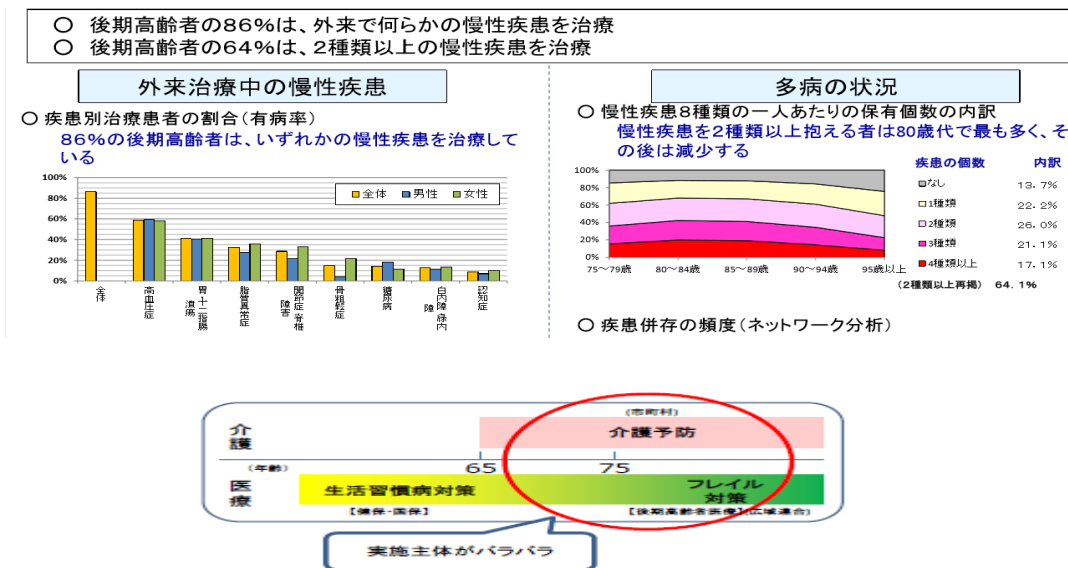


■高齢者の保健事業・介護予防、一体的実施に向け検討会

厚生労働省の社会保障審議会医療保険部会は7月19日、同介護保険部会は26日、高齢者の保健事業と介護予防を一体的に実施する体制づくりに向けて有識者による検討会を設置することをそれぞれ了承した。実施内容や実施主体など制度的・実務的な課題を整理し、法改正を含めて議論を行い、年内に意見を取りまとめる。現在、生活習慣病対策・フレイル(虚弱)対策は医療保険、介護予防事業は介護保険でそれぞれ実施されている。厚労省は予防・健康づくり施策を一体的に実施することで、医療や介護の保険給付を抑制したい考えだ。

早期発見・早期対応、重症化予防などが課題

厚労省は「予防・健康づくりの一体的実施」に向けた課題について、後期高齢者医療制度では、高齢者は慢性疾患の有病率が非常に高く、複数の慢性疾患を有する割合も高水準であり、早期発見・早期対応とともに、効果的な重症化予防への対応を課題に挙げた。介護保険では、高齢者の生活機能は75歳以上で急速に低下し、買い物、外出等の生活行為ができなくなる傾向があるとして、高齢者が参加しやすい活動の場の拡大、プログラムの充実が必要だとしている。



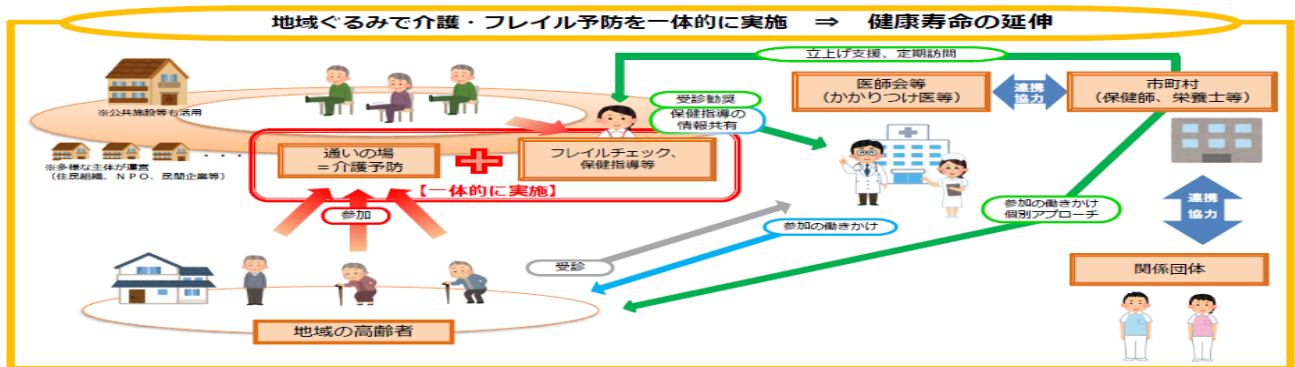
厚労省・社会保障審議会医療保険部会資料

現在は、後期高齢者医療制度では、フレイル(虚弱)を防ぐ対策として「低栄養防止・重症化予防等の推進」を実施。一方、介護保険制度では、地方自治体に対して介護予防事業として、地域支援事業の実施を義務付けている。しかし、▼低栄養防止・重症化予防等に係る事業の実施状況は、17年度で32広域連合、66市町村と地域が限られている▼広域連合における専門職配置は、保健師が21広域連合で26人、看護師は3広域連合で4人、管理栄養士は1広域連合で1人という脆弱な体制である▼介護予防に取り組む「通いの場」は、16年度で全国7万6,492箇所になるが、高齢者の参加率は4.2%という低い水準である。

一体的に実施する枠組みを提案

厚労省は、こうした課題を解決する方策として、「高齢者の保健事業と介護予防を一体的に実施する仕組みを構築」することを提案。▼高齢者の「通いの場」を中心として、フレイル対策を含めた介護予防と、生活習慣病等の疾病予防・重症化予防を一体的に実施する▼市町村が「通いの場」の立ち上げや運営を支援するなどして、「憩いの場」を拡大する▼市町村と地域医師会等が連携・協力し、必要な受診勧奨や保健指導に関する情報の共有などを行うーといった枠組みづくりを提示した。「健康上のハイリスク者」を見つけられる可能性も高まるとしている。

- 高齢者の通いの場を中心とした介護予防（フレイル対策（運動、口腔、栄養等）を含む）と生活習慣病等の疾病予防・重症化予防の一体的実施。
- 通いの場の拡大、高齢者に対して生きがい・役割を付与するための運営支援、かかりつけの医療機関等との連携。



厚労省・社会保障審議会医療保険部会資料

骨太方針 2018 「予防・健康づくりの推進」を掲げる

政府は、6月に閣議決定した骨太方針 2018 で、2019～21 年度を社会保障制度の「基盤強化期間」に設定し、各年度の社会保障費の自然増を「高齢化による増加分」に抑えることを明記した。医療費抑制策の一環として「予防・健康づくりの推進」を掲げ、高齢者の介護予防や重症化予防などの予防事業を市町村主体で「一体的に実施する仕組みを検討する」ほか、インセンティブを活用して、「健康寿命の地域間格差を解消することを旨とする」としている。

[骨太方針 2018]

(予防・健康づくりの推進)

高齢者の通いの場を中心とした介護予防・フレイル対策や生活習慣病等の疾病予防・重症化予防、就労・社会参加支援を都道府県等と連携しつつ市町村が一体的に実施する仕組みを検討するとともに、インセンティブを活用することにより、健康寿命の地域間格差を解消することを目指す。

高齢化のピークである 2025 年に向かって、今後、医療・介護ニーズが急速に増加していく中で、予防・健康づくり施策を充実し、国民の健康寿命を延ばすには、高齢者が住み慣れた地域・日常生活圏域で、医療や健康づくりのための資源へのアクセスを確保することや、社会参加の機会を増やすことが必要である。公的医療・介護サービスを充実し、公的年金水準を引き上げるなど、社会保障拡充路線に抜本転換すべきである。

しかし、骨太方針 2018 は、医療保険と介護保険について「自助、共助、公助の範囲についても見直していく必要がある」との方針を明記し、「予防・健康づくりによる制度利用の抑制と市場型の保険外サービスの拡大」（横山壽一・佛教大学教授、『経済』2018年6月号）を目指している。さらに、高齢者の早期発見・早期対応や生活機能の低下防止の課題に反する、▼後期高齢者の窓口負担を原則2割へ引き上げる▼介護保険の入り口ともいえる居宅介護支援に新たに利用者負担を導入する、などを検討項目に挙げている。

健康寿命の地域間格差の解消めざす

骨太方針 2018 に基づき、厚労省は「2040年までに健康寿命を3年以上延伸」する目標を掲げ、①健康無関心層も含めた予防・健康づくりの推進—「多様な主体の連携により、無関心層も含めた予防・健康づくりを社会全体で推進」する、②地域間の格差の解消—「健康寿命には、大きな地域間格差。地域ぐるみで取り組み、格差を解消」する、という2つの取り組みを示した。「全都道府県が、健康寿命の最も高い山梨県の水準に到達すれば、男性+1.07歳、女性+1.43歳の延伸」が実現できるとしている。2040年までに国民の健康寿命を3年以上延ばす（平均寿命との差を縮小する）ことができれば、医療保険における受療率が2.5歳分程度、介護保険の認定率が1歳分程度、それぞれ低下すると見込んでいる。

健康寿命延伸に向けた取組

平成30年4月12日経済財政諮問会議
加藤大臣提出資料（一部改変）

○ **健康格差の解消**により、2040年までに健康寿命を3年以上延伸、平均寿命との差の縮小を目指す。

○ **重点取組分野を設定、2つのアプローチで格差を解消。**

① **健康無関心層も含めた予防・健康づくりの推進**
 ・多様な主体の連携により、無関心層も含めた予防・健康づくりを社会全体で推進。

② **地域間の格差の解消**
 ・健康寿命には、大きな地域間格差。地域ぐるみで取り組み、格差を解消。
 ※全都道府県が、健康寿命の最も高い山梨県の水準に到達すれば、**男性+1.07年、女性+1.43年の延伸**。

① 健康無関心層も含めた予防・健康づくりの推進

② 地域間の格差の解消

重点取組分野	具体的な方向性	目指す2040年の姿
次世代の健やかな生活習慣形成等 健やか親子施策	<ul style="list-style-type: none"> ・すべての子どもの適切な生活習慣形成のための介入手法の確立、総合的な支援 ・リスクのある事例の早期把握や個別性に合わせた適切な介入手法の確立 ・教育に関わる関係機関の連携体制の構築 	<ul style="list-style-type: none"> ・成育環境に関わらず、すべての子どもが心身ともに健やかに育まれる。 例) 低出生体重児の割合や10代の自殺死亡率を先進諸国トップレベルに改善する。
疾病予防・重症化予防 がん対策・生活習慣病対策等	<ul style="list-style-type: none"> ・個別・最適化されたがん検診・ゲノム医療の開発・推進、受けやすいがん検診の体制づくり ・インセンティブ改革、健康経営の推進 ・健康無関心層も自然に健康になれる社会づくり(企業、自治体、医療関係者等の意識共有・連携)(日本健康会議) 	<ul style="list-style-type: none"> ・個々人に応じた最適ながん治療が受けられる。 ・所得水準や地域・職域等によらず、各種の健康指標の格差が解消される。
介護・フレイル予防 介護予防と保健事業の一体的実施	<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防(フレイル対策(口腔、運動、栄養等)を含む)と生活習慣病等の疾病予防・重症化予防を一体的に実施する枠組みの構築、インセンティブも活用 ・実施拠点として、高齢者の通いの場の充実、認知症カフェの更なる設置等 地域交流の促進 	<ul style="list-style-type: none"> ・身近な地域で、生活機能低下防止と疾病予防・重症化予防のサービスが一体的に受けられる。 例) 通いの場への参加率 15% 認知症カフェの設置箇所数 9,500箇所

+ 基盤整備

見える化

データヘルス

研究開発

社会全体での取組み

厚労省・社会保障審議会医療保険部会資料

地方自治体・住民を医療費抑制に駆り立てる

厚労省は「健康寿命と後期高齢者の医療費」について、後期高齢者医療制度(15年度)における都道府県別データ(注:厚労省「16年度医療費の地域差分析」、厚生労働科学研究「健康日本21の推進に関する研究」)に基づいて、「健康寿命と1人当たり医療費との関係を見ると、入院で弱い相関、外来である程度の相関」

があるとして、健康寿命が長い都道府県では、後期高齢者の1人当たり医療費が低いという関係があると結論付けている。

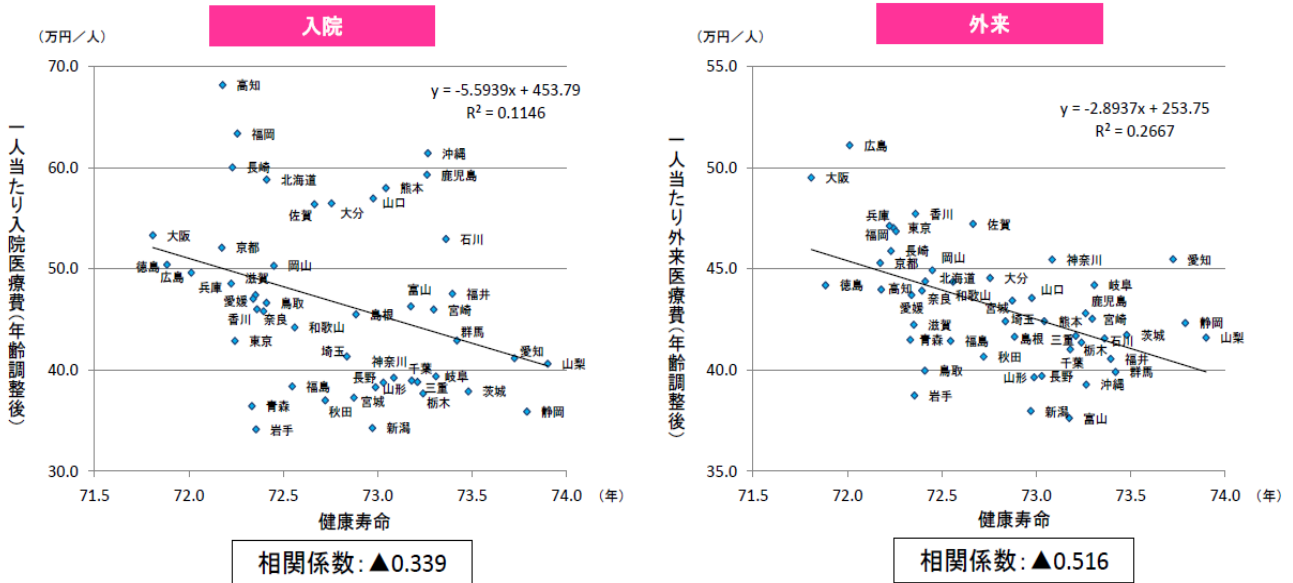
さらに、健康寿命が上位の都道府県と下位の都道府県を対象に、▼1人当たり医療費を比較したデータ▼「生涯医療費(平均)」のデータを示し、「生涯医療費は、健康寿命上位の都道府県が、下位の都道府県と比較して低くなっている」と断定している。

しかし、厚労省が作成した分析データでは、1人当たり医療費が山梨県より低い都道府県が、入院、外来ともに10数県以上あるだけでなく、厚労省自身が「健康寿命が国民生活基礎調査の回答結果を用いて算出されたものであること、このデータは健康寿命と医療費の因果関係を示すものではなく、健康寿命の長さと医療費の低さに共通する要因等については別途検討が必要である」ことを認めている。

骨太方針2018が掲げた「健康寿命の延伸」という名のもとに、医療費・介護費に地域間格差があることは不合理だとして、保険者努力支援制度のような財政的インセンティブも使って、医療・介護の保険給付抑制に地方自治体や住民を駆り立て、競わせることが危惧される。

- 医療費の地域差には、従来から病床数や医師数、保健師数、高齢者の就業率などとの相関が指摘。
 - 都道府県別データで健康寿命と医療費との関係を見ると、入院で弱い相関、外来である程度の相関。
- ※ 健康寿命が国民生活基礎調査の回答結果を用いて算出されたものであること、このデータは健康寿命と医療費の因果関係を示すものではなく、健康寿命の長さと医療費の低さに共通する要因等については別途検討が必要であること、健康寿命上位・下位都道府県群の比較を行う場合には、医療費が特に高い県・低い県の影響が強くなる可能性などに留意が必要。

<後期高齢者医療制度(2015年度)における分析>



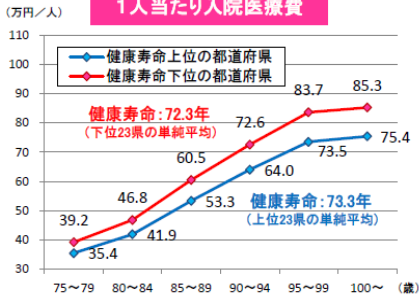
厚労省・社会保障審議会医療保険部会資料

＜後期高齢者医療制度(2015年度)における分析＞

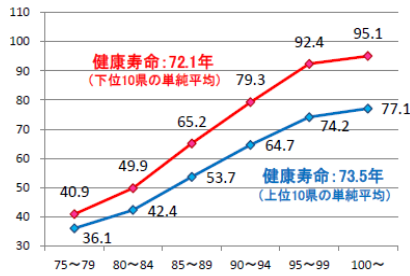
※ 下のグラフにおいて75歳未満の被保険者は75～79歳の階級に含めて計算している。

上位23県・下位23県の比較

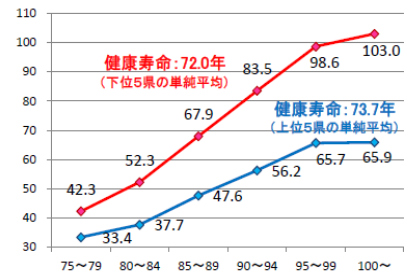
1人当たり入院医療費



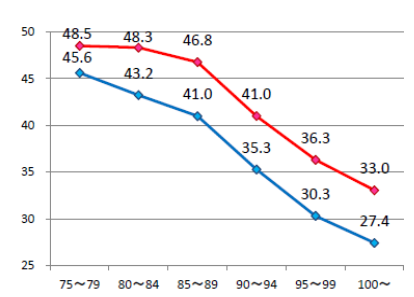
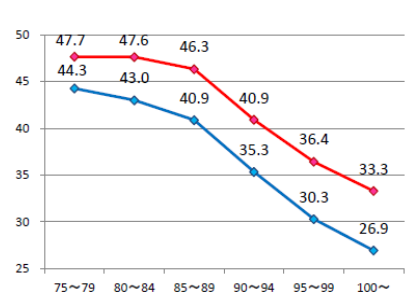
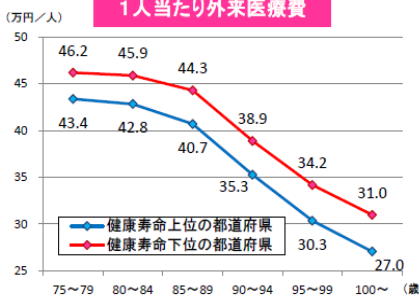
上位10県・下位10県の比較



上位5県・下位5県の比較



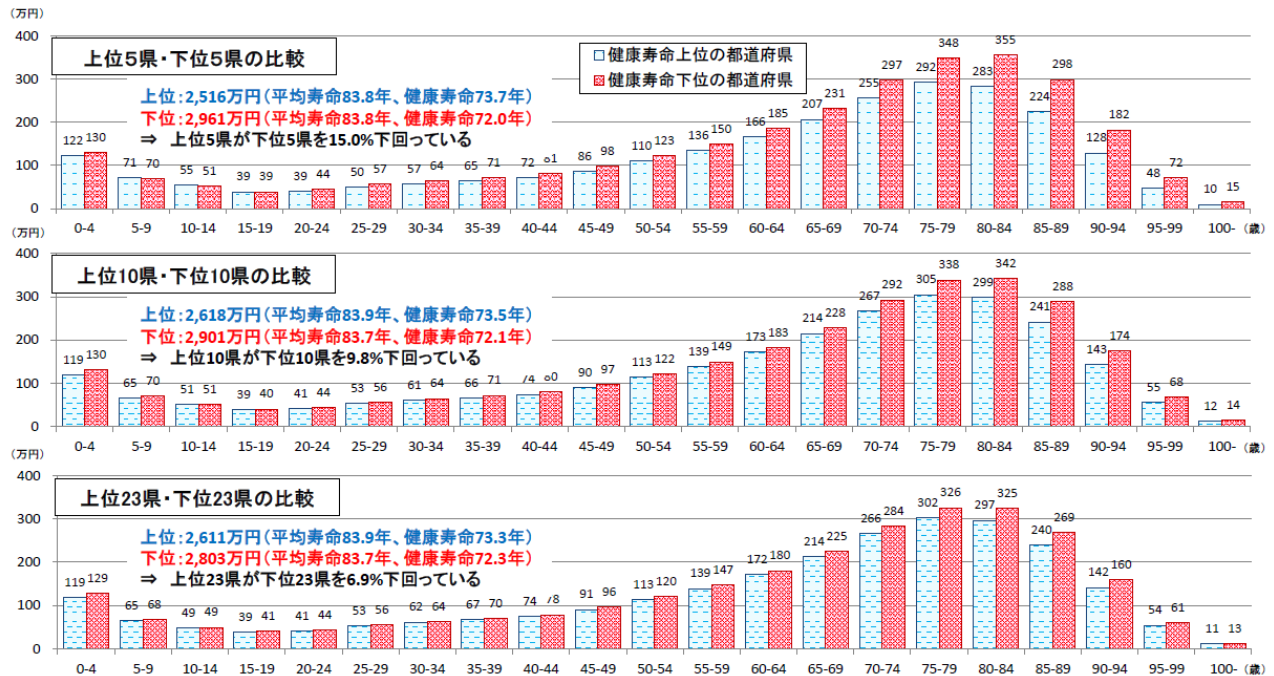
1人当たり外来医療費



厚労省・社会保障審議会医療保険部会資料

健康寿命と生涯医療費(平均)について

○ 生涯医療費は、健康寿命上位の都道府県の方が、下位の都道府県と比較して低くなっている。



厚労省・社会保障審議会医療保険部会資料

(文責:医療動向モニタリング小委員会委員 寺尾正之)