

平成30年10月16日
第139回 市町村職員を
対象とするセミナー

地域包括ケアシステムの推進における 市町村栄養士の役割について

公立大学法人 神奈川県立保健福祉大学 保健福祉学部
栄養学科 田中 和美

地域包括ケアシステムの中で市町村栄養士の役割は？（主に保健活動・介護予防を中心として）

- **地域栄養診断** をしていますか？
- 何が **課題**か、**問題意識**を持っていますか？
- それは **何**を解決しますか？
- それは **誰**と協働したら実現できますか？
- それにはどんな **資料**（または資源）が使用できますか？
- それには **予算**が必要ですか？
- その実現の **決定権**は誰が持っていますか？
- そのためには **何**が必要ですか？

検討の進め方(案)

○有識者会議における検討

- ・ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に関して、制度的・実務的な論点について整理するため、**有識者会議を設けて検討。**

※ 保健事業・介護予防に係る学識経験者、保険者の代表者、職能団体の代表者などにより構成。

- ・ 同有識者会議の検討状況は、**社会保障審議会医療保険部会及び介護保険部会に報告。報告を踏まえながら、両部会において制度面・実務面の観点から議論。**

＜有識者会議における主な検討事項(案)＞

- (1) 一体的実施の意義・目的
- (2) 実施内容(効果的な支援のあり方)
- (3) 実施主体(市町村と広域連合、保険者間の役割分担)
- (4) 事業スキーム(財源、計画、PDCA等)
- (5) その他

○検討スケジュール

- ・ 7月19日 医療保険部会開催
- ・ 7月26日 介護保険部会開催
- ・ 近日中 第1回有識者会議開催



(月1回程度開催)

- ・ 年内 検討結果とりまとめ
⇒ 両部会に報告、議論

構 成 員 (敬称略、50音順)	
飯島 勝矢	東京大学高齢社会総合研究機構教授
遠藤 久夫	国立社会保障・人口問題研究所所長
大澤 正明	全国知事会理事(群馬県知事)
河本 滋史	健康保険組合連合会常務理事
近藤 克則	千葉大学予防医学センター社会予防医学研究部門教授
田中 和美	神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部栄養学科教授
辻 一郎	東北大学大学院医学系研究科教授
津下 一代	あいち健康の森健康科学総合センターセンター長
藤井 康弘	全国健康保険協会理事
前葉 泰幸	全国市長会副会長(三重県津市長)
山本 賢一	全国町村会副会長(岩手県軽米町長)
横尾 俊彦	全国後期高齢者医療広域連合協議会会長(佐賀県後期高齢者医療広域連合長/佐賀県多久市長)
※	日本医師会
※	日本歯科医師会
※	日本薬剤師会
※	日本看護協会
※	全国老人クラブ連合会
※	NPO法人高齢社会をよくする女性の会

国保データベース（KDB）システムについて

地域栄養診断に使用できるツール

- 「国保データベース(KDB)システム」とは、国保保険者や後期高齢者医療広域連合における保健事業の計画の作成や実施を支援するため、国保連合会が「健診・保健指導」、「医療」、「介護」の各種データを活用して、①「統計情報」・②「個人の健康に関するデータ」を作成するシステム。(平成25年10月稼働開始)



- KDBシステムを活用することにより、以下のような取組を行うことが可能となる。
※KDBシステム運用状況 「市町村数1,742中 1,305市町村（75%）」

①「統計情報」の利活用

(その地域の疾病別医療費分析等)



- その地域の健康状況(特定健診・特定保健指導の実施状況、疾病別医療費、一人当たり医療費等)を確認するとともに、他の地域の健康状況と比較することにより、自らの地域の特徴を把握し、優先すべき課題(健診受診率向上、生活習慣病予防、重症化予防等)を明確化

②「個人の健康に関するデータ」の利活用

(健診結果・受診状況に関する個人別の履歴等)



- 適正受診が望まれる者や、優先的に保健指導の対象とすべき者を判断し、個人に対する効率的・効果的な保健事業(糖尿病性腎症の重症化予防等)を実施

KDBシステムが保有する情報

○健診・保健指導情報

- ・健診結果情報
- ・保健指導結果情報 等

○医療情報(国保・後期高齢者医療)

- ・傷病名
- ・診療内容
- ・診療実日数 等

歯科レセプトへの対応は、平成27年3月予定

○介護情報

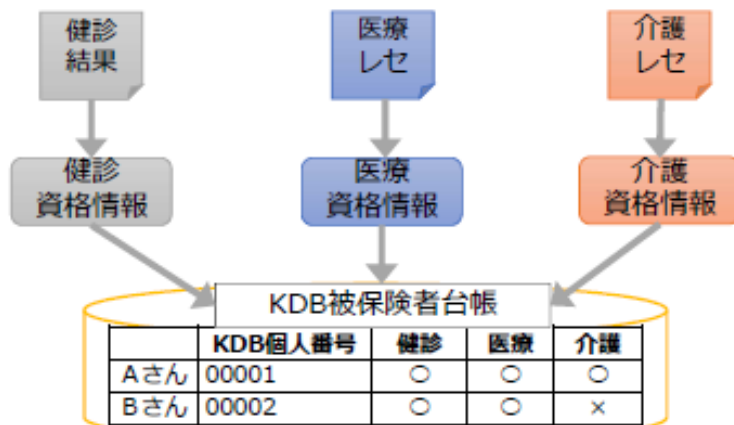
- ・要介護(要支援)状態区分
- ・利用サービス 等

国保データベース (KDB) システムの特徴

地域栄養診断に使用できるツール

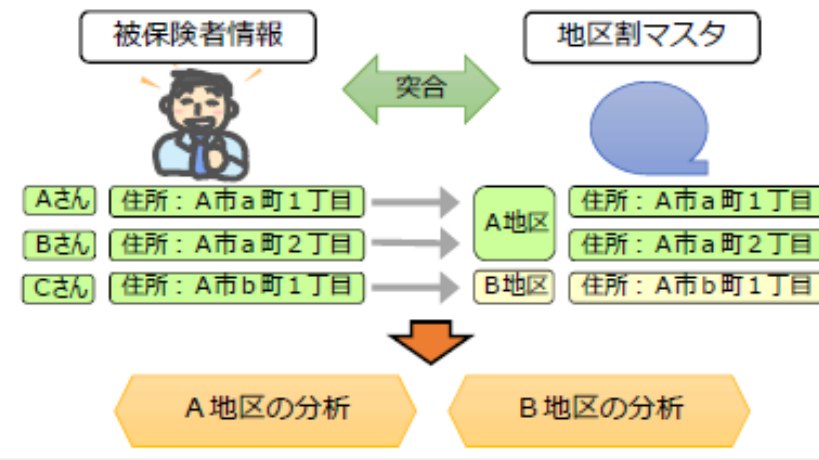
1. 健診・医療・介護の突合

○健診・医療・介護の情報を個人単位で紐付することで、制度横断的に分析することが可能。



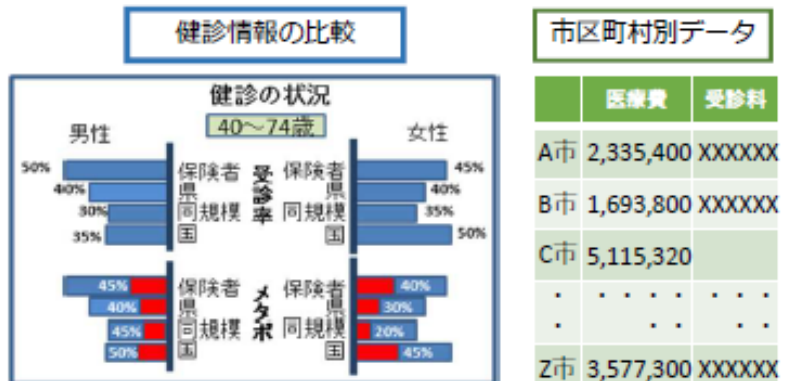
2. 地区割りによる分析

○これまで保険者単位で行っていたデータ分析をより細分化し、地区単位（例：住所別、学区別等）で分析することも可能。



3. 県・同規模・全国との比較

○全国の国保連合会が管理するデータを国保中央会（共同処理センター）へ送付し、一括して集計することで県内集計値・同規模*集計値・全国集計値などの比較情報を作成する。

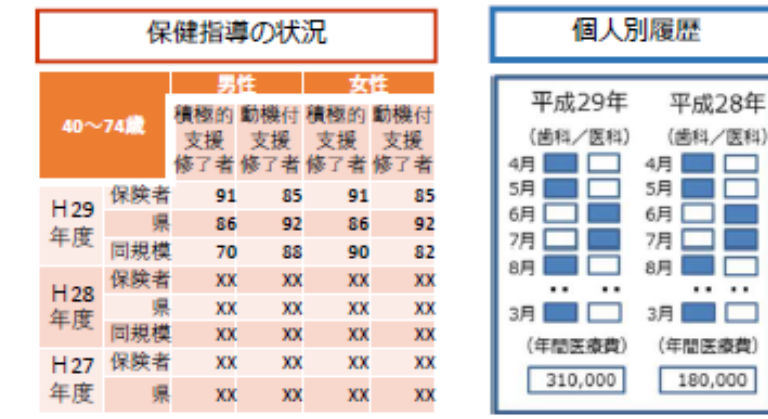


*人口や被保険者数を元に保険者規模を分類した区分

※平成30年度から二次医療圏集計を追加

4. 経年比較、性・年齢別分析

○保険者・県・同規模などの集計結果を性・年齢別に比較を行いながら経年比較できる一覧表を作成する。また個人別履歴についても経年比較による追跡と分析が可能。



このようなデータが保有されています

健診・保健指導

特定健診等データ管理システム

<健診・保健指導等データ>

- 検査問診結果台帳データ
- 特定健診結果データ
- 特定保健指導結果データ
- 被保険者マスタ
- 除外対象者データ
- 保険者属性テーブル
- 健診判定値テーブル

<法定報告データ>

- 特定健診リスクパターン別集計表
- 質問票項目別集計表
- 特定健診結果総括表
- 特定保健指導結果総括表（動機付け）
- 特定保健指導結果総括表（積極的）
- 特定健診・保健指導実施結果総括表
- 特定健診・保健指導進捗・実績管理表

医療（国保・後期）

国保総合システム・後期高齢者医療請求支払システム

- 医科レセプト
 - ・レセプト、患者、傷病名、摘要等の情報
- D P Cレセプト
 - ・レセプト、総括管理、包括評価部分、診断群分類、患者、傷病名、摘要、コーディングデータ等の情報
- 歯科レセプト
 - ・レセプト、患者、傷病名、摘要等の情報
- 調剤レセプト
 - ・レセプト、患者、医薬品、処方、調剤等の情報
- 被保険者マスタ
- 地区名テーブル
- 各種マスタ（保険者、傷病名、医薬品、診療行為、特定器材、医療機関、疾病分類）

介護

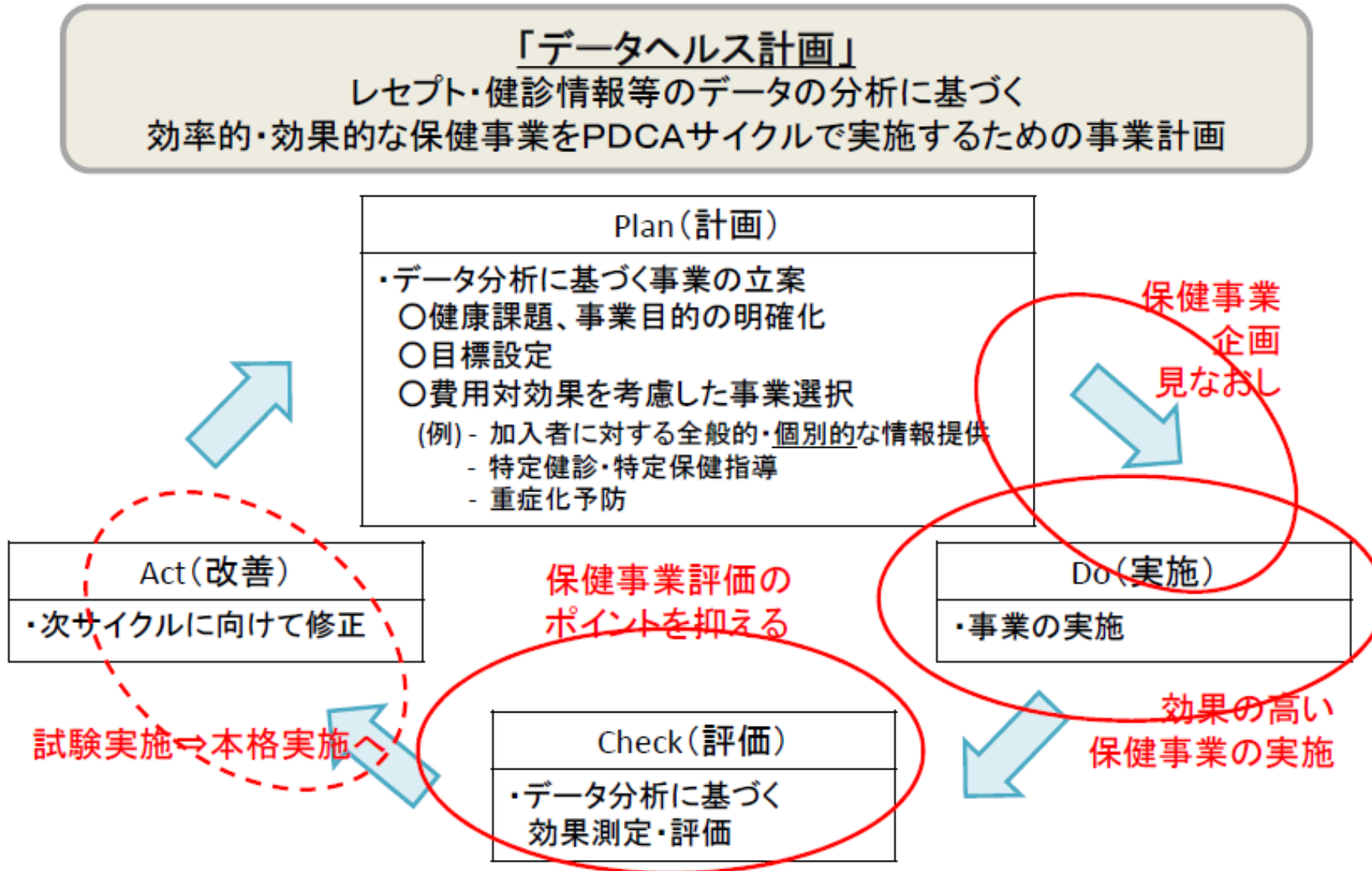
介護保険審査支払等システム

- 介護給付費給付実績
 - ・基本情報レコード
 - ・集計情報レコード
 - ・サービス計画費レコード
 - ・特定入所者介護サービス費レコード
- 総合事業費給付実績
 - ・基本情報レコード
 - ・集計情報レコード
- 指定・基準該当等サービス台帳
- 保険者台帳
- 広域連合・行政区台帳
- 事業所基本台帳
- 受給者台帳

その他：統計データ（総務省・厚労省のHPからダウンロード）

- 同規模保険者情報
- 人口構成
- 平均寿命
- 死因
- 地域別状況
- 都道府県別状況
- 死亡数・出生数
- 医師数・診療所数・病院数・病床数

データヘルス計画⇒効果的・効率的な保健事業を行うこと



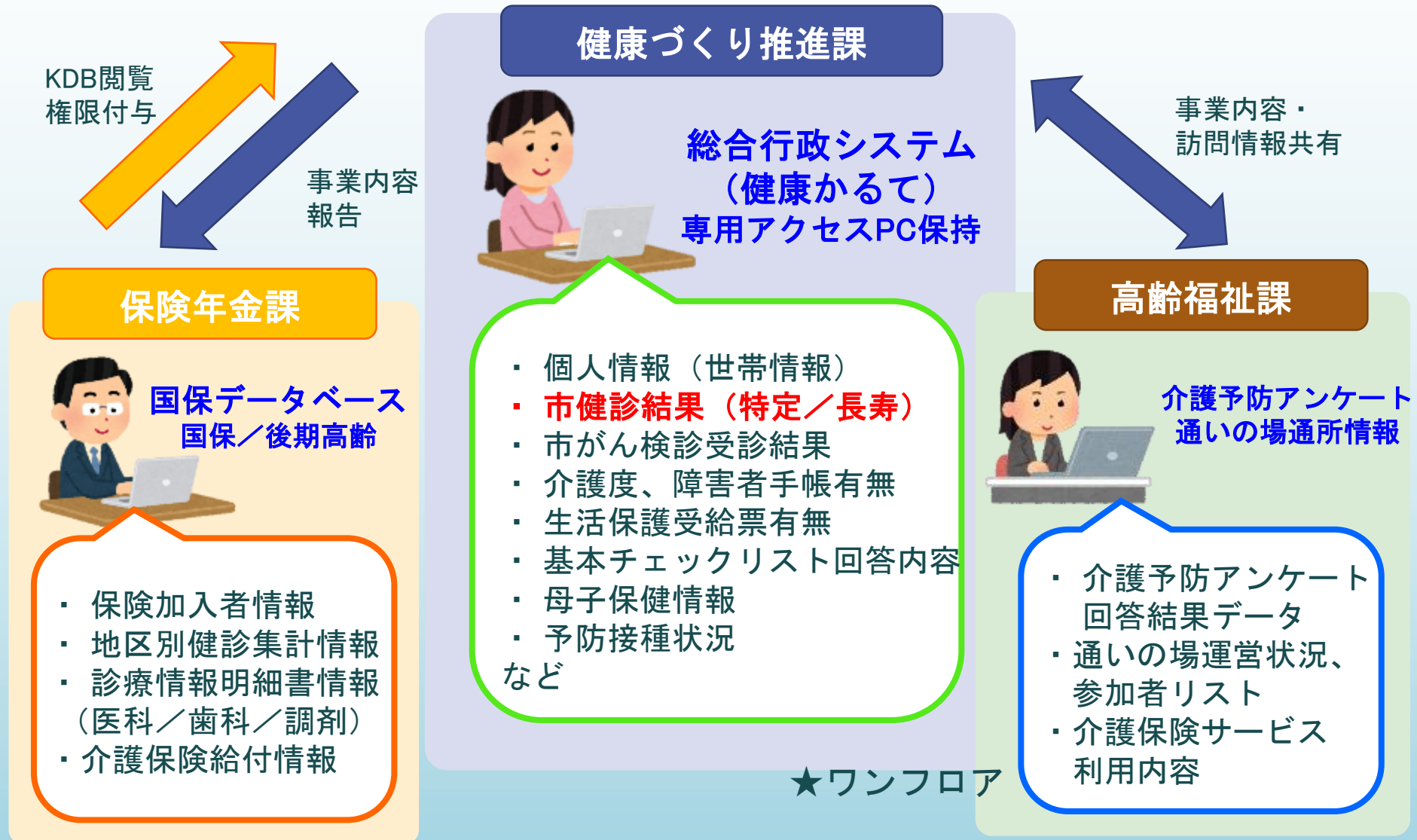
保健事業評価の視点

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

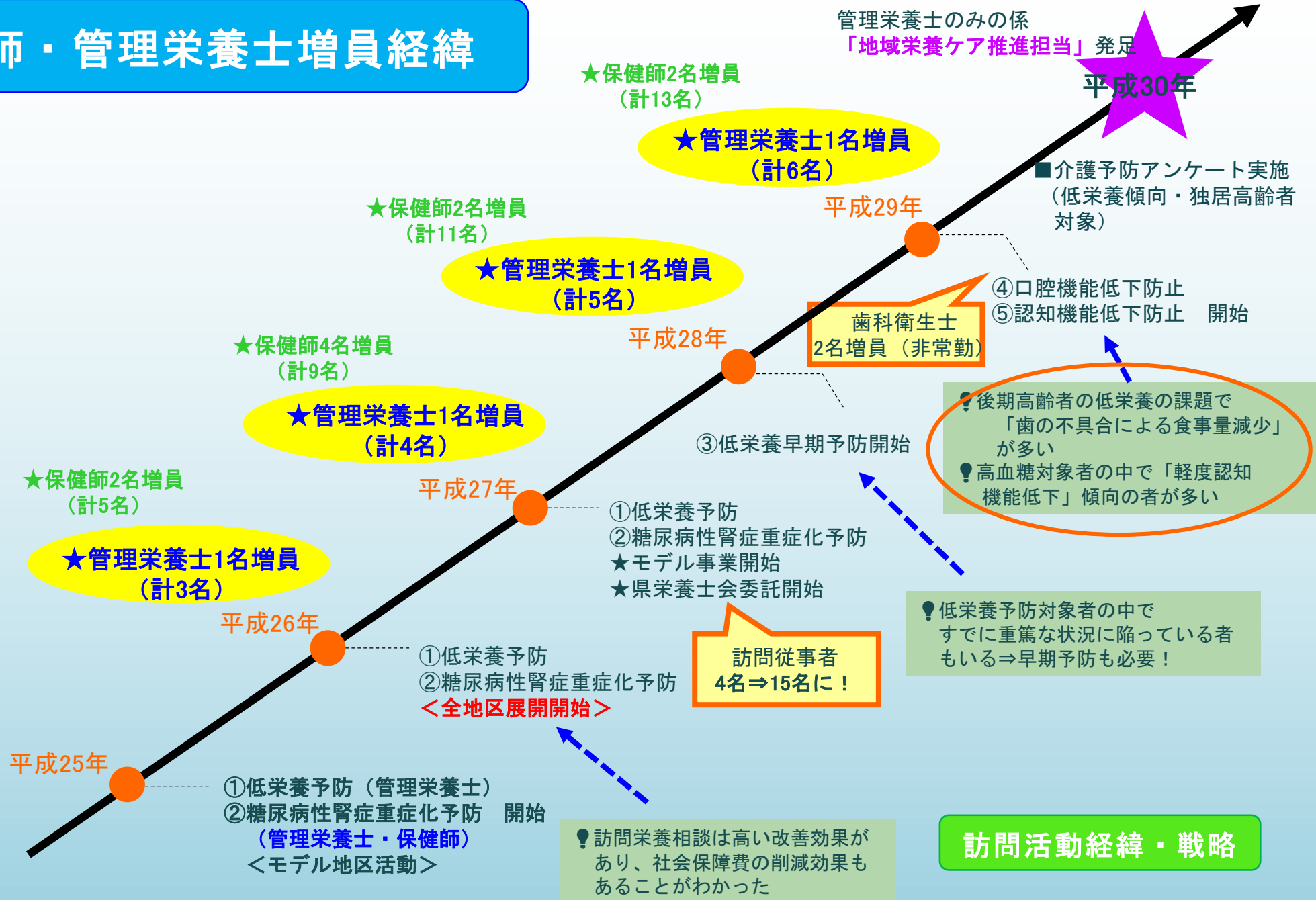
① 実施体制について

ストラクチャー

データの所管と共有方法



保健師・管理栄養士増員経緯



訪問栄養指導連携機関



在宅医療介護支援センター（医師会）
地域ケア会議

健康相談連絡票について H29年3月～

目的

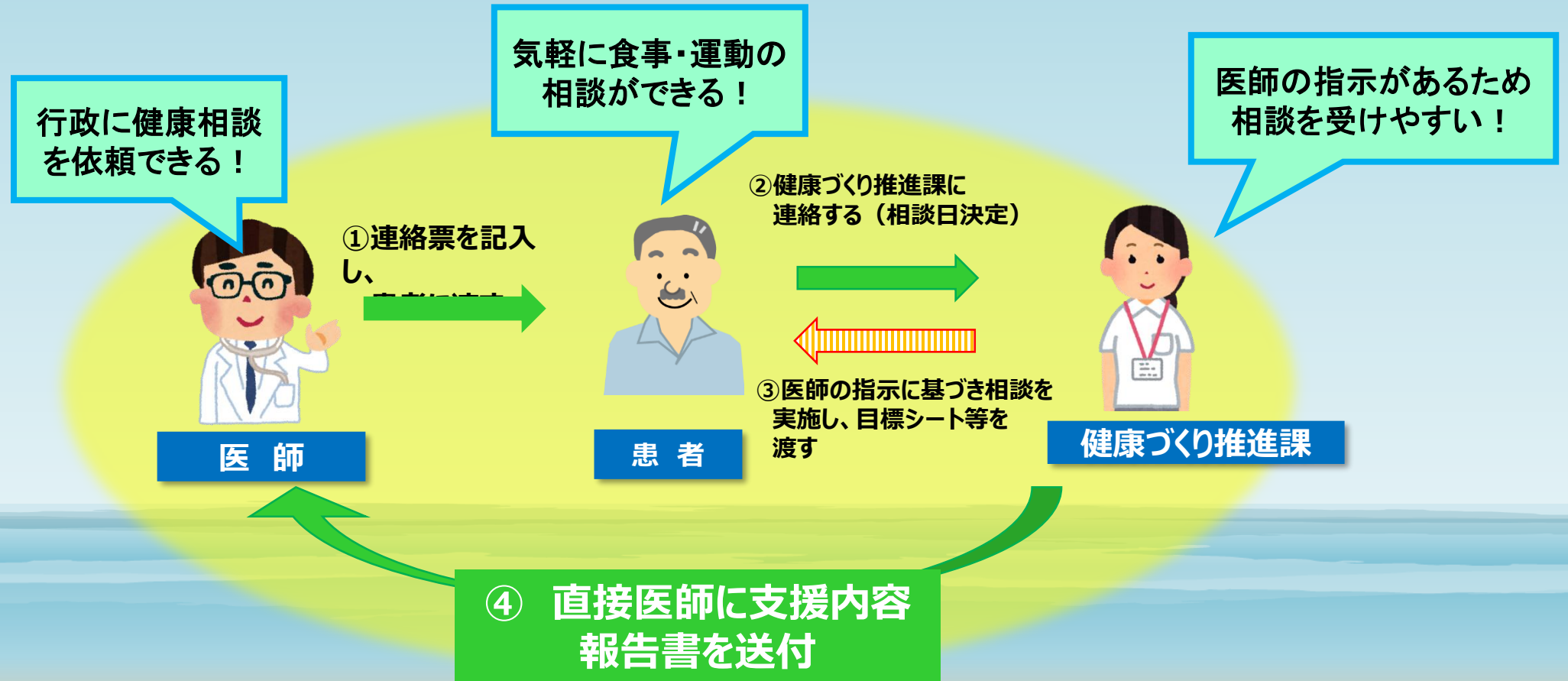
円滑な保健指導のための、かかりつけ医と保健師・管理栄養士間の情報共有ツール

運用方法

※ 運用開始にあたり、大和市医師会理事会にて承認を得て、内科各医療機関（内科）に送付

費用

無料



医師会との連携状況

表		健康相談連絡票(案)		記入日	年	月	日
お名前	様	医療機関名	(予め印刷します)				
		医師名					
病名：							
相談内容							
<input type="checkbox"/> 栄養指導							
エネルギー		kcal / タンパク質	g / 塩分	g			
<input type="checkbox"/> 運動指導 (内容：)							
<input type="checkbox"/> 直近のHbA1c： % (検査日：平成 年 月 日)							
<input type="checkbox"/> 生活状況 (アルコール ・ タバコ ・ 生活リズム ・ 服薬)							
主治医からのコメント欄							
この連絡票を受け取られた方は、訪問または面談の日程調整をするため、 大和市役所 健康づくり推進課 (046-260-5663) までご連絡をお願いします。							

裏		記入日	年	月	日
保健師・管理栄養士より先生へ					
大和市 健康づくり推進課 保健師 ・ 管理栄養士					
担当：					
裏					
ご本人の目標、意向：					
連絡欄：					

高齢者に対する保健事業と地域連携

① 国保等、壮年期の医療保険から連続した取組

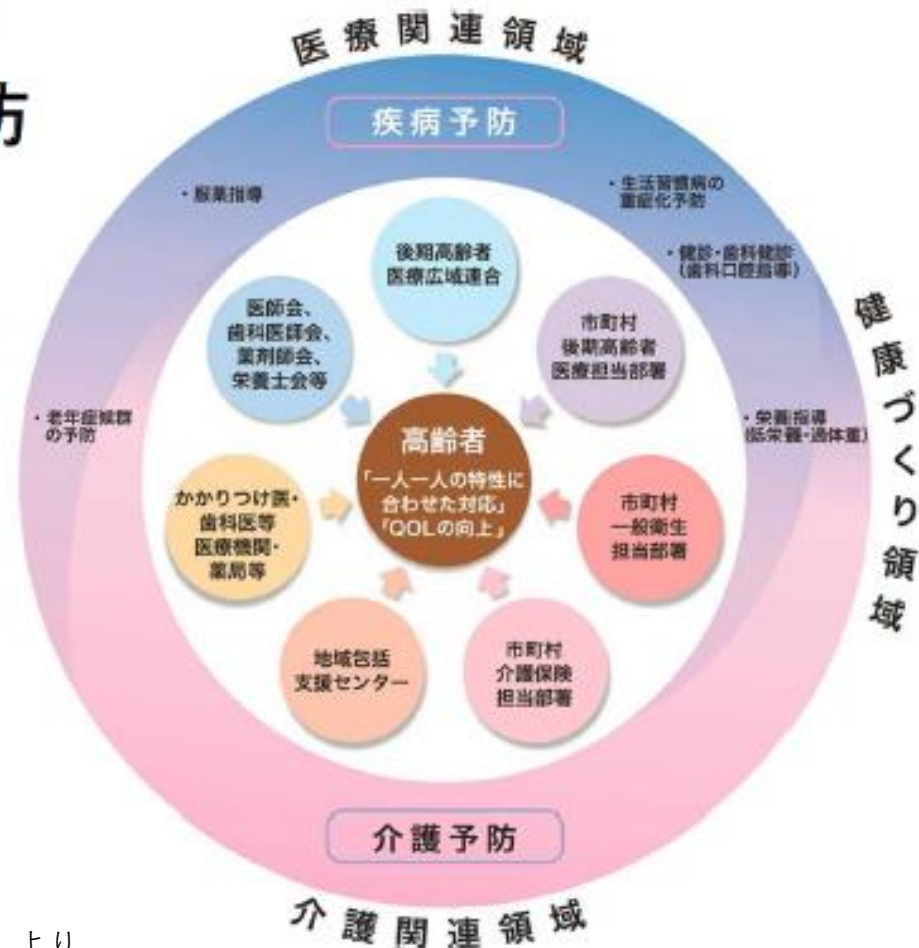
(重症化予防・服薬指導等)

- ア 生活習慣病等の重症化予防
- イ 服薬に関する相談・指導
- ウ その他(複合的な取組等)

② 介護予防と連携した取組

(低栄養・口腔機能低下等)

- ア 栄養に関する相談・指導
- イ 口腔に関する相談・指導
- ウ その他(訪問歯科健診等)



② うまく運営できているか

プロセス

方法 6カ月1クール(マニュアル記載)

管理栄養士による訪問栄養相談

初
回

<アセスメント>

健康状態、食事状況、活動量状況、生活環境、**医療状況(通院状況、服薬)等**について聞き取り

<栄養ケア計画・目標の設定>

QOLの維持向上を目指す。本人の意向、優先課題を考慮。

重症化予防の場合は特に丁寧に！

3
カ
月
後

<中間評価>

訪問または電話により状況の確認(場合により目標)

6
カ
月
後

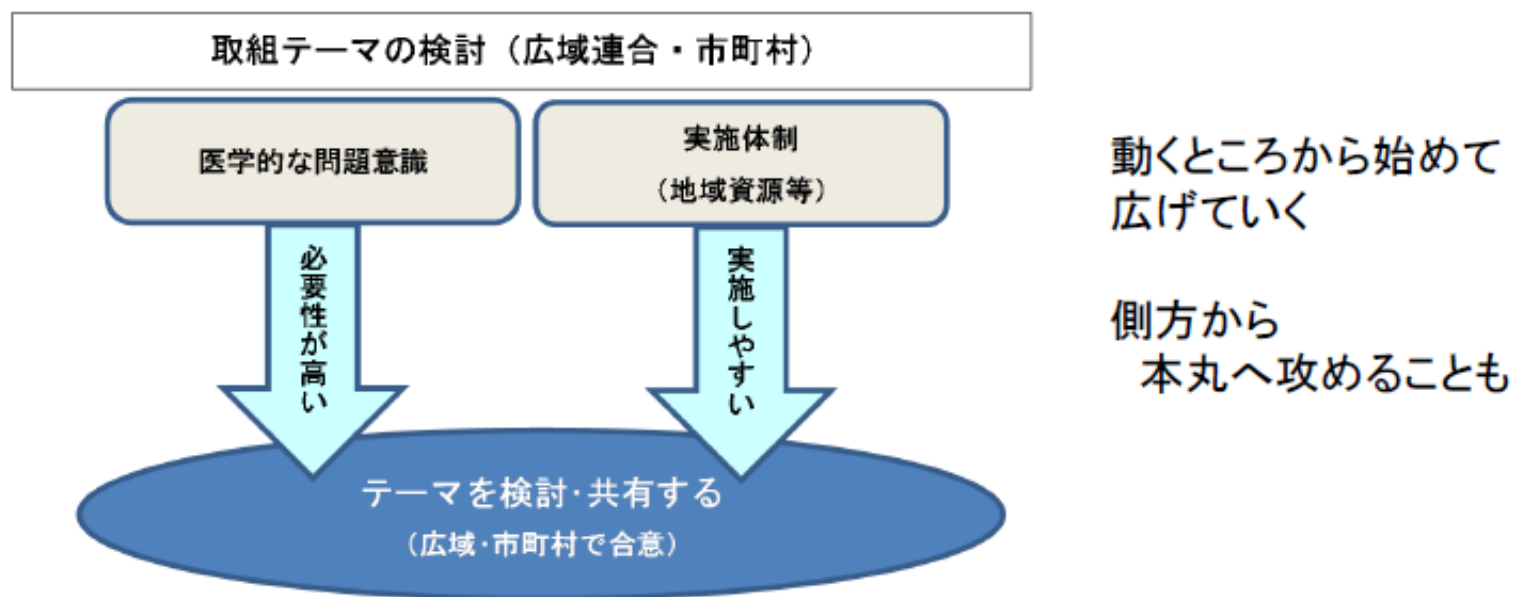
<最終評価>

目標が達成されたか確認(体重変動、食事摂取量、医療受診頻度など)
今後の支援の確認(必要に応じて)

①・②基本チェックリスト低栄養リスク者 体重減少の理由・支援内容

体重減少の理由		支援内容
消費エネルギー多	スポーツジム通い、マラソン、畑仕事	・エネルギー増加方法指導
生活上の課題 (特に後期高齢者)	夫の介護、関節の痛み、脚の痛み、独居のストレス	<ul style="list-style-type: none"> ・傾聴(ストレス緩和) ・短時間でできる調理法指導 ・低コストのレシピ指導 ・市資源の紹介
	生活リズム不規則、食事時間が確保できない	
	経済的理由で食費を減らしている	
	夫の他界後、食欲低下	
病気の治療	胃がん治療中(味覚の低下) 3名	<ul style="list-style-type: none"> ・疾患に応じた栄養指導 (血糖値を上げにくい間食、頻回食の方法、味覚低下に配慮した献立)
	糖尿病のため、食事を必要以上に減らしている 3名	
	心臓病のため、体重を増やしたくない 2名	
	パーキンソン病 4名	
知識不足	ベジファーストの実践	<ul style="list-style-type: none"> ・知識の是正 (低栄養のリスク説明、食事の適正量説明)
	適正体重がわからない／食事適正量がわからない	
	太りたくない。太ることは良くないと思い込み。	
自然減	活動量不足、食欲低下	

なにが重要か？対策可能か？ 何が取り組みやすいか？ の観点も



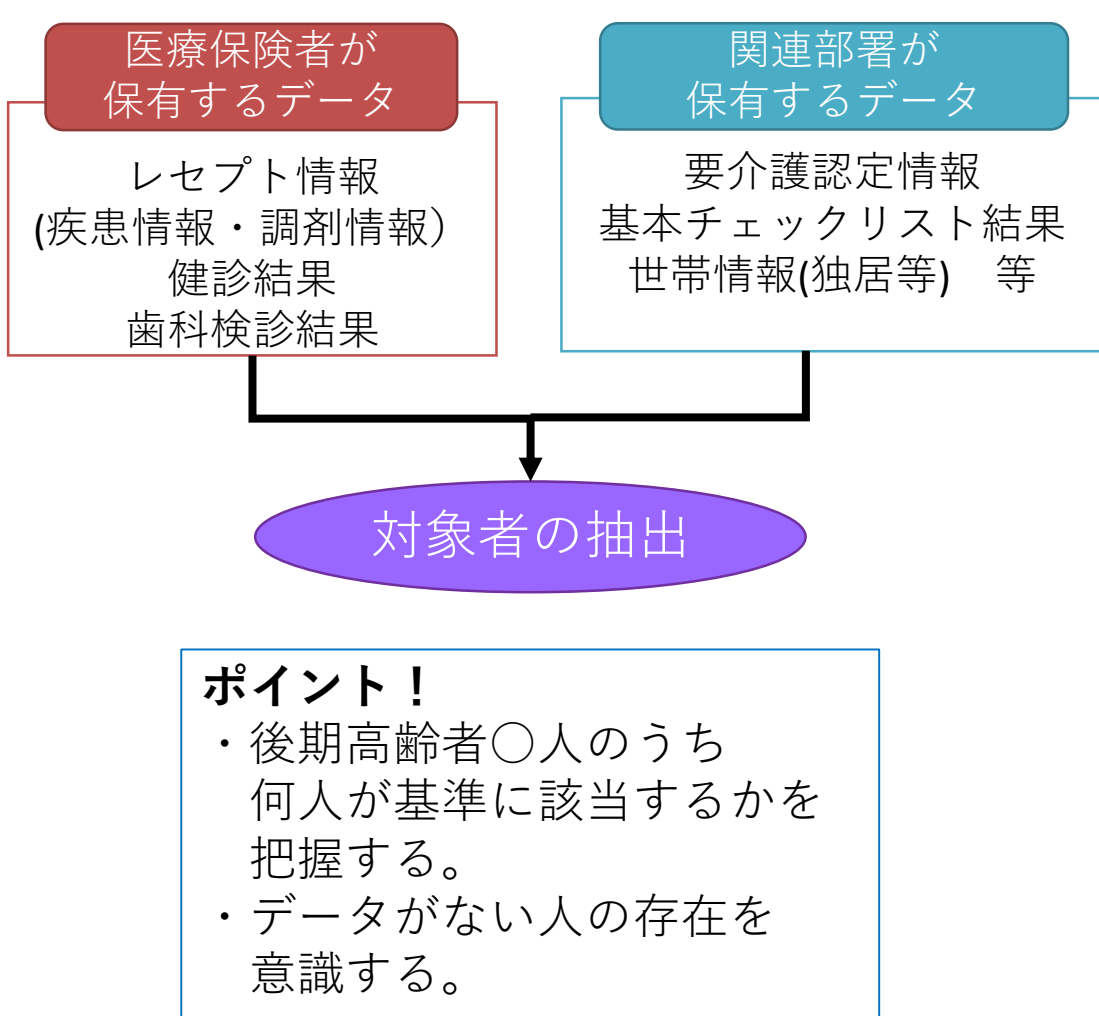
第134回市町村職員を対象とするセミナー(2018.6.12)

津下一代氏「高齢者の特性を踏まえた保健事業の推進 ガイドラインを踏まえて」より

③ ちゃんと実施できているか

アウトプット

対象者の抽出(抽出基準を明確に)



低栄養状態を改善し、衰弱・体力・筋力低下・骨折を予防したい!!

健診や基本チェックリスト結果等でBMI < 〇

口腔機能を改善し、低栄養や誤嚥性肺炎を予防したい!!

歯科健診での有所見や基本チェックリスト結果等で該当項目有

転倒リスク等を下げるため、服薬の問題を解決したい!!

レセプトでの重複・多剤服薬者、日常生活圏域ニーズ調査での該当

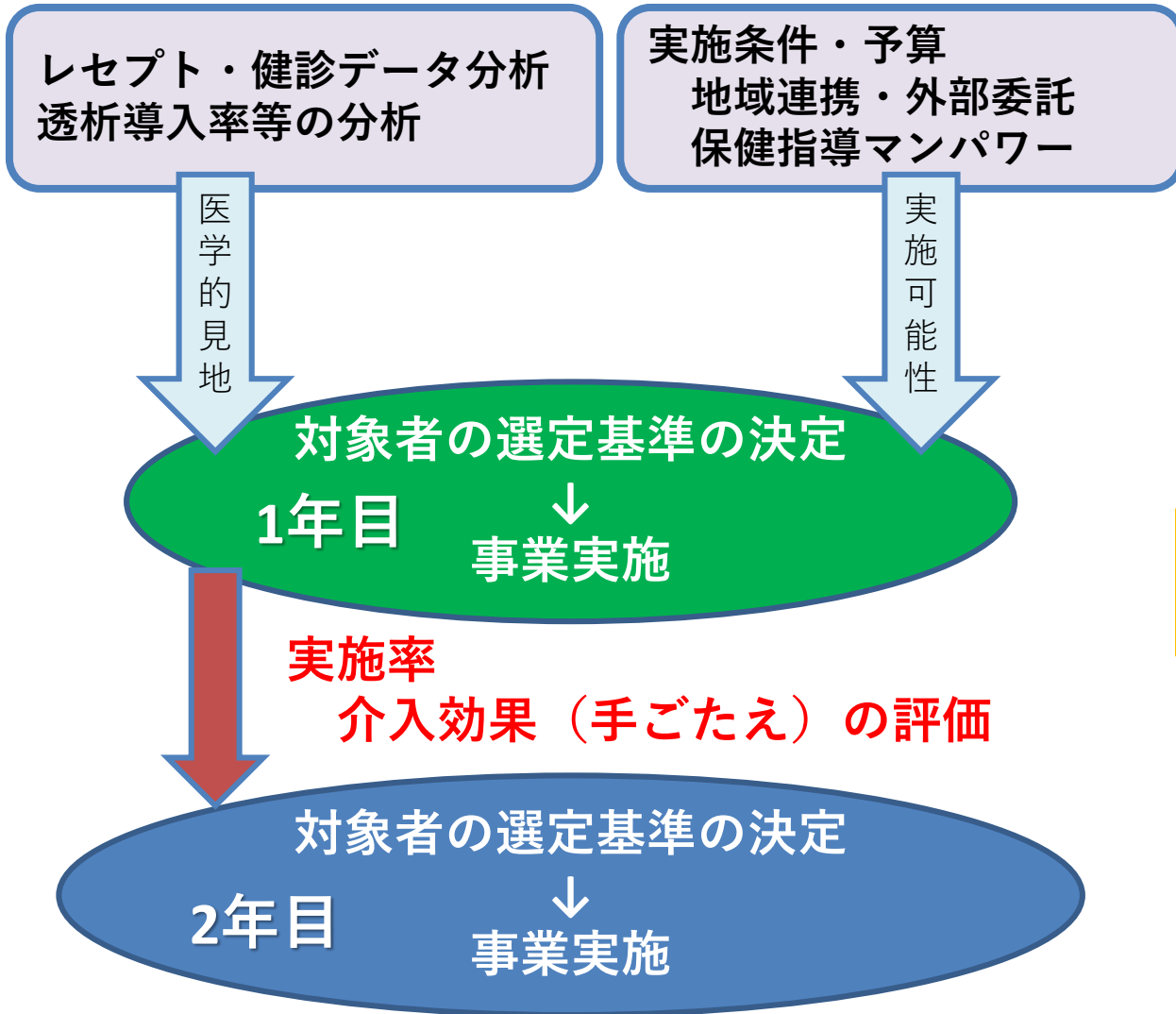
疾病の重症化を予防したい!!

該当疾患にかかるレセプトのある、健診結果で一定基準以上の人

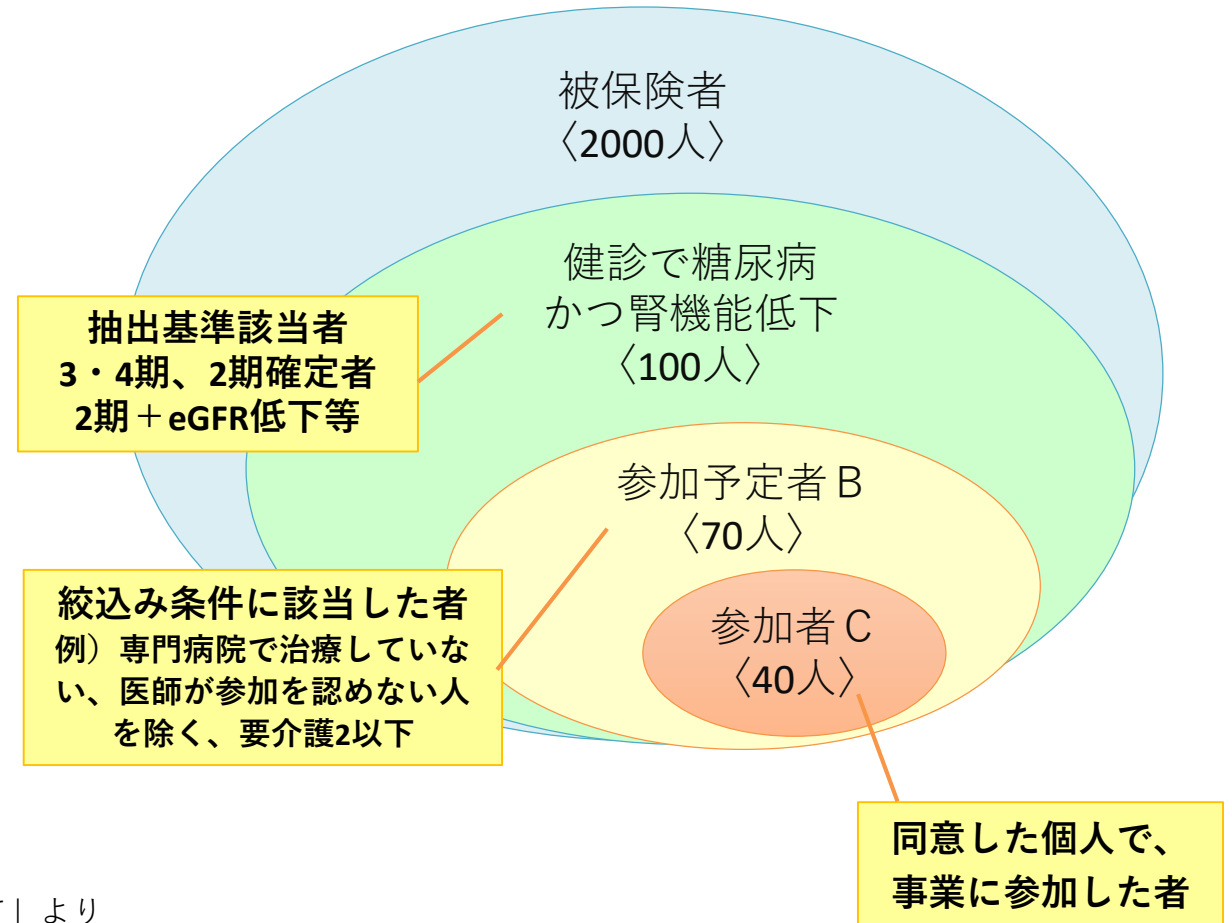
とにかく高齢者が虚弱に陥るのを防ぎたい!!

健診結果で一定基準以上の人、健診も医療も受診していない人

各自治体における優先順位の考え方



例：健診データを活用した
保健指導対象者選定



	① 基本チェックリストによる低栄養リスク者	② 基本チェックリストによる低栄養早期予防
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カ月で2kg以上の体重減少があった者(前期高齢者+後期高齢者)	BMI(体格指数)20.0以下 かつ食生活に関する質問5項目※中3項目以上該当する後期高齢者
開始時期	平成25年度～	平成28年度～
対象者数	449人	189人
訪問成立者	235人 (前期高齢者111名、後期高齢者124名)	113人
成立率	53.5%	59.8%
予算	介護予防アンケート:介護保険事業特別会計(地域支援事業交付金) 訪問に関する事業費:一般会計健康増進費(後期高齢者については後期高齢者医療制度補助事業)	

※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)が十分でない
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

④ 結果はでてきているか

アウトカム

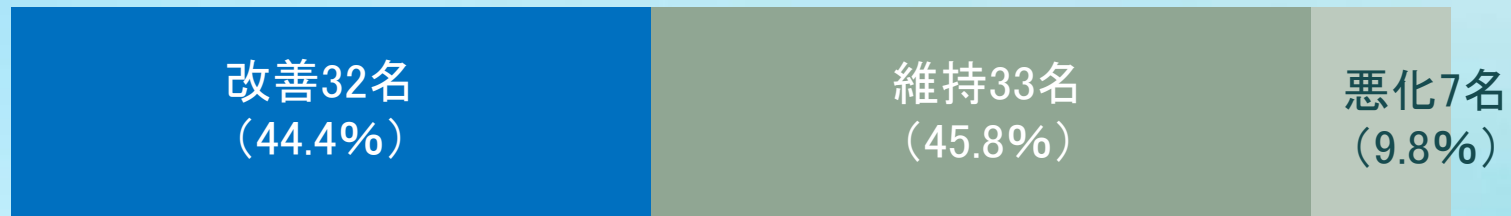
低栄養状態の改善

改善: 体重1kg以上の増加 維持: 体重変動1kg未満 悪化: 体重1kg以上減少

① 基本チェックリストによる低栄養リスク者 BMI18.未満かつ2kg以上の体重減少(181名) 改善・維持 79.5%



② 基本チェックリスト低栄養早期予防対象者 BMI20以下かつ食生活に課題あり(72名) 改善・維持90.2%



結果

基本チェックリストによる低栄養リスク者重症化率比較

重症化；介護化（要介護・要支援）＋死亡

平成30年7月末時点（アンケート回答後約2年後）

平成28年度
介護予防アンケート
「低栄養」該当者

介入：管理栄養士による6カ月に3回の訪問が完了した者

非介入：拒否または不在等により訪問が完了できなかった者

介入
N=184

19名
(10.3%)

1/4以下に
抑えられる

非介入
N=191

84名
(45.7%)

低栄養予防の訪問活動により、重症化に陥る者の割合を1/4以下に抑えることができた。 <総合行政システム「健康かるて」を利用して評価>

結果

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% \div 84人(184人 \times 45.7%)

介入 ; 重症化率 10.3% = 19人(実績)

差; 65人 \Rightarrow 重症化回避

104万円/年 \times 65人(重症化回避) = 約6,760万円/年

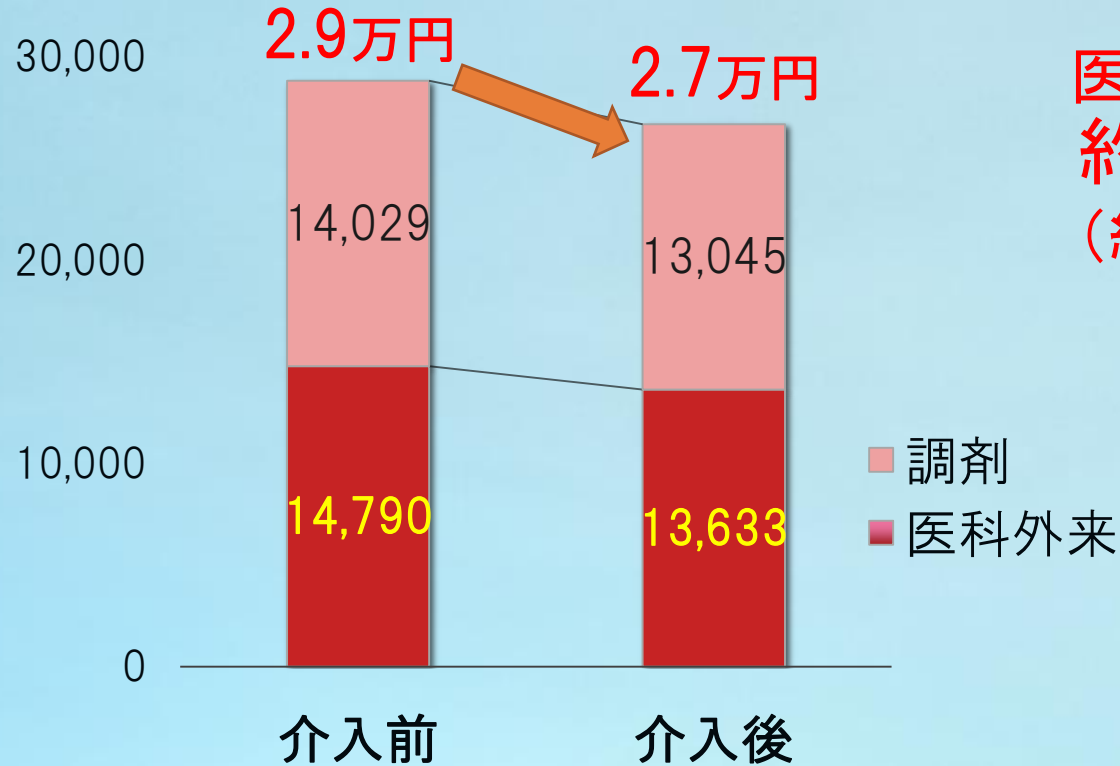
※H28年度大和市
平均介護給付費(介護保険課から入手)
※入所サービスを除く

結果

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(医療費)削減効果試算

(H26年度抽出対象者 H29.6時点)

(円/1か月平均値)

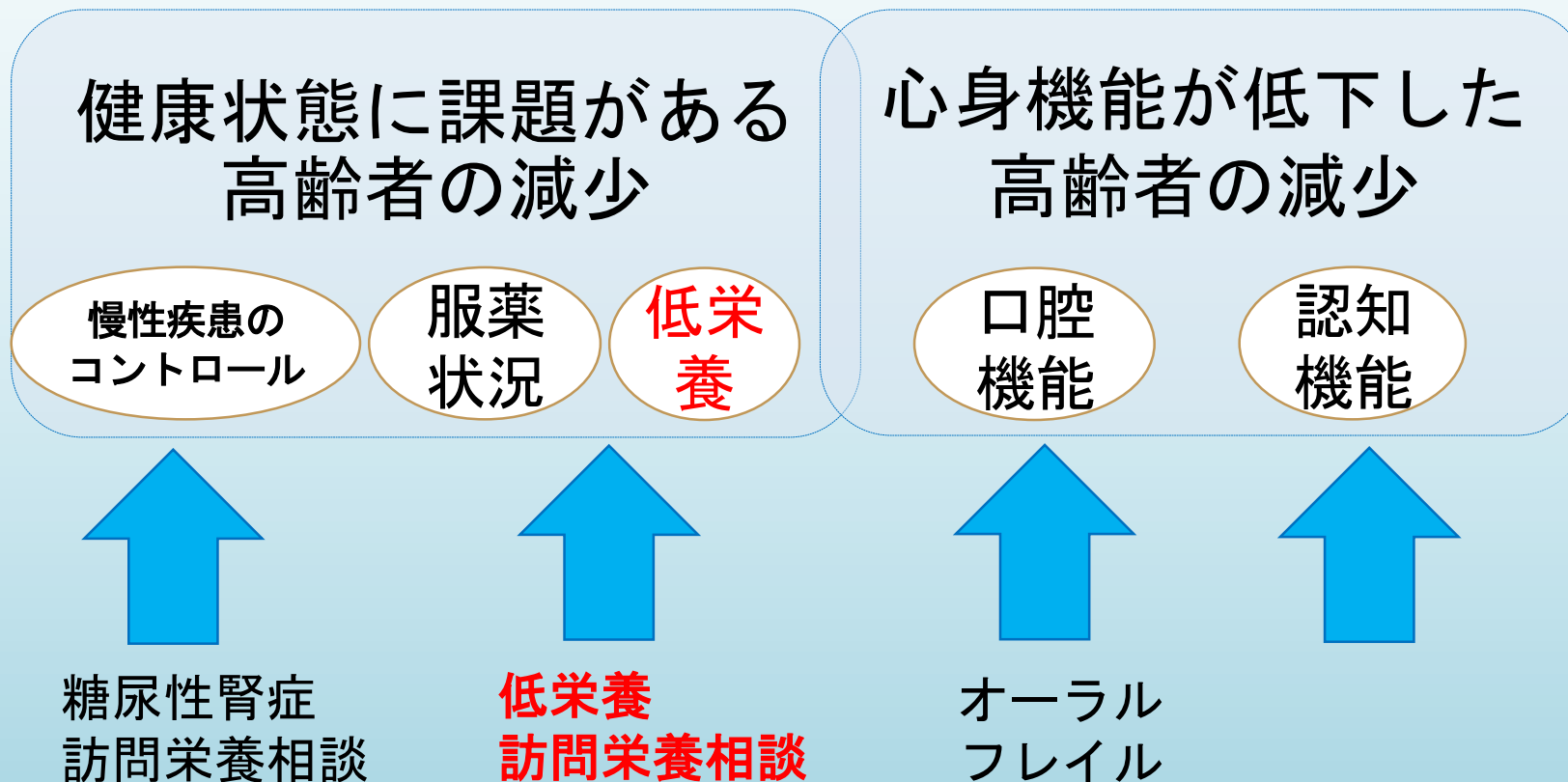


医科外来+調剤費
約7%減少あり!
(約500万円/年)

※ 訪問前後3か月間の医療費(医科外来+調剤)についてKDBよりレセプトを確認

評価可能177人/188人中の平均値 (H29.6末時点)

フレイル全体に対応するシステムを構築しよう



あなたにも出来る！

地域包括ケアシステムにおける地域栄養診断と保健活動

- **最初から高得点を狙わない**！全部やろうと思わない。段階的に長期的に。
- （仲間と一緒に）**必要性**を伝える。
- ○○（健康寿命延伸、市の目標など）を**実現するために**。
- 委員会等作る。**事務分掌**に位置づける。
- 初めは**標準的な地区をモデル**にしたほうが結果が出やすい。
（困難な課題は結果が出にくい……「出来た」感は大切！）
- これが優先と決めたら、メリハリつけて、大きな課題になっていない事業は**従事時間や書類の削減**を心がける。
- 地域の高齢者はあなたの活躍を待っています！