

高齢者の特性を踏まえた保健事業
ガイドライン 暫定版
別冊（案）

目次

1	モデル事業にみる事例	1
(1)	広域連合が主体となった取組	1
1)	岐阜県後期高齢者医療広域連合<複合的取組・研修>	1
2)	福岡県後期高齢者医療広域連合<重症化予防>	3
3)	長崎県後期高齢者医療広域連合<服薬・重症化予防>	5
4)	宮崎県後期高齢者医療広域連合<服薬>	8
(2)	構成市町村が主体となった取組	10
1)	北海道北見市<服薬>	10
2)	岩手県宮古市<口腔>	12
3)	埼玉県和光市<栄養・口腔>	14
4)	神奈川県大和市<栄養・重症化予防>	16
5)	長野県塩尻市<口腔>	20
6)	三重県津市<栄養>	22
7)	滋賀県竜王町<口腔>	24
8)	大阪府大阪狭山市<複合的取組>	26
9)	鳥取県鳥取市<重症化予防>	28
10)	福岡県豊前市<口腔>	30
11)	熊本県八代市<服薬>	32
(3)	様式例	34
2	参考資料	35
(1)	事業の運用関係	35
①	進捗管理シート	35
②	平成28年度モデル事業概況(モデル事業計画書等より作成)	36
③	平成28年度モデル事業でのアセスメント項目一覧	52
④	モデル事業におけるアドバイス内容	57
(2)	エビデンス(学会資料等)	58
1)	高齢者糖尿病の血糖コントロール目標	58
2)	高齢者の降圧目標	58
(3)	通知	59
(4)	その他	59
1)	糖尿病性腎症重症化予防プログラム	59
2)	後期高齢者に対する歯科保健サービスの効果実証事業	59

1 モデル事業にみる事例

(1) 広域連合が主体となった取組

1) 岐阜県後期高齢者医療広域連合<複合的取組・研修>

人口：2,024,599人、被保険者数：282,094人

岐阜県広域における複合的取組

事業目的
 広域連合が、「市町村等関係部門との連携構築」、「既存の介護予防事業の活用と検証及び実践」、「担当者の資質向上」を目的に保健事業と研修事業を実施した。

1. フレイル対策事業（中津川市）

具体的な取組内容
 中津川市が実施する介護予防事業(9月～12月に週1回全12回実施される運動の維持・向上のための教室)と連携した取り組み。
 ①事業効果の検証(受託研究として岐阜大学に依頼…報告書作成)
 参加者の体力等の身体状況調査(開始前・後)
 ②栄養状態の確認(BDHQ調査、健診結果等)、結果に基づく個別指導(栄養士)
 ③関係部門との連携構築(事前・実施中・実施後)

対象者・指導実施者
 在宅介護支援センターから紹介のあった虚弱高齢者(基本チェックリスト)

実施体制・予算
 実施：打合せ5回(中津川市他、大学)、報告会1回
 栄養調査2回・個別指導2回(栄養士)、各9名実施
 大学効果測定(計測、アンケート調査等)
 予算：総事業費30万円(大学受託研究費用含む)



医師会との連携の工夫

参加者は、教室参加のために医師より許可を受ける体制を中津川市でつくっていた。また実施に先立ち、打ち合わせにおいて情報の共有と担当者の役割分担を行った。

実施結果

・体力測定結果

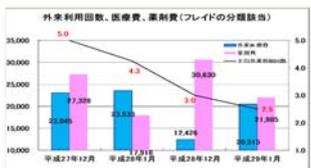
	教室前	教室後		教室前	教室後
BMI	24.0	24.2↑	開眼片足立ち	24.8	28.8↑
握力	20.1	20.8↑	長座体前屈	39.5	38.3↓
5M歩行	4.1	3.9↑	TUG	7.5	6.7↑

・転倒スコアは初回平均は9.2、10点以上の高転倒リスク者は6名該当していた。終了時の平均は7.2となり、10点以上は、3名該当となっていた。「つまずくこと」、「膝の痛み」、「めまい、ふらつき」がある人が減少し、「手すりにつかまらず、階段の上り降り」、「片足立ち」のできる人が増加した。

・栄養指導では、実施後に塩分摂取、野菜の摂取量、食べる順番に気をつけることなど意見がでた。

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）

- ・事業実施には、財源と専門職の確保が欠かせない。実施市町村の状況を理解し、必要な支援をタイミングよく提示していくことが必要である。
- ・対象者の選定に際し、軽度のフレイル者であれば集団指導で状態の改善効果がみられた。フレイルが進行している対象者では、個別指導を充実させる必要がある。対象者の選定は中津川市と調整して、アウトリーチ介入できる体制も今後整えていく。
- ・実施する上で全ての連携部署との関係づくり、役割分担が大切であった。



2. 研修事業

具体的な取組内容

高齢者の特性（フレイル等）に関する知識の習得（講義）
事業の企画・進め方・評価等と研修を通じた関係づくり（講義及び演習）

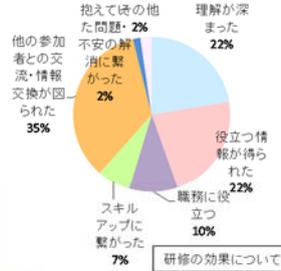


対象者・指導実施者

保健事業実施関係部門(後期高齢者医療、国保、介護、衛生)や県・国保連合会の実務担当者及び専門職

実施体制・予算

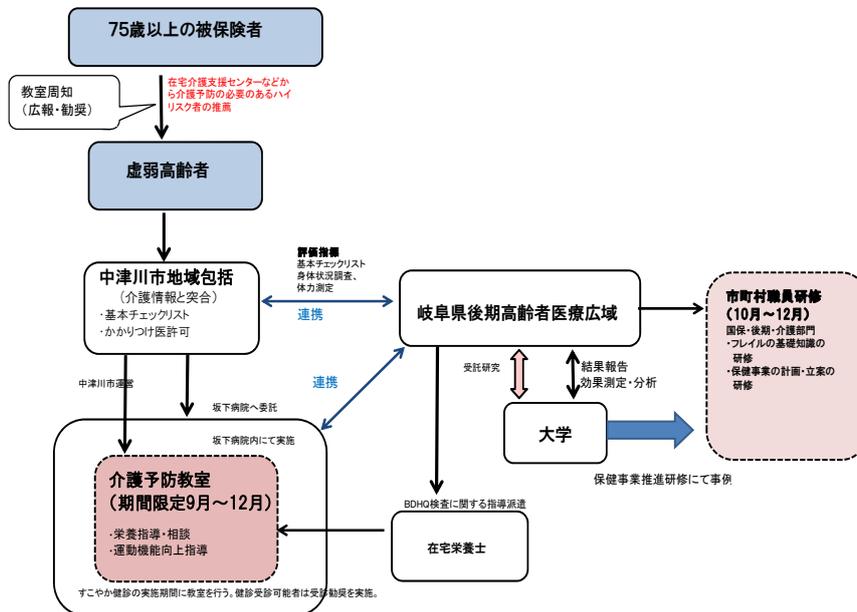
人材：事務職4人、講師1人
実施：打合せ3回、研修3回(県域ブロックごとに)
予算：総事業費60万円(委託)



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）

- ・企画、展開、評価など保健事業の具体化にむけた実践的な研修内容。
- ・より多くの専門職、関係部門が参加できる日程と開催地の検討。
- ・市町村の連携部署への情報提供、関係作り。県、国保連、医師会等との連携。
- ・後期高齢者を対象とした保健事業は、市町村によって取り組みに差がある。広域連合と市町村が連携して保健事業の効果的な実施にむけてガイドラインの活用や研修に取り組むことが重要。

岐阜県広域連合における複合的取組



2) 福岡県後期高齢者医療広域連合<重症化予防>

人口：5,111,914人、被保険者数：631,572人

福岡県後期高齢者医療広域連合における糖尿病性腎症重症化予防の取組

事業目的

糖尿病性腎症患者の生活の質（QOL）の維持・向上のため、市町村及び医療機関等の連携により、患者の重症化を予防する体制を整備する。

具体的な取組内容

対象者に対し、保健師等の事前訪問（重症化予防事業の説明）、主治医連絡、その後個々の状況に応じた個別保健指導を6ヶ月間実施し、その評価を行う。

対象者：糖尿病性腎症(2型糖尿病)の患者であって、人工透析導入前の者
基準：(1)①尿蛋白2+以上で②Hb1c7.0%以上又は空腹時血糖130mg/dl以上
(2)②で、③eGFR 50(ml/分/1.73m²)未満 ※28年度健診受診者から実施

実施方法：1、文書により通知し、電話にて訪問日時を決める。
2、本事業を説明し協力を得る
3、主治医に事業説明と保健指導計画の確認
4、保健指導①健診結果や病気の説明等②生活習慣の気づきや見直しを促す③ケースに応じて教室紹介
5、6ヶ月後に面接や検査結果で評価
6、1年後面接(継続を促す)

対象者・指導実施者

平成27年度健診受診者30,939人（対象者数632,876人）
保健事業対象者数69人、うち訪問介入者20人

実施体制・予算

人材：広域連合：事務職2名及び保健師4人(嘱託1人、臨時職員3人)、委託4町村保健師3人栄養士1人
実施：介入者1名に対し、訪問や電話・教室等で係わった回数約9回-12回（事業説明や医師連絡等含む）
（既存の社会資源活用：糖尿病教室、すこやか腎臓予防教室、認知症予防教室、包括支援センター等）
予算：総事業費2,169千円

医師会との連携の工夫

前年度に、新規事業の起ち上げ準備として、
・県糖尿病対策推進会議で事業概要を説明。
・県医師会と協議し、健診項目（血清クレアチニンほか）を保険者独自に追加。
今年度当初に、重症化予防事業の概要について、県医師会会員への周知を行った。

実施結果

(事例1)夜の間食を控えるようになり、血糖値が改善した。
(事例2)1日糖尿病教室に夫婦で参加し、同伴の妻が夫の食事内容や取り方に気配りするようになった。
(事例3)独り暮らしのケース。スーパーで意識的に歩く時間を長くした。
(事例4)6ヶ月間関わることで、意欲(積極性)が見られるようになった。
(事例5)急変するケースもある。(抗うつ剤服用しているケースの転倒、薬剤変更等の一時的な入院、癌による入院等) 等

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）

1. 生活環境・生活スタイル・趣向・個人ごとに抱える問題等があり、それらの問題も含めて、総合的に包括的にみていくことが重要である。
また、従来の高齢者のイメージとは異なることも多く、個人の状況をよく確認して個別の対応が重要である。
 - 筋力低下、閉じこもり
 - 家庭環境(独居、家庭内別居)
 - 介護問題(配偶者や子の介護)
 - 健康食品嗜好(メディアの影響)
 - 認知症
 - 調理が億劫、弁当や外食が多い
2. 高齢者を取り巻く多くの関係者との連携が欠かせない。
 - 主治医、地域包括支援センター、市町村、ケアマネージャー、保健所等
 - 介護予防教室、認知症予防講座、糖尿病予防教室、腎臓教室、運動教室等
 - 家族(同居、別居)、近所の人

3) 長崎県後期高齢者医療広域連合<服薬・重症化予防>
 被保険者数<服薬> : 131,945 人、<重症化予防> : 211,075 人

長崎県後期高齢者医療広域連合における服薬モデル事業の取組

事業目的

多量服薬により服薬及び薬の管理に関する不安や疑問を抱えている被保険者を薬剤師が訪問し、現状の把握及び相談等を実施し、服薬に関する課題等を集約分析する。

具体的な取組内容

相談薬剤師が対象者宅を訪問し、服薬状況の把握及び適正服薬のための服薬相談・指導を実施する。(原則 2 回訪問)

また、訪問に抵抗を感じるものについては、公民館等で実施する。

※平成28年度は主に状況調査を行い、その結果を踏まえて平成29年度に具体的取り組みを行う予定である。

対象者・指導実施者

対象の二か月間で、15種類以上の内服薬の処方があり、事業への参加を希望したものを対象者とする。

実施体制・予算

人材 : 薬剤師34名 (県内21市町のうち、対象市町は5市3町)

実施 : ワーキンググループ及び会議4回

予算 : 県薬剤師会委託料1,753千円、データ抽出業務開発委託料1,960千円

医師会との連携の工夫

多量服薬者と重複成分服薬者に対し、平成27年度中の始動開始を目指し県医師会に相談した。その結果、多量服薬者に対しては、現状の把握から着手すべきとの意見があり、平成28年度に実施することとした。併用禁忌を含め重複成分者に対しては、直接医療機関に通知し改善を図る方が早道であるとのアドバイスを受けた。

実施結果

平成28年度中間報告の状況

- ・候補者…約900人 (参加同意者は72人)
- ・同意者数…58人/100人予定中
- ・同意者の服薬状況…同意者のほとんどは服薬管理意識が高い。

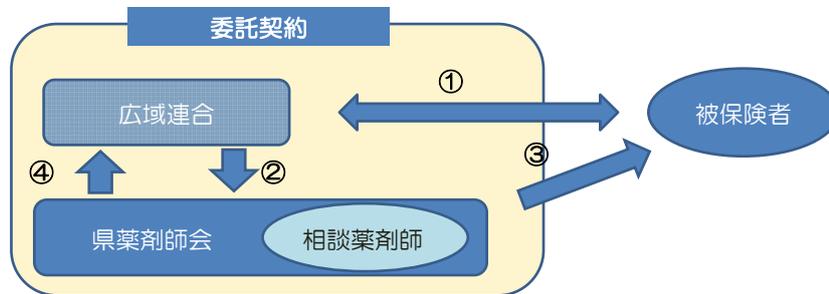
(参考) 禁忌・重複是正通知事業の効果

- ・通知対象者…191人 (延べ処方医療機関数241、延べ応需薬局数220)
- ・報告結果…回答有り162人(内訳:変更有96人、変更無66人)、未回答29人
- ・備考…医療機関からの報告があったのは全体の約85%。
薬の変更がなくても、医療機関が患者の状況を再確認することにつながった。

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)

- 本当に指導が必要な被保険者にアプローチする方法を検討
- 現状調査を行った上で取り組むべき課題を医師会を含めて協議し決定する

多量服薬者訪問相談モデル事業フロー図



- ① 広域連合から被保険者に参加勧奨を行い、被保険者から参加同意を受ける
- ② 広域連合から県薬剤師会へ、参加同意者の情報提供
- ③ 県薬剤師会は、相談薬剤師を参加同意者宅などに派遣（2回訪問）
相談薬剤師は、参加同意者の服薬状況の確認、不安等の相談を受ける
- ④ 県薬剤師会は現状分析の結果を広域連合に報告

長崎県後期高齢者医療広域連合における 糖尿病性腎症重症化予防事業の取組

事業目的

医師が保健指導を必要と認めた患者に対して医師の指示により、医療保険者が代わりに保健指導を行い、人工透析への移行を防止する

具体的な取組内容

医師会作成のスキームのハイリスク者に該当する者に対して、管理栄養士がかかりつけ医との連携のもと、訪問を基本とする栄養指導を行う。

- ① レセプト・健診データから抽出し、かかりつけ医に提案し選定してもらう
- ② 候補者から同意をもらい、かかりつけ医の指示・依頼のもと、計画を作成
- ③ 概ね6か月、月1回訪問を基本として栄養指導を行う
- ④ 指導内容をかかりつけ医に報告し、指示やコメントもらいながら、栄養指導を行う

対象者・指導実施者

- ・レセプトに糖尿病性腎症の病名がある者、医師が糖尿病性腎症の疑いがあると判断する者
- ・健診結果より次のa及びb、又は、a及びcの基準に該当する者
 - a: HbA1c(NGSP)7.0以上又は空腹時血糖130mg/dl以上
 - b: 蛋白尿2+以上
 - c: eGFR50ml/分/1.73未満

実施体制・予算

市町に委託して行っている。管理栄養士が主となり、訪問による栄養指導を実施
 実施：指導は6回訪問を基本。連絡調整会議1回、研修6回、検証会議1回
 予算：委託料一人あたり70,000円

医師会との連携の工夫

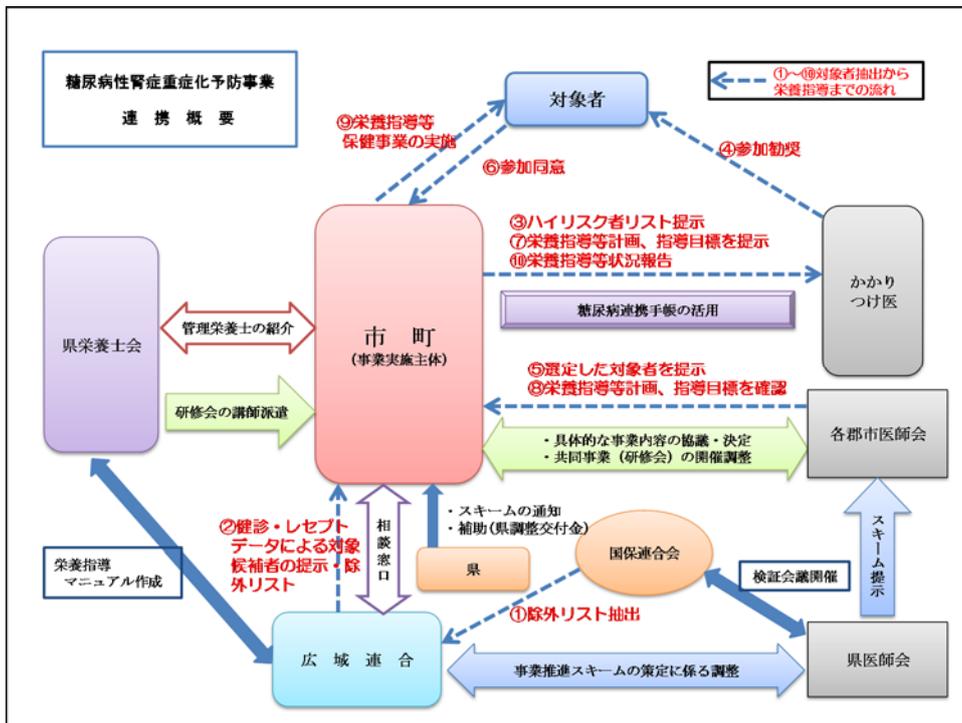
医師会にスキームを策定してもらい、それを基に事業を構成した。また、かかりつけ医向け研修会の開催や検証会議も開催し、事業効果の検証、事業内容の見直し等の助言を必要に応じて、いただいている。

実施結果

2月末現在、56名に対して、延べ151回の指導を行っている。
 効果検証は、29年度10月ごろを予定しているため、結果集計は終わっていない。

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）

かかりつけ医との連携を図るための関係づくりとシステム作りの構築
 かかりつけ医から事業への参加勧奨があると参加率が上昇
 効果測定のためのデータ収集の方法の構築



4) 宮崎県後期高齢者医療広域連合<服薬>

人口：1,097,932人、被保険者数：170,378人

宮崎県後期高齢者医療広域連合における薬剤師服薬訪問指導の取組

事業目的

定期的な患者訪問によって服薬指導を行い、患者及び介護者（家族等）に適切な服薬を理解してもらうことで、健康保持と重症化予防を図る。

具体的な取組内容

月に1回以上の患者宅訪問により、生活状況を確認のうえ、残薬確認および整理・調整を中心とした服薬支援を行う。訪問の都度、計画をたて訪問結果を含めた報告書作成し、必要に応じ処方医等への情報提供を行う。介入終了時（対象除外基準に該当および介入不能）は患者満足度調査を行う。

対象者・指導実施者

※平成29年2月末時点

対象は、広域連合からの情報提供をもとに、来局（家族等含む）時の口頭確認から、過剰残薬や誤服用等が疑われる者とする（すでに薬剤師による訪問指導を受けている場合や施設入所者は除外し、薬局からの移動時間は原則30分以内）。

対象者：約170,000人（後期高齢者医療制度加入者数）

実施者：34人（実施率：%）

訪問継続者：29人



実施体制・予算

※平成29年2月末時点

人材：事業参加薬剤師46名（42薬局）、訪問薬剤師19名（18薬局）

実施：延べ訪問回数119回、症例検討会（3月末実施予定）

予算：総事業費4,002千円

関係機関との連携

訪問によって確認した服薬および残薬状況を、必要に応じ処方医に報告し、効果的な薬物治療とする。在宅訪問サービスを行っている看護師やヘルパー等と情報共有し、対象者の在宅療養における問題点を明らかにし、適切な対応を図る。

実施結果

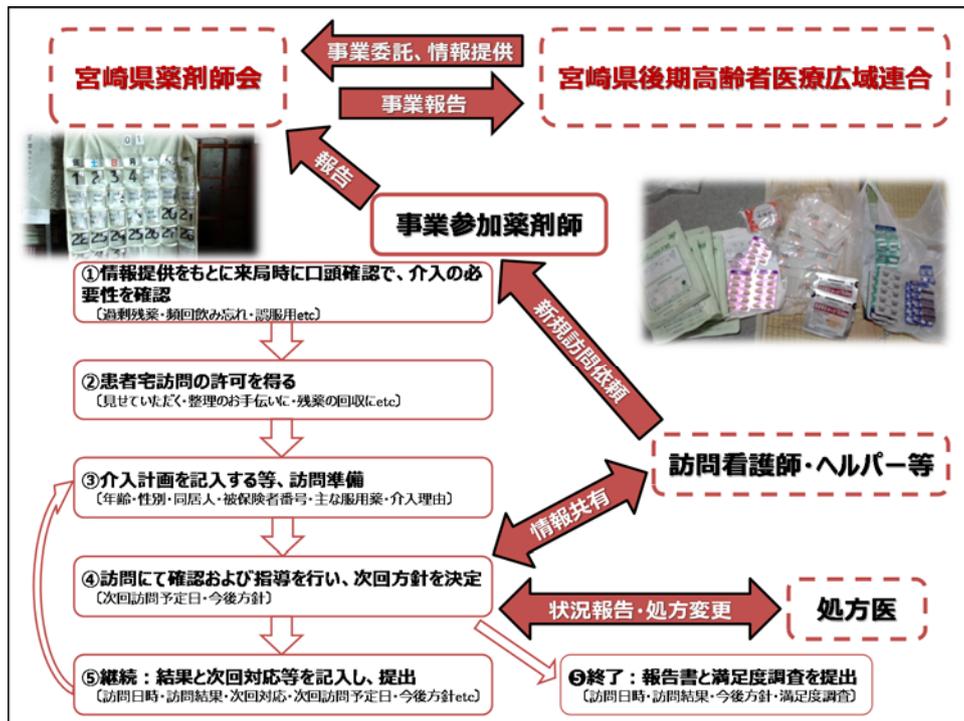
- 予想を超える残薬の存在
薬局内では「飲み忘れはない」「残薬はない」と言っているが、家で確認すると、多量の残薬（薬価で数万のケースも）があった。
- 処方医への具体的な提案
複数回の訪問により、対象者の食生活リズムや拘りが把握でき、それらを踏まえた処方変更等の提案に繋がった。
- 他職種との真の連携
複数職種のサポートにより効率的な対応ができた。



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）

- ★ 必要な薬を適切に服用しているかの、確認（薬局内で）精度を高める。
- ★ 飲み忘れがある場合、生活リズム等の背景を考慮して対応策を考える。
- ★ 薬剤師の取り組みを他職種に周知し、活用してもらう。





(2) 構成市町村が主体となった取組

1) 北海道北見市<服薬>

人口：5,377,782人、被保険者数：766,045人

北海道北見市における服薬指導の取組

事業目的

高齢者の生理機能や病態に対応した処方や調剤、服薬管理による適正な治療の実施と、健康管理に対する自己管理意欲の向上を図るとともに、医療費適正化の推進を図ることを目的とする。

具体的な取組内容

対象者に対し、薬剤師や保健師が訪問指導を実施し、服薬に関する健康課題等の解決に向け、医療機関や薬局間調整を行うとともに、家族や介護支援専門員等への今後の支援・協力について、情報共有等連携を行う。

□事前：

内科・歯科・調剤レシによる重複投与、併用禁忌薬、併用回避薬、高齢者過剰投薬などの確認、健診受診結果、介護認定の状況などと合わせ、対象者の健康課題の把握。保健師より、事前に文書と電話で連絡。

□当日：

薬剤師や保健師が訪問し、健康状況、受診状況、服薬状況、検査結果、市販薬や健康食品の使用状況、お薬手帳の使用や家庭内での管理方法、残薬の有無、飲み忘れなどの状況、処方薬と食事の不適切な組合せや、食事や睡眠時間と服薬時間の関係など確認。

特に、転倒やふらつき、めまい、口渇、歩行状態、皮膚炎など生活に支障をきたす薬物による副作用や健康課題の有無の確認をし、健康や薬に関する相談・指導を実施。

□事後：

本人の承諾を得て、各種関係者等へ課題解決に向け、情報提供と支援（フォロー）協力依頼。

対象者・指導実施者

◆対象者：4月から12月診療において、4か所以上の医療機関に3か月以上継続し受診している者（重複受診者）で、重複投与、併用禁忌薬、併用回避薬、高齢者使用回避薬の投与、過剰投薬、副作用の症状が疑われる傷病名があるなど服薬に関する確認や指導、調整が必要な者。重複受診者127名中、30名のうち、精神疾患・悪性新生物等の症状改善のため、主治医意見があり長期間多剤、多量調整がされている者を除く、4名。

◆指導実施者：薬剤師（原則、処方している薬局薬剤師）、市保健師

実施体制・予算

人材：薬剤師会員薬剤師（実7人、延14人）、市担当保健師 1名
 実施：訪問4回、対象者選定・症例検討会2回、薬局連絡調整・相談6回、家族連絡1回、
 包括支援センター連絡調整2回、訪問看護師連絡調整1回
 予算：総事業費9万円（報償費）

薬剤師会や医師会などとの連携

平成20年度より、特定健診・保健指導、重症化予防事業など各種保健事業を通じて、連携・協力体制があり、また、医療・福祉の専門職種が会員となり運営している医療福祉情報連携推進協議会（事務局：医師会）の設置を通じて、地域の健康課題や医療課題などの情報共有をしている。また、慢性腎臓病（CKD）医療連携の中で、関係組織、専門職種の協力を得ているため、CKD対策においても、高齢患者の服薬管理は重要であり、本事業への積極的な協力を得られている。

実施結果

〈事例①〉パーキンソン病（PS）の診断後、症状進行が著明で、他院処方薬との関連に着目したCKD（G4）患者	CKDやパーキンソン病患者の症状悪化の恐れにより慎重投薬すべき薬が、他院より処方があった。主治医との調整で、中断し、結果、歩行困難・転倒、咀嚼嚥下困難・口渇が改善。転倒骨折の心配が解消され、通所リハビリに積極的に参加し、不眠症状も改善。
〈事例②〉多疾患・多剤投薬患者でPS様症状出現していたが、処方薬との関連に着目した患者	緊張性頭痛や軽度うつ、胃腸症状の処方薬があり、PS様症状があり整形外科や消化器などで受診していたが、PS専門病院において、PS病ではなく「薬剤性パーキンソンニズム」と正式な診断を受け、処方内容変更し、PS様症状改善。
〈事例③〉インスリン注射の重複処方がされていた糖尿病性腎症患者	3医療機関で傷病名に糖尿病があり治療がされ、他疾患にて入院をきっかけに、2医療機関よりインスリン注射の重複処方がされる。夜間、低血糖発作（疑）搬送履歴のあったが、医療機関・薬局で未確認。主治医1か所へ整理。患者情報の共有、調整を実施。
〈事例④〉糖尿病、心疾患、CKD、低栄養と別々の医療機関で治療がされていた認知症患者	同居家族がいたが、認知症の進行状況、治療疾患、受診状況、服薬管理の情報がなかった（患者自身が行動していた）。かかりつけ医やかかりつけ薬局について説明し、介護認定について調整と、口腔ケア、食事介助や形状、適切な服薬管理について指導、家族支援を実施。

【評価指標】目標～指導による健康課題改善率50% ⇒4事例とも症状の改善、処方内容・医療機関数の減。

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）

①医療保険者の情報と役割、専門職（薬剤師）の知識を活かした対象者抽出

：医療保険者のもつ情報（KDBシステムのレセプト情報（紙）、各種健診受診状況と結果、介護認定状況など）から総合的に判断し抽出を行い、さらに、傷病名や処方薬の数・量、費用（医療費）だけでは判断できない「薬による課題」について、薬剤師の専門的な知識を駆使して、全処方内容を確認し、対象者を絞り込むことで、対象者へ不要な心配や不安を与えることなく、効果的・効率的に対象者を抽出することが可能である。

②高齢者の特性に考慮した対象者把握（アセスメント）

：高齢者では、認知や咀嚼嚥下機能、腎機能の低下などによる副作用の出現だけでなく、医療や処方を受ける際の高齢者自身の情報提供能力の低下により、適切な治療効果が得られず、症状の悪化や生活の質を低下（転倒、外出減少、症状への不快感、不安増長など）を招いている実態がある。

また、独居や支援者（家族含め）がない場合は、新たな症状について適切な受診先の判断や、服薬管理などがさらに困難となる可能性が高くなるため、携わる医療福祉職などの専門職は、時に時間をかけ、高齢者の特性に考慮した問診、生活状況の確認等し、「対象者把握（アセスメント）」を行うことが重要である。

③情報の一元化の必要性

：高齢者は、多疾患の治療による複数か所の診療科・医療機関受診、複数か所の薬局からの処方の可能性が高くなっているため、お薬手帳を活用した情報の一元化がされていない場合も多い。また、高齢者自身による治療に関する情報提供不足や、その他腎機能や肝機能など投与に必要な検査値を薬剤師が確認できないことも多い。

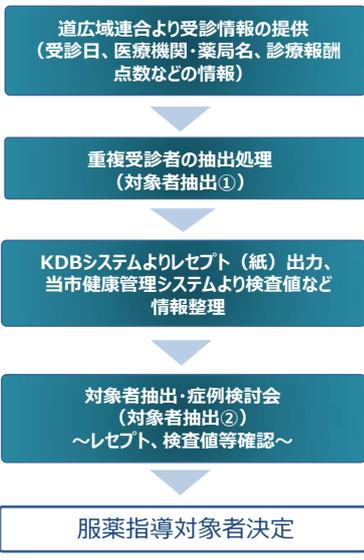
このような状況の中で、お薬手帳をまとめ、検査値を挟むなどの工夫の提案は、薬物治療の効果を高め、重複投与や併用禁忌薬などの回避はもちろん、腎機能障害等に考慮した処方を受けることができ、重要である。

④多職種連携の必要性（他職種の特性を理解し、活かす）

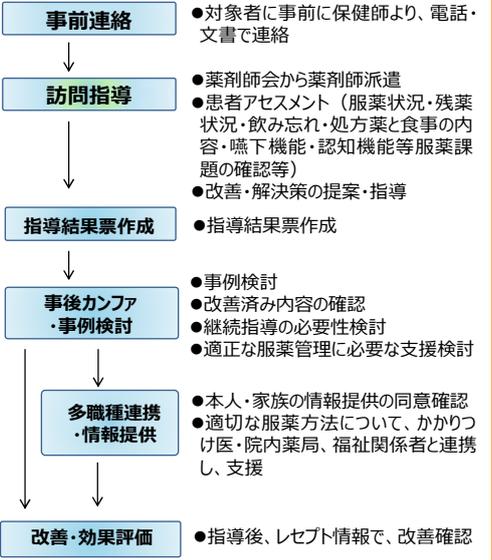
：他の職種の特性や役割、知識、業務内容の情報を日ごろから収集し、情報提供をしようとして、互いの専門性を活かすことが出来、円滑に患者への支援と連携することが可能となった。例えば、処方薬の飲み込みを困難とする口渇、嚥下困難などについては、保健師が口腔ケアの指導を行うなど専門職の知識や技術を活かし合いながら、トータルで適切な服薬管理が可能となった。

服薬指導の概要

1. 対象者抽出



2. 指導の流れ



2) 岩手県宮古市<口腔>

人口：55,521人、被保険者数：10,283人

岩手県宮古市における訪問口腔ケアの取組

事業目的

歯科受診の困難な在宅の要介護の本人または介護者に対して、日常的な口腔ケアの実施方法を指導することにより、口腔衛生の向上と口腔機能の維持向上を図り、もって誤嚥性肺炎等高齢者特有の疾病を予防する。

具体的な取組内容

- ・歯科医師または歯科衛生士が自宅等を訪問し、開始時の訪問歯科健診結果に基づいた口腔ケアを行なう。
- ・同様の指導を立ち合いの家族や介護スタッフに対しても行う。
- ・口腔ケア用品と口腔ケアに関するリーフレットを配布し、口腔ケアの継続を図る。
- ・歯科口腔ケア及び指導を自宅等では行えない状況の場合は、通所介護事業所を利用している場合、施設において同上の口腔ケアを行う。
- ・評価方法は開始時と終了時における歯科健診結果および事後アンケート調査により行う。

対象者・指導実施者

対象地区の75歳以上で在宅の要介護3、4、5の方で、訪問歯科健診を受診した方：83人（見込み）

実施体制・予算

行政：歯科医師（実1人）、歯科衛生士（実1人）、保健師（実1人）、看護師（実1人）
（以下見込み数）

訪問：歯科医師（実17人、延べ72人）、歯科衛生士（実6人、のべ11人）

実施：訪問のべ83回、地域ケア会議での説明1回、介護事業所等への訪問による説明21回、歯科医師会との打ち合わせ等8回、同説明会1回、歯科医師への訪問による説明17回、予算：総事業費4,865千円

※参考）その他訪問歯科健診における歯科医師（実18人、延べ167人）

医師会との連携の工夫

かねてより、歯科医師会や介護事業所等およびその他関係機関の委員からなる宮古市歯科保健推進連絡協議会があり、歯科保健の効果的な推進を図ってきた。歯科保健事業は歯科医師会に委託あるいは連携し実施している。会長の理解と協力があり、打ち合わせ等がスムーズに行えた。実施に当たっては、担当歯科医師を個々に訪問し丁寧な説明を行っている。

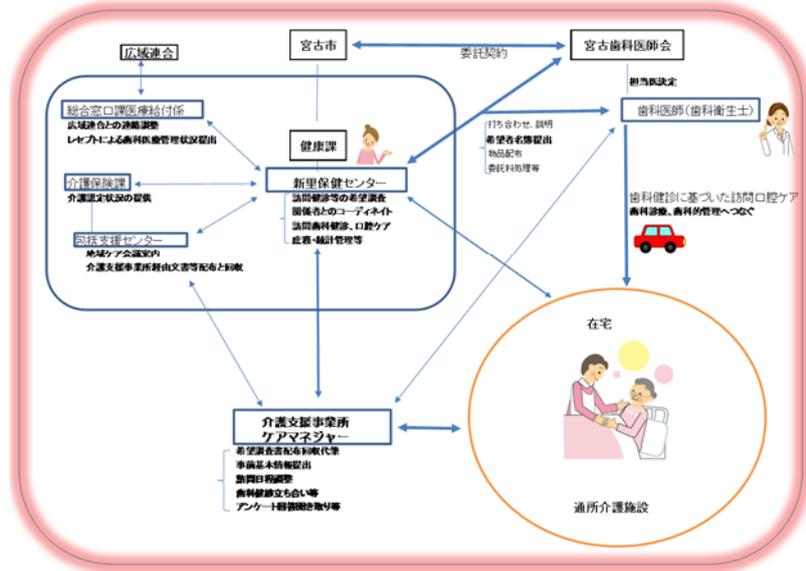
実施結果

- 事例① 頬のふくらみも可能となり、口腔周囲運動は良好となった。義歯は適合不要のため、新製することとなった。
- 事例② 1日1回舌ブラシで清掃するようになり、舌苔もほとんどなくなりきれいになった。義歯による傷もなくなり快適に食事できているとのこと。前回より唾液量も多くなった。
- 事例③ 口腔ROM訓練（舌や口腔周囲の可動域（ROM）を広げるための訓練）により、軽度、左側の運動に改善が認められた。舌ブラシも週1回程度行うようになった。
- 事例④ 義歯を新製後、使用し咬む努力をしている。

効果的に実施するためのポイント（モデル事業を通じ見えてきたこと）

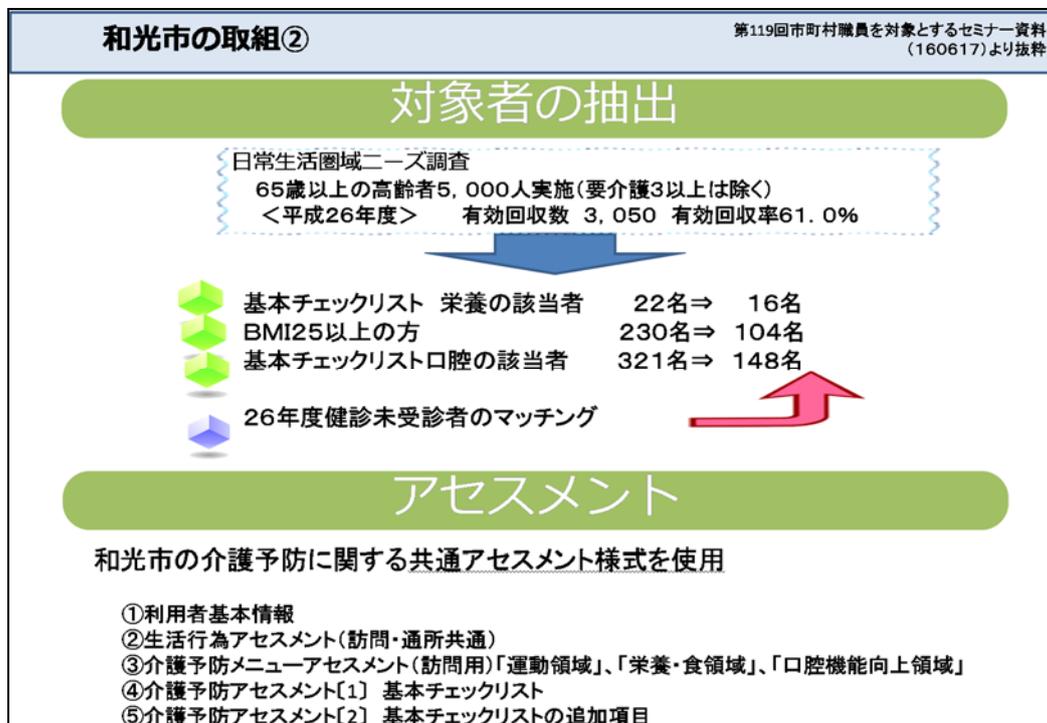
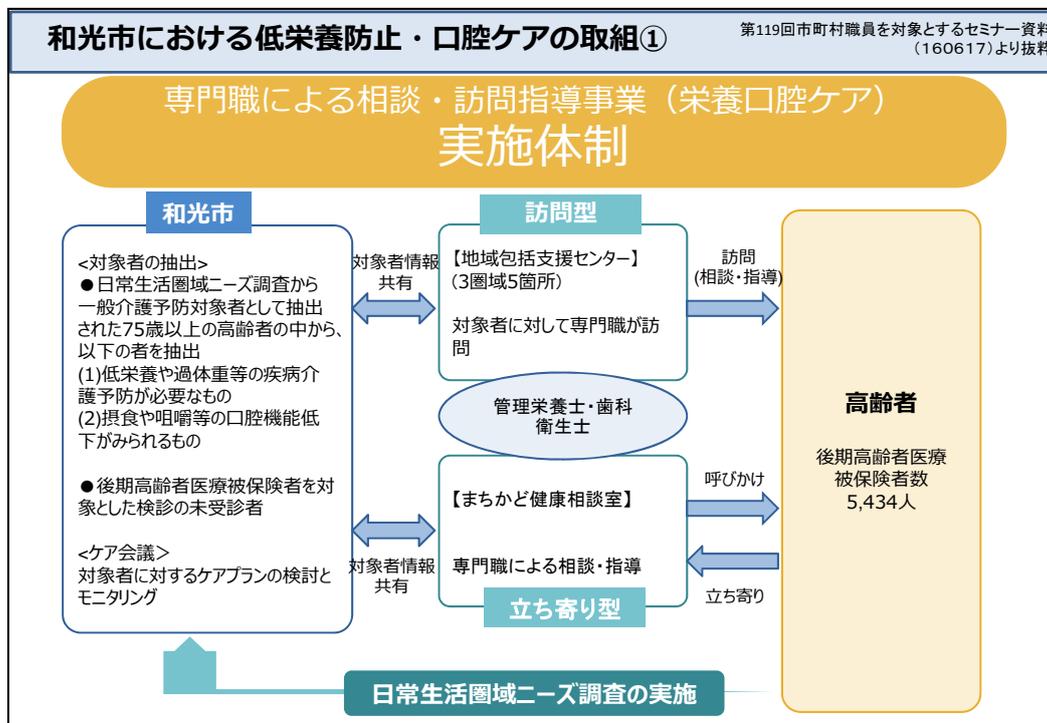
- ・希望調査の困難さ：本人や家族では理解困難な場合が多い。介護スタッフの協力が不可欠である。
- ・口腔ケアの継続：介護者の理解と協力が重要である。
- ・自宅での困難さ：デイサービス等を利用している方の場合には、その場において口腔ケア等を行う方が歯科健診の受診者数、有効性、利便性もアップすると考える。

平成28年度宮古市訪問口腔ケア実施体制図



3) 埼玉県和光市<栄養・口腔>

人口：80,614人、被保険者数：5,861人



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、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

16

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%)

4) 神奈川県大和市<栄養・重症化予防>

人口：22,475人、被保険者数：233,303人（H27年度）

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、188人訪問終了（対象者のうち：47%）

実施体制・予算

人材：管理栄養士15人（健康づくり推進課常勤4人、高齢福祉課非常勤2人、栄養士会9人）
実施：訪問のべ約800回、連絡調整会議6回（2か月に1回）
予算：総事業費2,280千円

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



訪問終了者(市)147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

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

	改善	維持	悪化
全体	改善, 42.0% (79人)	維持, 43.6% (81人)	悪化, 14.4%(27人)
前期	改善, 44.6% (33人)	維持, 47.3% (35人)	悪化, 8.1%(6人)
後期	改善, 40.4% (46人)	維持, 41.2% (47人)	悪化, 18.4%(21人)
未介入	改善, 35%	維持, 42%	悪化, 23%

訪問終了者(市+委託)188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



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/1.73m²以下
- ⇒うち、96人訪問（H28.9月末時点、対象者289人の中の33.2%）

実施体制

人材：管理栄養士11人（健康づくり推進課常勤4人、栄養士会7人）
実施：訪問のべ約400回、連絡調整会議6回
予算：総事業費1,551千円

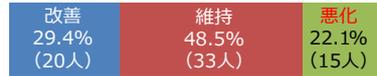
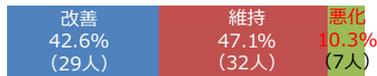
医師会との連携の工夫

- 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



改善:1kg以上の減少 悪化:1kg以上の増加

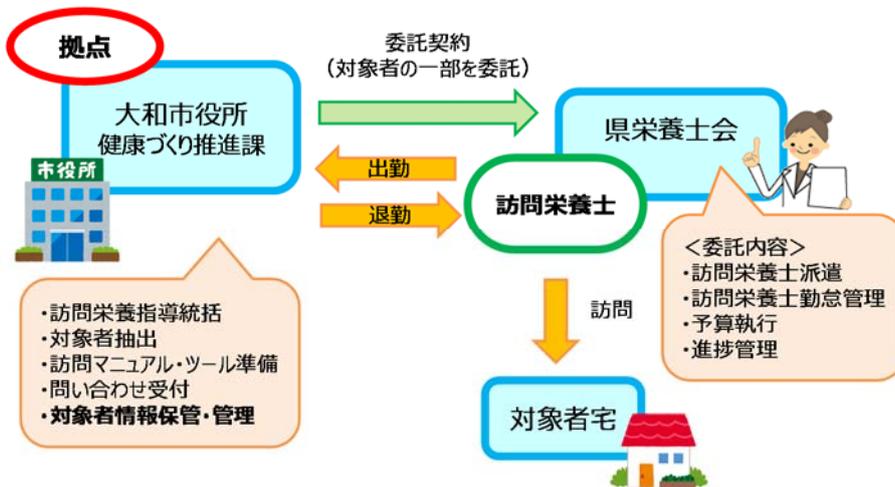
改善:0.5%以上の減少 悪化:0.5%以上の増加

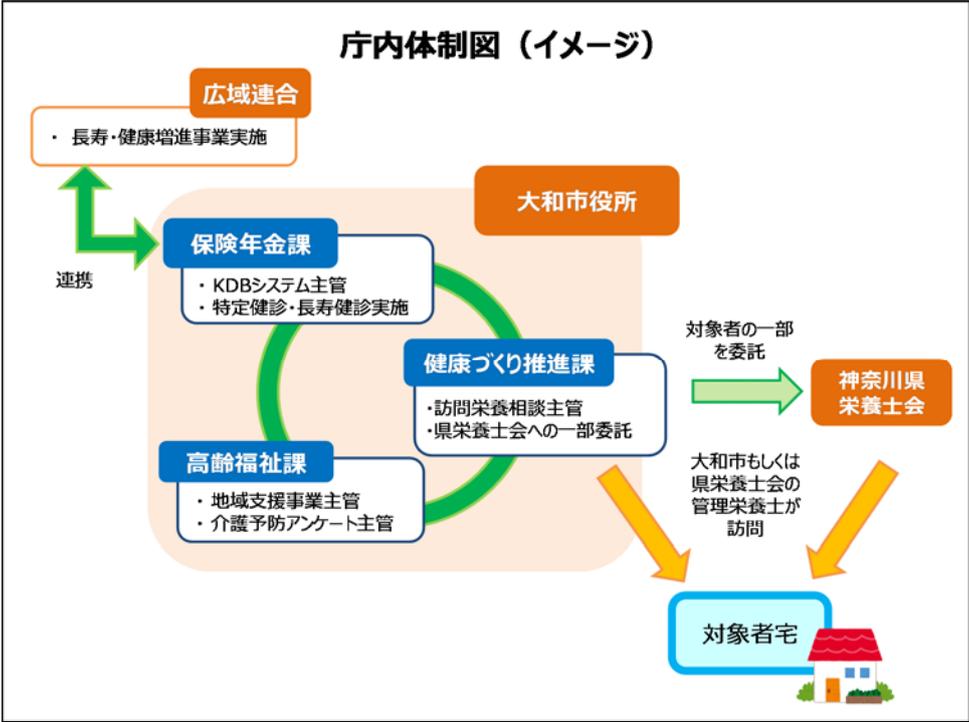
介入群：CKD対象者のうち、管理栄養士が1回以上面会し、栄養相談を実施した群 対照群：CKD対象者のうち、不在等の理由で 栄養相談を実施していない群

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





5) 長野県塩尻市<口腔>

人口：67,447人、被保険者数：9,259人

長野県塩尻市における口腔指導の取組

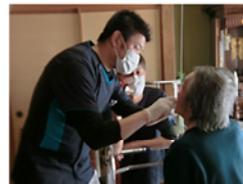
事業目的

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・予算

人材：歯科医師（実31人）、歯科衛生士（実2人）
実施：歯科衛生士訪問のべ445回、訪問歯科健診66件 連絡調整会議2回
予算：総事業費4,046千円

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>

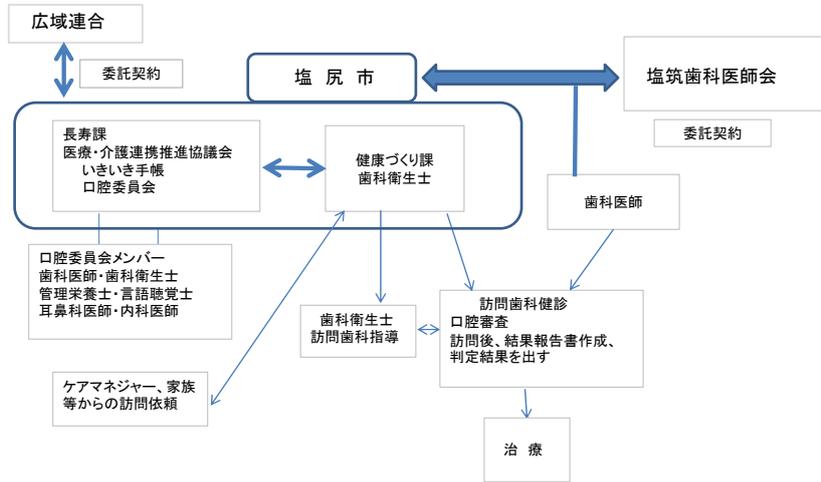
・介護度5で経過観察・健診を受けている17名の口腔は清潔が保たれ、誤嚥性肺炎の予防につながっている

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。
・口の中を見せってもらうことはハードルが高くとも、歯ブラシを見せっ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



6) 三重県津市<栄養>

人口：282,194人、被保険者数：39,648人

三重県津市における栄養指導の取組

事業目的

高齢者の低栄養・フレイル・生活習慣病等の重症化を予防し、健康寿命の延伸をすることで、住み慣れた家、地域で暮らし続けられるように支援する。

具体的な取組内容

①個別栄養支援（1クール6か月）

- 集会所等に巡回栄養相談窓口を設け、保健師・管理栄養士・歯科衛生士等による相談を実施
窓口に来れない人には訪問して相談を実施（必要時、主治医、地域包括支援センター等と連携）
- ・栄養スクリーニング・栄養アセスメント 健康状態、受診や服薬の状況、生活習慣等の確認
握力、体重等の測定
- ・栄養ケア計画の作成 対象者の望む暮らしを支援するための個別栄養ケア計画を作成
- ・栄養モニタリング 月1回、3か月間の栄養相談
- ・栄養ケア計画の事後評価 栄養アセスメントと同じ内容を実施し事前事後の評価をする

②地域栄養ケア支援

地域住民、地域包括支援センター、社会福祉協議会、医師、管理栄養士、歯科衛生士、保健師等による地域栄養ケア会議を開催し、個別栄養支援で把握した課題や地域住民との意見交換から、地域の栄養課題を抽出し、改善に向けた検討を行う

③人材育成

民生児童委員、ヘルスポランテア等に対して、地域住民同士が見守り、支援できるよう研修会を行う

対象者・指導実施者

老人クラブ・地域のサロン・健診事後健康相談等の参加者 90人（H28.12月末現在）
1クール（6か月間）25人とし、4クール実施予定

実施体制・予算

市保健師と委託管理栄養士・委託歯科衛生士が相談・訪問を実施

関係機関との連携

- ・必要時、主治医や地域包括支援センター等に情報提供の連絡をする
- ・地域栄養ケア会議への参加

実施結果

①個別栄養支援

- ・体重・食欲・毎日食べる食材数・便秘の改善・転倒回数・BMI等の項目において、事前事後の評価をした
- ・アンケート結果から食生活等に対する意識の変化を評価した

②地域栄養ケア支援

- ・地域栄養ケア会議を1回実施。
- ・地域の課題：「一人暮らし高齢者の食生活の乱れ」「一人暮らしの人の見守りが必要」「男の人が出ていく場を作る」
⇒高齢者の食生活を見守る人を増やすことを目的に研修会を実施（③の人材育成）
⇒男の健康料理教室をヘルスポランテアが主体となり3回開催
今まで料理をしなかったが家で作るようになった、みんなで一緒に作って食べると楽しくおいしく食べられる、家で食べるより量をたくさん食べられた、今まで話したことがない人と交流ができた等の感想あり

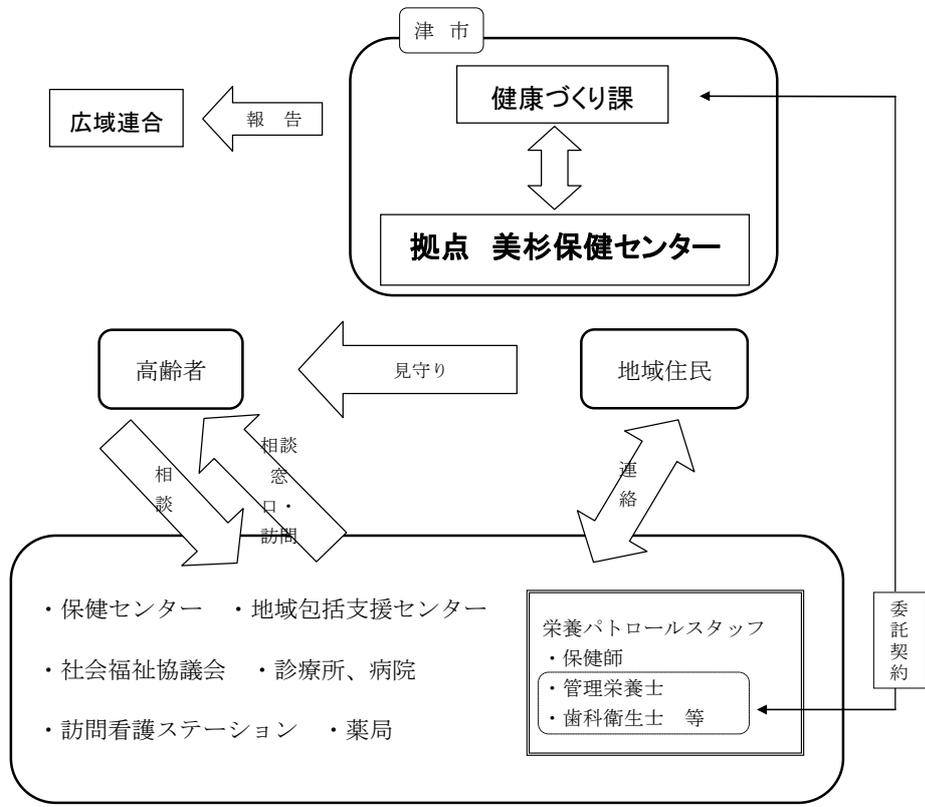
③人材育成

- ・高齢者の食生活や暮らしの見守りをする人を増やすため、テキストを作成
- ・民生児童委員を対象に事業説明を1回実施、事業協力のための研修会を2回開催
- ・地域住民、民生児童委員、ヘルスポランテア等を対象に地域の見守り研修会を2回開催

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）

- ・低栄養やフレイルのリスクが低い人でも、転倒や体調不良等をきっかけに急に支援が必要になるケースがある。早期発見し重症化させないためには、地域の見守り体制が必要である。
- ・一人暮らし高齢者より、子どもや孫と同居する高齢者の方が低栄養リスクが高い場合がある。世帯全員へのアプローチが必要である。
- ・高齢者本人からの聞き取りを行うだけでは、疾患名や服薬状況が正確に把握できない。また、健診の結果等のデータ等も含めて後期高齢者医療広域連合との連携が必要である。
- ・地域住民が主体的に低栄養・フレイル予防、生活習慣病の重症化予防等ができるようフォローアップが必要である。
- ・地域住民同士の見守り活動を広げていくために、フォローアップ研修が必要である。

平成28年度 美杉栄養パトロール実施体制図



7) 滋賀県竜王町＜口腔＞

人口：12,387人、被保険者数：1,444人

滋賀県竜王町における口腔指導の取組

事業目的

口腔ケアの推進を図ることにより、誤嚥性肺炎の予防に寄与するとともに、口腔体操等を指導・普及させ口腔機能の向上と効果的な栄養摂取を図り、高齢者の健康保持・増進、QOLの向上に寄与する。

具体的な取組内容

歯科医師・歯科衛生士による個別訪問指導を実施
関係者へ情報提供し、対象者のケアプランに反映させる

訪問実施：口腔ケアに関する問診、口腔内調査

口腔ケアや発語訓練や頬部、唾液腺のマッサージ、舌のマッサージ等を行う。

事後：調査に基づき、口腔ケアの受給状況や推奨する口腔ケアプランなどを示した口腔情報提供書を対象者ごとに作成

担当ケアマネジャーや介護関係者、家族へ情報提供

対象者が治療を要する場合には、かかりつけ歯科医師に連絡

対象者が特別養護老人ホーム施設入所者である場合は介護担当者等に対象者の口腔内の問題点を教示し口腔ケアの実技指導

対象者・指導実施者

要介護度（2～5）の者（64名）のうち、
事業へ調査協力いただける被保険者（43名）を訪問指導（平成28年12月28日現在）

実施体制・予算

人材：歯科医師（1名）、歯科衛生士（2名）、事務職（1名）

実施：訪問のべ65回、連絡調整会議1回、研修2回（3/10現在のH28年度実績）

予算：1,524千円（事業費補助金交付額）

関係機関との連携の工夫

- 作成した口腔情報提供書を担当ケアマネジャーや介護関係者、家族へ情報提供し、ケアプラン作成の参考にしていただいている。
- デイサービス、ヘルパー等の連絡帳に指導や治療内容を記載し、関係者間で情報共有している。
- 訪問調査の結果、歯科医療が必要な者、歯科専門職による継続的な在宅栄養管理が必要な者には、かかりつけ歯科医師あるいは治療を希望する歯科医師に直接連絡をとり歯科医療、歯科専門職による定期的な口腔ケアにつなげている。竜王町歯科医師会の歯科医師にも事業について理解協力を得ている。

実施結果

【事例】男性83歳 要介護度4 主な介護者：妻

（調査時の状態）口腔衛生状況不良のため、ここ数年で根面カリエス（虫歯）が多発進行し、次々と歯牙破折、咀嚼障害が認められた。

（指導内容）訪問調査により歯科治療を勧め、かかりつけ歯科医に連絡。また、日常的な口腔清掃のスキルアップを図った。

（受診後の結果）義歯を作成し美味しく食事したり、発声しやすくなり明らかなQOLの改善が認められた。

（生活の変化）家人からは「以前は頻りに発熱したり肺炎を罹患し、しばしば入院していたが、歯科のサービスを取り入れてからそういうことはなくなった。」と感想をいただいた。

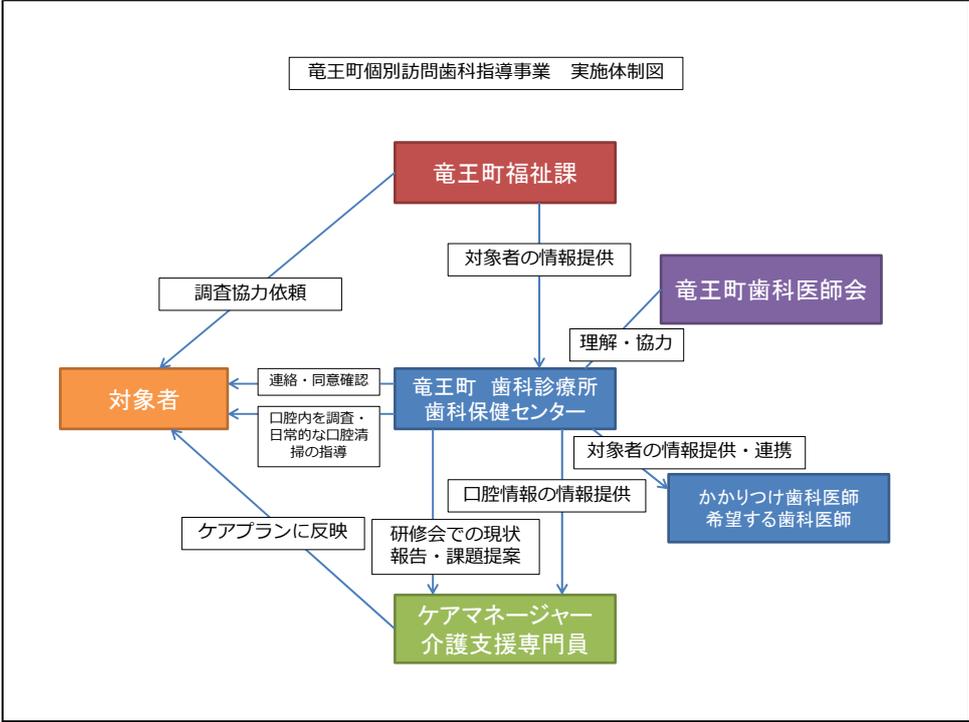
他にも独居で口腔保清ができずに口臭がひどく口腔衛生状況不良の寝たきり要介護者に訪問調査・指導した際にヘルパーに口腔ケアを指導し、口腔衛生状態が好転した者がいた。

【レセプトデータから】

竜王町では後期高齢者の自治体別の肺炎受診者数（H27年2月～H28年1月）をみるとレセプト件数/被保険者の指数は[6.65]で県内同規模の町[平均7.49]と比較すると肺炎の件数は少ない。訪問指導による誤嚥性肺炎の予防が図られたことが示唆される。

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）

- 被保険者だけでなく、家族や周囲の理解や協力があってこそ効果的な口腔指導、調査が可能となる。
- 歯科医師会や介護支援専門員との連携や理解を得られることで、対象者の事後フォローもスムーズに行える。
- 現在の体制では近い将来に人員不足となるので、口腔情報を多くの職種で共有し、訪問歯科診療につなげていく必要がある。



8) 大阪府大阪狭山市＜複合的取組＞

人口：57,820人、被保険者数：6,663人

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・予算

人材：非常勤看護師（実3人、のべ260人）、保健師8人（常勤6人、嘱託2人）、嘱託歯科衛生士1人、嘱託管理栄養士1人
 実施：訪問のべ313回（看護師297回、保健師16回）、所内訪問担当者によるカンファレンス12回
 予算：総事業費2,482千円

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

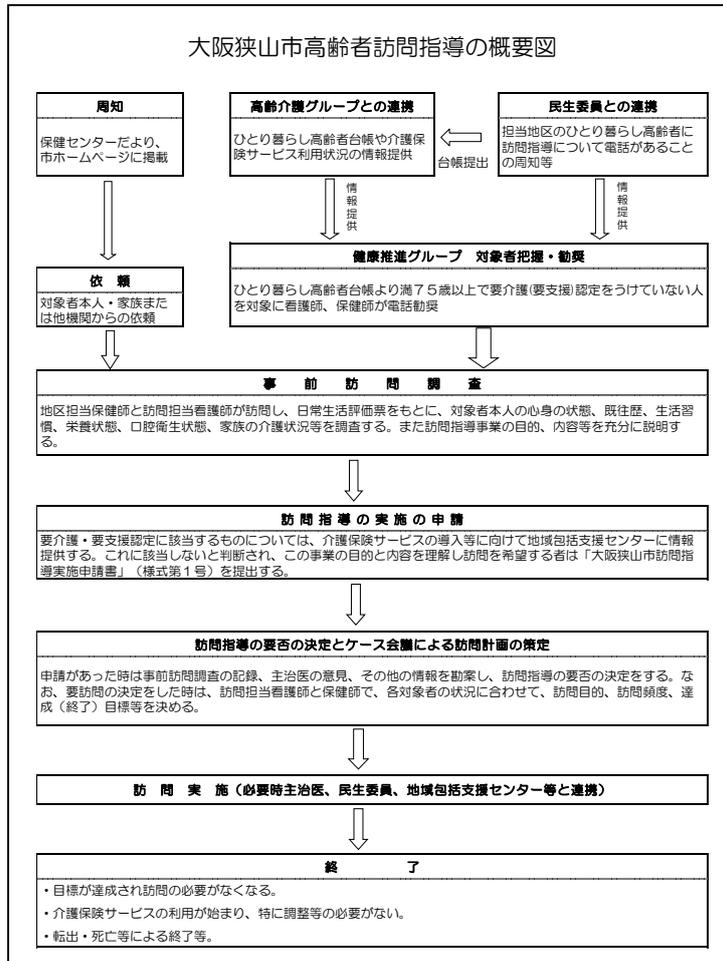
初回訪問時の日常生活評価票をもとに評価する（予定）検証時期：平成29年3月
 （新規訪問者は訪問開始から6か月後）

<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



9) 鳥取県鳥取市<重症化予防>

人口：194,256人（H27年度）、被保険者数：25,515人（H27年度）

鳥取県鳥取市における重症化予防の取組

事業目的

高齢者の特性を踏まえた訪問相談・指導等により、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

具体的な取組内容

専門職による家庭訪問を実施し、対象者の特性（生活習慣（食事や運動、喫煙）、健診結果の推移等）に合わせた保健指導及び受療勧奨を実施

事前：健診結果より対象者を抽出

事後：継続的な指導等が必要な者については、3～4か月後を目途に2回以上訪問を実施

対象者・指導実施者

・健診結果から、高血圧、糖尿病、脂質異常、腎臓病の各リスクに該当する者（生活習慣病ハイリスク者）を抽出

・昨年度の健診結果から訪問・相談支援した人の中で未受療者を抽出

・高齢者健康診査の未受診者及び要指導者、相談希望者

【生活習慣病ハイリスク者抽出基準】

健診結果から、以下のいずれかに該当する者でかつ該当する生活習慣病に未受療者

「Ⅱ度高血圧以上、HbA1c 7.0又は空腹時血糖130以上、男性のLDL 180以上、尿蛋白2+以上」

関係機関との連携

訪問指導を実施し、介護サービス等に関するアドバイスなど総合的な相談・指導が必要と思われる場合は、地域包括支援センター等関係機関と連携を図り行っていく。

実施結果

<事例>

血圧の重症化ハイリスク者が医療機関を定期的に通うようになり、生活習慣（食事・運動等）についても意識が変化して、血圧の数値に改善が見られた。

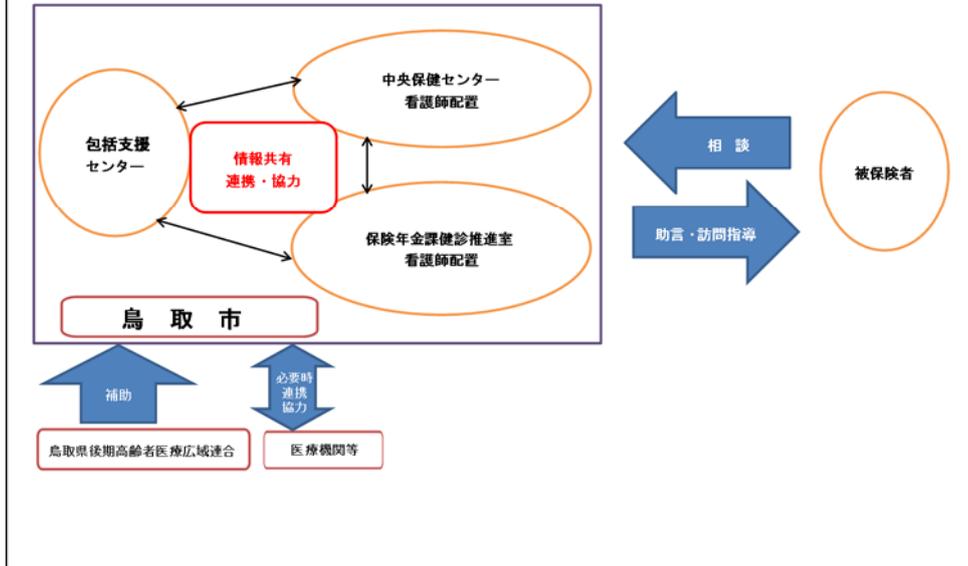
【評価指標】

- ・生活習慣病ハイリスク者が医療機関に通う割合
- ・健診結果及び受療結果等による数値の改善状況
- ・生活（食事・運動）等の改善状況

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）

健診結果から訪問しているが、対象者は高齢ということもあり身近に健診結果をとることが難しいこともあり、個々の状況に合わせて（例えば、無理な生活改善の実施でフレイルの状態にならない）の支援より必要。

「専門職による相談・訪問指導」 概要図



10) 福岡県豊前市<口腔>

人口：26,484人、被保険者数：4,831人

福岡県豊前市における自宅歯科訪問事業の取組

事業目的

「生涯現役社会づくり」へ向け、内科疾患重症化予防・運動機能維持向上・栄養状態改善等を行い、在宅高齢者のQOL向上を図る。

具体的な取組内容

歯科医師・歯科大・管理栄養士・歯科衛生士による訪問
事前：市職員が内容を説明。アンケート用紙の配布。
当日：上記の4人1組で訪問し、様々な検査を実施し、指導・アドバイスをおこなう。対象者の口腔状況によりその後の予定を相談し、2回目からは、歯科衛生士のみで訪問し、対象者1人につき3ヶ月で最大10回程度の訪問。
事後：再度、上記の4名で訪問し、初回時と同様の検査をおこない、比較やアドバイスをおこなう。詳しい、報告は後日、市専門職員が実施。



対象者・指導実施者

後期高齢者4,831人⇒そのうち、要介護認定を持っていて、歯科に行くのが困難な方をケアマネージャーより紹介。その他、市報等での募集。計19人訪問

実施体制・予算

人材：歯科医師（実5人）、歯科衛生士（約15人）、事務職4人
実施：訪問約190回、打合せ2回程度

医師会との連携の工夫

平成27年度より、歯科医師会と協力して事業をおこなっており、定期的に会議を開催し、事業の報告・検討の場を用いている。
来年度以降、医師会から血液データの照会や、薬剤師会への服薬記録の提供を検討。
居宅介護支援事業者のケアマネージャーと連携し、参加者の募集をおこなった。

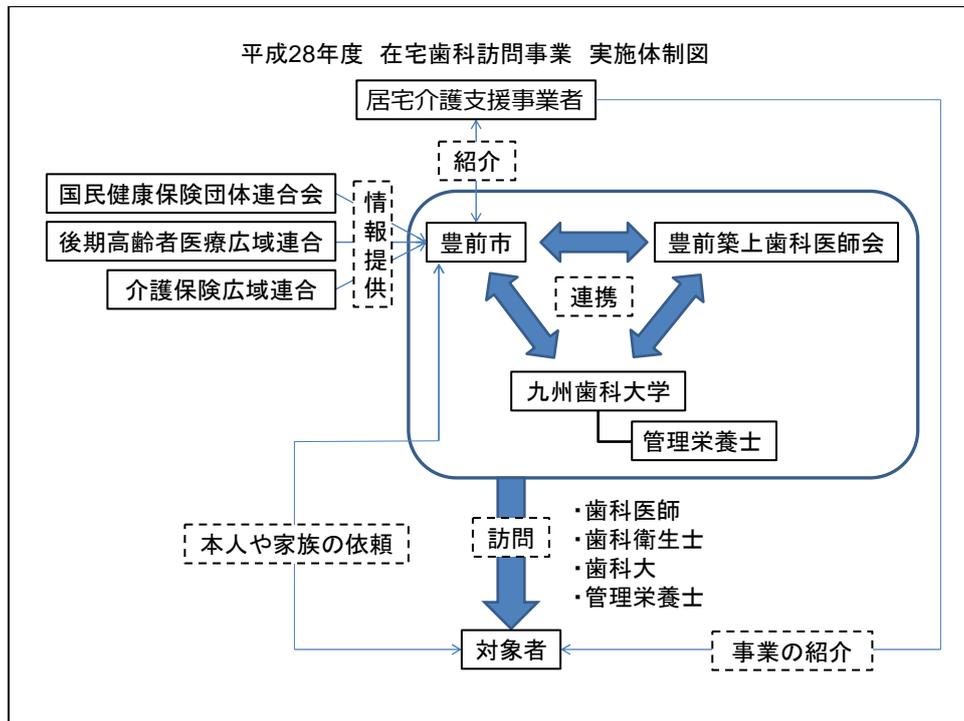
実施結果

今年度、事業実施途中

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）

- ・訪問時のみ、きれいにしておくのではなく、日常に取り入れるのが重要。
- ・ケアマネージャーからの紹介や、自分の意思での参加が多いので、健康づくりに興味のない最も参加して欲しい層の参加が難しい。

平成28年度 在宅歯科訪問事業 実施体制図



11) 熊本県八代市<服薬>

人口：130,023人、被保険者数：22,439人

熊本県八代市における服薬指導の取組

事業目的

薬剤師が医療・介護関係者多職種と連携し、訪問指導（相談）することで、服薬コンプライアンスを向上させ、病状の改善や重症化を予防する。

具体的な取組内容

- 薬に関する講演会及び個別相談会の開催
- 薬局での立ち寄り相談の実施
- 薬剤師による個別訪問相談指導
- 医療・介護関係多職種連携のための取組

対象者・指導実施者

対象者：診断名が複数ある者、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
指導実施者：薬剤師

実施体制・予算

- 講演会及び個別相談会 1回開催
- 薬局での立ち寄り相談 42薬局で随時実施
- 訪問相談指導 被指導者のべ98人（実人員79人） 従事薬局 11箇所（薬剤師16人）
- 医療・介護関係多職種連携のための取組 3回実施 予算：1,094,000円

医師会との連携の工夫

事業開始前に、地域医師会(八代市医師会・八代郡医師会)に事業主旨及び内容などを八代薬剤師会が説明を行った。
また、対象者へ訪問指導を行う場合は、必ず主治医に事前に連絡を行い、主治医の同意を得ている。

実施結果

●薬に関する講演会及び個別相談会の開催

参加者 15名

個別相談結果 ・問題解決50% ・立ち寄り相談へ継続25%
・その他かかりつけ薬局の選定など25%

●立ち寄り相談 個別訪問相談 現在集計中

●医療・介護関係多職種連携のための取組

・在宅医療介護に携わる多職種の皆さんと薬剤師のための座談会(ケアカフェ)
3回開催 参加者数(3回合計) 63名 (薬剤師34名 多職種29名)

薬剤師と関係多職種の相互理解が深まり顔の見える関係が出来た。
特に薬剤師の専門性を関係多職種が理解したことで、具体的な相談が出来るようになった。

・お薬手帳カバーの作成

介護情報 服薬情報などの基本情報をお薬手帳を更新する際に引き継ぐための再剥離シール付
担当ケアマネやヘルパーの名刺を入れる専用ポケット付



(3) 様式例

- ① 個人情報関係（同意書、健康づくり条例）
- ② 業務委託契約書、仕様書
- ③ 業務マニュアル
- ④ 医療関係（かかりつけ医等連絡票）
- ⑤ アセスメント票（アンケート含む）
- ⑥ 研修要綱・日程表等

※ 情報収集後、掲載予定。

2 参考資料

(1) 事業の運用関係

① 進捗管理シート

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)						
参加市町村・広域連合名: () 県 ()						
NO.	区分(例示*)		項目	内容	着手	済
	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	□	□
2	○	○	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	○	○	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、議会対応等をしている	□	□
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	□	□
6	○	○	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	○	○	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	○	○	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	○	○	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	○	○	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	○	○	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	○	○	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	○	○		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	○	○	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	□	□
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	□	□
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	□	□
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	○	○	(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	○	○	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	○	○	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	○	○	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	○	○	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ます	□	□
33	○	○	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	○	○	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ます	□	□
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ます	□	□
39	○	○	個人情報	個人情報を適切に管理している	□	□
40	○	○	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	○	○	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(様式〇)のデータを収集している	□	□
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	□	□
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	□	□

※ 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

No.の色区分

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網、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
改善事業の修正	・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

② 平成 28 年度モデル事業概況（モデル事業計画書等より作成）

事業内容

<栄養に関する相談・指導>

モデル事業 実施主体名	具体的内容	形態	期間	指導 回数
茨城県東海村	集団教室、個人面談において、食事アセスメントに基づいた食生活指導を行う	立寄	3 か月	4
埼玉県和光市	在宅高齢者を対象とし、栄養等に関する相談・指導を行う	訪問・立寄	3 か月	3
神奈川県大和市	訪問による栄養相談・指導（3回/6か月）	訪問	6 か月	3
愛知県大府市	管理栄養士が個人宅を訪問し、アセスメントを実施し、栄養ケア計画を作成・本人にフィードバック、モニタリングとして1か月後、2か月後にモニタリングとして訪問	訪問	3 か月	3
三重県津市	事業対象者に対し、アセスメントを行い、栄養ケア計画を作成し、3か月の間月1回ずつモニタリングを行う	訪問・立寄	3 か月	3
福岡県豊前市	要介護・要支援者に対し、事前のアセスメントを踏まえ、歯科医師・管理栄養士・歯科衛生士等が4人1組で訪問し、対象者の口腔・栄養状態等を把握した後、その状況に応じて2回目からは歯科衛生士のみが訪問し、検査や指導を行い、3か月間で最大10回の訪問の最終回には、初回の4人が再度訪問し、評価等を行う	訪問	3 か月	10
長崎県後期高齢者 医療広域連合（長崎 市）	入院患者の退院時に低栄養また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困難な者に対し、管理栄養士が2回訪問し、栄養相談や栄養指導を実施	訪問	1 か月	2
大分県中津市	医師・歯科医師による研修を受けた訪問スタッフ（管理栄養士・歯科衛生士）が3か月の間に3～5回、対象者宅を訪問 また、初回・3か月後・6か月後には地域包括支援センターの看護師が同伴訪問し、血圧測定や体重測定を行う	訪問	6 か月	3
宮崎県後期高齢者 医療広域連合（宮崎 市）	在宅高齢者を対象とし、栄養等に関する相談・指導を行う	訪問	3 か月	3回 以上
沖縄県糸満市	対象者宅を訪問し、受診状況や家族状況、生活実態を把握し、必要に応じて主治医への情報提供等を行う 1～2か月おきにモニタリングをし、6か月後に評価を行う	訪問	6 か月	4

<口腔に関する相談・指導>

モデル事業 実施主体名	具体的内容	形態	期間	指導 回数
岩手県宮古市	歯科医師と歯科衛生士等が個人宅に訪問、もしくはデイサービス等に立ち寄り、歯科健診を実施し、結果を本人や家族および介護スタッフ等に説明する。歯科治療が必要な場合には、訪問歯科受診等についても説明する。次回、歯科医師もしくは歯科衛生士が訪問し、歯科健診結果に基づいた口腔ケアと指導を行う。同様の指導は立会の家族や介護スタッフに対しても行う。初回から2～3か月後に再度歯科健診やアセスメントを実施する。	訪問・立寄	2 ～ 3 か月	2
埼玉県和光市	在宅高齢者を対象とし、栄養等に関する相談・指導を行う	訪問・立寄	6 か月	3
長野県塩尻市	歯科衛生士が健診前訪問により、口腔や生活状況を把握、歯科医師による歯科健診を行い、健診後必要に応じて、歯科訪問治療や歯科衛生士が口腔ケア、口腔機能向上等を行うためのフォロー訪問を実施	訪問		
滋賀県竜王町	歯科医師が3か月に1回、歯科衛生士月2回、定期的に個人宅に訪問し、口腔内の状況を把握し、口腔情報提供書を作成、ケアマネジャーに提供	訪問		
大阪府岬町	80歳以上で20本以上歯が残っている人について、歯科衛生士・保健師がアンケートした口腔チェックを行い、歯科医師会・保健所等による審査会をもとに、口腔状態の良い人を選出・健康長寿まつりにて表彰	訪問・立寄	—	1
兵庫県姫路市	ケアマネジャー立ち会いのもと、訪問歯科健診と保健指導を行い、2か月後に再度訪問し、状況確認を行う	訪問	上 2 ヶ月 以	2
高知県土佐清水市	新規要介護1,2になった者に対し、歯科衛生士が訪問し、咀嚼機能や口腔衛生状態の確認を行い、その人に見合った手入れの方法や実技指導を行い、必要に応じて医療機関に繋げる必要があれば再度の訪問や電話連絡を行う	訪問	程 度 1 ～ 2 か月	1 ～ 2
福岡県豊前市	要介護・要支援者に対し、事前のアセスメントを踏まえ、歯科医師・管理栄養士・歯科衛生士等が4人1組で訪問し、対象者の口腔・栄養状態等を把握した後、その状況に応じて2回目からは歯科衛生士のみが訪問し、検査や指導を行い、3か月間で最大10回の訪問の最終回には、初回の4人が再度訪問し、評価等を行う	訪問	3 か 月	10

モデル事業 実施主体名	具体的内容	形態	期間	指導 回数
大分県中津市	医師・歯科医師による研修を受けた訪問スタッフ（管理栄養士・歯科衛生士）が3か月の間に3～5回、対象者宅を訪問 また、初回・3か月後・6か月後には地域包括支援センターの看護師が同伴訪問し、血圧測定や体重測定を行う	訪問	6か月	3
長崎県後期高齢者 医療広域連合（長崎市）	歯科衛生士が訪問し口腔内の状況についてのスクリーニング及び口腔保健指導を行い、2か月後に再度訪問し、口腔状況のアセスメントを行う	訪問	2か月	2

<服薬指導>

モデル事業 実施主体名	具体的内容	形態	期間	指導 回数
北海道北見市	重複・多量投薬者に対し、事前連絡をした上で薬剤師と保健師が原則1回訪問し、薬剤の保管状況、残薬の状況、併用禁忌の薬剤等について指導を行う	訪問	半年	2回
三重県桑名市	後期高齢者を対象に、6地区で各2回ずつ出張型の薬剤に関する教室・相談会を開催し、薬剤師による個別相談会等で服薬指導を行う それとは別途、抽出した対象者に対し、個別訪問による服薬指導の案内を行い、2回の訪問を行う	訪問・立寄	3か月	2
大阪府高石市	介護関係者（ヘルパー等）が服薬に関しての相談がある場合に、薬局に連絡調整し、本人が薬局を訪問して相談を受ける	立寄	—	1
長崎県後期高齢者 医療広域連合	薬剤師が多量服薬者を2回訪問し、薬についての相談を受け、残薬の確認を、必要に応じてかかりつけ薬剤師に伝えるサポートを行う	訪問	2か月	2
熊本県八代市	KDBより抽出された複数診断名のある対象者に薬に関する講演会&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 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を開催したり、お薬手帳のカバーを作成	訪問・立寄		
宮崎県後期高齢者 医療広域連合	対象者宅に薬剤師が訪問し、服薬指導	訪問	6か月	3

<重症化予防>

モデル事業 実施主体名	具体的内容	形態	期間	指導 回数
北海道妹背牛町	かかりつけ医からの紹介により、町保健師が糖尿病の重症化予防のために指導を行う	訪問または来所	概ね 6 か月間	2～ 3回
茨城県河内町	糖尿病性腎症の重症化予防のために、血糖コントロール、血圧コントロールに関する保健指導を実施 治療中断者には受診勧奨並びに糖尿病連携手帳を用いての保健指導を実施	訪問 立寄	—	1
神奈川県大和市	訪問による栄養相談・指導（3回/6か月）	訪問	6か 月	3
石川県後期高齢者 医療広域連合（七尾市・加賀市・能美市・野々市市：直営、津幡町・内灘町・能登町：委託）	6か月程度の保健指導	訪問	6か 月	4回
愛知県東浦町	糖尿病の要治療者に対して電話・面談、訪問により受療勧奨の保健指導を実施	訪問 あり	—	3
鳥取県後期高齢者 医療広域連合	健診結果からの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 健診未受診者や相談希望者には、看護師が家庭訪問し、健診の受診勧奨や健康・医療へのアドバイスを実施	訪問		1～2
香川県後期高齢者 医療広域連合	糖尿病治療中であるにも関わらず、健診後糖尿病治療をしていない者を抽出し、郵送による受療勧奨を行い、受療した結果保健指導が必要とされるものには保健指導を実施	訪問	—	1
福岡県後期高齢者 医療広域連合（宇美町・須恵町・中間市・宗像市・うきは市・豊前市・吉富町・みやこ町・東峰村）	手紙送付、電話、面談、訪問等により、健診結果・糖尿病性腎症の病態・治療の必要性等を説明し、保健指導プログラムへの参加勧奨を行う 保健指導プログラムでの初回は、受診による血圧・血糖管理の必要性、セルフコントロールにより透析の回避もしくは遅延が可能となる旨を説明し、フレイルのスクリーニングを行う 2回目以降はカリキュラムに従って、高齢者の特性を踏まえ、生活習慣や受診状況等を確認した上で、対象者にあわせ6か月間の保健指導（電話、面談等で2週間～1か月に1回）を行う	訪問	6か 月	7

モデル事業 実施主体名	具体的内容	形態	期間	指導 回数
長崎県後期高齢者 医療広域連合	長期間健診も医療機関も受診していない者に電話で状況確認をし、必要に応じて受療勧奨、また訪問が必要そうな場合には訪問し、介護部門等への連携を行う	訪問あり	-	1
鹿児島県後期高齢者医療広域連合（鹿児島市・鹿屋市・垂水市・日置市・曾於市・始良市・大崎町・肝付町・南種子町・大和村・宇検村・与論町）	対象者宅に保健師または看護師等が訪問し、医療機関への受療勧奨や療養生活指導などを行い、生活習慣病で治療中の者については、訪問結果を本人の了解を得た上で主治医にも報告	訪問	各市町村委託契約期間内	原則1回（必要に応じて2回まで可）
沖縄県糸満市	対象者宅を訪問し、受診状況や家族状況、生活実態を把握し、必要に応じて主治医への情報提供等を行う 1~2か月おきにモニタリングをし、6か月後に評価を行う	訪問	6か月	4回

<複合的取組>

モデル事業 実施主体名	具体的内容	形態	期間	指導 回数
長野県佐久市	初回訪問により対象者の心身機能、生活状況、食生活状況、受診状況を把握し、1か月ごとに電話や訪問によるモニタリングを実施	訪問	5か月	5回
岐阜県後期高齢者 医療広域連合（中津 川市）	介護部門との連携構築・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に基づく生活習慣改善等の個別保健指導の実施	立寄	3か月	12
大阪府大阪狭山市	対象者に対し、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する 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	訪問	期間 の設定 はなし	年間 6~ 12
岡山県勝央町	低栄養、高血圧、脂質異常の者に対し、訪問を行い、食事・生活習慣に関する指導を2回行う	訪問	2か月	2
宮崎県美郷町	対象者宅を保健師や管理栄養士が訪問し、概ね月2回の指導を3か月実施	訪問	3か月	6

抽出基準・設定した目標・評価指標

＜栄養に関する相談・指導＞

モデル事業実施主体名	抽出基準	目標	評価指標
茨城県東海村	平成 27 年度高齢者健康診 査受診者に対し、食生活改 善教室を案内し、参加を募 る その際、結果については 「高血圧の既往者」とそれ 以外をグループ分けして 比較	指導前後での簡易 型自記式食事歴法 質問票の結果の維 持・改善率 60%	前後で実施する簡易型 自記式食事歴法質問票 (BDHQ)及びアセスメ ント票の結果 血圧値、BMI、食品群摂 取量、栄養素摂取量なら びに食行動における変 化
埼玉県和光市	日常生活圏域ニーズ調査 より、「一般介護予防事業 対象者」として抽出された 75 歳以上高齢者のうち、 低栄養・過体重等の疾病・ 介護予防が必要な人並び に摂食や咀嚼等の口腔機 能低下がみられる者(口腔 機能低下による低栄養リ スク者を含む) 後期高齢者医療被保険者 を対象とした健診の受診 者及び未受診者	低栄養または過体 重が改善する者の 割合を 25% 摂食や咀嚼等の口 腔機能低下が改善 する者の割合を 25%	低栄養または過体重が 改善する者の割合 摂食や咀嚼等の口腔機 能低下が改善する者の 割合 血液データ
神奈川県大和市	平成 26 年度の介護予防ア ンケートの基本チェッ クリストにて①BMI18.5 以下かつ体重減少 2~3kg 以 上/6 か月に該当する者(低 栄養二次予防対象者)並び に②BMI20 以下かつ「介 護予防アンケート」で食習 慣の 5 項目で 3 点以上の者 (低栄養防止対象者)	体重が改善される 者の割合 60% 介入する期間に重 症化(要介護認定も しくは死亡)する人 の割合を 5%以下に する	体重、体重増加者数、要 介護認定者数、死亡者 数、行動変容者数(生活 習慣の改善者数)
愛知県大府市	平成 27 年度の基本チェッ クリスト未回収者かつ独 居者	対象者の健康の維 持・増進と将来的な 要介護率の低下 訪問栄養指導マニ ュアルの作成 訪問指導体制の構 築	低栄養リスク、食品群摂 取のバランス、BMI、握 力
三重県津市	老人クラブ加入者に対し、 事前アンケートを実施し、 孤食(1日2回以上)・医 療と健診未受診(1年以 上)・基礎疾患有(糖尿病・ 脂質異常症・高血圧・腎疾 患・心疾患)・転倒経験あ りの者を抽出	要介護認定率 0%	体重・食欲・毎日食べる 食材数・便秘回数・転倒 回数・BMI

モデル事業 実施主体名	抽出基準	目標	評価指標
福岡県豊前市	医科・歯科レセプトから歯科疾患の重症化予防や糖尿病、肺炎の予防の観点から事業効果が高いと判断される者	改善項目として設定した項目の改善	各種検査や栄養アンケートの項目
長崎県後期高齢者医療広域連合（長崎市）	3カ所の拠点病院（長崎市内）の地域医療連携室が、心身機能が虚弱と思われる後期高齢者、要介護1以上の後期高齢者を選定（ただし、医療や介護で栄養指導の管理を受けているものを除く）		一定期間経過後の本人及び家族からの食事状況の調査及び体重推移
大分県中津市	平成27年度に実施した基本チェックリストの結果、低栄養状態や口腔機能の低下がみられると判断した者の中から医療・介護で栄養や口腔の管理を受けていない者	低栄養者：簡易栄養状態評価などが改善する者の割合30% 口腔機能低下者：口腔機能評価が改善する者を30%	低栄養：食事量・体重・歩行状態・ストレスや急性疾患の経験・精神的問題・BMI・ふくらはぎの周囲長 口腔機能：口腔衛生状態・咀嚼力・口腔清掃能力・口腔機能・気道感染や低栄養・生活機能評価
宮崎県後期高齢者医療広域連合（宮崎市）	平成27年度後期高齢者健康診査を受診した結果、「やせ」かつ「貧血」を疑われる者。 * やせ…BMI：21.4以下 * 貧血…ヘモグロビン：男14g/dL以下、女12g/dL以下、赤血球数：男410万/μL以下、女380万/μL以下	栄養状態が改善した人の割合50% 訪問栄養指導を受けてよかったと思う人の割合70%	BMI、訪問栄養指導を受けてよかったと思う人の割合
沖縄県糸満市	長寿健診結果より、尿蛋白2+以上かeGFR40以下で空腹時血糖126mg/dl以上かつHbA1c7.0%以上	人工透析に移行させない 検査データを悪化させない	人工透析移行者数 尿蛋白、eGFR、空腹時血糖、HbA1c

<口腔に関する相談・指導>

モデル事業実施主体名	抽出基準	目標	評価指標
岩手県宮古市	モデル地区の75歳以上の在宅の要介護3～5の者に対し、口腔ケアの必要性に関するリーフレットによる情報提供と同時に、訪問歯科健診の希望調査書をケアマネ経由で配布し、希望を募る。(要介護3以上の在宅で医療や介護で歯科に関する管理を受けていない人)訪問歯科健診を受診した人に対して口腔ケアを実施する。	適切なケアや治療により誤嚥性肺炎を予防 口腔衛生の向上	<ul style="list-style-type: none"> ・口腔ケアの回数が増えた人の増加 ・口腔衛生状態の改善した人の増加 ・誤嚥や窒息の改善した人の増加 ・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・歯科治療の有無 ・本人や家族の満足度
埼玉県和光市	日常生活圏域ニーズ調査より、「一般介護予防事業対象者」として抽出された75歳以上高齢者のうち、低栄養・過体重等の疾病・介護予防が必要な人並びに摂食や咀嚼等の口腔機能低下がみられる者(口腔機能低下による低栄養リスク者を含む)後期高齢者医療被保険者を対象とした健診の受診者及び未受診者	低栄養または過体重が改善する者の割合を25% 摂食や咀嚼等の口腔機能低下が改善する者の割合を25%	低栄養または過体重が改善する者の割合 摂食や咀嚼等の口腔機能低下が改善する者の割合 血液データ
長野県塩尻市	ケアマネジャー・訪問看護師・ヘルパー等からの依頼	訪問歯科健診後の口腔内の改善 健診後に要治療となった者が治療を受けた割合	訪問歯科健診後の口腔内の改善 健診後に要治療となった者が治療を受けた割合
滋賀県竜王町	要介護3～5の在宅の人に連絡し、参加を募る ケアマネジャーや家族からの依頼	誤嚥性肺炎の予防を図る	肺炎での受診者数
大阪府岬町	80歳以上で20本以上歯が残っている人	8020 運動の認知度80% 80歳で20本以上歯の残っている人の増加 60歳代で何でも噛んで食べることができる人の割合80%	事業への応募者数 残存歯の数、自己ケアの内容(定期的なアンケートや聞き取りによる)
兵庫県姫路市	ケアマネジャーに協力依頼し、要介護3～5の在宅の人で医療・介護保険における歯科に関する管理を受けていない者から申し込みを募る	治療につなげ、食生活の障害を取り除く 口腔内の衛生状態の改善	要指導・要治療者のうち歯科治療を受けた人の割合 口腔衛生の状態、口腔清掃に対する評価

モデル事業 実施主体名	抽出基準	目標	評価指標
高知県土佐清水市	平成 28 年度新規に要支援 1・2 になった者	口腔の状況（舌苔、歯の汚れ、義歯の汚れ、咀嚼機能）の改善率 70%以上	口腔の状況（舌苔、歯の汚れ、義歯の汚れ、咀嚼機能）
福岡県豊前市	医科・歯科レセプトから歯科疾患の重症化予防や糖尿病、肺炎の予防の観点から事業効果が高いと判断される者	改善項目として設定した項目の改善	各種検査や栄養アンケートの項目
大分県中津市	平成 27 年度に実施した基本チェックリストの結果、低栄養状態や口腔機能の低下がみられると判断した者の中から医療・介護で栄養や口腔の管理を受けていない者	低栄養者：簡易栄養状態評価などが改善する者の割合 30% 口腔機能低下者：口腔機能評価が改善する者を 30%	低栄養：食事量・体重・歩行状態・ストレスや急性疾患の経験・精神的問題・BMI・ふくらはぎの周囲長 口腔機能：口腔衛生状態・咀嚼力・口腔清掃能力・口腔機能・気道感染や低栄養・生活機能評価
長崎県後期高齢者医療広域連合（長崎市）	ケアマネジャー経由で在宅の要介護 2 以上の者から申し込みを募る 3 カ所の拠点病院（長崎市）を退院後 3 か月以内に口腔面で問題を有する者	口腔状況の改善率 80%	口腔状況の改善率、誤嚥性肺炎の発症状況

<服薬指導>

モデル事業実施主体名	抽出基準	目標	評価指標
北海道北見市	広域連合会から提供される被保険者の受診情報と国保データベースシステムにより出力さえる全レセプト（医科・歯科・調剤）より対象者を抽出	薬剤の自己管理に関する課題が改善する者の割合 50%	薬剤保管状況、残薬、併用禁忌薬、過剰投薬、飲み忘れ等薬剤に関する課題の改善、家族や他職種との改善への協力体制の構築結果
三重県桑名市	出張型の教室・相談会の参加者 平成 27 年度桑名市日常生活圏域ニーズ調査より、転倒リスク（Fall Risk Index）が 6 点以上の人	多剤併用にある高齢者の抑制 飲み残し薬の削減	薬剤数、転倒リスク（Fall Risk Index）
大阪府高石市	介護関係者又は家族からの申し込み	相談受付件数 900 件 介護関係者を通じた相談受付件数 500 件 薬剤費の推計抑制額 300 万円	相談件数、薬剤費、残薬数
長崎県後期高齢者医療広域連合	レセプトで 1 か月あたりの内服が 15 種類以上が 2 ヶ月継続してあった者	対象者の服薬に対する不安の解消	不安解消の割合
熊本県八代市	KDB により診断名が複数ある者を多い順に抽出。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優先する。	指導を行った者のうち、服薬管理状態が改善した者 100%	服薬状態 医療費
宮崎県後期高齢者医療広域連合	来局時に口頭確認を行い、薬の管理等に疑問がある患者及び残薬が疑われる患者 重複服薬訪問指導等事業で抽出される（同系の医薬品において、同月中に複数の医療機関で処方される処方日数が 60 日以上、処方されている者と同月中に複数の医療機関で処方されている併用禁忌薬が処方されている者）未訪問者	過剰な残薬発生抑制が行えた患者数 100% 指導を受けてよかったと思う家族等の割合 70%	薬剤師訪問に対するアンケート

<重症化予防>

モデル事業実施主体名	抽出基準	目標	評価指標
北海道妹背牛町	北空知糖尿病療養連携システムを通じてかかりつけ医から生活習慣改善指導のために町保健師に連絡することに同意した被保険者	糖尿病のコントロール不良者への保健指導・栄養指導により、コントロール不良状態が改善する者の割合を50%以上	HbA1c
茨城県河内町	平成25年度以降に特定健診を受診した74歳のもののうち、HbA1cが7.0%以上でeGFR値がG3a以上の者		医療機関受診者割合
神奈川県大和市	平成27、28年度の長寿健診受診者のうち、HbA1c6.5%以上かつeGFR50以下かつ尿蛋白が+以上の者	糖尿病性腎症のステージ維持・改善者の割合80%以上またはHbA1cの改善者を50%以上	腎症ステージ（維持・改善者数）、HbA1c改善者数、行動変容者数（生活習慣の改善者数）
石川県後期高齢者医療広域連合（七尾市・加賀市・能美市・野々市市：直営、津幡町・内灘町・能登町：委託）	後期高齢者健診の結果より、HbA1c7.0%以上または空腹時血糖130mg/Hgで尿蛋白2+またはeGFR50未満	指導対象者の実施率20% 指導実施完了者の生活習慣改善率70% 検査値改善率70%	指導前後6か月以内の検査値の変化（HbA1c、血糖値、蛋白尿の有無、eGFR値など）、生活習慣の改善状況（聞き取りより）
愛知県東浦町	平成28年度の健診結果からHbA1c6.5%以上で糖尿病受療歴がない者	未治療者の割合30%	健診の各項目、医療費・心疾患の有無・脳卒中の有無、透析の導入状況、要介護認定状況
鳥取県後期高齢者医療広域連合	健診結果より、高血圧（Ⅱ度高血圧以上）・糖尿病（HbA1c7.0%または空腹時血糖130mg/dl）・脂質異常症（男性のLDL180mg/dl以上）・腎臓病（尿蛋白2+以上）の各リスクが該当する者 高齢者健康診査の未受診者及び要指導者、相談希望者 昨年度の相談者のうちの未受療者	生活習慣病重症化ハイリスク者が医療機関を受療する割合50% 健診結果が改善する人の割合を25% 生活（食事・運動等）についての意識が変化した人の割合20%	生活習慣病重症化ハイリスク者が医療機関を受療する割合、健診結果及び受療結果等による数値の改善状況、生活等の改善状況

モデル事業 実施主体名	抽出基準	目標	評価指標
香川県後期高齢者医療広域連合	健診結果でHbA1cが6.9%以上の者かつ過去2年間に糖尿病の病名のある医科レセプトがあるが、健診後3か月で糖尿病の治療をしていない者	再受療勧奨を受けた対象者のうち、50%が受療する HbA1cが1年後に6.9%以下になる	再受療勧奨者のうち、受療した者の割合 HbA1c
福岡県後期高齢者医療広域連合 (宇美町・須恵町・中間市・宗像市・うきは市・豊前市・吉富町・みやこ町・東峰村)	後期高齢者健康診査の結果から、糖尿病性腎症の患者であり、人工透析導入前段階の者(健診結果でHbA1c7.0%以上かつ尿蛋白2+以上またはeGFR50ml/分/1.73m ² 未満)もしくは主治医・市町村からの情報提供により状態にある者		検査数値、基本チェックリストの項目、ADL、満足度
長崎県後期高齢者医療広域連合	一定期間(1もしくは2年間を予定)、医療機関無受診、健康診査の受診がない者	対象者全員の状況を把握し、健診等につなげる	医療機関受診が必要な者が受療につながった者の数、健康な場合は健診につながった数
鹿児島県後期高齢者医療広域連合 (鹿児島市・鹿屋市・垂水市・日置市・曾於市・始良市・大崎町・肝付町・南種子町・大和村・宇検村・与論町) (263,043)	長寿健診で「要医療」とされた被保険者(収縮期血圧150mmHg以上、拡張期血圧90mmHg以上、中性脂肪300mg/dl以上、HDL34mg/dl以下、LDL140mg/dl以上、空腹時血糖130mg/dl以上、HbA1c7.0%以上、尿蛋白+以上、eGFR50未満のいずれかが該当)		訪問指導実施者のうち、翌年度も対象基準に該当する人の人数・割合
沖縄県糸満市	長寿健診結果より、尿蛋白2+以上かeGFR40以下で空腹時血糖126mg/dl以上かつHbA1c7.0%以上	人工透析に移行させない 検査データを悪化させない	人工透析移行者数 尿蛋白、eGFR、空腹時血糖、HbA1c

<複合的取組>

モデル事業 実施主体名	抽出基準	目標	評価指標
長野県佐久市	市の個別健診・地域集団健診結果より BMI21.4 以下かつアルブミン値 3.8 以下の者（要介護 1 以上の認定者を除く）	医師会と連携し、「保健指導マニュアル」を作成・市内医療機関に配付 アルブミン値、フレイル・インデックス フレイル・インデックス（体重、歩行速度、握力、易疲労性、運動習慣の有無）、 下腿周囲径が改善した者の割合 50%	アルブミン値、フレイル・インデックス（体重、歩行速度、握力、易疲労性、運動習慣の有無）、 下腿周囲径
岐阜県後期高齢者医療広域連合（中津川市）	介護予防教室の参加者	介護部門との連携関係の構築 効果的な保健事業の企画立案	・介護部門の実施している運動指導に関し、参加者のデータ提供を受ける ・広域主催による個別栄養調査及び指導 ・広域、介護両部門の対象者データの分析を大学に委託
大阪府大阪狭山市	ひとり暮らし高齢者台帳より把握した満 75 歳以上の人のうち要介護(支援)認定を受けていない人	生活習慣、服薬状況等の改善	生活習慣、服薬状況

モデル事業 実施主体名	抽出基準	目標	評価指標
岡山県勝央町	<p>後期高齢者健診で血圧140/90mmHg以上、血中脂質（LDL140mg/dl、TG150mg/dl以上）、BMI20以下の者で、町の介護予防事業等に参加していない者</p> <p>H28年度健診受診者で、KDBの後期高齢者の健診状況（H27年度）の医療未受診者及び医療受診者（うち生活習慣病保有者）のうち受診勧奨判定値ありの内から、医療・介護の突合状況から選定する。</p>	<p>栄養指導による体重増加者30%、体重増加に向けた取り組みを開始した者60%以上</p> <p>血圧コントロール不良者への栄養指導等で改善傾向がみられる者20%、血圧コントロールに向けた取り組みを実施している者60%以上</p> <p>血中脂質コントロール不良者への栄養指導等で改善傾向がみられる者20%、血中脂質コントロールに向けた取り組みを実施している者60%以上</p> <p>訪問指導（栄養・運動）により身体機能（握力）の向上がみられる者30%、身体機能向上に向けた取り組みを実施している者60%以上</p>	<p>体重・体重増加に対する取組の実施状況、血圧、血圧コントロールに向けた取り組みの実施状況、血中脂質・血中脂質のコントロールの取り組みの実施状況、身体機能（握力）・身体機能向上の取り組みの実施状況</p>
宮城県美郷町	<p>平成26・27年度の後期健診結果から、血清アルブミン（男3.6以下、女3.7以下）又はBMI18.5未満の方について抽出し、訪問指導に適さないと思われる方（治療中、施設入所、入院中）等を除いた方</p>	<p>5m歩行（秒）、30秒椅子立ち上がり回数が改善した人の割合5割以上</p> <p>体重、BMIが改善した人の割合3割以上</p>	<p>5m歩行（秒）、30秒椅子立ち上がり回数</p> <p>体重、BMI</p>

③ 平成 28 年度モデル事業でのアセスメント項目一覧
 <栄養に関する相談・指導>

	茨城(東海村)	埼玉(和光市)	神奈川(大和市)	長野(佐久市)	愛知(大府市)	三重(津市)	大分(中津市)	宮崎(宮崎市)	
使用ツール									
①基本チェックリスト		○			○	○			
②高齢者用簡易栄養状態アセスメント質問	○								
③BDHQ	○								
④簡易栄養状態評価表					△		○	○	
⑤栄養アセスメント							○	○	
⑥食品群別摂取頻度					○	○			
⑦特定健診質問票									
独自ツール・項目									
⑦和光		○							
⑧大和			○						
⑨佐久				○					
⑩大府					○				
⑪津						○			
大分類	小分類 具体的項目								
身体状況	身長	(2、3)		(8)	(10)				
	体重	(2、3)		(8)	(9)				
	BMI	(2)			(9)		(4)	(4)	
	握力					(10)	(11)		
	下腿周囲長					(10)			
	ふくらはぎ周囲						(4)	(4)	
	体重減少	(2)	(7)	(8)	(9)	(4)	(4、5)	(4、5)	
体重増加		(7)	(8)	(9)		(5)	(5)		
日常生活行為	開眼片足バランステスト					(11)			
	移動方法	(2)				(10)			
	外出頻度					(10)			
	自力歩行の有無					(4)	(4)	(4)	
	定期的な体重測定	(2)		(8)	(9)				
	歩行速度					(10)			
	生活時間帯						(11)		
健康状態	主観的健康観	(2)	(7)	(8)		(10)	(11)	(5)	
	既往歴・入院歴	(2)		(8)	(9)		(11)	(5)	
	通院状況					(10)	(11)	(5)	
	慢性疾患の有無			(8)	(9)				
	服薬状況	(2)		(8)	(9)		(11)	(5)	
	精神的問題の有無					(4)		(4)	
	ストレスの有無					(4)		(4)	
	記憶状態					(10)			
	疲労感						(11)		
	転倒状況						(11)		
	アレルギーの有無				(9)		(5)	(5)	
	アルブミン値				(9)				
	HbA1c				(9)				
食生活	睡眠状況						(5)	(5)	
	排便状況		(7)	(8)	(9)		(11)	(5)	
	食事頻度	(2)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(5)	
	食事量							(4)	
	水分摂取量	(2)	(7)	(8)	(9)		(5)	(5)	
	主食摂取頻度・量	(2)	(7)						
	肉の摂取頻度	(2、3)			(9)	(6)	(6)		
	魚の摂取頻度	(2、3)			(9)	(6)	(6)		
	豆腐・納豆摂取頻度	(2)		(8)	(9)	(6)	(6)		
	卵摂取頻度	(2)			(9)	(6)	(6)		
	乳製品摂取頻度			(8)	(9)	(6)	(6)		
	果物摂取頻度	(2)			(9)	(6)	(6)		
	野菜摂取頻度・量	(2)	(7)	(8)	(9)	(6)	(6)		
	菓子類摂取頻度	(2)	(7)	(8)	(9)				
	補助食品摂取				(9)			(5)	
	カップ麺等の摂取							(5)	
	具体的食事内容		(7)					(5)	
	好きな物							(5)	
	嫌いな物							(5)	
	アルコールの量							(5)	
	その他生活習慣	味付け					(11)		
食事速度		(2)							
食事満足度		(2)	(7)	(8)					
食べる意欲		(2)	(7)	(8)			(11)		
満腹感							(11)		
食べることへの関心		(2)							
買い物状況				(8)	(9)		(5)	(5)	
食事の支度			(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(5)	
献立作成					(9)	(10)			
配食利用の有無					(9)			(5)	
一緒に食べる人				(8)			(11)	(5)	
外食の状況							(11)	(5)	
食事上の課題						(10)	(11)	(5)	
口腔状態		咀嚼状態	(2)	(7)	(8)	(9)			
		嚥下状態(むせ)	(2)	(7)	(8)	(9)			
		咬合力				(9)			
		歯や入れ歯の状態				(9)			
その他		喫煙	(2)						
		飲酒		(7)					
	規則正しい生活リズム			(8)					
その他	過去の栄養指導歴	(2)	(7)	(8)			(5)	(5)	
	自己効力感			(8)					
喫煙状況						(11)			

<口腔に関する相談・指導>

大分類	中分類	小分類	岩手県 宮古市	埼玉県 和光市	長野県 佐久市	福岡県 豊前市	大分県 中津市	
	基本チェックリストの項目			○	○	○		
対象者の状況	基本情報	要介護度	○			○		
		意思疎通の状況	○			○		
		かかりつけ歯科医			○	○		
		困っていること					○	
		介護者の健康度						
	身体状況等	体重				○	○	
		体重減少				○	○	
	健康状態	現病名	○		○			
		服薬状況	○					
		過去の発熱の有無	○				○	
		肺炎の既往					○	
	口腔状態	声					○	
		義歯	○	○	○	○		
		かみ合わせ		○		○		
		頬膨らまし		○	○		○	
		発音			○		○	
		嚥下障害	○			○	○	
		咬合力					○	
		開口度		○				
		口腔乾燥		○	○	○	○	
		口腔粘膜				○		
		歯肉				○		
		口の中の痛み				○		
		摂食状態(食べ物のレベル)	○			○	○	
		嗽の状態	○			○	○	
	舌の動き				○	○		
	RSST			○	○		○	
	口腔衛生状態	口腔ケアの自立度	○				○	○
		介助者	○					
		口腔ケアの回数	○			○		
		使用器具	○					
		食物残渣		○				○
		舌苔		○	○	○	○	○
		口臭		○	○	○		○
		歯の汚れ		○	○			
		唾液					○	
清掃状態			○	○			○	
歯ブラシの毛先			○				○	
歯ブラシの清潔状況			○					
入れ歯の清掃			○	○				
その他	食事が楽しめるか					○	○	
	食欲					○		
	薬が飲めるか						○	
	会話がスムーズか						○	
	良く会話をするか						○	
	主観的健康観						○	
表情						○		

＜服薬指導＞

大分類	中分類	小分類	北海道 北見市	熊本県 八代市
対象者の基本情報	キーパーソン	相談対象者		○
	対象者の状況	年齢	○	○
		性別	○	○
		世帯の状況	○	
		家族構成		○
		介護認定(要介護度)	○	○
		日常生活状況(自立/要介助)	○	
		担当事業所/ケアマネ		○
		栄養摂取状況		○
治療状況	通院の状況	医療機関名	○	○
		診療科目	○	
		主治医名		○
		通院方法/手段	○	
	服薬の情報	服薬中(治療中)の疾患	○	○
		服薬中の薬の数	○	○
服薬状況	服薬管理	薬の管理(者)	○	○
		協力者(連携先)	○	○
		お薬手帳の活用の有無	○	
	服薬に関する問題	重複・多剤・併用禁忌など処方に関する問題の記載	○	○
		飲み忘れ・間違いなど服薬行動に関する問題の記載	○	○
		嚥下の心配の有無	○	
		認知機能の心配の有無	○	
		視覚機能の心配の有無	○	
運動機能の心配の有無	○			

<重症化予防>

大分類	中分類	小分類	神奈川県 大和市	石川県 広域	愛知県 東浦町	鹿児島県 広域	沖縄県 糸満市	
	身体状況	体重	○					
		血压				○	○	
		空腹時血糖値		○		○	○	
		HbA1c	○	○		○	○	
		LDL-Cho				○		
		e-GFR	○	○		○	○	
	健康状態	尿蛋白	○	○			○	○
		既往歴・入院歴	○					
		通院状況	○			○	○	
		家族歴	○					
		精神状態	○					
		認知機能	○					
		浮腫	○					
		脱水	○					
		倦怠感	○					
		体重増減				○		
		握力の低下				○		
		横断歩道を渡れるか				○		
		服薬状況				○		○
障害の状況	○							
生活習慣	食習慣	摂取エネルギー量	○				食生活全般	
		摂取たんぱく質量	○					
		一日の食事回数	○					
		治療用特殊食品	○					
		食欲	○					
		一緒に食べる人	○					
		塩分摂取				○		
		食生活の改善意向				○		
		食形態	○					
		買い物	○					
	つくる人	○						
	咀嚼状況	義歯の有無	○					
		生活習慣	喫煙				○	身体活動全般
	運動習慣		○			○		
1日の歩数					○			
外出頻度					○			
定期的な体重測定					○			
定期的な血压測定					○			
その他	主観的健康感	自己効力感	○			○		
		保健指導歴						
	特定保健指導歴 栄養指導	○			○			

<複合的取組>

大分類	中分類	小分類	岐阜県 広域	大阪府 大阪狭山市	岡山県 勝央町
ツール	独自のツール	①基本チェックリスト	○		
		②転倒スコア表	○		
		③BDHQ	○		
		④岐阜	○		
		⑤大阪狭山		○	
		⑥勝央町			○
対象者の状況	介護調査	介護度/介護者 介護者の健康度		⑤ ⑤	
	身体状況等	持久力	④		
		下肢筋力	④		
		身長	④	⑤	
		体重	④	⑤	
		血圧	④	⑤	
		脈拍	④	⑤	
		不整	④		
		握力	④		⑥
		開眼片足立ち	④		
		歩行時間	④		
		長座位体前屈	④		
		TUG(使用道具)	④		
	日常生活能力		⑤		
	生活習慣	活動範囲	④		
		喫煙			⑥
		運動習慣			⑥
	健康状態	睡眠			⑥
		主観的健康感	④		
		体の痛み	④		⑥
		既往歴	④	⑤	
		現病名		⑤	
		家族歴			⑥
		受診医療機関		⑤	⑥
		通院状況		⑤	⑥
		服薬状況		⑤	⑥
		自覚症状	④		
		入院歴	④		
		運動制限への指示	④		⑥
		有所見の状況	④		
		息切れの状況	④		
	腰痛やひざ痛	④			
	食生活状況	調理		⑤	⑥
		食事回数		⑤	
		食欲の有無		⑤	
		排泄		⑤	
		嗜好・飲酒		⑤	⑥
		買い物			⑥
		配食サービス			⑥
		水分摂取量			⑥
	味付け			⑥	
	口腔衛生状態	かかりつけ医の有無		⑤	
		口腔清掃状態		⑤	
		義歯		⑤	
		嚥下障害		⑤	
	その他	転倒への不安	④		
		自己管理状況(体重)			⑥
自己管理状況(血圧)				⑥	
生活習慣改善意欲				⑥	

④ モデル事業におけるアドバイス内容

※ ヒアリング等実施後、掲載予定。

(2) エビデンス (学会資料等)

1) 高齢者糖尿病の血糖コントロール目標

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%)	8.5%未満 (下限7.5%)

出典：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

2) 高齢者の降圧目標

	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)

出典：日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会編「高血圧治療ガイドライン2014」

(3) 通知

- ① 平成 28 年 3 月 30 日付け課長通知
- ② 6 月 13 日、20 日事務連絡
- ③ 平成 28 年 12 月 28 日付け事務連絡
- ④ 高齢者の低栄養・重症化予防事業実施要綱等

(4) その他

- 1) 糖尿病性腎症重症化予防プログラム
- 2) 後期高齢者に対する歯科保健サービスの効果実証事業

※ 整理後、掲載予定。