平成 28・29 年度
低栄養防止・重症化予防モデル事業
事 例 紹 介

目次

＜栄養＞
・新潟県後期高齢者医療広域連合 ---------- 1
・神奈川県大和市 ---------- 6
・三重県津市---------- 11

＜口腔＞
・新潟県後期高齢者医療広域連合 ---------- 14

＜服薬指導＞
・新潟県後期高齢者医療広域連合 ---------- 17
・長崎県後期高齢者医療広域連合 ---------- 22
・三重県桑名市 ---------- 25

＜重症化予防＞
・神奈川県後期高齢者医療広域連合 ---------- 28
・福岡県後期高齢者医療広域連合 ---------- 31
・長崎県後期高齢者医療広域連合 ---------- 36
・神奈川県大和市 ---------- 40
・長野県喬木村 ---------- 44

＜複合的取組＞
・長野県佐久市 ---------- 50

＜その他＞
・滋賀県後期高齢者医療広域連合 ---------- 54

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/㎡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/㎡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/㎡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 の範囲が 21.5～24.9 kg/㎡とされていたためである。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てもらい、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。

１回目（１か月目）
- アセスメント
- 目標設定
- 栄養相談
（買い物の仕方、食材、食べ方についての助言等）

２回目（１回目の訪問から約１か月後）
- 振返り
- 目標の調整
- 栄養相談
（困っていることや知りたいことについての具体的な提案）

電話又は手紙による支援（２回目の訪問から約２か月後）
- 振返り・励まし・助言

３回目（１回目の訪問から約５か月後）
- ６か月間の感想
- 今後に向けての話し合い

＜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
- 必要に応じて本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の開催

- 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するための「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で、会員医師向けに事業周知や協力を依頼

＜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。

＜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

（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
- ○ 多職種の力を借りながら、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	地域包括支援センター・居宅介護支援事業所
○ 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	○ 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人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は、さらなる啓発が必要である。
- 訪問相談を実施可能な管理栄養士の育成と対象地域の拡大について検討する必要がある。
- 栄養相談完了後に本人や訪問した管理栄養士からは、今後も継続した栄養相談や見守りが必要である、切れ目ない支援を希望する声がある。福祉関係部署とより一層密な連携が必要である。

（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）向上を図っていきたい。

神奈川県大和市　＜栄養＞

事業の特徴

- 抽出基準に該当した低栄養の対象者を管理栄養士が全戸訪問
- 担当者のレベルを標準化できるように、訪問相談マニュアルを作成

神奈川県大和市の概要

人口 （平成 30 年 4 月 1 日時点）	235,357 人	高齢化率 （平成 30 年 4 月 1 日時点）	23.5 %
後期高齢者医療被保険 （平成 30 年 4 月 1 日時点）	26,754 人	年間 1 人当たり医療費 （平成 30 年 3 月末）	758,748 円
事業担当部署	健康福祉部健康づくり推進課		
[参考]特定健診実施率 （平成 28 年度）	34.7%	[参考]特定保健指実施施率 （平成 28 年度）	31.8%

事業の概要

（1）大和市における低栄養改善・予防の取組の経緯

神奈川県大和市は、平成 23 年度より介護保険特別会計で、介護認定を受けていない 65 歳以上の市民を対象に基本チェックリストを含む「介護予防アンケート」を実施している。その結果で「BMI18.5 未満かつ 6 カ月間に 2kg 以上体重減少があった者（以下、低栄養対象者）」は重症化（要介護認定、死亡）しやすい特徴があったため、平成 25 年度から管理栄養士が対象者宅を訪問する低栄養改善の取組を開始した。

当初は、低栄養対象者のみが対象であったが、中にはすでに重篤な状況に陥っている者もいたため、より早期に対応することが必要ではないかと思われるようになった。

そこで、平成 28 年度からは「BMI20 以下かつ食生活に課題のある後期高齢者（以下、低栄養早期予防対象者）」も対象とし、緊急性の高い対象者だけではなく、低栄養に陥る危険性のある者への訪問事業も行うこととした。

（2）事業の対象者

介護予防アンケートから①低栄養対象者と②低栄養早期予防対象者を抽出している。

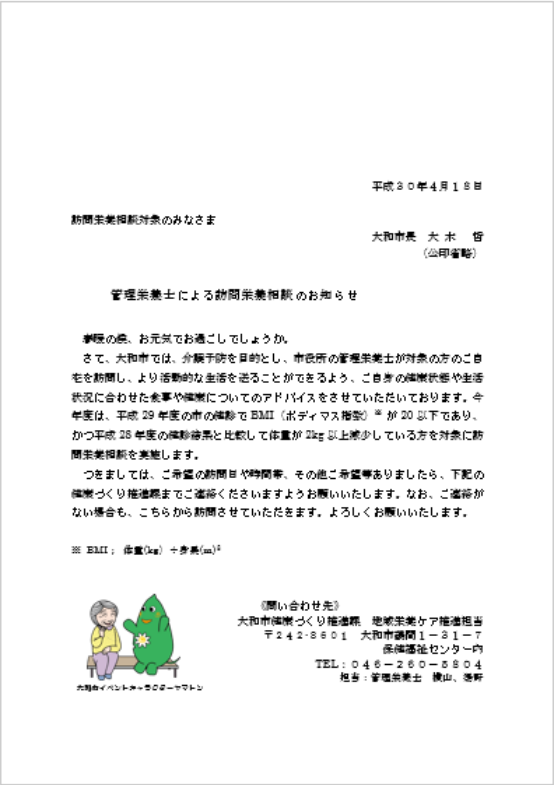
	①　低栄養対象者	②　低栄養早期予防対象者
目的	**低栄養状態**を改善し、介護予防、医療費低減を図る。	**低栄養に陥る危険性のある状態の者**へ介入し、介護予防・QOL 向上を目指す。
対象者	BMI（体格指数）18.5 未満 かつ 6 ヵ月で 2kg 以上の体重減少があった者	BMI（体格指数）20.0 以下 かつ介護予防アンケートで食生活に関する質問 5 項目※中 3 項目以上該当する者
対象者数	449 人	189 人
訪問成立者	235 人	113 人
成立率	53.5%	59.8%

※食生活に関する質問
1．食料品を買う店が近くにない　2．食料品を買う費用（食費）が十分にない
3．食事は一人で食べることが多い　4．食べる気力や楽しみを感じない　5．食事を食べる量が減ってきた

（３）訪問指導の進め方

訪問にあたって、対象者には、訪問の目的や理由を伝えるため、事前に次のようなお知らせを送付した。また、不在者については、次のような不在連絡票を残し、再度訪問をする予定であることを知らせた。

＜訪問前お知らせ＞



平成３０年４月１８日

訪問栄養相談対象のみなさま

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

拝啓の候、お元気でお過ごしでしょうか。

さて、大和市では、介護予防を目的とし、市役所の管理栄養士が対象の方のご自宅を訪問し、より活動的な生活を送ることができるよう、ご自身の体調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いております。今年度は、平成 29 年度の市の健診で BMI（ボディマス指数）※ が 20 以下であり、かつ平成 28 年度の健診結果と比較して体重が 2kg 以上減少している方を対象に訪問栄養相談を実施します。

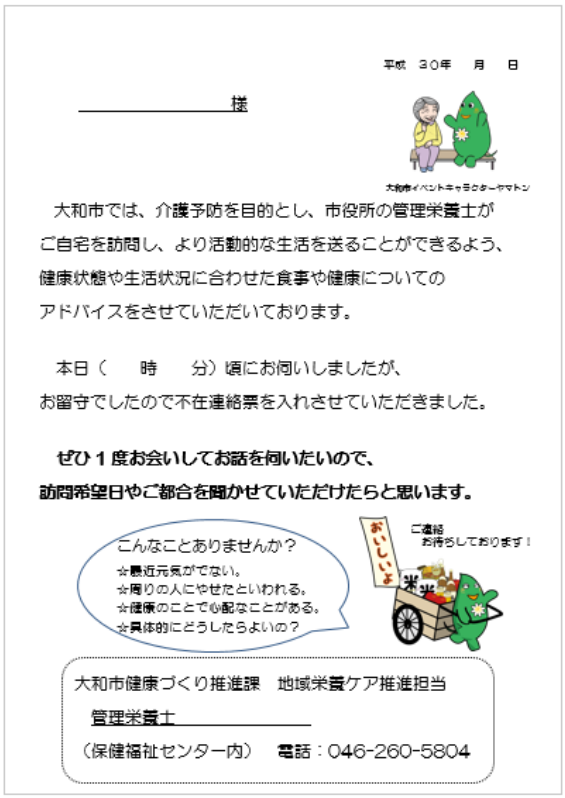
つきましては、ご希望の訪問日や時間帯、その他ご希望ありましたら、下記の健康づくり推進課までご連絡くださいますようお願いいたします。なお、ご連絡がない場合も、こちらから訪問させていただきます。よろしくお願いいたします。

※ BMI： 体重(kg) ÷身長(m)^2

大和市イベントキャラクターヤマトン

《問い合わせ先》
大和市健康づくり推進課　地域栄養ケア推進担当
〒２４２-８６０１　大和市鶴間１－３１－７
保健福祉センター内
TEL：０４６－２６０－５８０４
担当：管理栄養士　横山、藤野

＜不在連絡票＞



平成　３０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、介護予防を目的とし、市役所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、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いております。

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ので、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？

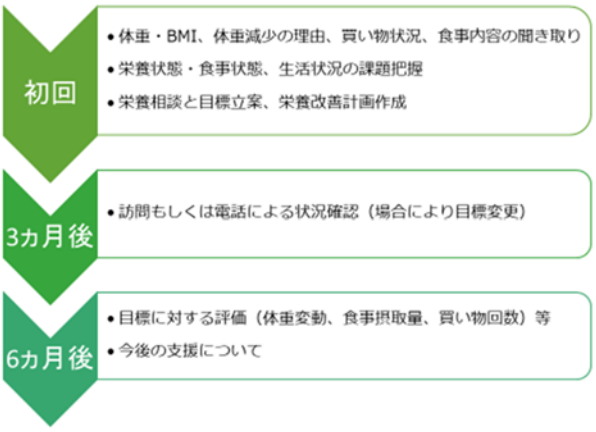
おいしいよ

ご連絡お待ちしております！

大和市健康づくり推進課　地域栄養ケア推進担当
管理栄養士＿＿＿＿＿＿＿＿
（保健福祉センター内）　電話：046-260-5804

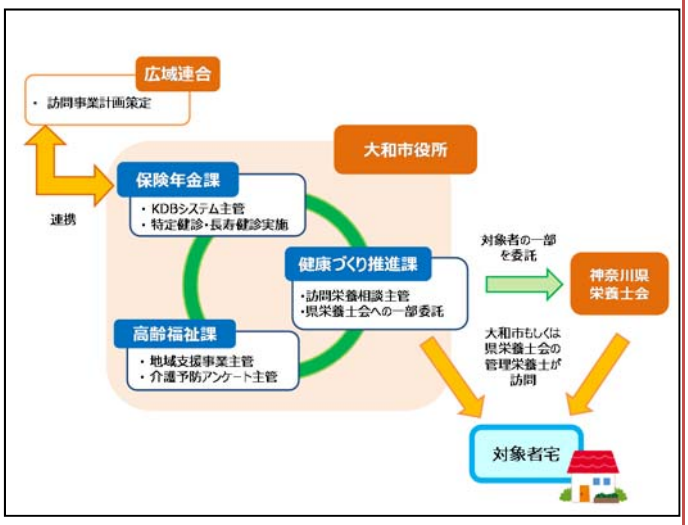
実際の訪問は、管理栄養士が６か月間に３回訪問する形で実施した。初回訪問時には、詳細なアセスメントを実施するとともに、栄養ケア計画を作成し、かつ本人の意向や優先課題も考慮に入れながら、目標設定をおこなった。

２回目、３回目は設定した目標の達成状況を確認し、その後の状況について確認、必要に応じて目標設定の変更やアドバイスを行った。



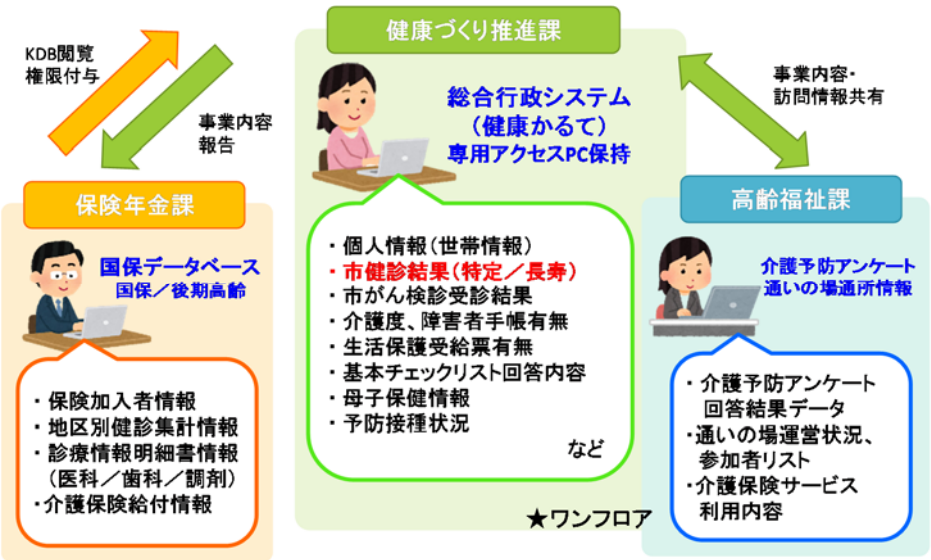
（4）事業実施体制

大和市では、より多くの対象者の訪問を実現するために、庁内のスタッフだけで実施するのではなく、一部を神奈川県栄養士会に委託※した。複数の職員が同じ目線での支援を行うために、実施内容については、マニュアルを作成し、高齢者の抱える課題とそれに応じた対応方法等について整理し、共通の認識をもって高齢者に接することとした。



訪問活動企画および実施は、管理栄養士が所属する健康づくり課のスタッフが主管となった。ただし、庁内では、介護予防アンケートを実施した高齢福祉課、後期高齢者のレセプト情報を保有する保険年金課とも協働し、事業の企画・実際の訪問、評価に必要なデータを迅速に見ることができる体制を構築した。特に、介護予防アンケート結果は高齢者の現状を把握するために重要な情報となるため、市職員が共通して閲覧できる総合行政システム（健康かるて）に取り込んだ。

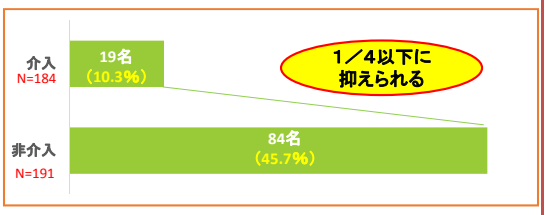
※平成 30 年度現在では県栄養士会への委託はしていない。



事業結果と効果

（1）参加者に見られた変化

低栄養対象者について、3 回の訪問ができた人と、訪問を拒否したり、不在により訪問出来なかった人との比較により訪問の効果を見たところ、要介護状態に陥ったり、死亡する等の重症化した人の割合を、4 分の 1 以下に抑えることができた。



体重に関しても、8 割以上が「維持（増減 1 kg以内）」または「改善（1 kg以上増加）」であり、

食事量も増加した。生活の変化についても、「積極的・前向きになった」「外出の増加」「趣味・サロンの開始・再開」などが増え、介護給付費：約 6448 万円/年の削減効果があった。（平成 29 年度

結果

①基本チェックリストによる低栄養リスク者の社会保障費（介護給付費）削減効果試算

(H30年7月末時点)

重症化率結果より重症化回避人数（重症化の差）を算出

未介入　；重症化率　45.7% ≒ 84人（184人×45.7%）

介入　　；重症化率　10.3% ＝ 19人（実績）

差；**65人** ⇒ 重症化回避

104万円/年×65人（重症化回避）＝ 約6,760万円/年

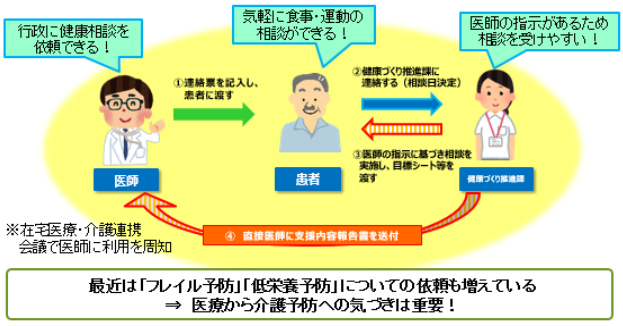
※H28年度大和市
平均介護給付費（介護保険課から入手）
※入所サービスを除く

介入結果）。

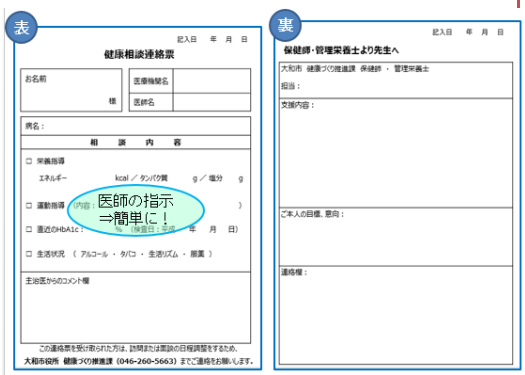
（2）医療機関や介護部門との連携の促進

既に長年の実績のある事業ではあるが、適宜、大和市医師会にも事業概要や成果について説明を行っている。さらに医師会との間では、医師が診療の中で栄養相談が必要だと判断した際に、「健康相談連絡票」という帳票を用いて、市に対して栄養相談を依頼することができる仕組みを構築した。最近は医療機関から「体重減少」や「低栄養・フレイル予防」として栄養相談の依頼も増えてきている。

＜健康相談連絡票体制図＞



＜健康相談連絡票＞



低栄養改善・予防の取組は 3 回の訪問で終了するが、その後、どのような状態であるかによって、対応が分かれる。状態が維持・改善されている場合は訪問を終了するが、外部との交流が少ない者には高齢者が集う、地域のサロン等を紹介している。

また維持・改善が見られない場合には、目標を再設定し、市の介護部門である高齢福祉課や地域包括支援センターにつなぎ、共同でフォローしていくこととしている。

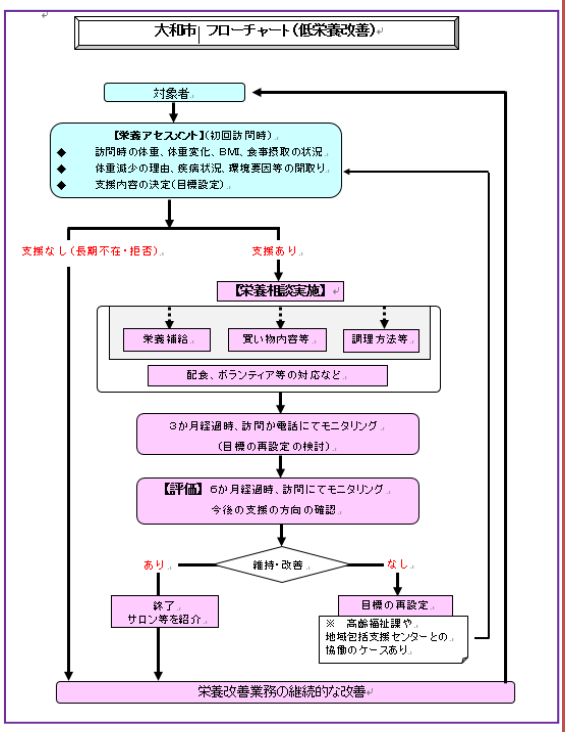
現状、高齢・介護部門には管理栄養士は配置されていないが、低栄養の問題以外にも地域における栄養に関する課題は多く、その活動の需要は高い。そこで地域ケア会議に出席することで地域の

多職種と関係性を構築し、栄養・食事に関する課題に対して協働して取り組むことを伝えている。

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

- 訪問成立率をさらに向上させるため、自身では気づきにくい低栄養の危険性について、さらなる普及啓発の必要性を感じている。
- 高齢者は複合的に疾病を抱え、生活状況も多様であり、栄養管理の留意点が複雑である場合も多い。かかりつけ医や他職種と連携を図りながら、適切なアセスメント、課題の設定、相談が実施できる人材育成・スキルアップに努めなければならない。
- 事業対象者のうち、外部との交流が少なく、家に閉じこもりがちの者は悪化する傾向にあった。高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を念頭に、介護保険課や高齢福祉課と協働しながら高齢者の「通いの場」を把握・活用し、高齢者を外へ連れ出す提案力を向上させる必要がある。



（2）今後の方向性

数年間訪問事業を企画・実施・評価のサイクルを回す中で、地域における高齢者の生活背景と健康上の課題が明らかになってきた（例：食料品店舗が少ない地域に低栄養対象者が多い、独居高齢男性は閉じこもり・フレイルのリスクが高い等）。特に栄養の問題には、口腔の問題と関連が強いことも明らかであったため、管理栄養士による訪問栄養指導と歯科衛生士による口腔指導を組み合わせる取組もはじめている。

こうした複合的な課題に対応するためにも、今後は高齢者の特性を踏まえた保健事業と介護予防を一体的に実施することが必要であり、より一層介護部門とも一体的に事業に取り組んでいく予定である。まずは、地区社協が運営している「ミニサロン」や「認知症カフェ」等と保健事業とのコラボレーションや、高齢者の通いの場となっている場を把握してニーズを捉え、その場を活用した保健事業の展開等について検討している。

三重県津市　＜栄養＞

事業の特徴

- 地域の身近な場を活用しての相談受付体制の構築
- 地域全体の社会資源発掘のための会議と連動しての保健事業の実施

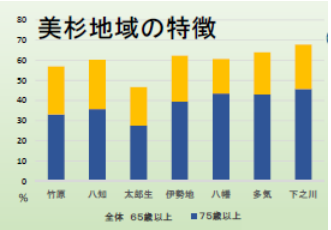
三重県津市の概要

人口 （平成 30 年3月31 日時点）	279,857 人	高齢化率 （平成 30 年3月31 日時点）	28.72%
後期高齢者医療被保険者数 （平成 30 年3月31 日時点）	41,380 人	年間 1 人当たり医療費 （平成 30 年 3 月 31 日時点）	861,369 円
事業担当部署	健康福祉部健康づくり課		
[参考]特定健診実施率 （平成 28 年度）	40.4%	[参考]特定保健指導実施率 （平成 28 年度）	13.2%

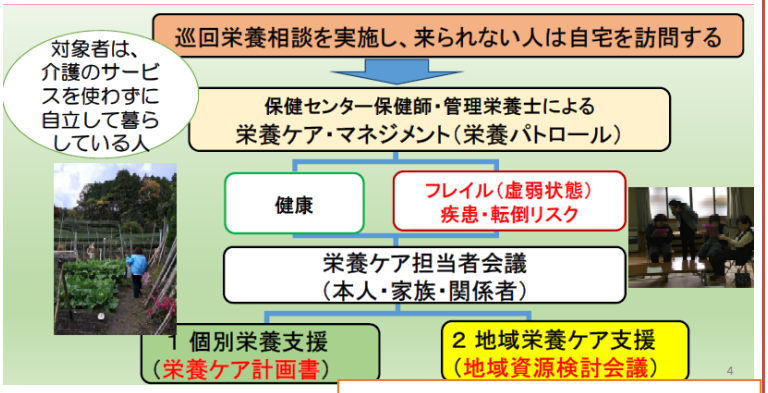
事業の概要

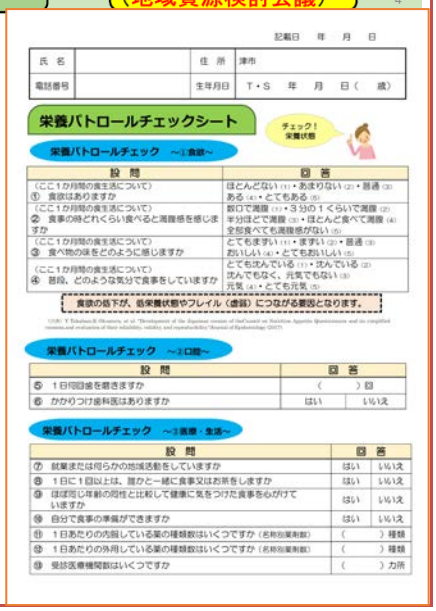
（1）「栄養パトロール」とは

三重県津市では、従来より、地域の人口減少、高齢化率が上昇していた。中でも山間部に位置する美杉地域については、交通の便が悪く、病院が遠い、福祉サービスが不足している、買い物の場所が少ない、遠い等の課題があり、高齢者が住み慣れた家で最期まで暮らし続けられる地域づくりの必要性に迫られていた。



そこで、津市では高齢者の特性を踏まえ、低栄養、筋力低下等による心身機能の低下（フレイル：虚弱状態）等の予防、生活習慣病等の重症化予防のために、高齢者の栄養状態を把握し、個別支援を実施すること並びに集団での対策を検討することの両輪による栄養パトロール事業を展開することとした。




記載日　年　月　日

氏名		住所	津市
電話番号		生年月日	T・S　年　月　日（　歳）

栄養パトロールチェックシート

チェック！栄養状態

栄養パトロールチェック ～1:食欲～

設問	回答
（ここ1か月間の食生活について） ① 食欲はありますか	ほとんどない (1)・あまりない (2)・普通 (3) ある (4)・とてもある (5)
（ここ1か月間の食生活について） ② 食事の時どれくらい食べると満腹感を感じますか	数口で満腹 (1)・3 分の 1 くらいで満腹 (2) 半分ほどで満腹 (3)・ほとんど食べて満腹 (4) 全部食べても満腹感がない (5)
（ここ1か月間の食生活について） ③ 食べ物の味をどのように感じますか	とてもまずい (1)・まずい (2)・普通 (3) おいしい (4)・とてもおいしい (5)
（ここ1か月間の食生活について） ④ 普段、どのような気分で食事をしていますか	とても沈んでいる (1)・沈んでいる (2) 沈んでもなく、元気でもない (3) 元気 (4)・とても元気 (5)

↓　食欲の低下が、低栄養状態やフレイル（虚弱）につながる要因となります。　↓

栄養パトロールチェック ～2:口腔～

設問	回答	
⑤ 1日何回歯を磨きますか	（　）回	
⑥ かかりつけ歯科医はありますか	はい	いいえ

栄養パトロールチェック ～3:機能・生活～

設問	回答	
⑦ 就業または何らかの地域活動をしていますか	はい	いいえ
⑧ 1日に1回以上は、誰かと一緒に食事又はお茶をしますか	はい	いいえ
⑨ ほぼ同じ年齢の同性と比較して健康に気をつけた食事を心がけていますか	はい	いいえ
⑩ 自分で食事の準備ができますか	はい	いいえ
⑪ 1日あたりの内服している薬の種類数はいくつですか（名称別薬剤数）	（　）種類	
⑫ 1日あたりの外用している薬の種類数はいくつですか（名称別薬剤数）	（　）種類	
⑬ 受診医療機関数はいくつですか	（　）カ所	

（2）事業の対象者

個別支援の対象者は、美杉地域で行われているサロン・集まりに来る高齢者であり、そこで設けた栄養相談窓口において、BMI20 未満、基本チェックリスト（暮らしぶり 3 点以上、運動機能 2 点、栄養 2 点以上、設問 1～20 の合計が 10 点以上）、栄養パトロールチェックシート（食欲の指標 14 点以下）などから総合的に評価し、低栄養や心身機能低下（フレイル）リスクが把握できた者とした。

（３）個別栄養支援

上記基準に該当した人に対しては、保健師・管理栄養士・歯科衛生士等がより詳細な栄養スクリーニング・栄養アセスメントを実施し、健康状態や受診・服薬、生活習慣等を把握した。その結果をもとに高齢者と話し合い、高齢者自らが望む暮らし（どのように生きたいのか、どのように生活したいのか）を意識するため、個別栄養ケア計画書を作成した。その後、月１回栄養相談を３か月間実施した。

なお、個別栄養ケア計画の効果を測るために、初回の栄養相談から６ヵ月後に、再度栄養アセスメントを実施した。

様　栄養パトロール結果

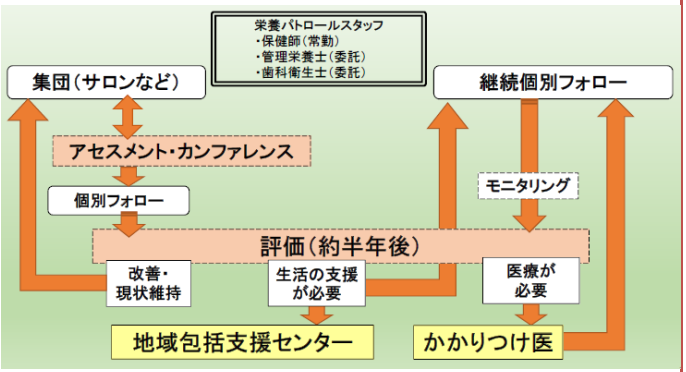
測定項目		測定日 年　月　日	測定日 年　月　日	めやす
運動機能	開眼片足バランス（秒）	右 左	右 左	男性13.9秒以上 女性15.1秒以上 （介護予防マニュアル参考）
	握力（kg）	右 左	右 左	男性27.1kg以上 女性18.6kg以上 （介護予防マニュアル参考）
	指輪っかテスト	囲めない ちょうど囲める 隙間ができる	囲めない ちょうど囲める 隙間ができる	「囲めない」か 「ちょうど囲める」 （あなたの健康百科参考）
栄養状態	身　長	cm	cm	
	体　重	kg	kg	標準体重 身長（m）×身長（m）×22
	BMI（kg/㎡）			20以上25未満
口腔機能	パ・タ・カ を何回言えるか（オーラルディアドコキネシス）	パ　回 タ　回 カ　回	パ　回 タ　回 カ　回	１秒間に４回以上
	RSST（唾液飲み込みテスト）	回	回	30秒間に3回以上 （介護予防マニュアル参考）
体の調子	血圧（mmHg）	／	／	150/90未満 （日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン2014参考）
	自分の健康状態をどう思うか（主観的健康感）	①よい　②まあよい ③ふつう　④あまりよくない ⑤よくない	①よい　②まあよい ③ふつう　④あまりよくない ⑤よくない	
栄養パトロールチェックシート		点	点	15点以上
		①（　点） ②（　点） ③（　点） ④（　点）	①（　点） ②（　点） ③（　点） ④（　点）	設問①から④で１４点以下の場合は要注意
基本チェックリスト		点	点	10点未満
		1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12・13・14・15・16・17・18・19・20・21・22・23・24・25	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12・13・14・15・16・17・18・19・20・21・22・23・24・25	項目6～10の合計が3点以上 項目11～12の合計が2点 項目13～15の合計が2点以上 項目1～20の合計が10点以上は要注意
あなたの将来の希望		5年後、10年後、どのような生活を送っていたいですか？		

（４）事業実施体制

栄養パトロールでの栄養相談については、市の保健師並びに委託の管理栄養士と歯科衛生士が実施した。

栄養パトロールを実施する中で、体調不良が続く場合や内服管理ができていない場合はかかりつけ医に相談し、生活支援や介護サービスが必要な場合は地域包括支援センターに連絡し相談をした。

庁内の役割分担については、高齢者のライフサイクルに沿った適切な支援ができるように、地域包括支援センターを総括する「地域包括ケア推進室」や国民健康保険と後期高齢者医療制度を担当する「保険医療助成課」と情報共有を行った。



また、かかりつけ医・歯科医への情報提供様式を作成し、連携を図った。

管理栄養士と歯科衛生士は、市主催の栄養パトロール事業について学ぶ人材育成研修を受講した人であり、個人契約を締結した。

事業結果と効果

（１）事業を通じて明らかになったこと

栄養パトロールによって、低栄養・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ことが分かった。高齢者の体調の変化に早期に気づき重症化させないためには、地域の見守り体制の構築の必要性が感じられた。

また、一人暮らし高齢者だけでなく、子どもや孫と同居する高齢者でもに低栄養・フレイルのリスクが高いケースがあったことから、世帯全員へのアプローチが必要であることも明らかになった。

（２）参加者に見られた変化

平成 29 年度、参加した 188 人について、事業の前後で各種指標を測定したところ、個別栄養支援では、集団健康教育の事前事後のＭＮＡ値（簡易栄養状態評価表）にほとんど変化はなかった。

なお、個別栄養支援やサロンなど集団の場で見えてきた高齢者の現状と課題について、地域住民と関係者に知ってもらい、共に対応を考える場を作るため、地域栄養ケア会議を開催した。会議の場では一人暮らしは食生活が乱れやすくなることや男性が出かける場が少ないことなど、地域の現状を確認する機会となり、何とかしたいという思いを形にする場となった。出された課題への対応として、男の健康料理教室や体操教室の開催や、地域の見守り人材育成研修会の開催につながった。

その結果、市民が自分の体調を早期に気付くことができ、地域包括支援センター等と連携を図ることで、早期介入し重症化予防に繋がったケースもあった。

（３）医療機関や介護部門との連携の促進

地域栄養ケア会議のメンバーとして、医師や包括支援センター、社会福祉協議会職員に参加してもらうことで課題解決への方法を相談し実行できている。

また社会福祉協議会とは、地域サロンの支援や地域の人がお互いに見守りあえる体制づくりを目指して連携を図っている。

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

高齢者に対する事業であるため、栄養アセスメントでは、できるだけ本人からの聞き取りにより情報収集をしていたが、それだけでは、相談に必要な疾患名や服薬状況が正確に把握できなかった。そのような医療の情報、また、健診の結果等のデータに関しては、後期高齢者広域連合との連携により、迅速に把握することが効率的な事業展開のためには有効である。

栄養パトロールで個々の高齢者に対応するものの、高齢者と直接接する期間はわずかである。そのため、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見守り人材育成研修が重要であり、継続するためのフォローアップ研修が必要である。

（２）今後の方向性

高齢者の低栄養・フレイルや生活習慣病の重症化を防ぐためには、特定健診世代の生活習慣病予防が最優先である。また、後期高齢者世代のこれまでの事業は地域包括ケア推進室が中心となって実施してきている。さらに健康づくり課が地域住民に対し、生活習慣病や低栄養・フレイル予防の視点で地域包括支援センターや社会福祉協議会と一緒に関わることで、高齢者の健康づくりをより一層進めていくことができると思われる。

このような体制を構築していくためには、地域住民である地域サロン世話人や自治会、民生児童委員、ヘルスボランティア等に低栄養・フレイル予防の冊子を活用して、高齢者の健康づくりに関心を持ち、理解できる人を増やし、高齢者を地域で見守る活動を広めていくことが必要である。

さらに、低栄養・フレイルのリスクが高いあるいはその状態になっている人に対しては、重症化しないよう医師会や歯科医師会等関係機関との連携を速やかに行うことが必要である。そのためにも、対象者の絞り込みや評価について、後期高齢者の健康診査結果や国民健康保険のレセプトデータ等を活用していきたい。

新潟県後期高齢者医療広域連合＜口腔＞

事業の特徴

- 新潟市の協力を得て、要介護認定結果の通知に事業案内を同封
- 健診の結果はケアマネジャーにも提供し、その後のケアプランに反映

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）「在宅要介護者歯科保健事業」とは

平成 27 年２月に新潟県が作成した「新潟県の歯・口腔の健康づくり施策の実施状況」には、要介護者・障害者の現状と課題で、次のとおり記載されている。

- 要介護高齢者等が必要な歯科治療や口腔ケアを受けておらず、歯・口腔に問題を抱えていることが多い。

歯科治療や専門的な口腔ケアが必要な要介護者		実際に歯科治療等を受けた要介護者
89.4%	⇔	26.9%

（平成 14 年厚生労働科学研究：新発田市で調査）

- 入院中の口腔ケアが、退院後も在宅で継続されないことが多い。
- 要介護者を取り巻く関係者の連携体制の整備が課題である。

歯科は「食事をおいしく味わって食べる」「楽しく会話する」など、私たちが生来享受すべき営みを守り、生きがいをもった日常生活を送るうえで欠かせない「生きる力」を支える。口腔ケアや口腔機能維持が誤嚥性肺炎に対する明白な予防効果については、多くの科学的根拠により示されており、新潟県後期高齢者医療広域連合では、平成 26 年度にモデル事業として行った後期高齢者歯科健診について、平成 27 年度から本格実施を始めた。

歯科健診会場や歯科医療機関に足を運ぶことができない要介護者については、新潟県が、在宅において歯科健診や歯科保健指導等を実施していたが、政令市である新潟市は新潟県事業の対象から外れていた。そのため、新潟市では、平成 4 年から訪問歯科健診・歯科保健指導を行っていたが、平成 27 年３月に終了した。

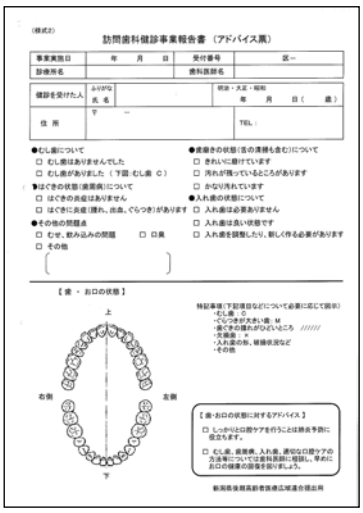
新潟市の後期高齢者は、新潟県後期高齢者の３分の１を占める。新潟県後期高齢者の口腔機能の維持回復と健康維持を図るため、新潟市の要介護者に対する訪問歯科健診・歯科保健指導は必要と考

え、新潟市で実施していた事業ノウハウや実施方法等を引き継ぎ、新潟市在住の後期高齢者のうち、通院による歯科保健医療サービスを受けることが困難な要介護者に対して、在宅で歯科健診や歯科保健指導等を行うこととした。

（２）事業の対象者

本事業は、要介護度３・４・５と認定され、１人で通院できない、新潟市内に住所がある在宅の人を対象に年１回の実施とした。広域連合では介護認定の情報がなく、対象者の抽出ができないため、高齢者宛に直接事業の案内等を送付することはしなかった。その代わり、新潟市に協力してもらい、要介護３～５の介護認定結果通知書にチラシを同封した。また、居宅介護支援事業所には別途手紙で事業を周知した。これらの情報をもとに、本人・家族からの申請もしくはケアマネジャーからの申請代行により事業参加者を募った。

なお、ケアマネジャーが申請を代行した場合は、業務委託を受けた新潟市歯科医師会から、ケアマネジャーの所属する居宅介護支援事業所に手数料を支払った。



（３）在宅要介護者歯科保健事業の具体的な内容

在宅要介護者歯科保健事業では、歯科医師及び歯科衛生士が高齢者宅を訪問し、歯科健診を実施するとともに、その結果を通知し、必要な口腔ケア指導と健康教育を実施した。高齢者宅においてもアドバイスとして、右のような結果票を渡した。

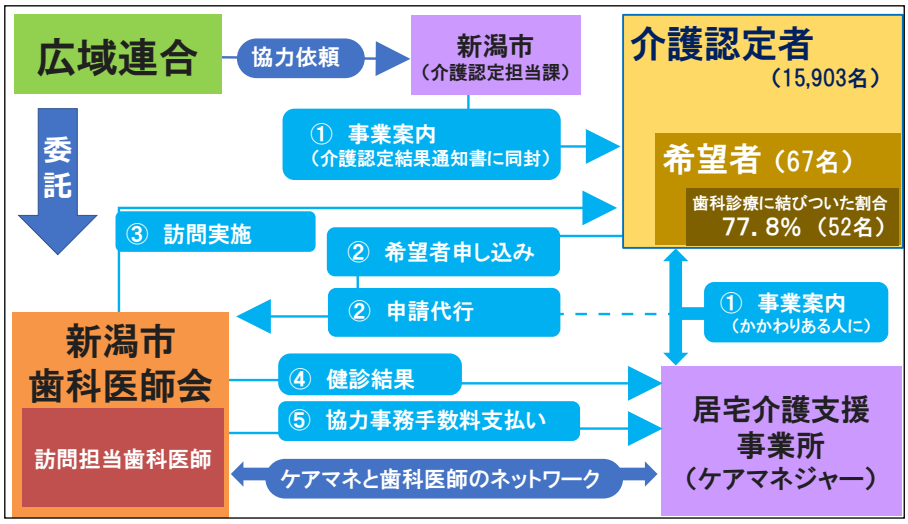
（４）事業実施体制

新潟県後期高齢者医療広域連合は、本事業の実施を、新潟市歯科医師会に委託した。歯科医師会では訪問の申請の受付から、訪問を担当する歯科医師・歯科衛生士の手配、実施した歯科医師等への費用支払について担当した。

申請書には「希望する歯科医院」を記入する欄もあるため、健診後の医療へのつなぎがスムーズに行えた。

なお、新潟市歯科医師会には申請書及び高齢者やケアマネジャーに提供する健診結果を記入したアドバイス表の作成にあたっても助言いただいた。

＜在宅要介護者歯科保健事業　実施体制図＞



広域連合としてはそれ以外に、新潟市の介護認定担当課に対し協力依頼をし、要介護認定結果の通知書の送付が必要な場合には、本事業のチラシを同封してもらうことを依頼、快諾を得た。また、居宅介護支援事業所に対しては、郵送で事業周知を行い、できるだけ多くの参加者を確保できるように努めるとともに、新

潟市居宅介護支援事業者連絡協議会の研修会にて、参加者に対し、事業の周知チラシを配布した。

事業結果と効果

（1）事業参加者の状況

平成 29 年度は、67 人に対し、在宅要介護者歯科保健事業を実施した。申請者の 8 割がケアマネジャーからの申請代行であった。

＜参加者の性別・年齢内訳＞

	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	2人	7人	7人	4人	20人
女性	0人	4人	6人	16人	21人	47人
合計	0人	6人	13人	23人	25人	67人

（2）参加者に見られた変化

訪問した者について、広域連合において分析をしたところ、要治療の診断があったもののうち、事業実施後の次年度の５月までに歯科診療につながった割合は 77.8%であった。

（3）医療機関や介護部門との連携の促進

訪問した高齢者については、それぞれのケアマネジャーに歯科健診の結果を提供した。その後の動向を調べるために、受診後のアンケートをケアマネジャーに対して実施したところ、67 人中 38 人について回答が得られた。アンケートの中では、「ケアプランに口腔ケアを取り入れた又は取り入れる予定」との回答も 14 件（20.9%）得られた。

また、訪問歯科健診を担当した歯科医師からは、ケアマネジャーとのネットワークができたという声が寄せられた。新潟市主催のワークショップや情報交換会等で、口腔ケアや口腔機能維持の重要性を話し合うことで、ケアマネジャーから歯科医師へ、直接問い合わせがくるようになったとのことであった。

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

広域連合で要介護認定情報を把握していないため、対象者が具体的に誰になるかを特定することができなかった。そのため、事業参加者の募集は、ケアマネジャーへの周知、申請代行に頼らざるを得ず、実際にケアマネジャー経由の申請が８割を占めたが、ケアマネジャー全体における認知度は決して高いとは言えず、さらなる周知が必要と考える。しかし、一部のケアマネジャーは口腔ケアの重要性を十分理解しており、勧奨してくれているが、実際に介護を行う家族は他の身体介護等で既に負担は大きく、口腔ケア等にまで気がまわらないことがある。認知機能が低下している高齢者であれば、なおのこと日々の口腔ケアは介護者の負担になるようであり、それも申請が伸びないひとつの要因であったと思われる。

（2）今後の方向性

事業案内のチラシは、新潟市歯科医師会全会員の歯科医院に置いてもらうようにしていた。家族が通院して、チラシ等を見る可能性もあるので、今後も継続して歯科医院に対して事業の周知やチラシの設置に協力してもらう必要があると考えている。

また、本事業の効果をより高めていくには、健診実施後にケアマネジャーによってケアプラン等への訪問歯科健診結果を活用してもらうことが重要である。ただし、家族の意識高揚と家族による支援の継続が必須と考えるため、あせらずに進めていきたい。

新潟県後期高齢者医療広域連合　＜服薬＞

事業の特徴

- 薬剤師会と相談し、対象者の抽出基準を設定
- 服薬相談で訪問を担当した薬剤師とかかりつけ薬局の間での情報共有を実施

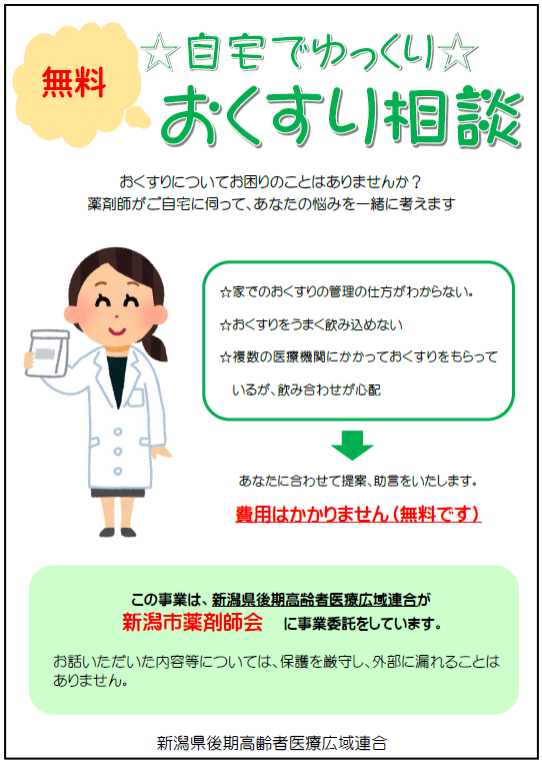
広域連合の概要

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）「服薬相談事業」とは

新潟県後期高齢者医療広域連合では、第１期データヘルス計画策定の過程において、平成 26 年８月～11 月の４か月で、同月中に、同系の医薬品が複数の医療機関で処方され、かつ、同系の医薬品の日数合計が 60 日を超える人を対象として分析したところ、実人数 6,200 人が該当した。また、同月中に併用禁忌とされる薬剤を処方された人を対象として分析したところ、実人数 4,654 人が併用禁忌の可能性があることが明らかになった。この分析結果をもとに新潟県薬剤師会に、医療のかかり方として、重複頻回受診や残薬等が生じやすいという後期高齢者の課題を説明し、薬剤師という専門職によるアウトリーチによる服薬に関する確認や相談、調整の必要性について共通認識を得た。



本来、服薬管理は、日常的に被保険者と接するかかりつけ薬局等、保険薬局窓口の支援により行われることが望ましい。後期高齢者がどのような背景により重複投薬・併用禁忌処方・残薬等の問題が生じており、解決するために有効な手段は何かを探るため、新潟県後期高齢者医療広域連合では、新潟県薬剤師会の助言のもと、平成 29 年度から新潟市薬剤師会に業務を委託し、薬剤師が被保険者宅を訪問する服薬相談事業を実施することとした。

（2）事業の対象者

事業の目的は、被保険者の適正な服薬を促し、日常生活の改善及び健康の保持増進を図るとともに、自己負担額の軽減や医療費の適正化を図ることとした。加えて、後期高齢者が服薬に関する課題を持ちうる背景を探るため、より多くの被保険者から事業対象者を抽出できるよう、被保険者の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。

よって、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、抽出基準は平成 29 年 1～3 月の調剤レセプトにおいて、連続して同月の受診医療機関が 2 か所以上で、薬価基準収載医薬品コード上 4 桁が同じ薬剤が処方されている重複投薬等、服薬の相談・調整が必要と思われる人とした。3 か月連続としたのは、風邪やケガ等一時的に重複投薬等の状況が生じた場合を除くためであり、薬価基準収載医薬品コード上 4 桁としたのは、上 4 桁が日本標準商品分類コードの 87 を除いた数字で薬効を表すため重複投薬等の処方が生じている者を機械的に抽出できるという新潟市薬剤師会の助言に従ったものである。この基準により抽出したところ、該当者は 1,545 人であった。対象者が多数であったため、注射剤及び外用剤により抽出された者を除外し、内服薬のみにしぼった結果、該当者は 679 人になった。なお、事業の実施地域である新潟市の後期高齢者医療担当部署に依頼し、施設入所者やそれ以外の事由で参加勧奨が望ましくない者が含まれていないかの確認を行った。

より必要性が高い対象者に、早い段階で確実に訪問相談が実施できるよう、該当者 679 人の処方内容を薬剤師が審査し、リスクの高い順に A・B・C に分類した。新規事業であったことから事業参加率が予測し得なかったため、A 群から郵送により参加勧奨を行い、その返送の状況に応じて、B・C 群に対する参加勧奨を行った。

●A 群

複数の医療機関から明らかな同種同効薬（消化性潰瘍治療薬・降圧薬・糖尿病治療薬・抗不安薬など）が重複して処方されている場合や、健康上の影響が大きいと思われるケース（149 人）

●B 群

複数の医療機関から同効薬が処方されているが、鎮痛薬の定期の処方と頓用の処方の併用、睡眠薬と抗不安薬の併用など、臨床的には容認されうる、健康上の影響が小さいと思われるケース（109 人）

●C 群

抽出条件には適合するが、骨・カルシウム代謝薬の併用療法（3 剤まで）、複数の分類の降圧薬や糖尿病治療薬の併用、利尿薬の併用など、臨床的に頻繁に見られ健康上の影響が軽微であろうと思われるケース（421 人）

（3）服薬相談の具体的な内容

各訪問薬剤師が、担当する被保険者に電話等により連絡し、希望する日時に被保険者宅を 1 回訪問した。個々の状況により相談に応じ、その内容は、下記のとおり多岐に渡った。

【具体的な相談内容】

- 処方されている薬の薬効、副作用の情報提供
- 重複状況の説明
- 保険薬局、薬剤師の役割の説明
- 残薬調整
- 薬剤管理の助言
- 非薬物療法の助言
- OTC、健康食品の助言
- 介護サービスの助言

訪問の際には、被保険者の薬剤管理状況や本人・家族の希望により、お薬カレンダーもしくはお薬整理箱を配布した。

＜訪問時の持参品＞

- □ 名札
- □ 事業参加申請書の写し
- □ 訪問指導実施報告書
- □ 高齢者の低栄養防止・重症化予防等事業質問項目
- □ お薬手帳用　訪問実施シール
- □ 郵便はがき
- □ クリアファイル
- □ 服薬支援グッズ
  （お薬カレンダー・お薬整理箱）
- □ お薬手帳

（4）事業実施体制

本事業に関する新潟市薬剤師会への委託内容は、会員薬剤師による訪問相談の実施のみならず、対象者の抽出方法や条件等、事業全般についての企画も含めており、共同で実施してきた。

新潟市薬剤師会に委託したことで、専門的な知見から企画・立案ができたことはもちろんだが、会員薬局への事業周知や訪問相談終了後の協力が得られたことは、被保険者にとって大きな成果だった。後期高齢者は、多医療機関受診、多剤処方、残薬が生じやすいという課題がある。訪問相談終了後も専門職による継続した見守り・支援が必要なことから、訪問相談時には、相談結果をシールに記載し、お薬手帳に貼付することでかかりつけ薬局等と共有することとした。かかりつけ薬局等では、その情報を受けてどのような対応をしたかをはがきで新潟市薬剤師会に報告してもらった。

＜お薬手帳用　訪問実施シール＞

新潟県後期高齢者医療広域連合委託事業
☆自宅でゆっくり☆おくすり相談報告
相談内容　　（　年　月　日）
□保険薬局・薬剤師役割　□薬効・副作用
□薬剤管理　□非薬物療法　□OTC・健康食品など
□介護保険・サービス
□重複疑い薬剤（　　）
□残薬確認
（薬剤名　　数量　　）
（薬剤名　　数量　　）
（薬剤名　　数量　　）
（薬剤名　　数量　　）
（薬剤名　　数量　　）
□服薬支援グッズ配布（お薬カレンダー・お薬ボックス）
□その他（　　）
※これまでの患者背景を把握しきれていません。詳細はご本人（代理の方）にご確認をお願いします。
新潟県後期高齢者医療広域連合
新潟市薬剤師会

また、新潟市薬剤師会主催の会員薬剤師を対象とする学術講演会にて、本事業や新潟県における後期高齢者の薬に関する課題を説明する機会を得た。このことの意義は大きく、訪問相談に携わらない薬剤師に対しても、薬局窓口での後期高齢者への対応時の配慮をお願いすることができた。加えて、新潟市薬剤師会が日本薬剤師会学術大会にて本事業の報告を行ったことにより、国内の多数の薬剤師にも後期高齢者が抱える問題について啓発することができた。

事業対象地域である新潟市の後期高齢者医療担当部署には、抽出した被保険者が事業対象者となりうるかについて被保険者情報の確認を依頼するとともに、参加勧奨のチラシには、問い合わせ先として後期高齢者医療担当部署の連絡先を併記させてもらった。これは、問い合わせ対応を担ってもらうとともに、被保険者に新潟市も承知している事業だと示すこととなり、被保険者の安心感につなげる

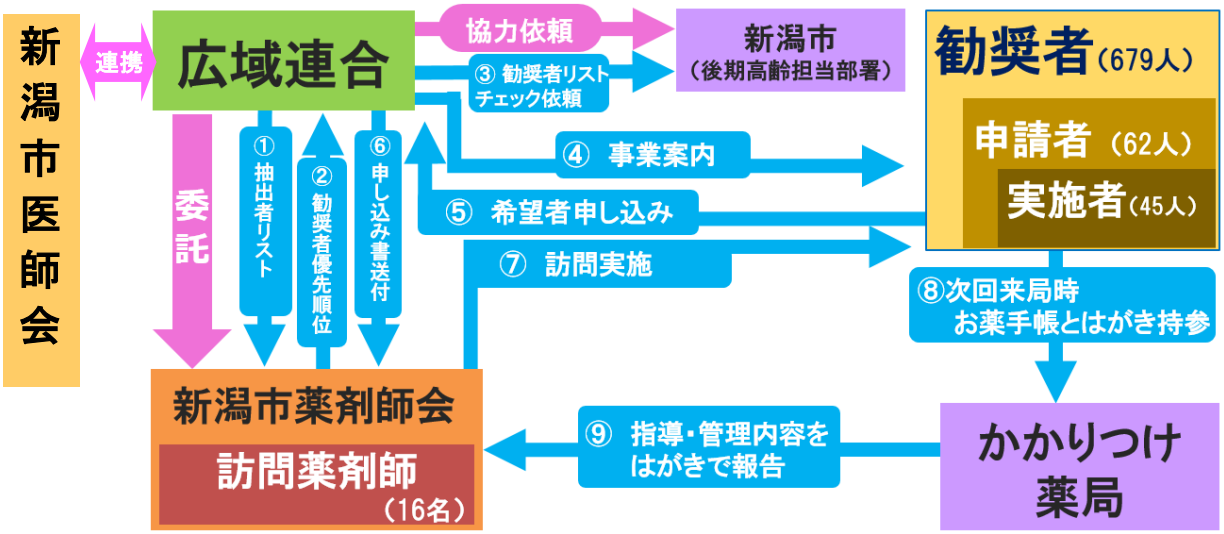
ためであった。また、チラシを受け取った被保険者が各区役所、出張所等の窓口にいく可能性があるため、市役所内部での事業周知を図り、被保険者の問い合わせに確実に対応できるよう体制をつくってもらった。

市内の地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所に対しては、広域連合から事業概要を記した案内を送付し、利用者が本事業に参加する可能性があることについて周知をし、場合によっては事業参加を促すよう協力を依頼した。

（5）医師会との連携

新潟市医師会には、事業の企画段階から相談し、趣旨について理解を得ることができた。また、医療機関等への周知について助言を得た。事業結果についても逐次報告し、共有を図っている。

＜服薬相談事業　実施体制図＞



事業結果と効果

（1）事業参加者の状況

平成 29 年度は、45 人に対し、服薬相談を実施した。郵送での参加勧奨による申し込みだけではなく、居宅介護支援事業所からの紹介による事業参加者も 1 人いた。

＜参加者の性別・年齢内訳＞

	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	7人	4人	2人	20人
女性	0人	8人	9人	7人	1人	25人
合計	0人	15人	16人	11人	3人	45人

本事業では、訪問薬剤師からかかりつけ薬局等へのつなぎツールとして、お薬手帳とはがきを使用したが、参加者 45 人中 25 人分のはがきの返信があった（回収率 55.6%）。お薬手帳に記載した内容を受けて薬局が行った対応は以下のとおりであった。

- 訪問時の相談内容を確認した
- 薬局にて必要な管理・指導を実施した
- 残薬を調整した
- 継続的に、重複処方回避、薬剤の適正使用等に必要な指導を行った

（2）参加者に見られた変化

季節の違いによる効果の違いを考慮しなくていいよう、抽出月から 1 年後の平成 30 年 1～3 月の

調剤レセプトにより効果検証を行った。訪問相談の参加者 45 人のうち、抽出基準であった「3 か月連続して同月の受診医療機関が 2 か所以上で、薬価基準収載医薬品コード上 4 桁が同じ内服が処方されている」という要件にあてはまらなくなった人は 24 人であった（改善率 53.3%）。また、改善者の調剤医療費を抽出時の 3 か月と効果検証の 3 か月で比較したところ、1 人当たり月額 26,106 円の削減効果があった。

（3）医療機関や介護部門との連携の促進

事業の実施については、居宅介護支援事業所に対しても案内を行ったことにより紹介を受け、1 人に対して訪問相談を行った。

訪問相談の内容としては薬効・副作用に関する情報提供や薬剤管理の助言とともに、介護サービスについての助言も行った。

訪問した薬剤師がお薬手帳を通じてかかりつけの薬局に対して情報提供をし、継続的な支援を呼びかけた。これにより、地域の薬剤師の意識の向上と、訪問した薬剤師とかかりつけ薬局で事業対象者への途切れない支援が行われた。

また、事業対象者の服薬状況を細かく確認してもらうことにより、薬剤師に後期高齢者の服薬の現状をより深く理解してもらうこともできた。

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

参加勧奨の案内を郵送して、訪問相談の申し込みを受け付ける方法をとったものの、それによる参加者は、1 割に満たなかった。参加率が低くとどまったのは、服薬相談の重要性に関する啓発不足、高齢者を狙った還付金等の詐欺事件の横行、被保険者と同居家族等の服薬に関する共通認識の不足等、様々な要因が考えられる。事業の目的である被保険者の適正な服薬、日常生活の改善、健康の保持増進、自己負担額の軽減及び医療費の適正化のため、保険者としてこれらの要因に対し的確に対応することはもちろんだが、かかりつけ薬局等の窓口での薬剤師からのさらなる働きかけが重要であると考えている。

なお、相談を行った人の中には、院内処方のみで処方が重複しているケースもあった。本事業はお薬手帳を通じてかかりつけ薬局等と結果共有を図ったが、院内処方でお薬手帳を利用しない場合には、継続支援を行うことが難しかった。

事業参加者が持参したはがきを、かかりつけ薬局等から新潟市薬剤師会へ返送してもらったが、返送率は 55.6%で、この実績は、相談後にも対象者が服薬に関して高い関心をもっていることが伺えた。

（2）今後の方向性

事業参加が重要ではない。被保険者の適正な服薬管理によりもたらされる様々な効果が目的であることを見失わず、事業参加のない被保険者への支援と事業終了後の継続した支援を視野にいれながら、関係機関との連携を強化し、新潟県後期高齢者の健康寿命の延伸、QOL（生活の質）の向上を図っていきたい。

長崎県後期高齢者医療広域連合　＜服薬＞

事業の特徴

- 医師会も含め、事業内容等を協議する時間・回数を十分に確保
- 地域の保険薬局にて、事業対象者への声掛け、参加勧奨を実施

広域連合の概要

人口 （平成 30 年４月１日時点）	1,341,295 人	高齢化率 （平成 30 年 10 月１日時点）	31.65%
後期高齢者医療被保険者数 （平成 30 年４月１日時点）	216,003 人	年間１人当たり医療費 （平成２９年度）	1,090,623 円

事業の概要

（1）「多剤服薬者訪問相談モデル事業」とは

長崎県後期高齢者広域連合では、以前より医療費分析を行い、被保険者の中に多剤服用者が多いことが課題であると感じていた。そのため、平成 27 年度に、県薬剤師会と連携のうえ、訪問での服薬指導に取り組むことを企画し、具体的な方向性について話を詰めていた。

対象者の範囲、服薬指導のやり方等の枠組みを決め、県医師会に事業概要の説明に行ったところ、服薬指導は調剤薬局の本来の業務であり、薬剤師会が保健事業として服薬指導を行うのは二重になるのではとの指摘をいただき、事業内容の練り直しが必要となった。

平成 28 年度には、企画の段階から県医師会・薬剤師会ともに参画してもらい、改めて事業内容を検討した。その結果、地域の薬剤師会会員薬局において、多剤が疑われる人に対しての服薬指導というものではなく、多くの薬を服薬している後期高齢者における、残薬の状況や服薬管理上の問題などの実態把握を主とした相談事業として実施することになった。訪問型の事業としたのは、来局時では残薬の確認や服薬管理の方法などを、聞き取りだけでは判断できないため、自宅での実際の状況を見るためである。

（2）事業の対象者

ポリファーマシーとしては、5～6 剤以上ということが言われているものの、明確な定義があるわけではない。そのため、長崎県後期高齢者医療広域連合では、服薬指導の対象者をどの範囲にすべきか悩んでいた。

この点については、レセプトを基に被保険者の内服薬の調剤数を集計し、調剤数ごとの被保険者数一覧を作成した。その結果、県薬剤師会と事業が実施できる規模を検討し、最終的に内服薬が２か月連続して１５剤以上処方されている者を対象とすることとした。２か月連続してという条件は、慢性的に１５剤以上処方されている者を対象者とするため、臨時的に１５剤以上となった者を除くためである。

（3）服薬相談の具体的な内容

平成２８年度は、レセプトから抽出された対象者に対して、広域連合から事業への参加勧奨文書と同意書を送付し、同意書の提出により参加者を募った。実績は、８０７名に勧奨文書を送付し、７２名から同意書の返送があった。しかし、その中でも服薬に関する関心が高いから事業へ参加したと思

われる方が多く、服薬管理が概ねできている方がほとんどであった。そこで、平成２９年度は、レセプトから抽出された対象者のうち調剤数が多い者から、事業に協力できる保険薬局が声掛けするという方式に変更した。

訪問の内容は、残薬確認と服薬の管理に関する相談を主として行った。また、複数のお薬手帳を所持している者に対して、統合するなどの助言を行った。訪問時の結果については、お薬手帳に記載し、かかりつけ医と情報共有ができるようにした。

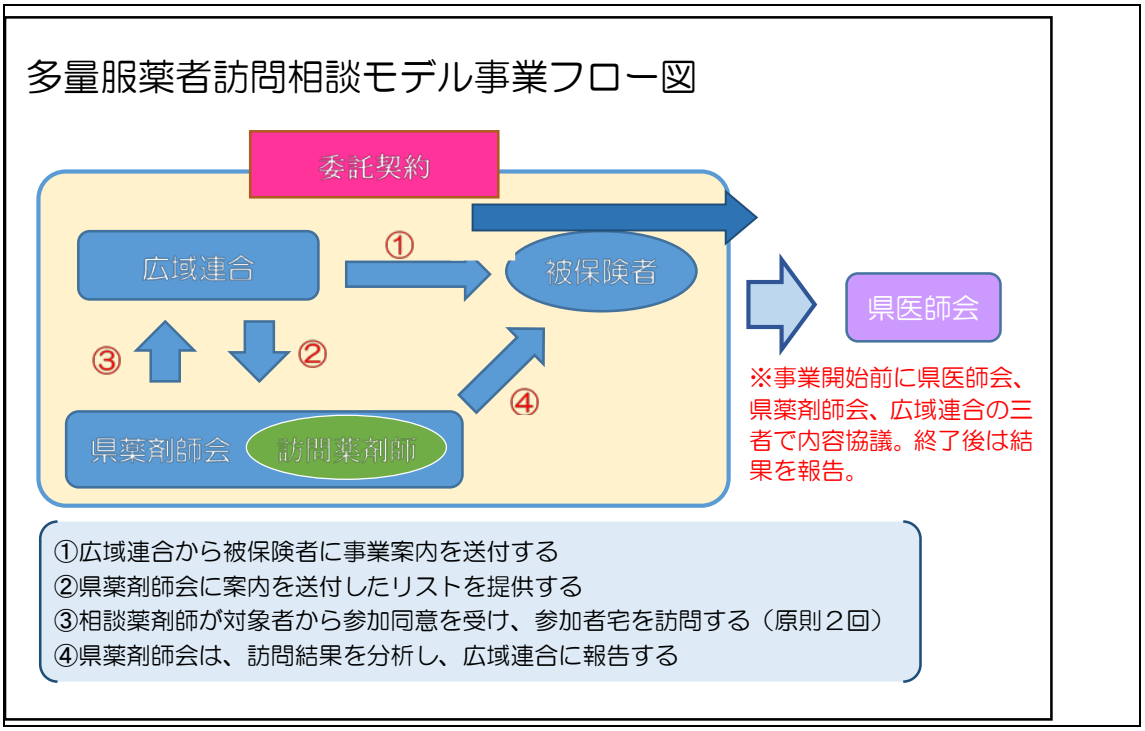
初回と２回目で残薬の変化や助言内容の改善状況などを比較し、事業の効果測定や評価に繋げた。

（４）事業実施体制

高齢者宅の訪問を行う薬剤師は、県薬剤師会の会員の中から選定し、訪問前に研修を行い、事業の標準化を行った。平成２８年度は５市３町を４つのブロックに分け、３４名の薬剤師で訪問相談を行った。平成２９年度は、１市追加して６市３町を対象とし、なるべく多くの薬剤師が事業に参加し、自宅の服薬管理の状況や多剤処方に関心を持ってもらえるように、薬剤師会会員薬局の中から協力できる薬局を募り、薬局から対象者に対して事業参加への声掛けを行った。

（５）医師会との連携

県医師会には、事業開始前に県薬剤師会の担当者とともに訪問し、事業の内容について相談した。その結果、平成 28 年度には、企画の段階から県医師会にも参画いただいた。事業実施後には県医師会に出向き、結果の説明を実施した。



事業結果と効果

（１）事業参加者の状況

平成 29 年度は、１００人に対し、服薬相談を実施した。一人あたり２回の訪問を予定していたが、入院等の参加者の事情により、２１人には２回目の訪問が行えなかった。

（2）参加者に見られた変化

１回目と２回目の訪問時に残薬を比較できた者が７６名となり、減った者が４６名、反対に増えた者が３６名いた。１回目の残薬総額は、556,787 円で、2 回目が 452,769 円であり、その差 104,018 円の減額が確認できた。

残薬について、参加者自身も気づいているが、なかなか処方医に伝えることができず、放置されていたケースも多く、本事業により訪問した結果をお薬手帳に記載したことで、処方医に残薬の情報が伝わり解消された者もいた。

また、重複投薬（同種同薬効）についても、1 回目 25 人から 2 回目 11 人へと減少していた。

（3）医療機関や介護部門との連携の促進

訪問相談業の内容としては、残薬や飲み忘れをなくすための管理方法、一包化の案内など、服薬管理を主として行った。その結果を、お薬手帳に記載することで、処方医に情報を提供した。また、県医師会に事業の広報を会員に対し、行ってもらったことで情報の共有ができ、残薬や重複薬の調整がスムーズにできた。

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

薬局での窓口業務が忙しく、訪問できる薬剤師が限られてしまうことや自宅を訪問されることへの抵抗感から、対象者に対して実際に訪問できる人数が少なかった。

しかし、訪問した人については、医療機関や薬局では残薬の状況について、言い出しづらく（飲み忘れを怒られる）きちんと飲んでると答えている場合も多く、自宅という参加者のリラックスできる状況であるため、残薬や服薬の悩みについて本音を訊くことができた。

診療時や薬局窓口での限られた時間では、本音で相談できない状況が考えられる。

（2）今後の方向性

服薬指導や服薬相談は、調剤薬局における本来業務ではあるが、薬局窓口では相談しにくい現状がある。そのため、訪問による服薬相談事業は多くの薬剤を服用する後期高齢者においては、今後も必要だと考えている。

まずは、県下全域で実施できる体制を長崎県薬剤師会と構築していく。また、対象者基準について、ガイドライン等を参考にし、長崎県薬剤師会と検討していく。

三重県桑名市　＜服薬＞

事業の特徴

- 転倒リスクを用いた対象者抽出
- 多剤投与、重複投与等、服薬環境の改善
- 地域の薬剤師会と連携した高齢者の服薬状況の把握と改善に向けた取組の実践

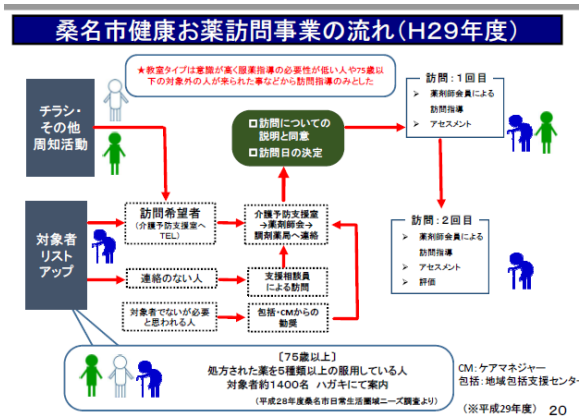
三重県桑名市の概要

人口 （平成 30 年４月１日時点）	142,791 人	高齢化率 （平成 30 年４月１日時点）	25.6%
後期高齢者医療被保険者数 （平成 30 年４月１日時点）	17,561 人	年間１人当たり医療費 （平成 30 年３月末）	865,712 円
事業担当部署	保健福祉部介護高齢課		
[参考]特定健診実施率 （平成 28 年度）	42.2%	[参考]特定保健指導実施率 （平成 28 年度）	9.3%

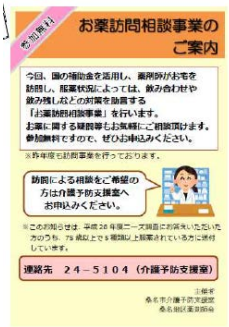
事業の概要

（1）「健康お薬訪問事業」とは

三重県桑名市の介護予防担当部署では、新規の要支援認定者等を対象に、多職種による「地域生活応援会議」（自立支援型個別ケア会議）を定期的に開催していた。その中で、高齢者の転倒や閉じこもり、認知機能低下等の問題の増加が目立ち、社会問題となりつつあった。特に、５ 種類以上の薬の服用は転倒リスクを高めるということも言われていたため、適切な薬物療法の実施には、窓口での投薬業務に加え、自宅などの服薬環境を把握するために訪問による服薬指導を実施し、高齢者の重症化予防に努めることは効果があるのではと考え、薬剤師会と連携して、「健康お薬訪問事業」を行うこととした。



「健康お薬訪問事業」では、①他科受診や多剤併用による重複投与の防止や副作用の早期発見、②服薬環境を把握し、服薬コンプライアンスの向上を図り、飲み残しを削減する、③転倒リスクの高い高齢者に対して、転倒リスクを高める、薬剤の変更・中止に関する情報提供を医師に行うことを目的とした。



＜はがき＞

＜案内チラシ＞

（2）事業の対象者

事業の対象者は、介護保険制度内で実施された桑名市日常生活圏域ニーズ調査において、Fall Risk Index が６点以上の者（右記参照）とした。

	はい	いいえ
この１年間に転んだことがありますか	5点	0点
背中が丸くなってきましたか	2点	0点
以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか	2点	0点
杖を使っていますか	2点	0点
現在、医師の処方した薬を何種類飲んでいますか	「5種類以上」:2点	

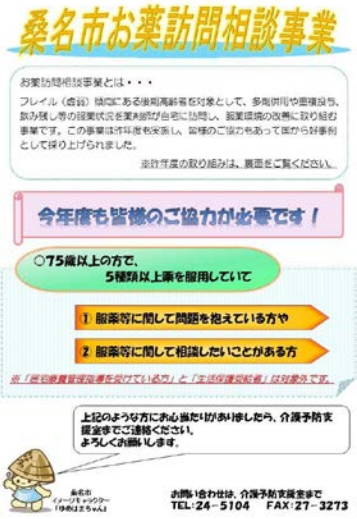
この基準で抽出された対象者は被保険者 16,000 人のうち、約 1 割の 1,400 人に上っていた。この 1,400 人に対し、事業案内のはがきを郵送し、訪問服薬相談を受けたいという人を募集した。

地域の薬剤師会のマンパワーでは、Fall Risk Index6 点以上という基準に回答する全員に訪問事業を実施できるわけではないため、本事業の参加予定者数を 200 人に絞り込み、事業を実施することとした。（平成２８年度）

平成 29 年度は、前年度の抽出基準では、服薬と転倒リスクの因果関係がはっきりとしないという問題が事業結果の考察時点で露呈したため、多剤投与や重複投与、飲み残し等の服薬環境の改善に焦点を当てることとし、桑名市日常生活圏域ニーズ調査における「服薬数が５種類以上」に該当する者とした。本事業の参加予定者数は、前年度と同様 200 人として事業を実施することとした。

（３）訪問服薬指導の具体的な内容

訪問希望があった場合には、桑名市介護高齢課から桑名地区薬剤師会に連絡し、薬剤師会が希望者に対して訪問の説明をすると同時に、訪問日と訪問を担当する調剤薬局を調整した。その結果を受けて、薬剤師が高齢者宅を訪問し、薬の保管場所や保管状況を確認するとともに、高齢者自ら服用薬剤について説明してもらい、適切な服用ができているのか、のみ残しがないのか等を確認した。また、服薬に関するアセスメントを行うと同時に、かかりつけ医に対しての情報提供用紙を作成し、指導した高齢者経由で渡してもらうこととした。



薬剤師による個別訪問は、訪問指導の効果を測るためにも、初回の訪問からおおむね６ヶ月後に再度行うこととした。

（４）事業実施体制

健康お薬訪問の実施は、事業の企画段階から桑名市介護高齢課と桑名地区薬剤師会とが調整を繰り返し、ある程度事業概要が固まった段階で、桑名地区薬剤師会に委託することとした。また、桑名地区薬剤師会より桑名医師会に対しても事業の説明を行い、了承を得た。

事業開始後も、事業を担当する薬剤師とは内容調整のための打合せを適宜実施した。

なお、平成 28 年度からモデル事業に取り組んでいた桑名市では、1 年目の経験より、はがきによる勧奨では、想定する参加者数に至らないと考え、訪問対象者をできるだけ多く確保するために、地域包括支援センターにも事業周知を行い、お薬訪問事業の必要性がありそうな人への勧奨を行う等の協力を得ることとした。

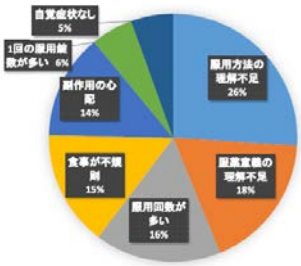
（５）医師会との連携

桑名医師会については、訪問服薬指導を行う旨を地域の会員医師に対して周知していただき、本事業の対象者について薬剤師が本事業で作成した情報提供用紙を持参もしくは郵送にて提出する可能性があることについて案内してもらうように依頼し、了承を得た。

事業結果と効果

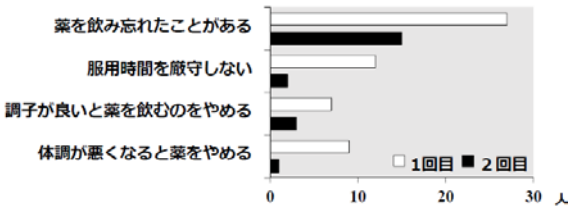
（1）事業を通じて明らかになったこと

様々な関係者を通じて事業の周知を行い、参加者を募ったものの、参加者は予定していた数よりは大幅に少なかった。しかしながら、参加者は少なくとも、高齢者の服薬状況の現状や課題が把握できる等の効果もあった。



（2）参加者に見られた変化

２年間のモデル事業を実践する中で、当初期待していた服薬数の減少による転倒予防リスクの低下に対しては顕著な効果は見られなかったものの、訪問をした高齢者の間では、目的としていた重複投与、飲み忘れの減少などの軽減に一定の効果が見られた。



（3）医療機関や介護部門との連携の促進

桑名市では、毎週水曜日に「地域生活応援会議」を実施しており、参加者は薬剤師、理学療法士、歯科衛生士、管理栄養士、ケアマネジャー等多職種にわたっている。そのため、服薬についての重要性はそれぞれの専門職も意識はしているところであったが、事業対象者の情報はケアマネジャーが多く持っていることを薬剤師が知るきっかけになったり、多職種・他業種のおける連携の重要性を再認識できる契機となった。また、事業結果から服薬管理能力に合わせた処方薬剤の用法等を医師連絡する等により、関係性も生まれるきっかけとなった他、改善内容に理解を示す医師もあり、本事業を通じて今後の連携促進への１歩となった。

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

今回はモデル事業であったため、訪問できる薬剤師の数、また訪問可能時間に限りがあり、訪問件数が伸びなかった。

さらに、保健事業の枠組みで、薬剤師により訪問服薬指導を実施したが、また、居宅療養管理指導に基づき薬剤師が高齢者の自宅を訪問することもある。そのため、どのような場合は保健指導で、どのような場合に居宅療養管理指導が適用されるかについて整理する必要がある。

（2）今後の方向性

モデル事業では、対象者の抽出を生活圏域ニーズ調査の結果を用いたが、KDB システムでも服薬数が把握できるため、システムを効果的に使えるようになると、より簡便に事業の対象者を抽出することができるようになると思われる。

また、参加者をはがき等により募集するのではなく、地域ケア会議等をとおした連携の強化により広範に事業周知を図り参加者を募ることも考えられる。

また、慢性疾患を有し。長期間服用している薬がある人については、薬剤師から処方提案を行っても、受け入れられにくいこともあった。モデル事業のような単発的な関わりだけではなく、長期的なフォローも検討される必要がある。

神奈川県後期高齢者医療広域連合＜重症化予防＞

事業の特徴

- データに基づく事業実施地域の選定
- 委託業者を活用した受診勧奨及び保健指導

神奈川県後期高齢者医療広域連合の概要

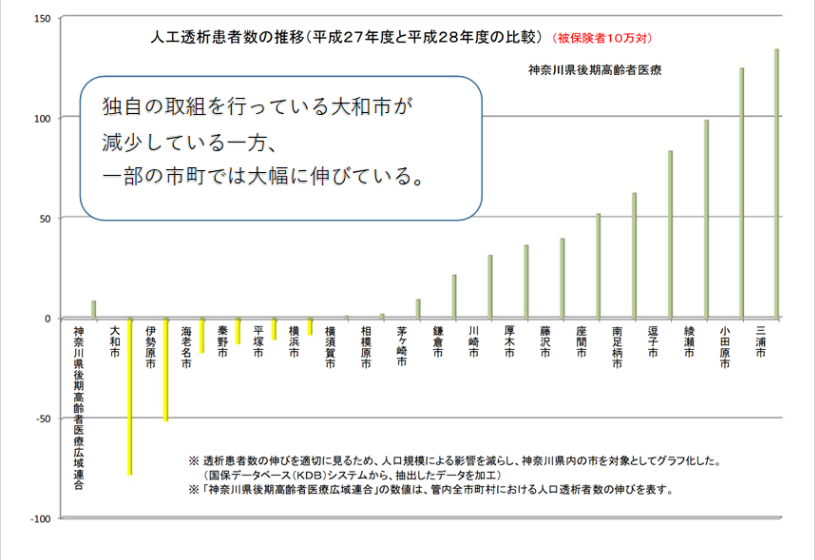
神奈川県総人口 （平成 30 年４月１日時点）	9,161,113 人	県人口比 （平成 30 年３月 31 日時点）	11.27%
後期高齢者医療被保険者数 （平成 30 年３月 31 日時点）	1,032,544 人	年間１人当たり医療費 （平成 29 年度）	871,013 円

事業の概要

（1）神奈川県後期高齢者医療広域連合による糖尿病性腎症重症化予防の取組

神奈川県後期高齢者医療広域連合では、他の広域連合と同様、人工透析患者にかかる医療費が膨大となることを課題と捉えていた。県内市町村の人工透析患者の推移等を分析すると、糖尿病性腎症の重症化予防の取組を行っている大和市では透析患者が減少している一方で、一部の市町村では、大幅に伸びている現状が見られる。

そこで、神奈川県後期高齢者医療広域連合でも、糖尿病性腎症が重症化するリスクの高い①未受診者や受診中断者に対して受診勧奨を行い、適切な医療に結びつけるとともに、重症化するリスクの高い②通院患者に対しても保健指導を行うことで、対象者の腎不全、人工透析への移行を防止または遅らせ、被保険者のＱＯＬの向上に資することを目指した。



（2）事業の対象者

対象者は、健診結果より HbA1C≧6.5%かつ尿蛋白プラス以上の者を抽出し、そのうち、①受診勧奨対象者については、糖尿病での未受診もしくは６か月以上受診を中断している者、②訪問指導対象者については、現在治療中の者とした。なお、その際、１型糖尿病の者、既に人工透析を行っている者、個人の状態を詳細に分析し、がん、難病、精神疾患、認知症、その他勧奨や指導が困難と判断される者は除くこととした。基準については神奈川県立保健福祉大学から助言を受け決定した。

平成 29 年度は、神奈川県後期高齢者医療広域連合としてもこの事業に初めて取り組むことになるため、被保険者数や市の規模、健診データを KDB システムで管理していること等を勘案し、モデル的に川崎市の被保険者を対象に実施することとした。

対象者について、川崎市の平成 28 年度健診受診者 40,409 人から上記基準に該当した者のうち受

診勧奨の対象者として 243 人を抽出した。また、訪問指導の候補者として 29 人を抽出し、最終的に９人に訪問することになった。

（3）受診勧奨と訪問指導の２つの事業内容

受診勧奨については、対象者全員に対し、広域連合長名の「医療機関受診のお願い」及び定期的な通院等の自己管理力アップや食事や運動等の生活改善を推奨するチラシを郵送した。

訪問指導については、原則初回訪問後 2 回の電話フォローを経て最終訪問を行った。（訪問指導回数：12 回、電話によるフォロー：14 回）訪問指導者は保健師、管理栄養士、看護師または薬剤師の資格を持つ者とした。訪問時には医師からの服薬管理指導の有無や指導内容を確認するとともに、主に運動、生活リズム、食事等の生活習慣の指導や医師の指示への対応状況の確認を行った。かかりつけ医との連携は糖尿病連携手帳等により行った。広域連合では業務完了時に対象者全員の指導内容等の記録の提出を受け、指導状況を確認・把握した。

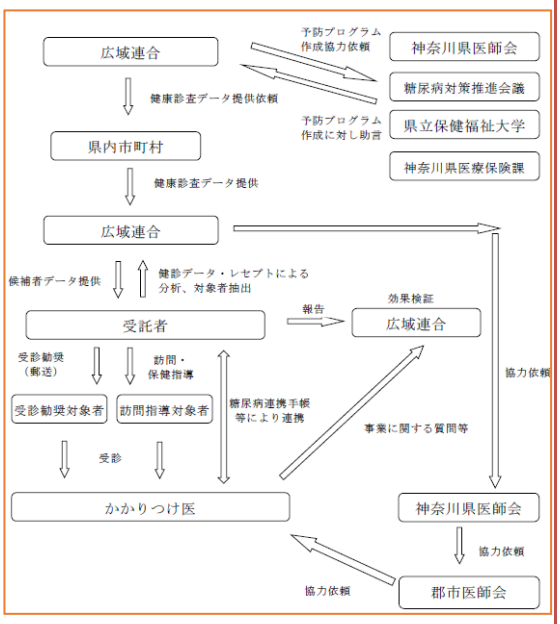
（4）事業実施体制

事業企画は神奈川県後期高齢者医療広域連合の保健事業担当が行った。平成 28 年度から企画、準備を進め、平成 29 年度に川崎市の被保険者に対し、事業を実施することとした。

事業実施に先立ち、川崎市に事業概要を説明し対象者の問い合わせ対応等を申し合わせた。また、川崎市医師会に対して事業概要を説明し了承を得るとともに、神奈川県医師会にも事業内容と事業への協力について依頼した。

事業完了後の訪問指導実施者に対しては川崎市と連携し、健康づくりや栄養・食生活に関する相談窓口について情報提供を行った。

なお、対象者の抽出、受診勧奨通知の送付及び訪問指導は、一般競争入札を実施し民間事業者に委託して行った。



事業結果と効果

（1） 事業結果

受診勧奨及び訪問指導の対象者は、健康診査状況・医療機関受診状況をレセプト等で確認している。事業終了後６か月の追跡結果では、受診勧奨対象者 243 人のうち、222 人（91.4%）の受診が確認できた。訪問指導候補者 29 人は、受診状況を確認できた 28 人全員が継続受診中であった。また、受診勧奨及び訪問指導の対象者に人工透析への移行者はいなかった。

（2）参加者に見られた変化

事業終了３か月後に、訪問指導実施者へ電話による医療・生活状況確認と助言及び、事業に対するアンケート調査を実施した。その結果、ほぼ全員が「運動または食習慣で変わったことがある」と回答した。また、「健康に関心を持つようになった」「一緒に考えてもらえてよかった」「主治医に相談しやすくなった」「見守られている気がして心強かった」等の言葉が聞かれた。

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

県内の約半数の市町村がKDBシステムに健診結果を登録していないため、データ形式、記載項目等の統一性が取れておらず、対象者の選定において、その活用が困難となる場合がある。また、より効果的な保健事業対象者を選定するためには、レセプトをはじめとするデータの分析、活用が必須であることから、精度の高いデータ分析が必要となる。

事業実施者の健康診査検査値の変化や医療機関受診状況等は今後も継続して確認していくが、生活習慣病以外の病気の悪化や多疾患等、後期高齢者の場合は加齢という特異性があり、事業評価が難しい。

事業展開や事後フォローにおいて対象者への連絡時に不信や拒否感がみられた。理由のひとつに、広域連合は高齢者にとって普段接する機会が少なく、馴染みがない機関であることが考えられることから、被保険者に身近な市町村との連携が不可欠であることを再認識した。

（2）今後の方向性

平成29年度は、訪問指導実施者が9人と少なかったことから、事業対象候補者の抽出及び訪問指導のアプローチの方法等を見直し、より効果的な候補者の選定及び訪問者数の増加を図ることで事業の精度向上に努める。

平成30年度の事業実施地域については、KDBシステム等を活用して対象者数や疾病状況等、県内地域の状況を分析し、より事業効果の高い地域を選定する。

事業実施者への評価や事業効果の判定方法については引き続き検討が必要である。

また、市町村との連携についてもより効果的な方法を検討する必要がある。

福岡県後期高齢者医療広域連合　＜重症化予防＞

事業の特徴

- 構成市町村の保健師等を対象に、保健事業等に関する研究や意見交換を行う「高齢者の医療･保健事業に関する研究会」を立ち上げ、事業説明と協力依頼を実施
- 広域連合も直営で事業実施することにより、高齢者の特徴や事業の課題の把握可能に

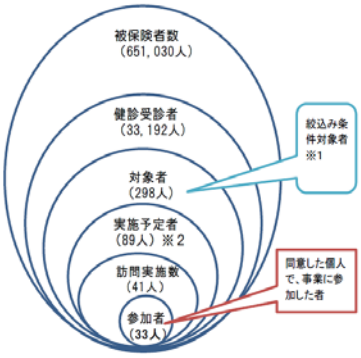
福岡県後期高齢者医療広域連合の概要

人口 （平成 30 年４月１日時点）	5,117,257 人	高齢化率 （平成 30 年４月１日時点）	26.7%
後期高齢者医療被保険者数 （平成 30 年４月１日時点）	665,925 人	年間１人当たり医療費 （平成 28 年度）	1,169,395 円

事業の概要

（1） 福岡県後期高齢者医療広域連合による糖尿病性腎症重症化予防の取組

福岡県の後期高齢者の１人当たりの医療費は、平成 14 年度から全国１位であり、疾患別では、入院・外来を合わせると慢性腎不全にかかる医療費が全体の 6.8%（平成 28 年度）と最も高く、平成 26 年度は 6.5%、平成 27 年度は 6.7%と年々上昇している。また、年間約 2,000 件の人工透析新規導入者があり、その数も年々増加していた。KDB システムによる健診結果の分析では、重症度レベルの高い人が医療機関を受診していない現状も明らかになった。これらを踏まえ、平成 27 年度から広域連合に保健師を配置し、腎機能低下を遅延し、人工透析導入の防止もしくは導入時期を遅らせることを目的に、重症化予防事業に取り組むこととなった。



※1　前述の(2)③の対象者
※2　委託市町村及び直営保健師による実施対象者
（県内60市町村の内、10市町の対象者に実施）

なお、事業実施にあたっては、広域連合が直接実施するのと同時に、構成市町村へ委託し実施することとした。

（2） 事業の対象者

事業の対象者は、健診結果にて、Ｈｂ A1C7.0％以上又は空腹時血糖 130 ㎎/dl 以上で、尿蛋白 2＋以上又は eGFR50 未満（ml/分/1.73 ㎡）の人とした。この基準値は、平成 26 年度高齢者医療制度円滑運営事業実施要綱における糖尿性腎症患者の重症化予防事業の取扱いについて（厚労省保険局長通知）」の別添「保険者による糖尿病性腎症患者の重症化予防事業　事業実施手順書」の対象者の選定方法の基本的な考え方に基づき、糖尿病治療ガイドライン、CKD 治療ガイドラインを参考に決定した。

平成 29 年度、この基準で抽出したのは、健診受診者 33,192 人のうち、298 人であった。298

人のうち、広域連合の直営及び受託市町村で実施予定とした対象者が 89 人で、その対象者に訪問についての案内を送付し、参加に同意した人が 33 人となった。さらに、この 33 人については、参加同意時に主治医の連絡先を提示してもらい、主治医に対して病期等の確認と訪問実施の是非の調整を行い、訪問するかについて最終的に決定した。ただし、生活習慣を起因としていない糖尿病患者、本事業の対象者として適切でない者（腎臓を移植した可能性がある者、がん・難病・精神疾患・認知症等の指導に適さない者）は除外した。

（3）重症化予防のための生活・食生活指導プログラム

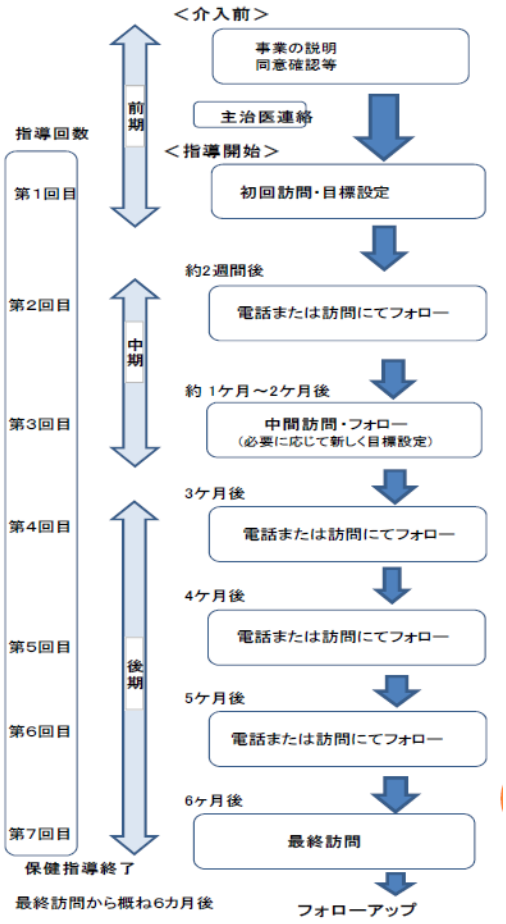
訪問に対して同意が得られた人については、担当保健師が６ヶ月間介入することとした。

介入前の訪問では、健診結果の説明と事業の趣旨説明、事業参加の同意を得て、主治医連絡を実施。

初回訪問では、治療状況や１日の生活・食事内容を詳細に聞き取り、生活習慣を把握するためのアンケートと基本チェックリストに基づく質問を実施。課題の整理を行い、生活習慣改善のための目標設定を行った。

その後、２週間程度してから電話等によるフォロー、初回の訪問から１～2 ヵ月後に中間訪問、さらに６ヶ月後に最終訪問を行った。なお、訪問と訪問の間には月１回程度電話等でフォローするようにした。

各回の訪問では、目標に対する生活の振り返り、継続的にセルフコントロールするための動機付けやポイントの提案を行い、必要に応じて目標の見直しを行った。６ヶ月後の最終訪問では、再度、アンケートを実施し行動変容の評価を行った。また、最終訪問から約６カ月後にフォローアップとして訪問し、取組みの振り返りと継続の励まし等を行うとともに、評価のため、健康診査を継続して受診するよう促した。



（4）事業実施体制

①準備期（平成２７年度）

事務職の保健事業担当次長を中心に現状分析を行い、重症化予防に着手する必要性について、広域連合内で合意をとった。その後、県庁に相談し、嘱託保健師を１名雇用、この嘱託保健師が中心となって、事業を企画した。

事業概要を決定した段階で、県医師会や郡市区医師会を訪問し、事業の説明並びに協力依頼を複数回行った。その後、県の糖尿病対策推進会議においても、事業内容を説明した。並行して九州大学に、人工透析の新規導入者の分析を依頼し、その結果を県や市町村、県医師会に報告して、事業の必要性を伝えた。

さらに、県下全域の市町村おいても、広域連合と同様の統一したスキームで訪問事業を実施するために、平成 27 年度の事業企画時点から、市町村の保健事業担当者等を対象に、保健事業等に関する研究や意見交換の場として「高齢者の医療･保健事業に関する研究会」を立ち上げ、この研究会において、事業の説明と協力を依頼した。

②実施初年度（平成２８年度）

本格実施に向け、広域連合の嘱託保健師が２名に増員された。

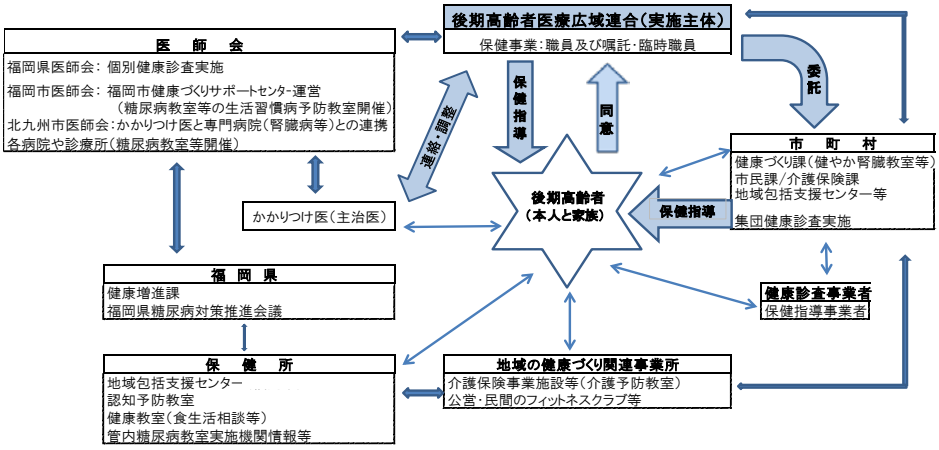
高齢者宅への訪問という事業の実務にあたっては、広域連合の嘱託保健師２名だけでなく、県や市町村の OB である在宅保健師２名に事業を委嘱し、県下６０市町村のうち事業を受託した９市町村の保健師、管理栄養士間で情報交換を行いながら取り組んだ。

③実施２年目（平成２９年度）

平成 29 年度は、広域連合に県の保健師１名が派遣され、嘱託保健師は１名となり、広域連合の保健師は２名となった。在宅保健師４名となった。事業受託市町村は１０市町村となった。

事業の対象者については、広域連合が KDB システムから抽出した対象者一覧を各委託市町に提供し、広域連合と市町村担当者で相互に情報交換を行いながら訪問対象者を決定した。

なお、訪問指導介入前には、対象者の主治医に対し、事業の概要と事業参加の希望がある旨について説明し、主治医からそれぞれの高齢者の病状や指導内容における留意点などアドバイスをいただきながら実施した。



糖尿病性腎症重症化予防事業　指導計画及び評価票

被保険者名		性 別	男・女	介護認定 ： 有 ・ 無 介護度 ：（　　）
被保険者番号		市・町・村		年　月　日（　）歳

1.指導計画プログラムについて

（　　）慢性腎臓病生活・食事指導マニュアルのとおり、保健指導を実施します。

（　　）別プログラムにそって、保健指導を実施します。※別紙プログラム添付

2. 受診勧奨の有無と継続支援（計画）

・受診勧奨有無：無・有（ハガキ・電話・訪問・その他（　　））

・支 援 方 法：（訪問・電話・e―mail・FAX・その他（　　））

・計画している支援総合回数：（　　）

・ポイント数（特定保健指導に準じて換算）：（　　）

3.　評価

※検査数値

時　期	介入前	6ヶ月後	1年後
	年　月　日	年　月　日	年　月　日
身　長	cm	cm	cm
体　重	kg	kg	kg
B　M　I	kg/㎡		kg/㎡
血圧	/　mmHg	mmHg	/　mmHg
TG	mg/dl		mg/dl
LDLコレステロール	mg/dl	mg/dl	mg/dl
HDLコレステロール	mg/dl		mg/dl
空腹時血糖	mg/dl	mg/dl	mg/dl
HbA1c	%		%
血清クレアチニン	mg/dl	mg/dl	mg/dl
eGFR	ml/分/1.73㎡	ml/分/1.73㎡	ml/分/1.73㎡
尿タンパク	－・±・＋・2＋・3＋以上	－・±・＋・2＋・3＋以上	－・±・＋・2＋・3＋以上

※生活改善状況

時　期	初回時	6ヶ月後	1年後
	年　月　日	年　月　日	年　月　日
介護認定の有無	有（　　）・無	有（　　）・無	有（　　）・無
透析の有無	有　・　無	有　・　無	有　・　無
食事改善状況			
生活改善状況（受診状況等）			
改善満足度		0%　25%　50%　75%　90%以上	0%　25%　50%　75%　90%以上

※改善満足度は、目標に対する自分の評価を、自分なりの気持ちで記入 してもらいます。

糖尿病性腎症重症化予防事業　指導経過記録

氏名（　　）被保険者番号（　　）＿＿＿＿＿＿市・町・村

時　期	介入前（説明時）	医師連絡	第1回目	第2回目	第3回目
	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日
方　法	訪問・電話・その他	訪問・電話・その他	訪問・電話・その他	訪問・電話・その他	訪問・電話・その他
食事状況（塩分・たんぱく質・エネルギーなど）	食事指導（有・無）				
生活状況（運動・服薬など 生活一般）	運動指導（有・無） 服薬指導（有・無）				
課題					
目標					
保健指導等					

時　期	第4回目	第5回目	第6回目	第7回目	第8回目
	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日
方法	訪問・電話・その他	訪問・電話・その他	訪問・電話・その他	訪問・電話・その他	訪問・電話・その他
食事状況（塩分・たんぱく質・エネルギーなど）					
生活状況（運動・服薬など 生活一般）					
課題					
目標					
保健指導等					

事業結果と効果

（1）事業を通じて明らかになったこと

訪問対象者は、従来の「高齢者」のイメージとは異なることも多く、生活環境・生活スタイル・趣向・個人ごとに抱える課題が異なるため、個々に応じて、総合的・包括的にみていくことが重要であることがわかった。さらに、閉じこもりにならないよう、地域で生き生きと役割が果たせる環境づくり、社会参加と健康食等を提供できるような憩いの場が必要であることもわかった。

訪問事業を効果的にするための「こつ」
（初期の家庭訪問による動機づけが行動変容となる）

1　事業説明からできるだけ早期に初回訪問を行い、人間関係を築く
（約2週間後に訪問し、次回訪問を約束する。同意を得る）

2　主治医面接
（先生にも事業の理解を得、アドバイスをいただくなど、先生との関係を作る。患者の協力も得やすいし指導もうまくいく）

3　家族の協力
生活史を理解し、家族へ健診結果の説明を行い　病気の理解と協力を得ると行動変容の継続につながる。（指導の継続）

【高齢者の特徴】
○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

また、訪問にあたっては、高齢者を取り巻く多くの地域の関係者や専門職等との連携は欠かせないことについても改めて認識した。具体的には、主治医はもちろんのこと、地域包括支援センター、市町村（高齢者支援課等を含む）、ケアマネジャー、保健所等との情報交換が有用であった。

【連携が有用な先】
○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、地域のお世話係り等
○歯科医師、薬剤師、管理栄養士、介護福祉士、ケアマネジャー、ヘルパー等

【事業を継続して展開するために】
訪問の中で、健診結果や疾患の理解等について、家族や周囲の理解と協力が不可欠であること、服薬・食生活・運動等の家族や友人、地域の励ましなどの重要性について認識した。
家庭訪問を通じて課題を把握し、市町村や関係機関と連携し、家族教育及び地域の啓発をすることで長期に維持できると思われる。
また、継続した保健指導を展開するためには、早期に人間関係を築くことが大切であり、訪問事業を効果的にするための「こつ」について、右のように整理した。

（2）参加者に見られた変化

事業に参加した高齢者については、HbA1c、eGFR の値が改善する人が複数人いる等、効果が見られたと考えている。

血糖値の変化	改善	5人	27・28年の継続健診者10人について（HbA1C）	①HbA1C維持改善13人	28・29年継続健診受診者15人について（HbA1C,eGFR）
	変化なし	4人		②eGFR維持改善7人	
	上昇	1人		①の悪化2人 ②の悪化5人	
アンケートの変化（17人について）	定期受診	11人⇒14人	回答者数17人	21人⇒23人	回答者数29人
	塩分摂取控える	9人⇒13人		21人⇒26人	
	定期運動実施	7人⇒11人		17人⇒18人（6ヶ月以上）	

また、家族（特に妻）が疾患の理解を深めることで、日々の食事だけでなく外食時にも気をつけるようになるなど、家族の協力があると行動の変化がも大きい。

さらに、生活リズムを整えることの他、健康食品やスポーツドリンク、ジュースなどの清涼飲料水など手軽に摂取できるものに気をつけることで、検査データが改善した例があった。

そのほか、高齢者本人からは右のような声が聞かれた。

- 妻の関わりがあるようになった。
  （食事のとり方・服薬・減塩・外食時の食事の選択等）
- 「酒のつまみに意識的に野菜を食べるようになった。」
- 「健康食品は食べていない。先生から、数値が良くなったと褒められた。・・・」
- 「スーパーの中を意識して二、三周歩くようにした。」
- 「飲酒の量が３合から２合へと減少した。」
- 「運動教室に参加した後、毎日外に出て歩いている。」など

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

対象者の抽出については、健診結果を活用しているが、健診受診率が低いため、受診率の向上が課題である。

事業は、広域連合が企画立案し、直営及び市町村委託で実施したが、訪問できる地域には限りがあり、受託市町村も少ない。そのため、事業を拡大していくには、構成市町村の理解・協力が不可欠である。

（２）今後の方向性

平成 28,29 年度のモデル事業を通じて、糖尿病性腎症重症化予防については、引き続きプログラムに沿って実施していく。その際、糖尿病を有している高齢者は高血圧症も併発していることも多いため、指導の中では減塩対策にも力を入れることを検討している。今後も、関係機関との連携をより一層深めながら実施していく。

長崎県後期高齢者医療広域連合　＜重症化予防＞

事業の特徴

- 広域連合が主体となり、県、市町、医師会を巻き込み事業を開始
- 県下全市町にて、国保・後期の被保険者を対象に事業を実施

広域連合の概要

人口 （平成 30 年４月１日時点）	1,341,295 人	高齢化率 （平成 30 年 10 月１日時点）	31.65%
後期高齢者医療被保険者数 （平成 30 年４月１日時点）	216,003 人	年間１人当たり医療費 （平成２９年度）	1,090,623 円

事業の概要

（1）「糖尿病性腎症重症化予防事業」実施の経緯

長崎県後期高齢者広域連合が糖尿病性腎症の重症化予防に取り組みはじめたのには大きく 2 つの理由がある。ひとつは、透析施設のない離島が多いため、透析治療に伴い転居を余儀なくされることがあり、被保険者にとって大きな負担となることである。もうひとつは、透析にかかる医療費が年間 500 万円程度で非常に高額であるため、この透析導入を減らすこと、遅らせることが医療費の削減につながるからである。

この２点から、医療費の削減はもとより、被保険者のＱＯＬの維持につながるのではと考え、取り組みをはじめることとした。

まず、事業の企画は長崎県後期高齢者医療広域連合が行い、平成 26 年４月の長崎県保険者協議会総会にて事業推進について、関係各所に提案した。しかし、県医師会は保険者協議会での提案時点で、患者への治療に対し、行政が関与することへの抵抗感から、賛否は保留していた。そこで広域連合は、糖尿病性腎症の患者数をレセプトから抽出し、対応の必要性を訴えるとともに、最終的には『医師が保健・栄養指導を必要と判断するが、その病院で対応できないため、医療機関に代わって医療保険者が行い、医師の手伝いをする事業』と説明し、実施についての了承を得た。その後、２市（1 市は後期被保険者を、1 市は国保被保険者を対象）が各郡市医師会の協力を得て、同年 10 月に事業を開始、その後、県内全市町での事業実施に向け、広域連合と構成市町との間で事業調整を開始し、県医師会、県国保担当課、広域連合で事業実施に向け、検討・協議を始めた。さらに、平成 27 年２月には、県医師会に事業スキームの策定を依頼し、県医師会より提示された基本骨子案を同年３月に長崎県糖尿病性腎症重症化予防推進会議にて承認し、７月に骨子を基に最終的に事業スキームが策定された。それをもとに、平成 27 年度に７市町、28 年度に 20 市町、29 年度には全 21 市町で事業を実施するようになった。

なお、平成 30 年３月には、より広く糖尿病の重症化に取り組むため、糖尿病性腎症から糖尿病性腎臓病へ名称を変更して、長崎県糖尿病性腎臓病重症化予防プログラムが策定された。

（2）事業の対象者

平成 27 年度から 29 年度にかけての事業の対象者は、県医師会が中心となって策定されたスキームで定められた基準である、レセプトから糖尿病性腎症と思われる者または、健診結果において次の

ａ及びｂ、又はａ及びｃに該当している者とした。

ａ：HbA1c(NGSP)7.0%以上、又は空腹時血糖 130 ㎎/dl 以上 ｂ：蛋白尿 2+以上 ｃ：血清クレアチニン検査を行っている場合、eGFR50ml/分/1.73 ㎡未満

この基準に合致したのは、7 市町において事業実施をした平成 27 年度には 2000 人弱、20 市町で事業実施した平成 28、29 年度には 5000 人を超えることとなった。

なお、事業の対象者の抽出は、レセプト・健診データから広域連合が行い、それぞれの市町にリストとして提供した後、市町の担当者がかかりつけ医にリストを提示し、参加の可否について判断してもらった。その後、市町及びかかりつけ医が、事業への参加勧奨を行い、申し込みを受け付けた。

（３）糖尿病性腎症重症化予防事業の具体的な内容

事業への参加を申し込んだ人については、訪問開始前に、かかりつけ医より血液検査等の数値や指導時に注意する点（たんぱく質の制限量や食塩の制限量など）の指示をもらい、訪問時の聞き取り内容と合わせて、指導計画を作成した。概ね６ヶ月間を１クールとし、月１回高齢者宅を訪問し、栄養を中心とした指導を実施した。

各回での指導内容については、糖尿病連携手帳を用いてかかりつけ医に報告し、かかりつけ医からも指示やコメントをもらうなど、参加者、かかりつけ医、指導者と情報を共有しながら、訪問を継続した。

（４）事業実施体制

平成２７年に策定された事業スキームは、県医師会をはじめ、長崎県や長崎県糖尿病対策推進会議、ＣＫＤ専門医などの関係医療機関が集まり、内容の検討を行った。

また、事業の評価や効果検証を県医師会において行うことも決定しており、広域連合は事業の結果をまとめ、県医師会が主催とする検証会議に提出し、事業評価や課題の洗い出しを行った。

平成２９年の２月の検証会議において洗い出された事業の課題には、広域連合だけでは解決できるものではなく、長崎県が主体となって、糖尿病の重症化予防に取り組むことが決定した。それに伴い、長崎県糖尿病性腎症重症化予防事業推進会議が設置され、そのもとにワーキンググループが設置された。

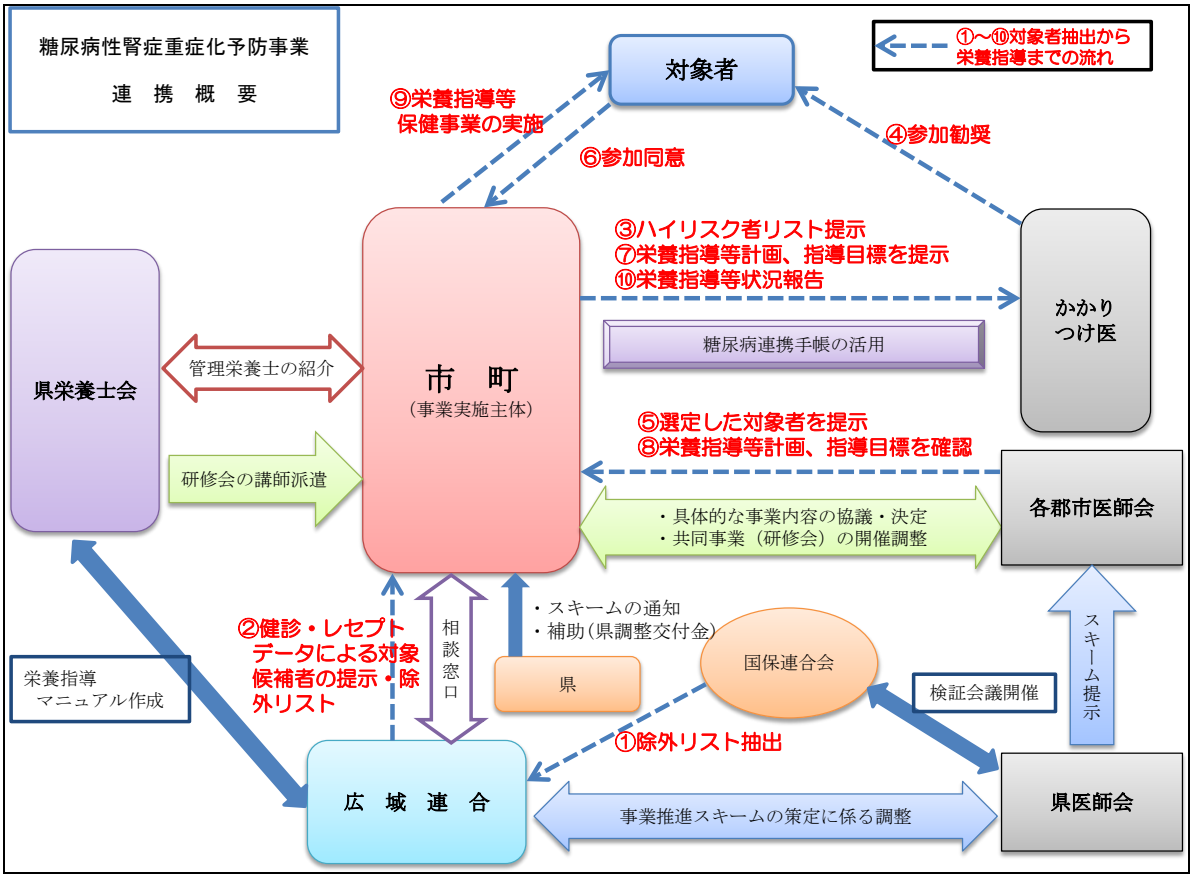
長崎県糖尿病性腎症重症化予防事業推進会議の構成員

- 長崎県
- 長崎県医師会
- 長崎県糖尿病対策推進会議
- 長崎県栄養士会
- ＣＫＤ対策検討委員
- 市町の国民健康保険の代表
- 後期高齢者医療広域連合
- 全国健康保険協会長崎支部
- 長崎県保険者協議会
- 長崎県国民健康保険団体連合会

平成２９年度は、ワーキンググループが２回開催され、課題の解決策やプログラムの原案の検討が行われ、その内容を推進会議に提出し、平成３０年３月に長崎県版の糖尿病性腎臓病重症化プログラムが策定された。プログラムの策定を機に、推進会議が各郡市医師会を訪問し、プログラムの説明や事業協力の依頼を行った。

実際の訪問指導は、広域連合から委託された市町の管理栄養士、保健師が実施した。事業の標準化や専門職のスキルアップのため、長崎県栄養士会に栄養指導マニュアルを作成してもらい、それを基にした専門職向けの研修会を年に２回開催した。また、事業の連絡調整会議を年に１回開催した。その他、郡市医師会単位で、事業の説明会と研修会を開催し、事業への理解と協力を求めた。

県栄養士会には、各市町への管理栄養士の紹介や会員に対する雇用情報の提供等、管理栄養士の確保にも協力をしてもらった。



事業結果と効果

（1）事業参加者の状況

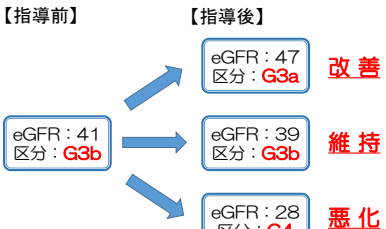
事業の参加は対象者数は事業実施市町の数にも大きく依存するが、対象者全体からすると決して多い数であるとはいえなかった。

	実施市町	対象者数	実施者数
平成27年度	7	1,839	20
平成28年度	20	5,883	53
平成29年度	20	5,392	33
実施者数計			106

（2）参加者に見られた変化

事業効果検証のためには、医師会を交えた会議を開催して検討した。その中で、日本腎臓学会編「CKD 診療ガイド 2012」CKD の重症度分類 GFR 区分を活用し、指導前後の eGFR の値を分類し、その区分の変化で改善、維持、悪化の３段階で評価することとした。結果、指導前後の eGFR 値を収集できた 106 人中の 80 人を比較したところ、改善１１人、維持５６人、悪化１３人であった。腎機能は年齢と共に低下するものであり、維持できていることも一定の事業効果と判断している。

区分	eGFR
G1	≧90
G2	60～89
G3a	45～59
G3b	30～44
G4	15～29
G5	＜15



指導前		指導後 G1	G2	G3a	G3b	G4	G5
G1	2	1	1	0	0	0	0
G2	14	1	11	2	0	0	0
G3a	24	0	4	12	8	0	0
G3b	27	0	1	4	20	2	0
G4	12	0	0	0	1	11	0
G5	1	0	0	0	0	0	1

（３）医療機関や介護部門との連携の促進

実施前には、かかりつけ医から参加者の検査値や指導上の注意点等について、情報提供をいただいている。また、訪問時の指導内容などを糖尿病連携手帳を使って、情報を共有した。

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

事業を推進していく中で、事業への参加者が少ない、国で策定された糖尿病性腎症重症化予防プログラムの基準とそれよりも前に策定された長崎県スキームでの基準の相違、かかりつけ医の協力がなかなか得られない、未受診者・中断者対策が実施されていない、CKD 対策事業等、市町が既に実施している類似の保健事業との調整が必要である等の課題が明らかとなっていった。

特に最後の点について、広域連合としては同じ内容で事業を実施し、同じ基準で評価をするという事業の標準化を目指していたものの、今まで市町が実施してきた保健事業がそれぞれ異なり、広域連合が計画していた事業内容で、県下全域で実施できなかった。

そこで、これらの課題の解決のために、長崎県糖尿病性腎症予防事業推進会議のもとにワーキンググループを立ち上げ、対象者の見直しや未受診者・中断者対策、他の保健事業との調整、事業内容の検討を行った。

（２）今後の方向性

事業の開始にあたっては、広域連合が主体となり、各関係機関を巻き込み事業を進めてきた。しかし、長崎県として糖尿病の重症化予防にしっかり取り組んでいくため、平成２９年度から長崎県が主体となって進めていくようになったことにより、市町の国保での取り組みも強化されることになった。また、県全体で取り組むプログラムが策定されたことから、国保や後期高齢者以外の保険者でも取組みが始まろうとしている。

市町への委託にて事業を実施していることから、市町と連携しながら、後期高齢者の参加拡大だけではなく、全県民を対象とした、糖尿病の重症化予防を取り組んでいく流れを作っていく。

神奈川県大和市　＜糖尿病性腎症重症化予防＞

事業の特徴

- 特定・長寿健診から抽出した対象者を管理栄養士が全戸訪問
- 「健康相談連絡票」を用いてかかりつけ医と連携

神奈川県大和市の概要

人口 （平成 30 年 4 月 1 日時点）	235,357 人	高齢化率 （平成 30 年 4 月 1 日時点）	23.5 %
後期高齢者医療被保険者数 （平成 30 年 4 月 1 日時点）	26,754 人	年間 1 人当たり医療費 （平成 30 年 3 月末）	758,748 円
事業担当部署	健康福祉部健康づくり推進課		
[参考]特定健診実施率 （平成 28 年度）	34.7%	[参考]特定保健指導実施率 （平成 28 年度）	31.8%

事業の概要

（1）大和市における糖尿病性腎症重症化予防の取組み背景

神奈川県大和市の現在の高齢化率は 23.5%と全国平均と比較しやや若い人口構成であるが、今後は急速に高齢化し、それに伴い医療費も増大することが予想されている。また、市の国民健康保険が負担する医療費の内訳をみると、8.5%が糖尿病、13.0%が人工透析を含む慢性腎臓病（平成 29 年度最大医療資源病名分類による）が占めており、さらに人工透析の導入疾患は約半数が糖尿病性腎症である。以上のことから、大和市において糖尿病の重症化予防は医療費適正化に向けた重要な課題であるといえる。そこで大和市では、平成 25 年度から市の健診で高血糖かつ腎機能低下の所見があった者に対して、健康づくり推進課の管理栄養士による訪問型の栄養相談を開始した。当初はモデル地区のみの実施であったが、訪問栄養相談は腎機能の維持・改善に効果的であったことから平成 26 年度からは市内全地区へ展開した。なお、本事業の対象者の大半は後期高齢者であるが、事業開始にあたり、健康づくり推進課の事務分掌に則っていることを確認した上で、保険年金課・高齢福祉課と 3 者間で合意を形成している。

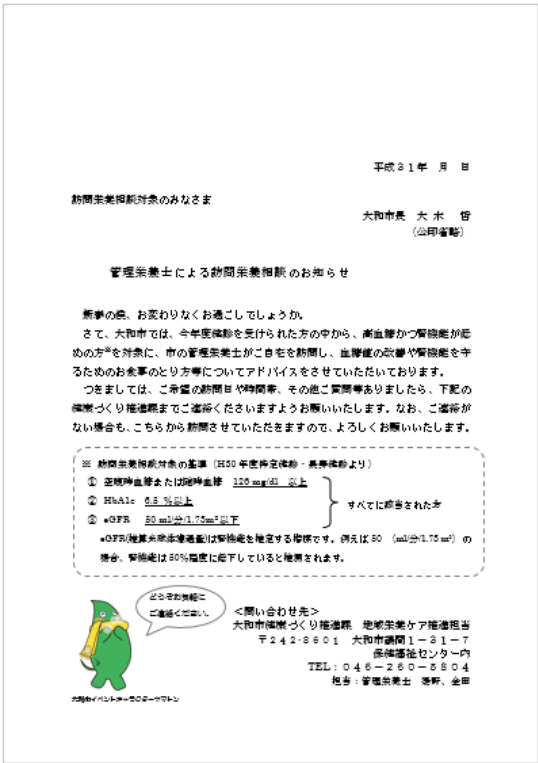
（2）事業の対象者

	重症化予防対象者（H29 年度実施結果）
抽出条件	特定健診（40 歳以上の国民健康保険加入者）および長寿健診（75 歳以上の後期高齢者医療制度加入者）の受診者のうち HbA1c6.5%以上 かつ 空腹時血糖 126mg/dl 以上 かつ eGFR50ml/min/1.73m²以下
対象者数	175 人（国保 44 人、後期高齢 131 人）
訪問成立者	94 人（国保 15 人、後期高齢 79 人 ／ 男性 56 人、女性 38 人）
訪問成立率	53.7 %
訪問成立者 平均年齢	80.1±6.7 歳

（3）訪問指導の進め方

訪問にあたって、対象者には、訪問の目的や理由を伝えるため、事前に次のようなお知らせを送付した上で、全員に訪問した。また、不在者については、次のような不在連絡票を残し、再度訪問をする予定であることを知らせた。

＜訪問前用＞



平成３１年　月　日

訪問栄養相談対象のみなさま

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

新春の候、お変わりなくお過ごしでしょうか。

さて、大和市では、今年度健診を受けられた方の中から、高血糖かつ腎機能が低めの方*を対象に、市の管理栄養士がご自宅を訪問し、血糖値の改善や腎機能を守るためのお食事のとり方等についてアドバイスをさせていただいております。

つきましては、ご希望の訪問日や時間帯、その他ご質問等ありましたら、下記の健康づくり推進課までご連絡くださいますようお願いいたします。なお、ご連絡がない場合も、こちらから訪問させていただきますので、よろしくお願いいたします。

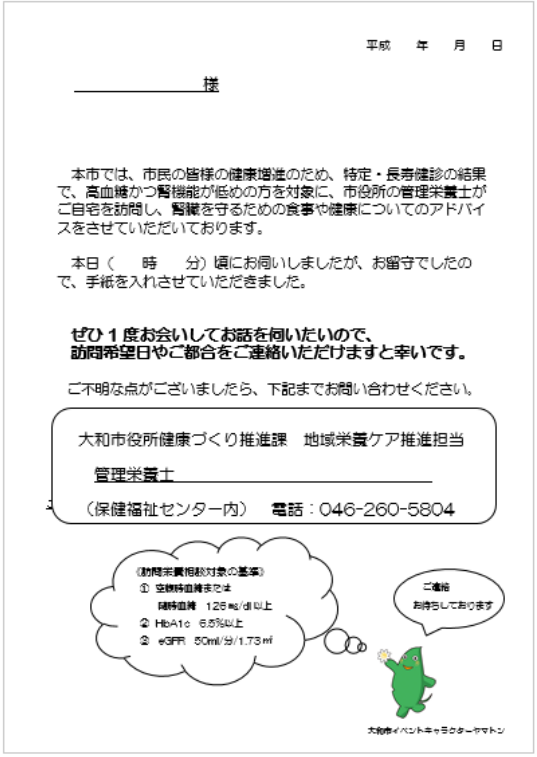
※ 訪問栄養相談対象の基準（H30年度特定健診・長寿健診より）
① 空腹時血糖または随時血糖　126 mg/dl　以上
② HbA1c　6.5 %以上
② eGFR　50 ml/分/1.73m²以下
すべてに該当された方
*eGFR(推算糸球体濾過量)は腎機能を推定する指標です。例えば50（ml/分/1.75 m²）の場合、腎機能は50%程度に低下していると推測されます。

どうぞお気軽にご連絡ください。

＜問い合わせ先＞
大和市健康づくり推進課　地域栄養ケア推進担当
〒242-8601　大和市鶴間１－３１－７
保健福祉センター内
TEL：０４６－２６０－５８０４
担当：管理栄養士　落野、金田

大和市イベントキャラクターヤマトン

＜訪問した者の不在連絡票＞



平成　年　月　日

＿＿＿＿＿＿＿様

本市では、市民の皆様の健康増進のため、特定・長寿健診の結果で、高血糖かつ腎機能が低めの方を対象に、市役所の管理栄養士がご自宅を訪問し、腎臓を守るための食事や健康についてのアドバイスをさせていただいております。

本日（　時　分）頃にお伺いしましたが、お留守でしたので、手紙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ので、
訪問希望日やご都合をご連絡いただけますと幸いです。

ご不明な点がございましたら、下記までお問い合わせください。

大和市役所健康づくり推進課　地域栄養ケア推進担当
管理栄養士＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（保健福祉センター内）　電話：046-260-5804

（訪問栄養相談対象の基準）
① 空腹時血糖または
随時血糖　126 mg/dl 以上
② HbA1c　6.5%以上
② eGFR　50ml/分/1.73 m²

ご連絡
お待ちしております

大和市イベントキャラクターヤマトン

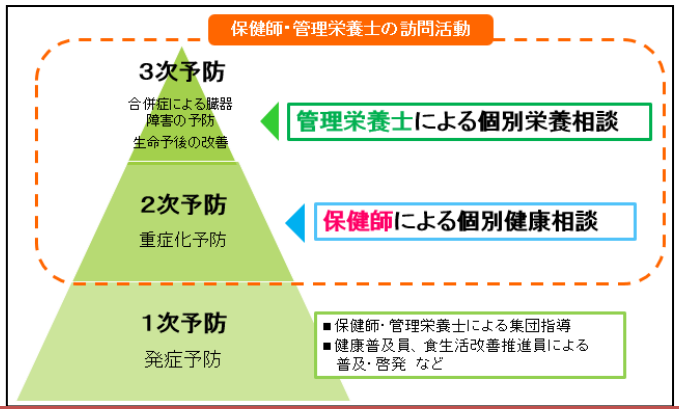
実際の訪問は、管理栄養士が６か月間に３回訪問する形で実施した。初回訪問時には、医療受診状況も含めて詳細なアセスメントを実施するとともに、栄養ケア計画を作成し、かつ本人の意向や優先課題も考慮に入れながら、目標設定をおこなった。

２回目、３回目は設定した目標の達成状況を確認し、その後の状況について確認、必要に応じて目標設定の変更やアドバイスを行った。

（4）事業実施体制

大和市では、特定健診および長寿健診事業を保険年金課※、その健診結果を活用したアフターフォロー（健康相談・教育事業）を健康づくり推進課が担当している。特定健診・長寿健診ともに結果のデータを市職員が共通して閲覧できる総合行政システム「健康かるて」に取り込み、システムを活用して対象者を抽出している。　※平成 31 年度からは健康づくり推進課に移管

高血糖を含む糖尿病重症化予防の訪問は保健師・管理栄養士で分担しており、糖尿病の重症化予防にあたる２次予防を保健師、糖尿病性腎症重症化予防にあたる 3 次予防については管理栄養士が訪問している。



事業結果と効果

1）検査値改善効果

介入前後で検査結果が改善・維持した割合を確認すると、HbA1c は 71.9%、eGFR は 89.1%、BMI は 95.3%と高い割合で改善・維持された。

結果3　HbA1cの変化（改善・維持：71.9%）

（人）

開始時	(人)	介入後 HbA1c (%) 6.5未満	6.5~6.9	7.0~7.4	7.5~7.9	8.0~8.4	8.5以上
6.5~6.9	30	7	13	7	2	1	0
7.0~7.4	15	2	1	9	2	1	0
7.5~7.9	6	0	1	2	3	0	0
8.0~8.4	7	0	2	1	0	1	3
8.5以上	6	1	2	0	1	0	2
	64	10	19	19	8	3	5

改善　維持　悪化

※介入後：H30年度特定／長寿健診より

ポイント

① 介入後、15.6%の人が6.5%未満（＝介入対象外）まで改善した。

② 8.5%以上に悪化した者の理由
〔 面談拒否1、認知症1、ペットボトル症候群1、自身の健康に対するあきらめ2〕

結果4　eGFRの変化（改善・維持は89.1%）

（人）

開始時	(人)	介入後 eGFRステージ G2	G3a	G3b	G4	G5
G3a (45≦eGFR<60)	31	1	23	11	0	0
G3b (30≦eGFR<45)	31	1	4	22	4	0
G4 (15≦eGFR<30)	5	0	0	1	4	0
G5 (eGFR<15)	1	0	0	0	0	1
	68	2	27	34	8	1

改善　維持　悪化

※介入後：H30年度特定／長寿健診より

ポイント

① 介入後、2名はステージG2（＝介入対象外）まで改善した。

② G5の1名、G4の3名は透析導入の可能性があったが、介入期間は導入に至らなかった。

結果5　BMIの変化（改善・維持は95.3%）

（人）

開始時	(人)	介入後 BMI 18.4以下	18.5-19.9	20.0-24.9	25.0-29.9	30.0-34.9
18.4以下　痩せ	2	1	1	0	0	0
18.5-19.9 低体重	2	0	1	1	0	0
20.0-24.9 普通	32	1	1	28	2	0
25.0-29.9 肥満Ⅰ	22	0	0	7	15	0
30.0-34.9 肥満Ⅱ	6	0	0	0	1	5
	64	2	3	36	18	5

改善　維持　悪化

※介入後：H30年度特定／長寿健診より

ポイント

BMIの区分では介入前後で大きな変化はなかったが、平均値の比較では
介入前　24.7±3.43　⇒　介入後　24.5±11.8（$p<0.01$）であり、
有意に減少した。

神奈川県大和市（大和市役所健康福祉部）

（2）医療費削減効果

医療費削減効果を確認すると、介入前後の平均で外来医療費は 20.4%、調剤医療費は 11.6%減少したことがわかった。さらに、本活動により人工透析の導入が 1 年延期された者が 3 名いたため、全体の医療費は約 2,670 万円の削減効果があったと試算された。

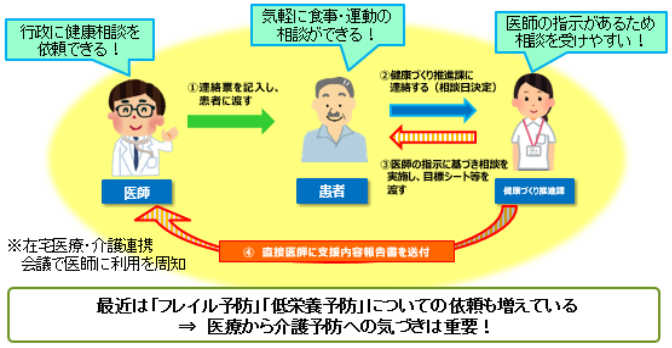
（3）かかりつけ医との連携方法

訪問栄養相談を行う中で、治療目標等が不明確であった場合には対象者の許可を得た上でかかりつけ医に直接確認を行った。

また、医師会との間では、医師が診療の中で栄養相談が必要だと判断した際に、「健康相談連絡票」という帳票を用いて、市に対して栄養相談を依頼することができる仕組みを構築した。

健康相談連絡票は医師が診療時に短時間で書き込めるように、「主病名」「直近の検査結果」「指示栄養量」「その他の指導」のみの簡易なフォーマットにした。

＜健康相談連絡票体制図＞



＜健康相談連絡票＞

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

- 糖尿病性腎症重症化予防の取組の対象者は後期高齢者が多く、自身の健康状態について不安または諦めの気持ちを抱えている場合が多い。相談時は腎機能低下のリスクを伝えるだけではなく、「市役所の管理栄養士」として、生活全般について共感・傾聴する姿勢が必要である。
- 後期高齢者はフレイル・サルコペニア・認知症等の進行がみられ、糖尿病性腎症よりも優先される課題があることが多い。個人の状況に合わせて QOL の向上、要介護状態への移行阻止等を含め、地域包括支援センター、かかりつけ医と有機的に連携した包括的な対応が求められる。
- 介入後、明確に行動変容がある者は「地域活動への参加」や「外部との交流」が活発であるという特徴があった。高齢者に介入する際は、介護予防の視点をもち、地域資源の活用等、個人の生活状況やニーズにあった情報提供ができることが重要である。

（2）今後の方向性

腎症対策は長期的な効果評価が必要であり、対象者データを経年的に追跡できる体制整備が重要である。事業担当者が変更となっても自治体の中で切れ目なく事業評価できる体制の整備に努めたい。また、腎症対策に地域医療で取り組むことができるよう、かかりつけ医・専門医とのさらなる有機的な関係づくりに取り組んでいきたい。

長野県喬木村＜重症化予防＞

事業の特徴

- 健診結果を活用した重症化予防の取組
- 可視化による自身の健康状態の把握

長野県喬木村の概要			
人口 （平成 30 年 4 月 1 日時点）	6,443 人	高齢化率 （平成 30 年 4 月 1 日時点）	34.10%
後期高齢者医療被保険者数 （平成 30 年 4 月 1 日時点）	1,236 人	年間 1 人当たり医療費 （平成 30 年 3 月末）	739,974 円
事業担当部署	保健福祉課健康推進係（訪問実施）、保険係（事務）		
[参考]特定健診実施率 （平成 28 年度）	75.4%	[参考]特定保健指導実施率 （平成 28 年度）	67.1%

事業の概要

（1）喬木村「後期高齢者生活習慣病等重症化予防事業」とは

長野県喬木村では、KDB システムを用いた分析結果で村の高齢者の健康状態を確認したところ、28 年度の状況として、以下の課題が明らかとなった。

- 一人当たりの医療費が、国、県よりは低いものの、年々増加中である。
- 入院による 1 件あたりの医療費では脳血管疾患 73 万円で県内 1 位、腎不全約 70 万円で同 6 位、心疾患が約 71 万円で同 7 位である。
- 医療費を疾患別にみると、慢性腎不全（透析）が 19.9%、脳梗塞 14.4%を占めており、国や県の割合より高くなっている。
- 要介護認定者は 364 人、認定率 16.6%であり、原因疾患は脳血管疾患、認知症が多く、両疾患が原因の場合はともに介護度が重度である。

これらを踏まえ、生活習慣病等の重症化を予防するために、保健師等による訪問指導を実施することとした。

（2）事業の対象者

対象者の抽出は、平成 28 年度の健診結果より行った。生活習慣病等の重症化のおそれがある人が対象のため、下記の条件のうち、1 つでも該当する項目がある人を対象とした。

血圧：Ⅱ度高血圧以上者／血糖：HbA1c6.5%以上（但し糖尿病治療者については 7.0%以上）
LDL:180mg/dl 以上／中性脂肪：300mg/dl 以上／尿蛋白：２＋以上
GFR：50 未満（但し 70 歳以上は 40 未満）／メタボ：該当者（２項目以上）
心電図：心房細動（疑いも含む）場合により所見有りの方も含む

結果、46 人が基準に合致した。対象者に対してはじめは電話で訪問の約束を取り付けていたが、

耳が遠かったり理解し難かったりで不安になる、不在などがあったため、担当する保健師（再雇用で住民に顔の知れている）が訪問をし、健診結果の説明等をさせていただきたい旨を伝え、訪問の約束を取り付けた。

最終的に、46 人中、村内での居住実態のない２人を除く 44 人に対し訪問を行った。

（３）訪問指導の進め方

訪問が実現した人については、健診結果を分析し、健診結果の経年表（可視化 1）、体の状態やリスクについての説明資料等（構造図（可視化 2）など）を作成した。

初回訪問時に健診結果と資料を基に健診結果の説明を行うとともに、医療の受診状況、食事や運動等の状況を確認し改善活動の指導を行った。また、医療受診中断者には再受診を促した。（事前に KDB システムで医療情報を確認はしているが、個人情報でもあり不愉快に感じる人もいると思い、本人には事前に確認した内容は話さずに聞き取るようにした。）話を聞きながら高血圧の人には日々家庭血圧測定し、図 1 のような用紙に記録することを勧め、受け取りに伺うか役場への提出をお願いした。後日血圧の記録用紙を提出した人には血圧の記録をもとに血圧グラフ（可視化 3）を作成した。

訪問後再度同じ担当者が訪問し、初回訪問後からの日々の家庭血圧の記録、健康状態や受療状況、食事、運動等も確認し、改善活動を指導した。血圧記録提出者には血圧グラフを提示し状況説明をした。また、未受療者の方には作成した健診結果の経年表、血圧グラフを持ってかかりつけ医を受診するよう促した。

１～２ヶ月後再々訪問をし、受療や食事、運動等改善活動の継続を確認指導した。

次の健診やかかりつけ医で行った血液検査の結果をもとに、改善しているかを確認した。

可視化 1　健診結果経年表

氏名　　様　　女 性

健診経年結果一覧																
			年齢	68	69	70	71	72	73	74		76	77
			実施年度	H20年度	H21年度	H22年度	H23年度	H24年度	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度
			健診機関										
			医療機関										
検査項目			基準値	随時	空腹	随時	随時	空腹	随時	随時	空腹	随時	随時
基本的な健診項目 身体の大きさ		身長		148	148	146.7	147.7	148.1	147.4	147		146	145.4
		体重		37.9	36.7	35.2	35.9	35.7	36.4	35.4		35.7	35.9
		BMI	18.5～24.9	17.3	16.8	16.4	16.5	16.3	16.8	16.4		16.7	17
		腹囲	男 ～85cm未満 女 ～90cm未満	61.5	68.6	62.3	63.1	63.4	70	66.1			
血管への影響（動脈硬化の危険因子） 内臓脂肪の蓄積		中性脂肪	空腹 ～149mg/dl 食後 ～199mg/dl	42	37	52	57	55	101	46		88	42
		HDLコレステロール	40～80mg/dl	52	58	54	54	54	48	58		53	61
		AST（GOT）	～30IU/l	28	27	28	27	32	24	27		26	28
		ALT（GPT）	～30IU/l	15	14	21	16	19	13	16		16	15
		γ-GT（γ-GTP）	～50IU/l	14	14	17	17	17	13	14		15	15
内皮障害 血圧		収縮期	130mmHg未満	118	142	122	136	127	116	139		166	145
		拡張期	85mmHg未満	78	95	79	88	85	68	83		79	92
		尿酸	～7.0g/dl	5.4	4.2	4.7	3.9	4.5	4.2	4.1		4	4.5
インスリン抵抗性		血糖	空腹 ～99mg/dl 随時 ～139mg/dl	82	83	94	90	88	98	86		85	86
		HbA1c（JDS値）	～5.5%（～5.1%）	5.4（5.0）	5.4（5.0）	5.2（4.9）	5.5（5.1）	5.5（5.1）	5.6（5.2）	5.4（5.0）		5.3（4.9）	5.5（5.1）
		尿糖	－	－	－	－	－	－	－	－		－	－
腎臓		血清クレアチニン	男 ～1.0mg/dl 女 ～0.7mg/dl	0.6	0.54	0.64	0.59	0.6	0.59	0.59		0.56	0.58
		eGFR（糸球体ろ過量）	60～ml/min/1.73㎡	74.7	83.5	69	75.1	73.5	74.5	74.2		78	74.8
		尿蛋白	－	－	－	±	－	－	－	－		－	－
		尿潜血	－	＋	＋	±	－	－	－	－		－	－
その他の動脈硬化の危険因子		LDLコレステロール	～119mg/dl	75	79	84	77	97	71	83		80	78
詳細な項目 血管変化	心臓	心電図	所見なし									上室性期外収縮（軽度の異常） 左室肥大（軽度の異常）	左室肥大（軽度の異常）
	脳	眼底検査	H O S O			HOSO	HOSO	HOSO	HOSO	HOSO		HOSO	HOSO
血管の易血栓化		ヘマトクリット	男 38.5～48.9% 女 35.5～43.9%	39.0	39.5	37.2	38.7	38.8	37.3	38.4		38.6	35
		血色素（ヘモグロビン）	男 13.1～16.6g/dl 女 12.1～14.6g/dl	12.6	12.8	12.1	12.5	12.6	12.2	12.6		12.2	11.6
CKD重症度分類				G2A1	G2A1	G2A1	G2A1	G2A1	G2A1	G2A1		G2A1	G2A1
メタボリックシンドローム判定				非該当	非該当	非該当	非該当	非該当	非該当	非該当		非該当	非該当
保健指導レベル				情報提供	情報提供	情報提供	情報提供	情報提供	情報提供	情報提供		情報提供	情報提供
non-HDL（総コレステロール-HDL）										88		97	90
			服薬（高血圧）										○
			服薬（糖尿病）										
			服薬（脂質異常症）										

可視化２　構造図（高血圧）

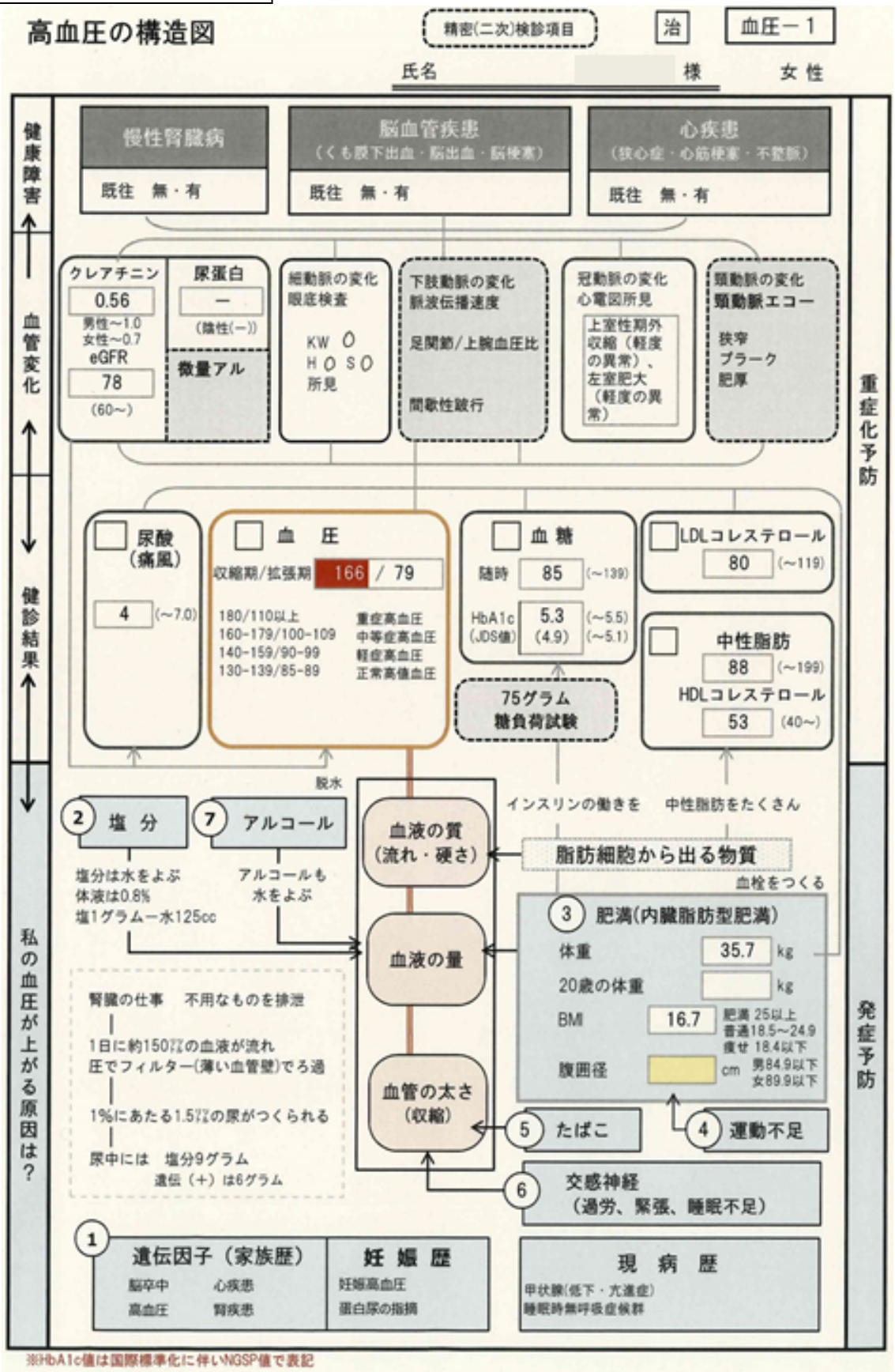
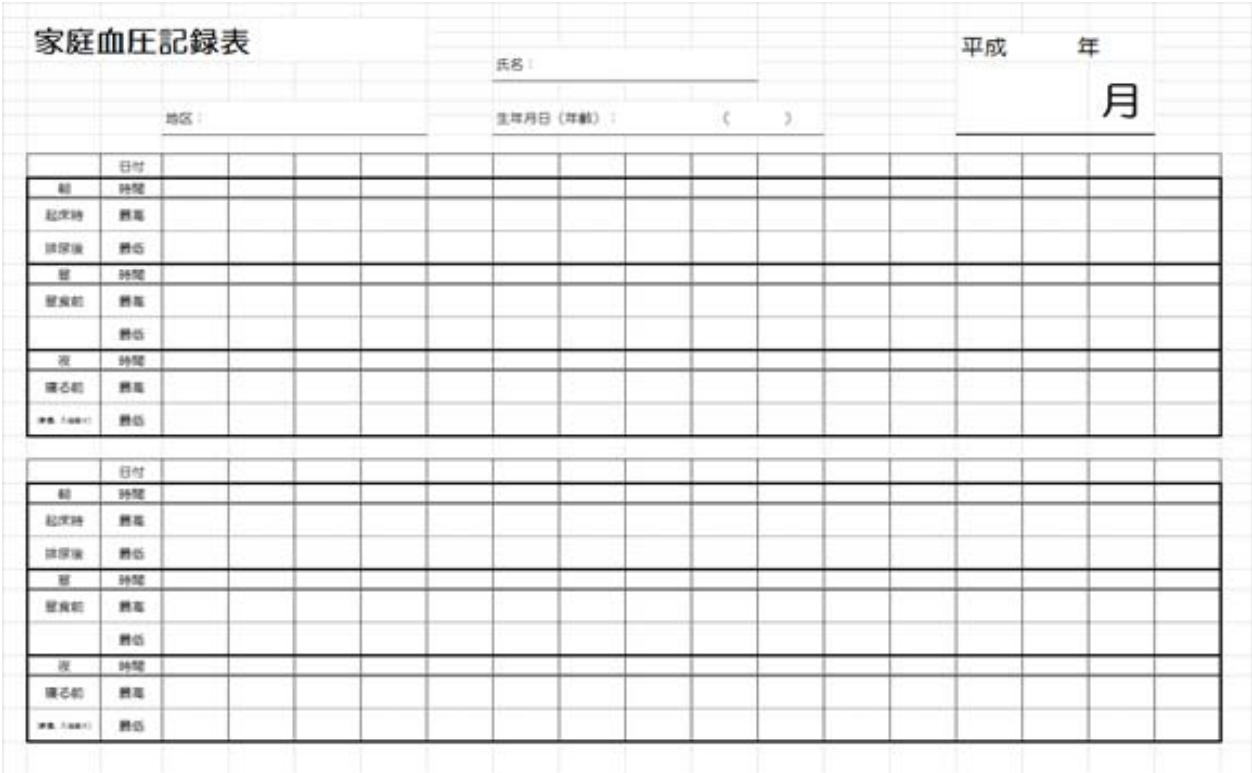
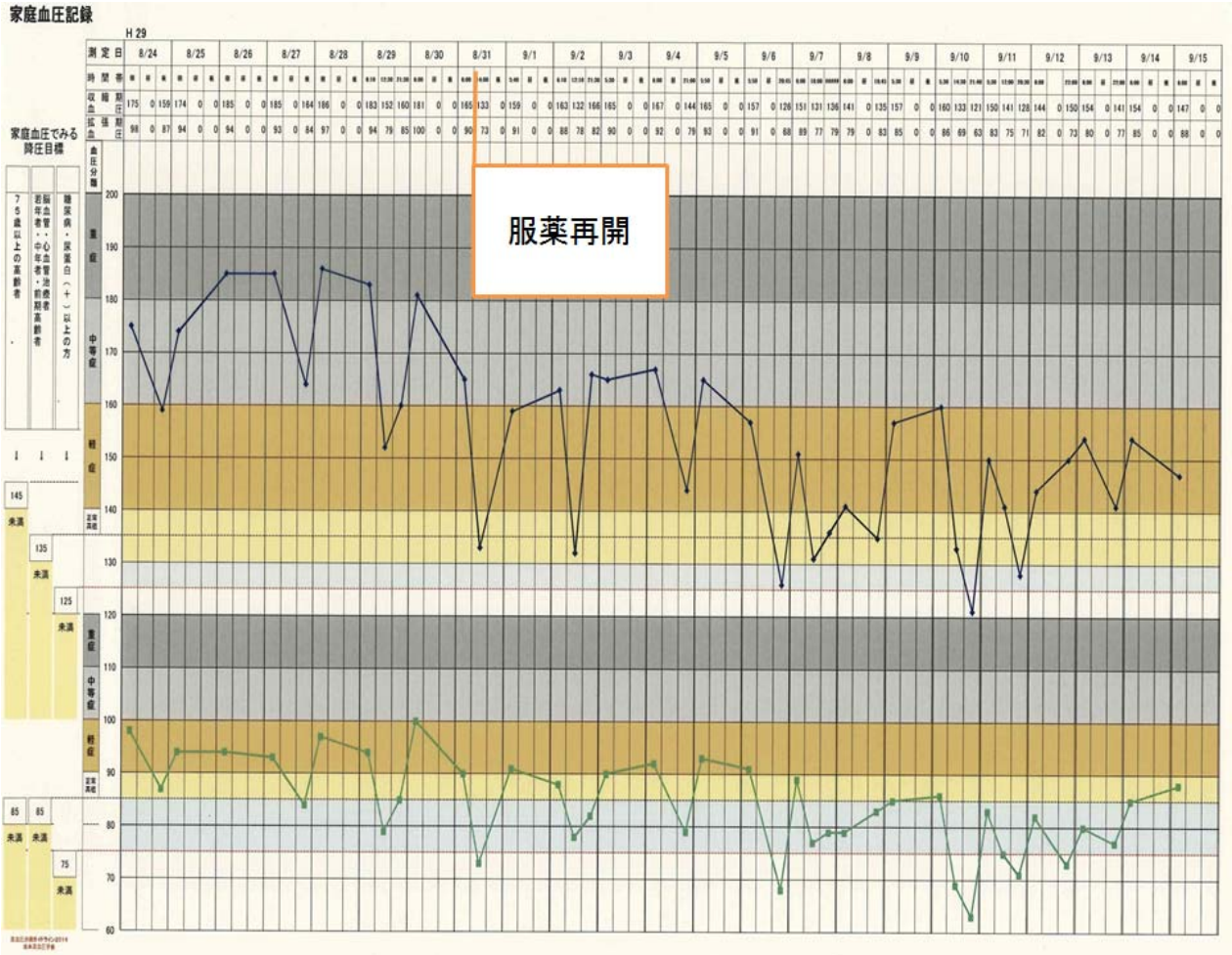

高血圧の構造図
精密(二次)検診項目
治
血圧－1
氏名
様
女性
健康障害
血管変化
健診結果
私の血圧が上がる原因は？
慢性腎臓病
既往　無・有
脳血管疾患
（くも膜下出血・脳出血・脳梗塞）
既往　無・有
心疾患
（狭心症・心筋梗塞・不整脈）
既往　無・有
クレアチニン
0.56
男性～1.0
女性～0.7
eGFR
78
(60～)
尿蛋白
－
(陰性(－))
微量アル
細動脈の変化
眼底検査
KW 0
H 0 S 0
所見
下肢動脈の変化
脈波伝播速度
足関節/上腕血圧比
間歇性跛行
冠動脈の変化
心電図所見
上室性期外収縮（軽度の異常）、左室肥大（軽度の異常）
頸動脈の変化
頸動脈エコー
狭窄
プラーク
肥厚
重症化予防
尿酸（痛風）
4
(～7.0)
血　圧
収縮期/拡張期
166 / 79
180/110以上　重症高血圧
160-179/100-109　中等症高血圧
140-159/90-99　軽症高血圧
130-139/85-89　正常高値血圧
血　糖
随時
85
(～139)
HbA1c
(JDS値)
5.3
(4.9)
(～5.5)
(～5.1)
75グラム
糖負荷試験
LDLコレステロール
80
(～119)
中性脂肪
88
(～199)
HDLコレステロール
53
(40～)
脱水
インスリンの働きを
中性脂肪をたくさん
2 塩　分
塩分は水をよぶ
体液は0.8%
塩1グラム－水125cc
7 アルコール
アルコールも水をよぶ
血液の質（流れ・硬さ）
血液の量
血管の太さ（収縮）
脂肪細胞から出る物質
血栓をつくる
3 肥満(内臓脂肪型肥満)
体重
35.7
kg
20歳の体重
kg
BMI
16.7
肥満 25以上
普通18.5～24.9
痩せ 18.4以下
腹囲径
cm
男84.9以下
女89.9以下
腎臓の仕事　不用なものを排泄
1日に約150ℓの血液が流れ
圧でフィルター(薄い血管壁)でろ過
1%にあたる1.5ℓの尿がつくられる
尿中には　塩分9グラム
遺伝（＋）は6グラム
5 たばこ
4 運動不足
6 交感神経
（過労、緊張、睡眠不足）
1 遺伝因子（家族歴）
脳卒中　心疾患
高血圧　腎疾患
妊娠歴
妊娠高血圧
蛋白尿の指摘
現病歴
甲状腺(低下・亢進症)
睡眠時無呼吸症候群
発症予防
※HbA1c値は国際標準化に伴いNGSP値で表記

図１　血圧記録用紙

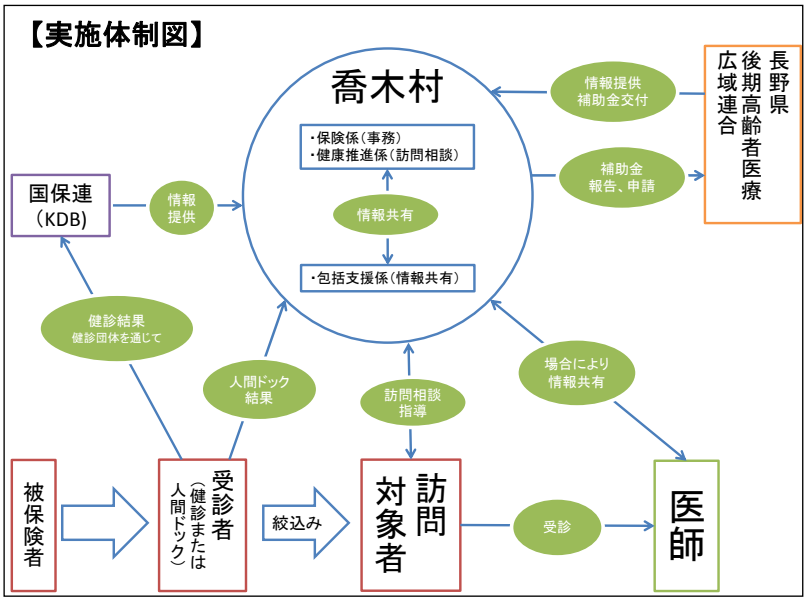


可視化３　血圧グラフ



（4）事業実施体制

保険担当部署である保険係と保健担当部署である健康推進係が連携し、事業を実施した。訪問を担当したのは、健康推進係が雇い上げた保健師、看護師各１名で入力などの事務は保険係の後期高齢者担当者１名と作業を分担した。訪問担当者間では常に情報交換を行い、訪問する対象者の課題を共有するとともに、指導内容についての目線合わせをした。



また、村内医療機関には事前に事業内容を説明し、協力を依頼した。訪問対象者のかかりつけ医に対しては対象者本人に健診結果経年表、血圧グラフを受診時に持参していただいた。

事業結果と効果

（1）訪問を通じて明らかになったこと

実際に訪問し直接話をしてみると、健診や医療機関を受診していても、健診時や医療機関受診時の説明では自身の健康状態を理解できていない人が多くいることが分かり、改めて健康状態についての自己認識を高めるための取組の必要性が感じられた。なお、健康状態を説明するにあたっては、健診結果や生活習慣病予防（動脈硬化予防）を視点に据えた経年表等が非常に有効であった。特に、血圧の値をグラフ化する等、可視化することにより、自身の健康状態並びに、生活習慣を改善するか否かによる将来の健康状態の違いを理解してもらうことができ、生活習慣の改善に取り組んでくれる人が増えた。

なお、今回事業に取り組むにあたり、被保険者情報の確認等のために、KDB システムを活用した。訪問前に、医療機関の受診状況や病名、治療状況、服薬情報を把握でき、高齢者への支援に非常に有効であることが分かった。

（2）参加者に見られた変化

平成 29 年度、事業に参加した 44 人について、事業の前後で各項目等を確認したところ、次のような結果となった。

・保健指導参加率

対象者４６人中４４人　９５．６５％

・検査値の維持・改善者

項目別

血圧	→	該当者１２人中１０人（改善９人・維持１人）	８３．３％
HbA1ｃ	→	該当者３人中２人（改善０人・維持２人）	６６．６％
LDL	→	該当者４人中４人（改善２人・維持２人）	１００％

中性脂肪　→　該当者３人中２人（改善２人・維持０人）　６６．６％
尿蛋白　→　該当者６人中６人（改善４人・維持２人）　１００％
e-GFR　→　該当者１４人中６人（改善０人・維持６人）　４２．８％
メタボ該当　→　該当者６人中３人（改善３人・維持０人）　５０％
心電図　→　該当者１７人中１２人（改善３人・維持９人）　７０．５％

医療未治療者の医療受診・該当項目別

血圧　→　未治療該当者６人中
受療者４人６６．６％（うち１人は訪問前に服薬開始）
未治療者２人（家庭血圧測定実施を習慣化１人、家庭血圧測定開始１人）

心電図　→　要精検該当者１０人中
２人治療開始２０％　４人要経過観察４０％

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

健診を受けた人を基本に訪問を行うこととしているが、高齢者の中には、住民票を移さず、親族世帯に転居している人もおり、連絡が取れず、訪問に至れないケースもあった。

健診結果が元データとして必要となるので受診していただくことが大切である。

事務職もKDBシステム等のシステムを理解し、使いこなせるようになることも大切だと感じた。

（２）今後の方向性

早期からの重症化を防ぐためには特定健診世代の生活習慣病予防が最優先だが、後期高齢者世代の方も健診結果などのデータを基に関わりを持つことにより、生活習慣病予防による重症化を遅らせることが可能であり、介護予防にも繋がると思われる。

ただ、そのためには予防活動の専門職による関りが必要となり、高齢化が急速に進む中でその専門職の育成、即戦力となる人の再掘、再雇用等が必要と思われる。

限られた専門職の方に専門職ではなければできない活動に専念していただくためにも、事務作業との分担を明確にし、効率をよくすることが大事であると感じた。

また、新たなる生活習慣病を防ぐ点から、幼少期からの指導（食育等）もより必要であり重要であると考える。

高齢者の特性から複数の課題のある方は課題を絞り優先順位をつけて一つづつの対応が必要がある。

長野県佐久市　＜複合的取組＞

事業の特徴

- 保健師・理学療法士・管理栄養士・歯科衛生士がそれぞれの専門分野に応じて高齢者の健康課題に対応
- 医師会・歯科医師会の代表者も参画した検討会議を通じて、地域全体のフレイル対策を検討

長野県佐久市の概要

人口 （平成 30 年４月１日時点）	98,652 人	高齢化率 （平成 30 年４月１日時点）	30.4%
後期高齢者医療被保険者数 （平成 30 年４月１日時点）	15,595 人	年間１人当たり医療費 （平成 30 年３月末）	807,791 円
事業担当部署	福祉部高齢者福祉課、市民健康部国保医療課・健康づくり推進課		
[参考]特定健診実施率 （平成 28 年度）	40.3%	[参考]特定保健指導実施率 （平成 28 年度）	61.2%

事業の概要

（1）佐久市「フレイル予防等訪問指導事業」とは

長野県佐久市では、高齢者の介護保険申請の要因を分析したところ、関節疾患、転倒骨折、高齢による虚弱等、身体的フレイルに関する項目が原因である者が全体の 29.6%を占めていることが明らかになった。高齢者が要介護状態に移行することを防ぎ、自分らしく安心して在宅生活が継続できるようにするために、高齢者の食事や口腔機能、日常生活動作や環境等を考慮した専門職による総合的な支援を実施することとした。

佐久市では、これまでも保健師・管理栄養士・歯科衛生士の訪問による個別支援は実施されてきたが、各専門職がお互いのアセスメント結果を共有した上で、支援をすることが少なかった。

また、高齢者は慢性疾患を抱えていることも多く、訪問指導を行う上でも医療との連携が重要となるが、その効果的な連携方法が確立されていなかった。

そこで、平成 28 年度より、各種専門職の視点によるアセスメントから高齢者の健康課題を複合的に把握し、それに応じた支援を実施するために、月１回、保健師・理学療法士・管理栄養士・歯科衛生士が高齢者の自宅を訪問し、４か月にわたり支援を行うこととした。

（2）事業の対象者

佐久市では、従来より地域支援事業として、要介護認定を受けていない 75 歳、80 歳の節目年齢の者には、保健師等が自宅を訪問して基本チェックリストを実施し、健康相談や介護予防事業等に結

びつける「おたっしゃ訪問事業」を実施していた。

この訪問の中から、（プレ）フレイルかつサルコペニア状態にあり、主治医がいる、又は 1 年以内に健診を受けて異常がない者を対象とした。

平成 29 年度に、この基準に該当したのは 109 人となり、そのうち専門職の定期訪問に同意した 24 人について訪問指導を実施することとした。

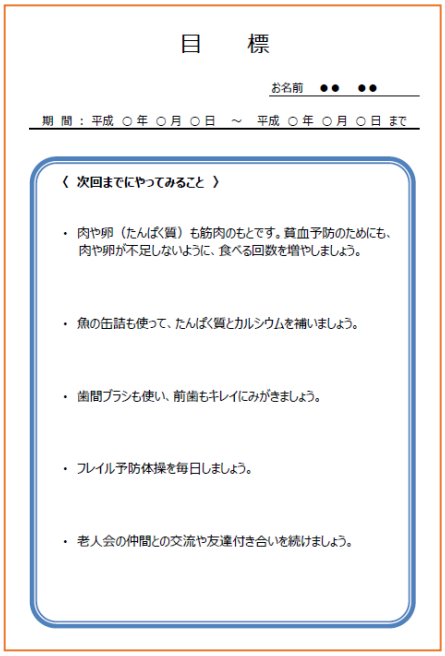
（3）訪問指導の進め方

初回の訪問に先立って、主治医から事業参加の同意と診療情報の提供を受けるようにした。その後、関係者による事前カンファレンスにより、訪問対象者の個別の健康課題を明らかにし、初回の訪問担当者を決定した。

初回の訪問では、保健師と訪問対象者の個別の健康課題に応じた 1 職種が訪問し、高齢者が抱える健康課題について、より詳細にアセスメントを実施し、個々の状況にあわせた目標設定を行った。

２回目の訪問では初回訪問に行っていない残りの２職種が訪問し、その後の訪問は、健康課題や目標に対する進捗状況に応じて訪問する専門職を選定し、それぞれの専門分野に応じた相談、指導を実施した。

各回の訪問後には、関係者によるカンファレンスを実施し、情報の共有と、それぞれの専門職の視点から課題出しを行い、次回の訪問に向けて指導の方向性を検討した。


目　　標

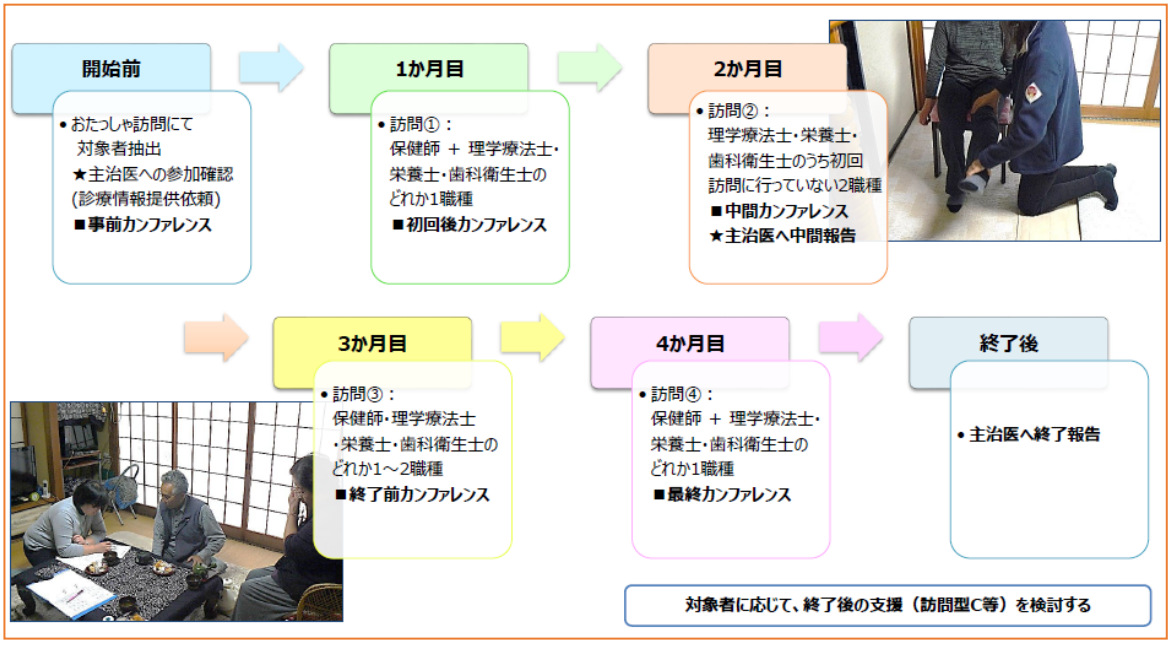
お名前　●●　●●

期 間 ： 平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日　～　平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日 まで

〈 次回までにやってみること 〉

- 肉や卵（たんぱく質）も筋肉のもとです。貧血予防のためにも、肉や卵が不足しないように、食べる回数を増やしましょう。
- 魚の缶詰も使って、たんぱく質とカルシウムを補いましょう。
- 歯間ブラシも使い、前歯もキレイにみがきましょう。
- フレイル予防体操を毎日しましょう。
- 老人会の仲間との交流や友達付き合いを続けましょう。

なお、２回目の訪問後と最終訪問後に「指導報告書」を作成し、高齢者の生活状況や指導内容、指導結果等について主治医へ報告するようにした。



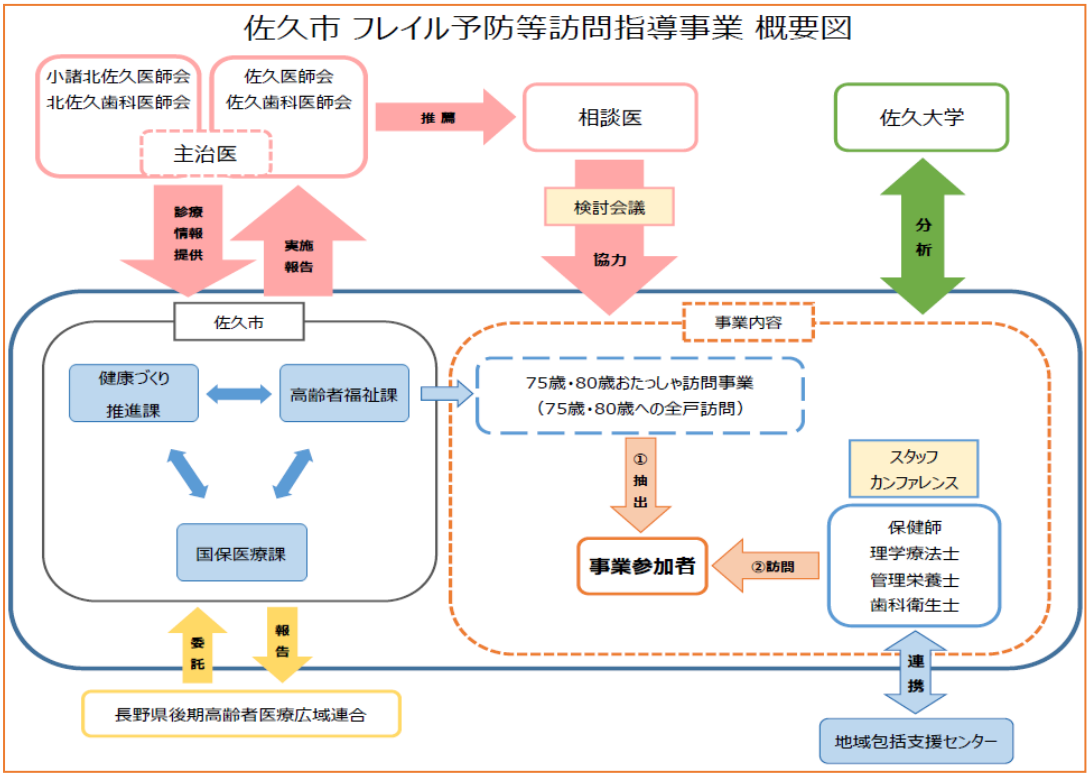
（4）事業実施体制

多職種による訪問を実現するにあたり、佐久市では、後期高齢者医療の担当部署である国保医療課、衛生担当部署である健康づくり推進課、介護保険担当部署である高齢者福祉課の３課が連携し、検討会議を開催した。この検討会議には、庁内関係者だけではなく、地域の医師会、歯科医師会の代表者に相談医として参加してもらい、事業スキームの構築・評価等を行った。また、事業の評価に際しては、佐久大学看護学部の助言も受けて実施した。

複数の職種間での情報共有のために、月１回のスタッフカンファレンスを実施するとともに、スタッフ間での情報共有を図るための連絡シートや実施チェックカレンダーも作成し、進捗管理に努めた。

なお、これら検討会議を通じて作成した様式や事業の流れ等については、事業実施マニュアルとして編纂し、関係者間で共有した。

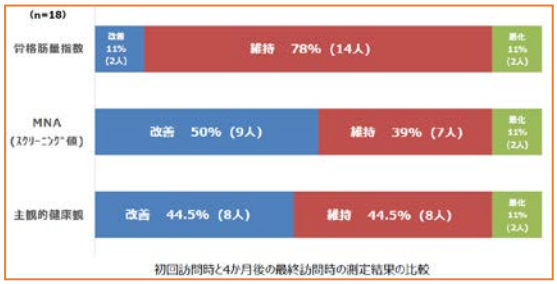
また、取り組みの結果等を「実施報告書」として冊子にまとめ、市内医療機関へ配布した。



事業結果と効果

（1）参加者に見られた変化

平成 29 年度、事業に参加した 24 人について、事業の前後で各種指標を測定したところ、サルコペニアに関する１指標である、筋骨格量指数（筋肉量（kg）/身長（㎡））、低栄養の指標である MNA、主観的健康観のいずれもが９割近くが維持・改善となった。



また、事業参加者の参加前後の医療費の変化をレセプトから分析したところ、１か月あたりの医療費の平均が、

26,878 円から 24,121 円（事業参加前に医療費が発生していた 16 人）と約 10%軽減された。これを年間で換算すると 1 人当たり、約 3.3 万円が軽減されたこととなる。

（2）医療機関や介護部門との連携の促進

医療機関や主治医とスムーズに連携を行えるようにするため、事業企画の段階から佐久医師会や佐久歯科医師会に相談し、事業協力を求め、前述の検討会議に参加する相談医の紹介を受けた。

相談医を交えた検討会議は事業実施期間中も含めて複数回開催し、事業参加者について、主治医との情報交換を行うための書式や参加者個別への指導内容、事業の実施方法の見直しに至るまで多くの助言をいただいた。

こうして作成した診療情報提供書や指導報告書等を用いて、主治医との間で連携を図ることに努めた。

また、同事業の実施にあたり、訪問指導の終了後も継続して介護予防活動が実施できるよう、地域の社会資源との連携が非常に重要であるため、お互いに支え合える「地域づくり」という視点において、開始当初から関係部門との連携が効果的であった。

フレイル予防等訪問指導事業　指導結果報告書　［終了報告］

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

２年間のモデル事業を通じて、事業に参加をしてくれる人への支援のスキームは構築できたものの、事業参加者は抽出基準に該当した対象者のうち、２割程度にとどまる等、なかなか数が伸びない状況にある。そのため、事業に参加をしたいと思うにはどのような誘い方が効果的であるか、参加を断った人に対しての支援の手立てがないのか等を検討する必要がある。

なお、本事業では、主治医との連携を重視し、指導に際して助言をいただいたり、指導内容をフィードバックする仕組みを構築した。今後は、主治医に対して提供した情報が診療にどのように活かされているか等を踏まえ、更にどのような連携が可能かを検討していく必要がある。

（2）今後の方向性

今後、同事業を継続していくには、対象者の個別の課題に応じた効果的な指導内容や、指導実施後の関係機関との連携の強化について、今後より詰めていかなければならない。

また、フレイルという概念についても、被保険者並びに関係者に対し啓発し、事業の参加者・協力者を増やしていく努力が必要になる。

そして、「フレイル」という新しい概念のもと、主に加齢によるリスクに着目して事業を展開してきたが、事業を実施する中で、「フレイル」は高齢者の生活習慣病や薬剤との関連も非常に強いことが明らかになってきた。現在の仕組みに、生活習慣病の重症化予防を合わせて実施することで、より効果が期待できると考えられるため、一体化を意識した体制整備を検討していく必要がある。

また、より効果的な支援を実施するために、薬剤師との連携についても、今後検討をしていく。

滋賀県後期高齢者医療広域連合＜市町への支援＞

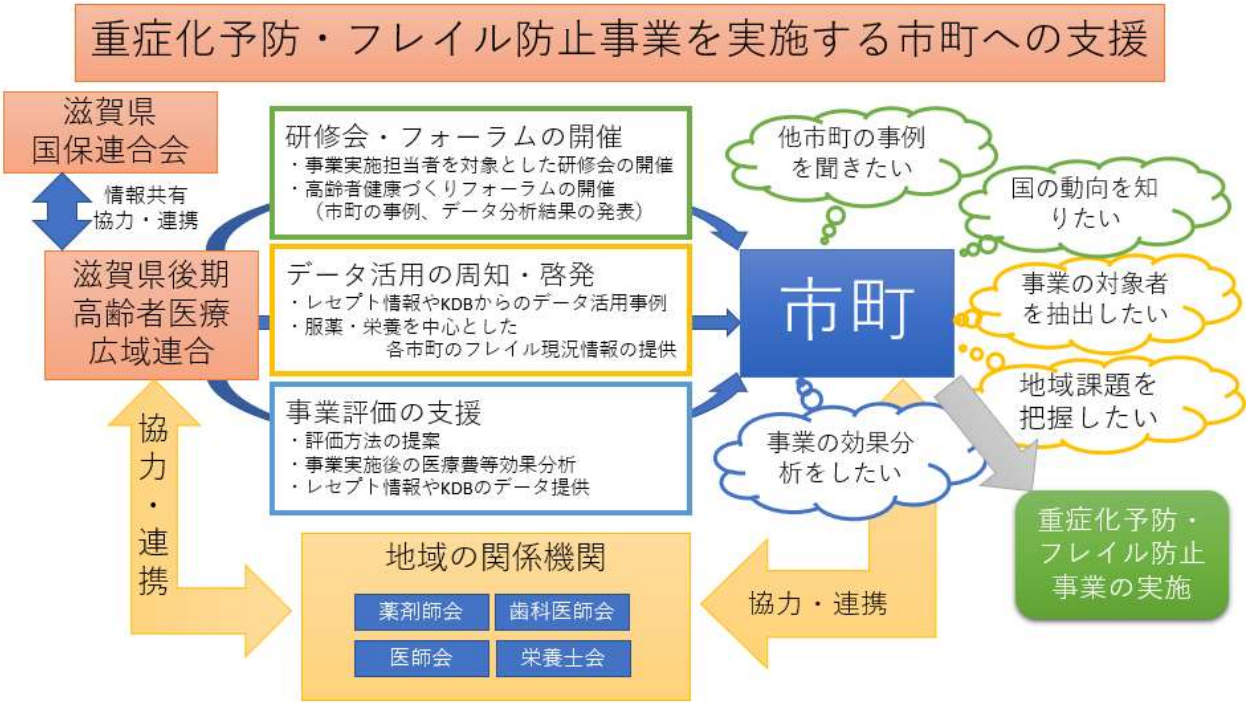
事業の特徴

- 重症化予防・フレイル防止事業を実施する市町へ広域連合から研修会をはじめとする様々な方法で支援
- 広域連合主催の研修会では後期高齢医療担当だけではなく、健康増進、介護予防担当各部署に対しても研修案内を文書等で送付
- 市町のイベントスケジュール、国保連合会の研修日程・内容を事前調査の上、日程・内容を決定

滋賀県後期高齢者医療広域連合の概要

人口 （平成 30 年４月１日時点）	1,410,014 人	高齢化率 （平成 30 年４月１日時点）	25.5%
後期高齢者医療被保険者数 （平成 30 年４月１日時点）	173,014 人	年間１人当たり医療費 （平成 30 年３月末）	934,119 円

事業の概要



滋賀県後期高齢者医療広域連合では重症化予防・フレイル防止事業を実施する市町を支援するため、市町の担当者を対象とした研修会や市町の事例紹介を実施するフォーラムを開催する等、様々な事業を実施し、滋賀県や国保連合会、地域の関係機関とも連携を取りながら保健事業を実施する市町の横展開を推進している。まず、補助金を活用していただく前に広域連合から各市町へ説明に巡回し、市町担当者から事業実施に向けたニーズを直接聞き取ることで研修会やデータ活用、事業評価の支援する体制について時間をかけて整備した。ここでは平成 29 年度から実施している研修会の取組を紹介する。

（１）滋賀県後期高齢者医療広域連合による市町担当者向け研修会の取組

滋賀県後期高齢者医療広域連合では、特別調整交付金や事業費補助金等の補助金制度を利用した保健事業を展開する市町数が少なかったことから、市町を支援する形の一つとして市町の職員を対象とした研修会を実施することとした。

研修会では高齢者の虚弱に着目した保健事業に関する知識の習得及び能力向上を図り、市町における保健関係部署の連携強化による円滑かつ効果的な事業推進を目的とした。

（２）研修会の参加対象者

広域連合から各市町の連絡窓口は、後期高齢者医療担当部門となるが、その部門にだけ案内をしたのでは、実際に保健事業を担当することが多い、健康増進部門や介護予防担当部門に情報が届くことが遅くなったり、情報が届かなかったりすることもある。そのため、滋賀県後期高齢者医療広域連合では、各市町の後期高齢者医療担当部門に電話して、高齢者の保健事業を実施している部署を調べ、健康増進部門、介護予防部門、包括支援部門に対しても、研修案内を郵送・メールにて連絡した。また、事業の質の向上を狙って専門職はもちろん、事務職員にも参加を呼び掛けた。なお、滋賀県医療保険課にも協力依頼をし、県内の関係部署へ開催通知をメール配信してもらうとともに、県のネットワークを活用して参加者募集を呼びかけた。

（３）研修会の内容

研修会ではより多くの市町に補助金を用いて保健事業に取り組んでもらえるよう、外部講師を招聘することや、グループワークの時間を増やして情報交換の場にすることも考えた。

平成 29 年度のプログラムは右の通りである。

時　間	内　　容
9:30	受　付
10：00	オリエンテーション
10：10	研修：後期高齢者の保健事業の考え方 午前の部（グループワーク） ・後期高齢者の暮らしの実態 ・後期高齢者の健康特性をふまえた保健事業の考え方
12：00	お昼休み（１時間）
13：00	午後の部（グループワーク） ・地域における現状の課題抽出と目指す地域像の検討 ・効果的な保健事業を考える上での地域包括ケアシステムの目指す姿
16：30	研修終了

１日間のスケジュールで保健事業の対象者となる高齢者の実態を把握する方法から、事業を組み立てていくまでのプロセスを学ぶことができる内容とした。

なお、研修当日のグループ分けは同じ人口規模の市町で分類し、出来るだけ同じ目線で話せるようにした。人口規模が違いすぎると組み立てる保健事業の内容も異なってくるためである。

また、当時は「フレイル」という言葉を出すと介護予防担当課の職員の参加が得やすいという県保健師のアドバイスを受けて研修案内等も工夫した。

出来るだけ多くの人に参加してもらえるよう、上記内容については、同じものを２日に分けて開催し、計 46 人の参加を得た。

事業結果と効果

（1）事業を通じて明らかになったこと

研修の開催日と内容に関しては、予め想定される参加者の予定等と調整を行う必要がある。当初は市町の事情を考えずに２日間の日程で両日参加を求める開催を考え、メールで後期高齢者医療担当課のみに案内を送付したが、実際には申込み数が少なく、開催を延期した。そのため、研修参加者数が伸びない原因や市町のスケジュール（保健事業や議会等）、県や国保連合会の研修会開催日とその内容を調査し、開催時期や研修内容を再検討した。最終的には、市町のイベント時期を避け、２日間の開催であるが、両日同じ内容とし、２日間のうちいずれか１日参加すればよいようにした。

また、研修会の開催にあたり、通知文書は紙ベース、署名を明記することが重要である。メールでの通知は一見便利であるが、見落とされがちである。紙の文書で通知することで見てもらう機会は格段に増える。宛名についても「後期高齢担当課」とするのではなく、「〇〇市保険年金課」の課長宛にして自分事として感じてもらえるように努めた。

研修会は市町のニーズ調査、担当者が抱える課題を把握するには絶好の機会であるため、研修会の終了時にアンケート調査を実施し、内容を次のアプローチにつなげることが必要である。研修会へ求める内容や、市町で課題と感じていること等、生の声を聴くことができた。

（2）参加者に見られた変化

研修参加者のアンケートからは、「研修の結果により高齢者の特性への理解が深められた」「他の参加者（他部署）と意見交換できた」等のコメントが寄せられ、アウトプットとして一定の効果があったと考えられる。

研修会の後も補助金を活用した保健事業の問合せや、広域連合が管理しているデータ（レセプト情報やKDB等のデータ）について市町から提供依頼があった。補助金の説明には出来るだけ市町へ出向き、顔がわかる関係を築くことを重要視し、データ提供にあたっても市町の要望を聞き取り、データの見せ方や抽出方法を提案し、打ち合わせを行った。

平成２９年度は補助金を使った保健事業は６市町８事業であったが、平成３０年度には１０市町１４事業まで増加し、県内の半数以上の市町が補助金を活用して保健事業を実施している。

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

事業を実施する上での課題は研修内容のマッチングと関係機関との連携体制である。

アンケート調査でのニーズ把握は研修内容や開催時期などを決めるにあたって重要な作業である。アンケート調査を実施し、研修会で希望する内容を調査するが、市町が求める内容と広域連合で実施したい内容にミスマッチが起きることがある。例えばフレイル防止の保健事業を市町に実施して欲しいと広域連合が考えていても、市町では生活習慣病重症化予防に注目が集まっていることがある。市町のニーズを踏まえ、フレイル防止を前面に押し出した内容にすると参加者が集まりにくいのは想像に難しくないが、生活習慣病重症化予防をメインにしてより多くの参加者を集めようとするだけでは

なく、フレイルとの関連性なども研修内容に盛り込む等、工夫が必要である。後期高齢者に関する研修会へ市町の担当者に参加してもらうだけでも、事業実施に向けた重要なステップである。最終的な目標に向けて、出来ることから実践していくことの大切さを感じた。

また、研修を実施する上では関係機関との連携体制も重要な要素である。普段から県や市町、国保連合会等の関係機関と情報共有を行うことができるのでれば、研修会を実施する時にも協力を依頼しやすいが、そのような状況ではない場合、広域連合から積極的に関わっていくことも必要である。実際に今回の研修会ではノートパソコン等の備品は国保連合会から借用し、また、市町の国保部門への呼びかけは県の国保関係部門（滋賀県医療保険課）を通じて開催案内を実施していただいた。市町からは他の研修会で顔なじみになった職員を頼り、市町のイベント時期について気軽に聞くことができた。当初からこういった連携体制があったわけではないので、担当者が替わったとしても普段から連絡を取り合い、広域連合からも関係機関に協力していくべきである。

（２）今後の方向性

研修会については、毎年開催していくことを予定している。その際、ポイントを絞った内容、参加しやすい環境づくりを心がけていく。

なお、滋賀県後期高齢者医療広域連合では毎年３月に市町の後期高齢者医療担当職員や保健師、地域包括センターの職員等を対象に「高齢者健康づくり事業推進フォーラム」を開催し、専門機関からの事業報告や市町の事例発表等を実施している。同フォーラムと連携し、よりニーズに沿った研修会の開催につなげていきたい。