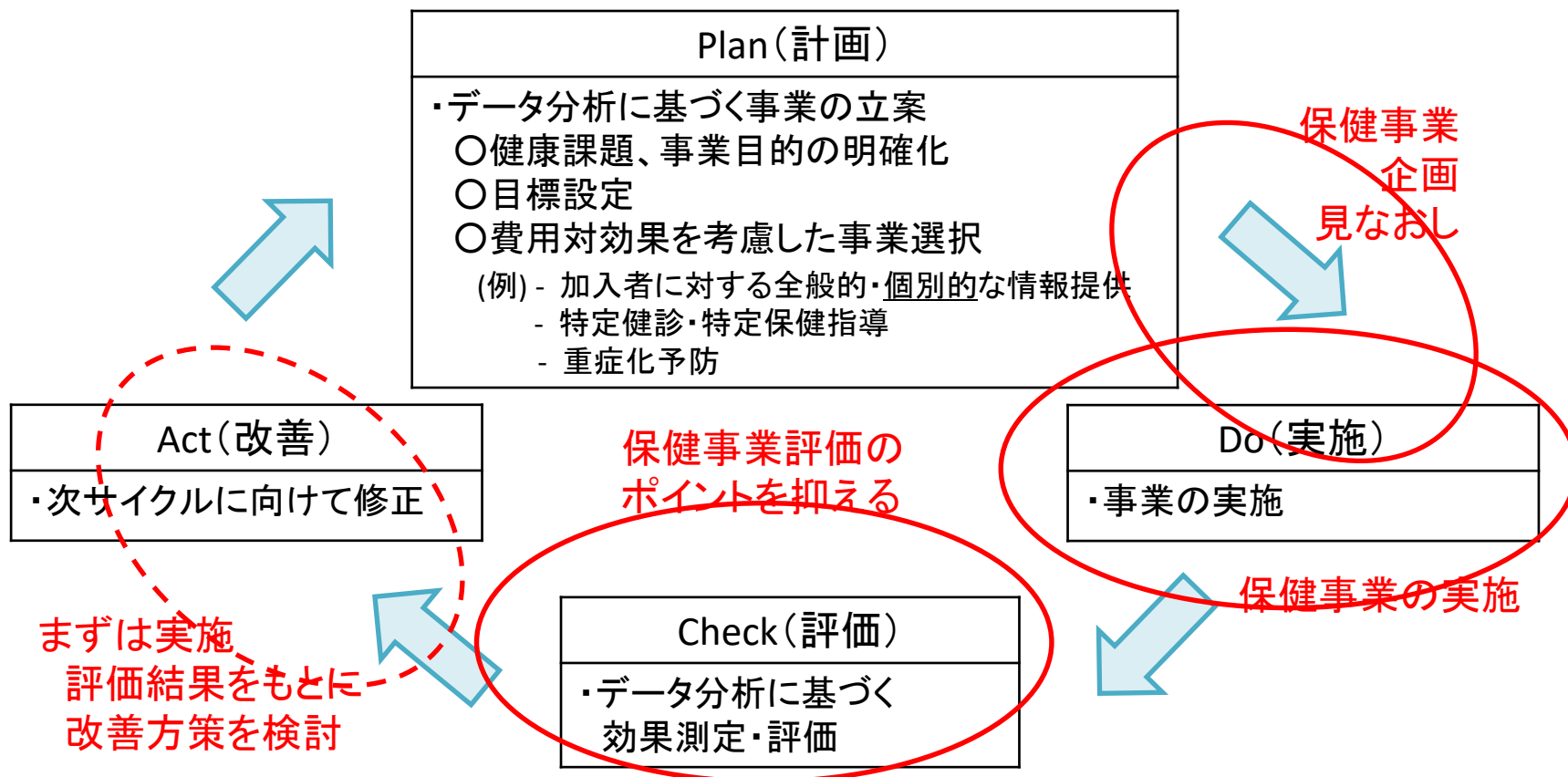
④元気高齢者に対するアプローチ



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」

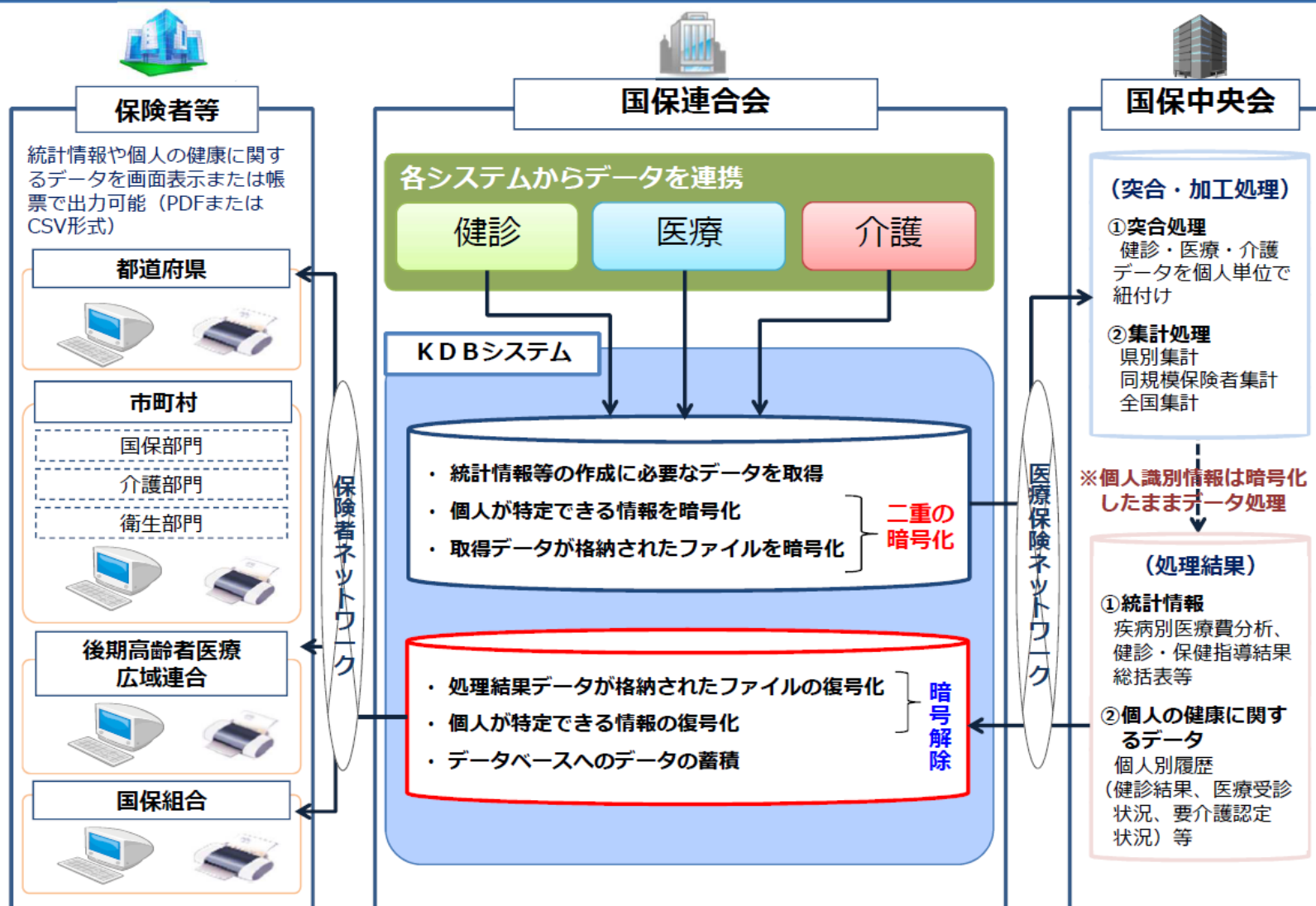
レセプト・健診情報等のデータの分析に基づく
効果的・効果的な保健事業をPDCAサイクルで実施するための事業計画



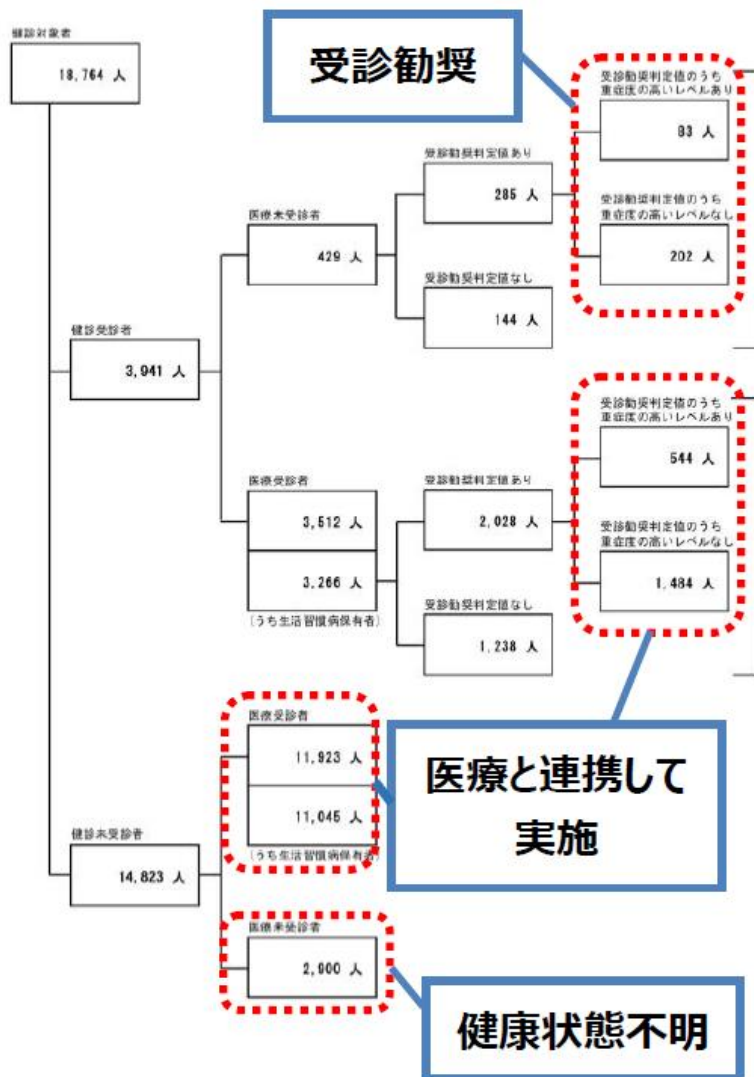
対象となる健康課題は違っても、保健事業の基本骨格は同じ！

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たか。 ・実施体制が構築できたか ・マンパワー、予算は確保できたか
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 ・進行管理表を作成したか ・対象者に合わせた内容が準備できているか
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したか ・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） 次年度も継続したいという意欲があるか

国保データベース（KDB）システムの全体像



図表Ⅱ-2 KDBシステム帳票「後期高齢者の健診状況」(帳票ID:P26_018)



因子、判定値ごとの人数、および、健診受診者に対する割合

医療未受診者

○は前年比 単位:ポイント

	血糖	血圧	脂質	肝機能	貧血	腎機能	尿酸
保健指導判定値未満	243 人 57.1 % (0.9)	171 人 39.9 % (0.6)	174 人 40.6 % (1.5)	367 人 85.5 % (3.2)	338 人 78.0 % (-3.7)	308 人 71.9 % (22.0)	394 人 91.8 % (2.1)
保健指導判定値以上 ～受診勧奨判定値未満	142 人 33.1 % (-4.0)	107 人 24.9 % (1.4)	143 人 33.3 % (-0.1)	46 人 10.7 % (-5.1)	60 人 14.0 % (2.7)	70 人 16.3 % (-13.4)	25 人 5.8 % (-1.4)
受診勧奨判定値以上	42 人 9.8 % (3.0)	151 人 35.2 % (-2.0)	112 人 26.1 % (-1.4)	16 人 3.7 % (-0.2)	31 人 7.2 % (0.9)	51 人 11.9 % (-8.6)	10 人 2.3 % (-0.3)
※参考 受診勧奨判定値のうち重症度の高いレベル	14 人 3.3 % (1.2)	36 人 8.4 % (-0.7)	15 人 3.5 % (0.2)	3 人 0.7 % (0.3)	2 人 0.5 % (-0.1)	19 人 4.4 % (-1.5)	0 人 0.0 % (-0.4)

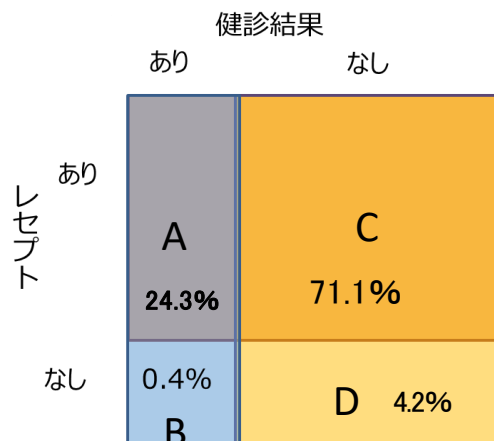
医療受診者のうち生活習慣病保有者

○は前年比 単位:ポイント

	血糖	血圧	脂質	肝機能	貧血	腎機能	尿酸
保健指導判定値未満	1,565 人 47.9 % (1.0)	1,427 人 43.7 % (3.2)	1,539 人 47.1 % (1.4)	2,600 人 79.5 % (0.0)	2,534 人 77.5 % (-0.3)	2,329 人 71.3 % (29.2)	2,956 人 89.5 % (0.4)
保健指導判定値以上 ～受診勧奨判定値未満	1,276 人 39.1 % (-1.3)	820 人 25.1 % (0.8)	1,147 人 35.1 % (0.7)	532 人 16.3 % (0.1)	435 人 13.3 % (-0.7)	477 人 14.6 % (-13.5)	232 人 7.1 % (0.2)
受診勧奨判定値以上	425 人 13.0 % (0.8)	1,019 人 31.2 % (-4.1)	500 人 17.8 % (-2.1)	134 人 4.1 % (-0.1)	297 人 9.1 % (0.9)	469 人 14.1 % (-15.7)	78 人 2.4 % (-0.6)
※参考 受診勧奨判定値のうち重症度の高いレベル	194 人 4.7 % (-0.2)	222 人 6.8 % (-0.0)	42 人 1.3 % (0.1)	7 人 0.2 % (-0.1)	38 人 1.2 % (0.5)	142 人 4.3 % (-7.1)	19 人 0.6 % (-0.1)

受診勧奨判定値のうち重症度の高いレベル	空腹時血糖	≥140mg/dl
	HbA1c	≥7.0% (平成24年度受診時)
		≥7.4% (平成25年度以降受診時)
	随時血糖(食後3時間以上)	≥140mg/dl
	収縮期血圧	≥160mmHg
	拡張期血圧	≥105mmHg
	LDL	≥180mg/dl
	脂質	中性脂肪 ≥500mg/dl
		non-HDL ≥210mg/dl
	ALT	≥10IU/L
	肝機能	AST ≥30IU/L
		γ-GTP ≥30IU/L
	貧血	血色素 男性10.1g/dl, 女性9.1g/dl
	腎機能	尿蛋白 ≥++
		eGFR <40
	尿酸	尿酸 ≥9.0

健診・医療の受診状況別の人数と取組の方向性



(平成28年度モデル事業
実施自治体の状況より)



2018年度分で抽出
介護保険データも参照
【要支援以上の認定状況】
Aの1～2割
Bはほとんどなし
Cの約4割、Dの1～2割
3種（健診・医療・介護）
すべてなし者
全高齢者の4%程度

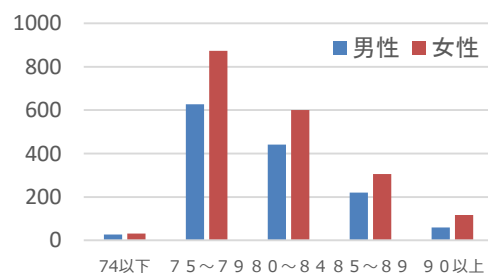
医療・健診の受診状況		取組の方向性
健診で健康状態を把握	医療（外来）受診あり・健診受診あり（24.3%） A	取組テーマに応じた支援を実施する レセプトから医療受診・処方状況を把握し、具体的な支援を実施する ・かかりつけ医と連携した支援 ・必要に応じて外来治療からの情報提供を受ける
	医療（外来）受診なし・健診受診あり（0.4%） B	取組テーマに応じた支援を実施する ・健診結果に基づき、取組テーマに応じた支援 ・必要に応じ医療の受診勧奨、介護へつなぐ
レセプトを把握	医療（外来）受診あり・健診受診なし（71.1%※） C	レセプトから医療受診・処方の状況を把握し、医療と連携の上、必要な支援を実施する ・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
	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

後期高齢者 KDBからの保健事業対象者抽出（市町村での抽出）
健診・医療レセプト・介護レセプトから見た状況（愛知県蒲郡市）

	健診あり	健診なし	合計
医療レセプトあり	A 3,303人 (27.5%) うち要支援以上 527人 (Aの16.0%)	C 8,113人 (67.6%) うち要支援以上 3,332人 (Cの41.1%)	11,416人 (95.1%)
医療レセプトなし	B 15人 (0.1%) うち要支援以上 0人 (Cの0 %)	D 577人 (4.8%) うち要支援以上 41人 (D の8.1%)	592人 (4.9%)
合計	3,318人 (27.6%)	8,690人 (72.4%)	12,008人 (100.0%)

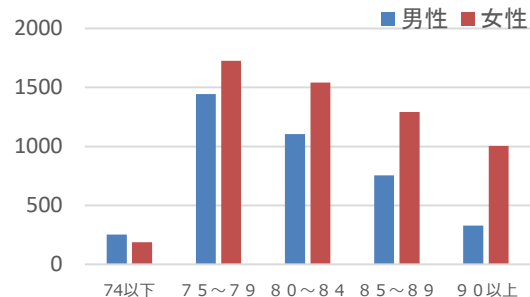
(人)

A（健診・医療あり）



(人)

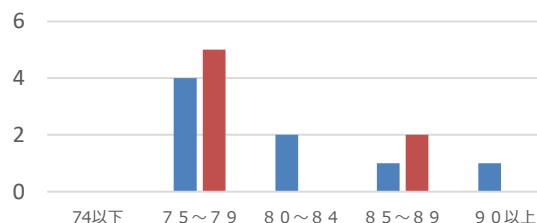
C（健診なし・医療あり）



3種の情報なし：536人（4.5%）

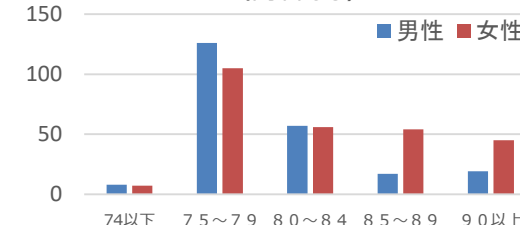
(人)

B（健診のみ）

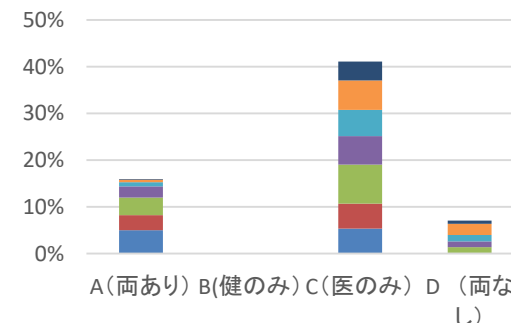


(人)

D（両者なし）



健診・医療レセ区分別
要介護認定の状況

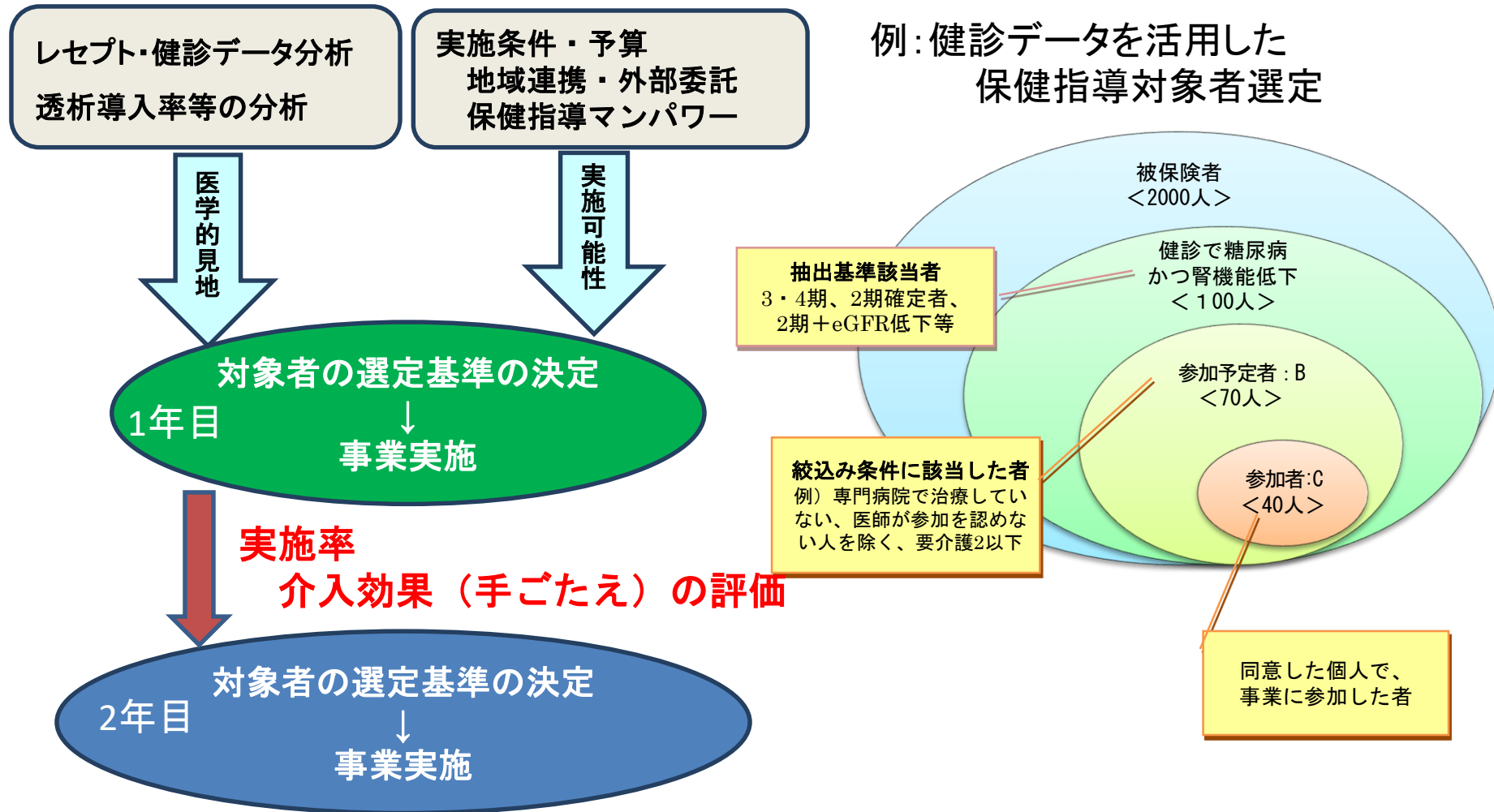


■ 要支援1 ■ 要支援2 ■ 介護1 ■ 介護2
■ 介護3 ■ 介護4 ■ 介護5

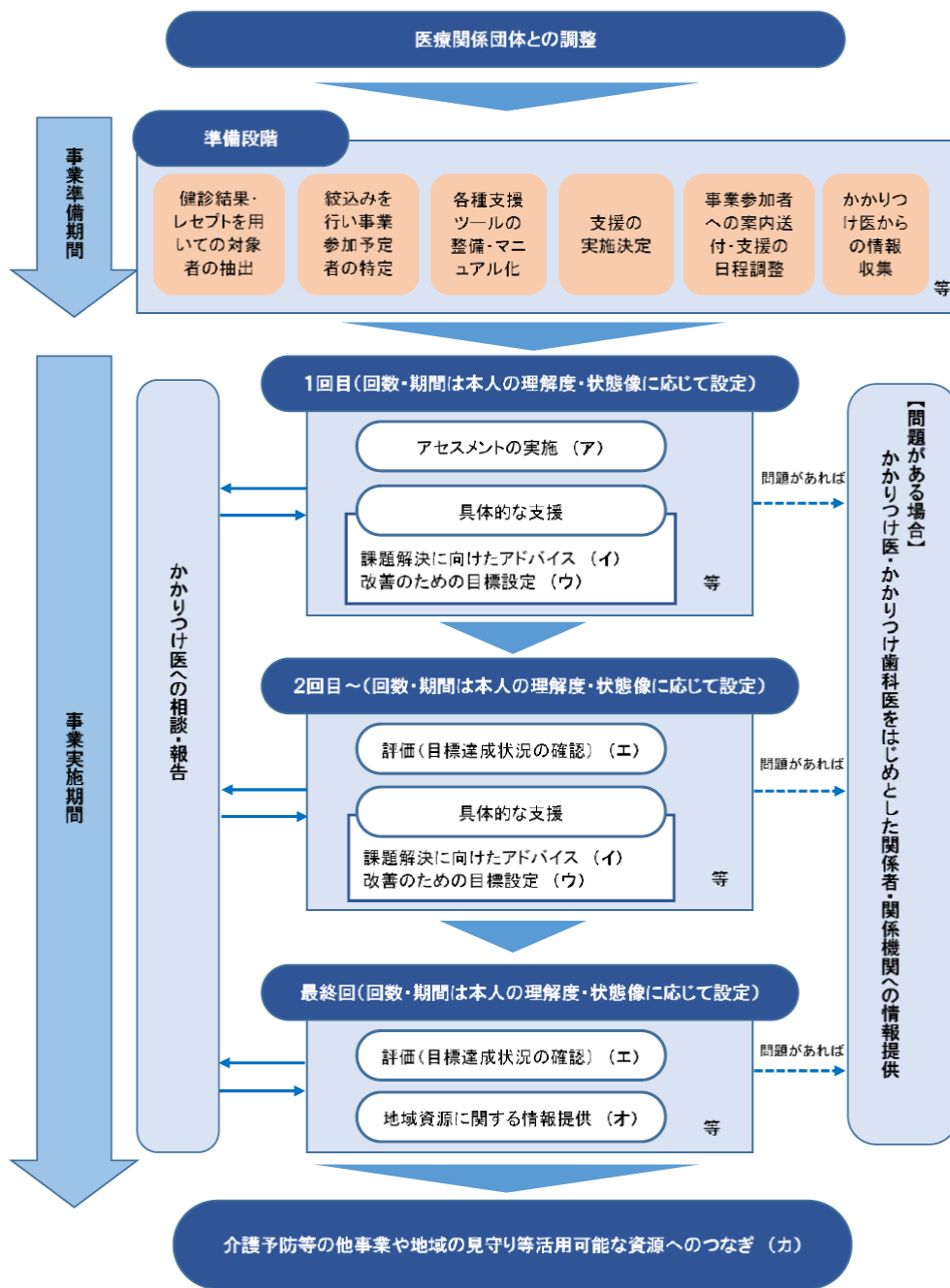
高齢者の健康支援のイメージ

内 容	支援のイメージ
①生活習慣病等の重症化 予防に関する課題	 高齢者が抱える健康上の不安を専門職がサポート <相談・支援のスタンス> ○在宅の日常生活を支える (生活習慣・スタイルへの支援) - スローガン (例) - ・毎日歩こう ・たんぱく質は欠かさず食べよう ○対象者の主体性を重視 ・安心、楽しみ、元気といったポジティブな要素を重視 ・できなくなったことの把握だけでなく、できることに着目 ・自信や前向きな姿勢を育む
②栄養に関する課題	
③口腔に関する課題	
④服薬に関する課題	

各自治体における優先順位の考え方



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、質問票	・包括支援センターの高齢者訪問とタイアップ。



質問票、KDBを活用した保健事業対象者抽出の参考例 (厚労科研研究班作成)

保健事業		質問票データ		KDB			
		項目	参考項目	健診データ		レセプト	介護
重症化 予防	・受診動向	健康状態(1)	体重変化(6)	HbA1c 7.0%以上	HbA1c 8.0%以上	以下が未受診もしくは 治療中断の場合 <疾患名> 糖尿病 高血圧 糖尿病性腎症 心不全	要介護 要支援
	・重症化予防の ための保健指導	健康状態(1)	体重変化(6)	血圧 140/90mmHg	血圧 160/100mmHg	<疾患名> 糖尿病 高血圧 糖尿病性腎症 心不全 <その他> 救急外来への頻回受診 断続的な通院	
服薬	・薬剤師との相談		転倒(8) 認知(10,11)			多剤併用 重複頻回受診	
栄養	・栄養面談 ・低栄養予防 プログラム 等	体重変化(6) 食習慣(3)	口腔(4,5) 認知(10,11) 心の健康状態(2)	BMI：20未満 アルブミン ヘモグロビン	BMI：18.5未満 アルブミン ヘモグロビン	<病的な体重減少をきたす疾患> 悪性腫瘍 甲状腺機能亢進症 糖尿病(管理不良)	
口腔	・歯科医療機関 受診	口腔(4,5)	食習慣(3) 体重変化(6)			歯科未受診 誤嚥性肺炎の既往歴 糖尿病等	
	・口腔、嚥下体操 教室 等	口腔(4,5)	食習慣(3) 体重変化(6) 認知(10,11)			誤嚥性肺炎の既往歴	
運動	・運動機能向上 プログラム ・転倒予防教室 等	運動(7,8,9)	口腔(5) 体重変化(6) 社会参加(13,14)			<要注意な疾患> 骨粗しょう症 骨折 変形性関節症	
健康相談 通いの場		社会参加 (13,14) ソーシャルサ ポート(15)	運動(7,8,9) 健康状態(1) 心の健康状態 (2)				
地域包括支援センターへ つなぐ		認知(10,11)	社会参加(13,14) ソーシャルサ ポート(15)				

- (1) 高齢期の健康課題と対策の必要性
- (2) 高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン
- (3) 後期高齢者に対する質問票**
- (4) 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

質問票の役割

- 1) 特定健診の「標準的な質問票」に代わるものとして、後期高齢者に対する健診の場で質問票を用いた問診（情報収集）を実施
⇒高齢者の特性を踏まえた健康状態を総合的に把握する。
- 2) 診療や通いの場等においても質問票を用いて健康状態を評価することに
⇒住民や保健事業・介護予防担当者等が高齢者のフレイルに対する関心を高め、生活改善を促すことが期待される。
- 3) 質問票の回答内容とKDBシステムから抽出した健診・医療・介護情報を併用し、高齢者を必要な保健事業や医療機関受診につなげ、地域で高齢者の健康を支える。
- 4) 保健指導における健康状態のアセスメントとして活用するとともに、行動変容の評価指標として用いる。
- 5) KDBシステムにデータを収載・分析することにより、事業評価を実施可能とし、PDCAサイクルによる保健事業に資する。

後期高齢者の質問票

	類型	質問文
1	健康状態	あなたの現在の健康状態はいかがですか
2	心の健康状態	毎日の生活に満足していますか
3	食習慣	1日3食きちんと食べていますか
4	口腔機能	半年前に比べて固いもの(*)が食べにくくなりましたか
5		お茶や汁物等でむせることがありますか
6	体重変化	6カ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか
7	運動・転倒	以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか
8		この1年間に転んだことがありますか
9		ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか
10	認知機能	「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあると言われていませんか
11		今日が何月何日かわからない時がありますか
12	喫煙	あなたはたばこを吸いますか
13	社会参加	週に1回以上は外出していますか
14		ふだんから家族や友人と付き合いがありますか
15	ソーシャルサポート	体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか

高齢者の質問票～解説と留意点

令和元年度厚生労働行政推進調査事業（厚生労働科学特別研究）代表 津下 一代

5. 質問票を活用した面談について

1) 目的

- ・高齢者に前向きになってもらい、健康のためにできそうなことを見つけてもらうこと
- ・自治体や医療機関等が高齢者の健康課題を把握すること
- ・自治体の保健事業や医療機関につなげること

<ポイント>

- ・高齢になると「できないこと」が目につくようにする。
- ・何ができないかではなく、何ができて、「今の時点でも元気に」ということへ、
- ・後期高齢者は98.8%が医療機関に目を向けていたという話を進め
- ・コーピング（問題に対処する能力）
- ・質問項目ごとにアドバイスする

2) 事前準備

- ①質問票による面談の目的を理解する
- ②当日はマニュアルに頼ることなく面談
- ③地域の保健事業や社会資源等、
- ・「後期高齢者医療広域連合事業」
- ・高齢福祉課（地域包括支援

- ・健康推進課が実施する事業
- ・生涯学習課が実施する事業
- ・スポーツ課が実施する事業

3) 面談の流れ（最も活用場面が多い）

- ①挨拶； 面談の目的、おおよその
- ②回答の済んだ質問票を提示する。
- ③健康状態（1）、心の健康状態
- ・本質問票は、食習慣（3）以降の総合的に判断・アドバイスを行う
- ④食習慣（3）、口腔機能（4、5）
- ・できていることを確認する。
- ・信頼関係を構築し、話しやすい
- （3）、運動習慣（9）、喫煙
- ⑤アドバイスが必要な質問について確
- ・今からでも生活改善や工夫により

使い方・留意点

6. 各項目の解説・ポイント

類型名：健康状態

質問No	あなたの現在の健康状態はいかがですか	①よい	②まあよい	③ふつう	④あまりよくない	⑤よくない
目的	主観的健康感を把握する。					
解説	○本質問票は、すべての質問に関連しているため、単独では考えず、総合的に捉えることが必要であり、すべての回答を確認した後に活用する。 ○国民生活基礎調査の質問を採用しているため、調査結果と直接の比較に活用できる。					
エビデンス、統計等	○主観的健康感、累積生存率 ¹⁾ （図1）、要介護度、認知機能と強い関連がある。 ○主観的健康感が良い者の死亡リスクは、良い者より男性1.3倍、女性1.5倍高い ²⁾ 。 ○男女いずれも、加齢により、健康と認識していない者は増加している。一方、90歳以上の男女においても、「よい、まあよい、ふつう」の割合は、6割程度存在している ³⁾ （図2）。					
聞き取りポイント	○「あまりよくない」「よくない」の回答に対しては、急性的（何かの理由により、たまたま現在の状態）なのか慢性的（継続的）な状態なのかを把握する。 ○「あまりよくない」「よくない」が慢性的に続いている場合は、そのような状態にある期間・理由・本人の捉え方等を確認する。					
具体的な声かけの例	○「よい、まあよい、ふつう」の場合 ⇒3番以降の回答を踏まえ、今後もよい健康状態が続けられるよう、声掛けをする。 「日頃の食事や運動、サークル活動に参加していることが、健康の源になっているのですね。」 ○「あまりよくない、よくない」の場合 ⇒「あまりよくない、よくない」という状態は、いつから続いているのですか？ ⇒「あまりよくない、よくない」と感じる時は、どのような時ですか？」					
関連項目	心の健康状態（2）、食習慣（3）、口腔機能（4、5）、体重変化（6）、運動・転倒（7、8、9）、認知機能（10、11）、喫煙（12）、社会参加（13、14）、ソーシャルサポート（15）					
留意事項	○OKBの傷病フラグの有無、薬剤数を把握し、疾患が関連しているかを確認できるとよい。					
対応方法	○「あまりよくない」または「よくない」という状態が、慢性的に続いているような場合 ⇒保健センターの相談窓口や、かかりつけ医につなげる。					
紹介先	○急慢性健康状態の悪化の場合 ⇒医療機関を紹介する。					

図1：主観的健康感と、累積生存率との関連について¹⁾

主観的健康感が「健康でない」者は、累積生存率が最も低く、男性はその低下率が著しい。そして「あまり健康でない」「まあまあ健康である」とても健康であるの順に累積生存率は高くなっている。

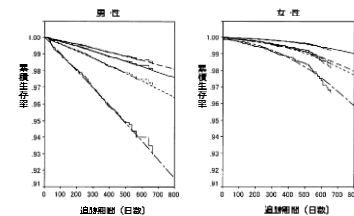
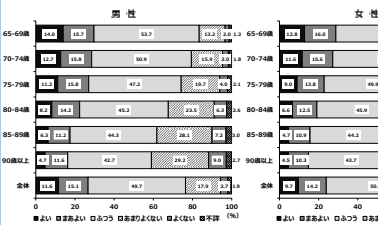


図2：65歳以上、性・年齢階級別 健康意識の構成割合²⁾

平成28年「国民生活基礎調査の概況」によれば、男女いずれも、年齢が上がるに連れは減少し、健康と認識していない者は増加している。一方、90歳以上においても、「よい、まあよい」の割合は、60%程度存在している。



1) 関戸一、文、坂田山玉、堀 昌二、主観的健康感が高齢者の生命予後に及ぼす影響、日本健康教育学会誌
2) Tatsuro Ishizaki, Shiro Kai, Yuchi Imanaka, Self-rated health and social role as predictors of among a non-disabled older Japanese population. Archives of Gerontology and Geriatrics 2
3) 平成28年 国民生活基礎調査（特別統計調査）厚生労働省ホームページ

保健事業対象者抽出基準例

7. 質問票、KDBを活用した保健事業対象者抽出の参考例

必要な支援	項目	参考項目	KDB			
			健診データ		優先度高	レセプト
重症化予防	・受診動向	健康状態(1)	体重変化(6)	HbA1c 7.0%以上	HbA1c 8.0%以上	以下が未受診もしくは治療中断の場合 <疾患名> 糖尿病 高血圧 糖尿病性腎症 心不全
	・重症化予防のための保健指導	健康状態(1)	体重変化(6)	HbA1c 7.0%以上	HbA1c 8.0%以上	<疾患名> 糖尿病 高血圧 糖尿病性腎症 心不全 <その他> 救急外来への頻回受診 断続的な通院
服薬	・薬剤師との相談	転倒(8) 認知(10,11)				多剤併用 重複頻回受診
栄養	・栄養面談 ・低栄養予防プログラム 等	認知(10,11) 心の健康状態(2)	BMI: 20未満 アルブミン ヘモグロビン	BMI: 18.5未満 アルブミン ヘモグロビン	<病状の体重減少をきたす疾患> 悪性腫瘍 中重度機能性九重症 糖尿病（管理不良）	認定 状況を 考慮 する
口腔	・歯科医療機関受診	口腔(4,5)	食習慣(3) 食習慣(6) 体重変化(6)			歯科未受診 嚥下性肺炎の既往歴 糖尿病等
	・口腔、嚥下体操教室 等	口腔(4,5)	食習慣(3) 食習慣(6) 認知(10,11)			嚥下性肺炎の既往歴
運動	・運動機能向上プログラム ・転倒予防教室 等	運動(7,8,9)	口腔(5) 体重変化(6) 社会参加(13,14)			<要注意な疾患> 骨折 骨質 変形性関節症
健康相談 通いの場	社会参加(13,14) ソーシャルサポート(15)	運動(7,8,9) 健康状態(1) 心の健康状態(2)				
地域包括支援センターへ つなぐ	認知(10,11)	社会参加(13,14) ソーシャルサポート(15)				

エビデンス、頻度、介入効果など

ポジティブなメッセージにつなげる

- 対象者本人の安心、楽しみ、社会とのつながり等、**ポジティブな要素を重視、健康管理の大切さを実感**できるよう声かけする。
- 生活の中で「**できること**」に着目。**それを維持し、増やしていく**という観点から行動目標を設定する。
- **本人によるセルフケアだけでなく、家族や周囲の支援（保健サービス等）活用**を適切に組み合わせる。
- **医療機関へのつなぎ、他の保健事業との連携や移行**なども含め、対象者の状況に応じ**柔軟**に実施することが必要である。

- (1) 高齢期の健康課題と対策の必要性
- (2) 高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン
- (3) 後期高齢者に対する質問票
- (4) 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施**

保健事業と介護予防の現状と課題(イメージ)

医療保険

被用者保険の保健事業 (健保組合、協会けんぽ)

- 特定健診、特定保健指導
- 任意で、人間ドック
- 重症化予防(糖尿病対策等)

保険者により、糖尿病性腎症の患者等に対して、医療機関と連携した受診勧奨・保健指導等の実施。

○健康経営の取組

- ・ 保険者と事業主が連携した受動喫煙対策や職場の動線を利用した健康づくりの実施。
- ・ 加入者の健康状態や医療費等を見える化した健康スコアリングレポート等の活用。

退職等

国民健康保険の 保健事業(市町村)

- 特定健診、特定保健指導
- 任意で、人間ドック
- 重症化予防(糖尿病対策等)

- ・ 保険者により、糖尿病性腎症の患者等に対して、医療機関と連携した受診勧奨・保健指導等の実施。

○市町村独自の健康増進事業等と連携した取組

75歳

後期高齢者広域連合の 保健事業 (広域連合。市町村に委託・補助)

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

国保と後期高齢者の
保健事業の接続の必要性
(現状は、75歳で断絶)

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

保健事業と介護予防の
一体的な実施(データ分析、
事業のコーディネート等)

65歳

介護保険の介護予防・日常生活支援総合事業等(市町村)

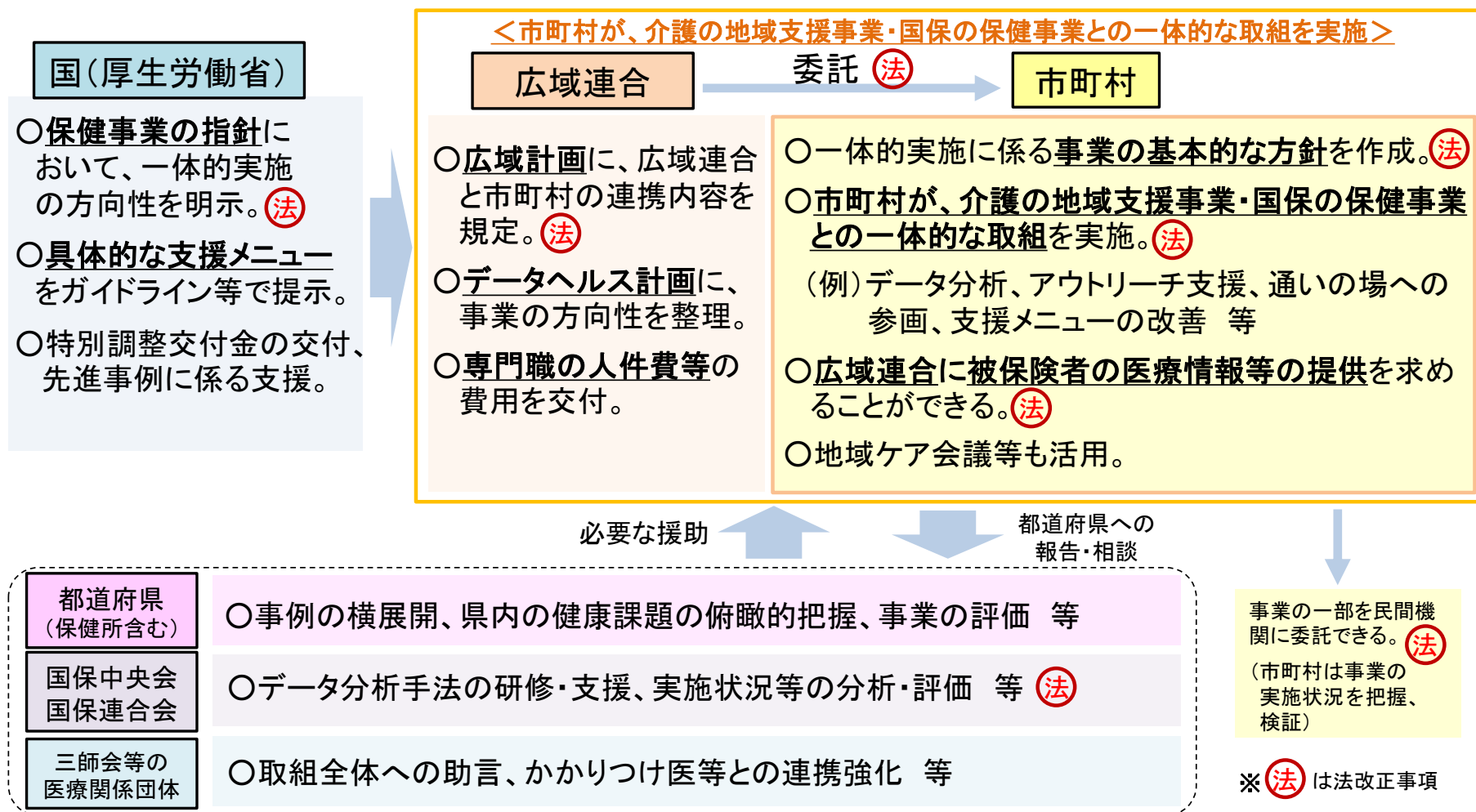
- 一般介護予防事業(住民主体の通いの場)
- 介護予防・生活支援サービス事業
訪問型サービス、通所型サービス、生活支援サービス(配食等)、生活予防支援事業(ケアマネジメント)

→保健事業との連携による支援メニューの充実の必要性

介護保険

高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施（スキーム図）

高齢者の心身の多様な課題に対応し、きめ細かな支援を実施するため、後期高齢者の保健事業について、後期高齢者医療広域連合と市町村の連携内容を明示し、市町村において、介護保険の地域支援事業や国民健康保険の保健事業と一体的に実施。



高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施（市町村における実施のイメージ図）

市町村が一体的に実施

④多様な課題を抱える高齢者や、閉じこもりがちで健康状態の不明な高齢者を把握し、アウトリーチ支援等を通じて、必要な医療サービスに接続。

国保中央会・国保連が、分析マニュアル作成・市町村職員への研修等を実施

医療・介護データ解析

- ②高齢者一人ひとりの医療・介護等の情報を一括把握
- ③地域の健康課題を整理・分析



- ①事業全体のコーディネートやデータ分析・通いの場への積極的関与等を行うため、市町村が、地域に保健師、管理栄養士、歯科衛生士等の医療専門職を配置

経費は広域連合が交付（保険料財源＋特別調整交付金）

高齢者

※フレイルのおそれのある高齢者全体を支援

保健事業

疾病予防・重症化予防

- ⑤国民健康保険と後期高齢者医療制度の保健事業を接続

- ⑥社会参加を含むフレイル対策を視野に入れた取組へ

- ⑦医療専門職が、通いの場等にも積極的に関与

介護予防の事業等

生活機能の改善

- ⑨民間機関の連携等、通いの場の大幅な拡充や、個人のインセンティブとなるポイント制度等を活用

- ⑩市民自らが担い手となって、積極的に参画する機会の充実

かかりつけ医等

- ⑧通いの場への参加勧奨や、事業内容全体等への助言を実施

- ⑪通いの場に、保健医療の視点からの支援が積極的に加わることで、
 - ・通いの場や住民主体の支援の場で、専門職による健康相談等を受けられる。
 - ・ショッピングセンターなどの生活拠点等を含め、日常的に健康づくりを意識できる魅力的な取組に参加できる。
 - ・フレイル状態にある者等を、適切に医療サービスに接続。

事業実施全体の流れ

I. 事業実施主体における体制整備

	広域連合	市町村
①健康課題等の把握 ②広域連合と市町村（介護）での課題の共有 ③取組テーマ・対象地域の検討 ④チーム形成（部署間での役割調整） ⑤外部からの情報収集	データヘルス計画・介護保険事業計画の共有	
	広域における 共通の課題 を把握・検討	市町村への情報提供 (データ含む) 好事例の紹介
		市町村の地域 課題を把握・ 検討
		関係部署間の 情報共有・調整

II. 地域連携体制の構築

	広域連合	市町村
①都道府県との調整 ②関係団体への事前相談 ③広域連合と市町村間での情報提供の環境整備	個人情報の対応	
	都道府県との 調整	県単位の医療関係 団体への事前相談
	電子化等データ環境整備	地域の医療関係 団体への事前相談
		データ 共有
		庁内 調整
		医師会等、地域の関係者への事業説明

III. 事業企画

	広域連合	市町村
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・人身体制の検討 ④対象者から参加予定者の絞り込み ⑤目標・評価指標の設定 ⑥支援内容の決定	企画について広域連合と調整	
	予算の 確保	目標・評価指標設定の 支援
		必要なデータ抽出・提供
		抽出基準 の検討
		概数把握
		目標・評価指標の設定
		実施方法・内容の 詳細検討・決定
		体制検討

IV. 事業実施

	広域連合	市町村
①事業参加者への声かけ ②事業参加者の日程調整 ③通いの場等との調整 ④かかりつけ医等関係者への事業説明 ⑤支援の実施	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 地域の医療関係 団体との調整

V. 評価とその活用

	広域連合	市町村
①事業評価 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	
		実施計画のまとめ 評価報告作成 事業見直し等の検討
	データヘルス計画を含めた計画の見直し	

まとめ

①健康課題把握：保健事業の目的を明確にする

⇒健康課題をKDB等で可視化、地域関係者で共有
データ分析は国保連合会の協力を得るとよい。

②現在実施している保健事業の評価

⇒各課が持つ保健事業；必要な対象者に、必要な支援が届いているか？ 重複集中していないかを確認。

③保健事業計画

⇒広域連合、市町村と相談、地域関係機関への委託も含め、
できるところから手を付ける。3年後にはどこまでやりたいか、
1年目はどこまでの進捗を目標にするのか？ を意識する。

④保健事業の実施

⇒アウトプット（カバー率）、アウトカムは3年くらいはかけてじっくりと。
プロセス、アウトプット（人数）評価は毎年⇒しくみの改善へ