

事業メニュー		栄養	栄養	栄養	栄養	栄養	栄養	
広域連合名		埼玉県	千葉県	愛知県	三重県	福岡県	宮崎県	
市町村名		和光市	旭市	大府市	津市	豊前市	宮崎市	
事業開始年度		27年度	29年度	27年度	27年度	27年度	27年度	
テーマ1 事業の計画、実施体制づくり (庁内連携、関係団体との調整等)	現状	地域包括ケア課、健康保険医療課(後期高齢者医療主管課)、長寿あんしん課(介護事業、地域包括支援センター主管課)が連携して事業を推進しており、関連する団体と連絡調整を図っている。	平成29年度より実施となるが、今年度の健診結果により抽出するため、1回目の抽出が遅れており、対象者の抽出ができていない。衛生部門の保健師・栄養士が計画をしているので、歯科や介護部署との連携ができていない。	これまで健康診査未受診者への対応が不十分であった。またH28年度結果で医療受診者より医療未受診者の健康状態が悪化していたことから、対象を健康診査未受診者かつ医療未受診者とした。	・健康づくり課で計画を作成している。 ・介護予防担当部署に事業内容について相談している。	現状、市の地域包括支援係と居宅介護支援事業所と連携し、要支援・要介護の方の参加者募集や勧奨をおこなっている。加えて、地元歯科医師会と協力機関の方々と定期的な会議も開催し、意見交換もおこなっている。	従来、高齢者を対象とした食生活改善推進員による地域活動、公共施設での「シニアの食卓を支援するレシピBOOK」の配布等に取り組んできたが、在宅高齢者が増える中、低栄養防止・生活習慣病等の重量化予防を図るため、居宅において生活を送っている低栄養の後期高齢者を対象に管理栄養士による訪問栄養指導を行ってきた。	
	課題、検討を要する内容	特に無し。	実施体制が整っていない。従来の訪問指導の延長として低栄養対策を考えており、教室参加型や既存事業の活用ができていない。フレイルの場合、医療機関への受診勧奨の目安がなく、かかりつけ医との連携が難しい。	生活困難者を包括支援センターに連携したがどちらが主担当か曖昧な部分が残る。現状としては要介護認定された方は包括支援センターが主担当としているが、生活困難者については、どの部門がみていくべきか今後検討が必要である。 医療依存度の高い人が多いが主治医を持たないため医療につなげることが難しい。主観的健康観が高く、医療的不安を感じていない。実際は要介護的生活をしているのに、介護保険を使っていない人が目立つ等の課題がある。健康状態がかなり悪化している方は健康づくりの範囲でのアプローチでは改善が難しいため医療や介護との連携が必須であり、医師会や栄養士会等との連携体制の構築に向け準備を進めている。	・広域連合との関係について、健康課題の把握や事業計画の検討等の共有ができていない。 ・関係機関(医師会)との連携が十分でない。	・地元医師会との連携について ・広報、周知について	体制づくりとして庁内連携では広域連合と健康支援課においては情報を共有し課題等の把握を提供しているが、介護担当部署との連携がとれていない。また関係団体については、栄養士会は事業の趣旨を理解し積極的に取り組んでいるが、包括支援センターへの協力は必要性について理解が得られず連携が難しい。今後、高齢者の情報や現状把握をもつ民生・児童員や介護部門、包括支援センター等との連携が必要と思われる。	
	ガイドラインについて	記載内容で参考になった点	「関係者の役割分担」及び「関係者間の連携」について。	図表I-7「取組の重症化イメージ」で対象者のすみわけがイメージできた。	これまで手つかずであった健康診査未受診者を対象とし、事業実施ができた。		地元歯科医師会に豊前市の課題等を提供し、介入支援の方法等について助言をもらった。	地域連携の中の、関係機関・専門職団体等の連携を参考に、栄養士会に連絡を取り、助言・指導を得て、保健事業の委託を行い協力を得ることができた。
		記載内容を参照したことにより、取組の検討・修正等を行った(予定)点	特に無し。		事業を計画・実施する保健衛生部門では、KDBシステムにてレセプト等のデータを活用することがなかった。保険部門とも連携することで、データを活用することができた。		優先的に取り組む課題を見つけ、歯科医師会の先生方に専門的な意見をいただき事業をおこなった。 P37⑤外部からの情報収集についてあらためて必要性を感じ、モデル事業実施自治体意見交換会へ参加することとした。	
		意味が理解できない点や追記が必要な点等	特に無し。					
その他	特に無し。							

事業メニュー	栄養	栄養	栄養	栄養	栄養	栄養	
広域連合名	埼玉県	千葉県	愛知県	三重県	福岡県	宮崎県	
市町村名	和光市	旭市	大府市	津市	豊前市	宮崎市	
事業開始年度	27年度	29年度	27年度	27年度	27年度	27年度	
テーマ 2 地域における効果的な取組 (抽出基準の絞り込み・内容等) へ対象者の抽出基準	現状	日常生活圏域ニーズ調査から「一般介護予防事業対象者」として抽出された75歳以上で①低栄養や過体重の疾病・介護予防が必要な者②摂食や咀嚼等の口腔機能低下が見られる者(口腔機能低下による低栄養リスク者含む)のいずれかに該当し、前年度において長寿医療健診を受診した者。	今年度の健診結果より80歳未満かつBMI21.5未満であり、生活習慣病の既往がなく、前年度または前々年度より体重が4kg以上減少している者。	対象者を過去3年健診未受診者かつ過去5か月間内科系医療未受診者とし、240人を対象者とした。240人のうち約70%の169人が参加している。	・基本チェックリスト、栄養に関するアンケート結果から対象者を抽出している。	介護認定情報とレセプトから抽出(介護認定され、かつ歯科レセプトが一定期間存在しない)を行い、対象者にCMから参加を促してもらった。参加者が、実施予定人数に満たない見込みのため、抽出条件とは異なる方でもCMが事業参加を必要と感じた人を参加者として実施する予定。	抽出基準：BMI 21, 4以下・ヘモグロビン男14g/dL以下、女12g/dL以下の者で数値の良くない人を優先して絞り込み、案内文を送付し希望者に実施。(後期高齢者健診データ、KDBシステム、健康管理システムを活用)
	課題、検討を要する内容	事業実施内容や費用対効果について等、抽出基準の最適化の検討。	初年度のため、年齢を75～79歳に設定した。今後拡大も検討中。生活習慣病の通院がないこと、としたが、今年度の対象者が少ないため、通院の有無は問わないとした方が良いのか検討を要する。	健康増進課で対象条件を考えているが、庁内の関係課との連携が十分ではない。現在は国立長寿医療研究センターに委託しているが、今後直営となった場合、目標や評価指標について医師会に助言を得るなどの方法を考えていく必要がある。	・チェックシートを自己記入してもらおうと、客観的データとの違いがみられる。	了承を得た対象者のみにしか、実施できないので、どうしても健康づくり等に興味のある人が主になっている。健康づくりに興味が無い層へ、参加していただくことが検討課題となっている。	健診データやKDBシステム等の数値データだけで抽出し訪問したが、現在、痩せていてもお元気で食事内容等に問題ない人もいる。しかし低栄養のリスクは少ないものの、食事内容に問題がみられたり、生活習慣病(高血圧や糖尿病等数値が高値)の重症化が見られる人もおり、「やせ」や「貧血」だけの抽出基準の見直しは今後の課題である。
	記載内容で参考になった点	医療保険者の視点での取組テーマと対象者抽出基準の例		財源確保に向け保健事業の効果・有効性を説得力のあるものにすることが重要とあり、どういった対象者で行うのが効果が出やすいのか検討していきたい。	・広域連合や関係部署が保有するデータを複合的に用いること。	レセプトや介護認定情報を組み合わせ、対象者抽出をおこなった点。P41、1行から5行。抽出された対象者以外のものが参加する見込みのため、参加者が確定したら参加者の特性(基準)を言語化し、明示しておくことが評価に役立つこと(P42)が参考となった。	対象者抽出においては、「医療保険者の視点での取組テーマと対象者抽出基準の例」を参考にしながら、具体的な抽出基準を設定することができた。また、支援の必要性のある(対象者)を絞り込み、把握したことで参加者も必要と感じていた条件と一致し、同事業に参加してくれた。結果として、抽出基準に近い内容での対象者選定ができたと思われる。
	記載内容を参照したことにより、取組の検討・修正等を行った(予定)点	特に無し。	抽出基準は明確化されておらず、自治体の実情にあわせ柔軟に設定できるものとなっているが、衛生部門では後期高齢者健診の結果しか活用できないため、BMIと体重減少のみの抽出基準となった。	現在作成中の市のマニュアルに対象者選定理由についても記載したい。		昨年度は、レセプトの病名から抽出したが、今年度は、ガイドラインを参考に歯科受診のレセプトがない方から抽出した(P43図表II-9)。P39のBMI値への着目から、高齢者配食サービス(市事業)利用者からの抽出ができる可能性があると思われるので検討する。	
意味が理解できない点や追記が必要な点等	特に無し。						

事業メニュー		栄養	栄養	栄養	栄養	栄養	栄養	
広域連合名		埼玉県	千葉県	愛知県	三重県	福岡県	宮崎県	
市町村名		和光市	旭市	大府市	津市	豊前市	宮崎市	
事業開始年度		27年度	29年度	27年度	27年度	27年度	27年度	
の 設 定 ・ 実	その他	特に無し。				P41 図表Ⅱ-8「対象者」「実施予定者」「参加者」の捕らえ方はわかりやすく参考になった。それぞれがどういう対象を指すのか共通認識で事業を実施していくとよいと感じた。		
	テーマ2 地域における効果的な取組の抽出基準、介入方法・内容等へ介入方法	現状	1人につき3回訪問を1クールで実施。初回訪問時に和光市における介護予防ケアマネジメントにおいてのアセスメントシートを活用し、栄養や口腔についてのみならず、運動機能や生活機能全般も含んだアセスメントを行う。食の多品目シート(栄養)、OHAT口腔アセスメントツール(口腔)も活用。	従来の訪問指導の延長として低栄養対策を考えており、教室参加型や既存事業の活用ができていない。	対象者に案内送付（MNA-SF、基本チェックリスト）後、管理栄養士が最大2回訪問し回収する。回収率は約70%である。その後ハイリスク者のみ介入し、事前評価のフィードバック、モニタリング1回、事後評価のフィードバックを行う。アセスメント項目はBMI、ICF、服薬、握力、転倒、食の多様性（11食品群）ハイリスク者（MNA-SFで11点以下の方）に管理栄養士が介入している。MNAは12点以上だが基本チェックリストで8点以上の方は保健師が介入している。	・健康相談や健康教育において、事前アンケートを実施。事前アンケートでは、孤食（1日2回以上）、医療と健診未受診（1年以上）、基礎疾患あり（糖尿病、脂質異常症、高血圧、腎疾患、心疾患）、転倒経験有の者を把握する。 ・月1回3か月間介入していく。	実施予定者には話しなれた、担当ケアマネージャーから参加の勧奨をおこない、加えて、参加者が通院したことのある歯科医の先生になるべく優先して従事してもらうことで、安心して参加していただけるようにしている。	介入方法：栄養士会へ健診結果から、身長、体重、BMI、血液検査、既往歴、服薬、問診、（食生活、運動等）健診医の意見等を提供し、栄養士会独自のツール（簡易栄養状態評価表、健康カレンダー等）を使用してアセスメントを行った。
内容の 抽出 基準	課題、検討を要する内容	栄養・口腔の両方のリスク者に介入する際に、なるべく管理栄養士と歯科衛生士の双方の時間を調整して訪問を実施しているが、場合によっては別々のタイミングとなる場合がある。対象者に負担とならない効果的な介入方法を検討する。	図表Ⅱ-10「介入支援の流れ」のように、1人の対象者に対して3ヶ月程度1クール複数回の介入が可能か、人員的にも厳しい現状。個人情報の取り扱いや苦情・トラブル対応の検討が必要。	ハイリスク者について4回訪問しているが、費用対効果の面でどのような介入方法がよいのか今後の検討が必要である。今後他の管理栄養士でも対応できるよう、介入マニュアルが必要であり、現在作成中である。	・抽出基準者と参加者との区分けが曖昧であった。	実施予定者の中には、他の病気のための治療が優先するため参加できない方が多かった。また、家に人が来る事を好まない方への勧奨は難しい。広く被保険者に栄養改善、口腔機能向上が健康と深い関係があることを周知し意識向上を図ることで参加者を増やしていきたい。	案内文送付後の希望者の連絡が少ないため、利用拡大につながりにくかった。今後は、関係団体の中でも民生・児童員等や地域包括支援センターの協力も必要と思われるため、情報提供を依頼できる体制づくりから、少しずつ整えていきたい。	
	ガイドラインについて	記載内容で参考になった点	特に無し。	個人情報の取り扱いや苦情・トラブル対応の検討について、業者委託しない場合でも検討が必要だと気づいた。	個人の前後評価のみでなく、事業評価も必要であり、事業評価が十分でないと感じた。	・個人情報の取り扱い、本人への同意の取り方が参考になった。	参加者への声かけ、事業概要の説明等は、担当ケアマネや市職員がおこない、介入支援は、専門的な知識を持つ歯科医師を中心に行い、支援方法や頻度の決定するという、役割分担を明確に出来た。	介入支援の実施では、介入支援の流れを参考に、介入期間、頻度を設定し実施することができた。
	記載内容を参照したことにより、取組の検討・修正等を行った（予定）点	特に無し。	図表Ⅱ-11「アセスメント項目の例」、図表Ⅱ-12「具体的なアドバイスの内容の例」、図表Ⅱ-13「設定する目標の例」など、参考になった。すべてが1枚の表になっていればなお良いと思った。また、より具体的な媒体の提示があればさらに良い。	市のマニュアルに事業評価の方法についても記載したい。	・医師会や関係機関との連携。	参加者が少ないため、当初予定に無かった、地域の集会等を活用する予定である。（P46 4）①		
	意味が理解できない点や追記が必要な点等	特に無し。						
その他	特に無し。							

事業メニュー		栄養	栄養	栄養	栄養	栄養	栄養	
広域連合名		埼玉県	千葉県	愛知県	三重県	福岡県	宮崎県	
市町村名		和光市	旭市	大府市	津市	豊前市	宮崎市	
事業開始年度		27年度	29年度	27年度	27年度	27年度	27年度	
テーマ3 事業評価 (目標と評価指標の設定、評価方法の検討等)	現状	目標設定としては、栄養指導等により、低栄養又は過体重が改善する者の割合を25%、摂食や咀嚼等口腔機能低下が改善する者の割合を25%と設定。	・事業目標：自身の健康課題を解決するために、食生活の改善ができる者の割合を増加させる（低栄養予防対象者：15人中5人） 評価指標：①基本チェックリスト項目を活用し、健康に気をつけた食事を心がけている者の割合を、低栄養予防対象者のうち15人中5人とする。②低栄養者への栄養指導等により3ヶ月間体重が維持または増加する者の割合25%（15人中4人）とする。 評価方法：①②事業の前後（開始時と3ヵ月後評価時等）での生活内容の聞き取りおよび体重測定	参加者の介入前後の体重や食の多様性（11食品群）等の評価したが、事業評価として参加率や改善率の目標を設定していない。	・体重の増減、BMI、MNAの事前事後の値で評価する。	初回、訪問時にBDHQ（食のアンケート）、口腔内検査（細菌、舌圧測定）、体組成、握力、血圧等の様々な検査をおこない、個人の課題を把握する。その後の訪問指導で課題解決に向け事業を進める。3ヵ月後に初回と同様の検査をおこない、評価・アドバイスする。	低栄養の者へ栄養アセスメントを行い、訪問指導等により、低栄養が改善した者の割合：50%（内容：①BMIの改善②食事内容、分量の改善及び増加③ふくらはぎ周囲長の改善のどれか1つでも改善・増加した者）	
	課題、検討を要する内容	3年間のモデル事業実施を通して、今後の事業実施に向けて、目標設定内容を最終的に再検討する必要がある。	実現可能な目標と評価指標を用いたため、達成可能と考える。1年後以降の評価をどうするか検討必要。	事業評価の指標や目標値の設定を検討する必要がある。	・健診結果やレセプトデータなどの客観的なデータも、評価の指標として取り入れる。	個人の毎日のケアが重要になってくるので、続けてもらえるように、事業終了後もフォローアップをおこなう。	食生活の改善が見られた者の割合については、食事チェックシート等で「食べるの物が増えた、減った、どんなものが増えた等」の聞き取りの中だけで、数値的評価ができず、あいまいになっている部分もある。評価指数として不十分のようにも感じるが、今後は主観的評価にならないよう内容を検討していきたい。	
	ガイドラインについて	記載内容で参考になった点	「評価とその活用」数値化できない定性情報の活用。		介入支援後1～5年程度追跡調査が必要とあるが、継続介入者のみの把握で留まっておき検討が必要である。	・事業評価指標の例（図表Ⅱ-14）が役立った。	初回の検査時に、しっかりと課題を把握し、目標を設定する点。	評価にあたっては、「評価とその活用」を参考に、支援の前後での状態の比較を行うこと、数値化できない定性情報については、本人や家族の感想を記録し、評価に役立terという情報習い、評価設定を作成することができた。
	記載内容を参照したことにより、取組の検討・修正等を行った（予定）点	特に無し。		基本チェック項目を活用した評価とした。			数値化できない定性情報（家族・介護者の感想、福祉関係者の対応状況）についても評価に役立たいので、収集項目、方法、意見集約が効率よくできるように取り組むことを検討した。	
意味が理解できない点や追記が必要な点等	特に無し。							
その他	特に無し。							

事業メニュー	栄養	栄養	栄養	栄養	栄養	栄養	
広域連合名	埼玉県	千葉県	愛知県	三重県	福岡県	宮崎県	
市町村名	和光市	旭市	大府市	津市	豊前市	宮崎市	
事業開始年度	27年度	29年度	27年度	27年度	27年度	27年度	
テーマ1、3共通 類型別の留意事項、事業内容等（栄養・口腔・服薬・重症化予防・複合的取組等）	対象者の設定（対象者抽出基準）はうまくいったか。予想した参加者を獲得できたか。	おおむね獲得できた。	生活習慣病通院ありを除外すると、平成29年度は対象者が2人となり、予想よりも少なかった。今年度は高齢者の特徴をつかむために、通院ありの者へも対象者を広げるか検討中。	<H28年度>対象者はH26年度基本チェックリスト未回収かつ独居の方138人。参加者は58人。包括支援センターが訪問し、案内を渡せた方が92人でスタートしたため、参加者が少なかった。 <H29年度>対象者は過去3年健診未受診者かつ過去5か月間内科系医療未受診者240人。参加者は169人。保健センターより案内送付し、アポなし訪問したことで参加者が増加した。	・参加者数は予想通りの人数であった。	平成28年度は、抽出した対象者からは、ほとんど断られたが、他に興味を持ってくれた参加者がいたので、予定の人数は、確保できた。平成29年度は、現在募集中だが、予定の25パーセント程度しか集まっていない。	訪問実績は平成27年度（35人）、平成28年度（25人）と予想した参加者（100人）の確保はできなかった。
	目標・評価指標は、課題に対応しているか。目標の達成状況を評価できたか。	評価できた。	広域連合からの指摘もあり、事業の目標、評価指標は定まった。今後実施予定のため未評価。	<H28・29年度>BMIの前後評価、食の多様性（11食品群）等で前後評価をしたが、目標達成値は定めていなかった。	・テーマ2の1に記載済の指標については評価できたが、個別介入者の立てた目標に対する評価は未実施である。	平成28年度は、多くの方が現状維持もしくは改善の傾向がみられた。評価は口腔、栄養とも専門職から示された評価指標・方法により実施し、高齢者の個別の課題解決に対応している。	平成27～28年度の評価指数はBMIの改善、食生活の改善が見られた者の有無、訪問指導後の満足度アンケートの確認であり、数値的評価は少ないが、目標の達成状況は評価できた。今後の課題はテーマ3に記載。
	アセスメント項目は、状態を把握するために十分であったか。対象者の負担となるほど過剰ではなかったか。	適切だった。	検討中	アセスメント項目は健康状態を把握するのに十分な項目であり、1人30分程度必要であった。	・開始当初は状態を把握するのに必要な項目が明確ではなかったため、項目が多くなった。徐々に必要な項目のみに整理して簡素化することが出来た。	事前アンケートの項目が多く、負担になる部分もあり、改善の余地はあるが、現状の対策として、事業開始前にわかる範囲での記入を依頼し、未記入箇所を対面聞き取りをすることで負担軽減を図っている。指から数滴採取する血液検査でも冬場だったためか時間がかかる場合があった。	訪問実施者や参加者からは項目数、内容ともに十分理解できアセスメントの負担はなかったと思われる。
	高齢者の課題に対し具体的にアドバイスできたか。改善につながったか。	改善につながるケースが多かった。	未実施	参加者の目標達成に向け、生活状況を把握した中でアドバイスを行い、参加者の意識向上や体重増加や食の多様性（11食品群）の向上がみられた。	・個人の生活に合わせたアドバイスが出来た。また、改善に繋がったケースもあった。 ・状態の悪い人には、包括支援センターに情報提供し支援することが出来た。	高齢者の課題に対し、訪問の間に課題解決に向けて短期で実施方法の確認、評価を行い、複数回の個別のアドバイスを行うことで定量的な評価項目が改善したと考えられる。歯科受診のなかった方が、受診する行動変容につながったり、鬱傾向の人が笑顔になったり、改善につながった。	疾患がいくつもあり、医師の食事の指示が必要とされるケースには、一般的なアドバイスになり、具体的な指導はできなかった。（特に腎機能低下者等）

事業メニュー		栄養	栄養	栄養	栄養	栄養	栄養	
広域連合名		埼玉県	千葉県	愛知県	三重県	福岡県	宮崎県	
市町村名		和光市	旭市	大府市	津市	豊前市	宮崎市	
事業開始年度		27年度	29年度	27年度	27年度	27年度	27年度	
テーマ1〜3共通 薬・重症化予防・複合的取組等 類型別の留意事項、事業内容等（栄養・口腔・服）	介入の期間・回数の設定は妥当であったか。得られた効果に対して効率的であったか。	適していた。	介入前と3ヶ月後の評価のため2回の訪問を計画中。	介入期間は約3か月とし、スクリーニング・アセスメント、フィードバック・栄養計画書の作成、モニタリング訪問、事後評価・フィードバックの計4回訪問した。H29年度はスクリーニング回収のための訪問は上限2回とし、モニタリングも1回に減らしたことで、費用削減につながった	・月1回3か月間の介入期間と回数で妥当である。ただし、必要に応じて介入後のフォローは必要である。	参加者の意見を取り入れて、回数は設定しているので、妥当だった。効果は多くの方が現状維持もしくは改善していたので、実施回数は効率的だったと考えている。冬場の実施期間については検討する必要があると感じている。	初回訪問・2回目電話指導・最終評価訪問と3回介入したが、訪問実施者、参加者ともに負担はスムーズに実施でき妥当と思われる。しかし、平成27、28年度ともに訪問開始日は12月頃になり、最終訪問が3月までに終わるか心配だったと訪問した栄養士より報告があった。	
	庁内及び関係者等との連携など、実施体制をうまくまとめることができたか。	庁内及び関係者が必要な場面において連携することができた。	衛生部門のみでの活動のため、連携ができていない。	H27年度より委託先の国立長寿医療研究センターとの打ち合わせを必要時実施してきた。またH29年度より包括支援センターとの打ち合わせを月1回実施しており、情報共有及び進行確認や課題の検討を行っている。	・包括支援センターや医師会への連携を検討していく必要がある。 ・両団体に栄養パトロールを周知し、理解してもらうことが必要である。	関係機関とは、定期的に会議を開き、問題があるとその都度連絡を取り合っていたので、うまく連携できていた。	連携体制がうまくいっていない関係団体については、テーマ2に記載。	
	ガイドラインについて 記載内容で参考になった点	他市町村の取り組みを参照することができたことにより、本市での実施内容に不足がないか、その他工夫できる事項がないかチェックすることができた。	モデル事業におけるアドバイス内容・設定した目標が具体的に抜粋されており、参考になった。				口腔機能が原因で、栄養低下に陥っているケースがあるという点。本市では、栄養改善事業と口腔機能改善事業を同時に実施するため、歯科医師・歯科衛生士・管理栄養士の連携を構築していたため、効果的に取り組んでいることがわかり参考となった。	
	記載内容を参照したことにより、取組の検討・修正等を行った（予定）点 意味が理解できない点や追記が必要な点等	特になし。		低栄養の場合、口腔に関する支援と合わせて実施することの重要性が記載されていた。歯科医師会との連携を今後検討していきたい。		家族には、当然情報提供をおこなっている。可能であれば、ケアマネ等にも情報提供をおこなっているが、事業後の支援内容については、検討課題である。		
その他	特になし。			・津市としては、モデル事業である「高齢者の低栄養・フレイル予防事業」に取り組んできたが、三重県後期高齢者医療広域連合がこのような保健事業にどのように取り組もうとしているかが				

事業メニュー	口腔・訪問歯科	口腔・訪問歯科	訪問歯科	訪問歯科	訪問歯科	口腔・訪問歯科	訪問歯科	
広域連合名	北海道	岩手県	宮城県	神奈川県	神奈川県	長野県	岐阜県	
市町村名	北見市	宮古市		神奈川県厚木市	横浜市	塩尻市	御嵩町	
事業開始年度	27年度	27年度	29年度	27年度	29年度	28年度	28年度	
テーマ1 事業の計画、実施体制づくり（庁内連携、関係	現状	<p>郡市歯科医師会及び歯科衛生士会と連携・協議の上、事業を開始。問診、検査、衛生指導の項目についても協議し決定。各々の立場と役割、職能を活かした高齢者支援体制を構築し、患者や家族（介護者）の口腔の課題の解決を図ること目的に事業を実施。実施にあたり介護部署と連携し実施。周知、実施後のケース支援の連携も実施。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・庁内における連携が摂れている。（介護保険課および医療給付係等） ・歯科医師会、介護事業所が協力的である。 ・市職員の歯科医師が計画、実施を担当している。 ・専任の歯科衛生士（非常勤）がいる。 	<p>歯科医師会に委託して訪問歯科健診を行っている。</p>	<p>市内在住の40歳以上の方を対象に、成人歯科健診を実施している。その中で、75歳以上の要介護認定者（施設入所者を除く）を対象として、在宅歯科健康診査を実施している。在宅歯科健診を希望する対象者に対し、実施医療機関の歯科医師が自宅を訪問し、歯の状態や歯周疾患の有無などを診査し、異常があった場合は、指導や治療につなげ、要介護者の口腔機能の維持・改善を図る。</p>	<p>【実施体制】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・歯科医師会が協力的である ・データの保有者が複数の部署にまたがるため、協力・連携しながら事業を進めている 	<p>広域連合と市町村間での課題の共有を図っている。塩尻市医療介護連携協議会において、歯科医師会、医師会、多職種等と連携を図っている。市（高齢者部署と衛生担当部署）と塩尻歯科医師会とで歯科保健推進委員会を開催している。</p>	<p>高齢者の口腔機能低下の予防に関しては、歯科医師会が協力的であり積極的に受診希望者に口腔指導を行っている。</p>
	課題、検討を要する内容	<p>在宅要介護者を対象としているが、在宅療養において「口腔」の課題は本人・家族における優先順位が低く、医療職が優先する「食」「疾病予防（低栄養、肺炎予防）」は、「たべる（たべられる）」ことで課題と認識されず、事業参加希望者が少ない。医療職が思う「課題」と在宅要介護者と家族が思う「課題」の乖離については、事業の必要性、口腔ケアの必要性など住民教育的な内容を含めた事業展開の必要を感じる。</p>	<p>歯科医師会との調整、個々の歯科医師の理解度・協力度の違い 介護事業所およびケアマネジャーの理解度・協力度の違い</p>	<p>対応してもらえない歯科医院も多い。</p>	<p>課題は、利用者が少ないこと。</p>	<p>【課題】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・健診データ、レセプトデータは各所管課の各システムにおいて管理しており、K D Bシステムとは連携していないため、K D Bシステムからの取得ではなく、各所管課にデータ提出を依頼する必要がある。 	<p>課題の共有には多職種が記入できる「いきいき手帳」があり、これまでより一層の活用が必要と思われる。また、主治医が出す意見書を共有できると歯科治療の際も活用ができ、医師と連携がスムーズに成ると思われる。</p>	<p>訪問口腔健診の制度の周知、申請時に担当ケアマネジャーより情報提供を頂くが、一部で訪問口腔の制度を知らないケアマネジャーがいた。</p>
	記載内容で参考になった点		<p>事業実施全体の流れをとらえることができ、P35（2）「それぞれの段階における実施事項」において実施事項が明確となり参考になった。</p>	<p>事業を行う上で、広域の役割を確認できた。</p>		<p>P37 ③広域連合・市町村の間での情報提供の環境整備</p>	<p>取組を推進するための環境整備・人材育成・専門職の立場からフレイル対策が必要</p>	<p>地域連携体制の構築</p>

事業メニュー	訪問歯科	口腔・訪問歯科	訪問歯科	訪問歯科	訪問歯科	訪問歯科	訪問歯科	栄養・口腔	訪問歯科
広域連合名	愛知県	滋賀県	大阪府	大阪府	島根県	広島県	福岡県		宮崎県
市町村名	豊橋市	竜王町	枚方市	箕面市		大竹市	豊前市		
事業開始年度	29年度	27年度	28年度	27年度	28年度	29年度	28年度		28年度
テーマ1 事業の計画、実施体制づくり（庁内連携、関係	現状	<p>〈庁内連携〉介護予防担当部署…対象者の選定時の要介護状態区分状態別人員データの提供、申込時の現状確認 〈関係団体〉歯科医師会…事業委託先 社会福祉協議会…事業内容や介護支援事業者への情報提供などの相談・支援</p>	<p>・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る。 ・福祉課から対象者のリストを受け、訪問調査し、口腔情報提供書にて担当ケアマネジャー、介護職員等へ情報の提供を図る。また、3か月後（ケアマネジャーによる）「事後チェック表」を渡し、対象者の体重、口腔内の状況等をアセスメントしてもらう。</p>	<p>・18歳から74歳以下の対象者に「在宅訪問歯科事業」（平成28年度から名称変更）も、市の単独事業として行っている。 ・平成27年に歯と口腔に関するアンケートの実施により、健康課題の把握を行った。 ・治療の必要な者に適切な治療を結びつけ、健康維持・向上を図っている。</p>		<p>県内17市町村で実施し、全体で対象者1,181名、現時点では受診者数7名、受診率0.59%となっている。また、健診後の事後措置として、受診者のケアプランを管理している介護事業所に連絡して、健診結果を活用していただくよう依頼している。</p>	<p>・以前から地区歯科医師会が協力的であるため、訪問歯科診療に対する取り組みを市と共同で実施している。また、歯科医師会在宅歯科診療センターを設置して歯科衛生士等を配置し、相談窓口を開設している。</p>	<p>現状、市の地域包括支援係と居宅介護支援事業所と連携し、要支援・要介護の方の参加者募集や勧奨をおこなっている。加えて、地元歯科医師会と協力機関の方々と定期的な会議も開催し、意見交換もおこなっている。</p>	<p>本年度76歳及び81歳の被保険者に対し、受診券を発送した。1市2町で実施している。受診の受付を在宅歯科医療連携室の協力のもとに、県歯科医師会に属している歯科医院にて受診を行う。</p>
	課題、検討を要する内容		<p>・ケアマネジャーによって「事後チェック表」の回答がないことがある。</p>	<p>・参加者の増加を図る</p>		<p>関係団体である島根県歯科医師会とは連携がとれている。市町村との連携が不十分。特に介護部署とは今まで連絡をすることがなかったため、事業実施をする上で密接な連携を取りづらい。来年度以降は、市町村の関係部署の担当者を集めた会議を定期的に開くことを計画中。</p>	<p>・訪問に従事する歯科衛生士の人材不足により、口腔ケアの受け皿が限られているため、事業の拡充を図ることが難しい。</p>	<p>・地元医師会との連携について ・広報、周知について</p>	<p>歩行困難等で歯科医院に直接受診できない被保険者の状況を踏まえて、今後、県歯科医師会と対象市町村を拡大するかの可否を協議する必要があると考える。</p>
	記載内容で参考になった点		<p>特になし</p>			<p>なし</p>	<p>現段階では特記なし。</p>	<p>地元歯科医師会に豊前市の課題等を提供し、介入支援の方法等について助言をもらった。</p>	<p>広域連合と関係団体で課題の共有をすることで、課題解決につながっていくと思われる。</p>

事業メニュー		口腔・訪問歯科	口腔・訪問歯科	訪問歯科	訪問歯科	訪問歯科	口腔・訪問歯科	訪問歯科
広域連合名		北海道	岩手県	宮城県	神奈川県	神奈川県	長野県	岐阜県
市町村名		北見市	宮古市		神奈川県厚木市	横浜市	塩尻市	御嵩町
事業開始年度		27年度	27年度	29年度	27年度	29年度	28年度	28年度
係 団 体 と の 調 整 等 ()	ガイド ライ ン に つ い て	記載内容を参 照したことにより、 取組の検討・修 正等を行った (予定) 点	なし	特になし			医科歯科で連携が取れ るよう、医師が口腔内を 簡潔に見て振り分けられ る、O-H A T 1 0を配 布し、必要に応じて、歯 科受診を促すモデル事業 を実施している。	御嵩町内の歯 科医院だけでなく 可児歯科医師 会に加入の歯科 医院で健診が受 診できるよう歯科 医師会との協議 を行い、受診でき るよう改善した。 (可児市)
	意味が理解でき ない点や追記が 必要な点等			特になし				特になし
	その他							
テ ー マ	現状	対象者基準は、北海道後期高齢者 医療広域連合「高齢者の低栄養・重 症化予防等事業」の対象者基準で 設定し、概ね要介護3以上の在宅 療養中の者が対象。 訪問診療医、訪問看護師、ケアマネ 等から事業を紹介され希望される場 合もあり。	○抽出基準 後期高齢者（75歳以上）→要介護の 方→要介護3以上 →対象地区で在宅 の方（入所サービスを受けていない方。た だし医療保険や介護保険において歯科に 関する管理等を受けている方を除く） ○把握・募集等 事業案内と希望調査書等をケアマネ経由 にて配布及び回収する。（ケアマネによる 受診勧奨と調査書等の代筆。）希望者 に訪問歯科健診等を実施する。希望しな い方及び返信のない場合は状況確認を電 話および訪問により行う。	前年度75 歳到達者 で要介護3 以上を対 象としてい る。	対象者を把握するために、後期高齢 者医療保険被保険者数を広域連合 に、要介護認定者数及び在宅介護 者数を庁内介護保険担当部署に、そ れぞれ照会している。	・歯科健診に行くことができない75歳以上 で要介護3以上の方 ・現在、医療保険や介護保険において歯 科に関する治療・管理を受けておらず、口 腔に関する問題を有している方	介護者やケアマネから 口腔に関する問題があ り、本人のみでの外出が 困難な者であるとの依頼 により、歯科衛生士が事 前訪問し、口腔・審査カ ルテ、口腔機能チェック リストにより、対象者を抽出 している。	要介護者の担 当ケアマネジャー からの情報提供

事業メニュー	訪問歯科	口腔・訪問歯科	訪問歯科	訪問歯科	訪問歯科	訪問歯科	訪問歯科	栄養・口腔	訪問歯科
広域連合名	愛知県	滋賀県	大阪府	大阪府	島根県	広島県	福岡県	宮崎県	
市町村名	豊橋市	竜王町	枚方市	箕面市		大竹市	豊前市		
事業開始年度	29年度	27年度	28年度	27年度	28年度	29年度	28年度	28年度	
団体との調整等	ガイドラインについて	記載内容を参照したことにより、取組の検討・修正等を行った(予定)点	特になし			なし	現段階では特記なし。	優先的に取り組む課題を見つけ、歯科医師会の先生方に専門的な意見をいただき事業をおこなった。P37⑤外部からの情報収集についてあらためて必要性を感じ、モデル事業実施自治体意見交換会へ参加することとした。	県歯科医師会と連携をすることで、お互いが抱えている課題・問題点を共有できた。
	意味が理解できない点や追記が必要な点等		特になし			なし	特になし		
	その他								
現状	対象者について、歯科医師会や社会福祉協議会と意見交換を行った上で対象者を決定した。	要介護2～5の者のリストを福祉課より情報提供してもらう。 ※ただし、施設入所者、入院中の者は対象外としている。	・歯科健診を受診することが困難な高齢者(要介護3～5相当)から申し込みを募る。 ・広報・チラシ等による周知および保健師等の訪問活動等での掘り起こしを行う。 ・健診後の結果を入力しているシステムで管理している。 ・個人情報保護審議会で検討済。		後期高齢者歯科口腔健診の対象者(76～85歳)で、在宅の要介護3以上の被保険者を対象としている。ただし、医療保険・介護保険で歯科の管理を受けている者を除く。	・ケアマネージャーが必要と感じた方を対象としている事例がほとんどである。	介護認定情報とレセプトから抽出(介護認定され、かつ歯科レセプトが一定期間存在しない)を行い、対象者にCMから参加を促してもらった。参加者が、実施予定人数に満たない見込みのため、抽出条件とは異なる方でもCMが事業参加を必要と感じた人を参加者として実施する予定。	本年度、対象地区に住所を有し、76歳及び81歳に到達する対象者を抽出を行った。	

事業メニュー	口腔・訪問歯科	口腔・訪問歯科	訪問歯科	訪問歯科	訪問歯科	口腔・訪問歯科	訪問歯科
広域連合名	北海道	岩手県	宮城県	神奈川県	神奈川県	長野県	岐阜県
市町村名	北見市	宮古市		神奈川県厚木市	横浜市	塩尻市	御嵩町
事業開始年度	27年度	27年度	29年度	27年度	29年度	28年度	28年度
マ 2 地域における効果的な取組（抽出基準、介入方法・内容等）へ対象者の抽出基準の設定・	課題、検討を要する内容		前年度75歳以上の抽出は可だが、要介護3以上の抽出はできない。また、健診結果等の活用による絞り込みはできていない。		【課題】 「レセプトなし」・「健診未受診・問診なし」の中から対象者を抽出するため、データ等を使用した抽出基準の設定は困難	口腔機能に問題があっても本人が意思表示できない場合や認知症などで毎日症状の訴えが変化する場合もあり、歯科につながるためには、多職種が聞き取りやすい簡潔なチェックリストがあると、抽出基準が明確になると思われる。	訪問口腔健診の情報提供、ケアマネジャーへの訪問口腔の周知
	記載内容で参考になった点	日常生活圏域ニーズ調査で、摂食や咀嚼等口腔機能低下のみられるものや、新規要支援者を対象にした口腔ケア事業（既存調査の活用）。		健診結果等の活用等により絞り込むことでより有効な対象者を絞り込める。	・P40 図表Ⅱ-7 他市町村の抽出基準例 ・P43 図表Ⅱ-9 「健診未受診者、レセプトなし」の場合は、民生委員、包括等からの情報で対象者拾い上げ	図表Ⅱ-7 モデル事業における取り組みテーマ別の対象者の抽出基準 図表Ⅱ-8「対象者」と「実施予定者」と「参加者」の捉え方	
	ガイドラインについて	記載内容を参照したことにより、取組の検討・修正等を行った（予定）点	なし	特になし			口腔に問題がないと感じていても、5年以上歯科にかかってない人はチェックリストを行うなど抽出基準を設ける。

事業メニュー	訪問歯科	口腔・訪問歯科	訪問歯科	訪問歯科	訪問歯科	訪問歯科	訪問歯科	栄養・口腔	訪問歯科
広域連合名	愛知県	滋賀県	大阪府	大阪府	島根県	広島県	福岡県		宮崎県
市町村名	豊橋市	竜王町	枚方市	箕面市		大竹市	豊前市		
事業開始年度	29年度	27年度	28年度	27年度	28年度	29年度	28年度		28年度
マ 2 地域 にお ける 効果 的な 取組 (抽出 基準、 介入 方法・ 内容等) へ対象 者の 抽出 基準 の設定	課題、検討を要する 内容	事業実施に当たり、 補助を前提として予 算確保したため、歯 科医師会等との意見 交換で実施すべきとさ れた対象者と予算確 保時の対象者と差異 が生じた。	特になし	・事業対象者および参加者の増 加を図る。		「在宅の要介護3以上」と「介護 保険で歯科の管理を受けていな い」の条件については市町村介 護に情報提供を求めているが、 市町村によって個人情報保護法 による提供不可や、介護システム の仕様による抽出不可があり、 情報を得られない場合がある。	抽出基準については 基準を言語化できて いない。	了承を得た対象者のみ にしか、実施できないの で、どうしても健康づくり 等に興味のある人が主 になっている。健康づくりに 興味が無い層へ、参 加していただくことが検討 課題となっている。	
	記載内容で参 考になった点		特になし	図表で例が書かれているのがわか りやすかった。		なし	現段階では特記な し。	レセプトや介護認定情 報を組み合わせ、対象 者抽出をおこなった点。 P41、1行から5行。抽 出された対象者以外の ものが参加する見込みの ため、参加者が確定した ら参加者の特性（基 準）を言語化し、明示 しておくことが評価に役立 つこと（P42）が参考と なった。	広域連合が実施主体の 場合の対象者抽出や フォローのための情報共 有について、協力関係を 築くことの重要であるこ と。
	ガイド ライン につ いて	記載内容を参 照したことにより、 取組の検討・修 正等を行った (予定)点		特になし			なし	現段階では特記な し。	昨年度は、レセプトの病 名から抽出したが、今年 度は、ガイドラインを参考 に歯科受診のレセプトが ない方から抽出した (P43図表II-9)。P39 のBMI値への着目から、 高齢者配食サービス (市事業)利用者から の抽出ができる可能性 があると思われたので検 討する。

事業メニュー	口腔・訪問歯科	口腔・訪問歯科	訪問歯科	訪問歯科	訪問歯科	口腔・訪問歯科	訪問歯科
広域連合名	北海道	岩手県	宮城県	神奈川県	神奈川県	長野県	岐阜県
市町村名	北見市	宮古市		神奈川県厚木市	横浜市	塩尻市	御嵩町
事業開始年度	27年度	27年度	29年度	27年度	29年度	28年度	28年度
実施予定者の絞り込み	意味が理解できない点や追記が必要な点等	P40「対象者」の捉え方。補助事業でいう「対象者」は、絞り込み後の実施予定者ではなく～の部分について理解いたしかねております。 P41図表Ⅱ－8「対象者」と「実施予定者」と「参加者」の捉え方において、絞り込み条件該当者＝同意した個人ととらえているのでしょうか？実施率の分母は、絞り込み条件該当者と考えておりました。（抽出基準と絞り込み条件との差異はなんであるのか？理解不足でおります。）	特になし				
	その他	事業評価として実施率を問われる場合がある。 多くの人が参加できる事業計画を立案する為にも、事例があると大変参考になる。			P41 図表Ⅱ－8 「対象者」は、抽出基準のある場合（P43図表Ⅱ－9①の場合）には対象者数の概数を把握できるが、抽出基準のない場合（P43図表Ⅱ－9の「健診未受診者・レセプトなし」の場合）には対象者数を把握することは難しい。		
現状	対象者が要介護者であるため、家族など介護者、訪問診療医、訪問看護師、ケアマネなど関係職種が事業を周知後、申込され実施に繋がる場合もあり。 歯科医が健診をし、その後歯科衛生士による衛生指導を実施。 当日は家族、訪問看護師、ヘルパーなど介護者も対象者に合った口腔ケアを知る機会として（本人の承諾で）同席し、現状確認と個別性にあつた口腔ケアの方法を学ぶ機会にもなっている。	歯科医師と歯科衛生士等が個人宅に訪問、もしくはデイサービス等に立ち寄り、歯科健診を実施し、結果を本人や家族および介護スタッフ等に説明する。歯科治療が必要な場合には、訪問歯科受診等についても説明する。次回、歯科医師もしくは歯科衛生士が訪問し、歯科健診結果に基づいた口腔ケアと指導を行う。同様の指導は立会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。	健診の結果、治療の必要な場合は、受診勧奨や受診の有無の調査を行っている。	成人歯科健診対象者全員に成人歯科健診受診券と実施医療機関一覧を送付している。在宅歯科健診の結果は、実施医療機関から実施報告書及び個人記録票が送付される。	【事業の周知方法】 介護保険事業所へのメール配信サービスの活用や地域包括支援センター関係者への説明による周知 【アセスメント】 歯・咬合・軟組織・口腔乾燥・口腔衛生の状態、舌・嚥下機能評価、摂食機能評価 【保健指導内容】 う蝕・歯周疾患の予防法（ブラッシング指導、食事・生活指導）、口腔機能向上、歯科医療機関の受診 【関係者への情報共有】 訪問歯科健診の実施報告書を家族やケアマネジャー等と共有する。	年間11日間（午前、午後に分けて22回）、歯科医師と歯科衛生士で訪問し、歯科健診、口腔内撮影、口腔ケア等を実施。健診後、必要に応じて歯科治療の依頼を行う。口腔ケア、口腔機能に関するケア継続的に必要な者には、歯科衛生士がフォロー訪問の実施。	訪問対象者、ケアマネジャー、歯科医師、歯科衛生士と日程を調整し訪問
テ							

事業メニュー	訪問歯科	口腔・訪問歯科	訪問歯科	訪問歯科	訪問歯科	訪問歯科	訪問歯科	栄養・口腔	訪問歯科
広域連合名	愛知県	滋賀県	大阪府	大阪府	島根県	広島県	福岡県	宮崎県	
市町村名	豊橋市	竜王町	枚方市	箕面市		大竹市	豊前市		
事業開始年度	29年度	27年度	28年度	27年度	28年度	29年度	28年度	28年度	
実施予定者の絞り込み	意味が理解できない点や追記が必要な点等	特になし			なし	特になし			
	その他					特になし	P41 図表Ⅱ-8「対象者」「実施予定者」「参加者」の捕らえ方はわかりやすく参考になった。それぞれがどういう対象を指すのか共通認識で事業を実施していくとよいと感じた。		
テ	現状	<p>チラシは、居宅介護事業者へ配布し、申込は担当ケアマネジャーを通じて行う。利用者が安心して健診受診できるよう、訪問の際には歯科医師、歯科衛生士だけでなく担当ケアマネジャーを同行させる。口腔ケアが継続されるよう、保護者、介護者等への口腔ケア指導を行う。</p> <p>(介入方法) 対象者の家族に電話でアポイントを取り、基本在宅に訪問調査を行う。 (実施内容) 口腔状況の調査、口腔清掃の指導、口腔機能管理、食支援 3か月後の口腔内の状況等を、ケアマネジャーにチェックしてもらう。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・歯科衛生士および保健師、理学療法士、作業療法士、栄養士が連携をとるに当たり、必要に応じて検討会を行っている。 ・健診後の結果を入力しているシステムで管理している。 ・個人情報保護審議会で検討済。 	<p>訪問歯科健診は、歯科口腔健診の対象者の内、訪問の条件を満たす者を対象としている。訪問対象者には受診券と一緒に訪問健診の案内文書を送付している。案内を見た対象者等が歯科医院に連絡することで訪問歯科健診を実施している。</p>	<p>記載内容に沿って実施できている部分が多い。</p>	<p>実施予定者には話しなれた、担当ケアマネジャーから参加の勧奨をおこない、加えて、参加者が通院したことのある歯科医の先生になるべく優先して従事してもらうことで、安心して参加していただけるようにしている。</p>	<p>対象者へ受診券を郵送し、受診を希望される対象者は、在宅歯科医療連携室に受付・予約を行い、歯科医院の先生が対象者宅を訪問する。健診内容は、問診、口腔内外診査、口腔・咀嚼嚥下機能診査を行い、健診結果をもとに指導を行う。指導後に、対象者及び家族等に対して聞き取りを行う。</p>		

事業メニュー	口腔・訪問歯科	口腔・訪問歯科	訪問歯科	訪問歯科	訪問歯科	口腔・訪問歯科	訪問歯科	
広域連合名	北海道	岩手県	宮城県	神奈川県	神奈川県	長野県	岐阜県	
市町村名	北見市	宮古市		神奈川県厚木市	横浜市	塩尻市	御嵩町	
事業開始年度	27年度	27年度	29年度	27年度	29年度	28年度	28年度	
1 マ 2 地域における効果的な取組（抽出基準、介入方法・内容等）へ介入方法・内容の検討	課題、検討を要する内容	本人や家族が「在宅での困りごと（問題）」として、口腔機能の低下を上げることが少なく、支援している関係職種により「課題が表出」し、事業に繋がっている。 口腔機能と低栄養・肺炎など疾病予防の関連についての理解を住民教育する必要性を感じる。	・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内容の理解が難しい。 ・歯科治療は可能であれば外来受診をとするが、付き添う家族がない場合には歯科外来受診は困難である。一方歯科医師側も、訪問歯科診療において対象者の状況および治療内容等で難しいケースがあり、容易には訪問歯科診療が困難なケースがある。 ・歯科健診等をきっかけに定期的な歯科健診、できればかかりつけ歯科医師をもつていただき、歯科医療や介護保険での歯科的管理を継続性することが重要であるが、実現は少数である。	訪問歯科の治療に対応できる歯科医院に限られること、歯科医師会との協力が必要となる。		【課題】 ・要介護3以上の場合、本人からの申込はハードルが高く、ケアマネジャーや家族等の介護者にアプローチする必要がある。	介護度が重いほど治療が必要だが、服薬や全身状況から、歯科治療ができない状況がある。介護度4以上では口腔を清潔に保つことが誤嚥性肺炎の予防になり口腔ケアのみで現状維持となる。介護度が軽いうちから歯科健診への結びつきが必要で具体的なアドバイスを行う必要があると思われる。	事業実施に携わる人数が多く日程の調整が大変。
	記載内容で参考になった点			特になし		・P44 個人情報の取扱いについて ・P44 データ取得等に当たっての手続きや閲覧が可能になるまでの期間等を予め見越して計画を立てることが必要となる。 ・P48～50 アセスメント項目、アドバイス内容、設定する目標の例	図表Ⅱ-10 介入支援の流れ 図表Ⅱ-11 アセスメント項目の例 図表Ⅱ-12 具体的なアドバイスの内容の例	苦情・トラブル対応
	記載内容を参照したことにより、取組の検討・修正等を行った（予定）点		なし	特になし			アセスメント項目の例が一覧表として出ると、要介護者の状況がわかりやすい。 サービス分野ごとに、どの程度の目標達成できているかも一覧で見えてくると多職種との連携になると思われ、今後検討する必要がある。	健診受診者からの苦情は出ていないが、訪問先での駐車の問題が今後出てくると思われる。集合住宅や団地などは路上駐車の場合もあり。今後苦情にならないよう配慮が必要。
	意味が理解できない点や追記が必要な点等			特になし				

事業メニュー	訪問歯科	口腔・訪問歯科	訪問歯科	訪問歯科	訪問歯科	訪問歯科	訪問歯科	栄養・口腔	訪問歯科
広域連合名	愛知県	滋賀県	大阪府	大阪府	島根県	広島県	福岡県		宮崎県
市町村名	豊橋市	竜王町	枚方市	箕面市		大竹市	豊前市		
事業開始年度	29年度	27年度	28年度	27年度	28年度	29年度	28年度		28年度
1 マ 2 地域における効果的な取組（抽出基準、介入方法・内容等）へ介入方法・内容の検討	課題、検討を要する内容		「事後チェック表」のチェック項目の中で体重のチェック等、ケアマネジャーにより適当な回答がされている場合があるため、体重の増減や栄養状態の把握が十分にできていない者もいる。	・何らかの理由（連れて行ってもらう人がいない、財政面など）で受診できない人への対応。		訪問健診に協力可能な歯科医院の数が市町村によってバラつきがあったり、訪問健診の実施に距離等の条件がある等の制約があるため、対象者から連絡があっても訪問健診を実施できない可能性があること。	評価に必要なデータが取得できていないものがあるので、取得方法等について歯科医師会と調整中。	実施予定者の中には、他の病気のための治療が優先するため参加できない方が多かった。また、家に人が来る事を好まない方への勧奨は難しい。広く被保険者に栄養改善、口腔機能向上が健康と深い関係があることを周知し意識向上を図ることで参加者を増やしていきたい。	
	記載内容で参考になった点	・苦情・トラブル対応に関する検討 ・事業予定者への声かけ	特になし	・事業予定者への声かけ		なし	現段階では特記なし。	参加者への声かけ、事業概要の説明等は、担当ケアマネや市職員がおこない、介入支援は、専門的な知識を持つ歯科医師を中心に行い、支援方法や頻度の決定するという、役割分担を明確に出来た。	具体的な対象者への支援として、課題解決のための具体的なアドバイスを実施することにより、対象者の現状を把握して、出来ることを続けられることを意識したアドバイスにつなげること。
	記載内容を参照したことにより、取組の検討・修正等を行った（予定）点		特になし	・地域の集会、イベント、組織活動（老人会等）の機会の活用を行なっていく。		なし	現段階では特記なし。	参加者が少ないため、当初予定に無かった、地域の集会等を活用する予定である。（P464）①	
	意味が理解できない点や追記が必要な点等		特になし			なし	特記なし。		

事業メニュー	口腔・訪問歯科	口腔・訪問歯科	訪問歯科	訪問歯科	訪問歯科	口腔・訪問歯科	訪問歯科
広域連合名	北海道	岩手県	宮城県	神奈川県	神奈川県	長野県	岐阜県
市町村名	北見市	宮古市		神奈川県厚木市	横浜市	塩尻市	御嵩町
事業開始年度	27年度	27年度	29年度	27年度	29年度	28年度	28年度
その他		当市の後期高齢者歯科健診事業の参加率は平成28年度は59人・7.2%であり、そのうち36人・61%が治療に結びついている。歯科健診は歯科保健および歯科治療の契機となっている。 要介護の人にとっては、誤嚥性肺炎予防のためにも口腔ケアの重要性が増大する。継続的に口腔の管理を行う事が望まれるが実施は少数である。					
現状	訪問歯科健診、衛生指導事業の評価指標は、日本歯科医師会や厚生労働省、各種学会で公表している「歯科健診・衛生指導マニュアル」を参考とし、結果に基づいた「受診行動の実施」「治療の開始」「適切な口腔ケアの実施」などを評価している。また、レセプトの確認や、口腔機能系介護事業の利用などの結果についても確認し、評価している。	○評価は開始時と終了時における歯科健診結果および「事前基本情報」、「訪問歯科健診事前アンケート」、「訪問歯科健診事後アンケート」より行う。 ○評価項目 ・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 ・本人や家族の満足度 ・直近1年間における発熱状況との事業開始後における発熱回数（ただし明らかに他の原因と判定された場合は除く） ・誤嚥や窒息の改善した人の増加 ・歯科治療の有無	健診の結果、要治療となった方の歯科受診率30%を目標としている	事業目標は、在宅歯科健診受診者のうち、前年度から引き続き受診をした者の割合を50%とする。評価指標、方法は、在宅歯科健診受診期間終了後（平成30年2月15日まで）、在宅歯科健診受診者数や前年度の受診状況の確認、結果判定の集計等を行う。	【目標】 ・咀嚼・嚥下機能、口腔清掃状態が改善した者の割合、歯科医療に繋がった割合 【評価方法】 ・訪問歯科健診実施後、対象者にアンケートを実施し、実施以前の状態と比較。 ・効果検証については、専門機関に再委託して実施。	「いつまでもおいしく口から食べられる」をテーマにしている。そのために、治療や口腔ケア・口腔機能向上リハビリなど必要に応じた対応を行なっている。ケアマネ・訪問看護などからの依頼は「入れ歯を出してしまう」「口臭があり、口の中を見せてもらえない」「ブラッシングを拒否する」など様々なトラブルが起こってからの依頼である。	訪問口腔健診受診後にアンケートを行い受診後の経過確認を行った。

事業メニュー	訪問歯科	口腔・訪問歯科	訪問歯科	訪問歯科	訪問歯科	訪問歯科	栄養・口腔	訪問歯科
広域連合名	愛知県	滋賀県	大阪府	大阪府	島根県	広島県	福岡県	宮崎県
市町村名	豊橋市	竜王町	枚方市	箕面市		大竹市	豊前市	
事業開始年度	29年度	27年度	28年度	27年度	28年度	29年度	28年度	28年度
その他	<p>訪問歯科健診を行うに当たり、デイサービス先での健診の補助対象の是非を確認したところ、対象外との回答であった。</p> <p>本市では、歯科医師会への委託により実施するため、休診日（木曜日）に実施することとなり、対象者がデイサービスを利用していることが多く、受診してほしい対象者が受診できないことが考えられる。</p>							
現状	<p>事業目標：歯科健診等の実施により、口腔内状況が改善された割合50%</p> <p>評価方法：歯科健診等実施後3か月以内に状況確認を行い、歯の状況確認や食生活の改善状況などを聞き取り、歯科健診等の実施の効果を検証</p> <ul style="list-style-type: none"> ・1年間の対象者への介入人数は限られている。介入した者は、改善傾向にあるが、町全体の肺炎受診率や医療費まで視野を広げると、肺炎受診率の低下、医療費の適正化につながったかといえ、そうでないところがある。 ・訪問歯科診療のうち治療が必要な者を100%治療につなげる。 ・訪問後、1ヶ月後に受診等について問い合わせを行う。 ・治療が必要な者の受診率について前年度と比較する。 <p>目標値は立てていない。OHAT指標の改善が望ましい。</p> <p>目標：訪問健診受診者数100名 評価項目：訪問健診受診者数、健診結果が事後措置へ反映された数・割合※事後措置として受診者のケアプランを管理している介護事業所へ健診結果の活用を依頼している。</p> <p>状態の改善を目標としたいところだが、高齢者の特性を踏まえ、現実的には悪化させないことを成果として指標に設定している。</p> <p>初回、訪問時にBDHQ（食のアンケート）、口腔内検査（細菌、舌圧測定）、体組成、握力、血圧等の様々な検査をおこない、個人の課題を把握する。その後の訪問指導で課題解決に向け事業を進める。3か月後に初回と同様の検査をおこない、評価・アドバイスする。</p> <p>訪問指導により口腔機能の維持・改善ができていない対象者を5割に設定している。また、健診における判定結果をもとに評価を行っている。</p>							

事業メニュー		口腔・訪問歯科	口腔・訪問歯科	訪問歯科	訪問歯科	訪問歯科	口腔・訪問歯科	訪問歯科
広域連合名		北海道	岩手県	宮城県	神奈川県	神奈川県	長野県	岐阜県
市町村名		北見市	宮古市		神奈川県厚木市	横浜市	塩尻市	御嵩町
事業開始年度		27年度	27年度	29年度	27年度	29年度	28年度	28年度
テーマ3 事業評価（目標と評価指標の設定、評価方法の検討等）	課題、検討を要する内容		<ul style="list-style-type: none"> ・口腔ケア回数が増えた人の増加 について、元から1日3回実施者を分母から除くか、増えた人あるいは、3回の人とするべきであった。 ・口腔衛生状態の改善した人の増加について、もともと口腔衛生良好の人は分母から除く。 ・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について、科学的な判定は困難である。 ・誤嚥や窒息の改善した人の増加について、科学的な判定は困難である。 ・歯科治療の有無について、歯科疾患がある場合でも治療困難なケースでは歯科治療が必要としない。 	目標の置き方、評価指標について、初年度ということもあり、検討していく必要がある。		<ul style="list-style-type: none"> ・今年度は、事業実施期間が短く、本事業による介入結果を明らかにするのが難しい可能性がある。 	口腔や全身状況が悪化していると、目標に対する評価が出てこない事例が増加する。5年以上歯科治療や歯科健診を受けていない要介護者を健診に結びつけ、早期に目標と評価指標の設定を行なう事が重症化予防につながると思われる。	受診者に対し訪問口腔健診後の事業展開が現状整っていない。関係各部署と連携をとり、健診受診だけで終わらないようにしていきたい。
	記載内容で参考になった点		P52事業評価のとらえ方について。科学的な評価が困難であっても、質的・定性的な事柄も成果ととらえることが可能との記載があり確認ができたこと。	評価と見直しの方について、整理できた。	目標の設定にあたっては、地域の健康課題の解決に向け、出来る限り具体的な数値で設定することが望ましい。評価指標は、既存の統計やシステムから取得可能なデータ等、抽出が比較的容易な項目であることも肝要である。	<ul style="list-style-type: none"> ・P52 ①事業評価 研究としての取組ではないため、実施可能な範囲での評価の取組が望まれる。 ・P52 図表Ⅱ-14 事業評価指標の例 	目標・評価指標の設定評価とその活用	
	ガイドラインについて	記載内容を参照したことにより、取組の検討・修正等を行った（予定）点		なし	特になし			基本チェックリストを用いる。
	意味が理解できない点や追記が必要な点等		データソースからどの項目を選択するのか、口腔の健診等のデータは判定基準があっても判定者によるばらつきが出やすい。その観点からも、より客観的な指標があると判定が容易であろうと考える。	特になし				

事業メニュー	訪問歯科	口腔・訪問歯科	訪問歯科	訪問歯科	訪問歯科	訪問歯科	栄養・口腔	訪問歯科
広域連合名	愛知県	滋賀県	大阪府	大阪府	島根県	広島県	福岡県	宮崎県
市町村名	豊橋市	竜王町	枚方市	箕面市		大竹市	豊前市	
事業開始年度	29年度	27年度	28年度	27年度	28年度	29年度	28年度	28年度
テーマ3 事業評価 (目標と評価指標の設定、評価方法の検討等)	課題、検討を要する内容	(課題) 入院中で対象外となっていた者は、入院中に口腔ケアができていないため口腔状態が悪く、退院後ケアマネジャーから歯科への連絡もないので、口腔状態が悪いままとなり、また肺炎等での入院につながっている。病院、ケアマネジャー、歯科とのシームレスな連携がとれていないところで口腔ケアができず対象外となっている者が肺炎⇒入院という悪循環になっていることが課題である。 (検討) 高齢者の栄養面での重症化予防を図るため、管理栄養士と連携し訪問調査時に介入できるようすすめている	・何らかの理由(連れて行ってもらう人がいない、財政面など)で受診できない人への対応。 ・訪問後、1ヶ月後に受診等について問い合わせたときに、未受診の時には、受診を勧める。	再度、歯科健診(現在6ヶ月後)の間隔。	・目標値が適切な値かどうか、基準がわからないため不明。 ・歯科訪問健診の主目的が「歯科医院へ行って歯科口腔健診を受けることが困難な被保険者に受診機会を与える」のため、評価項目が適切なものかどうか不明。	特筆なし。	個人の毎日のケアが重要になってくるので、続けてもらえるように、事業終了後もフォローアップをおこなう。	訪問後に対象者が健康増進に寄与しているかを検証していくこと。
	記載内容で参考になった点	特になし			目標・評価指標の設定についての記載	現段階では特記なし。	初回の検査時に、しっかりと課題を把握し、目標を設定する点。	評価指標に関するデータを収集し、支援の前後の状態の比較を行う。
	ガイドラインについて 記載内容を参照したことにより、取組の検討・修正等を行った(予定)点	特になし			国保連合会のヘルスサポート事業への申請を検討したが、歯科の専門職が委員にいないため、評価方法等の相談ができなかった。	現段階では特記なし。	数値化できない定性情報(家族・介護者の感想、福祉関係者の対応状況)についても評価に役立てたいので、収集項目、方法、意見集約が効率よくできるように取り組むことを検討した。	訪問後に対象者が健康増進に寄与しているかを検証していくことを検討する予定。
	意味が理解できない点や追記が必要な点等	特になし				特記なし。		

事業メニュー	口腔・訪問歯科	口腔・訪問歯科	訪問歯科	訪問歯科	訪問歯科	口腔・訪問歯科	訪問歯科
広域連合名	北海道	岩手県	宮城県	神奈川県	神奈川県	長野県	岐阜県
市町村名	北見市	宮古市		神奈川県厚木市	横浜市	塩尻市	御嵩町
事業開始年度	27年度	27年度	29年度	27年度	29年度	28年度	28年度
その他		目標や評価（項目）設定および統計的な処理等において、学術的な専門家との相談の場の紹介があると助かると思う。 （大学等とのコンタクトはオフィシャルなルートではなかなか難しいのではないかな。）					
テーマ1〜3共通 類型別	対象者の設定 （対象者抽出基準）はうまくいったか。予想した参加者を獲得できたか。	対象者基準は、北海道後期高齢者医療広域連合「高齢者の低栄養・重症化予防等事業」の対象者基準で設定。事業希望者は少ない。	平成28年度実績。 テーマ2抽出基準と同じ。 対象者177人 受診者84人（47.5%） 終了者75人（89.3%） 予想した参加者を獲得できた。 平成29年度 受信者52人（暫定値）	H29開始にて、実績がまだない	平成28年度の在宅歯科健診対象者はおよそ3,300人で、受診者は10人であった。見込みとしては対象者のうち、受診者を2%を目標としていたの、見込みを下回ってしまった（平成28年度の成人歯科健診の実績は、対象者およそ130,000人で、受診者は6,275人、受診率は4.8%）。	ケアマネ会議などで口腔の問題点等を伝えてきたが、年々口腔に問題を抱えている人が増加している。また、介護者が口腔のケア、ケア方法がわからないなども増加している。	当初は30名の予定をしていたが、実際は3名の申込みだった。
	目標・評価指標は、課題に対応しているか。目標の達成状況を評価できたか。	対象者、家族、介護支援者（ケアマネ）は事業実施後大変満足され、家族等の支援により口腔ケアは適切に実施されている。	平成28年度 ○評価項目 ※アンケート回収73人（終了者75人のうち回収不能2人） ・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。） ・口腔衛生状態の改善した人の増加：59.0%（36/73人） ・本人や家族の満足度：“良かった”と“まあ良かった”の合計は87.7%。 ・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。 ・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。 ・歯科治療の有無：9人/34人	H29開始にて、実績がまだない	平成28年度の事業の評価指標を、歯科健診の結果で、「要治療・要精検」の判定が出た人数、割合とした。歯周疾患の発見と口腔機能の維持のため、「要治療・要精検」の割合60%を事業の目標とした。その結果は、受診者10人のうち、「要治療・要精検」の結果の方は、8人で割合は80%であった。	口腔の場合痛みが取れば良い。治療につながれば良い。で途切れてしまいうケースも多いが、日常生活での評価が必要と思われ、今食べられない「こんなものが食べたい」など具体的な目標値を個々に設定すると達成が見えてくると感じた。	アンケートの集計結果では介護状態にある方の口腔ケアは介助者も重要度が低かったが訪問口腔健診を受診し訪問歯科診療に繋げることができた。

事業メニュー	訪問歯科	口腔・訪問歯科	訪問歯科	訪問歯科	訪問歯科	訪問歯科	訪問歯科	栄養・口腔	訪問歯科
広域連合名	愛知県	滋賀県	大阪府	大阪府	島根県	広島県	福岡県	宮崎県	
市町村名	豊橋市	竜王町	枚方市	箕面市		大竹市	豊前市		
事業開始年度	29年度	27年度	28年度	27年度	28年度	29年度	28年度	28年度	
その他			5) ①事業評価で、同じ基準で対照群がない場合の事業評価はどのようにすればよいか？		ノウハウがないため、他自治体の評価方法等の事例を参考にしたい。また、こういった事業の評価を行える機関についての情報があれば積極的に提供していただきたい。	特になし			
テーマ1と3共通 類型別	対象者の設定（対象者抽出基準）はうまくいったか。予想した参加者を獲得できたか。		うまくいっている。	対象者の抽出基準は良いと思うが、予想した参加者を獲得できなかった。		対象者抽出基準は低栄養防止・重症化予防事業のQ&Aに従って設定したため問題ないと思われる。しかし、H29年度の事業において、受診者で既に介護の歯科の管理を受けている者もいたため、実際の対象者抽出においては、基準のとおり抽出できていない市町村もあると思われる。		平成28年度は、抽出した対象者からは、ほとんど断られたが、他に興味を持ってくれた参加者がいたので、予定の人数は、確保できた。平成29年度は、現在募集中だが、予定の25パーセント程度しか集まっていない。	平成28年度実績：10名、平成29年度においては、対象者の抽出をもとに前年度より増加するように、歯科医師会を通じて個々の歯科医院へ働きかけを行っている。
	目標・評価指標は、課題に対応しているか。目標の達成状況の評価できたか。				目標・評価指標は、立てていない。	テーマ3の1に記載したとおり、目標・評価については課題あり。H28年度においては評価ができなかった。		平成28年度は、多くの方が現状維持もしくは改善の傾向がみられた。評価は口腔、栄養とも専門職から示された評価指標・方法により実施し、高齢者の個別の課題解決に対応している。	県歯科医師会のデータ分析において評価を行っている。

事業メニュー	口腔・訪問歯科	口腔・訪問歯科	訪問歯科	訪問歯科	訪問歯科	口腔・訪問歯科	訪問歯科
広域連合名	北海道	岩手県	宮城県	神奈川県	神奈川県	長野県	岐阜県
市町村名	北見市	宮古市		神奈川県厚木市	横浜市	塩尻市	御嵩町
事業開始年度	27年度	27年度	29年度	27年度	29年度	28年度	28年度
の留意事項、事業内容等（栄養・口腔・服薬・重症化予防・複合的取組等）	取組状況	<p>アセスメント項目は、状態を把握するために十分であったか。対象者の負担となるほど過剰ではなかったか。</p> <p>厚生労働省等の歯科健診、衛生指導に関するマニュアルに基づく実施であるため、過剰な負担はない。</p> <p>十分かつ過剰ではなかったと考える。</p>	<p>成人歯科健診個人記録票の問診部分は、チェック式となっており、記載は簡易にできると思われる。内容については、アセスメント項目の半分程度の記載であるが、アセスメント項目自体は、対象者の状態を把握するためには十分であると思われる。</p>	<p>モデル事業のデータ提出（様式2個人別ベースライン情報、様式3個人別介入結果データ）に対応するため、モデル事業に必要な口腔に関するアセスメント項目の他に基本チェックリストの項目（質問項目）も聞き取る必要があるが、項目数が多くなってしまい、当事業の対象者（要介護3以上）にとって、負担である。</p>	<p>訪問歯科健診事前訪問で歯科衛生士が聞き、不足は訪問歯科健診で歯科医師が聞き取りを行うなど、1回の聞き取り時間を20分程度とした。状況把握はできたがそこから、課題や目標までには数回の訪問が必要となる。</p>	<p>アセスメント表の記入は介助者、ケアマネジャーに記入してもらい、対象者の負担にならないよう配慮した</p>	
		<p>高齢者の課題に対し具体的にアドバイスできたか。改善につながったか。</p> <p>当市では医療介護従事者が摂食嚥下ケア研究会を発足させ、日頃より口腔ケアについての学習会を実施しているため、対象者にあつたブラシの選択、ブラッシング指導、誤嚥を防ぐ個別性にあつた姿勢の保持の指導など具体的に指導が出来る（モアブラシを使った口腔ケア・口腔リハビリ指導など満足度が高い）</p> <p>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内容の理解および継続が困難なケースがある。</p> <p>具体的なアドバイス例</p> <ul style="list-style-type: none"> ・義歯洗浄状況確認後に義歯用ブラシの配布と実際に洗浄の指導（入れ歯は外してから、水を出しながら、落としても壊れないようにボール等を下に置いてなど） ・舌苔の状況説明。舌ブラシ配布と舌清掃を実施と指導（やさしく、やさしく、後ろから前に動かす。） ・口腔乾燥に対する、唾液腺マッサージの実施と指導（ご飯がおいしくなります。美人になるって！等の声掛け） ・顔面体操および舌体操（笑っちゃだめよアップ、アッカンベーなど） ・義歯修理・調整について、歯科受診の勧奨および訪問歯科診療の紹介により受診に繋がる。 <p>H29開始にて、実績がまだない</p>	<p>個別対応のため、具体的なアドバイスはできている。現状維持が多く、改善までいく事例が少ないが、小さな改善も見逃さないように診ていく必要がある。</p>	<p>訪問口腔健診後、介助者やケアマネジャーより日頃の口腔環境の整え方などの質問があり歯科医師が回答することで口腔ケアの大切さを改めて認識できた。</p>			

事業メニュー	訪問歯科	口腔・訪問歯科	訪問歯科	訪問歯科	訪問歯科	訪問歯科	訪問歯科	栄養・口腔	訪問歯科
広域連合名	愛知県	滋賀県	大阪府	大阪府	島根県	広島県	福岡県		宮崎県
市町村名	豊橋市	竜王町	枚方市	箕面市		大竹市	豊前市		
事業開始年度	29年度	27年度	28年度	27年度	28年度	29年度	28年度		28年度
の留意事項、事業内容等（栄養・口腔・服薬・重症化予防・複合的取組等）	取組状況	アセスメント項目は、状態を把握するために十分であったか。対象者の負担となるほど過剰ではなかったか。	身長や体重が把握しにくい	アセスメント項目は、状態を把握するために十分であり、対象者の負担となるほど過剰ではなかった。		アセスメント項目については島根県歯科医師会が設定したが、状態を把握するために十分な項目であったかどうかは、受診者のケアマネ等に意見を聞いた上で、検討していく必要があると思われる。	在宅での取り組みとなるので、項目が負担になった際の対応に限界があるおそれがある。（嚥下機能や舌圧など。）	事前アンケートの項目が多く、負担になる部分もあり、改善の余地はあるが、現状の対策として、事業開始前にわかる範囲での記入を依頼し、未記入箇所を対面聞き取りをすることで負担軽減を図っている。指から数滴採取する血液検査でも冬場だったためか時間がかかる場合があった。	対象者の状態を把握ができ内容的にも負担にはなっていないと考える。
		高齢者の課題に対し具体的にアドバイスできたか。改善につながったか。	具体的にアドバイスはできている。改善にも概ねつながっている。		H28年度は健診時にアドバイスはあったが、その後改善につながったかどうか把握していない。H29年度は、担当ケアマネに照会し、状況について確認する予定。		高齢者の課題に対し、訪問の間に課題解決に向けて短期で実施方法の確認、評価を行い、複数回の個別のアドバイスを行うことで定量的な評価項目が改善したと考えられる。歯科受診のなかった方が、受診する行動変容につながったり、鬱傾向の人が笑顔になったり、改善につながった。	口腔機能・咀嚼嚥下機能を維持・改善することによって、健康維持できること等の説明を行い、対象者及びその家族等に理解を得られた。	

事業メニュー	口腔・訪問歯科	口腔・訪問歯科	訪問歯科	訪問歯科	訪問歯科	口腔・訪問歯科	訪問歯科	
広域連合名	北海道	岩手県	宮城県	神奈川県	神奈川県	長野県	岐阜県	
市町村名	北見市	宮古市		神奈川県厚木市	横浜市	塩尻市	御嵩町	
事業開始年度	27年度	27年度	29年度	27年度	29年度	28年度	28年度	
	<p>介入の期間・回数 の設定は妥当であったか。得られた効果に対して効率的であったか。</p>	<p>訪問歯科健診・衛生指導は年1回であるが、必要な治療は診療報酬において継続実施され、かかりつけ歯科医となるため、保険者の事業としては1回で妥当。</p>	<p>歯科健診により口腔状況の把握し、その方にあった口腔ケアを実施することができた。そういう点で効率的と言えるが、継続実施ではないため長いスパンでの状況把握や指導ができなかったことは残念な点であった。 本事業を契機として、かかりつけ歯科医をもち、口腔の管理を継続となることを望ましいと考える。</p>	<p>H29開始にて、実績がまだない</p>	<p>歯科健診は期間中、1回の受診のみとなっている。ただし、「要観察」「要治療・要精検」の結果が出た者への追跡調査は行っていないため、継続受診（訪問）がされているかは不明である。</p>	<p>個別での訪問になり、期間・回数は個々に違うことが、効率的である</p>	<p>訪問口腔健診は年1回の介入となるが、口腔環境の改善の為、医療介入へ繋ぐことができた。</p>	
	<p>庁内及び関係者等との連携など、実施体制をうまくまとめることができたか。</p>	<p>患者本人の健康課題として優先されない口腔に関する事業については、歯科医、歯科衛生士、介護従事者、訪問看護従事者などのほうが問題意識が高く、事業の要望がある。それらを踏まえ、事業を開始し、情報共有と実施体制を整えられている。</p>	<p>庁内においては、事業の回数を重ねたことにより役割分担も明確になり連携がとれている。歯科医師会および介護事業所等関係者においても、全体的に理解が深まり連携はスムーズになってきているが、個々の歯科医師や事業所における協力度は異なり困難なケースもある。</p>	<p>H29開始にて、実績がまだない</p>	<p>庁内介護保険担当部署からの情報提供はスムーズに行われている。</p>	<p>庁内で歯科の専門知識を持つ者や各事業の所管課（保健事業の部署、後期高齢者医療の部署等）及び広域連合と事業実施に向けた打合せ等を重ね、連携体制を構築することができた。</p>	<p>多職種との連携を「いきいき手帳」を元に体制を整えており、平成29年度医科・歯科連携もモデル化して体制を整えている。</p>	<p>歯科医師会は事業に対し協力的であったが訪問口腔健診の単価を今後は協議していかなければならない。</p>
テーマ1〜3共通 類型別の留意事項 化予防・複合	<p>記載内容で参考になった点</p>	<p>歯科医の健診の前に、歯科衛生士が問診を行っている事例（医師とも同席し指導も実施）。円滑に歯科医が、在宅という環境のなかで健診が実施できるため、参考になった。</p>	<p>特になし</p>	<p>要介護状態のため、歯科受診や口腔に関する相談に関心がなかったり、必要性に気付いていない対象者・家族等に利用を促すためには、日常的に高齢者に接する機会のある介護関係者等に対する啓発が重要である。</p>	<p>・P57 要介護状態のため、日常的に高齢者に接する機会のある介護関係者等に対する啓発が重要 ・P57 介入支援では参加者本人に対してだけでなく、嚥下体操や口腔清掃方法などについて、介護をしている家族や介護スタッフがいる場合には、それらの人にアドバイスすることも必要となる。 ・別冊P26岩手県宮古市の事例 ・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よいと考える。ただしこの場合、介護保険との兼ね合いに検討が必要である。</p>	<p>口腔に関する留意事項では、嚥下体操や、ブラッシング、口腔と全身の関係など、介護を行なう側にも受け入れてもらうことで、口腔機能の改善や中長期的な介入ができ、誤嚥性肺炎の予防になる。</p>		

事業メニュー	訪問歯科	口腔・訪問歯科	訪問歯科	訪問歯科	訪問歯科	訪問歯科	訪問歯科	栄養・口腔	訪問歯科
広域連合名	愛知県	滋賀県	大阪府	大阪府	島根県	広島県	福岡県	宮崎県	
市町村名	豊橋市	竜王町	枚方市	箕面市		大竹市	豊前市		
事業開始年度	29年度	27年度	28年度	27年度	28年度	29年度	28年度	28年度	
介入の期間・回数 の設定は妥当であったか。得られた効果に対して効率的であったか。		「事後チェック表」をケアマネジャーに任しているが、本来、歯科専門職が行うべきかとも感じている。	訪問健診の回数は1回でよいと思うが、そのあとの訪問歯科診療につながったかという点で課題が見つかった。		歯科訪問健診の主目的がテーマ3の1に記載したとおりのため、当広域連合で行っている歯科口腔健診事業は年1回の受診のため妥当だと思われる。		参加者の意見を取り入れて、回数は設定しているので、妥当だった。効果は多くの方が現状維持もしくは改善していたので、実施回数は効率的だったと考えている。冬場の実施期間については検討する必要があると感じている。	介入の期間及び回数については、対象者の状況に応じて行っているため、効率的に実施できていると考える。	
	庁内及び関係者等との連携など、実施体制をうまくまとめることができたか。	ある程度、連携できている	・かかりつけ医師との連携はうまく取れている。 ・地域包括支援センターやケアマネジャー等に連絡をとれるようにしている。		テーマ1の1のとおり。	歯科医師会との実施体制は、定期的に会議を開催したり、適宜相談するなどにより、現状においては体制がとれていると考えている。	関係機関とは、定期的に会議を開き、問題があるとその都度連絡を取り合っていたので、うまく連携できていた。	県歯科医師会との連携により、より協力体制ができていると考える。	
テーマ1・3共通 類型別の留意事項 化予防・複合 ガイドライ	記載内容で参考になった点	特になし			なし		無理のないアセスメント項目で取り組まれている。	口腔機能が原因で、栄養低下に陥っているケースがあるという点。当市では、栄養改善事業と口腔機能改善事業を同時に実施するため、歯科医師・歯科衛生士・管理栄養士の連携を構築していたため、効果的に取り組んでいることがわかり参考となった。	各自治体が行っている事業の取組等が参考になった。

事業メニュー	口腔・訪問歯科	口腔・訪問歯科	訪問歯科	訪問歯科	訪問歯科	口腔・訪問歯科	訪問歯科
広域連合名	北海道	岩手県	宮城県	神奈川県	神奈川県	長野県	岐阜県
市町村名	北見市	宮古市		神奈川県厚木市	横浜市	塩尻市	御嵩町
事業開始年度	27年度	27年度	29年度	27年度	29年度	28年度	28年度
口腔・事業内容等（栄養・口腔・服薬・重症 的取組等）	ンについて 記載内容を参照したことにより、取組の検討・修正等を行った（予定）点	なし	特になし			介護に入る、ヘルパーや家族がいるときに口腔ケアに入り、口腔ケアや燕下の運動などを参考にしている。	
	意味が理解できない点や追記が必要な点等	2回歯科衛生士が訪問に行く事例や、デイサービス（軽度要介護者）を対象にした場合、該当の県広域との契約(助成)の対象であるのか。当市においては、介護従事者、歯科医、看護師などから「施設入居者」も事業対象にしてほしいとの要望が多いが、道広域連合の対象外なので実施していない。		特になし			
その他					【要望】 ○本モデル事業の全国展開に向けて、来年度の補助金等の詳細（メニュー、補助率・額）について、ご教示いただきたい。（例年の3月末通知よりも前に概要だけでもご教示いただくと助かります。） ○モデル事業実施にあたり、データ提出（様式2 個人別ベースライン情報、様式3 個人別介入結果データ、様式4 健診結果データ、様式5 レセプトデータ）が負担であり、データ提出を任意にいただきたい。対象者数が多くなると、データ作成にかかる負担も大きくなるとともに、各自治体のデータ管理方法も様々であり、データ作成に係る事務量や難易度が異なると考えられる。 ○『高齢者の低栄養・重症化予防事業（平成28年3月30日保高発0330第4号「平成28年度後期高齢者医療制度事業の実施について」2（2））に係るQ & A』を更新いただきたい。 ○上記Q & A「（問12）高齢者施設への訪問についても、モデル事業での補助対象となるか。 （答）施設へ入居している被保険者への訪問が主体の事業であれば、補助対象外となる。」における「高齢者施設」の範囲をご教示いただきたい。例えば、グループホームやサービス付き高齢者向け住宅はどうか。 ○上記Q & A「（問11）医療保険や介護保険においてほぼ同様のサービスを受けている被保険者に対して当該事業により類似の指導等を行った場合補助対象となるか。（答）原則、不可。具体的には以下に例示するような報酬を受けるサービスと		

事業メニュー	訪問歯科	口腔・訪問歯科	訪問歯科	訪問歯科	訪問歯科	訪問歯科	訪問歯科	訪問歯科	訪問歯科
広域連合名	愛知県	滋賀県	大阪府	大阪府	島根県	広島県	福岡県	宮崎県	
市町村名	豊橋市	竜王町	枚方市	箕面市		大竹市	豊前市		
事業開始年度	29年度	27年度	28年度	27年度	28年度	29年度	28年度	28年度	
的取組等） ンについて 事業内容等（栄養・口腔・服薬・重症）	記載内容を参照したことにより、取組の検討・修正等を行った（予定）点	特になし			なし	特筆なし。	家族には、当然情報提供をおこなっている。可能であれば、ケアマネ等にも情報提供をおこなっているが、事業後の支援内容については、検討課題である。	それぞれの自治体の事業の進め方があるが、当広域連合と県歯科医師会との協議のもと実施している。	
	意味が理解できない点や追記が必要な点等	特になし			なし	特筆なし。			
その他				平成27年度より、市民、介護者をはじめ、ケアマネジャー・訪問看護ステーションなど会議、研修会にも出かけ、他職種にも働きかけ在宅歯科健康診査をPRしているところであるが、受診希望者が増加しないのが現実である。 （無料のおむつ券の発送時にチラシの同封も試みるが受診者の増加にはつながらず） 前年度、前々年度受診者については、歯科医師に直接訪問依頼をし、訪問診療を受けているケースが多い。義歯破損、修理や現在痛みを持っているなど主訴のあるかたについては、健診の主旨に沿わず、箕面市歯科医師会の在宅歯科ケアステーションを紹介している。 症状がなくても歯科健診の受診が必要か					

事業メニュー		服薬	服薬	服薬	服薬
広域連合名		北海道	奈良県	長崎県	宮崎県
市町村名		北見市			
事業開始年度		27年度	29年度	28年度	28年度
テーマ1 事業の計画、実施体制づくり (庁内連携、関係団体との調)	現状	郡市薬剤師会と連携・協議の上、複数疾患を有する高齢者の治療の大きなウエイトを占める「薬物療法」が適切に地域のおいて行われているのか、患者個人の問題だけではなく社会的な要因（家族背景、医療現場の体制など）を含めて地域の課題を明確化し、各々の立場や役割、職能を活かした高齢者の支援体制を構築し、患者個人の問題の解決に還元できることを目的に事業を実施。実施にあたり介護部署と情報共有し支援（ケア）し、また取組にあたり当初より郡市医師会にも事前説明（情報提供）し助言を受けている。	複数の医療機関を受診し、複数の調剤薬局で処方を受けるなど服薬管理が不適切な被保険者への指導について広域連合内に専門職（保健師等）がいないため事務職による対応では限界がある。	県医師会、県薬剤師会と協議して事業内容を検討して、実施している。事業は県薬剤師会に委託を行っている。	対象は、広域連合からの情報提供や、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し、生活状況を確認のうえ、残薬確認および整理・調整を中心とした服薬支援を行っている。また、訪問の都度、計画をたて訪問結果を含めた報告書作成し、必要に応じ処方医等への情報提供を行っている。
	課題、検討を要する内容	保険者（部署）には、医療知識がある専門職は保健師と管理栄養士だけであり、服薬指導事業においては薬剤師の知識が必要な場面が多く、特に調剤内容の変更など薬剤師会や医師会との連携が今後においても不可欠。国保連合会からは事前依頼の有無に関らず「重複投薬者名簿」「重複・多受診者名簿」が市町村に提供されるが、後期高齢者については広域連合に事前依頼し情報提供がされる現状であり、地域の健康課題の把握・分析が国保のように円滑に実施できない状況である。	今年度から奈良県薬剤師会の協力が得られることとなり、一部地域で薬剤師による服薬訪問指導が可能となったが、初めての取り組みであるため対象者の選定、訪問指導内容等手探りの状況である。 対象者抽出のデータ処理において医薬品情報について詳しい民間業者への委託が必要となる。		対象者の掘り起こしから訪問、服薬支援へといかにスムーズにつなげていくか。 対象者以外への服薬管理等の周知
	ガイドラインに 記載内容で参考になった点	県広域・市（保険者）が薬剤師会に全面委託し実施している事例。対象者抽出のためのシステム開発費用や、薬剤師会への委託料以上の医療費の効果が得られているのなら、薬物有害事業の回避と医療費適正化の水際対策で、「疾病管理の徹底」として保険薬局（医療現場）において薬学管理指導が行われるほうが、医薬連携・薬薬連携による調整が円滑と感じた。	地域課題の把握に対する考え方、他広域の取り組みの具体例		取組として、必要性や地域資源等の状況も勘案し、着手しやすさの観点から実施可能なものを検討とすること。
	記載内容を参照したことにより、取組の検討・修正等を行った（予定）点				宮崎県薬剤師会およびデータ管理会社と協議を行い、対象者への通知方法や対象者が能動的に服薬支援を受けられる体制を検討している。
	意味が理解できない点や追記が必要な点等				
その他					
テーマ2 へ 対 地 域 者 に	現状	①広域連合から提供される受診情報を使い、4か所以上の医療機関に3か月以上受診している者を抽出。その後KDBからレセプト（医科、歯科、調剤）内容を確認し、重複投薬者、併用禁忌薬、過剰投薬、薬物有害事象による他科（他院）受診など薬に関する課題が疑われるものを抽出（H29より広域から重複投薬者名簿の提供あり）②訪問指導対象者は、治療や介護状況、健診受診結果など全体から薬剤師と協議・検討し最終的に選定。	平成28年12月診療分～平成29年3月診療分において内服10種類以上、2医療機関以上受診、45日以上処方有りの者の内、重複服薬、併用禁忌服薬が見込まれ、高齢者で特に慎重な投与を要する薬物（日本老年学会2015ガイドライン）を服用している者に絞って指導事業の案内・同意を確認	複数の医療機関から15種類以上の内服薬を3か月連続で処方されている者	来局者に口頭確認を行い、薬の管理等に疑問を抱える患者及び過剰な残薬の存在が疑われる患者、データ抽出によって、長期服薬薬剤が18種類以上の方を対象者として、訪問指導を行う。

事業メニュー		服薬	服薬	服薬	服薬
広域連合名		北海道	奈良県	長崎県	宮崎県
市町村名		北見市			
事業開始年度		27年度	29年度	28年度	28年度
入 方 法 ・ 内 容 等 へ 介 入 方 法 ・ 内 容 の 検	ライ ン に つ い て	記載内容を参照したことにより、取組の検討・修正等を行った（予定）点			対象者に自分の服薬状況の一覧を送付し、それを薬剤師へ持参したうえで相談してもらうようにするか協議中である。
		意味が理解できない点や追記が必要な点等	①広域が情報提供し、薬局内（来局時）で薬剤師が疑いのある者を抽出し訪問という保険者があるが、把握した段階で薬局内において通常業務として薬学管理料（院内で薬剤情報提供料）で介入したほうが円滑に医薬連携で調整が可能ではないか。薬剤師は通常業務と委託事業ではどのような区分けをしているのか。 ②介護関係者（ヘルパー等）からの薬局への相談であがった人を対象とする保険者があったが、介護関係者は患者本人に薬局へ相談することの承諾を得ているから「本人が薬局を訪問して相談を受ける」のか。また本人が拒否した場合は、残薬・誤服用などの課題はどのように解決するのか。		
	その他			効果的な訪問を行うために、どのように対象者に対してアプローチをするか試行錯誤している。調剤を受けている薬局にて、事業の説明を行い、面識がある薬剤師が訪問するなどの対応を検討している。	
テ ー マ 3 事 業 評 価 （ 目 標 と 評 価 指 標	現状	医薬・薬業連携の結果、処方薬の変更と減量、調剤医療費の減少のほか、本人や家族の反応、さまざまな改善策の実施（お薬手帳の整理と活用、保管方法の改善、市販薬の整理、医師への相談の実施、家族による服薬確認の協力的体制の構築のなど）、介護関係者と連携した支援の実施などの項目について、本人や家族、介護関係者、担当薬剤師に確認。またレセプトや健診等検査結果から改善状況の確認。	指導記録兼報告書により指導の経過を確認し、初回指導後と指導前のレセプトによる処方薬の状況確認、残薬状況、副作用等の状況、低栄養状態等の確認を行う予定。	複数の薬局から処方を受けている場合、1か所の薬局から処方を受けるようになったか、指導前後の服薬状況を比較し、処方数が減少した者の割合を評価指標としている。	服薬指導により過剰な残薬を減らし、また、服薬指導を受けた後のアンケートを対象者及び家族等に行う。
	課題、検討を要する内容		提示いただいた質問票の活用も検討。今年度の結果を参考に対象の抽出基準、次年度以降の継続指導、課題の確認、目標設定について再検討を行う。	評価指標等の設定方法や基準の決定方法が決まっていないため、それを設定することが難しい。（県薬剤師会にも相談し、設定はしている。）	アンケートによる評価だけでなく、データ分析による評価が必要。
	ガイ ド ラ イ ン に つ い て	記載内容で参考になった点	本ガイドラインの内容においては全体的に「医療費での評価は不可欠」との記載が目立つが、「数値化できない定性情報」での評価についての記載と、「高齢者であるため悪化しないことも成果」と評価している記載部分は、既存の保健活動において実現可能な取組で広く展開することを後押しする記載と感じた。		
	ガイ ド ラ イ ン に つ い て	記載内容を参照したことにより、取組の検討・修正等を行った（予定）点			訪問を行った結果等について宮崎県薬剤師会と共有し、次年度に向けた取組みの協議を行う予定。

事業メニュー		服薬	服薬	服薬	服薬	
広域連合名		北海道	奈良県	長崎県	宮崎県	
市町村名		北見市				
事業開始年度		27年度	29年度	28年度	28年度	
の 設 定 、 評 価 方 法 の 検 討 等	いて	評価指標「例」は、アウトカム指標の紹介であるが4つの観点の例があるといの ではないか。 定量評価しやすい薬剤数と医療費のみを評価指標にすると、適切な調整(変 更)後の処方内容において薬剤の数の変更がない、または調剤費用が増加す ることもある。高齢者の薬物有害事象や転倒が回避される処方内容の変更、 服薬管理の工夫の実践、家族のサポート体制など質的な改善を評価する記載 がもっと必要ではないか。				
	その他			評価指標は、既存の統計やシステムから 取得可能なデータ・アンケート結果等、抽 出が比較的容易な項目であることが肝要 であるとあるが、服薬に関する統計やシス テムが整備されていないのが現状である。現 在、電子レセ情報から服薬データを作成 し、Accessを利用し、対象者の抽出や効 果分析を行っている。何か良い方法がない か、意見を伺いたい。		
テ ー マ 1 と 3 共 通 類 型 別 の 留 意 事 項 、 事 業 内 容 等 (防 ・ 複 合 的 取 組 等)	取 組 状 況	対象者の設定（対 象者抽出基準）はう まくいったか。予想した 参加者を獲得できた か。	H29年度より、広域連合に毎月事前依頼することで「重複投薬者名簿」の 提供が新たにされ、対象者抽出の一部が円滑に行えるようになった。※現在 は、同一医療機関（精神）の抗精神薬の重複効用調剤の投与の継続者の み。	4か月分のレセプトから対象抽出をおこなつた が、予想よりも対象者が少なく、同意が得られた のも20%程度となったため目標上限70名の半 分程度の実施となった。協力いただける薬剤師 が36名に対し、対象が33名で最低ラインの確 保となった	基準対象者のうち、約900名に事業案内 と同意書を送付したが、同意書の返送者 は72名であったが、訪問のアポイントを取 れたのは、58名となった。予定は100名と していた。	当初の予定では対象者選定のためのデータを 宮崎県薬剤師会に提供し、選定してもらつ てもりだったが、データの精度の問題もありうまくい かなかった。
		目標・評価指標は、 課題に対応している か。目標の達成状況 を評価できたか。	テーマ3 - 20現状に記載。	初年度であるため、現状把握、事業効果、 課題、目標・評価指標等については今年度の 実施結果により再検討。	複数の薬局から処方されていたものが減少 数、処方薬の減少を目標と評価指標とし ており、レセプト情報から、事業前後を比 較できた。処方薬の減少については、治療 との兼ね合い等もあり、必ずしも削減でき るとは限らないため、全体的な評価して見れ るのか疑問に感じた。	
		アセスメント項目は、 状態を把握するた めに十分であったか。対 象者の負担となるほど 過剰ではなかったか。	訪問時間30分を目安に、アセスメント項目を精査し個人カルテを作成し訪問指 導を実施している。また事前に担当薬剤師と指導方針を協議検討し、訪問を 実施しているため円滑に実施できている。	今後、訪問指導を行った薬剤師に確認して検 討。	アセスメント項目については、多量服薬の 方がどのような問題を抱えているかを把握 するためもあったため、多めに設定してい たが、会話をしながら、該当項目を探して いくため、負担になるようなものではなかった。	
		高齢者の課題に対し 具体的にアドバイス できたか。改善につな がったか。	症状や処方内容から副作用（薬物有害事象）の説明やお薬手帳の活用、 薬の保管方法、飲み忘れの工夫、市販薬・サプリメントの調整のほか、健康に 関する相談や食事指導、介護サービスの紹介など薬物療法が在宅において適 切に実施され、治療効果がでるよう薬剤師と協力し指導を行い、必要時医薬・ 薬薬連携による調剤内容の変更を実施。平成28年度実績は、全員が改善 （100%達成）。	今後、訪問指導を行った薬剤師に確認して検 討。		

事業メニュー	服薬	服薬	服薬	服薬
広域連合名	北海道	奈良県	長崎県	宮崎県
市町村名	北見市			
事業開始年度	27年度	29年度	28年度	28年度
栄養・口腔・服薬・重症化予防	介入の期間・回数 の設定は妥当であったか。得られた効果に対して効率的であったか。	通常の保健活動のひとつとして訪問指導に行くため、対象者にあつた回数、期間で介入している（目安は訪問1～2回、半年以内の介入）。改善まで複数回訪問に行く場合や、医薬連携が円滑にいき訪問1回と電話1回で1か月以内に改善する場合もあり、短期間で効果が得られている。予算は薬剤師への報償費のみであり、変更した年間（調剤）費用の効果のほが高い。	今年度、7月～1月の期間で4回の指導の予定ですすめていたが、対象者の抽出準備が遅れ9月～1月の実施。今後、訪問指導を行った薬剤師に確認して検討。	介入回数は2回とし、1回目と2回目の訪問の間を概ね3か月あけて行った。
	庁内及び関係者等との連携など、実施体制をうまくまとめることができたか。	介護予防事業の参加、介護認定の申請、認知症状の悪化などケアマネを通じて在宅患者訪問薬剤師管理指導料の開始など介護部署やケアマネと連携し支援を実施。また、医師会と連携し実施しているCKD医療連携システムを活用し、お薬手帳の新たな活用方法の展開（eGFRシール貼付）、薬剤師会内での高齢者CKDとお薬の研修会の実施など事業の結果報告（情報共有）により、関係機関との取組に広がりが出ています。	対象地域の後期担当窓口へは案内文送付時等に送付物や通知件数等を情報提供。奈良県医師会へは通知や、指導記録控え兼連絡票等の情報提供により協力依頼を行った。現在のところ、関係者からの苦情等はない。	県薬剤師会、県医師会と事業内容の検討を行い、県医師会の会報を利用し、医師に対しても事業の広報を行った。ただし、市町に対しての事業の案内が不足していた。
留意事項・事業重化内容等防・栄養複合・	記載内容で参考になった点		別冊のP2～39については、他団体の状況が簡潔にまとまっております参考になる。	上記各ページのとおり
	記載内容を参照したことにより、取組の検討・修正等を行った（予定）点			上記各ページのとおり
	意味が理解できない点や追記が必要な点等	<ul style="list-style-type: none"> ・P20 当市の部分の記載が抜けている箇所がある。 ・別冊のレイアウトは、カテゴリー別ではなく、取組別のほうが確認しやすいのではないか。 ・多職種連携でお薬手帳カバーを作成した取組の紹介。再利用するカバーの作成の発想も予算もなかったが、医師や薬剤師が診療や薬学管理でカバーに記載の情報を活用するのか。また、入院時の情報として現在保険証と担当ケアマネの名刺を一緒にするような取組は多いが、さらに薬と担当ケアマネがわかるようにするほうがいなどケアカフェで出た意見なのか。 		服薬事業を行う際の評価の基準、方法等を記載していただきたい。
その他	P52に保健事業の取組について「研究としての取組ではないため、実現可能な範囲での評価と取組が望まれる」との記載はあるが、全体的に「高齢者の健康の保持増進と心身機能の低下防止」より、「医療費の適正化」を強調する表現が多いように感じました（特に評価）。医療費の適正化（削減）を評価指標とし、高額なシステム開発費用の支出、高齢者の心情や関係機関への配慮にかけるような手法によるジェネリックへの大幅な切り替え、民間への全面委託による短期的・単発的な事業による保健指導で医療費削減の効果を得ている市や区もありますが、各々の立場（役割）と専門職の職能を活かしあつた環境整備と連携による「水際作戦」で、住民の健康課題を回避できることも多くあるため、市町村において実現可能な取組の参考になるガイドラインになることを期待しています。			

事業メニュー	重症化	重症化	重症化	重症化	重症化	重症化	重症化	重症化	重症化	重症化	
広域連合名	北海道	北海道	北海道	北海道	北海道	千葉県	神奈川県	神奈川県	石川県	長野県	
市町村名	深川市	妹背牛町	江差町	上ノ国町	乙部町	旭市	大和市			喬木村	
事業開始年度	29年度	28年度	29年度	29年度	27年度	29年度	27年度	29年度	28年度	29年度	
テーマ1 事業の計画、実施体制づくり (庁内)	現状	<p>・H29.6月に事業実施計画書を作成。管内で実施している「北空知糖尿病療養連携システム」利用者のうち、高齢者を重症化予防事業の対象者としている。</p>	<p>データヘルス計画策定の過程で糖尿病の重症化予防が課題であることが明らかになっている。本事業は既に深川保健所管内で構築されている北空知糖尿病療養連携システムを活用しているため、医師会との調整は保健所が事務局となり連携システム会議に参加する形で実施している。</p>	<p>北海道（保健所）が中心となって、管内の連携体制を整えており、年数回プロジェクト会議や研修会・事例検討を行っている。</p>	<p>衛生部門担当者保健師が事業の計画を立て実施している。広域連合との連携等していない。健診データは確認しているが、レセプト等での実態把握はしていない。</p>	<p>チームで決めた基準にそって、該当した者に対し、保健指導を実施している。年に1～2名の該当者が出る程度で、それほど多くないのが現状である。</p>	<p>健診事後の受診勧奨として継続しており、高齢者の重症化予防としてさらに受診結果で医師より栄養指導の指示があった者へ訪問指導を行うこととなった。対象者の抽出までを衛生部門で行い、訪問指導を非常勤の管理栄養士に依頼する。</p>	<p>企画や事業実施の主体は衛生部門である健康づくり推進課が実施し、一部を県栄養士会（実態は市域で活動している栄養士会員のグループ）に委託している。</p>	<p>外部委託により実施している。</p>	<p>・医療機関（特に総合病院）との連携について、主治医連絡が取りにくい状況がある。 ・後期高齢者に対する保健事業の実施の理解が得られにくい。 ・栄養士会と市町をつなぐ調整や、委託費の調整など2年がかかりようやく落ち着いた。</p>	<p>【庁内連携】保険係、健康推進係、包括支援係 【関係団体との調整】必要によりかかりつけ医や医療機関</p>
	課題、検討を要する内容	<p>・対象者、医療機関に対して、事業活用を広めるための工夫が必要。</p>		<p>医療機関によって、取り組みへの理解や意識に温度差がある。</p>	<p>衛生部門の事業の一環で実施しており、「後期高齢者」に焦点を当てた計画とはなっていない。事業を実施する中でも、対象に応じて支援はしているが、後期高齢者への支援内容について疑問を感じることは多々ある。</p>	<p>医師によって連携の程度に差が出るため、なかなか保健指導が進まない場合もある。ルール等の統一が病院に理解して行動してもらうのが難しい。</p>	<p>健診後に医療機関を受診した者への指導ため、アウトリーチには欠けるか。糖尿病性腎症重症化プログラムの形式はとっていない。</p>	<p>市の健康課題について広域連合と定期的に共有できる仕組みづくりが必要。</p>	<p>初年度のため、契約方法等が練れてなかった。来年度は工夫をして実施したい。</p>	<p>・総合病院所属の主治医連絡体制の持ち方 ・保健事業実施市町との連携の持ち方 ・保健事業に参加しない市町の調整</p>	<p>無</p>
	記載内容で参考になった点	<p>・「対象者」の捉え方、「実施予定者」との考え方の違いについて。</p>			<p>2 取組の実際 (2) それぞれの段階における実施事項</p>		<p>抽出条件や介入方法については、従来の当市の特定健診事後指導と同様の方法で実施している。</p>	<p>図表2取組み体制の整備</p>		<p>・基本的な考え方として必要だと思う。</p>	<p>無</p>

事業メニュー	重症化	重症化	重症化（高度ケースマネジメント）	重症化（骨粗しょう症重症化予防プロジェクト）	重症化	重症化	重症化	重症化	重症化
広域連合名	滋賀県	奈良県	広島県	広島県	長崎県	福岡県	鹿児島県	沖縄県	沖縄県
市町村名	竜王町	田原本町	呉市	呉市				糸満市	
事業開始年度	29年度	29年度	29年度	29年度		28年度	28年度	28年度	29年度
テーマ1 事業の計画、実施体制づくり（庁内）	現状	<p>新総合事業を実施していただくにあたり、デイサービス事業所職員の資質向上のため、「参加」機能を高めるための個別サービス計画書の作成方法および実践についてセラピストとともに指導を行う。リハビリテーションの視点をもった情報の収集方法、アセスメント方法を学び、デイ内での支援計画ではなく、在宅生活を継続するためにデイとしてできることは何かを考えたプラン内容になるよう指導。</p>	<p>医療費分析実施結果に基づきCKDハイリスク対象者にたいし、対象者のかかりつけ医、腎臓専門医及び保健師が、対象者を中心とした連携ネットワークを構築し、連携手帳を用いて情報を共有することで、病診連携による適正な疾病管理、医師の受診結果等を踏まえての保健指導を実施している。</p>	<p>在宅医療介護連携推進事業の一環として位置づけ。医療レセプト・介護データの突合分析により医療依存度が高い人への支援を行う。</p>	<p>呉市地域保健対策協議会内の骨粗鬆症多職種診療連携体制との連携により事業企画。</p>	<p>糖尿病性腎症重症化予防事業推進委員会を設置し、県医師会、糖尿病対策推進会議、県、保険者、国保連合会が事業について協議する場を設けている。それにより、郡市医師会やかかりつけ医の協力を得やすい環境と事業内容の検討を行っている。</p>	<p>・平成29年4月に県・市町村（高齢課や健康づくり課、包括支援センター）等の関係者を対象に事業に係る講演会と事業説明会を実施。</p>	<p>実施希望市町村に委託して事業を実施。 各市町村で雇用した、専門職の方が、対象者に訪問指導を行う。</p>	<p>・一人当たりの入院医療費が県内上位に位置する。精神入院施設が複数あるためと分析している。 ・健診結果に基づき対象者を抽出。腎症重症化予防では管理栄養士が、その他要介入は准看護師（特別対策事業）が訪問指導をしている。市保健指導は74歳まで。</p>
	課題、検討を要する内容	<p>デイサービス事業所内においてプランは管理者や相談員が把握しているだけで必ずしもデイの職員全員が利用者一人ひとりのプランを把握しているわけではないこともわかり、デイの職員自らが全員で共有できるよう工夫してくれた。</p>	<p>保健師が不在で事務職での事業展開のため、事業展開において力量不足を痛感。</p>	<p>広域連合や市町村間での課題の共有はされていない。</p>	<p>広域連合や市町村間での課題は共有されていない。</p>	<p>市町ごとに今まで行っていた保健事業のやり方が異なっているため、県全体で統一した事業の実施が難しい。隣接の自治体の医療機関へ通院している場合、郡市医師会が異なり、様式や実施方法の相違があり、かかりつけ医との連携がとりにくい状況である</p>	<p>・生活習慣病の治療中で医学管理を受けている人を健診対象者から除外しているが（予算の関係）、重症化予防の面から、現在除外について検討中である。</p>	<p>専門的な事例が出た場合の相談窓口として、医師会、歯科医師会、薬剤師会といった、職能団体との連携が必要になってくるが、現状はできていない。</p>	<p>・保健相談員（管理栄養士、准看護師）は後期補助事業にて嘱託採用している。介護包括との連携のため、包括担当課にて実際には業務しており、国保と介護両課に所属している形。今後は、培った介護連携を国保課に常在で発揮できるよう調整していく。</p>
	記載内容で参考になった点	<p>要支援者は改善する可能性も高く、また、フレイルの要因を抱えた方も多いため、フレイルに着目した対策を考えていく勉強になった。</p>	<p>特になし</p>				<p>・国保からの継続した取り組みが可能</p>	<p>データヘルス計画の改定や要医療者等訪問指導事業の際に、今後の指針として参考となっている。</p>	<p>無し</p>

P37 2) ③及びP38 図表II-3

事業メニュー	重症化	重症化	重症化	重症化	重症化	重症化	重症化	重症化	重症化	重症化
広域連合名	北海道	北海道	北海道	北海道	北海道	千葉県	神奈川県	神奈川県	石川県	長野県
市町村名	深川市	妹背牛町	江差町	上ノ国町	乙部町	旭市	大和市			喬木村
事業開始年度	29年度	28年度	29年度	29年度	27年度	29年度	27年度	29年度	28年度	29年度
連携、関係団体との調整等	記載内容を参照したことにより、取組の検討・修正等を行った(予定)点	・特になし。			なし			なし		無
	意味が理解できない点や追記が必要な点等	・特になし。			なし			なし		無
	その他							前任者がアウトラインを関係部署と決めていたため、修正が出来なかった。		無

事業メニュー	重症化	重症化	重症化（高度ケース マネジメント）	重症化（骨粗しょう 症重症化予防プロ ジェクト）	重症化	重症化	重症化	重症化	重症化	
広域連合名	滋賀県	奈良県	広島県	広島県	長崎県	福岡県	鹿児島県	沖縄県	沖縄県	
市町村名	竜王町	田原本町	呉市	呉市				糸満市		
事業開始年度	29年度	29年度	29年度	29年度		28年度	28年度	28年度	29年度	
連携、関係団体との調整等	記載内容を参照したことにより、取組の検討・修正等を行った（予定）点	特になし							無し	無し
	意味が理解できない点や追記が必要な点等	特になし	後期高齢者への保健事業に対してインシアティブをとる部署が庁内または広域連合との間でも不明確。	後期高齢者への保健事業に対してインシアティブをとる部署が庁内または広域連合との間でも不明確。					無し	無し
	その他					・KDBでは、歯科検診のデータ入力のシステムはない。	地域の特性（地域による医療資源、健康課題等）について、好事例等の具体的な事例を記載していただきたい。			市町村の後期担当者は窓口対応や徴収業務等、健康増進担当課は75歳未満の保健指導、介護担当課は65歳以上の要支援・要介護者等への介護予防事業、といった様にそれぞれの受け持つ業務で精一杯であったり、担当業務外といった意識があるので後期高齢者の保健事業まで手が回らない状況が見受けられる。また、地域包括ケアシステムの構築にあたって市町村内で完結する意識が強く、広域連合が入る余地が無いように感じる。

事業メニュー	重症化	重症化	重症化	重症化	重症化	重症化	重症化	重症化	重症化	重症化
広域連合名	北海道	北海道	北海道	北海道	北海道	千葉県	神奈川県	神奈川県	石川県	長野県
市町村名	深川市	妹背牛町	江差町	上ノ国町	乙部町	旭市	大和市			喬木村
事業開始年度	29年度	28年度	29年度	29年度	27年度	29年度	27年度	29年度	28年度	29年度
テーマ2 地域における効果的な取組（抽出基準）	現状	<p>・健診結果または定期検査結果などより、糖尿病治療者で空腹時血糖126mg/dl以上またはHbA1c6.5%以上の者、それ以外でかかりつけ医で改善の見込みがあると判断された者という抽出基準を設定している。</p>	<p>平成28年度は、北空知糖尿病療養連携システムにより医療機関から指導依頼のあったものを対象としていた。その結果、計画は過去の実績から1~2人、実績は0人となった。</p>	<p>①各かかりつけ医で治療中で、療養指導・生活状況の把握を要する等、担当医師が必要と判断した方 ②各町特定健診で、HbA1c7.0%かつ、尿蛋白定性検査（±）以上の方</p>	<p>①HbA1c7.0%以上かつ尿蛋白定性（±）以上、②医師が必要と判断した者 上記を抽出基準として取り組んでいる。</p>	<p>今年度の健診結果から血圧170/100以上、中性脂肪300以上、HDLコレステロール29以下、LDLコレステロール180以上、AST150以上、ALT150以上、γGTP300以上、尿酸8.0以上、HbA1c6.5%以上、尿糖+以上、eGFR40未満、尿蛋白2+以上、ヘモグロビン（男）9.9以下（女）8.9、のいずれかに該当する生活習慣病未受療者で、医療機関受診の結果、医師より栄養指導の指示があった者。</p>	図表7参照	<p>健康診査のデータよりHbA1c≥6.5%かつ尿蛋白プラス以上のもを抽出し、6か月分のレセプトと照合し訪問指導対象者を選定する。</p>	<p>・健診データからの抽出を主としている。</p>	<p>【抽出基準】平成28年度の健診結果より、以下の条件に1項目以上該当する者①血圧：Ⅱ度高血圧以上（但し糖尿病治療者については7.0以上）③LDL:180以上④中性脂肪：300以上⑤尿蛋白：2+以上⑥GFR：50未満（但し70歳以上は40未満）⑦メタボ：該当者（2項目以上）⑧心電図：心房細動（疑いも含む）場合により所見有りの方も対象</p>
	課題、検討を要する内容	<p>・対象者の優先度について、抽出基準に合わせて追記が必要。 ・抽出基準を満たす対象者のうち、医療機関に紹介できる者（本人の同意が得られる者）は限定される。医療機関からの紹介は、限られた医療機関からのみの情報提供となっている。</p>	<p>医療機関からの紹介を待つのみでは必要な対象者をカバーできないので、再検討が必要。</p>	<p>①の基準について、プロジェクトに対して意欲的な医療機関では抽出基準の自由度が高いため、運用しやすいが、その他の医療機関では、数値基準がないことから紹介に至らない場合もあり、必要な方がプロジェクトに繋がらないことがある。</p>	<p>後期高齢者に特化した抽出基準とはしていない。</p>	<p>抽出項目が多岐におよび、優先順位や指導内容の統一化ができていない。糖と腎機能に絞るなどを検討しても良いのか。対象者は、受診勧奨したもののうち、受診し、医療機関からの指導の指示があったものとしているが、そういった基準でいいのか。</p>	<p>新規事業の開始等で、毎年訪問事業に同じマンパワーを割くことは難しいため、事業を進めながら、抽出基準の見直しや調整が必要。</p>	<p>広域連合の健康診査は生活習慣病で通院している方は健康診査を受けなくていいことになっている。それを実施している市は対象者の数が少ない。</p>	<p>・後期高齢者の保健指導対象者を広げて展開することは難しい。 ・特定健診対象者から後期高齢の健診対象者に移行後でも、継続支援が必要な人のフォロー体制が切れ目なく展開できること</p>	無

事業メニュー	重症化	重症化	重症化（高度ケースマネジメント）	重症化（骨粗しょう症重症化予防プロジェクト）	重症化	重症化	重症化	重症化	重症化
広域連合名	滋賀県	奈良県	広島県	広島県	長崎県	福岡県	鹿児島県	沖縄県	沖縄県
市町村名	竜王町	田原本町	呉市	呉市				糸満市	
事業開始年度	29年度	29年度	29年度	29年度		28年度	28年度	28年度	29年度
テーマ2 地域における効果的な取組（抽出基準）	現状	高齢者を直接対象としていないため対象者抽出はしていない。	eGFR値や尿たんぱく検査などの健診結果や、レセプトデータによる受診の有無等に基づき、CKD（慢性腎臓病）ハイリスク者を抽出する。抽出基準は、eGFRの値によるステージが3a（尿蛋白1+以上）～5の者	年間入院回数2回以上、高度医療利用者といった条件で医療レセプトから抽出。	骨粗しょう症治療中断者への受診勧奨・・・レセプト・介護データベースシステムより、過去に骨粗しょう症治療薬を処方され、直近で7ヶ月以上処方がない被保険者を抽出。	a及びbまたはa及びcに該当する者 a：HbA1c（NGSP）7.0%以上または空腹時血糖130mg/dl以上 b：尿蛋白2+以上 c：血清クレアチニン検査を行っている場合、eGFR50（mL/分/1.73m）未満 糖尿病性腎症の診断をされている者、または糖尿病性腎症の疑いがあると医師が認めている者	健康診査等（人間ドックや労働安全衛生法に義務付けられた健康診断など長寿健診と同等の健康診査も含む）受診者で「要医療等」と判定された被保険者。なお、「要医療等」とは、判定項目が広域連合の定めた下記の基準に該当する者。 収縮期血圧 150 mmHg以上、拡張期血圧 90 mmHg以上、中性脂肪 300 mg/dl以上、HDL 34 mg/dl以下、LDL 140 mg/dl以上、空腹時血糖 130 mg/dl以上、HbA1c 7.0%（NGSP値）以上、尿検査 尿蛋白 1+以上、BMI 18.5未満、30以上、クレアチニン eGFR 50未満（※eGFR（推算糸球体濾過量）により設定）	検診結果より、尿蛋白2+以上かeGFR40以下で空腹時血糖126以上かつHbA1c7.0以上。	医療費が高く伸び率も他県に比べて高い。長寿健診では、高血圧症、脂質異常症、糖尿病に関する検査結果が悪く、尿蛋白（±）以上の割合も高い。【指導基準】HbA1c7.4以上、HDL34以下、尿蛋白（++）以上、γ-GTP81以上、GOT51以上、尿糖（++）以上
	課題、検討を要する内容	今後は要支援者でサービス利用者全員を対象に参加機能を高める関わり方ができているか評価していく必要あり。	保健指導のための保健師やデータ抽出業務を委託している為、作業に時間がかかりすぎる。対象者を絞込みにあたり、最終判断に助言を必要とすることもあった。	現在、効果を検証中のため、その結果によって課題等を整理する。	基準値が高く、軽度の方がもれるため、低くするよう検討中。抽出基準に該当する数は多いが、マンパワー不足のため、全員を指導ができないため、優先順位の設定を方法を検討する必要がある。	・対象者の抽出を尿蛋白、eGFRの結果を優先しながら、レセプトデータも活用し抽出する。		無し	現状で挙げた課題は生活習慣に起因するので生活改善を指導していく必要がある。

事業メニュー	重症化	重症化	重症化	重症化	重症化	重症化	重症化	重症化	重症化	重症化		
広域連合名	北海道	北海道	北海道	北海道	北海道	千葉県	神奈川県	神奈川県	石川県	長野県		
市町村名	深川市	妹背牛町	江差町	上ノ国町	乙部町	旭市	大和市			喬木村		
事業開始年度	29年度	28年度	29年度	29年度	27年度	29年度	27年度	29年度	28年度	29年度		
準、介入方法・内容等） へ対象者の抽出基準の設定・実施予定者の絞り込み）	ガイドラインについて	記載内容で参考になった点	・対象者の優先度についての具体例	「対象者」を「実施予定者」と混同していたことがわかった。	モデル事業実施市町村の抽出基準を見て、レセプト情報の治療歴で対象者を抽出している地域があったので、治療中断者についても、追加で抽出する事が可能であることがわかった。	③目標・評価指標の設定、④実施予定者の絞り込み		他市の対象者抽出基準について		・基本的な考え方として必要だと思う。	無	
		記載内容を参照したことにより、取組の検討・修正等を行った（予定）点	・対象者の優先度について検討予定。	平成29年度は健診結果から抽出基準に該当する者を対象とすることとした。	檜山管内5町で実施している事業であるため、抽出基準については、今後も会議等活用して、検討していきたい。	なし			次年度は日常生活圏域ニーズ調査にならない、市域高齢者のフレイル状況、栄養状態、口腔状態について調査を実施予定。			無
		意味が理解できない点や追記が必要な点等	・特になし。				なし			なし		

事業メニュー	重症化	重症化	重症化（高度ケース マネジメント）	重症化（骨粗しょう 症重症化予防プロ ジェクト）	重症化	重症化	重症化	重症化	重症化		
広域連合名	滋賀県	奈良県	広島県	広島県	長崎県	福岡県	鹿児島県	沖縄県	沖縄県		
市町村名	竜王町	田原本町	呉市	呉市				糸満市			
事業開始年度	29年度	29年度	29年度	29年度		28年度	28年度	28年度	29年度		
準、介入方法・内容等） （対象者の抽出基準の設定・実施予定者の絞り込み）	ガイドラインについて	記載内容で参考になった点	特になし	特になし		対象者、実施予定者、参加者の関係	①図表Ⅱ-8対象者と実施予定者と参加者の捉え方の確認。	判定項目の基準値を決定する際の参考になった。	無し	P40図表Ⅱ-7	
		記載内容を参照したことにより、取組の検討・修正等を行った（予定）点	特になし	特になし						無し	P41の内容を参照し、実施率や効果評価のあり方を検討する。
		意味が理解できない点や追記が必要な点等	特になし	特になし		対象者＝参加者となることが一番望ましいと考えるが、実状は参加者の同意が得られないケースが多い。実施予定者として、優先順位をつけるものの、結局は母数は対象者のため、実施率は低くなる。また、マンパワーの問題でもととの実施できる容量は決まっており、それに対して、何人行ったかとの評価方法も必要だと感じる。	意味が理解できない点 ・P43④対象者の絞り込み：健診結果を活用する場合は、経年で減少幅の大きい人を優先する、（減少幅の大きい人という意味が理解しにくい。		無し	無し	

事業メニュー	重症化	重症化	重症化	重症化	重症化	重症化	重症化	重症化	重症化	重症化
広域連合名	北海道	北海道	北海道	北海道	北海道	千葉県	神奈川県	神奈川県	石川県	長野県
市町村名	深川市	妹背牛町	江差町	上ノ国町	乙部町	旭市	大和市			喬木村
事業開始年度	29年度	28年度	29年度	29年度	27年度	29年度	27年度	29年度	28年度	29年度
その他							平成30年度は高齢福祉課（地域支援事業担当課）と協働して、地域支援事業交付金等を利用し、栄養・食生活状況に関する実態把握（フレイル全体の把握も含む）調査を実施予定。 <調査対象人数：1万人以上>	委託業者にて現在抽出対応中		無
テーマ2 地域に	現状	・健診受診者のうち、抽出基準を満たした者を含む要医療者については、保健師または栄養士から電話もしくは訪問で支援介入している。支援内容としては、必要に応じかかりつけ医と情報共有し、食事指導などを行っている。	平成28年度は途中で地元の医療機関に働きかけは行ったが医療機関からの患者紹介がなく、実施できなかった。	介入方法については、苦慮する対象者もいるが、管内5町で協働で取り組みを実施しているため、都度、事例検討等を行いながら、工夫して実施している。	事業内容の説明をし、本人から同意を得て実施できている。	医師からの紹介、または町の健診で基準に該当した者に対し、訪問指導を実施している。指導の回数や時期は対象者によって異なる。	健診結果より要医療の項目に対して受診勧奨を行い、医療機関受診後医師からの栄養指示があった者へ1回以上の訪問指導を実施する。	抽出された対象者については全件訪問を実施。	委託にて実施予定	【介入方法】保健師による1人2～3回の訪問指導（初回・確認（医療受診）・継続）、健診・検査結果を基にかかりつけ医や医療機関と連携【内容】①聞き取り・持病（遺伝的要素、受診や投薬、喫煙）の有無・食生活（食事回数、献立、摂取量等）・生活習慣（運動、仕事等）②血圧測定③情報提供（疾病、食事、運動、服薬等）④指導⑤医療機関への受診勧奨

事業メニュー	重症化	重症化	重症化（高度ケース マネジメント）	重症化（骨粗しょう 症重症化予防プロ ジェクト）	重症化	重症化	重症化	重症化	重症化
広域連合名	滋賀県	奈良県	広島県	広島県	長崎県	福岡県	鹿児島県	沖縄県	沖縄県
市町村名	竜王町	田原本町	呉市	呉市				糸満市	
事業開始年度	29年度	29年度	29年度	29年度		28年度	28年度	28年度	29年度
その他		特になし							
テーマ2 地域に	現状	現状	現状	現状	現状	現状	現状	現状	現状
	<p>デイサービス職員同士がともに課題解決に向けて協議できるよう会議の場を設定。お互いの工夫を聴くことで、自分たちの事業所に合った取組を実施。</p>	<p>委託保健師による、初期訪問指導と電話またはメール、中期訪問指導と電話またはメール、終期訪問指導と電話またはメールを6ヶ月間に実施。連携手帳を用いて、かかりつけ医と腎臓専門医と保健師で情報共有することによりより効果的な介入を実施。</p>	<p>レセプトから抽出した対象者に訪問通知をする。在宅医療・介護連携推進員が訪問。主治医をはじめとした多職種連携により、疾病管理等を行う。</p>	<p>対象者へ通知を送付後、保健師による家庭訪問にて身体状況等を聞き取り。必要と認められる場合、かかりつけ医、歯科医師への受診勧奨を行う。</p>	<p>指導マニュアル（栄養指導）作成と研修会を開催し、事業実施の支援と内容を標準化している。また、県医師会に事業検証を行ってもらい、事業の評価や見直しが行えるようにしている。</p>	<p>・28年度の介入者については、6ヵ月後の事後フォローアップ（H29.8月頃）を実施し、さらに関係機関と連携するなどの必要性の高いケースについては介入を継続。</p>	<p>当広域連合で定めた基準を基に対象者を抽出し、名簿を作成する。その名簿を基に、実施市町村で優先順位をつけ、訪問指導を行っている。</p>	<p>・管理栄養士（嘱託）孫のような若い世代。祖父母と接する気持ちで、人生の先輩への敬意を心がけさせている。・地元沖縄の食材を活かしたレシピ等も提供している。・介護課（包括）と連携し地域相談員とペアで訪問している（介護連係に非常に有効。介護課も歓迎）。</p>	<p>訪問指導マニュアルに基づき保健指導を実施。事業開始前に訪問指導員を対象に研修会を実施。事業開始後は毎月広域連合にて報告を受けている。</p>

事業メニュー	重症化	重症化	重症化	重症化	重症化	重症化	重症化	重症化	重症化	重症化		
広域連合名	北海道	北海道	北海道	北海道	北海道	千葉県	神奈川県	神奈川県	石川県	長野県		
市町村名	深川市	妹背牛町	江差町	上ノ国町	乙部町	旭市	大和市			喬木村		
事業開始年度	29年度	28年度	29年度	29年度	27年度	29年度	27年度	29年度	28年度	29年度		
おける効果的な取組（抽出基準、介入方法・内容等）（介入方法・内容の検討）	課題、検討を要する内容	・かかりつけ医の指示のもと、運動指導を行える施設、健康運動指導士との連携。	支援が必要な人に参加してもらえるよう、対象者への働きかけを医療機関からだけでなく町からも行っていく必要がある。	特になし		保健指導内容は糖尿病連携手帳に記載するようにしているが、病院での治療方針や、指導内容の記載がなく、わかりにくい。病院と共通の指導を実施していきたいが、病院側の情報が得られにくい。	高齢者宅に介護福祉部門と異なり、かかわりのなかった職員が訪問するため警戒心が強く指導がうまく伝わらないことがある。重症化予防の対象者はBMIが2.2以上の者が多く、食事が多い傾向にあり、食生活の改善のための指導に対してうまく入っていない。	・専門職（管理栄養士等）の人材育成 ・広域連合がリーダーシップを発揮できる環境づくり ・国保部門と衛生部門と広域連合との協働体制の構築		・評価できるデータをそろえる。 ・対象者のフォロー体制、継続性	無	
	記載内容で参考になった点	・取り組みの留意事項として、介入支援の方法についてや具体的な事業評価の方法について。	事業予定者への声かけについて、個別の声かけとともに、地域の老人クラブ等の団体に、このような取り組みを行っていることを知ってもらうことも必要だと感じた。	苦情やトラブル対応に関することも、事前に検討して準備しておくことが必要と学んだ。	⑤介入方法の検討			図表11アセスメント項目の例		・具体的な例示が提示されていてよいと思う。	無	
	記載内容を参照したことにより、取組の検討・修正等を行った（予定）点	・介入方法など具体的な取り組みをまとめた支援者側のマニュアルなどの作成はしていなかったため、検討が必要。	平成29年度は健診結果から抽出された対象者への受診勧奨を含めて実施する。特に重症化が心配される人には主治医に紹介してもらえるよう勧める。また、事業自体のPRを広報等で実施する。		なし				低栄養のアセスメント項目として、特定・長寿健診のデータを入れることにより、アルブミンが活用できる。			無
	意味が理解できない点や追記が必要な点等	・特になし。			なし				なし			無

事業メニュー	重症化	重症化	重症化（高度ケース マネジメント）	重症化（骨粗しょう 症重症化予防プロ ジェクト）	重症化	重症化	重症化	重症化	重症化
広域連合名	滋賀県	奈良県	広島県	広島県	長崎県	福岡県	鹿児島県	沖縄県	沖縄県
市町村名	竜王町	田原本町	呉市	呉市				糸満市	
事業開始年度	29年度	29年度	29年度	29年度		28年度	28年度	28年度	29年度
おける効果的な取組（抽出基準、介入方法・内容等）（介入方法・内容の検討）	課題、検討を要する内容	他の事業所の支援方法を知ることが、より質の高いケアにつながり、高齢者自身も自立した生活を送ることができるため、継続していく必要あり。	町内かかりつけ医については、3年間の事業展開において徐々に事業に対する理解協力も構築されたが、町外のかかりつけ医や総合病院をかかりつけ医としている対象者にたいする病診連携のシステム構築が今後の課題と思われる。	レセプトのデータベース化が遅れ、事業スタートが遅れた。訪問指導可能な人材の育成。		各市町で既存事業との兼ね合いで、事業内容が異なるところがあり、統一した事業評価が難しい。健診受診率が低いため、健診結果を活用できない。	・高齢者の場合、継続的（6ヶ月間又は6ヵ月後）に関わることで、行動変容がみられたり、改めて課題が明確になり取り組み始めるケースがあった。	1) 自己管理が厳しくなった年齢である 2) 長年の習慣を改めることは難 3) 改善の気力がないことがある（早くお迎え・・・）⇒食（生活）習慣の良い点を強化し、改善目標を1～2点にしぼることが必要と考える。目標等を冷蔵庫などに掲示できるものを検討したい。	対象者に会えない場合や拒否する場合、保健指導に従わない場合の対応が課題となっている。また、対象地域が県全域と広範囲のため、かかりつけ医等関係者との細かい連携が難しい。
	記載内容で参考になった点	特になし	特になし				・P44：医療保険者における保健事業においては医療費での評価は不可欠である。 ・P49：できることに着目しそれを続けられることを意識したアドバイスにつなげる。	無し	P48 図表Ⅱ-11、P49～50 イ 具体的な支援 の内容
	記載内容を参照したことにより、取組の検討・修正等を行った（予定）点	特になし	特になし				・評価にアンケートや検査値だけでなく医療費も評価していく。	無し	P44【事業評価】の項目にて「医療費での評価は不可欠である。」と記載があったため医療費での評価を検討する。
	意味が理解できない点や追記が必要な点等	特になし	特になし					無し	無し

事業メニュー	重症化	重症化	重症化	重症化	重症化	重症化	重症化	重症化	重症化	重症化
広域連合名	北海道	北海道	北海道	北海道	北海道	千葉県	神奈川県	神奈川県	石川県	長野県
市町村名	深川市	妹背牛町	江差町	上ノ国町	乙部町	旭市	大和市			喬木村
事業開始年度	29年度	28年度	29年度	29年度	27年度	29年度	27年度	29年度	28年度	29年度
その他										無
現状	<p>・平成29年7月から事業開始しているため、まだ評価に至っていない。</p> <p>・事業目標は「体重もしくはHbA1cの値が事業開始前よりも改善した者が半数以上」とし、評価指標は、体重減少した人数、HbA1cの値が改善した人数としている。</p>	<p>平成28年度の事業目標はコントロール状態の改善で評価指標はHbA1cとしていた。</p>	<p>北海道（江差保健所）が中心となって、年1回医療機関へ依頼し、検査データの把握・集積を行っている。町は個人ごとの糖代謝や腎機能を評価。また、定期的なプロジェクト会議の実施により、実施方法の検討や評価を行っている。</p>	<p>HbA1c、eGFR等の検査数値の変化、糖尿病性腎症の減少などを評価指標としている。</p>	<p>年間の実施件数が少ないため、評価の仕方が難しい。個人のデータの改善や悪化がなければ良しとしている。</p>	<p>事業目標：自身の健康課題を解決するために、食生活の改善ができる者の割合を増加させる（重症化予防対象：30人中5人。低栄養予防対象者：15人中5人）</p> <p>評価指標：①基本チェックリスト項目を活用し、健康に気づけた食事を心がけている者の割合を、重症化予防対象のうち30人中5人とする。②重症化予防対象者のうち、栄養指導等により該当項目の数値の改善ができる者の割合を25%（30人中5人）とする。</p> <p>評価方法：①事業の前後（開始時と3ヵ月後評価時等）での生活内容の聞き取りおよび体重測定②次年度の健診結果</p>	<p>低栄養：体重の変化だけではなく、介入したことによるQOLの変化についても評価指標としている。</p> <p>重症化予防：抽出基準であるHbA1c、eGFRと行動変容の内容を評価指標としている。</p>	<p>・評価について、検査項目の変化や本人の取組の変化を確認している。</p>	<p>【目標】高血圧者にはご本人を通し医療機関との連携を図り、家庭血圧が安定することを目指す。高値の検査項目について、未治療者は医療受診に繋げる。</p> <p>【評価指標設定、評価方法】平成28年度と平成29年度の健診、検査結果を比較、改善されているかや医療機関の受診に繋がっているか。</p>	
テ										

事業メニュー	重症化	重症化	重症化（高度ケース マネジメント）	重症化（骨粗しょう 症重症化予防プロ ジェクト）	重症化	重症化	重症化	重症化	重症化
広域連合名	滋賀県	奈良県	広島県	広島県	長崎県	福岡県	鹿児島県	沖縄県	沖縄県
市町村名	竜王町	田原本町	呉市	呉市				糸満市	
事業開始年度	29年度	29年度	29年度	29年度		28年度	28年度	28年度	29年度
その他		特になし						・最近送付された冊子「糖尿病性腎症重症化予防のさらなる展開に向けて/平成29年7月10日/重症化予防（国保・後期広域）WG」が非常に参考になります。文字も大きいため、より引きつけられます。	実際に訪問してみると他の問題（貧困、独居、閉じこもり等）を抱えている事があり、保健指導では対応できないケースも有る。
現状	デイサービス事業所における実際の活動の変化を評価予定だが、始まった所でも十分な評価はまだできない状況。	新規透析患者数の減少を目標としている。評価は、次年度の健康診査結果において健診結果の数値で確認、他保健指導終了時のアンケート結果で実施。	対象者の介入前後の医療費・介護費を比較する予定。	・対象者の受診再開割合 ・骨折者数推移	目標は、具体的な数値目標がどこなのかを探っている状況である。指導前後のHbA1cとeGFRの値の変化を評価指標としている。	・アンケートや数値で評価していくため、データ整理と管理。	訪問指導を行った対象者については、次年度の健診結果等を基に評価を行っている。	・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。（改善若しくは維持）	【事業目標】生活習慣病の重症化を予防し、介護・入院への移行を防ぐ。 【評価指標】a.健診結果の改善・現状維持を80%以上とする。b.要介護への移行を20%以下へ抑える。c.訪問者の入院への移行を5%以下に抑える。

事業メニュー	重症化	重症化	重症化	重症化	重症化	重症化	重症化	重症化	重症化	重症化		
広域連合名	北海道	北海道	北海道	北海道	北海道	千葉県	神奈川県	神奈川県	石川県	長野県		
市町村名	深川市	妹背牛町	江差町	上ノ国町	乙部町	旭市	大和市			喬木村		
事業開始年度	29年度	28年度	29年度	29年度	27年度	29年度	27年度	29年度	28年度	29年度		
1 マ 3 事業評価（目標と評価指標の設定、評価方法の検討等）	課題、検討を要する内容	・実績もまだなく、課題についても検討できていない。	アウトカム指標のみの設定で参加者がいなかったため、事業全体の評価が困難だった。	件数が少ないため、集団の数値による評価が難しい。	後期高齢者に特化した目標、評価指標の設定をしていない。	個人の病状や生活環境が異なるため、評価が難しい。	評価を1年後までとしている	重症化予防について、対象者への聞き取りでデータを取得しているため、評価のタイミングで検査をしていない対象者についてはデータを取得することができない。		・実施者の報告がそろわなければ評価できない。 ・評価の基準。例、一人の対象者で改善した項目と改善していない項目がある場合の評価の仕方など	無	
	記載内容で参考になった点	・KDBシステム等のレセプトデータの活用について、具体的な方法の提示。	評価指標の例で、検査値のみでなく医療費や参加者の満足度等さまざまな視点で評価していくとよいことがわかった。		5) 評価とその活用			事業評価について		・基本的な考え方として必要だと思う。	無	
	記載内容を参照したことにより、取組の検討・修正等を行った（予定）点	・レセプトデータの活用時期、抽出された対象者への介入方法などについて検討予定。	29年度の評価指標について再検討する。		なし			治療中の人については、服薬開始時期等の治療内容を考慮して評価をする必要がある。罹患歴等もデータを取得するようにしたい。				無
	意味が理解できない点や追記	・特になし。			なし			なし				無

事業メニュー	重症化	重症化	重症化（高度ケース マネジメント）	重症化（骨粗しょう 症重症化予防プロ ジェクト）	重症化	重症化	重症化	重症化	重症化	
広域連合名	滋賀県	奈良県	広島県	広島県	長崎県	福岡県	鹿児島県	沖縄県	沖縄県	
市町村名	竜王町	田原本町	呉市	呉市				糸満市		
事業開始年度	29年度	29年度	29年度	29年度		28年度	28年度	28年度	29年度	
1 マ 3 事業評価（目標と評価指標の設定、評価方法の検討等）	課題、検討を要する内容	事業所へのヒアリングを検討しているが、その他の評価指標についても検討していく。	保健指導結果が、次年度健診結果（数値）の変化に現れにくく評価難しい。	評価手法の簡易化。	評価指標の値の変化について、どう変化すれば評価できるのか等の数値的な基準がなく、客観的な評価をする基準をどうしたらよいか、課題である。自主の目標では、甘い目標設定となっていないかなどの心配があるため。	データの整理。		短期間での判定（評価）が難しい。	健診結果等のデータを入力するのに時間が掛かる。評価するには長い期間での追跡調査が必要。	
	記載内容で参考になった点	特になし	特になし			医療保険者が行う保健事業評価としては、医療費・健診結果を確認することが望ましい。 介入支援後1～5年程度追跡評価を行う。		「事業参加への同意を得る」～この視点が不十分だったかもしれない。健診の数値＝介入対象者としていた。本人の意思にかかわらず、改善努力を押し付けてはいなかったか。	P52～53全般	
	記載内容を参照したことにより、取組の検討・修正等を行った（予定）点	特になし	特になし				追跡評価		H28年度ではかかりつけ医との連携ができなかった。今年度は医療情報提供について本人（家族）の同意書を取り付け、「糖尿病連携手帳」の配布及び血液検査の結果表の交付を医療機関へ依頼することを検討している。	介入支援後1～5年程度の追跡調査を検討。
	意味が理解できない点や追記	特になし	特になし						無し	無し

事業メニュー	重症化	重症化	重症化	重症化	重症化	重症化	重症化	重症化	重症化	重症化	
広域連合名	北海道	北海道	北海道	北海道	北海道	千葉県	神奈川県	神奈川県	石川県	長野県	
市町村名	深川市	妹背牛町	江差町	上ノ国町	乙部町	旭市	大和市			喬木村	
事業開始年度	29年度	28年度	29年度	29年度	27年度	29年度	27年度	29年度	28年度	29年度	
その他								初年度で評価は厳しい。客観的數字が出るのは1年後と見えます。単純に体重が減ればいいのかヘモグロビンが減ればいいのかというもので無いので評価がしにくい。	・高齢者への保健事業の効果について、難しいのではないかと声が多いのも現実ですが、実際、事業を実施して効果がある実態も少なからずあるので、広く展開できないにしても実施できる範囲で取組めればよいと思う。	無	
テーマ1〜3共通	対象者の設定（対象者抽出基準）はうまくいったか。予想した参加者を獲得できたか。	・「北空知糖尿病療養連携システム」として実施している。システム利用者のうち、抽出基準に該当している者は現時点ではない。抽出基準が妥当かどうかは、まだ評価できていない。	うまくいかなかった・・・平成28年度は医療機関からの患者紹介がなく、参加者は0人となった。	平成29年度の現時点での対象者は0名。現時点で、予想した参加者は獲得できていない。	対象者は多くはないが、予想通りの人数。		平成28年度の実績は76人に受診勧奨を行い、医療機関を受診した44人のうち栄養指導の指示のあった17人に対して訪問を行った。平成29年度も同程度を想定し、現在受診勧奨を行っている段階。	抽出割合、拒否の割合も想定通りであった。	現在抽出中	・対象者の基準は設定している。参加市町の中でも、抽出された対象者に対し、医師との調整や本人の参加意思の確認により、予定よりも減数となった。	対象者抽出は良、訪問者数は現在進行中のため未確定。
	目標・評価指標は、課題に対応しているか。目標の達成状況を評価できたか。	・実施結果によって、目標と評価指標の見直しを検討。			評価はまだできていない。		事業の目標・評価指標を用いるのは平成29年度からなので、今後評価を実施。	低栄養については目標達成。重症化予防は現在評価中。		・糖尿病性腎症に対応した評価項目を設定している。H29年度、国の実績報告の項目から、報告に合わせた評価項目の追加をした。	対応している。達成状況は現在進行中のためこれから。

事業メニュー	重症化	重症化	重症化（高度ケースマネジメント）	重症化（骨粗しょう症重症化予防プロジェクト）	重症化	重症化	重症化	重症化	重症化
広域連合名	滋賀県	奈良県	広島県	広島県	長崎県	福岡県	鹿児島県	沖縄県	沖縄県
市町村名	竜王町	田原本町	呉市	呉市				糸満市	
事業開始年度	29年度	29年度	29年度	29年度		28年度	28年度	28年度	29年度
その他		特になし						・介入対象の高齢者が「糖尿病連携手帳」を持っていない方も。かかりつけ医がクリニックだからか、高齢者配布しても活用できないという思い込みが医療機関にあるからか。（同意書があれば）行政が見守っているということ連絡し、手帳をもっと活用できる（血液結果表を挟んでもらうとか）。手帳は日本糖尿病協会HPで知り入手。もっと広く周知してもよいのではないか。	
テーマ1〜3共通	対象者の設定（対象者抽出基準）はうまくいったか。予想した参加者を獲得できたか。	今回は高齢者を直接の対象としていなかった。	28年度実績は、対象者13名中、終期訪問指導完了12名、内9名が病診連携に至った。事前に連携枠（日程）を押さえておく事により対象者のモチベーションが低下せず効果的な連携に至った。		参加者数 予定190人 実績 53人 であった。	・平成28年度は、20人（9市町村委託で5人と後期広域15人） ・平成29年度は、42人予定（10市町村委託で15人、後期高齢は27人） ・抽出基準とレセプトを参照に、受託市町村と協議しながら対象者抽出。	テーマ2の「現状」で記載した基準で対象者を抽出し、広域連合で名簿を作成。広域連合で作成した名簿を基に、実施市町村で優先順位をつけ、訪問指導を行っている。	・国保事業から75歳になった対象者を引き継いでいる。KDBシステムによりレセプトを活用している。抽出手法についても国保事業（～74歳）に倣っている。	平成29年度から事業を開始。対象者の抽出、参加者の獲得は共に順調に実施できている。
	目標・評価指標は、課題に対応しているか。目標の達成状況を評価できた	活動における意識改革はできた。	テーマ3		現在、評価を行っている。	・28年度は、介入前後の健診データの比較、保健指導実施率等で評価した。	評価については、次年度の結果等を基に分析するため、今後の作業となる。	・人工透析移行なし⇒評価できる。	今のところ順調に対応している。

事業メニュー	重症化	重症化	重症化	重症化	重症化	重症化	重症化	重症化	重症化	重症化	
広域連合名	北海道	北海道	北海道	北海道	北海道	千葉県	神奈川県	神奈川県	石川県	長野県	
市町村名	深川市	妹背牛町	江差町	上ノ国町	乙部町	旭市	大和市			喬木村	
事業開始年度	29年度	28年度	29年度	29年度	27年度	29年度	27年度	29年度	28年度	29年度	
類型別の留意事項、事業内容等（栄養・口腔・服薬・重症化予防・複合的取組等）	取組状況	<p>アセスメント項目は、状態を把握するために十分であったか。対象者の負担となるほど過剰ではなかったか。</p>	<p>・アセスメント項目は、身体状況（身長・体重・検査値）・食事・運動の状況などとしている。</p>			<p>マニュアル等の作成をしていないため、指導者個々の判断となり、評価しにくい現状。</p>		<p>今年度未実施</p>	<p>低栄養：低栄養に陥ったきっかけや今の生活状況等、丁寧にアセスメントを実施した。 重症化：対象者からの聞き取りを中心とし、負担とならないよう配慮した。</p>	<p>・基本チェックリストにある項目は直接、保健指導内容に活用することが少ないこともあり、必須事項となると負担となる。</p>	<p>包括支援係にて把握済みの項目が多数あり、同じことを聞くのに抵抗を感じた。お元気な（十分動いている）方にとって質問の意図が分かりにくく、不快に思う方もいらっしゃったため、また同じことを聞くのかとおっしゃる方の中にはいらした。さらに項目についてはこの事業に必要とは思われない項目があり、質問項目自体が実際に必要なものなのかどうか疑問に感じた。</p>
		<p>高齢者の課題に対し具体的にアドバイスできたか。改善につながったか。</p>	<p>・実績がないため、回答できない。</p>			<p>個々の指導にはなるが、具体的な保健指導を実施している。</p>		<p>テーマ2の課題・検討事項に記載済み</p>	<p>アセスメント結果から課題を設定し、具体的なアドバイスを実施した。対象者本人にできそうなことを選択してもらったため、改善につながるケースが多かった。</p>	<p>・通院につながって、HbA1cが改善した方や野菜の茹でこぼしを実践してカリウム値が改善した等の事例があった。 ・高齢者の長年の習慣を変えることは容易ではないという課題もあった。</p>	<p>指導中につき結果はこれから。</p>
		<p>介入の期間・回数設定は妥当であったか。得られた効果に対して効果的であったか。</p>	<p>・実績がないため、回答できない。</p>			<p>評価できていない。</p>		<p>前年は1人1回の介入であった。効果については評価未実施のため、今年度実施し検討していきたい。</p>	<p>6か月に3回の訪問については、実施者・対象者ともに負担が少なく実施できるため、妥当と考える。</p>	<p>・約半年間の期間と対象者との調整の中で回数が設定されている。評価の仕方については課題があるが、改善している状況もあり、効果的であったと思われる。</p>	<p>現在進行中につき結果はこれから。</p>

事業メニュー	重症化	重症化	重症化（高度ケース マネジメント）	重症化（骨粗しょう 症重症化予防プロ ジェクト）	重症化	重症化	重症化	重症化	重症化	
広域連合名	滋賀県	奈良県	広島県	広島県	長崎県	福岡県	鹿児島県	沖縄県	沖縄県	
市町村名	竜王町	田原本町	呉市	呉市				糸満市		
事業開始年度	29年度	29年度	29年度	29年度		28年度	28年度	28年度	29年度	
類型別の留意事項、事業内容等（栄養・口腔・服薬・重症化予防・複合的取組等）	取組状況	<p>アセスメント項目は、状態を把握するために十分であったか。対象者の負担となるほど過剰ではなかったか。</p>	<p>情報収集のための活用するシートについては今後も検討が必要。</p>	<p>食事・運動・健康認識・嗜好・ストレス・睡眠休養・仕事の各項目分け対象者に負担無く実施した。</p>			<p>・アセスメントの中のアンケートは、対象者及び実施者の意識を促すこともあり、効果的である。</p>	<p>・対象者の負担は大きくなかったと思われるが、項目追加が年度終盤にあったため、全対象者を再度訪問しなければならず対応に苦慮した。（新規の訪問を取りやめ、手分けして訪問することで対処した）</p>	<p>昨年度から重複・頻回受診者訪問指導事業を広域連合主体で行っており、反省点を踏まえて今年度の項目を作成している。</p>	
		<p>高齢者の課題に対し具体的にアドバイスできたか。改善につながったか。</p>	<p>利用者本人の自立支援に対するアプローチ方法をデイの職員やケアマネに伝えることができた。</p>	<p>経験豊富な保健師による、CKDに軸をおきながらも、高齢者の個別性も重視し、変化が少ない高齢者の健診結果から適切にアドバイスを実施。</p>		<p>短期的には改善につながっている。</p>	<p>・個々の高齢者に応じアドバイスを実施。 ・地域の社会資源を活用し他の専門職とかわるなかで、意識の変化が見られる人もあった。（例：健康づくりサポートセンターの一日糖尿病教室等）</p>	<p>対象者に対し、訪問を行い、その場でアドバイス等の指導を行っている。改善については、次年度の結果等を基に行うため、今後分析を行っていく。</p>	<p>1) 自己管理が厳しくなった年齢である 2) 長年の習慣を改めることは難 ⇒食（生活）習慣の良い点を強化し、改善目標を1～2点にしよう必要がある。伝える（伝わる）工夫、持続できる工夫が必要。</p>	<p>訪問指導員から毎月報告を受けており、高齢者の課題を共有して改善につなげている。</p>
		<p>介入の期間・回数設定は妥当であったか。得られた効果に対して効果的であったか。</p>	<p>1事業所に2回程度指導を実施したが、回数的には妥当であった。</p>	<p>事務作業上、訪問開始が10月下旬となった。可能な限り早めの介入が終了時期を考えると望ましい。</p>		<p>現在、介入の期間と回数については、県医師会に事業効果を含めて検証していただいている。</p>	<p>・6ヶ月間実施することで、信頼関係が形成され、行動変容につながることもあり、期間や回数は妥当だと考える。</p>	<p>介入の期間・回数の設定については、市町村毎に対象者に優先順位をつけ、必要に応じて2回の訪問を行っているため、妥当である。得られた効果については、今後分析結果を基に検討していきたい。</p>	<p>・6か月間に3回程度の訪問指導であった。次年度へ引継ぎ、年に一度以上は継続訪問していく。・高齢者では「効果的」という視点は適当ではないと感じる。人とのつながりが大切。</p>	<p>今のところ順調に対応している。</p>

事業メニュー	重症化	重症化	重症化	重症化	重症化	重症化	重症化	重症化	重症化	重症化	
広域連合名	北海道	北海道	北海道	北海道	北海道	千葉県	神奈川県	神奈川県	石川県	長野県	
市町村名	深川市	妹背牛町	江差町	上ノ国町	乙部町	旭市	大和市			喬木村	
事業開始年度	29年度	28年度	29年度	29年度	27年度	29年度	27年度	29年度	28年度	29年度	
	庁内及び関係者等との連携など、実施体制をうまくまとめることができたか。	・実績がないため、回答できない。	定期的にプロジェクト会議を実施しており、連携・実施体制の構築はできている。	事業に携わっている関係者とは連携できている。		かかりつけ医との連携はできている。庁内の関係機関とは連携は今後の課題。	一定の整備はできているが、課題のすり合わせ等、実施前に打合の機会を設ける必要がある。		・計画の段階で打ち合わせていたことと、実際に運用してみて不足していたことの気づきがあった。一度に解決はできないが、一つずつ検討して対応することで、調整している。	今のところ問題なし。	
養・口腔・服薬・重症化予	の留意事項、事業内容等（栄養・口腔・服薬・重症化予）				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				なし	・具体的事業内容が記載されており、参考になる。	事例より書き方。
	ガイドラインについて	記載内容で参考になった点	・モデル事業にみる事例があり、自身の地域に当てはめながら、より具体的なイメージができた。						なし		無
		記載内容を参照したことにより、取組の検意味が理解できない点や追記が必要な	・特になし。			なし			なし		無

事業メニュー	重症化	重症化	重症化（高度ケース マネジメント）	重症化（骨粗しょう 症重症化予防プロ ジェクト）	重症化	重症化	重症化	重症化	重症化
広域連合名	滋賀県	奈良県	広島県	広島県	長崎県	福岡県	鹿児島県	沖縄県	沖縄県
市町村名	竜王町	田原本町	呉市	呉市				糸満市	
事業開始年度	29年度	29年度	29年度	29年度		28年度	28年度	28年度	29年度
	庁内及び 関係者等 との連携 など、実施 体制をうまく まとめること ができたか。	活動を行うにあたり、多 職種交えて活動につい て協議をし、実践するこ とができた。	保健師が不在の為、 県保健所の協力を 得ながら実施した。 庁内保健部門との 連携が今後の大きな 課題。		県医師会や糖尿病 対策推進会議、国 保連合会等と事業 内容に協議を行い、 見直し等を行っている。	・庁内協力は得られ ており、ケースをと おして関係者の連 携を図っている。		・毎月の実績は介護課 にも情報提供して いる。連携ができて いると思う。	41市町村中10町 村と委託契約を結 んで実施している。 今後は協力できる 市町村を増やして いきたい。
の留意事項、 養・口腔・服薬・ 重症化予（栄 ガイドライン について	記載内容 で参考にな った点	特になし	特になし					無し	別冊に記載のある モデル事業の事例 が参考となった。
	記載内容を 参照したこと により、取組 の検意味が理 解できない点 や追記が必要 な	特になし	特になし					無し	無し
		特になし	特になし					無し	無し

事業メニュー	重症化	重症化	重症化	重症化	重症化	重症化	重症化	重症化	重症化	重症化
広域連合名	北海道	北海道	北海道	北海道	北海道	千葉県	神奈川県	神奈川県	石川県	長野県
市町村名	深川市	妹背牛町	江差町	上ノ国町	乙部町	旭市	大和市			喬木村
事業開始年度	29年度	28年度	29年度	29年度	27年度	29年度	27年度	29年度	28年度	29年度
その他									・実績報告内容が多いとの苦情もあり、精査してほしい。	無

事業メニュー	重症化	重症化	重症化（高度ケース マネジメント）	重症化（骨粗しょう 症重症化予防プロ ジェクト）	重症化	重症化	重症化	重症化	重症化
広域連合名	滋賀県	奈良県	広島県	広島県	長崎県	福岡県	鹿児島県	沖縄県	沖縄県
市町村名	竜王町	田原本町	呉市	呉市				糸満市	
事業開始年度	29年度	29年度	29年度	29年度		28年度	28年度	28年度	29年度
その他		特になし						<p>（参考）・沖縄県は最も先に核家族化が進み、離婚率、未婚率が高い。高齢⇒施設入所が定着している。認知症を含む精神病が医療費の伸びに最も寄与しており、老人ホーム、精神入院施設等が複数ある当市の医療費負担は大きい。・新国保広域において住所地特例があるが、医療をより必要とする75歳以上では住所登録地の負担となる。・県新国保広域では精神ケアの多い市町村へ国交付金が広域を介して交付されるが、県後期広域では、今のところ、市町村へ交付がないため、施設偏在等の救済措置が市町村へ届いていない。新国保広域と同様、交付金が届けば、市保健事業もより充実できるかもしれない。</p>	<p>保健者がレセプトや健診結果を見て保健指導を行うと対象者の抽出に時間が掛かってしまうので、医療機関が診療や健診を行った際に保健者の保健指導に繋げていく制度づくりが必要だと思う。</p>

事業メニュー		複合	複合	複合	複合	複合	複合	複合
広域連合名		長野県	長野県	岐阜県	滋賀県	大阪府	岡山県	宮崎県
市町村名		佐久市	小諸市		甲賀市	大阪狭山市	勝央町	美郷町
事業開始年度		28年度	29年度	28年度	29年度	27年度	28年度	28年度
テーマ1 事業の計画、実施体制づくり（庁内連携、関係団体との	現状	健康課題（筋力低下）を改善し、フレイル等を予防する必要性が明らかになった。 関係団体との連携体制を構築し、介入のためのチームを形成。訪問指導を実施している。	・実施にあたり、衛生部門と情報共有、実施方法の検討を行った。 ・事業開始前に関係団体へ事業について説明し、対象者の情報提供について協力依頼をした。	H29は市町村との話し合いにより今年度はモデル実施ではなく、長寿健康増進事業として市町村の独自性にそって栄養指導を行っている。	・甲賀市職員の高齢者健康づくりの課題や方向性を共有する場の設定はあっても、共通の意識で取り組めていない甲賀市 ・庁内連携の不備 ・対象者把握が不十分	対象者の抽出について、庁内高齢介護グループから、ひとり暮らし高齢者台帳や要介護認定状況等の情報提供を受けている。また、事業実施の中で、急変等必要時、庁内高齢介護グループ・保険年金グループ、医療機関、地域包括支援センター、民生委員等と連携し対応している。	事業主体は、後期高齢者医療担当部署であるが、衛生担当部署と連携している。また、人的不足のため、外部委託により実施している。	訪問指導について、一部（保健師により訪問指導）を社会福祉協議会に委託して実施している。事業計画の作成から、対象者の抽出、事業実施期間中の定例会については、社会福祉協議会と頻りに連携をとりながら実施している。また、必要な情報については、随時、広域連合から提供いただいている。
	課題、検討を要する内容	歯科医師会との連携内容（歯科医との情報提供、報告の必要性）	・健診、レセプト等を分析し、幅広く健康課題について検討することについては、不十分な点があった。 ・担当部署内でのデータ収集、分析検討も不十分であったため、認識にずれがあった。 ・関係団体との情報提供の進め方について、範囲、頻度等について検討が不十分であった。 ・対象群となる健診を受診していない方をどのようにしていくか。	広域連合主体なので段階的に波及する方法を検討している。	・庁内情報共有のあり方の再検討 ・リーダーシップをとる課の変更	対象者の抽出や事業評価等を行う上で、健診データやレセプト情報の活用が課題であるが、広域連合との個人情報の取扱いについての環境整備が困難である。また、市がレセプト情報等の個人情報を得るために本人に同意を得ることや、広域連合との情報連携についての高齢者への説明が困難である。	事業評価に対して、成果のアウトカムの判断基準をどうするか。	
	記載内容で参考になった点	広域連合との協力ポイント	・取組のテーマの考え方については参考になった。	担当者主体で体制を考えたが、チームという考え方で問題や結果の共有や意見交換ができた。	・後期高齢者医療に関するレセプトから課題抽出、対象者把握が可能なこと。	広域連合・市町村の間での情報提供の環境整備について	特になし。	「③取組テーマの・対象地域の特定」の記載事項について、「各種ある健康課題のうち、当該地域で優先的に取り組む健康課題や対象集団を特定する。」及び「取組は、必要性や地域資源等の状況も勘案し、着手しやすさの観点から実施可能なものを検討することが肝要である。」
記載内容を参照したことにより、取組の検討・修正等を行った（予定）点	なし		広域連合として医療・保健・介護のデータが相互に活用できる体制の整備に着手している。	・高齢者の健康づくり(フレイルとは何か、甲賀市でのフレイルの意味すること)に関する共有から始める。 ・保健師むけの研修会を企画、実施する。		特になし。		

事業メニュー		複合	複合	複合	複合	複合	複合	複合
広域連合名		長野県	長野県	岐阜県	滋賀県	大阪府	岡山県	宮崎県
市町村名		佐久市	小諸市		甲賀市	大阪狭山市	勝央町	美郷町
事業開始年度		28年度	29年度	28年度	29年度	27年度	28年度	28年度
調整等	意味が理解できない点や追記が必要な点等	チーム員の確保が難しい。広域連合からの紹介などの方法を明記してほしい。 なにをもって庁内連携が取れていると判断するのかが分からないため、各部署ごとの役割を例で示してほしい。				情報提供の環境整備について、具体的な進め方や先進事例等の情報を記載いただければ、ぜひ参考にしたい。	特になし。	
	その他	関係団体（医師会等）との連携については具体例の記載があるほうがいいのではないか。	広域連合に以下のような情報共有の機会やサポートをお願いしたい。 ・情報、データ（レセプト、健診結果等）の活用方法 ・活用がうまくいっている市町村の取組み ・研修会、検討会等の開催					
テーマ2 地域における効果的設定・組実（抽出基準の絞り込み）	現状	昨年度、健診結果から低栄養（BMI、Alb）に該当した方を抽出したが、訪問期間が開いてしまうため訪問時には改善している方が多く、健康意識も高かった。 今年度は75歳・80歳の全戸訪問事業にて、サルコペニアに該当する方を抽出している。	・健診結果BMI18.5未満 ・75歳歯科健診の結果、要指導及び基本チェックリストで自覚がある者、BMI18.5未満の者	基本チェックリストからの抽出	・医療保険者の保有する健診結果やレセプト情報などのデータの有効な活用が行われていないので、対象者把握が十分といえない。 ・事業推進チームには、後期高齢者担当も含めているが、参加回数が少ない。	民生委員による「ひとり暮らし高齢者台帳」の調査で、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で、看護師・保健師が電話にて受診状況、食欲、体重の変化、外出頻度、歩行速度の変化、その他健康管理上の問題等を聞き取り、健康管理上訪問指導が必要と思われる人を抽出基準としている。	KDBシステムから、H29年度の後期高齢者の健診状況をだし、医療未受診で受診勧奨判定値あり、医療受診者で、受診勧奨判定値ありから、血圧140/90mg以上、血中脂質（LDL-C140mg以上）BMI20以下とし、重複者から優先的に60名抽出して対象者とした。	対象者1：地域サロン参加者に5m歩行及び握力測定を実施し、5m歩行5秒以上、握力（男26kg未満、女17kg未満）該当者 対象者2：健康診査血清アルブミン値（男3.6以下、女3.7以下）該当者
	課題、検討を要する内容	対象者の中に健康で介入の不要な方が含まれてしまっている。今年度の実績を基に抽出基準を絞る必要がある。	・対象基準の明確化、絞り込みをはっきりさせる。 ・社会的、精神的フレイルをどう対象に取り入れるか。	KDBによる介護と医療の突合メニューの整備、基本チェックリストの活用状況の地域差。すこやか健診の受診率が低く、抽出に活用できない市町がある。広域独自の検査項目がシステムに入力できないが、県全体のシステム整備が必要になり活用できていない。	・事業実施担当部局で、課題抽出、企画立案、事業計画を行ってきたが、実践チームだけではなく、保険者機能を加味した企画検討の機会が必要。 （また、その目的に沿って対象者の抽出基準を明確にしていく必要がある）	健診結果等の客観的データではなく、電話による本人からの聞き取りであるため、情報が正確でない場合がある。また、訪問指導が必要であると判断しても、本人が希望しない場合がある。	対象者の中で、医療も健診も受けていない人に対する介入をどうするか。	現時点で、サービス利用なしの高年齢者（80歳代後半以上）を対象者に入れ、保健指導対象者とするかどうか検討が必要と感じた
	記載内容で参考になった点	なし	・テーマ別の対象の抽出基準は参考になり、当市とすればどうか考えることができた。 ・基本チェックリストやニーズの調査等、データが整っていることが大事。	モデル事業における取り組み テーマ別の対象者の抽出基準	・保健師が把握している人が対象者ではなく、高齢者全員が事業対象者として捕らえる意味があるということ。	対象者の抽出に用いるデータや取組テーマ別の抽出基準、対象者の絞り込み等について参考になった。	抽出対象者の基準。	対象者抽出について

事業メニュー	複合	複合	複合	複合	複合	複合	複合
広域連合名	長野県	長野県	岐阜県	滋賀県	大阪府	岡山県	宮崎県
市町村名	佐久市	小諸市		甲賀市	大阪狭山市	勝央町	美郷町
事業開始年度	28年度	29年度	28年度	29年度	27年度	28年度	28年度
法・内容等へ対象者の抽出基 記載内容を参照したことにより、取組の検討・修正等を行った（予定）点 意味が理解できない点や追記が必要な点等 その他	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし
	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし
	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし
テーマ2 地域における効果的な取組（抽出基準、介入方法）	現状 保健師・理学療法士・歯科衛生士・栄養士による4か月間の複合的な訪問指導を実施。	フローチャート添付（別紙参照）	マニュアルの作成に関して、モデル市での実施状況を他市でも実施できるような標準化をするためには、多くの市町の意見を聞かねばならないため、事例集として配布したのみになってしまった。	・介入方法、内容、目標、評価指標の明確化と共有が不十分	介入内容について、訪問後、看護師から地区担当保健師への報告、管理職への記録の回覧、月1回開催している訪問カンファレンス等により確認し、検討している。また訪問指導開始時に、本人より関係機関への情報提供に対する同意や主治医への連絡の了承を得ており、適宜連絡調整を行っている。	アセスメント項目を参考に28年度実施よりは、細かく設定した。	個別訪問により介入。初回訪問時アセスメントを行い、個々人に対し保健指導を行う。その後定例会議にて介入しないようなど決定する。
	課題、検討を要する内容	個別性に応じた介入方法の検討が必要。	・対象者への通知のタイミング。・口腔、栄養等対象者毎に通知内容を検討する。 ・事業の流れが対象者にわかりづらく、事業の同意を得られた方でも保健指導の継続に結びつかなかった方がいた。事業の同意から指導、評価まで項目ごとのスケジュールや何をするのかを一覧にして説明、理解を得て継続してもらえるようにしていく必要あり。 ・取組テーマ別にアセスメント項目の絞り込み（必須項目、任意項目に分ける） ・事前学習の必要性（スタッフの指導内容、意思の統一等）	介護、後期、国保、保健担当の共通課題を経年的に事業展開をしていく仕組みづくり。担当者も異動があるので発展的に研修を組むことが難しい。	・担当者にわかりやすい資料の作成をする必要がある。	訪問の必要性や理由が個々により異なるため、ある程度は基準に従って介入するが、専門職の判断によることもある。	アセスメント項目について、高齢者に聞くことは、時間がかかるため、1日の訪問人数が限られる。

事業メニュー		複合	複合	複合	複合	複合	複合	複合
広域連合名		長野県	長野県	岐阜県	滋賀県	大阪府	岡山県	宮崎県
市町村名		佐久市	小諸市		甲賀市	大阪狭山市	勝央町	美郷町
事業開始年度		28年度	29年度	28年度	29年度	27年度	28年度	28年度
内容等 （介入方法・内容の検討）	記載内容で参考になった点	苦情の相談窓口の明確化	・個人毎の目標を個別設定できるとよい。 ・アセスメントについて、75歳の歯科健診結果の情報を活用できて、聞き取りが重複せずに済んだ。	苦情やトラブルに関する危機管理体制	・スタッフ用マニュアルの作成（骨関節疾患・COPD予防プログラムに関しては作成済だが、今年度からの取組に関するマニュアルに書いて悪する必要はある。）		アセスメント項目。	簡易栄養調査点数を栄養指導対象者初回アセスメントに取り入れた
	記載内容を参照したことにより、取組の検討・修正等を行った（予定）点	なし	・具体的な事業の流れを、本人や家族にもわかりやすい資料を作成し渡す。 ・事業開始時等に、取組みテーマとする低栄養やフレイルについて広報等で啓発する。 ・事業スケジュールや資料を入れるファイルを用意する。また、スタッフの名刺等を作成。	広域連合として見過ごせない対象者への声かけや方法。	・スタッフ用マニュアルの改訂。 ・マニュアルを共有		28年度事業の対象者の健診結果の比較を行う。	BMI値は、健診データがない場合、本人聞き取りとなるため誤差が生じる（特に身長）また、健診データがある方において、円背がある場合、身長が正確に測定できないので、BMI値に誤差が生じる。
	意味が理解できない点や追記が必要な点等	なし			特になし		特になし。	
	その他	なし						
テーマ3 事業評価（目標と評価指標の設定）	現状	対象者の抽出基準を考慮した評価指標を設定。 評価方法として、前後比較、介入群と対照群の比較を行い、統計学的分析を実施する。	・客観的に数値として介入前後を比較、評価できる指標を設定した。	大学と検討しながらの医療費、調剤費、受診回数、各種体力検査に関するスコア、栄養面の頻度調査など。	・目標、評価指標の明確化と共有が不十分 ・KDBシステムを活用していない。	初回訪問時の日常生活評価票をもとに体重、医療状況、日常生活能力、口腔衛生状態等の項目を年度末に確認し、改善・現状維持・悪化で総合的に評価を行っている。	1年目は高齢者が陥りやすい生活習慣の把握及びその改善。広報による高齢者全体への呼びかけ。	5m歩行、握力、体重等計測及び次年度の健康診査結果を評価に活用している。
	課題、検討を要する内容	対照群の追跡方法。	・目標が明確に設定されていなかった。目標「要介護状態に移行しないよう、自身の健康や心身の状態に意識し関心をもってもらおう。」としていく。 ・主観的なものはどのように評価したらよいか。	満足度を見るための指標（信頼度まで考慮する場合、著作権などもあるので）。	・目標、評価指標の明確化と共有 ・KDBシステム活用の検討	事業評価について、状態が悪化しなかったことや改善したことが、事業実施によるものと結びつける客観的データがない。	高齢者全体に取り組みを広げ、事業成果として、アウトカムの目標値の設定とクリアすること。	5m歩行測定は、家庭訪問ではスペースがなく計測できない場合がある。身長計測も家庭訪問では、実施が難しい。血清アルブミン値は健康診査にて結果がわかるので、健診未受診者には評価が難しい。また、医療費効果についても検証を行うべきと認識しているが、総点数ではなく、関連する疾病のみに着目した分析が必要であると考える。
	記載内容で参考になった点	なし	・事業評価指標の例が参考になった。	1年から5年の追跡評価	量的データの活用手段（評価指標の設定が不十分では取り組みや事業全体の評価が十分に行えないこと、評価項目は数値だけでなくアンケートや満足度等の簡易的評価も重要であること）	事業評価指標の例等参考になった。	事業評価の仕方。	

事業メニュー		複合	複合	複合	複合	複合	複合	複合
広域連合名		長野県	長野県	岐阜県	滋賀県	大阪府	岡山県	宮崎県
市町村名		佐久市	小諸市		甲賀市	大阪狭山市	勝央町	美郷町
事業開始年度		28年度	29年度	28年度	29年度	27年度	28年度	28年度
定、評価方法の検討等	について	記載内容を参照したことにより、取組の検討・修正等を	なし	・事業評価指標で自治体の都合により、とれない数値がある場合、代替指標をしめしてもらいたい。		今後検討する		高齢者全体に取り組みを広げ、事業成果として、アウトカムの目標値の設定とクリアすること。
		意味が理解できない点や追記が必要な点等	なし	P52、4つの観点による事業評価について、具体的な例を示してもらいたい。				特になし。
	その他		なし	高齢者を対象にした保健事業の事業評価の研修を行ってほしい。	評価として事業を継続するのか、地域支援事業では自主化やボランティアの活用があるが方向性として専門職の支援の評価はどこにあるべきなのかと考える。健診結果、医療費においても高齢の影響と効果をどのように見ていったらよいかと考える。入院すれば医療費は大きくなる。			
テーマ1〜3共通 類型別の留意事項、事業内容等	取組状況	対象者の設定（対象者抽出基準）はうまくいったか。予想した参加者を獲得できたか。	テーマ2 現状に記載済み。基準に該当しつつも参加の同意を得られない方が予想よりも多かった。		目的に応じた対象者の設定をしたいが、実際の事業は実施していくことに重点がおかれ、対象者の抽出がぶれてしまう。	・健康づくりの視点で対象者が把握できていない。 ・基本チェックリストの実施数が少ない。	対象者全数への電話での聞き取りはできなかったが、民生委員との連携により、対象者の状況把握や、緊急性のあるケースについては対応でき、おおむねうまくいった。平成29年度は、電話での聞き取り内容や判断基準を明確にした。	対象者の抽出については、概ね予定どおりであった。また、実施予定者の絞込みについては、事前に包括支援センター等の関係機関と連携して生活状況・心身の状況等を勘案して行ったため、受け入れについては概ね好意的であり、予想どおりの参加者を獲得できた。
		目標・評価指標は、課題に対応しているか。目標の達成状況を評価できたか。	全体として対象者数が少なく、目標に対する評価が難しい。	目標が達成できたかを確認するため、「開始前に比べて、自分の健康や生活を意識するようになりましたか。」をとり入れる。	事業実施直後は、効果が見られたかのような結果であったが、その後入院者もあり、医療費も上がっているケースもある。	・対象者が少ないので、評価できる数が集まっていない。 ・対象者把握の手法の見直しは必要	目標の達成状況は、おおむね評価できた。評価指標について、本人からの聞き取り内容等が多く、今後、広域連合との連携による健診結果やレセプトデータ等の活用が課題である。	課題には対応している。目標達成状況はこれからの確認。一部については、来年の受診結果で評価するものもある。
		アセスメント項目は、状態を把握するために十分であったか。対象者の負担となるほど過剰ではなかったか。	状態把握のためのアセスメント項目は十分であったが、複合的な取組みとして保健師・栄養士・歯科衛生士・理学療法士による訪問を行っていたため、重複する部分があったり、一度に行う質問量が多く本人の負担になっていたと思われる。	アセスメント項目が多かったため、対象者の負担になってしまった。来年度以降は、項目の絞り込みが必要。（口腔、栄養等のテーマごとに絞り込む）	栄養調査が、頻度調査となっており、スタッフからは難しいのではないかと意見がでた。客観的に栄養状態を把握する他の手段も検討したい。	・今後評価する	アセスメント項目は十分であったが、ケースによっては正確に聞き取れない内容もあった。	29年度はかなり多くなり、耳の遠い人には負担になると思われる。

事業メニュー	複合	複合	複合	複合	複合	複合	複合		
広域連合名	長野県	長野県	岐阜県	滋賀県	大阪府	岡山県	宮崎県		
市町村名	佐久市	小諸市		甲賀市	大阪狭山市	勝央町	美郷町		
事業開始年度	28年度	29年度	28年度	29年度	27年度	28年度	28年度		
（栄養・口腔・服薬・重症化予防・複合的取組等）	況	高齢者の課題に対し具体的にアドバイスできたか。改善につながったか。	身体状況と生活背景をアセスメントのうえで目標を設定していた。設定した目標に対して、取り組みを真面目に行っていた方は改善していた。		改善につながったと考える。		必要時管理栄養士や歯科衛生士の助言も受けながら、具体的にアドバイスができたが、すぐに改善できない課題もあった。	初回訪問がこれからのため、不明。2回目の訪問でアドバイスが実践されているか。または、数値の改善がみられるかは不明。	運動面については、フレイルのリスクについてわかりやすい資料等と使用し理解していただけるよう努めたことと、既に自主運動グループ評判が町内である程度広まっていたこともあり、参加に繋げることができた。しかし、栄養面については、高齢となってからの食生活習慣の改善は、地理的環境もあり非常に難しいと感じた。
		介入の期間・回数設定は妥当であったか。得られた効果に対して効率的であったか。	3人の専門職が同時に介入をすることがあったが、一度に発信する情報量が多すぎるため本人の負担が大きく、効果が出にくかった。	月1回程度の訪問で、間隔をあけない方が継続して意識を持ってもらいやすい。4か月間くらいの設定が妥当か。指標評価できる期間を短縮できないか。	経年で実施しないと妥当性がわからない。	・評価中	介入期間の設定は困難であった。状況が悪化した場合は、介護保険関係機関に連絡調整し、必要な介護保険サービスの導入につなげたが、現状維持や改善したケースは、介入しているから維持・改善できているケースもあり、終了せず、継続しているケースがほとんどである。	補助金の内示が遅いため、1回目と2回目の訪問の期間が当初の計画より短くなり、改善傾向が、わかりにくくなるかもしれない。	介入の期間・回数については妥当であると考え、80歳以上の方に対する指導については、改善を期待することはなかなか難しく、回数を重ねてもなかなか行動変異は難しいと感じた。
		庁内及び関係者等との連携など、実施体制をうまくまとめることができたか。	スタッフ間の連携を図る機会が少なかったため、情報の共有や支援方針などを統一するのが困難であった。		経年実施、横展開に向けての方向性に課題が残った。	・庁内連携が課題	実施体制は、まとめられている。今後、広域連合とどのように連携していくかは課題である。	特に問題なく進んでいる。	概ねうまくまとめることができたと思う。
項、事業内容等（栄養・口腔・服薬・重症化予防・複合的取組等）	ガイドラインについて	記載内容で参考になった点	なし		具体的な支援内容		・当市のように複合型で実施するメリットがあるが、課題を絞った事業に関して参考になった。（複合的取組みの場合は、多職種が関わるため評価項目が多岐にわたることがあるため、高齢者本人の負担を留意しながら評価項目の選定を行う必要がある点）	長年にわたり実施している事業であるため、今回、事業評価について、対象者のカバー率や介入なしの人との医療費の比較なども評価指標の一つとして参考になった。ただ、実際に評価するには、個人情報取扱いの環境整備ができていないため、今のところ困難である。	地域特有の状況を確認すること。生活全般の改善および回復することの意欲を回復させることを目標にしている。高齢者関連サービスや地域資源と連携する。
		記載内容を参照したことにより、取組の検討・修正等を行った（予意味が理解できない点や追記が必要な点等）	なし	評価指標の評価基準が統一されるようになるとうい。	高齢者の生活全般のIADLを向上させる支援	・今後検討			健診データやレセプトデータを比較する点。
			なし						特になし。

【複合】

平成29年度 モデル事業実施自治体意見交換会 ヒアリングシート一覧

資料4-2

事業メニュー	複合	複合	複合	複合	複合	複合	複合
広域連合名	長野県	長野県	岐阜県	滋賀県	大阪府	岡山県	宮崎県
市町村名	佐久市	小諸市		甲賀市	大阪狭山市	勝央町	美郷町
事業開始年度	28年度	29年度	28年度	29年度	27年度	28年度	28年度
その他	なし	当該年度当初に、報告を求められるデータ、評価項目を提示してほしい。 (当初から事業に盛り込むため、年度途中では、事業が動いているので)					

事業メニュー		包括アセス	包括アセス	研修
広域連合名		愛知県	広島県	滋賀県
市町村名		大府市	呉市	
事業開始年度		28年度	28年度	29年度
り テ ー マ 内 連 携 事 業 の 関 係 団 体 と の 実 施 調 整 等	現状	これまで、高齢者の特性を把握する方法が、基本チェックリストのみであった。また、基本チェックリストで把握したハイリスク者の一部に対し、総合型教室や個別指導を実施してきた。基本チェックリストに変わる高齢者の特性、フレイル予防に特化した、健診方法の確立を目指してきた。	大学との共同研究である。大学が基本チェックリストの結果とその後の転帰から介護度発生のリスクが高い3項目を設定し、重複該当するものを対象として抽出し対象者を選定した。呉市健康増進課が実施主体であるが、介護保険課、保険年金課とデータ共有等市内連携している。	広域連合事務局内で協議を重ね、実施内容等について計画を練った。
	課題、検討を要する内容	基本チェックリストが、自己申告の問診によることに頼っていた。また、ハイリスク者に対して一部の人しか教室等には参加せず、フォローができていない状況であった。介護保険制度の改正により、郵送によるハイリスク者抽出に変わる効果的な方法を確立させる必要があった。	広域的に健診やレセプト情報からの課題把握はできていない。また県や広域連合等との連携体制は構築できていない。	財源、担当課長会議への周知時期
	記載内容で参考になった点	保健衛生部門が、レセプトデータを活用する可能性があることが分かった。	無し	特になし
	記載内容を参照したことにより、取組の検討・修正等を行った(予定)点	事業を計画・実施する保健衛生部門では、K D Bシステムにてレセプト等のデータを活用することがなかった。保険部門とも連携することで、データを活用することができた。	無し	特になし
	意味が理解できない点や追記が必要な点等		無し	特になし
その他			特になし	
者 の 抽 出 基 準 の 設 定 ・ 実 施 予 定 者 の 絞 り 込 み	現状	できるだけ多くの人のチェックを行うため、健診データ等からは特に抽出基準は設けていない。健康診査受診率向上も目指すため、現在は特定健診受診者を対象者としている。	大学との共同研究である。大学が基本チェックリストの結果とその後の転帰から介護度発生のリスクが高い3項目を設定し、重複該当するものを対象として抽出し対象者を選定した。	市町の担当者を、後期高齢者医療担当課、健康増進担当課、介護予防担当課、地域包括支援センターを対象とすることを協議した。
	課題、検討を要する内容	受診率等を把握する必要があった。	対象者抽出基準に合致して絞り込んだ実施予定者が250人以上あっても事業同意を得るのが難しく、参加者50人を確保するのが困難であった。	広域連合と直接つながりのある市町の部署が後期高齢者医療担当課のみであるため、研修会の開催を他の部署にどのようにアプローチしていくか、効果的な方法について事務局内で検討した。
	記載内容で参考になった点		「対象者」の捉え方と「実施予定者の絞り込み」	特になし
	記載内容を参照したことにより、取組の検討・修正等を行った(予定)点		無し	特になし
	意味が理解できない点や追記が必要な点等		無し	特になし
その他				
出 基 準 ・ 介 入 方 法 の 内 容	現状	国立長寿医療研究センターにて開発された認知機能検査と、握力・歩行速度を合わせて「認知症予防健診」として実施している。平成29年度からは、「プラチナ長寿健診」と名称変更。	大学開発のプログラムに基づき、コールセンター事業者の保健師による家庭訪問により参加者の心身機能や生活状態を包括的にアセスメント調査する。アルゴリズムにより導き出された医療や介護・福祉サービス、健康教室などにつながるよう電話による継続指導を行う。実施機関は3ヶ月間とする。	市町がやっている保健事業とフォーラム時のアンケート結果、他の研修会で市町担当者との意見交換により、フレイル予防の情報について要望があったため、フレイル予防に焦点を絞った。
	課題、検討を要する内容	健診の実施方法や勧奨方法など、効率よく実施するための方法を検証する必要があった。	フレイル状態は健康障害としての危機感が薄く、参加者がフレイル状態であることを認識して、指導内容やサービス利用等を実践してみようと思わせるようなアプローチが難しい。介入支援マニュアルの改善工夫が必要である。	研修会開催目的とバランスに重点を置いて、内容について講師と協議を行った。

事業メニュー		包括アセス	包括アセス	研修
広域連合名		愛知県	広島県	滋賀県
市町村名		大府市	呉市	
事業開始年度		28年度	28年度	29年度
内容等 （ 介入方法 ・ その他	記載内容で参考になった点	医師会等関係機関への説明	・事業予定者への声かけ ・介入支援の実施	特になし
	記載内容を参照したことにより、取組の検討・修正等を行った（予定）点	健診受診者が、主治医等に健診内容について相談することも想定されるため、事前に地元医師会に事業内容を説明した。	無し	特になし
	意味が理解できない点や追記が必要な点等		無し	特になし
	その他			特になし
指標の設定、事業評価方法の目標と評価	現状	委託先である国立長寿医療研究センターに評価分析を依頼している。	・参加者の身体的・心理的評価と提案サービスへのマッチング効果については3ヶ月後、6か月後の調査により評価する。・医療経済的指標となる医療費や介護費、定期通院の遵守等については1年後及び2年後の介護度やレセプト確認により評価する。	
	課題、検討を要する内容		介入前後の比較とともに、マッチング群と非マッチング群での経過の比較検討により長期効果を確認する必要がある。	
ガイドラインについて	記載内容で参考になった点	「高齢者は支援により状態像改善につながることも有り得るが、悪化しないことも成果といえることができる」という記載	個人の課題解決に向けた目標を設定し、達成に向けた支援をすること。	
	記載内容を参照したことにより、取組の検討・修正等を行った（予定）点		無し	
	意味が理解できない点や追記が必要な点等		無し	
	その他			
テーマ1-3共通 腔・服薬・重症化予防・複合的	対象者の設定（対象者抽出基準）はうまくいったか。予想した参加者を獲得できたか。	平成28年度については、初年度であり、予想した参加者をほぼ獲得することができた。	・H28年度の抽出基準は「テーマ2の現状」のとおり、予想通りの参加者を獲得できた。 ・H29年度の抽出基準は抽出条件の項目を拡げたうえで、より正確なフレイルを抽出するために再度基本チェックリストを実施して該当する人を実施対象者とした。現在参加同意を得る作業中。	
	目標・評価指標は、課題に対応しているか。目標の達成状況を評価できたか。	平成28年度に実施した健診内容と同様の内容を29年度に実施し、身体状況の変化等について評価する予定。	H28年度事業では参加者の身体的・心理的評価と提案サービスへのマッチングについては効果が認められた。医療費や介護費等の評価は今後実施する予定。	
	アセスメント項目は、状態を把握するために十分であったか。対象者の負担となるほど過剰ではなかったか。	これまで研究として実施してきた「脳とからだの健康チェック」の健診内容を簡略化した健診として実施することができた。	H28年度事業ではアセスメント項目が多く時間がかかることもあったため、H29年度事業ではやや簡素にし、28年度で必要と思われた項目を加えるなどして改善した。	
	高齢者の課題に対し具体的にアドバイスできたか。改善につながったか。	健診の結果説明会を開催し、自身の健康状態の把握をもらった。 セルフケアを促すための介護予防手帳（コグニノート）を配布し、日々の生活の内容について記載をもらった。改善につながったかどうかの評価については、29年度実施予定。	具体的にアドバイスできた。	

事業メニュー		包括アセス	包括アセス	研修
広域連合名		愛知県	広島県	滋賀県
市町村名		大府市	呉市	
事業開始年度		28年度	28年度	29年度
取組等 （栄養・口腔）	介入の期間・回数の設定は妥当であったか。得られた効果に対して効率的であったか。	今後、効果を検証する予定。	妥当であった。	
	庁内及び関係者等との連携など、実施体制をうまくまとめることができたか。	広域連合、庁内保険部門等との連携をする機会となった。	大学から実施事業者に対する介入支援マニュアルの指導に時間を要した。	
（栄養・口腔・服薬） いて	記載内容で参考になった点		無し	
	記載内容を参照したことにより、取組の検討・修正等を行った（予定）点		無し	
	意味が理解できない点や追記が必要な点等		無し	
その他				研修会の実施方法について詳しく記載されていないので、開催時期、内容、目的等、