

モデル事業の効果的な進め方 ガイドラインのポイント

あいち健康の森健康科学総合センター

津下 一代

高齢者の健康を取り巻く課題と対策

- かつてない高齢化が急激に進行、特に後期高齢者の増加は顕著
- 生活習慣病や加齢に伴う老年症候群など複合的な疾患の重症化と、心身機能低下の両面に関わる高齢期に特有のフレイルへの対応が重要
- 高齢期においては、健康状態等について個人差が拡大する
- 在宅で自立した生活がおくれる期間の延伸、QOLの維持向上を図ることが求められる。これは、医療費の適正化にも寄与するものである



ガイドライン

高齢者の特性を踏まえた保健指導(個々に応じた専門職によるアウトリーチ)

実施主体・役割

後期高齢者医療広域連合: 後期高齢者の医療保健情報を統括的に有し、これを活用して保健事業を適切に実施(主に委託、一部直営)

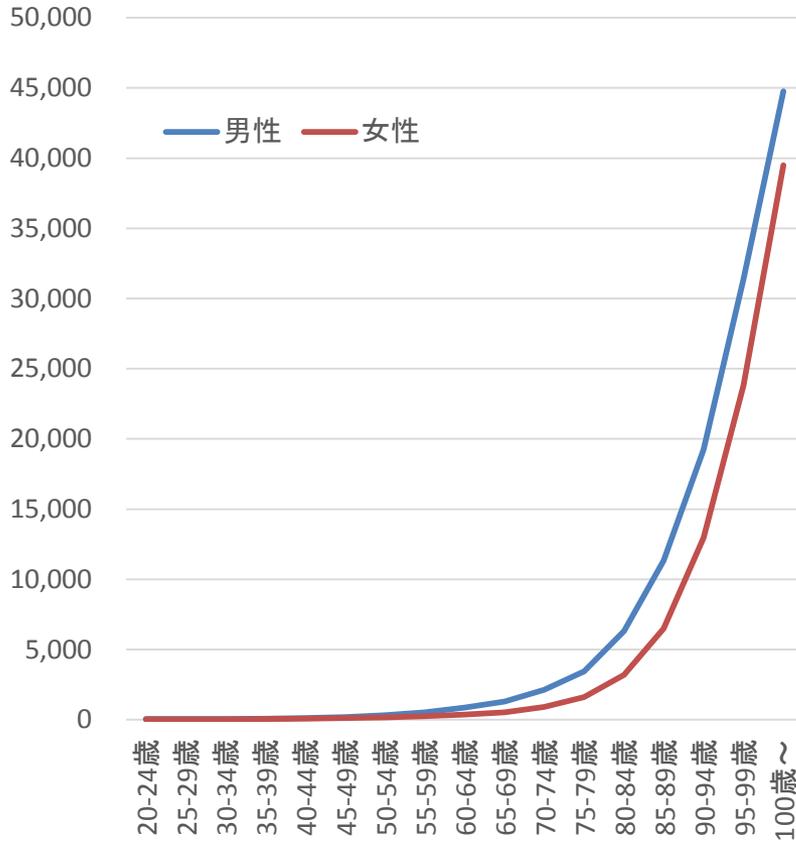
市区町村: 地域住民の健康課題やニーズを直接把握し、これに対応した保健サービスを提供

国、都道府県、関係機関・団体: 制度設計・情報提供・研修・実行支援

年齢階級別死亡率

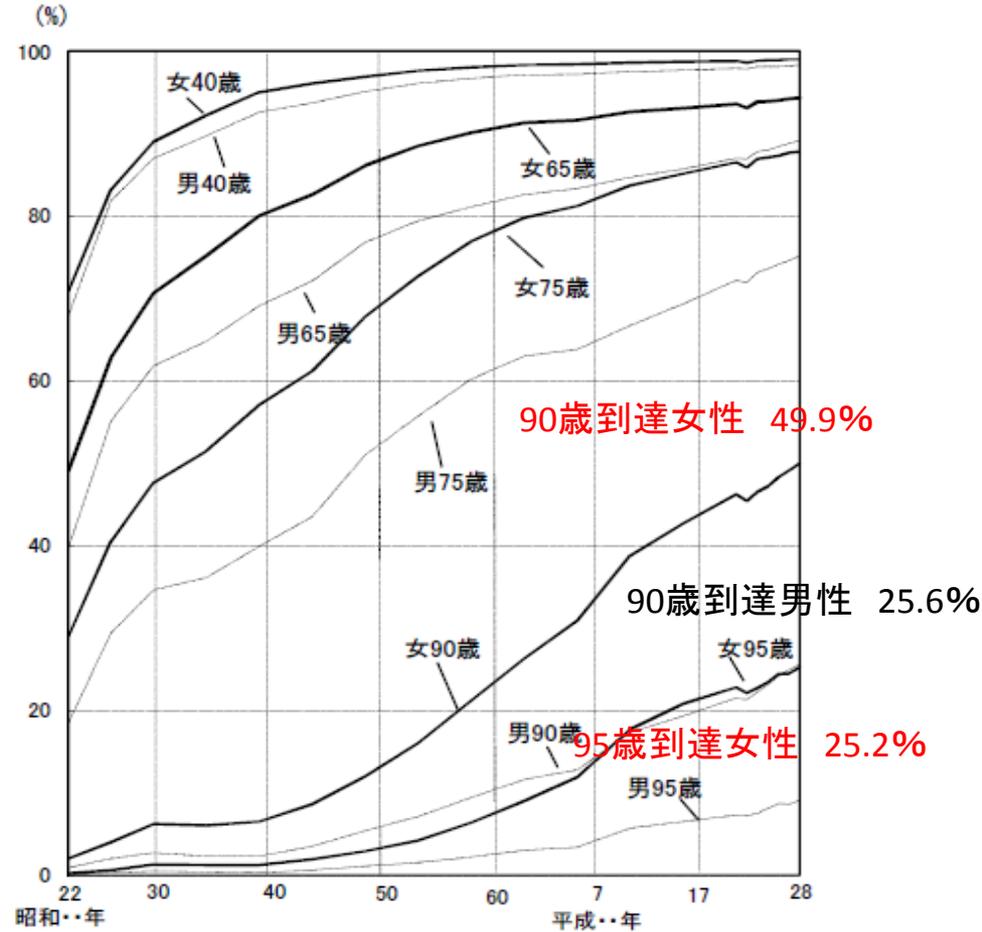
(人口10万人対)

(人)



平成28年人口動態統計

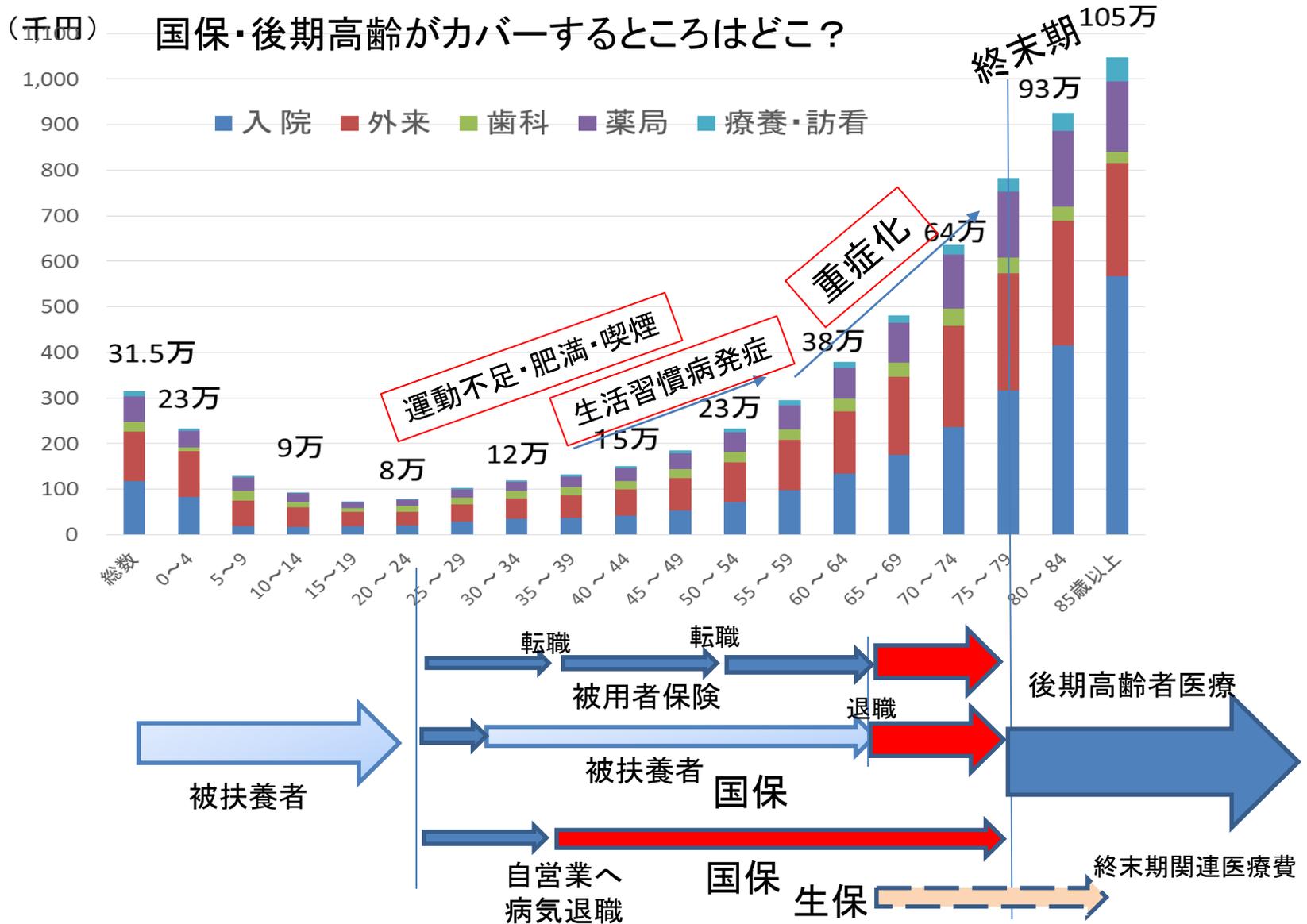
図2 生命表上の特定年齢まで生存する者の割合の年次推移



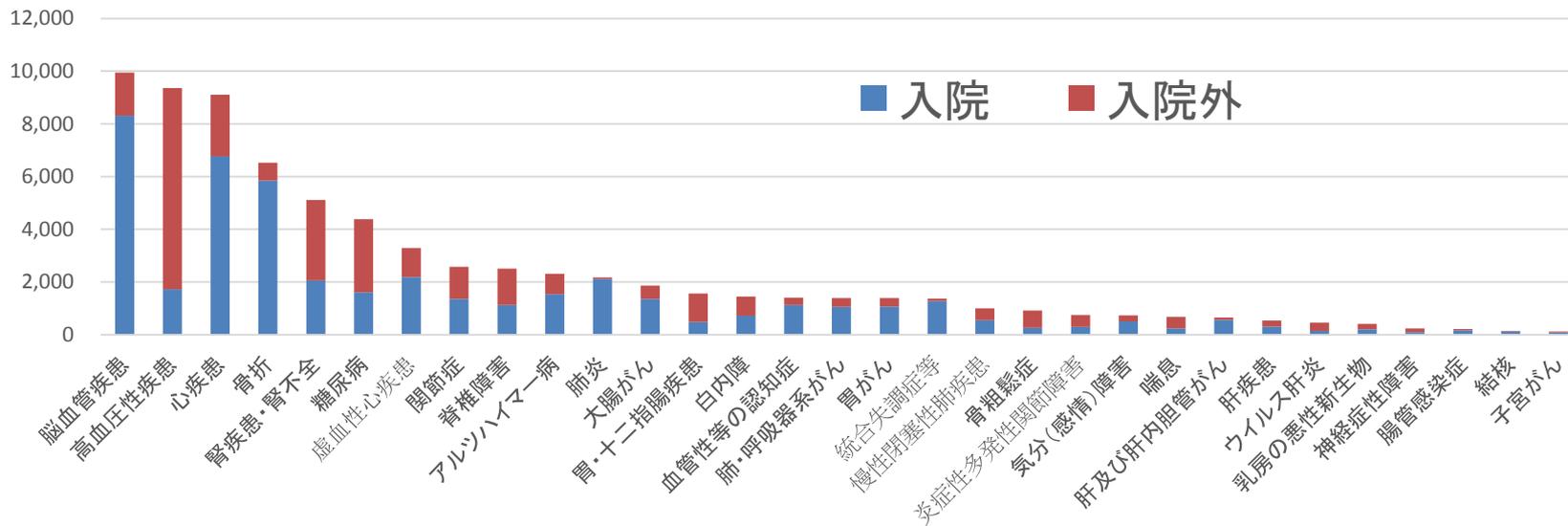
注: 1) 平成22年以前及び平成27年は完全生命表による。
2) 昭和45年以前は、沖縄県を除く値である。

平成28年簡易生命表

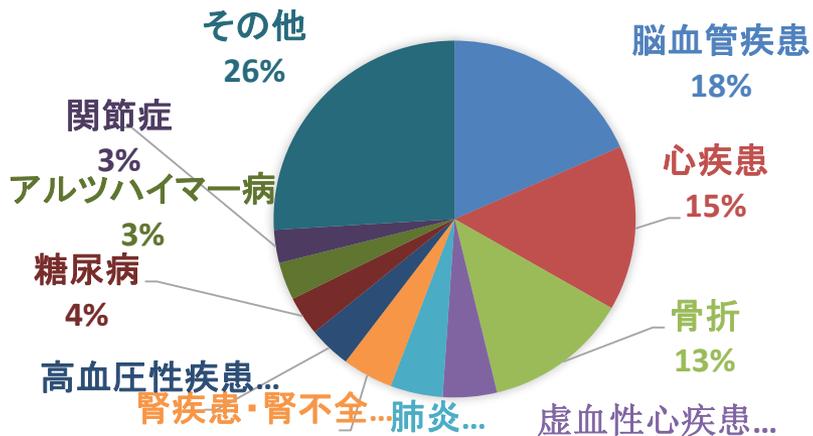
年齢階級別1人当たり医療費



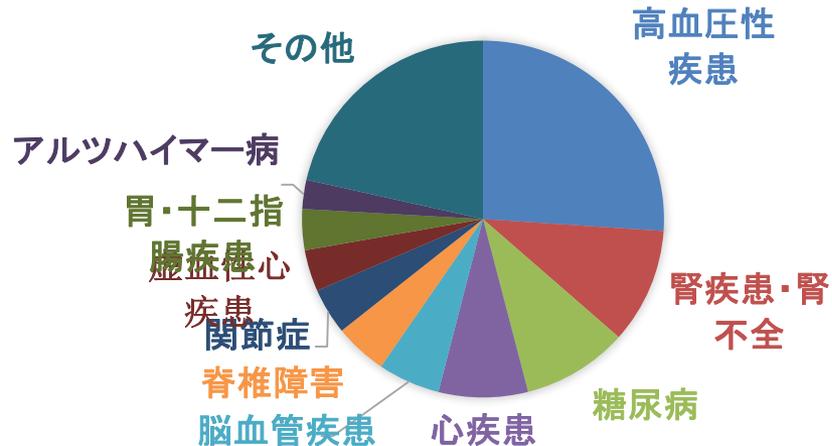
75歳以上の疾患別医療費



入院医療費(高額順)



入院外医療費(高額順)



高齢者に特有の健康障害

葛谷雅文: 日老誌(2009)をもとに、
著者の許可を得て改変

- 高血圧
- 心疾患
- 脳血管疾患
- 糖尿病
- 慢性腎疾患(CKD)
- 呼吸器疾患
- 悪性腫瘍
- 骨粗鬆症
- 変形性膝関節症等、
生活習慣や加齢に伴う疾患

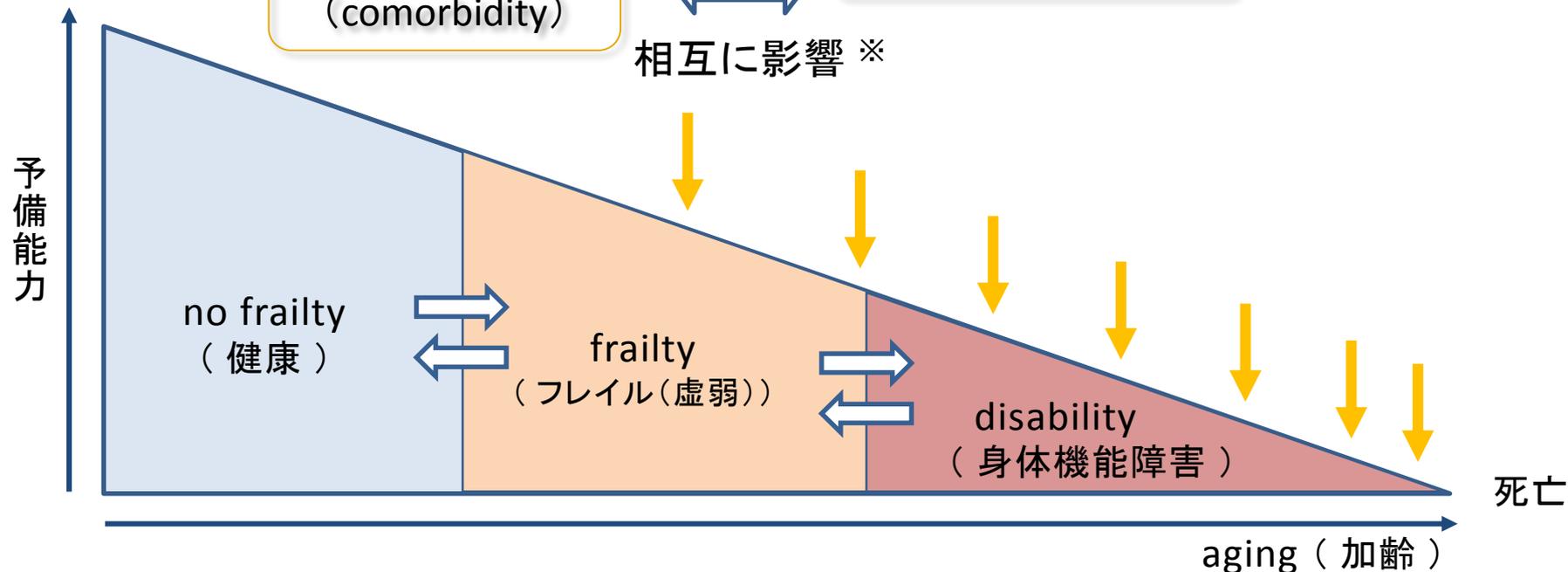
- 認知機能障害
- めまい
- 摂食・嚥下障害
- 視力障害
- うつ
- 貧血
- 難聴
- せん妄
- 易感染性
- 体重減少
- サルコペニア(筋量低下)

慢性疾患を併存
(comorbidity)

and/or

老年症候群

相互に影響 ※



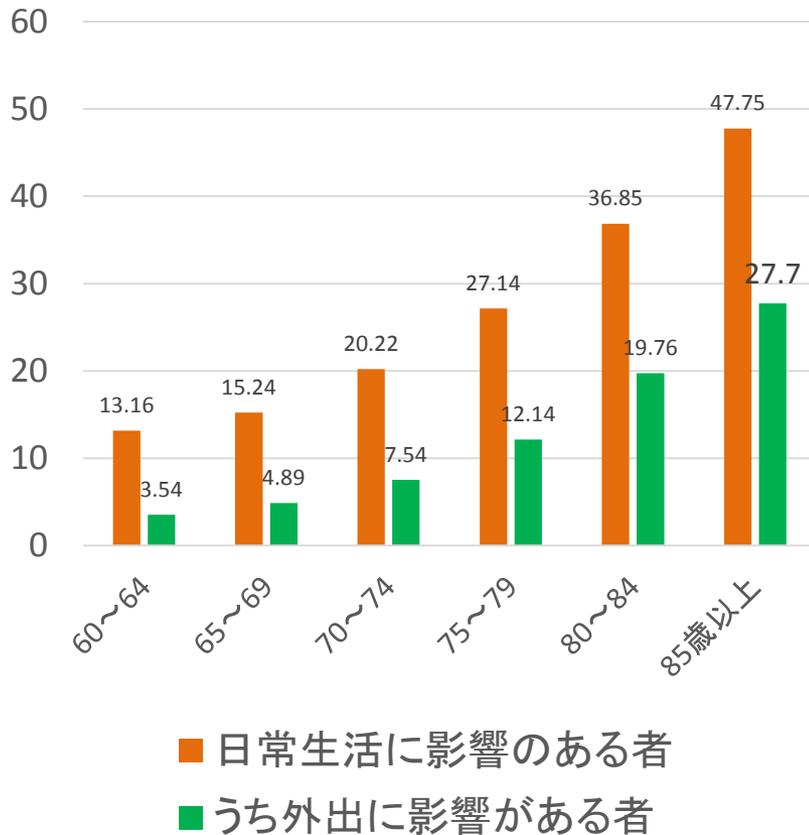
「フレイル」については、学術的な定義がまだ確定していないため、本ガイドラインでは、「加齢とともに、心身の活力(運動機能や認知機能等)が低下し、複数の慢性疾患の併存などの影響もあり、生活機能が障害され、心身の脆弱化が出現した状態であるが、一方で適切な介入・支援により、生活機能の維持向上が可能な状態像」と定義している。

※ 現時点では、慢性疾患のフレイルへの関わりが十分なエビデンスの基に構築されているわけではないことに留意が必要。

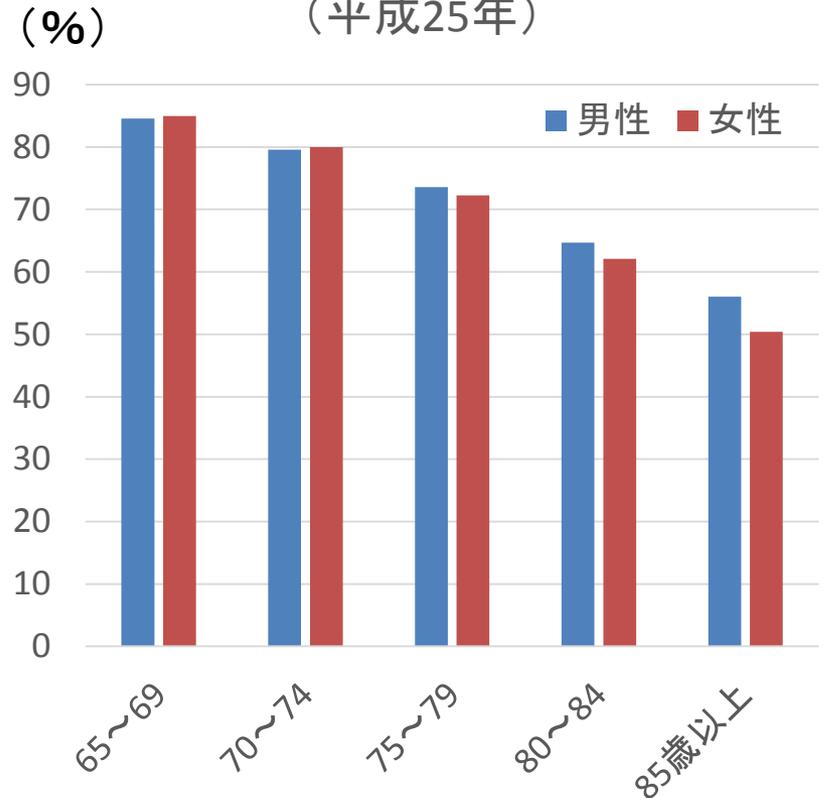
自立度：日常生活への影響

国民生活基礎調査より

日常生活に影響がある者の割合 (平成25年)

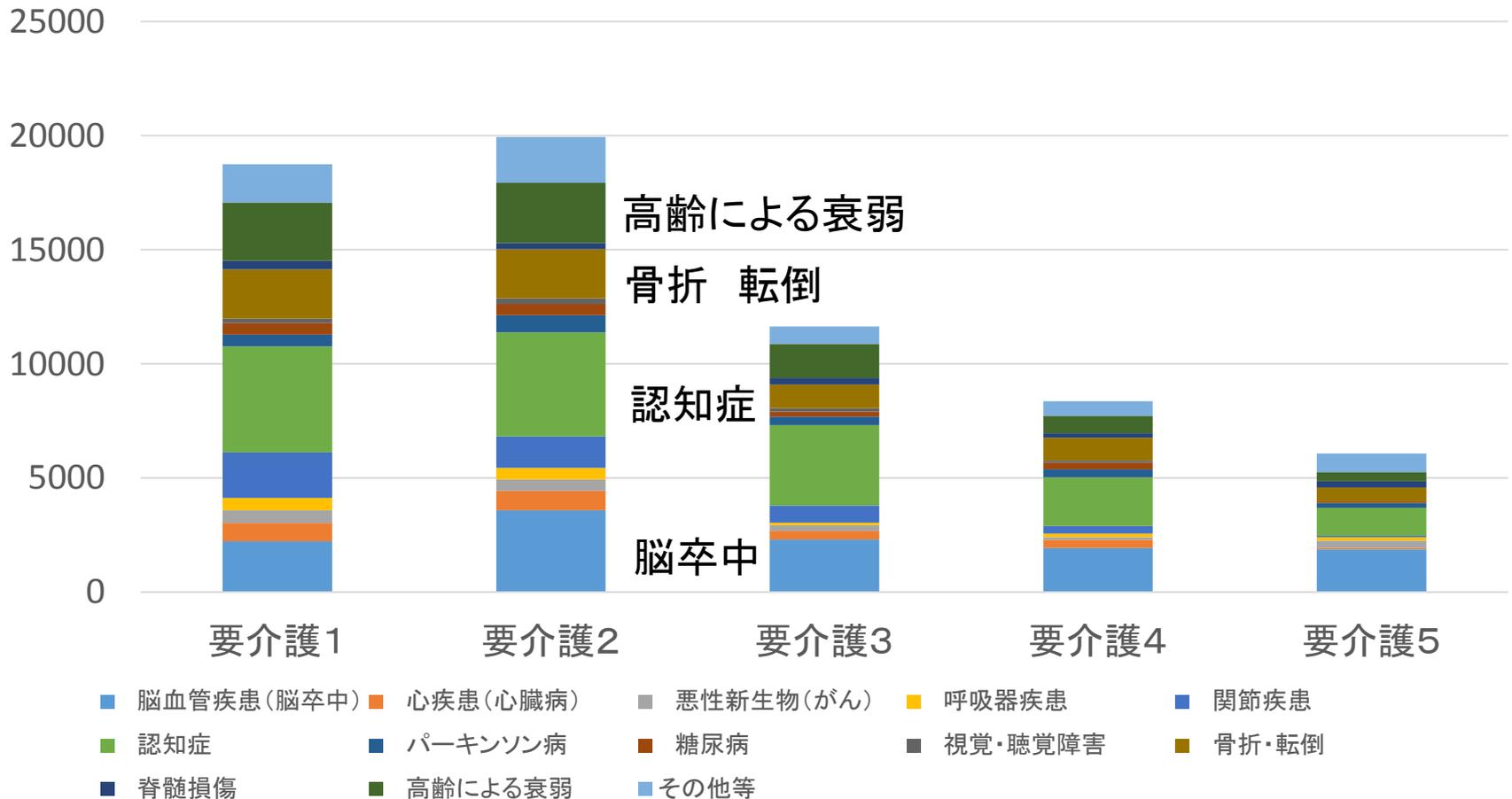


日常生活に影響のない者 (平成25年)



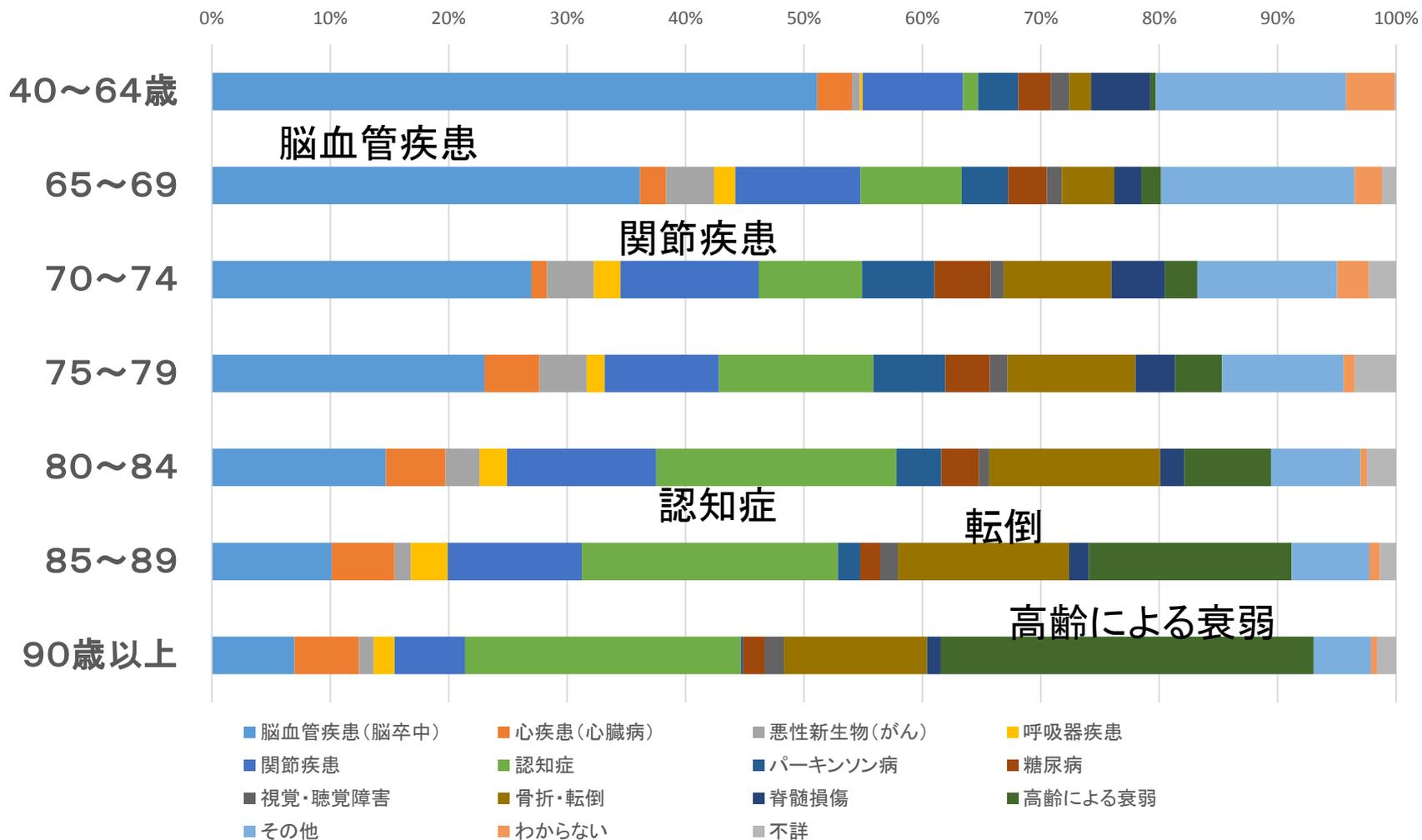
80~84歳の6割は日常生活に支障なし

要介護の原因疾患



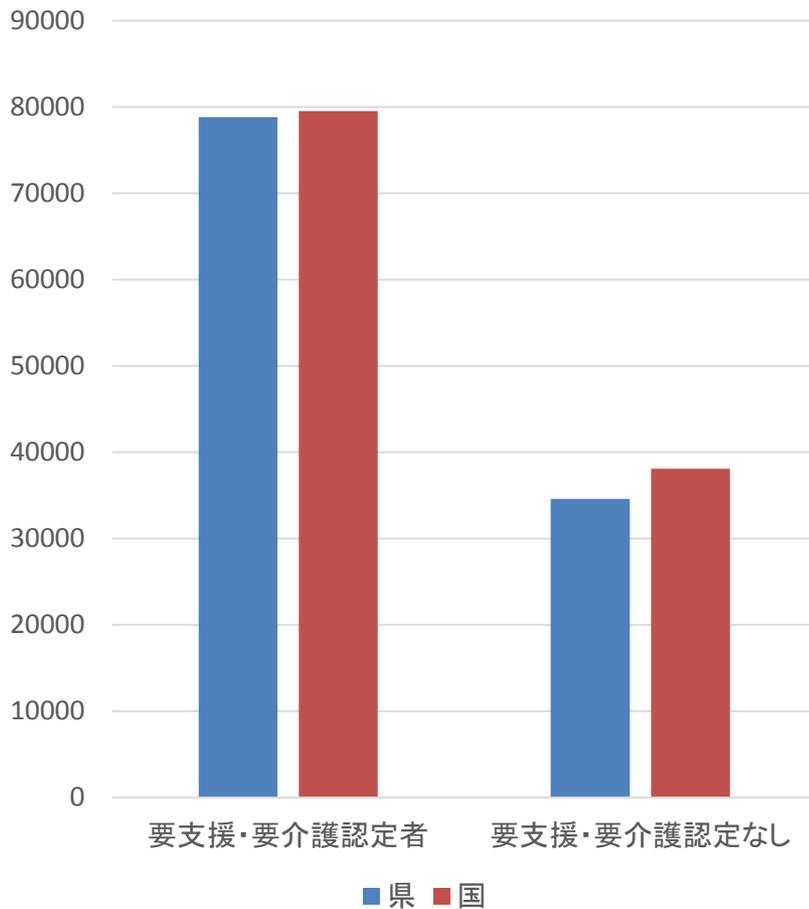
介護が必要になった原因

(平成28年度国民生活基礎調査)

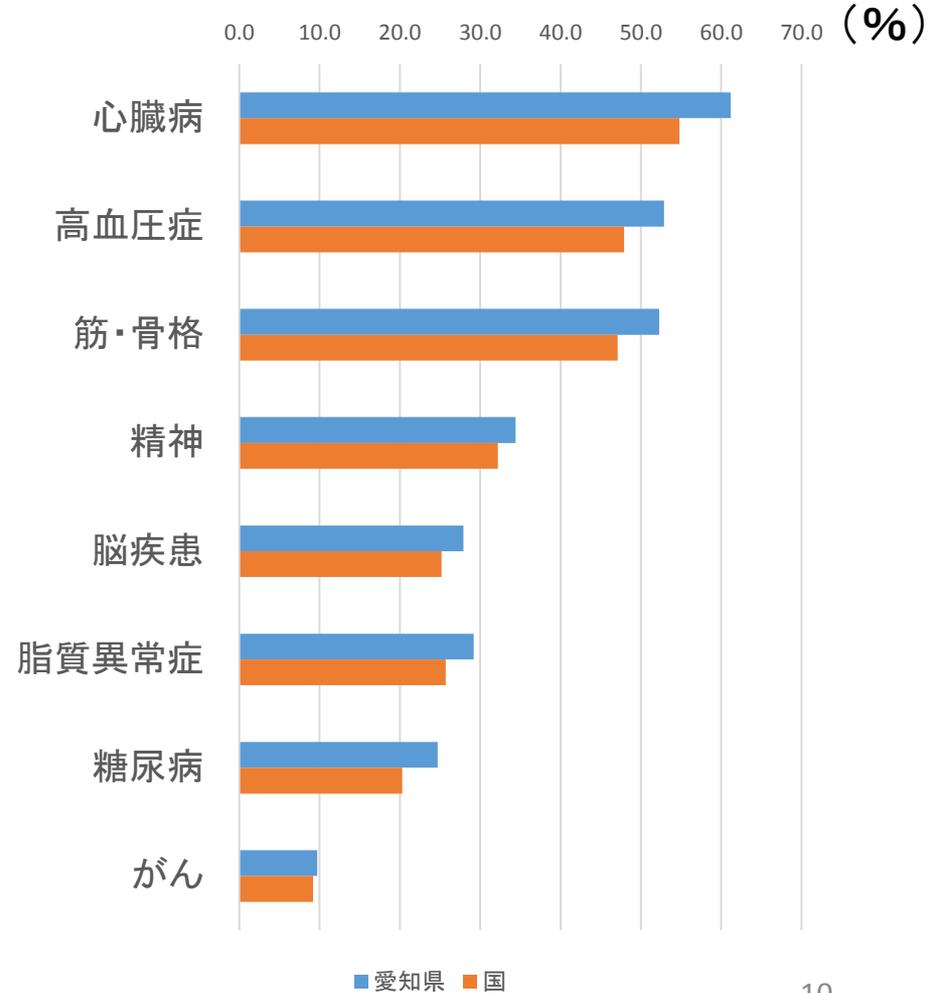


医療と介護の関連

要介護認定者の医療費



要介護者の医療給付の状況



後期高齢者支援金の加算・減算制度

- 平成18年の医療保険制度改正において、後期高齢者支援金の加算・減算制度を創設
- 具体的には、平成25年度後期高齢者支援金から実施(実際の金額への反映は平成27年度に実施する平成25年度確定後期高齢者支援金の精算から実施)。

各保険者の特定健診の実施率等により、当該保険者の後期高齢者支援金の額について一定程度加算又は減算を行う

〈平成25年度の加算・減算の方法〉

①目標の達成状況

- 特定健診・保健指導の実施率

②保険者の実績を比較

- 支援金の減算

特定健診・保健指導の目標を達成した保険者

※なお、平成26年度以降は、平成25年度の減算保険者数と同程度の対象者が選定されるよう、調整済実施係数を設定予定。

- 支援金の加算

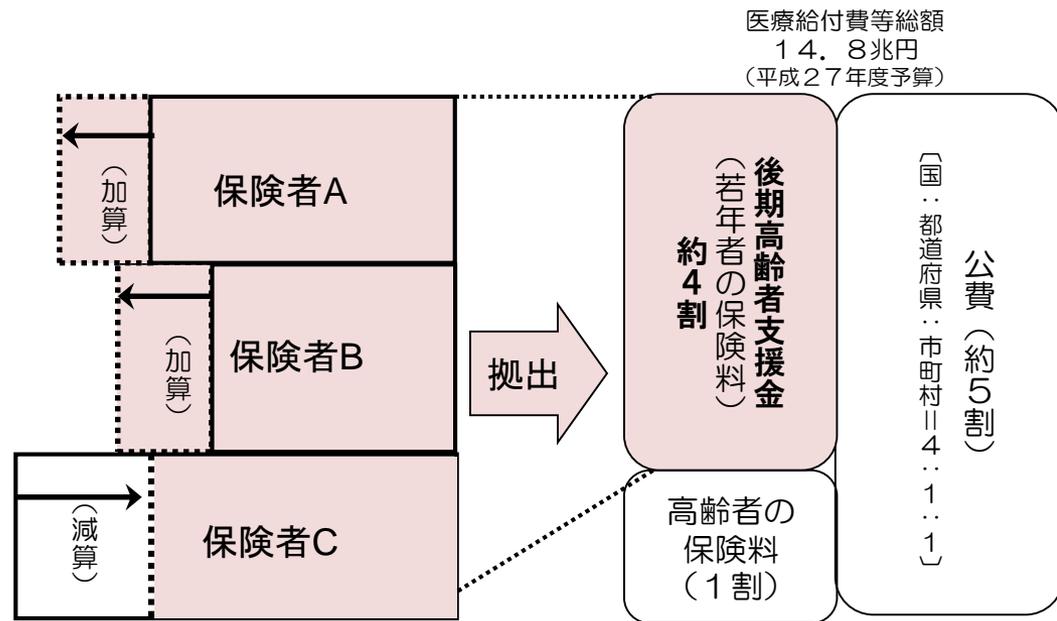
特定健診又は保健指導の実施率が実質的に0%の保険者

③加算率は0.23%に設定 (法律上は上限10%)

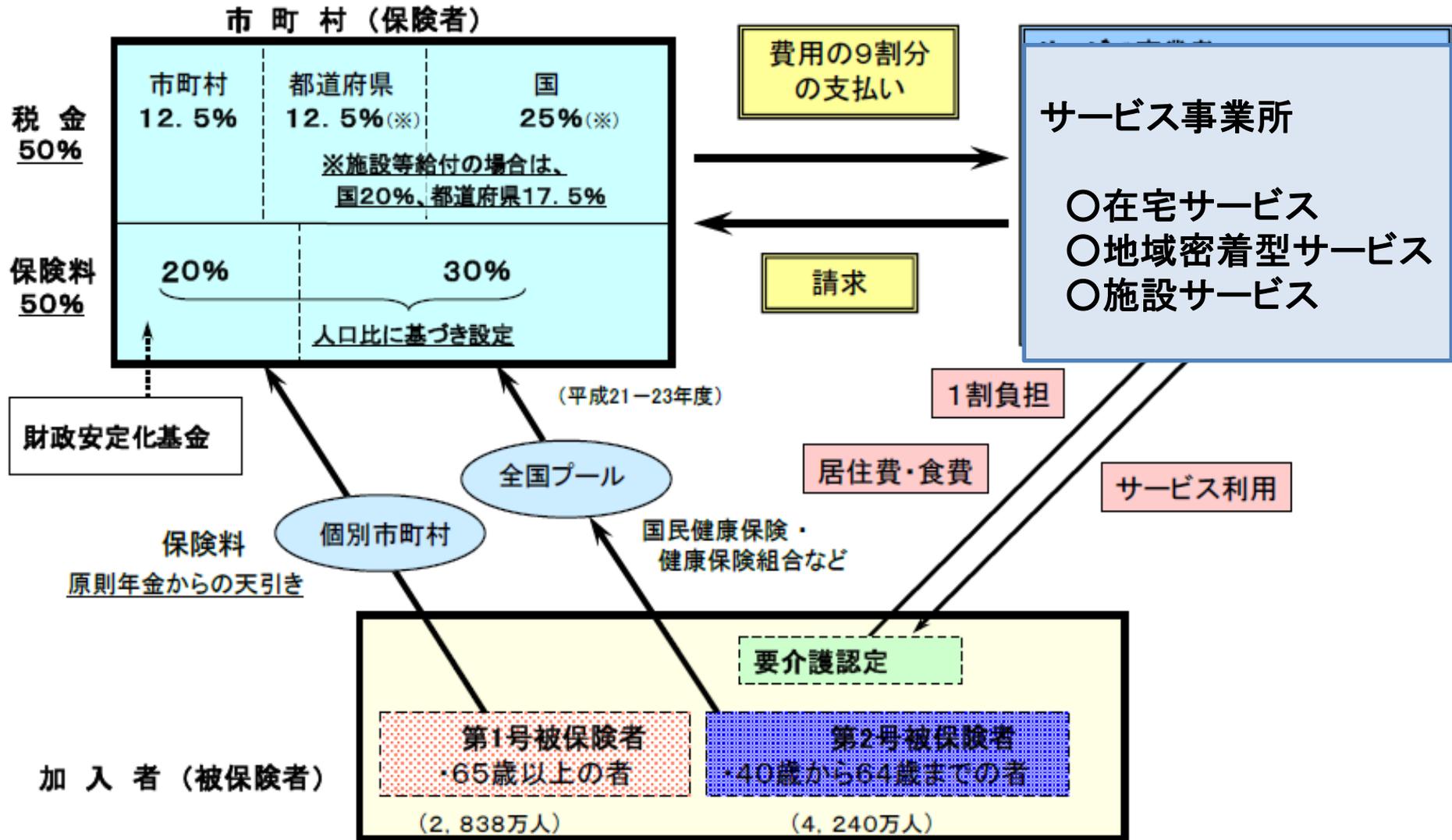
※例外：災害等の事情により実施できなかった場合等、一定の要件に該当する保険者については、加算の適用を除外。

④減算率については、加算額と減算額の総額が同じになるように設定 (法律上は上限10%)

〈後期高齢者支援金の仕組み〉



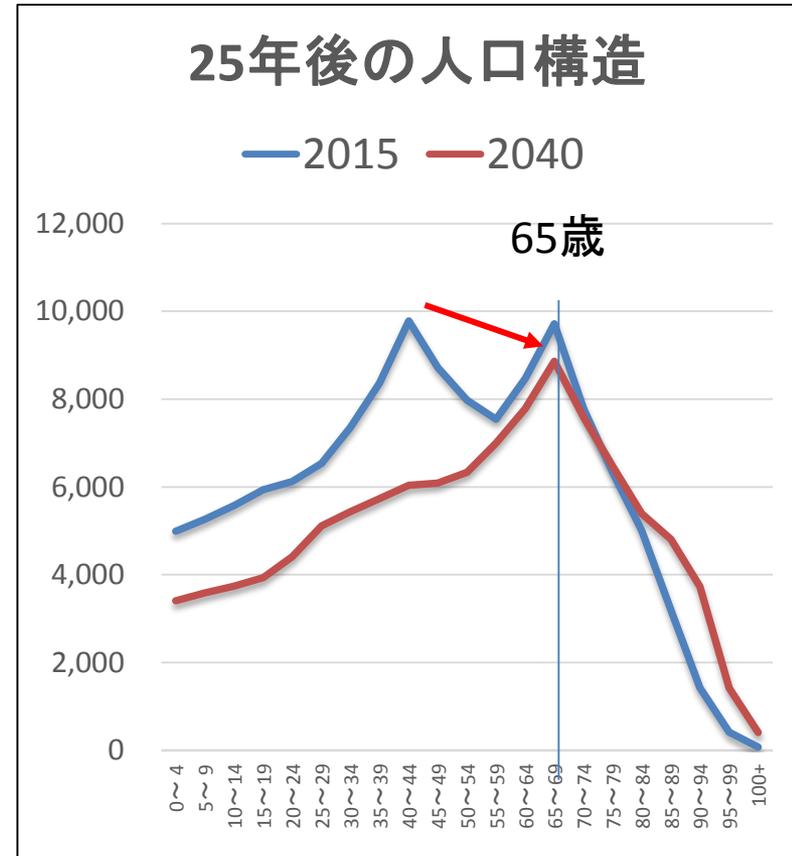
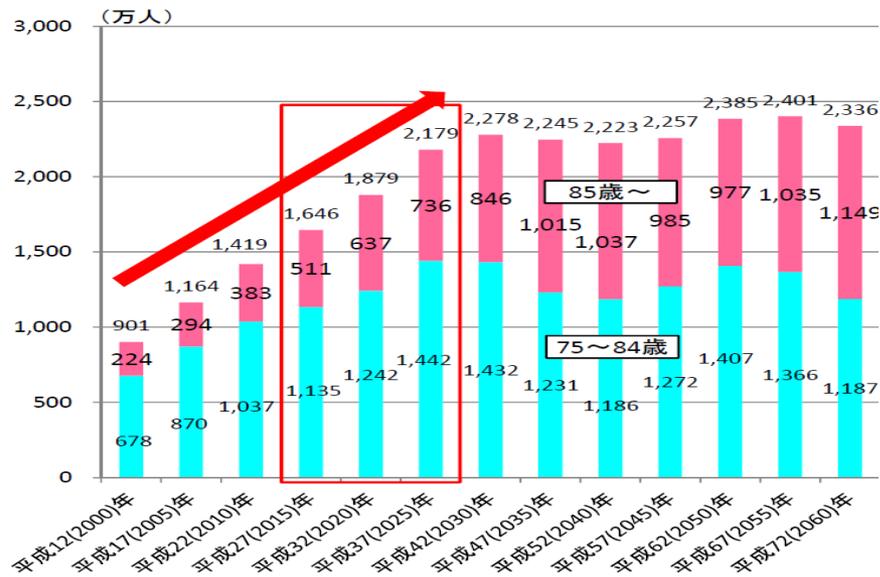
介護保険制度の仕組み



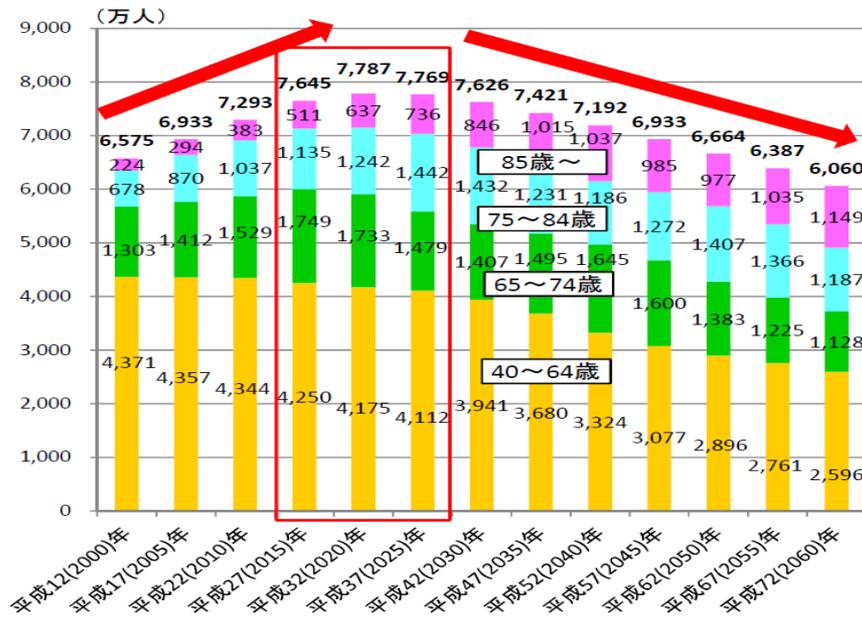
(注) 第1号被保険者の数は、「介護保険事業状況報告(暫定)(平成21年4月末現在)」による。

第2号被保険者の数は、社会保険診療報酬支払基金が介護給付費納付金額を確定するための医療保険者からの報告によるものであり、平成20年度内の月平均値である。

75歳以上人口：2025年まで増え続け、以降一定



40歳以上人口：2030年以降減少



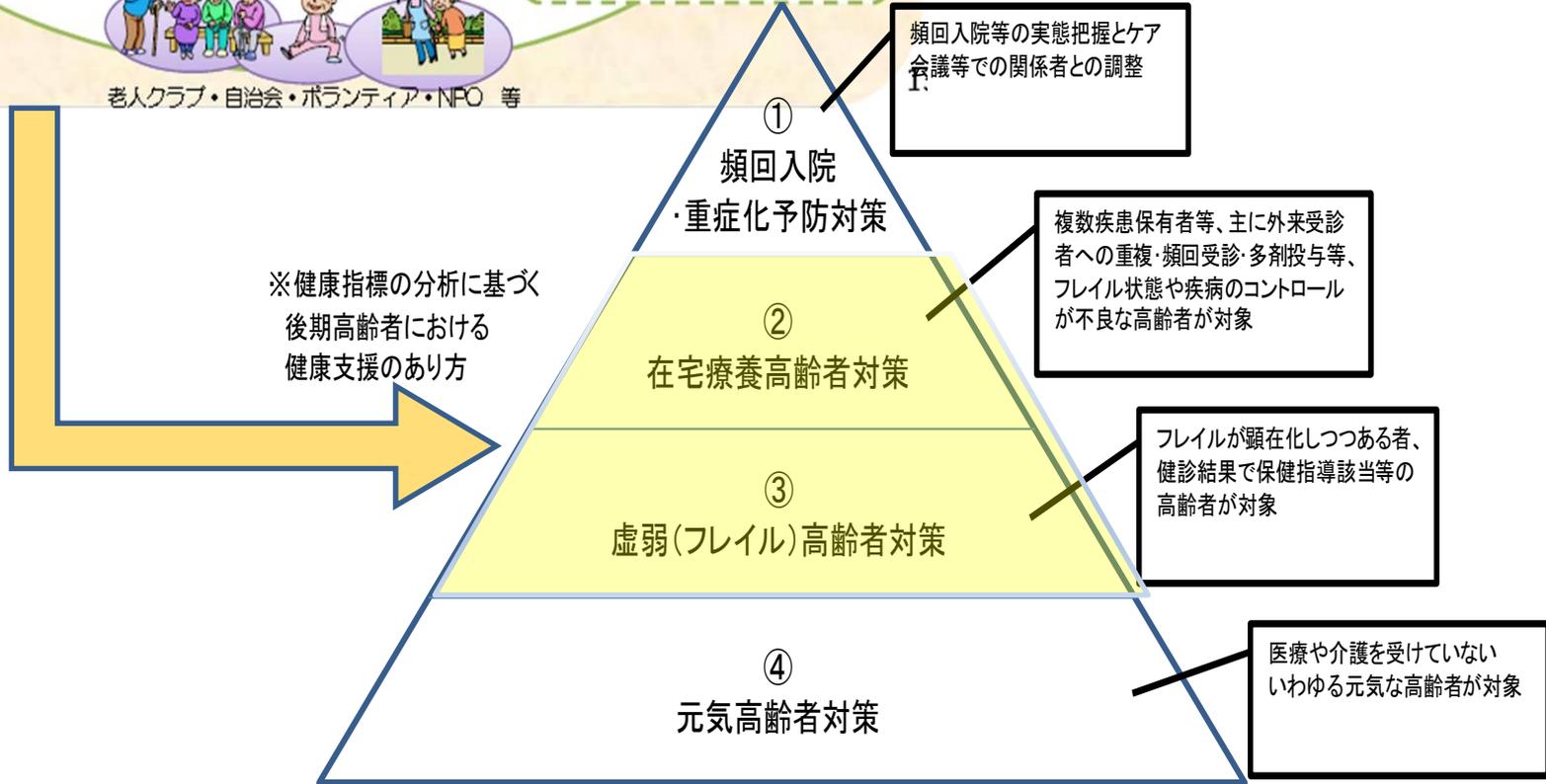
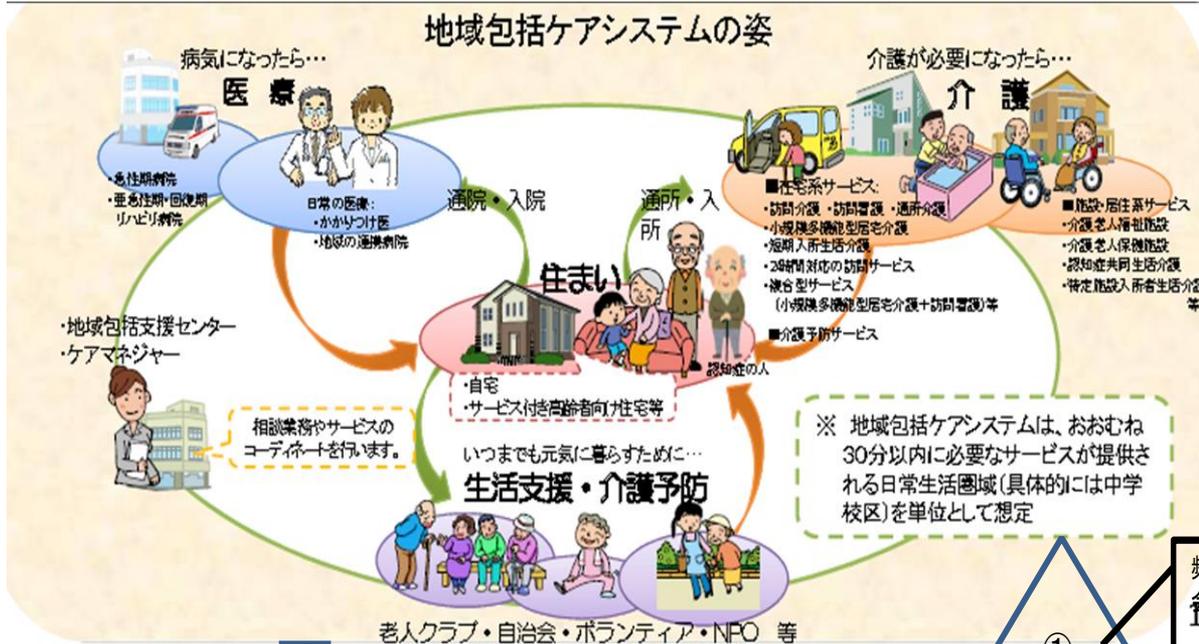
支え手が減り、
 税収・保険料減の中で
 高齢者になる私たち・・・

被保険者の状態像に応じた階層化イメージ

- 被保険者の健康状態をレセプトや健診データから把握し、状態別の集団(階層)の特性に応じた保健事業を提供することにより、効果的・効率的な事業展開が期待できる。
- 階層のイメージとしては、
 - ①緊急・長期入院を含む高額医療が発生している高齢者、
 - ②主に外来を中心とした在宅療養中の高齢者、
 - ③フレイルが顕在化しつつある虚弱な高齢者、
 - ④医療をあまり利用しない元気な高齢者

などの階層が想定。広域連合の保健事業としては、当面の間、主に②、③の階層から着手するなど実施の重点化が想定される。

地域包括ケアシステムの姿



健康課題⇒重点対策へ

科学的
根拠

- ①身体的・経済的な負担が大きい疾病・状態
- ②改善できる方法がある
- ③稀ではない状態

実現
可能性

- ④介入費用も許容範囲内
- ⑤事業の実施体制が組める：制度的対応、マンパワー等
- ⑥効率のよい対象者抽出法がある
- ⑦効果を確認する評価法がある

⇒PDCAを回すために不可欠

高齢者の保健事業
目標設定の考え方

在宅で自立した生活がおくれる高齢者の増加 (入院率・入外比、疾病別医療費、要介護度)

フレイル(虚弱)の進行の防止

生活習慣病等の重症化予防

高齢による心身機能の低下防止
(老年症候群)

健康状態に課題がある
高齢者の減少

相互に影響

心身機能が低下した
高齢者の減少

慢性疾患の
コントロール

服薬状況

低栄養

口腔機能

認知機能

運動機能

高齢者の健康状態・フレイルの状態、生活状況等の包括的な把握

適正受診・服薬

- ・かかりつけ医
- ・受診中断の早期対処
- ・重複・残薬指導

禁煙・適正飲酒

- ・禁煙
- ・過量飲酒の減少

栄養・食生活

- ・減塩、水分調整
- ・たばく摂取
- ・肥満者の維持・減量

口腔機能

- ・摂食・嚥下体操
- ・入れ歯の手入れ

運動・リハビリ

- ・転倒・骨折防止のための運動器等の指導
- ・リハビリの継続

外出・社会参加

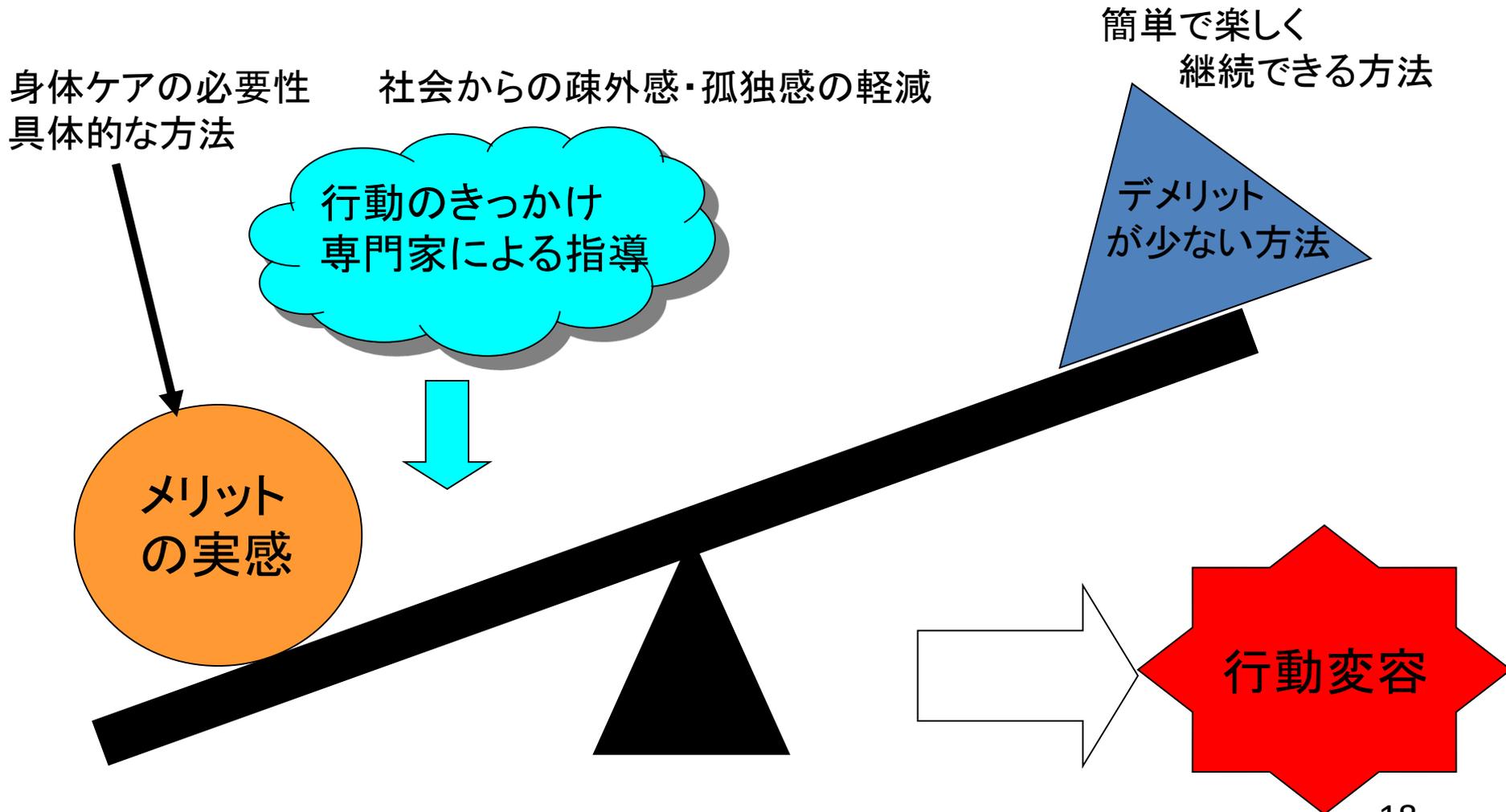
- ・買い物、散歩
- ・地域活動・ボランティア等の支援

虚弱(フレイル)高齢者や在宅療養高齢者等への健康支援

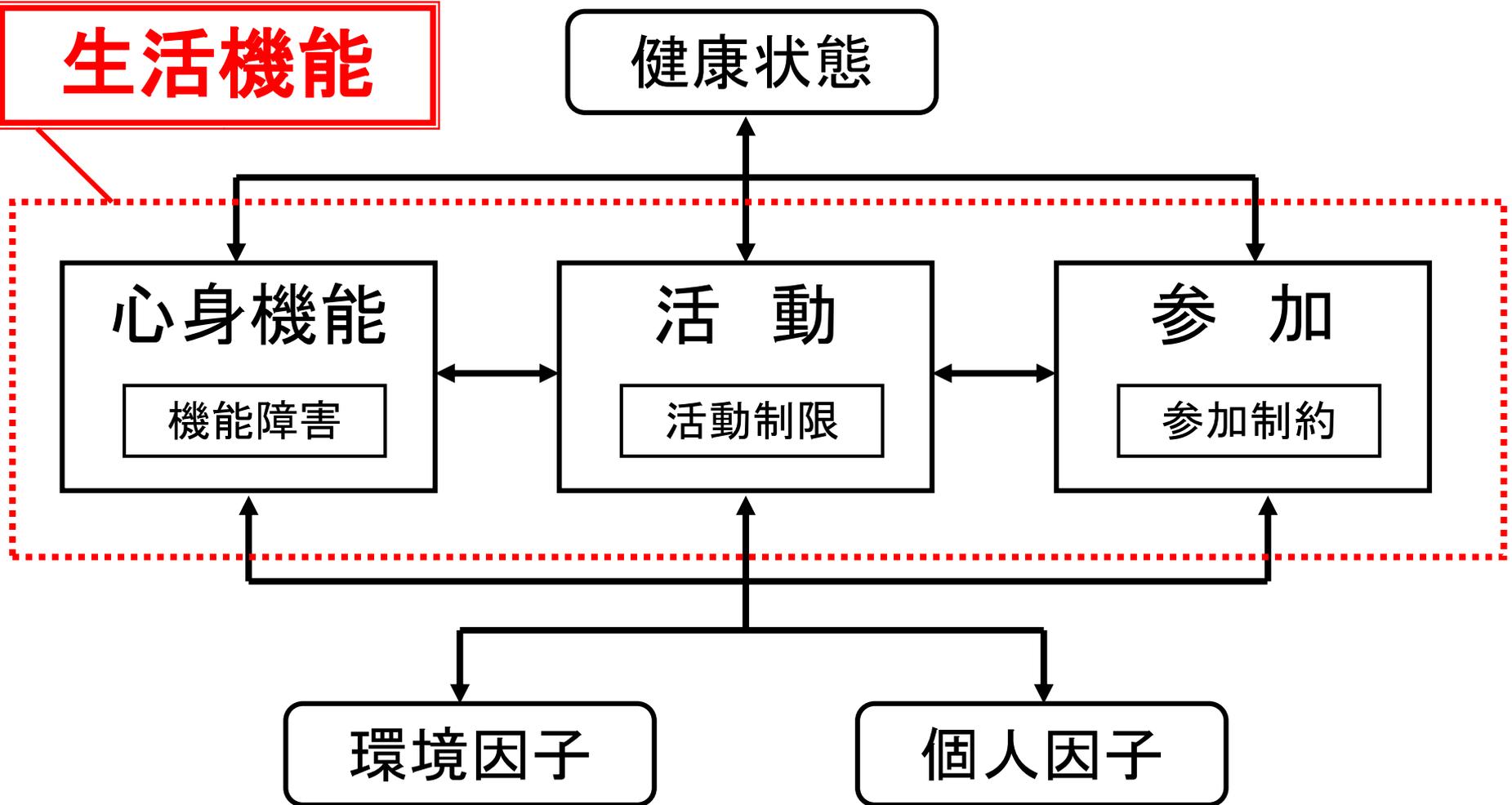
※国保・ヘルス事業との連携

※介護予防との連携

高齢者・家族の不安を取り除き 安心して生活が楽しめるよう支援



生活機能



(国際生活機能分類 WHO, 2001)

「心身機能」の不自由を、生活上の「活動」で補い、豊かな人生に「参加する」。

高齢者の保健指導の標準的な流れ(案)

資料3(※4)

※ 取組の入口例

栄養指導

口腔指導

服薬指導

重症化予防

対象者抽出

情報源
主な
具体的
基準例

基本
チェックリスト

健診・歯科健診

レセプト情報

関係者からの
情報提供

BMI
・20以下

過去2年
歯科受診無

1か月5種類
以上服薬

HbA1c
7.0%以上・
治療無

絞り込み
の
抽出者

例) 健康課題：2年連続での変化が大きい/ 新規加入者/ 経年的に課題が見られる
取組体制等：マンパワー・予算、地域資源等の状況から優先順位付け

専門職の
介入

アセスメント

生活実態・健康状態・フレイルの状況等を包括的に把握する

※ 必要に応じ、
連携して支援

指導

食事(蛋白質・水分・
エネルギー等)のとり
方、買い物、調理の
アドバイス等

口腔ケア(歯みが
き・口腔体操等)の
アドバイス等

飲み忘れ防止・
薬の飲み方/
受診に向けてのア
ドバイス等

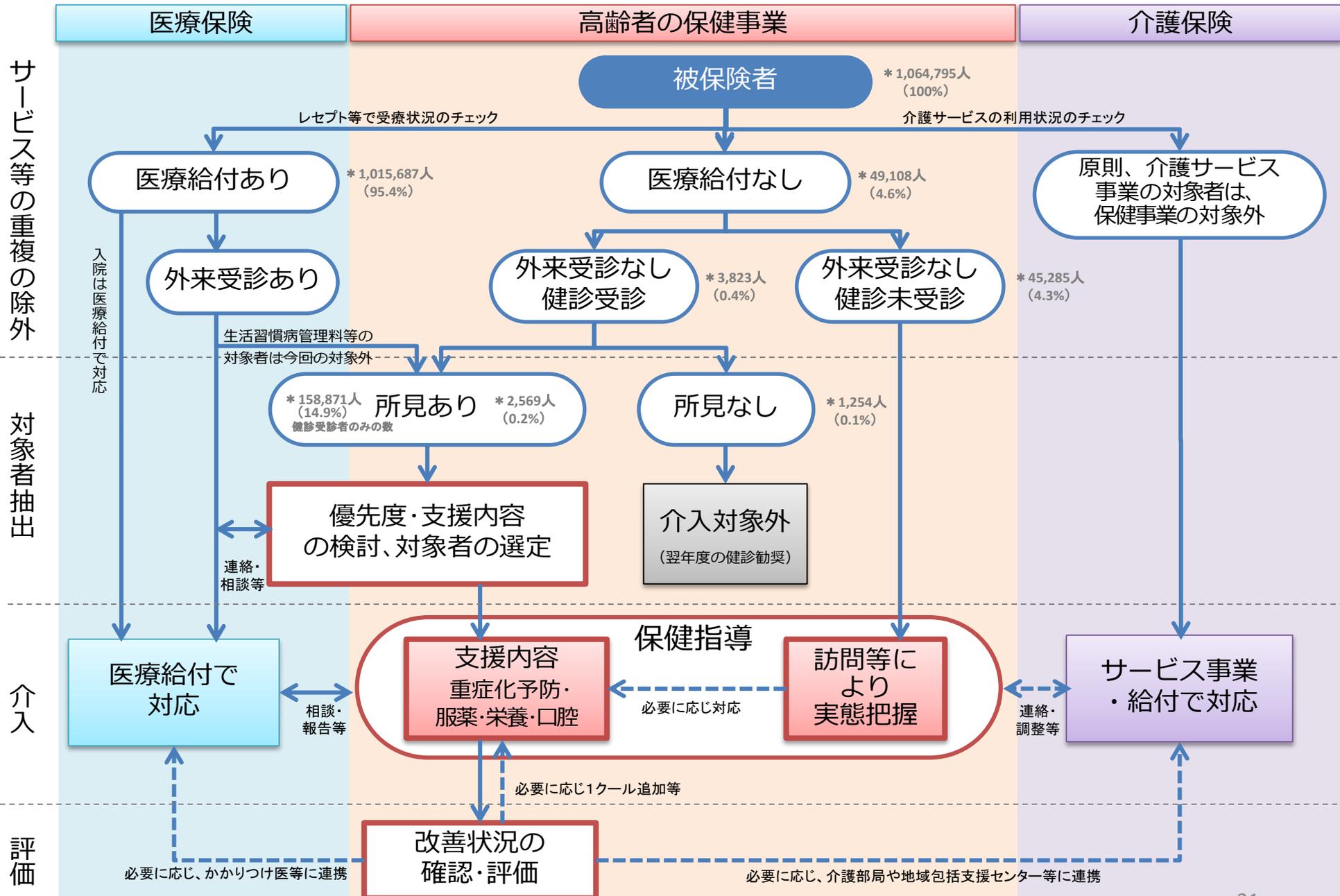
食事・運動・外出
/受診に向けての
アドバイス等

評価

設定した評価指標や抽出基準・アセスメント項目等をもとに評価
(全体の変化、前後比較、加齢等の因子の考慮等)

高齢者の保健事業の実施フロー（関係者間の連携）案

資料3(※1)



凡例 上段：該当人数
下段：被保険者に占める割合(%)

<参考値*>
平成28年度モデル事業報告様式(KDBシステムから抽出)より

後期高齢者医療における保険者インセンティブ（H28～）

1. 趣旨・仕組み

- 後期高齢者医療制度において、その運営主体である後期高齢者医療広域連合による予防・健康づくりや医療費適正化の事業実施が全国規模で展開されることを目的として、広域連合の取組を支援するための仕組みを構築する。
- 評価指標に基づき広域連合の取組を評価し、平成28年度から交付する特別調整交付金に反映する。
※ 反映方法は国保の都道府県分と同様のイメージ。
- なお、まずは、取組の実施そのものを評価する指標に基づくが、今後、他制度を含めた保険者インセンティブの取組状況等を踏まえ、評価指標や評価方法等を更に検討する。

2. 評価指標の候補

保険者共通の指標

- 指標①・② ※後期では(特定)健診は義務ではない。
 - 健康診査や歯科健診の実施
 - 健診結果を活用した取組(受診勧奨・訪問指導等)の実施
- 指標③
 - 重症化予防の取組の実施状況
- 指標④
 - 被保険者の主体的な健康づくりに対する保険者の働きかけの実施
- 指標⑤
 - 重複・頻回受診、重複投薬者等への保健師、薬剤師等による訪問指導の実施
- 指標⑥
 - 後発医薬品の使用割合
 - 後発医薬品の促進の取組

固有の指標

- 指標①
 - データヘルス計画の策定状況
- 指標②
 - 高齢者の特性(フレイルなど)を踏まえた保健事業の実施状況
- 指標③
 - 専門職の配置など保健事業の実施のために必要な体制整備
- 指標④
 - 医療費通知の取組の実施状況
- 指標⑤
 - 後期高齢者医療の視点からの地域包括ケア推進の取組
 - 国民健康保険等と連携した保健事業の実施状況
- 指標⑥
 - 第三者求償の取組状況

ガイドラインとモデル事業の関連

解決したい課題の明確化
解決方法のエビデンス(論文・これまでの事業での効果)

ガイドライン案(実現可能性・効果・リスクマネジメント)
全国で実施できることを目指した方策の検討

モデル事業: ガイドライン(案)に基づく個別事業
既存事業を応用、新しい考え方、工夫、資源

モデル事業評価: 個別事業および種類別の評価
実現可能性、実施体制、効果を検証

ガイドライン案評価⇒改訂
表現方法の工夫: パターン、例示など

制度への反映・全国展開へ

ガイドライン(暫定版)の提案

広域連合が実施することが望ましい健診や保健指導などの保健事業の具体的な内容について科学的知見を踏まえて提示

【目的】後期高齢者(被保険者)の健康の保持増進と心身機能の低下防止を図り、結果として医療費の適正化に資する

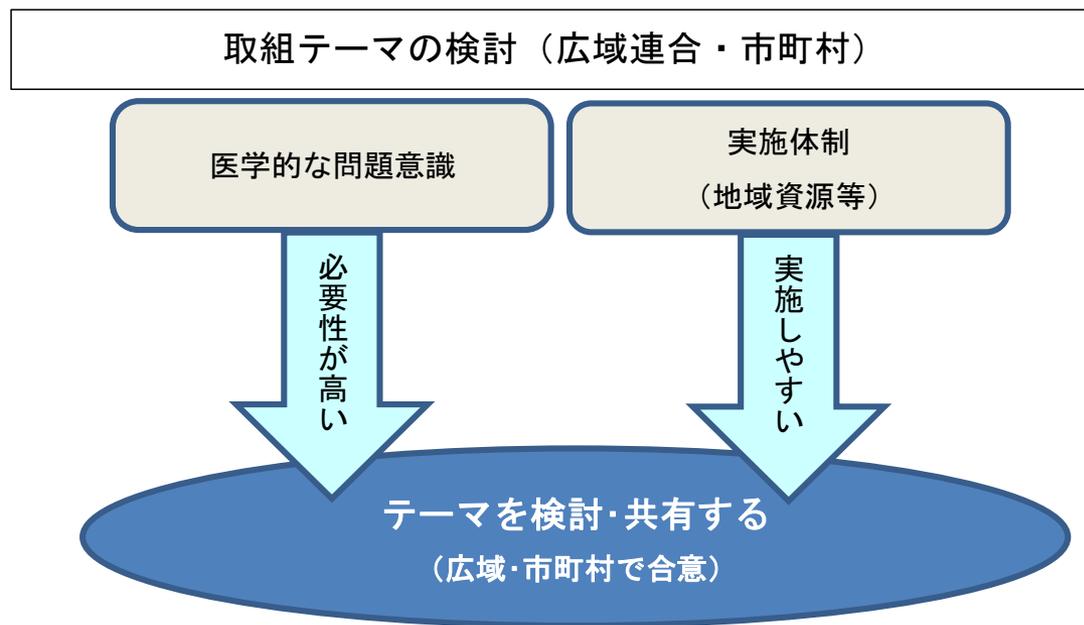
【内容】生活習慣病等の慢性疾患の重症化予防、
フレイルに起因する老年症候群(低栄養、転倒・骨折、
誤嚥性肺炎等)の管理(栄養指導等)

【実施者・根拠】後期高齢者医療広域連合が保健事業として実施

モデル事業の進め方

- 目的の明確化、共有化
- 計画：対象者抽出基準・抽出方法、
介入支援の内容、評価時期と指標
- 運営：対象者抽出から事業までの流れの整理
実施体制（実施者、手順書、地域連携）
- 評価：活用可能な評価指標の整理
- モデル事業から通常業務への導線を意識

なにが重要か？ 対策可能か？ 何に取り組みやすいか？ の観点も



動くところから始めて
広げていく

側方から
本丸へ攻めることも

健康課題⇒問題意識

・低栄養を改善しフレイルや骨折を予防する必要があることがデータから明らかになった。

レセプト：骨折 介護

健診：BMI、体重減少

・口腔機能を改善し低栄養や誤嚥性肺炎を予防する必要があることが明らかになった。

レセプト：（誤嚥性）肺炎

・転倒リスクを下げるため服薬状況が課題であることが明らかになった。

レセプト：多受診、服薬量過多

・糖尿病性腎症が高額医療費の多くを占め、重症化予防の取組が必要である。

レセプト：透析、腎不全

健診：糖尿病、腎機能

・虚弱高齢者が、要介護状態のみならず疾病の重症化につながる傾向が高く支援の必要性がある。

レセプト、健診データ

実施体制の例

・健康増進部署の既存事業を活用できる
・地域で活躍している在宅栄養士がいる
・栄養士会が協力的である

・歯科医師会・歯科衛生士会が協力的
・協力を得られやすい在宅歯科衛生士がいる

・薬剤師会が積極的。支援が望める

・医師会・専門医の協力が得られる地域で活躍する在宅保健師がいる
・国保の重症化予防から継続した取組が可能

・包括支援センターの高齢者訪問とタイアップ。

保健事業実施全体の流れ

		広域連合	市町村
事業実施主体における体制整備	<ol style="list-style-type: none"> 健康課題の把握 広域連合と市町村間での課題の共有 取組テーマ・対象地域の特定 チーム形成 外部からの情報収集 	<ul style="list-style-type: none"> 広域での共通の課題を把握・検討 健康・レセプト等の広域固有の課題は共 好事例の紹介 検討の場の設定 	<ul style="list-style-type: none"> 地域に特有な課題を把握・検討 検討に参画 チーム員間の調整
地域連携体制の構築	<ol style="list-style-type: none"> 都道府県との調整 関係団体への事前相談 広域連合と市町村間での情報提供の環境整備 	<ul style="list-style-type: none"> 県単位の関係者の事前調整 個人情報対応 電子化等データ環境整備 	<ul style="list-style-type: none"> 地域の関係者の事前調整 庁内調整 個人情報対応 データ共有
事業企画	<ol style="list-style-type: none"> 対象者の抽出基準の設定と概数の把握 予算・人員体制の検討 目標・評価指標の設定 実施予定者の絞り込み 介入方法の検討 医師会等関係機関への説明 	<ul style="list-style-type: none"> 抽出基準の検討 概数把握 必要なデータ抽出 予算の確保 補助事業の活用等 指標設定の支援 県単位の関係者への事業説明 	<ul style="list-style-type: none"> 企画について、広域連合と調整 目標・指標の設定 実施方法・内容の詳細検討・決定 医師会等、地域の関係者への事業説明
事業実施	<ol style="list-style-type: none"> 事業参加者への声掛け 事業参加者の日程調整 かかりつけ医等関係者への事業説明 介入支援の実施（初回支援・継続的支援） 	<ul style="list-style-type: none"> 必要に応じて、市町村と検討・調整 	<ul style="list-style-type: none"> 事業の実施 かかりつけ医等、地域の関係者との調整
評価とその活用	<ol style="list-style-type: none"> 事業評価 事業報告 次期計画への見直し 	<ul style="list-style-type: none"> 事業評価に必要なデータ提供 計画の見直し 	<ul style="list-style-type: none"> 実施結果のまとめ 評価、報告作成 事業見直し等の検討

参加市町村・広域連合名: () 県 ()

進捗管理シート

- ・計画時
いつまでに
どこまで行うのか
イメージする
- ・関係機関との役割分担
進捗確認、
キャッチアップ
- ・完璧にできていなくても
次に進む。
- ・課題認識として
プロセス評価に活用
- ・研修企画に活用

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・予算の妥当・議会対応等を行っている	□	□
4	○	○	都道府県・関係団体との調整	都道府県や都道府県医師会等の関係団体との調整を行っている	□	□
5	○	○	市町村への情報提供	広域連合が保有するレセプト・健診データ等の提供を行っている。提供するための環境整備を行っている	□	□
6	○	○	担当者の資質向上の取組	モデル市町村やその他の関係者等への説明会、研修等を計画している	□	□
7	○	○	中長期計画	モデル事業の展開等、中長期的な戦略を検討している	□	□
8	○	○	対象者概数	平成27年度健診結果やレセプト等より選択した事業メニュー対象者の概数を把握している	□	□
9	○	○	対象者の検討	概数の試算に基づき、平成28年度健診等を用いてどのような対象者(病期、人数、年齢等)にアプローチするかを検討している	□	□
10	○	○	予算・人員配置	事業に必要な人員・予算確保のメドがある	□	□
11	○	○	チーム形成	市町村(国保課、健康担当課、後期高齢担当課、介護保険担当課等)、広域連合のチーム形成を行っている	□	□
12	○	○	介入法の検討	対象者の特性に合わせた介入方法(フレイル予防・重症化予防)を検討している	□	□
13	○	○		都道府県医師会等に広域連合の健康課題やモデル事業参加のねらいについて情報提供している	□	□
14	△	○	医師会・歯科医師会・薬剤師会等への相談	地区医師会等に市町村の健康課題やモデル事業参加のねらいについて情報提供している	□	□
15	△	○		対象者の選定基準や介入方法(フレイル予防・重症化予防)及び実施方法(訪問指導・立ち寄り型相談等)について、医師会やかかりつけ医に相談、助言を受けている	□	□
16	○	○	対象者決定	対象者の選定基準について決定している	□	□
17	○	○	介入法の決定	介入方法(フレイル予防・重症化予防)を決定している	□	□
18	△	○	実施法の決定	具体的な実施方法(訪問指導・立ち寄り型相談等)を決定している	□	□
19	○	○	チーム内での情報共有、連携方策の検討	市町村(国保課、健康担当課、後期高齢担当課、介護保険担当課等)と、広域連合の間で事業企画(対象者の選定基準・介入方法・実施方法)について共有・連携している	□	□
20	○	○	計画書作成	事業実施計画書を作成している	□	□
21	△	○	実施方法(プログラム)の設定	事業の実施方法(対象者抽出・アセスメント項目・介入内容・方法、評価指標・方法等)について設定している。	□	□
22	△	○	募集法の決定	参加者の募集方法を決定している	□	□
23	△	○	連携方策の決定	地区医師会に糖尿病性腎症重症化予防の連携方策(病診連携手帳、データ収集フォーマット等)について相談している。 <※糖尿病性腎症重症化予防事業のみ>	□	□
24	△	○	マニュアル作成	本事業の運営マニュアルや保健指導マニュアル等各種マニュアルを作成している	□	□
25	△	○	保健指導等の準備	保健指導の準備(教材の準備・指導者の研修)をしている	□	□
26	○	○	(外部委託の場合)	外部委託の場合には、選定基準、実施方法、連携体制、評価、成果物等について協議し、医師会等の関係者と情報共有している	□	□
27	○	○	個人情報の取り決め	個人情報の取り扱いについて ルールが確認できている	□	□
28	○	○	苦情、トラブル対応	トラブル発生時の相談窓口が明確である	□	□
29	○	○	研修会等	国のセミナー、意見交換会などを受講している	□	□
30	○	○	募集法	予定した対象者を募集するための方法を工夫している	□	□
31	○	○	対象者	実施計画に基づいた対象者を募集し、予定人数が確保できている	□	□
32	○	○	介入(初回面接)	各機関で作成した指導マニュアルに従い初回面接ができています	□	□
33	○	○	介入(継続的支援)	各機関で作成した指導マニュアルに従い実施方法(手帳・電話・個別面談・戸別訪問・集団指導)を行っている	□	□
34	○	○	かかりつけ医との連携	かかりつけ医と、治療状況・保健指導の内容について連携ができています	□	□
35	○	○	受診状況把握	問い合わせ、レセプトより受診状況を把握している	□	□
36	○	○	記録	保健指導の内容について記録を残している	□	□
37	○	○	データ登録	評価に必要なデータを取得、登録している	□	□
38	○	○	安全管理	安全管理に留意した運営ができています	□	□
39	○	○	個人情報	個人情報を適切に管理している	□	□
40	○	○	チーム内の情報共有	関係者間で情報共有やカンファレンスを実施している	□	□
41	○	○	マニュアル修正	必要時マニュアルの見直しや修正を行っている	□	□
42	○	○	初回情報の登録	中間報告、実績報告のための初回情報(様式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Oを記載。実際には、地域の実情に合わせて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

庁内体制

NO.	区分(例示)		項目	内容
	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 高齢者特有の健康課題を理解している 従来の保健事業で「できていないこと」に気づいている
2	○		モデル地域の選定	広域連合内の適切な地域を選定している 市町村の問題意識を理解(助言)している
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
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
29	○	○	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

事業実施に用いる情報とその保有者

		広域連合	市町村		
			後期高齢者 医療担当部署	衛生担当 部署	介護予防 担当部署
個人データ	レセプト（医療費関連）	○	△	△	(△)
	健診結果	○(△)	△(○)	△	(△)
	介護給付費・要介護度等	△	(△)	△	○
	基本チェックリスト結果	△	(△)	△	○
担当者所感	既存の保健事業の状況 地域の関係機関とのつながり		今のところ△	○	○
	担当者・保健師等の実感		今のところ△	○	○
	横展開可能な他市町村の状況	○	△		

実施主体としての 後期高齢者医療広域連合の役割

○医療健康情報した健康課題把握：

健診・医療・介護・服薬・歯科情報等の包括的、統合的な管理

○市町村の問題意識を、保健事業の実施方針につなげる

○対象者の選定と介入支援を効果的、効率的に実施

○事業評価。PDCAサイクルにより事業の継続的な改善を図る。

○保健事業の円滑化のため、医師会等関係団体との連携を図る。

○国民健康保険等との連携(年齢区分を超えた一貫した対応

○外部委託する場合は、実施内容について詳細具体的な仕様を定め、事業評価を行う。成果物は、広域連合に帰属させる。

○市町村支援、他市町村への波及を進めていく。

保健事業実施主体としての市区町村の役割

住民に最も身近な基礎自治体として、住民の状況やニーズを直接把握し、健康の維持増進について、総合的に取り組む

○ 広域連合との連携により提供される情報等を活用して地域の疾病構造や健康課題を把握。保健事業を企画し、実施する。評価においても広域連合からのデータを活用する

○ 事業を着実に実施できる運用体制の確保に努める。

○ 市区町村内における関係部署間での連携を図る。

保健センター(衛生部門)、国保・後期高齢者医療担当(広域連合との窓口)、介護保険における地域支援事業との連携と役割分担を図る。

○関係機関、専門職団体等との連携

事業内容に応じ、医師会、歯科医師会、歯科衛生士会、看護協会、薬剤師会、栄養士会などの団体との連携を図り、事業の企画・運営、保健指導についての助言、指導を得る。また、専門職の確保などの協力を得る。

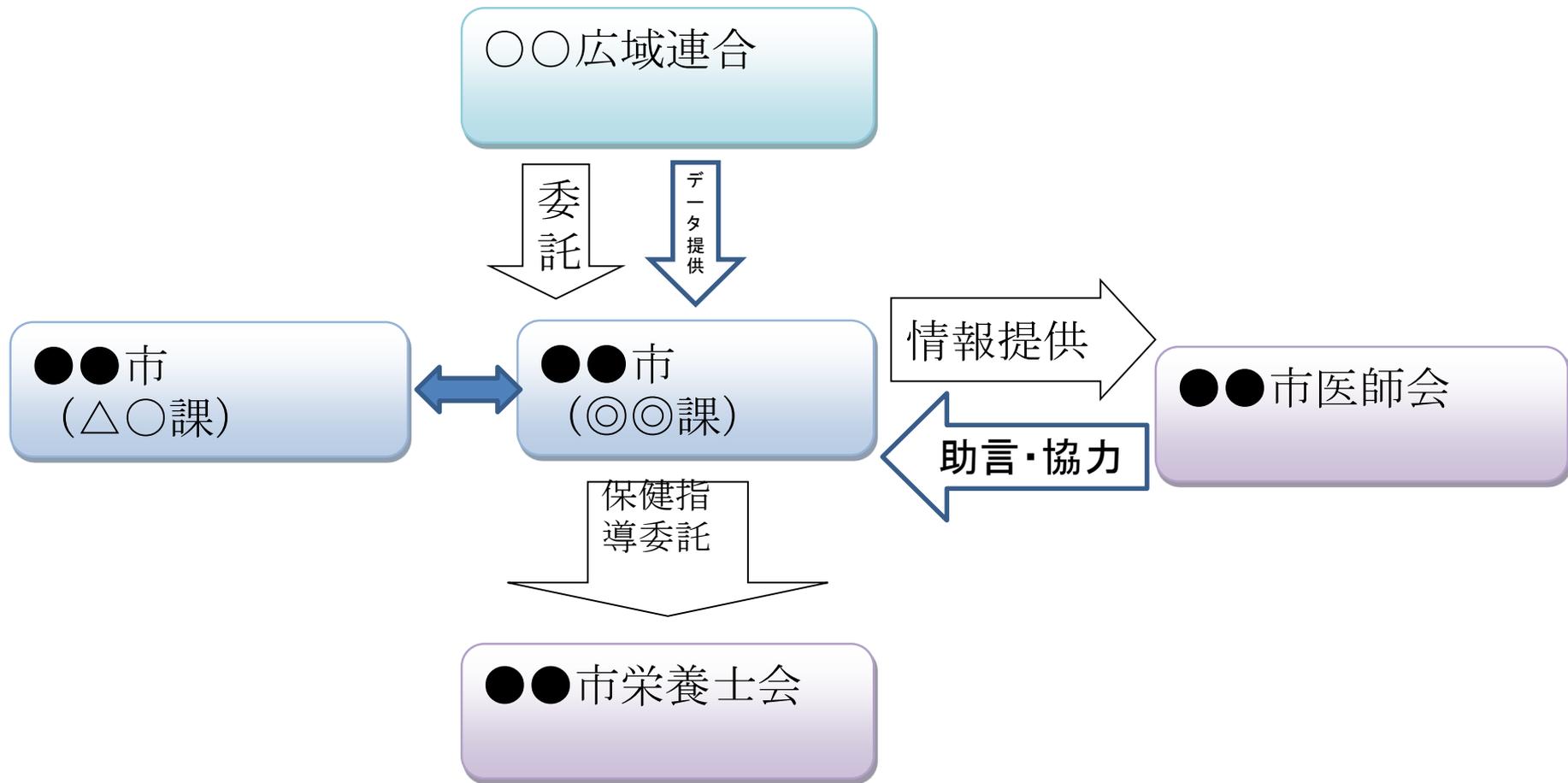
○医療機関等との連携

後期高齢者の多くは、医療機関に受診していることから、保健事業の実施にあたっては、かかりつけ医や専門医との情報共有を図り、助言や指導を得るなど連携を密にする。

地域連携(事前相談)

NO.	区分(例示)		項目	内容
	広域	市町村		
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
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
23	△	○		連携方策の決定

連携体制図〔例〕



保健事業を企画する

- 健康課題に見合ったターゲット層の抽出
（性・年齢、健康状態、ADL、生活状況）
* 把握方法があること
- 主体性重視の計画
安心、楽しみ、元気、交流などポジティブな要素
効果を実感できること、など
- 働きかけの実施主体（役割・財源）
- 働きかけの方法（本人、家族、介護者を含む）
指導、体験、見守りにつなげる
他の保健事業との連携、移行など
- 評価と改善

プログラムの要件

- ① 対象者の抽出基準が明確であること
効率的な保健事業のために必須！
- ② 医療、介護と連携した取組みであること
保険者ならではの視点を踏まえて
- ③ 保健指導を実施する場合には、専門職が
取組に携わり、実施マニュアルを作成する
- ④ 事業の評価を実施すること
対象者のうちの実施率
参加者の中での効果 等

基本プログラム 実施計画書 ひな型

実施計画書 高齢者保健事業 ●●予防プログラム

〇〇市(町村)

1. 研究の概要

目的

〇〇市(町村)において実施される糖尿病性腎症重症化予防プログラムの効果を検証すること

対象

2型糖尿病かつ腎機能が低下している者のうち、〇〇市(町村)において実施される以下のプログラム参加者(介入群)と同条件で選定されたが介入しないのプログラムから選択して実施する。

者として選定された者に対する受診勧奨あるいは保健指導
医療と連携した保健指導プログラム
あるいは健診未受診者を対象とする受診勧奨あるいは保健指導

プログラムの効果検証として、以下の調査項目を厚生労働科学研究「糖尿病性腎症重症化予防プログラム開発のための研究」、研究代表者：津下一平に登録する。

標準的な質問票結果の一部
期間医療費(入院・入院外・調剤)、受診の有無、透析導入の有無、発症の有無、脳卒中発症の有無、要介護認定の有無、要介護度等
の検査値等の情報(必須ではない):尿アルブミン

保健指導実施者の職種、内容、継続支援計画
標準的な質問票結果の一部
期間医療費(入院・入院外・調剤)、受診の有無、透析導入の有無、発症の有無、脳卒中発症の有無、要介護認定の有無、要介護度

⑤プログラム内検査

身長、体重、BMI、収縮期血圧・拡張期血圧、血液(中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール、空腹時血糖、HbA1c、クレアチニン、eGFR)・尿蛋白

検査者ごとに実施の有無を検討)
変容ステージ、生活習慣、セルフモニタリング
した検査値等の情報(必須ではない):尿アルブミン

標準的な質問票結果の一部
期間医療費(入院・入院外・調剤)、受診の有無、透析導入の有無、発症の有無、脳卒中発症の有無、要介護認定の有無、要介護度

期間
16年〇月～2016年〇月
年間の追跡調査とする。

介入群20例、対照群20例を目標とする。

対象とする事業

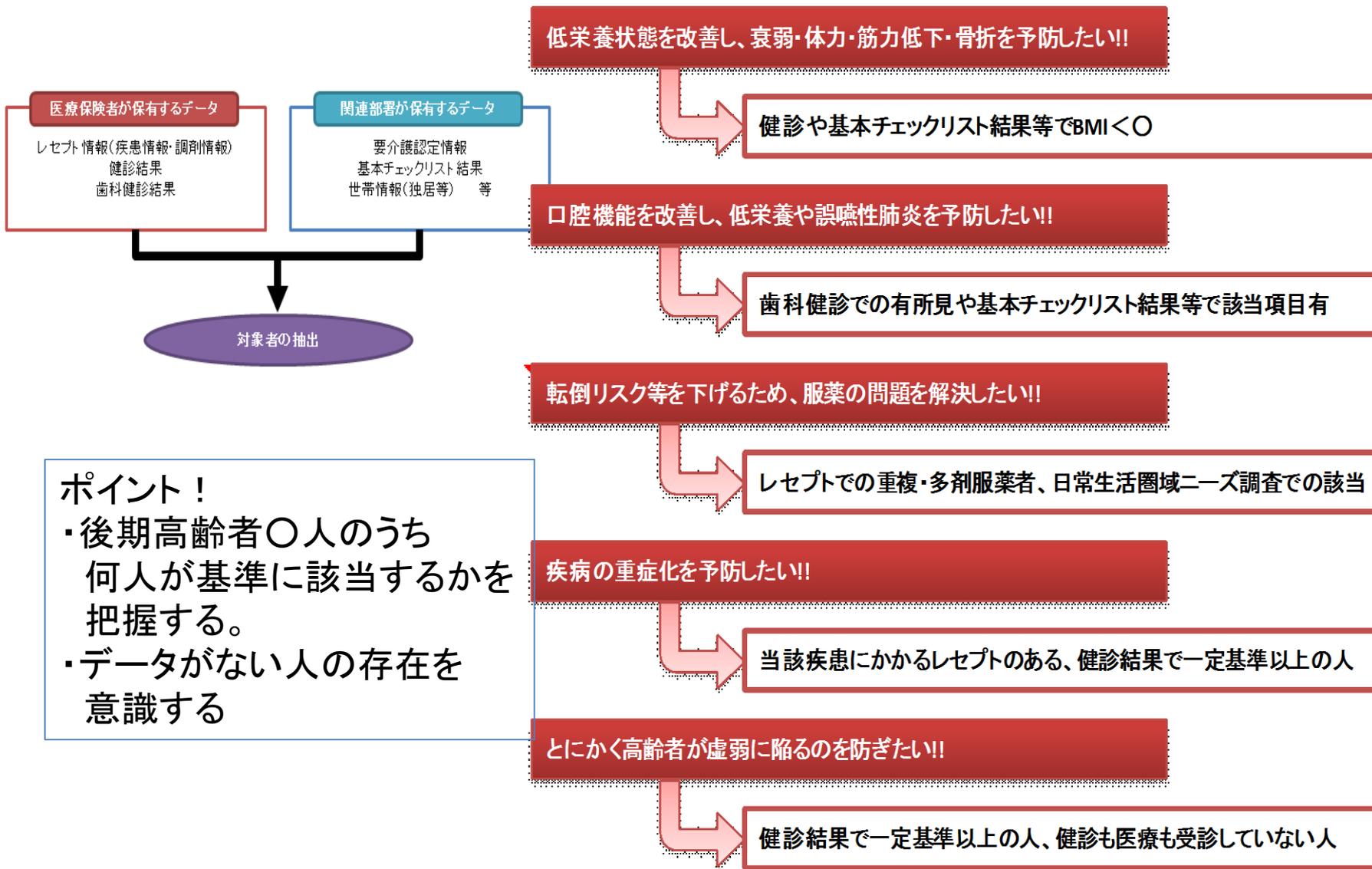
(1)事業の種類

- ア 栄養に関する相談・指導：低栄養又は過体重の傾向がある者
疾病等に伴う在宅での食事管理ができない者
- イ 口腔に関する相談・指導、訪問健診
 - (ア)摂食、嚥下等の口腔機能の低下など
 - (イ)在宅の要介護状態の者に対する訪問歯科健診
- ウ 服薬に関する相談・指導：複数受診等、多剤服用
- エ 生活習慣病等の重症化予防
- オ その他上記に類する事業、複合的に実施する事業等

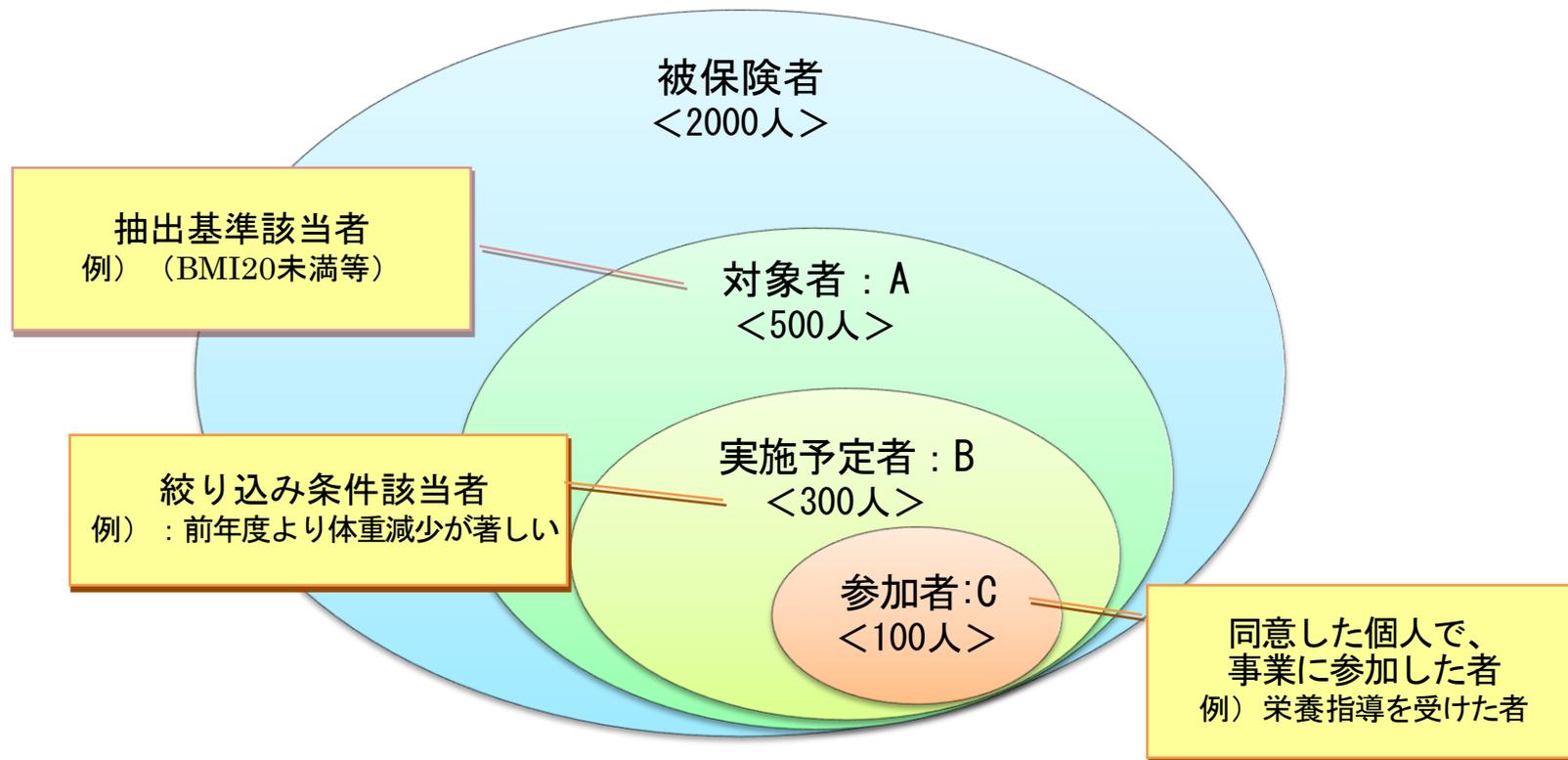
事業計画(事前準備)

NO.	区分(例示※)		項目	内容
	広域	市町村		
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、議会对応等をしている
6	○		担当者の資質向上	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
8	○	○	対象者概数	前年度健診やレセプト等より、事業対象者の概数を把握している
9	○	○	対象者の検討	今年度どのような対象者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
12	○	○	介入法の検討	対象者の特性に合わせた介入方法を検討している
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
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
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

対象者の抽出（抽出基準を明確に）



「対象者」と「実施予定者」と「参加者」の捉え方 (取組テーマが低栄養対策のZ市の場合)



担当者が必要と感じた人::: 必要性はあると思うが、担当者に出会えていない人は
↓
把握できていない。

どのような人に対して「必要と感じたか」を客観的に表現

他にもそのような人がいないかを検討する。(⇒基準作りが必要)

O:被保険者数

2,500人				
対象者抽出	対象者抽出基準	基準により抽出される人数		
	① 75歳以上85歳未満	2,000人		
	② かつBMI<20	200人		
	③	人		
基準により抽出された対象者数		200人	被保険者に占める対象者の割合(A/O)	8.0%

A:対象者数合計

200人				
実施予定者の選定	絞込み(除外)条件	絞込みにより選定(除外)された人数		
	① 前年度より体重が2Kg減少している人	50人		
	② がん(ターミナル)、中等度以上の認知症を除く	10人		
	③	人		
絞込により選定された実施予定者の計		40人	被保険者に占める実施予定者の割合(B/O)	1.6%

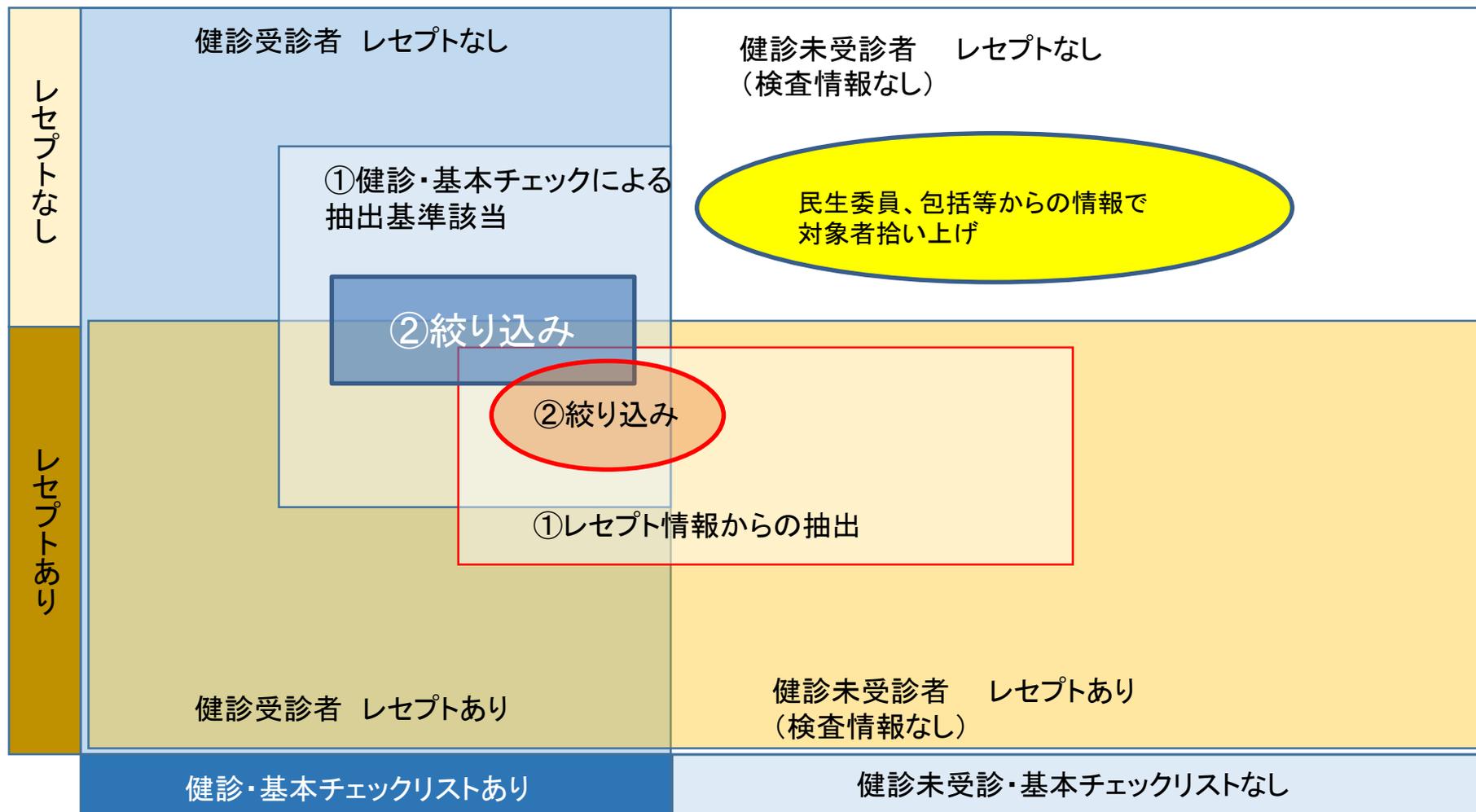
B:実施予定者合計

40人		
実施	初回参加者	30人
	中断者	5人

C:事業への参加者数(最終的介入者)

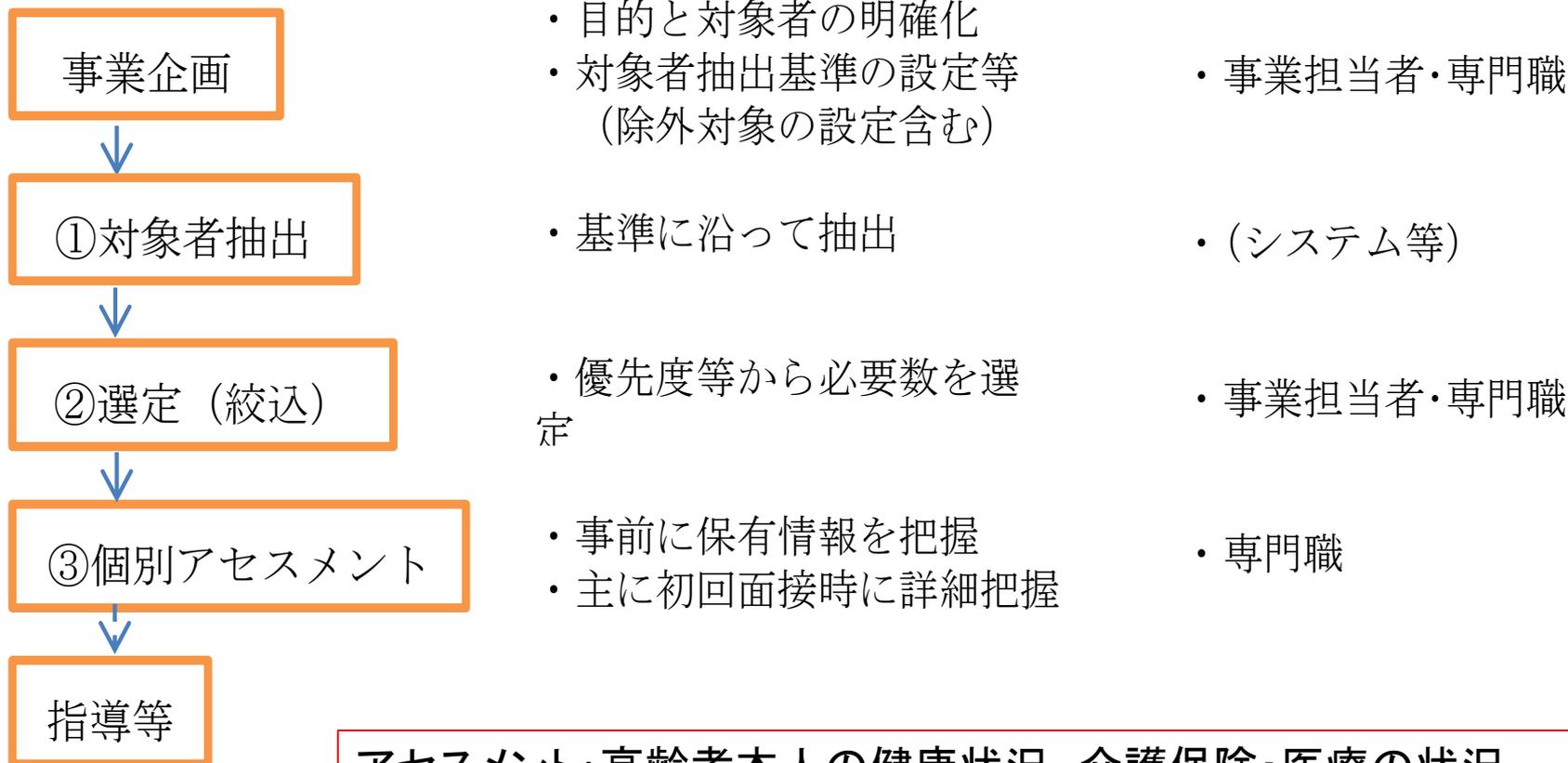
25人		実施予定数数のうち参加者割合	62.5%
		選定基準対象数のうち参加者割合	12.5%
		被保険者に占める参加者割合(C/O)	1.0%

どのセグメントをターゲットとするのか⇒対象者抽出基準を明確にする



アセスメントの主な場面としては、

- ①対象者抽出(基準にそってデータより抽出)
- ②選定(絞り込み)
- ③保健指導のための個別アセスメント等のための詳細把握



アセスメント: 高齢者本人の健康状況、介護保険・医療の状況
生活状況、ADL、家族・生活環境等

アセスメント手法（フレイル対策の例）

低栄養					
把握情報		基本チェックリスト	健診結果	レセプト	その他
①	抽出（基準等）	<ul style="list-style-type: none"> ・BMI18.5以下 ・体重減少 	体重、BMI（推移）	—	<ul style="list-style-type: none"> ・除外対象者を除く
②	選定（絞り込み）	<ul style="list-style-type: none"> ・リスク順に優先的に選定 	<ul style="list-style-type: none"> ・経年で減少幅の大きい人を優先 ・過去の健診で異常のある人を優先 	<ul style="list-style-type: none"> ・低アルブミン血症、栄養失調等がある場合や慢性疾患を保有する場合等は優先 	<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防等の参加者は除外する ・包括支援センターや社協等からの依頼、住民からの相談等に対応
③	個別アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> ・全般的に把握 	<ul style="list-style-type: none"> ・脂質、貧血等 ・全般的に把握 	<ul style="list-style-type: none"> ・診療科、傷病名等から、栄養状態への影響確認 ・薬剤（処方内容や変更から重症度の把握）の確認 	<ul style="list-style-type: none"> ・栄養状態の評価表等により詳細なアセスメントの実施 ・食欲不振、ストレス、急性疾患の罹患、認知機能、うつ症状等の把握 ・食事回数・内容、摂取カロリー・蛋白量、水分摂取、排尿便等の把握 ・共食、家庭環境等

①数値による機械的な抽出

②1)抽出された対象者に対し 他の情報を勘案して優先順位付け

2)抽出された全員について 呼びかけ⇒教室等で不安な人を絞り込み

教室に来ない人から元気な人をのぞいて選定

③保健指導等のための詳細なアセスメント、ここから保健事業に入っている

アセスメント手法（重症化予防の例）

糖尿病性腎症重症化予防					
把握情報		基本チェックリスト	健診結果	レセプト	その他
①	抽出（基準等）	—	<ul style="list-style-type: none"> ・HbA1c、血糖 ・eGFR、クレアチニン、尿蛋白 	<ul style="list-style-type: none"> ・生活習慣病等の治療状況を参考にする 	—
②	選定（絞り込み）	—	<ul style="list-style-type: none"> ・既往歴、服薬状況 ・過去の健診で異常のある人を優先 	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病性腎症、CKD等がある場合等は優先 ・糖尿病歴が長い、中断者は優先 	<ul style="list-style-type: none"> ・既存事業でフォローされている者は除外 ・保健センターや国保等からの依頼、住民からの相談等に対応
③	個別アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> ・全般的に把握 	<ul style="list-style-type: none"> ・体重、BMI、血圧 ・生活習慣（タバコ、酒、運動等）等、全体を把握 	<ul style="list-style-type: none"> ・診療科、傷病名等から、栄養状態への影響の確認 ・薬剤（処方内容や変更から重症度の把握）の確認 	<ul style="list-style-type: none"> ・栄養状態の評価表等により詳細なアセスメントの実施 ・浮腫、入院歴、急性疾患の罹患、認知機能、ストレス、うつ症状等の把握 ・食欲、食事回数・内容、摂取カロリー等の把握

①数値による機械的な抽出

②1) 抽出された対象者に対し 他の情報を勘案して優先順位付け

2) 抽出された全員について 呼びかけ⇒教室等で不安な人を絞り込み

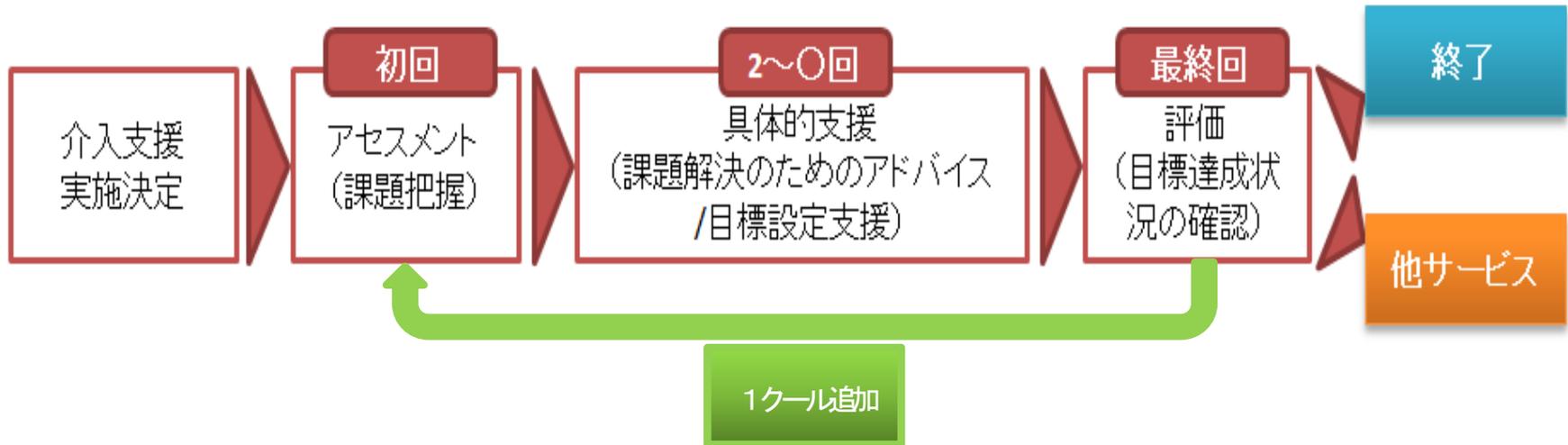
教室に来ない人から元気な人をのぞいて選定

③保健指導等のための詳細なアセスメント、ここから保健事業に入っている

介入支援の流れをマニュアル化する 対象者にも示す

(何か月関わるか、その間にどうなるようになるか)を意識する。
だらだらと支援せず「プログラム化」の意識を持つ
つなぐ、できる方法を知る、ところが重要
持続的な支援が必要な場合には、他サービスにつなぐ

介入支援の流れ



具体的なアドバイスの内容の例

事業メニュー	アドバイス内容の例
低栄養	摂取すべき栄養素・食品、調理方法 食品の入手方法 食事のとり方
口腔	口腔清掃に使用する用具 口腔ケアの方法
服薬	服薬管理の方法 医療機関への情報提供の方法(場合によっては、代行して情報提供)
重症化予防	摂取すべき栄養素・食品 食品の入手法 医療機関受診に当たっての留意点 服薬状況 日常生活で気を付けるべき事項(運動、清潔、感染症防止)

高齢者で薬物有害事象が増加する要因

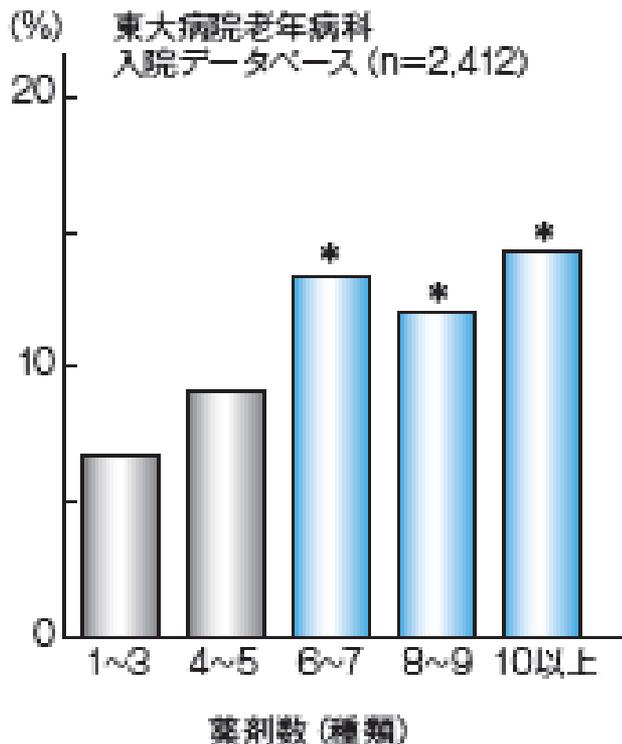
- ▶ 多くの因子が高齢者における薬物有害作用増加に関連している。
- ▶ そのうち最も重要なのは、薬物動態の加齢変化に基づく**薬物感受性の増大**と、**服用薬剤数の増加**である。

疾患上の要因	複数の疾患を有する → 多剤併用、併科受診 慢性疾患が多い → 長期服用 症候が非定型的 → 誤診に基づく誤投薬、対症療法による多剤併用
機能上の要因	臓器予備能の低下(薬物動態の加齢変化) → 過量投与 認知機能、視力・聴力の低下 → アドヒアランス低下、誤服用、症状発現の遅れ
社会的要因	過少医療 → 投薬中断

多剤処方と薬物有害事象および転倒の発生リスク

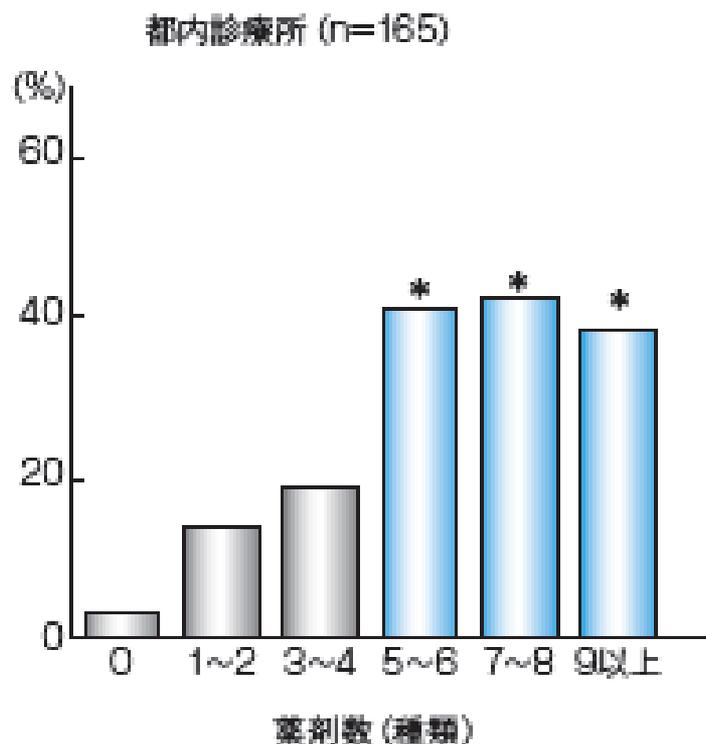
1) 薬物有害事象の頻度

6種類以上で薬物有害事象のリスクが高かった。



2) 転倒の発生頻度

5種類以上で転倒の発生リスクが高かった。



(真浦誠ほか:日本公衆衛生雑誌2001; 48: 551-9, Kojima T, et al: Geriatr Gerontol Int 2012; 12: 761-2 より引用)

⇒ **5~6種類以上**を多剤併用の目安と考えるのが妥当

高齢者の糖尿病管理

- 治療目標は、年齢、罹病期間、低血糖の危険性、サポート体制などに加え、高齢者では認知機能や基本的ADL、手段的ADL、併存疾患なども考慮して個別に設定する。
- そのため、認知機能や基本的ADL(着衣、移動、入浴、トイレの使用など)、手段的ADL(IADL: 買い物、食事の準備、服薬管理、金銭管理など)の評価を行う。
- 加齢に伴って重症低血糖の危険性が高くなることに十分注意する。エンドオブライフの状態では、著しい高血糖を防止し、それに伴う脱水や急性合併症を予防する治療を優先する。
- 糖尿病罹病期間も考慮し、合併症発症・進展阻止が優先される場合には、重症低血糖を予防する対策を講じつつ、個々の高齢者ごとに個別の目標や下限を設定しても良い。65歳未満からこれらの薬剤を用いて治療中であり、かつ血糖コントロール状態が表の目標や下限を下回る場合には、基本的に現状を維持するが、重症低血糖に十分注意する。

若年者と基準異なる。ADLなども考慮した基準の持ち方に注意

高齢者糖尿病の血糖コントロール目標(HbA1c値)

高齢者糖尿病の治療向上のための日本糖尿病学会と日本老年医学会の合同委員会 2016. 05

患者の特徴・健康状態 ^{注1)}		カテゴリーI		カテゴリーII	カテゴリーIII
		① 認知機能正常 かつ ② ADL自立		① 軽度認知障害～軽度認知症 または ② 手段的ADL低下, 基本的ADL自立	① 中等度以上の認知症 または ② 基本的ADL低下 または ③ 多くの併存疾患や機能障害
重症低血糖が危惧される薬剤(インスリン製剤, SU薬, グリニド薬など)の使用	なし ^{注2)}	7.0%未満		7.0%未満	8.0%未満
	あり ^{注3)}	65歳以上 75歳未満	75歳以上	8.0%未満 (下限7.0%)	8.5%未満 (下限7.5%)
		7.5%未満 (下限6.5%)	8.0%未満 (下限7.0%)		

事業実施

NO.	区分(例示)		項目	内容
	広域	市町村		
30		○	募集法	予定した対象者を募集するための方法を工夫している
31		○	対象者	実施計画に基づき対象者を募集し、予定人数が確保できている
32		○	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		○	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		○	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○)のデータを収集している

保健指導等

評価とその活用

NO.	区分(例示)		項目	内容
	広域	市町村		
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
7	○		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。
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

保健事業評価の視点

評価の構造

評価の視点・内容

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

高齢者保健事業評価の視点

平成28年度モデル事業

評価の構造	評価の視点・内容	評価方法
ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none">・必要性の理解、関係者の協力体制・保健指導の実施体制	進捗管理シート
プロセス	<ul style="list-style-type: none">・事業実施手順書作成・募集、初回実施、継続、評価のプロセス・対象者に合わせた内容が準備できているか・健康状態を事前に把握できているか	進捗管理シート マクロデータでの対象者層の把握 データ提出状況
アウトプット	<ul style="list-style-type: none">・計画した事業が実施できたか・ねらった対象者が参加しているか・最後まで継続できたか・実施回数、人数は計画どおりか	選定条件に合った対象者数 事業参加人数 事業終了人数
アウトカム	目的とした成果が上がっているか。 関心度・生活習慣、健康状態(検査値)、療養状況 医療費 (非参加群との比較があるとよい)	保健指導記録 健康管理の意識、不安の解消 保健指導の手応え感 質問票 意欲、行動の変化 検査値(健診データの推移) 医療レセプト(医科、歯科、調剤) 受療状況、服薬状況、医療費) 介護給付費(介護認定状況の推移、介護度、給付費、認定理由等)

高齢者の低栄養防止・重症化予防モデル事業 進捗管理シート(着手済みの割合)①

NO.	区分(例示※)		項目	事業メニュー別							開始年度別			全メニュー計(53)
	広域	市町村		1.栄養(6)	2.口腔・訪問歯科(14)	3.服薬(4)	4.重症化(19)	5.包括アセス(2)	6.複合(7)	7.研修(1)	平成27年度開始(17)	平成28年度開始(15)	平成29年度開始(21)	
1	○	○	健康課題等	100.0%	78.6%	75.0%	94.7%	100.0%	100.0%	100.0%	88.2%	93.3%	90.5%	90.6%
2	○		モデル地域の選定	33.3%	7.1%	50.0%	21.1%	0.0%	14.3%	100.0%	29.4%	26.7%	9.5%	20.8%
3	○		事業委託等の調整	33.3%	42.9%	100.0%	57.9%	0.0%	42.9%	100.0%	47.1%	66.7%	42.9%	50.9%
4	○		都道府県、関係団体との調整	16.7%	21.4%	100.0%	57.9%	0.0%	28.6%	100.0%	35.3%	66.7%	28.6%	41.5%
5	○		市町村への情報提供	16.7%	21.4%	75.0%	52.6%	0.0%	28.6%	0.0%	29.4%	60.0%	23.8%	35.8%
6	○		担当者の資質向上の取組	0.0%	14.3%	75.0%	31.6%	0.0%	28.6%	100.0%	17.6%	53.3%	14.3%	26.4%
7	○		中長期計画	0.0%	21.4%	50.0%	26.3%	0.0%	14.3%	0.0%	17.6%	33.3%	14.3%	20.8%
8	○	○	対象者概数	100.0%	71.4%	75.0%	84.2%	100.0%	100.0%	0.0%	88.2%	93.3%	71.4%	83.0%
9	○	○	対象者の検討	100.0%	71.4%	100.0%	84.2%	100.0%	100.0%	0.0%	88.2%	93.3%	76.2%	84.9%
10	○	○	予算・人員配置	100.0%	92.9%	100.0%	89.5%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	93.3%	90.5%	94.3%
11	○	○	チーム形成	16.7%	50.0%	50.0%	68.4%	50.0%	71.4%	100.0%	47.1%	80.0%	47.6%	56.6%
12	○	○	介入法の検討	100.0%	78.6%	100.0%	94.7%	100.0%	100.0%	0.0%	100.0%	86.7%	85.7%	90.6%
13	○		医師会・歯科医師会・薬剤師会等への相談	0.0%	35.7%	100.0%	57.9%	0.0%	14.3%	0.0%	29.4%	66.7%	28.6%	39.6%
14	△	○		50.0%	92.9%	50.0%	57.9%	100.0%	85.7%	0.0%	70.6%	66.7%	71.4%	69.8%
15	△	○		50.0%	64.3%	50.0%	68.4%	50.0%	85.7%	0.0%	70.6%	66.7%	57.1%	64.2%

高齢者の低栄養防止・重症化予防モデル事業 進捗管理シート(着手済みの割合)②

NO.	区分(例示※)		項目	事業メニュー別							開始年度別			全メニュー計(53)
	広域	市町村		1.栄養(6)	2.口腔・訪問歯科(14)	3.服薬(4)	4.重症化(19)	5.包括アセス(2)	6.複合(7)	7.研修(1)	平成27年度開始(17)	平成28年度開始(15)	平成29年度開始(21)	
16	○	○	対象者決定	100.0%	100.0%	100.0%	94.7%	100.0%	100.0%	0.0%	100.0%	100.0%	90.5%	96.2%
17	○	○	介入法の決定	100.0%	85.7%	100.0%	84.2%	100.0%	100.0%	0.0%	94.1%	93.3%	81.0%	88.7%
18	△	○	実施法の決定	100.0%	100.0%	100.0%	94.7%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	95.2%	98.1%
19	○	○	チーム内での情報共有、連携方策の検討	50.0%	71.4%	50.0%	73.7%	50.0%	85.7%	100.0%	82.4%	80.0%	52.4%	69.8%
20	○	○	計画書作成	100.0%	100.0%	75.0%	78.9%	100.0%	100.0%	0.0%	100.0%	100.0%	71.4%	88.7%
21	△	○	実施方法(プログラム)の設定	83.3%	92.9%	100.0%	78.9%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	93.3%	76.2%	88.7%
22	△	○	募集法の決定	66.7%	85.7%	75.0%	78.9%	100.0%	85.7%	100.0%	76.5%	93.3%	76.2%	81.1%
23	△	○	連携方策の決定	0.0%	0.0%	25.0%	47.4%	0.0%	14.3%	0.0%	11.8%	26.7%	23.8%	20.8%
24	△	○	マニュアル作成	50.0%	50.0%	50.0%	47.4%	50.0%	57.1%	0.0%	58.8%	53.3%	38.1%	49.1%
25	△	○	保健指導等の準備	100.0%	42.9%	50.0%	84.2%	50.0%	57.1%	0.0%	76.5%	66.7%	57.1%	66.0%
26	○	○	(外部委託の場合)	50.0%	64.3%	75.0%	42.1%	100.0%	57.1%	0.0%	47.1%	66.7%	52.4%	54.7%
27	○	○	個人情報の取り決め	83.3%	85.7%	100.0%	89.5%	100.0%	85.7%	0.0%	94.1%	100.0%	71.4%	86.8%
28	○	○	苦情、トラブル対応	83.3%	100.0%	100.0%	73.7%	100.0%	85.7%	0.0%	94.1%	100.0%	66.7%	84.9%
29	○	○	研修会等	83.3%	78.6%	25.0%	57.9%	50.0%	85.7%	100.0%	70.6%	73.3%	61.9%	67.9%

高齢者の低栄養防止・重症化予防モデル事業 進捗管理シート(着手済みの割合)③

NO.	区分(例示*)		項目	事業メニュー別							開始年度別			全メニュー計(53)	
	広域	市町村		1.栄養(6)	2口腔・訪問歯科(14)	3服薬(4)	4重症化(19)	5包括アセス(2)	6複合(7)	7研修(1)	平成27年度開始(17)	平成28年度開始(15)	平成29年度開始(21)		
30		○	保健指導等	募集法	83.3%	64.3%	25.0%	42.1%	100.0%	85.7%	0.0%	82.4%	60.0%	38.1%	58.5%
31		○		対象者	66.7%	50.0%	25.0%	36.8%	100.0%	57.1%	0.0%	64.7%	53.3%	28.6%	47.2%
32		○		介入(初回面接)	66.7%	35.7%	25.0%	36.8%	50.0%	57.1%	0.0%	58.8%	40.0%	28.6%	41.5%
33		○		介入(継続的支援)	50.0%	28.6%	25.0%	36.8%	50.0%	71.4%	0.0%	47.1%	40.0%	33.3%	39.6%
34		○		かかりつけ医との連携	33.3%	57.1%	25.0%	52.6%	50.0%	85.7%	0.0%	64.7%	53.3%	42.9%	52.8%
35		○		受診状況把握	50.0%	50.0%	25.0%	52.6%	50.0%	85.7%	0.0%	70.6%	53.3%	38.1%	52.8%
36		○		記録	66.7%	57.1%	25.0%	57.9%	50.0%	100.0%	0.0%	76.5%	53.3%	52.4%	60.4%
37		○		データ登録	83.3%	50.0%	25.0%	47.4%	50.0%	85.7%	0.0%	82.4%	53.3%	33.3%	54.7%
38		○		安全管理	83.3%	64.3%	25.0%	47.4%	50.0%	71.4%	0.0%	88.2%	40.0%	42.9%	56.6%
39		○		個人情報	83.3%	57.1%	25.0%	63.2%	50.0%	100.0%	0.0%	82.4%	53.3%	57.1%	64.2%
40		○		チーム内の情報共有	66.7%	50.0%	25.0%	47.4%	50.0%	100.0%	0.0%	70.6%	53.3%	42.9%	54.7%
41		○		マニュアル修正	33.3%	35.7%	25.0%	31.6%	50.0%	42.9%	0.0%	52.9%	26.7%	23.8%	34.0%
42		○		初回情報の登録	66.7%	42.9%	25.0%	31.6%	50.0%	71.4%	0.0%	64.7%	46.7%	23.8%	43.4%
43	○	○		中間報告の提出	33.3%	21.4%	75.0%	15.8%	50.0%	57.1%	0.0%	35.3%	33.3%	23.8%	30.2%
44	○	○	中間報告会(仮)	0.0%	21.4%	75.0%	10.5%	0.0%	57.1%	0.0%	17.6%	26.7%	23.8%	22.6%	
45	○	○	最終報告会(仮)	0.0%	21.4%	50.0%	0.0%	0.0%	28.6%	0.0%	17.6%	20.0%	4.8%	13.2%	
46	○	○	改善点の明確化	50.0%	42.9%	75.0%	21.1%	0.0%	57.1%	100.0%	52.9%	33.3%	33.3%	39.6%	
47	△	○	相談	33.3%	50.0%	75.0%	47.4%	0.0%	85.7%	100.0%	58.8%	40.0%	57.1%	52.8%	
48	△	○	地域協議会への報告	16.7%	28.6%	25.0%	15.8%	0.0%	42.9%	0.0%	23.5%	13.3%	28.6%	22.6%	
49	○	○	広報等	33.3%	64.3%	25.0%	15.8%	50.0%	71.4%	0.0%	52.9%	40.0%	28.6%	39.6%	
50	○	○	次年度計画	50.0%	35.7%	50.0%	31.6%	50.0%	28.6%	100.0%	47.1%	33.3%	33.3%	37.7%	
51	○	○	長期追跡体制	33.3%	35.7%	75.0%	31.6%	50.0%	42.9%	0.0%	47.1%	33.3%	33.3%	37.7%	

目標設定の考え方と評価指標

在宅で自立した生活がおくれる高齢者の増加

医療・介護データ (入院率・入外比、総医療費、疾病別医療費、要介護度)
質問票 (生活自立度)

医療レセプト (入院率・入外比、総医療費、疾病別医療費)、健診データ
誤嚥性肺炎、骨折・転倒 (外傷)、認知症等

フレイル(虚弱)の進行の防止

介護データ (要介護度、介護理由)
質問票 (生活機能)

生活習慣病等の重症化予防

高齢による心身機能の低下防止
(老年症候群)

健康状態に課題がある
高齢者の減少

心身機能が低下した
高齢者の減少

相互に影響

慢性疾患の
コントロール

服薬状況

低栄養

口腔機能

認知機能

運動機能

健診データ
受療状況

受療状況
質問票

質問票、健診データ (体重の変化)

質問票、歯科受療
状況

質問票、医科 (認知
症)、介護認定

質問票、医科 (運動
器)、介護認定

質問票

高齢者の健康状態・フレイルの状態、生活状況等の包括的な把握

適正受診・服薬

- ・かかりつけ医
- ・受診中断の早期対処
- ・重複・残薬指導

禁煙・適正飲酒

- ・禁煙
- ・過量飲酒の減少

栄養・食生活

- ・減塩、水分調整
- ・たんぱく摂取
- ・肥満者の維持・減量

口腔機能

- ・摂食・嚥下体操
- ・入れ歯の手入れ

運動・リハビリ

- ・転倒・骨折防止のための運動器等の指導
- ・リハビリの継続

外出・社会参加

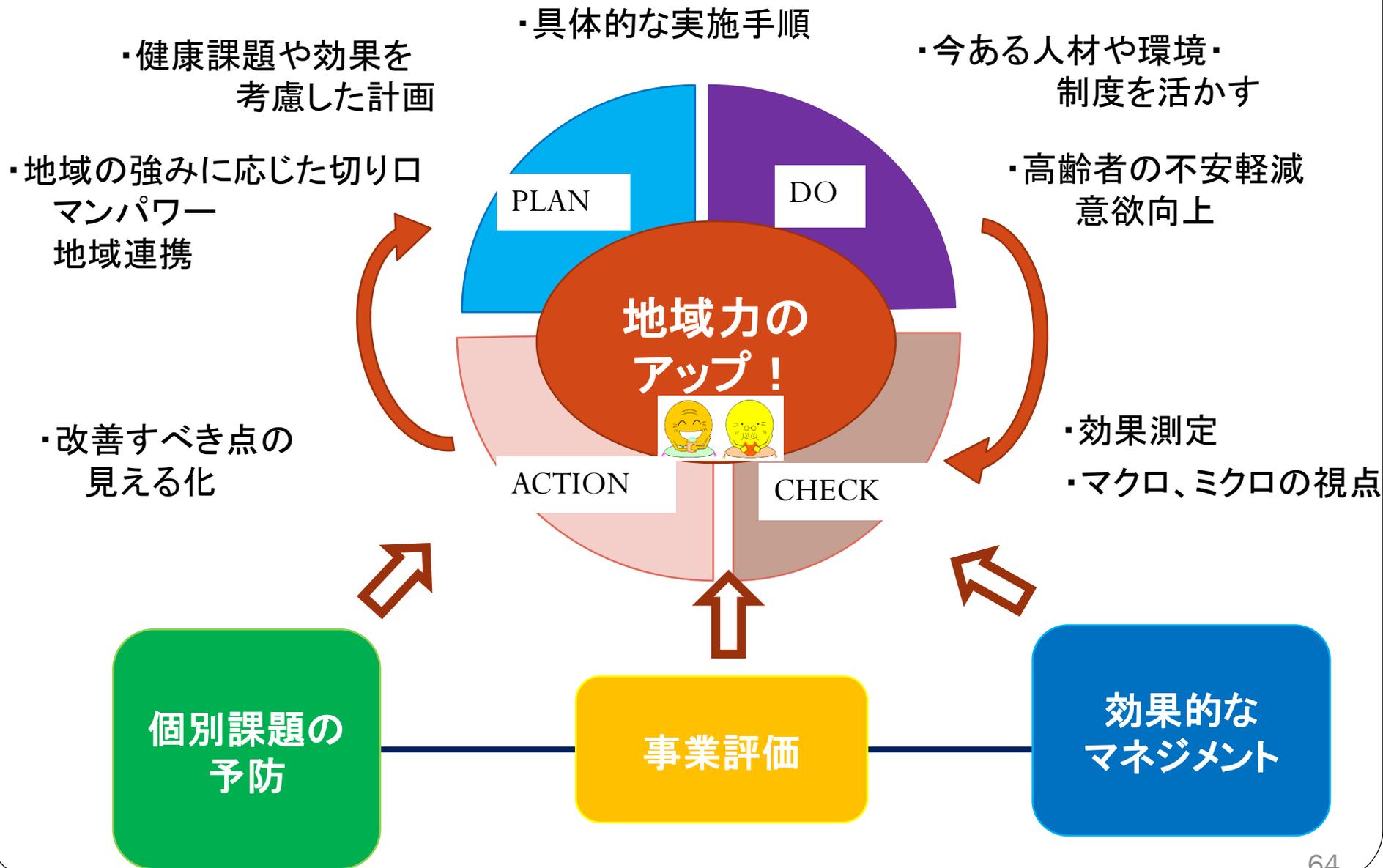
- ・買い物、散歩
- ・地域活動・ボランティア等の支援

虚弱(フレイル)高齢者や在宅療養高齢者等への健康支援

アウトカム評価項目

事業メニュー	項目	データソース
全メニュー共通	BMI・血圧	健診結果
	医療費・疾患名・介護給付費	レセプト情報
	服薬数・事業参加満足度	聞き取り
低栄養	簡易栄養調査点数	簡易栄養調査
	アルブミン値	健診結果・血液検査
口腔	有所見状況	歯科健診結果
	口腔内の状況・口腔ケアの実施状況	基本チェックリスト該当項目・聞き取り
服薬	調剤医療費・処方種類数	レセプト情報
	残薬の状況	聞き取り
重症化予防	血圧、空腹時血糖、HbA1c HDLコレステロール、LDLコレステロール、 中性脂肪 eGFR、尿タンパク、尿アルブミン 腎症病期	健診結果

PDCAを回して効果的な保健事業を！



データ報告スケジュール

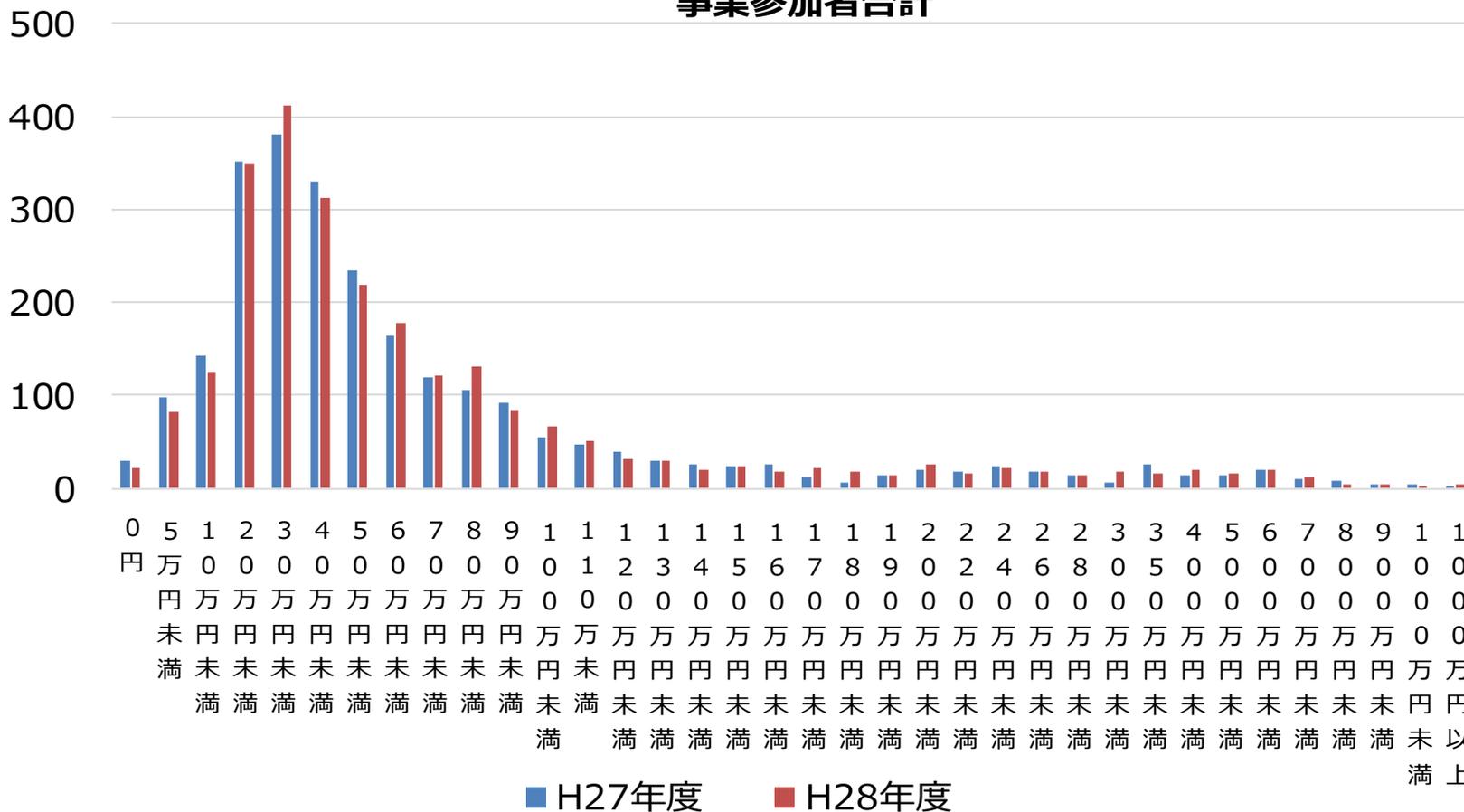
		様式	提出時期				
			中間報告 平成29年 1月	平成29年 4月下旬※	平成29年 6月末※	平成30年 6月末	平成31年 6月末
マクロデータ（健診・歯科健診・レセプト・介護データ）		様式1	△ (27年度分)	● (27年度分)	● (28年度分)	● (29年度分)	○ (30年度分)
個人別データ	個人別ID管理シート	自治体内資料	提出不要	提出不要	提出不要	提出不要	提出不要
	個人別ベースライン情報	様式2	△ (28年度介入一部)	● (28年度全介入分)			
	介入結果データ	様式3	△ (28年度介入一部)	● (28年度全介入分)			
	健診結果データ	様式4	△ (27年度分)		● (27,28年度分)	● (29年度分)	○ (30年度分)
	医療・介護レポートデータ	様式5	△ (27年度分)		● (27,28年度分)	● (29年度分)	○ (30年度分)
平成28年度モデル事業報告予定			8自治体から報告有	全自治体※	全自治体	全自治体	全自治体

△：協力可能な自治体のみ、●：全自治体が報告、○：収集予定の報告

※）中間報告において、平成28年度実施分全てが報告済みの場合は、省略可能。

年間一人当たり医科医療費の分布

事業参加者合計



平成28年度モデル事業 事業参加者・非参加者の状況

※各モデル事業実施自治体が、事業メニューに応じて設定した対象者抽出基準により抽出した人のうち、データ提供のあった人の状況。

うち、事業に参加した人を事業参加者（オレンジ）、事業に参加しなかった人を非参加者（緑）として表示。

非参加者については、「参加しない」という点でバイアスがかかっていることに留意する必要がある。

データ登録：4,476人

2年連続健診データあり：973人

24か月分の医療費・介護給付費データあり

2,529人

医療費・介護給付費データあり：3,012人

事業参加者：3,422人

2年連続健診データあり

170人

24か月分の医療費・介護
給付費データあり

846人

医療費・介護給付費データあり

1,005人

非参加者：1,054人

平均値の推移(健診結果)

2年連続健診データ保有者

	事業参加者合計 事業参加者数：3422						(非参加者) 全メニュー合計：1054							
	H27年度			H28年度			p値	H27年度			H28年度			p値
	集計対象数	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	集計対象数		平均値	標準偏差	平均値	標準偏差			
BMI	971	22.64 ±	3.46	22.58 ±	3.49	0.022 ↓	170	19.91 ±	3.91	19.82 ±	3.79	0.245		
収縮期血圧	968	135.5 ±	18.1	136.1 ±	18.2	0.332	170	132.2 ±	17.1	130.7 ±	18.7	0.280		
拡張期血圧	968	71.8 ±	11.2	70.9 ±	10.8	0.002 ↓	170	69.9 ±	11.1	69.1 ±	11.1	0.309		
空腹時血糖	431	108.8 ±	28.5	110.2 ±	29.3	0.181	154	99.3 ±	20.8	106.3 ±	31.0	0.001 ↑		
HbA1c	866	5.94 ±	0.81	5.92 ±	0.75	0.238	167	5.80 ±	0.70	5.89 ±	0.73	0.012 ↑		
中性脂肪	967	120.7 ±	71.9	119.2 ±	62.4	0.375	170	92.5 ±	46.2	99.0 ±	52.4	0.002 ↓		
HDL-C	967	60.2 ±	16.3	60.0 ±	16.0	0.534	170	62.8 ±	16.6	62.7 ±	16.8	0.933		
LDL-C	967	113.9 ±	28.4	112.5 ±	27.5	0.039 ↓	170	111.1 ±	29.5	109.8 ±	28.3	0.415		
血清クレアチニン	867	0.85 ±	0.37	0.87 ±	0.35	0.000 ↑	127	0.82 ±	0.26	0.85 ±	0.29	0.013 ↑		
eGFR	489	60.94 ±	16.40	59.41 ±	16.65	0.000 ↓	127	60.67 ±	16.77	58.44 ±	15.80	0.002 ↓		

 5%範囲内で有意に変化

ベースライン値別の平均値の推移 (健診結果)

	事業 参加者数	BMI										
		20以下					25超					
		H27年度		H28年度		p値	H27年度		H28年度		p値	
集計対象数	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	集計対象数		平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
事業参加者合計	3,422	252	18.34 ± 1.22	18.35 ± 1.39	0.813	249	27.06 ± 1.85	26.87 ± 2.11	0.010	↓		
事業参加者合計 (除く訪問歯科健診)	2,841	246	18.34 ± 1.22	18.35 ± 1.40	0.883	245	27.04 ± 1.84	26.85 ± 2.10	0.007	↓		
栄養	455	62	18.12 ± 1.20	18.26 ± 1.37	0.170	65	27.35 ± 1.78	27.25 ± 1.87	0.331			
口腔	315	7	17.90 ± 1.28	18.23 ± 1.28	0.143	4	27.43 ± 1.59	25.68 ± 1.23	0.283			
服薬	256	6	17.75 ± 1.59	17.48 ± 1.60	0.545	6	26.28 ± 0.87	25.37 ± 0.85	0.097			
重症化予防	526	43	18.41 ± 1.42	18.63 ± 1.71	0.141	73	27.12 ± 2.07	27.04 ± 2.38	0.588			
複合	215	40	18.18 ± 1.24	18.04 ± 1.34	0.137	21	26.90 ± 1.90	26.31 ± 2.54	0.015	↓		
包括ﾌﾟﾛｸﾞﾗﾑ	1,074	88	18.62 ± 1.06	18.49 ± 1.25	0.451	76	26.78 ± 1.69	26.64 ± 1.88	0.269			
訪問歯科健診	581	6	18.22 ± 1.23	18.42 ± 1.36	0.751	4	28.03 ± 2.64	28.43 ± 2.57	0.598			
非参加者合計	1,054	116	17.65 ± 1.00	17.63 ± 1.27	0.754	21	28.18 ± 2.50	27.33 ± 2.34	0.027	↓		

疾患罹患割合の変化 (レセプト) ⇒新規罹患割合

	全数	脳血管疾患				虚血性心疾患				腎不全			
		H27年度 罹患患者	H27年度 非罹患患者 (a)	H28年度 新規 罹患患者 (b)	H28年度 新規 罹患率 (b/a)	H27年度 罹患患者	H27年度 非罹患患者 (a)	H28年度 新規 罹患患者 (b)	H28年度 新規 罹患率 (b/a)	H27年度 罹患患者	H27年度 非罹患患者 (a)	H28年度 新規 罹患患者 (b)	H28年度 新規 罹患率 (b/a)
事業参加者合計	2,529	837	1,692	147	8.7%	699	1,830	118	6.4%	156	2,373	73	3.1%
栄養	295	69	226	8	3.5%	70	225	5	2.2%	15	280	5	1.8%
口腔	278	127	151	24	15.9%	72	206	19	9.2%	18	260	9	3.5%
訪問歯科健診	321	149	172	10	5.8%	70	251	18	7.2%	32	289	9	3.1%
服薬	219	108	111	52	46.8%	111	108	50	46.3%	31	188	34	18.1%
重症化予防	356	110	246	11	4.5%	106	250	10	4.0%	29	327	5	1.5%
包括ケア外	897	243	654	25	3.8%	244	653	7	1.1%	25	872	6	0.7%
複合	163	31	132	17	12.9%	26	137	9	6.6%	6	157	5	3.2%
非参加者合計	846	404	442	118	26.7%	434	412	83	20.1%	214	632	104	16.5%

	全数	骨折				誤嚥性肺炎				認知症			
		H27年度 罹患患者	H27年度 非罹患患者 (a)	H28年度 新規 罹患患者 (b)	H28年度 新規 罹患率 (b/a)	H27年度 罹患患者	H27年度 非罹患患者 (a)	H28年度 新規 罹患患者 (b)	H28年度 新規 罹患率 (b/a)	H27年度 罹患患者	H27年度 非罹患患者 (a)	H28年度 新規 罹患患者 (b)	H28年度 新規 罹患率 (b/a)
事業参加者合計	2529	469	2,060	125	6.1%	49	2,480	41	1.7%	320	2,209	120	5.4%
栄養	295	55	240	9	3.8%	3	292	3	1.0%	9	286	8	2.8%
口腔	278	75	203	19	9.4%	7	271	11	4.1%	76	202	22	10.9%
訪問歯科健診	321	85	236	10	4.2%	31	290	13	4.5%	102	219	17	7.8%
服薬	219	62	157	46	29.3%	3	216	11	5.1%	48	171	38	22.2%
重症化予防	356	62	294	11	3.7%	4	352	0	0.0%	44	312	9	2.9%
包括ケア外	897	112	785	21	2.7%	1	896	3	0.3%	37	860	19	2.2%
複合	163	18	145	9	6.2%	0	163	0	0.0%	4	159	7	4.4%
非参加者合計	846	245	601	145	24.1%	19	827	31	3.7%	165	681	106	15.6%

平均値の推移（医療費・介護給付費）

平成27年度の医科医療費が100万円以上を除いた場合の集計

	医科100 万円以上 の人の数	医科医療費（円）＜平成27年度に年間医科医療費100万円未満＞									
		集計 対象数	H27年度			H28年度			p値	2カ年の差	増減率
			平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値			
事業参加者合計	417	2,112	360,675 ±	240,389	313,790	557,812 ±	801,514	334,415	0.000	197,137	54.7%
事業参加者合計（除く訪問歯科健診）	296	1,912	354,264 ±	235,123	310,000	526,613 ±	761,699	323,490	0.000	172,349	48.6%
栄養	28	267	335,806 ±	220,523	287,970	445,587 ±	686,462	301,500	0.007	109,781	32.7%
口腔	58	220	391,279 ±	234,558	363,040	784,443 ±	1,142,945	454,450	0.000	393,164	100.5%
服薬	81	138	515,510 ±	238,957	506,330	1,022,405 ±	1,189,315	659,095	0.000	506,895	98.3%
重症化予防	38	318	336,720 ±	234,146	303,635	516,720 ±	779,156	297,325	0.000	180,000	53.5%
複合	13	150	320,946 ±	228,947	267,925	445,083 ±	496,239	259,165	0.003	124,137	38.7%
包括ケアメント	78	819	336,083 ±	229,631	290,670	419,004 ±	510,968	298,370	0.000	82,921	24.7%
訪問歯科健診	121	200	421,964 ±	279,201	358,190	856,074 ±	1,069,848	519,605	0.000	434,111	102.9%
非参加者合計	246	600	476,090 ±	251,624		991,768 ±	1,338,069		0.000	515,678	108.3%

	医科100 万円以上 の人の数	医科医療費＋歯科医療費＋介護給付費（円）＜平成27年度に年間医科医療費100万円未満＞									
		集計 対象数	H27年度			H28年度			p値	2カ年の差	増減率
			平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値			
事業参加者合計	392	2,042	675,071 ±	815,856	407,557	929,761 ±	1,227,304	438,835	0.000	254,690	37.7%
事業参加者合計（除く訪問歯科健診）	296	1,906	587,506 ±	679,659	388,870	815,722 ±	1,109,394	411,980	0.000	228,217	38.8%
栄養	28	267	383,639 ±	279,006	321,790	496,477 ±	754,660	338,150	0.010	112,838	29.4%
口腔	58	220	1,507,803 ±	1,189,339	1,143,653	2,189,911 ±	1,677,998	2,032,607	0.000	682,107	45.2%
服薬	81	138	1,002,284 ±	929,745	683,260	1,676,287 ±	1,596,437	1,074,174	0.000	674,003	67.2%
重症化予防	38	318	503,221 ±	553,882	379,710	716,827 ±	956,187	378,940	0.000	213,606	42.4%
複合	13	144	365,438 ±	251,033	302,800	496,622 ±	516,205	320,145	0.002	131,184	35.9%
包括ケアメント	78	819	408,638 ±	288,494	347,570	500,164 ±	558,538	357,570	0.000	91,526	22.4%
訪問歯科健診	96	136	1,902,281 ±	1,385,391	1,805,903	2,527,986 ±	1,627,408	2,577,091	0.000	625,705	32.9%
非参加者合計	246	600	854,299 ±	833,808	591,215	1,443,091 ±	1,614,892	769,940	0.000	588,792	68.9%

保険者の役割

- 加入者の命を守る
 - 死亡・要介護状態を減らす
- 健康で活動できる人を増やす
 - ⇒健康で医療費を使わない人を増やす
 - 社会が活性化する
- 加入者・若い世代の財産を守る
 - 医療費増加の抑制により保険料を抑制する
- 社会保障の安定に寄与する
 - 病気の予防により、社会全体で後期高齢医療費の節約を目指す