

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（第1回）	
平成28年9月14日（水）	参考資料2-2

## ガイドライン（試案）

### 目次

平成27年度厚生労働省特別研究  
「後期高齢者の保健事業のあり方  
に関する研究」報告書より抜粋  
(付録に基づいて改変)

1. ガイドライン（試案）の提案
2. 基本的考え方
  - 1) 目的
  - 2) 後期高齢者の状態像と医療保険者の役割
    - ・ フレイルの定義
    - ・ 被保険者の状態像に応じた階層化イメージ
3. アセスメント等
  - 1) 対象者選定の考え方
  - 2) アセスメント項目
  - 3) アセスメント手法
  - 4) アセスメントの実施方法
4. 介入支援
  - 1) 主な分野
    - ・ フレイル関連
    - ・ 慢性疾患の重症化予防
  - 2) 主な手法
5. 実施上の留意事項
  - ・ モデル事業及びあり方検討の推進
  - ・ 糖尿病性腎症重症化予防及び歯科口腔保健サービス検討との連携
  - 1) 効果的・効率的な実施
  - 2) 市町村内関係部署間及び市町村と広域連合の連携
  - 3) 関係機関、専門職種等との連携
  - 4) 事業評価
  - 5) 先進事例の収集
  - 6) レセプトや健診データ及び介護保険データ活用
  - 7) 健診のあり方

## 1. ガイドライン（試案）の提案

1) から4) の提言を踏まえ、広域連合が実施する「後期高齢者の保健事業ガイドライン（試案）」を提案する。保健事業実施指針を前提として広域連合が高齢者の特性を踏まえた保健事業を実施するための目安として活用されることを目的としている。

なお、現状では、後期高齢者の保健事業の実施にあたって、アセスメントや介入効果のエビデンスが不十分であるため、ガイドラインは試案であり事業実施を通じてデータ収集及び検証を並行して行い今後改訂を図る。

## 2. 基本的考え方

### 1) 目的

- ・ 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具体的な内容について科学的知見を踏まえて提示する。
- ・ 本ガイドラインに基づき、生活習慣病等の慢性疾患の重症化予防に加え、フレイルに関連する老年症候群（低栄養、転倒・骨折、誤嚥性肺炎等）の管理（栄養指導等）を広域連合が保健事業として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。

### 2) 後期高齢者の状態像と医療保険者の役割

- ・ 前期高齢者と異なり、フレイル\*が顕著に進行する。このため、現役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。

\* 「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。

・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。

・さらに、地域支援事業の地域サロン等と連携するなどポピュレーションアプローチに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ることにより、継続性を高めた効果的な支援が可能となる。

・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。

・したがって、医療保険者の介入にあたっては、個人差に応じた対応が求められ、後期高齢者と一括りにするのではなく、対象者の階層化と個別対応が求められる。

・多機関受診、多剤処方、残薬が生じやすいという課題に対し、現行の医療システムでは特定のかかりつけ医による一元的な管理が難しい。医療保険者としては地域包括支援センター等との連携に加えて、医療機関と連携した保健事業の展開が重要になる。

・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や地域課題を把握することにより、地域の実情を踏まえ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。

#### 【被保険者の状態像に応じた階層化イメージ】

被保険者の健康状態をレセプトや健診データから把握し、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。階層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実施の重点化が想定される。

### 3. アセスメント等

#### 1) 対象者選定の考え方

・現行の医療保険者の健診は、74歳までの特定健診を準用しているが、後期高齢者は、フレイル対策や包括的な疾病管理の重要性が増す。

・上記①に記した後期高齢者の状態像に即したアセスメント方法が必要。

・また、高齢になるほど個人差が拡大するため、高齢者の健康状態や生活実態に応じた介入支援の検討、検証が必要。介入支援においては、専門職等による介入により高齢者の健康状態等の改善可能性を考慮したアセスメントを行うことが重要である。その際、フレイルの状態や医療と介護のニーズを合わせて把握することができる包括的アセスメント手法が必要である。

・広域連合が保有する健診・歯科健診、レセプト情報に加えて、上記包括的アセスメント項目（以下で検討）を組み合わせ、地域の実情にあわせて特に支援を要する対象者を選定することが必要である。アセスメントと専門職による介入支援はセットで検討することが求められるが、検討に当たっては効率性やフィジビリティの確保に配慮することが必要。

#### 2) アセスメント項目 ※ 項目の詳細と基準値等は、表3参照

○既存の健診等の活用（高齢者で特に必要とされる項目に下線）

・健診・・・身長・体重・BMI、血圧、肝機能・血中脂質・血糖、尿蛋白、既往歴等、追加項目（貧血、心電図等）

・歯科健診・・・歯・歯肉の状態、口腔機能、口腔清掃状態等

・レセプト情報・・・傷病名、処置、処方、医療費等

○フレイルのアセスメント項目（案）の提示

・基本チェックリスト・・・暮らしぶり、運動器関係、栄養・口腔機能、認知機能、うつ等

・基本チェックリストは、フレイル状態の把握についてのエビデンスがすでに蓄積されており、さらなる活用が望ましい。

なお、

・運動機能 ロコチェック、転倒スコア、歩行速度、握力、立ち上がり秒数、指わか等）

・口腔機能（歯科健診） 口腔運動機能、咀嚼機能、嚥下機能、

・認知機能 MOC A-J 認知機能検査（i-Pad）方式

については、ある程度研究成果がもたらされており、地域特性や実情に合わせ必要に応じ任意で追加することも考えられる。

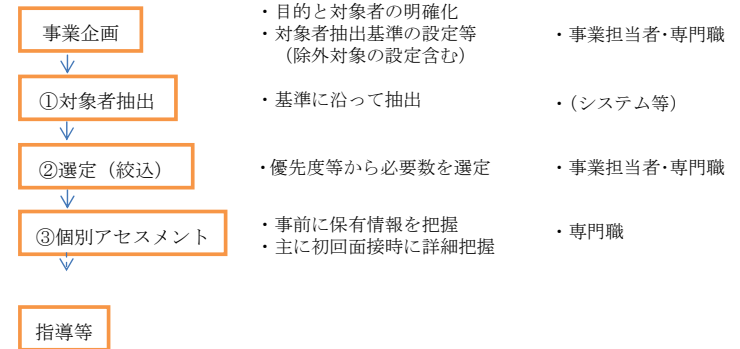
現時点では標準化した手法が確立していないため、検証を継続的に進めることが期待される。

#### 4) アセスメント手法

・対象者の抽出・選定方法（項目の組合せ、優先度等）については、保険者の事業規模や地域資源等の事情を加味し、既存研究等によりエビデンスのあるものを活用する。

・アセスメントの主な場面としては、①対象者抽出、②選定（絞り込み）、

③個別アセスメント等のための詳細把握が挙げられる。



・①については、事業目的に応じた対象者基準（リスク項目、リスク数、重症度等）を予め設定しておくことにより、ある程度システム等からの機械的な抽出が可能となる。

・アセスメント項目や組合せ等については、事業内容（低栄養、重症化

予

防等）によって異なるため、例を参考に地域の実情も踏まえ検討する。

アセスメント手法（フレイル対策の例） 表4-1

低栄養				
把握情報	基本チェックリスト	健診結果	レセプト	その他
① 抽出(基準等)	・BVI18.5以下 ・体重減少	体重、BVI(推移)	—	・除外対象者を除く
② 選定(絞り込み)	・リスク順に優先的に選定	・経年で減少幅の大きい人を優先 ・過去の健診で異常のある人を優先	・栄養障害や慢性疾患を保有する場合は優先 （具体的な方法については、要検討）	・介護予防等と選定基準のすり合わせを行い重値を避ける ・地域生活支援センターや保健等からの依頼、市民からの相談等に対応
③ 個別アセスメント	・全般的に把握	・全般的に把握し、他の情報等と総合的に判断	・診療所、薬局を、処方等から、栄養状態への影響確認 （具体的な方法については、要検討）	・栄養状態の把握等により詳細なアセスメントの実施 ・食欲不調、ストレス、慢性疾患の罹患、認知機能、うつ状態等の把握 ・食事摂取、内服、摂取エネルギー、蛋白量、水分摂取、排泄量等の把握 ・共食、家庭環境等

アセスメント手法（重症化予防の例）

表-4-2

糖尿病性腎症重症化予防				
把握情報	基本チェックリスト	健診結果	レセプト	その他
① 抽出(基準等)	—	・HbA1c、血糖、血圧 ・eGFR、クレアチニン、尿蛋白	・生活習慣病等の治療状況 を参考にする	・除外対象者を除く
② 選定(絞り込み)	—	・未治療、治療中断者を優先 ・過去の健診で異常のある人を優先	・糖尿病性腎症、CKD等がある場合は優先 ・健康状態が悪い、中断者は優先(具体的方法については要検討)	・既存事業でフォローされている者は除外 ・保健センターや薬局等からの依頼、住民からの相談等に対応
③ 個別アセスメント	・全般的に把握	・体重、BMI、血圧 ・生活習慣(食生活、運動量等)、全体的把握	・診察歴、療養歴、処方等から、栄養状態への影響の把握 (具体的方法については要検討)	・栄養状態の評価等により詳細なアセスメントの実施 ・浮腫、入浴歴、慢性疾患の罹患、認知機能、ストレス、うつ状態等の把握 ・食生活、食事回数・内容、摂取カロリー等の把握

・②では、事業規模や実施体制等から、優先順位を検討し実施可能な対象数に見合うような絞り込みを行う。健康課題に応じた指標の組合せや重症度等から優先順位を付けるなどの観点が必要となり、専門職による調整も有効である。また、単年度の計画ではなく、例えば3年間かけて全地区で実施できるようにするなど、実現可能性と効果・効率を勘案して計画することが重要である。

・③では、介護予防事業のアセスメントシートや市町村独自の指導記録票などをもとに介入方法を検討する。その際、独居や多受診などの社会的要因やレセプトデータに着目して介入方法を検討することも有用である。

【マネジメントを要するケース】

- 複数疾患、多受診、多剤処方
- 医療機関、健診の未受診者、中断者
- 独居・高齢世帯、最近配偶者が死亡し一人暮らしになったケース

なお、アセスメント及び対象者の抽出・選定方法として現時点で標準化

された手法が確立していないため、国においてモデル事業を育成しながら検証を継続することが重要である。

5) アセスメントの実施方法

・国民生活基礎調査（平成25年）によれば73.5%の後期高齢者が医療機関を受診していることから、心身機能のアセスメントは、かかりつけ医における健診時が効果的な機会である。

・加えて、健診未受診者・治療中断者や地域サロン等介護予防事業に参加しない高齢者の中に支援を要する高齢者が存在することが想定される。このため、介護保険の地域支援事業の地域サロンや各種健康相談事業のみならず、独居高齢者・閉じこもり高齢者へのアウトリーチ事業等、地域の実情に応じ様々な場面でアセスメントが実施されることが望ましい。

・医療保険者として保有するレセプトや健診等のアセスメント情報等を組合せ経時的な変化を追うことなどにより、体重減少や体力低下などから本人や家族ですら気付にくいフレイルの兆候の把握に努め、優先順位を考慮して早期の介入に活用することが考えられる。

なお、これらの適切な方法については、標準化された手法が確立していないため、各地のモデル的な取組等の検証を継続することが重要である。

・未受診者情報などから健康への関心が薄い層や逆に多剤投与や重複受診者等の支援が必要な者を的確に把握し、的を射た保健事業を効果的、効率的に展開することが考えられる。

4. 介入支援

レセプトやアセスメントからハイリスク者をどのように抽出して管理栄養士

など専門職種の支援につなげるべきかについては、自治体レベルで様々な取り組みが行われている。中には有識者と連携して研究が進められている例もあるが、未だ標準化された介入支援の類型が存在するものではなく、科学的なエビデンスの蓄積は十分ではない。

特に、ハイリスクアプローチ手法の事業では、少数のハイリスク者の抽出、リスクに応じた効果的な介入手法が確立していること、費用対効果がよいことが事業化の前提条件であり、これらを満たすより適切な手法については今後の検討課題とする。したがって、現時点では、現場の取り組み例をもとに以下を整理するととどめる。

### 1) 主な分野

#### ○フレイル関連

- ・低栄養（低体重・過体重）：管理栄養士や保健師による訪問・相談事業
- ・口腔・歯科保健：歯科医師による歯科健診、歯科衛生士による歯科保健指導（口腔の体操、清掃指導等）
- ・服薬相談：かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師による相談（多剤、残薬の相談・調整等も含む）
- ・上記の複合的な事業：栄養＋口腔
- ・運動介入：転倒リスクの減少と閉じこもりを改善

#### ○慢性疾患の重症化予防（複数疾患を保有する場合の包括的な管理）

- ・再入院や合併症予防、服薬調整、薬剤有害事象の予防
- ・内臓疾患の保有が多く、検査データ等も要参考

#### ○重複頻回受診（適正受診、かかりつけ医の活用）

### 2) 主な手法

- ・アウトリーチによる訪問指導を基本とする。

- ・加えて、在宅医療、栄養や服薬について気楽に相談できる場所を確保することも重要であり、集団的な場等への専門職種の派遣や立ち寄り型相談等もできるものとする。
- ・現在、介護予防事業として、ポピュレーションアプローチによる地域サロン等の事業を推進しているところであり、ハイリスクアプローチによる低栄養の高齢者などへの専門職による支援は、必ずしも十分に実施されている訳ではない。
- ・このため、当面は、介護予防事業を補完するとともに、医療費の適正化を図る観点から、広域連合の保健事業として上記支援をモデル的に展開する。
- ・広域連合の実施に当たっては、市町村の保健事業や介護予防等の部署と連携し、既存事業も活用することにより、効率的に実施することが考えられる。

## 5. 実施上の留意事項

- ・平成 28 年度から、モデル事業の展開に加え、後期高齢者の保健事業のあり方検討をさらに進め、広域連合の保健事業実施ガイドライン（詳細版）を策定する。なお、糖尿病性腎症重症化予防事業や歯科口腔保健のプログラムについては、別途検討が進められており、そこでの成果も踏まえた取りまとめを行う。

○その際、以下のような点について、今後さらに検討が必要である。

### 1) 効果的・効率的な実施

- ・介護における二次予防事業見直しの経緯も踏まえ、効率的なアセスメント及び介入支援の在り方

\* 効率的、効果的な保健指導等の手法の開発（期間、回数、介入頻度等）

（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)

\* 健診・レセプト等を活用した対象者の効果的な把握方法 (階層化等)

\* 専門職への研修プログラムの開発

- ・フレイル期における介護予防事業 (ポピュレーションアプローチによる地域支援事業の交流・サロン等) との連携や役割分担
- ・地域ケア会議等による多職種連携の推進。
- ・医療機関との連携 (重症化予防、重複受診・多剤、かかりつけ医等)、医師会等との連携 (国レベルでの枠組みづくりの検討など)。

### 2) 市町村内関係部署間及び市町村と広域連合の連携

- ・市町村内における関係部署間での連携。たとえば保健センターにおける健康づくり事業、国保・後期高齢者医療保険担当部署が保有するレセプト等を活用した健康相談等の事業、介護保険における地域支援事業間での連携と役割分担。
- ・広域連合は保有するレセプトや健診データ等を情報提供することにより、地域課題の把握や取り組みの評価の支援に努める等市町村との協力関係を図る。

### 3) 関係機関、専門職種等との連携

- ・事業内容に応じ、医師会、歯科医師会、歯科衛生士会、看護協会、薬剤師会、栄養士会などの専門職団体との連携、委託事業者としての NPO や民間事業の活用。

### 4) 事業評価

- ・厳密な効果検証ではなくても、地域にある比較的簡易に測定できる体重や血圧等のデータを工夫することにより可能となる評価方法 (最低限押さえておくべき留意事項) 等の提示

### 5) 先進事例の収集

- ・先進事例の収集・整理と広域連合等への情報提供

\* 介護予防との連携事例

\* 医療機関との連携事例

### 6) レセプトや健診データ及び介護保険データ活用

- ・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。) に整備された健診・医療・介護情報が連結された K D B システム等の一層の活用
- ・レセプトや健診データ等を活用した地域課題の分析や後期高齢者の特性に応じた対象者把握、効果分析等に必要環境整備
- ・介護保険データ、例えば基本チェックリストや日常生活圏域ニーズ調査データを活用した地域課題の把握と住民との共有なども今後進められる必要がある。

### 7) 健診の在り方

- ・現行では前期高齢者までの特定健診を準用しているが、ライフステージに応じた広義の健診・保健事業の在り方としては、後期高齢者は生活習慣病を予防する為の健診としてだけでなく、
  - \* 重症度の高い状態に至るハイリスク者を早期に発見し、適切な医療につなげるための (受診勧奨を行うための) 健診
  - \* 慢性疾患の包括的管理やフレイル予防のきっかけとする健診
  - \* 自分の体調を主体的に自己管理 (セルフコントロール) し、元気づけるための健診とする観点から、前期高齢者 (特定健診) との円滑な接続方法を含め、その在り方について今後議論を深めるべきではないか。