

## 平成28年度モデル事業の概況(詳細情報)

	※1 広域連合数	※2 事業数	※3 実施広域(市区町村)
栄養指導 (p1~4)	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 (p5~8)	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 (p9~18)	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、可児市、揖斐川町、大野町、池田町、御嵩町)、三重(鈴鹿市、名張市、亀山市、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
服薬指導 (p19~20)	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 (p21~24)	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 (p25~26)	2	3	愛知(大府市)、広島(呉市、大崎上島町)
複合的取組 (p27~28)	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 (p29~30)	2	3	岐阜広域・岐阜(岐阜市)、大分(中津市)

※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。





<栄養指導>

連番	対象年度	実施主体名 (被保険者数)	設定した目標	評価指標						実施結果	事業評価	講評	今後の課題
				具体的内容	指標の種類								
					スト トラク チャー	プロ セス	アウト プット	アウトカム評 価の場合)	前後 比較				
1	28	茨城県東海村 (4,200)	指導前後での簡易型自記式食事歴法質問票の結果の維持・改善率60%	前後で実施する簡易型自記式食事歴法質問票 (BDHQ)及びアセスメント票の結果 血圧値、BMI、食品群摂取量、栄養素摂取量ならびに食行動における変化						事業実施83人の参加者でスタートしたが、入院や家族の介護等で欠席、離脱した者を除く76名が最終回まで参加。 うち70人が事業評価の対象となり、最終解析が可能な対象者は65人となった。 ※ 詳細は別添報告書を提出	●高血圧既往のある【グループA】については63.5%の者が食塩摂取量を減らすことができた。 ●肥満があった者(7人)については、3ヶ月で3kg減量を目標に指導を実施し、全員減量することはできたが、7人中6人は目標達成には至らなかった。 ●アルコールを摂取について指導を実施した5人については、指導後全ての者がアルコール摂取量を減らすことができ、内3人は望ましいアルコール摂取量に改善した。 以上のことなどにより、対象者個々にあった食生活改善の取り組みを支援することにより、食生活に関する意識を高め、行動変容を促すことができることが明らかになった。		●事業を実施した者の、その後のフォローアップ(望ましい食生活の改善が継続できているかの確認) ●データヘルス計画等における、東海村の健康課題に沿った対象者の抽出と事業計画の立案。
2	28	埼玉県和光市 (5,861)	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						うち80人が事業評価の対象となり、最終解析が可能な対象者は70人となった。	<ケアプランでアセスメント項目の改善が見られた者の割合> ○栄養状態(低体重・過体重など)が改善する者の割合 61% ※栄養ケア作成者38人のうち、改善した項目が多かった者23人(61%)、悪化した項目が多かった者10人(26%)、改善や悪化の項目が同数で状態維持だった者5人(13%) ○摂食や咀嚼等の口腔機能低下が改善する者の割合 74% ※口腔ケアケア作成者38人のうち、改善した項目が多かった者28人(74%)、悪化した項目が多かった者4人(10%)、改善や悪化の項目が同数で状態維持だった者6人(16%) ★栄養、口腔のいづれについても介入することにより、アセスメント項目の改善が見られている。		●対象者へのアプローチにおいて、訪問の承諾を得ることができない方が居り、こういった対象者への介入方法を検討する必要がある。また、専門職によるアウトリーチ型支援のため、実施期間における専門職の確保について工夫が必要である。
3	28	神奈川県大和市 (22,475)	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)						①介入前後の体重平均値の変化及び体重が増加した人数・割合 体重平均値：介入前43.5±6.2、介入後44.1±6.1 体重増加者(1kg以上)：29人(43%)、参考：維持29人(43%)、減少(1kg以上)：9人(13%) ②介入前後の介護認定状況または死亡者の人数・割合 介護認定者数：0人、死亡者：0人 ③介入後の行動変容者数(生活習慣の改善者数)、変化(行動変容有/無)の割合 食課題の該当点数の変化(5点満点)：介入前3.3±0.5、介入後2.0±1.0 行動変容者数：変化あり58人(87%)	体重が改善される者の割合6割以上：結果43% 介入期間の重症化(介護認定または死亡)の割合5%以下：達成		経済効果(社会保障費)について、評価していく必要がある。
4	28	愛知県大府市 (8,417)	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、体力						75人に訪問したが、管理栄養士が介入したのは58人で、うち事前事後の評価ができたのは46人です。	BMIは良好であるが、栄養状態等に課題のある方がいた。 管理栄養士の介入で食の多様性が改善したが、握力や下腿周囲長は低下し運動の指導も必要であることがわかった。	基本チェックリスト未回収で独居の後期高齢者を対象として訪問栄養指導が行われた。栄養状態が低下しやすい高齢者が抽出されたが、実際の介入と評価が行えたのは47名と少なかった。介入効果は摂取品目の有意な増加であり、併存疾患の不明瞭な対象者に対する訪問栄養という内容としては、一定の成果が見出された。しかし、訪問者が栄養士である必要性については、科学的な検証は行っておらず、コストパフォーマンスの点でも問題が残っている。	費用効果の面で効果的な訪問栄養指導を実施すること、ハイリスク者の関係機関との連携(地域包括支援センター、主治医、医師会等)と情報共有や役割分担等、どのように連携していくかが課題です。
5	28	三重県津市 (39,648)	要介護認定率0%	体重・食数・毎日食べる食料数・便秘回数・転倒回数・BMI						1. 地区巡回栄養相談、訪問栄養相談(事前事後データが揃っているのは71名) 【MNA】 ・事後で12点以上の：55人(77.5%)、事後で12点未満：16人(22.5%) 【BMIと体重】 BMI20未満の人(12人)のうち ・半年間で2~3kgの体重減少があった人：1人(8.4%)、維持もしくは増加した人：11人(96.4%) 2. 人材育成 ・住民参加による高齢者を見守るための研修会を2回開催した。参加者は1回目は52名、2回目は30名であった。 参加者からは「学んだことをサロンで伝えたい」等の声があった。また、アンケートを実施し「研修会の内容が活用できる」と答えたものは、1回目と2回目はそれぞれ84.0%、96.0%であった。 3. 地域栄養ケア会議 ・一人暮らしの食生活の乱れ、男性が出ていく場がない、地域住民への情報提供が必要との課題が出た。そこから、住民参加による高齢者を見守るための研修会の開催、男性料理教室の実施。さらに、男性料理教室が住民主体のサロンとなり、運動プログラムを取り入れた集まりの場にも発展した。 ・地域の高齢者が低栄養・フレイル予防に活用できる冊子を作成した。	・地区巡回栄養相談、訪問栄養相談の事前事後結果について、次のような要因が考えられる。 季節的な問題による体重の増減(冬場は活動量の低下、夏場は暑さによる体調不良)、家族との離別による食生活の変化や摂取量の減少、生活上の不安感による食欲低下、生活上の悩み、口腔の問題等、原因は様々なが自覚しないうちに体重の増減やMNAの変化に繋がっている。ことから、身近な地域で相談できる機会を設けることで、変化に早く気づくことができ、早期介入することで重症化予防に繋がった。 また、地区巡回栄養相談、訪問栄養相談に参加した高齢者について、6か月後の評価では、外出、楽しみ、不安など改善は見られなかったが、低下は見られなかった。しかし、高齢者個人の健康の問題だけでなく、人と一緒に行動するなど人との関わり大切さを意識した言葉が得られた。行政主導ではなく、地域住民に課題を提示し、事業の展開をともに考えることが重要である。ただし、6か月という評価期間は短く、今後も継続して評価する必要がある。 ・地域栄養ケア会議参加者が地域の課題を検討することで自分のこととして捉え、高齢者の健康づくりのために必要な活動を実践に考え、行動に繋げることが出来た。		
6	28	福岡県豊前市 (4,831)	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						過去の病名等で抽出して、参加者募集をしたが、事業対象者の健康状態により、事業参加が困難な方がいたり、自宅への訪問を好まない方や、口腔ケアに興味が無い等の理由で断られるケースが多かった。 事業アンケートで、「口腔ケアの方法が分かった」方35%、「習慣が身についた」方45%となっており、継続して自分でケアできた結果として、検査項目の唾液29%、粘膜29%、口臭43%、舌圧70%の方に効果があり、口腔状態の改善がみられた。特に、舌圧に関しては、非常に弱い人がいたが、あいうべ体操等の口腔体操によって短い期間でも非常に高い効果があった。 栄養アンケート(BDQ)より、日常生活で何を食べているかを把握し、栄養面や食べ過ぎによる問題等を行なった管理栄養士より直接指導した事により意識向上を図れた。 実際の数値からの分析は九州歯科大学により分析中である。 事業をきっかけに歯科治療の必要な12人中4人の歯科受診につながった。	○口腔ケアの正しい方法が分かり、実践し、習慣を身につけられた方がおり、口腔機能の向上が見られ誤嚥の防止が図れた。 1、交通手段等の関係で歯科を受診することが、難しい方や、歯科に行くほどでもないと考えていた方には、非常に良い機会になった。 2、日常生活で会話がなかった方が、本事業により会話する機会が増えたと報告があり、会話することによって口腔機能の向上が図れた。 3、3ヶ月では、検査の数値に大きな変化はなかった。 4、血液検査で、寒い時期なこともあり、高齢者に負担がかかった。血液検査の結果をかりつけ医等と連携できれば、負担も少なく、備格も抑えられるのではないかと助言をいただいた。今後、血液検査結果の活用を検討する。		今回、病名で抽出し、募集したが、ほとんど断られた。健康づくりに興味がない人に事業に参加していただくための方法を考える。



<栄養指導>

連番	対象年度	実施主体名 (被保険者数)	設定した目標	評価指標					実施結果	事業評価	講評	今後の課題		
				具体的内容	指標の種類									
					ストラクチャー	プロセス	アウトカム	(アウトカム評価の場合) 前後比較 対照群との比較						
7		長崎県後期高齢者医療広域連合(長崎市) (62,604)	?	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					候補者に受診勧奨し対象者を選定する協力医療機関(3医療機関)と協定書を締結(h28.9.16)対象者へ訪問栄養指導を2回実施しアセスメントするための業務委託を長崎県栄養士会と契約締結(h28.9.16)対象者計5名があった 訪問1回目で食事摂取状況の確認から問題点、質問をまとめて2回目に解決策を話す、また介護者ができる改善方法をみつけて食事に対する意識づけをおこなった。 退院後の栄養指導を実施するには、入院時の栄養状況や食事の状況をしることが重要になる。病院での栄養管理セミナーを取得することで充実した栄養指導につながる。	長崎県栄養士会は新規事業として、予定対象者70名(延べ140回訪問)の業務量に対処すべく以下3点について計画した 1.初めて訪問指導を担当する管理栄養士への事業説明会の実施 2.指導レベルの均一化を図るための統一資料の作成 3.訪問指導を行ったことによる効果研究会 ※1については開催時期の問題等あり実施できなかったが、県栄養士会として新たな分野の業務を担ったことにより、人材育成面や研修面に効果があり今後のモデル事業を受託するうえで基盤を築くことができた 対象者が5名と極端に少なかったことにより全体的な効果測定に至らなかった。 初めての試みとあって、ケアマネジャーとの連携ができなかった。 後期高齢者においては、2回での訪問による栄養評価・判定は難しい。今後の栄養状態改善への対応等について記載できるようにしてはどうか。		協力医療機関において、地域連携室・管理栄養士部門・病棟部門の連携がうまく回れずに対象者選出のための流れがうまくできていなかった。退院前カンファレンスやNST会議において対象者選出の流れをつくり、該当可能な方は積極的に本事業への受診勧奨を行いたい。		
8	28	大分県中津市(12,139)	低栄養者:「簡易栄養状態評価」などが改善する者の割合30%	「簡易栄養状態評価」では、食事量・体重・歩行状態・ストレスや急性疾患の経験・精神的問題・BMI・ふらばぎの周囲長、以上の項目をチェックし、この点数が1点でも増加した場合とする。また、「生活機能評価」については、該当する項目が1点でも低下した場合を改善とする。				○	○	実施対象者のうち、地域包括支援センター担当者より連絡をとり、訪問相談を希望した4人に対し、6か月の間に、管理栄養士は5回訪問し、「栄養アセスメント」や「簡易栄養状態評価」の指標を用い、アセスメント実施や、具体的な指導助言、モニタリング評価を実施した。看護師は初回、3か月後、6か月後に、管理栄養士と同伴訪問し、血圧測定や体重測定等を実施した。 4名中、2名の「簡易栄養状態評価」の点数が改善した。「生活機能評価」についても、4名中3名が1点以上改善した。	<栄養>事業目標としては、指標としている「簡易栄養状態評価」の点数が改善している人の割合が30%としていたが、4名中2名は数値の改善がみられた。改善のみれた方については、訪問時家族も同伴してくれたり、家族の理解協力があった。特に後期高齢者においては、食材料の買いや調理動作に問題ある方も多かった。よって、家族等を巻き込んだ指導や、環境調整や体制づくりへの支援の重要性を感じた。 また、看護師、ケアマネ、管理栄養士というスタッフ間の情報共有は、毎回指導内容記録の交換等で行い、定期的なスタッフ間の連絡会議も実施したことで、スタッフのスキル統一や連携体制のもと実施できたことも効果につながったと考える。		低栄養状態にある後期高齢者においては、病気や怪我などのリスクが、より低栄養状態に陥る原因となる。必要な方が気軽に活用できるような訪問相談サービス体制をつくるなど、元気高齢者の状態からの低栄養重症化予防の重要性を感じた。また、栄養状態の改善に向けては、買い物支援や調理支援等を行う家族など協力者の理解が必要となるため、家族等への知識啓発事業も重要である。 事業実施後の継続支援については、ケアマネが今後もモニタリング時に行うこととしたが、実施後の管理体制を確立しておくことが、事業効果を見ていく上でも重要であると考える。	
9	28	宮崎県後期高齢者医療広域連合(宮崎市) (48,536)	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				○	○	1 対象者抽出により案内文を217人に発送し希望者を募る。 希望されなかった対象者へ電話勧奨を行うとともに、包括支援センター担当者説明会における事業説明及び包括支援センター2件へ訪問。 2 1の結果、利用希望者25名となり、栄養士会による訪問栄養指導を実施。 栄養士会において、4名の管理栄養士が24名に対して訪問栄養指導を実施。(1名辞退)2回の訪問と1～2回の電話フォロー 3 人材育成研修の開催(在宅栄養士研修会)を開催し参加者14名。 テーマ:ロコモ予防と口腔ケア、講師:理学療法士、歯科医師及びロコモ事業担当保健師と管理栄養士	1 実施者数・・・24名(内1名は入院のため最終評価無し) 2 介入状況・・・2回の訪問と1～2回の電話フォロー 3 結果・・・・・・最終評価者23人中、体重増が見られた者は8人、変化無しの者は6人、減少した者は6人だったが、食習慣に変化が見られた者は18人だった。		案内文による公募では利用者の増加につながらなかった。また、対象者は、健診結果から低栄養の者を抽出したが、抽出のための設定が広域すぎるため、結果として、今後の介入群、非介入群との比較がどれくらい明確なデータとして利用できるか危惧される結果となった。さらに、健診で拾った低栄養の人について、包括支援センターの介入している要支援、要介護の人と合致する人が少なかった。(一部の包括支援センターでは、低栄養よりも疾病の重症化が深刻との意見もあった。)これらを踏まえ、対象者抽出方法の検討、利用者増のあり方、包括支援センターとの協力のあり方について再度検討していく必要がある。 また、医師、歯科医師、民生児童委員等との協力体制について検討を重ねたい。	
10	28	沖縄県糸満市(5,229)	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				○	○	目標:人工透析に移行させない。 介入前より検査データを悪化させない。(改善もしくは維持) 評価指標:支援対象者からの人工透析移行人数 検査データや健診データによる改善状況(尿蛋白・eGFR・空腹時血糖・HbA1c) 評価方法:年度末に人工透析に移行していないか確認。 6か月後以降の検査や健診結果から、血糖値や腎機能、体重や生活習慣のデータに改善または維持できているか(悪化していないか)を確認した。	・訪問人数:77人 ・のべ訪問回数:281回 ・のべ指導回数:157回 ・平均指導回数:2.04回 ※訪問したが不在を含む	※透析移行等の悪化は皆無であった。高齢者にとっては今ある機能をできる限り保持するのが目標である。短期間による判定では「機能維持」と評価できる。	・国保事業と連携して実施した。その際、医師から「高齢者については進行が遅く、短期間での改善は厳しい。今後は低栄養防止を重点的に指導することが望ましい」との助言があった。	・後期高齢者医療としては新規事業で手探り状態のため、先行して国保保健事業を実施している健康推進課に当事業栄養士を配置した。今後は、高齢者の特性を考慮し情報共有のため、介護長寿課に配置しこれまで以上に連携していく。 ・糖尿病連携手帳を活かした連携を模索する。







<口腔指導>

連番	対象年度	実施主体名 (被保険者数)	設定した目標	評価指標					実施結果	事業評価	講評	今後の課題		
				具体的内容	指標の種類									
					スト ラク チャー イ	フ ロ セ ス	ア ウ ト ブ ツ ト	ア ウ ト カ ム 評 価 の 場 合					対 照 群 と の 比 較	
6	28	兵庫県姫路市 (62,552)	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					○	○	口腔内の病気を発見し、治療につなげることにより食生活の障害を取り除く。 →1回目の訪問歯科健診で要指導・要治療と判定された方が歯科診療を受けた割合：4人/7人中 歯科保健指導により口腔ケアに関する意識が高まり、口腔内の衛生状態が改善される。 →1回目と2回目の訪問で「口腔衛生の状態」「口腔清掃に対する評価」が改善されている割合：3人/7人中	対象者、家族、ケアマネジャーが歯や口等に関心を持つきっかけとなり、保健行動につながった。 健診結果により早期に異常を発見し、歯科受診につなげることができた。		計画時の予想より申込者が少なく、効果を検証するのに十分な数ではなかったため、事業周知の方法を検討し、申込者を増やす必要がある。
7	28	高知県土佐清水市 (3,506)	口腔の状況（舌苔、歯の汚れ、義歯の汚れ、咀嚼機能）の改善率70%以上	口腔の状況（舌苔、歯の汚れ、義歯の汚れ、咀嚼機能）					○	○	歯科衛生士1名による地域包括支援センターが把握した今年度新規の要支援1.2の後期高齢者医療の被保険者へ口腔体操、義歯の磨きかた、歯科医院の紹介、義歯の保管方法等の指導を行ったが口で困っている人が少なかった。	①舌苔の汚れ 改善率 69% ②歯の汚れ 改善率 50% ③義歯の使用 利用率 79% ④義歯の汚れ 改善率100% ⑤咀嚼機能面 問題あり20% 問題なし80% 問題ありの方への対応として、近隣歯科の紹介・口腔体操の紹介を行っている。 目標である口腔の改善60%を超えている。		①要支援1.2では口腔に困っている人が少ない。 ②歯科受診をしたくても、支援者がいないので、受診できない。 ③問題が起されば受診してくれるが、大半の人が現状に不満がなく定期健診の大切さを伝えきれていない。
8		福岡県豊前市 (4,831)	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					○	○	過去の病名等で抽出して、参加者募集をしたが、事業対象者の健康状態により、事業参加が困難な方がいたり、自宅への訪問を好まない方や、口腔ケアに興味が無い等の理由で断られるケースが多かった。 事業アンケートで、「口腔ケアの方法が分かった」方35%、「習慣が身についた」方45%となっており、継続して自身でケアできた結果として、検査項目の唾液29%、粘膜29%、口臭43%、舌圧70%の方に効果があり、口腔状態の改善がみられた。特に、舌圧に関しては、非常に弱い人がいたが、あいうべ体操等の口腔体操によって短い期間でも非常に高い効果があった。 栄養アンケート(BDHQ)より、日常生活で何を食べているかを把握し、栄養面や食べ過ぎによる問題等を同行した管理栄養士より直接指導した事により意識向上を図れた。 実際の数値からの分析は九州歯科大学により分析中である。 事業をきっかけに歯科治療の必要な12人中4人の歯科受診につながった。	○口腔ケアの正しい方法が分かり、実践し、習慣を身につけられた方がおり、口腔機能の向上が見られ誤嚥の防止が図れた。 1、交通手段等の関係で歯科を受診することが、難しい方や、歯科に行くほどでもないと考えていた方には、非常に良い機会になった。 2、日常生活で会話が無かった方が、本事業により会話する機会が増えたという報告があり、会話することによる口腔機能の向上が図れた。 3、3ヶ月では、検査の数値に大きな変化はなかった。 4、血液検査で、寒い時期なこともあり、高齢者に負担がかかった。血液検査の結果をかりつけ医等と連携できれば、負担も少なく、価格も抑えられるのではないかと助言をいただいた。今後、血液検査結果の活用を検討する。		今回、病名で抽出し、募集したが、ほとんど断られた。健康づくりに興味がない人に事業に参加していただくための方法を考える。
9	28	大分県中津市 (12,139)	口腔機能低下者：「口腔機能アセスメント・モニタリング表」などが改善する者の割合30%	「口腔機能アセスメント・モニタリング表」では、口腔衛生状態・咀嚼力・口腔清掃能力・口腔機能・気道感染や低栄養、以上の項目をチェックし、この点数が1点でも増加した場合を改善とする。また、「生活機能評価」については、該当する項目が1点でも低下した場合を改善とする。					○	○	実施対象者のうち、地域包括支援センター担当者より連絡をとり、訪問相談を希望した22人に対し、6か月の間に、歯科衛生士は5回訪問し、「口腔機能アセスメント・モニタリング表」の指標を用い、口腔機能向上プログラムに沿ったアセスメント実施や、具体的な指導助言、モニタリング評価を実施した。看護師は初回、3か月後、6か月後、歯科衛生士と同伴訪問し、血圧測定や体重測定等を実施した。22人中18名において、初回と最終に「口腔機能アセスメント・モニタリング表（65点満点）」で比較した結果、すべての方で点数が増加し、平均点が39.6点から53.0点へ増加した。また、「生活機能評価」においても、18名中12名の点数が改善し、むせや口の濁きなどが改善していた。	事業目標の評価指標を口腔機能評価が改善した者の割合を30%とすることで、すべての者(100%)に対し改善することができた。その効果として、個別に口腔状態をアセスメントしてからの具体的な指導の実施、また、歯科衛生士という専門職による計5回継続的な指導が、対象者の意欲向上につながったと考える。また、義歯の不適合や、義歯不使用の方などは、歯科受診の必要性を指導し、その結果歯科受診にもつなげることができた。 口腔面においては、個別にアセスメントした上での個別に応じた継続的な指導により、対象者の口腔面への意識変化に影響したと考える。また、看護師、ケアマネ、歯科衛生士というスタッフ間の情報共有は、毎回指導内容記録の交換等で行い、定期的なスタッフ間の連絡会議も実施したことで、スタッフのスキル統一や連携体制のもと実施できたことも効果につながったと考える。		事業実施後の継続支援については、ケアマネが今後もモニタリング時に行うこととしたが、実施後の管理体制を確立しておくことが、事業効果を見ていく上でも重要であるとする。また、口腔機能低下予防の重要性をより啓発し、必要な方が気軽に活用できるような訪問相談サービス体制の必要性を感じた。



<訪問歯科健

連番	対象年度	実施主体名(被保険者数)	設定した目標	評価指標				実施結果	事業評価	講評	今後の課題
				具体的内容	ストロークチャイ	フロセス	アウトカム				
1	28	青森県青森市(39,103)	要介護認定区分や障害支援区分が低下した人を0人とする	要介護認定区分や障害支援区分				実施者20人のうち、実施後に4人死亡、16人は要介護認定区分や障害支援区分は低下しなかった。	<p>実施者のうち、死亡者を除く16人の要介護認定区分や障害支援区分の内訳は次のとおりとなり、要介護認定区分や障害支援区分が低下する方がいなかったため目標を達成できた。</p> <p>申請時 → H29.3.31時点 人数                      ・要介護4 → 要介護4 8人                      ・要介護5 → 要介護5 6人                      ・身障1級 → 身障1級 2人                      合計 16人</p>		
2	28	青森県西目屋村(341)	対象者の口腔衛生の向上	利用人数、健診後の治療状況、事業の満足度、本人や家族の対応(行動変容)【事業実施後のアンケートにより把握】				1名の利用があった。約5名程度を見込みとしていたが、今回受診した方以外の対象者の掘り起しはできなかった。アンケート調査を実施し、1名回収できた。	<p>事業目標について                      対象者の口腔衛生の向上を目標にあげ、短期的には口腔衛生は向上したが、認知症疾患の悪化により口腔衛生を維持することが難しかった。</p> <p>評価指標について                      ①事業に対する満足度については、今後も利用したいとのことで、満足度は高かった。                      ②事業後の本人や家族の対応については、歯科健診後、義歯を作成し、2週間位は洗浄やうがいできており、初期の行動変容はみられた。しかしその後、認知症の悪化により介護抵抗が強くなり、口腔衛生を保つことができていない状態である。家族は、義歯の洗浄、うがいも口腔管理は大切であることを教えたが気持ちや口腔機能低下によるむせ込みを心配しており、知識の習得には至っていない。</p>		課題としては、歯科支援だけでなく、認知症者への歯科口腔衛生を保つための対応についての指導も必要だと感じた(歯科医師とかかりつけ医の連携)。
3	28	岩手県宮古市(10,283)	適切なケアや治療により誤嚥性肺炎を予防 口腔衛生の向上	<ul style="list-style-type: none"> <li>口腔ケアの回数が増えた人の増加</li> <li>口腔衛生状態の改善した人の増加</li> <li>誤嚥や窒息の改善した人の増加</li> <li>直近1年間における発熱回数と事業開始後における発熱回数</li> <li>歯科治療の有無</li> <li>本人や家族の満足度</li> </ul>				<p>○実施状況                      ・歯科健診受診開始者数は84人であり、同様に口腔ケアの対象者は84人であった。                      ・そのうち中断3人、継続中2人であり終了者は79人である。                      ・中断の理由は体調による。(体調不良、入院)</p> <p>○成果                      ・適切な清掃用具(歯ブラシ・義歯用ブラシ・舌ブラシ)の使用を開始し口腔衛生状況の向上した人は12人、口腔機能訓練により機能の向上した人は5人いた。                      ・夜間の義歯保管方法は、外す・外して水中保管の方が51.2%から71.7%と増加した。口腔衛生の観点からも、誤嚥性肺炎を予防するうえでも重要である。                      ・要歯科治療とされた34人のうち歯科治療受診者は9人であった。                      ・最後の歯科受診から5年以上経過している人は76.2%と高率であったが、歯科健診等を通して歯科医療関係者と交流ができ、また受診者本人や家族の半数以上が知らなかった訪問歯科診療についての知識を得ることができた。                      ・今年度は歯科医師会委託となり歯科医師18人、歯科衛生士10人が従事した。医療従事者にとっても介護者等への歯科保健および歯科診療への契機となったと考える。                      ・今後の本人や家族、介護事業所やスタッフと歯科医療関係者および行政の連携の足がかりとなり継続発展が期待される。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>口腔ケア回数が増えた人の増加 : 19.2% (14人/73人) (その他に目標・目安である1日3回実施者は、事業開始前から17人である。)</li> <li>口腔衛生状態の改善した人の増加 : 59.0% (36/73人)</li> <li>誤嚥や窒息の改善した人の増加 : 誤嚥は6人(7.1%)から4人(5.5%)となり、誤嚥回数5回以上は同一の1人であった。</li> <li>直近1年間における発熱状況と事業開始後における発熱回数 : 発熱は31人(36.9%)から14人(19.2%)に減少し、5回以上の発熱は3人から1人に減少した。</li> <li>歯科治療の有無 : 9人/34人</li> <li>本人や家族の満足度 : 「良かった」と「まあまあ良かった」の合計は87.7%。</li> </ul> <p>※アンケート回収73人(終了者75人のうち回収不能2人)</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>口腔ケアについては、自宅において日常の場で行う点があるが、対象者本人や介護者が高齢の場合には内容の理解が難しい。このためデイスサービス等の介護サービス利用時におけるケアを充実させるのが効果的であり効率も良いと考える。</li> <li>歯科健診等をきっかけに今後とも定期的な歯科健診、できればかかりつけ歯科医師をもっていただき、歯科医療や介護保険での歯科的な管理を継続性することが重要である。</li> <li>実施する歯科医師および介護事業所の状況や理解度等により、実施に難しい場面もあった。より一層のご理解をいただけるよう丁寧な説明をし今後とも連携を強化する必要がある。</li> </ul>
4	28	東京都武蔵野市(15,644)	在宅5人、高齢者福祉施設利用者130人以上の心身の健康保持及び増進	利用者数、利用者が「歯科健診が治療やケアへつながるきっかけとなったか」(事後アンケート結果より)				<p>【在宅】                      6名以上の利用者を見込んでいたところ、3名にとどまった。                      ケアマネジャー等、当該事業を在宅高齢者へ案内できる立場の方への周知をさらに進めていく必要がある。</p> <p>【施設】                      130名以上の利用者を見込んでいたところ、229名であった。                      健診実施後の行動変容につながった例として最も多かったものは「入れ歯の手入れをするようになった。」であった。                      当健診の利用者多くは要介護1～5の区分であったため、入れ歯を利用している者の総数も多かったと考えられる。利用者の状態像に合わせた指導が一定程度行えたことがうかがえる。</p>			<p>・高齢者福祉施設訪問歯科健診では、健診後の利用者の変化として「特に何も行ってない。」「わからない。」が上位に挙がった。                      利用者の状態像からも自発的な意欲向上につなげることは難しいと考えられるが、今後より効果的な健診となるよう検討していきたい。</p>
5	28	東京都中央区(10,968)	受診者数の増加 高齢者の口腔機能の維持・向上	受診者数、受診者の判定結果・歯の本数・むせ・反復唾液嚥下テスト結果等				<p>在宅で介護を受けている高齢者に訪問歯科健康診査の周知・啓発等を行うことにより受診者が増加した。(事業評価受診者の項目参照)                      受診者の判定結果については異常なしが昨年と同数、要指導・要治療は増加している。(事業評価判定の項目参照)</p>	<p>H27年 H28年                      受診者(後期全体) : 10979人 11440人                      受診者(訪問) : 47人 72人                      受診率(訪問/全体) : 0.4% 0.6%                      現在歯数(平均) : 10.4本 12.4本                      RSST : 2.9回 3.0回                      判定(異常なし) : 17件 17件                      判定(要指導) : 13件 21件                      判定(要治療) : 23件 33件</p> <p>【評価】                      健診時に要指導・要治療となった者が昨年度より増加したがその理由としては受診者増加の影響で把握できる件数自体が増えたためと考えられる。                      事業目標である受診者の増加と口腔機能の維持及び向上は概ね達成したが引き続き訪問歯科健診を必要としている在宅介護者の受診率と口腔機能の維持及び向上に努める。</p>		在宅介護を受けており通院することができず、訪問歯科健康診査を未受診の高齢者が依然としていたため、周知・啓発方法について引き続き検討する必要がある。また、受診者数増加だけでなく判定結果についても改善させるため地区歯科医師会と連携し、その方法を検討する。



<訪問歯科健

連番	対象年度	実施主体名 (被保険者数)	設定した目標	評価指標						実施結果	事業評価	講評	今後の課題			
				具体的内容	スト トラ ク ク チャ ー	フロ ロ セ ス	ア ウ ト フ ッ ト	指標の種類								
(アウトカム評 価の場合)	前 後 比 較	対 照 群 と の 比 較														
			6	28	東京都千代田区 (5,302)	前年度と比較した受診者増	受診者数						○		平成27年度訪問歯科健診の受診者数58人に対して、平成28年度受診者数は59人となり、前年度受診者数から1人増となった。	区として訪問歯科健診のみを対象とした事業評価の指標は定めていないため、前年度の受診者数との比較により「歯や口の健康づくり」の推進が図られているかを評価することとした。また、前年度受診者が継続して受診すること及びこれまで歯科健診を受診できなかった方が訪問歯科健診の制度を知って利用されることを見込み、前年度実績からの増を事業目標とした。 結果としては、事業目標を上回ることができたが、前年度からの増加数は1人のみであり、目標大きく上回って達成することはできなかった。
7	28	神奈川県厚木市 (22,475)	要精検割合60%	要精検割合						○		歯科健診の結果判定は、2人が要指導・経過観察、8人が要治療・要精密検査であった。	歯科健診受診者10人のうち、「要治療・要精密検査」と判定されたものが8人であったため、割合は80%となり、目標(60%)より多くの者の歯周疾患を発見できたと考えられる。 ただし、受診見込み人数まで到達しなかったため、事業の更なる周知や方法を検討する必要があると考えられる。		歯科健診受診者が見込み人数に達しなかったため、本事業の更なる周知や周知方法について再検討する必要がある。また、本年度受診をした者が次年度も受診するよう働きかけをする必要があると考えられる。	
8	28	新潟県後期高齢者医療広域連合(新潟市) (106,999)	健診実施件数220件	訪問歯科健診実施件数						○		【実施時期】 平成28年4月～平成29年3月 【介入方法】 対象者への周知を担当介護支援専門員から行うとともに、要介護認定結果通知書を送付する際にチラシを封入することで、対象者にもれなく事業の周知を行った。 【連携・調整方法】 ・申請書に健診後に希望する歯科医院を記載してもらうことで、その後の歯科診療にスムーズにつないだ。 ・歯科健診結果の介護保険事業及び保健指導への利用について本人に確認し、同意が得られた方については、介護保健事業及び保健指導につないだ。 ・対象者への周知の段階で担当介護支援専門員と連携することで、今後のケアプラン等につながりやすくなった。 【効果検証】 健診及び口腔に係る指導を行うことで、適切な医療に結びつくことにも対象者の意識向上につながった。	訪問歯科健診実施者数/目標実施者数 79/220 (達成率35.9%) 歯科健診を受診した結果、治療に結びついた割合 77.2% 委託先の新潟市医師会の話では、従事する歯科医師の「歯科健診」に対する重要性や意欲、モチベーションの向上が見受けられる、とのこと。		申請件数が目標に達しなかったのは、対象者への事業周知はなされているが、歯の重要性が本人・家族・介護支援専門員に伝わっていないことが考えられる。歯は「食事をおいしく味わって食べる」「楽しく会話する」など、生きがいを持った日常生活を送る上で欠かせない「生きる力を支える」ものであり、誤嚥性肺炎に対する予防効果も科学的根拠により示されている。今後は、歯と歯科健診の重要性の啓発に力をいれていきたい。	
9	28	長野県塩尻市 (9,143)	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	口腔内の改善は、訪問歯科健診結果を本人、家族、ケアマネ、ヘルパー等で共有し、毎日の口腔ケアを行ってもらう。1ヶ月に1回程度歯科衛生士が訪問し経過を観察する。 要治療者には治療を行う歯科医師へ訪問歯科健診結果を伝える。							○	○	1、経過観察訪問で、口腔機能アセスメント票を利用した結果、27.28年継続で訪問歯科健診や口腔ケアを受けているものは口腔状況が良好及び維持されている者が63.6%だった。 2、訪問歯科健診で要治療となった者は6.2%を超えているが、治療につながったのは26.8%で、介護度が重いほど訪問治療も全身疾患を考慮するとリスクが高く治療には至らず、経過観察となっている。	1、継続で健診及び経過観察している22名は良好な口腔環境が保たれており、肺炎等での入院もなかった。 2、訪問歯科健診の必要性や効果を、ケアマネなど多職種と連携することで歯科衛生士の訪問依頼が増加した。 3、いつまでも食べられる口腔を目指し、医科歯科連携で口腔委員会が立ち上がった。		1、歯科医療費を介入前後で入れてみたが、目に見えた効果は見られない。口腔の維持管理には持続した歯科の介入が必要であり、重症化予防面から考えると医療費との相対効果を見ていく必要があると思われる。 2、医療と介護連携の口腔委員会、医科歯科連携をさらに充実していく。 3、今年度個人の歯科健診結果は、個人の口腔維持ができていくかはわかるが、全体の評価が難しくかったため、29年度は「高齢者の低栄養防止・重症化予防等事業の質問項目(基本チェックリスト)」を実施し、評価していく。
10	28	岐阜県岐阜市 (54,125)	参加者の家族の満足度 目標値 80% 要治療、歯科管理者の治療、歯科管理率 目標値 80%	口腔衛生の意識が向上した人の数 口腔管理の必要者数とその後の治療・管理者数							○	○	被健診者27名へアンケート調査を実施し20名から回答があった。また、市歯科医師会が訪問健診を行った歯科医師26名にアンケートを実施した(27件)。 健診後の歯みがき等セルフケアや口腔中の変化について、口腔衛生への意識が向上した人数を把握した。 訪問歯科医師の報告内容と介護保険の居宅療養管理指導を利用した人数、歯科診療の報告者数、口腔管理の必要者数とその後の治療・管理者数を把握した。	健診後の歯みがき等セルフケアの変化 7人 35% 健診後の口腔中の変化 5人 5% 介護保険の居宅療養管理指導を利用した、または、予定 3人 15% 歯科診療 15人 56%、経過観察 11人 41%		訪問口腔健診における医療機関とケアマネジャーとの連携が十分に行えなかった。
11	28	岐阜県各務原市 (17,374)	健診満足度	口腔衛生への意識が向上した人の数 口腔管理の必要者数とその後の治療・管理者数							○	○	受診者全員が受診して良かったとの回答で、口の健康への意識も高まったとのこと。多数が来年度以降の健診も受診を希望した。異常があったものの半数が次の診療につながった。	(受診者アンケート回答者数4人/受診者数5人中) ・全員が「受診して良かった」「口の健康への意識の向上があった。」 ・今後継続的に検診を受診すると4人中3人が回答。 ・検査結果に「異常があった」2人中1人が次の回の診診を希望した。		事業の開始時期を早め、実施期間を長くするとともに、対象者への周知を強化し、受診者数を増やすこと。(今回は平成28年11月14日～平成29年1月31日実施)
12	28	岐阜県可児市 (10,691)	?	口腔衛生への意識が向上した人の数 口腔管理の必要者数とその後の治療・管理者数							○	○	すべての受診者からアンケートによる回答を得ることができた。 ・受診者それぞれの健診結果と指導状況を把握することができた。	・要介護で歯科検診に出向けない方々からの口腔ケアに関する心配や相談に対応することができた。 ・受診者全員から「受診して良かった」との回答を得ることができた。 ・歯磨きの仕方や誤嚥性肺炎の予防などの指導が行える機会となった。		



＜訪問歯科健

連番	対象年度	実施主体名(被保険者数)	設定した目標	評価指標				実施結果	事業評価	講評	今後の課題
				具体的内容	ストロークチャイ	フロセス	アウトカム(アウトカム評価の場合)				
13	28	岐阜県揖斐川町(4,203)	疾病予防の観点からの口腔歯科状態のチェック	訪問健診後のアンケート調査項目				担当ケアマネジャーによると、医師の対応もよく、不慣れになることもなく、リラックスした状態で健診を受け、口腔内の清掃、のみこみ防止などの訓練についての助言もあり、非常によかったこと。	-対象者家族のニーズ（在宅介護であり、歯科医にかかりたいと思っていたが、実現できていなかった矢先に、この事業の案内が入り、大変ありがたかった。）		
14	28	岐阜県大野町(2,698)	介護高齢者の誤嚥肺炎の予防、嚥めないことによる低栄養、運動機能の低下の抑制を図るなど、高齢者の健康の保持推進と生活の質の維持向上を図る。	訪問健診後のアンケート調査項目				対象者ごとにマニュアルに基づいた健診を実施した。歯科医師が要介護高齢者の歯、歯肉、粘膜の状態、口腔清掃状態などについて診査と相談を行い、一人ひとりに歯科治療の必要性の有無、口腔ケア、義歯清掃等の適切な指導を行った。	対象者への健診結果のお知らせを滞りなく、指導内容の欄に現状と今後のケアの仕方等をわかりやすく記載している。健診後に対象者へアンケートを送付したところ、回答のあった全員が今回の健診を満足であるとし、再度健診を受けることを視野に入れていることが分かった。歯科医師の適切な対応に対しても評価があった。		広報などでの周知を行い、健診を受けられる者の増加を目指す。けんしんチラシが白黒で見にくいとの意見もあったので、文字を大きくしたりカラーにする等の工夫をする。
15	28	岐阜県池田町(2,950)	介護高齢者の誤嚥肺炎の予防、嚥めないことによる低栄養、運動機能の低下の抑制を図るなど、高齢者の健康の保持推進と生活の質の維持向上を図る。	訪問健診後のアンケート調査項目				対象者ごとに咀嚼機能評価、舌機能評価、嚥下機能評価、口腔乾燥の視診評価粘膜の異常、口腔衛生状況、歯周組織の状況を健診表、マニュアルに基づき評価。歯科医師が要介護高齢者の歯、歯肉粘膜の状態、口腔清掃状態などについて診査と相談を行い、一人ひとりに歯科治療の必要性の有無、口腔ケア、義歯清掃等の適切な指導を行った。訪問健診後、アンケート調査で事業評価を行った。	受診者13名のうち異常なしが0人、要指導が2人、要治療が11人であり、今回の健診により、口腔ケアの必要性を再認識し、改善に向けた取り組みへ繋げるという意味で意義があった。アンケート調査では、専門家による口腔ケアが必要な状態であるにも関わらず、自ら受診することができず、充分なケアが受けられなかった人にとって、こういった機会があることには意義があり、おおむね満足しているとの回答が大半であった。		受診に消極的になりがちな方（認知症など）にも、受診を促しているような取組、体制づくり
16	28	岐阜県御高町(2,554)	?	口腔衛生への意識が向上した人の数 口腔管理の必要者数とその後の治療・管理者数				受診者に対し事後のアンケートを依頼（回収率100%）3人とも口腔環境に異常が見つかった。今回の健診により今後の治療までつなげることができた。	アンケートは受診者すべてから回答をいただいた。アンケートより訪問口腔健診に対しての好意的な回答をいただいた。要介護者の口腔の治療などはあまり実施されていない方ばかりで要介護者の口腔ケアの観点から今後、対象者には訪問口腔の周知を行い口腔ケアの機会を増やしていく。		対象者への周知。ケアマネジャーへの依頼の仕方。
17	28	三重県鈴鹿市(20,790)	歯科健診受診者数80人	受診者数、歯と口腔状態の改善した人の数、誤嚥等の疾病を予防した人の数				①平成28年10月、対象者1098名へ訪問歯科健診の案内と希望調査アンケートを送付 ②その中から健診を希望した45名全員の訪問歯科健診の実施を決定 ③平成28年11月から平成29年1月の間に歯科医師、歯科衛生士が訪問歯科健診を実施 ④実施結果は、要治療25名（39%）、要口腔ケア24名（38%）、要口腔リハビリ9名（14%）、問題なし4名（6%）。	目標80名に対し45名、達成率は56%であった。本市が主体となったこうした訪問歯科健診事業の実施は初めてで、実施数が目標に届かなかったものの、事前の希望調査アンケートの実施により、歯科医院への通院が困難でありながら健診への関心が高い方に対し効果的に健診を実施することができた。また、家族や介護者など本人の身の回りの介助を行っている方へ健診時に日頃の口腔ケアをアドバイスすることができたことも、今後の訪問歯科への関心を高める好機となったと考えている。	1) 糖尿病などの全身疾患に罹患している者が多く(約6割)、また「やせ・低栄養」の者が多かった(約3割)。 2) 歯口清掃の実施者は介護者である割合が多く(約7割)、介護者へのブラッシング指導が必要であることがわかった。 3) 治療が必要そうな歯をもっている者が多く(6割強)、また一人当たりの歯数も多かった(約4歯)。しかし、痛みなどの症状を訴える者は少なく、介護者の気づきも少ないようであった。 4) 歯肉に炎症が有る者は7割(有歯顎者中)であったが、歯肉の腫れを自覚(介護者の気づきも含め)している者は少なかった(約2割)。 5) 現在歯数は、一般の高齢者(5年前の全国値)と比較して多かった。 6) 現在歯数が19歯以下の者では20歯以上の者に比べ動揺歯を持つ者(約35%：約8%)が多く、今後さらに現在歯が減少する可能性があることがわかった。 7) 臼歯部での咬み合わせが両側ともにある者(義歯含む)は、咀嚼、舌機能、嚥下機能が良好であった。 8) 本事業対象者の口腔機能は全般的に衰えており、咀嚼機能に関してはその衰えが比較的早く進行している傾向が伺えた。 9) 残存歯数が20歯以上ある者は、普通食を食べている者が多く(約8割)、口腔機能も良好である割合が多かった。それに対し、要介護度が高い者は義歯不適合者の割合が多く(約7割)、食生活や口腔機能への影響が懸念された。  (大阪歯科大学口腔衛生学講座の外部評価)	本事業の結果を踏まえ、治療の緊急性が高い方へのフォローアップの方策が今後の課題と考えている。
18	28	三重県名張市(9,817)	歯科健診実施件数70件 前年度からの継続受診者の歯と口腔状態の改善	歯科健診の実施件数 前年度からの継続受診者の歯と口腔状態の改善した人の数				計画段階では、歯科健診を必要とする者70人の受診を目標としていましたが、一旦は受診を希望されるものの、都合によりキャンセルされるケースが多く見受けられ、最終的な受診者数は40人となりました。そのうち、前年度事業から継続して受診した者は8人に留まり、初めて受診する者が大半を占めることとなりました。また、前年度事業から継続して受診した者の、今年度と前年度の結果と比較したところ、歯と口腔状態が改善された者、悪化した者、変化がない者がそれぞれ同程度の割合となりました。	最終的な受診者数が目標とした人数を下回ったことについて、前年度事業から継続して受診した者が最終的に8人(動揺段階では35人に声かけ)に留まったことが一因であると思われます。これは、前年度に受診したことにより歯科健診の需要が満たされたということも考えられますが、受診啓発の取組が不十分であった可能性もあることから、今後の課題として考えています。一方で、初めて受診する者が受診者の大半を占めたことから、在宅要介護者の歯科健診の需要自体はあるものと考えられます。また、継続して受診した者のうち、歯と口腔状態が改善された者が一定程度いたことについては、医療機関で受診することが困難であるという在宅要介護者の特性を踏まえて、当事業による効果が表れたものと考えられます。		より受診しやすい実施期間を設定することや、更なる受診啓発を行うことを通じて、引き続き歯と口腔の健康づくりを推進していきたい。
19	28	三重県亀山市(6,174)	誤嚥性肺炎等の疾病の予防 歯科健診受診者20人	歯科健診受診者数、口腔の状況、誤嚥性肺炎の状況				歯科健診を受診することが困難な在宅の要介護状態の者に対して、訪問歯科健診を実施した。定員20人に対して、17の方が受診し、受診者の口腔内ケアや誤嚥性肺炎の予防などを図ることができた。また、市内の居宅介護支援事業所及び訪問看護ステーションを通じて、対象者を募集することにより、居宅介護支援員(ケアマネジャー)、訪問看護師と連携した訪問健診を実施することができた。	受診者の誤嚥性肺炎等の疾病の予防を事業目標に、実施対象者20人に対し100%の受診率を評価指標としたが、体調の急変により3人の健診が実施できず、17人の受診で受診率は85%に止まった。受診者の健診結果データの分析により、現在の歯数、義歯の状態を指標に、受診者の口腔状況の評価を行った。		受診者数20人を目指して事業に取り組み、受診予定者は20人を確保したが、受診予定者の体調の急変により健診が実施できず、受診者は17人となった。当初見込みより、受診希望者が少なく、受診者数20を達成するために、必要な対策を講じる必要がある。
20	28	三重県伊賀市(15,380)	歯科健診に対するニーズアンケートの回収率30%以上 疾病の予防・重症化予防 医療費減	アンケート回収率、医療費				対象者の抽出及びニーズ等把握のためアンケートを実施し集約を行った。集約結果を、今後の健診事業等に活用する。また、訪問歯科健診及び口腔ケアの実施により、高齢者の疾病予防・重症化を防ぐことで、医療費の減につなげる。	アンケート回収率は目標の50%を大きく下回り、25%程度にとどまった。訪問歯科健診への取り組みについて、周知できていなかったことや、事業への関心の低さが原因と考えられる。事業実施者は、50名の予定で、49名の実施となったが、これは直前に体調不良によるキャンセルがあったためで、高齢者のため仕方ないと考えられる。		在宅介護高齢者のため、体調の変化などに対応しなくてはならず、実施するまで時間がかり、家族の都合なども考慮する必要がある。キャンセルが相次ぐため、次の実施決定者を決めるため、期間を延長できるような柔軟な対応が望まれる。



＜訪問歯科健

連番	対象年度	実施主体名 (被保険者数)	設定した目標	具体的内容	評価指標				実施結果	事業評価	講評	今後の課題					
					ストラクチャー	プロセス	指標の種類										
							アウトカム	(アウトカム評価の場合)									
対	後	対	照														
ク	比	照	群														
チ	較	群	との														
ャ	比	比	較														
21	28	大阪府河内長野市 (15,127)	治療中の人、摂食嚥下で困っている人の口腔内の改善	治療の状況、口腔機能の改善状況、歯科に関する知識					○	○		当該事業についての問い合わせ多数あったが、覆たきりではない、すぐに治療が必要であるなどのことから、検診対象とはならない者が多かった。また、検診の申込受付をしたが訪問前に入院してしまったなど、在宅覆たきり老人等訪問歯科検診の実施には至らないケースがあり、平成28年度においては検診実績は0人であった。			対象者の特定が困難である（被保険者のうち在宅で覆たきりである者を特定できない）ため、受診勧奨ができない。平成28年度に参加した、厚生労働省主催のモデル事業実施自治体とアング（意見交換会）で聞かせていただいた他市の取り組みなどを参考に周知方法を検討したい。		
22	28	大阪府堺市 (97,622)	歯科に関する医療・介護サービスの利用状況 口腔機能の改善状況	歯科に関する医療・介護サービスの利用状況 口腔機能の改善状況（実施後アンケートより）					○	○		○本事業は、医療保険及び介護保険において歯科の管理を受けていない在宅介護者が対象となり、本市の事業実施担当部署においてこれらの給付情報を持ち合わせていないため、対象者の選定にそれぞれの保険者から給付情報入手及び突合を行なう必要があるが、この給付情報は個人情報であり、各保険者から入手することが容易でなく、かなりの時間を費やすことになるため対象者の把握が困難であった。そのため、受診案内勧奨通知を送付することができなかった。 ○広報にて受診案内を行った。（平成28年8月広報） ○対象者の条件に該当する被保険者より本市へ訪問歯科を希望する旨の相談があったので、歯科医師会へ連絡。歯科医師会より歯科医師1名と歯科衛生士1名を被保険者自宅に派遣し健診を行う。（平成28年9月） ○歯科医師会より健診結果及び調査研究報告書の提出を受ける。（平成29年3月末） ※昨年3月に申し込みがあったものについて、今年度実施を予定していたが、申込者の容態が変化するため実施には至らなかった。			事業の対象者が「原則として要介護3以上の被保険者」となっており、当事業を円滑かつ効果的に実施するためには、給付に関する情報を持つ保険者（後期高齢者広域連合、介護保険者）の全面的な協力と本事業で個人情報を活用できる法整備が必要と考える。 給付に関する情報は大阪府後期高齢者医療広域連合が管理していることから、当事業の対象者はシフトデータを活用すると効果的に選定することが可能となり、円滑な事業実施が見込めると考える。さらに、事業効果の検証の点からも、事業の実施主体を見直すことも今後の課題と考える。		
23	28	大阪府摂津市 (7,992)	健診利用者数の増加	健診利用者数					○	○		高齢者歯科訪問の周知活動として、ケアマネジャーの会議時に活用頂くように説明する6月の歯の月間時にホームページに事業案内を掲載、全戸配布している保健事業案内に掲載している。平成27年度の75歳以上の事業実施者は26名、平成28年度は23名であり、利用者数は横ばいである。			利用者について、今後も継続的な治療(義歯の作成・調整、口腔内清掃・消毒等)が必要な者が23名中22名であった。利用者は脳梗塞・心不全・脊髄損傷等通院が困難な者であり、訪問による治療が必要であり、高齢者訪問歯科健診の実施により必要な治療につなぐことができた。		今後も事業周知に努め、必要な方に事業を実施していくこと。
24	28	大阪府泉大津市 (8,329)	生活の質の向上、健康の維持・回復 受診者数の伸び 疼痛の緩和、食事量の増加、介護負担の軽減	生活の質の向上、健康の維持・回復 受診者数の伸び 疼痛の緩和、食事量の増加、介護負担の軽減					○	○		対象者数882人 受診者数8人			歯科医師会内の口腔ケアステーション設置による連携もあり、受診者増加につながった。		受診率向上に向け、さらなる口腔機能向上に向けた取組、啓発が必要と考える。
25	28	大阪府枚方市 (44,478)	健診受診者のうち、治療の必要な者を100%治療につなげる	要治療者の受療率					○	○		治療が必要であったが、歯科治療恐怖症があり治療に結びつかなかった。			健診担当医が摂食嚥下にも精通しており、健診当日適切な指導が行われており、食事が取れるよう改善され誤嚥性肺炎の予防にもつながっている。そのため、症例検討会の実施にいたらなかった。 なお、平成28年度歯科口腔保健推進連絡会を立ち上げており、次回の連絡会にて実績報告を行う予定となっている。		
26	28	大阪府箕面市 (14,489)	26件	口腔内の状態（OHAT: oral health assessment toolの活用）					○	○					初回訪問時より6ヶ月後、再訪問歯科健診を実施し評価を診ていたが、患者や介護者、その他多職種へわかりやすくするため、OHATを用いた評価方法を実施することとした。平成29年6月に開催される老年歯学会に発表される。		①健診の必要ながたの掘り起こしが必要。②6ヶ月後の再健診時に入院、入所、死亡者が多く、実施できないかたが半数を占める。今後の評価のための再健診までの期間を検討していくことが課題となっている。
27	28	兵庫県神戸市 (190,328)	治療につなげ、食生活の障害を取り除く 口腔ケアに関する意識の向上と衛生状態の改善 治療につながった割合	治療につながった割合					?	?							
28	28	兵庫県姫路市 (62,552)	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					○	○		口腔内の病気を発見し、治療につなげるにより食生活の障害を取り除く。 →1回目の訪問歯科健診で要指導・要治療と判定された方が歯科診療を受けた割合：4人/7人中 歯科保健指導により口腔ケアに関する意識が高まり、口腔内の衛生状態が改善される。 →1回目と2回目の訪問で「口腔衛生の状態」「口腔清掃に対する評価」が改善されている割合：3人/7人中			対象者、家族、ケアマネジャーが歯や口等に関心を持つきっかけとなり、保健行動につながった。 健診結果により早期に異常を発見し、歯科受診につなげることができた。		計画時の予想より申込者が少なく、効果を検証するのに十分な数ではなかったため、事業周知の方法を検討し、申込者を増やす必要がある。
29	28	島根県後期高齢者医療広域連合（6市町） (30,239)	受診率10%	事後措置の実施状況 歯科治療の有無					○	○		歯科口腔訪問健診結果を受診者の居住する市町村の地域包括支援センターへ情報提供した。 事業実施計画書（詳細）に挙げた「歯科健診・アンケートを実施」による「事後措置の実施状況の数」「歯科治療の有無」の確認については、アンケート未実施のため未確認。			上記のとおり、アンケート未実施のため評価不能。		かかりつけ医との連携、および外部からの事業評価等を実施できなかった。また、受診者数が少なかったこと、健診後の事後措置についても不十分のため、今後の課題として関係機関と協議を進め、事業の発展を目指す。



＜訪問歯科健

連番	対象年度	実施主体名(被保険者数)	設定した目標	評価指標		実施結果	事業評価	講評	今後の課題
				具体的内容	指標の種類				
				ストラクチャー	プロセス	アウトカム	(アウトカム評価の場合)前後比較		
30	28	山口県山口市(27,193)	通院困難者の実態、必要とされる歯科治療、口腔ケアについて把握する	健診の結果、訪問歯科診療に移行する者の割合等					
						健診対象者 11人 (要指導 6人 要治療 6人) 通院困難者の実態を把握し、必要とされる歯科治療、口腔ケアを実施した。本人や介護者の口腔内への意識を高めることができた。		実施者については、必要とされる歯科治療、口腔ケアを実施することができた。	本人、介護者への意識等の変化、波及効果を評価するためには、継続的な実施が必要であり、この度だけでは実施期間が短い。 要介護者のよりよい生活のためには、定期的な健診体制の確立が必要となる。
31	28	山口県萩市(10,812)	通院困難者の実態、必要とされる歯科治療、口腔ケアについて把握する	健診の結果、訪問歯科診療に移行する者の割合等					
						通院困難で歯科受診の機会が得られず腔内環境にかなりの差が確認され、家族の理解度により要介護者の口腔内環境が左右されることが示唆された。 訪問により対象者の口腔内を把握し、状態の悪い部分について家族や介護者に伝えることで口腔状態を整えるためのきっかけ作りの有効な手段となった。		対象者につき1回の健診実施のため意識の変化については確認はできていない。 家族や介護者の間違った認識による対応が見受けられたが現地で指導することで正しい理解を得ることができた。 要介護者別による口腔状態について数値化することができた。	実施期間が短く1回の健診だったため状況把握に留まってしまう事。意識変化・状態改善を検証するためには定期的な健診体制を整えることが必要と思われる。
32	28	山口県阿武町(1,018)	口腔ケアへの実践率(ケアプランにより実施)50%以上	ケアプランへの記載、介護サービス事業所での実施状況、家族の実施状況、口腔内の改善状況					
						・事業参加者数7名、うち終了者5名(実施率71.4%) ・健診指導回数7回(対象者1人につき2回の健診・指導とし2名において2回実施)		・受診困難者である対象者への歯科健診を実施することができ、状態に応じて医療に結びついた。 ・健診や指導を家族に実施し、ケア方法の改善や困り事への対応に結びついた。 ・指導内容をケアプランの中に組み込むことで家族だけでなくサービス利用時も継続した支援を受けられる体制となった。また、関係者がケア方法を習得することができ、ケアの充実につながった。	・要介護3以下の方でも受診困難者は多い。 ・長年のケアを支えていくことは難しく、早い時期からの取り組みが必要。
33	28	香川県後期高齢者医療広域連合(145,599)	①セルフケアを継続して実施する者の割合を80%とする。 ②介護保険での口腔管理を利用する者の割合を50%とする。	①セルフケアを継続した人数(割合) ②居宅療養管理・口腔機能向上加算を利用するようになった人数(割合)					
						受診者1名 【事例】男性75歳 要介護度3 主な介護者：妻 (健診時の状況) 高齢者世帯。歯茎、歯にしみなどの痛みがあり、むせる症状もあった。1年前に近隣の歯科医院を受診歴あり。今回は別の歯科医院の希望があった。現在歯数28本 処置歯数15本 未処置歯数0本 歯周病(要治療) 【指導内容】 清掃状態が不良の為、介護者(妻)に日常的な口腔ケアの説明を行う。RSST(反復唾液嚥下テスト)2点の為、誤嚥性肺炎の予防の指導を行う。 (受診後の結果) 健診3か月後のアンケート調査より、歯みがき等のセルフケアの仕方に変化は特になし。受診者の体調が悪く、健診が1回のみで、特に口腔内の変化はない。介護保険の居宅療養管理指導はこれから受ける予定との回答を介護者からいただいた。歯科医師から担当ケアマネジャーに結果の情報提供がされている。 【介護保険サービスの利用情報の追跡】健診後、居宅療養管理指導・通所介護での口腔機能向上加算の利用はなかった。 【レセプトデータからの追跡】健診後、歯科診療や歯科保健指導等の実施はなかった。在宅患者訪問診療(月2回)が継続されていることから、身体状況が重い方と推測される。誤嚥性肺炎のハイリスク者であり、今後も歯科保健指導等に繋げていくケア体制が必要である。		実績数は1人であったため測定数が極端に少なかった。訪問歯科健診3か月経過後のアンケート調査より、評価指標「セルフケアを継続した人数」は、0人(「特に変化なし」1人)であり、また、「訪問歯科健診を受けたことにより、介護保険での口腔管理(居宅療養管理指導・口腔機能向上加算)を利用する者の割合が50%」は、評価指標「居宅療養管理・口腔機能向上加算を利用するようになった人数」0人(「これから受ける予定」1人)で、評価指標は、2項目とも達成していない。高齢世帯で在宅でのケアに限りがあるため、デイサービスを利用している人には、施設での口腔ケアを行うほうが、効果的であると考え。	①事業内容の周知を図る為、介護保険分野の機関と連携を取り、介護支援専門員等に対して事業の説明を行う。 ②健診実施後のアンケート評価時期(3か月後)では、行動変容が見込まれない為、レセプト情報、介護保険情報での確認を追加し、評価時期を6か月後までとする。
34	28	高知県安芸市(3,510)	実施者数2人	実施者数					
						事業利用希望者なく未実施となった。		利用希望なかったため、実施に至らなかった。対象者への情報提供など事業についての普及啓発が不十分であった。	事業についての普及啓発に努め、在宅複たきり老人の口腔衛生の保持及び改善につなげる。
35	28	高知県四万十市(6,079)	受診者数50人 改善行動を起こした者の割合50%以上	改善の必要のある者のうち、健診後訪問歯科診療や口腔ケア実施に誘導し、改善行動につながった者の人数の把握					
						新規事業のため受診者数を50人を目指していたが、実績としては、3名となった。		受診者のうち、改善の必要とあるものについては健診後訪問歯科診療や口腔ケア(居宅療養管理指導)実施へ誘導を目標にしていた。3名中2名訪問歯科診療へつなげることができた。	今後も広報に掲載し、ケアマネ、医療機関へ周知をしていく。
36	28	長崎県後期高齢者医療広域連合(長崎市)(62,604)	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					
						長崎市歯科医師会と佐世保市歯科医師会へ委託 【長崎市】 h27開始 歯科衛生士が2回訪問して衛生指導するもの100名予定。実績は14名。平成27年度実績の10名よりも増加。対象者が少なかったため衛生指導介入前後の比較でははきりした有意差は認められなかったものの、歯科が介入することで口腔衛生状態、食機能の一部改善がなされた。 【佐世保市】 h28開始 1回目は歯科医師と歯科衛生士が訪問、2回目は歯科衛生士が訪問し衛生指導するもの100名予定で、実績は18名。歯科が介入することで口腔衛生状態、食機能の一部改善がなされた。		【長崎市】 特にブラークの付着、義歯ブラークの付着、舌苔、食渣の残留では改善が認められた。またその結果、熱発の改善も認められた。一方嚥下機能では、維持又は悪化が認められた。今後オーラルフレイルの観点から考えても嚥下について考えていく必要がある。セルフケアできない要介護者には訪問歯科診療の関与が必須と考えられることから本事業は大役をなすものと思慮される。 【佐世保市】 ケアマネジャーや訪問看護師が行う口腔アセスメントシート(基本情報)と歯科医師・歯科衛生士が行う健診票に評価した。口腔アセスメントシートにより、口腔ケアの介助を家族が行っている割合が多く占めており在宅におけるキーパーソンが家族であることがわかった。在宅に関しては家族の知識向上が必要であることがわかった。健診票では口腔衛生状態、歯周疾患、口腔機能、摂食嚥下機能の4項目について、点数評価を行った。口腔衛生状態ではほとんど変化がみられなかった。全体的に数値は高く比較的 management されている方が多かった。歯周疾患では専門的に治療の介入により改善が見込まれるので今回は健診・指導のみ、口腔機能はほとんどの対象者で1回目と2回目と数値に差はなかった。摂食嚥下機能ではほとんど変化が認められなかった。	ケアマネジャーの定例訪問のなかで対象者を選出する流れをとってきたが、事業所任せになりがちで、どうしても日々のルーティン業務を優先して、本事業への受診勧奨が後回しになったところがある。今後は、各事業所へ要介護2以上で歯科医院へ3箇月以上通院していない者の人数をあげてもらい、対象となりうる人数を事業所毎に把握し、その方々への受診勧奨を実施したい。
37	28	宮崎県後期高齢者医療広域連合(宮崎市・国富町・綾町)(170,378)	口腔機能の維持・改善ができていない人の割合50% 指導を受けてよかったと思う家族等の割合50%	口腔機能の状況、指導を受けてよかったと思う家族の割合					
						訪問健診を行った結果、指導前と指導後では、口腔機能の低下により起こる病気を認識でき、口腔機能を維持しつつ、生活習慣を少しでも改善することを指導し、口腔機能の向上につながった。家族からは、これを機会にかりつけ歯科医をもって、相談等をしていきたいという前向きな意見が多かった。 計画していた事業目標については、前向きな意見や改善への意欲が対象者10名に見受けられクリアできたと考える。		今年度は、10名の被保険者を実施できた。その中で、口腔の現状を理解でき、改善に意欲的であった。また、訪問された先生方も、それぞれの被保険者がおかれている状態(生活状況等)を把握し、適切な指導を行うことができた。 今後、事業を継続していくことで、より一層の健康長寿が見込まれるのではないかと考える。	



<服薬指導>

連番	対象年度	実施主体名 (被保険者数)	設定した目標	具体的内容	評価指標					実施結果	事業評価	講評	今後の課題
					スト ラク チャ ー	プロ セス	アウ トブ ット	アウトカム (アウトカム評 価の場合)	前後 比較				
1	28	北海道北見市 (18,566)	薬剤の自己管理に関する課題が改善する者の割合50%	薬剤保管状況、残薬、併用禁忌薬、過剰投薬、飲み忘れ等薬剤に関する課題の改善、家族や他職種との協力的体制の構築結果						○	○		<p>【対象者抽出にかかる事前の事務量が膨大】 診療報酬明細書(レセプト)の情報は、KDBの画面上、または画面印刷でしか確認ができず対象者抽出の事務に時間がかかる。 【対象者抽出の困難さ】 北海道後期高齢者医療広域連合のデータ提供の内容を29年度より変更し「重複投薬者の名簿のみ」情報提供がされることとなった。しかし、トータル処方量、重複していない他の処方内容、他科・他院の処方内容(併用禁忌薬、使用回遊薬など)、副作用が疑われる他科・他院への受診などは、医科・歯科、調剤レセプト全体の確認がないと把握できず、多剤併用投薬による健康課題が心配される対象者については、28年度同様「重複・多受診者からの抽出」を行う必要があり、今後において対象者抽出の方法については検討が必要。 【薬剤知識と円滑な連携が必要】 対象者抽出には、薬剤知識(併用禁忌、高齢者への併用回避、用量の上限、副作用など)が必要であり、さらに指導後の薬業調整、医薬調整においても薬剤師の理解と協力が不可欠である。機械的に薬品名だけで「重複投薬者」を抽出しただけでは、介入が必要な対象者が一部把握できない可能性がある。 【高齢者の特性に配慮した適正受診・服薬管理のすすめ】 多受診者や多剤投薬者の中には独居者で服薬管理の協力者がいない、また(本人、家族が気が付いていない)認知機能の低下が原因の場合もあり一律に文書による通知では課題解決が難しい場合がある。加齢に伴う症状の出現が、副作用が判断できないまま診療科を増やしている場合も多く、薬局を一か所にするなど被保険者へ適正な受診や服薬管理について繰り返しの情報提供が必要。</p>
2	28	三重県桑名市 (16,518)	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)									<p>健康お薬教室 対象者服用平均服用錠数(種類)は、3.61。健康な方が比較的多く、健康状態に気を付けている方が、参加する傾向にあった。 フレイル傾向にあった対象者は3名のみだが、かかりつけ薬局へ情報提供を行い、必要に応じて地域包括支援センターと連携を取るよう伝える。 健康お薬訪問相談 2回訪問した対象者の服用錠数は8.31から7.06へ減少傾向にあったが、マン・ホィット二の順位検定では有意差はなし、FRは7.04から6.46へ減少傾向にあったが、マン・ホィット二の順位検定では有意差なし、FRが減少した原因として、服用錠数の減少、「毎日、5種類以上服用している」の項目に該当無くなった対象者がいたためと考えられる。薬剤師の訪問によって、服用錠数は減少したが、主に風邪薬などの不必要な薬剤の継続処方の中止や再薬や低剤などの重複処方の中止によるものが多かった。</p>
3	28	大阪府高石市 (7,138)	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									<p>・残薬相談に関するニーズの再調査・再検討 ・対象者を把握する手段の再検討(レセプトデータを活用する、介護関係者へのインセンティブを強化するなど)</p>
4	28	長崎県後期高齢者医療広域連合 (131,945)	対象者の服薬に対する不安の解消	不安解消の割合									<p>参加者をどのように募るのが一番の課題である。28年度は、同意書を提出してもらったため、ある程度服薬の管理ができていた方や服薬についての関心が高い方への訪問となりました。問題意識がない対象者を取り込む方法の検討が必要であり、ノンボでの訪問が可能かどうか検討が必要である。</p>
5	28	熊本県八代市 (22,439)	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									<p>服薬管理に支援を必要とする高齢者を、薬剤師が把握し難い、ということが今回のモデル事業の取り組みで明確になった。薬剤師が調剤薬局窓口で問題を感じなかったケースについて介護関係者から訪問依頼を受け訪問したところ、全管理ができておらず驚いたという感想が、従事した薬剤師から複数聞かれた。また、介護関係者の中には、服薬上の問題を把握してはいるが、薬剤師に相談するという発想に至らず、介護関係者自身が問題を解決しなければならぬと悩み解決に繋がらないという課題がある。 これらの課題を解決するため、薬剤師の機能を多職種で理解してもらう取り組みと、薬剤師と介護関係多職種の顔の見える関係づくり(研修会やケアカフェ)を今後も継続する必要がある。 在宅における介護・医療多職種によるチームで服薬管理を支援できる体制整備が課題である。</p>
6	28	宮崎県後期高齢者医療広域連合 (170,378)	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									<p>指導を行った対象者の残薬を整理し、飲み忘れがないよう、お薬カレンダー等を活用してもらった。本人又は家族からは、服薬指導を受けて、残薬の整理や、飲み忘れ等の解決ができたとの意見が得られた。また、かかりつけ薬局をもって、定期的に指導をしてほしいとの声も聞かれた。 薬局の窓口において、お薬手帳を確認し多剤服用者や、本人聞き取りによって、問題がある方への指導を行い、本人・家族の希望により訪問指導を行った。 実際訪問指導を行った対象者は、飲み忘れの残薬が多く、服用に不安のある方が見られた。訪問した薬剤師が、数回訪問し残薬の整理や、調整等を行い服薬指導を行った。 結果、介入したこと(指導)で、対象者や家族に対して服薬アドヒアランスや誤った服用による影響等について指導できた。</p>







連番	対象年度	実施主体名 (被保険者数)	設定した目標	評価指標						実施結果	事業評価	講評	今後の課題
				具体的内容	指標の種類								
					ストラクチャー	プロセス	アウトカム	アウトカム	(アウトカム評価の場合)				
8	28	福岡県後期高齢者医療広域連合(宇美町・須恵町・中間市・宗像市・うきは市・豊前市・吉富町・みやこ町・東峰村)(631,572)	人工透析導入前段階の者の腎機能低下を遅延させ、人工透析の導入を防止し、または導入時期を遅らせる。	検査数値、糖尿病性腎症重症化予防プログラムアワード、満足度						1. 概ね計画どおり実施することができた。 2. 対象者を30名としていたが、委託契約した市町村に対象基準者がいなかったり、受診しているという理由で断られたり、実施中に入院となったケースなどあり、結果的に20名となった。 3. 血糖値を比較すると、6ヵ月後に10人の人が検査を受け、そのうち5名が下がり、4名が横ばい、1名が上昇した。 4. 基本チェックリストを糖尿病性腎症重症化予防プログラム事前アワードに変更し減塩について前後を比較すると、既に心がけている人は8人、控えるようにした人は4人変化なしが2人で、行動変容を確認できた。 5. 本人の満足度をみると、回答者11人中50%以上は8人、25%は3人であった。 6. その他、訪問中にがんが発見されたり転倒等で入院するなど、急変する人もいた。	○事業を通し、高齢者の理解が深まった。 1. 対象者の変化：訪問し関わることで、徐々に高齢者の意識も変化していく。(例えば、家の中で一日パジャマをして過ごしていた人が、地域の写真教室に通うようになった。家族の意識が高くなり、野菜を積極的にとるなど変化があった。健康食品の購入を控えるようになった、など) 2. 一人暮らしや老老介護等している方など、生活環境が一人ひとり異なることから、個々に応じた保健指導や包括支援センター等との連携等が必要。 3. 高齢者の場合、介護予防等の観点からも、生活状況やその背景を考慮し、質問表等も利用しながら意識を促し、生活の質の向上を自覚し家族や地域と関わりながら事業を展開していく。		1. 健康診査対象者は「生活習慣病で治療中の人を除く」としているため、健診対象者のありかたについて検討しているところである。
9	28	長崎県後期高齢者医療広域連合(211,075)	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					電話及び訪問での結果、健康で今すぐ医療の必要がない人が467人、医療等の必要があると思われる人が52人であった。連絡が取れた時にはすでに医療機関等を受診している者も35人いた。電話及び訪問の後のレセプトを確認したところ、29人が医療機関を受診していた。	レセプト情報から、電話及び訪問後の医療機関受診状況を確認したところ、29人が受診している。健診につながった方は確認できなかった。また、訪問の結果、緊急を要するケースが2件あり、市町へ情報提供を行った。		電話では対象者の顔色や生活状況が見えないので、聞き取り内容でしか判断がつかない。いかに、無料で受診できる健診を受けてもらい、健康状態を専門的に把握するかが大きな課題である。	
10	28	鹿児島県後期高齢者医療広域連合(鹿児島市・鹿屋市・垂水市・日置市・曾於市・始良市・大崎町・肝付町・南種子町・大和村・宇検村・与論町)(263,043)	?	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									
11	28	沖縄県糸満市(5,229)	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					目標：人工透析に移行させない。 介入前より検査データを悪化させない。(改善もしくは維持) 評価指標：支援対象者からの人工透析移行人数 検査データや健診データによる改善状況(尿蛋白・eGFR・空腹時血糖・HbA1c) 評価方法：年度末に人工透析に移行していないか確認。 6ヵ月後以降の検査や健診結果から、血糖値や腎機能、体重や生活習慣のデータに改善または維持できているか (悪化していないか)を確認した。  ・訪問人数：77人 ・のべ訪問回数：281回 ・のべ指導回数：157回 ・平均指導回数：2.04回 ※訪問したが不在を含む  くらしの状況(ベースライン情報)※該当重複あり 改善：0人、0.0% 維持：59人、76.6% 悪化：2人、2.6%(脳梗塞1、突発性難聴1) 判定不可：16人、20.8%(不在13、死亡2、施設入居1) 合計：77人、100.0%	※透析移行等の悪化は皆無であった。高齢者にとっては今ある機能をできる限り保持するのが目標である。短期間による判定では「機能維持」と評価できる。	・国保事業と連携して実施した。その際、医師から「高齢者については進行が遅く、短期間での改善は難しい。今後は低栄養防止を重点的に指導することが望ましい」との助言があった。	・後期高齢者医療としては新規事業で手探り状態のため、先行して国保健康事業を実施している健康推進課に当事業栄養士を配置した。今後は、高齢者の特性を考慮し情報共有のため、介護長寿課に配置しこれまで以上に連携していく。 ・糖尿病連携手帳を活かした連携を模索する。	



＜包括的アセス

連番	対象年度	実施主体名 (被保険者数)	設定した目標	評価指標					実施結果	事業評価	講評	今後の課題			
				具体的内容	スト ラク ク チャ ー	フ ロ セ ス	ア ウ ト ブ ツ ト	ア ウ ト カ ム 評 価 の 場 合					対 照 群 と の 比 較		
1	28	愛知県大府市 (8,417)	認知症予防健診・ハイリスク者フォロー体制の確立 将来的な要介護認定率の低下 心身機能の維持・向上	認知機能、問診項目、歩行速度、握力、健診参加者数、フォロワー数	○				○			1,018人に認知症予防健診を実施し、結果を返送している。	評価の指標：認知機能、問診項目、歩行速度、握力 評価方法：平成29年度同様の認知機能検査を実施し、心身機能の評価する予定	本事業においては、後期高齢者を対象に通常実施される健康診査に加え、高齢者の健康寿命延伸を考えた上で非常に重要な機能に着目し、「認知症予防健診」という名称で高齢者機能健診を追加で実施した。認知症予防健診の内容としては、認知症発症のリスクとなる認知機能低下を予測し、身体的フレイルの評価をあわせて実施することで、後期高齢者における認知症および身体的フレイルの適切なリスク評価を行った。この認知症予防健診は、全て実測調査にもかかわらず、30分という短時間で評価が行えるだけでなく、通常の健康診査と組み合わせることで、参加率が相乗的に上昇し運営自体も効率的であったと考えられる。	健診実施者の評価を来年度の健診結果と比較し、評価することが必要。 継続的に健診を実施仕組みを確立させ、セルフケアを促すと同時に、ハイリスク者を抽出し介入する方法を確立し、その後の結果について評価していくことが必要。
2	28	広島県呉市 (39,948)	こころと身体の機能低下を防止するための新しい支援方法を研究することで、生活機能障害、要介護状態、疾病の重症化などの予防に結びつける	健康状態・行動変容など（質問票・身体測定・疾病状態、内服種類、社会参加等）					○	○		抽出した対象者276人に事業案内を送付した。保健師・看護師が訪問面接し参加同意を得られた52人を事業参加者として、アセスメントを実施して機能評価し、アルゴリズムに基づいてサービスをマッチングした。その後約3か月間電話コールによって体調管理やサービスの再調整を他機関と連携しながら実施。平成28年度末時点で包括的アセスメントのための家庭訪問（65件）、必要なサービスをマッチングさせるための情報提供として医療・福祉・介護機関への架電（107件）、事業参加者の生活状況の確認とフレイル予防に向けた助言のための架電（535件）実施した。	介入開始3か月後の評価 ①フレイルの改善効果 ・転倒率が45.1%（介入前の過去1年間）→32.7%（介入3か月間）に改善。アルコール摂取量が10.6±20.4g→7.5±14.3gに改善。 ・地域包括支援センターの訪問につながった者が17人。そのうち住宅改修やデイサービスの利用等につながった者が6人。地域のサロンや患者会等への参加に至った者が6人。 ・転倒予防教育実施28人。医療機関受診勧奨9人。活動の低下予防への働きかけ33人、うつ傾向の改善1人、等の支援ができた。 ②アセスメントによるニーズ把握とアルゴリズムによるサービスマッチング ・フレイルの背景が4つのカテゴリに分類できることがわかり、それに応じたサービス提供の必要性が把握できた。 ・既存の高齢者総合的機能評価（CGA）の尺度だけでは把握できないニーズもあり、アセスメントの追加の必要性を確認した。 ③システムの運用 ・事業参加者には様々な問題があり、必要なサービスにつなげるためのアプローチの手法としてコール対応のためのトークスクリプトでは対応できないケースもあった。 なお、計画時に予定していた比較対象として面接及びコールをしない対象群の設定は今年度は実施しなかった。また、今後6か月後、12か月後の訪問調査による評価を実施する予定である。	CGAの尺度では評価できないニーズとして、家屋内外の環境、経済状況、複雑な家族背景・関係等の多様な背景があること、高齢者やその家族自身がフレイル状態にあることの自覚に乏しくニーズが潜在的であることから、アルゴリズムで導き出したサービスなどを提案しても受け入れられない者が多くいた。 これには家族看護の視点からのアプローチと、対象者と家族を動機付ける面接法などの技術を含む看護師のコミュニケーション能力も必要であると考えられた。 また、必要であると考えられたサービスが定員に達していたり、その地域でその時期に開催されていなかったりなど、サービスを利用できないケースも有り、地域のリソースを整える必要性も考えられる。 (広島大学大学院医歯薬保健学研究所)	・フレイル状態とニーズ把握をより正確に実施するためにアセスメント方法の改善を図る。 ・サービスへのマッチングや生活改善の実践につながるアプローチができるようスタッフ教育を改善強化する。 ・参加者の疾患管理や治療方針を把握した上で主治医の支持のもとで介入する必要があるケースが多く、医療連携をより円滑に行う必要がある。
3	28	広島県大崎上島町 (2,234)	閉じこもり高齢者を地域の活動につなげる効果的な関わり方法を見つける	介入対象者の振り分け方法の妥当性の検討 介入内容の妥当性の検討 関わった高齢者が地域活動へ結びついた割合 基本チェックリスト・アセスメント票の介入前後の変化	○				○	○		（事業目標）閉じこもり高齢者を地域の活動につなげる効果的な関わり方法を見つける。 ①専門職が係わる場合の対象者の選定方法と実際のかかり方確立する。 ・実際の訪問すると、介護認定をうけていない80歳代以上の高齢者では、家族や配偶者が同居している割合が高く、すぐに地域の事業につなげる必要がない人（D）が5人と多かった。（事業でかわった10人中同居高齢者1人） ②地域住民が係わる場合の対象者の選定方法と住民への研修方法を確立する。 ・民生児童委員や一人暮らし等巡回相談員に高齢者の安否確認等を行っていただいているが、その情報が十分活用されていない状況がある。また、どのような状態なら専門職につなげる必要があるのかが明確になっていないため、委員等の各自の気づきに頼っているところが多い。 紫ざ先A（要医療）：1名 紫ざ先B（要介護・支援）：2名 紫ざ先C（地域支援者民生委員等）：2名 紫ざ先不要D：5名	（事業目標から） 閉じこもり高齢者を地域の活動につなげる効果的な関わり方法を見つける。 ①専門職が係わる場合の対象者の選定方法と実際のかかり方確立する。 ・アセスメント項目が多く時間が長くなってしまった。そのため、対象者や介護者への負担が大きくなった。もっと簡便な形にする必要がある。 ・すぐに地域の事業につなげる必要がない人（D）が5人と多く、対象者の選定方法の見直しが必要である。 ②地域住民が係わる場合の対象者の選定方法と住民への研修方法を確立する。 ・誰でも簡単にチェックできるようなチェックリストの作成が必要であることが分かった。 （評価指標から） 関わった高齢者が、地域活動へ結びついた割合：5名中2名（40%） 紫ざ先A（要医療）：1名⇒1名 ・主治医との連携はとれ治療は継続中だが、めまいがあるためめまいがひどくなり人に迷惑をかけてはいけないという思いと軽度うつ傾向もあり、本人が以前のように地域のサロンに参加するまでには至っていない。 紫ざ先B（要介護・支援）：2名⇒1名 ・認知症状のある方は、本人と町外に住む長男さんを包括支援センターへ紹介することができた。 紫ざ先C（地域支援者民生委員等）：2名⇒0名	（詳細は別添「平成28年度最終報告書」に記載）	（詳細は別添「平成28年度最終報告書」に記載）



＜複合的取組

連番	対象年度	実施主体名 (被保険者数)	設定した目標	評価指標				実施結果	事業評価	講評	今後の課題
				具体的内容	指標の種類	アウトカム 前後比較	(アウトカム評価の場合) 対照群との比較				
1	28	長野県佐久市 (15,281)	医師会と連携し、「保健指導マニュアル」を作成・市内医療機関に配布 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）、下腿周囲径が改善した者の割合50%	アルブミン値、フレイル・インデックス（体重、歩行速度、握力、易疲労性、運動習慣の有無）、下腿周囲径	○	○	○	「保健指導マニュアル」の作成は行わず、「実施報告書」を作成し、市内医療機関へ配布を行ったことで、事業の実施内容について関係者と情報共有をし、今後の事業の見直しに活かした。  フレイル・インデックスについては、今回の対象者の抽出基準であるBMI、アルブミン値と相関することを予想していたが、実際には相関が認められず、ほぼ該当がなかったため、分析できなかった。 また、下腿周囲径、骨格筋量指数、握力、5回立ち座り、片脚立位については、介入前の時点で低下基準に該当する者は少なく、介入前後と比較して男女ともに有意な改善はみられなかった。 BMI、アルブミン値についても、改善傾向は見られるものの、事業参加によって有意に改善したとはいえない結果であった。			【対象者の抽出方法】 抽出された事業対象者33名のうち事業へ参加した11名の中で、3名がフレイル状態に該当したが、フレイル状態に該当した者はいなかった。フレイル・インデックスの中には、歩行速度や握力、身体活動レベルの低下があるが、これらの運動機能低下がみられた者はいなかった。よって、今回の抽出基準では、フレイルとの関連性の高いサルコペニアやロコモティブシンドローム該当者を抽出することは難しいと言える。 また、抽出する母集団が平成26年度以降の佐久市健康診断（※以下、健診）受診者としたため、健診受診日から月日が経過し、身体状況が改善している者もみられ、さらに、事業へ参加する者は、社会活動や健康管理への取り組み等、事業開始前より健康づくりへの意識の高い者も多かった。 今後、事業参加を希望しない者の健康状態の把握とアプローチ方法の検討が求められる。 【介入方法】 フレイルを招く要因を複合的にアセスメントするために、複数の専門職が介入したが、複数名での訪問となると、聞き取り項目や測定する内容も多いため、参加者本人への負担が大きい。また、支援内容については参加者が受け身となってしまう傾向があった。行動変容を促し望ましい生活習慣の定着につなげるためにも、参加者自身がより能動的に事業へ参加できるような工夫が必要である。 また、介入する中で、認知機能の低下が認められる者もいるため、参加者の状態に合わせた臨機応変な対応が求められる。 【医療との連携】 フレイルには疾病の管理状況が大きく影響するため、介入にあり医療機関との情報共有が重要である。主治医がいる場合は、疾病や服薬状況、食事や運動などの生活面での注意点を事前に確認した上で介入する必要がある。 また、主治医がいない場合には、医療につき必要性やそのタイミング等についての判断を的確に行えるよう、身体状況のアセスメント方法や医療との連携方法を検討する必要がある。 【効果検証】 フレイル予防の取り組み目標として、今回、栄養状態（体重・アルブミン値）の改善、下腿周囲径の増加、フレイル・インデックス該当数の減少としたが、介入による効果は見えにくかった。 また、がんなどの疾病がある場合は、病状変化がフレイルに大きく影響するため、介入による効果が見えにくくなったことも考えられる。 また、今回の評価指標については、介入前後の計測値が主であり、短期間の介入では数値として効果が表れにくかったことも考えられる。しかし、今回の介入により望ましい生活習慣が定着すれば、今後、身体機能等が改善して行くことも期待できるため、短期間の介入においては、評価指標として「本人の受け止め方の変化」についても把握する必要があると言える。
2	28	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		○	○	身体機能としては5メートル通常歩行、最大歩行時間、身のこなしにおいてp<0.05で優位に効果が見られた。特にフレイル予備軍とされる対象者は教室の改善効果が見られた。フレイル予備軍は栄養面でたんぱく質、主要ビタミンについてフレイル非該当者よりも摂取量が少なくなっていた。主観的な体力、健康状態、転倒スコアにおいてp<0.05で優位に教室効果が見られた。	効果的、効率的に事業を実施するためには、従来ある介護予防事業との連携をすることで対象者に成果があったと考えられる。しかし、対象者の選定という面では、どの対象者に実施することが広域の事業として横展開できるのかは課題を残した。今回、広域が介護分野と連携して事業をおこなったことは関係性の構築につながった。		
3	28	大阪府大阪狭山市 (6,661)	生活習慣、服薬状況等の改善	生活習慣、服薬状況		○	○	平成28年度より暮らし高齢者台帳の調査時に情報提供に同意した75歳以上の人のうち、要介護（要支援）認定を受けていない人、537人 ⇒うち看護師・保健師により電話で状況を聴取154人（28.7%）（電話開始時期が平成29年1月のため、現在実施途中） ⇒うち訪問指導が必要な人20人（電話した人の13%） ⇒うち訪問した人9人（拒否した人11人） 地域包括支援センターからの紹介1人、電話フォロー中であった人で訪問必要となった人1人 平成27年度からの訪問継続者27人 合計実38人 延263人に訪問を実施した。 血圧測定、一般健康状態の確認等を実施。必要時受診勧奨や服薬指導、日常生活指導、関係機関との連携、介護保険申請の支援等を実施した。	初回訪問時の日常生活評価票をもとに生活習慣、服薬状況等の変化を総合的に評価 改善6人、維持25人、悪化7人  血圧測定や一般健康状態、服薬状況、検査結果の確認等を定期的に行い、日常生活指導や受診勧奨等を実施したことにより、生活習慣病の重症化予防につながった（33人）。 認知症等、介護が必要な状態を早期に気づき、適切な時期に介護保険サービスへの移行が行えた（10人）。 ひとり暮らしの高齢者にとって、看護師等の専門職が定期的に訪問し、健康面等の話を聞くことは、不安の軽減につながった。		
4	28	岡山県勝央町 (1,799)	栄養指導による体重増加者30%、体重増加に向けた取り組みを開始した者60%以上 血圧コントロール不良者への栄養指導等で改善傾向がみられる者20%、血圧コントロールに向けた取り組みを実施している者60%以上 血中脂質コントロール不良者への栄養指導等で改善傾向がみられる者20%、血中脂質コントロールに向けた取り組みを実施している者60%以上 訪問指導（栄養・運動）により身体機能（握力）の向上がみられる者30%、身体機能向上に向けた取り組みを実施している者60%以上	体重・体重増加に対する取組の実施状況、血圧、血圧コントロールに向けた取り組みの実施状況、血中脂質・血中脂質のコントロールの取り組みの実施状況、身体機能（握力）・身体機能向上の取り組みの実施状況		○	○	①～④を事業の前後（健診時もしくは開始時と評価時）で把握する。③の血液結果の評価時は通院時の採血結果を有する者のみ ①体重：低栄養者への栄養指導により体重増加傾向がみられるもの30%、体重増加に向けた取り組みを開始した者が60%以上（食事面の取り組み、体重測定、体重記録など） ②血圧：血圧コントロール不良者への栄養指導等により改善傾向がみられるもの20%、血圧コントロールに向けた取り組みを実施しているものが60%以上（食事面の取り組み、血圧測定、血圧記録、未通院者の通院開始など） ③血中脂質：血中脂質コントロール不良者への栄養指導等により改善傾向がみられるもの20%※、血中脂質コントロールに向けた取り組みを実施しているものが60%以上（食事面の取り組み、未通院者の通院開始など）※通院時の採血結果を有する者のみ ④身体機能（握力）：訪問指導（栄養もしくは運動）により身体機能の向上がみられる者30%、身体機能向上に向けた取り組みを実施しているもの（栄養もしくは運動）が60%以上	評価指標・目標  結果 ①低体重 体重増加 30%、取り組み60%以上 53.8%、61.5% ②血圧 血圧改善 20%、取り組み60%以上 39.3%、42.8% ③血中脂質 脂質改善 20%、取り組み60%以上 不明、35.3% ④身体機能 機能向上 30%、取り組み60%以上 42.4%、39.4%		実際の訪問の中で、生活改善の目標の設定及び指導を行い、2回目の訪問で改善状況を確認する中で、高齢者の陥りやすい生活習慣の課題点について確認できたので、指導内容や、波及するための広報等が必要である。内容については別添H28年度 後期高齢者（訪問）事業 課題点についてを参照
5	28	宮崎県美郷町 (1,725)	5m歩行（秒）、30秒椅子立ち上がり回数 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		○	○	1 5m歩行（秒）、30秒立ち上がり（回数）について、初回訪問時、3ヵ月後に測定する。 （1）30秒立ち上がり（回数）・・・事業対象者51名中に対し、介入前後の測定を実施できた人数は30名。改善した者の割合は31.4%（16名/51名）。 （2）5m歩行（秒）・・・事業対象者51名中に対し、介入前後の測定を実施できた人数は10名。改善した者の割合は7.8%（4名/51名）。 2 体重、BMI、ふくらはぎ径について、初回訪問時、3ヵ月後に測定する。 （1）体重・・・事業対象者51名中に対し、介入前後の測定を実施できた人数は47名。体重が増加した者の割合は70.6%（36名/51名） （2）BMI・・・事業対象者51名中に対し、介入前後の測定を実施できた人数は47名。BMIが上昇した者の割合は70.6%（36名/51名） （3）ふくらはぎ径・・・事業対象者51名中に対し、介入前後の測定を実施できた人数は45名。ふくらはぎ径が上昇した者の割合は51%（26名/51名）	1の項目については、様々な事情（不在、入院、体調不良等）により介入開始前後の数値を測定できないケースも多かったため、当初の予定人数を大きく下回る結果となった。特に5m歩行については、自宅で測定するスペースを確保することが難しく、今後の課題として残った。ただし、それぞれの項目共に測定できた者の約半数は改善見られた。 2の項目については、（1）（2）が約7割、（3）が約5割と数値が上昇した者の割合が高かったが、今年度の健診データも併せて検証する必要があると考える。 全体的に対象者の受け入れについては好意的であった。しかし、特に栄養指導の面では本人に危機感が薄いため、介入の印象が残らないと感じられるケースが多かった。		実際に訪問した職員の間などで、80歳を過ぎてからの指導については、本人の行動変異を起こさせるのはなかなか難しいと感じている。次年度については、できるだけ75歳～80歳位のフレイルの兆候が見られる方へのアプローチを検討していきたい。



<研修>

連番	対象年度	実施主体名(被保険者数)	設定した目標	評価指標		実施結果	事業評価	講評	今後の課題			
				具体的内容	指標の種類							
				ストラクチャー	プロセス	アウトカム	(アウトカム評価の場合)前後比較	対照群との比較				
1	28	岐阜県岐阜市(54,125)	-						訪問口腔歯科健診の項目、内容及び健診後の保健指導項目等についての実施マニュアル等を用い、訪問口腔歯科健診の実施方法を実施機関での均質な内容を保証するための研修会を2回(8月7日、9月10日)に開催し、医療機関43団体、歯科医師44名、歯科衛生士53人が参加した。	医療機関の訪問歯科健診への参加率 39%		
2	28	岐阜県後期高齢者医療広域連合(282,094)	参加者の理解度・習熟度向上60%以上 保健事業に取組む町村増	研修参加者への満足度、理解度、習熟度(アンケートより)			○	○	岐阜、西濃、中濃、東濃、飛騨地域で実施したことで、事務職、専門職それぞれの都合に合わせて参加できたことや参加の利便性が図れ、42市町村中36市町村、63名と岐阜県国民健康保険連合会、岐阜県の主管課である地域福祉国保課より3名、滋賀県広域が2名出席した。	後期高齢者担当部署、衛生部門及び介護部門の連携を目的にグループワーク形式の研修会を実施した。参加者からは、交流をとおして互いの考えの違いなどを認識する機会となったと意見を聞くことができました(参加者アンケート35%の意見)。 広域連合の事業を紹介することで、参加市町に広域連合の役割を明確に示すことができました。フレイルについての関心も深まり(参加者アンケート22%)、今後の広域連合の保健事業の円滑運営に資することができたと考えます。		後期高齢者の保健事業は国保、介護部門との連携、専門職と事務職との協力がなく成り立たないが、人事異動によって知識の継承や事業立てまでの政策となっていない
3	28	(参考)三重県津市(39,648)	①地域住民、民生委員、ヘルスボランティア、食生活改善推進員等に対し、地域住民同士が支援できる食生活に関する研修会を年3回開催実施。	フレイル予防に対する理解等(アンケート調査)			○	○				
4	28	大分県中津市(12,139)	訪問スタッフ(管理栄養士、歯科衛生士、看護師)をはじめとする介護事業所等関係者からの多くの参加者						高齢者の低栄養についての知識や関心のポイントについて医師や管理栄養士を講師としての研修会の開催を1回、また高齢者の口腔状況の実態や口腔機能低下が及ぼす全身への影響、口腔ケア指導時のポイントなどについて歯科医師や歯科衛生士を講師としての研修会を1回開催した。訪問スタッフをはじめとして、関係する介護事業所等関係者の多くの参加があった。	高齢者の低栄養・重症化予防の取り組みを効果的に実施していくには、関係者間の連携は、とても重要である。栄養面や口腔面について専門的な研修をうける機会の少ない介護事業所職員を含め、同じ地域で関わる関係者がともに研修できたことで、統一した知識の習得によるスキルの統一や関係者間の連携に向けた機会をつくることができた。		訪問事業終了後の継続支援の重要性からも、介護事業所を含めたスキルの統一にむけても、今後定期的に、関係者がスキル向上と連携体制の構築に向けた研修会の必要性を感じる。
5	28	(参考)宮崎県後期高齢者医療広域連合(宮崎市)(48,536)	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			○	○	1 対象者抽出により案内文を217人に発送し希望者を募る。 希望されなかった対象者へ電話勧奨を行うとともに、包括支援センター担当者説明会における事業説明及び包括支援センター2件へ訪問。 2 1の結果、利用希望者25名となり、栄養士会による訪問栄養指導を実施。 栄養士会において、4名の管理栄養士が24名に対して訪問栄養指導を実施。(1名辞退)2回の訪問と1～2回の電話フォロー 3 人材育成研修の開催(在宅栄養士研修会)を開催し参加者14名。 テーマ：ロコモ予防と口腔ケア、講師：理学療法士、歯科医師及びロコモ事業担当保健師と管理栄養士	1 実施者数・・・24名(内1名は入院のため最終評価無し) 2 介入状況・・・2回の訪問と1～2回の電話フォロー 3 結果・・・最終評価者23人中、体重増が見られた者は8人、変化無しの者は6人、減少した者は6人だったが、食習慣に変化が見られた者は18人だった。		案内文による公募では利用者の増加につながらなかった。また、対象者は、健診結果から低栄養の者を抽出したが、抽出のための設定が広域すぎるため、結果として、今後の介入群、非介入群との比較がとれにくい明確なデータとして利用できるか危惧される結果となった。さらに、健診で拾った低栄養の人について、包括支援センターの介入している要支援、要介護の人と合致する人が少なかった。(一部の包括支援センターでは、低栄養よりも疾病の重症化が深刻との意見もあった。) これらを踏まえ、対象者抽出方法の検討、利用者増のあり方、包括支援センターとの協力のあり方について再度検討していく必要がある。 また、医師、歯科医師、民生児童委員等との協力体制について検討を重ねたい。