

高齢者の保健事業のあり方検討ワーキンググループ（第5回）	
平成30年3月29日（木）	資料3-1

高齢者の特性を踏まえた保健事業 ガイドライン（案）

平成30年〇月

厚生労働省保険局高齢者医療課

目次

I	総括編	1
1	高齢者の保健事業の実施に当たっての基本的な考え方	3
	(1) ガイドライン策定の背景・目的	3
	1) 策定の背景	3
	2) 策定の目的	4
	(2) ガイドラインの内容	5
	(3) 後期高齢者の状態像と課題	5
	1) 後期高齢者の特性	5
	2) 健康指標・レセプト分析からみた現状と課題（多病の状況、医療の かかり方）	6
	(4) 後期高齢者医療制度における保健事業	9
	1) 広域連合の取組の現状と課題	9
	2) 高齢者の特性を踏まえた健康支援	9
	3) 被保険者の状態像に応じた取組	10
2	取組の推進に向けた体制整備	12
	(1) 関係者の役割分担	12
	1) 広域連合の役割	12
	2) 市町村に求められる役割	13
	3) 都道府県に求められる役割	14
	4) 国に求められる役割	14
	(2) 関係者間の連携	15
	1) 市町村の庁内連携	15
	2) 国保連合会との連携	18
	(3) 地域連携（関係団体との調整等）	18
	1) 関係機関、職能団体等との連携	18
	2) 医療機関等との連携	19
	3) 他の医療保険者等との連携	19
	4) NPO 法人・民間事業者の活用	19
3	効果的な実施に向けた取組内容の検討	21
	(1) 高齢者の保健事業の進め方（全体的な流れ）	21
	(2) 健康課題の把握（データヘルス計画等との整合、調整）	22
	(3) PDCA サイクルの構築	23
	1) 既存事業の見直し（健康診査、保健指導、健康相談、健康教育等）	23
	2) 事業内容の検討と準備	23

3)	目標の設定と評価の準備	23
4)	健康支援の実施と評価	25
(4)	重点的に対象とする事業（テーマ別の取組、事業要件等）	25
1)	取組の重点化	25
2)	事業のテーマ別の取組	26
3)	事業の要件	27
4)	モデル事業の実施と結果の活用	28
(5)	効果を高める工夫	28
1)	対象者の主体性の重視等	28
2)	高齢者の特性に合わせた地域ぐるみの健康支援	29
3)	取組テーマを組合せた事業展開の必要性	30
4)	連携の意義と共有の必要性について	31
4	取組を推進するための環境整備	32
(1)	人材育成	32
1)	高齢者に関する健康支援の知識・技術の周知、資質向上	32
2)	研修等の実施方法	32
(2)	周知・広報	32
1)	住民に対する周知の必要性	32
2)	市町村等関係者への周知	33
(3)	個人情報の適切な取扱い	33
(4)	実施上の留意事項	33
1)	委託する場合の留意点	33
2)	事業立ち上げ時の留意点	33
5	今後引き続き検討すべき事項	36
(1)	モデル事業から見てきた課題と検討事項	36
1)	データヘルス推進のための環境整備	36
2)	地域課題や事業目的の共有（関係者間の調整、体制づくり）	36
3)	適切な対象者選定・評価方法の検討	36
4)	効果的な取組に向けた標準化等の検討	37
(2)	別途実施された検討事業	37
1)	糖尿病性腎症重症化予防事業（連携協定・プログラム策定）	37
2)	後期高齢者に対する歯科保健サービスの効果実証事業（マニュアル作成）	37
3)	高齢者の特性を踏まえた保健事業（フレイル対策）に関する文献調査（エビデンス確認）	38
(3)	その他（健診等のあり方の検討）	38

Ⅱ 実践編	39
1 ガイドライン実践編の位置付け	41
2 取組の実際.....	41
(1) 事業実施全体の流れ	42
(2) それぞれの段階における実施事項	43
1) 事業実施主体における体制整備	43
2) 地域連携体制の構築	45
3) 事業企画	46
4) 事業実施	57
5) 評価とその活用	65
6) 事業を効果的に行うために必要な事項	67
3 モデル事業等に見るテーマ別の取組状況と留意点	70
(1) 栄養に関する相談・指導	70
(2) 口腔に関する相談・指導	73
(3) 服薬に関する相談・指導	75
(4) 慢性疾患の重症化予防.....	77
4 KDB システム等を活用した評価の試行(平成28年度のモデル業をもとに)	81
(1) ベースラインの状況	82
(2) 検査値の変化	83
(3) 疾病の罹患割合	83
(4) 事業の参加者の医療費の分布	85
(5) 医療費等の変化	85

<別冊事例集>

平成28年度・29年度のモデル事業の実施状況

- ・モデル事業における取組概況
- ・モデル事業の具体的な事例
- ・モデル事業で使用されたツール等

<別冊参考資料>

参考資料

- ・高齢者の診療ガイドライン等
- ・関連事業のまとめ等
- ・関連通知

I 総括編

1 高齢者の保健事業の実施に当たっての基本的な考え方

(1) ガイドライン策定の背景・目的

1) 策定の背景

① 高齢者が抱える健康課題への対応

高齢者、その中でも特に後期高齢者については、複数疾患の合併のみならず、加齢に伴う諸臓器の機能低下を基盤としたフレイル¹やサルコペニア²、認知症等の進行により個人差が大きくなり、多病・多剤処方などの状態に陥るなど、健康上の不安が大きくなる。こうした不安を取り除き、住みなれた地域で自立した生活ができる期間の延伸、QOLの維持向上を図るためには、高齢者の特性を踏まえた健康支援・相談を行うことが必要である。

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り、将来推計によると団塊の世代がすべて後期高齢者に移行する2025年には、高齢化率は30%となり、全高齢者数に占める後期高齢者の割合はおよそ6割となる³。また、医療費が54.0兆円、介護給付費は19.8兆円に達するなど社会保障費の増加が予想されている⁴。そのため、後期高齢者医療をはじめとした社会保障制度が安定的に運営されることにより、高齢者が安心して暮らせる地域社会を支えることが重要となる。

② 医療保険者としての機能を有する広域連合

後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）は、高齢者医療制度の運営を通じて健康・医療情報⁵を統括的に有しており、多病・多剤処方などの状態にある高齢者の全体像を把握することができる。

また、市町村等と協力することにより地域住民に身近なところで、健

¹ 「フレイル」とは、フレイル診療ガイド（©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。（別冊参考資料 PO）

² 「サルコペニア」とは、サルコペニア診療ガイドライン（日本サルコペニア・フレイル学会）によると、「高齢期にみられる骨格筋量の減少と筋力もしくは身体機能（歩行速度など）の低下により定義される」とされている。

³ 出典：平成 29 年版高齢社会白書 P5

⁴ 出典：厚生労働省「社会保障に係る費用の将来推計の改訂について（平成 24 年 3 月）」

⁵ 健康・医療情報とは、「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 年厚生労働省告示第 141 号）において、健康診査の結果や診療報酬明細書等から得られる情報と定義している。

康支援を行うことにより、適正な医療の受診へと導くこともできるなど、医療面に対する健康支援が可能であるという強みがある。

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、こうした健康支援に医療保険者が取り組む意義は大きい。これらのことから、広域連合の取組においては、市町村との連携に加え、医療機関とも連携し、保険者機能を発揮した保健事業を展開することが重要である。

また、市町村と連携した取組により、前期高齢者などの国民健康保険（以下「国保」という。）世代から連続した健康の管理や、さらに年齢を重ねて疾病が重症化したり要介護状態となった場合の介護保険への接続など、地域包括ケアと連動した仕組みに位置付けることが重要である。

このような保険者としての機能を遺憾なく発揮し、住み慣れた地域での活動や医療、介護等のサービスに高齢者を適切につなげ、必要な保健指導等の健康支援を実施することが、これからの後期高齢者の保健事業に求められている。

2) 策定の目的

平成20年度以降、我が国における医療保険者が実施する保健事業は、特定健康診査・特定保健指導（以下「特定健診等」という。）をはじめとした壮年期のメタボリックシンドローム対策が中心となった。しかし、高齢者は壮年期とは異なる健康課題を抱えているため、高齢者の特性を踏まえた取組が必要であるものの、具体的な取組に関する指針はこれまで示されていなかった。

また、広域連合の組織特性を踏まえると、実施主体として広域的な展開を図るには限界があることから、広域連合の役割を明確化し市町村等の関係者と調整しつつ進める適切な手法の検討も必要となっていた。

そこで今回、モデル事業の実施や高齢者の保健事業のあり方検討ワーキンググループ及び作業チームにおける検討を通じて、高齢者の特性を踏まえた保健事業の考え方や具体的な内容をガイドラインとして取りまとめ提示することとした。

高齢者の複合的な状態を踏まえると、これらの取組は結果的に医療費のみならず介護給付費の適正化にも影響を与えることが考えられ、超高齢社会における医療保険をはじめとした社会保障制度の安定的運営に寄与することが期待される。

(2) ガイドラインの内容

- 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年厚生労働省告示第141号（以下「保健事業実施指針」という。）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、市町村が事業を実施する場合の役割分担や留意点を示す。

なお、本ガイドラインでは、「Ⅰ総括編」で基本的な考え方について、「Ⅱ実践編」で保健事業の実施内容・方法、手順について、「別冊事例集」で取組事例について、「別冊参考資料」で取組の参考となる科学的根拠等の関連資料などについてまとめている。

(3) 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⁶。
- ② 複数の慢性疾患を保有⁷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⁸。
- 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。
- ⑤ 後期高齢者は98.8%⁹が医療機関を受診しており、要介護認定割合が80歳以上から約3割¹⁰に急上昇するなど、医療と介護ニーズを併せ持つ状況にある者が増加する。

⁶ Yamada M and Arai H: J Am Med Dir Assoc 16(11): 1002. e7-1002. e11, 2015

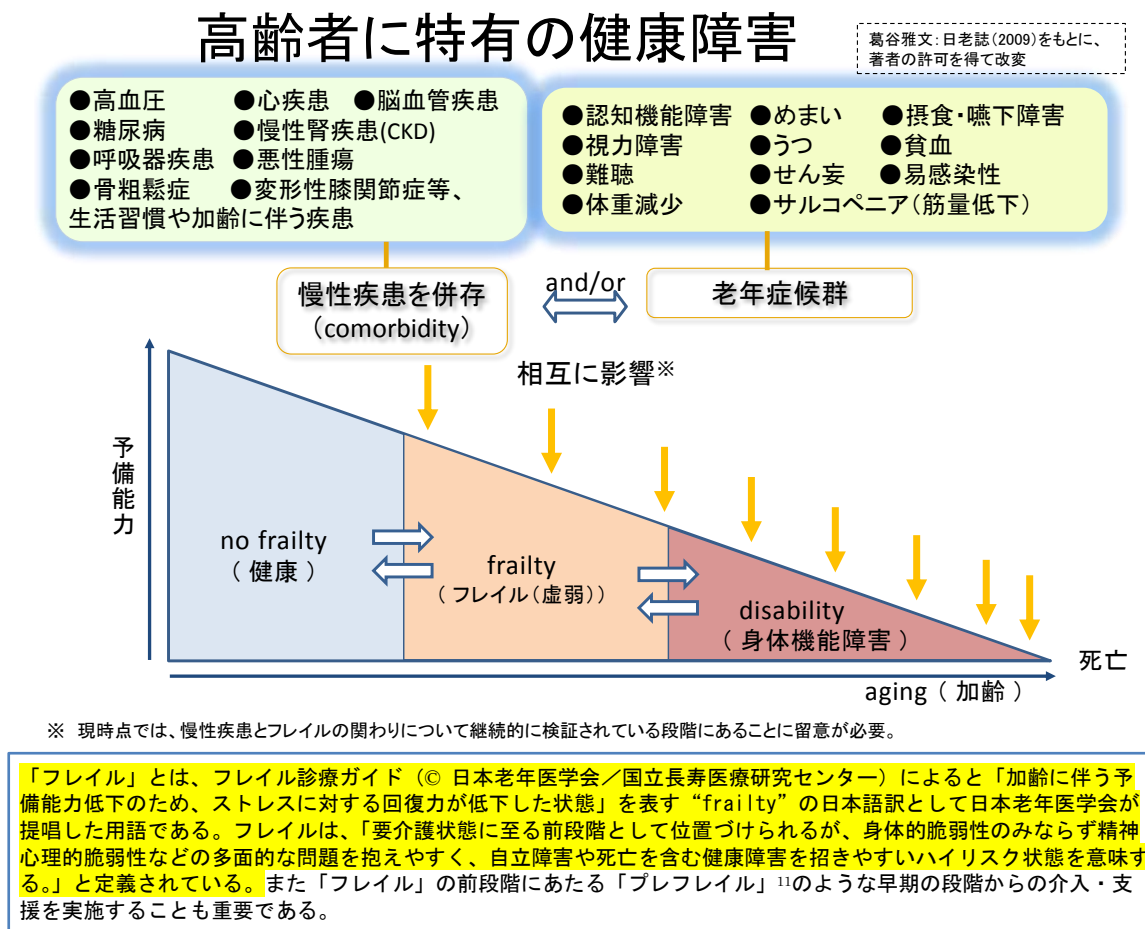
⁷ Chang SS et al: J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2010; 65: 407-413

⁸ 「東京都後期高齢者医療に係る医療費分析結果報告書」2015 東京都後期高齢者医療広域連合

⁹ 出典：医療給付実態調査（平成27年度）※入院、入院外、歯科のいずれかの診療を受けた者の加入者数に対する割合。平成27年3月単月分では87.1%。

¹⁰ 出典：社会保障人口問題研究所将来人口推計及び介護給付費実態調査（平成24年11月審査分）

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現状と課題（多病の状況、医療のかかり方）

① 医科医療と健診の受診状況

後期高齢者は、医療を受診しているため、健診を受診していない人も多い。平成28年度「高齢者の低栄養防止・重症化予防等の推進」に係る事業（以下「モデル事業」という。）の実施自治体から提出されたデータによると、年1回以上医療を受診している者が95.4%、健診を受診している者が24.6%であった。

¹¹ CHS (Cardiovascular Health Study) 基準によると、①体重減少、②倦怠感（疲れやすさ）、③活動性低下、④筋力低下、⑤歩行速度低下の5つの徴候のうち3つ以上に該当する場合を「フレイル」、1～2つに該当する場合を「プレフレイル」、いずれにも該当しない場合を「ロバスト（健常）」と3つのカテゴリーに分類されている。

図表 I-2 高齢者の健診・医療の受診状況（平成 28 年度モデル事業実施自治体の状況より）

		健診結果	
		あり	なし
レセプト	あり	24.3%	71.1%
	なし	0.4%	4.3%

平成 28 年度モデル事業報告（52 自治体）より、健診と医療受診の重なり状況を把握した。それによると、後期高齢者の 95.4%が年 1 回以上医療機関を受診しているが、健診受診は 24.7%に留まっている。健診結果のみでは実態把握が十分とはいえない状況にある。

医療を受診している後期高齢者では、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%¹²に上るといふ調査もある。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医療費の増加等に結びつく。複数の医療機関の受診状況については、かかりつけ医が総合的に把握、管理することが望ましいが、受診機関数が多くなると、それが難しくなる。

また、医療機関を受診している場合には、「心疾患」、「脳血管疾患」「筋骨格系疾患」などが多く¹³、生活習慣病等の慢性疾患の重症化予防の取組の必要性が示唆されている。

モデル事業実施自治体では、健診受診者 24.7%のうち医療を受診している者は 98.8%で健診受診者のほとんどは医療受診と重なっている状況にある。健診結果によると、各学会の高齢者向け基準¹⁴を上回る人も多数いる。

また、医療も健診も受診していない健康状態が不明の者が 4.3%いる。これらの実態把握は、地域の身近なところで高齢者の様子を把握できる市町村の機能と、レセプト等の情報により被保険者の状態を把握可

¹² 「東京都後期高齢者医療に係る医療費分析結果報告書」2015 東京都後期高齢者医療広域連合

¹³ 平成 26 年患者調査より

¹⁴ 別冊参考資料：PO参照「日本糖尿病学会：糖尿病治療ガイド 2016-2017」、「日本高血圧学会：高血圧治療ガイドライン 2014」

能な医療保険者の協力により可能となるため、今後の取組に活かすことが望まれる。

② 歯科医療と歯科健診の受診状況

高齢者の歯科の受療率は664¹⁵であり、80歳あたりをピークに年齢とともに低下しており、残存歯の減少とともに受診が減る傾向がうかがわれる。

後期高齢者においては、若い世代からの歯周疾患対策に加え、口腔機能の低下防止の対策の必要性が検討され、平成26年度から歯科健診の国庫補助が開始された。平成29年度は、45広域連合において実施されているが、現状では一部の限られた市町村において75歳や76歳の節目健診として実施される形態が多いため、実態が十分明らかになっているとはいえない。高齢者の口腔機能低下防止の取組の推進に向け、今後の課題と考えられる。

③ 医療と介護の重複状況

日常生活の自立度については、国民生活基礎調査¹⁶によると75歳～79歳で27.14%の者が生活に支障があると答えており、以降漸増し、85歳以上では約半数に及んでいる。同様に75～79歳において介護が必要となった原因としては、脳血管疾患が1位であり、以下、認知症、転倒・関節疾患と続く。また、要介護認定者の一人当たり医療費をみると、「要支援・要介護認定あり」が「要支援・要介護認定なし」の2倍以上の状況¹⁷にある。

以上のことから、レセプトにより対象者の未受診・治療中断を含む受療状況、疾病名・投薬内容等を、健診結果等によりリスク項目・重症度等の必要な情報を一元管理できる広域連合は、疾病の重症化予防の取組、特に慢性疾患の管理と服薬指導等の医療ニーズへの対応に欠かせない役割を持つと考えられる。医療関係者と連携しつつ、個人差が大きくなる対象者の状況に合致したテーラーメイド¹⁸の支援が求められる。

¹⁵ 平成26年「患者調査」：人口10万対

¹⁶ 国民生活基礎調査（平成25年）

¹⁷ KDBシステム「地域の全体像の把握」平成28年度レセプト1件当たりの医科医療費（全国値）より：国民健康保険中央会

¹⁸ 「平成29年度高齢者の特性を踏まえた保健事業（フレイル対策）に関する文献調査報告」（別冊参考資料PO）

(4) 後期高齢者医療制度における保健事業

1) 広域連合の取組の現状と課題

広域連合が実施する保健事業は、制度創設以来、健診や歯科健診のほか、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に比重が置かれてきた。

多くの広域連合において、組織体制として保健師等の専門職が配置されておらず、担当職員も市町村等からの出向のため短期間で出向元に戻ることが多く、事業のノウハウが引き継がれないといった課題があった。

保健事業実施指針に基づき、平成27年度には全ての広域連合において中長期的な保健事業実施計画（データヘルス計画）が策定され、計画に基づく取組が推進されてきた。これにより中長期的な展望を持った取組の継続が可能となった。

市町村国保においてもデータヘルス計画の作成が進められているため、平成30年度以降の第2期データヘルス計画期間の展望としては、構成市町村のデータヘルス計画と連携した取組を進めることにより、高齢者の特性を踏まえた保健事業の一層の推進と定着が目標となる。

また、平成28年度から導入された後期高齢者医療制度における保険者インセンティブ¹⁹による財政支援制度を、取組の全国的な横展開の契機としても積極的に活用されることが期待される。

2) 高齢者の特性を踏まえた健康支援

- ① 壮年期における肥満対策に重点を置いた生活習慣病対策（特定健診等）から、体重や筋肉量の減少を主因とした低栄養や口腔機能、運動機能、認知機能の低下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、筋骨格系疾患等の慢性疾患への取組も重要となる。
- ③ フレイルと疾病の関係として、糖尿病や心血管疾患などの生活習慣病の発症や多剤服用などは、フレイルのアウトカムであると同時にそ

¹⁹ 後期高齢者医療制度における保険者インセンティブは、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、健診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年度以降、特別調整交付金の一部の配分に反映している。

の原因にもなり得うと言われている。これらの対策は医療保険者の取組としてより重要となる。具体的には、疾病の重症化・再発入院の防止や多剤服用による有害事象の防止（服薬管理）が考えられる。

④ 後期高齢者においては、壮年期よりも緩和した基準を提示している学会ガイドライン²⁰が多い。また壮年期よりも疾病の重複が多く、個別疾患のガイドラインでは対応できない点も多くなる。そのまま適用すると重複受診・薬剤の過剰投与になる恐れもあるため、ハイリスク者には、かかりつけ医等と連携のうえ、専門職によるきめ細やかなアウトリーチ²¹を主体とした健康支援に取り組むことが適当である。

⑤ 高齢者の中には、健診も医療も受診しておらず、保険者でも健康状態が不明な人がいる。そのような人の状態を把握し、必要な場合は適切な医療・介護サービスにつなぐことも重要な健康支援である。

3) 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るため、対象者の階層化とその階層に応じた個別対応の必要性が高くなる。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、フレイルのリスクがある者から、病気を抱えつつも地域で暮らす在宅療養者までの人々に対して、健康管理を支援することにつながりやすい。健診結果は、健康管理の支援に当たって基本的な情報となるため、機会を捉えて健診の受診勧奨を行い受診率の向上に努めることも必要である。

その際は、高齢者の医療面や健康状態を熟知し、必要な治療や介護に振分け、つなげることができるコーディネータ役の専門職の役割が重要となる。例えば、健康・医療情報等に基づき早期に把握したハイリスク者を、地域支援事業における地域サロン等の参加型の取組の場や地域包括支援センターに、要介護認定の相談等も含めて、必要に応じてつなぐことなどが想定される。地域包括支援センターなどに必要な人材が加配されるよう支援することなども考えられる。

²⁰ 高齢者糖尿病の血糖コントロール目標（HbA1c）、高齢者の降圧目標、高齢者の脂質管理目標、高齢者の服薬管理目標について、各学会ガイドライン参照（別冊2参考資料（1）学会資料等参照）。

²¹ 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関わらず、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。

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。

地域包括ケアシステムの姿

医療

介護

住まい

生活支援・介護予防

地域包括ケアシステムは、おおむね30分以内に必要なサービスが提供される日常生活圏域(具体的には中学校区)を単位として想定

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

頻回入院等の実態把握とケア会議等での関係者との調整

① 頻回入院・重症化予防対策

② 在宅療養高齢者対策

③ 虚弱(フレイル)高齢者対策

④ 元気高齢者対策

※健康指標の分析に基づく後期高齢者における健康支援のあり方

複数疾患保有者等、主に外来受診者への重複・頻回受診・多剤投与等、フレイル状態や疾病のコントロールが不良な高齢者が対象

フレイルが顕在化しつつある者、健診結果で保健指導該当等の高齢者が対象

医療や介護を受けていないいわゆる元気な高齢者が対象

2 取組の推進に向けた体制整備

(1) 関係者の役割分担

1) 広域連合の役割

① 保有する健康・医療情報の積極的な活用

広域連合は、健診結果、医療レセプト（調剤・歯科含む）等を包括的、統合的に管理しており、保険者機能として事業推進のためにそれらのデータを活用することができる。

こうした健康・医療情報を活用して地域の健康課題の把握、対象者の抽出・選定、事業企画・評価を行い、実際の保健指導の際には履歴データの閲覧ができるように、実施支援のための情報提供が重要な役割となる。

また、都道府県内全体を俯瞰し、市町村において地域の健康課題が比較できるように、健康・医療情報を分析加工した統計等を提供するなどして、各市町村において国保から連続した保健事業等の事業評価が適切に行えるよう支援する。

これらの際には、地域の資源や実情を踏まえて、都道府県や地域の保健所、地元の学識経験者等からの支援や助言を受けることも望まれる。

② 市町村への円滑な情報提供

情報提供を円滑に進めるため、市町村への事業委託等に当たって、後期高齢者の健康・医療情報を電子化し、国保連合会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²²」という。）等が円滑に活用できるよう、広域連合及び市町村の双方において個人情報の適切な取扱いを進めることが必要である。

また、後期高齢者のデータを保健事業に活用可能なことが市町村内の保健事業の担当部局において知られていないケースが一部にあるため、事業への積極的なデータ活用とそれによる事業評価等の実施の必要性について、周知・啓発に努めることが重要である。

③ 市町村の事業実施の支援

事業の実施に当たっては、適切な情報提供・共有により、市町村の問題意識をくみ取り、事業計画に反映するとともに、事業の継続的な改善

²² KDB 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。

に努めることが必要となる。広域連合の事業実施の方針は市町村の健康課題や取組の実態に学び、組み上げることが重要といえる。

市町村での事業実施を推進するには、既に事業に取り組んでいる広域連合等の好事例を他の市町村が展開しやすいよう、市町村の関係部局（介護保険・国保・保健衛生等）の担当者向けに研修を実施することも有効である。

また、市町村との事業調整や関連団体の協力の取り付けなど準備の負担軽減の支援を行う。直接の実施主体ではなくとも、事業の取りまとめや検証、翌年度以降の改善に向けた検討をともに行うなど、可能な限り役割分担することが必要である。

このため、市町村に委託して事業を実施する場合や広域連合が直接又は民間等に委託して事業を実施する場合のいずれの場合においても、広域連合と市町村（後期高齢者医療担当部局、国保担当部局、衛生担当部局、介護担当部局等）の連携体制づくりのために、双方参画のもとで事業を企画、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の実施体制の確保に努めることが望ましい。

④ 関係団体等との連携

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必要があるため、都道府県単位の職能団体等には、都道府県とともに、地域包括ケアの一員として医療保険者が進める重症化予防をはじめとした取組の協力が得られるよう連携関係を構築することが求められる。

（詳細については、「Ⅱ実践編」及び「進捗管理シート（別冊事例集）参照」）

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、生涯を通じた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、評価に当たることが必要である。

その際、関係部局間の連携を密にし、介護保険、国保、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ことが求められる。

3) 都道府県に求められる役割

広域連合等における実施状況をフォローアップするとともに、介護保険、国保、健康増進事業等の保健事業との連携が促進されるよう、市町村への指導助言、調整を行う。

また、都道府県単位の医師会、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など、事業を通じた検討の機会や保険者協議会等の場を用いるなどして、これらの団体と広域連合、市町村の連携や的確な評価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、保健衛生の各所管部局の緊密な連携の下で実施することが必要である。なお、地域での展開にあたっては、広域的に管内市町村の支援にあたる保健所の協力を得ることも1つの方策と考えられる。

さらに、都道府県は、平成30年度から国保の保険者となり、財政運営の担い手として後期高齢者医療制度への支援金を負担することになるため、国保加入者時代の取組を後期高齢者においても活用し、国保から後期高齢者医療制度への連続したデータ分析を広域的に行うなど保険者機能の観点からも、保健事業の推進に一層の役割を果たすことが期待される。

4) 国に求められる役割

広域連合等における取組や介護予防、医療機関との連携等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。併せて国民に向け高齢期のフレイルと疾病の関係や相応しい健康管理等について、地域支援事業等との連携の上、情報提供や周知に努める。

それとともに、実施体制の整備やレセプト・健診データ等を活用したデータヘルスの取組が円滑に行われるよう、高齢者の特性を共通の指標で把握可能とする質問票等の導入検討やKDBシステムの機能拡充など、必要な環境の整備に努める。

また、事業実施の経費について保険者インセンティブの適切な使用を促進するために、生活習慣病の重症化予防やフレイル等の取組の指標への重点的な点数配分や取組の成果の指標化など、財政面での支援策の検

討・拡充に努める。

また、各都道府県や広域連合、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間で現状や課題の共有を図り、必要な情報や知見の周知に努め、研修や会議の場をともに用意するなど人材の資質向上と働きやすさの面についての環境整備にも努める。

図表 I - 4 後期高齢者医療における保険者インセンティブ

保険者インセンティブ(29年度分)について

○考え方について

【予算規模について】

- 一定のインセンティブを付与する観点から50億円の予算とし、その全額を、得点及び被保険者数により按分して交付することとする。

【評価指標の考え方について】

- 保険者共通の指標である、重症化予防の取組の実施状況については、新たに取組の充実度を評価する指標を追加する。
- 固有の指標であるデータヘルス計画の実施状況や第三者求償などの健全な事業運営に資する取組の実施状況については、取組段階の引上げを促すため新たな指標を追加する。

【評価指標ごとの加点の考え方について】

- 平成28年度同様100点満点とする。
- 予算全額を交付することなどを踏まえ、達成が比較的容易である指標等から、重症化予防や高齢者の特性を踏まえた保健事業に係る指標等へ点数を配分することによりメリハリをつける。

○評価指標について

保険者共通の指標	固有の指標
指標① ※後期では（特定）健診は義務ではない。 ○健診の実施及び健診結果を活用した取組の実施	指標① ○データヘルス計画の実施状況
指標② ○歯科健診の実施及び健診結果を活用した取組の実施	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 ○重症化予防の取組の実施状況	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 ○被保険者の主体的な健康づくりに対する広域連合による働きかけの実施	指標④ ○医療費通知の取組の実施状況
指標⑤ ○被保険者の適正受診・適正服薬を促す取組の実施状況	指標⑤ ○地域包括ケアの推進（在宅医療・介護の連携等）
指標⑥ ○後発医薬品の使用割合 ○後発医薬品の使用促進	指標⑥ ○第三者求償の取組状況

（２）関係者間の連携

１）市町村の庁内連携

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

なお、リーダーシップをとることができる職員を部局間の調整役にする、庁内での研修や連絡会議などにより課題の認識を共有するなどの体制の構築が円滑な庁内連携につながる。

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、対象者として相当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。

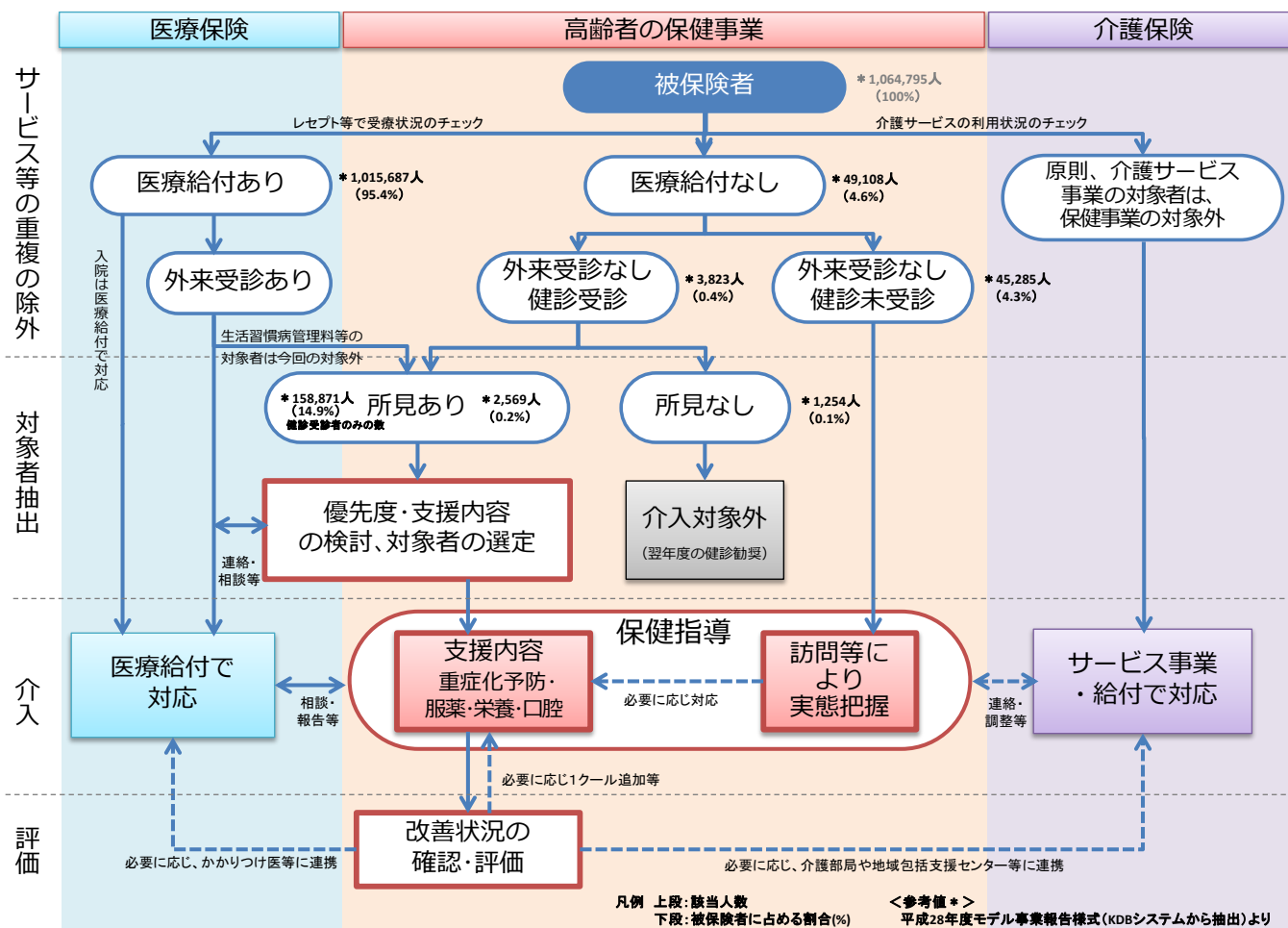
そのため、両者は、地域の実情を踏まえ、相互に補完する形で役割分担を検討することが望ましい。

イ 連携調整

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 - 5 後期高齢者の保健事業の実施フロー（関係者間の連携）



原則として介護保険のサービス事業及び給付を受けている者は高齢者の保健事業の対象外となることから、介護部局と連携し、重複を回避する必要がある。一方で、健康・医療情報等から、疾病の重症化予防の必要性や疾病ではないがフレイル状態の進行がうかがわれる者については、関係部局間で情報を共有するなどして必要な支援につなげることが求められる。また、医療の受診者は、かかりつけ医等との連携の上取組を進める必要がある。

② 国保・保健衛生所管部局との連携

市町村の保健衛生や国保を所管する部局は、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、これらの部局は母子世代からの予防接種や健診等を通じて医師会・かかりつけ医との接点があり、高齢者への取組に当たっても、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。

取組に当たっては、既存の事業の実施状況を把握し、相互に対象者を紹介する際の連絡調整方法、取組の役割分担等について、企画段階から

連携・調整を図ることが望ましい。

③ 福祉所管部局との連携

後期高齢者医療制度の被保険者から生活保護の受給者になる人もいる。健康施策としても共通の内容も多いため、福祉事務所と生活保護分野における事業の連携を図ることも重要である。

2) 国保連合会との連携

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助言や指導を行っており、平成28年度は24広域連合が支援を受けている。

ここでは、広域連合のデータヘルス計画及び個別保健事業の検討の場となるだけではなく、国保から後期高齢者医療制度まで継続した取組を市町村とともに検討する機会と捉えることができる。

なお、都道府県と同様に、国保連合会も広域連合等を支援する立場にあることから、後期高齢者に関する都道府県単位の会議や研修会等への参画が可能となるよう調整を図る。共同の会議や研修会の開催、意見交換の場の設置など、平素から両者が相互に連携に努めることが重要である。

(3) 地域連携（関係団体との調整等）

1) 関係機関、職能団体等との連携

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、指導を得ることが必要である。

また、実際の保健事業を委託する等、協力を得ることも想定されるが、保健事業を委託する際は、研修などを通じ当該団体に所属する専門職に高齢者の特性を踏まえた保健事業について、理解を深めてもらうことが有効である。

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、助言などの必要な協力を得ることが重要である。

また、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ことが必要である。

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、助言を受けるとともに、本人の同意を得た場合には、医療として行った検査の結果等の情報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ことが望ましい。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とも有効である。

こうした取組を円滑に進めるため、特に都道府県及び郡市区の各単位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。

なお、県境に隣接した地域などにおいては、行政区域をまたいで受診する被保険者もいることから、必要に応じ隣接自治体の医師会や歯科医師会との連携を図ることも有効である。

3) 他の医療保険者等との連携

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、国保等他の医療保険者との間で定期的に課題を共有し、対策を話し合うなど保険者協議会等の機会を活用して連携を図ることが重要である。

また、市町村国保による糖尿病性腎症重症化予防等の既存事業との組合せにより、継続的な事業を検討するとともに、国保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とも重要である。

こうした取組によって後期高齢期以前の早期からフレイル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。

4) NPO法人・民間事業者の活用

NPO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。NPO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、広域連合等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、業務委託の場合であっても、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。

3 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（全体的な流れ）

高齢者の保健事業は、広域連合が自ら実施主体（民間事業者への委託を含む。）として取り組む場合と、構成する市町村に実施を委託する場合とがある。いずれの場合においても、広域連合と市町村の連携の下、企画・計画段階から、地域の健康課題や保健事業の実施や評価の進め方について、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。図表 I - 6 に高齢者の保健事業の基本的な手順について示す。

図表 I - 6 高齢者の保健事業の全体的な流れ

		広域連合	市町村
事業実施主体における体制整備	① 健康課題等の把握 ② 広域連合と市町村間での課題の共有 ③ 取組テーマ・対象地域の検討 ④ チーム形成 ⑤ 外部からの情報収集	・広域的な共通の課題を把握・検討 ・広域から市町村への情報提供 ・好事例の紹介 ・検討の場の設定	・地域に特有な課題を把握・検討 ・検討に参画チーム員間の調整
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 ・個人情報の対応 ・電子化等データ環境	・地域の関係者の事前調整 ・医師会等、地域の関係者への丁寧説明 ・市内調整 ・個人情報の対応 ・データ共有
事業企画	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・人員体制の検討 ④ 対象者から実施予定者の絞り込み ⑤ 目標・評価指標の設定 ⑥ 支援内容の検討	・抽出基準の検討 ・人数把握 ・必要なデータ抽出 ・予算の確保 ・補助事業の活用等 ・指標設定の支援	・企画について、広域連合と調整 ・目標・指標の設定 ・実施方法・内容の詳細検討・決定
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・継続的支援）	・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関係者との調整
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 ・計画の見直し	・実施結果のまとめ評価報告作成 ・事業見直し等の検討

※下線は特に協働して実施することが望ましい事項。また、広域連合と市町村の役割分担については、地域の実情も踏まえ十分に調整することが必要。

（詳細は、「Ⅱ実践編」「別冊事例集：進捗管理シート」へ）

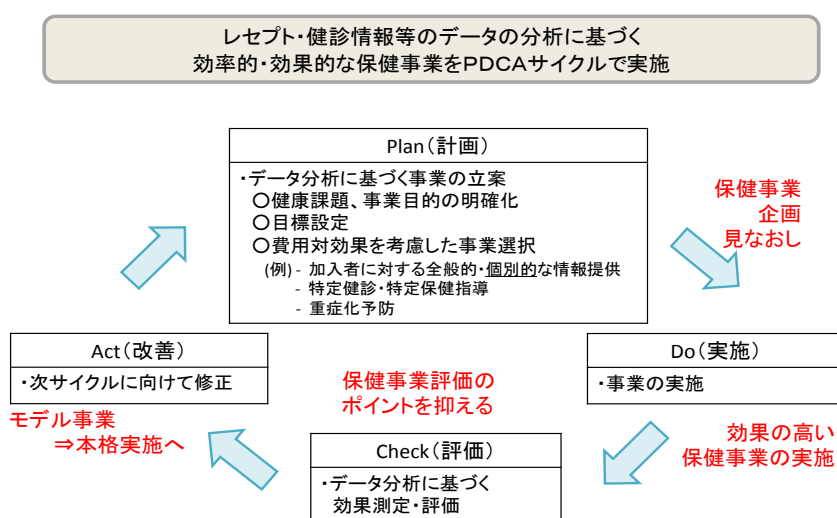
(2) 健康課題の把握（データヘルス計画等との整合、調整）

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。活用するデータは、健診結果・質問票データ、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、KDBシステム等を用いて、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を行うとともに、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。

全ての広域連合において、中長期的な保健事業の実施計画であるデータヘルス計画が策定されており、策定の過程でこうした健康課題の把握がなされ、計画に基づく保健事業が進められているところである。把握した健康課題については、構成市町村にも情報提供し、認識を共有することが必要であり、事業を協働して実施する動機付けとしても重要な基盤部分となる。

生活習慣の変化や医療技術の向上等に伴い、健康課題は常に変化するため、データヘルス計画の見直しの度に、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、保健事業の方向性を検討することが望ましい。

図表 I - 7 データヘルス計画



また、市町村が自ら保健事業を実施する場合は、広域連合が保有する健康・医療情報を入手しながら、自ら持ち合わせている情報も加味して、高齢者の健康課題を把握することが必要となる。

(3) 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 P41 2 取組の実際」を参照。)

1) 既存事業の見直し(健康診査、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、前記(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、生活状況)、実施地域等を明らかにし、健診結果やレセプトデータを活用しつつ対象者の概数を把握する。

その上で、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²³)などを決め、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、支援内容・方法等)を検討する。(実施プログラムの作成)

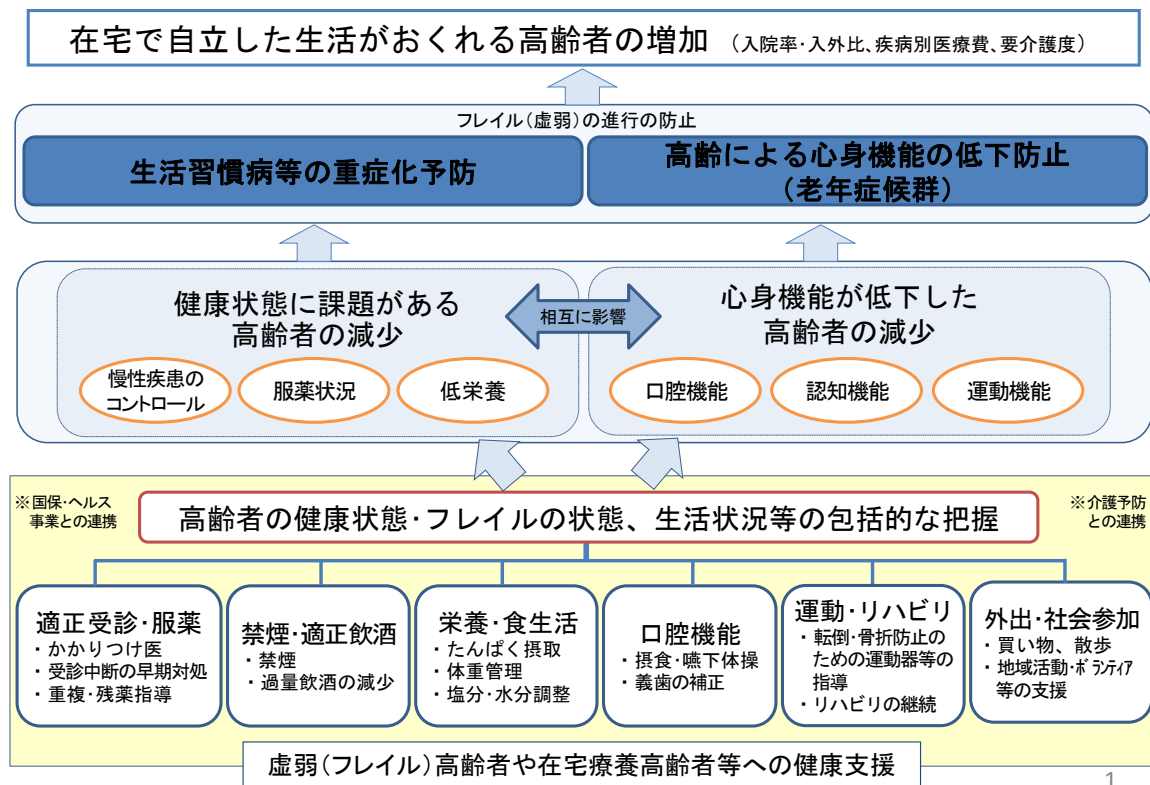
3) 目標の設定と評価の準備

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指標を設定する。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短期的な小目標が考えられ、評価指標もそれぞれに設定することが求められる。

短期的な目標は、事業の実施前後で、すぐに変化状況が確認できるもの(低栄養対策の場合の体重や質問項目で把握される食事摂取の状況等)であり、中長期的な目標は、短期的な目標が達成されたのちに起こる変化や望ましい状態像(医療費の減少、要介護認定率の低下等)を示すものとなる。

²³ 「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。

図表 I - 8 高齢者の保健事業の目標設定の考え方



評価はストラクチャー（事業実施体制）、プロセス（事業の実施過程）、アウトプット（事業実施量）、アウトカム（事業の成果）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 - 9 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	- 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るか。
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 - 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	- 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	- 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）

事業評価の中でもアウトカム評価については、中長期的な経過を把握する必要があることから、保健事業実施後の健康状態やその結果の医療費の動向などの継続的なフォローが必要であり、そのためのデータ環境が整備されていることが欠かせない条件となる。KDBシステム等の活用も含め、国保とも連携して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や対象者の反応、家族や介護者の感想、福祉関係者の対応状況など、必要に応じ評価に役立てよう事業実施前から準備をすることが求められる。

アウトカム評価については、成果があらわれるまでに一定の時間を要することもあるため、短期的評価については、市町村等の事業を直接実施する者が行い、中長期的な評価は統一した指標をもって、広域連合、都道府県、国等において評価できるよう分担することも必要である。

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。今後、ますます費用対効果が問われる保健事業において、現場における実現の可能性を重要視しつつ、適切な事業計画を組み事業の評価を正しく行い、その結果を正しく解釈するため、各自治体の近隣の大学や研究機関の専門家からの協力を得ることも有用だと考えられる²⁴。具体的な実施に当たっては、2の(2)の2)で前述した国保連合会に設置された支援・評価委員会等の支援を受けることも考えられる。

(詳細は「Ⅱ実践編」へ)

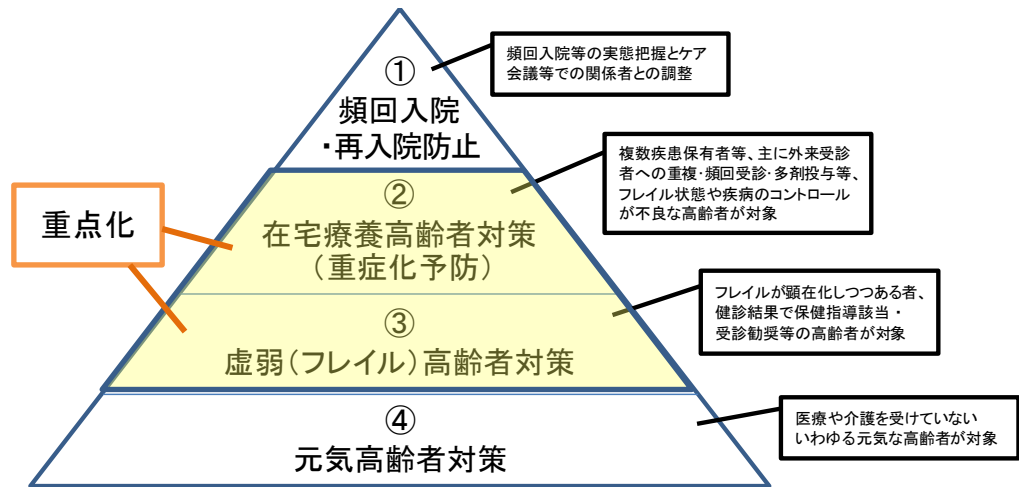
(4) 重点的に対象とする事業 (テーマ別の取組、事業要件等)

1) 取組の重点化

当面の取組としては、図表 I-10 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。

²⁴ 出典「平成 29 年度 高齢者の特性を踏まえた保健事業（フレイル対策）に関する文献調査等業務」報告書 P86 より抜粋。

図表 I - 10 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、**健診結果（健診で用いられる標準的な質問票の回答結果も含む）**や**レセプトデータ**だけではなく、**基本チェックリストの結果**や各地で試用されている**フレイルのチェックの結果**を併用することも有効である。

2) 事業のテーマ別の取組

平成 28、29 年度のモデル事業では、**主に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行われていた。**モデル事業での実践を踏まえ、**重点化すべき取組としては以下のようなものが挙げられる。**

① 国保等、壮年期の医療保険から連続した取組（重症化予防・服薬指導等）

ア 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、重症化を予防するための栄養・運動等の相談や指導を実施。

イ 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。

ウ その他（複合的な取組等）

壮年期からの特定健診等の受診により蓄積された健診結果等を活用した高血圧・高血糖などの複数のリスクへの対応やフレイルの相

談・指導を栄養や口腔などに関する相談・指導と組み合わせて実施。

② 介護予防と連携した取組（低栄養・口腔機能低下等）

ア 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。

イ 口腔に関する相談・指導

咀嚼、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。

ウ その他（訪問歯科健診等）

要介護状態にあり、通常の歯科健診を自ら受診できない在宅の高齢者に対して、訪問歯科健診を実施し、必要に応じて歯科診療に連携する。イの口腔に関する指導と併せて実施されることもある。

3) 事業の要件

高齢者の保健事業の実施に当たっては、高齢者の特性を踏まえ効果的、効率的に実施するために、後期高齢者医療制度事業費補助金においては、以下①～④の条件を満たすものであることが補助の要件となっている。糖尿病性腎症の重症化予防の取組の場合は、⑤の条件も満たす必要があり、④の事業評価に当たっては、2の（2）の2）の国保連合会の支援・評価委員会の利用が推奨されている。

- 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²⁵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²⁶を図ること

なお、医療保険や介護保険の給付によって重複する内容の管理や指導を受けている者は原則として対象としないこととしている。

²⁵ 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、理学療法士、作業療法士等

²⁶ 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。

4) モデル事業の実施と結果の活用

平成28、29年度に実施したモデル事業の結果について、概要をまとめた。

(詳細については「Ⅱ実践編4 KDBシステム等を活用した評価の試行(平成28年度のモデル業をもとに)」を参照。)

モデル事業の参加者を全体で見ると、参加しなかった者に比べて、健診結果の値が低下する傾向にあり、医療費や介護給付費においても伸びがゆるやかな傾向がうかがわれた。また、生活習慣病等の新規罹患者が、支援しなかった者に比べて低い傾向も見られた。

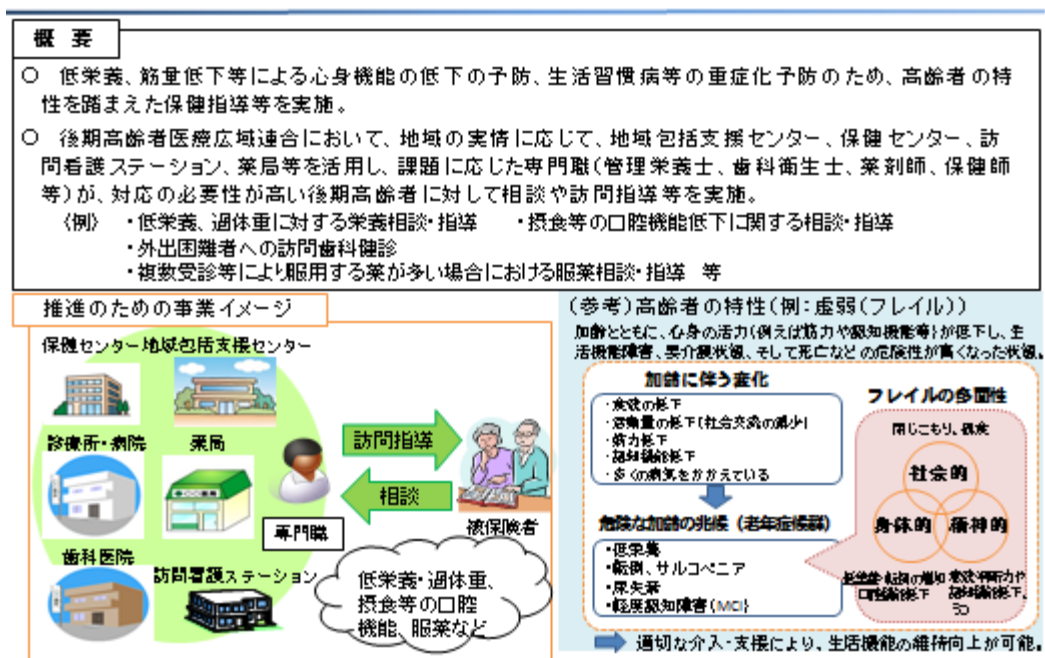
なお、今回の結果は事業としての取組から得られた単年度データの分析であり、研究的にデザインされた支援ではないこともあり、事業効果と判断するには時期尚早と考え、今後、平成29年度のモデル事業の結果等も用いて継続した検証を行うこととした。

また、継続的な検討に当たって今回のモデル事業の検証結果や参加自治体からのヒアリングなどを基に、対象者の抽出基準、取組別の評価指標について、本ガイドラインに共通項目(案)を示したところである。

(⇒「実践編P 51、P66」参照。)

図表 I-11 モデル事業の概要

高齢者の低栄養防止・重症化予防等の推進



(5) 効果を高める工夫

1) 対象者の主体性の重視等

保健事業の企画に当っては、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、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、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。

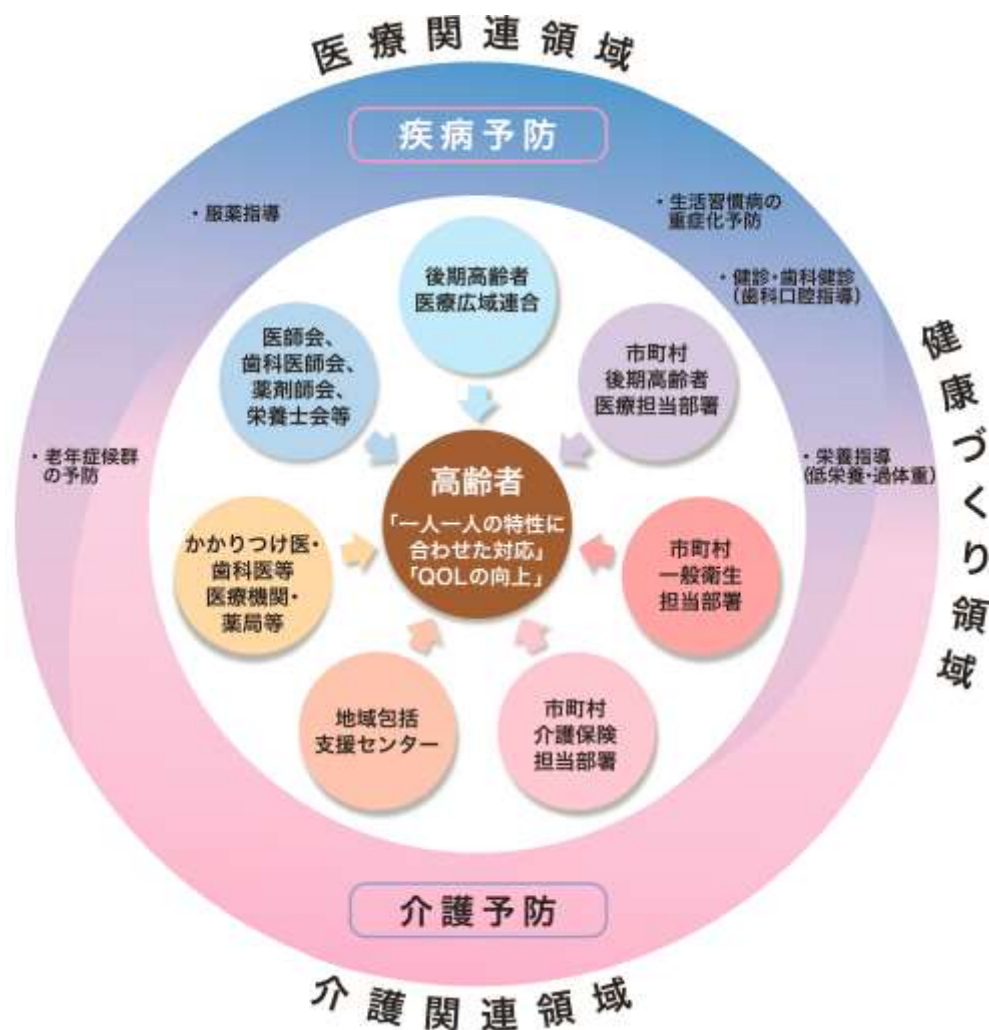
こうした健康支援を実施するのは、保健指導を行う専門職だけでなく、家族、介護者、さらには本人によるセルフケアも含め、適切に組み合わせて進めることが望ましい。

2) 高齢者の特性に合わせた地域ぐるみの健康支援

これまでも述べてきたが、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、壮年期からの取組と連続性を図ることは有効と考えられ、市町村や他の医療保険者と状況や課題を共有し協働することが望まれる。

一方で、高齢期になって顕在化する心身の衰えや多病等は、後期高齢者では顕著となり個人差が大きく、複合的な状況となるため、後期高齢者医療制度のみならず介護保険の地域支援事業や地域包括ケア推進のための活動、健康づくり事業などとの連携により、顔の見える関係づくりを進め、多くの関係者とともに地域ぐるみで支援に当たることが、何よりも重要な要素となる。

図表 I-12 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）



3) 取組テーマを組合せた事業展開の必要性

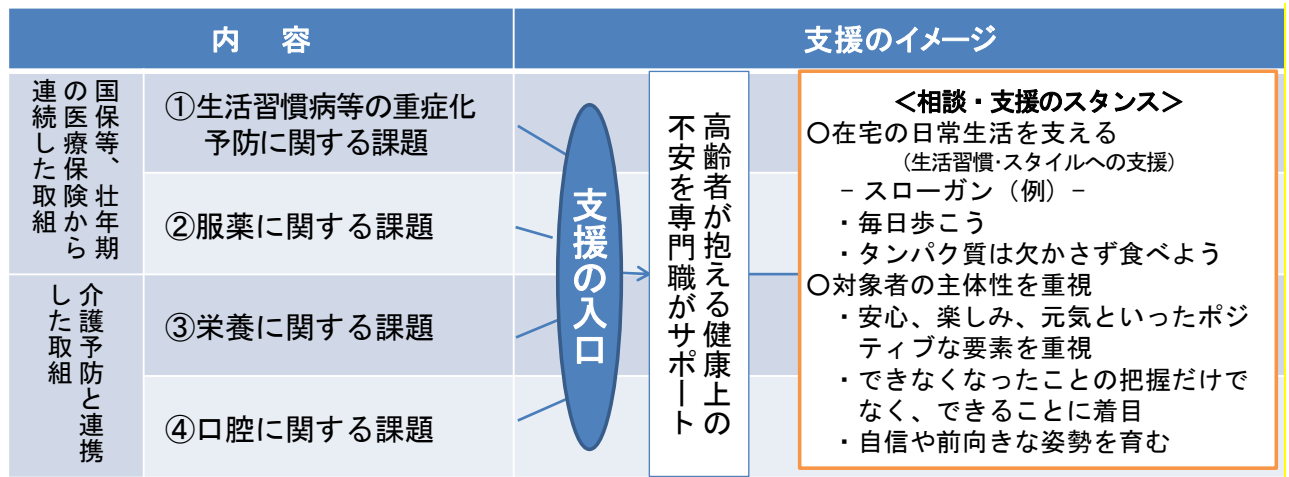
医療と介護ニーズを併せ持つ高齢者への健康支援としては、関係部局との連携により重複を避けつつも一体的な取組が必要となる。その際は、複合的な状態にある高齢者の特性を考慮し、単一のテーマ・プログラムによる取組よりも、栄養と口腔、栄養と運動など複数のテーマを組み合わせた取組を行うことにより、高齢者の負担軽減と効果性を高められる可能性がある。

例えば、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限り遅らせることができる、要介護状態の予防にもつながり、高齢者のQOLを維持すると

ともに医療及び介護財政の負担軽減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は、免疫力低下が予防でき、肺炎等の予防にもな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への影響に対処することにより、できる限り長く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。

図表 I - 13 高齢者の健康支援のイメージ



4) 連携の意義と共有の必要性について

本ガイドラインにおいては、関係者、関係機関がつながりをもって取組を進めることを広い意味で「連携」と表現している。しかし、連携と一言で言っても、その意味内容は情報共有にとどまるものから、互いに連絡を取り合い、共通理解を図り、共通の目的に向け役割分担を行いながら、共同して取り組むことまで幅がある。このため、それぞれの場面で必要とされる連携について関係者間で共通認識が図れるよう検討し、状況に合わせた取組を進める必要がある。

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、介護、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、フレイルへの対応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チームで対応するなど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応じた対応が重要となる。

2) 研修等の実施方法

広域連合が保健事業の取組に当た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、実施することも考えられる。

(2) 周知・広報

1) 住民に対する周知の必要性

保健事業の実施に当たり、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。

壮年期の肥満対策に重点を置いた生活習慣病対策から、高齢期にあつては、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、その周りの人たちも高齢者の心身の状況の変化に早期に付き、声掛けをするなど、効果的な取組の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) 市町村等関係者への周知

高齢者自身に対するフレイルの啓発とともに、市町村の保健事業関係者及びケアマネジャー等の介護関係者へ、高齢者の医療ニーズに関する支援について、取組の周知と連携の必要性に対する理解を促していくことも必要である。

(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ため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ことができ、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たっては、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書で定め、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) 実施上の留意事項

1) 委託する場合の留意点

広域連合が職能団体や民間事業者へ委託する場合は、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必要がある。

2) 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たっては、所管部局の決定や、予算と実施体制の確保、関係部局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。

また、マニュアル作成に当たっては、適切な記録の作成・保管についても記載することが必要である。

⑤ 既存事業の活用

糖尿病性腎症の重症化予防や重複・頻回受診対策等の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 事業の進捗管理シートの活用

事業の実施に当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」、「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、進捗管理シー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。1人の高齢者に対しても、それを支える関係者は、図表 I-12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、健康課題等の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。

⑧ 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 今後引き続き検討すべき事項

(1) モデル事業から見えてきた課題と検討事項

平成28、29年度に実施されたモデル事業の取組状況から見えた課題のうち、継続的な検討事項について記載する。

1) データヘルス推進のための環境整備

広域連合が保有する健康・医療情報を各市町村に提供できていない例があった。健診結果が電子化されていない、システム環境が整っていない等の背景要因とともに、レセプト情報等個人情報の提供手続の困難さ、市町村内の情報共有の不十分さなどが主たる理由とみられる。

システム環境については、データを管理する国保連合会との連絡調整を密に図りつつ、全ての市町村において活用が可能となるよう計画的に整備を進める必要がある。また、個人情報の適切な取扱いについては、市町村及び広域連合双方の手続が必要となることから、事業推進に必要なデータ活用が可能となるよう積極的に取組を進めることが求められる。

2) 地域課題や事業目的の共有（関係者間の調整、体制づくり）

広域連合の保健事業が市町村への委託により実施されても、関係者による事業目的や課題の共有が十分ではないことから、事業趣旨が理解されておらず、既存事業の置き換えに使われ当初の目的に沿った事業になっていないことがある。

本ガイドライン策定の背景・目的（P3、4）を参考に、地域の健康の課題解決のための事業とすることを主眼として、広域連合と市町村間、地域の関係団体等との連絡調整を十分に行い、目的を共有して取組を進める必要がある。

一方で、医学的な問題意識に基づく必要性の検討とともに、地域資源や庁内他部署・関係者の協力が得やすい取組から着手するなど実施しやすい面の検討も重要となる。

3) 適切な対象者選定・評価方法の検討

事業の対象者については、事業目的に沿った抽出基準を設定できず、希望があった人＝対象者＝実施者とするなど、対象者のとらえ方が適切でない例やフレイルの概念が十分に理解されていないため、適切に選定できていない例があった。支援の必要な高齢者を適切に抽出するための基準の設定方法が課題となっている。（⇒「実践編」P47 参照）

また、行政の事業としては、予算や人材の関係から対象者数が決めら

れることが多いが、その場合であっても被保険者の全体像（健康課題の全体的な内容と規模感等）を把握し、今回の取組によってそのうちのどれだけの対象者に関わることができるか、関わった結果どの程度、全体へのインパクトの可能性があるのか承知しておく必要がある。また、投入資源に対する費用対効果等についても検討が必要である。

4）効果的な取組に向けた標準化等の検討

取組内容・方法とともに、効率的な対象者抽出基準があることや効果を確認する評価法や共通の評価指標を設定することなどは、初めて事業を実施する広域連合等においても取組のひな型として活用できるものであり、全国的な取組の進捗状況を把握し、医療費等の中長期的な指標の観察・評価の上で重要なものとなる。

平成30年度以降、本ガイドラインを基に全ての広域連合において低栄養防止・重症化予防等の取組に着手し、高齢者の保健事業が全国展開されることを目指しているところである。今後、これらの事業を検証し、実態を踏まえてガイドラインの改訂を行う。

（2）別途実施された検討事業

1）糖尿病性腎症重症化予防事業（連携協定・プログラム策定）

糖尿病性腎症重症化予防については、平成28年3月に日本医師会、日本糖尿病対策推進会議及び厚生労働省の三者で「糖尿病性腎症重症化予防に係る連携協定」を締結し、これを踏まえ同年4月に「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を策定し取組が進められてきた。平成28、29年度において、このプログラムの効果検証にあたった「糖尿病性腎症重症化予防プログラム開発研究班」には、5広域連合が参加しており、一定の効果が確認されたところである。主な内容については、本ガイドラインにおいても関連する項目に反映している。（詳細は「Ⅱ実践編」と別冊参考資料参照）

2）後期高齢者に対する歯科保健サービスの効果実証事業（マニュアル作成）

広域連合が実施する歯科健診結果を用いた効果実証事業が、平成27年度から厚生労働省医政局歯科保健課で実施され、平成29年度には検証結果をもとにマニュアルが作成された。主な内容については、本ガイドラインにおいても関連する項目に反映している。今後、広域連合の歯科口腔保健の取組に当たっては、同マニュアルを参照して効果的な取組を進める必要がある。（詳細は「Ⅱ実践編」と別冊参考資料参照）

3) 高齢者の特性を踏まえた保健事業（フレイル対策）に関する文献調査（エビデンス確認）

平成29年度に厚生労働省保険局高齢者医療課において、高齢者の保健事業に関する学術的な研究・文献等についての最新の知見を収集分析し、当該対策の実効性を高めるための調査・検討を行った。主たる内容としては、高齢者の健康状態・疾病罹患状況等のアセスメント・評価指標、支援効果等及びフレイルに関する定義、スクリーニング指標等について、既存の研究成果等のレビューを行い、構造化抄録を作成した。（詳細は「Ⅱ実践編」と別冊参考資料参照）

(3) その他（健診等のあり方の検討）

現在の健診質問票は特定健診の質問票に準じたものを使用している。特定健診の標準的な質問票は、特定保健指導対象者の選定や保健指導を行う上で、有用な質問が含まれているが、高齢者の健康課題の把握に資するよう、より適切な質問項目の設定を検討する必要がある。

また、健診項目、判定基準等が必ずしも高齢者の状態にあわせたものではないため、学会等の動向を踏まえつつ適宜、検討を行う必要がある。

健診結果については、時系列の変化を見える化するなど注意すべき点を分かりやすく説明した情報提供など ICT を活用した本人への分かりやすい知らせ方や、例えば病院の診療時の検査情報の保険者への提供や健診情報を関係者で参照できる仕組みなど、活用方法についても検討が必要となる。

Ⅱ 実践編

1 ガイドライン実践編の位置付け

本実践編は、高齢者の保健事業を推進するに**当**たって、事業の主体となる広域連合（市町村）が参考とする実施の手順等をまとめたものである。

掲載内容としては、モデル事業における検討をもとにした効果的・効率的な取組や高齢者に関する学会等の診断基準、**調査・研究等のエビデンス**などから、高齢者の保健事業として実施が妥当と考えられる取組等を整理している。今後、エビデンスや効果的な取組事例の蓄積に伴い、内容を改**定**する予定としている。

2 取組の実際

保健事業の実施に**当**たっては、目的の明確化、企画に関する有効性、実現性、事業における役割分担や評価、情報の共有化などをあらかじめ検討する必要がある。「5W1H」により情報を整理することも有効な手段である。

Who：誰が（どのような人材が）事業を推進するのか？

What：何を（どのような保健事業）を実施するのか？

Where/Whom：どの地域で、誰に対して実施するのか？

How：どのような仕組みで実施するのか？

財源、人材、時間、地域資源などの制約はどうか？といった点についても明確にしておく必要がある。

また、保健事業を推進するには、広域連合が運営主体として主体性を発揮することが重要であり、市町村及び関係機関との十分な連携・協力体制を構築することが大切である。**広域連合が市町村に委託して事業実施する場合には、市町村は広域連合との連携のもと、関係機関と実施体制を構築する必要がある。**

さらに、保健事業の実行性を高めるためには、健康課題の抽出から保健事業の企画・実施・評価といったノウハウや保健事業に関する知識・技術の習得といった人材の育成、多職種連携の仕組みづくり等に**関する**より実践的な研修の実施**を**検討する必要がある。

こうした点を念頭に以下では、高齢者の保健事業の全体の流れと個別の実施事項について解説する。

(1) 事業実施全体の流れ

図表Ⅱ-1 事業実施全体の流れ

(※ 市町村が広域連合から委託等を受けて実施する場合を想定)

		広域連合	市町村
事業実施主体における体制整備	① 健康課題等の把握 ② <u>広域連合と市町村間での課題の共有</u> ③ 取組テーマ・対象地域の検討 ④ <u>チーム形成</u> ⑤ 外部からの情報収集	・広域的な共通の課題を把握・検討 ・広域から市町村への情報提供 ・好事例の紹介 ・検討の場の設定	・地域に特有な課題を把握・検討 ・検討に参画チーム員間の調整
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 <u>広域連合と市町村間での情報提供の環境整備</u>	・県単位の関係者の事前調整 ・個人情報の対応 ・電子化等データ環境	・地域の関係者の事前調整 ・医師会等、地域の関係者への事業説明 ・庁内調整 ・個人情報の対応 ・データ共有
事業企画	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・人員体制の検討 ④ 対象者から実施予定者の絞り込み ⑤ 目標・評価指標の設定 ⑥ 支援内容の検討	・抽出基準の検討 ・概数把握 ・必要なデータ抽出 ・予算の確保 補助事業の活用等 ・指標設定の支援	・企画について、広域連合と調整 ・目標・指標の設定 ・実施方法・内容の詳細検討・決定
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・継続的支援）	・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関係者との調整
評価とその活用	① <u>事業評価</u> 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 ・計画の見直し	・実施結果のまとめ評価報告作成 ・事業見直し等の検討

※下線は特に協働して実施することが望ましい事項。また、広域連合と市町村の役割分担については、地域の実情も踏まえ十分に調整することが必要。

(2) それぞれの段階における実施事項

1) 事業実施主体における体制整備

① 健康課題等の把握

広域連合及び市町村は、KDB システム等を活用し、保有する健診・レセプト等の健康情報から課題を把握できる仕組みの構築、分析力の強化を図ることが重要である。現状の分析や市町村健康増進計画、データヘルス計画等も踏まえ、地域の高齢者（被保険者）が抱える健康課題の抽出を行う。また、併せて地域資源の把握も行う。さらに、これらの課題について従来の事業では対応できていない事項も明らかにする。広域連合は、主に広域的に共通する課題や市町村間の違い等を把握し、市町村への情報提供に努める。

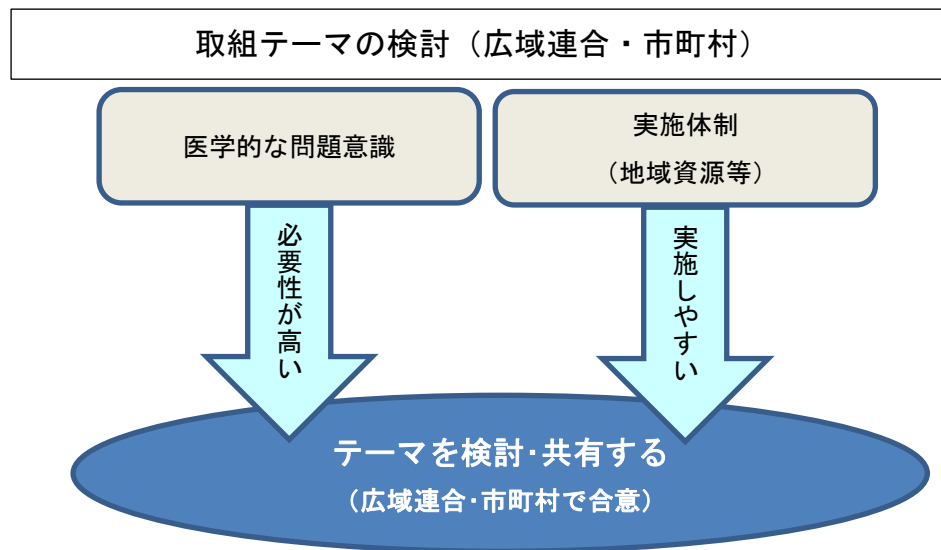
② 広域連合・市町村間での課題の共有と協力関係の構築

把握された健康課題は、後期高齢者を被保険者とする広域連合と市町村の間で共有することが必要である。また、取組の好事例を広域的に把握、共有し、課題解決となる保健事業の推進に向けた協力関係を構築することが必要である。

③ 取組テーマ・対象地域の検討

各種ある健康課題のうち、当該地域で優先的に取り組むテーマや対象集団を検討する。取組は、必要性や地域資源等の状況も勘案し、着手しやすいものとするのが肝要である。健診も医療も受けておらず、健康状態が明確ではない高齢者がいる場合には、その実態を把握し、要因の分析から着手することも考えられる。保健事業は広域連合が主体的に進める場合と市町村への委託等により実施する場合がある。市町村への委託等により実施する場合、広域連合は市町村と十分に協議するとともに、情報提供や連携関係づくり等必要な支援を行うことが不可欠である。広域連合が主体として実施する場合には、全県一律に事業を行うのが難しいこともあるため、はじめは対象地域を特定して実施し、段階的に全体に拡大する等計画的に進めることも検討する。

図表Ⅱ- 2 取組テーマの例



問題意識の例	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。	・衛生部局の既存事業と協働可能 ・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。	・歯科医師会・歯科衛生士会が協力的である ・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。	・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。	・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。	・地域包括支援センターが高齢者訪問に積極的である
・健診を受けておらず、医療機関の受診もしていないために健康状態がわからない。	・地域で活躍する在宅保健師がいる

④ チーム形成

広域連合と市町村との間で、主担当を明確にしながら、事業実施（準備段階から、実施、評価に至る全般）に**当た**ったてのチームを形成する。**市町村が実施主体となる場合にも、一つの部局が単独で実施するのではなく、主担当の部局を明確にし、関係部局（後期高齢者医療担当部局、衛生部局、介護予防担当部局等）が連携しながら進めることが重要であ**

る。

⑤ 外部からの情報収集

広域連合及び市町村は、国が実施するセミナーや意見交換会等に参加し、これまでのモデル事業をはじめとした事例や、事業実施に必要な情報の収集に努める。また、広域連合は、市町村において既に事業実施されている事例をはじめ各種情報を市町村に提供するように努める。

2) 地域連携体制の構築

国・都道府県・市町村・関係機関との連携は、非常に重要である。各機関が実施する研修会の参加や保険者協議会等の積極的な活用により、日頃から顔の見える関係づくりを心がけることが大切である。

① 都道府県との調整

都道府県の関係部局や保健所、研究所等の外部機関との連絡調整については、事前相談や協力を求める段階から、広域連合が主体的な調整に努める。

② 関係団体への事前相談

高齢者の保健事業には、医師会（取組テーマによっては歯科医師会、薬剤師会、栄養士会等の職能団体）が関係することが多い。事業実施に先立ち、地元医師会等に対して、健康課題や事業のねらいについて情報提供し、対象者の抽出基準や支援の方法等について相談し、助言を受ける。

医師会への事前説明

服薬指導に取り組むに当たっては、処方内容の見直しを含め、事業の対象となる被保険者のかかりつけ医との意見交換が不可欠になる。

事業実施に先立って、市医師会に事業の全体像を説明し、個々のかかりつけ医の方とはどのように意見交換をすればよいかを相談の上で事業に臨んだ。

＜北海道北見市＞

③ 広域連合・市町村の間での情報提供の環境整備

広域連合は、KDB システム等を活用しながら、対象者の抽出、事業評

価等を実施できるようにレセプト・健診データ等の必要な情報を市町村に提供する。

事業実施に当たっては基本チェックリストの結果や要介護情報等、他の制度や事業等で得られたデータの活用も考えられるが、情報の所有者が異なるため、閲覧に当たっては市町村内であっても手続が必要となる場合がある。広域連合及び市町村は、高齢者の特性を把握するために有効となる医療・保健・介護データが相互に活用できるよう働きかけるなど、環境整備に努める必要がある。

図表Ⅱ-3 事業実施に用いるデータとその保有者・閲覧者

	広域連合	市町村		
		後期高齢者 医療 担当部局	衛生担当 部局	介護予防 担当部局
レセプト（医療費関連）	○	△	△	△
健診結果	○	△	△	△
介護給付費・要介護度等	△	△	△	○
基本チェックリスト結果	△	△	△	○

○：データ保有者、△：委託等の一定の条件下で閲覧可能

3) 事業企画

① 取組の方向性の検討

高齢者の保健事業では、健診結果やレセプト情報を活用し、解決が必要なテーマ（疾患・健康状態等）について具体的な支援を行う。国保の被保険者のうち特定健診を受診した者については、特定健診から特定保健指導につなげる手法が確立しており、市町村としても、対象者へのアプローチを進めやすい状況にある。

一方で、後期高齢者の大半が医療機関を受診しており、レセプト情報を活用することで、対象者把握や健康状態に応じた支援につなげることも容易になると考えられる。また、一部には未受診等により健康状態を把握できない被保険者もいるため、そのような対象者の実態把握から取組み、必要性に応じ支援につなげる方法もある。健康・医療の受診状況で被保険者を分類すると図表Ⅱ-4のようになる。

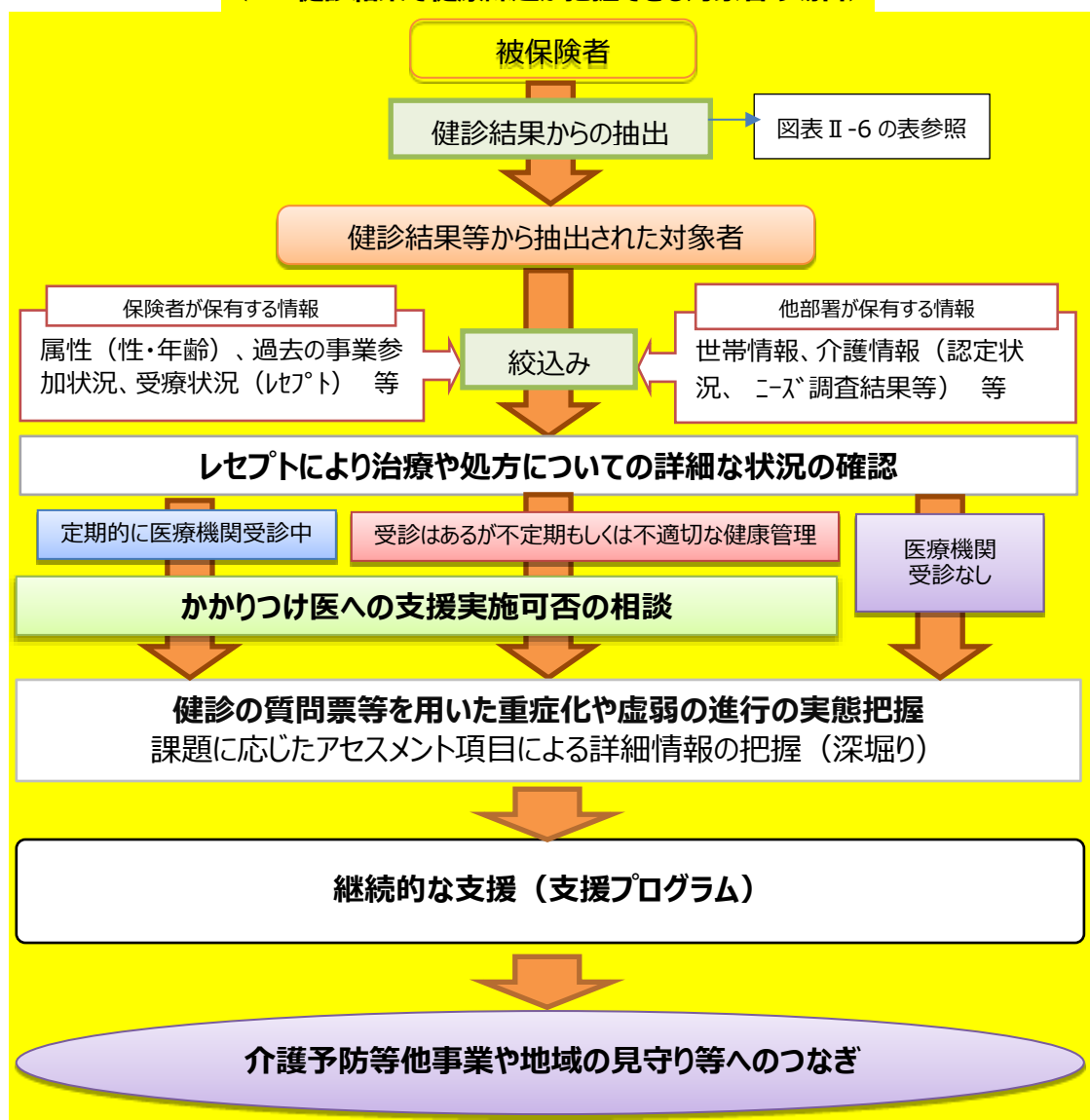
図表Ⅱ-4 健診・医療の受診状況別の取組の方向性

医療・健診の受診状況		取組の方向性
A 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%※)	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・処方状況等を把握し、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%※)	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
B レセプトで健康課題を把握	医療（外来）受診あり・健診受診なし (71.1%※)	レセプトから医療受診・処方状況等を把握し、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
C 健康状態が不明	医療（外来）受診なし・健診受診なし (4.3%※)	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

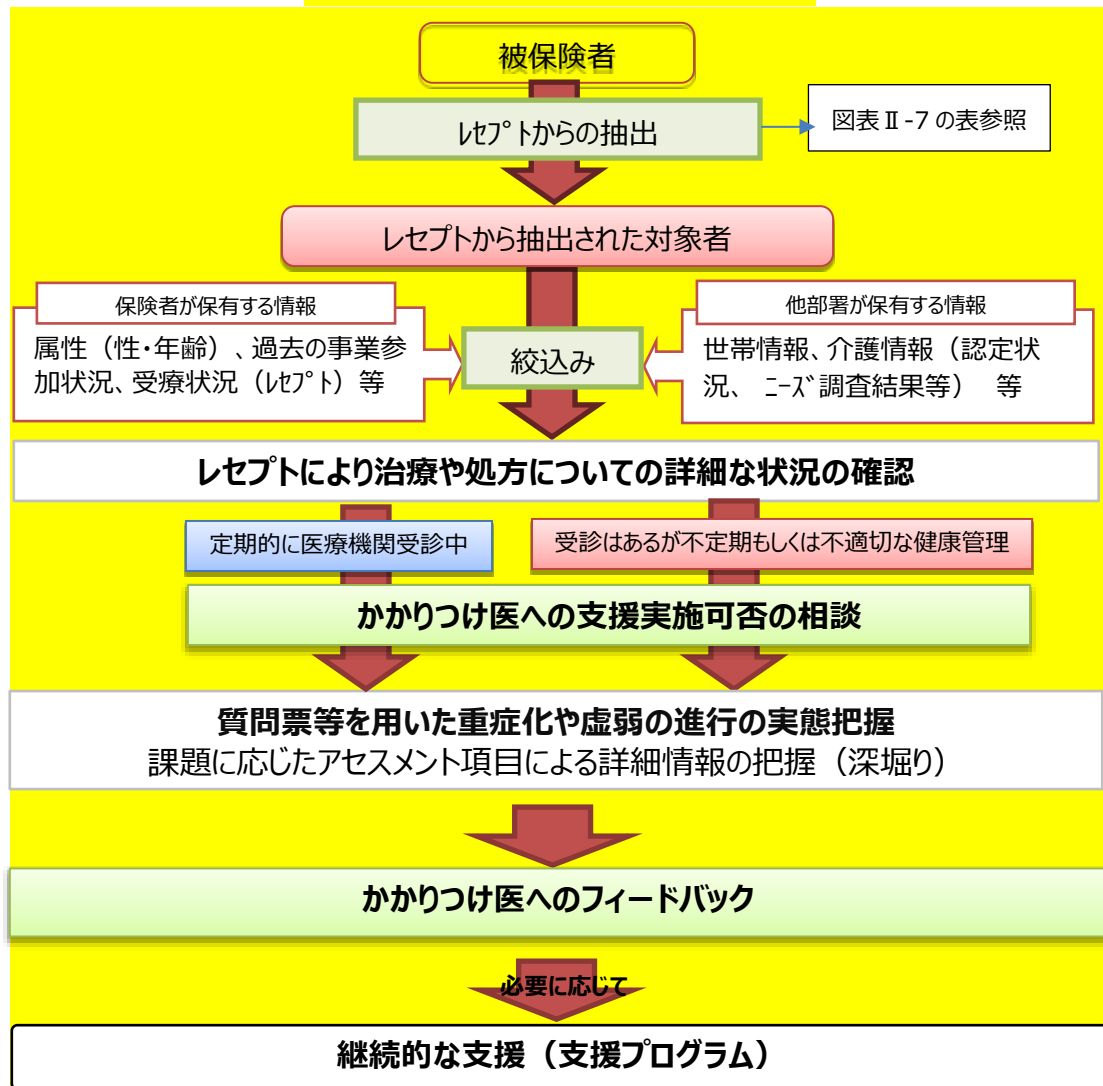
（※）は、モデル事業実施自治体のうち、データ提供のあった52自治体における被保険者の構成比

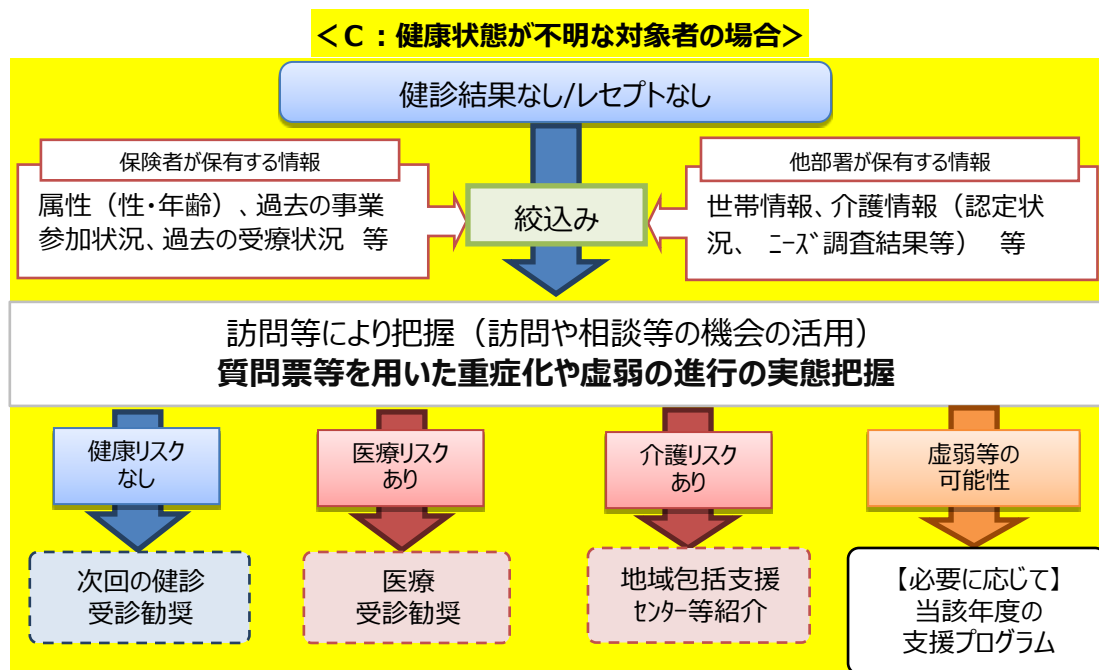
図表Ⅱ-5 保健事業の流れ

< A : 健診結果で健康課題が把握できる対象者の場合 >



<B：レセプトで健康課題を把握する場合>





② 対象者の抽出基準の設定と概数の把握

ア 対象者抽出に当たっての考え方

取組テーマ等に応じて、具体的な対象者の抽出基準を設定し、被保険者の中から事業で対応すべき対象者の概数を把握する。把握した対象者については、予算や体制の制約から、全てに対応することが難しい場合もある。そのため、抽出した対象者については、各種条件により事業として対応可能な人数に絞り込みを行う（p54の「④ 対象者から参加予定者への絞り込み」を参照）。

また、疾患の状態（重症度）等から対応の優先度が高く、個別での対応が必要な場合と集団での対応が考えられる場合とがあるため、対象者の概数を把握する際には、優先度の高い人の人数についても別途把握する必要がある。

なお、長期入院や長期入所者、重篤な疾患で治療中の者等については対象者抽出の段階であらかじめ除外する（取組テーマに該当する場合での介護保険給付を受けている場合、総合事業に参加している場合もあらかじめ除外する）。

イ 具体的な抽出基準の例

以下に取組テーマ別の抽出基準の例を示す。モデル事業においては、レセプトから対象者を抽出していたのは、服薬の多剤の場合のみであ

った。今回提示するレセプトから対象者を抽出する観点はあくまで例であり、引き続き検討が必要な事項である。現段階では地域の実情に応じて、実現可能な項目と基準を設定することが望まれる。

なお、対象者の抽出項目は、事業評価の際にも必ず確認すべき項目であるため、事業の実施前後で計測可能なものとする。

図表Ⅱ- 6 健診等から対象者を抽出する場合の抽出項目と基準の例

取組テーマ	抽出項目		基準	
			優先度高	
栄養	BMI 体重減少	20 以下 1 年で 2～3Kg	18.5 未満	
口腔	「一部かめない食べ物がある」※1 「お茶や汁物でむせることがある」※1	2 つとも該当		
重症化予防※2	糖尿病	HbA1c	7.0%以上※3	8.5%以上
	高血圧	収縮期血圧 拡張期血圧	160mmHg 100mmHg	180mmHg 110mmHg
	糖尿病性腎症	尿蛋白 eGFR	+ 45 未満	2+ 30 未満
				複数重複※4

平成 28 年度のモデル事業で用いられた対象者抽出基準具体的な内容は別冊事例集 p9～17 参照

※1 基本チェックリストは自治体で保有しているので、使用許諾が得られる場合に使用

※2 服薬中の人については基準値を下回っていてもフォローが必要な可能性がある

※3 ADL が低下している人の HbA1c の基準値は 8.0%以上とも言われている

※4 単独の指標ではなく、複数の指標が高い場合には特に注意を要する

※5 全身状態や認知機能の状態等を総合的に勘案して、対象者を抽出することが望ましい

図表Ⅱ- 7 レセプトから対象者を抽出する観点の例

取組テーマ	抽出の観点
受診状況	- 生活習慣病等での定期的受診が必要な疾患での治療中断がある - 複数の疾患での受診がある - 救急外来の利用が頻繁にある - 糖尿病で治療中であるが、長年腎機能の検査を受けていない
口腔	- 誤嚥性肺炎の既往がある - 過去一定期間歯科受診がない
服薬	- 一定数の薬剤を複数か月処方されている（多剤） - 併用禁忌の薬剤が処方されている - 効能が重複した薬剤を処方されている - 多数の診療科を受診している

前記のうち、多剤に関しては地域により処方状況（薬の数や種類）が異なることがあるため、現段階では薬剤数について統一的な基準を示すことは難しい。多剤に着目した支援を実施する際にはレセプト等を分析の上、地域の実情に応じ検討を進めることが必要となる。

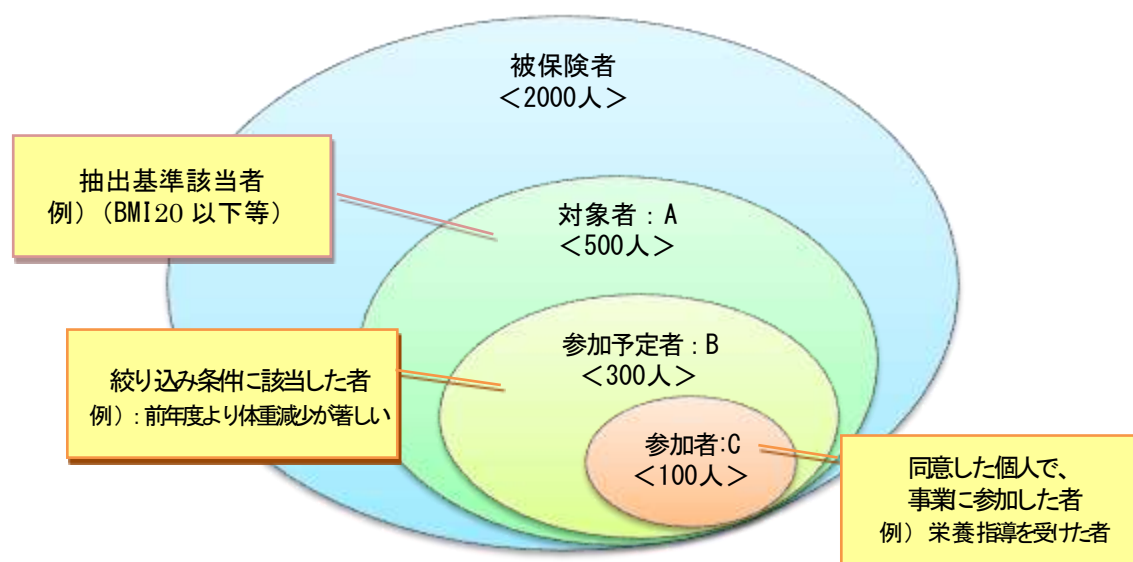
～「対象者」の捉え方～

「対象者」とは、被保険者全員のうち事業の対象者抽出基準に該当した者であり、実際に事業への参加の声かけをした「参加予定者」ではない。（図表Ⅱ-8 参照）

本来であれば、「対象者」全員が事業に参加できることが望ましいが、予算や体制の関係上、全員への対応が難しい場合、何らかの条件で絞り込み、声かけをする者を選定する。このようにして選定された者が「参加予定者」である。

広域連合への補助事業等という「対象者」は、絞り込みをした後の「参加予定者」ではなく、対象者抽出基準に合致する者を指している。

図表Ⅱ-8 「対象者」と「参加予定者」と「参加者」の捉え方
（取組テーマが低栄養対策のイメージ）



モデル事業の一部には、ケアマネジャーが必要と感じた人・医療機関からの紹介等で参加者を決めている例があった。この場合、ケアマネジャーや医師等が必要と感じた条件を事業企画の段階で言語化することが必要となる。

また、企画段階で事業目的に照らして支援の必要性のある人（対象者）の概数を把握し、全体に対するインパクトを考慮する必要がある。当面は大まかな

推計値であっても、広域連合（市町村）が保有する健診・レセプトデータ、基本チェックリストやその他の地域の情報等を組合せ、できる限り現実に近い数値を検討することが望ましい。地域の実態把握が進むにつれて、正確な対象者数が把握できるように計画的に事業を進めることが求められる。

予算や体制の都合上、単年度ですべての対象者を参加予定者とすることができないくとも、継続的に複数年かけてすべての対象者が一度は選定されるようにするなど公平性に対する考慮も必要となる。

なお、事業の実施率等の算出方式は下記のとおりである。

- ・ 実施率（％）＝参加者（Ｃ）÷対象者（Ａ）
（例の場合は、20％＝100人÷500人）
- ・ 効果評価＝参加者（Ｃ）のうちの改善等の割合（改善者数等／参加者Ｃ）
- ・ 事業評価に当たっては参加者（Ｃ）と不参加者（Ｂ－Ｃ）の状況を比較して評価する方法もあり、可能な場合は実施することが望ましい。

③ 予算・人員体制の検討

事業予算は、事業の方法や内容、対象者数をある程度見込んだ上で定める場合と、既存事業との兼ね合いから、あらかじめある程度の予算枠がある場合がある。いずれの場合においても、財源確保に向け、実施予定の保健事業の効果・有効性を説得力あるものにすることが重要である。また、活用できる補助金等は有効に活用することが望ましい。

【広域連合が実施主体の場合】

現状では、広域連合が自前の人材で保健指導等の実務を実施することは少ない。また、広域連合が自ら主体となって事業を実施する場合でも、高齢者に直接、各種支援を行うのは外部組織（民間事業者等）に所属する専門職となることが多い。

この場合、事業実施予定の市町村の関係部局（後期高齢者医療担当部局、衛生担当部局、介護予防担当部局等）にはあらかじめ、事業実施（事業趣旨・対象者・委託事業者等の概要）を周知相談する必要がある。その上で、対象者抽出やフォローに関する情報共有等について、協力関係を築くことが重要である。

【市町村が実施主体の場合】

市町村が実施主体となる場合、後期高齢者医療担当部局が主担当となる場合もあれば、衛生担当部局や介護予防担当部局が主担当と

なる場合もある。いずれの場合においても、対象者抽出や高齢者への支援内容の企画や標準化等においては、庁内連携を図ることが重要である。特に具体的な支援に当たっては、専門職の視点も必要であるため、主担当部局に専門職がいない場合には適宜連携して進めることが重要である。

また、事業実施に当たり、外部人材等の活用についても検討する。外部委託の場合には、委託の予算の確保や調達の準備等を行う。

④ 対象者から参加予定者への絞り込み

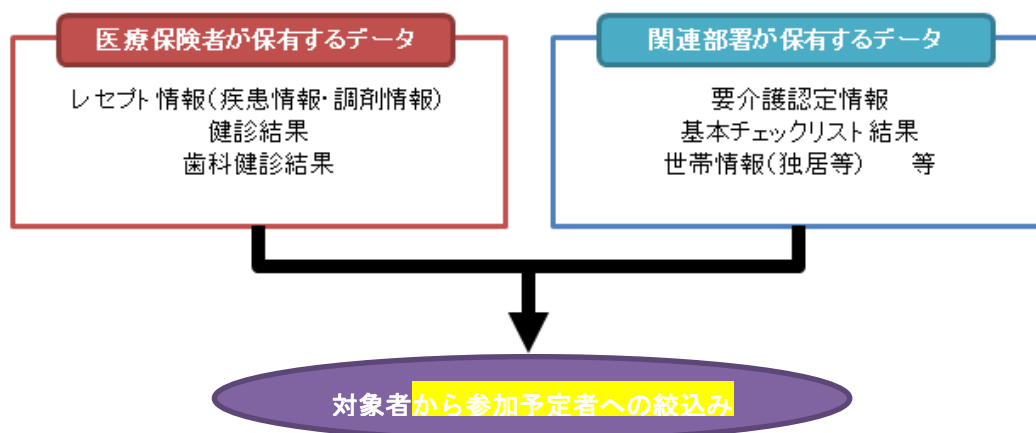
予算や体制の制約上、抽出基準によって抽出された対象者全てに支援することが難しい場合がある。その場合には、対象者を一定の条件により限定し、参加予定者としての絞り込みを行う。

図表Ⅱ- 9 重症化予防の取組の対象者抽出と絞り込みの考え方



絞り込みに用いるデータには、以下のようなものがある。事業のねらいに合わせて、広域連合や市町村の後期高齢者医療担当部局の医療保険者が保有するデータ、市町村のその他の関連部局が保有するデータを複合的に用いる。

図表Ⅱ- 10 絞り込みに用いるデータ



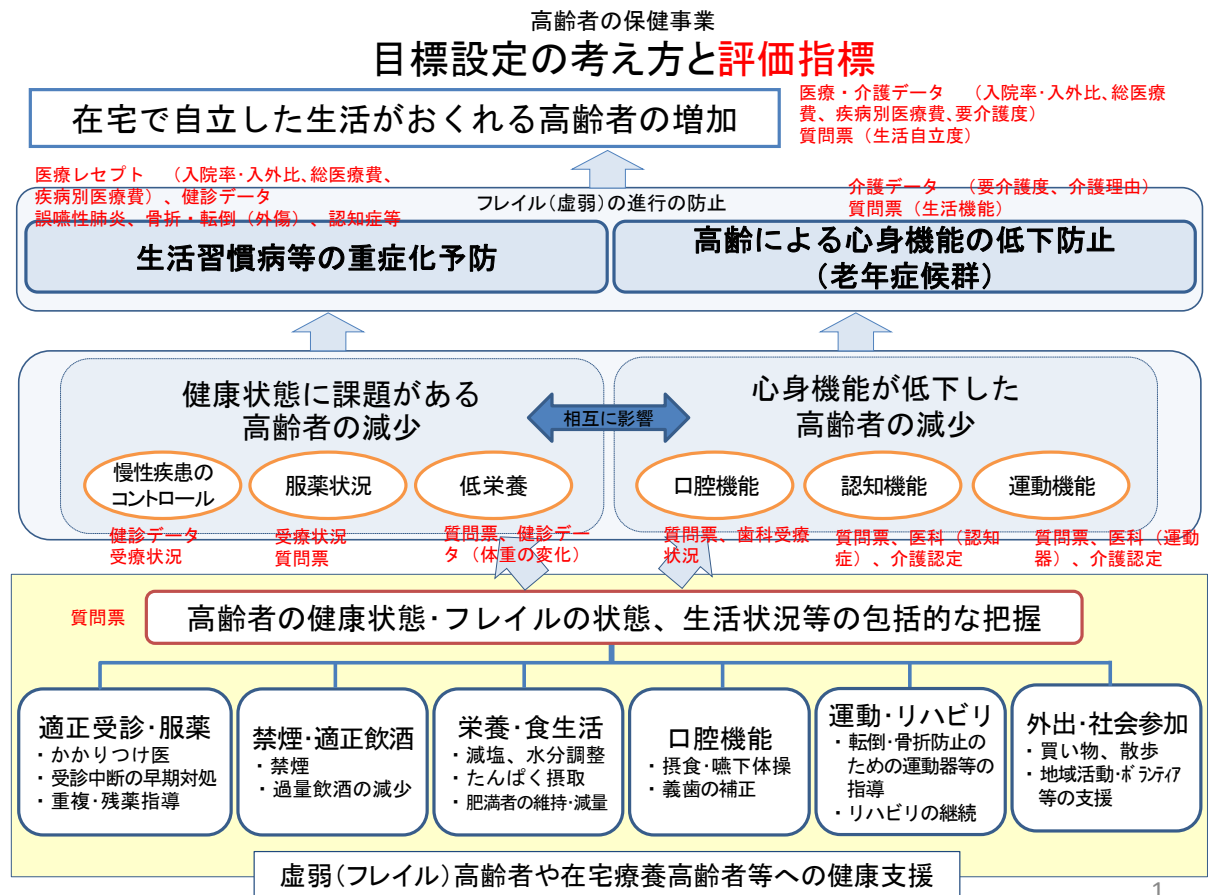
具体的な絞り込み条件の例で、いずれの取組テーマにも共通するものは、75歳や80歳のような節目の年齢であることが考えられる。その他、健診結果を活用する場合は、経年での変化が大きいものとする等が考えられる。また、抽出に用いた指標の中で、数が多い順（例：服薬の種類数が多い順等）や他の疾患の罹患状況（例：高血圧で対象とするが、糖尿病での治療もしている等）により絞り込みを行うことも考えられる。

絞り込み条件は、1つに限定されることなく、実施主体で対応可能な参加予定者を絞り込むために、複数組み合わせることもある。

⑤ 目標・評価指標の設定

高齢者の保健事業の最終的な目的は、生活習慣病等の重症化が予防され、心身機能の低下が防止されることにより、高齢者が住み慣れた自宅で、社会とのつながりを保ちつつ、自立した生活ができる期間を延ばすことである。そのために、把握した地域の健康課題の解決に向けた目標を設定する。何（評価指標）をいつまでにどのくらい改善するのか、出来るだけ具体的な数値で設定することが望ましい。

図表Ⅱ-11 高齢者の保健事業における目標設定の考え方と評価指標



評価指標は、システムから取得可能なデータ（健診結果や基本チェックリスト結果、医療費データ等）や事業の過程でアセスメント等により把握する項目となる。高齢者の心身の状態は、急激に悪化することはあるが、早急な改善はあまり期待できず、逆に状態の維持や悪化の速度を減退させることが事業の効果ということもできる。そのため、評価指標は、事業の前後で収集が比較的容易な項目であり、支援による効果が短期的に確認しやすい指標と中長期的に把握ができる指標で設定する必要がある。目標及び評価指標の設定が取組の開始前に適切になされていない場合、評価自体が難しくなる可能性があるため、関係者と協議・検討のうえ設定する必要がある。目標や評価指標に不安がある場合は、大学・研究機関や国保連合会に設置されている支援・評価委員会等、専門家の支援を受けることなども検討されたい。

⑥ 支援内容の検討

参加予定者として特定した高齢者に対しての声掛け方法、支援の場

所、期間、頻度、アプローチ方法（個別・集団）、アセスメント方法・項目（高齢者の個別の状態の把握）、使用ツール等について検討する。特に取組テーマによって、すぐに効果が期待できるものと、効果が表れるには一定期間を要するものがある。そのため、テーマに応じて期間を検討する必要がある。また、優先度の高い人については個別対応を基本とし、標準的な基準に該当する人については、実施主体の予算や体制に応じて、集団でのアプローチを検討することも考えられる。なお、参加予定者への声掛け、実際の支援を誰が行うのか等について役割分担を明確にする必要がある。これらの内容は、関係者間で共有できるよう計画書として取りまとめ、複数の支援者による支援を標準化するためにマニュアルを作成する。

4) 事業実施

① 参加予定者への声掛け

希望者からの手上げ等、参加予定者からの（自発的）な申込みを待っている場合、事業の参加者はごくわずかにとどまる可能性が高い。最終的には本人や家族の同意を得た上での実施となるが、「外出し、地域サロンや活動等への参加ができること」を目標とした働きかけなど、参加予定者には、案内を送付した上で必ず訪問する等、保険者の側からの積極的なアプローチが必要である。

○参加予定者への効果的なアプローチ方法

参加予定者に訪問予定日と事前に記入してもらいたい様式等を郵送し、その上で全員に訪問した。予め連絡しておくことで、参加予定者に不審がられることもなく、予定日に不在であることが分かっている場合には、予定変更の連絡をもうらこともできた。

＜愛知県大府市＞

なお、医療機関、地域包括支援センターやケアマネジャー、民生委員等、地域の関係者から参加予定者の紹介を受ける方法をとることもあり得る。その場合、参加者が十分に集まるよう、関係者に対し、事業内容や対象者像について情報提供を行う必要がある。

② 支援の日程調整

支援の対象となる人に対し日程調整を行う。日程調整の結果、その後の支援スケジュール等については、台帳を作成し、キャンセル等が適宜

修正されるように進捗管理を行う。

③ かかりつけ医等関係者への事業説明

事業実施を行う地域を管轄する医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会等関係機関への説明に併せ、必要に応じて参加者のかかりつけ医等関係者に事業概要や支援を行うことについて説明する。

必要に応じて、支援に当たり注意すべき点等について情報提供を依頼する。

○かかりつけ医との連絡調整 <円滑な連絡方法・連絡票の検討>

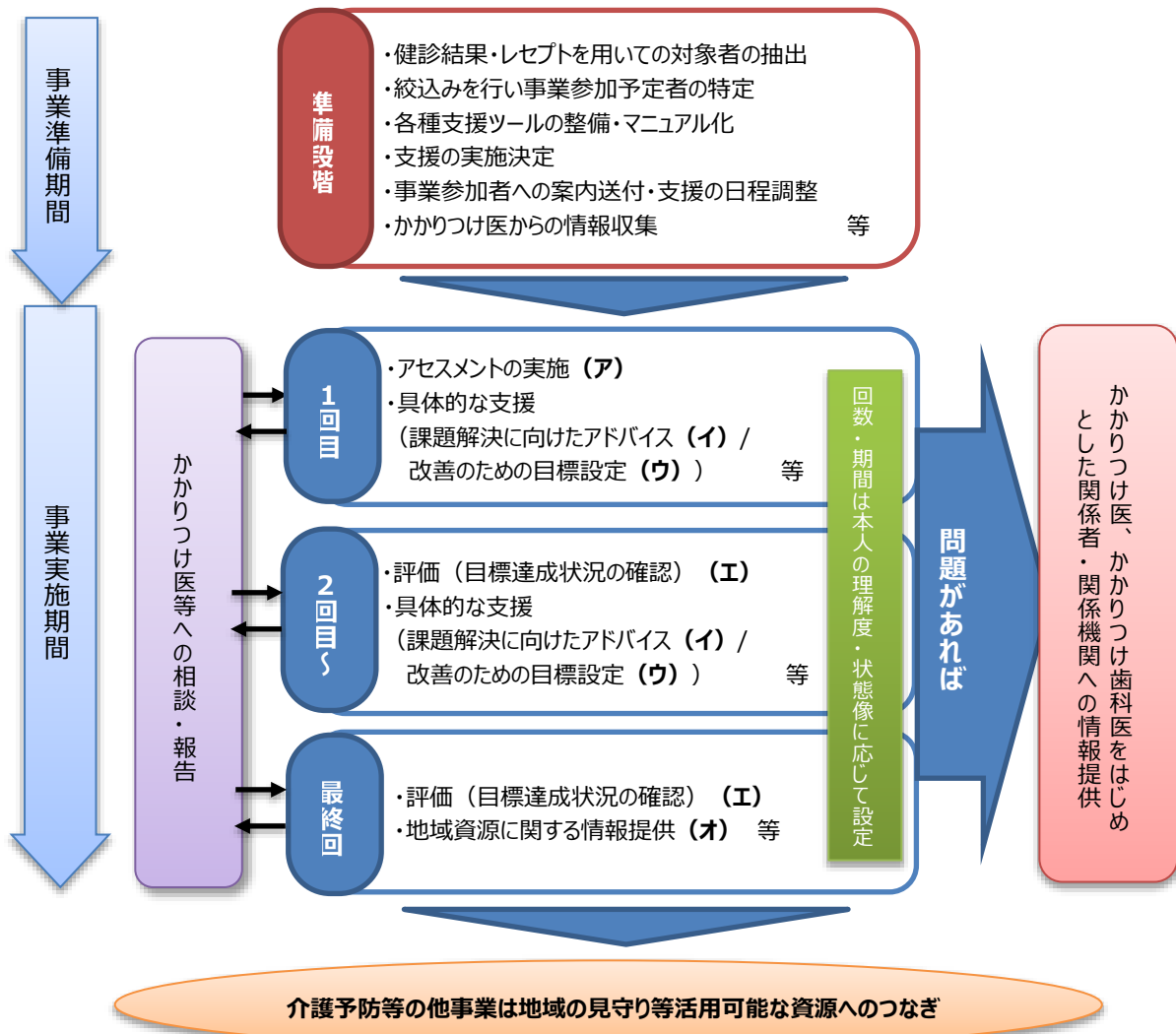
- ・対象者選定時の相談（対象者として適切さ等 例：がん末期等は外す）
- ・治療方針や指導内容の確認
- ・報告について（内容・方法・頻度・連絡票等の様式等）

<神奈川県大和市・長野県佐久市>

④ 支援の実施

事業参加に同意した人に対して具体的な支援を行う。支援内容は、事業のねらいに応じて若干異なるものの、全体の流れとしては以下のようになる。

図表Ⅱ-12 支援の流れ



取組テーマに応じた効果的・効率的な支援手法を選択し、支援の期間、頻度（回数等）を設定する。支援方法は、専門職のアウトリーチによる訪問を基本とするが、地域の状況も踏まえ、地域の拠点等への立ち寄り型相談等、他の方法を組合せ効果的・効率的な方法を検討する。高齢者の支援は、状況把握と支援効果の確認のために最低2回は実施する必要があるが、取組テーマや、事業参加者の理解状況等により、柔軟に設定する。また、支援の期間については、取組テーマによって一定の間隔を設けたほうがよい事業と、短期間での効果が期待されるものがある。ただし、高齢者については健康状態の変化が激しいこともあるため、半年以上の期間をおくことは望ましくない。なお、費用対効果など事業の

効率性に留意する。比較的短期間、低頻度の、電話指導等も併用した軽易な支援方法であっても、一定の効果が報告されていることも考慮する。

(ア) アセスメント

参加者の具体的な課題を把握するために、アセスメントを実施する。各取組テーマの主なアセスメント項目は以下のようなものとなる。

抽出時に使用したデータ（健診結果やレセプトデータ等）とともに、本人や家族、介護者との直接対話の中から、アセスメントシートを用いて、独居や多受診などの社会的要因や日常の生活習慣（食事、睡眠、社会参加・活動、嗜好品等）に関する詳細な状況把握を行う。

特に医療保険者が行う保健事業であるため、医療機関のかかり方や処方されている薬剤の内容等、医療の視点をもったアセスメントを行うことが重要であり、レセプト等保険者で保有する情報で事前に確認できる内容についてはあらかじめ把握するよう努める。

なお、高齢者については特定の取組テーマで抽出し、事業の対象としても、複合的な課題を抱えている場合がある。例えば血糖値に着目しすぎて血圧がコントロールされていないこともあり得る。支援につなげるための入り口が特定のテーマであっても、高齢者の健康状態を包括的に把握し、全体の改善を図るという視点が重要である。

食事や栄養状態等の高齢者の状況把握に当たっては、既存のアセスメントツールを使うことがある。これらのツールは使用に当たり、出典を明記する必要がある、場合によっては使用料が発生するものもある。また、結果の判定も依頼しなければならない可能性があることにも留意する必要がある。

また、本人の同意を得た上で、かかりつけ医等の協力が得られる場合には、医療として行った検査の結果等の情報提供を依頼し、状態の把握に努めることも考えられる。

図表Ⅱ- 13 アセスメント項目の例

取組テーマ	項目	データソース
共通	身長・体重・BMI・血圧	健診結果
	世帯構成・医療機関の受診状況・服薬数	聞き取り
栄養	簡易栄養調査点数	簡易栄養調査
	アルブミン値	健診結果・血液検査
	食事回数/内容・摂取カロリー・たんぱく量・水分摂取量・排便の状況・食事環境・買い物環境・食欲不振の有無・ストレス状態・急性疾患の罹患状況・うつ状態	聞き取り
口腔	有所見状況	歯科健診結果
	口腔内・義歯の状態・口腔清掃の実施状況	基本チェックリスト該当項目・聞き取り
服薬	医療機関の受診状況・服薬管理の状況・残薬の状況	聞き取り
重症化予防	（糖尿病）空腹時血糖、HbA1c （慢性腎症）eGFR、クレアチニン、尿蛋白 生活習慣（タバコ、酒、運動等）	健診結果
	浮腫・入院歴・ストレス状態・急性疾患の罹患状況・うつ状態・食事回数/内容・摂取カロリー	聞き取り
その他	日常生活自立度	要介護認定情報
	運動機能検査（ロコモ度テスト、転倒スコア、歩行速度等）、地域サロン等への参加・活動等	その場で実施
	認知機能検査、健康度自己評価等	
	基本チェックリスト、フリースの5項目等	

平成 28 年度のモデル事業内容等より作成（詳細な項目については、別冊事例集 P18～23 参照）

(イ) アドバイスの実施

アセスメントにより明らかになった課題の中から改善を目指すべき課題を特定し、解決のための具体的なアドバイスを実施する。その際重要なことは、課題やできないことの把握・指摘をするのではなく、できることに着目し、それを続けられることを意識したアドバイスをする[※]ことである。

図表Ⅱ-14 具体的なアドバイスの内容の例

取組テーマ	アドバイス内容の例
低栄養	摂取すべき栄養素・食品、調理方法 食品の入手方法（惣菜の入手方法や配食サービスの利用） 食事のとり方（量や時間、間食の利用方法）
口腔	口腔清掃等に使用する用具 口腔清掃等の方法（歯磨き、口腔清掃の方法） 義歯の使い方 姿勢 嚥下体操・唾液腺マッサージの方法 間食や飲み物のとり方 よく噛むこと 歯科医療機関の受診
服薬	薬の管理方法（保管場所等） お薬手帳の活用方法 医療機関への情報提供の方法（場合によっては、代行して情報提供）
重症化予防	摂取すべき栄養素・食品、気をつけるべき食品等 [※] 日常生活で気を付けるべき事項（毎日血圧測定を行う、3食決まった時間に食べる、飲み忘れがないよう薬は見える場所に置く等） ストレッチや散歩の推奨、積極的な社会参加・活動

平成28年度のモデル事業内容等より作成（詳細は別冊事例集 P31～39 参照）

※ 重症化予防等については、病期のステージによって摂取すべきもの、摂取すべきでないものが異なる。本人の状況を確認した上で、適切なアドバイスをする必要がある。

(ウ) 改善目標の設定

具体的なアドバイスを実施するとともに、課題解決に向けた目標を設定するように支援する。目標には、なりたい状態を示す状態目標と具体的にとるべき行動を定める行動目標がある。行動目標のほう
が、高齢者にとっても支援の効果が把握しやすいため、設定する目標は、行動目標であることが望ましい。なお、目標は、参加者の状況に応じ、できるだけ取り組みやすいもの、成果につながりやすいものとする。

図表Ⅱ-15 設定する目標の例

取組テーマ	設定する目標の例
低栄養	野菜を毎食 2 皿以上とる 1 日 3 食時間を決めて食べる たんぱく質のおかずを毎食食べる 塩分摂取に気を付けて食事をする ご飯の量を増やす、おやつ時に牛乳を飲む 1 日 1 回は玄関から外に出る 地域の活動に参加する 油料理を 1 日 1 回はとる
口腔	毎食後歯磨きをする 1 日 1 回は舌の清掃を行う 入れ歯を毎日洗う、夜間は入れ物を決めて保管する 摂食・嚥下体操を実施する 歌ったり、話をしたり、声を出して本や新聞を読む 安全な姿勢で飲食する よく噛んで食べるようにする
服薬	医師の処方通りに服薬する お薬手帳は 1 冊にする 過去に処方された薬剤と現在服用している薬剤を別にして保管する 薬に関する疑問点は都度確認する
重症化予防	血圧測定とウォーキングを行う 野菜を意識的に食べる 早めに就寝する 薬の内容を確認し、整理する うどん・ラーメンの汁を全部飲まない 病院受診で外出した際に魚や肉を買う

平成 28 年度のモデル事業内容等より作成（詳細は別冊事例集 P31～39 参照）

なお、支援の期間・頻度（回数等）は、事業スキームとしてあらかじめ設定することが必要であるが、参加者の課題の難易度、理解度等によって変更が必要となる場合もある。個々の参加者の状況に応じ、柔軟な設定を可能とするような対応も望まれる。場合によっては、電話指導等の併用や各回の支援内容に応じて訪問する専門職の職種を選択するなど、効率的な実施に努める。

（エ）参加者についての個別評価（目標達成状況の確認）

参加者に対する具体的な支援の後、設定した目標が達成されているかを評価する必要がある。評価の結果、一定の成果がみられる場合には、支援を修了し、引き続き支援が必要と判断される場合には、同事業内で引き続き支援を継続させるか、他のサービス（介護予防の総合事業等）へとつないでいく。

（オ）支援実施と並んで行うべき事項

【かかりつけ医等への情報提供】

高齢者の状態像、具体的な課題等、支援の結果把握した内容については、かかりつけ医・かかりつけ歯科医、薬剤師等、栄養士等の関係者に対し、日常の診療等に活かしてもらうようフィードバックを行う。

○かかりつけ医へのフィードバック

事業参加者について、支援の中で把握した情報については、一つの書式にまとめ、日ごろの診療に役立てていただくよう、個別支援の後に、それぞれのかかりつけ医にフィードバックした。 <長野県佐久市>

【地域資源へのつなぎ】

支援期間中も地域資源の活用についても考慮する。介護保険の地域支援事業における地域サロンや衛生部局等の各種健康相談事業、独居高齢者・閉じこもり高齢者へのアウトリーチ事業等、活用しやすい機会が地域にある場合は、そのような機会について情報提供することもあり得る。

5) 評価とその活用

① 事業評価

(ア) 事業評価の範囲等

参加者への支援の終了後、事業自体の評価を行う。どのような事業でも、ストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカムの4つの観点により、その事業実施が適切であったか、効果があったかを確認（評価）し、改善が必要な場合には適宜、修正を行う。

事業評価では、あらかじめ定めた評価指標に関するデータを収集し、支援の前後の状態を比較する。また、数値化できない定性情報である保健指導の内容や本人・家族・介護者の反応・感想、参加者の満足度や健康意識の変化、福祉関係者の対応状況等も評価に活用する。地域資源の活用状況やそれによる参加状況の変化などについても考察する。

(イ) 短期的評価と中長期的評価

高齢者は、支援により状態が改善することもあり得るが、その改善の速度は緩やかであることが考えられる。また、状態が悪化しないことも成果といえることができる。そのため、事業評価は短期的な評価と中長期評価を行う必要がある。また、状態の変化が事業の効果であることを確認するために参加者と非参加者の比較が必要となるが、研究としての取組ではないため、実施可能な範囲での評価を行う。なお、医療費や健診結果等、中長期的な視点で追跡・評価が必要な項目については、KDBシステムを活用すると、複数の市町村の事業であっても共通のフォーマットでデータを比較することが可能となる。

個別事業の評価の場合、件数が少なく期待していた効果の確認が難しい場合がある。比較的短期間で変化が期待できる内容については、実施主体（市町村等）で評価し、事業のマクロ的視点や中長期の追跡が必要な場合等は、取りまとめ機関（広域連合や国）が実施・支援するなど、役割を分担していくことも考えられる。

○KDBシステムを活用した保健事業の進め方

高齢者の保健事業について、KDBシステムの活用方法をまとめたガイドが作成された。

（別冊参考資料 PO：国民健康保険中央会）

以下の PDCA サイクルのそれぞれの場面において、活用するシステムメニュー・機能・画面・帳票等と活用ポイントについて、取組例を用い紹介している。

1. 健康課題の把握、2. 事業企画（準備、対象者抽出、概数把握、絞込等）、3. 支援の実施、4. 事業評価

事業評価にあたっては、事前に KDB システムで対象者名簿等を作成し、参加者等を登録することにより、終了後の参加・非参加別の比較等が容易となる改修が予定されている。

取組テーマ別の事業評価の指標として考えられるのは、以下の項目である。

図表Ⅱ-16 事業評価指標の例

取組 テーマ	項目	評価時期		データソース
		短期	中長期	
共通	BMI・血圧	●	○	健診
	医療費（入院/外来別）・疾患名・服薬数		●	レセプト
	介護給付費・要介護度		○	介護レセプト
	事業参加満足度	○		聞き取り
体重		●		健診
	食物摂取頻度調査	○		聞き取り
	アルブミン値	○		健診
口腔	一部かめない食べ物がある お茶や汁物等でむせることがある	○ ○		基本チェックリスト（健診質問票）
	有所見状況	○		歯科健診
	歯科医療費		●	歯科レセプト
	口腔内の状態・口腔清掃等の実施状況	○		聞き取り
服薬	調剤医療費・処方薬剤種類数	●	○	レセプト
	残薬の状況	○		聞き取り
重症化予防	（糖尿病）空腹時血糖、HbA1c （高脂血症）HDL コレステロール、LDL コレステロール （慢性腎症）eGFR	●	○	健診

●：最低限実施すべき評価指標、○：その他測定可能な場合に実施する評価指標

平成 28 年度のモデル事業内容等より作成（詳細は別冊事例集 p9～17 参照）

医療保険者が行う保健事業の評価では医療費・健診結果を確認することが望ましい。医療費や健診結果の効果の確認は、支援後 1～5 年程度追跡調査を行う。そのため、長期的なデータの変化についても確認可能な環境整備の検討を行う。

② 事業報告

事業実施後、地域の関係機関（医師会、歯科医師会、薬剤師会、栄養士会等の職能団体やその他関係機関）や住民に対し、協議会や広報等を

通じて事業評価結果等を含め報告を行う。

○関係者への事業報告

事業の実施過程や支援した人の個別の状況の変化、次年度についての課題については、関係者で集まる協議会で議論し、その結果については、報告書として取りまとめ、関係者に配布した。 <長野県佐久市>

③ 次期計画に向けての見直し

事業評価でストラクチャーやプロセス等も含め評価を行う中で、改善点を明確にし、次期計画に向けての見直しを行う。

6) 事業を効果的に行うために必要な事項

① 個人情報取扱に関する検討

対象者抽出や指導、結果の評価のためには、事業実施主体と協力関係機関等の間で、個人情報のやり取りが発生する。円滑な実施に向け、本人同意の取得等も含め、各自治体の個人情報保護条例等を勘案しながら、適切な対応を検討、準備する。

個人情報の取扱 <本人への同意の取り方>

○事業参加にあたっての同意取得のポイント

- ・ 使用目的、評価結果への活用等の内容の明示
- ・ 共有する関係者、期間等の説明
- ・ 「健康づくり条例」においてデータ活用を裏付け
(文書例は、別冊事例集 P74 参照)

<神奈川県大和市>

② 苦情・トラブル対応に関する検討

事業開始後、支援の内容等について、事業参加者もしくはその関係者から苦情が寄せられたり、場合によってはトラブル事案となる場合もある。そのような場合に遅滞なく対応できるよう、相談窓口を明確にする等の対応方策についても、事業開始前に検討する。

③ 事業委託先の選定

事業を外部委託で行う場合、事業委託先の選定を行う。事業委託に際しては、実施報告の様式・頻度・進捗状況の把握方法（打合せ等）についてもあらかじめ定めておき、事業が遅滞なく進行しているかの管理

を行える仕組みを準備する。

業務委託 <外部業者との契約の留意点>

○仕様書の記載ポイント

- ・事業目的、委託業務の範囲、役割分担等の内容の明示
- ・報告について内容・方法・頻度等
- ・守秘義務、違反の取扱、成果物の所有権

(文書例は、別冊事例集 P77 参照)

<神奈川県大和市>

④ 支援者の研修の実施

支援を行うのが専門職であっても、それまでの業務範囲によっては地域の高齢者と接する経験がない場合もある。そうした場合でも支援の質を担保するために、支援者の経験に合わせた導入支援やフォロー研修等の検討も必要となる。広域連合が広域的に事業の普及に向けた研修を企画することなども有効である。

○指導者・事務担当者研修

- ・事業の企画立案にあたって必要なノウハウを学ぶ
- ・効果的な PDCA の回し方

(詳細は、別冊事例集 P84 参照)

<岐阜県岐阜市>

⑤ カンファレンス等での情報共有・関係機関との連絡調整

必要に応じてカンファレンスを行うなど各支援者間で実施状況を共有し、適宜支援内容の見直し・改善を図る。また、支援の中では対応が難しいと思われる事項や関係機関等と情報共有すべきと思われる事項が発生した場合には、本人の意向を確認しながら、適宜医療機関や地域包括支援センター等の関係機関に連絡調整する。

⑥ 支援内容の記録・評価に必要なデータの取得

支援の各回においては、具体的な支援内容を記録として残し、評価に必要なデータを適時取得する。

⑦ 事後フォロー

支援の規定回数終了後であっても、最終回の時点でフォローの必要性が高い参加者については、適宜連絡を取り、その後の状況を確認する。

⑧ モニタリング

支援期間中は、個別の支援が遅滞なく進行しているか、支援内容が適切であるか等について、事業実施主体が適宜モニタリングを行い、必要な場合は支援内容・方法等を含め、軌道修正を行う。

3 モデル事業等に見るテーマ別の取組状況と留意点

(1) 栄養に関する相談・指導

【対象者の抽出・絞り込み】

- ・ 対象者の抽出基準として、主に BMI が使われていた。BMI は健診結果及び基本チェックリストから把握することが可能であり、高齢者の状態像把握の基本項目と考えられる。
- ・ BMI による抽出の場合、モデル事業のそれぞれの地域の実情を踏まえ基準値が設定されていた。より早期の対応の必要性を感じ、実施1年目から2年目にかけて基準値を BMI18.5 から 20 に変更したところもあった。
- ・ 過体重の高齢者に健康上の課題が多いことから、BMI25 以上を対象とする事例もあった。
- ・ 検査指標以外にも、独自の質問項目を用いて、対象者を抽出する事例もあった。
- ・ 健診結果を活用する場合は、経年で減少幅の大きい人や過去の健診で異常のある人を優先すると効果的であった。
- ・ レセプトデータから低栄養支援が必要な者を抽出する場合（例えば、医療機関の退院患者や栄養管理指導を受けた者、アルブミン検査の実施者、栄養障害や慢性疾患を有する場合）、在宅での支援の必要性を検討し、対象者抽出につなげることが必要である。

【アセスメント】

- ・ レセプトデータが活用できる場合には、本人からの聞き取りだけではなく、受診している診療科（歯科含む）・傷病名・処方内容等から栄養状態への影響を確認しておくことが望ましい。

【具体的な支援内容】

- ・ 低栄養に関する支援としては、摂取する食事の内容（栄養素）等に限定しがちであるが、高齢者の生活全般の IADL^{※27}を向上させ、栄養改善を図る支援を行う必要がある。
- ・ 改善のためにどのような食品を摂取するかだけでなく、適切な食品をどのように入手するか等についての支援も重要である。
- ・ 支援に当たっては、現在摂取している食事内容だけではなく、原因につ

²⁷ IADL (Instrumental Activity of Daily Living) 手段的日常生活動作：食事や着替えなどの ADL (日常生活動作) を基本としたより高度な動作をいう。例えば、買い物や洗濯、掃除等の家事全般や金銭管理、服薬管理、外出して乗り物に乗ること等。

いても把握する必要がある。中には口腔機能が低下し、食べられなくなっていることもある。

- ・ そのような口腔の問題を発見した場合は、歯科医師・歯科衛生士等の歯科の専門職にもつなぎ、高齢者にとって適切な支援がなされるように努めるべきである。

参考例) 具体的な支援内容（低栄養の指導）		
＜体重減少の原因＞	＜アプローチ内容＞	＜年代別特徴＞
1. 疾病 （消化器系・呼吸器系・がん等）	・ 疾病に応じた栄養指導 （腎機能悪化・糖尿病、胃切除等）	前期
2. 食材調達方法 （買い物回数の減少）	・ 軽くて高エネルギー食品の紹介 ・ 配食弁当、食材宅配の紹介 ・ コミュニティバス時刻表紹介	後期
3. 買い物内容の助言 （食事回数・量の減少）	・ 欠食の解消、捕食 ・ 同じ価格帯で代替食の提案 ・ 日持ちのする食品（缶詰等）の利用	後期
4. 孤食	・ 共食を増やす（家族、友達） ・ 地域の老人会・サロン等の案内	後期
5. その他	・ 介護・ストレス・生活状況の傾聴 ・ 歯科診療の勧め	後期
＜神奈川県大和市＞		

- ・ 地域における支援に当たっては、高齢者それぞれの食事内容、買い物や調理、食事環境、食事にまつわる生活や課題等から、できることをじっくりと聞き出しながら、課題解決に向けて取り組みやすい内容を一緒に考え提案するというスタンスで臨むことが必要である。
- ・ より高い効果を得るためには、栄養と運動の併用した支援、栄養と歯科・口腔の併用した支援のように、目前の高齢者に合致したテーラーメイドの取組であることが重要である。

【事業評価】

- ・ BMI は改善傾向にあっても変化量が小さく、評価が難しいため、評価には体重を用いることも必要である。
- ・ アルブミン値を用いることもあるが、侵襲的であり費用もかかる。このため、毎年の健診データを利用し、できるだけ参加者の負担にならないよう努める等、効率的な収集方法を検討する必要がある。

【実施体制・連携体制】

- ・ モデル事業では、地域の栄養士会や栄養士による NPO 法人に委託して事業を実施しているところがあった。そうした場合、地域活動や高齢者への対応に慣れていなかったり、これまでの医療機関内での栄養指導の経験から、病態的に良くないことを指導するスタイルで支援が行われている場合があった。外部人材を活用する場合には事前に研修を行う等十分に準備をすることが必要である。
- ・ 特に低栄養の場合などは、口腔に関する支援と併せて実施することが重要となるため、事業の検討にあたって歯科関係者との連携が図れるよう考慮する必要がある。

(2) 口腔に関する相談・指導

【対象者の抽出・絞り込み】

- ・ モデル事業では訪問歯科健診が主な取組となっていたが、一般的な歯科健診の結果から対象者を抽出した例がなかった。
- ・ 今後、歯科健診の結果についても有効に活用しながら、口腔機能の低下の予防について、要介護状態の手前のフレイルから支援を拡充することが求められる。
- ・ 平成30年度から高齢者の健診の質問票の項目に加わった「食事をかんで食べるときの状態」についての活用も有用である。
- ・ 歯科受診や口腔に関する相談に関心がなかったり、必要性に気付いていない対象者・家族等に利用を促すには、日常的に高齢者に接する機会のあるケアマネジャー等の介護関係者等に対する啓発が重要である。
- ・ 既に歯科治療中の場合や介護保険による歯科医師又は歯科衛生士による居宅療養管理指導を受けている場合は、事業の対象外となる。

【アセスメント】

- ・ 嚥下機能の低下には、入眠剤や安定剤が影響している可能性がある。薬剤の選択についてもアセスメントする必要がある。
- ・ モデル事業の訪問歯科健診では、ほとんどの場合、歯の状態・清掃状態について定量的・定性的評価がなされていた。歯肉の状況や義歯の適合状態等についても8割程度で実施されていた。
- ・ 口腔機能の検査では、嚥下機能や口腔乾燥の実施割合が高い状況にあった。現段階では、検査方法及び評価基準が統一されていない状況にあり、学会等の動きに注視が必要である。

<参考>後期高齢者に対する歯科保健サービスの効果実証事業

広域連合が被保険者に対して行う歯科保健サービス（歯科健診）の効果を検証するため、広域連合から後期高齢者の歯科健診データ等を同一対象者に対して複数時点で収集・分析し、歯科健診後の口腔の状況や受診行動（健康意識・受診状況等）等の変化等について分析した結果のまとめ。

詳細は、別冊参考資料 P100、101 を参照

【具体的な支援内容】

- ・ 支援の中でアドバイスする嚥下体操や口腔清掃方法などについては、参加者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がいる場合には、それらの人にもアドバイスすることが重要である。

- ・ より高い効果を得るためには、歯科・口腔と栄養の併用した支援のように、目前の高齢者に合致したテーラーメイドの取組であることが重要である。

【事業評価】

- ・ モデル事業では、主に相談・指導に関する手順の検討や関係者との連携体制の構築等のプロセス評価や個別ケースの口腔衛生状態の改善等の評価が行われた。
- ・ 今後、口腔機能の改善状況や中長期的な支援による誤嚥性肺炎の予防等の検証が望まれる。

【実施体制・連携体制】

- ・ 実施に当たっては、行政内部の歯科専門職だけではなく、地域の歯科医師会・歯科衛生士会との連携が重要である。
- ・ かかりつけ歯科医との連携が必要であるのみならず、口腔内の状況は服薬状況とも関係するため、かかりつけ医との連携も必要である。
- ・ 要介護状態にある対象者には、支援の結果、居宅療養管理指導につなげるなどの支援が可能となる。モデル事業でも実際に訪問歯科健診の結果が関係者に提供され、ケアプランに盛り込まれた例があった。

(3) 服薬に関する相談・指導

【対象者の抽出・絞り込み】

- ・ KDB システム等からレセプトデータを活用し、対象者抽出を行う場合、機械的に抽出した人の中から、専門職（薬剤師等）の目でさらに絞り込みが必要な場合もある。
- ・ 多剤の基準値については、学会等での統一的なものは示されていない。高齢者の安全な薬物療法ガイドラインでは、1日の服用数が6～7種類以上で薬物有害事象の発生増加に関連した報告が紹介されている²⁸。一方で、処方の状況は、高齢者の状態や地域の事情によっても異なるため、単月ではなく複数月の処方や地域の全体的な処方状況等もみて検討する。

【アセスメント】

- ・ 医療機関から処方された薬剤だけではなく、市販薬や健康食品、サプリメントの使用状況も健康状態に関係するため、これらの情報をアセスメントで把握する必要がある。
- ・ 服薬行動に関連する全身機能の情報（認知機能、嚥下機能、視力・聴力、手指機能、ADL）についても把握できると適切な指導につながる。
- ・ 薬の数は、利尿剤、安定剤、痛み止め等患者の訴えに応じて増えていくこともある。そのような状況を把握するには多科受診の状況も把握する必要がある。

【具体的な支援内容】

- ・ 多剤の改善のみならず、飲みづらさや飲み忘れが改善するよう対象者のADLや認知機能、日常生活リズム等に合わせた支援が必要である。
- ・ 高齢者の中には、自身で服薬量を調整したり、独居のために服薬管理ができない人もいる。その場合、単に服薬数が問題ではなく服用している薬の形状や飲み合わせが影響していることもあるため、個別の状況を十分に把握した上での支援が必要となる。
- ・ 服薬支援の効果の確認は、間隔を開けずに実施することが望ましい。
- ・ 退院時などに病院と診療所、地域の薬局、市町村等の間で連携を図ることにより、高齢者に最適な服薬状況を把握し調整することも考えられる。

【実施体制・連携体制】

- ・ 服薬状況の改善には医師の協力が必須であるため、医師会への事前説

²⁸ 秋下雅弘（研究代表者）©日本老年医学会／高齢者の薬物治療の安全性に関する研究班（2015年12月）

明は必ず行う。

- ・ 支援の前には、該当者のかかりつけ医にも相談するなど、協力を得て進めることが肝要である。
- ・ 取組に当たっては、医師会・歯科医師会・薬剤師会との協力関係が必要となるため、実施主体である広域連合、市町村は、双方との調整に努める。
- ・ 支援の結果、かかりつけ医等に多剤併用等の服薬状況について情報提供する必要がある場合には、本人の同意のもとに実施する。
- ・ 複数の診療科にかかっている場合など、お薬手帳の活用やかかりつけ薬剤師に情報を一元化することなど調整が容易となる方法も検討する。

【事業評価】

- ・ 事業評価に当たっては、KDB システム等のレセプトデータを用いて、調剤費の変化を追い、効果額を推計することも考えられる。
- ・ モデル事業では、処方せんから調剤費の変化を計算する方法もとられていた。
- ・ 事業の成果としては、服薬状況の適正化が主なものといえるが、副作用の改善、飲みづらさ・飲み忘れの改善、生活に不適切な量や回数の減少、それらに伴う残薬の量についての評価を行うことも必要である。

図表Ⅱ- 17 高齢者で薬物有害事象が増加する要因

- ▶ 多くの因子が高齢者における薬物有害作用増加に関連している。
- ▶ そのうち最も重要なのは、薬物動態の加齢変化に基づく薬物感受性の増大と、服用薬剤数の増加である。

疾患上の 要因	複数の疾患を有する → 多剤併用、併科受診 慢性疾患が多い → 長期服用 症候が非定型的 → 誤診に基づく誤投薬、対症療法による多剤併用
機能上の 要因	臓器予備能の低下(薬物動態の加齢変化) → 過量投与 認知機能、視力・聴力の低下 → アドヒアランス低下、誤服用、症状発現の遅れ
社会的要因	過少医療 → 投薬中断

(4) 慢性疾患の重症化予防

【対象者の抽出・絞り込み】

- ・ 対象疾患に応じた抽出基準を健診結果やレセプトデータを基に、地域の関係者と協議の上設定する必要がある。
- ・ 健診結果から対象者を抽出した場合はレセプトデータとの突き合わせが有効である。①未治療者、②治療を中断している者、③過去の健診で異常がある者を優先的に声掛けする等考慮する。
- ・ レセプトデータにより抽出した対象者の場合には、かかりつけ医等と相談の上、選定する。
- ・ 地域課題として重点化対策となった対象疾病（例えば糖尿病性腎症やCKD）等がある者、糖尿病歴が長い者等は、優先する対象者として考慮する。
- ・ 糖尿病性腎症については、国で策定されたプログラムに加えて、都道府県でもプログラムが策定されているため、地域での事業実施に際してはその内容を参考にする必要がある。

<参考>糖尿病腎症重症化予防プログラム

重症化リスクの高い医療機関未受診者等に対する受診勧奨・保健指導を行い治療につなげるとともに、通院患者のうち重症化リスクの高い者に対して主治医の判断で対象者を選定して保健指導を行い、人工透析等への移行を防止する目的で、日本医師会・日本糖尿病対策推進会議・厚生労働省の三者で、糖尿病性腎症重症化予防プログラムを策定。

詳細は、別冊参考資料 p93～99 を参照。

参考 URL： ○糖尿病性腎症重症化予防プログラム

<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000121935.html>

○糖尿病性腎症重症化予防プログラム開発研究班 HP

<http://www.ei-kensyu.tsushitahan.jp/jushoka/>

【アセスメント】

- ・ レセプトデータが確認可能な場合には、受診している診療科・傷病名・処方内容等から重症化の程度や日常生活への影響について確認しておくことが望ましい。

【具体的な支援内容】

- ・ モデル事業の支援内容は受診勧奨と個別の保健指導に分けられる。

- ・ 血圧や血糖等のように、学会ガイドライン等で高齢者向けの基準値が設定されているものがあるが（別冊参照）、複合的な状態を判断するには十分と言えない状況がある。
- ・ 血圧に関する重症化予防に取り組む際、血圧を下げすぎると起立性調節障害で立ちくらみを起こしやすいということもあるため、注意が必要である。
- ・ 糖尿病の重症化予防にあたっては、降圧剤や血糖降下剤を服薬中の人についてはHbA1cが6.0%を下回っていても、注意してフォローする必要がある。
- ・ 疾病が重複する場合は特に注意が必要である。例えば、東京都では高齢者の6割が高血圧の薬を服用しており、そのうち3割が糖尿病であった。
- ・ 日頃より高齢者の状態をよく知るかかりつけ医等と連絡調整し、個々人の状態を総合的に踏まえた対象者選定、指導内容等について相談することが望ましい。
- ・ 治療中断者への文書通知による受診勧奨の場合、被保険者の誤解や不安（なぜ通知が来たのか）を生むことがないように、案内を送付する場合には配慮が必要である。
- ・ 国保において推進されている糖尿病性腎症重症化予防の取組と連携し、年齢による切れ目のない取組を目指すことが重要である。

＜参考＞フレイル診療ガイド（CQ24 フレイルと糖尿病の関連）より

糖尿病患者ではフレイルと血糖の間にU字の関連があるといわれている。フレイルの発症リスクは平均血糖 170mg/dl（HbA1c 7.6%相当）のレベルで最も低く、平均血糖値 190 mg/dl（HbA1c 7.6%相当）と 150 mg/dl（HbA1c 7.6%相当）の両者ではそれぞれ 1.30 倍と 1.41 倍と高くなるという報告³⁰もあるため、高すぎず低すぎない適切な血糖コントロールが重要である。

（別冊参考資料 PO、O）

【事業評価】

- ・ 受診勧奨が中心の取組の場合は、一定期間後にレセプトによる受診状況の確認を行う。
- ・ 個別の保健指導を行う場合は、主に前後の検査値（HbA1c 等）の比較を実施する。できるだけ参加者の負担にならないよう毎年の健診データや

²⁹ Zaslavsky O, Walker RL, Crane PK et al : Glucose levels and risk of frailty. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2016 ; 71 : 1223-1229.

診療時の検査値を活用する等、効率的な把握に努める。

- ・ 新たな処置や服薬の変更・開始等、治療内容を考慮して評価する必要がある。
- ・ 治療中の者については、かかりつけ医等への指導結果等の報告など、フィードバックが欠かせない。

(5) 複合的取組

【対象者抽出・絞り込み】

- ・ モデル事業では、①健診結果をもとに複合的なリスクを保有する者、②医療も健診も未受診で健康状態が把握できない者、③重複・頻回受診者、④独居や高齢者のみ世帯や①～④の組み合わせた者を対象とした取組が行われていた。
- ・ 「独居」等の多くの者が抽出される基準を設定する場合は、さらに絞り込みを行う必要がある。絞り込みの条件についても明確化し、関係者間で共有化する必要がある。

【具体的な支援内容】

- ・ 中には、老人保健事業時代からの高齢者対策が継続しているため、地域の中で対象者把握、見守り、医療・介護への紹介などが自然と根付いており、新たに高齢者に加わる年代層を注視すればよいなど、地域の実情に応じた独自の抽出基準を設定している場合があった。
- ・ その場合、事業評価の観点が希薄になりがちであるため、対象者のカバー率や非参加者との医療費の比較、他自治体の同世代の高齢者との比較など、改めて評価することにより、事業の意味付けの検討が必要と考えられる。

【実施体制・連携体制】

- ・ 複合的な課題に対応するために、複数の指導者の支援が必要なことがある。その場合、支援者間での情報共有が図れるが、聞取項目等が多くなり、高齢者本人への負担が大きいことに留意しなければならない。

- 4 KDB システム等を活用した評価の試行（平成 28 年度のモデル業をもとに）
- モデル事業は、平成 28 年度から 2 年間実施され、平成 29 年度には全国で 32 広域連合、109 事業の取組が進められた。今回、自治体で実施しやすい評価方法の検討にあたって、平成 28 年度に取り組んだ自治体等のうち 52 自治体から、KDB システム等を活用して抽出・加工したデータの提供を受けた。
- 以下に、事業の参加者及び非参加者の個人別データを用いて評価を試行した状況について紹介する。

図表Ⅱ-18 検討に用いた事業の参加者・非参加者の属性

	男性	女性	総計	男性	女性	総計
参加者合計	1,384	2,038	3,422	40.4%	59.6%	100.0%
※ 栄養	139	316	455	30.5%	69.5%	100.0%
口腔	95	220	315	30.2%	69.8%	100.0%
訪問歯科	220	361	581	37.9%	62.1%	100.0%
服薬	97	159	256	37.9%	62.1%	100.0%
重症化予防	242	284	526	46.0%	54.0%	100.0%
包括ケアメント	521	553	1,074	48.5%	51.5%	100.0%
複合	70	145	215	32.6%	67.4%	100.0%
非参加者合計	390	664	1,054	37.0%	63.0%	100.0%

	平均年齢	最小値	最大値
参加者合計	82.7	68	104
※ 栄養	81.6	71	93
口腔	86.1	74	104
訪問歯科	86.4	68	104
服薬	83.5	68	102
重症化予防	81.4	68	98
包括ケアメント	80.5	70	99
複合	82.8	74	94
非参加者合計	83.4	67	103

※参加者合計の内訳は、モデル事業で取り組まれたテーマ別の内容を表示している。

なお、非参加者は、参加者と同じ抽出基準に合致したものの事業に参加しなかった者であるが、全ての自治体ではなく、一部の自治体において収集されたものである。

<分析に用いたデータ>

今回分析に用いたデータは、主に、KDB システムの帳票 No70 (S26_019 後期高齢者の健診結果一覧) と帳票 No71 (S24_004 後期高齢者の医療（健診）・介護実況状況) より取得した項目の一部を用いている。帳票 No70 では健診結果データ、帳票 No71 では高齢者に見られる主な疾患での受診の有無、医療費（医科・歯科）、介護給付費のデータである。

KDB システムのような全国標準システムで作成されるデータを用いることにより、統一フォーマットでのデータ収集が可能となるため、全国各地の自治体の取組について横串を指した比較や評価が可能となる。事業評価に取組

む自治体を支援し、できるだけ容易に進められる評価方法について検討を実施した。

今回は、データ数の関係で栄養・口腔等の個別のテーマ別の評価ではなく、モデル事業全体をまとめて、事業の参加者・非参加者別の変化について確認した。なお、モデル事業は研究的にデザインされた介入ではなく、今回の検証は単年度データの分析であるため、事業効果をみるには時期尚早と考えて、今後、平成 29 年度モデル事業の結果も用いるなど、継続した検証を行うこととしている。

(1) ベースラインの状況

今回、事業に参加した者と、同じ条件で抽出されたが参加しなかった者のベースラインの状況は下記のようにになっている。

図表Ⅱ-19 ベースライン値の状況

			参加者合計			非参加者合計		
	単位		集計対象数	平均値※	標準偏差	集計対象数	平均値	標準偏差
基本属性	年齢	歳	3,422	82.7 ±	5.4	1,054	83.4 ±	5.3
	男性割合	%	3,422	40.4	—	1,054	37.0	—
	要介護度		1,049	2.7 ±	1.6	372	1.7 ±	1.4
	身長	cm	1,125	153.1 ±	9.1	234	151.1 ±	8.5
	体重	kg	1,194	55.4 ±	12.1	280	49.9 ±	18.5
	BMI	kg/m ²	1,195	22.8 ±	3.6	280	19.5 ±	3.6
	服薬数	粒数	859	6.5 ±	4.8	10	11.6 ±	12.3
健診結果	空腹時血糖 (FPG)	mg/dL	592	110.1 ±	31.8	259	98.4 ±	21.7
	HbA1c	%	1,081	6.0 ±	0.8	277	5.8 ±	0.8
	中性脂肪	mg/dL	1,193	120.8 ±	70.4	280	91.0 ±	45.3
	HDL	mg/dL	1,193	60.0 ±	16.2	280	62.4 ±	16.0
	LDL	mg/dL	1,193	114.6 ±	28.5	280	109.8 ±	29.6
	収縮期血圧 (SBP)	mmHg	1,193	136.0 ±	18.5	280	131.1 ±	16.6
	拡張期血圧 (DBP)	mmHg	1,192	72.3 ±	11.3	280	69.6 ±	10.4
	血清クレアチニン	mg/dL	1,094	0.9 ±	0.4	222	0.8 ±	0.3
	eGFR	ml/min/1.73m ²	716	60.9 ±	16.6	222	60.1 ±	16.6

※男性割合は平均値ではなく構成比

<分析の考え方>

上記集計は、KDB システム等で作成された数字をもとに加工。事業による効果を確認するためには、参加者と非参加者の事業実施前の状況（ベースライン値）を確認することが重要である。

(2) 検査値の変化

参加者の中で、平成 27 年度と 28 年度の両年で健診を受診した者の検査値は下記のようにになっている。

図表Ⅱ-20 検査値の変化の状況

	集計対象数	H27年度		H28年度		p値
		平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	
BMI	971	22.64 ±	3.46	22.58 ±	3.49	0.022
収縮期血圧	968	135.5 ±	18.1	136.1 ±	18.2	0.332
拡張期血圧	968	71.8 ±	11.2	70.9 ±	10.8	0.002
空腹時血糖	431	108.8 ±	28.5	110.2 ±	29.3	0.181
HbA1c	866	5.94 ±	0.81	5.92 ±	0.75	0.238
中性脂肪	967	120.7 ±	71.9	119.2 ±	62.4	0.375
HDL-C	967	60.2 ±	16.3	60.0 ±	16.0	0.534
LDL-C	967	113.9 ±	28.4	112.5 ±	27.5	0.039
血清クレアチニン	867	0.85 ±	0.37	0.87 ±	0.35	<0.001
eGFR	489	60.94 ±	16.40	59.41 ±	16.65	<0.001

<分析の考え方>

上記集計は、KDB システム等で作成された数字をもとに加工。健診結果で把握できる、検査値の経年比較を実施。

<概況>拡張期血圧は 71.8mmHg から 70.9mmHg に有意に変化、LDL コレステロールは、113.9mg/dl から 112.5 mg/dl に有意に変化

(3) 疾病の罹患割合

平成 27 年に各種疾患に罹患していなかった者の平成 28 年度の新規罹患状況は下記のようにになっている。

図表Ⅱ-21 疾患の罹患状況

	全数	脳血管疾患				虚血性心疾患			
		H27年度 罹患患者	H27年度 非罹患患者 (a)	H28年度 新規 罹患患者 (b)	H28年度 新規 罹患率 (b/a)	H27年度 罹患患者	H27年度 非罹患患者 (a)	H28年度 新規 罹患患者 (b)	H28年度 新規 罹患率 (b/a)
参加者合計	2,529	837	1,692	147	8.7%	699	1,830	118	6.4%
栄養	295	69	226	8	3.5%	70	225	5	2.2%
口腔	278	127	151	24	15.9%	72	206	19	9.2%
訪問歯科健診	321	149	172	10	5.8%	70	251	18	7.2%
服薬	219	108	111	52	46.8%	111	108	50	46.3%
重症化予防	356	110	246	11	4.5%	106	250	10	4.0%
包括ケアメント	897	243	654	25	3.8%	244	653	7	1.1%
複合	163	31	132	17	12.9%	26	137	9	6.6%
非参加者合計	846	404	442	118	26.7%	434	412	83	20.1%

	全数	腎不全				骨折			
		H27年度 罹患者	H27年度 非罹患者 (a)	H28年度 新規 罹患者 (b)	H28年度 新規 罹患率 (b/a)	H27年度 罹患者	H27年度 非罹患者 (a)	H28年度 新規 罹患者 (b)	H28年度 新規 罹患率 (b/a)
参加者合計	2,529	156	2,373	73	3.1%	469	2,060	125	6.1%
栄養	295	15	280	5	1.8%	55	240	9	3.8%
口腔	278	18	260	9	3.5%	75	203	19	9.4%
訪問歯科健診	321	32	289	9	3.1%	85	236	10	4.2%
服薬	219	31	188	34	18.1%	62	157	46	29.3%
重症化予防	356	29	327	5	1.5%	62	294	11	3.7%
包括アセスメント	897	25	872	6	0.7%	112	785	21	2.7%
複合	163	6	157	5	3.2%	18	145	9	6.2%
非参加者合計	846	214	632	104	16.5%	245	601	145	24.1%

	全数	誤嚥性肺炎				認知症			
		H27年度 罹患者	H27年度 非罹患者 (a)	H28年度 新規 罹患者 (b)	H28年度 新規 罹患率 (b/a)	H27年度 罹患者	H27年度 非罹患者 (a)	H28年度 新規 罹患者 (b)	H28年度 新規 罹患率 (b/a)
参加者合計	2529	49	2,480	41	1.7%	320	2,209	120	5.4%
栄養	295	3	292	3	1.0%	9	286	8	2.8%
口腔	278	7	271	11	4.1%	76	202	22	10.9%
訪問歯科健診	321	31	290	13	4.5%	102	219	17	7.8%
服薬	219	3	216	11	5.1%	48	171	38	22.2%
重症化予防	356	4	352	0	0.0%	44	312	9	2.9%
包括アセスメント	897	1	896	3	0.3%	37	860	19	2.2%
複合	163	0	163	0	0.0%	4	159	7	4.4%
非参加者合計	846	19	827	31	3.7%	165	681	106	15.6%

<分析の考え方>

上記集計は、KDB システム等で作成された数字をもとに加工したもの。毎月のレセプトから個人単位で、当該疾患で医療機関を受診した者を集計した。平成 27 年度に当該疾患で医療機関受診がなかった（非罹患）者のうち、平成 28 年度に新規受診した者の割合として算出した。

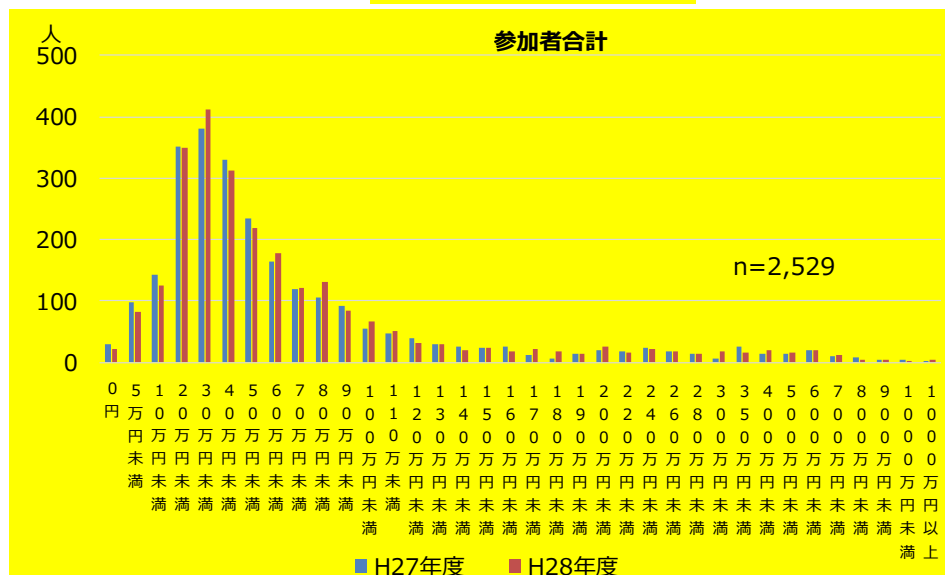
<概況>

- 非参加者群の 2 割以上で、翌年度、脳血管疾患、虚血性心疾患、骨折の新規罹患が観察された。
- 多くの疾患で参加者群の各疾患の新規罹患率が低い傾向。※参加バイアスに留意が必要。

(4) 事業の参加者の医療費の分布

参加者のうち、平成 27 年度と平成 28 年度の両方の医療費があった者の年間医療費の分布をみると、いずれの年度も 30 万円未満の層にピークがあるが、1 年間で増額傾向にあった。

図表Ⅱ-22 医療費の分布



上記集計は、KDB システム等で作成された数字をもとに加工したもの。

(5) 医療費等の変化

参加者の平成 27 年度と 28 年度の医療費（平成 27 年度の年間医科医療費が 100 万円未満の人のみ）等は下記のようになっている。

図表Ⅱ-23 平成 27 年度と平成 28 年度の医療費等

医科医療費（円）＜平成27年度に年間医科医療費100万円未満＞									
集計対象数	H27年度			H28年度			p値	2力年の差	
	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値			
参加者合計	2,112	360,675 ± 240,389	313,790	557,812 ± 801,514	334,415	<0.001	197,137		
栄養	267	335,806 ± 220,523	287,970	445,587 ± 686,462	301,500	0.007	109,781		
口腔	220	391,279 ± 234,558	363,040	784,443 ± 1,142,945	454,450	<0.001	393,164		
服薬	138	515,510 ± 238,957	506,330	1,022,405 ± 1,189,315	659,095	<0.001	506,895		
重症化予防	318	336,720 ± 234,146	303,635	516,720 ± 779,156	297,325	<0.001	180,000		
複合	150	320,946 ± 228,947	267,925	445,083 ± 496,239	259,165	0.003	124,137		
包括ケアメント	819	336,083 ± 229,631	290,670	419,004 ± 510,968	298,370	<0.001	82,921		
訪問歯科健診	200	421,964 ± 279,201	358,190	856,074 ± 1,069,848	519,605	<0.001	434,111		
非参加者合計	600	476,090 ± 251,624		991,768 ± 1,338,069		<0.001	515,678		

医科医療費+歯科医療費+介護給付費（円）＜平成27年度に年間医科医療費100万円未満＞									
	集計 対象数	H27年度			H28年度			p値	2カ年の差
		平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値		
参加者合計	2,042	675,071 ±	815,856	407,557	929,761 ±	1,227,304	438,835	<0.001	254,690
栄養	267	383,639 ±	279,006	321,790	496,477 ±	754,660	338,150	0.010	112,838
口腔	220	1,507,803 ±	1,189,339	1,143,653	2,189,911 ±	1,677,998	2,032,607	<0.001	682,107
服薬	138	1,002,284 ±	929,745	683,260	1,676,287 ±	1,596,437	1,074,174	<0.001	674,003
重症化予防	318	503,221 ±	553,882	379,710	716,827 ±	956,187	378,940	<0.001	213,606
複合	144	365,438 ±	251,033	302,800	496,622 ±	516,205	320,145	0.002	131,184
包括ケアメント	819	408,638 ±	288,494	347,570	500,164 ±	558,538	357,570	<0.001	91,526
訪問歯科健診	136	1,902,281 ±	1,385,391	1,805,903	2,527,986 ±	1,627,408	2,577,091	<0.001	625,705
非参加者合計	600	854,299 ±	833,808	591,215	1,443,091 ±	1,614,892	769,940	<0.001	588,792

＜分析の考え方＞

上記集計は、KDB システム等で作成された数字をもとに加工したもの。入院に至るような治療の影響を除いた医療費の変化をみるために、平成 27 年度に年間医科医療費が 100 万円未満の人について翌年度の年間医療費を集計した。

- 概況：医科医療費については、2 カ年で比較すると全体で非参加者群より増加分が少ない傾向。

高齢者の保健事業のあり方検討ワーキンググループ 構成員

<構成員>

飯山 幸雄	公益社団法人国民健康保険中央会 常務理事
石崎 達郎	東京都健康長寿医療センター研究所 研究部長
下浦 佳之	公益社団法人日本栄養士会 常務理事
杉山みち子	神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部教授
鈴木 隆雄	桜美林大学老年学総合研究所 所長
高野 直久	公益社団法人日本歯科医師会 常務理事
○ 津下 一代	あいち健康の森健康科学総合センター センター長
中板 育美	公益社団法人日本看護協会 常任理事
東野 展也	兵庫県後期高齢者医療広域連合 事務局長（第4回～5回）
平野美由紀	愛知県飛島村 民生部長
伏屋 真敏	岐阜県後期高齢者医療広域連合 事務局長（第1回～3回）
松本 純一	公益社団法人日本医師会 常任理事
村岡 晃	高知県高知市健康福祉部長
吉田 力久	公益社団法人日本薬剤師会 常務理事
吉村 典子	東京大学医学部附属病院 22世紀医療センター特任准教授

○ 座長

（五十音順、敬称略）

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

<チーム員>

飯島 伴典	イイジマ薬局(長野県上田市) (第1回~4回)
生田 図南	医療法人社団南生会生田歯科医院 理事長(熊本県天草市)
石崎 達郎	東京都健康長寿医療センター研究所 研究部長
小倉芳意智	岐阜県後期高齢者医療広域連合 給付課長 (第1回~2回)
鎌形喜代実	公益社団法人国民健康保険中央会 参与
田中 和美	神奈川県大和市健康福祉部健康づくり推進課 係長
○ 津下 一代	あいち健康の森健康科学総合センター センター長
中西 保美	兵庫県後期高齢者医療広域連合給付課長 (第4回)
西川 英文	岐阜県後期高齢者医療広域連合給付課長 (第3回)
西本 美和	滋賀県大津市健康保健部長寿政策課地域包括ケア推進室 主査
花戸 貴司	滋賀県東近江市永源寺診療所 所長 (第1回~2回)
村中 峯子	公益社団法人日本看護協会 健康政策部長
村本あき子	あいち健康の森健康科学総合センター 健康開発部長
渡辺 象	公益社団法人東京都医師会 理事

○ 座長

(五十音順、敬称略)

引用文献

- 1) 鈴木隆雄：「後期高齢者の保健事業のあり方に関する研究」厚生労働科学特別研究事業報告書：平成 28 年 3 月
- 2) 津下一代：モデル事業実施自治体ヒアリング（意見交換会）講演資料「高齢者の特性に応じた保健指導」：平成 28 年 11 月、平成 29 年 10 月
- 3) 鈴木隆雄：モデル事業実施自治体ヒアリング（意見交換会）講演資料「後期高齢者の健康—フレイル対策を中心として—」
- 4) 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」平成 27 年 3 月
- 5) 編集代表 荒井秀典：日本老年医学会／国立長寿医療研究センター「フレイル診療ガイド」：平成 30 年 3 月
- 6) 「平成 29 年度高齢者の特性を踏まえた保健事業（フレイル対策）に関する文献調査」報告（厚生労働省保健局高齢者医療課とりまとめ）：平成 30 年 3 月