

高齢者の特性を踏まえた保健事業 ガイドライン 別冊事例集

平成30年〇月

厚生労働省保険局高齢者医療課

目次

(1) モデル事業における取組	1
1) 取組状況	1
2) 事業内容	2
3) 抽出基準・設定した目標・評価指標	9
4) 平成28年度モデル事業でのアセスメント項目一覧	18
5) モデル事業における取組のポイント	24
6) モデル事業におけるアドバイス内容・設定した目標	31
(2) モデル事業の具体的な事例	40
1) 広域連合が主体となった取組	40
① 石川県後期高齢者医療広域連合＜重症化予防＞	40
② 岐阜県後期高齢者医療広域連合＜複合的取組・研修＞	42
③ 滋賀県後期高齢者医療広域連合＜研修＞	44
④ 福岡県後期高齢者医療広域連合＜重症化予防＞	46
⑤ 長崎県後期高齢者医療広域連合＜服薬・重症化予防＞	48
⑥ 宮崎県後期高齢者医療広域連合＜服薬＞	51
2) 構成市町村が主体となった取組	53
① 北海道北見市＜服薬＞	53
② 岩手県宮古市＜口腔＞	55
③ 埼玉県和光市＜栄養・口腔＞	57
④ 神奈川県大和市＜栄養・重症化予防・口腔＞	59
⑤ 長野県塩尻市＜口腔＞	66
⑥ 長野県佐久市＜複合的取組＞	68
⑦ 長野県小諸市＜複合的取組＞	70
⑧ 長野県喬木村＜重症化予防＞	72
⑨ 愛知県大府市＜栄養・包括的アセスメント＞	76
⑩ 三重県津市＜栄養＞	80
⑪ 三重県桑名市＜服薬＞	83
⑫ 滋賀県竜王町＜口腔＞	86
⑬ 大阪府大阪狭山市＜複合的取組＞	89
⑭ 鳥取県鳥取市＜重症化予防＞	91
⑮ 高知県土佐清水市＜口腔＞	93
⑯ 高知県黒潮町＜複合的取組＞	95
⑰ 福岡県豊前市＜口腔＞	97
⑱ 熊本県八代市＜服薬＞	99
㉑ 宮崎県美郷町＜複合的取組＞	101

②⑩沖縄県糸満市＜重症化予防＞	103
(3) モデル事業で使用されたツール類	105
1) 事務分掌規則	105
2) 個人情報関係（同意書、個人情報保護条例に基づく閲覧申請） ..	106
3) 業務委託契約書、仕様書	109
4) 業務マニュアル	112
5) かかりつけ医への参加確認票・情報提供依頼書	116
6) 訪問前の事業参加者への案内	117
7) 事業参加者の同意書	118
8) アセスメント票（アンケート含む）	119
9) 目標記録表	120
10) かかりつけ医への連絡票	121
11) 研修関係資料	122
12) 進捗管理シート	124

(1) モデル事業における取組

1) 取組状況

平成28年度 モデル事業実施広域(市区町村)

(内示時点)

	事業数	実施広域(市区町村) ※1
栄養指導	10	茨城(東海村)、埼玉(和光市)、神奈川(大和市)、愛知(大府市)、三重(津市)、福岡(豊前市)、長崎広域、大分(中津市)、宮崎(宮崎市)、沖縄(糸満市)
口腔指導	11	岩手(宮古市)、埼玉(和光市)、新潟(新潟市)、長野(塩尻市)、滋賀(竜王町)、大阪(岬町、箕面市)、兵庫(姫路市)、高知(土佐清水市)、福岡(豊前市)、大分(中津市)
訪問歯科健診	37	青森(青森市、西目屋村)、岩手(宮古市)、東京(千代田区、中央区、武蔵野市)、神奈川(厚木市)、新潟(新潟市)、長野(塩尻市)、岐阜県(岐阜市、各務原市、可児市、揖斐川町、大野町、池田町、御高町)、三重(鈴鹿市、名張市、亀山市、伊賀市)、大阪(河内長野市、堺市、摂津市、泉大津市、枚方市、箕面市)、兵庫(神戸市、姫路市)、島根広域、山口(山口市、萩市、阿武町)、香川広域、高知(安芸市、四万十市)、長崎広域、宮崎広域
服薬指導	6	北海道(北見市)、三重(桑名市)、大阪(高石市)、長崎広域、熊本(八代市)、宮崎広域
重症化予防	11	北海道(妹背牛町)、茨城(河内町)、神奈川(大和市)、石川広域、愛知(東浦町)、鳥取(鳥取市)、香川広域、福岡広域、長崎広域、鹿児島広域、沖縄(糸満市)
包括アセスメント	3	愛知(大府市)、広島(呉市、大崎上島町)
複合的取組	5	長野(佐久市)、岐阜広域、大阪(大阪狭山市)、岡山(勝央町)、宮崎(美郷町)
研修	3	岐阜(広域、岐阜市)、大分(中津市)
合計(のべ数)	86	

※1 広域連合が市区町村に委託し実施する場合は()内に市区町村名、直接もしくは事業者等により実施する場合は、広域連合名のみを記載。

2

平成29年度 モデル事業実施広域(市区町村)

(内示時点)

	事業数	実施広域(市区町村) ※1
栄養指導	13	北海道(深川市)、岩手広域、茨城(東海村)、埼玉(和光市)、千葉(旭市)、新潟広域、愛知(大府市)、三重(津市)、高知(芸西村)、福岡(豊前市)、長崎広域、宮崎(宮崎市)、沖縄(糸満市)
口腔指導	11	北海道(北見市)、岩手(宮古市)、埼玉(和光市)、神奈川(横浜市)、新潟広域、長野(塩尻市)、滋賀(竜王町)、兵庫(姫路市)、広島(大竹市)、高知(土佐清水市)、福岡(豊前市)
訪問歯科健診	39	北海道(北見市)、青森(青森市、西目屋村)、岩手(宮古市)、宮城広域、秋田(東成瀬村)、東京(千代田区、中央区、武蔵野市)、神奈川(厚木市、横浜市)、新潟広域、長野(塩尻市)、岐阜(岐阜市、各務原市、可児市、揖斐川町、大野町、池田町、御高町)、愛知(豊橋市)、三重(鈴鹿市、名張市、亀山市)、大阪(河内長野市、堺市、泉大津市、枚方市、箕面市)、兵庫(姫路市)、島根広域、広島(大竹市)、山口(山口市、下松市)、香川広域、高知(安芸市、四万十市)、長崎広域、宮崎広域
服薬指導	7	北海道(北見市)、新潟広域、三重(桑名市)、奈良広域、広島(呉市)、香川広域、宮崎広域
重症化予防	23	北海道(妹背牛町、江差町、上ノ国町、深川市、乙部町)、千葉(旭市)、神奈川(広域、大和市)、石川広域、長野(喬木村)、愛知(東浦町)、滋賀(甲賀市)、奈良(田原本町)、鳥取(鳥取市)、広島(呉市)、香川広域、福岡広域、長崎広域(二事業実施)、鹿児島広域、沖縄(広域、糸満市、南風原町)
包括アセスメント	4	愛知(大府市)、広島(呉市、大崎上島町)、福岡広域
複合的取組	9	神奈川(大和市)、長野(小諸市、佐久市)、滋賀(甲賀市)、大阪(大阪狭山市)、岡山(勝央町)、高知(黒潮町、田野町)、宮崎(美郷町)
研修	2	秋田広域、岐阜(岐阜市)
合計(のべ数)	108	

※1 広域連合が市区町村に委託し実施する場合は()内に市区町村名、直接もしくは事業者等により実施する場合は、広域連合名のみを記載。

3

2) 平成 28 年度モデル事業内容

<栄養に関する相談・指導>

モデル事業 実施主体名	具体的内容	形態	期間	指導 回数
茨城県東海村	集団教室、個人面談において、食事アセスメントに基づいた食生活指導を行う	立 寄	3 か 月	4
埼玉県和光市	在宅高齢者を対象とし、栄養等に関する相談・指導を行う	訪問・ 立 寄	3 か 月	3
神奈川県大和市	訪問による栄養相談・指導（3 回/6 か月）	訪 問	6 か 月	3
愛知県大府市	管理栄養士が個人宅を訪問し、アセスメントを実施し、栄養ケア計画を作成・本人にフィードバック、モニタリングとして 1 か月後、2 か月後にモニタリングとして訪問	訪 問	3 か 月	3
三重県津市	事業対象者に対し、アセスメントを行い、栄養ケア計画を作成し、3 か月の間月 1 回ずつモニタリングを行う	訪問・ 立 寄	3 か 月	3
福岡県豊前市	要介護・要支援者に対し、事前のアセスメントを踏まえ、歯科医師・管理栄養士・歯科衛生士等が 4 人 1 組で訪問し、対象者の口腔・栄養状態等を把握した後、その状況に応じて 2 回目からは歯科衛生士のみが訪問し、検査や指導を行い、3 か月間で最大 10 回の訪問の最終回には、初回の 4 人が再度訪問し、評価等を行う	訪 問	3 か 月	10
長崎県後期高齢者 医療広域連合（長崎 市）	入院患者の退院時に低栄養または過体重の傾向がある者や疾病等に伴う在宅での食事管理が困難な者に対し、管理栄養士が 2 回訪問し、栄養相談や栄養指導を実施	訪 問	1 か 月	2
大分県中津市	医師・歯科医師による研修を受けた訪問スタッフ（管理栄養士・歯科衛生士）が 3 か月の間に 3～5 回、対象者宅を訪問 また、初回・3 か月後・6 か月後には地域包括支援センターの看護師が同伴訪問し、血圧測定や体重測定を行う	訪 問	6 か 月	3
宮崎県後期高齢者 医療広域連合（宮崎 市）	在宅高齢者を対象とし、栄養等に関する相談・指導を行う	訪 問	3 か 月	3 回 以上
沖縄県糸満市	対象者宅を訪問し、受診状況や家族状況、生活実態を把握し、必要に応じて主治医への情報提供等を行う 1～2 か月おきにモニタリングをし、6 か月後に評価を行う	訪 問	6 か 月	4

<口腔に関する相談・指導>

モデル事業 実施主体名	具体的内容	形態	期間	指導 回数
岩手県宮古市	歯科医師と歯科衛生士等が個人宅に訪問、もしくはデイサービス等に立ち寄り、歯科健診を実施し、結果を本人や家族および介護スタッフ等に説明する。歯科治療が必要な場合には、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。	訪問・立寄	2 ～ 3 か月	2
埼玉県和光市	在宅高齢者を対象とし、栄養等に関する相談・指導を行う	訪問・立寄	6 か月	3
長野県塩尻市	歯科衛生士が健診前訪問により、口腔や生活状況を把握、歯科医師による歯科健診を行い、健診後必要に応じて、歯科訪問治療や歯科衛生士が口腔ケア、口腔機能向上等を行うためのフォロー訪問を実施	訪問		
滋賀県竜王町	歯科医師が3か月に1回、歯科衛生士月2回、定期的に個人宅に訪問し、口腔内の状況を把握し、口腔情報提供書を作成、ケアマネジャーに提供	訪問		
大阪府岬町	80歳以上で20本以上歯が残っている人について、歯科衛生士・保健師がアンケートした口腔チェックを行い、歯科医師会・保健所等による審査会をもとに、口腔状態の良い人を選出・健康長寿まつりにて表彰	訪問・立寄	—	1
兵庫県姫路市	ケアマネジャー立ち会いのもと、訪問歯科健診と保健指導を行い、2か月後に再度訪問し、状況確認を行う	訪問	上2 ヶ月 以	2
高知県土佐清水市	新規要介護1,2になった者に対し、歯科衛生士が訪問し、咀嚼機能や口腔衛生状態の確認を行い、その人に見合った手入れの方法や実技指導を行い、必要に応じて医療機関に繋げる必要があれば再度の訪問や電話連絡を行う	訪問	程 度 1 ～ 2 か月	1 ～ 2
福岡県豊前市	要介護・要支援者に対し、事前のアセスメントを踏まえ、歯科医師・管理栄養士・歯科衛生士等が4人1組で訪問し、対象者の口腔・栄養状態等を把握した後、その状況に応じて2回目からは歯科衛生士のみが訪問し、検査や指導を行い、3か月間で最大10回の訪問の最終回には、初回の4人が再度訪問し、評価等を行う	訪問	3 か月	10

モデル事業 実施主体名	具体的内容	形態	期間	指導 回数
大分県中津市	医師・歯科医師による研修を受けた訪問スタッフ（管理栄養士・歯科衛生士）が3か月の間に3～5回、対象者宅を訪問 また、初回・3か月後・6か月後には地域包括支援センターの看護師が同伴訪問し、血圧測定や体重測定を行う	訪問	6か月	3
長崎県後期高齢者 医療広域連合（長崎市）	歯科衛生士が訪問し口腔内の状況についてのスクリーニング及び口腔保健指導を行い、2か月後に再度訪問し、口腔状況のアセスメントを行う	訪問	2か月	2

＜服薬指導＞

モデル事業 実施主体名	具体的内容	形態	期間	指導 回数
北海道北見市	重複・多量投薬者に対し、事前連絡をした上で薬剤師と保健師が原則 1 回訪問し、薬剤の保管状況、残薬の状況、併用禁忌の薬剤等について指導を行う	訪問	半年	2 回
三重県桑名市	後期高齢者を対象に、6 地区で各 2 回ずつ出張型の薬剤に関する教室・相談会を開催し、薬剤師による個別相談会等で服薬指導を行う それとは別途、抽出した対象者に対し、個別訪問による服薬指導の案内を行い、2 回の訪問を行う	訪問・立寄	3 か月	2
大阪府高石市	介護関係者（ヘルパー等）が服薬に関しての相談がある場合に、薬局に連絡調整し、本人が薬局を訪問して相談を受ける	立寄	—	1
長崎県後期高齢者 医療広域連合	薬剤師が多量服薬者を 2 回訪問し、薬についての相談を受け、残薬の確認を、必要に応じてかかりつけ薬剤師に伝えるサポートを行う	訪問	2 か月	2
熊本県八代市	KDB より抽出された複数診断名のある対象者に薬に関する講演会&個別相談会、立寄り相談、訪問相談の案内を行い、服薬管理等の支援を行う あわせて医療・介護関係の他職種連携のために薬剤師と他職種の座談会を開催したり、お薬手帳のカバーを作成	訪問・立寄		
宮崎県後期高齢者 医療広域連合	対象者宅に薬剤師が訪問し、服薬指導	訪問	6 か月	3

＜重症化予防＞

モデル事業 実施主体名	具体的内容	形態	期間	指導 回数
北海道妹背牛町	かかりつけ医からの紹介により、町保健師が糖尿病の重症化予防のために指導を行う	訪問または来所	概ね 6 か月間	2～ 3回
茨城県河内町	糖尿病性腎症の重症化予防のために、血糖コントロール、血圧コントロールに関する保健指導を実施 治療中断者には受診勧奨並びに糖尿病連携手帳を用いての保健指導を実施	訪問 立寄	—	1
神奈川県大和市	訪問による栄養相談・指導（3回/6か月）	訪問	6か月	3
石川県後期高齢者 医療広域連合（七尾市・加賀市・能美市・野々市市：直営、津幡町・内灘町・能登町：委託）	6か月程度の保健指導	訪問	6か月	4回
愛知県東浦町	糖尿病の要治療者に対して電話・面談、訪問により受療勧奨の保健指導を実施	訪問あり	—	3
鳥取県後期高齢者 医療広域連合	健診結果からの生活習慣病ハイリスク者に対しては、看護師が家庭訪問し、対象者の特性に併せた保健指導及び受療勧奨を実施 健診未受診者や相談希望者には、看護師が家庭訪問し、健診の受診勧奨や健康・医療へのアドバイスを実施	訪問		1～2
香川県後期高齢者 医療広域連合	糖尿病治療中であるにも関わらず、健診後糖尿病治療をしていない者を抽出し、郵送による受療勧奨を行い、受療した結果保健指導が必要とされるものには保健指導を実施	訪問	—	1
福岡県後期高齢者 医療広域連合（宇美町・須恵町・中間市・宗像市・うきは市・豊前市・吉富町・みやこ町・東峰村）	手紙送付、電話、面談、訪問等により、健診結果・糖尿病性腎症の病態・治療の必要性等を説明し、保健指導プログラムへの参加勧奨を行う 保健指導プログラムでの初回は、受診による血圧・血糖管理の必要性、セルフコントロールにより透析の回避もしくは遅延が可能となる旨を説明し、フレイルのスクリーニングを行う 2回目以降はカリキュラムに従って、高齢者の特性を踏まえ、生活習慣や受診状況等を確認した上で、対象者にあわせ6か月間の保健指導（電話、面談等で2週間～1か月に1回）を行う	訪問	6か月	7

モデル事業 実施主体名	具体的内容	形態	期間	指導 回数
長崎県後期高齢者 医療広域連合	長期間健診も医療機関も受診していない者に電話で状況確認をし、必要に応じて受療勧奨、また訪問が必要そうな場合には訪問し、介護部門等への連携を行う	訪問あり	—	1
鹿児島県後期高齢者医療広域連合（鹿児島市・鹿屋市・垂水市・日置市・曾於市・姶良市・大崎町・肝付町・南種子町・大和村・宇検村・与論町）	対象者宅に保健師または看護師等が訪問し、医療機関への受療勧奨や療養生活指導などを行い、生活習慣病で治療中の者については、訪問結果を本人の了解を得た上で主治医にも報告	訪問	各市町村委託契約期間内	原則 1回 (必要に応じて2回まで可)
沖縄県糸満市	対象者宅を訪問し、受診状況や家族状況、生活実態を把握し、必要に応じて主治医への情報提供等を行う 1~2か月おきにモニタリングをし、6か月後に評価を行う	訪問	6か月	4回

<複合的取組>

モデル事業 実施主体名	具体的内容	形態	期間	指導 回数
長野県佐久市	初回訪問により対象者の心身機能、生活状況、食生活状況、受診状況を把握し、1 か月ごとに電話や訪問によるモニタリングを実施	訪問	5 か月	5 回
岐阜県後期高齢者 医療広域連合（中津 川市）	介護部門との連携構築・効果的な保健事業の検討のためのデータ収集と栄養等生活調査に基づく生活習慣改善等の個別保健指導の実施	立寄	3 か月	12
大阪府大阪狭山市	対象者に対し、看護師・保健師が電話で健康相談や介護予防等のための訪問指導の勧奨を行い、訪問の必要や希望のあった人に対し、1~2 か月に 1 回の訪問指導を実施する 必要時には管理栄養士や歯科衛生士の訪問や地域包括支援センターとの連携を行う	訪問	期間の 設定は なし	年間 6~ 12
岡山県勝央町	低栄養、高血圧、脂質異常の者に対し、訪問を行い、食事・生活習慣に関する指導を 2 回行う	訪問	2 か月	2
宮崎県美郷町	対象者宅を保健師や管理栄養士が訪問し、概ね月 2 回の指導を 3 か月実施	訪問	3 か月	6

3) 平成 28 年度モデル事業の抽出基準・設定した目標・評価指標

<栄養に関する相談・指導>

モデル事業 実施主体名	抽出基準	目標	評価指標
茨城県東海村	平成 27 年度高齢者健康診 査受診者に対し、食生活改 善教室を案内し、参加を募 る その際、結果については 「高血圧の既往者」とそれ 以外をグループ分けして 比較	指導前後での簡易 型自記式食事歴法 質問票の結果の維 持・改善率 60%	前後で実施する簡易型 自記式食事歴法質問票 (BDHQ)及びアセスメ ント票の結果 血圧値、BMI、食品群摂 取量、栄養素摂取量なら びに食行動における変 化
埼玉県和光市	日常生活圏域ニーズ調査 より、「一般介護予防事業 対象者」として抽出された 75 歳以上高齢者のうち、 低栄養・過体重等の疾病・ 介護予防が必要な人並び に摂食や咀嚼等の口腔機 能低下がみられる者（口腔 機能低下による低栄養リ スク者を含む） 後期高齢者医療被保険者 を対象とした健診の受診 者及び未受診者	低栄養または過体 重が改善する者の 割合を 25% 摂食や咀嚼等の口 腔機能低下が改善 する者の割合を 25%	低栄養または過体重が 改善する者の割合 摂食や咀嚼等の口腔機 能低下が改善する者の 割合 血液データ
神奈川県大和市	平成 26 年度の介護予防ア ンケートの基本チェック リストにて①BMI18.5 以 下かつ体重減少 2～3kg 以 上/6 か月に該当する者（低 栄養二次予防対象者）並び に②BMI20 以下かつ「介 護予防アンケート」で食習 慣の 5 項目で 3 点以上の者 （低栄養防止対象者）	体重が改善される 者の割合 60% 介入する期間に重 症化（要介護認定も しくは死亡）する人 の割合を 5%以下に する	体重、体重増加者数、要 介護認定者数、死亡者 数、行動変容者数（生活 習慣の改善者数）
愛知県大府市	平成 27 年度の基本チェッ クリスト未回収者かつ独 居者	対象者の健康の維 持・増進と将来的な 要介護率の低下 訪問栄養指導マニ ュアルの作成 訪問指導体制の構 築	低栄養リスク、食品群摂 取のバランス、BMI、握 力
三重県津市	老人クラブ加入者に対し、 事前アンケートを実施し、 孤食（1 日 2 回以上）・医 療と健診未受診（1 年以 上）・基礎疾患有（糖尿病・ 脂質異常症・高血圧・腎疾 患・心疾患）・転倒経験あ りの者を抽出	要介護認定率 0 %	体重・食欲・毎日食べる 食材数・便秘回数・転倒 回数・BMI

モデル事業 実施主体名	抽出基準	目標	評価指標
福岡県豊前市	医科・歯科レセプトから歯科疾患の重症化予防や糖尿病、肺炎の予防の観点から事業効果が高いと判断される者	改善項目として設定した項目の改善	各種検査や栄養アンケートの項目
長崎県後期高齢者医療広域連合（長崎市）	3カ所の拠点病院（長崎市内）の地域医療連携室が、心身機能が虚弱と思われる後期高齢者、要介護1以上の後期高齢者を選定（ただし、医療や介護で栄養指導の管理を受けているものを除く）		一定期間経過後の本人及び家族からの食事状況の調査及び体重推移
大分県中津市	平成27年度に実施した基本チェックリストの結果、低栄養状態や口腔機能の低下がみられると判断した者の中から医療・介護で栄養や口腔の管理を受けていない者	低栄養者：簡易栄養状態評価などが改善する者の割合30% 口腔機能低下者：口腔機能評価が改善する者を30%	低栄養：食事量・体重・歩行状態・ストレスや急性疾患の経験・精神的問題・BMI・ふくらはぎの周囲長 口腔機能：口腔衛生状態・咀嚼力・口腔清掃能力・口腔機能・気道感染や低栄養・生活機能評価
宮崎県後期高齢者医療広域連合（宮崎市）	平成27年度後期高齢者健康診査を受診した結果、「やせ」かつ「貧血」を疑われる者。 * やせ…BMI：21.4以下 * 貧血…ヘモグロビン：男14g/dL以下、女12g/dL以下、赤血球数：男410万/ μ L以下、女380万/ μ L以下	栄養状態が改善した人の割合50% 訪問栄養指導を受けてよかったと思う人の割合70%	BMI、訪問栄養指導を受けてよかったと思う人の割合
沖縄県糸満市	長寿健診結果より、尿蛋白2+以上かeGFR40以下で空腹時血糖126mg/dl以上かつHbA1c7.0%以上	人工透析に移行させない 検査データを悪化させない	人工透析移行者数 尿蛋白、eGFR、空腹時血糖、HbA1c

＜口腔に関する相談・指導＞

モデル事業 実施主体名	抽出基準	目標	評価指標
岩手県宮古市	モデル地区の 75 歳以上の在宅の要介護 3～5 の者に対し、口腔ケアの必要性に関するリーフレットによる情報提供と同時に、訪問歯科健診の希望調査書をケアマネ経由で配布し、希望を募る。(要介護 3 以上の在宅で医療や介護で歯科に関する管理を受けていない人) 訪問歯科健診を受診した人に対して口腔ケアを実施する。	適切なケアや治療により誤嚥性肺炎を予防 口腔衛生の向上	・口腔ケアの回数が増えた人の増加 ・口腔衛生状態の改善した人の増加 ・誤嚥や窒息の改善した人の増加 ・直近 1 年間における発熱状況と事業開始後における発熱回数・歯科治療の有無 ・本人や家族の満足度
埼玉県和光市	日常生活圏域ニーズ調査より、「一般介護予防事業対象者」として抽出された 75 歳以上高齢者のうち、低栄養・過体重等の疾病・介護予防が必要な人並びに摂食や咀嚼等の口腔機能低下がみられる者(口腔機能低下による低栄養リスク者を含む) 後期高齢者医療被保険者を対象とした健診の受診者及び未受診者	低栄養または過体重が改善する者の割合を 25% 摂食や咀嚼等の口腔機能低下が改善する者の割合を 25%	低栄養または過体重が改善する者の割合 摂食や咀嚼等の口腔機能低下が改善する者の割合 血液データ
長野県塩尻市	ケアマネジャー・訪問看護師・ヘルパー等からの依頼	訪問歯科健診後の口腔内の改善 健診後に要治療となった者が治療を受けた割合	訪問歯科健診後の口腔内の改善 健診後に要治療となった者が治療を受けた割合
滋賀県竜王町	要介護 3～5 の在宅の人に連絡し、参加を募る ケアマネジャーや家族からの依頼	誤嚥性肺炎の予防を図る	肺炎での受診者数
大阪府岬町	80 歳以上で 20 本以上歯が残っている人	8020 運動の認知度 80% 80 歳で 20 本以上歯が残っている人の増加 60 歳代で何でも嚥んで食べることができる人の割合 80%	事業への応募者数 残存歯の数、自己ケアの内容(定期的なアンケートや聞き取りによる)
兵庫県姫路市	ケアマネジャーに協力依頼し、要介護 3～5 の在宅の人で医療・介護保険における歯科に関する管理を受けていない者から申し込みを募る	治療につなげ、食生活の障害を取り除く 口腔内の衛生状態の改善	要指導・要治療者のうち歯科治療を受けた人の割合 口腔衛生の状態、口腔清掃に対する評価

モデル事業 実施主体名	抽出基準	目標	評価指標
高知県土佐清水市	平成 28 年度新規に要支援 1・2 になった者	口腔の状況（舌苔、歯の汚れ、義歯の汚れ、咀嚼機能）の改善率 70%以上	口腔の状況（舌苔、歯の汚れ、義歯の汚れ、咀嚼機能）
福岡県豊前市	医科・歯科レセプトから歯科疾患の重症化予防や糖尿病、肺炎の予防の観点から事業効果が高いと判断される者	改善項目として設定した項目の改善	各種検査や栄養アンケートの項目
大分県中津市	平成 27 年度に実施した基本チェックリストの結果、低栄養状態や口腔機能の低下がみられると判断した者の中から医療・介護で栄養や口腔の管理を受けていない者	低栄養者：簡易栄養状態評価などが改善する者の割合 30% 口腔機能低下者：口腔機能評価が改善する者を 30%	低栄養：食事量・体重・歩行状態・ストレスや急性疾患の経験・精神的問題・BMI・ふくらはぎの周囲長 口腔機能：口腔衛生状態・咀嚼力・口腔清掃能力・口腔機能・気道感染や低栄養・生活機能評価
長崎県後期高齢者医療広域連合（長崎市）	ケアマネジャー経由で在宅の要介護 2 以上の者から申し込みを募る 3 カ所の拠点病院（長崎市内）を退院後 3 か月以内に口腔面で問題を有する者	口腔状況の改善率 80%	口腔状況の改善率、誤嚥性肺炎の発症状況

<服薬指導>

モデル事業 実施主体名	抽出基準	目標	評価指標
北海道北見市	広域連合会から提供される被保険者の受診情報と国保データベースシステムにより出力さえる全レセプト（医科・歯科・調剤）より対象者を抽出	薬剤の自己管理に関する課題が改善する者の割合 50%	薬剤保管状況、残薬、併用禁忌薬、過剰投薬、飲み忘れ等薬剤に関する課題の改善、家族や他職種の改善への協力体制の構築結果
三重県桑名市	出張型の教室・相談会の参加者 平成 27 年度桑名市日常生活圏域ニーズ調査より、転倒リスク（Fall Risk Index）が 6 点以上の人	多剤併用にある高齢者の抑制 飲み残し薬の削減	薬剤数、転倒リスク（Fall Risk Index）
大阪府高石市	介護関係者又は家族からの申し込み	相談受付件数 900 件 介護関係者を通じた相談受付件数 500 件 薬剤費の推計抑制額 300 万円	相談件数、薬剤費、残薬数
長崎県後期高齢者医療広域連合	レセプトで 1 か月あたりの内服が 15 種類以上が二ヶ月継続してあった者	対象者の服薬に対する不安の解消	不安解消の割合
熊本県八代市	KDB により診断名が複数ある者を多い順に抽出。特に生活習慣病関連疾患に加え、整形外科のレセがあるなど複数医療機関を受診している者を優先する。	指導を行った者のうち、服薬管理状態が改善した者 100%	服薬状態 医療費
宮崎県後期高齢者医療広域連合	来局時に口頭確認を行い、薬の管理等に疑問がある患者及び残薬が疑われる患者 重複服薬訪問指導等事業で抽出される（同系の医薬品において、同月中に複数の医療機関で処方される処方日数が 60 日以上、処方されている者と同月中に複数の医療機関で処方されている併用禁忌薬が処方されている者）未訪問者	過剰な残薬発生抑制が行えた患者数 100% 指導を受けてよかったと思う家族等の割合 70%	薬剤師訪問に対するアンケート

＜重症化予防＞

モデル事業 実施主体名	抽出基準	目標	評価指標
北海道妹背牛町	北空知糖尿病療養連携システムを通じてかかりつけ医から生活習慣改善指導のために町保健師に連絡することに同意した被保険者	糖尿病のコントロール不良者への保健指導・栄養指導により、コントロール不良状態が改善する者の割合を 50% 以上	HbA1c
茨城県河内町	平成 25 年度以降に特定健診を受診した 74 歳のもののうち、HbA1c が 7.0% 以上で eGFR 値が G3a 以上の者		医療機関受診者割合
神奈川県大和市	平成 27、28 年度の長寿健診受診者のうち、HbA1c6.5%以上かつ eGFR50 以下かつ尿蛋白が＋以上の者	糖尿病性腎症のステージ維持・改善者の割合 80%以上または HbA1c の改善者を 50%以上	腎症ステージ（維持・改善者数）、HbA1c 改善者数、行動変容者数（生活習慣の改善者数）
石川県後期高齢者医療広域連合（七尾市・加賀市・能美市・野々市市：直営、津幡町・内灘町・能登町：委託）	後期高齢者健診の結果より、HbA1c7.0%以上または空腹時血糖 130mg/Hg で尿蛋白 2＋または eGFR50 未満	指導対象者の実施率 20% 指導実施完了者の生活習慣改善率 70% 検査値改善率 70%	指導前後 6 か月以内の検査値の変化（HbA1c、血糖値、蛋白尿の有無、eGFR 値など）、生活習慣の改善状況（聞き取りより）
愛知県東浦町	平成 28 年度の健診結果から HbA1c6.5%以上で糖尿病受療歴がない者	未治療者の割合 30%	健診の各項目、医療費・心疾患の有無・脳卒中の有無、透析の導入状況、要介護認定状況
鳥取県後期高齢者医療広域連合	健診結果より、高血圧（Ⅱ度高血圧以上）・糖尿病（HbA1c7.0%または空腹時血糖 130mg/dl）・脂質異常症（男性の LDL180mg/dl 以上）・腎臓病（尿蛋白 2＋以上）の各リスクが該当する者 高齢者健康診査の未受診者及び要指導者、相談希望者 昨年度の相談者のうちの未受療者	生活習慣病重症化ハイリスク者が医療機関を受療する割合 50% 健診結果が改善する人の割合を 25% 生活（食事・運動等）についての意識が変化した人の割合 20%	生活習慣病重症化ハイリスク者が医療機関に受療する割合、健診結果及び受療結果等による数値の改善状況、生活等の改善状況

モデル事業 実施主体名	抽出基準	目標	評価指標
香川県後期高齢 者医療広域連合	健診結果でHbA1cが6.9% 以上の者かつ過去2年間に 糖尿病の病名のある医 科レセプトがあるが、健診 後3か月で糖尿病の治療 をしていない者	再受療勧奨を受け た対象者のうち、 50%が受療する HbA1cが1年後に 6.9%以下になる	再受療勧奨者のうち、受 療した者の割合 HbA1c
福岡県後期高齢 者医療広域連合 (宇美町・須恵 町・中間市・宗像 市・うきは市・豊 前市・吉富町・み やこ町・東峰村)	後期高齢者健康診査の結 果から、糖尿病性腎症の患 者であり、人工透析導入前 段階の者（健診結果で HbA1c7.0%以上かつ尿蛋 白2+以上または eGFR50ml/分/1.73m ² 未 満）もしくは主治医・市町 村からの情報提供により 状態にある者		検査数値、基本チェック リストの項目、ADL、満 足度
長崎県後期高齢 者医療広域連合	一定期間（1もしくは2年 間を予定）、医療機関無受 診、健康診査の受診がない 者	対象者全員の状況 を把握し、健診等に つなげる	医療機関受診が必要な 者が受療につながった 者の数、健康な場合は健 診につながった数
鹿児島県後期高 齢者医療広域連 合（鹿児島市・鹿 屋市・垂水市・日 置市・曽於市・始 良市・大崎町・肝 付町・南種子町・ 大和村・宇検村・ 与論町） (263,043)	長寿健診で「要医療」とさ れた被保険者（収縮期血圧 150 mm Hg 以上、拡張期血 圧 90 mm Hg 以上、中性脂 肪 300mg/dl 以上、 HDL34mg/dl 以下、 LDL140mg/dl 以上、空腹 時血糖 130mg/dl 以上、 HbA1c7.0%以上、尿蛋白 +以上、eGFR50 未満のい ずれかが該当）		訪問指導実施者のうち、 翌年度も対象基準に該 当する人の人数・割合
沖縄県糸満市	長寿健診結果より、尿蛋白 2+以上か eGFR40 以下で 空腹時血糖 126mg/dl 以上 かつ HbA1c7.0%以上	人工透析に移行さ せない 検査データを悪化 させない	人工透析移行者数 尿蛋白、eGFR、空腹時 血糖、HbA1c

<複合的取組>

モデル事業 実施主体名	抽出基準	目標	評価指標
長野県佐久市	市の個別健診・地域集団健診結果より BMI21.4 以下かつアルブミン値 3.8 以下の者（要介護 1 以上の認定者を除く）	医師会と連携し、「保健指導マニュアル」を作成・市内医療機関に配付 アルブミン値、フレイル・インデックス フレイル・インデックス（体重、歩行速度、握力、易疲労性、運動習慣の有無）、 下腿周囲径が改善した者の割合 50%	アルブミン値、フレイル・インデックス（体重、歩行速度、握力、易疲労性、運動習慣の有無）、 下腿周囲径
岐阜県後期高齢者医療広域連合（中津川市）	介護予防教室の参加者	介護部門との連携関係の構築 効果的な保健事業の企画立案	・介護部門の実施している運動指導に関し、参加者のデータ提供を受ける ・広域主催による個別栄養調査及び指導 ・広域、介護両部門の対象者データの分析を大学に委託
大阪府大阪狭山市	ひとり暮らし高齢者台帳より把握した満 75 歳以上の人のうち要介護(支援)認定を受けていない人	生活習慣、服薬状況等の改善	生活習慣、服薬状況

モデル事業 実施主体名	抽出基準	目標	評価指標
岡山県勝央町	後期高齢者健診で血圧 140/90mmHg 以上、血中脂質（LDL140mg/dl、TG150mg/dl 以上）、BMI20 以下の者で、町の介護予防事業等に参加していない者 H28 年度健診受診者で、KDB の後期高齢者の健診状況（H27 年度）の医療未受診者及び医療受診者（うち生活習慣病保有者）のうち受診勧奨判定値ありの内から、医療・介護の突合状況から選定する。	栄養指導による体重増加者 30%、体重増加に向けた取り組みを開始した者 60%以上 血圧コントロール不良者への栄養指導等で改善傾向がみられる者 20%、血圧コントロールに向けた取り組みを実施している者 60%以上 血中脂質コントロール不良者への栄養指導等で改善傾向がみられる者 20%、血中脂質コントロールに向けた取り組みを実施している者 60%以上 訪問指導（栄養・運動）により身体機能（握力）の向上がみられる者 30%、身体機能向上に向けた取り組みを実施している者 60%以上	体重・体重増加に対する取組の実施状況、血圧、血圧コントロールに向けた取り組みの実施状況、血中脂質・血中脂質のコントロールの取り組みの実施状況、身体機能（握力）・身体機能向上の取り組みの実施状況
宮崎県美郷町	平成 26・27 年度の後期健診結果から、血清アルブミン（男 3.6 以下、女 3.7 以下）又は BMI18.5 未満の方について抽出し、訪問指導に適さないと思われる方（治療中、施設入所、入院中）等を除いた方	5m 歩行（秒）、30 秒椅子立ち上がり回数が改善した人の割合 5 割以上 体重、BMI が改善した人の割合 3 割以上	5m 歩行（秒）、30 秒椅子立ち上がり回数 体重、BMI

4) 平成 28 年度モデル事業でのアセスメント項目一覧

<栄養に関する相談・指導>

	茨城県 東海村	埼玉県 和光市	神奈川県 大和市	長野県 佐久市	愛知県 大府市	三重県 津市	大分県 中津市	宮崎県 宮崎市
使用ツール								
①基本チェックリスト		○			○	○		
②高齢者用簡易栄養状態アセスメント質問票	○							
③BDHQ	○							
④簡易栄養状態評価表					△		○	○
⑤栄養アセスメント							○	○
⑥食品群別摂取頻度					○	○		
⑫特定健診質問票								
独自ツール・項目	⑦和光	○						
	⑧大和		○					
	⑨佐久			○				
	⑩大府				○			
	⑪津					○		
大分類	小分類 具体的項目							
身体状況	身長	②、③	①	⑧		①	①	
	体重	②、③	①	⑧	⑨	①	①	
	BMI	②	①		⑨	①	①	④
	握力					⑩	⑪	
	下腿周囲長					⑩		
	ふくらはぎ周囲						④	④
	体重減少	②	①	⑧	⑨	④	①	④、⑤
日常生活行為	体重増加		⑦	⑧	⑨			⑤
	開眼片足バランステスト		⑦				⑪	
	移動方法	②	⑦			⑩		
	外出頻度		①			①		
	自力歩行の有無		⑦			④		④
	定期的な体重測定	②		⑧	⑨			
	歩行速度					⑩		
健康状態	生活時間帯					⑪		
	主観的健康観	②	⑦	⑧		⑩	⑪	⑤
	既往歴・入院歴	②		⑧	⑨		⑪	⑤
	通院状況		⑦			⑩	⑪	⑤
	慢性疾患の有無		⑦	⑧	⑨			
	服薬状況	②	⑦	⑧	⑨		⑪	⑤
	精神的問題の有無		⑦			④		④
	ストレスの有無		⑦			④		④
	記憶状態		⑦			⑩		
	疲労感		①			①	①	
	転倒状況		①			①	①	
	アレルギーの有無		⑦		⑨			⑤
	アルブミン値		⑦		⑨			
	HbA1c		⑦		⑨			
食生活	睡眠状況		⑦					⑤
	排便状況		⑦	⑧	⑨		⑪	⑤
	食事頻度	②	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑤
	食事量		⑦					④
	水分摂取量	②	⑦	⑧	⑨			⑤
	主食摂取頻度・量	②	⑦					
	肉の摂取頻度	②、③	⑦		⑨	⑥	⑥	
	魚の摂取頻度	②、③	⑦		⑨	⑥	⑥	
	豆腐・納豆摂取頻度		⑦	⑧	⑨	⑥	⑥	
	卵摂取頻度	②	⑦		⑨	⑥	⑥	
	乳製品摂取頻度		⑦	⑧	⑨	⑥	⑥	
	果物摂取頻度	②	⑦		⑨	⑥	⑥	
	野菜摂取頻度・量	②	⑦	⑧	⑨	⑥	⑥	
	菓子類摂取頻度	②	⑦	⑧	⑨			
	補助食品摂取		⑦		⑨			
	カップ麺等の摂取							⑤
	具体的食事内容		⑦					⑤
	好きな物							⑤
	嫌いな物							⑤
	アルコールの量		⑦				⑤	⑤
	味付け		⑦			⑪		
	食事速度	②						
	食事満足度	②	⑦	⑧				
	食べる意欲	②	⑦	⑧		⑪		
	満腹感					⑪		
	食えることへの関心	②	⑦					
	買い物状況		⑦	⑧	⑨			⑤
	食事の支度		⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑤
	献立作成		⑦		⑨	⑩		
	配食利用の有無		⑦		⑨			⑤
	一緒に食べる人		⑦	⑧			⑪	⑤
	外食の状況		⑦					⑤
	食事上の課題		⑦			⑩	⑪	⑤
口腔状態	咀嚼状態	②	⑦	⑧	⑨			
	嚥下状態(むせ)	②	⑦	⑧	⑨			
	咬合力		⑦		⑨			
	歯や入れ歯の状態		⑦		⑨			
その他生活習慣	RSST		⑦			⑪		
	喫煙	②						
	飲酒		⑦					
その他	規則正しい生活リズム		⑦	⑧				
	過去の栄養指導歴	②	⑦	⑧				⑤
	自己効力感		⑦	⑧				
	喫煙状況					⑪		

<口腔に関する相談・指導>

大分類	中分類	小分類	岩手県 宮古市	埼玉県 和光市	長野県 佐久市	福岡県 豊前市	大分県 中津市
対象者の状況	基本チェックリストの項目			○	○	○	
	基本情報	要介護度	○			○	
		意思疎通の状況	○			○	
		かかりつけ歯科医	○	○	○	○	
		困っていること	○	○			○
		介護者の健康度					
	身体状況等	体重		○		○	○
		体重減少		○		○	○
	健康状態	現病名	○	○	○		
		服薬状況	○	○			
		過去の発熱の有無	○				○
		肺炎の既往	○				○
	口腔状態	声		○		○	
		義歯	○	○	○	○	
		かみ合わせ	○	○		○	
		頬膨らまし	○	○	○		○
		発音		○	○		○
		嚥下障害	○	○		○	○
		咬合力		○			○
		開口度	○	○			
		口腔乾燥	○	○	○	○	○
		口腔粘膜	○	○		○	
		歯肉	○	○		○	
		口の中の痛み		○		○	
		摂食状態(食べ物のレベル)	○	○	○		○
		嗽の状態	○		○	○	
		舌の動き	○	○	○	○	○
		RSST		○	○		○
	口腔衛生状態	口腔ケアの自立度	○	○		○	○
		介助者	○	○			
		口腔ケアの回数	○		○		
		使用器具	○	○			
		食物残渣		○			○
		舌苔	○	○	○	○	○
		口臭		○	○	○	○
		歯の汚れ	○	○	○		
		唾液	○	○		○	
		清掃状態	○	○	○		○
		歯ブラシの毛先		○			○
		歯ブラシの清潔状況		○			
		入れ歯の清掃	○	○	○		
	その他	食事が楽しめるか	○	○		○	○
		食欲		○		○	
		薬が飲めるか		○			○
		会話がスムーズか		○			○
		良く会話をするか		○			○
		主観的健康観	○	○			○
		表情		○			○

<服薬指導>

大分類	中分類	小分類	北海道 北見市	熊本県 八代市
対象者の基本情報	キーパーソン	相談対象者		○
	対象者の状況	年齢	○	○
		性別	○	○
		世帯の状況	○	
		家族構成		○
		介護認定(要介護度)	○	○
		日常生活状況(自立/要介助)	○	
		担当事業所/ケアマネ		○
		栄養摂取状況		○
治療状況	通院の状況	医療機関名	○	○
		診療科目	○	
		主治医名		○
		通院方法/手段	○	
	服薬の情報	服薬中(治療中)の疾患	○	○
		服薬中の薬の数	○	○
服薬状況	服薬管理	薬の管理(者)	○	○
		協力者(連携先)	○	○
		お薬手帳の活用の有無	○	
	服薬に関する問題	重複・多剤・併用禁忌など処方に関する問題の記載	○	○
		飲み忘れ・間違いなど服薬行動に関する問題の記載	○	○
		嚥下の心配の有無	○	
		認知機能の心配の有無	○	
		視覚機能の心配の有無	○	
		運動機能の心配の有無	○	

<重症化予防>

大分類	中分類	小分類	神奈川県 大和市	石川県 広域	愛知県 東浦町	鹿児島県 広域	沖縄県 糸満市
	身体状況	体重	○				
		血圧				○	○
		空腹時血糖値		○		○	○
		HbA1c	○	○		○	○
		LDL-Cho				○	
		e-GFR	○	○		○	○
		尿蛋白	○	○		○	○
	健康状態	既往歴・入院歴	○				
		通院状況	○		○	○	
		家族歴	○				
		精神状態	○				
		認知機能	○				
		浮腫	○				
		脱水	○				
		倦怠感	○				
		体重増減			○		
		握力の低下			○		
		横断歩道を渡れるか			○		
		服薬状況			○		○
		障害の状況	○				
生活習慣	食習慣	摂取エネルギー量	○				食生活全般
		摂取たんぱく質量	○				
		一日の食事回数	○				
		治療用特殊食品	○				
		食欲	○				
		一緒に食べる人	○				
		塩分摂取			○		
		食生活の改善意向			○		
		食形態	○				
		買い物	○				
		つくる人	○				
	咀嚼状況	義歯の有無	○				
	生活習慣	喫煙			○		○
		運動習慣	○		○		身体活動全般
		1日の歩数			○		
		外出頻度			○		
		定期的な体重測定			○		
		定期的な血圧測定			○		
		飲酒			○		
その他	主観的健康感		○				
	自己効力感		○		○		
	保健指導歴	特定保健指導歴					
		栄養指導	○		○		

＜複合的取組＞

大分類	中分類	小分類	岐阜県 広域	大阪府 大阪狭山市	岡山県 勝央町
ツール	①基本チェックリスト		○		
	②転倒スコア表		○		
	③BDHQ		○		
	独自のツール	④岐阜	○		
		⑤大阪狭山		○	
		⑥勝央町			○
対象者の状況	介護調査	介護度/介護者		⑤	
		介護者の健康度		⑤	
	身体状況等	持久力	④		
		下肢筋力	④		
		身長	④	⑤	
		体重	④	⑤	
		血圧	④	⑤	
		脈拍	④	⑤	
		不整	④		
		握力	④		⑥
		開眼片足立ち	④		
		歩行時間	④		
		長座位体前屈	④		
		TUG(使用道具)	④		
		日常生活能力		⑤	
	生活習慣	活動範囲	④		
		喫煙			⑥
		運動習慣			⑥
		睡眠			⑥
	健康状態	主観的健康感	④		
		体の痛み	④		⑥
		既往歴	④	⑤	
		現病名		⑤	
		家族歴			⑥
		受診医療機関		⑤	⑥
		通院状況		⑤	⑥
		服薬状況		⑤	⑥
		自覚症状	④		
		入院歴	④		
		運動制限への指示	④		⑥
		有所見の状況	④		
		息切れの状況	④		
		腰痛やひざ痛	④		
	食生活状況	調理		⑤	⑥
		食事回数		⑤	
		食欲の有無		⑤	
		排泄		⑤	
		嗜好・飲酒		⑤	⑥
		買い物			⑥
		配食サービス			⑥
		水分摂取量			⑥
	口腔衛生状態	味付け			⑥
		かかりつけ医の有無		⑤	
		口腔清掃状態		⑤	
		義歯		⑤	
	その他	嚥下障害		⑤	
		転倒への不安	④		
		自己管理状況(体重)			⑥
		自己管理状況(血圧)			⑥
		生活習慣改善意欲			⑥

<訪問歯科健診評価項目>

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

自治体名		歯の状況		歯肉の状況		義歯		機能関係								その他	
		未処置 歯・う蝕	喪失 歯・要 補綴歯	CPI	それ以外	清掃状 態	適合状 態	咬合 (アイヒ ナー等)	咀嚼 (ガム・ グミ等)	舌圧・ 挺舌	舌巧緻 性・ディ アドコ	嚥下機 能 (eat10 ・反復 水飲み・ 頸部聴 診)	口腔乾 燥	開口 度・開 口保持 等	頬ふくら まし	清掃状 態	粘膜
青森県	青森市	●	●	×	●	◎	●	×	×	×	×	×	×	●	×	◎	●
青森県	西目屋村	●	●	●	×	◎	●	●	○	◎	◎	●	○	◎	◎	◎	×
岩手県	宮古市	●	●	×	●	●	×	●	×	●	×	×	◎	●	●	●	●
東京都	千代田区	●	●	●	×	×	●	×	○	×	×	○	×	×	×	◎	●
東京都	中央区	●	●	×	●	◎	●	×	×	×	×	●	◎	×	×	◎	×
東京都	武蔵野市	●	●	×	◎	◎	◎	◎	×	×	×	△	◎	×	×	◎	×
神奈川県	厚木市	●	●	●	×	◎	●	●	×	×	×	○	○	●	×	◎	●
新潟県	新潟市	●	●	×	●	×	●	×	×	×	×	×	×	×	×	◎	×
長野県	塩尻市	●	●	×	●	◎	●	×	×	×	◎	●	◎	×	×	◎	●
岐阜県	岐阜市	●	●	×	●	◎	●	●	◎	●	×	●	◎	×	×	◎	●
岐阜県	各務原市	●	●	×	●	◎	●	●	◎	●	×	◎	◎	×	×	◎	●
岐阜県	可児市	●	●	●	×	◎	●	●	○	◎	◎	◎	◎	×	×	◎	●
岐阜県	揖斐川町	●	×	×	●	×	×	×	×	×	◎	○	◎	●	×	◎	●
岐阜県	大野町	●	×	×	●	×	×	×	×	×	◎	○	◎	●	×	◎	●
岐阜県	池田町	●	×	×	●	×	×	×	×	×	◎	○	◎	●	×	◎	●
岐阜県	御嵩町	●	●	●	×	◎	●	●	○	◎	◎	◎	◎	×	×	◎	●
三重県	亀山市	●	●	×	●	◎	●	●	◎	●	×	◎	○	○	×	◎	●
三重県	名張市	●	●	×	●	◎	●	●	◎	●	×	◎	○	○	×	◎	●
三重県	鈴鹿市	●	●	×	●	◎	●	●	◎	●	×	◎	○	○	×	◎	●
滋賀県	竜王町*	●	●	×	●	◎	●	×	△	×	×	△	◎	×	×	◎	●
大阪府	河内長野市	●	●	×	●	×	●	×	◎	×	×	◎	◎	◎	×	◎	●
大阪府	堺市	●	●	×	●	◎	●	×	×	●	×	●	◎	×	×	◎	●
大阪府	摂津市	●	●	×	●	×	●	×	×	×	×	◎	×	●	×	◎	●
大阪府	枚方市	●	●	×	●	◎	●	×	●	◎	●	●	◎	●	×	◎	●
大阪府	箕面市	●	●	×	●	◎	×	●	●	×	×	◎	◎	×	×	◎	×
島根県	広域連合	●	●	×	●	◎	●	×	●	●	●	●	◎	×	×	◎	●
高知県	土佐清水市*	×	×		×	◎	×	×	◎	×	×	×	×	×	×	◎	×
高知県	四万十市	●	●	×	×	◎	●	●	×	◎	◎	×	◎	●	◎	◎	×
高知県	安芸市	●	●		△	×	●	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
福岡県	豊前市*	●	●	×	●	×	●	○	○	●	●	◎	◎	×	×	◎	●

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

5) 平成 28 年度モデル事業における取組のポイント
 <栄養に関する相談・指導>

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

市町村名	状態（課題）把握のためのポイント	その他、指導等にあたって特筆すべきこと
	測に利用 事前評価：食のアクセス把握から得た低栄養とフレイルの課題の根拠に利用（食関連リスク、基本チェックリスト、MNA-SF、握力、体重、BMI） 栄養ケア計画：本人の望む暮らしを確認し、そのために自分が頑張れることを確認。 それを達成するために、低栄養やフレイル予防方法を本人に確認。 モニタリング：計画の進捗と食のアクセス課題と低栄養リスク軽減の確認 自己効力感を高めるための自分の計画の達成と自己知覚 多機関連携の根拠のための客観的評価と自己知覚 多機関連携：低栄養リスクの要因が食の社会的アクセス問題の場合、多機関と連携する。 事後評価：課題改善評価	を食べないようにしている人もいる。高齢者の食環境や病態栄養は個性が高く、根拠をもってセルフメディケーションを達成できる食育をする必要がある。
大分県 中津市	基本チェックリストにより「低栄養状態」に該当した栄養状態に問題のある方に対し、6か月の間に、管理栄養士が、対象者に対し、5回、自宅を訪問し、アセスメントを行い、改善のための相談や指導を行った。また、内3回は看護師も同行訪問し、血圧測定等を実施。 ・統一した栄養状態評価表を用いて、定期的に状態評価を行った。	
宮崎県 宮崎市	方法： 対象者抽出後、電話で訪問日時を決める 訪問日の前日か当日に再度、電話で確認を取り、訪問する（必ず、不在ではない状況の訪問での形）	*現状として、自宅までの訪問を希望する方は少なかった。 今後：後期高齢で居宅の方は、比較のお元気なので、通所中の人が重症化にならないために通所中の人にもアポをとって訪問するという考えはどうか（案）。医療に繋がり栄養相談できる人は除外。 その時は、デイサービス等での不在を避けるために、ケアマネなどと連携を図る。（介護のサービスプラン等を把握しているのはケアマネなので包括（介護）との連携が大切ではないか） 本人の状態の把握はケアマネが一番詳しいと思われる。ケアプランの中に栄養訪問など入れ込むなど。健診結果等は行政の方が把握しやすいこともあるので、状態（課題）の把握は包括との連携がポイントではないかと思う。

＜口腔に関する相談・指導＞

市町村名	状態（課題）把握のためのポイント	その他、指導等にあたって特筆すべきこと
岩手県 宮古市	・訪問歯科健診等希望調査は、ケアマネを通じて配布および回収する。 ・介護事業所・歯科医師会の理解と協力を得るために、会議等に加え個別訪問により説明する。 ・希望なしの方の場合には、その理由を確認し訪問によって受診勧奨をする。 ・歯の有無にかかわらず歯科健診および口腔ケアが大切であることを説明する。 ・訪問日程は、原則当事者間（受診者と歯科医師）で行う。困難な場合には市やケアマネ等が調整する。 ・家族あるいはケアスタッフ等の立ち合いが望ましい。 ・口腔ケアについては、回数のみではなく、実施者および使用しているグッズや実施場所を確認する。 ・口腔ケアグッズは紹介にとどめず配布し、口腔ケアを実際に日常の場所において実施する。 ・配布ケアグッズは受診者の状況を考慮する。例）歯ブラシと舌ブラシの形状は混乱しないようにはっきり区別がつく物とする。	・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。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良いと考える。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。 ・歯科治療は可能であれば外来受診をとするが、付き添う家族がい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は、対象者の状況および治療内容等で難しい場合があり、訪問歯科診療の対応が困難なケースがある。
埼玉県 和光市	・和光市の介護予防に関する共用アセスメント様式を使用し、食事内容の課題、健康面の課題、生活面や環境面の課題を抽出する ・訪問時に体重測定を実施、健康診断結果の提示をもらい具体的な数値を把握する ・健康診断結果がない場合は、通院時の血液データや服薬状況を確認。 ・口腔内チェックと普段通りの歯磨きを実際にしていただく。 ・個々に行う口腔ケアのチェック表を次回訪問日までやっていただくよう宿題を渡し、記入内容から更に課題を把握する。	・アセスメントにより把握し、課題を抽出する。 ・課題を改善せず生活した場合に起こりうる問題点と、課題を改善した場合に生活が良くなる未来像を考える。 ・対象者の良いところや、現在できているところも活用する。 ・対象者が前向きに考えることができるように、現状ですぐ達成できそうな目標を、対象者と一緒に考える。 ・実際の生活スタイルに合わせて助言する。 ・病識、服薬内容を本人や家族が理解していただき、問題意識をもっていただくことで、自ら疾病予防しよう、重症化予防しようと思えることができるように声かけする。 ・口腔に特化せず、生活全体の視点でとらえる。 ・地域の情報等も把握しておく。 ・定期的にモニタリングが必要と感じた場合には包括支援センターなどにつなげる。（他職種との連携を常にとっておく）

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

<服薬指導>

市町村名	状態（課題）把握のためのポイント	その他、指導等にあたって特筆すべきこと
北海道 北見市	①保険者機能を活かし、医療・介護・健診等の状況、家族環境など事前に把握（アセスメント）し、課題仮説を立て、支援計画作成のもと訪問をする。 ②薬剤師と事前に症例検討（服薬に関する課題の整理、支援方針、課題解決策など検討）して、事前アセスメントを活かした訪問をする。 ③家にある全ての処方薬、市販薬、検査結果、お薬手帳、健康食品、サプリメントを一か所に出してもらい、一緒に確認をする。病識や自己管理内容を確認するため、症状や生活時間について問診し、お薬の悩みなどは本人の言葉で説明をしてもらう。また、支援者（家族、ケアマネなど）について確認を行う。⇒原因を明確にする。 ④指導に必要な媒体、情報提供資料など持参し、円滑に訪問指導を実施する。	・訪問で薬剤に関する課題について「原因」を明確化し、支援者で共有する。 ・生活背景の把握を丁寧に行う。 ・（医薬連携、薬薬連携、介護連携など課題解決にむけ協力が必要な場合が多いため）保険者が実施している本事業について、事前に高齢者を支援している関係職種、団体に周知し協力依頼を行う。
三重県 桑名市	・薬の保管場所、保管状況を確認する。 ・薬剤情報提供書やお薬手帳より、受診状況や処方内容を確認する。 ・服用薬剤の内容を説明してもらう。	・処方提案を行う際は、「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015」に基づいて行いました。 ・サプリメントなどについては、高額なお金をかけて購入し、しっかりと服用している人ほど、保険診療による薬剤の飲み残しが多い傾向だった。 （例）降圧薬などは自覚症状がないため、飲み残しがあるが、倦怠感などの自覚症状にたして、栄養剤はしっかりと服用している。 ・主に加齢による身体機能の低下に対する治療を望む傾向にあり、それに対するサプリメントを服用している傾向がある。 ・降圧剤、糖尿病薬および抗血栓生薬等は自覚症状がないが、服用の指示があるため、服用に抵抗があり、周りからの副作用の情報等に過敏になり、服薬拒否につながっている高齢者も多かった。 ・病識と処方薬の知識が一致していないことが原因と考えられるが、病院や薬局では質問もなく、しっかりと服用していると答えている高齢者が多く、実施に訪問するなどしないと、状況が把握できないことが多かった。

<重症化予防>

市町村名	状態（課題）把握のためのポイント	その他、指導等にあたって特筆すべきこと
鳥取県 鳥取市	・健診結果に基づいて訪問を行い、受療状況や生活習慣を把握する。 ・必要に応じて家族（主に妻）の同席を依頼して状況把握し指導する。	・自分では調理ができず、夫婦以外の家族が調理を担当している、または弁当等を購入している場合は、食事に関する改善が難しい。 - 家族も昼間は勤務で不在にしており保健指導が難しいため、本人が取り組める範囲での提案を行っている。 ・各々の長年にわたる生活習慣が確立しており、最適と考えられる改善を提案しても取り組みにつながりにくい。 - このため対象者の気持ちや健康によいと考え行動していることを称賛しつつ、できそうな改善策を提案している。
香川県後期高齢者医療広域連合	・事前に主治医に連絡し、治療内容や注意点などを把握した上で訪問をする。 ・本人が高齢で理解が難しい場合は、家族に状況の確認を行う。	・事後のフォローが継続して行えるよう、訪問の結果を主治医と対象者の居住する市町の保健師に伝える。
福岡県後期高齢者医療広域連合	・じっくり・ゆっくり対象者に合わせて傾聴し、説明する。 ・訪問時は、できるだけ家族同伴で面接し、家族にも本人の状態理解や生活習慣の協力を得る。 ・自宅での生活状況や身体状況等よく観察する。（歩行状況・移動・段差・話のつじつま等） ・1日の生活＋食事内容の詳細な聞き取り（表）の活用で、詳細な生活像を把握する。 ・家庭内でよく利用する食品や嗜好品等は、実際の内容を確認するなど具体的に把握する。 ・自宅にある血圧計や万歩計が使われていないこともあるため、再活用をする。 ・日々の結果をダイアリーに記録するなど、自分で管理する。 ・塩分計を利用し、塩分濃度の適正な意識を高める。	・高齢者の指導は、電話よりも訪問面接の方が、相手の理解状態が把握でき効果的。 ・「お饅頭の大きさを小さくした」とか、「買い物時にスーパー内で1回見て回るのを、2回にした」など、小さな変化も、一緒になって認め・励ましたり、褒めたりするとやる気が続いたり、お互い良い関係が増すようだ。 【注意すべきこと】 ・抗うつ剤等服用している人や薬剤が変更になる時には注意を促す必要を感じた】 - 子供の死亡でうつ状態となり抗うつ剤服用。朝方トイレからでたところ、ふらつき転倒し、肋骨骨折等で入院。退院後は、その日の体調により量を調整しながら服用するようになった。 - 糖尿病の内服薬変更で、突然歩けなくなり入院。検査をしたが低血糖でもなく原因不明。すぐに退院となり、元の生活に戻った。

<複合的取組>

市町村名	状態（課題）把握のためのポイント	その他、指導等にあたって特筆すべきこと
長野県 佐久市	・同居家族から運動の様子・食事の状況の聞き取りを行う ・歯科衛生士の訪問時には口腔内の清掃状態をチェックする ・対象者の身体機能を把握するため、RSST・咀嚼力判定ガム・握力・下腿周囲径・片脚立位の測定を行う ・保健師の訪問時には血圧測定を行う ・訪問開始から4ヶ月目に評価検診（問診・身体測定・血液検査）を行う ・必要に応じて主治医から診療情報を提供してもらう ・体組成計を用いて、測定を行う	・食品について、手のひら1盛分の目安量を提示 ・個人の状態を把握し、その方にあった口腔体操、運動を選択し、指導を行った ・媒体（紙ベース）を使用して指導を行った
宮崎県 美郷町	・原則、訪問時間を予約して自宅訪問をする。 ・主に食事を作る人にも同席してもらう。 ・事前に、健診結果の経年表の数値とレセプト上の主病名を確認しておく。 ・後期高齢健康診査の結果（身長・体重・BMI・アルブミン値） ・栄養アセスメント票による聞き取り（訪問日の前日の食事（間食も含む）内容も含む） ・訪問時の体重、ふくらはぎ周囲径の計測	・70歳代以上でeGFRが40%以下の人・尿たんぱく（++）が毎年続いている人が対象者の中に数名いた。定期受診をしているが、食事など具体的な指示を受けていない人がほとんどだった。「先生には何も言われていない」とのこと。90歳代でも塩分の過剰摂取がある人には情報提供をして改善を促したが、理解はできていないようだった。 ・使用薬剤が多い。降圧剤でも3、4種類。鎮痛薬も内服やシップ・塗布薬など、数種類。 ・90歳代の人など、食生活を改善する気持ちをもってもらった情報提供ができなかった。 ・中山間部であるため、交通機関に乏しく、食品の購入場所も限られていることから買い物が不便であり、店頭にある食品も多様性に欠ける為、購入食品が偏る傾向にある。 ・高齢であっても、農林業や畜産に携わっている方が多く、活動的である。地域的な食環境、食習慣により、自身の食生活、食事内容に不満、不安を持っている方はほとんどいない。

6) 平成 28 年度モデル事業におけるアドバイス内容・設定した目標
 <栄養に関する相談・指導>

市町村名	比較的多く見られる課題	具体的なアドバイス内容	状態の改善に向けて高齢者が設定した（もしくは高齢者に提示した）目標の例
埼玉県 和光市	・食事量不足で低体重	・たんぱく質摂取の定着	間食にチーズを毎日食べる、主菜を用意する
	・閉じこもりがち	・まちかど健康相談室(立ち寄り型サロン)の紹介	・外出の機会を増やす
	・食事量が多く過体重	・食事と間食の摂り方(量や時間)の説明	・牛乳をお茶に変える、夕食で食べ過ぎていた分を朝食にまわす
	・軽度認知症、食欲低下	・食事量を増やす	・ご飯の量を増やす、おやつ時に牛乳を飲む
	・糖尿病性腎症、カリウム制限を理解していない	・病気の説明、カリウム除去方法の説明	・病気を知り、野菜の茹でこぼしをする
	・口内炎や飲酒で食欲低下	・口内炎でも食べられる食事の提案	・体調不良時の食事を知る、食事と一緒に飲酒する
	・食事量不足で低体重	・たんぱく質摂取の定着	間食にチーズを毎日食べる、主菜を用意する
愛知県 大府市	・一人だと食べる気にならない	・望む暮らしを確認する。そのために食べる必要があることを、栄養評価から自己認知していただく。 ・地域包括支援センターから傾聴ボランティアをいれてもらう。	・1日3食 時間がきたら食べる。1日1回は、玄関から外にでる。そして、自分が生きて活動している認識をする。 ・次回訪問日に、何を食べたか美味しかったかを確認する。
	・1ヶ月で500gから1kgの低下	・体重が下がった理由を確認し、理由があれば改善できるかを確認する。必要ならば、医療や介護の各機関へ連携する。 ・好きな食材を確認し、そこから100kcal前後の食材を提案し、毎日食べることが可能か確認する	・毎日体重測定をして、生きて食べていることを実感する。 ・理由なく1ヶ月以内に更に体重が下がった場合は、モデル事業事務局へ連絡する
大分県 中津市	・主食が減っており、体を動かすエネルギー源が少ない。体調が悪いので、食欲も沸かない	・自分で身の回りのことなど、体を動かすには、そのエネルギーが必要。ご飯の量を増やす。食欲ない時は、消化のよいものを取り、間食でエネルギーの高いものをとる。	・ご飯の量を、増やす。 (例：50g/日→100g/日) ・体調のよいときは、散歩するなど体を動かす。
	・口内炎や飲酒で食欲低下	・口内炎でも食べられる食事の提案 ・口腔ケア指導、歯科受診勧奨	・体調不良時の食事を知る、食事と一緒に飲酒する ・歯科受診する
	・義歯破損で低体重	・口腔内清掃と口腔体操	歯科受診する、口腔体操

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

＜口腔に関する相談・指導＞

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

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

<服薬指導>

市町村名	比較的多く見られる課題	具体的なアドバイス内容	状態の改善に向けて高齢者が設定した（もしくは高齢者に提示した）目標の例
北海道 北見市	①重複投薬、多剤併用の意識がない。 ②薬の副作用の症状で、他科を受診しているが、原因が薬の副作用との認識がない（めまい、ふらつき、口渇、せん妄、便秘、尿閉、認知機能低下など） ③院内処方の内容が、不明である。 ④お薬手帳を自分でみることがない（ひとつにまとめている方は多い） ⑤自分の検査値をHighかLowの印でのみ確認している。 ⑥医療機関の処方薬のほかに、同じ症状の緩和を目的に、市販薬、健康食品、サプリメントを多く服用している。 ⑦重複投薬を受けたい（特に睡眠薬）ため、多受診している。 ⑧多剤により、処方通りに服薬できず、自己調整している。 ⑨外用薬の残薬が多い。	・病状や症状、腎機能含め数値の変化などから薬の調整が必要な内容について指導。数値の見方など説明。 ・薬による影響（症状）など確認し、調整が必要な内容があれば指導。 ・手帳の活用法について指導（一冊にする、手帳に添付されていない院内処方のものについては薬の内容の記載がある袋を挟む、病院に頼む、検査結果票を挟む、CKDシールを貼るなど）。 ・適切な薬の保管方法、飲み忘れ防止のアイデアを提供。残薬は薬局に持参することのほか、残薬になる理由がある場合は、解決方法について指導（2食しかたべない、塗布はお風呂あがりだけ、錠剤が苦手、粉末が苦手など理由は異なる）。 ・独居の場合や、認知機能など心配される場合は、包括センターや介護事業など紹介（繋げる）。 ・口渇に対しては、だ液腺マッサージ方法の指導やゼリーなどの紹介。 ・CKD患者には、減塩、タンパク質量や水分量などについて指導。その他糖尿病などについても保健指導を実施。	①手帳はひとつにし、医療の自分情報をひとつにすること。 ②手帳は、医師、薬剤師、看護師などに自分を知ってもらえる貴重なツールであるため、最大限活用すること。 ③処方薬が多くなったら、市販薬やサプリメントを購入するときも、薬剤師にアドバイスをもらうこと。 ④できれば、処方は一か所の薬局でうけること（かかりつけ薬局をもつこと） ⑤残薬は遠慮なく相談すること。何故残薬になるか理由も話すこと（薬の変更、種類や回数の変更など調整は可能であるため） ⑥処方薬では改善しない症状で受診先や市販薬などを増やさず、医師や薬剤師などに相談すること。
三重県 桑名市	・処方薬剤を保管している場所が整理されていない	・処方薬剤の保管場所を整理する	・過去に処方された薬剤と現在服用している薬剤を別にして保管する
	・生活環境に合わない用法の指示（朝・昼・夕の食事を摂っていないが、毎食後の服用指示等）	・生活環境を医師へ報告し、服用可能な用法を提案する	・食事は1日何回摂っているか、起床時間や就寝時間はいつごろか伝える。
	・サプリメントを服用し、処方薬を服用していない ・処方薬剤に関する知識	・病識と薬識を一致させる （病気と薬の説明を家族	・病気や薬に関する疑問点はその都度確認していき、家族と共有する

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

＜重症化予防＞

市町村名	比較的多く見られる課題	具体的なアドバイス内容	状態の改善に向けて高齢者が設定した（もしくは高齢者に提示した）目標の例
鳥取県 鳥取市	・健診で高血圧域であったのが気になりつつも受療していない	・体の中で起こっていることをイメージできるように説明して受療勧奨を行う	・受療する
	・血圧が高い	・毎日の家庭血圧を測定し、ウォーキングを続ける	・継続して血圧測定とウォーキングを行う
	・塩分摂取が気になっている	・だしや酸味を工夫して減塩する	・酢やみりん、わさびを上手に使い減塩する
	・朝・昼は個食。食欲のなく食べない時もある	・3食決まった時間に少しずつでも食べるようにする	・なるべく食べるようにする
	・野菜摂取の不足。食事はおにぎりのみまたは息子が購入した弁当	・できれば野菜の惣菜も一緒に購入してもらう	・息子にいろいろ頼みにくいが言ってみる
	・薬の飲み忘れが多い	・薬は見える場所に置く（1日分セットする） ・飲み忘れが多いことも医師に伝える	・食卓に置く ・受診時に主治医に話す
香川県後期高齢者医療広域連合	・病気に対する意識が低く、生活習慣の改善の意思がない。 ・家族の介護で忙しく、自身の受診が行えていなかった。	・自己判断での治療中断をせず、内服だけは確実に行う。 ・介護者自身の健康管理の大切さを伝える。 ・下肢筋力アップの運動継続を伝える。	・薬の飲み忘れをしないよう、薬の整理・管理をする。 ・かかりつけ医の再受診と定期受診。 ・ウォーキング等の継続の工夫をする。
福岡県後期高齢者医療広域連合	・独居（家族の介護等）1人で食事	・惣菜購入時、野菜を意識的に選択する。	・野菜を意識的に食べる。
	・何種類もの健康食品の購入	・特にアミノ酸等入った健康食品の摂取は控える	・健康食品よりも、食事で栄養をとる。
	・インターネットなどで一日を自宅で過ごす	・ストレッチや散歩の勧め。万歩計の活用 地域の運動教室情報等提供（人との交流）	・パートナーと一緒に散歩をしたり教室に参加する機会が増える。
	・診療所に通院しているが、自覚症状がないため、悪化していても本人も気にしないし、ましてやパートナーや家族はまったく知らない。	・本人や家族に病識を促すため、病気の説明だけでなく、医師会等主催の教室に夫婦等同伴で参加を促す	・夫婦で教室に参加。
	・「コーヒーの砂糖は控えている」「減塩している」と言う。	・コーヒーの素材（インスタントか・砂糖入りスティックか・豆挽きか）の確認、味付け（醤油や味噌が市販調味料か等）の塩分測定を実施。	・砂糖や塩分摂取量に気付き、減量や・使用内容の変更をする。
	・食事を手軽なパン食ですませる。	・パンとご飯の血糖上昇の違いや病気について頻回に説明。検査データを本人・家族に示す。	・食事は和食となる。

市町村名	比較的多く見られる課題	具体的なアドバイス内容	状態の改善に向けて高齢者が設定した（もしくは高齢者に提示した）目標の例
	・夕食後にお菓子やアイスクリ-ムなど食べ、遅くまでおきている。	・夕食後のお菓子等はやめて、早くに就寝するなど、生活リズムを変える。	・早くに就寝し、早朝に散歩。
	・薬の種類と量が多く、整理されていない。	・薬入れの容器をつくり、毎日服薬する薬の見本を確認しながらつくり、整理する。	・毎回自分で薬箱に内容を確認し整理する。

＜複合的取組＞

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

(2) モデル事業の具体的な事例

1) 広域連合が主体となった取組

① 石川県後期高齢者医療広域連合＜重症化予防＞（平成 28・29 年度）

人口：1,153,627 人、被保険者数：161,076 人

（人口は平成 29 年 1 月 1 日、被保険者数は平成 29 年 6 月 1 日時点）

石川県広域連合における糖尿病性腎症重症化予防の取組

事業目的・背景

石川県における糖尿病性腎症を起因とする人工透析者が透析者1,221人のうち、674人（55.2%）であったことから、糖尿病性腎症重症化予防の取組が重要である（平成26年3月から8月までの分析）。

具体的な取組内容

実施方法：市町実施、または栄養士会委託実施

内容：1.対象者の抽出。

2.対象者への連絡。かかりつけ医への連絡。

3.対象者への6か月程度の保健指導とその後のフォローアップを行う、4回程度の訪問指導を想定。適宜かかりつけ医と連携を行う。

4.指導前後の評価(検査値や生活状況の改善)

対象者抽出基準と対象者数、事業予定者と参加者数

対象者抽出基準：A 原則、80歳未満、B 健診結果から空腹時血糖126mg/dℓ以上※、またはHbA1c7.0以上、C尿蛋白(2+)以上、または腎機能（eGFR）50mg/分/1.73㎡未満、Dレセプト情報において透析治療、糖尿病透析予防指導管理料が算定されていないこと。BかつCを要件とする。（※平成28年度は空腹時血糖130以上）

平成28年度対象者：121人、事業予定者数：50人、参加者数：32人

実施体制・予算

人材：保健師16人、管理栄養士14人（市町実施、委託実施分含む）

実施：委託実施は、委託先との連絡調整打合せ4回、訪問員連絡会1回、訪問員と市町、かかりつけ医との連絡は個別に行う。
市町実施は、事業開始前の連絡調整打合せ1回、後は各市町で適宜かかりつけ医と連携して実施。

予算：総事業費262千円

医師会等との連携の工夫

- ・医師会関係：市町の地域の医師会との連携状況に応じて、適宜、連絡調整のうえ、進める。委託実施の場合も、派遣された訪問員は市町の保健師等と相談して連携を行う。
- ・栄養士会：事業においての確認や調整事項について、広域連合と栄養士会で協議し、訪問員や市町への連絡調整を各々役割分担している。

実施結果

評価指標	達成状況
・保健指導実施率20% ・検査値の改善率70% ・生活習慣の改善率70%	・参加者→26.4%（N=32人） ・うち、検査結果把握できた人31人の以下4項目のいずれかで改善した者54.8%（N=17人） 空腹時血糖→40%改善（N=4人/10人） HbA1c→73.7%改善（N=14人/19人） 尿蛋白→23.1%改善（N=3人/13人） e-GFR→42.9%改善（N=6人/14人） ・生活改善した者→29%改善（N=9人/31人）

課題：評価データの把握

効果的に実施するためのポイント（モデル事業を通し見えてきたこと）

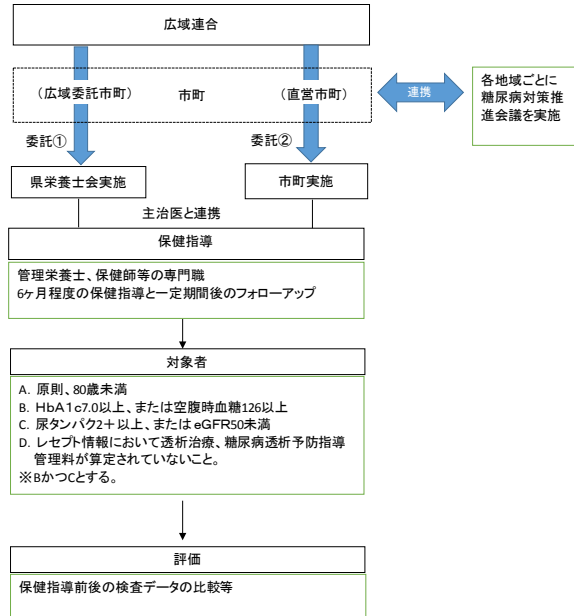
高齢者における保健指導については、個人差や生活環境（食事の準備者、家族形態など）によっても影響されることが多く、個々の状況に合わせた対応が必要である。

今後の展望

高齢者であっても保健指導による改善効果が得られることがわかり、県内市町と連携しながら効果的・効率的な取組を実施していく。

糖尿病性腎症重症化予防事業 石川県広域連合

事業の実施体制



②岐阜県後期高齢者医療広域連合＜複合的取組・研修＞（平成 28・29 年度）

人口：2,066,266 人、被保険者数：290,507 人

（人口は平成 29 年 1 月 1 日、被保険者数は平成 29 年 6 月 1 日時点）

岐阜県広域における複合的取組

事業目的

広域連合が、「市町村等関係部門との連携構築」、「既存の介護予防事業の活用と検証及び実践」、「担当者の資質向上」を目的に保健事業と研修事業を実施した。

1. フレイル対策事業（中津川市）

具体的な取組内容

中津川市が実施する介護予防事業(9月～12月に週1回全12回実施される運動の維持・向上のための教室)と連携した取り組み。

- ①事業効果の検証(受託研究として岐阜大学に依頼…報告書作成)
参加者の体力等の身体状況調査(開始前・後)
- ②栄養状態の確認(BDHQ調査、健診結果等)、結果に基づく個別指導(栄養士)
- ③関係部門との連携構築(事前・実施中・実施後)

対象者・指導実施者

在宅介護支援センターから紹介のあった虚弱高齢者(基本チェックリスト)

実施体制・予算

実施：打合せ 5 回(中津川市他、大学)、報告会 1 回
栄養調査 2 回・個別指導 2 回(栄養士)、各 9 名実施
大学効果測定（計測、アンケート調査等）
予算：総事業費 30 万円(大学受託研究費用含む)



医師会との連携の工夫

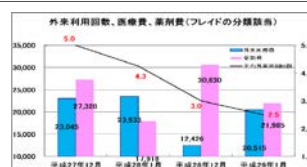
参加者は、教室参加のために医師より許可を受ける体制を中津川市でつくっていた。また実施に先立ち、打ち合わせにおいて情報の共有と担当者の役割分担を行った。

実施結果

・体力測定結果

	教室前	教室後		教室前	教室後
BMI	24.0	24.2 個	開眼片足立ち	24.8	28.8 個
握力	20.1	20.8 個	長座体前屈	39.5	38.3 個
5M歩行	4.1	3.9 個	TUG	7.5	6.7 個

- ・転倒スコアは初回平均は9.2、10点以上の高転倒リスク者は6名該当していた。終了時の平均は7.2となり、10点以上は、3名該当となっていた。「つまずくこと」、「膝の痛み」、「めまい、ふらつき」がある人が減少し、「手すりにつかまらず、階段の上り降り」、「片足立ち」のできる人が増加した。
- ・栄養指導では、実施後に塩分摂取、野菜の摂取量、食べる順番に気をつけることなど意見がでた。



効果的に実施するためのポイント（モデル事業を通し見えてきたこと）

- ・事業実施には、財源と専門職の確保が欠かせない。実施市町村の状況を理解し、必要な支援をタイミングよく提示していくことが必要である。
- ・対象者の選定に際し、軽度のフレイル者であれば集団指導で状態の改善効果がみられた。フレイルが進行している対象者では、個別指導を充実させる必要がある。対象者の選定は中津川市と調整して、アウトリーチ介入できる体制も今後整えていく。
- ・実施する上で全ての連携部署との関係づくり、役割分担が大切であった。

2. 研修事業

具体的な取組内容

高齢者の特性（フレイル等）に関する知識の習得（講義）
事業の企画・進め方・評価等と研修を通じた関係づくり（講義及び演習）

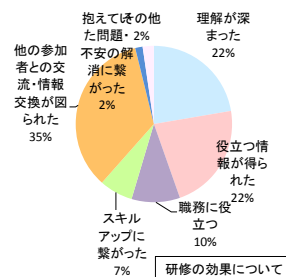


対象者・指導実施者

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

実施体制・予算

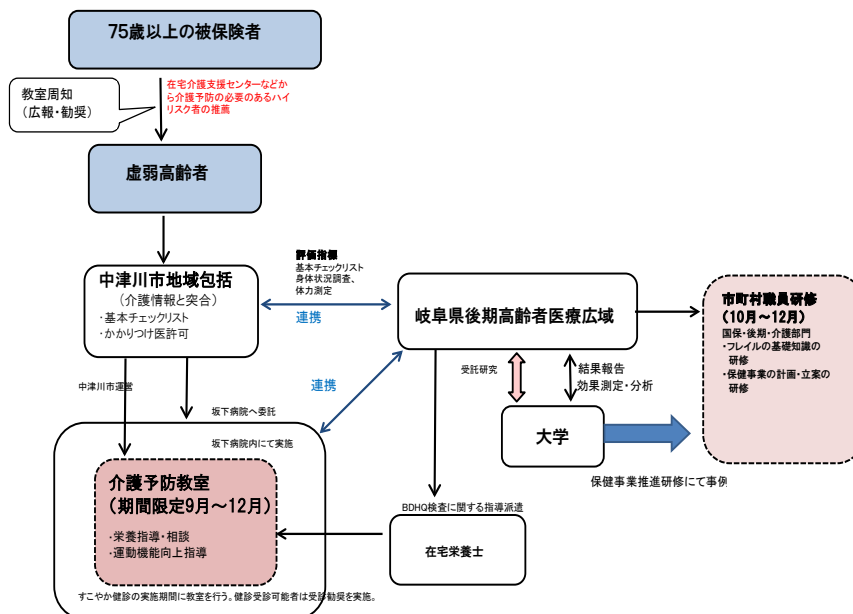
人材：事務職4人、講師1人
実施：打合せ3回、研修3回(県域ブロックごとに)
予算：総事業費60万円(委託)



効果的に実施するためのポイント（モデル事業を通し見えてきたこと）

- ・企画、展開、評価など保健事業の具体化にむけた実践的な研修内容。
- ・より多くの専門職、関係部門が参加できる日程と開催地の検討。
- ・市町村の連携部署への情報提供、関係作り。県、国保連、医師会等との連携。
- ・後期高齢者を対象とした保健事業は、市町村によって取り組みに差がある。広域連合と市町村が連携して保健事業の効果的な実施にむけてガイドラインの活用や研修に取り組むことが重要。

岐阜県広域連合における複合的取組



③滋賀県後期高齢者医療広域連合＜研修＞（平成 28・29 年度）

人口：1,420,260 人、被保険者数：169,053 人

（人口は平成 29 年 1 月 1 日、被保険者数は平成 29 年 6 月 1 日時点）

滋賀県後期高齢者医療広域連合 市町担当者向け研修会の取組

事業目的・背景

特別調整交付金や事業費補助金等の補助金制度を利用した保健事業を展開する市町数が少なかったことから、市町を支援する形の一つとして実施した。

研修会では高齢者の虚弱に着目した保健事業に関する知識の習得及び能力向上を図り、市町における保健関係部署の連携強化による円滑かつ効果的な事業推進することを目的とした。

具体的な取組内容

- | | |
|------------------------------------|----------------------|
| ①研修内容の事前調査（高齢者健康づくりフォーラムのアンケートを参考） | ②講師の選定 |
| ③開催時期の調査、会場調整 | ④準備物の用意 |
| ⑤開催通知の発送 | ⑥講師との事前打合せ |
| ⑦研修会の実施（2日間の実施。内容は両日共に同じ。） | ⑧アンケート結果を踏まえた次年度への反省 |

研修対象者の抽出基準

各市町の後期高齢者医療担当課に電話して、後期高齢者の保健事業を実施している部署をヒアリング。健康増進部門、介護予防部門、包括支援部門、後期高齢者医療担当課を主な通知先とした。事業の質の向上を狙って専門職はもちろん、事務職の積極的な参加を呼び掛けた。

実施体制・予算

人材：講師 1 人、事務局 2 人程度

実施：メールでの打合せ（随時）、研修会（2 回：10月18日と20日）

予算：総事業費 約500千円

他機関との連携の工夫

県医療保険課に県内の関係部署へ開催通知をメール配信していただくよう依頼した。県のネットワークを活用して参加者募集を呼びかけた。また、国保連合会へ備品等の借用を依頼した。

実施結果

評価指標	達成状況
・アンケート調査による理解度や習得度が向上した職員を60%以上にする。	・研修後のアンケートでは「フレイル予防への理解が深まった」「他の参加者（他部署）と情報交換ができた」「役立つ情報が得られた」「スキルアップにつながった」「抱えていた問題・不安の解消につながった」などの感想が参加者の約6割からあった。
・県内19市町すべての市町からの参加	・14市町から参加があった。

1日目 22 人参加、2日目 24 人参加

効果的に実施するためのポイント（モデル事業を通し見えてきたこと）

・実施日と内容の調査は綿密に行うこと

市町での保健事業のスケジュールや議会、県や国保連合会の研修日、内容を事前に調査しておくこと。実施日や内容が被ると参加者が少なくなることが見込まれる。

・通知文書は紙ベース、署名を明記すること

メールでの通知は一見便利であるが、受け取る側としては見落とされがち。紙の文書で通知することで見ていただく機会は増える。また、宛名を「後期高齢担当課」とするのではなく、「〇〇市保険年金課」とした方が自分事にしていただける。

・アンケートは必ず実施すること

市町のニーズ調査、担当者が抱える課題を把握するには絶好の機会である。聞いて次のアプローチにつなげる。

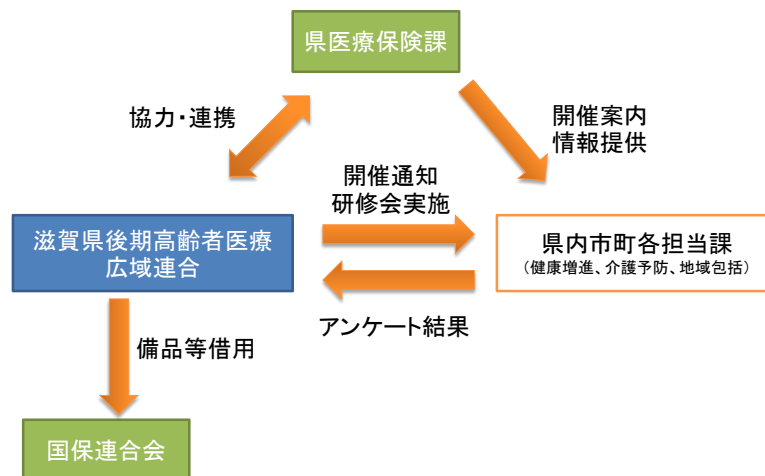
今後の展望

- ・研修会の毎年度開催
ポイントを絞った内容、参加しやすい環境づくり
- ・毎年3月に実施している高齢者健康づくりフォーラムとの連携
研修会のアンケートから市町が希望する内容を組み込む

研修会の風景



滋賀県後期高齢者医療広域連合 市町担当者向け研修会実施体制図



④福岡県後期高齢者医療広域連合＜重症化予防＞（平成28・29年度）

人口：5,126,389人、被保険者数：652,785人

（人口は平成29年1月1日、被保険者数は平成29年6月1日時点）

福岡県後期高齢者医療広域連合における糖尿病性腎症重症化予防事業の取組

事業目的・背景

後期高齢者の都道府県別1人当たりの医療費は、平成14年度から全国1位であり、疾病別医療費（入院＋外来）では慢性腎不全（透析あり）が全体の7.6%（H28年度累計）と最も高く、年々増加している。
そのため、糖尿病性腎症患者の生活の質（QOL）の維持・向上のため、市町村及び医療機関等の連携により、患者の重症化を予防する体制を整備する。

具体的な取組内容

対象者に対し、保健師等の事前訪問（重症化予防事業の説明）、主治医連絡、その後個々の状況に応じた個別保健指導を6ヶ月間実施し、その評価を行う。

- 対象者：糖尿病性腎症(2型糖尿病)の患者であって、人工透析導入前の者
基準：(1)①尿蛋白2＋以上で②Hb1c7.0%以上又は空腹時血糖130mg/dl以上
(2)②で、③eGFR 50(ml/分/1.73m²)未満
実施方法：1、文書により通知し、電話にて訪問日時を決める。
2、本事業を説明し協力を得る
3、主治医に事業説明と保健指導計画の確認
4、保健指導①健診結果や病気の説明等②生活習慣の気づきや見直しを促す③ケースに応じて教室紹介
5、6ヶ月後に面接や検査結果で評価
6、1年後面接(継続を促す) (*)

対象者抽出基準と対象者数、事業予定者と参加者数

- ①平成28年度健診受診者33,073人（被保険者663,778人）
対象者数298人、事業予定者89人（地域の状況にて選定）、参加者41人
②平成27年度継続参加者20人 (*)

実施体制・予算

人材：広域連合：事務職2名及び保健師6人(職員1人、嘱託1人、臨時職員4人)、委託7町村保健師6人栄養士1人
実施：介入者1名に対し、訪問や電話・教室等で係わった回数約9回-12回（事業説明や医師連絡等含む）
（既存の社会資源活用：糖尿病教室、すこやか腎臓予防教室、認知症予防教室、包括支援センター等）
予算：総事業費3,622千円

医師会等との連携の工夫

《医師との連携》参加者の同意書をもとに個別に医師連絡。
「糖尿病性腎症重症化予防に係る連携協定の締結について(平成28年3月24日)」及び「糖尿病性腎症重症化予防プログラムについて（厚生労働省平成28年4月20日発）」の参考資料を持参し、事業の説明を行うとともに、参加者の医学的情報等を得ている。
《関係者との連携》
「高齢者の医療・介護・保健事業に関する研究会」を年3回開催し、関係する県や市町村、歯科医師会等に対し、事業の説明や報告、情報提供、研修会等を実施。

実施結果

評価指標	達成状況
・6ヵ月後の問診票の変化 ※年度末で集計するため、評価は次年度初めとなる。	・参加者→ 41人 46%（実施予定者89人） ・H28及びH29年度健診継続受診者数15人（H30.3.5現在） HbA1c→ 13人 87% 維持・改善(N=15人) e-GFR→ 7人 58% 維持・改善(N=12人)
・前年度との検査値の変化	

＜自由記載欄＞

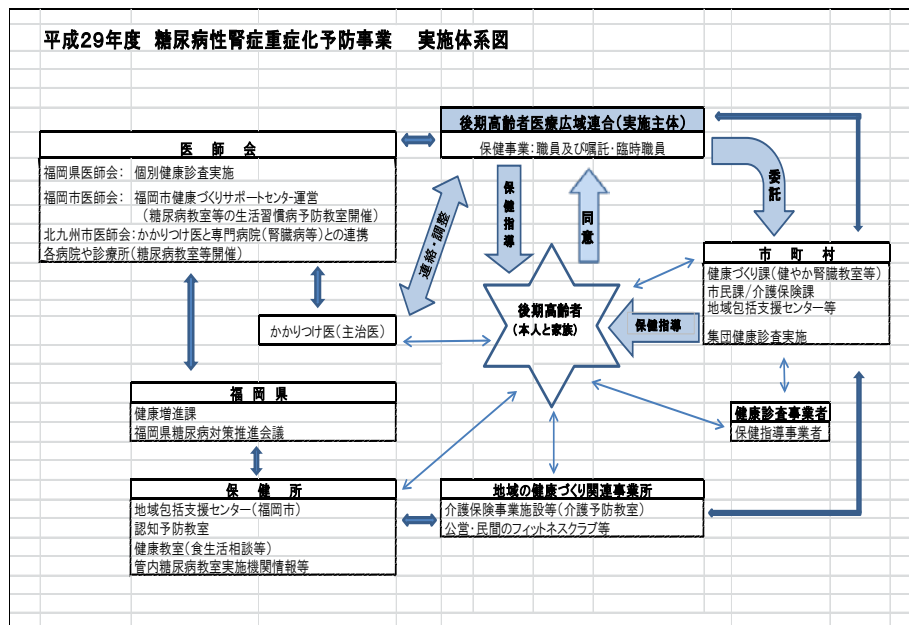
- 問診票の評価は初回訪問と6ヵ月後の訪問指導で実施。
- 検査値の変化については、毎年の健診結果で評価を考えているが、健診をきっかけに治療開始しているケースについては、健診対象外となるため、継続した検査値が把握しにくい。（健診対象者は生活習慣病治療者を対象外としているため）

効果的に実施するためのポイント（モデル事業を通し見えてきたこと）

- 従来の高齢者のイメージとは異なることも多く、生活環境・生活スタイル・趣向・個人ごとに抱える課題が異なるため、個々に応じて、総合的・包括的にみていくことが重要である。
さらに、閉じこもりにならないように、地域で生き生きと役割が果たせるような環境づくりが必要である。
 - 筋力低下、閉じこもり
 - 家庭環境（独居、家庭内別居）
 - 介護問題（配偶者や子の介護）
 - 健康食品嗜好（メディアの影響）
 - 認知症
 - 調理が億劫、弁当や外食が多い
- 高齢者を取り巻く多くの地域の関係者や専門職等との連携は欠かせない。
 - 主治医、地域包括支援センター、市町村（高齢者支援課等を含む）、ケアマネジャー、保健所等
 - 介護予防教室、認知症予防講座、糖尿病予防教室、腎臓教室、運動教室等
 - 家族（同居、別居）、近所の人、地域のお世話係り等
 - 歯科医師、薬剤師、管理栄養士、介護福祉士、ケアマネジャー、ヘルパー等
- 家族教育や地域の啓発
 - 継続的に健康意識を維持をしていくためには、健診結果や疾患の理解等、家族や周囲の理解と協力が不可欠である。家庭訪問を通じ家族教育や地域の課題を把握し啓発等することで長年に維持できる（例：服薬・食生活・運動等の家族や友人等地域の励まし）

今後の展望

1. 重症化予防のプログラムの一部見直し
導入時を重点的に実施していく。
2. 重症化予防のフォローの延長の検討（6ヶ月毎にフォロー）
3. 実施予定者以外の対象者については、個別通知等による保健指導を実施。
4. 治療中断者への受診勧奨
5. 虚弱高齢者対策：高齢者支援課との連携（フレイル対策）
介護でもない、健康でもない虚弱者をどのように予防していくか。
市町村の社会教育課や高齢者支援課と連携し、地域の社会資源を使いながら、
どう、社会参加を促していくか。



⑤長崎県後期高齢者医療広域連合＜服薬・重症化予防＞（平成28・29年度）

人口：1,392,950人、被保険者数：214,719人

（人口は平成29年1月1日、被保険者数は平成29年6月1日時点）

長崎県後期高齢者医療広域連合における服薬モデル事業の取組

事業目的

多量服薬により服薬及び薬の管理に関する不安や疑問を抱えている被保険者を薬剤師が訪問し、現状の把握及び相談等を実施し、服薬に関する課題等を集約分析する。

具体的な取組内容

相談薬剤師が対象者宅を訪問し、服薬状況の把握及び適正服薬のための服薬相談・指導を実施する。（原則2回訪問）

また、訪問に抵抗を感じるものについては、公民館等で実施する。

※平成28年度は主に状況調査を行い、その結果を踏まえて平成29年度に具体的取り組みを行う予定である。

対象者・指導実施者

対象の二か月間で、15種類以上の内服薬の処方があり、事業への参加を希望したものを対象者とする。

実施体制・予算

人材：薬剤師34名（県内21市町のうち、対象市町は5市3町）

実施：ワーキンググループ及び会議4回

予算：県薬剤師会委託料1,753千円、データ抽出業務開発委託料1,960千円

医師会との連携の工夫

多量服薬者と重複成分服薬者に対し、平成27年度中の始動開始を目指し県医師会に相談した。その結果、多量服薬者に対しては、現状の把握から着手すべきとの意見があり、平成28年度に実施することとした。併用禁忌を含め重複成分者に対しては、直接医療機関に通知し改善を図る方が早道であるとのアドバイスを受けた。

実施結果

平成28年度中間報告の状況

- ・候補者…約900人（参加同意者は72人）
- ・同意者数…58人/100人予定中
- ・同意者の服薬状況…同意者のほとんどは服薬管理意識が高い。

（参考）禁忌・重複是正通知事業の効果

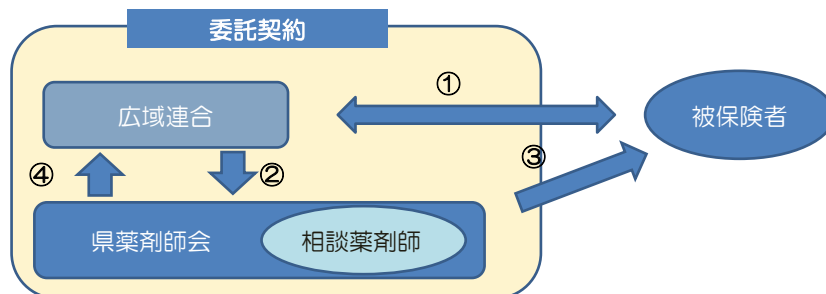
- ・通知対象者…191人（延べ処方医療機関数241、延べ応需薬局数220）
- ・報告結果…回答有り162人（内訳：変更有96人、変更無66人）、未回答29人
- ・備考…医療機関からの報告があったのは全体の約85%。

薬の変更がなくても、医療機関が患者の状況を再確認することにつながった。

効果的に実施するためのポイント（モデル事業を通し見えてきたこと）

- 本当に指導が必要な被保険者にアプローチする方法を検討
- 現状調査を行った上で取り組むべき課題を医師会を含めて協議し決定する

多量服薬者訪問相談モデル事業フロー図



- ① 広域連合から被保険者に参加勧奨を行い、被保険者から参加同意を受ける
- ② 広域連合から県薬剤師会へ、参加同意者の情報提供
- ③ 県薬剤師会は、相談薬剤師を参加同意者宅などに派遣（2回訪問）
相談薬剤師は、参加同意者の服薬状況の確認、不安等の相談を受ける
- ④ 県薬剤師会は現状分析の結果を広域連合に報告

長崎県後期高齢者医療広域連合における 糖尿病性腎症重症化予防事業の取組

事業目的

医師が保健指導を必要と認めた患者に対して医師の指示により、医療保険者が代わりに保健指導を行い、人工透析への移行を防止する

具体的な取組内容

医師会作成のスキームのハイリスク者に該当する者に対して、管理栄養士がかかりつけ医との連携のもと、訪問を基本とする栄養指導を行う。

- ① レセプト・健診データから抽出し、かかりつけ医に提案し選定してもらう
- ② 候補者から同意をもらい、かかりつけ医の指示・依頼のもと、計画を作成
- ③ 概ね6か月、月1回訪問を基本として栄養指導を行う
- ④ 指導内容をかかりつけ医に報告し、指示やコメントもらいながら、栄養指導を行う

対象者・指導実施者

- ・レセプトに糖尿病性腎症の病名がある者、医師が糖尿病性腎症の疑いがあると判断する者
- ・健診結果より次のa及びb、又は、a及びcの基準に該当する者
 - a: HbA1c(NGSP)7.0以上又は空腹時血糖130mg/dl以上
 - b: 蛋白尿2+以上
 - c: eGFR50ml/分/1.73未満

実施体制・予算

市町に委託して行っている。管理栄養士が主となり、訪問による栄養指導を実施
 実施：指導は6回訪問を基本。連絡調整会議1回、研修6回、検証会議1回
 予算：委託料一人あたり70,000円

医師会との連携の工夫

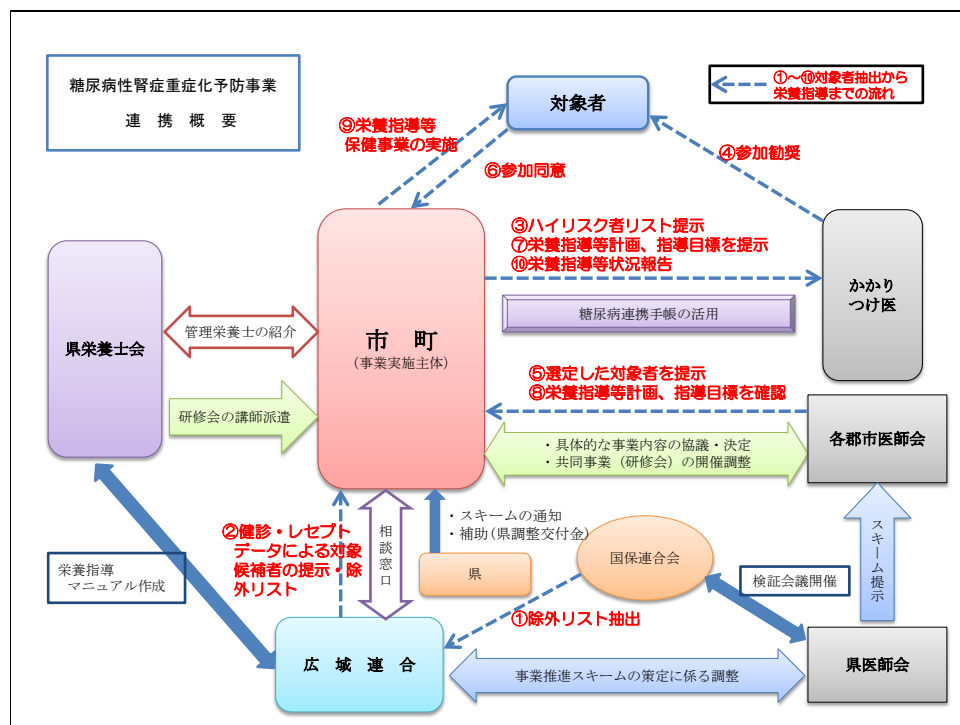
医師会にスキームを策定してもらい、それを基に事業を構成した。また、かかりつけ医向け研修会の開催や検証会議も開催し、事業効果の検証、事業内容の見直し等の助言を必要に応じて、いただいている。

実施結果

2月末現在、56名に対して、延べ151回の指導を行っている。
 効果検証は、29年度10月ごろを予定しているため、結果集計は終わっていない。

効果的に実施するためのポイント（モデル事業を通し見えてきたこと）

かかりつけ医との連携を図るための関係づくりとシステム作りの構築
 かかりつけ医から事業への参加動機があると参加率が上昇
 効果測定のためのデータ収集の方法の構築



⑥宮崎県後期高齢者医療広域連合＜服薬＞（平成 28・29 年度）

人口：1,119,544 人、被保険者数：182,115 人

（人口は平成 29 年 1 月 1 日、被保険者数は平成 29 年 6 月 1 日時点）

宮崎県後期高齢者医療広域連合における薬剤師服薬訪問指導の取組

事業目的

定期的な患者訪問によって服薬指導を行い、患者及び介護者（家族等）に適切な服薬を理解してもらうことで、健康保持と重症化予防を図る。

具体的な取組内容

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する（すでに薬剤師による訪問指導を受けている場合や施設入所者は除外し、薬局からの移動時間は原則30分以内）。月に1回以上の患者宅訪問により、生活状況を確認のうえ、残薬確認および整理・調整を中心とした服薬支援を行う。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う。介入終了時（対象除外基準に該当および介入不能）は患者満足度調査を行う。

対象者・指導実施者

※平成30年2月末時点

対 象 者：174,326人（後期高齢者医療制度加入者数）
実 施 者：18人
訪問継続者：4人



実施体制・予算

※平成30年2月末時点

人材：薬剤師91名（86薬局）、訪問薬剤師13名（11薬局）
実施：延べ訪問回数54回、症例検討会（3月末実施予定）
予算：総事業費4,002千円

関係機関との連携

訪問によって確認した服薬および残薬状況を、必要に応じ処方医に報告し、効果的な薬物治療とする。在宅訪問サービスを行っている看護師やヘルパー等と情報共有し、対象者の在宅療養における問題点を顕在化し、適切な対応を図る。

実施結果

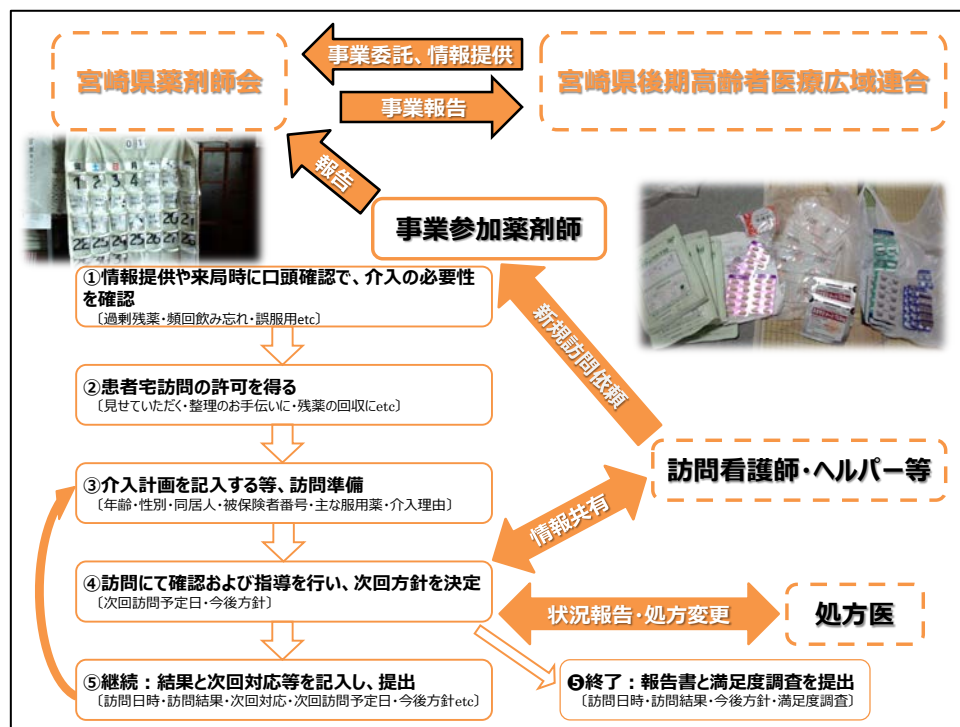
- 予想を超える残薬の存在
薬局内では「飲み忘れない」「残薬はない」と言っているが、家で確認すると、多量の残薬（薬価で数万のケースも）があった。
- 処方医への具体的な提案
複数回の訪問により、対象者の食生活リズムや拘りが把握でき、それらを踏まえた処方変更等の提案に繋がった。
- 他職種との真の連携
複数職種のサポートにより効率的な対応ができた。



効果的に実施するためのポイント（モデル事業を通し見えてきたこと）

- ★ 必要な薬を適切に服用しているかの、確認（薬局内で精度を高める。
- ★ 飲み忘れがある場合、生活リズム等の背景を考慮して対応策を考える。
- ★ 薬剤師の取り組みを他職種に周知し、活用してもらう。





2) 構成市町村が主体となった取組

①北海道北見市＜服薬＞（平成 28・29 年度）

人口：119,978 人、被保険者数：19,143 人

（人口は平成 29 年 1 月 1 日、被保険者数は平成 29 年 6 月 1 日時点）

北海道北見市における服薬指導の取組

事業目的

高齢者の生理機能や病態に対応した処方や調剤、服薬管理による適正な治療の実施と、健康管理に対する自己管理意欲の向上を図るとともに、医療費適正化の推進を図ることを目的とする。

具体的な取組内容

対象者に対し、薬剤師や保健師が訪問指導を実施し、服薬に関する健康課題等の解決に向け、医療機関や薬局間調整を行うとともに、家族や介護支援専門員等への今後の支援・協力について、情報共有等連携を行う。

□事前：

医科・歯科・調剤レセによる重複投与、併用禁忌薬、併用回避薬、高齢者過剰投薬などの確認、健診受診結果、介護認定の状況などと合わせ、対象者の健康課題の把握。保健師より、事前に文書と電話で連絡。

□当日：

薬剤師や保健師が訪問し、健康状況、受診状況、服薬状況、検査結果、市販薬や健康食品の使用状況、お薬手帳の使用や家庭内での管理方法、残薬の有無、飲み忘れなどの状況、処方薬と食事の不適切な組合せや、食事や睡眠時間と服薬時間の関係など確認。

特に、転倒やふらつき、めまい、口渇、歩行状態、皮膚炎など生活に支障をきたす薬物による副作用や健康課題の有無の確認をし、健康や薬に関する相談・指導を実施。

□事後：本人の承諾を得て、各種関係者等へ課題解決に向け、情報提供と支援（フォロー）協力依頼。

対象者・指導実施者

◆対象者：4月から12月診療において、4か所以上の医療機関に3か月以上継続し受診している者（重複受診者）で、重複投与、併用禁忌薬、併用回避薬、高齢者使用回避薬の投与、過剰投薬、副作用の症状が疑われる傷病名があるなど服薬に関する確認や指導、調整が必要な者。重複受診者127名中、30名のうち、精神疾患・悪性新生物等の症状改善のため、主治医意見があり長期間多剤、多量調整がされている者を除く、4名。

◆指導実施者：薬剤師（原則、処方している薬局薬剤師）、市保健師

実施体制・予算

人材：薬剤師会員薬剤師（実7人、延14人）、市担当保健師 1名

実施：訪問 4 回、対象者選定・症例検討会2回、薬局連絡調整・相談 6 回、家族連絡 1 回、包括支援センター連絡調整 2 回、訪問看護師連絡調整1回

予算：総事業費 9 万円（報償費）

薬剤師会や医師会などの連携

平成20年度より、特定健診・保健指導、重症化予防事業など各種保健事業を通じて、連携・協力体制があり、また、医療・福祉の専門職種が会員となり運営している医療福祉情報連携推進協議会（事務局：医師会）の設置を通じて、地域の健康課題や医療課題などの情報共有をしている。また、慢性腎臓病（CKD）医療連携の中で、関係組織、専門職種の協力を得ているため、CKD対策においても、高齢患者の服薬管理は重要であり、本事業への積極的な協力を得られている。

実施結果

〈事例①〉パーキンソン病（PS）の診断後、症状進行が著明で、他院処方薬との関連に着目したCKD（G4）患者	CKDやパーキンソン病患者の症状悪化の恐れにより慎重投薬すべき薬が、他院より処方があった。主治医との調整で、中断し、結果、歩行困難・転倒、咀嚼嚥下困難・口渇が改善。転倒骨折の心配が解消され、通所リハビリに積極的に参加し、不眠症状も改善。
〈事例②〉多疾患・多剤投薬患者でPS様症状出現していたが、処方薬との関連に着目した患者	緊張性頭痛や軽度うつ、胃腸症状の処方薬があり、PS様症状があり整形外科や消化器など受診していたが、PS専門病院において、PS病ではなく「薬剤性パーキンソンニズム」と正式な診断を受け、処方内容変更し、PS様症状改善。
〈事例③〉インスリン注射の重複処方がされていた糖尿病性腎症患者	3医療機関で傷病名に糖尿病があり治療がされ、他疾患にて入院をきっかけに、2医療機関よりインスリン注射の重複処方がされる。夜間、低血糖発作（疑）搬送履歴のあったが、医療機関・薬局で未確認。主治医1か所へ整理。患者情報の共有、調整を実施。
〈事例④〉糖尿病、心疾患、CKD、低栄養と別々の医療機関で治療されていた認知症患者	同居家族がいたが、認知症の進行状況、治療疾患、受診状況、服薬管理の情報がなかった（患者自身が行動していた）。かかりつけ医やかかりつけ薬局について説明し、介護認定について調整と、口腔ケア、食事介助や形状、適切な服薬管理について指導、家族支援を実施。

【評価指標】目標～指導による健康課題改善率50% ⇒4事例とも症状の改善、処方内容・医療機関数の減。

効果的に実施するためのポイント（モデル事業を通し見えてきたこと）

①医療保険者の情報と役割、専門職（薬剤師）の知識を活かした対象者抽出

：医療保険者のもつ情報（KDBシステムのレセプト情報（紙）、各種健診受診状況と結果、介護認定状況など）から総合的に判断し抽出を行い、さらに、傷病名や処方薬の数・量、費用（医療費）だけでは判断できない「薬による課題」について、薬剤師の専門的な知識を駆使して、全処方内容を確認し、対象者を絞り込むことで、対象者へ不要な心配や不安を与えることなく、効果的・効率的に対象者を抽出することが可能である。

②高齢者の特性に考慮した対象者把握（アセスメント）

：高齢者では、認知や咀嚼嚥下機能、腎機能の低下などによる副作用の出現だけでなく、医療や処方を受ける際の高齢者自身の情報提供能力の低下により、適切な治療効果が得られず、症状の悪化や生活の質を低下（転倒、外出減少、症状への不快感、不安増大など）を招いている実態がある。

また、独居や支援者（家族含め）がいない場合は、新たな症状について適切な受診先の判断や、服薬管理などがさらに困難となる可能性が高くなるため、携わる医療福祉職などの専門職は、時に時間をかけ、高齢者の特性に考慮した問診、生活状況の確認等し、「対象者把握（アセスメント）」を行うことが重要である。

③情報の一元化の必要性

：高齢者は、多疾患の治療による複数か所の診療科・医療機関受診、複数か所の薬局からの処方の可能性が高くなっているため、お薬手帳を活用した情報の一元化がされていない場合も多い。また、高齢者自身による治療に関する情報提供不足や、その他腎機能や肝機能など投与に必要な検査値を薬剤師が確認できないことも多い。

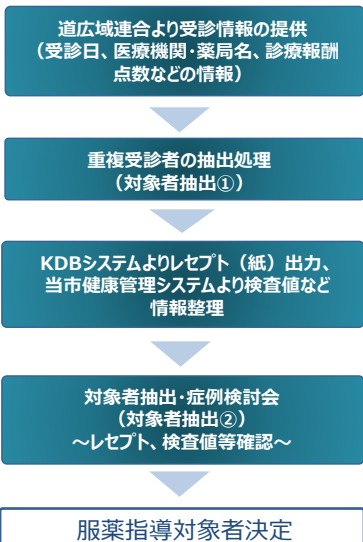
このような状況の中で、お薬手帳をまとめ、検査値を挟むなどの工夫の提案は、薬物治療の効果を高め、重複投与や併用禁忌薬などの回避はもちろん、腎機能障害等に考慮した処方を受けることができ、重要である。

④多職種連携の必要性（他職種の特性を理解し、活かし合う）

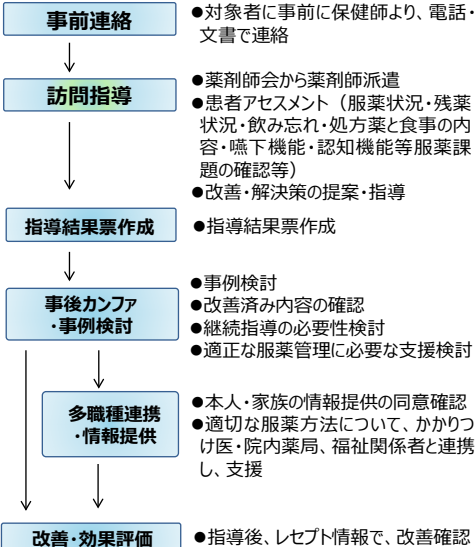
：他の職種の特性や役割、知識、業務内容の情報を日ごろから収集し、情報提供をしようとして、互いの専門性を活かすことが出来、円滑に患者への支援と連携することが可能となった。例えば、処方薬の飲み込みを困難とする口渇、嚥下困難などについては、保健師が口腔ケアの指導を行うなど専門職の知識や技術を活かし合いながら、トータルで適切な服薬管理が可能となった。

服薬指導の概要

1. 対象者抽出



2. 指導の流れ



②岩手県宮古市＜口腔＞（平成 28・29 年度）

人口：55,150 人、被保険者数：10,384 人

（人口は平成 29 年 1 月 1 日、被保険者数は平成 29 年 6 月 1 日時点）

岩手県宮古市における口腔ケアの取組

事業目的・背景

歯科受診の困難な在宅の要介護の本人または介護者に対して、日常的な口腔ケアの実施方法を指導することにより、口腔衛生の向上と口腔機能の維持向上を図り、もって誤嚥性肺炎等高齢者特有の疾病を予防する。

具体的な取組内容

- ・歯科医師または歯科衛生士が自宅等を訪問し、開始時の訪問歯科健診結果に基づいた口腔ケアを行なう。
- ・同様の指導を立ち合いの家族や介護スタッフに対しても行う。
- ・口腔ケア用品と口腔ケアに関するリーフレットを配布し、口腔ケアの継続を図る。
- ・歯科口腔ケア等を自宅では実施できない場合、通所介護事業所を利用している人には、施設において同上の口腔ケアを行う。
- ・評価方法は開始時と終了時における歯科健診結果および事後アンケート調査により行う。

対象者抽出基準と対象者数、事業予定者と参加者数

被保険者数	対象者数	実施予定者数	参加者数
10,412人	244人	153人	51人

実施体制・予算

行政：歯科医師（実 2 人）、歯科衛生士（実 2 人）、保健師（実 1 人）、看護師（実 1 人）
訪問：歯科医師（実 1 2、延べ 34 人）、歯科衛生士（実 6 人、延べ 17 人）
実施：訪問 5 1 回、地域ケア会議での説明 1 回（介護事業所等への訪問による説明は前年度実施済）
歯科医師会との打ち合わせ等 4 回、同説明会 2 回、歯科医師への訪問による説明 3 回（今年度初回の医師のみ）、 予算：総事業費 4,326 千円
※参考）その他訪問歯科健診における医師（実 1 5 人、延べ 7 6 人）

医師会等との連携の工夫

かねてより、歯科医師会や介護事業所等およびその他関係機関の委員からなる宮古市歯科保健推進連絡協議会があり、歯科保健の効果的な推進を図ってきた。歯科保健事業は歯科医師会に委託あるいは連携し実施している。会長を始め歯科医師会会員の理解と協力があり、打ち合わせ等がスムーズに行えた。実施に当たっては、担当歯科医師を個々に訪問し丁寧な説明を行っている。

実施結果

評価指標	達成状況
・口腔ケアの回数が増えた人の増加	・増えた人 13人 26.0% (N=50人)
・口腔衛生状態の改善した人の増加	・改善した人 32人 64.0% (N=50人)
・誤嚥や窒息の改善した人の増加	・改善した人 2人 33.3% (N=3人)
・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	・改善した人 8人 36.4% (N=22人)
・歯科治療の有無	・治療した人 13人 61.9% (N=21人)
・本人や家族の満足度	・満足した人 43人 86.0% (N=50人)

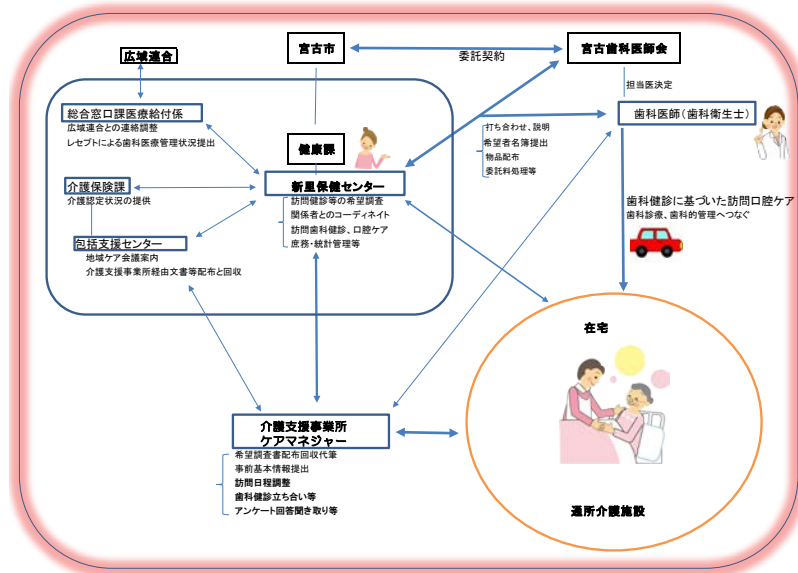
効果的に実施するためのポイント（モデル事業を通し見えてきたこと）

- ・歯科保健、口腔ケア等について介護専門職および住民への普及啓発が必要である。
- ・口腔ケアの継続には介護者の理解と協力が重要である。
- ・希望者の募集について、対象者や家族では理解困難な場合が多いため、介護事業所およびスタッフの協力が不可欠である。
- ・自宅では実施困難な場合、デイサービス等を利用している方には、その場における口腔ケア等も検討する。
- ・歯科医院において訪問歯科治療は実施していない、あるいはマンパワーが不足等の事業により訪問や継続の困難なケースがある。
- ・委託業務の範囲による業務量のバランスのとり方が難しい。

今後の展望

3ヶ年の事業を踏まえ、歯科健診等を受診することが困難な市民に対して、歯科健診等を実施できる環境を整備して行きたい。

平成28年度宮古市訪問口腔ケア実施体制図



③埼玉県和光市＜栄養・口腔＞（平成 28・29 年度）

人口：81,368 人、被保険者数：6,170 人

（人口は平成 29 年 1 月 1 日、被保険者数は平成 29 年 6 月 1 日時点）

埼玉県和光市における＜栄養・口腔＞の取組

事業目的・背景

日常生活において自立している高齢者に対し、栄養管理と口腔ケアを連動させたアウトリーチ型の支援を行い、「専門職による相談や指導を受けるべき人」に確実に支援が行き渡るための仕組みを構築し、介護予防と疾病等の重度化予防の更なる充実を目指す。

具体的な取組内容

和光市の高齢者支援拠点である「まちかど健康相談室」に、管理栄養士及び歯科衛生士を配置し、在宅高齢者を対象として、「訪問型」及び「立ち寄り型」の栄養等に関する相談・指導を行う。

対象者抽出基準と対象者数、事業予定者と参加者数

- 1 対象者抽出基準 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歳以上の高齢者のうち、次に該当する者を抽出
 - ①低栄養や過体重等の疾病・介護予防が必要な者
 - ②摂食や咀嚼等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を含む）
 - ③後期高齢者医療被保険者を対象とした健康診査の受診者
- 2 対象者数 約1,000人
 事業予定者 約350人+前年度対象者フォロー70人
 参加者数 約100人+前年度対象者フォロー70人

実施体制・予算

人材：管理栄養士 8 人（64人を担当）、歯科衛生士 5 人（44人を担当）、事務職 4 人（地域包括ケア課 1 人、健康保険医療課2人、長寿あんしん課1人）
 実施：訪問のべ306回、連絡調整会議 2 回、打合せ随時
 予算：総事業費4,000千円

医師会等との連携の工夫

・地域包括支援センターと連携し、適切な医療受診につながるようアプローチした。

実施結果

評価指標	達成状況
・参加者数 ・3回訪問後の身体状況等の事前事後の変化 ①介護予防アセスメント②基本チェックリスト③体重(BMI) ④栄養アセスメント⑤口腔アセスメント(OHAT) ⑥健康審査結果の比較 等	・参加者→ 30% (N=317人) 対象者317人、参加者104人、途中終了者8人 ・体重BMI→80%維持・改善 (N=98人) ・口腔→80%維持・改善 (N=45人) ・課題改善状況(改善者数/対象者数) たんぱく質7/15、減塩18/31、野菜22/27、欠食2/7、 便秘2/7、飲酒5/10、間食10/18、食事量7/17、運動7/20、 外出6/15、むせ15/23、口渇26/34、汚れ15/18、咀嚼8/15

<その他>

- ・地域包括支援センターと共同で介入3件、地域包括につないだ介入4件
- ・歯科受診勧奨15件→受診8件

効果的に実施するためのポイント（モデル事業を通し見えてきたこと）

- ・後期高齢者は自分の体調の変化に気づいていながら、なんとか過ごしている方が多い。情報量も少ないため、訪問での情報提供で改善に向かう方が多い。（現状の生活から継続するところなど、工夫をするところなど、少し先の情報を伝えるとイメージできる）
- ・和光市では、自立支援や介護予防の考え方が市民に理解されているので、事業所、地域包括支援センター、行政等が相互に連携しやすい環境が整っている。

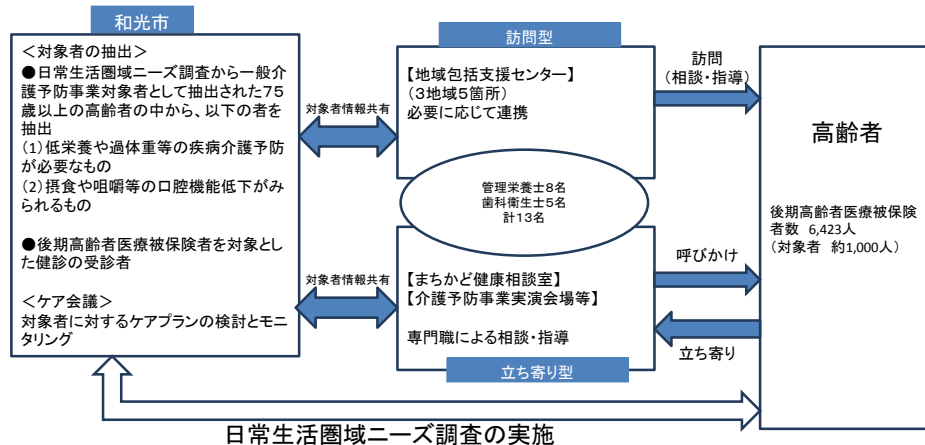
今後の展望

日常生活において自立しているが、栄養・口腔にリスクのある方へ早期介入を行うことにより、疾病予防、重症化予防、生活機能向上、活動性・社会性・QOLの向上を図り、介護予防と医療の予防を連携して健康寿命の延伸を目指していく。

特にフレイル状態にある方については、栄養と口腔について同時に介入をすることは、身体状況の改善に効果が高いことから、今後も継続して実施していく。

医療受診者には、病識の理解を深め、服薬と食事の関係性などを知り、正しくセルフコントロールできるよう支援する。（ポリファーマシー対策等）また、医師会、薬剤師会等との連携を図る。

モデル事業の実施体制 概要図



④神奈川県大和市＜栄養・重症化予防・口腔＞（平成28・29年度）

人口：235,434人、被保険者数：24,312人

（人口は平成29年1月1日、被保険者数は平成29年6月1日時点）

神奈川県大和市における低栄養改善・予防の取組

事業目的・背景

- ①低栄養改善の取組み
地域に暮らす高齢者の低栄養状態を改善し、介護予防・医療費の低減を図る
- ②低栄養予防の取組み
低栄養に陥る可能性のある状態の者へ介入し、介護予防・QOLの向上を目指す

具体的な取組内容

<①・②共通>

管理栄養士が、6か月を1クール・計3回の訪問栄養指導を実施

初 回：体重・BMIの確認、体重減少の理由・買い物・食事内容の聞き取り
栄養状態・食事状態の課題把握、栄養相談（買い物の仕方・食材・
食べ方についての助言等）と改善計画の立案

↓

3か月目：状況確認（目標変更）

↓

6か月目：計画に掲げた目標（体重変動、食事摂取量、買い物回数等）に
対する評価、今後に向けての話し合い

対象者抽出基準と対象者数、事業予定者と参加者数

- ①低栄養改善の取組み
平成28年度介護予防アンケート（基本チェックリストの項目を含む）回答者のうち、
基本チェックリスト項目の2項目（BMI18.5未満、6か月で2kg以上の体重減少）に
該当した者449人 ⇒ **うち、235人訪問（対象者のうち：53.5%）**
- ②低栄養予防の取組み（早期予防）
平成28年度介護予防アンケート（基本チェックリストの項目を含む）回答者のうち、
BMI20以下かつ、食生活に関する質問※5項目中3項目以上該当する後期高齢者。
該当した者189人 ⇒ **うち、113人訪問（対象者のうち：59.8%）**

※食生活に関する質問

1. 食料品を買う店が近くにない
2. 食料品を買う費用（食費）が十分にない
3. 食事は一人で食べることが多い
4. 食べる気力や楽しみを感じない
5. 食事を食べる量が減ってきた

実施体制・予算

①低栄養改善の取組み

人員：市管理栄養士（8名）

実施：訪問のべ920回、打合せ5回

予算：総事業費50千円（人件費を含まない）

②低栄養予防の取組み

人員：市管理栄養士（8名）、神奈川県栄養士会管理栄養士（10名）

実施：訪問のべ415回、打合せ5回

予算：総事業費 委託費2,702千円（市人件費を含まない）

医師会等との連携の工夫

・かかりつけ医との情報共有ツールとして「健康相談連絡票」を作成し、医師からの指示栄養量指示を受けられるようにした。

・市内の保健医療福祉職が集まるネットワーク会議（医師会主催）にて、活動をPRした。

実施結果

H29年度介入結果

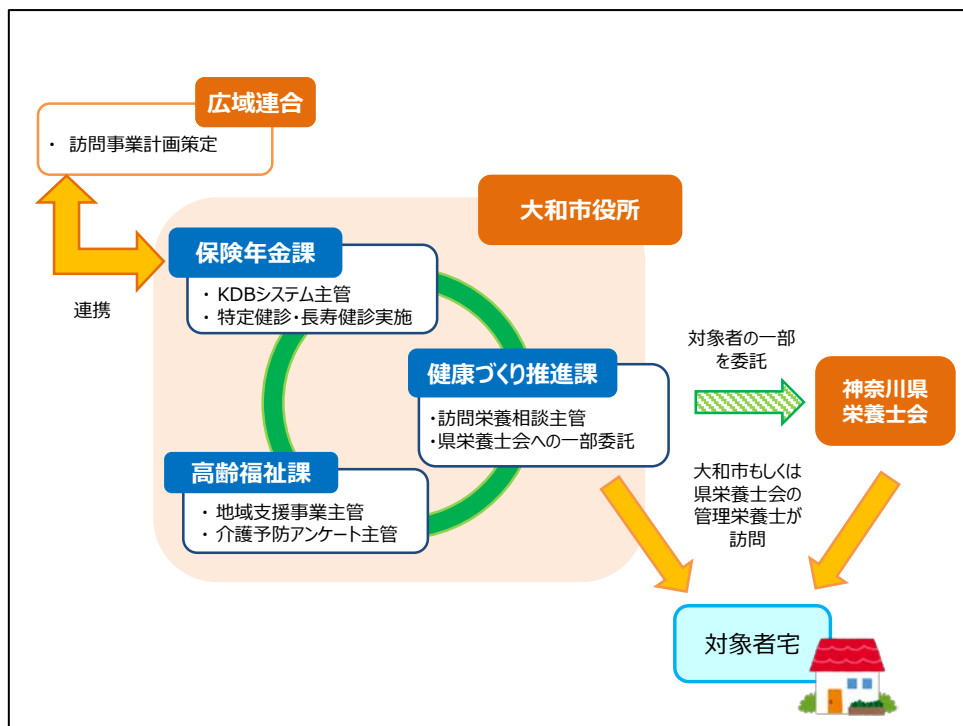
評価指標	達成状況
①低栄養改善 <アウトプット> ・訪問件数 <アウトカム> ・体重の維持・改善の割合 ・重症化（要介護・死亡）予防の割合 ・介護給付費削減効果（試算）	・参加者⇒ 53.5%（N=235人）<過去最大> ・体重の維持・改善の割合⇒79.5% ・重症化（要介護・死亡）予防の割合⇒92.3% ・介護給付費削減効果（試算）⇒約6,500万円削減
②低栄養予防 <アウトプット> ・訪問件数 <アウトカム> ・体重の維持・改善の割合 ・食生活の課題改善の割合	・参加者⇒ 53.5%（N=235人）<過去最大> ・体重の維持・改善の割合⇒90.2% ・食費が十分にない⇒10.0%減 ・孤食が多い⇒10.0%減 ・食べる気力がない⇒31.4%減 ・食事が減ってきた⇒55.7%減
・活動量の課題改善	・外出促進につながった事例 12件 - ひまわりサロン（生きがい型デイサービス）への参加 4名 - シリウス（市健康図書館）での健康講座への参加 4名 - フィットネスクラブの再開 2名 - 趣味（ピアノ教室）の再開 1名 - 老人クラブへの参加 1名

効果的に実施するためのポイント（モデル事業を通し見えてきたこと）

- ・低栄養の予防として管理栄養士が個別に介入することで、リスクは顕著に低減することがわかった。
- ・栄養状態が改善することで、地域のサロン、図書館で毎日開催されているイベント、老人会等、地域資源に積極的に参加できるようになったケースが増えた。

今後の展望

- ・平成30年度は独居高齢者を対象としたアンケートを実施予定。
独居高齢者の健康状態、生活状況を把握し低栄養の早期予防、生活の質の向上に努めたい。



神奈川県大和市における糖尿病腎症重症化予防の取組

事業目的・背景

腎機能低下の所見がある糖尿病患者について個別訪問を行い、重症化を防ぐ。

具体的な取組内容

管理栄養士が、6か月を1クール・計3回の訪問栄養指導を実施

初 回：医療状況（治療方針・服薬状況）確認
栄養状態、生活状況についてのアセスメントと改善計画の立案

↓

3か月目：状況確認（目標変更）

↓

6か月目：評価（HbA1c, eGFR, 食事内容, 服薬状況等）、今後の支援決定

対象者抽出基準と対象者数、事業予定者と参加者数

平成28年度大和市特定健診または長寿健診を受けた者のうち下記両条件に該当する者。

① HbA1c 6.5%以上 かつ 空腹時血糖126mg/dl以上

② eGFR 50ml/min/1.73m²以下

⇒ うち、90人訪問（対象者145人のうちの60.1%）

実施体制・予算

人員：管理栄養士（5名）

実施：訪問のべ305回、打合せ5回

予算：総事業費50千円（人件費を含まない）

医師会等との連携の工夫

・かかりつけ医との情報共有ツールとして「健康相談連絡票」を作成し、医師からの指示
栄養量指示を受けられるようにした。

・市内の保健医療福祉職が集まるネットワーク会議（医師会主催）にて、活動を
PRした。

実施結果

評価指標	達成状況
<アウトプット> ・訪問件数 <アウトカム> ・行動変容（目標達成）の割合 ・BMIの維持・改善割合 ・HbA1cの維持・改善割合 ・eGFRの維持・改善割合 ・医療費の削減（外来医療費・調剤費）	・参加者⇒ 60.2%（N=90人） ・行動変容（目標達成）⇒ 62.2% 達成（N=56人） ・BMIの維持・改善割合⇒96.7% ・HbA1cの維持・改善割合⇒62.0% ・eGFRの維持・改善割合⇒86.7% ・医療費の削減（外来医療費・調剤費）⇒16.0%

効果的に実施するためのポイント（モデル事業を通し見えてきたこと）

- ・対象者の特徴として「後期高齢者」「過体重」「活動量不足」があげられる。血糖コントロールのみならず、生活の見守りの意味を込めた訪問活動が重要である。
- ・対象者の活動量増加、目的をもった外出促進のためには、市の図書館や地域のサロン等、地域資源を活用した改善提案が効果的である。
- ・糖尿病性腎症重症化予防の取組みは、医療費削減に直結する取組みである。

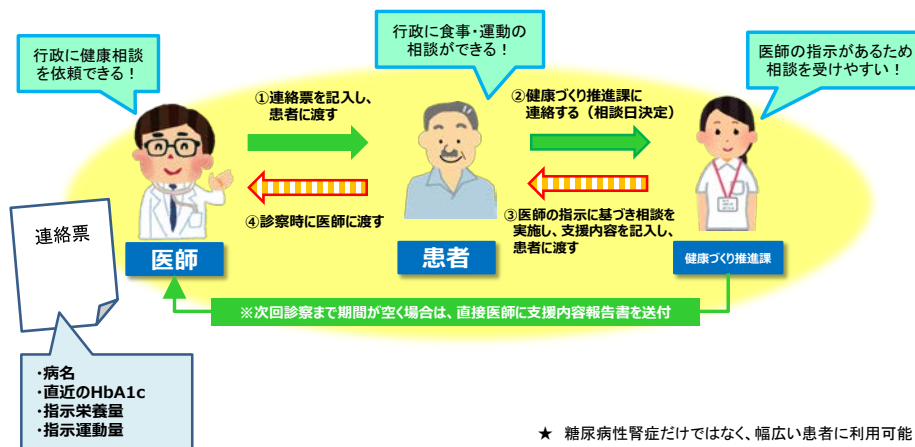
今後の展望

- ・重症度の高い者を優先し、きめ細やかな栄養指導を継続することで、より効果な人工透析の予防の取組みを展開していきたい。
- ・神奈川県糖尿病対策推進プログラムが策定（H29年度～）されたことから、県内市町村、県医師会等とさらなる連携を図っていきたい。

健康相談連絡票について H29年3月～

運用方法

運用開始にあたり、大和市医師会理事会にて承認を得て、各医療機関に送付した。

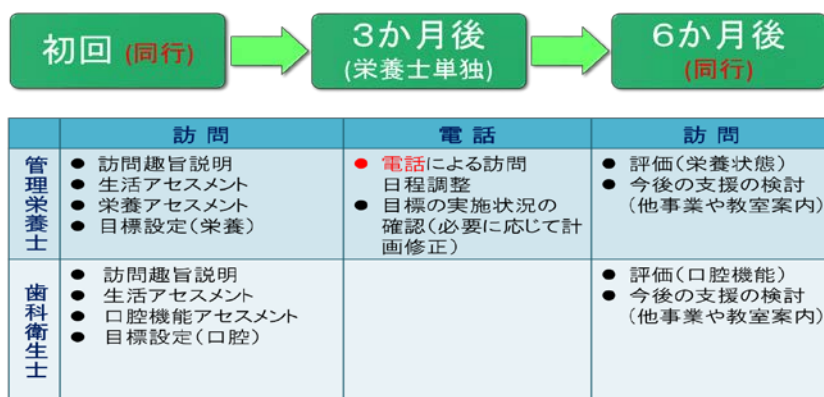


神奈川県大和市における口腔機能低下予防の取組

事業目的・背景

口腔機能と食事に関する項目において、低下が見られる高齢者に管理栄養士と歯科衛生士で訪問し、口腔機能低下防止とともに低栄養防止を図る。

具体的な取組内容



対象者抽出基準と対象者数、事業予定者と参加者数

抽出基準：H28年度大和市介護予防アンケートの基本チェックリスト口腔機能・食事機能に関する項目全5項目該当のうち、H28年度特定・長寿健診受診者さらに対象地区4地区（市北部）

- ① 口腔機能に関する項目（全3項目）
 - ・固いものが食べにくくなった。
 - ・むせることがある。
 - ・口の渇きが気になる。
- ② 食事機能に関する項目（全2項目）
 - ・食べこぼしがある。
 - ・食事量が減ってきた。

対象者数：86名（介護予防アンケート回答者 35,542名）

事業予定者：75名

参加者数：26名

実施体制・予算

人材：管理栄養士（実3人、のべ3人）、歯科衛生士（実2人、のべ2人）

実施：訪問のべ50回、連絡調整会議3回、打合せ5回

予算：総事業費1470千円（非常勤職員人件費）

医師会等との連携の工夫

大和市歯科医師会に、取組の内容をお伝えし、連携を依頼した。

実施結果

評価指標	達成状況
・行動変容(目標達成)の割合 ・介護予防アンケートの基本チェックリスト口腔機能と食事に関する5項目	・参加者→ 30% (N=86人) ・行動変容(目標達成)→ 53% 達成(N=26人) ・口腔機能の二次予防対象者(22名)中 64%(14名)が離脱し、一次予防に移行した。 ・「固いものの食べにくさ」、「食べこぼし」のリスク → 64%改善 ・「むせ」、「口の渇き」、「食事量減少」のリスク → 32～55%改善

効果的に実施するためのポイント（モデル事業を通し見えてきたこと）

- ・口腔の指導は、食事の内容に良い影響を与えることが分かった。
- ・リスクも大幅に減り、非常勤専門職の同行訪問はかなり難しい。
- ・情報（記録）を共有しながら、行うことが効率的である。

今後の展望

- ・6ヶ月の評価では間延びし、指導が効果的でなかった人が多く見られたので、評価期間は3ヶ月とする。
- ・不在（電話を含む）の人が多く、同行訪問の約束調整が困難だったため、初回訪問は約束調整を行わず管理栄養士が歯科衛生士の単独訪問とする。ただし中間訪問は同行訪問とし、最終評価につなげる。
- ・1年後を目途に口腔機能アンケート等で状態を確認する。また、本活動により医療費にどのような影響があったかについても確認・考察を行う。

健康づくり推進課（活動拠点）

- ・対象者の抽出・選定
- ・非常勤職員（歯科衛生士・管理栄養士）の勤務管理
- ・帳票管理
- ・カンファレンス開催



出勤



非常勤
歯科衛生士
管理栄養士



同行訪問



対象者宅



⑤長野県塩尻市＜口腔＞（平成 28・29 年度）

人口：67,534 人、被保険者数：9,379 人

（人口は平成 29 年 1 月 1 日、被保険者数は平成 29 年 6 月 1 日時点）

長野県塩尻市における口腔の取組

事業目的・背景

障害者、高齢者など通院が困難な者に、効果的な口腔ケアと口腔機能向上支援を行い、早期治療を促し、健康増進を図る

具体的な取組内容

歯科衛生士の事前訪問、歯科医師・歯科衛生士による訪問歯科健診を実施し、その後歯科衛生士がフォローを実施

事前：口腔・身体及び生活環境について状況確認

健診当日：口腔内診査、簡易検査、口腔撮影

口腔状況及び口腔ケア方法を家族及び介護関係者に説明

事後：経過観察

状況により専門的口腔清掃、口腔機能リハビリ、唾液腺マッサージ等の実施。

必要に応じて訪問歯科治療・摂食機能検査等につなげる。

対象者抽出基準と対象者数、事業予定者と参加者数

介護を必要とする障害者、高齢者等 3 132 人

⇒うち、申し込みのあった者 134 人訪問（対象者のうち：4.3%）

実施体制・予算

人材：訪問歯科医師（実 31 人）、歯科衛生士（実 2 人）

実施：訪問歯科健診 71 件、歯科衛生士訪問のべ 534 回、連絡調整会議 2 回

医療・介護連携推進協議会口腔委員会 5 回、グループワーク 1 回

予算：総事業費 5,081 千円

医師会等との連携の工夫

市内の医療・介護の専門職種が集う、医療・介護連携推進協議会があり、その中の「口腔委員会」にて、医師（耳鼻科・内科）・歯科医師・歯科衛生士・管理栄養士・言語聴覚士などが「いつまでも自分の口で食べるために」をテーマに多職種との連携体制を図っている。

78 人参加でのグループワークを実施した。（H30.3）



実施結果

評価指標

達成状況

・口腔清掃状況（訪問歯科健診実施者 71 名）
①初回訪問→②訪問歯科健診→③経過訪問時

口腔清掃不良
①53 人（75%）→②27 人（38%）→③32 人（45%）

・訪問歯科健診後の受診結果

治療が必要 37 人 治療した者 15 人
（全身との関連から治療が困難者 9 人）

〈介護予防アセスメント基本チェックリストから〉

13. 半年前に比べ硬い物が食べにくくなりましたか

13. はい 12 人 時々 44 人 いいえ 8 人 その他 7 人

14. お茶や汁等でむせることがありますか

14. はい 16 人 時々 41 人 いいえ 7 人 その他 7 人

15. 口の渇きが気になりますか

15. はい 6 人 時々 43 人 いいえ 15 人 その他 7 人
（その他は意思疎通が困難）

・訪問歯科健診の結果（71 人の平均）

年齢	健全歯	処置歯	未処置歯	歯の残存数
85 歳	4.5 本	7.2 本	4 本	16 本

・自分の歯の残存歯数が平均で 16 本、未処置歯も平均 4 本ある。今後歯や歯周病の進行が心配だが、経済面や、環境などの理由から治療につながない。

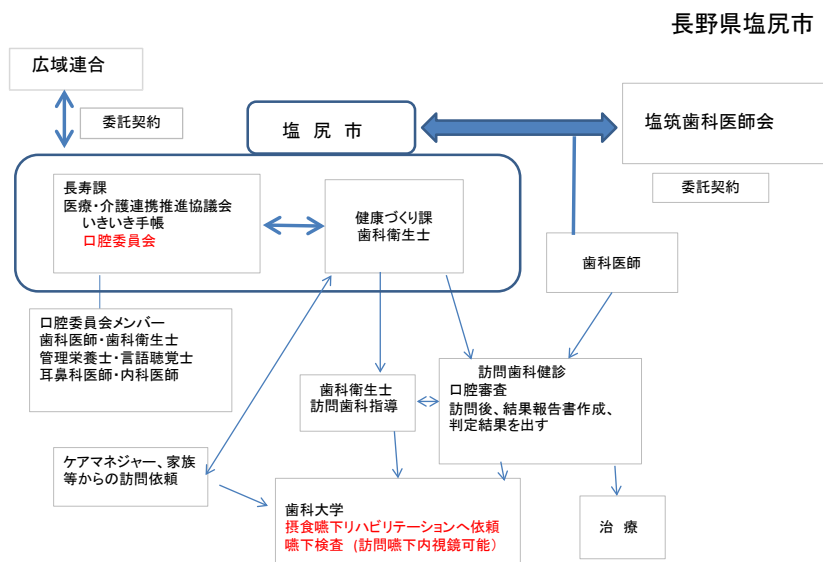
効果的に実施するためのポイント（モデル事業を通し見えてきたこと）

- ・口腔のケアは誰もが必要であり、口の中を見なくても、歯ブラシの使用頻度や、口臭などから予想できることを多職種に伝え連携することから、訪問歯科健診へつなげることができる。
- ・歯科健診・訪問には、要介護者の介護サービス状況や主治医、薬、現在の体調などさまざまな情報が必要である。また、歯科に関する情報も共有することが望ましく、医療・介護連携推進協議会で作成した「いきいき手帳」の活用が必須である。
- ・微熱が続く誤嚥性肺炎の改善には、口腔を清潔に保つことも重要であるが、正常な嚥下の可否を確認することも必要となり、摂食嚥下検査も入ると効果的である。

今後の展望

- ・多職種をつなぐ「いきいき手帳」の活用。
- ・自分の歯が残っている高齢者が増加しており、う歯や歯周病が全身に悪影響をおよぼすため、訪問歯科健診を充実させていく。
- ・治療が必要な者には、歯科医師と連携をとり、訪問歯科治療などへつなげ、治療終了後には居宅療養管理指導で口腔管理を行なう体制を整える。
- ・口腔と摂食嚥下の機能に関しては、外から見えない部位の器官の働きによるものであり、高齢者本人や介護者が機能の低下などに気づき、対処することが難しい。このため、基本的な知識を提供して、嚥下機能などの変化に早く気づき、身近な専門職に正確な情報を伝えて相談できる仕組みが必要と思われ、今後も医療・介護連携推進協議会の口腔委員会での検討が必要である。

平成29年度 訪問歯科健診事業 実施体制図



⑥長野県佐久市＜複合的取組＞（平成 28・29 年度）

人口：99,497 人、被保険者数：15,496 人

（人口は平成 29 年 1 月 1 日、被保険者数は平成 29 年 6 月 1 日時点）

長野県佐久市における複合的取組

事業目的・背景

主治医との連携のもと、専門職による複合的な介入により「フレイル」を予防することで、要介護状態への移行を予防する。

具体的な取組内容

保健師・理学療法士・管理栄養士・歯科衛生士による訪問指導の実施

- 主治医へ事業参加確認・診療情報の提供依頼
- 4か月間の訪問指導
- 主治医への経過・結果報告
- 全スタッフによる月1回のカンファレンス
- 相談医との検討会議

対象者抽出基準と対象者数、事業予定者と参加者数

75歳・80歳おたっしや訪問事業（75歳・80歳への全戸訪問）において、以下の基準に該当した者

- (1) （フレ）フレイル該当者 かつ サルコペニア該当者
 - (2) (1) の状態にあり、主治医のいる者、または1年以内に健診を受けており、異常のない者
- ⇒基準に該当した者：109人　うち事業参加に同意した者：24人

実施体制・予算

人材：医師3人、歯科医師2人、保健師6人、理学療法士1人、管理栄養士1人、栄養士1人、歯科衛生士6人

実施：訪問のべ84回、スタッフカンファレンス10回、検討会議2回、研修1回

予算：総事業費1,458千円

医師会等との連携の工夫

佐久医師会・佐久歯科医師会へ相談医として医師3人、歯科医師2人を推薦依頼し、事業の構築・評価等、アドバイスのもと実施している。
また、医師会へ診療情報の提供業務について委託し、主治医から診療情報の提供を受け、訪問指導をしている。

実施結果

評価指標	達成状況
① 骨格筋量指数の維持・増加者の割合	① 61%（目標値：50%）
② MNAの総合評価値の改善者の割合	② 61%（目標値：30%）
③ 主観的健康観の維持・改善者の割合	③ 89%（目標値：100%）
④ 運動習慣のある者の割合	④ 72%（目標値：50%）
⑤ 口腔体操習慣のある者の割合	⑤ 78%（目標値：50%）
⑥ 主治医から情報提供を受けた割合	⑥ 100%（目標値：100%）
⑦ フレイル予防等訪問指導モデル事業の実施者数	⑦ 24人（目標値：40人）

* 統計学的分析を行った結果、「運動」、「栄養」、「口腔」の「目標の達成」において介入前後に有意な差が認められ、訪問指導によって対象者の生活に改善があったと考える。

* 介入前後の測定値の変化については、介入期間の短さのため、分析の結果に有意な差がなかった。

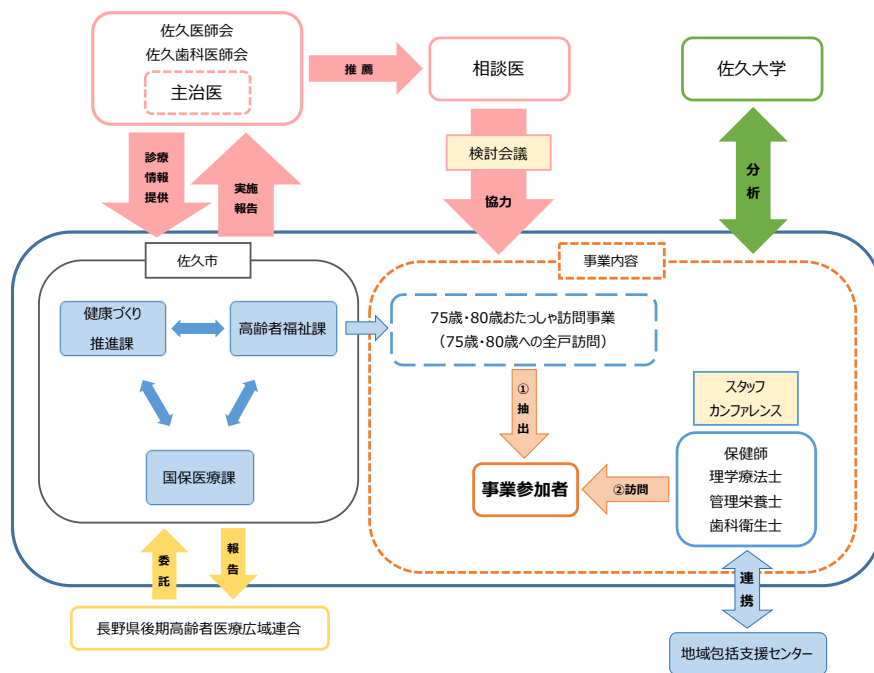
効果的に実施するためのポイント（モデル事業を通し見えてきたこと）

- 実施マニュアルの作成により、統一したアセスメントと評価ができる。
- 実施チェックカレンダーを配布することにより、対象者の継続支援に繋がる。
- 主治医との連携を行うことで、対象者の病態に応じた指導ができる。
- スタッフカンファレンスを実施することで、対象者の支援方針を全体で検討でき、またスタッフのスキルアップにも繋がる。
- スタッフ間の連携シートによって、少ない訪問回数の中でも、効果的に対象者に指導ができる。
- データ上の抽出だけでなく、直接訪問する中でアセスメントすることで、適切な対象者を抽出できる。

今後の展望

- 主治医と随時連携が取れる体制を整備していく。
- 病院等で指導を受けていた方の運動や栄養等の指導歴と内容について主治医との情報連携を図っていく。
- かかりつけの歯科医師との連携が取れる体制を整備していく。
- ハイリスク者へ介入できるよう抽出者を絞っていく。
- 効果的な事業への誘い方を検討していく。
- 地域包括支援センターとの連携を強化していく。
- 対象者の課題を明確にし、個別性に応じた介入をしていく。
- 対象者のニーズに応じ、他機関との連携を図っていく。
- フレイルに関する啓発活動を拡大していく。

佐久市 フレイル予防等訪問指導モデル事業 概要図



⑦長野県小諸市＜複合的取組＞（平成 29 年度）

人口：42,954 人、被保険者数：6,529 人

（人口は平成 29 年 1 月 1 日、被保険者数は平成 29 年 6 月 1 日時点）

長野県小諸市におけるフレイルの取組

事業目的・背景

フレイルの要因である低栄養・口腔機能低下、運動機能低下等のリスクのある方に訪問指導を実施することにより、後期高齢者の健康の保持増進と心身機能の維持を図る。

具体的な取組内容

- 低栄養改善、口腔機能改善、転倒・骨折予防、閉じこもり改善等運動機能に関する相談、保健指導を実施する。多職種連携（管理栄養士、歯科衛生士、理学療法士、保健師）による相談、支援。
- 実施期間 6 か月間 1 人につき初回、支援（2 回）、評価の計 4 回訪問（原則）
- 流れ①事業説明、同意②アセスメント、指導計画案作成③モニタリング（多職種連携、支援）④アセスメント（生活状況の変化、今後の取組み確認）

対象者抽出基準と対象者数、事業予定者と参加者数

基準①75～79歳の個別または集団健康診査で、低栄養（BMI18.5未満）の方（平成27年度）

対象者数：611人 予定者：47人 参加者：17人

②後期高齢者歯科検診結果から要注意（咀嚼能力、嚥下状態の簡易評価ガイド、口腔乾燥）及びBMI18.5未満の方（平成27年度）

対象者数：51人 予定者：23人 参加者12人

実施体制・予算

人材：管理栄養士(2人)歯科衛生士(2人)理学療法士(1人)保健師(1人)

実施：訪問のべ153回、事業検討会7回、研修1回、健康づくり課や地域包括支援センターとの打合せ等の会議のべ4回

予算：総事業費2,220千円（事業費補助金における支出予定額）

医師会等との連携の工夫

かかりつけ医、かかりつけ歯科医がいる場合、初回訪問において聞きとった内容、及び指導計画について情報提供書にて情報提供を行い、対象者の支援に関して必要に応じて指導、助言をもらう。研修会の開催にあたっては、栄養士会、歯科衛生士会へ案内。

実施結果

評価指標	達成状況
・体重	・ 94.1% 維持・改善（N=17人）
・握力	・ 左 44.4%, 右 33.3% 維持改善（N=18人）
・下腿周囲径	・ 73.3% 維持・改善（N=15人）
・RSST(反復唾液嚥下)	・ 68.8% 維持・改善（N=16人）
・発声テスト(オーラルディアドコキネシス)	・ 「ハ」 64.7%, 「タ」 94.1%, 「カ」 76.5% 維持・改善（N=17人）

・BMIから抽出した方は、食事がもともと確保できない方（もともとのやせや疾患によりやせた方）が13人いた。

・健康診査や歯科検診を受けている方は健康意識が高い層であり、特に歯科検診を受けている方は、意識が高く、受診先で注意点を言われていることから事業に結びつきやすかった。

効果的に実施するためのポイント（モデル事業を通し見えてきたこと）

- ・対象者の抽出基準、事業予定者の絞り込み（条件）については、介入による効果や効率、取組みやすさを考慮し、再検討が必要である。他職種につなぐ基準を明確にする。
- ・課題解決に向けた目標設定や具体的な取り組みを支援する資料やツールを作成し、指導内容の標準化を図る。
- ・身体状況の個人差が大きく、多様な生活背景をもつ後期高齢者に対する保健指導のスキルをもつ専門職の確保。

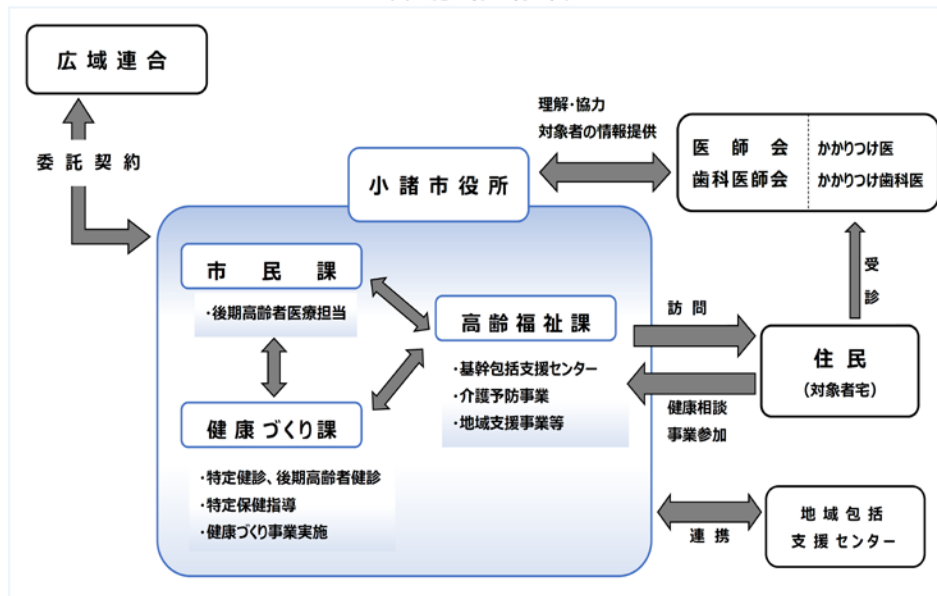
今後の展望

ささいなことから筋力の低下や意欲の低下といった悪循環が始まるため、フレイルを含めた介護予防へより関心や意識を持っていただけるよう、「フレイル」についての情報発信、啓発等を様々な機会を利用して実施していく必要がある。

事業に結びつかなかった人に対しても情報提供を行い、振り返りや気づきを促す機会としていく必要がある。

関わるスタッフ間で指導の流れや内容について押さえるポイントや視点の共有を図りつつ、個々の状況に合わせた支援を行っていく必要がある。

実施体制図



⑧長野県喬木村＜重症化予防＞（平成 29 年度）

人口：6,556 人、被保険者数：1,235 人

（人口は平成 29 年 1 月 1 日、被保険者数は平成 29 年 6 月 1 日時点）

長野県喬木村における重症化予防の取組

事業目的・背景

1.事業目的

後期高齢者の生活習慣病等の重症化の予防

2.背景

KDB28年度累計データより、

・当村の一人当たりの医療費は国、県よりは低いものの、年々増加中である。

・入院による1件あたりの医療費では脳血管疾患73万円で県内1位、腎不全約70万円で6位、心疾患が約71万円で7位となっている。

・疾患別では慢性腎不全（透析）が19.9%、脳梗塞14.4%と国や県より高くなっている。

・介護保険認定者364人、認定率16.6%であり、原因疾患は脳血管疾患、認知症が多く、両疾患ともに介護度が重度である。

上記のことから生活習慣病予防により、発症を減少、遅らせることが重要である。

具体的な取組内容

1.保健師等による訪問指導

2.健診結果を基にかかりつけ医や医療機関との連携

(1)初回訪問：健診結果の説明と指導、医療等の状況の確認、家庭血圧記録の勧め
健診結果を基に対象者を訪問し、結果の説明と指導、医療状況の確認、高血圧者に家庭血圧記録を勧める。

(2)再訪問：健康状態、医療受診状況、家庭血圧記録等確認、指導

訪問後、高血圧者には家庭血圧の値を確認し、ご本人を通し医療機関との連携を図る。

(3)継続確認：健康状態、医療受診状況等確認、指導

その後再訪問（家庭血圧記録をグラフ化し変化の確認等がし易くし、次回訪問時に資料として持参）し、家庭血圧が改善し安定することを目指す。高値の検査項目については、①未治療者は医療受診に繋げる。②次回の集団健診の結果やかかりつけ医での血液検査の値を確認し、値について改善等しているか確認する。

対象者抽出基準と対象者数、事業予定者と参加者数

- 1.対象者：47人（うち45人訪問95.7% H30.1月時点）
- 2.対象者抽出基準：
平成28年度の健診結果により、以下の条件に1項目以上該当する者
 - ①血圧：Ⅱ度高血圧以上者
 - ②血糖：HbA1c 6.5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

実施体制・予算

人材：保健師1人、看護師1人
実施：訪問のべ 127回
予算：総事業費 681,000円

医師会等※3との連携の工夫

本人のかかりつけ医への相談時に家庭血圧記録とそのグラフを持参していただく。

効果的に実施するためのポイント（モデル事業を通し見えてきたこと）

【自身の健康状態の理解と丁寧でわかりやすい説明が大切】

- ・健診や医療機関を受診していても、健診時や医療機関受診時の話では自身の健康状態を理解できていない方が多くみられた。
- ・訪問時に健診結果や生活習慣病予防（動脈硬化予防）を視点に据えた経年表、その他説明資料を持参し、資料を見ながらお話することにより自身の健康状態を理解いただけた。
- ・自身の健康状態の把握と生活習慣を改善するか否かによる将来の様子の違いを理解いただくことによって、生活習慣の改善に取り組む方が多くみられた。
- ・可視化等によるわかりやすい説明が必要。
- ・家庭血圧記録をされた方には記録をグラフにし、可視化することにより変化をより感じていただけた。

【その他】

- ・住所を置いたまま子世帯等に居住している場合があり、連絡が取れないケースがある。
- ・訪問時に健診結果をもとに当村の保健師等が訪問することにより、訪問を受け入れやすいと感じた。
- ・KDB情報から医療機関受診状況、病名、治療状況について把握でき、治療、服薬の継続の必要性に繋げることができると感じた。

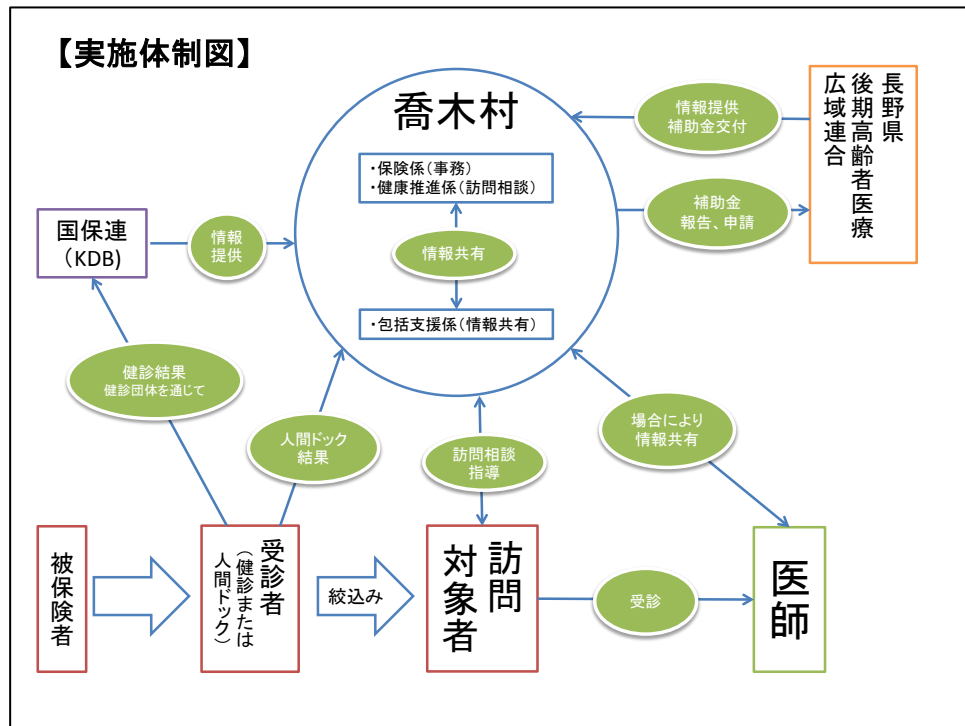
評価指標	達成状況
・保健指導参加率 ・2月末時点の検査値の変化	・参加者→ 95.7%（対象者47人中45人） ・該当項目別 - 血圧 → 83.3%維持・改善（該当者12人中10人） - HbA1c → 33.3% 維持・改善（該当者3人中1人） - LDL → 75% 維持・改善（該当者4人中3人） - 中性脂肪 → 0% 維持・改善（該当者3人中0人） - 尿蛋白 → 66.6% 維持・改善（該当者6人中4人） - e-GFR → 35.7% 維持・改善（該当者14人中5人） - メタボ該当 → 78.5% 維持・改善（該当者14中11人） - 心電図 → 76.9% 受診者（該当者16人中10人）
・未治療者の受診	・該当項目別 - 血圧 → 33.3%投薬開始者（未治療該当者6人中2人） - 心電図（要精検該当者10人中） → 20%治療開始2人 → 40%要経過観察4人

早期からの重症化を防ぐためには特定健診世代の生活習慣病予防が最優先だが、後期高齢者世代の方も健診結果などのデータを基に関わりを持つことにより、生活習慣病予防による重症化を遅らせることが可能であり、介護予防にも繋がると思われる。

ただ、そのためには予防活動の専門職による関りが必要となり、高齢化が急速に進む中でその専門職の育成、即戦力となる方の再掘、再雇用等が必要と思われる。

また、幼少期からの指導（食育等）もより必要であり重要であると考える。

【実施体制図】



⑨愛知県大府市＜栄養・包括的アセスメント＞（平成28・29年度）

人口：91,040人、被保険者数：8,988人

（人口は平成29年1月1日、被保険者数は平成29年6月1日時点）

愛知県大府市における栄養パトロールの取組（H29年度）

事業目的・背景

大府市の高齢化率は国に比較すればまだ低いものの、年々上昇しており、住み慣れた地域で最後まで安心して暮らせる健康寿命の延伸を目的に、低栄養とフレイルの重症化予防を行います。

具体的な取組内容

- 3か月を1クールとし、管理栄養士が4回訪問を実施
- ①案内文・健康アンケート発送（健康アンケートにMNA®-SF、基本チェックリスト含む）
 - ②健康アンケート回収（訪問①）
 - ③フィードバック（MNA®-SF12点以上は郵送、MNA®-SF11点以下は介入対象者として訪問②）
 - ④介入対象者へ介入説明と同意、栄養アセスメント（事前評価）（訪問②）
 - ⑤介入対象者の事前評価結果説明、栄養カウンセリング、栄養ケア計画書（セルフプラン）の作成（訪問③）
 - ⑥介入後の健康アンケート、栄養アセスメント（事後評価）（訪問④）
 - ⑦事後評価フィードバック（郵送）と継続フォロー者の選定

対象者抽出基準と対象者数、事業予定者と参加者数

抽出該当者：過去3年健診未受診者かつ過去5か月間内科系疾患等で医療機関を受診していない240人
健康アンケート回収人数：170人（回収率70.8%）
介入対象者：アンケート回収者のうちMNA®-SF11点以下67人
事業参加者：49人（介入対象者に対する介入率73.1%）
※ MNA®-SF12点以上で基本チェックリスト8点以上は保健師が介入

実施体制・予算

人材：事業担当／管理栄養士（3人）、事務職（1人）
国立長寿医療研究センター、医師会／医師（2人）、管理栄養士（2人）
大府市／管理栄養士（1人）、保健師（3人）
実施：訪問のべ522回（H29対象者とH27～H28継続フォロー者）
連絡調整会議8回、地域包括支援センターとの連絡会議5回
予算：総事業費4,000千円

医師会等との連携の工夫

多機関連携の基準を定めた。
医師会：専門的医療ケアが必要だと思われる人 保健師：受診勧奨しても医療に繋がらない人
地域包括支援センター：生活に問題があると思われる人 栄養ケア・ステーション：治療食など主治医の指示がある人
医師会にアンケート調査し、紹介可能医療機関名簿を作成した。
栄養ケア・ステーションについて医師会、地域包括支援センターに紹介した。

実施結果

評価指標	達成状況
低栄養の重症度が悪化した人の割合：目標値10%未満	2.8%
低栄養の要因がある人に対して他機関連携した割合：目標値100%	100%
介入中の新規介護サービス利用：5%未満	4.1%
介入中の低栄養、脱水、誤嚥性肺炎の入院者：目標値0人	0人

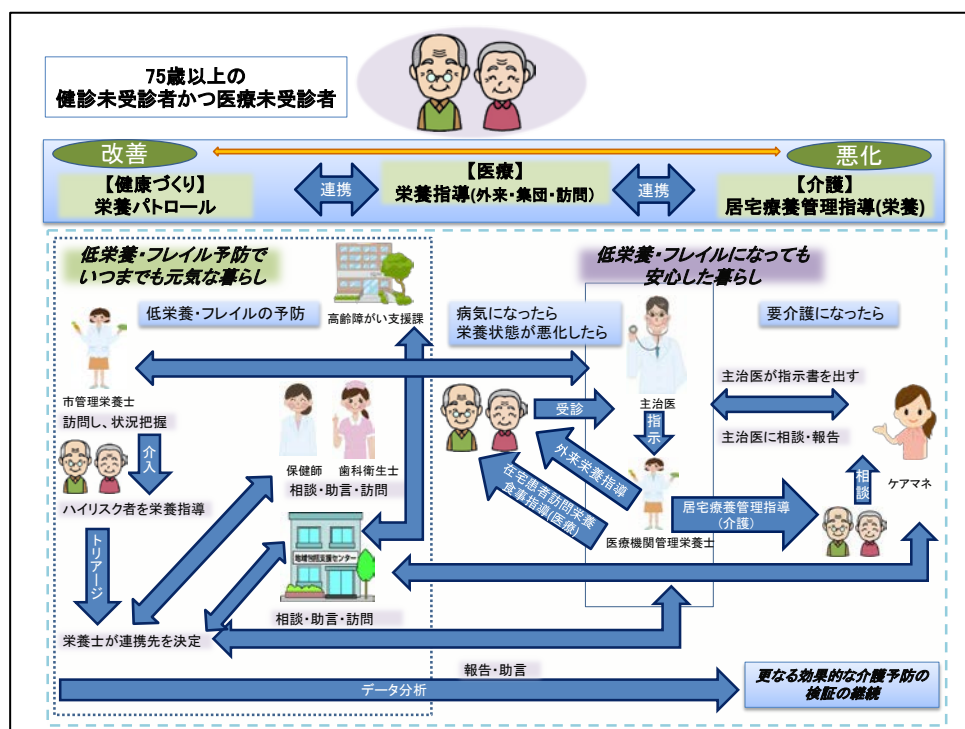
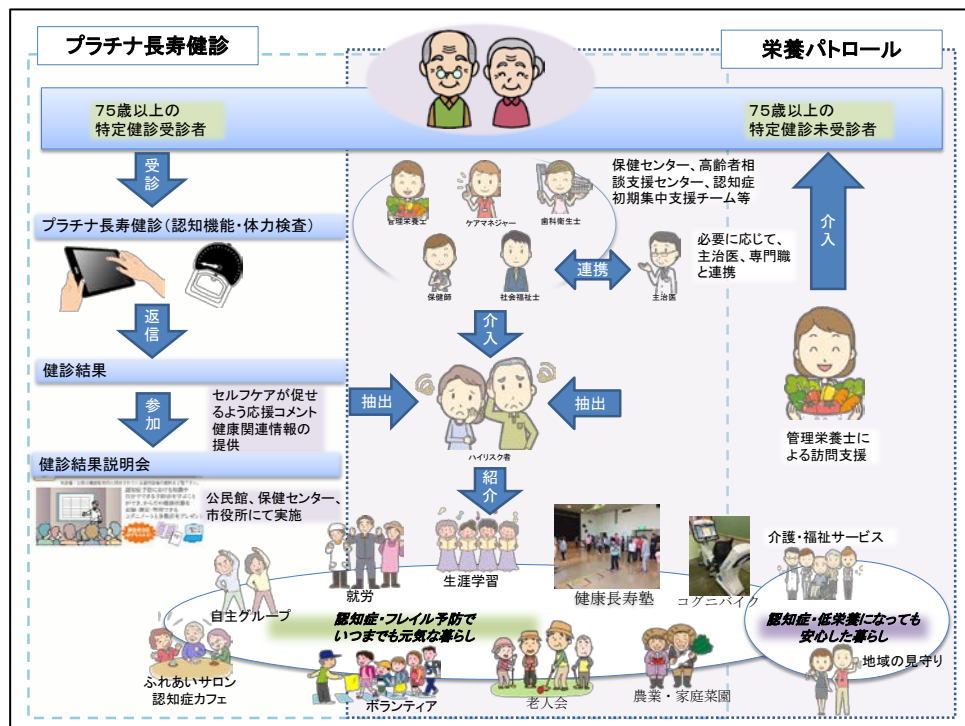
事前事後評価が完了できたのは35人でした。
栄養状態の評価は、介入前は低栄養4人（11.4%）、低栄養のおそれあり26人（74.3%）、栄養状態良好5人（14.3%）であったのに対し、介入後は低栄養1人（2.9%）、低栄養のおそれあり21人（60%）、栄養状態良好13人（37.1%）と低栄養と低栄養のおそれありが減少し、栄養状態良好が増加しました。

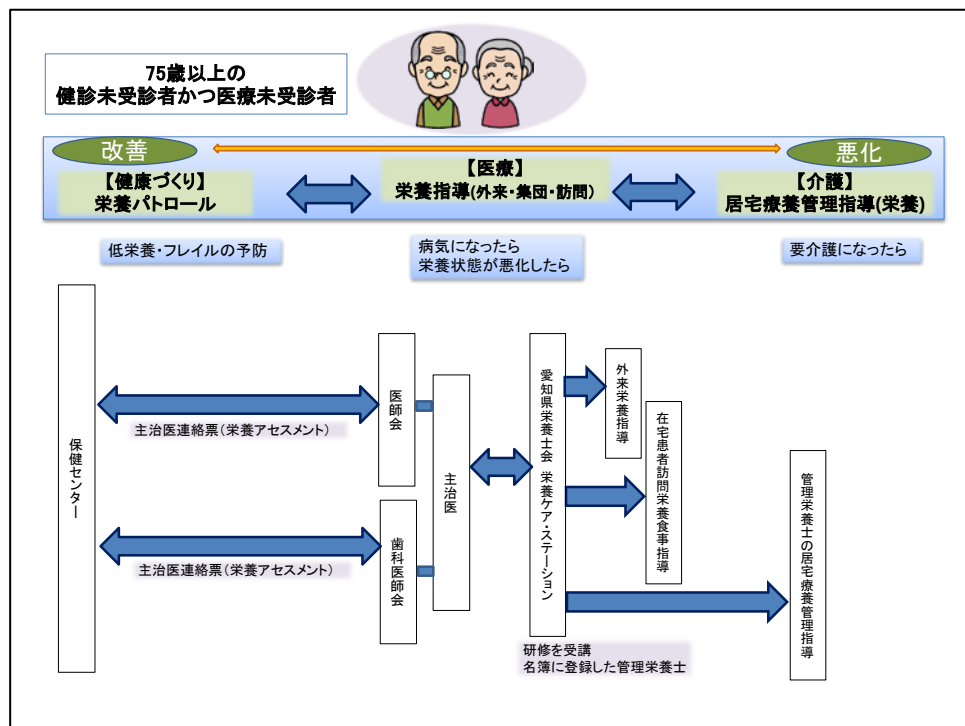
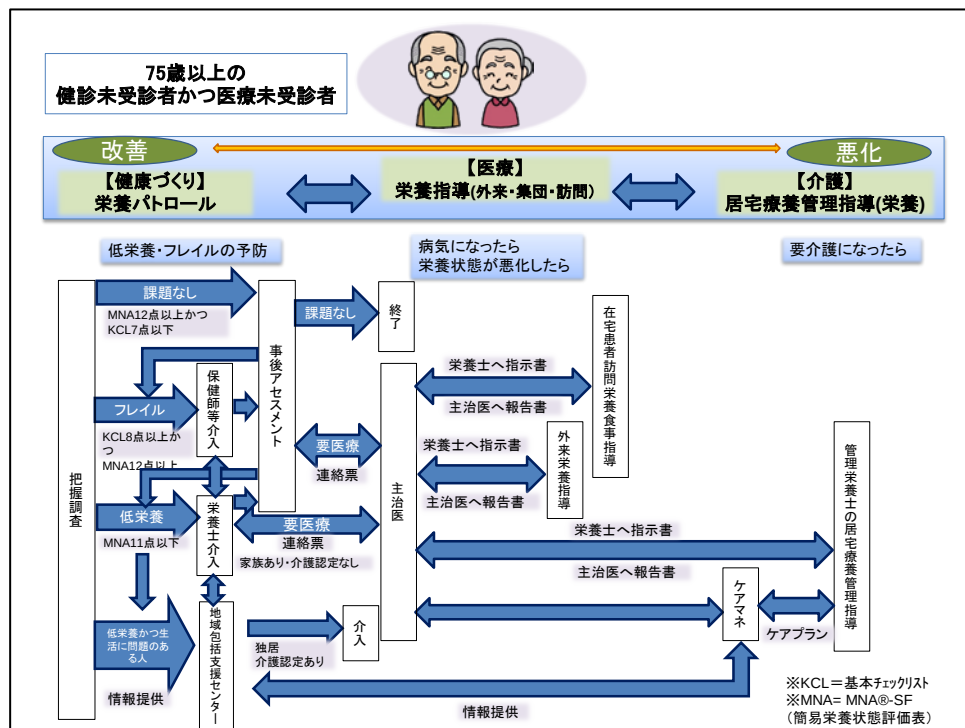
効果的に実施するためのポイント（モデル事業を通し見えてきたこと）

平成28年度より健診受診者を対象に認知機能検査を中心としたフレイルの早期発見のための「認知症予防健診（平成29年よりプラチナ長寿健診に改名）」を実施しています。しかし健診未受診者に対する取組はほとんど実施していなかったため、市民全体の健康づくりができるよう、栄養パトロールの対象者を健診未受診者とした。
管理栄養士だけでは対応できないケースがあり、関係機関との連携体制の構築が必要であった。

今後の展望

健診未受診者に対する健康状態の把握方法や介入方法の構築ができた。
また栄養パトロールを行うことで、低栄養の重症化予防及び改善に一定の効果も期待できることが分かった。
しかし既に重症化し管理栄養士だけでは対応できない市民を発見することも少なくない。医療や介護及び生活に問題があると思われる人の対策など関係機関との連携が必須であることが分かり、準備を進めている。
健康づくりとして市が行う「栄養パトロール」で低栄養を伴うフレイル予防でいつまでも元気に暮らしをめざす。しかし健康状態が悪化した場合は医療や介護と連携することで、低栄養を伴うフレイルになっても安心した暮らしをめざしていきたい。





<包括的アセスメント>（平成 28・29 年度）

愛知県大府市におけるプラチナ長寿健診の取組

事業目的・背景

大府市の高齢化率は国に比較すればまだ低いものの、年々上昇しており、住み慣れた地域で最後まで安心して暮らせる健康寿命の延伸を目的に、フレイルの早期発見と重症化予防を行います。

具体的な取組内容

後期高齢者健康診査受診者を対象に、認知機能や身体的フレイルを客観的に評価するプラチナ長寿健診を実施する。受診者には、結果を返し、後日結果説明会を開催する。また、健診結果よりハイリスク者を抽出し、保健師が訪問し、詳細なアセスメントと必要に応じて継続フォローを実施する。

- ①対象者の把握
- ②対象へ、個別案内通知
- ③予約受付
- ④プラチナ長寿健診実施（認知機能・握力・歩行速度）
- ⑤結果返送（郵送）
- ⑥結果説明会開催
- ⑦ハイリスク者抽出
- ⑧ハイリスク者フォロー

対象者抽出基準と対象者数、事業予定者と参加者数

抽出該当者：後期高齢者健康診査受診者 3,558名
事業参加者：1,396名（参加率 39.2%）

実施体制・予算

人材：国立長寿医療研究センター 研究員（5人）、研究補助員（6人）、認知症予防スタッフ（36人）
大府市／保健師（4人）
実施：プラチナ長寿健診（18回／年）結果説明会（16回／年）
関係者定例会議（10回／年）実務者打合せ（5回／年）
予算：総事業費6,598千円

医師会等との連携の工夫

医師会にアンケート調査し、紹介可能医療機関名簿を作成した。

実施結果

評価指標	達成状況
参加者数（参加率）	1,396人（39.2%）
前年度継続受診者数	502人（2016年度参加者1020名に占める リピート率 49.2%）
説明会参加者数	645人（参加者1,396人の46.2%）
ハイリスク者数（要介護認定者含）	身体的フレイル83人 6.5% 認知的フレイル81人 5.9% 社会的フレイル307人 22.0%
ハイリスクフォロー者数（認知的フレイルのうち、要介護認定者除）	56人 4.0%

後期高齢者健康診査にプラスして、認知機能や身体的フレイルに注目したチェックをより短時間で行うことができる仕組みを構築してきた。継続して健診を受診し、積極的にセルフケアを行うことで、機能の維持・改善を促すことができる仕組みとなっている。

効果的に実施するためのポイント（モデル事業を通し見えてきたこと）

より多くの市民に健診を受診してもらう必要がある。健康診査同様、年1回プラチナ長寿健診を受診するという意識が持てるよう、啓発活動も積極的にやっていく必要がある。

今後の展望

認知機能、身体機能についてのフレイル早期発見のためのスクリーニング方法とフォロー体制の構築をすることができた。自身の健康状態を把握してもらい、既存の社会資源等を活用しながら、セルフケアを積極的に行うことで、市民一人ひとりがフレイル予防・フレイル改善に取り組み、市民全体の健康状態の向上を目指していきたい。

⑩三重県津市＜栄養＞（平成 28・29 年度）

人口：281,745 人、被保険者数：40,624 人

（人口は平成 29 年 1 月 1 日、被保険者数は平成 29 年 6 月 1 日時点）

三重県津市における栄養指導の取組

事業目的

高齢者の低栄養・フレイル・生活習慣病等の重症化を予防し、健康寿命の延伸をすることで、高齢者が住み慣れた家、地域で暮らし続けられるように支援する。

具体的な取組内容

【これまでの取り組み】

①個別栄養支援

- 集会所等に巡回栄養相談窓口を設け、保健師・管理栄養士・歯科衛生士等による相談を実施
窓口に来れない人には訪問して相談を実施（必要時、主治医、地域包括支援センター等と連携）
- ・栄養スクリーニング・栄養アセスメント 健康状態、受診や服薬の状況、生活習慣等の確認
握力、体重等の測定
- ・栄養ケア計画の作成 対象者の望む暮らしを支援するための個別栄養ケア計画を作成
- ・栄養モニタリング 月 1 回、3 か月間の栄養相談
- ・栄養ケア計画の事後評価 栄養アセスメントと同じ内容を実施し事前事後の評価をする

②地域栄養ケア支援

地域住民、地域包括支援センター、社会福祉協議会、医師、管理栄養士、歯科衛生士、保健師等による地域栄養ケア会議を開催し、個別栄養支援で把握した課題や地域住民との意見交換から、地域の栄養課題を抽出し、改善に向けた検討を行う。

③人材育成

民生児童委員、ヘルスボランティア等に対して、地域住民同士が見守り、支援できるよう研修会を行う

具体的な取組内容

【現在の取り組み】

①個別栄養支援

- 地域のサロンや元気づくり教室、老人クラブ等の高齢者の集まり等において、栄養パトロールチェックと保健師・管理栄養士・歯科衛生士による健康教育を行う。
- 集まりに参加しない人や地域からの情報により把握した人は、訪問で相談を実施する。
（必要時、主治医、地域包括支援センター等と連携）
- 栄養パトロールチェックは、年 2 回実施し前後の評価を行う。
- ・栄養パトロールチェックの内容
 - ⇒ 家族構成、現病歴や生活歴等の基本情報、フレイルリスク（握力等）、低栄養リスク（体重・BMI）、血圧、主観的健康観、栄養パトロールチェックシート、基本チェックリスト
- ※各チェックから、低栄養やフレイルリスクが高い人、生活習慣病の重症化リスクが高い人には、保健師・管理栄養士・歯科衛生士等が個別で相談や支援を行う。

②地域栄養ケア支援

地域住民、地域包括支援センター、社会福祉協議会、医師、管理栄養士、歯科衛生士、保健師等による地域栄養ケア会議を開催し、個別栄養支援で把握した課題や地域住民との意見交換から、地域の栄養課題を抽出し、改善に向けた検討を行う

個別栄養支援で把握した課題や平成 28 年度に取り組んだ地域栄養ケア会議から、地域のニーズとして男の健康料理教室と健康体操教室を実施。

③人材育成

民生児童委員、ヘルスボランティア等に対して、地域住民同士が見守り、支援できるよう研修会を行う。

地域の高齢者に関わる専門職を対象に、低栄養やフレイル予防の視点を取り入れて高齢者に関わることができるよう人材育成研修会を 2 回実施。低栄養やフレイル予防の視点をまとめた冊子を作成。

対象者・指導実施者

老人クラブ・地域のサロン・健診事後健康相談等の参加者 90人（H28.12月末現在）
介護予防教室や地域のサロン等の参加者 137人（H30.2月末現在）

実施体制・予算

市保健師と委託管理栄養士・委託歯科衛生士が相談・訪問を実施

関係機関との連携

- ・医療や介護が必要な場合は、主治医や地域包括支援センター等に情報提供の連絡をする
- ・必要時、総合事業における介護予防・生活支援サービス、一般介護予防事業の利用案内をする
- ・地域栄養ケア会議への参加

実施結果

【これまでの取り組み】

①個別栄養支援

- ・体重・食欲・毎日食べる食材数・便秘の改善・転倒回数・BMI等の項目において、事前事後の評価をした
- ・アンケート結果から食生活等に対する意識の変化を評価した

②地域栄養ケア支援

- ・地域栄養ケア会議を1回実施。
- ・地域の課題：「一人暮らし高齢者の食生活の乱れ」「一人暮らしの人の見守りが必要」「男の人が出ていく場を作る」
 - ⇒高齢者の食生活を見守る人を増やすことを目的に研修会を実施（③の人材育成）
 - ⇒男の健康料理教室をヘルスボランティアが主体となり3回開催
 - 今まで料理をしなかったが家で作るようになった、みんなで一緒に作って食べると楽しくおいしく食べられる、家で食べるより量をたくさん食べられた、今まで話したことがない人と交流ができた等の感想あり

③人材育成

- ・高齢者の食生活や暮らしの見守りをする人を増やすため、テキストを作成
- ・民生児童委員を対象に事業説明を1回実施、事業協力のための研修会を2回開催
- ・地域住民、民生児童委員、ヘルスボランティア等を対象に地域の見守り研修会を2回開催

実施結果

【現在の取り組み】

①個別栄養支援

- ・体重、BMI、基本チェックリスト等の項目において、事前事後の評価をした

②地域栄養ケア支援

- ・男の健康料理教室を1回実施。
- ・健康体操教室を月1回実施。

③人材育成

- ・高齢者の食生活や暮らしの見守りをする人を増やすための冊子を作成し、個別栄養支援参加者に配布した。
- ・地域の高齢者に関わる専門職を対象に、低栄養やフレイル予防の視点を取り入れて高齢者に関わることができるよう人材育成研修会を2回実施した。

効果的に実施するためのポイント（モデル事業を通し見えてきたこと）

- ・低栄養やフレイルのリスクが低い人でも、転倒や体調不良等をきっかけに急に支援が必要になるケースがある。早期発見し重症化させないためには、地域の見守り体制が必要である。
- ・一人暮らし高齢者より、子どもや孫と同居する高齢者の方が低栄養リスクが高い場合がある。世帯全員へのアプローチが必要である。
- ・高齢者本人からの聞き取りを行うだけでは、疾患名や服薬状況が正確に把握できない。また、健診の結果等のデータ等も含めて後期高齢者医療広域連合との連携が必要である。
- ・地域住民が主体的に低栄養・フレイル予防、生活習慣病の重症化予防等ができるようフォローアップが必要である。
- ・地域住民同士の見守り活動を広げていくために、フォローアップ研修が必要である。
- ・男の健康料理教室と健康体操教室が住民主体で実施できるように、継続支援が必要である。
- ・地域の見守り体制を構築するために、地域住民と一緒に考え行動していく。
- ・地域住民に対し、予防の視点で包括支援センターや社会福祉協議会と一緒に関わることで、高齢者の健康づくりを進めていく。
- ・サロン世話人、民生委員、ヘルスポランティア等にフレイル予防の冊子を活用して、地域の見守り活動を広めていくことが必要である。
- ・専門職が、低栄養やフレイル予防の視点を取り入れて高齢者に関わることができるようにする必要がある。
- ・低栄養やフレイルのリスクが高い、あるいはその状態になっている人に対しては、重症化しないよう関係機関との連携を速やかに行う必要がある。

⑪三重県桑名市＜服薬＞（平成 28・29 年度）

人口：143,080 人、被保険者数：17,038 人

（人口は平成 29 年 1 月 1 日、被保険者数は平成 29 年 6 月 1 日時点）

三重県桑名市における服薬指導の取組

事業目的・背景

○桑名市では、フレイル（虚弱）傾向にある高齢者に対する問題（転倒、閉じこもり、認知機能低下等）の増加が目立ち、社会問題になりつつある。5 種類以上の服用は転倒などのリスクを上げるため、薬学的な視点からフレイルに対する取り組みを桑名地区薬剤師会に委託して行う。

○薬剤の服薬状況や残薬状況を評価し、「①多剤（5 種類以上）併用にある高齢者の抑制②飲み残り薬の削減③転倒予防による医療適正化④転倒リスク軽減」について事業の開始前と後で傾向の確認をすることを目的とする。

具体的な取組内容

①後期高齢者を対象に、出張型の教室・相談会を日常生活圏域6か所で各 2 回（6 月～2 月の間で全部で 12 回）開催する。測定（身長・体重、握力、歩行速度）によりフレイル状況を確認し、薬剤師による講話と個別相談会にて外出頻度、服用薬剤を確認した上で、服用方法についてアドバイスをする。

②平成 27 年度桑名市日常生活圏域ニーズ調査より Fall Risk Index が 6 点以上の人と設定し、転倒リスクを把握した上で、案内ハガキを送付する。個別訪問は服用薬剤について相談を希望された後期高齢者宅を 2 回訪問する。

③①②とも服用薬剤と服用方法を確認し、医師へ情報提供を行うと共に転倒リスクを高める薬剤の情報提供を行う。

対象者抽出基準と対象者数、事業予定者と参加者数

抽出基準：桑名市日常生活圏域ニーズ調査より Fall Risk Index が 6 点以上を抽出。

	はい	いいえ
この 1 年間に転んだことがありますか	5 点	0 点
背中が丸くなってきましたか	2 点	0 点
以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか	2 点	0 点
杖を使っていますか	2 点	0 点
現在、医師の処方した薬を何種類飲んでいますか	「5 種類以上」：2 点	

対象者数：1,396 人（被保険者数：16,518 人）

事業予定者数：200 人

参加者数：健康お薬相談教室 56 人

健康お薬訪問相談 74 人（2 回訪問 54 人、1 回のみ訪問 20 人）

実施体制・予算

人材：薬剤師 33 人、歯科衛生士 1 人、保健師 1 人、看護師 1 人、管理栄養士 2 人

実施：訪問のべ 128 回、連絡調整会議 6 回、打合せ 14 回、研修 2 回

予算：総事業費 2,150 千円

薬剤師会や医師会等との連携の工夫

- 事前に訪問服薬指導の取り組みについて、医師会から各医師へ周知して頂いた。
- 薬剤師が作成した情報提供用紙は、原則、医師へ提出し、処方内容を検討して頂いた。
- 薬剤師の訪問時に地域包括支援センターの職員やケアマネジャーにも同行して頂いた。

実施結果

評価指標	達成状況
・3カ月後の服薬錠数の変化	・平均服薬錠数 8.31錠 → 7.06錠
・3カ月後の残薬数の変化	・平均残薬数67.1錠 → 12.7錠
・3カ月後の重複薬剤件数の変化	・重複薬剤数55件 → 9件
・3カ月後のFRIの変化	・平均FRI 7.06 → 6.46

<自由記載欄>

- ・参加者は、54人/1500人（3.6%）
- ・情報提供後の処方変更率は30.8%
- ・3カ月前後の平均薬剤錠数やF R Iは、有意差なし。

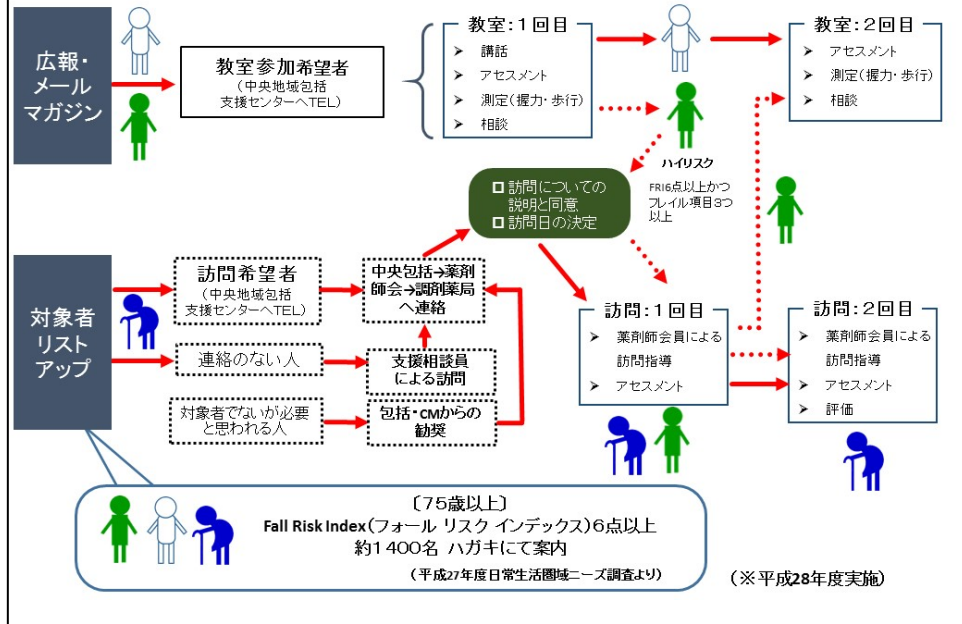
効果的に実施するためのポイント（モデル事業を通し見えてきたこと）

- 生活習慣によっては、服用回数を守ることが出来ない場合もある。
そのため、訪問での生活習慣の把握による服用方法の提案は、残薬を減らすことが出来る。
- 薬剤師が介入していない薬物治療では、患者の副作用に対する知識が少なく、自己判断による服薬中断に至るケースも散見された。
- 患者個々によって、必要な薬物治療が異なるため、単純に処方薬剤を減らすことが出来ない場合が多かった。そのため、医師と連携し、長期的に処方内容の見直しを行っていく必要があると思われる。

今後の展望

処方薬剤数だけでなく、処方内容の複雑さや患者の服薬管理能力についても注目し、適切な薬物治療を推進していく。

桑名市健康お薬訪問事業の流れ



⑫滋賀県竜王町＜口腔＞（平成 28・29 年度）

人口：12,314 人、被保険者数：1,455 人

（人口は平成 29 年 1 月 1 日、被保険者数は平成 29 年 6 月 1 日時点）

滋賀県竜王町における口腔指導の取組

事業目的

口腔ケアの推進を図ることにより、誤嚥性肺炎の予防に寄与するとともに、口腔体操等を指導・普及させ口腔機能の向上と効果的な栄養摂取を図り、高齢者の健康保持・増進、QOLの向上に寄与する。

具体的な取組内容

歯科医師・歯科衛生士による個別訪問指導を実施
関係者へ情報提供し、対象者のケアプランに反映させる

訪問実施：口腔ケアに関する問診、口腔内調査
口腔ケアや発語訓練や嚥部、唾液腺のマッサージ、舌のマッサージ等を行う。
事後：調査に基づき、口腔ケアの受給状況や推奨する口腔ケアプランなどを示した口腔情報提供書を対象者ごとに作成
担当ケアマネジャーや介護関係者、家族へ情報提供
対象者が治療を要する場合には、かかりつけ歯科医師に連絡
対象者が特別養護老人ホーム施設入所者である場合は介護担当者等に対象者の口腔内の問題点を教示し口腔ケアの実技指導

対象者・指導実施者

※入院、施設入所者は除く

要介護度（2～5）の者（96名）のうち、
事業へ調査協力いただける被保険者（64名）を訪問指導（平成30年2月27日現在）

実施体制・予算

人材：歯科医師（1名）、歯科衛生士（2名）、事務職（1名）
実施：訪問のべ64回、連絡調整会議2回、
研修2回（平成30年2月27日現在のH29年度実績）
予算：1,844千円（平成29年度 事業費補助金交付額）

関係機関との連携の工夫

- ・作成した口腔情報提供書を担当ケアマネジャーや介護関係者、家族へ情報提供し、ケアプラン作成の参考にしていただいている。
- ・デイサービス、ヘルパー等の連絡帳に指導や治療内容を記載し、関係者間で情報共有している。
- ・訪問調査の結果、歯科医療が必要な者、歯科専門職による継続的な居宅療養管理が必要な者には、かかりつけ歯科医師あるいは治療を希望する歯科医師に直接連絡をとり歯科医療、歯科専門職による定期的な口腔ケアにつなげている。竜王町歯科医師会の歯科医師にも事業について理解協力を得ている。

実施結果

【事例】男性80歳 要介護度5 主な介護者：妻
（調査時の状態）残存歯は2本、義歯の使用はなく咀嚼障害を認める。口腔衛生状況は不良。流涎、むせ等、嚥下障害を認める。食事がなかなかすすまなくなり食事の時間がかかるようになってきた。

（指導内容） 介助者に口腔清掃を指導。食事時の姿勢、食事介助、食形態を指導。かかりつけ歯科医に連携し定期的な訪問治療、リハに繋げた。

（受診後の結果）スムーズな嚥下ができるようになり明らかなQOLの改善が認められた。

（生活の変化） 家人からは「食事にかかる時間が減った。介助が楽になった。」と感想をいただいた。

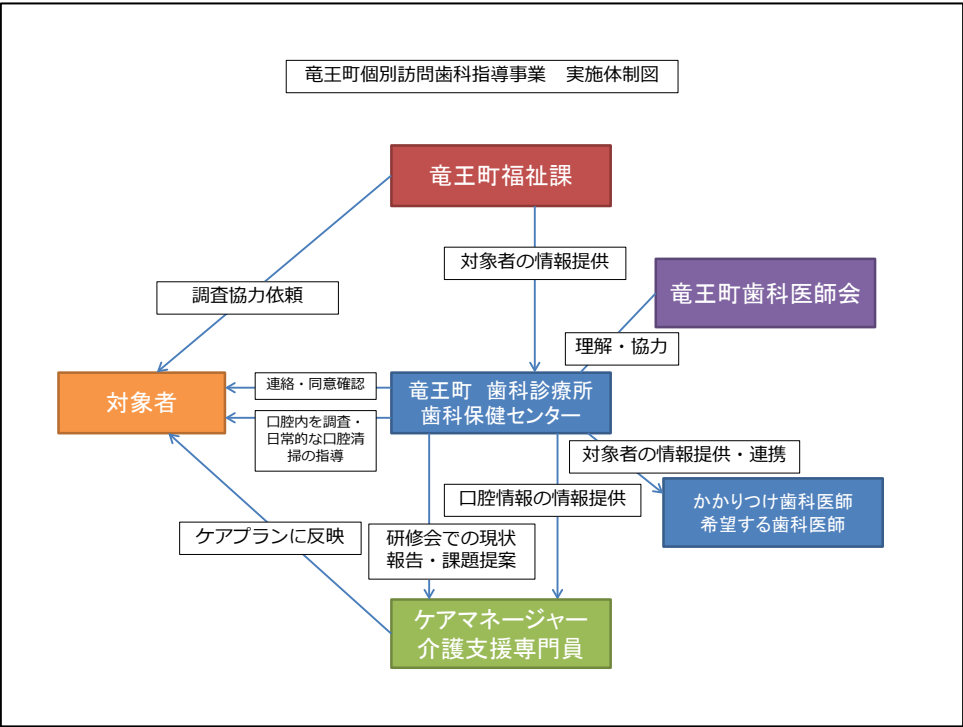
他にも100歳の方で義歯が合わなくなり使用をやめていた方に歯科受診をすすめ義歯の修理を行うことで咀嚼状態の向上に繋がった。

【レセプトデータから】

竜王町では後期高齢者の自治体別の肺炎受診者数（H28年2月～H29年1月）をみるとレセプト件数／被保険者の指数は[7.23]で県内同規模の町[平均7.41]と比較すると肺炎の件数は少ない。訪問指導による誤嚥性肺炎の予防が図られたことが示唆される。

効果的に実施するためのポイント（モデル事業を通し見えてきたこと）

- ・被保険者だけではなく、家族や周囲の理解や協力があってこそ効果的な口腔指導、調査が可能となる。
- ・歯科医師会や介護支援専門員との連携や理解を得られることで、対象者の事後フォローもスムーズに行える。
- ・現在の体制では近い将来に人員不足となるので、口腔情報を多くの職種で共有し、訪問歯科診療につなげていく必要がある。



口腔情報提供書 竜王ケアマネジャー ○○○○介護支援事業所 属 調査日平成29年12月7日

1. 歯科医療・口腔ケアの実施状況

① 歯科医療機関への受診(歯科診療機関) 竜王町歯科診療所
② 歯科医療機関への受診(歯科診療機関) 平成27年1月1日現在受診中
③ 訪問歯科診療の状況(歯科診療機関) 竜王町個別訪問歯科診療所
④ 過去に利用(歯科診療) ○現在利用中(年度/月)
⑤ 訪問口腔ケアの利用(歯科診療機関) ○現在利用中(年度/月)
⑥ 過去に利用(歯科診療) ○現在利用中(年度/月)

2. 口腔の状況

① 口腔ケア担当者 竜王花子
② 歯の状況 歯の健康 あり(4本) 歯の健康のしるし(歯肉) あり(2本)
③ 歯肉の状況 歯肉の健康 あり(上唇 下唇)
④ その他、口腔の状況(歯肉の炎症、歯の痛み、口内炎、口唇乾燥、口唇皸裂等) あり(下唇乾燥、歯肉の炎症、歯の痛み、口内炎、口唇乾燥、口唇皸裂等)
⑤ 口腔の清潔状況 歯 不潔 歯肉 不潔 口腔乾燥 不潔 口臭 あり
⑥ 口腔ケアの自立度 自立 自立 自立 自立 自立 自立
⑦ 口腔ケアの自立度(自立) あり(口腔ケア、口腔ケア、口腔ケア、口腔ケア、口腔ケア、口腔ケア)

3. 実施する口腔ケアプラン/歯科診療プラン

口腔ケアプラン(介護支援事業所)

口腔ケアプラン(介護支援事業所)	ケアプラン	口腔ケアプラン	年度	担当職員
口腔ケアプラン(介護支援事業所)	口腔ケアプラン(介護支援事業所)	口腔ケアプラン(介護支援事業所)	2/3M	歯科衛生士
口腔ケアプラン(介護支援事業所)	口腔ケアプラン(介護支援事業所)	口腔ケアプラン(介護支援事業所)	2/3M	歯科衛生士

4. 歯科診療プラン(歯科診療機関)

口腔ケアプラン(介護支援事業所)	ケアプラン	口腔ケアプラン	年度	担当職員
口腔ケアプラン(介護支援事業所)	口腔ケアプラン(介護支援事業所)	口腔ケアプラン(介護支援事業所)	2/3M	歯科衛生士
口腔ケアプラン(介護支援事業所)	口腔ケアプラン(介護支援事業所)	口腔ケアプラン(介護支援事業所)	2/3M	歯科衛生士

竜王町歯科保健センター

No. (入力)

担当ケアマネジャー

さま

さんの現在の様子（☐ 以前の状況）を記入し、
電3町資料診療所または医療福祉課まで送付して下さい。

・現在の体重は？

_____kg

・現在どちらにおられますか？

在宅 入院中 施設入所 死亡

・肺炎の発症について（2～3ヵ月の状況）

肺炎で入院した 肺炎を度々繰り返す 肺炎に一度かかった 肺炎にかかっていない

・呼吸状態について

何でも吸める 吸らぬものは吸める 吸みにくい 吸めない

・嚥下状態について

問題なく飲める 水分で咽やむせる 水分で嚥下にむせる
水分以外でもとどきむせる 水分以外で嚥下にむせる 飲み込めない

・日常生活について（スポンジブラシでの清掃も含む）

介護者（本人）が毎日する 時々する していない デイやショートに任せている

・嚥下状態について

介護者（本人）が毎日する 時々する していない デイやショートに任せている
嚥下は使用していない

・うがい状況

毎日する 一日一回はする 時々する していない デイやショートに任せている 不明

・嚥下状態について

毎日する 時々する していない デイやショートに任せている

・その他気になることがあればお知らせ下さい

ご協力ありがとうございました。口絵のことで情報等がなければお電話に連絡ください。
医療 電3町資料診療センター 資料衛生士 Tel. Fax)

⑬大阪府大阪狭山市＜複合的取組＞（平成 28・29 年度）

人口：58,038 人、被保険者数：7,124 人

（人口は平成 29 年 1 月 1 日、被保険者数は平成 29 年 6 月 1 日時点）

大阪府大阪狭山市における複合的取組

事業目的

専門職が訪問することにより、低栄養や筋力低下などを予防し、要介護状態を予防する。

具体的な取組内容

看護師、保健師による訪問指導実施

事前訪問：健康課題の把握（日常生活評価票の活用）
訪問実施：一般の健康状態、受診状況、服薬状況、検査結果などの確認
健康に関する相談
個々の健康課題に関する目標の設定
12か月後：目標達成状況の確認
追加助言の実施
・月に1回訪問担当者によるカンファレンス実施
（必要時主治医、民生委員、地域包括センター等と連携）



対象者・指導実施者

・ひとり暮らし高齢者台帳のうち、75歳以上で要介護（支援）認定のない人501人（平成27年度）
⇒看護師、保健師が、本人もしくは民生委員に電話で状況を確認
新たに健康管理上や介護予防の観点から専門職の訪問指導が必要と判断した人 35人
（判断基準：健康状態、受診状況、外出状況、健康に関する不安の有無等）
⇒うち、訪問指導を実施した人 6人（新規：17.1%）
訪問継続中の人 18人
民生委員からの訪問依頼等その他訪問継続者 7人
被訪問指導実施者数 合計 31人

実施体制・予算

人材：非常勤看護師（実3人、のべ260人）、保健師8人（常勤6人、嘱託2人）、嘱託歯科衛生士1人、嘱託管理栄養士1人
実施：訪問のべ313回（看護師297回、保健師16回）、所内訪問担当者によるカンファレンス12回
予算：総事業費2,482千円

関係機関との連携

高齢者訪問指導実施申請書により、主治医などの情報と関係機関へ情報提供することの同意をとっており、必要時に保健師、看護師より主治医、関係機関へ連絡を入れている。

実施結果

＜事例①＞

・健康状態や日常行動の変化に早期に気づき、医療や地域包括支援センターに早期に繋ぐことができた

＜事例②＞

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

初回訪問時の日常生活評価票をもとに評価する（予定）検証時期：平成29年3月
（新規訪問者は訪問開始から6か月後）

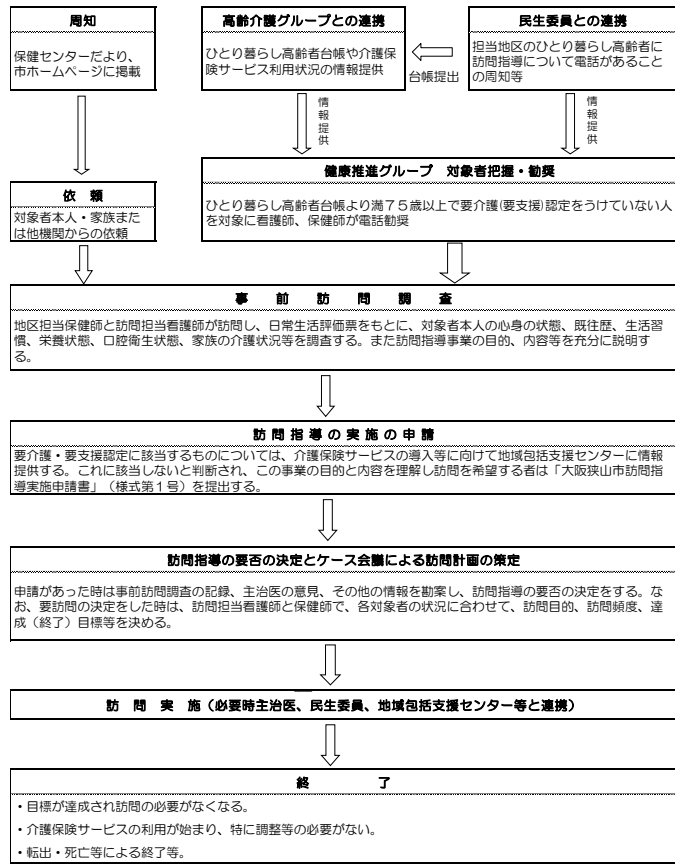
＜評価指標＞

身体状態（体重、血圧、検査結果など）、健診結果、医療状況（受診状況、服薬状況）、日常生活能力、栄養、口腔衛生状態、家族の状況等を改善、現状維持、悪化で総合的に評価する

効果的に実施するためのポイント（モデル事業を通し見えてきたこと）

・ひとり暮らし高齢者台帳から、電話での聞き取りにより、訪問指導の必要性を判断する基準のマニュアル化が必要。
・どのくらいの頻度、期間をフォローするか基準を設定しなければならない。
・対象者の選定、事業評価の時期や指標の設定が課題であり、後期高齢者医療広域連合からの医療データ等の提供など連携した実施が必要。

大阪狭山市高齢者訪問指導の概要図



⑭鳥取県鳥取市＜重症化予防＞（平成 28・29 年度）

人口：190,960 人（H27 年度）、被保険者数：26,983 人

（人口は平成 29 年 1 月 1 日、被保険者数は平成 29 年 6 月 1 日時点）

鳥取県鳥取市における重症化予防の取組

事業目的

高齢者の特性を踏まえた訪問相談・指導等により、高齢者自身が健康管理に努めることができるよう支援し、生活習慣病の重症化や加齢による機能低下を防ぐ

具体的な取組内容

専門職による家庭訪問を実施し、対象者の特性（生活習慣（食事や運動、喫煙）、健診結果の推移等）に合わせた保健指導及び受療勧奨を実施

事前：健診結果より対象者を抽出

事後：継続的な指導等が必要な者については、3～4か月後を目途に2回以上訪問を実施

対象者・指導実施者

・健診結果から、高血圧、糖尿病、脂質異常、腎臓病の各リスクに該当する者（生活習慣病ハイリスク者）を抽出

・昨年度の健診結果から訪問・相談支援した人の中で未受療者を抽出

・高齢者健康診査の未受診者及び要指導者、相談希望者

【生活習慣病ハイリスク者抽出基準】

健診結果から、以下のいずれかに該当する者でかつ該当する生活習慣病に未受療者

「Ⅱ度高血圧以上、HbA1c 7.0又は空腹時血糖130以上、男性のLDL 180以上、尿蛋白2+以上」

関係機関との連携

訪問指導を実施し、介護サービス等に関するアドバイスなど総合的な相談・指導が必要と思われる場合は、地域包括支援センター等関係機関と連携を図り行っていく。

実施結果

＜事例＞

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

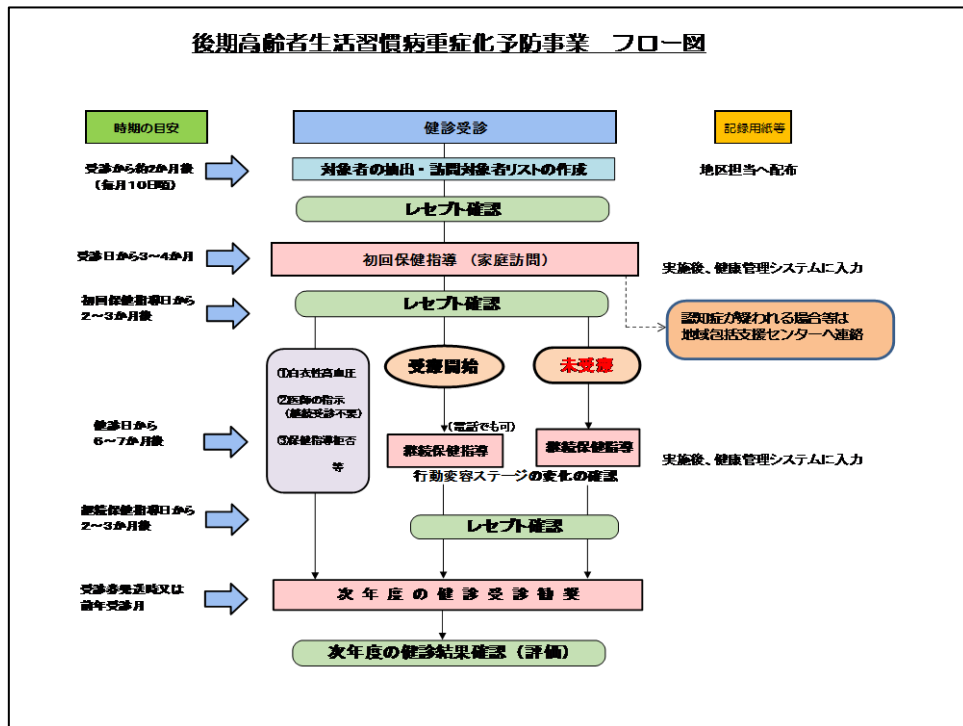
【評価指標】

- ・生活習慣病ハイリスク者が医療機関に受療する割合
- ・健診結果及び受療結果等による数値の改善状況
- ・生活（食事・運動）等の改善状況

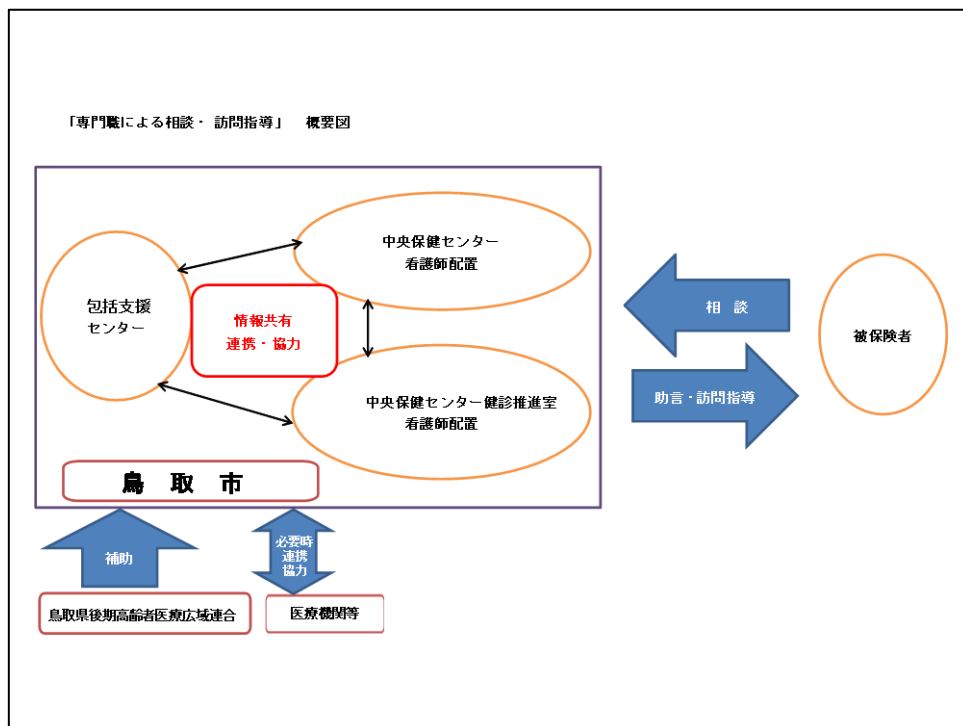
効果的に実施するためのポイント（モデル事業を通し見えてきたこと）

健診結果から訪問しているが、対象者は高齢ということもあり身近に健診結果をとらえることが難しいこともあり、個々の状況に合わせて（例えば、無理な生活改善の実施でフレイルの状態にならない）の支援より必要。

後期高齢者生活習慣病重症化予防事業 フロー図



「専門職による相談・訪問指導」 概要図



⑮高知県土佐清水市＜口腔＞（平成 28・29 年度）

人口：14,295 人、被保険者数：3,556 人

（人口は平成 29 年 1 月 1 日、被保険者数は平成 29 年 6 月 1 日時点）

高知県土佐清水市における口腔の取組

事業目的・背景

高齢になっても食えることや話す楽しみを持ち続け、元気でその人らしい生活が送れるよう口腔ケアの必要性等の相談支援、実技指導を実施する。

具体的な取組内容

歯科衛生士が訪問し、咀嚼機能等の機能面の確認や、舌苔、義歯や歯の汚れ等口腔状態の確認をする。確認項目からその人に見合った手入れ方法の提案や実技指導を実施する。必要があれば、電話連絡等を行い状況確認、受診勧奨を行う。医療に繋がらない場合は、かかりつけ医等に相談し助言をもらい、支援を行う。

対象者抽出基準と対象者数、事業予定者と参加者数

- ・地域包括支援センターが把握した今年度新規の介護認定要支援1、2の後期高齢者及び支援プラン実行中の後期高齢者。
- ・平成28年度歯科健診の結果、要指導・要精検（要治療）の後期高齢者。

事業予定者36名に対し、実施者数27名

実施体制・予算

人材：歯科衛生士（実人数1人）
実施：訪問のべ36回、歯科医療行政委員会1回
予算：総事業費145千円

医師会等との連携の工夫

1年に1回、土佐清水市が開催する歯科医療行政委員会にて、情報提供や助言を頂く。

実施結果

評価指標	達成状況
①舌苔、②歯の汚れ、③義歯の使用、④義歯の汚れ ⑤咀嚼機能 の確認を行い、治療等が必要とされた方 のうち、歯科医への受診勧奨や口腔対象の実施によっ て改善された率	①舌苔 改善率100% ②歯の汚れ 改善率67% ③義歯の使用 使用率63% ④義歯の汚れ 改善率83% ⑤咀嚼機能 異常なし100% ※2月末現在（訪問件数27件）

必要時、歯科医への受診勧奨、口腔体操の紹介を行い、改善率全て70%以上を目標とする。

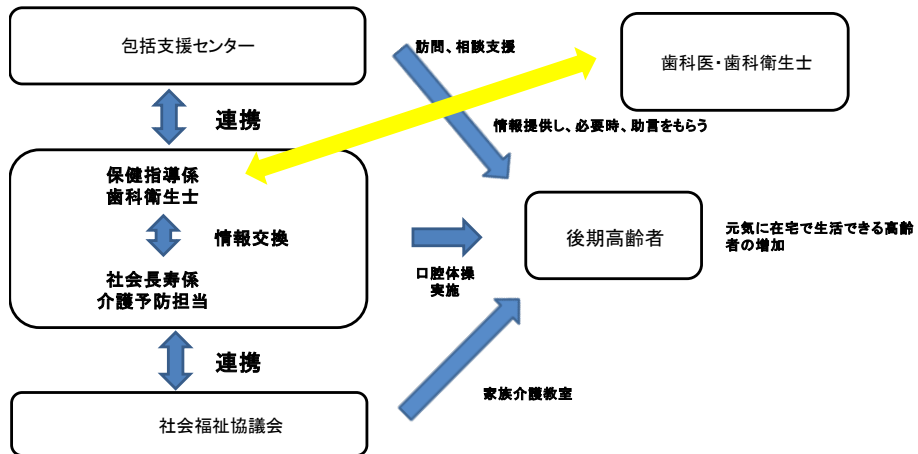
効果的に実施するためのポイント（モデル事業を通し見えてきたこと）

- ・歯科受診に繋がった。
- ・口腔内や義歯のお手入れ方法を本人や家族に伝えることができた。
- ・地域包括支援センターと連携し、困っている方への訪問ができた。

今後の展望

- ・来年度は、新たに介護認定要介護1の方の訪問も行う。
- ・引き続き、必要な方には歯科受診を促し歯科に繋げていく。また、訪問時に問題がない方には、後期高齢者歯科健診の受診勧奨を行う。

- 市役所内で情報交換を行い、包括支援センターと連携し後期高齢者への訪問及び相談支援
- 市の運動教室等での口腔ケアや口腔体操の実施
- 社会福祉協議会と連携し、家族介護教室で介護している方等への口腔ケア実施



⑯高知県黒潮町＜複合的取組＞（平成 29 年度）

人口：11,616 人、被保険者数：2,600 人

（人口は平成 29 年 1 月 1 日、被保険者数は平成 29 年 6 月 1 日時点）

高知県黒潮町における複合的取組

事業目的・背景

調剤薬局の薬剤師による保健指導を実施することで、被保険者の健康を守り自立を促進し、低栄養、筋量低下等による心身機能の低下の予防・生活習慣病等の重症化予防を図る。

具体的な取組内容

調剤薬局の薬剤師が、町内のあったかふれあいセンターへ月に1回赴き、参加同意のある対象者に対し、栄養状態等のチェックや保健指導を実施する。

対象者抽出基準と対象者数、事業予定者と参加者数

実施期間内に黒潮町に住所を有する高知県後期高齢者医療被保険者であり、目以下の基準に1つ以上該当する者

- ①BMIが20以下
 - ②体重が6ヵ月間に2～3kg減少または体重減少率3%以上
 - ③血中ヘモグロビン値が、男性12.7以下、女性11.6以下
 - ④総コレステロール値が、男性156以下、女性182以下
 - ⑤血清アルブミン値が、男性3.5以下、女性3.9以下
 - ⑥生活習慣病（高血圧・糖尿病・高脂血症）の重症化のおそれがある者
- ただし、医療や介護報酬によって重複する内容の管理や指導を受けている者は対象としない。

事業予定者40名に対し、参加者数40名

実施体制・予算

人材：薬剤師（実人数8人）、医師（実人数1人）、歯科医師（実人数2人）、栄養士（実人数1人）、事務職（実人数2人）
 実施：保健指導回数（1人につき3ヶ月に1回を目安）99回、スタートアップ説明会1回、保健指導検討会2回
 予算：総事業費3,081千円

医師会等との連携の工夫

- ・高知県薬剤師会幡多支部と事業委託契約を締結し、調剤薬局の薬剤師による保健指導を実施している。
- ・幡多医師会および高知県歯科医師会幡多支部に、薬剤師からの問い合わせや受診勧奨への対応、情報共有等への協力を文書で依頼した。
- ・薬剤師・医師・歯科医師が参加する保健指導検討会では、個別の指導内容や事業展開について、各専門職より助言・提言をいただいた。

実施結果

評価指標	達成状況
①体重増加者数・BMI改善者数 保健指導対象者の50%以上が食欲増進により体重増加（+1kg以上）若しくはBMIが1kg/mi以上改善する。 ②減業者数 栄養状態チェックによる服用薬の見直し（疑義紹介）により、多剤処方（5種類以上の処方）を受ける保健事業対象者の30%以上において1種類以上の減薬となる。 ③かかりつけ医や歯科への受診勧奨数に対する受診者数 保健指導対象の30%以上が受診勧奨によりかかりつけ医や歯科（検診・口腔ケア）を受診し、食事内容や口腔機能等が改善する。	①体重増加者数・BMI改善者数 …事業実施途中のため、算出不可。 ②保健指導による減業者数（H30.2月時点） …2人 ③かかりつけ医や歯科への受診勧奨数に対する受診者数（H30.2月時点） …受診勧奨数13人中、受診者数4人

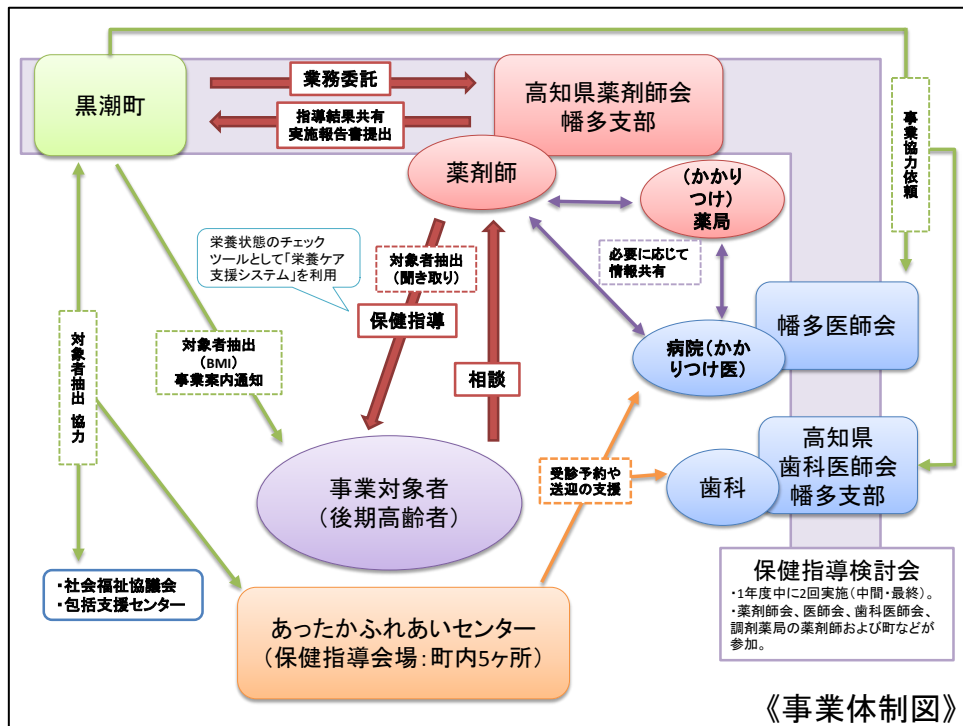
- ・めまいやふらつきがあった対象者（高血圧）について、かかりつけ医に血圧の薬の調整を依頼し、症状が改善した。
- ・保健指導を受けて、食生活の改善に取り組んだり、意欲向上が見られる人が多い。1日で食べた品目（肉、魚、緑黄色野菜等）に○をする「10食品群チェックシート」を途中から取り入れたことも、食生活改善・意欲向上につながった。
- ・歯科受診勧奨者の方でなくても、保健指導を受けるうちに歯科受診への意識が高まり、自主的に歯科受診する対象者が増えていく。
- ・あったかふれあいセンターの職員によると、保健指導のためにあったかふれあいセンターに通うことで、保健指導の日以外でもあったかふれあいセンターの集いに参加したり、もともと集いに参加していた方が身だしなみを整えたり、笑顔が増えるなど、対象者の社交性が向上している例もある。

効果的に実施するためのポイント（モデル事業を通し見えてきたこと）

- ・低栄養状態の改善は、短期間では効果が見えにくい。医療費適正化につなげるためには、長期的な視点を持って取り組む必要がある。そのためには、**第一に対象者本人の栄養・服薬への関心を高め、意欲向上を図ることが重要である。**
- ・対象者の健康状態を詳しく理解するには、服薬内容の確認や本人との会話だけでなく、**かかりつけ医・かかりつけ薬局との情報連携体制を強化しなければならない。**疾病や服用薬の処方目的を把握できれば、より効果的な保健指導につながる。
- ・医療機関への受診勧奨については、保健指導の実施場所であるあったかふれあいセンター職員の協力（受診予約や送迎の支援）により、受診につながっている。本人と専門職だけでなく、あったかふれあいセンターの職員や家族など、**周囲の協力が得られるかどうか**がポイントである。

今後の展望

- ・長期的な保健指導が必要な対象者については、**来年度以降も引き続き保健指導を実施予定。**一方で、新規対象者（特に、75～79歳までの比較的若い年齢層）の参加を募るため、実施会場の一部変更を検討中。
- ・今年度の実施結果を踏まえて、更なる**医療関係者間の情報連携体制の強化**を図る。また、町の保健師とも情報共有・連携が出来る体制を整える。
- ・業務委託については、事務的な部分は行政が担うなど、**役割分担の見直し**を図る。
- ・事業実施途中のため、数値での結果検証はまだ出ていないが、対象者の低栄養状態改善への意欲向上・社交性の向上など、数値では表せない効果も伺える。将来的に**フレイル予防・介護予防、医療費適正化に効果が表れることを期待して、この事業の継続的な実施に取り組む。**



⑰福岡県豊前市＜口腔＞（平成 28・29 年度）

人口：26,375 人、被保険者数：4,929 人

（人口は平成 29 年 1 月 1 日、被保険者数は平成 29 年 6 月 1 日時点）

福岡県豊前市における在宅歯科訪問事業の取組

事業目的・背景

「生涯現役社会づくり」へ向け、内科疾患重症化予防・運動機能維持向上・栄養状態改善等を行い、在宅高齢者のQOL向上を図る。

具体的な取組内容

歯科医師会・歯科大等の専門職による訪問

事前：市職員が内容を説明。アンケート用紙の配布。

当日：歯科医師2名、管理栄養士、歯科衛生士各1名の4人1組で訪問し、舌圧・口腔内細菌数検査・栄養調査(BDHQ)・InBody等の検査を実施し、指導・アドバイスをおこなう。対象者の口腔状況によりその後の予定を相談し、2回目からは、歯科衛生士のみで訪問し、対象者1人につき3ヶ月で最大10回程度の訪問。

事後：再度、上記の4名で訪問し、初回時と同様の検査をおこない、比較やアドバイスをおこなう。詳しい報告は後日、専門職員が実施。



対象者抽出基準と対象者数、事業予定者と参加者数

要介護1～3あるいは、要支援1・2で歯科受診レセプトが長期間(3年程度)無い人(N=264人)。加えて広報やケアマネからの紹介等で募集。合計参加者21人のうち8名が上記抽出者。

実施体制・予算

人材：歯科医師（歯科医師会・歯科大）8人、歯科衛生士7人、管理栄養士3人、事務職3人

実施：訪問のべ184回、連絡調整会議11回

予算：総事業費4,000千円

医師会等との連携の工夫

歯科医師会・歯科大等とは、月に1度のペースで会議を開き、事業について情報共有をおこなっている。医師会とは、事業開始時に事業の内容の説明をおこない、問題のある対象者がいたら、かかりつけ医に連絡をとるようにしている。

平成29年度は歯科医師会が、地域歯科医療連携室を設置し、地域からの相談を受ける体制となったため、事業終了後のアフターフォロー（市と同様事業）が可能となった。また、連携室への相談者のうち、市の事業対象者に該当すると思われる方については、事業参加を促す等の連絡を取り合うようにしている。

実施結果

評価指標	達成状況
・日常生活習慣の改善 ・3月後の検査値の変化	・抽出条件の参加者 → 3% (N=264人) ・検査値については、現在実施中

<自由記載欄>（昨年度事業より抜粋）

<事例①>

- ・口腔ケアの実施により、口臭が減少した。
- ・舌、口の体操により、頬の内側を噛まなくなり、飲み込みも改善した。
- ・ケアマネより口腔に係る居宅療養管理指導の利用を検討中との連絡あり。

効果的に実施するためのポイント（モデル事業を通し見えてきたこと）

- ・訪問時のみ、きれいにしておくのではなく、日常に取り入れる事が重要であることに、参加者自身に気付いてもらうこと。
- ・訪問期間が終了後、適切なセルフケアを継続し、口腔機能の維持向上を図るための技術を身につけてもらうこと。
- ・ケアマネジャーからの紹介や、自分の意思での参加者が多いので、健康づくりに興味の無い最も参加して欲しい層の参加が難しく、この層へ、どのようにアプローチをして、参加に結びつけることが出来るかが、ポイントとなってくる。

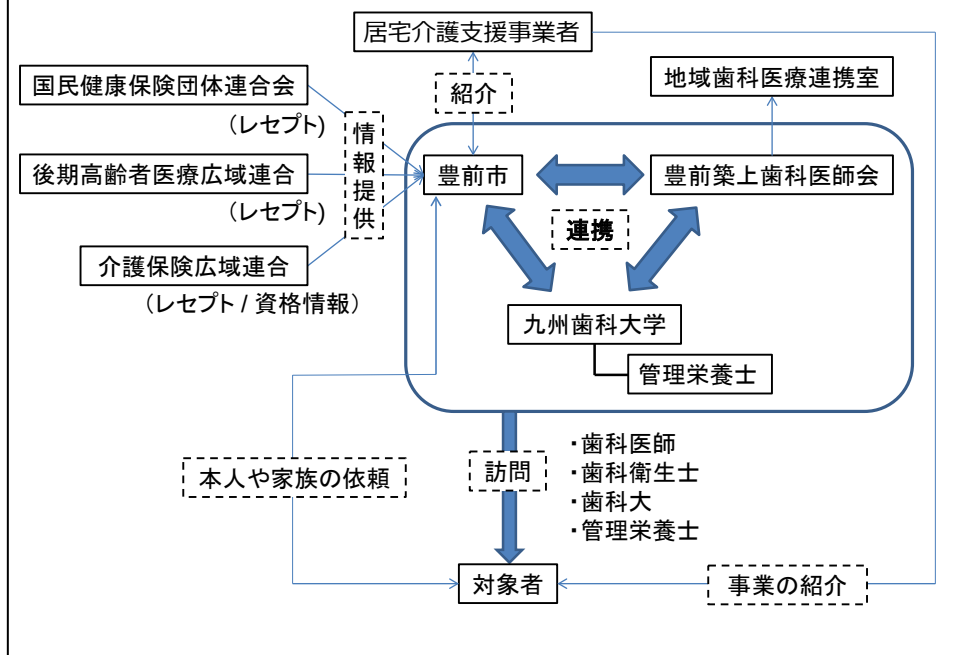
今後の展望

豊前市では高齢化率が34%を超える中、健康寿命の延伸が大きな課題となっている。生涯現役のまちづくりのため、平成26年度より関係各課で協議した後、乳幼児期から要介護期まで、生涯を通じた口腔ケアを全庁的に推進し、全ての世代に対応した取り組みを実施することとした。

口の中の状態が健康に与える影響は大きく、心臓病や糖尿病などの関連も指摘されている。特に高齢者にとっては、誤えん性肺炎や認知症の予防にも役立てることができる。

適切なセルフケアで、口腔内を清潔に保つ習慣を身につけ、口からおいしく楽しく食べられる良好な口腔状態をできるだけ長く保つことによる、QOLの向上は、市民全体の幸せにつながる。また、誤えん性肺炎等の減少や、内科疾患の重症化が予防できることにより、高齢化の進んでいる自治体の課題である医療費や介護費の適正化に効果を期待し、今後も事業に取り組んでいく。

平成29年度 在宅歯科訪問事業 実施体制図



⑩熊本県八代市＜服薬＞（平成 28 年度）

人口：129,922 人、被保険者数：22,417 人

（人口は平成 29 年 1 月 1 日、被保険者数は平成 28 年 6 月 1 日時点）

熊本県八代市における服薬指導の取組

事業目的

薬剤師が医療・介護関係者多職種と連携し、訪問指導（相談）することで、服薬コンプライアンスを向上させ、病状の改善や重症化を予防する。

具体的な取組内容

- 薬に関する講演会及び個別相談会の開催
- 薬局での立ち寄り相談の実施
- 薬剤師による個別訪問相談指導
- 医療・介護関係多職種連携のための取組

対象者・指導実施者

対象者：診断名が複数ある者、生活習慣病関連疾患に加え整形外科のレセがあるなど複数医療機関を受診している者
指導実施者：薬剤師

実施体制・予算

- 講演会及び個別相談会 1 回開催 ●薬局での立ち寄り相談 42 薬局で随時実施
- 訪問相談指導 被指導者のべ 98 人（実人員 79 人）従事薬局 11 箇所（薬剤師 16 人）
- 医療・介護関係多職種連携のための取組 3 回実施 予算：1,094,000 円

医師会との連携の工夫

事業開始前に、地域医師会（八代市医師会・八代郡医師会）に事業主旨及び内容などを八代薬剤師会が説明を行った。

また、対象者へ訪問指導を行う場合は、必ず主治医に事前に連絡を行い、主治医の同意を得ている。

実施結果

●薬に関する講演会及び個別相談会の開催

参加者 15 名

個別相談結果 ・問題解決 50% ・立ち寄り相談へ継続 25%
・その他かかりつけ薬局の選定など 25%

●立ち寄り相談 個別訪問相談 現在集計中

●医療・介護関係多職種連携のための取組

- ・在宅医療介護に携わる多職種の皆さんと薬剤師のための座談会（ケアカフェ）
3 回開催 参加者数（3 回合計） 63 名（薬剤師 34 名 多職種 29 名）
薬剤師と関係多職種の相互理解が深まり顔の見える関係が出来た。

特に薬剤師の専門性を関係多職種が理解したことで、具体的な相談が出来るようになった。

・お薬手帳カバーの作成

介護情報 服薬情報などの基本情報を、お薬手帳を更新する場合に引き継ぐための再剥離シール付
担当ケアマネやヘルパーの名刺を入れる専用ポケット付



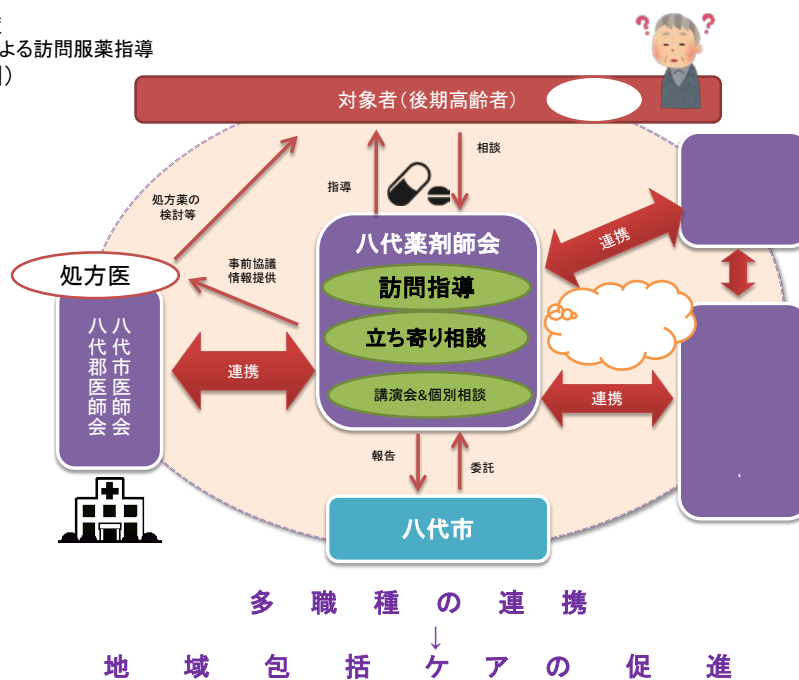
効果的に実施するためのポイントモデル事業を通し見えてきたこと)

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

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

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

H28年度
薬剤師による訪問服薬指導
(概念図)



⑱宮崎県美郷町＜複合的取組＞（平成28・29年度）

人口：5,790人、被保険者数：1,683人

（人口は平成29年1月1日、被保険者数は平成29年6月1日時点）

宮崎県美郷町における複合的な取組

事業目的・背景

平成27年度からいきいき百歳による自主運動グループの推進を行っており、栄養指導も交えて実施することで筋力低下・低栄養等による心身機能の低下の予防・改善に有効であると考え、健診データ等を基に対象者を抽出し、重点的に訪問指導を行った。

具体的な取組内容

- 一部を社会福祉協議会に委託して実施。初回訪問時にアセスメント票にて初回アセスメントを実施。
- また、フレイルのリスクについて説明し、自主運動グループ（いきいき百歳体操）への誘導を実施。
- アセスメントの結果によっては、管理栄養士（行政）と連携し、訪問指導による栄養指導も行った。
- また、必要に応じて町内医療機関（町立病院等）と連携（相談）を行いながら実施した。

対象者抽出基準と対象者数、事業予定者と参加者数

平成26・27年度健康診査結果から血清アルブミン値（男3.6以下 女3.7以下）又はBMI18.5未満の方について抽出し、そのうち訪問指導に適さないとされる方（治療中、施設入所、入院中等）を除いた者。参加予定者数101人 → 事業参加者51人。

実施体制・予算

人材：社会福祉協議会へ一部委託。
訪問指導員：社会福祉協議会（保健師1名、その他2名）、行政（管理栄養士1名）
定例会議主席者：上記訪問指導員ほか、行政（保健師1名、栄養士1名、事務職1名）
実施：延訪問回数 221回（平成28年度実績）、定例会議5回
予算：総事業費2,127千円（平成28年度実績）

医師会等との連携の工夫

- ・町立病院及び診療所とは、必要時連絡票等で情報交換し連携を取っている。

実施結果

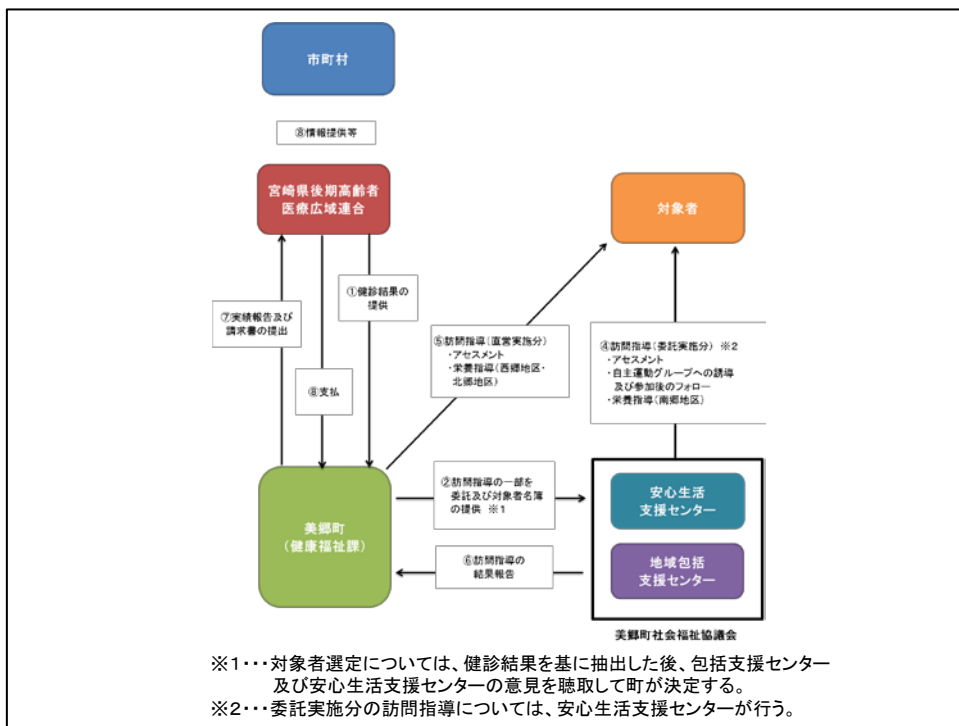
- 5m歩行（秒）、30秒イス立ち上がり（回数）について、初回訪問時、3ヵ月後に測定する。
(1) 30秒イス立ち上がり（回数）・・・事業参加者51名に対し、介入前後の測定を実施できた人数は30名。
改善した者の割合は31.4%（16名/51名）。
- (2) 5m歩行（秒）・・・事業対象者51名に対し、介入前後の測定を実施できた人数は10名。
改善した者の割合は7.8%（4名/51名）。
- 2 体重、BMI、ふくらはぎ径について、初回訪問時、3ヵ月後に測定する。
(1) 体重・・・事業参加者51名に対し、介入前後の測定を実施できた人数は47名。
体重が増加した者の割合は70.6%（36名/51名）
- (2) BMI・・・事業参加者51名に対し、介入前後の測定を実施できた人数は47名。
BMIが上昇した者の割合は70.6%（36名/51名）
- (3) ふくらはぎ径・・・事業参加者51名に対し、介入前後の測定を実施できた人数は45名。
ふくらはぎ径が上昇した者の割合は51%（26名/51名）
- 3 次年度健診にてアルブミン値の測定
事業参加者51名に対し、次年度健診受診者41名。そのうちアルブミン値が上昇した者 47%（24名/51名）

効果的に実施するためのポイント（モデル事業を通し見えてきたこと）

- ・対象者選定に健康診査結果を利用することで、一定の基準で対象者が選定でき、評価も出来る。ただし健診未受診者は、把握しにくい（特に血清アルブミン値は、医療機関からのデータ取得は難しいため）

今後の展望

実際に訪問した職員のほとんどが、80歳を過ぎてからの指導については、本人の行動変異を起こさせるのはなかなか難しいと感じており、個々の特性に応じた工夫が必要である。次年度については、できるだけ75歳～80歳位のフレイルの兆候が見られる方へ優先的にアプローチすることを検討していきたい。



②沖縄県糸満市＜重症化予防＞（平成 28・29 年度）

人口：60,884 人、被保険者数：5,398 人

（人口は平成 29 年 1 月 1 日、被保険者数は平成 29 年 6 月 1 日時点）

沖縄県糸満市における重症化予防の取組

事業目的・背景

- ・国保で行っていた腎症重症化予防事業からの移行。

具体的な取組内容

- ・H24年度10月から特別対策事業を活用し、長寿健診結果を基に腎症重症化予防指導の経験ある保健相談嘱託員（准看護師）が年に一度、訪問指導をしていた。
- ・H28年度から本事業（新規）により管理栄養士（臨時職員）を市健康推進課に配置し、抽出基準及び指導方法について国保事業を準用し訪問指導を実施した。
- ・H29年度から市介護長寿課の要望もあり保健相談嘱託員として管理栄養士を介護長寿課に配置した。対象者は介護総合事業との関わりが深く、前課では単独訪問であったが、介護長寿課では地域相談センター（委託）相談員が同行し、栄養指導と生活全般に係る情報の共有ができています。

対象者抽出基準と対象者数、事業予定者と参加者数

- ・抽出基準は国保事業と同一
- ・参加者：対象者77人中63人（訪問したが不在）
- ・のべ訪問回数：281回

実施体制・予算

- ・人材：管理栄養士1人 予算：総事業費2,402千円

医師会等との連携の工夫

- ・医師会等との連携：健康推進課（国保事業）と連携して実施した。医師から、高齢者は短期間での改善は難しく、低栄養防止の指導が望ましいとの意見であった。
- ・内部連携：H28年度は月次報告書を健康推進課→介護長寿課→国民健康保険課（長寿医療係）で供覧し、介護担当課との情報関係を図った。

実施結果

評価指標	達成状況
・人工透析に移行させない（6月後の検査値の変化） ・生活の質の維持（状況）	・HbA1cまたはe-GFRの数値の変化（透析移行はなし） 維持・改善→63.5%（40/63人）悪化→7.9%（5/63人） 判定不能→28.6%（18/63人）（定期間内の数値把握できず等） ・生活の状況 維持・改善→76.2%（48/63人） （1つでも）悪化→23.8%（15/63人）・施設入居1、死亡2含む

- ・対象者への訪問は6か月に3回を目途としている。高齢者の体調変化は穏やかであるため、生活の質の維持も評価指標に含む。訪問自体が本人または家族の心のケアにつながることもあり、認知症の診断があっても、一度は訪問するようにしている。

効果的に実施するためのポイント（モデル事業を通し見えてきたこと）

- ・対象者は介護総合事業との関わりが深く、専門員を介護長寿課（包括支援係）に配置することにより、馴染みのある地域相談センター（委託）相談員が同行訪問し、栄養指導と生活全般に係る情報の共有ができるため、事業をより効果的に実施できる。

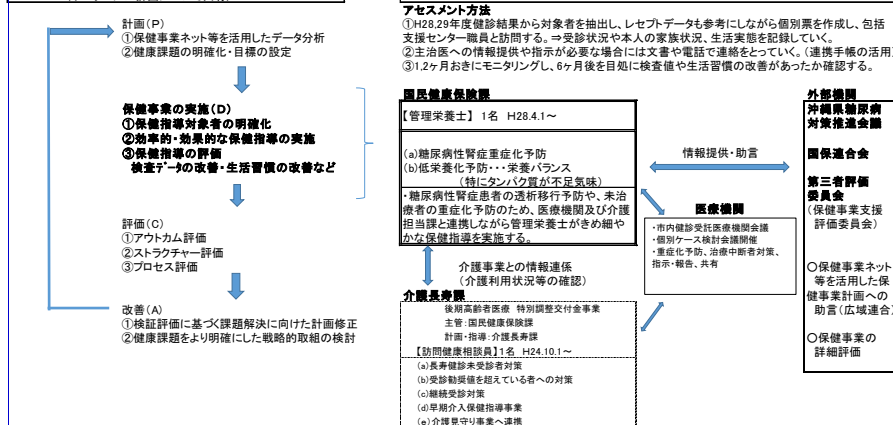
今後の展望

- ・糖尿病連携手帳（日本糖尿病協会編）の活用
連携手帳があれば、かかりつけ医、患者・家族、ケアマネジャー、保健師・栄養士、かかりつけ薬局等の情報連係ができる。「糖尿病連携手帳」を持っていない方もいるため、医療機関へ手帳活用の依頼を行い、持っていない方には市で対象者へ提供し、活用していきたい。連携手帳と保険証を収納できるカバーの提供等も検討していきたい。
- ・地域デイ健康講話
今後も依頼により栄養教室を実施していく。
- ・健康情報の発信
健康長寿の基本は「あ・し・た」【運動（あるく）、人との交流（しゃべる）、バランスのいい食生活（たべる）】と地域の伝統的食材。今後も後期高齢者医療制度加入時に新75歳へPRしていく。健康長寿健康体操ポスターの配布や食生活改善指導員と連携したレシピ等を提供していく。
- ・運動面の指導
高齢者には生活の質の維持を目的に栄養指導と同時に運動指導と地域の教室への参加を勧奨していく。

【糸満市】高齢者の腎症重症化予防及び低栄養防止推進事業の実施概要（体制図）

対象：後期高齢者医療被保険者（健診結果より、尿蛋白2+以上又はeGFR40以下で空腹時血糖126以上かつHbA1c7.0以上）
主管：国民健康保険課
管理栄養士1名
計画・指導：介護長寿課

※データ分析に基づく保健事業のPDCAサイクルの取組
（データヘルズ計画について共有）



(3) モデル事業で使用されたツール類

1) 事務分掌規則

○和光市組織規則

平成 14 年 5 月 20 日

規則第 29 号

(分掌事務)

第 4 条 第 2 条第 1 項に規定する課及び担当の分掌事務は、次のとおりとする。

(中略)

保健福祉部

地域包括ケア課

社会保障政策担当

- (1) 社会保障政策の情報収集及び調査研究に関すること。
- (2) 重要な社会保障施策の企画及び調整に関すること。
- (3) 保健福祉関連計画等の策定及び進行管理の支援及び調整に関すること。
- (4) 地域包括ケアシステム構築の推進に関すること。
- (5) 部内の総合調整及び子どもあんしん部との施策の連絡調整に関すること。
- (6) 社会福祉法人等の管理及び監督に関すること。

総合相談支援調整担当

- (1) 高齢者、障害者、子ども・子育て及び生活困窮者に対する相談支援並びに各種制度の総合調整に関すること。
- (2) コミュニティケア会議の運営に関すること。
- (3) 母子健康手帳の交付に関すること。
- (4) 高齢者、障害者及び児童に対する虐待の防止、家族及び親族等に対する相談及び支援等に関すること。
- (5) ドメスティック・バイオレンスに係る相談及び支援に関すること。
- (6) 要保護児童等の支援事業及び要保護児童対策地域協議会に関すること。

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

出典：埼玉県和光市（栄養・口腔）

2) 個人情報関係（同意書、個人情報保護条例に基づく閲覧申請）

＜健康づくり基本条例＞

○和光市健康づくり基本条例 平成 25 年 3 月 25 日 条例第 4 号 目次 前文 第 1 章 総則(第 1 条―第 7 条) 第 2 章 健康づくりの推進に関する基本的施策(第 8 条―第 10 条) 第 3 章 健康づくりの推進体制(第 11 条―第 14 条) 第 4 章 ヘルスソーシャルキャピタル審議会(第 15 条―第 18 条) 第 5 章 雑則(第 19 条) 附則 健康であることは、疾病や障害の有無に関係なく、市民が生きていきと安心して生活し、自己実現を図るための基盤となるものであり、全ての市民が健康であることは、市民一人一人の生活のみならず市全体としての福祉の向上につながるものである。 市は、市民の健康を増進させるため、誰もが健康に暮らすことができるまちづくりを進めており、その実現のためには、健康づくりに関する施策を総合的に調整し、市民、事業者及び関係団体等との協働により、地域が一体となって計画的に推進していく必要がある。 そこで、健康づくりに関し基本的な事項を定め、健康づくりに関する施策を包括的に推進する体制を構築し、もって市民の福祉の向上に寄与するため、この条例を制定する。 第 1 章 総則 (目的) 第 1 条 この条例は、市が行う健康づくりに関する施策について基本的な事項を定めることにより、市民の健康増進を図り、もって市民の福祉の向上に寄与することを目的とする。 (定義) 第 2 条 この条例において「事業者」とは、市内で事業活動を営む者をいう。 2 この条例において「関係団体等」とは、市内で保健、医療及び福祉に関する活動に従事する者及び団体をいう。 (基本理念) 第 3 条 健康づくりは、市民一人一人の心身の状態等に合わせて、生き生きと健やかに生活できるよう全世代を通じて継続的に行われなければならない。 2 健康づくりは、市民一人一人の健康が生活の質の向上に不可欠であることを認識して推進されなければならない。 3 健康づくりは、市民、事業者、関係団体等及び市がそれぞれの役割を認識し、相互に協力して地域全体で推進されなければならない。	(市の責務) 第 4 条 市は、市民、事業者及び関係団体等と協働して健康づくりに関する施策を包括的に推進しなければならない。 (市民の責務) 第 5 条 市民は、主体的に健康づくりに関心を持ち、自らの健康状態に応じた健康の保持及び増進に関する取組を行うよう努めなければならない。 (事業者の責務) 第 6 条 事業者は、その使用する者の健康に配慮した職場環境の整備に努めるとともに、市の健康づくりに関する施策の推進に協力するよう努めなければならない。 (関係団体等の責務) 第 7 条 関係団体等は、その活動に当たっては健康づくりに配慮するとともに、市の健康づくりに関する施策の推進に協力するよう努めなければならない。 第 2 章 健康づくりの推進に関する基本的施策 (健康づくりの推進に関する取組) 第 8 条 市は、健康づくりに関する施策を推進するため、次に掲げる取組を行うものとする。 (1) ヘルスアップ 健康増進及び疾病等の予防に関する取組 (2) ヘルスサポート 疾病等の進行及び重症化を防ぐための取組 (調査及び分析) 第 9 条 市長は、健康づくりに関する地域の課題を明確にするため、別に定める区域ごとに、市民の健康状態等に関する調査及び分析を行うものとする。 (目標の設定) 第 10 条 市長は、健康づくりに関する施策及び事業の推進に資するため、健康づくりに関する目標を定め、当該目標及びその結果を公表するものとする。 第 3 章 健康づくりの推進体制 (連携及び協働) 第 11 条 市は、市民、事業者及び関係団体等と相互に連携を図りながら、協働して健康づくりに関する施策及び事業を実施するよう努めるものとする。 (情報提供等) 第 12 条 市は、市民、事業者及び関係団体等に対して、健康づくりに関する情報の提供その他の必要な支援を行うものとする。 2 市は、市民、事業者及び関係団体等に対し、健康づくりの推進のために必要な情報を提供しよう求めることができる。 (推進体制の整備) 第 13 条 市は、健康づくりに関する施策を総合的に調整し、及び計画的に推進するために必要な体制を整備するものとする。 (ヘルスサポーターの育成)
--	--

第 14 条 市長は、健康づくりに関する施策の推進を図るための市民ボランティアとして、ヘルスサポーターの育成に努めるものとする。 第 4 章 ヘルスソーシャルキャピタル審議会 (設置) 第 15 条 市長の諮問に応じ、健康づくりに関する重要事項を調査審議するため、市長の附属機関として、ヘルスソーシャルキャピタル審議会(以下「審議会」という。)を置く。 2 審議会は、健康づくりに関する事項について調査及び研究を行い、市長に意見を述べることができる。 (組織等) 第 16 条 審議会は、委員 12 人以内で組織する。 2 委員は、次に掲げる者のうちから市長が委嘱する。 (1) 知識経験を有する者 (2) 関係団体等を代表する者 (3) 公募による市民 3 委員の任期は、2 年とする。ただし、再任を妨げない。 4 補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。 (会長及び副会長) 第 17 条 審議会に会長及び副会長を置く。 2 会長及び副会長は、委員の互選により定める。 3 会長は、審議会を代表し、会務を総理する。 4 副会長は、会長を補佐し、会長に事故があるとき、又は会長が欠けたときは、その職務を代理する。 (会議) 第 18 条 審議会の会議は、会長が招集し、その議長となる。 2 審議会の会議は、委員の半数以上の出席がなければ開くことができない。 3 審議会の会議の議事は、出席委員の過半数をもって決し、可否同数のときは、議長の決するところによる。 4 審議会の会議は、公開とする。ただし、議長が会議を公開することに支障があると認めるときは、当該会議の全部又は一部を公開しないことができる。 第 5 章 雑則 (委任) 第 19 条 この条例の施行に関し必要な事項は、市長が別に定める。 附 則 この条例は、平成 25 年 4 月 1 日から施行する。
--

出典: 埼玉県和光市（栄養・口腔）

＜個人情報保護条例に基づく閲覧申請＞

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

大和市個人情報保護条例第13条第2項第5号の規定による目的外の利用及び同条第3項の規定による本人通知の省略に関する諮問事案 <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th style="width: 30%;">区 分</th> <th style="width: 70%;">観 別</th> </tr> <tr> <td>事 務 担 当 課</td> <td>健康福祉部 健康づくり推進課 地域保健活動担当</td> </tr> <tr> <td>事 務 の 名 称</td> <td>健康相談・教育事業における訪問指導事務(長寿健診)</td> </tr> <tr> <td>事 務 の 根 拠 法 令 等</td> <td>高齢者の医療の確保に関する法律、健康増進法</td> </tr> <tr> <td>事 務 の 目 的</td> <td>長寿健診の受診や、健診受診後のフォローが必要であると認められる者及びその家族等に対して保健師・管理栄養士が訪問し、その健康に関する問題を総合的に把握し、必要な指導を行い、これらの者の心身機能の低下の防止と健康の保持増進を図る。</td> </tr> <tr> <td>対 象 と なる 個 人 の 類 型</td> <td>長寿健診未受診者、長寿健診後フォロー対象者(健診データや各学会等の基準に基づき、心疾患や脳血管疾患等の重篤な疾病の発症や、死亡するリスクのある者)</td> </tr> <tr> <td>目的外利用又は提供する個人情報項目名</td> <td>・診療報酬明細書情報(保険年金課情報) 患者氏名、性別、生年月日、患者の健康保険加入情報、請求元の医療機関名、診療科、病名、診療月に行った薬、注射、処置、手術、検査、画像診断、リハビリ等の診療報酬点数 ・介護保険情報 介護度、初回認定時介護度、サービス開始年月、サービス利用状況、給付費等</td> </tr> <tr> <td>利用又は提供の相手方</td> <td><利用元> 保険年金課、介護保険課 <利用先> 健康づくり推進課</td> </tr> <tr> <td>理 由 (利用する必要性、本人から提供を受けることが困難な理由等)</td> <td>長寿健診の受診率向上は、健康づくり推進課、保険年金課、介護保険課に共通の重要な課題である。実際に保健師・管理栄養士等が、診療報酬明細書や介護保険情報を訪問指導の前に利用することにより、受診勧奨の優先度が高い対象者の選定が可能となる。また、保健指導を実施する上でも同情報を踏まえることで、よりきめ細やかで効率的な良い保健指導が可能となる。さらに、対象者の医療利用状況を利用することにより、医療費削減効果等を確認し、事業の有効性を検証することができる。</td> </tr> <tr> <td>条例第13条第3項の規定による本人通知 ☐ する ☒ しない 理由</td> <td>できる限り、保健指導の際に本人通知を行うようにするが、個人情報の事前利用をした結果、保健指導を行わないことにした者や本人通知を行うことで保健指導の円滑な実施を妨げることになると見込まれる者については、本人通知省略の類型1に該当するため、本人通知は行わない。</td> </tr> </table>	区 分	観 別	事 務 担 当 課	健康福祉部 健康づくり推進課 地域保健活動担当	事 務 の 名 称	健康相談・教育事業における訪問指導事務(長寿健診)	事 務 の 根 拠 法 令 等	高齢者の医療の確保に関する法律、健康増進法	事 務 の 目 的	長寿健診の受診や、健診受診後のフォローが必要であると認められる者及びその家族等に対して保健師・管理栄養士が訪問し、その健康に関する問題を総合的に把握し、必要な指導を行い、これらの者の心身機能の低下の防止と健康の保持増進を図る。	対 象 と なる 個 人 の 類 型	長寿健診未受診者、長寿健診後フォロー対象者(健診データや各学会等の基準に基づき、心疾患や脳血管疾患等の重篤な疾病の発症や、死亡するリスクのある者)	目的外利用又は提供する個人情報項目名	・診療報酬明細書情報(保険年金課情報) 患者氏名、性別、生年月日、患者の健康保険加入情報、請求元の医療機関名、診療科、病名、診療月に行った薬、注射、処置、手術、検査、画像診断、リハビリ等の診療報酬点数 ・介護保険情報 介護度、初回認定時介護度、サービス開始年月、サービス利用状況、給付費等	利用又は提供の相手方	<利用元> 保険年金課、介護保険課 <利用先> 健康づくり推進課	理 由 (利用する必要性、本人から提供を受けることが困難な理由等)	長寿健診の受診率向上は、健康づくり推進課、保険年金課、介護保険課に共通の重要な課題である。実際に保健師・管理栄養士等が、診療報酬明細書や介護保険情報を訪問指導の前に利用することにより、受診勧奨の優先度が高い対象者の選定が可能となる。また、保健指導を実施する上でも同情報を踏まえることで、よりきめ細やかで効率的な良い保健指導が可能となる。さらに、対象者の医療利用状況を利用することにより、医療費削減効果等を確認し、事業の有効性を検証することができる。	条例第13条第3項の規定による本人通知 ☐ する ☒ しない 理由	できる限り、保健指導の際に本人通知を行うようにするが、個人情報の事前利用をした結果、保健指導を行わないことにした者や本人通知を行うことで保健指導の円滑な実施を妨げることになると見込まれる者については、本人通知省略の類型1に該当するため、本人通知は行わない。	別紙1 1. 訪問指導事務について＜長寿健診＞ (1) 目的 超高齢社会の中で、持続可能な社会保障制度を目的とし、長寿健診の受診や健診後の保健指導が必要であると認められる者及びその家族等に対して保健師・管理栄養士等が訪問し、その健康に関する問題を総合的に把握し、必要な指導を行い、これらの者の心身機能の低下の防止と健康の保持増進を図り、将来的な医療費、介護給付費の削減を図る。 (2) 対象者 長寿健診未受診者、長寿健診後フォロー対象者(健診データや各学会等の基準に基づき、心疾患や脳血管疾患等の重篤な疾病の発症や、死亡するリスクのある者) (3) 概要 現在は、以下のような流れで訪問指導事務を行っている。 ①健診データを検証 ②受診勧奨や保健指導などが必要な対象者の抽出、地区割 ③保健師・管理栄養士による訪問指導(6ヶ月間に3回) [例：治療が必要なレベルである方へ受診の必要性を説明する/高血糖や腎機能低下の所見がある方へ] [栄養相談をすることで重症化を予防する/二次予防栄養改善対象者(やせていて体重減少のある方)] [栄養相談することで、介護予防へつなげる。] ④次年度に、訪問した対象者の健診データが改善したかを評価する。 2. 個人情報の目的外利用について (1) これまでの取り組みと課題 長寿健診受診者の訪問指導事務やその評価は健診データのみを使用して実施している。しかし、健診データのみでは、対象者の医療や服薬の状況を正確に把握することができない。さらに、訪問した対象者がその後重篤な疾病の発症や介護が必要な状態になることを予防できたか、訪問指導によって医療費や介護給付費が実際に削減されているかといった効果検証を十分に行うことができていない。 (2) 個人情報利用事務の現状 ①介護保険情報：基幹システムにて、介護保険情報を利用する。利用するにあたり、申請書または利用簿等を使用する。(別紙2、3参照) ②診療報酬明細書：保険年金課の端末にて、診療報酬情報を利用する。利用するにあたり、申請書または利用簿等を使用する。 ③国保データベース(国保)システム：保険年金課の端末にて、介護保険情報または診療報酬情報を利用する。利用するにあたり、申請書または利用簿等を使用する。(個人情報が見覧できるIDが今後付与される予定) (3) 利用件数 月平均100件程度 3. 個人情報の取り扱い ・個人情報利用の際は、件数を主管課へ報告し、適正に管理する。 ・利用者は、健康づくり推進課の保健師(平成28年10月1日時点10名)と管理栄養士(平成28年10月1日時点6名)のみとする。
区 分	観 別																				
事 務 担 当 課	健康福祉部 健康づくり推進課 地域保健活動担当																				
事 務 の 名 称	健康相談・教育事業における訪問指導事務(長寿健診)																				
事 務 の 根 拠 法 令 等	高齢者の医療の確保に関する法律、健康増進法																				
事 務 の 目 的	長寿健診の受診や、健診受診後のフォローが必要であると認められる者及びその家族等に対して保健師・管理栄養士が訪問し、その健康に関する問題を総合的に把握し、必要な指導を行い、これらの者の心身機能の低下の防止と健康の保持増進を図る。																				
対 象 と なる 個 人 の 類 型	長寿健診未受診者、長寿健診後フォロー対象者(健診データや各学会等の基準に基づき、心疾患や脳血管疾患等の重篤な疾病の発症や、死亡するリスクのある者)																				
目的外利用又は提供する個人情報項目名	・診療報酬明細書情報(保険年金課情報) 患者氏名、性別、生年月日、患者の健康保険加入情報、請求元の医療機関名、診療科、病名、診療月に行った薬、注射、処置、手術、検査、画像診断、リハビリ等の診療報酬点数 ・介護保険情報 介護度、初回認定時介護度、サービス開始年月、サービス利用状況、給付費等																				
利用又は提供の相手方	<利用元> 保険年金課、介護保険課 <利用先> 健康づくり推進課																				
理 由 (利用する必要性、本人から提供を受けることが困難な理由等)	長寿健診の受診率向上は、健康づくり推進課、保険年金課、介護保険課に共通の重要な課題である。実際に保健師・管理栄養士等が、診療報酬明細書や介護保険情報を訪問指導の前に利用することにより、受診勧奨の優先度が高い対象者の選定が可能となる。また、保健指導を実施する上でも同情報を踏まえることで、よりきめ細やかで効率的な良い保健指導が可能となる。さらに、対象者の医療利用状況を利用することにより、医療費削減効果等を確認し、事業の有効性を検証することができる。																				
条例第13条第3項の規定による本人通知 ☐ する ☒ しない 理由	できる限り、保健指導の際に本人通知を行うようにするが、個人情報の事前利用をした結果、保健指導を行わないことにした者や本人通知を行うことで保健指導の円滑な実施を妨げることになると見込まれる者については、本人通知省略の類型1に該当するため、本人通知は行わない。																				

3) 業務委託契約書、仕様書

平成28年度大和市後期高齢者訪問栄養指導事業委託仕様書

1. 実施期間

平成28年7月1日から平成29年3月31日までとする。

2. 業務範囲

委託業務の範囲は、大和市域とする。

3. 対象者

大和市後期高齢者訪問栄養指導事業実施要領（以下「実施要領」という。）第4条に規定する者
約250名

4. 対象者名簿

発注者は、対象者の名簿を作成し、委託業務開始後速やかに受注者に提供する。

5. 実施体制

(1) 管理栄養士の確保

本事業に従事する管理栄養士として、県栄養士会に登録する管理栄養士のうち、大和市内での訪問を円滑に実施できる者（以下「訪問栄養士」という。）を確保する。

(2) 活動拠点の確保

大和市保健福祉センター 健康づくり推進課内に、訪問栄養士の活動拠点を置くものとする。

(3) 訪問栄養士相談体制の確保

訪問栄養士による栄養相談の質を維持・向上させるため、次のとおり、大和市内の神奈川県認定栄養ケア・ステーション（以下「栄養CS」という。）の管理栄養士による助言・指導体制を確保する。
ア 事例検討及び情報交換のための会合の実施 1か月に1回
イ メール、電話対応による訪問栄養士への助言 必要時

6. 業務内容

次に掲げる業務について、実施要領を順守して、実施するものとする。
(1) 対象者の自宅への訪問栄養指導を対象者1人につき3回（初回／3ヶ月後／6ヶ月後）実施すること。ただし、不在等、面会できない場合はこの限りではない。
(2) 訪問栄養士は、訪問時には大和市が発行する身分証明書を携帯すること。身分証明書は対象者等へ提示し、訪問栄養指導従事者であることを明らかにすること。
(3) 訪問栄養士は、初回訪問で、対象者の身体状況や疾病、栄養状態、食生活習慣等（以下、「身体状況等」という。）を的確に把握し、当該状況に対応した食習慣等に関する提案を行い、対象者、家族の同意の下、栄養改善計画を立案すること。
(4) 訪問栄養士は、2回目以降の訪問の際には、対象者の身体状況等のモニタリングを行い、初回訪問時栄養改善計画の順守状況を確認・評価すること。

大和市後期高齢者訪問栄養指導事業実施要領

(目的)

第1条 この要領は、後期高齢者の生活習慣病の重症化予防及び低栄養による衰弱の予防並びに介護予防を推進するために、平成28年度神奈川県後期高齢者医療制度事業補助金交付要綱に基づく大和市後期高齢者訪問栄養指導事業（以下「本事業」という。）の実施に関し、必要な事項を定めることを目的とする。

(実施期間)

第2条 本事業の実施期間は、平成28年7月1日から平成29年3月31日までとする。

(実施方法)

第3条 大和市（以下「市」という。）は、本事業を、後期高齢者の身体特性に合わせた適切な訪問栄養指導を実施できる機関に委託して実施することができる。

(対象者)

第4条 本事業の対象者は、本市住民基本台帳に登録されている者であって、次の各号のいずれかに該当するものとする。
(1) 市が、大和市特定健康診査等実施要領に基づき実施した平成27年度又は平成28年度長寿健康診査の結果で、次に掲げるいずれにも該当した者のうち、市が訪問指導の対象者と判断した者
ア HbA1cの値が6.5%以上であること。
イ eGFRの値が50ml/分/1.73ml以下であること。
ウ 尿たんばくが+（プラス）以上であること。
(2) 市が、平成26年度又は平成28年度に実施した介護予防アンケート調査票において、次に掲げるいずれかに該当した者のうち、市が訪問指導の対象者と判断した者
ア 低栄養状態であること：a、bのいずれも該当すること。
a. BMIが18.5未満であること。
b. 直近6か月間における体重減少が2kg以上であること。
イ 低栄養状態に陥るリスクが高いこと：a、bのいずれも該当すること。
a. BMIが20.0以下であること。
b. 介護予防アンケート調査票のうち栄養状態の質問項目が3点以上であること。
(3) その他、市長が必要と認める者

(事業内容)

第5条 本事業の内容は、次に掲げるものとする。

(5) 訪問栄養士は、必要に応じて対象者の家族、介護者などに対しても栄養指導を行うこと。
(6) 訪問栄養士は、訪問栄養指導の実施状況について、対象者1回の訪問ごとに記録を作成すること。
(第1号様式、第2号様式)
(7) 受注者は、各月ごとに訪問実績報告書を作成し、実施月の翌月10日までに発注者に提出すること。（第3号様式）ただし、3月分の報告書は3月31日までに提出すること。
(8) 受注者は、訪問栄養指導のまとめを事業終了月末日までに発注者に提出すること。
(9) 受注者は、会計報告書を事業終了月末日までに発注者に提出すること。

7. 委託料

委託料は、「5. 実施体制」の整備後に、全額前金払いとするものとする。

8. 環境配慮事項

(1) 業務を実施するにあたっては、大和市役所環境マネジメントシステムの「環境方針」の主旨を理解し、遂行すること。
(2) 市への提出書類及び添付資料については、原則として再生紙を使用すること。
(3) 施設内では、出来る限りエレベーターを使わずに階段を利用すること。
(4) 市へ搬入する製品の梱包材等は簡易にするとともに、持ち帰ること。
(5) 業務実施時に車両を使用する場合は、アイドリングストップの実施を徹底すること。
(6) 業務実施時には、「大和市路上喫煙の防止に関する条例」ならびに「大和市ポイ捨て等の防止に関する条例」の趣旨を理解し、業務を行うこと。

(1) 本事業に従事する管理栄養士（以下「訪問栄養士」という。）が、対象者の自宅を個別に訪問して、栄養指導を対象者等に実施し、CKD栄養指導票（アセスメント・モニタリング）又は大和市二次予防栄養改善記録票により栄養指導の内容を記録すること。
(2) 訪問指導等の質の維持向上のために、栄養ケア・ステーション所属の管理栄養士による訪問栄養士を対象とした事例検討会の開催及び同行訪問による助言指導を実施すること。

(委託料)

第6条 委託料の請求及び支払いに関するについては、委託仕様書で定める。

(様式)

第7条 この要領で使用する様式は、別表に掲げるとおりとし、その内容は別に定める。

附 則

この要領は、平成28年1月29日から施行する。

附 則

この要領は、平成28年7月1日から施行する。

別表（第7条関係）

様式番号	様式の名称	関係条文
第1号様式	CKD栄養指導票（アセスメント・モニタリング）	第5条
第2号様式	大和市二次予防栄養改善記録票	第5条

出典：神奈川県大和市（栄養・重症化予防）

委 託 契 約 書 発注者 津市（以下「発注者」という。）と受注者 ○○ ○○（以下「受注者」という。）とは、栄養に関する相談・指導業務について、次のとおり委託契約を締結する。 （委託業務） 第1条 発注者は栄養に関する相談・指導業務（以下「委託業務」という。）の実施を受注者に委託し、受注者はこれを受託するものとする。 （委託業務の実施方法） 第2条 受注者は、この契約に基づき、別紙仕様書及び発注者の指示に従い、善良な管理者の注意をもって委託業務を実施しなければならない。 （履行期間） 第3条 委託業務の履行期間は、平成29年4月1日から平成30年3月31日までとする。 （委託料） 第4条 発注者は、委託業務に係る委託料として次に定める額を受注者に支払うものとする。 1 1時間につき、1、390円（消費税及び地方消費税を含む。） 2 土曜日、日曜日及び国民の祝日に関する法律（昭和 第178号）に規定する休日に業務を行うときは1時間につき、1、870円（消費税及び地方消費税を含む。） （実績報告） 第5条 受注者は、別紙仕様書に定めた期間が経過したとき（委託業務を中止し、又は廃止したときを含む。）は、遅滞なく実績報告書又はこれに代わるものを発注者に提出しなければならない。 （検査等） 第6条 発注者は、前条の規定により、委託業務実績報告書等の提出を受けたときは、提出のあった日から起算して10日以内に、委託業務がこの契約の内容に適合するものであるかどうかを検査し、適合すると認めるときは、その旨を受注者に通知するものとする。 （委託料の支払い） 第7条 受注者は、前条の規定による通知があったときは、発注者に対して当該通知に係る委託料の支払いを請求するものとする。 2 発注者は、前項の規定による適法な支払いの請求があったときは、その日から30日以内に同項の委託料を受注者に支払うものとする。 3 発注者は、第4条の委託料を委託業務の実績に応じ、完了の翌月に支払うものとする。この場合において、1か月間の業務実績時間に30分未満の端数があるときは、これを切り捨て、30分以上1時間未満の端数があるときは、0.5時間とし、同項に規定する委託料の額の2分の1に相当する額を支払うものとする。 （委託業務の内容の変更等） 第8条 発注者は、この契約の締結後の事業により、必要があると認めるときは、委託	業務の内容を変更し、又は委託業務を一時中止することができる。この場合において、発注者、受注者協議の上、委託料の額を変更することができる。 （権利義務の譲渡等の禁止） 第9条 受注者は、この契約により生ずる権利又は義務を第三者に譲渡し、又は承継させてはならない。 （再委託等の禁止） 第10条 受注者は、委託業務の全部又は一部の実施を第三者に委託し、又は請け負わせてはならない。 （発注者の解除権） 第11条 発注者は、受注者が次の各号のいずれかに該当する事実があると認められるときは、この契約を解除することができる。 ① この契約又は発注者の指示に違反したとき。 ② この契約又は発注者の指示のとおり、委託業務を実施する見込みがないとき。 ③ 委託業務の実施方法が適当でないとき。 ④ 発注者の職員として採用されることが確定し、また当該委託業務の円滑な業務に支障がないとき 2 正当な事由によって受注者が契約の解除を申し出たときは、この契約を解除することができる。ただし、契約解除の申出は辞退する日の30日前までに発注者に申し出るものとする。 （受注者の解除権） 第12条 受注者は、発注者がこの契約に違反し、その違反によって委託業務を履行することが不可能になったときは、相当の期間を定めて催促をした後、この契約を解除することができる。 （災害補償） 第13条 受注者が委託業務を実施するに当たり受注者に生じた損害については、発注者、受注者協議の上、補償を決定することとする。 （損害賠償） 第14条 受注者は、委託業務の実施に關し、発注者又は第三者に損害を与えたときは、その損害を賠償しなければならない。ただし、その損害が発注者の責めに帰する場合は、この限りでない。 （秘密の保持） 第15条 受注者は、委託業務の実施上知り得た秘密を第三者に漏らしてはならない。 （個人情報等の保護） 第16条 受注者は、業務上知り得た特定個人情報を含む個人情報について、津市個人情報保護条例（平成18年津市条例第24号）を遵守するとともに、業務履行後は直ちに廃棄し、または発注者に返却しなければならない。また、特定個人情報の取り扱いを含む業務に従事するときは、発注者による個人情報の取り扱いに関する説明を受け、その取り扱いについて十分理解した上で業務に従事すること。 （疑義等の決定） 第17条 この契約に定めのない事項及びこの契約に關し疑義が生じた事項について
--	---

は、必要に応じ発注者、受注者協議の上、決定するものとする。 この契約の締結を証するため、本書2通を作成し、発注者、受注者記名押印の上、各自その1通を保有するものとする。 平成29年 月 日 発注者 津市西丸之内23番1号 津 市 津市長 前 藤 幸 幸 受注者	
---	--

出典：三重県津市（栄養）

栄養に関する相談・指導業務仕様書	
1 業務の名称 栄養に関する相談・指導業務 2 実施場所 市内保健センター及び集会所等 3 実施日時 概ね週2日～3日 午前8時30分～午後5時15分（発注者の指定する日時） 4 対象者 市内に住所を有する高齢者 5 業務内容 (1) スクリーニング 栄養パトロールチェックシート、基本チェックリスト、特定健診結果等により、後期高齢者の特性を考慮した低栄養・生活習慣病の重症化予防が必要な対象者を抽出する。 (2) アセスメント スクリーニングにより低栄養・生活習慣病の重症化予防が必要な対象者に対し、食品の多様性チェック、意識、認知、運動習慣などの項目を聞き取り、高齢者の低栄養・生活習慣病の重症化予防の課題を抽出する。 (3) カンファレンス 保健師、管理栄養士、歯科衛生士など担当者とアセスメント課題の解決方法を決定する。 (4) 栄養相談計画作成 栄養パトロール計画書を作成し、低栄養・生活習慣病の重症化予防の内容を対象者と個別に話し合い、対象者が食生活等に取り入れられるように指導していく。 (5) モニタリング 集会所等の巡回型「立ち寄り型の相談事業」や地域で実施している「ふれあいサロン」、在宅など管理栄養士による月1回程度の個別介入を実施し、効果を確認する。 (6) 評価 個別にアセスメントと同じ項目によって、事前事後で介入効果を評価し、高齢者の特性を考慮した低栄養・生活習慣病の重症化予防、介入の方法と効果の課題を確認する。 (7) 業務実施にあたり、地域関係者との連携・調整を図る。 (8) その他発注者の指定する栄養指導に関する業務を実施する。 6 実施計画書 別紙のとおり 7 業務実績報告書 委託業務を実施したときは、その都度別紙実績報告書の記入を行い、その月の最終委託業務終了後、1か月の報告書をまとめて速やかに健康づくり課又は保健センターへ提出すること。 8 実施上の留意点	(1) 平成29年度高齢者の低栄養防止・重症化予防等の推進事業「栄養に関する相談・指導」事業計画書に基づいて、目標達成に向けて業務を実施するものとする。 (2) 定期的に健康づくり課との会議を持ち、栄養指導業務のあり方、内容、評価等について協議する。 (3) 上記業務以外で、健康づくり課が指定する業務が発生した場合、担当者と打ち合わせを行い、連携を図りながら実施するものとする。 (4) 業務の遂行に際しては、対象者の状況及び実施した栄養指導等の報告をするなど、健康づくり課担当者と連携を図りながら、実施するものとする。 (5) 受注者は、本業務に関する要望又は苦情を受けた場合、迅速かつ適切に改善、再発防止等の措置を講ずるとともに、発注者に報告する。なお、必要に応じて対応について発注者と協議する。 (6) 台風等の自然災害時や感染症の流行期における対応等については、発注者と随時協議する。 (7) その他、定めのない事項については、発注者と適宜協議を行う。

出典：三重県津市（栄養）

4) 業務マニュアル

大和市

二次予防栄養改善業務マニュアル (抜粋)

健康づくり推進課
平成26年5月27日

1

大和市 二次予防栄養改善

自動印字される

番号	ふりがな			生年月日		
電話番号	() - () - ()			年 月 日 歳		
住所	〒					
【栄養相談】	集団指導 (課長 田、グループワーク 田、実習 田、その他 田)					
実施形態と回数	通所型個別指導 回 回間型 回					
担当者	管理栄養士 栄養士 医師 歯科医師 保健師 看護師 歯科衛生士 食生活改善推進員 セラピスト					
目標設定内容						
目標の達成	(月 日)					

【アセスメント項目】	初回 (月 日)	中間 (月 日)	終了時 (月 日)
身長	cm	cm	cm
体重	kg	kg	kg
手首や食事摂取の必要な入院	はい	はい	はい
慢性的な病気の有無	はい	はい	はい
下痢や便秘	はい	はい	はい
定期的な体重測定	はい	はい	はい
3ヵ月の体重減少の有無	はい	はい	はい
3ヵ月の体重増加の有無	はい	はい	はい
1日の食事回数	回/日	回/日	回/日
肉・魚・豆、卵の摂取回数	回/日	回/日	回/日
野菜、果物の摂取量	量/日	量/日	量/日
乳製品・豆乳の摂取回数	回/日	回/日	回/日
飲食物の摂取量	量/日	量/日	量/日
運動・食生活の改善	はい	はい	はい
買い物に自由	はい	はい	はい
食事の支度に自由	はい	はい	はい
食費の有無	あり	あり	あり
食費が厳しい	はい	はい	はい
誰かと一緒に食事	あり	あり	あり
食卓に合わせた食事・調理	はい	はい	はい
食費でのアレルギー症状	はい	はい	はい
8種類以上の肉	はい	はい	はい
食事摂取の必要後	はい	はい	はい
小さくして食べる	はい	はい	はい
飲み込みやすい	はい	はい	はい
食生活の改善	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
食生活の改善	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4

※あなたは自分の健康状態をどう思いますか? 1:良い 2:まあ良い 3:ふつう 4:あまりよくない 5:良くない

※あなたは自分の健康状態を良くするために、自分で食事の調整をできると感じますか? 1:できると思う 2:どちらかといえどできると思う 3:どちらかといえどできないと思う 4:できないと思う

【最終評価】	
栄養改善	改善 (一次予防事業へ) 維持・継続 (二次予防事業へ)
最終結果	悪化 (入院・入所・介護施設へ) その他 (転居 不明 拒否)

※※※全問の○○○事項に参加して、あなたの生活習慣にどのような変化はありましたか?

表1 栄養相談項目と対応表

番号	項目	原因・対応等
A.	個別相談や医師への相談の必要性	
1	手術や入院	体力の回復、病後の再発予防などのケアが必要である。
2	慢性疾患	食事療法をしながら低栄養状態にならないよう食事の注意が必要である。
3	下痢や便秘	下痢の原因には、薬物や薬剤が影響している場合や、不適切な食事、不十分な衛生管理などの様々な要因がある。一方で、薬、消化管機能の低下や水分摂取量の不足、運動不足、生活リズムの乱れなどにより便秘を招きやすい状態にある。
B.	体重	
1	定期的な体重測定	定期的に体重を測定することによって、早期に体重の減少や増加を知ることができる。起床後、入浴前後、病院の受診時など、定期的に体重の測定しやすい時を定める。
2	3ヵ月間の体重減少	体重の自然な減少がある場合には、食事の量や内容の不足、脱水の可能性、消化・吸収能力の低下、疾患や薬剤によるエネルギー消費量の増加に伴い体重が減少することもある。
3	3ヵ月間の体重増加	体重の自然な増加がある場合には不適切な食事が疑われる。薬物や薬剤による副作用でも体重が増加する。食事内容に大きな偏りはないか、大きなストレスとなる出来事があったか、うつや認知症などにより過食をしやすい状態を確認する。
C.	食事の内容	
1	食事回数	1日に3回の食事が基本だが、1回に多くの量を食べられない場合には、食事回数を増やす。間食はエネルギーやたんぱく質源として有効である。
2	肉・魚・豆類、卵の摂取	これからの食品を主とした料理 (主菜) を3回の食事でも毎食摂るようにする。現在の疾患の状況を考慮して、適切な食品を組み合わせて、プリン、チーズ、ヨーグルトなどは間食となる手軽な食品である。
3	野菜や果物の摂取	野菜を主とした料理 (副菜) を毎回の食事でも1〜2品摂るようにする。買物や調理の負担が少ない半調理済み野菜 (皮むき、カット野菜、レトルト食品、冷凍、缶詰) や宅配サービスの利用なども勧める。
4	牛乳・乳製品、豆乳の摂取	調理が不要で、軟らかな形態が多いので、高齢者にも適した食品である。コーヒ、ココア、紅茶、抹茶、などを入れると飲みやすくなる。
5	水分の摂取	口渇感を感じにくくなり、水分の摂取が少なくなりがちである。水分の摂取不足は、夏には熱中症のリスクとなる。血液が濃厚になると血栓ができやすくなる。1日に最低でも8杯 (食事時に1杯を3回と食事時間2杯) は飲むようにする。
6	こだわりの食品	こだわって習慣的になっている食品や補助食品・サプリメント、健康食品が栄養面で不適切あるいは、経済的に負担になっていると危

3

提供されている場合には、本当に必要かを検討する。	
D. 食事の準備状況	
1 買い物	坂道や階段の状況、エレベーターの有無など自宅の状況によっては、外出がしにくい、あるいは重い荷物を持った移動が困難になる。 ① 重い物の運搬が困難 電話、ファックス、インターネット等を通じて宅配サービス、商店街やスーパーの宅配サービス、地域の買い物ボランティアなどの情報を提供する。 ② 行くことのできる商店がない 移動販売の有無、他の商店やスーパーの確認、自宅から注文できるサービスの活用、商店までの移動方法 (コミュニティバス等) を検討する。 ③ 買物の経験不足 ボランティア等による買物同行や食品の選び方などの情報を提供する。
2 食事の支度	体力や気力の低下に伴う食事準備や調理の負担から食事の量が減少し、内容が偏りやすくなる。 ① 体力的に食事の支度が困難 簡単にできる献立やレシピ、弁当や惣菜の宅配サービス、半調理品 (皮むき、カット食材、レトルト食品、冷凍、缶詰等)、調理のボランティアや食事会等の情報提供、自所設備 (調理台が高い等) や調理器具の不足の確認などを行う。運動機能向上のプログラム参加により、体力の向上を目指す。 ② 調理経験不足 使用可能な調理器具 (炊飯器、電子レンジ等) の確認と使用方法の指導、簡単な調理方法やレシピ、初心者向けの料理教室、調理済みあるいは半調理品、調理ボランティア等の紹介を行う。 ③ 食品の衛生的な管理 冷蔵庫が稼働し、適切に使用されているか、食品の保管方法が適切で、賞味期限・消費期限が守られているか、調理済みの料理や宅配弁当等の保管方法、調理器具や食器が衛生的に使用されているかなどの確認を行う。
E. 食事の状況	
1 食欲	適切な食事の摂取のためには、過度な食欲があることが大切である。いつ頃から食欲が低下したのか、その頃に何か身体や生活の変化があったかを確認し、原因を把握する。「食べたい」「おいしい」と思う食べ物をまず食べて、食欲を早めに取り戻す。好きな食べ物の話を、デパートや商店街の食品売り場を歩いて、おいしい食べ物をみる、香りをかぐと食欲がでる。
2 食事が楽しい	食事の時間は、食事を楽しみ、他の人との交流を楽しむ場である。食事が楽しくなくなる理由には、味を感じにくいなどの身体変化のほか、生活上の様々な出来事が影響する。味覚が鈍くなっている場

4

出典：神奈川県大和市 (栄養・重症化予防)

家庭訪問の手順

1. ケース選択

- 1) 担当地区の訪問対象者を把握する
 - ・各種届出による対象者リストを確認する

2) 訪問の優先順位をつける

- 訪問対象となった児童を把握する
- ・法的根拠に基づくものか、本人の希望を受けて行うものか、本人は拒否していても必要と判断して行うものかを把握し、訪問の目的を明確にする

2. 訪問計画の立案

1) 情報を収集・整理し、支援の方向性を検討する

- 新生児・乳幼児の初回訪問時、事前情報は少ないが、正常な発達発達を促進するような支援を検討する
- 結核・精神疾患・難病などの場合、病名、治療方針及び方自等を把握する
- アセスメント内容の統合と健康課題を抽出する

2) 支援の目的と計画を立案する

- 様々な状況を想定して、対応を計画
- ・コミュニケーションが十分に取れない対象者の場合
- ・拒否や暴力がある人の場合
- ・本人に会えない場合

3) 支援に必要な社会資源の情報を収集する

- 現在活用している社会資源やネットワーク図を作成し、3か月後・6か月後など時間とともに変化するかを予測する

4) 訪問時に持参する保健指導用教材を作成する

- 対象や訪問目的に合わせた資料や保健指導に必要な媒体を準備する

1

3. 訪問日時決定

1) 対象者の自宅又は連絡先に電話をかける

- 自分の所属と氏名を名乗る
- 訪問の目的を説明し、対象者との共通理解を得る
- 対象者のニーズの確認を行う

2) 訪問の日時を約束する

- 電話する前に、自分の都合の良い日時を3つ程度リストアップしておく
- 対象者の都合を把握し、日時を決定する
- 電話への電話の場合、支援対象本人に会いたい希望を伝えておく
- 新生児であれば、産前日、母乳（ミルク：乳児用調製粉乳）の飲み具合、母子の体調、母親の心身事などについての追加情報を得る

4. 事前準備

1) 訪問場所を確認する

2) 出発時間を確認する

- 余裕を持って到着するようにする

3) 必要物品を準備する

- 目的に応じた必要な物品と訪問かばん
- 目的に応じた必要な資料・媒体
- 基本的な私物（身分証明書・運転免許証・財布・携帯電話など）

4) 名刺や連絡票を準備する

5. 訪問の実施

1) 出発する

- ① 目的や対象に応じた服装を整える
- ② 訪問場所・訪問の目的と計画・準備物品を確認する
- ③ 上司や同僚に出かける旨を報告する
- ④ 約束した時間に声をかけるように時間を設定する

2) 訪問先で挨拶をする

- ① 所属・氏名を明確に名乗り、自己紹介する

2

- ② 訪問の目的を明確に伝える
- ③ 相手を確認する
- ④ 留守の場合は、訪問目的と連絡先を書いた名刺、又は連絡票を郵便受けや玄関ドア内側などに入れる

3) 目的・状況に応じた展開を実施する

- ① 現実な状態と相手の抱き構えを確認する
- ② 生活の場で収集した新たな情報を基に、再アセスメント及び計画の修正をその場で行う
- ③ 対象に応じて身体計測・療育相談・生活指導などを実施する
- ④ 必要に応じて社会資源の情報を提供
- ⑤ 不安や疑問が解消、又は軽減したかを確認する
- ⑥ 継続支援の必要性を判断し、対象と相談する

※近接相談の技術

- 対象者が安心して話に集中できる環境を設定する
- 誠実な態度で話を聞き、傾聴や共感的理解に努める
- 個人・家族の考え方や生活スタイルを尊重する
- 個人・家族自らが自分の健康課題に気づき、解決に向けて主体的に取り組むように働きかける

6. 報告と記録

1) 異点を指導者とともに上司に報告をする

- ・出席した人
- ・費した時間
- ・支援内容と対象の反応
- ・計画進捗などの結果
- ・今後の予定など

2) 記録を行う

- 訪問前
 - ・情報
 - ・アセスメントの経緯と健康課題
 - ・訪問計画
 - ・必要な関係機関との連絡内容
- 訪問後
 - ・訪問者と時間
 - ・被訪問者
 - ・訪問場面の状況

3

- ・対象者のアセスメントと健康課題
- ・支援内容と個人・家族の反応
- ・健康課題に対する支援結果と残された課題
- ・必要な関係機関との連絡内容
- ・次回訪問の必要と時期

7. 事後処理

1) 物品の整理

2) 必要時に対象への連絡・情報提供

3) 健康課題により、他の専門職につなぐ

4) 関係機関との連携

- 訪問前：必要時、情報を収集する
- 訪問後：結果を報告するとともに、今後の予定を確認する

8. 地区管理

- 訪問ケースの管理台帳を作成する
- 月間計画・年間計画の中に訪問予定を入れる
- 関係者・関係機関マップを作成する

9. 事例検討

- 継続訪問した事例のサマリーを作成する
- ・健康課題
- ・支援目標
- ・支援経過と結果
- ・評価・考察の要約
- ・事例紹介に必要な最低限の情報

4

出典：鳥取県鳥取市（重症化予防）

訪問時チェック表

1 回目訪問時		2 回目訪問時		3 回目訪問時	
	基本情報		モニタリング		アセスメント
	アセスメント		栄養のみ宿題回収		栄養宿題回収
	栄養・口腔問題点発見		栄養のみ新たな宿題渡す		口腔宿題回収
	目標を決めてアドバイス		口腔は宿題確認		栄養のみ生活習慣チェックをし、回収。
	プランを記入し、名前と印をもらう (複写し一枚渡す)		栄養のみ生活習慣チェックをし、回収。		これからの健康診断を受けてくださいね
	参考資料説明		2 回目の訪問日を決める		OHAT
	宿題説明	メモ			
	万歩計渡す				
	栄養のみ生活習慣チェックをし、回収。				
	2 回目の訪問日を決める				

OHAT

●最終的にファイルに入れるもの

	基本情報
	アセスメント
	プランと評価の用紙（印のあるもの）
	宿題（栄養）
	宿題（口腔）
	生活習慣チェック表 3 回分（栄養のみ）

出典：埼玉県和光市（栄養・口腔）

後期高齢者低栄養予防のための 大府市栄養パトロール 実践マニュアル



目次

第1章 栄養パトロールについて	
1 はじめに	1
1-1 国、大府市における背景	1
1-1-1 高齢化の現状と将来像	1
1-1-2 高齢者の介護状況	2
2 フレイルと低栄養の関連性	2
3 栄養パトロールの事業内容	4
3-1 栄養パトロールの概要	4
3-1-1 平成27年度の実施状況	4
3-1-2 平成28年度の実施状況	5
3-1-3 平成29年度の実施状況	8
3-2 栄養パトロール介入者の特徴	10
3-2-1 3年間の介入者の背景（事前事後評価両者のベースライン）	10
3-2-2 平成29年度介入者の基本チェックリストの特徴	11
3-2-3 栄養パトロール介入による事前・事後評価（介入効果）	12
4 大府市におけるフレイル対策	16
5 栄養パトロールのまとめと今後の課題	17
第2章 運営マニュアル	
1 事業の目的	19
2 対象者の選定	19
3 介入評価指標	19
4 管理栄養士の訪問栄養指導スキルの標準化	19
5 栄養パトロールの介入手順	20
5-1 栄養パトロールの心得	20
5-2 栄養パトロールの流れ	21
6 栄養パトロール終了後の対応	24
7 関係機関との連携	24
7-1 3年間の連携実績	24
7-1-1 栄養パトロールと他機関連携の例	26
7-1-2 栄養パトロールと他機関連携の基準	26
8 訪問時の必要物品	29
9 栄養パトロールで利用した各種様式	31
10 事例高血圧を自覚し、健康管理の意識が芽生えたケース	43

第2章 運営マニュアル

1 事業の目的

住み慣れた地域で最後まで安心して暮らせる健康寿命の延伸を目的に、低栄養とフレイルの重症化予防を行います。

2 対象者の選定

健康状態を把握出来ていない健康診査未受診者で、かつ医療未受診者を対象者（平成29年度を参考）とする予定です。

3 介入評価指標

平成29年度の介入結果により、介入評価指標を定めました。

指標	目標値
低栄養の重症度が悪化した人の割合	10%未満
低栄養の要因がある人に対し他機関連携した割合	100%
訪問栄養士が介入中の新規介護サービス利用	5%未満
介入中の低栄養、脱水、誤嚥性肺炎の入院者	0人

4 管理栄養士の訪問栄養指導スキルの標準化

高齢者の栄養指導に不慣れな管理栄養士は、経験のある管理栄養士と同行訪問をし、介入スキルの標準化を目指します。

また、訪問の経験を重ね、腕にスキルを高めていきます。

	目標
ステップ1	訪問栄養指導の流れを理解する
ステップ2	訪問栄養で食生活課題を見極めることができる
ステップ3	管理栄養士だけで解決困難な課題を他職種と共に解決できる

19

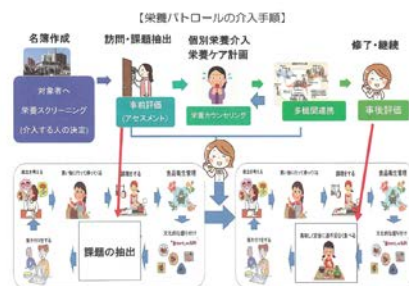
5 栄養パトロールの介入手順

5-1 栄養パトロールの心得

WHO（世界保健機構）「World report on Ageing and Health（高齢化と健康に関するワールド・レポート）」^{※6}では、「Healthy ageing（健康な高齢化）」を定義し、一人ひとりの高齢者の幸福や住み慣れた環境で暮らし続けるための保健システムや街づくりの推進にも言及しています。

栄養パトロールで大切なことは、本人の希望やアイデンティティを理解し、さらに今の食生活を把握することです。低栄養やフレイルの重症化は、「食べられない」「食生活にあります」「食べられない」理由は、食欲低下や固いものが食べにくい、飲み込みづらさなど様々です。「なぜ、食べられないのか」を把握するために、対話から課題を把握するよう努めてください。

※6 WHO（世界保健機構）「World report on Ageing and Health」
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf?ua=1&ua=1



20

出典：愛知県大府市（栄養）

5) かかりつけ医への参加確認票・情報提供依頼書

医療機関との連携②

＜記載例＞

「佐久市フレイル予防等訪問指導モデル事業」参加確認票

平成 年 月 日

医療機関・薬局 の名称及び所在地 (佐久市〇〇123)	●●クリニック	介護事業所の名称 佐久市役所
電話番号 FAX 番号	〇〇 〇〇 〇〇 〇〇	所 在 地 高齢者福祉課
職 名 氏 名	〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 (医)	電話番号 FAX 番号
		0267-62-3157 (直通)
		0267-63-0241
		職 名 氏 名
		〇〇 〇〇 (保健)

主治医 様

日頃より大変お世話になっております。
下記の方の「佐久市 フレイル予防等訪問指導モデル事業（別紙1）」への参加の可否について、先生よりご意見を伺いたいので、お忙しいところ誠に恐れ入りますが、回答欄へご記入いただき、**返信用封筒**にてご回答をお願い申し上げます。

*なお、この照会を行うこと及び先生から情報提供いただくことについては、ご本人の同意を得ております。
【 同意した日 平成 28 年 9 月 日】

姓 名	佐久 健太郎	TEL	0267-00-****
住 所	佐久市〇〇121		
生年月日	明・大(男) 11 年 2 月 31 日生 (歳)		
			(男) ・ 女

＜対象者の状況＞

● H 年健診結果より下記の状況があり、事業対象者となっています。

(・ BMI アルブミン)

・本人の参加希望 有

ご本人の身体状況等より事業参加の可否について、下記の回答書部分へご記入をお願いいたします。
※ その他健診結果（別紙2）についても、ご確認をお願いいたします。

担当者 職氏名 保健師 〇〇 〇〇 印

回答欄（返信）

＜医師からの回答・助言等＞

「フレイル等訪問指導モデル事業」への参加の可否：

☐ 可 ⇒ 支援方針については、後日、改めてご報告させていただきます。

☐ 否 理由 ()

平成 年 月 日 氏名 印

医療機関との連携③

（フレイル予防等訪問指導モデル事業対象者用）

主治医連絡紙

平成 28 年 月 日

医療機関
主治医 様

佐久市長 柳田 謙二

「佐久市フレイル予防等訪問指導モデル事業」保健指導に関する情報提供について（お願い）

平素は、介護予防事業の推進にあたり格別のご理解ご協力を賜り厚くお礼申し上げます。
適日ご連絡したとおり、先生の担当されております下記の方について、標記事業の対象者として先日、初回訪問を行い、支援計画（案）を作成いたしました。今後、支援方針を統一し、多職種（保健師、栄養士、歯科衛生士、理学療法士）で支援をすすめていきます。
つきましては、ご多忙のところ恐縮ですが、添付の下記参加者の支援計画（案）をご確認いただき、支援にあたって注意すべき点等を別紙によりご助言くださいますようお願い申し上げます。

記

参加者氏名	
生年月日	
住 所	

佐久市役所 高齢者福祉課 高齢者支援係

担当 連絡先 62-3157

＜記載例＞

別紙

(あて先) 平成 28 年 月 日

佐久市長 柳田 謙二

医療機関名 〇〇医院
所 在 地 佐久市
TEL・FAX
医 師 氏 名 ●●●● (印)

**「フレイル予防等訪問指導モデル事業」における保健指導に関する
診 療 情 報 提 供 書**

対 象 者	氏名	●●●● (男・女) (明治・大正・昭和 ●●年●●月●●日生)		
	住所	佐 久 市 ●●●●		
既 往 歴 及 び 治 療 中 の 病 気	病名	発病年齢	治療状況	診療形態
	急性心筋梗塞	●●歳	治療・治療・()	治療・訪問診療・入院
	COPD	●●歳	治療・治療・()	治療・訪問診療・入院
	発作性心房細動	●●歳	治療・治療・()	治療・訪問診療・入院
	脂質異常症	●●歳	治療・治療・()	治療・訪問診療・入院
総 合 所 見	■ 保健指導（栄養・口腔・運動）にあたっての留意事項や、その他ご意見等の記載または添付をお願いいたします。 心筋梗塞の既往があり、有酸素運動を中心に Borg Scale 11～13 での運動指導をお願いします。 ※ Borg Scale…無酸素性作業閾値（11～13：楽である～ややきつい）			

出典：長野県佐久市（複合的取組）

6) 訪問前の事業参加者への案内

<訪問前用>

<訪問した者の不在時用>

平成 28 年 7 月 8 日 大和市長 大木 哲 (公印省略) 管理栄養士による訪問栄養相談のお知らせ 盛夏の候、お元氣でお過ごしでしょうか。 さて、大和市では、平成 26 年度実施の介護予防アンケートにて BMI 判定^{※1} 20 以下で「食生活に関する 5 項目の質問」^{※2}に 3 つ以上該当した方へ、今年度より管理栄養士による訪問栄養相談を実施することとなりました。 そこで、大和市または市が委託した神奈川県栄養士の管理栄養士がご自宅を訪問し、より活動的な生活を送ることができるよう、ご自身の健康状態や生活状況に合わせた食事や健康についてのアドバイスをさせていただきます。昨年度は BMI 判定^{※1} 18.5 未満で 6 か月に 2kg 以上体重減少があったと回答した方へ訪問栄養相談を実施し、好評をいただいております。この機会に是非ご利用ください。 ご希望の訪問日や時間帯、その他ご要望等ありましたら、下記の健康づくり推進課までご連絡をお願いいたします。 ※1 BMI 判定：体格指数 体重(kg) ÷ 身長(m)² ※2 「食生活に関する 5 項目の質問」以下の項目のうち 3 つ以上に該当 ● 食料品を買い置きが近くにない ● 食料品を買い置き(食費)が十分にない ● 食事は一人で食べることが多い ● 食べる気力や楽しみを感じない ● 食事を食べる量が減ってきた  《問い合わせ先》 大和市健康づくり推進課 地域保健活動担当 〒242-8601 大和市鶴岡 1-31-7 保健福祉センター内 TEL: 046-260-5663 担当：長谷川、西野 大和市イベントキャラクターヤマトン	平成 28 年 月 日 様  大和市イベントキャラクターヤマトン 大和市では、介護予防アンケート（平成 26 年度実施）にご回答いただいた中で、体重が少なめな方や食生活に心配のある方を対象に、管理栄養士がご自宅を訪問し、食事や健康相談を実施しております。 本日（ 時 分）頃にお伺いしましたが、お留守でしたので不在連絡票を入れさせていただきました。 ぜひ 1 度お会いしてお話を伺いたいので、訪問希望日やご都合を聞かせていただけたらと思います。 こんなことはありませんか？ ☆最近元気がでない。 ☆周りの人にやせたといわれる。 ☆健康のことで心配なことがある。 ☆具体的にどうしたらよいの？  ご連絡 お待ちしております！ 大和市健康づくり推進課 地域保健活動担当 管理栄養士 _____ (保健福祉センター内) 電話：046-260-5663
---	--

出典：神奈川県大和市（栄養・重症化予防）

7) 事業参加者の同意書

様式①

フレイル予防等訪問指導事業 参加同意書

私は次の事項について同意し、小諸市民生部高齢福祉課が実施するフレイル予防等訪問指導事業に参加します。

- 1 フレイル予防等訪問指導期間中に得られた情報については、個人が特定されない形で、小諸市民生部高齢福祉課において使用すること。
- 2 訪問の時に聞き取った内容を、かかりつけ医、かかりつけ歯科医に情報提供すること。
- 3 フレイル予防等訪問指導中においては、健康管理に留意し、自らにとって過剰な食事制限や過度な運動など健康に害する恐れのあることは自己の責任において行わないこと。
- 4 自己の都合によりフレイル予防等訪問指導を継続できない場合は申し出ること。

(提出先) 小諸市長 小泉俊博

平成 年 月 日
名 前 _____

_____ き り と り _____

本人控

フレイル予防等訪問指導事業 参加同意書

私は次の事項について同意し、小諸市民生部高齢福祉課が実施するフレイル予防等訪問指導事業に参加します。

- 1 フレイル予防等訪問指導期間中に得られた情報については、個人が特定されない形で、小諸市民生部高齢福祉課において使用すること。
- 2 訪問の時に聞き取った内容を、かかりつけ医、かかりつけ歯科医に情報提供すること。
- 3 フレイル予防等訪問指導中においては、健康管理に留意し、自らにとって過剰な食事制限や過度な運動など健康に害する恐れのあることは自己の責任において行わないこと。
- 4 自己の都合によりフレイル予防等訪問指導を継続できない場合は申し出ること。

出典：長野県小諸市（複合的取組）

8) アセスメント票（アンケート含む）

利用者基本情報						
氏名	性別	生年月日	年齢			
住所	電話					
認定	一般・二次予防・要支援・要介護 障害手帳					
家族	同居 別居で関わりある人					
通院	月	回	科			
病気						
薬						
歯科	定期的	不定期				
血液データ	前	後	前	後	前	後
アルブミン		総タンパク		LDL		
HDL		Hb		HbA1c		
クレアチニン		BUN		eGFR		
得意なこと	昔	今				
趣味						
外出						

介護予防のアセスメント [1] 基本チェックリスト									
氏名	(ふりがな)	調査日	事前		事後		評価尺度	回答	評価領域
			事前	事後	事前	事後			
生活機能	1	バスや電車などで1人で外出していますか	2:はい	1:少し難か	0:はい	生	社		
	2	日用品の重い物をしてしていますか	2:はい	1:少し難か	0:はい	生	他		
	3	預貯金の出し入れをしてしていますか	2:はい	1:少し難か	0:はい	生	他		
	4	友人の家を訪ねていますか	2:はい	1:少し難か	0:はい	生	社		
	5	家族や友人の相談にのっていますか	2:はい	1:少し難か	0:はい	生	社		
	6	階段や歩すりや壁をつたわずに昇っていますか	2:はい	1:少し難か	0:はい	運	生		
	7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	2:はい	1:少し難か	0:はい	運	生		
	8	15分位続けて歩いていますか	2:はい	1:少し難か	0:はい	運	生		
	9	この一年間に転んだことがありますか	2:はい	1:少し難か	0:はい	運	他		
	10	転倒に対する不安は大きいですか	2:はい	1:少し難か	0:はい	運	社		
栄養改善	11	6ヵ月で2~5kg以上の体重減少がありましたか	2:はい	1:少し難か	0:はい	健	生		
	12	事前 身長 cm 体重 kg 事後 身長 cm 体重 kg							
口腔機能	13	半年前に比べて飲み物が食べにくくなりましたか	2:はい	1:少し難か	0:はい	健	生		
	14	お茶や水等でむせることがありますか	2:はい	1:少し難か	0:はい	健	生		
	15	口の湿気が臭になりますか	2:はい	1:少し難か	0:はい	健	生		
	16	遠一回以上外出していますか	2:はい	1:少し難か	0:はい	社	生		
閉じこもり	17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	2:はい	1:少し難か	0:はい	社	生		
	18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると苦められますか	2:はい	1:少し難か	0:はい	健	他		
認知機能	19	自分や電話番号を覚えて、電話をかけることをしていますか	2:はい	1:少し難か	0:はい	健	他		
	20	今日が何月何日かわからない場合がありますか	2:はい	1:少し難か	0:はい	健	他		
うつ	21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	2:はい	1:少し難か	0:はい	健	他		
	22	(ここ2週間)これまで楽しんでやっていたことが楽しくなくなっている	2:はい	1:少し難か	0:はい	健	他		
	23	(ここ2週間)以前は楽にできていたことが今ははたらくように感じる	2:はい	1:少し難か	0:はい	健	他		
	24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	2:はい	1:少し難か	0:はい	健	他		
	25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	2:はい	1:少し難か	0:はい	健	他		
	26	(ここ2週間)睡眠が浅い	2:はい	1:少し難か	0:はい	健	他		
合計(点数)									

※ 評価領域: (●)移動、日常(●)生活、(●)社会参加、(●)対人交流、(●)健康管理、(●)生活、(●)認知(そのうち、うつ・経済・支援利用)
 ※ 評価領域は「予防サービス・支援計画書」作成の際の参考とする

出典：埼玉県和光市（栄養・口腔）

[illegible]

出典：神奈川県大和市（栄養・重症化）

9) 目標記録表

栄養計画 下記計画に同意します H 年 月 日 氏名 印				口腔機能向上計画 下記計画に同意します H 年 月 日 氏名 印			
	目標	訪問日すること	次回訪問までの宿題		目標	訪問日すること	次回訪問までの宿題
食事摂取状況		1回目		お口のお手入れ		1回目	
		2回目				2回目	
		3回目				3回目	
療養食		1回目		のみこみかむこと		1回目	
		2回目				2回目	
		3回目				3回目	
体重管理		1回目		入れ歯について		1回目	
		2回目				2回目	
		3回目				3回目	
技術指導 (調理・薬理) その他		1回目		その他		1回目	
		2回目				2回目	
		3回目				3回目	
目標達成状況				目標達成状況			
食事摂取状況	1回目		総合評価	口腔清掃状況	1回目		総合評価
	2回目				2回目		
	3回目				3回目		
療養食	1回目			嚥下状況	1回目		
	2回目				2回目		
	3回目				3回目		
体重管理	1回目			義歯について	1回目		
	2回目				2回目		
	3回目				3回目		
技術指導 (調理・薬理) その他	1回目			その他	1回目		
	2回目				2回目		
	3回目				3回目		

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

A-①③ <記載例>

フレイル予防 実施計画書

お名前 ●●●●●●●● 作成日 平成 28 年 10 月 〇 日

利用期間 平成 29 年 2 月 〇 日 まで

< 次回までにやってみること >

- * 肉や卵(タンパク質)も筋肉のもとです。貧血予防のためにも、肉や卵が不足しないように、食べる回数を増やしましょう。
- * 魚の缶詰も使って、たんぱく質とカルシウムを補いましょう。
- * 歯間ブラシも使い、前歯もきれいにみがきましょう。
- * 毎日、運動をしましょう。
(散歩をしない日は、フレイル予防体操をしましょう)
- * 老人会仲間との交流や友達付き合いを続けましょう。

特記事項

A-①③ <記載例>

★MEMO★

目 標	目 標	目 標	目 標
肉や卵(タンパク質)を 食べる回数を増やしま しょう	歯間ブラシも使い、 前歯もきれいにみがき ましょう	毎日、運動をしまし ょう (散歩をしない日は、 フレイル予防体操を)	毎日、運動をしまし ょう (散歩をしない日は、 フレイル予防体操を)
10月1日	土		
10月2日	日		
10月3日	月		
10月4日	火		
10月5日	水		
10月6日	木		
10月7日	金		
10月8日	土		
10月9日	日		
10月10日	月		
10月11日	火		
10月12日	水		
10月13日	木		

平成28年 10月

出典：長野県佐久市（複合的取組）

10) かかりつけ医への連絡票

医療機関との連携④		＜記載例＞	
「佐久市フレイル予防等訪問指導モデル事業」 指導内容について（報告）			
平成 年 月 日			
医療機関・薬局 の名称及び所在地 佐久市〇〇１２３	●●クリニック 電話番号 FAX番号 職 名 氏 名	介護事業所の名称 佐久市役所 及 び 所 在 地 高齢者福祉課 電話番号 0207-62-3157（直通） FAX番号 0207-63-0241 職 名 保健師 氏 名 〇〇 〇〇（敬称）	平成 年 月 日
主 治 医 科 日頃より大家お世話になっております。 下記の「佐久市 フレイル予防等訪問指導モデル事業」参加者の支援方針について、 別紙のとおり、ご報告します。 なお、ご不明な点等ありましたら、担当者までご連絡をお願いいたします。			
氏 名 佐久 麗太郎	TEL	0207-00-****	
住 所 佐久市〇〇１２１			
生年月日 明・大 〇 11年 2月 31日生（歳）	性 別 男 ・ 女		
フレイル(虚弱)予防等 指導内容報告書 [途中経過報告] < 記載例 > 平成 28 年 10 月 〇日～ 担当者の氏名: ●●●●			
氏 名 ●● ●●	生年月日(年齢) 年 月 日生 (77歳)		
住 所 ●●●●	電 話 ●●●●		
健康結果 健診日【平成 28 年 〇月 〇日】 OBM1 (20.8) O7ルンミン値 (3.5)	生活状況・ 自覚症状 ●生活状況 ●高齢者施設との4人暮らし。食事は別。自分の身の回りのことは全て自分でやっている。 ●老人会に加入し、毎月の集まり会を楽しみにされている。 ●テレビの健康番組の情報を取り入れて実践している。 ●本人の思い：75歳まで仕事をしていた。やめて家に入ってから体重増加。痩せていた方が 親子がよいと、食事を減らす等無理に痩せようとしている（体重43kgを目標にしている）		
アセスメント < 症 病 管 理 > 月1回 片道45分程度歩いて●●●●病院受診。 自分で薬を管理しているが、太りに気をつけることあり。 突発性脳動脈硬化 (左)。腎臓病、糖尿病。 < 栄 養 > 今の体重が多すぎるため太ってはいけなくてと考えており、タンパク質が全体的に不足している。 また、間食を控えている様子。 < 口 腔 > すべて自歯 (28本)。治療した歯は4本のみ。くさび状欠損はあるが、歯肉等は良好。 口腔機能も特に問題ない様子。前歯部・歯間部にブラークあり。	< 運 動 > 月に1回マレットゴルフを実施 (4月～11月)。1日30分程度歩いている。 テレビ体操も時々行っている。病院まで歩いて行く (片道45分)。 < 症 病 管 理 > 現状維持をしていきたい。		
目 標 < 栄 養 > ●肉や卵 (タンパク質) も筋肉のもとです。貧血予防のために、肉や卵が不足しないよう に、食べる回数を増やしましょう。 ●魚の缶詰も使って、たんぱく質とカルシウムを摂りましょう。 < 口 腔 > 歯間ブラシも使い、前歯もきれいにみがきましょう。 (嚥下体操も紹介) < 運 動 > 毎日、運動をしましょう。 (散歩をしない日は、フレイル予防体操をしましょう) ※座位での足踏み (3～10分)、足の文字書き (5～10文字)			

医療機関との連携④

＜記載例＞

「佐久市フレイル予防等訪問指導モデル事業」
指導結果について（報告）

平成 年 月 日

向 先	医療機関・薬局 の名称及び所在地 (佐久市〇〇123)	受 取 元	介護事業所の名称 及 び 所 在 地 高齢者福祉院 電話番号 0267-62-3157 (直通)
	FAX 番号		FAX 番号 0267-63-0241
	職 名		職 名
	氏 名		氏 名

●●クリニック
(医師) 歯科医師・薬剤師
〇〇 〇〇 医師 (児)

〇〇 〇〇 医師 (児)

1. 指導前後の変化

項目	初回指導時 【年 月 日】	初回訪問時 【年 月 日】	最終訪問時 【年 月 日】	評価項目より 【年 月 日】
アルブミン				フレイル-インフラック 値 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿
体 重	kg	kg	kg	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿
BMI				① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿
骨格筋量指数	kg/m ²	kg/m ²	kg/m ²	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿
握 力	kg	kg	kg	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿
下腿屈伸筋力	cm	cm	cm	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿
フレイル-インフラック デフォルト	/5	/5	/5	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

2. 今後の方針

主治医 様

日頃より大変お世話になっております。
下記「佐久市 フレイル予防等訪問指導モデル事業」参加者への保健指導実施結果について、
別紙のとおり、ご報告します。
なお、ご不明な点等ありましたら、担当者までご連絡をお願いいたします。

参 加 者	氏 名	佐久 麗太郎	TEL	0267-00-****
	住 所	佐久市〇〇121		
	生年月日	明・大() 11年 2月 31日生 () 歳		
		男・女		

出典：長野県佐久市（複合的取組）

11) 研修関係資料

<研修日程>

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

出典：岐阜県岐阜市（訪問歯科健診）

＜研修に用いたマニュアル（一部抜粋）＞

在宅要介護高齢者に対する訪問歯科健診マニュアル 平成 28 年 8 月 岐阜市 一般社団法人 岐阜市歯科医師会	目次 はじめに・・・・・・・・・・・・・1P 在宅要介護高齢者に対する訪問歯科健診・・・・・・・・・・・・・2P～4P 訪問歯科健診申請書(同意書)・・・・・・・・・・・・・5P 訪問歯科健診質問票・・・・・・・・・・・・・6P 訪問歯科健診票・・・・・・・・・・・・・7P～8P 健診結果の通知とせ・・・・・・・・・・・・・9P～10P 健診実施方法・診療方法・・・・・・・・・・・・・11P～18P 口腔機能評価・・・・・・・・・・・・・19P～20P 歯科衛生士による口腔ケアと歯科保健指導について・・・・・・・・・・・・・21P～24P 訪問歯科健診における、注意すべき全身疾患について・・・・・・・・・・・・・25P～29P 訪問歯科健診時の医療安全・・・・・・・・・・・・・30P～32P 健診後の医療、介護連携について・・・・・・・・・・・・・33P～40P
--	--

在宅要介護高齢者に対する訪問歯科健診 1. 趣 旨 岐阜市では平成27年度から後期高齢者医療保険の被保険者に対し歯科健診（ぎふ・さわやか口腔健診）を始めたが、在宅の要介護者の中には歯科健診を受けることができない人がいる。在宅に訪問して歯科健診（保健指導を含む）を行うことで、歯や歯肉、口腔の歯槽状態及び機能状態等の把握や指導などを通じ、その後の歯科治療と高齢者、同居家族への口腔衛生に対する意識の向上を図る。 健診結果を介護計画等へ反映することにより継続的な口腔ケアを実施し、口腔内の環境改善や誤嚥性肺炎等の疾病予防等、要介護高齢者の健康維持を目指す。 2. 実施方法等 (1) 実施対象者 平成28年7月1日基準日において、岐阜市に住所を有する岐阜県後期高齢者医療保険の被保険者で、要介護状態区分が要介護3、要介護4または要介護5であり、かつ岐阜市内に在宅の者。ただし、医療保険や介護保険において歯科に関する治療、管理を受けている者を除く。 (2) 実施人数 200人 (3) 申請期間、健診期間、回数 申請期間 平成28年9月1日から11月30日まで 健診期間 平成28年11月1日から平成29年1月31日まで 回 数 ぎふ・さわやか口腔健診を含め年に1回 (4) 健診費用 自己負担金 200円 (5) 実施方法 岐阜市歯科医師会は歯科医師1名、歯科衛生士1名を派遣し、訪問歯科健診および歯科保健指導を行う。 (6) 健診項目 ・歯の状況 ・歯肉の状況 ・咬合の状況 ・口腔状況（口腔・歯肉の状況、歯の動揺、口腔乾燥、口腔衛生状況、口臭等） ・口腔機能評価（咀嚼能力、舌機能、嚥下機能） ・粘膜の異常 ・食事の状況 ・その他必要な健診項目 (7) 歯科健診結果の説明・保健指導 ・要介護者への健診結果の通知 ・歯科保健指導	3. 事業の流れ 実施フロー図 〔受診申請期間 9/1～11/30 健診期間 11/1～1/31〕 <pre> graph TD A[被保険者] -- ① 健診日決定 --> B[歯科医院] A -- ② 費用通知 --> B A -- ③ 受診申請 --> C[ケアマネジャー] C -- ④ ケアプラン活用 --> B B -- ⑤ 健診依頼 --> D[岐阜市歯科医師会] D -- ⑥ 健診依頼 --> B B -- ⑦ 健診結果報告 --> D D -- ⑧ 報告書の提出 --> E[岐阜県後期高齢者医療保険連合] E -- ⑨ 対象者リスト --> F[岐阜市] F -- ⑩ 申請書(様式第1号)の返送 --> A </pre>
--	---

出典：岐阜県岐阜市（訪問歯科健診）

12) 進捗管理シート

<保健事業実践編>

高齢者の低栄養防止・重症化予防事業 進捗管理シート(保健事業実践編)											
実施市町村名:() 広域連合名:()											
		NO.	区分(例示*)	項目	内容	着手	日付	済	日付		
企画立案	現状分析	1	○	○	健康課題等の把握	健康日本21計画やデータヘルス計画より、地域包括ケアの視点も持ち合わせながら、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	○		実施地域の選定	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	□		□		
	関係者との調整	3	○		事業委託等の調整	事業委託に必要な契約、情報提供、予算の手当、議会対応等をしている	□		□		
		4	○		都道府県、関係団体との調整	都道府県や都道府県医師会等の関係団体との調整を行っている	□		□		
		5	○		市町村への情報提供	広域連合が保有するレセプト・健診データ等の提供を行っている。提供するための環境整備を行っている	□		□		
		6	○	○	庁内関係者での連絡調整	事業実施主体内部での関係者間の連絡調整をし行っている	□		□		
		7	○		担当者の資質向上の取組	構成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	□		□		
	事業の大幅の検討	8	○	○	中長期計画	事業の横展開等、中長期的な戦略を検討している	□		□		
		9	○	○	対象者概数	健診結果やレセプト等より対象者の概数を把握している	□		□		
		10	○	○	対象者の検討	概数の試算に基づき、健診等のデータ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	□		□		
		11	○	○	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	○	○	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	□		□		
13		○		支援方法の検討	対象者の特性に合わせた支援方法(重症化予防・フレイル対策)を検討している	□		□			
事業実施準備	事前相談	14	△	○	都道府県医師会等に広域連合の健康課題や事業のねらいについて情報提供している	□		□			
		15	△	○	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事業参加のねらいについて情報提供している	□		□		
		事業の主要事項の検討	16	○	○	対象者の選定	対象者の選定基準について決定している	□		□	
	17		○	○	事業目標の決定	支援による事業目標を決定している	□		□		
	18		○	○	支援方法の決定	支援方法(重症化予防・フレイル対策)を決定している	□		□		
	19		△	○	実施方法の決定	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		○	○	チーム内での情報共有、連携方法の検討	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・支援方法・実施方法)について共有・連携している	□		□		
	21		○	○	計画書作成	事業実施計画書を作成している	□		□		
	22		△	○	実施方法(プログラム)の設定	事業の実施方法(実施予定者の絞り込み条件・アセスメント項目・支援内容・方法等)について設定している。	□		□		
	23		△	○	募集方法の決定	参加者の募集方法を決定している	□		□		
	24		△	○	評価計画の作成	事業の評価のための評価指標を設定し、その収集時期や収集方法を決定している	□		□		
	25		△	○	連携方法の決定	地区医師会に糖尿病性腎症重症化予防の連携方法(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＞	□		□		
	26		△	○	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	□		□		
	27		○	○	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	□		□		
	28		○	○	(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	□		□		
	29		○	○	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	□		□		
	30		○	○	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	□		□		
	31		○	○	研修会等の参加	国のセミナー、意見交換会などを受講している	□		□		
	保健指導の実施		募集	32	○	○	募集方法	予定した参加者を募集するための方法を工夫している	□		□
		33		○	○	参加者	実施計画書に基づいた参加者を募集し、予定人数が確保できている	□		□	
支援		34	○	○	支援(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	□		□		
		35	○	○	支援(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	□		□		
		36	○	○	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	□		□		
		37	○	○	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	□		□		
支援に必要な条件		38	○	○	記録	保健指導の内容について記録を残している	□		□		
		39	○	○	データ収集	評価に必要なデータを収集している	□		□		
		40	○	○	安全管理	安全管理に留意した運営ができている	□		□		
		41	○	○	個人情報	個人情報を適切に管理している	□		□		
事業評価・改善	42	○	○	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	□		□			
	43	○	○	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	□		□			
	44	○	○	事業評価の実施	事業評価を実施している	□		□			
	45	△	△	報告会等の開催	報告会等を開催している	□		□			
	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	△	○	相談等	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	□		□				

※ 区分の「○」「△」の表示は、市町村に事業を委託して実施する場合を例示しています。実際には、事業形態(直営/委託)や地域の実情に合わせ広域連合と市町村等が相談の上、チェックリストを完成してください。

※ 「△」は、必要に応じて対応する項目。

※ 「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン(暫定版)」参照ください。 <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000167161.html>

No.の区分	・広域連合、国保課・健康担当課・高齢者医療課・介護保険課等のチーム形成	・健診・レセプトデータ分析結果の確認、保健事業の課題整理
庁内体制	・医師会・歯科医師会・薬剤師会等の関係者との会議設定	・データ分析結果提示と対策における連携方針確認
地域連携	・対象者抽出基準の決定、対象者数の概数把握	・実施形態の検討、運営マニュアル作成、保健指導者の研修、医療機関等との連絡票、データ収集方式
事業計画	・重症化予防、フレイル対策の実施(詳細はガイドラインにて提示)	・進捗管理、問題発生への対応
事業評価	・データの取りまとめ、分析	・内部での検討、専門家等の助言
次年度事業の修正	・地域の協議会等にて分析結果の報告、改善策の検討	・次年度計画の策定
	・着実なフォローアップ体制検討	

<市町村支援編>

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(市町村支援編)					
広域連合名: ()					
NO.	項目	内容		着手	済
				日付	日付
1	健康課題等	健康日本21計画やデータヘルス計画より、地域包括ケアの視点も持ち合わせながら、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	中長期計画	市町村支援の中長期的な戦略を検討している。	☐		☐
3	具体的支援方法の検討	支援により提供する情報の内容、手段、頻度等の検討	☐		☐
4	予算・人員配置	事業に必要な人員・予算確保のメドがある	☐		☐
5	事業委託等の調整	事業委託に必要な契約、情報提供、予算の手当、議会対応等をしている	☐		☐
6	計画書作成	事業実施計画書を作成している	☐		☐
7	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・相談・助言を受けている	☐		☐
8	外部有識者との調整	市町村が事業実施に助言できる外部有識者を確保し、市町村に取り次ぐ	☐		☐
9	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	☐		☐
10	担当者の資質向上の取組	市町村やその他の関係者等への説明会、研修会を実施している	☐		☐
11	市町村との意見交換	市町村における事業推進のための意見交換を行う	☐		☐
12	マニュアル作成	市町村が実施する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の雛形を作成している	☐		☐
13	データ提供	市町村が実施する事業に必要なデータ提供を実施している	☐		☐
14	市町村実施事業への助言	市町村が実施する事業の内容について助言等を行っている	☐		☐
15	事業評価支援	市町村が事業評価に必要なデータを提供している	☐		☐
16	事業評価の実施	市町村が保有している事業評価に必要なデータを手し、実際に事業評価を行う	☐		☐
17	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	☐		☐
18	相談	必要時、医師会や専門家等に相談し助言を得ている	☐		☐
19	市町村支援内容に関する評価	実施した市町村支援の内容について、アンケート等により評価を実施している	☐		☐
20	次年度計画	次年度の計画策定を行っている	☐		☐
21	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	☐		☐

※「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン(暫定版)」参照ください。 <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000167161.html>

No.	の色区分
庁内体制	・広域連合、国保課・健康担当課・高齢者医療課・介護保険課等のチーム形成 / 健診・レセプトデータ分析結果の確認、保健事業の課題整理
地域連携	・医師会・歯科医師会・薬剤師会等の関係者との会議設定 / データ分析結果提示と対策における連携方針確認
事業計画	・対象者抽出基準の決定、対象者数の概数把握 / 実施形態の検討、運営マニュアル作成、保健指導者の研修、医療機関等との連絡票、データ収集方式
事業実施	・重症化予防、フレイル対策の実施(詳細はガイドラインにて規定) / 進捗管理、問題事象への対応
事業評価	・データの取りまとめ、分析 / 内部での検討、専門家等の助言
次年度事業の検証	・地域の協議会等にて分析結果の報告、改善策の検討 / 次年度計画の策定 / 着実なフォローアップ体制検討