

モデル事業実施自治体ヒアリング(意見交換会)資料

平成28年11月2日(水)

資料1

モデル事業の進め方・ ガイドラインのポイント

あいち健康の森健康科学総合センター

津下 一代

高齢者の健康を取り巻く課題と対策

- かつてない高齢化が急激に進行、特に後期高齢者の増加は顕著
- 生活習慣病や加齢に伴う老年症候群など複合的な疾患の重症化と、心身機能低下の両面に関わる高齢期に特有のフレイルへの対応が重要
- 高齢期においては、健康状態等について個人差が拡大する
- 在宅で自立した生活がおくれる期間の延伸、QOLの維持向上を図ることが求められる。これは、医療費の適正化にも寄与するものである



ガイドライン

高齢者の特性を踏まえた保健指導（個々に応じた専門職によるアウトリーチ）

実施主体・役割

後期高齢者医療広域連合：後期高齢者の医療保健情報を統括的に有し、これを活用して保健事業を適切に実施（主に委託、一部直営）

市区町村：地域住民の健康課題やニーズを直接把握し、これに対応した保健サービスを提供

国、都道府県、関係機関・団体：制度設計・情報提供・研修・実行支援

高齢者の低栄養防止・重症化予防等の推進

平成28年度予算案 3.6億円(新規)

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



薬局



訪問看護ステーション



専門職

訪問指導

相談



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

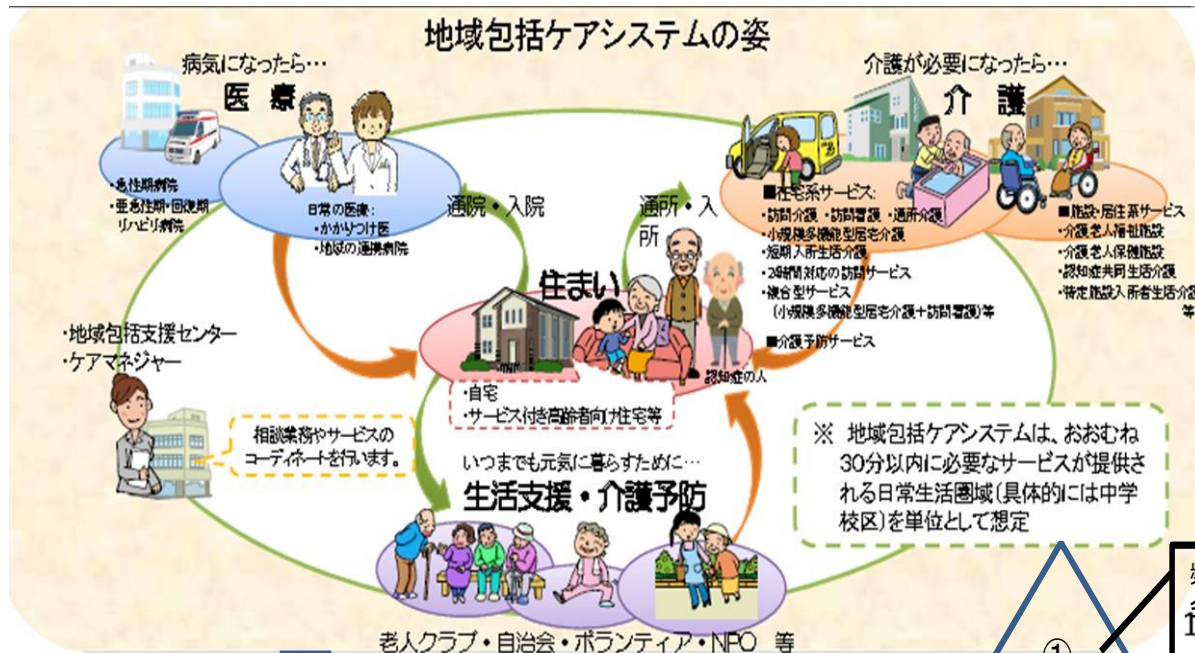
社会的

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。



医療制度改革

地域包括ケア推進

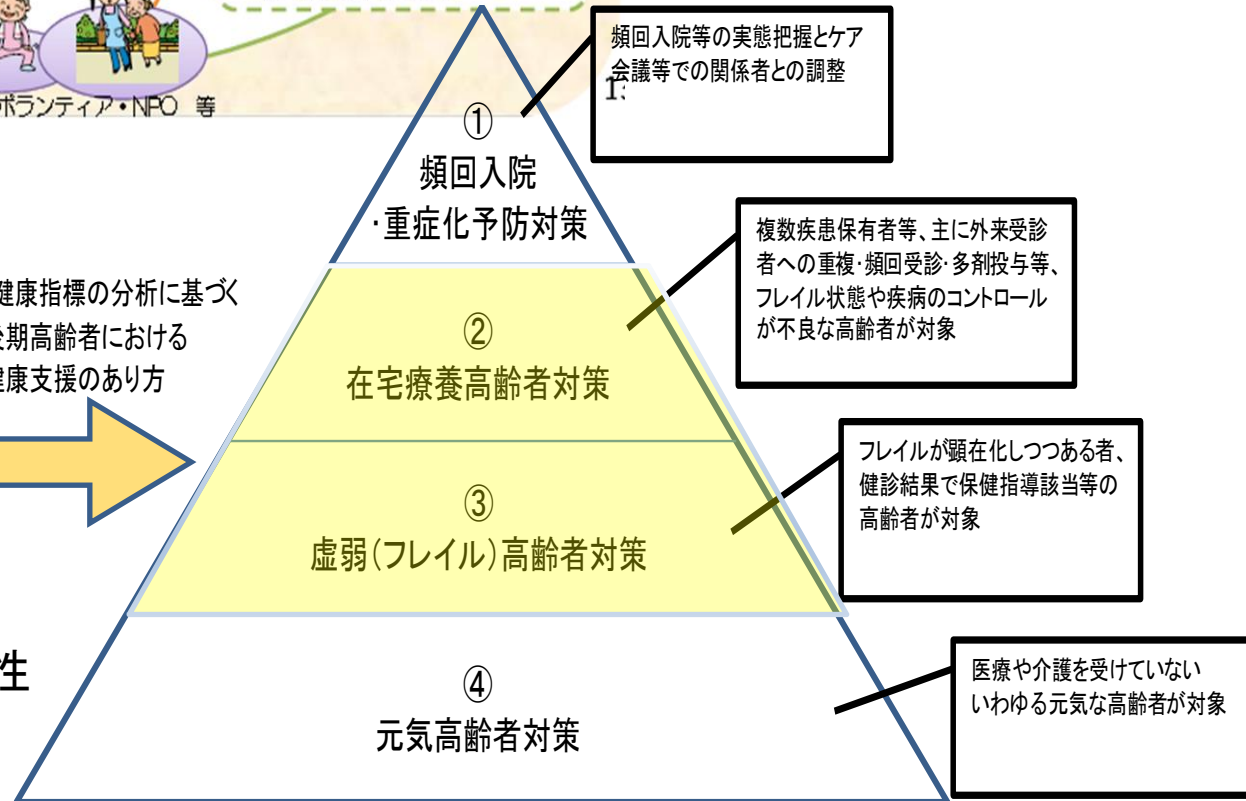
↓

病気を抱えつつ

地域で暮らす高齢者増加

個人差が大きい
個人差に対応した
保健事業の必要性

※健康指標の分析に基づく
後期高齢者における
健康支援のあり方



ガイドラインとモデル事業の関連

解決したい課題の明確化
解決方法のエビデンス(論文・これまでの事業での効果)

ガイドライン案(実現可能性・効果・リスクマネジメント)
全国で実施できることを目指した方策の検討

モデル事業: ガイドライン(案)に基づく個別事業
既存事業を応用、新しい考え方、工夫、資源

モデル事業評価: 個別事業および種類別の評価
実現可能性、実施体制、効果を検証

ガイドライン案評価⇒改訂
表現方法の工夫: パターン、例示など

制度への反映・全国展開へ

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

1. 保健事業の実施に当たっての基本的な考え方

(1) ガイドラインの趣旨・目的

- (ア) 保健事業実施指針を前提として**広域連合が高齢者の特性を踏まえた保健事業を実施するための目安**として活用されることを目的とする
- (イ) **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する。
- (ウ) 広域連合の委託・補助により**市区町村が実施する場合**の留意点等を示す。
- (エ) 本ガイドラインに基づき、**生活習慣病等の慢性疾患の重症化予防**に加え、**フレイル**に関連する老年症候群（低栄養、転倒・骨折、誤嚥性肺炎等）の管理（栄養指導等）を**広域連合が保健事業として実施することにより**、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ことを目的とする。

実施主体としての 後期高齢者医療広域連合の役割

○医療健康情報した健康課題把握：

健診・医療・介護・服薬・歯科情報等の包括的、統合的な管理

○市町村の問題意識を、保健事業の実施方針につなげる

○対象者の選定と介入支援を効果的、効率的に実施

○事業評価。PDCAサイクルにより事業の継続的な改善を図る。

○保健事業の円滑化のため、医師会等関係団体との連携を図る。

○国民健康保険等との連携（年齢区分を超えた一貫した対応）

○外部委託する場合は、実施内容について詳細具体的な仕様を定め、事業評価を行う。成果物は、広域連合に帰属させる。

○市町村支援、他市町村への波及を進めていく。

後期高齢者医療における保険者インセンティブ（H28～）

1. 趣旨・仕組み

- 後期高齢者医療制度において、その運営主体である後期高齢者医療広域連合による予防・健康づくりや医療費適正化の事業実施が全国規模で展開されることを目的として、広域連合の取組を支援するための仕組みを構築する。
- 評価指標に基づき広域連合の取組を評価し、平成28年度から交付する特別調整交付金に反映する。
※ 反映方法は国保の都道府県分と同様のイメージ。
- なお、まずは、取組の実施そのものを評価する指標に基づくが、今後、他制度を含めた保険者インセンティブの取組状況等を踏まえ、評価指標や評価方法等を更に検討する。

2. 評価指標の候補

保険者共通の指標

指標①・② ※後期では(特定)健診は義務ではない。

○健康診査や歯科健診の実施

○健診結果を活用した取組(受診勧奨・訪問指導等)の実施

指標③

○重症化予防の取組の実施状況

指標④

○被保険者の主体的な健康づくりに対する保険者の働きかけの実施

指標⑤

○重複・頻回受診、重複投薬者等への保健師、薬剤師等による訪問指導の実施

指標⑥

○後発医薬品の使用割合

○後発医薬品の促進の取組

固有の指標

指標①

○データヘルス計画の策定状況

指標②

○高齢者の特性(フレイルなど)を踏まえた保健事業の実施状況

指標③

○専門職の配置など保健事業の実施のために必要な体制整備

指標④

○医療費通知の取組の実施状況

指標⑤

○後期高齢者医療の視点からの地域包括ケア推進の取組
○国民健康保険等と連携した保健事業の実施状況

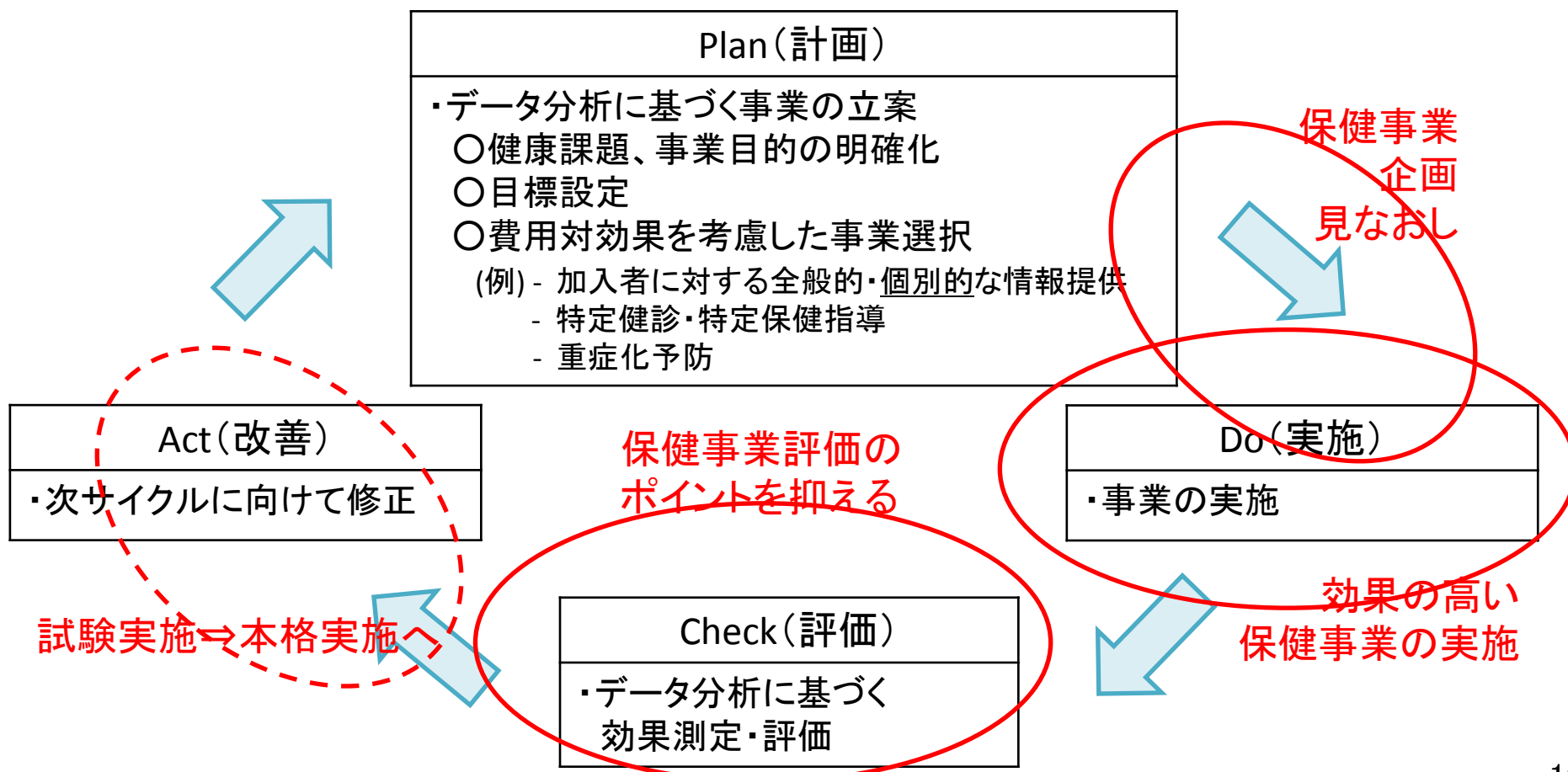
指標⑥

○第三者求償の取組状況

「データヘルス計画」とは

「データヘルス計画」

レセプト・健診情報等のデータの分析に基づく
効率的・効果的な保健事業をPDCAサイクルで実施するための事業計画



保健事業実施主体としての市区町村の役割

住民に最も身近な基礎自治体として、住民の状況やニーズを直接把握し、健康の維持増進について、総合的に取り組む

○ 広域連合との連携により提供される情報等を活用して地域の疾病構造や健康課題を把握。保健事業を企画し、実施する。評価においても広域連合からのデータを活用する

○事業を着実に実施できる運用体制の確保に努める。

○市区町村内における関係部署間での連携を図る。

保健センター(衛生部門)、国保・後期高齢者医療担当(広域連合との窓口)、介護保険における地域支援事業との連携と役割分担を図る。



○関係機関、専門職団体等との連携

事業内容に応じ、医師会、歯科医師会、歯科衛生士会、看護協会、薬剤師会、栄養士会などの団体との連携を図り、事業の企画・運営、保健指導についての助言、指導を得る。また、専門職の確保などの協力を得る。

○医療機関等との連携

後期高齢者の多くは、医療機関に受診していることから、保健事業の実施にあたっては、かかりつけ医や専門医との情報共有を図り、助言や指導を得るなど連携を密にする。

保健事業を企画する

- 健康課題に見合ったターゲット層の抽出
（性・年齢、健康状態、ADL、生活状況）
＊ 把握方法があること
- 主体性重視の計画
安心、楽しみ、元気、交流などポジティブな要素
効果を実感できること、など
- 働きかけの実施主体（役割・財源）
- 働きかけの方法（本人、家族、介護者を含む）
指導、体験、見守りにつなげる
他の保健事業との連携、移行など
- 評価と改善

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、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（内製・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・生活習慣、健康状態（検査値）、療養状況 医療費（非参加群との比較があるとよい）

2 対象とする事業

(1)事業の種類

**ア 栄養に関する相談・指導：低栄養又は過体重の傾向がある者
疾病等に伴う在宅での食事管理ができない者**

イ 口腔に関する相談・指導、訪問健診

(ア)摂食、嚥下等の口腔機能の低下など

(イ)在宅の要介護状態の者に対する訪問歯科健診

ウ 服薬に関する相談・指導：複数受診等、多剤服用

エ 生活習慣病等の重症化予防

オ その他上記に類する事業、複合的に実施する事業等

2 対象とする事業

(2)事業の条件:

以下のア～エのいずれも満たすものであること。

ア 対象者の**抽出基準**が明確であること

イ **かかりつけ医(歯科医)**と**連携**した取組であること

ウ 保健指導に**専門職**が携わること

エ 事業の**評価**を実施すること

オ 糖尿病性腎症等の重症化予防に取り組む場合は、
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
(相互の情報共有や指導助言を受けることなど)

フレイルの概念

葛谷雅文：日老誌(2009)をもとに、著者の許可を得て本研究班で改変

●高血圧 ●心疾患 ●脳血管疾患
●糖尿病 ●呼吸器疾患 ●悪性腫瘍等
(生活習慣病等)

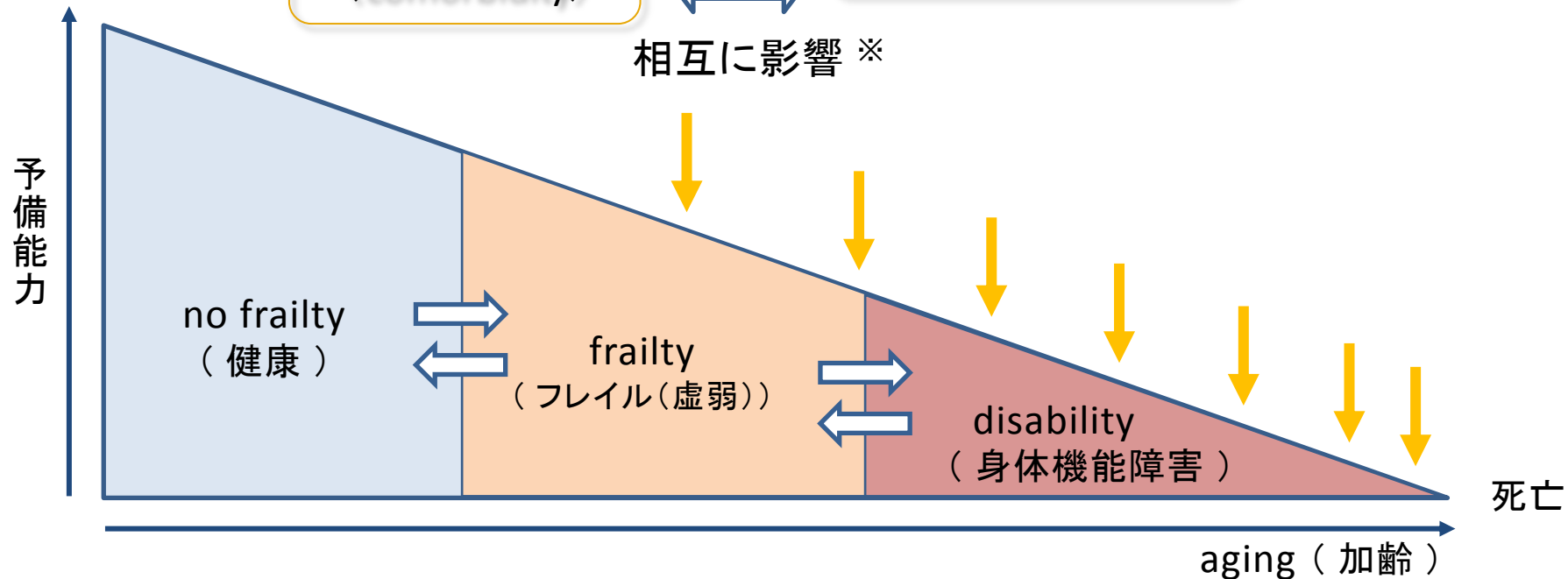
●認知機能障害 ●めまい ●摂食・嚥下障害
●視力障害 ●うつ ●貧血
●難聴 ●せん妄 ●易感染性
●体重減少 ●サルコペニア(筋量低下)

慢性疾患を併存
(comorbidity)

and/or

老年症候群

相互に影響 ※



「フレイル」については、学術的な定義がまだ確定していないため、本報告書では、「加齢とともに、心身の活力(運動機能や認知機能等)が低下し、複数の慢性疾患の併存などの影響もあり、生活機能が障害され、心身の脆弱化が出現した状態であるが、一方で適切な介入・支援により、生活機能の維持向上が可能な状態像」と定義している。

若年者と基準異なる。ADLなども考慮した基準の持ち方に注意

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%)

高齢者の糖尿病管理

- 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。

医療のガイドラインを確認する。基準値づくりで注意すべきこと: 下げすぎない

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)

高齢者で薬物有害事象が増加する要因

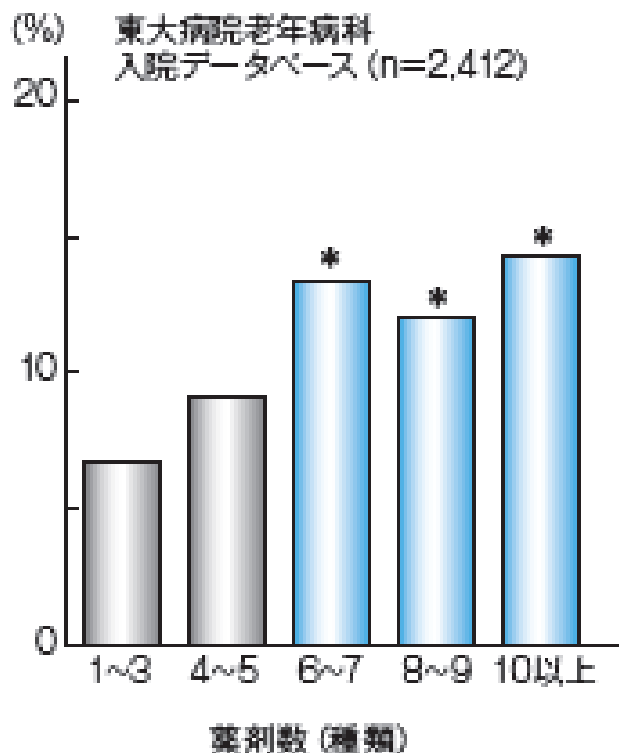
- ▶ 多くの因子が高齢者における薬物有害作用増加に関連している。
- ▶ そのうち最も重要なのは、薬物動態の加齢変化に基づく**薬物感受性の増大**と、**服用薬剤数の増加**である。

疾患上の要因	複数の疾患を有する → 多剤併用、併科受診 慢性疾患が多い → 長期服用 症候が非定型的 → 誤診に基づく誤投薬、対症療法による多剤併用
機能上の要因	臓器予備能の低下(薬物動態の加齢変化) → 過量投与 認知機能、視力・聴力の低下 → アドヒアランス低下、誤服用、症状発現の遅れ
社会的要因	過少医療 → 投薬中断

多剤処方と薬物有害事象および転倒の発生リスク

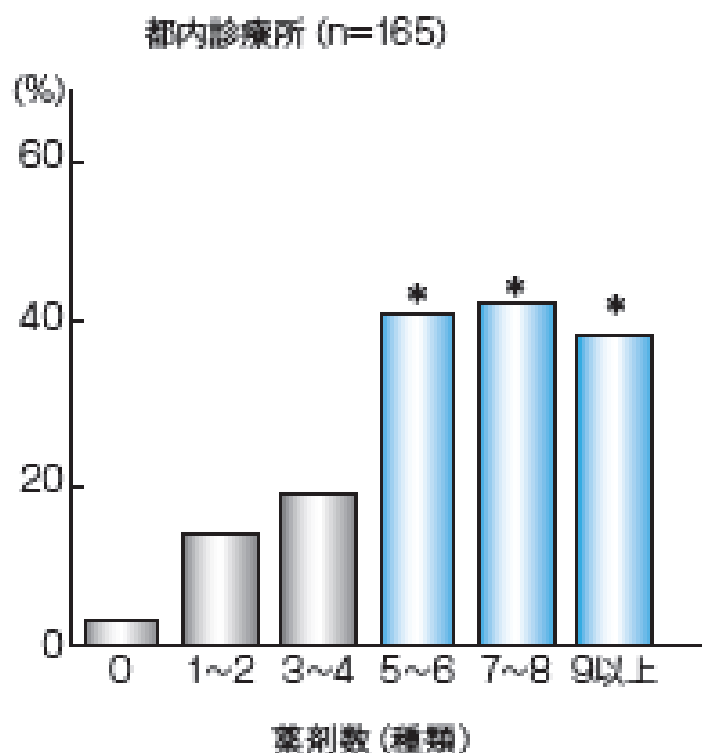
1) 薬物有害事象の頻度

6種類以上で薬物有害事象のリスクが高かった。



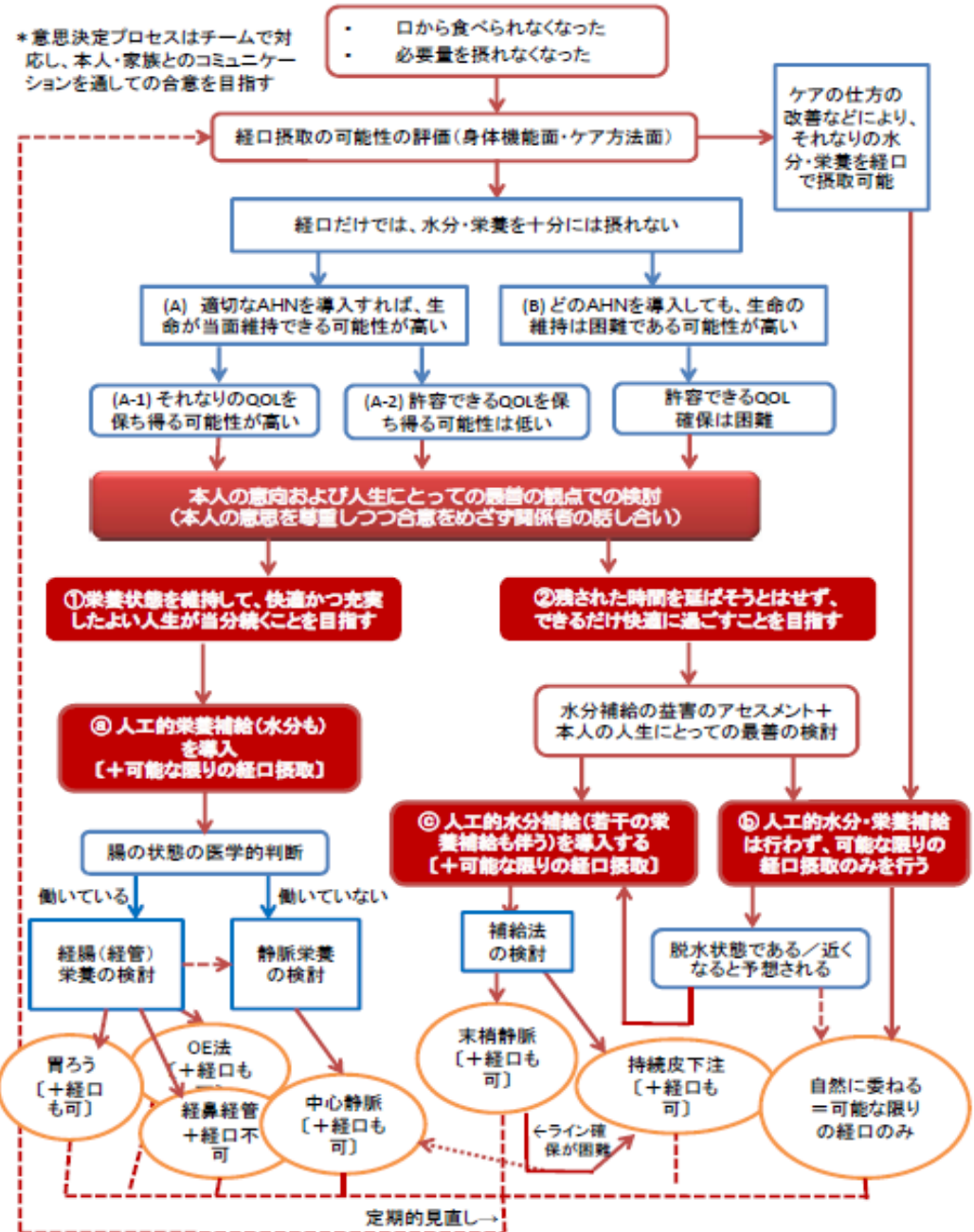
2) 転倒の発生頻度

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)

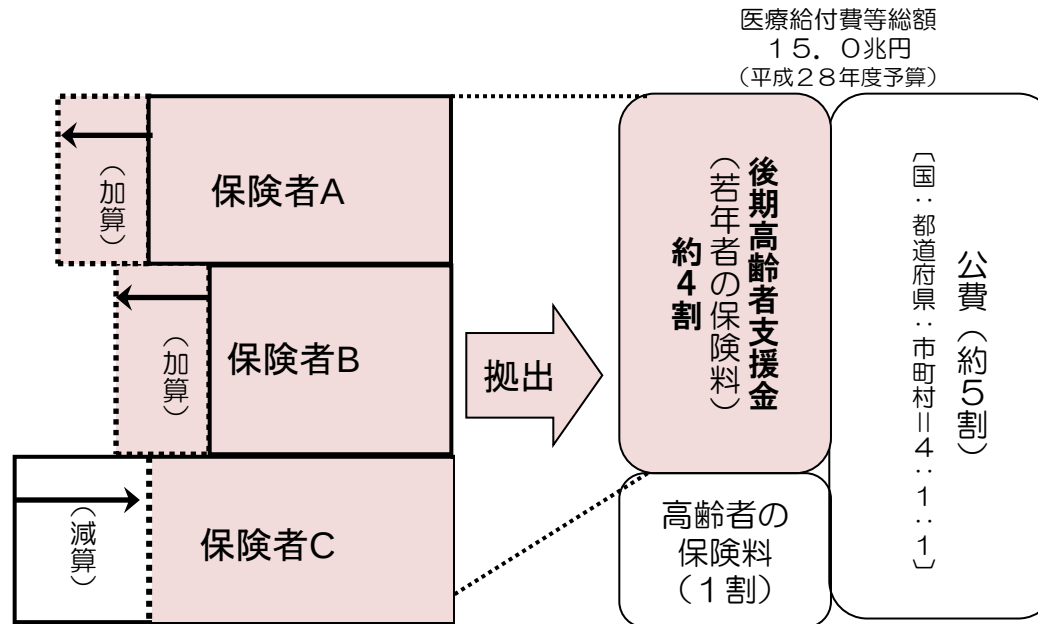
⇒ **5~6種類以上**を多剤併用の目安と考えるのが妥当



本人・家族の意志・
複数の医療職による方針決定

後期高齢者支援金への理解

＜後期高齢者支援金の仕組み＞



高齢者の医療費は、若い世代(国保や被用者保険)に支えられている
高齢者が元気で 医療費を節約できれば、若い人の生活も助かる
ことを説明し、適切な受療行動を促す、など。

(残薬、医師の紹介なく同じ病気で複数受診しないなど)
ただし、受診制限につながって重症化させることのないよう配慮は重要

ガイドラインの内容(案)

3 保健事業の企画・準備

- (1)事業計画の作成
- (2)実施体制の構築
- (3)保健指導の準備

4 対象者の抽出

- (1)考え方
- (2)具体的な抽出方法
- (3)具体的な抽出基準

5 アセスメント項目・実施方法

- (1)アセスメント項目
- (2)アセスメント手法
- (3)アセスメントの実施方法

6 介入方法

- (1)介入の方法
- (2)主な分野
- (3)主な手法

7 事業評価

8 実施にあたっての留意事項

- (1)人材育成
- (2)効果的・効率的な実施
- (3)個人情報の適切な取扱
- (4)データヘルス計画との連動

9 今後引き続き検討すべき事項

進捗管理シート

庁内 体制	・ 広域連合、国保課・健康担当課・高齢者医療課・介護保険課等のチーム形成 ・ 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	・ 医師会・歯科医師会・薬剤師会等の関係者との会議設定 ・ データ分析結果提示と対策における連携方針確認
事業 計画	・ 対象者抽出基準の決定、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、保健指導者の研修、 ・ 医療機関等との連絡票、データ収集方式
事業 実施	・ 重症化予防、フレイル対策の実施（詳細はガイドラインにて規定） ・ 進捗管理、問題事象への対応
事業 評価	・ データの取りまとめ、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検討

活用法

・計画時

いつまでに

どこまで行うのか

イメージする

・関係機関との役割分担

進捗確認、

キャッチアップ

・完璧にできていなくても

次に進む。

・課題認識として

プロセス評価に活用

・研修企画に活用

高齢者の低栄養・重症化予防モデル事業(フレイル対策) 進捗管理シート

(糖尿病性腎症重症化予防プログラム進捗管理シート(様式A)を改変)

別紙3

参加市町村・広域連合名: () 県 ()

NO.	区分(例示*)	項目	内容	着手	済
1	〇	健康課題等	健康日本21計画やデータヘルス計画より市町村・広域連合の健康課題・地域資源等について把握している	□	□
2	〇	モデル地域の選定	把握した健康課題の解決に向け広域連合内の適切な地域を選定している	□	□
3	〇	事業委託に必要な契約、情報提供、予算の手当、議会対応等	事業委託に必要な契約、情報提供、予算の手当、議会対応等を行っている	□	□
4	〇	都道府県、関係団体との調整	都道府県や都道府県医師会等の関係団体との調整を行っている	□	□
5	〇	市町村への情報提供	広域連合が保有するレセプト・健診データ等の提供を行っている。提供するための環境整備を行っている	□	□
6	〇	担当者の資質向上の取組	モデル市町村やその他の関係者等への説明会、研修等を計画している	□	□
7	〇	中長期計画	モデル事業の展開等、中長期的な戦略を検討している	□	□
8	〇	対象者概数	平成27年度健診結果やレセプト等より選択した事業メニュー対象者の概数を把握している	□	□
9	〇	対象者の検討	概数の試算に基づき、平成28年度健診等を用いてどのような対象者(病期、人数、年齢等)にアプローチするかを検討している	□	□
10	〇	予算・人員配置	事業に必要な人員・予算確保のメドがある	□	□
11	〇	チーム形成	市町村(国保課、健康担当課、後期高齢担当課、介護保険担当課等)、広域連合のチーム形成を行っている	□	□
12	〇	介入法の検討	対象者の特性に合わせた介入方法(フレイル予防・重症化予防)を検討している	□	□
13	〇		都道府県医師会等に広域連合の健康課題やモデル事業参加のねらいについて情報提供している	□	□
14	△	医師会・歯科医師会・薬剤師会等への相談	地区医師会等に市町村の健康課題やモデル事業参加のねらいについて情報提供している	□	□
15	△		対象者の選定基準や介入方法(フレイル予防・重症化予防)及び実施方法(訪問指導・立ち寄り型相談等)について、医師会やかかりつけ医に相談、助言を受けている	□	□
16	〇	対象者決定	対象者の選定基準について決定している	□	□
17	〇	介入法の決定	介入方法(フレイル予防・重症化予防)を決定している	□	□
18	△	実施法の決定	具体的な実施方法(訪問指導・立ち寄り型相談等)を決定している	□	□
19	〇	チーム内での情報共有、連携方策の検討	市町村(国保課、健康担当課、後期高齢担当課、介護保険担当課等)と、広域連合の間で事業企画(対象者の選定基準・介入方法・実施方法)について共有・連携している	□	□
20	〇	計画書作成	事業実施計画書を作成している	□	□
21	△	実施方法(プログラム)の設定	事業の実施方法(対象者抽出・アセスメント項目・介入内容・方法、評価指標・方法等)について設定している	□	□
22	△	募集法の決定	参加者の募集方法を決定している	□	□
23	△	連携方策の決定	地区医師会に糖尿病性腎症重症化予防の連携方策(病診連携手帳、データ収集フォーマット等)について相談している ＜※糖尿病性腎症重症化予防事業のみ＞	□	□
24	△	マニュアル作成	本事業の運営マニュアルや保健指導マニュアル等各種マニュアルを作成している	□	□
25	△	保健指導等の準備	保健指導の準備(教材の準備・指導者の研修)をしている	□	□
26	〇	(外部委託の場合)	外部委託の場合には、選定基準、実施方法、連携体制、評価、成果物等について協議し、医師会等の関係者と情報共有している	□	□
27	〇	個人情報の取り決め	個人情報の取り扱いについて ルールが確認できている	□	□
28	〇	苦情、トラブル対応	トラブル発生時の相談窓口が明確である	□	□
29	〇	研修会等	国のセミナー、意見交換会などを受講している	□	□
30	〇	募集法	予定した対象者を募集するための方法を工夫している	□	□
31	〇	対象者	実施計画書に基づいた対象者を募集し、予定人数が確保できている	□	□
32	〇	介入(初回面接)	各機関で作成した指導マニュアルに従い初回面接ができている	□	□
33	〇	介入(継続的支援)	各機関で作成した指導マニュアルに従い実施方法(手紙・電話・個別面談・戸別訪問・集団指導)を行っている	□	□
34	〇	かかりつけ医との連携	かかりつけ医と、治療状況・保健指導の内容について連携ができている	□	□
35	〇	受診状況把握	問い合わせ、レセプトより受診状況を把握している	□	□
36	〇	記録	保健指導の内容について記録を残している	□	□
37	〇	データ登録	評価に必要なデータを取得、登録している	□	□
38	〇	安全管理	安全管理に留意した運営ができている	□	□
39	〇	個人情報	個人情報を適切に管理している	□	□
40	〇	チーム内の情報共有	関係者間で情報共有やカンファレンスを実施している	□	□
41	〇	マニュアル修正	必要時マニュアルの見直しや修正を行っている	□	□
42	〇	初回情報の登録	中間報告、実績報告のための初回情報(様式〇)のデータを収集している	□	□
43	〇	中間報告の提出	中間報告のデータを収集し、提出している	□	□
44	〇	中間報告会(仮)	保険者自らも分析をおこない、中間報告会(仮)で報告している	□	□
45	〇	最終報告会(仮)	最終報告会(仮)に参加している	□	□
46	〇	改善点の明確化	事業の進捗や評価について共有し改善点を明確にしている	□	□
47	△	相談	必要時、医師会や専門家等に相談し助言を得ている	□	□
48	△	地域協議会への報告	地域の協議会などで分析結果の報告や改善策の検討を行っている	□	□
49	〇	広報等	広報等市民への情報提供を行っている。	□	□
50	〇	次年度計画	次年度の計画策定を行っている	□	□
51	〇	長期追跡体制	通常業務として、長期的に健診やレセプト情報で評価できる体制を整えている	□	□

※ 区分については、市町村にモデル事業を委託して実施する場合を想定し〇を記載。実際には、地域の実情に合わせ広域連合と市町村等が相談の上、チェックリストを完成する。

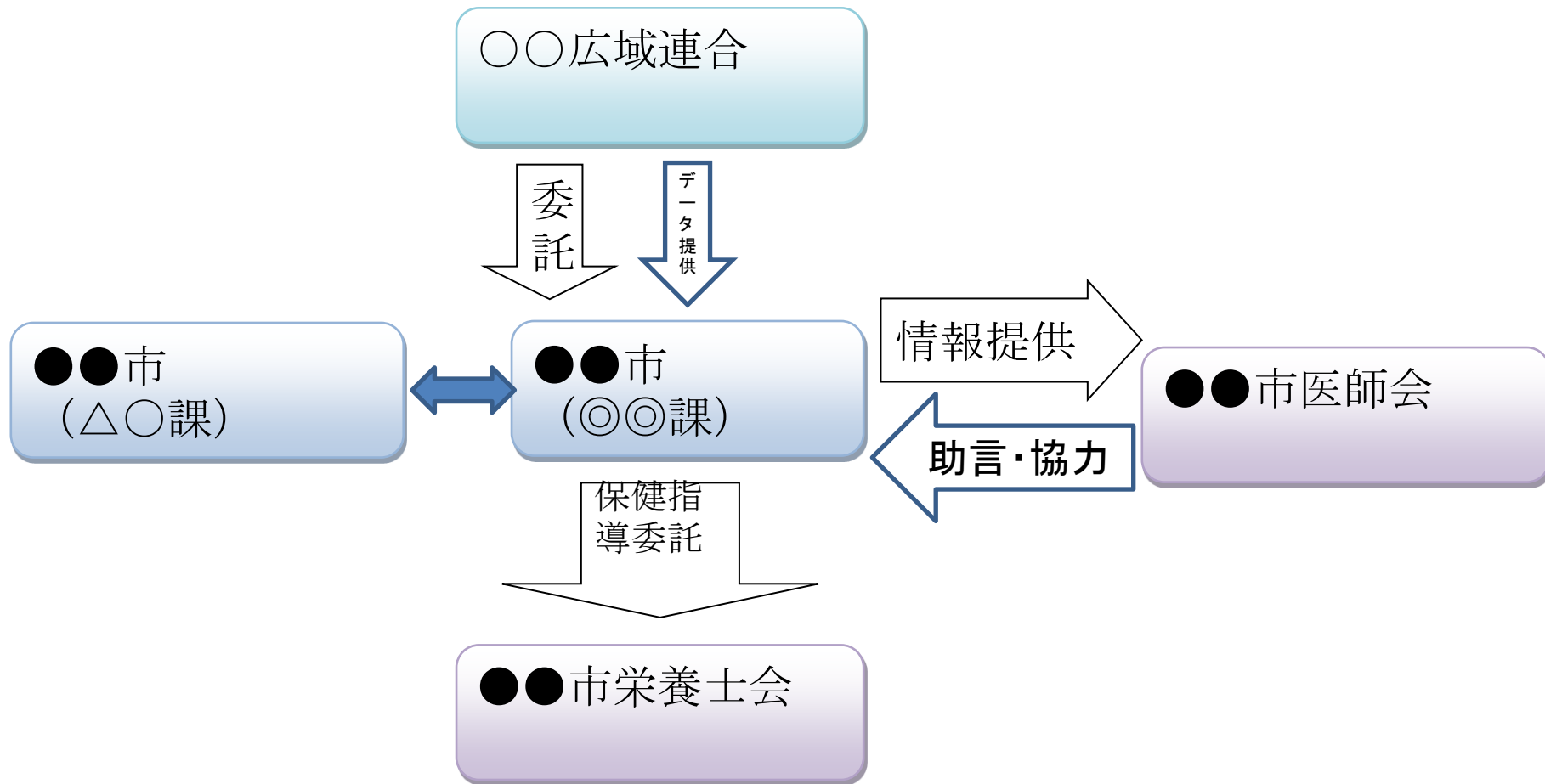
※ 「△」は、必要に応じて対応する項目。

※ 平成27年度「後期高齢者の保健事業のあり方研究報告書(ガイドライン試案)」、『糖尿病性腎症重症化予防プログラム開発研究報告書』参照

庁内体制

NO.	区分(例示)		項目	内容
	広域	市町村		
1	○	○	健康課題等	健康日本21計画やデータヘルス計画より市町村・広域連合の健康課題・地域資源等について把握している 高齢者特有の健康課題を理解している 従来の保健事業で「できていないこと」に気づいている
2	○		モデル地域の選定	広域連合内の適切な地域を選定している 市町村の問題意識を理解(助言)している
11	○	○	チーム形成	市町村(国保課、健康担当課、後期高齢担当課、介護保険担当課等)、広域連合のチーム形成を行っている
19	○	○	チーム内での情報共有、連携方策の検討	市町村(国保課、健康担当課、後期高齢担当課、介護保険担当課等)と、広域連合の間で事業企画(対象者の選定基準・介入方法・実施方法)について共有・連携している
29	○	○	研修会等	国のセミナー、意見交換会などを受講をしている

連携体制図〔例〕

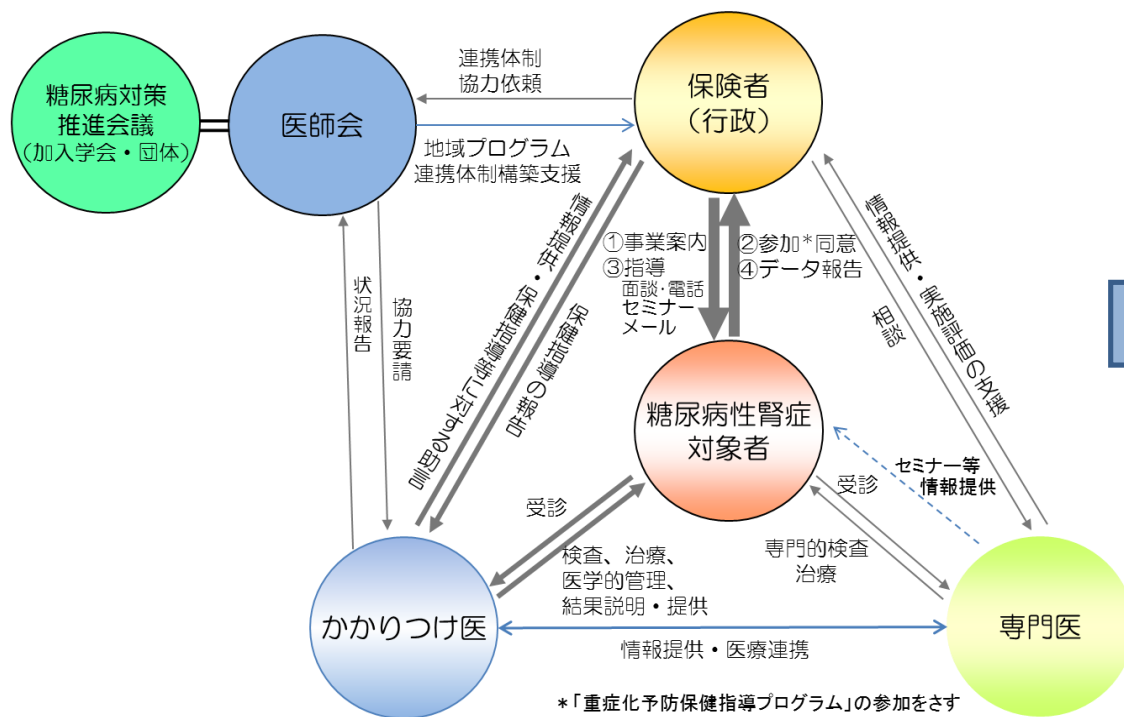
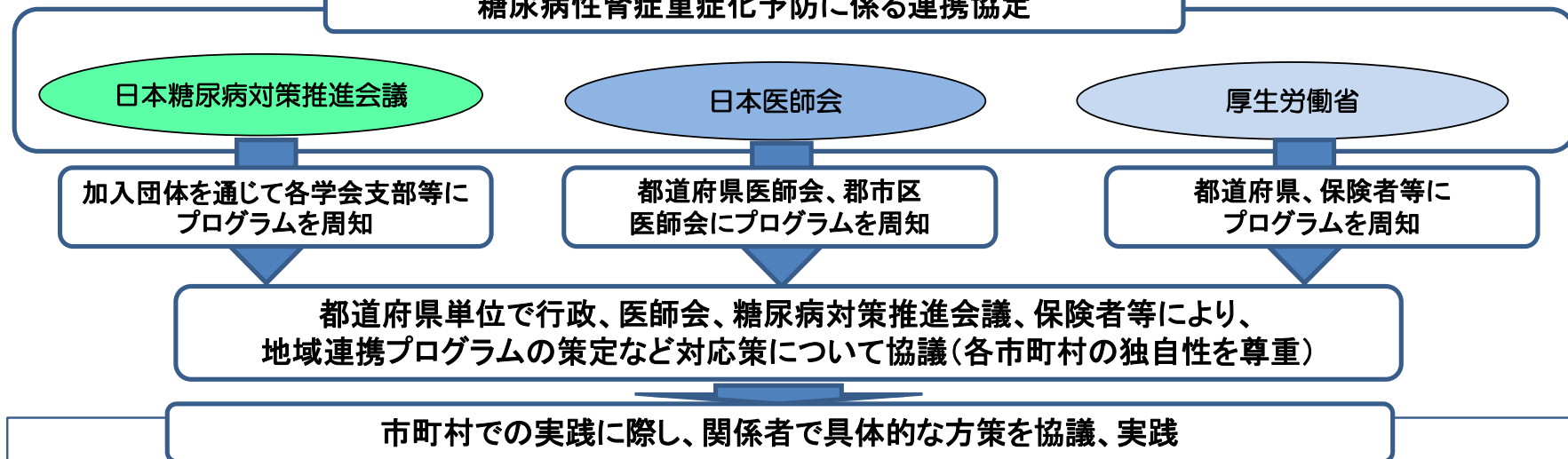


地域連携(事前相談)

NO.	区分(例示)		項目	内容
	広域	市町村		
4	○		都道府県、関係団体との調整	都道府県や都道府県医師会等の関係団体との調整を行っている
5	○		市町村への情報提供	広域連合が保有するレセプト・健診データ等の提供を行っている。提供するための環境整備を行っている
13	○		医師会・歯科医師会・薬剤師会等への相談	都道府県医師会等に広域連合の健康課題やモデル事業参加のねらいについて情報提供している
14	△	○		地区医師会等に市町村の健康課題やモデル事業参加のねらいについて情報提供している
15	△	○		対象者の選定基準や介入方法(フレイル予防・重症化予防)及び実施方法(訪問指導・立ち寄り型相談等)について、医師会やかかりつけ医に相談、助言を受けている
23	△	○		地区医師会に糖尿病性腎症重症化予防の連携方策(病診連携手帳、データ収集フォーマット等)について相談している

重症化予防：取組にあたっての連携体制

糖尿病性腎症重症化予防に係る連携協定



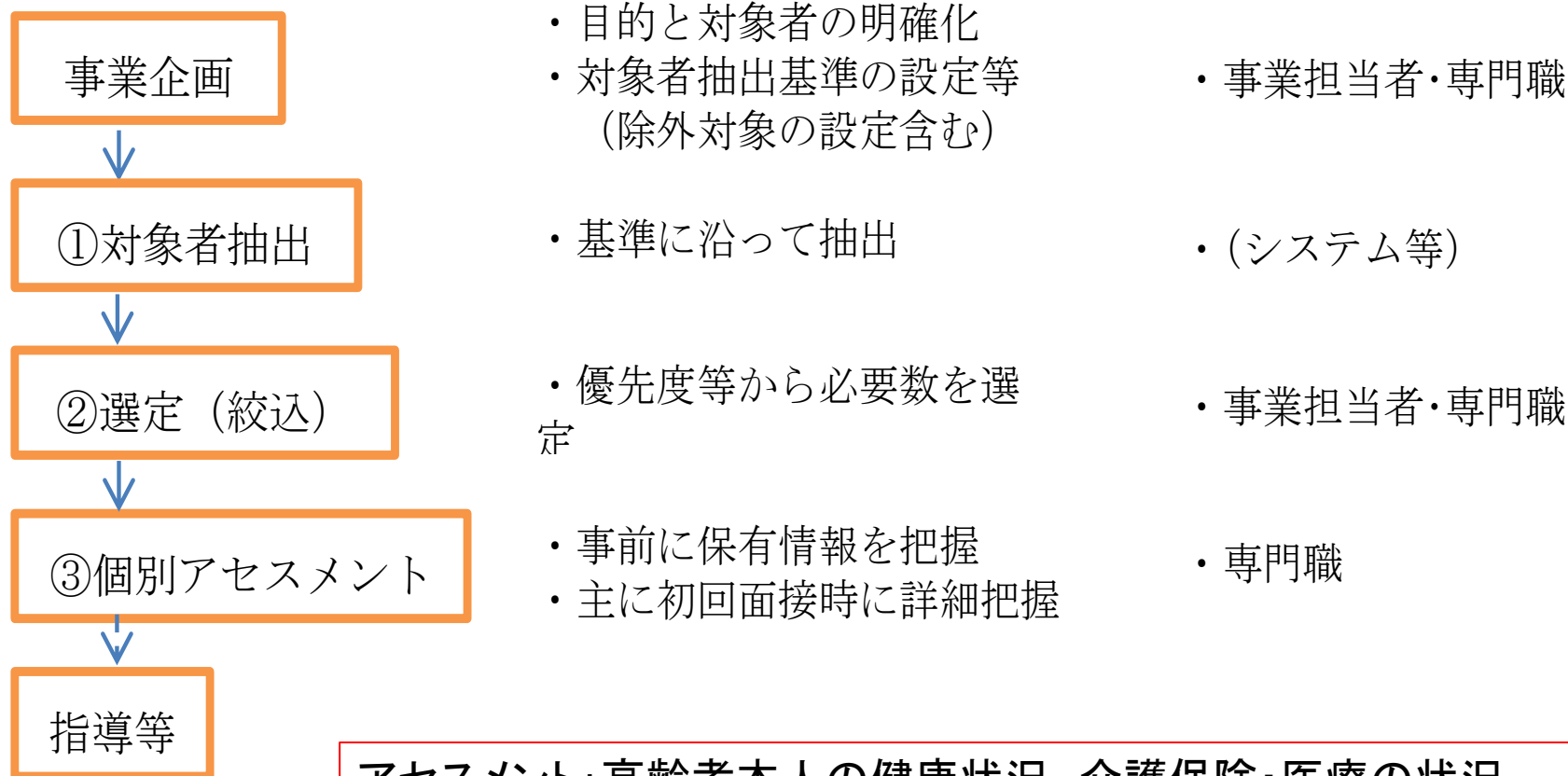
かかりつけ医、専門医、保険
者(行政)等による有機的連
携体制の確立

事業計画(事前準備)

NO.	区分(例示※)		項目	内容
	広域	市町村		
3	○		事業委託等の調整	事業委託に必要な契約、情報提供、予算の手当、議会对応等をしている
6	○		担当者の資質向上	モデル市町村やその他の関係者等への説明会、研修等を計画している
8	○	○	対象者概数	前年度健診やレセプト等より、事業対象者の概数を把握している
9	○	○	対象者の検討	今年度どのような対象者にアプローチするかを検討している
10	○	○	予算・人員配置	事業に必要な人員・予算確保のメドがある
12	○	○	介入法の検討	対象者の特性に合わせた介入方法を検討している
16	○	○	対象者決定	対象者の選定基準について決定している
17	○	○	介入法の決定	介入方法(フレイル予防・重症化予防)を決定している
18	△	○	実施法の決定	具体的な実施方法(訪問指導・立ち寄り型相談等)を決定している
20	○	○	計画書作成	事業実施計画書を作成している
21	△	○	実施方法(プログラム)の設定	事業の実施方法(対象者抽出・アセスメント項目・介入内容・方法、評価指標・方法等)について設定している。
22	△	○	募集法の決定	参加者の募集方法を決定している
24	△	○	マニュアル作成	本事業の運営マニュアルや保健指導マニュアル等各種マニュアルを作成している
25	△	○	保健指導等の準備	保健指導の準備(教材の準備・指導者の研修)をしている
26	○	○	(外部委託の場合)	外部委託の場合には、選定基準、実施方法、連携体制、評価、成果物等について協議し、医師会等の関係者と情報共有している
27	○	○	個人情報取り決め	個人情報の取り扱いについて ルールが確認できている
28	○	○	苦情、トラブル対応	トラブル発生時の相談窓口が明確である

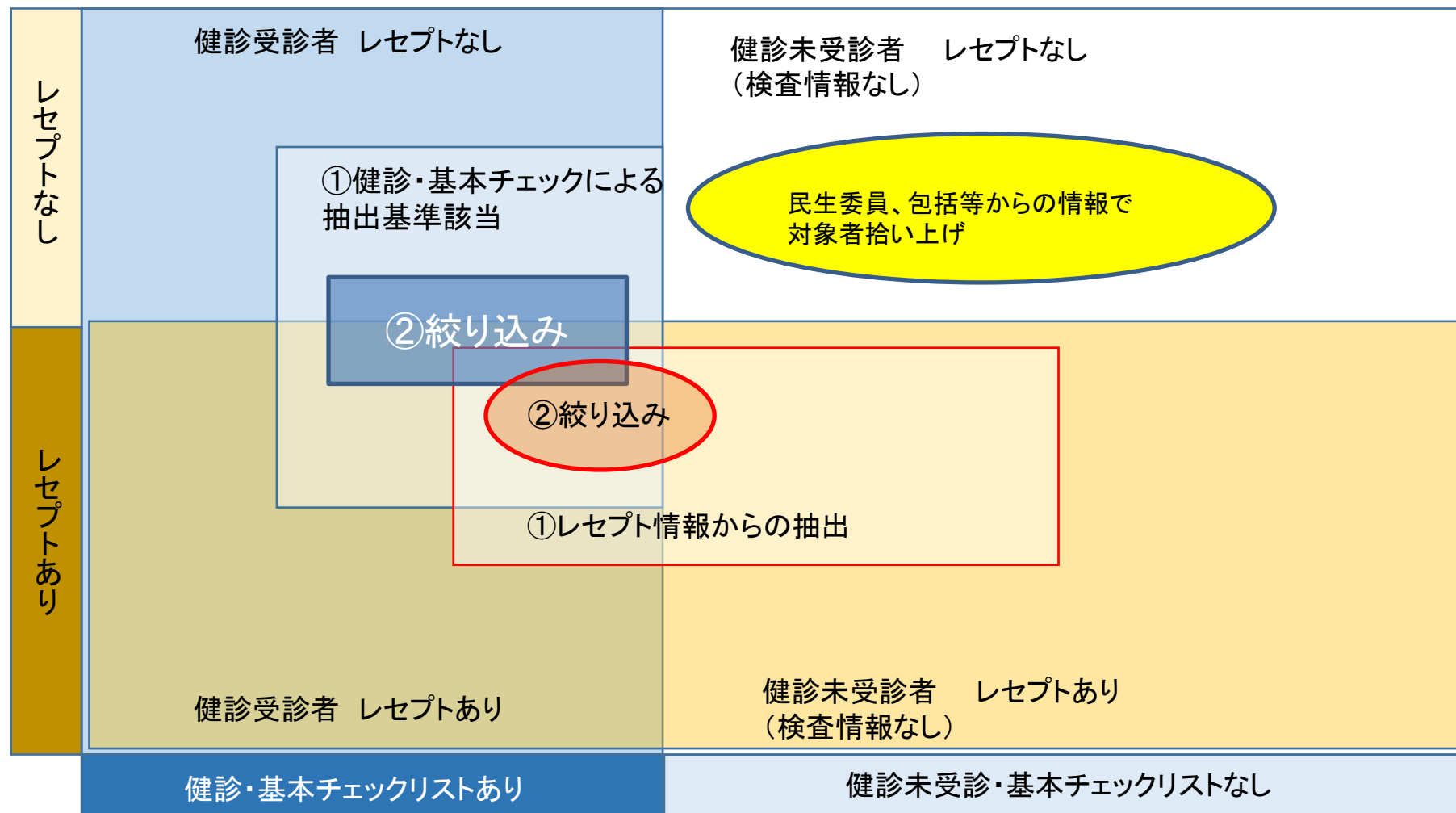
アセスメントの主な場面としては、

- ①対象者抽出(基準にそってデータより抽出)
- ②選定(絞り込み)
- ③保健指導のための個別アセスメント等のための詳細把握



アセスメント: 高齢者本人の健康状況、介護保険・医療の状況
生活状況、ADL、家族・生活環境等

どのセグメントをターゲットとするのか⇒対象者抽出基準を明確にする



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、排泄便等の把握 ・共食、家庭環境等

①数値による機械的な抽出

②1)抽出された対象者に対し 他の情報を勘案して優先順位付け

2)抽出された全員について 呼びかけ⇒教室等で不安な人を絞り込み

教室に来ない人から元気な人をのぞいて選定

③保健指導等のための詳細なアセスメント、ここから保健事業に入っている

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

①数値による機械的な抽出

②1) 抽出された対象者に対し 他の情報を勘案して優先順位付け

2) 抽出された全員について 呼びかけ⇒教室等で不安な人を絞り込み

教室に来ない人から元気な人をのぞいて選定

③保健指導等のための詳細なアセスメント、ここから保健事業に入っている

カツサンドをどう商品化するか？

～学びあう、費用・販売ルートを考える必要性～

サンドイッチ屋さん型

これまでの保健事業手法を活用

- ①生活習慣病対策
(受診勧奨・保健指導等)
- ②介護予防二次予防事業

現行のほかの事業との共同実施

- ①国保事業と共同
- ②介護予防事業と共同

ただし、対象者特性に合わせた抽出基準、
財源の違いには留意

保健事業という型を活用
中身(カツ)の作り方を勉強する
サンドイッチ販売のルートに乗せる

とんかつ専門店型

専門家があらたな事業に参入するタイプ

- ①歯科・口腔保健
- ②重症化予防(医師等)
- ③薬剤師
- ④民間事業者 等

専門家の役割の範囲、
地域の保健人材の活用などを視野に入れ
コスト、対象者募集の在り方の工夫が必要



専門分野から入る
サンドイッチのノウハウを勉強する
販売ルートはどうか？
価格はだれが負担？

基本プログラム 研究実施計画書 ひな型

研究実施計画書 糖尿病性腎症重症化 予防プログラムに 関する研究

〇〇市(町村)

1. 研究の概要

目的

〇〇市(町村)において実施される糖尿病性腎症重症化予防プログラムの効果を検証すること

対象

2型糖尿病かつ腎機能が低下している者のうち、〇〇市(町村)において実施される介入プログラム参加者(介入群)と同条件で選定されたが介入しないのプログラムから選択して実施する。

者として選定された者に対する受診勧奨あるいは保健指導

る医療と連携した保健指導プログラム

るいは健診未受診者を対象とする受診勧奨あるいは保健指

ムの効果検証として、以下の調査項目を厚生労働科学研究
重症化予防プログラム開発のための研究」、研究代表者：津下一
一に登録する。

果結果の一部

費(入院・入院外・調剤)、受診の有無、透析導入の有無、

発症の有無

要介護認定の有無、要介護度

値等の情報(必須ではない):尿アルブミン

健指導実施者の職種、内容、継続支援計画

標準的な質問票結果の一部

費(入院・入院外・調剤)、受診の有無、透析導入の有無、

発症の有無

認定の有無、要介護度

⑤プログラム内検査

:身長、体重、BMI、収縮期血圧・拡張期血圧、血液(中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール、空腹時血糖、HbA1c、クレアチニン、eGFR)・尿蛋白

検査者ごとに実施の有無を検討)

変容ステージ、生活習慣、セルフモニタリング

した検査値等の情報(必須ではない):尿アルブミン

標準的な質問票結果の一部

期間医療費(入院・入院外・調剤)、受診の有無、透析導入の有無、

無、脳卒中発症の有無

況:要介護認定の有無、要介護度

期間

16年〇月～2016年〇月

年間の追跡調査とする。

介入群20例、対照群20例を目標とする。

事業実施

NO.	区分(例示)		項目	内容
	広域	市町村		
30		○	募集法	予定した対象者を募集するための方法を工夫している
31		○	対象者	実施計画に基づき対象者を募集し、予定人数が確保できている
32		○	初回面接	各機関で作成した指導マニュアルに従い初回面接ができている
33		○	継続的支援	各機関で作成した指導マニュアルに従い実施方法(手紙・電話・個別面談・戸別訪問・集団指導)を行っている
34		○	かかりつけ医との連携	かかりつけ医と、治療状況・保健指導の内容について連携ができている
35		○	受診状況把握	問い合わせ、レセプトより受診状況を把握している
36		○	記録	保健指導の内容について記録を残している
37		○	データ登録	評価に必要なデータを取得、登録している
38		○	安全管理	安全管理に留意した運営ができている
39		○	個人情報	個人情報を適切に管理している
40		○	情報共有	関係者間で情報共有やカンファレンスを実施している
41		○	マニュアル修正	必要時マニュアルの見直しや修正を行っている
42		○	初回情報の登録	中間報告、実績報告のための初回情報(様式○)のデータを収集している

保健指導等

～自助・互助・共助・公助の視点で～

- 自分のことを自分でする
- 自らの健康管理
(セルフケア)
- 市場サービスの購入



- 当事者団体による取組
- 高齢者によるボランティア・
生きがい就労



- ボランティア活動
- 住民組織の活動

- ボランティア・住民組織の活動
への公的支援



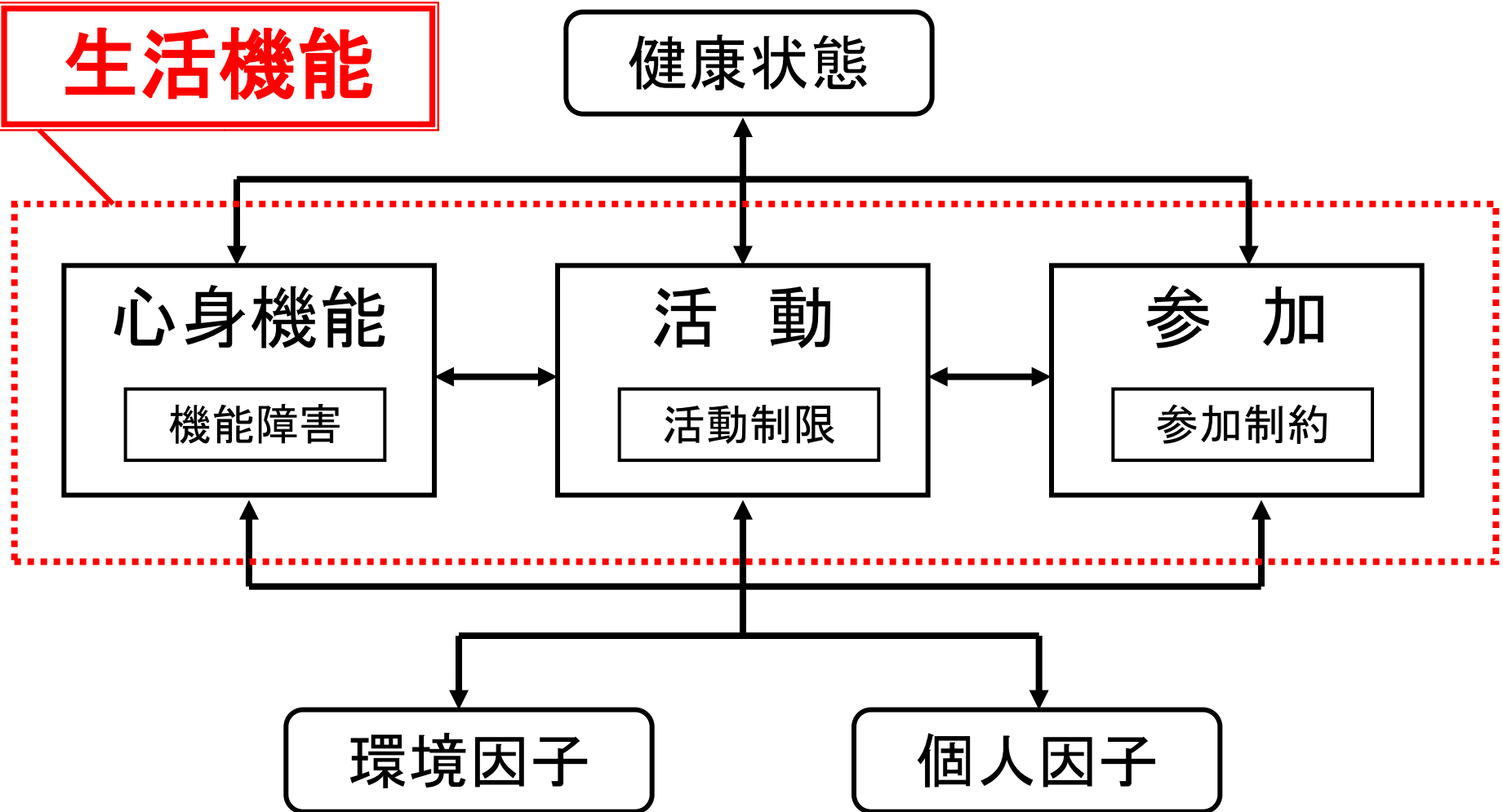
高齢者・家族が
できることを考える



- 医療・介護保険に代表される
社会保険制度及びサービス

- 一般財源による
高齢者福祉事業等
- 生活保護

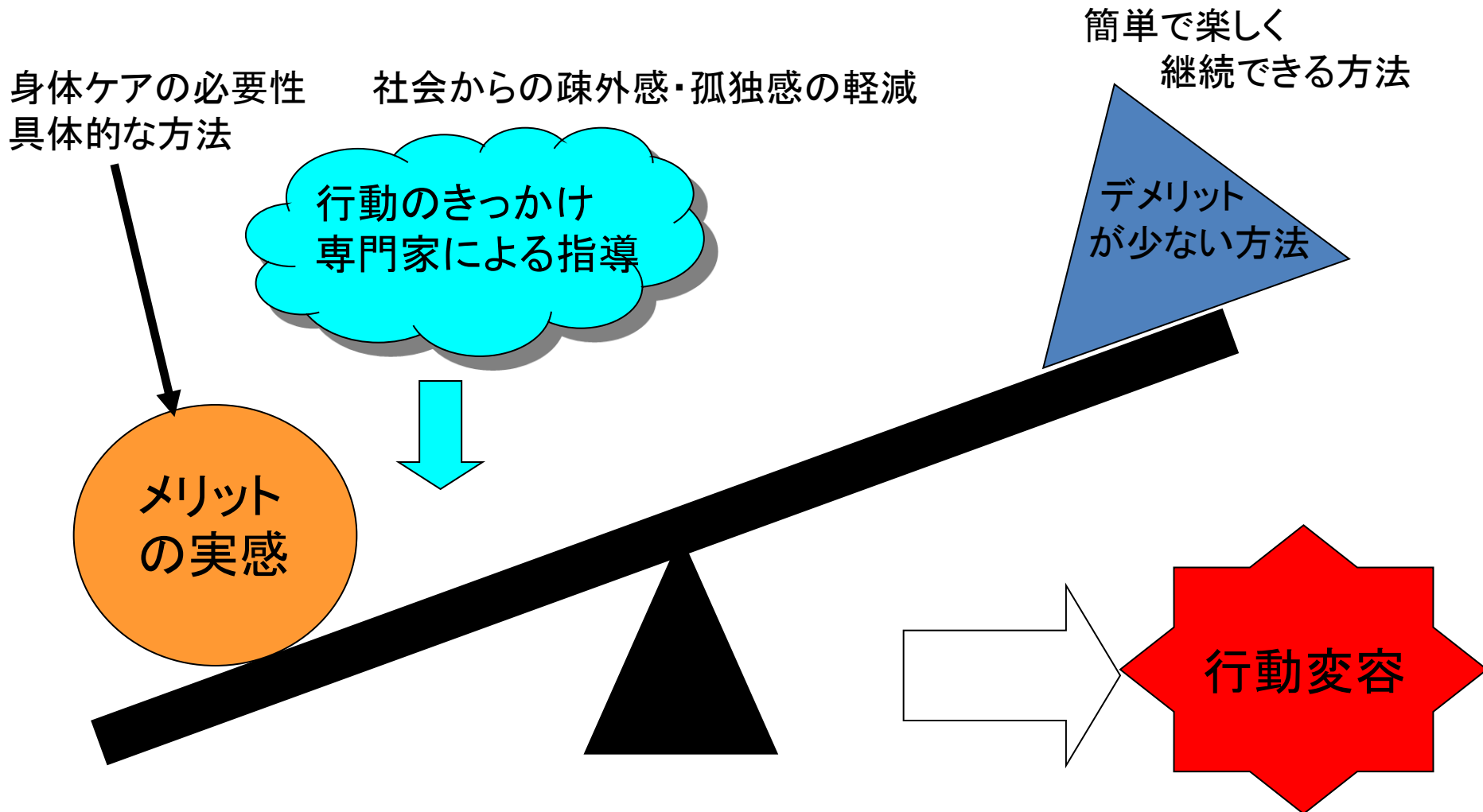
生活機能



(国際生活機能分類 WHO, 2001)

「心身機能」の不自由を、生活上の「活動」で補い、豊かな人生に「参加する」。

高齢者・家族の不安を取り除き 安心して生活が楽しめるよう支援



高齢者の保健事業 目標設定の考え方

高齢者の保健事業のあり方検討ワーキンググループ作業チーム（第1回）
（平成28年9月14日（水）） 資料4 別紙1 一部改変

在宅で自立した生活がおくれる高齢者の増加（入院率・入外比、疾病別医療費、要介護度）

フレイル（虚弱）の進行の防止

生活習慣病等の重症化予防

高齢による心身機能の低下防止
（老年症候群）

健康状態に課題がある
高齢者の減少

慢性疾患の
コントロール

服薬状況

低栄養

相互に影響

心身機能が低下した
高齢者の減少

口腔機能

認知機能

運動機能

高齢者の健康状態・フレイルの状態、生活状況等の包括的な把握

適正受診・服薬

- ・ かかりつけ医
- ・ 受診中断の早期対処
- ・ 重複・残薬指導

禁煙・適正飲酒

- ・ 禁煙
- ・ 過量飲酒の減少

栄養・食生活

- ・ 減塩、水分調整
- ・ たんぱく摂取
- ・ 肥満者の維持・減量

口腔機能

- ・ 摂食・嚥下体操
- ・ 入れ歯の手入れ

運動・リハビリ

- ・ 転倒・骨折防止のための運動器等の指導
- ・ リハビリの継続

外出・社会参加

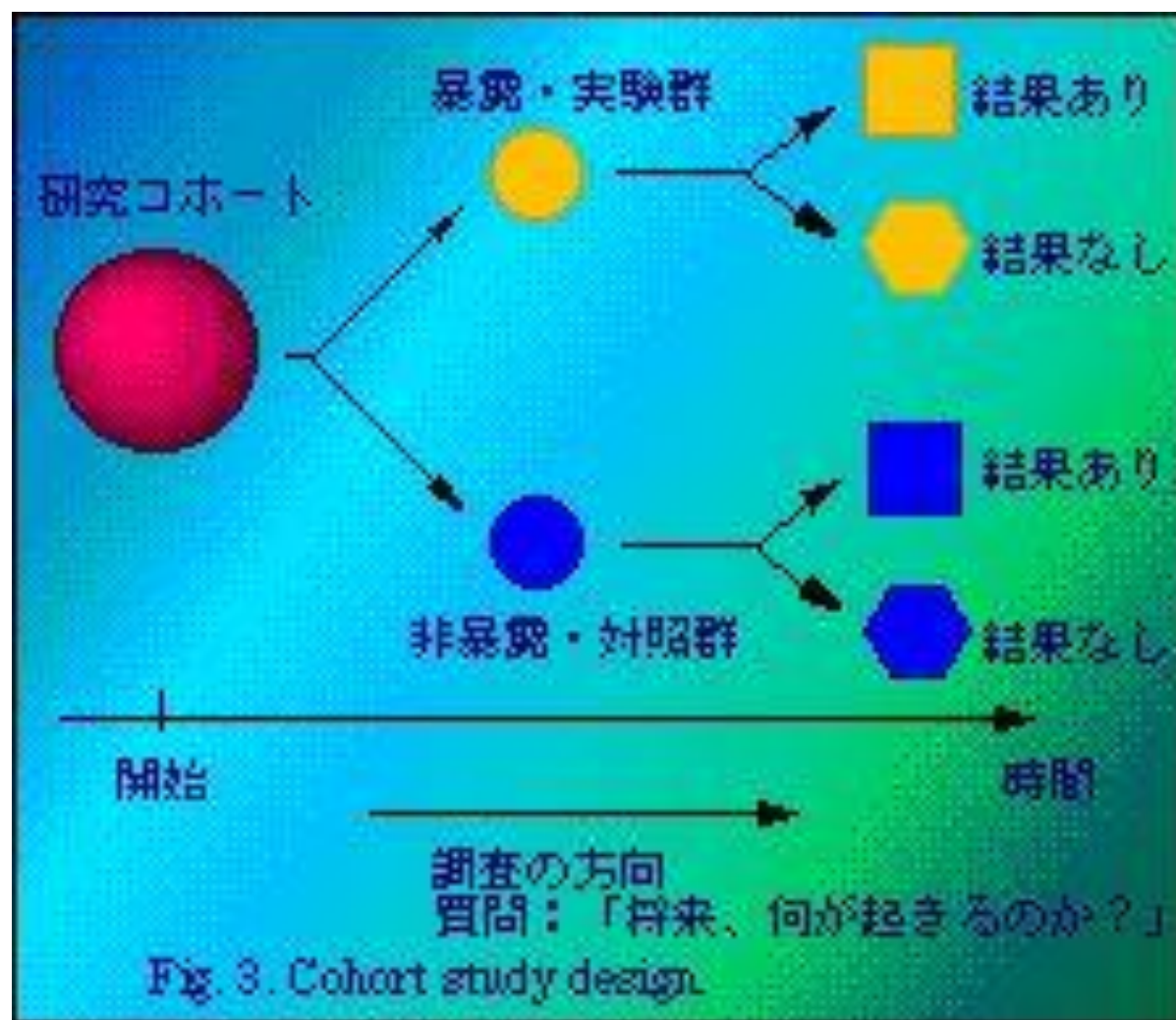
- ・ 買い物、散歩
- ・ 地域活動・ボランティア等の支援

虚弱（フレイル）高齢者や在宅療養高齢者等への健康支援

評価とその活用

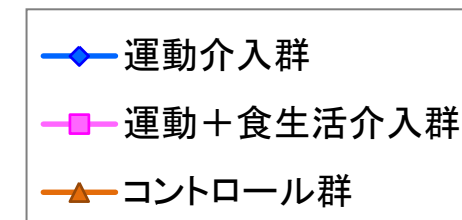
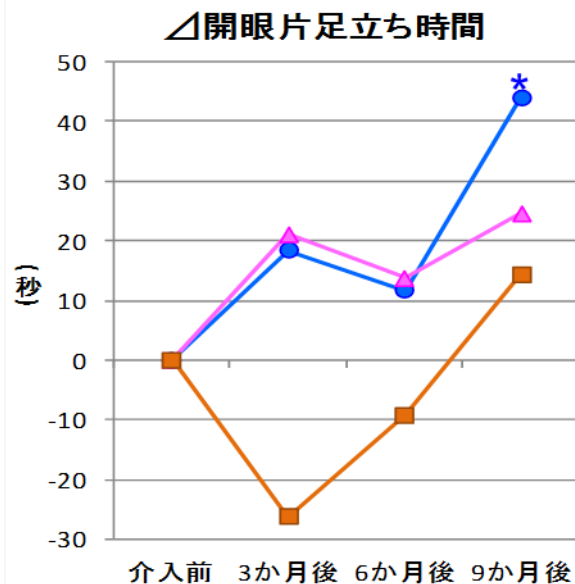
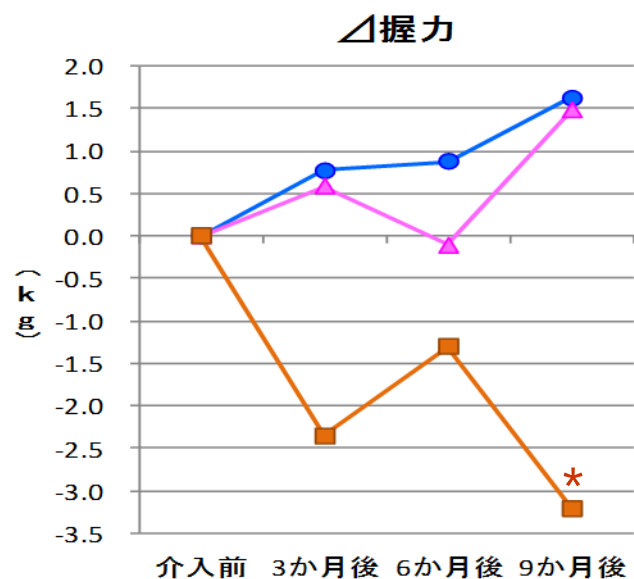
NO.	区分(例示)		項目	内容
	広域	市町村		
43	○	○	中間報告の提出	中間報告のデータを収集し、提出している
44	○	○	中間報告会(仮)	保険者自らも分析をおこない、中間報告会(仮)で報告している
45	○	○	最終報告会(仮)	最終報告会(仮)に参加している
46	○	○	改善点の明確化	事業の進捗や評価について共有し改善点を明確にしている
47	△	○	相談	必要時、医師会や専門家等に相談し助言を得ている
7	○		中長期計画	モデル事業の横展開等、中長期的な戦略を検討している。
48	△	○	地域協議会への報告	地域の協議会などで分析結果の報告や改善策の検討を行っている
49	○	○	広報等	広報等市民への情報提供を行っている。
50	○	○	次年度計画	次年度の計画策定を行っている
51	○	○	長期追跡体制	通常業務として、長期的に健診やレセプト情報で評価できる体制を整えている

介入群と介入できなかった群(対照群)の比較

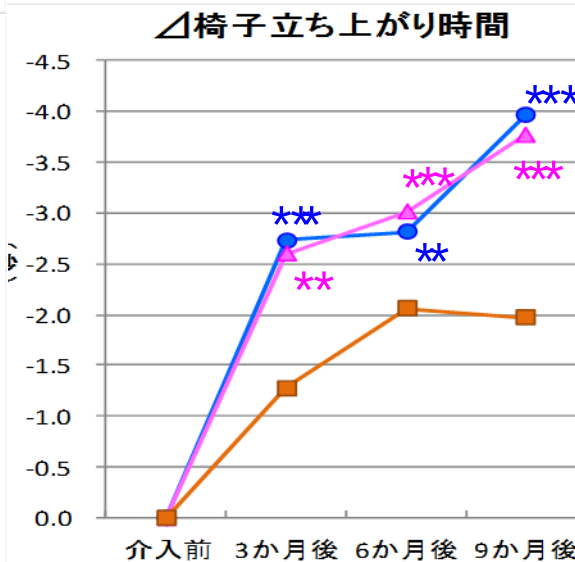
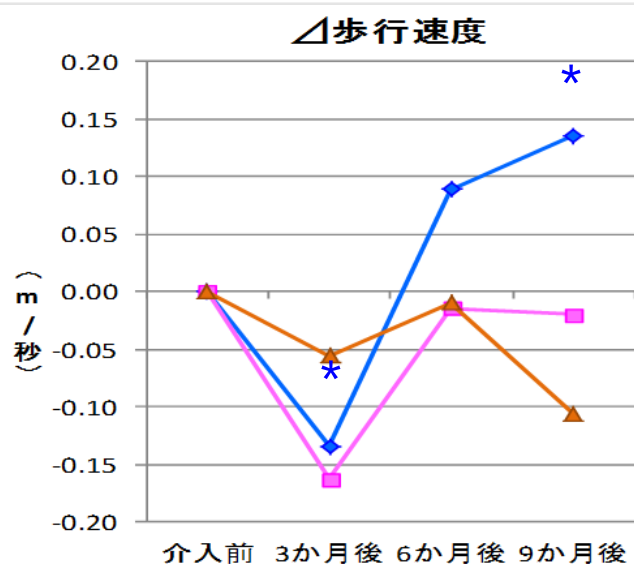


対照群があることで、効果を明確化できる

後期高齢者への運動・栄養介入プログラムによる運動能力への効果



* $p < 0.05$ vs. 各群介入前
** $p < 0.01$ vs. 各群介入前
*** $p < 0.001$ vs. 各群介入前

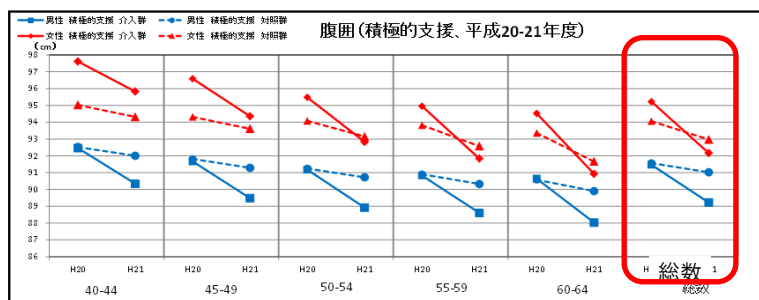


特定保健指導（積極的支援）による評価指標等の推移 （平成20-21年度推移）

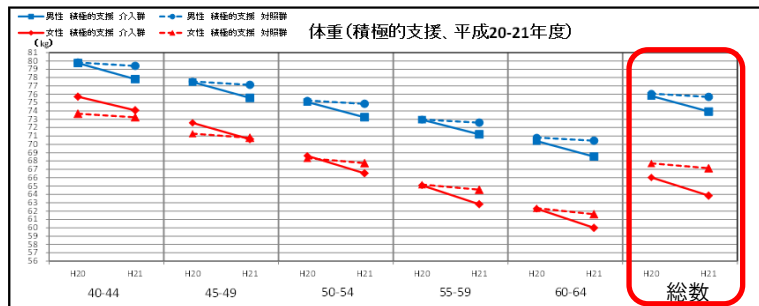
National Data Base 分析

- 特定健診の結果、特定保健指導の対象と判断された者のうち、特定保健指導終了者とそれ以外の者について、翌年度の検査データの差を、それぞれの年度ごとに、性・年齢階級別に比較
- 分析対象者数 約200万人（各年とも）

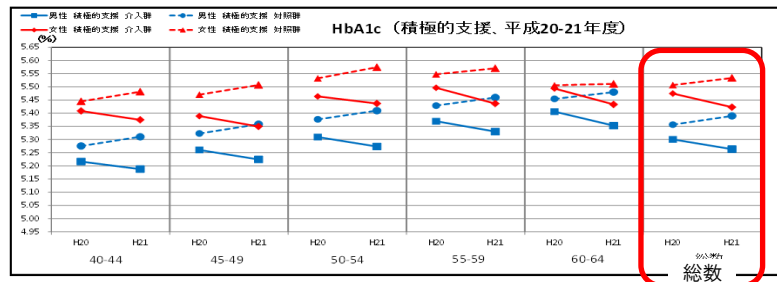
【腹囲】 男性では約2.2cm 女性では約3.1cm の減少



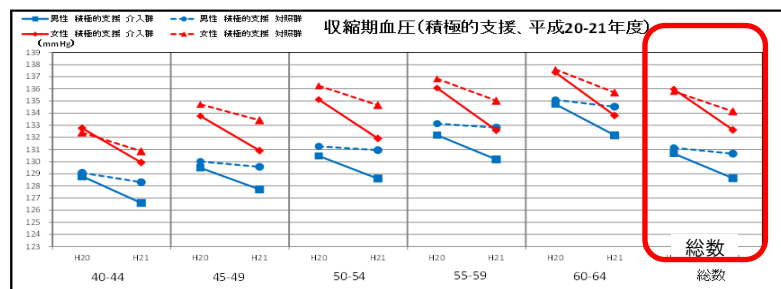
【体重】 男性では約1.9kg 女性では約2.2kg の減少



【HbA1c】 男性では約0.04% 女性では約0.05% の減少



【収縮期血圧】 男性では約2.0mmHg 女性では約3.4mmHgの減少



【中性脂肪】 男性では約27.2mg/dl 女性では約26.4mg/dlの減少

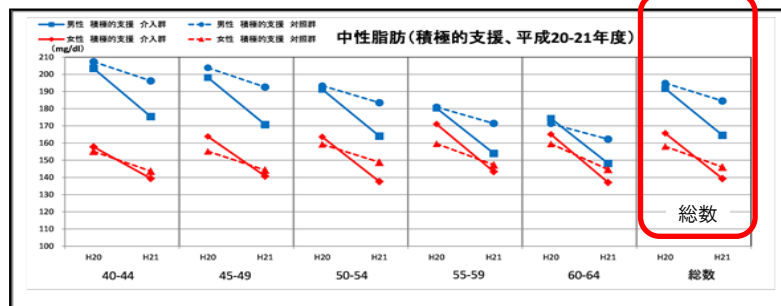
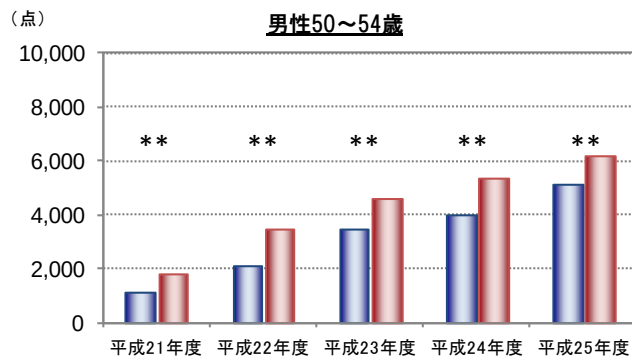


図5. 保健指導後5年間の

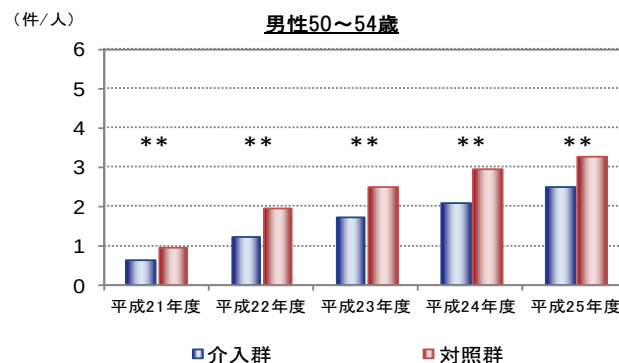
National Data Base 分析

生活習慣病三疾患関連(糖尿病、高血圧、脂質異常症)関連の医療費推移

入院外診療費

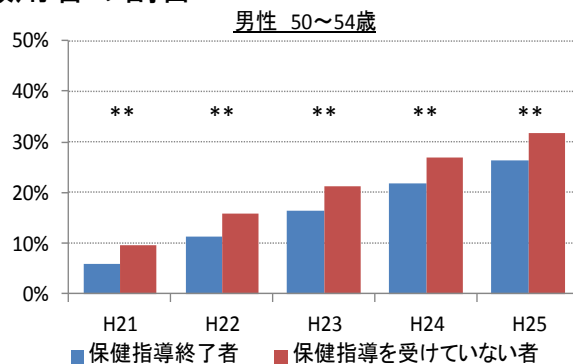


外来受診率

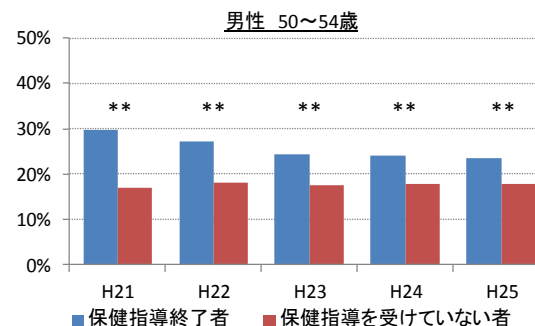


男性50～54歳
積極的支援該当

生活習慣病薬服用者の割合



情報提供レベル(服薬なし)への改善割合



介入しても医療費は増加？ しかし非介入よりも軽減されている！

対照群は最初から設定しなくてもよい。(研究事業ではなく 実証事業)
結果的に非介入であった人と比較はすべき。

平成28年度モデル事業対象者データ提出スケジュール(案)

		様式	提出時期			
			平成29年 1月	平成29年 3月末	平成30年 2月末	平成31年 3月末
マクロデータ (健診・歯科健診・レセプト・介護データ)		様式1	△ (27年度分)	● (28年度分)	● (29年度分)	○ (30年度分)
個人別データ	個人別ID管理シート		自治体内資料	提出不要	提出不要	提出不要
	個人別ベースライン情報	様式2	△	●		
	介入結果データ	様式3	△ 28年度介入一部	● 28年度全介入分		
			△ (27年分)	● (28年分)		
	健診結果データ	様式4	△ (27年分)	● (28年分)		
			△ (27年分)	● (28年分)	● (29年分)	○ (30年分)
	医療・介護レセプトデータ	様式5	△ (27年分)	● (28年分)	● (29年分)	○ (30年分)

△:協力可能な自治体、 ●:必須、 ○:提供を求める可能性があるもの

モデル事業実施自治体ヒアリング (意見交換会)

○モデル事業実施地域における事業実施内容等について、作業チームで作成したヒアリング・シートをもとに状況を把握する。

○モデル事業の効果的な実施に向け、検討WG構成員からの講義や先行事例の発表、グループ・ワークによる担当者間での情報交換や構成員等からの助言を通じて、自らの地域での実践における参考としてもらう。

○グループ・ワークでの検討を通して、ガイドラインに盛り込むべき内容や踏まえるべき視点を抽出する。

○モデル事業の効果評価のための指標や必要となる情報の内容を示し、年度末に行うデータ収集を円滑に進める。