

総括編

高齢者の特性を踏まえた保健事業 ガイドライン暫定版のポイント

①

1. 後期高齢者の特性に応じた保健事業

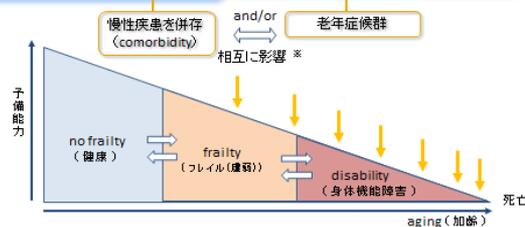
▷ 後期高齢期にあつては、フレイルに着目した対策に重点をおくとともに、あわせて生活習慣病の重症化予防等にも取り組むことが重要である。

後期高齢者の特性

高齢者に特有の健康障害

- 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 ● 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 ● 聴覚 ● せん妄 ● 易感染性 ● 体重減少 ● サルコペニア(筋量低下)

※ 併存疾患(Comorbidity)を併記し、相関の可能性を示す。



「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、本ガイドラインでは、「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、生活機能が著しく低下し、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、生活機能の増進向上が可能状態」と定義している。

※ 現時点では、慢性疾患のフレイルへの関わりが十分なエビデンスの基に構築されているわけではないことにご留意が必要。

後期高齢者の特性として以下が考えられる。

- ① 前期高齢者と比べ、加齢に伴う虚弱な状態であるフレイルが顕著に進行。
- ② 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。

- ③ 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。
- ④ 健康状態や生活機能、生活背景等の個人差が拡大。

特性を踏まえた保健事業

左の特性を踏まえ、以下の点が保健事業に求められる。

- ① 体重や筋肉量の減少を主因とした低栄養等のフレイルに着目した対策が必要。
- ② 生活習慣病の発症予防というよりは、重症化予防等の取組がより重要。
- ③ 再入院の防止や多剤による有害事象の防止(服薬管理)が特に重要。
- ④ 専門職によるアウトリーチを主体として、対象者一人ひとりに応じた個別の介入支援(栄養指導など)取り組むことが適当。

2. 保健事業において後期高齢者医療広域連合や市町村が担う役割

広域連合

- ・保険者として保有する健診・レセプト等の健康医療情報を包括的、統合的に管理し、対象者の選定や介入支援を効果的、効率的に行うとともに、事業評価を適切に実施。

連携のもと
と保健事業を推進

市町村

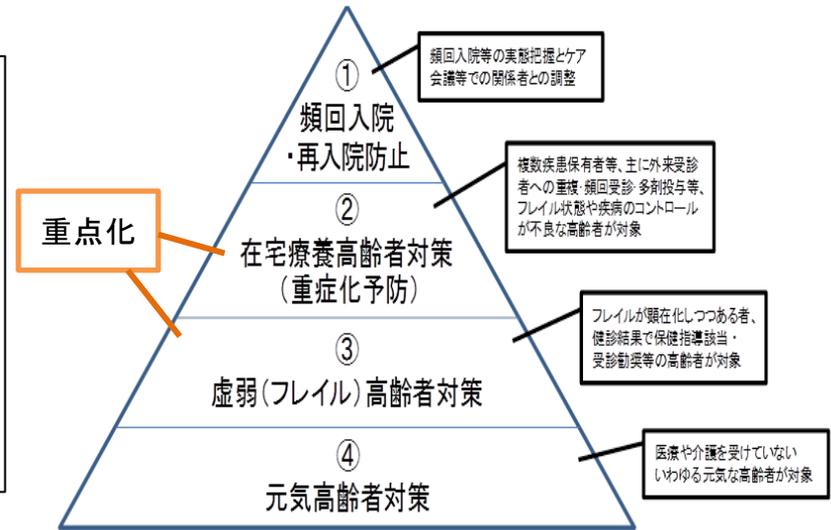
- ・広域連合から提供される健康・医療情報等を活用して地域の疾病構造や健康課題を把握。介護保険、国民健康保険、一般住民を対象とした保健事業等との整合を図りつつ推進。

3. どのような対象者に、どのような介入・支援を行うか

対象者の階層化

- 個人差に応じた対応が重要となり、対象者の階層化と個別対応が必要。被保険者の健康状態をレセプトや健診データから分類し、状態別の集団の特性に応じた保健事業を提供。
- 状態像のイメージとして
 - ① 緊急・長期入院を含む高額医療費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、広域連合の保健事業として当面主に②③から着手するなど重点化。



主な課題と対応

内容	支援のイメージ	取組方法の検討
① 栄養に関する課題	<p>支援の入口</p> <p>高齢者が抱える健康上の不安を専門職がサポート</p> <p><相談・支援のスタンス></p> <p>○在宅の日常生活を支える(生活習慣・スタイルへの支援)</p> <p>—スローガン(例)—</p> <ul style="list-style-type: none"> ・毎日歩こう ・タンパク質は欠かさず食べよう <p>○対象者の主体性を重視</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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、出来ることに着目 ・自信や前向きな姿勢を育む 	<ul style="list-style-type: none"> ・低栄養又は過体重の傾向がある者や、疾病等に伴う在宅での食事管理ができない者を対象に栄養相談や指導を実施。
② 口腔に関する課題		<ul style="list-style-type: none"> ・摂食、嚥下等の口腔機能の低下など口腔に関する問題を有する者を対象に、改善のための相談や指導を実施。 ・歯科健診を受診することができない在宅の要介護状態の者に対し、治療等が必要な高齢者を発見し治療等につなげるなど、誤嚥性肺炎等の疾病を予防するための訪問歯科健診を実施。
③ 服薬に関する課題		<ul style="list-style-type: none"> ・複数受診等により服用する薬が多い場合や、薬の管理に関する困りごとを抱える者に対し、適正な服薬のための相談や指導を実施。
④ 生活習慣病等の重症化予防に関する課題		<ul style="list-style-type: none"> ・高血圧や糖尿病等の生活習慣病のコントロールが不十分なため、重症化のおそれがある者に対し、重症化を防止するための相談や指導を実施。

4. 役割分担と連携

都道府県	<ul style="list-style-type: none"> 関係各課の緊密な連携のもと、広域連合や市町村における実施状況をフォローするとともに、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が図られるよう、市町村等への指導助言、調整を行う。 都道府県レベルの医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会、歯科衛生士会等の関係団体と都道府県の取組状況を共有。これら団体と広域連合、市町村の連携が図られるよう調整する。
国	<ul style="list-style-type: none"> 各広域連合における取組や科学的知見をもとにした取組や手順等をまとめたガイドラインを示すなど、事業の普及を支援する。取組状況の見える化を行い、好事例の横展開などを加速化するとともに、実施体制や実施費用について、保険者インセンティブなどの支援方法を検討する。
関係機関、専門職団体	<ul style="list-style-type: none"> 事業内容に応じ、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会、歯科衛生士会などの団体との連携を図り、事業の企画・運営、保健指導についての助言、指導を得る。また、実際の保健事業を委託する等の協力を得る。
医療機関	<ul style="list-style-type: none"> 後期高齢者の多くは、医療機関に受診していることから、保健事業の実施にあたっては、かかりつけ医や専門医との情報共有を図り、助言や指導を得る。事業の企画段階から情報提供し、助言を受けられるような関係を構築することが望ましい。

介護予防との関係

- 医療保険の保健事業は、疾病の発症やその重症化予防を、介護予防は要介護状態の発生及び悪化の予防・軽減を目的とする。
- 後期高齢期になるほど、医療と介護の両方のニーズを併せ持つことになり、それぞれの支援が並行して必要になる場合もある。そのため両者は地域の実情を踏まえ、相互に補完する形で役割分担を検討することが望ましい。
- 両者は対象者の把握方法やアプローチ方法の特長があるため、重複の確認や相互の調整を行い、効果的な支援を行う。

国民健康保険等との関係

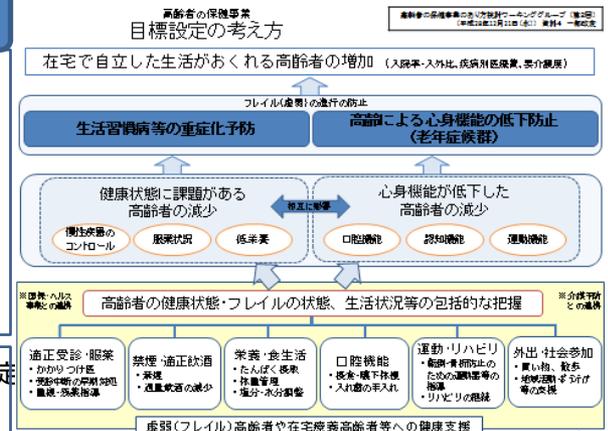
- 年齢で途切れることのない継続性のある取組や効果検証を行うことにより、効果的、効率的な事業を展開するため、国保などの他の医療保険者や市町村の健康増進施策との連携を図る。
- 国保連合会との連携により、ヘルスサポート事業やKDBシステムの活用を図る。

5. その他必要な事項等

- その他保健事業の実施にあたっては次のような点が重要である。
 - PDCAサイクルによる事業の実施（目標設定と評価など）
 - 対象者の主体性を重視した保健指導（「できること」に着目、自信や前向きな姿勢を育む）
 - 担い手の育成、研修等（様々な専門職が高齢者の保健事業を理解、一人ひとりの課題に対応）
- 次の点に留意しつつ事業を進める必要がある。
 - ① 周知・広報
 - ② 委託する場合の留意点
 - ③ 個人情報 の適切な取扱
 - ④ 安全配慮
 - ⑤ 事業立ち上げ時の留意点

6. 今後引き続き検討すべき事項

- ①モデル事業の検証とガイドラインの改定
- ②モデル事業から見てきた課題
- ③別途実施されている検討事業の反映
- ④連携の内容について
- ⑤その他(健診のあり方の検討)



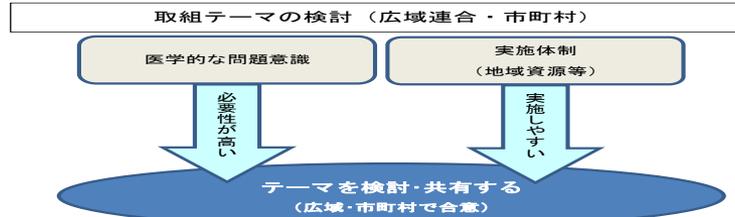
▷ 高齢者の保健事業を推進するにあたって、事業の実施主体である広域連合（構成市町村）が参考とする実際の手順等を示す。

1. 事業全体の流れ

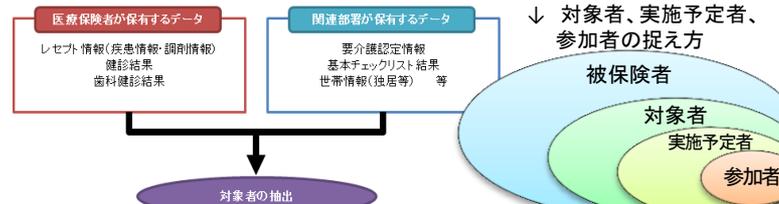
	広域連合	市町村
事業実施主体における体制整備	① 健康課題の把握 ② 広域連合と市町村間での課題の共有 ③ 取組テーマ・対象地域の特定 ④ チーム形成 ⑤ 外部からの情報収集	・広域が共通の課題を把握・検討 ・健康シレプト等の広域固有の課題を共有 ・好聊の紹介 ・機材の確保 ・機材・チーム員間の調整
地域連携体制の構築	① 都道府県との調整 ② 関係団体への事前相談 ③ 広域連合と市町村間での情報提供の環境整備	・県単位の関係者の事前調整 ・地域の関係者の事前調整 ・個人情報対応・電子化等データ環境整備 ・市内調整 ・個人情報対応・データ共有
事業企画	① 対象者の抽出基準の設定と概数の把握 ② 予算・人員体制の検討 ③ 目標・評価指標の設定 ④ 実施予定者の絞り込み ⑤ 介入方法の検討 ⑥ 医師会等関係機関への説明	・抽出基準の検討・把握 ・必要データ抽出・予算の確保 ・補填事業の活用等 ・指業協定の交済 ・企画について、広域連合と調整 ・目標・指業の設定 ・実施方法・内容の協議検討・決定 ・県単位の関係者への事業説明 ・医師会等、地域の関係者の事業説明
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 介入支援の実施（初回支援・継続的支援）	・事業の実施 ・かかりつけ医等、地域の関係者との調整 ・必要に応じて、市町村と検討・調整
評価とその活用	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 ・実施後のまとめ・評価・報告作成 ・事業見直し等の検討 ・計画の見直し

2. 各段階の実施事項・要点

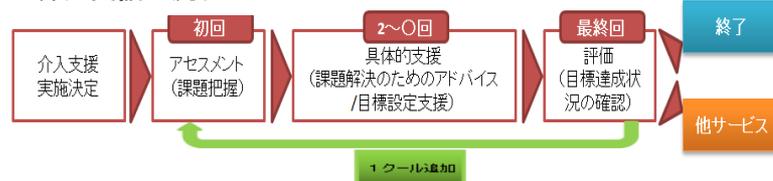
・取組テーマ・対象地域の特定
 優先的に取り組む健康課題・対象集団を特定。地域資源の状況等も踏まえ、必要性和着しやすさの双方から検討。



・対象者の抽出基準の設定と概数の把握
 取組テーマに応じて具体的な対象者の抽出基準を特定し、対象者の概数を把握する。事業の目的に応じて広域連合や市町村の各部署が保有するデータを複合的に用いる。



・介入支援の流れ



3. 類型別の留意事項

- (1) **栄養**: BMIや質問項目により対象者を抽出。支援は、食事内容(栄養素)等に限定せず、生活全般のIADLを向上させ、栄養改善を図る。
- (2) **口腔**: 歯科健診結果等を有効に活用。支援は本人に対してだけでなく、介護をしている家族や介護スタッフに対しても必要。
- (3) **服薬**: 対象者はKDBシステムからレセプトデータ等を活用して抽出、専門職の目でも絞り込む。医師との協力のもと服薬状況改善を図る。
- (4) **慢性疾患の重症化予防**: 対象者は、未治療や治療中断者、あるいは、糖尿病性腎症やCKD等がある人、糖尿病歴が長い人を優先する。
- (5) **複合的取組**: 医療・健診ともに未受診の人や重複頻回受診者、独居・高齢者のみ世帯など、地域の実情に応じて抽出基準を設定。 等