

5 認知機能	<p>①認知機能検査(ipad)</p> <p>(国立長寿医療研究センター)</p>	<p>1 記憶力(ことばをおぼえる能力、物語をおぼえる能力) 単語再認・再生、論理的記憶テスト</p> <p>2 処理能力(課題を素早く達成する能力) 符号テスト</p> <p>3 脳の全般的な能力 図形認識、MMSE、Trail Making テスト</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p><判定基準></p> <p>各能力について、5歳ごとの年齢階級別に平均点からどれだけ離れているかを、測定値のばらつき(標準偏差)の程度から求め、次の1~5に判定する。</p> <p>1 劣っている 2 やや劣っている 3 普通 4 優れている 5 大変優れている</p> </div>
	<p>②MOCA-J</p> <p>(東京都健康長寿医療センター研究所)</p>	<p>1 Trail Making(数字とひらがなを順番どおり線で結ぶ)</p> <p>2 視空間認知機能(立方体)</p> <p>3 " (時計描画)</p> <p>4 命名(動物の名前)</p> <p>5 記憶(単語)</p> <p>6 注意(数字の順唱と逆唱、教示の実行)</p> <p>7 復唱(読み上げた文章の復唱)</p> <p>8 語想起(指定のひらがなで始まる言葉の列挙)</p> <p>9 抽象的思考(単語のペアに共通するものを表す言葉)</p> <p>10 遅延再生(上記5の単語を再生)</p> <p>11 見当識(今日の日付)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p><判定基準></p> <p>30点満点中26点以上が健常範囲</p> </div>

6 栄養・ 口腔機能	①低栄養 簡易栄養状態評価表 (MNA-SF®) (国際老年学会)	1 食欲不振などによる食事量の減少 2 体重の減少 3 自力歩行 4 精神的ストレスや急性疾患 5 神経・精神的問題の有無 6 BMIもしくはふくらはぎの周囲長 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <判定基準> 14点満点中 ・ 12～14点 栄養状態良好 ・ 8～11点 低栄養のおそれ ・ 0～7点 低栄養 </div>
	②口腔機能	<口腔運動機能> 1 うがいテスト(リンジグテスト、ガーグリングテスト) 2 運動の速度、巧緻性(オーラルディアドコキネシス) <咀嚼機能> 3 咬合力評価 4 咀嚼力評価 <嚥下機能> 5 反復唾液嚥下テスト(RSSTテスト) 6 改訂水のみテスト(MWSTテスト)

3) アセスメント (スクリーニング) のあり方について

後期高齢者に対するアセスメントあるいはスクリーニングについては様々な機会を通じて、広く多くの高齢者に実施できるようにしなければならない。最も望ましく、また効率的・効果的と思われるのはかかりつけ医によるアセスメントの実施であると思われる。後期高齢者の73.5%以上がかかりつけ医等に通院している現状を考慮すれば、このような、かかりつけ医受診の際に(疾病の予防や管理のみならず)生活機能全体や介護予防を含む広汎な視点での包括的アセスメントの実施は極めて重要であり、今後の我が国での急増する後期高

齢者に対する健康維持のうえで最も効率的・効果的な対策であると考えられる。また、現行の後期高齢者医療における保健事業として、広域連合は「健康教育、健康相談、健康診査その他の健康保持増進のために必要な事業を行う」とされており、健康診査が実施されているところであるが、その受診率は約25%(平成25年度実績)である。少なくとも健康診査においては後期高齢者に対して包括的健康状態をアセスメントすべき最も適切な機会の一つと考えられ、効率的なアセスメントを実施すべきと思われる。

同様に、現行の制度下でも歯科健診においても、口腔機能低下予防および低栄養予

防だけではなく、広く全体的なアセスメントも実施されることが望ましい。さらに平成28年度からは「高齢者の特性にあった効果的な保健事業として、専門職による支援」が（当初はモデル事業として）導入されることになっているが、このような専門職による支援時にも包括的なアセスメントは必要不可欠となる。

また、そもそも健診や健康相談会に参加可能な高齢者は、比較的、健康意識が高い層と想定されるが、健診も医療受診もない在宅の高齢者にこそハイリスク者が潜在しているとの指摘もあることから、アウトリーチ方式による介入支援とその際のアセスメントを推進することも考慮すべきである。

4) 効果的・効率的な介入方法について

地域において高齢者などへ健康支援を実施する場合、一般的にはポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチの手法が多く用いられている。

- ・ハイリスクアプローチとは、疾病やフレイルといった健康課題の発生リスクを持つ者を重点的な対象として、健診結果等から効果的かつ確実に抽出し、保健指導等の健康支援を実施する介入手法である。
- ・その他にも潜在的なリスクを抱えた存在が考えられるため、対象を一部に限定せず、環境を変えることなどを通じて、集団全体へ介入することにより全体のリスクを下げようとする考え方が

ポピュレーションアプローチである。

- ・予防を徹底するためには、ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチを適切に組みあわせて対策を推進することが必要であり、これにより相乗効果が期待できる。
- ・一般的にはハイリスクアプローチの成功要因として、以下のような条件が知られており、今後、限られたマンパワーや予算、資源の効果的・効率的な活用のためにもこれらを踏まえた展開に留意する必要がある。
 - ・リスクが比較的少数の者に限ってみられること
 - ・リスクを持つ者を診断する方法が確立していること
 - ・長期にわたり効果的な介入手段があること
 - ・費用対効果が見込めること
 - ・適切で継続的な運用・評価が行えること等

リスクが多くの高齢者に見られる場合、効果が見られるほどの濃厚な介入を、多くのハイリスク者に提供することは容易ではない。そのような場合には、適切なポピュレーションアプローチを組み合わせることが望まれる。

平成27年6月30日開催の閣議決定（経済財政運営と改革の基本方針2015）において「民間事業者の参画を得つつも高齢者のフレイル対策を推進する。」ことが明示され、平成28年度予算案において「高齢者の低栄養防止・重症化予防の推進」と

して「低栄養、筋力低下等による心身機能の低下の予防、生活習慣病等の重症化予防のため、高齢者の特性を踏まえた保健指導の実施。」及び「後期高齢者医療連合において、地域の実情に応じて、地域包括支援センター、保健センター、訪問看護ステーション、薬局等を活用し、課題に応じた専門職（管理栄養士、歯科衛生士、薬剤師、保

健師等）が、対応の必要性の高い後期高齢者に対して相談や訪問指導等を実施。」とされており、単にハイリスクアプローチだけでなく、地域全体の人的資源を活用したポピュレーションアプローチの必要性についても伺える。特に参考例として挙げられているのが、高齢期のフレイルに対する取り組みである。（図14）



図—14

フレイルの予防あるいは改善に関しては、国内外での科学的エビデンスが集積されつつある。フレイルはその構成要素として身体的側面、精神・心理的側面、そして社会的側面の3つの要素が存在するが、それぞれに対する予防対策、そして包括的な予防対策の研究が知られている。

まず身体的フレイルについてはやはりハイリスクアプローチに基づく運動介入が最も効果的である。2000年以降に実施されたフレイル予防・改善のための筋力トレーニングに関する論文のレビュー^{1,2)}では、多くの研究で筋力や移動能力(歩行能力)の改善を確認している。しかしフレイル

の最も重要な指標である日常生活活動 (ADL) に対する有効な効果については、調査された 6 論文中 3 論文 (50%) でのみ改善を見ており、必ずしも確実な改善効果は確認されていない。また栄養 (あるいは低栄養) の視点からフレイルに対する改善効果を調査した研究も見られる。特にタンパク質摂取量やビタミン D 摂取による栄養改善効果についての研究が多いが、総じて食事介入を単発で行うのではなく運動介入と同時に実施した場合の方がより改善効果の大きいことが示されている。またわが国での地域在宅のプレフレイル高齢女性に対する運動と栄養介入のランダム化試験³⁾では栄養介入と運動介入を同時に実施した群においてのみ、筋力 (握力) のみならず QOL (身体的 QOL 及び精神的 QOL のいずれも) が上昇したことを明らかにしている。栄養指導により日々の食事を適切に支援することは、低栄養等のフレイル状態はもとより抵抗力の低下による感染症や生活習慣病等の疾患の罹患・重症化予防にも影響を与えるなど高齢者の健康状態の根幹に関わるものと考えられるため、継続的な介入研究の成果が待たれる。

精神・心理的フレイルに関しては認知機能の維持・向上を目的とした適切な介入が必要であるが、これに関してもハイリスクアプローチを用いた運動介入による RCT が国内外で数多くなされている。最近の比較的良好な RCT 論文 27 編によるレビュー⁴⁾によれば、運動介入により何らかの認知機能改善を認めたものは 21 論文 (78%)

であったと報告されている。今後は単なるレジスタンス運動だけでなく、マルチタスク (多重課題) 運動、あるいはマルチコンポーネント (多角的) 運動による効果検証が増加してくるものと考えられる。

社会的フレイルに対する予防・改善のための良質な RCT による介入研究はまだ必ずしも十分ではない。我が国では高齢者を対象として、社会的役割と知的能動性を同時に活性化させる知的ボランティア活動として実施された、子供への絵本の読み聞かせ介入研究⁵⁾では、介入群において社会的ネットワークの拡大、ソーシャルネットワークの授受の変容、社会的自立度の高まりなどが認められ、社会的フレイルの予防の可能性を示唆する結果が得られている。

また、今年度から自治体における先駆的な事業について本研究事業においてヒアリングを実施したところであり、「II 各論 2. 事例検討」(p-31~) のとおり、現場では自治体の実態に即して様々な介入手法が試行されているが、引き続き効率的・効果的な介入支援についての検討が必要である。

ここでは、現在地域在宅高齢者 (後期高齢者を含む) を対象として効果的な地域介入方法を研究している比較的大規模な実証研究の一例として、国立長寿医療研究センターと愛知県大府市の協同で取り組んでいる「認知症不安ゼロ作戦」を紹介する。

大府市「認知症不安ゼロ作戦」の事業の概略

認知症の発症は加齢とともに危険性が上昇し、今後の後期高齢者の増加とともに社会的に大きな問題となる。英国の調査では、約 82 万人の認知症患者にかかる年間費用は、227 億ポンド（約 4 兆円）に達し、がん（120 億ポンド）、冠動脈疾患（78 億ポンド）、脳血管疾患（50 億ポンド）と比較して高いとされている。日本の認知症者は 462 万人と推定されており、英国の 5.6 倍の認知症者が存在するため、効果的な認知症予防対策を緊急に検討する必要がある。

本事業は、現時点（平成 28 年 1 月）で進行中の大府市の高齢者に対する認知症健診および認知症予防のモデル事業である。本事業に至るまでには、同市との協力で主としてハイリスクアプローチに基づく認知症予防の科学的根拠について数多くの業績をあげてきている⁶⁻⁸⁾。これらの科学的根拠に基づき、次のステップとしてより地域全体を対象とし、ポピュレーションアプローチ

【目標対象者数】

認知症健診診者数：5000 名（平成 27 年度中）を目標

【アウトカム】

認知機能検査（NCGG-FAT*）

*NCGG-FAT は iPad のアプリケーションであり、記憶検査（論理的記憶、単語記憶）、注意機能（trail making test part A）、実行機能検査（trail making test part B）、処理速度検査（digit symbol substitution test）、視覚認知検査から成るバッテリー検査である。この検査の実施により正常な高

による地域（自治体）全体的な運動としてこの事業を組み立てている。すなわち、この事業を通して行政事業として持続可能性のある効果的な認知症予防のためのモデル構築を目的としている。対象者は、愛知県大府市における 65 歳以上の高齢者 5,000 名の参加を目標として認知症健診（脳とからだの健康チェック 2015）を実施し、認知機能低下の実態を把握している。すべての対象者には、事業の趣旨を説明し、書面にて同意の得られた者のみを対象とする。調査や介入の実施にあたっては、ボランティアを養成し住民参加型の取り組みを実施する。また、結果の活用のために、調査データ、ボランティア活動データ、介護認定情報、診療報酬明細書、活動量データを一元管理するデータセンターを組織し、認知症の早期発見のためのシステムを構築して、早期対処できる環境を創出することを目標とした。

事業内容

高齢者データベースから 5 歳年齢階級別に認知機能低下の度合いを判定し、客観的な認知機能低下を明らかにすることができる。

追跡アウトカムは認知症発症および新規要介護認定である。

【平成 27 年度事業実施内容】

平成 27 年度は、脳とからだの健康チェックを実施する。脳とからだの健康チェックは、認知症や寝たきりなどの要介護状況のリスクを早期に発見するための高齢者用の健康診査である（図 15）。この検査によって、事前の状態を確認して介入効果のベ

スライン値とする。なお、検査結果は高齢者にとって理解しやすい形に加工して、自己の状態を理解できるようフィードバックしている（図16）。

脳とからだの健康チェックは月5日間程度の開催とし、1日の参加者数は80～100

名とする。年間で50～60日間実施して、5,000名の対象者を確保する。なお、事業対象者確保のため、事前にダイレクトメールにて検査実施のお知らせを実施している（図17）。



図15 高齢者機能健診の実施風景



図 1-6 高齢者機能健診の結果フィードバックの一例

5歳年齢階級と教育歴別の平均と標準偏差から、認知機能の程度が年齢相当かどうかを総合的に判定し、状態に応じたコメントが作成されるシステム。インターネット経由にて自動的に結果が生成されるため、事務作業の大幅な軽減が期待できる。判定で1がついた高齢者についてはMCIに該当するため、何らかの認知症予防対策が必要とされる。



図 1-7 脳とからだの健康チェックの案内

【脳とからだの健康チェック 認知機能】

これまでに認知機能を多面的に評価するための神経心理検査が数多く開発され

ており、さまざまな活用が試みられている。しかし、MCIのスクリーニングのためには多側面から認知機能を網羅的に検査する

必要があり、時間的な負担も大きく、神経心理検査を組み合わせるためには、検査者に専門的な知識や熟練されたスキルが要求される。そのため、大規模コホートを対象とした地域フィールドにおいては、これまでの神経心理検査の手法に基づく包括的なスクリーニングは困難な状況であると言わざるを得ない。

大府市における認知症健診では、これらの現状を鑑みて開発した多領域の認知機能の検査を包括的に実施可能なタブレット型パソコン(PC)による National Center for Geriatrics and Gerontology-Functional Assessment Tool (NCGG-FAT) (特願 2012-148680) を活用した。NCGG-FAT は、必ずしも神経心理検査に関する熟練した専門的なスキルや知識を必要とせずとも検査の実施が可能であり、自治体での集団健診での実施が可能である。

NCGG-FAT には、複数の多面的な認知機能検査がバッテリーとして組み込まれており、記憶、注意・遂行（実行）機能、処理速度を基本として、視空間認知、ワーキングメモリなどの追加評価が可能なオプションも含まれる。NCGG-FAT に含まれる多くの検査は、これまでに神経心理領域で使用されてきた認知機能検査を外的基準とした妥当性の確認がなされており、軽度認知障害 (mild cognitive impairment: MCI) の判定が可能なシステムとなっている。2011 年に実施した大府市での調査で

は、MCI の有症率は 18.8%であった。

実際の脳とからだの健康チェック 2015 の現況（平成 27 年 10 月 30 日現在）としては、平成 27 年 2 月～10 月の間に 36 日開催し、大府市在住の 65 歳以上の高齢者 3,259 名が参加した。期間中に 9,813 名に案内を送付し、参加率は 33.2%であった。今後、平成 27 年 12 月までに 7 日間の開催を予定している。現在までの参加者の推移を図 18 に示す。実施中に転倒、骨折などの事故は生じておらず、安全な実施が可能である。実施にあたっては地域住民の本事業への参画を促すために 10 日間の養成講座を開催して、98 名の認知症予防サポーターを養成した。認知機能検査を含む各検査は、認知症予防サポーターによって実施されている。

ここで示されたように、自治体においても認知症健診の実施は実現可能である。ただし、その実施に際しては、健診実施を支えるサポーターの養成が必要であろう。また、各医療機関へ委託する場合においても事前に研修会等で検査に関する技能習得を促す必要があるだろう。いずれにしても、認知症予防健診は地域で実現可能であると考えられる。健診結果から、MCI の判定がなされた高齢者は、要介護状態や認知症発症の危険性が高いことが明らかとなっており、予防事業の紹介や医療機関への受診へとつなげるシステムを構築することで、健康寿命延伸の一助となるだろう。

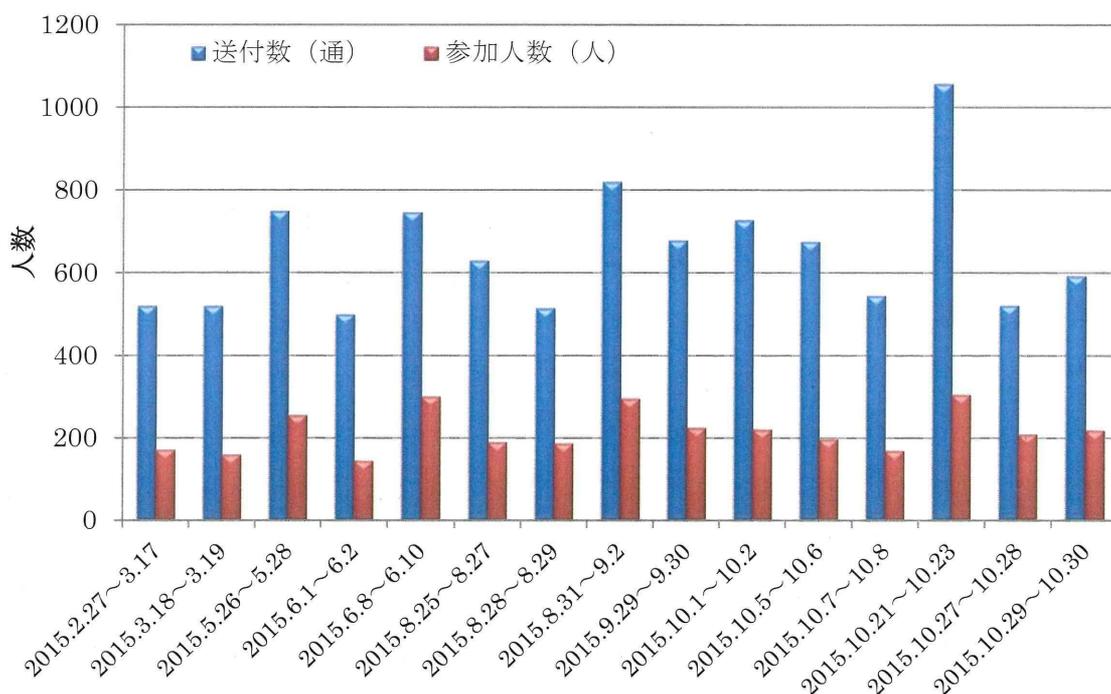


図 1 8 健康チェック実施日ごとの案内送付数および当日参加人数
9813 通の案内通知を発送し、3259 名が受診した（受診率 33.2%）。

文献

1) 山田 実 (2015) 筋量・筋力向上によるフレイル予防。島田裕之 (編)「フレイルの予防とリハビリテーション」医歯薬出版、p 86-92

2) 永井宏達 (2015) 歩行機能向上によるフレイル予防。島田裕之 (編)「フレイルの予防とリハビリテーション」医歯薬出版、p 93-100

3) Kwon J, Yoshida H, Suzuki T, Lee Y et al. (2015) Effects of a combined physical training and nutrition

intervention on physical performance and health-related quality of life in prefrail older women living in the community; a randomized controlled trial. J Am Med Dir Assoc.16:263, e1-8. doi10.1016/j.jamda. Epub ahead of print, 2015 Feb 3.

4) 上村一貴 (2015) 認知機能向上・心理状態改善によるフレイル予防。島田裕之 (編)「フレイルの予防とリハビリテーション」医歯薬出版、p 114-123.

5) Fujiwara Y, Shinkai S, Kumagai S, Suzuki T et al.: Longitudinal changes in higher-level functional capacity of an older population living in a Japanese urban community. *Arch Gerontol Geriatr.* 36: 141-153, 2003

6) 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

7) Shimada H, Makizako H, Doi T, Tsutsumimoto K, Suzuki T. Incidence of disability in frail older persons with or without slow walking speed. *J Am Med Direct*, 16(8): 690-696, 2015.

8) Shimada H, Park H, Makizako H, Doi T, Lee S, Suzuki T. Depressive symptoms and cognitive performance in older adults. *Journal of Psychiatric Research*, 57: 149-156, 2014.

5) ガイドライン (試案) の提案

1) から 4) の提言を踏まえ、広域連合が実施する「後期高齢者の保健事業ガイドライン (試案)」を提案する。保健事業実施指針を前提として広域連合が高齢者の特性を踏まえた保健事業を実施するための目安として活用されることを目的とし

ている。

なお、現状では、後期高齢者の保健事業の実施にあたって、アセスメントや介入効果のエビデンスが不十分であるため、ガイドラインは試案であり事業実施を通じてデータ収集及び検証を並行して行い今後改訂を図る。

(1) 基本的考え方

(目的)

- ・保健事業実施指針に基づき、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具体的な内容について科学的知見を踏まえて提示する。
- ・本ガイドラインに基づき、生活習慣病等の慢性疾患の重症化予防に加え、フレイルに関連する老年症候群(低栄養、転倒・骨折、誤嚥性肺炎等)の管理(栄養指導等)を広域連合が保健事業として実施することにより、後期高齢者(被保険者)の健康の保持増進と心身機能の低下防止を図り、結果として医療費の適正化に資することを目的とする。

(後期高齢者の状態像と医療保険者の役割)

- ・前期高齢者と異なり、フレイル*が顕著に進行する。このため、現役世代における肥満対策に重点を置いた生活習慣病対策(特定健診・特定保健指導)から低栄養等のフレイルに着目した対策に徐々に転換することが必要。

* 「フレイル」については、学術的な定義がまだ確定していない。

そのため本ガイドラインでは「加齢とともに、心身の活力（例えば運動機能や認知機能等）が低下し、複数の慢性疾患の併存の影響もあり、生活機能が障害され心身の脆弱化が出現した状態であるが、一方で適切な介入・支援により、生活機能の維持向上が可能な状態像」と定義する。

・複数の慢性疾患を保有し、フレイルなどを要因とする老年症候群の症状が混在するため、包括的な疾病管理がより重要になる。

・さらに、地域支援事業の地域サロン等と連携するなどポピュレーションアプローチに個人差に応じた適切なハイリスクアプローチを組み合わせることにより、継続性を高めた効果的な支援が可能となる。

・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。

・したがって、医療保険者の介入にあたっては、個人差に応じた対応が求められ、後期高齢者と一括りにするのではなく、対象者の階層化と個別対応が求められる。

・多機関受診、多剤処方、残薬が生じやすいという課題に対し、現行の医療シ

ステムでは特定のかかりつけ医による一元的な管理が難しい。医療保険者としては地域包括支援センター等との連携に加えて、医療機関と連携した保健事業の展開が重要になる。

・広域連合においては、データヘルスの推進の一環として、後期高齢者の特性が現れる健康状態や医療のかかり方（重複・多受診等）等についてレセプトデータや健診データを分析のうえ実態や地域課題を把握することにより、地域の実情を踏まえ被保険者の状態に応じた保健指導等が実施されるよう企画することが求められる。

【被保険者の状態像に応じた階層化イメージ】

被保険者の健康状態をレセプトや健診データから把握し、状態別の集団（階層）の特性に応じた保健事業を提供することにより、効果的・効率的な事業展開が期待できる。階層のイメージとしては、①緊急・長期入院を含む高額医療が発生している高齢者、②主に外来を中心とした在宅療養中の高齢者、③フレイルが顕在化しつつある虚弱な高齢者、④医療をあまり利用しない元気な高齢者などの階層が想定される。広域連合の保健事業としては、当面の間、主に②、③の階層から着手するなど実施の重点化が想定される。

(2) アセスメント等

(対象者選定の考え方)

・現行の医療保険者の健診は、74

歳までの特定健診を準用しているが、後期高齢者は、フレイル対策や包括的な疾病管理の重要性が増す。

・上記①に記した後期高齢者の状態像に即したアセスメント方法が必要。

・また、高齢になるほど個人差が拡大するため、高齢者の健康状態や生活実態に応じた介入支援の検討、検証が必要。介入支援においては、専門職等による介入により高齢者の健康状態等の改善可能性を考慮したアセスメントを行うことが重要である。その際、フレイルの状態や医療と介護のニーズを合わせて把握することができる包括的アセスメント手法が必要である。

・広域連合が保有する健診・歯科健診、レセプト情報に加えて、上記包括的アセスメント項目（以下で検討）を組み合わせ、地域の実情にあわせて特に支援を要する対象者を選定することが必要である。アセスメントと専門職による介入支援はセットで検討することが求められるが、検討に当たっては効率性やフィージビリティの確保に配慮することが必要。

（アセスメント項目） ※ 項目の詳細と基準値等は、表3参照

○既存の健診等の活用（高齢者で特に必要とされる項目に下線）

・健診…身長・体重・BMI、血圧、肝機能・血中脂質・血糖、尿蛋白、既往歴等、追加項目（貧血、心電図等）

・歯科健診…歯・歯肉の状態、口腔機能、口腔清掃状態等

・レセプト情報…傷病名、処置、処方、医療費等

○フレイルのアセスメント項目（案）の提示

・基本チェックリスト…暮らしぶり、運動器関係、栄養・口腔機能、認知機能、うつ等

・基本チェックリストは、フレイル状態の把握についてのエビデンスがすでに蓄積されており、さらなる活用が望ましい。

なお、

・運動機能 ロコチェック、転倒スコア、歩行速度、握力、立ち上がり秒数、指わっか等）

・口腔機能（歯科健診） 口腔運動機能、咀嚼機能、嚥下機能、

・認知機能 MOC A-J 認知機能検査（i-Pad）方式

については、ある程度研究成果がもたらされており、地域特性や実情に合わせ必要に応じ任意で追加することも考えられる。

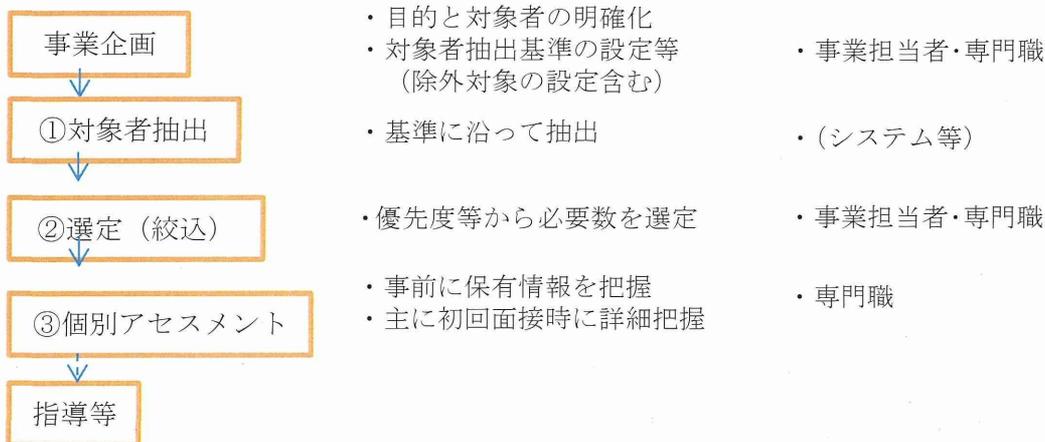
現時点では標準化した手法が確立していないため、検証を継続的に進めることが期待される。

(アセスメント手法)

・対象者の抽出・選定方法（項目の組合せ、優先度等）については、保険者の事業規模や地域資源等の事情を加味し、既存研究等によりエビ

デンスのあるものを活用する。

・アセスメントの主な場面としては、①対象者抽出、②選定（絞り込み）、③個別アセスメント等のための詳細把握が挙げられる。



・①については、事業目的に応じた対象者基準（リスク項目、リスク数、重症度等）を予め設定しておくことにより、ある程度システム等からの機械的な抽出が可能となる。

・アセスメント項目や組合せ等については、事業内容（低栄養、重症化予防等）によって異なるため、例を参考に地域の実情も踏まえ検討する。

アセスメント手法（フレイル対策の例）

表-4-1

低栄養				
把握情報	基本チェックリスト	健診結果	レセプト	その他
① 抽出(基準等)	・BMI:18.5以下 ・体重減少	体重、BMI(推移)	—	・除外対象者を除く
② 選定(絞り込み)	・リスク順に優先的に選定	・経年で減少幅の大きい人を優先 ・過去の健診で異常のある人を優先	・栄養障害や慢性疾患を保有する場合等は優先（具体的方法については、要検討）	・介護予防等と選定基準のすり合わせを行い重複を避ける ・地域包括支援センターや社協等からの依頼、住民からの相談等に対応
③ 個別アセスメント	・一般的に把握	・全般的に把握し、他の情報等と複合的に判断	・診療科、傷病名、処方等から、栄養状態への影響確認（具体的方法については、要検討）	・栄養状態の評価表等により詳細なアセスメントの実施 ・食欲不振、ストレス、急性疾患の罹患、認知機能、うつ症状等の把握 ・食事回数・内容、摂取カロリー・蛋白質量、水分摂取、排便等の把握 ・共食、家庭環境等

糖尿病性腎症重症化予防				
把握情報	基本チェックリスト	健診結果	レセプト	その他
① 抽出(基準等)	—	・HbA1c、血糖、血圧 ・eGFR、クレアチニン、尿蛋白	・生活習慣病等の治療状況を参考にする	・除外対象者を除く
② 選定(絞り込み)	—	・未治療、治療中断者を優先 ・過去の健診で異常のある人を優先	・糖尿病性腎症、CKD等がある場合等は優先 ・糖尿病歴が長い、中断者は優先(具体的方法については要検討)	・既存事業でフォローされている者は除外 ・保健センターや国保等からの依頼、住民からの相談等に対応
③ 個別アセスメント	・一般的に把握	・体重、BMI、血圧 ・生活習慣(タバコ、酒、運動等)等、全体を把握	・診療科、傷病名、処方等から、栄養状態への影響の確認 (具体的方法については要検討)	・栄養状態の評価表等により詳細なアセスメントの実施 ・浮腫、入院歴、急性疾患の罹患、認知機能、ストレス、うつ症状等の把握 ・食欲、食事回数・内容、摂取カロリー等の把握

・②では、事業規模や実施体制等から、優先順位を検討し実施可能な対象数に見合うような絞り込みを行う。健康課題に応じた指標の組合せや重症度等から優先順位を付けるなどの観点が必要となり、専門職による調整も有効である。また、単年度の計画ではなく、例えば3年間かけて全地区で実施できるようにするなど、実現可能性と効果・効率を勘案して計画することが重要である。

・③では、介護予防事業のアセスメントシートや市町村独自の指導記録票などをもとに介入方法を検討する。その際、独居や多受診などの社会的要因やレセプトデータに着目して介入方法を検討することも有用である。

【マネジメントを要するケース】

- 複数疾患、多受診、多剤処方
- 医療機関、健診の未受診者、中断者
- 独居・高齢世帯、最近配偶者が死亡し一人暮らしになったケース

なお、アセスメント及び対象者の抽出・選定方法として現時点で標準化された手法が確立していないため、国においてモデル事業を育成しながら検証を継続することが重要である。

(アセスメントの実施方法)

・国民生活基礎調査（平成25年）によれば73.5%の後期高齢者が医療機関を受診していることから、心身機能のアセスメントは、かかりつけ医における健診時が効果的な機会である。

- ・加えて、健診未受診者・治療中断

者や地域サロン等介護予防事業に参加しない高齢者の中に支援を要する高齢者が存在することが想定される。このため、介護保険の地域支援事業の地域サロンや各種健康相談事業のみならず、独居高齢者・閉じこもり高齢者へのアウトリーチ事業等、地域の実情に応じ様々な場面でアセスメントが実施されることが望ましい。

- ・医療保険者として保有するレセプトや健診等のアセスメント情報等を組合せ経時的な変化を追うことなどにより、体重減少や体力低下などから本人や家族ですら気付きにくいフレイルの兆候の把握に努め、優先順位を考慮して早期の介入に活用することが考えられる。

なお、これらの適切な方法については、標準化された手法が確立していないため、各地のモデル的な取組等の検証を継続することが重要である。

- ・未受診者情報などから健康への関心が薄い層や逆に多剤投与や重複受診者等の支援が必要な者を的確に把握し、的を射た保健事業を効果的、効率的に展開することが考えられる。

(3) 介入支援

レセプトやアセスメントからハイリスク者をどのように抽出して管理栄養士など専門職種の支援につなげるべきかにつ

いては、自治体レベルで様々な取り組みが行われている。中には有識者と連携して研究が進められている例もあるが、未だ標準化された介入支援の類型が存在するものではなく、科学的なエビデンスの蓄積は十分ではない。

特に、ハイリスクアプローチ手法の事業では、少数のハイリスク者の抽出、リスクに応じた効果的な介入手法が確立していること、費用対効果がよいことが事業化の前提条件であり、これらを満たすより適切な手法については今後の検討課題とする。したがって、現時点では、現場の取り組み例をもとに以下を整理するにとどめる。

(主な分野)

○フレイル関連

- ・低栄養（低体重・過体重）：管理栄養士や保健師による訪問・相談事業

- ・口腔・歯科保健：歯科医師による歯科健診、歯科衛生士による歯科保健指導（口腔の体操、清掃指導等）

- ・服薬相談：かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師による相談（多剤、残薬の相談・調整等も含む）

- ・上記の複合的な事業：栄養＋口腔
- ・運動介入：転倒リスクの減少と閉じこもりを改善

○慢性疾患の重症化予防（複数疾患を保有する場合の包括的な管理）

- ・再入院や合併症予防、服薬調整、薬剤有害事象の予防

・内臓疾患の保有が多く、検査データ等も要参考

○重複頻回受診(適正受診、かかりつけ医の活用)

(主な手法)

- ・アウトリーチによる訪問指導を基本とする。
- ・加えて、在宅医療、栄養や服薬について気楽に相談できる場所を確保することも重要であり、集団的な場等への専門職種の派遣や立ち寄り型相談等もできるものとする。
- ・現在、介護予防事業として、ポピュレーションアプローチによる地域サロン等の事業を推進しているところであり、ハイリスクアプローチによる低栄養の高齢者などへの専門職による支援は、必ずしも十分に実施されている訳ではない。
- ・このため、当面は、介護予防事業を補完するとともに、医療費の適正化を図る観点から、広域連合の保健事業として上記支援をモデル的に展開する。
- ・広域連合の実施に当たっては、市町村の保健事業や介護予防等の部署と連携し、既存事業も活用することにより、効率的に実施することが考えられる。

(4) 実施上の留意事項

- ・平成 28 年度から、モデル事業の展開に加え、後期高齢者の保健事業のあり方検討をさらに進め、広域連合の保健

事業実施ガイドライン(詳細版)を策定する。なお、糖尿病性腎症重症化予防事業や歯科口腔保健のプログラムについては、別途検討が進められており、そこでの成果も踏まえた取りまとめを行う。

○その際、以下のような点について、今後さらに検討が必要である。

(効果的・効率的な実施)

- ・介護における二次予防事業見直しの経緯も踏まえ、効率的なアセスメント及び介入支援の在り方
 - *効率的、効果的な保健指導等の手法の開発(期間、回数、介入頻度等)
(比較的短期間、低頻度の、電話指導等も併用した軽易な介入方法であっても、一定の効果が報告されていることも考慮)
 - *健診・レセプト等を活用した対象者の効果的な把握方法(階層化等)
 - *専門職への研修プログラムの開発
- ・フレイル期における介護予防事業(ポピュレーションアプローチによる地域支援事業の交流・サロン等)との連携や役割分担
- ・地域ケア会議等による多職種連携の推進。
- ・医療機関との連携(重症化予防、重複受診・多剤、かかりつけ医等)、医師会等との連携(国レベルでの枠組みづくりの検討など)。

(市町村内関係部署間及び市町村と広域

連合の連携)

- ・市町村内における関係部署間での連携。
たとえば保健センターにおける健康づくり事業、国保・後期高齢者医療保険担当部署が保有するレセプト等を活用した健康相談等の事業、介護保険における地域支援事業間での連携と役割分担。
- ・広域連合は保有するレセプトや健診データ等を情報提供することにより、地域課題の把握や取り組みの評価の支援に努める等市町村との協力関係を図る。

(関係機関、専門職種等との連携)

- ・事業内容に応じ、医師会、歯科医師会、歯科衛生士会、看護協会、薬剤師会、栄養士会などの専門職団体との連携、委託事業者としてのNPOや民間事業の活用。

(事業評価)

- ・厳密な効果検証ではなくても、地域にある比較的簡易に測定できる体重や血圧等のデータを工夫することにより可能となる評価方法(最低限押さえておくべき留意事項)等の提示

(先進事例の収集)

- ・先進事例の収集・整理と広域連合等への情報提供

＊介護予防との連携事例

＊医療機関との連携事例

(レセプトや健診データ及び介護保険データ活用)

- ・都道府県国民健康保険団体連合会

(以下「国保連合会」という。)に整備された健診・医療・介護情報が連結されたKDBシステム等の一層の活用

- ・レセプトや健診データ等を活用した地域課題の分析や後期高齢者の特性に応じた対象者把握、効果分析等に必要な環境整備
- ・介護保険データ、例えば基本チェックリストや日常生活圏域ニーズ調査データを活用した地域課題の把握と住民との共有なども今後進められる必要がある。

(健診の在り方)

- ・現行では前期高齢者までの特定健診を準用しているが、ライフステージに応じた広義の健診・保健事業の在り方としては、後期高齢者は生活習慣病を予防する為の健診としてだけでなく、

＊重症度の高い状態に至るハイリスク者を早期に発見し、適切な医療につなげるための(受診勧奨を行うための)健診

＊慢性疾患の包括的管理やフレイル予防のきっかけとする健診

＊自分の体調を主体的に自己管理(セルフコントロール)し、元気づけるための健診

とする観点から、前期高齢者(特定健診)との円滑な接続方法を含め、その在り方について今後議論を深

めるべきではないか。

IV. 各 論