

# 高齢者の低栄養防止・重症化予防推進事業 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)

資料3(※2)

参加市町村・広域連合名: ( ) 県 ( )

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

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

※ 「△」は、必要に応じて対応する項目。

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

No. の色区分

庁内体制	・広域連合、国保課・健康担当課・高齢者医療課・介護保険課等のチーム形成 / 健診・レセプトデータ分析結果の確認、保健事業の課題整理
地域連携	・医師会・歯科医師会・薬剤師会等の関係者との会議設定 / データ分析結果提示と対策における連携方針確認
事業計画	・対象者抽出基準の決定、対象者数の概数把握 / 実施形態の検討、運営マニュアル作成、保健指導者の研修、医療機関等との連絡票、データ収集方式
事業実施	・重症化予防、フレイル対策の実施(詳細はガイドラインにて規定) / 進捗管理、問題事象への対応
事業評価	・データの取りまとめ、分析 / 内部での検討、専門家等の助言
次年度事業の修正	・地域の協議会等にて分析結果の報告、改善策の検討 ・次年度計画の策定 ・着実なフォローアップ体制検討