

後期高齢者の低栄養防止等の推進について

平成27年10月2日

厚生労働省

III 重点改革事項① 保険者が本来の機能を発揮し、国民が自ら取り組む健康社会の実現

○現役世代からの健康づくりの推進

(1)生活習慣病予防対策(一次予防)

- ・特定健診・特定保健指導の受診率向上に向けた取組を推進し、メタボリックシンドローム該当者の減少や糖尿病有病者の増加を抑制
- ・医療機関における禁煙支援・禁煙治療や健診・保健指導における禁煙支援を一層推進、たばこ税の引上げなど

【インセンティブ改革】

保険制度の
インセンティブ

・健康経営銘柄
・表彰制度 等

【関連産業の振興】

データ
分析

福利厚生
管理

個人の
健康支援

保険者

【保険者の強化】

(2)生活習慣病の重症化予防対策(二次予防)

- ・データ分析に基づく、医療機関と連携した糖尿病性腎症の重症化予防(効果額:約0.2兆円)、脳卒中・心筋梗塞の再発予防など(参考資料P15「糖尿病重症化予防事業(協会けんぽの例)」、P16「広島県呉市国保の事例」参照)

インセンティブ改革(制度改革を活用)前倒し実施

- ・個人の予防・健康づくりに向けた取組に応じてヘルスケアポイントを付与[平成27(2015)年度にガイドライン策定・周知]
- ・予防・健康づくりなど医療費適正化に積極的に取り組む保険者を支援
[平成27(2015)年度から後発医薬品の使用促進・重症化予防など、後期高齢者支援金の加減算制度の新たな指標等を検討]

※データヘルスの実効性を高める保険者規模を確保する取組(参考資料P12「ドイツと日本の保険者」参照)や、保険者におけるレセプトデータ等を活用した重複受診等を防止するための保健指導等も併せて推進

○高齢期の疾病予防・介護予防等の推進

・高齢者の虚弱(「フレイル」)に対する総合対策

[平成28(2016)年度、栄養指導等のモデル事業を実施。食の支援等、順次拡大]

- ・「見える化」等による介護予防等の更なる促進
- ・高齢者の肺炎予防の推進(効果額:約0.1兆円)
- ・認知症総合戦略(新オレンジプラン)の推進

他にも、個別疾患対策による重症化予防も実施
(例)

・C型肝炎に対する医療費助成を通じた重症化予防(効果額:約0.1兆円)

高齢者の虚弱(「フレイル」)について

「フレイル」とは 加齢とともに、心身の活力(例えば筋力や認知機能等)が低下し、生活機能障害、要介護状態、そして死亡などの危険性が高くなった状態。

加齢に伴う変化

- ・食欲の低下
- ・活動量の低下(社会交流の減少)
- ・筋力低下
- ・認知機能低下
- ・多くの病気をかかえている

危険な加齢の兆候(老年症候群)

- ・低栄養
- ・転倒、サルコペニア
- ・尿失禁
- ・軽度認知障害(MCI)

フレイルの多面性

閉じこもり、孤食

社会的

身体的

精神的

低栄養・転倒の増加
口腔機能低下

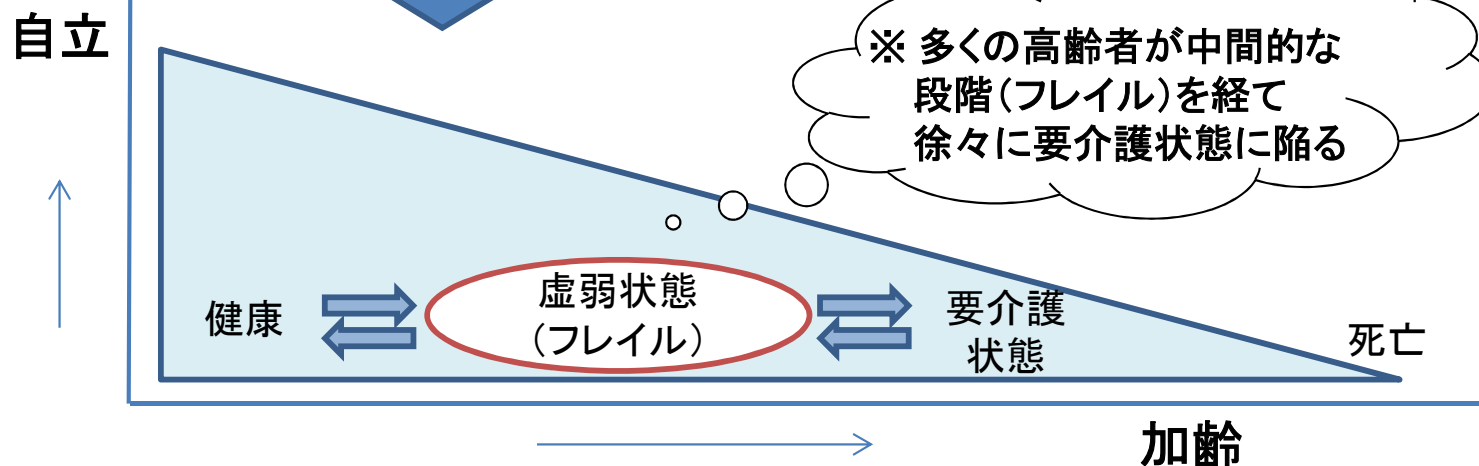
意欲・判断力や認知
機能低下、うつ

フレイルは、適切な介入・支援により、生活機能の維持向上が可能。

【今後の取組】

- 医療・介護が連携したフレイルの多面性に応じた総合的な対策の検討が必要。
- メタボ対策からフレイル対応への円滑な移行。

- ① フレイルの概念及び重要性の啓発
- ② フレイルに陥った高齢者の適切なアセスメント
- ③ 効果的・効率的な介入・支援のあり方
- ④ 多職種連携・地域包括ケアの推進



後期高齢者の保健事業の充実について

[現状]

① 健康診査

- 全広域連合で実施。受診率は25.1%(H25年度)。市町村等に委託。
- 基本的に腹囲測定を除き特定健診(若年者)と同じ項目。

② 健診以外の保健事業

- 健診以外に、
 - ・歯科健診
 - ・重複・頻回受診者等への訪問指導
 - ・ジェネリック医薬品使用促進に向けた取組 などを実施。

③ 保健事業の実施体制

- 38広域連合で保健事業実施計画を策定済(平成27年度中に全広域連合で策定予定)。

[充実の方向性]

- 生活習慣病等の重症化予防、心身機能の低下に伴う疾病の予防のため、高齢者の心身の特性に応じた保健指導等の実施を推進。

◎国保法等改正法案による改正後の高齢者の医療の確保に関する法律

第125条 後期高齢者医療広域連合は、高齢者の心身の特性に応じ、健康教育、健康相談、健康診査及び保健指導並びに健康管理及び疾病の予防に係る被保険者の自助努力についての支援その他の被保険者の健康の保持増進のために必要な事業を行うように努めなければならない。(平成28年4月1日施行)

- 平成28年度から、栄養、口腔、服薬などの面から、高齢者の特性にあった効果的な保健事業として、専門職による支援をモデル実施。※効果検証を行い、平成30年度からの本格実施を目指す。
- 今年度、心身機能等の包括的なアセスメント手法、効果的な支援方法の研究を実施。
- 広域連合と介護保険の地域支援事業を行う市町村が連携を図るなど医療介護連携を推進。

医療保険制度改革骨子（平成27年 1 月13日社会保障制度改革推進本部決定）

- 平成28年度から、後期高齢者医療広域連合において、栄養指導等の高齢者の特性に応じた保健事業を実施する。

＜持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律（平成27年法律第31号）による改正後の高齢者の医療の確保に関する法律（平成28年 4 月 1 日施行）＞

第二百五条 後期高齢者医療広域連合は、高齢者の心身の特性に応じ、健康教育、健康相談、健康診査及び保健指導並びに健康管理及び疾病の予防に係る被保険者の自助努力についての支援その他の被保険者の健康の保持増進のために必要な事業を行うように努めなければならない。

2 （略）

3 後期高齢者医療広域連合は、第一項に規定する事業を行うに当たっては、介護保険法第百十五条の四十五第一項及び第二項の規定により地域支援事業を行う市町村及び保険者との連携を図るものとする。

4 （略）

5 厚生労働大臣は、第一項の規定により後期高齢者医療広域連合が行う被保険者の健康の保持増進のために必要な事業に関して、その適切かつ有効な実施を図るため、指針の公表、情報の提供その他の必要な支援を行うものとする。

6 前項の指針は、健康増進法第九条第一項に規定する健康診査等指針及び介護保険法第百十六条第一項に規定する基本指針と調和が保たれたものでなければならない。

平成28年度概算要求 後期高齢者医療制度の保健事業に関連する補助事業

○健康診査(歯科健診を含む)に要する経費 約41.2億円(約31.2億円) 内歯科健診分 約8.6億円(約6.1億円)

- ・健康診査及び口腔機能低下や肺炎等の疾病を予防するため、歯・歯肉の状態や口内清掃状態等をチェックする歯科健診を実施。

○医療費適正化等推進事業に要する経費 約17.0億円(約4.4億円)

(1)重複・頻回受診者等に対する訪問指導の強化 約3.5億円(約1.9億円)

- ・レセプト等情報により選定した重複・頻回受診者等に対する訪問指導に加えて、多量投薬者等に対して、地域薬剤師会の協力を得て、薬剤師等による訪問指導及びその結果を処方医、薬局へのフィードバックを行う取り組みを実施。

(2)後発医薬品の使用促進事業に要する経費 約2.7億円(約2.4億円)

- ・後発医薬品の使用促進を図るため、後発医薬品利用差額通知の送付や後発医薬品希望カード等の配付を実施。

(3)高齢者の低栄養防止・重症化予防等の推進 約10.7億円(新規)

- ・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のため、高齢者の特性を踏まえた保健指導等を実施。

(4)効果的な保健事業の推進 7.6百万円(約7.7百万円)

- ・国保連合会に設置する支援・評価委員会の委員が広域連合に対し評価・助言等を行うことにより、効率的・効果的な保健事業の推進を図る。
(平成26年度に市町村国保及び広域連合がデータ分析に基づきPDCAサイクルに沿って保健事業を効率的・効果的に実施できるよう、国保連合会に、保健事業の評価、助言等を行う支援・評価委員会が設置されており、地域の実態に応じた保健事業の企画等を支援するために保健師が配置されている。)

○糖尿病性腎症重症化予防事業等の好事例の横展開 約3.4億円(約2.7億円)※

- ・糖尿病性腎症の患者であって生活習慣の改善により重症化の予防が期待される者に対し、医療保険者が医療機関と連携して保健指導を実施するなど、好事例の全国展開を進める。

※健康保険組合、全国健康保険協会、後期高齢者医療広域連合分

○高齢者の低栄養防止・重症化予防等の推進

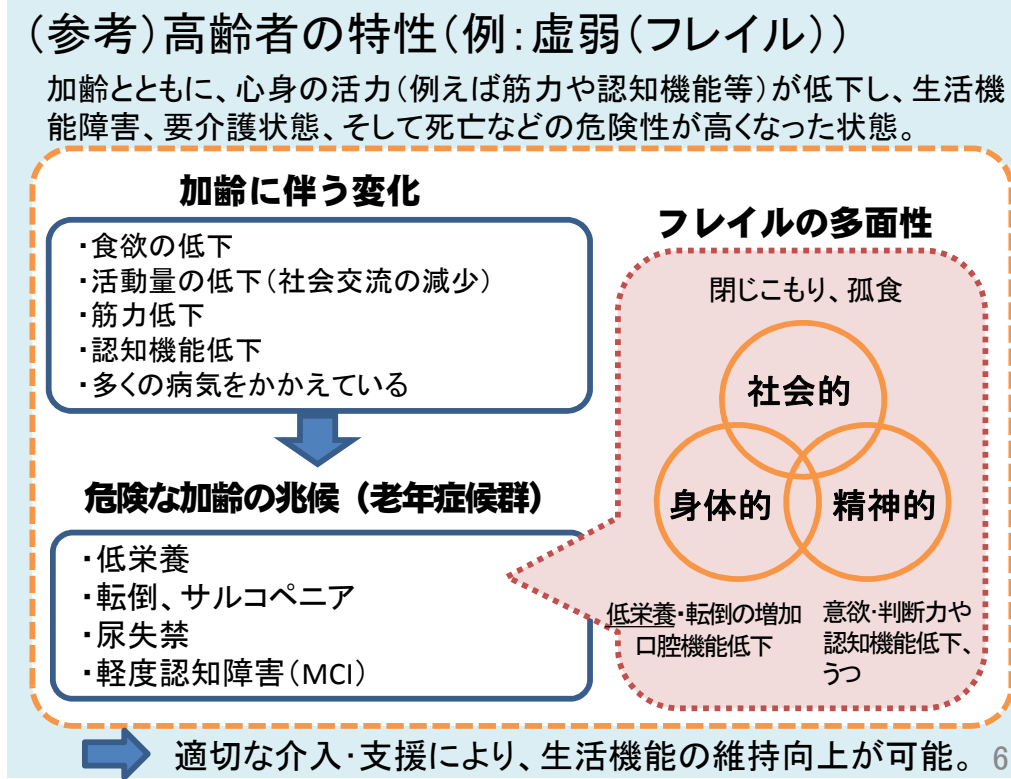
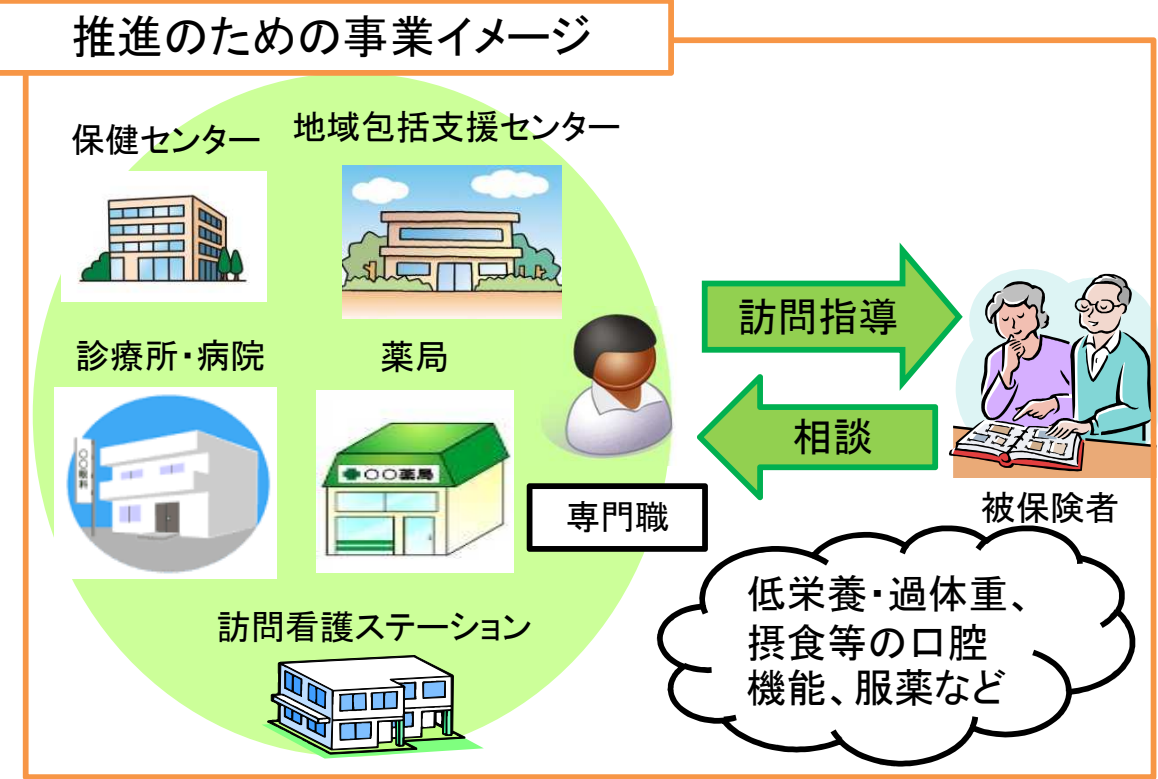
平成28年度要望額：10.7億円
(平成27年度予算額：－)

経済財政運営と改革の基本方針2015(平成27年6月30日閣議決定)

(インセンティブ改革)
民間事業者の参画も得つつ**高齢者のフレイル対策を推進する。**
(公的サービスの産業化)
民間事業者も活用した保険者によるデータヘルスの取組について、中小企業も含めた企業による健康経営の取組との更なる連携を図り、健康増進、重症化予防を含めた疾病予防、重複・頻回受診対策、後発医薬品の使用促進等に係る好事例を強力に全国に展開する。

概要

- 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のため、高齢者の特性を踏まえた保健指導等を実施。
- 後期高齢者医療広域連合において、地域の実情に応じて、地域包括支援センター、保健センター、訪問看護ステーション、薬局等を活用し、課題に応じた専門職(管理栄養士、歯科衛生士、薬剤師、保健師等)が、対応の必要性が高い後期高齢者に対して相談や訪問指導等を実施。
〈例〉 ・低栄養、過体重に対する栄養相談・指導 ・摂食等の口腔機能低下に関する相談・指導
・複数受診等により服用する薬が多い場合における服薬相談・指導 等



○高齢者の保健事業のあり方検討事業

平成28年度要望額：0.2億円
(平成27年度予算額：－)

経済財政運営と改革の基本方針2015(平成27年6月30日閣議決定)

(インセンティブ改革)

民間事業者の参画も得つつ高齢者のフレイル対策を推進する。

(公的サービスの産業化)

民間事業者も活用した保険者によるデータヘルスの取組について、中小企業も含めた企業による健康経営の取組との更なる連携を図り、健康増進、重症化予防を含めた疾病予防、重複・頻回受診対策、後発医薬品の使用促進等に係る好事例を強力に全国に展開する。

＜経緯・目的＞

後期高齢者の保健事業については、高齢化の進展に伴い医療費が増加している中、医療費適正化対策として重要性が増していることに鑑み、「後期高齢者の保健事業のあり方検討ワーキングチーム(仮称)」の設置・保健事業を行う各主体のサポートシステムの構築を通じて、より効果的な実施方法を検討する。

1. 「後期高齢者の保健事業のあり方検討ワーキングチーム(仮称)」の設置

→「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」の下に設置予定

(1) 検討内容・スケジュール案

① モデル事業の効果検証

モデル事業を行っている広域連合又は市町村を数カ所選定し、実施している事業の効果検証を行う

② 保健事業実施のためのガイドライン(案)の作成

各広域連合が保健事業を実施する際に参照するガイドライン(案)を作成・周知する

③ 平成28年度中に4回の開催を予定

(2) 検討委員メンバー

学識経験者、保険者(後期高齢者医療広域連合)代表、地方自治体代表等

(3) 事務局の設置(外部委託)

ワーキングチームの運営にあたっては、外部(民間シンクタンク等)へ委託

2. 保健事業を行う各主体のサポートシステムの構築

(1) モデル事業のサポート

広域連合・市町村において実施しているモデル事業の内容の充実を図るため、情報コーディネートを行い、また、関係者間でメーリングリストを作成し、随時情報共有・進捗状況の把握を行うとともに、有識者によるモデル事業へのスーパーバイズを行うなど各事業の効果的かつ円滑な推進をサポートする。

(2) 好事例の全国展開

先駆的・効果的と思われるモデル事業の好事例を、全広域連合に周知し、保健事業の新たな展開を図る。

(3) 上記コンサルタントへの委託により実施

○重複・頻回受診者、重複投薬者等への保健師、薬剤師等による訪問指導

経済財政運営と改革の基本方針2015(平成27年6月30日閣議決定)

平成28年度要望額：3.5億円
(平成27年度予算額：1.9億円)

(医療・介護提供体制の適正化)
外来医療費についても、データに基づき地域差を分析し、重複受診・重複投薬・重複検査等の適正化を行いつつ、地域差の是正を行う。

(公的サービスの産業化)
民間事業者も活用した保険者によるデータヘルスの取組について、中小企業も含めた企業による健康経営の取組との更なる連携を図り、健康増進、重症化予防を含めた疾病予防、重複・頻回受診対策、後発医薬品の使用促進等に係る好事例を強力に全国展開する。

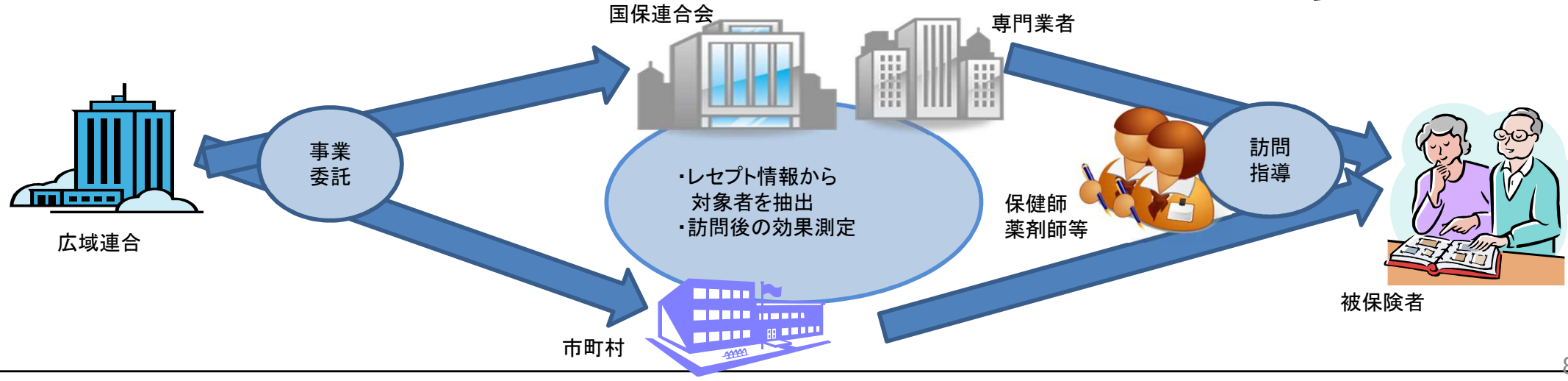
事業概要

- ①レセプト等情報により選定した重複・頻回受診者等に対して、保健師等による訪問指導を実施することにより、適正受診の促進を図る。
 - ②レセプト等情報により選定した重複・多量投薬者等に対して、地域薬剤師会の協力を得て、薬剤師等による訪問指導及びその結果を処方医、薬局へのフィードバックを行うことにより、医薬品の適正使用の推進を図る。
 - ③レセプト等情報により選定した重複・多量投薬者等に対して、医薬品の適正使用について周知広報(飲み残し、飲み忘れ防止等)を行う。
- ※①と②の対象者は重なることが想定されるため、その場合には、保健師と薬剤師とがチームで訪問指導を行う。
※訪問指導後は、レセプト等情報により改善状況を把握し、効果を検証するとともに、必要に応じて再訪問等を実施する。

※訪問指導対象者の選定基準(例)

- 重複受診.....3ヶ月連続して、1ヶ月に同一疾病での受診医療機関が3箇所以上
- 頻回受診.....3ヶ月連続して、1ヶ月に同一医療機関での受診が15回以上
- 重複投薬.....3ヶ月連続して、1ヶ月に同一薬剤又は同様の効能・効果を持つ薬剤を複数の医療機関から処方
- 併用禁忌.....同一月に複数の医療機関で処方された薬剤に併用禁忌薬がある
- 多量投薬.....同一月に10剤処方以上もしくは3ヶ月以上の長期処方を受けている

平成26年度～
平成27年度～



○後発医薬品の使用促進

平成28年度要望額：2.7億円
(平成27年度予算額：2.4億円)

経済財政運営と改革の基本方針2015(平成27年6月30日閣議決定)

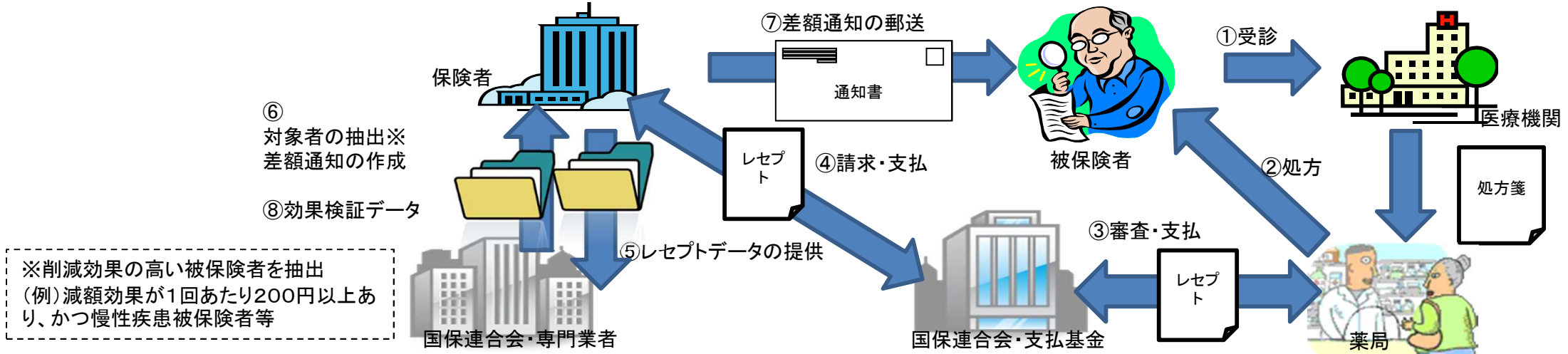
(公的サービスの産業化)
民間事業者も活用した保険者によるデータヘルスの取組について、中小企業も含めた企業による健康経営の取組との更なる連携を図り、健康増進、重症化予防を含めた疾病予防、重複・頻回受診対策、**後発医薬品の使用促進**等に係る好事例を強力に全国展開する。

事業概要

後発医薬品の使用促進を図るために、保険者が実施する後発医薬品利用差額通知の送付、後発医薬品希望シール・カードの作成及び配付、後発医薬品の普及・啓発に係るリーフレット等の作成等。

※「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」(平成25年4月5日厚生労働省)
新たな目標:平成30年3月末までに数量シェア60% (平成26年3月度時点で約51%)

- 後発医薬品利用差額通知
 - ・後発医薬品への切り替えを促進するため、後発医薬品に切り替えた場合の薬代の自己負担軽減額を通知
- 後発医薬品希望シール・カード
 - ・後発医薬品の希望を医師や薬剤師に伝えやすくするため「希望シール」又は「カード」を作成し、被保険者へ配布又は市町村窓口を設置



【参考(実施広域連合数)】

	20年度	21年度	22年度	23年度	24年度	25年度	26年度(見込み)
後発医薬品希望カードの配布	6(13%)	28(60%)	41(87%)	46(98%)	47(100%)	47(100%)	47(100%)
後発医薬品利用差額通知の送付	1(2%)	1(2%)	2(4%)	19(40%)	34(72%)	43(91%)	46(98%)

○後期高齢者医療の被保険者に係る歯科健診

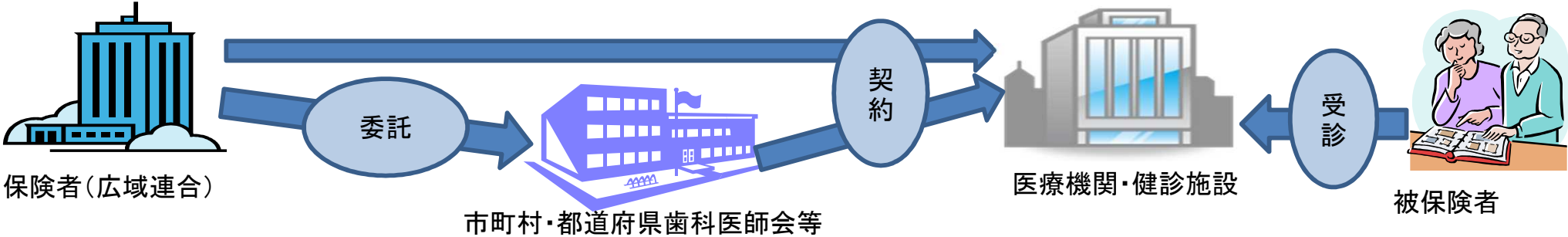
平成28年度要望額： 8. 6 億円
(平成27年度予算額： 6. 1億円)

経済財政運営と改革の基本方針2015(平成27年6月30日閣議決定)

民間事業者も活用した保険者によるデータヘルスの取組について、中小企業も含めた企業による健康経営の取組との更なる連携を図り、**健康増進、重症化予防を含めた疾病予防、重複・頻回受診対策、後発医薬品の使用促進等**に係る好事例を強力に全国展開する。

概 要

- 口腔機能低下や肺炎等の疾病を予防するため、歯・歯肉の状態や口腔清掃状態等をチェックする歯科健診を実施することとし、広域連合に対して国庫補助を行う。
- 健康増進法による健康診査実施要領に規定されている歯周疾患検診を参考にしつつ、高齢者の特性を踏まえた検査内容を各広域連合で設定。
〈例〉 問診、口腔内診査、口腔機能の評価、その他(顎関節の状態等)
- 市町村や都道府県歯科医師会等への委託等により実施



参考（関連事業）

	対象者	事業内容	実施主体	所管部局
歯周疾患検診	40歳、50歳、60歳、70歳の者	歯科医師等による歯周病検診	市町村	健康局
歯科保健医療サービス提供 困難者への歯科保健医療推進事業	障害者や寝たきり高齢者等、医療サービス提供困難者	歯科医師等による歯科健診や施設職員への指導等	都道府県、政令市及び特別区	医政局
口腔機能向上プログラム (介護予防・生活支援サービス事業)	介護予防ケアマネジメントで支援が必要とされた者	歯科衛生士等が介護職員等と協働して、口腔清掃や口腔機能訓練を実施	市町村	老健局

※75歳以上の者のうち、ある程度健康を維持している者に対する口腔機能低下や肺炎等の疾病予防対策は、上記事業では対応できていない。

後期高齢者の保健事業のあり方に関する研究(今年度から実施)

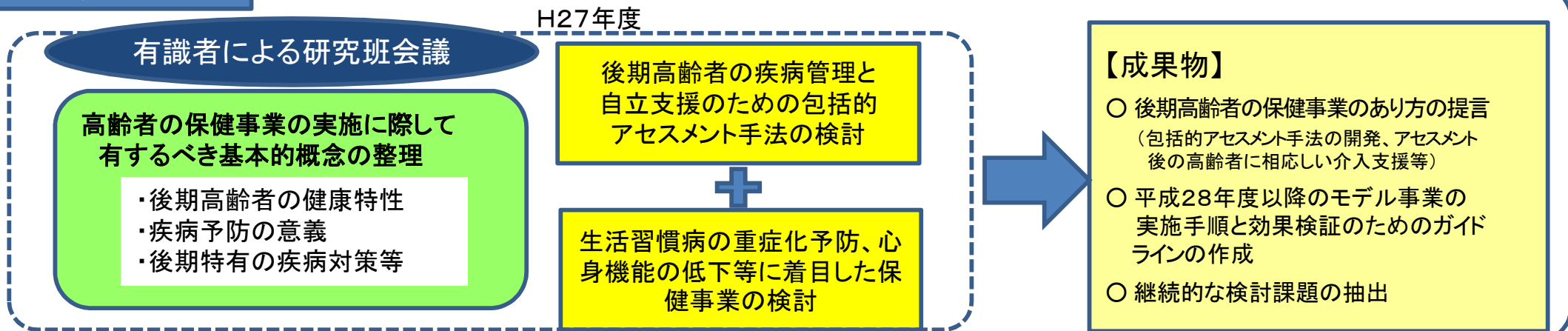
背景

- 後期高齢者の保健事業については、「高齢者の医療の確保に関する法律に基づく保健事業の実施等に関する指針」(平成26年3月31日)に基づき、取組の推進を実施し始めたところであるが、重症化予防や心身機能の低下防止などの高齢者の特性に応じた具体的な取組が十分とはいえない状況。
- 医療保険者として、後期高齢者医療の被保険者の生涯にわたる生活の質の維持及び向上、医療費全体の適正化を図っていくためには、高齢者の特性に応じた具体的な取組を図る必要がある。

目的

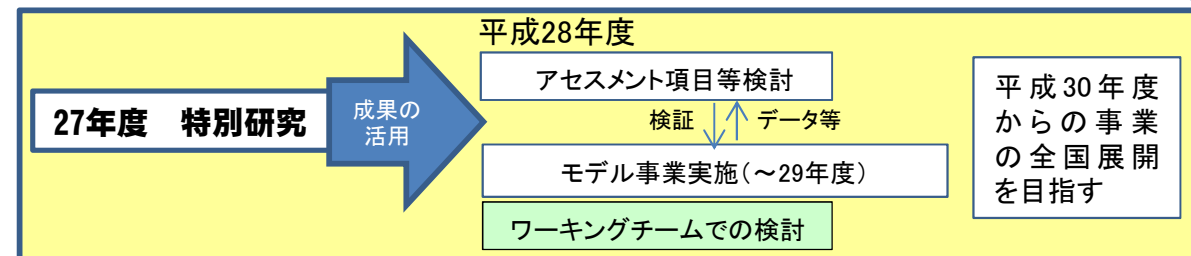
- 高齢者の心身機能、健康状態等のアセスメント手法や生活習慣病等の重症化予防・再発防止や疾病の発症につながりうるような心身機能の低下(例:低栄養による抵抗力の低下、口腔嚥下機能低下など)に着目した介入(保健指導等)方法を具体的に検討することにより、医療保険者として実施する効果的な後期高齢者の特性に応じた保健事業に資するものとする。

研究計画



成果の活用

- 後期高齢者の生活の質の維持及び向上、医療費適正化のために医療保険者が実施する保健事業として、平成28年度以降のモデル事業の具体的な実施手順等(ガイドライン)して活用することにより、効率的・効果的な事業実施が可能となる。



後期高齢者の心身の特性に応じた保健事業の推進

「後期高齢者の保健事業のあり方に関する研究」 研究班

<委員>

◎ 鈴木 隆雄	国立長寿医療研究センター理事長特任補佐
石崎 達郎	東京都健康長寿医療センター研究所チームリーダー
磯 博康	大阪大学大学院医学系研究科教授
清原 裕	九州大学大学院医学系研究科教授
葛谷 雅文	名古屋大学大学院医学系研究科教授
近藤 克則	千葉大学予防医学センター教授
島田 裕之	国立長寿医療研究センター老化予防研究部部長
杉山 みち子	神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部教授
辻 一郎	東北大学大学院医療系研究科教授
津下 一代	あいち健康の森健康科学総合センターセンター長
原田 敦	国立長寿医療研究センター病院病院長
吉村 典子	東京大学医学部附属病院22世紀医療センター准教授

参考資料

食の自立・栄養改善、栄養マネジメント

○ 和光市では、栄養改善を目的とした管理栄養士による訪問栄養指導を実施。

- 保健師や栄養士等による健康相談などを実施する「まちかど健康相談室」を開設、運営(NPO法人「ぽけっとステーション」に委託。)
- 「まちかど健康相談室」を拠点とし、管理栄養士によるアセスメントを行いながら、月2回の訪問栄養指導を実施。
- 訪問栄養指導ケースについては、地域包括支援センターに配置されている管理栄養士がケースマネジメントを行い、3カ月クールで総合評価を行う。
- 地域包括支援センターにおいて、関係者で評価を共有。

まちかど健康相談室

は、
地域にお住まいの方々の、心と体の健康を守るための場所です。

- お茶を飲みながら、ゆったり過ごすサロンをしています。
夏は涼しくし、冬は暖かくしてお待ちしています。
- 各種相談窓口となります。相談内容を取り次ぐパイプ役を行います。
- 保健師や栄養士等が健康相談に応じます。
- 情報を集められます。(地域のイベント 医療 介護など)
- 栄養士によるミニ料理教室を行います。(材料費はかかります)食育を広めていきます。
- 保健・医療や介護等に係る専門家などによる講座を開きます。
- 和光市・地域包括支援センターや保健センターなど様々な機関と連携し、地域のみなさまを支援する窓口となります。
- 西大和団地内の医療機関・介護事業所そして自治会とも連携します。



まちかど健康相談室

を
地域のみなさんと一緒に、居心地のよい場所につくりあげていきたいです。

栄養アセスメント

氏名	Ｔさん	男	調査日	事前	平成	事後	平成	記録
----	-----	---	-----	----	----	----	----	----

	質問項目・評価尺度	該当番号		備考
		事前	事後	
1	現在自分は健康だと思いますか ①非常に健康 ②まあ健康 ③あまり健康でない ④健康でない 食事の仕度を行っていますか ○1 ○2 △1 △2 ×1 ×2	②	②	
2	適正な献立作成 買物行為 買物内容・保存方法 調理 配膳 洗物・片付け	△1 ○1 △1 △1 ○1 ○1	○2 ○1 ○2 ○2 ○1 ○1	車で行く 炊飯・たまに炒めたりゆでたり
3	食欲はありますか ①ふつう ②時々ない ③非常にある・非常にない	①	①	
4	食べ物や飲み物でもせますか ①いいえ ②時々 ③はい	②	②	
5	歯や入れ歯の調子はどうですか ①問題ない ②治療中 ③治したいと思っている ④調子悪いままである	④	④	下→インプラント 上→入れ歯あわない
6	よく噛んで食べていますか ①よく噛む ②ときどき注意して噛んでいる ③よく噛まず早食いだ 1日3食食べていますか ①3食 ②週1, 2回欠食する ③ほとんど欠食	①	①	
7	食事時間は決まっていますか ①規則正しい ②週1, 2回は変わる	①	①	
8	③時間は決まっているが適正でない ④決まっていない	④	④	
9	毎食、主食・主菜・副菜を摂っているか ①きちんと摂っている ②週1, 2回抜ける ③ほとんど毎食抜ける	③	②	
10	間食はどのくらい摂っていますか ①食事に影響はない ②間食の摂り方を理解しているが実行していない ③間食の摂り方を理解していない	①	①	
11	1日の水分量(コップ何杯) ①6杯位 ②4～5杯 ③4杯未満	③	③	
12	下痢・便秘はあるか ①ない ②月に1, 2回程度 ③薬でコントロールしている ④薬でもよくならない	①	①	タケのお茶を煎じて飲む(毎日)
13	酒・タバコについて ①昔からのまない ②今はのまない ③月に1, 2回程度 ④やめたいと思うがやめられない ⑤やめない	①	①	
14	病気や薬について ①よく理解している ②なんとなく理解している ③理解していないが守れている ④守れていない	①	①	
15	今から食生活や運動を変えれば、寝たきりにならなくなると思いますか ①思う ②少しは思うので実行しようと思う ③思うができない ④思わない	①	①	
16	事後のみ・実行してみよう思いましたか ①体に良い変化があらわれた ②気持ちに良い変化があらわれた ③変化しないが続けようと思う ④続けたくない	①	①	血糖値が下がると調子が良い

項目	事前	事後	項目	事前	事後	項目	事前	事後
体重 kg	50.8	52	BMI	18.9		HbA1c	7.9	5.8
体高 cm			腹囲 cm					
血液検査								

事前		事後		備考	
調査時間	朝食 4時～5時頃 味噌汁のみ(じやがいも・ねぎ)	5時～6時ごろ ミックスベジタブルとキヤベツ炒め・ゆで卵2個/水ようかん1個			
食事内容	昼食 12時 宅配弁当	11時 宅配弁当 海苔佃煮・ソース			
食事内容	夕食 16時宅配弁当	夕方職場 個・ジュース 23時 宅配弁当 海苔佃煮・ソース			
食事内容	間食 23時頃帰宅後、バ・ト・スト/バナナなど間食	水ようかんや果物			

血糖値	50.0	60.0
糖化	6.0	6.0

介護予防サービス計画・総合評価(訪問用)

氏名 Tさん 様 事業者名: NPOぽけっとステーション 平成 75 年 月 日 担当

区分 特定 生年月日 年 月 日 計画期間: 年 月 日 ~ 年 月 日

住所 電話番号

自己実現の目標	半年後	制限内で自分で1日2食用意出来ている
総合的方針		配食弁当と栄養指導、正しい運動方法を身につけるための教室へ参加し、一人で生活していけるようにしていきましょう。
病気・問題点など		脳梗塞の既往有り・糖尿病(内服)・脳動脈瘤あり(経過観察中)・
主治医		主治医の指示 1600kcal,塩分6g
栄養・食事支援の包括目標		1日1600kcal,塩分6gを守ることができる
連携職種(連携内容)		123宅配弁当(昼・夕)

サービス区分	サービス計画				評価		総合評価	
	支援計画				目標達成状況(1カ月)	評価	目標達成状況(3カ月)	評価
栄養・食事支援	目標		栄養指導内容	支援に際しての留意点	目標達成状況(1カ月)	○達成 △一部達成 ×未達成	目標達成状況(3カ月)	○達成 △一部達成 ×未達成
	アセスメント	1カ月目 5/11・29	・食生活の聞き取り ・体重測定	体重計にのる際、転倒注意	・ご本人の話から、食生活の状況が、わかりやすく、アセスメントに時間がかかった。 ・配食について、不満もあるようだが、栄養の重要性を理解し、継続できている。	関心 △	・HbA1c7.9→5.8へ改善 ・糖尿病や血圧に関する薬が減る ・食事の重要性を理解し、自己調達においても野菜を意識し、揚げ物は控えている。	○
	1日3食食事ができる	2カ月目 6/22	・毎食の献立も考え方(イラスト) ・体重測定	・食事・血圧の記録確認 ・体重計にのる際、転倒注意	・ご自身で、血圧や食事の記録をたまにはあるが、付けるようになった。 ・血液検査の結果が、改善傾向にあり、ますます意欲が出てきた。	実行 ○		
	土日も、野菜のおかずを食べることができる	3ヶ月目 7/5・31	・果物の適正量について ・おすすめお惣菜 ・体重測定	・食事・血圧の記録確認 ・体重計にのる際、転倒注意	・土日は、自己調達で、食事を準備し、野菜を意識して食べられている。 ・果物や甘いおやつについても、食べ過ぎないように注意できている	実行 ○		

今後の方針

今後は配食を利用しながら、糖尿病・高血圧が安定し、食事面での注意を継続できているかの確認のモニタリングを3ヶ月間行い、定着が確認できれば、終了する方針。

平成 年 月 日

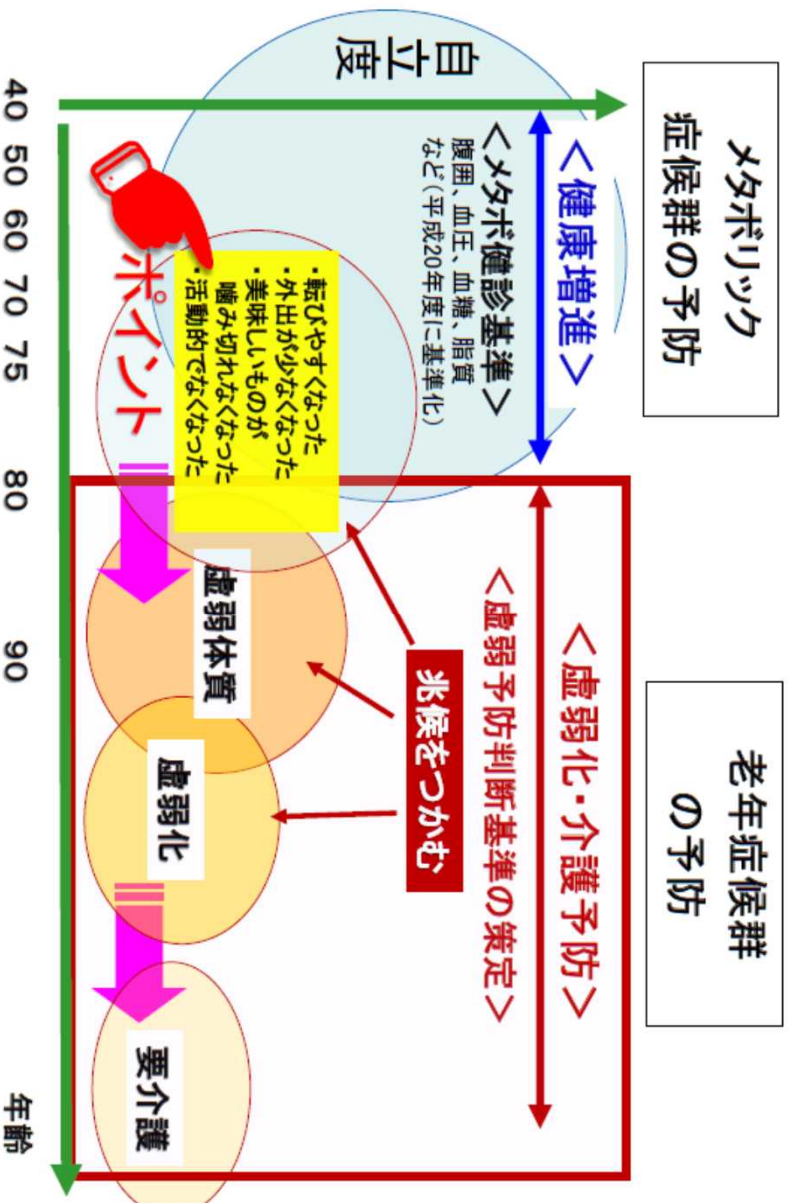
サイン

地域包括支援センターでは、3職種（保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員）が必置とされているが、埼玉県和光市では、管理栄養士を加配している。

和光市地域包括支援センターの事業運営体制

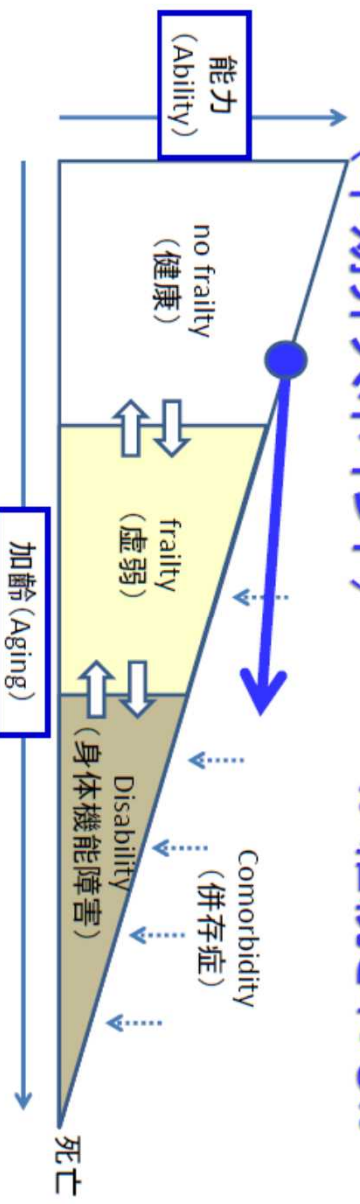


健康増進・虚弱予防の研究と推進



医療側と市民側の両者が
機能低下が「顕在化する前」の視点を！

市民に分かりやすい コミュニティーベース
簡易評価法と (市民同士)で、いかに楽しく健康増進活動
基準指標 が継続されるか
(早期介入ポイント)



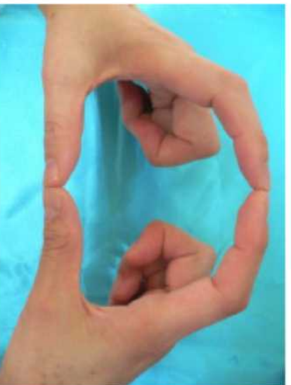
【高齢者の食力】を考え直す

栄養とからだの健康増進調査事業



新考案 「指輪つか」テスト：ふくらはぎの自己評価

手順①親指と人差し指 で「指輪つか」をつくる 手順②ふくらはぎの一番太い部分に当ててみる



低い

サルコペニアの危険度

高い



固めない



ちょうど固める



隙間ができる

現行の栄養指導に関する診療報酬上の主な評価

入院

○ 入院栄養食事指導料125～130点

管理栄養士が、医師の指示に基づき、腎臓食などの特別食が必要な患者に対して食事計画案などを交付し、概ね15分以上指導を実施(月1回(入院患者については入院中2回))。

○ 集団栄養食事指導料 80点

管理栄養士が、医師の指示に基づき、腎臓食などの特別食が必要な複数の患者を対象に指導を実施(月1回)。

○ 摂食障害入院医療管理加算

200点(30日以内)、**100点**(31日以上～60日以内)

常勤の医師、管理栄養士、臨床心理技術者が配置され、集中的かつ多面的な治療を計画的に実施。

○ 栄養サポートチーム加算 200点

栄養管理計画に基づき栄養管理が実施されている入院中の患者に対して、医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等が共同して必要な診療を実施(週1回)。

外来・在宅

○ 外来栄養食事指導料 130点

○ 在宅患者訪問栄養食事指導料

450～530点

管理栄養士が、医師の指示に基づき、腎臓食などの特別食が必要な在宅で療養を行っている患者に食事計画案などを交付し、30分以上調理を介して実技を伴う指導を実施(月2回)。

○ 糖尿病透析予防指導管理料 350点

糖尿病患者に対し、外来において、医師と看護師又は保健師、管理栄養士等が連携して、重点的な医学管理を実施(月1回)。

○ 在宅患者訪問褥瘡管理指導料 750点

医師、看護師(保健師、助産師、准看護師)、管理栄養士から構成される在宅褥瘡対策チームが、褥瘡ハイリスク患者であってすでにDESIGN分類d2以上の褥瘡がある患者に対し、カンファレンスと定期的なケア等を実施(2回まで)。