

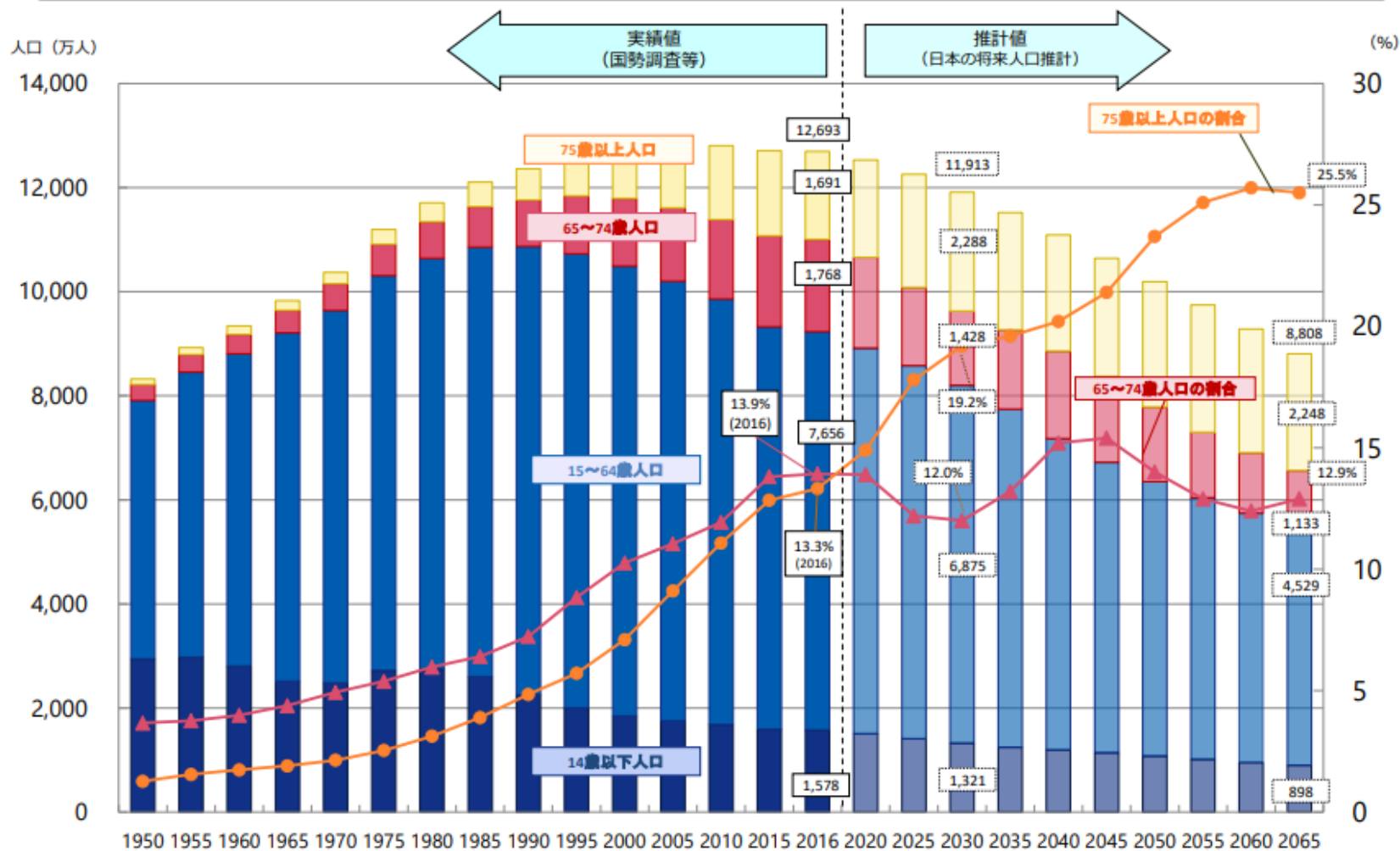
高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について

1. 人口の推計 (1) 全国

今後の年齢階級別人口の推計

平成30年10月10日
第114回医療保険部会資料

○ 今後、日本の総人口が減少に転じていく中、高齢者(特に75歳以上の高齢者)の占める割合は増加していき、2055年には人口の4人に1人が75歳以上となると推計。

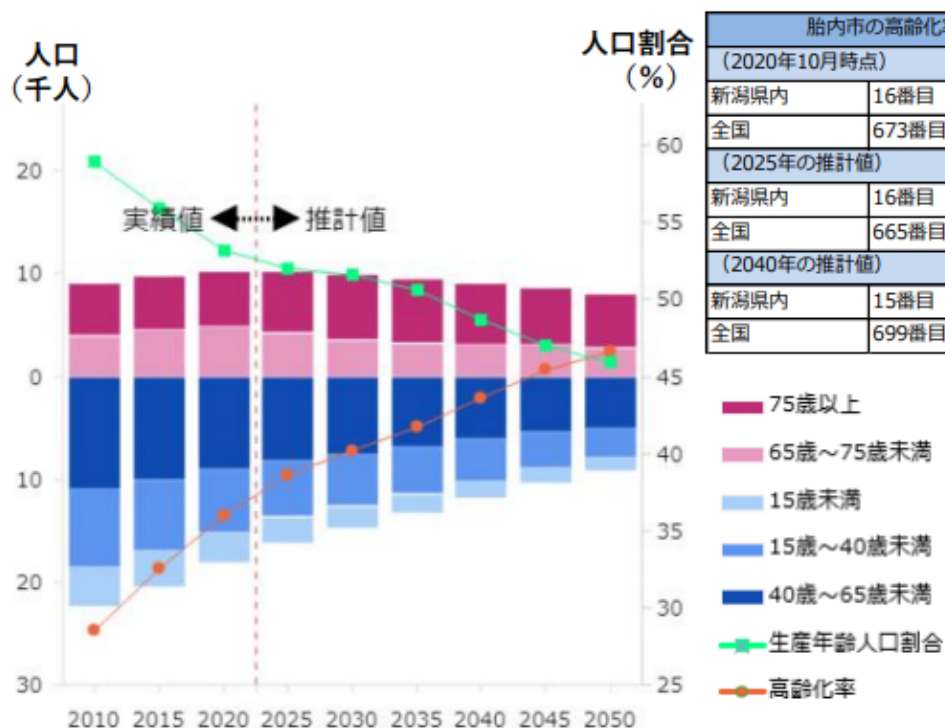


(2) 胎内市の人口推移・推計

	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
人口 (人)	31,424	30,198	28,509	26,359	24,473	22,643	20,825	19,004	17,257
15歳未満 (人)	3,811	3,464	2,968	2,480	1,997	1,742	1,592	1,446	1,297
15歳～40歳未満 (人)	7,563	6,883	6,197	5,492	5,018	4,581	4,109	3,511	2,898
40歳～65歳未満 (人)	10,955	9,988	8,968	8,210	7,613	6,873	6,040	5,422	5,015
65歳～75歳未満 (人)	4,010	4,653	4,936	4,325	3,591	3,233	3,226	3,168	2,844
75歳以上 (人)	4,961	5,151	5,326	5,852	6,254	6,214	5,858	5,457	5,203
生産年齢人口 (人)	18,518	16,871	15,165	13,702	12,631	11,454	10,149	8,933	7,913
高齢者人口 (人)	8,971	9,804	10,262	10,177	9,845	9,447	9,084	8,625	8,047
生産年齢人口割合 (%)	58.9	55.9	53.2	52.0	51.6	50.6	48.7	47.0	45.9
高齢化率 (%)	28.5	32.5	36.0	38.6	40.2	41.7	43.6	45.4	46.6
高齢化率(新潟県) (%)	26.2	29.7	32.5	34.6	35.9	37.4	39.9	41.9	43.2
高齢化率(全国) (%)	22.8	26.3	28.0	29.6	30.8	32.3	34.8	36.3	37.1

(出典) 2000年～2020年まで：総務省「国勢調査」

2025年以降：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(令和5(2023)年推計)」



【参考】要介護(要支援)認定者数、認定率の推移

胎内市の認定率の降順		
(令和6年4月末時点)		
新潟県内	25番目	30保険者
全国	1,138番目	1,573保険者

3月末時点	平成29年	令和3年	令和4年	令和5年	令和6年
認定者数 (人)	1,802	1,834	1,751	1,714	1,706
要支援1 (人)	219	210	210	210	223
要支援2 (人)	269	309	293	270	257
要介護1 (人)	361	356	336	317	346
要介護2 (人)	283	238	228	234	248
要介護3 (人)	262	214	221	215	206
要介護4 (人)	248	315	296	288	264
要介護5 (人)	160	192	167	180	162
認定率 (%)	18.5	18.1	17.4	17.1	17.0
認定率(新潟県) (%)	18.6	18.8	18.7	18.6	18.7
認定率(全国) (%)	18.0	18.7	18.9	19.0	19.4

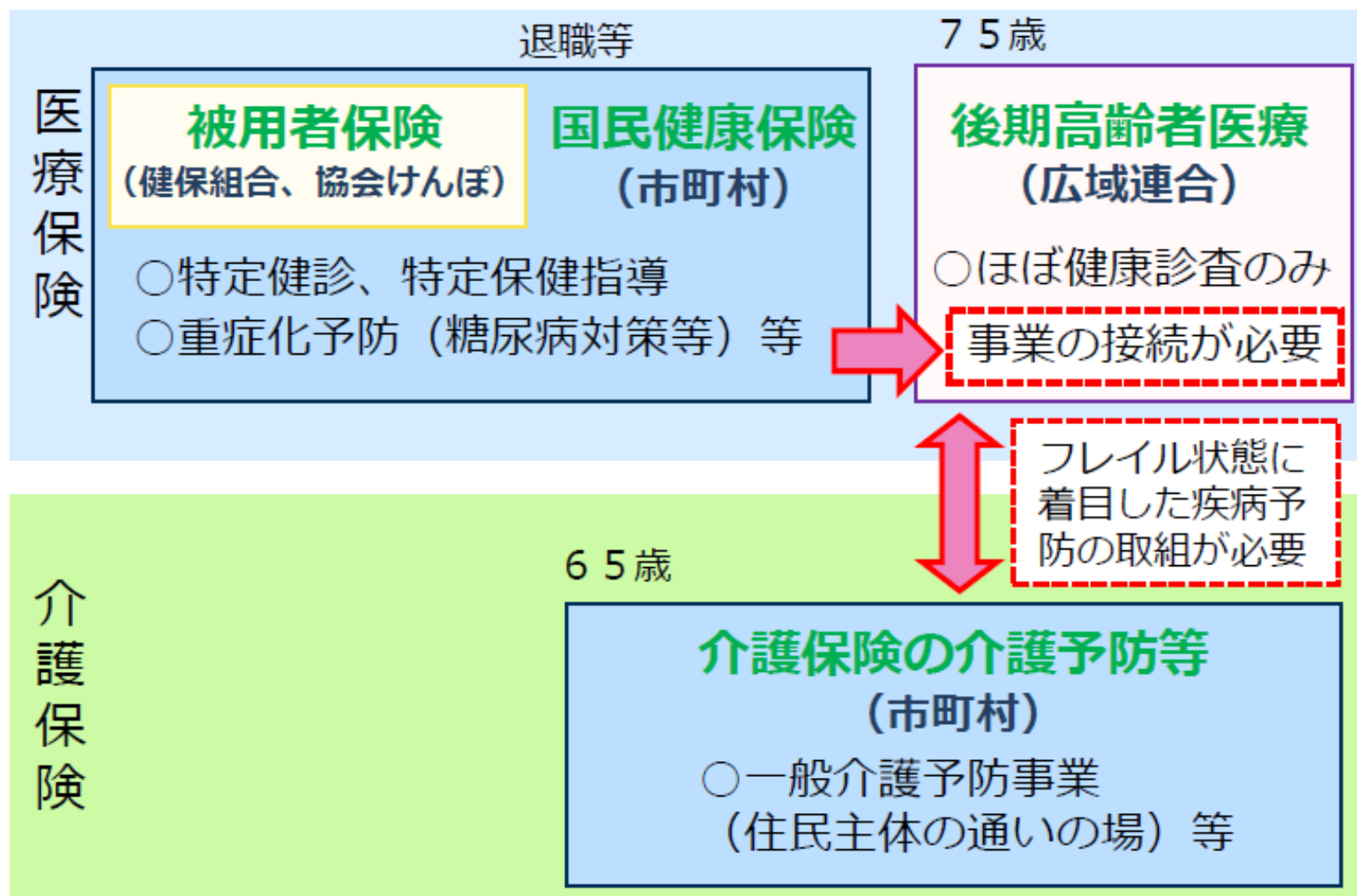
(出典)平成28年度から令和3年度：厚生労働省「介護保険事業状況報告(年報)」、令和4年度から令和5年度：「介護保険事業状況報告(3月月報)」、令和6年度：直近の「介護保険事業状況報告(月報)」

2. 保健事業と介護予防の現状と課題

・現在の医療保険制度 75歳に到達すると、それまで加入していた国民保健制度等から後期高齢者医療制度に異動した際、保健事業の実施主体についても市町村等から後期高齢者医療制度に移り、適切に継続されてこなかった。

・高齢者は複数の慢性疾患に加え、認知機能や社会的なつながりが低下するなどフレイル状態になりやすく、疾病予防と生活機能維持の両面にわたるニーズを有していました。

・高齢者保健事業は後期高齢者医療広域連合が主体。介護予防の取り組みは市町村が主体であり、健康状況や生活機能の課題に一体的に対応できていない。



3.高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施

高齢者の心身の多様な課題に対応し、きめ細かな支援を実施するため、**後期高齢者の保健事業**について、後期高齢者医療広域連合と市町村の連携内容を明示し、**市町村において、介護保険の地域支援事業や国民健康保険の保健事業と一体的に実施。**

国(厚生労働省)

- 保健事業の指針において、一体的実施の方向性を明示。(法)
- 具体的な支援メニューをガイドライン等で提示。
- 特別調整交付金の交付、先進事例に係る支援。

<市町村が、介護の地域支援事業・国保の保健事業との一体的な取組を実施>

広域連合

委託 (法)

市町村

- 広域計画に、広域連合と市町村の連携内容を規定。(法)
- データヘルス計画に、事業の方向性を整理。
- 専門職の人件費等の費用を交付。

- 一体的実施に係る事業の基本的な方針を作成。(法)
- 市町村が、介護の地域支援事業・国保の保健事業との一体的な取組を実施。(法)
(例)データ分析、アウトリーチ支援、通いの場への参画、支援メニューの改善 等
- 広域連合に被保険者の医療情報等の提供を求めることができる。(法)
- 地域ケア会議等も活用。

必要な援助

都道府県への
報告・相談

都道府県 (保健所含む)

- 事例の横展開、県内の健康課題の俯瞰的把握、事業の評価 等

国保中央会 国保連合会

- データ分析手法の研修・支援、実施状況等の分析・評価 等 (法)

三師会等の 医療関係団体

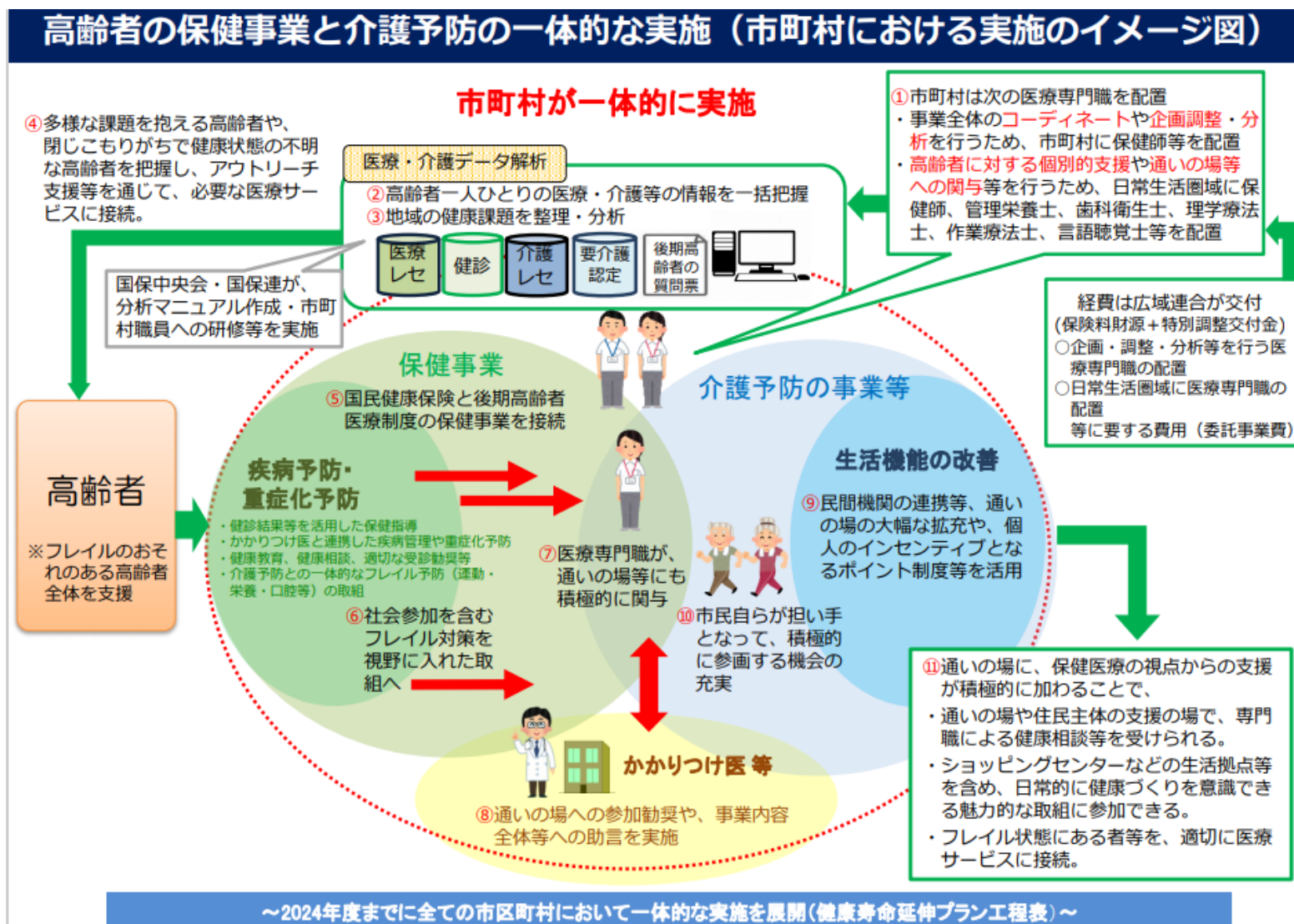
- 取組全体への助言、かかりつけ医等との連携強化 等

事業の一部を民間機関に委託できる。(法)
(市町村は事業の実施状況を把握、検証)

※ (法) は法改正事項

4.市町村の一体的事業の方向性

高齢者の心身の多様な課題に対応し、きめ細やかな支援を実施するため、後期高齢者の保健事業について、後期高齢者医療広域連合と市町村の連携内容を明示し、市町村において、介護保険の地域支援事業や国民健康保険の保健事業と一体的に実施すること。



5.高齢者に対する保健事業と地域連携

① 高齢者に対する個別的支援(ハイリスクアプローチ)

ア. 低栄養防止・重症化予防の取組(かかりつけ医と連携したアウトリーチ支援)

- (a) 低栄養に関わる相談・指導
- (b) 口腔に関わる相談・指導
- (c) 身体的フレイル(ロコモを含む)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

イ. 重複投薬・多剤投与等への相談・指導の取組

ウ. 健康状態が不明な高齢者の状態把握・受診勧奨等・必要なサービスへの接続

② 通いの場等への積極的な関与(ポピュレーションアプローチ)

ア. フレイル予防の普及啓発、運動・栄養・口腔等取組等の健康教育・健康相談を実施。

イ. フレイル状態の高齢者を把握し、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の支援等を行う。

ウ. 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の実施。

介護予防
(地域支援事業等)の取組と
一体的に実施



6.胎内市の実施状況

① 高齢者に対する個別的支援(ハイリスクアプローチ)

ア. b 生活習慣病重症化予防事業

【対象者】

健診受診者のうち、次のいずれに該当する者（K D Bシステムにより抽出）

- ・糖尿病（HbA1c7.0以上）で未治療の者
- ・血圧（160/100以上）で未治療の者
- ・eGFR（45以下）で未治療の者

受診勧奨判定値にある者で医療機関未受診 25人

（* eGFR 45 ml/分 1.73 m²未満+腎疾患レセプトのない人 83人含むか医師会と要検討）

【概要】

保健師や管理栄養士が個別に訪問・来所・電話で、生活習慣の改善と検査数値の改善に向けた保健指導、栄養指導を実施。医療受診が必要な者に、医療受診を勧める。

【流れ】

①保健師・看護師・管理栄養士等が、対象者1人に対し訪問等で個別保健指導を1回実施する。健康づくり課地区担当保健師+管理栄養士、在宅栄養士2人1組で行う

②健康づくり課保健師+地域包括支援センター職員が1回程度の継続訪問を実施する。(初回訪問から約3～6か月後)

③指導内容を実行していない方は、管理栄養士が再訪問し、指導する。

必要時、地域包括支援センター職員、保健師・看護師・管理栄養士が継続訪問をする。

【実施時期】

6月～3月

【従事者】

・健康づくり課保健師、管理栄養士 ・在宅栄養士 ・地域包括支援センター職員

ウ.健康状態が不明な高齢者の状態把握・受診勧奨等・必要なサービスのへの接続

【対象者】

一体的実施・K D B 活用支援ツールにより抽出した健康状態未把握者
(健診、医療機関受診、介護サービスの利用のない者)

【対象者数】 ; 令和 5 年度健康状態不明者 60 人

(うち、国保世帯で健診希望調査票で未記入・未提出者 3 人/20 組+10 月までの健診未受診者)

【概要】

保健師や管理栄養士、看護師(包括職員も含む)等による個別訪問や電話等で、生活状況や健康状態を把握して保健指導等を行い、必要に応じて受診勧奨や介護サービス等につなぐ。

【流れ】

①個別指導の実施

支援センター職員 + 健康長寿推進係職員の 2 人 1 組で行う。11 月の未受診者健診に受診してもらうよう受診勧奨を行う。
* 必要時、生活改善及び受診勧奨のために地区担当保健師等関係機関職員につなげ、再訪問を行う

【実施時期】

6 月~3 月

【従事者】

・地域包括支援センター職員 ・健康長寿推進係職員 ・健康づくり課保健師

② 通いの場等への積極的な関与(ポピュレーションアプローチ)

たいない健康度チェックとフレイル予防

【対象者】

特定健診受診者や通いの場等に参加する 65 歳以上の高齢者

【概要】

特定健診、特定健診結果説明会会場や通いの場等に保健師・リハビリ専門職・管理栄養士等（包括職員も含む）が出向き、後期高齢者の質問票やたいない健康度チェック（フレイルチェック表＋基本チェックリスト、指輪っかテスト）を実施し、健康状態を把握するとともに、フレイル予防（運動・栄養・口腔機能向上、社会参加等）の健康相談、健康養育を行う。また、フォローが必要な者へ受診勧奨や適切なサービス等の利用勧奨を実施する。

【流れ】

- ① 特定健診、特定健診結果説明会会場でたいない健康度チェック（フレイルチェック表＋基本チェックリスト、指輪っかテスト）を実施する。
- ② 健診、結果説明会実施後 1 か月以内に対象者の名簿を包括に渡す
- ③ 包括職員訪問、電話等の関わり。
必要時医療的な指導等必要な場合は、地区担当保健師につなげる
- ④ 3 か月後くらいまでには、健康長寿推進係にその後の本人へのかかわりについて報告用紙にて報告

【実施時期】

5月～3月

【従事者】

・地域包括支援センター職員 ・健康づくり課地区担当保健師 ・健康長寿推進係職員