

第119回市町村職員を対象とするセミナー
「高齢者の特性に応じた保健指導 低栄養防止・重症化予防等の推進について」
2016.06.17 厚生労働省専用第22会議室

低栄養防止・重症化予防等の推進 ～モデル事業実施のポイント～

あいち健康の森健康科学総合センター
津下 一代

モデル事業の進め方

- 目的の明確化、共有化
- 計画：対象者抽出基準・抽出方法、
介入支援の内容、評価時期と指標
- 運営：対象者抽出から事業までの流れの整理
実施体制（実施者、手順書、地域連携）
- 評価：活用可能な評価指標の整理
- モデル事業から通常業務への導線を意識

ガイドライン(試案)の提案

広域連合が実施することが望ましい健診や保健指導などの保健事業の具体的な内容について科学的知見を踏まえて提示

【目的】後期高齢者(被保険者)の健康の保持増進と心身機能の低下防止を図り、結果として医療費の適正化に資する

【内容】生活習慣病等の慢性疾患の重症化予防、
フレイルに起因する老年症候群(低栄養、転倒・骨折、
誤嚥性肺炎等)の管理(栄養指導等)

【実施者・根拠】 後期高齢者医療広域連合が保健事業として実施

データヘルス計画から保健事業へ

①健康課題把握：保健事業の目的を明確にする

⇒どんな病気・健康課題が多いのか

対策可能な疾患、状況を放置していないか

②現在実施している保健事業の評価

⇒保健事業のカバー率、効果と負担

③健康戦略の検討

⇒広域連合の特性を活かした重点化方策とは

他部局の保健事業との連携・調整

④モデル事業の計画

後期高齢者の保健事業のモデル

目標

健康寿命のさらなる延伸、すなわち生活機能の維持・改善を図ること



地域の現状にそった戦略的介入

- 死亡や生活機能低下に至る原因として寄与の大きな健康問題を標的課題にする（メタボリックシンドロームの健診・保健指導を主目的としない）
- 標的課題における成果を追究：従来の予防対策の不足点を補う柔軟な事業計画

後期高齢者特有の健康課題

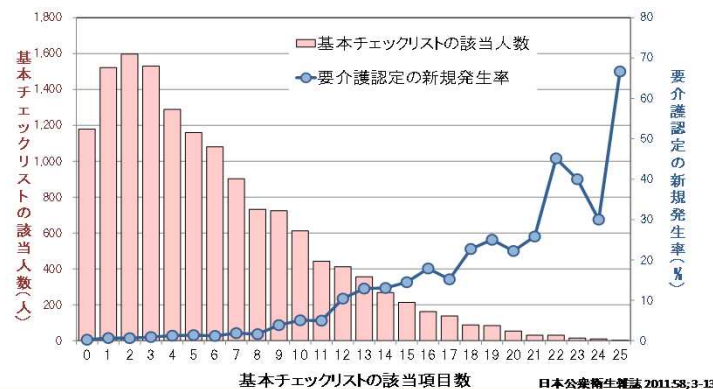
- ・ 運動器（ロコモティブシンドローム）
- ・ 認知機能
- ・ 栄養
- ・ 口腔
- ・ 生活習慣病（高血圧、糖尿病）

高齢者個人ひいては地域全体の課題を把握

（例：生活習慣病以外の要因は「基本チェックリスト」等のツールを使用）

総合的な機能評価

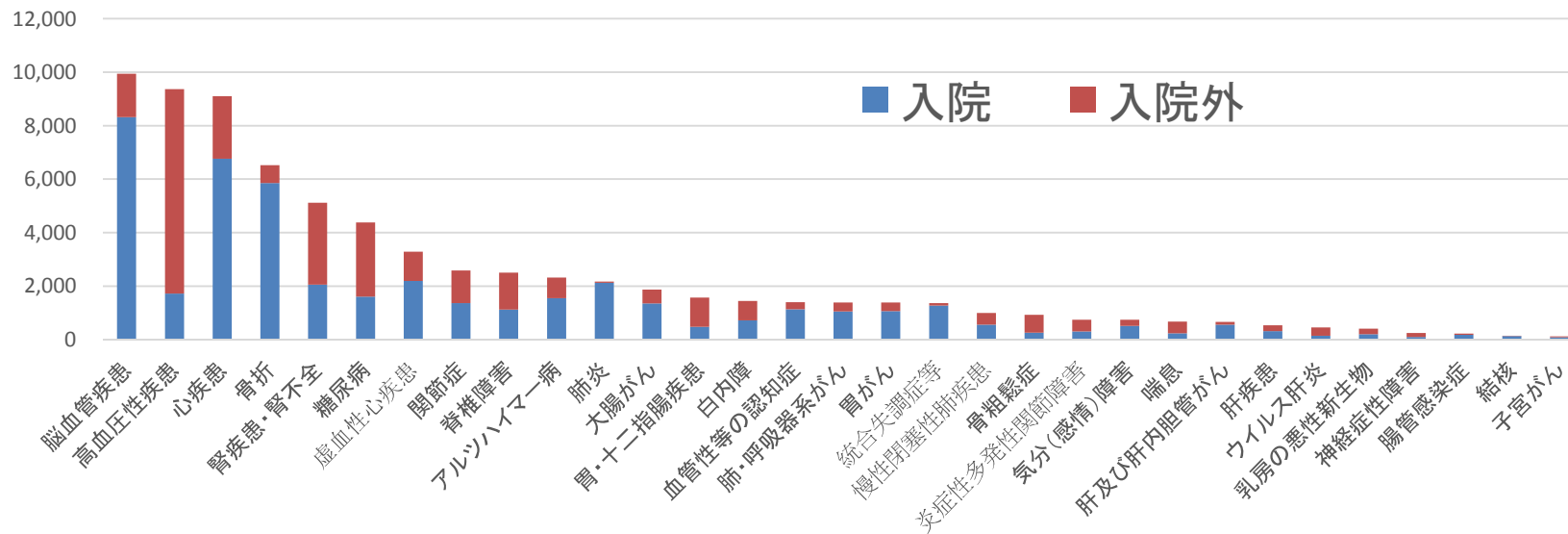
基本チェックリスト: 要介護発生のハイリスク者選定に有用な25項目の自記式質問票



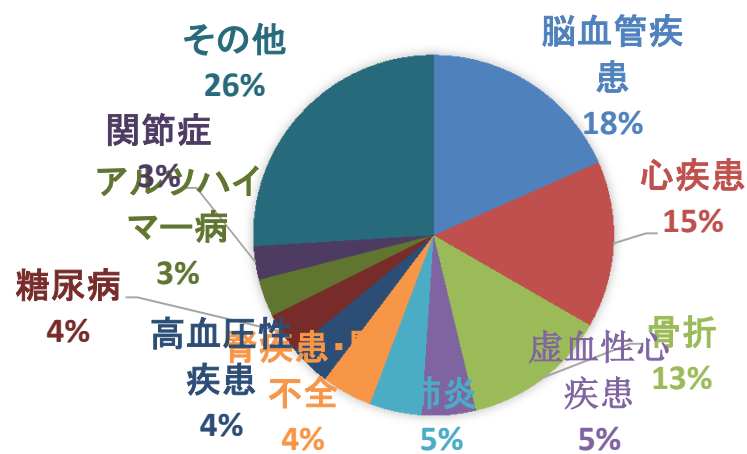
後期高齢者に対する保健事業の視点

- 複数の慢性疾患を保有し、フレイルなどを要因とする老年症候群の症状が混在するため、**包括的な疾病管理**がより重要に。
- 個人差に応じた対応が求められ、ポピュレーションアプローチに適切なハイリスクアプローチを組み合わせた支援が重要である。
- 前期高齢者からの継続性を要する疾患対策
 - 生活習慣病対策：高齢者の管理目標に合わせた対応が必要
- 後期高齢者に特有の病態：フレイル
 - 低栄養、サルコペニア、認知機能の低下、口腔機能の低下
- 多剤服用、多受診に対する対応

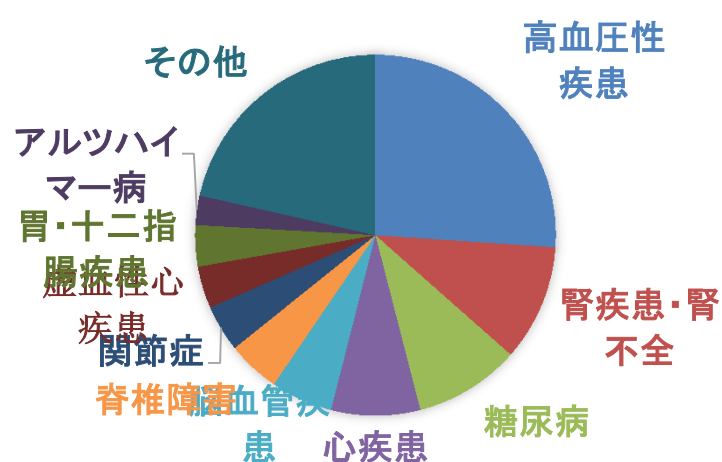
75歳以上の疾患別医療費



入院医療費(高額順)



入院外医療費(高額順)



降圧目標

日本高血圧学会「高血圧治療ガイドライン2014」より抜粋

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

高齢者糖尿病の血糖コントロール目標(HbA1c値)

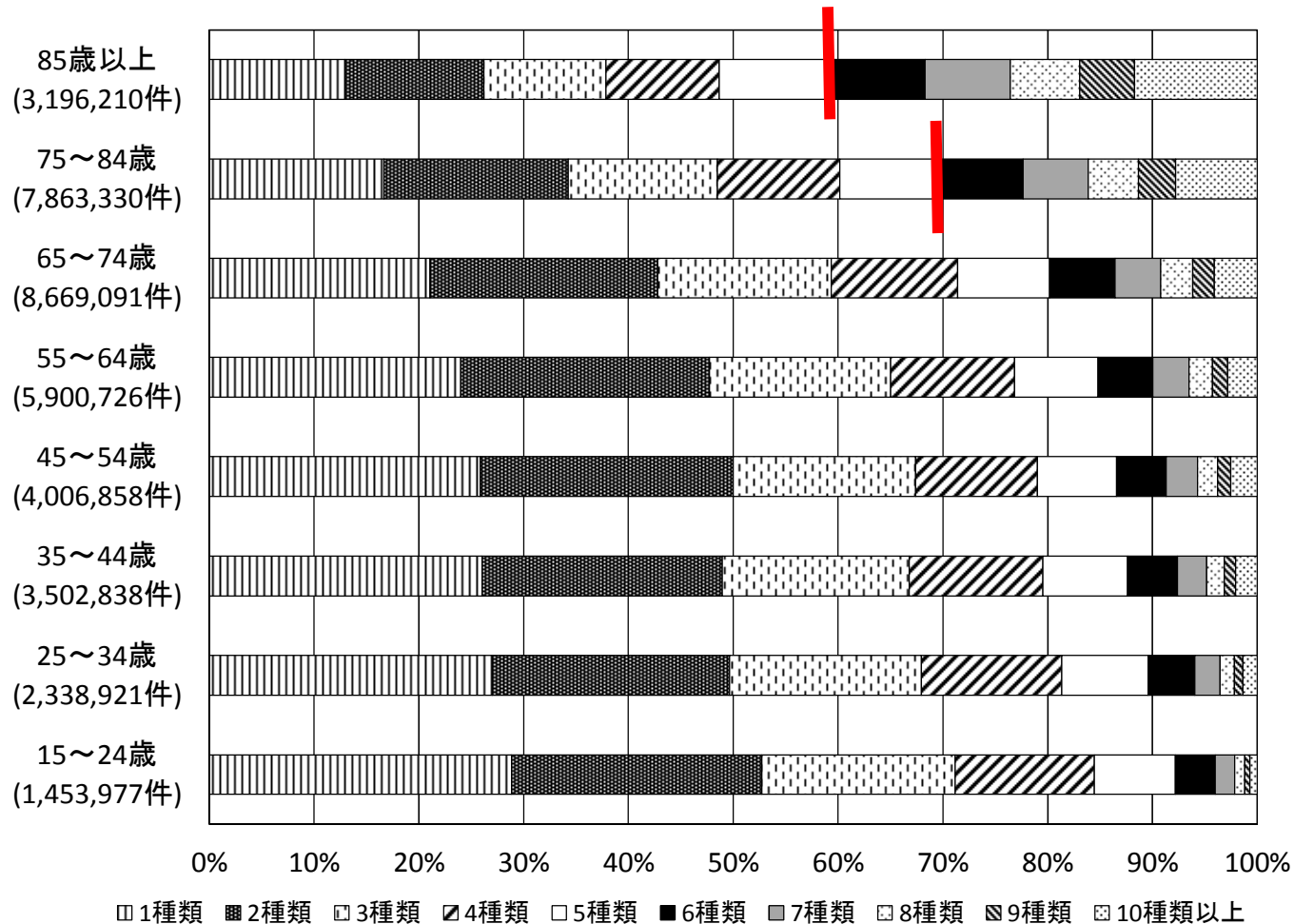
高齢者糖尿病の治療向上のための日本糖尿病学会と日本老年医学会の合同委員会 2016. 05

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

- 治療目標は、年齢、罹病期間、低血糖の危険性、サポート体制などに加え、**高齢者では認知機能や基本的ADL、手段的ADL、併存疾患なども考慮して個別に設定する。**
- そのため、**認知機能や基本的ADL(着衣、移動、入浴、トイレの使用など)、手段的ADL(IADL:買い物、食事の準備、服薬管理、金銭管理など)の評価を行う。**
- 加齢に伴って重症低血糖の危険性が高くなることに十分注意する。エンドオブライフの状態では、著しい高血糖を防止し、それに伴う脱水や急性合併症を予防する治療を優先する。
- 糖尿病罹病期間も考慮し、合併症発症・進展阻止が優先される場合には、重症低血糖を予防する対策を講じつつ、個々の高齢者ごとに個別の目標や下限を設定しても良い。65歳未満からこれらの薬剤を用いて治療中であり、かつ血糖コントロール状態が表の目標や下限を下回る場合には、基本的に現状を維持するが、重症低血糖に十分注意する。

処方薬 種類

(Polypharmacy の状況)

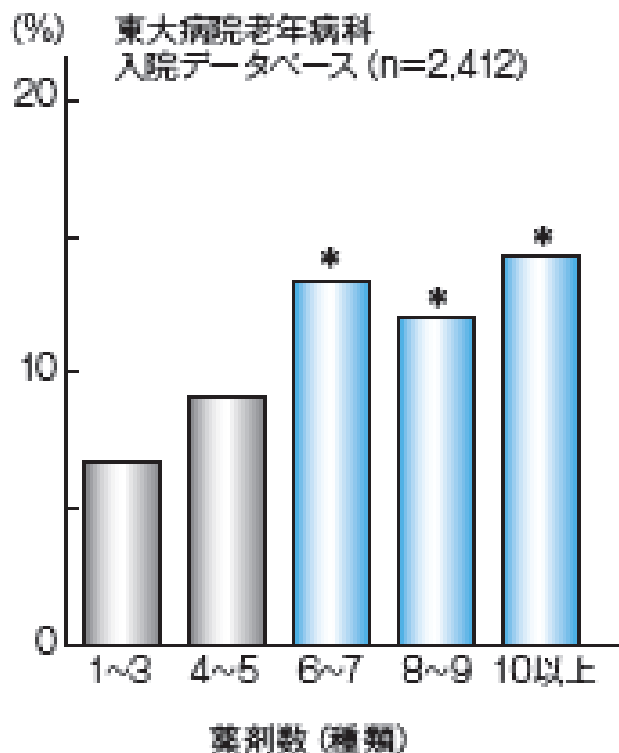


出典: 厚生労働省 社会医療診療行為別調査(平成26年6月審査分)

多剤処方と薬物有害事象および転倒の発生リスク

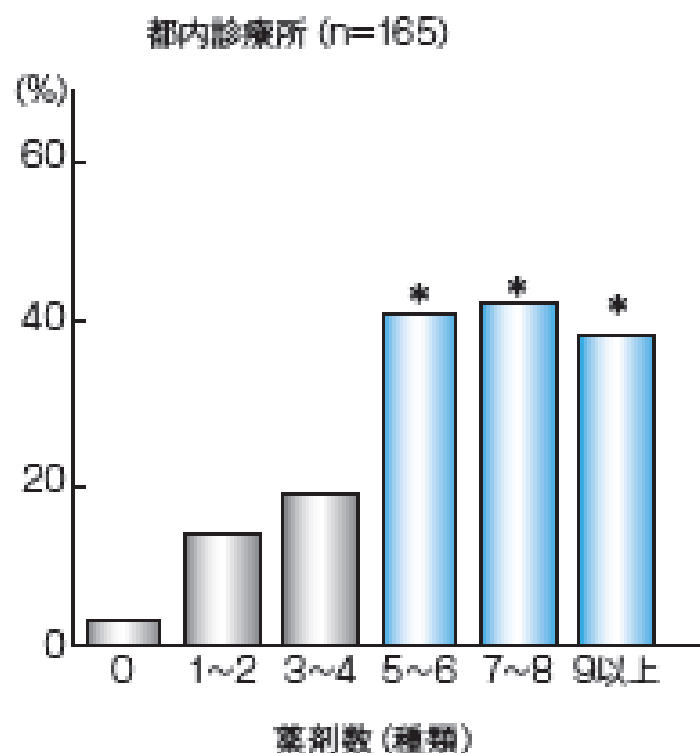
1) 薬物有害事象の頻度

6種類以上で薬物有害事象のリスクが高かった。



2) 転倒の発生頻度

5種類以上で転倒の発生リスクが高かった。

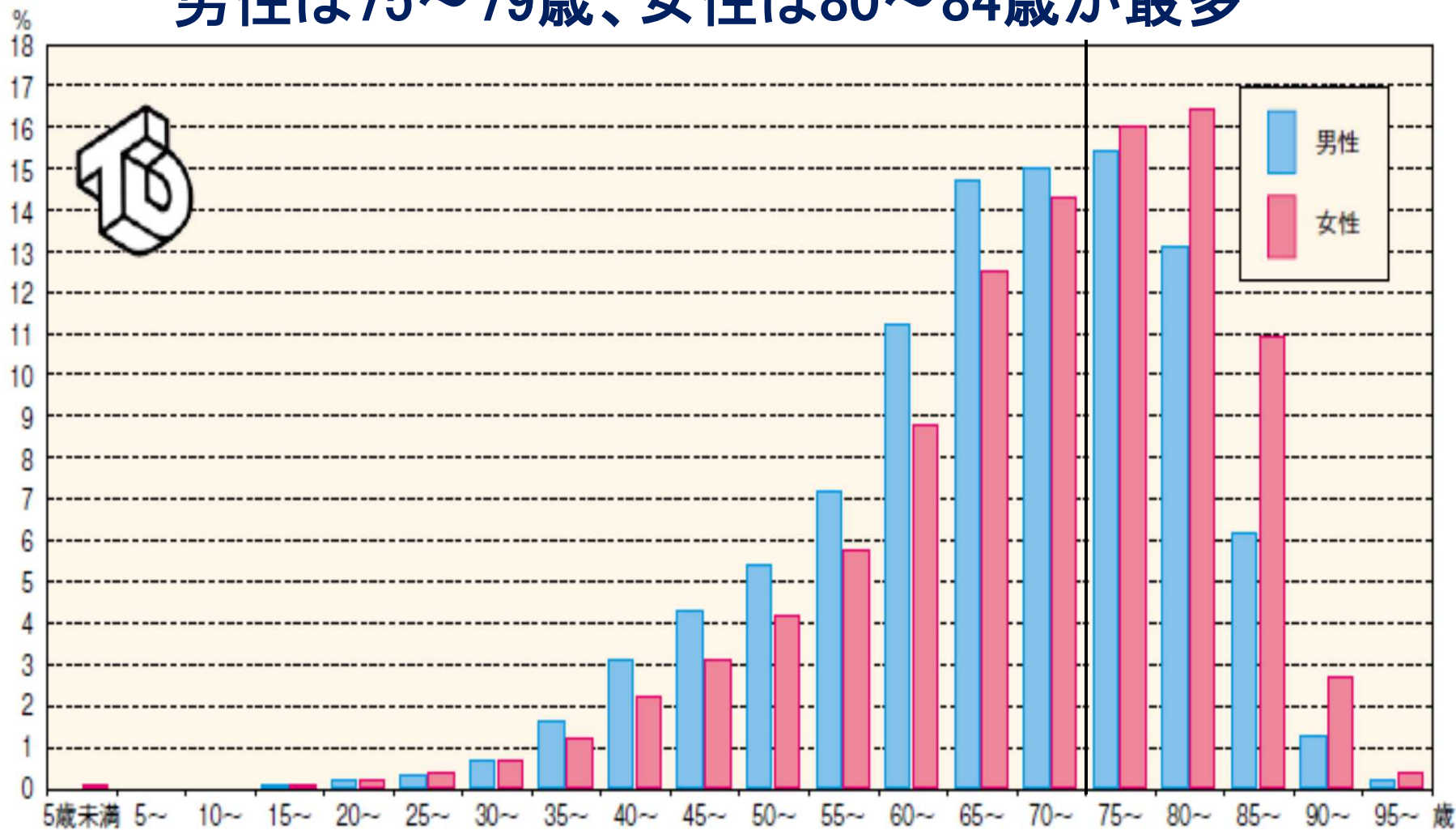


(奥浦誠ほか:日本公衆衛生雑誌2001; 48: 551-9, Kojima T, et al: Geriatr Gerontol Int 2012; 12: 761-2 より引用)

⇒ **5~6種類以上**を多剤併用の目安と考えるのが妥当

慢性透析 新規導入患者の年齢と性別

新規導入患者の平均年齢は69.04歳
男性は75～79歳、女性は80～84歳が最多



「糖尿病性腎症 重症化予防プログラム」

1. 目的: 糖尿病が重症化するリスクの高い未受診者・受診中断者を医療に結びつける
糖尿病性腎症等で通院する患者のうち、ハイリスク者に対して生活指導を行う

2. 対象者の抽出基準

- (1)未受診、受診中断者:レセプト・健診データから把握
- (2)ハイリスク者(抽出条件を定義)

糖尿病性腎症の第2期、第3期(及び第4期)と思われる者を抽出し名簿を作成する。

保険者が該当する者を抽出した上でレセプトデータを照合して受診の有無を確認する。

3. 方法

- (1)未受診、受診中断者への受診勧奨
- (2)ハイリスク者への生活指導

生活指導対象者選定にあたっての考え方、生活指導実施までの手順

生活指導の内容:学会ガイドライン、介入研究を基に病期ごとに整理

4. かかりつけ医と糖尿病及び腎臓専門医、保健指導実施者の**連携体制・情報共有方法**

5. **評価指標**:短期・中期・長期

糖尿病性腎症の病期とその対応例

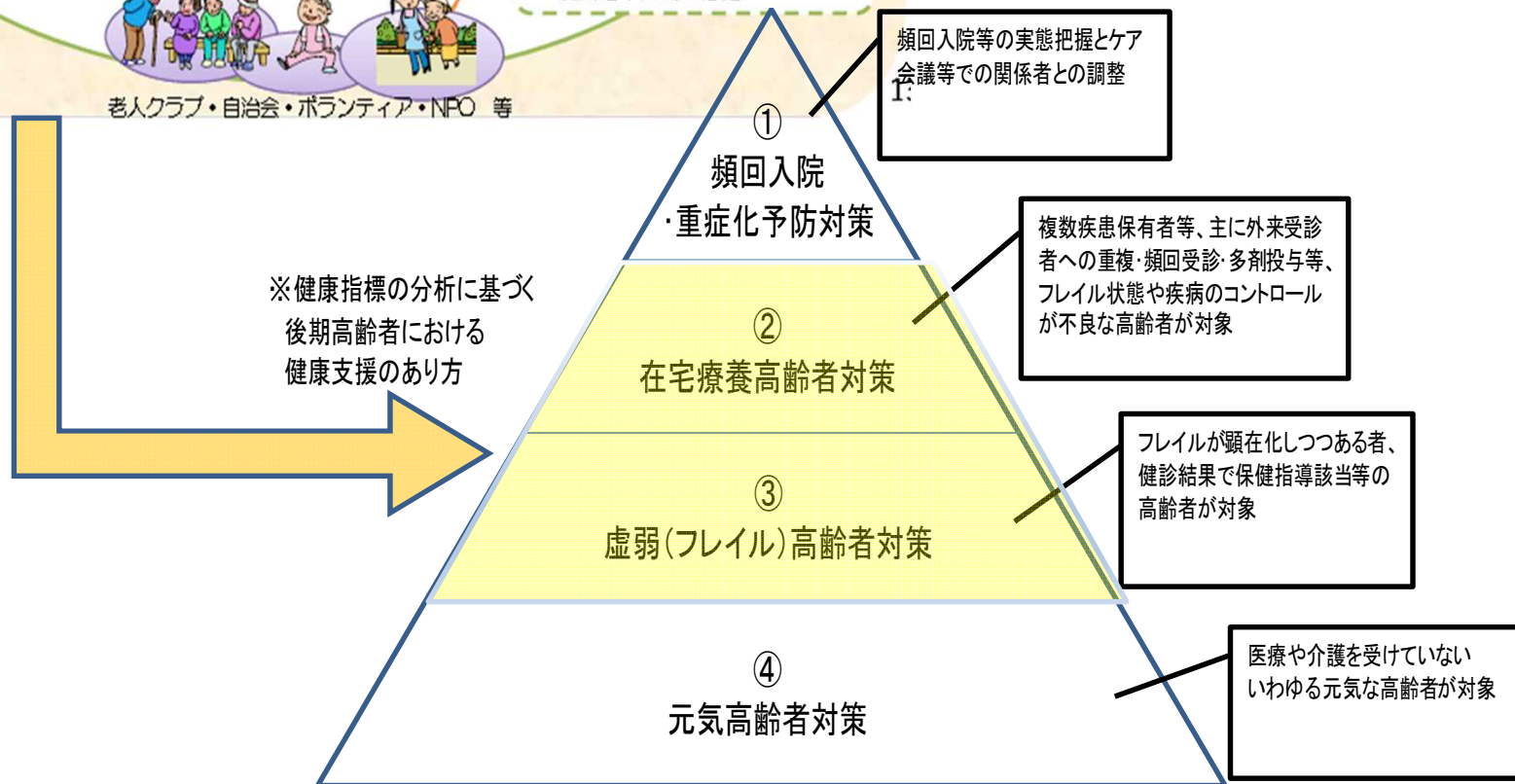
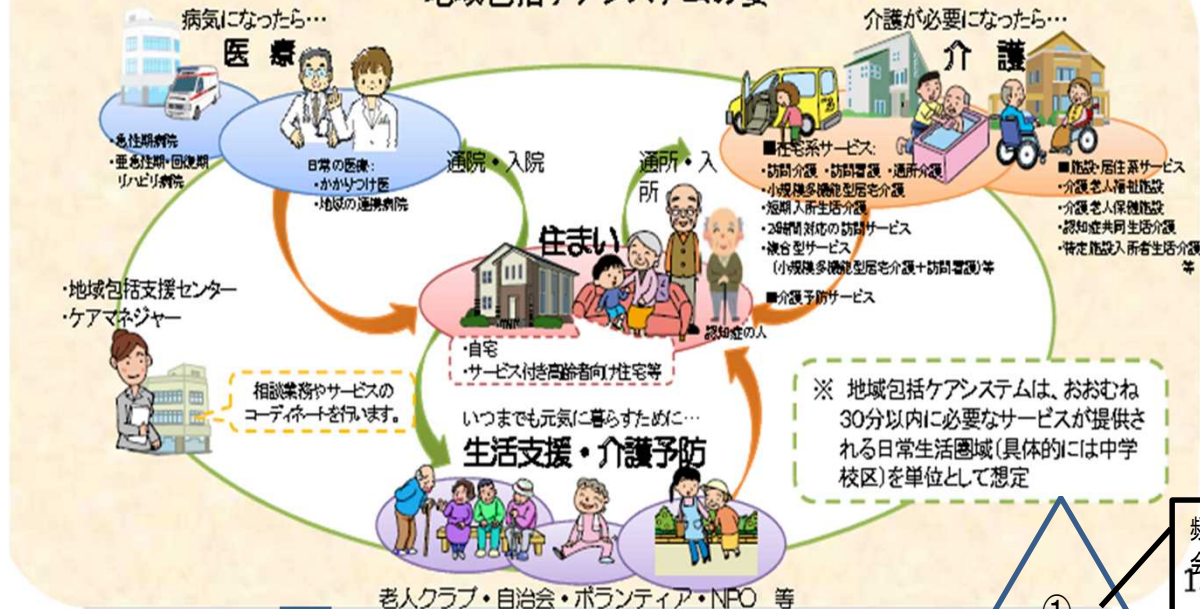
健診結果		状態と介入目的	区分	介入方法		評価
HbA1c	腎機能			【介入方法】	【指導項目】	
FBS $\geq$ 126 または HbA1c $\geq$ 6.5 ※	~15 末期腎不全	人工透析	病期ステージ5 (透析期)			
	<30	【透析直前期】 透析導入時期の延伸	第4期	強力な受診勧奨 受診確認 治療中断防止	・血圧・血糖管理 ・蛋白制限食等 ・薬剤の徹底	受診につながった割合
	尿たんぱく(+)以上	【顕性腎症】 腎機能低下防止	第3期	受診勧奨・受診確認 医師と連携した保健指導	・服薬管理・食習慣改善 ・運動習慣定着・禁煙 ・減酒、減塩、減量	受療状況、生活習慣、 血糖・血圧・脂質、 喫煙、腎機能
	尿たんぱく(±)以下	早期腎症の発見 腎症の発症予防	第2期	HbA1c、血圧の程度 に応じた対応(別表)	・服薬管理・食習慣改善 ・運動習慣定着・禁煙 ・減酒、減塩、減量	行動変容 血圧・血糖・脂質、 BMI、喫煙、腎機能
			第1期	第2期: 糖尿病管理 + 腎症改善 第1期: 糖尿病管理		
レセプトでの抽出		過去に治療歴あり	治療中断者	受診勧奨プログラム ・はがき ・電話 ・集団教室 ・個別面談		健診受診・医療機関受診につながった割合
		治療歴なし	未治療者			

被保険者の状態像に応じた階層化イメージ

- 被保険者の健康状態をレセプトや健診データから把握し、状態別の集団(階層)の特性に応じた保健事業を提供することにより、効果的・効率的な事業展開が期待できる。
- 階層のイメージとしては、
 - ①緊急・長期入院を含む高額医療が発生している高齢者、
 - ②主に外来を中心とした在宅療養中の高齢者、
 - ③フレイルが顕在化しつつある虚弱な高齢者、
 - ④医療をあまり利用しない元気な高齢者

などの階層が想定。広域連合の保健事業としては、当面の間、主に②、③の階層から着手するなど実施の重点化が想定される。

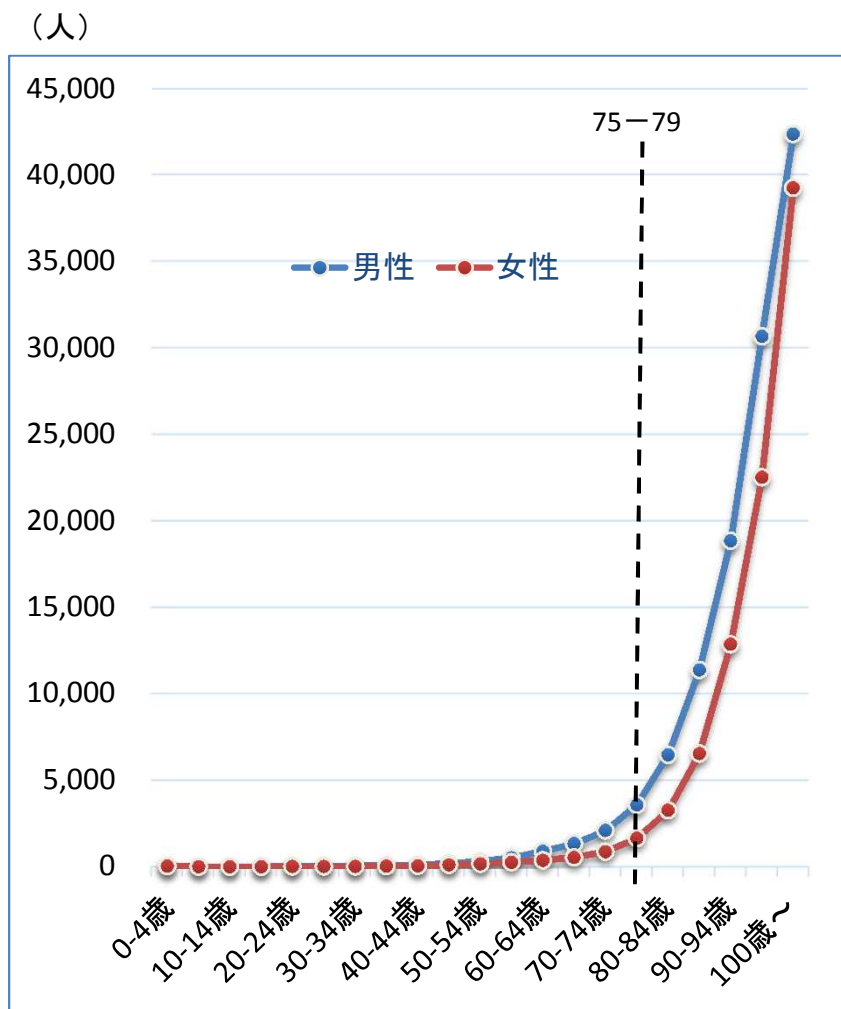
地域包括ケアシステムの姿



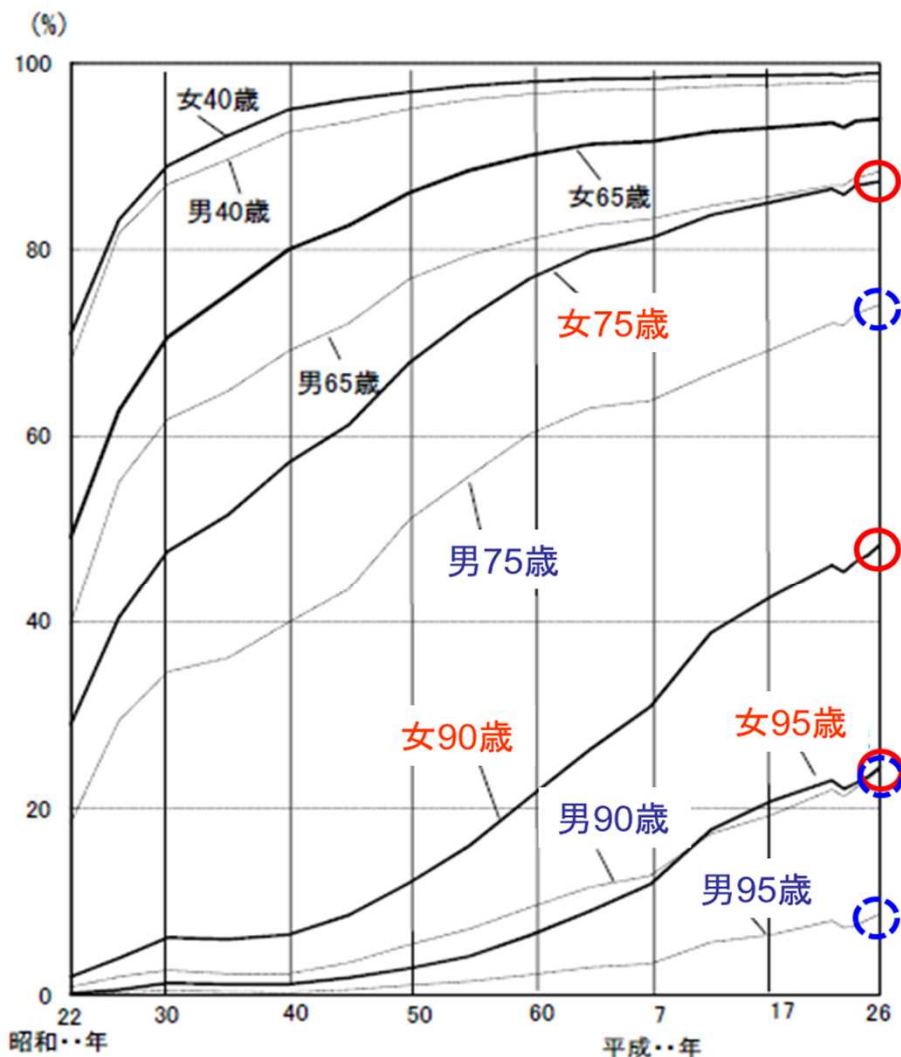
年齢階級別死亡率(人口10万人対)

特定の年齢まで生存する者の割合

平成26年簡易生命表



(2014年 人口動態統計より)



注: 1) 平成22年以前は完全生命表による。
2) 昭和45年以前は、沖縄県を除く値である。

医療保険者としての立ち位置

- レセプトデータ、健診データ分析に基づく優先課題の設定
広域連合においては、**データヘルス**の推進の一環として、
後期高齢者の**特性が現れる健康状態や医療のかかり方**
(重複・多受診等)等についてレセプトデータや健診データを
分析のうえ実態把握することにより、**被保険者の状態に応じた
保健指導等が実施される**よう企画することが求められる。
- 医療機関、ポピュレーションアプローチ、介護予防(総合事業等)
のみでは対応できない事象への対応
- 市町村と連携、前期高齢者との連続性を考慮した対策

保健事業を企画する

- ターゲット層（対象者選定基準）
（性・年齢、健康状態、生活機能）
- 保健事業の内容
本人・家族の不安に寄り添い、主体性重視
実現（継続）可能性、
効果を期待でること（健康寿命、医療費適正化）
- 働きかけの実施主体（責任の所在、財源）
- 実施方法（市町村国保・介護予防との連携、
委託？その場合の役割分担）
- モニタリング、評価

プログラムの要件

- ① 対象者の抽出基準が明確であること
効率的な保健事業のために必須！
- ② 医療、介護と連携した取り組みであること
保険者ならではの視点を踏まえて
- ③ 保健指導を実施する場合には、専門職が
取組に携わり、実施マニュアルを作成する
- ④ 事業の評価を実施すること
対象者のうちの実施率
参加者の中での効果 等

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	・達成したい目標にむけて、広域連合、市町村（国保、衛生、介護）、医療機関等の理解は得られているか。 ・保健指導の実施体制が構築できたか（市町村・委託） ・委託の場合、十分に事業を実施できる事業者であるか。保険者等との連絡、協力体制ができているか。
プロセス うまく運営できているか	・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	・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 ・最後まで継続できたか ・実施回数、人数は計画どおりか
アウトカム 結果は出ているか	目的とした成果が上がっているか。 関心度、行動（受療を含む）・生活習慣、健康状態（検査値）、医療費（非参加群との比較があるとよい）

広域連合における保健事業の進め方

所内体制

- 担当チーム、責任者の決定
- 健診・レセプトデータ分析結果の確認、保健事業の課題整理

地域連携

- 市町村、医師会等、地域の関係者との会議設定
- データ分析結果提示と保健事業における連携方針確認

事業計画

- 対象者選定基準の決定、対象者数の概数把握
- 実施形態の検討、運営マニュアル作成、実施者の研修、データ収集方式、

事業実施

- 保健指導事業の実施
- 進捗管理、問題事象への対応

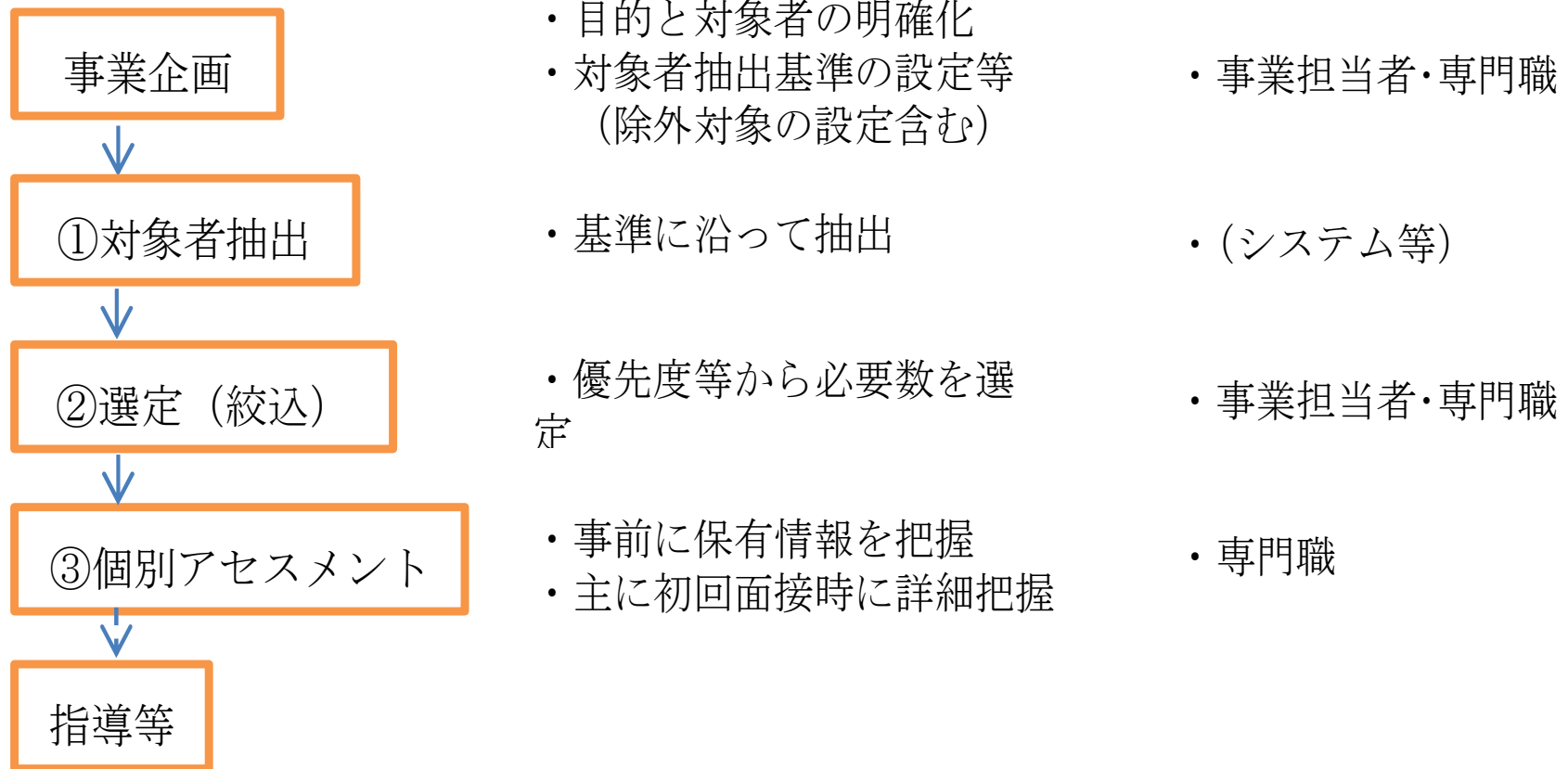
事業評価

- データのとりまとめ、分析
- 内部での検討、専門家等の助言

次年度事業 の修正

- 地域の協議会等にて分析結果の報告、改善策の検討
- 次年度計画の策定 ・着実なフォローアップ体制

アセスメントの主な場面としては、①対象者抽出、②選定(絞り込み)、
③個別アセスメント等のための詳細把握が挙げられる。



アセスメント項目

○既存の健診等の活用

- ・健診・・・身長・体重・BMI、血圧、肝機能・血中脂質・血糖、尿糖・尿蛋白、既往歴等、追加項目(貧血、心電図等)
- ・歯科健診・・・歯・歯肉の状態、口腔機能、口腔清掃状態等
- ・レセプト情報・・・傷病名、検査、処置、処方、医療費等

○フレイルのアセスメント項目(案)の提示

- ・基本チェックリスト・・・暮らしぶり、運動器関係、栄養・口腔機能、認知機能うつ等
- ・運動機能 ロコチェック、転倒スコア、歩行速度、握力、立ち上がり秒数、指わっか等)
- ・口腔機能(歯科健診) 口腔運動機能、咀嚼機能、嚥下機能、
- ・認知機能 MOCA-J 認知機能検査(i-Pad)方式

アセスメント手法（フレイル対策の例）

低栄養					
把握情報		基本チェックリスト	健診結果	レセプト	その他
①	抽出(基準等)	・BMI18.5以下 ・体重減少	体重、BMI(推移)	—	・除外対象者を除く
②	選定(絞り込み)	・リスク順に優先的に選定	・経年で減少幅の大きい人を優先 ・過去の健診で異常のある人を優先	・低アルブミン血症、栄養失調等がある場合や慢性疾患を保有する場合等は優先	・介護予防等の参加者は除外する ・包括支援センターや社協等からの依頼、住民からの相談等に対応
③	個別アセスメント	・全般的に把握	・脂質、貧血等 ・全般的に把握	・診療科、傷病名等から、栄養状態への影響確認 ・薬剤(処方内容や変更から重症度の把握)の確認	・栄養状態の評価表等により詳細なアセスメントの実施 ・食欲不振、ストレス、急性疾患の罹患、認知機能、うつ症状等の把握 ・食事回数・内容、摂取カロリー・蛋白量、水分摂取、排尿管等の把握 ・共食、家庭環境等

アセスメント手法（重症化予防の例）

糖尿病性腎症重症化予防					
把握情報		基本チェックリスト	健診結果	レセプト	その他
①	抽出(基準等)	—	・HbA1c、血糖 ・eGFR、クレアチニン、尿蛋白	・生活習慣病等の治療状況を参考にする	—
②	選定(絞り込み)	—	・既往歴、服薬状況 ・過去の健診で異常のある人を優先	・糖尿病性腎症、CKD等がある場合等は優先 ・糖尿病歴が長い、中断者は優先	・既存事業でフォローされている者は除外 ・保健センターや国保等からの依頼、住民からの相談等に対応
③	個別アセスメント	・全般的に把握	・体重、BMI、血圧 ・生活習慣(タバコ、酒、運動等)等、全体を把握	・診療科、傷病名等から、栄養状態への影響の確認 ・薬剤(処方内容や変更から重症度の把握)の確認	・栄養状態の評価表等により詳細なアセスメントの実施 ・浮腫、入院歴、急性疾患の罹患、認知機能、ストレス、うつ症状等の把握 ・食欲、食事回数・内容、摂取カロリー等の把握

アセスメントの実施方法

- 86.8%の後期高齢者が医療機関を受診⇒かかりつけ医における健診時が最も適切な機会か。
- 健診未受診者・治療中断者や地域サロン等介護予防事業に参加しない高齢者の中に支援を要する高齢者が存在することが想定⇒独居高齢者・閉じこもり高齢者へのアウトリーチ事業等様々な場面でアセスメントが実施されることが望ましい。
- 医療保険者として保有するレセプトや健診等のアセスメント情報等を組合せ経時的な変化を追う⇒体重減少や体力低下、かぜを引きやすくなる等感染症の増加などからフレイルの兆候を把握
- 未受診者情報などから健康への関心が薄い層や逆に多剤投与や重複受診者等の支援が必要な者を的確に把握し、的を射た保健事業を効果的、効率的に展開することが考えられる。

介入支援～フレイル関連

○フレイル関連

- ・低栄養(低体重・過体重):管理栄養士や保健師による訪問・相談事業
- ・口腔・歯科保健:歯科医師による歯科健診、歯科衛生士による歯科保健指導(口腔の体操、清掃指導等)
- ・服薬相談:かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師による相談(多剤、残薬の相談・調整等も含む)
- ・上記の複合的な事業:栄養＋口腔
- ・運動介入:転倒リスクの減少と閉じこもりを改善

介入支援～重症化予防、適正医療

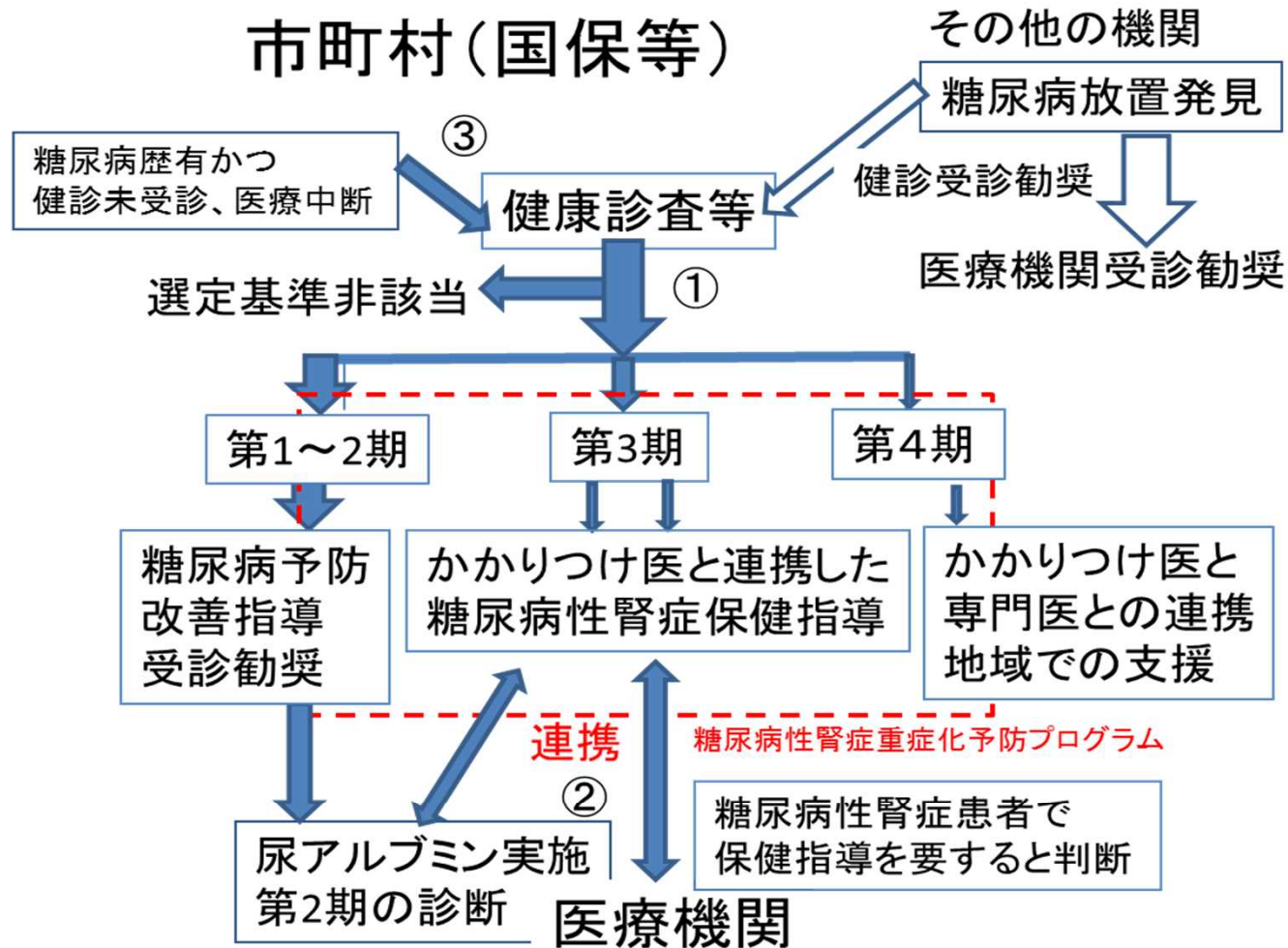
○慢性疾患の重症化予防

（複数疾患を保有する場合の包括的な管理）

- ・再入院や合併症予防、服薬調整、薬剤有害事象の予防
- ・内臓疾患の保有が多く、検査データ等も要参考

○重複頻回受診（適正受診、かかりつけ医の活用）

国保等における対象者抽出のフロー



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

対象者抽出の参考例 健康診査結果からの抽出

広域連合(75歳以上)某市 受診対象2,037人のうち

糖尿病性腎症第3期 33人うち9人が治療なし⇒腎症受診勧奨・腎症保健指導

糖尿病治療中130人のうち24人が尿蛋白陽性

⇒腎症についてかかりつけ医と相談へ

⇒かかりつけ医の紹介のもと腎症健指導

O市後期高齢データ(2011年) 75歳以上 n=2,037

糖尿病の有無		治療中(糖尿病薬あり)				治療なし(糖尿病薬なし)				計			
有:FPG $\geq$ 126 or HbA1c(NGSP) $\geq$ 6.5 (n=244)	130	6.38%	UP+以上	24	0.64%	114	5.60%	UP+以上	9	0.44%	UP+以上	33	1.62%
			UP $\pm$ 以下	106	5.20%			UP $\pm$ 以下	105	5.15%	UP $\pm$ 以下	211	10.36%
無:FPG $<$ 126 & HbA1c(NGSP) $<$ 6.5 (n=1,793)	60	2.95%	UP+以上	9	0.44%	1,733	85.08%	UP+以上	83	4.07%	UP+以上	92	4.52%
			UP $\pm$ 以下	51	2.50%			UP $\pm$ 以下	1,650	81.00%	UP $\pm$ 以下	1,701	83.51%

2,037

(再掲)O市後期高齢データ(2011年) 75-79歳 n=1,231

糖尿病の有無	治療中(糖尿病薬あり)				治療なし(糖尿病薬なし)				計				
有:FPG $\geq$ 126 or HbA1c(NGSP) $\geq$ 6.5 (n=158)	81	6.58%	UP+以上	11	1.06%	77	6.26%	UP+以上	7	0.57%	UP+以上	18	1.46%
			UP $\pm$ 以下	70	5.69%			UP $\pm$ 以下	70	5.69%	UP $\pm$ 以下	140	11.37%
無:FPG $<$ 126 & HbA1c(NGSP) $<$ 6.5 (n=1073)	40	3.25%	UP+以上	6	0.49%	1033	83.92%	UP+以上	35	2.84%	UP+以上	41	3.33%
			UP $\pm$ 以下	34	2.76%			UP $\pm$ 以下	998	81.07%	UP $\pm$ 以下	1,032	83.83%

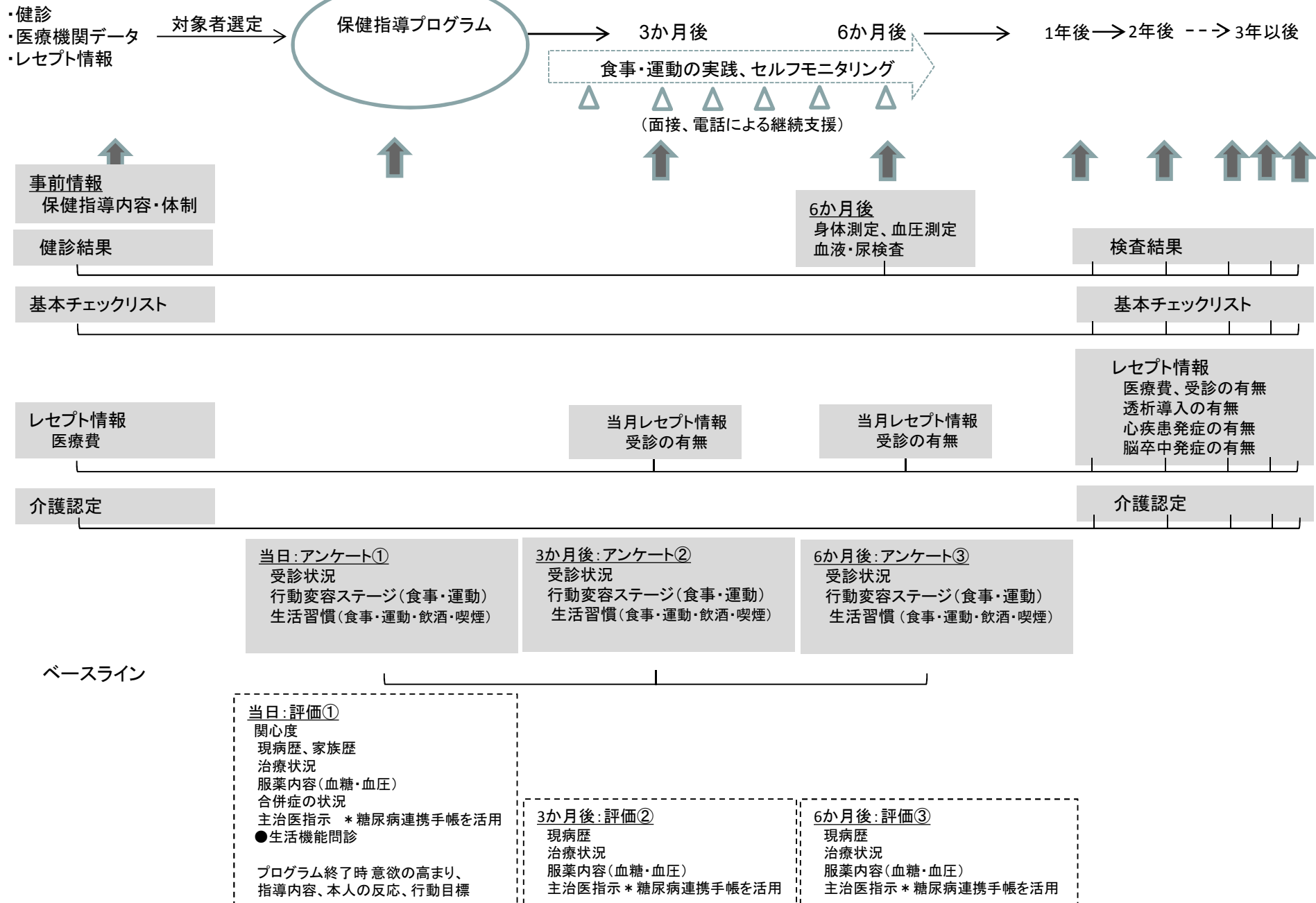
1,231

(再掲)O市後期高齢データ(2011年) 80歳以上 n=806

糖尿病の有無	治療中(糖尿病薬あり)				治療なし(糖尿病薬なし)				計				
有:FPG $\geq$ 126 or HbA1c(NGSP) $\geq$ 6.5 (n=86)	49	6.08%	UP+以上	13	1.61%	37	4.59%	UP+以上	2	0.25%	UP+以上	15	1.86%
			UP±以下	36	4.47%			UP±以下	35	4.34%	UP±以下	71	8.81%
無:FPG $<$ 126 & HbA1c(NGSP) $<$ 6.5 (n=720)	20	2.48%	UP+以上	3	0.37%	700	86.85%	UP+以上	48	5.96%	UP+以上	51	6.33%
			UP±以下	17	2.11%			UP±以下	652	80.89%	UP±以下	669	83.00%

806

基本プログラム 実施計画(保健指導)



《プログラムの評価》

【ストラクチャー評価】

- ・関係者間での理解が得られ、連携体制が構築できたか
- ・予算、マンパワー、教材の準備
- ・保健指導者の研修
- ・運営マニュアル等の整備
- ・健診・医療データの集約方法

【プロセス評価】

- ・スケジュール調整
- ・対象者の抽出、データ登録ができたか

医療保険者としてのマクロ的评价 (KDBの活用)

- ・新規透析導入患者
- ・糖尿病性腎症病期、未治療率
- ・HbA1c8.0%以上の未治療者
- ・健診受診率 ・医療費推移 等

【アウトプット評価】

- ・抽出された対象者の何%に受診勧奨、保健指導ができたか
- ・地区、性・年代別に偏りはないか

【アウトカム評価】

- ・何%が受診につながったか
- ・保健指導介入した人のデータの変化
- ・血圧、血糖(HbA1c)、脂質、体重
喫煙、尿蛋白、クレアチニン(eGFR)
尿微量アルブミン、腎症病期、薬剤
QOL等

【費用対効果】

- ・事業にかかる費用と効果を評価

PDCAを回して効果的な保健事業を！

