

未定稿

ガイドライン [暫定版] 骨子 (たたき台)

- この(たたき台)は、平成27年度厚生労働科学特別研究事業「後期高齢者の保健事業のあり方に関する研究」における「ガイドライン試案」をベースに、第1回WGにおける議論を踏まえた内容の追加・修正(下線部)を行い作成。
- 文中斜体字は作業チームにおいて特に議論を御願いたい事項。
- 作業チームにおけるご意見及びモデル事業実施自治体へのヒアリング結果を踏まえ、対象者の抽出、アセスメント、介入支援の具体的な方法を追加するなど整理修正したうえで、第2回WGで方向性を議論いただく予定。

1 保健事業の実施に当たっての基本的な考え方

(1) ガイドラインの目的

ア 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する。

イ 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。

ウ あわせて広域連合の委託・補助により市区町村が実施する場合の留意点等を示す。

エ 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) 今後の改訂

ア 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、本ガイドラインは暫定版であり、今後モデル事業の実施により必要なデータの収集および検証を行うこととする。

(3) 後期高齢者の状態像と医療保険者の役割

ア 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。

イ 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。

ウ 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。

エ 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。

オ 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。

【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。

カ 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。

(4) 役割分担と連携

ア 後期高齢者医療広域連合の役割

保健事業の実施主体として医療健康情報（検診・医療・介護・福祉・歯科情報の統合的な管理）を活用して地域課題を把握し、対象者の選定と介入支援を効果的効率的に実施する。事業評価を適切に実施し、PDCA

サイクルにより事業の継続的な改善を図る。実施にあたっては市区町村との連携を図る。

イ 市区町村の役割

住民に最も近い基礎自治体として地域の状況を踏まえた保健事業を適切に実施する。後期高齢者医療広域連合から包括的・統合的データの提供を受けるなど、広域連合との連携のもとで保健事業を実施する。介護保険、国民健康保険、一般住民を対象とした保健事業等との整合を図る。

ウ 市区町村内関係部署間の連携

市町村内における関係部署間での連携を図る。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を図る。

エ 市区町村と広域連合の連携

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。

広域連合は市区町村への委託等により保健事業を実施する場合であっても、事業の企画運営を主導し、実施結果を把握して、事業評価を行う。そのために、広域連合と当該市区町村による事業運営委員会のような組織を設け、定期的に開催することが望ましい。

オ 関係機関、専門職団体等との連携

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を図る。

カ 民間事業者等への委託

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詳細具体的な仕様を定め、実施結果を把握し、事業評価を行う。また、実施データを含む成果物は、広域連合に帰属させる。

キ 都道府県の役割

介護保険、国民健康保険、一般住民を対象とした保健事業との連携促進や、市区町村への指導助言などにより、広域連合による保健事業の推進を支援する。広域連合が医師会などの関係団体との連携を円滑に図ることができるよう、調整を図る。

ク 国の役割

各広域連合における取組みや、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ガイドライ

ンを示すなど、事業の普及を支援する。

取り組み状況の見える化を行い、推進を加速化する。

保険者インセンティブなどにより、事業の実施を支援する。

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、効果分析等に必要な環境整備を行う。

3 保健事業の企画・準備

(1) 事業計画の作成

ア データヘルス計画等により広域連合・市町村の健康課題を把握する。その解決に向けた適切な対象地域を選定し、当該事業メニュー対象者の概数を健診結果やレセプトから把握する。さらに、アプローチする対象者（病期、人数、年齢等）を健診結果などから絞り込む。

イ 対象者の選定基準や介入方法及び実施方法（訪問指導・立ち寄り型相談）などについて決定し、実施計画書を作成する。

(2) 実施体制の構築

ア 広域連合と市区町村（国保課、健康担当課、後期高齢者医療担当課）による企画運営組織の立ち上げ情報共有を行うなど、実施体制を整備する。

イ 事業の実施について地区医師会に情報提供し、助言を受けるようにする。事業の実施にあたっては、かかりつけ医との連携を図りつつ行う。また、事業の内容により、関係する専門職団体等との連携を図る。

ウ 関係者への説明会等を開き情報の共有を図る。

(3) 保健指導の準備

ア 事業の具体的な実施方法（対象者抽出、アセスメント項目、介入内容・方法、評価指標・方法等）を設定し、実施プログラムや指導マニュアルを作成する。これらは改善や修正が必要になったときは、随時見直しを行う。

イ 指導にあたる専門職等への説明や研修を実施する。事業実施にあたって常に関係者間の情報共有など連携を密にする。

ウ 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設置しておく。

エ 対象者を募集する場合には、効果的な方法などを検討し、募集方法を定める。

4 対象者の抽出

(1) 考え方

- ア 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(3)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。
- イ 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。
- ウ 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、以下に示すアセスメント項目を組み合わせて、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。

＜要検討事項＞

(ア) 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の活用

(イ) アセスメントと専門職による介入支援はセットで検討

(ウ) 効率性やフィージビリティの確保に配慮

(2) 具体的な抽出方法

＜要検討事項＞

(ア) 既存のデータの活用

健診・歯科健診データ、レセプト情報

(イ) 基本チェックリスト等の活用

基本チェックリスト、ニーズ調査等

(ウ) その他

健診未受診、医療機関未受診者等

(エ) 医療・福祉情報の収集と抽出

KDBの活用、広域連合による情報提供など

(オ) かかりつけ医の協力

(3) 具体的な抽出基準

＜要検討事項＞

(ア) 各項目ごとの基準値の設定

(イ) 各高齢者の健康状態の違いへの配慮

5 アセスメント項目・実施方法

(1) アセスメント項目

<既存の健診等の活用>

- ア 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）
（高齢者で特に必要とされる項目は太字）
- イ 歯科健診…歯・歯肉の状態、口腔機能、口腔清掃状態等
- ウ 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>

- エ 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
- オ 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、指わっか等）
- カ 口腔機能（歯科健診）…口腔運動機能、咀嚼機能、嚥下機能、
- キ 認知機能…MOCA-J 認知機能検査（i-Pad）方式

※フレイルのアセスメント項目については、エのさらなる活用を図るとともに、オ～キについては、地域特性や実情に合わせ必要に応じ任意で追加

<要検討事項>

（ア）具体的なアセスメント項目の設定

(2) アセスメント手法

<要検討事項>

（ア）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考慮

（イ）アセスメントの主な場面における留意点

① 対象者抽出 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。

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、地域の実情も踏まえ検討。

② 選定（絞り込み） 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 個別アセスメントでは、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。

(ウ) マネジメントを要するケース

- ① 複数疾患、多受診、多剤処方
- ② 医療機関、健診の未受診者、中断者
- ③ 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

(2) アセスメントの実施方法

<要検討事項>

- (ア) かかりつけ医における健診の活用
- (イ) 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、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のアセスメント実施。
- (ウ) 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フレイルの兆候を把握。優先順位を考慮して早期に介入。
- (エ) 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。

6 介入方法

(1) 介入の方法

<要検討事項>

- (ア) 少数のハイリスク者の抽出、リスクに応じた効果的・効率的な介入手法（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
- (イ) 介護における二次予防事業見直しの経緯も踏まえ、効率的な介入支援の在り方

(2) 主な分野

ア 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：例：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
- イ 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
- ウ 重複頻回受診
 - ・ 適正受診、かかりつけ医の活用

(3) 主な手法

- ア 専門職のアウトリーチによる訪問指導を基本とし、地域の状況も踏まえ立ち寄り型相談等も実施。

7 事業評価

<要検討事項>

- (ア) 保健指導の内容についての記録や、評価に必要なデータの取得、登録の方法
- (イ) 事業の改善点を明確化し、次年度計画の策定につなぐ方法
- (ウ) 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
- (エ) 対象者を長期的に追跡し、健診やレセプト情報で評価できる体制の構築

8 実施にあたっての留意事項

(1) 人材育成

- ア 保健指導を担う専門職に対し、後期高齢者の特性に応じた訪問指導や相談を実施するための研修を実施する。
- イ 医療、福祉分野、行政職員に対して、保健事業への理解を深めるための研修を実施する。
- ウ 上記研修の効果的実施のため、研修プログラムを開発する。

<要検討事項>

- (ア) 研修の実施主体、実施方法、受講者、どの段階を目指すのか

(2) 効果的・効率的な実施

ア 介護予防事業において低栄養防止や疾病の重症化予防のための個別指導が必要な対象者が見つかった場合や、逆に訪問指導を行う中で、ポピュレーションアプローチが必要な対象者が見つかった場合に、相互に情報を共有するなど、より適切な対応が図られるよう連携を図る

<対象者の把握>

- ・ 介護保険における予防事業は、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。
- ・ 一方、医療保険者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。

<対象者への介入・支援>

- ・ 対象者への介入・支援の段階では、低栄養や口腔について、介護保険の予防事業においても個別指導を行うことができるが、利用者は少ない状況にあるため、医療保険の保健事業を補完的に実施する。
- ・ また、服薬指導や歯科健診は、介護保険の予防事業はない。医療保健の保健事業として実施していく。

イ 保健事業の対象者に関わる医療、保健、福祉の各分野の専門職、関係機関が連携し、保健事業を効果的に実施する。そのために、関係者が集まり対象者ごとに適切な対応方策を検討する地域ケア会議を開催することが望ましい。

(3) 個人情報の適切な取扱

各広域連合や市区町村の個人情報保護制度に則り、個人情報の適正な取り扱いを徹底する。外部に委託する場合には、委託先との契約や覚え書きにおいて、これを明確にしておく。

9 今後引き続き検討すべき事項

- (1) 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、別途進められている検討の成果の反映について検討
- (2) 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について検討