

[資料3]

高齢者の保健事業と介護予防等の
一体的な実施について

令和3年10月

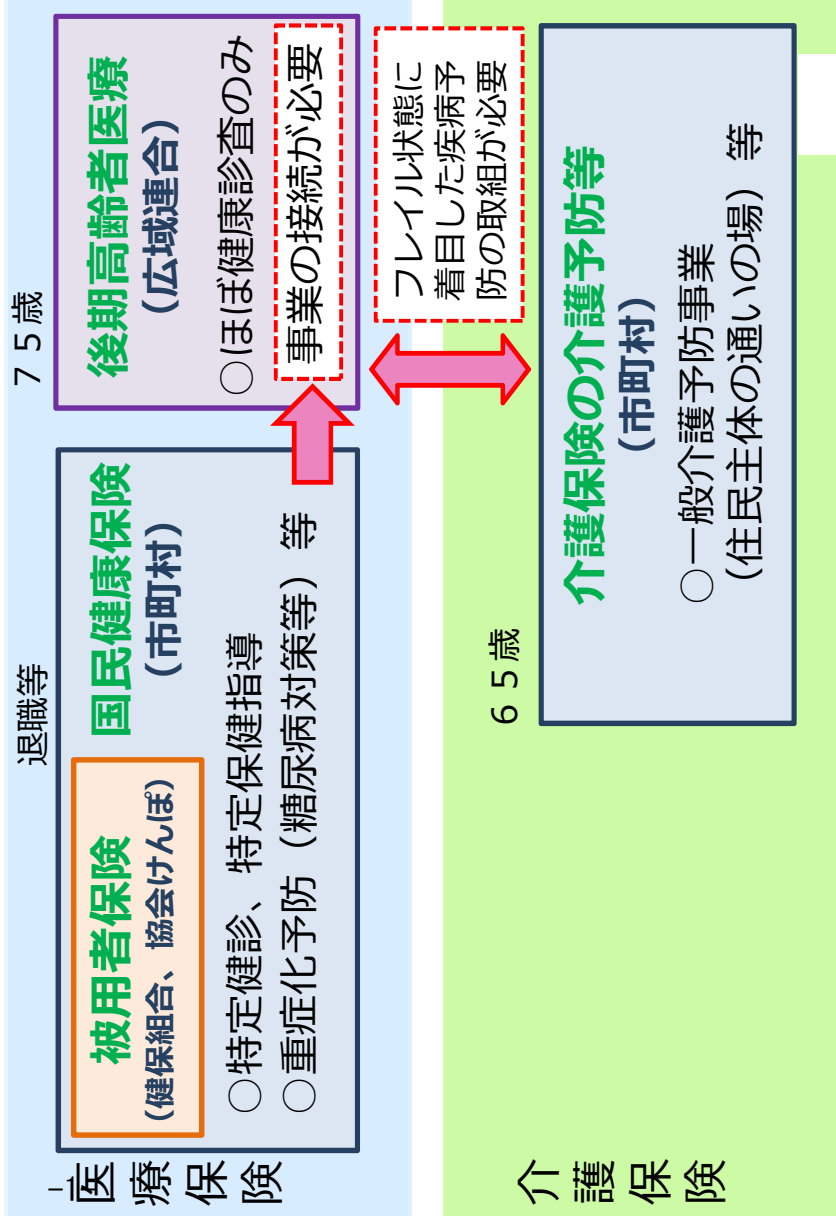
山口県後期高齢者医療広域連合

高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施

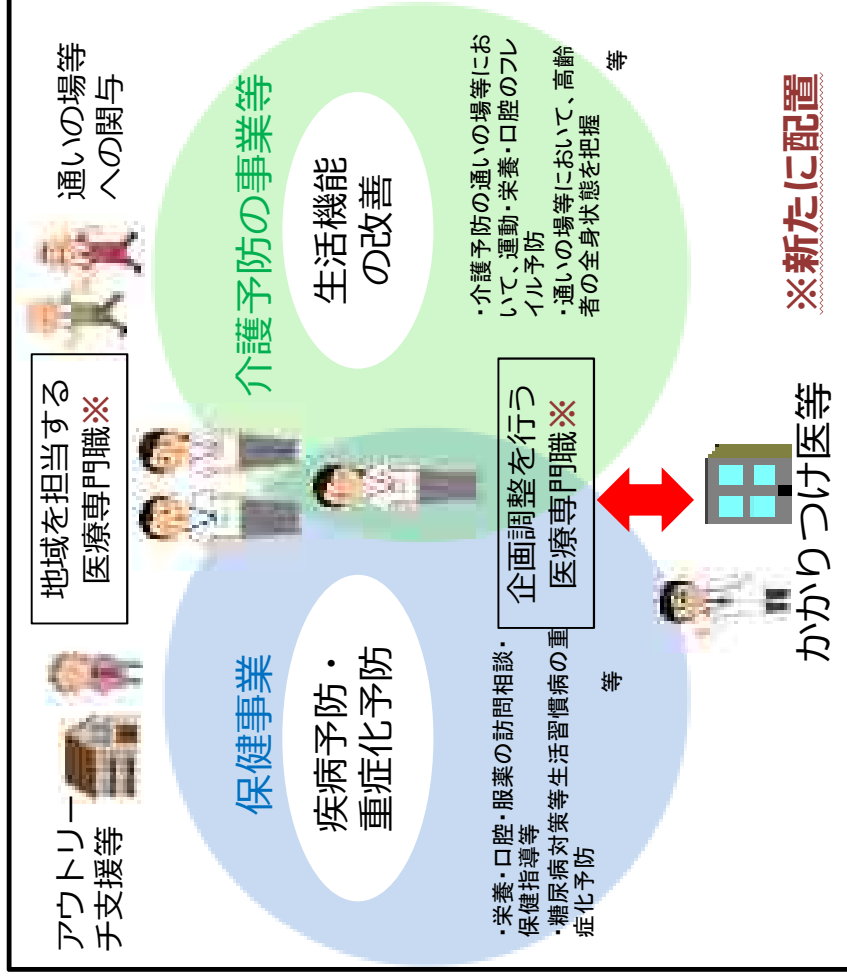
(全国高齢者医療・国民健康保険主管課(部)長及び
後期高齢者医療広域連合事務局長会議・保険局高
齢者医療課説明資料(R3.3))

- ・ 広域連合が**高齢者保健事業を国民健康保険保健事業及び介護予防の取組と一体的に実施する取組**が令和2年4月から開始された。
- ・ 広域連合は、その実施を**構成市町村に委託**することができる。
- 令和2年度の実施計画申請済みの市町村は **361市町村**、**全体の約2割** (R3.2現在)。
- 令和3年度から開始予定の市町村は **494市町村** (高齢者医療課調べ)。
- 令和3年度中に、**全体の約5割**の市町村で実施される予定。
- **令和6年度までに全ての市町村**において**一体的な実施を展開**することを**目指す**。

▼保健事業と介護予防の現状と課題



▼一体的実施イメージ図

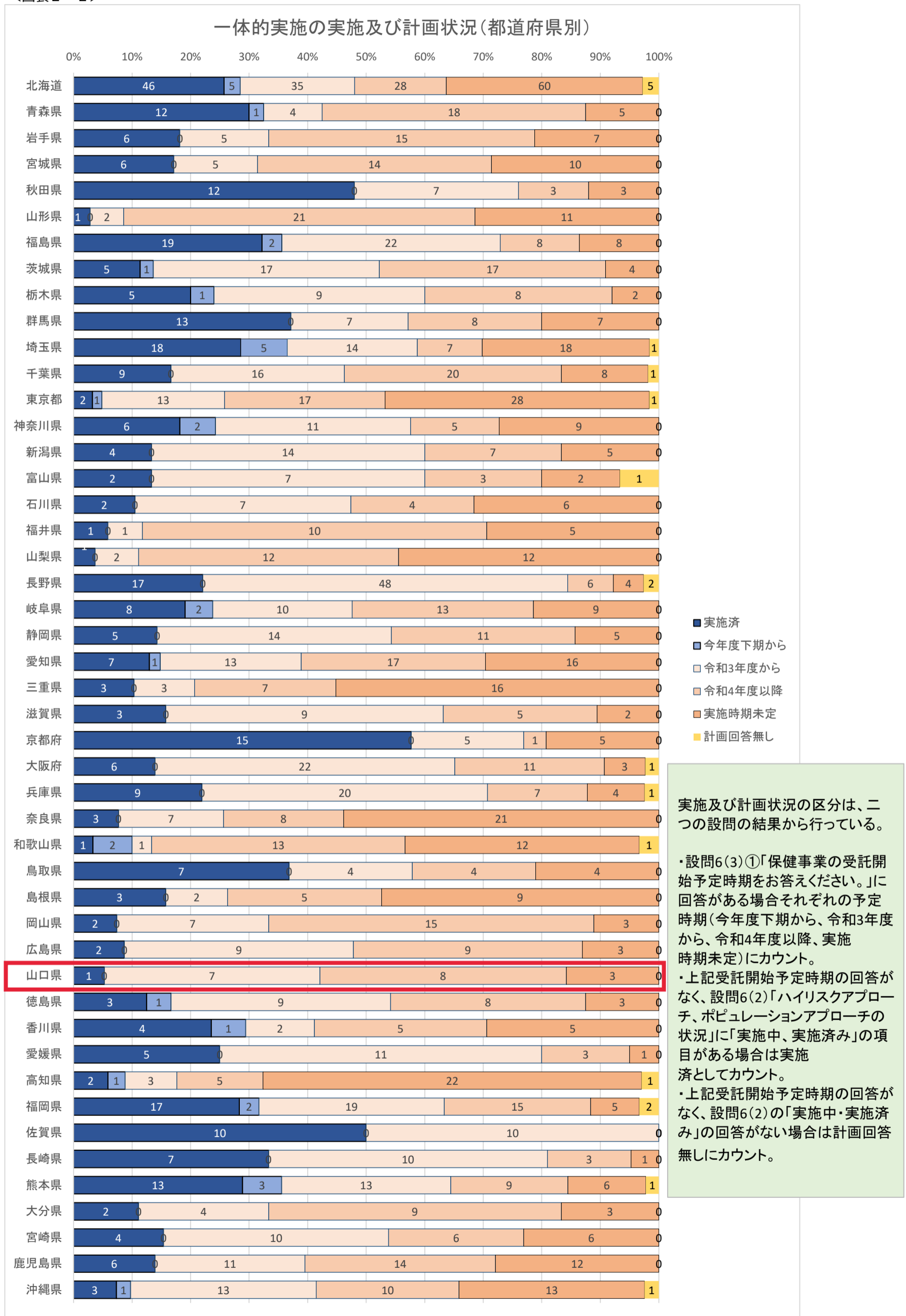


(2) 都道府県別の実施及び実施予定時期

対象市町村数* 1741

*全市町村

<図表2-2>



(令和2年度高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に係る実施状況調査の分析結果)

市町における取組イメージ

企画・調整等を担当する医療専門職を配置

事業の企画・調整等
KDBを活用した分析
医療関係団体等との連絡調整

※正規職員を念頭に原則専従
(任期付職員等も可)
※各市町村の日常生活圏数に応じて
交付金の対象となる配置人数の上限あり
※保健師等



KDBシステム等

医療
レセプト

健診
結果

介護
レセプト

要介護
認定

+

後期高齢者の
質問票
フレイル状態
のチェック

分析

事業の企画・調整、地域の健康課題の分析・対象者の把握

(1) と (2) は両方実施すること！

ボランティア組織
との連携等を検討

(1) 高齢者に対する個別的支援 (ハイレスクアプローチ)

※地域の健康課題を分析し、優先的に取り組む課題を整理したうえで、目標・評価指標を設定して、
ア～ウいずれか1つ以上を実施

ア 低栄養防止・生活習慣病等の重症化予防の取組

低栄養・筋量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等を行うため、かかりつけ医等と連携しながら、医療専門職による立ち寄り型の相談や訪問相談・保健指導等を実施

- (a) 栄養・口腔・服薬に関わる相談・指導
 - (b) 生活習慣病等の重症化予防に関わる相談・指導
- ※(a)・(b)いずれかの実施で差し支えないが、特別調整交付金交付基準に規定された実施基準を満たすこと。

イ 重複・頻回受診者、重複投薬者等への相談・指導の取組

レセプト情報等により抽出した重複・頻回受診者、重複投薬者、併用禁忌薬がある者及び多量投薬者に対する、医療専門職による適正受診・適正服薬の促進のための相談・指導を実施

ウ 健康状態が不明な高齢者の状態把握、必要なサービスへの接続

健診・医療や介護サービス等につながっておらず健康状態が不明な高齢者や閉じこもりの可能性がある高齢者等を抽出

抽出した高齢者に対するアウトリーチ支援を行い、健康状態や心身機能をチェックリスト等により把握し、相談・指導を実施

(2) 通いの場等への積極的な関与等 (ポピュレーションアプローチ)

※アまたはイいずれか1つ以上を実施し、
地域の実情に応じてウを、必要に応じてエを実施

ア
通いの場等において、フレイル予防の普及啓発活動や運動・栄養・口腔等のフレイル予防などの健康教育・健康相談を実施

イ
通いの場等において、後期高齢者の質問票などで、フレイル状態の高齢者等を把握し、低栄養や筋力低下等の状態に応じた保健指導や生活機能向上に向けた支援等を実施

ウ
地域の実情に応じ、高齢者の健康に関する相談や不安等について、日常的に気軽に相談が行える環境づくりを行い、より多くの高齢者の健康づくりに寄与する取組を実施

エ
ア～ウまでの取組において把握された高齢者の状況に応じて、健診・医療の受診勧奨や介護サービスの利用勧奨などを実施



地域を担当する医療専門職

市町内の各地域(日常生活圏)において、通いの場等への積極的な関与や個別訪問等を行う

※常勤・非常勤を問わない
※医療関係団体・民間への委託可
※医師、歯科医師、薬剤師、保健師、管理栄養士、
歯科衛生士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士 等



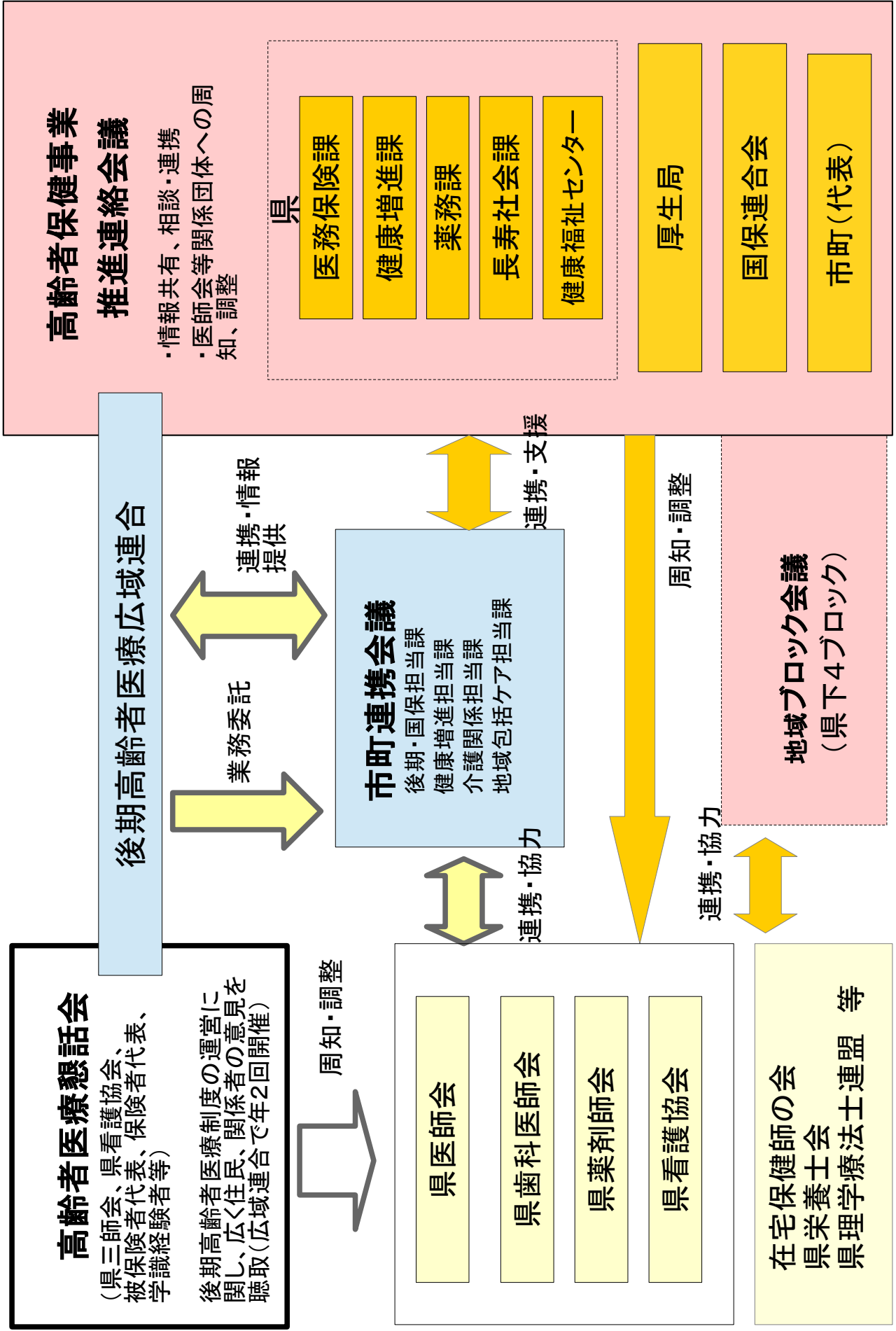
事業の評価

※費用は、広域連合から市町村へ委託事業費として支払い。財源は、特別調整交付金・保険者インセンティブの活用を想定。

＜参考資料＞ 令和3年度特別調整交付金交付基準(算定省令第6条第9号関係)(令和3年3月31日)

項目	事業名	事業内容	インセンティブ 関連項目
普及啓発・実施体制の整備			
情報発信・情報提供体制	HPによる情報発信	<ul style="list-style-type: none"> ○ KDBの活用事例(地域課題の分析例等) ○ 基本情報(国の会議資料・Q&A) ○ 関係通知・保健事業ガイドライン ○ 特別調整交付金交付基準 ○ 取組事例の公表(国・広域) ○ 市町基本方針・委託契約書参考例 	固有4・固有5
	拡 市町及び被保険者への情報提供体制の構築 ①	<ul style="list-style-type: none"> ○ 拡 市町への課題・市町格差等の情報提供 ○ 拡 市町への健診・歯科健診結果等の提供 ○ 拡 ICTを活用した被保険者への健診結果の提供及び効果検証 	固有4 事業評価 共通4・事業評価
県・市町・広域連合等の連携強化 ②	高齢者保健事業推進連絡会議	<ul style="list-style-type: none"> 新 県の支援体制(相談体制)の構築 ○ 情報交換(一体的実施関係の国情報等) ○ 取組事業 ○ 実施スケジュール 	固有5
	新 高齢者保健事業推進連絡会議地域ブロック会議(全4ブロックで実施)	<ul style="list-style-type: none"> ○ KDB等の情報提供 新 保健所の支援体制の構築 ○ 情報交換・意見交換 	固有4・固有5 固有5
	新 市町事業計画相談会(WEB会議)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 市町事業計画に関する質疑・意見交換会・計画、委託契約、調整交付金申請等各段階別に対応した関係市町を対象 	
健康づくりの普及啓発 ③	やまぐち長寿健康チャレンジ事業	<ul style="list-style-type: none"> ○ チャレンジシートの配布、ポイントの付与による健康づくりの促進 	共通4
一体的実施等の推進事業			
研修会の開催 ④	新 高齢者保健事業実施者研修Ⅰ 新 高齢者保健事業実施者研修Ⅱ	<ul style="list-style-type: none"> ○ KDBデータの分析演習(国保連) ○ 体と口腔のフレイル予防(歯科医師会等) 	固有4
市町への委託事業 ⑤	一体的実施(委託契約)	継続 1町 新規 7市(計8市町) ①ハイリスクアプローチ ア(a) 栄養、口腔、服薬 ア(b) 生活習慣病等重症化予防(②以外) ウ 健康状態不明者 ア(b)②糖尿病重症化予防 イ重複・頻回受診者又は重複投薬者 ②ポピュレーションアプローチ	固有2 " " 共通3 共通5 固有3
市町(委託市町を含む)の実施体制支援 ⑥	先行モデル事業の実施(広域・市町の共同実施)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 糖尿病腎症重症化予防・受診勧奨事業 5市町(継続 6市町) ○ 生活習慣病重症化予防・受診勧奨事業 7市町(継続 5市町) ○ 服薬モデル事業 拡充 6市 → 6市町 	共通3 固有2 固有2
広域の保健事業(適正化関係) ⑦	訪問・指導事業(業者委託)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 重複頻回者の指導事業 	共通5

高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施・推進体制



【事業名】 受診勧奨モデル事業(生活習慣病予防・糖尿病性腎症重症化予防)(案)

【趣旨】

各市町における高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施への取組推進に資するため、本広域連合では、下記によるモデル事業を実施する予定にしている。

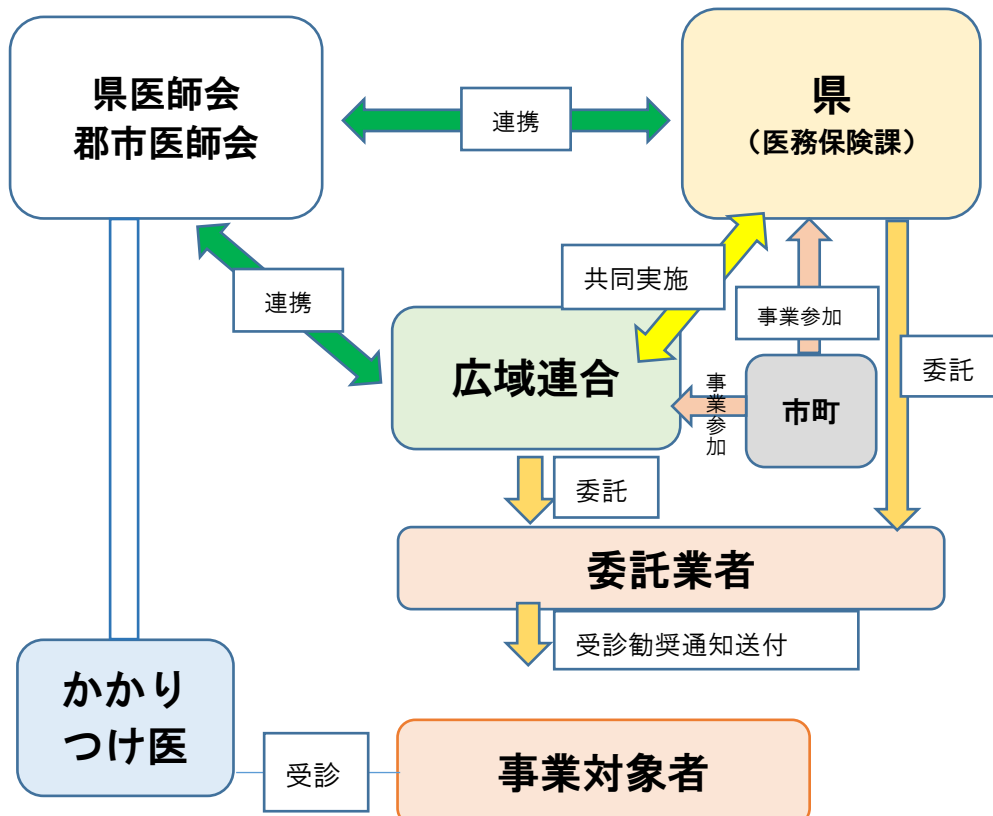
本事業は、山口県医務保険課で本年度事業として計画されている、「山口県国保ヘルスアップ支援事業 受診勧奨モデル事業(案)」との共同実施とし、国民健康保険において、県事業に参加予定の市町について、本広域連合で実施するモデル事業の対象とし実施予定 (R2 継続事業)

【事業内容】

事業名称	生活習慣病予防	糖尿病性腎症重症化予防
対象者	国保) 健診の結果、受診勧奨判定値を超えている者で、未受診状態が継続している者 後期) 上記に同じ	国保) 県版糖尿病性腎症重症化予防プログラム対象者のうち、「未受診者」「受診中断者」 後期) 後期実施要綱に基づく「未受診者」「受診中断者」
実施方法	県及び後期広域連合が専門業者に業務委託	
内容	対象者の受診履歴等を分析し、ナッジ理論を用いたはがき等で受診勧奨	
評価指標	医療機関受診率	
費用負担	全額県及び後期広域連合負担	
スケジュール	令和三年度下半期に受診勧奨	

【調整が必要な医療関係機関・イメージ図(案)】

県・郡市医師会(事業企画への助言、協力、事業実施前後の報告)



【事業名】令和3年度 服薬に関わる相談・指導モデル事業(案)

【事業の目的】

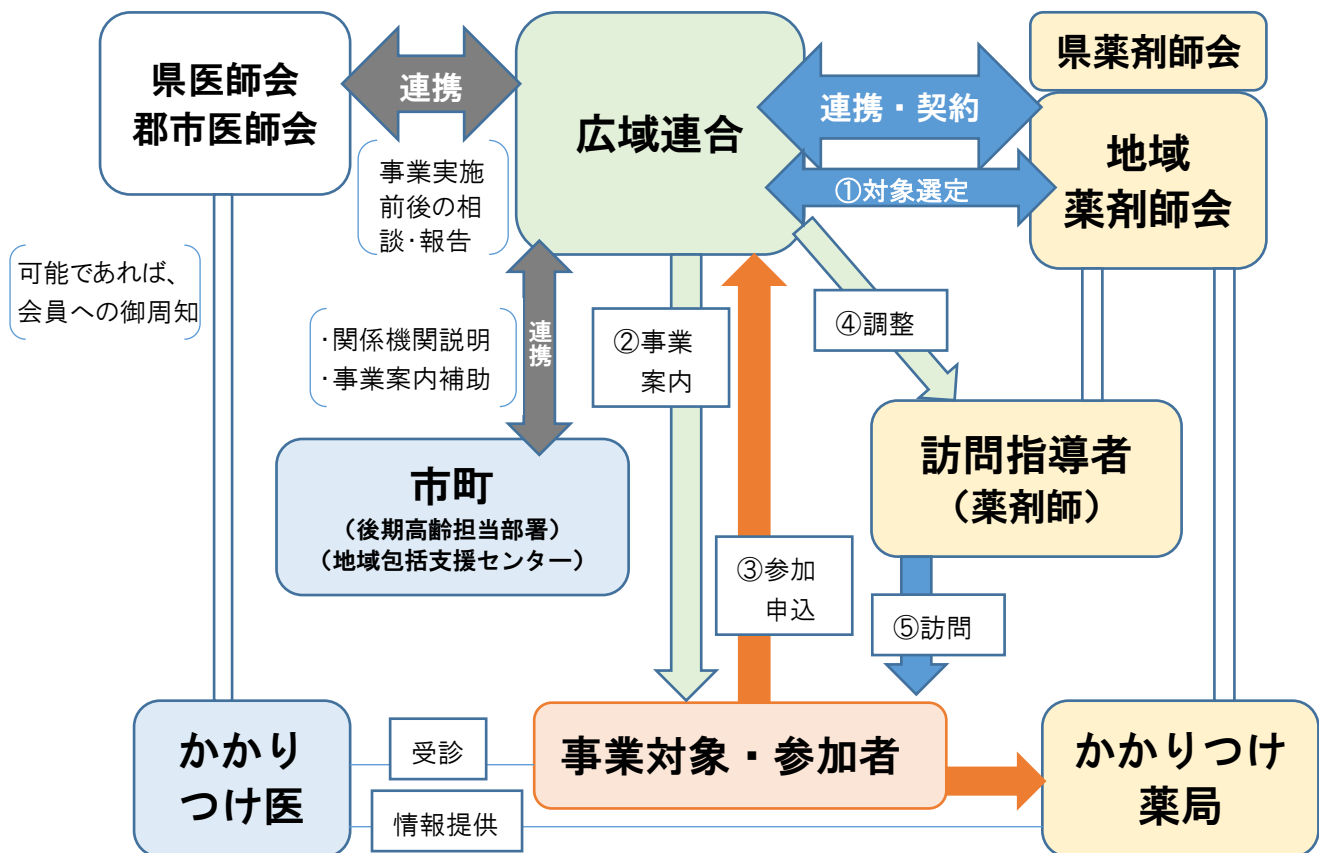
家庭訪問等により薬剤の服薬状況(重複処方等)を評価し、ポリファーマシーの回避、服薬アドヒアランスの向上を目指す。

【事業内容】

服薬に課題のある対象者に対して、服薬状況改善に向けた保健指導を地域薬剤師会等への委託にて行う。また、フレイルリスクが高く、介護予防・日常生活支援総合事業への接続が必要な場合は、地域包括支援センター等へ情報提供を行う。

- (1) 服薬に課題がある対象者を抽出する。
- (2) 地域薬剤師会等に事業委託し、対象者の優先順位、保健指導計画を立案する。
- (3) 薬剤師による訪問等で服薬状況をアセスメントし、服薬課題に合わせた保健指導を行う(初回訪問)。
- (4) 保健指導を通じて、フレイル予防の必要があると判断される場合には、地域包括支援センター等へ情報提供を行う。
- (5) 2～3ヶ月後に、保健指導効果を評価するため、指導内容に関する確認の訪問等を行う。

【モデル事業実施体制(案)】



(※) 医師会・薬剤師会との連携内容: 事業企画への助言、協力、事業実施前後の報告等

【予想される事業効果】

家庭訪問等により、対象者の服薬管理の現状を実際に確認し、個別ニーズに応じた改善等につなぐ

- (1) 情報一元化による重複処方・併用禁忌・回避薬の改善、市販薬・健康食品との飲み合わせ改善
- (2) 薬の飲み方、処方確認による残薬の改善、残薬の回収
- (3) 薬の調整による薬剤有害事象の改善(特に、転倒、過鎮静、脱水、口渇等)
- (4) 健康課題の改善につながる介護サービス等の紹介による介護との連携

【市町の役割】

- (1) 事業の企画についての協議
- (2) 関係部署(介護部署、地域包括支援センター等)との調整
- (3) (可能であれば)事業対象者の介護サービス利用状況の確認
- (4) 事業対象者からの問い合わせ対応
- (5) フレイルリスク者の情報提供後の対応(地域包括支援センター等への接続)
- (6) 実施結果についての協議
- (7) 今後の検討

【調整が必要な関係機関(広域連合)】

- (1) 県・地域の薬剤師会
 - ・事業企画への助言、協力
 - ・事業実施前後の報告
- (2) 県・郡市の医師会
 - ・事業実施前後の報告
 - ・会員への周知(可能であれば)

【広域連合・市町間の連携内容】

- (1) 地域薬剤師会・医師会への説明(広域と共に)
- (2) 事業参加勧奨補助(必要に応じ)
- (3) 地域包括支援センターの情報提供(必要に応じ)