

ガイドライン (暫定版)

総括編 (抜粋)

改 定 案

1 保健事業の実施に当たっての基本的な考え方

(1) ガイドラインの背景・目的

1) 背景

我が国では、かつてない高齢化が急激に進行しており、特に後期高齢者の増加は顕著である。こうした中、フレイル^{※1}への対応や、アウトリーチ^{※2}を主体とした介入支援が必要である。こういった高齢者の特性を踏まえた保健指導を行うことにより、在宅で自立した生活ができる期間の延伸、QOLの維持向上を図ることが求められている。

そのために、後期高齢者の健康・医療情報を統括的に有し、これを活用して保健事業を適切に実施することが期待される後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）や、地域住民の健康課題やニーズを直接把握し、これに対応した保健サービスを提供することができる市町村の果たすべき役割は大きい。

そこで、広域連合と構成市町村（以下「広域連合等」という。）が連携しながら実施する高齢者の特性を踏まえた保健事業のあり方を示すとともに、国、都道府県、関係機関・団体の役割を明らかにするため、本ガイドラインを策定する。

2) 目的

- 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26二十六年厚生労働省告示第141百四十一号）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 広域連合の委託・補助により市町村等が実施する場合の留意点を示す。
- ③ 高齢者の特性を踏まえた保健事業を広域連合が実施することにより、

※1 「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。また「フレイル」の前段階に~~当~~あたる「プレフレイル」のような早期の段階にある対象者からの介入・支援を実施することも重要である。

※2 「アウトリーチ」とは本来、手を伸ばす、手を差し伸べるといった意味で、ここでは支援が必要であるにもかかわらず、自発的に申し出をしない人々も含め、保健事業の潜在的な利用希望者に専門職の側から積極的に働きかけ、利用を実現させる取組みのことをいう。いわば「出前型」のサービスで、具体的には、個別訪問による支援などを意味する。

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、もって結果として医療費の適正化に資することを目的とする。

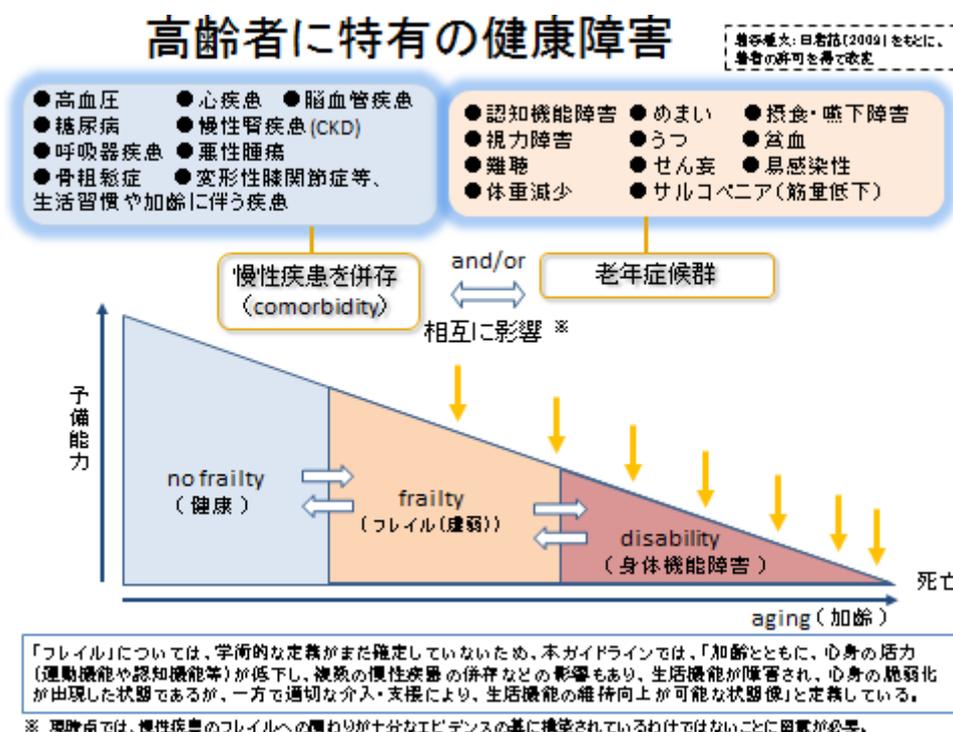
なお、本ガイドラインでは、「Ⅰ総括編」で基本的な考え方を「Ⅱ実践編」で保健事業の実施内容・方法、手順などをまとめている。

（２）後期高齢者の状態像と課題

1) 後期高齢者の特性

- ① 後期高齢者は、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する。
- 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になる。
- ③ 医療のかかり方として、多医療機関受診、多剤処方、残薬が生じやすいという課題がある。
- ④ 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。

図表Ⅰ-1 高齢者に特有の健康障害



2) 健康指標・レセプト分析からみた課題（多病の実態、医療のかかり方）

後期高齢者では複数の慢性疾患を有する人が多数を占める。このような「多病」と呼ばれる人の割合は、東京都では64.1%^{※3}に上るという調査もある。多病の状態にあると、処方される医薬品の種類が多くなること~~から~~、~~薬物~~有害反応リスクの上昇や高まったり、医療費の増加等に結びつくとも関連する。

このため、疾病管理、特に服薬管理等~~の~~慢性疾患管理におけるコーディネートが必要であり、レセプトでこれらに必要な情報を一元管理できる広域連合は、~~薬物~~有害事象の予防のための保健事業を効果的・効率的に実施することが望まれる。

(3) 後期高齢者医療制度における保健事業

後期高齢者の保健事業期にあつては、フレイルに着目した~~疾病の発生予防などの~~対策に徐々に重点を置おくとともに、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り、る。

~~後期高齢者医療制度における保健事業は、こうした対策や取組が疾病の発生予防や重症化予防に積極的に取り組み、ひいては医療費の適正化に資するものとなるを図ることを目的とする。~~

併あわせて、多医療機関受診・多剤処方といった、高齢者の特性を踏まえた保健事業を実施するには、医療専門職との緊密~~にな~~連携のもと、実施していく必要がある。

広域連合が保健事業を実施することにより、こうした医療費の適正化、医療との連携という視点を踏まえた事業推進が可能となり、後期高齢者の健康の維持増進に~~一層より~~資することができるものと考えられる。

1) 広域連合の取組の現状と課題（補助事業等の現状、調査結果等から）

広域連合が実施する保健事業は、健康診査や歯科健診のほか、重複・頻回受診者等への訪問指導やジェネリック医薬品~~の~~使用促進など主に医療費適正化の取組が行われてきた。

一方、健診結果等を活用して、一人ひとりの状況に即した健康の保持増進を図る取組は、まだ比較的少ない状況にある。

今後は、こうした保健指導についても、より多くの広域連合で実施することが必要となる。特に生活習慣病の重症化予防、低栄養の回避、運動・認知機能の低下防止等に向けた生活習慣~~の~~見直しに重点を置くことが有

※3 東京都後期高齢者医療広域連合. 東京都後期高齢者医療に係る医療費分析結果報告書・2015

効と考えられる。

また、取組を全国的に横展開するためには、後期高齢者医療制度における保険者インセンティブ^{※4}による財政的メリットが感じられる仕組みの導入や、広域連合の組織体制を踏まえ、都道府県や地元の学識経験者等からの支援や助言が受けられるような支援体制の検討も肝要である。

2) 医療保険者としての取組の位置づけ

広域連合が医療保険者として、後期高齢者の保健事業に取り組む強みは、健診・レセプト等の健康医療情報を基~~もと~~に、高齢者の医療面に対する健康支援が可能となるということである。

健診結果等を活用した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だけ遅らせることにより、要介護状態の予防にもつながるなど、高齢者のQOLを維持するとともに医療及び並びに介護財政への負担軽減影響を期待することができる。

また、口腔機能低下を防止することにより免疫力の低下を予防し、肺炎等の感染症を予防することや低栄養による経管栄養への移行を遅らせるなど高齢者特有の変化への対処が可能となる。さらに、多剤服用による有害事象などの高齢者への影響に対処することにより、できる限り在宅で自立した健康的な生活を続けられるような支援が重要となる。

現行の医療システムでは受診や処方状況を個別の医療機関が一元的に管理することは難しく、これに医療保険者が取り組むことは有効である。その意味で、医療保険者においては、行政との連携に加え、医療機関と連携した保健事業を展開することが重要である。

(4) 医療保険者の視点からみた健康支援

1) 高齢者の特性を踏まえた支援とは

- ① 若年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、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に徐々に転換することが必要である。
- ② 生活習慣病の発症予防というよりは、生活習慣病の重症化予防等の取組がより重要である。また、壮年期からの生活習慣病の延長線上で肥満傾向にある高齢者も多く、代謝の低下とともに筋量の減少の影響もあり

^{※4} 後期高齢者医療制度における保険者インセンティブでは、制度の運営主体である広域連合の取組を支援するものであり、健康診査や重症化予防の取組、高齢者の特性を踏まえた保健事業の実施状況などの項目について取組状況を評価し、評価結果を平成28年度から特別調整交付金の一部の配分に反映している。

筋骨格系疾患等の慢性疾患への取組も重要となる。

- ③ 再入院の防止や多剤による有害事象の防止（服薬管理）が重要である。
- 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）に取り組むことが適当である。

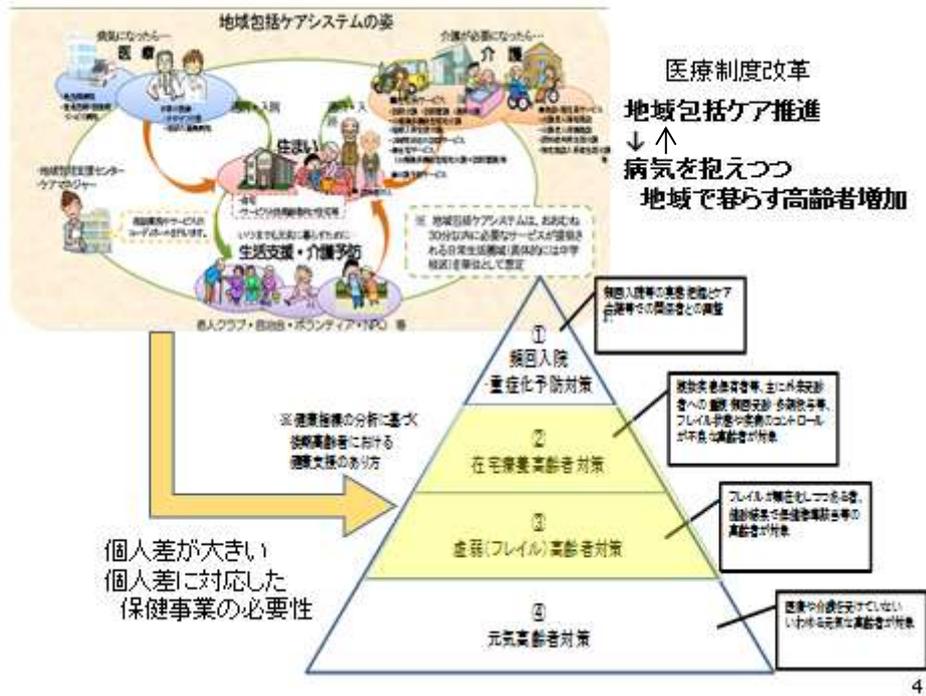
2) 被保険者の状態像に応じた取組

後期高齢者を対象とした保健事業では、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求められる。地域支援事業における地域サロン等のポピュレーションアプローチに加えて、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、早期からの対象者の把握や効率的な絞り込みなどの、より効果的な実施につなげることが可能となる。これらの取組は、地域包括ケアと連携し介護予防や生活支援とともに推進することにより、虚弱状態（フレイル）にある者から、病気を抱えつつも地域で暮らす在宅療養者までの健康管理を支援することにつながる。

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（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。状態像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重点化した取組を行う。

図表 I-2 被保険者の状態像に応じた健康支援の取組イメージ



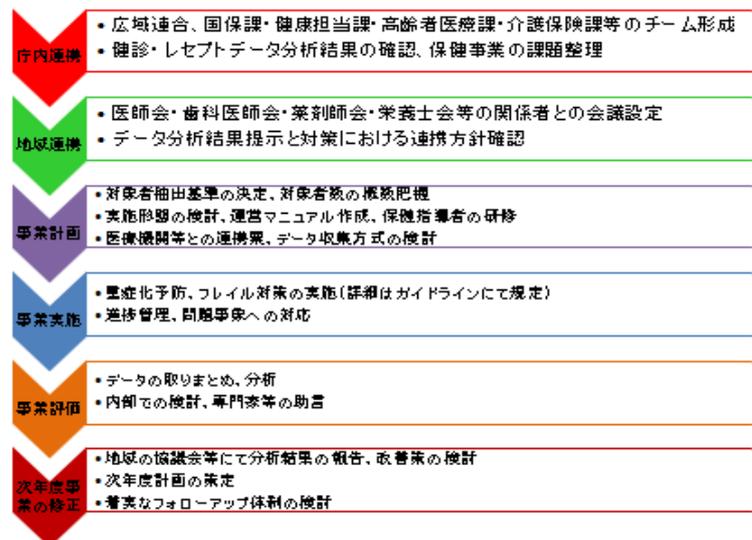
2 効果的な実施に向けた取組内容の検討

(1) 高齢者の保健事業の進め方

図表 I-3 に高齢者の保健事業の基本的な手順について示す。

広域連合が保健事業を進めるに**当あ**たっては、広域連合と市町村の連携の**下もと**、企画・計画段階から、地域の健康課題や、保健事業の進め方について、関係者間で十分に話し合い、方向性を共有することが重要である。(詳細は、「Ⅱ実践編」「別冊：進捗管理シート」へ)

図表 I-3 高齢者の保健事業の進め方



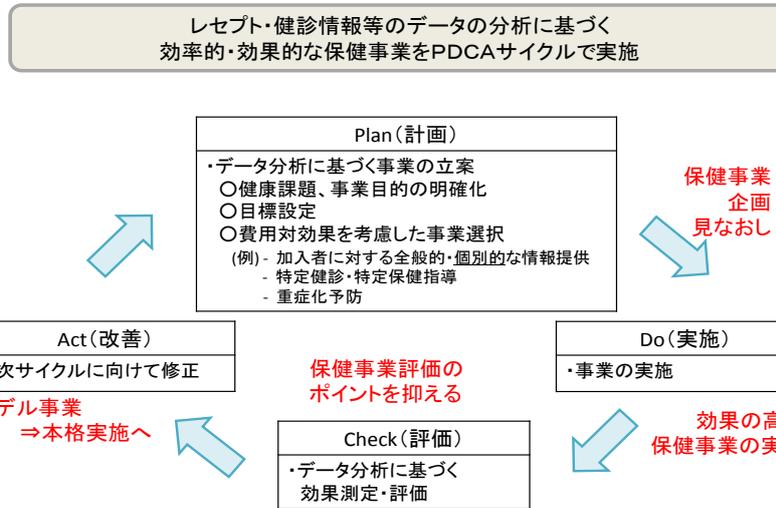
(2) 健康課題の把握（データヘルス計画等との整合、調整）

取組内容の検討に当あたって、まず、地域の健康課題を把握する必要がある。活用するデータとしては、健診データ、レセプト（医療費）データ、人口動態統計、要介護認定データなどであり、これに質的情報も加味して分析する。各種情報は、経年比較や国、都道府県平均との比較、同規模保険者等との比較や自治体別の特徴、二次医療圏別の特徴等の広域的な把握も行いながら、地域の特性などを整理する。

こうした健康課題の把握は、各広域連合においてデータヘルス計画の策定に当あたりすでに実施されており、計画に基づく保健事業が進められているところである。計画内容について市町村と共有するとともに、平成~~30~~~~3~~年度からの第2次期データヘルス計画の期間においても向け、高齢者の健康・医療情報の動向を押さえ、直近の状況から健康課題を再確認し、検討することが望ましい。

図表 I-4 データヘルス計画

データヘルス計画



1

(3) ~~PDCA~~PDCAサイクルの構築

事業成果が適切に把握評価され、その結果が次回の事業の実施方法に反映されて、継続的な改善が図られるよう、事業の~~PDCA~~PDCAサイクルの構築に努める必要がある。以下にこの観点から事業の流れの概略を示す。

(詳細は「Ⅱ実践編」へ)

1) 既存事業の見直し(健診、保健指導、健康相談、健康教育等)

高齢者の保健事業は、広域連合による事業だけでなく、他の保険者や**市町村の一般保健衛生部局等**の、~~関連部局~~でも実施されることがある。このため、見直しに**当たっては、他の保険者や関連他部局**と連携して既存事業の実施内容と達成状況を把握、評価する必要がある。

このように、既存事業の整理、いわば「棚卸し」を行い、上記(2)で整理した健康課題や実施結果と照合して、医療保険者として実施効果の検証を行い、事業のスクラップアンドビルド(最適化)を図る。

2) 事業内容の検討と準備

健康課題を踏まえ、事業の対象者像(性・年齢、健康状態、~~ADL~~ADL、生活状況)、実施地域等を明らかにし、健診結果やレセプトを活用しつつ対象者の概数を把握する。

その**上うえ**で、対象者を健診結果などから絞り込み、対象者の選定基準や健康支援の方法及び実施方法(訪問指導、立ち寄り型相談^{※5})などを決

※5 「立ち寄り型相談」とは、身近な地域で利用者が立ち寄りやすい集会所や高齢者施設・薬局

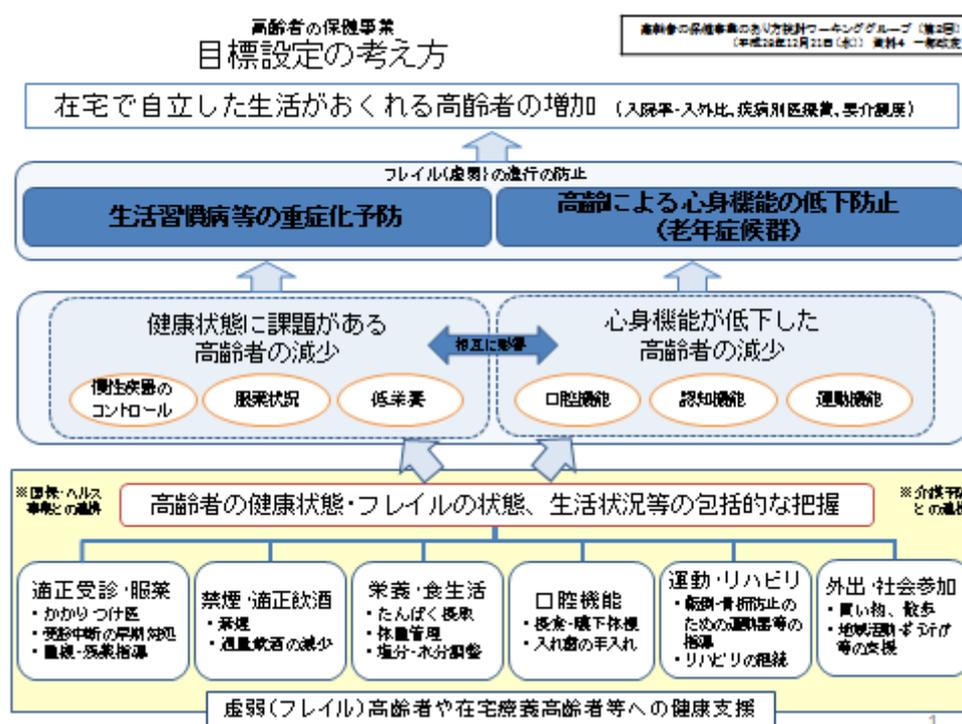
め、実施計画書を作成する。

さらに、事業の具体的な実施内容や方法（対象者抽出、アセスメント項目、介入内容・方法等）を検討する。（実施プログラムの作成）

3) 目標の設定と評価の準備

事業の実施後に事業評価を行い、継続的な改善につなげていくため事業実施前に目標と評価項目を設定する。目標には中長期的な大目標・中目標と毎年度の個別事業により達成を目指す小目標が考えられ、評価指標もそれぞれに設定することが求められる。

図表 I-5 高齢者の保健事業の目標設定の考え方



評価を行う際には、健診やレセプト情報を活用し、保健事業実施後の健康の状況やその評価などを継続的にフォローすることが望まれる。その際にはあわせて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。）が管理する国保データベース（KDB）システム（以下「KDBシステム」という。）等の活用も含め、追跡評価の方法をあらかじめデザインしておくことが求められる。

また、数値化できない質的情報である保健指導の内容と反応、家族や介

等の拠点において、相談支援を行う形式の保健事業を指す。

護者の感想、福祉関係者の対応状況など、必要に応じ評価に役立てるよう段取りを組んでおく。

評価はストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカムの4つの観点から行い、次年度以降の事業計画・内容の検討などに役立てる。

図表 I-6 保健事業の評価の視点

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	<ul style="list-style-type: none"> 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(直営・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ないか。
プロセス うまく運営できているか	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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)

1

4) 健康支援の実施と評価

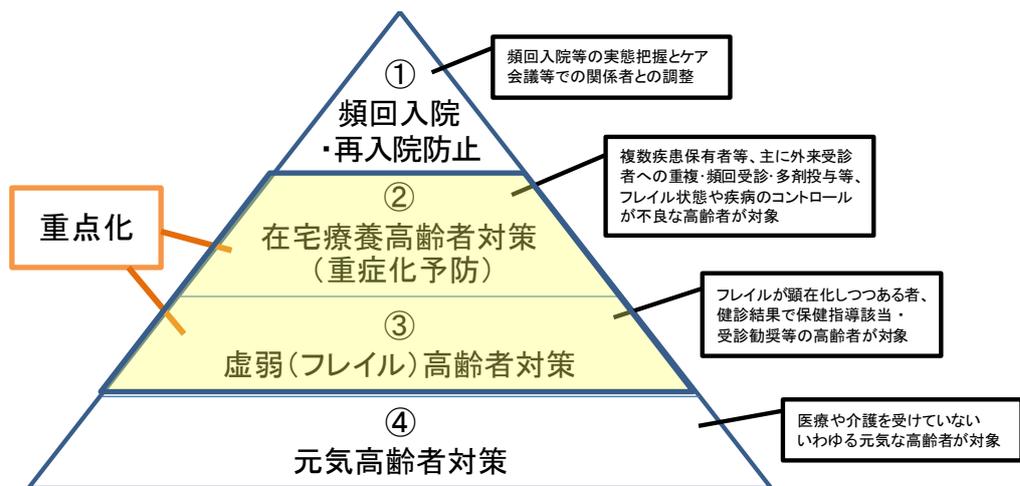
実施プログラム、指導マニュアルに従い、専門職による保健指導を実施し、評価を行う。(詳細は「Ⅱ実践編」へ)

(4) 重点的に対象とする事業(類型、要件)

1) 取組の重点化

当面の取組としては、図表 I-7 に掲げたピラミッドの2層目、3層目を対象とした取組に重点化するなど、地域の実情を考慮した取組とする。

図表 I-7 取組の重点化イメージ



なお、状態像③の対象者の把握には、基本チェックリストや各地で試用されているフレイルのチェック方法を併用することも有効である。

2) 事業類型（低栄養・口腔・服薬・重症化予防・複合的取組）

平成28、29年度のモデル事業では事業類型として、高齢者の特性を踏まえた下記の取組に重点化して実施した。

① 栄養に関する相談・指導

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 口腔に関する相談・指導

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誤嚥性肺炎等の疾病予防、口腔機能の改善のための相談や指導を実施。

③ 服薬に関する相談・指導

多医療機関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

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。

⑤ その他

- ・ 訪問歯科健診
- ・ 複合的に実施する取組
- ・ 上記に類する事業等

モデル事業では、フレイルやプレフレイルの段階から要介護状態になる前の者に対して、相談・指導等の支援を行う取組が多かった。

一方で、訪問歯科健診については、通常の歯科健診を自ら受診できない在宅の要介護状態にある者等を対象としており、歯科診療等につなぐ機会となっている。この場合も通常の歯科健診の受診者と同様に、健診の実施に留まらず、結果を活用して類型②の口腔に関する相談・歯科保健指導等と連携し実施することが望ましい。

3) 事業の要件

事業の実施に~~当~~あたっては、高齢者の特性を踏まえた広域連合の事業として効果的・効率的に実施するために、以下①～④の条件を満たすものであることが求められている。また、糖尿病性腎症の重症化予防の取組の場合は、⑤も満たすことが必要である。

- ① 対象者の抽出基準が明確であること
- ② かかりつけ医（歯科医）と連携した取組であること
- ③ 保健指導に専門職^{※6}が携わること
- ④ 事業の評価を実施すること
- ⑤ 各都道府県の糖尿病対策推進会議等との連携^{※7}を図ること

また、医療保険や介護保険によって重複する内容の管理や指導を受けている者は対象としないことにより重複を防止する。

4) モデル事業の実施と成果の活用

平成~~28~~28-8、29年度に「高齢者の低栄養防止・重症化予防等推進事業」として、2) 事業類型にある各取組分野を設け、広域連合が市町村等と連携したモデル事業を実施した。

実施に~~当~~あたっては、地域で重点的に解決すべき課題の検討や事業類型・要件などを踏まえ、地域の実情に応じた既存の拠点（地域包括支援センター、保健センター、訪問看護ステーション、診療所・病院、歯科診療所、薬局等）を活用して行うこととしている。

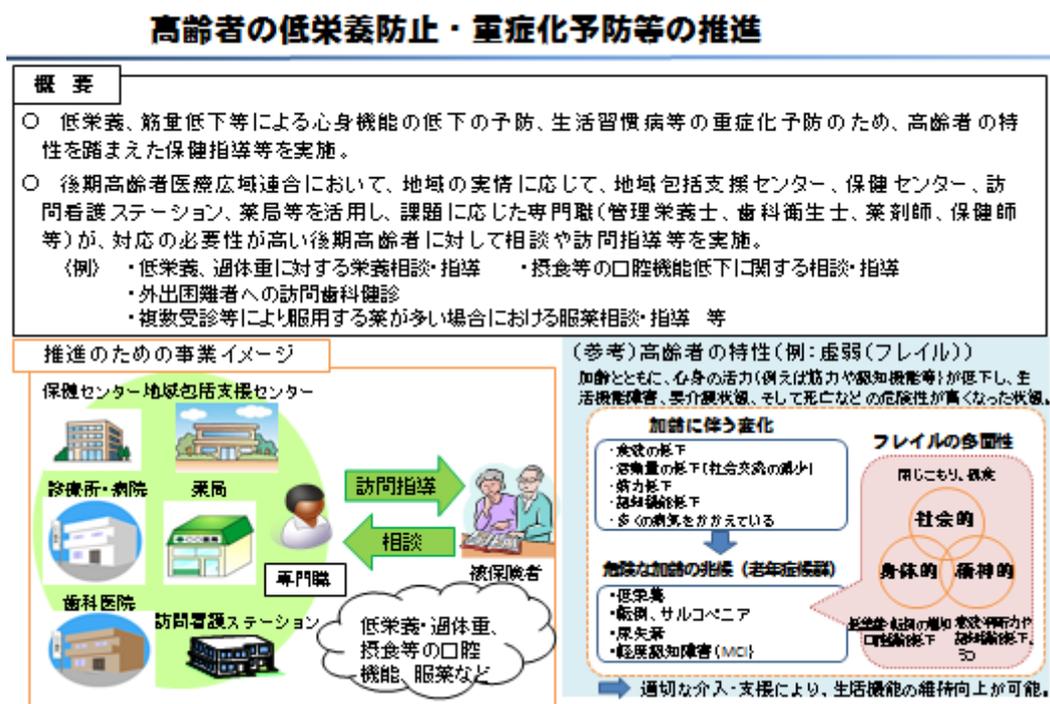
平成~~29~~年度も継続・新規事業を実施する予定で、モデル事業については、「高齢者の保健事業のあり方検討ワーキンググループ」において効果

※6 医師、歯科医師、薬剤師、保健師、看護師、管理栄養士、歯科衛生士、言語聴覚士等

※7 糖尿病性腎症重症化予防の取組の場合、内容的には、相互の情報共有や指導助言を受けることなどを指す。

検証を行い、ガイドラインに反映することとしている。

図表 I-8 高齢者の低栄養防止・重症化予防等の推進（モデル事業）の概要



(5) 効果を高める工夫

1) 若年世代からの取組との連携

後期高齢期における健康状態は、それ以前からの生活習慣等が大きく関わっている。このため、若年世代からの取組と連続性を図ることは有効と考えられ、他保険者と状況や課題を共有することが望まれる。

2) 対象者の主体性の重視等

保健事業の企画にあたっては、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。生活の上うえで「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。

また、健康支援の方法は、保健指導だけではなく、体験や見守り、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、適切に組み合わせることで進めることが望ましい。

3 取組の推進に向けた体制整備

(1) 関係者の役割分担

1) 後期高齢者医療広域連合の役割

広域連合は、保健事業の実施主体であり、健診、医療レセプト（調剤・歯科含む）等の包括的、統合的な管理を行うことができる。

こうした健康・医療情報を活用して健康課題を把握し、対象者の選定と介入支援を効果的、効率的に実施するなど主体的な事業の企画・実施を検討する。また、事業評価を適切に実施することにより、PDCAサイクルによる事業の継続的な改善に努める。

事業の実施に当あたっては市町村等との連携を密にし、その問題意識をくみ取とり、保健事業に反映するとともに、好事例を他の市町村等に展開するよう努める。また、KDBシステム等の活用により、保健指導等を実施する市町村に対し、自らが管理する健康・医療情報などの必要な情報を提供するなど、地域の健康課題の把握、効率的な対象者の抽出、事業評価等の取組が円滑に進められるよう努める。

さらにまた、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の連携を図り、保健事業が円滑に実施できるよう環境を整える。また、KDBシステム等の活用により、保健指導を実施する市町村に必要な情報を提供するなど、取組が円滑に進むように配慮する。

2) 市町村に求められる役割

広域連合を構成する市町村は、住民に最も身近な基礎自治体として、住民の状況やニーズを直接把握しており、健康の保持増進の総合的な取組を行う主体である。

市町村は、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し、地域の関係団体と問題認識を共有する。また、地域が有する保健医療等に関する資源の実態を把握する。こうしたことを踏まえながら、広域連合との連携を図りつつ保健事業の企画、実施、評価に当あたる必要がある。

その際、関係部局署間の連携を密にし、介護保険、国民健康保険（以下「国保」という。）、健康増進事業等の保健事業等との整合を図りつつ推進

するなど、事業を着実に実施できる体制の確保に努める。

3) 都道府県に求められる役割

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、健康増進事業等の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。また、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内の取組状況を共有し、課題、対応策等について議論する。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。

こうした取組は、複数課の所管事項にまたがることから、医療保険、介護保険、保健衛生健康増進の各所管担当部局の緊密な連携の下でもと実施することが必要である。

さらに、都道府県は、平成30年度から国民健康保険の保険者となり、財政運営の担い手として後期高齢者医療への支援金を負担することになるため、保険者機能の発揮という観点からも、保健事業の推進に対する一層の役割を果たすことが期待される。

なお、都道府県と同様に、国保連合会も広域連合や市町村を支援する立場にあることから、国保連合会に対し都道府県の会議、研修会等への参画を求める、両者共同での会議や研修会、意見交換の場を設置・開催する、国保連合会の求めに応じ支援・評価委員会に参画するなど、平素から両者が積極的な連携に努めることが重要である。

4) 国に求められる役割

各広域連合における取組や、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、実施体制の整備や実施費用についての保険者インセンティブの拡充などの支援方法を検討する。

レセプトや健診データ等を活用した、地域課題の分析や高齢者の特性に応じた対象者把握、効果分析等が円滑に行われるよう、必要な情報環境の整備に努める。

また、各都道府県や地域における広域連合、市町村、関係機関・団体の連携体制構築のため、それぞれの全国組織等の中で現状や課題の共有を図るなど調整に努める。

図表 I-9 後期高齢者医療における保険者インセンティブ

後期高齢者医療における保険者インセンティブ（H28～）

1. 趣旨・仕組み

- 後期高齢者医療制度において、その運営主体である後期高齢者医療広域連合による予防・健康づくりや医療費適正化の事業実施が全国規模で展開されることを目的として、広域連合の取組を支援するための仕組みを構築する。
- 評価指標に基づき広域連合の取組を評価し、平成28年度から交付する特別調整交付金に反映する。
※ 反映方法は国保の都道府県分と同様のイメージ。
- なお、まずは、取組の実施そのものを評価する指標に基づくが、今後、他制度を含めた保険者インセンティブの取組状況等を踏まえ、評価指標や評価方法等を更に検討する。

2. 評価指標の候補

保険者共通の指標	固有の指標
指標①・② ※後期では(特定)健診は義務ではない。 ○健康診査や歯科健診の実施 ○健診結果を活用した取組(受診勧奨・訪問指導等)の実施 指標③ ○重症化予防の取組の実施状況 指標④ ○被保険者の主体的な健康づくりに対する保険者の働きかけの実施 指標⑤ ○重複・積戻受診、重複検査者等への保健師、薬剤師等による訪問指導の実施 指標⑥ ○後発医薬品の使用割合 ○後発医薬品の促進の取組	指標① ○データヘルス計画の策定状況 指標② ○高齢者の特性(フレイルなど)を踏まえた保健事業の実施状況 指標③ ○専門職の配置など保健事業の実施のために必要な体制整備 指標④ ○医療費通知の取組の実施状況 指標⑤ ○後期高齢者医療の視点からの地域包括ケア推進の取組 ○国民健康保険等と連携した保健事業の実施状況 指標⑥ ○第三者求償の取組状況

(2) 関係者間の連携

1) 広域連合と市町村の連携

保健事業の実施主体は広域連合であるが、多くの場合、住民に身近な市町村が主導的な役割を担い実施の中心になることが想定される。この場合、広域連合は、都道府県域内で実施される保健事業の調整を図るとともに、高齢者の特性を踏まえた保健事業の重要性の理解・協力が得られるようにデータ等の根拠を**基もと**に市町村に働きかけ、十分な調整の**上で**事業委託等の形をとり実施する。また、取組に必要となるレセプトや健診データ等の情報提供、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会、歯科衛生士会等などの関係団体との調整などを行うことにより、事業が円滑に実施できるよう連携・協力する。

一方、広域連合が市町村に委託等をすることなく、直接または民間等に委託して保健事業を実施することも考えられる。この場合でも、保健事業を実施する対象地域において、地元市町村の介護保険や健康づくり事業との連携を図るため、相互に情報共有を行うなど協力体制を整える必要がある。

いずれの場合においても、広域連合と市町村（後期高齢者医療**所管担当部局**、国保**所管担当部局**、**保健衛生所管担当部局**、介護**保険所管担当部局**等）の連携体制づくりのために、双方参画の**下もと**で事業を企画、実施、評価できるよう企画運営組織を設け、定期的に会議を開催するなど実施体制の確保に努めることが望ましい。

2) 市町村の庁内連携

高齢者の保健事業の推進に~~当~~あたっては、特に市町村内における以下の関係部~~局~~署間での連携・協力が図られるよう努める必要がある。

① 介護予防との役割分担と連携

ア 相互の関係

後期高齢期になるほど、複数の疾病を~~抱~~かかえフレイルが顕在化するなど複合的な状態に陥る可能性が高く、医療と介護のいずれの面からも対応が必要になる。その場合、保健事業と介護予防事業では、対象者としてかなり重なることが想定される。

基本的には、医療保険の保健事業は疾病の発症やその重症化予防を~~一~~目的に、一方、介護予防は要介護状態の発生及び悪化をできる限り防ぐとともに、さらには軽減を目的にしており、いずれも保険者機能を発揮することに努めている。高齢者によっては、加齢の進行に伴い健康状態や心身機能が急激に変化するなど、それぞれの切り口からの支援が並行して必要になる場合がある。

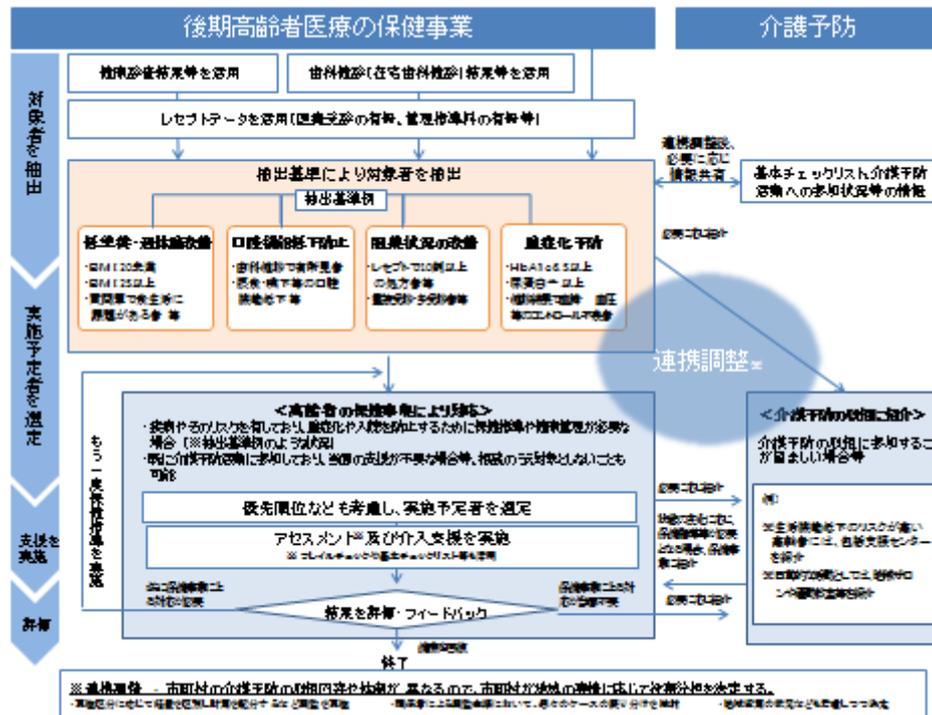
そのため、両者は、地域の実情を踏まえ、相互に補完する形で役割分担を検討することが望ましい。

イ 連携

介護保険における介護予防事業は、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される。一方、医療保険では健康医療情報を活用し、本人や家族が問題に~~気~~付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であるため、より早期からのアウトリーチに適している。

このように両者には、対象者の把握方法やアプローチ方法の特長があるため、フレイル対策の対象者の選定の際には、保健事業の~~取組~~と介護予防事業の取組との重複の確認や調整を行うなど、対象者の状態に応じてより効果的な支援を行うことが求められる。また、こうした連携を緊密にするため、医療保険と介護~~保~~険の担当者が出席するサービス調整のための会議を開くなど、連携体制を整えることが望ましい。

図表 I-10 後期高齢者医療の保健事業と介護予防との連携のイメージ（案）



② 保健衛生健康増進・国民健康保険所管部局署との連携

市町村の保健衛生や国保を所管担当する部局署は、これまでも健診・保健指導等の実施主体として住民の健康の保持増進を担当してきた。これらとの連携により、若い世代からの生活習慣病等への取組の延長線上で、重症化予防の必要性を検証することが可能となる。また、予防接種等で医師会・かかりつけ医との接点があり、高齢者への取組に当あっても、医療面の支援の必要性や課題を共有しやすい状況にある。

取組に当あたっては既存事業等の企画段階からの連携・調整を図ることが望ましい。

(3) 地域連携（関係団体との調整等）

1) 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、薬剤師会、看護協会、栄養士会、歯科衛生士会等などの関係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、協力を得る。

そのほか、広域連合等が高齢者の特性を踏まえた保健事業に取り組む場合には、会員や各地域組織等への周知、助言などのを行い、必要な協力を得る行うよう努める。地域に存在するソーシャルキャピタルとして、

民生委員・地域包括支援センター・介護保険事業者との連携も有効である。

2) 医療機関等との連携

後期高齢者の多くは、医療機関等を受診していることから、保健事業の実施に当あたっては、かかりつけ医や専門医等との情報共有を図り、助言や指導を得るなど連携を密にする。

具体的には、高齢者の健康課題に関する相談をするなど、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。また、現場においては、対象者の選定や保健指導上の留意点をかかりつけ医等に相談するとともに、保健指導結果をフィードバックするなど、連携を図りつつ取組を進める。さらに、事業の内容により、関係者への説明会を開くなど情報共有に努める。

こうした取組を円滑に進めるため、特に都道府県および郡市区の各段階の医師会や歯科医師会と緊密に連携を図ることが必要である。

3) 他の医療保険者との連携

- ① 前期・後期という年齢区分にとらわれず、高齢期において一貫性、連続性のある取組を行えるよう、国民健康保険等他の医療保険者との間で課題を共有し、対策を話し合うなど連携を図る。

また、市町村国保の既存事業との組み合わせにより、継続的な事業を検討するとともに、国民健康保険から後期高齢者医療制度に移行した被保険者については、保健事業の効果の追跡把握やそのフィードバックについて検討する。

こうした取組によって、後期高齢期以前の早期から低栄養や生活習慣病対策を進め、より効果的、効率的な保健事業を展開することが有効である。

- ② 国保連合会は、国保・後期高齢者ヘルスサポート事業として、学識経験者らによる支援・評価委員会を設置し、国保保険者・広域連合が行う保健事業に関して専門的観点からの指導や助言を行っている（平成28-2-7年度24-2-6広域連合を支援）。市町村国保に対する支援も同時に行われているため、国保から継続した支援を市町村とともに検討するなど、事業の企画、計画、運営、評価等に当あたって、一層積極的な活用が望まれる。
- ③ KDBKDBシステムは、健診や医療・介護のレセプト情報を保有し、さまざまな観点から比較・分析できるツールであり、健康課題を把握して、事業の対象者抽出に活用することができる。被保険者ごとに健

診・医療の受診状況を突合して確認できるため対象者の絞り込みが容易になるメリットがあり、活用により効果的、効率的に事業を実施することができる。

そのために抽出や評価などへの具体的な活用法をマニュアルとして作成することが望まれる。

4) NP0NP0法人・民間事業者の活用

NP0NP0法人は、地域ニーズを熟知し、住民に対しきめ細かく柔軟な対応が可能な場合がある。NP0NP0法人との連携を図り、助言を得たり、企画運営に参画してもらうことも有益である。

また、保健事業を適切に実施する能力のある民間**事**業者に業務委託することは、広域連合や市町村のノウハウや人材不足を補い、事業を円滑に実施することにつながり得る。ただしこの場合も、委託者が事業内容の設定、進捗管理、効果検証の各場面で主体性を発揮し、受託者に任せきりにならないよう注意が必要である。

4 取組を推進するための環境整備

(1) 人材育成

1) 高齢者に関する健康支援の知識・技術の周知、資質向上

保健指導を行う専門職や事業を担当する行政職員が、後期高齢者の特性を踏まえた個別指導の方法や事業企画運営等について必ずしも熟知しているわけではない。日頃から高齢者の健康面でのサポートに関わることが多い医療、福祉などの専門職や関係者などから、保健事業の実施に**当あたり**協力を得ることが不可欠である。このため、こうした対象者に対して、フレイルへの対策も含め高齢者の特性を踏まえた保健事業への理解を深め、必要な知識・技術等の質を向上するための研修等の取組が求められる。様々な専門職や関係機関が、高齢者の特性を理解することにより、高齢者の複合的な状況に対応するために必要となる支援をマネジメントできる力量を獲得し、高齢者一人ひとりの課題に対応していくことが重要となる。

2) 研修等の実施方法

広域連合が**モデル保健**事業の取組に**当あたり**って事業説明会を兼ね先進的な取組を紹介するなど直接、研修を実施する方法がある。また、地域の健康課題や重点対策を共有、推進する点から都道府県や国保連合会、保険者協議会等と共同での研修を検討することも考えられる。

(2) 実施上の留意事項

1) 周知・広報

保健事業の実施に当あたり、被保険者をはじめ地域住民の理解・協力が得られるよう、事業の趣旨・目的や内容について周知を図る必要がある。

若年世代の肥満対策に重点を置いた生活習慣病対策から、高齢期にあっては、フレイルに着目した対策へと徐々に転換することが必要である。こうした高齢者の特性を踏まえた保健事業について理解が広がることで、これまで低栄養状態に気付いていなかった高齢者が進んで保健指導を受けたり、その周囲の人たちも高齢者の心身の状況の変化に早期に気付き、効果的、効率的な保健事業を実施できる土壌づくりにつながる。

さらに、地域社会の理解が深まることで、ボランティアや近隣住民、自治会による見守りや援助など、高齢者を支える活動を促し、高齢者が住み慣れた地域で生き生きと暮らす社会づくりに資することができる。

2) 委託する場合の留意点

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具体的な仕様を詳細に定め委託する必要がある。実施の進捗を定期的に把握し、事業結果の評価を行う。また、実施データを含む成果物は、広域連合等に帰属させる。

3) 個人情報の適切な取扱い

健診結果やレセプトデータなどの個人情報は、保健事業の対象者の抽出や効果検証などを行うのに必要不可欠である。

特にKDBシステムによって、健診、レセプト、介護のデータを統合的に管理できることから、これらを活用することでリスクの高い被保険者を的確に把握し、効果的、効率的に保健指導を実施するとともに、その後のデータを追跡し、効果検証に役立てることもできる。

これらの個人情報を保健事業に活使用することは、被保険者の健康管理等に寄与し、公益性があるものと考えられる。

個人情報の利用は、各広域連合等の個人情報の保護に関する条例等に則り、適正な取扱いが求められるため、保健事業に活用するに当あたって、本人の同意や個人情報に関する審議会の承認、また、外部委託等の場合には、個人情報の範囲や目的などを委託先との契約や覚え書きで定め、守秘義務を課すなどの方法で、適正に実施される必要がある。

こうしたことを踏まえ、個人情報の保護に配慮しながら、これを適正に

活用できるよう、各自治体の状況を踏まえつつ工夫・検討することが求められる。

4) 安全配慮

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あらかじめ設置しておく。

5) 事業立ち上げ時の留意点

新たに後期高齢者を対象とした事業を立ち上げるに**当**あたっては、所管部**局**署の決定や、予算と実施体制の確保、関係部**局**署との連携など様々な課題に取り組まなければならない。このため、次の点について留意する必要がある。

① 課題と方針の共有

当該自治体における健康課題と後期高齢者の特性を踏まえた保健事業の必要性、今後の方針について、医療保険・介護関係課等で意見交換し共有する。その際、担当レベルでの会議からスタートし、上位の職階による会議へと持ち上げていくことや、既存の連絡会議の場等を活用することなど、円滑に進める方法を工夫する。

② 実施体制の確保

共有した方針に基づき実施のための予算や庁内の連携体制を確保し、主管部**局**署を決定する。自治体における政策課題、主要施策に関する協議の場や予算編成過程に乗せ、オーソライズを図る。

さらに実施体制を強化するために、保健と介護を統括する課を設ける自治体もあり、総合的な施策を展開している。

③ 連携体制づくり

事業の企画段階から、関係機関、団体と情報や課題を共有し、取組の方向性などについて議論するなど、連携・協力体制づくりを進める。事業内容が固まる前から相談・協議を行うことで、一体となって保健事業を推進することにつながる。

④ ノウハウのマニュアル化

事業の立ち上げに**当**あたっては専門性のある職員などが中心となり、実施過程を一元的に管理し、推進の牽引役となることが有効である。あわせて、実施手順をマニュアル化するなど、特定の職員に過度に依存することのないようシステム化していくことが求められる。

⑤ 既存事業の活用

類似事業が自治体内にある場合、その事業の対象者を75歳以上に拡

大し、後期高齢者の特性を踏まえた内容を取り入れるなど、既存事業の活用を図ることも検討すべきである。

⑥ 事業の進捗チェックリストの活用

事業の実施に当あたってはいくつかのステップがあり、これら各段階で必要とされる事項を確実に押さえて進めることが必要である。このため、「Ⅱ実践編」を参照し、「1事業実施主体における体制整備」、「2地域連携体制の構築」、「3事業企画内容の具体化」、「4事業実施」、「5評価とその活用」といった各ステージにおける実施事項について、チェックリストを活用しつつ進めていくことが有効である。

⑦ 取組みやすい内容からの着手

高齢者の抱える健康や生活上の課題は複合的で多岐にわたる。一人の高齢者に対しても、それを支える関係者は、図表 I-11のように、多面的・重層的に重なり合い、これら全てを一度に充足することは困難である。

このため、地域資源や関係者の連携状況、市町村内の体制、健康課題等問題意識の共有状況など地域の事情を踏まえ、まずは、取り組みやすい範囲や資源の整った部分から着手し、そこから取組分野を広げていくという発想も必要である。

図表 I-1 高齢者の複合的な状況への対応（重層的な体制・多機関・多職種連携）

