

未定稿

高齢者の保健事業のあり方検討ワーキンググループ（第2回）	
平成28年12月21日（水）	資料 4

高齢者の特性を踏まえた保健事業  
ガイドライン 暫定版  
（たたき台）

## 目次

### I：総括編

- 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
  - 2) 後期高齢者の状態像と課題
    - (1) 後期高齢者の特性
    - (2) 健康指標・レセプト分析からみた課題（多病の実態、医療のかかり方）
  - 3) 後期高齢者医療制度における保健事業
    - (1) 広域連合の取組の現状と課題
    - (2) 医療保険者としての取組の位置づけ
  - 4) 医療保険者の視点から見た健康支援
    - (1) 高齢者の特性を踏まえた支援とは
    - (2) 被保険者の状態像に応じた取組
- 2 効果的な実施に向けた取組内容の検討
  - 1) 高齢者の保健事業の進め方
  - 2) 健康課題の把握（データヘルス計画等との整合、調整）
  - 3) PDCAサイクルの構築
    - (1) 既存事業の見直し
    - (2) 事業内容の検討と準備
    - (3) 目標の設定と評価の準備
    - (4) 健康支援の実施と評価
  - 4) 重点的に対象とする事業（類型、要件）
    - (1) 取組の重点化
    - (2) 事業類型（低栄養・口腔・服薬・複合的取組）
    - (3) 事業の要件
    - (4) モデル事業の実施と成果の活用
  - 5) 効果を高める工夫
    - (1) 若年世代からの取組との連携
    - (2) 対象者の主体性の重視等
- 3 取組の推進に向けた体制整備
  - 1) 関係者との役割分担
    - (1) 後期高齢者医療広域連合の役割
    - (2) 市町村に求められる役割
    - (3) 都道府県に求められる役割
    - (4) 国に求められる役割
  - 2) 関係者間の連携
    - (1) 広域連合と市町村の連携
    - (2) 市町村の庁内連携
    - (3) 地域連携
- 4 取組を推進するための環境整備
  - 1) 人材育成

- (1) 高齢者の特性を踏まえた健康支援の周知
- (2) 研修等の実施方法

## 2) 実施上の留意事項

- (1) 委託する場合の留意点
- (2) 個人情報の適切な取扱
- (3) 安全配慮

## 5 今後引き続き検討すべき事項

- 1) モデル事業の検証とガイドラインの改定
- 2) 別途実施されている検討事業（歯科・糖尿病性腎症）の反映
- 3) その他（健診のあり方の検討）

## II：実践編 （※ 広域連合の実施マニュアル的なもの）

### 1 標準的なプログラムの概要

- 1) 標準的な健康支援プログラムのイメージ
- 2) 医療保険者の視点で重点的なマネジメントを要するケース
- 3) 標準的な実施手順
  - (1) 事業目標・評価指標、アセスメント項目の設定
  - (2) 対象者の抽出・選定（絞込）、募集等
  - (3) 対象者の類型化と望まれる対応
  - (4) 介入内容・方法
  - (5) 事業評価
- 4) 事業実施の進捗管理（チェックリストの活用）

### 3 類型別のプログラム

#### <低栄養>

- 1) 事業目標・指標、アセスメント項目の設定
- 2) 対象者の抽出・選定（絞込）、募集
- 3) 介入支援
  - (1) 保健指導プログラム（期間・回数・内容・結果把握・評価等）
  - (2) 高齢者の特性を踏まえた栄養指導のポイント
  - (3) 委託等の調整、進捗管理方法の検討等
- 4) 介入効果の確認、事業見直し
- 5) 参考事例

#### <口腔・歯科指導>

- 1) 事業目標・指標、アセスメント項目の設定
- 2) 対象者の抽出・選定（絞込）、募集
- 3) 介入支援
  - (1) 保健指導プログラム（期間・回数・内容・結果把握・評価等）
  - (2) 高齢者の特性を踏まえた口腔・歯科指導のポイント
  - (3) 委託等の調整、進捗管理方法の検討等

- 4) 介入効果の確認、事業見直し
- 5) 参考事例

#### ＜服薬指導＞

- 1) 事業目標・指標、アセスメント項目の設定
- 2) 対象者の抽出・選定（絞込）、募集
- 3) 介入支援
  - (1) 保健指導プログラム（期間・回数・内容・結果把握・評価等）
  - (2) 高齢者の特性を踏まえた服薬指導のポイント
  - (3) 委託等の調整、進捗管理方法の検討等
- 4) 介入効果の確認、事業見直し
- 5) 参考事例

#### ＜生活習慣病等の重症化予防の取組＞

- 1) 事業目標・指標、アセスメント項目の設定
- 2) 対象者の抽出・選定（絞込）、募集
- 3) 介入支援
  - (1) 保健指導プログラム（期間・回数・内容・結果把握・評価等）
  - (2) 高齢者の特性を踏まえた重症化予防のポイント
  - (3) 委託等の調整、進捗管理方法の検討等
- 4) 介入効果の確認、事業見直し
- 5) 参考事例

#### ＜複合的な取組＞

- 1) 事業目標・指標、アセスメント項目の設定
- 2) 対象者の抽出・選定（絞込）、募集
- 3) 介入支援
  - (1) 保健指導プログラム（期間・回数・内容・結果把握・評価等）
  - (2) 高齢者の特性を踏まえた複合的な取組のポイント
  - (3) 委託等の調整、進捗管理方法の検討等
- 4) 介入効果の確認、事業見直し
- 5) 参考事例

### Ⅲ：参考資料

帳票類

引用文献

事例

# I 総括編

## 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

#### (1) 趣旨

我が国は、かつてない高齢化が急激に進行しており、特に後期高齢者の増加は顕著である。こうした中、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、心身機能の低下の両面に関わる高齢期に特有のフレイル<sup>※</sup>への対応が、高齢者の健康保持増進と自立生活の延伸のために重要となっている。

さらに、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特性があり、個々に応じた専門職によるアウトリーチを主体とした介入支援が必要である。

このような高齢者の特性を踏まえた保健指導を行うことで、在宅で自立した生活ができる期間の延伸、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。

そのために、後期高齢者の健康・医療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することが期待される後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）や、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することができる市町村の果たすべき役割は大きい。

そこで、広域連合と市町村（以下「広域連合等」という。）が連携しながら実施する高齢者の特性を踏まえた保健事業のあり方を示すとともに、あわせて国、都道府県、関係機関・団体の役割を明らかにするため、本ガイドラインを策定する。

※「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。そのため本ガイドラインでは「加齢とともに、心身の活力（例えば運動機能や認知機能等）が低下し、複数の慢性疾患の併存の影響もあり、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」と定義する。

#### (2) 目的

- ① 高齢者の医療の確保に関する法律に基づく保健事業の実施等に関する指針（平成二十六年厚生労働省告示第百四十一号）に基づき、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や手順について科学的知見を踏まえて提示する。
- ② 広域連合の委託・補助により市町村等が実施する場合の留意点を示す。
- ③ 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）の予防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。

なお、本ガイドラインでは、「Ⅰ総括編」で基本的な考え方を「Ⅱ実践編」で保健事業の実施方法、手順などをまとめている。特に「Ⅱ実践編」の内容については、各広域連合の取組の目安として参考に示すものであり、実際には地域の実情を踏まえ、より適切な方法があれば、それを採用しても差し支えない。

## 2) 後期高齢者の状態像と課題

### (1) 後期高齢者の特性

- ① 後期高齢者は、前期高齢者と比べ、加齢に伴う虚弱な状態であるフレイルが顕著に進行する。
- ② 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なる。
- ③ 医療のかかり方として、多機関受診、多剤処方、残薬が生じやすいという課題がある。
- ④ 健康状態や生活機能、生活背景等の個人差が拡大する。自立度の高い後期高齢者がいる一方で、多病を抱え高額な医療費を要する後期高齢者が一定の割合存在する。

「後期高齢者の保健事業のあり方に関する研究」(ポイント)  
◀平成27年度厚生労働科学特別研究事業(班長:鈴木隆雄(国立長寿医療研究センター理事長特任補佐))▶

#### 1. 高齢者の心身機能の特性

- **後期高齢期にはフレイルが顕著に進行。**  
※「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、本組合書では「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、心身の総動員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、生活機能の継続向上が可能な状態像」と定義している。
- **慢性疾患を複数保有し、加齢に伴う老年症候群も混在。** 包括的な疾病管理が重要。
- **医療のかかり方として、多機関受診、多剤処方、残薬が生じやすいという課題。**
- **健康状態や生活機能、生活背景等の個人差が大きい。**

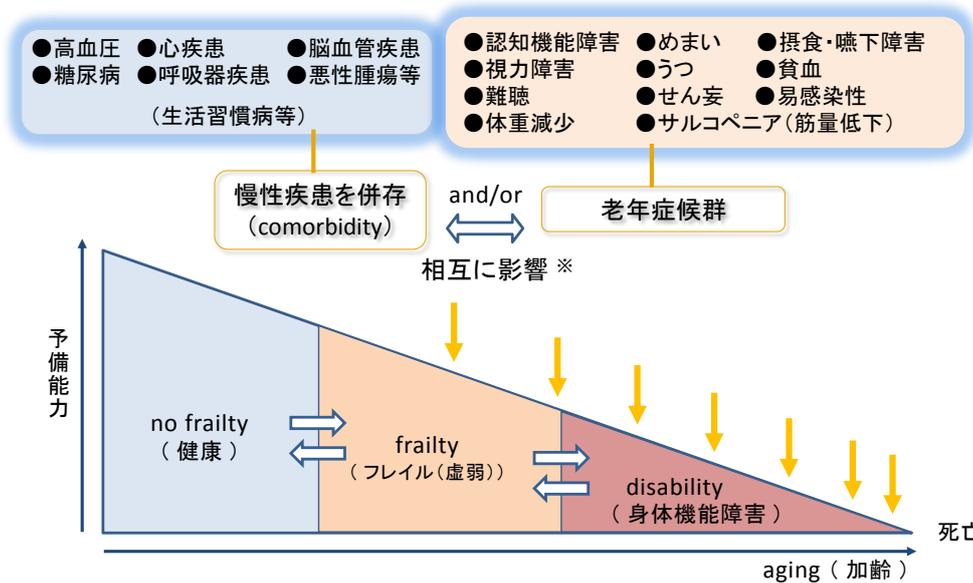
#### 2. 上記特性を踏まえた後期高齢者の保健事業の在り方・方向性

- 現役世代の肥満対策に重点を置いた生活習慣病対策から **フレイルに着目した対策に徐々に転換することが必要。**
- 生活習慣病の発症予防というよりは、**生活習慣病等の重症化予防や低栄養、運動機能・認知機能の低下などフレイルの進行を予防する取組がより重要。**
- **高齢者の特性に応じた健康状態や生活機能の適切なアセスメントと適切な介入支援が必要。**
- したがって、医療保険者としては、介護予防と連携しつつ、**広域連合が保有する聴診、レポート情報等を活用しながら、個人差が拡大する後期高齢者の状況に応じ専門職によるアウトリーチを主体とした介入支援(栄養指導など)に取り組むことが適当。**
- 後期高齢者は慢性疾患の有病率が高く、疾病の重症化予防や再入院の防止、多剤による有害事象の防止(服薬管理)が特に重要であるため、**医療機関と連携して保健事業が実施されることが必要。**

図〇 後期高齢者の保健事業のあり方に関する研究概要

# 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



「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。

図〇 フレイルの概念

## (2) 健康指標・レセプト分析からみた課題 (多病の実態、医療のかかり方)

※ 健康指標でみた状態像 (有病状況と多病の実態) や  
レセプト分析からみた課題 (後期高齢者の医療のかかり方)  
について、追記する予定です。

## 3) 後期高齢者医療制度における保健事業

後期高齢者医療制度における保健事業は、疾病の発生や重症化を予防し、ひいては医療費の適正化を図ることを目的とする。

また、加齢に伴う心身機能の低下や複数の慢性疾患、他機関受診・多剤処方といった、高齢者の特性を踏まえた保健事業を実施するには、医療専門職との緊密な連携をのちもと、医療的な対応を含め実施していく必要がある。

医療保険者が保健事業を実施することにより、こうした医療費の適正化、医療との連携という視点を踏まえた事業推進が可能となり、後期高齢者の健康の維持増進により資することができるものと考えられる。

(1) 広域連合の取組の現状と課題(補助事業等の現状、調査結果等から)

広域連合が実施する保健事業は、健康診査や歯科健診のほか、重複・頻回受診者等への訪問指導やジェネリック医薬品使用促進など主に医療費適正化の取組が行われてきた。

一方、健診結果等を活用して、一人ひとりの状況に即した健康の保持増進を図る取組は、まだ比較的少ない状況にある。こうした取組は、今のところ、自治体内の実施体制や、関係機関・団体との連携、協力体制が整った、比較的熱心な広域連合が先駆的に実施するにとどまっている。

今後は、一人ひとりの状況に即した保健指導についても、より多くの広域連合で実施することが必要となる。特に生活習慣病の重症化予防、低栄養の回避、運動・認知機能の低下防止等に向けた生活習慣見直しに重点を置くことが有効と考えられる。

また、後期高齢者医療制度における保険者インセンティブにおいても、取組を評価し、財政的にもメリットを感じられる仕組みの導入を検討している。

合わせて取組を全国的に横展開するためには、広域連合の組織体制を踏まえ、都道府県や地元の学識者等からの支援や助言が受けられるような支援体制の検討も肝要である。

(2) 医療保険者としての取組の位置づけ

医療保険者として、後期高齢者の保健事業に取り組む際の強みとして、保険者として保有する健診・レセプト等の健康医療情報をもとに、必要に応じ高齢者の医療面に対する健康支援が可能となることがある。

健診結果等を活用した生活習慣病の重症化予防の取組では、脳卒中や透析等の重篤な疾病の発症をできるだけ遅らせることにより、要介護状態の予防にもつながるなど、高齢者のQOLを維持するとともに医療並びに介護財政への影響を期待することができる。

また、口腔機能低下を防止することにより免疫力の低下を予防し肺炎等の感染症を予防することや低栄養による経管栄養への移行を遅らせるなど高齢者特有の変化への対処や、多剤服用による有害事象などの高齢者への影響に対処することにより、できる限り在宅で自立した健康的な生活を続けられるような支援が重要となる。

これらの取組にあたって、多機関受診、多剤処方、残薬が生じやすい等の課題に対し、現行の医療システムでは個別の医療機関による一元的な管理は難しい状況がある。医療保険者としては行政との連携に加えて、医療機関と連携した保健事業の展開が重要になる。

#### 4) 医療保険者の視点からみた健康支援

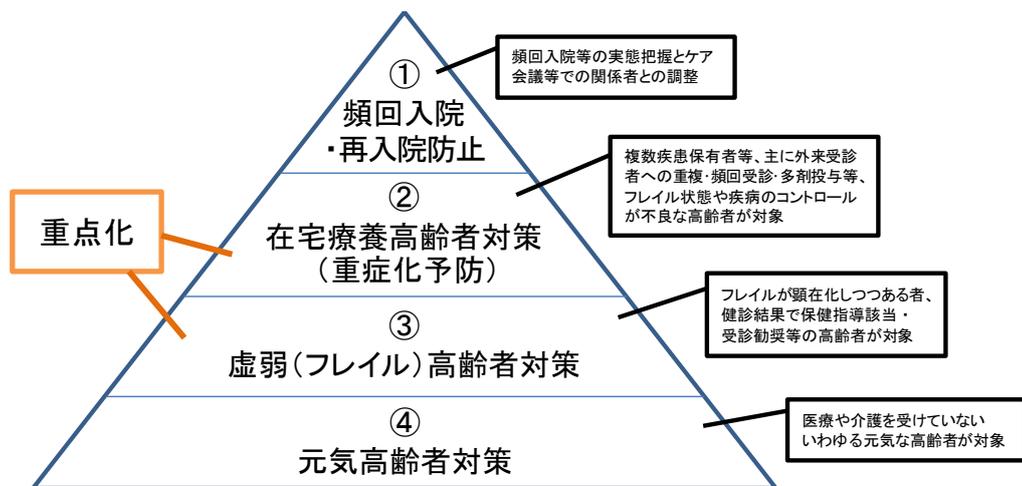
##### (1) 高齢者の特性を踏まえた支援とは

- ①現役世代における肥満対策に重点を置いた生活習慣病対策（特定健診・特定保健指導）から、体重や筋肉量の減少を主因とした低栄養等のフレイルに着目した対策に徐々に転換することが必要である。
- ②生活習慣病の発症予防というよりは、生活習慣病の重症化予防等の取組がより重要である。また、壮年期からの生活習慣病の延長線上で肥満傾向にある高齢者も多く、代謝の低下とともに筋量の減少の影響もあり筋骨格系疾患等の慢性疾患への取組も重要となる。
- ③再入院の防止や多剤による有害事象の防止（服薬管理）が特に重要である。
- ④専門職によるアウトリーチを主体として、対象者一人ひとりに応じた個別の介入支援（栄養指導など）に取り組むことが適当である。

##### (2) 被保険者の状態像に応じた取組

後期高齢者を対象とした保健事業では、個人差に応じた対応が重要となり、後期高齢者と一括りにするのではなく、対象者の階層化と個別対応が求められる。そのため、地域支援事業の地域サロン等のポピュレーションアプローチに加えて、個人差に応じた適切なハイリスクアプローチを組み合わせるにより、早期からの対象者の把握や効率的に絞り込むなどの、より効果的な実施につなげることが可能となる。

被保険者の健康状態をレセプトや健診データから分類し、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。状態像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される。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に向けた取組を行う。



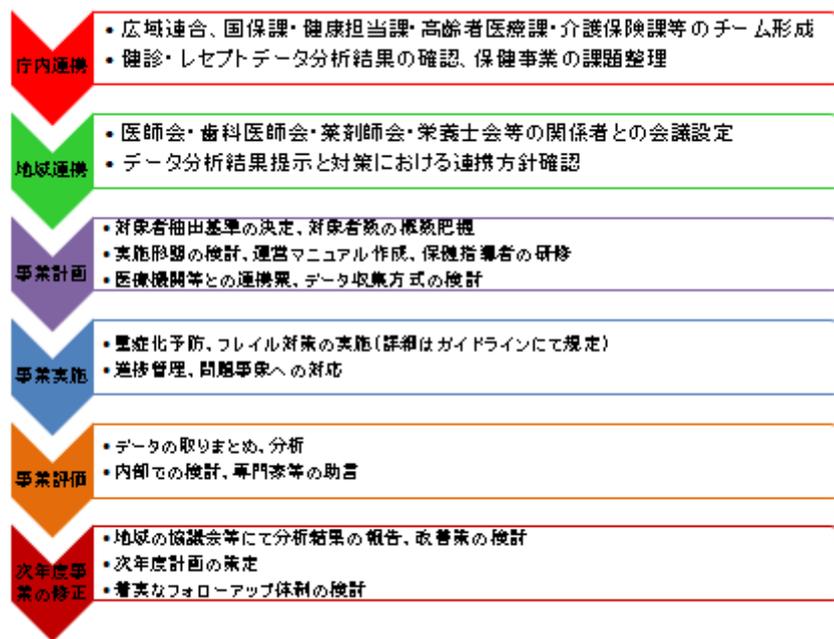
図〇 被保険者の状態像に応じた健康支援の取組イメージ

## 2 効果的な実施に向けた取組内容の検討

### 1) 高齢者の保健事業の進め方

図〇に高齢者の保健事業の基本的な手順について示す。

- ① 広域連合は、都道府県単位の被保険者の健診やレセプト情報を有し、経年的な変化も把握することができる。こうした情報を活用することにより、地域の健康課題の把握や個別支援の必要な対象者の抽出、保健事業の結果の評価に役立てることで、保健事業を効果的・効率的に進める。
- ② 市町村は、広域連合が保有する情報の提供を受け、事業計画の策定や対象者の抽出に役立てる。また、広域連合とともに事業評価を行うなど、連携を図りながら保健事業を進める。
- ③ 保健事業を進めるにあたっては、企画・計画段階から、地域の健康課題や、保健事業の進め方について、関係者間で十分に話し合い、方向性を共有することが重要である。後期高齢者は8割以上が医療を受診しており、かかりつけ医は日頃から一人ひとりの健康状態を把握している。このため、特に地元の医師会やかかりつけ医など医療機関との連携を密にすることが必要である。



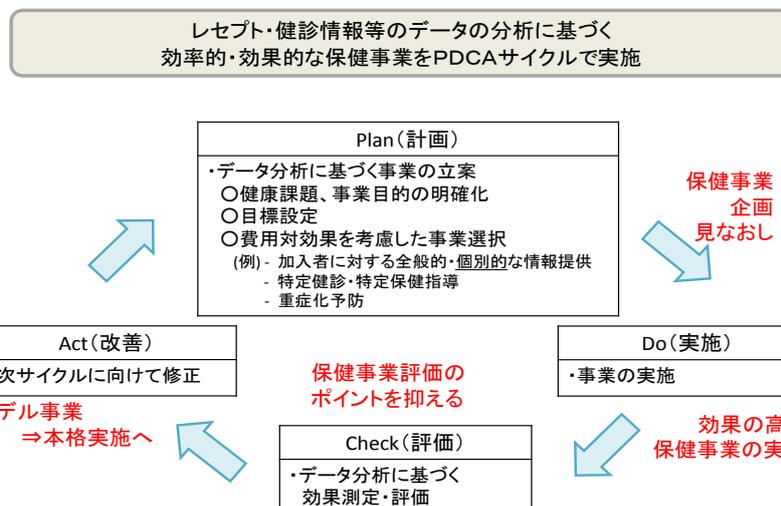
図〇 高齢者の保健事業の進め方

## 2) 健康課題の把握（データヘルス計画等との整合、調整）

取組内容の検討にあたって、まず、地域の健康課題を把握する必要がある。活用するデータとしては、健診データ、レセプト（医療費）データ、人口動態統計、要介護認定データなどであり、これに質的情報も加味して分析する。各種情報は、経年比較や国、都道府県平均との比較、同規模保険者等との比較を行いながら、地域の特性などを整理する。

こうした健康課題の把握は、各広域連合においてデータヘルス計画の策定にあたりすでに実施され、計画に基づく保健事業が進められているところである。計画内容について市町村と共有するとともに、平成30年度からの次期データヘルス計画の期間に向け、高齢者の健康・医療情報の動向を押さえ、直近の状況から健康課題を再確認し、検討することが望ましい。

## データヘルス計画



図〇 データヘルス計画

### 3) PDCAサイクルの構築

事業成果が適切に把握評価され、その結果が事業の実施方法に反映されて、継続的な改善が図られるよう、事業のPDCAサイクルの構築に努める必要がある。以下にこの観点から事業の流れの概略を示すが、具体的な取組については「Ⅱ実践編」を参照いただきたい。

#### (1) 既存事業の見直し（健診、保健指導、健康相談、健康教育等）

高齢者の保健事業は、広域連合による事業だけでなく、他の保険者や一般衛生部署等、関連部署でも実施されることがある。このため、見直しにあたっては、他部局と連携して既存事業の実施内容と達成状況を把握、評価するなど考慮する必要がある。

このように、既存事業の整理、いわば「棚卸し」を行い、上記1)で整理した健康課題や実施結果と照合して、医療保険者として実施効果の検証を行い事業のスクラップアンドビルド（最適化）を図る。

#### (2) 事業内容の検討と準備

健康課題を踏まえ事業の対象者像（性・年齢、健康状態、ADL、生活状況）、実施地域等を明らかにし、健診結果やレセプトを活用しつつ対象者の概数を把握する。

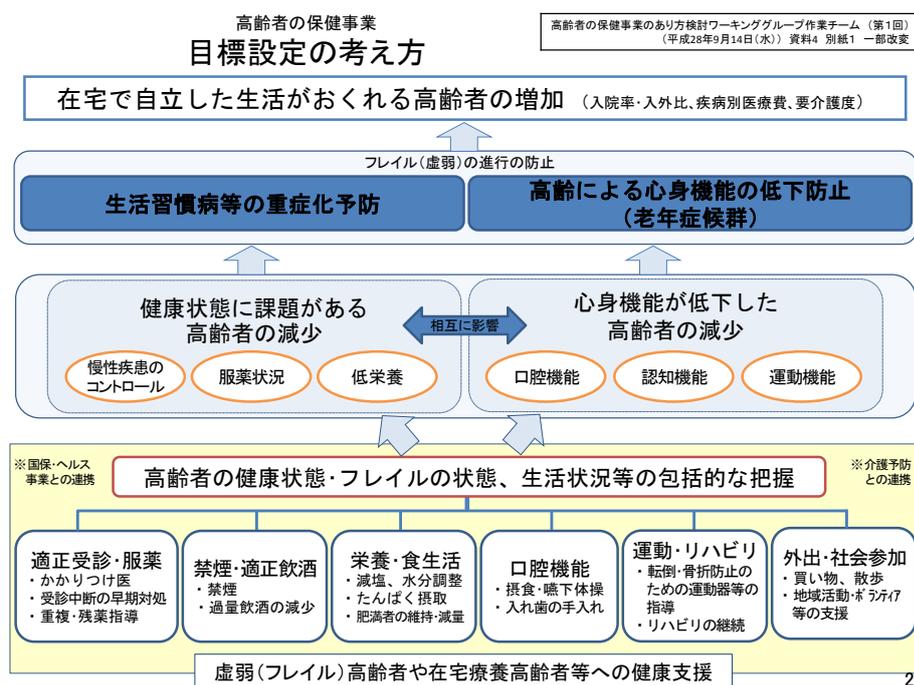
そのうえで、対象者を健診結果などから絞り込み、対象者の選定基準や健康支援の方法及び実施方法（訪問指導、立ち寄り型相談）などを決

め、実施計画書を作成する。

さらに、事業の具体的な実施内容や方法（対象者抽出、アセスメント項目、介入内容・方法等）を検討する。（実施プログラムの作成）

### (3) 目標の設定と評価の準備

事業の実施後に事業評価を行い、継続的な改善につなげていくため、事業実施前に目標と評価項目を設定する。目標には中長期的な大目標・中目標と毎年度の個別事業により達成を目指す小目標が考えられ、評価指標もそれぞれに設定することが求められる。



図〇 保健事業の目標設定の考え方

その際、評価項目は、事業の実施前後や事業の参加者・非参加者、実施地域の内外の比較など、入手可能なデータにより効果を検証できるように設定する。

また、数値化できない質的情報についても、保健指導の内容と反応、家族や介護者の感想、福祉関係者の対応状況など、必要に応じ評価に役立てるよう段取りを組んでおく。さらに、事業実施後の健診結果や医療の受診状況などについて、事業実施後も複数年にわたり参加者と非参加者の比較を行えるよう、都道府県国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」という。）が管理する国保データベース（KDB）システム（以下「KDBシステム」という。）等の活用も含め、追跡評価の方法をあらかじめデザインしておくことが求められる。

評価はストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカムの4つの観点から行い、次年度以降の事業計画・内容の検討などに役立てる。

## 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・保健指導の実施体制が構築できたか(内製・委託)</li> <li>・委託の場合、十分に事業を実施できる事業者であるか。</li> <li>・保険者等との連絡、協力体制ができているか。</li> </ul>
プロセス うまく運営できているか	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業実施手順書を作成し、関係者間で共有できているか</li> <li>・募集、初回実施、継続、評価の各段階でチェックしているか。</li> <li>・対象者に合わせた内容が準備できているか</li> <li>・参加者の健康状態を事前に把握、指導者に提供できるか。</li> </ul>
アウトプット ちゃんと実施できたか	<ul style="list-style-type: none"> <li>・計画した事業が実施できたか</li> <li>・ねらったセグメントの対象者が参加できているか</li> <li>・最後まで継続できたか</li> <li>・実施回数、人数は計画どおりか</li> </ul>
アウトカム 結果は出ているか	<ul style="list-style-type: none"> <li>目的とした成果が上がっているか。</li> <li>関心度・生活習慣、健康状態(検査値)、療養状況</li> <li>医療費 (非参加群との比較があるとよい)</li> </ul>

1

図〇 保健事業の評価の視点

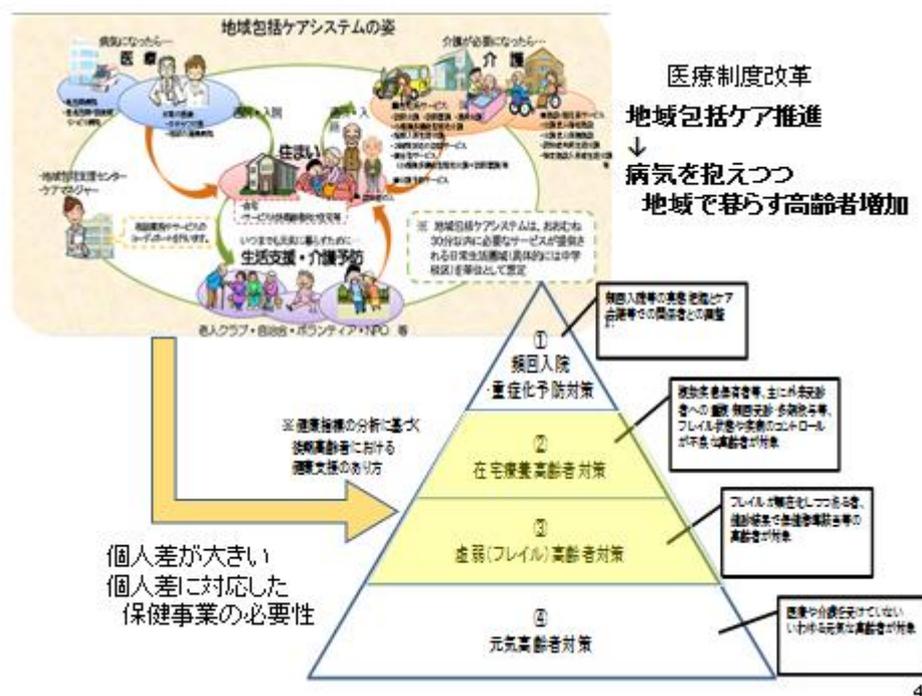
### (4) 健康支援の実施と評価

実施プログラム、指導マニュアルに従い、専門職による保健指導を実施する。(詳細は「Ⅱ実践編」へ)

#### 4) 重点的に対象とする事業（類型、要件）

##### (1) 取組の重点化

当面の取組としては、上記1 3)に掲げたピラミッドの2層目、3層目の取組に重点化するなど、地域の実情を考慮した取組とする。



図〇 取組の重点化イメージ

##### (2) 事業類型（低栄養・口腔・服薬・複合的取組）

###### ① 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や、疾病等に伴う在宅での食事管理ができない者を対象に栄養相談や指導を実施。

###### ② 口腔に関する相談・指導、訪問歯科健診

摂食、嚥下等の口腔機能の低下など口腔に関する問題を有する者を対象に、改善のための相談や指導を実施。

また、歯科健診を受診することができない在宅の要介護状態の者に対し、治療等が必要な高齢者を発見し治療等につなげるなど、誤嚥性肺炎等の疾病を予防するための訪問歯科健診を実施。

###### ③ 服薬に関する相談・指導

複数受診等により服用する薬が多い場合や、薬の管理に関する困りごとを抱える者に対し、適正な服薬のための相談や指導を実施。

###### ④ 生活習慣病等の重症化予防

高血圧や糖尿病等の生活習慣病のコントロールが不十分なため、

重症化のおそれがある者に対し、重症化を防止するための相談や指導を実施。

⑤その他上記に類する事業、複合的に実施する事業等

(3) 事業の要件

事業の実施にあたっては、高齢者の特性を踏まえた広域連合の事業として効果的・効率的に実施するために、以下①～④の条件を満たすものであることが求められている。また、糖尿病性腎症の重症化予防の取組の場合は、⑤も満たすことが必要である。

- ① 対象者の抽出基準が明確であること
- ② かかりつけ医（歯科医）と連携※した取組であること
- ③ 保健指導に専門職が携わること
- ④ 事業の評価を実施すること
- ⑤ 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の取組の場合、内容的には、相互の情報共有や指導助言を受けることなどを指す。

また、医療保険や介護保険によって重複する内容の管理や指導を受けている者は対象としないことにより重複を防止する。

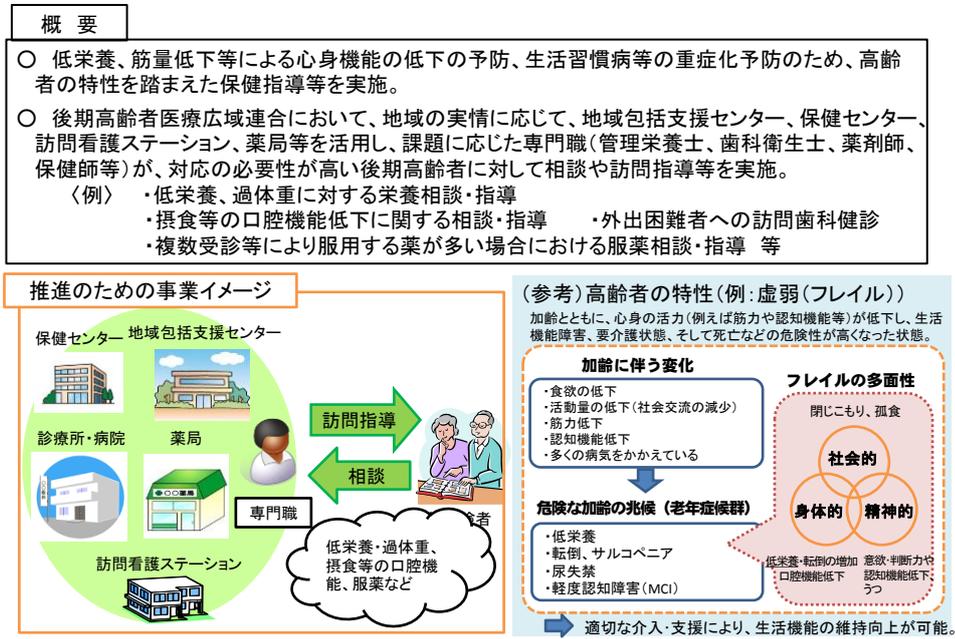
(4) モデル事業の実施と成果の活用

平成28年度「高齢者の低栄養防止・重症化予防等推進事業」として、「栄養指導」「口腔指導」「訪問歯科健診」「服薬指導」「重症化予防」「包括アセスメント」「複合的取組」「研修」の各取組分野も設け、広域連合が市町村等と連携したモデル事業を実施している。

実施にあたっては、地域で重点的に解決すべき課題の検討や事業類型・要件などを踏まえ、地域の実情に応じた既存の拠点（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、診療所・病院、歯科医院、薬局等）を活用して行うこととしている。

このモデル事業は、平成29年度も継続・新規事業を実施する予定で、効果検証を行いガイドラインに反映することとしている。

## 高齢者の低栄養防止・重症化予防等の推進



図〇 高齢者の低栄養防止・重症化予防等の推進（モデル事業）の概要

### 5) 効果を高める工夫

#### (1) 若年世代からの取組との連携

後期高齢期における健康状態は、それ以前からの生活習慣等が大きく関わっている。このため、若年世代からの取組と連続性を図るなども有効な取組と考えられ、他保険者と状況や課題を共有することが望まれる。

#### (2) 対象者の主体性の重視等

保健事業の企画にあたっては、対象者本人の安心、楽しみ、元気、交流といったポジティブな要素を重視し、効果を実感できるようにすることが有効である。

また、健康支援の方法は、保健指導だけではなく、体験や見守り、他の保健事業との連携や移行なども含め、様々な選択肢があり、対象者の状況に応じ柔軟に実施することが必要である。

こうした健康支援を実施するのは、保健指導を行う専門職だけでなく、家族、介護者、さらには本人によるセルフケアも含め、適切に組み合わせを進めることが望ましい。

### 3 取組の推進に向けた体制整備

#### 1) 関係者の役割分担

##### (1) 後期高齢者医療広域連合の役割

広域連合は、保健事業の実施主体であり、健診、医療レセプト（調剤・歯科含む）等の包括的、統合的な管理を行うことができる。

こうした健康・医療情報を活用して健康課題を把握し、対象者の選定と介入支援を効果的、効率的に実施するなど主体的な事業の企画・実施を検討する。また、事業評価を適切に実施することにより、PDCA サイクルによる事業の継続的な改善に努める。

実施にあたっては市町村との連携を密にし、市町村の問題意識をくみとり、保健事業に反映するとともに、好事例を他の市町村に展開するよう努める。

また、医師会等関係団体との連携を図り、保健事業が円滑に実施できるよう環境を整える。また、KDB システム等の活用により、保健指導を実施する市町村に必要な情報を提供するなど、取組が円滑に進むように配慮する。

##### (2) 市町村に求められる役割

広域連合を構成する市町村は、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、健康の保持増進の総合的な取組の主体である。

広域連合から提供される健康・医療情報等を活用して地域の疾病構造や健康課題を把握し、地域の関係団体と問題認識を共有する。また、地域が有する保健医療等に関する資源の実態を把握する。こうしたことを踏まえながら、広域連合との連携を図りつつ保健事業の企画、実施、評価にあたる必要がある。

その際、関係部署間の連携を密にし、介護保険、国民健康保険、一般住民を対象とした保健事業等との整合を図りつつ推進するなど、事業を着実に実施できる運用体制の確保に努める。

##### (3) 都道府県に求められる役割

広域連合や市町村における実施状況をフォローするとともに、都道府県レベルの医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会、歯科衛生士会等の関係団体と都道府県内の取組状況を共有し、課題、対応策等について議論する。これら団体と広域連合、市町村の連携が図られるよう調整を図る。

介護保険、国民健康保険、一般住民を対象とした保健事業との連携促進がはかれるよう、市町村等への指導助言、調整を行う。

#### (4) 国に求められる役割

各広域連合における取組みや、介護予防、医療機関との連携の好事例を収集し情報提供するとともに、科学的な知見をもとにした取組や手順等をまとめたガイドラインを示すなど、事業の普及を支援する。

取組み状況の見える化を行い、好事例の横展開などを加速化するとともに、保険者インセンティブ※などにより、事業の実施を支援する。

レセプトや健診データ等を活用した、地域課題の分析や後期高齢者の特性に応じた対象者把握、効果分析等が円滑に行われるよう、必要な情報環境の整備に努める。

また、各都道府県や地域における広域連合、市町村、関係機関・団体の連携体制構築のため、それぞれの全国組織等の中で現状や課題の共有を図るなど調整に努める。

#### ※保険者インセンティブ

後期高齢者医療制度における保険者インセンティブは、制度の運営主体である広域連合の取組を支援するものであり、健康診査や重症化予防の取組、高齢者の特性を踏まえた保健事業の実施状況などの評価項目について取組状況を評価し、評価結果を平成28年度から特別調整交付金の一部の配分に反映する。

#### 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を更に検討する。

##### 2. 評価指標の候補

保険者共通の指標	固有の指標
<b>指標①・②</b> ※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	<b>指標①</b> ○データヘルス計画の策定状況
<b>指標③</b> ○重症化予防の取組の実施状況	<b>指標②</b> ○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
<b>指標④</b> ○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	<b>指標③</b> ○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
<b>指標⑤</b> ○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	<b>指標④</b> ○医療費通知の取組の実施状況
<b>指標⑥</b> ○後発医薬品の使用割合 ○後発医薬品の促進の取組	<b>指標⑤</b> ○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
	<b>指標⑥</b> ○第三者求償の取組状況

1

図〇 後期高齢者医療における保険者インセンティブ

## 2) 関係者間の連携

### (1) 広域連合と市町村の連携

保健事業の実施主体は広域連合であるが、多くの場合、住民に身近な市町村が主導的な役割を担い実施の中心になることが想定される。この場合広域連合は、都道府県域内で実施される保健事業の調整を図るとともに、高齢者の特性を踏まえた保健事業の重要性の理解・協力が得られるようにデータ等の根拠をもとに市町村に働きかけ、十分な調整のうえ事業委託等の形をとり実施する。また、取組に必要なレセプトや健診データ等の情報提供、医師会などの関係団体との調整などを行うことにより、事業が円滑に実施できるよう連携・協力する。

一方、広域連合が市町村に委託等をすることなく、直接または民間等に委託して保健事業を実施することも考えられる。この場合でも、保健事業を実施する対象地域において、地元市町村の介護保険や健康づくり事業との連携を図るため、相互に情報共有を密に行うなど協力体制を整える必要がある。

いずれの場合においても、広域連合と市町村（後期高齢者医療担当部署、国保担当部署、衛生担当部署、介護担当部署等）の連携体制づくりのために、双方参画のもとで事業を企画、実施、評価できるよう協議会等の企画運営組織を設け、定期的に開催するなど実施体制の確保に努めることが必要となる。

### (2) 市町村の庁内連携

高齢者の保健事業の推進にあたっては、特に市町村内における以下の関係部署間での連携・協力が図られるよう努める必要がある。

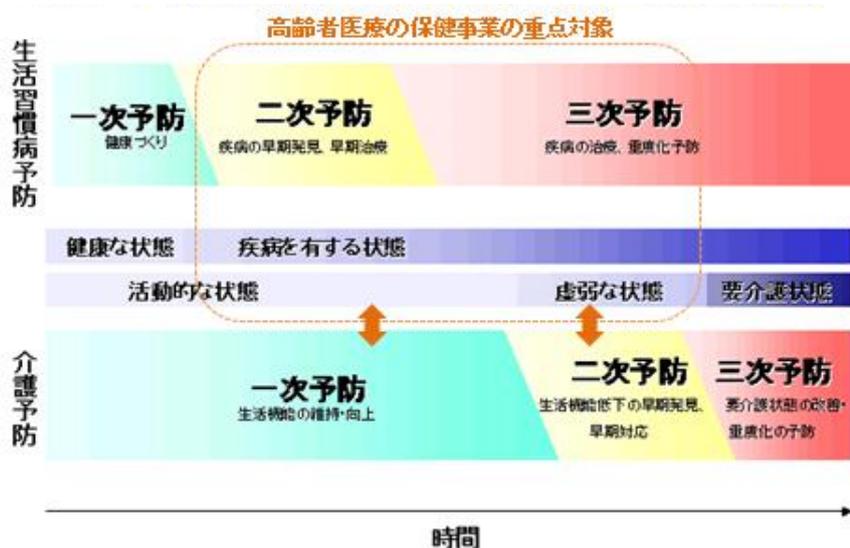
#### ① 介護予防との役割分担と連携

##### ア 相互の関係

後期高齢期になるほど、複数の疾病をかかえフレイルが顕在化するなど複合的な状態に陥る可能性が高く、医療と介護のいずれもの二一ズを併せ持つことになる。その場合、保健事業と介護予防事業では、対象者としてかなり重なることが想定される。

基本的には、医療保険の保健事業は疾病の発症やその重症化予防を、一方、介護予防は要介護状態の発生及び悪化をできる限り防ぐとともに、さらには軽減を目指すことを目的に、いずれも保険者機能を発揮することに努めている。高齢者によっては、加齢の進行に伴い健康状態や心身機能が急激に変化するなど、それぞれの切り口からの支援が並行して必要になる場合がある。

そのため、両者は、地域の実情を踏まえ、相互に補完する形で役割分担を検討することが望ましい。



注) 一般的なイメージであって、疾病の特性等に応じて上記に該当しない場合がある。

図〇 高齢者医療の保健事業の視点から見た介護予防との関係イメージ

(高齢者医療のアプローチを中心とした重点化対象)

広域連合の保健事業としては、

- ・ 虚弱高齢者対策…フレイルが顕在化しつつある高齢者（プレフレイル、リスクに気づいていない高齢者）
- ・ 重症化予防対策…複数疾患保有や疾病のコントロール不良など重症化予防が必要な高齢者（主に外来受診中や医療中断者など）

支援内容としては、栄養指導、口腔指導、服薬指導や生活習慣病等の重症化予防の取組などを医療とも連携を図りつつ実施する。

## イ 連携

介護保険における介護予防事業は、基本的には本人や家族などの希望、申し込みを起点として実施される。一方、医療保険では健康医療情報を活用し、本人や家族が問題に気づいていない場合でもリスクのある被保険者を把握し実施することが可能であるため、より早期からのアプローチに適している。

このように両者には、対象者の把握方法やアプローチ方法の特長があるため、フレイル対策の対象者の選定の際には、保健事業と介護予防事

業の取組との重複の確認や調整を行うなど、対象者の状態に応じてより効果的な支援を行うことが求められる。また、こうした連携を緊密にするため、保健と介護の担当者が出席するサービス調整のための会議を開くなど、連携体制を整えることが望ましい。

## ② 保健事業所管部署との連携

市町村の衛生や国保担当部署は、これまでも健診・保健指導等の実施主体として住民の健康保持増進を担当する主要部署となっている。このため連携により、若い世代からの生活習慣病等の取組の延長線上で、保健事業を評価し重症化予防の必要性を検証することが可能となる。

また、この他予防接種等で医師会・かかりつけ医との接点があり、高齢者への取組にあたっては、医療面の支援の必要性や課題を共有しやすい状況にある。取組にあたっては既存事業等の企画段階からの連携・調整を図ることが望ましい。

## (3) 地域連携（都道府県、関係団体等との調整等）

### ① 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、薬剤師会、看護協会、栄養士会、歯科衛生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、実際の保健事業を委託する等して、協力を得ることもあり得る。

そのほか、広域連合等が高齢者の特性を踏まえた保健事業に取り組む場合には、会員や各地域組織等に周知、助言を行い、必要な協力を行うよう努める。地域に存在するソーシャルキャピタルとして、民生委員・地域包括支援センター・介護保険事業者との連携も有効である。

### ② 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。

具体的には、高齢者の健康課題に関する相談をするなど、事業の企画段階から情報提供し助言を受けられるような関係を構築することが望ましい。また、現場においては、対象者の選定や保健指導上の留意点をかかりつけ医に相談するとともに保健指導結果をフィードバックするなど、連携を図りつつ取組を進める。さらに、事業の内容により、関係者への説明会を開くなど情報共有に努める。

### ③ 他の医療保険者との連携

年齢区分にとらわれず、高齢期における一貫した対応が図られるよ

う、他の医療保険者との連携を図る。

また、市町村国保の既存事業との組み合わせにより、継続的な事業を検討するとともに、国民健康保険から後期高齢者医療制度に移行した被保険者については、保健事業の効果の追跡把握やそのフィードバックについて検討する。

④ NPO・民間業者の活用

NPO法人は、地域ニーズを熟知し、住民に対しきめ細かく柔軟な対応が可能な場合がある。NPO法人との連携を図り、助言を得たり、企画運営に参画してもらうことも有益である。

また、保健事業を適切に実施する能力のある民間業者に業務委託することは、広域連合や市町村のノウハウや人材不足を補い、事業を円滑に実施することにつながり得る。ただしこの場合も、委託者が事業の仕様等の詳細を明確にし、実施結果を委託者に帰属させ、効果検証を行うなど、受託者に任せきりにならないよう注意が必要である。

⑤ 国保連合会との連携（ヘルスサポート事業、KDBシステム）

国保連合会は、国保・後期高齢者ヘルスサポート事業として、学識経験者らによる支援・評価委員会を設置し、広域連合が行う保健事業に関して専門的観点からの指導や助言を行っている（平成27年度26広域連合を支援）。国保に対する支援も同時に行われているため、同じ市町村に対し国保から継続した支援を検討するなど、事業の企画、計画、運営、評価等にあたって、一層積極的な活用が望まれる。

また、KDBシステムは、健診や医療・介護のレセプト情報を保有しており、さまざまな観点から比較・分析できるツールであり、健康課題を把握し、事業の対象者抽出に活用することができる。一人の人の健診・医療の受診状況を突合して確認できるため対象者の絞り込みが容易になるなどのメリットがあり、システムデータの活用により効果的、効率的に事業を実施することが望まれる。

4 取組を推進するための環境整備

1) 人材育成

(1) 高齢者に関する健康支援の知識・技術の周知、資質向上

保健指導を行う専門職や事業を企画運営する行政職員が、後期高齢者の特性を踏まえた個別指導の方法や事業企画運営等について必ずしも熟知しているわけではない。また、日頃から高齢者の健康面でのサポートに関わることが多い医療、福祉などの専門職や関係者などは、保健事業の実施にあたり協力を得ることが不可欠である。このため、こうした対

象者に対して、高齢者の保健事業への理解を深めるための研修等の取組が求められる。

## (2) 研修等の実施方法

広域連合がモデル事業の取組にあたって事業説明会を兼ね先進的な取組を紹介するなど直接、研修を実施する場合も考えられるが、地域の健康課題や重点対策を共有、推進することから都道府県や国保連合会、保険者協議会等と共同での研修を検討する場合などが考えられる。

## 2) 実施上の留意事項

### (1) 委託する場合の留意点

広域連合が専門職団体や民間事業者に委託する場合は、事業の実施内容について具体的な仕様を詳細に定め委託する必要がある。実施の進捗を定期的に把握し、事業結果の評価を行う。また、実施データを含む成果物は、広域連合等に帰属させる。

### (2) 個人情報の適切な取扱

各広域連合や市町村の個人情報保護条例等に則り、個人情報の適正な取り扱いを徹底する。外部に委託する場合には、委託先との契約や覚え書きにおいて、これを明確にしておく。また、分析等のために、個人単位の情報を外部に渡す必要がある場合も適切な取り扱い（目的、情報の範囲、取扱い方法等も含め）を行う。

さらに、保健指導の実施時においても、例えば服薬指導の結果、処方医に情報提供する場合に、本人の同意を得るなど、個人情報の慎重な取扱を徹底する。

### (3) 安全配慮

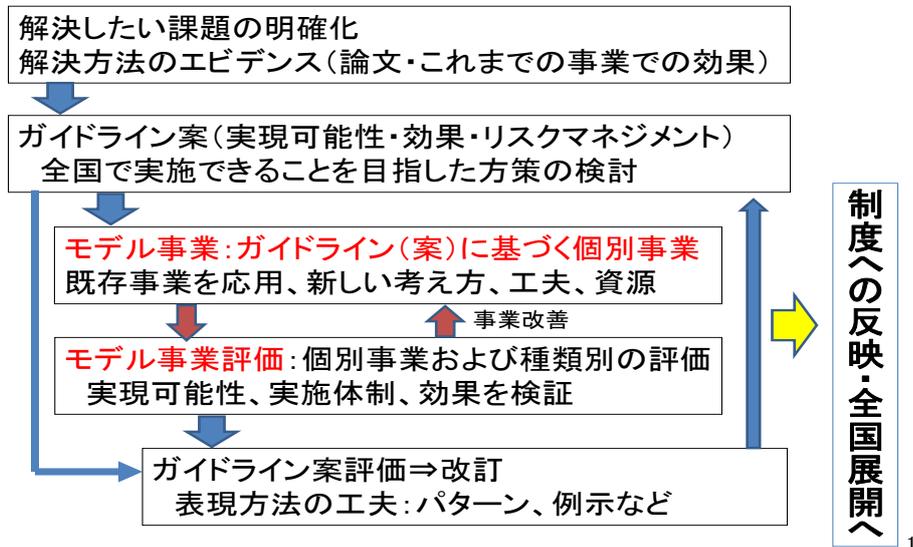
安全管理に留意した運営ができるよう準備する。トラブル発生時における相談窓口を設置しておく。

## 5 今後引き続き検討すべき事項

### 1) モデル事業の検証とガイドラインの改定

後期高齢者の保健事業の実施にあたって、アセスメント項目や基準、介入効果のエビデンスは未だ十分とはいえない。このため、本ガイドライン[暫定版]を基に、平成 29 年度にモデル事業を引き続き実施し、その結果を踏まえガイドラインを改定する。

## ガイドラインとモデル事業の関連



図〇 ガイドラインとモデル事業の関連

### 2) 別途実施されている検討事業(歯科・糖尿病性腎症)の反映

糖尿病性腎症重症化予防事業や歯科口腔保健のプログラムについて、別途進められている検討の成果の反映について検討する。

### 3) その他(健診のあり方の検討)

後期高齢者の特性に応じた保健事業に資する健診のあり方(問診票も含む)について、モデル事業の結果等も踏まえ特定健診等の担当部署とも連携のうえ検討していく。健診結果について、ITを活用した本人へのわかりやすい知らせ方や、例えば病院での診療時に基礎疾患情報を参照できる仕組みなど、活用方法も検討する。

## Ⅱ 実践編

## Ⅱ 実践編 （※ 広域連合の実施マニュアル的なもの）

### 1 標準的なプログラムの概要

標準的なプログラムは、保健事業の実施にあたって抽出・アセスメント・介入支援の標準的な流れや実施上の留意点などを示すことにより、初めての広域連合や市町村等においても取組みの参考となることを目的としている。

地域の実情を考慮し、より効果的・効率的に実施できる方法がある場合や、実現可能性の高い方法がある場合については、この標準的な流れを踏まえつつ、独自の方法を組み合わせて実施しても差し支えない。

#### 1) 標準的な健康支援プログラムのイメージ

広域連合等が保有する情報を組み合わせて、早期に支援の必要な対象者を把握し健康支援を行うことにより、在宅での自立した生活の維持・継続につなげる。

- ① 低栄養
- ② 口腔機能低下
- ③ 服薬指導
- ④ 慢性疾患の重症化予防
- ⑤ 複合的な取組（複数の疾病等への対応）

#### 2) 医療保険者の視点で重点的なマネジメントを要するケース

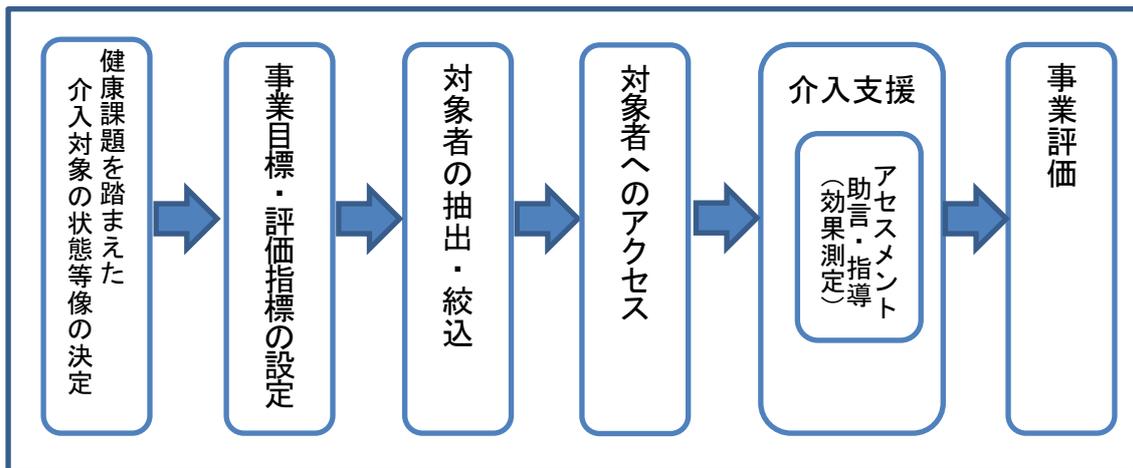
下記の例示する者は、医療ニーズが高い可能性があり関係機関との連携の元で包括的な対応を図ることが必要な場合がある。

- ① 複数疾患保有者、多受診、多剤処方者
- ② 医療機関・健診の未受診、中断者
- ③ 独居・高齢世帯、最近配偶者が死亡し一人暮らしになったケース等

#### 3) 標準的な実施手順

##### (1) 事業目標・評価指標、アセスメント項目の設定

データヘルス計画に記載の健康課題等、広域連合等が求める課題解決の方向と本事業の目標設定の整合を確認する。評価指標は、設定した事業目標の達成が確認できる指標を設定する。設定にあたっては、計画期間に合わせて達成時期までの時間幅を考慮し、いつまでに何を目指すかが吟味されていることが必要となる。



アセスメント項目の設定にあたっては、①健康課題に対応し事業目標の達成の有無が確認できる、②既存の情報を活用する、③複数の疾病やフレイル状態を包括的に把握できるなど、高齢者の状況に相応しい項目を医療・保健・介護・福祉等の関係者の意見を求めるなど検討の上設定する。

また、高齢になるほど個人差が拡大するため、高齢者の健康状態や生活実態に応じた介入支援が必要となる。その前提としてフレイルの状態や医療と介護のニーズを合わせて把握するなど包括的な把握が重要となる。介入支援においては、専門職等による介入により高齢者の健康状態等の改善可能性を考慮することが重要である。

## (2) 対象者の抽出・選定（絞込）、募集

広域連合が実施する健診は、74歳までの特定健康診査（以下「特定健診」という。）を準用しているため、若年世代の結果データからの連続性があり、特定健診の実施主体である市町村との連携も容易となるなど生活習慣病の重症化予防の取組には適している。

対象者の抽出にあたっては、後期高齢者の場合、医療を受診している可能性が高いため、受診勧奨判定値以上の者や年齢的に若い層を優先的な対象とする、医療の受診状況と合わせて判断するなど疾病管理への配慮も重要と考えられる。

一方で、加齢に伴うフレイル状態については、健診情報だけでは十分な把握が難しいため、市町村が保有する基本チェックリストやフレイルの指標・転倒スコア等と積極的に突合するなどして、支援が必要な対象者を絞り込むことが求められる。

対象者を募集する場合には、効果的な方法などを検討し、募集方法を

定める。具体的な募集方法として、抽出された全員にアクセスするのか、対象者の中から手挙げで参加者を募るのか等についても検討する。



### ① 対象者基準の設定

保健事業の目的・内容に応じた対象者基準（リスク項目、リスク数、重症度等）を予め設定しておく。

リスクが高くより優先して介入支援を行う群と、優先度が低い群を段階的に設定する。この結果を参照しながら、当面保健指導を実施する対象者を選定する。

その際、事業規模や実施体制等から、実施可能な対象数に見合うよう絞り込むことや、地域別に複数年で計画的に行うことなども検討する。これらの作業に際しては、専門職による調整も得ながら、実現可能性と効果・効率性の両方を勘案しつつ実施する。

### ② 選定（絞り込み）

広域連合が保有するシステムデータ等から一律に抽出後、地域の実情にも配慮しながら、優先的に支援を要する対象者を選定する。その際、どのような介入支援方法をとるのかも想定しながら、それに適合した、実施可能で効果的、効率的な抽出方法となるよう留意する。

<絞り込みにあたって考慮する情報等>

- ア 医療機関や健診の未受診
- イ 介護保険関連データ

- ・基本チェックリスト、日常生活自立度
- ・要介護認定情報等の活用

ウ その他各種の検査

- ・運動機能検査（ロコモ度テスト、転倒スコア、歩行速度等）
- ・認知機能検査、健康度自己評価等
- ・フレイル問診票（フリードの5項目等）

※ フレイル状態にある高齢者は基本チェックリストにも該当することが多いと考えられるため、高齢者健診の問診に追加し実施することも考えられる等

エ かかりつけ医との連携

上記の手順のほか、かかりつけ医の協力が得られる場合には、かかりつけ医が健診時などに対象者の健康状態を包括的に評価し、リスクの高い後期高齢者を抽出するなどの方法を検討する。

(3) 対象者の類型化と望まれる対応

① 基本的な考え方

高齢者の状態像に応じた介入・支援を実施するため、広域連合が保有する健診・医療情報に加え、市町村が保有する基本チェックリスト等の使用許諾が得られた情報や福祉関係者等からの情報を組み合わせて対象者の状態を類型化する。



図〇 保健事業の対象者の全体像

対象者を把握するうえで重要な視点は、疾病の重症化予防のための医

療・健康管理のみならず、老年症候群等の加齢に伴う疾病やフレイル状態の把握をもとに支援の必要性の判断、現在何らかのサービスにつながり適切な支援が受けられていることの確認などが必要となる。

② 医療・健診の受診状況別の類型と対応

ア 健診受診あり・医療（外来）受診あり

- ・ 外来治療に加え、健診結果等でコントロール状況を把握し支援。
- ・ レセプトから多病や多剤処方の評価と必要な支援を実施。

イ 健診受診あり・医療（外来）受診なし

- ・ 健診結果に応じた対象疾患の1次・2次予防に関する保健指導
- ・ 必要に応じ医療の受診勧奨

ウ 健診受診なし・医療（外来）受診あり

- ・ 外来治療に加え、健診の受診勧奨など地域の保健事業の活用
- ・ レセプトから多病や多剤処方の評価と必要な支援を実施

エ 健診受診なし・医療（外来）受診なし

- ・ 使用許諾が得られた介護保険情報（給付情報、認定情報、基本チェックリスト等）や民生委員や包括支援センター等の関係者から、健康状態や既存サービスの利用状況等の情報把握
- ・ 必要に応じ、保健指導・医療の受診勧奨・介護予防等への連携

#### (4) 介入内容・方法

##### ① 基本的な考え方

- ・ 事業類型ごとに、リスクに応じた効果的・効率的な介入手法を選択し、適切な介入の期間、頻度（回数等）を設定し実施する。
- ・ 実施方法としては、専門職のアウトリーチによる訪問指導を基本とする。ただし、地域の状況も踏まえ、立ち寄り型相談等、他の方法によることもできる。
- ・ 費用対効果など事業の効率性に留意する。比較的短期間、低頻度の、電話指導等も併用した軽易な介入方法であっても、一定の効果が報告されていることも考慮する。（※エビデンスの記載）

##### ② アセスメント（初回面談等）

###### ア 考え方

抽出時使用したデータとともに、対象者との面談を行い、アセスメントシートや指導記録票を用いて、より詳細な状況把握を行って、一人ひとりに応じた介入支援方法を検討する。

その際、独居や多受診などの社会的要因やレセプトデータに着目して検討することも有用である。

###### イ アセスメント項目

対象者の抽出に用いたデータや初回面談で把握する問診等を活用し、高齢者の健康課題に応じた適切なプログラムを検討する。

###### ウ アセスメントにおける留意点

できるだけ多くの対象者に対し、確実に適切なアセスメントに基づく介入を行えるよう、地域の状況に応じ実施方法を工夫することが望ましい。

- a. かかりつけ医の協力が得られる場合には、かかりつけ医が健診時などを利用してアセスメントを行うことも検討する。
- b. 介護保険の地域支援事業の地域サロンや各種健康相談事業、独居高齢者・閉じこもり高齢者へのアウトリーチ事業等、対象者が受けやすい機会を活用できるよう、様々な場面での実施を検討する。
- c. 保険者の事業規模や地域資源等の事情を考慮しつつ効果的、効率的に実施するよう留意する。

##### ③ 継続的支援

ア 適切な介入の期間、頻度（回数等）を設定。各訪問指導時における実施内容を決め、効果的に実施する。

- 例) 初回訪問時 : 対象者の状態把握、指導計画作成、指導の実施  
2回目訪問時 : 行動変容、改善状況把握、追加指導の実施

### 3回目訪問時：実施結果を測定（効果検証）

イ 各訪問者間で実施状況を共有し、適宜指導内容の改善を図るなど効果的に実施する。また、場合によっては電話指導等を併用したり、各回の指導内容に応じて訪問する専門職の職種を選択するなど、効率的な実施に努める。

### ③ 支援終了時の評価

## （5）事業評価（介入効果の確認、事業見直し）

### ① 基本的な考え方

どのような事業でも、その事業実施が適切であったか、効果があったかを確認（評価）し、改善が必要な場合には適宜事業の進め方等について修正を行う必要がある。また、ストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカムの4つの観点による事業評価が必要であり、PDCAサイクルを回した実施が重要である。

あらかじめ定めた評価項目について、事業実施時における状況と、実施後の状況を把握し、比較検討を行う。また、数値化できない定性情報についても、保健指導の内容と反応、家族・介護者の感想、福祉関係者の対応状況などを記録し、評価に役立てる。

可能な限り対照群を設定し、実施群との比較を行う。厳密なランダム化による設定は難しいと思われるので、その場合は、対象者として抽出したものの、結果的に事業に参加しなかった人を対照群とする方法や、実施地域が限定されている場合には、その地域外の非実施地域の人を対照群とする方法など、実施しやすい方法を検討する。

実施群及び対照群について、KDBシステムの活用等により、健診データやレセプトデータの変化を把握する。

上記方法により得たデータをもとに評価を行い、次期の保健事業の改善、見直しにつなげる。

### ② 評価の実施

#### ア 評価項目

##### <共通事項>

##### a.健診結果

身長、体重、BMI、空腹時血糖、HbA1c、中性脂肪、HDL、LDL、収縮期血圧、拡張期血圧、喫煙等、既往歴、血清クレアチニン、eGFR、尿蛋白、GOT、GPT、 $\gamma$ -GPT、尿酸、尿糖

##### b.歯科健診

歯科健診結果総合判定

c.レセプトデータ

レセプトに記載された主な生活習慣病傷病名、医療費

d.介護保険関連データ（要介護度、サービス利用状況）、給付費

e.その他

障害高齢者の日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度、  
 <類型ごとの事項>

a.栄養

簡易栄養状態評価、アルブミン

b.口腔・歯科

咀嚼機能評価、舌機能評価、嚥下機能評価、口腔衛生等の変化

c.服薬

服薬数

d.その他

本人および家族、介護者の感想、満足度、行動変容状況

③ 評価の手順

ア あらかじめ設定した評価項目により事業開始時及び終了後のデータを収集する。適宜対照群を設け、これについてもデータを収集する。

イ KDBシステム等を活用したデータ収集も行う。

ウ 上記ア、イのデータを整理し、事業開始時と終了後、あるいは、実施群と対照群の比較を行う。

エ 健診情報やレセプト情報からわかる健康状態の変化については、指導後1～5年程度の追跡調査を行い、長期的なデータの変化も把握する。

オ 比較検証結果を次期の保健指導の改善につなげる。また、指定されたデータについては国に報告し検討に資する。

④ 継続的な把握・管理（例）

平成28年度モデル事業実施結果	様式	提出時期				
		平成29年 1月 △ (27年度分)	平成29年 4月下旬 ● (28年度分)	平成29年 6月末	平成30年 6月末 ● (29年度分)	平成31年 6月末 ○ (30年度分)
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	提出不要
	個人別ベースライン情報	△ (28年度介入一部)	● (28年度全介入分)			
	介入結果データ	△ (28年度介入一部)	● (28年度全介入分)			
	健診結果データ	△ (27年度分)		● (28年度分)	● (29年度分)	○ (30年度分)
	医療・介護レセプトデータ	△ (27年度分)		● (28年度分)	● (29年度分)	○ (30年度分)

△：協力可能な広域連合、自治体のみ、●：必須、○：提供を求める可能性のあるもの

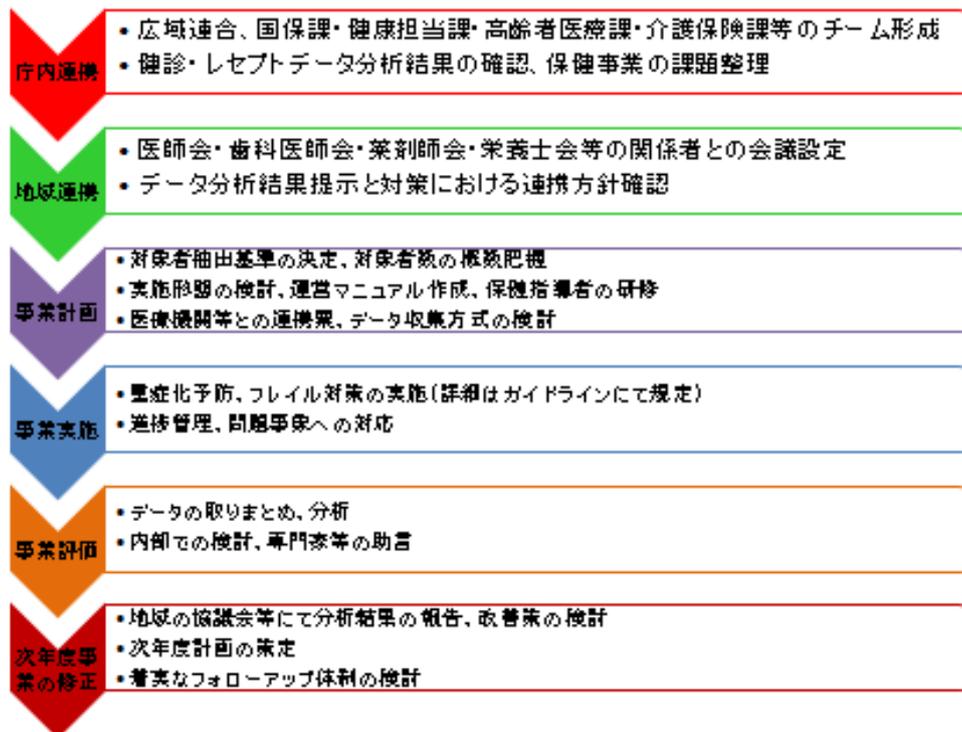
※ モデル事業の成果を踏まえて、効果検証のプロセス、  
管理データの例、手順等の紹介

⑤ 事業改善、見直し

※ モデル事業の成果を踏まえて、改善→翌年以降の事業計画  
への反映等の取組の紹介

#### 4) 事業実施の進捗管理（チェックリストの活用）

事業実施にあたっては、下記「進捗管理表」を活用する。また、モデル事業での実践を通じて内容を検証のうえ修正等を反映する。



図〇 高齢者の保健事業の進め方「進捗管理表」

事業の進捗管理表については、次のような活用が考えられる。

- ・ 計画時 いつまでに、どこまで行うのかをイメージする
- ・ 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

### 3 類型別のプログラム

#### <低栄養>

##### 1) 目標・指標設定、アセスメント項目の設定

###### (1) 目標設定

- ・ 低体重や過体重の対象者の栄養状態の把握、改善
- ・ BMIの適正化とそれに伴う健康状態の改善
- ・ 医療費適正化

###### (2) 指標設定

- ・ 体重・BMIの平均値の維持・改善、維持・改善者の割合
- ・ 簡易栄養状態評価票などの尺度の改善
- ・ 血清アルブミン値の改善

###### (3) アセスメント項目

事業目標の達成状況をみる評価指標は必須項目となるが、それ以外にも高齢者の特性を考慮し、包括的な情報把握が必要となる。

##### ① 既存の健診等の活用

###### ア 健診

身長・体重・BMI、血圧、肝機能・血中脂質・血糖、尿蛋白、既往歴等、追加項目（貧血、心電図等）アルブミン（高齢者で特に必要とされる項目は太字）

###### イ 歯科健診（口腔機能等）

歯・歯肉の状態、口腔運動機能、咀嚼機能、嚥下機能等

###### ウ レセプト情報

（傷病名）高血圧症、糖尿病、脂質異常症、高尿酸血症、骨粗しょう症、変形性関節症、大腿骨骨折、橈骨骨折、尺骨骨折、脊椎圧迫骨折（胸椎、腰椎）、白内障、緑内障、認知症、不眠症、うつ病、脳梗塞、脳出血、狭心症、心筋梗塞

（処置等）外来・入院の有無

→ありの場合：延べ外来受診日数、延べ入院日数、受診医療機関数、医療費等

##### ② フレイルのアセスメント項目として活用が容易なもの

ア 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

イ 運動機能…ロコモ度テスト、転倒スコア、歩行速度、握力、立ち上がり秒数、指わっか等）

ウ 認知機能・・・MOCA-J 認知機能検査 (i-Pad) 方式

- ③ フレイルのアセスメント項目については、初回面接等で基本チェックリストの聞き取りを実施するなどさらなる活用を図るとともに、その他の項目については、地域特性や実情に合わせ必要に応じ任意で追加

2) 対象者の抽出・選定 (絞り込み)、募集

アセスメント手法 (低栄養の例)

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	・栄養障害や慢性疾患を保有する場合は優先 (具体的方法については、要検討)	・介護予防等と選定基準のすり合わせを行い重複を避ける ・地域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	・全般的に把握し、他の情報等と複合的に判断	・診療科、傷病名、処方等から、栄養状態への影響確認 (具体的方法については、要検討)	・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、排便等の把握 ・共食、家庭環境等

3) 介入支援

(1) 保健指導プログラム

(2) 高齢者の特性を踏まえた栄養指導のポイント (例)

体重減少の原因	アプローチ内容	年代別にみた特徴
<b>疾病・がん</b> (消化器系、呼吸器系、がん等)	・疾病に応じた栄養指導 (腎機能悪化や糖尿病、胃切除等)	<b>前期</b>
<b>食材調達の方法</b> (買い物回数の減少)	・軽くて高エネルギー食品等の紹介 ・配食弁当の紹介 ・食材の宅配の紹介 ・コミュニティーバスの時刻表の配布	
<b>買い物内容の助言</b> (食事回数・量の減少)	・欠食の解消、補食 ・同じ価格帯での代替食の提案 ・日持ちのする食品 (缶詰等) の利用	<b>後期</b>
<b>孤食</b>	・共食を増やす (家族、友達) ・地域の老人会・サロン等の案内	<b>後期</b>
<b>その他</b>	・介護・ストレス・生活状況の傾聴 ・歯科診療の勧め	<b>後期</b>

- (3) 委託等の調整、進捗管理方法の検討
- 4) 介入効果の確認、事業見直し
- 5) 参考事例

※ モデル事業の成果を踏まえて、介入支援内容・方法、  
指導のポイントなどの取組の紹介

## <口腔・歯科指導>

歯科医師による訪問歯科健診、歯科衛生士による訪問歯科保健指導（口腔の体操、清掃指導等）・相談事業を実施

### 1) 目標・指標設定、アセスメント項目の設定

#### (1) 目標設定

歯科健診結果から口腔機能状態の改善

誤嚥性肺炎の減少

医療費適正化

#### (2) 指標設定

歯科健診項目（口腔機能含む）

口腔衛生状態、維持・改善者の割合

誤嚥性肺炎の有病率

#### (3) アセスメント項目

事業目標の達成状況をみる評価指標は、必須項目とする。

<既存の健診等の活用>

※ モデル事業の成果を踏まえて、介入支援内容・方法、指導のポイントなどの取組の紹介

## <服薬指導>

薬剤師による訪問指導等、薬局等を活用した立ち寄り型の相談（多剤、残薬の相談・調整等も含む）

### （ア） 目標・指標設定、アセスメント項目の設定

#### （１） 目標設定（例）

- ・ 適正受診・適正服薬
- ・ 重複処方、併用禁忌、有害事象の減少、残薬の減少
- ・ 病状の安定
- ・ 医療費適正化

#### （２） 指標設定（例）

- ・ 受診状況、服薬状況の改善した割合
- ・ 服薬内容・数の改善
- ・ 健康状態

#### （３） アセスメント項目

事業目標の達成状況をみる評価指標は必須項目となるが、それ以外にも高齢者の特性を考慮し、包括的な情報把握が必要となる。

※ モデル事業の成果を踏まえて、介入支援内容・方法、指導のポイントなどの取組の紹介

## 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 → 長期間服用 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

21

## ＜慢性疾患の重症化予防＞

- ・ 糖尿病性腎症や循環器系疾患、筋骨格系疾患、その他生活習慣病等の慢性疾患の重症化を予防するため、保健師、管理栄養士等による訪問指導、相談事業を実施
- ・ 地域の実情も踏まえつつ、必要に応じ、再入院や合併症予防、服薬調整、薬剤有害事象の予防、複数疾患を保有する場合の包括的な管理につなげる。

### 1) 目標・指標設定、アセスメント項目の設定

#### (1) 目標設定（糖尿病性腎症重症化予防の場合の例）

- ・ 糖尿病患者数の増加抑制
- ・ 糖尿病性腎症患者の増加抑制
- ・ 透析新規導入患者の減少
- ・ 医療費適正化

#### (2) 評価指標（例）

- ・ 糖尿病有病者の減少、HbA1c等の改善、糖尿病コントロール良好者の割合
- ・ e-GFR、尿蛋白等の腎機能の平均値、割合
- ・ 新規導入者数
- ・ 糖尿病性腎症医療費

#### (3) アセスメント項目

事業目標の達成状況をみる評価指標は必須項目となるが、それ以外にも高齢者の特性を考慮し、包括的な情報把握が必要となる。

##### ① 既存の健診等の活用

###### ア 健診（必須項目）

HbA1c、e-GFR、クレアチニン値、尿蛋白、血圧

###### イ レセプト情報

（傷病名）糖尿病性腎症Ⅱ～Ⅳ期、糖尿病、高血圧、脳梗塞、脳出血、狭心症、心筋梗塞、認知症等

（処置等）外来・入院の有無

→ありの場合：延べ外来受診日数、延べ入院日数、受診医療機関数、医療費等

##### ② 高齢者の状況を踏まえた基準値の検討

下記に示すように関連学会による高齢者の基準値やガイドラインがある場合は、それに準じた対応を検討する。3者協定プログラムを用いた取組や地域の医療関係者との検討を行う。

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 <sup>(注1)</sup>	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 ②ADL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 <sup>(注2)</sup>	7.0%未満	7.0%未満	8.0%未満
	あり <sup>(注3)</sup>	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%)
			8.0%未満 (下限7.0%)	8.5%未満 (下限7.5%)

18

## 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。

19

## 2) 対象者の抽出・選定（絞込）、募集

### 生活習慣病の重症化予防の例

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)	—	<ul style="list-style-type: none"> <li>・HbA1c、血糖、血圧</li> <li>・eGFR、クレアチニン、尿蛋白</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・生活習慣病等の治療状況を参考にする</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・除外対象者を除く</li> </ul>
② 選定(絞り込み)	—	<ul style="list-style-type: none"> <li>・未治療、治療中断者を優先</li> <li>・過去の健診で異常のある人を優先</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・糖尿病性腎症、CKD等がある場合等は優先</li> <li>・糖尿病歴が長い、中断者は優先(具体的方法については要検討)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・既存事業でフォローされている者は除外</li> <li>・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</li> </ul>
③ 個別アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> <li>・全般的に把握</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・体重、BMI、血圧</li> <li>・生活習慣(タバコ、酒、運動等)等、全体を把握</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・診療科、傷病名、処方等から、栄養状態への影響の確認(具体的方法については要検討)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・栄養状態の評価表等により詳細なアセスメントの実施</li> <li>・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</li> <li>・食欲、食事回数・内容、摂取カロリー等の把握</li> </ul>

※ モデル事業の成果を踏まえて、介入支援内容・方法、指導のポイントなどの取組の紹介

## ＜複合的取組＞

事業を疾病や状態像の類型別を実施するのではなく、複合的に実施する事業やその他の取組を想定している。

- 1) 複数の疾病対策（健診結果で受診勧奨判定値以上など）
- 2) 医療・健診の未受診者
- 3) 重複頻回受診
- 4) 独居・高齢者世帯等

### （ア） 目標・指標設定、アセスメント項目の設定

#### （1） 目標設定

- ・ フレイル状態の把握、改善
- ・ 複合的な疾病、健康状態の把握、改善
- ・ 医療費適正化

#### （2） 指標設定

- ・ 包括的な把握のための指標（健診結果、フリードの5項目・基本チェックリスト等）
- ・ 多病・多剤の状況（傷病名・処方数等、レセプト情報）
- ・ 受診状況、受診率

#### （3） アセスメント項目

事業目標の達成状況をみる評価指標は必須項目となるが、それ以外にも高齢者の特性を考慮し、包括的な情報把握が必要となる。

### 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、排便等の把握 ・共食、家庭環境等

※ モデル事業の成果を踏まえて、介入支援内容・方法、  
指導のポイントなどの取組の紹介

### Ⅲ 参考資料

- ※ 学会資料（高齢者向けの基準値・ガイドライン等）
- ※ 平成28年度モデル事業実施自治体の資料
  - ・使用したアセスメント票や記録票、連絡票等の様式
  - ・中間報告を受けた事例 など
- ※ 引用文献
  - ・平成27年度厚生労働科学研究特別研究事業  
「後期高齢者の保健事業のあり方に関する研究報告書」



# 神奈川県大和市における栄養指導の取組

## 事業目的

地域に暮らす高齢者の低栄養状態を改善し、介護予防・医療費の低減を図る

## 具体的な取組内容

6か月を1クールとし、3回訪問等による栄養相談を実施

- 初 回：体重・BMIの確認、体重減少の理由・買い物・食事内容の聞き取り  
栄養状態・食事状態の課題把握、栄養相談（買い物の仕方・食材・  
食べ方についての助言等）と改善計画の立案
- 3か月目：状況確認
- 6か月目：計画に掲げた目標（体重変動、食事摂取量、買い物回数等）に  
対する評価、今後に向けての話し合い



## 対象者・指導実施者

介護予防アンケート（基本チェックリストの項目を含む）回答者のうち、基本チェックリスト項目の2項目（BMI18.5未満、6か月で2kg以上の体重減少）に該当した者400人（＝大和市の65歳以上人口の1.3%）  
⇒うち、190人訪問（対象者のうち：47.5%）

## 実施体制

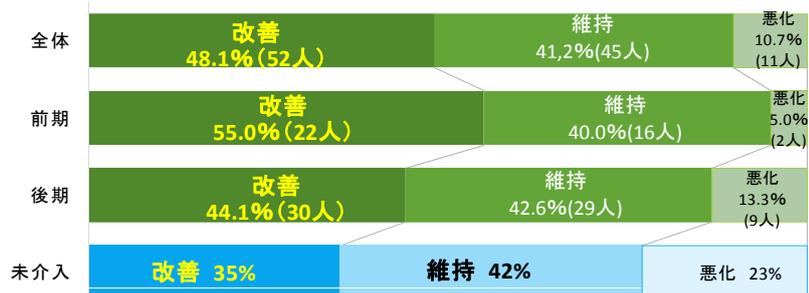
市の管理栄養士が実施。一部県栄養士会に委託し、所属する在宅管理栄養士も訪問指導を実施（市において訪問指導のマニュアルを作成、訪問を担当する管理栄養士については事前に研修を実施）

## 医師会との連携の工夫

訪問指導の実施に先立ち、事業実施対象者のかかりつけ医には、対象者が本事業に参加する旨を個別に説明

## 実施結果

訪問指導の実施前後での体重の変化



訪問終了者108人について訪問初回と訪問終了時(介入6か月後)体重を比較

※ 体重の評価：改善＝1kg以上増加、維持＝変化1kg未満、悪化＝1kg以上減少

## 効果的に実施するためのポイント（モデル事業を通し見えてきたこと）

- 低栄養事業の対象者の抽出基準として、当初はBMI18.5としていたが、BMI20程度の人でも指導が必要な人がいることに気づき、基準を拡大して対応（H28～）。
- 前期高齢者；介入なしでも体重回復傾向があり、ポピュレーションアプローチとして普及啓発することも重要
- 後期高齢者；背景・原因が複雑化し、個別のハイリスクアプローチが求められる

# 神奈川県大和市における重症化予防の取組

## 事業目的

腎機能低下の所見がある糖尿病患者について個別訪問を行い、重症化を防ぐ

## 具体的な取組内容

6か月を1クールとし、3回訪問等による訪問指導を実施

- 初 回：医療状況（治療方針・服薬状況）確認  
栄養状態、生活状況についてのアセスメントと改善計画の立案
- 3か月目：状況確認
- 6か月目：評価（HbA1c, eGFR, 食事内容、服薬状況等）  
今後の支援について

できればここに  
重症化予防訪問の写真  
(調整中)

## 対象者・指導実施者

平成27年度大和市特定健診または長寿健診を受けた者のうち下記両条件に該当する者

- ① HbA1c 6.5%以上 かつ 空腹時血糖126mg/dl以上
- ② eGFR 60ml/min/1.73m<sup>2</sup>以下

⇒うち、96人訪問（H28.9月末時点、対象者289人のうちの33.2%）

## 実施体制

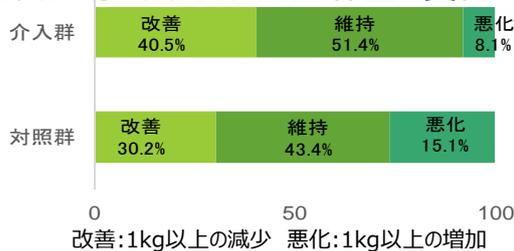
市の管理栄養士が訪問指導を実施。一部の対象者の訪問指導を県栄養士会に委託（市において訪問指導のマニュアルを作成、訪問を担当する管理栄養士については事前に研修を実施）。

## 医師会との連携の工夫

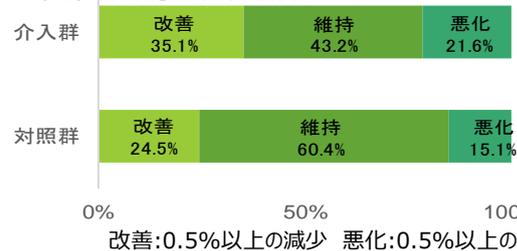
- 事業実施対象者のかかりつけ医には、対象者が本事業に参加する旨を、事前に個別に説明
- 連携ツール（作成中）を用いた状況共有。

## 実施結果

訪問指導の実施前後での体重の変化



訪問指導の実施前後でのHbA1cの変化



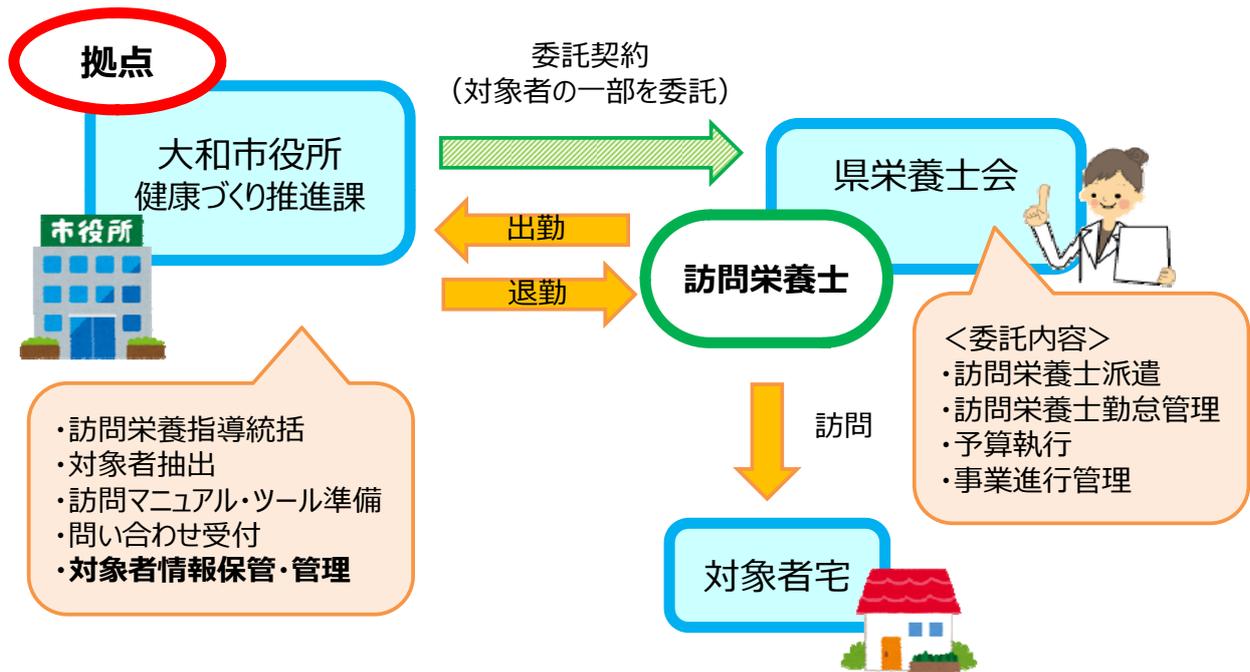
介入群：CKD対象者のうち、管理栄養士が1回以上面会し、栄養相談を実施した群 対照群：CKD対象者のうち、不在等の理由で 栄養相談を実施していない群

## 効果的に実施するためのポイント（モデル事業を通し見えてきたこと）

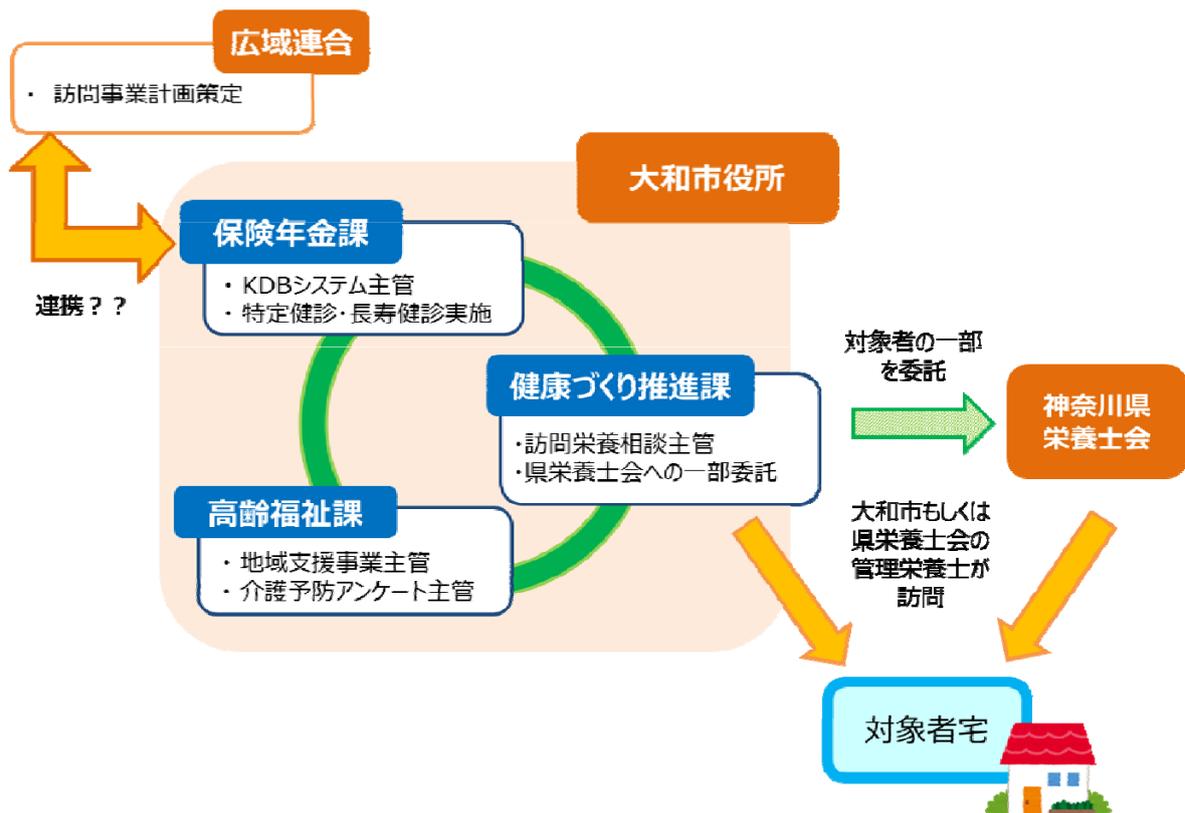
- 多くの対象者は医療にかかっているが、食事や運動についての医師の指示を把握していないことが多い。効果的な支援のために、より綿密な医療機関との連携の仕組みが必要である。
- 糖尿病性腎症の約7割は後期高齢者であり、身体状況の個人差が大きく、多様な生活背景をもっている。対象者の状況を丁寧にアセスメントし、課題を明確化し、生活状況に合わせた支援を行うスキルが求められる。

## 委託形態について（イメージ）

## 低栄養・重症化予防



## 庁内体制図（イメージ）



# 長野県塩尻市における口腔指導の取組

## 事業目的

障害者、高齢者など通院が困難な者に、効果的な口腔ケアと口腔機能向上支援を行い、早期治療を促し、健康増進を図る

## 具体的な取組内容

歯科衛生士の事前訪問、歯科医師・歯科衛生士による訪問  
歯科健診を実施し、その後歯科衛生士がフォローを実施

- 事前：口腔・身体及び生活環境について状況確認  
健診当日：口腔内診査、簡易検査、口腔撮影  
口腔状況及び口腔ケア方法を家族及び介護関係者に説明  
事後：経過観察  
状況により専門的口腔清掃、口腔機能リハビリ、唾液腺マッサージ等の実施  
必要に応じて訪問歯科治療



## 対象者・指導実施者

介護を必要とする障害者、高齢者等 3090人  
⇒うち、申し込みのあった者112人訪問（対象者のうち：3.6%）

## 実施体制

市の歯科衛生士が訪問依頼の受け付け、歯科医師（市内歯科医療機関の歯科医師）の訪問スケジュールの調整、訪問時のフォロー、訪問歯科健診後の状況のフォローを行う

## 医師会との連携の工夫

かねてより、市内の医療・介護の専門職種が集う、医療・介護連携推進協議会があり、その中の「口腔委員会」にて、耳鼻科医・内科医・歯科医師・歯科衛生士・管理栄養士・言語聴覚士が市内の口腔ケアの体制について検討

## 実施結果

### <事例①>

- ・口腔内の疼痛が消失し、普通食を摂取できるようになった

### <事例②>

- ・口腔ケアが実施されるようになり、口臭の減少・食欲の増進につながった
- ・舌、口の体操から飲み込みの改善につながった

### <事例③>

- ・義歯調整を行い、食べられるようになった

### <訪問歯科健診経過受診者>

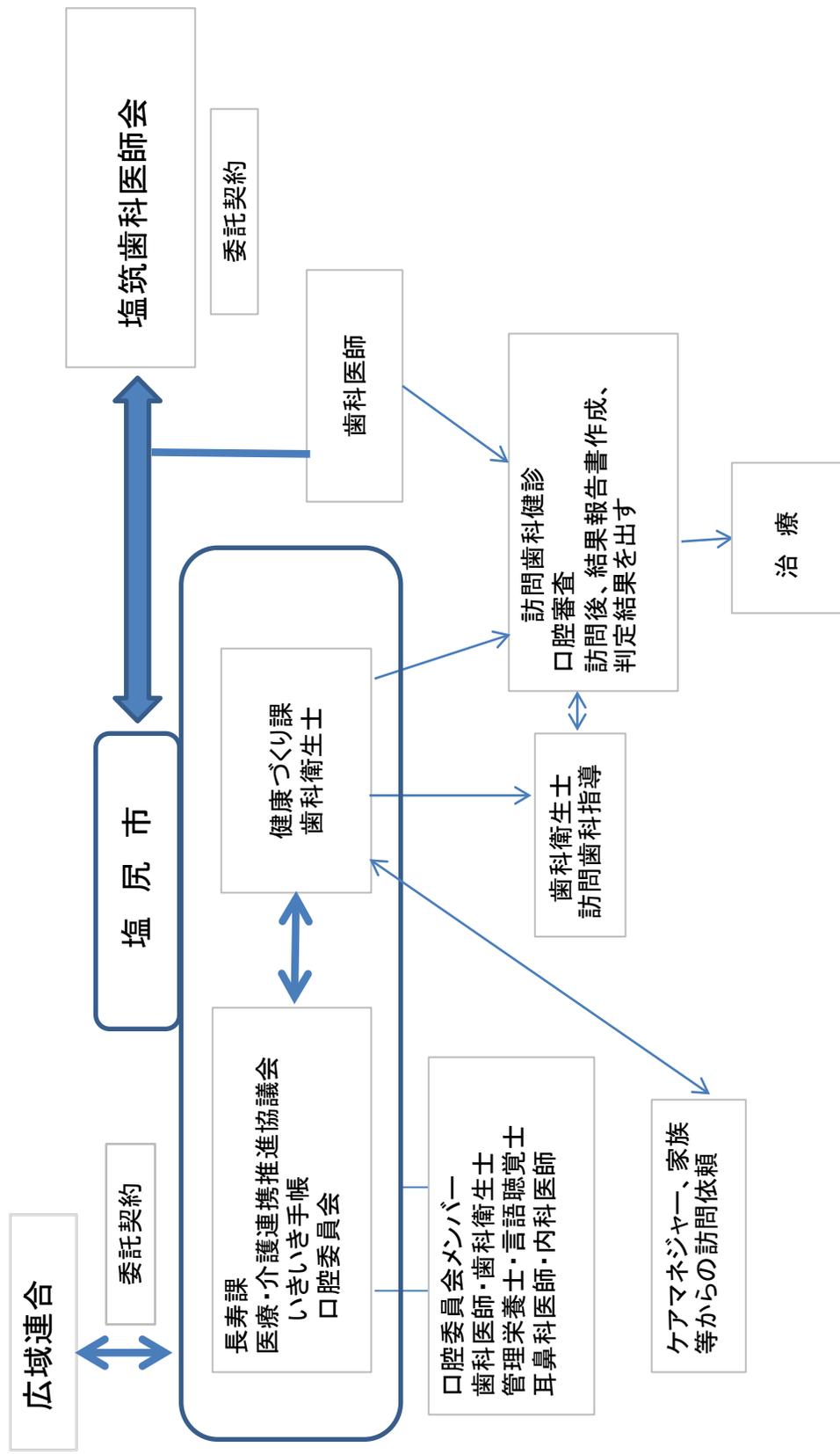
・介護度5で経過観察・健診を受けている17名の口腔は清潔が保たれ、誤嚥性肺炎の予防につながっている

## 効果的に実施するためのポイント（モデル事業を通し見えてきたこと）

- ・奥歯に力が入ると、立ち上がり、歩行などリハビリが進む。微熱が続く・誤嚥性肺炎の改善には、口腔を清潔に保つ必要がある等の情報を多職種に伝え連携を図る。
- ・多職種が連携し支援するためには、多職種に口腔に関心を持ってもらうことが重要。
- ・口の中を見せてもらうことはハードルが高くとも、歯ブラシを見せてもらうことだけで予想できることもある。

# 平成28年度 在宅訪問歯科健診事業 実施体制図

## 長野県塩尻市



# 大阪府大阪狭山市における複合的取組

## 事業目的

専門職が訪問することにより、低栄養や筋力低下などを予防し、要介護状態を予防する。

## 具体的な取組内容

### 看護師、保健師による訪問指導実施

- 事前訪問：健康課題の把握（日常生活評価票の活用）
- 訪問実施：一般の健康状態、受診状況、服薬状況、検査結果などの確認
  - 健康に関する相談
  - 個々の健康課題に関する目標の設定
- 12か月後：目標達成状況の確認
  - 追加助言の実施
- ・月に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、地域包括センター等と連携)



## 対象者・指導実施者

- ・ひとり暮らし高齢者台帳のうち、75歳以上で要介護（支援）認定のない人501人（平成27年度）
- ⇒看護師、保健師が、本人もしくは民生委員に電話で状況を確認
- 新たに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 35人  
(判断基準：健康状態、受診状況、外出状況、健康に関する不安の有無等)
- ⇒うち、訪問指導を実施した人 6人（新規：17.1%）
- 訪問継続中の人 18人
- 民生委員からの訪問依頼等その他訪問継続者 7人
- 被訪問指導実施者数 合計 31人

## 実施体制

高齢者宅の訪問は、雇上げの看護師が中心に実施。初回の訪問の際には地区担当保健師が同行。必要に応じて、市の嘱託管理栄養士・歯科衛生士も同行。

## 関係機関との連携

高齢者訪問指導実施申請書により、主治医などの情報と関係機関へ情報提供することの同意をとっており、必要時に保健師、看護師より主治医、関係機関へ連絡を入れている。

## 実施結果

### <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繋ぐことができた

### <事例②>

・糖尿病、がん、肝炎等の疾病がありながらも、訪問を継続することにより、長年状態をコントロールできている

初回訪問時の日常生活評価票をもとに評価する（予定）検証時期：平成29年3月  
(新規訪問者は訪問開始から6か月後)

### <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、家族の状況等を改善、現状維持、悪化で総合的に評価する

## 効果的に実施するためのポイント（モデル事業を通し見えてきたこと）

- ・ひとり暮らし高齢者台帳から、電話での聞き取りにより、訪問指導の必要性を判断する基準のマニュアル化が必要。
- ・どのくらいの頻度、期間をフォローするかの基準を設定しなければならない。
- ・対象者の選定、事業評価の時期や指標の設定が課題であり、後期高齢者医療広域連合からの医療データ等の提供など連携した実施が必要。

# 大阪狭山市高齢者訪問指導の概要図

