

【資料 1】

3 会議事項

(1) 平成 31 年度一般会計・特別会計当初予算(案)
の概要について

平成31年度長野県後期高齢者医療広域連合一般会計予算の概要

資料 1

歳 入

(単位:千円)

項 目	平成31年度 当初予算額 A	平成30年度 当初予算額 B	増減額 C=A-B	増減率 C/B	備 考
1 分担金及び 負担金	807,790	930,322	△ 122,532	△ 13.2%	市町村事務費負担金 均等割 10% 80,780 人口割 45% 363,505 高齢者割 45% 363,505
2 国庫支出金	301	3,116	△ 2,815	△ 90.3%	特別調整交付金 (運営協議会) 301
3 繰越金	15,000	15,000	0	0.0%	
4 諸収入	2	2	0	0.0%	
合 計	823,093	948,440	△ 125,347	△ 13.2%	

歳 出

(単位:千円)

項 目	平成31年度 当初予算額 A	平成30年度 当初予算額 B	増減額 C=A-B	増減率 C/B	備 考
1 議会費	824	789	35	4.4%	
(人件費)	335	335	0	0.0%	議員報酬 16人
(その他)	489	454	35	7.7%	旅費等
2 総務費	304,754	304,859	△ 105	△ 0.0%	
(人件費)	231,564	232,721	△ 1,157	△ 0.5%	給与費負担金等 29人 216,840 特別職報酬 5,403 嘱託職員報酬 4人 7,436 嘱託職員等共済費 4人 1,885
(その他)	73,190	72,138	1,052	1.5%	事務室賃借料 8,283 財務会計システム 機器等賃借料 2,997 コンピュータ等 機器賃借料 3,252 その他 58,658
3 民生費	512,365	637,642	△ 125,277	△ 19.6%	事務費繰出 512,365
4 公債費	150	150	0	0.0%	一時借入金利子
5 予備費	5,000	5,000	0	0.0%	
合 計	823,093	948,440	△ 125,347	△ 13.2%	

平成31年度長野県後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療特別会計予算の概要

歳 入

(単位：千円)

項 目	平成31年度 当初予算額 A	平成30年度 当初予算額 B	増減額 C=A-B	増減率 C/B	備 考
1 市町村支出金	47,974,969	46,588,716	1,386,253	3.0%	
保険料等負担金	26,190,880	25,293,706	897,174	3.5%	保険料 20,971,743 保険基盤安定分 5,219,137
療養給付費負担金	21,784,089	21,295,010	489,079	2.3%	負担対象額 1/12
2 国庫支出金	91,494,016	89,446,932	2,047,084	2.3%	
療養給付費負担金	65,352,267	63,885,032	1,467,235	2.3%	負担対象額 3/12
高額医療費負担金	1,344,610	1,245,384	99,226	8.0%	高額医療費負担対象額 1/4
調整交付金	23,797,286	23,060,958	736,328	3.2%	普通調整交付金 23,554,237 特別調整交付金 43,049 インセンティブ交付金 200,000
国庫補助金	999,853	1,255,558	△ 255,705	△ 20.4%	保健事業費補助金 169,885 医療費適正化等推進事業費補助金 25,342 特別高額医療費共同事業補助金 10,000 長寿・健康増進事業費補助金 70,790 災害臨時特例補助金 1 円滑運営臨時特例交付金 723,835
3 県支出金	23,128,700	22,540,395	588,305	2.6%	
療養給付費負担金	21,784,089	21,295,010	489,079	2.3%	負担対象額 1/12
高額医療費負担金	1,344,610	1,245,384	99,226	8.0%	高額医療費負担対象額 1/4
県財政安定化基金 交付金	1	1	0	0.0%	
4 支払基金交付金	111,553,636	108,916,755	2,636,881	2.4%	負担対象額 0.3882 101,479,001 特定費用の額 0.8882 10,074,635
5 特別高額医療費 共同事業交付金	67,824	63,373	4,451	7.0%	
6 繰入金	512,365	637,642	△ 125,277	△ 19.6%	
一般会計繰入金	512,365	637,642	△ 125,277	△ 19.6%	事務費分
7 繰越金	3,000,000	3,000,000	0	0.0%	
8 諸収入	302,513	1,915	300,598	15,697.0%	預金利子 2,000 第三者納付金 300,500 その他 13
合 計	278,034,023	271,195,728	6,838,295	2.5%	

歳 出

(単位：千円)

項 目	平成31年度 当初予算額 A	平成30年度 当初予算額 B	増減額 C=A-B	増減率 C/B	備 考
1 総務費	600,876	667,103	△ 66,227	△ 9.9%	国保連合会業務委託料 130,601 電算処理システム 機器賃貸料 111,380 支給決定通知等郵送料 83,112 国保連合会負担金 75,561 被保険者証等作成委託料 69,043 電算処理システム 運用委託料 47,613 その他 83,566
2 保険給付費	274,429,856	268,102,609	6,327,247	2.4%	一人当たり医療費の伸び 1.29% 被保険者数 352,738人
療養諸費	269,863,870	264,314,196	5,549,674	2.1%	療養給付費 268,703,869 訪問看護療養費 1,160,000 移送費 1
審査支払手数料	618,030	602,963	15,067	2.5%	@63円×9,810,000件
高額療養諸費	2,887,956	2,165,000	722,956	33.4%	高額療養費 2,667,765 うち外来年間合算分 48,538 高額介護合算療養費 220,191
葬祭費	1,060,000	1,020,450	39,550	3.9%	@50千円×21,200人
3 県財政安定化 基金拠出金	0	0	0	0.0%	
4 特別高額医療費 共同事業拠出金	77,606	80,157	△ 2,551	△ 3.2%	国保中央会において共同処理
5 保健事業費	785,556	726,195	59,361	8.2%	
健康保持増進 事業費	754,869	701,166	53,703	7.7%	健康診査事業 580,451 歯科健診事業 26,796 長寿・健康増進事業 147,092 保健事業実施計画 推進事業 530
医療費適正化 推進事業費	30,687	25,029	5,658	22.6%	フレイル予防等訪問指導事業 25,343 重複・頻回受診者等 訪問指導業務委託料ほ か 5,344
6 公債費	9,343	9,343	0	0.0%	一時借入金利子
7 諸支出金	23,166	23,141	25	0.1%	
保険料還付金	22,000	22,000	0	0.0%	過年度分所得変更等による 保険料歳出還付
還付加算金	1,100	1,100	0	0.0%	
償還金	66	41	25	61.0%	保険料特別返還金 26 負担割合差額返納金 40
8 予備費	2,107,620	1,587,180	520,440	32.8%	
合 計	278,034,023	271,195,728	6,838,295	2.5%	

平成31年度 主な新規・拡大事業の概要

(単位:千円)

基本方針	No.	事業名	予算額	財源内訳		前年度比増加額	主管課	事業の概要	会計
				特定財源	一般財源				
第2期データヘルス計画の推進	1	高齢者の特性（フレイルなど）を踏まえた保健事業【拡大】	36,028	36,028	0	17,242	業務課	高齢者の健康寿命の延伸を目的として、高齢者の特性であるフレイルや重症化の予防等について、市町村等との連携の強化及び被保険者への周知を推進するため次の事業を展開します。 (特定財源内訳)・インセンティブ交付金：6,493千円 ・国庫補助金：29,535千円	特別会計
		フレイル予防等訪問指導事業【拡大】	25,343	25,343	0	9,779	業務課	希望市町村（継続6市町村、新規6市町村）に事業委託し、被保険者へ訪問指導等を行うことでフレイル予防などを推進します。 (特定財源内訳)・国庫補助金：25,343千円	
		保健事業専門職の配置（保健師・管理栄養士）【拡大】【インセンティブ】	6,445	6,445	0	3,223	総務課	フレイル予防を中心とした保健指導や健康管理等について、市町村への情報提供や効果的な事業実施に向けた相談・支援を担当する専門職（現在、管理栄養士1名）を1名増員します。 (特定財源内訳)・インセンティブ交付金：2,445千円 ・国庫補助金：4,000千円	
		フレイル予防周知チラシ【新規】【インセンティブ】	4,048	4,048	0	4,048	業務課	医療費通知にチラシを同封することで、被保険者に対しフレイル予防の周知を行い、健康づくりへの意識向上を図ります。 (特定財源内訳)・インセンティブ交付金：4,048千円	
		検討会及び研修会の開催【拡大】	192	192	0	192	業務課	フレイル予防等訪問指導事業委託市町村を対象に検討会を行い事業展開を促進するほか、県下全市町村の専門職を主とした研修会を行い事業水準の底上げを図ります。 (特定財源内訳)・国庫補助金：192千円	
医療費の適正化	2	あはき施術療養費支給申請書2次点検業務【新規】【インセンティブ】	7,205	7,205	0	7,205	業務課	あん摩マッサージ指圧、はり・きゅう施術に係る療養費について、縦覧や医科レセプト突合などの点検業務を専門事業者に委託し、適正化を図ります。（1次審査の単月点検は、国保連に委託。） (特定財源内訳)・インセンティブ交付金：7,205千円	特別会計
広報活動	3	広報事業【新規】【インセンティブ】	7,771	7,771	0	7,771	総務課	1、メディア活用事業（1,171千円） 高齢者等になじみのあるラジオなどを活用して、健診の受診勧奨やフレイル予防などの情報提供を行い、健康に対する意識の向上とともに、広域連合実施事業の周知を図ります。 (特定財源内訳)・インセンティブ交付金：1,171千円 2、ホームページ改築業務（6,600千円） 高齢者をはじめ誰もが、より見やすく、使いやすいホームページとなるよう、レイアウトや機能等の改良とともに、掲載内容の充実を図るための全体的なリニューアルを行います。 併せて、スマートフォンなどのモバイル対応を行います。 (特定財源内訳)・インセンティブ交付金：6,600千円	特別会計
合 計			51,004	51,004	0	32,218			

※フレイルとは、加齢に伴い、気力や体力などの心身の活力が低下した状態をいいます。健康と障害（要介護状態）の間のような状態で、放置すると、健康や生活機能を損なうおそれがあります。

【資料 2】

3 会議事項

(2) 保険料の軽減特例見直しについて

保険料軽減特例の見直し等について

1 低所得者に係る被保険者均等割軽減特例の見直しについて

(1) 概要

平成 31 年度予算編成に当たっての財務大臣・厚生労働大臣の合意事項により、「今後の社会保障改革の実施について」(平成 28 年 12 月 22 日社会保障制度改革推進本部決定)を踏まえ、所得の少ない者に係る保険料の軽減特例(9 割軽減及び 8.5 割軽減)について、介護保険料軽減の拡充や年金生活者支援給付金の支給とあわせて見直しを実施することとし、平成 31 年(2019 年)10 月から当該軽減特例に係る国庫補助を廃止し、当該後期高齢者の保険料を本則の 7 割軽減とすることとされました。

なお、現行の 9 割軽減が適用される低所得者に対しては基本的に消費税率の引き上げに当たって年金生活者支援給付金が支給されることなどを踏まえ、現行の 8.5 割軽減が適用される者に対しては、平成 31 年(2019 年)10 月から 1 年間に限り、軽減特例に係る国庫補助の廃止により負担増となる所要額について特例的に補填を行うこととされ、事実上実施が 1 年猶予されることとなりました。

(2) 見直し内容

軽減特例の見直しにより、平成 31 年(2019 年)10 月以降、特例による上乗せ分(2 割、1.5 割)が廃止されることとなりますが、「保険料は年度で賦課しているものであり、年度中に軽減割合が変更となることはない」との厚生労働省の見解に基づき、実際の保険料計算では上乗せ分の半年相当(1 割、0.75 割)を通年で適用し、それぞれ本則の 7 割軽減と合わせて 8 割、7.75 割軽減となります。また、現行 8.5 割軽減に該当する被保険者については実施が 1 年間猶予されるため、平成 32 年度(2020 年度)からの実施となります。

各年度の低所得者に係る均等割の軽減割合

判定基準	現行	H31 年度 (2019 年度)	H32 年度 (2020 年度)	H33 年度 (2021 年度)
・軽減判定用総所得が 33 万円未満 ・世帯主及び被保険者全員が年金収入 80 万円以下でその他の所得なし	9 割	8 割	7 割	7 割
・軽減判定用総所得が 33 万円未満で 上記に該当しない者	8.5 割	8.5 割	7.75 割	7 割

(3) 軽減特例見直しの影響

※被保険者実態調査（H30.9.30）時点の状況を元に試算

ア 平成 31 年度（2019 年度）

影響人数：55,359 人 影響額：約 2 億 2,647 万円

＜内訳＞

・ 9 割→8 割 影響人数：55,359 人 影響額：約 2 億 2,647 万円

イ 平成 32 年度（2020 年度）

影響人数：133,823 人 影響額：約 4 億 6,720 万円

＜内訳＞

・ 8 割→7 割 影響人数：55,359 人 影響額：約 2 億 2,647 万円

・ 8.5 割→7.75 割 影響人数：78,464 人 影響額：約 2 億 4,073 万円

ウ 平成 33 年度（2021 年度）

影響人数：78,464 人 影響額：約 2 億 4,073 万円

＜内訳＞

・ 7.75 割→7 割 影響人数：78,464 人 影響額：約 2 億 4,073 万円

(4) システム改修について

ア 標準システム

制度改正に伴う標準システム改修については、平成 31 年（2019 年）度保険料に対応する改修は本年 4 月中旬までに、平成 32 年（2020 年）度保険料に対応する改修については、本年中に行うとの方針が示されました。また、本年 2 月 5 日にシステム概要等説明会が予定されております。

イ 市町村システム

標準システムの改修に伴う市町村システムの改修については、厚生労働省から「広域連合から市町村へ送付するインターフェースファイル「保険料情報（広域連合→市区町村）」について、設定仕様に関する修正は行わないことから、市町村における独自カスタマイズ等を除き、市町村システムの改修は発生しないものと想定している」との見解が示されておりますが、各市町村システムにおいて改修が必要かどうか早期に確かめる必要があります、また独自カスタマイズ部分かどうかに関わらず、改修が必要となった場合は確定賦課処理までに改修を終える必要がありますので、標準システムの改修仕様について正式なものを早急に提供するよう要望しております。

(5) 制度の周知等について

周知・広報については、平成 29 年度・30 年度同様に国においても行う予定とのことです。提供予定のものとして、窓口設置用ポスター、窓口設置用リーフレット、被保険者送付用リーフレットが示されております。

また、今回の制度見直しは介護保険料軽減の拡充及び年金生活者支援給付金の支給とあわせて実施すること等から、周知広報に当たり、各市町村においては介護保険部局等の関係部局、市町村を管轄する年金事務所等と連携を進めて頂く必要があるとされており、周知に係る留意事項・Q&A等を準備が整い次第提供予定との事です。

(6) 説明資料（Q&A）について

今回の軽減制度に見直しについては、「今後の社会保障改革の実施について」（平成 28 年 12 月 22 日社会保障制度改革推進本部決定）を踏まえて行われたものであり、9割軽減に該当する被保険者については、年金生活者支援給付金・介護保険料の軽減拡充とあわせると実質的に負担増にならないと厚生労働省は説明していましたが、個々の事例によっては負担増になる場合もある等、被保険者の理解を得ることが難しいケースが想定されます。このため厚生労働省としても、理解を得られるように説明を尽くすとともに、広域連合・市町村でも対応できるようにQ&Aなどの説明資料を提供するとの見解が示されております。

2 被用者保険の被扶養者であった被保険者に係る軽減特例の廃止について

(1) 概要

平成 29 年度から段階的に見直しを実施してきた被用者保険の被扶養者であった被保険者に係る軽減特例については平成 31 年度（2019 年度）から廃止され、本則どおり（制度加入から 2 年間に限り、均等割を 5 割軽減）の運用となります。

(2) 廃止の影響

ア 2 割軽減該当（5 割軽減→2 割軽減）

影響人数：1,285 人 影響額：約 1,577 万円

イ 軽減非該当（5 割軽減→軽減無し）

影響人数：15,826 人 影響額：約 3 億 2,370 万円

3 低所得者に係る均等割軽減の基準見直しについて

(1) 概要

平成 31 年度（2019 年度）は、低所得者に係る均等割軽減の 5 割、2 割の判定において、被保険者数に乗ずる所得額がそれぞれ 27 万 5,000 円から 28 万円、50 万円から 51 万円に引き上げられ、軽減適用範囲の拡充が図られます。

なお、賦課限度額については据え置かれ、平成 30 年度と同額の 62 万円となります。

(2) 影響

ア 5 割軽減

影響人数：858 人増 影響額：約 1,759 万円

イ 2 割軽減

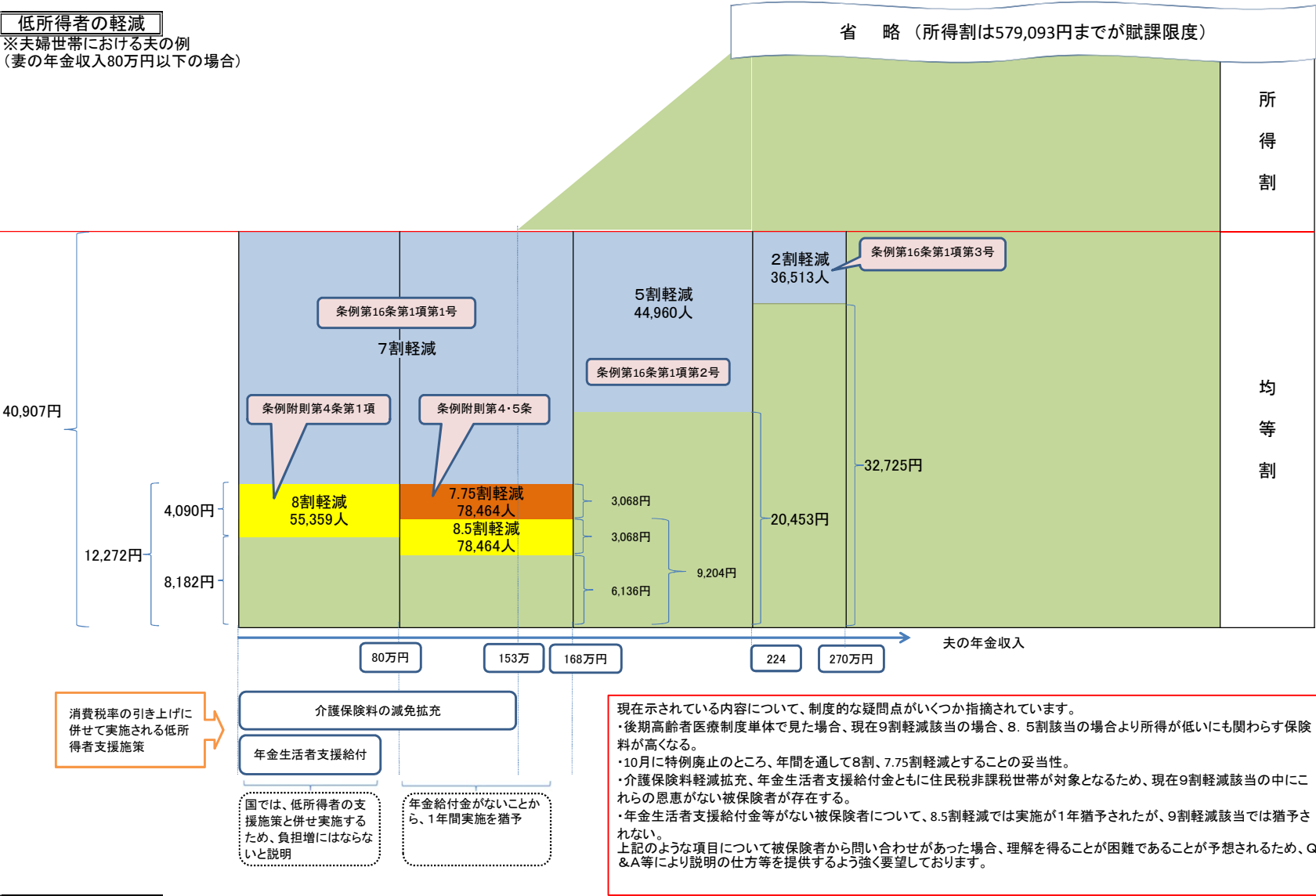
影響人数：589 人増 影響額：約 482 万円

軽減特例見直しによる影響試算説明図(平成31～33年度)
※被保険者数、被保険者世帯の所得額、保険料率に変更がないことを条件として、平成30年9月10日現在(実態調査時 被保険者数348,016人)で試算

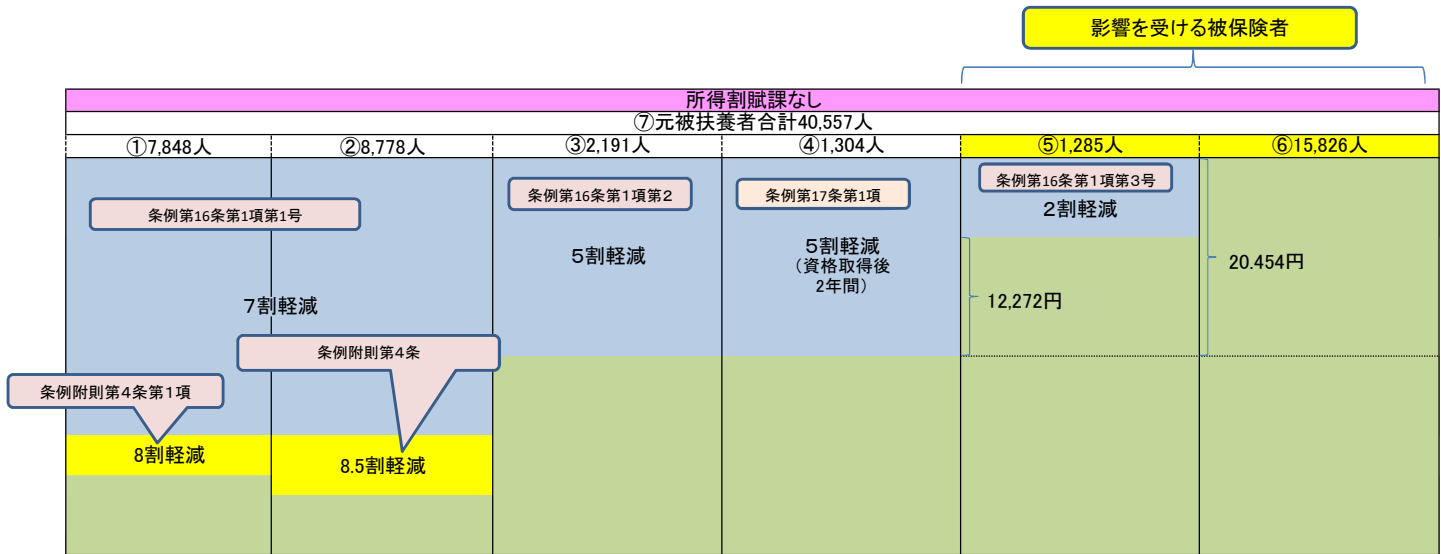
	保険基盤安定制度
	高齢者医療制度円滑運営臨時特例交付金(平成31年度まで。平成32年度以降は自己負担)
	高齢者医療制度円滑運営臨時特例交付金(平成32年度まで。平成33年度以降は自己負担)
	自己負担部分

低所得者の軽減

※夫婦世帯における夫の例
(妻の年金収入80万円以下の場合)



元被扶養者の軽減



○改正が必要な条例

1 軽減特例見直し

長野県後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療に関する条例 第16条第2項

長野県後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療に関する条例 附則第4条第1項

長野県後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療に関する条例 附則第4条第2項

長野県後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療に関する条例 附則第6条

その他上記の改正に伴う号ずれ対応等

2 軽減判定所得の基準引上げ

(1) 5割軽減の基準額
長野県後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療に関する条例 第16条第1項第2号

(2) 2割軽減の基準額
長野県後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療に関する条例 第16条第1項第3号

○影響額

1 平成31年度 約2億2,647万円 (9割→8割 約2億2,647万円)

2 平成32年度 約4億6,720万円 (8割→7割 約2億2,647万円 8.5割→7.75割 約2億4,073万円)

3 平成33年度 約2億4,072万円 (7.75割→7割 約2億4,073万円)

○影響者数 ※人数には元被扶養者を含む

1 平成31年度 55,359人 (9割→8割 55,359人)

2 平成32年度 133,823人 (8割→7割 55,359人 8.5割→7.75割 78,464人)

3 平成33年度 78,464人 (7.75割→7割 78,464人)

○影響額

約3億3,947万円 (2割該当 約1,577万円 軽減非該当 約3億2,370万円)

○影響者数

17,111人 (2割該当 1,285人 軽減非該当 15,826人)

軽減特例(9割・8.5割)見直しによる影響人数及び影響額試算表(平成31～33年度)

資料2-3

※被保険者数、被保険者世帯の所得額、保険料率に変更がないことを条件として、平成30年9月30日(被保険者実態調査)現在(被保険者数348,016人)で試算
※平成32・33年度は、均等割額が第6期と同額と仮定

1 平成31年度

区 分		現行均等割額 A	該当者数 B	特例見直し後 均等割額 C	影響単価 D=C-A	影響額 E=D×B	摘要
均等割特例軽減	① 9割→8割	4,090円	55,359人	8,181円	4,091円	226,473,669円	
	② 8.5割→8.5割	6,136円	78,464人	6,136円	0円	0円	実施を1年猶予
	③ 影響を受ける者(①)		55,359人			226,473,669円	被保険者の15.9%に影響

2 平成32年度

区 分		H31均等割額 A	該当者数 B	特例見直し後 均等割額 C	影響単価 D=C-A	影響額 E=D×B	摘要
均等割特例軽減	① 8割→7割	8,181円	55,359人	12,272円	4,091円	226,473,669円	本則に戻る
	② 8.5割→7.75割	6,136円	78,464人	9,204円	3,068円	240,727,552円	
	③ 影響を受ける者 (①+②)		133,823人			467,201,221円	被保険者の38.5%に影響

3 平成33年度

区 分		H32均等割額 A	該当者数 B	特例見直し後 均等割額 C	影響単価 D=C-A	影響額 E=D×B	摘要
均等割特例軽減	① 7割→7割	12,272円	55,359人	12,272円	0円	0円	
	② 7.75割→7割	9,204円	78,464人	12,272円	3,068円	240,727,552円	本則に戻る
	③ 影響を受ける者(②)		78,464人			240,727,552円	被保険者の22.5%に影響

資料3 平成30年度及び平成31年度の後期高齢者医療保険料額の比較

資料2-4

1. 1人世帯で被保険者が年金収入のみの場合

(単位:円、%)

年金収入	年金所得	旧ただし書 所 得	平成30年度の保険料		平成31年度の保険料		比 較	
			軽減区分	金 額	軽減区分	金 額	差 額	率
800,000	0	0	9割軽減	4,000	8割軽減	8,100	4,100	202.50
1,530,000	330,000	0	8.5割軽減	6,100	8.5割軽減	6,100	0	100.00
1,680,000	480,000	150,000	8.5割軽減	18,500	8.5割軽減	18,500	0	100.00
1,950,000	750,000	420,000	5割軽減	55,300	5割軽減	55,300	0	100.00
1,955,000	755,000	425,000	5割軽減	55,700	5割軽減	55,700	0	100.00
1,960,000	760,000	430,000	2割軽減	68,400	5割軽減	56,100	△ 12,300	82.02
2,110,000	910,000	580,000	2割軽減	80,800	2割軽減	80,800	0	100.00
2,170,000	970,000	640,000	2割軽減	85,800	2割軽減	85,800	0	100.00
2,180,000	980,000	650,000	2割軽減	86,600	2割軽減	86,600	0	100.00
2,190,000	990,000	660,000		95,600	2割軽減	87,500	△ 8,100	91.53
2,500,000	1,300,000	970,000		121,400		121,400	0	100.00
3,000,000	1,800,000	1,470,000		162,900		162,900	0	100.00
3,500,000	2,250,000	1,920,000		200,200		200,200	0	100.00
4,000,000	2,625,000	2,295,000		231,300		231,300	0	100.00
4,500,000	3,040,000	2,710,000		265,800		265,800	0	100.00
5,000,000	3,465,000	3,135,000		301,100		301,100	0	100.00
8,800,000	6,805,000	6,475,000		578,300		578,300	0	100.00
9,000,000	6,995,000	6,665,000		594,100		594,100	0	100.00
9,320,000	7,299,000	6,969,000		619,300		619,300	0	100.00
9,330,000	7,308,500	6,978,500		620,000		620,000	0	100.00

2. 2人世帯(夫婦)で被保険者が年金収入のみの場合の夫の保険料(妻の年金収入は135万円(9割軽減は80万円)以下)

年金収入	年金所得	旧ただし書 所 得	平成30年度の保険料		平成31年度の保険料		比 較	
			軽減区分	金 額	軽減区分	金 額	差 額	率
800,000	0	0	9割軽減	4,000	8割軽減	8,100	4,100	202.50
1,530,000	330,000	0	8.5割軽減	6,100	8.5割軽減	6,100	0	100.00
1,680,000	480,000	150,000	8.5割軽減	18,500	8.5割軽減	18,500	0	100.00
2,110,000	910,000	580,000	5割軽減	68,500	5割軽減	68,500	0	100.00
2,220,000	1,020,000	690,000	5割軽減	77,700	5割軽減	77,700	0	100.00
2,230,000	1,030,000	700,000	5割軽減	78,500	5割軽減	78,500	0	100.00
2,240,000	1,040,000	710,000	2割軽減	91,600	5割軽減	79,300	△ 12,300	86.57
2,660,000	1,460,000	1,130,000	2割軽減	126,500	2割軽減	126,500	0	100.00
2,680,000	1,480,000	1,150,000	2割軽減	128,100	2割軽減	128,100	0	100.00
2,700,000	2,500,000	2,170,000		221,000	2割軽減	212,800	△ 8,200	96.29
3,000,000	1,800,000	1,470,000		162,900		162,900	0	100.00
3,500,000	2,250,000	1,920,000		200,200		200,200	0	100.00
4,000,000	2,625,000	2,295,000		231,300		231,300	0	100.00
4,500,000	3,040,000	2,710,000		265,800		265,800	0	100.00
5,000,000	3,465,000	3,135,000		301,100		301,100	0	100.00
8,800,000	6,805,000	6,475,000		578,300		578,300	0	100.00
9,000,000	6,995,000	6,665,000		594,100		594,100	0	100.00
9,320,000	7,299,000	6,969,000		619,300		619,300	0	100.00
9,330,000	7,308,500	6,978,500		620,000		620,000	0	100.00

【保険料率:〔平成30・31年度:0.0830/40,907円〕】

(注)1. 軽減判定については、公的年金等収入につき国民健康保険と同様、高齢者特別控除15万円が適用されます。

2. 年金収入金額から所得金額への換算は、平成30年分の計算例により換算しています。

3. 旧ただし書所得＝賦課のもととなる所得金額＝基礎控除(33万円)後の総所得金額等

年金生活者支援給付金の概要

年金生活者支援給付金は、年金を含めても所得が低く、経済的な援助を必要としている者（前年の所得額が老齢基礎年金満額以下の者など）に対し、年金に上乗せして支給するものである。

【年最大6万円（月最大5,000円）・対象者数 約800万人】

高齢者への給付金（老齢年金生活者支援給付金）

【支給要件】

- ① 65歳以上の老齢基礎年金の受給者であること
- ② 前年の年金額とその他の所得（給与所得や利子所得など）との合計額が、老齢基礎年金満額（約78万円※¹）以下であること
- ③ 同一世帯の全員が市町村民税非課税であること

【保険料納付済期間に基づく給付額】

給付額（月額）＝ 5,000円※² × 保険料納付済期間（月数） / 480月

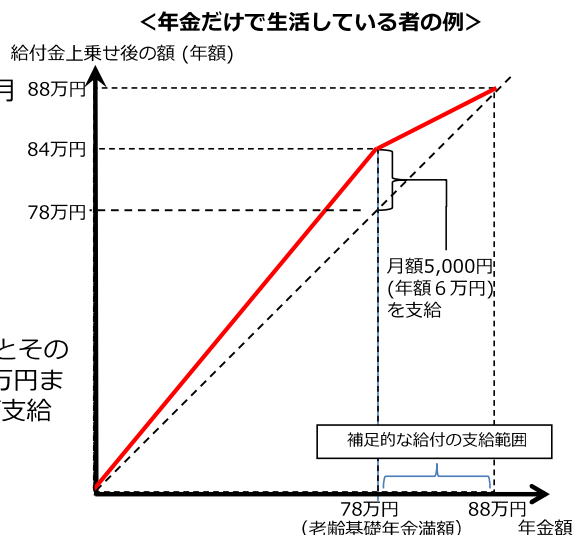
（例）

保険料納付済期間	480月（40年）	240月（20年）	120月（10年）
給付金額（月額）	5,000円	2,500円	1,250円

【対象者数】 約500万人

（補足）上記の支給要件②を満たさない者であっても、前年の年金額とその他の所得との合計額が約88万円※¹までの者に対しては、約78万円までの者と所得総額が逆転しないよう、一定の補足的な給付※¹が支給される。（補足的な老齢年金生活者支援給付金）（対象者数：約100万人）

※¹ 具体的な額は政令で定める予定
 ※² 毎年物価スライドにより改定



6

【保険料免除期間に基づく給付額】

保険料免除期間を有する者については、保険料納付済期間に基づく給付額に加えて、保険料免除期間に基づく給付額を合算した額が支給される。

給付額（月額）＝ 約10,800円※ × 保険料免除期間（月数） / 480月

※ 老齢基礎年金満額の1/6。保険料1/4免除期間は、約5,400円（老齢基礎年金満額の1/12）。

（例）

保険料納付済期間	保険料全額免除期間	老齢基礎年金額（月額）	給付金額（月額）	老齢基礎年金額＋給付金額（月額）
480月	0月	65,000円	5,000円	70,000円
360月	120月	56,875円	6,450円	63,325円
240月	240月	48,750円	7,900円	56,650円

障害者や遺族への給付金（障害年金生活者支援給付金・遺族年金生活者支援給付金）

【支給要件】

- ① 障害基礎年金または遺族基礎年金の受給者であること
- ② 前年の所得※¹が、462万1,000円以下※²であること
 - ※¹ 障害年金と遺族年金は非課税であるため、給付金の判定に用いる所得には含まれない
 - ※² 具体的な額は、扶養親族等の数に応じて、20歳前障害基礎年金の支給停止に係る所得基準額を参考に政令で定める予定

【給付額】

障害等級2級の者及び遺族である者 … 5,000円※³（月額）
 障害等級1級の者 … 6,250円※³（月額）

※³ 毎年物価スライドにより改定

【対象者数】 約190万人

その他

- ・ 施行日…平成31年10月1日（消費税率の10%への引上げの日）
 - ※10月施行のため、初回支払いは、10月・11月分を12月に支給することとなる。
- ・ 手続 … 本人の認定請求により受給権発生。日本年金機構が支払事務を実施。年金と同様に2か月毎に支給。
- ・ 費用 … 全額国庫負担 ※所要額は約5,600億円（一体改革関連法案審議時の試算）
- ・ その他…各給付金は非課税。

7

介護保険の1号保険料の低所得者軽減強化

平成30年度予算額 246億円(公費)

介護保険の1号保険料について、給付費の5割の公費とは別枠で公費を投入し低所得の高齢者の保険料の軽減を強化

①一部実施(平成27年4月)

市町村民税非課税世帯のうち 特に所得の低い者を対象
(65歳以上の約2割)

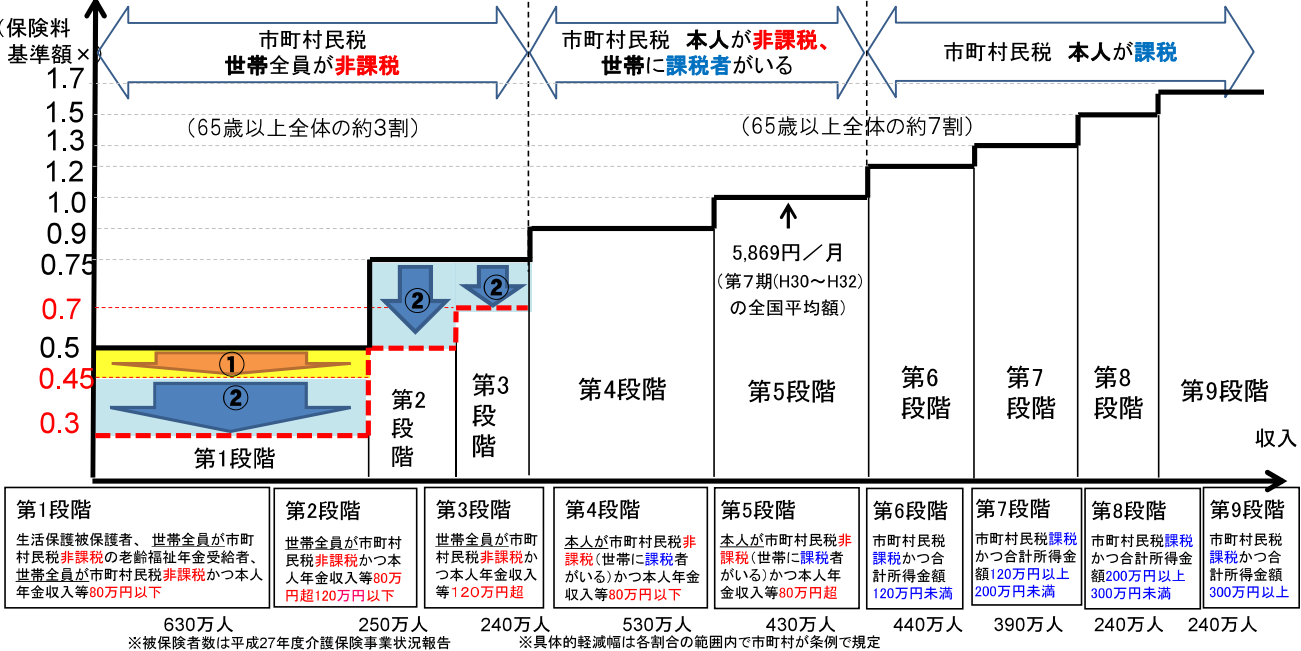
②完全実施

市町村民税非課税世帯全体を対象として完全実施(65歳以上の約3割)

	保険料基準額に対する割合
第1段階	0.5 → 0.45

	保険料基準額に対する割合
第1段階	0.45 → 0.3
第2段階	0.75 → 0.5
第3段階	0.75 → 0.7

※公費負担割合
国1/2、都道府県1/4
市町村1/4



【資料 3】

3 会議事項

- (3) あはき療養費の受領委任制度開始に伴う
過渡期の取扱いについて

あはき療養費の受領委任制度開始に伴う過渡期の取扱いについて

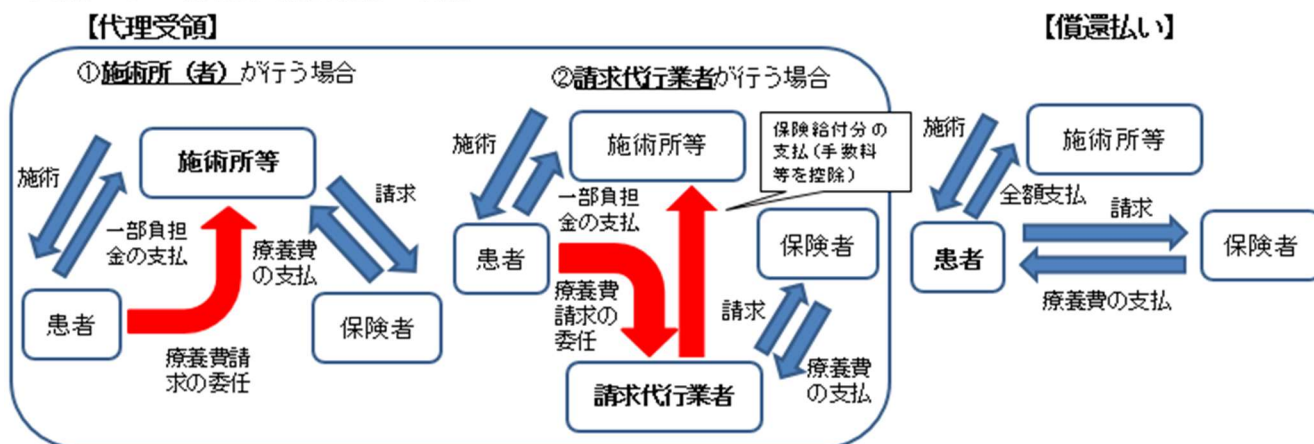
資料 3

1 あはき療養費の受領委任制度への参加

あはき（あん摩マッサージ、はり・きゅう）施術に係る療養費（以下「あはき療養費」という。）の支払いについて、平成31年1月1日以降「受領委任制度」が開始されます。

長野県後期高齢者医療広域連合は、施術者等に同制度の契約勧奨を行いながら、長野県内保険者の開始時期の統一に併せ、平成31年4月1日から同制度に参加します。

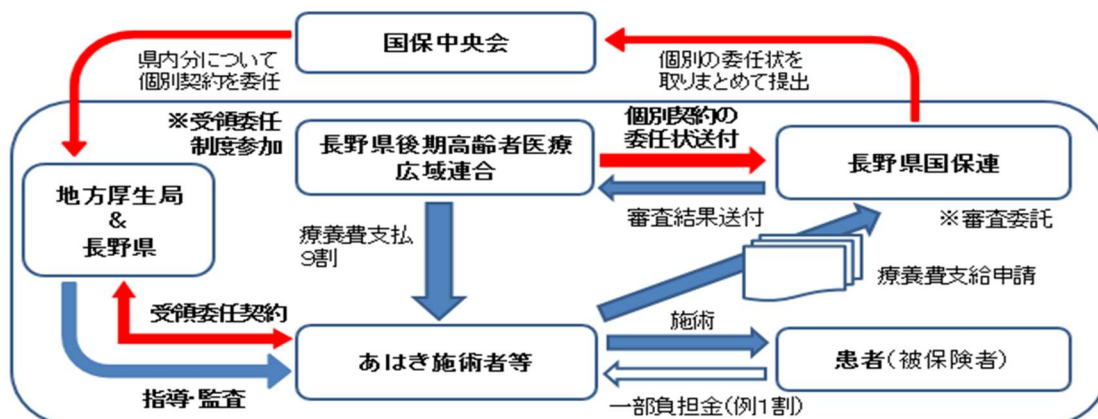
○現行「あはき療養費の請求方法」の比較



（保険医交付のはり、きゅう及びあん摩マッサージ指圧）同意書取扱いの変更（平成30年10月1日から）

	従前の事務取扱い	新（平成30年10月1日から）
同意書様式	施術者等での異なる独自様式	様式統一
同意書に基づく療養費の支給可能期間	3箇月 ※変形徒手矯正術は、1箇月。	6箇月 超過施術は、保険医の再同意必要。 ただし、変形徒手矯正術は、1箇月。
保険医の再同意	口頭同意が可能	保険医の診察及び文書で交付必要
施術者の施術報告書交付		保険医の再同意に際し、施術者が施術報告書を交付。医師による内容確認を実施。（任意）

○「あはき療養費の受領委任」イメージ



2 あはき療養費の受領委任制度移行の過渡期での取扱い

あはき療養費は、主に「代理受領（あはきの施術を受けた被保険者が、施術者等に療養費の受領権限を委任（民法根拠）して、施術者等に一部負担金のみ支払い、受領代理人（施術者又は請求代行業者）から保険者への支給申請（請求）を受けて支給する方法。）」を広域連合が認め、支給してきました。



○厚生労働省の意向

保険者があはき療養費の受領委任制度開始に参加後は、保険者が代理受領を受領委任と並行して認めることは、制度の趣旨に沿わないので、代理受領を認めず、施術者等が受領委任の契約を締結しない場合、療養費支給の原則「償還払い（一部負担金を含む全額を負担した被保険者への直接支給。）」で支払うべき。

○受領委任制度移行の過渡期での例外的取扱い例示（限定条件／厚生労働省）

保険者が受領委任制度に参加した後で、

- (1) システム対応や審査体制が整うまでの過渡期の対応として
- (2) 施術者の地方厚生（支）局への申出漏れがあった場合

※上記について、受領委任払制度移行後の過渡期での例外的取扱いとして、引き続き代理受領を認める。例外的取扱いを認められる期間は、おおむね1年から2年程度まで。



当広域連合では、あはき受領委任制度移行の過渡期での例外的取扱いとして、

期限（平成32年（2020年）3月施術分の申請まで）を定めて、受領委任及び償還払いと並行しながら、代理受領での支給申請を認める予定です。

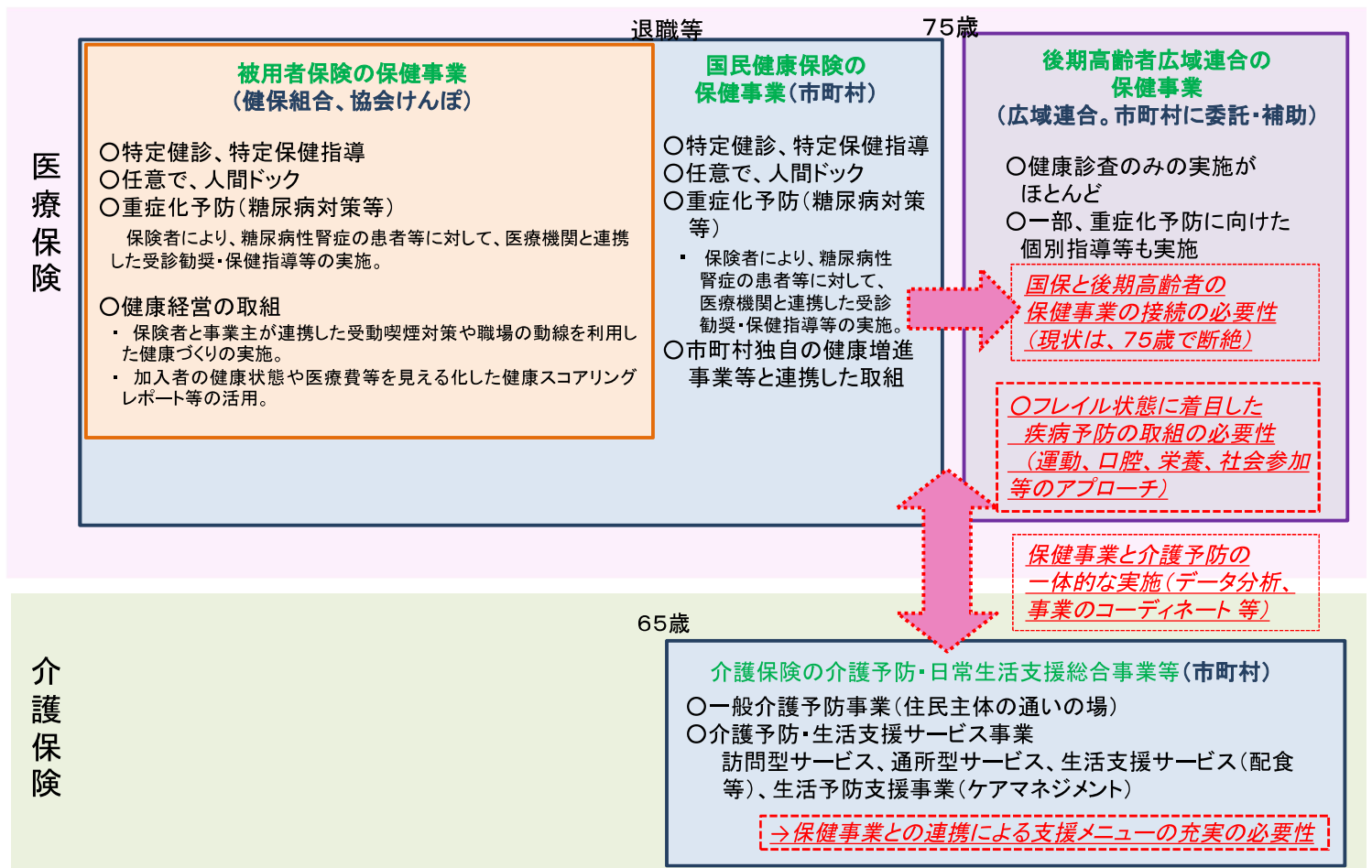
3 保険者の周知・広報について（施術者等向け）

- (1) 平成30年8月施術分から、あはき療養費の支給決定通知に制度周知等チラシを作成し、同封することで制度周知及び受領委任契約を促しています。
- (2) 長野県後期高齢者医療広域連合ホームページに制度周知等の記事を掲載し、周知・広報に努めています。
- (3) 長野県ほかと共同で、「あはき施術者等向けの説明会」を開催予定。（平成30年度（2018年度）調整中。）

【資料 4】

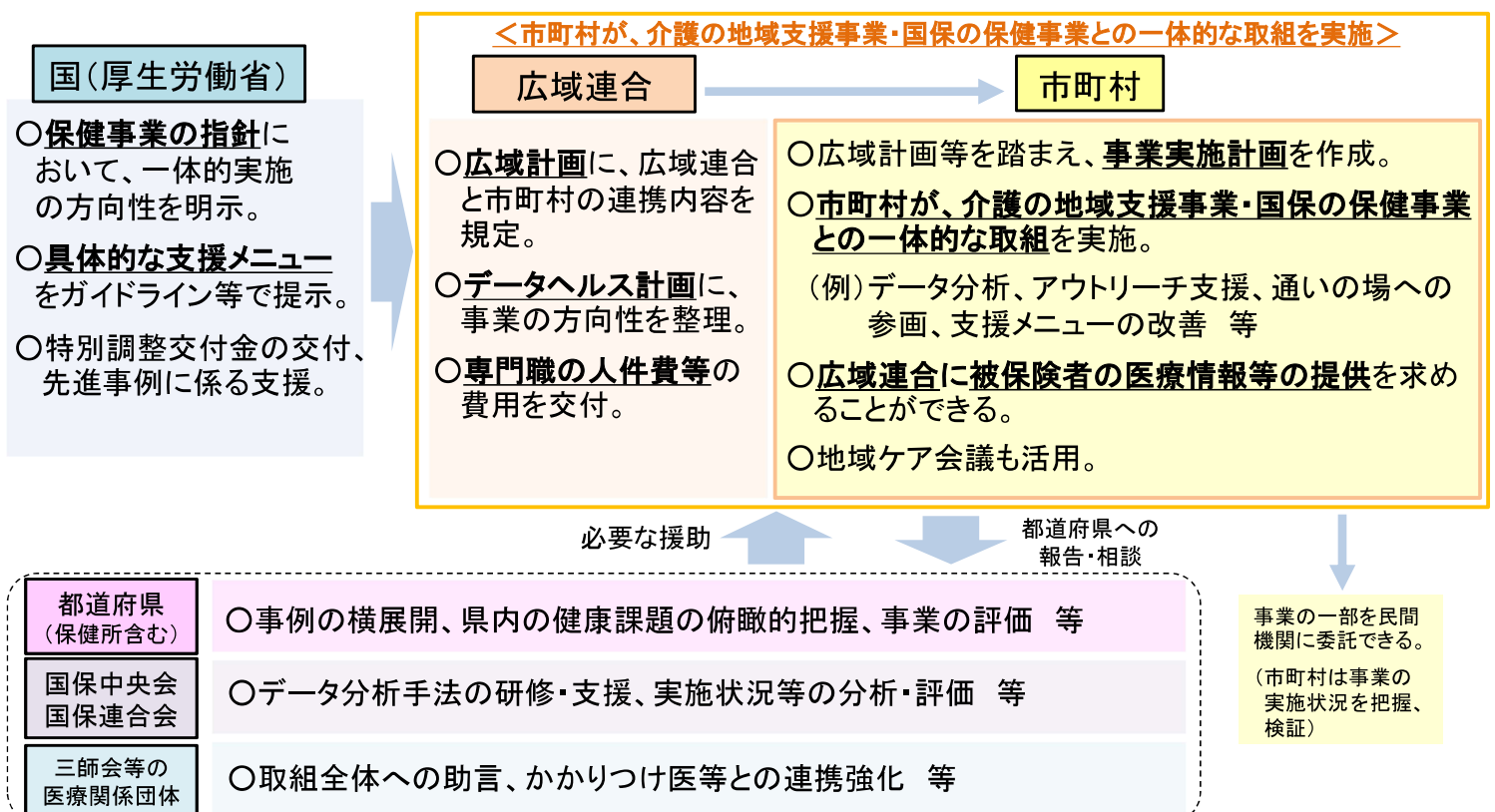
3 会議事項

(4) 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施 について



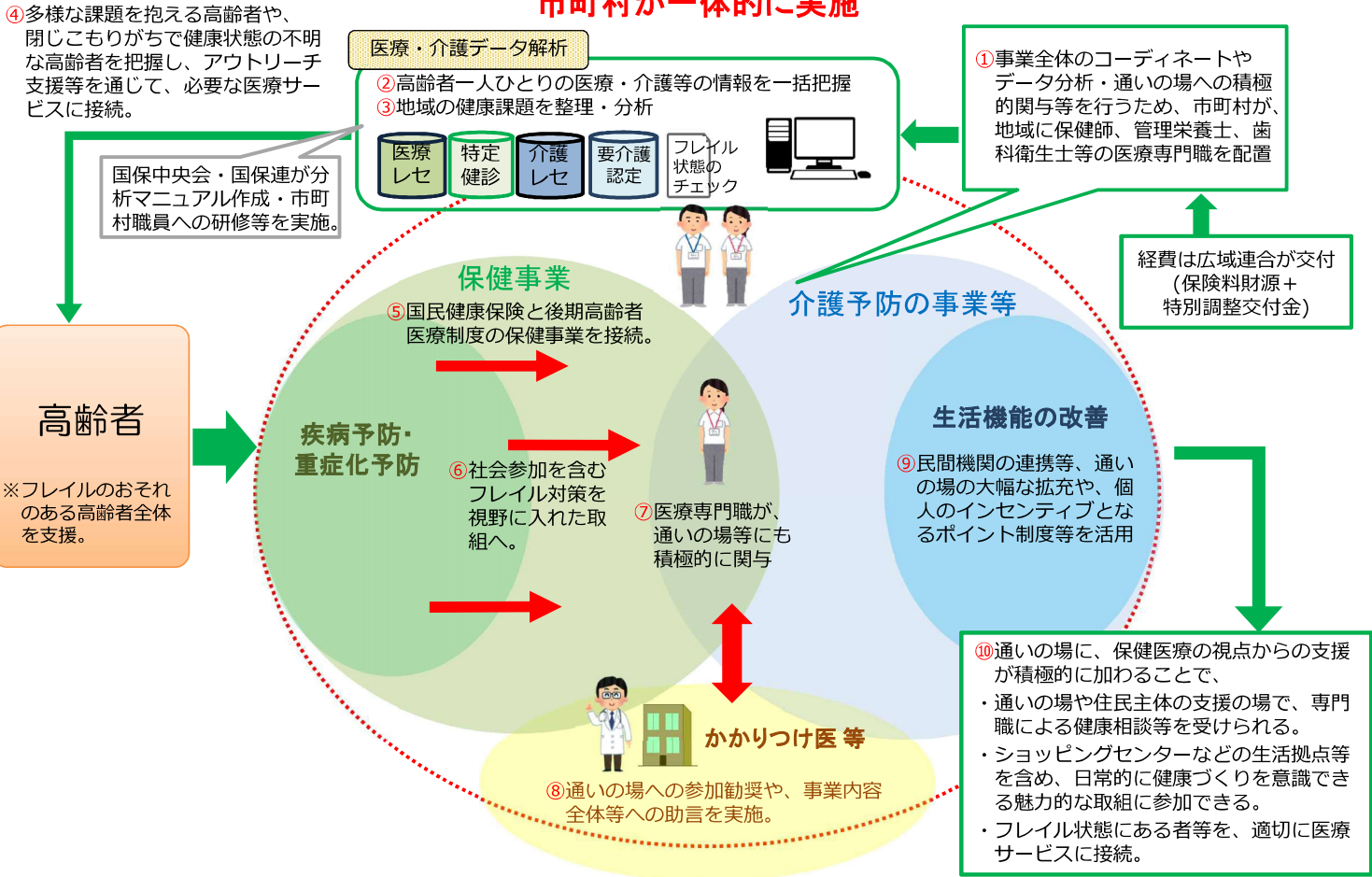
高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施について (スキーム図)

高齢者の心身に関する多様な課題に対応するため、**後期高齢者の保健事業について**、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。



市町村における高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施について（イメージ図）

市町村が一体的に実施



高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に
関する有識者会議報告書

平成 30 年 12 月 3 日

高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に
関する有識者会議

目次

1	はじめに	1
2	後期高齢者の特性等	1
3	後期高齢者の保健事業と介護予防の現状等	2
4	保健事業と介護予防の一体的な実施の意義・目的等	5
5	具体的な取組のイメージ	7
6	事業の具体的な実施体制等	9
7	医療専門職の活用に向けた体制整備	11
8	医療・介護情報等の一体的な分析、データ活用等	14
9	対象者の参加促進に向けた取組	16
10	財源の在り方等	17
11	おわりに	19

1. はじめに

我が国の平均寿命は世界最高水準に達しているが、こうした長寿化を国民の安心に繋げるとともに、高齢者の多様な社会参加を促進し、社会全体の活力を維持していくことは重要な政策課題であり、健康に長生きできるよう、健康寿命を延伸することが重要となっている。

とりわけ、加齢に伴う身体的な機能の低下や複数の慢性疾患に加え、認知機能や社会的な繋がり低下といった多様な課題や不安を抱えている高齢者も多く、介護予防やフレイルの防止、疾病の重症化予防等の効果的な実施が求められている。

こうした中、経済財政運営と改革の基本方針 2018（平成 30 年 6 月 15 日閣議決定）において「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」とされたことを踏まえ、本会議は本年 9 月に立ち上げられた。

高齢者の特性に応じて、医療保険の保健事業と介護保険の介護予防を効果的・効率的に提供していくためにはどのような体制や取組が必要になるか等について、自治体や関係団体の取組に関するヒアリングを含め、集中的に議論を重ねてきたところである。

以下、本会議における議論の成果を取りまとめた。

2. 後期高齢者の特性等

我が国では、現在急激な高齢化が進行しており、全人口に占める 65 歳以上人口の割合は約 28%、このうち 75 歳以上人口の占める割合は 14%となっているが、今後、2022 年から団塊の世代が後期高齢者になり始めると、75 歳以上人口の占める割合は更に増加していく。

我が国の平均寿命が世界最高水準に達し長寿が実現されてきた一方で、依然として平均寿命と健康寿命の間には大きな隔たりがある中で、健康寿命の更なる延伸を図るとともに、平均寿命との差の縮小を目指していくため、健康無関心層も含めた予防・健康づくりの推進を図るとともに、地域間で広がる健

康寿命の格差を地域ぐるみの取組によって解消していく必要がある。

後期高齢者については、複数の慢性疾患の罹患に加え、要介護状態に至る前段階であっても身体的な脆弱性のみならず、精神・心理的な脆弱性や社会的な脆弱性といった多様な課題と不安を抱えやすく、いわゆるフレイル状態になりやすい傾向にある。このフレイルという状態像は、運動機能や口腔機能といった心身の機能の低下と、生活習慣病等の重症化や健康状態の悪化（負傷などを含む。）が相互に強く影響し合っている状態である。また、フレイルの概念に含まれる社会的な脆弱性については、高齢者が心身機能の低下等から外出しなくなり社会的な繋がりが弱まっている状態を表しており、身体的脆弱性や精神・心理的脆弱性と相まって、運動機能や生活機能の低下や疾病リスクを高めることにつながると考えられる。加えて、後期高齢者の場合、これらの脆弱性の顕在化や、健康状態、生活機能、生活状態について個人差が拡大していく傾向にあることから、一人ひとりの医療情報や心身の機能等を踏まえた支援が必要である。

3. 後期高齢者の保健事業と介護予防の現状等

（後期高齢者医療制度における保健事業について）

後期高齢者医療制度における保健事業については、平成 20 年の制度創設以来、保険者である後期高齢者医療広域連合が実施することとしてきたところであり、後期高齢者医療広域連合は、健康教育、健康相談、健康診査（以下、「健診」という。）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旨の努力義務を負うこととされた。また、後期高齢者医療制度の創設に際して、40 歳以上 74 歳以下の全ての被保険者等に対して義務づけられている特定健診・保健指導については、メタボリックシンドローム対策が中心とされてきたところである。

75 歳以上（後期高齢者）については、糖尿病、高血圧症等の治療を受けている者も多く、受診している場合には医師との繋がりの下で医学的管理の一環として必要な検査を受けるのが適当であることもあり、特定健診等を義務づけなかったところであるが、疾患の早期発見や重症化予防の観点から後期高齢者医療広域連合に対して健診の実施を促してきたところである。

(平成 27 年医療保険制度改革以降の状況について)

後期高齢者については、フレイル状態に陥るリスクを抱えていることから、現役世代のメタボリックシンドローム対策と異なり、フレイル状態に着目した疾病予防・重症化予防の取組として、運動、口腔、栄養、社会参加等のアプローチを進める必要がある。こうした状況を踏まえ、平成 27 年の医療保険制度改革において、後期高齢者の保健事業については、

- ・ 後期高齢者医療広域連合は、高齢者の心身の特性に応じ、保健事業を行うよう努めるべきこと
- ・ 事業のメニューとして、健康教育や健診に加え、保健指導・健康管理、疾病予防に係る本人の自助努力に対する支援等も行うこと
- ・ 保健事業の実施に当たり NDB の活用や、介護保険の地域支援事業との連携を図ること

等が定められた。

このような流れを受け、平成 28、29 年度には、「高齢者の低栄養防止・重症化予防等の推進」に係る事業をモデル的に実施するとともに、学識経験者や自治体、職能団体などの代表者により構成された「高齢者の保健事業のあり方検討ワーキンググループ」において、モデル事業の検証結果などを踏まえ、平成 30 年 4 月に「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン」が取りまとめられた。当該ガイドラインにおいては、後期高齢者の特性を踏まえた保健事業として、体重や筋肉量の減少を主因とした低栄養等のフレイルに着目した対策が必要、生活習慣病の発症予防よりも重症化予防等の取組が相対的に重要といったポイントが整理された。

また、取組の内容について、介護予防との連携が期待される栄養や口腔に関する相談・指導、国民健康保険等の壮年期の医療保険の保健事業からの連続した取組が期待される重症化予防、服薬に関する相談・指導に整理し、それぞれの実施手法や留意点がまとめられている。さらに、こうした取組は、保険者機能を有し、健診・レセプト等の情報を包括的、統合的に管理する後期高齢者医療広域連合と、住民に最も身近な自治体として住民の状況やニーズを直接把握している市町村の連携の下に推進されることが重要であるとしている。

こうした取組と相まって、平成 28 年度から後期高齢者医療制度の特別調整交付金を活用して、後期高齢者医療広域連合による予防・健康づくりや医療費適正化の取組を促す保険者インセンティブ措置を実施している。具体的には、インセンティブの評価指標に、健診・歯科健診の実施や重症化予防の取組状況等に加え、データヘルス計画の実施や、高齢者の心身の特性を踏まえた保健事

業の実施、医療専門職の配置等の体制の整備、地域包括ケアの推進などを盛り込んでいるところである。保険者の取組を促す観点から、後期高齢者広域連合に対するインセンティブ措置の予算規模についても平成 28 年度は 20 億円であったところ、平成 30 年度は 100 億円とする等、拡充されてきたところである。

また、平成 30 年度からは、ガイドラインを基に、高齢者の特性を踏まえた保健事業の全国的な横展開を目指しているところである。

このように、近年、高齢者の保健事業について様々な取組を講じてきたところであるが、健診の結果を踏まえた重症化予防や疾病管理、低栄養防止といった積極的な取組に繋がっていないこと、社会参加を含むフレイル予防の要素を十分には取り入れることができておらず幅広い対象者へのアプローチに繋がっていないこと等の課題が見られるところである。

（介護予防について）

介護予防は、高齢者が要介護状態となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止を目的として行うものであり、平成 17 年の介護保険法改正により、高齢者全般を対象とした一次予防事業（介護予防一般高齢者施策）と要支援・要介護に陥るリスクの高い高齢者を対象とした二次予防事業（介護予防特定高齢者施策）で構成される介護予防事業が創設された。

その後、地域の実情に応じた効果的・効率的な介護予防の取組を推進する観点から、平成 26 年の介護保険法改正により、介護予防事業は地域支援事業の介護予防・日常生活支援総合事業の介護予防・生活支援サービス事業と一般介護予防事業に見直された。

現在、機能回復訓練などの高齢者本人へのアプローチだけではなく、地域づくりなどの高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めたバランスのとれたアプローチを行うことが重要であるという考え方に基づき、人と人とのつながりを通じて、参加者や住民主体の通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりが推進されている。平成 28 年度介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況に関する調査によると、通いの場の箇所数は 76,492 箇所、参加者数は 1,439,910 人（高齢者人口の約 4.2%）、また、平成 29 年度認知症総合支援事業等実施状況調べによると認知症の人やその家族が地域の人や専門家と相互に情報を共有しお互いを理解し合う「認知症カフェ」は 5,863 箇所であり、今後通いの場での取組内容の充実と高齢者の参加の更なる拡大等が必要とされている。

4. 保健事業と介護予防の一体的な実施の意義・目的等

(国民健康保険の保健事業と後期高齢者医療制度の保健事業の接続)

我が国の医療保険制度においては、75 歳に到達し後期高齢者となると、それまで加入していた国民健康保険制度等から、後期高齢者医療制度の被保険者に異動することとなる。保健事業については、被保険者の健康の保持増進等を図る観点から、保険者が法令上の実施主体とされていることから、保険者の異動に伴い、保健事業の実施主体についても後期高齢者医療広域連合に移ることとなる。

保健事業については、本人の特性や状況に対応した切れ目の無い支援を行うことが望ましいが、こうした制度的な背景により、支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題がある。一方、高齢化の進展に伴い人工透析の開始年齢も高くなっている等、生涯を通じた重症化予防は、ますます重要になっている。

こうした中、後期高齢者医療広域連合については、規模が都道府県単位と大きく、その組織的な特性ゆえに医療専門職の配置も困難な面もあり、市町村に比べ、後期高齢者の特性に応じたきめ細かな支援を実施することが困難となっている。

国民健康保険の保健事業等においては、特定健診・保健指導の実施が 74 歳まで義務づけられているほか、市町村独自の健康増進事業と連携した取組も進められているが、後期高齢者の保健事業は市町村に委託等を行うことで事業を実施している中、一部で重症化予防の取組を実施しているほかは、健診のみの実施となっている自治体が多くを占めている。また、市町村における国民健康保険の保健事業の担当者においては、75 歳以降の高齢者については自らの所掌外という意識も見られる等、支援が接続していないとの指摘もある。こうした事情もあり、74 歳まで実施してきた特定健診・保健指導の情報も 75 歳以降には共有されていないようなケースも多く、健診結果を踏まえた個別の支援も十分には行われていない状況にある。

こうした状況を踏まえると、高齢者の疾病予防・重症化予防を効果的に実施していくためには、保健事業の情報や事業内容、担当者といった様々な断絶を解消し、市町村が実施している国民健康保険の保健事業の取組と、後期高齢者医療制度の保健事業の取組を、効果的に接続させていく必要がある。

（保健事業と介護予防の一体的な実施）

後期高齢者の心身の状況としては、身体的脆弱性や複数の慢性疾患、認知機能や社会的繋がり低下といった多面的な課題を抱える、いわゆるフレイル状態にある場合も多い。これまでの疾病予防・重症化予防における個別的な対応のみならず、フレイル予防の観点をもった、社会参加を含む地域での取組へと拡大していく必要がある。また、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、包括的な疾病管理も一層重要となってくる。

高齢者の特性を前提に、後期高齢者の自立した生活を実現し、健康寿命の延伸を図っていくためには、生活習慣病等の重症化を予防する取組と、生活機能の低下を防止する取組の双方を一体的に実施する必要性が高い。

しかしながら、現状では、後期高齢者の保健事業については健診が中心となっており、重症化予防等の取組は一部の自治体のみで実施されているにとどまっている。フレイル予防についても、先進的な取組を進めている自治体においては、保健事業のアプローチが運動、口腔、栄養、社会参加等といった取組に拡大してきているものの、多くの自治体に十分に広がっているとはいえず、さらに、潜在的なフレイル予備群への幅広いアプローチも十分に行われていないと言えない。他方、介護予防の通いの場については、取組も着実に広まってきたおり、こうした基盤を活用して保健事業を実施することで、幅広い対象者へのアプローチも可能となるものと考えられる。

一方、介護予防においては、保健医療の視点を取り入れる事例は少なく、こうした観点からの取組を進めることが必要であるとの指摘も多い。

こうした状況の中、医療、介護、保健等のデータを一体的に分析し、高齢者一人ひとりを医療、介護、保健等の必要なサービスに結びつけていくとともに、社会参加を含むフレイル予防等の取組まで広げていく必要がある。このため、健康課題にも対応できるような通いの場や、通いの場を活用した健康相談や受診勧奨の取組の促進等、後期高齢者医療制度の保健事業と介護予防との一体的な実施を進める必要があると言える。

（後期高齢者医療広域連合と市町村の連携）

このように国民健康保険の保健事業と後期高齢者医療制度の保健事業、介護予防を一体的に実施していく必要がある中で、後期高齢者医療広域連合は、後期高齢者医療制度の保険者として財政運営責任を有しており、費用対効果等の観点に十分配慮しつつ、効果的な保健事業を実施していく必要がある。後

期高齢者医療広域連合においては、域内の高齢者の健康課題や保健事業の取組状況を整理・把握しデータヘルス計画等を策定する等、保健事業の方向性を示していくとともに、都道府県単位の広域的な観点から実施した方が効果的・効率的と考えられる事業などを実施していくことが考えられる。また、後期高齢者医療広域連合を構成する市町村による保健事業の取組を含め、域内全体の保健事業の成果や実態の把握等に努め、事業の取組結果に対する評価や効果的な取組の分析に繋げていくことが求められている。

他方、後期高齢者医療広域連合については、組織の特性もあり保健師や管理栄養士等の専門職の配置が少なく、都道府県単位のため、高齢者一人ひとりの特性に応じたきめ細かな対応が困難という課題があるが、国民健康保険の保健事業等を実施している市町村の場合は、市民にも身近で生活状況等の把握やきめ細かな支援も行いやすく、従来からの保健事業等のノウハウも有している。こうしたことも踏まえると、構成市町村においては、KDB（国保データベース）システム等を活用して対象者の抽出（スクリーニング）を行い、データの分析から把握した一人ひとりの健康状態等に対応して、疾病予防・重症化予防を実施し、通いの場等への参加勧奨等を行うとともに、地域の健康課題に対応した健康づくりの場における支援メニューの創設等や必要に応じて医療サービスへの接続を行うといった、高齢者一人ひとりの置かれた状況に対応して実施すべき事業を推進していくことが求められている。

こうした観点から、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においては構成市町村との協議を行い、地方自治法の規定により作成することとされている広域計画に後期高齢者医療広域連合と構成市町村の連携内容を明示するということが考えられる。

このような枠組みの下で、保険者としての後期高齢者医療広域連合は、保健事業全体の方向性の策定や、広域で実施することが効果的・効率的な事業等の実施に努めるとともに、構成市町村においては、国民健康保険の保健事業や介護保険の地域支援事業等の実施主体としてのノウハウや市民に身近な存在であること等を生かして高齢者一人ひとりの状況を踏まえながら保健事業等を実施することを明確化することが重要である。

5. 具体的な取組のイメージ

このように高齢者の心身に関する多様な課題に対応して、高齢者の疾病予

防・重症化予防と介護予防・フレイル予防の取組を、市民に身近な立場で、きめ細かくかつ一体的に進めていくため、市町村が中心となって取り組むことが効果的と考えられる。具体的には、次のような取組を一体的に実施していくことが考えられる。

- イ) 市町村において、地域の健康課題等の把握や地域の医療職関係団体等との連携等を含め事業全体のコーディネートを行うとともに、高齢者のいる世帯へのアウトリーチ支援や通いの場等の事業内容の充実を図るため、医療専門職を配置する。
- ロ) KDBシステム等に盛り込まれている被保険者一人ひとりの医療レセプトや健診（国民健康保険の被保険者であったときの医療レセプトや特定健診・保健指導を含む。）、介護レセプト、要介護認定情報等の情報を一括で把握する。これに加え、高齢者のフレイル状態等のチェックの情報も一体的に分析しフレイル予備群やフレイルのおそれのある高齢者など、本事業において優先的に支援すべき対象者を抽出する。医療・介護双方の視点から高齢者の状態をスクリーニングし、社会参加の促進を含むフレイル予防等の取組を含め、課題に対応した一体的な取組につなげていく。
- ハ) KDBシステムのデータに加え、市町村が有する介護予防・日常生活圏域ニーズ調査のデータ等も活用し、圏域の高齢者の疾病構造や生活習慣、要介護度、受診状況等を活用して、地域の健康課題の整理・分析を行う。
- ニ) 通いの場等において、フレイル予備群等を把握し、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の向上支援等を行うとともに、必要に応じて医療・介護サービスにつなげていく。通いの場で関わりができた比較的健康な高齢者に対しても、通いの場への参加継続やフレイルや疾病の重症化のリスクに対する気づきを促し、運動・栄養・口腔等の予防メニューへの参加を勧奨するなど、既存事業等と連携した支援を行う。
- ホ) 抽出した情報をもとに、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がちな高齢者等に対してアウトリーチ支援を実施し、生活習慣病等の未治療・治療中断者に対する受診勧奨、口腔や服薬等も含め医療と連携した重症化予防の取組、通いの場等への参加勧奨などを行う。
- ヘ) 通いの場等の支援内容に積極的に関与するとともに、駅前商店街やショッピングセンター等の日常生活拠点において、日常的に健康相談等を行うことができ、健康づくりへの興味関心を喚起させられるような環境を整える。

- ト) 地域の医療職関係団体等と積極的な連携を図り、一体的な実施における具体的なメニューや事業全体に対する助言や指導を得るとともに、かかりつけ医やかかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師のいる薬局等からも、高齢者の状況に応じて通いの場等への参加勧奨を行う。
- チ) 介護予防の通いの場等については、スポーツジム等の民間の取組、地域の集いの場等との連携や、高齢者の参加を促すための個人に対するインセンティブ措置（ポイント制の導入促進等）を講ずることも考えられる。
- リ) 事業実施にあたっては、フレイルのおそれのある高齢者全体を支援するために、国民健康保険と後期高齢者医療制度の保健事業を接続して実施できるようにする。
- ヌ) こうした取組等について、KDB等を活用して事業の実績を整理しつつ、事業の評価を行い、効果的・効率的な支援メニュー内容の精査に繋げていく。

こうした取組を通じて、例えば、通いの場等に保健医療の視点からの支援が積極的に加わることで、高齢者にとっては、通いの場や地域の日常的な生活拠点等で医療専門職による健康相談等を受けられるようになり、無理なく、自然と健康づくりに寄与する魅力的な取組に参加できるようになるといったメリットが考えられる。また、フレイル状態にある者等を、医師会や歯科医師会等に相談して、かかりつけ医を紹介してもらう等、適切な医療サービスに接続していくことで、疾病予防・重症化予防の徹底にも繋がっていくというメリットもあげられる。

6. 事業の具体的な実施体制等

（国、後期高齢者医療広域連合、市町村による計画的な取組み）

一体的な実施を広く展開していくため、まず国においては、保健事業の指針やガイドライン等において、一体的な実施の方向性や、どのようなメニューを実施することが効果的な取組として考えられるのかといったことを具体的に提示する必要がある。

こうした指針等を踏まえ、後期高齢者医療広域連合においては、構成市町村との連携により保健事業と介護予防の一体的な実施を進めるため、構成市町村と十分協議した上で、広域計画や医療保険制度におけるデータヘルス計画

等に、保健事業に関する後期高齢者医療広域連合と市町村の連携内容を規定することとする。また、市町村においては、後期高齢者の保健事業を、国民健康保険の保健事業や介護予防と一体となって、どのように実施していくのかを計画等で明らかにした上で実施していくことが必要である。

この場合、後期高齢者医療広域連合のデータヘルス計画や市町村国保のデータヘルス計画、市町村の介護保険事業計画、市町村による一体的な実施に係る計画等、それぞれの保健事業や介護予防の根拠となる計画については、計画作成の事務が自治体にとって過重な負担とならないよう配慮した上で、整合的なものとして策定される必要がある。また、市町村の事業が着実に実施されるよう、市町村の創意工夫を尊重することが重要である。

また、これらの一体的な実施の取組が着実に推進されるよう、高齢者の医療の確保に関する法律などの関係法令上で、後期高齢者医療制度の保健事業と国民健康保険の保健事業、介護予防等の地域支援事業を一体的に実施する旨や、後期高齢者医療広域連合と市町村の間に連携するための具体的なスキーム等について、明確にしておくことも必要である。

（市町村における具体的な実施体制）

後期高齢者の保健事業の一部を新たに市町村が実施することとする場合、どの部局が中心となり、各部局が連携して進めるのかという課題が生ずる。国民健康保険の担当部局が中心となって実施する場合や、健康づくりの担当部局が中心となって実施する場合、介護保険の担当部局が中心となって実施する場合など、様々なパターンが考えられるが、それぞれの市町村が得意な方法を工夫して実施していけるようにすることが大切である。具体的な方法等については、市町村の置かれた状況や中心的に取り組む事業の内容によっても異なるが、国や後期高齢者医療広域連合等からも、準備段階において、保健事業を統括する部局をはじめ市町村内の関係部局がしっかりと連携して調整するよう促すことも大切である。加えて、複数の市町村で連携・協力して、双方の地域内の社会的資源等を活用しながら、効率的に保健事業を実施していくことも考えられる。

また、介護保険法により設置されている地域ケア会議については、地域包括ケアシステムの構築に向けて、多職種の協働による地域支援ネットワーク等の構築を図ってきていることから、今回の一体的な実施において積極的に活用していくことも考えられる。

(都道府県による援助等)

都道府県については、都道府県内の健康課題を俯瞰的に把握できる立場であり、高齢者の医療の確保に関する法律においては、「後期高齢者医療広域連合及び市町村に対し、後期高齢者医療制度の運営が健全かつ円滑に行われるように、必要な助言及び適切な援助をするものとする」との規定が設けられている。これを踏まえ、後期高齢者医療広域連合や市町村における一体的な実施の取組が着実に進むよう、都道府県内においても関係部局が連携して好事例の横展開の支援をはじめ、市町村における保健事業や介護予防の一体的な実施に対して援助を行っていくことも求められる。さらに、都道府県内各市町村の取組について、広域連合とともに事業の取組結果に対する評価や効果的な取組の分析等を行うことは、都道府県下における事業展開を進めていく上でも重要である。

また、一体的な実施の円滑な推進を支援するため、都道府県単位の三師会（医師会、歯科医師会、薬剤師会）等の医療職能関係団体等に対して、都道府県から、後期高齢者医療広域連合や市町村が実施する保健事業への技術的な援助等を依頼することも考えられる。また、複数の市町村にまたがって生じている課題等、広域での対応が望ましい場合には、都道府県により設置された保健所等も積極的に援助していくことが考えられる。

好事例の横展開に当たっては、具体的な取組が進んでいない自治体も前向きに進められるよう、都市部、地方部といった地域の状況にも応じて先進事例・優良事例を把握し紹介していくことも必要である。その際、国や都道府県は、既存の社会的資源や医療専門職等も不足している自治体において、まずはこういった取組が可能かといった観点から、事例の抽出や支援に努めていくことが求められる。

7. 医療専門職の活用に向けた体制整備

(医療専門職の確保)

保健事業と介護予防の一体的な実施について、医療、介護情報等を一体的に分析し、地域の健康課題の整理、対象者の抽出（スクリーニング）、効果的な事業の企画・実施等を進めるとともに、通いの場等で専門的な健康相談等を受けられるような環境を整備し、事業全体をコーディネートしていくことが求められている。

このような高齢者の保健事業と介護予防それぞれに対して包括的に関わることができ、高齢者の特性により生ずる多様な課題に対応できるようにするためには、医療専門職による対応が不可欠である。しかしながら、現に事業を実施することとなる市町村では、現行の専門職の体制で新たに一体的な実施を進めることは難しいことから、本業務のための医療専門職の体制整備が急がれる。

このため、今後、高齢者の保健事業の充実を図り、一体的な実施を展開していくためには、保険者である後期高齢者医療広域連合と市町村との協働を進め、市町村が実施すべき役割において必要となる保健師や管理栄養士、歯科衛生士といった医療専門職を確保できるよう、市町村に対して交付する財源を確保する必要がある。その上で、KDB等の分析により地域の健康課題を把握し、保健事業と介護予防の一体的な実施を企画する役割や、高齢者の状況に応じて必要な重症化予防等の取組やアウトリーチ支援等を実施するとともに、通いの場等にも積極的に参加していく役割が期待される。

なお、人材の確保・配置が困難な自治体も見られる中、退職した看護職員等を、セカンドキャリアとして活用していくことも有力な対応方法である。

（国民健康保険中央会・国民健康保険団体連合会による支援）

一体的な実施を推進するに当たり、市町村には、医療専門職を配置した上で、専門的知見にもとづく分析やビジョンを踏まえ、エビデンスを理解した上で、一体的な実施の全体像を企画し、併せて、通いの場等への積極的な参加も進めていくことができる体制を整備することが求められている。他方で、専門的な知見を生かして、こうしたデータ分析や事業の企画等に対応できる専門職人材が豊富に存在するものではないことから、市町村において、これらの業務を進めていくためには、専門的な支援が必要不可欠となる。

こうした支援に関連して、高齢者の医療の確保に関する法律においては、「指定法人（国民健康保険中央会）は、後期高齢者医療制度の運営の安定化を図るため、保健事業等に関する調査研究及び保健事業等の実施に係る後期高齢者医療広域連合間の連絡調整を行うとともに、保健事業等に関し、専門的な技術又は知識を有する者の派遣、情報の提供等の必要な援助を行うよう努めなければならない。」との規定が設けられている。

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及び市町村が効果的に実施していくためには、今後、国民健康保険中央会に加え、各都道府県の国民健康保険団体連合会においても同様の役割を担うとともに、市町村に

対する援助や市町村間の連絡調整等の役割も求めていくことが考えられる。具体的な支援の内容としては、医療専門職等に対して、フレイル予防等に関する知見や、先進的な市町村における取組状況、KDBデータの分析手法等に関する研修を実施すること等に加え、事業の取組結果に対する評価や効果的な取組を分析する手法の確立等、市町村における保健事業のうち、特に専門的・技術的な知見を要する取組に対する助言・援助を積極的に実施することが求められる。

（地域の医療職能関係団体との連携）

一体的な実施の展開に当たっては、国民健康保険の保健事業等と同様、医師会をはじめとする地域の医療職能関係団体の協力が不可欠であり、三師会や看護協会、栄養士会、歯科衛生士会等の協力を得ながら、保健事業と介護予防の一体的な実施を適切に展開していくことが必要である。とりわけ、地域の医療職能関係団体と企画段階から早めに相談し、保険者や市町村の企画に対する助言・意見等を得ながら関係者への周知の仕方等も含めて協議を重ねることが、事業を遂行しやすくするために必要であり、連携の具体的な第一歩となる。

例えば、市町村における一体的な実施の事業全般に対する助言に加え、アウトリーチ支援等により把握したフレイル状態等にある者を適切な医療サービスに接続するケースや、オーラルフレイルの状態にある者を歯科医師等に接続するケース、かかりつけ医等から通いの場への参加勧奨を行うケース等、様々な連携が考えられる。このように、保健事業の取組を充実させ、介護予防の取組に繋げていくため、かかりつけ医等との関係性を十分に深めていくことも重要である。

また、市町村が全ての医療専門職を新たに確保することは困難なケースも見られることから、三師会をはじめ、地域の医療専門職と連携し、業務の一部を委託していくことも考えられる。この場合も、医療・介護情報等が必要に応じて共有され、効果的な保健事業が実施されるよう、民間機関等に対する委任の場合の個人情報のルールについてあらかじめ定めておくことが望ましい。また、保健事業を民間団体等に委託するに当たっては市町村も関与し、事業の実施状況を把握、検証できる枠組みとする必要がある。市町村においては、地域の医療職能関係団体に協力を要請して、一体的な実施に関する事業内容や地域の健康づくりの取組や、個別の通いの場の支援メニュー等への助言・援助等を受けられる機会を設け、保健医療の専門的な視点から、より適切な取組と

していくことが望ましい。

また、例えば、一体的な実施に関する事業の周知、データ分析等に基づくアウトリーチ支援や、通いの場等で把握したフレイル状態の者を、適切な医療に繋げていくことも重要な取組であり、こうした取組を円滑に進めることができるよう、地域の医療職関係団体との連携関係を強化することは重要である。また、後期高齢者の多くが医療機関を受診していることから、かかりつけ医の協力を得られる場合には社会参加の状況等を含めフレイル状態等のチェック等を医療機関で行うことや、地域の通いの場への参加を促してもらうといったことも考えられる。

8. 医療・介護情報等の一体的な分析、データ活用等

（ＫＤＢ等による医療情報等の接続）

高齢者の心身の状況に対応した保健事業や介護予防を効果的に実施するためには、一人ひとりの医療・介護情報や健診等の情報を一定期間時系列に沿って紐付けし、心身の状況を把握する必要がある。

例えば、国民健康保険や介護保険の保険者である市町村が、後期高齢者医療の被保険者の情報と併せて地域の高齢者の健康課題の把握に努めようとする場合や、通いの場等において生活状況等も踏まえつつ保健指導を行う場合、後期高齢者の医療情報等を踏まえつつ生活機能の向上支援等を行う場合等、一体的な実施に当たっては、様々な場面で、市町村と後期高齢者医療広域連合の間での被保険者の医療・介護情報等の共有が必要不可欠である。

また、国民健康保険から後期高齢者医療制度に移行した者について、国民健康保険の被保険者であった時の医療レセプトや特定健診・保健指導の情報も、異動後に適切な保健サービスを提供する上で必要不可欠である。

さらに、医療・介護等のサービスに繋がっていない者（受診なし・健診受診なし・介護サービス利用なしの者）の中から閉じこもりがちな生活をしているフレイル予備群へのアウトリーチ支援に結びつけ、必要に応じ適切な医療サービス等に接続することや、医療レセプト等による疾病の情報から高齢者の生活上の課題を想定し生活支援サービスの提供や通いの場等に結びつける取組も重要である。

このように高齢者の状況を包括的に把握することが、保健事業と介護予防の一体的な実施の第一歩であるが、こうした高齢者一人ずつの医療レセプト、

介護レセプトや、健診等の情報は、既に国民健康保険中央会・国民健康保険団体連合会が整備しているＫＤＢのシステム上では掲載されており、システムの機能的には一体的な把握が可能な状態となっている。

しかしながら、ＫＤＢの情報について、特に後期高齢者医療広域連合と市町村の間では別の主体であるがゆえに情報の共有が困難なケースが多く見られるだけでなく、同一の市町村内であっても、担当部局が医療・保健・介護と複数部署にまたがること等を理由に一体的に把握・分析できていない等のケースが多い。

この点、個人情報保護法において、「法令に基づく場合」には、あらかじめ本人の同意を得ないで個人データを第三者に提供することができるとされている。このことから、複数の行政機関又は行政機関内の複数の部署において、広く一体的に医療、介護情報等の把握・分析を実現できるようにするため、一体的な実施の目的に資する場合には情報等の共有を図ることができる旨を法令上明確にし、後期高齢者医療広域連合と市町村の間や、同一自治体内の各部局の間で、医療、介護情報等の積極的な共有を可能とし、情報の一体的な活用を可能とすることが重要である。

（データベースを活用した保健事業等の推進）

後期高齢者の保健事業を実施する市町村においては、積極的な活用が可能となったＫＤＢに加え、個別に実施・把握するフレイル状態等のチェック等の内容も活用して、フレイルのおそれのある者等を把握し、地域の高齢者の健康課題等を整理・分析することが望ましい。このときに、保健事業のみならず、様々な地域活動への参加状況等もＫＤＢ等で把握できるようにして、地域社会等との繋がりが見えやすいシステムとしていくことも考えられる。

また、地区ごとに、健診の受診率をはじめ、各種のデータを整理して示していくことも重要である。その上で、医療、保健、介護のデータ等を活用して、高齢者の健康状態を階層化し、スクリーニングを経て、適切な医療サービス等に繋げていくことも重要である。また、社会参加を含むフレイル予防の視点を持ち、地域の通いの場等への参加を促し、こうした場で健康相談等を実施するといった取組も求められている。

加えて、一体的な実施が科学的にどのような効果を生み出しているのかについて、ＫＤＢ等の情報を活用して、アウトプット・アウトカムを示していくことや、事業の効果をエビデンスで示していくことも大切である。

9. 対象者の参加促進に向けた取組

（支援対象者の幅広い把握）

KDBの活用により、高齢者の状況を適切に把握し、必要なサービスに接続することが重要であるが、高齢者一人ひとりへのアウトリーチ支援に当たっては、その生活課題を傾聴・把握し、人間関係を構築する中で、その人の自己実現も大事にするような助言・指導を実施し、適切な医療サービスや通いの場等につなげていくという丁寧な進め方も大切である。また、プレフレイルと言われるような個別支援が必要となる一歩手前の段階にいる高齢者についても、データ分析とアウトリーチ支援等を適切に結びつけることで、適切に状況を把握し、必要なサービスに接続する必要がある。

このことは、健診受診者や通いの場に通っている者であればフレイル状態にあるケース等を抽出・把握し得るが、そうした場に通っていない無関心層や、通えなくなった者をどう抽出・把握するかという課題に対応するものであり、KDBの活用は特に重要なツールとなる。また、民生委員等の協力を得つつ個別的な支援を必要とする者を把握していくことも重要な取組である。

（通いの場等への参加促進）

高齢者のフレイル状態を予防する観点から、健康への無関心層を含め、通いの場への参加を促すために、今後、ポイント等の個人のインセンティブの活用を促していくことが考えられるが、通いの場が、

- ・ 専門職からの健康・フレイルに関する指導や、相談機能を有するような場であること
- ・ 予防の段階から本人が「気づき」の機会に出会えるような場であること等、参加意欲を促すような取組であること等の要素を満たすことが重要である。医療専門職においては、こうした場を活用して、幅広い高齢者に対して効果的・効率的な保健指導等を進めるため、積極的に場に関与するとともに、事業内容・支援メニューを常に魅力的なものとしていく取組が必要である。また、駅前商店街やショッピングセンター、コンビニエンスストア等の日常生活・買い物拠点において、気軽に健康づくり・健康相談に触れる機会を得られるような保健事業の立ち上げ等を推進することも重要である。

こうした取組を進める中で、無関心というよりも、健康な状態に戻ることを諦めて、これらの取組への参加に躊躇している人たちに対しては、フレイル状

態は可逆性があり、取組次第で元気な状態に戻ることも十分に可能であるという前向きな理解を広めることも大切である。

また、行政が直接的に関わっていないスポーツジムや高齢者向けスポーツの機会に加え、様々な地域の集いの場など、多様な地域資源が存在している実態を踏まえた対応を図る必要がある。こうした場を含め、それぞれの場の状況やニーズ等に応じて、保健事業等との一体的な実施を進めていくに当たり、まずは、地域資源等がどのような実態となっているかを広く把握していく必要がある。

（市民の参加等、通いの場の在り方について）

通いの場への参加を増やすため、高齢者にとって健康等に関する学びの場は重要であり、正しい情報が行き渡るようにしていくとともに、そうした場で高齢者同士の交流が生まれるように促すことで、地域づくりに市民自らが参画するといった意識を持てる場にしていくことも重要である。また、高齢期に至る前から、フレイル等に関する関心を高めることも大切である。

こうした高齢者等の中でも特に関心を持った方については、自らがサポーターとなって役割を担い、通いの場に参加する高齢者と同世代の目線で自らの気づきを伝えていくという取組を進めることも有意義である。全ての取組に、常に医療専門職が参加することは困難と考えられることから、ある程度環境が整備された後には、個別的な支援には医療専門職が関わりつつ、見守りの視点から市民も広く関わっていくといった取組も考えられる。

こうした市民参画型の取組を進めていく前提として、フレイル状態等をチェックすることができることや、自発的に関心を持てるような取組としていくこと、ボランティアが共有・発信する情報について地域の医療専門職と適切に情報共有すること等も大切である。また、今後通いの場の効果検証を含めPDCAサイクルに沿った通いの場の取組の推進を図り、更なる充実を図ることが必要である。

10. 財源の在り方等

（財源の在り方について）

後期高齢者一人ひとりの心身の状況に応じた保健事業と介護予防をきめ細かく展開し、地域格差を解消しながら健康寿命の延伸を図っていくため、市町

村においては、医療専門職の体制整備が必要となるが、前述のとおり、市町村の既存の体制は既に多大な業務を負っていることから、新たに医療専門職を配置する必要がある。

今後事業を展開して行くに当たり、後期高齢者の健康寿命の延伸に向けて地域間の格差を解消する必要があることから、全ての後期高齢者医療広域連合及び市町村において一体的な実施を広く着実に進めていくための環境を整えることが可能な枠組みである必要がある。このため、実施の財源については、後期高齢者医療制度の保険料財源を基本としつつ、後期高齢者医療広域連合に交付される特別調整交付金を活用し、専門職人材の新たな配置といった一体的な実施の核となる取組についての費用の一部を市町村に交付することにより確保する。併せて、保険者インセンティブ措置において、一体的な実施を踏まえた評価の充実・強化や、アウトカム指標を用いた評価の検討を通じ、取組の「見える化」を適切に行うことで、費用対効果の観点からも望ましい事業を実施していく必要がある。

また、現在、高齢者の低栄養防止・重症化予防等に関するモデル的な事業については全額国庫補助を行っているが、一体的な実施の推進に当たり、保険料財源を基本としつつ特別調整交付金を活用していくことを踏まえ、安定的な事業展開となるまでの間、一体的な実施に関する先進事例であって、エビデンスを収集・分析することによって事業評価を行い、他の自治体における取組の有意義な参考事例となるような事例について国庫補助を行うことも通じ、より効果的・効率的なメニュー内容の精査に繋げ、横展開に繋げていくことも考えられる。

（事業の円滑な運用について）

市町村における事業費について、後期高齢者医療広域連合から費用を交付するに当たり、市町村が、この事業に対して積極的に取り組めるようにするためには、現場での負担感をできるだけ少なくするようなスキームを採用することが重要である。このため、事業の実施者となる市町村にとって自由度の高い形で、高齢者の保健事業が実施できる仕組みとすることが必要である。

例えば、後期高齢者の保健事業を市町村が実施する際に、多くの高齢者にフレイル予防に興味を持ってもらい、フレイルになる前の段階から早期の準備を進めていくためには、必ずしも75歳以上に限定せずに幅広く声がけをする方が望ましい事業もある。また、75歳未満の高齢者であっても、いずれは後期高齢者となり、当該後期高齢者医療広域連合の被保険者となる可能性が高

いことからすれば、75 歳未満の高齢者を含め早期の健康づくりを開始することは、後期高齢者医療制度上も財政的に意義のあるものと考えられる。こうした事業趣旨に加え、幅広く健康相談や健康教室を開催するようなケースでは後期高齢者に該当するかどうかといった観点から年齢を一人一人に確認することは煩雑な事務を生み出し、円滑な事業実施・参加勧奨を抑制する可能性もある。こうしたことから、後期高齢者の特性を踏まえた保健事業等を実施する場合、結果として、75 歳未満の高齢者が一部対象となることも前提として、後期高齢者の保健事業の費用を交付することが考えられる。

また、それぞれの市町村の実情や取組の内容、事業の中心となる部署等に応じて、市町村の適当な会計に組み入れることを可能にするなど、市町村の自由度を妨げないようにすることも必要である。加えて、後期高齢者医療広域連合から市町村に費用を交付するに当たり、交付する額の算定基準については、事業内容ごとに必要額をあらかじめ基準額として提示し、その額の範囲内であれば事業実施前の詳細な積算を不要とすることで事務上の負担軽減を図る等、市町村の創意工夫を発揮できる方式を採用すること等も検討するべきである。

11. おわりに

政府としては、今後、後期高齢者医療広域連合及び市町村が、その状況等に応じて一体的な実施に積極的に取り組めるよう、高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン等において、先進モデル的な取組イメージをもとに、様々なロールモデル等を示していくことも考えられる。例えば、市町村において、具体的な事務対応のイメージが湧きやすいよう、事業内容ごとの先進事例の整理や、高齢者の心身の状況に応じた必要な支援への振り分け方、事業内容のポイント等を整理したフローチャート等を作成し、自治体に提供していくことも考えられる。

後期高齢者医療広域連合及び市町村においては、ガイドライン等を参考にしつつ、既存の保健事業や介護予防を踏まえ、どういった展開が考えられるのかといった点について協議を進めるとともに、都道府県や国民健康保険中央会・国民健康保険団体連合会の協力等も得つつ、保健事業と介護予防の一体的な実施を推進していくことが期待される。

「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に関する有識者会議」

構成員名簿

有澤 賢二	公益社団法人日本薬剤師会常務理事
飯島 勝矢	東京大学高齢社会総合研究機構教授
石田 路子	特定非営利活動法人高齢社会をよくする女性の会理事
◎遠藤 久夫	国立社会保障・人口問題研究所所長
大澤 正明	全国知事会理事（群馬県知事）
鎌田久美子	公益社団法人日本看護協会常任理事
河本 滋史	健康保険組合連合会常務理事
城守 国斗	公益社団法人日本医師会常任理事
小玉 剛	公益社団法人日本歯科医師会常務理事
近藤 克則	千葉大学予防医学センター社会予防医学研究部門教授／国立研究開発法人国立長寿医療研究センター老年学・社会科学センター老年学評価研究部長
齊藤 秀樹	公益財団法人全国老人クラブ連合会常務理事
田中 和美	神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部栄養学科教授
○辻 一郎	東北大学大学院医学系研究科教授
津下 一代	あいち健康の森健康科学総合センターセンター長
藤井 康弘	全国健康保険協会理事
前葉 泰幸	全国市長会副会長（三重県津市長）
山本 賢一	全国町村会副会長（岩手県軽米町長）
横尾 俊彦	全国後期高齢者医療広域連合協議会会長 （佐賀県後期高齢者医療広域連合長／佐賀県多久市長）

（座長＝◎、座長代理＝○）

（五十音順、敬称略）

【資料 5】

5 その他

(1) 今後のスケジュールについて

今後のスケジュール（案）

市 町 村

広 域 連 合

