高齢者の保健事業のあり方検討ワーキンググループ作業チーム(第3回)

平成29年6月6日(火)

参考資料2-2

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

平成29年4月 厚生労働省保険局高齢者医療課

目次

1	平成 28 年度のモデル事業の実施状況	1
	(1) モデル事業における取組	1
	1)取組状況	1
	2)事業内容	2
	3)抽出基準・設定した目標・評価指標	9
	4)平成 28 年度モデル事業でのアセスメント項目一覧	18
	5)モデル事業における取組のポイント	24
	6)モデル事業におけるアドバイス内容・設定した目標	31
	(2)モデル事業の具体的な事例	40
	1)広域連合が主体となった取組	40
	①岐阜県後期高齢者医療広域連合<複合的取組・研修>	40
	②福岡県後期高齢者医療広域連合<重症化予防>	42
	③長崎県後期高齢者医療広域連合<服薬・重症化予防>	44
	④宮崎県後期高齢者医療広域連合<服薬>	47
	2)構成市町村が主体となった取組	49
	①北海道北見市<服薬>	49
	②岩手県宮古市<口腔>	51
	③埼玉県和光市<栄養・口腔>	5 3
	④神奈川県大和市<栄養・重症化予防>	55
	⑤長野県塩尻市<口腔>	59
	⑥三重県津市<栄養>	61
	⑦滋賀県竜王町<口腔>	63
	⑧大阪府大阪狭山市<複合的取組>	65
	⑨鳥取県鳥取市<重症化予防>	
	⑩福岡県豊前市<口腔>	69
	⑪熊本県八代市<服薬>	
	(3)モデル事業で使用されたツール類	
	1)事務分掌規則	
	2)個人情報関係(同意書、個人情報保護条例に基づく閲覧申請)	
	3)業務委託契約書、仕様書	77
	4)業務マニュアル	78
	5)訪問前の事業参加者への案内	
	6)アセスメント票(アンケート含む)	
	7)目標記録表	
	8)研修関係資料	83
	9) 進捗管理シート	85

2 参考資料	36
(1)学会資料等	36
1)高齢者糖尿病の血糖コントロール目標(${ m HbA1c}$ 値) 8	36
2) 高齢者の降圧目標8	37
3) 高齢者の脂質管理目標8	38
4)高齢者の服薬管理目標	
(2)関連研究成果等g	93
1)糖尿病性腎症重症化予防プログラム	
2)糖尿病性腎症 重症化予防プログラム開発のための研究	97
3)後期高齢者に対する歯科保健サービスの効果実証事業10	00
(3)通知10)2
1)平成 28 年度後期高齢者医療事業の実施について(平成 28 年 3 月 3	
日付け課長通知)10)2
2) 平成 28 年度高齢者の低栄養・重症化予防等事業の実施について(平
成 28 年 3 月 30 日付け事務連絡)10)2
3) 平成 28 年度後期高齢者医療制度事業費補助金の当初交付決定に係	る
事前申請について(平成 28 年 6 月 13 日付け事務連絡))7
4) 平成 28 年度高齢者の低栄養・重症化予防等事業の実施について(平
成 28 年 6 月 20 日付け事務連絡)10)9
5)平成 28 年度高齢者の低栄養・重症化予防等事業の結果報告につい	て
(依頼)(平成 28 年 12 月 28 日付け事務連絡)11	10

1 平成 28 年度のモデル事業の実施状況

(1) モデル事業における取組

1) 取組状況

平成28年度 高齢者の低栄養防止・重症化予防推進事業実施状況 (8月内示時点)

	広域連合数 ※1	事業数	実施広域(市区町村)
栄養指導	10	10	茨城(東海村)、埼玉(和光市)、神奈川(大和市)、愛知(大府市)、三重(津市)、福岡(豊前市)、長崎広域、大分(中津市)、宮崎(宮崎市)、沖縄(糸満市)
口腔指導	10	11	岩手(宮古市)、埼玉(和光市)、新潟(新潟市)、長野(塩尻市)、滋賀(竜王町)、 大阪(岬町、箕面市)、兵庫(姫路市)、高知(土佐清水市)、福岡(豊前市)、大分 (中津市)
訪問歯科健診	16	37	青森(青森市、西目屋村)、岩手(宮古市)、東京(武蔵野市、中央区、千代田区)、神奈川(厚木市)、新潟(新潟市)、長野(塩尻市)、岐阜県(岐阜市、各務原市、日市、市、田市、東部門、大野で、地田町、御浦町)、三重(館庫市、名張市、名山市、伊賀市)、大阪(河内長野市、堺市、摂津市、泉大津市、枚方市、箕面市)、兵庫(神戸市、姫路市)、島根広域、山口(山口市、萩市、阿武町)、香川広域、高知(安芸市、四万十市)、長崎広域、宮崎広域、宮崎広域
服薬指導	6	6	北海道(北見市)、三重(桑名市)、大阪(高石市)、長崎広域、熊本(八代市)、宮崎広域
重症化予防	11	11	北海道(妹背牛町)、茨城(河内町)、神奈川(大和市)、石川広域、愛知(東浦町)、 鳥取(鳥取市)、香川広域、福岡広域、長崎広域、鹿児島広域、沖縄(糸満市)
包括アセスメント	2	3	愛知(大府市)、広島(呉市、大崎上島町)
複合的取組	5	5	長野(佐久市)、岐阜広域、大阪(大阪狭山市)、岡山(勝央町)、宮崎(美郷町)
研修	2	3	岐阜広域·岐阜(岐阜市)、大分(中津市)
合計(実数)	30	77	

^{※1 1}つの広域連合で複数のメニューを実施していることがあるため、各メニュー別の広域連合数を足しあげた値と合計値は一致しない。※2 1つの事業ではあるものの、栄養と口腔等、複数のメニューを同時に実施している事業があるため、事業数を足しあげた値と合計値は一致しない。※3 広域連合が市町村に委託等せず、直接事業者等により実施する場合は、広域連合名を標記。

2) 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 寄問· 立	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 寄 ^問 · 立	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。歯科治療の必要な場合には、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。同様の指導は立会い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 寄問· 立	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	1 程度 2か月	1 5 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		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 🛭
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	_	က
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・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	I	1
鹿児島県後期高齢 者医療広域連合(児島市・鹿屋市・ 児島市・田置市・曽 市・台良市・大崎 町・肝付町・南種子 町・大和村・宇 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1必にじ2ま可則回要応て回で)
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 💷

<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

3)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 自記式食事暦法質問票 (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 より名」と「一般のでは、「一般のでは、「一般のでは、「一般のでは、」と、では、では、では、では、では、では、では、では、では、では、では、では、できる。では、できる。では、できる。では、できる。では、できる。では、できる。では、できる。では、できる。では、できる。できる。できる。できる。できる。できる。できる。できる。できる。できる。	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 カ
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・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・体本を ・スや を ・スや を ・スや を ・の を ・の を ・の を ・の を ・の を ・の で ・の で ・の で ・の で ・の で ・の で ・の で ・の で
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/ μ L以下、女380万/μ L 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>

<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、口腔ケアの必要にに 関するリーフレットに 情報提供と同時で書 を がないた。 で の を 等で を 等で を 等で を 等で を 等で を 等で を 等で	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	・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年間における発熱ける発熱回数・歯科の有無・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、「一般介護予防事れた 75歳以上高齢者のうち 歳以上高齢者のうち 、「一般介護予助さち 、「一般介護予助さち 、「在 、「一般介護予助される 、「他 、「一般介護 、「他 、「一般介護 、「一般の 、「一 、「一 、「一 、「一 、「一 、「一 、「一 、「一 、「一 、「一	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	ロ腔の状況(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 性疾患の経験・精神的 題・BMI・ふくらはぎの 周囲長 口腔機能:口腔衛生状態・咀嚼力・口腔横手掃 ・口腔機能・ が低栄養・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 内)を退院後 3 か月以内で 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>

て服業指導プー				
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 種類以上が二 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	来局時に国際には 東の管理等に疑問がある 患者を を行るる 患者を を行るる 患者を を行るる 患者を を行るる を行るる を行るる を行いて、 にのとのを を行いて、 ののとでの のののののののの を行いて、 のののののののののののののののののののののののののののののののののののの	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>

く里延11.700 / 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	HbA1e
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値なと)、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 LDL180m g/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 打不り要素 関大の受験 を 10% を 10% 健診結果が改き 25% を 25% を 25% 生活(でした人の 変別が 変割が を 20%	生活習慣病重症化ハイ リスク者が医療機関に 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・項恵町・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/1.73 ㎡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 齢者医療島市・ 金のでは、 一個では、 一個では、 一個では、 一個では、 一個では、 一個では、 一個では、 一個では、 一個では、 一個では、 一個では、 一個では、 一個では、 一個では、 一個では、 一個では、 一個では、 一のでは、 一。 一。 一。 一。 一。 一。 一。 一。 一。 一。 一。 一。 一。	長寿健診で「要医療」とされた被保険者(収縮期血圧 150 mm Hg 以上、拡張期血圧 90 mm Hg 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、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「ア医アイフク度運下しい場合と指令では、1000円のでは	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	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 以下の者で参加して、かかでである。 所書業等に参加している。 所書等に参加している。 所書等に参加している。 所書である。 所述ない者 H28 年度健診音ののでは、 KDBの後期高齢者の医者ののでは、 状況(H27 年度の診者ののでは、 大況(H27 年度のできるができる。 というでは、 大況(大記を表表)のでは、 大況ののできる。 というでは、 大況ののできる。	栄重増組60血者でれンたし上血一養向20ト取て訪動(ら機取て養増加み%圧へ改るト取て 中ル指が%ロりい問)握れ能りい精加にを以いの善者ロりい 脂不導み、一組る指に力る向組る導者向開上ト栄傾20ルみ者 コ者でれ中にを60、りの3にを60よのたし ル指が、にを60 ンへ改る脂向実%等身向%向実%体体り者 良等ら圧け施以 口栄傾 コたし上・機が身たし上重	体重・体重増加に、対立に、対立に、対立に、対立に、対立に、対立に、対立に、対立に、対立に、対立		
宮崎県美郷町	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	5m 歩行(秒)、30 砂椅子立ち上がり 回数が改善した人 の割合 5割以上 体重、BMI が改善し た人の割合 3割以上	5m 歩行(秒)、30 秒椅 子立ち上がり回数 体重、BMI		

4) 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>

使用ツール		茨城県 東海村	埼玉県 和光市	神奈川県 大和市	長野県 佐久市	愛知県 大府市	三重県津市	大分県 中津市	宮崎県 宮崎市
		2147-217	1470-1-	7 1 1 1 1 1	1227 4112		7 7 7 7 7		
①基本チェックリス	<u> </u>		0			0	0		
	養状態アセスメント質問票	0							
	(本主	0				_		0	0
									00
						0	0		
①特定健診質問票						Ť	v		
	⑦和光		0						
独白ツール。項目	⑧大和			0					
独目ツール・項目	9佐久				0				
	<u>⑪大府</u> ⑪津					0			
十八桁	小分類		<u> </u>		且休的	人 位 日			
八刀块	身長	2,3	(1)	8	75 PT H		(1)		
	体重	2,3	1	8	9	1	1		
	BMI	2	1		9	1	1	4	4
A 44.15 VP	握力						(11)		
身体状况	下腿周囲長					(10)		•	•
	<u>ふくらはぎ周囲</u> 体重減少	(2)	(1)	(8)	(0)	(A)	1		(4) (5)
	体重増加 体重増加	~	7	8		(4)	(I)		(5)
	開眼片足バランステスト		7		-		(1)		
	移動方法	2	7			(10)			
	外出頻度		1			1	1		
日常生活行為	自力歩行の有無	_	7	_	_	4		□ 中津市 □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	4
	定期的な体重測定	(2)	ļ	8	(9)	G ²			
	<u>歩行速度</u> 生活時間夢		 			(10)	(fil)		
	生活時間帯 主観的健康観	(2)	(7)	8		(în)			(5)
	既往歷•入院歷	2	<i>w</i>	8	(9)	(W	(1)		5
	通院状況		7			10	10		5
	慢性疾患の有無		7)	8	9			中津市	
	服薬状況	2	7)	(8)	9	(5)			
	精神的問題の有無		7)						4
han et al habit	ストレスの有無		7						4
健康状態	記憶状態		7				(1)		
日常を生き、一門のでは、「おおおり、日のでは、「は、「は、」のでは、「は、」のでは、「は、」のでは、「は、」のでは、「は、」のでは、「は、」のでは、「は、」のでは、「は、、」のでは、「は、、」のでは、「は、、、、、、、、、、、、、、、、、、、、、、、、、、、、、、、、、、	疲労感 転倒状況		1						
	アレルギーの有無		7		(Q)	(I)	(I)	(S)	(5)
	アルブミン値		7					3)	
	HbA1c		7)						
	睡眠状況		Ī					(5)	(5)
	排便状況		7	8					5
	食事頻度	2	7	8	(9)	(10)	(11)		(5)
	食事量	(2)	7	(8)	•				4
	水分摂取量 主食摂取頻度・量	(2)	7	(8)	(9)			(5)	(5)
	肉の摂取頻度	2,3	7		(9)	<u>6</u>	<u>(6)</u>		
	魚の摂取頻度	2,3	7						
	豆腐・納豆摂取頻度	2	(7)	8	9	6	6		
	卵摂取頻度	2	(7)			6	6		
	乳製品摂取頻度		7)	(8)					
	果物摂取頻度	2	7	8					
	野菜摂取頻度·量 菓子類摂取頻度	② ②	7	8		(6)	(6)		
	果 <u>十</u> 親摂取類度 補助食品摂取	(2)	7	٥				(F)	(5)
	カップ麺等の摂取		<i>"</i>		9				(5)
	具体的食事内容		7)						
食生活	好きな物							中津市	(5)
	嫌いな物								5
	アルコールの量		7					(5)	
	味付け	•	7			-	(11)		
	食事速度 会事業品度	2	♠	(a)		-		中津市 () () () () () () () () () (
	食事満足度 食べる意欲	② ②	7	8			(fi)		
	満腹感	(L)	0	(0)			#市 中津市 中津市 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○		
A	食べることへの関心	(2)	(7)			l	· · · ·		
	買い物状況		Ť	8	9			(5)	⑤
	食事の支度		(7)	8			(II)		(5)
	献立作成		7)			(10)			
	配食利用の有無		7		9		_		5
	一緒に食べる人		7	8		 	(11)		<u>(5)</u>
	<u>外食の状況</u> 食事上の課題		7			(10)	(fi)		<u>5</u>
	良争上の課題 咀嚼状態	2	7	8	(9)	(U)	W.	3	3
	<u>塩曜状態</u> 嚥下状態(むせ)	(2)	7	8	9				
口腔状態	咬合力	~	7		9				
	歯や入れ歯の状態		7		9				
	RSST		7				11)		
7 0 11 11 17 77 77 10	喫煙	2							
その他生活習慣	飲酒		7						
ļ	規則正しい生活リズム	<u> </u>	7	8		<u> </u>		6	6
•	過去の栄養指導歴	2	7	8		1		\$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$	(5)
その44	自己効力感			. (6)					

<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	пан	0	0	0	7 7 1 1 1
	*	要介護度	0			Ö	
		意思疎通の状況	Ö			Ō	
	基本情報	かかりつけ歯科医	Ö	0	0	Ō	
		困っていること	0	0			0
		介護者の健康度					
	∸ /- / \	体重		0		0	0
	身体状況等	体重減少		Ö		Ö	0
		現病名	0	Ö	0		
	ᄻᇠᆉ	服薬状況	Ö	Ö		***************************************	***************************************
	健康状態	過去の発熱の有無	Ö				0
		肺炎の既往	Ö				Ö
		声		0		0	
		<u>,</u> 義歯	0	Ö	0	Ö	
		かみ合わせ	Ö	Ö		0	
		類膨らまし	Ö	Ö	0	·······	0
		発音		Ö	0		Ö
		<u>。</u> 嚥下障害	0	Ö		0	Ö
		咬合力		0			Ö
		開口度	0	Ö			
	口腔状態	口腔乾燥	Ö	Ö	0	0	0
		口腔粘膜	Ö	Ö		Ö	
		歯肉	0	0		Ö	
		口の中の痛み	<u> </u>	0		0	
		摂食状態(食べ物のレベル)	0	0	0		0
対象者の状況		嗽の状態	Ö		ŏ	0	
		舌の動き	0	0	Ŏ	Ö	0
		RSST	<u> </u>	0	0	<u> </u>	Ö
		口腔ケアの自立度	0	Ö		0	Ö
		介助者	Ö	Ŏ		<u> </u>	
		<u>カップローーーーーーーーーーーーーーーーーーーーーーーーーーーーーーーーーーーー</u>	Ö		0		
		使用器具	0	0			
		食物残渣					0
		舌苔	0	0	0	0	0
		口臭		0	0	0	0
	口腔衛生状態	歯の汚れ	0	0	0	<u> </u>	
			0	0		0	
		清掃状態	0	0	0		0
		歯ブラシの毛先	<u> </u>	0		***************************************	0
		歯ブラシの清潔状況		0			
		入れ歯の清掃	0	0	0	***************************************	***************************************
		/ ハ1 0 四 ツ / 月] 市					
		食事が楽しめるか	0	0		0	0
		食欲		0		0	
		- <u>長</u> 敬 薬が飲めるか		0		<u> </u>	0
	その他	会話がスムーズか					
	· C U기만	良く会話をするか		0			0
				0			0
		主観的健康観表情	0	0		***************************************	0
		衣頂	L	0	L	L	0

<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
	キーパーソン	相談対象者		0
		年齢	0	0
		性別	0	0
		世帯の状況	0	
対象者の基本情報	対象者の状況	家族構成		0
	対象省の状況	介護認定(要介護度)	0	0
		日常生活状況(自立/要介助)	0	
		担当事業所/ケアマネ		0
		栄養摂取状況		0
		医療機関名	0	0
	通院の状況	診療科目	0	
治療状況		主治医名		0
/口/京1人/儿		通院方法/手段	0	
_	服薬の情報	服薬中(治療中)の疾患	0	0
	加米の旧和	服薬中の薬の数	0	0
		薬の管理(者)	0	0
	服薬管理	協力者(連携先)	0	0
		お薬手帳の活用の有無	0	
		重複・多剤・併用禁忌など処方に関する問題の記載	0	0
服薬状況		飲み忘れ・間違いなど服薬行動に関する問題の 記載	0	0
	服薬に関する問題	嚥下の心配の有無	0	
	加米に関する回歴	認知機能の心配の有無	0	
		視覚機能の心配の有無	0	
		運動機能の心配の有無	0	

<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
		体重	Ö				
		血圧				0	0
		空腹時血糖値		0		0	0
	身体状況	HbA1c	0	0		0	0
		LDL-Cho				0	
		e-GFR	0	0		0	0
		尿蛋白	0	0		0	0
		既往歴•入院歴	0				
		通院状況	0		0	0	
		家族歴	0				
		精神状態	0	***************************************			
		認知機能	0				
		浮腫	0				
	健康状態	脱水	0				
		倦怠感	0	***************************************			•••••
		体重増減		***************************************	0		***************************************
		握力の低下	•	***************************************	0		***************************************
		横断歩道を渡れるか			0		
		服薬状況	•	***************************************	0		0
		障害の状況	0				
		摂取エネルギー量	0	***************************************	***************************************		食生活全
		摂取たんぱく質量	0				
		一日の食事回数	0				
		治療用特殊食品	0	***************************************			
		食欲	0	***************************************			
	食習慣	一緒に食べる人	0	***************************************			段工加工
		塩分摂取			0		/JX
		食生活の改善意向		***************************************	0		
		食形態	0		***************************************		
生活習慣		買い物	0				
		つくる人	0				
	咀嚼状況	義歯の有無	0				
		喫煙			0		0
		運動習慣	0	***************************************	0		身体活動
		1日の歩数		***************************************	0		全般
	生活習慣	外出頻度		***************************************	0		IIX
		定期的な体重測定			Ō		
		定期的な血圧測定			0		
	> 60 11 64 4-4-4	飲酒			0		
	主観的健康感		0				
その他	自己効力感	T	0		0		
	操 保健指導歴	特定保健指導歴					
	N. W. TO THE	栄養指導	0		0	<u> </u>	

<複合的取組>

十八零	中八 郷	小八米五	岐阜県	大阪府	岡山県
大分類	中分類	小分類	広域	大阪狭山市	勝央町
	①基本チェックリス	<	0		
	②転倒スコア表		0		
ツール	3BDHQ	•	0		
, ,,	W1	④岐阜	0		
	独自のツール	⑤大阪狭山		<u> </u>	
		⑥勝央町		_	0
	介護調査	介護度/介護者	•	5	
	71 100 100 100	介護者の健康度		5	
		持久力	4		
		下肢筋力	4		
		身長	4	<u> </u>	
		<u> </u>	4	5	
		血圧	<u>4</u> <u>4</u>)	5	
	自从北江体	脈拍		5	
	身体状況等	不整	4		
		握力 開眼片足立ち	(4) (4)		6
		研帳斤足业ら 歩行時間	4		
		長座位体前屈	4		
		TUG(使用道具)	4		
		日常生活能力	4	5	
		活動範囲	(4)	9	
		喫煙			6
	生活習慣	運動習慣			6
		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
46*04°		受診医療機関		(5)	6
対象者の状況	/中 中 小上台	通院状況		5	6
	健康状態	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		
		調理		5	6
		食事回数		5	
		食欲の有無		5	
	A 4 17 11 11	排泄		5	
	食生活状況	嗜好•飲酒		(5)	
		買い物			6
		配食サービス			6
		水分摂取量			<u>6</u>
		味付け かかりつけ医の有無		(5)	(0)
		口腔清掃状態		5	
	口腔衛生状態	<u> </u>		5	
		蒸		5	
		転倒への不安	4)	9	
		自己管理状況(体重)			6
	その他	自己管理状況(血圧)			6
		生活習慣改善意欲			6
		工心目限以古忠弘	l	1	9

<訪問歯科健診評価項目>

●:歯科医師による定量評価 ⑥:歯科医師による定性評価 〇:アンケートによる確認 △:健診項目はあるが評価方法不明 ×:なし

		歯の	状況	歯肉の	の状況	*	歯				機能	関係				その	他
自治	合体名	未処置歯・う蝕	喪失 歯・要 補綴歯	СРІ	それ以 外	清掃状態	適合状態	咬合 (アイヒ ナー等)	咀嚼 (ガム・ グミ等)	舌圧・ 挺舌	舌巧徹性・ディアドコ	味能(eat10・ ・反対・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	口腔乾燥	開口 度·開 口 等	類ふくら まし	清掃状態	粘膜
青森県	青森市	•	•	×	•	0	•	×	×	×	×	×	×	•	×	0	•
青森県	西目屋村	•	•	•	×	0	•	•	0	0	0	•	0	0	0	0	×
岩手県	宮古市	•	•	×	•	•	×	•	×	•	×	×	0	•	•	•	•
東京都	千代田区	•	•	•	×	×	•	×	0	×	×	0	×	×	×	0	•
東京都	中央区	•	•	×	•	0	•	×	×	×	×	•	0	×	×	0	×
東京都	武蔵野市	•	•	×	0	0	0	0	×	×	×	Δ	0	×	×	0	×
神奈川県	厚木市	•	•	•	×	0	•	•	×	×	×	0	0	•	×	0	•
新潟県	新潟市	•	•	×	•	×	•	×	×	×	×	×	×	×	×	0	×
長野県	塩尻市	•	•	×	•	0	•	×	×	×	0	•	0	×	×	0	•
岐阜県	岐阜市	•	•	×	•	0	•	•	0	•	×	•	0	×	×	0	•
岐阜県	各務原市	•	•	×	•	0	•	•	0	•	×	0	0	×	×	0	•
岐阜県	可児市	•	•	•	×	0	•	•	0	(9	0	0	×	×	0	•
岐阜県	揖斐川町	•	×	×	•	×	×	×	×	×	0	0	0	•	×	0	•
岐阜県	大野町	•	×	×	•	×	×	×	×	×	0	0	0	•	×	0	•
岐阜県	池田町	•	×	×	•	×	×	×	×	×	0	0	0	•	×	0	•
岐阜県	御嵩町	•	•	•	×	0	•	•	0	(9	0	0	×	×	0	•
三重県	亀山市	•	•	×	•	0	•	•	0	•	×	0	0	0	×	0	•
三重県	名張市	•	•	×	•	0	•	•	0	•	×	0	0	0	×	0	•
三重県	鈴鹿市	•	•	×	•	0	•	•	0	•	×	0	0	0	×	0	•
滋賀県	竜王町*	•	•	×	•	0	•	×	Δ	×	×	Δ	0	×	×	0	•
大阪府	河内長野市	•	•	×	•	×	•	×	0	×	×	0	0	0	×	0	•
大阪府	堺市	•	•	×	•	0	•	×	×	•	×	•	0	×	×	0	•
大阪府	摂津市	•	•	×	•	×	•	×	×	×	×	0	×	•	×	0	•
大阪府	枚方市	•	•	×	•	0	•	×	•	0	•	•	0	•	×	0	•
大阪府	箕面市	•	•	×	•	0	×	•	•	×	×	0	0	×	×	0	×
島根県	広域連合	•	•	×	•	0	•	×	•	•	•	•	0	×	×	0	•
高知県	土佐清水市*	×	×		×	0	×	×	0	×	×	×	×	×	×	0	×
高知県	四万十市	•	•	×	×	0	•	•	×	0	0	×	0	•	0	0	×
高知県	安芸市	•	•	4	Δ	×	•	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
福岡県	豊前市*	•	•	×	•	×	•	0	0	•	•	0	0	×	×	0	•

^{*}は歯科検診を実施している自治体を表す、その他は訪問歯科健診を実施している自治体を表す

5) モデル事業における取組のポイント

<栄養指導>

丶 不食拍与	<栄養指導>							
市町村名	状態(課題)把握のためのポイント	その他、指導等にあたって 特筆すべきこと						
	・和光市の介護予防に関する共用アセ	・アセスメントにより把握し、課題を						
	スメント様式を使用し、食事内容の課	・)でスグンドにより托佐し、味過を 抽出する。						
	題、健康面の課題、生活面や環境面の	│ ・課題を改善せず生活した場合に起こ						
	課題を抽出する	りうる問題点と、課題を改善した場合						
	・訪問時に体重測定を実施、健康診断	に生活が良くなる未来像を考える。						
	結果の提示をしてもらい具体的な数値	・対象者の良いところや、現在できて						
	を把握する	いるところも活用する。						
	・健康診断結果がない場合は、通院時	・対象者が前向きに考えることができ						
	の血液データや服薬状況を確認。	るように、現状ですぐ達成できそうな						
	・食事記録(食の多様性チェック表)	目標を、対象者と一緒に考える。						
	を次回訪問日までやっていただくよう	・実際の生活スタイルに合わせて助言						
埼玉県	宿題を渡し、記入内容から更に課題を	する。						
和光市	把握する。	・病識、服薬内容を本人や家族が理解						
		していただき、問題意識をもっていた						
		だくことで、自ら疾病予防しよう、重						
		症化予防しようと考えることができる						
		ように声かけする。						
		・栄養に特化せず、生活全体の視点で						
		とらえる。						
		・地域の情報等も把握しておく。						
		・定期的にモニタリングが必要と感じ						
		た場合には包括支援センターなどにつ						
		ないる。(他職権との建携を吊にとうて おく)						
	低栄養とフレイルの食生活の現状把握	03 \ / 1. 自己認知や自己効力感が乏しい						
	と分析、課題抽出の結果の多機関介入	空腹感、口渇感、口腔機能の低						
	1. 訪問評価(多様な食のアクセスの	下、体重減少やふらつき転倒、病態等						
	実態把握のための対話と観察)	の心身機能の自己認知が乏しく、また、						
	対話:精神的孤独、社会的孤立、食に	自己効力感も乏しいまま日常化してし						
	関する価値観、食欲、認知機能、閉じ	まいがち。食べる意欲も低下し、治療						
	こもり、	が遅れ発見時には既に脱水や重症化し						
	聴力、視力、振るえ、皮膚状態、口臭、	ている場合もある。						
	顔色不良、口唇の色、活舌、痛みの訴	特に食歴を無視した一方的な指導や押						
	え、	し付けは不安感や不信感を高め、拒絶						
	仕事の有無、世帯、家族関係、移動方	する可能性があるので注意する。						
	法	2. 医療機関にかかっていても、食べ						
愛知県	観察:体幹保持、転倒リスクのある住	ていない人はいる						
大府市	環境や身体機能、移動方法、居住周辺の産業施設	多様な食のアクセス問題や栄養						
	の商業施設、 公共交通機関、家屋、住環境の騒音や	課題は認知機能の低下や抑うつや社会 的要因があるため、医療受診していて						
	公共交通機関、家産、住環境の融画や	的安凶がめるため、医療支診していて も食べていない人もいる。						
	屋内の温度、屋外の手すり等の転倒予	食べていない理由を、多面的に						
	防のための設備、調理器具、運動靴の	評価し、その人のアイデンティティを						
	有無、	考慮し、一方的な指導をしないように						
	照明の具合、台所の利用状況、庭や室	注意する。						
	内の乱れ具合、生活を楽しむ余裕	3. 多様な健康情報を精査できず、食						
		べてはいけないと思っている人がいる						
	2. 栄養ケアと多機関連携	BMIは比較的保たれている人						
	訪問評価:地域診断や食生活環境の把	が多く、メタボのイメージが強いため、						
1	握と今後の低栄養とフレイルの動向予	体重を下げたいため、肉やたんぱく質						

市町村名	状態(課題)把握のためのポイント	その他、指導等にあたって
111111111111111111111111111111111111111		特筆すべきこと
	測に利用 事前発生のでは、 事前では、 のアクでは、 のアクのは、 のアクのは、 のアクのは、 のアクのは、 でのは、 でのは、 でのは、 でのは、 でのは、 でのは、 でのは、 でのは、 でのは、 でのは、 でのは、 でのは、 でのは、 でのが、 でいる。 でいる。 でいる。 でいる。 でいる。 でいる。 でいる。 でいる。 でいる。 では、 では、 では、 では、 では、 では、 では、 では、	を食べないようにしている人もいる。高齢者の食環境や病態栄養は個別性が高く、根拠をもってセルフメディケーションを達成できる食育をする必要がある。
大分県 中津市	事後評価:課題改善評価 基本チェックリストにより「低栄養状態」に該当した栄養状態に問題のある方に対し、6か月の間に、管理栄養士が、対象者に対し、5回、自宅を訪問し、アセスメントを行い、改善のための相談や指導を行った。また、内3回は看護師も同行訪問し、血圧測定等を実施。・統一した栄養状態評価表を用いて、定期的に状態評価を行った。	
宮崎市	方法: 対象者抽出後、電話で訪問日時を決める 訪問日の前日か当日に再度、電話で確認を取り、訪問する(必ず、不在ではない状況の訪問での形)	*現方は、大学のでは、大学のは、大学のは、大学のは、大学のは、大学のは、大学のは、大学のは、大学の

<口腔指導>

/ 中胚沿	〈口腔指導〉							
市町村名	状態(課題)把握のためのポイント	その他、指導等にあたって 特筆すべきこと						
岩手市	・訪問ないのでは、ないでは、大下では、大下では、大下では、大下では、大下では、大下では、大下では、大下	・ 口腔ケアについては、自宅において日常の場で行う点が有益であったが、対象者本人や介護者が高齢の場合には一ビスを発展が難しい。このためにおり、介容の手では、自己の場合の場合のが対してあり、のが対してのが対してある。ただしたのである。ただしたのである。ただらは、必要である。とは、との、との、との、との、との、との、との、との、との、との、との、との、との、						
埼玉県和光市	・和光市の介護予防に関する共用で表 ・和光市の介護事内容の課題、生活面や環境面の課題を使用し、食事内容の課題を抽出する。 ・訪問時に体重測定を実施、健康診断結果の提示をしてもらい具体的な過程を ・健康診断結果がない場合は、通院時の 血液データや服薬状況を確認。 ・口腔内チェックと ・回々に行う口腔ケアのチェック表 ・個々に行う口腔ケアのチェックよう に課題を把握する。	・出来のは、は、は、は、は、は、は、は、は、は、は、は、は、は、は、は、は、は、は、						

市町村名	状態(課題)把握のためのポイント	その他、指導等にあたって 特筆すべきこと
滋賀県竜王町	・介護者にも指導するため、介護者のいる時間に訪問する。 ・低栄養防止のため、2~3ヶ月の体重の情報を聞き取りかつ、口腔の問題点との関連をみる。 ・食事形態を聞き、咀嚼状態の確認をする。 ・肺炎の既往歴 ・水飲みテスト(窪田の方法)	
香川県後 期高齢者 医療広域 連合	介護している家族に同席してもらい訪 問歯科健診を実施。	訪問歯科健診をきっかけとして、その後の継続した口腔管理が行えるよう、医療保険の訪問歯科診療や介護保険の居宅療養管理指導の利用につなげるよう説明する。
大分県 中津市	基本チェックリストにより「口腔機能の低下」に該当した口腔機能に問題のある方に対し、歯科衛生士が、対象者に対し、5回、自宅を訪問し、アセスメントを行い、改善のための相談や指導を行った。また、内3回は包括看護師も同行訪問し、血圧測定等実施。 ・統一した口腔アセスメント評価表を用いて、定期的に状態評価を行った。	

<服薬指導>

_<服薬指導>						
市町村名	状態(課題)把握のためのポイント	その他、指導等にあたって 特筆すべきこと				
北海道北見市	①保険等では、 では、 では、 では、 では、 では、 では、 では、	・訪問で薬剤に関する課題について「原因」を明確化し、支援者で共有する。 ・生活背景の把握を丁寧に行う。 ・(医薬連携、楽薬連携、介護連携など 課題解決にむけ協力が必要な場合が多いため)保険者が実施している本事業について、事前に高齢者を支援していう。 職種、団体に周知し協力依頼を行う。				
三桑名中	・薬の保管場所、保管状況を確認する。・薬剤情報提供書やお薬手帳より、受診状況や処方内容を確認する。・服用薬剤の内容を説明してもらう。	・変なて、なし飲いた自服・るかも、はたた作なも、こでると、大変で、ないのと、対すが、薬あの、はいる、大変で、などし、診ってはいる、大変で、大変で、大変で、大変で、大変で、大変で、大変で、大変で、大変で、大変で				

<重症化予防>

<里班化力		- 11 11:44:11 : 1 1
市町村名	状態(課題)把握のためのポイント	その他、指導等にあたって 特筆すべきこと
鳥取県鳥取市	・健診結果に基づいて訪問を行い、受療 状況や生活習慣を把握する。 ・必要に応じて家族(主に妻)の同席を 依頼して状況把握し指導する。	・自分では調理ができず、夫婦以外の家族が調理を担当している、または弁当るでいる、また以弁当るで、大婦以外の等を購入している場合は、食事に関するお難しい。 家族も昼間は勤務で不在にしてり組のる範囲での提案を行っている。 ・各々の長年にわたる生活習慣が確立しており、最適と考えられる改善を提案しても取り組みにつながりにくい。 このため対象者の気持ちや健康によったのため対象者の気きとを称賛している。
香川県後	・事前に主治医に連絡し、治療内容や注	・事後のフォローが継続して行えるよ
期高齢者	意点などを把握した上で訪問をする。	う、訪問の結果を主治医と対象者の居住
医療広域	・本人が高齢で理解が難しい場合は、家	する市町の保健師に伝える。
連合	族に状況の確認を行う。	
福期医温泉 电弧点	・じっというできるだけ家族同伴で活っていいできるだけ家族同伴で活っていいできるだけ家族同伴で活っていいできるが、は、本人のは、は、大学の生活が、大学のは、大学のは、大学のは、大学のは、大学のは、大学のは、大学のは、大学のは	・高齢者の指導は、電話が把握できる。 電話が把握をも訪ざれている。 では、これでは、自己の方が、関連の大きさを小内で、は、自己の方が、関連の大きさを小内で、は、自己の方に、は、は、は、は、は、は、は、は、は、は、は、は、は、は、は、は、は、は、は

<複合的取組>

<複合的収組>							
市町村名	状態(課題)把握のためのポイント	その他、指導等にあたって 特筆すべきこと					
長野県 佐久市	・同居家族から運動の様子・食事の状況の聞き取りを行う ・歯科衛生士の訪問時には口腔内の清掃状態をチェックする ・対象者の身体機能を把握するため、 RSST・咀嚼力判定ガム・握力・下腿周囲径・片脚立位の測定を行う ・保健師の訪問時には血圧測定を行う・訪問開始から4ヶ月目に評価検診(問診・身体測定・血液検査)を行う・必要に応じて主治医から診療情報を提供してもらう・体組成計を用いて、測定を行う	・食品について、手のひら1盛分の目安量を提示 ・個人の状態を把握し、その方にあった口腔体操、運動を選択し、指導を行った・媒体(紙ベース)を使用して指導を行ったった					
宮崎県美郷町	・原則、訪問時間を予約して自宅訪問をする。 ・主に食事を作る人にも同席してもらう。 ・事前に、健診結果の経年表の数値とレセプト上の主病名を確認しておく。 ・後期高齢健康診査の結果(身長・体重・BMI・アルブミン値) ・栄養アセスメント票による聞き取り(訪問日の前日の食事(間食も含む) ・訪問時の体重、ふくらはぎ周囲径の計測	・70 歳代の名と、 (1) はは 種、 (2) を受生ののよいののといいのでは、 (3) を受生ののといいのでは、 (4) ののでは、 (4) ののでは、 (5) ののでは、 (6) の					

6) モデル事業におけるアドバイス内容・設定した目標

<栄養指導>

~ 个设旧号			
市町村名	比較的多く見られる課題	具体的なアドバイス内容	状態の改善に向けて高齢 者が設定した(もしくは 高齢者に提示した)目標 の例
	・食事量不足で低体重	・たんぱく質摂取の定着	間食にチーズを毎日食べる、主菜を用意する
	・閉じこもりがち	・まちかど健康相談室(立 ち寄り型サロン)の紹介	・外出の機会を増やす
	・食事量が多く過体重	・食事と間食の摂り方(量 や時間)の説明	・牛乳をお茶に変える、 夕食で食べ過ぎていた分 を朝食にまわす
埼玉県 和光市	• 軽度認知症、食欲低下	・食事量を増やす	ご飯の量を増やす、お やつ時に牛乳を飲む
	・糖尿病性腎症、カリウ ム制限を理解していない	・病気の説明、カリウム 除去方法の説明	・病気を知り、野菜の茹 でこぼしをする
	・ロ内炎や飲酒で食欲低下	・口内炎でも食べられる 食事の提案	・体調不良時の食事を知る、食事と一緒に飲酒する
	・食事量不足で低体重	・たんぱく質摂取の定着	間食にチーズを毎日食べる、主菜を用意する
	・一人だと食べる気にならない	・望む暮らしを確認する。 そのために食べる必要が あることを、栄養評価から自己認知していただ く。 ・地域包括支援センター から傾聴ボランティアを いれてもらう。	・1日3食 時間がきたら 食べる。1日1回は、してる。1日1回は、してるの分が生きる。 おいる できる のの できる のの できる のの できる
愛知県 大府市	・1ヶ月で500gから1kg の低下	・体重がでは、 ・体型がでは、 ・体認できならば、 ・必要を ・必要を ・必要を ・必要を ・の名と ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	・毎日体重測定をして、 生きて食べていることを 実感する。 ・理由なく1ヶ月以内に更 に体重が下がった場合 は、モデル事業事務局へ 連絡する
大分県 中津市	・主食が減っており、体 を動かすエネルギー源が 少ない。体調が悪いので、 食欲も沸かない	・自分で身の回りのこと など、体を動かすには、 そのエネルギーが必要。 ご飯の量を増やす。食欲 ない時は、消化のよいも のをとり、間食でエネル ギーの高いものをとる。	・ご飯の量を、増やす。 (例:50g/日→100g/日) ・体調のよいときは、散 歩するなど体を動かす。
	・ロ内炎や飲酒で食欲低下	・ロ内炎でも食べられる 食事の提案 ・ロ腔ケア指導、歯科受 診勧奨	・体調不良時の食事を知る、食事と一緒に飲酒する ・歯科受診する

			状態の改善に向けて高齢
市町村名	 比較的多く見られる課題	 具体的なアドバイス内容	者が設定した(もしくは
ברניה נייינוי	山牧町多く元りたる赤庭		高齢者に提示した)目標
	* 生动センバルギ		の例
	・義歯破損で低体重	・口腔内清掃と口腔体操 指導、歯科受診勧奨	歯科受診する、口腔体操 をする
	・義歯があたり歯肉炎	・口腔内と義歯清掃の指	・義歯の手入れを行う
	- ナンサスナー 45 世火又叶が	導、歯科受診勧奨	・ロ際ケスト体操を行う
	│・むせるため肺炎予防が │必要	・口腔ケアと体操の指導、 歯科定期受診勧奨	・口腔ケアと体操を行う、 歯科受診する
	1食の量が少なく、たん	・主菜をしっかりとるよ	・たんぱく質の食品をし
	ぱく質が足りていない。	うに。買い物時の惣菜の	っかりとるようにする。
		選び方。	主食、主菜、副菜をきち
		間食にもたんぱく質の食	んとそろえて、食事をと
		品を取り入れる。 栄養補助食品等の利用を	るようにする。おにぎり の中身も、たんぱく質の
		すすめる。	ものにすする。同じ食材
		, , , , , ,	ばかりを買わないように
			心がける
	食事のバランスに偏り	・1食に主食・主菜・副	毎食バランスよくとる
	がある	菜の最低3つの皿を用意	ため、3皿は準備するよ
		して、バランスよく食べる。 る。	うにする。
		・配食サービスなどの利	
		用を紹介。	
	摂取エネルギーの不足	主食は必ず食べる、間食	3 時の間食にサンドイッ
		を利用する	チやおにぎり、自家製の
			甘酒など取り入れる。ご
			飯は3食しっかり食べる、ご飯の量を今よりも
			る、こ畝の里をラよりも 少し増やす
		油脂の使用料を増やして	油料理を1日1回はする
		エネルギーを上げる	
	たんぱく質不足傾向	好みの魚や肉の摂取量を	昼か夕食には主菜に魚か
		増やす。	肉を取り入れる
		牛乳、乳製品を取り入れ る	手軽に取れる牛乳やヨー グルト等は毎日とる
宮崎県	野菜摂取量が少ない	朝食の味噌汁の具、彩の	緑黄色野菜を中心に野菜
宮崎市	(便秘の悩みが多い)	よいサラダ、和ものを増	料理を毎日1食は食べ
		やす	る。カレンダーを利用し
			摂取できた日に〇をつ け、できるだけ1週間を
			17、できるだけ「週間を 通して、〇の少ない日を
			減らすよう意識していく
			また、毎日カレンダーに
	0.1	Al Dan Al	チェックをいれる
	貧血の予防改善	鉄分の多い食品を紹介し	魚は赤身、肉もレバー等
		利用頻度を増やす 	│ 積極的に使用する(1日 │ │ 1 回以上)きな粉、海藻 │
			「四以上)さな材、海澡 類、大豆・大豆製品、を
			対象の表現である 1日1回はどこかで取る
			1日1回はどこかで取る

<口腔指導>

く口腔指導	! >		
市町村名	比較的多く見られる課題	具体的なアドバイス内容	状態の改善に向けて高齢 者が設定した(もしくは 高齢者に提示した)目標 の例
	・舌苔の付着・歯ブラシが大きすぎる	・専用の舌ブラシで、舌 も清掃をする ・適した歯ブラシ使用す る	・1日1回、舌清掃を行う ・適した歯ブラシ配布。 以後の参考にする
	・歯みがきの回数が少な い	・もう一回、増やす	・毎食後に歯みがきをする
	・義歯はあるが使用していない	・義歯を使用して、よく 噛んで食べる	・歯科受診あるいは訪問 歯科治療を受診し義歯を 使用できるようにする
	・義歯はあるが欠損歯が増えた	・義歯に増歯して、使え るようにする	・歯科受診あるいは訪問 歯科治療を受診し義歯を 使用できるようにする
	・義歯が痛い、ゆるい	・義歯を今のお口の状態に合わせる	・歯科受診あるいは訪問 歯科治療を受診し義歯を 使用できるようにする
岩手県宮古市	・義歯をはずさない	・義歯は食後に、外してから洗浄する	・義歯用歯ブラシを使用して洗浄する・夜間は入れ物を決めて水中に保管する
	・何もしなくても、または飲食の際にむせる	・姿勢に気をつける ・起床時が一番汚れてい る ・顔や舌の筋肉を鍛える ・だ液の不足	・床に足を付ける。飲み ・床に足を付ける。飲み ・朝、飲食前も口腔洗浄 ・朝る ・顔面体操、舌体操、パタカラ等をする ・歌出して本や新聞をあまる ・歌出して本や新聞をあまる ・歌はして本や新聞を表したり、 声をはてないである。 ・医科の先生にも口渇にして伝える
	・ロを開けないのでケア ができない	・顔に触ったりマッサー ジをして慣れてから行う	・指に清拭用品を巻いて 清拭を実施する
	・口内炎や飲酒で食欲低下	・ロ内炎でも食べられる 食事の提案 ・ロ腔ケア指導、歯科受 診勧奨	・体調不良時の食事を知る、食事と一緒に飲酒する ・歯科受診する
埼玉県 和光市	・義歯破損で低体重	・口腔内清掃と口腔体操 指導、歯科受診勧奨	歯科受診する、口腔体操 をする
	・義歯があたり歯肉炎	・口腔内と義歯清掃の指導、歯科受診勧奨	・義歯の手入れを行う
	・むせるため肺炎予防が 必要 ・口腔清掃状態の不良	・口腔ケアと体操の指導、 歯科定期受診勧奨 ・食後の歯磨き、うがい、	・口腔ケアと体操を行う、 歯科受診する ・毎食後、無理なら夜だ
滋賀県竜王町	- 口腔月畑仏窓の个良	・良佞の幽磨さ、うかい、 義歯の清掃の指導 ・デイサービスで口腔ケ アをしてもらうよう施設 にアドバイスする。	・毎良佞、無理なら夜に けでもする。 ・デイサービスに歯ブラ シ、コップを持っていき 行う。

			比能の事業に向けて言い
市町村名	比較的多く見られる課題	具体的なアドバイス内容	状態の改善に向けて高齢 者が設定した(もしくは 高齢者に提示した)目標 の例
	・咀嚼障害があり食事が 摂りにくい。	・義歯の適合状態が悪い ので、義歯の修理の必要 がある。	・歯科治療を受ける。 ・状態が改善したらゆっ くりとよく噛んで食べ る。
	・口腔機能が低下し嚥下障害を認め、食事中にむせる	・口腔機能向上のため嚥下体操等のトレーニングを指導。・食事時の姿勢等のアドバイス。	・1日1回食前に嚥下体操 を行う。 ・安全な姿勢で飲食する。
	・舌苔が付着している。	・スポンジブラシや舌ブ ラシで清掃する。 ・舌のトレーニング指導。	・介護者がケアする。
	・口腔乾燥がある。	・唾液腺マッサージの指導。 ・薬の副作用のある場合 は主治医と連絡をとり連 携をとる。	・唾液腺マッサージを本 人もしくは介護者が行 う。
	・残存歯が多数あり、むし歯が多発している。	・間食の摂り方の指導。 ・飲み物の指導。 ・治療の必要性の説明。 ・フッ素入り歯磨剤の使 用の必要性。	・間食するなら1日1回時間を決めて食べる。 ・だらだら食べない。 ・甘い飲み物はやめてお茶にする。 ・歯科受診する。
香川県後 期高齢者 医療広域 連合	・歯磨きが十分に行えて いない事による歯周病や むせやすいなどの主訴	・対象者に合った歯磨き 指導を介護者に伝える ・ケアマネへの情報提供	・セルフケアの継続と訪 問歯科診療を受ける
	・義歯が不慣れで固いも のが噛めない。	歯科受診勧奨。義歯の手 入れ指導。	毎食後の義歯洗浄、うが いをする。 歯科通院を継続する。
	・義歯が古い。義歯が合っていない。 ・義歯不使用。やわらかいものを食べている。 食事がうまくできていない。口腔機能低下、口腔	再度、歯科受診勧奨。 義歯の必要性、歯科受診 勧奨。食事前の口腔体操 で、口腔周囲筋を鍛える。	まず、歯科医院に受診する。 入れ歯を入れて、噛める ようになる。 食事前の口腔体操を継続 して行う。
大分県 中津市	乾燥。 ・咬合力が弱い。消化不 良がある。 ・唾液少ない。 あまり 噛まず、早食い。	よく噛んで食べるよう に。歯科受診勧奨。 よく噛むように。1口30 回。 食事前の唾液腺マッサー ジ	よく噛んで食べるように する。 食事前に、唾液腺マッサ ージ体操を行う。
	・磨き残しが多い。	を残しがないように丁寧な歯磨き実施。 ブラッシング指導、口腔 清掃の仕方、義歯清掃。	しっかり歯磨きをする。
	・残存歯の磨き残し。	残存歯の清掃の仕方、ブ ラッシング指導。	残存歯はしっかりと磨 く。

<服薬指導>

<服楽指導	! >		
市町村名	比較的多く見られる課題	具体的なアドバイス内容	状態の改善に向けて高齢 者が設定した(もしくは 高齢者に提示した)目標 の例
北北見道市	①意②他原識つ秘な③明④ことい⑤Low⑥か目品服⑦(受⑧にし⑨動薬科因がき、ど院でおとめる自めの療、にサし複にし剤薬い用とな副受薬い口閉 処る手な はので 関じ市リい薬眠いよき。のまれてがのふ、低 、 みに 対しのでした がいませ知 内 自ひ がんないであれると、安能がでつ はいでがの、ト けた 処自 がの かんと を確 方の、ト けた 処自 がの、、認ら便下 不 るま かて ほを食く 多 り整 。	・めのいど・なな・指に処の挟結を・飲ア持薬は導塗け苦・能は事・腺や・ンに尿指病数調て説薬ど内手導添方内む果貼適みを参に、(布、手独な、業口マゼKパつ病導状値整指明に確容帳(付の容、票る切忘提すな解2は錠な居ど包な渇ッリ患りいなをやのが導。よ認がの一さもの病をななれ供るる決食お剤どの心括どにサー者質てど実状化要数 影、れ用にてに載にむ)の止残と由法か呂苦由合さン介しジとにも増に放水のな値 響調ば法すいつが頼、。保の薬のがにたあ手はやれタ(て方のよ水。い腎ど内の (整指にるないあむCK)管アはほあつべが、異、る一繋は法紹減分そて腎と内の (整指にるないあむCK)管アはほあつべが、異、る一繋は法紹減分そて腎のでは、のい手院は袋検・法デ局、場ていだ末る知合介るだ指。塩な他保含薬つな)要 て帳内薬を査ル 、ィに残合指、 が)機 護)液導 タど糖健	①療す②看てです③らト剤う④所(こ⑤るか変なめ⑥症ど剤というなうにと、変をツ限 つりもを はこを 相に(のあ しいまないだい、分な大 なプきス 方る局 く薬と虫で いいしょう いんが楽すド ばでつ 遠何話類は で診さにした 薬をツ限 つりもを はこを 相に(のあ しまず相 医に貴、 多やるバ 、うけ 慮故すや可 は先ず相 医に貴、 多やるバ 、うけ 慮故すや可 は先ず相 とれ 薬をツ限 つりもを はこを 相に(のあ し販師る しと 薬をツ限 つりもを はこを 相に(のあ し販師る しいが楽をがした。、つ 剤知一活 たメ、も 一とも 談な薬変る な薬やこ 医に 師っル用 ン薬ら か つ するの更た いな薬
三重県桑名市	・処方薬剤を保管している場所が整理されていない ・生活環境に合わない用法の指示 (朝・昼・夕の食事を摂っていないが、毎食後の服用指示等)	・処方薬剤の保管場所を整理する ・生活環境を医師へ報告し、服用可能な用法を提案する ・病識と薬識を一致させ	・過去に処方された薬剤 と現在服用している 薬剤を別にして保管する ・食事は1日何回摂って いるか、起床時間や 就寝時間はいつごろか伝 える。
	処方薬を服用していない ・処方薬剤に関する知識	る (病気と薬の説明を家族	点はその都度確認してい き、家族と共有する

市町村名	比較的多く見られる課題	具体的なアドバイス内容	状態の改善に向けて高齢 者が設定した(もしくは 高齢者に提示した)目標 の例
	不足 (テレビ、雑誌、友人お よび家族等の健康 アドバイスによる服薬拒 否)	も含めて行う)	

<重症化予防>

<重症化予防>					
市町村名	比較的多く見られる課題	具体的なアドバイス内容	状態の改善に向けて高齢 者が設定した(もしくは高 齢者に提示した)目標の例		
	・健診で高血圧域であった のが気になりつつも受療 していない	・体の中で起こっていることをイメージできるよう に 説明して受療勧奨を行う	・受療する		
	・血圧が高い	・毎日の家庭血圧を測定 し、ウォーキングを続ける	・継続して血圧測定とウォ ーキングを行う		
鳥取県	・塩分摂取が気になっている	・だしや酸味を工夫して減塩する	・酢やみりん、わさびを上手に使い減塩する		
鳥取市	・朝・昼は個食。食欲のなく食べない時もある	・3食決まった時間に少し ずつでも食べるようにす る	・なるべく食べるようにす る		
	・野菜摂取の不足。食事は おにぎりのみまたは息子 が購入した弁当	・できれば野菜の惣菜も一 緒に購入してもらう	・息子にいろいろ頼みにくいが言ってみる		
	・薬の飲み忘れが多い	・薬は見える場所に置く(1日分セットする) ・ 飲み忘れが多いことも 医師に伝える	・食卓に置く・受診時に主治医に話す		
香川県後 期高齢者 医療広域 連合	・病気に対する意識が低く、生活習慣の改善の意思がない。 ・家族の介護で忙しく、自身の受診が行えていなかった。	・自己判断での治療中断を せず、内服だけは確実に行 う。 ・介護者自身の健康管理の 大切さを伝える。 ・下肢筋力アップの運動継 続を伝える。	・薬の飲み忘れをしないよう、薬の整理・管理をする。 ・かかりつけ医の再受診と 定期受診。 ・ウォーキング等の継続の 工夫をする。		
	・独居(家族の介護等) 1 人で食事 ・何種類もの健康食品の購	・惣菜購入時、野菜を意識的に選択する。	・野菜を意識的に食べる。 ・健康食品よりも、食事で		
	入	・特にアミノ酸等入った健康食品の摂取は控える	栄養をとる。		
	・インターネットなどでー 日を自宅で過ごす	・ストレッチや散歩の勧め。 万歩計の活用 地域の運動教室情報等 提供(人との交流)	・パートナーと一緒に散歩をしたり教室に参加する機会が増える。		
福岡県後 期高齢者 医療広域 連合	・診療所に通院しているが、自覚症状がないため、悪化していても本人も気にしないし、まして やパーナーや家族はまったくしらない。	・本人や家族に病識を促すため、病気の説明だけでなく、医師会等主催の教室に 夫婦等同伴で参加を促す	・夫婦で教室に参加。		
	・「コーヒーの砂糖は控え ている」「減塩している」 と言う。	・コーヒーの素材(インスタントか・砂糖入りスティックか・豆挽きか)の確認、味付け(醤油や味噌か市販調味料か等)の塩分測定を実施。	・砂糖や塩分摂取量に気付き、減量や・使用 内容の変更をする。		
	・食事を手軽なパン食ですませる。	・パンとご飯の血糖上昇の 違いや病気について頻回 に説明。検査データーを本人・ 家族に示す。	・食事は和食となる。		

	I		
市町村名	比較的多く見られる課題	具体的なアドバイス内容	状態の改善に向けて高齢 者が設定した(もしくは高 齢者に提示した)目標の例
	・夕食後にお菓子やアイスクリ	・夕食後のお菓子等はやめ	・早くに就寝し、早朝に散
	-ムなど食べ、遅くまでおき	て、早くに就寝するなど、	步。
	ている。	生活リズムを変える。	
	・薬の種類と量が多く、整	薬入れの容器をつくり、	・毎回自分で薬箱に内容を
	理されていない。	毎日服薬する薬の見本を	確認し整理する。
		確認しながらつくり、整理	
		する。	
	・独居(家族の介護等) 1	・惣菜購入時、野菜を意識	・野菜を意識的に食べる。
	人で食事	的に選択する。	
	・何種類もの健康食品の購	・特にアミノ酸等入った健	・健康食品よりも、食事で
	入	康食品の摂取は控える	栄養をとる。
	・インターネットなどでー	・ストレッチや散歩の勧	・パートナーと一緒に散歩をし
	日を自宅で過ごす	め。 万歩計の活用	たり教室に参加する機会
		地域の運動教室情報等	が増える。
		提供(人との交流)	
	診療所に通院している	・本人や家族に病識を促す	・夫婦で教室に参加。
	が、自覚症状がないた	ため、病気の説明だけでな	
	め、悪化していても本人も	く、医師会等主催の教室に	
	気にしないし、まして や	夫婦等同伴で参加を促す	
	パートナーや家族はまったく		
	しらない。		

<複合的取組>

<複合的取組>					
市町村名	比較的多く見られる課題	具体的なアドバイス内容	状態の改善に向けて高齢 者が設定した(もしくは 高齢者に提示した)目標 の例		
長野県	・たんぱく質不足	・肉・魚を食べる量を増 やす・主菜を毎食食べる	・肉を意識して食べる ・刺身や缶詰など手軽に食 べられるものを利用する ・昼食のおかずを用意す る(残り物で済まさない)		
佐久市	・口腔清掃の不良 ・口腔機能低下傾向	・誤嚥性肺炎予防の為に1 日2回歯磨きをする ・口腔機能を向上させる ための体操	・食べたら義歯もみがく ・お口とのどの体操を1日 1回やる		
	・1日2,3回味噌汁を 食べている人がいる。 味噌汁で野菜を摂取して いる人が多い。 ・漬物を毎食食べる人が 多い。	・味噌汁・漬物の塩分量について、塩分と血圧の関係について情報提供をした	・うどん・ラーメンなど の汁を全部飲まない。 漬物食べる量を減らす。		
	・野菜摂取量が少ない。 ・健康食品・サプリメント(特に栄養ドリンクや 青汁など)を摂っている 人が多い。	・必要な野菜の量の提示。 ・健康食品・サプリメントが腎臓に与える影響に ついて情報提供。医師に 相談することを勧めた。	・野菜料理を1品増やす。		
	・腰・股関節・膝関節に 変形・痛みをもっている 人が多い。	・関節の曲げ伸ばしや大腿四頭筋の運動を勧めた。	・自分ができる範囲で運動を続ける。		
	・交通手段がなく、近くの集会場まで運動に行けない人がいる。	・自宅でできる運動を勧めた。	・自宅でやっている運動を続ける。		
宮崎県	・動物性蛋白質の摂取不足	・資料を参照し、蛋白質摂取の必要性を話し摂取量を増やす。	・卵か肉か魚を1日2食以 上食べる。		
美郷町	・乳製品を乳酸菌飲料で代替している	・乳製品と乳酸菌飲料の栄養価の違いを示し、乳製品を摂るタイミングについてはレジスタンス運動後を勧める	・いき百体操から帰った ら、牛乳を飲むかヨーグルト を食べる		
	・糖質(よく好んで食べている食品として、黒砂糖・饅頭・おはぎ・あんぱん・柿) の過剰摂取による食事量の減少	・間食は食事量に影響の無い程度にすることや、あんパンやおはぎを昼食代わりにしない。	・ご飯を炊く量を考えて、 ご飯が切れないようにす る		
	・摂取食品の多様性に欠ける。漬物、油味噌魚の干物とご飯で済ますことがある。	・町に出たときに色々な 食品を購入する	・病院受診で町に出たとき魚や肉などを買う。		
	・孤食	・近くの温泉を利用して みる。	・改善目標見つからず・・・同居している家族はあるが生活リズムのちがいから生じる孤食もあり、また金銭的なことも考慮すると改善難しい。		

(2) モデル事業の具体的な事例

- 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)



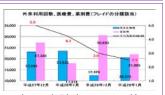
医師会との連携の工夫

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
вмі	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。

- ・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

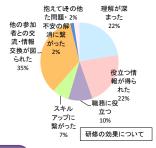
保健事業実施関係部門(後期高齢者医療、国保、介護、衛生)や県・国保連合会の実務担当者及び専門職

実施体制·予算

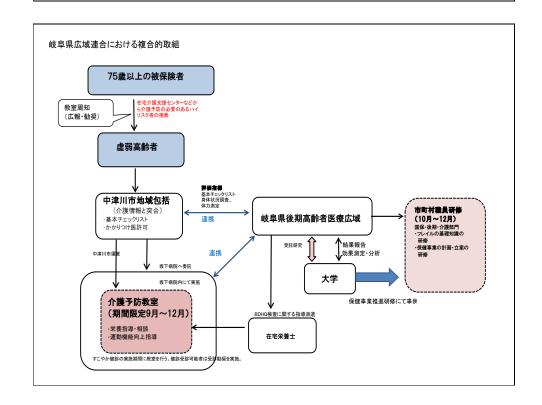
人材:事務職4人、講師1人

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)



- ・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。



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

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。

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/1.73m)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

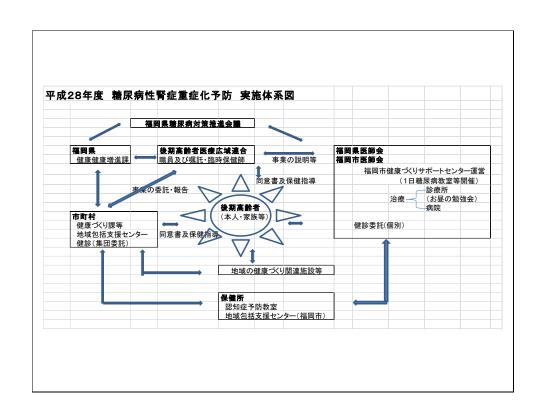
医師会との連携の工夫

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。

- (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、薬剤変更で の一時的な入院、癌による入院等)

- 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) ●健康食品嗜好(メディアの影響) ●認知症 ●調理が億劫、弁当や外食が多し ●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。

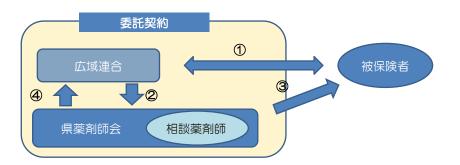
(参考) 禁忌・重複是正通知事業の効果

- ・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。

- ○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

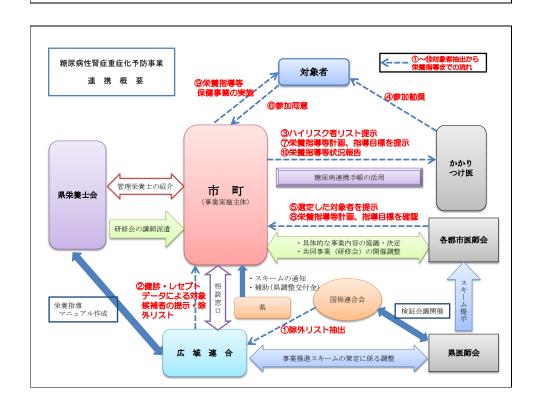
医師会にスキームを策定してもらい、それを基に事業を構成した。また、かかりつけ医向け研修会の開催や検証会議も開催し、事業効果の検証、事業内容の見直し等の助言を必要に応じて、いただいている。

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

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 7月に日本工の公司でありによって、一直では、日本ののでは、1月1日本工の公司では、1月1日本

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



※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

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」と言っていても、 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

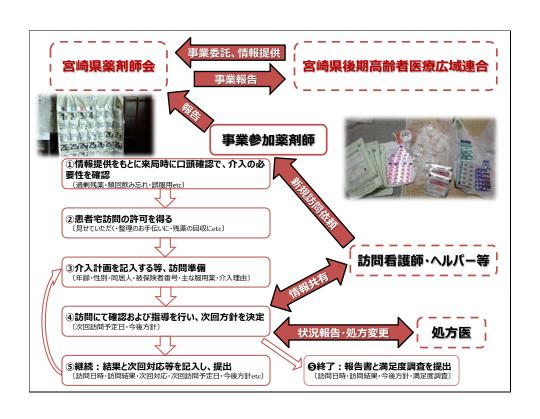
複数回の訪問により、対象者の食生活リズムや拘りが把握 でき、それらを踏まえた処方変更等の提案に繋がった。

● 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。



- ★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。

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: 医科・歯科・調剤レセによる重複投与、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

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: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)

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。

〈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 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、他疾患にて入退院をきっかけに、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

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) がいない場合は、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。

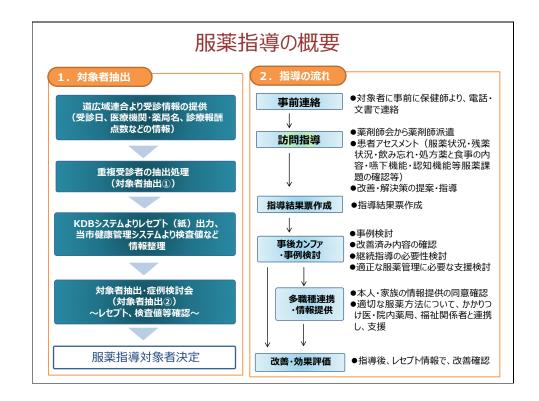
③情報の一元化の必要性

: 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、活かし合う)

: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、情報提供をしあうことで、互いの専門性を活かし合うことが出来、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。



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

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(実人1人)、保健師(実1人)、看護師(実1人)

13 「アルングが) 訪問: 歯科医師 (実17人、延ベ72人)、歯科衛性士 (実人6人、のベ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、延ベ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。

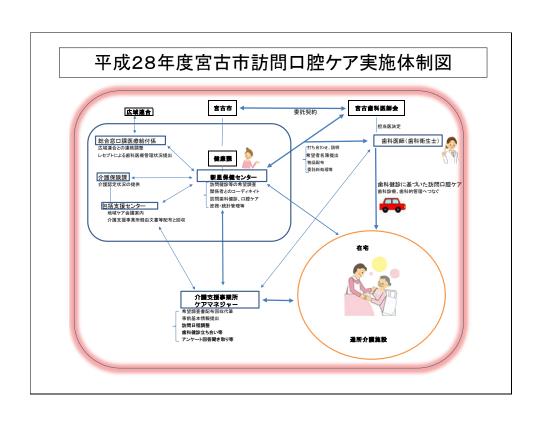
実施結果

- 事例① 頬のふくらましも可能となり、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 R O M 副練 (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(モデル事業を通し見えてきたこと)

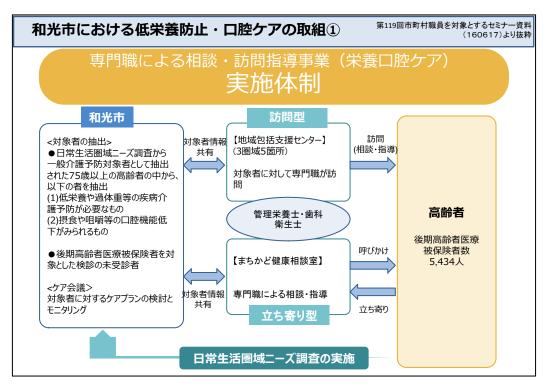
- ・希望調査の困難さ:本人や家族では理解困難な場合が多い。介護スタッフの協力が不可欠 である
- ・口腔ケアの継続:介護者の理解と協力が重要である。
- ・自宅での困難さ:デイサービス等を利用している方の場合には、その場において口腔ケア等

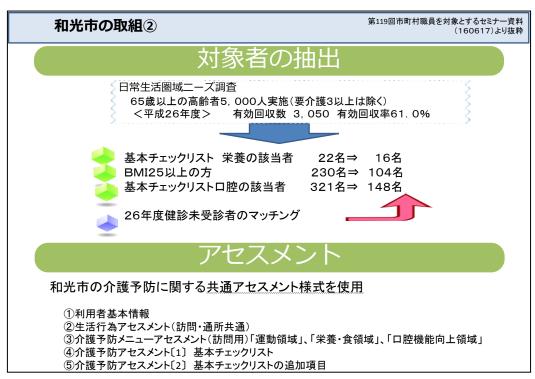
を行う方が歯科健診の受診者数、有効性、利便性もアップすると考える。



③埼玉県和光市<栄養・口腔>

人口:80,614 人、被保険者数:5,861 人





和光市の取組③

第119回市町村職員を対象とするセミナー資料 (160617)より抜粋

食の自立・栄養改善ス 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

〇1ヶ月目 血圧や血液検査データの確認 塩分を控えるための方法について 〇2ヶ月目 外食時の塩分について 〇3ヶ月目

] 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ろ、 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、養歯をみがき、洗口を行う。

援助内容

〇1ヶ月目 義歯の磨き方の確認を行う。 〇2ヶ月目 磨けていない部分について再確認 しっかり磨けているので今後も継続 〇3ヶ月目

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

和光市の取組(4)

第119回市町村職員を対象とするセミナー資料 (160617)より抜粋

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%)

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%) 栄養プラン作成者21人のうち 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%)

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%) 口腔プラン作成者35人のうち 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)

36項目中⇒9項目が改善(25%) 4項目中⇒3項目が改善(75%) 24項目中⇒9項目が改善(37.5%) 生活機能(買物や更衣等)に関する項目 運動に関する項目 食・栄養支援に関する項目 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(健康べり推進課常勤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ヵ月に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

訪問指導の実施前後 での体重の変化



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

- 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



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)

: 評価 (FDAIC,eGF 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人のうちの33.2%)

実施体制

人材:管理栄養士11人 (健康ぶり推進課常勤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	維持	悪化
42.6%	47.1%	10.3%
(29人)	(32人)	(7人)

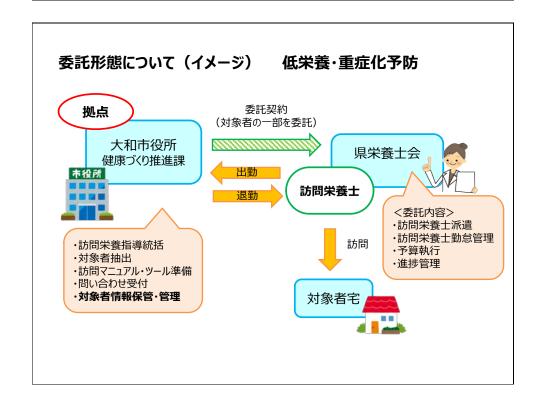
改善	維持	悪化
29.4%	48.5%	22.1%
(20人)	(33人)	(15人)

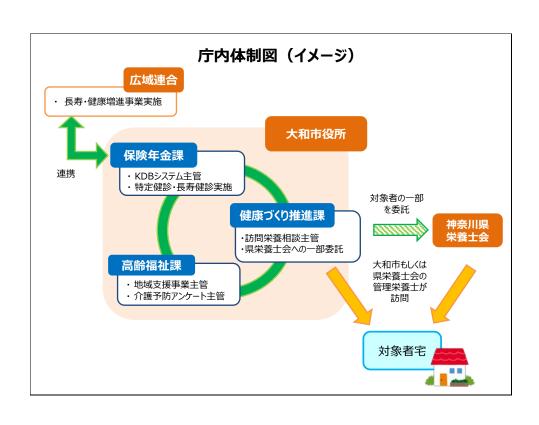
改善:1kg以上の減少 悪化:1kg以上の増加

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

- ●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。





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、口腔機能リバビリ、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:歯科衛生士訪問のベ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

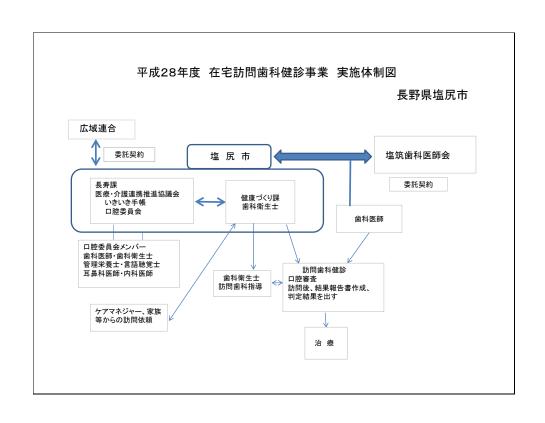
医師会との連携の工夫

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>
- ・口腔ケアか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

- ・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。



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、ヘルスボランティア等に対して、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

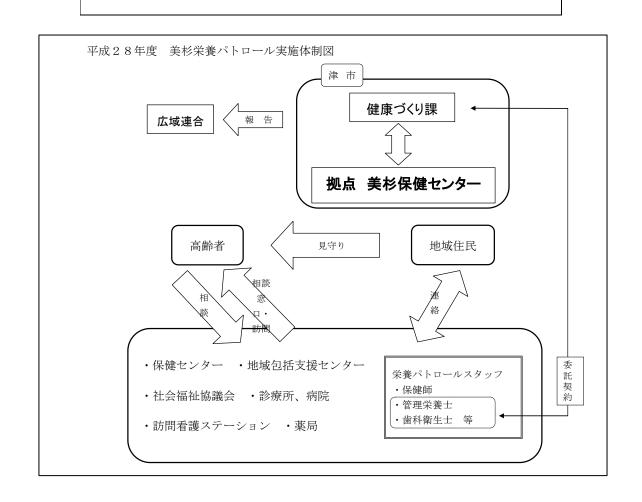
関係機関との連携

- ・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」「男の人が出ていべ場を作る」
- ⇒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ボランティアが主体となり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、ヘルスボランティア等を対象に地域の見守り研修会を2回開催

- ・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。



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

このは、八に同り3回に、八はで3回は
 一口腔ケケヤ発語訓練や頻節、唾液腺のマッサージ、舌のマッサージ等を行う。
 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ブ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ー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、かかりつり歯科医師に連絡

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ージャーや介護関係者、家族へ情報提供し、ケアブラン作成の参考にしていただいている。 ・ディサービス、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居宅療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。

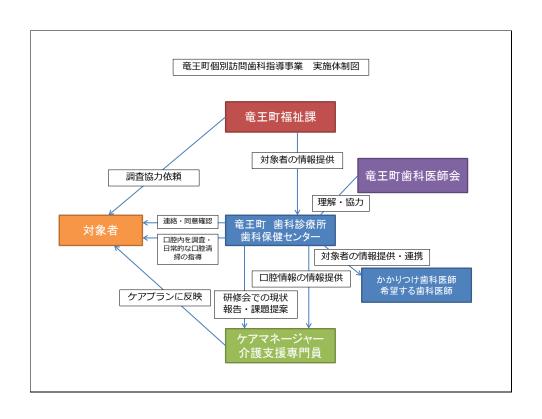
(受診後の結果) 義歯を作成し美味しく食事したり、発声しやすくなり明らかなQ0Lの改善が認められた。

(生活の変化) 家人からは「以前は頻繁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・指導した際にへ 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。

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。

- ・被保険者だけではなく、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 訪問継続中の人

民生委員からの訪問依頼等その他訪問継続者

被訪問指導実施者数

18人 合計 31人

6人 (新規:17.1%)

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>

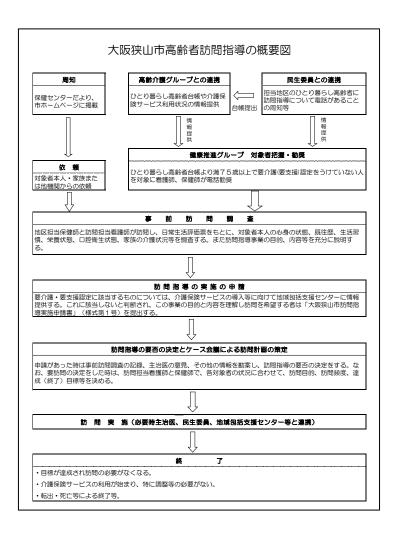
・糖尿病、がん、肝炎等の疾病がありながらも、訪問を継続することにより、長年状態をコントロー ルできている

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

- ・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。



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、H b A 1 c 7.0又は空腹時血糖130以上、男性の L D L 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>

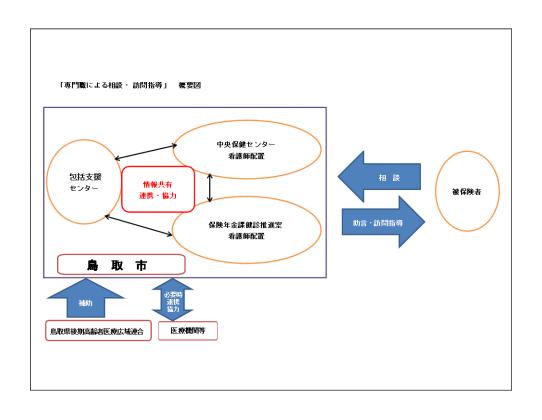
血圧の重症化ハイリスク者が医療機関を定期的に受療するようになり、生活習慣(食事・運動等)についても意識が変化して、血圧の数値に改善が見られた。

【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 (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らえ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。



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在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20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、医師会への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

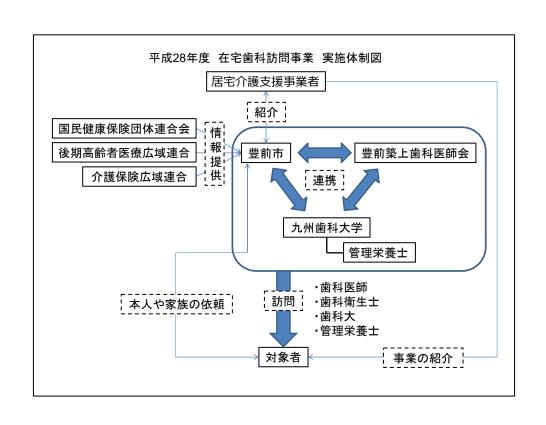
<事例①>

- ・口腔ケアの実施により、口臭が減少した。
- ・舌、口の体操により、頬の内側を噛まなくなり、飲み込みも改善した。
- ケアマネより口腔に係る居宅療養管理指導の利用を検討中との連絡あり。 <事例② >
- ・口腔内粘膜に潰瘍があったが、口腔ケアで良くなった。
- ・舌、口の体操により、唾液が出るようになり、本人もまじめに口腔ケアに取り組んでいる。 <事例③>
- ・手術後、歯科治療に行きたかったが体調不良で外出できず、この事業を申し込む。
- ・口唇、粘膜、歯肉、舌の状態に改善が見られた・かかりつけ歯科医がみつかり、安心につながった。 <事例4)>
- ・母を娘が介護している。歯科衛生士が関わることで娘の閉鎖的な気分が和らぎ、コミュニケーショ ンも増えた。
- ・口腔ケアの方法が分かり、介護者のためにもなった。

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)

・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 無い最も参加して欲しい層の参加が難しい。



①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 1 5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場合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

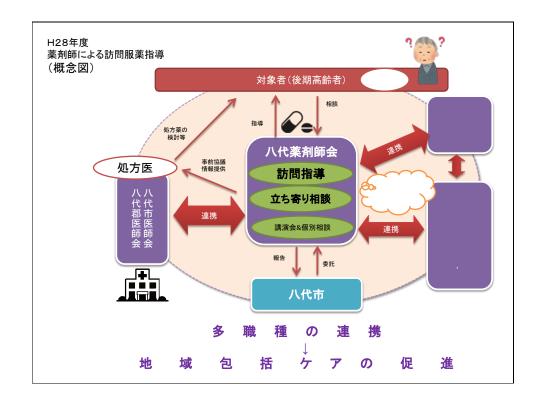


効果的に実施するためのポイントモデル事業を通し見えてきたこと)

KDBのデータから服薬指導の必要性が高い対象者を抽出することは可能であるが、その対象者を事業利用につなげる事が難しい。対象者に案内通知し、本人からの自発的な利用申し込みを待つ方法では、患者本人の服薬への関心が低かったり、残薬があることを主治医に隠したいという思いがあり、相談につながりにくい。 抽出した対象者に薬剤師が直接アプローチするためには、対象者の個人情報を薬剤師会に提供する必要があるか、個人情報保護の観点から実施が出来なかった。

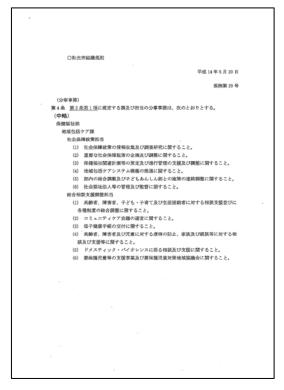
また、要介護の者は、優先して介入したい対象者であるが、対象者抽出に介護保険情報を利用することが、「介護保険情報の目的外利用に当たるのではないか。」と懸念され(介護保険所管課の理解を得られず)、抽出条件に利用することが出来なかった。

さらに、後期高齢者は、年齢が高くなるにつれて要介護の者の割合が高くなる。服薬の問題を早期発見し薬剤師による支援につなげるためにも、また、薬剤師の指導を受けた者が日常生活で継続的に実践するためにも、介護関係者(ケアマネ・ヘルパー等)との協力は欠かせない。医療・介護関係多職種連携のためにケアカフェなどの取組を行ったが、このような地道な取り組みの継続が必要である。



(3) モデル事業で使用されたツール類

1) 事務分掌規則



※上記は、地域包括ケア課において、医療・介護に関する各分野についての事項を担当するための規則

出典:埼玉県和光市 (栄養指導・口腔)

2) 個人情報関係(同意書、個人情報保護条例に基づく閲覧申請) <健康づくり基本条例>

```
○和光市健康づくり基本条例
                                                                                                     (市の責務)
                                                                                                   第4条 市は、市民、事業者及び関係団体等と協働して健康づくりに関する施
                                                    平成 25 年 3 月 25 日
                                                                                                    策を包括的に推進しなければならない。
                                                            冬侧第4号
                                                                                                   (市民の責務)
第5条 市民は、主体的に健康づくりに関心を持ち、自らの健康状態に応じた
 81.章 総則(第1条一第7条)
第2章 健康でくりの推進に関する基本的施策(第8条一第10条)
第3章 健康でくりの推進に制(第11条一第14条)
第4章 ヘルスソーシャルキャピタル審議会(第15条一第18条)
                                                                                                    健康の保持及び増進に関する取組を行うよう努めなければならない。
                                                                                                     (事業者の青務)
                                                                                                   第6条 事業者は、その使用する者の健康に配慮した職場環境の整備に努める
とともに、市の健康づくりに関する絶策の推進に協力するよう努めなければ
  第5章 雑則(第19条)
                                                                                                     ならない。
  附則
                                                                                                     (関係団体等の責務)
min 健康であることは、疾病や障害の有無に関係なく、市民が生き生きと安心して生活し、自己実現を図るための基盤となるものであり、全ての市民が健康であることは、市民一人一人の生活のみならず市全体としての福祉の向上につな
                                                                                                  第7条 関係団体等は、その活動に当たっては健康づくりに配慮するとともに、
市の健康づくりに関する施策の推進に協力するよう努めなければならない。
第2章 健康づくりの推進に関する基本的施策
                                                                                                     (健康づくりの推進に関する取組)
かのものでのの。
市は、市民の健康を増進させるため、誰もが健康に暮らすことができるまち
づくりを進めており、その実現のためには、健康づくりに関する施策を総合的
に調整し、市民、事業者及び関係団体等との協働により、地域が一体となって
                                                                                                   (地様で)、リン(加速に、地) の 取(相) 

第 8 条 市は、健康づくりに関する施策を推進するため、次に掲げる取組を行

うものとする。

(1) ヘルスアップ 健康増進及び疾病等の予防に関する取組
計画的に推進していく必要がある。
そこで、健康づくりに関し基本的な事項を定め、健康づくりに関する施策を
包括的に推進する体制を構築し、もって市民の福祉の向上に寄与するため、こ
                                                                                                     (2) ヘルスサポート 疾病等の進行及び重症化を防ぐための取組
                                                                                                     (調本及び公析)
                                                                                                   「簡単なびプロリアリア 新9条 市長は、健康づくりに関する地域の課題を明確にするため、別に定める区域ごとに、市民の健康状態等に関する調査及び分析を行うものとする。
の条例を制定する。
     第1章 総則
                                                                                                     (目標の設定)
 39.1~ 6082 (目的)

11 条 この条例は、市が行う健康づくりに関する施策について基本的な事項

を定めることにより、市民の健康増進を図り、もって市民の福祉の向上に寄

与することを目的とする。
                                                                                                  第10条 市長は、健康づくりに関する施策及び事業の推進に資するため、健康
づくりに関する目標を定め、当該目標及びその結果を公表するものとする。
第3章 健康づくりの推進体制
                                                                                                     (連携及び協働)
(定義)
第2条 この条例において「事業者」とは、市内で事業活動を営む者をいう。
2 この条例において「関係団体等」とは、市内で保健、医療及び福祉に関する
                                                                                                  第11条 市は、市民、事業者及び関係団体等と相互に連携を図りながら、協働
して健康づくりに関する施策及び事業を実施するよう努めるものとする。
                                                                                                  (情報提供等)
第12条 市は、市民、事業者及び関係団体等に対して、健康づくりに関する情
  活動に従事する者及び団体をいう。
                                                                                                     報の提供その他の必要な支援を行うものとする。
市は、市民、事業者及び関係団体等に対し、健康づくりの推進のために必要な情報を提供するよう求めることができる。
第3条 健康づくりは、市民一人一人の心身の状態等に合わせて、生き生きと
健やかに生活できるよう全世代を通じて継続的に行われなければならない。
2 健康づくりは、市民一人一人の健康が生活の質の向上に不可欠であることを
                                                                                                     (推進体制の整備)
                                                                                                  (重速体制の整個) 

新 13 条 市は、健康づくりに関する施策を総合的に調整し、及び計画的に推進
するために必要な体制を整備するものとする。
(ヘルスサポーターの育成)
  部職して推進されなければならない。
健康づくりは、市民、事業者、関係団体等及び市がそれぞれの役割を認識し、
相互に協力して地域全体で推進されなければならない。
```

```
第14条 市長は、健康づくりに関する施策の推進を図るための市民ボランティ
      して、ヘルスサポーターの育成に努めるものと
第4章 ヘルスソーシャルキャビタル審議会
(設置)
第15条 市長の諮問に応じ、健康づくりに関する重要事項を調査審議するため、
第10米 ロアいか回回にかし、陸原マハットに関する重要するであり、
市長の耐傷機関として、ヘルスソーシャルキャビタル審議会(以下「審議会)
という。)を置く。
事業会は、健康づくりに関する事項について調査及び研究を行い、市長に意
見を述べることができる。
(組織等)
第16条 審議会は、委員12人以内で組織する。
2 委員は、次に掲げる者のうちから市長が委嘱する。
  (1) 知識経験を有する者
(2) 関係団体等を代表する者
(3) 公募による市民
委員の任期は、2年とする。ただし、再任を妨げない。
4 補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。
  (会長及び副会長)
(会決及び耐会長)
第17条 審議会に会長及び耐会長を置く。
2 会長及び耐会長は、委員の互端により定める。
3 会長は、審議会全代表し、会務を総理する。
4 耐会長は、会長を補佐し、会長に等故があるとき、又は会長が欠けたときは、
   (会議)
第18条 審議会の会議は、会長が招集し、その議長となる。

    審議会の会議は、委員の半数以上の出席がなければ開くことができない。
    審議会の会議の議事は、出席委員の過半数をもって決し、可否同数のときは、

議長の決するところによる。
4 審議会の会議は、公開とする。ただし、議長が会議を公開することに支障が
  # 確認アン芸様は、 立所 こうる。 たたし、確反が 芸様を立所 うることに 天吟
あると認めるときは、当該会議の全部又は一部を公開しないことができる。
第5章 雑則
(委任)
第19条 この条例の施行に関し必要な事項は、市長が別に定める。
  この条例は、平成25年4月1日から施行する。
```

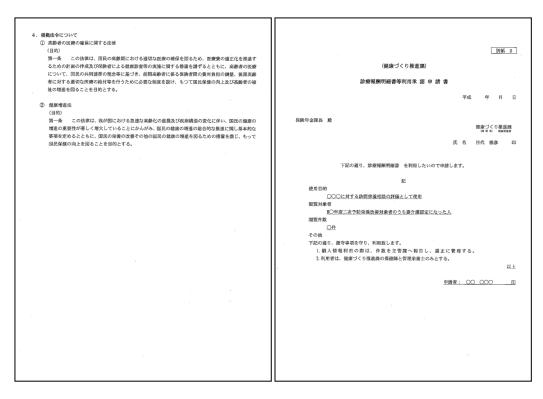
出典:埼玉県和光市(栄養指導・口腔)

<個人情報保護条例に基づく閲覧申請>

大和市個人情報保護条例 大和市個人情報保護条例(平成 10 年大和市条例第1号)の全部を改正する。 平成28年9月 日 第1条 この条例は、大和市自治基本条例(平成16年大和市条例第16号)第23条第3項の規定に基づき、個人情 大和市個人情報保護審查会 会 長 久 保 博 道 様 報の適正な取扱いの確保に関し必要な事項を定めるとともに、市の実施機関が保有する個人情報の開示、訂正 及び利用停止を求める個人の権利を明らかにすることにより、同条例に定められた自治の基本理念を尊重し、個 大和市長 大 木 哲 人の権利利益の保護を図り、もって市民の基本的人権の擁護及び公正で民主的な市政の推進に資することを目 的とする。 大和市個人情報保護条例第13条に定める目的外の利用及び本人通知の 省略について (諮問) 一部改正[平成 19 年条例3号] (利用及び提供の制限) 第 13 条 実施機関は、法令の規定に基づく場合を除き、保有個人情報を収集したときの取扱目的の範囲を超えて当 このことについて、大和市個人情報保護条例第13条第2項第4号及び第3項の規定 に基づき別添結問事案について意見を求めます。 該実施機関内部若しくは実施機関相互において当該保有個人情報を利用し、又は実施機関以外のものに提供し 2 前項の規定にかかわらず、実施機関は、次の各号のいずれかに該当すると認めるときは、取扱目的の範囲を超 えて当該実施機関内部若しくは実施機関相互において当該保有個人情報を利用し、又は実施機関以外のものに 提供することができる。ただし、保有個人情報を取扱目的の範囲を超えて当該実施機関内部若しくは実施機関相 担当課: 健康づくり推進課 地域保健活動担当 互において利用し、又は実施機関以外のものに提供することによって、本人又は第三者の権利利益を不当に侵害 するおそれがあると認められると声は、この限りでない。 (1) 本人の同意に基づき利用し、若しくは提供するとき又は本人に提供するとき。 . (2) 個人の生命、身体又は財産の安全を守るため緊急かつやむを得ない必要があると認めて利用し、又は提供す (3) 専ら統計の作成又は学術研究の目的のために保有個人情報を提供するとき。 (4) 前3号に掲げる場合のほか、審査会の意見を聴いた上で必要があると認めて利用し、又は提供するとき。 3 実施機関は、前項第2号から第4号までの規定に該当して保有個人情報を利用し、又は提供したときは、その旨 及びその目的を本人に通知しなければならない。ただし、審査会の意見を聴いた上で適当と認めたときは、この限 りでない。

	区分個別
事務担当課	健康福祉部 健康づくり推進課 地域保健活動担当
事務の名称	健康相談・教育事業における訪問指導事務(長寿健診)
事務の根拠法令等	高齢者の医療の確保に関する法律、健康増進法
事務の目的	長寿健診の受診や、健診受診後のフォローが必要であると認めら る者及びその家族等に対して保健師・管理保養士が訪問し、その 族に関する問題を総合的に把握し、必要な指導を行い、これらの の心身機能の低下の防止と継続の保持増進を図る。
対象となる個人の類型	長寿健診未受診者、長寿健診後フォロー対象者(健診データや各学 等の基準に基づき、心疾患や脳血管疾患等の重端な疾病の発症や 死亡するリスクのある者)
目的外に利用又は提供する 個 人 情 報 の 項 目 名	・診安物圏明顯音情報 (保険年金期情報) ・診安性の ・ 世界 ・ 世界 ・ 世界 ・ 日本 ・ 日
	< 利用元> 保険年金課、介護保険課 < 利用先> 健康づくり推進課
理 由(利用する必要性、	本人から提供を受けることが困難な理由等)
る。実際に保健師・管理栄養士 とにより、受診勧奨の優先度か 同情報を踏まえることで、より	2. 放づくり推進器・保険年金群・介護保険限に共通の重要な課題で、 等が、診療機制開業や介護保険情報を即同指導の前に利用する 環体以外資金の運行可能となる。また、保健指導を実施する上で うき妙層やかで効却の良い保健指導が可能となる。さらに、対象者 こより、医療費削減効果等を確認し、事業の有効性を検証すること: 、
事前をことで	

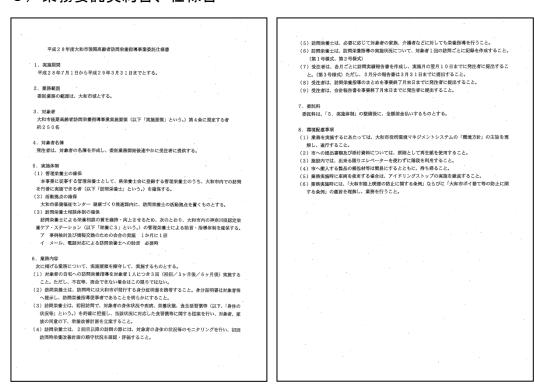
	問指導事務について<長寿健診分>
(1)	目的
	超高齢社会の中で、持続可能な社会保障制度を目的とし、長寿健診の受診や健診後の保健指導が必要
	あると認められる者及びその家族等に対して保健師・管理栄養士等が訪問し、その健康に関する問題
	総合的に把握し、必要な指導を行い、これらの者の心身機能の低下の防止と健康の保持増進を図り、将
	的な医療費、介護給付費の削減を図る。
(2)	対象者
	長寿健診未受診者、長寿健診後フォロー対象者(健診データや各学会等の基準に基づき、心疾患や脳血管
	疾患等の重篤な疾病の発症や、死亡するリスクのある者)
(3)	概要
	現在は、以下のような流れで訪問指導事務を行っている。
	①健診データを検証
	②受診勧奨や保健指導などが必要な対象者の抽出、地区割
	③保健師・管理栄養士による訪問指導 (6ヶ月間に3回)
	例:治療が必要なレベルである方へ受診の必要性を説明する/高血糖や腎機能低下の所見がある方・
	栄養相談をすることで重症化を予防する/二次予防栄養改善対象者(やせていて体重減少のある方
	へ栄養相談することで、介護予防へつなげる。
	②次年度に、訪問した対象者の健診データが改善したか等を評価する。
2. 個	人情報の目的外利用について
(1)	これまでの取り組みと課題
	長寿健診受診者の訪問指導事務やその評価は雑診データのみを使用して実施している。しかし、健診
	一夕のみでは、対象者の医療や服薬の状況を正確に把握することができない。さらに、訪問した対象者が
	その後重症な疾病の発症や介護が必要な状態になることを予防できたか、訪問指導によって医療費や力
	護給付費が実際に削減されているかといった効果検証を十分に行うことができていない。
(2)	個人情報利用事務の流れ
	①介護保険情報:基幹システムにて、介護保険情報を利用する。利用するにあたり、申請書または利用
	等を使用する。 (別紙2、3参照)
	②診療報酬明細書:保険年金課の端末にて、診療報酬情報を利用する。利用するにあたり、申請書またに
	利用師等を使用する。
	③国保データベース (KDB) システム:保険年金課の端末にて、介護保険情報または診療報酬情報を利用
	る。利用するにあたり、申請書または利用簿等を使用する。(個人情報が閲覧できるIDが今後付与される
	予定)
(3)	利用件数
	月平均 100 件程度
3. 個	人情報の取り扱い
	・個人情報利用の際は、件数を主管課へ報告し、適正に管理する。
	・利用者は、健康づくり推進課の保健師(平成 28 年 10 月 1 日時点 10 名)と管理栄養士(平成 28 年 10 月
	日時点6名)のみとする。





出典:神奈川県大和市(栄養指導・重症化予防)

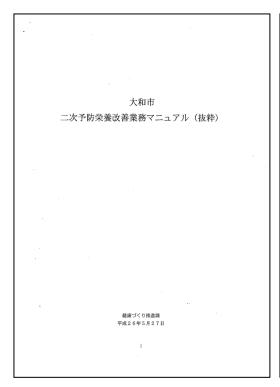
3)業務委託契約書、仕様書



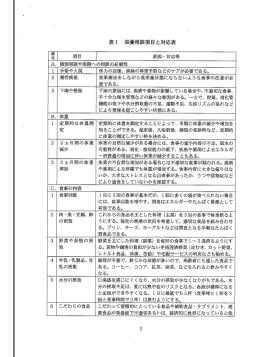
	(1) 本事業に従事する管理栄養士(以下「訪問栄養士」という。)が、対象者の自宅を個
大和市後開高銷者訪問榮養指導事業実施要領	別に訪問して、栄養指導を対象者等に実施し、CKD栄養指導票(アセスメント・モ
	ニタリング) 又は大和市二次予防栄養改善記録票により栄養指導の内容を記録するこ
. (目的)	٤.
第1条 この要領は、後期高齢者の生活習慣病の重症化予防及び低栄養による衰弱の予防	(2) 訪問指導等の質の維持向上のために、栄養ケア・ステーション所属の管理栄養士に
並びに介護予防を推進するために、平成28年度神奈川県後期高齢者医療制度事業補助	よる訪問栄養士を対象とした事例検討会の開催及び同行訪問による助言指導を実施す
金交付要網に基づく大和市後期高齢者訪問栄養指導事業(以下「本事業」という。)の実	52.h.
施に関し、必要な事項を定めることを目的とする。	
	(委託料)
(突施期間)	第6条 季新料の請求及び支払いに関することについては、委託仕様書で定める。
第2条 本事業の実施期間は、平成28年7月1日から平成29年3月31日までとする。	
	(辞式)
(実施方法)	第7条 この要値で使用する様式は、別表に掲げるとおりとし、その内容は別に定める。
第3条 大和市(以下「市」という。)は、本事業を、後期高齢者の身体特性に合わせた適	Man W Consider City and an Marie Marie Man and Control
切な訪問栄養指導を実施できる機関に委託して実施することができる。	EAR EN
	この要領は、平成28年1月29日から施行する。
(対象者)	Coaching Andro-Liver of the Castle Andrews
第4条 本事業の対象者は、本市住民基本台級に記録されている者であって、次の各号の	SA BI
いずれかに該当するものとする。	この要領は、平成28年7月1日から旅行する。
(1) 市が、大和市特定健康診査等実施要領に基づき実施した平成27年度又は平成28	Commission Tax 20 T / A I I I I I I I I I I I I I I I I I I
年度長寿健康診査の結果で、次に掲げるいずれにも該当した者のうち、市が訪問指導	別表 (第7条関係)
の対象者と判断した者	が (36) (未内水) 様式番号 様式の名称 関係条文
ア HbA1cの値が6.5%以上であること。	第1号様式 CKD栄養指導票 (アセスメント・モニタリング) 第5条
イ e G F R の値が 5 0 m l / 分/1. 7 3 m以下であること。	第2号様式 大和市二次予防栄養改善記録票 第5条
ウ 尿たんぱくが+(プラス)以上であること。	第2号條式 人相印二次子的未集以音和解示 为3米
(2) 市が、平成26年度又は平成28年度に実施した介護予防アンケート調査票におい	
て、次に掲げるいずれかに該当した者のうち、市が訪問指導の対象と判断した者	
ア 低栄養状態であること: a、bのいずれも該当すること。	
a. BMIが18.5未満であること。	
b. 直近6か月間における体重減少が2kg以上であること。	
イ 低栄養状態に陥るリスクが高いこと:a、bのいずれも該当すること。	
a. BMIが20.0以下であること。	
b. 介護予防アンケート調査票のうち栄養状態の質問項目が3点以上であること。	
(3) その他、市長が必要と認める者	
(事業内容)	
第6条 本事業の内容は、次に掲げるとおりとする。	

出典:神奈川県大和市【栄養指導・重症化予防】

4)業務マニュアル









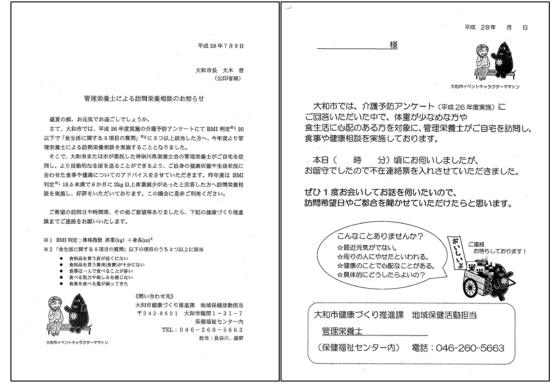
出典:神奈川県大和市【栄養指導・重症化予防】

	1回目訪問時	2回目訪問時	3回目訪問時
栄養・口腔問題点発見 栄養のみ新たな宿題変す 口腔宿題回収 栄養のみ生活習慣チェックをし、回収。	基本情報	モニタリング	アセスメント
目標を決めてアドバイス 口腔は宿題確認 栄養のみ生活習慣チェックをし、回収。 プランを配入し、名前と印をもらう(域写し一枚速す) 栄養のみ生活習慣チェックをし、回収。 これがらの健康診断をけてくださいねの 参考資料説明 2回目の訪問日を決めるの出るでは、回収。 の出みて が表のみ生活習慣チェックをし、回収。 メモ デモスメントプランと評価の用紙(印のあるもの) で超(栄養) 市場(栄養)	アセスメント	栄養のみ宿題回収	栄養宿題回収
	栄養・口腔問題点発見	栄養のみ新たな宿題渡す	口腔宿題回収
	目標を決めてアドバイス	口腔は宿題確認	栄養のみ生活習慣チェ
参考資料説明 2回目の訪問日を決める 万歩計渡す メモ 栄養のみ生活習慣チェックをし、回収。 2回目の訪問日を決める 0 円(AT 最終的にファイルに入れるもの 基本情報 アセスメント ブランと評価の用紙(印のあるもの) 宿題(栄養) 宿題(栄養)		•	これからの健康診断を
万歩計渡す メモ 栄養のみ生活習慣チェックをし、回収。 2回目の訪問日を決める るに入て ・ 最終的にファイルに入れるもの 基本情報 アセスメント ブランと評価の用紙(印のあるもの) 宿題(栄養)	参考資料説明		
栄養のみ生活習慣チェックをし、回収。 2回目の訪問日を決める 0 H A T 最終的にファイルに入れるもの 基本情報 アセスメント ブランと評価の用紙(印のあるもの) 宿題(栄養)	宿題説明		
クをし、回収。 2回目の訪問日を決める のに入て 最終的にファイルに入れるもの 基本情報 アセスメント ブランと評価の用紙 (印のあるもの) 宿題 (栄養)	万歩計渡す	メモ	
2回目の訪問日を決める Oト(AT 最終的にファイルに入れるもの 基本情報 アセスメント ブランと評価の用紙(印のあるもの) 宿題(栄養)			
の H(A T			
 基本情報 アセスメント ブランと評価の用紙 (印のあるもの) 宿題 (栄養) 			:
アセスメント ブランと評価の用紙 (印 のあるもの) 宿題 (栄養)	最終的にファイルに入れるもの		
ブランと評価の用紙 (印 のあるもの) 宿題 (栄養)	基本情報		
のあるもの) 宿題 (栄養)	アセスメント		
宿題(栄養)			
宿題 (口腔)	宿題 (口腔)		

出典:埼玉県和光市【栄養指導・口腔指導】

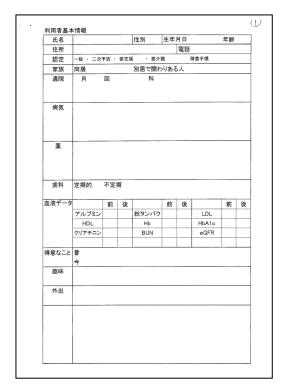
5) 訪問前の事業参加者への案内 <訪問前用>

<訪問した者の不在時用>



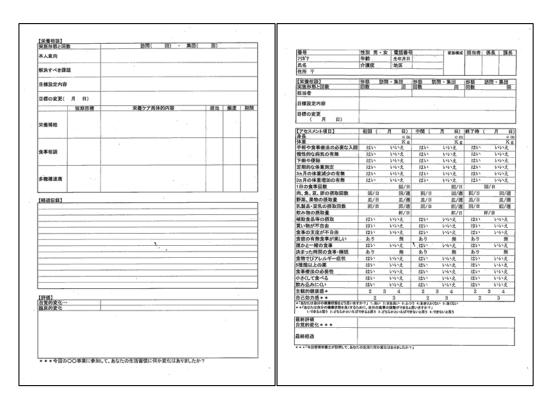
出典:神奈川県大和市【栄養指導·重症化予防】

6) アセスメント票(アンケート含む)





出典:埼玉県和光市【栄養指導・口腔指導】



出典:神奈川県大和市【栄養指導・重症化予防】

7) 目標記録表

	下記計画に同意します				山腔機能		計画に同意します ト		日 氏名
	目標	訪問日	すること	次回訪問までの宿題		目棋	E 8	が問日すること	次回訪問までの宿見
食事摂		1回目			4,50		108		
及争校取状况		2回目			お口のお手入れ	ι	2回目		
		3回目					3回目		
		1回目			0.7		1回目		
療養食		2回目			のみこみ かむこと		2回目		
		3回目					3回目		
		10目			入れ歯に		108		
体重管理		2回目			ついて	-	2回目		
		3回目					3回目		
技術指導		1回目					1回目		
技術指導 (調理・調理) その他		2回目			その他		2回目		
		3回目	,				3回目		
	目標達成	找状況		総合評価		-	標達成状況		総合評価
食事摂	108				口腔清	1回目			
取状況	2回目				掃状況	2回目			
	3回目					3回目			
	10目				*****	1回目			
療養食	2回目				嚥下状 況	2回目			
	308					3回目			
	1回目				mt etc	1回目			
体重管理	2回目		Į		義歯について	2回目			
	301					3回目			
11 45 15 18	108					108			
技術指導 (調理・調理) その他	2回目]		その他	2回目			
COME	3回目]			3回目			

※上記表の上部には、指導者とともに高齢者が立てた目標や宿題を記入し、下部には指導者が達成状況を確認しその結果並びに評価結果を記載する。

出典:埼玉県和光市【栄養指導・口腔指導】

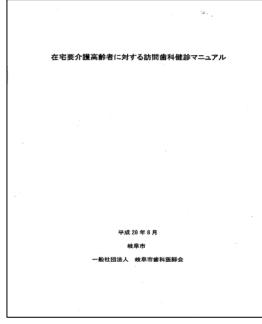
8) 研修関係資料

<研修日程>

項目	日 時	場所	参加人数
事業説明会	平成28年5月8日(日) 16:00~16:30	長良川国際会議場 大会議室	128人
第1回歯科医師 ・歯科衛生士 合同研修会	平成28年8月7日(日) 10:00~12:00	岐阜県図 書 館 研修室	歯科医師 31人 歯科衛生士 33人 参加者名簿 別紙1のとおり
第2回歯科医師 ・歯科衛生士 合同研修会	平成28年9月10日(土) 19:00~21:00	岐阜市歯科医師会 会議室	歯科医師 13人 歯科衛生士 20人 参加者名簿 別紙2のとおり

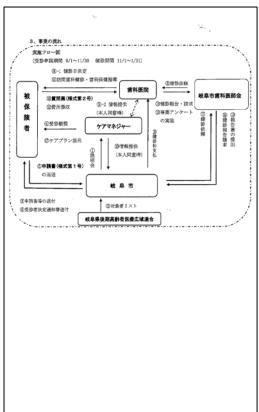
出典:岐阜県岐阜市【訪問歯科健診】

<研修に用いたマニュアル(一部抜粋)>





在宅要介護高齢者に対する訪問歯科健診 1、應 管 戦卓市では平成27年度から後期高齢者医療保険の被保険者に対し維持健診(ぎふ・さわやか口腔障 診)を始めたが、在宅の要介護者等の中には歯科医院を訪ねて健診を受けることができない人がいる。 在宅に訪別して資料性診(保性指導を含む)を行うことで、黄や黄肉、口腔の情報状態及び機能状況等 の把整や儘密き指導などを適し、その後の歯科治療と高齢者、同居家族への口除衛生に対する常識の 向上を図る。 健診結果を介護計画等へ反映することにより継続的な口腔ケアを実施し、口腔内の環境改善や領療 性肺炎等の疾病予防等、要介護高齢者の健康維持を目指す。 2、 実施方法等 平成28年7月1日基準日において、岐阜市に住所を有する岐阜県後期高齢者医療保険の被保険者 で、要介護状態区分が要介護3、要介護4または要介護5であり、かつ岐身市内に在宅の者。ただし、 医療保険や介護保険において歯科に関する治療、管理を受けている者を除く。 200人 (3) 申請期間、推診期間、開散 申請期間、平成30年9月1日から11月30日まで 健診期間、平成30年9月1日から平成20年1月31日まで 回 数 ぎふ・さわやか口腔雑節を含め年に1回 (4)餘齡費用 自己負担金 200円 (5)实施方法 岐阜市歯科医師会は歯科医師1名、歯科衛生士1名を派遣し、訪問歯科健診および歯科保護指導 を行う。 (6)健診項目 ・歯の状況・義歯の状況 咬合の状態 ・ 口腔状態 (口等・音向の状況、音の動揺、口腔軟嫌、口腔軟化状況、口臭等) ・ 口腔機能評価 (咀嚼能力、舌機能、幅下機振) ・ 粘膜の具常 食事の状況 その他必要な健診項目 (7) 歯科健診結果の説明・保健指導 受診者への健診結果の通知歯科保健指導



出典:岐阜県岐阜市【訪問歯科健診】

9) 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 () 区分(例示*) NO. 着手 済 項目 内容 広域 市町村 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 0 0 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 0 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 0 事業委託等の調整 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 0 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 市町村への情報提供 0 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 担当者の資質向上の取組 0 中長期計画 モデル事業の横展開等、中長期的な戦略を検討している。 0 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 8 0 0 対象者概数 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 0 0 対象者の検討 している 予算・人員配置 事業に必要な人員・予算確保のメドがある 0 0 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 チーム形成 0 0 12 0 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 Ω 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 Λ ○ 医師会・歯科医師会・薬剤師会等 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 П П 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 Δ 16 0 〇 対象者決定 対象者の選定基準について決定している 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 0 0 〇 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 18 Δ テーム内での情報共有、連携方策 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 の検討 0 0 0 計画書作成 事業実施計画書を作成している 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。 0 Δ 21 募集法の決定 参加者の募集方法を決定している Δ 0 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 23 0 連携方策の決定 Δ <※糖尿病性腎症重症化予防事業のみ> 24 ^ 0 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 П П 25 Δ 0 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 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 26 0 0 (外部委託の場合) п П 共有している 個人情報の取り扱いについて ルールが確認できている 0 Ω 個人情報の取り決め 28 0 0 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 0 0 研修会等 国のセミナー、意見交換会などを受講をしている 0 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 П 0 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 0 介入(初回面接) 各機関で作成した指導マニュアルに従い初回面接ができている 0 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 介入(継続的支援) かかりつけ医と、治療状況・保健指導の内容について連携ができている 0 かかりつけ医との連携 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 0 保健指導の内容について記録を残している 記録 0 評価に必要なデータを取得、登録している データ登録 0 安全管理 0 安全管理に留意した運営ができている 0 個人情報 個人情報を適切に管理している 0 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 Ω 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 初回情報の登録 0 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 0 ○ 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 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 0 0 ○ 最終報告会(仮) 0 最終報告会(仮)に参加している 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 46 0 0 O 相談 必要時、医師会や専門家等に相談し助言を得ている 地域協議会への報告 Δ 0 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 〇 広報等 0 広報等市民への情報提供を行っている。 〇 次年度計画 次年度の計画策定を行っている 0 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 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 ・広域連合、国保護・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・レセア・データ分析結果の確認、保健事業の課題整理 ・医師会・歯科医師会・薬剤師会等の関係者との会議設定 / データ分析結果現示と対策における連携方針確認 ・対象者抽出基準の決定、対象者数の概要指置 / 実施形態の接計・運営・ニュアル作成、保健指導者の研修、医療機関等との連続票、データ収集方式 ・重症化予防、フレイル対策の実施(詳細はカイドラインにて規定) / 進捗管理、問題事象への対応 ・データの取りまとめ、分析 / 内部での検討、専門家等の助言 ・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 参考資料

(1) 学会資料等

1) 高齢者糖尿病の血糖コントロール目標(HbA1c値)

カテゴリーI ①認知機能正常 かつ 健康状態注1) ②ADL自立		カテゴリーII 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	カテゴリーIII 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	なし 注2)	7.0%未満	7.0%未満	8.0%未満
か危惧され る薬剤(イン スリン製剤, SU薬, グリ ニド薬など) の使用	あり 注3)	75歳以上 75歳未満 7.5%未満 (下限6.5%)	8.0 %未満 (下限7.0%)	8.5 %未満 (下限7.5%)

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。ただ し、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。

注1: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)の評価に関しては、 日本老年医学会のホームページ (http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/)を参照する。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。

注 2: 高齢者糖尿病においても、合併症予防のための目標は 7.0%未満である。ただし、適切な食事療法や運動療法だけで達成可能な場合、または薬物療法の副作用なく達成可能な場合の目標を 6.0%未満、治療の強化が難しい場合の目標を 8.0%未満とする。下限を設けない。カテゴリーIII に該当する状態で、多剤併用による有害作用が懸念される場合や、重篤な併存疾患を有し、社会的サポートが乏しい場合などには、8.5%未満を目標とすることも許容される。

注3: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よい。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図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。グリニド薬は、種類・使用量・血糖値等を勘案し、重症低血糖が危惧されない薬剤に分類される場合もある。

【重要な注意事項】

糖尿病治療薬の使用にあたっては、日本老年医学会編「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン」を参照すること。薬剤使用時には多剤併用を避け、副作用の出現に十分に注意する。

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(市域委員会編「高血圧治療ガイドライン2014」

3) 高齢者の脂質管理目標

治療方針の原則	管理区分	脂質管理目標値 (mg/dl)			
/口が泉/リま102/水来り	自在此力	LDL-C	HDL-C	TG	Non HDL-C
	カテゴリーI	< 160		< 150	< 190
一次予防	カテゴリーII	< 140	≧40		< 170
	カテゴリーIII	< 120	=40	< 150	< 150
二次予防	冠動脈疾患の既往	< 100			< 130

(一次予防では、まず生活習慣の改善を行った後、薬物療法の適用を考慮する。二次予 防では、生活習慣の是正とともに薬物治療を考慮する。)

これらの値はあくまでも到達努力目標値である。

LDL-C は 20~30%の低下を目標とすることも考慮する。 non HDL-C の管理目標は、高 TG 血症の場合に LDL-C の管理目標を達成したのちの虹 目標である。TGが 400mg/dL以上および食後採血の場合は、non HDL-Cを用いる。 いずれのカテゴリーにおいても管理目標達成の基本はあくまでの生活習慣の改善であ

カテゴリー I における薬物療法の適用を考慮する LDL-C の基準は 180mg/dL 以上と する。

※一次予防は管理区分が3つのカテゴリーに分かれており、カテゴリーの決め方は次表 のとおり。

<高齢者への対応>(一部抜粋)

65 歳以上の前期高齢者の脂質異常管理は成人と同じ基準で進めることは妥当と考えら れる。成人時期から動脈硬化性疾患予防ガイドラインに則って管理されていた患者の治 療は、高齢者になっても基本的には継続する。

<高齢治療の留意点>(一部抜粋)

高齢者においても、脂質異常症の治療の基本は食事療法、運動療法であり、安易に薬物 治療を行うべきではない。しかし、高齢者では、厳格な食事療法の実行は栄養状態の悪 化を招くことがあり、運動療法の励行が整形外科的障害を招く可能性もある。薬物治療 に際しては、副作用が発言しやすくなっていることを考慮し、最新の注意を払いながら 行う。また、成人以上に、個々の患者の病態に配慮した治療を行う必要がある。また、 高齢者においては甲状腺機能低下症などの合併による続発性高脂血症が増加するため、 留意すべきである。

後期高齢者の脂質異常症管理については、ほとんど研究が行われていない。超高齢者で は TC や LDL-C 高値は長寿と関連するとの報告もある。しかし、冠動脈疾患二次予防 患者で社会的活動性の高い後期高齢者では、主治医の判断で薬物治療を開始することも 考慮すべきである。個々の患者の病態を十分検討し、主治医の判断で柔軟に対応するの が妥当と考えられる。

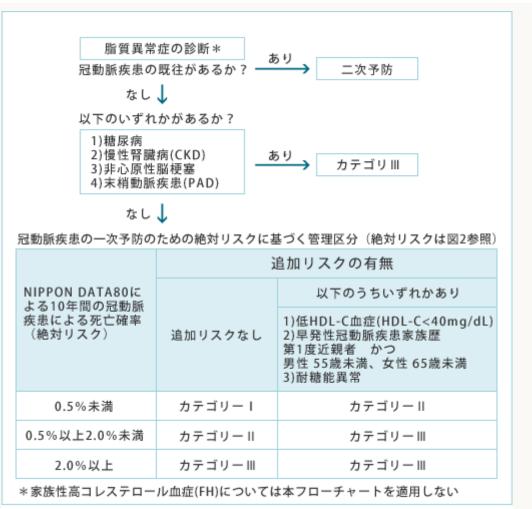


図1:LDLコレステロール管理目標設定のためのフローチャート

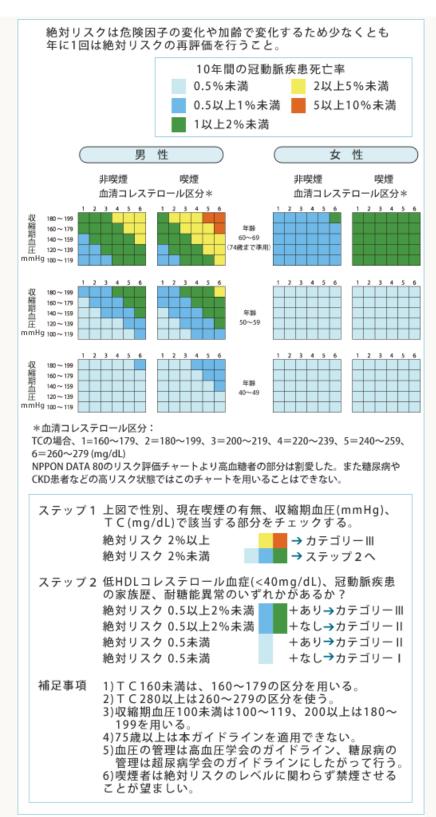


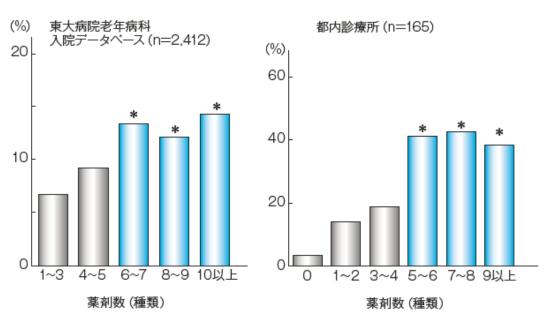
図2: 冠動脈疾患絶対リスクチャート(一次予防)

出典:一般地は大日本動脈硬化学会編「動脈硬化性疾患予防ガイドライン2012年版」

4) 高齢者の服薬管理目標

●薬物有害事象の頻度

●転倒の発生頻度



(Kojima T, et al: Geriatr Gerontol Int (Kojima T, et al: Geritr Gerontol Int 2012; 12: 762-1 より引用) 2012; 12: 425-30 より引用)

<多剤併用の対策>

高齢入院患者で薬剤数と薬物療法との関係を解析した報告によると、6種類以上で薬物有害事象のリスクは特に増加するようである。また、外来患者で薬剤数と転倒の発生を解析した研究では、5種類以上で転倒の発生率が高かった。これらの結果と高齢者に対する処方の実態から考えると、5~6種類以上を多剤併用の目安と考えるのが妥当である。海外では5種類以上を polypharmacy と定義する研究が多い。

出典:日本老年医学会編「高識者の安全な薬物療法ガイドライン」

の昭英数大小セイ	吹口茶が用茶れば同か用り、 り刻まも圧の沿い 1 刻から刻にましたる				
①服薬数を少なく	降圧薬や胃薬など同効果2~3剤を力価の強い1剤か合剤にまとめる				
②服用法の簡便化	1日3回服用から2回あるいは1回への切り替え 食前、食直後、食後30分など服薬方法の混在を避ける				
③介護者が管理しやすい服用法	出勤前、帰宅後などにまとめる				
④剤形の工夫	口腔内崩壊錠や貼付剤の選択				
⑤一包化調剤の指示	長期保存できない、途中で用量調節できない欠点あり 緩下剤や睡眠薬など症状によって飲み分ける薬剤は別にする				
⑥服薬カレンダー、薬ケースの利	⑥服薬カレンダー、薬ケースの利用				

高齢者の服薬アドヒアランスは、用法や薬効の理解度、認知機能、薬剤容器の開封能力、処方薬剤数、最近の処方変更などと関係する。したがって、総合機能評価を行い、家庭環境、認知機能、コミュニケーション能力、ADL などを評価し、服薬管理能力を管理することが大切である。

認知症や視力障害などのために服用に支障をきたすことが予想される症例では、上記の表のような工夫をする。さらに、本人だけでなく、家族や介護者からも服用状況を確認しながら薬剤と服用方法を決定していく慎重な態度が望まれる。現在服薬管理能力が保たれ、一見アドヒアランスに問題がない症例でも、同様の工夫をすることで将来のアドヒアランス低下を予防できると考えられる。

出典:日本老年医学会編「健康長寿診療/ ンドブック」

(2) 関連研究成果等

1)糖尿病性腎症重症化予防プログラム

糖尿病性腎症重症化予防プログラム

日本医師会 日本糖尿病対策推進会議
厚生労働省

1. 本プログラムの趣旨

- ならず、医療経済的にも大きな負担を社会に強いることとなる。 国では、装庫日本21 (第2次)において、糖尿病性腎能による年間新規 透析導入患者数の減少等を整備目標として掲げ、様々な取組を進めている。 また、データヘルスの一環として、「経済財政運営と改革の基本方針201 5」(平成27年6月30日間張決定)において重症化予防を含めた疾病予防等 に係る好事例を強力に全国に展開することとされ、さらに、平成27年7月10 日に開催された日本健康会康で採択された(権権大まち、職場でくり宣言2020 の中でも、生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体数の増加が目標とされ、
- 。 このようか由で 連やかに無尿症性緊症重症ル予防のためのプログラムを 策定するため、本年3月24日に、日本医師会、日本糖尿病対策推進会議及び 厚生労働省は「糖尿病性腎症重症化予防に係る連携協定」を締結した。
- このため、日本医師会、日本糖尿病対策推進会議及び厚生労働省は、全国 一で糖尿剤性腎症重化化予防に向けた脱組を促進するシャエル報告は、 で糖尿剤性腎症重化子防に向けた脱組を促進するとか、平成2 2 年度原生 労働料学研究費補助金 (糖尿剤性腎症重症化予防プログラム開発のための研 死 (研究代表者: 津下一代あいち健康の森健康科学総合センター長)) の報告 書も婚主え、本プログラムを展定する。

本プログラムは、糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関の未受診者・ カーレクアムは、福水州が単純化するリスクの高いは欧城隣回水本部省 交診中断者について、関係機関からの適切な受診軸要、保健指導を行うこと により治療に結びつけるとともに、糖尿病性腎症等で遺院する患者のうち、 重症化するリスクの高い者に対して主治医の判断により保健指導対象者を選 定し、腎不全、人工透析への移行を防止することを目的とする

(2) ネプロウスムの12倍 ・ 本プロウラムは、呉市、荒川区、埼玉県等の先行している自治体の取組の 全国での機無開等を目指して、その実施が容易となるよう、取組の考え力や 具体的取組例を示すものである、このため、各地域における取組内容につい ては、地域の実情に応じ集軟に対応することが可能であり、現在各自治体に おいて既に行われている取組を尊重するものである。

(3) 取組にあたっての関係者の役割

- (ス) 地域に初たりての国际省の区割り り 地域における取組を検討するに当たっては、以下の役割分担例を念頭に関 係者が密接に連携して対応することが期待される (図表1参照)。なお、以下 の内容は例示であり、それぞれの地域の実情に応じた取組を尊重する。 (市町村の役割)

 - (1) 地域における課題の分析・ 自治体において健診データやレセプトデータ等を用いて、被保険者 の疾病構造や健康問題などを分析し、地域の関係団体とともに問題認
 - ※の共有を行うに、その地域が有する保健医療等に関する資源の実 能(社会資源、専門的な医療人材の有無や数、かかりつけ医や専門医 療機関との連携体制の状況など)を明らかにする。
 - ② 対策の立案
 - ①で明らかになった課題について、取り組みの優先順位等を考慮し、 対策を立案する。
 - 立案にあたっては、地域の医療機関における連携体制のあり方、ハ エボにのについた。 ためいなが成成により心を持ち回りのリカ、ハイリスク者を抽出するための健診項目や健診実施方法、食生活の改善や運動対策などのポピュレーションアプローチなど、様々な観点から総合的に検討した上で、保健指導や受診勧奨の内容について検討する。
 - その際、地域の医師会等の関係団体と、これらの課題、対策について協議する。

都道府県国民健康保険団体連合会による支援や、民間事業者への委託 なども考えられる。

・ 実施状況の評価・ ③で実施した事業について、その結果を評価(評価方法については 7. を参照)し、PDCAサイクルに基づいて次の事業展開につなげる。

(都道府県の役割)

- 市町村における事業実施状況をフォローするとともに、市町村にお ける円滑な事業実施を支援する観点から、都道府県レベルで医師会や 糖尿病対策推進会議等と都道府県内の取組状況を共有し、課題、対応
- 概採病対策推進会議等と都連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。 また、都道府県レベルで医師会や糖尿病対策推進会議等と議論し、 各部道府県で、連携協定を締結することや糖尿病性腎症重症化予防プ ログラムを策定することにより、程道府県市町村におる最紅所 滑に実施できるよう支援することが望ましい。その際、本プログラム の内容を参考とすることにより、円滑な議論が可能となると考えられ

(後期高輪者医療広域連合の役割)

後期高齢者医療広域連合(以下「広域連合」という。) は都道府県毎 にすべての市町村で設立されるものであることから、後期高齢者につ いて、上記に記載した市町村と都道府県の両者の役割を担うが、特に 実施面では、市町村に上記の役割を果たしてもらうよう、市町村との連携が必要不可欠である。

(地域における医師会等の役割)

- 都道府県医師会等の関係団体は、郡市区医師会等に対して、糖尿病 毎週内所法師の安守の開始に即行は、即印区法師安寺に対して、額水所 住腎症重症化予防に係る国・都道府県における動向等を周知し、都市 区医師会に対し必要に応じ助言する。 都道府県医師会等や都市区医師会等は、都道府県や市町村が糖尿病
- 性腎症重症化予防に係る取組を行う場合には、会員及び医療従事者に 対して周知するとともに、かかりつけ医と専門医等との連携を強化す るなど、必要な協力を行うよう努める。

(都道府県糖尿病対策推進会議の役割)

7月 示解が対対 7年12年2回(2020年) 糖尿病性腎症 重症化予防に係る国・都道府県における動向等につい て構成団体に周知するとともに、医学的・科学的観点から県内におけ る糖尿病性腎症重症化予防の取組について助言を行うなど、自治体の

取組に協力するよう努める。

地域の住民や患者への啓発、医療従事者への研修に努める。

< 図表 1 : 関係者の役割分担> 糖尿病性腎症単症化予防に係る連携論定



(4) 取組方策

- 本プログラムでは、市町村等の健康課題や他の保健事業の状況に応じて選
 - 択できるよう複数の取組方策を示している。具体的には、
 ① 健康診査・レセプト等で抽出されたハイリスク者に対する受診物類、保
 - ② 治療中の患者に対する医療と連携した保健指導
 - 田原十少を日に分うの協会と受かった「休徳日子 3 糖尿病治療中断者や維急を受診者に対する対応 などを想定している。また、糖尿病性腎症の病期に準じて対象者適定基準等 を設定し、対応する介入方法も示している。

(5) 実施上の留意点

- (6) 条細正の細色線 ・後期高齢者については、年齢層を考慮した対象者選定基準を設定する必要 があるとともに、実施上の留意事項がある。また、広域連合は市町村と連携 して保健事業を行うことが重要である。
- して味受サ来を行うことが重要である。 自治体とかかりつけ医等との連携体制は重要であり、あらかじめ、都道府 県、市町村において医師会や糖尿病対策推進会議等の地域の関係者と十分協 議の上、推進体制を構築する必要がある。

- 保健指導の中で食生活指導を行う場合には、歯周病および歯の喪失等歯・ □腔のリスクに係る判定に基づき指導を行うと共に、かかりつけ歯科医との 連携体制を構築して活用することが望ましい。 ○ 国保等医療保険者が実施主体であることから、データヘルス計画を策定し
- ている場合には同計画と連動させる必要がある。

3 プログラムの各件

- 各地域で糖尿病性腎症重症化予防プログラムを策定する場合には、以下の いずれも満たすものである必要がある。
- ① 対象者の抽出基準が明確であること② かかりつけ医と連携した取組であること
- ③ 保健指導を実施する場合には、専門職が取組に携わること
- ④ 事業の評価を実施すること
- (5) 取組の実施にあたり、地域の実情に応じて各都道府県の糖尿病対策推進 会議等との連携(各都道府県による対応策の議論や取組内容の共有な を図ること

4. プログラム対象者選定の考え方

- ・・・ノロンスが新り組化が与え方 (寸)教象者の基本的考え方 (対象者について) プログラムの対象者は、以下のいずれにも該当する者とし、次の(2)~
- (4) の方法を組み合わせて抽出することが考えられる。② 2型糖尿病であること:aからcまでのいずれかであること
- a. 空腹時血糖 126mg/d1 (随時血糖 200mg/d1)以上又は HbA1c 6.5%以上 b. 糖尿病治療中
- c. 過去に糖尿病薬使用歴又は糖尿病治療歴あり
- ・ 腎機能が低下していること なお、糖尿病性腎症の病期分類は図表2の通りである。

(留意点)

- 第4期については、心血管イベント、心不全の発症リスク、死亡リスクが 高いことに十分に留金する必要がある。受診動資は重要であるが、その上で、 良雨、第三環などの先行している一部自治体においては、医療機関との連携 を十分に取った上で第4期の者も含めて保健指導を実施している例があり、 医療機関との連携を取りながらスキルの高い専門職が保健指導を実施するこ
- 特定健診では尿蛋白が必須項目であり、糖尿病に加えて尿蛋白(+)以上であ れば第3期と考えられる。また尿蛋白(土)は微量アルブミン尿の可能性が高

る。合わせて、医療機関で測定した血清クレアチニン («GFR)、展アルプミン、 尿蛋白等の検査値については、本プログラムの実施結果を評価する際に不可 欠であるため、本人の同意のもと、糖尿病連携手帳"の活用等により保健指導 の実施者とデータを実有する必要がある。

いため、医療機関で積極的に尿アルプミンの測定を行うことが推奨されてい

の米地ルモデアンを平れている安かのの。 糖尿病治存在することにより、早期から特徴的な病理学的所見が腎臓にみ られる。本プログラムでは「糖尿病性腎症病期分類 2014」にならい、対象者 を糖尿病性腎症としてひろく取扱う。ただし、興難症や神経済書等、糖尿 病特有の細小血管症の合併状況や糖尿病罹病期間を参考にすることが重要で

- 2 糖尿病主情手帳は、日本糖尿病協会が吸行しているものであり、糖尿病・合併危険達の 検査整が維助的に記入できるため、患者自身が以液・保健を連携する発剤を果たし、本 人間愛のもとアクタス青が可能したな。 3 糖尿病患者に腎機能障がある場合、①糖尿病が合併している状態、②別の 原因により腎臓能が終しているを無く. 熱尿病が合併している状態、 がある。 糖尿病性腎療は共義では30を指し、正確な診断のためには病患、網膜感等他の合併症の 状況、生態等の後まが必要となることは困難と考えられるので、本プログラムは①、 ②を含め、底く数り強うこととしている。 ②でものっても、糖尿病が合併することには胃臓と考えられるので、本プログラムでは ②でものっても、糖尿病が合併することにより表謝に必嫌尿病等の変化が発生し、異機 能が感化するとから、②を含めの大類を行うことには重義があると考えられる。

NAX 2 - MINNILE H	ML/11/91/21/MCF	
病期	尿アルブミン値(mg/gCr) あるいは 尿蛋白値(g/gCr)⁴	GFR(eGFR) (ml/分/1.73 ㎡)
第1期 (警症前期)	正常アルブミン尿(30 未満)	30以上
医療機関で診断 第2期 ⁵ (早期腎症期)	微量アルブミン尿(30~299)	30 以上
第3期 健診で把握可能(顕性腎症期)	顕性アルブミン尿(300 以上) あるいは 持続性蛋白尿(0.5 以上)	30以上
Cr测定国保等 第4期 (腎不全期)	問わない	30 未満
第5期 (透析療法期)	透析療法中	

(2) 健康診査データ・レセプトデータ等を活用したハイリスク者の抽出方法 (抽出基準について)

- ブログラムの対象となるハイリスク者の抽出に当たっては、糖尿病性腎症 に関する日本糖尿病学会、日本腎臓学会のガイドラインに基づく基準を設定 し、健康診査等で得られるデータと突合して抽出されるハイリスク者を対象 とする。
- ~44m1/分/1.73m²の場合CKD重症度分類によるとG3bに該当する。糖尿 病性腎症の病期に加え、eGFRも参考にして対象者の優先順位を決めることが
- 市町村等における対象者抽出のフローの例は図表3の通りである。

4 アルブミン尿は早期の段階から腎機能予後やCVD(心血管疾患)を予測できる指標であり、 早期腎症の診断に有用。蛋白尿陰性の場合の軽度 oGFR 低下は腎機能予後や CVD を予測で ラボール Mark Refugition (CKD 診療ガイドライン 2013 糖尿病性腎症 Ref)

特定健診では尿蛋白が必須項目であり、糖尿病に加えて尿蛋白 (+) 以上であれば第3期 と考えられる。(土) は微量アルブミン尿の可能性が高いため、医療機関では積極的に尿

ころこのため、によりは無単プレノ、これの小面に近か得いため、欧米地域のには情報が示示 アルブミン海定を行うことが接受されている。 尿アルブミンは接診項目にはないが、糖尿膏で受診動契判定値以上の場合、医療機関へ の受診動契がなされ医療機関において尿アルブミンが測定され、第2期の把握が可能と

(留意点)

- (国 8点が) 腎機能が著しく低下した第4期の患者は、医療機関への受診軸膜と専門医と の連携を要する病期である。また、腎不全のみならず、循環器疾患発症リス ク、死亡リスクが高い集団であることから、保軽事業の実施に当たっては、 特にリスクマネジメントの体制が確保されていることが重要である。健診が 一夕のほか、循環器悪患や他の合併症に関する検査所見等を十分に考慮した うえで、主治医とのカンファレンスなどを実施する体制が必要である。
- ったで、上田欧とのカンプアレン人がとなる来通すの体物が必要である。 後期高齢者だいいては、複合的な疾病合併の入ならず、老化に伴う諸臓器 の機能低下を基盤としてフレイル、サルコペニア、認知症等の進行がみられ、 個人差が大きい。後期高齢者の腎症対策では、糖尿剤性腎症の対象者道定基 増にあわせた一種のブログラムではなく、個人の状況に合わせて、 向上、要介護状態への移行阻止等を含めた包括的な対応が必要になる。
- 腎症合併のハイリスク糖尿病後期高齢者においては厳格な管理を求めるべ きではないとの考え方から、健診データから対象者の抽出にあたって例えば、 暫定的にHbA1c≧8.0%とする等、地域の実情に合わせた検討が必要である。
- 血清クレアチニンを測定していない国保等では、尿蛋白が陰性の第4期を見 落とす可能性があることに留意する必要がある。
- 注) 第1期、もしくは尿アルブミンを測定しておらず腎症の診断ができない場合にも将 来の腎症発症予防に向け、血糖や血圧コントロールの必要性、減塩等についての情報 提供を行うことが望ましい。

(レセプト等による抽出)

○ 呉市、荒川区、埼玉県等の一部の自治体においては、レセプト等により対象者の候補をリストアップした上で、かかりつけ医に事業参加の同意を得て、検査結果等のデータの提供を受け事業を実施する形で先行している。レセプ トを有効活用することにより、健診未受診者からの抽出や併発疾病等の確認 が可能となることから、抽出にあたってはレセプト等の情報も活用すること

p. 7

p. 8

<図表3:市町村等における対象者抽出のフローの例⁶>



①健康診査・レセプト等で選定されたハイリスク者 ②医療機関からの紹介 ③治療中断、健診未受診者

(3) 医療機関における抽出方法

-) 糖尿病治療中に尿アルブミン、尿蛋白、eGFR等により腎機能低下が判明し、 保健指導が必要と医師が判断した患者を対象とする。例えば
 - 生活習慣改善が困難な方
 - 治療を中断しがちな患者
 - ・自施設に管理栄養士等が配置されておらず、実践的な指導が困難な場合
 - 専門病院との連携が困難な地域
 - ・その他、地域包括ケア等の連携体制の中で、地域の実情により連携が望ましいと考えられる場合

などが想定される。地域の実情に合わせ、自治体は医師会と抽出方法を協議

(4) 糖尿病治療中断かつ健診未受診者の抽出方法

-) 以下の者等を対象として状況確認を行い、健診・医療機関受診を勧め、以 後は(2)、(3)の流れにのせて対応する。
- ・過去に糖尿病治療歴がある、又は過去3年間程度の健診にてHbA1c7.0%以上
- 本フローは市町村等直営実施の例示であり、この方法以外もありうる。関係者で協議の 上、フローを整理することが重要である。

- が確認されているものの、最近1年間に健診受診歴やレセプトにおける糖尿
- ・歯科や眼科治療中の患者において糖尿病治療を中断していることが判明し た者
- ・薬局やイベント等における健康相談において糖尿病の履歴があり十分に管 理されていない者

5. 介入方法

・ パンパム) 対象者の状況別の受診軸奨及び保健指導の対応例は図表4及び図表5の通 りである。

(1)類型と留意点

①受診勧奨:手紙送付、電話、個別面談、戸別訪問等 (実施方法等について)

○ 病期ごとの対応の例は以下の通りである。

第1~2期:保険者の判断で優先順位を検討する。その際、例えば、HbA1c、 第1・2・39、1898日の7-191、後元時間とを映りする。その時、時人は、mante、 由圧等の受診動契判を維が重複している者や単独の異常も著しく高い者 を優先するなどの方法がある⁷ 第3~4期:受診勧奨をしても受診が確認されない場合、再度、別の方法

で受診勧奨を試みる (手紙→電話→訪問)。

- 実施方法を検討するために、保険者は前年度の健診データ等でおおよそ
- 実施力店を検討するために、採飯者は即中度の確認ラーク等でおおよその対象者数を把握し、係先期でや力店を検討する。
 対象者の状況に応じ、検査値を伝え、医療機関での受診が必要という通知を行うだけの軽い受診動処から、保健指導と組み合わせて本人が受診の必要性を十分に無保でき、変診行動につながるまで関わるものまで、本人への関わり方の濃淡をつけることが考えられる。
- また、必要に応じて受診後のフォローも行うことが考えられる。治療を中断しやすい人については、受診難続についての抵抗要因を検討し、その軽減に向けた支援を行う。
- 受診軸契、保健指導等の保健事業については外部委託が可能であるが、 保険者や自治体の専門職が関与し、保険者としての責任を持った企画と 評価を行うことが重要である。

②保健指導⁸:電話等による指導、個別面談、訪問指導、集団指導等 (実施方法等について)

- 病期ごとの対応の例は以下の通りである。
- 第1~2 期:個別、集団などを組み合わせて実施する。 第3~4期:初回は偏別面談、訪問等による対面での指導を行う。) 保難指導としては、競雑診室データや医機機関での検査値等を用いて 自身の健康状態 (糖尿病性腎症) を正して理解してもらい、必要な生活
- 習慣改善につなげることを目標とする。) 指導に当たっては、定期的検査の必要性についてよく理解できるよう に支援する。また本人の疑問にも適切に対応し、必要に応じてかかりつ け医と連携した対応を行うことが重要である。

(保健指導の実施者のスキル等について)

○ 保健指導については、糖尿病療養指導、特定保健指導等の十分な経験 を有し、糖尿病性腎症重症化予防のための研修を受けた専門職が実施す ることが望ましい。また、特にリスクの高い対象者の指導については、 かかりつけ医と相談できる体制を作ることが必要である。

<図表4:医療機関受診・健診受診の有無・病期別の国保等の対応例>

	健診受診あり			健診 5	診なし
	腎症第1~2期	腎症第3期	腎症第4期	糖尿病限歴なし	糖尿病暖歴あり
糖尿病等生活 習慣病関連 レセプトあり	医療機関での管理 治療中断しがちな場合の保健指導 保健資源を活用した予防事業		主治医に健診結 果連絡、腎症対 策強化について 連携		医療機関での管理主体 年に1度の健診 受診は促す
	第2期等に対す る腎位予防事業	医療と連携した腎 症悪化防止のため の保健指導	*		
他疾患レセプト はあるが、糖尿 病等のレセプト、 内科受診なし	糖尿病管理の必 要性を本人に通 知、HbAIc等検 査値に応じて受 診動質・保健指	糖尿病・腎症対策 の必要性を本人に 透知し、適切な医療につながるよう、 受診勧奨、保健指	本人(主治医)に 健診結果を通知、 糖尿病性腎症の 適切な医療につ なげる	健診受診勧奨 3年以上健診未 受診の場合の 対策等	健診または医療 機関受診(生活 管債病管理)の 積極的な促し
医科レセプトなし	導	導	強力な受診動災	育症対策外の 一般的な取組み	強力な受診動態

※ 医療機関との連携を取りながらスキルの高い専門職が保健指導を実施することも考えられる。

8 この場合の保険指導とは、対象者の健診データを用いた説明や生活習慣改善指導を指し、 単に受診勧奨の手紙を送付するだけのものなどは含まない。

p. 11

< B

		対応不要	情報提供レベル	受診動奨 (集団対応レベル)	医療機関連携・6	13131RL~IL
	HbA1c	HbAlc<5.6	5.6≤HbA1c<6.5	6.5≤HbA1c<7.0	7.0≤HbA1c<8.5	8.5≤HbA1c
検査値の日女	糖尿病*1の場合 の血圧*2		120≦5BP<130 または 85≤DBP<90	130≦58P<140 85≦D8P<90	140≦SEP(160 90≦08P(100	160≦SBP 100≦DEP
	糖尿病**の場合 の尿蛋白			(土) 尿アルブミン測定を推奨	(+)	(2+)
情報競技	パンプ・資料提供	検査性の	0見方-健康管理等	種原典に関する情報	育成,合併的	子店等
		\rightarrow				
受診動使	はがき・受債行 製確認			結果表につけて 受診動長	レセプトで受診機 認	
(衆治療・中新 中の場合)	電話(受診動祭、 確認)				発酵化発力試算	電話で受診物 典. 受診確認
	保健指導型 受診動災				偏別面談	保別貢献、訪 電話フォロー
保健指導 (生活習慣收	監機づけ支援型 対面保健指導		地果設研會	糖尿病を対象とした集団 数室(単発型)、偏別医説	個別面談, 此間	個別高級、达 受診確認
#49(E)	精神的支援型		生は皆慎病を抑散率等	集団新宝(総統型)	OF THE REST. LEWIS CO.	解核的支援+1

(2)対象者別の介入方法

(4) 対象を動心が入力器 (健康診差をが出出されたハイリスク者への対応 () 腎症の病期に対応し、対象者抽出方法、介入目的と方法、医療機関での対応、情報共有の方法などについて、関係者間で方針を検討する必要がある。病期別の保養指導等の内容に図数もの通りである。

/図書6・特国症性軽度の症物に内じた保健指導等の内容例>

~ LA	(図表 0:循床例は肯定の例例に応じた床連指導等の内容例/					
	健診データ	状態と介入目的	具体的な介入方法	医療機関での対応	密意点	护伍
第1~2周	糖尿病** かつ 尿蛋白 (土)以下	早期腎症の免見 腎症の発症予防	HbAIc、主圧の程度に応じ た対応(別表) 第1期では確尿病管理、 第2期ではそれに加え胃症 改善に重点をおいた指導	Or、尿蛋白・尿アルブミ ン湖定による病期研究 血糖、血圧管理 解膜症等合併症検査 第2期: 保健指導紹介	第1、2期の区別 は健診だけでは できない。 eGFR(45の場合、 対応優先	行助安存 血圧・血糖・ 批賞、BMI、 喫煙、腎機能
第3期	糖尿病・1 かつ 尿蛋白(+) 以上	類性腎虚 腎機能低下防止	受診動質**2と受診状況確認 医師と連携Uた保健能導 減塩、減消等の含生活改善、 基準、影響者では減量、 身体活動の推持	〇r、尿蛋白・尿アルブミ ン原定による病剤健定 止圧、血糖管理 無限よ・血管管理 破疫 腎検定性疾病剤の見直し 使機相端の留意点指示 腎臓等門医への紹介を 考慮する	他の領環場疾患、 地区領合併住に 留意 100%対応できる ことを目指す	受療状況、 生活管備、 血糖・血圧・ 陽質、突煙、 腎機能
別 4 期	独尿病・1 かつ eGFR<30	透析直射期 透析導入時期の 延伸	強力な受診動資**と 受診確認、治療中断防止**	血圧・血融管理 腎排泄性素剤の変更 腎臓専門医への紹介	心不全、脳卒中 ハイリスク。0:割 定しなければ病 制確定できない。	受診につな がった割合

- 9 75歳以上については、フレイル、認知症等の状況を勘索し、観別に設定する必要がある。 20 上記対応表中、ブルーが受診動策、オレンジが保養措準で、色の療法は支援の療法を表して いる。上記対応表については、例示であり、地域の社会資源や連携等の状況に応じた対応表の
- 作成が必要である。

対象者の選定基準の検針、受診斡奨の通知文件成または監修、生活習慣改善のための保 機能権はは将門職の関すが必要であるが、受診勧弾の手振り送替やの作業は専門助助機 を必要としないこともの、専門関助が実施可能である。ただし、手能のが続について専 門的な知識を要する対応や、手紙だけで受診がつながらない対象者への理話や拡影等に よる受診剤については専門職が関わる必要があるため、保健指導としての位置づけが 可能である。

②医療機関で治療中の糖尿病性腎症患者に対する保健指導

- 糖尿科性腎症で治療中の患者について、日常生活における実践的な指導が必要と考えられる場合、かかりつけ医と連携した保健指導につなげることが期待される。とくに治療を中断しかた患者については、本人の思いや生活状況を踏まえた保健指導が役立つことがあることから、市
- ップン・スエルやスなと前まれたいた地では、かな、このであかってにアン・ 町村との連巻を図ることが重とい言。地域の医療機能に周知する。 の 番料・眼科指像中、もしくは他の疾地にて治療中の患者において糖尿 系治療を中断していることが発見された場合、継尾病に対だできる医療 機関を紹介するとともに市町村等へ連絡し、保健指導につなげることも

- 機関を部プリるとどもに即利等へ連絡し、採売相等につなけることも 望まれることから、その旨、地域の医療機関に関如する。 ③糖尿病治療・肺者の把握と受診動奨 過去に糖尿病治療器がある、又は過去3年間等の健能にて1864に7.0% 以上が確認されているのに、最近1年間に健診受診歴やレセプトにおける糖尿疾受療歴がない者を対象として状改確認を行い、可能な限り健診 受診、医療機関受診につなげるとともに、必要に応じて保健指導等を行った。
- 6. かかりつけ医や専門医等との連携

- ・ かかり ついなど (1847年) (1847年) (2018年) (分かりつけ既との連携) 自治体とかかりつけ医等との連携体制については、都道府県、市町村において、あらかじめ医師会や糖尿病対策推進会議等の地域の関係者と十分協議
- の上、推進体制を構築する必要がある。

 ・ 糖尿内は解推進会議等の方針のもと、都市医師会は各地域での推進体制 (連 絡票、事例報料等) について自治社と協力する。 ・ かかりつけ医は、病歴職取や診察、保験診療における検査等により対象者
- の病期判断、循環器疾患等のリスクや糖尿病合併症 (網膜症等) の状況を把握し、本人に説明するとともに、保健指導上の留意点を保健指導の実施者に

(地域における関係機関との連携)

- ○必要に応じてかかりつけ歴と専門医が連携"できる体制をとることが望ま しい。地域連携ペスなどを作成し、地域で選用することも考えられる。) 糖尿病の合併症の一つとして歯周病及び歯の喪失等があることから、医科 歯科連携の仕組みを構築し活用することが望ましい。
- 11 「CKD 診療ガイド 2012」では腎臓専門医への紹介基準を以下の通りとしている。
- 高度の尿蛋白 尿蛋白Crtkの50g/gCr以上または2+以上
 3) GFR50mL/分1.73m2未満

p. 13

- 保健指導中もできる限りかかりつけ医と実施状況を共有することが望まし
- 保健指導等の終了後も継続的な治療、継続的な支援につなげることが重要
- 0 市町村等における事業の評価のためには、臨床における検査値(血圧、血 糖、腎機能等)が必要となる。糖尿病連携手帳等を活用し、本人ならびに連 携機関と情報を共有できるようにすることが望ましい。

7. プログラムの評価

- 評価としては、ストラクチャー (精造)、プロセス (過程)、アウトプット (事業実施量)、アウトカム (結果) の各段階を意識した評価を行う必要があ
- v。 また、中長期的な費用対効果の観点からの評価も行う必要がある。
- アウトカム評価は、図表7のステップをおさえた評価とする。

<図表7:重症化予防の取組に係るアウトカム評価の考え方>



- 雑診、医療データの一元管理のため、例えば、以下の対応を進めるなど、 アウトカム評価ができる体制づくりが必要である¹²。
 ・日本糖尿病協会発行の糖尿病連携手帳の活用等により、本人同意のもと
 - 医療機関、市町村で随時データの共有を行う。
 - ・日本糖尿病学会、日本腎臓学会等が作成したミニマム項目セット13等と連
- 12 その際、国民の生産を通じた雑粉情報の一元化を目指し、日本医師会が作成し、日本医学機能管理評価 協議会が指達能力している「雑粉情報フォーマット」の活用により、雑(他)砂束組織関等が有する機 (他) シデークは他の課金化を示めることも重要である。 1 ミュース名目とット」

- 携がとれたデータ収集法を検討する。
 中長期的な評価については、健診データ・レセプトデータ等の活用により 受療状況、糖尿病性腎能の発症について追跡調査する。
 国保から年齢もしくは障害のために後期高齢者医療制度に移行した後も、 追跡できる体制を整えることが重要である。
 国保等は、対象者以外も含めた地域を体の概点でも、以下のような健診デ ータ・レセンドデータ等の分析で得られた地域の酸尿病性腎症の状況や重症 化予助の保健事業の実施状況等についてデータ分析をおこない、関係者間で 情報共有をはかることが求められる。
 ・新知事形成。根本者と、(人口口の方)の推移、うち糖尿病性緊症を原因 ・新知事形成。根本者と、(人口口の方)の推移、うち糖尿病性緊症を原因
 - 新規秀析導入患者数・率(人口10万対)の推移、うち糖尿病性腎症を原因
- 制成及が専入記者数・単く入口10万列 とする者の割合 糖尿病性腎症各期の数、うち未治療率
- ・HbA1c≧8.0%の人数、うち糖尿病未治療者の割合
- 健診受診率
- 医療費の推移 (プログラム参加者と非参加者の比較など) 等 以上のような事業の実施状況の把握・分析や評価に基づき、今後の事業の
- 取組を見直すなど、PDCAサイクルを回すことが重要である。

日本糖尿病学会、日本腎臓学会等が策定した効率的な医療情報の利活用を進めるための生活習慣病4疾患 (糖尿病、高血圧症、服質異常症、機能腎臓病(CEDD)の疾患別データセット(検査項目)のうち、どの疾患においても収集することが重なし、検査項目のことを指す。

p. 15

参考 URL:http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000121935.html

2) 糖尿病性腎症 重症化予防プログラム開発のための研究

糖尿病性腎症 重症化予防プログラム開発のための研究 平成27~29年度厚生労働科学研究費補助金 研究代表者: あいち健康の森健康科学総合センター長 津下一代

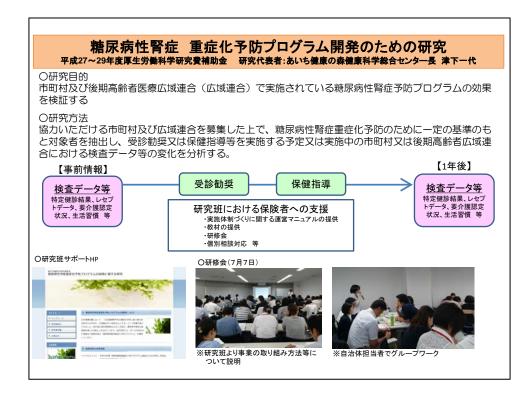
● 保険者・医療機関・保健指導者が連携した 実現性の高い糖尿病性腎症予防プログラム を開発

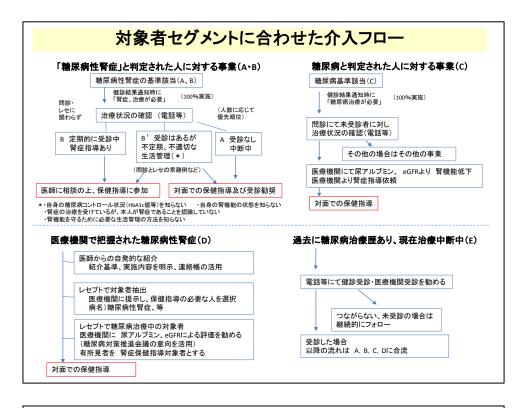
事業評価の仕組みの確立⇒エビデンスを得る

● 国保 – 後期高齢者広域連合の 連携により長期的にデータを 収集、アウトカム評価実現に 向けた検討

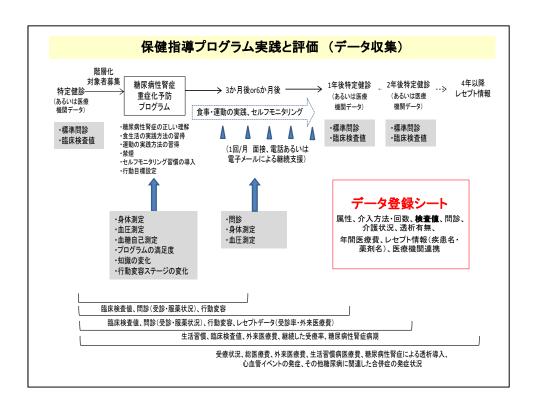
● 全国的に波及可能、かつ 継続可能なプログラムへと 改善、提案











研究班の進捗(まとめ)

- 〇研究班は市町村の保健事業の進め方、地域の実施体制を尊重しつつ、研究班 プログラム(ひな型)提供、情報交換により事業改善を促す方法をとった。
- ○保険者の強みである加入者台帳、健診データ、レセプトデータの活用が重要。
- 〇研究班には96自治体が参加。研修会、進捗管理シートで状況把握、相談実施。
- 〇進捗確認では「事前に医師会や専門医に相談」、それを「自治体各課で共有」 している割合が7割と、やや低かった。
- 〇研究班参加自治体の中にも、実施計画・マニュアル等を整備していない自治体 が依然存在する。
- ○保健指導効果検証にあたり、プログラムの内容や地域の専門医との関わり、 医師会との連携などの視点を含めて分析していく必要がある。
- ○実証研究により得られた知見を踏まえ、運営マニュアルを修正し、全国の自治 体で使用可能なものとしたい。

3)後期高齢者に対する歯科保健サービスの効果実証事業

歯科保健サービスの効果実証事業について

事業背景と目的

- 日本再興戦略や健康・医療戦略等を踏まえ、2025年に向け、健康増進・予防サービスの充実等により、国民の医療・介護需要の増大をで きる限り抑えつつ「国民の健康寿命が延伸する社会」を目指す。
- 近年、口腔の健康を維持増進することが糖尿病や誤嚥性肺炎等の全身疾患の予防にも寄与するとの知見が蓄積されてきており、予防を推
- 進し健康を維持するためには全身と口腔の健康を保つことが重要であると認識されつつある。 そこで、本事業では、他部局と連携しながら、生活習慣病や誤嚥性肺炎等、特定の疾患のリスクを有する者に対して歯科保健サービスを実 施し、重症化予防や疾病予防のための効果的なスクリーニング・歯科保健指導の実施方法について検証する。

後期高齢者に対する歯科保健サービスの効果検証の概要

【事業内容】

- 後期高齢者医療広域連合が実施する高齢者に対する歯科健診の健診データを収集・分析し、より効果的な後期高齢者に対 する歯科健診の事業実施方法について検証。

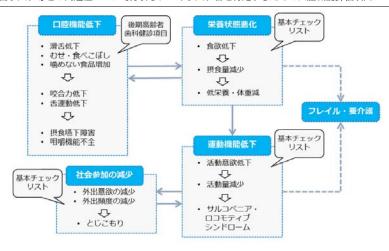
秋田県大仙市等の後期高齢者歯科健診データ及び基本チェックリストデータ(約800名分)を収集・分析し、口腔の状況を把握するとともに、栄養状態や外出頻度、運動機能等、全身の健康と関連の深いスクリーニング項目等に ついて分析。

【結果概要】

- 口腔機能と食欲、栄養バランス等との関連性が示唆された。
- 口腔機能と栄養に関連する項目(栄養リスク、食欲等)との間には関連性があることが示唆された。
 - ・咬筋・側頭筋が強い者では、1日3回食べている者の割合が高い。 ・固いものが食べられない者では、食欲がない者の割合が高い。
- 口腔機能と外出頻度に関連する項目との間には関連性があることが示唆された。
- ・「力」を1秒間に4回以上言える者では、週1回以上外出している者の割合が高い。
- ・固いものを食べられない者では、昨年と比べて外出回数が減った者の割合が高い。

背景·目的

- 後期高齢者の口腔機能の低下が、低栄養、虚弱、要介護リスクに関連していることが示唆されている※。
- そこで、本事業では、後期高齢者歯科健診項目及び基本チェックリストを用いて、後期高齢者の口腔機能と栄養リ スク・運動リスク等との関連性について分析し、ハイリスク者を特定するための口腔機能評価項目について検討した。



*Kikutani T et al., Relationship between nutrition status and dental occlusion in community-dwelling frail elderly people. Geriatrics & gerontology international. 2013;13(1):50-4. Epub 2 Watanabe Y et al., Relationship Between Frailty and Oral Function in Community-Dwelling Elderly Adults. J Am Geriatr Soc. 2017 Jan;55(1):66-76.
Hirano H et al., Masticatory ability in relation to oral status and general health on aging. The journal of nutrition, health & alging. 1999;3(1):48-52. Epub 2000/07/11.
Aida J et al., Association between dental status and incident disability in an older Japanese population. Journal of the American Geriatrics Society. 2012;60(2):338-43. Epub 2012/01/04.

対象及び分析方法

①対象:後期高齢者医療の被保険者かつ秋田県大仙市在住の後期高齢者のうち、平成27年または平成28年に歯科健診を受診した1,062名。このうち、高齢者歯科健診データ及び基本チェックリストの入手が可能な801名を分析対象とした。

②分析方法:以下の項目について、クロス集計を実施した。検定はフィッシャーの正確確率検定を用いた。

1) 口腔機能×栄養状態

口腔機能	咀嚼能力(咬筋・側頭筋の緊張の触診)、舌機能(挺舌・オーラルディアドコキネシス)、嚥下機能(RSST・EAT-10)、 問診項目(固いものが食べにくいか、お茶等でむせるか)、歯の数・噛み合わせ(アイヒナーの分類)
栄養状態	栄養リスク(基本チェックリスト11~12の合計点数により判定)、 1 日3回食べているか、動物性たんぱく質を毎日食べているか、食欲はあるか

2) 口腔機能×運動機能

	口腔機能	咀嚼能力(咬筋・側頭筋の緊張の触診)、舌機能(挺舌・オーラルディアドコキネシス)、嚥下機能(RSST・EAT-10)、 問診項目(固いものが食べにくいか、お茶等でむせるか)、歯の数・噛み合わせ(アイヒナーの分類)
Ì	運動機能	運動機能:運動機能リスク(基本チェックリスト6~10の合計点数により判定)、運動週間(1週間に3日以上)はあるか

3) 口腔機能×社会参加(外出)

3 / HILLIN	57 口征成化人任公乡加(71日)					
口腔機能	咀嚼能力(咬筋・側頭筋の緊張の触診)、舌機能(挺舌・オーラルディアドコキネシス)、嚥下機能(RSST・EAT-10)、 問診項目(固いものが食べにくいか、お茶等でむせるか)、歯の数・噛み合わせ(アイヒナーの分類)					
外出	週1回以上外出しているか、昨年と比べ外出頻度が減っているか					

4)口腔機能×虚弱

口腔機能	咀嚼能力(咬筋・側頭筋の緊張の触診)、舌機能(挺舌・オーラルディアドコキネシス)、嚥下機能(RSST・EAT-10)、 間診項目(固いものが食べにくいか、お茶等でむせるか)、歯の数・噛み合わせ(アイヒナーの分類)
虚弱	虚弱高齢者(基本チェックリスト1~20の合計点数により判定)

結果概要

- 口腔機能と栄養に関連する項目(栄養リスク、食欲等)との間には関連性があることが示唆された。
- 口腔機能と外出頻度(昨年と比べて外出回数が減った)との間には関連性があることが示唆された。
- 栄養に関して、特に食欲の低下は、咬筋・側頭筋の緊張、オーラルディアドコキネシス、アイヒナーの分類、間診項目(「半年前に比べて固いものが食べにくくなったか」)といった検査項目と関連性があった。
- 外出頻度に関して、外出頻度の低下は、側頭筋の緊張、EAT-10、問診項目(「半年前に比べて固いものが食べにくくなったか」「お茶等でむせることがあるか」)、アイヒナーの分類といった検査項目と関連性があった。

	栄養				運動		外出		虚弱
			動物性たんぱく質 を毎日食べている か		運動習慣(1週間 に3日以上)があ るか	運動機能リスクに 該当		昨年と比べて外出 回数が減ったか	虚弱高齢者に該
0咀嚼機能			•		•				•
交筋・側頭筋の 緊張	咬筋・側頭筋強いと 食欲あり	<u>咬筋・側頭筋強いと</u> 3回食べている割合 大	関連なし	<u>咬筋・側頭筋強いほど該当者少</u>		咬筋・側頭筋緊張ない人で該当者多	咬筋・側頭筋緊張ない人で外出している 割合小	咬筋・側頭筋強いほ ど外出回数減った人 少	関連なし
②舌機能		•	•		•		•	•	•
挺舌	関連なし	関連なし	「十分」な人で毎日 食べている割合大	関連なし	「十分」な人で運動 習慣ある割合大	関連なし	関連なし	「十分」な人で外出 回数減った人少	関連なし
オーラルディア ドコキネシス	バ・タ・カ4回以上 で食欲あり	関連なし	関連なし	バ・タ・カ4回未満 で該当者多	バ・タ・カ <u>4回以上</u> <u>で習慣ある割合大</u>	バ・タ・カ4回未満 で該当者多		バ・タ4回未満で外 出回数減った人多	バ・ タ・カ4回 未 で該当者多
③嚥下機能					•		•		
反復唾液嚥下テ スト(RSST)	関連なし	男性ではRSST3回 以上で3回食べてい る割合大	関連なし	3回以上で該当者少	3回以上で運動習慣 ある割合大	3回以上で該当者少	3回以上で外出割合 大	3回以上で外出回数 減った人少	関連なし
EAT-10	3点未満で食欲あり		男性では3点未満で 毎日食べている割合 太	3点未満で該当者少	3点未満で運動習慣 ある割合大	3点未満で該当者少	3点未満で外出割合 大	3点未満で外出回数 減った人少	3点以上で該当者
4 問診			•						
固いものが食べ られるか	固いもの食べられな い人で食欲なし		固いもの食べられな い人で毎日食べる割 合小		固いもの食べられない人で運動習慣ある 割合小	関連なし	固いもの食べられな い人で外出している 割合小		男性で 固いもの食 られない人で該当 <u>多</u>
お茶等でむせる か	むせる人で食欲なし	関連なし	女性でむせる人で毎 日食べる割合小	女性でむせる人で該 当者多	むせる人で運動習慣 ある割合小	むせる人で該当者多	関連なし	むせる人で外出回数 減った人多	むせる人では該当 多
⑤歯の数									
アイヒナー分類	Cの人で食欲なし	女性でCの人で3回 食べている割合小	女性で毎日食べてい る割合小	Cの人で該当者多	Cの人で運動習慣あ る割合小	Cの人で該当者多	関連なし	Cの人で外出回数 減った人多	関連なし

※下線太字は統計学的に有意差が認められたもの。

(3)通知

1) 平成28年度後期高齢者医療事業の実施について(平成28年3月30日 付け課長通知)

保高発 0330 第 4 号

各 都道府県後期高齢者医療主管部(局)長 殿

厚生労働省保険局高齢者医療課長

平成28年度後期高齢者医療制度事業の実施について

標記については、平成 28 年 3 月 30 日保発 0330 第 4 号により保険局長から各都道府県 知事あてに「平成 28 年度後期高齢者医療制度事業実施要綱」が示されたところであるが、 その実施に当たり次のとおり取扱うこととしたので、黄都道府県の後期高齢者医療広域 連合 (以下「広域連合」という。) 及び関係団体に周知いただくとともに、積極的な事 業実施に配慮いただきたい。

- 健康診查事業

1. 味味が全年表 (1) 核保険者の生活習慣的を早期に発見し重症化の予防を図るため、広帳連合が搭 液保険者の生活習慣的を早期に発見し重症化の予防を図るため、広帳連合が搭 道府県、市町村等と連携し、健康診査を実施する(広帳連合からの委託等により 市町村等が実施する場合を含む)。

明報の行かが火地といる自立自己)。 事業の対象となる健康項目は、特定健康診査の健診項目(復囲を除く)とし、 以下のとおりとする。 (7) 既往歴の調査(服果歴及び実練習慣の状況に係る調査を含む) (イ) 自覚症状及び他覚症状の有無の検査

- (イ) 自見座状及の地及地域や市無シャル
 (ウ) 身長、体重の検査
 (エ) BMI (次の算式により算出した値をいう(以下同じ))の測定 BMI=体重(kg) →身長(m)²
- BMI = 体重(kg) ÷身長(m) ²
 (対) 血圧の測定
 (カ) 血清グルタミックオキサロアセチックトランスアミナーゼ(GOT)、血清
 グルタミックだルビックトランスアミナーゼ(GPT)及びガンマーグルタミ
 ルトランスペプチケーゼ(yーGTP)の検査
 (キ) 血清トリグリセライド(中性脂肪)、高比重リボ蛋白コレステロール(HD
 Lコレステロール)及び低比重リボ蛋白コレステロール(LDLコレステロール)の 個の検査
 (ク) 血糖検査

- (ケ) 保中の糖及び蛋白の有無の検査(コ) 上記の他、次の表の基準に該当する者で、かつ、医師が個別に必要と判断した場合に行うもの(追加項目)

追加項目	実施できる条件(判断基準)
貧血検査(ヘマトクリ	貧血の既往歴を有する者又は視診等で貧血が疑われる者
ット値、血色素量及び	
赤血球数の測定)	
心電図検査(12誘導	前年度の健康診査の結果等において、血糖、脂質及び血圧
心電図)	の全てについて、次の基準に該当した者
眼底検査	血糖 空腹時血糖値が 100mg/dl 以上、または HbA1c が
	5.6%以上
	(※HbA1c の表記を JDS 値から NGSP 値に変更)
	脂質 中性脂肪の量が 150 mg/dl 以上、またはHDLコ
	レステロールの量が 40mg/d1 未満
	血圧 収縮期 130mmHg 以上、または拡張期 85 mmHg 以上

(2) 被保険者に対する歯科健康診査

21 飲味吸有に利うの単件便能の証 口腔機能能所で予打防と関り、肺炎等の疾病予防につなげるため、債・値向の状態 や口腔清掃状態等をチェックする歯科健診を実施する(広城連合からの委託等によ り市町村等が実施する場合を含む)。 事業の対象となる健認項目については、各広城連合が健診の必要性を考慮して対 象者を設定した上、地域の実情や高齢者の特性を踏まえ設定する。

2. 医療費適正化等推進事業 後期高齢者医療制度を安定的に運営していくため、広城連合が都道府県、市町村等 と連携し、地域の実情を踏まえ医療費適正化や保険料収入確保に係る以下の取組を実

(1) 重複・頻回受診者、重複投薬者等への訪問指導

レセプト情報等により適定した重複・頻回受診者、重複投業者、併用禁忌薬が ある者及び多量投業者に対し、市町村等と連携し、保健師、薬剤師等による適正 受診の促進のための訪問指導を実施する (広城連合が市町村、専門業者等に委託

して実施する場合を含む)。 実施に当たっては、受診状況等により指導を要すると保健師等が判定した者を 天地に当たっては、交渉状の時により指導を変うると保険順等の再足した名を 対象とし、個別に指導票を作成・管理の上、指導後の受診状況等を把握・分析す るなど、効果的な実施を図る。 また、指導後の状況により再指導が必要と認められる場合には、再指導を実施

なお、事業に要する経費の基準額については、実施形態に応じて次のとおりと

- ①広城連合で保健師等を展用して実施する場合 (ア)保健師等の人件費 1日あたり11,640円(1日あたり2人を指導することを標準とする) (イ)指導票の作成・管型及び指導後の受診状況等の把握・分析に要する経費(賃金銀長の人件費を含む)、文書部信養、交通素、燃料費等 (ウ)その他、対象者選定作業や事業に係る事務打合せ等に要する経費

②市町村または専門業者への委託等により実施する場合

※四町村または毎日乗台への安北等により来應する場合 (7)保健師等の人件費 (保健師等が市町村の正規職員の場合は、補助対象外) 訪問指導1件あたり5,820円 (指導票の作成・管理及び指導後の受診状況の把握・分析に要する経費、文

「田寺本い」には、自立なび田寺は少文からないに達・力のに交り、の社員、人 書通信費・交通費、燃料等を含合いで訪問指導1件当たりの単価契約をする 場合は、訪問指導1件あたり9,820円) (イ)指導票の作成・管理及び指導後の受診状況等の把握・分析に要する経費(貸

- 金融員の人作費を合む)、文書通信費、交通費、燃料費等 (上記(ア)の基準額9,820 円を適用した場合は除く) (ウ) その他、対象者適定作業や事業に係る事務打合せ等に要する経費

(2) 高齢者の低栄養防止・重症化予防等の推進

同時者の私未来の近・租底に17回今の14世 核保険者の健康を守り自立を促進し、低栄養、筋量低下等による心身機能の低下 の予防・生活習慣病等の重度化予防等を行うため、接保険者に対して専門職(管理 栄養土、歯科衛生土、薬剤師、保健師等)による立ち寄り型の相談や訪問相談・指

導、訪問歯科健診を実施する。 対象となる事業は、以下のとおりとする。 (ア) 栄養・口腔・服薬に関する相談・指導(口腔については、訪問健診も含む) (イ) 生活習慣病等の重症化予防事業

- (イ) 生命音順所等の単無地に下的事業 (ウ) 心身機能を包括的にチェックし、適切なサービスにつなげる事業 (エ) 上記 (ア) から (ウ) までを複合的に実施する事業 (オ) 上記 (ア) から (エ) までの事業の実施に係る研修

また、実施主体となる市町村の規模が異なり、相談・指導等の実施の対象となる 人数にも差異があるため、当該事業を行う市町村内の被保険者数に応じて、一事業 当たりの交付の上限額を以下のとおり定める。

被保険者数	交付額の上限
10,000 人未満	4,000,000円
10,000 人以上 50,000 人未満	6,000,000 円
50,000 人以上 100,000 人未満	8,000,000 円
100,000 人以上	12,000,000 円

①相談・訪問指導の場合 (ア)人件費(専門職が広域連合・市町村の正規職員の場合は、補助対象外)

- 費等 (民間業者等への委託も可)

(ア) 講師の謝金等

- 1時間あたり 11,300円 (旅費は実費)
 (イ) 会場使用料、光熱費、印刷製本費、消耗品費等 (研修を受講する専門職の日 当等は不可)
- (ウ) 当該研修を開催するのに必要不可欠な準備(会議等)に係る費用
- (エ) 効果測定に係る調査費用等

(3) 後発医薬品の使用促進のための普及・啓発

平成30年度から平成32年度末までの間のなるべく早い時期に80%以上とするとしている。

(4)国保連合会の助言等を受けて行う保健事業 広域連合が行う保健事業について、レセプトデータ等を活用して効果的・効率

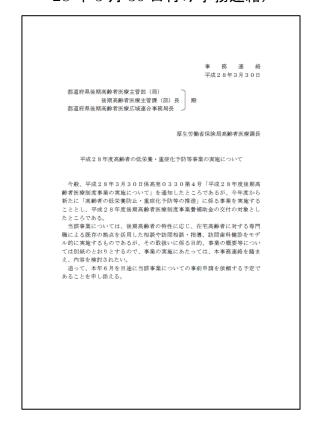
的に実施するため、国民健康保険団体連合会に設置する保健事業支援・評価委員 会からの評価、助言等の支援を受ける。

(5) 保険料収納対策等

保険料収納率が比較的低い市町村等において、地域の実情を踏まえ滞納者への きめ細かな納付相談等効果的な収納対策を実施する。

・特別の側に展す刊申等 着しく高額な医療に関する給付の発生が後期高齢者医療の財政に与える影響を緩和 するため、公益社団法人国民健康保険中央会が実施する、着しく高額な股膜給付に係 る交付金を交付する特別高額医療費共同事業について、広城連合が費用を負担する。

2) 平成28年度高齢者の低栄養・重症化予防等事業の実施について(平成28年3月30日付け事務連絡)



(別紙)

(別紙)

平成28年度 高齢者の低栄養・重症化予防等事業の実施について

1. 目的

・日日 後期高齢者は複数の疾患を有するとともに、加齢に伴う低栄養、筋力や口腔機能 の低下などの心身機能の低下、抵抗力低下に伴う肺炎など感染症の発症等に繋がる ことも多い。また、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ケー スなどでは栄養面での配慮が必要な場合や、服薬に関する疑問等を抱える場合も多

へると、18本美国にから地域が参加して、18米に向うの東西では18本の場合ログ い。 こうした後期高齢者の特性に応じ、在宅高齢者に対する専門職による既存の拠点 を活用した相談や訪問相談・指導、訪問歯科健診をモデル的に実施して、被保険者 の生活習慣病等の重症化予防や心身機能の維持を図るとともに、事業の全国的展開 に向け効果的・効率的な実施手法の検討や効果を検証する。

2. 実施主体及び実施方法

〇主体:広域連合

○実施方法:直接又は市町村への委託、補助、民間事業者等への委託により実施。 (市町村にあっては、直接又は委託により実施)

3. 事業の概要 (「(別紙) モデル事業の例」を参照) 栄養や口腔、服薬、生活習慣病等の重症化予防に関して、専門職 (管理栄養士、 歯科衛生士、薬剤師、保健師等) による立ち寄り型の相談や訪問相談・指導、訪問 歯科健診を実施する。

実施にあたっては、地域の実情に応じ、既存の拠点(地域包括支援センター、保 健センター、訪問看護ステーション、診療所・病院、薬局等)を活用して行う。 なお、医療や介護報酬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

(1) 栄養に関する相談・指導

- ① 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。
- ② 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、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。

(4) 生活習慣病等の重症化予防

*) エルロ B(別) マルエル・ドッ 高血圧や解疾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) 高齢者の心身機能を包括的にチェックするモデル事業。

(3) 高齢者の必ず機能を含品的にアエックするモアル争乗。 (6) その他の指導 上記(1) ~ (5) を複合的に実施。又は、各項目には直接該当しないが、本 事業の目的に合致する先進的な取組を実施。

(7) 研修事業 上記 (1) ~ (6) の事業の実施に関わる管理栄養士、医療・介護関係者等に 対する研修等を実施。

4. 検討事項

- 京田・子子 事業の実施を通じ、次の各項目について検討を行うこととする。 効果的・効率的なアセスメント及び介入支援の方法 ・ かまり、シーマースを受けるのもでは、 ・ かまりから医療機関との有機的な連携方法、関係者との顕整方法等 ・ かまりから医療機関との有機的な連携方法、関係者との顕整方法等
- 事業の効果検証

既存のエビデンスや他地域の事例を参考にするとともに、優先度の高いものか ら実施するなど、効果的、効率的な実施を検討すること。 事業の実施にあたっては、追って送付する平成 27 年度特別研究事業「後期高齢

者の保健事業のあり方に関する研究」報告書における「ガイドライン(試案)」を

参考にすること。 (2) 実施体制 医療や介護サービスとの連携を適切に図りつつ実施すること。また、医療関係 団体との連携・協力体制の確保に努めること

広域連合が直接または民間等への委託により実施する場合にあっても、市町村 との適切な連携体制を確保すること。 (3)対象者

- 3) 月本帝 ・ 対象者抽出・選定にあたっては、抽出基準を設定すること。 ・ 支援を必要とする人を的確に把握するため、広域連合が保有する機能・ 歯科 機能シ、レセブト情報を活用するとともに、高齢者の健康状態や医療・介護―― ズなどを包括的に把握し、これらを適切に組み合わせるなど地域の実情を踏ま え実施するよう努めること。
- (4) 効果検証等

事業の実施にあたっては、下記の各項目について実施すること。

- ・ 健康課題に対応した目標と効果測定のための指標を設定し、データを収集
- の上、実施後に効果検証を行うこと。 検証に必要なデータ等の確保に努めること。
- ※ 詳細については、別途、事務連絡等で案内をさせていただくので、その連絡等に基づき ご対応いただきたい。
- 地域の専門家の助言等を受けること。(国保連合会の保健事業支援評価委員 会等の活用など)

(別紙) モデル事業の例

○栄養に関する相談・指導(例)

对象者*	具体例	内 容
低栄養・過体重予備 群	・日常生活に支障がなく現在自立である ものの、体重減少や低栄養、通体重の 傾向があるが問題に気づいていない高 齢者 ・健康状態不明なひきこもり高齢者等	・栄養問題に気づくための 早期介入 ・訪問相談・指導 ・介護予防事業など必要な 支援へのつなぎ
疾病等による栄養 問題を有する者	・糖尿病患者で在宅での食事管理ができ ていない高齢者 ・誤嚥しやすい高齢者(嚥下食の作り方)	・医師の指導に基づき在宅で実践できるよう指導 ・重症化予防、QOL改物の本人、家族・ヘルパーへの指導 ・必要な医療への接続 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

* 医療保険や介護保険において栄養に関する管理を受けている者を除く

〇口腔に関する相談・指導(例)

口腔に関する問題を有する者に対し、必要な訪問指導又は立ち寄り型の相談事 業を実施。

対象者*	具体例	内 容
口腔に関する問題を有する者	・摂食や咀嚼等の口腔機能の低下に関する困りごとを抱える高齢者 入れ徳や値ぐさなど、口腔内に不調がある裏齢者 つ腔機能低下の傾向があるが問題に気づいていない高齢者を従う美になるなど 複数の評題を抱える高齢者	・口腔機能に関する問題に気 づくための早期介入 ・口腔機能改善のための本人 や家族・ヘルパーへの指導 ・栄養士等、他職種との連携

* 医療保険や介護保険において歯科に関する管理を受けている者を除く

○在宅要介援者等への訪問機診等に関するモデル事業 (例) 歯科機能を受診することができない在宅被保険者に対し、誤嚥性肺炎等の疾病 を予防するための歯科機能等を実施。

対象者*	具体例	内 容
歯科健診を受診 することが困難 な者	・歯科健診を受診するために出向くこと が困難な高齢者	・問診等によるアセスメント・歯料健診(歯周病・口腔内チェック、摂食糖・機能等)・アセスメントを踏まえた保健指導、本人または介護者、死食・嚥下機能改善、歯周病予防

* 医療保険や介護保険において歯科に関する管理を受けている者を除く

○服薬に関する相談・指導(例)

医薬品等に関して不安や疑問等を抱えている者に対し、必要な訪問指導又は立 ちあり型の和能事業を実施。

対象者* 具体例 p	平容
对家有 具体例 P	1 11
を有する者 する困りごとを抱える高齢者 処方されて 健康状態と薬に関する疑問等を抱える 高齢者 ・ 般用圧薬品、健康食品、衛生材料等 家族・ヘル	及業状況の確認や いる業の理解、 いかかる相談を援 しのための本人、 パーへの指導 いかわり方の指導 連携

* 医療や介護報酬において服薬に関する管理を受けている者を除く

〇生活習慣病等の重症化予防(例) 高血圧や糖尿病等の生活習慣病の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。

対象者*	具体例	内 容		
生活習慣病のコントロールが不 十分な者	 慢性疾患など複数疾患を保有し包括的な管理が必要な高齢者 再入院や合併症の予防対策が必要な高齢者 	・医師と連携のうえ栄養指導 や運動や服薬、日常生活指 導の実施		

- * 医療や介護報酬において服薬に関する管理を受けている者を除く
- ※ 主治医等医療と連携のうえ実施すること。実施にあたっては、追って送付する「糖尿病性腎症 重症化予防プログラム」を参考にすること。

○複合的な事業(健康、医療、介護等に関する困りごと相談のモデル事業)(例) 常設拠点を活用して、生活の中で健康、医療、介護に関する様々な悩みや不安 を抱える後期高齢者に対し専門職が対応する立ち寄り型の相談事業を実施。

対象者*	具体例	内 容
健康に関する悩 みや不安を抱え	・医療のかかり方の相談	・受診時のアドバイスや医療 機関の紹介
る者	・薬の飲み方の相談	飲み合わせや飲み方につい てのアドバイス
	・介護サービスの利用についての相談	・介護サービスの利用のアドバイスや地域包括との連携

* 医療や介護報酬において服薬に関する管理を受けている者を除く

○高齢者の心身機能を包括的にチェックするモデル事業 (例) 高齢者の健康状態や心身機能を包括的にチェックし、フレイルや疾病の重症化 にかかるリスクのある者を抽出するなど、高齢者の特性に応じた適切な把握方法 とサービスへの握り分け方法等の検討を行う事業。 ・健診時において、栄養、口腔面、服薬状況などについて質問票に配入しても らうなど包括的なアセスメントを実施し、その結果を集約・分析し関係機関や 本人に情報提供するなどして、介護予防事業などの必要なサービスにつなぐ取 組を実施

少財券事業 (例) 上記各事業(係る企画、運営、又は実際の相談や指導の担い手業成を図る研修 事業についても対象とする。 ・ 訪問指導にあたる専門職に対し、訪問指導の目的や指導内容、指導上の留意 点などを内容とする研修を実施 ・ 医療・介護関係者等に対し、薬飲者の特性を踏まえた保健事業の趣旨や目的

- ・ 医療・介護関係者等に対し、高齢者の特性を踏まえた保健事業の設置や目的 を理解してもらい、連携や協力の方法・連絡体制づくりの検討などを内容とする 研修を実施 ・ 広域連合や市町村職員に対し、高齢者の特性を踏まえた保健事業の建旨や目 的、背景などを理解してもらい、その企画や円滑な運営に資する内容の研修を 実施

3) 平成28年度後期高齢者医療制度事業費補助金の当初交付決定に係る事 前申請について(平成28年6月13日付け事務連絡)

都道府県後期高齢者医療主管部 (局) 後期高輪者医療主管理(部)長 殿

厚生労働省保険局高齢者医療課長

平成 28 年度後期高齢者医療制度事業費補助金 の当初交付決定に係る事前申請につい

平成28年度後期高齢者医療制度事業費補助金については、平成28年3月30日厚生労働 省発保 0330 第 4 号により平成 28 年度後期高齢者医療制度事業費補助金交付要輔(以下「交付要輔)という。) を発出したところですが、当初交付決定に向けて、その事制申請を下記に留意の上作成し、下記4、にそれぞれ定める日までにメールにて提出いただくようお願いします。(参考となる資料等がある場合は、指行願います。)

なお、今回の事前申請の内容を確認後、8月上旬を目途に交付額を内示する予定です。 その後、交付申請を行っていただくことになります。

1. 健康診查事業

(1) 健康診査 ()組制対象となる健康診査の受診者について 後期高齢者医療広域連合(以下「広域連合」という。)が、必要性、効果的・効率 的な方法等を考慮して設定した受診対象者を補助対象とし、長期入院患者、施設入所 者及び事業者健診等を受けている者(健診結果データの提供を受けた場合に限る。) については、原則、補助対象外とする。

広域連合が必要と認めた場合や、長期入院患者等であることが健診受診後

②追加項目の実施に要する経費 (医師が個別に必要と判断した場合) について

「平成28年度後期高齢者医療制度事業の実施について」(平成28年3月30日保高 発の3の第4号段級局高齢者官級課長通知の「1.機能診査事業」の「(1) 被保険 者に対する健康診査」のうち、「(2)」に定める、医師が銀別に必要と判断した場 合に行う追加項目の実施に要する程度に対し、特別調整交付をで交付することを予 定しています。なお、申請方法等については別途通知する予定としています。

(注)特別調整交付金にて申請する対象経費(交付額ではない。)は、後期高齢者医療制度事業費補助金の交付申請における「対象経費の支出予定(済)額」から除く取扱いとする。

(2) 歯科健康診査

①補助対象となる歯科健康診査の受診者について

○ 情報の報告が必要性、効果的、効率的な方法等を考慮して設定した受診対象者を補助対象とし、長期入院総者、施設入所名及び他の歯科保健事業(介護予防事業における口腔ケア等)の対象者については、原則、補助対象外とする。ただし、広城連合が必要と認めた場合や、長期入院患者等であることが健診受診後

に判明した場合は、補助対象外としない。

※度が用に「ハ 焼き項目は、広域連合において、平成26年5月26日事務連絡「後期高齢者医療の 被保険者に係る歯科検集診査について(参考資料の送付)」の別添「高齢者歯科口腔 健診罪(例示)」等を参考に、地域の実情や高齢者の特性を踏まえ各郷道符県歯科医 節会等関係機関と関係の上、設定する。

当初交付決定に係る事前申請後に歯科健康診査の実施を決定するなどの場合であっ 当初交付申請に補助対象経費を計上できないときは、変更交付申請の対象とす

①健康診査事業の実施にあたっては、集団健診の促進等効率的な実施について引き続 き特段の配慮をお願いする。

②補助所要額が予算額を超過する場合は、特別調整交付金の交付を予定している。

2. 医療費適正化等推進事業

(1) 重複・頻回受診者、重複投薬者等への訪問指導

複・多量投薬者等に対して、医薬品の適正使用について周知広報(飲み残し、飲み忘 本 シエスポリテに対し、 区域間の選に成用について同知品報 (別が及し、別が定 れ防止等)を実施した場合の経費を補助対象とする (広城連合が保健師等を雇用する 際の人件費を含むが、他の事業にて補助を受けている場合には、その補助額を控除す る取扱いとする。)。

(2) 高齢者の低栄養防止・重症化予防等の推進

事業にて補助を受けている場合には、その補助額を控除する取扱いとする。)。 ※服薬に関する事業については、①と②の要件を満たす場合には当該補助 (補助率: 定額) の対象とし、それ以外の事業で(1) の要件を満たす場合には、(1) の補 助対象 (補助率: 1/2) とする。

②補助対象となる事業の要件について

- ◎相切対象となる事業の要件について 次の各項目に示す要件を全て満たすこと。 ・対象者の抽出基準が明確であること。 ・かかりつけ医と連携した取組であること。
- ※かかりつけ医や医師会との連携をいい、連携とは、情報提供、助言、実施協力等 の関われを含む
- ・保健指導を実施する場合には、専門職が取組に携わること。
- 事業の評価を実施すること。地域の実情に応じて各都道府県の糖尿病対策推進会議等との連携を図ること。 ※糖尿病性腎症重症化予防事業を行う場合のみの要件。 ※直接又は都道府県を通じた糖尿病性対策推進会議等との連携をいい、連携とは、

情報提供、助言、実施協力等の関わりを含む。

③申請及び報告について

③申請及び報告について 本事業については、添付の交付要補の6に定める別紙様式3中、別紙4に加え、別 添の事業実施計画書(詳細)に必要事項を記載の上あわせて提出すること。 また、追って、本事業においては、事業の効果を証に要な指標等のデータを報告 いただくこととしており(なお、当該報告は補助金の交付要件である。)、その内容 について改めて連絡する予定である。 なお、別紙様式9中、別紙4に加え、事業実施報告書(詳細)に必要事項を記載の

上あわせて提出することとするとともに、効果検証のための指標等のデータの報告を いただくための結果報告書も別途作成する。それぞれ、事業終了後に提出いただく予 定としており、当該様式等についても追って送付するためご留意されたい。また、効

果検証のための指標等のデータについては、事業終了前においても提出にご協力いた だく可能性があることを申し添える。

以下の①から③に係る経費を補助対象とする。 ①後発医薬品の使用促進のための普及・啓発を行うためのチラシ・パンフレットの作 成等に要する経費

医療資通知や全体の制度周知広報 (チラシ、パンフレット) 等と併せて作成する 場合は、全体費用を振師制合等で按分して積算し、計上して差し支えない。また、 医療費通中や全体の制度周知な報 (チラシ・パンフレット) 等と併せて郵送する場 合は、郵送料に追加費用のみを計上する取扱いとする。

②「ジェネリック医薬品希望カード」の作成等に要する経費

② シェネリック医薬品布証タート」の作成等に要する途費 原則、新規の本用を対象とするが、当年度に作成、配布したカードの紙面内容 等を変更して、加入者全員に配布する場合等は個別協議とする。 医療費通知や全体の制度関助広報(チラシ、パンフレット)等と併せて作成する 場合は、全体費用を紙面割合等で按分して積算し、計上して差し支えない。また、 医療費通知や全体の制度関助広報(チラシ・パンフレット)等と併せて郵送する場 合は、郵送料に追加費用のみを計上する取扱いとする。

③「後発医薬品利用差額通知」の作成等に要する経費

「保定は条命利用空間通知」が「FRA等に乗りる経験 後髪医薬品に切り替えた場合の金額等をお知らせする「後種医薬品利用差額通知」 (以下「差額通知」という。) の作成、郵送及び差額通知送付後の切り替え状況等 の効果測定に要する経費を対象とする(システム改修費については個別協議とす

る)。 広城連合は、差額通知の作成に当たって、送付対象者の抽出条件等、費用対効果 を考慮して事業計画を立案すること。

(4) 国保連合会の助言等を受けて行う保健事業

↑国地西北アルロセンスト(**) (小で、国保護合会に設置する保健事業支援・評価委員 会からの評価、助言等の支援を受けた場合に報金等を補助対象とする。当初交付決定 に係る事制申請後に当該事業の実験を決定するとび場合でかって、当初交付申請に 補助対象経費を計上できないときは、変更交付申請の対象とする取扱いとする。

(5) 保険料収納対策等

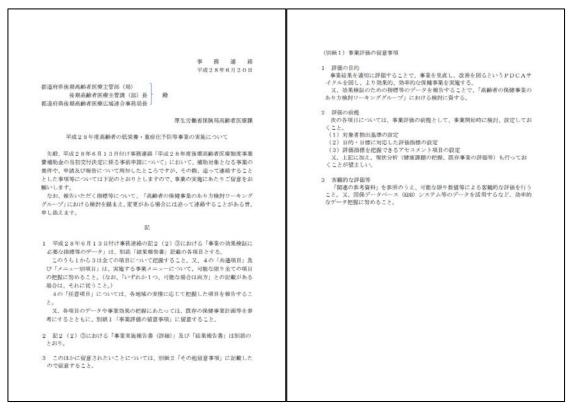
、 「株成市代金町以外マ 保険財政制率が比較的低い市町村等において、地域の実情を踏まえた滞納者へのき が細かた場付相談等効果的収納対策を実施するために要する経費を、補助対象とする。 収納対策員等に係る人件費については、当該収納対策員等が他の業務と兼任してい る場合は、業務量等で核分して算出する取扱いとする(システム必修費については個

別協議とする。)。 なお、平成28年度については、平成27年度までに実施した市町村等における実績 や効果等を参考に、効果的・効率的な事業について、予算の範囲内で補助する。

事業実施計画書(別添)



4) 平成 28 年度高齢者の低栄養・重症化予防等事業の実施について(平成 28 年 6 月 20 日付け事務連絡)



(別紙2) その他留意事項 (1) 平成27年度特別研究事業(後期高齢者の保健事業のあり方に関する研究,報告書における「ガイドライン(砂索)」を参考にすること。又、「国保・後期高齢者・ルスサポート事業ガイドライン」を参考にすること。併せて、糖尿病性腎症の重症化予防プログラム)及び別表を参考にすること。 (2) 各広城連合から実施状況や結果について、有識者らによるヒアリングを実施することがあり、その場合の旅費は補助金において対応予定であること。 (3) 業務の一部を委託す場合、保が市町村に委託する場合を除く)は、委託内容が分かるもの(契約書等)と実施報告におけすること。又、適切な範囲で実務を変託することとし、事業が効果的に行われるよう、委託業者との間で按保験者の検索理学事をの報告を共任、放映技術へのおに等、十分と協議を行うこと。さらに、委託事業により得られるデータは、全て委託者の物属とすること。 (関連の参考資料) ② 関連の参考資料 ① 後期高齢者の保健事業のあり方に関する研究報告書「ガイドライン試案」P65参照https://shlw-prants.niph.go.in/niph/search/NID000.do/?rearch/blue/201504009A ② 「国保・後期高齢者やルンサポート事業ガイドライン http://www.nliv.go.in/stf/se/sakumitsuite/kumz/0000055466.html (原生労業有目P) ③ 「糖保病性腎症量症化予防プログラム」http://www.nliv.go.in/stf/se/sakumitsuite/kumz/0000015466.html (原生労業有目P) ③ 「糖保病性腎症量症化予防プログラム」http://www.nliv.go.in/file/Ot-Houdouhapproat-12401000-Hokenkroku-Soumuka/0000121902.pdf

	計 人 (内 男性: 人,女性: 人)					
実施者数 ※1	(上記の年齢間の内収) 73歳未済 人 75歳以上80歳未済 人 80歳以上85歳未済 人 53歳以上90歳未済 人 70歳以上					
対象者の抽出基準 ※2 詳細は別添結果報告書に記 載)	(記載例: 健診結果よりBM20以下の者を輸出) (事業実施計画書(詳細)と異なる場合は、変更した理由)					
かかりつけ据との連携 ※3	1 (200.0 年) - 14日					
敬相に携わる専門職 ※4	及師 人 参刊開鮮 人 参刊報告士 人 英刑師 人 / 後機師 人 / 看護師 人 管理栄養士 人 / その他) 人 (事業実証計画書(評価と異なる者会は、変更した理由)					
職尿病対策権道会議等との連 携 ※5	1 (公議会(市高度村)の影響について、直接機関所対策権を急遽(情報提供している。 2 (公議会)で高度付けの認めて、情報的対策機能は多い高度を表すている。 4 (公議会)では、日本の対策を表す。 日本の対策を表する。 日本の対策を表する。 「上記以外の場合でもの所容」 (本集実施計画者・計略)と其名も場合は、変更した場合)					
実施結果 ※6 (詳細は別添結果報告書に記 載)						
事業評価 ※7						
講評 ※8						
今後の課題 ※9						
	vては、把握している範囲で記載して下さい。 加え、その具体的内容を記載下さい。					
	ルス、てい共体的内容を応収できた。 連携情報について、①と2のそれぞれに、該当する内容にOをして下さい。					
※4 取組に携わる専門職の人	放を職種別に記載下さい。					
	の取組の場合のみ、糖尿病対策推進会議等との連携状況について、該当する内容にOをして下さい。					
※7 事業評価については、事業 指標を用いて評価した結果 例)・対象者の変化(意識・ ・対象集団の変化、検加	見健行動・健診結果・受疫行動・医療費等)					
※8 今回の事業の事施にあた-	って、大学・研究機関等の外部からの支援を受けた場合は、外部評価として講評を記載して下さい。 等で添付いたたいても結構です)					

5) 平成 28 年度高齢者の低栄養・重症化予防等事業の結果報告について(依 頼) (平成28年12月28日付け事務連絡)

事 務 連 絡 平成28年12月28日

都道府県後期高齢者医療広域連合事務局長 鼢

厚生労働省保険局高齢者医療課

平成 28 年度高齢者の低栄養・重症化予防等事業の結果報告について(依頼)

平素より後限高齢者高極制度の遷常に御尽力を隔り感謝申し上げます。 さて、平成 28 年 6 月 20 日付け事務連続「平成 28 年度高齢者の低栄養・重度 化予防等事業の実施について」においてお示した「結果機管書については、「高 齢者の保健事業のあり方施行・キングケル・フノ 及び同作業ナー上並びによ デル事業実施自治体ヒアリング(乗見交換会)における検討を踏まえ、下記の

アル中海無面目の特にフリング (東京大阪衛生)に対して特別を選集人、下広い とおり異電し、追加修訂を行うことといたしました。 高齢者の低栄養・重症化予防等に係る評価持様、評価力法等については標準的 な手法が検討途上にあり、今回接出きお願いする項目等については、先の事務 連絡で学した以外の項目も一部含まれますが、事業の効果検証・検討に必要な 温度でしてしないアルリーロッドのようによった。予度の表示は、空内に必な・ データであり、これを指定えより効果的、効率的な事業を推進できるよう。季 業実施にあたって参照いただくガイドラインの策定に受立てていきたいと考え ておりますので、ご開発のうえご拾りいたださますようよろしくお願いします。 つきましては、モデル事業実施市區町村にも周知いただきますとともに、必 要事項を記入いただき、下記により提出ください。

- 1 提出データ (別添E×celファイル「データ入力フォーマット」) 別紙「モデル事業のデータ提出について」及び別添「データセット作成 要領」を参照のうえ、各注釈等に従い入力して提出ください。(把握ができ 要領」を参照のうえ、各注釈等に従い入力して ないデータなどは空礁としてください) ・様式1 マクロデータ集計表 ・様式2 個人別ペースライン情報 ・様式3 個人別か入機業データ ・様式4 個人別機能展データ ・様式5 個人別医療・介護レセプトデータ

・個人別ID管理シート(提出不要) ※ 自治体内管理用の参考資料

2 提出期限

- 平成29年3月末までの実施結果については、4月21日(金)までに
- 使出てたさい。 上記に加え、平成 28 年 12 月末までの実施結果を取りまとめた中間報 告に協力いただける場合には、その結果を 1 月 23 日(月)までに提 出をお願いします。

- VVIII 株式2~5の個人別の情報については、「個人別! D管理シート」等に より1 D管理したうえで、匿名化されたデータを提出ください。 辛業の継続的な効果を確認するために、平成28年度に開始したモデ ル等裏対機的な効果を確認するために、平成28年度実施と観光して管理・提出いた だくことを予定しており、詳細については改めて連絡いたします。
- ニン、ことですなしこのソ、終知に、コンドにはののと無知いによるア・平成 29 年度でデル事業が募者 (新規) については、機和 1 年間後ろ 倒しのスケジュールで提出依頼の予定であることを申し派えます。 様式1、4 およびちについては、関係データベース (KDB) システム の帳裏から転記することにより入力の効率化が図れます。(別途参照)
- 4 提出先 (データ入力等間い合わせ先)

機出先、(データ人力寺milyをわせ先) 乗務委託先の「みずに情報総統株式会社」まで提出ください。 提出先アドレス:<u>koutelpakkenemurabetoip</u> ※ 問合せについても同アドレスにメールにで問合せをお願いします。

問い合わせ先 厚生労働省保険局高齢者医療課

保健事業担当 TEL 03-5253-1111 (内線 3187, 3193)

E-mail hokenzigyou@mhlw.go.ip

(別紙) モデル事業データ提出について

別紙

平成 55 年度高齢者の低栄養・重症化予防等事業 モデル事業のデータ提出について

【検討目的】

(株式日田) 高齢者の保健事業の効果的・効率的な実施並びに関係者間の認識を共有し連 機を促進するには、取組の評価が重要となります。今後、高齢者の特性を選え た保健事業を全国的に展開するため、モデル事業参加者のデータ等を提出いただ き、高齢者の保健事業のあり方検討ワーキンググルーフにおいて、事業評価に 係る指標設定、評価方法、データ環境の整備等のあり方を検討し、ガイドラインを 作成することとしております。

【提出範囲】
○ 提出いただくデータは、保険者の概況をみる①マクロデータ(様式1)と、②悪名化された個人別の情報(様式2~6)となります。別原とscelファイル「データ入力フォーマン」に、「デークセット作成要領点を参考に入力なださい。
○ 個人別の情報(様などのも)となります。別原とscelファイル「データ入力フォーマン」に、「デークセット作成要領点を参考に入力なださい。
○ 個人製の情報を握る化し、発生的な効果が延を可能とするために「個人別口管理シート」を用意しています。個人別の口管理・介入有無等の管理に活用ください。本シートの提出は不要です。
○ 前間間を特殊を除く指導事業については、効果の検証のため、事業の参加者
○ が問題が起き継います。
なお、対照器を独自に設定された自治体以外の自治体については、同一の基準により抽出した対象者のうる、不参加等のため介入しなかった者を実施関をすることを想定しています。この場合、事業開始時点で介入・対照の割り付けを行うのではなく。事業で発導に、結果として不参加の者等を対照をしてよります。この場合、事業開始時点で介入・対照の割り付けを行うのではなく。事業を了発展では関連となるといる。
「データ環境の整備状況を含めデータ抽出の電泉さについても検討するため、平成23年代、同様な場合等の対示したというでは自己を

成28年6月20日付け事務連絡でお示しした以外の項目も幅広に提出をお願いして おりますが、入力が困難な場合はその理由を記載いただくようお願いいたします。

【スケジュール】

平成20年度17八季級支出社県			復計時期				
		概式	平成29年 1月	平成29年 4月下旬	平成29年 6円米	₹630₩ 6R.K	平成31年 6月末
	「一分集計 表 歯科解除 心セプト・介質デー対	機式1	(27年度分)	(20年度分)		(29年度分)	(30年度分)
	個人対力管理シート	REWA	施出下面	株出下管		株出不要	株式下面
5	個人別ペースティン機能	##f2	ONNIED Y	CHRESTANI)			
3X	介入経験データ	様式)	△ (26年度介入一級)	(244,000,000)			
	保証経際ゲータ	棚式4	△ (27年度分)		(20年度分)	(29年度分)	(30年度分)
	医療・介養レセプトゲータ	###S	(27年度分)		(28年度分)	(299(#29)	(304/E9)
△:協力可能な広域場合、自治体のみ、●:必須、○:提供を求める可能性のあるもの							

【中間報告への協力のお願い】

- (1998年で、Voss)のの無い。 の 協力可能な自治体にあかれては、12月東施分までのデータを取りまとめた中間 総各の提出をお願い、はます。(上記表中のム) の ご協力がたいた自治体については、今年度作成予定のガイドライン(暫定版) の紹介事例とすることを予定しています。

- 【機出データの取扱について】
 提出いただいたデータについては、厚生労働省ならびに本事業の事務局である 委託事業者で現立即度はおずは指軸部級特殊会計が、本事業の効果検証並びに 今後の取締に向けた結計、普及準の目的についてのみ使用させていただきます。 個別デーのが必要されることはありません。また、収扱者名等が入る資料を作成 する場合等は、事前の了解を得ることを前提としております。

- [締出方法]
 ① 排出の流れ
 ① データ提出依頼(本事務連絡)
 ② モデル事業実施市前村への依頼
 (広収益金の直接施治の人力等)
 ② 東海アータの管理・人力等
 ② データ入り及集 情告データ集別等
 ③ データ入り及集 情告データ集別等
 ⑤ データ受債、集計加工・解析等
 (カずほ情報経済)
 (カずほ情報経済)

〇 提出ファイル等

- 出ファイル等 人力は、別添Excelファイル「データ入力フォーマット」にある「入力要領」を確認いただき、様式1~様式5のシートごとに入力ください。入力内容のもれや誤り等がないよう確認をお願いします。
- 田ッ寺かないよう確認をお願いします。 入力後の様式1~5をフォルグに収納し圧締後(ZIP等)、「ツール」から「ZIPフ ブイルの贈号(1等の手続きにより贈号化して、電子メールにより【提出先】に 透付ください。 バスワードについては、別メールでお知らせください。 提出帰のフォルダ名には、都選府県幕号、広域連合名を付けてください。 例) 01 北海道広域

【提出期限 ・ 提出先】 事務連絡に記載のとおり

提出様式



