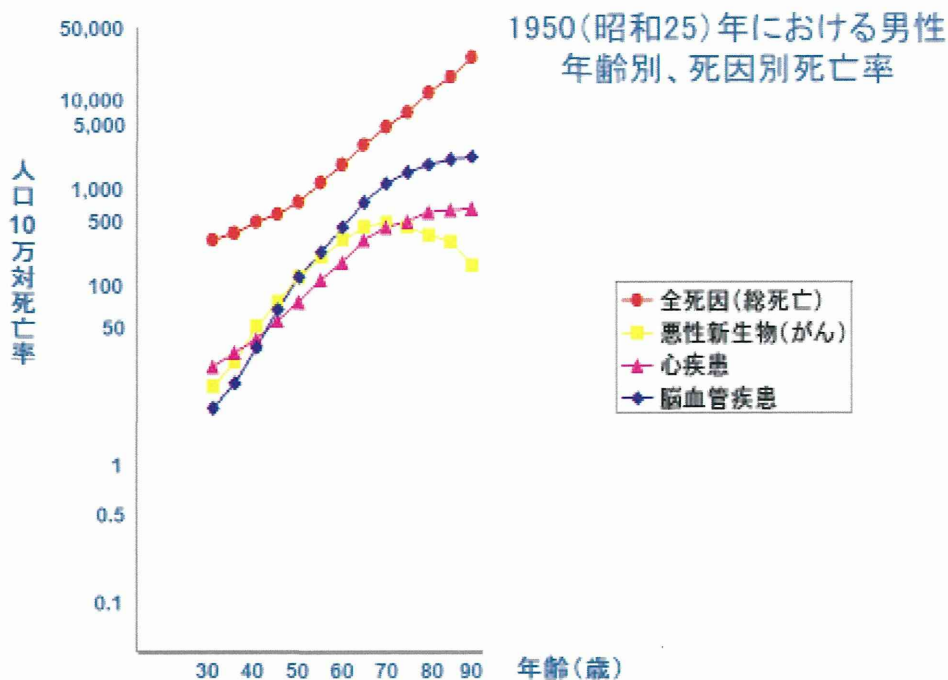
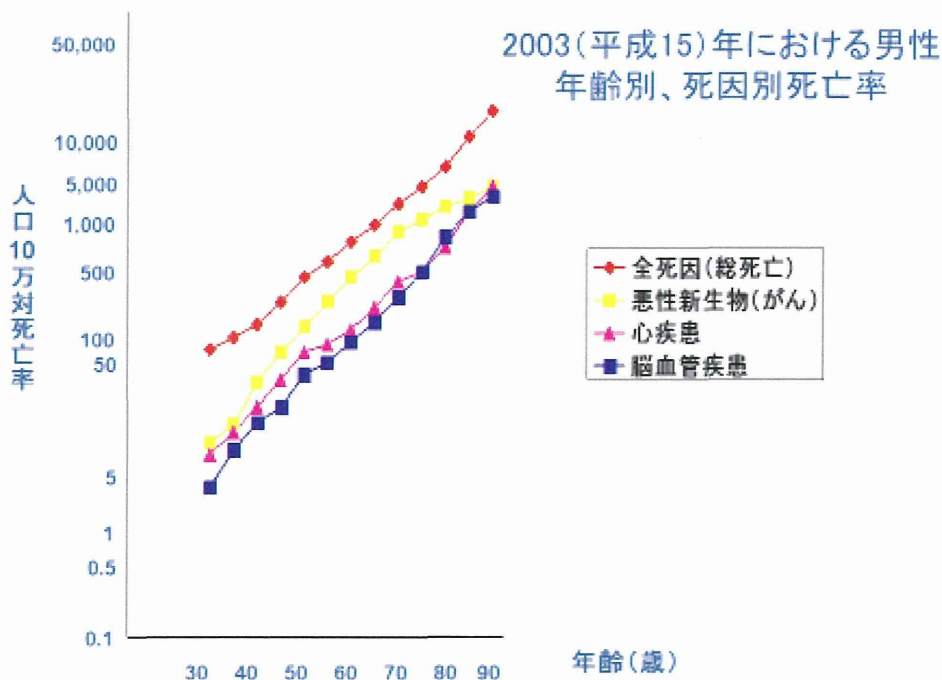


して、がん、心疾患、脳血管疾患はすべて変曲点をもつ「乖離型」の死亡率パターンを示している。そして乖離の変曲点はおおよそ70歳から75歳くらいのところに存在する。このことは極めて重要な示唆を与えている。一方、図-9は2003年の死亡曲線である。Gompertz 曲線は同じように直線化しており不変であるが、一方全ての生活習慣病死亡は変曲点がなくなり、おおよそ直線化してきていることは明らかで、このこ

とは死亡曲線でみる限り、既に生活習慣病対策は飽和しているということを意味している。この50年の間に日本では営々と生活習慣病に対する地道な、そして着実な予防対策の取り組みによって、また医療技術の著しい発展によって、若年一壮年期の死亡を減らして世界に冠たる長寿国を生み出してきたのである。





図一八、図一九；1950年及び2003年における
総死亡曲線と生活習慣病死亡曲線

では、ではどの時期を中心として（あるいは「いつまで」）生活習慣病の予防対策を行うべきなのか？ 答えは自明の理である。変曲点の前にやらなければ意味がない。予防対策が行われなかったために死亡が累積してゆくのは、変曲点の前なのである。変曲点以降は他の疾病死亡が優位となる。従って予防対策は、変曲点以前でなければ意味がないということになる。現代日本人は中年期における生活習慣病の一次予防を引き続き一層進めなければならない。なぜなら、死亡率は下がっても発生率が下がっていないために、発症後、生活習慣病が重症化したり、要介護状態になる場合が多くなって

いくことが容易に想定されるからである。発生率を下げるということは、病気を発症・重症化させないと同時に、要介護状態にならないということでもある。高齢期になっていかに不健康寿命を増加させないかが、喫緊の課題となる。したがって生活習慣病の発症予防は変曲点*¹の前が重要である。一方、重症化予防及び介護予防は変曲点*²近傍（70歳頃）から特に重要となってくる。少なくとも75歳以上となる後期高齢者においては、生活習慣病の発症予防というよりも、重症化予防や老年症候群の発症予防も含めた生活機能の維持向上に重点をおいた介護予防的な対策がより重要と考

えられる。

※1：図-7の(2)乖離型曲線(生活習慣病パターン)

※2：図-7の(3)急峻型曲線(老年症候群/事故パターン)

5. 医療保険者の視点から見た後期高齢者の状態像と課題

1) 健康指標でみる後期高齢者の状態像(有病状況と多病の実態)

高齢者の健康上の課題として、個人差の拡大と複数疾患の合併等の課題がある。また、生理的な老化に伴う症状と疾病による症状が混在するために、治癒に至るための医療ではなく、慢性的な管理の占める割合が大きくなる。つまり、キュアではなくケアの占める割合が大きくなるのが特徴である。

国民生活基礎調査(平成25年)⁴⁴⁾によると、75歳以上の通院者率73.5%で、生活習慣病(高血圧:32.10%、糖尿病:10.04%、脂質異常症:8.27%、狭心症・心筋梗塞:6.97%、脳卒中:4.37%)、運動器疾患(腰痛症:15.20%、関節症:7.03%、肩こり症:6.39%、骨粗鬆症:7.75%)、眼の病気(16.92%)、歯の病気(6.49%)などが上位を占める。男性では前立腺肥大が12.32%となっている。これらの病気はいずれも慢性的な管理を要する疾患である。

後期高齢者ではこれらの疾患が個人に重複して保有していることが多いために、多機関を受診していることが多い。二つ以上の慢性疾患が併存している状態を「多病」

(multimorbidity)と呼ぶ。東京都後期高齢者医療広域連合のレセプトデータを用いて、薬物治療を受けていることが判定可能な8疾患(関節症・脊椎障害、高血圧症、骨粗鬆症、脂質異常症、胃・十二指腸潰瘍(逆流性食道炎を含む)、糖尿病、認知症、白内障・緑内障)を対象として多病の状況を分析している⁴⁵⁾。レセプト上の多病の有病率は64.1%であり、80~84歳でその割合が最高(68%)だった。疾患別では高血圧症、胃・十二指腸潰瘍、脂質異常症、関節症・脊椎障害を組み合わせとする場合に併存の頻度が多かった。最も頻度が多かった二疾患の組み合わせは「高血圧症と胃・十二指腸潰瘍」(27.2%)で、「高血圧症と脂質異常症」(23.4%)、「高血圧症と関節症/脊椎障害」(18.3%)、「脂質異常症と胃・十二指腸潰瘍」(15.8%)、「関節症/脊椎障害と胃・十二指腸潰瘍」(15.2%)であった。認知症の59.8%に高血圧症が併存し、脂質異常症の73.3%が、糖尿病の74.2%が高血圧症を併存していた。

医療機関が少ない地域や、内科系・外科系疾患を総合的に診察できる一つの医療機関が医療提供している場合は、提供される医療の内容が分散されることがないため、個々人の慢性疾患の状況や内服薬の状況について、全体像を把握することが可能である。しかし、都市部においては診療科ごとに異なった主治医が存在し、それぞれの医療機関で医薬品が処方されることから、内科系慢性疾患についても、高血圧症と糖尿病で主治医が異なることは稀では

ない。

多病の状態にあると、処方される医薬品の種類数が多くなる。6種類以上の内服薬が処方されている場合を多剤処方

(polypharmacy) と定義することがあるが、多剤処方は薬剤有害反応のリスク増加⁴⁶⁾、医療費増加等と関連する。

高齢者自身も多剤服用の不安があり、残薬が多いなどの実態もある。患者が所有している「お薬手帳」には、その患者に処方された医薬品情報が記載されている。ただし、これは、患者が漏らすことなく処方薬のシールを、一つのお薬手帳に経時的に貼付した場合に限定される。複数の調剤薬局を利用している場合に、それぞれの調剤薬局ごとにお薬手帳を使い分けている場合や、シールの貼り忘れがある場合は、処方医薬品に関する情報を一元化できなくなってしまう。お薬手帳の管理が患者本人に任されているために生じる問題である。

そのため、多病のみならず、多剤処方の把握とそれによって生じる有害薬剤反応

(adverse drug reactions) の予防も、後期高齢者に必要な保健事業となる。

今日の診療ガイドラインは、科学的根拠に基づいて作成されており、それぞれの疾患管理という点では、実地診療において有用である。しかし、ほとんどの診療ガイドラインは、個別の疾患を対象に作成されており、多病に関する記載は少ない。高齢患者の個々の疾患に対してそれぞれの診療ガイドラインを適用すると、複数の医薬品が処方され、多剤処方につながる。医薬品間

の相互作用が考慮されることなく処方されると、有害薬剤反応リスクが高まるのが危惧される。

一方、診療ガイドラインの科学的根拠となる臨床研究、特に無作為化比較試験では、多病を有する高齢患者は除外されているため、多病を抱える高齢者への一般化は保証されていない。日本老年医学会は「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン 2015」を発刊し、多剤併用への警鐘と高齢者に対する個別薬剤の留意点を各疾患分野にわたって公表した⁴⁷⁾。臨床での活用が期待されるころであるが、一方、併存疾患を考慮した記述はいまだ不十分と言わざるを得ない。わが国においても、諸外国においてもまた、多病を有する高齢患者を対象とする臨床研究の実施が難しいことから、多病患者に対する診療ガイドラインの開発が遅れているのが現状である。

国民医療費の観点でみると、後期高齢者一人当たり医療費は平均 93.0 万円（平成 25 年）に達し、年々増加傾向がみられる。傷病分類別医療費をみると、国民医療費 39.2 兆円のうち、循環器系疾患 5.8 兆円、糖尿病等内分泌・代謝疾患 2.0 兆円で全体の 28% を占める⁴⁸⁾。一方、循環器疾患医療費の 51% を 75 歳以上が占めており、とくに女性においては循環器疾患医療費のうち 61.4% を占めている現状にある。

生活習慣病等の慢性疾患は若年期からの継続的な予防対策が第一であり、若年期からの健康教育はもちろんのこと、環境改善分けても自治体における予防対策の充実に

よる一次予防、効率的・効果的な健康診断を起点とした二次予防（早期発見・早期治療）、そして三次予防として既に存在している慢性疾患の適切な管理・治療による重症化予防が重要な意味を持っていることは論をまたない。

前期高齢者においても、特定保健指導の効果分析において70～74歳区分の動機づけ支援の実施により、翌年度の健康指標の有意な改善、医療費増加の抑制がみられた⁴⁹⁾。自立度の高い後期高齢者においては引き続き健康相談、保健指導の機会を確保することが望ましい。特に生活習慣病リスク保有者に対しては、食事・運動等の改善を促すことにより多病状態への移行抑制を図ることが期待される。その際、若年者と異なり体重減量のみに着目するのではなく、適切な身体活動量確保と栄養バランスを重視した、後期高齢者の特性に合わせた指導が必要となる。

一方、既に多病を抱えている高齢者に対しては、複数の慢性疾患の治療のために複数の医療機関を受診し、複数の薬局で薬剤を受け取っている現状があることから、疾病管理の調整、特に服薬管理等、慢性疾患管理におけるコーディネーションが必要である。後期高齢者の医療保険者はレセプトにて一元管理ができることから、服薬エラー、重複処方などによる薬剤有害事象の予防のための保健事業を実施しうる立場にあると考えられる。

2) レセプト分析に基づく課題（後期高齢者の医療のかかり方）

後期高齢者医療制度のレセプトを分析することによって、後期高齢者の医療のかかり方に着眼した集団のリスク特性を明らかにすることが可能となる。ここでは、A 県広域連合のレセプトデータを用い、1つのモデルとして被保険者の特徴、受療状況、医療費の使用状況、疾病構造等の実態を概説する。（

（1）上位1割の被保険者が5割の医療費を消費し、上位2割の被保険者が7割の医療費を消費し、上位5割の被保険者が9割の医療費を消費している。そして5割の被保険者は全体で1割の医療費しか消費していない。

すなわち、①高額の治療を受けている少数の被保険者と、②（入院が後期高齢全体の8%程度なので）入院治療を受ける人、③（レセプト枚数と医療費が正比例することから）月2枚以上のレセプトが出ている1割の被保険者が医療費の半分以上を消費している。このことから、高額医療費に関しては医療サービスの詳細な分析が必要であり、加えて重複受診や薬剤の重複使用、入退院を繰り返している被保険者への専門的な支援が必要と思われる。

（2）疾病構造の変化は、国保ではがんや精神疾患の傷病名が多いのに対して、後期高齢ではがんの傷病名割合は下がり、生活習慣病と言われる慢性疾患が上位を占める。また、難病を有する特定疾

病の被保険者のレセプトは 70 歳代で大幅に減少している。したがって、上位疾患としては、生活習慣病による慢性疾患が優位となり、後期高齢者においても予防可能（あるいは「発症の先送り」可能）な疾患が並ぶことになる。これらの発症・重症化・再発予防対策を行うことで、本人の QOL の向上が図られ、結果的に医療費の適正化にも資するものと思われる。

（3）後期高齢者にも少なからず三次医療機関での集中治療・高度治療が行われており、これらが比較的高い医療費割合を占めている実態がうかがえる。これらの被保険者の病名には、高度医療機関で、重篤な状態に対して行われる医療処置に関連した病名が挙げられた。また、85 歳以上では、入院加療を受けている者の割合が同年齢の被保険者の 1 割を超え、100 歳以上では 2 割が入院加療を受けている。高齢化が進行する中で、高齢者への高度医療提供のあり方を検討すべき時期に来ているのではないかと考えられる。今後は少なくとも、高齢者の生活の継続性に配慮し、住み慣れた地域での生活をできる限り可能とするよう、在宅・介護老人福祉施設・小規模多機能型介護/看護、ホームホスピスなど様々な場での看取りを含めた在宅医療・介護の取り組みも重要になる。

後期高齢者の受療の現状の一例として、高

齢化率は全国平均よりも低いと、A 県内の 1 つの市の国保の実態と一部比較しながら分析を行った。その結果、後期高齢者は、予防が可能な疾患や状態像（発症数の低減あるいは発症先送り）が中心であり、年齢が上昇するに従って入院者の割合が増加し、入院日数も増加し、高度医療機関で透析や高度な医療処置を受けている者も少なくなることが示された。後期高齢者においても、複合的な疾病が増加することから、包括的な疾病管理（糖尿病などの単疾患アプローチではなく、脳卒中や心不全などの総合的な傷病、加えて総合的な健康管理）が、保健・医療・介護等の包括的なケースマネジメントと共に必要であることが示された。

6. 現行の後期高齢者に対する保健事業の概略と課題

後期高齢者の保健事業については、「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 3 月 31 日）（以下「保健事業実施指針」という。）において、次のとおり基本的な考え方が示されている。「今後、高齢者の大幅な増加が見込まれる中、加齢により心身機能が低下するとともに、複数の慢性疾患を有すること、治療期間が長期にわたること等により、自立した日常生活を維持することが難しくなる者が多くなると考えられる。このため、高齢者ができる限り長く自立した日常生活を送ることができるよう、生活習慣病をはじめとする疾病（以下「生活習慣

病」という。)の発症や重症化の予防及び心身機能の低下を防止するための支援を行うことが必要である。」とされ、取組にあたっては、高齢者の長年にわたる生活習慣の変更の難しさや改善による予防効果が必ずしも大きくなく、個人差が大きい傾向があり健康面の不安が生活上の課題となりやすい等の状況から、「被保険者が自らの健康状態に応じて行う健康の保持増進の取組を広域連合等関係者が支援することが重要」とされた。

すなわち、後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）が実施する後期高齢者への保健事業にかかる国の方針として、①後期高齢者は複数の慢性疾患を有し、個人差が大きいこと、②心身機能の低下を防止するための支援が必要であること、すなわち医療における予防においても「フレイル」に着目すべきことはすでに示されているといえる。広域連合においては、この保健事業実施指針に基づき、計画を策定のうへ保健事業の推進を実施し始めたところである。しかしながら、重症化予防や心身機能の低下防止などの高齢者の特性に応じた具体的な取組については緒に就いたばかりであり、人員体制が脆弱な中で現時点では必ずしも十分とはいえないのが実情である。そもそも支援対象の高齢者をどのデータから抽出して専門職の支援につなげるべきかの目安もない。このため、後期高齢者医療の被保険者の心身機能の低下防止はもちろんのこと、医療費全体の適正化にも資するよう、高齢者の特性に応じた具体的

な取組みについて、効果的・効率的な内容や方法等、広域連合の実施を促進するための方策を検討していくことが求められる。

現行の後期高齢者医療における保健事業としては以下のような取組みがなされている。

1) 健康診査：後期高齢者医療制度における被保険者を対象として広域連合が実施主体となっており行われているが、その実施に当たっては多くが市町村に委託して行われている。広域連合は都道府県ごとに設置され圏域内のすべての市町村が参加し構成される特別地方公共団体であり、保健師等の専門職が所属する広域は限られており保健事業の推進体制は十分とはいえない状況にある。そのため、市町村との連携・協力が不可欠な状況にある。受診率については、平成22年度は22.7%であったがその後徐々に増加し平成25年度は25.1%となっている。健康診査内容は基本的に腹囲測定を除き特定健診（若年者）と同じ項目について実施している。

2) 健康診査以外の保健事業としては、①歯科健診（平成26年度より17広域連合から開始している）。②重複・頻回受診者当への訪問指導（37広域連合で実施）。さらに③ジェネリック医薬品使用促進に向けた取組等を行っている。

3) 保健事業実施指針に基づき、広域連合がレセプトや健診情報等の分析をもとにした効果的・効果的な保健事業を実施するための「保健事業実施計画（データヘルス計画）」の策定が求められており、平成27

年度中には全広域連合において策定を終える予定となっている。

現行の取り組みの中で最も大きな事業は①の健康診査であるが、その内容は特定健診として、中年期を対象とした生活習慣病、特に循環器疾患予防のための健診（いわゆる「メタボ健診」）に準じた内容となっており、必ずしも後期高齢者の健康特性に十分な対応を伴っていないとも考えられ、心身機能の低下（フレイル）を把握してアセスメントする機会を増やしていくことが必要と考えられる。

平成26年11月に開催された第84回社会保障審議会医療保険部会においても「後期高齢者の保健事業にかかる論点」として、以下のように述べられている。

「後期高齢者への保健事業について、健康診査だけではなく、高齢者の特性にあった重症化予防や低栄養など、ターゲットを絞った効果的な事業を充実すべきではないか。この場合、現場での取り組み事例を参考に、例えば、市町村の地域包括支援センター、保健センター等の拠点で管理栄養士、薬剤師、歯科衛生士、保健師などの専門職による訪問指導や相談を行ってはどうか。また、地域包括ケアの推進の観点から、市町村が行う介護保険の介護予防の取り組みなどとの連携を一層図っていくべきではないか。」

こうした議論を経て、去る平成27年5月27日に成立した国民健康保険法等改正において、保健事業を規定する高齢者医療確保法第125条を見直し、①高齢者の心身の特

性に応じた保健指導を行うこと、②介護保険の地域支援事業と連携を図ること、③保健事業の指針について介護保険の基本指針との調和を図ることが新たに規定された。特に後期高齢者医療制度において保健事業を推進するに際して、地域包括支援センターなど介護予防拠点との連携が重要になるだろう。

さらに平成27年5月に開催された第7回経済財政諮問会議では「中長期的視点に立った社会保障政策の展開」の中で厚生労働大臣からの説明で「高齢期の疾病予防・介護予防の推進」として以下の4つの重点的取り組みが挙げられている。

- ① 高齢者の虚弱（「フレイル」）に対する総合対策
- ② 「見える化」等による介護予防のさらなる促進
- ③ 高齢者の肺炎予防の推進
- ④ 認知症総合戦略（新オレンジプラン）の推進

ここで示されている4つの重点的に予防すべき課題、すなわち「フレイル」、「要介護状態」、「肺炎」、そして「認知症」はいずれも後期高齢者において最も顕在化し、健康寿命の延伸を妨げる最大の障害となっているものである。これらの予防対策は介護保険における介護予防事業において当然広く取り組まれるべきではあるが、その予防効果の明確さや費用対効果などを勘案すると、特に後期高齢者において重点的に推進されるべきと考えられる。すなわち、介護保険では65歳以上の高齢者を被保険者と

するが、前期高齢者と後期高齢者の状態像の違いを踏まえて後期高齢者にターゲットを絞った事業展開を検討することが適当ではないか。

一方、医療保険制度においては、後期高齢者が独立した保険制度として運営されていることから、後期高齢者を対象とする保健事業では、フレイルに着目して、高齢者の心身の特性、すなわち、複数疾患や全身状態を把握のうえ高齢者の個別性を踏まえた支援が重要であり、特に低栄養、筋量低下、口腔機能低下などに的確な対応がなされるよう特段の保健指導の実施が必要不可欠と考えられる。実際に国は平成28年度から低栄養対策・重症化予防対策として管理栄養士等専門職の支援事業をモデル実施する予定としている。

「見える化」等による介護予防のさらなる促進については、現在厚生労働省は地域包括ケア「見える化」システムの開発を進めている。まだ開発途上だが、機能の拡充に伴って、地域診断が容易になることが期待されている。社会参加や社会環境の重要性については、WHO が公表した高齢者に優しいまち（Age Friendly Cities、AFC）、あるいは国際生活機能分類（ICF）においても、その重要性が指摘されている。また、

高齢期の健康には、出生前からのライフコースも影響を与えていることが徐々に解明されてきている。

高齢者の肺炎予防については、肺炎球菌ワクチンの予防接種が徐々に普及が図られている他、「低栄養・口腔機能（オーラル・フレイル）」（p13）で述べたように加齢に伴い減弱化する口腔機能（オーラル・フレイル）の改善を強化することにより、フレイルに伴う誤嚥性肺炎を予防することが可能となる。以上から、後期高齢者の保健事業としては、長年にわたり保有する生活習慣病、加齢に伴う老年症候群など複合的な疾患の重症化や低栄養や筋力低下等の心身機能低下の両面に関わる高齢期に特有のフレイル（虚弱）に着目した取組を中心として広汎な取り組みが重要となると考える。

事業の実施にあたっては、地域における介護予防の取組との連携を図りながら、広域連合が保有する健診・レセプト情報等を活用し医療保険の観点から、個人差の大きい後期高齢者の特性に応じ専門職によるアウトリーチを主体とした介入支援にしっかりと取り組むことが必要である。

I 総論 文献

1) 総務省 (2015): 「統計からみた我が国の高齢者 (65歳以上) - 敬老の日になんで -」 (平成29年9月 20日)

<http://www.stat.go.jp/data/topics/pdf/topics90.pdf>.

2) 鈴木隆雄 他 (2014): 「JST版 活動能力指標 利用マニュアル-第1版 (2014年6月) -」 JST

3) 鈴木隆雄、権 珍嬉 (2006): 「日本人高齢者における身体機能の継続的・横断的变化に関する研究 - 高齢者は若返っているか -」、厚生指標、53 (4); 1-10

4) 鳥羽研二 (2005) 老年症候群、日常診療に活かす老年病ガイドブック。

老年症候群の診かた。 メジカルレビュー。

5) 葛谷雅文、老年医学における Sarcopenia & Frailty の重要性。日老医誌 : 46 : 279-285、2009.

6) Xue QL, Bandeen-Roche K, et al.: Initial manifestations of frailty criteria and the development of

frailty phenotype in the Women's Health and Aging Study II. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2008; 63: 984-90.

7) Fried LP, Tangen CM, et al.: Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001; 56: M146-56.

8) Shimada H, Makizako H, et al.: Combined Prevalence of Frailty and Mild Cognitive Impairment in a Population of Elderly Japanese People. J Am Med Dir Assoc. 2013; 14: 518-24.

9) Shimada H, Makizako H, Suzuki T et al. Incidence of disability in frail older person with or without slow walking speed. J Am Med Dir Assoc. 2015 (e-pub ahead of print)

10) 遠又靖丈、濱澤篤、辻一郎、他; 1年間の要介護認定発生に対する基本チェックリストの予測妥当性の検証: 大崎コホート2006年研究。日本公衆衛生誌, 2011; 57:988-995.

11) Satake S, et al. Validity of the Kihon Checklist as a frailty screening. 2015 GGI (in press)

- 1 2) 朝田 隆: 都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応。厚生労働科学研究費補助金 認知症対策総合研究事業 総合研究報告書、2013.
- 1 3) 石川智久, 谷向 知. 軽度認知障害 (MCI) を考える: 軽度認知障害の予後に関する疫学調査結果をどう考えるか. *老年精神医学雑誌* 2009;20(3):258-64.
- 1 4) 佐々木恵美, 朝田 隆. 茨城県利根町研究の結果から: AD へのコンバージョンを考察する. *老年精神医学雑誌* 2006;17 (増刊-II):55-60.
- 1 5) Ishikawa T, Ikeda M, Matsumoto N, Shigenobu K, Brayne C, Tanabe H. A longitudinal study regarding conversion from mild memory impairment to dementia in a Japanese community. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006;21(2):134-9.
- 1 6) Suzuki T, Shimada H, Makizako H, et al. Effects of multicomponent exercise on cognitive function in older adults with amnesic mild cognitive impairment: a randomized controlled trial. *BMC Neurology* 2012; 12: 128-136.
- 1 7) Suzuki T, Shimada H, Makizako H, et al. A randomized controlled trial of multicomponent exercise in older adults with mild cognitive impairment. *PLOS ONE*,2013; 8(4): e 61483.
- 1 8) Suzuki T, Makizako h, Doi H, et al. Community-based intervention for prevention of dementia in Japan. *J Prev Alz Dis* 2015; 2: 71-76
- 1 9) Lin, JS, O'Connor E, Rossom RC, et al. Screening for cognitive impairments in older adults: A systematic review for the US Preventive Service Task Force. *Ann Intern Med.* 2013;159: 601-612.
- 2 0) Nakamura K: Locomotive syndrome; disability-free life expectancy and locomotive organ health in a "super-aged" society. *J*

Orthop Sci 13:1-2, 2008

2 1) 中村耕三. 高齢社会におけるロコモティブシンドローム。運動・物理療法 20:300-304, 2009

2 2) ロコモチャレンジ! 推進協議会: 日本整形外科学会ロコモパンフレット
2014.[https://locomo-joa.jp/check/pdf/locomo pf2014.pdf](https://locomo-joa.jp/check/pdf/locomo%20pf2014.pdf).

2 3) Cruz-Jentoft AJ, Baeyens JP, Bauer JM, et al. Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. *Age Ageing* 2010; 39(4) : 412-423.

2 4) Liu LK, Arai H, Akishita M et al. : Sarcopenia in Asia: Consensus Report of the Asian Working Group of Sarcopenia. *J Am Med Dir Assoc.* 2014

2 5) Kim H, Suzuki T, Saito K, Yoshida H, Kobayashi H, Kato H, and Katayama M: Effects of exercise and amino-acid supplementation on body composition and physical

function in community-dwelling elderly Japanese sarcopenic women: A randomized controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society* 60: 16-23,2012.

2 6) Suzuki T, Kim H, Yoshida H, et al: Randomized controlled trial of exercise intervention for the prevention of falls in community-dwelling elderly Japanese women. *J Bone Miner Metab* 22: 602-11, 2004

2 7) Kim H, Suzuki T, Yoshida Y, Yoshida H: Effectiveness of multidimensional exercises for the treatment of stress urinary incontinence in community-dwelling Japanese elderly women: A randomized controlled and cross-over trial. *J Amer Geriat Soc.* 55: 1932-1939, 2007

2 8) Kim H, Yoshida H, Suzuki T: The effects of multidimensional exercise on functional decline, urinary incontinence, and fear of falling in community-dwelling elderly women: A randomized controlled and 6-month follow-up trial. *Arch Gerontol Geriat*

- 2 9) Shinkai, S., Watanabe, S., Kumagai, S., et al. (2000). Walking speed as a good predictor for the onset of functional dependence in a Japanese rural community population. *Age Ageing*, 29, 441-446.
- 3 0) Suzuki T, Yoshida H, Kim H, et al.: Walking speed as a good indicator for maintenance of I-ADL among the rural community elderly in Japan: A 5-year follow-up study from TMIG-LISA. *Geriatr Gerontol Int*. 3: S6-14, 2003
- 3 1) Studenski, S., Perera, S., Patel, K., et al. (2011). Gait speed and survival in older adults, *Journal of American Medical Association*, 305, 50-58.
- 3 2) 東口みづか, 中谷直樹, 大森芳, 他. 低栄養と介護保険認定・死亡リスクに関するコホート研究 鶴ヶ谷プロジェクト. 日本公衛 2008;55:433-439.
- 3 3) Okamura T, Hayakawa T, Hozawa A, et al. Lower levels of serum albumin and total cholesterol associated with decline in activities of daily living and excess mortality in a 12-year cohort study of elderly Japanese. *J Am Geriatr Soc* 2008; 56: 529-535.
- 3 4) Takata Y, Ansai T, Yoshihara A, et al. Serum albumin (SA) levels and 10-year mortality in a community-dwelling 70-year-old population. *Arch Gerontol Geriatr* 2012; 54: 39-43.
- 3 5) Kobayashi S, Asakura K, et al. : Three-generation study of women on diets and health study group. High protein intake is associated with low prevalence of frailty among old Japanese women : a multicenter cross-sectional study. *Nutr. J.* 2013, 12;164.
- 3 6) 葛谷雅史 (2014) 虚弱 (フレイル) の原因としての低栄養とその対策。高齢者のフレイル (虚弱) とリハビリテーション。 *Monthly Book Med Reh.* 2014, 170:126-130.
- 3 7) 岡野登志夫 (2013) 血清2

- 5 OHD の臨床応用 Clinical Calcium 23: 377-384, 2013
- 39) Suzuki T, Kwon J, Yoshida H, et al: Serum vitamin D level and physical function related falling among the community-dwelling elderly in Japan. J Bone Miner Res 23:1309-1317, 2008.
- 40) Shimizu Y, Kim H, Suzuki T et al. Serum 25-hydroxyvitamin D level and risk of falls in Japanese community-dwelling elderly women: a 1-year follow-up study. Osteoporosis Int. 26: 2185-2192. 2015
- 41) 平成25年度 老人保健健康増進等事業「食(栄養)および口腔機能に着目した加齢症候群の概念の確立と介護予防(虚弱化予防)から要介護状態に至る口腔ケアの包括的対策の構築に関する調査研究事業」(研究代表者 鈴木隆雄) 事業実施報告書; 国立長寿医療研究センター、pp339, 2014
- 42) 神森秀樹、葭原明弘、安藤雄一、宮崎秀夫。健常高齢者における咀嚼能力が栄養摂取に及ぼす影響。口腔衛生会誌 53:13-22, 2003
- 43) 鈴木隆雄 (2007): 生活習慣改善の意義と限界。日老医誌、44: 188-190.
- 44) 鈴木隆雄 (2013): 「超高齢社会の基礎知識」、講談社現代新書、pp 60-73.
- 45) 厚生労働省。平成25年国民生活基礎調査。健康(第2巻、第1章、第78表)。政府統計(e-stat)
- 46) 東京都後期高齢者広域連合。東京都後期高齢者医療に係る医療費分析結果報告書。2015.
- 47) Kojima T, et al. Geriatr Gerontol Int 2012;12:761-762
- 48) 日本老年医学会。高齢者の安全な薬物療法ガイドライン 2015
- 49) 厚生労働省。平成25年国民医療費。政府統計(e-stat)
- 50) 厚生労働省。特定健診・保健指導の医療費適正化効果等の検証のためのワーキンググループ 最終取りまとめ。平成27年3月。
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12401000-Hokenkyoku-Soumuka/0000090330.pdf>

Ⅱ. 事例検討

II 事例検討（先進的な市町村の取り組み）

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）

事例検討（先進的な市町村の取り組み）

研究代表者 鈴木隆雄

国立長寿医療研究センター 理事長特任補佐

研究要旨

先端的に後期高齢者に対する保健事業に取り組んでいる自治体に対するヒアリングを実施した。それらは大別すると「低栄養対策」、「疾病重症化予防対策」、「歯科・口腔対策」、「服薬対策」そして「フレイル予防対策」等であるが、いずれも後期高齢者に対しフレイルへの早期の気づきや疾病の重症化予防対策が中心となっており、今後の後期高齢者の健康増進や健康寿命の延伸のための具体的取り組みとして位置づけられた。

研究分担者：辻 一郎（東北大学大学院医学系研究科 教授）

原田 敦（国立長寿医療研究センター病院 病院長）

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）

葛谷雅文（名古屋大学未来社会創造機構 教授）

清原 裕（九州大学大学院医学研究院環境医学分野 教授）

磯 博康（大阪大学大学院医学系研究科 教授）

杉山みち子（神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部 教授）

島田裕之（国立長寿医療研究センター 老年学・社会科学研究センター 部長）

近藤克則（千葉大学予防医学センター 環境健康学研究部門 教授）

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）

石崎達郎（東京都健康長寿医療センター研究所 研究部長）

研究協力者：平野浩彦（東京都健康長寿医療センター研究所 専門副部長）

森山美知子（広島大学大学院医歯薬保健学研究院 教授）

遠又靖丈（東北大学大学院医学系研究科 講師）

高田健人（神奈川県立保健福祉大学栄養学科 助教）

田中和美（大和市役所健康福祉健康づくり 主査）

三浦康平（あいち健康の森健康科学総合センター ）

1. 自治体における取り組みの概要

後期高齢者を対象とした医療保険者等による保健事業については「高齢者の医療の確保に関する法律に基づく保険事業の実施等に関する指針（平成 26 年 3 月 31 日）に基づき、各地で先行的事例も含め始まっている。

本研究事業では、そのうち 8 つの自治体におけるモデル事業等の取組について平成 27 年 11 月 9 日および 16 日の 2 回にわたりヒアリングを行い、表 2 のとおり概要を整理した。

ヒアリングにおいては、各自治体の高齢化の特性や、地域、社会などの環境特性などの説明があった後、各自治体が独自に取り組んでいる後期高齢者に向けた保健事業が紹介された。それらは大別すると「低栄養対策」、「疾病重症化予防対策」、「歯科・

口腔対策」「服薬対策」そして「フレイル予防対策」等であるが、それらの組み合わせ対策なども紹介されている。中でも、後期高齢者に対して栄養問題と合わせて糖尿病や腎機能低下の重症化予防も含めた訪問栄養指導を実施している例、フレイルの進行する在宅高齢者に対する訪問口腔ケア事業を推進する例、さらには地域高齢者を対象として、フレイル予防のためのサポーター養成と簡便なフレイル・チェック法（「指輪っかテスト」）を開発し、高齢者にフレイル兆候の早期の気づきを促している事例など、各自治体のユニークかつ先端的な取り組みが確認された。

モデル事業等ヒアリングの概要

表—1—1

分野	和光市	大和市		大府市	津市
	栄養・口腔	栄養(重症化予防)	栄養(低栄養)	栄養	栄養
人口	80,745人	228,186人		85,249人	285,746人
被保険者	5,555人	21,010人		7,991人	38,686人
高齢化率	14.1%	19.1%		17.5%	24.5%
後期高齢化率	5.9%	7.3%		7.0%	12.3%
概要	<ul style="list-style-type: none"> 日常生活において自立している高齢者に対し栄養管理と口腔ケアを連動させたアウトリーチ型支援を実施 介護予防と疾病等の重症化予防を目指す 日常生活圏域(北・中央・南)内の地域包括支援センターおよび高齢者支援拠点である「まちかど相談室」を拠点に実施 	<ul style="list-style-type: none"> 腎機能低下が認められた糖尿病性腎症の対象者に管理栄養士が訪問栄養指導を実施 病態の安定と透析導入予防を図る 	<ul style="list-style-type: none"> 低栄養状態またはそのおそれのある地域在宅高齢者(地域支援事業の2次予防対象者(栄養改善対象者))に訪問栄養相談を実施 低栄養状態の改善および重症化予防を図る 	<ul style="list-style-type: none"> 後期高齢者健康診査データより血圧、脂質、糖尿のリスクを持つ人に管理栄養士が個別訪問栄養指導を実施 生活習慣病の重症化予防と心身機能の低下(低栄養、筋量低下)に伴う疾病の防止を図る 	<ul style="list-style-type: none"> 後期高齢者の特性に応じた個別訪問栄養指導を実施 フレイルリスクの高い高齢者の支援体制を整え、早期発見早期対応につなげ自立阻害要因の改善を図る。
対象者の抽出	<ul style="list-style-type: none"> ①日常生活圏域ニーズ調査(中学校区) ②一般介護予防事業対象者のうち栄養・口腔に関するリスクにより疾病・介護予防が必要な者を抽出 低栄養や過体重等の疾病、介護予防が必要な人 摂食や咀嚼等の口腔機能の低下が見られる人 健診未受診者を抽出 ※ニーズ調査は基本チェックリストの項目を含む112項目、65歳以上の高齢者の全体を3年サイクルで把握するもので、回収率は9割程度 	<ul style="list-style-type: none"> ①長寿健診 ②糖尿病性腎症ステージ3~4 HbA1c6.5、空腹時血糖126以上、eGFR60以下(H26まで45以下) ③H26は該当者78人中、拒否・不在を除く46人(後期41人)を対象に実施 	<ul style="list-style-type: none"> ①基本チェックリスト(要介護を除く65歳以上に配布) ※回収率70~80% ②BMI18.5未満 体重減少2~3キロ/6月 	<ul style="list-style-type: none"> ①後期高齢者健康診査データ ②血圧、脂質、糖尿のリスクのある人 ・血圧130/85 ・HbA1c5.6又は空腹時血糖100以上 ・中性脂肪150以上 ・HDLコレステロール40未満 ③抽出した500人に案内を通知し、健診結果個別相談会を開催。継続訪問を希望した50人が対象。 	<ul style="list-style-type: none"> ①住民からの情報(立ち寄り型指導事業や民生委員、自治会長等との面談、地域のふれあいサロンを通じ) ②慢性疾患の重症化予防対象者(伊勢地区の75歳以上195人から、30人を抽出)
実施対象	600人	※H26 46人	H27 400人 ※H25~26 38人	50人	30人
専門職等	管理栄養士又は歯科衛生士1名(市内3圏域に配置)	管理栄養士 3人	管理栄養士3人	管理栄養士7人 保健師2人	保健師2人 管理栄養士1人
介入支援	<ul style="list-style-type: none"> ・アセスメント、指導、評価に各1回の予定(指導メニュー検討中) 	<ul style="list-style-type: none"> ・初回訪問 医療状況確認、栄養指導の有無、健診項目の把握と病歴、体重、食事摂取量、服薬状況等聞き取り、計画提案 ・3か月後 訪問・電話で状況確認 ・6か月後 目標達成(HbA1c、eGFR、食事内容、服薬状況)評価 ・終了から6か月 医療費削減効果を確認 	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問栄養相談(6か月に3回実施) ※H25 5月 初回訪問 体重減少等の理由、買い物、食事内容聞き取り、栄養状態・食事状態の課題把握、栄養相談と計画作成、疾病に応じた栄養相談、配食の紹介等 8月 相談実施(訪問か電話) 11月 栄養相談 体重等評価 ※H26 1月再訪問 7月栄養相談実施(訪問か電話) 1月 栄養相談 体重等評価 ※H27も同様に実施 	<ul style="list-style-type: none"> ・個別栄養ケア計画を立案 ・個別訪問による栄養指導を実施(月1回3か月実施) ・バランスの良い食事がとれているか、握力や歩行測定による筋量チェック、日常生活での外出ができていかなる等の評価および助言を行う。 	<ul style="list-style-type: none"> ・月1回、3か月の個別栄養介入(地区集会所等で健康相談及び訪問指導により実施)
目標・事業評価	<ul style="list-style-type: none"> ・栄養に関するリスクを有する者の改善率および口腔機能低下のリスクを有する者の改善率25%を目指す ・日常生活圏域ニーズ調査において25項目の基本チェックリストを事前事後で行い、改善項目の有無、変化を見る ・体重、血清アルブミン値を測定し数値的な改善結果を評価することを検討中 	<ul style="list-style-type: none"> ・体重増加、食生活改善、行動変容 ※参考 H26事業により、下記の効果があった ・HbA1c0.5%以上改善47.8%(未指導者の4倍以上) ・eGFRのステージ改善92.6%(1.5倍以上) ・医療費削減 53,200円/人/年換算13.3%削減 主に薬剤(皮膚科、眼科、降圧剤の使用減) このほか透析新規導入見込み3人の透析導入を防止(3人×650万円=1950万円抑制) 	<ul style="list-style-type: none"> ・O/L改善、CKDステージ改善 ※参考 H25~26事業効果 ・体重増加 20人(未実施の4倍以上) 体重維持 8人 体重減少 4人(未実施地域の1/3) 主食・主菜、副菜の回数増加、買い物回数増加、歯の治療開始など ・医療費削減効果 実施した鶴間地区と未実施地区の改善効果の差をもとに、全市で展開すると68人の要介護認定を防止できたと推定。要介護認定者の医療費と認定なし者の医療費の差を削減できたと想定(881,280円×68人=5992万円抑制) 	<ul style="list-style-type: none"> ・栄養ケアマネジメント実施率50% ・食品の多様性の増加、運動習慣の向上などを目標とすることを検討中 ・対面式及び自記式アンケートにより機能低下防止や生活習慣病の重症化予防に関わる項目評価予定 	<ul style="list-style-type: none"> ・抽出された対象者への管理栄養士による相談、訪問相談・指導の実施率50% ・栄養指導介入前後に基本チェックリスト栄養評価、握力測定などにより効果を検証
実施状況	<ul style="list-style-type: none"> ①H26以前 ②H27 	<ul style="list-style-type: none"> ①H26から管理栄養士による訪問栄養指導を開始 ②H27対象者53人を抽出 	<ul style="list-style-type: none"> ①H25から管理栄養士による訪問栄養指導を開始 ②H27.5より対象者400人を抽出し実施中 ③参考:H25~26は該当者356人のうち、鶴間地区58人中、拒否・不在のぞく38人(後期19人)を対象に実施 ※H25~26対象者は、平均BMI17.1±1.2、体重減少3.8±1.9キロ 体重減少の原因は、疾病17名、ライフスタイル変化によるストレス12名、間違った栄養知識8名 	<ul style="list-style-type: none"> ①H24.9から健康長寿塾(2次予防事業対象者による総合型集団教室)と戸別相談を実施 ②H27.9健康長寿塾を実施した 	<ul style="list-style-type: none"> ②10月、自治会長への事業説明 地域住民への訪問によるスクリーニングアセスメントを実施。訪問栄養対象者の抽出と自立阻害要因の栄養アセスメント、社会福祉協議会や地域包括支援センターなどへの地域の役割確認等を行った
実施体制	<ul style="list-style-type: none"> ①委託 ②地域包括支援センター及びまちかど健康相談室(NPO) ③後期高齢者医療担当課が事業企画運営、介護福祉担当が関係機関との連携や事業対象者抽出、福祉政策課が庁内関係機関調整と補助金窓口を担当 ※地域ケア会議を開き関係機関の連携を図っている。 	<ul style="list-style-type: none"> ①委託 ②栄養士会 ③事業実施にあたり医師会と協議 薬剤師会、歯科医師会は糖尿病等に 関する講習会開催 ④健康づくり推進課 事業企画運営 市民経済部 保険年金課 KDB閲覧、情報共有 	<ul style="list-style-type: none"> ①委託 ②栄養士会 ③栄養ケアステーション等 ④健康づくり推進課 事業企画運営 高齢福祉課 基本チェックリスト 保険年金課 HDB閲覧 情報共有 街づくり総務課 地区交通網のための情報共有 バスマップ作成(買い物等でのバス利用提案) 	<ul style="list-style-type: none"> ①委託 	<ul style="list-style-type: none"> ④健康づくり課が事業企画運営、補助金窓口となり、美杉保健センター、久居保健センターと連携

※人口、高齢化率、後期高齢化率は平成22年度国勢調査数値。被保険者数は高齢者医療課調べ(H27.3.1現在)

モデル事業等ヒアリングの概要

表-1-2

	宮古市		八代市		東近江市	柏市
	歯科・口腔		歯科・口腔	薬剤	フレイルチェック等	フレイルチェック
人口	59430人			132,266人	115,479人	404,012人
被保険者	10,132人			22,144人	13,465人	40,094人
高齢化率	30.9%			28.3%	21.3%	19.8%
後期高齢化率	16.0%			15.3%	11.2%	7.9%
概要	<ul style="list-style-type: none"> 在宅の要介護者等に対し、訪問による歯科健診、歯科保健指導、口腔ケア等の歯科保健サービスを実施。本人、介護者に対して日常的な口腔ケアの実施方法を指導 口腔環境の維持改善、誤嚥性肺炎等高齢者特有の疾病予防を図り在宅生活の継続を目指す 	<ul style="list-style-type: none"> 歯科衛生士による在宅口腔ケア推進事業（訪問指導）と歯科衛生士による在宅口腔ケア推進事業（在宅復帰支援事業）を行う。 取り組みを通じて関係多職種連携に資する。 	<ul style="list-style-type: none"> 薬剤師がケアマネ等と連携し出張相談、立ち寄り型相談や訪問指導を行う 服薬指導により、病状の改善や重症化予防を図るとともに、誤った服薬による健康障害の予防を図る 取り組みを通じ地域包括ケアシステムの構築、医療介護多職種連携に資する 	<ul style="list-style-type: none"> 75歳到達者を毎月市内4会場に集め、保険制度の説明や健康教育を実施 健康管理と疾病の予防に係る被保険者の自助努力を支援するポイントプログラムをあわせ実施する 	<ul style="list-style-type: none"> 「フレイルチェック」を市内全域の地域サロン等において継続的に実施 地域の高齢者がフレイルの兆候に気づき、自分事化することを目指す サポーター19名が運営にあたるなど市民主体で実施 	
抽出	<ul style="list-style-type: none"> ①要介護度 ②モデル地区の75歳以上の人のうち、在宅で要介護3以上の139人 ③訪問歯科健診の申込書送付。（申込4割を見込む） 	<ul style="list-style-type: none"> <訪問指導> ①実施地域において在宅介護支援事業所のケアマネージャーが候補となるケースを選び、歯科衛生士が本人や家族と面談して選定 <在宅復帰支援事業> ①②回復期リハ病院の協力を得て、対象となりうる事例を紹介してもらい選定 	<ul style="list-style-type: none"> ①市内20カ所（6地域包括センター圏域）において服薬にかかる相談窓口を開設 75薬局で立ち寄り型の個別相談を実施 ②上記相談により訪問指導が必要な人を把握。あわせて、介護支援専門員、訪問看護師、訪問介護員、通所系サービス従事者などの情報も総合して訪問指導の対象者を抽出する 	<ul style="list-style-type: none"> ①②75歳の誕生日前月を迎えた住民に案内文を送付し事業の出入を返信してもらう。未回答の人は電話で確認 	<ul style="list-style-type: none"> ①②希望者による自由参加 	
実施対象	56人	8人（訪問4人、在宅復帰4人）	200人（出張相談35人、立ち寄り100人、訪問65人）	225人（月25人見込み）	330人（うち後期219人） 年度内に900人	
専門職等	歯科医師、歯科衛生士各2名	歯科衛生士1名	薬剤師20人（訪問指導従事者）	保健師、看護師、歯科衛生士、理学療法士	住民リーダー	
介入	<ul style="list-style-type: none"> ①1回目は歯科医師と歯科衛生士が自宅を訪問し歯科健診と口腔ケアを行い、口腔の状況と口腔ケアの方法等について説明、指導 ②2回目は、1か月後に歯科衛生士が口腔ケアを実施 ③3回目はさらに1か月後に歯科医師と歯科衛生士が訪問し歯科健診、事後アンケートを本人、保護者に行い評価 なお自宅訪問が不可の場合は、デイサービス等の施設において行う 	<ul style="list-style-type: none"> <訪問事業> 通院困難な在宅療養患者に訪問指導を行い口腔機能の回復状況を検証する予定 <在宅復帰支援事業> 医師会に依頼し、回復期リハ病院に入院中の後期高齢者で、在宅復帰を希望しているが復帰後の口腔ケアが懸念されるモデルを抽出。 在宅口腔ケアコーディネーター（歯科衛生士）が、退院時から在宅復帰までの口腔ケア、歯科医師等の関係多職種との連携・調整を支援。効果を検証する予定 	<ul style="list-style-type: none"> 服薬管理指導を行い、結果を情報提供書により処方医への情報提供や協議を行う。 必要に応じて介護現場へもフィードバックする。 	<ul style="list-style-type: none"> 集団方式により被保険者証の交付、保険料金の説明、重複多診・ジェネリックの活用、病院のかかりかた、口腔・栄養・運動指導、体力測定、認知症予防、生活機能評価チェックリスト、終活の説明などを実施 	<ul style="list-style-type: none"> 「フレイルチェック」（栄養とからだの健康チェック）を実施。 栄養（食・口腔機能）、運動、社会参加に関するフレイルの兆候やヘルスリテラシーについて自分自身の評価をし、半年から1年後に再度チェック。変化や程度を評価 	
目標、効果測定	<ul style="list-style-type: none"> 開始時、終了時における歯科健診結果、事後アンケート調査により下記項目の変化を把握 歯科治療の有無 口腔ケアの回数が増えた人の増加 口腔衛生状態の改善した人の増加 本人や家族の満足度 <p>誤嚥性肺炎の防止については、発熱回数（頻度）の変化により把握することを想定</p>	<ul style="list-style-type: none"> 訪問指導による口腔機能の改善および在宅復帰支援による口腔機能の維持を目指す 	<ul style="list-style-type: none"> 訪問指導により残薬の減少等、服薬管理の改善が図られた人の割合を80%とすることを目標とする 	<ul style="list-style-type: none"> 事業実施の6か月後に体力測定、栄養指導等のアンケートなどを実施予定。 その間の医療費の状況なども踏まえ効果測定を行う予定（被参加者を対照群に設定） ポイントプログラム（健康貯金）参加者は3か月ごとに日誌提出予定 	<ul style="list-style-type: none"> フレイルチェック参加者は96%が「楽しかった」、91%が「また参加したい」と回答 市民サポーターも活動の楽しさや継続の希望、自分自信の健康状態や生活の変化、地域貢献の気持ち等について定量的定性的に評価 	
実施状況	<ul style="list-style-type: none"> ②8月に宮古市歯科医師会説明、9月に地域ケア会議でケアマネに説明と依頼 介護事業所への説明等を実施。11/10に申込書を対象者に送付 	<ul style="list-style-type: none"> ②6月より歯科衛生士や医師会との会議、協力依頼、病院の選定、事業説明などを実施 10月から八代市医師会訪問看護ST、居宅介護支援事業所の協力を得て訪問事業の対象者の選定を行っている 在宅復帰支援については、10月1日に回復期リハ病院を退院したケースの在宅復帰のためのコーディネートに着手 	<ul style="list-style-type: none"> 出張お薬相談を14会場で実施済み 従事業薬剤師27人、相談件数26件 来所者 家族や介護支援専門員43人 相談結果 問題解決10 主治医に連絡4 訪問相談へ6 立ち寄り相談へ4 その他5 薬局での立ち寄り相談は、まだ実施期間が短く実績未把握 訪問相談は8件あった 	<ul style="list-style-type: none"> ①H20～被保険者証を郵送していた ②H27.7第1回を開催。 	<ul style="list-style-type: none"> ①東京大学高齢社会総合研究機構がH24～26に実施した高齢者大規模健康調査（柏スタディー）の結果を基に開発したフレイルチェックについて、市と研究機構が共同して市内で展開 	
実施体制	<ul style="list-style-type: none"> ①委託 ②宮古市歯科医師会 ③地域包括支援センター ④市民生活部総合窓口課 補助金窓口、対象者抽出 介護保険課 対象者抽出 介護事業所等調整 健康課 新里保健センター 事業企画運営 	<ul style="list-style-type: none"> ①委託 ②熊本県歯科衛生士会 ③医師会、歯科医師会、回復期リハ病院 ④市役所での体制は同左 	<ul style="list-style-type: none"> ①委託 ②八代薬剤師会に委託 ③医師会、介護支援専門員協会、地域包括支援センター ④健康福祉政策課が事業の総括を行い長寿支援課が介護予防との連携、国保年金課が補助の受け入れなどを担当 	<ul style="list-style-type: none"> ①市直営、一部委託 ②運動指導士（健康貯金サポート・分析） ③保険年金課が主となり、健康推進課、福祉総合支援課、東近江保健所と連携 	<ul style="list-style-type: none"> ①市直営 ②東京大学高齢社会総合研究機構 ③福祉政策課 事業の進捗管理 福祉活動推進課 参加者の募集 地域医療推進室 市民サポーターとの連携 	

※人口、高齢化率、後期高齢化率は平成22年度国勢調査数値、被保険者数は高齢者医療課調べ（H27.3.31現在）

2. モデル事業における課題抽出と今後の展望

上記 1) のモデル事業について、ヒアリングでの指摘を踏まえ事業の課題と今後の展開について以下のとおり整理した。

(1) 対象者の抽出

<課題>

リスクの高い層の適時適切な把握が課題

- リスクの高い人を的確に選定できる指標の設定
- 質問票等への回答とともに、実測値などの客観指標の併用が望ましい
- 対象者把握のための事業に参加しない人などの中に、リスクの高い高齢者が含まれている可能性がある。こうした未参加者にアプローチすることが必要

<展望>

医療保険者の強み（データ）を生かす

- 質問票等と併用し、医療保険者として保有する健診結果やレセプトデータを活用することで、健康課題にまだ気づいていない人や関心が乏しい層にもアプローチ
- アウトリーチにより適時適切な対象者把握を行い、効果的効率的な介入につなぐ

(2) 対象者への介入

<課題>

後期高齢者の特性に応じた効果的効率的な介入が課題

- 複数の疾患を有するとともに、加齢による心身機能の低下も見られる後期高齢

者の特性を踏まえた対応が必要

- 表面に現れる健康課題の背景や原因、疾病への影響なども踏まえた対応が必要
- 対象者の中でもリスクの高さ等で分類し、優先順位をつけて介入することも有効

<展望>

専門職の多職種連携により推進する

- 例えば生活習慣病の重症化予防と、低栄養防止の両立を図る指導法など、専門家の間でも議論がある。専門職が丁寧に指導と効果測定を行い、横展開につなぐ。
- 後期高齢者の全体像を総合的に把握し対応すべき。対象者に関わる多職種や関係機関が集まる「ケア会議」など、各地域の実情に応じた多職種連携の仕組みをつくる。
- 医療保険者の強みである健診やレセプトデータを活用

(3) 目標設定と効果測定

<課題>

効果を客観的に示し、事例を集積することが課題

- 保健指導の目標設定と効果測定を科学的に合理性のある手法で実施することが必要

<展望>

様々な工夫により実施可能でベターな効果測定を実施。事業の横展開につなぐ

- 事業の実施前後における健康状態の変化や、介入を実施しなかった対照群との比較を、できるだけ客観的な数値により