

# モデル事業の概要

(※ 詳細は参考資料参照)

# 高齢者の低栄養防止・重症化予防等の推進

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



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

歯科医院



訪問看護ステーション



## (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。 2

# 平成28年度 高齢者の低栄養防止・重症化予防推進事業実施状況

(8月内示時点)

	広域連合数 ※1	事業数 ※2	実施広域(市区町村) ※3
栄養指導	10	10	茨城(東海村)、埼玉(和光市)、神奈川(大和市)、愛知(大府市)、三重(津市)、福岡(豊前市)、長崎広域、大分(中津市)、宮崎(宮崎市)、沖縄(糸満市)
口腔指導	10	11	岩手(宮古市)、埼玉(和光市)、新潟(新潟市)、長野(塩尻市)、滋賀(竜王町)、大阪(岬町、箕面市)、兵庫(姫路市)、高知(土佐清水市)、福岡(豊前市)、大分(中津市)
訪問歯科健診	16	37	青森(青森市、西目屋村)、岩手(宮古市)、東京(武蔵野市、中央区、千代田区)、神奈川(厚木市)、新潟(新潟市)、長野(塩尻市)、岐阜県(岐阜市、各務原市、可児市、揖斐川町、大野町、池田町、御嵩町)、三重(鈴鹿市、名張市、亀山市、伊賀市)、大阪(河内長野市、堺市、摂津市、泉大津市、枚方市、箕面市)、兵庫(神戸市、姫路市)、島根広域、山口(山口市、萩市、阿武町)、香川広域、高知(安芸市、四万十市)、長崎広域、宮崎広域
服薬指導	6	6	北海道(北見市)、三重(桑名市)、大阪(高石市)、長崎広域、熊本(八代市)、宮崎広域
重症化予防	11	11	北海道(妹背牛町)、茨城(河内町)、神奈川(大和市)、石川広域、愛知(東浦町)、鳥取(鳥取市)、香川広域、福岡広域、長崎広域、鹿児島広域、沖縄(糸満市)
包括アセスメント	2	3	愛知(大府市)、広島(呉市、大崎上島町)
複合的取組	5	5	長野(佐久市)、岐阜広域、大阪(大阪狭山市)、岡山(勝央町)、宮崎(美郷町)
研修	2	3	岐阜広域・岐阜(岐阜市)、大分(中津市)
<b>合計(実数)</b>	<b>30</b>	<b>77</b>	

※1 1つの広域連合で複数のメニューを実施していることがあるため、各メニュー別の広域連合数を足しあげた値と合計値は一致しない。

※2 1つの事業ではあるものの、栄養と口腔等、複数のメニューを同時に実施している事業があるため、事業数を足しあげた値と合計値は一致しない。

※3 広域連合が市町村に委託等せず、直接事業者等により実施する場合は、広域連合名を標記。

# モデル事業の実施状況

モデル事業実施自治体ヒアリング(意見交換会)資料より  
「ヒアリングシート記載内容の概要」  
(平成28年11月2日)

# 全体共通事項①

## 【対象者抽出】

- ◆ 基本チェックリスト・日常生活圏域ニーズ調査・健診結果・レセプトデータ等をもとに抽出し、抽出された人に対し事業案内を送付し、電話等で参加意思の確認を実施。希望制にすると参加者数が少ないこともある。
- ◆ 自発的参加者は健康状態が良いこともある。
- ◆ 市町村は後期高齢者についてのレセプトデータを自前で持っておらず、対象者の抽出、事業評価にあたっては、広域連合・国保連合会の協力が必要。

## 【事業実施】

- ◆ 市町村が実施する場合、後期高齢者医療担当部門・衛生部門・介護予防部門・地域包括支援センター等関係者の役割分担が求められる。
- ◆ 外部委託の際、在宅管理栄養士・保健師等個人に委託する場合と栄養士会・歯科衛生士会・薬剤師会等の職能団体、その他関係機関等の組織に委託する場合がある。
- ◆ 事業参加者への介入は、必ずしも個別訪問に限らず、立寄相談型で実施されることもある。
- ◆ アセスメントシート等を介護予防事業のものと共有しているところもある。
- ◆ アセスメント項目の検討・設定等で、地域の専門職団体に協力を得ていることもある。
- ◆ 訪問担当者の数が増えると、標準化の必要有。マニュアルを作成しているところも。
- ◆ モデル地区を設定し、数年で一巡するように実施しているところもある。
- ◆ 広域連合の直接実施ではなく、市町村委託の場合の綿密な情報共有が難しいことも。
- ◆ 広域連合が市町村に協力を求めながら実施する場合は、市町村の実情に合わせて調整しながら実施。

# 全体共通事項②

## 【事業評価】

- ◆ 長期的（平成33年度まで等）に評価をどのように行っていくかが課題。
- ◆ レセプトによる分析評価を行う際の広域連合と市町村の役割分担が課題。
- ◆ KDBシステムを利用して評価等をしたいが、市町村では後期高齢者の閲覧ができないこともある。
- ◆ 高齢者の場合、そもそも体重測定自体が困難な人も多いため、ふくらはぎ周囲長の測定を行っている場合もある。
- ◆ 本人からの聞き取り情報による評価は基準がぶれることもある。
- ◆ 介入後のアンケートや訪問調査での評価は、対照群の設定が困難（非常に労力がかかる）。

## 【関係者との連携】

- ◆ 医師会への事前説明は必要。個別介入の前に、参加者のかかりつけ医に個別に連携。
- ◆ 自治体から医師会に説明を行っていない場合は、参加者本人からかかりつけ医に参加について報告するように依頼。
- ◆ 個別介入の前に、参加者のかかりつけ医に個別に連携をする場合も。ただし、地域内に医療機関が少ない場合は、かかりつけ医等との連携が難しいこともある。
- ◆ 広域連合と県医師会との連携という単位での調整は難しく、国保やその他も含めた県単位等での調整が必要。
- ◆ 地域ケア会議等へ情報提供していると、ケアマネージャーからの相談がある場合もある。
- ◆ 事業実施は高齢者医療の担当窓口でないこともあり、広域連合との直接連携がないところもある。
- ◆ リスクが高いと思われる人については地域包括支援センターに情報提供していることもある。

# 全体共通事項③

## 【個人情報の取扱】

- ◆ 関係先への情報提供にあたり、本人同意をとっている場合ととっていない場合がある。
- ◆ 委託先も含め、指導者には口頭での厳守依頼の場合と文書での個人情報についての取扱規程を設けている場合がある。個人情報保護についての誓約書を求める場合も。
- ◆ 秘密保持を規定する場合はその範囲をどこまでとするかが課題。
- ◆ 自治体の「個人情報保護条例に基づく取扱」とされ詳細が記載されていない場合があり、問題がないのか認識されていないのか不明。
- ◆ 分析を外部に依頼する際には、個人情報をすべて匿名化。ただし、匿名化の作業は非常に煩雑。
- ◆ KDBシステムデータを閲覧する場合、個人情報の目的外利用とされ、個人情報保護審査会に諮問した自治体も。
- ◆ 対象者一覧等についても暗号化やパスワードを付しての管理を実施している場合もある。
- ◆ 事業実施担当部署が医療・介護の個人情報等を直接閲覧できない場合には、対象者抽出や事業評価が困難な場合もある（市町村の担当部署の違いや広域連合は介護情報がないため）。

## 【その他】

- ◆ 訪問指導等を外部委託する際の、契約形態（件数ベースでの実績払いもしくは包括支払）。
- ◆ 地域の社会資源の把握が必要。
- ◆ 電話での参加勧奨を行う際、電話番号が確認できない場合も多い。
- ◆ 実施に当たってのマンパワーの確保が難しい。

# 栄養指導

## 【対象者抽出】

- ◆ 協力医療機関の退院患者のうち、紹介を受けた者を対象にすることもある。
- ◆ BMI18.5未満では状態が進み必ずしも対象者が多くないため、20以下としている場合もある。

## 【事業実施】

- ◆ 教室形式での事業実施ある。その場合は複数回にわたる食事指導を実施。
- ◆ 栄養士会に委託した実施が多い。中には、栄養士会と連携したNPO法人に委託している。
- ◆ ひとりひとりに栄養ケアプランを作成しているケースや栄養ケア計画の作成にあたって、本人に目標設定してもらっていることもある。
- ◆ 栄養指導にあたって、内容を栄養摂取だけに限定せず、買物、調理、一緒に食べる人がいるか等、生活環境面への配慮がされていることもある。

## 【事業評価】

- ◆ 事業評価は、介入前後の参加者の身体状況のほか、食生活行動等を問診でとり、評価。
- ◆ BDHQ等により評価を行う場合、参加者への結果返却に時間を要することもある。
- ◆ 客観的な評価には血液検査が望ましいものの、相当な労力と時間を要するため効率的な実施のための指標が必要。

## 【関係者との連携】

- ◆ 栄養相談時に把握した口腔指導の必要な対象者には、歯科衛生士の相談・訪問指導ができるよう歯科衛生士と連携したところもある。

# 口腔指導・訪問歯科健診

## 【対象者抽出】

- ◆ 対象者の大半は、要介護3～5の高齢者。一般高齢者の歯科健診結果を用いた歯科指導がなく、要検討。（要介護3以上の要件は訪問歯科健診のみ対象）
- ◆ 医療・介護のレセプトからの対象者抽出とケアマネ等からの声掛けにより希望を募る場合がある。いずれも、歯科関連の利用がないかを確認して選定。歯科健診結果の活用が課題。

## 【事業実施】

- ◆ 市町村の歯科医師・歯科衛生士による実施もあるが、歯科医師会等と連携した実施が主。
- ◆ 訪問歯科健診の中でも簡単な口腔指導を実施している場合がある。
- ◆ 介入にあたり介護スタッフの同席を求める場合に、日程調整が難しい。
- ◆ 嚥下体操や口腔清掃について、家族や介護スタッフへの支援も必要になる。

## 【事業評価】

- ◆ 各種指標があるものの、それを介入群、対照群ともにどのように入手するかが難しい。
- ◆ 健診が中心の事業の場合は、どのような指標で効果判定するべきかが課題。
- ◆ 介入は健診1回であるケースが多いため、後日アンケート等で歯科健診の満足度を図る場合やレセプトデータで治療が必要であったものが、治療につながったかを検証することで実施。

## 【関係者との連携】

- ◆ 事業参加者を介護関係者からの紹介で募る場合は、事前に説明会等を開催。
- ◆ 健診結果を介護関係者に提供することにより、ケアプランに口腔ケアが取り入れられたこともある。
- ◆ 口腔内の状況は服薬状況とも関係するため、かかりつけ医との連携も必要。かかりつけ医からの紹介もある。歯科医師会等との症例検討会を実施している場合もある。

# 服薬指導

## 【対象者抽出】

- ◆ KDBシステムからレセプトデータ等を活用し、対象者の抽出を行うには、事務処理量が膨大であり、専門職（薬剤師）の協力が必要。
- ◆ レセプトを活用しない場合は、ケアマネ等からの声掛けによる対象者の募集が必要。
- ◆ 市町村は後期高齢者についてのレセプトデータを自前で持っておらず、対象者の抽出、事業評価にあたっては、広域連合・国保連合会の協力が必要。

## 【事業実施】

- ◆ 抽出された対象者に文書・電話で声掛けし、参加に同意した人に対して指導実施。
- ◆ 事業参加者への介入は、必ずしも個別訪問に限らず、立寄相談型で実施されることもある。

## 【事業評価】

- ◆ 事業評価の指標としては、薬剤費の抑制額も考えられるが、推計方法は要検討。「服薬に関する課題の解決・健康増進への寄与」という指標をどのように具体化や標準化するか要検討。

## 【関係者との連携】

- ◆ 事業実施にあたり、服薬状況を改善させるには医師の協力は必須であるため、医師会への説明は必要。個別介入の前に、参加者のかかりつけ医に個別に事業について説明することもある。
- ◆ 薬剤師会の協力は必須であり、どのような役割を担ってもらうかの綿密な打ち合わせも必要。参加者宅へ訪問しての介入にあたっては担当薬剤師を決める必要有。

## 【個人情報取扱】

- ◆ 介入した結果、医師等に参加者の服薬状況等について情報提供する場合には、本人同意のもと実施。

# 重症化予防

## 【対象者抽出】

- ◆ 健診結果より抽出する場合が大半。
- ◆ 中には、医療機関から治療中の患者で保健指導が必要と判断した人を紹介することもある。その場合の紹介件数はわずか。

## 【事業実施】

- ◆ 介入を実施するのは、自治体内の衛生担当部署や委託事業者。
- ◆ 介入内容は受診勧奨のみの場合と個別の保健指導にまで踏み込む場合がある。
- ◆ 治療中断者の受診勧奨（文書等）の場合、対象者の誤解や不安（なぜ通知が来たのか）につながる場合がある。
- ◆ 糖尿病性腎症重症化予防プログラム研究班の支援を受けて実施しているところが5カ所ある。

## 【事業評価】

- ◆ 事業評価は、介入前後の検査値（HbA1c等）の比較が主であるが、必ずしも6か月後に検査を実施しないところもあり、検査結果の評価ができない場合などは要検討。また、検査値は、服薬の開始等治療状況の影響をどう見るかが課題。
- ◆ 受診勧奨が中心の事業の場合は、一定期間後にレセプトによる受診状況の確認が必要。

# 包括アセスメント

## 【事業評価】

- ◆ 事業参加者へのアセスメント（検査・質問票等）をどのような項目で実施するのが適切かについて検討することが事業の主な目的となっているが、（フレイル状態の評価については）学会等においても検討途上であり、事業評価の指標を定めることが難しい。

## 【事業実施】

- ◆ 今年度は、大学等の外部と協力により実施体制を構築。具体的にどのような介入を行うか、地域資源等と協力してのフォローをどのように行うか等はこれからの検討事項。
- ◆ 事業実施主体は市町村であり、広域連合との連合はほとんど取れていない。

## 【個人情報の取扱】

- ◆ 対象者には、実施主体と委託した事業者で情報共有することへの同意、第三者に個人情報を削除したデータを提供し、事業評価をすることへの同意を取得。口頭のみでの同意取得の場合もある。

## 【関係者との連携】

- ◆ ハイリスクであると判定した人に対するフォローについて地域包括支援センター等との役割分担をどのように行うかが不明確。

# 複合的取組

## 【対象者抽出】

- ◆ 対象者は、KDBシステム等を活用し、健診結果から抽出するケースが多い。抽出の手法・標準化等は要検討。（健診は受診者数が少なく、基本チェックリストも必ずしも活用されていない）
- ◆ 既存のひとり暮らし高齢者台帳等に登録された者の中から聞き取りにより抽出する場合もあるが、基準の標準化が必要。
- ◆ 介入対象者の選定の際は地域包括支援センター等からの紹介等が多い。

## 【事業評価】

- ◆ 事業評価は介入数か月後の検査や各種指標の測定。改善率を求めているものの、どの項目で、いつまで評価し続けるかは課題。客観的データだけでなく対象者本人の主観データも評価対象としていることもある。対照群の設定が難しい。自治体によっては、KDBが活用できないため、聞き取り項目のみでの評価となる場合もある。
- ◆ 介入対象者は低栄養が多く、データはシステムで管理されているが、必ずしも一元管理ではない。

## 【事業実施】

- ◆ 庁内での実施体制は介護予防部門や衛生部門が実施を担当している場合もある。
- ◆ 大学等の外部、NPOと協力しての実施体制の構築がされている場合がある。

## 【関係者との連携】

- ◆ 複数名で訪問すると情報共有が図れるが、聞き取り項目等が多くなり、対象者本人への負担が大きい。

# 研修

## 【対象者抽出】

- ◆ 対象者は、高齢者の保健事業にかかわる自治体職員や高齢者に対して介入を行う職能団体の専門職等。

## 【事業評価】

- ◆ 事業評価は、参加者アンケートでの知識・認識度について評価。長期的には、各市町村で後期高齢者に関する保健事業の実施量が増えることや国保部門、介護部門との連携の推進も評価対象。