

平成28年度のモデル事業について

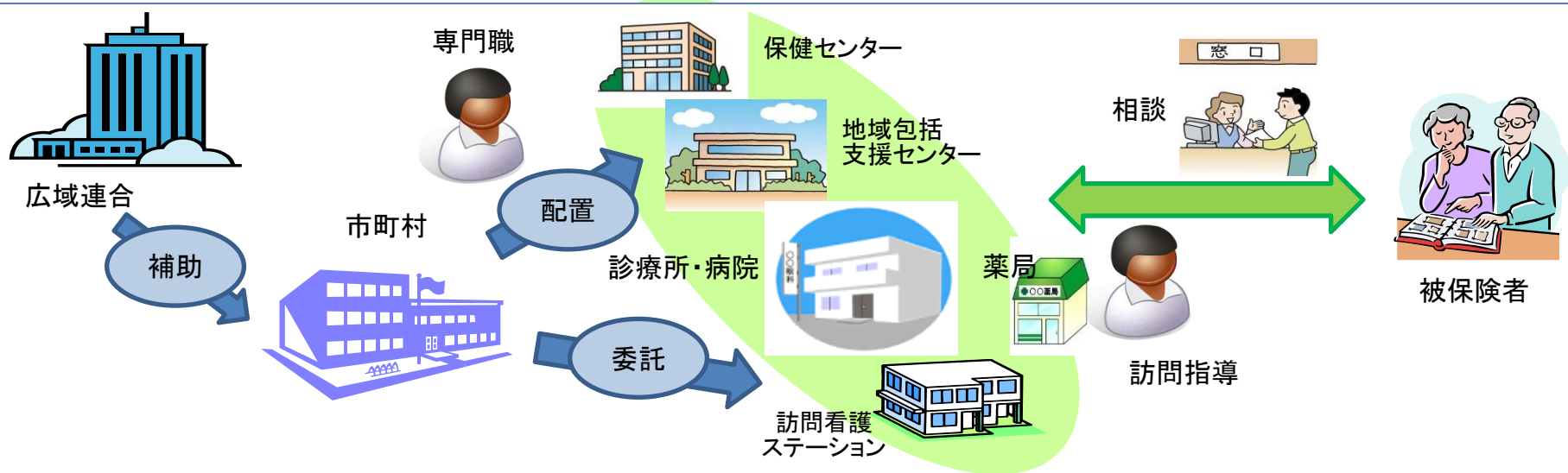
高齢者の低栄養防止・重症化予防等の推進（フレイル対策）

1. 平成27年度 先行的な事業について
2. 平成28年度モデル事業の効果検証について

1. 平成27年度 先行的な事業について

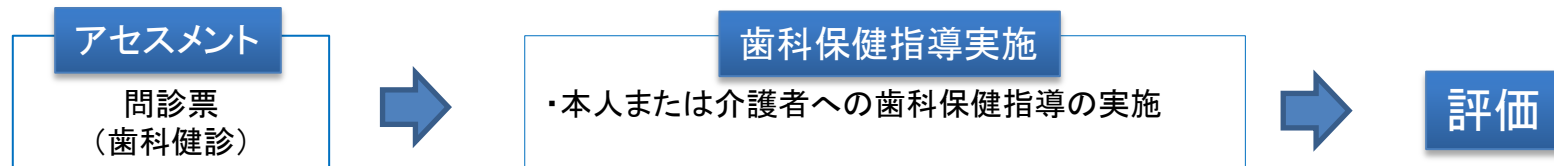
1 専門職による相談・訪問指導

- 体重減少や低栄養、筋量低下等による機能低下や疾病等の課題に対応するため、高齢者の特性を踏まえた重症化予防や低栄養防止などのため指導等をモデル的に実施。
- 医療的な観点から、予防のための指導等の必要性が高い後期高齢被保険者に対し、相談業務や訪問指導を実施。
- 地域の実情に応じ、既存の拠点（地域包括支援センター、保健センター、訪問看護ステーション、薬局等）を活用し、課題に応じた専門職（管理栄養士、薬剤師、歯科衛生士、保健師等）が、地域の実情に合わせ相談や保健指導等を実施。
 - 〈例〉・低栄養、過体重に対する栄養相談・指導
 - ・摂食等の口腔機能低下に関する相談・指導
 - ・複数受診等により服用する薬が多い場合における服薬相談・指導
 - ・健康、医療、介護等に関する困りごと相談
- 市町村への補助等により実施



2 在宅要介護者等への訪問健診等

- 歯科健診を受診することができない在宅被保険者に対し、誤嚥性肺炎等の疾病を予防するための歯科健診等をモデル的に実施。



平成27年度 先行的な事業 概要

		広域連合数	(うち) 広域が 自ら実施	事業数	実施広域・市町村名
栄養指導	低栄養	5		5	和光市、大和市、大府市、津市、宮崎市
	糖尿病性腎症 重症化予防	1		1	大和市
	食生活改善指導	1		1	東海村
	口腔指導	6	1	6	宮古市、和光市、竜王町、土佐清水市、八代市、 長崎広域(長崎市)
	服薬指導	3	1	3	北見市、八代市、宮崎広域(宮崎市)
	複合モデル	2		2	大阪狭山市、鳥取市
	在宅歯科健診	10	3	16	青森市、西目屋村、宮古市、中央区、武蔵野市、 厚木市、新潟広域(新潟市)、塩尻市、名張市、 堺市、泉大津市、河内長野市、箕面市、摂津市、 香川広域(高松市、丸亀市、土庄町、多度津町)、 宮崎広域(宮崎市、国富町、綾町)
	計(実数)	19	4	34	※()は広域が自ら実施した場合の対象地域。

事例1

栄養指導・口腔指導

(埼玉県和光市)

<p>事業の概要</p>	<p>日常生活圏域ニーズ調査等により把握した高齢者に対し、管理栄養士等が訪問指導を実施。 (訪問等(電話含む)件数:162件、うちプラン作成件数:56件)</p>
<p>対象者の抽出</p>	<p>○日常生活圏域ニーズ調査(65歳以上の高齢者に実施)結果から、 ・基本チェックリストの栄養の項目に該当 (BMI 18.5以下、体重減少) ・BMI 25以上 ・基本チェックリストの口腔の項目に該当 上記のうち、健診未受診者を対象とする。</p>
<p>アセスメント</p>	<p>○和光市の介護予防に関する共通アセスメント様式を使用 ・利用者基本情報 : 本人の住環境、経済状況、家族構成、既往歴等 ・生活行為アセスメント : 買い物、調理、更衣、入浴、洗濯、清掃、連絡 ・介護予防メニューアセスメント : 運動領域、栄養・食領域、口腔機能向上領域 ・基本チェックリスト、追加項目</p>
<p>介入・支援</p>	<p>○個々の状況に応じ「食の自立・栄養改善プラン」を策定し、地域ケア会議の検討を踏まえ、管理栄養士等による訪問指導を実施。 ・3ヶ月1クール、評価結果により2クール実施 ・目標を決める→1か月ごとに援助内容を計画→1か月ごとに目標達成状況を評価→総合評価</p>
<p>評価</p>	<p>・栄養(過体重)が改善した人の割合 61.9% ・摂食や咀嚼等の口腔機能の低下が改善した人の割合 48.6% (H27年度結果)</p>

事例2

栄養指導

(神奈川県大和市)

事業の概要	<p>国保や後期高齢者医療の被保険者のうち、低栄養状態の高齢者や糖尿病性腎症の方を対象として訪問栄養指導を実施し、栄養状態の改善や重症化予防を図る。 (平成27年度参加者 低栄養89人うち後期54人、糖尿病性腎症23人うち後期17人)</p>	
	低栄養改善事業	糖尿病性腎症の透析予防事業
対象者の抽出	<p>○介護予防アンケート(基本チェックリスト)より抽出</p> <ul style="list-style-type: none"> ・BMI18.5未満 ・2Kg以上の体重減少/6か月 	<p>○長寿健診の結果から抽出</p> <ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病性腎症(CKDステージⅢ～Ⅳ) HbA1c 6.5%以上 空腹時血糖 126mg/dl以上 eGFR 45ml/分/1.73m²以下
アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> ・体重・BMI ・体重減少の理由、食事内容、身体活動状況の聞き取り 	<ul style="list-style-type: none"> ・医療状況確認(治療方針・服薬状況) ・栄養指導確認 ・栄養状態、生活のアセスメント
介入・支援	<p>○6か月1クールで管理栄養士による3回の訪問栄養相談を実施</p> <ul style="list-style-type: none"> ・初回 アセスメント、栄養相談と計画作成 ・3か月後 訪問と電話による状況確認 ・6か月後 目標に対する評価 今後の支援について 	<p>○6か月1クールで管理栄養士による3回の訪問栄養相談を実施</p> <ul style="list-style-type: none"> ・初回 アセスメント、栄養相談と計画作成 ・3か月後 訪問と電話による状況確認 教室、測定会等へ参加呼びかけ ・6か月後 評価(HbA1c、eGFR、食事内容、服薬状況等)
評価	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問活動を実施した地区は、それ以外と比べ体重改善が約1.8倍、悪化は約1/6 (H27年度結果) 	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問活動を実施した地区はそれ以外と比べ、HbA1c0.5%以上改善が約5倍、CKDステージ改善が約6倍。(H26年度結果)

2. 平成28年度モデル事業について

○ 平成28年度モデル事業の概要

- ・ 被保険者の健康を守り自立を促進し、低栄養、筋量低下等による心身機能の低下の予防・生活習慣病の重症化予防等を行うため、被保険者に対して専門職(管理栄養士、歯科衛生士、薬剤師、保健師等)による立ち寄り型の相談や訪問相談・指導、訪問歯科健診を実施する。

< 事業内容 >

- ①栄養指導、 ②口腔指導、 ③服薬指導、 ④生活習慣病重症化予防、 ⑤心身機能の包括的アセスメント
- ⑥複合的な取組 ⑦研修

< 補助対象となる事業の要件 >

- ① 対象者の抽出基準が明確であること。
- ② かかりつけ医と連携した取組であること。
※かかりつけ医や医師会との連携をいい、連携とは、情報提供、助言、実施協力等の関わりを含む
- ③保健指導を実施する場合には、専門職が取組に携わること。
- ④事業の評価を実施すること
- ⑤地域の実情に応じて各都道府県の糖尿病対策推進会議等との連携を図ること。
※糖尿病性腎症重症化予防事業を行う場合の要件。
※直接又は都道府県を通じた糖尿病対策推進会議等との連携をいい、連携は、情報提供、助言、実施協力等の関わりを含む。

高齢者の低栄養防止・重症化予防等の推進

平成28年度予算額 3.6億円(新規)

経済財政運営と改革の基本方針2015(平成27年6月30日閣議決定)

(インセンティブ改革)

民間事業者の参画も得つつ**高齢者のフレイル対策を推進する。**

(公的サービスの産業化)

民間事業者も活用した保険者によるデータヘルスの取組について、中小企業も含めた企業による健康経営の取組との更なる連携を図り、健康増進、重症化予防を含めた疾病予防、重複・頻回受診対策、後発医薬品の使用促進等に係る好事例を強力に全国に展開する。

概要

- 低栄養、筋量低下等による心身機能の低下の予防、生活習慣病等の重症化予防のため、高齢者の特性を踏まえた保健指導等を実施。
- 後期高齢者医療広域連合において、地域の実情に応じて、地域包括支援センター、保健センター、訪問看護ステーション、薬局等を活用し、課題に応じた専門職(管理栄養士、歯科衛生士、薬剤師、保健師等)が、対応の必要性が高い後期高齢者に対して相談や訪問指導等を実施。
〈例〉 ・低栄養、過体重に対する栄養相談・指導 ・摂食等の口腔機能低下に関する相談・指導 ・外出困難者への訪問歯科健診 ・複数受診等により服用する薬が多い場合における服薬相談・指導 等

推進のための事業イメージ

保健センター 地域包括支援センター



診療所・病院



歯科医院



薬局



訪問看護ステーション



専門職

訪問指導

相談



被保険者

低栄養・過体重、
摂食等の口腔
機能、服薬など

(参考)高齢者の特性(例:虚弱(フレイル))

加齢とともに、心身の活力(例えば筋力や認知機能等)が低下し、生活機能障害、要介護状態、そして死亡などの危険性が高くなった状態。

加齢に伴う変化

- ・食欲の低下
- ・活動量の低下(社会交流の減少)
- ・筋力低下
- ・認知機能低下
- ・多くの病気をかかえている

危険な加齢の兆候(老年症候群)

- ・低栄養
- ・転倒、サルコペニア
- ・尿失禁
- ・軽度認知障害(MCI)

フレイルの多面性

閉じこもり、孤食

社会的

身体的

精神的

低栄養・転倒の増加
口腔機能低下
意欲・判断力や
認知機能低下、
うつ

適切な介入・支援により、生活機能の維持向上が可能。

○ 評価の進め方について（高齢者の保健事業のあり方検討WGの役割）

<平成28年度>

1. H27年度先進的事業の成果やH28年度モデル事業の実態把握、結果データを収集し、作業チームを中心に分析し、WGに結果を報告する。

収集データについて

- 既存データの活用等により評価可能な項目について、「把握が望ましいデータ」として示し、モデル事業において把握いただく。（別紙参照）
- 例示したデータについて、事業終了時を目処にできる限り収集する。
 - 1) マクロデータ等（保険者の概要、事業参加者の状況等）
 - 2) 個人単位のデータ（共通項目、事業メニューごとの項目、任意項目）

2. 収集した結果データをもとに、参加者の前後比較、参加・不参加者の比較、実施・未実施地域の比較等を行うことにより効果を検証する。
3. 併せて、補助対象事業から複数事業を選び、作業チームによるヒアリングや詳細の実態把握を行う。そのうえで、事業メニューごとの効果的な実施内容・方法等を検討する。
4. 一定の効果を検証した標準的な事業メニュー（プログラム・運営手順等）を作成し、ガイドライン（暫定版）としてまとめる。

<平成29年度>

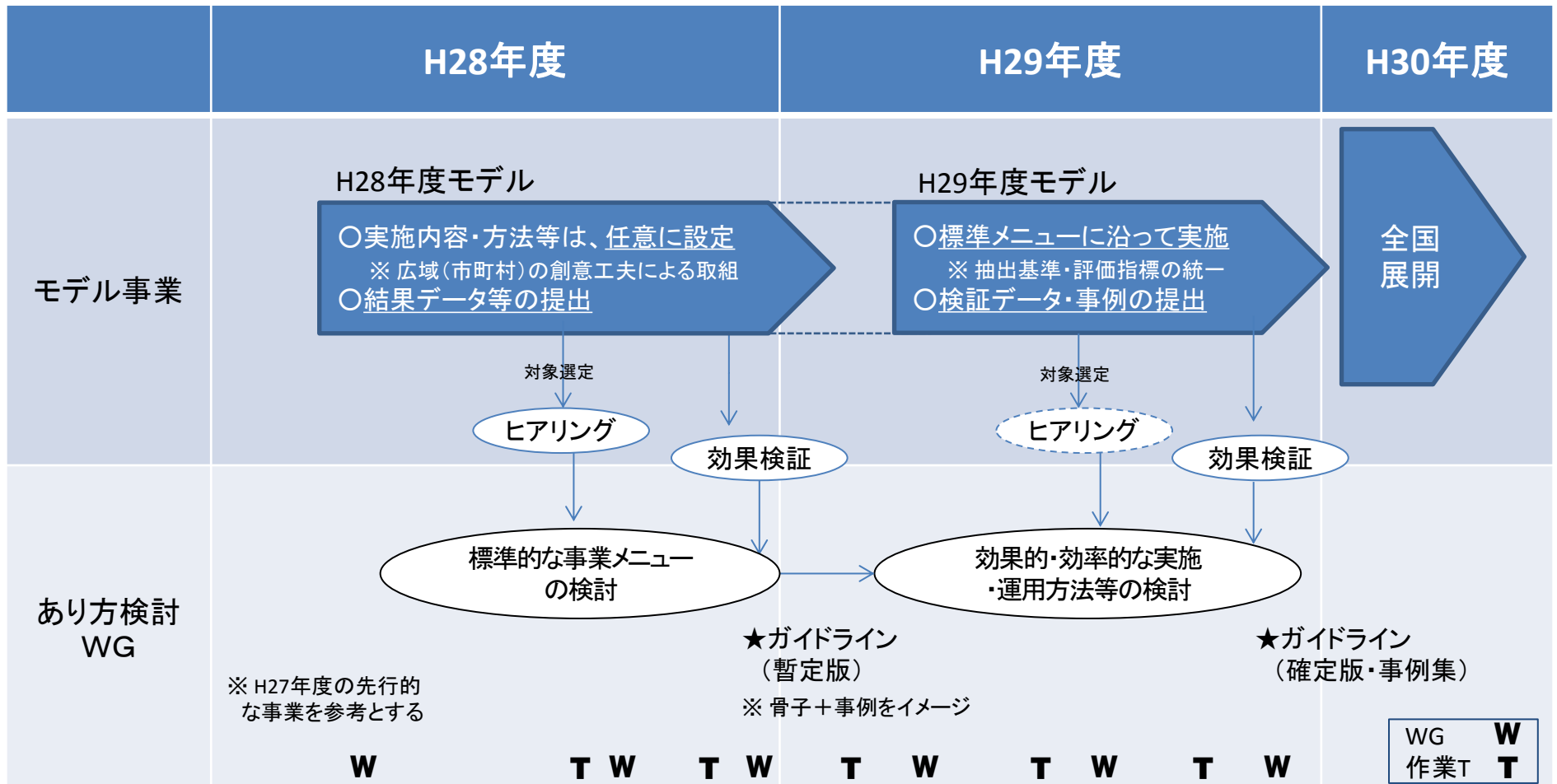
1. H28年度に作成したガイドライン（暫定版）に沿ってモデル事業を実施。
2. 結果データを収集し効果検証する。

※ 対象者抽出基準と評価指標を事業メニューごとに統一して実施。

※ 介入方法（期間・回数等）は任意とするか、エッセンスをどこまで盛り込めるか。

2. ガイドライン確定版及び事例集を作成する。

(モデル事業とあり方検討WGの関係イメージ)



7/20

※ 適宜、「保険者による健診・保健指導のあり方に関する検討会」に報告

1. モデル事業において把握することが望ましいデータ等について（マクロデータ等の把握）

- 取組にあたる保険者の概要、健康課題や背景等について、データにより把握する。
また、経年後の変化を確認する。

1 保険者の概要

- 被保険者数
 - 健診対象者
 - 健診受診者
 - 健診実施率
 - 1人あたり医療費
 - 生活習慣病医療費
 - 要介護認定率
- ※ 性・年齢階層別に把握する。

2 事業の概要 (対象者抽出)

- 対象抽出基準（抽出元データ、抽出項目、抽出基準等）
- 該当者割合
- 事業参加者
- 途中脱落者
- 終了者
- 指導期間(月数)
- 指導回数

3 事業参加者の状況

- 栄養指導、口腔指導、服薬指導、重症化予防、包括的チェック、複合的事業の事業メニューごとの対象者、および事業参加者の人数
- ※ 性・年齢階層別に把握する。

4 アセスメント 項目

- 健診データ
 - 質問票
 - レセプト
 - 基本チェックリスト
 - 独自のアセスメント票
- ※ 使用したアセスメント票等入手

2. 取組の効果検証（個人別データの把握）

- 健診結果やレセプト情報のほか、前後で行動や意識の変化が比較できるアンケートなどを活用して把握する。

共通項目

- | | | | |
|----------|---------------------|-----------|--------------|
| 1. 属性等 | ○ 性別 | ○ 開始時年齢 | ○ 介入プログラムの有無 |
| 2. 健診結果等 | ○ 身長 | ○ 体重(BMI) | ○ 血圧 |
| 3. レセプト等 | ○ 服薬の有無、服薬数 | | |
| 4. その他 | ○ フレイル状態（基本チェックリスト） | ○ 要介護度 | ○ 社会交流等 |

事業メニュー別の項目

事業メニュー	把握することが望ましい項目	任意項目
1. 栄養指導	<ul style="list-style-type: none"> ○ 身長 ○ 体重(BMI) ○ 血圧 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医療費 ○ その他 <p>例) 体重増減、体重の減少要因(食欲低下、買物や調理困難)の把握率、6ヶ月後維持率、食生活の改善率・多様性、QOLの改善率、やる気スコア等</p>
2. 口腔指導	<ul style="list-style-type: none"> ○ 口腔機能(摂食・嚥下等) ○ 歯科医療費 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医療費 ○ その他 <p>例) 基本チェックリスト(No.13~15)、歯科健診結果 舌苔、歯(義歯)の汚れ、咀嚼機能、誤嚥性肺炎の発生状況等</p>

2. 効果検証(個人別データの把握)2

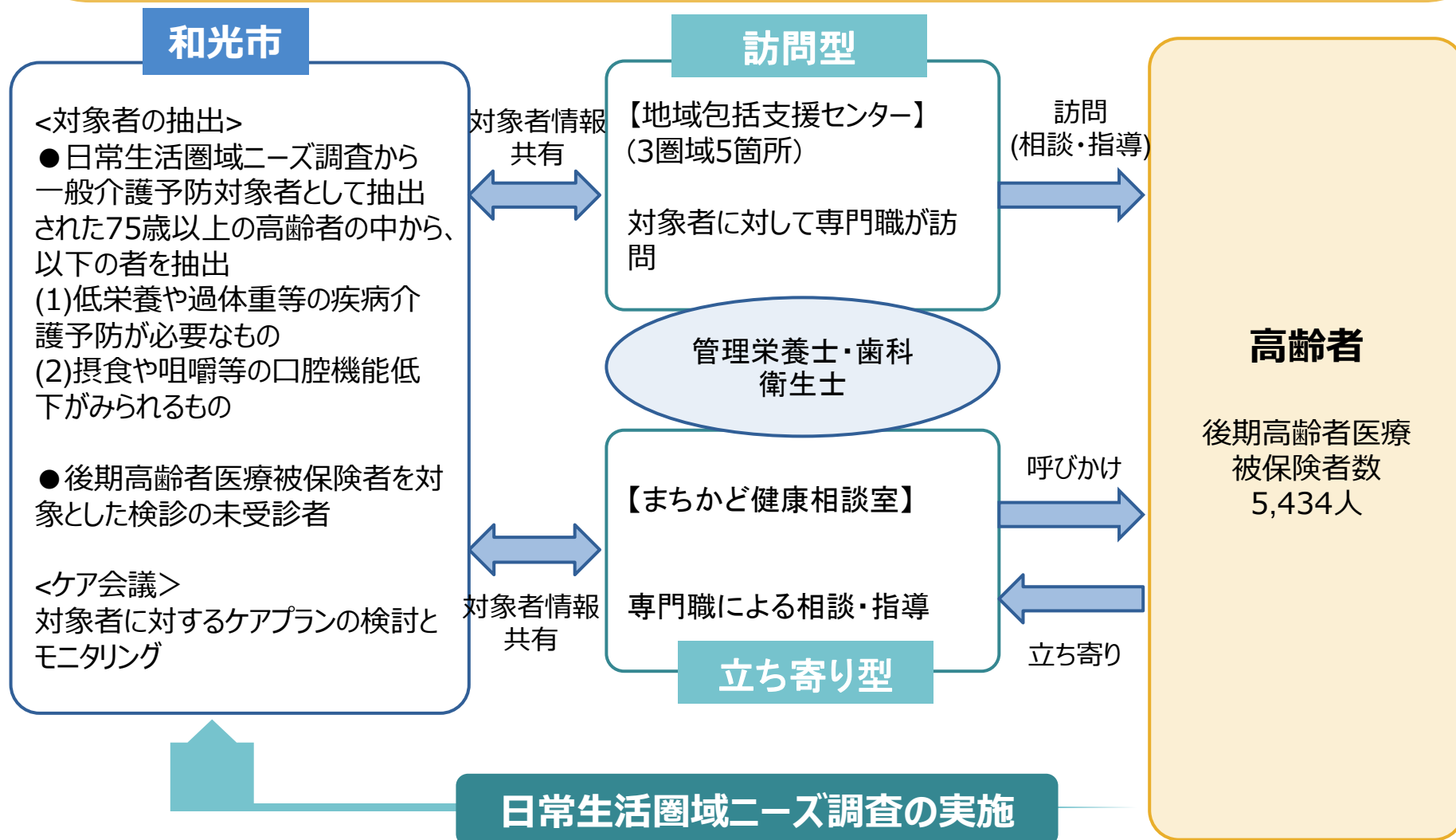
事業メニュー別の項目

事業メニュー	把握することが望ましい項目	任意項目
3. 服薬指導	<ul style="list-style-type: none"> ○ 服薬数 ○ 調剤医療費 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医療費 ○ その他 例) 薬剤保管状況、飲み忘れの改善 お薬手帳の活用、処方薬の変更、 市販薬の調整状況、家族のサポート状況等
4. 糖尿病性腎症重症化予防	<ul style="list-style-type: none"> ○ 血糖値(HbA1c) ○ 尿蛋白又はe-GFR ○ 血圧 ○ 身長、体重(BMI) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医療費 ○ その他 (糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じる)
5. 4以外の生活習慣病重症化予防	<ul style="list-style-type: none"> ○ 血圧 ○ 身長 ○ 体重(BMI) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医療費 ○ その他
6. 複合的モデル	<ul style="list-style-type: none"> ○ 取組の目的に応じ、1～4を踏まえて設定 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医療費 ○ その他効果が確認できた項目

参考資料

- 和光市における低栄養防止・口腔ケアの取組 P. 14～
- 大和市における低栄養防止・重症化予防の取組 P. 18～
- 平成27年度先行事業の概要内訳 P. 22～

専門職による相談・訪問指導事業（栄養口腔ケア） 実施体制



対象者の抽出

日常生活圏域ニーズ調査

65歳以上の高齢者5,000人実施(要介護3以上は除く)

<平成26年度> 有効回収数 3,050 有効回収率61.0%



基本チェックリスト 栄養の該当者 22名⇒ 16名
BMI25以上の方 230名⇒ 104名
基本チェックリスト口腔の該当者 321名⇒ 148名

26年度健診未受診者のマッチング

アセスメント

和光市の介護予防に関する共通アセスメント様式を使用

- ①利用者基本情報
- ②生活行為アセスメント(訪問・通所共通)
- ③介護予防メニューアセスメント(訪問用)「運動領域」、「栄養・食領域」、「口腔機能向上領域」
- ④介護予防アセスメント〔1〕基本チェックリスト
- ⑤介護予防アセスメント〔2〕基本チェックリストの追加項目

食の自立・栄養改善プラン 口腔機能改善プラン の例

● 食の自立・栄養改善プランの例

- ① 目標を決める
- ② 1ヶ月ごとに援助内容を計画
- ③ 1ヶ月ごとに目標達成状況を評価
- ④ 総合評価

例えば～療養食

● 目標 高血圧が悪化しないため減塩の食事をとる。

● 援助内容

- 1ヶ月目 血圧や血液検査データの確認
- 2ヶ月目 塩分を控えるための方法について
- 3ヶ月目 外食時の塩分について

● 目標達成状況

実際の品物を見ながら塩分の量を伝えたところ、加工食品の量が少なくなったり、代替の品を使用することができた。

目標達成

● 口腔機能改善プランの例

- ① 目標を決める
- ② 1ヶ月ごとに援助内容を計画
- ③ 1ヶ月ごとに目標達成状況を評価
- ④ 総合評価

例えば～口腔清掃状況

● 目標 毎食後、義歯をみがき、洗口を行う。

● 援助内容

- 1ヶ月目 義歯の磨き方の確認を行う。
- 2ヶ月目 磨けていない部分について再確認
- 3ヶ月目 しっかり磨けているので今後も継続

● 目標達成状況

義歯にヌメリや食べかすもなく、しっかりと清掃されている

目標達成

訪問の結果

● プラン作成の件数

	低栄養	栄養(肥満)	口腔
北エリア	0人	9人	7人
南エリア	0人	5人	14人
中央エリア	0人	7人	14人
合計	0人	21人	35人

● 栄養（過体重）が改善した人の割合⇒ 61.9%（目標25%）

栄養プラン作成者21人のうち

改善した項目が多かった者(改善) 13人(61.9%)
 悪化した項目が多かった者(悪化) 4人(19.0%)
 改善や悪化の項目が同数だった者(維持) 4人(19.0%)

● 摂食や咀嚼等の口腔機能の低下が改善した人の割合⇒ 48.6%（目標25%）

口腔プラン作成者35人のうち

改善した項目が多かった者(改善) 17人(48.6%)
 悪化した項目が多かった者(悪化) 5人(14.3%)
 改善や悪化の項目が同数だった者(維持) 13人(37.1%)

● アセスメント項目別にみた改善の状況（アセスメント項目80項目中）

生活機能（買物や更衣等）に関する項目 36項目中⇒9項目が改善（25%）
 運動に関する項目 4項目中⇒3項目が改善（75%）
 食・栄養支援に関する項目 24項目中⇒9項目が改善（37.5%）
 口腔機能に関する項目 16項目中⇒13項目が改善（81.3%）

大和市における低栄養防止・重症化予防の取組①

第119回市町村職員を対象とするセミナー
資料(160617)より抜粋一部改変

低栄養状態への取組

H26年度大和市「介護予防アンケート調査票」
回答者 ; 28,689人

「栄養改善」二次予防
該当者 ; 375人

「栄養改善」二次予防
非該当者 ; 28,314人

前期高齢者
35人

後期高齢者
102人

平成27年度実施

BMI ≤ 20
5,178人

BMI > 20
23,136人

食生活に関する
質問5項目中
3つ以上に該当

前期高齢者
82人

後期高齢者
125人

平成28年度介入予定

※H28.6月末時点(要介護・死亡・転出除く)

食生活に関する質問項目

1. 食料品を買う店は近くにない
2. 食料品を買う費用(食費)は十分でない
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



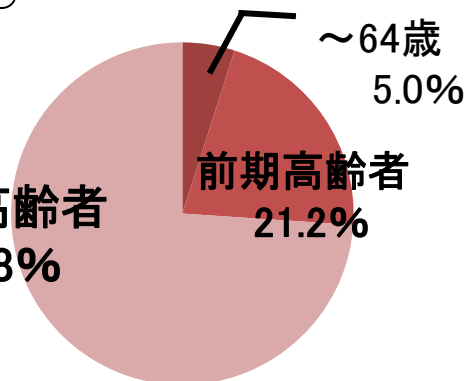
慢性腎不全への取組

65歳以上
135人(95%)

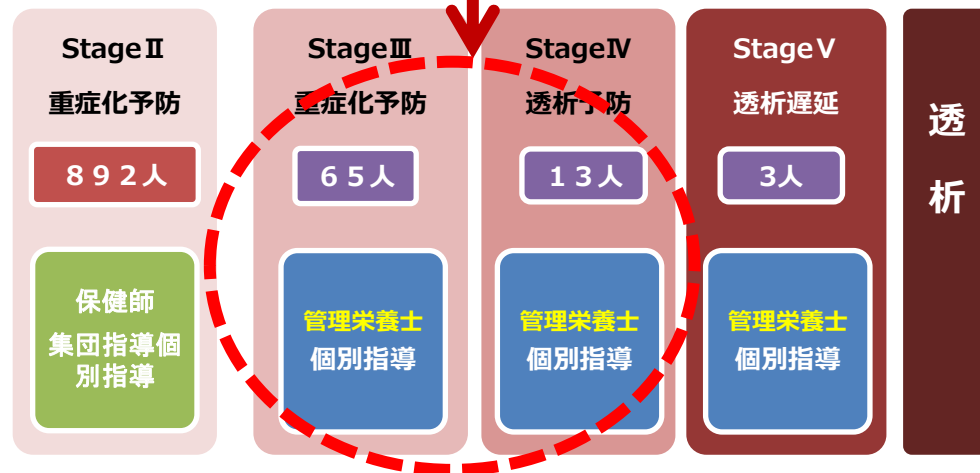
後期高齢者
73.8%

CKD男女比
≒6:4

CKD対象者の年齢構成 (H27年度)



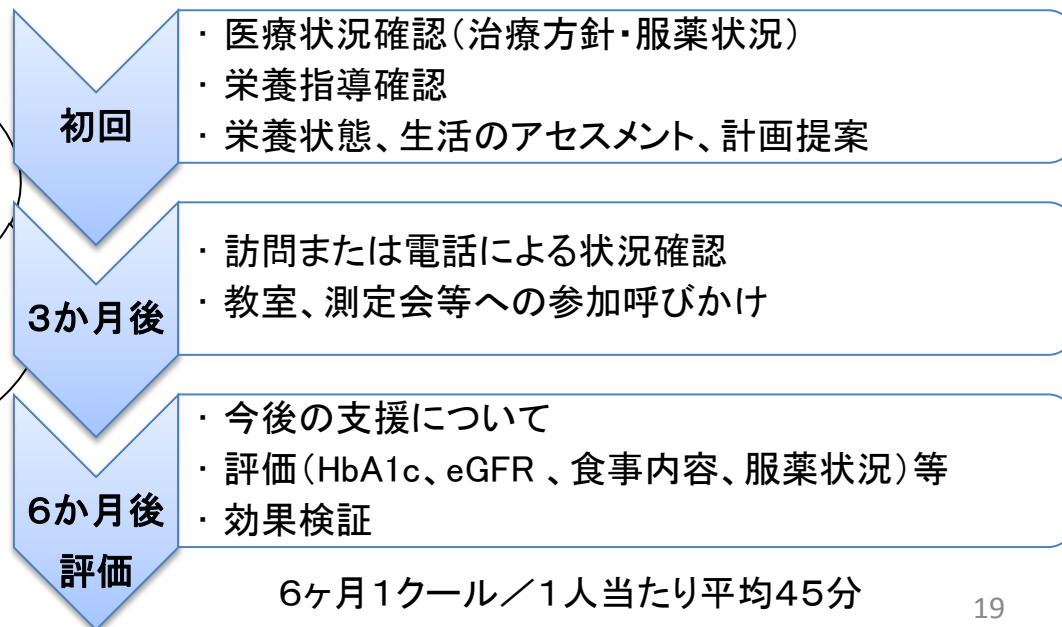
透析導入防止の重点



8割に食事に対する不安・疑問あり

- 食事(療法)に対する不安・疑問(約8割)
色々な情報があり何をどうしていいかわからない
関心はあるが、今困っていないから、年だから...
- ほとんど管理栄養士による栄養指導を受けたことがない(過去1年間 レセプトで確認)
- 男性の4割が以前3合以上の飲酒もしくは2箱位の喫煙経験
- 3割以上の方が服薬管理が出来ていない
(自己判断で減量・中断、飲み忘れ)

管理栄養士による指導方法



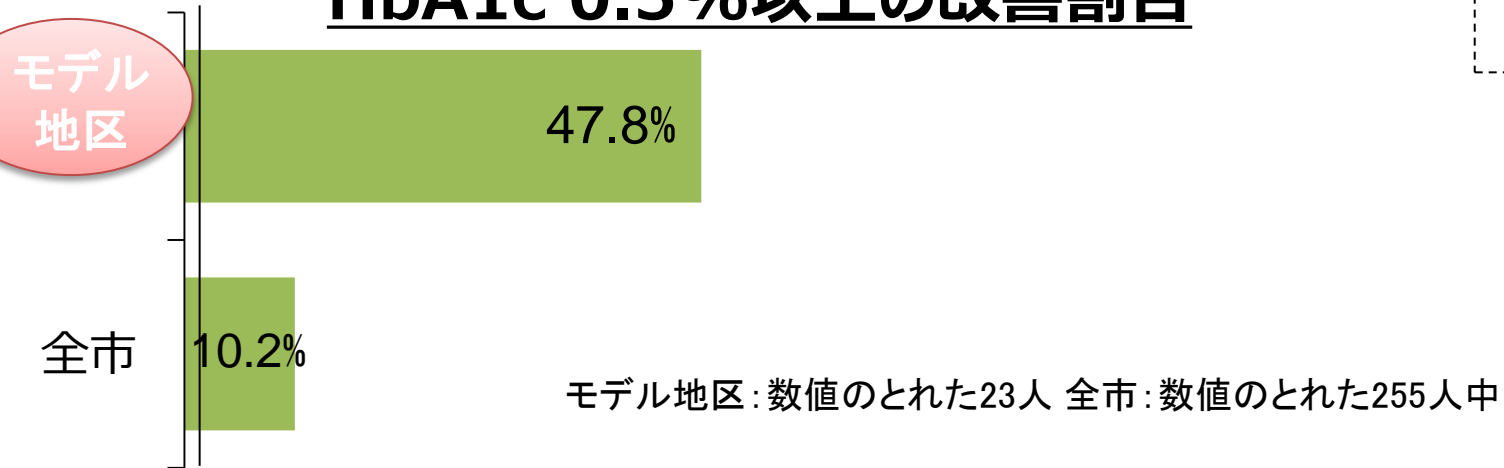
大和市の取組③ (慢性腎不全)

◎:後期高齢者の特徴

分類	課題	(後期高齢者) 栄養指導内容
生活習慣	食後高血糖	・ 血糖値の上がりにくい食べ方や食品の指導
	飲酒	◎ 休肝日を設ける
	喫煙	◎ 禁煙指導
	運動不足	◎ ひざ・足・腰痛により運動ができない、活動量が低い
病態別	エネルギー出納	・ 個人に合わせた体重管理 (肥満・低体重)
	塩分制限	・ 外食、漬物、汁物、調味料等の減塩指導 (過度の制限は食欲低下につながるので注意)
	水分摂取	・ 適切な水分摂取 ・ 清涼飲料水の制限
	たんぱく質制限	・ ステージに応じたたんぱく質、食事量指導 ・ 低たんぱく食品の紹介
知識	知識の欠如	◎ 病状の現状について認識の不足 ・ 腎機能低下の認識不足 ・ 現状の食事と指示量の乖離を訂正
服薬	服薬コンプライアンス不良	◎ 自己判断による中断・中止、飲み忘れあり
口腔	義歯による課題	◎ 義歯の状態に合わせた食事のとり方、歯科受診のすすめ
その他	生活環境の調整	◎ 家族の看病・介護 ・ 独居・孤食、本人の認知症

結果: HbA1c改善あり(約5割)、CKDステージ維持(8割以上)

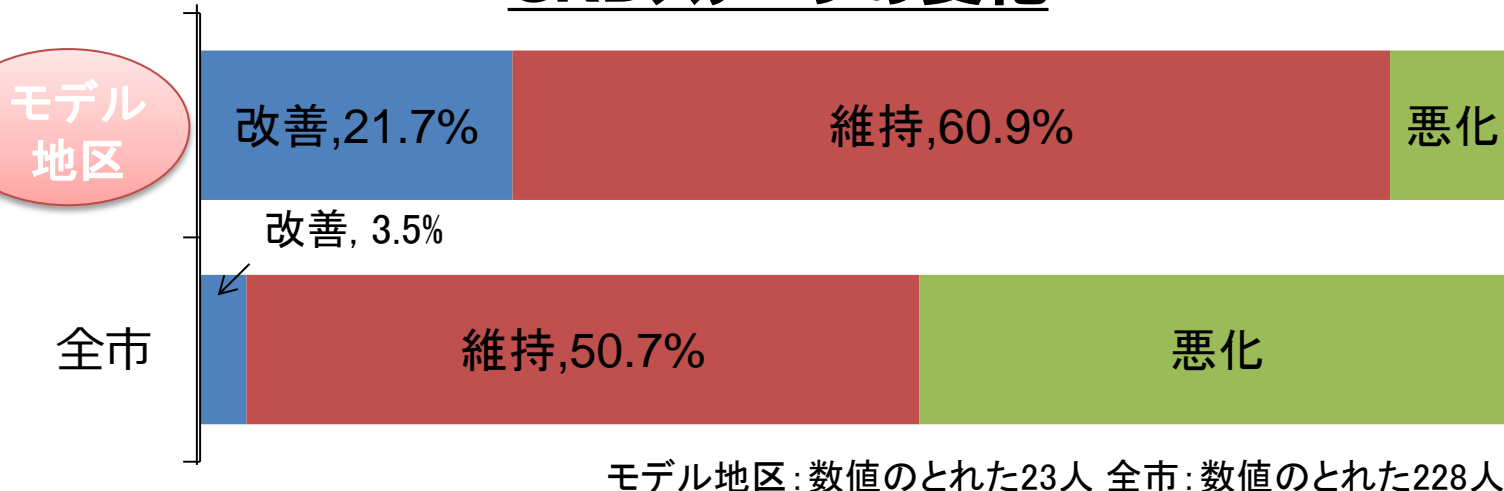
HbA1c 0.5%以上の改善割合



前期 + 後期高齢者
モデル地区78名

**未指導者の
約5倍の効果**

CKDステージの変化



**未指導者の
約6倍の効果**

平成27年度先行事業概要内訳 (事業メニュー別の参加者年齢構成)

- 対象者抽出にあたって年齢を基準としているところはなかったが、栄養指導や複合モデルについては比較的若い世代から実施されている。(複合モデルは、健診結果を活用したハイリスク・複数リスク者への受診勧奨・保健指導が主たる内容)
- 在宅歯科健診は、原則要介護3以上を事業対象としているため、より高齢な層において実施されており、口腔指導にも同様の傾向が伺える。

	(人)					
	65～74歳	75～79歳	80～84歳	85～89歳	90歳以上	計
栄養指導	12	143	104	45	6	310
口腔指導	8	25	37	66	57	193
服薬指導	0	5	8	8	5	26
複合モデル	0	181	96	57	27	361
在宅歯科健診 ※原則、要介護3以上を対象	27	59	137	141	126	486

※ 熊本県八代市を除く34事業についてのまとめ

平均的な指導回数、指導期間

栄養指導...	指導回数2～3回	指導期間3～6ヶ月
口腔指導...	指導回数2～3回	指導期間2～3ヶ月
服薬指導...	指導回数1～3回	指導期間1～6ヶ月
複合モデル...	指導回数1～8回	訪問実施期間3ヶ月
在宅歯科健診	健診回数1回	健診実施期間1～7ヶ月

対象者の抽出方法

(事業数)

	全事業数	健診結果	レセプト	基本 チェックリスト	介護データ (要介護認定等)	包括支援 センター	ケアマネ 民生委員等	本人申込等	その他	(その他の内容)
栄養指導	7	6	0	2	0	1	1	0	3	日常生活圏ニーズ調査、全戸訪問、住民基本台帳
口腔指導	5	1	1	0	1	1	3	1	3	日常生活圏ニーズ調査、事前アンケート(歯科保健アンケート調査)、社会福祉協議会
服薬指導	2	0	1	0	0	0	0	0	1	来局者(家族等含)に口頭確認
複合モデル	2	1	0	0	0	0	1	0	0	
在宅歯科健診	16	0	1	0	4	2	8	10	1	実態調査のための事前アンケート

※ 熊本県八代市を除く32事業のまとめ。1事業で複数回答もあるので、必ずしも全事業数と一致しない。

専門職の従事状況

(事業数)

	全事業数	医師	歯科医師	歯科衛生士	薬剤師	保健師	看護師	管理栄養士	その他
栄養指導	7	1	0	0	0	2	1	6	1 (ケアマネージャー)
口腔指導	5	0	2	4	0	1	0	0	0
服薬指導	2	0	0	0	2	1	0	0	1 (介護支援専門員)
複合モデル	2	0	0	0	0	1	2	0	0
在宅歯科健診	16	0	15	6	0	5	1	0	0

※ 熊本県八代市を除く32事業のまとめ。1事業で複数回答もあるので、必ずしも全事業数と一致しない。

医師会との連携状況

(事業数)

	全事業数	1.連携なし	2.情報提供	3. 助言を得ている	4. 協力して実施	5. その他	(その他の内容)
栄養指導	7	1	6	0	0	0	
口腔指導	5	1	3	0	1	0	
服薬指導	2	0	2	0	0	0	
複合モデル	2	0	2	0	0	0	
在宅歯科健診 ※歯科医師会との	16	1	3	1	11	0	

※ 熊本県八代市を除く32事業のまとめ。1事業で複数回答もあるので、必ずしも全事業数と一致しない。

かかりつけ医との連携状況

(事業数)

	全事業数	1.連携なし	2.情報提供	3. 助言を得ている	4. その他	(その他の内容)
栄養指導	7	3	3	4	1	地域栄養ケア会議
口腔指導	5	1	3	1	0	
服薬指導	2	1	0	0	1	指導内容報告し、必要な治療(薬物)調整依頼
複合モデル	2	0	1	1	0	
在宅歯科健診	16	7	5	2	1	かかりつけ医が訪問可能な場合は、優先して依頼している

※ 熊本県八代市を除く32事業のまとめ。1事業で複数回答もあるので、必ずしも全事業数と一致しない。