

高齢者の特性を踏まえた保健事業
ガイドライン 暫定版
別冊

平成29年4月

厚生労働省保険局高齢者医療課

目次

1	平成 28 年度のモデル事業の実施状況	1
(1)	モデル事業における取組	1
1)	取組状況	1
2)	事業内容	2
3)	抽出基準・設定した目標・評価指標	9
4)	平成 28 年度モデル事業でのアセスメント項目一覧	18
5)	モデル事業における取組のポイント	24
6)	モデル事業におけるアドバイス内容・設定した目標	31
(2)	モデル事業の具体的な事例	40
1)	広域連合が主体となった取組	40
①	岐阜県後期高齢者医療広域連合<複合的取組・研修>	40
②	福岡県後期高齢者医療広域連合<重症化予防>	42
③	長崎県後期高齢者医療広域連合<服薬・重症化予防>	44
④	宮崎県後期高齢者医療広域連合<服薬>	47
2)	構成市町村が主体となった取組	49
①	北海道北見市<服薬>	49
②	岩手県宮古市<口腔>	51
③	埼玉県和光市<栄養・口腔>	53
④	神奈川県大和市<栄養・重症化予防>	55
⑤	長野県塩尻市<口腔>	59
⑥	三重県津市<栄養>	61
⑦	滋賀県竜王町<口腔>	63
⑧	大阪府大阪狭山市<複合的取組>	65
⑨	鳥取県鳥取市<重症化予防>	67
⑩	福岡県豊前市<口腔>	69
⑪	熊本県八代市<服薬>	71
(3)	モデル事業で使用されたツール類	73
1)	事務分掌規則	73
2)	個人情報関係（同意書、個人情報保護条例に基づく閲覧申請）	74
3)	業務委託契約書、仕様書	77
4)	業務マニュアル	78
5)	訪問前の事業参加者への案内	80
6)	アセスメント票（アンケート含む）	81
7)	目標記録表	82
8)	研修関係資料	83
9)	進捗管理シート	85

2	参考資料	86
	(1) 学会資料等	86
	1) 高齢者糖尿病の血糖コントロール目標 (HbA1c 値)	86
	2) 高齢者の降圧目標	87
	3) 高齢者の脂質管理目標	88
	4) 高齢者の服薬管理目標	91
	(2) 関連研究成果等	93
	1) 糖尿病性腎症重症化予防プログラム	93
	2) 糖尿病性腎症 重症化予防プログラム開発のための研究	97
	3) 後期高齢者に対する歯科保健サービスの効果実証事業	100
	(3) 通知	102
	1) 平成 28 年度後期高齢者医療事業の実施について (平成 28 年 3 月 30 日付け課長通知)	102
	2) 平成 28 年度高齢者の低栄養・重症化予防等事業の実施について (平成 28 年 3 月 30 日付け事務連絡)	102
	3) 平成 28 年度後期高齢者医療制度事業費補助金の当初交付決定に係る事前申請について (平成 28 年 6 月 13 日付け事務連絡)	107
	4) 平成 28 年度高齢者の低栄養・重症化予防等事業の実施について (平成 28 年 6 月 20 日付け事務連絡)	109
	5) 平成 28 年度高齢者の低栄養・重症化予防等事業の結果報告について (依頼) (平成 28 年 12 月 28 日付け事務連絡)	110

1 平成28年度のモデル事業の実施状況

(1) モデル事業における取組

1) 取組状況

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)
合計(実数)	30	77	

※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。

2) 事業内容

<栄養に関する相談・指導>

モデル事業 実施主体名	具体的内容	形態	期間	指導 回数
茨城県東海村	集団教室、個人面談において、食事アセスメントに基づいた食生活指導を行う	立寄	3か月	4
埼玉県和光市	在宅高齢者を対象とし、栄養等に関する相談・指導を行う	訪問・立寄	3か月	3
神奈川県大和市	訪問による栄養相談・指導（3回/6か月）	訪問	6か月	3
愛知県大府市	管理栄養士が個人宅を訪問し、アセスメントを実施し、栄養ケア計画を作成・本人にフィードバック、モニタリングとして1か月後、2か月後にモニタリングとして訪問	訪問	3か月	3
三重県津市	事業対象者に対し、アセスメントを行い、栄養ケア計画を作成し、3か月の間月1回ずつモニタリングを行う	訪問・立寄	3か月	3
福岡県豊前市	要介護・要支援者に対し、事前のアセスメントを踏まえ、歯科医師・管理栄養士・歯科衛生士等が4人1組で訪問し、対象者の口腔・栄養状態等を把握した後、その状況に応じて2回目からは歯科衛生士のみが訪問し、検査や指導を行い、3か月間で最大10回の訪問の最終回には、初回の4人が再度訪問し、評価等を行う	訪問	3か月	10
長崎県後期高齢者 医療広域連合（長崎 市）	入院患者の退院時に低栄養また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困難な者に対し、管理栄養士が2回訪問し、栄養相談や栄養指導を実施	訪問	1か月	2
大分県中津市	医師・歯科医師による研修を受けた訪問スタッフ（管理栄養士・歯科衛生士）が3か月の間に3~5回、対象者宅を訪問 また、初回・3か月後・6か月後には地域包括支援センターの看護師が同伴訪問し、血圧測定や体重測定を行う	訪問	6か月	3
宮崎県後期高齢者 医療広域連合（宮崎 市）	在宅高齢者を対象とし、栄養等に関する相談・指導を行う	訪問	3か月	3回 以上
沖縄県糸満市	対象者宅を訪問し、受診状況や家族状況、生活実態を把握し、必要に応じて主治医への情報提供等を行う 1~2か月おきにモニタリングをし、6か月後に評価を行う	訪問	6か月	4

<口腔に関する相談・指導>

モデル事業 実施主体名	具体的内容	形態	期間	指導 回数
岩手県宮古市	歯科医師と歯科衛生士等が個人宅に訪問、もしくはデイサービス等に立ち寄り、歯科健診を実施し、結果を本人や家族および介護スタッフ等に説明する。歯科治療が必要な場合には、訪問歯科受診等についても説明する。次回、歯科医師もしくは歯科衛生士が訪問し、歯科健診結果に基づいた口腔ケアと指導を行う。同様の指導は立会の家族や介護スタッフに対しても行う。初回から2～3か月後に再度歯科健診やアセスメントを実施する。	訪問・立寄	2 ～ 3 か月	2
埼玉県和光市	在宅高齢者を対象とし、栄養等に関する相談・指導を行う	訪問・立寄	6 か月	3
長野県塩尻市	歯科衛生士が健診前訪問により、口腔や生活状況を把握、歯科医師による歯科健診を行い、健診後必要に応じて、歯科訪問治療や歯科衛生士が口腔ケア、口腔機能向上等を行うためのフォロー訪問を実施	訪問		
滋賀県竜王町	歯科医師が3か月に1回、歯科衛生士月2回、定期的に個人宅に訪問し、口腔内の状況を把握し、口腔情報提供書を作成、ケアマネジャーに提供	訪問		
大阪府岬町	80歳以上で20本以上歯が残っている人について、歯科衛生士・保健師がアンケートした口腔チェックを行い、歯科医師会・保健所等による審査会をもとに、口腔状態の良い人を選出・健康長寿まつりにて表彰	訪問・立寄	—	1
兵庫県姫路市	ケアマネジャー立ち会いのもと、訪問歯科健診と保健指導を行い、2か月後に再度訪問し、状況確認を行う	訪問	上 2 ヶ月 以	2
高知県土佐清水市	新規要介護1,2になった者に対し、歯科衛生士が訪問し、咀嚼機能や口腔衛生状態の確認を行い、その人に見合った手入れの方法や実技指導を行い、必要に応じて医療機関に繋げる必要があれば再度の訪問や電話連絡を行う	訪問	程 度 1 ～ 2 か月	1 ～ 2
福岡県豊前市	要介護・要支援者に対し、事前のアセスメントを踏まえ、歯科医師・管理栄養士・歯科衛生士等が4人1組で訪問し、対象者の口腔・栄養状態等を把握した後、その状況に応じて2回目からは歯科衛生士のみが訪問し、検査や指導を行い、3か月間で最大10回の訪問の最終回には、初回の4人が再度訪問し、評価等を行う	訪問	3 か月	10

モデル事業 実施主体名	具体的内容	形態	期間	指導 回数
大分県中津市	医師・歯科医師による研修を受けた訪問スタッフ（管理栄養士・歯科衛生士）が3か月の間に3～5回、対象者宅を訪問 また、初回・3か月後・6か月後には地域包括支援センターの看護師が同伴訪問し、血圧測定や体重測定を行う	訪問	6 か 月	3
長崎県後期高齢者 医療広域連合（長崎 市）	歯科衛生士が訪問し口腔内の状況についてのスクリーニング及び口腔保健指導を行い、2か月後に再度訪問し、口腔状況のアセスメントを行う	訪問	2 か 月	2

<服薬指導>

モデル事業 実施主体名	具体的内容	形態	期間	指導 回数
北海道北見市	重複・多量投薬者に対し、事前連絡をした上で薬剤師と保健師が原則1回訪問し、薬剤の保管状況、残薬の状況、併用禁忌の薬剤等について指導を行う	訪問	半年	2回
三重県桑名市	後期高齢者を対象に、6地区で各2回ずつ出張型の薬剤に関する教室・相談会を開催し、薬剤師による個別相談会等で服薬指導を行う それとは別途、抽出した対象者に対し、個別訪問による服薬指導の案内を行い、2回の訪問を行う	訪問・立寄	3か月	2
大阪府高石市	介護関係者（ヘルパー等）が服薬に関しての相談がある場合に、薬局に連絡調整し、本人が薬局を訪問して相談を受ける	立寄	—	1
長崎県後期高齢者 医療広域連合	薬剤師が多量服薬者を2回訪問し、薬についての相談を受け、残薬の確認を、必要に応じてかかりつけ薬剤師に伝えるサポートを行う	訪問	2か月	2
熊本県八代市	KDBより抽出された複数診断名のある対象者に薬に関する講演会&個別相談会、立寄り相談、訪問相談の案内を行い、服薬管理等の支援を行う あわせて医療・介護関係の他職種連携のために薬剤師と他職種の座談会を開催したり、お薬手帳のカバーを作成	訪問・立寄		
宮崎県後期高齢者 医療広域連合	対象者宅に薬剤師が訪問し、服薬指導	訪問	6か月	3

<重症化予防>

モデル事業 実施主体名	具体的内容	形態	期間	指導 回数
北海道妹背牛町	かかりつけ医からの紹介により、町保健師が糖尿病の重症化予防のために指導を行う	訪問または来所	概ね 6 か月間	2～ 3回
茨城県河内町	糖尿病性腎症の重症化予防のために、血糖コントロール、血圧コントロールに関する保健指導を実施 治療中断者には受診勧奨並びに糖尿病連携手帳を用いての保健指導を実施	訪問 立寄	—	1
神奈川県大和市	訪問による栄養相談・指導（3回/6か月）	訪問	6か 月	3
石川県後期高齢者 医療広域連合（七尾市・加賀市・能美市・野々市市：直営、津幡町・内灘町・能登町：委託）	6か月程度の保健指導	訪問	6か 月	4回
愛知県東浦町	糖尿病の要治療者に対して電話・面談、訪問により受療勧奨の保健指導を実施	訪問あり	—	3
鳥取県後期高齢者 医療広域連合	健診結果からの生活習慣病ハイリスク者に対しては、看護師が家庭訪問し、対象者の特性に併せた保健指導及び受療勧奨を実施 健診未受診者や相談希望者には、看護師が家庭訪問し、健診の受診勧奨や健康・医療へのアドバイスを実施	訪問		1～2
香川県後期高齢者 医療広域連合	糖尿病治療中であるにも関わらず、健診後糖尿病治療をしていない者を抽出し、郵送による受療勧奨を行い、受療した結果保健指導が必要とされるものには保健指導を実施	訪問	—	1
福岡県後期高齢者 医療広域連合（宇美町・須恵町・中間市・宗像市・うきは市・豊前市・吉富町・みやこ町・東峰村）	手紙送付、電話、面談、訪問等により、健診結果・糖尿病性腎症の病態・治療の必要性等を説明し、保健指導プログラムへの参加勧奨を行う 保健指導プログラムでの初回は、受診による血圧・血糖管理の必要性、セルフコントロールにより透析の回避もしくは遅延が可能となる旨を説明し、フレイルのスクリーニングを行う 2回目以降はカリキュラムに従って、高齢者の特性を踏まえ、生活習慣や受診状況等を確認した上で、対象者にあわせ6か月間の保健指導（電話、面談等で2週間～1か月に1回）を行う	訪問	6か 月	7

モデル事業 実施主体名	具体的内容	形態	期間	指導 回数
長崎県後期高齢者 医療広域連合	長期間健診も医療機関も受診していない者に電話で状況確認をし、必要に応じて受療勧奨、また訪問が必要そうな場合には訪問し、介護部門等への連携を行う	訪問あり	—	1
鹿児島県後期高齢者医療広域連合（鹿児島市・鹿屋市・垂水市・日置市・曾於市・始良市・大崎町・肝付町・南種子町・大和村・宇検村・与論町）	対象者宅に保健師または看護師等が訪問し、医療機関への受療勧奨や療養生活指導などを行い、生活習慣病で治療中の者については、訪問結果を本人の了解を得た上で主治医にも報告	訪問	各市町村委託契約期間内	原則1回（必要に応じて2回まで可）
沖縄県糸満市	対象者宅を訪問し、受診状況や家族状況、生活実態を把握し、必要に応じて主治医への情報提供等を行う 1~2か月おきにモニタリングをし、6か月後に評価を行う	訪問	6か月	4回

<複合的取組>

モデル事業 実施主体名	具体的内容	形態	期間	指導 回数
長野県佐久市	初回訪問により対象者の心身機能、生活状況、食生活状況、受診状況を把握し、1か月ごとに電話や訪問によるモニタリングを実施	訪問	5か月	5回
岐阜県後期高齢者 医療広域連合（中津 川市）	介護部門との連携構築・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に基づく生活習慣改善等の個別保健指導の実施	立寄	3か月	12
大阪府大阪狭山市	対象者に対し、看護師・保健師が電話で健康相談や介護予防等のための訪問指導の勧奨を行い、訪問の必要や希望のあった人に対し、1~2か月に1回の訪問指導を実施する 必要時には管理栄養士や歯科衛生士の訪問や地域包括支援センターとの連携を行う	訪問	期間 の設定 はなし	年間 6~ 12
岡山県勝央町	低栄養、高血圧、脂質異常の者に対し、訪問を行い、食事・生活習慣に関する指導を2回行う	訪問	2か月	2
宮崎県美郷町	対象者宅を保健師や管理栄養士が訪問し、概ね月2回の指導を3か月実施	訪問	3か月	6

3) 抽出基準・設定した目標・評価指標

<栄養に関する相談・指導>

モデル事業実施主体名	抽出基準	目標	評価指標
茨城県東海村	平成 27 年度高齢者健康診査受診者に対し、食生活改善教室を案内し、参加を募る その際、結果については「高血圧の既往者」とそれ以外をグループ分けして比較	指導前後での簡易型自記式食事歴法質問票の結果の維持・改善率 60%	前後で実施する簡易型自記式食事歴法質問票 (BDHQ) 及びアセスメント票の結果 血圧値、BMI、食品群摂取量、栄養素摂取量ならびに食行動における変化
埼玉県和光市	日常生活圏域ニーズ調査より、「一般介護予防事業対象者」として抽出された 75 歳以上高齢者のうち、低栄養・過体重等の疾病・介護予防が必要な人並びに摂食や咀嚼等の口腔機能低下がみられる者 (口腔機能低下による低栄養リスク者を含む) 後期高齢者医療被保険者を対象とした健診の受診者及び未受診者	低栄養または過体重が改善する者の割合を 25% 摂食や咀嚼等の口腔機能低下が改善する者の割合を 25%	低栄養または過体重が改善する者の割合 摂食や咀嚼等の口腔機能低下が改善する者の割合 血液データ
神奈川県大和市	平成 26 年度の介護予防アンケートの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 (低栄養二次予防対象者) 並びに②BMI20 以下かつ「介護予防アンケート」で食習慣の 5 項目で 3 点以上の者 (低栄養防止対象者)	体重が改善される者の割合 60% 介入する期間に重症化 (要介護認定もしくは死亡) する人の割合を 5% 以下にする	体重、体重増加者数、要介護認定者数、死亡者数、行動変容者数 (生活習慣の改善者数)
愛知県大府市	平成 27 年度の基本チェックリスト未回収者かつ独居者	対象者の健康の維持・増進と将来的な要介護率の低下 訪問栄養指導マニュアルの作成 訪問指導体制の構築	低栄養リスク、食品群摂取のバランス、BMI、握力
三重県津市	老人クラブ加入者に対し、事前アンケートを実施し、孤食 (1 日 2 回以上)・医療と健診未受診 (1 年以上)・基礎疾患有 (糖尿病・脂質異常症・高血圧・腎疾患・心疾患)・転倒経験ありの者を抽出	要介護認定率 0%	体重・食欲・毎日食べる食材数・便秘回数・転倒回数・BMI

モデル事業実施主体名	抽出基準	目標	評価指標
福岡県豊前市	医科・歯科レセプトから歯科疾患の重症化予防や糖尿病、肺炎の予防の観点から事業効果が高いと判断される者	改善項目として設定した項目の改善	各種検査や栄養アンケートの項目
長崎県後期高齢者医療広域連合（長崎市）	3カ所の拠点病院（長崎市内）の地域医療連携室が、心身機能が虚弱と思われる後期高齢者、要介護1以上の後期高齢者を選定（ただし、医療や介護で栄養指導の管理を受けているものを除く）		一定期間経過後の本人及び家族からの食事状況の調査及び体重推移
大分県中津市	平成27年度に実施した基本チェックリストの結果、低栄養状態や口腔機能の低下がみられると判断した者の中から医療・介護で栄養や口腔の管理を受けていない者	低栄養者：簡易栄養状態評価などが改善する者の割合30% 口腔機能低下者：口腔機能評価が改善する者を30%	低栄養：食事量・体重・歩行状態・ストレスや急性疾患の経験・精神的問題・BMI・ふくらはぎの周囲長 口腔機能：口腔衛生状態・咀嚼力・口腔清掃能力・口腔機能・気道感染や低栄養・生活機能評価
宮崎県後期高齢者医療広域連合（宮崎市）	平成27年度後期高齢者健康診査を受診した結果、「やせ」かつ「貧血」を疑われる者。 * やせ…BMI：21.4以下 * 貧血…ヘモグロビン：男14g/dL以下、女12g/dL以下、赤血球数：男410万/μL以下、女380万/μL以下	栄養状態が改善した人の割合50% 訪問栄養指導を受けてよかったと思う人の割合70%	BMI、訪問栄養指導を受けてよかったと思う人の割合
沖縄県糸満市	長寿健診結果より、尿蛋白2+以上かeGFR40以下で空腹時血糖126mg/dl以上かつHbA1c7.0%以上	人工透析に移行させない 検査データを悪化させない	人工透析移行者数 尿蛋白、eGFR、空腹時血糖、HbA1c

<口腔に関する相談・指導>

モデル事業実施主体名	抽出基準	目標	評価指標
岩手県宮古市	モデル地区の75歳以上の在宅の要介護3～5の者に対し、口腔ケアの必要性に関するリーフレットによる情報提供と同時に、訪問歯科健診の希望調査書をケアマネ経由で配布し、希望を募る。(要介護3以上の在宅で医療や介護で歯科に関する管理を受けていない人)訪問歯科健診を受診した人に対して口腔ケアを実施する。	適切なケアや治療により誤嚥性肺炎を予防 口腔衛生の向上	<ul style="list-style-type: none"> ・口腔ケアの回数が増えた人の増加 ・口腔衛生状態の改善した人の増加 ・誤嚥や窒息の改善した人の増加 ・直近1年間における発熱状況と事業開始後における発熱回数・歯科治療の有無 ・本人や家族の満足度
埼玉県和光市	日常生活圏域ニーズ調査より、「一般介護予防事業対象者」として抽出された75歳以上高齢者のうち、低栄養・過体重等の疾病・介護予防が必要な人並びに摂食や咀嚼等の口腔機能低下がみられる者(口腔機能低下による低栄養リスク者を含む)後期高齢者医療被保険者を対象とした健診の受診者及び未受診者	低栄養または過体重が改善する者の割合を25% 摂食や咀嚼等の口腔機能低下が改善する者の割合を25%	低栄養または過体重が改善する者の割合 摂食や咀嚼等の口腔機能低下が改善する者の割合 血液データ
長野県塩尻市	ケアマネジャー・訪問看護師・ヘルパー等からの依頼	訪問歯科健診後の口腔内の改善 健診後に要治療となった者が治療を受けた割合	訪問歯科健診後の口腔内の改善 健診後に要治療となった者が治療を受けた割合
滋賀県竜王町	要介護3～5の在宅の人に連絡し、参加を募る ケアマネジャーや家族からの依頼	誤嚥性肺炎の予防を図る	肺炎での受診者数
大阪府岬町	80歳以上で20本以上歯が残っている人	8020 運動の認知度80% 80歳で20本以上歯が残っている人の増加 60歳代で何でも噛んで食べることができる人の割合80%	事業への応募者数 残存歯の数、自己ケアの内容(定期的なアンケートや聞き取りによる)
兵庫県姫路市	ケアマネジャーに協力依頼し、要介護3～5の在宅の人で医療・介護保険における歯科に関する管理を受けていない者から申し込みを募る	治療につなげ、食生活の障害を取り除く 口腔内の衛生状態の改善	要指導・要治療者のうち歯科治療を受けた人の割合 口腔衛生の状態、口腔清掃に対する評価

モデル事業 実施主体名	抽出基準	目標	評価指標
高知県土佐清水市	平成 28 年度新規に要支援 1・2 になった者	口腔の状況（舌苔、 歯の汚れ、義歯の汚 れ、咀嚼機能）の改 善率 70%以上	口腔の状況（舌苔、歯の 汚れ、義歯の汚れ、咀嚼 機能）
福岡県豊前市	医科・歯科レセプトから歯 科疾患の重症化予防や糖 尿病、肺炎の予防の観点か ら事業効果が高いと判断 される者	改善項目として設 定した項目の改善	各種検査や栄養アンケ ートの項目
大分県中津市	平成 27 年度に実施した基 本チェックリストの結果、 低栄養状態や口腔機能の 低下がみられると判断し た者の中から医療・介護で 栄養や口腔の管理を受け ていない者	低栄養者：簡易栄養 状態評価などが改 善する者の割合 30% 口腔機能低下者：口 腔機能評価が改善 する者を 30%	低栄養：食事量・体重・ 歩行状態・ストレスや急 性疾患の経験・精神的問 題・BMI・ふくらはぎの 周囲長 口腔機能：口腔衛生状 態・咀嚼力・口腔清掃能 力・口腔機能・気道感染 や低栄養・生活機能評価
長崎県後期高齢 者医療広域連合 (長崎市)	ケアマネジャー経由で在 宅の要介護 2 以上の者か ら申し込みを募る 3カ所の拠点病院(長崎市 内)を退院後 3 か月以内に 口腔面で問題を有する者	口腔状況の改善率 80%	口腔状況の改善率、誤嚥 性肺炎の発症状況

<服薬指導>

モデル事業 実施主体名	抽出基準	目標	評価指標
北海道北見市	広域連合会から提供される被保険者の受診情報と国保データベースシステムにより出力さえる全レセプト（医科・歯科・調剤）より対象者を抽出	薬剤の自己管理に関する課題が改善する者の割合 50%	薬剤保管状況、残薬、併用禁忌薬、過剰投薬、飲み忘れ等薬剤に関する課題の改善、家族や他職種との改善への協力体制の構築結果
三重県桑名市	出張型の教室・相談会の参加者 平成 27 年度桑名市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	多剤併用にある高齢者の抑制 飲み残し薬の削減	薬剤数、転倒リスク（Fall Risk Index）
大阪府高石市	介護関係者又は家族からの申し込み	相談受付件数 900 件 介護関係者を通じた相談受付件数 500 件 薬剤費の推計抑制額 300 万円	相談件数、薬剤費、残薬数
長崎県後期高齢者医療広域連合	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	対象者の服薬に対する不安の解消	不安解消の割合
熊本県八代市	KDB により診断名が複数ある者を多い順に抽出。特に生活習慣病関連疾患に加え、整形外科のレセがあるなど複数医療機関を受診している者を優先する。	指導を行った者のうち、服薬管理状態が改善した者 100%	服薬状態 医療費
宮崎県後期高齢者医療広域連合	来局時に口頭確認を行い、薬の管理等に疑問がある患者及び残薬が疑われる患者 重複服薬訪問指導等事業で抽出される（同系の医薬品において、同月中に複数の医療機関で処方される処方日数が 60 日以上、処方されている者と同月中に複数の医療機関で処方されている併用禁忌薬が処方されている者）未訪問者	過剰な残薬発生抑制が行えた患者数 100% 指導を受けてよかったと思う家族等の割合 70%	薬剤師訪問に対するアンケート

<重症化予防>

モデル事業実施主体名	抽出基準	目標	評価指標
北海道妹背牛町	北空知糖尿病療養連携システムを通じてかかりつけ医から生活習慣改善指導のために町保健師に連絡することに同意した被保険者	糖尿病のコントロール不良者への保健指導・栄養指導により、コントロール不良状態が改善する者の割合を50%以上	HbA1c
茨城県河内町	平成25年度以降に特定健診を受診した74歳のもののうち、HbA1cが7.0%以上でeGFR値がG3a以上の者		医療機関受診者割合
神奈川県大和市	平成27、28年度の長寿健診受診者のうち、HbA1c6.5%以上かつeGFR50以下かつ尿蛋白が+以上の者	糖尿病性腎症のステージ維持・改善者の割合80%以上またはHbA1cの改善者を50%以上	腎症ステージ（維持・改善者数）、HbA1c改善者数、行動変容者数（生活習慣の改善者数）
石川県後期高齢者医療広域連合（七尾市・加賀市・能美市・野々市市：直営、津幡町・内灘町・能登町：委託）	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	指導対象者の実施率20% 指導実施完了者の生活習慣改善率70% 検査値改善率70%	指導前後6か月以内の検査値の変化（HbA1c、血糖値、蛋白尿の有無、eGFR値など）、生活習慣の改善状況（聞き取りより）
愛知県東浦町	平成28年度の健診結果からHbA1c6.5%以上で糖尿病受療歴がない者	未治療者の割合30%	健診の各項目、医療費・心疾患の有無・脳卒中の有無、透析の導入状況、要介護認定状況
鳥取県後期高齢者医療広域連合	健診結果より、高血圧（Ⅱ度高血圧以上）・糖尿病（HbA1c7.0%または空腹時血糖130mg/dl）・脂質異常症（男性のLDL180mg/dl以上）・腎臓病（尿蛋白2+以上）の各リスクが該当する者 高齢者健康診査の未受診者及び要指導者、相談希望者 昨年度の相談者のうちの未受療者	生活習慣病重症化ハイリスク者が医療機関を受療する割合50% 健診結果が改善する人の割合を25% 生活（食事・運動等）についての意識が変化した人の割合20%	生活習慣病重症化ハイリスク者が医療機関を受療する割合、健診結果及び受療結果等による数値の改善状況、生活等の改善状況

モデル事業 実施主体名	抽出基準	目標	評価指標
香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	再受療勧奨を受けた対象者のうち、50%が受療する HbA1cが1年後に6.9%以下になる	再受療勧奨者のうち、受療した者の割合 HbA1c
福岡県後期高齢者医療広域連合 (宇美町・須恵町・中間市・宗像市・うきは市・豊前市・吉富町・みやこ町・東峰村)	後期高齢者健康診査の結果から、糖尿病性腎症の患者であり、人工透析導入前段階の者（健診結果でHbA1c7.0%以上かつ尿蛋白2+以上またはeGFR50ml/分/1.73m ² 未満）もしくは主治医・市町村からの情報提供により状態にある者		検査数値、基本チェックリストの項目、ADL、満足度
長崎県後期高齢者医療広域連合	一定期間（1もしくは2年間を予定）、医療機関無受診、健康診査の受診がない者	対象者全員の状況を把握し、健診等につなげる	医療機関受診が必要な者が受療につながった者の数、健康な場合は健診につながった数
鹿児島県後期高齢者医療広域連合 (鹿児島市・鹿屋市・垂水市・日置市・曾於市・始良市・大崎町・肝付町・南種子町・大和村・宇検村・与論町) (263,043)	長寿健診で「要医療」とされた被保険者（収縮期血圧150mmHg以上、拡張期血圧90mmHg以上、中性脂肪300mg/dl以上、HDL34mg/dl以下、LDL140mg/dl以上、空腹時血糖130mg/dl以上、HbA1c7.0%以上、尿蛋白+以上、eGFR50未満のいずれかが該当）		訪問指導実施者のうち、翌年度も対象基準に該当する人の人数・割合
沖縄県糸満市	長寿健診結果より、尿蛋白2+以上かeGFR40以下で空腹時血糖126mg/dl以上かつHbA1c7.0%以上	人工透析に移行させない 検査データを悪化させない	人工透析移行者数 尿蛋白、eGFR、空腹時血糖、HbA1c

<複合的取組>

モデル事業 実施主体名	抽出基準	目標	評価指標
長野県佐久市	市の個別健診・地域集団健診結果より BMI21.4 以下かつアルブミン値 3.8 以下の者（要介護 1 以上の認定者を除く）	医師会と連携し、「保健指導マニュアル」を作成・市内医療機関に配付 アルブミン値、フレイル・インデックス フレイル・インデックス（体重、歩行速度、握力、易疲労性、運動習慣の有無）、 下腿周囲径が改善した者の割合 50%	アルブミン値、フレイル・インデックス（体重、歩行速度、握力、易疲労性、運動習慣の有無）、 下腿周囲径
岐阜県後期高齢者医療広域連合（中津川市）	介護予防教室の参加者	介護部門との連携関係の構築 効果的な保健事業の企画立案	・介護部門の実施している運動指導に関し、参加者のデータ提供を受ける ・広域主催による個別栄養調査及び指導 ・広域、介護両部門の対象者データの分析を大学に委託
大阪府大阪狭山市	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	生活習慣、服薬状況等の改善	生活習慣、服薬状況

モデル事業 実施主体名	抽出基準	目標	評価指標
岡山県勝央町	<p>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</p> <p>H28年度健診受診者で、KDBの後期高齢者の健診状況（H27年度）の医療未受診者及び医療受診者（うち生活習慣病保有者）のうち受診勧奨判定値ありの内から、医療・介護の突合状況から選定する。</p>	<p>栄養指導による体重増加者30%、体重増加に向けた取り組みを開始した者60%以上</p> <p>血圧コントロール不良者への栄養指導等で改善傾向がみられる者20%、血圧コントロールに向けた取り組みを実施している者60%以上</p> <p>血中脂質コントロール不良者への栄養指導等で改善傾向がみられる者20%、血中脂質コントロールに向けた取り組みを実施している者60%以上</p> <p>訪問指導（栄養・運動）により身体機能（握力）の向上がみられる者30%、身体機能向上に向けた取り組みを実施している者60%以上</p>	<p>体重・体重増加に対する取組の実施状況、血圧、血圧コントロールに向けた取り組みの実施状況、血中脂質・血中脂質のコントロールの取り組みの実施状況、身体機能（握力）・身体機能向上の取り組みの実施状況</p>
宮崎県美郷町	<p>平成26・27年度の後期健診結果から、血清アルブミン（男3.6以下、女3.7以下）又はBMI18.5未満の方について抽出し、訪問指導に適さないと思われる方（治療中、施設入所、入院中）等を除いた方</p>	<p>5m歩行（秒）、30秒椅子立ち上がり回数が改善した人の割合5割以上</p> <p>体重、BMIが改善した人の割合3割以上</p>	<p>5m歩行（秒）、30秒椅子立ち上がり回数</p> <p>体重、BMI</p>

4) 平成28年度モデル事業でのアセスメント項目一覧

<栄養に関する相談・指導>

	茨城県 東海村	埼玉県 和光市	神奈川県 大和市	長野県 佐久市	愛知県 大府市	三重県 津市	大分県 中津市	宮崎県 宮崎市
使用ツール								
①基本チェックリスト		○			○	○		
②高齢者用簡易栄養状態アセスメント質問票	○							
③BDHQ	○							
④簡易栄養状態評価表					△		○	○
⑤栄養アセスメント							○	○
⑥食品群別摂取頻度					○	○		
⑫特定健診質問票								
独自ツール・項目	⑦和光	○						
	⑧大和			○				
	⑨佐久				○			
	⑩大府					○		
	⑪津						○	
大分類	小分類 具体的項目							
身体状況	身長	②、③	①	⑧		①	①	
	体重	②、③	①	⑧	⑨	①	①	
	BMI	②	①		⑨	①	①	④
	握力					⑩	⑪	
	下腿周囲長					⑩		
	ふくらはぎ周囲						④	④
	体重減少	②	①	⑧	⑨	④	①	④、⑤
体重増加		⑦	⑧	⑨			⑤	
日常生活行為	開眼片足バランステスト		⑦			⑪		
	移動方法	②	⑦			⑩		
	外出頻度		①			①		
	自力歩行の有無		⑦			④		④
	定期的な体重測定	②		⑧	⑨			
	歩行速度					⑩		
	生活時間帯						⑪	
健康状態	主観的健康観	②	⑦	⑧		⑩	⑪	⑤
	既往歴・入院歴	②		⑧	⑨		⑪	⑤
	通院状況		⑦			⑩	⑪	⑤
	慢性疾患の有無		⑦	⑧	⑨			
	服薬状況	②	⑦	⑧	⑨		⑪	⑤
	精神的問題の有無		⑦			④		④
	ストレスの有無		⑦			④		④
	記憶状態		⑦			⑩		
	疲労感		①			①	①	
	転倒状況		①			①	①	
	アレルギーの有無		⑦		⑨			⑤
	アルブミン値		⑦		⑨			
	HbA1c		⑦		⑨			
	睡眠状況		⑦					⑤
食生活	排便状況		⑦	⑧	⑨		⑪	⑤
	排便状況		⑦	⑧	⑨		⑪	⑤
	食事頻度	②	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑤
	食事量		⑦					④
	水分摂取量	②	⑦	⑧	⑨			⑤
	主食摂取頻度・量	②	⑦					
	肉の摂取頻度	②、③	⑦		⑨	⑥	⑥	
	魚の摂取頻度	②、③	⑦		⑨	⑥	⑥	
	豆腐・納豆摂取頻度	②	⑦	⑧	⑨	⑥	⑥	
	卵摂取頻度	②	⑦		⑨	⑥	⑥	
	乳製品摂取頻度	②	⑦	⑧	⑨	⑥	⑥	
	果物摂取頻度	②	⑦		⑨	⑥	⑥	
	野菜摂取頻度・量	②	⑦	⑧	⑨	⑥	⑥	
	菓子類摂取頻度	②	⑦	⑧	⑨			
	補助食品摂取		⑦		⑨			
	カップ麺等の摂取							⑤
	具体的食事内容		⑦					⑤
	好きな物							⑤
	嫌いな物							⑤
	アルコールの量		⑦					⑤
	味付け		⑦				⑪	
	食事速度	②						
	食事満足度	②	⑦	⑧				
	食べる意欲	②	⑦	⑧			⑪	
	満腹感						⑪	
	食へることへの関心	②	⑦					
	買い物状況		⑦	⑧	⑨			⑤
食事の支度		⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑤	
献立作成		⑦		⑨	⑩			
配食利用の有無		⑦		⑨			⑤	
一緒に食べる人		⑦	⑧			⑪	⑤	
外食の状況		⑦					⑤	
食事上の課題		⑦			⑩	⑪	⑤	
口腔状態	咀嚼状態	②	⑦	⑧	⑨			
	嚥下状態(むせ)	②	⑦	⑧	⑨			
	咬合力		⑦		⑨			
その他生活習慣	歯や入れ歯の状態		⑦		⑨			
	RSST		⑦			⑪		
	喫煙	②						
	飲酒		⑦					
その他	規則正しい生活リズム		⑦	⑧				
	過去の栄養指導歴	②	⑦	⑧			⑤	⑤
	自己効力感		⑦	⑧				
喫煙状況						⑪		

<口腔に関する相談・指導>

大分類	中分類	小分類	岩手県 宮古市	埼玉県 和光市	長野県 佐久市	福岡県 豊前市	大分県 中津市
	基本チェックリストの項目			○	○	○	
対象者の状況	基本情報	要介護度	○			○	
		意思疎通の状況	○			○	
		かかりつけ歯科医	○	○	○	○	
		困っていること	○	○			○
		介護者の健康度					
	身体状況等	体重		○		○	○
		体重減少		○		○	○
	健康状態	現病名	○	○	○		
		服薬状況	○	○			
		過去の発熱の有無	○				○
		肺炎の既往	○				○
	口腔状態	声		○		○	
		義歯	○	○	○	○	
		かみ合わせ	○	○		○	
		頬膨らまし	○	○	○		○
		発音		○	○		○
		嚥下障害	○	○		○	○
		咬合力		○			○
		開口度	○	○			
		口腔乾燥	○	○	○	○	○
		口腔粘膜	○	○		○	
		歯肉	○	○		○	
		口の中の痛み		○		○	
		摂食状態(食べ物のレベル)	○	○	○		○
		嗽の状態	○		○	○	
	舌の動き	○	○	○	○	○	
	RSST		○	○		○	
	口腔衛生状態	口腔ケアの自立度	○	○		○	○
		介助者	○	○			
		口腔ケアの回数	○		○		
		使用器具	○	○			
		食物残渣		○			○
		舌苔	○	○	○	○	○
		口臭		○	○	○	○
		歯の汚れ	○	○	○		
		唾液	○	○		○	
		清掃状態	○	○	○		○
		歯ブラシの毛先		○			○
		歯ブラシの清潔状況			○		
	入れ歯の清掃	○	○	○			
その他	食事が楽しめるか	○	○		○	○	
	食欲		○		○		
	薬が飲めるか		○			○	
	会話がスムーズか		○			○	
	良く会話をするか		○			○	
	主観的健康観 表情	○	○			○	

＜服薬指導＞

大分類	中分類	小分類	北海道 北見市	熊本県 八代市
対象者の基本情報	キーパーソン	相談対象者		○
	対象者の状況	年齢	○	○
		性別	○	○
		世帯の状況	○	
		家族構成		○
		介護認定(要介護度)	○	○
		日常生活状況(自立/要介助)	○	
		担当事業所/ケアマネ		○
		栄養摂取状況		○
治療状況	通院の状況	医療機関名	○	○
		診療科目	○	
		主治医名		○
		通院方法/手段	○	
	服薬の情報	服薬中(治療中)の疾患	○	○
		服薬中の薬の数	○	○
服薬状況	服薬管理	薬の管理(者)	○	○
		協力者(連携先)	○	○
		お薬手帳の活用の有無	○	
	服薬に関する問題	重複・多剤・併用禁忌など処方に関する問題の記載	○	○
		飲み忘れ・間違いなど服薬行動に関する問題の記載	○	○
		嚥下の心配の有無	○	
		認知機能の心配の有無	○	
		視覚機能の心配の有無	○	
運動機能の心配の有無	○			

＜重症化予防＞

大分類	中分類	小分類	神奈川県 大和市	石川県 広域	愛知県 東浦町	鹿児島県 広域	沖縄県 糸満市
	身体状況	体重	○				
		血压				○	○
		空腹時血糖値		○		○	○
		HbA1c	○	○		○	○
		LDL-Cho				○	
		e-GFR	○	○		○	○
	尿蛋白	○	○		○	○	
	健康状態	既往歴・入院歴	○				
		通院状況	○		○	○	
		家族歴	○				
		精神状態	○				
		認知機能	○				
		浮腫	○				
		脱水	○				
		倦怠感	○				
		体重増減				○	
		握力の低下				○	
		横断歩道を渡れるか				○	
		服薬状況				○	○
障害の状況		○					
生活習慣	食習慣	摂取エネルギー量	○				食生活全般
		摂取たんぱく質量	○				
		一日の食事回数	○				
		治療用特殊食品	○				
		食欲	○				
		一緒に食べる人	○				
		塩分摂取				○	
		食生活の改善意向				○	
		食形態	○				
		買い物	○				
	つくる人	○					
	咀嚼状況	義歯の有無	○				
	生活習慣	喫煙				○	○
		運動習慣	○			○	身体活動全般
1日の歩数					○		
外出頻度					○		
定期的な体重測定					○		
定期的な血压測定					○		
飲酒				○			
その他	主観的健康感		○				
	自己効力感		○		○		
	保健指導歴	特定保健指導歴 栄養指導	○			○	

<複合的取組>

大分類	中分類	小分類	岐阜県 広域	大阪府 大阪狭山市	岡山県 勝央町
ツール	独自のツール	①基本チェックリスト	○		
		②転倒スコア表	○		
		③BDHQ	○		
		④岐阜	○		
		⑤大阪狭山		○	
		⑥勝央町			○
対象者の状況	介護調査	介護度/介護者		⑤	
		介護者の健康度		⑤	
	身体状況等	持久力	④		
		下肢筋力	④		
		身長	④	⑤	
		体重	④	⑤	
		血圧	④	⑤	
		脈拍	④	⑤	
		不整	④		
		握力	④		⑥
		開眼片足立ち	④		
		歩行時間	④		
		長座位体前屈	④		
		TUG(使用道具)	④		
	日常生活能力		⑤		
	生活習慣	活動範囲	④		
		喫煙			⑥
		運動習慣			⑥
	健康状態	睡眠			⑥
		主観的健康感	④		
		体の痛み	④		⑥
		既往歴	④	⑤	
		現病名		⑤	
		家族歴			⑥
		受診医療機関		⑤	⑥
		通院状況		⑤	⑥
		服薬状況		⑤	⑥
		自覚症状	④		
		入院歴	④		
		運動制限への指示	④		⑥
		有所見の状況	④		
	息切れの状況	④			
	腰痛やひざ痛	④			
	食生活状況	調理		⑤	⑥
		食事回数		⑤	
		食欲の有無		⑤	
		排泄		⑤	
		嗜好・飲酒		⑤	⑥
		買い物			⑥
		配食サービス			⑥
		水分摂取量			⑥
	味付け			⑥	
口腔衛生状態	かかりつけ医の有無		⑤		
	口腔清掃状態		⑤		
	義歯		⑤		
	嚥下障害		⑤		
その他	転倒への不安	④			
	自己管理状況(体重)			⑥	
	自己管理状況(血圧)			⑥	
	生活習慣改善意欲			⑥	

<訪問歯科健診評価項目>

- : 歯科医師による定量評価
- ◎: 歯科医師による定性評価
- : アンケートによる確認
- △: 健診項目はあるが評価方法不明
- ×: なし

自治体名		歯の状況		歯肉の状況		義歯		機能関係							その他		
		未処置歯・う蝕	喪失歯・要補綴歯	CPI	それ以外	清掃状態	適合状態	咬合(アイヒナー等)	咀嚼(ガム・グミ等)	舌圧・凝舌	舌巧緻性・ディアドコ	嚥下機能(eat10・反復水飲み・頸部聴診)	口腔乾燥	開口度・開口保持等	頬ふくらまし	清掃状態	粘膜
青森県	青森市	●	●	×	●	◎	●	×	×	×	×	×	×	●	×	◎	●
青森県	西目屋村	●	●	●	×	◎	●	●	○	◎	◎	●	○	◎	◎	◎	×
岩手県	宮古市	●	●	×	●	●	×	●	×	●	×	×	◎	●	●	●	●
東京都	千代田区	●	●	●	×	×	●	×	○	×	×	○	×	×	×	◎	●
東京都	中央区	●	●	×	●	◎	●	×	×	×	×	●	◎	×	×	◎	×
東京都	武蔵野市	●	●	×	◎	◎	◎	◎	×	×	×	△	◎	×	×	◎	×
神奈川県	厚木市	●	●	●	×	◎	●	●	×	×	×	○	○	●	×	◎	●
新潟県	新潟市	●	●	×	●	×	●	×	×	×	×	×	×	×	×	◎	×
長野県	塩尻市	●	●	×	●	◎	●	×	×	×	◎	●	◎	×	×	◎	●
岐阜県	岐阜市	●	●	×	●	◎	●	●	◎	●	×	●	◎	×	×	◎	●
岐阜県	各務原市	●	●	×	●	◎	●	●	◎	●	×	◎	◎	×	×	◎	●
岐阜県	可児市	●	●	●	×	◎	●	●	○		◎	◎	◎	×	×	◎	●
岐阜県	揖斐川町	●	×	×	●	×	×	×	×	×	◎	○	◎	●	×	◎	●
岐阜県	大野町	●	×	×	●	×	×	×	×	×	◎	○	◎	●	×	◎	●
岐阜県	池田町	●	×	×	●	×	×	×	×	×	◎	○	◎	●	×	◎	●
岐阜県	御嵩町	●	●	●	×	◎	●	●	○		◎	◎	◎	×	×	◎	●
三重県	亀山市	●	●	×	●	◎	●	●	◎	●	×	◎	○	○	×	◎	●
三重県	名張市	●	●	×	●	◎	●	●	◎	●	×	◎	○	○	×	◎	●
三重県	鈴鹿市	●	●	×	●	◎	●	●	◎	●	×	◎	○	○	×	◎	●
滋賀県	竜王町*	●	●	×	●	◎	●	×	△	×	×	△	◎	×	×	◎	●
大阪府	河内長野市	●	●	×	●	×	●	×	◎	×	×	◎	◎	◎	×	◎	●
大阪府	堺市	●	●	×	●	◎	●	×	×	●	×	●	◎	×	×	◎	●
大阪府	摂津市	●	●	×	●	×	●	×	×	×	×	◎	×	●	×	◎	●
大阪府	枚方市	●	●	×	●	◎	●	×	●	◎	●	●	◎	●	×	◎	●
大阪府	箕面市	●	●	×	●	◎	×	●	●	×	×	◎	◎	×	×	◎	×
島根県	広域連合	●	●	×	●	◎	●	×	●	●	●	●	◎	×	×	◎	●
高知県	土佐清水市*	×	×		×	◎	×	×	◎	×	×	×	×	×	×	◎	×
高知県	四万十市	●	●	×	×	◎	●	●	×	◎	◎	×	◎	●	◎	◎	×
高知県	安芸市	●	●		△	×	●	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
福岡県	豊前市*	●	●	×	●	×	●	○	○	●	●	◎	◎	×	×	◎	●

*は歯科検診を実施している自治体を表す、その他は訪問歯科健診を実施している自治体を表す

5) モデル事業における取組のポイント

<栄養指導>

市町村名	状態（課題）把握のためのポイント	その他、指導等にあたって特筆すべきこと
<p>埼玉県 和光市</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・和光市の介護予防に関する共用アセスメント様式を使用し、食事内容の課題、健康面の課題、生活面や環境面の課題を抽出する ・訪問時に体重測定を実施、健康診断結果の提示をしてもらい具体的な数値を把握する ・健康診断結果がない場合は、通院時の血液データや服薬状況を確認。 ・食事記録（食の多様性チェック表）を次回訪問日までやっていただくよう宿題を渡し、記入内容から更に課題を把握する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・アセスメントにより把握し、課題を抽出する。 ・課題を改善せず生活した場合に起こりうる問題点と、課題を改善した場合に生活が良くなる未来像を考える。 ・対象者の良いところや、現在できているところも活用する。 ・対象者が前向きに考えることができるように、現状ですぐ達成できそうな目標を、対象者と一緒に考える。 ・実際の生活スタイルに合わせて助言する。 ・病識、服薬内容を本人や家族が理解していただき、問題意識をもってもらったことで、自ら疾病予防しよう、重症化予防しようと思えることができるように声かけする。 ・栄養に特化せず、生活全体の視点でとらえる。 ・地域の情報等も把握しておく。 ・定期的にモニタリングが必要と感じた場合には包括支援センターなどにつなげる。（他職種との連携を常にとりおく）
<p>愛知県 大府市</p>	<p>低栄養とフレイルの食生活の現状把握と分析、課題抽出の結果の多機関介入</p> <p>1. 訪問評価（多様な食のアクセスの実態把握のための対話と観察） 対話：精神的孤独、社会的孤立、食に関する価値観、食欲、認知機能、閉じこもり、 聴力、視力、振るえ、皮膚状態、口臭、顔色不良、口唇の色、活舌、痛みの訴え、 仕事の有無、世帯、家族関係、移動方法</p> <p>観察：体幹保持、転倒リスクのある住環境や身体機能、移動方法、居住周辺の商業施設、公共交通機関、家屋、住環境の騒音や匂いや空気の状況、立地条件、屋内の温度、屋外の手すり等の転倒予防のための設備、調理器具、運動靴の有無、 照明の具合、台所の利用状況、庭や室内の乱れ具合、生活を楽しむ余裕</p> <p>2. 栄養ケアと多機関連携 訪問評価：地域診断や食生活環境の把握と今後の低栄養とフレイルの動向予</p>	<p>1. 自己認知や自己効力感が乏しい 空腹感、口渇感、口腔機能の低下、体重減少やふらつき転倒、病態等の心身機能の自己認知が乏しく、また、自己効力感も乏しいまま日常化してしまいがち。食べる意欲も低下し、治療が遅れ発見時には既に脱水や重症化している場合もある。 特に食歴を無視した一方的な指導や押し付けは不安感や不信感を高め、拒絶する可能性があるので注意する。</p> <p>2. 医療機関にかかっている人も、食べていない人はいる 多様な食のアクセス問題や栄養課題は認知機能の低下や抑うつや社会的要因があるため、医療受診していても食べていない人もいる。 食べていない理由を、多面的に評価し、その人のアイデンティティを考慮し、一方的な指導をしないように注意する。</p> <p>3. 多様な健康情報を精査できず、食べてはいけないと思っている人がいる BMIは比較的保たれている人が多く、メタボのイメージが強いため、体重を下げたいため、肉やたんぱく質</p>

市町村名	状態（課題）把握のためのポイント	その他、指導等にあたって特筆すべきこと
	<p>測に利用 事前評価：食のアクセス把握から得た低栄養とフレイルの課題の根拠に利用（食関連リスク、基本チェックリスト、MNA-SF、握力、体重、BMI） 栄養ケア計画：本人の望む暮らしを確認し、そのために自分が頑張れることを確認。 それを達成するために、低栄養やフレイル予防方法を本人に確認。 モニタリング：計画の進捗と食のアクセス課題と低栄養リスク軽減の確認 自己効力感を高めるための自分の計画の達成と自己知覚 多機関連携の根拠のための客観的評価と自己知覚 多機関連携：低栄養リスクの要因が食の社会的アクセス問題の場合、多機関と連携する。 事後評価：課題改善評価</p>	<p>を食べないようにしている人もいる。高齢者の食環境や病態栄養は個性が高く、根拠をもってセルフメディケーションを達成できる食育をする必要がある。</p>
大分県 中津市	<p>基本チェックリストにより「低栄養状態」に該当した栄養状態に問題のある方に対し、6か月の間に、管理栄養士が、対象者に対し、5回、自宅を訪問し、アセスメントを行い、改善のための相談や指導を行った。また、内3回は看護師も同行訪問し、血圧測定等を実施。</p> <p>・統一した栄養状態評価表を用いて、定期的に状態評価を行った。</p>	
宮崎県 宮崎市	<p>方法： 対象者抽出後、電話で訪問日時を決める 訪問日の前日か当日に再度、電話で確認を取り、訪問する（必ず、不在ではない状況の訪問での形）</p>	<p>*現状として、自宅までの訪問を希望する方は少なかった。 今後：後期高齢で居宅の方は、比較のお元気なので、通所中の人にならないために通所中の人にもアポをとって訪問するという考えはどうか（案）。医療に繋がり栄養相談できる人は除外。 その時は、デイサービス等での不在を避けるために、ケアマネなどと連携を図る。（介護のサービスプラン等を把握しているのはケアマネなので包括（介護）との連携が大切ではないか） 本人の状態の把握はケアマネが一番詳しいと思われる。ケアプランの中に栄養訪問など入れ込むなど。健診結果等は行政の方が把握しやすいこともあるので、状態（課題）の把握は包括との連携がポイントではないかと思う。</p>

<口腔指導>

市町村名	状態（課題）把握のためのポイント	その他、指導等にあたって特筆すべきこと
岩手県 宮古市	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問歯科健診等希望調査は、ケアマネを通じて配布および回収する。 ・介護事業所・歯科医師会の理解と協力を得るために、会議等に加え個別訪問により説明する。 ・希望なしの方の場合には、その理由を確認し訪問によって受診勧奨をする。 ・歯の有無にかかわらず歯科健診および口腔ケアが大切であることを説明する。 ・訪問日程は、原則当事者間（受診者と歯科医師）で行う。困難な場合には市やケアマネ等が調整する。 ・家族あるいはケアスタッフ等の立ち合いが望ましい。 ・口腔ケアについては、回数のみではなく、実施者および使用しているグッズや実施場所を確認する。 ・口腔ケアグッズは紹介にとどめず配布し、口腔ケアを実際に日常の場所において実施する。 ・配布ケアグッズは受診者の状況を考慮する。例）歯ブラシと舌ブラシの形状は混乱しないようにはっきり区別がつく物とする。 	<ul style="list-style-type: none"> ・口腔ケアについては、自宅において日常の場で行う点が有益であったが、対象者本人や介護者が高齢の場合には内容の理解が難しい。このためデイサービス等の介護サービス利用時におけるケアを充実させるのが効果的であり効率も良いと考える。ただしこの場合、介護保険との兼ね合いに検討が必要である。 ・歯科治療は可能であれば外来受診をとするが、付き添う家族がない場合には歯科外来受診は困難である。一方歯科医師側も、訪問歯科診療においては、対象者の状況および治療内容等で難しい場合があり、訪問歯科診療の対応が困難なケースがある。
埼玉県 和光市	<ul style="list-style-type: none"> ・和光市の介護予防に関する共用アセスメント様式を使用し、食事内容の課題、健康面の課題、生活面や環境面の課題を抽出する ・訪問時に体重測定を実施、健康診断結果の提示をもらい具体的な数値を把握する ・健康診断結果がない場合は、通院時の血液データや服薬状況を確認。 ・口腔内チェックと普段通りの歯磨きを実際にしていただく。 ・個々に行う口腔ケアのチェック表を次回訪問日までやっていただくよう宿題を渡し、記入内容から更に課題を把握する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・アセスメントにより把握し、課題を抽出する。 ・課題を改善せず生活した場合に起こりうる問題点と、課題を改善した場合に生活が良くなる未来像を考える。 ・対象者の良いところや、現在できているところも活用する。 ・対象者が前向きに考えることができるように、現状ですぐ達成できそうな目標を、対象者と一緒に考える。 ・実際の生活スタイルに合わせて助言する。 ・病識、服薬内容を本人や家族が理解していただき、問題意識をもっていただくことで、自ら疾病予防しよう、重症化予防しようと思えることができるように声かけする。 ・口腔に特化せず、生活全体の視点でとらえる。 ・地域の情報等も把握しておく。 ・定期的にモニタリングが必要と感じた場合には包括支援センターなどにつなげる。（他職種との連携を常にとっておく

市町村名	状態（課題）把握のためのポイント	その他、指導等にあたって特筆すべきこと
滋賀県 竜王町	<ul style="list-style-type: none"> ・介護者にも指導するため、介護者のいる時間に訪問する。 ・低栄養防止のため、2～3ヶ月の体重の情報を聞き取りかつ、口腔の問題点との関連をみる。 ・食事形態を聞き、咀嚼状態の確認をする。 ・肺炎の既往歴 ・水飲みテスト（窪田の方法） 	
香川県後 期高齢者 医療広域 連合	介護している家族に同席してもらい訪問歯科健診を実施。	訪問歯科健診をきっかけとして、その後の継続した口腔管理が行えるよう、医療保険の訪問歯科診療や介護保険の居宅療養管理指導の利用につなげるよう説明する。
大分県 中津市	<p>基本チェックリストにより「口腔機能の低下」に該当した口腔機能に問題のある方に対し、歯科衛生士が、対象者に対し、5回、自宅を訪問し、アセスメントを行い、改善のための相談や指導を行った。また、内3回は包括看護師も同行訪問し、血圧測定等実施。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・統一した口腔アセスメント評価表を用いて、定期的に状態評価を行った。 	

<服薬指導>

市町村名	状態（課題）把握のためのポイント	その他、指導等にあたって特筆すべきこと
北海道 北見市	<p>①保険者機能を活かし、医療・介護・健診等の状況、家族環境など事前に把握（アセスメント）し、課題仮説を立て、支援計画作成のもと訪問をする。</p> <p>②薬剤師と事前に症例検討（服薬に関する課題の整理、支援方針、課題解決策など検討）して、事前アセスメントを活かした訪問をする。</p> <p>③家にある全ての処方薬、市販薬、検査結果、お薬手帳、健康食品、サプリメントを一か所に出してもらい、一緒に確認をする。病識や自己管理内容を確認するため、症状や生活時間について問診し、お薬の悩みなどは本人の言葉で説明をしてもらう。また、支援者（家族、ケアマネなど）について確認を行う。⇒原因を明確にする。</p> <p>④指導に必要な媒体、情報提供資料など持参し、円滑に訪問指導を実施する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問で薬剤に関する課題について「原因」を明確化し、支援者で共有する。 ・生活背景の把握を丁寧に行う。 ・（医薬連携、薬薬連携、介護連携など課題解決にむけ協力が必要な場合が多いため）保険者が実施している本事業について、事前に高齢者を支援している関係職種、団体に周知し協力依頼を行う。
三重県 桑名市	<ul style="list-style-type: none"> ・薬の保管場所、保管状況を確認する。 ・薬剤情報提供書やお薬手帳より、受診状況や処方内容を確認する。 ・服用薬剤の内容を説明してもらう。 	<ul style="list-style-type: none"> ・処方提案を行う際は、「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015」に基づいて行いました。 ・サプリメントなどについては、高額なお金をかけて購入し、しっかりと服用している人ほど、保険診療による薬剤の飲み残しが多い傾向だった。 （例）降圧薬などは自覚症状がないため、飲み残しがあるが、倦怠感などの自覚症状にたして、栄養剤はしっかりと服用している。 ・主に加齢による身体機能の低下に対する治療を望む傾向にあり、それに対するサプリメントを服用している傾向がある。 ・降圧剤、糖尿病薬および抗血栓生薬等は自覚症状がないが、服用の指示があるため、服用に抵抗があり、周りからの副作用の情報等に過敏になり、服薬拒否につながっている高齢者も多かった。 ・病識と処方薬の知識が一致していないことが原因と考えられるが、病院や薬局では質問もなく、しっかりと服用していると答えている高齢者が多く、実施に訪問するなどしないと、状況が把握できないことが多かった。

<重症化予防>

市町村名	状態（課題）把握のためのポイント	その他、指導等にあたって特筆すべきこと
鳥取県 鳥取市	<ul style="list-style-type: none"> ・健診結果に基づいて訪問を行い、受療状況や生活習慣を把握する。 ・必要に応じて家族（主に妻）の同席を依頼して状況把握し指導する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・自分では調理ができず、夫婦以外の家族が調理を担当している、または弁当等を購入している場合は、食事に関する改善が難しい。 ・家族も昼間は勤務で不在にしており保健指導が難しいため、本人が取り組める範囲での提案を行っている。 ・各々の長年にわたる生活習慣が確立しており、最適と考えられる改善を提案しても取り組みにつながりにくい。 ・このため対象者の気持ちや健康によいと考え行動していることを称賛しつつ、できそうな改善策を提案している。
香川県後 期高齢者 医療広域 連合	<ul style="list-style-type: none"> ・事前に主治医に連絡し、治療内容や注意点などを把握した上で訪問をする。 ・本人が高齢で理解が難しい場合は、家族に状況の確認を行う。 	<ul style="list-style-type: none"> ・事後のフォローが継続して行えるよう、訪問の結果を主治医と対象者の居住する市町の保健師に伝える。
福岡県後 期高齢者 医療広域 連合	<ul style="list-style-type: none"> ・じっくり・ゆっくり対象者に合わせて傾聴し、説明する。 ・訪問時は、できるだけ家族同伴で面接し、家族にも本人の状態理解や生活習慣の協力を得る。 ・自宅での生活状況や身体状況等よく観察する。（歩行状況・移動・段差・話のつじつま等） ・1日の生活＋食事内容の詳細な聞き取り（表）の活用で、詳細な生活像を把握する。 ・家庭内でよく利用する食品や嗜好品等は、実際の内容を確認するなど具体的に把握する。 ・自宅にある血圧計や万歩計が使われていないこともあるため、再活用をする。 ・日々の結果をダイアリーに記録するなど、自分で管理する。 ・塩分計を利用し、塩分濃度の適正な意識を高める。 	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者の指導は、電話よりも訪問面接の方が、相手の理解状態が把握でき効果的。 ・「お饅頭の大きさを小さくした」とか、「買い物時にスーパー内で1回見て回るのを、2回にした」など、小さな変化も、一緒になって認め・励ましたり、褒めたりするとやる気が続いたり、お互い良い関係が増すようだ。 <p>【注意すべきこと】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・坑うつ剤等服用している人や薬剤が変更になる時には注意を促す必要を感じた】 ・子供の死亡でうつ状態となり坑うつ剤服用。朝方トイレからでたところ、ふらつき転倒し、肋骨骨折等で入院。退院後は、その日の体調により量を調整しながら服用するようになった。 ・糖尿病の内服薬変更で、突然歩けなくなり入院。検査をしたが低血糖でもなく原因不明。すぐに退院となり、元の生活に戻った。

<複合的取組>

市町村名	状態（課題）把握のためのポイント	その他、指導等にあたって特筆すべきこと
長野県 佐久市	<ul style="list-style-type: none"> ・同居家族から運動の様子・食事の状況の聞き取りを行う ・歯科衛生士の訪問時には口腔内の清掃状態をチェックする ・対象者の身体機能を把握するため、RSST・咀嚼力判定ガム・握力・下腿周囲径・片脚立位の測定を行う ・保健師の訪問時には血圧測定を行う ・訪問開始から4ヶ月目に評価検診（問診・身体測定・血液検査）を行う ・必要に応じて主治医から診療情報を提供してもらう ・体組成計を用いて、測定を行う 	<ul style="list-style-type: none"> ・食品について、手のひら1盛分の目安量を提示 ・個人の状態を把握し、その方にあった口腔体操、運動を選択し、指導を行った ・媒体（紙ベース）を使用して指導を行った
宮崎県 美郷町	<ul style="list-style-type: none"> ・原則、訪問時間を予約して自宅訪問をする。 ・主に食事を作る人にも同席してもらう。 ・事前に、健診結果の経年表の数値とレセプト上の主病名を確認しておく。 ・後期高齢健康診査の結果（身長・体重・BMI・アルブミン値） ・栄養アセスメント票による聞き取り（訪問日の前日の食事（間食も含む）内容も含む） ・訪問時の体重、ふくらはぎ周囲径の計測 	<ul style="list-style-type: none"> ・70歳代以上でeGFRが40%以下の人・尿たんぱく（++）が毎年続いている人が対象者の中に数名いた。定期受診をしているが、食事など具体的な指示を受けていない人がほとんどだった。「先生には何も言われていない」とのこと。90歳代でも塩分の過剰摂取がある人には情報提供をして改善を促したが、理解はできていないようだった。 ・使用薬剤が多い。降圧剤でも3、4種類。鎮痛薬も内服やシップ・塗布薬など、数種類。 ・90歳代の人など、食生活を改善する気持ちをもってもらえる情報提供ができなかった。 ・中山間部であるため、交通機関に乏しく、食品の購入場所も限られていることから買い物が不便であり、店頭にある食品も多様性に欠ける為、購入食品が偏る傾向にある。 ・高齢であっても、農林業や畜産に携わっている方が多く、活動的である。地域的な食環境、食習慣により、自身の食生活、食事内容に不満、不安を持っている方はほとんどいない。

6) モデル事業におけるアドバイス内容・設定した目標

<栄養指導>

市町村名	比較的多く見られる課題	具体的なアドバイス内容	状態の改善に向けて高齢者が設定した（もしくは高齢者に提示した）目標の例
埼玉県 和光市	・食事量不足で低体重	・たんぱく質摂取の定着	間食にチーズを毎日食べる、主菜を用意する
	・閉じこもりがち	・まちかど健康相談室(立ち寄り型サロン)の紹介	・外出の機会を増やす
	・食事量が多く過体重	・食事と間食の摂り方(量や時間)の説明	・牛乳をお茶に変える、夕食で食べ過ぎていた分を朝食にまわす
	・軽度認知症、食欲低下	・食事量を増やす	・ご飯の量を増やす、おやつ時に牛乳を飲む
	・糖尿病性腎症、カリウム制限を理解していない	・病気の説明、カリウム除去方法の説明	・病気を知り、野菜の茹でこぼしをする
	・口内炎や飲酒で食欲低下	・口内炎でも食べられる食事の提案	・体調不良時の食事を知る、食事と一緒に飲酒する
	・食事量不足で低体重	・たんぱく質摂取の定着	間食にチーズを毎日食べる、主菜を用意する
愛知県 大府市	・一人だと食べる気にならない	・望む暮らしを確認する。そのために食べる必要があることを、栄養評価から自己認知していただく。 ・地域包括支援センターから傾聴ボランティアをいれてもらう。	・1日3食 時間がきたら食べる。1日1回は、玄関から外にでる。そして、自分が生きて活動している認識をする。 ・次回訪問日に、何を食べたか美味しかったかを確認する。
	・1ヶ月で500gから1kgの低下	・体重が下がった理由を確認し、理由があれば改善できるかを確認する。必要ならば、医療や介護の各機関へ連携する。 ・好きな食材を確認し、そこから100kcal前後の食材を提案し、毎日食べることが可能か確認する	・毎日体重測定をして、生きて食べていることを実感する。 ・理由なく1ヶ月以内に更に体重が下がった場合は、モデル事業事務局へ連絡する
大分県 中津市	・主食が減っており、体を動かすエネルギー源が少ない。体調が悪いので、食欲も沸かない	・自分で身の回りのことなど、体を動かすには、そのエネルギーが必要。ご飯の量を増やす。食欲がない時は、消化のよいものを取り、間食でエネルギーの高いものをとる。	・ご飯の量を、増やす。(例：50g/日→100g/日) ・体調のよいときは、散歩するなど体を動かす。
	・口内炎や飲酒で食欲低下	・口内炎でも食べられる食事の提案 ・口腔ケア指導、歯科受診勧奨	・体調不良時の食事を知る、食事と一緒に飲酒する ・歯科受診する

市町村名	比較的多く見られる課題	具体的なアドバイス内容	状態の改善に向けて高齢者が設定した（もしくは高齢者に提示した）目標の例
	・義歯破損で低体重	・口腔内清掃と口腔体操指導、歯科受診勧奨	歯科受診する、口腔体操をする
	・義歯があたり歯肉炎	・口腔内と義歯清掃の指導、歯科受診勧奨	・義歯の手入れを行う
	・むせるため肺炎予防が必要	・口腔ケアと体操の指導、歯科定期受診勧奨	・口腔ケアと体操を行う、歯科受診する
	1食の量が少なく、たんぱく質が足りていない。	・主菜をしっかり取るように。買い物時の惣菜の選び方。間食にもたんぱく質の食品を取り入れる。栄養補助食品等の利用をすすめる。	・たんぱく質の食品をしっかり取るようにする。主食、主菜、副菜をきちんとそろえて、食事をとるようにする。おにぎりの中身も、たんぱく質のものにする。同じ食材ばかりを買わないように心がける
・食事のバランスに偏りがある	・1食に主食・主菜・副菜の最低3つの皿を用意して、バランスよく食べる。 ・配食サービスなどの利用を紹介。	・毎食バランスよくとるため、3皿は準備するようにする。	
宮崎県 宮崎市	摂取エネルギーの不足	主食は必ず食べる、間食を利用する	3時の間食にサンドイッチやおにぎり、自家製の甘酒など取り入れる。ご飯は3食しっかり食べる、ご飯の量を今よりも少し増やす
		油脂の使用料を増やしてエネルギーを上げる	油料理を1日1回はする
	たんぱく質不足傾向	好みの魚や肉の摂取量を増やす。	昼か夕食には主菜に魚か肉を取り入れる
		牛乳、乳製品を取り入れる	手軽に取れる牛乳やヨーグルト等は毎日とる
	野菜摂取量が少ない（便秘の悩みが多い）	朝食の味噌汁の具、彩のよいサラダ、和ものを増やす	緑黄色野菜を中心に野菜料理を毎日1食は食べる。カレンダーを利用して摂取できた日に○をつけ、できるだけ1週間を通して、○の少ない日を減らすよう意識していく。また、毎日カレンダーにチェックをいれる
貧血の予防改善	鉄分の多い食品を紹介し利用頻度を増やす	魚は赤身、肉もレバー等積極的に使用する（1日1回以上）きな粉、海藻類、大豆・大豆製品、を1日1回はどこかで取る	

<口腔指導>

市町村名	比較的多く見られる課題	具体的なアドバイス内容	状態の改善に向けて高齢者が設定した（もしくは高齢者に提示した）目標の例
岩手県 宮古市	・舌苔の付着	・専用の舌ブラシで、舌も清掃をする	・1日1回、舌清掃を行う
	・歯ブラシが大きすぎる	・適した歯ブラシ使用する	・適した歯ブラシ配布。以後の参考にする
	・歯みがきの回数が少ない	・もう一回、増やす	・毎食後に歯みがきをする
	・義歯はあるが使用していない	・義歯を使用して、よく噛んで食べる	・歯科受診あるいは訪問歯科治療を受診し義歯を使用できるようにする
	・義歯はあるが欠損歯が増えた	・義歯に増歯して、使えるようにする	・歯科受診あるいは訪問歯科治療を受診し義歯を使用できるようにする
	・義歯が痛い、ゆるい	・義歯を今のお口の状態に合わせる	・歯科受診あるいは訪問歯科治療を受診し義歯を使用できるようにする
	・義歯をはずさない	・義歯は食後に、外してから洗浄する	・義歯用歯ブラシを使用して洗浄する ・夜間は入れ物を決めて水中に保管する
	・何もしなくても、または飲食の際にむせる	・姿勢に気をつける ・起床時が一番汚れている ・顔や舌の筋肉を鍛える ・だ液の不足	・床に足を付ける。飲みこむ時は顎を下げる ・朝、飲食前も口腔洗浄をする ・顔面体操、舌体操、パタカラ等をする ・歌ったり、話をしたり、声を出して本や新聞を読む ・唾液腺マッサージをする ・医科の先生にも口渇について伝える
	・口を開けないのでケアができない	・顔に触ったりマッサージをして慣れてから行う	・指に清拭用品を巻いて清拭を実施する
埼玉県 和光市	・口内炎や飲酒で食欲低下	・口内炎でも食べられる食事の提案 ・口腔ケア指導、歯科受診勧奨	・体調不良時の食事を知る、食事と一緒に飲酒する ・歯科受診する
	・義歯破損で低体重	・口腔内清掃と口腔体操指導、歯科受診勧奨	歯科受診する、口腔体操をする
	・義歯があたり歯肉炎	・口腔内と義歯清掃の指導、歯科受診勧奨	・義歯の手入れを行う
	・むせるため肺炎予防が必要	・口腔ケアと体操の指導、歯科定期受診勧奨	・口腔ケアと体操を行う、歯科受診する
滋賀県 竜王町	・口腔清掃状態の不良	・食後の歯磨き、うがい、義歯の清掃の指導 ・デイサービスで口腔ケアをしてもらうよう施設にアドバイスする。	・毎食後、無理なら夜だけでもする。 ・デイサービスに歯ブラシ、コップを持っていき行う。

市町村名	比較的多く見られる課題	具体的なアドバイス内容	状態の改善に向けて高齢者が設定した（もしくは高齢者に提示した）目標の例
	・咀嚼障害があり食事が摂りにくい。	・義歯の適合状態が悪いので、義歯の修理の必要がある。	・歯科治療を受ける。 ・状態が改善したらゆっくりとよく噛んで食べる。
	・口腔機能が低下し嚥下障害を認め、食事中にむせる	・口腔機能向上のため嚥下体操等のトレーニングを指導。 ・食事時の姿勢等のアドバイス。	・1日1回食前に嚥下体操を行う。 ・安全な姿勢で飲食する。
	・舌苔が付着している。	・スポンジブラシや舌ブラシで清掃する。 ・舌のトレーニング指導。	・介護者がケアする。
	・口腔乾燥がある。	・唾液腺マッサージの指導。 ・薬の副作用のある場合は主治医と連絡をとり連携をとる。	・唾液腺マッサージを本人もしくは介護者が行う。
	・残存歯が多数あり、むし歯が多発している。	・間食の摂り方の指導。 ・飲み物の指導。 ・治療の必要性の説明。 ・フッ素入り歯磨剤の使用の必要性。	・間食するなら1日1回時間を決めて食べる。 ・だらだら食べない。 ・甘い飲み物はやめてお茶にする。 ・歯科受診する。
香川県後期高齢者医療広域連合	・歯磨きが十分に行えていない事による歯周病やむせやすいなどの主訴	・対象者に合った歯磨き指導を介護者に伝える ・ケアマネへの情報提供	・セルフケアの継続と訪問歯科診療を受ける
大分県中津市	・義歯が不慣れで固いものが噛めない。	歯科受診勧奨。義歯の手入れ指導。	毎食後の義歯洗浄、うがいをする。 歯科通院を継続する。
	・義歯が古い。義歯が合っていない。	再度、歯科受診勧奨。	まず、歯科医院に受診する。
	・義歯不使用。やわらかいものを食べている。食事がうまくできていない。口腔機能低下、口腔乾燥。	義歯の必要性、歯科受診勧奨。食事前の口腔体操で、口腔周囲筋を鍛える。	入れ歯を入れて、噛めるようになる。 食事前の口腔体操を継続して行う。
	・咬合力が弱い。消化不良がある。	よく噛んで食べるように。歯科受診勧奨。	よく噛んで食べるようにする。
	・唾液少ない。あまり噛まず、早食い。	よく噛むように。1口30回。 食事前の唾液腺マッサージ	食事前に、唾液腺マッサージ体操を行う。
・磨き残しが多い。	磨き残しがないように丁寧な歯磨き実施。 ブラッシング指導、口腔清掃の仕方、義歯清掃。	しっかり歯磨きをする。	
・残存歯の磨き残し。	残存歯の清掃の仕方、ブラッシング指導。	残存歯はしっかりと磨く。	

<服薬指導>

市町村名	比較的多く見られる課題	具体的なアドバイス内容	状態の改善に向けて高齢者が設定した（もしくは高齢者に提示した）目標の例
北海道 北見市	<ul style="list-style-type: none"> ①重複投薬、多剤併用の意識がない。 ②薬の副作用の症状で、他科を受診しているが、原因が薬の副作用との認識がない（めまい、ふらつき、口渇、せん妄、便秘、尿閉、認知機能低下など） ③院内処方の内容が、不明である。 ④お薬手帳を自分でみることがない（ひとつにまとめている方は多い） ⑤自分の検査値をHighかLowの印でのみ確認している。 ⑥医療機関の処方薬のほかに、同じ症状の緩和を目的に、市販薬、健康食品、サプリメントを多く服用している。 ⑦重複投薬を受けたい（特に睡眠薬）ため、多受診している。 ⑧多剤により、処方通りに服薬できず、自己調整している。 ⑨外用薬の残薬が多い。 	<ul style="list-style-type: none"> ・病状や症状、腎機能含め数値の変化などから薬の調整が必要な内容について指導。数値の見方など説明。 ・薬による影響（症状）など確認し、調整が必要な内容があれば指導。 ・手帳の活用法について指導（一冊にする、手帳に添付されていない院内処方のものについては薬の内容の記載がある袋を挟む、病院に頼む、検査結果票を挟む、CKDシールを貼るなど）。 ・適切な薬の保管方法、飲み忘れ防止のアイデアを提供。残薬は薬局に持参することのほか、残薬になる理由がある場合は、解決方法について指導（2食しかたべない、塗布はお風呂あがりだけ、錠剤が苦手、粉末が苦手など理由は異なる）。 ・独居の場合や、認知機能など心配される場合は、包括センターや介護事業など紹介（繋げる）。 ・口渇に対しては、だ液腺マッサージ方法の指導やゼリーなどの紹介。 ・CKD患者には、減塩、タンパク質量や水分量などについて指導。その他糖尿病などについても保健指導を実施。 	<ul style="list-style-type: none"> ①手帳はひとつにし、医療の自分情報をひとつにすること。 ②手帳は、医師、薬剤師、看護師などに自分を知ってもらえる貴重なツールであるため、最大限活用すること。 ③処方薬が多くなったら、市販薬やサプリメントを購入するときも、薬剤師にアドバイスをもらうこと。 ④できれば、処方は一か所の薬局でうけること（かかりつけ薬局をもつこと） ⑤残薬は遠慮なく相談すること。何故残薬になるか理由も話すこと（薬の変更、種類や回数の変更など調整は可能であるため） ⑥処方薬では改善しない症状で受診先や市販薬などを増やさず、医師や薬剤師などに相談すること。
三重県 桑名市	<ul style="list-style-type: none"> ・処方薬剤を保管している場所が整理されていない ・生活環境に合わない用法の指示（朝・昼・夕の食事を摂っていないが、毎食後の服用指示等） ・サプリメントを服用し、処方薬を服用していない ・処方薬剤に関する知識 	<ul style="list-style-type: none"> ・処方薬剤の保管場所を整理する ・生活環境を医師へ報告し、服用可能な用法を提案する ・病識と薬識を一致させる（病気と薬の説明を家族 	<ul style="list-style-type: none"> ・過去に処方された薬剤と現在服用している薬剤を別にして保管する ・食事は1日何回摂っているか、起床時間や就寝時間はいつごろか伝える。 ・病気や薬に関する疑問点はその都度確認していき、家族と共有する

市町村名	比較的多く見られる課題	具体的なアドバイス内容	状態の改善に向けて高齢者が設定した（もしくは高齢者に提示した）目標の例
	不足 （テレビ、雑誌、友人および家族等の健康アドバイスによる服薬拒否）	も含めて行う）	

<重症化予防>

市町村名	比較的多く見られる課題	具体的なアドバイス内容	状態の改善に向けて高齢者が設定した(もしくは高齢者に提示した)目標の例
鳥取県 鳥取市	・健診で高血圧域であったのが気になりつつも受療していない	・体の中で起こっていることをイメージできるように説明して受療勧奨を行う	・受療する
	・血圧が高い	・毎日の家庭血圧を測定し、ウォーキングを続ける	・継続して血圧測定とウォーキングを行う
	・塩分摂取が気になっている	・だしや酸味を工夫して減塩する	・酢やみりん、わさびを上手に使い減塩する
	・朝・昼は個食。食欲のなく食べない時もある	・3食決まった時間に少しずつでも食べるようにする	・なるべく食べるようにする
	・野菜摂取の不足。食事はおにぎりのみまたは息子が購入した弁当	・できれば野菜の惣菜も一緒に購入してもらう	・息子にいろいろ頼みにくいが言ってみる
	・薬の飲み忘れが多い	・薬は見える場所に置く(1日分セットする) ・飲み忘れが多いことも医師に伝える	・食卓に置く ・受診時に主治医に話す
香川県後期高齢者医療広域連合	・病気に対する意識が低く、生活習慣の改善の意思がない。 ・家族の介護で忙しく、自身の受診が行えていなかった。	・自己判断での治療中断をせず、内服だけは確実に行う。 ・介護者自身の健康管理の大切さを伝える。 ・下肢筋力アップの運動継続を伝える。	・薬の飲み忘れをしないよう、薬の整理・管理をする。 ・かかりつけ医の再受診と定期受診。 ・ウォーキング等の継続の工夫をする。
福岡県後期高齢者医療広域連合	・独居(家族の介護等)1人で食事	・惣菜購入時、野菜を意識的に選択する。	・野菜を意識的に食べる。
	・何種類もの健康食品の購入	・特にアミノ酸等入った健康食品の摂取は控える	・健康食品よりも、食事で栄養をとる。
	・インターネットなどで一日を自宅で過ごす	・ストレッチや散歩の勧め。万歩計の活用 地域の運動教室情報等提供(人との交流)	・パートナーと一緒に散歩をしたり教室に参加する機会が増える。
	・診療所に通院しているが、自覚症状がないため、悪化していても本人も気にしないし、ましてやパートナーや家族はまったく知らない。	・本人や家族に病識を促すため、病気の説明だけでなく、医師会等主催の教室に夫婦等同伴で参加を促す	・夫婦で教室に参加。
	・「コーヒーの砂糖は控えている」「減塩している」と言う。	・コーヒーの素材(インスタントか・砂糖入りスティックか・豆挽きか)の確認、味付け(醤油や味噌か市販調味料か等)の塩分測定を実施。	・砂糖や塩分摂取量に気付き、減量や・使用内容の変更をする。
	・食事を手軽なパン食ですませる。	・パンとご飯の血糖上昇の違いや病気について頻回に説明。検査データを本人・家族に示す。	・食事は和食となる。

市町村名	比較的多く見られる課題	具体的なアドバイス内容	状態の改善に向けて高齢者が設定した(もしくは高齢者に提示した)目標の例
	・夕食後にお菓子やアイスクリ-ムなど食べ、遅くまでおきている。	・夕食後のお菓子等はやめて、早くに就寝するなど、生活リズムを変える。	・早くに就寝し、早朝に散歩。
	・薬の種類と量が多く、整理されていない。	・薬入れの容器をつくり、毎日服薬する薬の見本を確認しながらつくり、整理する。	・毎回自分で薬箱に内容を確認し整理する。
	・独居(家族の介護等)1人で食事	・惣菜購入時、野菜を意識的に選択する。	・野菜を意識的に食べる。
	・何種類もの健康食品の購入	・特にアミノ酸等入った健康食品の摂取は控える	・健康食品よりも、食事で栄養をとる。
	・インターネットなどで一日を自宅で過ごす	・ストレッチや散歩の勧め。万歩計の活用 地域の運動教室情報等提供(人との交流)	・パートナーと一緒に散歩をしたり教室に参加する機会が増える。
	・診療所に通院しているが、自覚症状がないため、悪化していても本人も気にしないし、ましてやパートナーや家族はまったく知らない。	・本人や家族に病識を促すため、病気の説明だけでなく、医師会等主催の教室に夫婦等同伴で参加を促す	・夫婦で教室に参加。

<複合的取組>

市町村名	比較的多く見られる課題	具体的なアドバイス内容	状態の改善に向けて高齢者が設定した（もしくは高齢者に提示した）目標の例
長野県 佐久市	・たんぱく質不足	・肉・魚を食べる量を増やす ・主菜を毎食食べる	・肉を意識して食べる ・刺身や缶詰など手軽に食べられるものを利用する ・昼食のおかずを用意する（残り物で済まさない）
	・口腔清掃の不良 ・口腔機能低下傾向	・誤嚥性肺炎予防の為に1日2回歯磨きをする ・口腔機能を向上させるための体操	・食べたら義歯もみがく ・お口とのどの体操を1日1回やる
宮崎県 美郷町	・1日2, 3回味噌汁を食べている人がいる。味噌汁で野菜を摂取している人が多い。 ・漬物を毎食食べる人が多い。	・味噌汁・漬物の塩分量について、塩分と血圧の関係について情報提供をした	・うどん・ラーメンなどの汁を全部飲まない。漬物食べる量を減らす。
	・野菜摂取量が少ない。	・必要な野菜の量の提示。	・野菜料理を1品増やす。
	・健康食品・サプリメント（特に栄養ドリンクや青汁など）を摂っている人が多い。	・健康食品・サプリメントが腎臓に与える影響について情報提供。医師に相談することを勧めた。	
	・腰・股関節・膝関節に変形・痛みをもっている人が多い。	・関節の曲げ伸ばしや大腿四頭筋の運動を勧めた。	・自分ができる範囲で運動を続ける。
	・交通手段がなく、近くの集会場まで運動に行けない人がいる。	・自宅でできる運動を勧めた。	・自宅でやっている運動を続ける。
	・動物性蛋白質の摂取不足	・資料を参照し、蛋白質摂取の必要性を話し摂取量を増やす。	・卵か肉か魚を1日2食以上食べる。
	・乳製品を乳酸菌飲料で代替している	・乳製品と乳酸菌飲料の栄養価の違いを示し、乳製品を摂るタイミングについてはレジスタンス運動後を勧める	・いき百体操から帰ったら、牛乳を飲むかヨーグルトを食べる
	・糖質（よく好んで食べている食品として、黒砂糖・饅頭・おはぎ・あんぱん・柿）の過剰摂取による食事量の減少	・間食は食事量に影響の無い程度にすることや、あんぱんやおはぎを昼食代わりにしない。	・ご飯を炊く量を考えて、ご飯が切れないようにする
	・摂取食品の多様性に欠ける。漬物、油味噌魚の干物とご飯で済ますことがある。	・町に出たときに色々な食品を購入する	・病院受診で町に出たとき魚や肉などを買う。
・孤食	・近くの温泉を利用してみる。	・改善目標見つからず・・・同居している家族はあるが生活リズムのちがいがから生じる孤食もあり、また金銭的なことも考慮すると改善難しい。	

(2) モデル事業の具体的な事例

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＜複合的取組・研修＞

人口：2,024,599人、被保険者数：282,094人

岐阜県広域における複合的取組


事業目的
 広域連合が、「市町村等関係部門との連携構築」、「既存の介護予防事業の活用と検証及び実践」、「担当者の資質向上」を目的に保健事業と研修事業を実施した。

1. フレイル対策事業（中津川市）

具体的な取組内容
 中津川市が実施する介護予防事業(9月～12月に週1回全12回実施される運動の維持・向上のための教室)と連携した取り組み。
 ①事業効果の検証(受託研究として岐阜大学に依頼…報告書作成)
 参加者の体力等の身体状況調査(開始前・後)
 ②栄養状態の確認(BDHQ調査、健診結果等)、結果に基づく個別指導(栄養士)
 ③関係部門との連携構築(事前・実施中・実施後)

対象者・指導実施者
 在宅介護支援センターから紹介のあった虚弱高齢者(基本チェックリスト)

実施体制・予算
 実施：打合せ5回(中津川市他、大学)、報告会1回
 栄養調査2回・個別指導2回(栄養士)、各9名実施
 大学効果測定(計測、アンケート調査等)
 予算：総事業費30万円(大学受託研究費用含む)



医師会との連携の工夫
 参加者は、教室参加のために医師より許可を受ける体制を中津川市でつくっていた。また実施に先立ち、打ち合わせにおいて情報の共有と担当者の役割分担を行った。

実施結果

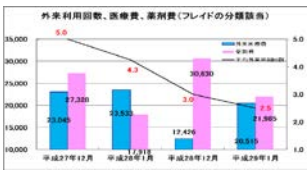
・体力測定結果

	教室前	教室後		教室前	教室後
BMI	24.0	24.2↑	開眼片足立ち	24.8	28.8↑
握力	20.1	20.8↑	長座体前屈	39.5	38.3↓
5M歩行	4.1	3.9↑	TUG	7.5	6.7↑

・転倒スコアは初回平均は9.2、10点以上の高転倒リスク者は6名該当していた。終了時の平均は7.2となり、10点以上は、3名該当となっていた。「つまずくこと」、「膝の痛み」、「めまい、ふらつき」がある人が減少し、「手すりにつかまらず、階段の上り降り」、「片足立ち」のできる人が増加した。
 ・栄養指導では、実施後に塩分摂取、野菜の摂取量、食べる順番に気をつけることなど意見がでた。

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）

- ・事業実施には、財源と専門職の確保が欠かせない。実施市町村の状況を理解し、必要な支援をタイミングよく提示していく必要がある。
- ・対象者の選定に際し、軽度のフレイル者であれば集団指導で状態の改善効果がみられた。フレイルが進行している対象者では、個別指導を充実させる必要がある。対象者の選定は中津川市と調整して、アウトリーチ介入できる体制も今後整えていく。
- ・実施する上で全ての連携部署との関係づくり、役割分担が大切であった。



2. 研修事業

具体的な取組内容

高齢者の特性（フレイル等）に関する知識の習得（講義）
事業の企画・進め方・評価等と研修を通じた関係づくり（講義及び演習）

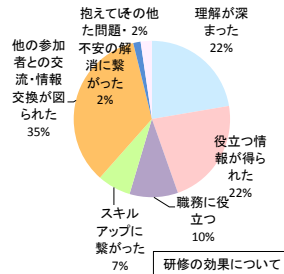


対象者・指導実施者

保健事業実施関係部門(後期高齢者医療、国保、介護、衛生)や県・国保連合会の実務担当者及び専門職

実施体制・予算

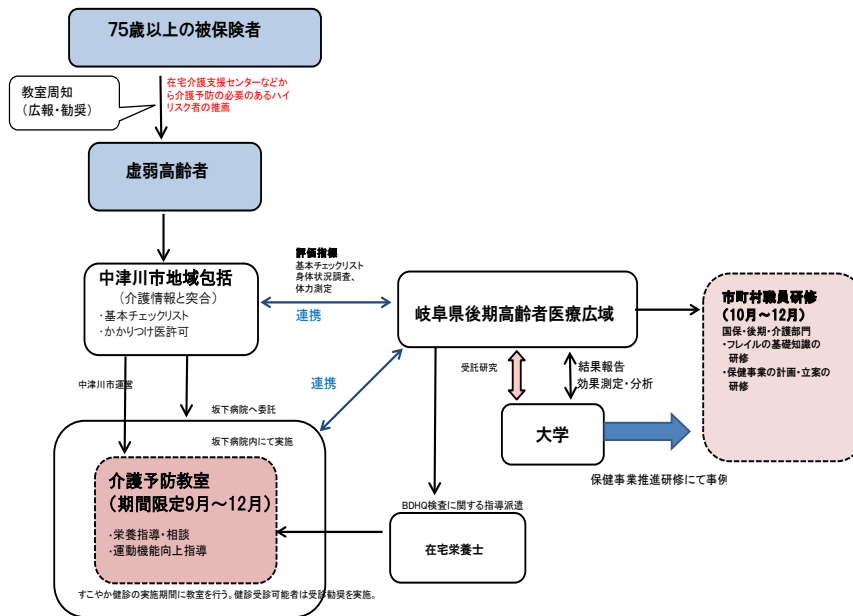
人材：事務職4人、講師1人
実施：打合せ3回、研修3回(県域ブロックごとに)
予算：総事業費60万円(委託)



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）

- ・企画、展開、評価など保健事業の具体化にむけた実践的な研修内容。
- ・より多くの専門職、関係部門が参加できる日程と開催地の検討。
- ・市町村の連携部署への情報提供、関係作り。県、国保連、医師会等との連携。
- ・後期高齢者を対象とした保健事業は、市町村によって取り組みに差がある。広域連合と市町村が連携して保健事業の効果的な実施にむけてガイドラインの活用や研修に取り組むことが重要。

岐阜県広域連合における複合的取組



②福岡県後期高齢者医療広域連合＜重症化予防＞

人口：5,111,914人、被保険者数：631,572人

福岡県後期高齢者医療広域連合における糖尿病性腎症重症化予防の取組

事業目的

糖尿病性腎症患者の生活の質（QOL）の維持・向上のため、市町村及び医療機関等の連携により、患者の重症化を予防する体制を整備する。

具体的な取組内容

対象者に対し、保健師等の事前訪問（重症化予防事業の説明）、主治医連絡、その後個々の状況に応じた個別保健指導を6ヶ月間実施し、その評価を行う。

対象者：糖尿病性腎症(2型糖尿病)の患者であって、人工透析導入前の者
基準：(1)①尿蛋白2+以上で②Hb1c7.0%以上又は空腹時血糖130mg/dl以上
(2)②で、③eGFR 50(ml/分/1.73m²)未満 ※28年度健診受診者から実施

実施方法：1、文書により通知し、電話にて訪問日時を決める。

2、本事業を説明し協力を得る

3、主治医に事業説明と保健指導計画の確認

4、保健指導①健診結果や病気の説明等②生活習慣の気づきや見直しを促す③ケースに応じて教室紹介

5、6ヶ月後に面接や検査結果で評価

6、1年後面接(継続を促す)

対象者・指導実施者

平成27年度健診受診者30,939人（対象者数632,876人）

保健事業対象者数69人、うち訪問介入者20人

実施体制・予算

人材：広域連合：事務職2名及び保健師4人(嘱託1人、臨時職員3人)、委託4町村保健師3人栄養士1人

実施：介入者1名に対し、訪問や電話・教室等で係わった回数約9回-12回（事業説明や医師連絡等含む）

（既存の社会資源活用：糖尿病教室、すこやか腎臓予防教室、認知症予防教室、包括支援センター等）

予算：総事業費2,169千円

医師会との連携の工夫

前年度に、新規事業の起ち上げ準備として、

・県糖尿病対策推進会議で事業概要を説明。

・県医師会と協議し、健診項目（血清クレアチニンほか）を保険者独自に追加。

今年度当初に、重症化予防事業の概要について、県医師会会員への周知を行った。

実施結果

(事例1)夜の間食を控えるようになり、血糖値が改善した。

(事例2)1日糖尿病教室に夫婦で参加し、同伴の妻が夫の食事内容や取り方に気配りするようになった。

(事例3)独り暮らしのケース。スーパーで意識的に歩く時間を長くした。

(事例4)6ヶ月間関わることで、意欲(積極性)が見られるようになった。

(事例5)急変するケースもある。(抗うつ剤服用しているケースの転倒、薬剤変更等の一時的な入院、癌による入院等) 等

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）

1. 生活環境・生活スタイル・趣向・個人ごとに抱える問題等があり、それらの問題も含めて、総合的に包括的にみていくことが重要である。

また、従来の高齢者のイメージとは異なることも多く、個人の状況をよく確認して個別の対応が重要である。

●筋力低下、閉じこもり

●家庭環境(独居、家庭内別居)

●介護問題(配偶者や子の介護)

●健康食品嗜好(メディアの影響)

●認知症

●調理が億劫、弁当や外食が多い

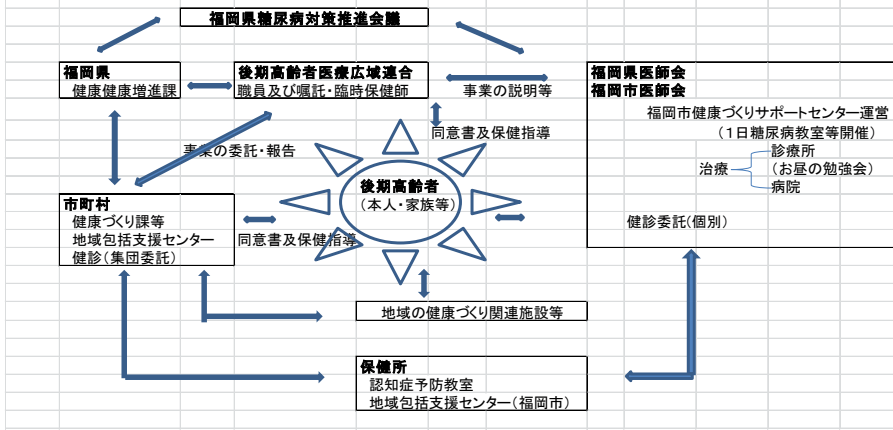
2. 高齢者を取り巻く多くの関係者との連携が欠かせない。

●主治医、地域包括支援センター、市町村、ケアマネージャー、保健所等

●介護予防教室、認知症予防講座、糖尿病予防教室、腎臓教室、運動教室等

●家族(同居、別居)、近所の人

平成28年度 糖尿病性腎症重症化予防 実施体系図



③長崎県後期高齢者医療広域連合〈服薬・重症化予防〉

被保険者数〈服薬〉：131,945人、〈重症化予防〉：211,075人

長崎県後期高齢者医療広域連合における服薬モデル事業の取組

事業目的

多量服薬により服薬及び薬の管理に関する不安や疑問を抱えている被保険者を薬剤師が訪問し、現状の把握及び相談等を実施し、服薬に関する課題等を集約分析する。

具体的な取組内容

相談薬剤師が対象者宅を訪問し、服薬状況の把握及び適正服薬のための服薬相談・指導を実施する。(原則2回訪問)

また、訪問に抵抗を感じるものについては、公民館等で実施する。

※平成28年度は主に状況調査を行い、その結果を踏まえて平成29年度に具体的取り組みを行う予定である。

対象者・指導実施者

対象の二か月間で、15種類以上の内服薬の処方があり、事業への参加を希望したものを対象者とする。

実施体制・予算

人材：薬剤師34名(県内21市町のうち、対象市町は5市3町)

実施：ワーキンググループ及び会議4回

予算：県薬剤師会委託料1,753千円、データ抽出業務開発委託料1,960千円

医師会との連携の工夫

多量服薬者と重複成分服薬者に対し、平成27年度中の始動開始を目指し県医師会に相談した。その結果、多量服薬者に対しては、現状の把握から着手すべきとの意見があり、平成28年度に実施することとした。併用禁忌を含め重複成分者に対しては、直接医療機関に通知し改善を図る方が早道であるとのアドバイスを受けた。

実施結果

平成28年度中間報告の状況

- ・候補者…約900人(参加同意者は72人)
- ・同意者数…58人/100人予定中
- ・同意者の服薬状況…同意者のほとんどは服薬管理意識が高い。

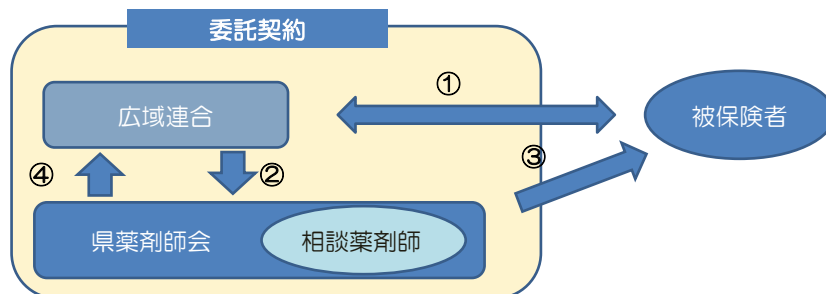
(参考) 禁忌・重複是正通知事業の効果

- ・通知対象者…191人(延べ処方医療機関数241、延べ応需薬局数220)
- ・報告結果…回答有り162人(内訳:変更有96人、変更無66人)、未回答29人
- ・備考…医療機関からの報告があったのは全体の約85%。
薬の変更がなくても、医療機関が患者の状況を再確認することにつながった。

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)

- 本当に指導が必要な被保険者にアプローチする方法を検討
- 現状調査を行った上で取り組むべき課題を医師会を含めて協議し決定する

多量服薬者訪問相談モデル事業フロー図



- ① 広域連合から被保険者に参加勧奨を行い、被保険者から参加同意を受ける
- ② 広域連合から県薬剤師会へ、参加同意者の情報提供
- ③ 県薬剤師会は、相談薬剤師を参加同意者宅などに派遣（2回訪問）
相談薬剤師は、参加同意者の服薬状況の確認、不安等の相談を受ける
- ④ 県薬剤師会は現状分析の結果を広域連合に報告

長崎県後期高齢者医療広域連合における 糖尿病性腎症重症化予防事業の取組

事業目的

医師が保健指導を必要と認めた患者に対して医師の指示により、医療保険者が代わりに保健指導を行い、人工透析への移行を防止する

具体的な取組内容

医師会作成のスキームのハイリスク者に該当する者に対して、管理栄養士がかかりつけ医との連携のもと、訪問を基本とする栄養指導を行う。

- ① レセプト・健診データから抽出し、かかりつけ医に提案し選定してもらう
- ② 候補者から同意をもらい、かかりつけ医の指示・依頼のもと、計画を作成
- ③ 概ね6か月、月1回訪問を基本として栄養指導を行う
- ④ 指導内容をかかりつけ医に報告し、指示やコメントもらいながら、栄養指導を行う

対象者・指導実施者

- ・レセプトに糖尿病性腎症の病名がある者、医師が糖尿病性腎症の疑いがあると判断する者
- ・健診結果より次のa及びb、又は、a及びcの基準に該当する者
 - a: HbA1c(NGSP)7.0以上又は空腹時血糖130mg/dl以上
 - b: 蛋白尿2+以上
 - c: eGFR50ml/分/1.73未満

実施体制・予算

市町に委託して行っている。管理栄養士が主となり、訪問による栄養指導を実施
 実施：指導は6回訪問を基本。連絡調整会議1回、研修6回、検証会議1回
 予算：委託料一人あたり70,000円

医師会との連携の工夫

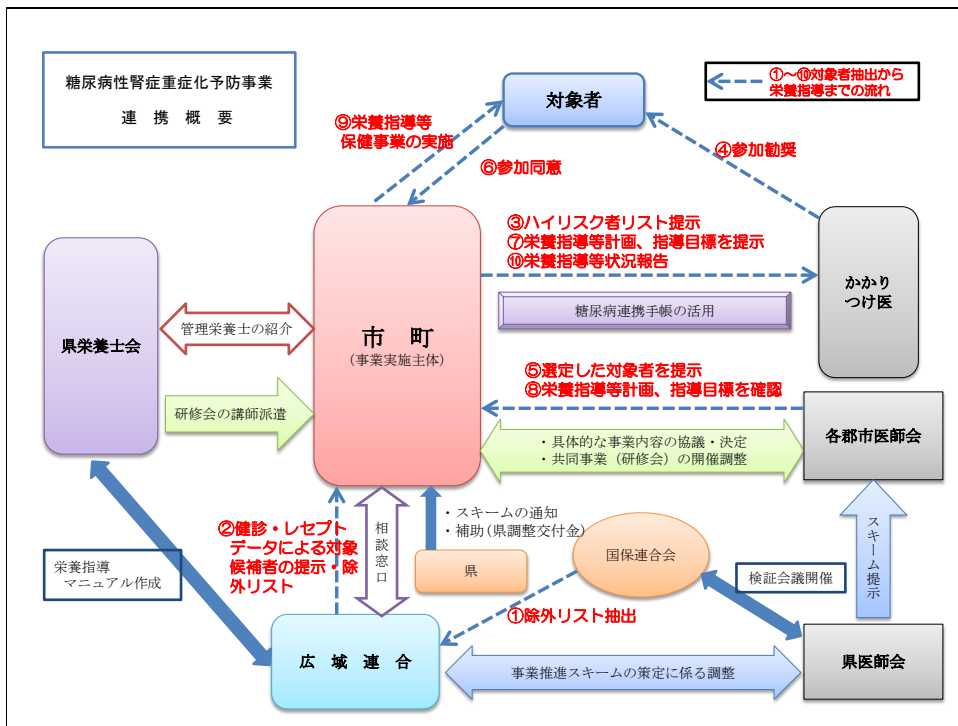
医師会にスキームを策定してもらい、それを基に事業を構成した。また、かかりつけ医向け研修会の開催や検証会議も開催し、事業効果の検証、事業内容の見直し等の助言を必要に応じて、いただいている。

実施結果

2月末現在、56名に対して、延べ151回の指導を行っている。
 効果検証は、29年度10月ごろを予定しているため、結果集計は終わっていない。

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）

かかりつけ医との連携を図るための関係づくりとシステム作りの構築
 かかりつけ医から事業への参加動機があると参加率が上昇
 効果測定のためのデータ収集の方法の構築



④宮崎県後期高齢者医療広域連合＜服薬＞

人口：1,097,932人、被保険者数：170,378人

宮崎県後期高齢者医療広域連合における薬剤師服薬訪問指導の取組

事業目的

定期的な患者訪問によって服薬指導を行い、患者及び介護者（家族等）に適切な服薬を理解してもらうことで、健康保持と重症化予防を図る。

具体的な取組内容

月に1回以上の患者宅訪問により、生活状況を確認のうえ、残薬確認および整理・調整を中心とした服薬支援を行う。訪問の都度、計画をたて訪問結果を含めた報告書作成し、必要に応じ処方医等への情報提供を行う。介入終了時（対象除外基準に該当および介入不能）は患者満足度調査を行う。

対象者・指導実施者

※平成29年2月末時点

対象は、広域連合からの情報提供をもとに、薬局（家族等含む）時の口頭確認から、過剰残薬や誤服用等が疑われる者とする（すでに薬剤師による訪問指導を受けている場合や施設入所者は除外し、薬局からの移動時間は原則30分以内）。

対象者：約170,000人（後期高齢者医療制度加入者数）

実施者：34人（実施率： %）

訪問継続者：29人



実施体制・予算

※平成29年2月末時点

人材：事業参加薬剤師46名（42薬局）、訪問薬剤師19名（18薬局）

実施：延べ訪問回数119回、症例検討会（3月末実施予定）

予算：総事業費4,002千円

関係機関との連携

訪問によって確認した服薬および残薬状況を、必要に応じ処方医に報告し、効果的な薬物治療とする。在宅訪問サービスを行っている看護師やヘルパー等と情報共有し、対象者の在宅療養における問題点を明らかにし、適切な対応を図る。

実施結果

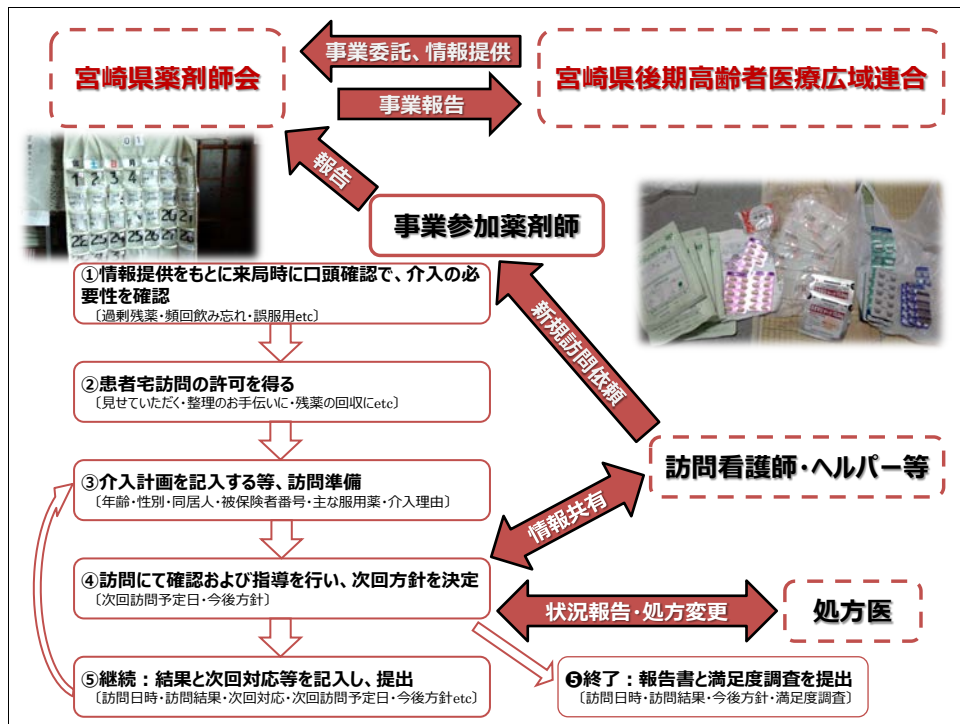
- 予想を超える残薬の存在
薬局内では「飲み忘れはない」「残薬はない」と言っても、家で確認すると、多量の残薬（薬価で数万のケースも）があった。
- 処方医への具体的な提案
複数回の訪問により、対象者の食生活リズムや拘りが把握でき、それらを踏まえた処方変更等の提案に繋がった。
- 他職種との真の連携
複数職種のサポートにより効率的な対応ができた。



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）

- ★ 必要な薬を適切に服用しているかの、確認（薬局内で）精度を高める。
- ★ 飲み忘れがある場合、生活リズム等の背景を考慮して対応策を考える。
- ★ 薬剤師の取り組みを他職種に周知し、活用してもらう。





2) 構成市町村が主体となった取組

①北海道北見市<服薬>

人口：5,377,782人、被保険者数：766,045人

北海道北見市における服薬指導の取組

事業目的

高齢者の生理機能や病態に対応した処方や調剤、服薬管理による適正な治療の実施と、健康管理に対する自己管理意欲の向上を図るとともに、医療費適正化の推進を図ることを目的とする。

具体的な取組内容

対象者に対し、薬剤師や保健師が訪問指導を実施し、服薬に関する健康課題等の解決に向け、医療機関や薬局間調整を行うとともに、家族や介護支援専門員等への今後の支援・協力について、情報共有等連携を行う。

□事前：

医科・歯科・調剤レセによる重複投与、併用禁忌薬、併用回避薬、高齢者過剰投薬などの確認、健診受診結果、介護認定の状況などと合わせ、対象者の健康課題の把握。保健師より、事前に文書と電話で連絡。

□当日：

薬剤師や保健師が訪問し、健康状況、受診状況、服薬状況、検査結果、市販薬や健康食品の使用状況、お薬手帳の使用や家庭内での管理方法、残薬の有無、飲み忘れなどの状況、処方薬と食事の不適切な組合せや、食事や睡眠時間と服薬時間の関係など確認。

特に、転倒やふらつき、めまい、口渇、歩行状態、皮膚炎など生活に支障をきたす薬物による副作用や健康課題の有無の確認をし、健康や薬に関する相談・指導を実施。

□事後：

本人の承諾を得て、各種関係者等へ課題解決に向け、情報提供と支援（フォロー）協力依頼。

対象者・指導実施者

◆対象者：4月から12月診療において、4か所以上の医療機関に3か月以上継続し受診している者（重複受診者）で、重複投与、併用禁忌薬、併用回避薬、高齢者使用回避薬の投与、過剰投薬、副作用の症状が疑われる傷病名があるなど服薬に関する確認や指導、調整が必要な者。重複受診者127名中、30名のうち、精神疾患・悪性新生物等の症状改善のため、主治医意見があり長期間多剤、多量調整がされている者を除く、4名。

◆指導実施者：薬剤師（原則、処方している薬局薬剤師）、市保健師

実施体制・予算

人材：薬剤師会員薬剤師（実7人、延14人）、市担当保健師 1名

実施：訪問4回、対象者選定・症例検討会2回、薬局連絡調整・相談6回、家族連絡1回、包括支援センター連絡調整2回、訪問看護師連絡調整1回

予算：総事業費9万円（報償費）

薬剤師会や医師会などとの連携

平成20年度より、特定健診・保健指導、重症化予防事業など各種保健事業を通じて、連携・協力体制があり、また、医療・福祉の専門職種が会員となり運営している医療福祉情報連携推進協議会（事務局：医師会）の設置を通じて、地域の健康課題や医療課題などの情報共有をしている。また、慢性腎臓病（CKD）医療連携の中で、関係組織、専門職種の協力を得ているため、CKD対策においても、高齢患者の服薬管理は重要であり、本事業への積極的な協力を得られている。

実施結果

〈事例①〉パーキンソン病（PS）の診断後、症状進行が著明で、他院処方薬との関連に着目したCKD（G4）患者	CKDやパーキンソン病患者の症状悪化の恐れにより慎重投薬すべき薬が、他院より処方があった。主治医との調整で、中断し、結果、歩行困難・転倒、咀嚼嚥下困難・口渇が改善。転倒骨折の心配が解消され、通所リハビリに積極的に参加し、不眠症状も改善。
〈事例②〉多疾患・多剤投薬患者でPS様症状出現していたが、処方薬との関連に着目した患者	緊張性頭痛や軽度うつ、胃腸症状の処方薬があり、PS様症状があり整形外科や消化器など受診していたが、PS専門病院において、PS病ではなく「薬剤性パーキンソンニズム」と正式な診断を受け、処方内容変更し、PS様症状改善。
〈事例③〉インスリン注射の重複処方されていた糖尿病性腎症患者	3医療機関で傷病名に糖尿病があり治療がされ、他疾患にて入院をきっかけに、2医療機関よりインスリン注射の重複処方がされる。夜間、低血糖発作（疑）搬送履歴のあったが、医療機関・薬局で未確認。主治医1か所へ整理。患者情報の共有、調整を実施。
〈事例④〉糖尿病、心疾患、CKD、低栄養と別々の医療機関で治療がされていた認知症患者	同居家族がいたが、認知症の進行状況、治療疾患、受診状況、服薬管理の情報がなかった（患者自身が行動していた）。かかりつけ医やかかりつけ薬局について説明し、介護認定について調整と、口腔ケア、食事介助や形状、適切な服薬管理について指導、家族支援を実施。

【評価指標】目標～指導による健康課題改善率50% ⇒4事例とも症状の改善、処方内容・医療機関数の減。

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）

①医療保険者の情報と役割、専門職（薬剤師）の知識を活かした対象者抽出

：医療保険者のもつ情報（KDBシステムのレセプト情報（紙）、各種健診受診状況と結果、介護認定状況など）から総合的に判断し抽出を行い、さらに、傷病名や処方薬の数・量、費用（医療費）だけでは判断できない「薬による課題」について、薬剤師の専門的な知識を駆使して、全処方内容を確認し、対象者を絞り込むことで、対象者へ不要な心配や不安を与えることなく、効果的・効率的に対象者を抽出することが可能である。

②高齢者の特性に考慮した対象者把握（アセスメント）

：高齢者では、認知や咀嚼嚥下機能、腎機能の低下などによる副作用の出現だけでなく、医療や処方を受ける際の高齢者自身の情報提供能力の低下により、適切な治療効果が得られず、症状の悪化や生活の質を低下（転倒、外出減少、症状への不快感、不安増長など）を招いている実態がある。

また、独居や支援者（家族含め）がない場合は、新たな症状について適切な受診先の判断や、服薬管理などがさらに困難となる可能性が高くなるため、携わる医療福祉職などの専門職は、時に時間をかけ、高齢者の特性に考慮した問診、生活状況の確認等し、「対象者把握（アセスメント）」を行うことが重要である。

③情報の一元化の必要性

：高齢者は、多疾患の治療による複数か所の診療科・医療機関受診、複数か所の薬局からの処方の可能性が高くなっているため、お薬手帳を活用した情報の一元化がされていない場合も多い。また、高齢者自身による治療に関する情報提供不足や、その他腎機能や肝機能など投与に必要な検査値を薬剤師が確認できないことも多い。

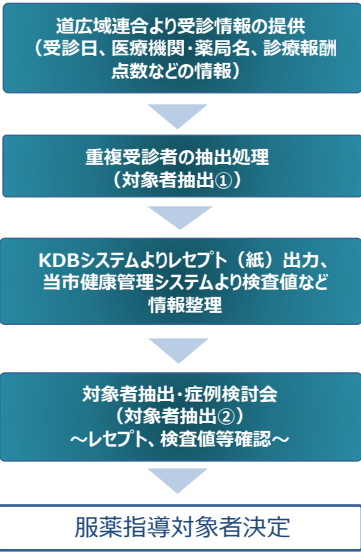
このような状況の中で、お薬手帳をまとめ、検査値を挟むなどの工夫の提案は、薬物治療の効果を高め、重複投与や併用禁忌薬などの回避はもちろん、腎機能障害等に考慮した処方を受けることができ、重要である。

④多職種連携の必要性（他職種の特性を理解し、活かし合う）

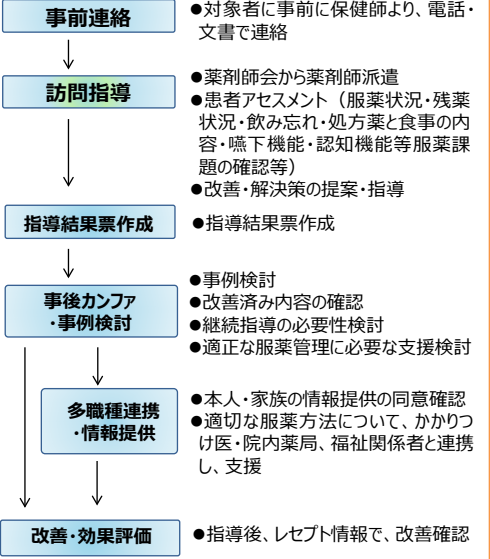
：他の職種の特性や役割、知識、業務内容の情報を日ごろから収集し、情報提供をしようとして、互いの専門性を活かすことが出来、円滑に患者への支援と連携することが可能となった。例えば、処方薬の飲み込みを困難とする口渇、嚥下困難などについては、保健師が口腔ケアの指導を行うなど専門職の知識や技術を活かし合いながら、トータルで適切な服薬管理が可能となった。

服薬指導の概要

1. 対象者抽出



2. 指導の流れ



②岩手県宮古市＜口腔＞

人口：55,521人、被保険者数：10,283人

岩手県宮古市における訪問口腔ケアの取組

事業目的

歯科受診の困難な在宅の要介護の本人または介護者に対して、日常的な口腔ケアの実施方法を指導することにより、口腔衛生の向上と口腔機能の維持向上を図り、もって誤嚥性肺炎等高齢者特有の疾病を予防する。

具体的な取組内容

- ・歯科医師または歯科衛生士が自宅等を訪問し、開始時の訪問歯科健診結果に基づいた口腔ケアを行なう。
- ・同様の指導を立ち合いの家族や介護スタッフに対しても行う。
- ・口腔ケア用品と口腔ケアに関するリーフレットを配布し、口腔ケアの継続を図る。
- ・歯科口腔ケア及び指導を自宅等では行えない状況の場合は、通所介護事業所を利用している場合、施設において同上の口腔ケアを行う。
- ・評価方法は開始時と終了時における歯科健診結果および事後アンケート調査により行う。

対象者・指導実施者

対象地区の75歳以上で在宅の要介護3、4、5の方で、訪問歯科健診を受診した方：83人（見込み）

実施体制・予算

行政：歯科医師（実1人）、歯科衛生士（実1人）、保健師（実1人）、看護師（実1人）
（以下見込み数）

訪問：歯科医師（実17人、延べ72人）、歯科衛生士（実6人、のべ11人）

実施：訪問のべ83回、地域ケア会議での説明1回、介護事業所等への訪問による説明21回、歯科医師会との打ち合わせ等8回、同説明会1回、歯科医師への訪問による説明17回、予算：総事業費4,865千円

※参考）その他訪問歯科健診における歯科医師（実18人、延べ167人）

医師会との連携の工夫

かねてより、歯科医師会や介護事業所等およびその他関係機関の委員からなる宮古市歯科保健推進連絡協議会があり、歯科保健の効果的な推進を図ってきた。歯科保健事業は歯科医師会に委託あるいは連携し実施している。会長の理解と協力があり、打ち合わせ等がスムーズに行えた。実施に当たっては、担当歯科医師を個々に訪問し丁寧な説明を行っている。

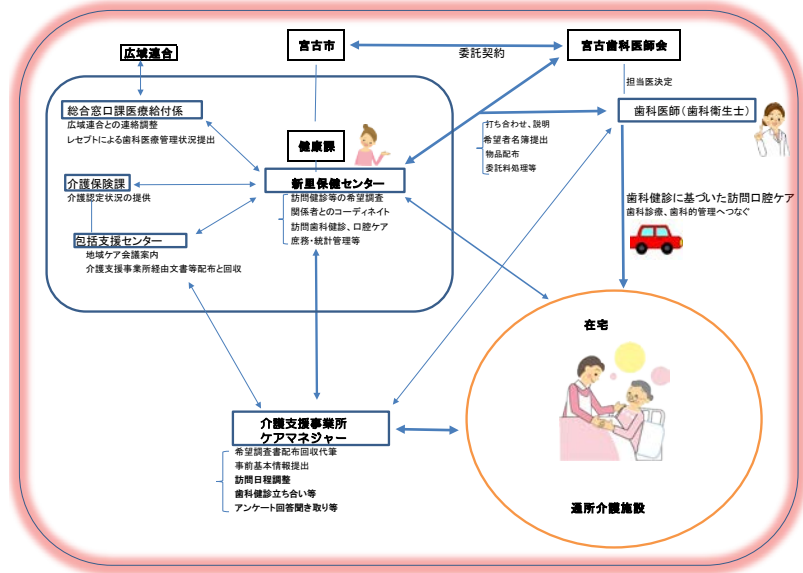
実施結果

- 事例① 頬のふくらみも可能となり、口腔周囲運動は良好となった。義歯は適合不要のため、新製することとなった。
- 事例② 1日1回舌ブラシで清掃するようになり、舌苔もほとんどなくなりきれいになった。義歯による傷もなくなり快適に食事できているとのこと。前回より唾液量も多くなった。
- 事例③ 口腔ROM訓練（舌や口腔周囲の可動域（ROM）を広げるための訓練）により、軽度、左側の運動に改善が認められた。舌ブラシも週1回程度行うようになった。
- 事例④ 義歯を新製後、使用し咬む努力をしている。

効果的に実施するためのポイント（モデル事業を通じ見えてきたこと）

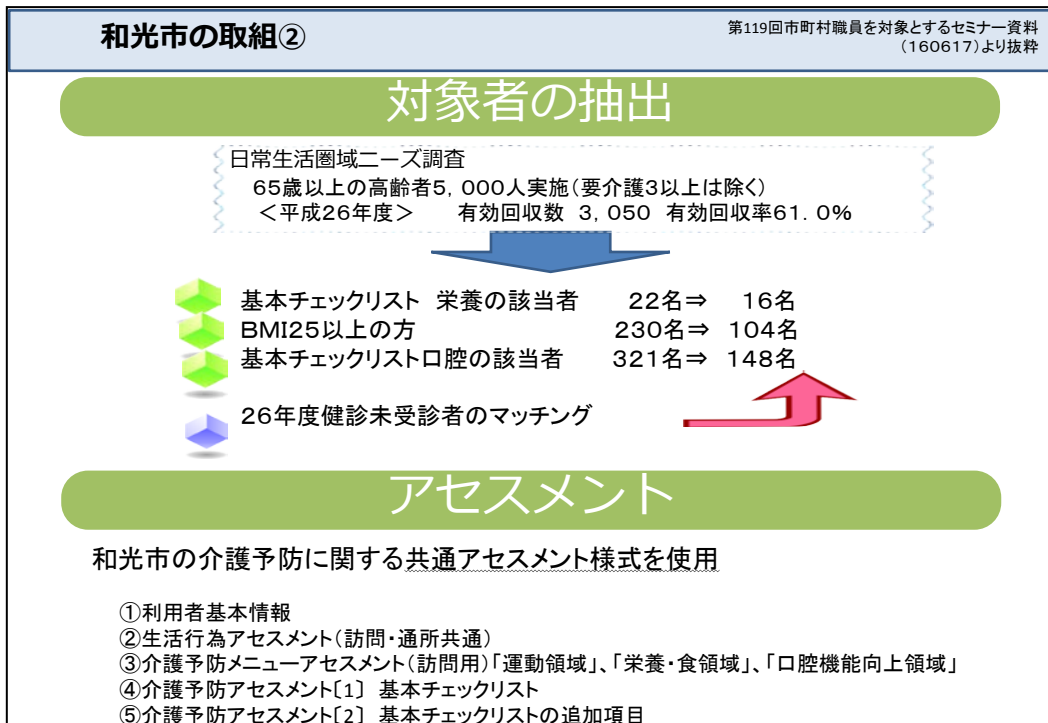
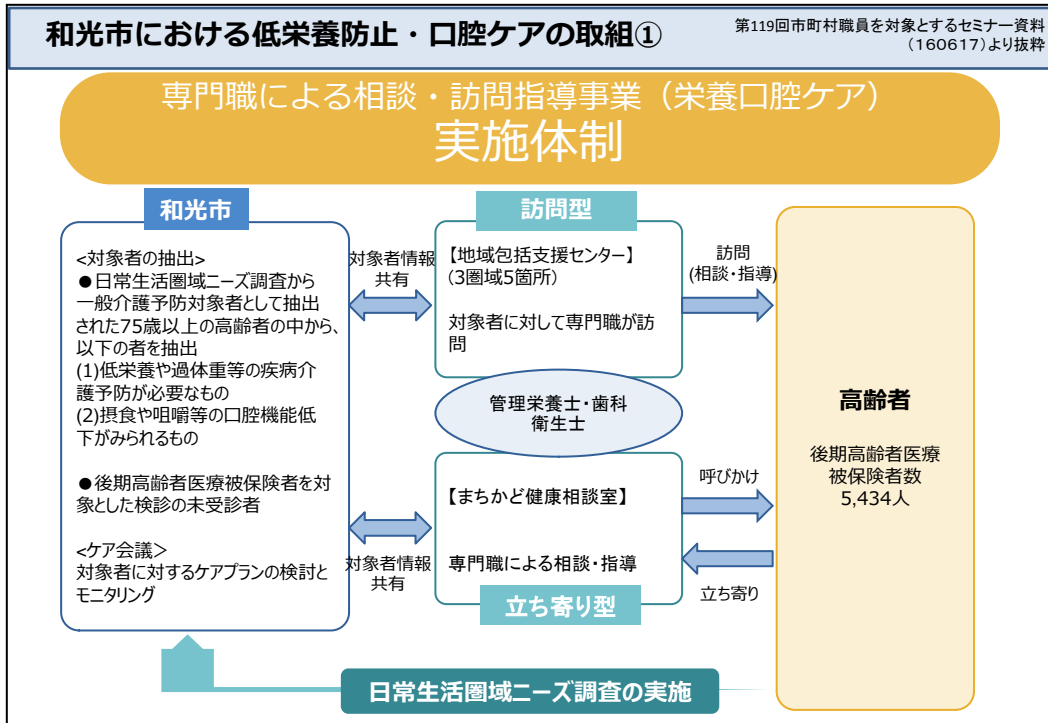
- ・希望調査の困難さ：本人や家族では理解困難な場合が多い。介護スタッフの協力が不可欠である。
- ・口腔ケアの継続：介護者の理解と協力が重要である。
- ・自宅での困難さ：デイサービス等を利用している方の場合には、その場において口腔ケア等を行う方が歯科健診の受診者数、有効性、利便性もアップすると考える。

平成28年度宮古市訪問口腔ケア実施体制図



③埼玉県和光市＜栄養・口腔＞

人口：80,614人、被保険者数：5,861人



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 外出時の塩分について

- 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%)

栄養プラン作成者21人のうち	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%)

● 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%)

口腔プラン作成者35人のうち	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%)

● アセスメント項目別に見た改善の状況 (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%)

④神奈川県大和市<栄養・重症化予防>

人口：22,475人、被保険者数：233,303人（H27年度）

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、188人訪問終了（対象者のうち：47%）

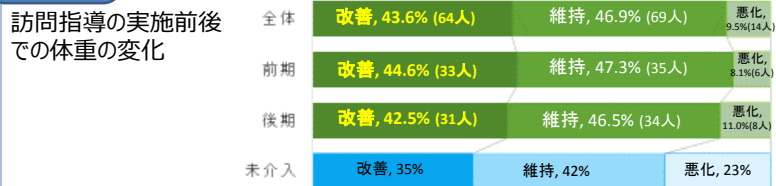
実施体制・予算

人材：管理栄養士15人（健康づくり推進課常勤4人、高齢福祉課非常勤2人、栄養士会9人）
実施：訪問のべ約800回、連絡調整会議6回（2か月に1回）
予算：総事業費2,280千円

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



訪問終了者(市)147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

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

	改善	維持	悪化
全体	改善, 42.0% (79人)	維持, 43.6% (81人)	悪化, 14.4%(27人)
前期	改善, 44.6% (33人)	維持, 47.3% (35人)	悪化, 8.1%(6人)
後期	改善, 40.4% (46人)	維持, 41.2% (47人)	悪化, 18.4%(21人)
未介入	改善, 35%	維持, 42%	悪化, 23%

訪問終了者(市+委託)188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



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/1.73m²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

人材：管理栄養士11人（健康づくり推進課常勤4人、栄養士会7人）

実施：訪問のべ約400回、連絡調整会議6回

予算：総事業費1,551千円

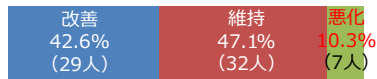
医師会との連携の工夫

- 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



改善:1kg以上の減少 悪化:1kg以上の増加

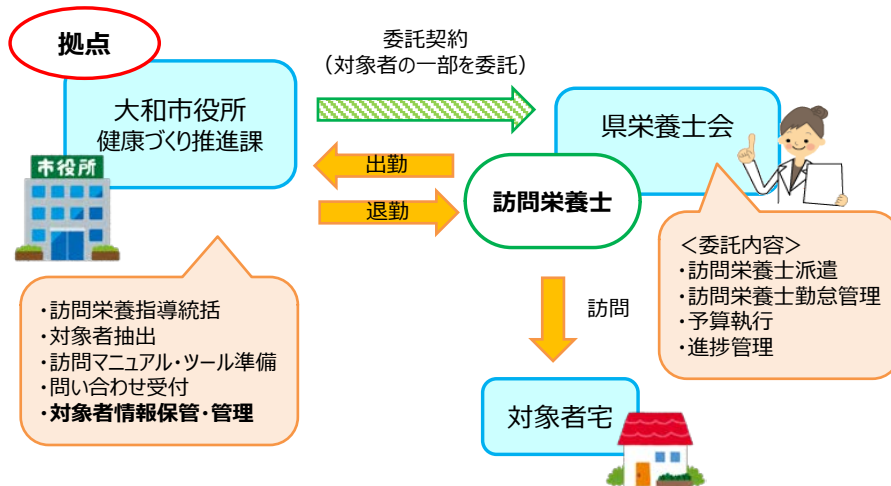
改善:0.5%以上の減少 悪化:0.5%以上の増加

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

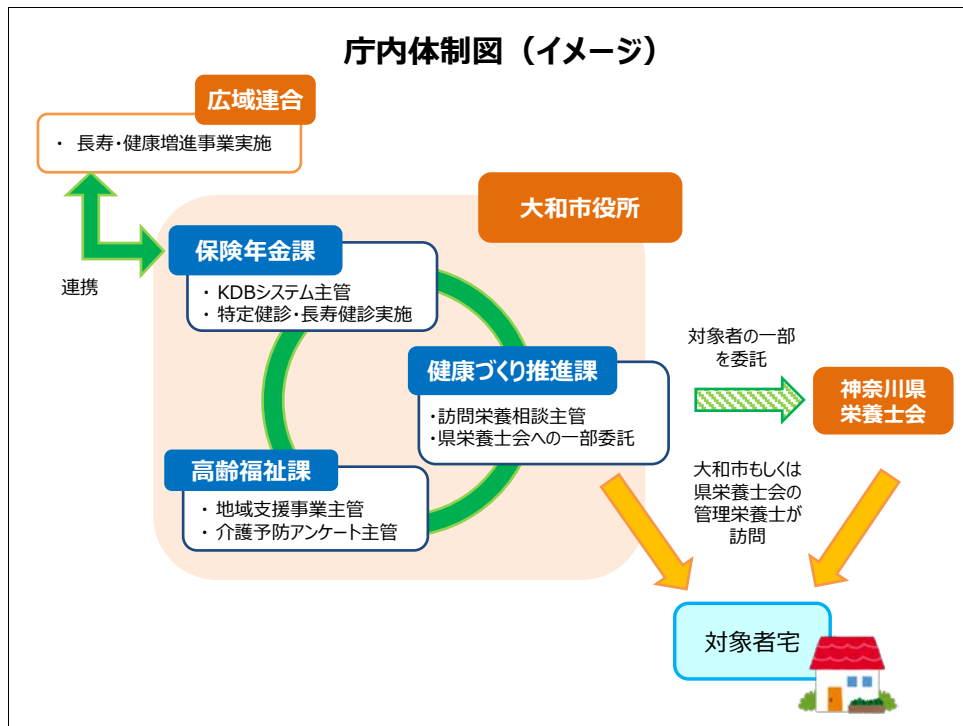
効果的に実施するためのポイント（モデル事業を通し見えてきたこと）

- 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。

委託形態について（イメージ） 低栄養・重症化予防



庁内体制図（イメージ）



⑤長野県塩尻市<口腔>

人口：67,447人、被保険者数：9,259人

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・予算

人材：歯科医師（実31人）、歯科衛生士（実2人）
実施：歯科衛生士訪問のべ445回、訪問歯科健診66件 連絡調整会議2回
予算：総事業費4,046千円

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>

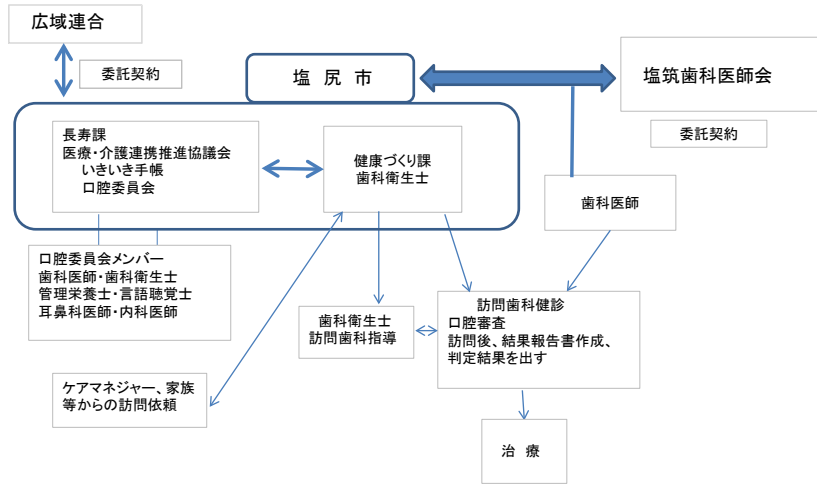
・介護度5で経過観察・健診を受けている17名の口腔は清潔が保たれ、誤嚥性肺炎の予防につながっている

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。
・口の中を見せってもらうことはハードルが高くとも、歯ブラシを見せっ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



⑥三重県津市<栄養>

人口：282,194人、被保険者数：39,648人

三重県津市における栄養指導の取組

事業目的

高齢者の低栄養・フレイル・生活習慣病等の重症化を予防し、健康寿命の延伸をすることで、住み慣れた家、地域で暮らし続けられるように支援する。

具体的な取組内容

①個別栄養支援（1クール6か月）

- 集会所等に巡回栄養相談窓口を設け、保健師・管理栄養士・歯科衛生士等による相談を実施
窓口に来れない人には訪問して相談を実施（必要時、主治医、地域包括支援センター等と連携）
- ・栄養スクリーニング・栄養アセスメント 健康状態、受診や服薬の状況、生活習慣等の確認
握力、体重等の測定
- ・栄養ケア計画の作成 対象者の望む暮らしを支援するための個別栄養ケア計画を作成
- ・栄養モニタリング 月1回、3か月間の栄養相談
- ・栄養ケア計画の事後評価 栄養アセスメントと同じ内容を実施し事前事後の評価をする

②地域栄養ケア支援

地域住民、地域包括支援センター、社会福祉協議会、医師、管理栄養士、歯科衛生士、保健師等による地域栄養ケア会議を開催し、個別栄養支援で把握した課題や地域住民との意見交換から、地域の栄養課題を抽出し、改善に向けた検討を行う

③人材育成

民生児童委員、ヘルスポランテア等に対して、地域住民同士が見守り、支援できるよう研修会を行う

対象者・指導実施者

老人クラブ・地域のサロン・健診事後健康相談等の参加者 90人（H28.12月末現在）
1クール（6か月間）25人とし、4クール実施予定

実施体制・予算

市保健師と委託管理栄養士・委託歯科衛生士が相談・訪問を実施

関係機関との連携

- ・必要時、主治医や地域包括支援センター等に情報提供の連絡をする
- ・地域栄養ケア会議への参加

実施結果

①個別栄養支援

- ・体重・食欲・毎日食べる食材数・便秘の改善・転倒回数・BMI等の項目において、事前事後の評価をした
- ・アンケート結果から食生活等に対する意識の変化を評価した

②地域栄養ケア支援

- ・地域栄養ケア会議を1回実施。
- ・地域の課題：「一人暮らし高齢者の食生活の乱れ」「一人暮らしの人の見守りが必要」「男の人が出ていく場を作る」
⇒高齢者の食生活を見守る人を増やすことを目的に研修会を実施（③の人材育成）
⇒男の健康料理教室をヘルスポランテアが主体となり3回開催
今まで料理をしなかったが家で作るようになった、みんなで一緒に作って食べると楽しくおいしく食べられる、家で食べるより量をたくさん食べられた、今まで話したことがない人と交流ができた等の感想あり

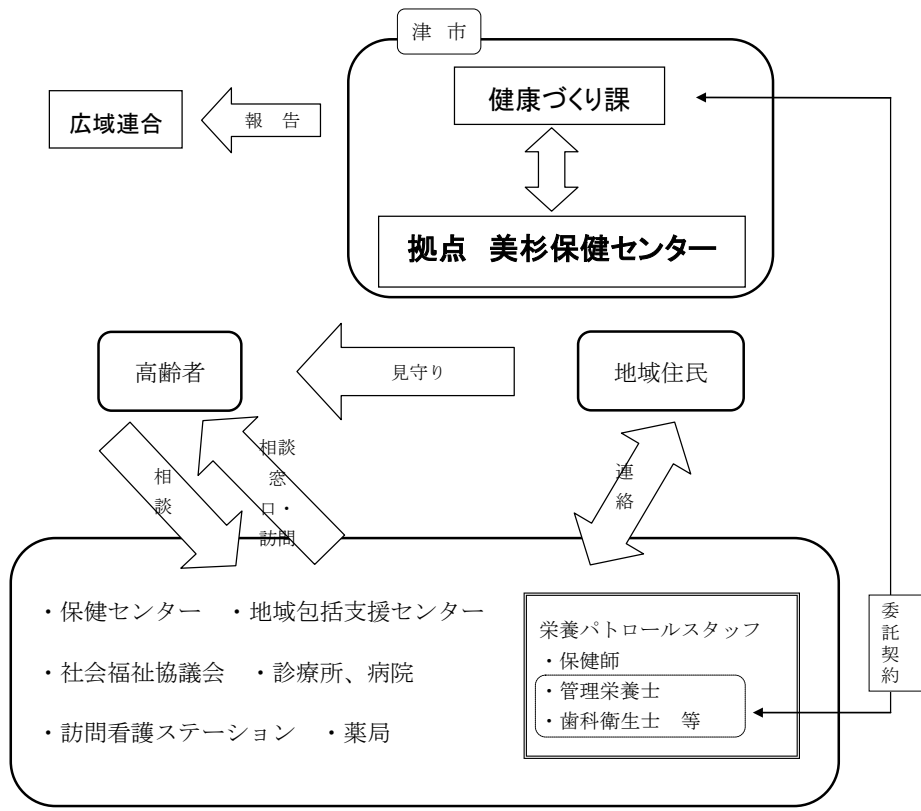
③人材育成

- ・高齢者の食生活や暮らしの見守りをする人を増やすため、テキストを作成
- ・民生児童委員を対象に事業説明を1回実施、事業協力のための研修会を2回開催
- ・地域住民、民生児童委員、ヘルスポランテア等を対象に地域の見守り研修会を2回開催

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）

- ・低栄養やフレイルのリスクが低い人でも、転倒や体調不良等をきっかけに急に支援が必要になるケースがある。早期発見し重症化させないためには、地域の見守り体制が必要である。
- ・一人暮らし高齢者より、子どもや孫と同居する高齢者の方が低栄養リスクが高い場合がある。世帯全員へのアプローチが必要である。
- ・高齢者本人からの聞き取りを行うだけでは、疾患名や服薬状況が正確に把握できない。また、健診の結果等のデータ等も含めて後期高齢者医療広域連合との連携が必要である。
- ・地域住民が主体的に低栄養・フレイル予防、生活習慣病の重症化予防等ができるようフォローアップが必要である。
- ・地域住民同士の見守り活動を広げていくために、フォローアップ研修が必要である。

平成28年度 美杉栄養パトロール実施体制図



⑦滋賀県竜王町＜口腔＞

人口：12,387人、被保険者数：1,444人

滋賀県竜王町における口腔指導の取組

事業目的

口腔ケアの推進を図ることにより、誤嚥性肺炎の予防に寄与するとともに、口腔体操等を指導・普及させ口腔機能の向上と効果的な栄養摂取を図り、高齢者の健康保持・増進、QOLの向上に寄与する。

具体的な取組内容

歯科医師・歯科衛生士による個別訪問指導を実施
関係者へ情報提供し、対象者のケアプランに反映させる

訪問実施：口腔ケアに関する問診、口腔内調査
口腔ケアや発語訓練や頬部、唾液腺のマッサージ、舌のマッサージ等を行う。
事後：調査に基づき、口腔ケアの受給状況や推奨する口腔ケアプランなどを示した口腔情報提供書を対象者ごとに作成
担当ケアマネジャーや介護関係者、家族へ情報提供
対象者が治療を要する場合には、かかりつけ歯科医師に連絡
対象者が特別養護老人ホーム施設入所者である場合は介護担当者等に対象者の口腔内の問題点を教示し口腔ケアの実技指導

対象者・指導実施者

要介護度（2～5）の者（64名）のうち、
事業へ調査協力いただける被保険者（43名）を訪問指導（平成28年12月28日現在）

実施体制・予算

人材：歯科医師（1名）、歯科衛生士（2名）、事務職（1名）
実施：訪問の65回、連絡調整会議1回、研修2回（3/10現在のH28年度実績）
予算：1,524千円（事業費補助金交付額）

関係機関との連携の工夫

- 作成した口腔情報提供書を担当ケアマネジャーや介護関係者、家族へ情報提供し、ケアプラン作成の参考にしていただいている。
- デイサービス、ヘルパー等の連絡帳に指導や治療内容を記載し、関係者間で情報共有している。
- 訪問調査の結果、歯科治療が必要な者、歯科専門職による継続的な在宅栄養管理が必要な者には、かかりつけ歯科医師あるいは治療を希望する歯科医師に直接連絡をとり歯科医療、歯科専門職による定期的な口腔ケアにつなげている。竜王町歯科医師会の歯科医師にも事業について理解協力を得ている。

実施結果

【事例】男性83歳 要介護度4 主な介護者：妻
（調査時の状態）口腔衛生状況不良のため、ここ数年で根面カリエス（虫歯）が多発進行し、次々と歯牙破折、咀嚼障害が認められた。

（指導内容）訪問調査により歯科治療を勧め、かかりつけ歯科医に連絡。また、日常的な口腔清掃のスキルアップを図った。

（受診後の結果）義歯を作成し美味しく食事したり、発声しやすくなり明らかなQOLの改善が認められた。

（生活の変化）家人からは「以前は頻りに発熱したり肺炎を罹患し、しばしば入院していたが、歯科のサービスを取り入れてからそういうことはなくなった。」と感想をいただいた。

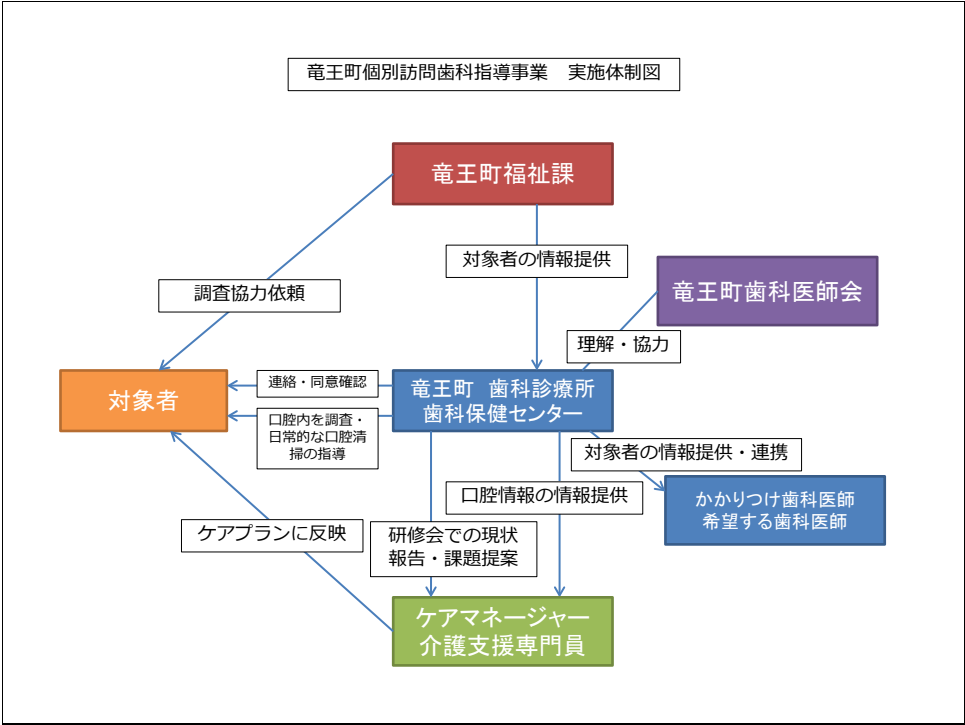
他にも独居で口腔保清ができずに口臭がひどく口腔衛生状況不良の寝たきり要介護者に訪問調査・指導した際にヘルパーに口腔ケアを指導し、口腔衛生状態が好転した者がいた。

【レセプトデータから】

竜王町では後期高齢者の自治体別の肺炎受診者数（H27年2月～H28年1月）をみるとレセプト件数/被保険者の指数は[6.65]で県内同規模の町[平均7.49]と比較すると肺炎の件数は少ない。訪問指導による誤嚥性肺炎の予防が図られたことが示唆される。

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）

- 被保険者だけでなく、家族や周囲の理解や協力があってこそ効果的な口腔指導、調査が可能となる。
- 歯科医師会や介護支援専門員との連携や理解を得られることで、対象者の事後フォローもスムーズに行える。
- 現在の体制では近い将来に人員不足となるので、口腔情報を多くの職種で共有し、訪問歯科診療につなげていく必要がある。



⑧大阪府大阪狭山市＜複合的取組＞

人口：57,820人、被保険者数：6,663人

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・予算

人材：非常勤看護師（実3人、のべ260人）、保健師8人（常勤6人、嘱託2人）、嘱託歯科衛生士1人、嘱託管理栄養士1人
 実施：訪問のべ313回（看護師297回、保健師16回）、所内訪問担当者によるカンファレンス12回
 予算：総事業費2,482千円

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）

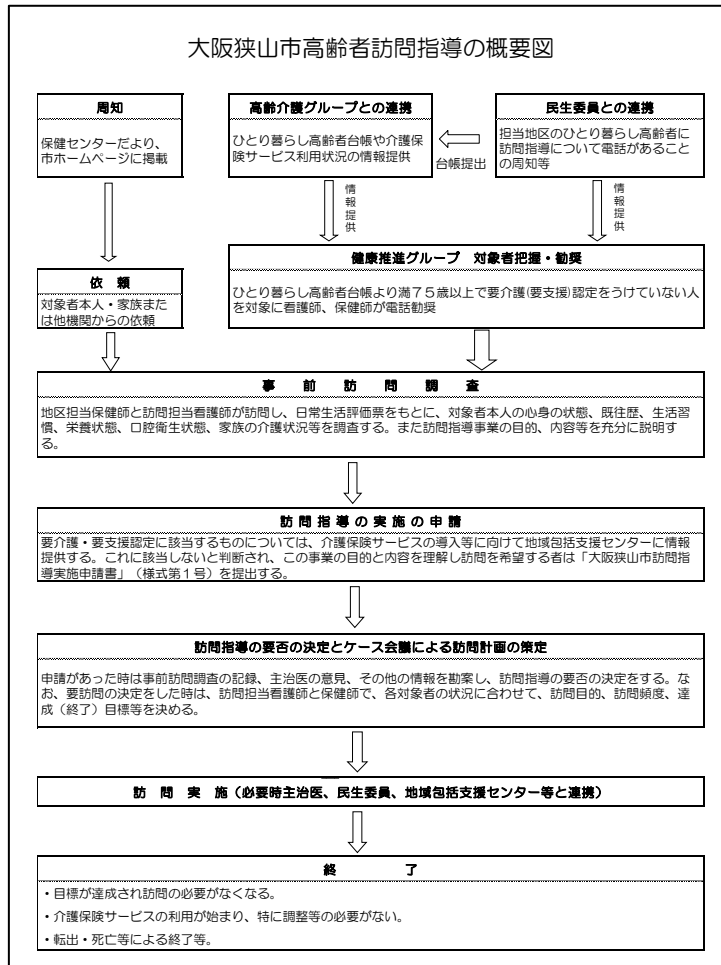
<評価指標>

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



⑨鳥取県鳥取市＜重症化予防＞

人口：194,256人（H27年度）、被保険者数：25,515人（H27年度）

鳥取県鳥取市における重症化予防の取組

事業目的

高齢者の特性を踏まえた訪問相談・指導等により、高齢者自身が健康管理に努めることができるよう支援し、生活習慣病の重症化や加齢による機能低下を防ぐ

具体的な取組内容

専門職による家庭訪問を実施し、対象者の特性（生活習慣（食事や運動、喫煙）、健診結果の推移等）に合わせた保健指導及び受療勧奨を実施

事前：健診結果より対象者を抽出

事後：継続的な指導等が必要な者については、3～4か月後を目途に2回以上訪問を実施

対象者・指導実施者

・健診結果から、高血圧、糖尿病、脂質異常、腎臓病の各リスクに該当する者（生活習慣病ハイリスク者）を抽出

・昨年度の健診結果から訪問・相談支援した人の中で未受療者を抽出

・高齢者健康診査の未受診者及び要指導者、相談希望者

【生活習慣病ハイリスク者抽出基準】

健診結果から、以下のいずれかに該当する者でかつ該当する生活習慣病に未受療者

「Ⅱ度高血圧以上、HbA1c 7.0又は空腹時血糖130以上、男性のLDL 180以上、尿蛋白2+以上」

関係機関との連携

訪問指導を実施し、介護サービス等に関するアドバイスなど総合的な相談・指導が必要と思われる場合は、地域包括支援センター等関係機関と連携を図り行っていく。

実施結果

<事例>

血圧の重症化ハイリスク者が医療機関を定期的に受療するようになり、生活習慣（食事・運動等）についても意識が変化して、血圧の数値に改善が見られた。

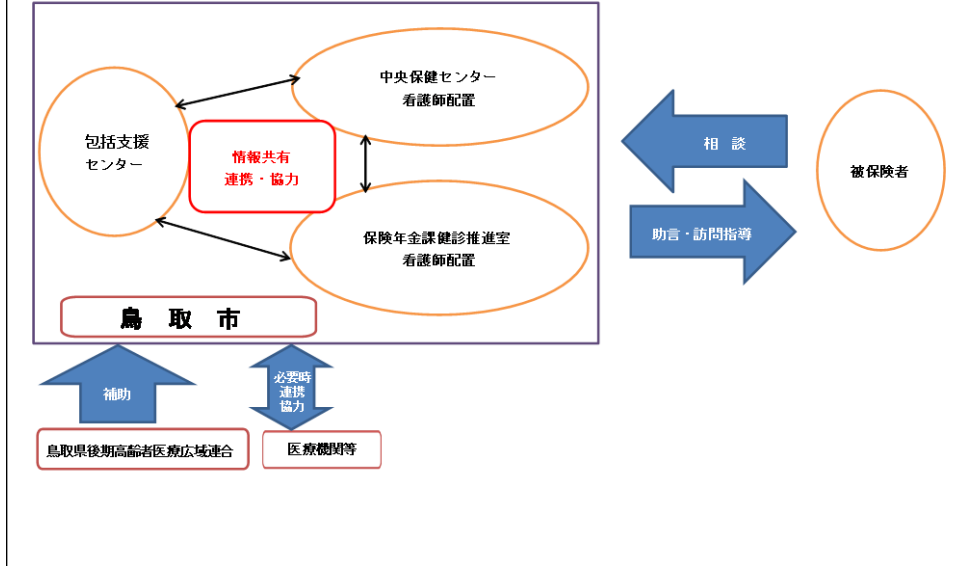
【評価指標】

- ・生活習慣病ハイリスク者が医療機関に受療する割合
- ・健診結果及び受療結果等による数値の改善状況
- ・生活（食事・運動）等の改善状況

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）

健診結果から訪問しているが、対象者は高齢ということもあり身近に健診結果をとらえることが難しいこともあり、個々の状況に合わせて（例えば、無理な生活改善の実施でフレイルの状態にならない）の支援より必要。

「専門職による相談・訪問指導」 概要図



⑩福岡県豊前市＜口腔＞

人口：26,484人、被保険者数：4,831人

福岡県豊前市における在宅歯科訪問事業の取組

事業目的

「生涯現役社会づくり」へ向け、内科疾患重症化予防・運動機能維持向上・栄養状態改善等を行い、在宅高齢者のQOL向上を図る。

具体的な取組内容

歯科医師・歯科大・管理栄養士・歯科衛生士による訪問
事前：市職員が内容を説明。アンケート用紙の配布。
当日：上記の4人1組で訪問し、様々な検査を実施し、指導・アドバイスをおこなう。対象者の口腔状況によりその後の予定を相談し、2回目からは、歯科衛生士のみで訪問し、対象者1人につき3ヶ月で最大10回程度の訪問。
事後：再度、上記の4名で訪問し、初回時と同様の検査をおこない、比較やアドバイスをおこなう。詳しい、報告は後日、市専門職員が実施。



対象者・指導実施者

後期高齢者4,831人⇒そのうち、要介護認定を持っていて、歯科に行くのが困難な方をケアマネージャーより紹介。その他、市報等での募集。計20人訪問

実施体制・予算

人材：歯科医師（実5人）、歯科衛生士（約15人）、事務職4人
実施：訪問約190回、打合せ2回程度

医師会との連携の工夫

平成27年度より、歯科医師会と協力して事業をおこなっており、定期的に会議を開催し、事業の報告・検討の場を用いている。
来年度以降、医師会への血液データの照会や、薬剤師会への服薬記録の提供を検討。
居宅介護支援事業者のケアマネージャーと連携し、参加者の募集をおこなった。

実施結果

<事例①>

- ・口腔ケアの実施により、口臭が減少した。
- ・舌、口の体操により、頬の内側を噛まなくなり、飲み込みも改善した。
- ・ケアマネより口腔に係る居宅療養管理指導の利用を検討中との連絡あり。

<事例②>

- ・口腔内粘膜に潰瘍があったが、口腔ケアで良くなった。
- ・舌、口の体操により、唾液が出るようになり、本人もまじめに口腔ケアに取り組んでいる。

<事例③>

- ・手術後、歯科治療に行きたかったが体調不良で外出できず、この事業を申し込む。
- ・口唇、粘膜、歯肉、舌の状態に改善が見られた・かかりつけ歯科医がみつき、安心につながった。

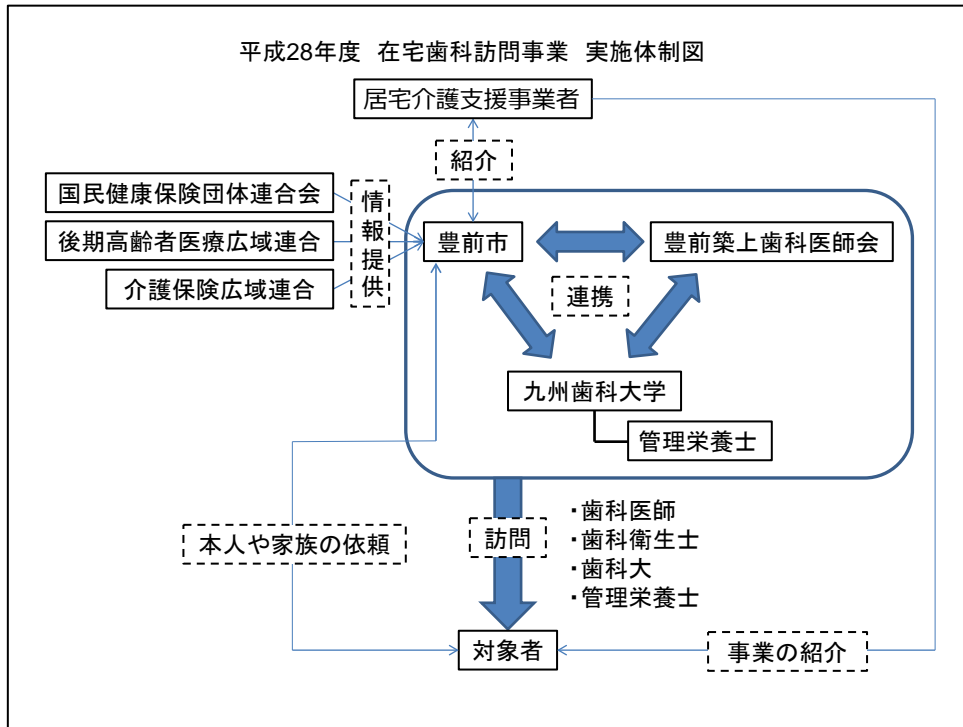
<事例④>

- ・母を娘が介護している。歯科衛生士が関わることで娘の閉鎖的な気分が和らぎ、コミュニケーションも増えた。
- ・口腔ケアの方法が分かり、介護者のためにもなった。

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）

- ・訪問時のみ、きれいにしておくのではなく、日常に取り入れるのが重要。
- ・ケアマネージャーからの紹介や、自分の意思での参加が多いので、健康づくりに興味の無い最も参加して欲しい層の参加が難しい。

平成28年度 在宅歯科訪問事業 実施体制図



⑪熊本県八代市〈服薬〉

人口：130,023人、被保険者数：22,439人

熊本県八代市における服薬指導の取組

事業目的

薬剤師が医療・介護関係者多職種と連携し、訪問指導（相談）することで、服薬コンプライアンスを向上させ、病状の改善や重症化を予防する。

具体的な取組内容

- 薬に関する講演会及び個別相談会の開催
- 薬局での立ち寄り相談の実施
- 薬剤師による個別訪問相談指導
- 医療・介護関係多職種連携のための取組

対象者・指導実施者

対象者：診断名が複数ある者、生活習慣病関連疾患に加え整形外科のレセがあるなど複数医療機関を受診している者
指導実施者：薬剤師

実施体制・予算

- 講演会及び個別相談会 1回開催
- 薬局での立ち寄り相談 42薬局で随時実施
- 訪問相談指導 被指導者のべ98人（実人員79人）従事薬局 11箇所（薬剤師16人）
- 医療・介護関係多職種連携のための取組 3回実施 予算：1,094,000円

医師会との連携の工夫

事業開始前に、地域医師会(八代市医師会・八代郡医師会)に事業主旨及び内容などを八代薬剤師会が説明を行った。
また、対象者へ訪問指導を行う場合は、必ず主治医に事前に連絡を行い、主治医の同意を得ている。

実施結果

●薬に関する講演会及び個別相談会の開催

参加者 15名

個別相談結果 ・問題解決50% ・立ち寄り相談へ継続25%
・その他かかりつけ薬局の選定など25%

●立ち寄り相談 個別訪問相談 現在集計中

●医療・介護関係多職種連携のための取組

・在宅医療介護に携わる多職種の皆さんと薬剤師のための座談会(ケアカフェ)
3回開催 参加者数(3回合計) 63名 (薬剤師34名 多職種29名)

薬剤師と関係多職種の相互理解が深まり顔の見える関係が出来た。
特に薬剤師の専門性を関係多職種が理解したことで、具体的な相談が出来るようになった。

・お薬手帳カバーの作成

介護情報 服薬情報などの基本情報をお薬手帳を更新する際に引き継ぐための再剥離シール付
担当ケアマネやヘルパーの名刺を入れる専用ポケット付



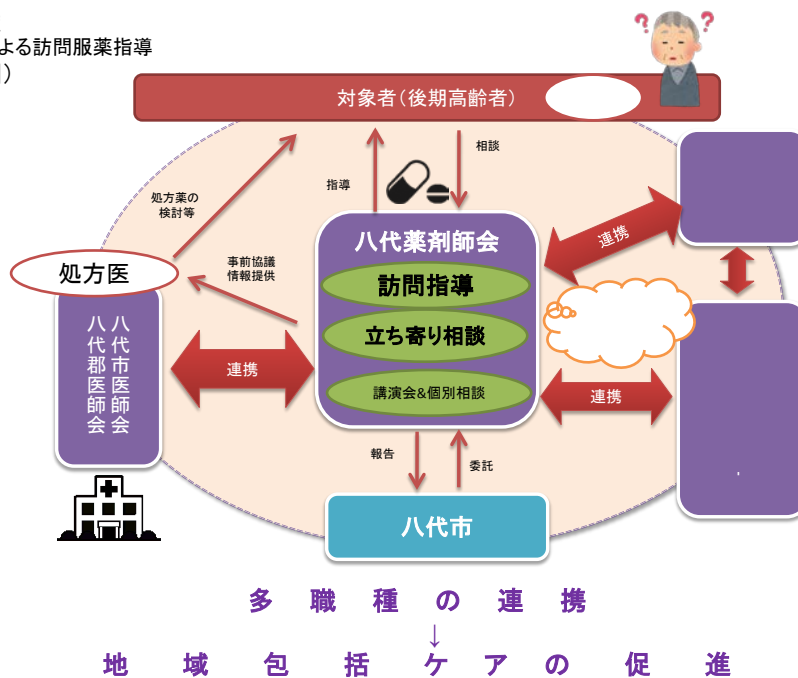
効果的に実施するためのポイントモデル事業を通し見えてきたこと)

KDBのデータから服薬指導の必要性が高い対象者を抽出することは可能であるが、その対象者を事業利用につなげる事が難しい。対象者に案内通知し、本人からの自発的な利用申し込みを待つ方法では、患者本人の服薬への関心が低かったり、残薬があることを主治医に隠したいという思いがあり、相談につながりにくい。抽出した対象者に薬剤師が直接アプローチするためには、対象者の個人情報を薬剤師会に提供する必要があるが、個人情報保護の観点から実施が出来なかった。

また、要介護の者は、優先して介入したい対象者であるが、対象者抽出に介護保険情報を利用することが、「介護保険情報の目的外利用に当たるのではないか。」と懸念され(介護保険所管課の理解を得られず)、抽出条件に利用することが出来なかった。

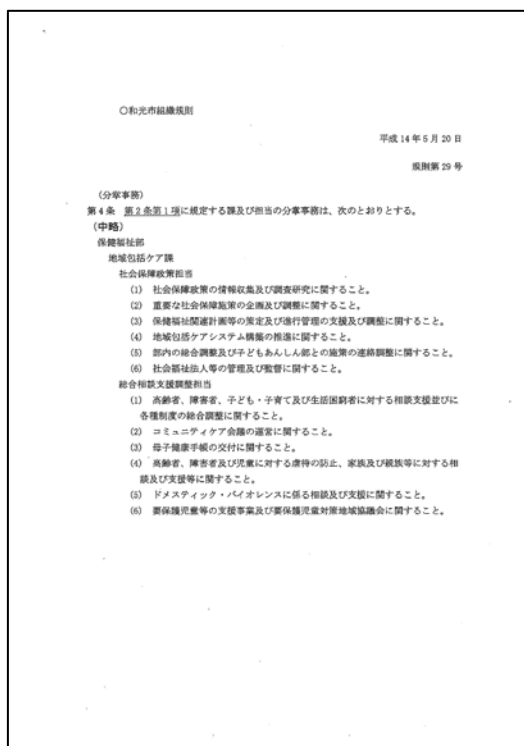
さらに、後期高齢者は、年齢が高くなるにつれて要介護の者の割合が高くなる。服薬の問題を早期発見し薬剤師による支援につなげるためにも、また、薬剤師の指導を受けた者が日常生活で継続的に実践するためにも、介護関係者(ケアマネ・ヘルパー等)との協力は欠かせない。医療・介護関係多職種連携のためにケアカフェなどの取組を行ったが、このような地道な取り組みの継続が必要である。

H28年度
薬剤師による訪問服薬指導
(概念図)



(3) モデル事業で使用されたツール類

1) 事務分掌規則



※上記は、地域包括ケア課において、医療・介護に関する各分野についての事項を担当するための規則

出典:埼玉県和光市（栄養指導・口腔）

2) 個人情報関係（同意書、個人情報保護条例に基づく閲覧申請） ＜健康づくり基本条例＞

<p>○和光市健康づくり基本条例 平成 25 年 3 月 25 日 条例第 4 号</p> <p>目次 前文 第 1 条 総則(第 1 条-第 7 条) 第 2 章 健康づくりの推進に関する基本的施策(第 8 条-第 10 条) 第 3 章 健康づくりの推進体制(第 11 条-第 14 条) 第 4 章 ヘルスソーシャルキャピタル審議会(第 15 条-第 18 条) 第 5 章 雑則(第 19 条) 附則</p> <p>健康であることは、疾病や障害の有無に関係なく、市民が生きていきと安心して生活し、自己実現を図るための基盤となるものであり、全ての市民が健康であることは、市民一人一人の生活のみならず市全体としての福祉の向上につながるものである。</p> <p>市は、市民の健康を増進させるため、誰もが健康に暮らすことができるまちづくりを進めており、その実現のためには、健康づくりに関する施策を総合的に調整し、市民、事業者及び関係団体等との協働により、地域が一体となって計画的に推進していく必要がある。</p> <p>そこで、健康づくりに関し基本的な事項を定め、健康づくりに関する施策を包括的に推進する体制を構築し、もって市民の福祉の向上に寄与するため、この条例を制定する。</p> <p>第 1 章 総則</p> <p>(目的) 第 1 条 この条例は、市が行う健康づくりに関する施策について基本的な事項を定めることにより、市民の健康増進を図り、もって市民の福祉の向上に寄与することを目的とする。</p> <p>(定義) 第 2 条 この条例において「事業者」とは、市内で商業活動を行なう者をいう。 2 この条例において「関係団体等」とは、市内で保健、医療及び福祉に関する活動に従事する者及び団体をいう。</p> <p>(基本理念) 第 3 条 健康づくりは、市民一人一人の心身の状態等に合わせて、生き生きと健やかに生活できるよう全世代を通じて継続的に行われなければならない。 2 健康づくりは、市民一人一人の健康が生活の質の向上に不可欠であることを認識して推進されなければならない。 3 健康づくりは、市民、事業者、関係団体等及び市がそれぞれの役割を認識し、相互に協力して地域全体で推進されなければならない。</p>	<p>(市の責務) 第 4 条 市は、市民、事業者及び関係団体等と協働して健康づくりに関する施策を包括的に推進しなければならない。</p> <p>(市民の責務) 第 5 条 市民は、主体的に健康づくりに関心を持ち、自らの健康状態に応じた健康の保持及び増進に関する取組を行うよう努めなければならない。</p> <p>(事業者の責務) 第 6 条 事業者は、その使用する者の健康に配慮した職場環境の整備に努めるとともに、市の健康づくりに関する施策の推進に協力するよう努めなければならない。</p> <p>(関係団体等の責務) 第 7 条 関係団体等は、その活動に当たっては健康づくりに配慮するとともに、市の健康づくりに関する施策の推進に協力するよう努めなければならない。</p> <p>第 2 章 健康づくりの推進に関する基本的施策</p> <p>(健康づくりの推進に関する取組) 第 8 条 市は、健康づくりに関する施策を推進するため、次に掲げる取組を行うものとする。 (1) ヘルスアップ 健康増進及び疾病等の予防に関する取組 (2) ヘルサポート 疾病等の進行及び重症化を防ぐための取組 (調査及び分析) 第 9 条 市長は、健康づくりに関する地域の課題を明確にするため、別に定める区域ごとに、市民の健康状態等に関する調査及び分析を行うものとする。 (目標の設定) 第 10 条 市長は、健康づくりに関する施策及び事業の推進に資するため、健康づくりに関する目標を定め、当該目標及びその結果を公表するものとする。</p> <p>第 3 章 健康づくりの推進体制</p> <p>(連携及び協働) 第 11 条 市は、市民、事業者及び関係団体等と相互に連携を図りながら、協働して健康づくりに関する施策及び事業を実施するよう努めるものとする。 (情報提供等) 第 12 条 市は、市民、事業者及び関係団体等に対して、健康づくりに関する情報の提供その他の必要な支援を行うものとする。 2 市は、市民、事業者及び関係団体等に対し、健康づくりの推進のために必要な情報を提供しよう求めることができる。 (推進体制の整備) 第 13 条 市は、健康づくりに関する施策を総合的に調整し、及び計画的に推進するために必要な体制を整備するものとする。 (ヘルサポーターの育成)</p>
<p>第 14 条 市長は、健康づくりに関する施策の推進を図るための市民ボランティアとして、ヘルサポーターの育成に努めるものとする。</p> <p>第 4 章 ヘルスソーシャルキャピタル審議会</p> <p>(設置) 第 15 条 市長の諮問に応じ、健康づくりに関する重要事項を調査審議するため、市長の附属機関として、ヘルスソーシャルキャピタル審議会(以下「審議会」という。)を置く。 2 審議会は、健康づくりに関する事項について調査及び研究を行い、市長に意見を述べることができる。</p> <p>(組織等) 第 16 条 審議会は、委員 12 人以内で組織する。 2 委員は、次に掲げる者のうちから市長が委嘱する。 (1) 知識経験を有する者 (2) 関係団体等を代表する者 (3) 公募による市民 3 委員の任期は、2 年とする。ただし、再任を妨げない。 4 補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。 (会長及び副会長) 第 17 条 審議会に会長及び副会長を置く。 2 会長及び副会長は、委員の互選により定める。 3 会長は、審議会を代表し、会務を総理する。 4 副会長は、会長を補佐し、会長に事故があるとき、又は会長が欠けたときは、その職務を代理する。 (会議) 第 18 条 審議会の会議は、会長が招集し、その議長となる。 2 審議会の会議は、委員の半数以上の出席がなければ開くことができない。 3 審議会の会議の議事は、出席委員の過半数をもって決し、可否同数のときは、議長の決するところによる。 4 審議会の会議は、公開とする。ただし、議長が会議を公開することに支障があると認めるときは、当該会議の全部又は一部を公開しないことができる。</p> <p>第 5 章 雑則</p> <p>(委任) 第 19 条 この条例の施行に関し必要な事項は、市長が別に定める。</p> <p>附 則 この条例は、平成 25 年 4 月 1 日から施行する。</p>	<p>出典:埼玉県和光市（栄養指導・口腔）</p>

<個人情報保護条例に基づく閲覧申請>

<p style="text-align: center;">平成28年9月 日</p> <p style="text-align: center;">大和市個人情報保護委員会 会長 久保 道 様</p> <p style="text-align: center;">大和市長 大 木 哲</p> <p style="text-align: center;">大和市個人情報保護条例第13条に定める目的外の利用及び本人通知の省略について（諮問）</p> <p>このことについて、大和市個人情報保護条例第13条第2項第4号及び第3項の規定に基づき別添付用紙について意見を求めます。</p> <p style="text-align: center;">担当課： 健康づくり推進課 地域保健活動担当</p>	<p>大和市個人情報保護条例 大和市個人情報保護条例(平成10年大和条例第1号)の全部を改正する。</p> <p style="text-align: center;">第1章 総則</p> <p>(目的)</p> <p>第1条 この条例は、大和自治基本条例(平成16年大和条例第16号)第23条第3項の規定に基づき、個人情報の適正な取扱いの確保に關し必要な事項を定めるとともに、市の実施機関が保有する個人情報の開示、訂正及び利用停止を求める個人の権利を明らかにすることにより、同条例に定められた自治の基本理念を尊重し、個人の権利利益の保護を図り、もって市民の基本的な権利の擁護及び公正で民主的な市政の推進に資することを目的とする。</p> <p>一部改正(平成19年条例第3号)</p> <p>(利用及び提供の制限)</p> <p>第13条 実施機関は、法令の規定に基づく場合を除き、保有する個人情報を収集したときの取扱目的を超えて当該実施機関内部若しくは実施機関相互において当該保有個人情報を利用し、又は実施機関以外のものに提供してはならない。</p> <p>2 前項の規定にかかわらず、実施機関は、次の各号のいずれかに該当すると認めるときは、取扱目的の範囲を超えて当該実施機関内部若しくは実施機関相互において当該保有個人情報を利用し、又は実施機関以外のものに提供することができる。ただし、保有個人情報を取扱目的の範囲を超えて当該実施機関内部若しくは実施機関相互において利用し、又は実施機関以外のものに提供することによって、本人又は第三者の権利利益を不当に侵害するおそれがあると認められるときは、この限りでない。</p> <p>(1) 本人の同意に基づき利用し、若しくは提供するとき又は本人に提供するとき。</p> <p>(2) 個人の生命、身体又は財産の安全を守るため緊急かつやむを得ない必要があると認め利用し、又は提供するとき。</p> <p>(3) 専ら統計の作成又は学術研究の目的のために保有する個人情報を提供するとき。</p> <p>(4) 前3号に掲げる場合のほか、審査会の意見を聴いた上で必要があると認め利用し、又は提供するとき。</p> <p>3 実施機関は、前項第2号から第4号までの規定に該当して保有する個人情報を利用し、又は提供したときは、その旨及びその目的を本人に通知しなければならない。ただし、審査会の意見を聴いた上で正当と認めるときは、この限りでない。</p>
---	---

<p style="text-align: center;">大和市個人情報保護条例第13条第2項第5号の規定による目的外の利用及び同条例第3項の規定による本人通知の省略に関する諮問事項</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 20%;">区 分 類 別</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>事務担当課</td> <td>健康福祉部 健康づくり推進課 地域保健活動担当</td> </tr> <tr> <td>事務の名称</td> <td>健康相談・教育事業における訪問指導事務(長寿健診)</td> </tr> <tr> <td>事務の根拠法令等</td> <td>高齢者の医療の確保に関する法律、健康増進法</td> </tr> <tr> <td>事務の目的</td> <td>長寿健診の受診や、健診受診後のフォローが必要であると認められる者及びその家族等に対して保健師・管理栄養士が訪問し、その健康に関する問題を総合的に把握し、必要な指導を行い、これらの者の心身機能の低下の防止と健康の保持増進を図る。</td> </tr> <tr> <td>対象となる個人の範囲</td> <td>長寿健診未受診者、長寿健診後フォロー対象者(健診データや各学会等の基準に基づき、心疾患や脳血管疾患等の重要な疾病の発症や、死亡するリスクのある者)</td> </tr> <tr> <td>目的外に利用又は提供する個人情報の項目</td> <td>・診察報酬明細書情報(保険年金課情報) 患者氏名、性別、生年月日、癌等の健康保険加入情報、請求元の医療機関名、診療科、病名、診療月に行った数、注射、処置、手術、検査、画像診断、リハビリ等の診療報酬点数 ・介護保険情報 介護度、訪問認定時介護度、サービス開始年月、サービス利用状況、給付費等</td> </tr> <tr> <td>利用又は提供の相手方</td> <td><利用元> 保険年金課、介護保険課 <利用先> 健康づくり推進課</td> </tr> <tr> <td>理由(利用する必要性、本人から提供を受けることが困難な理由等)</td> <td>長寿健診の受診率向上は、健康づくり推進課・保険年金課・介護保険課に共通の重要な課題である。実際に保健師・管理栄養士等が、診療報酬明細書や介護保険情報を訪問指導の時に利用することにより、受診動向の優先度が高い対象者の選定が可能となる。また、保健指導を実施する上でも同情報を踏まえることにより、よりきめ細やかな指導の良質な保健指導が可能となる。さらに、対象者の医療利用状況を利用することにより、医療費削減効果等を検証し、事業の有効性を検証することができる。</td> </tr> <tr> <td>条例第13条第3項の規定による本人通知</td> <td><input type="checkbox"/> する <input checked="" type="checkbox"/> しない 理由 できる限り、保健指導の際に本人通知を行うようにするが、個人情報の事務利用をした結果、保健指導を行わないこととした者や本人通知を行うことで実施指導の円滑な実施を図ることができると見込まれる者については、本人通知省略の範囲に該当するため、本人通知は行わない。</td> </tr> </tbody> </table>		区 分 類 別	事務担当課	健康福祉部 健康づくり推進課 地域保健活動担当	事務の名称	健康相談・教育事業における訪問指導事務(長寿健診)	事務の根拠法令等	高齢者の医療の確保に関する法律、健康増進法	事務の目的	長寿健診の受診や、健診受診後のフォローが必要であると認められる者及びその家族等に対して保健師・管理栄養士が訪問し、その健康に関する問題を総合的に把握し、必要な指導を行い、これらの者の心身機能の低下の防止と健康の保持増進を図る。	対象となる個人の範囲	長寿健診未受診者、長寿健診後フォロー対象者(健診データや各学会等の基準に基づき、心疾患や脳血管疾患等の重要な疾病の発症や、死亡するリスクのある者)	目的外に利用又は提供する個人情報の項目	・診察報酬明細書情報(保険年金課情報) 患者氏名、性別、生年月日、癌等の健康保険加入情報、請求元の医療機関名、診療科、病名、診療月に行った数、注射、処置、手術、検査、画像診断、リハビリ等の診療報酬点数 ・介護保険情報 介護度、訪問認定時介護度、サービス開始年月、サービス利用状況、給付費等	利用又は提供の相手方	<利用元> 保険年金課、介護保険課 <利用先> 健康づくり推進課	理由(利用する必要性、本人から提供を受けることが困難な理由等)	長寿健診の受診率向上は、健康づくり推進課・保険年金課・介護保険課に共通の重要な課題である。実際に保健師・管理栄養士等が、診療報酬明細書や介護保険情報を訪問指導の時に利用することにより、受診動向の優先度が高い対象者の選定が可能となる。また、保健指導を実施する上でも同情報を踏まえることにより、よりきめ細やかな指導の良質な保健指導が可能となる。さらに、対象者の医療利用状況を利用することにより、医療費削減効果等を検証し、事業の有効性を検証することができる。	条例第13条第3項の規定による本人通知	<input type="checkbox"/> する <input checked="" type="checkbox"/> しない 理由 できる限り、保健指導の際に本人通知を行うようにするが、個人情報の事務利用をした結果、保健指導を行わないこととした者や本人通知を行うことで実施指導の円滑な実施を図ることができると見込まれる者については、本人通知省略の範囲に該当するため、本人通知は行わない。	<p style="text-align: right;">別紙1</p> <p>1. 訪問指導事務について<長寿健診分></p> <p>(1) 目的 超高齢社会の中で、持続可能な社会保障制度を目的とし、長寿健診の受診や健診後の保健指導が必要であると認められる者及びその家族等に対して保健師・管理栄養士が訪問し、その健康に関する問題を総合的に把握し、必要な指導を行い、これらの者の心身機能の低下の防止と健康の保持増進を図り、将来的な医療費、介護給付費の削減を図る。</p> <p>(2) 対象者 長寿健診未受診者、長寿健診後フォロー対象者(健診データや各学会等の基準に基づき、心疾患や脳血管疾患等の重要な疾病の発症や、死亡するリスクのある者)</p> <p>(3) 概要 現在は、以下のような流れで訪問指導事務を行っている。 ①健診データを検証 ②受診勧奨や保健指導が必要な対象者の抽出、地区割 ③保健師・管理栄養士による訪問指導(6ヶ月間に3回) 例：治療が必要なレベルである方へ受診の必要性を説明する/高血糖や腎機能低下の所見がある方へ ④栄養相談をすることで重症化を予防する/二次予防栄養改善対象者(やせていて体重減少のある方)へ ⑤栄養相談することで、介護予防につなげる。 ⑥次年度に、訪問した対象者の健診データが改善したか等を評価する。</p> <p>2. 個人情報の目的外利用について</p> <p>(1) これまでの取り組みと課題 長寿健診受診者の訪問指導事務とその詳細は健診データのみを基盤として実施している。しかし、健診データのみでは、対象者の医療や健康の状況を正確に把握することができない。さらに、訪問した対象者がその後重要な疾病の発症や介護が必要な状態になることを予防できなかった。訪問指導によって医療費や介護給付費が実際に削減されているかといった効果検証を十分に行うことができていない。</p> <p>(2) 個人情報利用事務の流れ ①介護保険情報：基幹システムにて、介護保険情報を利用する。利用するにあたり、申請書または利用申請書等を使用する。(別紙2、3参照) ②診療報酬明細書：保険年金課の端末にて、診療報酬情報を利用する。利用するにあたり、申請書または利用申請書等を使用する。 ③医療データベース(ES)システム：保険年金課の端末にて、介護保険情報または診療報酬情報を利用する。利用するにあたり、申請書または利用申請書等を使用する。(個人情報閲覧できるIDが今後付与される予定)</p> <p>(3) 利用件数 月平均100件程度</p> <p>3. 個人情報の取扱い ・個人情報利用の際は、件数を主管課へ報告し、適正に管理する。 ・利用者は、健康づくり推進課の保健師(平成28年10月1日時点10名)と管理栄養士(平成28年10月1日時点6名)のみとする。</p>
	区 分 類 別																				
事務担当課	健康福祉部 健康づくり推進課 地域保健活動担当																				
事務の名称	健康相談・教育事業における訪問指導事務(長寿健診)																				
事務の根拠法令等	高齢者の医療の確保に関する法律、健康増進法																				
事務の目的	長寿健診の受診や、健診受診後のフォローが必要であると認められる者及びその家族等に対して保健師・管理栄養士が訪問し、その健康に関する問題を総合的に把握し、必要な指導を行い、これらの者の心身機能の低下の防止と健康の保持増進を図る。																				
対象となる個人の範囲	長寿健診未受診者、長寿健診後フォロー対象者(健診データや各学会等の基準に基づき、心疾患や脳血管疾患等の重要な疾病の発症や、死亡するリスクのある者)																				
目的外に利用又は提供する個人情報の項目	・診察報酬明細書情報(保険年金課情報) 患者氏名、性別、生年月日、癌等の健康保険加入情報、請求元の医療機関名、診療科、病名、診療月に行った数、注射、処置、手術、検査、画像診断、リハビリ等の診療報酬点数 ・介護保険情報 介護度、訪問認定時介護度、サービス開始年月、サービス利用状況、給付費等																				
利用又は提供の相手方	<利用元> 保険年金課、介護保険課 <利用先> 健康づくり推進課																				
理由(利用する必要性、本人から提供を受けることが困難な理由等)	長寿健診の受診率向上は、健康づくり推進課・保険年金課・介護保険課に共通の重要な課題である。実際に保健師・管理栄養士等が、診療報酬明細書や介護保険情報を訪問指導の時に利用することにより、受診動向の優先度が高い対象者の選定が可能となる。また、保健指導を実施する上でも同情報を踏まえることにより、よりきめ細やかな指導の良質な保健指導が可能となる。さらに、対象者の医療利用状況を利用することにより、医療費削減効果等を検証し、事業の有効性を検証することができる。																				
条例第13条第3項の規定による本人通知	<input type="checkbox"/> する <input checked="" type="checkbox"/> しない 理由 できる限り、保健指導の際に本人通知を行うようにするが、個人情報の事務利用をした結果、保健指導を行わないこととした者や本人通知を行うことで実施指導の円滑な実施を図ることができると見込まれる者については、本人通知省略の範囲に該当するため、本人通知は行わない。																				

4. 組織法令について
① 高齢者の医療の確保に関する法律
(目的)
第一条 この法律は、国民の高齢期における適切な医療の確保を図るため、医療費の適正化を推進するための計画の作成及び保険者による健康診査等の実施に関する措置を講ずるとともに、高齢者の医療について、国民の共同連帯の理念等に基づき、前期高齢者に係る保険者間の費用負担の調整、後期高齢者に対する適切な医療の給付等を行うために必要な制度を設け、もって国民保健の向上及び高齢者の福祉の増進を図ることを目的とする。
② 健康増進法
(目的)
第一条 この法律は、我が国における急速な高齢化の進展及び疾病構造の変化に伴い、国民の健康の増進の重要性が著しく増大していることにかんがみ、国民の健康の増進の総合的な推進に関し基本的な事項を定めるとともに、国民の栄養の改善その他の国民の健康の増進を図るための措置を講じ、もって国民保健の向上を図ることを目的とする。

別紙 2

(健康づくり推進課)
診療報酬明細書等利用承認申請書

平成 年 月 日

保険年金課長 殿
健康づくり推進課
〒 〇〇 〇〇 〇〇
氏名 目代 雅彦 印

下記の通り、診療報酬明細書等 を利用したいので申請します。

記

使用目的
 〇〇〇に対する防犯業者相談の評価として使用
閲覧対象者
 〇〇年度二次予防受診勧奨対象者のうち要介護認定になった人
閲覧件数
 社
その他
下記の通り、遵守事項を守り、利用致します。
1. 個人情報利用の際は、件数を主管理へ報告し、適正に管理する。
2. 利用者は、健康づくり推進課の保健師と管理栄養士のみとする。

以上
申請者: 〇〇 〇〇 〇〇 印

別紙 3

(保険年金課)
診療報酬明細書利用確認票

平成 年 月 日

下記の通り、適切に 診療報酬明細書等 を利用致しました。
氏名 〇〇 〇〇 〇〇

大和市個人情報保護条例(平成10年大和市条例第1号)に基づき、当該事務の実施時に必要な場合に限り、利用するものとする。
 利用した結果については、利用後、件数やデータ出力件数を主管理へ報告し、適正に利用致します。
 目的外である市民の情報をむやみに利用していません。
 得た情報については、目的外に利用することはありません。

以上

適切に情報が閲覧されたことを確認致しました。保険年金課: 印

平成29年 月 日

保険年金課長 殿
健康づくり推進課長 殿

後期高齢者医療被保険者証の使用実績照会(依頼)

このことについて下記のとおり添付致します。

検索年月日	平成29年4月 日
氏名:	
生年月日:	
性別:	
生年月日:	
氏名:	
生年月日:	
氏名:	
生年月日:	
氏名:	
生年月日:	
氏名:	
生年月日:	
氏名:	
生年月日:	
氏名:	
生年月日:	
氏名:	
生年月日:	
氏名:	
生年月日:	
氏名:	
生年月日:	
氏名:	
生年月日:	
氏名:	
生年月日:	
氏名:	
生年月日:	
氏名:	
生年月日:	
氏名:	
生年月日:	
氏名:	
生年月日:	
氏名:	
生年月日:	

利用目的
上記対象者の病状等の利用状況を把握するため

根拠法令
高齢者の医療の確保に関する法律

担当者
所属部署 健康づくり推進課
所属長氏名
担当氏名 (内線) 5663

(依頼する所属課の決裁欄)
上記内容のとおり承認してよいと認める。 (印) 担当 主幹・係長 課長

--	--	--

(依頼する所属課の決裁欄)
上記内容のとおり承認してよいと認める。 (印) 担当 主幹・係長 課長

--	--	--

出典:神奈川県大和市(栄養指導・重症化予防)

3) 業務委託契約書、仕様書

平成28年度大和市長後期高齢者訪問栄養指導事業委託仕様書

- 実施期間**
平成28年7月1日から平成29年3月31日までとする。
- 業務範囲**
委託業務の範囲は、大和と市域とする。
- 対象者**
大和市長後期高齢者訪問栄養指導事業実施要領（以下「実施要領」という。）第4条に規定する者約250名
- 対象者名簿**
発注者は、対象者の名簿を作成し、委託業務開始後速やかに受注者に提供する。
- 実施体制**
 - 管理栄養士の確保**
本事業に従事する管理栄養士として、県栄養士会に登録する管理栄養士のうち、大和市内での訪問を行うに実用できる者（以下「訪問栄養士」という。）を確保する。
 - 活動拠点を確保**
大和市長後期高齢者センター 健康づくり推進課内に、訪問栄養士の活動拠点を置くものとする。
 - 訪問栄養士相談体制の確保**
訪問栄養士による栄養相談の質を維持・向上させるため、次のとおり、大和市内の神奈川県認定栄養ケア・ステーション（以下「栄養CS」という。）の管理栄養士による助言・指導体制を確保する。
ア 事例検討及び情報交換のための会合の実施 1か月に1回
イ メール、電話対応による訪問栄養士への助言 必要時
- 業務内容**
次に掲げる業務について、実施要領を遵守して、実施するものとする。
 - 対象者の自宅への訪問栄養指導を対象者1人につき3回（初回/3ヶ月後/6ヶ月後）実施すること。ただし、不在等、面会できない場合はこの限りではない。
 - 訪問栄養士は、訪問時には大和市が発行する身分証明書を持参すること。身分証明書は対象者等へ提示し、訪問栄養指導従事者であることを明らかにすること。
 - 訪問栄養士は、初回訪問で、対象者の身体状況や疾病、栄養状態、食生活習慣等（以下、「身体状況等」という。）を的確に把握し、当該状況に対応した食習慣等に関する提案を行い、対象者、家族の同意の下、栄養改善計画を立案すること。
 - 訪問栄養士は、2回目以降の訪問の際には、対象者の身体状況等のモニタリングを行い、初回訪問時栄養改善計画の順守状況を確認・評価すること。

- 訪問栄養士は、必要に応じて対象者の家族、介護者などに対しても栄養指導を行うこと。
- 訪問栄養士は、訪問栄養指導の実施状況について、対象者1回の訪問ごとに記録を作成すること。（第1号様式、第2号様式）
- 受注者は、各月ごとに訪問実績報告書を作成し、実施月の翌月10日までに発注者に提出すること。（第3号様式）ただし、3月分の報告書は3月31日までに提出すること。
- 受注者は、訪問栄養指導のまとめを事業終了月末日までに発注者に提出すること。
- 受注者は、会計報告書を事業終了月末日までに発注者に提出すること。
- 委託料**
委託料は、「5. 実施体制」の整備後に、全額前金払いするものとする。
- 環境配慮事項**
 - 業務を実施するにあたっては、大和市役所環境マネジメントシステムの「環境方針」の主旨を理解し、遂行すること。
 - 市への提出書類及び付随資料については、原則として再生紙を使用すること。
 - 施設内では、出来る限りエレベーターを使わずに階段を利用すること。
 - 市へ搬入する製品の梱包材等は環境にするとともに、持ち帰ること。
 - 業務実施時に車両を使用する場合は、アイドリングストップの実施を徹底すること。
 - 業務実施時には、「大和市路上喫煙の防止に関する条例」ならびに「大和市ポイ捨て等の防止に関する条例」の趣旨を理解し、業務を行うこと。

大和市長後期高齢者訪問栄養指導事業実施要領

(目的)

第1条 この要領は、後期高齢者の生活習慣病の重症化予防及び低栄養による衰弱の予防並びに介護予防を推進するために、平成28年度神奈川県後期高齢者医療制度事業補助金交付要綱に基づく大和市長後期高齢者訪問栄養指導事業（以下「本事業」という。）の実施に關し、必要な事項を定めることを目的とする。

(実施期間)

第2条 本事業の実施期間は、平成28年7月1日から平成29年3月31日までとする。

(実施方法)

第3条 大和市（以下「市」という。）は、本事業を、後期高齢者の身体特性に合わせた適切な訪問栄養指導を実施できる機関に委託して実施することができる。

(対象者)

第4条 本事業の対象者は、本市住民基本台帳に登録されている者であって、次の各号のいずれかに該当するものとする。

- 市が、大和市特定健康診査等実施要領に基づき実施した平成27年度又は平成28年度長寿健康診査の結果で、次に掲げるいずれにも該当した者のうち、市が訪問指導の対象者と判断した者
ア HbA1cの値が6.5%以上であること。
イ eGFRの値が50ml/分/1.73m以下であること。
ウ 尿たんぱくが+（プラス）以上であること。
- 市が、平成26年度又は平成28年度に実施した介護予防アンケート調査において、次に掲げるいずれかに該当した者のうち、市が訪問指導の対象者と判断した者
ア 低栄養状態であること；a、bのいずれも該当すること。
 a. BMIが18.5未満であること。
 b. 直近6か月間における体重減少が2kg以上であること。
イ 低栄養状態に陥るリスクが高いこと；a、bのいずれも該当すること。
 a. BMIが20.0以下であること。
 b. 介護予防アンケート調査票のうち栄養状態の質問項目が3点以上であること。
- その他、市長が必要と認める者

(事業内容)

第5条 本事業の内容は、次に掲げるとおりとする。

- 本事業に従事する管理栄養士（以下「訪問栄養士」という。）が、対象者の自宅を個別に訪問して、栄養指導を対象者等に対し、CKD栄養指導（アセスメント・モニタリング）又は大和市二次予防栄養改善記録票により栄養指導の内容を記録すること。
- 訪問指導等の質の維持向上のために、栄養ケア・ステーション所属の管理栄養士による訪問栄養士を対象とした事例検討会の開催及び同行訪問による助言指導を実施すること。

(委託料)

第6条 委託料の請求及び支払いに関するについては、委託仕様書で定める。

(様式)

第7条 この要領で使用する様式は、別表に掲げるとおりとし、その内容は別に定める。

別 則
この要領は、平成28年1月29日から施行する。

別 則
この要領は、平成28年7月1日から施行する。

別表（第7条関係）

様式番号	様式の名称	関係条文
第1号様式	CKD栄養指導票（アセスメント・モニタリング）	第5条
第2号様式	大和市二次予防栄養改善記録票	第5条

出典：神奈川県大和市【栄養指導・重症化予防】

4) 業務マニュアル

大和市
二次予防栄養改善業務マニュアル(抜粋)

継続づくり推進課
平成26年5月27日

大和市 二次予防栄養改善

自動印字される

番号	住所が		
氏名		志年月日	
電話番号	() - ()	年 月 日 歳	
住所	〒		
【栄養相談】	集団指導(課長 田、グループワーク 田、栄養 田、その他 田)		
高血圧・脂質相談	個別指導(指導 田)		
担当者	管理栄養士 栄養士 医師 歯科医師 保健師 看護師 准看護師 食生活改善推進員 ボランティア		
日曜祝日内容			
日曜の表示	(月 日)		
【アセスメント項目】	初期(月 日)	中期(月 日)	終了時(月 日)
身長	cm	cm	cm
体重	kg	kg	kg
半期や食事開始の目標値(入院)			はい 1%減
機能的な栄養の改善			はい 1%減
下痢や便秘			はい 1%減
定期的な体重測定			はい 1%減
3ヵ月の体重減少の目標	はい 1%減	はい 1%減	はい 1%減
3ヵ月の体重増加の目標	はい 1%減	はい 1%減	はい 1%減
1日の食事回数	回/日	回/日	回/日
肉・魚・豆・卵の摂取回数	回/日	回/日	回/日
野菜、果物の摂取量	回/日	回/日	回/日
乳製品・豆乳の摂取回数	回/日	回/日	回/日
飲み物の摂取量	杯/日	杯/日	杯/日
補助食品等の摂取	はい 1%減	はい 1%減	はい 1%減
買い物に不自由	はい 1%減	はい 1%減	はい 1%減
食事の支度が不自由	はい 1%減	はい 1%減	はい 1%減
食後の不快	あり 無	あり 無	あり 無
食事が楽しい	はい 1%減	はい 1%減	はい 1%減
誰かと一緒に食事	あり 無	あり 無	あり 無
決まった時間での食事・進捗	はい 1%減	はい 1%減	はい 1%減
食事でアルコール摂取	はい 1%減	はい 1%減	はい 1%減
便秘が上向き	はい 1%減	はい 1%減	はい 1%減
食事開始の必要値	はい 1%減	はい 1%減	はい 1%減
小さく食べやすい	はい 1%減	はい 1%減	はい 1%減
飲み込みやすい	はい 1%減	はい 1%減	はい 1%減
定期的検診	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
自己評価	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4

※「あなた自身の健康状態をどう思いますか？」 1:良い 2:まあ良い 3:ふつ 4:あまり良くない 5:良くない
 ※「あなた自身の健康状態を良くするために、自分で食事の調整をできると思いますか？」
 1:できると思う 2:どちらかといえばできると思う 3:どちらかといえばできないと思う 4:できないと思う

【最終評価】
 最終評価 (管理栄養士・栄養士) (医師・歯科医師) (看護師) (准看護師) (食生活改善推進員) (ボランティア) (その他)

※1:生活習慣に参加して、あなたの生活習慣に何らかの変化はありましたか?

表1 栄養相談項目と対応表

番号	項目	原因・対応等
A. 個別相談や医師への相談の必要性		
1	手帳や入浴	体力の回復、医師の再受診などのケアが必要である。
2	慢性疾患	食事療法をしながら低栄養状態にならないような食事の注意が必要である。
3	下痢や便秘	下痢の原因には、疾病や薬物が影響している場合や、不適切な食事、不十分な衛生管理などの様々な要因がある。一方で、投薬、消化管機能の低下や水分摂取量の不足、運動不足、生活リズムの乱れなどにより便秘を起こしやすい状態にある。
B. 体重		
1	定期的な体重測定	定期的に体重を測定することによって、早期に体重の減少や増加を知ることができる。起床後、入浴前後、病院の受診時など、定期的に体重の測定と正しい食べ方を決める。
2	3ヵ月間の体重減少	体重の自然な減少がある場合は、食事の量や内容の不足、脱水の可能性もある。消化・吸収能力の低下、疾患や薬剤によるエネルギー消費量の増加に伴い体重が減少することもある。
3	3ヵ月間の体重増加	体重の自然な増加がある場合には不適切な食事が疑われる。疾病や薬剤による浮腫でも体重が増加する。食事内容に大きな偏りはないか、大きなストレスとなる出来事があったか、うつや認知症などにより過食を誘っていないかを確認する。
C. 食事の内容		
1	食事回数	1日に3回の食事が基本だが、1日に多くの量が食べられない場合には、食事回数を増やす。回食はエネルギーやたんぱく質として有効である。
2	肉・魚・豆類、卵の摂取	これからの食品を主とした料理(土鍋)を3回の食事でも食べられるようにする。現在の疾病の状態を考慮して、適切な食品を組み合わせた。プリン、チーズ、ヨーグルトなどは間食となる手軽なたんぱく質食品である。
3	野菜や果物の摂取	野菜を主にした料理(副菜)を毎回の食事でも1〜2品摂るようにする。賞味期限の長い少ない半調理野菜(茹でき、カット野菜、レトルト食品、冷凍、缶詰)や宅配サービスの利用なども勧める。
4	牛乳・乳製品、豆乳の摂取	調理が不要で、飲りやすい飲み物が多いので、高齢者にも適した食品である。コーヒー、ココア、紅茶、抹茶、などを入れる飲みやすくする。
5	水分の摂取	口渇感を感じにくくなり、水分の摂取が少なくなりがちである。水分の摂取不足は、夏には熱中症のリスクとなる。血圧が標準になるまで血圧が下がるまで、1日に最低でも5杯(食事で1杯を3回と食事時間で2杯)は飲むようにする。
6	こだわりの食品	こだわって習慣的になっている食品や補助食品・サプリメント、健康食品が栄養面で不適切あるいは、経済的に負担になっていると危

D. 食事の準備状況		預かされている場合には、本当に必要かを検討する。
1	買い物	配達や階段の状況、エレベーターの有無など自宅の状況によっては、外出がしにくい、あるいは重い荷物を持つのが困難になる。 ① 重い物の運搬が困難 電話、ファックス、インターネット等を通じて宅配サービス、商店街やスーパーの宅配サービス、地域の買い物ボランティアなどの情報を提供する。 ② 行くことのできる商店がない 移動販売の有無、他の商店やスーパーの確認、自宅から往文できるサービスの活用、商店までの移動方法(コミュニティバス等)を検討する。 ③ 買物の経験不足 ボランティア等による買物同行や食品の選び方などの情報を提供する。
2	食事の支度	体力や気力の低下に伴う食事準備や調理の負担から食事の量が減少し、内容が偏りやすくなる。 ① 体力的に食事の支度が困難 簡単にできる献立やレシピ、弁当や惣菜の宅配サービス、半調理品(茹でき、カット食材、レトルト食品、冷凍、缶詰等)、調理のボランティアや食生活支援のボランティア、自治体等(調理台が貸出)や調理器具の不足の確認などを行う。運動機能向上のプログラム参加により、体力の向上を目指す。 ② 調理経験不足 使用可能な調理器具(炊飯器、電子レンジ等)の確認と使用方法の指導、簡単な調理方法やレシピ、初心者向けの調理科教室、調理体験があるには半調理品、調理ボランティア等の紹介を行う。 ③ 食品の衛生的な管理 冷蔵庫が稼働し、適切に使用されているか、食品の保管方法が適切で、賞味期限・消費期限が守られているか、調理済みの料理や宅配弁当等の保管方法、調理器具や食品が衛生的に使用されているかなどの確認を行う。
E. 食事の状況		
1	食欲	適切な食事の摂取のためには、適度な食欲があることが大切である。いつ頃から食欲が低下したのか、その間に何か身体や生活の変化があったかを確認し、原因を把握する。「食べたい」「おいしい」と言ふ食べ物をまず食べて、食欲を促す。好きな食べ物の話をする。パートや商店街の食品販売を歩いて、おいしい食べ物をみる。香りや色と食欲がでる。
2	食事が楽しい	食事の時間は、食事を楽しく、他の人との交流を楽しむ場である。食事が楽しくなくなる理由は、味を感じにくいなどの身体変化のほか、生活上の様々な出来事が影響する。味覚が鈍くなっている場

出典：神奈川県大和市【栄養指導・重症化予防】

訪問時チェック表

1回目訪問時		2回目訪問時		3回目訪問時	
	基本情報		モニタリング		アセスメント
	アセスメント		栄養のみ宿題回収		栄養宿題回収
	栄養・口腔問題点発見		栄養のみ新たな宿題渡す		口腔宿題回収
	目標を決めてアドバイス		口腔は宿題確認		栄養のみ生活習慣チェックをし、回収。
	プランを記入し、名前と印をもらう (複写し一枚渡す)		栄養のみ生活習慣チェックをし、回収。		これからの健康診断を受けてくださいね
	参考資料説明		2回目の訪問日を決める		OHAT
	宿題説明	メモ			
	万歩計渡す				
	栄養のみ生活習慣チェックをし、回収。				
	2回目の訪問日を決める				
	OHAT				

●最終的にファイルに入れるもの

	基本情報
	アセスメント
	プランと評価の用紙 (印のあるもの)
	宿題 (栄養)
	宿題 (口腔)
	生活習慣チェック表3回分 (栄養のみ)

出典：埼玉県和光市【栄養指導・口腔指導】

5) 訪問前の事業参加者への案内

<訪問前用>

平成 28 年 7 月 8 日

大和市長 大木 哲
(公印省略)

管理栄養士による訪問栄養相談のお知らせ

盛夏の候、お元気でお過ごしでしょうか。

さて、大和市では、平成 26 年度実施の介護予防アンケートにて BMI 判定^{※1} 20 以下で「食生活に関する 5 項目の質問」^{※2}に 3 つ以上該当した方へ、今年度より管理栄養士による訪問栄養相談を実施することとなりました。


そこで、大和市または市が委託した神奈川県栄養士会の管理栄養士がご自宅を訪問し、より活動的な生活を送ることができるよう、ご自身の健康状態や生活状況に合わせた食事や健康についてのアドバイスをさせていただきます。昨年度は BMI 判定^{※1} 18.5 未満で 6 か月に 2kg 以上体重減少があったと回答した方へ訪問栄養相談を実施し、好評をいただいております。この機会に是非ご利用ください。

ご希望の訪問日や時間帯、その他ご要望等ありましたら、下記の健康づくり推進課までご連絡をお願いいたします。

※1 BMI 判定：体格指数 体重(kg) ÷ 身長(m)²
 ※2 「食生活に関する 5 項目の質問」以下の項目のうち 3 つ以上に該当

- 食料品を買う店が近くにない
- 食料品を買う費用(食費)が足りない
- 食事は一人で食べることが多い
- 食べる気力や楽しみを感じない
- 食事を食べる量が減ってきた

《問い合わせ先》
 大和市健康づくり推進課 地域保健活動担当
 〒242-8601 大和市鶴岡 1-31-7
 保健福祉センター内
 TEL: 046-260-5663
 担当：長谷川、瀧野




大和市イベントキャラクターヤマトン

<訪問した者の不在時用>

平成 28 年 月 日

様



大和市イベントキャラクターヤマトン

大和市では、介護予防アンケート(平成 26 年度実施)にご回答いただいた中で、体重が少なめな方や食生活に心配のある方を対象に、管理栄養士がご自宅を訪問し、食事や健康相談を実施しております。


本日(時 分)頃にお伺いしましたが、お留守でしたので不在連絡票を入れさせていただきました。

ぜひ 1 度お会いしてお話を伺いたいで、訪問希望日やご都合を聞かせていただけたらと思います。

こんなことはありませんか？

- ☆最近元気がでない。
- ☆周りの人にやせたといわれる。
- ☆健康のことで心配なことがある。
- ☆具体的にどうしたらよいの？

ご連絡
お待ちしております！



大和市健康づくり推進課 地域保健活動担当
 管理栄養士
 (保健福祉センター内) 電話：046-260-5663

出典：神奈川県大和市【栄養指導・重症化予防】

6) アセスメント票 (アンケート含む)

利用者基本情報

氏名	性別	生年月日	年齢	
住所	電話			
認定	一般・二次予防・要支援・要介護 障害手帳			
家族	同居 別居で関わりある人			
通院	月	回	科	
病状				
薬				
歯科	定期的	不定期		
血液データ	前	後	前	後
	アルブミン	総タンパク	LDL	
	HDL	Hb	HbA1c	
	クレアチニン	BUN	eGFR	
得意なこと	昔			
趣味	今			
外出				

介護予防のアセスメント [1] 基本チェックリスト

項目	番号	確認内容	評価尺度	回答		評価領域
				事前	事後	
生活機能	1	バスや電車などで一人で外出していますか	0:はい 1:少し難い 2:はい			生 社
	2	日用品の買い物をしてしていますか	0:はい 1:少し難い 2:はい			生 社
	3	障子の出し入れをしていますか	0:はい 1:少し難い 2:はい			生 社
	4	友人の家を訪ねていますか	0:はい 1:少し難い 2:はい			生 社
	5	家族や友人の相談にのっていますか	0:はい 1:少し難い 2:はい			生 社
運動機能	6	階段や手すりや壁をつたわらずに昇っていますか	0:はい 1:少し難い 2:はい			運 生
	7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0:はい 1:少し難い 2:はい			運 生
	8	15分位続けて歩いていますか	0:はい 1:少し難い 2:はい			運 社
	9	この一年間に転んだことがありますか	2:はい 1:少し難い 0:はい			運 社
	10	転倒に対する不安は大きいですか	2:はい 1:少し難い 0:はい			運 社
栄養改善	11	6か月で2~3kg以上の体重減少がありましたか	2:はい 1:少し難い 0:はい			健 生
	12	事前 身長 cm 体重 kg =BMI 事後 身長 cm 体重 kg =BMI				健 生
口腔機能	13	半年前と比べて咀嚼力が弱くなりましたか	2:はい 1:少し難い 0:はい			健 生
	14	食事や汁物でむせることがありますか	2:はい 1:少し難い 0:はい			健 生
	15	口の湿りが乾きますか	2:はい 1:少し難い 0:はい			健 生
	16	歯一回以上外出していますか	2:はい 1:少し難い 0:はい			社 生
	17	昨年と比べて外出の回数が増えていますか	2:はい 1:少し難い 0:はい			社 生
認知機能	18	知り合いから「いつも同じ事を書く」などの物忘れがあると聞かれますか	2:はい 1:少し難い 0:はい			健 他
	19	昔の方が電話番号を覚えて、電話をかけることをしていますか	2:はい 1:少し難い 0:はい			健 他
	20	昔の方が何月何日かわからない時がありますか	2:はい 1:少し難い 0:はい			健 他
うつ	21	ここ2週間毎日の生活に充実感がありませんか	2:はい 1:少し難い 0:はい			健 他
	22	ここ2週間これまで楽しんでやっていたことが楽しくなくなりましたか	2:はい 1:少し難い 0:はい			健 他
	23	ここ2週間以前は家にできていたことが今ではおっくうに感じますか	2:はい 1:少し難い 0:はい			健 他
	24	ここ2週間自分が役に立つ人間だと思えないと感じますか	2:はい 1:少し難い 0:はい			健 他
	25	ここ2週間わけもなく疲れたような感じがしますか	2:はい 1:少し難い 0:はい			健 他
合計(点数)						

※ 評価領域：(運)運動機能、(日)日常生活、(健)健康状態、(社)社会参加・対人交流、(健)健康状態、(健)認知機能(もの忘れ・うつ・軽度・重症)の別
※ 評価領域は「予防サービス・支援計画書」作成の際の参考とする

出典：埼玉県和光市【栄養指導・口腔指導】

【栄養指導】

実施形態と回数	訪問(回)	集団(回)
本人意向		
解決すべき課題		
目標設定内容		
目標の変更(月日)		
短期目標	栄養ケア具体的内容	担当 頻度 別添
栄養補給		
食事相談		
多職種連携		
【経過記録】		
【評価】		
自覚的変化		
臨床的変化		

*** 今回の〇〇事業に参加して、あなたの生活習慣に何か変化はありましたか？

【アセスメント項目】

項目	初回(月日)		中間(月日)		終了時(月日)	
	達成	未達成	達成	未達成	達成	未達成
身長						
体重						
手洗いや食事療法の必要な入院	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ
機能的な病気の有無	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ
下痢や便秘	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ
定期的な体重測定	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ
3ヵ月の体重減少の有無	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ
3ヵ月の体重増加の有無	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ
1日の食事回数	回/日	回/日	回/日	回/日	回/日	回/日
肉、魚、豆、卵の摂取回数	回/日	回/日	回/日	回/日	回/日	回/日
野菜、果物の摂取量	量/日	量/日	量/日	量/日	量/日	量/日
乳製品・豆乳の摂取回数	回/日	回/日	回/日	回/日	回/日	回/日
飲み物の摂取量	杯/日	杯/日	杯/日	杯/日	杯/日	杯/日
補助食品等の摂取	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ
買い物不自由	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ
食事の支度が不自由	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ
食後の有無食事が楽しい	あり	無	あり	無	あり	無
誰かと一緒に食事	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ
決まった時間の食事・継続	あり	無	あり	無	あり	無
食物でアレルギー症状	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ
5種類以上の食	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ
食事療法の必要性	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ
小さく食べる	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ
飲み込みやすい	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ
主観的健康感	2 3 4	2 3 4	2 3 4	2 3 4	2 3 4	2 3 4
自己効力感	2 3 4	2 3 4	2 3 4	2 3 4	2 3 4	2 3 4

※ 評価尺度：0:はい 1:少し難い 2:はい 3:いいえ 4:わからない
※ 評価領域は「予防サービス・支援計画書」作成の際の参考とする

最新評価
自覚的変化***
最終経過

*** 7年間で栄養指導士が訪問して、あなたの生活に何か変化はありましたか？

出典：神奈川県大和市【栄養指導・重症化予防】

7) 目標記録表

栄養計画 下記計画に同意します H 年 月 日 氏名 _____ 印				口腔機能向上計画 下記計画に同意します H 年 月 日 氏名 _____ 印			
目標	訪問日すること		次回訪問までの宿題	目標	訪問日すること		次回訪問までの宿題
食事摂取状況	1回目			お口のお手入れ	1回目		
	2回目				2回目		
	3回目				3回目		
療養食	1回目			のみこみかむこと	1回目		
	2回目				2回目		
	3回目				3回目		
体重管理	1回目			入れ歯について	1回目		
	2回目				2回目		
	3回目				3回目		
技術指導 (調理・保険) その他	1回目			その他	1回目		
	2回目				2回目		
	3回目				3回目		
目標達成状況			総合評価	目標達成状況			総合評価
食事摂取状況	1回目			口腔清掃状況	1回目		
	2回目				2回目		
	3回目				3回目		
療養食	1回目			嚥下状況	1回目		
	2回目				2回目		
	3回目				3回目		
体重管理	1回目			義歯について	1回目		
	2回目				2回目		
	3回目				3回目		
技術指導 (調理・保険) その他	1回目			その他	1回目		
	2回目				2回目		
	3回目				3回目		

※上記表の上部には、指導者とともに高齢者が立てた目標や宿題を記入し、下部には指導者が達成状況を確認しその結果並びに評価結果を記載する。

出典：埼玉県和光市【栄養指導・口腔指導】

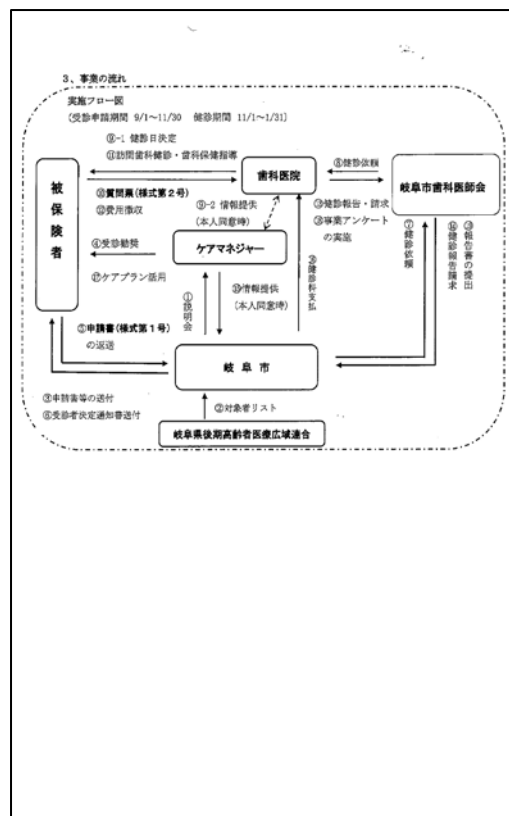
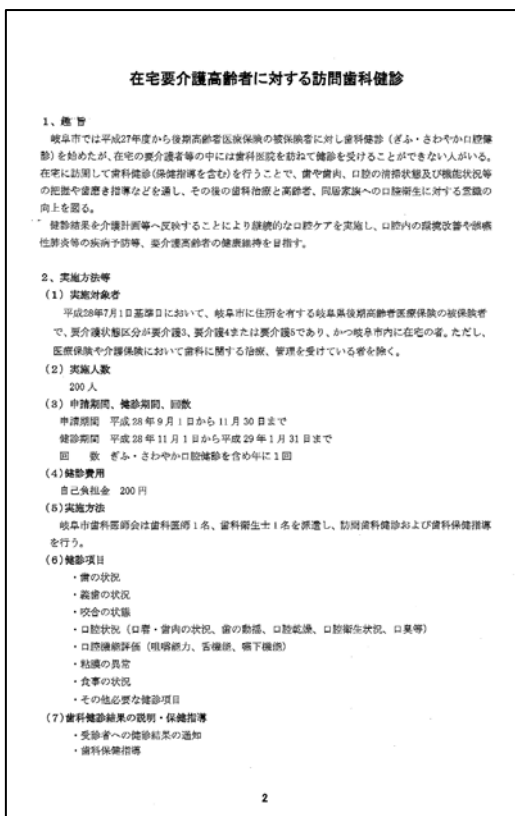
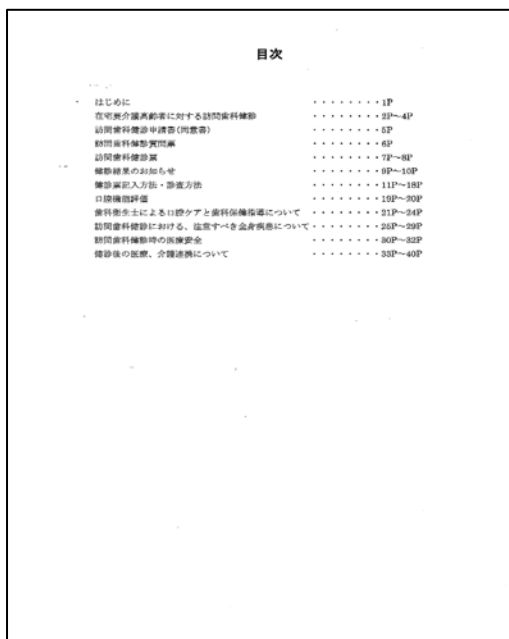
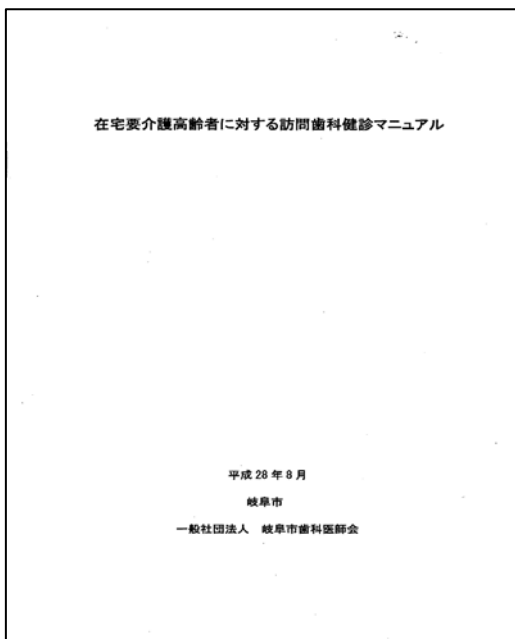
8) 研修関係資料

<研修日程>

項目	日時	場所	参加人数
事業説明会	平成28年5月8日(日) 16:00~16:30	長良川国際会議場 大会議室	128人
第1回歯科医師 ・歯科衛生士 合同研修会	平成28年8月7日(日) 10:00~12:00	岐阜県図書館 研修室	歯科医師 31人 歯科衛生士 33人 参加者名簿 別紙1のとおり
第2回歯科医師 ・歯科衛生士 合同研修会	平成28年9月10日(土) 19:00~21:00	岐阜市歯科医師会 会議室	歯科医師 13人 歯科衛生士 20人 参加者名簿 別紙2のとおり

出典：岐阜県岐阜市【訪問歯科健診】

＜研修に用いたマニュアル（一部抜粋）＞



出典：岐阜県岐阜市【訪問歯科健診】

9) 進捗管理シート

高齢者の低栄養・重症化予防モデル事業(フレイル対策) 進捗管理シート (糖尿病性腎症重症化予防プログラム進捗管理シート(様式A)を改変)						
参加市町村・広域連合名: () 県 ()						
NO.	区分(例示*)		項目	内容	着手	済
	広域	市町村				
1	○	○	健康課題等	健康日本21計画やデータヘルス計画より市町村・広域連合の健康課題・地域資源等について把握している	□	□
2	○	○	モデル地域の選定	把握した健康課題の解決に向け広域連合内の適切な地域を選定している	□	□
3	○	○	事業委託等の調整	事業委託に必要な契約、情報提供、予算の手当、議会対応等をしている	□	□
4	○	○	都道府県、関係団体との調整	都道府県や都道府県医師会等の関係団体との調整を行っている	□	□
5	○	○	市町村への情報提供	広域連合が保有するレセプト・健診データ等の提供を行っている。提供するための環境整備を行っている	□	□
6	○	○	担当者の資質向上の取組	モデル市町村やその他の関係者等への説明会、研修等を計画している	□	□
7	○	○	中長期計画	モデル事業の展開等、中長期的な戦略を検討している。	□	□
8	○	○	対象者概数	平成27年度健診結果やレセプト等より選択した事業メニュー対象者の概数を把握している	□	□
9	○	○	対象者の検討	概数の試算に基づき、平成28年度健診等を用いてどのような対象者(病期、人数、年齢等)にアプローチするかを検討している	□	□
10	○	○	予算・人員配置	事業に必要な人員・予算確保のメドがある	□	□
11	○	○	チーム形成	市町村(国保課、健康担当課、後期高齢担当課、介護保険担当課等)、広域連合のチーム形成を行っている	□	□
12	○	○	介入法の検討	対象者の特性に合わせた介入方法(フレイル予防・重症化予防)を検討している	□	□
13	○	○		都道府県医師会等に広域連合の健康課題やモデル事業参加のねらいについて情報提供している	□	□
14	△	○	医師会、歯科医師会・薬剤師会等への相談	地区医師会等に市町村の健康課題やモデル事業参加のねらいについて情報提供している	□	□
15	△	○		対象者の選定基準や介入方法(フレイル予防・重症化予防)及び実施方法(訪問指導・立ち寄り型相談等)について、医師会やかかりつけ医に相談、助言を受けている	□	□
16	○	○	対象者決定	対象者の選定基準について決定している	□	□
17	○	○	介入法の決定	介入方法(フレイル予防・重症化予防)を決定している	□	□
18	△	○	実施法の決定	具体的な実施方法(訪問指導・立ち寄り型相談等)を決定している	□	□
19	○	○	チーム内での情報共有、連携方策の検討	市町村(国保課、健康担当課、後期高齢担当課、介護保険担当課等)と、広域連合の間で事業企画(対象者の選定基準・介入方法・実施方法)について共有・連携している	□	□
20	○	○	計画書作成	事業実施計画書を作成している	□	□
21	△	○	実施方法(プログラムの)設定	事業の実施方法(対象者抽出・アセスメント項目・介入内容・方法、評価指標・方法等)について設定している。	□	□
22	△	○	募集法の決定	参加者の募集方法を決定している	□	□
23	△	○	連携方策の決定	地区医師会に糖尿病性腎症重症化予防の連携方策(病診連携手帳、データ収集フォーマット等)について相談している。 <※糖尿病性腎症重症化予防事業のみ>	□	□
24	△	○	マニュアル作成	本事業の運営マニュアルや保健指導マニュアル等各種マニュアルを作成している	□	□
25	△	○	保健指導等の準備	保健指導の準備(教材の準備・指導者の研修)をしている	□	□
26	○	○	(外部委託の場合)	外部委託の場合には、選定基準、実施方法、連携体制、評価、成果物等について協議し、医師会等の関係者と情報共有している	□	□
27	○	○	個人情報の取り決め	個人情報の取り扱いについて ルールが確認できている	□	□
28	○	○	苦情、トラブル対応	トラブル発生時の相談窓口が明確である	□	□
29	○	○	研修会等	国のセミナー、意見交換会などを受講している	□	□
30	○	○	募集法	予定した対象者を募集するための方法を工夫している	□	□
31	○	○	対象者	実施計画書に基づいた対象者を募集し、予定人数が確保できている	□	□
32	○	○	介入(初回面接)	各機関で作成した指導マニュアルに依り初回面接ができています	□	□
33	○	○	介入(継続的支援)	各機関で作成した指導マニュアルに依り実施方法(手紙・電話・個別面談・戸別訪問・集団指導)を行っている	□	□
34	○	○	かかりつけ医との連携	かかりつけ医と、治療状況・保健指導の内容について連携ができています	□	□
35	○	○	受診状況把握	問い合わせ、レセプトより受診状況を把握している	□	□
36	○	○	記録	保健指導の内容について記録を残している	□	□
37	○	○	データ登録	評価に必要なデータを取得、登録している	□	□
38	○	○	安全管理	安全管理に留意した運営ができています	□	□
39	○	○	個人情報	個人情報を適切に管理している	□	□
40	○	○	チーム内の情報共有	関係者間で情報共有やカンファレンスを実施している	□	□
41	○	○	マニュアル修正	必要時マニュアルの見直しや修正を行っている	□	□
42	○	○	初回報告の登録	中間報告、実績報告のための初回情報(様式〇)のデータを収集している	□	□
43	○	○	中間報告の提出	中間報告のデータを収集し、提出している	□	□
44	○	○	中間報告会(仮)	保険者自らも分析をおこない、中間報告会(仮)で報告している	□	□
45	○	○	最終報告会(仮)	最終報告会(仮)に参加している	□	□
46	○	○	改善点の明確化	事業の進捗や評価について共有し改善点を明確にしている	□	□
47	△	○	相談	必要時、医師会や専門家等に相談し助言を得ている	□	□
48	△	○	地域協議会への報告	地域の協議会などで分析結果の報告や改善策の検討を行っている	□	□
49	○	○	広報等	広報等市民への情報提供を行っている。	□	□
50	○	○	次年度計画	次年度の計画策定を行っている	□	□
51	○	○	長期追跡体制	通常業務として、長期的に健診やレセプト情報で評価できる体制を整えている	□	□

※ 区分については、市町村にモデル事業を委託して実施する場合を想定し○を記載。実際には、地域の実情に合わせ広域連合と市町村等が相談の上、チェックリストを完成する。
 ※ 「△」は、必要に応じて対応する項目。
 ※ 平成27年度「後期高齢者の保健事業のあり方研究報告書(ガイドライン(試案))」、『糖尿病性腎症重症化予防プログラム開発研究報告書』参照

No.の色区分

行内体制	・広域連合、国保課・健康担当課、高齢者医療課・介護保険課等のチーム形成 / 健診・レセプトデータ分析結果の確認、保健事業の課題整理
地域連携	・医師会・歯科医師会・薬剤師会等の関係者との会議設定 / データ分析結果提示と対策における連携方針確認
事業計画	・対象者抽出基準の決定、対象者の概数把握 / 実施形態の検討、運営マニュアル作成、保健指導者の研修、医療機関等との連絡票、データ収集方式
事業実施	・重症化予防、フレイル対策の実施(詳細はガイドラインにて規定) / 進捗管理、問題発生への対応
事業評価	・データの取りまとめ、分析 / 内部での検討、専門家等の助言
改善策事業の検討	・地域の協議会等にて分析結果の報告、改善策の検討 / 次年度計画の策定 / 着実なフォローアップ体制検討

2 参考資料

(1) 学会資料等

1) 高齢者糖尿病の血糖コントロール目標 (HbA1c 値)

患者の特徴・健康状態 ^{注1)}	カテゴリーI		カテゴリーII	カテゴリーIII	
		① 認知機能正常 かつ ② ADL 自立		① 軽度認知障害～軽度認知症 または ② 手段的ADL低下, 基本的ADL自立	① 中等度以上の認知症 または ② 基本的ADL低下 または ③ 多くの併存疾患や機能障害
重症低血糖が危惧される薬剤(インスリン製剤, SU薬, グリニド薬など)の使用	なし ^{注2)}	7.0%未満		7.0%未満	8.0%未満
	あり ^{注3)}	65歳以上 75歳未満 7.5%未満 (下限6.5%)	75歳以上 8.0%未満 (下限7.0%)	8.0%未満 (下限7.0%)	8.5%未満 (下限7.5%)

治療目標は、年齢、罹病期間、低血糖の危険性、サポート体制などに加え、高齢者では認知機能や基本的 ADL、手段的 ADL、併存疾患なども考慮して個別に設定する。ただし、加齢に伴って重症低血糖の危険性が高くなることに十分注意する。

注 1：認知機能や基本的 ADL（着衣、移動、入浴、トイレの使用など）、手段的 ADL（IADL：買い物、食事の準備、服薬管理、金銭管理など）の評価に関しては、日本老年医学会のホームページ（<http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/>）を参照する。エンドオブライフの状態では、著しい高血糖を防止し、それに伴う脱水や急性合併症を予防する治療を優先する。

注 2：高齢者糖尿病においても、合併症予防のための目標は 7.0%未満である。ただし、適切な食事療法や運動療法だけで達成可能な場合、または薬物療法の副作用なく達成可能な場合の目標を 6.0%未満、治療の強化が難しい場合の目標を 8.0%未満とする。下限を設けない。カテゴリー III に該当する状態で、多剤併用による有害作用が懸念される場合や、重篤な併存疾患を有し、社会的サポートが乏しい場合などには、8.5%未満を目標とすることも許容される。

注 3：糖尿病罹病期間も考慮し、合併症発症・進展阻止が優先される場合には、重症低血糖を予防する対策を講じつつ、個々の高齢者ごとに個別の目標や下限を設定してもよい。65歳未満からこれらの薬剤を用いて治療中であり、かつ血糖コントロール状態が図の目標や下限を下回る場合には、基本的に現状を維持するが、重症低血糖に十分注意する。グリニド薬は、種類・使用量・血糖値等を勘案し、重症低血糖が危惧されない薬剤に分類される場合もある。

【重要な注意事項】

糖尿病治療薬の使用にあたっては、日本老年医学会編「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン」を参照すること。薬剤使用時には多剤併用を避け、副作用の出現に十分に注意する。

出典：高齢者糖尿病の治療向上のための日本糖尿病学会と日本老年医学会の合同委員会

2) 高齢者の降圧目標

	診察室血圧	家庭血圧
若年、中年、前期高齢者患者	140/90mmHg未満	135/85mmHg未満
後期高齢者患者	150/90mmHg未満 (忍容性があれば140/90mmHg未満)	145/85mmHg未満(目安) (忍容性があれば135/85mmHg未満)
糖尿病患者	130/80mmHg未満	125/75mmHg未満
CKD患者(蛋白尿陽性)	130/80mmHg未満	125/75mmHg未満(目安)
脳血管障害患者 冠動脈疾患患者	140/90mmHg未満	135/85mmHg未満(目安)

出典：日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会編「高血圧治療ガイドライン2014」

3) 高齢者の脂質管理目標

治療方針の原則	管理区分	脂質管理目標値 (mg/dl)			
		LDL-C	HDL-C	TG	Non HDL-C
一次予防	カテゴリーI	< 160	≥40	< 150	< 190
	カテゴリーII	< 140			< 170
	カテゴリーIII	< 120			< 150
二次予防	冠動脈疾患の既往	< 100			< 130

(一次予防では、まず生活習慣の改善を行った後、薬物療法の適用を考慮する。二次予防では、生活習慣の是正とともに薬物治療を考慮する。)

これらの値はあくまでも到達努力目標値である。

LDL-Cは20～30%の低下を目標とすることも考慮する。

non HDL-Cの管理目標は、高TG血症の場合にLDL-Cの管理目標を達成したのちの虹目標である。TGが400mg/dL以上および食後採血の場合は、non HDL-Cを用いる。いずれのカテゴリーにおいても管理目標達成の基本はあくまでの生活習慣の改善である。

カテゴリー I における薬物療法の適用を考慮する LDL-C の基準は 180mg/dL 以上とする。

※一次予防は管理区分が3つのカテゴリーに分かれており、カテゴリーの決め方は次表のとおり。

<高齢者への対応> (一部抜粋)

65歳以上の前期高齢者の脂質異常管理は成人と同じ基準で進めることは妥当と考えられる。成人時期から動脈硬化性疾患予防ガイドラインに則って管理されていた患者の治療は、高齢者になっても基本的には継続する。

<高齢治療の留意点> (一部抜粋)

高齢者においても、脂質異常症の治療の基本は食事療法、運動療法であり、安易に薬物治療を行うべきではない。しかし、高齢者では、厳格な食事療法の実行は栄養状態の悪化を招くことがあり、運動療法の励行が整形外科的障害を招く可能性もある。薬物治療に際しては、副作用が発言しやすくなっていることを考慮し、最新の注意を払いながら行う。また、成人以上に、個々の患者の病態に配慮した治療を行う必要がある。また、高齢者においては甲状腺機能低下症などの合併による続発性高脂血症が増加するため、留意すべきである。

後期高齢者の脂質異常症管理については、ほとんど研究が行われていない。超高齢者ではTCやLDL-C高値は長寿と関連するとの報告もある。しかし、冠動脈疾患二次予防患者で社会的活動性の高い後期高齢者では、主治医の判断で薬物治療を開始することも考慮すべきである。個々の患者の病態を十分検討し、主治医の判断で柔軟に対応するのが妥当と考えられる。

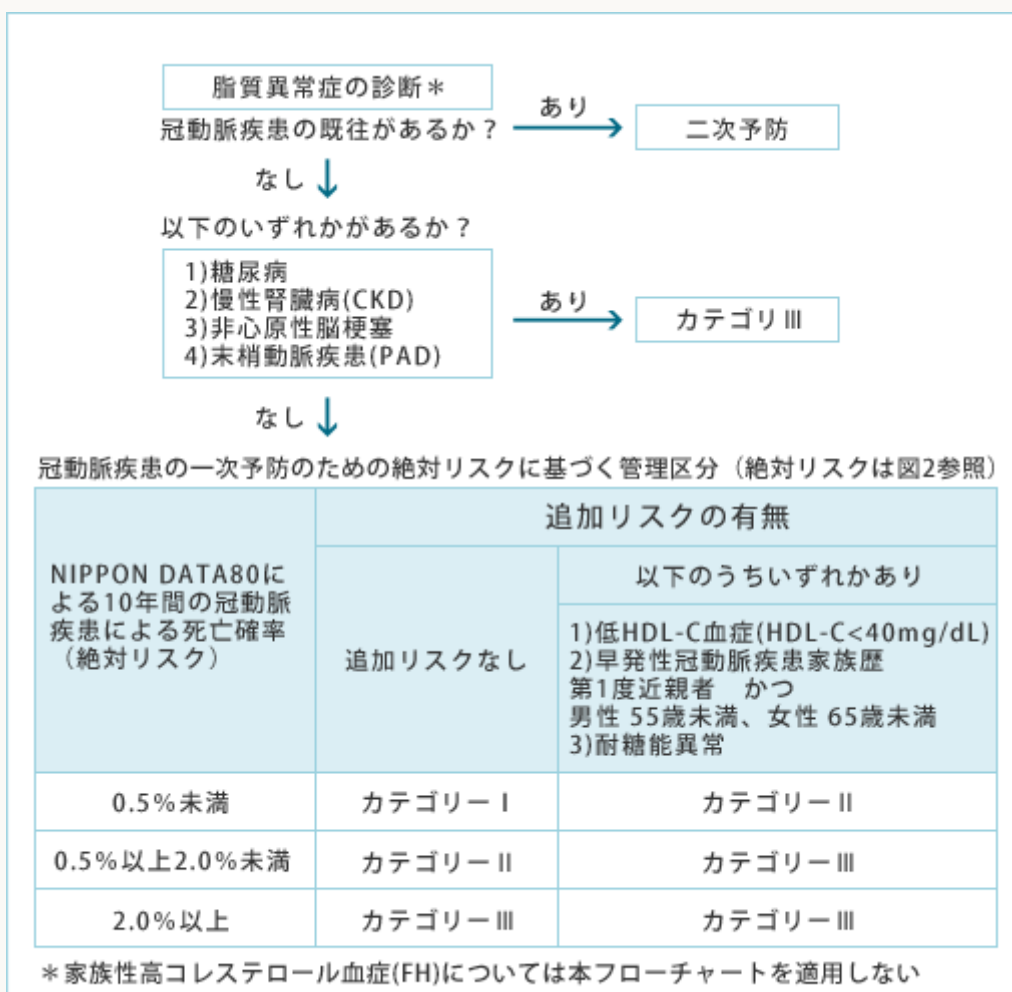
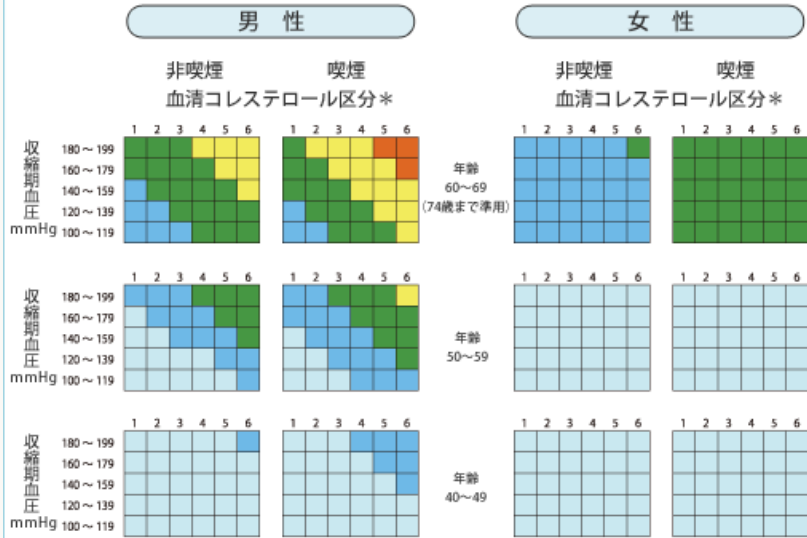


図1：LDLコレステロール管理目標設定のためのフローチャート

絶対リスクは危険因子の変化や加齢で変化するため少なくとも年に1回は絶対リスクの再評価を行うこと。

10年間の冠動脈疾患死亡率



*血清コレステロール区分：

TCの場合、1=160~179、2=180~199、3=200~219、4=220~239、5=240~259、6=260~279 (mg/dL)

NPPON DATA 80のリスク評価チャートより高血糖者の部分は割愛した。また糖尿病やCKD患者などの高リスク状態ではこのチャートを用いることはできない。

ステップ1 上図で性別、現在喫煙の有無、収縮期血圧(mmHg)、TC (mg/dL)で該当する部分をチェックする。

絶対リスク 2%以上 → カテゴリーⅢ
絶対リスク 2%未満 → ステップ2へ

ステップ2 低HDLコレステロール血症(<40mg/dL)、冠動脈疾患の家族歴、耐糖能異常のいずれかがあるか？

絶対リスク 0.5以上2%未満 +あり → カテゴリーⅢ
絶対リスク 0.5以上2%未満 +なし → カテゴリーⅡ
絶対リスク 0.5未満 +あり → カテゴリーⅡ
絶対リスク 0.5未満 +なし → カテゴリーⅠ

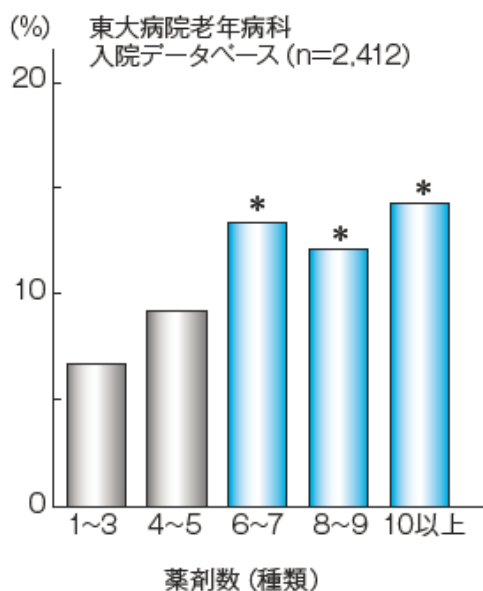
- 補足事項
- 1) TC 160未満は、160~179の区分を用いる。
 - 2) TC 280以上は260~279の区分を使う。
 - 3) 収縮期血圧100未満は100~119、200以上は180~199を用いる。
 - 4) 75歳以上は本ガイドラインを適用できない。
 - 5) 血圧の管理は高血圧学会のガイドライン、糖尿病の管理は糖尿病学会のガイドラインにしたがって行う。
 - 6) 喫煙者は絶対リスクのレベルに関わらず禁煙させることが望ましい。

図2：冠動脈疾患絶対リスクチャート（一次予防）

出典：一般社団法人日本動脈硬化学会編「動脈硬化性疾患予防ガイドライン2012年版」

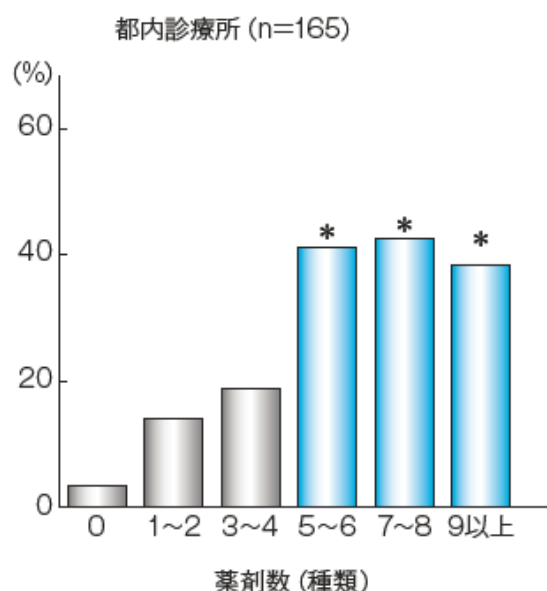
4) 高齢者の服薬管理目標

●薬物有害事象の頻度



(Kojima T, et al: Geriatr Gerontol Int 2012; 12: 762-1 より引用)

●転倒の発生頻度



(Kojima T, et al: Geriatr Gerontol Int 2012; 12: 425-30 より引用)

<多剤併用の対策>

高齢入院患者で薬剤数と薬物療法との関係を解析した報告によると、6種類以上で薬物有害事象のリスクは特に増加するようである。また、外来患者で薬剤数と転倒の発生を解析した研究では、5種類以上で転倒の発生率が高かった。これらの結果と高齢者に対する処方の実態から考えると、5～6種類以上を多剤併用の目安と考えるのが妥当である。海外では5種類以上を polypharmacy と定義する研究が多い。

出典：日本老年医学会編「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン」

①服薬数を少なく	降圧薬や胃薬など同効果2～3剤を力価の強い1剤か合剤にまとめる
②服用法の簡便化	1日3回服用から2回あるいは1回への切り替え 食前、食直後、食後30分など服薬方法の混在を避ける
③介護者が管理しやすい服用法	出勤前、帰宅後などにまとめる
④剤形の工夫	口腔内崩壊錠や貼付剤の選択
⑤一包化調剤の指示	長期保存できない、途中で用量調節できない欠点あり 緩下剤や睡眠薬など症状によって飲み分ける薬剤は別にする
⑥服薬カレンダー、薬ケースの利用	

高齢者の服薬アドヒアランスは、用法や薬効の理解度、認知機能、薬剤容器の開封能力、処方薬剤数、最近の処方変更などに関係する。したがって、総合機能評価を行い、家庭環境、認知機能、コミュニケーション能力、ADLなどを評価し、服薬管理能力を管理することが大切である。

認知症や視力障害などのために服用に支障をきたすことが予想される症例では、上記の表のような工夫をする。さらに、本人だけでなく、家族や介護者からも服用状況を確認しながら薬剤と服用方法を決定していく慎重な態度が望まれる。現在服薬管理能力が保たれ、一見アドヒアランスに問題がない症例でも、同様の工夫をすることで将来のアドヒアランス低下を予防できると考えられる。

出典：日本老年医学会編「健康長寿診療ハンドブック」

(2) 関連研究成果等

1) 糖尿病性腎症重症化予防プログラム

<p style="text-align: center;">糖尿病性腎症重症化予防プログラム</p> <p style="text-align: right;">日本医師会 日本糖尿病対策推進会議 厚生労働省</p> <p>1. 本プログラムの趣旨</p> <ul style="list-style-type: none"> わが国においては、高齢化が進む中で生活習慣と社会環境の変化に伴う糖尿病患者数の増加が課題となっている。糖尿病は放置すると網膜症・腎症・神経障害などの合併症を引き起こし、患者のQOLを著しく低下させるのみならず、医療経済的にも大きな負担を社会に強いこととなる。 国では、健康日本21（第2次）において、糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数の減少等を数値目標として掲げ、様々な取組を進めている。 また、データヘルスの一環として、「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）において重症化予防を含めた疾病予防等に係る好事例を強力に全国に展開することとされ、さらに、平成27年7月10日に開催された日本健康会議で採択された「健康なまち・職場づくり宣言2020」の中でも、生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体数の増加が目標とされた。 このような中で、速やかに糖尿病性腎症重症化予防のためのプログラムを策定するため、本年3月24日に、日本医師会、日本糖尿病対策推進会議及び厚生労働省は「糖尿病性腎症重症化予防に係る連携協定」を締結した。 このため、日本医師会、日本糖尿病対策推進会議及び厚生労働省は、全国で糖尿病性腎症重症化予防に向けた取組を促進するため、平成27年度厚生労働科学研究費補助金（糖尿病性腎症重症化予防プログラム開発のための研究（研究代表者：津下一代あいち健康の森健康科学総合センター長））の報告書も踏まえ、本プログラムを策定する。 <p><small>1本プログラムは、日本糖尿病学会、日本腎臓学会、日本透析医学会、日本糖尿病学会4学会合同で策定された「糖尿病性腎症病期分類2014年11」に基づく名称ならびに分類を用いている。糖尿病性腎症に対する対応については、最新の「科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン※1」、「CD診療ガイドライン2013※2」、「CDステージ3※3～5患者のための腎障害進展予防システム※4」な腎代療法への移行に向けた診療ガイドライン（2015※4）に準拠している。また海外のガイドラインや生活習慣介入研究等のエビデンスをもとに、対象者選定基準、プログラム内容、評価方法を示したものである。</small></p> <p><small>※1 http://www.idc.or.jp/modules/important/index.php?page=article&storyid=16</small></p> <p><small>※2 http://www.idc.or.jp/modules/publication/content_id=1</small></p> <p><small>※3 http://www.idc.or.jp/modules/publication/content_id=2013.php</small></p> <p><small>※4 http://nacki.jp/wp-content/uploads/2015/07/ guideline.pdf</small></p> <p style="text-align: right;">p. 1</p>	<p>2. 基本的考え方</p> <p>(1) 目的</p> <ul style="list-style-type: none"> 本プログラムは、糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関の未受診者・受診中断者について、関係機関からの適切な受診勧奨、保健指導を行うことにより治療に結びつけるとともに、糖尿病性腎症等で通院する患者のうち、重症化するリスクの高い者に対して主治医の判断により保健指導対象者を選定し、腎不全、人工透析への移行を防止することを目的とする。 <p>(2) 本プログラムの性格</p> <ul style="list-style-type: none"> 本プログラムは、呉市、荒川区、埼玉県の先行している自治体の取組の全国での横展開等を目指して、その実施が容易となるよう、取組の考え方や具体的な取組例を示すものである。このため、各地域における取組内容については、地域の実情に応じ柔軟に対応することが可能であり、現在各自治体において既に行われている取組を尊重するものである。 <p>(3) 取組にあたっての関係者の役割</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域における取組を検討するに当たっては、以下の役割分担例を念頭に関係者が密接に連携して対応することが期待される（図表1参照）。なお、以下の内容は例示であり、それぞれの地域の実情に応じた取組を尊重する。（市町村の役割） <ol style="list-style-type: none"> 地域における課題の分析 <ul style="list-style-type: none"> 自治体において健診データやレセプトデータ等を用いて、被保険者の疾病構造や健康問題などを分析し、地域の関係団体とともに問題認識の共有を行う。 分析にあたっては、その地域が有する保健医療等に関する資源の実態（社会資源、専門的な医療人材の有無や数、かかりつけ医や専門医療機関との連携体制の状況など）を明らかにする。 対策の立案 <ul style="list-style-type: none"> ①で明らかになった課題について、取り組みの優先順位等を考慮し、対策を立案する。 立案にあたっては、地域の医療機関における連携体制のあり方、ハイリスク者を抽出するための健診項目や健診実施方法、食生活の改善や運動対策などのポピュレーションアプローチなど、様々な観点から総合的に検討した上で、保健指導や受診勧奨の内容について検討する。 その際、地域の医師会等の関係団体と、これらの課題、対策について協議する。 対策の実施 <ul style="list-style-type: none"> ②の議論の結果に基づき事業を実施する。事業実施に当たっては、 <p style="text-align: right;">p. 2</p>
--	---

<p>都道府県国民健康保険団体連合会による支援や、民間事業者への委託なども考えられる。</p> <p>④ 実施状況の評価</p> <ul style="list-style-type: none"> ③で実施した事業について、その結果を評価（評価方法については7.を参照）し、PDCAサイクルに基づいて次の事業展開につなげる。 <p>(都道府県の役割)</p> <ul style="list-style-type: none"> 市町村における事業実施状況をフォローするとともに、市町村における円滑な事業実施を支援する観点から、都道府県レベルで医師会や糖尿病対策推進会議等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。 また、都道府県レベルで医師会や糖尿病対策推進会議等と議論し、各都道府県で、連携協定を締結することや糖尿病性腎症重症化予防プログラムを策定することにより、都道府県内市町村における取組が円滑に実施できるよう支援することが望ましい。その際、本プログラムの内容を参考とすることにより、円滑な議論が可能となると考えられる。 <p>(後期高齢者医療広域連合の役割)</p> <ul style="list-style-type: none"> 後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）は都道府県毎にすべての市町村で設立されるものであることから、後期高齢者について、上記に記載した市町村と都道府県の両者の役割を担うが、特に実施面では、市町村に上記の役割を果たしてもらうよう、市町村との連携が必要不可欠である。 <p>(地域における医師会等の役割)</p> <ul style="list-style-type: none"> 都道府県医師会等の関係団体は、都市区医師会等に対して、糖尿病性腎症重症化予防に係る国・都道府県における動向等を周知し、都市区医師会に対し必要に応じ助言する。 都道府県医師会等や都市区医師会等は、都道府県や市町村が糖尿病性腎症重症化予防に係る取組を行う場合には、会員及び医療従事者に対して周知するとともに、かかりつけ医と専門医等との連携を強化するなど、必要な協力を行うよう努める。 <p>(都道府県糖尿病対策推進会議の役割)</p> <ul style="list-style-type: none"> 糖尿病性腎症重症化予防に係る国・都道府県における動向等について構成団体に周知するとともに、医学的・科学的観点から県内における糖尿病性腎症重症化予防の取組について助言を行うなど、自治体の <p style="text-align: right;">p. 3</p>	<p>取組に協力するよう努める。</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域の住民や患者への啓発、医療従事者への研修に努める。 <p><図表1：関係者の役割分担></p> <p>(4) 取組方針</p> <ul style="list-style-type: none"> 本プログラムでは、市町村等の健康課題や他の保健事業の状況に応じて選択できるような複数の取組方針を示している。具体的には、 <ol style="list-style-type: none"> 健康診査・レセプト等で抽出されたハイリスク者に対する受診勧奨、保健指導 治療中の患者に対する医療と連携した保健指導 糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応 などを想定している。また、糖尿病性腎症の病期に準じて対象者選定基準等を設定し、対応する介入方法も示している。 <p>(5) 実施上の留意点</p> <ul style="list-style-type: none"> 後期高齢者については、年齢層を考慮した対象者選定基準を設定する必要があるとともに、実施上の留意事項がある。また、広域連合は市町村と連携して保健事業を行うことが重要である。 自治体とかかりつけ医等との連携体制は重要であり、あらかじめ、都道府県、市町村において医師会や糖尿病対策推進会議等の地域の関係者と十分協議の上、連携体制を構築する必要がある。 <p style="text-align: right;">p. 4</p>
---	--

○ 保健指導の中で食生活指導を行う場合には、歯周病および歯の喪失等歯・口腔のリスクに係る判定に基づき指導を行うと共に、かかりつけ歯科医との連携体制を構築して活用することが望ましい。

○ 国保等医療保険者が実施主体であることから、データヘルズ計画を策定している場合には同計画と連動させる必要がある。

3. プログラムの条件

○ 各地域で糖尿病性腎症重症化予防プログラムを策定する場合には、以下のいずれも満たすものである必要がある。

- ① 対象者の抽出基準が明確であること
- ② かかりつけ医と連携した取組であること
- ③ 保健指導を実施する場合には、専門職が取組に携わること
- ④ 事業の評価を実施すること
- ⑤ 取組の実施に当たり、地域の実情に応じて各都道府県の糖尿病対策推進会議等との連携（各都道府県による対応策の議論や取組内容の共有など）を図ること

4. プログラム対象者選定の考え方

(1) 対象者の基本的考え方
(対象者について)

○ プログラムの対象者は、以下のいずれにも該当する者とし、次の(2)～(4)の方法を組み合わせて抽出することが考えられる。

- ① 2型糖尿病であること：aからeまでのいずれかであること
 - a. 空腹時血糖 126mg/dl (随時血糖 200mg/dl)以上又はHbA1c 6.5%以上
 - b. 糖尿病治療中
 - c. 過去に糖尿病薬使用歴又は糖尿病治療歴あり
- ② 腎機能が低下していること

○ なお、糖尿病性腎症の病期分類は図表2の通りである。

(留意点)

○ 第4期については、心血管イベント、心不全の発症リスク、死亡リスクが高いことに十分に留意する必要がある。受診勧奨は重要であるが、その上で、呉市、埼玉県などの先行している一部自治体においては、医療機関との連携を十分に取った上で第4期の者も含めて保健指導を実施している例があり、医療機関との連携を取りながらスキルの高い専門職が保健指導を実施することも考えられる。

○ 特定健診では尿蛋白が必須項目であり、糖尿病に加えて尿蛋白(+)以上であれば第3期と考えられる。また尿蛋白(±)は微量アルブミン尿の可能性が高

いため、医療機関で積極的に尿アルブミンの測定を行うことが推奨されている。合わせて、医療機関で測定した血清クレアチニン (eGFR)、尿アルブミン、尿蛋白等の検査値については、本プログラムの実施結果を評価する際に不可欠であるため、本人の同意のもと、糖尿病連携手帳の活用等により保健指導の実施者とデータを共有する必要がある。

○ 糖尿病が存在することにより、早期から特徴的な生理学的所見が腎臓にみられる。本プログラムでは「糖尿病性腎症病期分類 2014」にない、対象者を糖尿病性腎症としてひろく取り扱う。ただし、網膜症や神経障害等、糖尿病特有の細小血管症の合併状況や糖尿病罹病期間を参考にすることが重要である。

2 糖尿病連携手帳は、日本糖尿病協会が発行しているものであり、糖尿病・合併症関連の検査値が随時的に記入できるため、患者自身が医療・保健を連携する役割を果たし、本人同意のもとデータの共有が可能となる。

3 糖尿病患者に腎機能障害がある場合、①糖尿病が原因で腎機能が悪化した状態、②別の原因により腎機能が低下している患者に糖尿病が合併している状態、がある。糖尿病性腎症は診断では①を指し、正確な診断のためには病歴、網膜症等の合併症の状況、生検等の検査が必要となる。一般的には健診で①と②を区別することは困難と考えられるので、本プログラムでは①、②を含め、広く取り扱うこととしている。②であっても、糖尿病が合併することにより腎臓には糖尿病特有の変化が発生し、腎機能が悪化することから、②を含めて対策を行うことには意義があると考えられる。

<図表2：糖尿病性腎症病期分類>

病期	尿アルブミン量 (mg/gCr) あるいは 尿蛋白量 (g/gCr) ⁴	GFR(eGFR) (ml/分/1.73 m ²)
第1期 (腎症無)	正常アルブミン尿 (30未満)	30以上
医療機関で診断 第2期 ⁵ (早期腎症期)	微量アルブミン尿 (30～299)	30以上
健診で把握可能 第3期 (顕性腎症期)	顕性アルブミン尿 (300以上) あるいは 持続性蛋白尿 (0.5以上)	30以上
○ 特定健診等 第4期 (腎不全期)	問わない	30未満
第5期 (透析療法期)	透析療法中	

(2) 健康診査データ・レセプトデータ等を活用したハイリスク者の抽出方法
(抽出基準について)

○ プログラムの対象となるハイリスク者の抽出に当たっては、糖尿病性腎症に関する日本糖尿病学会、日本腎臓学会のガイドラインに基づく基準を設定し、健康診査等で得られるデータと突合して抽出されるハイリスク者を対象とする。

○ eGFR30～44ml/分/1.73m²の場合CKD重症度分類によるとG3bに該当する。糖尿病性腎症の病期に加え、eGFRも参考にして対象者の優先順位を決めることが望ましい。

○ 市町村等における対象者抽出のフローの例は図表3の通りである。

4 アルブミン尿は早期の段階から腎機能予後やCVD(心血管疾患)を予測できる指標であり、早期腎症の診断に有用。蛋白尿陽性の場合の程度 eGFR 低下は腎機能予後やCVDを予測できず、早期糖尿病性腎症の診断には有用ではない (CKD 診療ガイドライン 2013 糖尿病性腎症 P80)

5 特定健診では尿蛋白が必須項目であり、糖尿病に加えて尿蛋白(+)以上であれば第3期と考えられる。(±)は微量アルブミン尿の可能性が高いため、医療機関で積極的に尿アルブミン測定を行うことが推奨されている。尿アルブミンは健診項目にはないが、糖尿病で受診勧奨判定値以上の場合、医療機関への受診勧奨がなされ医療機関において尿アルブミンが測定され、第2期の把握が可能となる。

(留意点)

○ 腎機能が著しく低下した第4期の患者は、医療機関への受診勧奨と専門医との連携を要する病期である。また、腎不全のみならず、循環器疾患発症リスク、死亡リスクが高い集団であることから、保健事業の実施に当たっては、特にリスクマネジメントの体制が確保されていることが重要である。健診データのほか、循環器疾患や他の合併症に関する検査所見等を十分に考慮したうえで、主治医とのカンファレンスなどを実施する体制が必要である。

○ 後期高齢者については、複合的な疾病合併のみならず、老化に伴う諸臓器の機能低下を基盤としてフレイル、サルコペニア、認知症等の進行がみられ、個人差が大きい。後期高齢者の腎症対策では、糖尿病性腎症の対象者選定基準にあわせた一律のプログラムではなく、個人の状況に合わせて、QOL維持・向上、要介護状態への移行阻止等を含めた包括的な対応が必要になる。

○ 腎症合併のハイリスク糖尿病後期高齢者においては厳格な管理を求めるべきではないとの考え方から、健診データから対象者の抽出にあたって例えば、暫定的にHbA1c≧8.0%とする等、地域の実情に合わせた検討が必要である。

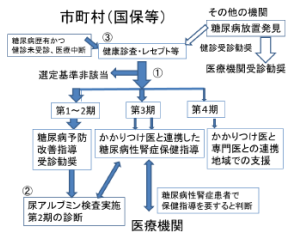
○ 血清クレアチニンを測定していない国保等では、尿蛋白が陰性の第4期を見落とす可能性があることに留意する必要がある。

注) 第1期、もしくは尿アルブミンを測定しておらず腎症の診断ができない場合にも将来的な腎症発症予防に向け、血糖や血圧コントロールの必要性、減塩等についての情報提供を行うことが望ましい。

(レセプト等による抽出)

○ 呉市、荒川区、埼玉県等の一部の自治体においては、レセプト等により対象者の候補をリストアップした上で、かかりつけ医に事業参加の同意を得て、検査結果等のデータの提供を受け事業を実施する形で先行している。レセプトを有効活用することにより、健診未受診者からの抽出や併発疾病等の確認が可能となることから、抽出にあたってはレセプト等の情報も活用することが望ましい。

＜図表3：市町村等における対象者抽出のフローの例＞



- ①健康診査-レセプト等で選定されたハイリスク者
- ②医療機関からの紹介
- ③治療中、健診未受診者

(3) 医療機関における抽出方法

○ 糖尿病治療中に尿アルブミン、尿蛋白、eGFR等により腎機能低下が判明し、保健指導が必要と医師が判断した患者を対象とする。例えば

- ・生活習慣改善が困難な方
- ・治療を中断しがちな患者
- ・自施設に管理栄養士等が配置されておらず、実践的な指導が困難な場合
- ・専門病院との連携が困難な地域
- ・その他、地域包括ケア等の連携体制の中で、地域の実情により連携が望ましいと考えられる場合

などが想定される。地域の実情に合わせ、自治体は医師会と抽出方法を協議することが望ましい。

(4) 糖尿病治療中断かつ健診未受診者の抽出方法

- 以下の者等を対象として状況確認を行い、健診・医療機関受診を勧め、後は(2)・(3)の流れにのせて対応する。
- ・過去に糖尿病治療歴がある、又は過去3年間程度の健診にてHbA1c7.0%以上

6 本フローは市町村等直営実施の例示であり、この方法以外にもあろう。関係者で協議の上、フローを整理することが重要である。

が確認されているもの、最近1年間に健診受診歴やレセプトにおける糖尿病受診歴がない者

- ・歯科や眼科治療中の患者において糖尿病治療を中断していることが判明した者
- ・薬局やイベント等における健康相談において糖尿病の履歴があり十分に管理されていない者

5. 介入方法

○ 対象者の状況別の受診勧奨及び保健指導の対応例は図表4及び図表5の通りである。

(1) 類型と留意点

①受診勧奨：手紙送付、電話、個別面談、戸別訪問等 (実施方法等について)

○ 病期ごとの対応の例は以下の通りである。

第1～2期：保険者の判断で優先順位を検討する。その際、例えば、HbA1c、血圧等の受診勧奨判定値が重複している者や単独の異常も著しく高い者を優先する方法がある⁷

第3～4期：受診勧奨をしても受診が確認されない場合、再度、別の方法で受診勧奨を試みる(手紙→電話→訪問)。

○ 実施方法を検討するために、保険者は前年度の健診データ等でおおよその対象者数を把握し、優先順位や方法を検討する。

○ 対象者の状況に応じ、検査値を伝え、医療機関での受診が必要という通知を行うだけの軽い受診勧奨から、保健指導を組み合わせて本人が受診の必要性を十分に理解でき、受診行動につながるまで関わるものまで、本人への関わり方の濃淡をつけることが考えられる。

○ また、必要に応じて受診後のフォローも行うことが考えられる。治療を中断しやすい人については、受診継続についての抵抗要因を検討し、その軽減に向けた支援を行う。

○ 受診勧奨、保健指導等の保健事業については外部委託が可能であるが、保険者や自治体の専門職が関与し、保険者としての責任を持った企画と評価を行うことが重要である。

7 対象者の選定基準の検討、受診勧奨の通知作成または監修、生活習慣改善のための保健指導には専門職の関与が必要であるが、受診勧奨の手紙の送付等の作業は専門知識を必要としないことから、非専門職が実施可能である。ただし、手紙の内容について専門的な知識を要する対応や、手紙だけで受診がつかない対象者への電話や面談等による受診勧奨については専門職が関与する必要があるため、保健指導としての位置づけが可能である。

②保健指導：電話による指導、個別面談、訪問指導、集団指導等 (実施方法等について)

○ 病期ごとの対応の例は以下の通りである。

第1～2期：個別、集団などを組み合わせて実施する。

第3～4期：初回は個別面談、訪問等による対面での指導を行う。

○ 保健指導としては、健康診査データや医療機関での検査値等を用いて自身の健康状態(糖尿病性腎症)を正しく理解してもらい、必要な生活習慣改善につなげることを目標とする。

○ 指導に当たっては、定期的検査の必要性についてよく理解できるように支援する。また本人の疑問にも適切に対応し、必要に応じてかかりつけ医と連携した対応を行うことが重要である。

(保健指導の実施者のスキル等について)

○ 保健指導については、糖尿病療養指導、特定保健指導等の十分な経験を有し、糖尿病性腎症重症化予防のための研修を受けた専門職が実施することが望ましい。また、特にリスクの高い対象者の指導については、かかりつけ医と相談できる体制を作ることが必要である。

＜図表4：医療機関受診・健診受診の有無・病期別の国保等の対応例＞

糖尿病療養指導実施状況	健診受診あり		健診受診なし	
	腎症第1～2期	腎症第3期	腎症第4期	糖尿病管理あり
糖尿病療養指導実施状況 医療機関での管理 治療中断しがちな場合の保健指導 保険指導を活用した予防事業	医療機関での管理 治療中断しがちな場合の保健指導 保険指導を活用した予防事業	生活期に健診結果 伝達、腎症発 症強化について 連携	本人(主治医)に 健診結果を通知 糖尿病性腎症の 適切な医療につ ながる	健診または医療 機関での管理 生活期に健診結果 伝達、腎症発 症強化について 連携
糖尿病レセプト はあるが、糖尿病 療養指導が不足し、 内科受診なし	糖尿病療養指導の 必要性を本人に通知 し、適切な医療 機関に受診を促す	糖尿病療養指導の 必要性を本人に通知 し、適切な医療 機関に受診を促す	本人(主治医)に 健診結果を通知 糖尿病性腎症の 適切な医療につ ながる	健診または医療 機関での管理 生活期に健診結果 伝達、腎症発 症強化について 連携
医師レセプト なし	糖尿病療養指導の 必要性を本人に通知 し、適切な医療 機関に受診を促す	糖尿病療養指導の 必要性を本人に通知 し、適切な医療 機関に受診を促す	本人(主治医)に 健診結果を通知 糖尿病性腎症の 適切な医療につ ながる	健診または医療 機関での管理 生活期に健診結果 伝達、腎症発 症強化について 連携

※ 医療機関との連携をしながらリスクの高い専門職が保健指導を実施することも考えられる

＜図表5：健診・レセプトデータで抽出した対象者に対する対応例(検査値別)⁸⁾⁹⁾

検査項目	健診受診あり		健診受診なし	
	腎症第1～2期	腎症第3期	腎症第4期	糖尿病管理あり
血糖値	HbA1c<6.5	6.5≤HbA1c<7.0	7.0≤HbA1c<8.0	8.0≤HbA1c
尿蛋白	尿蛋白<30	30≤尿蛋白<300	300≤尿蛋白<1000	1000≤尿蛋白
eGFR	eGFR>30	30≤eGFR<45	45≤eGFR<60	60≤eGFR<90
血圧	110/70以下	110/70以上130/80以下	130/80以上160/100以下	160/100以上
脂質	LDLコレステロール<100	100≤LDLコレステロール<150	150≤LDLコレステロール<200	200以上
その他	医師の判断	医師の判断	医師の判断	医師の判断

8) 糖尿病療養指導は12ヶ月以内、またはHbA1c2.5%、または血糖値に糖尿病の疑い(医師判断)

9) 2 糖尿病療養指導の必要性を医師が専門職が保健指導を実施することと考える

(2) 対象者別の介入方法

①健康診査等で抽出されたハイリスク者への対応

○ 腎症の病期に対応し、対象者抽出方法、介入目的と方法、医療機関での対応、情報共有の方法などについて、関係者間で方針を検討する必要がある。病期別の保健指導等の内容は図表6の通りである。

＜図表6：糖尿病性腎症の病期に応じた保健指導等の内容例＞

病期	検査値	医師の対応	患者の対応	保健指導
第1～2期	血糖値 尿蛋白 (上)低下	医師は本人の病期、血糖値、尿蛋白の程度に基づいて、必要に応じて糖尿病療養指導、生活期に健診結果伝達、腎症強化について連携	医師の指示に従って、適切な医療機関を受診し、適切な治療を受ける	医師の指示に従って、適切な医療機関を受診し、適切な治療を受ける
第3期	血糖値 尿蛋白 以上	医師は本人の病期、血糖値、尿蛋白の程度に基づいて、必要に応じて糖尿病療養指導、生活期に健診結果伝達、腎症強化について連携	医師の指示に従って、適切な医療機関を受診し、適切な治療を受ける	医師の指示に従って、適切な医療機関を受診し、適切な治療を受ける
第4期	血糖値 尿蛋白 以上	医師は本人の病期、血糖値、尿蛋白の程度に基づいて、必要に応じて糖尿病療養指導、生活期に健診結果伝達、腎症強化について連携	医師の指示に従って、適切な医療機関を受診し、適切な治療を受ける	医師の指示に従って、適切な医療機関を受診し、適切な治療を受ける

10 75歳以上については、フレイル、認知症等の状況を鑑み、個別に対応する必要がある。

11 上記対応表で、ブルーが受診勧奨、オレンジが保健指導、色の濃淡は支援の濃淡を表している。上記対応表については、例示であり、地域の社会資源や連携等の状況に応じた対応表の作成が必要である。

- ②医療機関で治療中の糖尿病性腎症患者に対する保健指導
 - 糖尿病性腎症で治療中の患者について、日常生活における実践的な指導が必要と考えられる場合、かかりつけ医と連携した保健指導につなげることが期待される。とくに治療を中断しがちな患者については、本人の思いや生活状況を踏まえた保健指導が役立つことがあることから、市町村との連携を図ることが望ましい旨、地域の医療機関に周知する。
 - 歯科・眼科治療中、もしくは他の疾患にて治療中の患者において糖尿病治療を中断していることが発見された場合、糖尿病に対応できる医療機関を紹介するとともに市町村等へ連絡し、保健指導につなげることも望まれることから、その旨、地域の医療機関に周知する。
- ③糖尿病治療中断者の把握と受診勧奨
 - 過去に糖尿病治療歴がある、又は過去3年間等の健診にてHbA1c7.0%以上が確認されているのに、最近1年間に健診受診歴やレセプトにおける糖尿病受診歴がない者を対象として状況確認を行い、可能な限り健診受診、医療機関受診につなげるとともに、必要に応じて保健指導等を行う。

6. かかりつけ医や専門医等との連携
(かかりつけ医との連携)

- 自治体とかかりつけ医等との連携体制については、都道府県、市町村において、あらかじめ医師会や糖尿病対策推進会議等の地域の関係者と十分協議の上、推進体制を構築する必要がある。
- 糖尿病対策推進会議等の方針のもと、郡市医師会は各地域での推進体制(連絡票、事例検討等)について自治体と協力する。
- かかりつけ医は、病歴聴取や診察、保険診療における検査等により対象者の病期判断、痛薬器疾患等のリスクや糖尿病合併症(網膜症等)の状況を把握し、本人に説明するとともに、保健指導上の留意点を保健指導の実施者に伝えることが求められる。

(地域における関係機関との連携)

- 必要に応じてかかりつけ医と専門医が連携¹¹できる体制をとることが望ましい。地域連携バスなどを作成し、地域で運用することも考えられる。
- 糖尿病の合併症の一つとして歯周病及び歯の喪失等があることから、歯科歯科連携の仕組みを構築し活用することが望ましい。

11 「CKD診療ガイド2012」では腎臓専門医への紹介基準を以下の通りとしている。

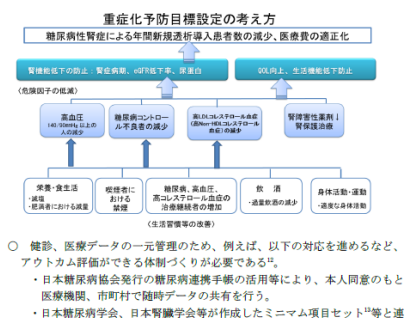
- 1) 高度の尿蛋白 尿蛋白/Cr 比 0.50g/gCr 以上または2+以上
- 2) 蛋白尿と血尿がともに陽性(1+以上)
- 3) GFR50mL/分/1.73m²未満

- 保健指導中もできる限りかかりつけ医と実施状況を共有することが望ましい。
- 保健指導等の終了後も継続的な治療、継続的な支援につなげることが重要である。
- 市町村等における事業の評価のためには、臨床における検査値(血圧、血糖、腎機能等)が必要となる。糖尿病連携手帳等を活用し、本人ならびに連携機関と情報を共有できるようにすることが望ましい。

7. プログラムの評価

- 評価としては、ストラクチャー(構造)、プロセス(過程)、アウトプット(事業実施量)、アウトカム(結果)の各段階を意識した評価を行う必要がある。
- また、中長期的な費用対効果の観点からの評価も行う必要がある。
- アウトカム評価は、図表7のステップをおさえた評価とする。

<図表7>重症化予防の取組に係るアウトカム評価の考え方



- 健診、医療データの一元管理のため、例えば、以下の対応を進めるなど、アウトカム評価ができる体制づくりが必要である¹²。
- ・日本糖尿病協会発行の糖尿病連携手帳の活用等により、本人同意のもと医療機関、市町村で随時データの共有を行う。
- ・日本糖尿病学会、日本腎臓学会等が作成したミニマム項目セット¹³等と連

12 その際、国民の生活を通じた健康情報の一元化を目指し、日本医師会が作成し、日本医学健康情報管理協議会が推進協力している「健診標準フォーマット」の活用により、健(検)診実施機関等が有する健(検)診データ仕様の標準化を進めることも重要である。

13 「ミニマム項目セット」


- 携がれたデータ収集法を検討する。
- 中長期的な評価については、健診データ・レセプトデータ等の活用により受療状況、糖尿病性腎症の発症について追跡調査する。
- 国保から年齢もしくは障害のために後期高齢者医療制度に移行した後も、追跡できる体制を整えることが重要である。
- 国保等は、対象者以外も含めた地域全体の観点でも、以下のような健診データ・レセプトデータ等の分析で得られた地域の糖尿病性腎症の状況や重症化予防の保健事業の実施状況等についてデータ分析をおこない、関係者間で情報共有をはかることが求められる。
 - ・新規透析導入患者数・率(人口10万対)の推移、うち糖尿病性腎症を原因とする者の割合
 - ・糖尿病性腎症各期の数、うち未治療率
 - ・HbA1c \geq 8.0%の人数、うち糖尿病未治療者の割合
 - ・健診受診率
 - ・医療費の推移(プログラム参加者 vs 非参加者の比較など)等
- 以上のような事業の実施状況の把握・分析や評価に基づき、今後の事業の取組を見直すなど、PDCAサイクルを回すことが重要である。

日本糖尿病学会、日本腎臓学会等が策定した効果的な医療情報の活用を進めるための生活習慣病4疾患(糖尿病、高血圧、脂質異常症、慢性腎臓病(CKD))の疾患別データセット(検査項目)のうち、どの疾患においても収集することが望ましい検査項目のことを指す。
http://www.jds.or.jp/modules/itshh/index.php?content_id=18

2) 糖尿病性腎症 重症化予防プログラム開発のための研究

糖尿病性腎症 重症化予防プログラム開発のための研究
平成27～29年度厚生労働科学研究費補助金 研究代表者:あいち健康の森健康科学総合センター長 津下一代

- 保険者・医療機関・保健指導者が連携した
実現性の高い糖尿病性腎症予防プログラム
を開発
- 事業評価の仕組みの確立
⇒エビデンスを得る
- 国保－後期高齢者広域連合の
連携により長期的にデータを
収集、アウトカム評価実現に
向けた検討
- 全国的に波及可能、かつ
継続可能なプログラムへと
改善、提案



糖尿病性腎症 重症化予防プログラム開発のための研究
平成27～29年度厚生労働科学研究費補助金 研究代表者:あいち健康の森健康科学総合センター長 津下一代

○研究目的
市町村及び後期高齢者医療広域連合（広域連合）で実施されている糖尿病性腎症予防プログラムの効果を検証する

○研究方法
協力いただける市町村及び広域連合を募集した上で、糖尿病性腎症重症化予防のために一定の基準のもと対象者を抽出し、受診勧奨又は保健指導等を実施する予定又は実施中の市町村又は後期高齢者広域連合における検査データ等の変化を分析する。

【事前情報】

検査データ等
特定健診結果、レセプトデータ、要介護認定状況、生活習慣 等

受診勧奨


保健指導

検査データ等
特定健診結果、レセプトデータ、要介護認定状況、生活習慣 等



研究班における保険者への支援
・実施体制づくりに関する運営マニュアルの提供
・教材の提供
・研修会
・個別相談対応 等

【1年後】

○研究班サポートHP



○研修会(7月7日)

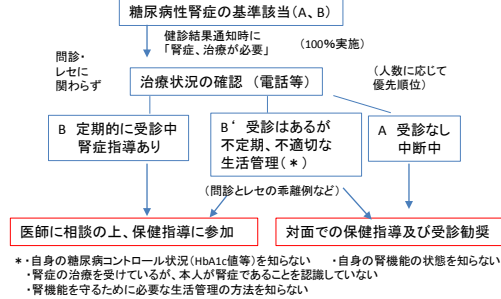



※研究班より事業の取り組み方法等について説明

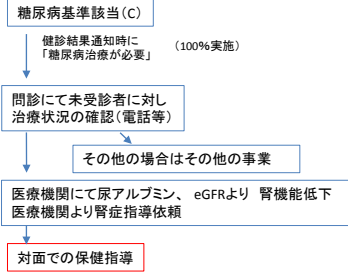
※自治体担当でグループワーク

対象者セグメントに合わせた介入フロー

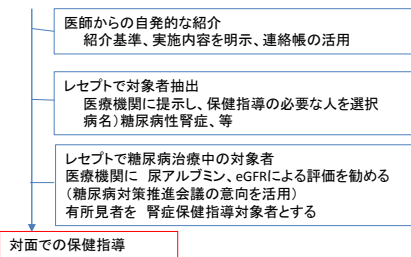
「糖尿病性腎症」と判定された人に対する事業(A・B)



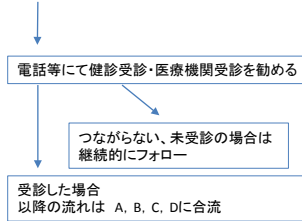
糖尿病と判定された人に対する事業(C)



医療機関で把握された糖尿病性腎症(D)



過去に糖尿病治療歴あり、現在治療中断中(E)



「かかりつけ医と連携した取組」への支援

糖尿病連携手帳の活用



〇〇市 糖尿病性腎症重症化予防プログラム

保健指導依頼書

平成 年 月 日

〇〇市国民健康増進担当課長 様

医療機関名 _____

主治医 _____ 印

(記名・押印または署名をお願いします。)

下記のとおり、保健指導を依頼します。

患者氏名	生年月日 (年齢)	昭和/平成 年 月 日生	男・女
住居	〒 _____	_____	_____

◆糖尿病
 おおよその病歴 約 _____ 年前～
 治療状況 最近1年間の血糖コントロール状況: HbA1c 約 _____ %
 現在の治療内容 薬薬 (有・無)、インスリン (有・無)

◆その他の疾患 _____

治療開始時期と経過: _____

診療情報提供書

他疾患で通院中
 かかりつけ医に糖尿病性腎症についての情報提供をする場合

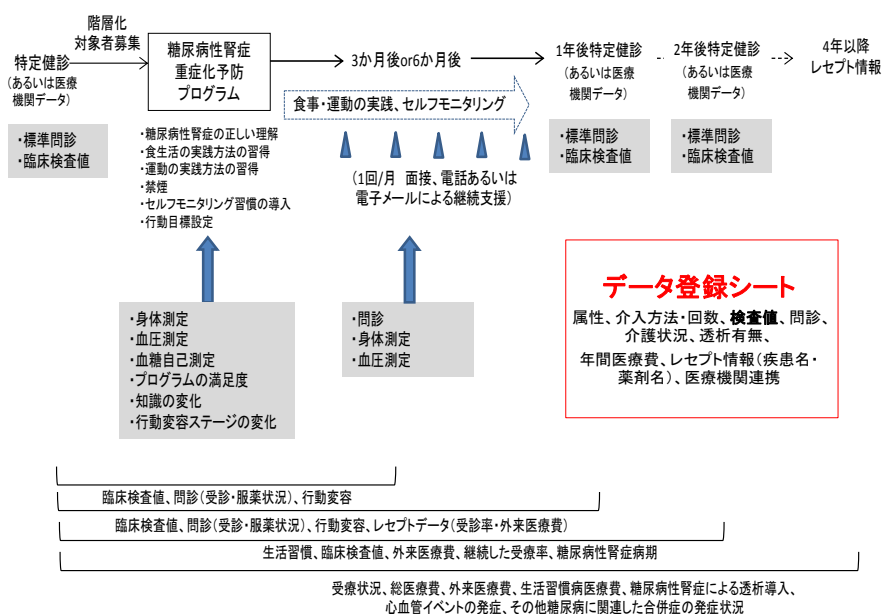
主治医先生 新井史

平素より大変お世話になっております。先生におかれましては、ますますご健勝のこととお慶び申し上げます。

〇〇〇様は書クリニックに通院中と伺っております。
 このたび、〇〇〇様が当センターにおいて健康づくり教室を受講されました。本事業は、〇〇〇市の糖尿病性腎症重症化予防プログラムの一環として、〇〇〇様と共同で実施しているもので、町の健診結果から糖尿病があり尿蛋白(+)以上の方に対し、糖尿病管理の重要性について情報提供することを目的としています。

当センターにおいて、健康度評価を実施し、詳細検査として尿中微量アルブミン検査を行ったところ、HbA1c %、糖尿病性腎症第1期(腎症前期)と判定されました(別添資料をご参照ください)。

保健指導プログラム実践と評価（データ収集）



研究班の進捗（まとめ）

- 研究班は市町村の保健事業の進め方、地域の実施体制を尊重しつつ、研究班プログラム（ひな型）提供、情報交換により事業改善を促す方法をとった。
- 保険者の強みである加入者台帳、健診データ、レセプトデータの活用が重要。
- 研究班には96自治体が参加。研修会、進捗管理シートで状況把握、相談実施。
- 進捗確認では「事前に医師会や専門医に相談」、それを「自治体各課で共有」している割合が7割と、やや低かった。
- 研究班参加自治体の中にも、実施計画・マニュアル等を整備していない自治体が依然存在する。
- 保健指導効果検証にあたり、プログラムの内容や地域の専門医との関わり、医師会との連携などの視点を含めて分析していく必要がある。
- 実証研究により得られた知見を踏まえ、運営マニュアルを修正し、全国の自治体で使用可能なものとした。

3) 後期高齢者に対する歯科保健サービスの効果実証事業

歯科保健サービスの効果実証事業について

事業背景と目的

- 日本再興戦略や健康・医療戦略等を踏まえ、2025年に向け、健康増進・予防サービスの充実等により、国民の医療・介護需要の増大をできる限り抑えつつ「国民の健康寿命が延伸する社会」を目指す。
- 近年、口腔の健康を維持増進することが糖尿病や誤嚥性肺炎等の全身疾患の予防にも寄与するとの知見が蓄積されてきており、予防を推進し健康を維持するためには全身と口腔の健康を保つことが重要であると認識されつつある。
- そこで、本事業では、他部局と連携しながら、生活習慣病や誤嚥性肺炎等、特定の疾患のリスクを有する者に対して歯科保健サービスを実施し、重症化予防や疾病予防のための効果的なスクリーニング・歯科保健指導の実施方法について検証する。

後期高齢者に対する歯科保健サービスの効果検証の概要

【事業内容】

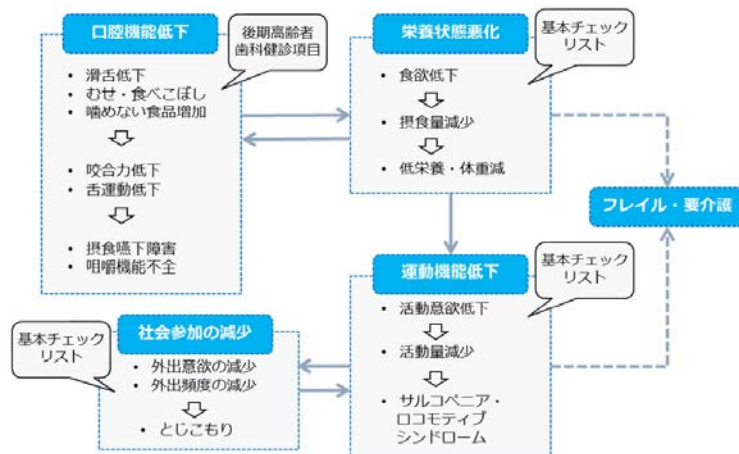
- 後期高齢者医療広域連合が実施する高齢者に対する歯科健診の**健診データを収集・分析し、より効果的な後期高齢者に対する歯科健診の事業実施方法について検証**。
- 具体的には、秋田県大仙市等の後期高齢者歯科健診データ及び基本チェックリストデータ（約800名分）を収集・分析し、口腔の状況を把握するとともに、栄養状態や外出頻度、運動機能等、全身の健康と関連の深いスクリーニング項目等について分析。

【結果概要】

- 口腔機能と食欲、栄養バランス等との関連性が示唆された。
- 口腔機能と栄養に関連する項目（栄養リスク、食欲等）との間には関連性があることが示唆された。
 - ・咬筋・側頭筋が強い者では、1日3回食べている者の割合が高い。
 - ・固いものが食べられない者では、食欲がない者の割合が高い。 など
- 口腔機能と外出頻度に関連する項目の間には関連性があることが示唆された。
 - ・「力」を1秒間に4回以上言える者では、週1回以上外出している者の割合が高い。
 - ・固いものを食べられない者では、昨年と比べて外出回数が減った者の割合が高い。 など

背景・目的

- 後期高齢者の口腔機能の低下が、低栄養、虚弱、要介護リスクに関連していることが示唆されている*。
- そこで、本事業では、後期高齢者歯科健診項目及び基本チェックリストを用いて、後期高齢者の口腔機能と栄養リスク・運動リスク等との関連性について分析し、ハイリスク者を特定するための口腔機能評価項目について検討した。



*Kikutani T et al., Relationship between nutrition status and dental occlusion in community-dwelling frail elderly people. Geriatrics & gerontology international. 2013;13(1):50-4. Epub 2012/04/12.
 Watanabe Y et al., Relationship Between Frailty and Oral Function in Community-Dwelling Elderly Adults. J Am Geriatr Soc. 2017 Jan;65(1):66-76.
 Hirano H et al., Masticatory ability in relation to oral status and general health on aging. The journal of nutrition, health & aging. 1999;3(1):48-52. Epub 2000/07/11.
 Aida J et al., Association between dental status and incident disability in an older Japanese population. Journal of the American Geriatrics Society. 2012;60(2):338-43. Epub 2012/01/04.

対象及び分析方法

①対象：後期高齢者医療の被保険者かつ秋田県大仙市在住の後期高齢者のうち、平成27年または平成28年に歯科健診を受診した1,062名。このうち、高齢者歯科健診データ及び基本チェックリストの入手が可能な801名を分析対象とした。

②分析方法：以下の項目について、クロス集計を実施した。検定はフィッシャーの正確確率検定を用いた。

1) 口腔機能×栄養状態

口腔機能	咀嚼能力（咬筋・側頭筋の緊張の触診）、舌機能（挺舌・オーラルディアドコネシス）、嚥下機能（RSST・EAT-10）、問診項目（固いものが食べにくい、お茶等でむせるか）、歯の数・噛み合わせ（アイヒナーの分類）
栄養状態	栄養リスク（基本チェックリスト11～12の合計点数により判定）、1日3回食べているか、動物性たんぱく質を毎日食べているか、食欲はあるか

2) 口腔機能×運動機能

口腔機能	咀嚼能力（咬筋・側頭筋の緊張の触診）、舌機能（挺舌・オーラルディアドコネシス）、嚥下機能（RSST・EAT-10）、問診項目（固いものが食べにくい、お茶等でむせるか）、歯の数・噛み合わせ（アイヒナーの分類）
運動機能	運動機能：運動機能リスク（基本チェックリスト6～10の合計点数により判定）、運動週間（1週間に3日以上）はあるか

3) 口腔機能×社会参加（外出）

口腔機能	咀嚼能力（咬筋・側頭筋の緊張の触診）、舌機能（挺舌・オーラルディアドコネシス）、嚥下機能（RSST・EAT-10）、問診項目（固いものが食べにくい、お茶等でむせるか）、歯の数・噛み合わせ（アイヒナーの分類）
外出	週1回以上外出しているか、昨年と比べ外出頻度が減っているか

4) 口腔機能×虚弱

口腔機能	咀嚼能力（咬筋・側頭筋の緊張の触診）、舌機能（挺舌・オーラルディアドコネシス）、嚥下機能（RSST・EAT-10）、問診項目（固いものが食べにくい、お茶等でむせるか）、歯の数・噛み合わせ（アイヒナーの分類）
虚弱	虚弱高齢者（基本チェックリスト1～20の合計点数により判定）

結果概要

- 口腔機能と栄養に関連する項目（栄養リスク、食欲等）との間には関連性があることが示唆された。
- 口腔機能と外出頻度（昨年と比べて外出回数が増えた）との間には関連性があることが示唆された。
- 栄養に関して、特に食欲の低下は、咬筋・側頭筋の緊張、オーラルディアドコネシス、アイヒナーの分類、問診項目（「半年前に比べて固いものが食べにくくなったか」といった検査項目と関連性があった。
- 外出頻度に関して、外出頻度の低下は、側頭筋の緊張、EAT-10、問診項目（「半年前に比べて固いものが食べにくくなったか」「お茶等でむせることがあるか」）、アイヒナーの分類といった検査項目と関連性があった。

	栄養			運動			外出		虚弱
	食欲はあるか	1日3回食べているか	動物性たんぱく質を毎日食べているか	栄養リスクに該当者少	運動習慣（1週間に3日以上）があるか	運動機能リスクに該当者少	週1回以上外出しているか	昨年と比べて外出回数が増えたか	
①咀嚼機能									
咬筋・側頭筋の緊張	咬筋・側頭筋強いと食欲あり	咬筋・側頭筋強いと3回食べている割合大	関連なし	咬筋・側頭筋強いと該当者少	女性で咬筋・側頭筋強いほど習慣ある割合大	咬筋・側頭筋緊張ない人で該当者多	咬筋・側頭筋緊張ない人で外出している割合小	咬筋・側頭筋強いほど外出回数減った人少	関連なし
②舌機能									
挺舌	関連なし	関連なし	「十分」な人で毎日食べている割合大	関連なし	「十分」な人で運動習慣ある割合大	関連なし	関連なし	「十分」な人で外出回数減った人少	関連なし
オーラルディアドコネシス	バ・タ・カ4回以上で食欲あり	関連なし	関連なし	バ・タ・カ4回未満で該当者多	バ・タ・カ4回以上で習慣ある割合大	バ・タ・カ4回未満で該当者多	バ・タ・カ4回以上で外出している割合大	バ・タ・カ4回未満で外出回数減った人多	バ・タ・カ4回未満で該当者多
③嚥下機能									
反復唾液嚥下テスト（RSST）	関連なし	男性ではRSST3回以上で3回食べている割合大	関連なし	3回以上で該当者少	3回以上で運動習慣ある割合大	3回以上で該当者少	3回以上で外出割合大	3回以上で外出回数減った人少	関連なし
EAT-10	3点未満で食欲あり	女性では3点未満で3回食べている割合大	男性では3点未満で毎日食べている割合大	3点未満で該当者少	3点未満で運動習慣ある割合大	3点未満で該当者少	3点未満で外出割合大	3点未満で外出回数減った人少	3点以上で該当者多
④問診									
固いものが食べられるか	固いもの食べられない人で食欲なし	男性で固いもの食べられない人で3回食べている割合小	固いもの食べられない人で毎日食べる割合小	固いもの食べられない人で該当者多	固いもの食べられない人で運動習慣ある割合小	関連なし	固いもの食べられない人で外出している割合小	固いもの食べられない人で外出回数減った人多	男性で固いもの食べられない人で該当者多
お茶等でむせるか	むせる人で食欲なし	関連なし	女性でむせる人で毎日食べる割合小	女性でむせる人で該当者多	むせる人で運動習慣ある割合小	むせる人で該当者多	関連なし	むせる人で外出回数減った人多	むせる人で該当者多
⑤歯の数									
アイヒナー分類	Cの人で食欲なし	女性でCの人で3回食べている割合小	女性で毎日食べている割合小	Cの人で該当者多	Cの人で運動習慣ある割合小	Cの人で該当者多	関連なし	Cの人で外出回数減った人多	関連なし

※下線文字は統計学的に有意差が認められたもの。

(3) 通知

1) 平成 28 年度後期高齢者医療事業の実施について（平成 28 年 3 月 30 日 付け課長通知）

<p style="text-align: center;">保 高 発 0330 第 4 号 平成 28 年 3 月 30 日</p> <p>各 都道府県後期高齢者医療主管部（局）長 殿</p> <p style="text-align: center;">厚生労働省保険局高齢者医療課長 （公 印 者 略）</p> <p style="text-align: center;">平成 28 年度後期高齢者医療制度事業の実施について</p> <p>標記については、平成 28 年 3 月 30 日保発 0330 第 4 号により保険局長から各都道府県知事あてに「平成 28 年度後期高齢者医療制度事業実施要綱」が示されたところであるが、その実施に当たり次のとおり取扱うこととしたので、貴都道府県の後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）及び関係団体に周知いただくとともに、積極的な事業実施に配慮いただきたい。</p> <p>1. 健康診査事業</p> <p>(1) 被保険者に対する健康診査</p> <p>被保険者の生活習慣病を早期に見出し重症化の予防を図るため、広域連合が都道府県、市町村等と連携し、健康診査を実施する（広域連合からの委託等により市町村等が実施する場合を含む）。</p> <p>事業の対象となる健康診査項目は、特定健康診査の健康項目（腹囲を除く）とし、以下のとおりとする。</p> <p>(ア) 既往歴の調査（眼歴及び喫煙習慣の状況に係る調査を含む）</p> <p>(イ) 自覚症状及び他覚症状の有無の検査</p> <p>(ウ) 身長、体重の検査</p> <p>(ニ) BMI（次の算式により算出した値をいう（以下同じ））の測定 BMI = 体重 (kg) ÷ 身長 (m)²</p> <p>(オ) 血圧の測定</p> <p>(カ) 血清グルタミンオキサロアセチクトランスアミナーゼ（GOT）、血清グルタミンピルビクトランスアミナーゼ（GPT）及びガンマグルタミルトランスペプチダーゼ（γ-GTP）の検査</p> <p>(キ) 血清トリグリセリド（中性脂肪）、高比重リポ蛋白コレステロール（HDLコレステロール）及び低比重リポ蛋白コレステロール（LDLコレステロール）の量の検査</p> <p>(ク) 血糖検査</p>	<p>(ケ) 尿中の糖及び蛋白の有無の検査</p> <p>(コ) 上記の他、次の表の基準に該当する者で、かつ、医師が個別に必要と判断した場合に行うもの（追加項目）</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">追加項目</th> <th style="text-align: center;">実施できる条件（判断基準）</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>貧血検査（ヘマトクリット値、血色素量及び赤血球数の測定）</td> <td>貧血の既往歴を有する者又は視診等で貧血が疑われる者</td> </tr> <tr> <td>心電図検査（12誘導心電図）</td> <td>前年度の健康診査の結果等において、血糖、脂質及び血圧の全てについて、次の基準に該当した者</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">眼底検査</td> <td>血糖 空腹時血糖値が 100mg/dl 以上、または HbA1c が 5.6% 以上 (※HbA1c の表記を JDS 値から NGSP 値に変更)</td> </tr> <tr> <td>脂質 中性脂肪の量が 150 mg/dl 以上、または HDL コレステロールの量が 40mg/dl 未満</td> </tr> <tr> <td>血圧 収縮期 130mmHg 以上、または拡張期 85 mmHg 以上</td> </tr> <tr> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>(2) 被保険者に対する歯科健康診査</p> <p>口腔機能低下の予防を図り、肺炎等の疾病予防につなげるため、歯・歯肉の状態や口腔清掃状態等をチェックする歯科健康診査を実施する（広域連合からの委託等により市町村等が実施する場合を含む）。</p> <p>事業の対象となる健康診査項目については、各広域連合が健康診査の必要性を考慮して対象者を設定した上、地域の実情や高齢者の特性を踏まえ設定する。</p> <p>2. 医療費適正化等推進事業</p> <p>後期高齢者医療制度を安定的に運営していくため、広域連合が都道府県、市町村等と連携し、地域の実情を踏まえ医療費適正化や保険料収入確保に係る以下の取組を実施する。</p> <p>(1) 重複・顔回受診者、重複投薬者等への訪問指導</p> <p>レセプト情報等により選定した重複・顔回受診者、重複投薬者、併用禁忌薬がある者及び多量投薬者に対し、市町村等と連携し、保健師、薬剤師等による適正受診の促進のための訪問指導を実施する（広域連合が市町村、専門業者等に委託して実施する場合を含む）。</p> <p>実施に当たっては、受診状況等により指導を要すると保健師等が判定した者を対象とし、個別に指導票を作成・管理の上、指導後の受診状況等を把握・分析するなど、効果的な実施を図る。</p> <p>また、指導後の状況により再指導が必要と認められる場合には、再指導を実施する。</p>	追加項目	実施できる条件（判断基準）	貧血検査（ヘマトクリット値、血色素量及び赤血球数の測定）	貧血の既往歴を有する者又は視診等で貧血が疑われる者	心電図検査（12誘導心電図）	前年度の健康診査の結果等において、血糖、脂質及び血圧の全てについて、次の基準に該当した者	眼底検査	血糖 空腹時血糖値が 100mg/dl 以上、または HbA1c が 5.6% 以上 (※HbA1c の表記を JDS 値から NGSP 値に変更)	脂質 中性脂肪の量が 150 mg/dl 以上、または HDL コレステロールの量が 40mg/dl 未満	血圧 収縮期 130mmHg 以上、または拡張期 85 mmHg 以上	
追加項目	実施できる条件（判断基準）											
貧血検査（ヘマトクリット値、血色素量及び赤血球数の測定）	貧血の既往歴を有する者又は視診等で貧血が疑われる者											
心電図検査（12誘導心電図）	前年度の健康診査の結果等において、血糖、脂質及び血圧の全てについて、次の基準に該当した者											
眼底検査	血糖 空腹時血糖値が 100mg/dl 以上、または HbA1c が 5.6% 以上 (※HbA1c の表記を JDS 値から NGSP 値に変更)											
	脂質 中性脂肪の量が 150 mg/dl 以上、または HDL コレステロールの量が 40mg/dl 未満											
	血圧 収縮期 130mmHg 以上、または拡張期 85 mmHg 以上											

なお、事業に要する経費の基準額については、実施形態に応じて次のとおりとする。

①広域連合で保健師等を雇用して実施する場合
 (ア)保健師等の人件費
 1日あたり11,640円(1日あたり2人を指導することを標準とする)
 (イ)指導票の作成・管理及び指導後の受診状況等の把握・分析に要する経費(賃金職員の人件費を含む)、文書通信費、交通費、燃料費等
 (ウ)その他、対象者選定作業や事業に係る事務打合せ等に要する経費

②市町村または専門業者への委託等により実施する場合
 (ア)保健師等の人件費(保健師等が市町村の正規職員の場合は、補助対象外)
 訪問指導1件あたり5,820円
 (指導票の作成・管理及び指導後の受診状況等の把握・分析に要する経費、文書通信費、交通費、燃料費等を含んで訪問指導1件当たりの単価契約をする場合は、訪問指導1件あたり9,820円)
 (イ)指導票の作成・管理及び指導後の受診状況等の把握・分析に要する経費(賃金職員の人件費を含む)、文書通信費、交通費、燃料費等
 (上記(ア)の基準額9,820円を適用した場合は除く)
 (ウ)その他、対象者選定作業や事業に係る事務打合せ等に要する経費

(2)高齢者の低栄養防止・重症化予防等の推進
 被保険者の健康を守り自立を促進し、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等を行うため、被保険者に対して専門職(管理栄養士、歯科衛生士、薬剤師、保健師等)による立ち寄り型の相談や訪問相談・指導、訪問歯科健診を実施する。
 対象となる事業は、以下のとおりとする。
 (ア)栄養・口腔・服薬に関する相談・指導(口腔については、訪問健診も含む)
 (イ)生活習慣病等の重症化予防事業
 (ウ)心身機能を包括的にチェックし、適切なサービスにつなげる事業
 (エ)上記(ア)から(ウ)までを複合的に実施する事業
 (オ)上記(ア)から(エ)までの事業の実施に係る研修

また、実施主体となる市町村の規模が異なり、相談・指導等の実施の対象となる人数にも差異があるため、当該事業を行う市町村内の被保険者数に応じて、一事業当たりの交付の上限額を以下のとおり定める。

被保険者数	交付額の上限
10,000人未満	4,000,000円
10,000人以上50,000人未満	6,000,000円
50,000人以上100,000人未満	8,000,000円
100,000人以上	12,000,000円

①相談・訪問指導の場合
 (ア)人件費(専門職が広域連合・市町村の正規職員の場合は、補助対象外)
 <専門職等1日あたりの謝金とする場合>
 ・医師、歯科医師 …… 1日あたり 28,080円
 ・その他専門職(保健師等) …… 1日あたり 11,640円
 (1日あたり2人を指導等することを標準とする)
 <対象者に対する訪問指導1回あたりの費用とする場合>
 ・医師、歯科医師 …… 1回あたり 14,040円
 ・その他専門職(保健師等) …… 1回あたり 5,820円
 (イ)文書通信費、交通費、燃料費、消耗品費等(当該事業以外にも使用可能な器具、設備等は不可)
 (ウ)市町村、医師会等への委託による場合は、実費(ただし、人件費については上記(ア)に準ずることとする)
 (エ)事業実施後の効果検証に係る追加検査費、データ抽出経費、報告書作成経費等(民間業者等への委託も可)

②研修の場合
 (ア)講師の謝金等
 1時間あたり 11,300円(旅費は実費)
 (イ)会場使用料、光熱費、印刷製本費、消耗品費等(研修を受講する専門職の日当等は不可)
 (ウ)当該研修を開催するのに必要不可欠な準備(会議等)に係る費用
 (エ)効果測定に係る調査費用等

(3)後発医薬品の使用促進のための普及・啓発
 後発医薬品の使用促進を図るため、被保険者に対して後発医薬品希望カード等を配布するとともに、後発医薬品利用差額通知を送付する。
 ※「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ(平成25年4月5日厚生労働省)」において、取組を進めてきたが、さらに平成27年6月の閣議決定で、平成29年度に70%以上とするとともに、平成30年度から平成32年度末までの間なるべく早い時期に80%以上とするとしている。

(4)国保連合会の助言等を受けて行う保健事業
 広域連合が行う保健事業について、レセプトデータ等を活用して効果的・効率的

的に実施するため、国民健康保険団体連合会に設置する保健事業支援・評価委員会からの評価、助言等の支援を受ける。

(5)保険料収納対策等
 保険料収納率が比較的低い市町村等において、地域の実情を踏まえ滞納者へのきめ細かな納付相談等効果的な収納対策を実施する。

3. 特別高額医療費共同事業
 著しく高額な医療に関する給付の発生が後期高齢者医療の財政に与える影響を緩和するため、公益社団法人国民健康保険中央会が実施する、著しく高額な医療給付に係る交付金を交付する特別高額医療費共同事業について、広域連合が費用を負担する。

2) 平成28年度高齢者の低栄養・重症化予防等事業の実施について（平成28年3月30日付け事務連絡）

		事 務 連 絡 平成28年3月30日
都道府県後期高齢者医療主幹部（局） 後期高齢者医療主管課（部）長 都道府県後期高齢者医療広域連合事務局長	}	殿
厚生労働省保険局高齢者医療課長		
平成28年度高齢者の低栄養・重症化予防等事業の実施について		
<p>今般、平成28年3月30日保高発0330第4号「平成28年度後期高齢者医療制度事業の実施について」を通知したところであるが、今年度から新たに「高齢者の低栄養防止・重症化予防等の推進」に係る事業を実施することとし、平成28年度後期高齢者医療制度事業費補助金の交付の対象としたところである。</p> <p>当該事業については、後期高齢者の特性に応じ、在宅高齢者に対する専門職による既存の拠点を活用した相談や訪問相談・指導、訪問歯科健診をモデル的に実施するものであるが、その取扱いに係る目的、事業の概要等については別紙のとおりとするので、事業の実施にあたっては、本事務連絡を踏まえ、内容を検討されたい。</p> <p>追って、本年6月を目途に当該事業についての事前申請を依頼する予定であることを申し添える。</p>		

(別紙)

<p style="text-align: center;">(別紙)</p> <p style="text-align: center;">平成28年度 高齢者の低栄養・重症化予防等事業の実施について</p> <p>1. 目的 後期高齢者は複数の疾患を有するとともに、加齢に伴う低栄養、筋力や口腔機能の低下などの心身機能の低下、抵抗力低下に伴う肺炎など感染症の発症等に繋がることも多い。また、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なケースなどでは栄養面で配慮が必要な場合や、服薬に関する疑問等を抱える場合も多い。 こうした後期高齢者の特性に応じ、在宅高齢者に対する専門職による既存の拠点を活用した相談や訪問相談・指導、訪問歯科健診をモデル的に実施して、被保険者の生活習慣病等の重症化予防や心身機能の維持を図るとともに、事業の全面的展開に向け効果的・効率的な実施手法の検討と効果を検証する。</p> <p>2. 実施主体及び実施方法 ○主体：広域連合 ○実施方法：直接又は市町村への委託、補助、民間事業者等への委託により実施。 (市町村にあっては、直接又は委託により実施)</p> <p>3. 事業の概要（「(別紙) モデル事業の例」を参照） 栄養や口腔、服薬、生活習慣病等の重症化予防に関して、専門職（管理栄養士、歯科衛生士、薬剤師、保健師等）による立ち寄り型の相談や訪問相談・指導、訪問歯科健診を実施する。 実施にあたっては、地域の実情に応じ、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、薬局等）を活用して行う。 なお、医療や介護報酬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。</p> <p>(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。</p> <p>(2) 口腔に関する相談・指導、訪問健診 ① 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。 ② 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、顕微鏡肺炎等の疾病を予防するための訪問歯科健診を実施。</p> <p>(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。</p>	<p>(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。</p> <p>(5) 高齢者の心身機能を包括的にチェックするモデル事業。</p> <p>(6) その他の指導 上記(1)～(5)を複合的に実施。又は、各項目には直接該当しないが、本事業の目的に合致する先進的な取組を実施。</p> <p>(7) 研修事業 上記(1)～(6)の事業の実施に関わる管理栄養士、医療・介護関係者等に対する研修等を実施。</p> <p>4. 検討事項 事業の実施を通じ、次の各項目について検討を行うこととする。 ・ 効果的・効率的なアセスメント及び介入支援の方法 ・ 健診・レセプト等の活用も含めた対象者の効果的な把握方法 ・ 介護予防や医療機関との有機的な連携方法、関係者との調整方法等 ・ 事業の効果検証</p> <p>5. 留意事項 (1) 全般 既存のエビデンスや他地域の事例を参考にするとともに、優先度の高いものから実施するなど、効果的・効率的な実施を検討すること。 事業の実施にあたっては、通って送付する平成27年度特別研究事業「後期高齢者の保健事業のあり方に関する研究」報告書における「ガイドライン（試案）」を参考にする。</p> <p>(2) 実施体制 医療や介護サービスとの連携を適切に図りつつ実施すること。また、医療関係団体との連携・協力体制の確保に努めること。 広域連合が直接または民間等への委託により実施する場合であっても、市町村との適切な連携体制を確保すること。</p> <p>(3) 対象者 ・ 対象者抽出・選定にあたっては、抽出基準を設定すること。 ・ 支援を必要とする人种的に把握するため、広域連合が保有する健診・歯科健診、レセプト情報を活用するとともに、高齢者の健康状態や医療・介護ニーズなどを包括的に把握し、これらを適切に組み合わせるなど地域の実情を踏まえた実施するよう努めること。</p> <p>(4) 効果検証等 事業の実施にあたっては、下記の各項目について実施すること。</p>
---	---

<ul style="list-style-type: none"> 健康課題に対応した目標と効果測定のための指標を設定し、データを収集の上、実施後に効果検証を行うこと。 検証に必要なデータ等の確保に努めること。 ※ 詳細については、別途、事務局等で案内をさせていただくので、その連絡等に基づきご対応いただきたい。 地域の専門家の助言等を受けること。（国保連合会の保健事業支援評価委員会等の活用など） 	<p>(別紙) モデル事業の例</p> <p>○栄養に関する相談・指導（例） 医療や介護報酬による栄養指導を受けていない者に対し、必要な訪問指導又は立ち寄り型の相談事業を実施。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>対象者*</th> <th>具体例</th> <th>内容</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>低栄養・過体重予備群</td> <td>・日常生活に支障がなく現在自立であるものの、体重減少や低栄養、過体重の傾向があるが問題に気づいていない高齢者 ・健康状態不明なひきこもり高齢者等</td> <td>・栄養問題に気づくための早期介入 ・訪問相談・指導 ・介護予防事業など必要な支援へのつなぎ</td> </tr> <tr> <td>疾病等による栄養問題を有する者</td> <td>・糖尿病患者で在宅での食事管理ができていない高齢者 ・咀嚼しづらい高齢者（嚥下食の作り方）</td> <td>・医師の指導に基づき在宅で実践できるよう指導 ・重症化予防、QOL改善のための本人、家族・ヘルパーへの指導 ・必要な医療への接続 ・他職種との連携</td> </tr> </tbody> </table> <p>* 医療保険や介護保険において栄養に関する管理を受けている者を除く</p>	対象者*	具体例	内容	低栄養・過体重予備群	・日常生活に支障がなく現在自立であるものの、体重減少や低栄養、過体重の傾向があるが問題に気づいていない高齢者 ・健康状態不明なひきこもり高齢者等	・栄養問題に気づくための早期介入 ・訪問相談・指導 ・介護予防事業など必要な支援へのつなぎ	疾病等による栄養問題を有する者	・糖尿病患者で在宅での食事管理ができていない高齢者 ・咀嚼しづらい高齢者（嚥下食の作り方）	・医師の指導に基づき在宅で実践できるよう指導 ・重症化予防、QOL改善のための本人、家族・ヘルパーへの指導 ・必要な医療への接続 ・他職種との連携
対象者*	具体例	内容								
低栄養・過体重予備群	・日常生活に支障がなく現在自立であるものの、体重減少や低栄養、過体重の傾向があるが問題に気づいていない高齢者 ・健康状態不明なひきこもり高齢者等	・栄養問題に気づくための早期介入 ・訪問相談・指導 ・介護予防事業など必要な支援へのつなぎ								
疾病等による栄養問題を有する者	・糖尿病患者で在宅での食事管理ができていない高齢者 ・咀嚼しづらい高齢者（嚥下食の作り方）	・医師の指導に基づき在宅で実践できるよう指導 ・重症化予防、QOL改善のための本人、家族・ヘルパーへの指導 ・必要な医療への接続 ・他職種との連携								

○口腔に関する相談・指導（例）

口腔に関する問題を有する者に対し、必要な訪問指導又は立ち寄り型の相談事業を実施。

対象者*	具体例	内容
口腔に関する問題を有する者	<ul style="list-style-type: none"> ・ 摂食や咀嚼等の口腔機能の低下に関する困りごとを抱える高齢者 ・ 入れ歯や歯ぐきなど、口腔内に不調がある高齢者 ・ 口腔機能低下の傾向があるが問題に気づいていない高齢者 ・ 口腔機能低下等から低栄養になるなど複数の課題を抱える高齢者 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 口腔機能に関する問題に気づくための早期介入 ・ 口腔機能改善のための本人や家族・ヘルパーへの指導 ・ 栄養士等、他職種との連携

* 医療保険や介護保険において歯科に関する管理を受けている者を除く

○在宅要介護者等への訪問健診に関するモデル事業（例）

歯科健診を受診することができない在宅被保険者に対し、顕微鏡肺炎等の疾病を予防するための歯科健診等を実施。

対象者*	具体例	内容
歯科健診を受診することが困難な者	・ 歯科健診を受診するために出向くことが困難な高齢者	<ul style="list-style-type: none"> ・ 問診等によるアセスメント ・ 歯科健診（歯周病・口腔内チェック、唾液嚥下機能等） ・ アセスメントを踏まえた保健指導

* 医療保険や介護保険において歯科に関する管理を受けている者を除く

○高齢者の心身機能を包括的にチェックするモデル事業（例）

高齢者の健康状態や心身機能を包括的にチェックし、フレイルや疾病の重症化にかかりリスクのある者を抽出するなど、高齢者の特性に応じた適切な把握方法とサービスへの振り分け方法等の検討を行う事業。

- ・ 健診時において、栄養、口腔面、服薬状況などについて質問票に記入してもらうなど包括的なアセスメントを実施し、その結果を集約・分析し関係機関や本人に情報提供するなどして、介護予防事業などの必要なサービスにつなぐ取組を実施

○研修事業（例）

上記各事業に係る企画、運営、又は実際の相談や指導の担い手養成を図る研修事業についても対象とする。

- ・ 訪問指導にあたる専門職に対し、訪問指導の目的や指導内容、指導上の留意点などを内容とする研修を実施
- ・ 医療・介護関係者等に対し、高齢者の特性を踏まえた保健事業の趣旨や目的を理解してもらい、連携や協力の方法・連絡体制づくりの検討などを内容とする研修を実施
- ・ 広域連合や市町村職員に対し、高齢者の特性を踏まえた保健事業の趣旨や目的、背景などを理解してもらい、その企画や円滑な運営に資する内容の研修を実施

○服薬に関する相談・指導（例）

医薬品等に関して不安や疑問を抱えている者に対し、必要な訪問指導又は立ち寄り型の相談事業を実施。

対象者*	具体例	内容
薬に関する問題を有する者	<ul style="list-style-type: none"> ・ 複数受診等により服薬や薬の管理に関する困りごとを抱える高齢者 ・ 健康状態と薬に関する疑問を抱える高齢者 ・ 一般用医薬品、健康食品、衛生材料等の使用方法や効果等に不安や疑問を抱える高齢者 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅での服薬状況の確認や処方されている薬の理解、服用方法にかかる相談支援 ・ 適正な服薬のための本人、家族、ヘルパーへの指導 ・ 医療とのかわり方の指導 ・ 他職種との連携

* 医療や介護保険において服薬に関する管理を受けている者を除く

○生活習慣病等の重症化予防（例）

高血圧や糖尿病等の生活習慣病の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。

対象者*	具体例	内容
生活習慣病のコントロールが不十分な者	<ul style="list-style-type: none"> ・ 慢性疾患など複数疾患を保有し包括的な管理が必要な高齢者 ・ 再入院や合併症の予防対策が必要な高齢者 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医師と連携のうえ栄養指導や運動や服薬、日常生活指導の実施

* 医療や介護保険において服薬に関する管理を受けている者を除く

※ 主治医等医療と連携のうえ実施すること。実施にあたっては、送って送付する「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を参考にすること。

○複合的な事業（健康、医療、介護等に関する困りごと相談のモデル事業）（例）

常設拠点を活用して、生活の中で健康、医療、介護に関する様々な悩みや不安を抱える後期高齢者に対し専門職が対応する立ち寄り型の相談事業を実施。

対象者*	具体例	内容
健康に関する悩みや不安を抱える者	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療のかり方に関する相談 ・ 薬の飲み方に関する相談 ・ 介護サービスの利用についての相談 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 受診時のアドバイスや医療機関の紹介 ・ 飲み合わせや飲み方についてのアドバイス ・ 介護サービスの利用のアドバイスや地域包括との連携

* 医療や介護保険において服薬に関する管理を受けている者を除く

3) 平成 28 年度後期高齢者医療制度事業費補助金の当初交付決定に係る事前申請について (平成 28 年 6 月 13 日付け事務連絡)

<p style="text-align: center;">事務連絡 平成 28 年 6 月 13 日</p> <p>都道府県後期高齢者医療主管部 (局) 後期高齢者医療主管課 (部) 長 殿</p> <p style="text-align: center;">厚生労働省保険局高齢者医療課長</p> <p style="text-align: center;">平成 28 年度後期高齢者医療制度事業費補助金の当初交付決定に係る事前申請について</p> <p>平成 28 年度後期高齢者医療制度事業費補助金については、平成 28 年 3 月 30 日厚生労働省発保 0330 第 4 号により平成 28 年度後期高齢者医療制度事業費補助金交付要綱(以下「交付要綱」という。)を発出したところですが、当初交付決定に向けて、その事前申請を下記に留意の上作成し、下記 4. にそれぞれ定める日までにメールにて提出いただくようお願いいたします(参考となる資料等がある場合は、添付願います。)。なお、今回の事前申請の内容を確認後、8 月上旬を目途に交付額を内示する予定です。その後、交付申請を行っていただくこととなります。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <p>1. 健康診査事業</p> <p>(1) 健康診査</p> <p>①補助対象となる健康診査の受診者について 後期高齢者医療広域連合(以下「広域連合」という。)が、必要性、効果的・効率的な方法を考慮して設定した受診対象者を補助対象とし、長期入院患者、施設入所者及び事業者健診等を受けている者(健診結果データの提供を受けた場合に限る。)については、原則、補助対象外とする。 ただし、広域連合が必要と認めた場合や、長期入院患者等であることが健診受診後に判明した場合は、補助対象外としない。</p> <p>②追加項目の実施に要する経費(医師が個別に必要と判断した場合)について</p>	<p>「平成 28 年度後期高齢者医療制度事業の実施について」(平成 28 年 3 月 30 日保高発 0330 第 4 号保険局高齢者医療課長通知)の「1. 健康診査事業」の「(1) 被保険者に対する健康診査」のうち、「(二)」に定める、医師が個別に必要と判断した場合に追加項目の実施に要する経費に対して、特別調整交付金で交付することを予定しています。なお、申請方法等については別途通知する予定としています。</p> <p>(注) 特別調整交付金にて申請する対象経費(交付額ではない。)は、後期高齢者医療制度事業費補助金の交付申請における「対象経費の支出予定(済)額」から除く取扱いとする。</p> <p>(2) 歯科健康診査</p> <p>①補助対象となる歯科健康診査の受診者について 広域連合が、必要性、効果的・効率的な方法を考慮して設定した受診対象者を補助対象とし、長期入院患者、施設入所者及び他の歯科保健事業(介護予防事業における口腔ケア等)の対象者については、原則、補助対象外とする。 ただし、広域連合が必要と認めた場合や、長期入院患者等であることが健診受診後に判明した場合は、補助対象外としない。</p> <p>②健診項目について 健診項目は、広域連合において、平成 26 年 5 月 26 日事務連絡「後期高齢者医療の被保険者に係る歯科健康診査について(参考資料の送付)」の別添「高齢者歯科口腔健診票(例示)」等を参考に、地域の実情や高齢者の特性を踏まえ各都道府県歯科医師会等関係機関と調整の上、設定する。</p> <p>③申請について 当初交付決定に係る事前申請後に歯科健康診査の実施を決定する場合等であって、当初交付申請に補助対象経費を計上できないときは、変更交付申請の対象とする取扱いとする。</p> <p>(3) その他</p> <p>①健康診査事業の実施にあたっては、集団健診の促進等効率的な実施について引き続き特段の配慮をお願いする。</p> <p>②補助所要額が予算額を超過する場合は、特別調整交付金の交付を予定している。</p> <p>2. 医療費適正化等推進事業</p> <p>(1) 重複・転回受診者、重複投資者等への訪問指導 広域連合が、レセプト情報等により選定した重複・転回受診者、重複投資者、併用禁忌薬がある者及び多量投資者に対し、市町村等と連携し、保健師・薬剤師等による適正受診促進のための訪問指導を実施した場合及びレセプト情報等により選定した重</p>
<p>複・多量投資者等に対して、医薬品の適正使用について周知広報(飲み残し、飲み忘れ防止等)を実施した場合の経費を補助対象とする(広域連合が保健師等を採用する際の人員費を含むが、他の事業にて補助を受けている場合には、その補助額を控除する取扱いとする。))。</p> <p>(2) 高齢者の低栄養防止・重症化予防等の推進</p> <p>①補助対象となる事業の内容について 広域連合が、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等を行うため、被保険者に対して専門職(管理栄養士、歯科衛生士、薬剤師、保健師等)による立ち寄り型の相談や訪問指導・相談、訪問歯科健診を実施した場合の経費を補助対象とする(広域連合が保健師等を採用する際の人員費を含むが、他の事業にて補助を受けている場合には、その補助額を控除する取扱いとする。))。 ※服薬に関する事業については、①と②の要件を満たす場合には当該補助(補助率: 定額)の対象とし、それ以外の事業で(1)の要件を満たす場合には、(1)の補助対象(補助率: 1/2)とする。</p> <p>②補助対象となる事業の要件について 次の各項に示す要件を全て満たすこと。 ・対象者の抽出基準が明確であること。 ・かかりつけ医と連携した取組であること。 ※かかりつけ医や医師会との連携をいい、連携とは、情報提供、助言、実施協力等の関わりを含む。 ・保健指導を実施する場合には、専門職が取組に携わること。 ・事業の評価を実施すること。 ・地域の実情に応じて各都道府県の糖尿病対策推進会議等との連携を図ること。 ※糖尿病性腎症重症化予防事業を行う場合のみの要件。 ※直接又は都道府県を通じて糖尿病性対策推進会議等との連携をいい、連携とは、情報提供、助言、実施協力等の関わりを含む。</p> <p>③申請及び報告について 本事業については、添付の交付要綱の 6 に定める別紙様式 3 中、別紙 4 に加え、別添の事業実施計画書(詳細)に必要事項を記載の上あわせて提出すること。 また、追って、本事業においては、事業の効果検証に必要な指標等のデータの報告をいただくこととしており(なお、当該報告は補助金の交付要件である。)、その内容について改めて連絡する予定である。 なお、別紙様式 9 中、別紙 4 に加え、事業実施報告書(詳細)に必要事項を記載の上あわせて提出することとともに、効果検証のための指標等のデータの報告をいただくための結果報告書も別途作成する。それぞれ、事業終了後に提出いただく予定としており、当該様式等についても追って送付するためご留意されたい。また、効</p>	<p>果検証のための指標等のデータについては、事業終了前においても提出にご協力いただく可能性があることを申し添える。</p> <p>(3) 後発医薬品の使用促進のための普及・啓発</p> <p>①以下の①から③に係る経費を補助対象とする。 ①後発医薬品の使用促進のための普及・啓発を行うためのチラシ・パンフレットの作成等に要する経費 医療費通知や全体の制度周知広報(チラシ、パンフレット)等と併せて作成する場合は、全体費用を紙面割合等で按分して積算し、計上して差し支えない。また、医療費通知や全体の制度周知広報(チラシ、パンフレット)等と併せて郵送する場合は、郵送料に追加費用のみを計上する取扱いとする。</p> <p>②「ジェネリック医薬品希望カード」の作成等に要する経費 原則、新規加入者用を対象とするが、過年度に作成、配布したカードの紙面内容等を変更して、加入者全員に配布する場合は個別協議とする。 医療費通知や全体の制度周知広報(チラシ、パンフレット)等と併せて作成する場合は、全体費用を紙面割合等で按分して積算し、計上して差し支えない。また、医療費通知や全体の制度周知広報(チラシ、パンフレット)等と併せて郵送する場合は、郵送料に追加費用のみを計上する取扱いとする。</p> <p>③「後発医薬品利用差額通知」の作成等に要する経費 後発医薬品に切り替えた場合の金額をお知らせする「後発医薬品利用差額通知」(以下「差額通知」という。)の作成、郵送及び差額通知送付後の切り替え状況等の効果測定に要する経費を対象とする(システム改修費については個別協議とする)。 広域連合は、差額通知の作成に当たって、送付対象者の抽出条件等、費用対効果を考慮して事業計画を立案すること。</p> <p>(4) 国保連合会の助言等を受けて行う保健事業 広域連合が行う保健事業について、国保連合会に設置する保健事業支援・評価委員会からの評価、助言等の支援を受けた場合に謝金等を補助対象とする。当初交付決定に係る事前申請後に当該事業の実施を決定するなどの場合であって、当初交付申請に補助対象経費を計上できないときは、変更交付申請の対象とする取扱いとする。</p> <p>(5) 保険料収納対策等 保険料収納率が比較的低い市町村等において、地域の実情を踏まえた滞納者へのきめ細かな納付相談等効果的収納対策を実施するために要する経費を、補助対象とする。収納対策員等に係る人員費については、当該収納対策員等が他の業務と兼任している場合は、業務量等で按分して算出する取扱いとする(システム改修費については個別協議とする。))。 なお、平成 28 年度については、平成 27 年度までに実施した市町村等における実績や効果等を参考に、効果的・効率的な事業について、予算の範囲内で補助する。</p>

(6) 事業の効果等
医療費適正化等推進事業の各事業については、平成28年度の事業実績報告の他に、実施形態や効果等に関し記載いただくことを予定しており、報告様式等については別途連絡する。

3. 特別高額医療費共同事業
特別高額医療費共同事業に係る補助金は、第4・四半期に一括して交付する予定であるため、当初交付申請の対象外とする（変更交付申請の際に申請する取扱いとする。）。

4. 申請書の提出方法
交付要綱の6に定める別紙様式3を平成28年7月1日（金）までに下記アドレス宛メールにて提出する（ただし、「2（2）高齢者の低栄養防止・重症化予防等の推進」に係る部分（別紙様式3中、別紙1、別紙4及び付票）については、平成28年7月11日（月）までに提出する。）。

5. 平成28年度の交付決定スケジュール

(1) 当初交付決定
健康診査事業及び医療費適正化等推進事業に必要な経費を第2・四半期（9月）に交付決定する予定。

(2) 変更交付決定
当初交付決定に係る変更及び特別高額医療費共同事業に必要な経費を第4・四半期（3月）に交付決定する予定。

※ 提出いただいた内容について、照会をする場合がありますので、都道府県及び広域連合の照会担当者（電話番号、メールアドレス）の登録を併せてお願いいたします。

(照会・送付先)

○高齢者の低栄養防止・重症化予防等の推進を除く部分
厚生労働省保険局高齢者医療課
監理係 武部
TEL : 03-5253-1111 (内線 3192)
Eメール : takebe-masanori@hlw.go.jp

○高齢者の低栄養防止・重症化予防等の推進
厚生労働省保険局高齢者医療課
広域連合係 高梨・芝戸
TEL : 03-5253-1111 (内線 3193)
Eメール : hokenziryuu@hlw.go.jp

事業実施計画書(別添)

別添: 事業実施計画書(詳細)	
取組分野 ※1	栄養 / 口腔 / 訪問歯科診療 / 薬業 / 生活習慣病等の重症化予防(複合的な取組) / 心身機能の包括的チェック研修事業()
事業内容(地域の健康課題、対象者の把握方法、アセスメントの方法、対象者(読み取り)などを告め、事業の内容を詳細に記載下さい。) ※2	
対象者の抽出基準 ※3	(記載例: 健診結果よりBMI20以下の者を抽出)
かかりつけ医との連携 ※4	①連携の相手・時期 ア かかりつけ医 / イ 医師会 1 個々の取組の開始時 / 1 事業の開始時 2 個々の取組の実施時 / 2 事業の実施時 3 個々の取組の評価時 / 3 事業の評価時 ②連携内容・情報提供、助言、実施協力 [上記以外の場合: その内容]
取組に携わる専門職 ※5	医師 人 / 歯科医師 人 / 歯科衛生士 人 / 薬剤師 人 / 保健師 人 / 看護師 人 / 管理栄養士 人 / その他() 人
事業評価の実施方法(事業目標に加え、評価の指標や方法などの詳細を記載下さい。) ※6	
糖尿病対策推進会議等との連携 ※7	1 広域連合(市区町村)の取組について、連携糖尿病対策推進会議に情報提供している。 2 広域連合(市区町村)の取組について、糖尿病対策推進会議から助言を受けられている。 3 都道府県を通じて糖尿病対策推進会議に情報提供している。 4 都道府県を通じて糖尿病対策推進会議から助言を受けられている。 [上記以外の場合: その内容]

※1 該当する分野に○を記入し、「()」には、具体的な内容を記載下さい。事業別に、本様式よりそれぞれ作成下さい。

※2 アセスメント方法の例: 基本チェックリストにより心身機能(シレン)状況、食事摂取量により栄養・栄養状態等を把握する。初めに独自の調査票により健康し、1か月ごとに継続してモニタリングする。

なお、アセスメントについては、食生活と栄養素を定めない。

※3 活用する健康・医療情報に加え、その具体的な内容を記載下さい。

※4 かかりつけ医や医師会との連携状況について、①②③のそれぞれに、該当する内容に○をして下さい。

※5 取組に携わる専門職の人数を職種別に記載下さい。

※6 事業目標の例: 低栄養の者への栄養指導等により、低栄養が改善する者の割合を〇%とする。糖尿病等のコントロール不良者の栄養指導等により、コントロール状態が改善する者の割合を〇%とする。評価指標上方法については、事業目標の達成状況を見るために必要な内容について計測期間で想定している内容を記載下さい。その際、短期アンケートによる調査した内容(アンケート回答率)も記載下さい。

例) 低栄養が改善する者の増加を目標とした場合、評価指標は「体重」「体脂肪率」が増加した人数などが考えられる。また、評価方法としては、①事業の前後(開始前と1か月後)で体重や体脂肪率で体重を把握する、②体重平均値の変化(増加・減少・変化無し)を見る、③体重が増加した人数・割合を見る、などが考えられる。

※7 糖尿病性重症化予防の取組の場合のみ、糖尿病対策推進会議等との連携状況について、該当する内容に○をして下さい。

4) 平成28年度高齢者の低栄養・重症化予防等事業の実施について（平成28年6月20日付け事務連絡）

事務連絡
平成28年6月20日

都道府県後期高齢者医療主管部（局）
後期高齢者医療主管課（部長） 殿
都道府県後期高齢者医療広域連合事務局長

厚生労働省保険局高齢者医療課

平成28年度高齢者の低栄養・重症化予防等事業の実施について

先般、平成28年6月13日付け事務連絡「平成28年度後期高齢者医療制度事業費補助金の当初交付決定に係る事前申請について」において、補助対象となる事業の要件や、申請及び報告について周知したところですが、その際、追って連絡することとした事項等については下記のとおりとしますので、事業の実施にあたりご留意をお願いします。

なお、報告いただく指標等について、「高齢者の保健事業のあり方検討ワーキンググループ」における検討を踏まえ、変更がある場合には追って連絡することがある旨、申し添えます。

記

- 平成28年6月13日付け事務連絡の記2（2）②における「事業の効果検証に必要な指標等のデータ」は、別紙「結果報告書」記載の各項目とする。このうち1から3は全ての項目について把握すること。又、4の「共通項目」及び「メニュー別項目」は、実施する事業メニューについて、可能な限り全ての項目の把握に努めること。（なお、いずれか1つ、可能な場合は両方）との記載がある場合は、それに従うこと。）
4の「任意項目」については、各地域の実情に応じて把握した項目を報告すること。
又、各項目のデータや事業効果の把握にあたっては、既存の保健事業計画等を参考にするとともに、別紙1「事業評価の留意事項」に留意すること。
- 記2（2）②における「事業実施報告書（詳細）」及び「結果報告書」は別紙のとおり。
- このほか留意されたいことについては、別紙2「その他留意事項」に記載したもので留意すること。

(別紙1) 事業評価の留意事項

- 評価の目的
事業結果を適切に評価することで、事業を再見直し、改善を図るというPDCAサイクルを回し、より効果的、効率的な保健事業を実施する。
又、効果検証のための指標等のデータを報告することで、「高齢者の保健事業のあり方検討ワーキンググループ」における検討に資する。
- 評価の前提
次の各項目については、事業評価の前提として、事業開始時に検討、設定しておくこと。
(1) 対象者抽出基準の設定
(2) 目的・目標に対応した評価指標の設定
(3) 評価指標を把握できるアセスメント項目の設定
又、上記に加え、現状分析（健康課題の把握、既存事業の評価等）も行っていただくが望ましい。
- 客観的な評価等
「関連の参考資料」を参照のうえ、可能な限り数値等による客観的な評価を行うこと。又、国保データベース（KDB）システム等のデータを活用するなど、効率的なデータ把握に努めること。

(別紙2) その他留意事項

- 平成27年度特別研究事業「後期高齢者の保健事業のあり方に関する研究」報告書における「ガイドライン（試案）」を参考にすること。又、「国保・後期高齢者ヘルスサポート事業ガイドライン」を参考にすること。併せて、「糖尿病性腎症の重症化予防に取り組み場合は、「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」及び別表を参考にすること。
- 各広域連合から実施状況や結果について、有識者らによるヒアリングを実施することがあり、その場合の旅費は補助金において対応予定であること。
- 業務の一部を委託する場合（県が市町村に委託する場合を除く）は、委託内容が分かるもの（契約書等）を実績報告に添付すること。又、適切な範囲で業務を委託することとし、事業が効果的に行われるよう、委託業者との間で被保険者の健康課題や事業の趣旨を共有し、被保険者への対応等、十分な協議を行うこと。さらに、委託事業により得られるデータは、全て委託者の帰属とする。

<関連の参考資料>

- 後期高齢者の保健事業のあり方に関する研究報告書「ガイドライン（試案）」P65 参照
<https://nhl-grants.nih.go.jp/nih/search/NID00.do?resrchNum=201504099>
- 「国保・後期高齢者ヘルスサポート事業ガイドライン」
<http://www.nhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000055466.html>
(厚生労働省HP)
- 「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」
<http://www.nhlw.go.jp/file/04-Houdouhansyuu-1241000-Hokenkyoku-Soumuka/000121902.pdf>

別添-事業実施報告書(詳細)	
報告項目	計 人(内:男性:人,女性:人)
対象者の抽出基準 ※2 詳細は別添結果報告書(記載)	1.上記の年齢層の内訳 75歳未満 人 / 75歳以上89歳未満 人 / 90歳以上 人 85歳以上89歳未満 人 / 90歳以上 人
対象者の抽出基準 ※2 詳細は別添結果報告書(記載)	記載例: 健診結果がBMS20以下の者を抽出 ①事業実施計画(詳細)と異なる場合は、変更した理由)
かかりつけ医との連携 ※3	1連携の相手・項目 ア.かかりつけ医 イ.保健所 1 相手の数値の取得状況 1 事業の企画時 2 相手の数値の取得状況 2 事業の開始時 3 相手の数値の取得状況 3 事業の評価時 連携内容:情報提供、助言、実施協力 上記以外の場合:その内容 ①事業実施計画(詳細)と異なる場合は、変更した理由)
職能に関わる専門職 ※4	医師 人 / 歯科医師 人 / 薬剤師 人 / 看護師 人 / 保健師 人 / 管理栄養士 人 / その他: 人 ①事業実施計画(詳細)と異なる場合は、変更した理由)
糖尿病対策推進会議等との連携 ※5	1 広域連合(市区町村)の取組について、糖尿病対策推進会議等に情報提供している。 2 広域連合(市区町村)の取組に対して、糖尿病対策推進会議から連携助言を受けている。 3 糖尿病推進会議に糖尿病対策推進会議に情報提供している。 4 糖尿病推進会議を通じて糖尿病対策推進会議から助言を受けている。 上記以外の場合:その内容 ①事業実施計画(詳細)と異なる場合は、変更した理由)
実施結果 ※6 【詳細は別添結果報告書(記載)】	
事業評価 ※7	
課題 ※8	
今後の課題 ※9	
<small>※1 性別や年齢層の内訳については、把握している範囲で記載して下さい。 ※2 性別や年齢層(重症化予防)は、その目的を特定して下さい。 ※3 かかりつけ医や保健所との連携情報について、①②のいずれかに該当する内容に○印して下さい。 ※4 職能に関わる専門職の人数を職種別に記載して下さい。 ※5 糖尿病性腎症重症化予防の取組の場のみ、糖尿病対策推進会議等との連携状況について、該当する内容に○印して下さい。 ※6 実施結果の記載については、事業実施計画(詳細)の「事業実施の実施状況」に記載していない以下の項目を記載する。記載して下さい。 ※7 事業評価については、事業実施計画(詳細)の「事業評価の実施状況」で設定した事業目標の達成状況について、指標を用いて評価し、結果を記載して下さい。 例)対象者の減少(糖尿病性腎症重症化予防)・糖尿病対策推進会議・連携助言・連携助言 ・対象者の減少、連携への波及効果等 ・糖尿病対策推進会議の活用(連携助言)等 ※8 今後の課題については、取組の結果、解決できなかったことや次に検討が必要となる事項等、今後の課題について記載して下さい。 ※9 今後の課題については、取組の結果、解決できなかったことや次に検討が必要となる事項等、今後の課題について記載して下さい。</small>	

5) 平成 28 年度高齢者の低栄養・重症化予防等事業の結果報告について (依頼) (平成 28 年 12 月 28 日付け事務連絡)

<p style="text-align: center;">事務連絡 平成 28 年 12 月 28 日</p> <p>都道府県後期高齢者医療広域連合事務局長 殿 (モデル事業実施広域連合)</p> <p style="text-align: center;">厚生労働省保険局高齢者医療課 平成 28 年度高齢者の低栄養・重症化予防等事業の結果報告について (依頼)</p> <p>平素より後期高齢者医療制度の運営に御尽力を賜り感謝申し上げます。 さて、平成 28 年 6 月 20 日付け事務連絡「平成 28 年度高齢者の低栄養・重症化予防等事業の実施について」においてお示した「結果報告書」については、「高齢者の保健事業のあり方検討ワーキンググループ」及び同作業チーム並びにモデル事業実施自治体とアテリング (意見交換会) における検討を踏まえ、下記のとおり見直し、追加修正を行うことといたしました。 高齢者の低栄養・重症化予防等に係る評価指標、評価方法等については標準的な手法が検討途上であり、今回提出をお願いする項目等については、先の事務連絡で示した以外の項目も一部含まれますが、事業の効果検証・検討に必要なデータであり、これを踏まえより効果的、効率的な事業を推進できるよう、事業実施にあたって参照いただくガイドラインの策定に役立てていきたいと考えておりますので、ご理解のうえご協力いただきますようよろしくお願いいたします。 つきましては、モデル事業実施市町村にも周知いただきますとともに、必要事項を記入いただき、下記により提出ください。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <p>1 提出データ (別添 Excel ファイル「データ入力フォーマット」) 別添「モデル事業のデータ提出について」及び別添「データセット作成要領」を参照のうえ、各住職等に促し入力して提出ください。(把握ができないデータなどは空欄としてください) ・様式 1 マクロデータ集計表 ・様式 2 個人別ベースライン情報 ・様式 3 個人別介入結果データ ・様式 4 個人別診断結果データ ・様式 5 個人別医療・介護レセプトデータ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・個人別 ID 管理シート (提出不要) ※ 自治体内管理用の参考資料 <p>2 提出期限</p> <ul style="list-style-type: none"> ・平成 29 年 3 月末までの実施結果については、4 月 21 日 (金) までに提出ください。 ・上記に加え、平成 28 年 12 月末までの実施結果を取りまとめた中間報告に協力いただける場合には、その結果を 1 月 23 日 (月) までに提出をお願いします。 <p>3 その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ・様式 2～5 の個人別の情報については、「個人別 ID 管理シート」等により ID 管理したうえで、匿名化されたデータを提出ください。 ・事業の継続的な効果を確認するために、平成 28 年度に開始したモデル事業対象者のデータを平成 29 年度以降も継続して管理・提出いただくことを予定しており、詳細については改めて連絡いたします。 ・平成 29 年度モデル事業対象者 (新規) については、概ね 1 年間後者例しのスケジュールで提出依頼の予定であることを申し添えます。 ・様式 1、4 および 5 については、関係データベース (KDB) システムの構築から転記することにより入力の効率化が図れます。(別添参照) <p>4 提出先 (データ入力等問い合わせ先)</p> <p>業務委託先の「みずほ情報総研株式会社」まで提出ください。 提出先アドレス - kourei.boken@mizuho-ir.co.jp ※ 問合せについても同アドレスにメールにて問合せをお願いします。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 20px;"> <p>問い合わせ先 厚生労働省保険局高齢者医療課 保健事業担当 TEL 03-6253-1111 (内線 3187, 3193) E-mail boken@jyouwhiw.go.jp</p> </div>
---	---

(別紙) モデル事業データ提出について

<p style="text-align: center;">別紙</p> <p style="text-align: center;">平成 28 年度高齢者の低栄養・重症化予防等事業 モデル事業のデータ提出について</p> <p>【検討目的】 高齢者の保健事業の効果的・効率的な実施並びに関係者間の認識を共有し連携を促進するには、取組の評価が必要となります。今後、高齢者の特性を踏まえた保健事業を全国的に展開するため、モデル事業参加者のデータ等を提出いただき、「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、事業評価に係る指標設定、評価方法、データ環境の整備等のあり方を検討し、ガイドラインを作成することとしております。</p> <p>【提出範囲】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 提出いただくデータは、保険者の概況をみる①マクロデータ(様式1)と、②匿名化された個人別の情報(様式2～5)となります。別添Excelファイル「データ入力フォーマット」に、「データセット作成要領」を参考に入力ください。 ○ 個人別の情報を匿名化し、軽率的な効果検証を可能とするために「個人別 ID 管理シート」を用意しています。個人別の ID 管理、介入有無等の管理に活用ください。本シートは提出は不要です。 ○ 訪問歯科検診を除く指導事業については、効果の検証のため、事業の参加者(介入群)に加え、比較対照とする者(対照群)のデータについても対応可能な範囲での提出をお願いします。 なお、対照群を独自に設定された自治体以外の自治体については、同一の基準により抽出した対象者のうち、不参加等のため介入しなかった者を対照群とすることを想定しています。この場合、事業開始時点で介入・対照の割り付けを行うのではなく、事業終了時等に、結果として不参加の者等を対照群として集約いただくこととなります。(困難な場合はご相談ください。) ○ データ環境の整備状況を含めデータ抽出の容易さについても検討するため、平成 28 年 6 月 20 日付け事務連絡でお示した以外の項目も幅広く提出をお願いしておりますが、入力が困難な場合はその理由を記載いただくようお願いいたします。 <p>【スケジュール】</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">項目</th> <th rowspan="2">形式</th> <th colspan="4">提出時期</th> </tr> <tr> <th>平成28年度 12月</th> <th>平成29年度 4月</th> <th>平成29年度 10月</th> <th>平成30年度 4月</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>マクロデータ</td> <td>様式1</td> <td>○</td> <td>○</td> <td>○</td> <td>○</td> </tr> <tr> <td>個人別ID管理シート</td> <td>別添</td> <td>○</td> <td>○</td> <td>○</td> <td>○</td> </tr> <tr> <td>個人別ベースライン情報</td> <td>様式2</td> <td>○</td> <td>○</td> <td>○</td> <td>○</td> </tr> <tr> <td>個人別介入結果データ</td> <td>様式3</td> <td>○</td> <td>○</td> <td>○</td> <td>○</td> </tr> <tr> <td>個人別診断結果データ</td> <td>様式4</td> <td>○</td> <td>○</td> <td>○</td> <td>○</td> </tr> <tr> <td>個人別医療・介護レセプトデータ</td> <td>様式5</td> <td>○</td> <td>○</td> <td>○</td> <td>○</td> </tr> </tbody> </table> <p>※ 提出期限は、提出先(みずほ情報総研株式会社)のシステム構築状況により変更される可能性があります。</p>	項目	形式	提出時期				平成28年度 12月	平成29年度 4月	平成29年度 10月	平成30年度 4月	マクロデータ	様式1	○	○	○	○	個人別ID管理シート	別添	○	○	○	○	個人別ベースライン情報	様式2	○	○	○	○	個人別介入結果データ	様式3	○	○	○	○	個人別診断結果データ	様式4	○	○	○	○	個人別医療・介護レセプトデータ	様式5	○	○	○	○	<p>【中間報告への協力をお願いします】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 協力的な自治体におかれては、12月実施分までのデータを取りまとめた中間報告の提出をお願いします。(上記表中の△) ○ ご協力いただいた自治体については、今年度作成予定のガイドライン(暫定版)の紹介事例とすることを予定しています。 <p>【提出データの取扱について】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 提出いただいたデータについては、厚生労働省ならびに本事業の事務局である委託事業者(平成28年度のみずほ情報総研株式会社)が、本事業の効果検証並びに今後の取組に向けた検討、普及等の目的についてのみ使用させていただきます。 ○ 個別データが公表されることはありません。また、保険者名等が入る資料を作成する場合は、事前の了解を得ることを前提としております。 <p>【提出方法】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 提出の流れ <ul style="list-style-type: none"> ① データ提出依頼 (本事務連絡) (厚生労働省保険局高齢者医療課) ② モデル事業実施市町村への依頼 (モデル事業実施広域連合) (広域連合の直接実施区分の入力等) (モデル事業実施広域連合) ③ 実施データの管理・入力等 (モデル事業実施市町村等) ④ データ入力支援・報告データ集約等 (モデル事業実施広域連合) ⑤ データ受信、集計加工・解析等 (みずほ情報総研) <p>○ 提出ファイル等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 入力は、別添Excelファイル「データ入力フォーマット」にある「入力要領」を確認いただき、様式1～様式5のシートごとに入力ください。入力内容のれりや誤り等がないよう確認をお願いします。 ・ 入力後の様式1～5をフォルダに収録し「圧縮後(ZIP等)」、「ツール」から「ZIPファイルの暗号化」等の手続きにより暗号化して、電子メールにより【提出先】に送付ください。 ・ パスワードについては、別メールでお知らせください。 ・ 提出時のフォルダ名には、都道府県番号、広域連合名を付けてください。 例) 01 北海道広域 <p>【提出期限・提出先】 事務連絡に記載のとおり</p>
項目			形式	提出時期																																											
	平成28年度 12月	平成29年度 4月		平成29年度 10月	平成30年度 4月																																										
マクロデータ	様式1	○	○	○	○																																										
個人別ID管理シート	別添	○	○	○	○																																										
個人別ベースライン情報	様式2	○	○	○	○																																										
個人別介入結果データ	様式3	○	○	○	○																																										
個人別診断結果データ	様式4	○	○	○	○																																										
個人別医療・介護レセプトデータ	様式5	○	○	○	○																																										

提出様式

平成28年度高齢者の低栄養・重症化する等事例 データ入力フォーマット

様式1 マクロデータ集計表

マクロデータの注：入力必須
任意の注記：事業コードに記して入力必須、それ以外の事業の場合は任意入力
黄色の注記：任意入力

提出対象年度：平成 年度

1. 健診・歯科健診の実施状況

下-99事業区分1

性別	年齢 層別	実施状況				実施回数		
		受診率 (%)	受診率 (%)	受診率 (%)	受診率 (%)	健診2 (人)	健診 (人)	健診 (人)
男性	75未満							
	75-79							
	80-84							
	85-89							
	90以上							
計	0	0	0	0	#00000	0	0	
女性	75未満							
	75-79							
	80-84							
	85-89							
	90以上							
計	0	0	0	0	#00000	0	0	
合計	0	0	0	0	#00000	0	0	

※1 原則、前年度末の状況を入力するが、自治体で入手可能な既存データが利用できない。
 ※1欄には記載したデータの時点・出典等も記載ください。(例：平成27年3月末、特定健診等データ管理システム)
 ※2 歯科健診については、後期高齢者を対象とした歯科健診を実施されている自治体において可能な範囲で記載ください。
 注：75、85歳以上の割合が異なる場合等、集計欄への入力に注意し、下記に対象者の抽出条件を記載ください。

2. 健診結果の状況 (KDBシステム構築から抽出可能の場合)

※赤字は欠データ

健康維持率の割合・未受診者のうち健康維持者の人数

健康維持率の割合	健康維持率の割合	健康維持率の割合	健康維持率の割合	健康維持率の割合	健康維持率の割合	健康維持率の割合
健康維持率(1)の割合	健康維持率(2)の割合	健康維持率(1)の割合	健康維持率(2)の割合	健康維持率(1)の割合	健康維持率(2)の割合	健康維持率(1)の割合
健康維持率(1)の割合	健康維持率(2)の割合	健康維持率(1)の割合	健康維持率(2)の割合	健康維持率(1)の割合	健康維持率(2)の割合	健康維持率(1)の割合
健康維持率(1)の割合	健康維持率(2)の割合	健康維持率(1)の割合	健康維持率(2)の割合	健康維持率(1)の割合	健康維持率(2)の割合	健康維持率(1)の割合
健康維持率(1)の割合	健康維持率(2)の割合	健康維持率(1)の割合	健康維持率(2)の割合	健康維持率(1)の割合	健康維持率(2)の割合	健康維持率(1)の割合
健康維持率(1)の割合	健康維持率(2)の割合	健康維持率(1)の割合	健康維持率(2)の割合	健康維持率(1)の割合	健康維持率(2)の割合	健康維持率(1)の割合
健康維持率(1)の割合	健康維持率(2)の割合	健康維持率(1)の割合	健康維持率(2)の割合	健康維持率(1)の割合	健康維持率(2)の割合	健康維持率(1)の割合

※1 2. 健診結果の状況については、KDBシステム構築No69 (S26_018後期高齢者の健診状況) で表示される項目です。
 参考資料を参考に、KDBシステムからCSVファイルを作成し、当該ファイルの結果を「様式1欄KDB No69 (S26_018後期高齢者の健診状況)」に複製してください。上記の数値は全て表示されます。

クワック： [様式1欄KDB No69 \(S26_018後期高齢者の健診状況\)](#)へ

3. 年間医療費の状況

下-99事業区分1

性別	年齢 層別	医療費		医療費		医療費	
		医療費 (円)	医療費 (円)	医療費 (円)	医療費 (円)	医療費 (円)	医療費 (円)
男性	75未満						
	75-79						
	80-84						
	85-89						
	90以上						
計	0	0	0	0	0	0	
女性	75未満						
	75-79						
	80-84						
	85-89						
	90以上						
計	0	0	0	0	0	0	
合計	0	0	0	0	0	0	

※1 原則、前年度末の状況を入力するが、自治体で入手可能な既存データが利用できない。
 ※1欄には記載したデータの時点・出典等も記載ください。(例：平成27年3月末、特定健診等データ管理システム)

4. 要介護認定状況等

下-99事業区分1

性別	年齢 層別	要介護認定状況		要介護認定状況		要介護認定状況	
		要介護認定 (人)	要介護認定 (人)	要介護認定 (人)	要介護認定 (人)	要介護認定 (人)	要介護認定 (人)
男性	75未満						
	75-79						
	80-84						
	85-89						
	90以上						
計	0	0	0	0	0	0	
女性	75未満						
	75-79						
	80-84						
	85-89						
	90以上						
計	0	0	0	0	0	0	
合計	0	0	0	0	0	0	

平均要介護度は、「自(1)計(0)」、「要介護1」(計(0.375))、「要介護2」(計(1))、「要介護3」(計(3))、「要介護4」(計(4))、「要介護5」(計(5))にて算出。

※1 原則、前年度末の状況を入力するが、自治体で入手可能な既存データが利用できない。
 ※1欄には記載したデータの時点・出典等も記載ください。(例：平成27年3月末、特定健診等データ管理システム)

<データ項目が別欄に項目とその理由：様式1>

①

②

③

平成28年度高齢者の痴呆・重症化予防事業 テータ入力ソフトウェア

様式4 個人別健診結果データ

※KDBシステムとご連携の際は、検査No70 (S26_019 検査原簿)の検査結果一覧欄 記載した区が標準です。

データ時点： 年度 年 月 日

※KDBシステムからの作成時点： 年 月 日

※検査日以外、検査No70 (検査ID S26_019)検査原簿の検査結果一覧欄で表示される項目です。

※検査日以外、検査No70 (検査ID S26_019)検査原簿の検査結果一覧欄で表示される項目です。

※検査日以外、検査No70 (検査ID S26_019)検査原簿の検査結果一覧欄で表示される項目です。

※検査日以外、検査No70 (検査ID S26_019)検査原簿の検査結果一覧欄で表示される項目です。

<データ入力/印刷は項目ごとの注：様式4>

①

②

③

検査ID	性別	年齢	検査日	身長	体重	BMI	空腹血糖 (FPG)	HbA1c	中性脂肪	HDL	LDL	尿酸値 (SUA)	尿酸測定 (DOP)	腎臓病	検査項目	検査結果	検査単位	検査範囲	検査結果	検査単位	検査範囲			
54%	男性	191000	20130415	172.0	65.0	22.0	98	5.3	100	56	80	136	130	2	7	15	12	30	4.5	1	1.1	90	2	
54%	男性	191001		141.0	44.3	21.7	99	5.3	71	52	117	66	2	7	21	10	14	30	4.5	1	1.1	90	2	
54%	男性	191002																						
54%	男性	191003																						
54%	男性	191004																						
54%	男性	191005																						
54%	男性	191006																						
54%	男性	191007																						
54%	男性	191008																						
54%	男性	191009																						
54%	男性	191010																						
54%	男性	191011																						
54%	男性	191012																						
54%	男性	191013																						
54%	男性	191014																						
54%	男性	191015																						
54%	男性	191016																						
54%	男性	191017																						
54%	男性	191018																						
54%	男性	191019																						
54%	男性	191020																						
54%	男性	191021																						
54%	男性	191022																						
54%	男性	191023																						
54%	男性	191024																						
54%	男性	191025																						
54%	男性	191026																						
54%	男性	191027																						
54%	男性	191028																						
54%	男性	191029																						
54%	男性	191030																						
54%	男性	191031																						
54%	男性	191032																						
54%	男性	191033																						
54%	男性	191034																						
54%	男性	191035																						
54%	男性	191036																						
54%	男性	191037																						
54%	男性	191038																						
54%	男性	191039																						
54%	男性	191040																						
54%	男性	191041																						
54%	男性	191042																						
54%	男性	191043																						
54%	男性	191044																						
54%	男性	191045																						
54%	男性	191046																						
54%	男性	191047																						
54%	男性	191048																						
54%	男性	191049																						
54%	男性	191050																						

※本シートにKDBシステムからの作成時点をご記入ください。

