

# 平成27年度 先行的事業 平成28年度 モデル事業の概況

## 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

## 1. 先行的事業とモデル事業について

### 1) 平成27年度先行的事業の概要

専門職による相談・訪問事業として、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取組を市町村等の創意工夫により実施。地域の実情に応じ、既存の拠点（地域包括支援センター、保健センター等）を活用し、課題に応じた専門職が相談・指導に対応。

- ① 専門職による相談・訪問指導（栄養指導・口腔相談・服薬相談・健康、医療、介護等に関する困りごと相談）
- ② 在宅要介護者等への訪問歯科健診

### 2) 平成28年度モデル事業「高齢者の低栄養・重症化予防等事業」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（訪問歯科健診含む）
- 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、連携とは、情報提供、助言、実施協力等の関わりを含む。

2

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。**

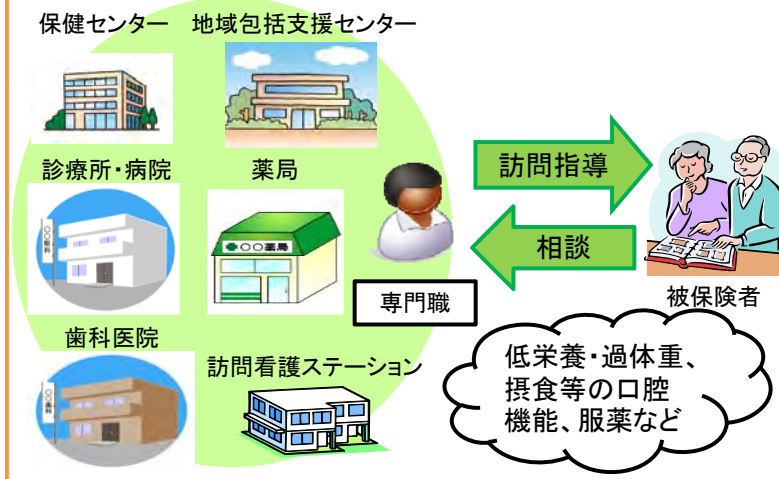
(公的サービスの産業化)

**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

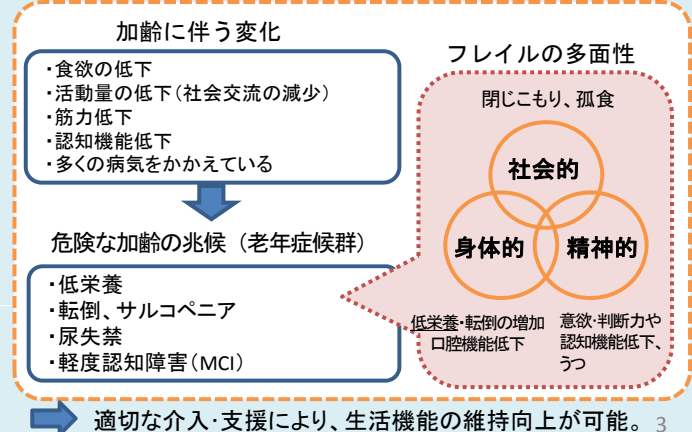
- 低栄養、筋量低下等による心身機能の低下の予防、生活習慣病等の重症化予防のため、高齢者の特性を踏まえた保健指導等を実施。
- 後期高齢者医療広域連合において、地域の実情に応じて、地域包括支援センター、保健センター、訪問看護ステーション、薬局等を活用し、課題に応じた専門職(管理栄養士、歯科衛生士、薬剤師、保健師等)が、対応の必要性が高い後期高齢者に対して相談や訪問指導等を実施。  
 〈例〉 ・低栄養、過体重に対する栄養相談・指導 ・摂食等の口腔機能低下に関する相談・指導 ・外出困難者への訪問歯科健診 ・複数受診等により服用する薬が多い場合における服薬相談・指導 等

## 推進のための事業イメージ



## (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。



## メニュー別の事業数

	27年度先行的事業		28年度モデル事業	
	広域連合数	事業数	広域連合数	事業数
栄養指導	6	6	10	10
口腔指導	6	6	9	10
訪問歯科健診	10	16	16	37
服薬指導	3	3	6	6
重症化予防	-	-	11	11
包括アセスメント	-	-	2	3
複合的取組	2	2	5	5
研修	-	-	2	3
合計(実数)	20	33	30	77

※ 1つの広域連合で複数のメニューを実施していることがあるため、各メニュー別の広域連合数を足しあげた値と合計値は一致しない。

※ 1つの事業ではあるものの、栄養と口腔等、複数のメニューを同時に実施している事業があるため、事業数を足しあげた値と合計値は一致しない。

## 事例1

# 栄養指導・口腔指導

(平成27・28年度実施)

(埼玉県和光市)

事業の概要	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、 <u>地域包括支援センター</u> 等に加配した管理栄養士・ <u>歯科衛生士</u> が、「訪問型」及び「立ち寄り型」の指導を実施。 (訪問等(電話含む)件数:162件、うちプラン作成件数:56件)
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) ・ <u>BMI 25以上</u> ・基本チェックリストの口腔の項目に該当 上記のうち、 <u>健診未受診者を対象</u> とする。
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 ・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
介入・支援	○個々の状況に応じ「 <u>食の自立・栄養改善プラン</u> 」を策定し、 <u>地域ケア会議</u> 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
評価	・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% <span style="float: right;">(H27年度結果)</span>

5

## 事例2

# 栄養指導・重症化予防

(平成27・28年度実施)

(神奈川県大和市)

事業の概要	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)	
	<b>低栄養改善事業</b>	<b>糖尿病性腎症の透析予防事業</b>
対象者の抽出	○ <u>介護予防アンケート(基本チェックリスト)</u> より抽出 ・BMI18.5未満 ・2Kg以上の体重減少/6か月	○ <u>長寿健診の結果</u> から抽出 ・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/1.73m <sup>2</sup> 以下
アセスメント	・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	・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	○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 ・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	○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 ・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	・訪問活動を実施した地区は、 <u>それ以外と比べ</u> 体重改善が約1.8倍、悪化は約1/6 (H27年度結果)	・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:参考)

6

### 事例3

## 口腔に関する相談・指導、訪問歯科健診

(平成27・28年度実施)

(岩手県宮古市)

事業の概要	<p>歯科医師・歯科衛生士による訪問やデイサービス等の立ち寄り型で、歯科健診・口腔ケア指導を実施し、必要な場合は歯科治療等につなげ、誤嚥性肺炎等高齢者特有の疾病を予防する。</p> <p>(平成27年度:支援実施者:73人、うち3回までの支援終了者:61人)</p>
対象者の抽出	<p>○要介護3以上の在宅で医療や介護で歯科に関する管理料を受けていない高齢者</p> <p>○モデル地区の対象者に、口腔ケアの必要性に関するリーフレットと訪問歯科健診等の希望調査書を配布あるいは送付。返送あるいはケアマネ・介護スタッフ経由で申し込みを募る。状況不明の場合は市が電話および直接訪問等により確認する。</p>
アセスメント	<p>・事前基本情報: 基礎疾患、服薬状況、要介護度、意思疎通状況、過去1年間での発熱の状況、義歯の状態 摂食嚥下障害、摂食状況、咳嗽、口腔ケアの自立度、介助者、口腔ケアの状況</p> <p>・歯科・口腔機能: 口腔機能(開口度、頬の膨らまし、舌の突出)、口腔内の状況(歯垢、粘膜の汚れ、舌苔、義歯の汚れ、口腔乾燥、歯周病、粘膜疾患、臼歯部咬合、歯式)、健診結果</p>
介入・支援	<p>○事前アンケートの実施(必要な場合はケアマネジャー等による聞き取り調査で実施)</p> <p>○対象者に歯科健診の実施、口腔ケアや歯科保健指導</p> <p>○家族や介護スタッフに対し口腔ケアの方法の指導を行う</p> <p>○2~3か月後に再度歯科健診やアセスメント(事後アンケート)を実施</p>
評価	<p>・歯科治療の必要な人のうちの歯科治療開始状況 3名/10名</p> <p>・口腔ケアの回数が増えた人 30.5%</p> <p>・口腔衛生状態の改善した人 59.0%</p> <p>・本人や家族の満足度 91.8%</p> <p>・直近1年間における発熱状況と事業開始後における発熱回数 : 発熱は8人から4人に減少、回数は1~4回となった。</p> <p style="text-align: right;">(H27年度結果)</p>

7

### 事例4

## 服薬指導

(平成27・28年度)

(熊本県八代市)

事業の概要	<p>複数疾患をもつ高齢者に薬に関する講演会&amp;個別相談会、立寄り相談、訪問相談の案内を行い、服薬管理等の支援を行う。</p> <p>あわせて医療・介護関係の他職種連携のために薬剤師と他職種の座談会(ケアカフェ)の開催、残薬バックやお薬カレンダー等を作成し指導効果を高めるなど、啓発に努めている。</p> <p>・出張お薬相談会への来所者数(50人)、うち訪問相談に継続した人(6件)</p> <p>・薬局での立ち寄り相談件数(38件)、うち訪問相談に継続した人(13件)</p> <p>・個別訪問指導実施件数(17人)、延訪問回数(25回)</p>
対象者の抽出	<p>H27年度は、地域包括支援センターや介護支援専門員の協力により、支援が必要なものを把握。</p> <p>H28年度は、診断名が複数ある者(KDBレセプトデータより)特に生活習慣病関連疾患に加え、整形外科のレセがあるなど複数医療機関を受診している者を抽出する予定。</p>
アセスメント	<p>・基本情報:家族構成、要介護度、薬の管理者、担当薬局に雇り始めた時期、訪問場所</p> <p>・訪問相談の状況:開始時期、開始理由となった病名、開始した経緯、服薬管理上の問題点 飲み忘れ・中断・重複投与されていた薬剤の金額、飲み忘れの占める割合</p> <p>・訪問相談の実施:訪問相談対象者、投薬薬剤数、麻薬の管理、訪問相談頻度、 訪問薬剤管理算定状況、訪問相談の実施時間</p> <p>・訪問相談の取組内容:重点的取組、連携先、取組効果、飲み忘れなどの改善金額 退院時の薬剤数との比較</p>
介入・支援	<p>個々の状況に応じ服薬に関する個別相談を、薬局における継続的な立寄り相談や訪問相談により実施</p>
評価	<p>・薬局での立ち寄り相談での残薬整理件数:25件(削減された医療費:20万円)</p> <p>・個別訪問指導での残薬整理件数:12件(削減された医療費:7.7万円)</p> <p>(H27年度結果)</p>

8

## 事例5

# 重症化予防※に関する取組

(H27・28年度実施)

(鳥取県鳥取市)

事業の概要	<p>高齢者の特性を踏まえた相談・指導により、高齢者自身が健康管理に努めることができるよう支援し、生活習慣病の重症化や加齢による機能低下を防ぐことを目的に、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・健診結果からの生活習慣病ハイリスク者に対する保健指導及び受療勧奨</li> <li>・健診未受診者や相談希望者に対する健診の受診勧奨や健康・医療のアドバイスを実施。</li> </ul> <p>(総訪問件数:実330件、延381件、うち重症化ハイリスク者訪問件数:実147件、延176件)</p>
対象者の抽出	<ul style="list-style-type: none"> <li>○健診結果より、高血圧・糖尿病・脂質異常症・腎臓病の各リスクが該当する者 <ul style="list-style-type: none"> <li>・Ⅱ度高血圧以上、HbA1c7.0以上もしくは空腹時血糖130以上、男性のLDL180以上、尿蛋白2+以上のいずれかが該当</li> </ul> </li> <li>○高齢者健康診査の未受診者及び要指導者、相談希望者</li> </ul>
アセスメント	<p>訪問時の印象、医師からの説明状況、健診後の検査項目に関する受診の有無と未受診の理由、健診結果の受け止め方、健康への意識、健診後の生活の変化 訪問実施者が感じた課題等</p>
介入・支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>○生活習慣病ハイリスク者に対しては、看護師が家庭訪問し、対象者の特性に併せた保健指導及び受療勧奨を実施。基本は1回の訪問指導ではあるが、必要に応じて2回以上訪問。</li> <li>○健診の受診勧奨や健康・医療へのアドバイスを実施するとともに、必要に応じて地域包括支援センターと連携を図りながら、介護サービス等に関するアドバイスなど総合的な相談を実施</li> </ul>
評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>・受療につながった人は84人(57.1%)</li> <li>・健診結果があった人のうち改善した人の割合 41.0% (30人/73人)</li> <li>・生活(食事・運動等)についての意識が変化した人の割合 42.8%</li> </ul> <p style="text-align: right;">(H27年度結果)</p>

※ 平成27年度は総合的な取組として実施。その中で、重症化ハイリスク者に対しても指導をおこなっていた事例

9

## 事例6

# 複合的な取組①

(H27・28年度実施)

(大阪府大阪狭山市)

事業の概要	<p>ひとり暮らし高齢者に対し、看護師・保健師が電話で健康相談や介護予防等のための訪問指導の勧奨を行い、訪問の必要や希望のあった人に対し、1~2か月に1回の訪問指導を実施。必要時には管理栄養士や歯科衛生士の訪問や地域包括支援センターとの連携を行う。</p> <p>(電話勧奨:383人、訪問指導:実31人、延257人)</p>
対象者の抽出	<ul style="list-style-type: none"> <li>○民生委員の調査により作成された「ひとり暮らし高齢者台帳」より把握した満75歳以上の人のうち、介護保険サービスを利用していない人 (計501人)</li> </ul>
アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> <li>○日常生活評価票 <ul style="list-style-type: none"> <li>・基本情報:把握経路、家族構成、住環境、生活歴</li> <li>・医療状況:既往歴、感染の有無、主傷病、現病歴、受療医療機関、服薬名、受診状況、身長・体重、当日のバイタル</li> <li>・日常生活能力:移動、食事、排泄、入浴、衣服着脱、整容、服薬管理、視力、聴力 意思の伝達、理解、社会生活状況</li> <li>・栄養状態:主訴・要求、調理、食事、食欲、排泄、飲酒・嗜好品</li> <li>・口腔衛生状態:主訴・要求、かかりつけ医、口腔清掃状態、義歯使用状況、嚥下障害</li> <li>・家族の介護の状況:主な介護者、介護者の健康状態、主訴・要求</li> </ul> </li> </ul>
介入・支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問時に血圧測定、一般健康状態、服薬状況の確認、検査結果の把握</li> <li>・受診勧奨や服薬指導、日常生活指導</li> <li>・家族や主治医連絡、同伴受診を実施。</li> </ul>
評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>○訪問指導実施率:31人/501人(6.2%)(目標は50人)</li> <li>・民生委員との連携により対象者の状況の把握や緊急性のあるケースについての対応はできた。</li> <li>・健康状態の把握、服薬状況、受診勧奨などにより、生活習慣病の重症化予防につながった。</li> <li>・認知症状態を早期に把握でき、地域包括支援センターへの連絡、介護保険申請の支援等を実施したことにより、適切な時期に介護保険サービスへの移行が行えた。</li> <li>・ひとり暮らしの高齢者にとって、看護師等の専門職が定期的に訪問し健康面等の話を聞くことが不安の軽減につながった。</li> </ul> <p>(H27年度結果)</p>

10

事業の概要		介護予防等既存事業の効果検証を通じて、高齢者の健康づくりの推進に不可欠な介護部門との連携関係の構築を図るとともに、効果的な保健事業のあり方を検討する。 広域連合が自ら、複合的な取組として①と②を総合的に実施。 ①介護予防との連携構築及び効果的な保健事業の検討、②研修事業(県内市町村への展開)
① 保健事業の検討	概要	・介護部門との情報連携を通じた関係構築の検討、保健事業対象者の抽出方法、効果的な保健事業の可能性を検討、データヘルス計画への反映、市町村担当者会議等への報告、情報提供。 ・効果的な保健事業の検討のためのデータ収集と栄養等生活調査。 ・結果に基づく生活習慣改善等の個別保健指導の実施。
	対象者の抽出	介護予防教室の参加者
	アセスメント	・栄養状態(BDHG栄養調査)、・基本チェックリスト項目、・転倒スコア、 ・運動能力等(持久力、下肢筋力、活動範囲、健康状態、転倒に対する不安、体の痛み) ・体力測定結果(バイタル、握力、開眼片足立ち、5m通常歩行時間、最大歩行時間、長坐位体前屈、TUG)
	介入・支援	・中津川市が実施する介護予防教室(9月～12月に週1回実施される運動機能の維持向上、生活習慣の改善のための教室)の参加者のうち20人程度に対し、対象者の身体・運動機能の測定事業等の効果検証に必要なデータを収集。(岐阜大学の協力により効果検証) ・介護予防教室の会場に、在宅栄養士を派遣し、栄養生活状態の調査の実施及び結果に基づく生活習慣改善等の個別保健指導の実施。
② 研修	(目的)高齢者の特性に合わせた保健事業の知識と技術の向上を図るための研修 (対象)県内42市町村及び県の後期高齢者医療・国保業務担当者及び専門職 (方法)1回30人程度を県内3ブロックで実施 (カリキュラム)高齢者の特性(フレイル等について)、事業推進に必要なスキル習得、先進事例の紹介、効果的な事業推進(演習)、広域連合へのニーズ調査等	

## 事業計画・報告書から見たモデル事業等の特徴・課題①

### (全体)

前提として、現段階の報告内容では十分に内容確認ができない場合もあり、大まかな傾向として捉えたもの。

### ○対象者の選定

- ・ 相談・指導のモデルでは、概ね対象者抽出のためにレセプト・健診データ・基本チェックリスト等の情報が活用され、ハイリスク者の抽出基準が定められている。
- ・ 訪問歯科健診など申込が主な場合、対象者が十分集められていないケースがある。
- ・ 事業(対象者)の全体像が意識されていない取組があり、その場合、対象の分母分子、カバー率等が把握されず、事業のインパクトや効果がつかみにくなる可能性がある。  
※ 本事業における「対象者」は、「抽出基準該当者」を想定している。体制・地域資源等の状況により、優先度を踏まえてさらに絞り込む場合があるが、その場合も分母は該当者となる。

(資料4別紙2参考)

### ○介入方法

- ・ 指導は、概ね訪問型で実施されているが、地域の拠点への立寄り型と組み合わせて実施された取組は一部であり、効率的な実施についても検討が必要ではないか。
- ・ 各所で工夫されてはいるが、簡易で効果的なアセスメント方法については検討途上。

## 事業計画・報告書から見たモデル事業等の特徴・課題②

### ○関係者との連携調整

- 広域連合・市町村直営での実施は一部であり、大半の事業が地域の専門職の団体（栄養士会・薬剤師会・歯科医師会等）への委託など連携して実施されている。
- かかりつけ医や歯科医師とのこれまでの関係を背景に取組を実施されているところもあるが、多くは今回のモデル事業を通じて、医療との連携が図られている。

### ○評価方法の検討

- 設定した事業目標とその評価指標が結びついていないケースや効果に関する目標・指標が設定されていないケースがある。  
例) 目標はアウトカム(肺炎予防等)であるが、指標はアウトプット(参加者数等)で設定されている。
- 事業目標として、体制の構築等ストラクチャーに関するものや事業方法の確立等プロセスに関する取組は少ない。
- 評価方法としては、介入の前後比較で行うところが多く、対照群を設けて評価するところは一部である。  
例) 当該市内でモデル地区・それ以外の地区の改善率比較や、県内同規模市町村との肺炎発症率を比較。

### ○その他

- 口腔指導の対象者として、訪問歯科健診(要介護状態の高齢者)からの連携は見られたが、一般の高齢者を対象とする歯科健診結果からハイリスク者を抽出とするスキームは見られなかった。