

平成30年度低栄養防止・重症化予防等事業 実施自治体意見交換会の開催状況

開催日時： 平成30年11月8日(木)10:00～16:30

会場： TKP東京駅日本橋カンファレンスセンターホール5A

参加自治体数： (25広域連合、18市町村)

参加者数：72人

(事務職員53人、保健師10人、管理栄養士6人、歯科衛生士2人、理学療法士1人)

内容： 先行事例紹介、講義、グループワーク、発表・講評まとめ

グループ・ワークのテーマ

統一テーマ

一体的な取組に向けた効果的な進め方について

個別テーマ1：地域における効果的な進め方
(事業のPDCA、対象者把握、介入、評価等)

個別テーマ2：医療との連携の進め方
(かかりつけ医・医師会との連携・調整)

個別テーマ3：介護予防と一体的な取組の進め方
(部署間の連携、情報活用、主体、財源等)

実施自治体意見交換会でいただいたご意見について

高齢者の保健事業のあり方検討ワーキンググループ作業チーム(第6回)	
平成31年2月14日(木)	資料5

テーマ1について:地域における効果的な進め方

	事業の目的、目標	意見交換会で確認したいこと	事業の内容・方法	事業結果	現状の課題	
栄養	<ul style="list-style-type: none"> 低栄養防止および生活習慣病の重症化予防のための食生活改善 低栄養状態の改善とそれによる介護予防 個人差の大きい高齢者の個性に合わせた栄養相談ができる栄養士の育成、低栄養状態およびフレイル状態の高齢者のBMIの維持・改善および生活機能の維持 低栄養にともなうフレイルの重症化予防 退院後の被保険者に対して訪問による栄養指導を実施し、低得小用の防止、健康維持及びQOLの向上を図る 	<ul style="list-style-type: none"> 他自治体の取組事例、広域と市町村の課かあり方の事例、庁内の連携、外部関係機関との連携 事業完了に至らない人に対してどのような対応をしているか、効果的な指標は何か 参加者数が伸びない 	<ul style="list-style-type: none"> 管理栄養士が6か月で3回訪問し、アセスメント、目標設定、最終評価を実施 管理栄養士が6か月で3回訪問(あいだに1回手紙又は電話による支援) 広域連合にてリスト化した医療未受診者に対して、管理栄養士が訪問 地域連携室にて選定した人に2回訪問し、かかりつけ医やケアマネに連絡して情報共有 	<ul style="list-style-type: none"> 肥満の解消(59.3%)のもの BMIは良好だが栄養状態に問題のある人もいた、食の多様性が改善し、運動の必要性があることも判明 協力医療機関を目標の3箇所から5箇所に、栄養アセスメント結果は全員が維持以上 	<ul style="list-style-type: none"> 介入結果の評価指標 参加促進方法 肥満者への対応 BMIは良好でも、栄養状態が悪い対象への介入方法 運動への介入方法 	
まとめ	<ul style="list-style-type: none"> KDB活用についての周知を進める必要あり 対象者の抽出について、KDBを用いての抽出は理想ではあるが、非常に難しいのが実態 優先順位を付けて地域を巻き込みながら進めることが必要 対象者にアプローチしても、健康状態に顕著な問題があるわけではないため、なかなか事業の必要性について理解してもらえない。地域包括支援センターやケアマネと連携しながら訪問すると上手くいくケースもあった 高齢者は若年層より改善が見えづらい。「高齢者は放置すれば悪化するので、維持でよい」との認識を普及させる必要あり 				<ul style="list-style-type: none"> KDBシステムの活用促進 低栄養の危険性についての啓発 	
訪問歯科・口腔	<ul style="list-style-type: none"> 口腔機能の向上 口腔機能の改善、口腔ケアの重要性の啓発、低栄養防止・重症化予防 口腔機能の維持回復を促し、高齢者の健康維持を図る 口腔機能の向上・要介護状態の悪化防止・生活の質の向上 誤嚥性肺炎予防と口腔機能向上、栄養摂取での全身状態のコントロールによる重症化予防 誤嚥性肺炎の予防 低栄養防止や誤嚥性肺炎の疾病予防、要介護度悪化防止 口腔機能向上を図り、要介護状態の悪化を防ぐ 口腔機能の維持・改善を図り、疾病の悪化、誤嚥性肺炎、フレイル状態を予防、QOL向上を目指す 口腔機能、嚥下機能等の維持・向上を図り誤嚥性肺炎等の予防を行う 	<ul style="list-style-type: none"> 対象者の抽出基準、事業周知の状況、KDBシステムへのデータ取り込み状況 ケアマネは口腔ケアの重要性は十分理解しており動員してくれるが、家族の意識が来ていない、実施者増やすための周知・啓発方法 受診者数を増加させるための取組・事業評価の方法 周知や事業実施上の工夫 口腔機能について関心が薄い人への啓発 事業の認知度の向上 	<ul style="list-style-type: none"> 訪問歯科健診3か月後に歯科衛生士が状況確認 健診結果について居宅介護支援事業所に連絡 	<ul style="list-style-type: none"> 食生活が改善 定期的な歯管理につながった、口腔衛生向上に寄与 ケアマネの意識の向上と歯科医師とケアマネのネットワークの形成 歯科診療につながった 口腔内状況の改善、デイサービス利用者が多いため平日では参加者が限定される。歯科衛生士のレベル向上が必要 体重増加とQOL向上、誤嚥性肺炎の罹患減少、ケアマネジャーやデイサービスとの事業のネットワークができた、栄養面でのサポート強化も必要で、管理栄養士との連携が必要 事後措置結果がケアプランに反映された人もあり、事業評価の方法、歯科医師会と居宅介護支援事業協会との連携の仕組みづくり 口腔機能の改善、認知症や褥の項目でも改善、ケアマネジャーの口腔機能向上に対する関心が高まった 介護者の不安が軽減、参加者が増えないため、次年度は別事業を歯科医師会と計画 口腔機能の維持・向上 	<ul style="list-style-type: none"> 対象者の抽出基準 事業周知の状況 周知・啓発方法 参加促進方法 口腔機能について関心が薄い人への啓発 事業の認知度の向上 管理栄養士との連携 事業評価の方法 歯科医師会と居宅介護支援事業協会との連携 	
まとめ	<ul style="list-style-type: none"> 途中中断が多い 評価指標の設定のあり方 手挙げ方式の事業では参加者は集まりにくい ケアマネへの周知も考えられ、介護部門にも協力を仰ぐ必要があるが、壁がなかなか実現しない 対象者の抽出に使う要介護情報を市町村から得ることができていない広域連合あり 				<ul style="list-style-type: none"> 事業周知 事業評価の方法 市町村介護部門との連携 	
服薬	<ul style="list-style-type: none"> 適正な服薬、健康の保持増進、自己負担額の軽減、医療費の適正化、地域薬剤師会の患者管理能力や意識向上 適正な服薬管理による傷病等の重症化予防、医療費の適正化 多剤服用者(内服薬15種類以上)の適正服薬 服薬コンプライアンスの向上 適切な服薬の理解と重症予防 重複服薬や飲み残し防止による医療費適正化 	<ul style="list-style-type: none"> 参加率を向上するための方法／立ち寄り型事業の方法 対象者抽出の方法と薬剤師会との連携の取り方 対象者抽出の方法(ポリファーマシーでいわれる5、6剤では被保険者の半数が対象となる) 薬剤師会との連携 後期高齢者の多剤の定義 	<ul style="list-style-type: none"> 薬剤師会薬剤師が1回訪問、相談結果はお薬手帳に記載、かかっている薬局と情報共有し、継続支援を依頼 薬剤師会薬剤師3回訪問、必要時かかりつけ医に相談 薬局で参加勧奨し、2回訪問 広域保健師、薬剤師等で2回訪問を実施 10種類以上の多剤服用者に訪問 	<ul style="list-style-type: none"> 相談実施者の受診行動改善53%、調剤医療費削減効果1か月1人あたり28,106円、薬剤師の意識向上・連携体制の構築、後期高齢者の現状を理解してもらった、院内処方でのみのケースは難しい 飲み忘れの人数が減少、薬剤師の意識向上・スキルアップ、対象者の抽出・薬剤師会との関係が課題 重複処方の解消、訪問により今までにない相談を受けたり、残薬を確認できた、患者との信頼関係が構築できた、事業効果の測定方法が定まっていない 薬局窓口では見えないことが訪問で見えた 事業効果を見るためのアンケート実施、多剤服用者にはレセプトでの効果分析も実施予定 	<ul style="list-style-type: none"> 参加率を向上するための方法 立ち寄り型事業の方法 対象者の抽出基準・方法 薬剤師会との連携 対象者抽出の方法 事業効果の測定方法 	
まとめ	<ul style="list-style-type: none"> 市町村と組まずに実施していることが多い 対象者抽出から外部委託し参加者を募る方法、薬剤師会等にて抽出された対象者宅を訪問する方法があるが、後者ではマンパワーに応じて対象人数の絞り込みがされていた 委託の場合、委託事業者のレポート等をそのまま読み替えるのではなく、保険者として委託事業者任せきりにせず、適切な検証を行う必要あり 				<ul style="list-style-type: none"> 対象者の抽出方法 保険者としての事業評価/効果検証 	
重症化予防	<ul style="list-style-type: none"> 受診勧奨判定値以上で医療未受診者の受診勧奨し、重症化予防 生活習慣病の重症化リスクが高いが医療機関未受診者に対し、保健指導を実施し、生活の質の維持向上を図るとともに医療費適正化を目指す 生活習慣病の重症化予防・介護予防 脳血管疾患や心疾患の発症予防で介護予防 腎不全、人工透析への移行防止等によるQOLの向上 糖尿病性腎症重症化予防 糖尿病の医療機関受診率を7割 糖尿病のコントロールを維持改善し、腎症の重症化を予防 糖尿病性腎症の重症化予防により、QOL低下の防止、人工透析への行こう野防止、医療費の適正化を図る 糖尿病の医療機関受診率を7割 医療依存度の高い人に対して、関係者が連携し、患者・家族教育を実施／骨粗しょう症の悪化等によりQOLの維持向上、健康寿命の延伸 糖尿病性腎症の重症化予防 糖尿病性腎症の人のQOLの維持向上、市長その・医療機関との連携により重症化を予防 生活習慣病の重症化予防 生活習慣病の早期発見・早期予防によりQOLの維持向上を目指す 生活習慣病の重症化を予防し、介護・入院への移行を防ぐ 	<ul style="list-style-type: none"> かかりつけ意図の連携、市町村委託での事業実施をしたいが、市町村が手一杯 「外来受診あり」はどこまでの生活習慣病をさすのか、重症化予防等は年齢上限を設けては 後期高齢者の血糖改善値目安 実施市町村が増えない、介護部署が既に介護予防で事業を実施している、広域での対応しかできない 医師会・かかりつけ医との連携方法 市町村が委託を受けてくれないため、広域で直営、市町村との連絡調整のあり方 事業評価で維持・改善の割合で評価をする際、高値の人は「維持」に分類していいのか、基準値の考え方 参加拒否の場合のアプローチ 市町村に委託しているが、参加者が増えない、透析導入時期の延伸と費用対効果を判定したいが、検査データが健診以外にない場合どのようにすればいいのか 市町村は協力的体制が得られにくい、広域と市町村が一体となって実施している事例／訪問指導員がいけない離島等での対応 衛生部門の保健師・管理栄養士との連携 	<ul style="list-style-type: none"> 3か月に2回の訪問、1回目の実施後にケース検討会を開催 広域と市長と協議の上対象者を選定し受診勧奨、保健指導まで実施する場合は市町村が広域から委託を受け、6ヶ月間に3回訪問 2ヶ月で2回の訪問 受診勧奨し、医療機関から返書があった場合に3か月に2回栄養士が訪問 入力で業者決定後、広域連合で対象者抽出を行い、業者が絞込みを実施、郵送での案内送付後、保健指導の参加意向について電話で確認 管理栄養士が6か月で3回訪問し、アセスメント、目標設定、最終評価を実施 初回面談、中間評価、6か月後面談をお子愛、栄養、運動面での指導を実施。栄養士会委託の場合は市町村が対象者の参加意向確認、主治医連絡、広域で対象者抽出、栄養士との連絡会、連絡調整等を実施 レセプト等を活用し対象者抽出後、受診勧奨、必要時には訪問指導を実施 手紙、電話、訪問等による保健指導 手紙での受診勧奨後、必要な人には還俗1回の訪問 基本1回の訪問 雇い上げの訪問指導員により、2〜3か月で計2回の訪問、必要に応じて包括支援センター等に連携 初回から半年から1年後に再度訪問 	<ul style="list-style-type: none"> 事業開始前に市町にヒアリング実施し、関係者と連携強化、今後し町の状況把握、情報共有をし、数を増やしたい 食事内容改善等の行動変容あり 健康に気をつけた食事をこころがけている割合が93% 方法の見直し等により事業制度の向上を図る、KDBにデータ登録していない場合の対象者選定ができない 透析関連の人の導入を遅らせた、腎機能低下者の発生率は偏在することがわかった 体重減少やHbA1c改善事例もあった 対象者の参加拒否の場合の対応 関係者での情報共有により、チーム意識が生まれ、顔の見える関係作りとなった 事後指導の強化を図るためにも市町村との連携は不可欠 保健所や地域包括世の連携により、認知症予防、介護予防につなげることができた レセプトで受診の現況確認 事業モデルを提示したが、市町村には既存事業があり、実施方法の統一ができなかった。参加への同意が少ない 10市町村だけで全県で実施できていない 訪問指導員が月ごとに広域に報告 処方変更になる等の変化が見られた人もいる。どの年齢層まで保健指導の対象とすべきか。 	<ul style="list-style-type: none"> 市町村との連携 対象者の年齢上限 後期高齢者の血糖改善値目安 医師会・かかりつけ医との連携方法 参加率を向上するための方法 透析導入時期の延伸と費用対効果を判定方法 離島等での対応 衛生部門の保健師・管理栄養士との連携 KDBにデータ登録していない場合の対象者選定 全県で実施できていない(実施市町村が限定される) 	
まとめ	<ul style="list-style-type: none"> 市町村に事業を委託したくても、マンパワーが不足し、後期高齢者まで手が回らない 委託市町村の広がりが少ない 対象者の抽出は広域で行い、市町村に保健指導を委託して受診勧奨を実施している広域連合もあった。 市町村と広域連合の連携には、市町村の実態を把握することが必要。県との連携も必要。 事業評価の基準となる数との考え方 訪問を拒否される人への対応⇒合併症など具体的に話していくことが必要 健診結果から対象者を拾おうとすると非常に限定的になってしまう。 				<ul style="list-style-type: none"> 広域連合と市町村との間の役割分担 事業実施市町村の拡大 事業評価のための基準の考え方 	
事前	<ul style="list-style-type: none"> フレイルリスクがある者を早期発見し、必要なサービスにつなぐ、現状のいてシルクがない者についてもフレイルの知識を身につけ、セルフケアに取り組み意識を醸成する 高齢血糖を伴うMCI傾向のある高齢者に訪問栄養指導を行うことで血糖コントロール、認知機能低下予防を図る/低栄養のものの中には口腔機能に課題があるものも多いため、管理栄養士による訪問栄養相談に歯科衛生士による口腔機能向上を加える 健康の保持増進、心身機能の維持を図り、要介護状態になることを予防 75歳到達者の後期高齢者医療制度への理解を深め、新制度へのスムーズな移行を目指す リハビリテーションの考え方を盛り込んだ健康づくりにより、健康の保持増進を目指す。高齢者の参加や活動を把握し、サポートする。 生活習慣を把握し、生活全般の改善や回復に対する意欲を面談により回復、自己管理意識を向上させる 地域の自主グループ活動に訪問の栄養指導等を加えてフレイル予防 	<ul style="list-style-type: none"> 歯科医師会との連携方法 課題分析の方法 基本チェックリストを用いて健康状態の変化を分析するにはどの状態になれば健康になったと判断できるのか。事業へ参加しない人への対応 対象者把握のシステム構築とKDBとの連携 KDBで健診状況は出力できるが、他市町村と比較、分析できるツールがほしい 保健事業のために医師会や薬剤師会とは新たに検討会を立ち上げたのか、既に連携が取れる体制が整っていたのか 	<ul style="list-style-type: none"> 月1回の訪問を4〜5回 COPD,コツ関節コースで教室型の保健指導を実施 月1回訪問するとともに、そのペースで看護師を中心とする訪問スタッフでの検討会を開催 2〜3か月の間に2回訪問し、生活状況等の把握、アセスメントに基づいた指導を実施 保健師及び管理栄養士による訪問指導を3〜 +R[-2]C4回実績 	<ul style="list-style-type: none"> 体重の維持改善が94.1%等。対象者の抽出基準、事業予定者の絞込みについては検討が必要 教室参加者は多くない、対象者抽出リストの作成、教室終了後が介護部署の担当 生活習慣病の重症化予防につながったり、適切な時期に介護保険サービスへの移行が行えた。 生活習慣・検査値とも改善・維持傾向 サロン参加者に簡易テストを実施した結果、32%に30秒以上立ち上がり回数が増加、アルブミン値も2人が改善 	<ul style="list-style-type: none"> 歯科医師会との連携方法 課題分析の方法 対象者把握のシステム構築とKDBとの連携 医師会や薬剤師会との連携方法 対象者の抽出基準、事業予定者の絞込み 参加促進方法 	
まとめ	<ul style="list-style-type: none"> 事業目的に対してのものさしの使い方が難しい KDB活用には部署間の連携が必要 医療費の低減は必ずしも保健事業の効果とは言えず、他の要因も考慮する必要あり 委託の場合でも保険者において責任を持った事業実施 広域と市町村間での課題の共有の必要性 KDBを活用しての介護予防の評価という視点での他部署の巻き込み データ分析は広域の役割 					<ul style="list-style-type: none"> 広域と市町村の役割分担 委託の場合の責任所在

テーマ2について:医療との連携の進め方

	現状	課題、検討を要する内容	現状の課題	
栄養	事前	<ul style="list-style-type: none"> ・かかりつけ医がいる場合は事業参加について説明し、指示をもらうように説明、医師会への説明後、管内医療機関宛に事業概要説明と協力依頼を郵送、医療機関から診療情報提供料等についての質問あり ・「健康相談連絡票」の仕組みを構築し、医師から栄養相談の指示が来ることも。 ・事業開始前に医師会に企画・実施方法について説明、会員への事業案内の周知・協力のための文書の文面について助言いただき、会の広報誌郵送時に同封してもらった。事業参加者についてかかりつけ医に「留意事項連絡票」を記入してもらったが、その作成依頼文、様式、料金についての助言があり、同意者には訪問結果をかかりつけ医に提供 ・かかりつけ医と個々人の訪問時、評価時に連携、医師会とは事業費各自、実施時、評価時に連携、受け入れ可能医療機関名簿の作成、企画の相談、助言、個々人の情報提供等 ・医療機関と協定を結び、対象者の選定、事業の参加動奨を依頼、栄養士会への参加申し込み、かかりつけ医への連絡も実施。 	<ul style="list-style-type: none"> ・自治体の栄養指導を必要なしという医師もいる ・医師会会員医療機関を把握せず、会員以外の医療機関への周知をしていなかった。医療機関独自の文書料の定めがあると、「留意事項連絡票」の作成ができず、個別契約が必要であった ・協力医療機関やかかりつけ医において重症化予防に対する理解が浅く、対象者があがってこない、協力医療機関ごとの差(指導内容や情報提供書の記載内容)が出た ・衛生部門が事業実施場所地域包括が副担当、庁内の関係部署との連携が十分でない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関への周知方法 ・医療機関による協力の差 ・地域連携及び庁内連携
	まとめ	<ul style="list-style-type: none"> ・医師会へは計画段階から相談に行くことが必要 ・保健事業に限らず、研修等に医師会を巻き込み、普段から連携を強化する工夫が必要 		<ul style="list-style-type: none"> ・企画段階からの医療機関への相談の必要性
訪問歯科・口腔	事前	<ul style="list-style-type: none"> ・歯科医師会に協力を仰いでいる ・市歯科医師会に事業委託、歯科医師会会員向けに事業説明会を実施、昨年度の振り返りおよび改善点を歯科医師会とともに検討 ・市歯科医師会に事業委託 ・新潟市歯科医師会に事業委託。申請書には希望する歯科医院の欄もあるので健診後の医療へのつなぎはスムーズ、歯科医師会に相談して申請書及びアドバイス表を作成。居宅介護支援事業所への手数料や事務の流れについても助言をもらった。ただ、訪問歯科診療を実施していない歯科医院には事業周知されていなかったので、そうしたところにも協力してもらう。 ・医師会の例会に参加し情報共有 ・歯科医師会と事業企画、実施、評価で連携 ・訪問歯科診療を積極的に実施している歯科医院が少なく、特定の医院に偏りがち。 ・歯科医師会の研修会で事業説明し、歯科医師から意見聴取、県歯科医師会の地域福祉部会で年3回健診の実施状況を説明、助言をいただいている。 ・在宅医療介護推進研究会(医師会、歯科医師会、介護保険専門員等)を設置し勉強会を実施。 ・県歯科医師会に事業委託 ・県歯科医師会に事業委託、このうち事業は宮崎市郡医師会の在宅歯科医療連携室の協力のもと実施 	<ul style="list-style-type: none"> ・治療が必要と判明しても、訪問歯科診療までつながらない ・利用者が少ない ・市医師会の訪問歯科健診料金が補助金単価を超えているため単価減額交渉を実施中。 ・歯科医師会の管轄エリアが広く、調整が難しい ・多職種連携勉強会などへの参加者が少ない ・実施地域拡大を検討中 	<ul style="list-style-type: none"> ・事業の周知 ・訪問歯科診療への連携 ・対象者の拡大 ・必要経費の調整
	まとめ	<ul style="list-style-type: none"> ・三師会と県レベルで調整をしていますが、現場で事業について知らないと言われることがあり、郡市会まで情報が下りてきていないと思われることがある。 ・歯科医師会との関係性は良好ではあるが、歯科医師会が対象者を見つけてきてくれることはない。 ・デイサービスの場等の活用 		<ul style="list-style-type: none"> ・県レベルだけではなく、現場実務を担う郡市レベルでの情報共有、周知の必要性 ・対象者の範囲
服薬	事前	<ul style="list-style-type: none"> ・事業実施前に医師会に事業企画実施方法について相談、かかりつけ薬局との間で情報共有ができた ・事業開始前に県医師会に説明。事業全体で医師会と本事業について協議する体制はできていない ・県薬剤師会と一緒に医師会に対して事業開始前の説明、事業終了後の結果説明を実施。事業開始前は医師会会報での事業周知を依頼 ・県医師会に実施協力依頼文書を送付依頼。運営協議会において協力依頼 ・県薬剤師会・医師会と共同で抽出基準を決定 	<ul style="list-style-type: none"> ・医師への処方提案にまで至らなかった理由を把握する必要性 ・薬剤師の訪問についての意義を理解して協力してもらうための調整方法 ・医師会において、服薬調整は、薬局薬剤師の本来業務であるという認識があり ・より多くを対象とするための連携のあり方 	<ul style="list-style-type: none"> ・事業趣旨の理解促進 ・事業の周知 ・地域連携及び庁内連携
	まとめ	<ul style="list-style-type: none"> ・個別ケースについて、かかりつけ医等にどのように話をするかが課題 		<ul style="list-style-type: none"> ・かかりつけ医との連携、情報共有
重症化予防	事前	<ul style="list-style-type: none"> ・県医師会には事業内容を説明し、郡市医師会と合わせてかかりつけ医への情報提供への依頼文書を送付、現時点では事後の状況報告、訪問者から直接かかりつけ医への情報提供が必要かと思うが、今回は委託のため広域が実施 ・事業開始前に県医師会に事業説明 ・かかりつけ医とは個々の取組時、医師会には各自に連携 ・後期高齢者の多くが、病名や治療方針、病院での栄養指導を理解していないため、不明点がある場合には本人同意の上、医療機関に問い合わせることもある ・受診勧奨の際の紹介状発行基準について医師会に相談して決定、受診結果について返書もらう形に。 ・市町委託の場合は、地域の医師会との連絡会等での事業計画や報告の実施、必要時に個別に主治医に連絡、栄養士会への委託の場合は、事前に市町に主治医に連絡を取ってもらう、指導の許可を得ている、広域連合も県医師会や医師の懇話会で事業報告 ・実施前に医師会に事業説明 ・かかりつけ医とは個々の取組時連携、医師会医は事業費各自に連携 ・地域支援事業の在宅医療・介護連携推進事業にて推進中 ・事業報告はしているが、評価や分析については連携できていない ・医師会への事業説明、会員への周知依頼、個別ケースではかかりつけ医への医師連絡を実施、医師会が出席する広域連合の会議で事業報告 ・県医師会へは事業説明、完了後に実績報告 ・保険者協議会での事業提案をしたが、医師会が留保したため「医師が必要と判断するが、医療機関でできない保健指導・栄養指導を保険者が変わりに実施、医師の手伝いをする事業」と説明。市町が事業実施にあたり郡市医師会への事業説明を行う際、広域職員も同行事業開始前に医師会に説明、事業内容に助言をもらい、「要医療」の基準を設定。県医師会に依頼し、郡市医師会への事業周知を実施。 ・主治医がいる場合は、相談、専門医への紹介等を実施、県医師会には保険者協議会を通じて情報提供を行うことで情報共有している ・かかりつけ医には本人を通じて内容を伝える、医師会との連携については在宅医療・介護連携推進事業を実施 	<ul style="list-style-type: none"> ・今後医師会との情報交換できる場の設定が必要 ・聞き取りでデータを取得しているため評価のタイミングで検査をしていない場合にはデータ取得できない、検査結果を自身で把握していないケースも多い。市の健診ではeGFRの記載がなく、本人に腎機能低下についての自覚がない。eGFRを記載すると健診単価が上がってしまう ・総合病院の医師、保健事業についての理解が少ない医師との連絡がとりづらい ・医師会にメリットのない事業は協力依頼しにくい ・モデル地区から全域への事業拡大 ・広域連合が直営で実施しているため、市町のかかりつけ医との連絡調整が不十分 ・本人同意の上、主治医への情報提供を実施しているが、医療機関との連携は市町村によって異なる ・病職に乏しく、医師任せの人も多く、本人の自覚のために、糖尿病連携手帳等を活用し、かかりつけ医との連携強化を図る ・コントロール状態がよくない人とかかりつけ医との連携方法 	<ul style="list-style-type: none"> ・事業趣旨の理解促進 ・事業の周知 ・地域連携及び庁内連携
	まとめ	<ul style="list-style-type: none"> ・かかりつけ医に対しての話の仕方が難しい。保健事業や他の施策の対象者が重複しないようにする必要あり。 ・県医師会から郡市医師会への情報の伝達がない場合もある。 ・県を通じての働きかけが有効である。 ・事業開始時の医師会への説明のみではなく、広域からの情報提供も重要 ・市町村と歩調をそろえた医師会との連携 		<ul style="list-style-type: none"> ・かかりつけ医との連携、情報共有
複合	事前	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症高血糖者への訪問栄養指導は試行段階のため、医師会と連携なし。口腔との複合でも歯科医師会との連携なし。 ・かかりつけ医、かかりつけ歯科医がいる場合は、情報提供書にて提供し、必要事項について助言をもらった ・重複服薬などの服薬情報通知を医師会・薬剤師会と検討、実用化 ・服薬の分包依頼や血圧測定結果をかかりつけ医にフィードバック ・地区ごとに町立病院や診療所と定期的に会議開催 	<ul style="list-style-type: none"> ・事業の最終評価が本人からの聞き取りのHbA1cであり正確性に欠ける、歯科医療機関ごとに治療方針や口腔ケアの指導に違いがある、実態を把握して歯科医師会に相談が必要と感じている ・かかりつけ医から返書が来ない ・通知書を医療機関に持参する率をいかに高めるか。 ・市内の医療機関に事業委託 ・必要時同伴受診等を通じて主治医と連絡調整、市の保健事業推進協議会において事業実績や次年度の計画は報告 ・事業参加者を通じてかかりつけ医に情報提供しているが、直接できると良い。 ・町外医療機関との連携、KDBを活用して受診状況等を確認 	<ul style="list-style-type: none"> ・歯科医師会との連携 ・地域連携及び庁内連携
	まとめ	<ul style="list-style-type: none"> ・特定の医療機関との連携になりがち ・医師からは「介護予防」という点への理解は得られにくい ・県医師会からの情報伝達を依頼しているが、郡市医師会に伝わっていないこと有 ・モデル事業終了後のフォローのあり方 		<ul style="list-style-type: none"> ・医師会・医療機関への丁寧な説明

テーマ3について:介護予防と一体的な取組の進め方

メニュー別	現状	課題、検討を要する内容	現状の課題
栄養	<p>事前</p> <ul style="list-style-type: none"> ・早期に介入するには後期高齢と介護部門だけではなく、衛生部門との連携が不可欠 ・市の担当課と共同事業の協定を結ぶことで、市の地域包括支援センター向け研修会で事業説明をしたり、事業周知を一斉メールで送付してもらった。地域包括や居宅介護支援事業所が持つ「利用者基本情報」について本人同意の上、提供してもらった、相談終了後、結果を情報提供、訪問相談を行う栄養士が医師等と直接連絡を取ることは禁止 ・協力医療機関がケアマネへの連絡を実施、栄養での訪問の際の同行や情報共有等を実施 <p>まとめ</p> <ul style="list-style-type: none"> ・互いにメリットがあるように情報共有することが大切。その際、トップを巻き込む ・事業を簡潔に説明できるように工夫しているところもあり、今後市町村に対して事業の実施を呼びかけていくことが必要。 	<ul style="list-style-type: none"> ・衛生部門に事業の必要性を理解してもらう ・アンケートに回答せず、健診受診なしだと予防へのトリガーがない。 ・「利用者基本情報」のどの項目の活用が多いかについて把握が必要【 ・事業担当部署と地域包括のどちらが担当課が曖昧 ・ケアマネの同行訪問が望ましいが日程調整が難しい、介護保険と医療保険の対象年齢が異なるため、一体的実施で支障が生じる、保健事業が年齢で区切られることがないようにすべき 	<ul style="list-style-type: none"> ・衛生部門との連携 ・介護部門との連携 ・地域包括支援センターとの連携 ・地域包括支援センターとの役割分担
訪問歯科・口腔	<p>事前</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護予防担当部署と情報共有はしているが、訪問歯科健診の対象は要介護3以上であり、介護予防事業とは異なる ・要介護認定者、在宅介護者数の情報提供 ・新潟市に協力してもらい、要介護3～5の決定通知に事業チラシを同封してもらっている。居宅介護支援事業所には別途郵送で事業周知、居宅介護支援事業者連絡協議会の研修でも事業周知。健診後、歯科医師会からケアマネジャーに健診結果情報を提供し、健診後の動向についてのアンケートを実施。結果、ケアプランに口腔の内容を盛り込んだケアマネージャーもいた。 ・会議(御嵩ケアリング)を開き情報共有 ・関係各課と会議を開催しているが、取組の発信源、実施者が歯科診療所であるため、各課の関心が低い ・結果情報を居宅介護支援事業所に提供しており、市町村介護予防との連携はない ・一般介護予防事業でも口腔に関する教室は開催しているが、他課の事業であるため連携はない。 ・歯科健診並びに地域支援事業への活用を目的として、健診結果情報を市町へ提供する ・対象者の性質上、施設入所が多いと思われ、普及には介護関連部署との連携にはメリットがあるが、連携には至っていない <p>まとめ</p> <ul style="list-style-type: none"> ・後期は75歳以上、介護は65歳以上で対象年齢が異なり、事業の費用按分も煩雑。 ・介護担当部署も忙しく、事業をお願いできる状態にはない。庁内介護部門の協力を得ることは非常に難しい。 ・連携したい先には自ら出向く必要あり 	<ul style="list-style-type: none"> ・所管課間での事業交流がない ・介護予防は高齢者全般を対象としており、75歳以上に限定される補助金等の手続きが煩雑 ・ケアプラン等に訪問歯科健診結果を活用 ・個々の課題の話合いはされているが、政策的な話までできていない ・対象者を要介護2～5を対象としているが、重症化予防のためには要支援者への支援も必要。口腔の問題は数値で表すことが難しいから、課の問題意識が低い ・対象者抽出には介護保険の情報が必要であるため保険者に情報提供を求めているが、個人情報保護条例による提供不可や介護システムの仕様の違いにより提供してもらえない ・事業のメリットがあまり見えないため連携に至っていない ・市町へ提供した情報の具体的な活用方法 ・介護部門との連携が事業の認知度を上げる 	<ul style="list-style-type: none"> ・庁内連携体制の構築 ・事業成果の示し方 ・事業目的の理解促進 ・個人情報の取り扱い
服薬	<p>事前</p> <ul style="list-style-type: none"> ・居宅介護支援事業所や地域包括支援センターに手紙で事業周知を実施 ・介護との連携なし ・広域連合が市町村に訪問する際に、介護部門担当者の同席を求める ・国保との連携はできていても介護との連携はまだ。 ・市町の介護部門との連携なし <p>まとめ</p> <ul style="list-style-type: none"> ・後期は75歳以上、介護は65歳以上で対象年齢が異なり、事業の費用按分も煩雑。 ・介護担当部署も忙しく、事業をお願いできる状態にはない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・市と共同事業にできると、地域包括支援センター等への周知がより効果的。事業内容により市町村の担当部署も異なり、得られる協力が異なる ・市町において後期高齢者医療担当と介護担当の連携がない ・市町村内部が縦割りで、広域の事業の情報が介護部門に伝わらず ・介護部門との情報交換 	<ul style="list-style-type: none"> ・広域連合と市町村との連携
重症化予防	<p>事前</p> <ul style="list-style-type: none"> ・広域の保健事業と市町の介護予防事業の連携を考えている ・各市町の後期、国保衛生、介護予防担当に保健事業・介護予防についてのヒアリングを実施 ・保健事業担当部署と介護予防担当部署が異なり連携がとりにくいが、参加者が重複している事業も多い ・部署が分かれているので、それぞれの立場で介護予防に取組、衛生部門では生活習慣病の発症・重症化予防が将来の介護予防フレイル予防につながると考えている、通いの場にはこれがない人のほうが対応が必要。 ・現状連携できていない ・重症化しているものは他事業の対象と重複する。訪問対象者を介護予防担当部署に照会することが必要 ・県の介護担当部署と連絡し、地域包括支援センターの集まる研修会で、広域からの情報提供を実施 ・広域が訪問で把握し、個別に市町村の介護予防担当部署につなげたほうが良いケースについては連携 ・市町の介護部門の状況把握から始める必要あり。 ・重症化予防は市町の国保が主であり、介護と連携していない、介護との連携は必要だが、市町内部での連携が様々 ・県保険者協議会への情報提供により情報共有、最終の事業報告会には実施市町村の関係職員にも出席してもらい情報共有 ・直営の地域包括で実施しているため連携ができています <p>まとめ</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保健事業と介護予防で対照shを重複しないように調整 ・国保と介護の連携はあるものの、広域連合と市町村の連携はまだ課題が多い 	<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防と連携しても対象が65歳以上のため、後期高齢者の参加率を量ることは困難、対象年齢が異なることによる介護予防との費用按分が困難 ・市町村の保健事業との連携のための連絡会を年2回開催しているが、介護予防の担当者も含めた情報交換が必要 ・介護予防部門の現状把握が必要。対象者は集いの場にいる人ではないことが多く、その中から、他の事業の参加者だけを抜き出すことは難しい。フレイル対策を広く実施しないと保険者努力支援制度の点数は取れない。 ・広域が実施主体となっているため、市町村の介護予防関係の情報を直接活用できない。市町村が主体となって実施している介護予防事業に後期の保健事業をどう組み込むかを考える必要があるが、手が回らない ・介護の訪問の中で生活状況を把握し、問題の張る人は重症化予防につなげてもらうことができれば、検診結果やレセプト状況から対象者を絞り、情報提供ができればと思う ・委託市町村のみの情報共有 ・生活習慣病の重症化予防とフレイル予防の概念を介護担当と共有し、事業を検討 	<ul style="list-style-type: none"> ・費用按分の困難 ・市町村との連携 ・市町村との重症化予防についての情報連携 ・介護部門との連携
複合	<p>事前</p> <ul style="list-style-type: none"> ・一体的実施のために健康づくり部署に介護予防事業の一部が移管されたが、介護予防担当部署は複数に分かれる ・口腔指導については他課でも実施のため、対象者が重複しないよう、リストは共有 ・認知機能が低下した人は任地小カフェを紹介、予防は健康づくり推進課、グレーゾーン等は高齢福祉課が担当と分かれています ・事業実施は介護予防担当、健診結果は健康づくり課が担当。携わるスタッフで情報共有 ・健康状態の評価のために6か月後に参加申し込み時と同じアンケートを実施するが、健康状態の差が見られるのか。 ・健康づくりを担う部署が多岐にわたるが、介護予防と健康づくりを担う保りが一つの課に統合された ・高齢介護グループは介護予防事業についても情報を共有し、対象者に紹介している ・メリットは情報共有できること ・同じ課に後期高齢者医療担当、介護保険担当、保健師がおり連携できている。 <p>まとめ</p> <ul style="list-style-type: none"> ・データをどのように活かし、保健事業の展開をするか。 ・通いの場の活用にはどのようにすればよいか 	<ul style="list-style-type: none"> ・通いの場における歯科衛生士によるポピュレーションアプローチが有効と考えられる 	<ul style="list-style-type: none"> ・通いの場の活用したポピュレーションアプローチ

新潟県後期高齢者医療広域連合 <栄養>

事業の特徴

- 医療機関からの情報提供を受けた上での管理栄養士による訪問栄養相談。
- 事業実施にあたり、構成市町村の介護保険部門と事業に関する連携協定を締結。

広域連合の概要

人口 (平成 30 年 4 月 1 日時点)	2,266,121 人	高齢化率 (平成 30 年 4 月 1 日時点)	31.2%
後期高齢者医療被保険者数 (平成 30 年 4 月 1 日時点)	370,667 人	年間 1 人当たり医療費 (平成 30 年 3 月末)	758,014 円

事業の概要

(1) 「在宅訪問栄養食事相談事業」とは

新潟県後期高齢者医療広域連合では、第 2 期データヘルス計画策定の過程において、高齢になるにつれ BMI20kg/m²未満の者の割合が高くなることが明らかとなった。低栄養状態及びフレイル状態の高齢者に対して、個々の状態に合わせた栄養相談を行うことにより、栄養改善及び心身機能の低下予防を促すとともに、生活機能の維持、改善を図ることが必要であると考え、管理栄養士が被保険者宅を訪問しての栄養相談を実施することとした。

(2) 事業の対象者

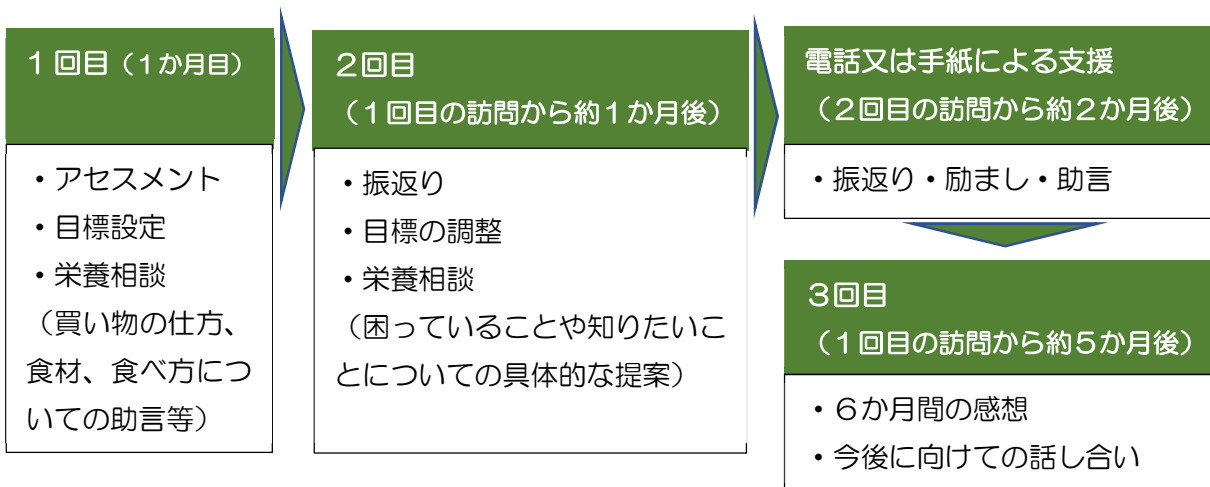
取組みが効果的であるかを確認するために、まずは県の人口の 3 分の 1 を占める新潟市でモデル的に実施することとした。

そのため、対象者は新潟市に在住している後期高齢者医療制度の被保険者で、抽出基準は在宅で生活しながら BMI21.5kg/m²未満かつ 6 か月間で 2kg 以上の体重減少があった者とした。BMI21.5kg/m²としたのは、厚生労働省による「日本人の食事摂取基準（2015 年版）」で、70 歳以上の目標とする BMI の範囲を 21.5～24.9 kg/m²としていたためである。これらの者を KDB システムを用いて前年度の健診結果により抽出し、広域連合から直接申込書を郵送して事業参加を募った。

また、前年度に健診を受けていない被保険者で栄養相談が必要な者がいると考えられることから、被保険者と直接かわりのある地域包括支援センターやケアマネジャーの協力を仰ぎ、それぞれの活動の中で栄養相談が必要な者に本事業を紹介し、参加同意を得られた者についても対象とした。

(3) 栄養相談の具体的な内容

管理栄養士が、原則6か月間に3回の訪問と1回の電話又は手紙による支援を行った。



<訪問時の持参品>

- 名刺
- MNA®—SF
(簡易栄養状態評価表)
- アセスメント表
- 体重計
- メジャー (ふくらはぎ計測)
- 高齢者の低栄養防止
・重症化予防等事業質問項目
- テキスト



(4) 事業実施体制

後期高齢者は、加齢に伴う虚弱な状態であるフレイルが顕著に進行する特性をもっている。そのため、介護サービス等他の支援機関へのつなぎや、訪問栄養相談終了後の見守り体制の構築が必要と考え、新潟市と共同事業の協定を結ぶこととした。このことで、本事業は新潟市の事業であると公に位置づけられることになり、市民への広報や内部周知、地域包括支援センター等の協力を得ることができた。

訪問栄養相談を行う管理栄養士の育成、管理、事業全体のコーディネートは、(公社)新潟県栄養士会へ委託した。

<関係機関との連携及び協力内容>

【新潟市地域包括ケア推進課】…共同事業の協定

- ・勧奨候補者に施設入所者や個別の理由で「勧奨不可」の方がいないか確認
- ・地域包括支援センターや居宅介護支援事業所へ当事業に関する周知および連絡メール
- ・必要に応じて当事業の方向性や精度管理を協議

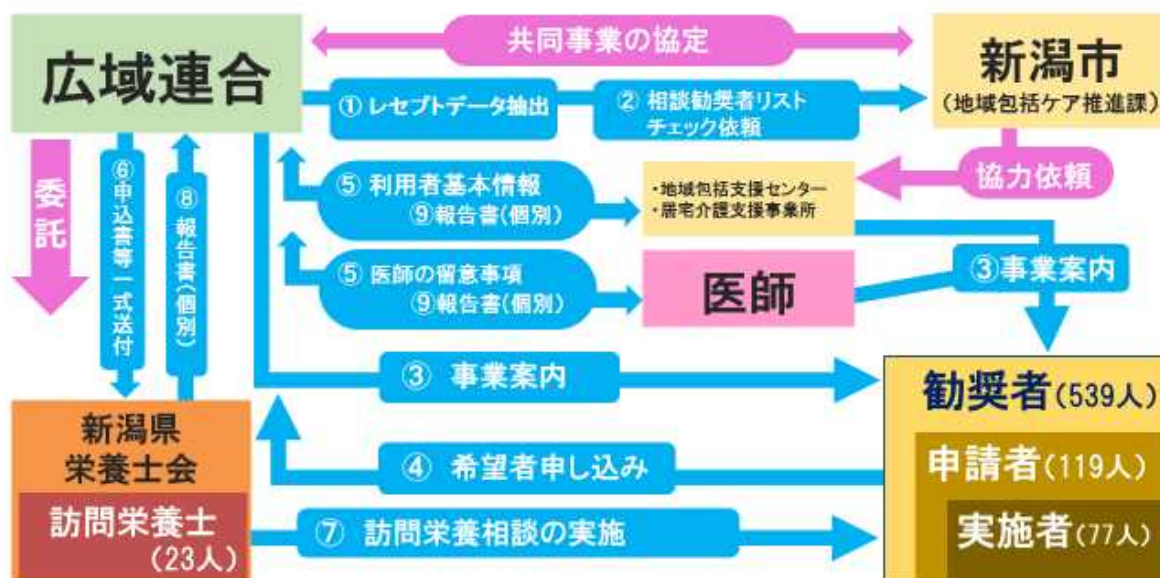
【(公社)新潟県栄養士会】…在宅訪問栄養食事相談事業を委託

- ① 訪問栄養食事相談の実施
- ② 管理栄養士の育成研修会
 - ・後期高齢者の特性、フレイルについての知識及び必要な栄養に関する支援方法
 - ・訪問栄養食事相談の流れ及び報告書類等、事業実施に必要な資料の活用方法

【新潟市医師会】…企画段階からの相談・助言

- ・実施方法について相談
- ・「医師の留意事項」を作成するにあたり、書式や手数料の価格設定の助言
- ・終了後に医師に報告される「在宅訪問栄養相談事業実施報告書」の書式の助言
- ・新潟市医師会の会報を使い、会員医師向けに事業周知や協力依頼

<実施体制図>



(5) 保健事業と介護予防の一体的実施に向けて

他県では、訪問栄養相談により、重症化（要介護・死亡）予防が図れたという結果が出ていた。新潟市との協定締結に際しては他県の事例を踏まえ、新潟市の後期高齢者の健康寿命の延伸とQOL 向上という広域連合と新潟市の目標が一致していることを確認した。

また、新潟市の高齢者への窓口相談業務の委託を請け負っている地域包括支援センターでは、後期高齢者から栄養についての相談を受けることがあり、後期高齢者が管理栄養士の支援を必要としていることを把握していた。しかし、医療保険・介護保険での栄養相談は医師の指示や本人負担が必要となり、経済状況等によっては利用できないことがある。対象者本人の負担はなく、管理栄養士から必要な栄養相談を受けることができる本事業は、現場のニーズと合致していた。加えて、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所からの紹介は、期限を定めず、各々の活動の中で栄養相談が必要な方を見つけたときには、いつでも本事業を利用してもらってよいこととし、利用しやすい事業とした。

事業結果と効果

(1) 事業参加者の状況

平成 29 年度、広域連合から直接
申込書を郵送して参加勧奨を促し
たのは539人であり、そのうち64
人が事業に参加した（参加率

＜参加者の性別・年齢別内訳＞

	75歳未満	75歳以上 80歳未満	80歳以上 85歳未満	85歳以上 90歳未満	90歳以上	合計
男性	0人	7人	14人	12人	1人	34人
女性	0人	10人	15人	17人	1人	43人
合計	0人	17人	29人	29人	2人	77人

11.9%)。その他、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所からの紹介で13人に訪問を実施した。結果、77人に対して訪問栄養相談を実施することができた。

(2) 参加者に見られた変化

原則3回の訪問を通じて、参加者には以下のような変化が見られた。

○参加者の変化

- ・ BMI：相談1回目と相談3回目を比較し、増加・維持した率 **64.2%**
- ・ 生活改善：アセスメント表16「体に良い変化があらわれた」
「気持ちに良い変化があらわれた」と回答した者の割合 **67.3%**

(3) 医療機関や介護部門との連携の促進

医師の留意事項

栄養相談の対象者の中には、慢性疾患があり、「医師の留意事項」に従って栄養相談をする必要がある高齢者がいた。

地域包括支援センターからの 「利用者基本情報」

面識のない対象者を訪問するうえで、家族構成や利用している支援サービス等を確認することができた。

訪問栄養相談に活用

- 本人や介護にあたる家族の気持ちに寄り添い、在宅において負担にならない方法を相談しながら、出来るところから進めた
- 限られた時間と回数の中の活動に大いに役立ち、効率的な栄養相談となった
- 多職種力を借りながら、本人や家族が望む在宅での生活を少しでも継続できるように栄養相談を行った

新潟県栄養士会からの「在宅訪問栄養相談事業実施報告書」

3回の栄養相談の終了後には、本人に同意を得た上で、関係する地域包括支援センター・居宅介護支援事業所、留意事項を提供してくれた医療機関に送付した。

結果の活用

医療機関

- 医療・介護連携による栄養相談を実施
- 今後の治療や経過の把握に活用

地域包括支援センター・居宅介護支援事業所

- 参加者とつながりを持ち、見守りを継続
- ケアプランの作成の参考

支援

必要に応じて、新潟市と情報共有

実施して明らかになった課題と今後の方向性

(1) 事業実施上の課題

- ・抽出した対象者に事業の参加勧奨（郵送）を行い、事業参加に同意を得た方に対して訪問相談を行っているが参加率が低い。後期高齢者の低栄養防止の必要性について、さらなる啓発が必要。
- ・訪問相談が可能な管理栄養士の育成と対象地域の拡大についての検討。
- ・栄養相談完了後において、本人や訪問した栄養士からは、今後も継続した栄養相談や見守りが必要であること、切れ目ない支援を望む声がある。より一層の福祉関係部署と密な連携。

(2) 今後の方向性

平成30年度も継続して事業を実施する中で、関係機関からの情報提供数が徐々に増えてきている。握力検査の追加や情報提供の同意につながる申請書の改善、また、3回栄養相談を完了した人を対象としたフォローアップ訪問の開始など、次の支援につなぐことを意識した栄養相談を行っている。今後も高齢者にとって食事や栄養の大切さを啓発し、参加者を増やすことで新潟県後期高齢者の健康寿命の延伸、QOL（生活の質）向上を図っていききたい。