

総括編

高年齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドラインのポイント(案)①

1. 後期高齢者の特性に応じた保健事業

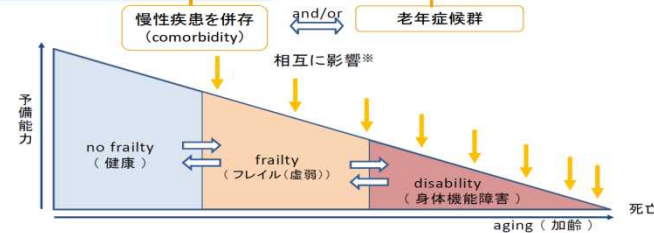
▶ 後期高齢期にあつては、フレイルに着目した対策に重点をおくとともに、あわせて生活習慣病の重症化予防等にも取り組むことが重要である。

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 | ● 認知機能障害 | ● めまい | ● 摂食・嚥下障害 |
| ● 糖尿病 | ● 慢性腎疾患(CKD) | | ● 視力障害 | ● うつ | ● 貧血 |
| ● 呼吸器疾患 | ● 悪性腫瘍 | | ● 難聴 | ● せん妄 | ● 易感染性 |
| ● 骨粗鬆症 | ● 変形性膝関節症等、生活習慣や加齢に伴う疾患 | | ● 体重減少 | ● サルコペニア(筋量低下) | |

※参考文: 日本老(2009)をもとに、著者の許可を得て改変



※現時点では、慢性疾患とフレイルの関わりについて継続的に検証されている段階にあることに留意が必要。

「フレイル」とは、フレイル診療ガイド(©日本老年医学会/国立長寿医療研修センター)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。また「フレイル」の前段階にあたる「プレフレイル」のような早期の段階からの介入・支援を実施することも重要である。

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。
- ⑤ 医療と介護ニーズを併せ持つ状況にある者が増加。

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 疾病の重症化・再発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。
- ⑤ 健康状態が不明な人の状態を把握し、適切な医療・介護サービスにつなぐことも重要。

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

- ① 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、統一的に管理し、対象者の抽出・選定、事業企画、評価を行うとともに、市町村に健康・医療情報の統計等を提供するなどして事業評価を支援する。
- ② 事業への積極的なデータ活用等について市町村への周知・啓発に努める。
- ③ 市町村の担当者向けの研修の実施や、広域連合と市町村の役割分担により市町村の事業実施を支援する。
- ④ 平成30年度から国保保険者となる都道府県とともに、重症化予防をはじめとした取組の協力が得られるよう関係団体との連携関係を構築する。

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。

連携の下、
保健事業
を推進

3. 役割分担と連携

<p>都道府県</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 広域連合や市町村における事業の実施状況をフォローするとともに、介護保険、国民健康保険等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。 ・ 都道府県レベルの関係団体と取組状況を共有し、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。 ・ 平成30年度から国民健康保険の被保険者となることから、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。 	<p>国</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 広域連合における取組の情報提供やガイドラインの提示により事業の普及を支援する。併せて、国民向けにフレイルと疾病の関係や相応しい健康管理等について情報提供や周知に努める。 ・ データヘルスの取組が円滑に行われるよう、必要な環境の整備に努める。また、保険者インセンティブの指標への重症化予防やフレイル対策の取組の重点的な点数配分など財政面の支援策の検討等に努める。 ・ 自治体、関係団体の全国組織等の中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るなど、人材の資質向上等の環境整備に努める。
<p>国民健康保険団体連合会</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 支援・評価委員会による国保・後期高齢者ヘルスサポート事業により専門的観点からの助言や指導を行う。 ・ 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広域連合等の参画が可能となるよう調整を図る。 	<p>医療機関</p>	<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、保健事業の実施に当たっては、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。
<p>関係機関、専門職団体</p>	<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。 		

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。

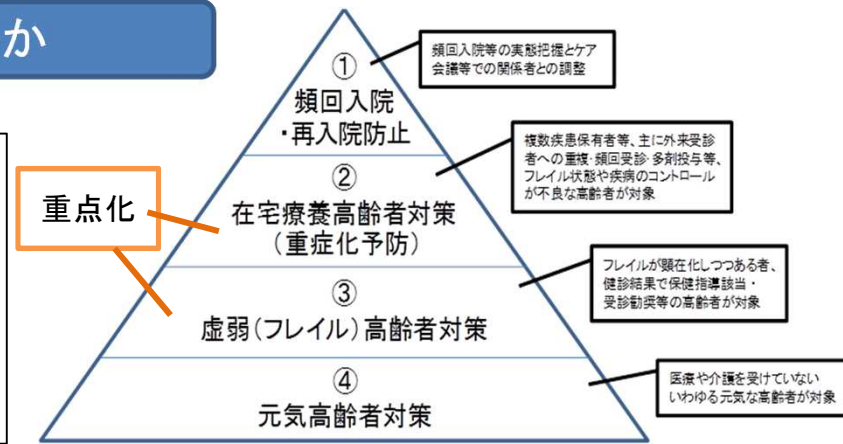
国民健康保険等との関係

- ・ 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。

4. 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②、③から着手するなど**重点化**。



4. どのような対象者に、どのような介入・支援を行うか(つづき)

主な課題と対応

内容	支援のイメージ	取組方法の検討
<p>① 栄養に関する課題</p> <p>② 口腔に関する課題</p> <p>③ 服薬に関する課題</p> <p>④ 生活習慣病等の重症化予防に関する課題</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、できることに着目 ・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。 ・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。 ・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。 ・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. その他必要な事項等

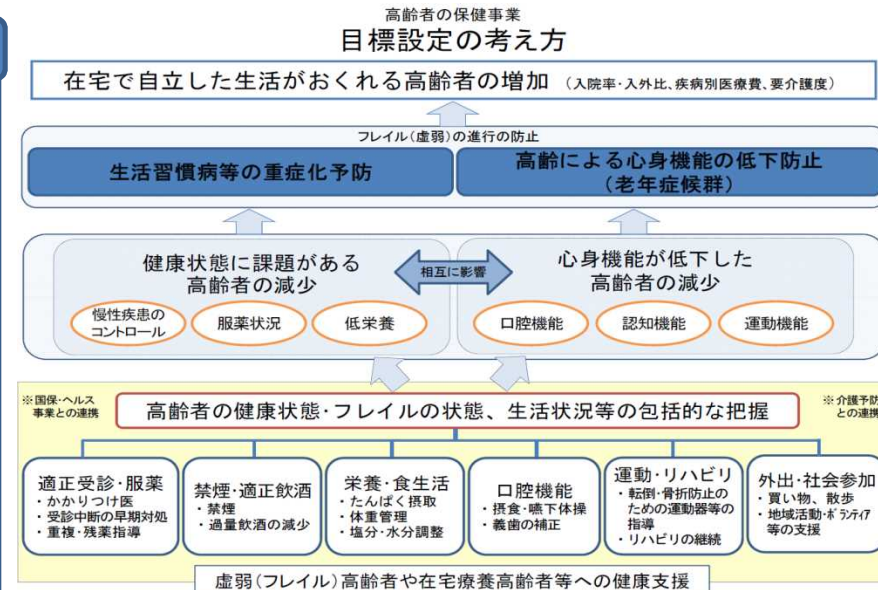
- PDCAサイクルによる事業の実施 (目標設定と評価など)

 - ・短期的な目標：事業の実施前後ですぐに変化状況が確認できるもの
 - ・中長期的な目標：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
- 効果を高める工夫

 - ・対象者の主体性の重視(「できること」に着目、自信や前向きな姿勢を育む)
 - ・地域ぐるみの健康支援(地域包括ケアとの連携により多くの関係者ととも地域ぐるみで支援)
 - ・取組テーマを組み合わせた事業展開(栄養と口腔、栄養と運動など)
- 事業立ち上げ時の留意点

 - ・課題と方針の共有
 - ・実施体制の確保
 - ・連携体制づくり
 - ・ノウハウのマニュアル化
 - ・既存事業の活用
 - ・事業の進捗管理シートの活用
 - ・取り組みやすい内容からの着手
 - ・安全配慮
- 今後引き続き検討すべき事項

 - ・モデル事業から見てきた課題と検討事項(データヘルスのための環境整備、地域課題や事業目的の共有、適切な対象者選定・評価方法、効果的な取組に向けた標準化等)
 - ・健診等のあり方



▶ 高齢者の保健事業を推進するに当たって、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。

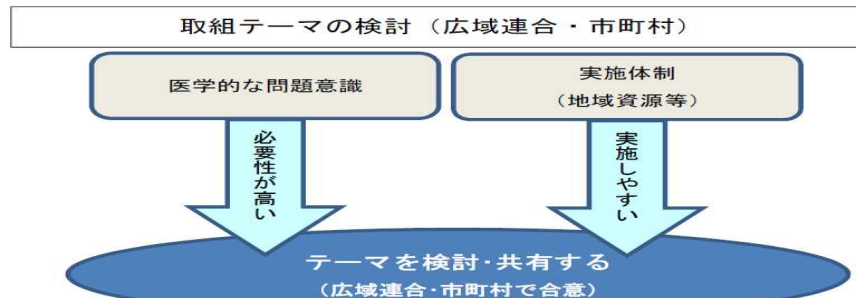
1. 事業全体の流れ

(※ 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)

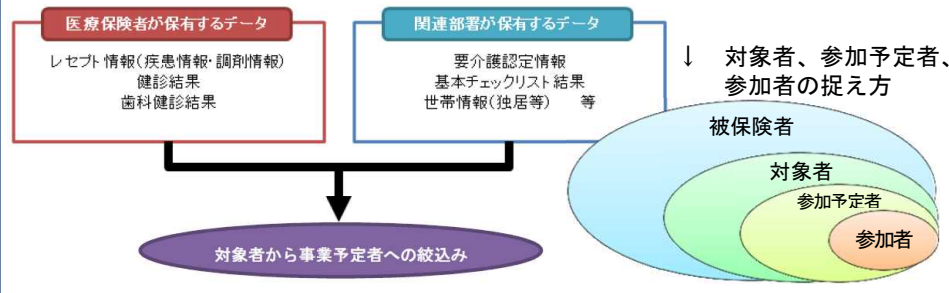
	広域連合	市町村
事業実施主体における体制整備	<ul style="list-style-type: none"> ① 健康課題等の把握 ② 広域連合と市町村間での課題の共有 ③ 取組テーマ・対象地域の検討 ④ チーム形成 ⑤ 外部からの情報収集 	<ul style="list-style-type: none"> ・広域的な共通の課題を把握・検討 ・広域から市町村への情報提供 ・好事例の紹介 ・検討場の設定 ・地域に特有な課題を把握・検討 ・検討に参画チーム員間の調整
地域連携体制の構築	<ul style="list-style-type: none"> ① 都道府県との調整 ② 関係団体への事前相談 ③ 広域連合と市町村間での情報提供の環境整備 	<ul style="list-style-type: none"> ・県単位の関係者の事前調整 ・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 ・電子化等データ環境整備 ・個人情報の対応 ・データ共有
事業企画	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・目標・指標の設定 ・指標設定の支援 ・企画について、広域連合と調整 ・実施方法・内容の詳細検討・決定

2. 各段階の実施事項・要点

- 取組テーマ・対象地域の検討
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、必要性と着手しやすさの双方から検討。



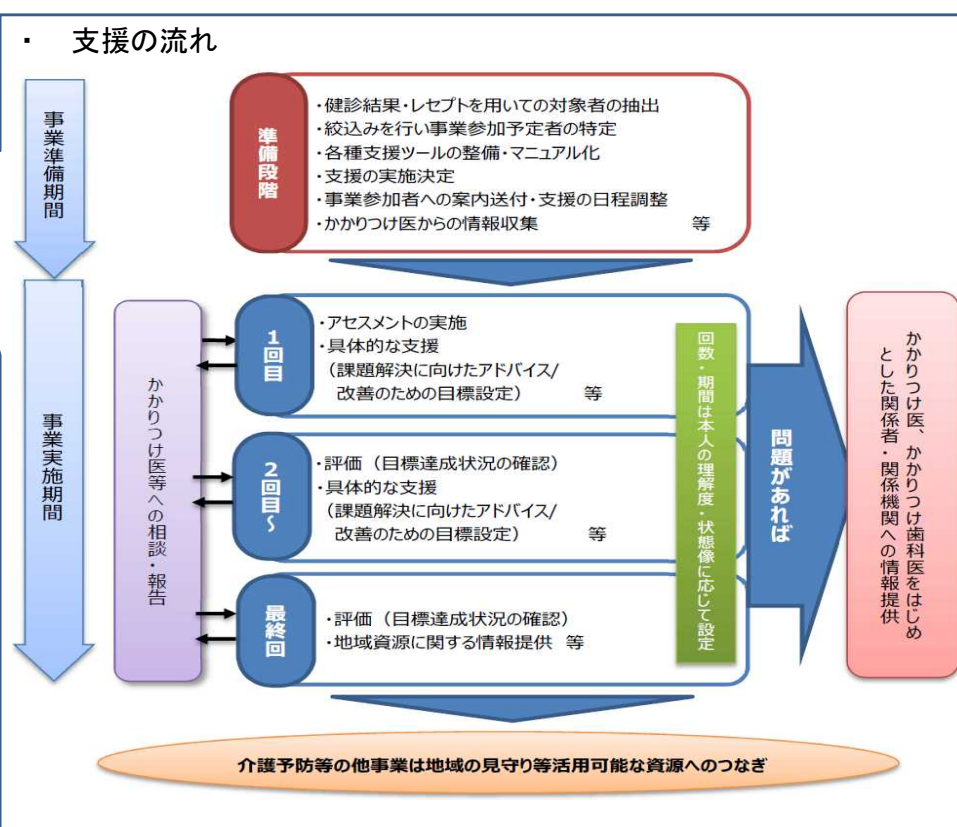
- 取組の方向性の検討
健診結果やレセプト情報を活用し、解決が必要なデータについて具体的な支援を行う。
⇒ 健診・医療の受診状況別の取組の方向性を提示
- 対象者の抽出基準の設定と概数の把握
取組テーマに応じて具体的な対象者の抽出基準を特定し、対象者の概数を把握する。事業の目的に応じて広域連合や市町村の各部署が保有するデータを複合的に用いる。
⇒ 健診等から対象者を抽出する場合の抽出項目と基準、レセプトから対象者を抽出する観点を例示



1. 事業全体の流れ(つづき)

事業実施	<ol style="list-style-type: none"> 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) 	<ul style="list-style-type: none"> ・必要に応じ、市町村と検討・調整 	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ol style="list-style-type: none"> ① 事業評価 ② 事業報告 ③ 次期計画への見直し 	<ul style="list-style-type: none"> ・事業評価に必要なデータ提供 ・計画の見直し 	<ul style="list-style-type: none"> ・実施結果のまとめ・評価報告作成 ・事業見直し等の検討

2. 各段階の実施事項・要点(つづき)



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。より高い効果を得るためには、運動や歯科・口腔と併用した支援のようにテラーメイドの取組であることが重要。
- ② **口腔**：歯科健診結果等を有効に活用。嚥下体操や口腔清掃方法は本人に対してだけでなく、家族や介護スタッフに対しても必要。行政内部の歯科専門職だけでなく、地域の歯科医師会・歯科衛生士会との連携が重要。
- ③ **服薬**：対象者はレセプトデータ等を活用して抽出し、専門職の目でも絞り込む。効果は短期間で変化が見られるため、継続的な支援は間隔を開けずに実施。医師との協力のもと服薬状況改善を図る。副作用の改善や飲みづらさ・飲み忘れの改善等の評価も必要。
- 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。国のプログラムに加えて都道府県で策定されたプログラムも参考にすることが必要。国保の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支援が重要。
- 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