

「大阪狭山市における 複合的な取組について」

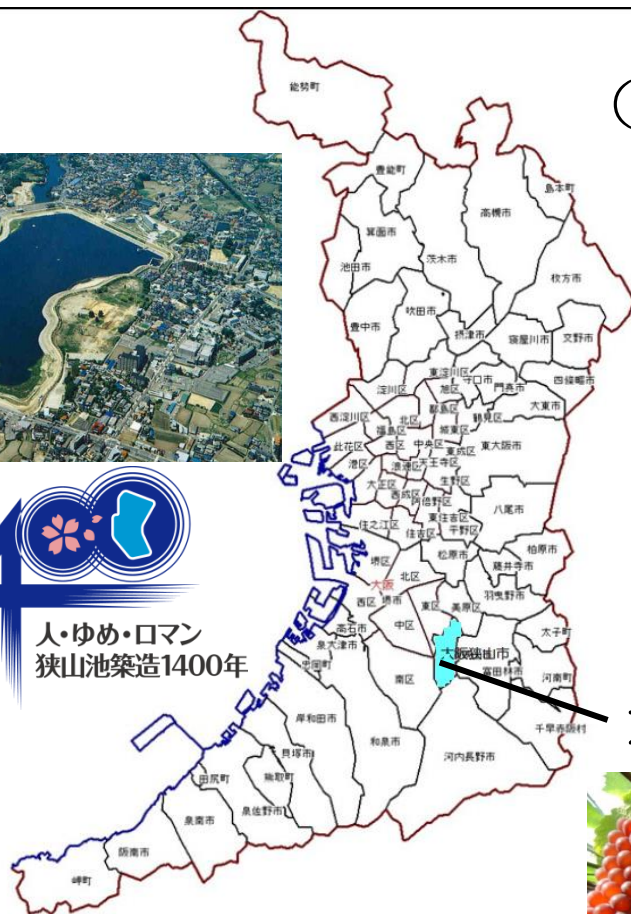
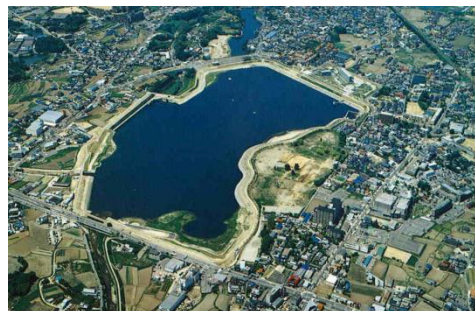
～高齢者訪問指導事業の取組～



大阪狭山市保健福祉部健康推進グループ

保健師 池守 亜弓

大阪狭山市の現状



大阪狭山市人口
(平成28年3月末)

57,820人

高齢化率 26.2%

後期高齢者割合 11.7%

要介護認定率 18.4%

平成26年度要介護認定率比較

大阪狭山市 18.6%

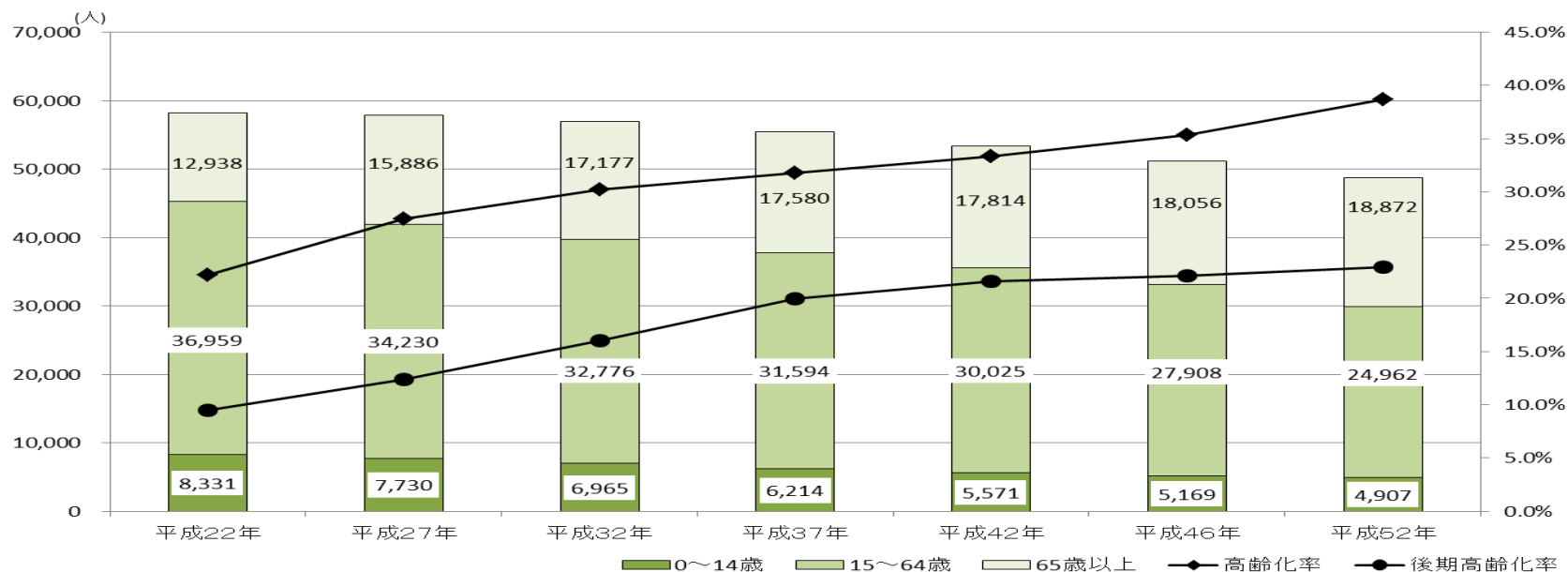
全国平均 17.9%

大阪府平均 20.3%

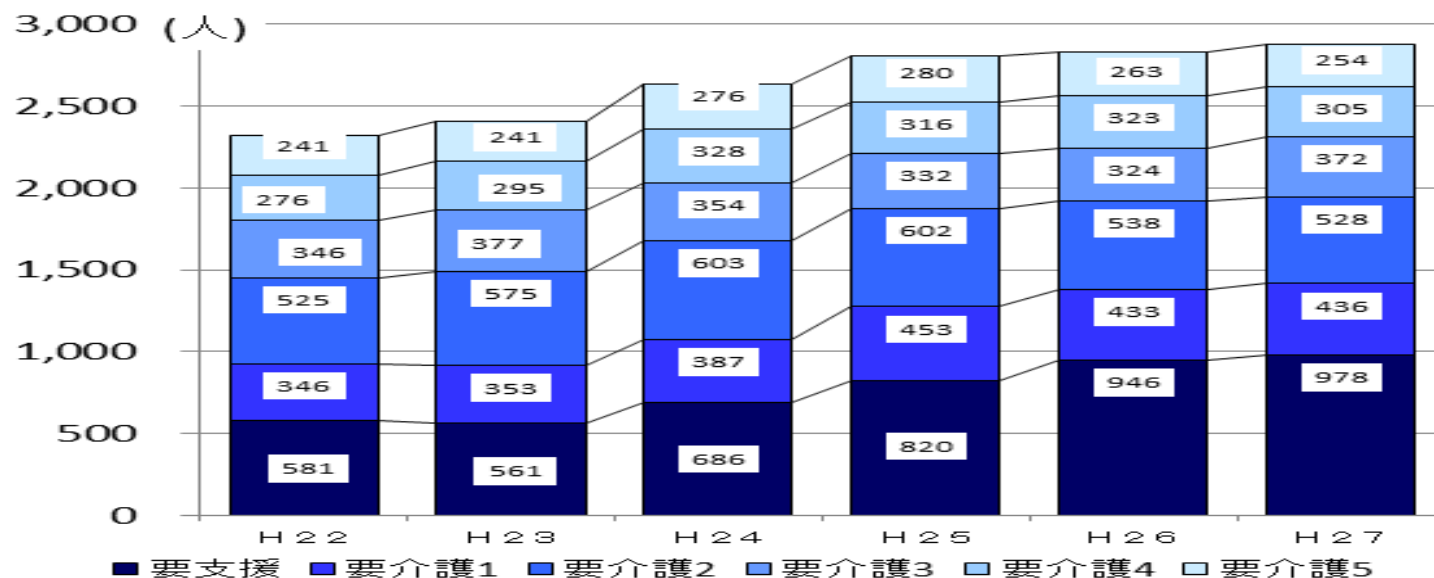
大阪狭山市



大阪狭山市年齢区分別人口及び高齢化率・後期高齢化率の年次推移



大阪狭山市介護保険による要介護等認定者数の推移



取組みの背景

介護保険はスタートしたけれど・・・

健康に関する悩み、不安

身近に相談できる人がいない

閉じこもり、不適切な生活習慣



ひとり暮らし高齢者

生活習慣病等の重症化
心身機能の低下 など
リスクが高い

高齢者訪問指導事業の目的

看護師または保健師等の専門職が訪問することにより、必要な保健指導を行うことで、低栄養や筋力低下などを予防し、要介護状態を予防する。

～医療状況や服薬状況等の確認や生活習慣に関する指導は生活習慣病の重症化予防や介護予防につながっている～

大阪狭山市高齢者訪問指導事業の取組み

- 平成15年度～ 民生委員に依頼している「ひとり暮らし高齢者台帳」をもとに訪問指導対象者の把握を開始
- 平成27年度 専門職による訪問指導 モデル事業
- 平成28年度 高齢者の低栄養・重症化予防等事業 モデル事業

高齢者訪問指導事業対象者

ひとり暮らし高齢者台帳により把握

- ・ 75歳以上
- ・ 要介護（支援）認定のない人

501人中（平成27年度）

看護師、保健師が本人に電話する中で、健康管理上や介護予防の観点から専門職の訪問指導が必要と判断した人
または、民生委員から訪問依頼のあった人

31人（平成27年度）

高齢者訪問指導事業の流れ

対象者の選定

高齢者ひとり暮らし台帳

75歳以上、要介護(支援)認定のない人

民生委員総会で事業説明

民生委員に対象者の近況を確認

急ぎ対応する必要がある人の確認

民生委員から保健センター
から電話があることの周知

看護師・保健師による電話

健康管理や介護予防の観点から必要性を判断

民生委員に電話勧奨結果の報告

連絡のつかない人の状況確認

訪問指導実施

事前訪問（地区担当保健師と看護師で訪問）

健康課題の把握※日常生活評価票

訪問指導の実施の申請

※大阪狭山市訪問指導実施申請書

訪問指導要否決定とケース会議による
訪問計画の策定

訪問実施

月1回訪問担当者によるカンファレンス実施

必要時主治医、民生委員、地域包括支援センター等と連携

終了

目標達成もしくは介護保険サービス利用の開始等
により

高齢者訪問指導新規対象者 日常生活評価票

高齢者訪問指導新規対象者 日常生活評価票

(訪問日) 平成 年 月 日 訪問指導員 保健師
(担当者) _____

ふりがな		生年月日	M・T・S		年	月	日
氏名							
住 所	大阪狭山市		電話番号	—			
緊急連絡先	氏名 (続柄)		電話番号	—			
把握経路			担当民生委員				
家族構成			家屋・居室				
			・一戸建て (階)				
			・マンション				
			・アパート				
			・文化住宅				
			・府営住宅				
		・その他					
生活歴							

《医療状況》

既往歴						
感染症の有無	無 ・ 有 ()					
主病名	・脳卒中 ・脳梗塞 ・高血圧 ・心臓病 ・リウマチ ・神経痛・骨折 ・喘息 ・糖尿病 ・高脂血症 ・骨粗鬆症 ・その他 ()					
現病歴	発症時期・入院・治療状況等					
受診医療機関			主治医			
服薬名						
受診状況	・定期通院 (回／) ・定期往診 (回／) ・必要時に通院、往診 ・本人、家族が薬をもらうだけ ・かかりつけ医無し ・その他 ()					
身長・体重	身長 (cm)		体重 (kg)		BMI ()	
当日のバイタル	BP =		P =			
備考						

《日常生活能力》

寝たきり度 J (1・2) A (1・2) B (1・2) C (1・2)

移動	・自立	・部分介助 ()	・全介助
食事	・自立	・部分介助 ()	・全介助
排泄	・自立	・部分介助 ()	・全介助
入浴	・自立	・部分介助 ()	・全介助
衣服着脱	・自立	・部分介助 ()	・全介助
整容	・自立	・部分介助 ()	・全介助
服薬管理	・自立	・部分介助 ()	・全介助
視力	・自立	・部分介助 ()	・全介助
聴力	・自立	・部分介助 ()	・全介助
意思の伝達	・自立	・部分介助 ()	・全介助
理解	・自立	・部分介助 ()	・全介助
社会生活状況：外出頻度 () 近所との関係 ()			
その他の社会資源利用			

《栄養状態》

主訴・要求			
調理	・自分で	・家族が	・配食サービス等 ・その他 ()
食事	一日 (食)	・規則的	・不規則 ・その他 ()
食欲			
排泄	回／	日	
飲酒・嗜好品			

《口腔衛生状態》

主訴・要求			
かかりつけ医	無 ・ 有 ()		
口腔清掃状態	・自分で	回／日	・介助して 回／日 ・していない ・他 ()
義歯使用状態	無 ・ 有 ()		
嚥下障害	無 ・ 有 ()		

《家族の介護の状況》

主な介護者	(続柄)
介護者の健康状態	
主訴・要求	

大阪狭山市高齢者訪問指導実施申請書

様式第1号

大阪狭山市高齢者訪問指導実施申請書

平成 年 月 日

(あて先) 大阪狭山市長

申請者 住 所 _____
氏 名 _____
対象者との続柄 _____

次により訪問指導を受けたいので、下記のとおり申し込みます。

なお、必要に応じ大阪狭山市地域包括支援センター等関係機関へ情報提供することに同意します。

個人情報提供に関する同意

記

訪問希望者	住 所	大阪狭山市		
	フリガナ			
	氏 名			
	生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日	電話番号	
緊急時連絡先	住 所			
	フリガナ			
	氏 名			
	本人との続柄		電話番号	
主治医など	病院または 医 師 名			
	電 話 番 号			

緊急時の連絡先

主治医の確認

高齢者訪問指導事業の実施内容

従事者 保健師 8名（地区担当）
訪問指導員（看護師）3名
（モデル事業補助対象）
管理栄養士、歯科衛生士

話を聞いてもらって
安心しました。

血圧測定
測定値は健康手帳に記入し、
必要時主治医にみてもらい
ます。

血圧測りますねー

一般健康状態、受診状況や服薬
状況、検査結果などの確認
健康に関する相談に助言
など

高齢者訪問指導事業の関係機関との連携

関係機関	連携内容
高齢介護グループ	・ひとり暮らし高齢者台帳、要介護(支援)認定等の情報提供 (データはシステム管理、ひとり暮らし調査時に情報提供の同意) ・緊急時の協力
保険年金グループ	・緊急時の医療保険資格等の確認
地域包括支援センター	・介護(予防)サービスが必要になってきたら、地域包括支援センター職員と同伴訪問し、認定申請等手続きをすすめながら、引継ぎを始める。 ・地域ケア会議等
民生委員	・ひとり暮らし高齢者の情報共有 ・対象者への事業の周知 ・急ぎ対応する必要があるケースの紹介 ・訪問指導対象者の見守り
医療機関	・必要時の主治医連絡 ・同伴受診や健康手帳等を活用しての連絡、調整 ・急変時の入院、要介護(支援)認定申請等の相談、生活指導等の指示をもらう等

高齢者訪問指導事業の実績

訪問指導被指導実人数 31人 延人数257人

年齢階層別実施状況 実（延べ）人数

年齢	75～79歳	80～84歳	85～89歳	90歳以上	合計
男	1(2)	3(24)	1(12)	1(9)	6(47)
女	3(19)	14(110)	5(54)	3(27)	25(210)

(人)

主病名（重複あり）

高血圧	高脂血症	糖尿病	整形外科	脳梗塞	がん	パーキンソン	低栄養	その他
11人	6人	3人	5人	1人	1人	1人	1人	11人

主な指導内容内訳（重複あり）

服薬指導	栄養指導	生活習慣病等指導	受診勧奨 医師連絡	関係機関 連携	家族連絡	介護保険 関連
9人	2人	13人	5人	9人	5人	10人

11

現状維持にて訪問継続29人 介護保険サービスへの移行終了2人

平成27年度高齢者訪問指導事業の評価

訪問指導実施率 6.2% (31人/501人)

- 電話のつながらないケースもあり、対象者全数への電話はできなかった。
- ただし、急ぎ対応の必要なケースは、民生委員からの情報提供により、対応できた。
- 専門職が血圧測定や一般健康状態、服薬状況、検査結果の確認等を定期的に行い、日常生活指導や受診勧奨等を実施したことにより、生活習慣病の重症化予防につながった。
- 認知症等、介護が必要な状態を早期に気づき、適切な時期に介護保険サービスへの移行が行えた。
- 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は、不安の軽減につながった。

〈事例①〉健康状態や日常行動の変化に早期に気づき、医療や地域包括支援センターに早期につないだケース

〈事例②〉糖尿病、がん、肝炎等の疾病があるが、継続訪問により長年コントロールできているケース

高齢者訪問指導事業の評価

平成28年度から初回訪問時の日常生活評価票をもとに評価
〈評価指標〉

身体状態（体重、血圧、検査結果など）、健診結果
医療状況（受診状況、服薬状況）、日常生活能力
栄養、口腔衛生状態、家族の状況
改善、現状維持、悪化で総合的に評価

高齢者訪問指導事業の今後の課題

○生活習慣病等の重症化予防につながっていることの検証

後期高齢者医療広域連合と連携し、KDBシステム等を活用した後期
高齢者の健康状態の把握や医療分析等を今後実施することで、重症化
予防の効果検証につなげていく。

○具体的な目標値の設定が困難

現状維持の人が多い。明確な数値目標がない。

○訪問指導事業から介護保険サービスへの移行

介護認定を受けることになっても、なかなか介護保険サービスを
利用しないケースがあり、訪問指導終了が難しい場合がある。



ご清聴ありがとうございました。

