

平成 28 年 9 月 2 日（金）
10 時 00 分～12 時 00 分
厚生労働省専用第 22 会議室

第 2 回 在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ

議 事 次 第

1. 在宅医療に関する見直しの方向性について
2. 高齢化に伴い増加する疾患への対応について

【資料】

- 資料 1－1 前回ワーキンググループにおける主な意見
- 資料 1－2 在宅医療に関する見直しの方向性について（案）
- 資料 2－1 高齢化に伴い増加する疾患への対応について
- 資料 2－2 健康日本 21 におけるロコモティブシンドロームの取扱いについて
- 資料 2－3 高齢者の低栄養防止・重症化予防等の推進について
- 資料 3 日本臨床整形外科学会提出資料
- 資料 4 日本老年医学会提出資料

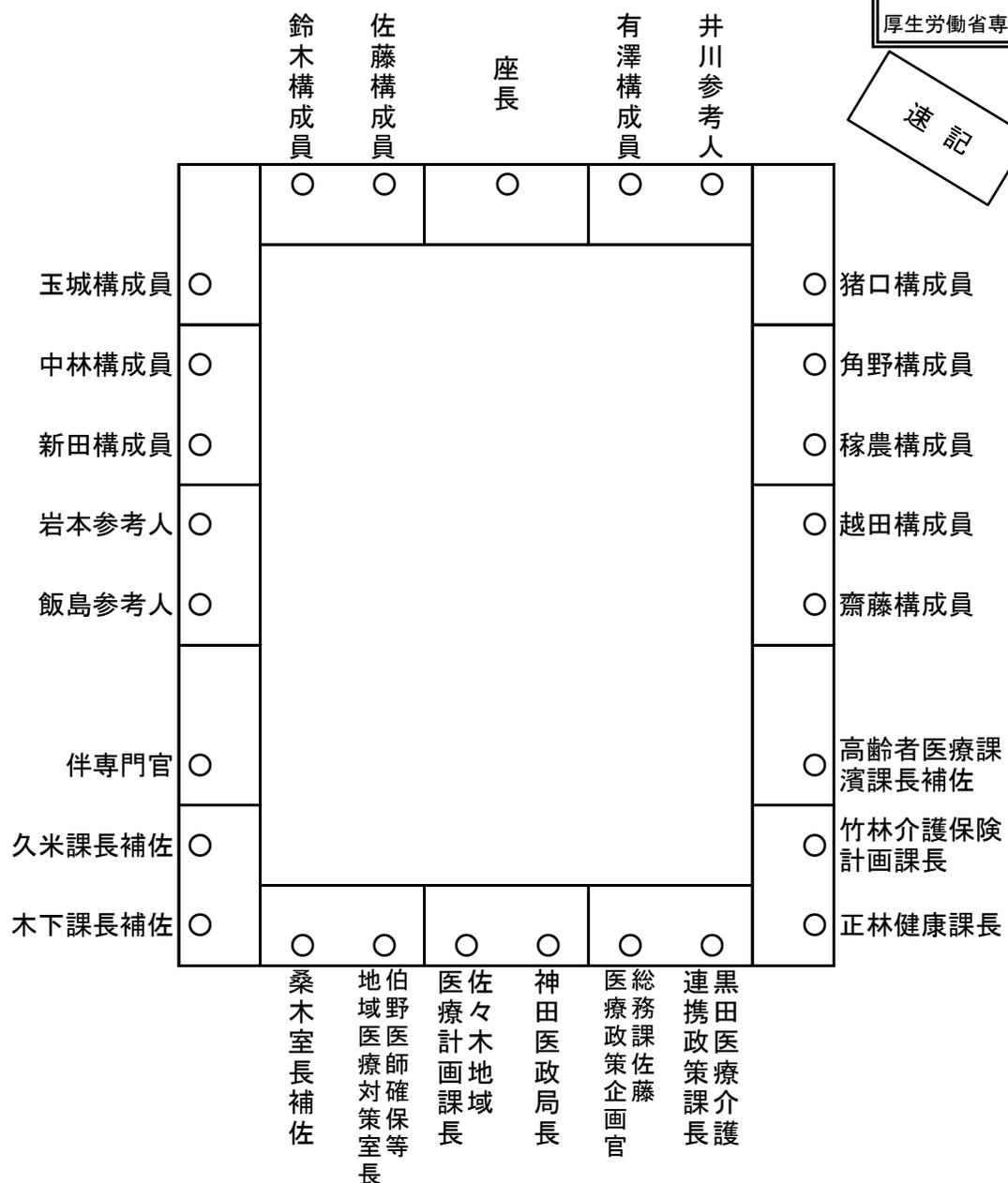
第2回 在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ

平成28年9月2日(金)
10:00~12:00
厚生労働省専用第22会議室(18階)

速記

出入口

随
行
者
席



随
行
者
席

出入口

事務局

傍聴者席

(別紙)

在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ 構成員名簿

(敬称略。五十音順)

氏 名	所 属・役 職
ありさわ けんじ 有澤 賢二	公益社団法人日本薬剤師会常任理事
いけばた ゆきひこ 池端 幸彦	一般社団法人日本慢性期医療協会副会長
いのくち ゆうじ 猪口 雄二	公益社団法人全日本病院協会副会長
かくの ふみひこ 角野 文彦	滋賀県健康医療福祉部次長
かのう かずひさ 稼農 和久	全国健康保険協会本部企画部長
こしだ りえ 越田 理恵	金沢市保健局長
さいとう のりこ 齋藤 訓子	公益社団法人日本看護協会常任理事
さとう たもつ 佐藤 保	公益社団法人日本歯科医師会副会長
すずき くにひこ 鈴木 邦彦	公益社団法人日本医師会常任理事
たなか しげる 田中 滋	慶應義塾大学名誉教授
たまき よしかず 玉城 嘉和	全国有床診療所連絡協議会専務理事
なかばやし ひろあき 中林 弘明	一般社団法人日本介護支援専門員協会副会長
にった くにお 新田 國夫	全国在宅療養支援診療所連絡会会長

前回ワーキンググループにおける主な意見

(在宅医療と介護の整合性について)

- サービス付き高齢者向け住宅の住民に在宅医療の資源が費やされ、他の場所に在宅医療資源が回り切らない状況が起きている。サービス付き高齢者向け住宅の動向もしっかり把握して、在宅医療の計画が立てられるようにしていただきたい。
- サービス付き高齢者向け住宅について、需要と供給の視点のみならず、住民の安全を守るという意味でも、連携が重要。また看取りまで対応するサービス付き高齢者向け住宅もある状況で、これを無視して、在宅医療の議論はできない。
- 療養病床のあり方についての議論が進んでいるが、この議論の動向次第で、在宅医療の需要が変わってくるのではないか。

(現状把握のための指標について)

- サービスの実績に注目した指標を充実させる方向性は重要。
- 医科のみならず、歯科など様々なサービスが必要とされる方々を各地域でどのように把握するか、考え方を整理していただきたい。
- 在宅医療に必要な4つの機能に全て介護支援専門員が関連するため、目標には出てこないが、介護支援専門員の活用を強化することによって、効果的な在宅医療を提供できる環境につながる。
- 在宅医療は各種連携が非常に重要であり、介護支援専門員との連携等が要件となっている退院支援加算を指標にしてはどうか。
- 機能強化型の訪問看護ステーションには、住民への相談体制や、あるいは人材育成という機能もあり、大変良い指標になる。

- 在宅死亡者数がアウトカム指標になっている点に違和感がある。例えばターミナルに近い状態になって、最後の1、2週間にたまたま緊急で入院して、そのまま病院で亡くなったとしても、これも立派な在宅医療をやったことになるのではないか。

(在宅医療の充実のための施策について)

- 市町村によっては病院自体がないところもあり、単独で在宅医療の体制を作っていくのは困難で、都道府県の支援が必須である。
- 二次医療圏内のことであれば、保健所が大きな力になる。
- 行政の支援だけではなく、郡市医師会などの活用も不可欠であり、その視点を入れていただきたい。
- 圏域の設定については、地域ごとに協議の上、地域性に応じた形で柔軟に設定すべきである。
- 県と県医師会が組んで、退院支援ルールというものを全県一括に策定し、これにより介護支援専門員と病院の主治医との連携が進んだ。有効な取組の一つである。
- 提供者側の施策だけではなく、住民が在宅医療の良さを理解していただくことが大事である。
- 基幹病院の急性期中心の病院の医師に、在宅で対応可能な患者像について、わかっていただくことも重要。
- 在宅で療養している小児、精神疾患、障害者の方々も全てが地域包括ケアの範疇であるという意味合いを持って、市町村は対応していかななくてはならない。そうした視点での施策的な指南が必要。

第 2 回 在宅医療及び医療・ 介護連携に関するWG	資料
平成 28 年 9 月 2 日	1 - 2

1. 在宅医療に関する見直しの方向性について(案)

- 前回のワーキンググループにおける議論を踏まえ、在宅医療に係る見直しの方向性について、以下のとおり整理してはどうか。

1. 目標設定について

- 増大する慢性期の医療・介護ニーズに確実に対応していくため、地域医療構想による慢性期・在宅医療等の需要推計を踏まえ、地域の医療機関で対応すべき在宅医療のニーズや、目標とする提供体制(必要な医療機関数やマンパワーなど)について、考え方の記載を求める必要がある。
- 目標とする提供体制の検討にあたっては、
 - ・在宅医療サービスと一部の介護サービスが相互に補完する関係にあることや、
 - ・現状の介護保険施設等の整備状況は地域の実情に応じて異なることに鑑み、都道府県や市町村関係者による協議の場を設置した上で、介護保険事業計画における整備目標と統合的な目標を検討するよう求める必要がある。
- その際、都道府県や市町村関係者の協議が実効的なものとなるよう、例えばサービス付き高齢者向け住宅の整備計画や療養病床の動向など、在宅医療の提供体制を考える上で地域において留意すべき事項や協議の進め方について、今後、国において整理し、都道府県に示していくことが重要である。

2. 指標について

- 在宅医療に必要な医療機能を確実に確保していくため、各医療機能との関係が不明瞭なストラクチャー指標を見直した上で、医療サービスの実績に着目した指標を充実する必要がある。
- また、医療・介護の連携体制について把握するための指標や、高齢者以外の小児や成人に係る在宅医療の体制について把握するための指標を充実する必要がある。
- さらに、在宅で看取りまで実施した症例のみに評価が偏重することのないように、在宅死亡者数のみがアウトカム指標として設定されている点について、看取りに至る過程を把握するための指標を充実する等、見直しを行う必要がある。
- なお、具体的な追加指標等については、上述の趣旨を踏まえつつ、今後、既存調査によるデータ取得が可能か、また継続的なデータ取得が可能かといった点を確認した上で、決定していくこととする。

(参考) 新たな指標の例

- ・在宅患者訪問診療料、往診料を算定している診療所、病院数
- ・24時間体制を取る訪問看護ステーションの数
- ・歯科訪問診療料を算定している診療所、病院数
- ・在宅患者訪問薬剤管理指導料(診療報酬)、居宅療養管理指導費(介護報酬)を算定している薬局、診療所、病院数
- ・退院支援加算を算定している病院、診療所数 等

3. 施策について

- 効果的な施策を講じるためには、在宅医療にかかる圏域の設定と、課題の把握を徹底するよう求める必要がある。
- また、在宅医療の提供者側に対する施策のみに偏重しないよう留意する必要がある。
在宅医療の提供者以外への施策については、例えば、自らの療養方針の選択に資するよう地域住民に対する普及啓発の実施、積極的な退院支援に資するよう入院医療機関に対し在宅医療で対応可能な患者像についての研修の実施などが挙げられる。
- 医療と介護の連携を推進する観点からは、地域支援事業の在宅医療・介護連携推進事業を担う市区町村との連携が重要である。連携にあたっては、地域の医療に精通した医師会等との連携や保健所の活用により、介護や福祉を担う市区町村への支援を行っていく視点が必要である。
- また、在宅医療・介護連携推進事業にかかる8つの取組の中でも、医療に係る専門的・技術的な対応が必要な「(ウ)切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進」や「(オ)在宅医療・介護連携に関する相談支援」、二次医療圏等の広域の視点が必要な「(ク)在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携」などが特に対応が必要な取組と考えられる。これらの取組については、在宅医療にかかる圏域毎の課題に鑑みて、医療計画に記載して確実に達成するよう支援するなど、重点的な対応の視点が必要である。

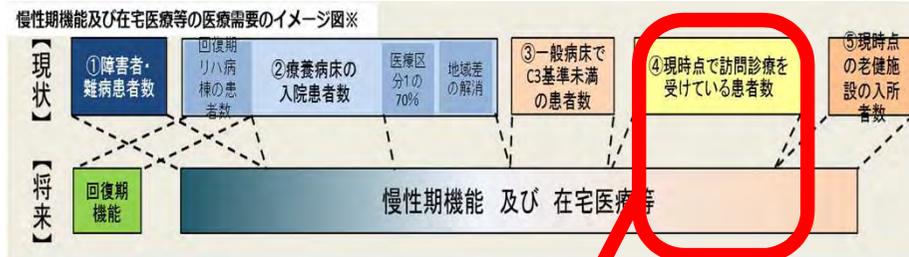
(参考資料) 目標設定に関するもの

在宅医療を受ける患者の今後の動向

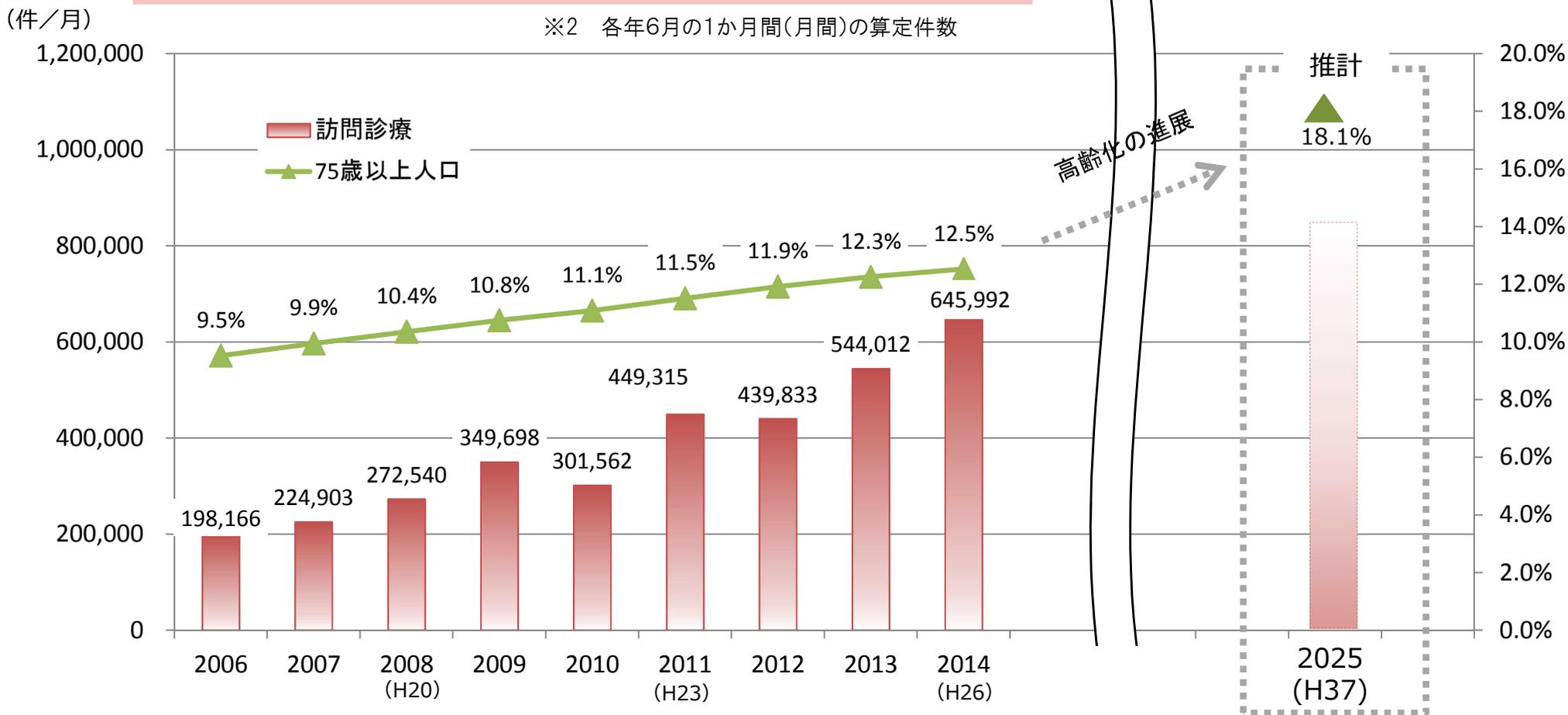
○ 慢性期医療の地域差解消等による、いわゆる追加的な30万人とは別に、高齢化の進展により、訪問診療が必要な患者は今後も増加することが見込まれる。

(注)これに加え、慢性期医療の地域差解消等により、在宅医療等(※1)で追加的に対応が必要な需要が最大で30万人。

※1 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指す。



在宅患者訪問診療の算定件数(月間)※2、75歳以上人口比率の推移



出典：2014年以前は社会医療診療行為別調査(厚生労働省)、人口動態統計(厚生労働省)
 2025年の75歳以上人口比率は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果

介護保険施設・高齢者向け住まい等と訪問診療の関係

○ 診療報酬の視点から、訪問診療や往診のサービス需要を見込むべき施設等は以下のとおり。

在宅患者訪問診療料の対象

※

	介護療養型医療施設	介護老人保健施設	介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)	認知症高齢者グループホーム	サービス付き高齢者向け住宅	有料老人ホーム	軽費老人ホーム	養護老人ホーム	左記以外の自宅、社会福祉施設等
根拠法	旧・介護保険法第8条第26項	介護保険法第8条第27項	介護保険法第8条第26項	老人福祉法第5条の2第6項	高齢者住まい法第5条	老人福祉法第29条	社会福祉法第65条 老人福祉法第20条の6	老人福祉法第20条の4	-
基本的性格	医療の必要な要介護高齢者の長期療養施設	要介護高齢者にリハビリ等を提供し、在宅復帰を目指す施設	要介護高齢者のための生活施設	認知症高齢者のための共同生活住居	高齢者のための住居	高齢者のための住居	低所得高齢者のための住居	環境的、経済的に困窮した高齢者の入所施設	-
医師の配置基準	48:1以上 3名以上	100:1以上 常勤1名以上	健康管理及び療養上の指導を行うために必要な数(非常勤可)	-	-	-	-	-	-
介護保険法上の類型	介護療養型医療施設	介護老人保健施設	介護老人福祉施設	認知症対応型共同生活介護	なし ※外部サービスを活用	特定施設入居者生活介護 ※外部サービスの活用も可		なし ※外部サービスを活用	なし ※外部サービスを活用

※ 介護老人福祉施設においては、死亡日からさかのぼって30日以内の患者(注)及び末期の悪性腫瘍の患者については、在宅患者訪問診療料の算定が可能。
注)当該患者を当該施設で看取った場合に限るなど、さらに一定の条件あり。

各都道府県の医療計画上の目標設定の状況

- 第6次医療計画における在宅医療に関する目標は、都道府県によって多様。
- ストラクチャーに関する目標設定が多いが、目標設定の根拠が希薄なものが多い。

目標の内容		目標を設定した自治体数 (47都道府県中)
ストラクチャーに関するもの	在宅療養支援診療所の増加	24
	訪問看護事業所の増加	19
	訪問薬剤指導を実施する薬局の増加	14
	在宅療養支援歯科診療所の増加	12
	在宅医療(訪問診療、往診等)を実施する医療機関の増加	9
	在宅療養支援病院の増加	9
	退院支援担当者を配置する医療機関の増加	9
	在宅看取りを実施する医療機関の増加	8
その他	在宅死亡率の増加	18
	訪問診療を受けた患者数の増加	10
	訪問看護サービスの利用者数の増加	8
在宅医療に関する数値目標のない都道府県		3

(目標設定の根拠について)

目標設定の根拠	自治体数
単に「増加」とだけ掲げているもの	9
全国平均の値に設定しているもの	8
圏域ごとの最低必要数を設定しているもの (各圏域に1以上など)	4
一定の増加率(または増加数)を設定しているもの	3

在宅医療の体制構築に係る指針(抜粋)

第3 構築の具体的な手順

5 数値目標

都道府県は、良質かつ適切な在宅医療を提供する体制について、事後に定量的な比較評価を行えるよう、「4 課題の抽出」で明確にした課題に対して、地域の実情に応じた目標項目やその数値目標、目標達成に要する期間を設定し、医療計画に記載する。

数値目標の設定に当たっては、各指標の全国データ等を参考にするとともに、基本方針第7に掲げる諸計画に定められる目標を勘案するものとする。

なお、達成可能なものだけを目標とするのではなく、真に医療圏の課題を解決するために必要な目標を設定することとする。

(参考資料)指標に関するもの

医療計画に記載することが求められる指標(在宅医療関係)①

- 「在宅医療の体制構築に係る指針」では、在宅医療に係る現状把握のための指標として、34の指標を提示しているが、大半が在宅医療に必要な4機能全てに関連するものとして設定されており、機能ごとの体制を把握する指標が少ない。
- 医科分野では、在宅療養支援診療所(病院)に関する指標が中心であり、その他の一般診療所、病院に関する指標はない。
- また、医療サービスに関する指標が中心で、介護サービスや、在宅医療と介護の連携に関する指標はない。

	指標名	4つの医療機能				単位
		退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り	
ストラクチャー	在宅療養支援診療所数	◎	◎	◎	◎	(市区町村別)
	在宅療養支援診療所(有床診療所)の病床数	◎	◎	◎	◎	"
	在宅療養支援診療所で在宅医療に携わる医師数	◎	◎	◎	◎	"
	在宅療養支援病院数	◎	◎	◎	◎	"
	在宅療養支援病院の病床数	◎	◎	◎	◎	"
	在宅療養支援病院で在宅医療に携わる医師数	◎	◎	◎	◎	"
	在宅療養支援歯科診療所数	◎	◎	◎	◎	"
	訪問看護事業所数	◎	◎	◎	◎	(都道府県別)
	訪問看護ステーションの従業者数	◎	◎	◎	◎	"
	24時間体制を取っている訪問看護ステーションの従業者数	○	○	○	○	(市区町村別)
	麻薬小売業の免許を取得している薬局数	◎	◎	◎	◎	"
	訪問薬剤指導を実施する薬局数	◎	◎	◎	◎	"
	管理栄養士による訪問栄養指導を提供している事業所数	○	○			"
	居宅療養管理指導を提供している管理栄養士数	○	○			"
	歯科衛生士による訪問指導を提供している事業所数	○	○			"
	居宅療養管理指導を提供している歯科衛生士数	○	○			"
	訪問リハビリテーション事業所数	◎	◎			(都道府県別)

◎：必須指標、○：推奨指標 △：左記以外

医療計画に記載することが求められる指標（在宅医療関係）②

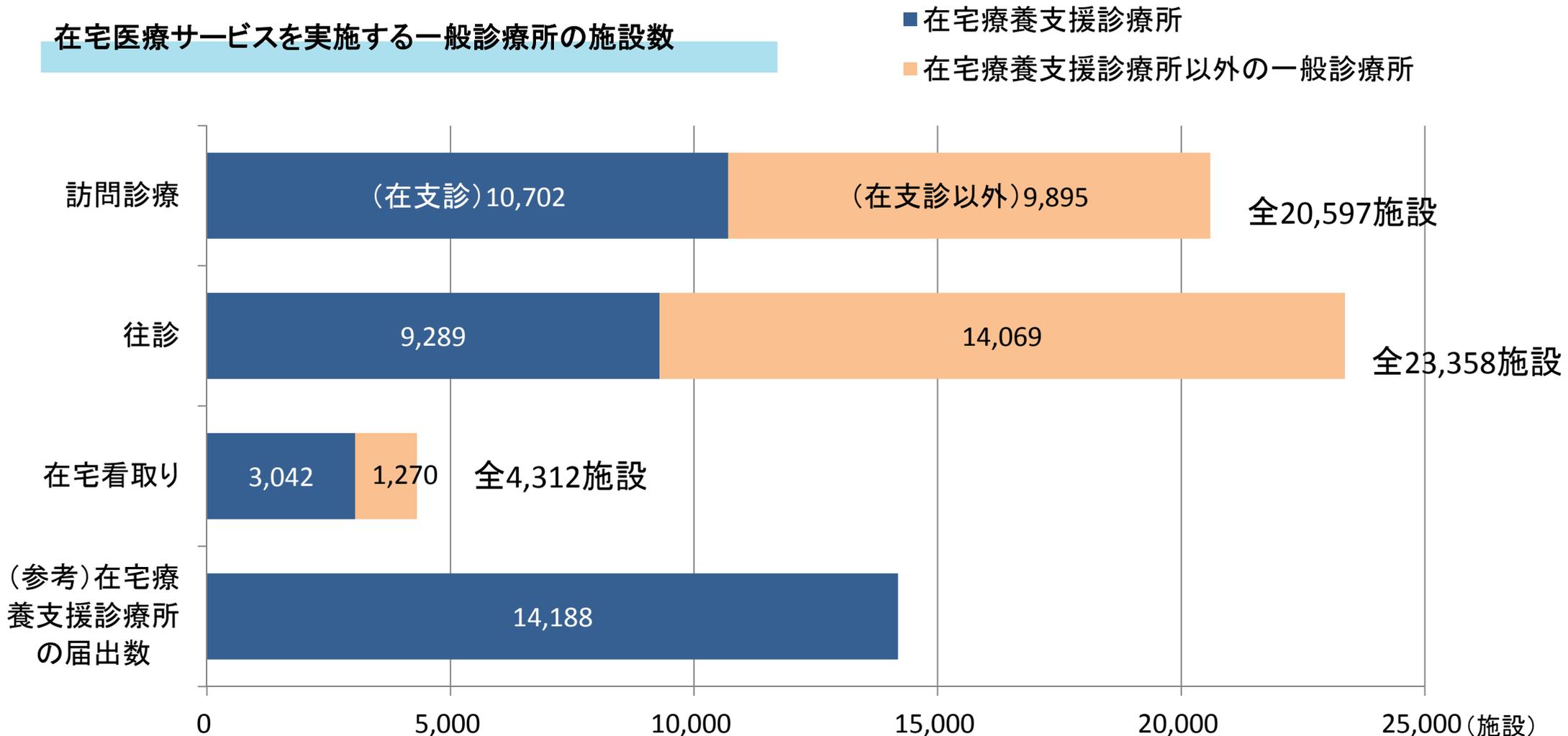
	指標名	4つの医療機能				単位
		退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り	
ストラクチャー	退院支援担当者を配置している診療所・病院数	○				(市区町村別)
	短期入所サービス（ショートステイ）事業所数		○			〃
	在宅看取りを実施している診療所・病院数				○	〃
	ターミナルケアに対応する訪問看護ステーション数				○	〃
	看取りに対応する介護施設数				○	〃
プロセス	退院患者平均在院日数	◎				(都道府県別)
	訪問診療を受けた患者数		○			(二次医療圏別)
	往診を受けた患者数			○		〃
	訪問歯科診療を受けた患者数		△			—
	訪問看護利用者数		○			(二次医療圏別)
	訪問薬剤管理指導を受けた者の数		△			—
	訪問栄養食事指導を受けた者の数		△			—
	訪問歯科指導（歯科衛生士）を受けた者の数		△			—
	小児（乳幼児、乳児）の訪問看護利用者数		○			(都道府県別)
	訪問リハビリテーション利用者数		◎			〃
	短期入所サービス（ショートステイ）利用者数		○			(市区町村別)
アウトカム	在宅死亡者数				○	〃

◎：必須指標、○：推奨指標 △：左記以外

在宅医療サービスを実施する診療所の属性

- 在宅医療サービスを実施する一般診療所の施設数をみると、在宅療養支援診療所(在支診)ではないが、在宅医療サービスを提供する一般診療所が相当数ある。
- 在宅療養支援診療所であっても、全ての在宅医療サービスを実施しているとは限らない。

在宅医療サービスを実施する一般診療所の施設数



在宅医療を担う歯科診療所

- 歯科分野については、在宅療養支援歯科診療所の施設数等が指標として設定されており、同届出数は約6000施設。
- 実際に歯科訪問診療を行っている歯科診療所は約1万施設。

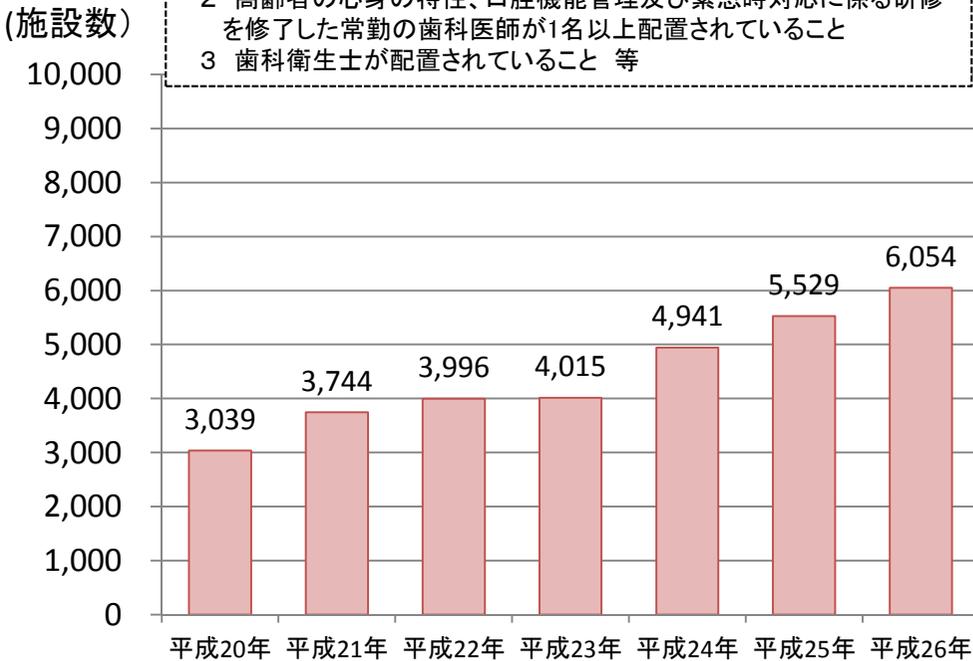
現行の現状把握のための指標例(歯科関係)

	指標名	場面				単位
		退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り	
S	在宅療養支援歯科診療所数	◎	◎	◎	◎	(市区町村別)
	歯科衛生士による訪問指導を提供している事業所数	○	○			(市区町村別)
	居宅療養管理指導を提供している歯科衛生士数	○	○			(市区町村別)
P	訪問歯科診療を受けた患者数		△			—

在宅療養支援歯科診療所

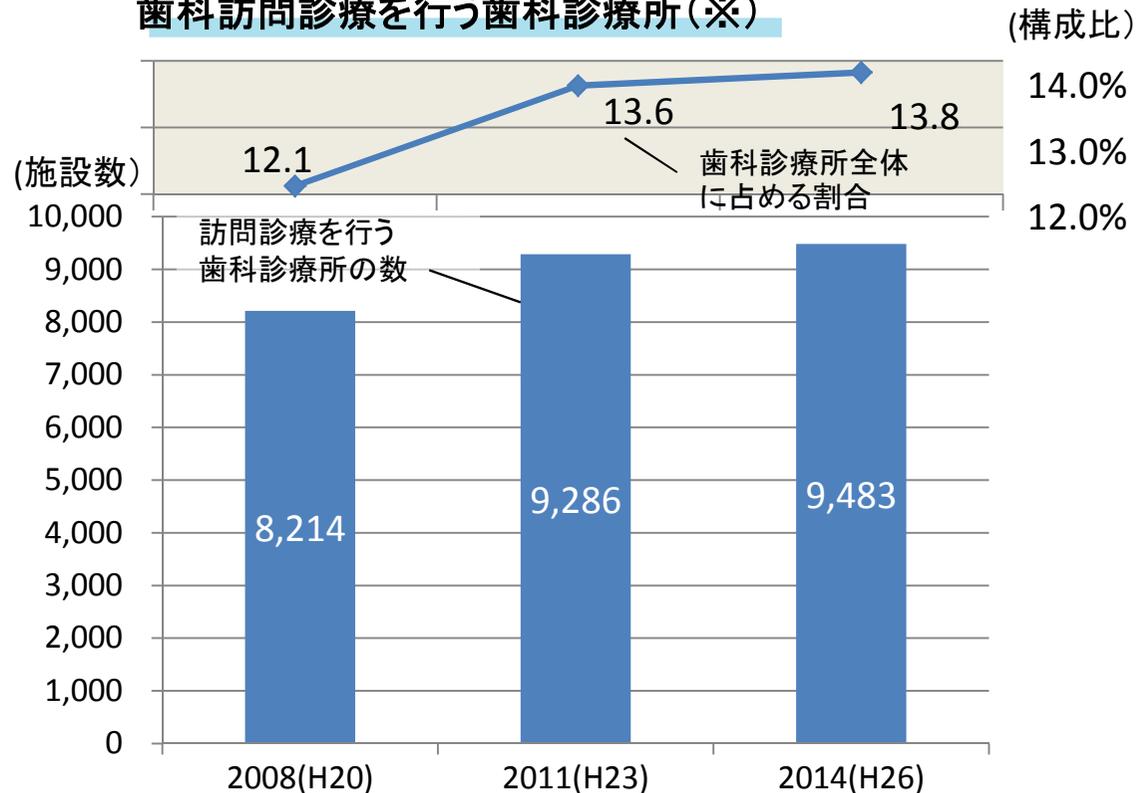
【施設基準】

- 1 歯科訪問診療料を算定していること
- 2 高齢者の心身の特性、口腔機能管理及び緊急時対応に係る研修を修了した常勤の歯科医師が1名以上配置されていること
- 3 歯科衛生士が配置されていること 等



中医協 総-2 (27. 11. 11)より

歯科訪問診療を行う歯科診療所(※)



※患者の自宅(社会福祉施設等を除く)への訪問診療の実績があるもの
出典:平成26年度 医療施設調査

在宅医療を担う薬局①

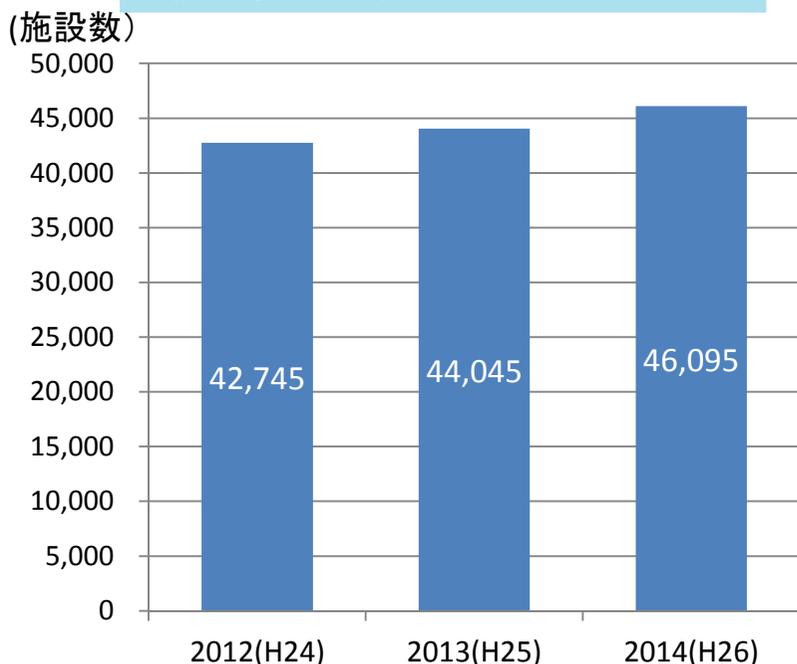
- 薬局に関しては、訪問薬剤指導を実施する薬局数が指標として設定され、診療報酬の在宅患者訪問薬剤管理指導料の届出を行った薬局数が活用されている。同届出数は約46,000施設。
- 実際に訪問薬剤指導を実施(在宅患者訪問薬剤管理指導料(医療保険)、居宅療養管理指導費(介護保険)を算定)している薬局は、医療保険では約3,600施設、介護保険では約11,000施設。

現行の現状把握のための指標例(薬局関係)

	指標名	場面				単位
		退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り	
S	訪問薬剤指導を実施する薬局数(注)	◎	◎	◎	◎	(市区町村別)
	麻薬小売業の免許を取得している薬局数	◎	◎	◎	◎	(市区町村別)
P	訪問薬剤管理指導を受けた者の数		△			—

(注) 在宅患者訪問薬剤管理指導料に係る施設基準届出施設数を指す。

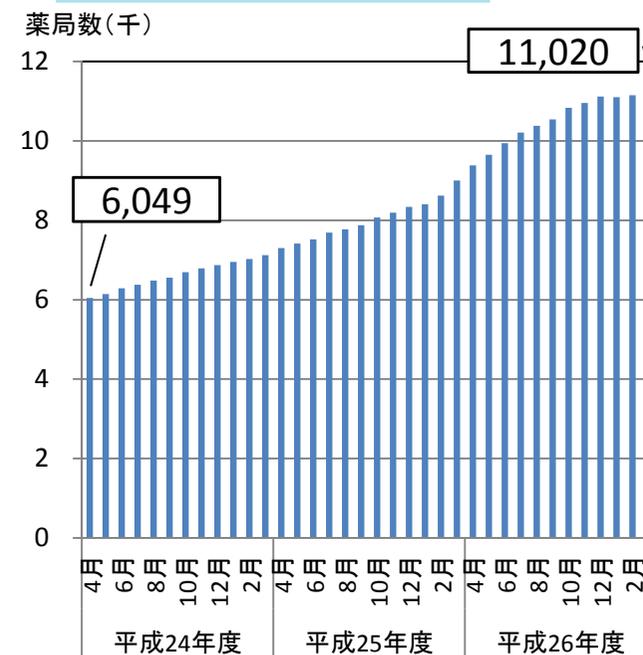
在宅患者訪問薬剤管理指導料に係る施設基準届出施設数



在宅患者訪問薬剤管理指導料算定薬局数(医療保険)



居宅療養管理指導費算定薬局数(介護保険)



(参考資料)施策に関するもの

第6次医療計画の指針「第3 構築の具体的な手順」

- 課題に応じた施策・事業を実施していくことが重要であり、そのためには、医療及び介護資源等の実情に応じた在宅医療に係る圏域を設定した上で、客観的な指標により把握した現状に対する原因分析を、圏域ごとに行う必要。
- 現状把握に必要な指標は指針で例示しているが、圏域の設定や、現状に対する原因分析は、地域の独自の取組が必要。

第5次指針

第6次指針

1 情報の収集

1 現状の把握

2 医療機能の明確化及び圏域の設定に関する検討

2 圏域の設定

3 連携の検討及び計画への記載

3 連携の検討

追加

4 課題の抽出

4 数値目標及び評価

5 数値目標

追加

6 施策

7 評価

追加

8 公表

在宅医療の体制構築に係る指針(抜粋)

2 圏域の設定

- (1) 都道府県は、(中略) 退院支援、生活の場における療養支援、急変時の対応、看取りといった各区分に求められる医療機能を明確にして、圏域を設定する。
- (3) 圏域を設定するに当たって、在宅医療の場合、**医療資源の整備状況や介護との連携のあり方が地域によって大きく変わることを勘案し、従来の二次医療圏にこだわらず、できる限り急変時の対応体制(重症例を除く)や医療と介護の連携体制の構築が図られるよう、市町村単位や保健所圏域等の地域の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定する。**

4 課題の抽出

都道府県は、「第2 医療機関とその連携」を踏まえ、「1 現状の把握」で明確にした現状について、**指標により把握した数値となっている原因の分析を行い、地域の在宅医療の体制の課題を抽出し、医療計画に記載する。**
その際、(中略) **可能な限り医療圏ごとに課題を抽出する。**

5 数値目標

都道府県は、良質かつ適切な在宅医療を提供する体制について、事後に定量的な比較評価を行えるよう、「4 課題の抽出」で明確にした課題に対して、地域の実情に応じた目標項目やその数値目標、目標達成に要する期間を設定し、医療計画に記載する。

6 施策

数値目標の達成には、**課題に応じた施策・事業を実施することが重要**である。都道府県は、「4 課題の抽出」に対応するよう「5 数値目標」で設定した目標を達成するために行う施策・事業について、医療計画に記載する。

在宅医療・介護連携推進事業（介護保険の地域支援事業、平成27年度～）

- 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療推進事業（平成25年度～）により一定の成果。それを踏まえ、介護保険法の中で制度化。
- 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、郡市区医師会等と連携しつつ取り組む。
- 実施可能な市区町村は平成27年4月から取組を開始し、平成30年4月には全ての市区町村で実施。
- 各市区町村は、原則として（ア）～（ク）の全ての事業項目を実施。
- 事業項目を郡市区医師会等（地域の医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。
- 都道府県・保健所は、市区町村と都道府県医師会等の関係団体、病院等との協議の支援や、都道府県レベルでの研修等により支援。国は、事業実施関連の資料や事例集の整備等により支援するとともに、都道府県を通じて実施状況を把握。

○事業項目と取組例

（ア）地域の医療・介護の資源の把握

- ◆ 地域の医療機関の分布、医療機能を把握し、リスト・マップ化
- ◆ 必要に応じて、連携に有用な項目（在宅医療の取組状況、医師の相談対応が可能な日時等）を調査
- ◆ 結果を関係者間で共有



（エ）医療・介護関係者の情報共有の支援

- ◆ 情報共有シート、地域連携パス等の活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援
- ◆ 在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用

（キ）地域住民への普及啓発

- ◆ 地域住民を対象にしたシンポジウム等の開催
- ◆ パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用した、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発
- ◆ 在宅での看取りについての講演会の開催等



（イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

- ◆ 地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握し、課題の抽出、対応策を検討

（オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援

- ◆ 医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターの配置等による、在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営により、連携の取組を支援。

（ウ）切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

- ◆ 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進

（カ）医療・介護関係者の研修

- ◆ 地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じ、多職種連携の実際を習得
- ◆ 介護職を対象とした医療関連の研修会を開催等

（ク）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

- ◆ 同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村等が連携して、広域連携が必要な事項について検討

(ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

地域の医療・介護関係者の協力を得ながら、切れ目なく在宅医療と介護が一体的に提供される体制の構築を目指した取組を行う。



実施内容・方法

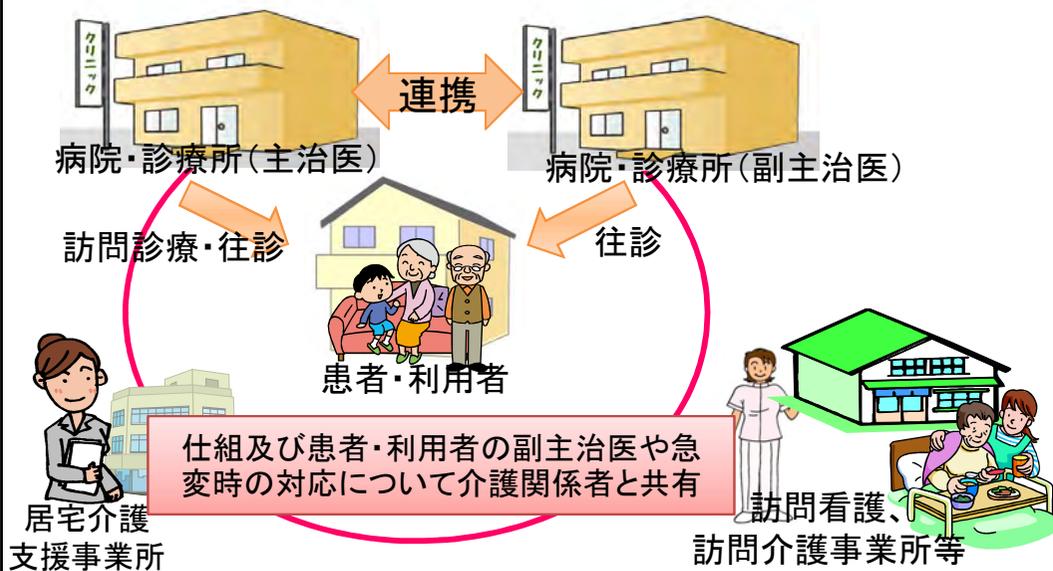
- (1) 地域の医療・介護関係者の協力を得ながら、切れ目なく在宅医療と介護が提供される体制構築のために必要な取組を検討する。
- (2) 検討した必要な取組について、地域の医療・介護関係者の理解と協力を得た上で、実現に向けた着実な進捗管理に努める。

留意事項

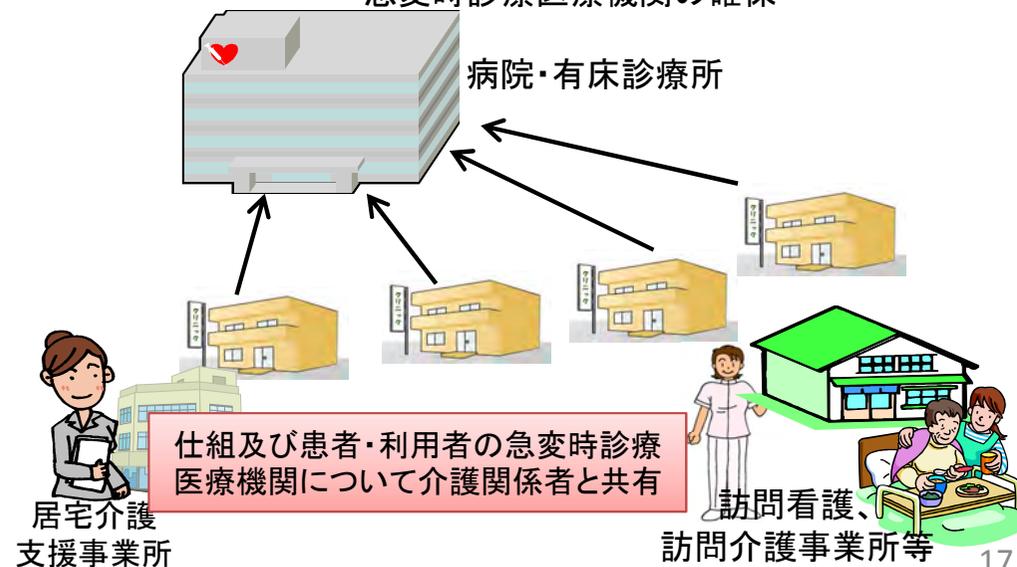
- (1) 地域医療の状況等に関する理解が必要なこと、訪問診療・往診を行う医療機関の協力が求められること等から、取組の検討・実施に当たっては郡市区医師会を始めとした関係団体等に委託して差し支えない。
- (2) 切れ目なく在宅医療と介護を提供するための仕組みは、地域の医療・介護の資源状況等によって異なることから、取組例に限らず、地域の実情に応じて構築することが重要である。

取組例

(取組例) 主治医・副主治医制の導入



(取組例) 在宅療養中の患者・利用者についての急変時診療医療機関の確保



(才) 在宅医療・介護連携に関する相談支援

地域の在宅医療と介護の連携を支援する相談窓口の運営を行い、地域の医療・介護関係者、地域包括支援センター等からの、在宅医療、介護サービスに関する事項の相談の受付を行う。

また、必要に応じて、退院の際の地域の医療関係者と介護関係者の連携の調整や、利用者・患者又は家族の要望を踏まえた、地域の医療機関・介護事業者相互の紹介を行う。



実施内容・方法

- (1) 地域の在宅医療と介護の連携を支援する人材を配置。
- (2) (イ)の会議の活用等により運営方針を策定する。
- (3) 郡市区医師会、地域包括支援センター等の協力を得て、地域の医療・介護関係者に対して、窓口の連絡先、対応可能な時間帯等を周知。
- (4) 地域の医療・介護関係者、地域包括支援センター等からの在宅医療と介護の連携に関する相談の受付、連携調整、情報提供等を実施。

留意事項

- (1) 介護関係者からの相談は、地域包括支援センターとの連携により対応する。地域住民からの相談等は、原則として引き続き地域包括支援センターが受け付けることとするが、実情に応じて、直接地域住民に対応することも差し支えない。
- (2) 必ずしも、新たな建物の設置を求めるものではなく、相談窓口の事務所は、既存の会議室や事務室等の空きスペース等を活用することで差し支えない。ただし、相談窓口の名称を設定し、関係者等に周知すること。
- (3) 看護師、医療ソーシャルワーカーなど医療に関する知識を有し、かつ、ケアマネジャー資格を持つ者など介護に関する知識も有する人材を配置することが望ましい。

(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村等が連携して、広域連携が必要な事項について協議する。



実施内容・方法

- (1) 隣接する市区町村の関係部局、病院関係者、医師会及び介護支援専門員協会等の医療・介護の関係団体、都道府県関係部局、保健所等が参加する会議を開催し、広域連携が必要となる事項について、検討する。
- (2) 検討事項に応じて、当該検討事項に係る関係者の参画する会議の開催を検討する。
- (3) 例えば、情報共有の方法について検討する場合は、都道府県や保健所の担当者の支援のもと、各市区町村の担当者や、医療・介護関係者が集まり、情報共有に関する具体的な方法や様式の統一等について検討する。
- (4) 統一された情報共有の方法や様式等を、連携する市区町村の地域の医療・介護関係者に周知する。

留意事項

市区町村が、当該市区町村の境界を越えて取組を実施するためには、都道府県、都道府県医師会等との協力が不可欠である。特に病院への協力依頼等は、都道府県が支援することが望ましい。また、都道府県等の協力においては、特に医療との接点が多い保健所の協力を得ることも考慮する。

2. 高齢化に伴い増加する疾患への対応について

医療計画における記載すべき疾病及び事業について(現行医療法より)

医療計画

平成28年6月15日
第2回医療計画の見直し等に
関する検討会
資料2より一部改

5疾病

(医療法第30条の4第2項第4号)

生活習慣病その他の国民の健康の保持を図るために特に広範かつ継続的な医療の提供が必要と認められる疾病として厚生労働省令で定めるものの治療又は予防に係る事業に関する事項

(医療法施行規則第30条の28)

疾病は、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病及び精神疾患とする。

5事業[=救急医療等確保事業]

(医療法第30条の4第2項第5号)

次に掲げる医療の確保に必要な事業(以下「救急医療等確保事業」という。)に関する事項(ハに掲げる医療については、その確保が必要な場合に限る。)

- イ 救急医療
- ロ 災害時における医療
- ハ へき地の医療
- ニ 周産期医療
- ホ 小児医療(小児救急医療を含む。)
- ヘ イからホまでに掲げるもののほか、都道府県知事が当該都道府県における疾病の発生の状況等に照らして特に必要と認める医療

- 基本的な考え方
- 地域の現状
- 疾病・事業ごとの医療体制
 - ・ がん
 - ・ 脳卒中
 - ・ 急性心筋梗塞
 - ・ 糖尿病
 - ・ 精神疾患
 - ・ 救急医療
 - ・ 災害時における医療
 - ・ へき地の医療
 - ・ 周産期医療
 - ・ 小児医療(小児救急含む)
 - ・ その他必要と認める医療
- 居宅等における医療の確保
- 病床の機能区分ごとの将来の病床数及び居宅等における医療の必要量
- 地域医療構想の達成に向けた病床の機能の分化及び連携の推進に関する事項
- 病床の機能に関する情報の提供の推進に関する事項
- 医療従事者の確保
- 医療の安全の確保
- 医療提供施設の整備目標
- 基準病床数
- その他医療提供体制の確保に必要な事項
- 事業の評価・見直し

5疾病の考え方

- ・広範かつ継続的な医療の提供が必要と認められる疾病（医療法第30条の4第2項第4号）

具体的な考え方

- ・患者数が多く国民に広く関わるもの
- ・死亡者数が多いなど政策的に重点が置かれるもの
- ・症状の経過に基づくきめ細やかな対応が必要なもの
- ・医療機関の機能に応じた対応や連携が必要なもの

5事業 [救急医療等確保事業] の考え方

- ・医療の確保に必要な事業（「救急医療等確保事業」（医療法第30条の4第2項第5号）

具体的な考え方

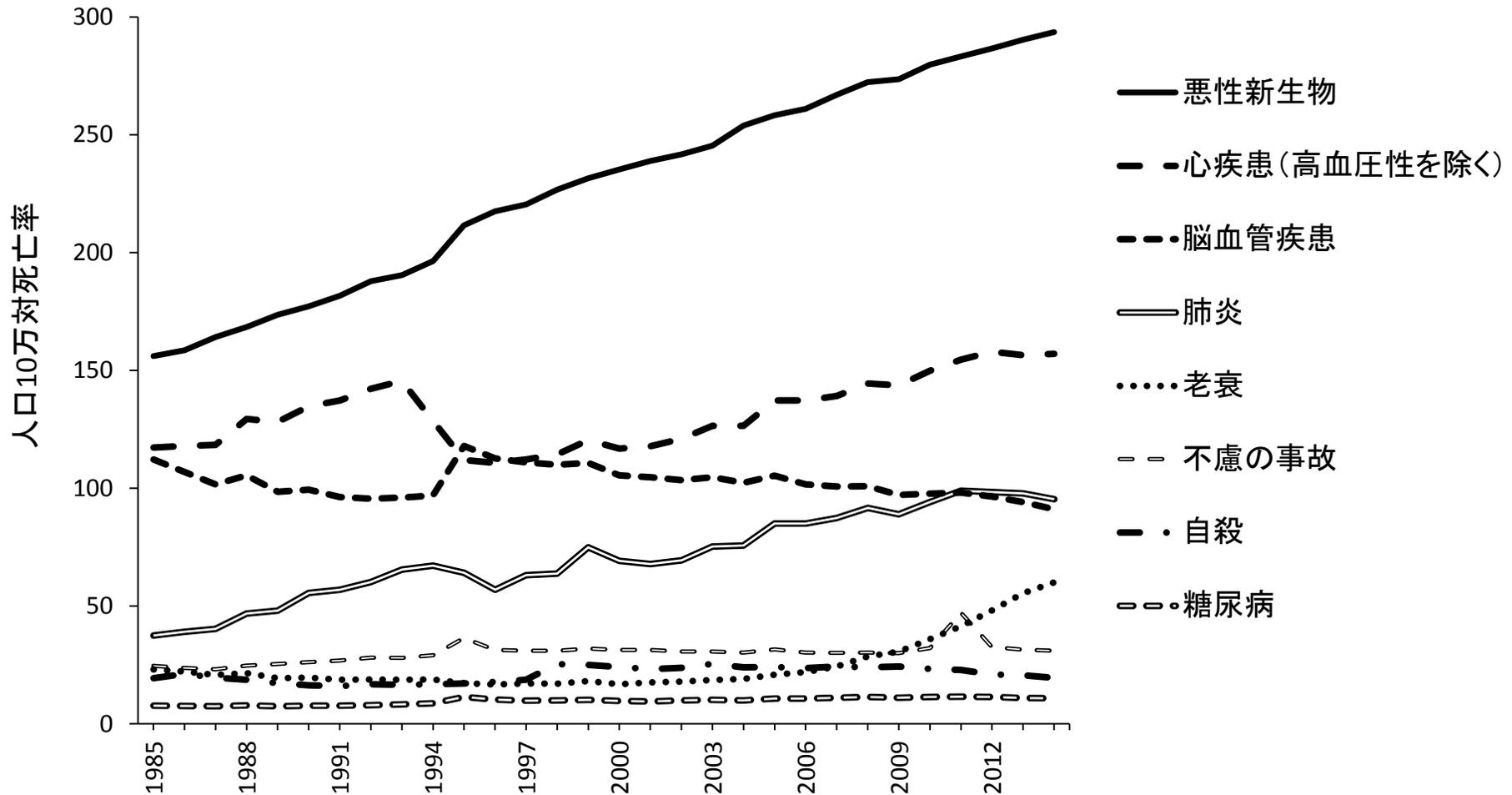
- ・医療を取り巻く情勢から政策的に推進すべき医療
- ・医療体制の構築が、患者や住民を安心して医療を受けられるようになるもの

※ なお、このような考え方から、それぞれの疾病及び事業について、医療計画作成指針では次のことを記載することとしている。

- ①患者動向、医療の現状把握
 - ②必要となる医療機能
 - ③数値目標の設定、必要な施策
 - ④各医療機能を担う医療機関等の名称 等
- （平成24年3月30日付 医政発0330第28号）

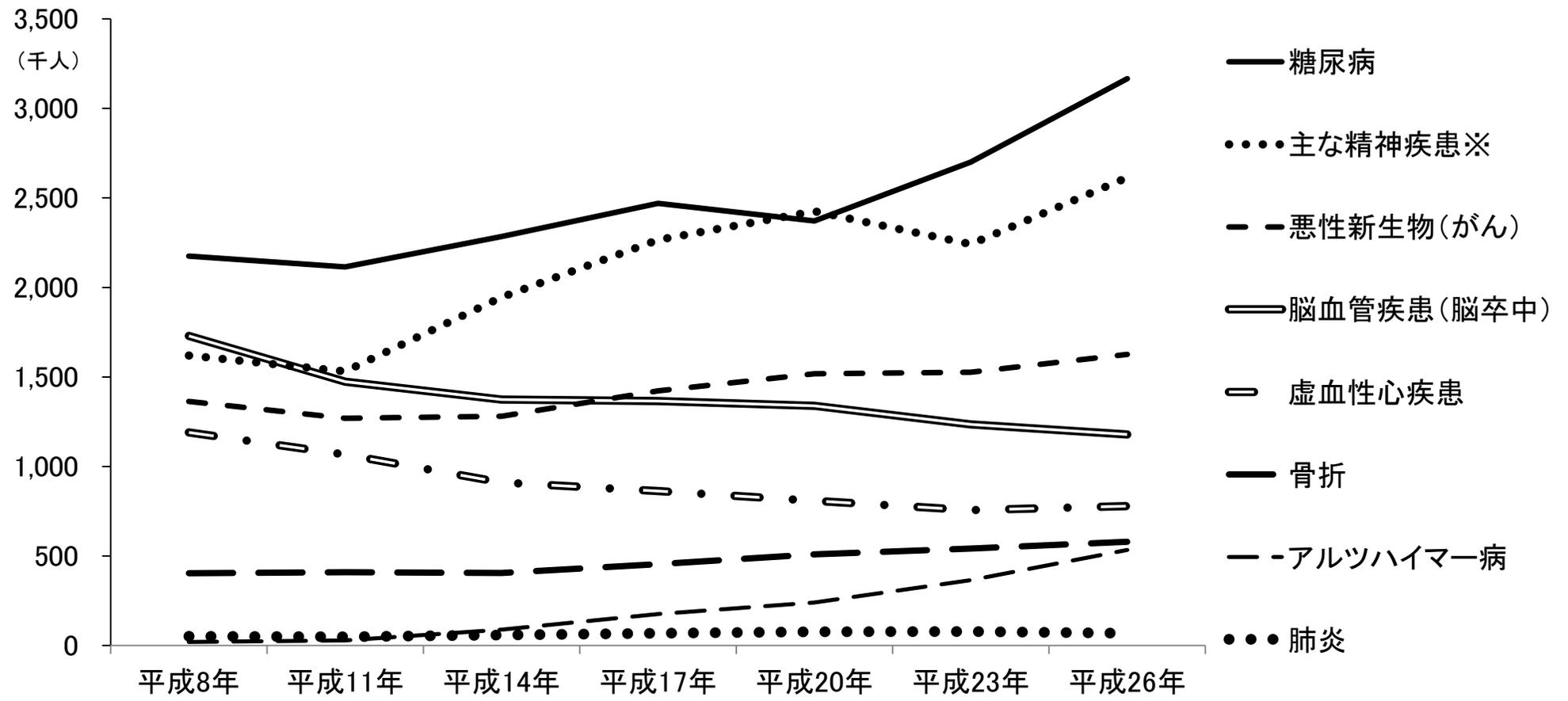
我が国における死亡率の推移(主な死因別)

- 悪性新生物(がん)は、死因の第1位。
- 心疾患は、1985年に第2位となり、1994、95年には一度低下したが、97年からは再び上昇傾向。
- 肺炎は、上昇傾向が続き、2011年には脳血管疾患を抜いて第3位。
- 脳血管疾患は、1985年以降は減少傾向。



傷病別総患者数の年次推移

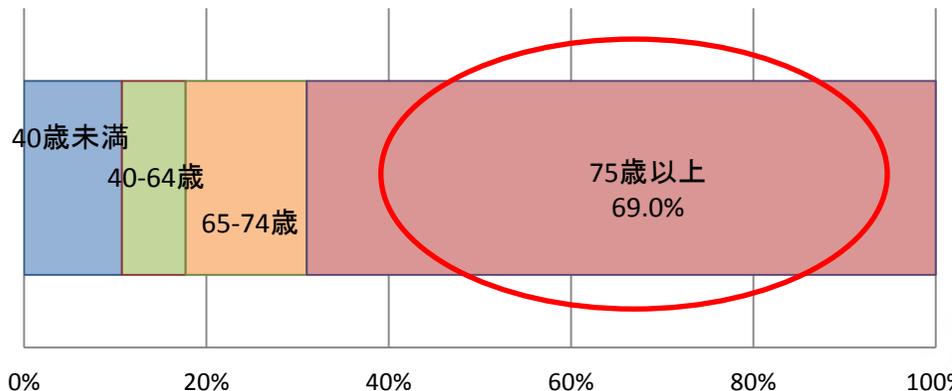
- 平成26年の総患者数としては、糖尿病が300万人と推計され、主な精神疾患（統合失調症、気分障害、神経症性障害等の合計）、悪性新生物（がん）、脳血管疾患、虚血性心疾患が続く。
- 骨折、アルツハイマー病が増加傾向で、肺炎は横ばい。



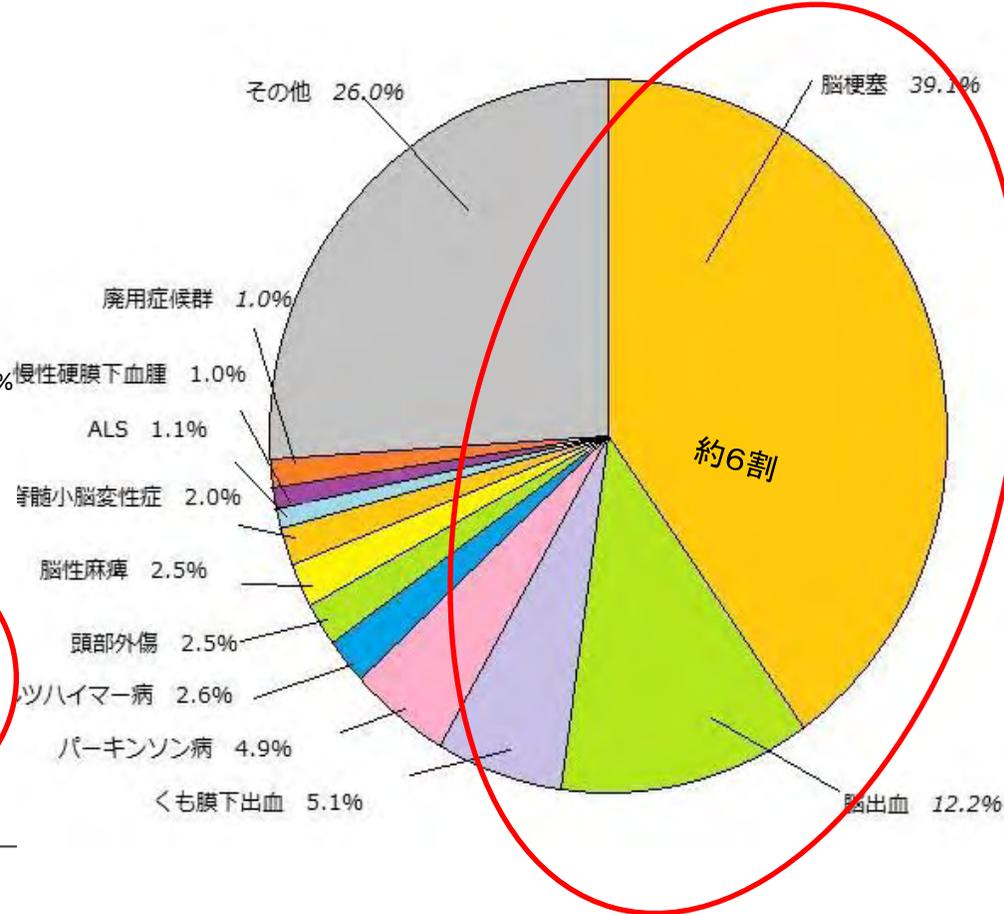
・患者調査(平成8年から平成26年)を元に作成。平成23年は宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値。
 ・総患者数は、次の式により算出する推計(総患者数=入院患者数+初診外来患者数+再来外来患者数×平均診療間隔×調整係数(6/7))
 ※「統合失調症, 統合失調症型障害及び妄想性障害」、「気分[感情]障害」と「神経症性障害, ストレス関連障害及び身体表現性障害」の合計

- 肺炎患者の約7割が75歳以上の高齢者。また、高齢者の肺炎のうち、7割以上が誤嚥性肺炎。
- 誤嚥性肺炎を引き起こす嚥下障害の原因疾患は脳卒中が約6割を占め、脳卒中の後遺症が誤嚥性肺炎の発生に大きく関係していることが示唆される。

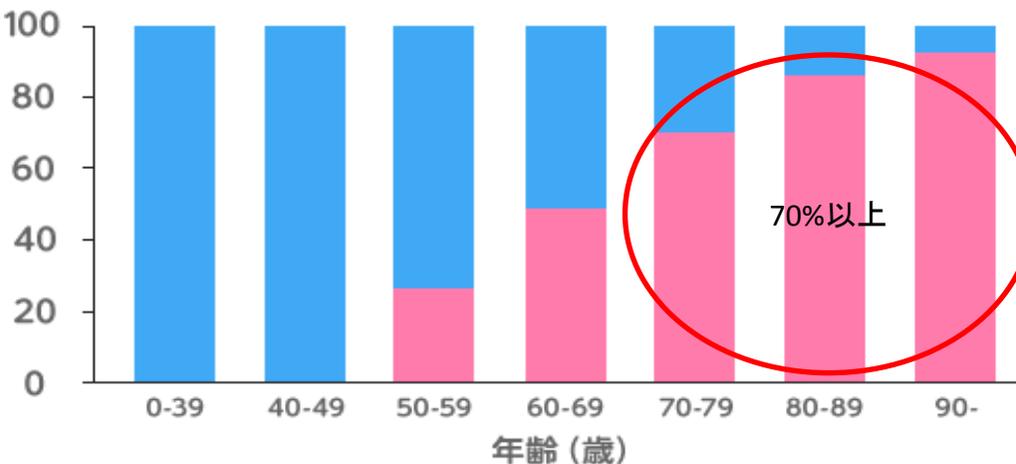
【図1 肺炎患者の年齢構成】



【図3 嚥下障害の原因疾患の割合】



【図2 入院肺炎症例における誤嚥性肺炎の割合】



出典: 図1患者調査、図2Teramoto,2008、図3Yamawaki,2012

医療計画作成にあたって調和をとる他計画等

医療計画の作成に当たっては、他の法律の規定による計画であって医療の確保に関する事項を定めるものとの調和が保たれるようにするとされている。
医療計画について(平成24年3月30日付 医政発0330第28号)

医療の確保に関する内容を含む計画及び医療と密接に関連を有する施策の例

- ① 健康増進法(平成14年法律第103号)に定める基本方針及び都道府県健康増進計画
- ② 高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号)に定める医療費適正化基本方針及び都道府県医療費適正化計画
- ③ がん対策基本法(平成18年法律第98号)に定めるがん対策推進基本計画及び都道府県がん対策推進計画
- ④ 歯科口腔保健の推進に関する法律(平成23年法律第95号)に定める基本的事項
- ⑤ 介護保険法(平成9年法律第123号)に定める基本指針及び都道府県介護保険事業支援計画
- ⑥ 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(平成17年法律第123号)に定める基本指針及び都道府県障害福祉計画

医療計画に記載するその他医療提供体制の確保に関し必要な事項

5疾病・5事業及び在宅医療以外の疾病等について、その患者動向や医療資源等について現状を把握した上で、都道府県における疾病等の状況に照らして特に必要と認める医療等については、次の事項を考慮して、記載する。

医療計画について(平成24年3月30日付 医政発0330第28号)

その他医療を提供する体制の確保に関し必要な事項

(1) 障害保健対策

障害者(高次脳機能障害者、発達障害者を含む。)に対する医療の確保等(都道府県の専門医療機関の確保、関係機関との連携体制の整備等)に関する取組

(2) 結核・感染症対策

- ① 結核対策、感染症対策に係る各医療提供施設の役割
- ② インフルエンザ、エイズ、肝炎などの取組

(3) 臓器移植対策

- ① 都道府県の取組
- ② 相談等の連絡先

(4) 難病等対策

- ① 難病、リウマチ、アレルギーなどの都道府県の取組
- ② 相談等の連絡先

(5) 歯科保健医療対策

- ① 都道府県の取組
- ② 相談等の連絡先

(6) 血液の確保・適正使用対策

- ① 都道府県の取組
- ② 相談等の連絡先

(7) 医薬品等の適正使用対策

- ① 都道府県の取組
- ② 相談等の連絡先
- ③ 治験の実施状況や医薬品提供体制

(8) 医療に関する情報化

医療提供施設の情報システム(電子レセプト、カルテ、地域連携クリティカルパス等)の普及状況と取組

(9) 保健・医療・介護(福祉)の総合的な取組

地域の医療提供体制の確保に当たっては、疾病予防から治療、介護までのニーズに応じた多様なサービスが地域において切れ目なく一貫して提供される、患者本位の医療の確立を基本とすべきである。

このため、疾病予防、介護、公衆衛生、薬事、社会福祉その他医療と密接に関連を有する施策について、連携方策や地域住民への情報提供体制を記載する。

5疾病・5事業に関する論点

地域での医療提供体制の実情を考慮した上で、高齢化の進展等に伴う疾病構造の変化に対応するため、医療計画に記載すべき疾病・事業について、次のような観点から検討することとしてはどうか。

1. 医療計画に記載すべき疾病について

- ・ 医療計画に記載すべき疾病は、広範かつ継続的な医療の提供が必要なこと等の理由から、医療計画以外の他の健康増進計画等と調和を取りながら対策を進める必要がある。
- ・ このようなことを踏まえ、医療計画に記載すべき疾病のあり方について、今後の疾病構造の変化を踏まえ、どのように考えるか。
- ・ 例えば、高齢化の進展に伴い今後さらに増加する疾病については、他の関連施策と調和を取りながら、予防を含めた地域包括ケアシステムの中で対応することとしてはどうか。

2. 医療計画に記載すべき事業について

- ・ 医療計画に記載すべき事業については、地域における医療の確保に必要な基本的なものであり、引き続き現状の5事業について重点的に取り組むこととしてはどうか。

【検討会における主な意見】（平成28年7月15日第3回医療計画の見直し等に関する検討会 参考資料1より抜粋）

- 5事業については、現在の5事業とすることに賛成。
- 5疾病・5事業については、引き続き現行のものを充実させていけばよい。
- 多くの高齢者に必要となる日常的な医療は、二次医療圏よりもう少し小さい単位で対応すべきであって、こうした単位で医療・介護連携を考えることが重要。
- 何らかの生活機能障害をっておられる高齢の方の急性の病気に対する対策は、5疾病・5事業の範疇を超えるのではないか。

<論点>

- ・フレイルやロコモ等、今後高齢化により増加することが想定される疾患等について、医療計画の中で、どのように位置づけていくか。

平成24年7月10日
健康日本21(第2次)より抜粋

○国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針(抄)

第二 国民の健康の増進の目標に関する事項

二 目標設定の考え方

3 社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上

…高齢化に伴う機能の低下を遅らせるためには、高齢者の健康に焦点を当てた取組を強化する必要があり、介護保険サービス利用者の増加の抑制、認知機能低下及びロコモティブシンドローム(運動器症候群)の予防とともに、良好な栄養状態の維持、身体活動量の増加及び就業等の社会参加の促進を目標とする。

〈目標〉

別表第三 社会生活を営むために必要な機能の維持・向上に関する目標

(3) 高齢者の健康

項目	現状	目標
③ロコモティブシンドローム(運動器症候群)を認知している国民の割合の増加	(参考値) 44.4% (平成27年)	80% (平成34年度)

第2回 在宅医療及び医療・ 介護連携に関するWG	資料
平成28年9月2日	2-3

高齢者の低栄養防止・重症化予防等の推進 について

平成28年9月2日

厚生労働省保険局高齢者医療課

III 重点改革事項① 保険者が本来の機能を発揮し、国民が自ら取り組む健康社会の実現

○現役世代からの健康づくりの推進

(1)生活習慣病予防対策(一次予防)

- ・特定健診・特定保健指導の受診率向上に向けた取組を推進し、メタボリックシンドローム該当者の減少や糖尿病有病者の増加を抑制
- ・医療機関における禁煙支援・禁煙治療や健診・保健指導における禁煙支援を一層推進、たばこ税の引上げなど

【インセンティブ改革】

保険制度の
インセンティブ

・健康経営銘柄
・表彰制度 等

【関連産業の振興】

データ
分析

福利厚生
管理

個人の
健康支援

【保険者の強化】

(2)生活習慣病の重症化予防対策(二次予防)

- ・データ分析に基づく、医療機関と連携した糖尿病性腎症の重症化予防(効果額:約0.2兆円)、脳卒中・心筋梗塞の再発予防など(参考資料P15「糖尿病重症化予防事業(協会けんぽの例)」、P16「広島県呉市国保の事例」参照)

インセンティブ改革(制度改革を活用・前倒し実施)

- ・個人の予防・健康づくりに向けた取組に応じてヘルスケアポイントを付与[平成27(2015)年度にガイドライン策定・周知]
- ・予防・健康づくりなど医療費適正化に積極的に取り組む保険者を支援
[平成27(2015)年度から後発医薬品の使用促進・重症化予防など、後期高齢者支援金の加減算制度の新たな指標等を検討]

※データヘルスの実効性を高める保険者規模を確保する取組(参考資料P12「ドイツと日本の保険者」参照)や、保険者におけるレセプトデータ等を活用した重複受診等を防止するための保健指導等も併せて推進

○高齢期の疾病予防・介護予防等の推進

・高齢者の虚弱(「フレイル」)に対する総合対策

[平成28(2016)年度、栄養指導等のモデル事業を実施。食の支援等、順次拡大]

- ・「見える化」等による介護予防等の更なる促進
- ・高齢者の肺炎予防の推進(効果額:約0.1兆円)
- ・認知症総合戦略(新オレンジプラン)の推進

他にも、個別疾患対策による重症化予防も実施
(例)

・C型肝炎に対する医療費助成を通じた重症化予防(効果額:約0.1兆円)

高齢者の虚弱(「フレイル」)について

「フレイル」とは 加齢とともに、心身の活力(例えば筋力や認知機能等)が低下し、生活機能障害、要介護状態、そして死亡などの危険性が高くなった状態。

加齢に伴う変化

- ・食欲の低下
- ・活動量の低下(社会交流の減少)
- ・筋力低下
- ・認知機能低下
- ・多くの病気をかかえている

危険な加齢の兆候(老年症候群)

- ・低栄養
- ・転倒、サルコペニア
- ・尿失禁
- ・軽度認知障害(MCI)

フレイルの多面性

閉じこもり、孤食

社会的

身体的

精神的

低栄養・転倒の増加
口腔機能低下

意欲・判断力や認知
機能低下、うつ

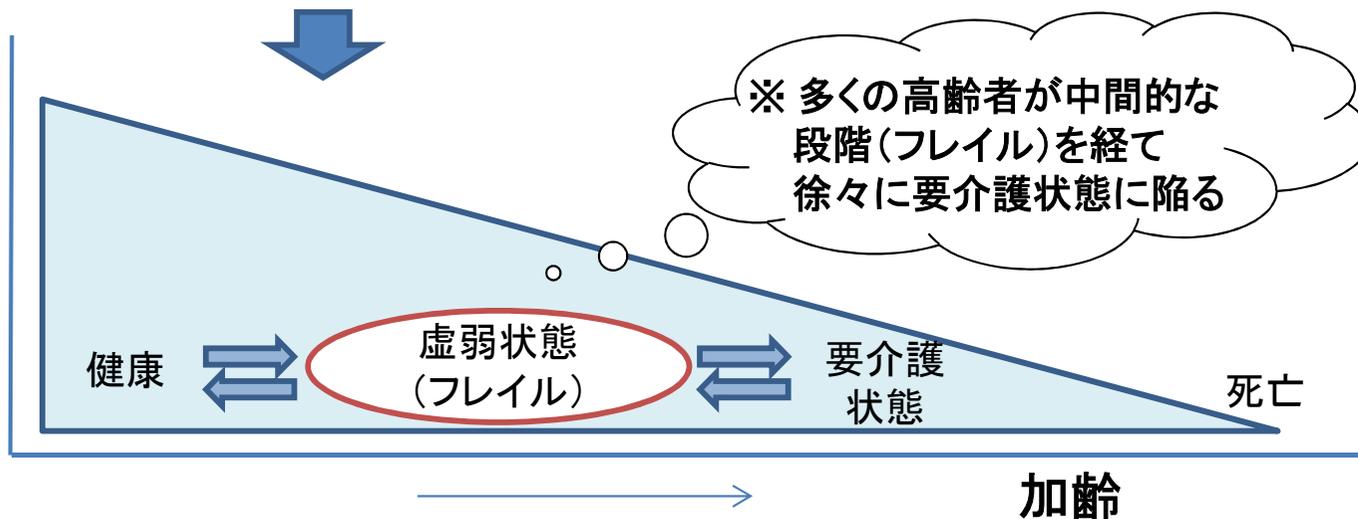
フレイルは、適切な介入・支援により、生活機能の維持向上が可能。

【今後の取組】

- 医療・介護が連携したフレイルの多面性に応じた総合的な対策の検討が必要。
- メタボ対策からフレイル対応への円滑な移行。

- ① フレイルの概念及び重要性の啓発
- ② フレイルに陥った高齢者の適切なアセスメント
- ③ 効果的・効率的な介入・支援のあり方
- ④ 多職種連携・地域包括ケアの推進

自立



経済・財政再生計画 改革工程表(抄)

(平成27年12月24日経済財政諮問会議決定)

	2014・2015年度	集中改革期間				2019年度	2020年度～	KPI (第一階層)	KPI (第二階層)
		2016年度		2017年度	2018年度				
インセンティブ改革	通常国会	概算要求 税制改正要望等	年末	通常国会					
	<⑩高齢者のフレイル対策の推進>	<p>後期高齢者の特性に応じて、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のモデル事業を実施</p> <p>効果的な栄養指導等の研究</p>				本格実施		低栄養の防止の推進など高齢者のフレイル対策に資する事業を行う後期高齢者医療広域連合数【47広域連合】	

経済財政運営と改革の基本方針2016(抄)

(平成28年6月2日閣議決定)

(健康づくり・疾病予防・重症化予防等の取組推進)

- ・ 高齢者のフレイル対策については、保険者が参照するガイドラインの作成・周知や先駆的な好事例を踏まえた効果的な事業の全国展開等により、更に推進する。

後期高齢者の保健事業の充実について

- 高齢者のフレイル対策をはじめ、後期高齢者の特性に応じた保健事業の充実を推進。

[現状]

① 健康診査

- 全広域連合で実施。受診率は26.0%（平成26年度）。市町村等に委託。
- 基本的に腹囲測定を除き特定健診（若年者）と同じ項目。

② 健診以外の保健事業

- 健診以外に、
 - ・歯科健診
 - ・重複・頻回受診者等への訪問指導
 - ・ジェネリック医薬品使用促進に向けた取組 などを実施。

③ 保健事業の実施体制

- 全広域連合で保健事業実施計画を策定済。

[充実の方向性]

- 生活習慣病等の重症化予防、心身機能の低下に伴う疾病の予防のため、高齢者の心身の特性に応じた保健指導等の実施を推進。

◎国保法等改正法による改正後の高齢者の医療の確保に関する法律

第125条 後期高齢者医療広域連合は、高齢者の心身の特性に応じ、健康教育、健康相談、健康診査及び保健指導並びに健康管理及び疾病の予防に係る被保険者の自助努力についての支援その他の被保険者の健康の保持増進のために必要な事業を行うように努めなければならない。

（平成28年4月1日施行）

- 平成28年度から、栄養、口腔、服薬などの面から、高齢者の特性にあった効果的な保健事業として、専門職による支援をモデル実施。

※効果検証を行い、平成30年度からの本格実施を目指す。

- 更に、ワーキングチームを設置し、高齢者の保健事業のあり方、効果的な支援方法の検討を実施し、効果的な保健事業のガイドラインを策定予定。

高齢者の低栄養防止・重症化予防等の推進

平成28年度予算 3.6億円(新規)

経済財政運営と改革の基本方針2015(平成27年6月30日閣議決定)

(インセンティブ改革)

民間事業者の参画も得つつ**高齢者のフレイル対策を推進する。**

(公的サービスの産業化)

民間事業者も活用した保険者によるデータヘルスの取組について、中小企業も含めた企業による健康経営の取組との更なる連携を図り、健康増進、重症化予防を含めた疾病予防、重複・頻回受診対策、後発医薬品の使用促進等に係る好事例を強力に全国に展開する。

概要

- 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のため、高齢者の特性を踏まえた保健指導等を実施。
- 後期高齢者医療広域連合において、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、対応の必要性が高い後期高齢者に対して相談や訪問指導等を実施。
〈例〉 ・低栄養、過体重に対する栄養相談・指導 ・摂食等の口腔機能低下に関する相談・指導 ・外出困難者への訪問歯科健診
・複数受診等により服用する薬が多い場合における服薬相談・指導 等

推進のための事業イメージ

保健センター 地域包括支援センター



診療所・病院



薬局



歯科医院



訪問看護ステーション



専門職

訪問指導

相談



被保険者

低栄養・過体重、
摂食等の口腔
機能、服薬など

(参考) 高齢者の特性(例: 虚弱(フレイル))

加齢とともに、心身の活力(例えば筋力や認知機能等)が低下し、生活機能障害、要介護状態、そして死亡などの危険性が高くなった状態。

加齢に伴う変化

- ・食欲の低下
- ・活動量の低下(社会交流の減少)
- ・筋力低下
- ・認知機能低下
- ・多くの病気をかかえている

危険な加齢の兆候(老年症候群)

- ・低栄養
- ・転倒、サルコペニア
- ・尿失禁
- ・軽度認知障害(MCI)

フレイルの多面性

閉じこもり、孤食

社会的

身体的

精神的

低栄養・転倒の増加
口腔機能低下
意欲・判断力や
認知機能低下、
うつ

適切な介入・支援により、生活機能の維持向上が可能。 5

「後期高齢者の保健事業のあり方に関する研究」(ポイント)

《平成27年度厚生労働科学特別研究事業(班長:鈴木隆雄(国立長寿医療研究センター理事長特任補佐))》

1. 高齢者の心身機能の特性

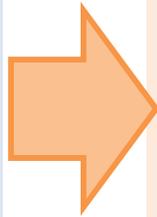
○ 後期高齢期にはフレイルが顕著に進行。

※「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ため、本報告書では「加齢とともに、心身の活力(運動機能や認知機能等)が低下し、複数の慢性疾患の併存などの影響もあり、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」と定義している。

○ 慢性疾患を複数保有し、加齢に伴う老年症候群も混在。 包括的な疾病管理が重要。

○ 医療のかかり方として、多機関受診、多剤処方、残薬が生じやすいという課題。

○ 健康状態や生活機能、生活背景等の個人差が大きい。



2. 左記特性を踏まえた後期高齢者の保健事業の在り方・方向性

○ 現役世代の肥満対策に重点を置いた生活習慣病対策からフレイルに着目した対策に徐々に転換することが必要。

○ 生活習慣病の発症予防というよりは、生活習慣病等の重症化予防や低栄養、運動機能・認知機能の低下などフレイルの進行を予防する取組がより重要。

○ 高齢者の特性に応じた健康状態や生活機能の適切なアセスメントと適切な介入支援が必要。

○ したがって、医療保険者としては、介護予防と連携しつつ、広域連合が保有する健診、レセプト情報等を活用しながら、個人差が拡大する後期高齢者の状況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(栄養指導など)に取り組むことが適当。

○ 後期高齢者は慢性疾患の有病率が高く、疾病の重症化予防や再入院の防止、多剤による有害事象の防止(服薬管理)が特に重要であるため、医療機関と連携して保健事業が実施されることが必要。

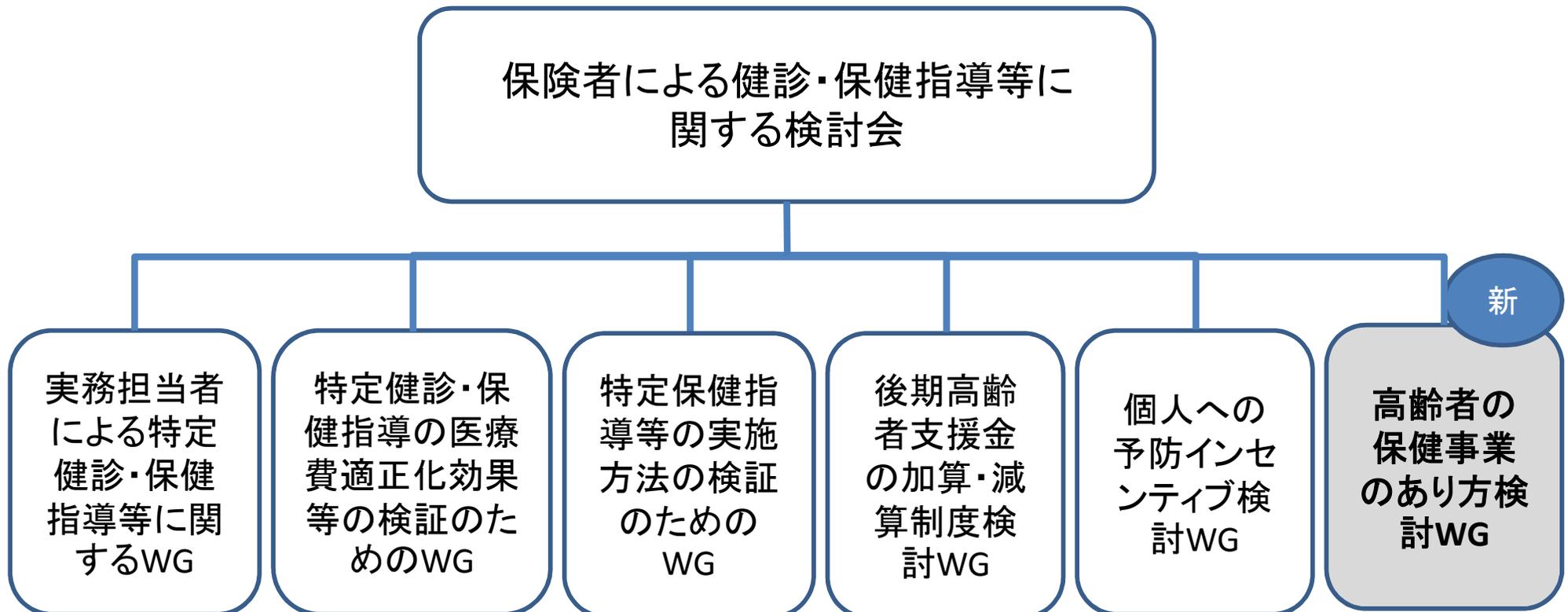
高齢者の保健事業のあり方検討ワーキンググループ(WG)について

○ 平成28年度から、「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」の下に、新たなワーキンググループとして、「高齢者の保健事業のあり方検討WG」を設け、高齢者の保健事業のあり方について、さらに具体的な検討を進める。

※ 平成27年度厚生労働科学研究特別研究(鈴木班)をベースとして、医療関係者や保険者などの関係者を含め、より効果的、実効性等のある保健事業のあり方を議論、検討。

※ 構成員は、保険者、医療関係者及び学識経験者を想定。

○ あり方の検討に加え、高齢者の特性を踏まえた効果的な保健事業のガイドラインを策定し、広域連合や市町村の保健事業の推進を図る。



高齢者の特性に応じた保健事業の進め方について

時 期	実 施 事 項
平成27年度	<p>「後期高齢者の保健事業のあり方に関する研究」 (平成27年度厚生労働科学特別研究事業) [班長:鈴木隆雄(国立長寿医療研究センター理事長特任補佐)]</p>
平成28年度	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: 45%;"> <p style="text-align: center;">高齢者の低栄養防止・ 重症化予防等の推進事業 (3.6億円)</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: 45%;"> <p style="text-align: center;">高齢者の保健事業のあり方 検討ワーキンググループ</p> <p>平成28年度(6、7月～)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保健事業のあり方の検討 ・モデル事業ヒアリング(先進的な取組の実態把握) ・ガイドライン(暫定版)の作成 </div> </div>
平成29年度	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: 45%;"> <p style="text-align: center;">高齢者の低栄養防止・ 重症化予防等の推進事業</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: 45%;"> <p>平成29年度</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業の効果検証を通じたガイドラインの作成、策定 </div> </div>
平成30年度	<p>フレイル対策をはじめとした 高齢者の特性に応じた保健事業の本格実施(全国展開)</p>

神奈川県大和市の取組（概要）

- 国保や後期高齢者医療の被保険者のうち、低栄養状態の高齢者や糖尿病性腎症の方を対象とした訪問栄養指導を実施し、栄養状態の改善や重症化予防を図る取組を実施。(①低栄養改善事業②糖尿病性腎症透析予防事業)

①低栄養改善事業

- 低栄養状態又はそのおそれのある在宅高齢者に、管理栄養士が訪問指導を行い、低栄養の状態の改善や重症化予防を図る。
- 基本チェックリストからBMI18.5未満、体重減少2～3kg以上/6か月に該当する人を抽出。管理栄養士が6か月の間に3回、訪問等による栄養指導を実施。
- 109人(うち後期高齢者66人)に対し実施(H25～27年度)。
平成25、26年度の実施事業においては約5割の人に体重増加(+1kg以上)が見られた(未実施地域の約3倍に相当する改善効果)。



②糖尿病性腎症の透析予防事業

- 糖尿病性腎症の対象者に訪問指導を実施。病状の安定と透析導入予防を図る。
- 健診受診者から腎機能低下が認められた人(慢性腎不全ステージ3～4)を抽出。管理栄養士が6か月の間に3回、訪問等による栄養指導を実施。
- 83人(うち後期高齢者60人)に対し実施(H26・27年度)。
平成26年度の実施事業においては、8割の人に腎機能の維持・改善が見られた(未実施者の1.5倍に相当する改善効果)。実施した人について、実施前後を比較すると、1人あたり年間53,200円に相当する医療費(国保)が減少した。また、透析導入となった人はいなかった。

医療計画における ロコモティブシンドローム対策の重要性

日本整形外科学会前理事長、九州大学名誉教授、九州労災病院院長

岩本幸英

日本臨床整形外科学会理事長

田辺秀樹

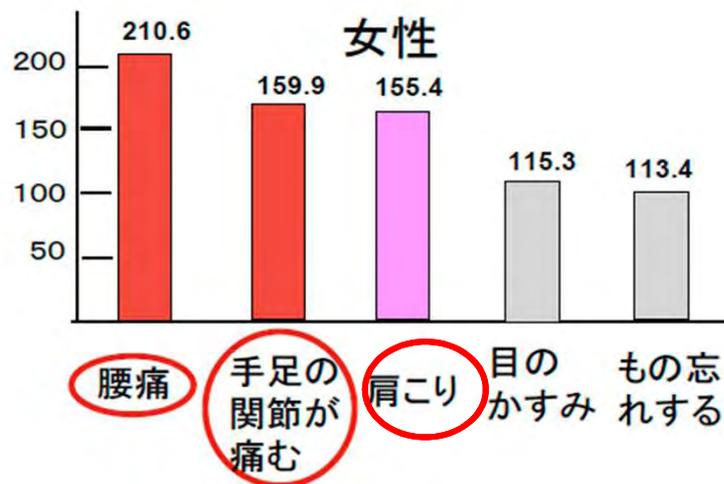
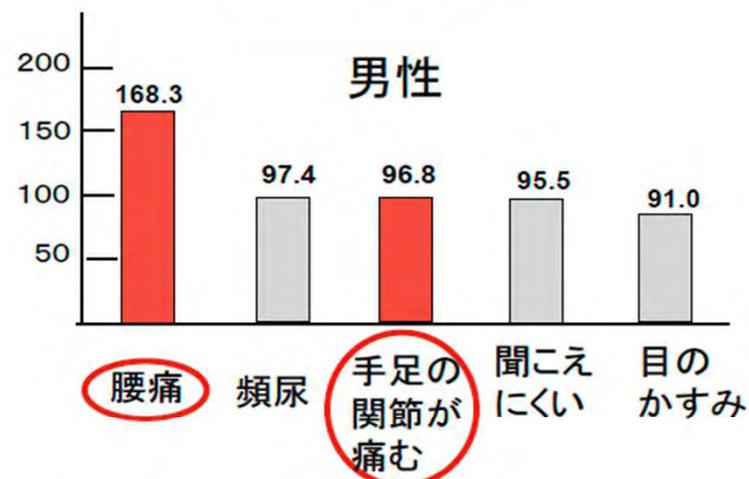
運動器疾患の患者はきわめて多い。

運動器疾患の症状が、日本国民の愁訴の上位を占めている。

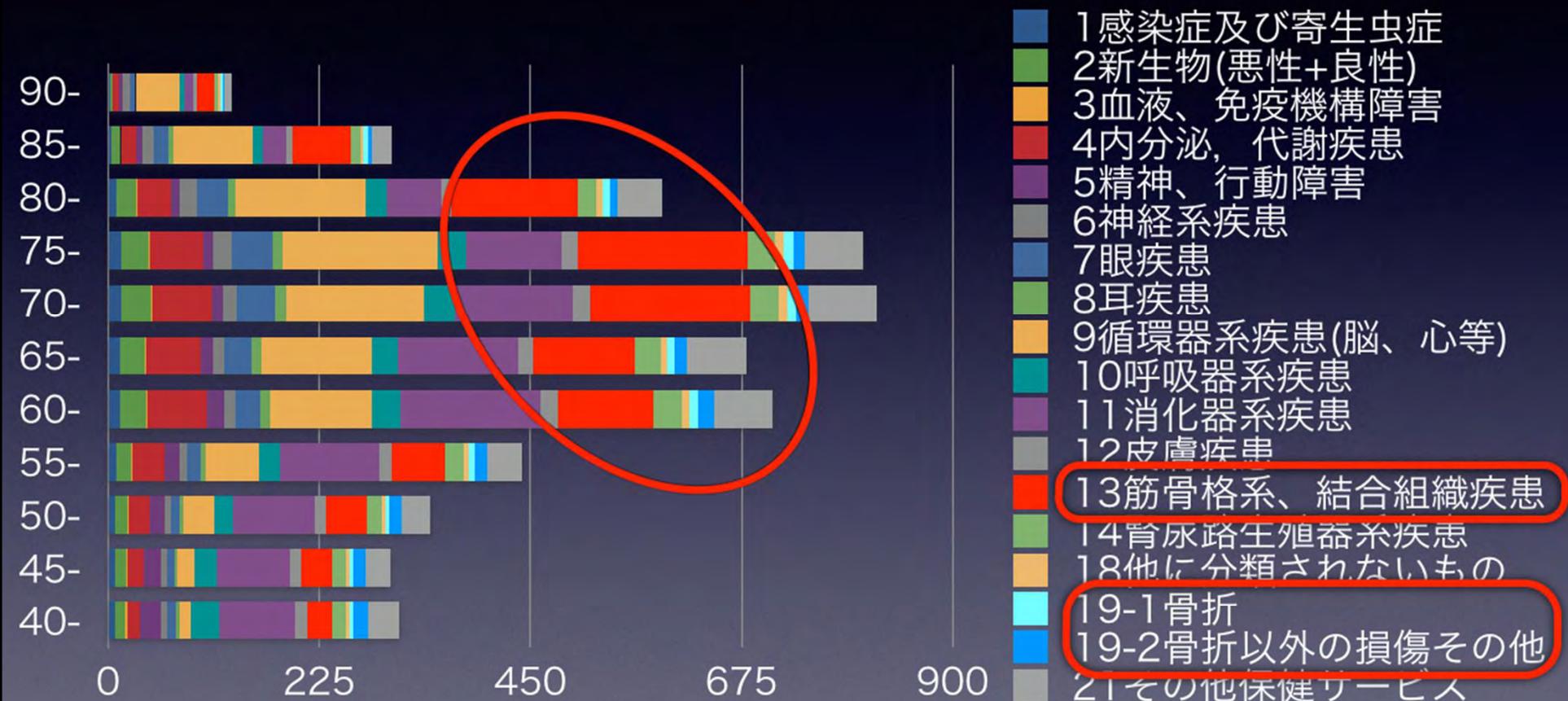
65歳以上高齢者の男女別にみた有訴者率
(複数回答可。人口1000人あたり)

(資料:厚生労働省
「平成22年国民生活基礎調査」)

有訴者率



年齢階級別傷病分類別外来患者数 (平成23年調査)



60歳以上では、運動器疾患の患者が最も多い。

2009年のコホート研究の結果、変形性膝関節症、変形性脊椎症、骨粗鬆症のうち少なくとも一つ以上を有する国民は約4700万人、全てを合併する国民は約530万人と推計され、国民に広く関わる疾患となっている。

疾患名	総数	男性／女性
変形性腰椎症	3790	1890／1900
変形性膝関節症	2530	860／1670
骨粗鬆症(腰椎)	640	80／560
骨粗鬆症(大腿骨頸部)	1070	260／810
上記3疾患・1つ以上	4700	2100／2600
上記3疾患・2つ以上	2470	990／1480
上記3疾患・すべて	540	110／430

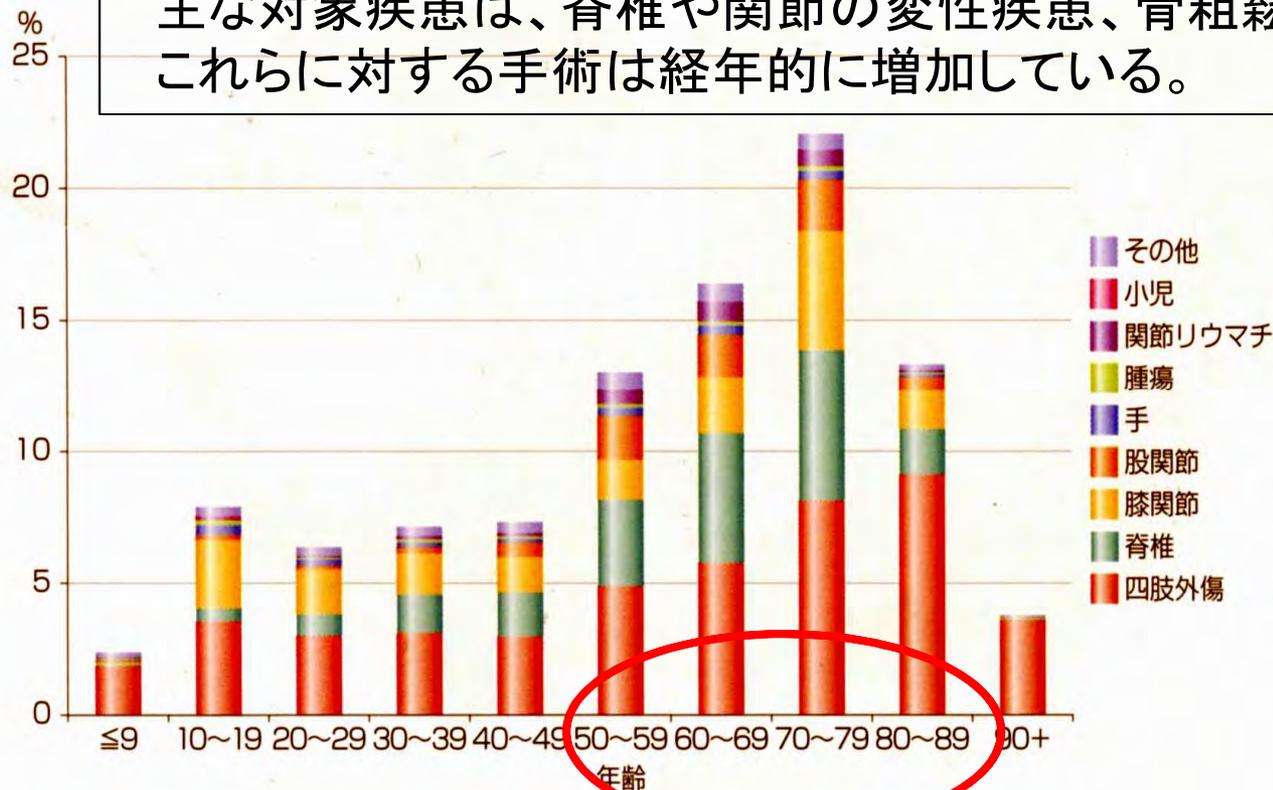
治療の流れ

骨折以外はまず保存療法、保存療法が無効であれば手術。
日整会新患調査→新患患者に対し、保存療法:手術=9:1

全国手術調査の結果(日本整形外科学会)

高齢者に対する手術が多い。

主な対象疾患は、脊椎や関節の変性疾患、骨粗鬆症関連骨折。
これらに対する手術は経年的に増加している。

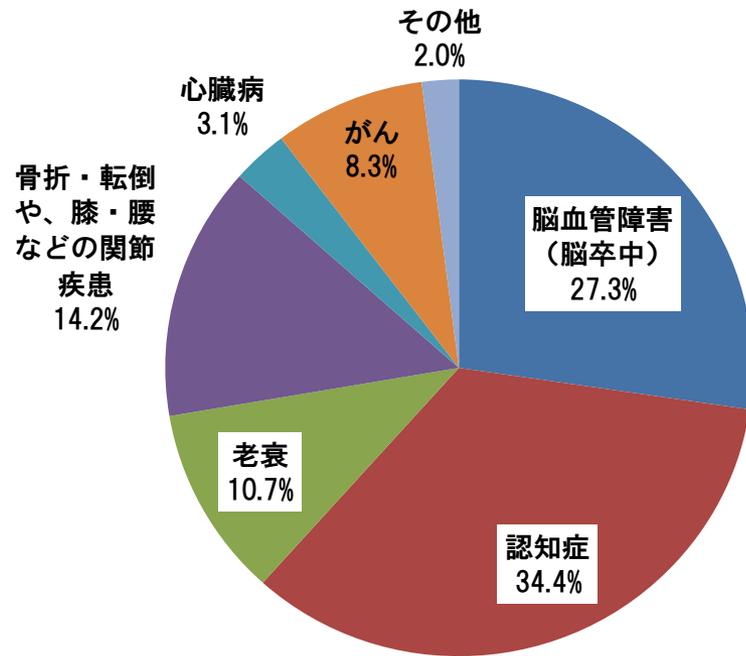


整形外科の入院手術と年齢(2006~2007)

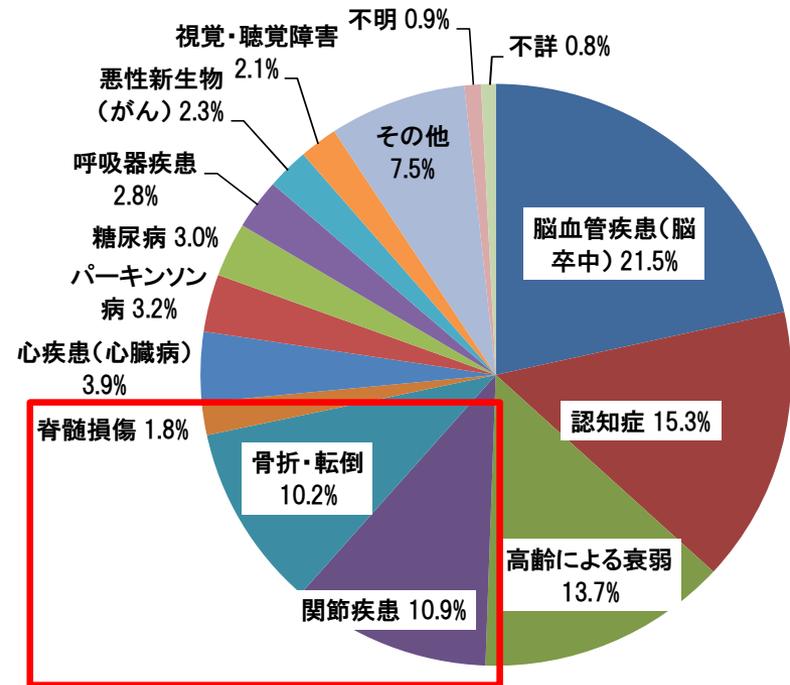
Kadano Y et al. J Orthop Sci 15:162-170,2010

要支援・要介護の要因 運動器疾患は、合算すると22.9%で第1位

要支援・要介護要因：意識



要支援・要介護要因：実態



平成22年度国民生活基礎調査より

運動器疾患は、国民の「健康寿命」の阻害因子
 今後は、生活習慣病に加え、運動器疾患を念頭に置いた対策が必要である。

ロコモティブシンドローム

平成19年(2007年)に
日本整形外科学会が提唱

運動器の障害によって、移動機能(*1)の低下をきたした状態(*2)

*1:歩行、立ち座りなどの移動に関わる機能

*2:進行すると介護が必要になるリスクが高くなる。

ロコモの原因と対策

①加齢による筋力低下(特に体幹・下肢筋力)

②加齢によるバランス能力低下

①②は、トレーニングで予防(ロコトレ)

サロン型(集団)、在宅型(個別)のいずれでも効果あり。

(介護保険制度、在宅医療の重要なテーマ)

③運動器疾患(変形性関節症、脊柱管狭窄症、骨粗鬆など)

医療機関を受診し、早期に適切な診断・治療を受ける。

医療連携が重要。

保存療法はかかりつけ医、手術は急性期病院。(6)

(急性期病院で手術→回復期病院でリハ→自宅・施設)

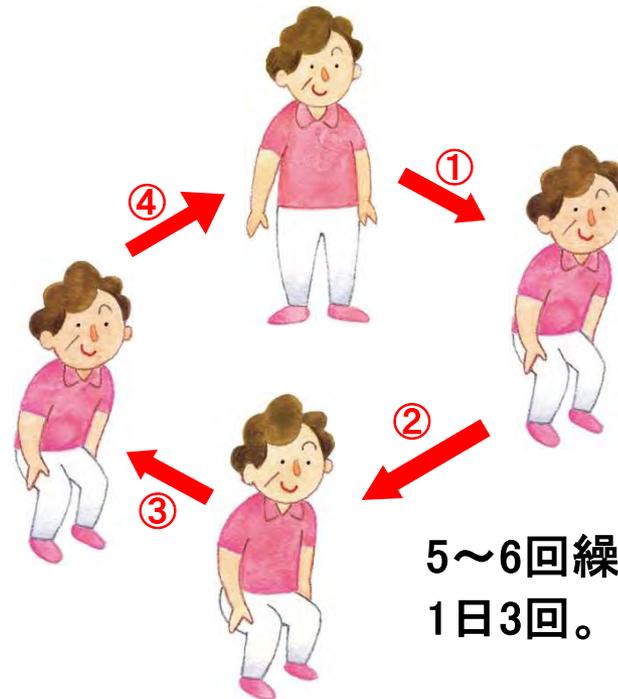
ロコトレの実際

開眼片脚立ち



左右1分間ずつ、
1日3回。

スクワット



5~6回繰り返す。
1日3回。

ロコトレの効果

(1) 半年間の開眼片脚立ちで、転倒頻度が2/3に減少。

Sakamoto A et al. J Orthop Sci 11:467-472,2006

(2) 2-3ヶ月のロコトレで、高齢者の運動機能が改善する。

石橋英明,藤田博暁. Osteoporosis Japan 19:391-397,2011

Aoki K et al. Acta Med Okayama 69:245-253, 2015

健康日本21(第2次)

ロコティブシンドローム(運動器症候群)を認知している
国民の割合の増加

現状(平成24年)
(参考値)17.3%

平成34年
80%

平成28年3月の調査では、47.3%に上昇

足腰に痛みのある高齢者の割合の減少(千人あたり)

現状(平成22年)

男性 265人

女性 371人

平成34年

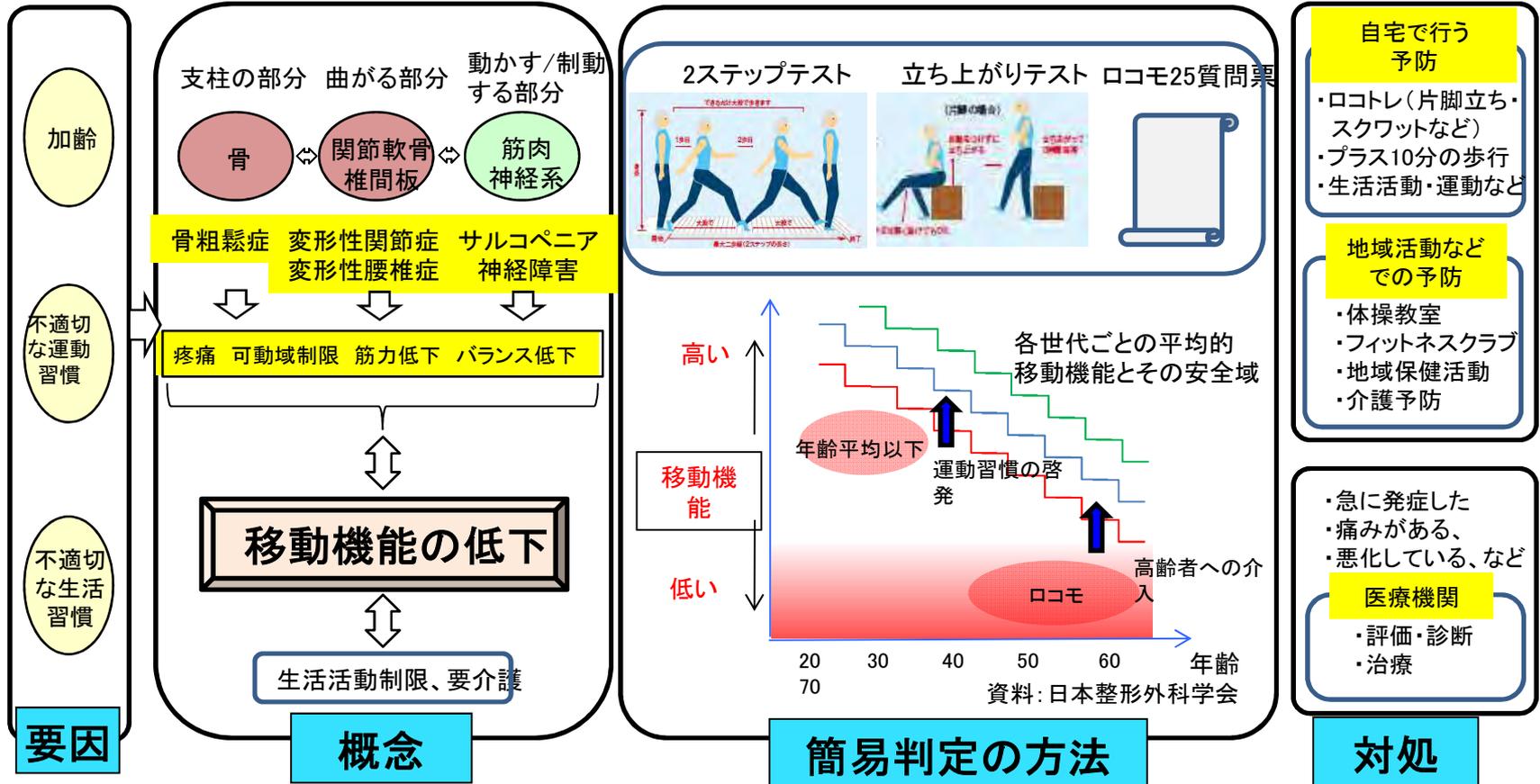
男性 240人

女性 340人

運動器の障害によって、移動機能(*1)の低下をきたした状態(*2)

*1: 歩行、立ち座りなどの移動に関わる機能

*2: 進行すると介護が必要になるリスクが高くなる。



ロコモ啓発活動は、全国に浸透しつつある。

都道府県：ロコモティブシンドローム普及啓発に関する研修会

市町村職員、保健所職員、介護予防支援センター職員



ロコモコーディネーター

平成29年度末までに、介護サービスが市町村事業に移行する。

→各自治体が、予防体操などを指導する「指導員、普及員」を養成

→「ロコモコーディネーター」の対象者は、地域包括支援センター、医療機関、介護施設に所属する医療系、介護系の有資格者に限定

ロコモメイトプログラム

一般市民のロコモ予防伝道者の養成



ロコモとフレイルの関係性

フレイルは、身体的だけでなく、精神・神経的、社会・経済的な要素まで幅広く含む概念。われわれのロコモ対策は、身体的側面にターゲットを絞った対策である。

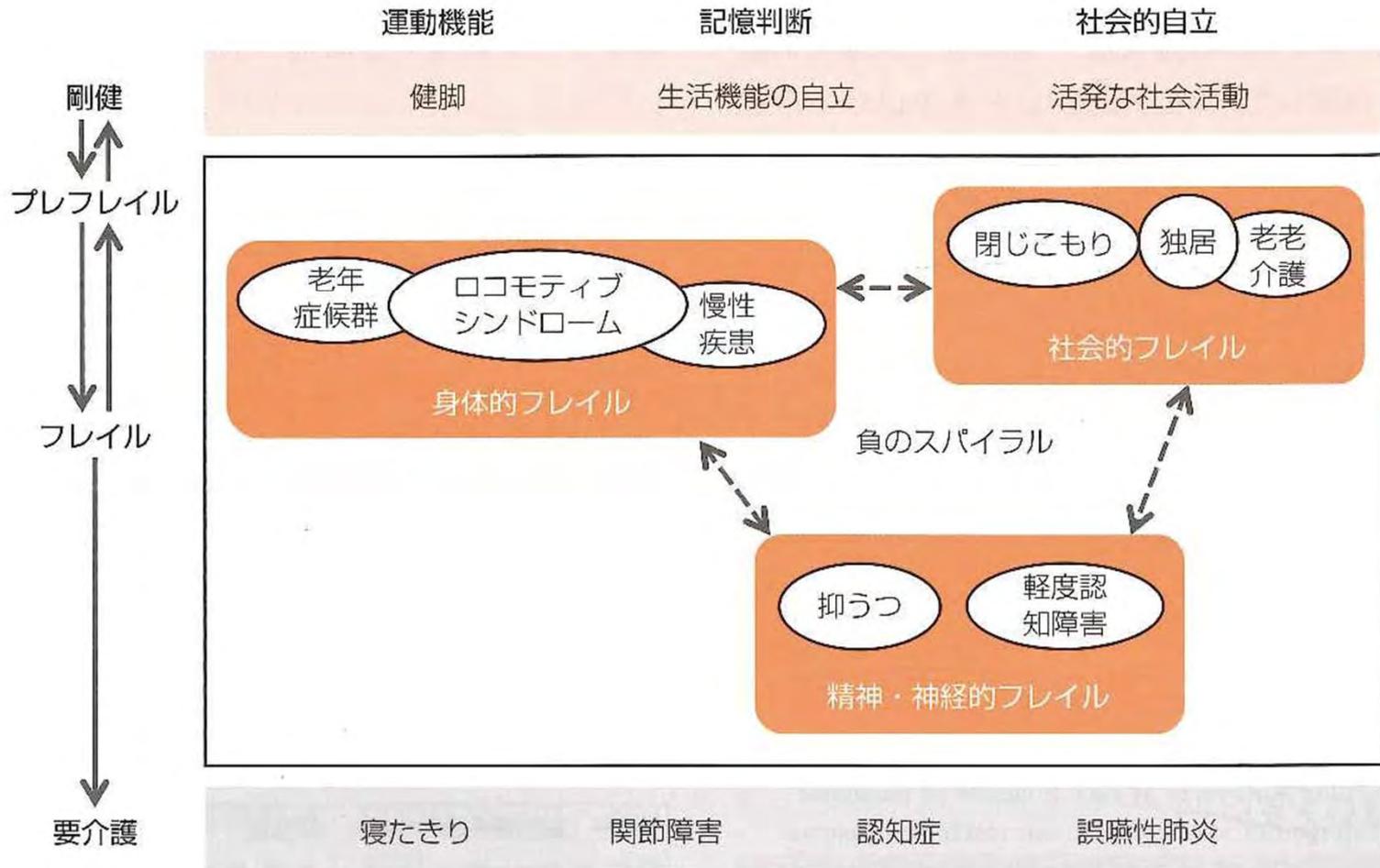
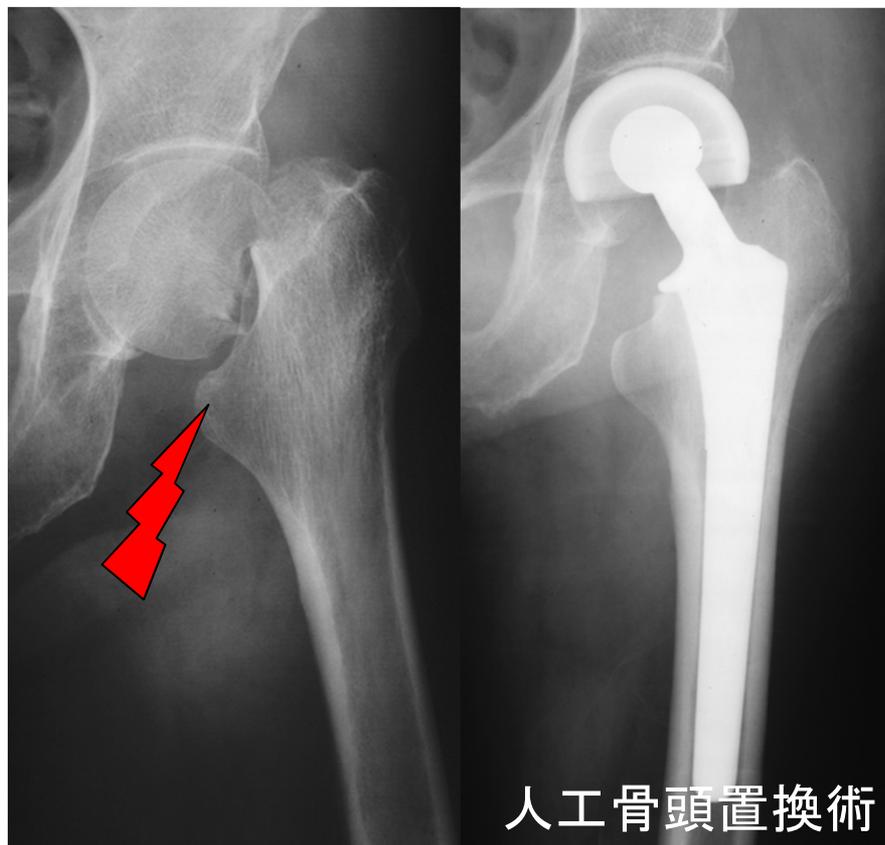


図2 フレイルとロコモの関係

(11)

救急医療の対象となり
生命予後を悪化させるロコモの原因疾患

骨粗鬆症関連骨折



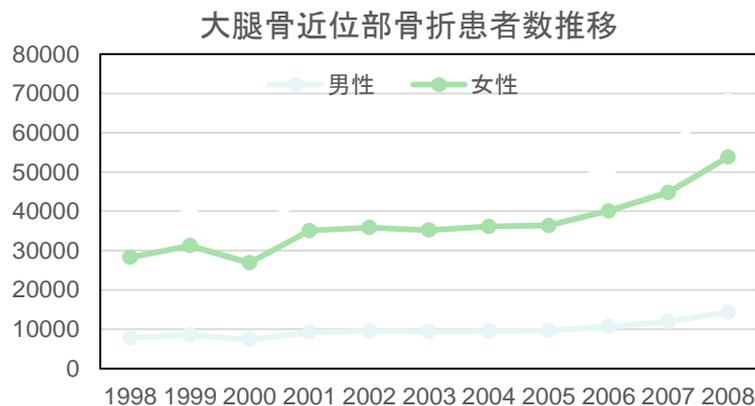
人工骨頭置換術

大腿骨近位部骨折



脊椎圧迫骨折

わが国では、骨粗鬆症による大腿骨近位部骨折は年毎に増加



骨粗鬆による脊椎圧迫骨折も増加

日整会 骨粗鬆症委員会
大腿骨近位部骨折 全国調査結果 2012年発生例調査結果より

日本人の骨粗鬆症性椎体骨折発生率は欧米白人と比して高い

—日本人では、欧米白人に比べて骨粗鬆症性骨折の中で椎体骨折の占める割合が大きい。

藤原佐枝子, *HORMONE FRONTIER IN GYNECOLOGY*, 2013.

骨粗鬆症関連骨折により、日常生活動作(ADL)が低下する。

Shiraki et al. *Osteoporos Int*, 2010, Fukui et al. *J Orthop Trauma*, 2012

骨粗鬆症→骨粗鬆症関連骨折は生命予後を悪化させる。

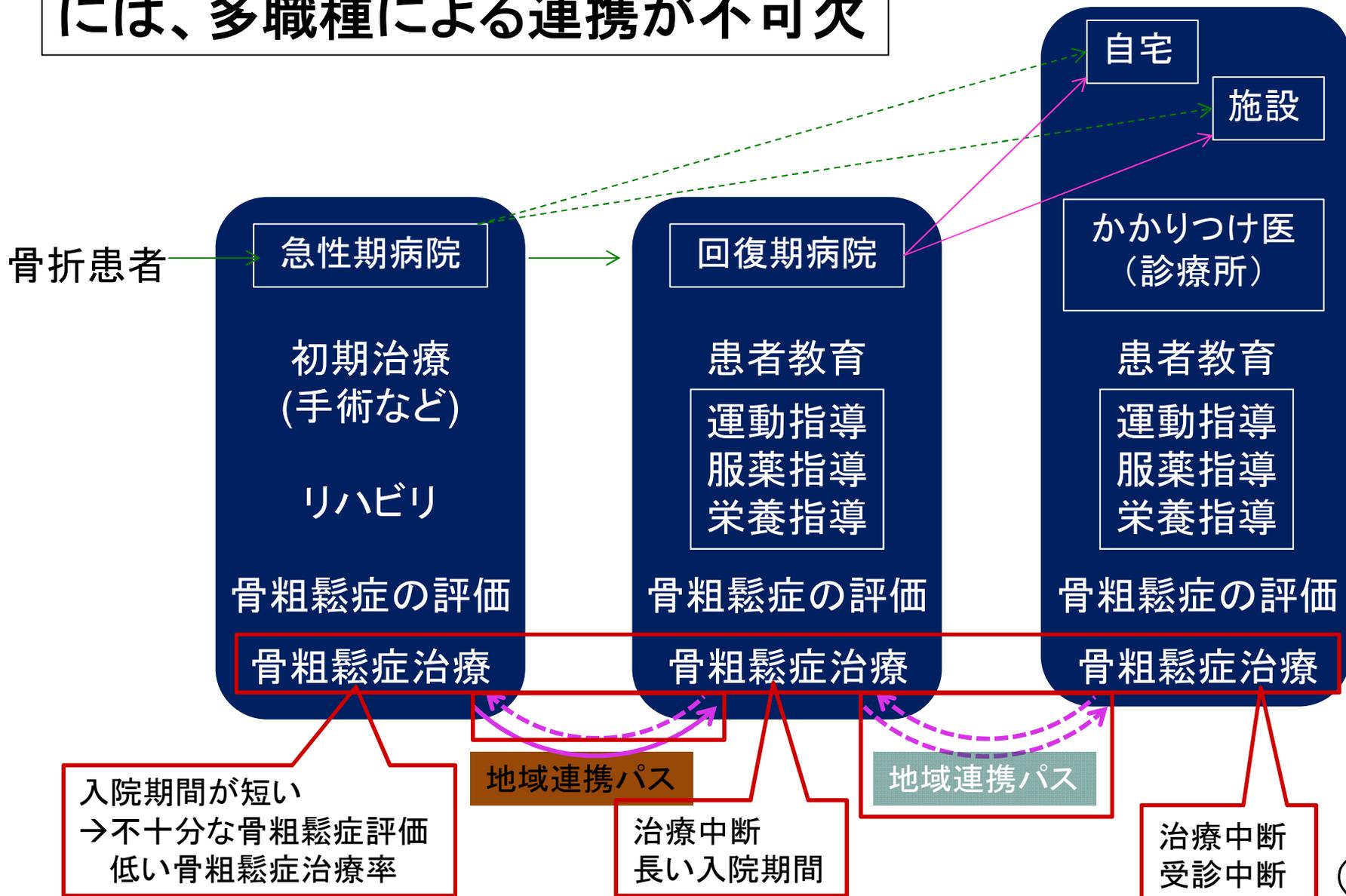
受傷後2年での生存率の低下が著しく、受傷後10年においても生存率は一般集団と比して低い。

Tsuboi et al. *J Bone Joint Surg Br*, 2010

骨粗鬆症性大腿骨頸部骨折や椎体骨折では死亡の相対リスクが高い。

Cauley et al. *Osteoporos Int*, 2000

骨粗鬆症関連骨折の予防・治療には、多職種による連携が不可欠



骨折の負の連鎖

高齢化社会



骨粗鬆症患者の増加

骨粗鬆症治療の必要性の認識不足
低い骨粗鬆症治療率



骨粗鬆症性脆弱性骨折の増加

低い骨粗鬆症治療率
不十分な経過観察



二次骨折

一度骨折した高齢者は、高率に別の部位に骨折。

骨折の負の連鎖



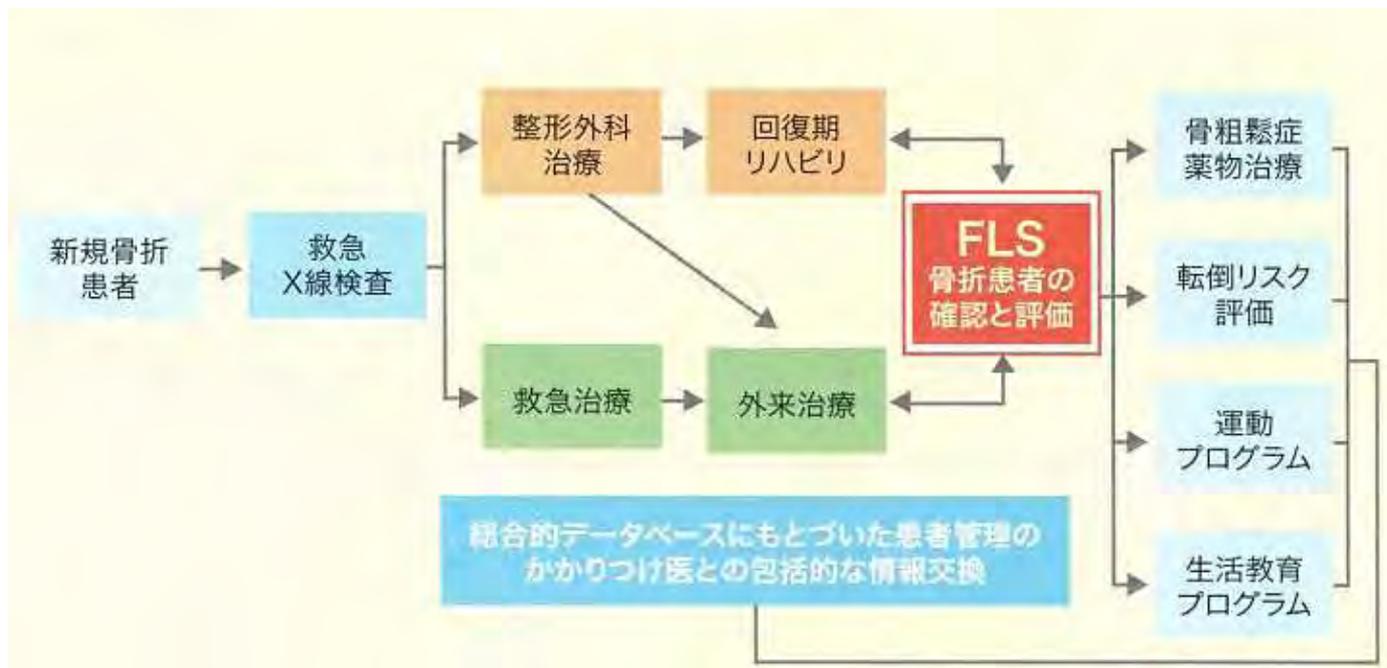
- ・高齢者のADL、QOLの低下
- ・健康寿命の短縮
- ・生命予後の悪化

二次骨折予防(再発防止)→医療経済上効率が良い。

英国での二次骨折予防に対する取り組み

➤ Fracture Liaison Service (FLS) の設立

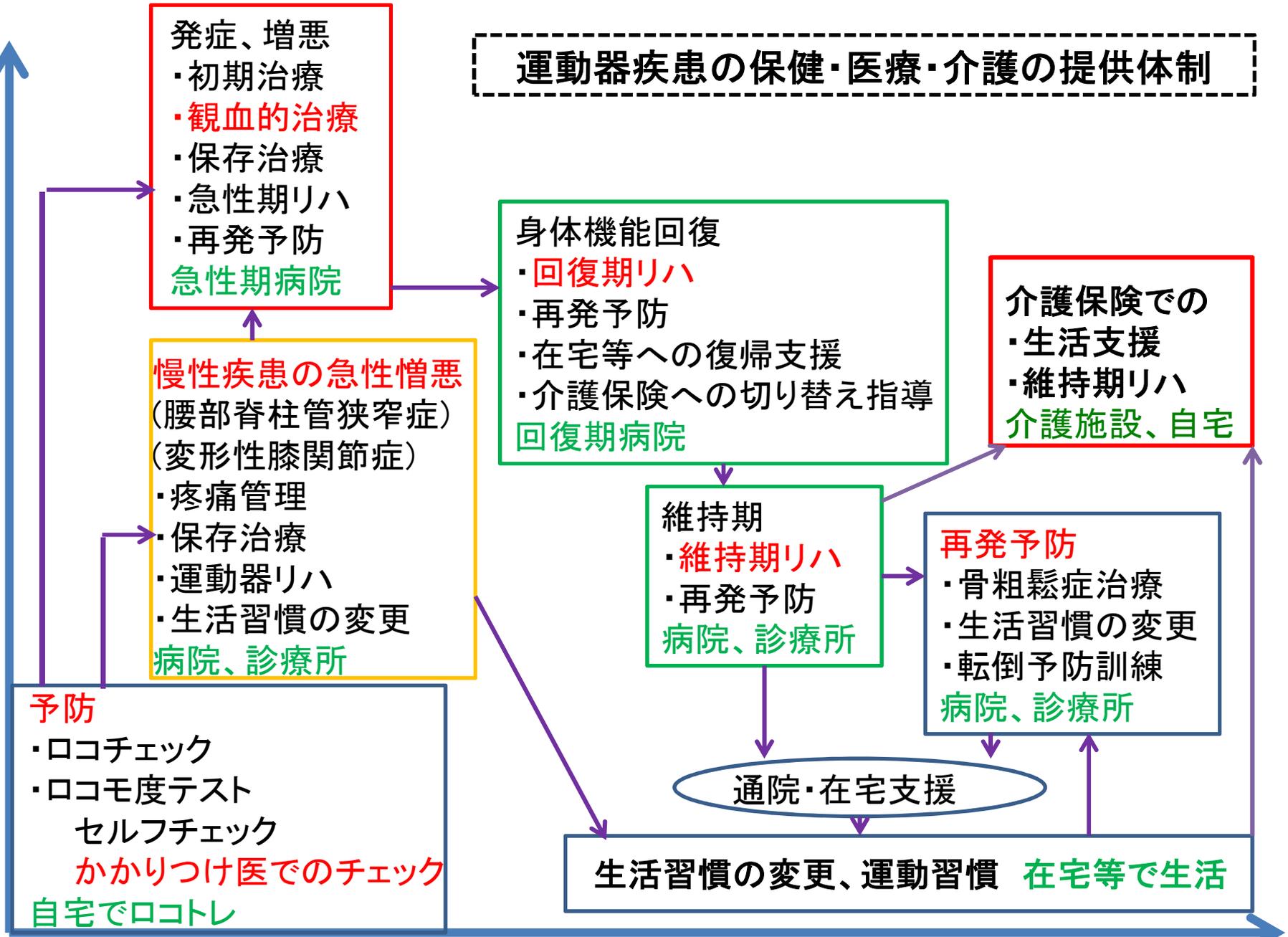
- 急性期病院退院後の大腿骨近位部骨折患者、それ以外の脆弱性骨折受傷患者の二次骨折予防に向けて活動
- 地域かかりつけ開業医や他の多職種と連携して骨折患者ケアを専門に担当する専門看護師が主導的にFLSを運用



<英国のFLS (Glasgowモデル)>

運動器疾患の保健・医療・介護の提供体制

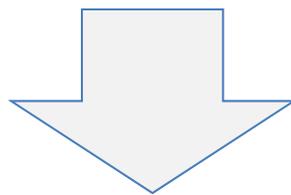
重症度



時間

今後の一層の高齢化を踏まえ、ロコモ対策は重要

- 患者が多く、国民に広く関わる。
- 骨粗鬆症関連骨折は、生命予後を悪化させる。
それ以外の疾患は、生命予後には影響を及ぼさないが、
健康寿命の主要な阻害因子なので、今後、政策的に
重点が置かれるべきである。
- 医療のみならず、予防・介護との連携が重要である。



ロコモについては、医療のみならず、予防・介護との連携が重要であり、地方公共団体を含む関係機関等と、地域の実情に応じた連携を推進、強化する必要がある。

地域サポート体制を基盤とした 早期からのフレイル予防戦略



東京大学 高齢社会総合研究機構 (ジェロントロジー : 総合老年学)

教授 飯島 勝矢



高齢で筋力・活力衰え

「フレイル」と命名

予防意識高めるため

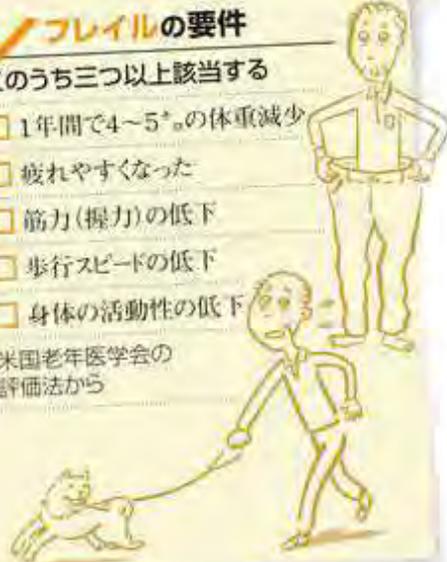
『虚弱』 のことを、 今は 『フレイル』 (Frailty) と言います

✓フレイルの要件

このうち三つ以上該当する

- 1年間で4~5%の体重減少
- 疲れやすくなった
- 筋力(握力)の低下
- 歩行スピードの低下
- 身体活動性の低下

米老年医学会の
評価法から



■フレイルの予防法

- ①たんぱく質、ビタミン、ミネラルを含む食事
- ②ストレッチ、ウォーキングなどを定期的に
- ③身体活動量や認知機能を定期的にチェック
- ④感染予防(ワクチン接種を含む)
- ⑤手術後は栄養やリハビリなどケアを受ける
- ⑥内服薬が多い人(6種類以上)は主治医と相談
(荒井秀典・京都大教授による)

日本老年医学会が提唱

日本老年医学会は、高齢になって筋力や活力が衰えた段階を「フレイル」と名付け、予防に取り組みとする提言をまとめた。これまでは「老化現象」として見過ごされてきたが、統一した名称をつくることで医療や介護の現場の意識改革を目指している。

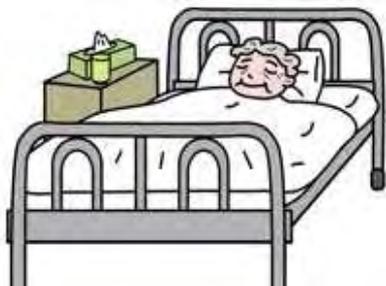
フレイルは「虚弱」を意味する英語「frailty」から来ている。健康と病気の「中間的な段階」

で、提言では、75歳以上の多くはこの段階を経て要介護状態に陥るとしている。高齢になるにつれて筋力が衰える現象は「サルコペニア」と呼ばれ、さらに生活機能が全般的に低くなるとフレイルとなる。

米老年医学会の評価法では、①移動能力の低下②握力の低下③体重の減少④疲労感の自覚⑤活動レベルの低下のうち、三つが当てはまると、この段階と認定

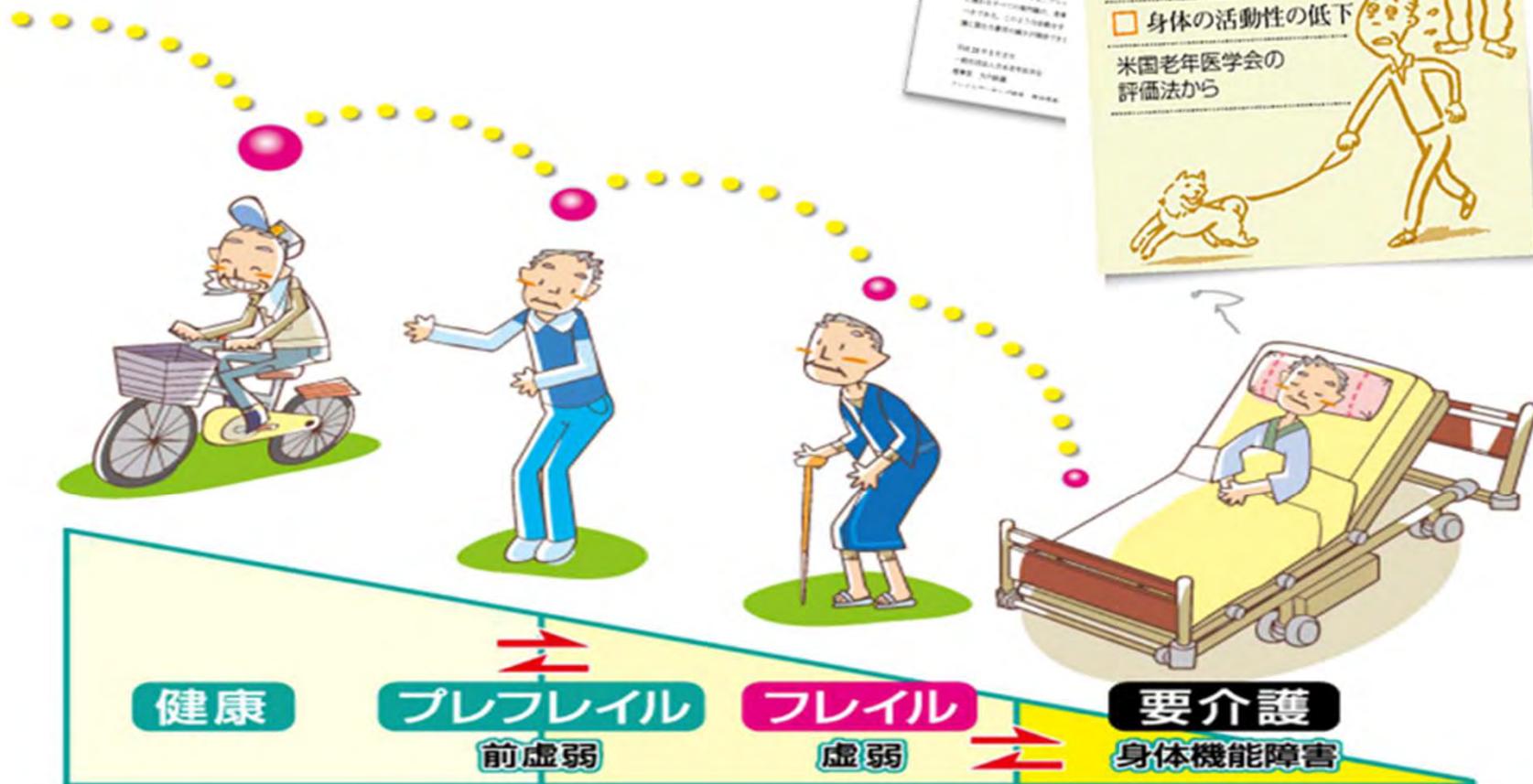
している。国立長寿医療研究センターの調査によると、愛知県大府市に住む65歳以上の高齢者約5千人(脳卒中などの持病がある人を除く)のうち11%が該当したという。

たんぱく質を含んだ食事や定期的な運動によって、この段階になるのを防いだり、遅らせたりできるとされる。提言を作成した荒井秀典・京都大教授は「適切に対応すれば、心身のよい状態を長く保つことができるといふ考えを浸透させた」と話す。(土肥修一)



Frailty (虚弱) ⇒ フレイル

フレイルとは健常と要介護状態との中間的な段階であり、生活機能障害や死亡などの転帰に陥りやすい状態である。フレイルは身体機能問題のみならず、精神・心理的問題や社会的問題も含まれる包括的概念である。(フレイルに関するステートメント)



「虚弱：frailty（フレイル）」と言っても様々 ヒトはどの側面が弱っていくのか？

『**身体**』の
虚弱
フィジカル・フレイル

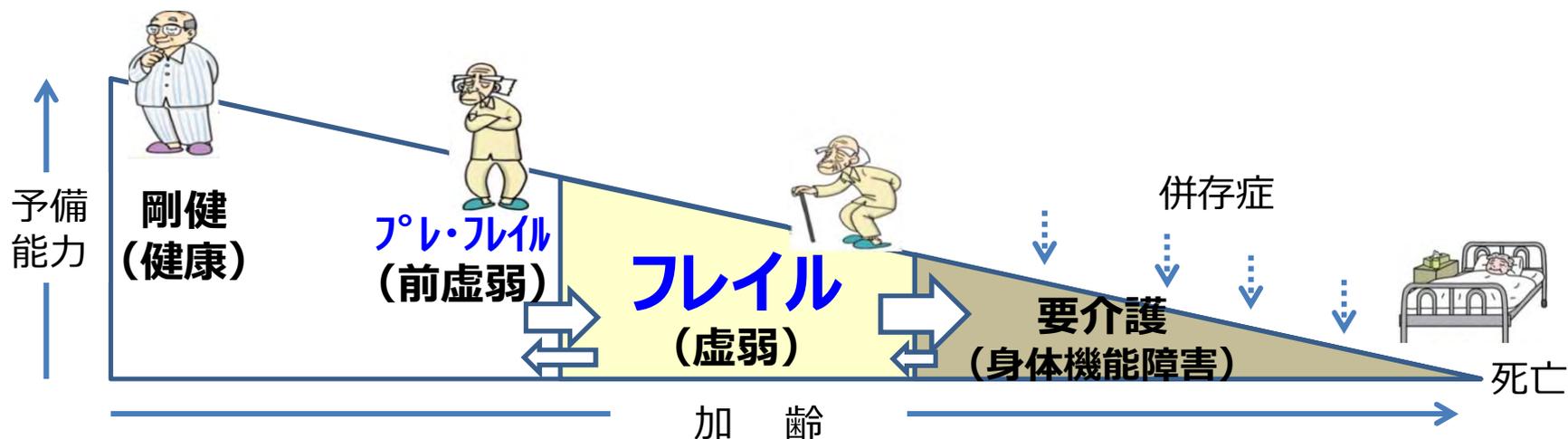


『**精神心理**』の
虚弱
メンタル・フレイル



『**社会性**』の
虚弱
ソーシャル・フレイル

フレイルモデルにおける4つのフェーズからみた「一連」のアプローチ施策



【剛健～健常】

生活習慣病予防

(メタボ予防)

- ◆ たっぷり運動
- ◆ 適正なダイエット
(腹八分 = 食事制限)



【注 意】
高齢期における減量
BMIパラドックス
食の誤認識

【前虚弱 (プレ・フレイル) ~軽度フレイル】

フレイル予防 (介護予防)

= 早期予防重視型

【三位一体】

- ◆ しっかり歩く・動く
- ◆ しっかり噛んで
しっかり食べる
- ◆ 社会性を高く保つ

【要支援1/2～要介護1/2 (=軽度者)】

自立支援ケア型

- ◆ しっかりリハビリ
- ◆ しっかり口腔ケア
- ◆ しっかり栄養管理
- ◆ 少しでも外へ出る
(閉じこもらない)

【要介護3～5 (=重度者)】

医療・介護や住まいも含めた

トータル・ケアシステム

- ◆ 地域包括ケア・在宅療養の推進
- ◆ 医療介護連携の総合的な提供
- ◆ 生活の質 (QOL) を重視

「サルコペニア（筋肉減少症）」とは

Sarco=Muscle
(筋肉)

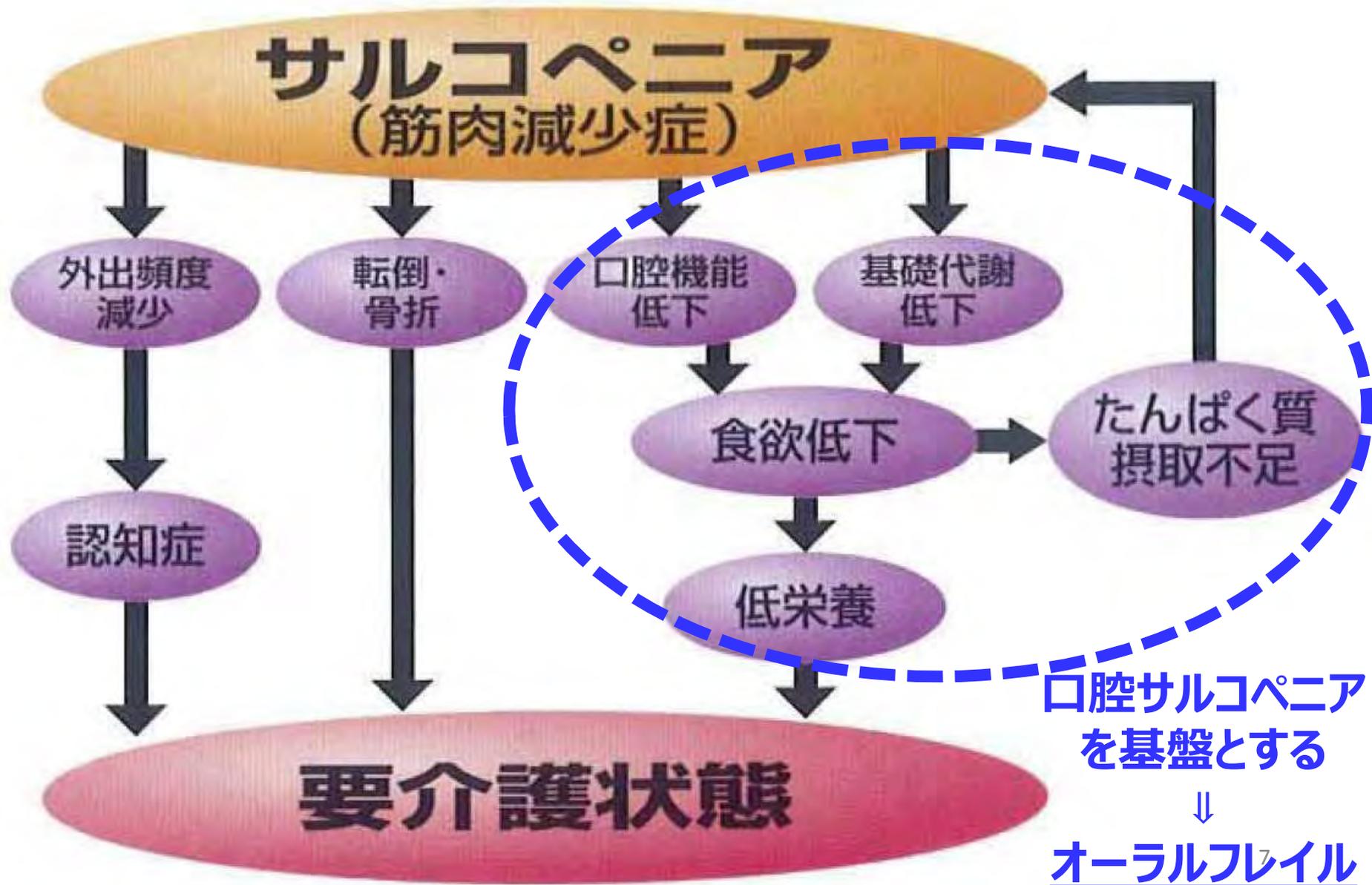
Penia=lack of
(減少)

Sarcopenia
サルコペニア

<診断基準>

1. 低筋肉量 ……四肢(両手足)の筋肉量
2. 低筋力 ……握力
3. 低身体能力 ……通常の歩行速度

要介護の入り口としての『サルコペニア』



高齢者の『食力』を維持するためには

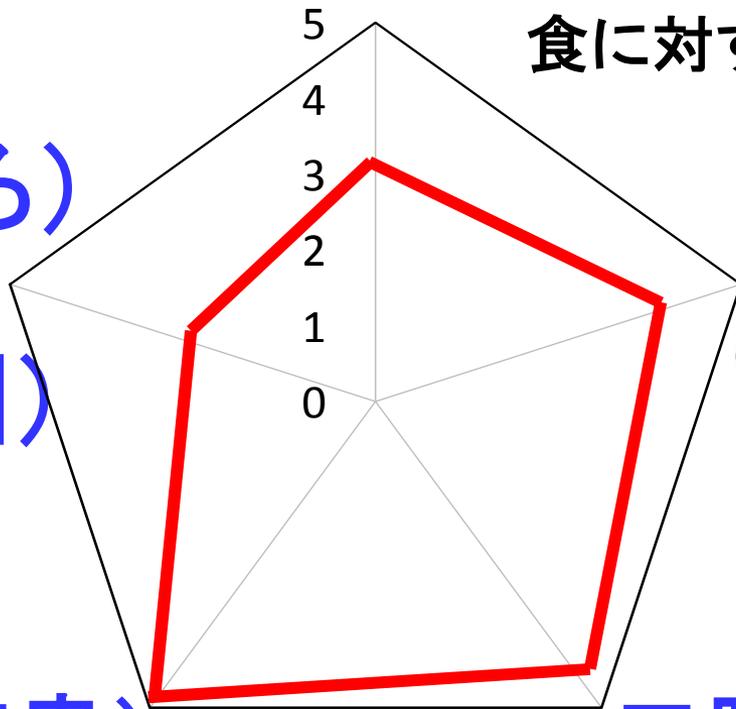
(東京大学高齢社会総合研究機構・飯島勝矢：作図)

基礎疾患に加え、

社会性
心理(こころ)
認知
経済(貧困)

多病(基礎疾患)
多剤併用

栄養 (栄養摂取・バランス、栄養状態、食に対する誤認識、など)



身体 (口腔含む)
(サルコペニア)

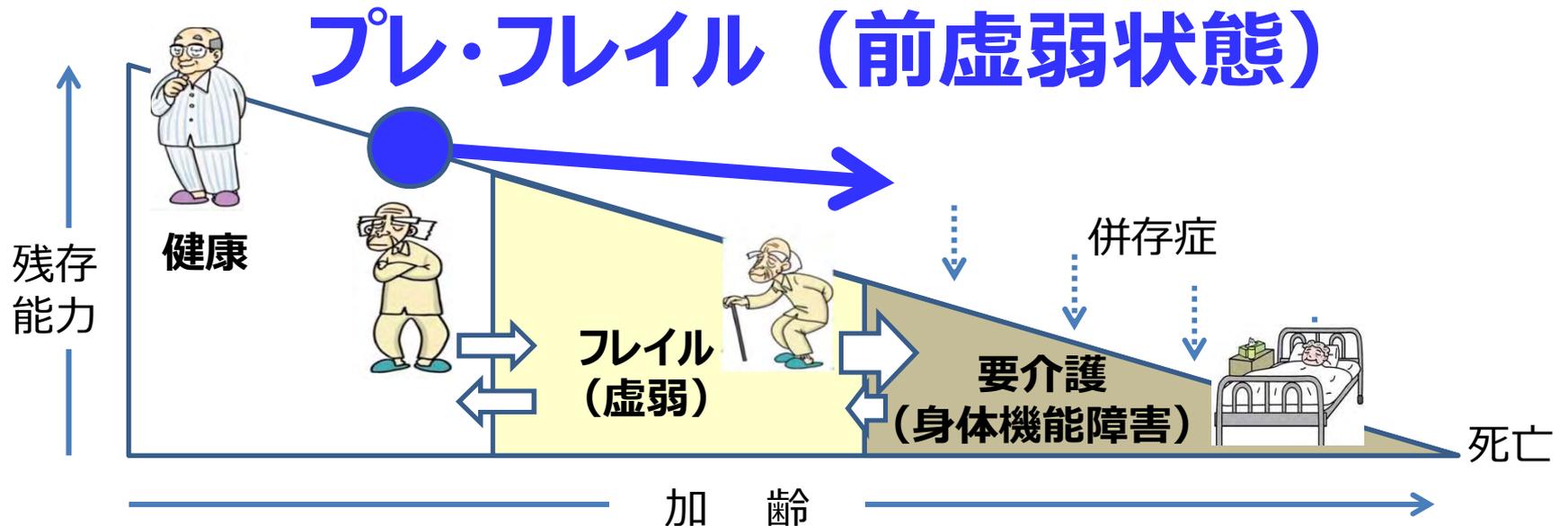
口腔・嚥下機能
(残歯、咀嚼、嚥下、
口腔内衛生、等)

機能低下が「顕在化する前」の視点を！

～戦略的学術研究【柏スタディー】の狙い～

住民に分かりやすい
住民同士でチェックできる
簡易評価法（フレイルチェック）
と早期介入ポイント

元気高齢者がフレイル予防サ
ポーター（担い手側）になり、
住民主体で楽しい場を作り、
気づき・自分事化へ



高齢者大規模コホート縦断追跡研究において

仮に三位一体（運動・栄養・社会参加）を定義してみると、

・運動（身体活動状況）： 特定健診・保健指導の標準的な質問票¹

（3問中2問以上該当であり）

- ① 1回30分以上の運動を週2回以上、1年以上実施
- ② 日常生活において歩行または同等の身体活動を1日1時間以上実施
- ③ ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が早いと思う

・食・口腔保健行動： 食品摂取多様性スコア²、口腔保健行動³

（① + ② / ③の該当であり）

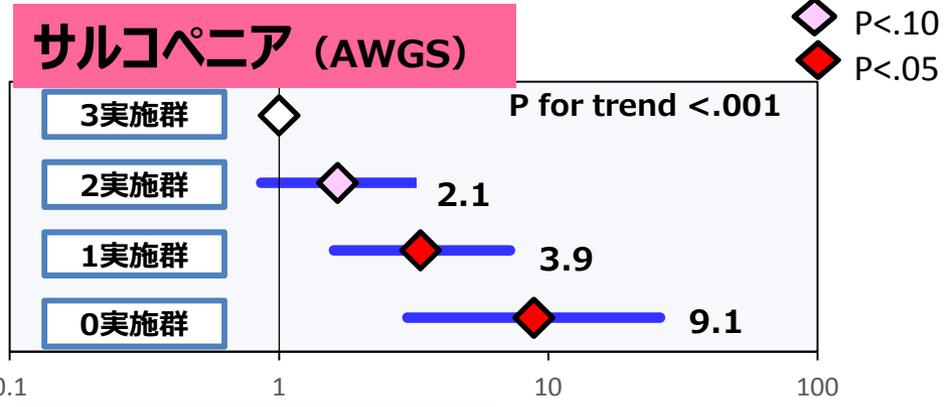
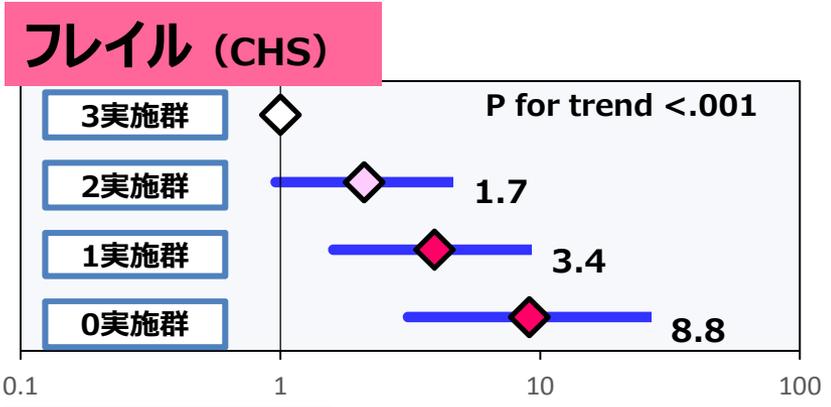
- ① ほとんど毎日、4食品群以上食べている（食品摂取多様性）
- ② かかりつけの歯科受診をしている（歯科受診）
- ③ 1日2回以上は歯磨きをしている（口腔衛生行動）

・社会参加： 組織における活動の参加の有無⁴（①の該当であり）

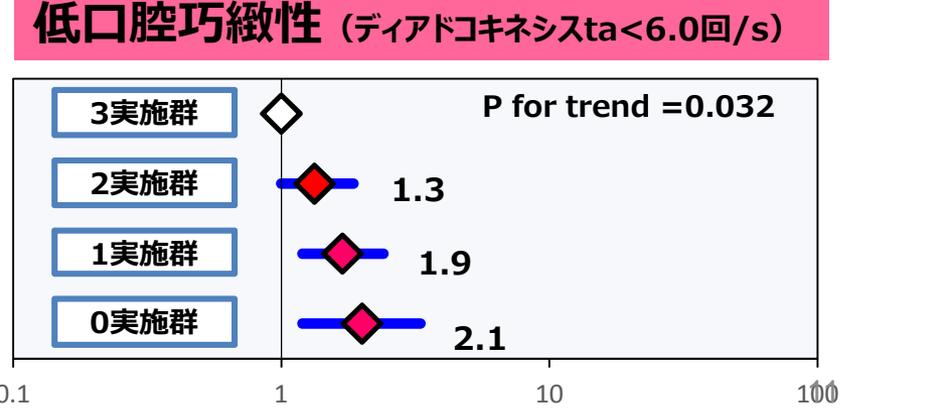
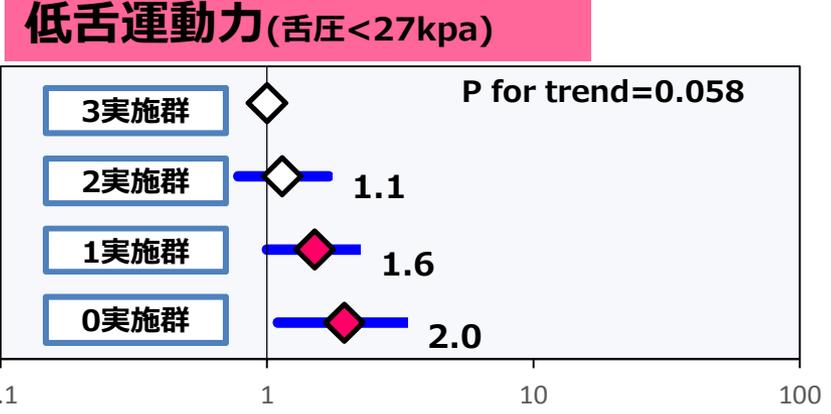
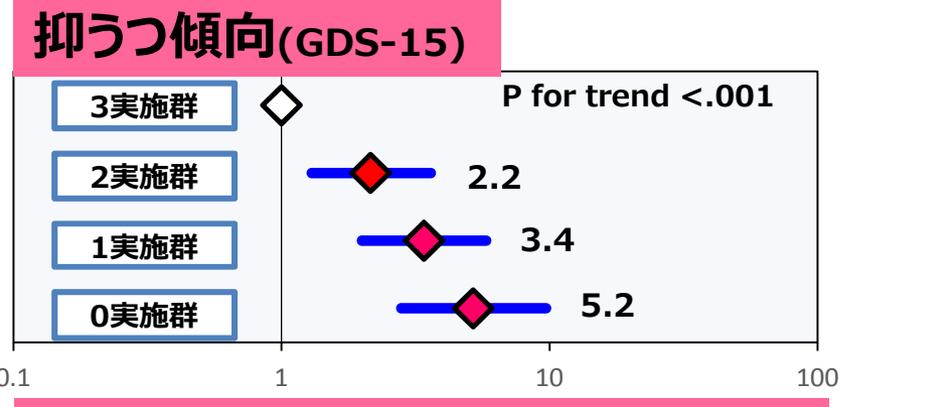
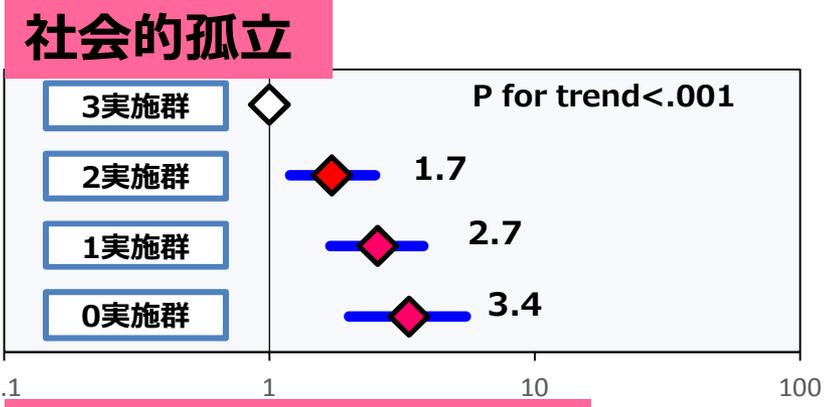
- ① サークルや団体などの組織や会の活動に1つ以上参加

1. Kawakami, R. and M. Miyachi, [Validity of a standard questionnaire to assess physical activity for specific medical checkups and health guidance]. Nihon Koshu Eisei Zasshi, 2010. **57**(10): p. 891-9.
2. Kimura, Y., et al., Food diversity is closely associated with activities of daily living, depression, and quality of life in community-dwelling elderly people. J Am Geriatr Soc, 2009. **57**(5): p. 922-4.
3. Kobayashi, Y., et al., Oral health behavior and metabolic syndrome and its components in adults. J Dent Res, 2012. **91**(5): p. 479-84.
4. Kanamori, S., et al., Social participation and the prevention of functional disability in older Japanese: the JAGES cohort study. PLoS One, 2014. **9**(6): p. e99638.

三位一体(栄養・口腔・社会性)の実施状況と多面的なフレイルのリスク

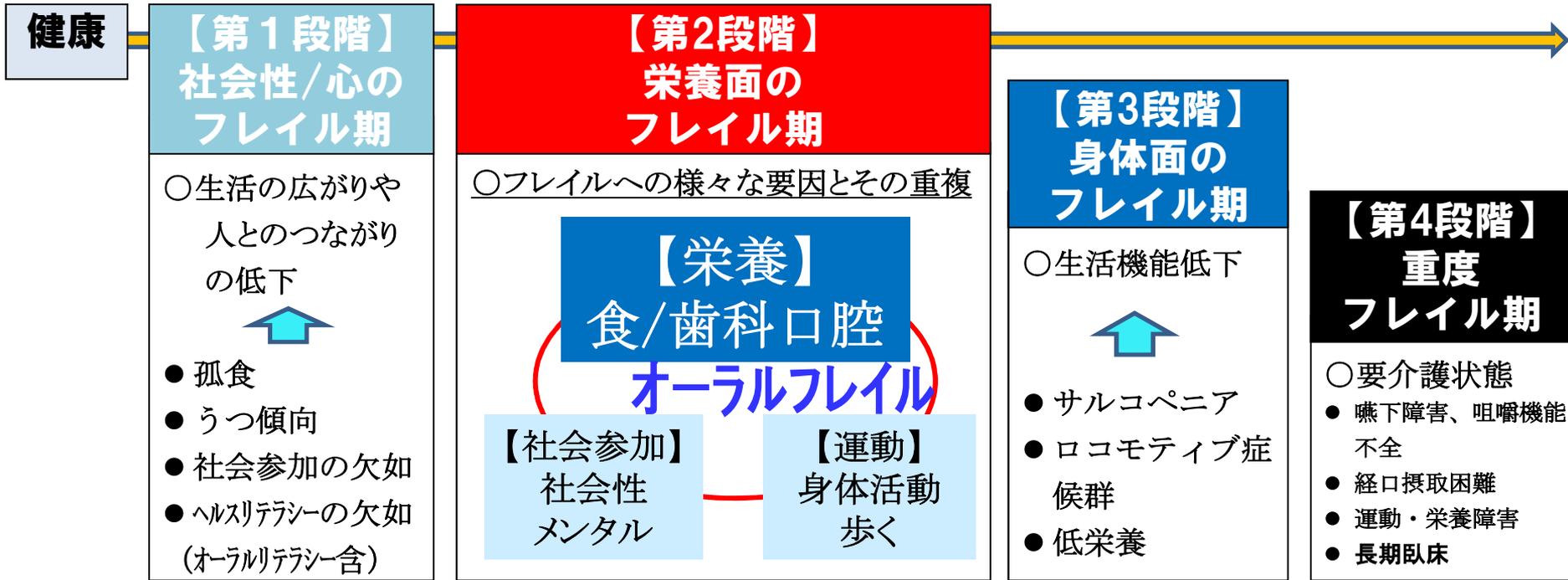


◇ P<.10
 ◆ P<.05



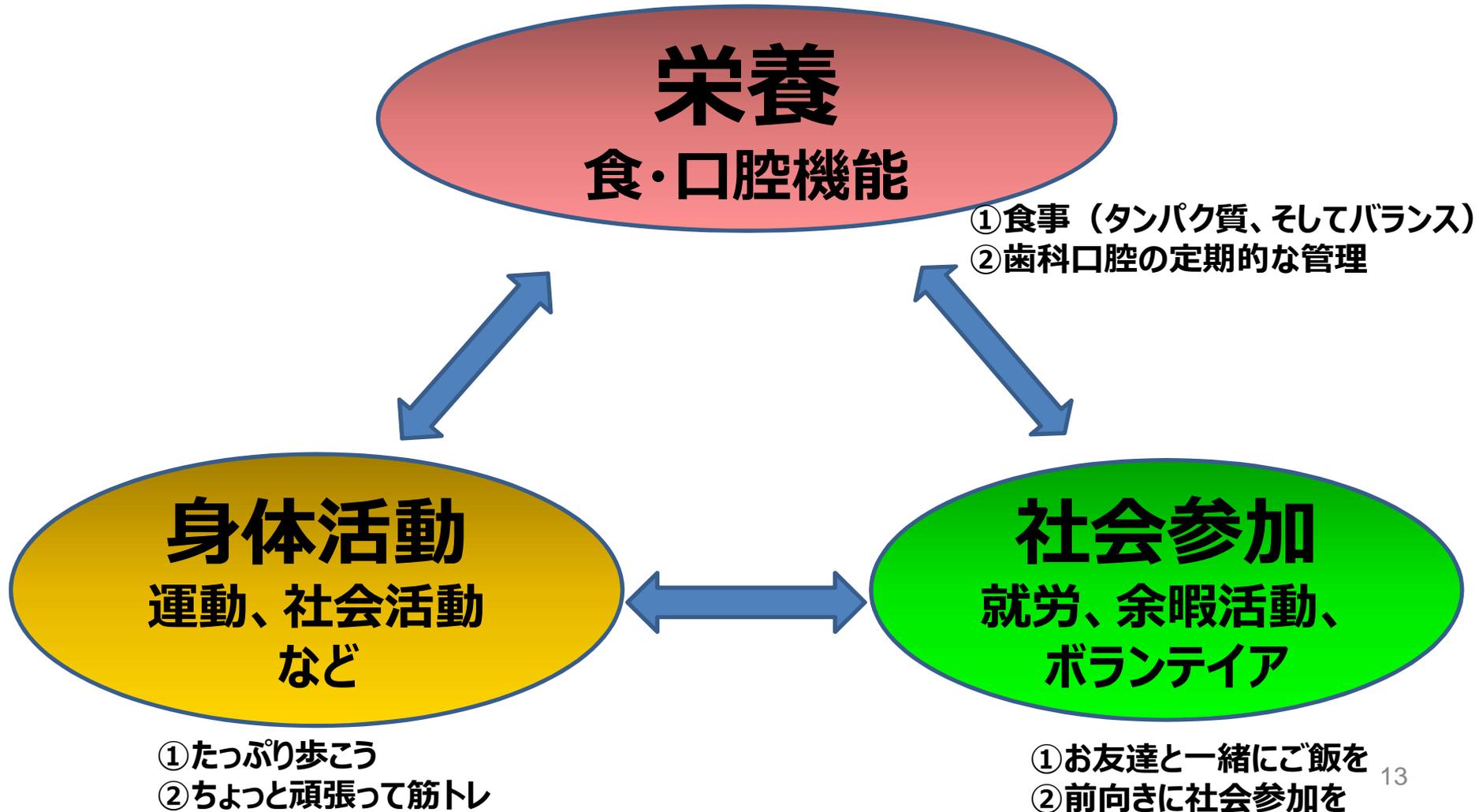
栄養（食/歯科口腔）からみたフレイル化

～フレイル（虚弱）の主な要因とその重複に対する早期の気づきへ～



健康長寿のための『3つの柱』

より早期からのサルコペニア予防・フレイル（虚弱）予防



ドミノ倒しにならないように!



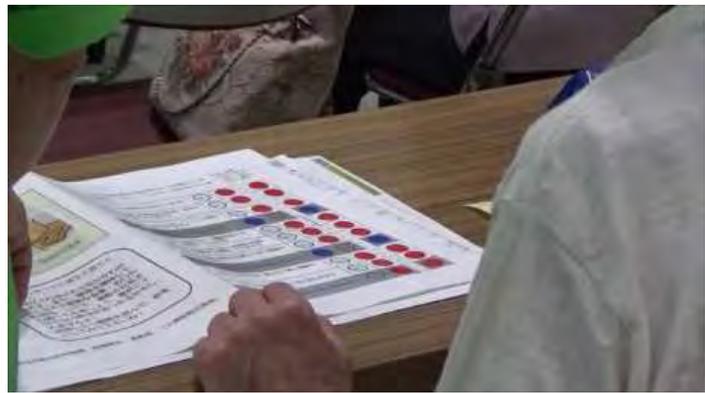
～社会とのつながりを失うことがフレイルの最初の入口です～

(東京大学高齢社会総合研究機構・飯島勝矢：作図)

三位一体の包括的【フレイル・チェック】

簡易チェックシート

指輪っかテスト イレブンチェック



指輪っかでふくらはぎを囲んだ時にどうなりますか。当てはまる○に同じ色のシールを貼って下さい。

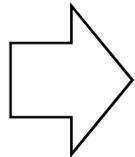
囲めない ちょうど囲める 隙間ができる

右のアンケートに答えて見て下さい。皆様がどれほどお元気がわかります。また、健康を維持していくうえで重要な食事・お口や社会性・こころ、運動の元気さも調べてみましょう。意外に十分でない部分が見つかるかもしれませんよ！回答したら裏面を読んで、参考してみてくださいね！

各質問に対して、当てはまる答えに同じ色のシールを貼ってください。濃い色の項目は、「はい」、「いいえ」が逆になっています。お気をつけ下さい。

ID: 109 ※左と同じ色のシールを貼って提出してください

1. 健康に気をつけた食事を心がけていますか	●	○いいえ	●
2. 野菜料理と主菜（お肉またはお魚）を両方とも毎日1回は食べていますか	●	○はい	●
3. 「さきいか」、「たくあん」くらの固さの食品を普通に噛みきれますか	●	○いいえ	●
4. お茶や汁物でむせることがありますか	●	○はい	●
5. 1回30分以上の汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施していますか	●	○はい	●
6. 日常生活において歩行または同等の身体活動を1日1時間以上実施していますか	●		●
7. ほほ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いと思いますか	●		●
8. 昨年と比べて外出の回数が減っていますか	●		●
9. 1日に1回以上は、誰かと一緒に食事をしますか	●		●
10. 自分が活気に溢れていると思いますか	●		●
11. 何よりもまず、物忘れが気になりますか	●	○いいえ	●



総合チェックシート

測定日: H27年 5月 28日
お名前: 藤本太郎 ID: 109

あなたの健康、総合チェック

総合	指輪っかテスト	指輪っかテストは、指肉量が少なくなっている状態（サルコペニア）の可能性をチェックしています。もし、結果が... ● 囲めない、ちょうど囲める: 指肉量がしっかりと保たれている状態（サルコペニア）の可能性が低いです。 ○ 隙間ができる: 指肉量が少なくなっている状態（サルコペニア）の可能性が高いです。	指輪っかテスト ○ちょうど囲める
	イレブン・チェック	イレブン・チェックは、食習慣や筋肉量の減少（サルコペニア）の可能性を調べます。もし、結果が... ● 2点: 食習慣への意識が足りていない可能性があります。食はからだの礎です。しっかりと意識しましょう。 ● 0~1点: 食習慣への意識が足りていない可能性が高いです。食はからだの礎です。しっかりと意識しましょう。 ● 6~9点: 筋肉量をしっかりと維持できている可能性が高いです。これからも筋肉の維持を目標としましょう。 ● 0~5点: 筋肉量が落ちていたり、健康に心配なところがある可能性があります。	食習慣 2点 / 2点 その他 7点 / 9点
	あなたの健康、深堀りチェック	～どこが元気で、どこが元気でないのが、少し詳しく調べてみましょう～	
お口	噛む力	咬筋の筋力は、噛む力が低下している可能性をチェックしています。もし、結果が... ● 強い: 噛む力やそのための筋肉の状態が良好です。 ○ 弱い、ない: 噛む力やそのための筋肉が弱まっている可能性があります。しっかりと予防していきましょう。	咬筋筋力 ○弱い ●強い
	滑舌（ハタカ）	ハタカテストは、滑舌（舌の動き）の良さをわかります。もし、結果が... ● 16.0以上: 滑舌がよく、口内や舌の筋肉がしっかりと働いている状態です。 ● 16.0未満: 口内や舌の筋肉が弱っている可能性があります。日頃から意識して口や舌を動かしていきましょう。	滑舌（舌） 5.8 / 10点
	お口の元気度	お口の元気度テストは、舌に口内に関わる元気度をチェックしています。もし、結果が... ● 58~60点: お口の状態は良好です。 ● 12~57点: お口の状態があまりよくないようです。元気に生活に影響を及ぼす可能性もあるので、一度しっかりと調べてみましょう。	お口の元気度 58
運動	いす立ち上がり	いす立ち上がりテストは、足腰の筋力やバランスがしっかりと維持できているかをチェックしています。もし、結果が... ● 立てる: 足腰の筋力やバランスが良好です。 ○ 立たない: 足腰の筋力やバランスが弱っている可能性があります。日頃から足腰を鍛える運動を心がけましょう。	いす立ち上がり ○立たない ●立てる
	ふくらはぎ周囲長	ふくらはぎ周囲長は、筋肉量が少なくなっている状態（サルコペニア）の可能性をチェックしています。もし、結果が... ● 男性34cm以上、女性32cm未満: サルコペニアの可能性が低いです。運動や食事など筋肉をつけるように心がけましょう。 ○ 男性30cm未満、女性28cm未満: サルコペニアの可能性が高いです。運動や食事など筋肉をつけるように心がけましょう。	ふくらはぎ周囲長 36 cm
	握力（利き手）	握力は、筋肉量が少なくなっている状態（サルコペニア）の可能性をチェックしています。もし、結果が... ● 男性30kg未満、女性20kg未満: サルコペニアの可能性が高いです。運動や食事など筋肉をつけるように心がけましょう。 ○ 男性7.0kg/m ² 以上、女性5.7kg/m ² 以上: しっかりと筋肉を維持できているようです。 ● 男性7.0kg/m ² 未満、女性5.7kg/m ² 未満: サルコペニアの可能性が高いです。運動や食事など筋肉をつけるように心がけましょう。	握力（利き手） 33 kg
	手足の筋肉量	手足周辺の筋肉量が少なくなっている状態（サルコペニア）の可能性をチェックしています。もし、結果が... ● 男性7.0kg/m ² 以上、女性5.7kg/m ² 以上: しっかりと筋肉を維持できているようです。 ○ 男性7.0kg/m ² 未満、女性5.7kg/m ² 未満: サルコペニアの可能性が高いです。運動や食事など筋肉をつけるように心がけましょう。	手足の筋肉量 7.9 kg/m ²
社会性	人とのつながり	人とのつながりをどのくらい維持できているかをチェックしています。もし、結果が... ● 12~30点: 周りの人との関わりを維持できていると言えます。 ○ 0~11点: 人とのつながりが少ないかもしりません。家族や友人とのコミュニケーションをもう少し意識してみましょう。 ● 11~7点: 社会的参加の機会が確保できているようです。これからも関心のある活動を探してみてください。 ○ 0点: 社会的参加の機会が少ないかもしれません。興味のある活動に参加してみはいかがでしょうか。 こころの元気度をチェックしています。 点数の悪い方は、少し心が疲れているかもしれません。	人とのつながり 10 点
	社会参加		社会参加 2 点
	こころ		こころ 6 点

回収用シート ID: H27年5月28日
氏名: 藤本太郎 72歳
性別: 男・女
身長: 170 cm

指輪っかテスト
○ちょうど囲める
●隙間ができる

食習慣
1 点

その他
7 点

咬筋筋力
○弱い
●強い

滑舌（舌）
5.8 / 10点

お口の元気度
58

いす立ち上がり
○立たない
●立てる

ふくらはぎ周囲長
36 cm

握力（利き手）
33 kg

手足の筋肉量
7.9 kg/m²

人とのつながり
10 点

社会参加
2 点

こころ
6 点

記入例

東京大学高齢社会総合研究機構・飯島勝矢
および フレイル予防研究チームにより開発

東京大学高齢社会総合研究機構 飯島勝矢 准教授 【※無断転出厳禁】

【フレイル予防のための市民サポーター養成研修】



【新たな健康増進活動：市民の手による、市民のためのフレイル予防】



フレイル予防を通じた快活なまちづくりのモデル構築

～全国展開へ～

フレイル予防とは『総合知によるまちづくり』

多面的なフレイルに対して
『社会参加』という処方箋を軸とした
フレイル予防へ



「一億総活躍社会」の実現に向けて

一億総活躍国民会議



介護離職
ゼロの実現

国民生活における課題

検討すべき方向性

対応策

介護サービスの提供側

希望する介護サービスを利用したい
※現状:
・40-50代の介護離職理由
「施設に入所できず負担が増えた」「在宅介護サービスを利用できず負担が増えた」

介護基盤の供給
・在宅介護352万人
・居住系サービス38万人
・介護施設95万人

① 高齢者の利用ニーズに対応した介護サービス基盤の確保

介護人材の確保・育成
・介護分野の有効求人倍率2.73倍

② 求められる介護サービスを提供するための多様な人材の確保、生産性の向上

介護に取り組む家族

介護に不安なく取り組みたい
※現状:
・要介護認定者608万人

家族を支える環境づくり
・40-50代の介護離職理由「自分の心身健康が悪化」

③ 介護する家族の不安や悩みに答える相談機能の強化・支援体制の充実

介護休業・介護休暇の利用率向上
・介護休業の定めがある事業所 67%
・介護休暇の定めがある事業所 62%

④ 介護に取り組む家族が介護休業・介護休暇を取得しやすい職場環境の整備

介護と仕事を両立したい
※現状:
・40-50代の介護離職理由
「仕事と介護の両立が難しい職場」

長時間労働の是正、柔軟な就労形態の利用率向上
・フルタイムに対するパートタイムの賃金水準 56.6%
・週労働時間49時間以上 21.3%
・65歳以上の就業率 20.8%

⑤ 働き方改革の推進
(※「希望出生率1.8の実現」⑧と共通)

高齢者等

健康を長い間維持するなど、安心して生活したい
※現状:
・平均寿命 男性 80.21歳
女性 86.61歳
・健康寿命 男性 71.19歳
女性 74.21歳
・65歳以上人口 26.7%
・75歳以上人口 12.9%

高齢者に対するフレイル(虚弱)予防・対策
・メタボ人口 1400万人
・40-74歳健康診断受診率 66.2%
・要介護認定率 17.8%

⑥ 元気で豊かな老後を送れる健康寿命の延伸に向けた取組

⑦ 高齢者への多様な就労機会の確保

障害や難病のある方等が自立し、社会参加しやすい環境づくり

⑧ 障害者、難病患者、がん患者等の活躍支援

地域課題の解決力強化と医療・福祉人材の活用

⑨ 地域共生社会の実現

安心につながる社会保障

ニッポン一億総活躍プラン

介護離職
ゼロの実現

安心した生活（高齢者に対するフレイル（虚弱）予防・対策）

⑥ 元気で豊かな老後を送れる健康寿命の延伸に向けた取組（その2）

【国民生活における課題】

現役時代からの予防・健康づくりの取組や、高齢者のフレイル（虚弱）状態へのケアがこれまで必ずしも十分ではなく、健康寿命と平均寿命に乖離が大きい。

- ・健康寿命 男性71.19歳、女性74.21歳（2013年）
- ・メタボ人口 1,400万人（2008年度）
- ・健診受診率（40～74歳、特定健診含む） 66.2%（2013年）
- ・要介護認定率 17.8%（2013年度）

【具体的な施策】

- ・高齢者のフレイル（虚弱）段階での進行防止（フレイル対策）のため、地域における介護予防の取組を推進するとともに、専門職による栄養、口腔、服薬などの支援を実施する（2016年度より）。また、フレイルの前段階（プレフレイル）からの予防対策として、虚弱な高齢者でも容易に参加できる、身近な場での住民主体による運動活動や会食その他の多様な社会参加の機会を拡大する。あわせて、後期高齢者医療における保健事業の在り方を検討し、事業の効果検証を行った上でガイドラインを作成し、2018年度からフレイル対策の全国展開を図る。
- ・新しい運動・スポーツの開発・普及等や職域における身近な運動を推奨することで、取り組みやすい健康増進活動を普及するとともに、介護予防の現場などで高齢者の自立への動機付けを高めることのできる、運動・スポーツを取り入れた介護予防のプログラムの充実に取り組む。あわせて、老化メカニズムの解明等を進める。
- ・自らの介護予防活動に取り組む高齢者へのインセンティブを付与する仕組みを設ける等、高齢者の介護予防活動をさらに推進する。
- ・2020年東京オリンピック・パラリンピック競技大会及びラグビーワールドカップ2019に向け、競技会場及び公共の場における受動喫煙防止対策を強化するとともに、高齢者が外出し活躍しやすいユニバーサルデザインの社会づくりを推進する。
- ・配食を利用する高齢者等が適切な栄養管理を行えるよう、事業者向けのガイドラインを作成し、2017年度からそれに即した配食の普及を図る。
- ・生涯活躍のまちについて、事業の具体化のためのマニュアル等を作成するほか自治体における取組を支援し、地域の特色を活かした展開を図る。

55

	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	2026年度以降	指標
フレイル対策		・モデル事業の実施 ・効果的な事業の検証・検討 ・ガイドラインの策定		全国展開（効果の検証等を行い、必要に応じてガイドライン等を見直し、全国展開）									・生涯を通じた予防により、平均寿命を上回る健康寿命の延伸を実現し、2025年までに健康寿命を2歳以上延伸 (2010年) 男性70.42歳 女性73.52歳 (2013年) 男性71.19歳 女性74.21歳
市町村の効果的な介護予防等の取組の横展開		「介護予防活動普及展開事業」の着実な推進 ガイドライン案の作成・配布・研修会		必要に応じ、繰り返し好事例を取捨選択し、ガイドラインや研修カリキュラムを見直し、全国展開 ・ガイドライン案等の改訂・全国配布 ・モデル都道府県における成功事例の創出									・2020年までにメタボ人口（特定健診指導の対象者をいう）を 2008年度比25%減 (2008年度) 1400万人
生涯活躍のまちの推進		・地域再生法改正法による制度化 ・事業の具体化に向けたマニュアルの作成等		「生涯活躍のまち」構想に関する取組の普及・横展開 地方公共団体による計画作成と事業の展開		2019年度時点で基本目標やその他のKPIの達成状況を検証し、2020年度以降進めべき政策パッケージを新たな総合戦略にまとめ、それに基づいて施策を展開							・2020年までに健診受診率（40～74歳）を30%（特定健診含む） (2013年) 66.2%

ニッポン一億総活躍プラン

介護離職
ゼロの実現

安心した生活（高齢者に対するフレイル（虚弱）予防・対策）

⑥ 元気で豊かな老後を送れる健康寿命の延伸に向けた取組（その2）

【国民生活における課題】

現役時代からの予防・健康づくりの取組や、高齢者のフレイル（虚弱）状態へのケアがこれまで必ずしも十分ではなく、健康寿命と平均寿命に乖離が大きい。

・健康寿命 男性71.19歳、女性74.21歳（2013年）

・メタボ人口 1,400万人（2008年度）

・健診受診率（40～74歳、特定健診含む） 66.2%（2013年）

【具体的な施策】

・高齢者のフレイル（虚弱）段階での進行防止（フレイル対策）のため、地域における介護予防の取組を推進するとともに、専門職による栄養、口腔、服薬などの支援を実施する（2016年度より）。また、フレイルの前段階（プレフレイル）からの予防対策として、虚弱な高齢者でも容易に参加できる、身近な場での住民主体による運動活動や会食その他の多様な社会参加の機会を拡大する。あわせて、後期高齢者医療における保健事業の在り方を検討し、事業の効果検証を行った上でガイドラインを作成し、2018年度からフレイル対策の全国展開を図る。

・新しい運動・スポーツの開発・普及等や職域における身近な運動を推奨することで、取り組みやすい健康増進活動を普及するとともに、介護予防の現場などで高齢者の自立への動機付けを高めることのできる、運動・スポーツを取り入れた介護予防のプログラムの充実に取り組む。あわせて、老化メカニズムの解明等を進める。

・自らの介護予防活動に取り組む高齢者へのインセンティブを付与する仕組みを設ける等、高齢者の介護予防活動をさらに推進する。

・2020年東京オリンピック・パラリンピック競技大会及びラグビーワールドカップ2019に向け、競技会場及び公共の場における受動喫煙防止対策を強化するとともに、高齢者が外出し活躍しやすいユニバーサルデザインの社会づくりを推進する。

・配食を利用する高齢者等が適切な栄養管理を行えるよう、事業者向けのガイドラインを作成し、2017年度からそれ

【具体的な施策】

・高齢者のフレイル（虚弱）段階での進行防止（フレイル対策）のため、地域における介護予防の取組を推進するとともに、専門職による栄養、口腔、服薬などの支援を実施する（2016年度より）。また、フレイルの前段階（プレフレイル）からの予防対策として、虚弱な高齢者でも容易に参加できる、身近な場での住民主体による運動活動や会食その他の多様な社会参加の機会を拡大する。あわせて、後期高齢者医療における保健事業の在り方を検討し、事業の効果検証を行った上でガイドラインを作成し、2018年度からフレイル対策の全国展開を図る。

・新しい運動・スポーツの開発・普及等や職域における身近な運動を推奨することで、取り組みやすい健康増進活動を普及するとともに、介護予防の現場などで高齢者の自立への動機付けを高めることのできる、運動・スポーツを取り入れた介護予防のプログラムの充実に取り組む。あわせて、老化メカニズムの解明等を進める。

・自らの介護予防活動に取り組む高齢者へのインセンティブを付与する仕組みを設ける等、高齢者の介護予防活動をさらに推進する。

日本挑む!

～新たなステージへ～

一億総活躍社会実現へ

あらゆる知見の結集を

安倍政権が目指すとして掲げる「一億総活躍社会」。誰もが力を発揮し、夢や希望を持てる社会の実現には、少子高齢化など、わが国が直面する様々な課題に一つずつ取り組んでいかねばならない。10月29日に開催された第1回「一億総活躍社会国民会議」には幅広い分野から多くの専門家が民間議員として出席し、課題解決に向けた取り組みが動き出した。同会議の民間議員である相模女子大学客員教授・白河桃子氏と、東京大学高齢社会総合研究機構准教授・飯島勝矢氏の2人に、少子化対策や女性の活躍推進、高齢者が生き生きと活動できる社会について話を聞いた。



ジャーナリスト
相模女子大学客員教授
「新たな少子化社会政策大綱策定のための検討会」委員
白河 桃子 氏

女性の経済的なエンパワメントで希望の持てる子育てを

少子化対策の鍵は未婚の女性の意向が鍵。彼女・彼女たちが抱える現代、結婚し、子どもを産みたいという気持ちになるには女性の第一のポイントは女性の経済的なエンパワメント。また、特に地方に多い非正

規雇用の女性の就業継続が求められる。非正規女性の育児休業率はわずか4%とされており、安心して結婚も出産もできない。

男性1人の収入では一家を養うことが難しい現代、結婚し、子どもを産みたいという気持ちになるには女性の第一のポイントは女性の経済的なエンパワメント。また、特に地方に多い非正

規雇用女性の就業継続が求められる。非正規女性の育児休業率はわずか4%とされており、安心して結婚も出産もできない。

男性1人の収入では一家を養うことが難しい現代、結婚し、子どもを産みたいという気持ちになるには女性の第一のポイントは女性の経済的なエンパワメント。また、特に地方に多い非正



東京大学
高齢社会総合研究機構
(ジェロントロジー)准教授
飯島 勝矢 氏

総合知によるまちづくり 活力ある高齢社会へリ・デザイン

生き生きとした老後を送るには、身体だけでなく、心も健康に保たなければならない。社会参加、社会貢献などの活力を生む処方箋が求められる。そのためには高齢化を

生き生きとした老後を送るには、身体だけでなく、心も健康に保たなければならない。社会参加、社会貢献などの活力を生む処方箋が求められる。そのためには高齢化を

生き生きとした老後を送るには、身体だけでなく、心も健康に保たなければならない。社会参加、社会貢献などの活力を生む処方箋が求められる。そのためには高齢化を