

未定稿

高齢者の保健事業のあり方検討ワーキンググループ作業チーム（第2回）	
平成29年2月17日（金）	資料5

高齢者の特性を踏まえた保健事業  
ガイドライン 暫定版  
(案)



## 目次

I	総括編	1
1	保健事業の実施に当たっての基本的な考え方	3
(1)	ガイドラインの趣旨・目的	3
1)	趣旨	3
2)	目的	3
(2)	後期高齢者の状態像と課題	4
1)	後期高齢者の特性	4
2)	健康指	5
(3)	後期高齢者医療制度における保健事業	5
1)	広域連合の取組の現状と課題（補助事業等の現状、調査結果等から）	5
2)	医療保険者としての取組の位置づけ	6
(4)	医療保険者の視点からみた健康支援	6
1)	高齢者の特性を踏まえた支援とは	6
2)	被保険者の状態像に応じた取組	7
2	効果的な実施に向けた取組内容の検討	7
(1)	高齢者の保健事業の進め方	7
(2)	健康課題の把握（データヘルス計画等との整合、調整）	8
(3)	P D C A サイクルの構築	9
1)	既存事業の見直し（健診、保健指導、健康相談、健康教育等）	9
2)	事業内容の検討と準備	9
3)	目標の設定と評価の準備	10
4)	健康支援の実施と評価	11
(4)	重点的に対象とする事業（類型、要件）	12
2)	事業類型（低栄養・口腔・服薬・複合的取組）	12
3)	事業の要件	13
4)	モデル事業の実施と成果の活用	13
(5)	効果を高める工夫	14
1)	若年世代からの取組との連携	14
2)	対象者の主体性の重視等	14
3	取組の推進に向けた体制整備	15
(1)	関係者の役割分担	15
1)	後期高齢者医療広域連合の役割	15
2)	市町村に求められる役割	15
3)	都道府県に求められる役割	15

4)	国に求められる役割 .....	16
(2)	関係者間の連携 .....	18
1)	広域連合と市町村の連携 .....	18
2)	市町村の庁内連携 .....	18
①	介護予防との役割分担と連携 .....	18
②	健康増進・国民健康保険所管部署との連携 .....	19
(3)	地域連携（関係団体等との調整等） .....	20
1)	関係機関、専門職団体等との連携 .....	20
2)	医療機関等との連携 .....	20
3)	他の医療保険者との連携 .....	20
4)	NPO・民間業者の活用 .....	20
5)	国保連合会との連携（ヘルスサポート事業、KDBシステム） ...	21
4	取組を推進するための環境整備 .....	21
(1)	人材育成 .....	21
1)	高齢者に関する健康支援の知識・技術の周知、資質向上 .....	21
2)	研修等の実施方法 .....	21
(2)	実施上の留意事項 .....	22
1)	周知・広報 .....	22
2)	委託する場合の留意点 .....	22
3)	個人情報 の適切な取扱 .....	22
4)	安全配慮 .....	22
5)	事業立ち上げ時の留意点 .....	22
①	課題と方針の共有 .....	22
②	実施体制の確保 .....	23
③	「人」から「システム」へ .....	23
④	既存事業の活用 .....	23
⑤	事業の進捗チェックリストの活用 .....	23
⑥	取組みやすい内容からの着手 .....	23
5	今後引き続き検討すべき事項 .....	24
(1)	モデル事業の検証とガイドラインの改定 .....	24
(2)	モデル事業から見えてきた課題 .....	25
(3)	別途実施されている検討事業（歯科・糖尿病性腎症）の反映 .....	25
(4)	連携の内容について .....	25
(5)	その他（健診のあり方の検討） .....	25

II 実践編 .....	27
1 ガイドライン実践編の位置づけ .....	29
2 取組の実際 .....	29
(1) 事業実施全体の流れ .....	30
(2) それぞれの段階における実施事項 .....	31
1) 事業実施主体における体制整備 .....	31
①健康課題等の把握 .....	31
②広域連合・市町村間での課題の共有 .....	31
③取組テーマ・対象地域の特定 .....	31
④チーム形成 .....	32
⑤外部からの情報収集 .....	33
2) 地域連携体制の構築 .....	33
①都道府県との調整 .....	33
②関係団体への事前相談 .....	33
③広域連合・市町村の間での情報提供の環境整備 .....	33
3) 事業企画 .....	34
①対象者の抽出基準の設定と概数の把握 .....	34
②予算・人員体制の検討 .....	37
③対象者の絞り込み .....	38
④介入方法の検討 .....	39
⑤医師会等関係機関への説明 .....	40
4) 事業実施 .....	40
①事業参加者への声掛け .....	40
②事業参加者の日程調整 .....	41
③かかりつけ医等関係者への事業説明 .....	41
④介入支援の実施 .....	41
5) 評価とその活用 .....	46
①事業評価 .....	46
②事業報告 .....	47
③次期計画に向けての見直し .....	47
3 類型別の留意事項 .....	48
(1) 栄養指導 .....	48
(2) 口腔機能 .....	51
(3) 服薬管理 .....	52
(4) 慢性疾患の重症化予防 .....	53
(5) 複合的取組 .....	55

4	モデル事業にみる事例	56
	(1) 広域連合が主体となった取組	56
	1) 岐阜県後期高齢者医療広域連合	56
	2) B 広域連合	56
	3) C 広域連合	56
	4) D 広域連合	56
	5) E 広域連合	56
	(2) 構成市町村が主体となった取組	57
	1) 埼玉県和光市<栄養・口腔>	57
	2) 神奈川県大和市<栄養・重症化予防>	59
	3) 長野県塩尻市<口腔>	61
	4) 大阪府大阪狭山市<複合的>	63

# I 総括編





## 1 保健事業の実施に当たっての基本的な考え方

### (1) ガイドラインの趣旨・目的

#### 1) 趣旨

我が国は、かつてない高齢化が急激に進行しており、特に後期高齢者の増加は顕著である。こうした中、生活習慣病や加齢に伴う老年症候群など複合的な疾患の重症化と、心身機能の低下の両面に関わる高齢期に特有のフレイル<sup>※1</sup>への対応が、高齢者の健康保持増進と自立生活の延伸のために重要となっている。

さらに、高齢期においては、健康状態等について個人差が拡大する特性があり、個々に応じた専門職によるアウトリーチ<sup>※2</sup>を主体とした介入支援が必要である。

このような高齢者の特性を踏まえた保健指導を行うことで、在宅で自立した生活ができる期間の延伸、QOLの維持向上を図ることが求められる。これは、医療費の適正化にも寄与するものである。

そのために、後期高齢者の健康・医療情報を統括的に有し、これを活用して保健事業を適切に実施することが期待される後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）や、地域住民の健康課題やニーズを直接把握し、これに対応した保健サービスを提供することができる市町村の果たすべき役割は大きい。

そこで、広域連合と市町村（以下「広域連合等」という。）が連携しながら実施する高齢者の特性を踏まえた保健事業のあり方を示すとともに、あわせて国、都道府県、関係機関・団体の役割を明らかにするため、本ガイドラインを策定する。

※1「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。そのため本ガイドラインでは「加齢とともに、心身の活力（例えば運動機能や認知機能等）が低下し、複数の慢性疾患の併存の影響もあり、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」と定義する。

※2「アウトリーチ」とは本来、手を伸ばす、手を差し伸べるといった意味で、ここでは支援が必要であるにもかかわらず、自発的に申し出をしない人々も含め、保健事業の潜在的な利用希望者に積極的に働きかけ、利用を実現させる取組みのこと。具体的には、戸別訪問による支援などを意味する。

#### 2) 目的

- ① 高齢者の医療の確保に関する法律に基づく保健事業の実施等に関する指針（平成二十六年厚生労働省告示第四百十一号）に基づき、広域連合が実施することが望ましい健診や保健指導などの保健事業の具体的な内容や手順について科学的知見を踏まえて提示する。
- ② 広域連合の委託・補助により市町村等が実施する場合の留意点を示す。

- ③ 本ガイドラインに基づき、生活習慣病等の慢性疾患の重症化予防に加え、フレイルに関連する老年症候群（低栄養、転倒・骨折、誤嚥性肺炎等）の予防を広域連合が保健事業として実施することにより、後期高齢者（被保険者）の健康の保持増進と心身機能の低下防止を図り、結果として医療費の適正化に資することを目的とする。

なお、本ガイドラインでは、「Ⅰ総括編」で基本的な考え方を「Ⅱ実践編」で保健事業の実施方法、手順などをまとめている。

## （２）後期高齢者の状態像と課題

### １）後期高齢者の特性

- ① 後期高齢者は、前期高齢者と比べ、加齢に伴う虚弱な状態であるフレイルが顕著に進行する。
- ② 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、包括的な疾病管理がより重要になる。
- ③ 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がある。
- ④ 健康状態や生活機能、生活背景等の個人差が拡大する。自立度の高い後期高齢者がいる一方で、多病を抱え高額な医療費を要する後期高齢者が一定の割合存在する。

### 高齢者に特有の健康障害

※参考：日本誌(2009)を参考に、最新の結果をもとに本ガイドラインを改定

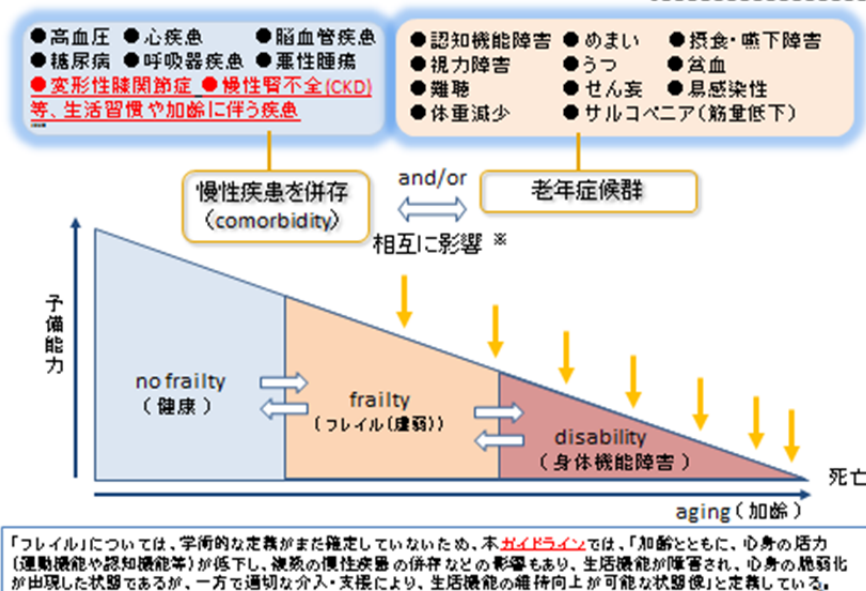


図 1-1 高齢者に特有に健康障害

- 2) 健康指標・レセプト分析からみた課題（多病の実態、医療のかかり方）  
後期高齢者では複数の慢性疾患を有する人が多数を占める。複数の慢性疾患を有する「多病」と呼ばれる人の割合は、64.1%に上るといふ調査もある。多病の状態にあると、処方される医薬品の種類数が多くなり、薬剤有害反応リスクや医療費の増加等とも関連する。  
このため、疾病管理の調整、特に服薬管理等、慢性疾患管理におけるコーディネーションが必要であり、レセプトにて一元管理できる広域連合は、薬剤有害事業の予防のための保健事業を効果的効率的に実施することが望まれる。

(3) 後期高齢者医療制度における保健事業

後期高齢期にあつては、現役世代の肥満対策に重点をお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とともに、あわせて生活習慣病の重症化予防等にも取り組むことが重要である。

後期高齢者医療制度における保健事業は、こうした疾病の発生や重症化を予防に取り組み、ひいては医療費の適正化を図ることを目的とする。

また、加齢に伴う心身機能の低下や複数の慢性疾患、他機関受診・多剤処方といった、高齢者の特性を踏まえた保健事業を実施するには、医療専門職との緊密な連携をのちと、医療的な対応を含め実施していく必要がある。

医療保険者が保健事業を実施することにより、こうした医療費の適正化、医療との連携という視点を踏まえた事業推進が可能となり、後期高齢者の健康の維持増進により資することができるものと考えられる。

1) 広域連合の取組の現状と課題（補助事業等の現状、調査結果等から）

広域連合が実施する保健事業は、健康診査や歯科健診のほか、重複・頻回受診者等への訪問指導やジェネリック医薬品使用促進など主に医療費適正化の取組が行われてきた。

一方、健診結果等を活用して、一人ひとりの状況に即した健康の保持増進を図る取組は、まだ比較的少ない状況にある。こうした取組は、今のところ、自治体内の実施体制や、関係機関・団体との連携、協力体制が整った、比較的熱心な広域連合が先駆的に実施するにとどまっている。

今後は、一人ひとりの状況に即した保健指導についても、より多くの広域連合で実施することが必要となる。特に生活習慣病の重症化予防、低栄養の回避、運動・認知機能の低下防止等に向けた生活習慣見直しに重点を置くことが有効と考えられる。

また、後期高齢者医療制度における保険者インセンティブにおいても、取組を評価し、財政的にもメリットを感じられる仕組みの導入を検討している。

合わせて取組を全国的に横展開するためには、広域連合の組織体制を踏まえ、都道府県や地元の学識者等からの支援や助言が受けられるような支援体制の検討も肝要である。

## 2) 医療保険者としての取組の位置づけ

医療保険者として、後期高齢者の保健事業に取り組む際の強みとして、保険者として保有する健診・レセプト等の健康医療情報をもとに、必要に応じ高齢者の医療面に対する健康支援が可能となることがある。

健診結果等を活用した生活習慣病の重症化予防の取組では、脳卒中や透析等の重篤な疾病の発症をできるだけ遅らせることにより、要介護状態の予防にもつながるなど、高齢者のQOLを維持するとともに医療並びに介護財政への影響を期待することができる。

また、口腔機能低下を防止することにより免疫力の低下を予防し肺炎等の感染症を予防することや低栄養による経管栄養への移行を遅らせるなど高齢者特有の変化への対処や、多剤服用による有害事象などの高齢者への影響に対処することにより、できる限り在宅で自立した健康的な生活を続けられるような支援が重要となる。

これらの取組にあたって、多機関受診、多剤処方、残薬が生じやすい等の課題に対し、現行の医療システムでは個別の医療機関による一元的な管理は難しい状況がある。医療保険者としては行政との連携に加えて、医療機関と連携した保健事業の展開が重要になる。

## (4) 医療保険者の視点からみた健康支援

### 1) 高齢者の特性を踏まえた支援とは

- ①現役世代における肥満対策に重点を置いた生活習慣病対策（特定健診・特定保健指導）から、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に徐々に転換することが必要である。
- ②生活習慣病の発症予防というよりは、生活習慣病の重症化予防等の取組がより重要である。また、壮年期からの生活習慣病の延長線上で肥満傾向にある高齢者も多く、代謝の低下とともに筋量の減少の影響もあり筋骨格系疾患等の慢性疾患への取組も重要となる。
- ③再入院の防止や多剤による有害事象の防止（服薬管理）が特に重要である。

- ④ 専門職によるアウトリーチを主体として、対象者一人ひとりに応じた個別の介入支援（栄養指導など）に取り組むことが適当である。

## 2) 被保険者の状態像に応じた取組

後期高齢者を対象とした保健事業では、個人差に応じた対応が重要となり、後期高齢者と一括りにするのではなく、対象者の階層化と個別対応が求められる。そのため、地域支援事業の地域サロン等のポピュレーションアプローチに加えて、個人差に応じた適切なハイリスクアプローチを組み合わせるにより、早期からの対象者の把握や効率的に絞り込むなどの、より効果的な実施につなげることが可能となる。

被保険者の健康状態をレセプトや健診データから分類し、状態別の集団（階層）の特性に応じた保健事業を提供することにより、効果的・効率的な事業展開が期待できる。状態像のイメージとしては、①緊急・長期入院を含む高額医療が発生している高齢者、②主に外来を中心とした在宅療養中の高齢者、③フレイルが顕在化しつつある虚弱な高齢者、④医療をあまり利用しない元気な高齢者などの階層が想定される。広域連合の保健事業としては、当面の間、主に②、③の階層から着手するなど実施の重点化に向けた取組を行う。

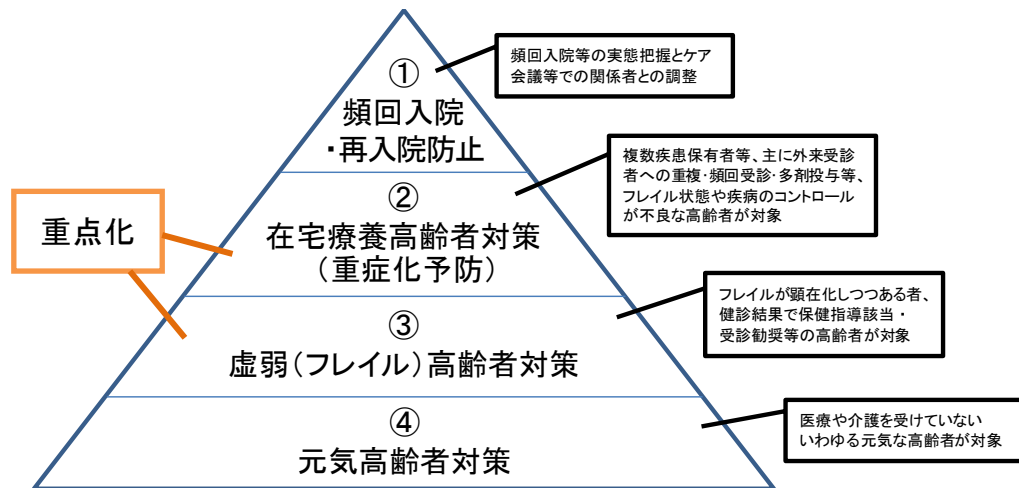


図 1-2 被保険者の状態像に応じた健康支援の取組イメージ

## 2 効果的な実施に向けた取組内容の検討

### (1) 高齢者の保健事業の進め方

図 1-3 に高齢者の保健事業の基本的な手順について示す。

- ・ 広域連合は、都道府県単位の被保険者の健診やレセプト情報を有し、

経年的な変化も把握することができる。こうした情報を活用することにより、地域の健康課題の把握や個別支援の必要な対象者の抽出、保健事業の結果の評価に役立てることで、保健事業を効果的・効率的に進める。

- ・市町村は、広域連合が保有する情報の提供を受け、事業計画の策定や対象者の抽出に役立てる。また、広域連合とともに事業評価を行うなど、連携を図りながら保健事業を進める。
- ・保健事業を進めるにあたっては、企画・計画段階から、地域の健康課題や、保健事業の進め方について、関係者間で十分に話し合い、方向性を共有することが重要である。後期高齢者は8割以上が医療機関を受診しており、かかりつけ医は日頃から一人ひとりの健康状態を把握している。このため、特に地元の医師会やかかりつけ医など医療機関との連携を密にすることが必要である。

(詳細は、「Ⅱ実践編」へ)

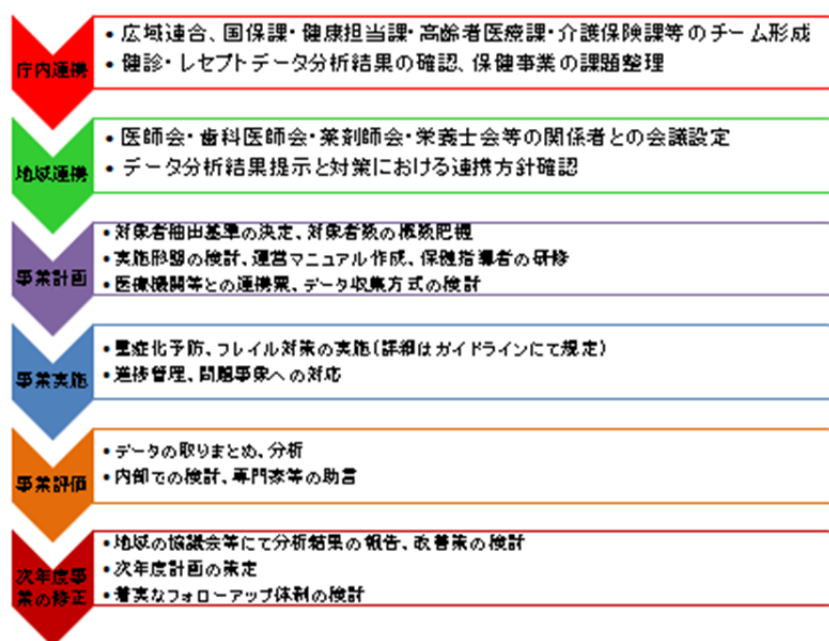


図 1-3 高齢者の保健事業の進め方

## (2) 健康課題の把握(データヘルス計画等との整合、調整)

取組内容の検討にあたって、まず、地域の健康課題を把握する必要がある。活用するデータとしては、健診データ、レセプト(医療費)データ、人口動態統計、要介護認定データなどであり、これに質的情報も加味して分析する。各種情報は、経年比較や国、都道府県平均との比較、同規模保険者等との比較を行いながら、地域の特性などを整理する。

こうした健康課題の把握は、各広域連合においてデータヘルス計画の策定にあたりすで実施され、計画に基づく保健事業が進められている

ところである。計画内容について市町村と共有するとともに、平成30年度からの次期データヘルス計画の期間に向け、高齢者の健康・医療情報の動向を押さえ、直近の状況から健康課題を再確認し、検討することが望ましい。

### データヘルス計画

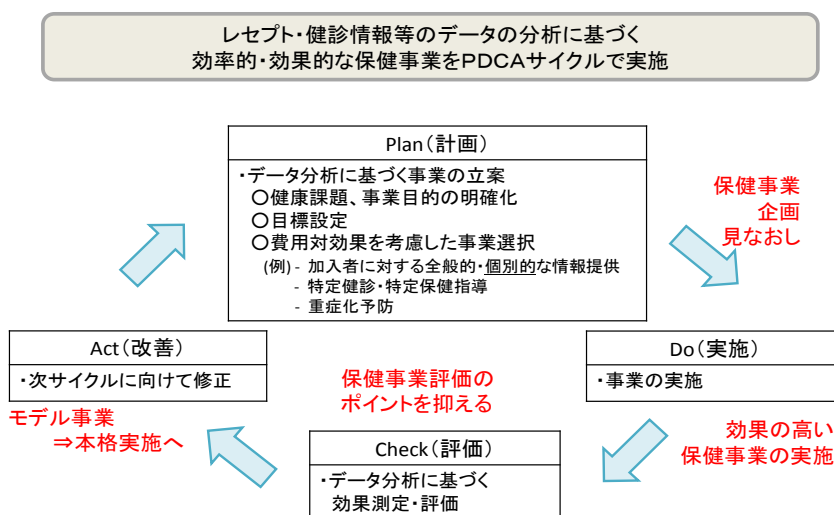


図 1-4 データヘルス計画

### (3) PDCAサイクルの構築

事業成果が適切に把握評価され、その結果が事業の実施方法に反映されて、継続的な改善が図られるよう、事業のPDCAサイクルの構築に努める必要がある。以下にこの観点から事業の流れの概略を示す。

(詳細は「Ⅱ実践編」へ)

#### 1) 既存事業の見直し (健診、保健指導、健康相談、健康教育等)

高齢者の保健事業は、広域連合による事業だけでなく、他の保険者や一般衛生部署等、関連部署でも実施されることがある。このため、見直しにあたっては、他部局と連携して既存事業の実施内容と達成状況を把握、評価するなど考慮する必要がある。

このように、既存事業の整理、いわば「棚卸し」を行い、上記1)で整理した健康課題や実施結果と照合して、医療保険者として実施効果の検証を行い事業のスクラップアンドビルド(最適化)を図る。

#### 2) 事業内容の検討と準備

健康課題を踏まえ事業の対象者像(性・年齢、健康状態、ADL、生活状況)、実施地域等を明らかにし、健診結果やレセプトを活用しつつ

対象者の概数を把握する。

そのうえで、対象者を健診結果などから絞り込み、対象者の選定基準や健康支援の方法及び実施方法（訪問指導、立ち寄り型相談※）などを決め、実施計画書を作成する。

さらに、事業の具体的な実施内容や方法（対象者抽出、アセスメント項目、介入内容・方法等）を検討する。（実施プログラムの作成）

※ 「立ち寄り型相談」とは、利用者が立ち寄りやすい身近な地域の拠点等において相談支援を行う形式の保健事業を指す。

### 3) 目標の設定と評価の準備

事業の実施後に事業評価を行い、継続的な改善につなげていくため、事業実施前に目標と評価項目を設定する。目標には中長期的な大目標・中目標と毎年度の個別事業により達成を目指す小目標が考えられ、評価指標もそれぞれに設定することが求められる。

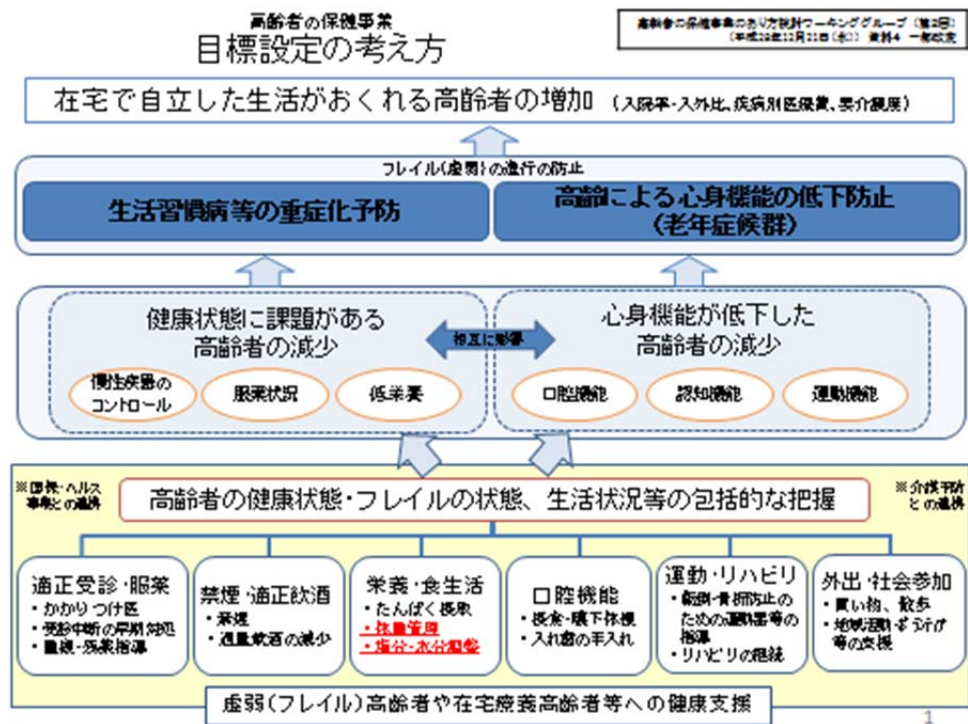


図 1-5 保健事業の目標設定の考え方

評価を行う際には、健診やレセプト情報を活用し、保健事業実施後の健康の状況などを継続的にフォローすることが望まれる。都道府県国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」という。）が管理する国保で



データベース（KDB）システム（以下「KDBシステム」という。）等の活用も含め、追跡評価の方法をあらかじめデザインしておくことが求められる。

また、数値化できない質的情報についても、保健指導の内容と反応、家族や介護者の感想、福祉関係者の対応状況など、必要に応じ評価に役立てるよう段取りを組んでおく。

評価はストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカムの4つの観点から行い、次年度以降の事業計画・内容の検討などに役立てる。

## 保健事業評価の視点

評価の構造	評価の視点・内容
ストラクチャー 実施体制は整っているか	<ul style="list-style-type: none"> <li>達成したい目標にむけて、関係者の理解が得られているか。</li> <li>保健指導の実施体制が構築できたか（内製・委託）</li> <li>委託の場合、十分に事業を実施できる事業者であるか。</li> <li>保険者等との連絡、協力体制ができているか。</li> </ul>
プロセス うまく運営できているか	<ul style="list-style-type: none"> <li>事業実施手順書を作成し、関係者間で共有できているか</li> <li>募集、初回実施、継続、評価の各段階でチェックしているか。</li> <li>対象者に合わせた内容が準備できているか</li> <li>参加者の健康状態を事前に把握、指導者に提供できるか。</li> </ul>
アウトプット ちゃんと実施できたか	<ul style="list-style-type: none"> <li>計画した事業が実施できたか</li> <li>ねらったセグメントの対象者が参加できているか</li> <li>最後まで継続できたか</li> <li>実施回数、人数は計画どおりか</li> </ul>
アウトカム 結果は出ているか	<ul style="list-style-type: none"> <li>目的とした成果が上がっているか。</li> <li>関心度・生活習慣、健康状態（検査値）、療養状況</li> <li>医療費（非参加群との比較があるとよい）</li> </ul>

図 1-6 保健事業の評価の視点

#### 4) 健康支援の実施と評価

実施プログラム、指導マニュアルに従い、専門職による保健指導を実施する。（詳細は「Ⅱ実践編」へ）

(4) 重点的に対象とする事業（類型、要件）

1) 取組の重点化

当面の取組としては、上記1 3)に掲げたピラミッドの2層目、3層目の取組に重点化するなど、地域の実情を考慮した取組とする。

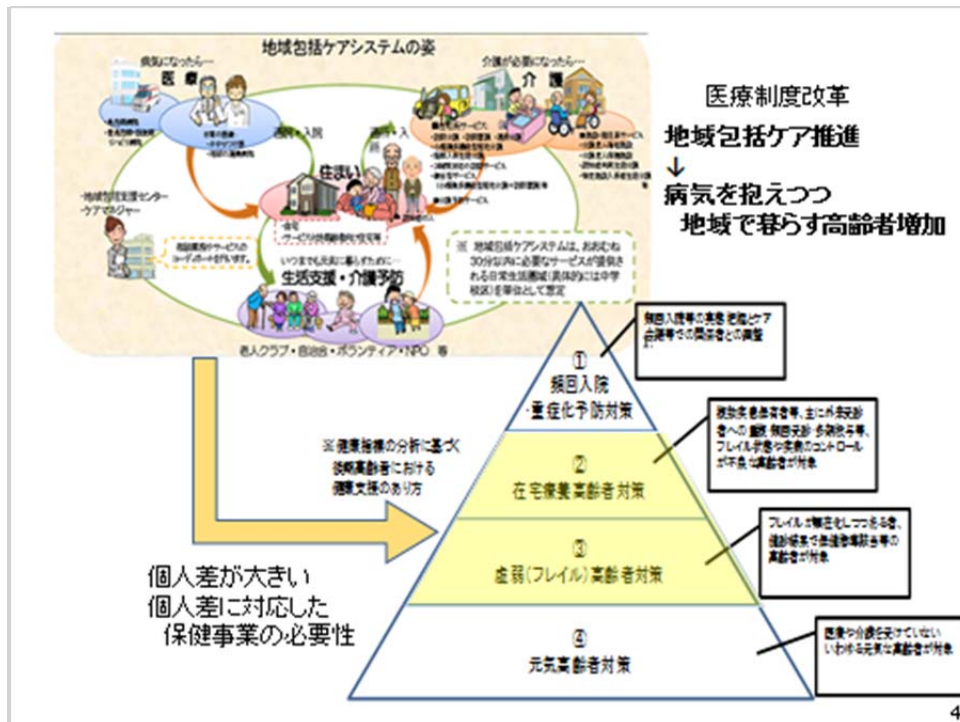


図 1-7 取組の重点化イメージ

2) 事業類型（低栄養・口腔・服薬・複合的取組）

① 栄養に関する相談・指導

低栄養又は過体重の傾向がある者や、疾病等に伴う在宅での食事管理ができない者を対象に栄養相談や指導を実施。

② 口腔に関する相談・指導、訪問歯科健診

摂食、嚥下等の口腔機能の低下など口腔に関する問題を有する者を対象に、改善のための相談や指導を実施。

また、歯科健診を受診することができない在宅の要介護状態の者に対し、治療等が必要な高齢者を発見し治療等につなげるなど、誤嚥性肺炎等の疾病を予防するための訪問歯科健診を実施。

③ 服薬に関する相談・指導

複数受診等により服用する薬が多い場合や、薬の管理に関する困りごとを抱える者に対し、適正な服薬のための相談や指導を実施。

④ 生活習慣病等の重症化予防

高血圧や糖尿病等の生活習慣病のコントロールが不十分のため、

重症化のおそれがある者に対し、重症化を防止するための相談や指導を実施。

⑤ その他上記に類する事業、複合的に実施する事業等

### 3) 事業の要件

事業の実施にあたっては、高齢者の特性を踏まえた広域連合の事業として効果的・効率的に実施するために、以下①～④の条件を満たすものであることが求められている。また、糖尿病性腎症の重症化予防の取組の場合は、⑤も満たすことが必要である。

- ① 対象者の抽出基準が明確であること
- ② かかりつけ医（歯科医）と連携<sup>※1</sup>した取組であること
- ③ 保健指導に専門職<sup>※2</sup>が携わること
- ④ 事業の評価を実施すること
- ⑤ 各都道府県の糖尿病対策推進会議等との連携<sup>※</sup>を図ること

※1 糖尿病性腎症重症化予防の取組の場合、内容的には、相互の情報共有や指導助言を受けることなどを指す。

※2 医師、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士、歯科衛生士、言語聴覚士等

また、医療保険や介護保険によって重複する内容の管理や指導を受けている者は対象としないことにより重複を防止する。

### 4) モデル事業の実施と成果の活用

平成28年度「高齢者の低栄養防止・重症化予防等推進事業」として、「栄養指導」「口腔指導」「訪問歯科健診」「服薬指導」「重症化予防」「包括アセスメント」「複合的取組」「研修」の各取組分野も設け、広域連合が市町村等と連携したモデル事業を実施している。

実施にあたっては、地域で重点的に解決すべき課題の検討や事業類型・要件などを踏まえ、地域の実情に応じた既存の拠点（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、診療所・病院、歯科医院、薬局等）を活用して行うこととしている。

このモデル事業は、平成29年度も継続・新規事業を実施する予定で、効果検証を行いガイドラインに反映することとしている。

## 高齢者の低栄養防止・重症化予防等の推進

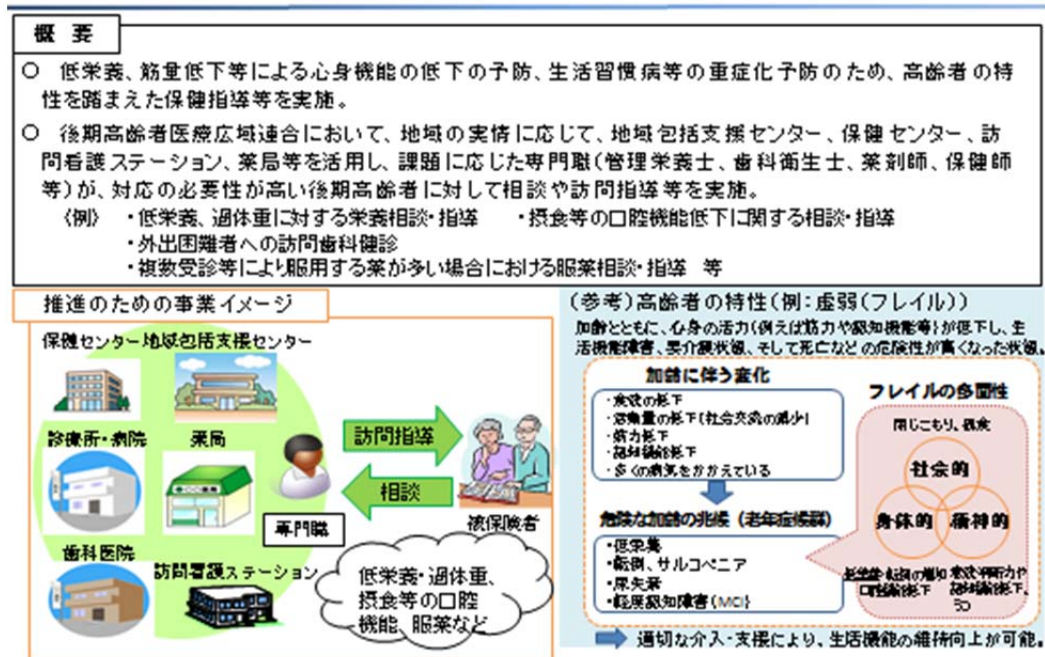


図 1-8 高齢者の低栄養防止・重症化予防等の推進(モデル事業)の概要

### (5) 効果を高める工夫

#### 1) 若年世代からの取組との連携

後期高齢期における健康状態は、それ以前からの生活習慣等が大きく関わっている。このため、若年世代からの取組と連続性を図るなども有効な取組と考えられ、他保険者と状況や課題を共有することが望まれる。

後期高齢者医療の被保険者の多くは、国民健康保険から移行しており、後期高齢者の住まいに身近な存在である市町村国保等との連続した取組が求められる。

#### 2) 対象者の主体性の重視等

保健事業の企画にあたっては、対象者本人の安心、楽しみ、元気、交流といったポジティブな要素を重視し、効果を実感できるようにすることが有効である。生活のうえで「できなくなったこと」を把握するだけでなく、「できること」に着目し、それを維持し、増やしていくことで、本人の自信や前向きな姿勢を育むという観点から目標を設定し、保健指導を行うことが望まれる。

また、健康支援の方法は、保健指導だけではなく、体験や見守り、他の保健事業との連携や移行なども含め、様々な選択肢があり、対象者の状況に応じ柔軟に実施することが必要である。

こうした健康支援を実施するのは、保健指導を行う専門職だけでなく、家族、介護者、さらには本人によるセルフケアも含め、適切に組み合わせることで進めることが望ましい。

### 3 取組の推進に向けた体制整備

#### (1) 関係者の役割分担

##### 1) 後期高齢者医療広域連合の役割

広域連合は、保健事業の実施主体であり、健診、医療レセプト（調剤・歯科含む）等の包括的、統合的な管理を行うことができる。

こうした健康・医療情報を活用して健康課題を把握し、対象者の選定と介入支援を効果的、効率的に実施するなど主体的な事業の企画・実施を検討する。また、事業評価を適切に実施することにより、PDCA サイクルによる事業の継続的な改善に努める。

実施にあたっては市町村との連携を密にし、市町村の問題意識をくみとり、保健事業に反映するとともに、好事例を他の市町村に展開するよう努める。

また、医師会等関係団体との連携を図り、保健事業が円滑に実施できるよう環境を整える。また、KDB システム等の活用により、保健指導を実施する市町村に必要な情報を提供するなど、取組が円滑に進むように配慮する。

##### 2) 市町村に求められる役割

広域連合を構成する市町村は、住民に最も身近な基礎自治体として、住民の状況やニーズを直接把握し、健康の保持増進の総合的な取組の主体である。

広域連合から提供される健康・医療情報等を活用して地域の疾病構造や健康課題を把握し、地域の関係団体と問題認識を共有する。また、地域が有する保健医療等に関する資源の実態を把握する。こうしたことを踏まえながら、広域連合との連携を図りつつ保健事業の企画、実施、評価にあたる必要がある。

その際、関係部署間の連携を密にし、介護保険、国民健康保険、一般住民を対象とした保健事業等との整合を図りつつ推進するなど、事業を着実に実施できる運用体制の確保に努める。

##### 3) 都道府県に求められる役割

広域連合や市町村における実施状況をフォローするとともに、介護保

険、国民健康保険、一般住民を対象とした保健事業との連携促進がはかれるよう、市町村等への指導助言、調整を行う。また、都道府県レベルの医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会、歯科衛生士会等の関係団体と都道府県内の取組状況を共有し、課題、対応策等について議論する。これら団体と広域連合、市町村の連携が図られるよう調整を図る。

こうした取組は、複数課の所管事項にまたがることから、医療保険、介護保険、健康増進の各担当課の緊密な連携のもと実施することが必要である。

都道府県は、制度改革において平成 30 年度から国民健康保険の保険者となり、財政運営の担い手として高齢者医療への支援金を負担することから、保険者機能の発揮という観点からも、後期高齢者の保健事業の推進に対する一層の役割を果たすことが期待される。

#### 4) 国に求められる役割

各広域連合における取組みや、介護予防、医療機関との連携の好事例を収集し情報提供するとともに、科学的な知見をもとにした取組や手順等をまとめたガイドラインを示すなど、事業の普及を支援する。

取組み状況の見える化を行い、好事例の横展開などを加速化するとともに、実施体制や実施費用について、保険者インセンティブ<sup>※</sup>などの支援方法を検討する。

レセプトや健診データ等を活用した、地域課題の分析や後期高齢者の特性に応じた対象者把握、効果分析等が円滑に行われるよう、必要な情報環境の整備に努める。

また、各都道府県や地域における広域連合、市町村、関係機関・団体の連携体制構築のため、それぞれの全国組織等の中で現状や課題の共有を図るなど調整に努める。

※保険者インセンティブ

後期高齢者医療制度における保険者インセンティブは、制度の運営主体である広域連合の取組を支援するものであり、健康診査や重症化予防の取組、高齢者の特性を踏まえた保健事業の実施状況などの評価項目について取組状況を評価し、評価結果を平成 28 年度から特別調整交付金の一部の配分に反映する。

## 後期高齢者医療における保険者インセンティブ（H28～）

### 1. 趣旨・仕組み

- 後期高齢者医療制度において、その運営主体である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事業実施が全国規模で展開されることを目的として、広域連合の取組を支援するための仕組みを構築する。
- 評価指標に基づき広域連合の取組を評価し、平成28年度から交付する特別調整交付金に反映する。  
※ 反映方法は国保の都道府県分と同様のイメージ。
- なお、まずは、取組の実施そのものを評価する指標に基づくが、今後、他制度を含めた保険者インセンティブの取組状況等を踏まえ、評価指標や評価方法を更に検討する。

### 2. 評価指標の候補

保険者共通の指標	固有の指標
<b>指標①・②</b> ※後期では(特定)健診は義務ではない。 ○健康診査や歯科健診の実施 ○健診結果を活用した取組(受診勧奨・訪問指導等)の実施	<b>指標①</b> ○データヘルス計画の策定状況
<b>指標③</b> ○重症化予防の取組の実施状況	<b>指標②</b> ○高齢者の特性(フレイルなど)を踏まえた保健事業の実施状況
<b>指標④</b> ○被保険者の主体的な健康づくりに対する保険者の働きかけの実施	<b>指標③</b> ○専門職の配置など保健事業の実施のために必要な体制整備
<b>指標⑤</b> ○重複・頻回受診、重複投薬者等への保健師、薬剤師等による訪問指導の実施	<b>指標④</b> ○医療費通知の取組の実施状況
<b>指標⑥</b> ○後発医薬品の使用割合 ○後発医薬品の促進の取組	<b>指標⑤</b> ○後期高齢者医療の視点からの地域包括ケア推進の取組 ○国民健康保険等と連携した保健事業の実施状況
	<b>指標⑥</b> ○第三者求償の取組状況

図 1-9 後期高齢者医療における保険者インセンティブ

## (2) 関係者間の連携

### 1) 広域連合と市町村の連携

保健事業の実施主体は広域連合であるが、多くの場合、住民に身近な市町村が主導的な役割を担い実施の中心になることが想定される。この場合広域連合は、都道府県域内で実施される保健事業の調整を図るとともに、高齢者の特性を踏まえた保健事業の重要性の理解・協力が得られるようにデータ等の根拠をもとに市町村に働きかけ、十分な調整のうえ事業委託等の形をとり実施する。また、取組に必要なレセプトや健診データ等の情報提供、医師会などの関係団体との調整などを行うことにより、事業が円滑に実施できるよう連携・協力する。

一方、広域連合が市町村に委託等をすることなく、直接または民間等に委託して保健事業を実施することも考えられる。この場合でも、保健事業を実施する対象地域において、地元市町村の介護保険や健康づくり事業との連携を図るため、相互に情報共有を密に行うなど協力体制を整える必要がある。

いずれの場合においても、広域連合と市町村（後期高齢者医療担当部署、国保担当部署、衛生担当部署、介護担当部署等）の連携体制づくりのために、双方参画のもとで事業を企画、実施、評価できるよう協議会等の企画運営組織を設け、定期的に開催するなど実施体制の確保に努めることが必要となる。

### 2) 市町村の庁内連携

高齢者の保健事業の推進にあたっては、特に市町村内における以下の関係部署間での連携・協力が図られるよう努める必要がある。

#### ① 介護予防との役割分担と連携

##### ア 相互の関係

後期高齢期になるほど、複数の疾病をかかえフレイルが顕在化するなど複合的な状態に陥る可能性が高く、医療と介護のいずれものニーズを併せ持つことになる。その場合、保健事業と介護予防事業では、対象者としてかなり重なることが想定される。

基本的には、医療保険の保健事業は疾病の発症やその重症化予防を、一方、介護予防は要介護状態の発生及び悪化をできる限り防ぐとともに、さらには軽減を目指すことを目的に、いずれも保険者機能を発揮することに努めている。高齢者によっては、加齢の進行に伴い健康状態や心身機能が急激に変化するなど、それぞれの切り口からの支援が並行して必要になる場合がある。



そのため、両者は、地域の実情を踏まえ、相互に補完する形で役割分担を検討することが望ましい。

(高齢者医療のアウトリーチを中心とした重点化対象)

広域連合の保健事業としては、

- ・ 虚弱高齢者対策…フレイルが顕在化しつつある高齢者（プレフレイル、リスクに気づいていない高齢者）
- ・ 重症化予防対策…複数疾患保有や疾病のコントロール不良など重症化予防が必要な高齢者（主に外来受診中や医療中断者など）

支援内容としては、栄養指導、口腔指導、服薬指導や生活習慣病等の重症化予防の取組などを医療とも連携を図りつつ実施する。

## イ 連携

介護保険における介護予防事業は、基本的には本人や家族などの希望、申し込みを起点として実施される。一方、医療保険では健康医療情報を活用し、本人や家族が問題に気づいていない場合でもリスクのある被保険者を把握し実施することが可能であるため、より早期からのアウトリーチに適している。

このように両者には、対象者の把握方法やアプローチ方法の特長があるため、フレイル対策の対象者の選定の際には、保健事業と介護予防事業の取組との重複の確認や調整を行うなど、対象者の状態に応じてより効果的な支援を行うことが求められる。また、こうした連携を緊密にするため、保健と介護の担当者が出席するサービス調整のための会議を開くなど、連携体制を整えることが望ましい。

## ② 健康増進・国民健康保険所管部署との連携

市町村の衛生や国保担当部署は、これまでも健診・保健指導等の実施主体として住民の健康保持増進を担当する主要部署となっている。このため連携により、若い世代からの生活習慣病等の取組の延長線上で、保健事業を評価し重症化予防の必要性を検証することが可能となる。

また、この他予防接種等で医師会・かかりつけ医との接点があり、高齢者への取組にあたっては、医療面の支援の必要性や課題を共有しやすい状況にある。取組にあたっては既存事業等の企画段階からの連携・調整を図ることが望ましい。

### (3) 地域連携（関係団体等との調整等）

#### 1) 関係機関、専門職団体等との連携

事業内容に応じ、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会、歯科衛生士会などの団体との連携を図り、事業の企画・運営、保健指導についての助言、指導を得る。また、実際の保健事業を委託する等して、協力を得ることもあり得る。

そのほか、広域連合等が高齢者の特性を踏まえた保健事業に取り組む場合には、会員や各地域組織等に周知、助言を行い、必要な協力を行うよう努める。地域に存在するソーシャルキャピタルとして、民生委員・地域包括支援センター・介護保険事業者との連携も有効である。

#### 2) 医療機関等との連携

後期高齢者の多くは、医療機関に受診していることから、保健事業の実施にあたっては、かかりつけ医や専門医との情報共有を図り、助言や指導を得るなど連携を密にする。

具体的には、高齢者の健康課題に関する相談をするなど、事業の企画段階から情報提供し助言を受けられるような関係を構築することが望ましい。また、現場においては、対象者の選定や保健指導上の留意点がかかりつけ医に相談するとともに保健指導結果をフィードバックするなど、連携を図りつつ取組を進める。さらに、事業の内容により、関係者への説明会を開くなど情報共有に努める。

#### 3) 他の医療保険者との連携

前期・後期という年齢区分にとらわれず、高齢期において一貫性、連続性のある取り組みを行えるよう、国民健康保険等他の医療保険者との連携を図る。

また、市町村国保の既存事業との組み合わせにより、継続的な事業を検討するとともに、国民健康保険から後期高齢者医療制度に移行した被保険者については、保健事業の効果の追跡把握やそのフィードバックについて検討する。

#### 4) NPO・民間業者の活用

NPO法人は、地域ニーズを熟知し、住民に対しきめ細かく柔軟な対応が可能な場合がある。NPO法人との連携を図り、助言を得たり、企画運営に参画してもらうことも有益である。

また、保健事業を適切に実施する能力のある民間業者に業務委託することは、広域連合や市町村のノウハウや人材不足を補い、事業を円滑に実施することにつながり得る。ただしこの場合も、委託者が事業の仕様等の詳細を明確にし、実施結果を委託者に帰属させ、効果検証

を行うなど、受託者に任せきりにならないよう注意が必要である。

#### 5) 国保連合会との連携（ヘルスサポート事業、KDBシステム）

国保連合会は、国保・後期高齢者ヘルスサポート事業として、学識経験者らによる支援・評価委員会を設置し、広域連合が行う保健事業に関して専門的観点からの指導や助言を行っている（平成27年度26広域連合を支援）。国保に対する支援も同時に行われているため、同じ市町村に対し国保から継続した支援を検討するなど、事業の企画、計画、運営、評価等にあたって、一層積極的な活用が望まれる。

また、KDBシステムは、健診や医療・介護のレセプト情報を保有しており、さまざまな観点から比較・分析できるツールであり、健康課題を把握し、事業の対象者抽出に活用することができる。一人の人の健診・医療の受診状況を突合して確認できるため対象者の絞り込みが容易になるなどのメリットがあり、システムデータの活用により効果的、効率的に事業を実施することが望まれる。

### 4 取組を推進するための環境整備

#### (1) 人材育成

##### 1) 高齢者に関する健康支援の知識・技術の周知、資質向上

保健指導を行う専門職や事業を企画運営する行政職員が、後期高齢者の特性を踏まえた個別指導の方法や事業企画運営等について必ずしも熟知しているわけではない。また、日頃から高齢者の健康面でのサポートに関わることが多い医療、福祉などの専門職や関係者などは、保健事業の実施にあたり協力を得ることが不可欠である。このため、こうした対象者に対して、高齢者の保健事業への理解を深め、必要な知識・技術等の質を向上するための研修等の取組が求められる。様々な専門職や関係機関が、高齢者の保健事業について理解することにより、高齢者の複合的な状況に対応するために必要となる支援をケアマネジメント的に適切に組み合わせ、高齢者一人ひとりの課題に対応していくことができる。

##### 2) 研修等の実施方法

広域連合がモデル事業の取組にあたって事業説明会を兼ね先進的な取組を紹介するなど直接、研修を実施する場合も考えられるが、地域の健康課題や重点対策を共有、推進することから都道府県や国保連合会、保険者協議会等と共同での研修を検討する場合などが考えられる。

## (2) 実施上の留意事項

### 1) 周知・広報

保健事業の実施にあたり、被保険者をはじめ地域住民の理解・協力が得られるよう、事業の趣旨・目的や内容について周知を図る必要がある。

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、高齢期にあつては、フレイルに着目した対策へと徐々に転換することが必要であることなど、高齢者の特性を踏まえた保健事業について理解が広がることで、これまで低栄養状態に気づいていなかった高齢者が進んで保健指導を受けたり、その回りの人たちも高齢者の心身の状況の変化に早期に気づいたりして、効果的、効率的な保健事業を実施できる土壌づくりにつながる。

### 2) 委託する場合の留意点

広域連合が専門職団体や民間事業者に委託する場合は、事業の実施内容について具体的な仕様を詳細に定め委託する必要がある。実施の進捗を定期的に把握し、事業結果の評価を行う。また、実施データを含む成果物は、広域連合等に帰属させる。

### 3) 個人情報の適切な取扱

各広域連合や市町村の個人情報保護条例等に則り、個人情報の適正な取り扱いを徹底する。外部に委託する場合には、委託先との契約や覚書において、これを明確にしておく。また、分析等のために、個人単位の情報を外部に渡す必要がある場合も適切な取り扱い（目的、情報の範囲、取扱い方法等も含め）を行う。

さらに、保健指導の実施時においても、例えば服薬指導の結果、処方医に情報提供する場合に、本人の同意を得るなど、個人情報の慎重な取扱を徹底する。

### 4) 安全配慮

安全管理に留意した運営ができるよう準備する。トラブル発生時ににおける相談窓口を設置しておく。

### 5) 事業立ち上げ時の留意点

新たに後期高齢者を対象とした事業を立ち上げるにあたっては、所管部署の決定や、予算と実施体制の確保、関係部署との連携など様々な課題に取り組む必要がある。このため、次の点について留意する必要がある。

#### ① 課題と方針の共有

当該自治体における健康課題と後期高齢者の特性を踏まえた保健事業の必要性、今後の方針について、保健・介護関係課等で意見交

換し共有する。その際、担当レベルでの会議からスタートし、上位の職階による会議へと持ち上げていくことや、既存の連絡会議の場等を活用することなど、円滑に進める方法を工夫する。

② 実施体制の確保

共有した方針に基づき実施のための予算や庁内の連携体制を確保し、主管部署を決定する。自治体における政策課題や主要施策に関する協議の場や予算編成過程に乗せ、オーソライズを図る。

さらに実施体制を強化するために、保健と介護を統括する課を設ける自治体もあり、総合的な施策を展開している。

③ 「人」から「システム」へ

事業の立ち上げにあたっては専門性のある職員などが中心となり、実施過程を一元的に管理し、推進の牽引役となることが有効である。あわせて、実施手順をマニュアル化するなど、特定の職員に過度に依存することのないようシステム化していくことが求められる。

④ 既存事業の活用

類似事業が自治体内にある場合、その事業の対象者を75歳以上に拡大し、高齢者の特性を踏まえた内容を取り入れるなど、既存事業の活用を図ることも検討すべきである。

⑤ 事業の進捗チェックリストの活用

事業の実施にあたってはいくつかのステップがあり、これら各段階で必要とされる事項を確実に押さえて進めることが必要である。このため、「Ⅱ実践編」を参照し、「1事業実施主体における体制整備」「2地域連携体制の構築」「3事業内容の具体化」「4事業実施」「5評価とその活用」といった各ステージにおける実施事項について、チェックリストを活用しつつ進めていくことが有効である。

⑥ 取組みやすい内容からの着手

高齢者の抱える健康や生活上の課題は複合的で複雑である。一人の高齢者に対しても、それを支える関係者は、図1-10のように、多面的・重層的に重なり合い、これら全てを一度に充足することは困難である。

このため、地域資源や関係者の連携状況、市町村内の体制、健康課題等問題意識の共有状況など地域の事情を踏まえ、まずは、取組みやすい範囲や資源の整った部分から着手し、そこから取組分野を広げていくという発想も必要である。

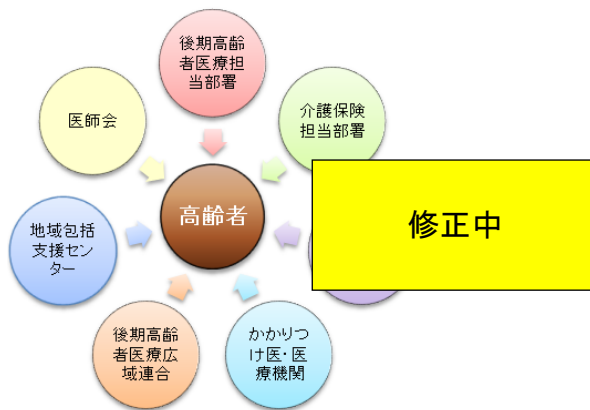


図 1-10 高齢者を取り巻く環境

<複合的な高齢者の状態像に対応した多職種連携イメージ>

## 5 今後引き続き検討すべき事項

### (1) モデル事業の検証とガイドラインの改定

後期高齢者の保健事業の実施にあたって、アセスメント項目や基準、介入効果のエビデンスは未だ十分とはいえない。このため、本ガイドライン[暫定版]を基に、平成 29 年度にモデル事業を引き続き実施し、その結果を踏まえガイドラインを改定する。

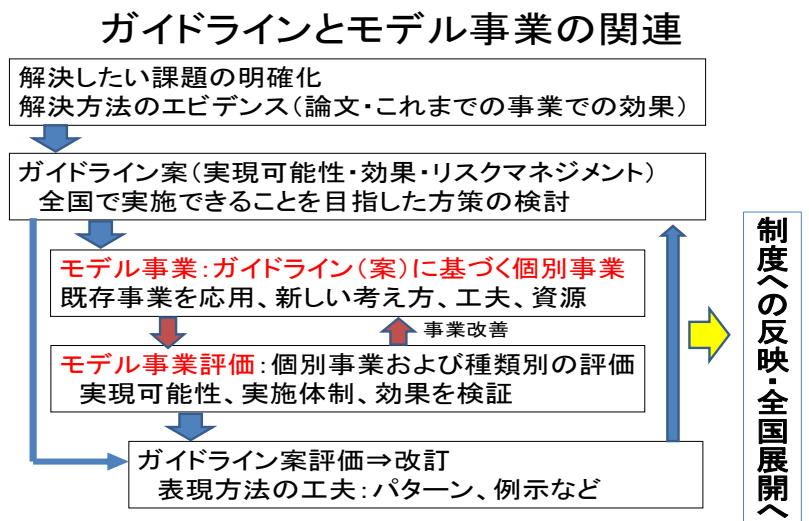


図 1-11 ガイドラインとモデル事業の関連

(2) モデル事業から見えてきた課題

平成 28 年度に実施されたモデル事業の取組状況からも、いくつかの課題が見えてきている。

全ての広域連合でデータヘルス計画が策定されているが、健診結果の電子化やシステム環境の整備状況等の影響があり、広域連合が保健事業を実施するにあたって、データに基づいた現状分析の限界や PDCA サイクルに沿った事業立案等の必要性について十分認識されていない状況がある。

モデル事業においても同様に、広域連合と各市町村が課題を共有することにより、解決すべきテーマや対象者の把握などについて話し合い、PDCA サイクルを踏まえた事業計画が十分に検討されていないケースがあった。

例えば、対象者選定において、事業目的に沿った抽出基準を設定できず、希望があった人＝対象者＝実施者とするなど、対象者のとらえ方が適切でない事例があった。他方、フレイルの概念がまだ地域に十分浸透しておらず、スクリーニングの標準的な方法についてモデル事業で模索するなど、一般的に適切な対象者の抽出基準が課題となっている。

こうした点も含め、PDCA サイクルによる効果的効率的な保健事業の実施に向け、さらなる検討が必要である。

(3) 別途実施されている検討事業（歯科・糖尿病性腎症）の反映

糖尿病性腎症重症化予防事業や歯科口腔保健のプログラムについて、別途進められている検討の成果の反映について検討する。

(4) 連携の内容について

本ガイドラインにおいて、関係者、関係機関がつながりをもって取組を進めることを広い意味で「連携」と表現している。しかし、連携と一言で言っても、その意味内容は情報共有にとどまるものから、互いに連絡を取り合い共通理解をし、共通の目的に向け役割分担を図りながら、共同して取り組むことまで幅がある。このため、それぞれの場面で必要とされる連携の意味内容を検討する必要がある。

(5) その他（健診のあり方の検討）

後期高齢者の特性に応じた保健事業に資する健診のあり方（問診票も含む）について、モデル事業の結果等も踏まえ特定健診等の担当部署とも連携のうえ検討していく。健診結果について、ITを活用した本人へのわか

りやすい知らせ方や、例えば病院での診療時に基礎疾患情報を参照できる仕組みなど、活用方法も検討する。

以上「Ⅰ 総括編」においては、高齢者の特性を踏まえた保健事業の実施にあたり、基本的な考え方などを記載した。

以下「Ⅱ 実践編」においては、実際に広域連合や市町村が保健事業を実施するための具体的な手順と実施内容を示す。

具体的には、①事業全体の流れ、②それぞれの段階における実施事項、③類型別の留意事項などを掲げる。

#### 引用文献

- 1) 鈴木隆雄他：「後期高齢者の保健事業のあり方に関する研究」厚生労働科学特別研究事業報告書：平成 28 年 3 月
- 2) 津下一代：モデル事業実施自治体ヒアリング（意見交換会）講演資料「高齢者の特性に応じた保健指導」：平成 28 年 11 月
- 3) 鈴木隆雄：モデル事業実施自治体ヒアリング（意見交換会）講演資料「後期高齢者の健康—フレイル対策を中心として—」



## Ⅱ 実践編



## Ⅱ 実践編 （※ 広域連合の実施マニュアル的なもの）

### 1 ガイドライン実践編の位置づけ

本実践編は、高齢者の保健事業を推進するにあたって、事業の主体となる広域連合（構成市町村）が参考とする実施の手順等をまとめたものである。

掲載内容としては、モデル事業における検討をもとにした効果的・効率的な取組や高齢者に関する学会等の診断基準や調査・研究等のエビデンスなどから、高齢者の保健事業として実施が妥当と考えられる取組等を整理している。今後、エビデンスや効果的な取組事例の蓄積に伴い、内容は改変する予定としている。

### 2 取組の実際

以下では、高齢者の保健事業の全体の流れと個別の実施事項について解説する。

(1) 事業実施全体の流れ

図表 1 事業実施全体の流れ  
 (※ 市町村が委託等を受けて実施するケースを想定)

		広域連合	市町村
事業実施主体における体制整備	① 健康課題の把握 ② <u>広域連合と市町村間での課題の共有</u> ③ 取組テーマ・対象地域の特定 ④ <u>チーム形成</u> ⑤ 外部からの情報収集	広域的な共通の課題を把握・検討  健全レシピ等の広域固有の情報は提供  検討の場の設定	地域に特有な課題を把握・検討
地域連携体制の構築	① 都道府県との調整 ② 関係団体への事前相談 ③ <u>広域連合と市町村間での情報提供の環境整備</u>	県単位の関係者の調整	地域の関係者の調整  庁内調整
事業企画	① 対象者の抽出基準の設定と概数の把握 ② 予算・人員体制の検討 ③ 実施予定者の絞り込み ④ 介入方法の検討 ⑤ 医師会等関係機関への説明	……	……
事業実施	① 事業参加者への声掛け ② 事業参加者の日程調整 ③ かかりつけ医等関係者への事業説明 ④ 介入支援の実施（初回支援・継続的支援）	……	……
評価とその活用	① 事業評価 ② 事業報告 ③ 次期計画への見直し	……	……

※下線は特に協働して実施することが望ましい事項

## (2) それぞれの段階における実施事項

### 1) 事業実施主体における体制整備

#### ①健康課題等の把握

健康増進計画にかかる計画やデータヘルス計画策定時の現状分析等も踏まえ、被保険者が抱える健康課題の抽出を行う。また、併せて地域資源の把握も行う。

さらに、従来 of 事業の中では対応できていない事項についても明らかにする。

#### ②広域連合・市町村間での課題の共有

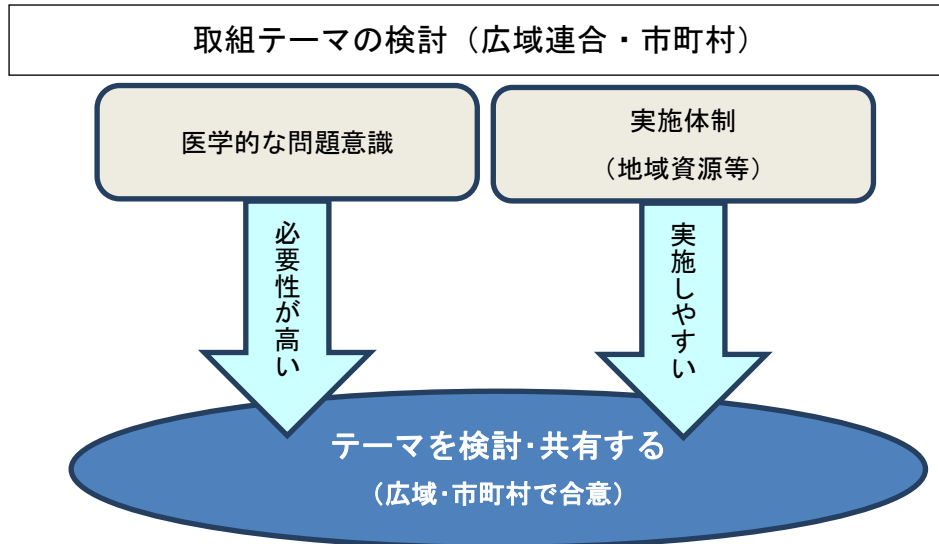
把握された健康課題は、高齢者を被保険者として抱える広域連合とその高齢者が居住している市町村の間で共有することが必要である。

#### ③取組テーマ・対象地域の特定

各種ある健康課題のうち、当該地域で優先的に取り組む健康課題・対象集団を特定する。取組は、広域連合が主体的に進める場合と構成市町村への委託等により実施する場合がある。また、広域的に対応すべき課題や各市町村それぞれの課題がある。そのため、必要性と地域資源の状況も勘案しながら、専門職集団の協力を得ながら実施体制を構築することが比較的容易であるテーマを特定していく等着手しやすさの双方から検討を進め、まずは実施可能な取組についてよく協議のうえ進めることが肝要である。(例：栄養士会の協力が得られる環境にあれば、低栄養対策、歯科医師会・歯科衛生士会の協力が得られやすければ、口腔機能低下対策、薬剤師会の協力が得られやすければ服薬管理 等)

なお、広域連合が主体として実施する場合には、全県一律で事業を行うことが難しいこともあるため、対象地域を特定することもあり得る。

図表 2 取組テーマの例



問題意識の例	実施体制の例
・低栄養を改善しフレイルや骨折を予防する必要があることがデータから明らかになった。	・健康増進部署の既存事業を活用できる ・地域で活躍している在宅栄養士がいる ・栄養士会が協力的である
・口腔機能を改善し低栄養や誤嚥性肺炎を予防する必要があることが明らかになった。	・歯科医師会・歯科衛生士会が協力的である ・協力を得られやすい在宅歯科衛生士がいる
・転倒リスクを下げるため服薬状況が課題であることが明らかになった。	・薬剤師会が積極的。支援が望める
・糖尿病性腎症が高額医療費の多くを占め、重症化予防の取組が必要である。	・地域で活躍する在宅保健師がいる ・国保の重症化予防から継続した取組が可能
・虚弱高齢者が、要介護状態のみならず疾病の重症化につながる傾向が高く支援の必要性がある。	・包括支援センターの高齢者訪問とタイアップ。

#### ④チーム形成

広域連合と市町村の関係部署（後期高齢者医療担当部署、衛生担当部署、介護予防担当部署等）との間で、主担当を明確にしながら、事業実施（準備段階から、実施、評価に至る全般）にあたってのチームを形成する。

⑤外部からの情報収集

国が実施するセミナーや意見交換会等に参加し、事業実施に必要なとなる情報を収集する。

2) 地域連携体制の構築

①都道府県との調整

事業実施にあたり、都道府県の関係部署に連絡、外部機関等との調整が必要な場合には協力を求める。

②関係団体への事前相談

高齢者の保健事業には、医師会（取組テーマによっては歯科医師会・薬剤師会等各種職能団体）が関係することが多い。事業実施にあたっては、事業を実施しようと考えている地域の医師会（歯科医師会・薬剤師会等）に対し、健康課題や事業のねらいついて情報提供し、対象者の抽出基準や介入支援の方法等について相談し、助言を受ける。

③広域連合・市町村の間での情報提供の環境整備

事業実施にあたっては、広域連合や市町村が保有するデータが活用されるが、データの種類によっては、保有者・閲覧可能者が異なるため、関係者間で協議し、個人情報取扱いの手続きを経ることにより、相互にデータ活用が可能となる環境整備を行う必要がある。

広域連合は、国保連合会による KDB システム等も活用しながら、事業実施主体が対象者の選定・抽出、事業評価等のプロセスに沿ってレセプト・健診データ等が円滑に利用できるよう情報提供に努める必要がある。

図表 3 事業実施に用いるデータとその保有者・閲覧者

	広域連合	市町村		
		後期高齢者医療担当部署	衛生担当部署	介護予防担当部署
レセプト（医療費関連）	○	△	△	（△）
健診結果	○（△）	△（○）	△	（△）
介護給付費・要介護度等	△		△	○
基本チェックリスト結果	△		△	○

○：データ保有、△：一定の条件下で閲覧可能

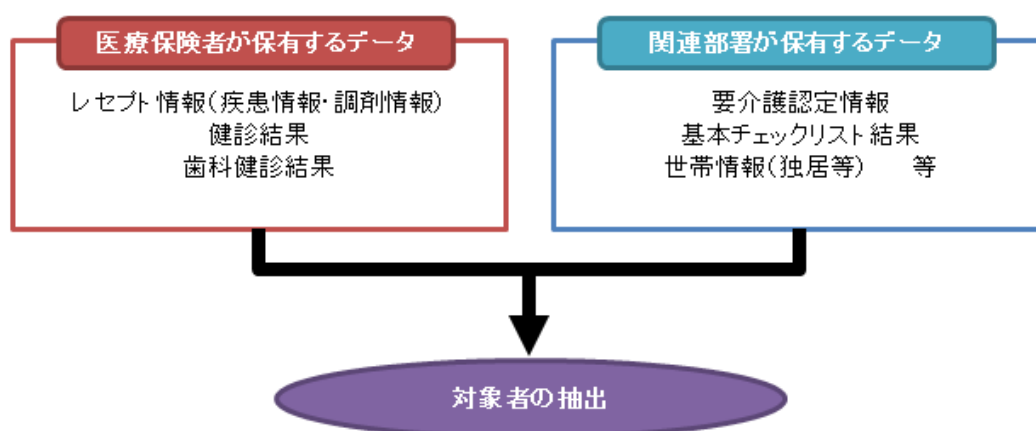
### 3) 事業企画

#### ①対象者の抽出基準の設定と概数の把握

取組テーマに応じて、具体的な対象者の抽出基準を特定し、被保険者の中から事業で対応すべき対象者の概数を把握する。

抽出に用いるデータは、以下のようなものがある。事業のねらいを何とするかにより、広域連合や市町村の後期高齢者医療担当部署の医療保険者が保有するデータ、市町村のその他の部署が保有するデータを複合的に用いる。

図表 4 抽出に用いるデータ



対象者の抽出にあたっては、疾病の重症化予防のための医療・健康管理のみならず、老年症候群等の加齢に伴う疾病やフレイル状態の把握をもとに支援の必要性の判断、現在何らかのサービスにつながり適切な支援が受けられているかも重要な視点となる。

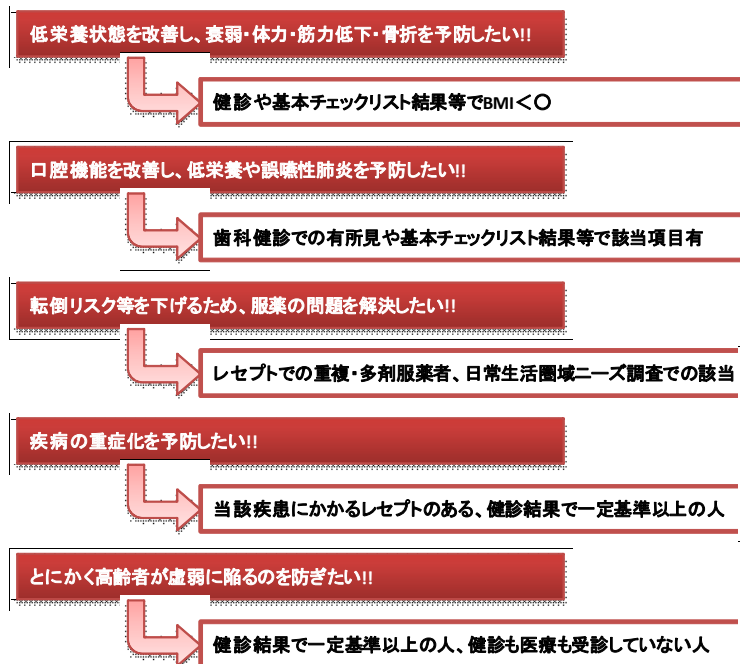
特に医療保険者という立場に立つと、医療・健診の受診の有無で被保険者を以下のような類型に分類することができる。こうした分類も参考にしながら、具体的な抽出基準を決定する。



図表 5 医療・健診の受診状況別の被保険者類型

ア 健診受診あり・医療（外来）受診あり	<ul style="list-style-type: none"> <li>・外来治療に加え、健診結果等でコントロール状況を把握し支援。</li> <li>・レセプトから多病や多剤処方の評価と必要な支援を実施。</li> </ul>
イ 健診受診あり・医療（外来）受診なし	<ul style="list-style-type: none"> <li>・健診結果に応じた対象疾患の1次・2次予防に関する保健指導</li> <li>・必要に応じ医療の受診勧奨</li> </ul>
ウ 健診受診なし	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療（外来）受診あり</li> <li>・外来治療に加え、健診の受診勧奨など地域の保健事業の活用</li> <li>・レセプトから多病や多剤処方の評価と必要な支援を実施</li> </ul>
エ 健診受診なし・医療（外来）受診なし	<ul style="list-style-type: none"> <li>・使用許諾が得られた介護保険情報（給付情報、認定情報、基本チェックリスト等）や民生委員や包括支援センター等の関係者から、健康状態や既存サービスの利用状況等の情報把握</li> <li>・必要に応じ、保健指導・医療の受診勧奨・介護予防等への連携</li> </ul>

図表 6 医療保険者の視点での取組テーマと対象者抽出基準の例



図表 7 モデル事業における取組テーマ別の対象者の抽出基準

取組テーマ	対象者抽出基準
低栄養	日常生活圏域ニーズ調査で、低栄養・過体重の人<埼玉県和光市>
	基本チェックリストにて①BMI18.5以下かつ体重減少2~3kg以上/6か月に該当する者並びにBMI20以下かつ「大和市介護予防アンケート」で食習慣の5項目で3点以上の者<神奈川県大和市>
口腔	日常生活圏域ニーズ調査で、摂食や咀嚼等の口腔機能低下がみられる者<埼玉県和光市>
	新規に要支援1・2になった人<高知県土佐清水市>
服薬	日常生活圏域ニーズ調査より、転倒リスク(Fall Risk Index)が6点以上の人<三重県桑名市>
	レセプトで1か月あたりの内服が15種類以上が2ヶ月継続してあった者<長崎県後期高齢者医療広域連合>
重症化予防	後期高齢者健診の結果より、HbA1c7.0%以上または空腹時血糖130mg/Hgで尿蛋白2+またはeGFR50未満<石川県後期高齢者医療広域連合>
	健診結果でHbA1cが6.9%以上の者かつ過去2年間に糖尿病の病名のある医科レセプトがあるが、健診後3か月で糖尿病の治療をしていない者<香川県後期高齢者医療広域連合>
複合	ひとり暮らし高齢者台帳より把握した満75歳以上の人のうち要介護(支援)認定を受けていない人<大阪府大阪狭山市>
	後期高齢者健診で血圧140/90mmHg以上、血中脂質(LDL140mg/dl、TG150mg/dl以上)、BMI20以下の者で、町の介護予防事業等に参加していない者<岡山県勝央町>

### ～「対象者」の捉え方～

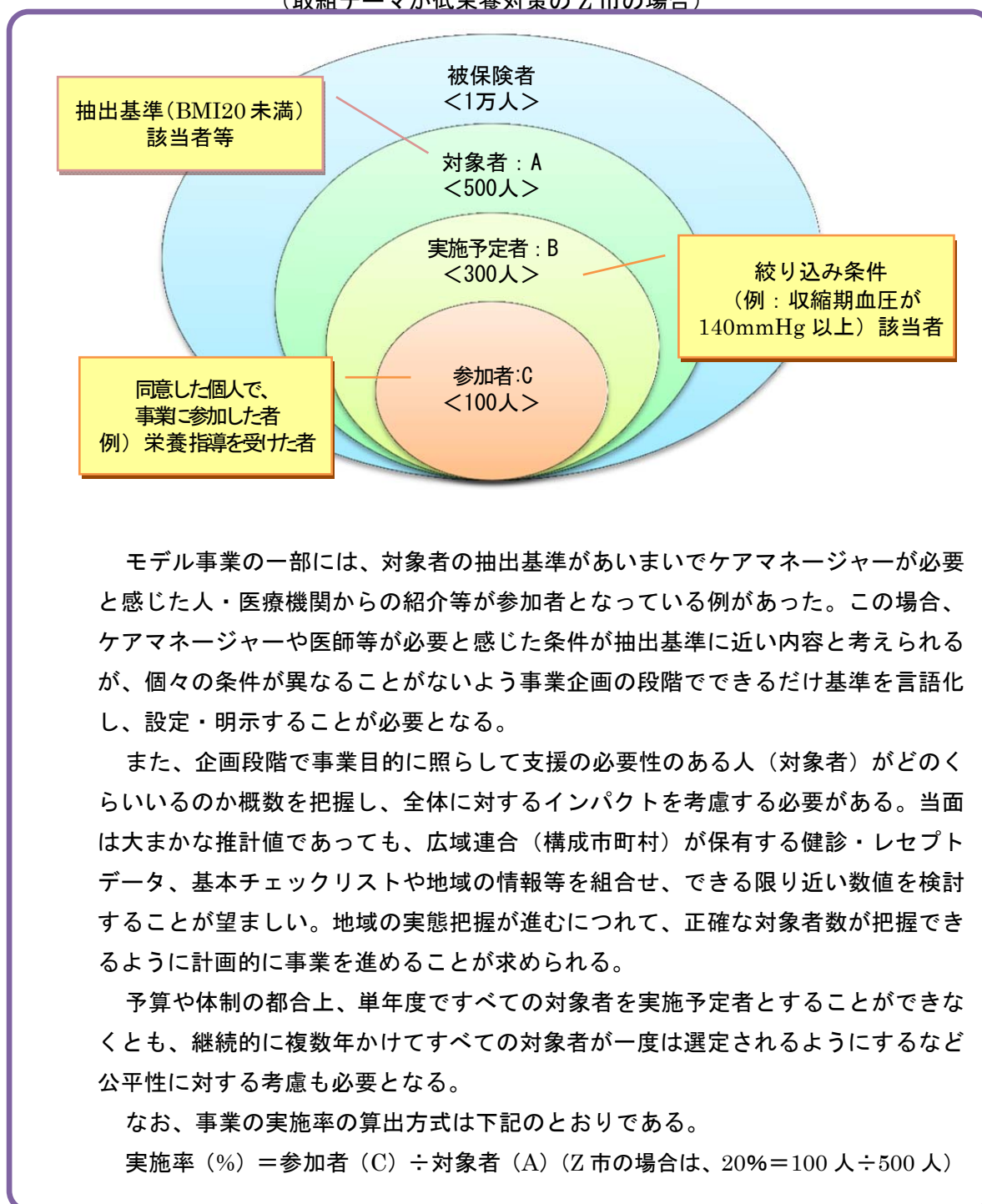
モデル事業を通して、事業の対象者の捉え方が自治体により様々な状況にあり、整理の必要性があることが明らかになった。

「対象者」とは、被保険者全員の中から事業の対象者抽出基準に該当した者であり、実際に事業への参加の声かけをした「実施予定者」ではない。(図表8参照)

本来であれば、「対象者」全員が事業に参加できることが望ましいが、予算や体制の関係上、全員への対応が難しい場合、優先順位を付けるなど何らかの条件でさらに絞り込んで、声かけをする者を選定する。このようにして選定された者が「実施予定者」である。

広域連合への補助事業等という「対象者」は、絞込をした後の「実施予定者」ではなく、対象者抽出基準に合致した当初の「対象者」を指している。

図表 8 「対象者」と「実施予定者」と「参加者」の捉え方  
(取組テーマが低栄養対策のZ市の場合)



モデル事業の一部には、対象者の抽出基準があいまいでケアマネージャーが必要と感じた人・医療機関からの紹介等が参加者となっている例があった。この場合、ケアマネージャーや医師等が必要と感じた条件が抽出基準に近い内容と考えられるが、個々の条件が異なることがないよう事業企画の段階でできるだけ基準を言語化し、設定・明示することが必要となる。

また、企画段階で事業目的に照らして支援の必要性のある人（対象者）がどのくらいいるのか概数を把握し、全体に対するインパクトを考慮する必要がある。当面は大まかな推計値であっても、広域連合（構成市町村）が保有する健診・レセプトデータ、基本チェックリストや地域の情報等を組合せ、できる限り近い数値を検討することが望ましい。地域の実態把握が進むにつれて、正確な対象者数が把握できるように計画的に事業を進めることが求められる。

予算や体制の都合上、単年度ですべての対象者を実施予定者とすることができなくとも、継続的に複数年かけてすべての対象者が一度は選定されるようにするなど公平性に対する考慮も必要となる。

なお、事業の実施率の算出方式は下記のとおりである。

$$\text{実施率 (\%)} = \text{参加者 (C)} \div \text{対象者 (A)} \quad (\text{Z市の場合は、} 20\% = 100 \text{人} \div 500 \text{人})$$

## ② 予算・人員体制の検討

事業予算は、事業スキームや対象者数がある程度固まってから固める場合と、既存事業との兼ね合いの中で予めある程度の予算枠があり、

それに対応すべく事業スキームや対象者の中から、事業参加者数を決めていく場合とがある。

#### 【広域連合が実施主体の場合】

現状では、広域連合が自前の人材で保健事業を実施することは少なく、広域連合が自ら主体となって事業を実施する場合でも、高齢者に直接、各種支援を行うのは外部組織（民間事業者等）に所属する専門職となる。

事業を実施する予定の管内市町村の関係部署（後期高齢者医療担当部署、衛生担当部署、介護予防担当部署等）には予め、事業実施（事業趣旨・対象者・委託事業者等の概要）を周知相談しておく必要がある。その際、対象者抽出やフォローのための情報共有等について、協力関係を築くことが重要である。

#### 【市町村が実施主体の場合】

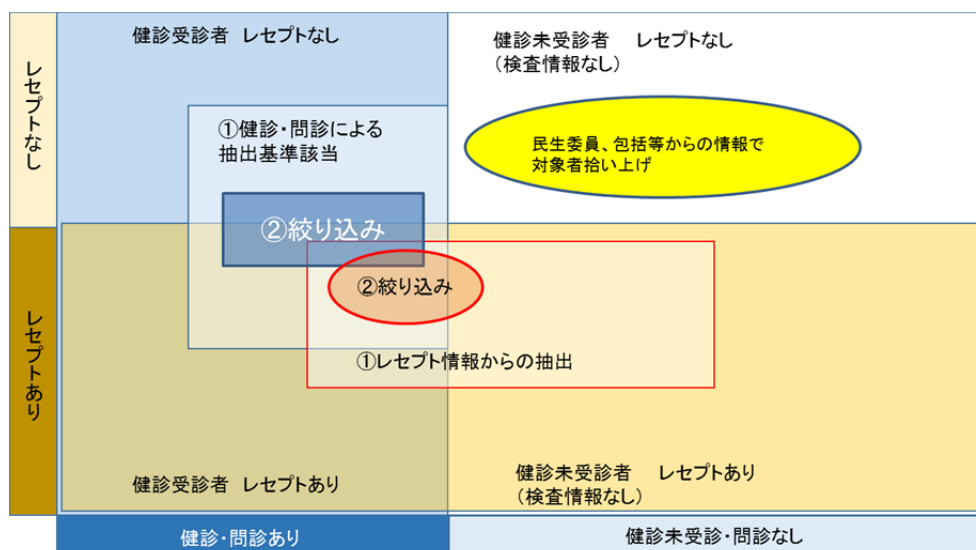
広域連合からの委託等を受けて、市町村が実施主体となる場合、後期高齢者医療担当部署が主担当となる場合もあれば、従来より高齢者に対する事業を実施してきた衛生担当部署や介護予防担当部署が主担当となる場合もある。いずれの場合においても、対象者抽出や高齢者への直接支援をする内容の企画・支援内容の標準化等においては、それぞれの部署の専門職との協力が必要になるため、庁内連携を図っていくことが重要である。

また、事業を広域連合もしくは市町村の内部人員で実施するのか、予算や内容との兼ね合いで外部に委託するのか等も検討する。事業委託の場合には、委託の予算の確保や調達の準備等を行う。

### ③対象者の絞り込み

抽出基準によって抽出された対象者は、予算や体制の制約上すべての人に対して介入することが難しい場合がある。その場合には、対象者を優先度等により限定するか、対象とする地域を限定するのか等により絞り込みを行う。

図表 9 主に重症化予防の取組の対象者抽出と絞り込みの考え方



#### ④介入方法の検討

対象者の抽出・絞り込みと並び、事業参加者として特定した高齢者に対してどのように声掛けを行うのか、事業参加することになった高齢者に対し、どこで、どのくらいの期間・頻度で介入支援を行うのか、どのような方法・項目でアセスメント（高齢者の個別の状態の把握）を行うのか、どのようなツールを用いるのか、どのような評価指標をもって個々人への介入の効果を測定するのか等についてを検討する。

なお、この際、事業参加者への声掛け、実際の介入支援を誰が行うのかについての役割分担を明確にする必要がある。

また、介入にあたっては、下記のような点についても検討する必要がある。

##### 【個人情報取扱に関する検討】

対象者の抽出や個別の参加者の評価のためには、事業実施主体と協力関係機関等の間で、個人情報のやり取りが発生する。各自治体の個人情報保護条例等を勘案しながら、本人同意の取得等も含め、個人情報の取扱について、適切に対応するよう検討する。

##### 【苦情・トラブル対応に関する検討】

事業開始後、介入支援の内容等について、事業参加者もしくはその関係者から苦情が寄せられたり、場合によってはトラブル事案となる場合もある。そのような場合の対応方策についても遅滞なく対応できるよう、相談窓口を明確にする等、事業開始前に検討する。

### 【事業評価】

事業参加者への介入支援の終了後には事業自体の評価を行う。介入支援の前後で前後比較することもあるため、評価指標等は予め設定し、データ収集について事業企画段階から準備する。

特に、医療保険者による保健事業においては、医療費での評価は不可欠である。近年 KDB システムの整備により、医療費データの収集等は比較的容易になってきたが、データ取得等に当たっては閲覧の環境や閲覧が可能になるまでの期間等を予め見越して評価計画を立てる。

### 【事業実施計画の作成】

事業実施にあたり必要な事項を、関係者間で共有できるよう計画書として取りまとめる。

### 【事業委託先の選定】

事業を外部委託で行う場合、事業委託先の選定を行う。事業委託に際しては、実施報告の様式等を予め定めておき、事業が遅滞なく進行しているかの管理を行える仕組みを準備する。

### 【マニュアルの作成・支援者の研修の実施】

複数の高齢者に対する介入支援は 1 人の支援者で完結されることはないため、複数の支援者による介入支援が標準化されるよう、事業の運営マニュアルや介入支援についてマニュアル等、各種マニュアルを作成する。

また、介入支援を行うのが専門職であっても、地域の高齢者と接する経験がない場合もある。そうした場合でも介入支援の質を担保するために、支援者の研修等も実施する。

## ⑤医師会等関係機関への説明

事業参加者の募集、介入支援の開始前に、事業実施地域の医師会等地域の関係団体への事業内容の説明を行う。介入支援を行う内容によっては、かかりつけ医等との間で、事業参加者について情報交換が必要な場合が生じる。そのような場合の情報やり取りの方法等についても取り決める。

## 4) 事業実施

### ①事業参加者への声掛け

対象者もしくは絞り込んだ事業予定者の中から手挙げで参加者を募るのか等についても検討する。抽出した対象者や絞り込んだ事業予

定者は一律に事業参加者となるわけではない。対象者もしくは事業予定者全員にアクセスする方法もあり得るし、下記のような何らかの形で本人や家族に連絡をとり、事業参加について同意を得たうえで、参加とする場合もある。

ただし、対象者もしくは事業予定者に広く事業の案内をし、自発的な申込みを待っている場合には、事業の参加者はごくわずかにとどまる。医療保険者として掘り起こしを行い、予算・体制の枠内でできるだけ多くの人に対応するためには、待ちの姿勢ではなく積極的な声掛けが必要である。

- ・ 文書（郵送もしくは関係者＜地域包括支援センター・ケアマネジャー等＞からの配布）での案内
- ・ 電話での案内

## ②事業参加者の日程調整

介入支援の対象となる人を、いつ誰が介入を行うのかについて、日程調整を行う。日程調整の結果、その後の介入支援のスケジュール等については、台帳を作成し、事業実施主体が管理するとともに、進捗管理を行う。

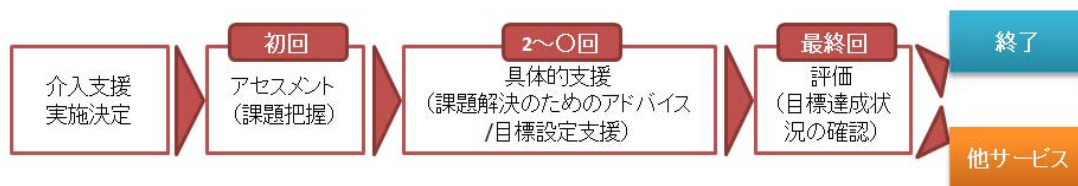
## ③かかりつけ医等関係者への事業説明

事業実施を行う地域を管轄する医師会への説明と並び、必要に応じて事業参加する個々人のかかりつけ医等関係者に事業概要や介入支援を行うことについて説明する。

## ④介入支援の実施

抽出対象者のうち、事業参加に同意を得た人に対して、実際のサービスを提供する。提供する内容は、事業のねらいに応じて若干異なるものの、全体の流れとしては以下ようになる。

図表 10 介入支援の流れ



リスクに応じた効果的・効率的な介入手法を選択し、適切な介入の期間、頻度（回数等）を設定し実施する。実施方法としては、専門職のアウトリーチによる訪問指導を基本とする。ただし、地域の状況も踏まえ、立ち寄り型相談等、他の方法によることもできる。

費用対効果など事業の効率性に留意する。比較的短期間、低頻度の、電話指導等も併用した軽易な介入方法であっても、一定の効果が報告されていることも考慮する。

#### ア アセスメント

事業参加者の具体的な課題を把握するために、アセスメントを実施する。各事業メニューに応じ、主なアセスメント項目は以下のようなものとなる。

抽出時使用したデータ（健診結果やレセプトデータ等）とともに、対象者との直接対話の中で、アセスメントシートや指導記録票を用いて、独居や多受診などの社会的要因や日常の生活習慣（食事、睡眠、活動、嗜好品等）に関するより詳細な状況把握を行い、健康状態を判断する。

また、かかりつけ医等の協力が得られる場合には、かかりつけ医からの情報収集を行うことも考えられる。



図表 11 アセスメント項目の例

事業メニュー	項目	データソース
全メニュー共通	身長・体重・BMI・血圧	健診結果
	世帯構成・服薬数	聞き取り
低栄養	簡易栄養調査点数	簡易栄養調査
	アルブミン値	健診結果・血液検査
	食事回数/内容・摂取カロリー・たんぱく量・水分摂取量・排便の状況・食事環境・買い物環境・食欲不振の有無・ストレス状態・急性疾患の罹患状況・うつ状態	聞き取り
口腔	有所見状況	歯科健診結果
	口腔内の状況・口腔ケアの実施状況	基本チェックリスト該当項目・聞き取り
服薬	医療機関の受診状況・服薬管理の状況・残薬の状況	聞き取り
重症化予防	(糖尿病) 空腹時血糖、HbA1c (慢性腎症) eGFR、クレアチニン、尿蛋白 生活習慣 (タバコ、酒、運動等)	健診結果
	浮腫・入院歴・ストレス状態・急性疾患の罹患状況・うつ状態・食事回数/内容・摂取カロリー	聞き取り
その他	日常生活自立度	要介護認定情報
	運動機能検査 (ロコモ度テスト、転倒スコア、歩行速度等)	その場で実施
	認知機能検査、健康度自己評価等	
	フレイル問診票 (フリースの 5 項目等)	

※複合的は上記類型別項目のすべてが該当する

平成 28 年度のモデル事業内容等より作成

### イ 具体的な支援

アセスメントにより事業参加者それぞれの課題が明らかになった後に、改善を目指すべき課題を特定し、課題解決のための具体的なアドバイスを実施する。その際重要なのは、課題の指摘やできないことのアセスメントではなく、出来ることに着目しそれを続けられることを意識した指導につなげることである。

図表 12 具体的なアドバイスの内容の例

事業メニュー	アドバイス内容の例
低栄養	摂取すべき栄養素・食品、調理方法 食品の入手方法 食事のとり方
口腔	口腔清掃に使用する用具 口腔ケアの方法
服薬	服薬管理の方法 医療機関への情報提供の方法（場合によっては、代行して情報提供）
重症化予防	摂取すべき栄養素・食品 日常生活で気を付けるべき事項 医療機関受診に当たっての留意点

平成 28 年度のモデル事業内容より作成

また、具体的なアドバイスを実施するとともに、課題解決に向けた目標を設定するように支援する。目標には、なりたい状態を示す状態目標と具体的にとるべき行動を定める行動目標がある。保健事業により、事業参加者には具体的なアクションを起こしてもらうことが必要となるため、設定する目標としては、行動目標であることが望ましい。なお、目標は、事業参加者の状況に応じ、できるだけ取り組みやすいもの、成果につながりやすいものとする。

図表 13 設定する目標の例

事業メニュー	設定する目標の例
低栄養	野菜を毎食 2 皿以上とる 1 日 3 食時間を決めて食べる たんぱく質のおかずを毎食食べる 塩分摂取に気を付けて食事をする
口腔	毎食後歯磨きをする 入れ歯を毎日洗う 口腔マッサージをする
服薬	医師の処方通りに服薬する
重症化予防	…

平成 28 年度のモデル事業内容より作成

目標の設定と並び、地域資源の活用についても考慮する。介護保険の地域支援事業における地域サロンや各種健康相談事業、独居高齢者・閉じこもり高齢者へのアウトリーチ事業等、対象者が活用しやすい機会があるため、そのような機会について情報提供することもあり得る。

なお、介入支援の期間・頻度（回数等）は、事業スキームとして予め設定されている場合もあれば、事業参加者の課題の難易度、理解度等によって帰る場合もあるが、個々の参加者の状況に応じて、必要な回数は異なるため、柔軟に設定することが望ましい。

#### エ 評価（目標達成状況の確認）

事業参加者に対しての具体的な支援ののち、設定した目標が達成されているのかを評価する必要がある。評価の結果、一定の成果がみられる場合には、支援を修了し、引き続き支援が必要と判断される場合には、同事業内で引き続き支援を継続させるか、他のサービス（介護予防の総合事業等）へとつないでいく。

#### オ 介入支援実施と並んで行うべき事項

##### 【関係機関との情報共有・カンファレンス】

必要時にはカンファレンスを行うなどし、各支援者間で実施状況を共有し、適宜支援内容の改善を図るなど効果的に実施する。また、場合によっては電話指導等を併用したり、各回の支援内容に応じて訪問する専門職の職種を選択するなど、効率的な実施に努める。

また、支援の最中に、今回の事業の中では対応が難しいと思われる事項や関係機関等と情報共有すべきと思われる事項が発生した場合には、本人の意向を確認しながら、適宜医療機関や地域包括支援センター等の関係機関に情報提供する。

##### 【支援内容の記録・評価に必要なデータの取得】

介入支援の各回においては、具体的な支援内容は記録として残し、評価に必要なデータは適時取得する。

##### 【事後フォロー】

介入支援が規定の回数終了後であっても、最終回の時点でフォローが必要そうと思われる気になる事業参加者については、適宜連絡を取り、その後の状況を確認する。

##### 【モニタリング】

介入支援の実施期間中は、個別の支援者の支援が遅滞なく進行しているか、支援内容が適切であるか等について、事業実施主体が適宜モニタ

リングを行い、必要な場合はマニュアルの修正等を含め、軌道修正を行う。

## 5) 評価とその活用

### ①事業評価

事業参加者への支援の終了後、事業自体の評価を行う。どのような事業でも、その事業実施が適切であったか、効果があったかを確認（評価）し、改善が必要な場合には適宜事業の進め方等について修正を行う必要がある。また、ストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカム の 4 つの観点による事業評価が必要であり、PDCA サイクルを回した実施が重要である。

事業評価にあたっては、予め定めた評価項目に関するデータを収集し、支援の前後での状態の比較を行う。また、数値化できない定性情報についても、保健指導の内容と反応、家族・介護者の感想、福祉関係者の対応状況などを記録し、評価に役立てる。地域資源を活用した時の参加状況などのインプットを考慮して、満足度や自身の健康への考え方も確認する。

高齢者については、支援により状態像の改善につながることもあり得るが、悪化しないということも成果といえることができる。なお、状態像の改善等が本当に事業によるものであるかを厳密に判別するには、事業参加者を介入群、同じ基準で抽出された者のうち、事業に参加しなかった者や事業を実施しなかった地域の者を対照群として比較することによって可能となる。

各事業類型別の事業評価の指標として考えられるのは、以下のような項目である。なお、医療費データや健診結果等の変化を確認するには、KDB システムの活用等により効率化が図れる。

図表 14 事業評価指標の例

事業メニュー	項目	データソース
全メニュー共通	BMI・血圧	健診結果
	医療費・疾患名・介護給付費	レセプト情報
	服薬数・事業参加満足度	聞き取り
低栄養	簡易栄養調査点数	簡易栄養調査
	アルブミン値	健診結果・血液検査
口腔	有所見状況	歯科健診結果
	口腔内の状況・口腔ケアの実施状況	基本チェックリスト該当項目・聞き取り
服薬	調剤医療費・処方種類数	レセプト情報
	残薬の状況	聞き取り
重症化予防	(糖尿病) 空腹時血糖、HbA1c (高脂血症) HDLコレステロール、LDLコレステロール (慢性腎症) eGFR	健診結果

医療保険者が行う保健事業であるため、事業の評価において医療費・健診結果を確認する必要がある。医療費や健診結果についての効果の確認は、介入支援後1～5年程度追跡調査を行い、長期的なデータの変化についても確認する。

## ②事業報告

事業実施後、地域の関係機関や住民に対し、協議会や広報等を通じて事業評価結果等を含め報告を行う。

## ③次期計画に向けての見直し

事業評価でストラクチャーやプロセス等も含め評価を行う中で、改善点を明確にし、次期計画に向けての見直しを行う。

### 3 類型別の留意事項

#### (1) 栄養指導

##### 【対象者の抽出・絞り込み】

- ・ 低栄養に対する支援の対象者の抽出基準としては、BMI が良く使われている。BMI は健診結果だけではなく、基本チェックリストの結果でも把握することが可能であるため、それぞれの地域で利用しやすいデータソースを使って抽出することが考えられる。
- ・ また BMI を低栄養の対象者の抽出基準に使っている場合でも、基準値は、モデル事業実施自治体により異なっている。また、複数年度事業を実施している自治体の中には、より早期の対応が必要であると感じ、年度で基準値を BMI18.5 から 20 に変更したところもある。このように、基準値の設定は地域の実情に応じて設定することが望ましい。
- ・ BMI のような指標以外に、質問項目で対象者を抽出する方法もあり得る。

介護予防アンケートに盛り込まれた下記 5 項目のうち 3 項目該当する人を抽出

1. 食料品を買う店が近くにない
2. 食料品を買う費用（食費）は十分にない
3. 食事は一人で食べることは多い
4. 食べる気力や楽しみを感じない
5. 食事を食べる量が減ってきた

<神奈川県大和市>

- ・ また、医療保険者が保有するデータとして、レセプトデータがある。その中から低栄養対策が必要とする人を抽出する方策もあり得る。例えば、医療機関の退院患者で退院前に栄養指導を受けていた人でその後在宅生活を送っている人の中は、退院後一定期間後に、低栄養対策が必要な人も出てくるものと思われる。保有するデータ等の中から必要性の高そうな対象者を効率的に抽出する方策を検討することが必要である。
- ・ 抽出基準に合致した対象者の中から、事業参加への声掛けをする人を絞り込む条件としては、基本チェックリストの結果を使用する場合は、リスク順に応じて選定する、健診結果を活用する場合は、経年で減少幅の大きい人を優先する、過去の健診で異常のある人を優先する等の対応が必要である。また、レセプトデータを活用できる場合には、栄養障害や慢性疾患を有する場合を優先することも考え得る。

### 【介入支援を担当する支援者のスタンス】

- ・ 広域連合や市町村内部の人材では対応できる人数が限定されるため、モデル事業の中には、地域の栄養士会や栄養士による NPO 法人に委託して事業を実施しているところもあった。外部の栄養士の場合、医療機関での勤務が主な栄養士もあり、そうした場合、医療機関内での栄養指導の経験から、食生活上で気を付けなければならないことを教えるというスタイルのまま介入支援を行っている者もいた。地域における介入支援にあたっては、高齢者それぞれの食事内容や買い物や調理、食事環境、食事にまつわる生活や課題、できることをじっくりと聞き出しながら、課題解決に向けて取り組みやすい内容を一緒に考え提案するというスタンスで臨むことが必要である。

### 【アセスメント】

- ・ 食事状況や内容の把握にあたっては、既存のアセスメントツールを使うこともあり得る。これらのツールは使用にあたり、出典を明記する必要があり、場合によっては使用料が発生するものもあることに留意する必要がある。また、場合によっては結果の判定が自身で行うことができず外部に依頼しなければならないこともあることに留意しなければならない。
- ・ アセスメントにあたりレセプトデータが活用できる場合には、本人からの聞き取りだけではなく、レセプトデータより、受診している診療科・傷病名・処方内容等から栄養状態への影響を確認しておくことが望ましい。

### 【具体的な支援内容】

- ・ 低栄養に関する支援としては、摂取する食事の内容（栄養素）等に限定しがちであるが、高齢者の生活全般の IADL を向上させ、栄養改善を図る支援を行う必要がある。具体的な支援内容例（図表 15）。

図表 15 具体的な支援内容

体重減少の原因	アプローチ内容	年代別にみた特徴
疾病・がん (消化器系、呼吸器系、がん等)	・ 疾病に応じた栄養指導 (腎機能悪化や糖尿病、胃切除等)	前期
食材調達の方法 (買い物回数の減少)	・ 軽くて高エネルギー食品等の紹介 ・ 配食弁当の紹介 ・ 食材の宅配の紹介 ・ コミュニティーバスの時刻表の配布	
買い物内容の助言 (食事回数・量の減少)	・ 欠食の解消、補食 ・ 同じ価格帯での代替食の提案 ・ 日持ちのする食品(缶詰等)の利用	後期
孤食	・ 共食を増やす(家族、友達) ・ 地域の老人会・サロン等の案内	後期
その他	・ 介護・ストレス・生活状況の傾聴 ・ 歯科診療の勧め	後期

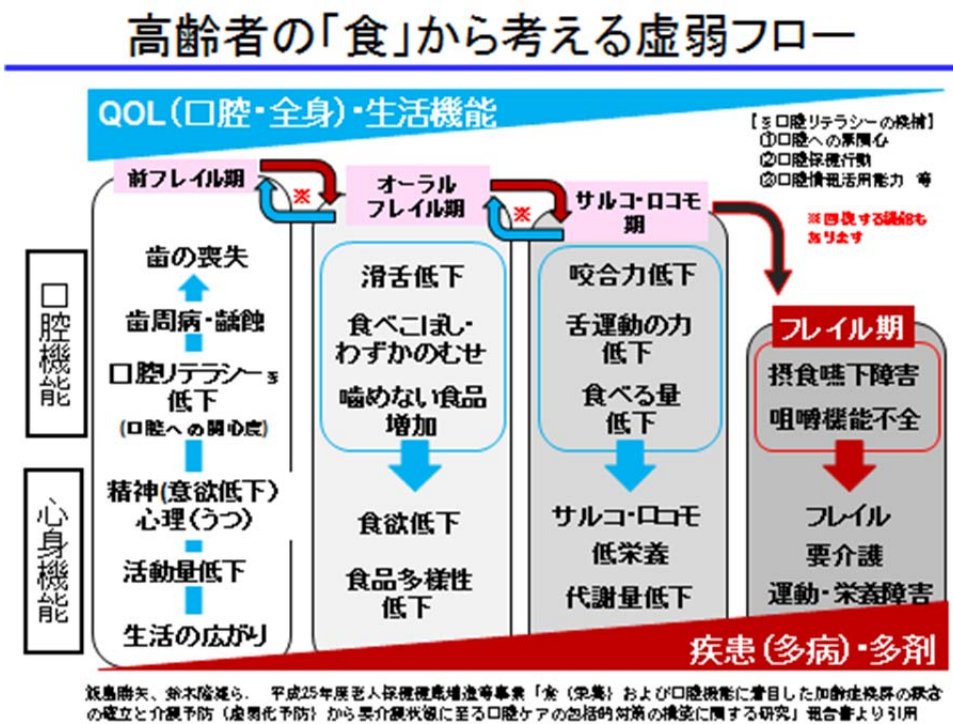
出典：大和市の取組

- ・ 低栄養対策を行う場合は、現在摂取している食事内容だけではなく、その原因も突き止めていく必要がある。中には口腔機能が低下し、食べられなくなっていることもある。介入支援の中で、そのような口腔の問題を発見した場合は、歯科医師・歯科衛生士等の歯科の専門職にもつないで、高齢者にとって適切な支援がなされるように努めるべきである。  
(下図表 16 参照)

【評価】

- ・ 事業参加者個人の状態の変化を評価する指標として、血液検査によりアルブミン値を測定することもあり得るが、侵襲的であり、費用もかかる。このような侵襲的な指標は、毎年の健診データを利用する等、できるだけ事業参加者の負担にならないよう努める等、効率的な収集方法を検討する必要がある。

図表 16 高齢者の「食」から考える虚弱フロー





## (2) 口腔機能

### 【対象者の抽出・絞り込み】

- ・ モデル事業の中では対象者の抽出にあたり、一般高齢者の歯科健診の結果を利用しているところはなかった。しかし、歯科健診結果は高齢者の口腔の状態を把握する貴重なデータソースであるため、有効に活用していくことが望まれる。
- ・ 口腔機能に関しては、抽出基準に該当した対象者であっても、既に歯科治療を受けていたり、介護保険で歯科専門職による居宅療養管理指導を受けている場合もある。そのような場合は、事業の対象から除外していくことが必要である。

### 【支援の対象者】

- ・ 介入支援では事業参加者本人に対してだけでなく、嚥下体操や口腔清掃について、介護をしている家族や介護スタッフへの支援も必要になることがある。

### 【連携体制】

- ・ 口腔内の状況は服薬状況とも関係するため、歯科関係機関だけではなく、医科のかかりつけ医との連携も必要である。
- ・ 要介護者が支援対象である場合には、介入支援の結果、引き続きフォローが必要であると判断される場合には、居宅療養管理指導による引き続きの支援が可能となる。モデル事業でも実際に訪問歯科健診の結果が関係者に提供され、歯科メニューがケアプランに盛り込まれた例もあった。

### 【事業評価】

- ・ 口腔機能に関する介入支援により、誤嚥性肺炎が予防できることが望ましいが、それを検証するにはレセプトデータを用い、介入支援を行った介入群と、同様の抽出基準に合致したものの介入していない対照群とを比較することが必要である。

### (3) 服薬管理

#### 【対象者の抽出・絞り込み】

- ・ 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場合には機械的に抽出した人の中から、専門職（薬剤師）の目でさらに絞り込みをかける必要がある場合もある。

#### 【介入支援の方法】

- ・ 事業実施にあたり、服薬状況の改善には医師の協力は必須であるため、医師会への事前説明は必ず行う。個人への介入支援の前には該当者のかかりつけ医にも個別に事業について説明することもある。

#### 【連携体制】

- ・ 事業実施にあたり、服薬状況の改善には医師の協力は必須であるため、医師会への事前説明は必ず行う。個人への介入支援の前には該当者のかかりつけ医にも個別に事業について説明することもある。
- ・ 介入支援の結果、かかりつけ医等に服薬状況について情報提供をする必要があることがある。その場合は本人の同意のもとに実施する必要がある。

#### 【事業評価】

- ・ 事業評価にあたっては、KDB システム等のレセプトデータを用いて、調剤費の抑制額を推計することも考えられるが、介入支援をした介入群と同じ基準に合致しながら介入していない対照群との比較が望ましい。
- ・ 実施にあたり、服薬状況の改善には医師の協力は必須であるため、医師会への事前説明は必ず行う。個人への介入支援の前には該当者のかかりつけ医にも個別に事業について説明することもある。

図表 17 高齢者で薬物有害事象が増加する要因

#### 高齢者で薬物有害事象が増加する要因

- ▶多くの因子が高齢者における薬物有害作用増加に関連している。
- ▶そのうち最も重要なのは、薬物動態の加齢変化に基づく**薬物感受性の増大**と、**服用薬剤数の増加**である。

疾患上の要因	複数の疾患を有する → 多剤併用、併科受診 慢性疾患が多い → 長期服用 症候が非定型的 → 誤診に基づく誤投薬、対症療法による多剤併用
機能上の要因	臓器予備能の低下(薬物動態の加齢変化) → 過量投与 認知機能、視力・聴力の低下 → アドヒアランス低下、誤服用、症状発現の遅れ
社会的要因	過少医療 → 投薬中断

#### (4) 慢性疾患の重症化予防

##### 【対象者の抽出・絞り込み】

- ・モデル事業ではいずれの場合も糖尿病性腎症を対象疾患としているが、循環器系疾患、筋骨格系疾患、その他生活習慣病等の慢性疾患の重症化の予防を目指すこともあり得え、それに応じた抽出基準を健診結果やレセプトデータより設定する必要がある。

##### <参考>糖尿病腎症重症化予防プログラム

重症化リスクの高い医療機関未受診者等に対する受診勧奨・保健指導を行い治療につなげるとともに、通院患者のうち重症化リスクの高い者に対して主治医の判断で対象者を選定して保健指導を行い、人工透析等への移行を防止する目的で、日本医師会・日本糖尿病対策推進会議・厚生労働省の三者で、糖尿病性腎症重症化予防プログラムを策定。

参考 URL : <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000121935.html>

- ・対象者からの絞り込みに当たっては、健診結果で抽出した場合はレセプトデータを確認しながら、未治療や治療を中断している者、過去の健診で異常がある者を優先的に声掛けする等の絞り込みが必要になる。レセプトデータにより抽出した対象者の場合には、糖尿病性腎症やCKD等がある者、糖尿病歴が長い者や治療が中断している者を優先的に声を掛けていくことを検討する。

##### 【介入支援の方法】

- ・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あり、地域の実情に応じて方法を選択する必要がある。
- ・治療中断者の受診勧奨（文書等）の場合、被保険者の誤解や不安（なぜ通知が来たのか）につながる場合があるため、案内を送付する場合には、誤解を生じさせないような配慮が必要である。

##### 【アセスメント】

- ・アセスメントにあたりレセプトデータが活用できる場合には、本人からの聞き取りだけではなく、レセプトデータより、受診している診療科・傷病名・処方内容等から栄養状態への影響を確認しておくことが望ましい。

#### 【事業評価】

- ・ 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を行う。
- ・ 個別の保健指導を行う場合は、介入前後の検査値（HbA1c 等）の比較が主であるが、毎年健診データを利用する等、できるだけ事業参加者の負担にならないよう努める等、効率的な収集方法を検討する必要がある。
- ・ 治療中の人を対象に行う事業の場合には、服薬の開始等治療内容を考慮して評価する必要がある。

## (5) 複合的取組

### 【対象者抽出・絞り込み】

- ・ 対象者は特定の疾病や状態像に限定せず、複合的な要素を抱える人である。その他、医療も健診も受診しておらず健康状態の把握が全くできない人や重複頻回受診の人、独居や高齢者のみ世帯の人を対象者として介入支援をすることもありえ、地域の実情に応じた抽出基準の設定が必要になる。
- ・ 「独居」等の多くの人が当てはまる基準を設定し、基準に該当した人すべてにアプローチする場合には、さらに絞り込みを行う必要がある。そう絞り込みの条件についても明確化し、関係者間で共有化する必要がある。

### 【事業実施体制】

- ・ 複合的な課題に対応するために、複数名で介入支援をすることもある。その場合、支援者間での情報共有が図れるが、聞取項目等が多くなり、高齢者本人への負担が大きいことに留意しなければならない。

#### 4 モデル事業にみる事例

##### (1) 広域連合が主体となった取組

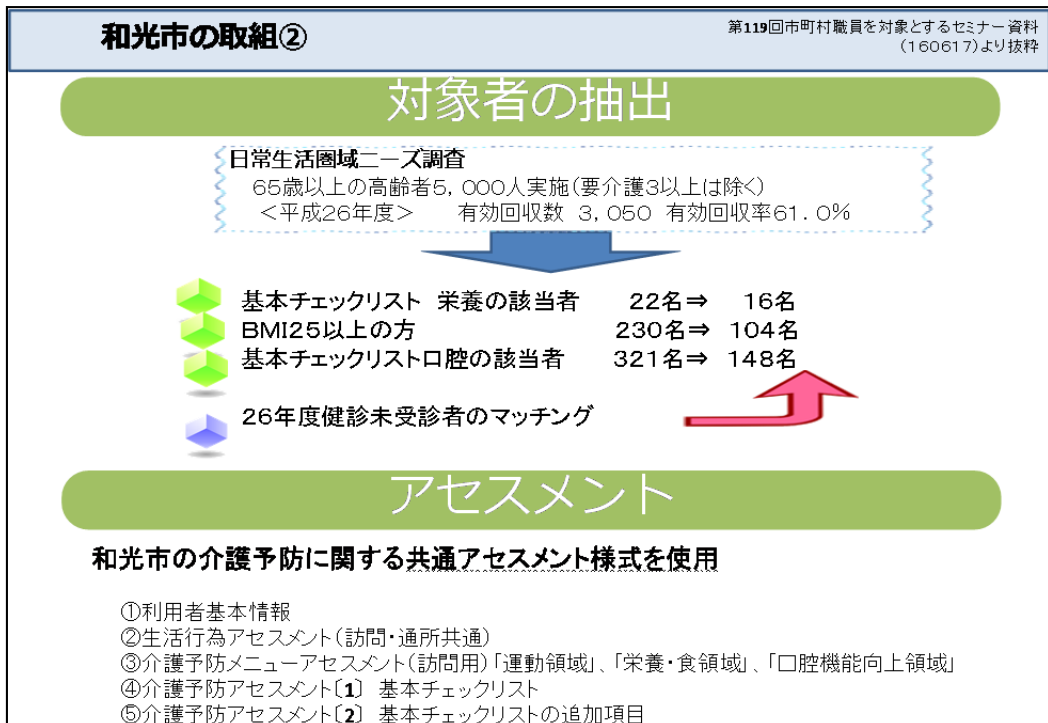
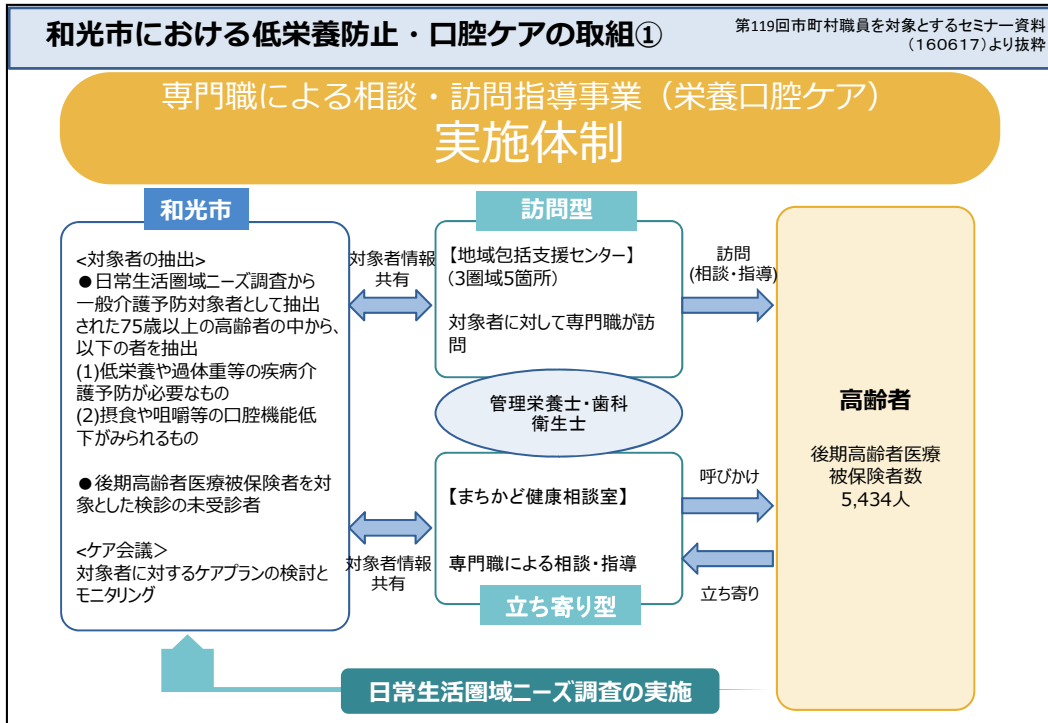
##### 1) 岐阜県後期高齢者医療広域連合

複合的な取組 (H28年度実施) (岐阜県後期高齢者医療広域連合:中津川市他)		
事業の概要	<p>介護予防等既存事業の効果検証を通じて、高齢者の健康づくりの推進に不可欠な介護部門との連携関係の構築を図るとともに、効果的な保健事業のあり方を検討する。 広域連合が自ら、複合的な取組として①と②を総合的に実施。 ①介護予防との連携構築及び効果的な保健事業の検討、②研修事業(県内市町村への展開)</p>	
① 保健事業の検討	概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護部門との情報連携を通じた関係構築の検討、保健事業対象者の抽出方法、効果的な保健事業の可能性を検討、データヘルズ計画への反映、市町村担当者会議等への報告、情報提供。</li> <li>効果的な保健事業の検討のためのデータ収集と栄養等生活調査。</li> <li>結果に基づく生活習慣改善等の個別保健指導の実施。</li> </ul>
	対象者の抽出	介護予防教室の参加者
	アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> <li>栄養状態(BDHG栄養調査)、基本チェックリスト項目、転倒スコア、</li> <li>運動能力等(持久力、下肢筋力、活動範囲、健康状態、転倒に対する不安、体の痛み)</li> <li>体力測定結果(バイタル、握力、開眼片足立ち、5m通常歩行時間、最大歩行時間、長坐位体前屈、TUG)</li> </ul>
	介入・支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>中津川市が実施する介護予防教室(9月～12月に週1回実施される運動機能の維持向上、生活習慣の改善のための教室)の参加者のうち20人程度に対し、対象者の身体・運動機能の測定事業等の効果検証に必要なデータを収集。(岐阜大学の協力により効果検証)</li> <li>介護予防教室の会場に、在宅栄養士を派遣し、栄養生活状態の調査の実施及び結果に基づく生活習慣改善等の個別保健指導の実施。</li> </ul>
② 研修	<p>(目的)高齢者の特性に合わせた保健事業の知識と技術の向上を図るための研修 (対象)県内42市町村及び県の後期高齢者医療・国保業務担当者及び専門職 (方法)1回30人程度を県内3ブロックで実施 (カリキュラム)高齢者の特性(フレイル等について)、事業推進に必要なスキル習得、先進事例の紹介、効果的な事業推進(演習)、広域連合へのニーズ調査等</p>	

- |   |   |     |
|---|---|-----|
| <p>2) B 広域連合</p> <p>3) C 広域連合</p> <p>4) D 広域連合</p> <p>5) E 広域連合</p> | } | 調整中 |
|---|---|-----|

## (2) 構成市町村が主体となった取組

### 1) 埼玉県和光市〈栄養・口腔〉



## 食の自立・栄養改善プラン 口腔機能改善プラン の例

- 食の自立・栄養改善プランの例
- ① 目標を決める
  - ② 1ヶ月ごとに援助内容を計画
  - ③ 1ヶ月ごとに目標達成状況を評価
  - ④ 総合評価

### 例えば～療養食

● 目標 高血圧が悪化しないため減塩の食事をとる。

- 援助内容
- 1ヶ月目 血圧や血液検査データの確認
  - 2ヶ月目 塩分を控えるための方法について
  - 3ヶ月目 外食時の塩分について

● 目標達成状況  
実際の品物を見ながら塩分の量を伝えたとこ、加工食品の量が少なくなったり、代替の品を使用することができた。

目標達成

- 口腔機能改善プランの例
- ① 目標を決める
  - ② 1ヶ月ごとに援助内容を計画
  - ③ 1ヶ月ごとに目標達成状況を評価
  - ④ 総合評価

### 例えば～口腔清掃状況

● 目標 毎食後、義歯をみがき、洗口を行う。

- 援助内容
- 1ヶ月目 義歯の磨き方の確認を行う。
  - 2ヶ月目 磨けていない部分について再確認
  - 3ヶ月目 しっかり磨けているので今後も継続

● 目標達成状況  
義歯にヌメリや食べかすもなく、しっかりと清掃されている

目標達成

16

## 訪問の結果

### ● プラン作成の件数

	低栄養	栄養(肥満)	口腔
北エリア	0人	9人	7人
南エリア	0人	5人	14人
中央エリア	0人	7人	14人
合計	0人	21人	35人

### ● 栄養(過体重)が改善した人の割合⇒ 61.9% (目標25%)

改善した項目が多かった者(改善) 13人(61.9%)  
 悪化した項目が多かった者(悪化) 4人(19.0%)  
 改善や悪化の項目が同数だった者(維持) 4人(19.0%)

栄養プラン作成者21人のうち

### ● 摂食や咀嚼等の口腔機能の低下が改善した人の割合⇒ 48.6% (目標25%)

改善した項目が多かった者(改善) 17人(48.6%)  
 悪化した項目が多かった者(悪化) 5人(14.3%)  
 改善や悪化の項目が同数だった者(維持) 13人(37.1%)

口腔プラン作成者35人のうち

### ● アセスメント項目別にみた改善の状況 (アセスメント項目80項目中)

生活機能(買物や更衣等)に関する項目 36項目中⇒9項目が改善(25%)  
 運動に関する項目 4項目中⇒3項目が改善(75%)  
 食・栄養支援に関する項目 24項目中⇒9項目が改善(37.5%)  
 口腔機能に関する項目 16項目中⇒13項目が改善(81.3%)



## 2) 神奈川県大和市<栄養・重症化予防>

### 神奈川県大和市における栄養指導の取組

#### 事業目的

地域に暮らす高齢者の低栄養状態を改善し、介護予防・医療費の低減を図る

#### 具体的な取組内容

##### 6か月を1クールとし、3回訪問等による栄養相談を実施

- 初 回：体重・BMIの確認、体重減少の理由・買い物・食事内容の聞き取り  
 栄養状態・食事状態の課題把握、栄養相談（買い物の仕方・食材・  
 食べ方についての助言等）と改善計画の立案
- 3か月目：状況確認
- 6か月目：計画に掲げた目標（体重変動、食事摂取量、買い物回数等）に  
 対する評価、今後に向けての話し合い



#### 対象者・指導実施者

介護予防アンケート（基本チェックリストの項目を含む）回答者のうち、基本チェックリスト項目の  
 2項目（BMI18.5未満、6か月で2kg以上の体重減少）に該当した者400人  
 （＝大和市の65歳以上人口の1.3%）  
 ⇒うち、190人訪問（対象者のうち：47.5%）

#### 実施体制

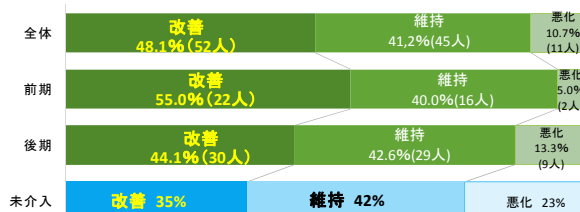
市の管理栄養士が実施。一部県栄養士会に委託し、所属する在宅管理栄養士も訪  
 問指導を実施（市において訪問指導のマニュアルを作成、訪問を担当する管理栄養士  
 については事前に研修を実施）

#### 医師会との連携の工夫

訪問指導の実施に先立ち、事業実施対象者のかかりつけ医には、対象者が本事業に  
 参加する旨を個別に説明

#### 実施結果

訪問指導の実施前後  
 での体重の変化



訪問終了者108人について訪問初回と訪問終了時(介入6か月後)体重を比較

※ 体重の評価：改善＝1kg以上増加、維持＝変化1kg未満、悪化＝1kg以上減少

#### 効果的に実施するためのポイント（モデル事業を通し見えてきたこと）

- 低栄養事業の対象者の抽出基準として、当初はBMI18.5としていたが、BMI20程  
 度の人でも指導が必要な人がいることに気づき、基準を拡大して対応（H28～）。
- 前期高齢者；介入なしでも体重回復傾向があり、ポピュレーションアプローチとして  
 普及啓発することも重要
- 後期高齢者；背景・原因が複雑化し、個別のハイリスクアプローチが求められる

# 神奈川県大和市における重症化予防の取組

## 事業目的

腎機能低下の所見がある糖尿病患者について個別訪問を行い、重症化を防ぐ

## 具体的な取組内容

6か月を1クールとし、3回訪問等による訪問指導を実施

- 初 回：医療状況（治療方針・服薬状況）確認  
栄養状態、生活状況についてのアセスメントと改善計画の立案
- 3か月目：状況確認
- 6か月目：評価（HbA1c, eGFR, 食事内容、服薬状況等）  
今後の支援について

できればここに  
重症化予防訪問の写真  
(調整中)

## 対象者・指導実施者

平成27年度大和市特定健診または長寿健診を受けた者のうち下記両条件に該当する者

- ① HbA1c 6.5%以上 かつ 空腹時血糖126mg/dl以上
- ② eGFR 60ml/min/1.73m<sup>2</sup>以下

⇒うち、96人訪問（H28.9月末時点、対象者289人のうちの33.2%）

## 実施体制

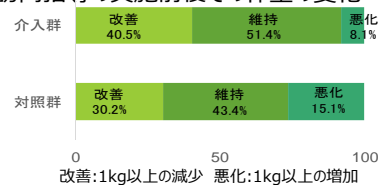
市の管理栄養士が訪問指導を実施。一部の対象者の訪問指導を県栄養士会に委託（市において訪問指導のマニュアルを作成、訪問を担当する管理栄養士については事前に研修を実施）。

## 医師会との連携の工夫

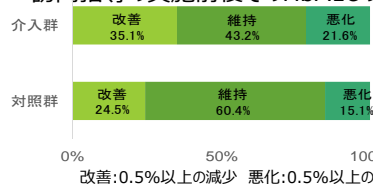
- 事業実施対象者のかかりつけ医には、対象者が本事業に参加する旨を、事前に個別に説明
- 連携ツール（作成中）を用いた状況共有。

## 実施結果

訪問指導の実施前後での体重の変化



訪問指導の実施前後でのHbA1cの変化



介入群：CKD対象者のうち、管理栄養士が1回以上面会し、栄養相談を実施した群 対照群：CKD対象者のうち、不在等の理由で 栄養相談を実施していない群

## 効果的に実施するためのポイント（モデル事業を通し見えてきたこと）

- 多くの対象者は医療にかかっているが、食事や運動についての医師の指示を把握していないことが多い。効果的な支援のために、より綿密な医療機関との連携の仕組みが必要である。
- 糖尿病性腎症の約7割は後期高齢者であり、身体状況の個人差が大きく、多様な生活背景をもっている。対象者の状況を丁寧にアセスメントし、課題を明確化し、生活状況に合わせた支援を行うスキルが求められる。

### 3) 長野県塩尻市<口腔>

## 長野県塩尻市における口腔指導の取組

#### 事業目的

障害者、高齢者など通院が困難な者に、効果的な口腔ケアと口腔機能向上支援を行い、早期治療を促し、健康増進を図る

#### 具体的な取組内容

歯科衛生士の事前訪問、歯科医師・歯科衛生士による訪問  
歯科健診を実施し、その後歯科衛生士がフォローを実施

- 事前：口腔・身体及び生活環境について状況確認  
健診当日：口腔内診査、簡易検査、口腔撮影  
口腔状況及び口腔ケア方法を家族及び介護関係者に説明  
事後：経過観察  
状況により専門的口腔清掃、口腔機能リハビリ、唾液腺マッサージ等の実施  
必要に応じて訪問歯科治療



#### 対象者・指導実施者

介護を必要とする障害者、高齢者等 3090人  
⇒うち、申し込みのあった者112人訪問（対象者のうち：3.6%）

#### 実施体制

市の歯科衛生士が訪問依頼の受け、歯科医師（市内歯科医療機関の歯科医師）の訪問スケジュールの調整、訪問時のフォロー、訪問歯科健診後の状況のフォローを行う

#### 医師会との連携の工夫

かねてより、市内の医療・介護の専門職種が集う、医療・介護連携推進協議会があり、その中の「口腔委員会」にて、耳鼻科医・内科医・歯科医師・歯科衛生士・管理栄養士・言語聴覚士が市内の口腔ケアの体制について検討

#### 実施結果

##### <事例①>

- ・口腔内の疼痛が消失し、普通食を摂取できるようになった

##### <事例②>

- ・口腔ケアが実施されるようになり、口臭の減少・食欲の増進につながった
- ・舌、口の体操から飲み込みの改善につながった

##### <事例③>

- ・義歯調整を行い、食べられるようになった

##### <訪問歯科健診経過受診者>

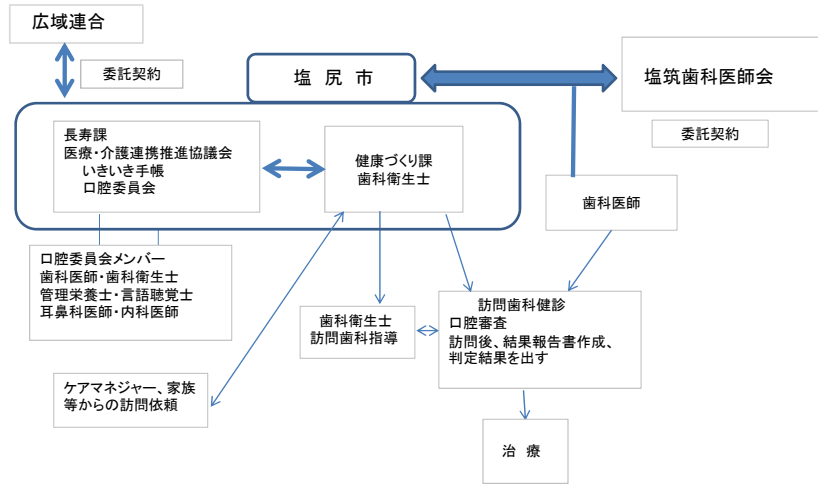
- ・介護度5で経過観察・健診を受けている17名の口腔は清潔が保たれ、誤嚥性肺炎の予防につながっている

#### 効果的に実施するためのポイント（モデル事業を通し見えてきたこと）

- ・奥歯に力が入ると、立ち上がり、歩行などリハビリが進む。微熱が続く・誤嚥性肺炎の改善には、口腔を清潔に保つ必要がある等の情報を多職種に伝え連携を図る。
- ・多職種が連携し支援するためには、多職種に口腔に関心を持ってもらうことが重要。
- ・口の中を見せてもらうことはハードルが高くとも、歯ブラシを見せてもらうことだけで予想できることもある。

平成28年度 在宅訪問歯科健診事業 実施体制図

長野県塩尻市



#### 4) 大阪府大阪狭山市<複合的>

### 大阪府大阪狭山市における複合的取組

#### 事業目的

専門職が訪問することにより、低栄養や筋力低下などを予防し、要介護状態を予防する。

#### 具体的な取組内容

##### 看護師、保健師による訪問指導実施

事前訪問：健康課題の把握（日常生活評価票の活用）  
 訪問実施：一般の健康状態、受診状況、服薬状況、検査結果などの確認  
 健康に関する相談  
 個々の健康課題に関する目標の設定  
 12か月後：目標達成状況の確認  
 追加助言の実施  
 ・月に1回訪問担当者によるカンファレンス実施  
 （必要時主治医、民生委員、地域包括センター等と連携）



#### 対象者・指導実施者

・ひとり暮らし高齢者台帳のうち、75歳以上で要介護（支援）認定のない人501人（平成27年度）  
 ⇒看護師、保健師が、本人もしくは民生委員に電話で状況を確認  
 新たに健康管理上や介護予防の観点から専門職の訪問指導が必要と判断した人 35人  
 （判断基準：健康状態、受診状況、外出状況、健康に関する不安の有無等）  
 ⇒うち、訪問指導を実施した人 6人（新規：17.1%）  
 訪問継続中の人 18人  
 民生委員からの訪問依頼等その他訪問継続者 7人  
 被訪問指導実施者数 合計 31人

#### 実施体制

高齢者宅の訪問は、雇上げの看護師が中心に実施。初回の訪問の際には地区担当保健師が同行。必要に応じて、市の嘱託管理栄養士・歯科衛生士も同行。

#### 関係機関との連携

高齢者訪問指導実施申請書により、主治医などの情報と関係機関へ情報提供することの同意をとっており、必要時に保健師、看護師より主治医、関係機関へ連絡を入れている。

#### 実施結果

<事例①>  
 ・健康状態や日常行動の変化に早期に気づき、医療や地域包括支援センターに早期に繋ぐことができた  
 <事例②>  
 ・糖尿病、がん、肝炎等の疾病がありながらも、訪問を継続することにより、長年状態をコントロールできている

初回訪問時の日常生活評価票をもとに評価する（予定）検証時期：平成29年3月  
 （新規訪問者は訪問開始から6か月後）

#### <評価指標>

身体状態（体重、血圧、検査結果など）、健診結果、医療状況（受診状況、服薬状況）、日常生活能力、栄養、口腔衛生状態、家族の状況等を改善、現状維持、悪化で総合的に評価する

#### 効果的に実施するためのポイント（モデル事業を通し見えてきたこと）

・ひとり暮らし高齢者台帳から、電話での聞き取りにより、訪問指導の必要性を判断する基準のマニュアル化が必要。  
 ・どのくらいの頻度、期間をフォローするかの基準を設定しなければならない。  
 ・対象者の選定、事業評価の時期や指標の設定が課題であり、後期高齢者医療広域連合からの医療データ等の提供など連携した実施が必要。

### 大阪狭山市高齢者訪問指導の概要図

