

※ ガイドライン(暫定版)
掲載ページを表示

低栄養防止・重症化予防等の推進 ～モデル事業実施のポイント～

高齢者の保健事業のあり方検討ワーキンググループ

あいち健康の森健康科学総合センター

津下 一代

高齢者の健康を取り巻く課題と対策

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



ガイドライン

高齢者の特性を踏まえた保健指導(個々に応じた専門職によるアウトリーチ)

実施主体・役割

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

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

国、都道府県、関係機関・団体: 制度設計・情報提供・研修・実行支援

高齢者に特有の健康障害

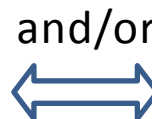
葛谷雅文: 日老誌(2009)をもとに、
著者の許可を得て改変

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

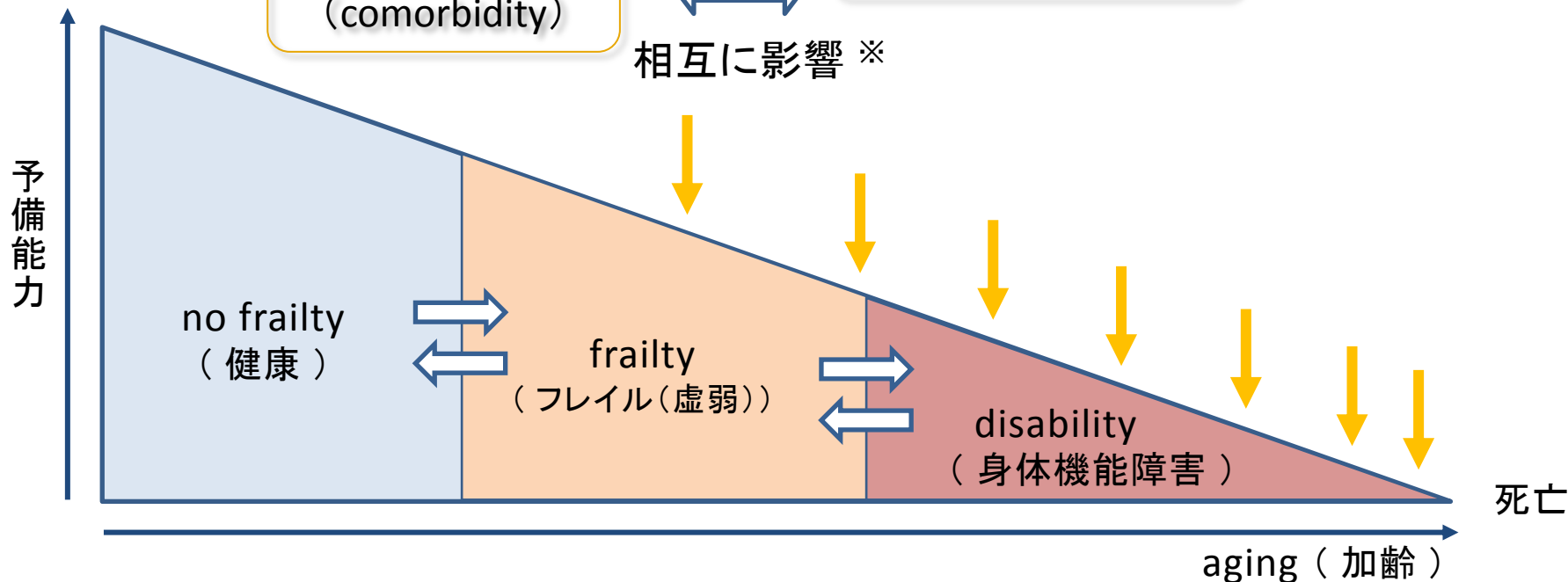
- 認知機能障害
- めまい
- 摂食・嚥下障害
- 視力障害
- うつ
- 貧血
- 難聴
- せん妄
- 易感染性
- 体重減少
- サルコペニア(筋量低下)

慢性疾患を併存
(comorbidity)

老年症候群



相互に影響 ※



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

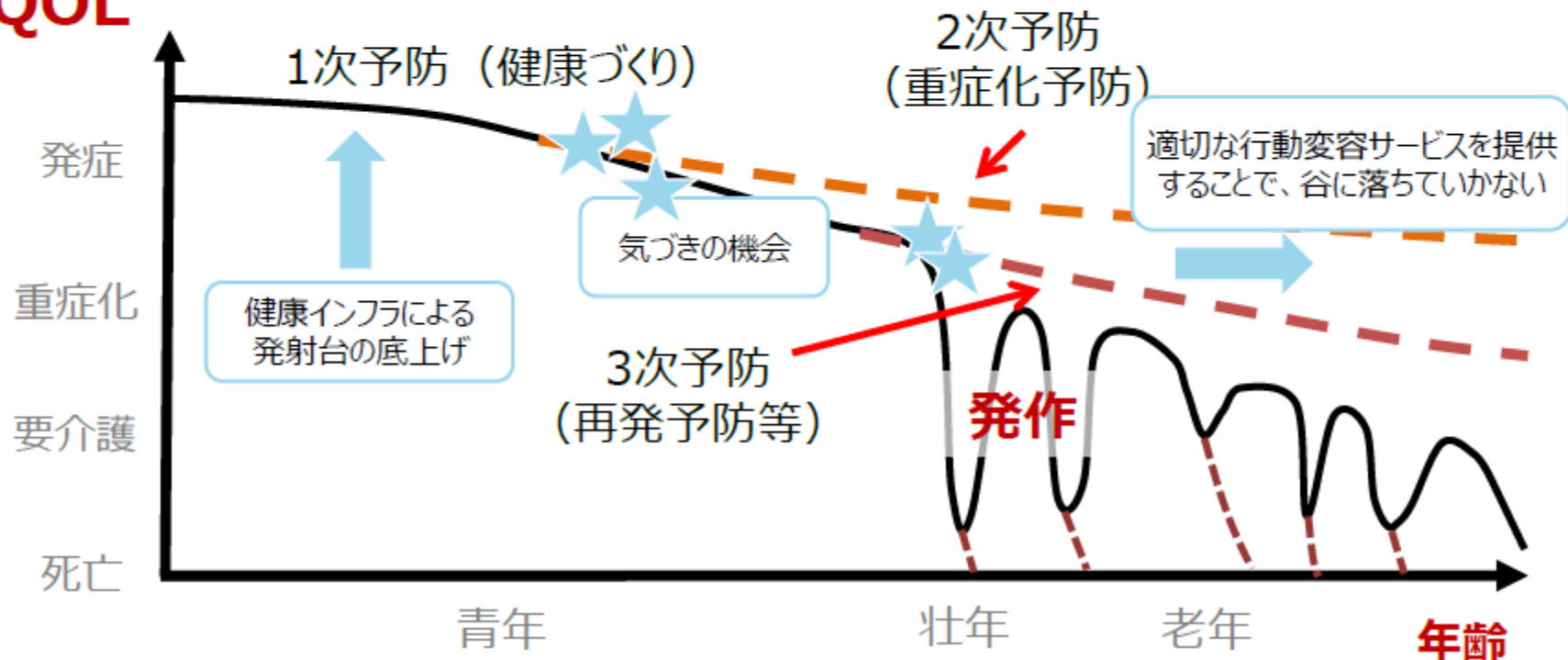
※ 現時点では、慢性疾患のフレイルへの関わりが十分なエビデンスの基に構築されているわけではないことに留意が必要。

生涯現役社会の実現に向けた環境整備の方向性

- 1人1人が心身の健康状態に応じて経済活動や社会活動に参画し、役割を持ち続けることのできる「生涯現役社会」の実現に向けて、医療・介護関係者と民間事業者、関係省庁が一丸となって、以下の方向性で取組を進めていくべきではないか。

- ①産業・まちづくり・コミュニティ等の環境の変容による健康インフラづくり（一次予防）
- ②職域と地域が連携した気づきと重症化予防のサービスづくり（二次予防・三次予防）
- ③上記を促進するインセンティブの整備

QOL



出所) 永井良三氏 (自治医科大学) 作成資料を基に経済産業省作成

後期高齢者医療における保険者インセンティブ（H28～）

1. 趣旨・仕組み

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

2. 評価指標の候補

保険者共通の指標

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

固有の指標

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

1. 保健事業の実施に当たっての基本的な考え方

(1) ガイドラインの趣旨・目的

- (ア) 保健事業実施指針を前提として**広域連合が高齢者の特性を踏まえた保健事業を実施するための目安**として活用されることを目的とする
- (イ) **広域連合が実施することが望ましい健診や保健指導などの保健事業の具体的な内容**について科学的知見を踏まえて提示する。
- (ウ) 広域連合の委託・補助により**市区町村が実施する場合の留意点等**を示す。
- (エ) 本ガイドラインに基づき、**生活習慣病等の慢性疾患の重症化予防**に加え、**フレイルに関連する老年症候群(低栄養、転倒・骨折、誤嚥性肺炎等)の管理(栄養指導等)**を**広域連合が保健事業として実施することにより**、**後期高齢者(被保険者)の健康の保持増進と心身機能の低下防止を図り、結果として医療費の適正化に資すること**を目的とする。

ガイドラインとモデル事業の関連

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

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

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

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

ガイドライン案評価⇒改訂
表現方法の工夫: パターン、例示など

制度への反映・全国展開へ

事業改善

高齢者の保健事業 目標設定の考え方

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

フレイル(虚弱)の進行の防止

生活習慣病等の重症化予防

高齢による心身機能の低下防止
(老年症候群)

健康状態に課題がある
高齢者の減少

相互に影響

心身機能が低下した
高齢者の減少

慢性疾患の
コントロール

服薬状況

低栄養

口腔機能

認知機能

運動機能

高齢者の健康状態・フレイルの状態、生活状況等の包括的な把握

※国保・ヘルス
事業との連携

※介護予防
との連携

適正受診・服薬

- ・かかりつけ医
- ・受診中断の早期対処
- ・重複・残薬指導

禁煙・適正飲酒

- ・禁煙
- ・過量飲酒の減少

栄養・食生活

- ・減塩、水分調整
- ・たばく摂取
- ・肥満者の維持・減量

口腔機能

- ・摂食・嚥下体操
- ・入れ歯の手入れ

運動・リハビリ

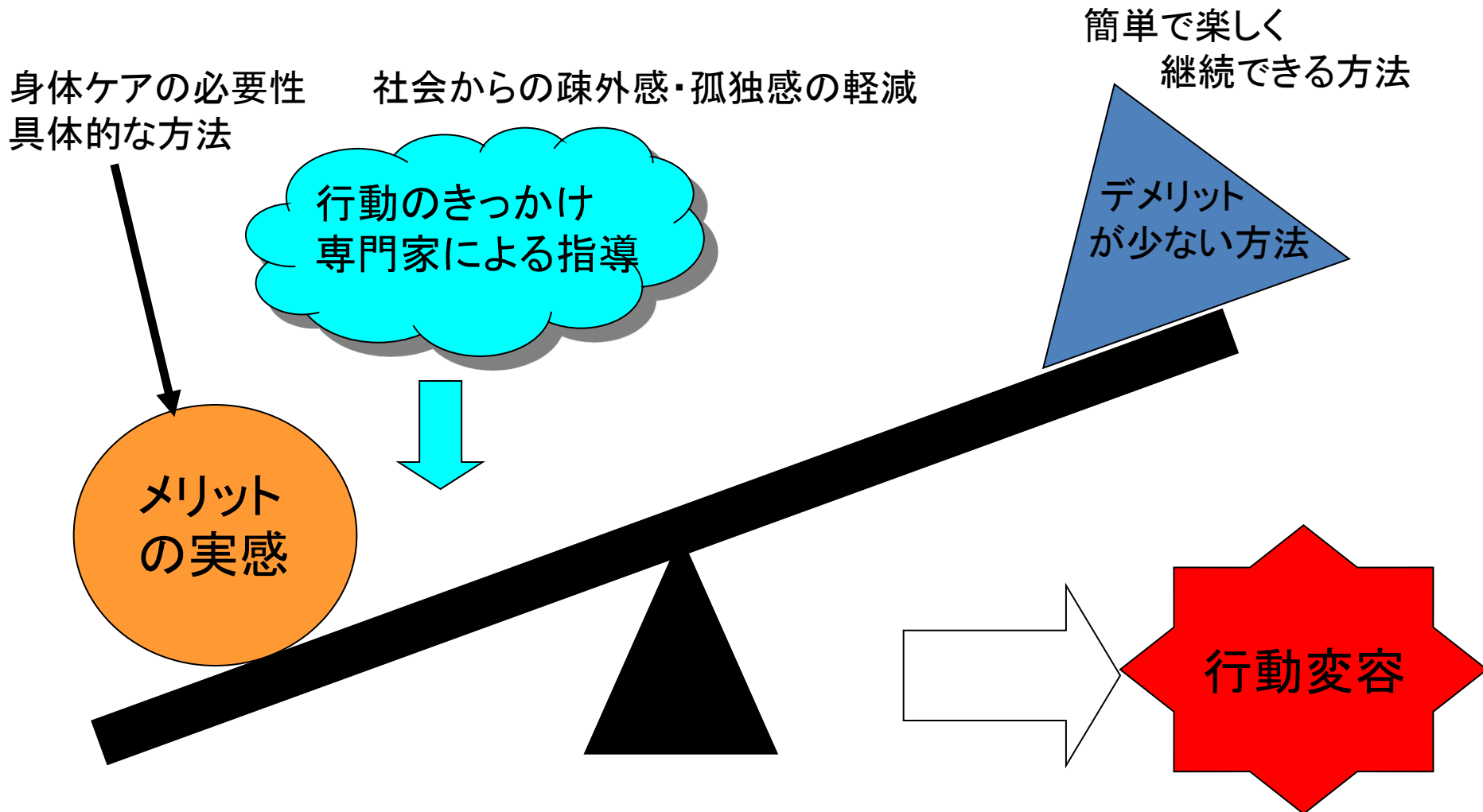
- ・転倒・骨折防止のための運動器等の指導
- ・リハビリの継続

外出・社会参加

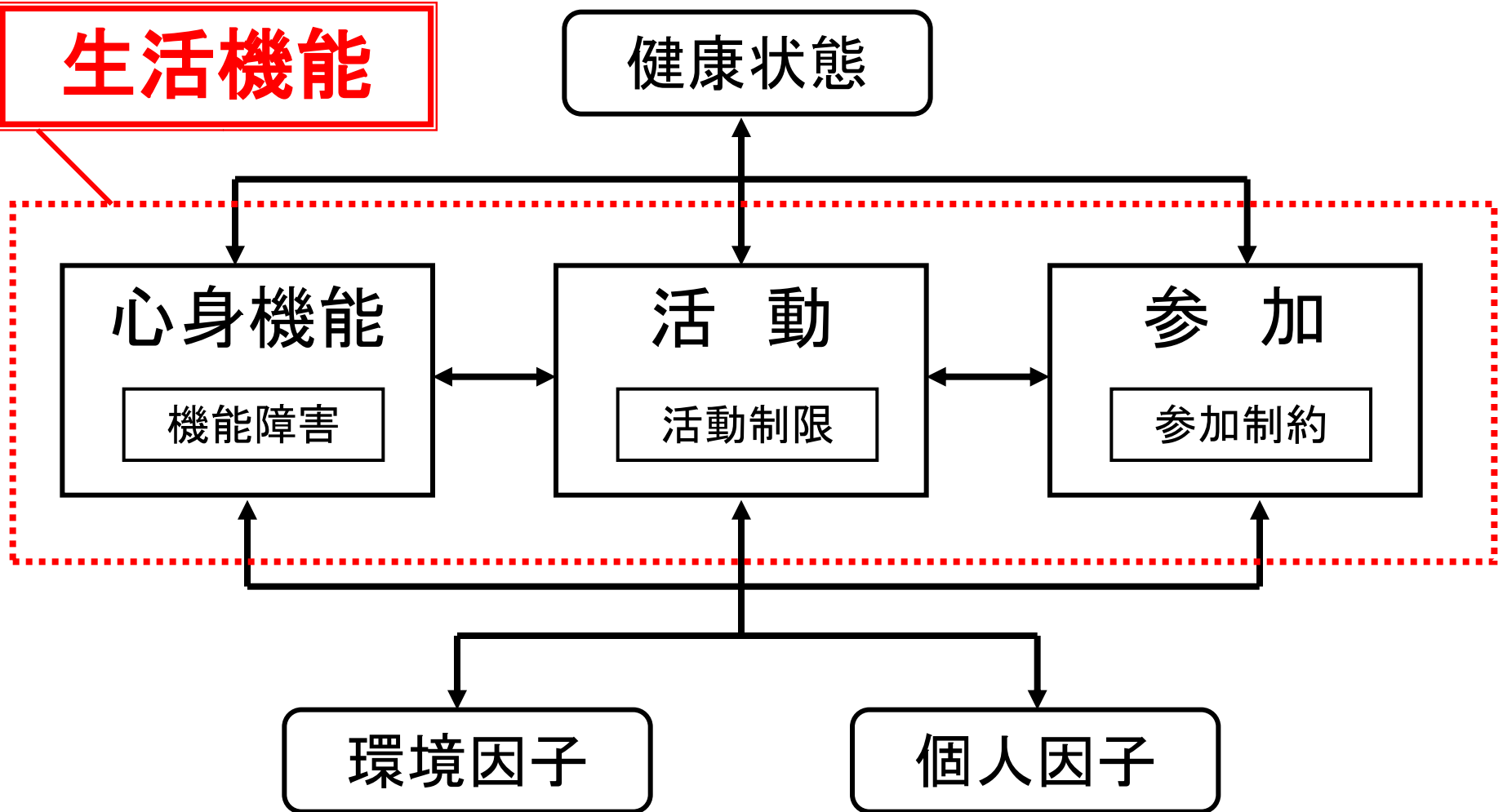
- ・買い物、散歩
- ・地域活動・ボランティア等の支援

虚弱(フレイル)高齢者や在宅療養高齢者等への健康支援

高齢者・家族の不安を取り除き 安心して生活が楽しめるよう支援



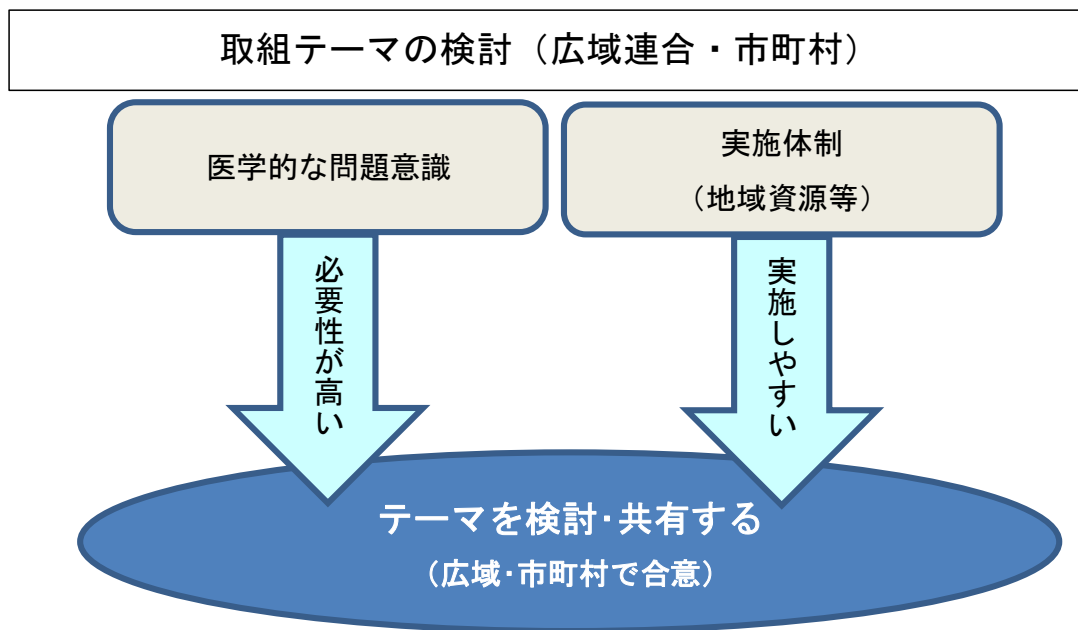
生活機能



(国際生活機能分類 WHO, 2001)

「心身機能」の不自由を、生活上の「活動」で補い、豊かな人生に「参加する」。

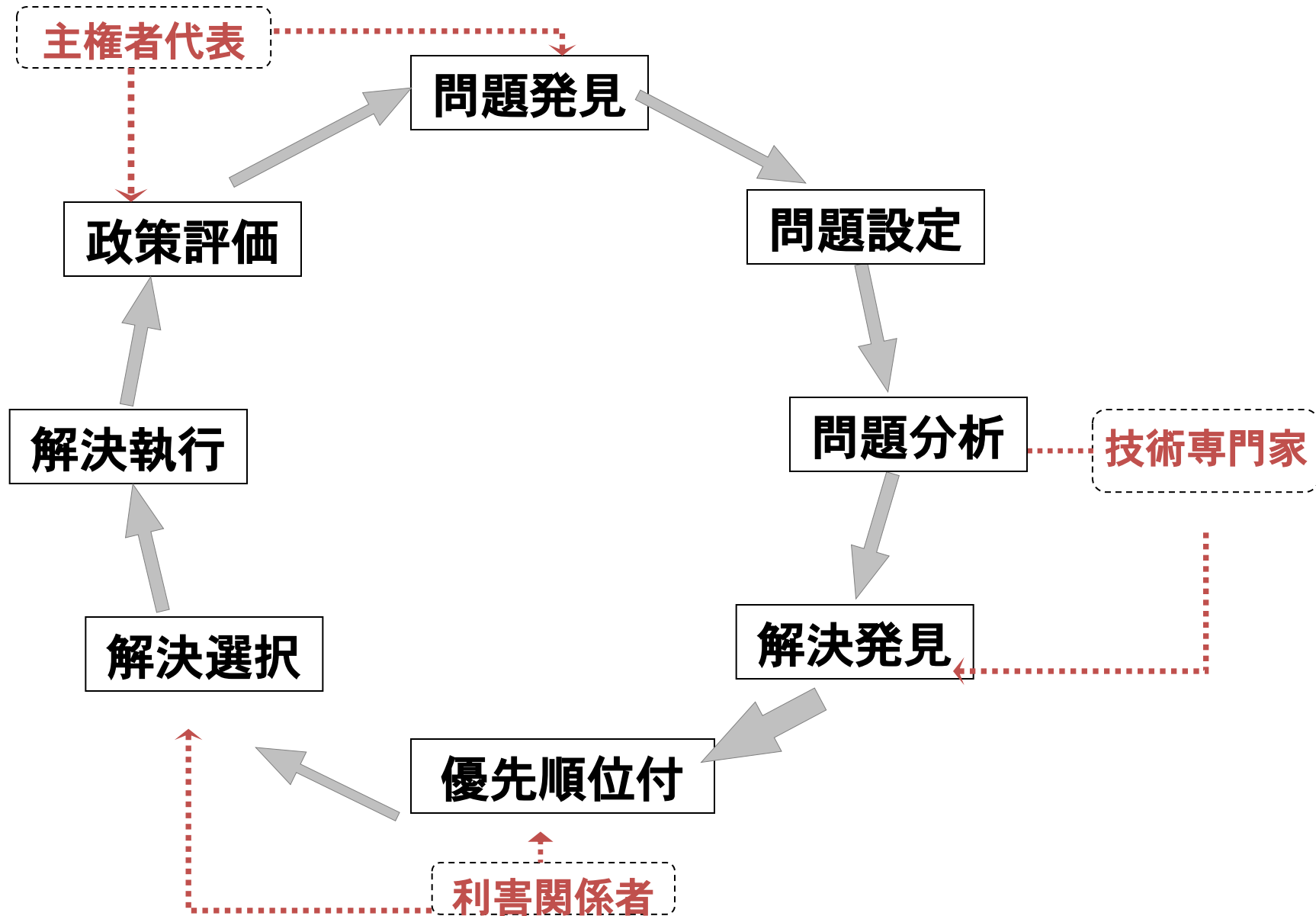
なにが重要か？ 対策可能か？ 何が行いやすいか？ の観点も



動くところから始めて
広げていく

側方から
本丸へ攻めることも

政策サイクル



健康課題⇒問題意識

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

レセプト：骨折 介護

健診：BMI、体重減少

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

レセプト：（誤嚥性）肺炎

・転倒リスクを下げるため服薬状況が課題であることが明らかになった。

レセプト：多受診、服薬量過多

・糖尿病性腎症が高額医療費の多くを占め、重症化予防の取組が必要である。

レセプト：透析、腎不全

健診：糖尿病、腎機能

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

レセプト、健診データ

実施体制の例

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

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

・薬剤師会が積極的。支援が望める

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

・包括支援センターの高齢者訪問とタイアップ。

保健事業実施全体の流れ

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

進捗管理シート

・計画時

いつまでに

どこまで行うのか

イメージする

・関係機関との役割分担

進捗確認、

キャッチアップ

・完璧にできていなくても

次に進む。

・課題認識として

プロセス評価に活用

・研修企画に活用

高齢者の低栄養・重症化予防モデル事業(フレイル対策) 進捗管理シート

(糖尿病性腎症重症化予防プログラム進捗管理シート(様式A)を改変)

別紙3

参加市町村・広域連合名: () 県 ()

NO.	区分(例示*)		項目	内容	着手	済
	広域	市町村				
1	○	○	健康課題等	健康日本21計画やデータヘルス計画より市町村・広域連合の健康課題・地域資源等について把握している	□	□
2	○	○	モデル地域の選定	把握した健康課題の解決に向け広域連合内の適切な地域を選定している	□	□
3	○	○	事業委託等の調整	事業委託に必要な契約、情報提供、予算の妥当、議会対応等を行っている	□	□
4	○	○	都道府県、関係団体との調整	都道府県や都道府県医師会等の関係団体との調整を行っている	□	□
5	○	○	市町村への情報提供	広域連合が保有するレセプト・健診データ等の提供を行っている。提供するための環境整備を行っている	□	□
6	○	○	担当者の資質向上の取組	モデル市町村やその他の関係者等への説明会、研修等を計画している	□	□
7	○	○	中長期計画	モデル事業の展開等、中長期的な戦略を検討している	□	□
8	○	○	対象者概数	平成27年度健診結果やレセプト等より選択した事業メニュー対象者の概数を把握している	□	□
9	○	○	対象者の検討	概数の試算に基づき、平成28年度健診等を用いてどのような対象者(病期、人数、年齢等)にアプローチするかを検討している	□	□
10	○	○	予算・人員配置	事業に必要な人員・予算確保のメドがある	□	□
11	○	○	チーム形成	市町村(国保課、健康担当課、後期高齢担当課、介護保険担当課等)、広域連合のチーム形成を行っている	□	□
12	○	○	介入法の検討	対象者の特性に合わせた介入方法(フレイル予防・重症化予防)を検討している	□	□
13	○	○		都道府県医師会等に広域連合の健康課題やモデル事業参加のねらいについて情報提供している	□	□
14	△	○	医師会・歯科医師会・薬剤師会等への相談	地区医師会等に市町村の健康課題やモデル事業参加のねらいについて情報提供している	□	□
15	△	○		対象者の選定基準や介入方法(フレイル予防・重症化予防)及び実施方法(訪問指導・立ち寄り型相談等)について、医師会やかかりつけ医に相談、助言を受けている	□	□
16	○	○	対象者決定	対象者の選定基準について決定している	□	□
17	○	○	介入法の決定	介入方法(フレイル予防・重症化予防)を決定している	□	□
18	△	○	実施法の決定	具体的な実施方法(訪問指導・立ち寄り型相談等)を決定している	□	□
19	○	○	チーム内での情報共有、連携方策の検討	市町村(国保課、健康担当課、後期高齢担当課、介護保険担当課等)と、広域連合の間で事業企画(対象者の選定基準・介入方法・実施方法)について共有・連携している	□	□
20	○	○	計画書作成	事業実施計画書を作成している	□	□
21	△	○	実施方法(プログラム)の設定	事業の実施方法(対象者抽出・アセスメント項目・介入内容・方法、評価指標・方法等)について設定している。	□	□
22	△	○	募集法の決定	参加者の募集方法を決定している	□	□
23	△	○	連携方策の決定	地区医師会に糖尿病性腎症重症化予防の連携方策(病診連携手帳、データ収集フォーマット等)について相談している。 <※糖尿病性腎症重症化予防事業のみ>	□	□
24	△	○	マニュアル作成	本事業の運営マニュアルや保健指導マニュアル等各種マニュアルを作成している	□	□
25	△	○	保健指導等の準備	保健指導の準備(教材の準備・指導者の研修)をしている	□	□
26	○	○	(外部委託の場合)	外部委託の場合には、選定基準、実施方法、連携体制、評価、成果物等について協議し、医師会等の関係者と情報共有している	□	□
27	○	○	個人情報の取り決め	個人情報の取り扱いについて ルールが確認できている	□	□
28	○	○	苦情、トラブル対応	トラブル発生時の相談窓口が明確である	□	□
29	○	○	研修会等	国のセミナー、意見交換会などを受講している	□	□
30	○	○	募集法	予定した対象者を募集するための方法を工夫している	□	□
31	○	○	対象者	実施計画に基づいた対象者を募集し、予定人数が確保できている	□	□
32	○	○	介入(初回面接)	各機関で作成した指導マニュアルに従い初回面接ができています	□	□
33	○	○	介入(継続的支援)	各機関で作成した指導マニュアルに従い実施方法(手帳・電話・個別面談・戸別訪問・集団指導)を行っている	□	□
34	○	○	かかりつけ医との連携	かかりつけ医と、治療状況・保健指導の内容について連携ができています	□	□
35	○	○	受診状況把握	問い合わせ、レセプトより受診状況を把握している	□	□
36	○	○	記録	保健指導の内容について記録を残している	□	□
37	○	○	データ登録	評価に必要なデータを取得、登録している	□	□
38	○	○	安全管理	安全管理に留意した運営ができています	□	□
39	○	○	個人情報	個人情報を適切に管理している	□	□
40	○	○	チーム内の情報共有	関係者間で情報共有やカンファレンスを実施している	□	□
41	○	○	マニュアル修正	必要時マニュアルの見直しや修正を行っている	□	□
42	○	○	初回情報の登録	中間報告、実績報告のための初回情報(様式O)のデータを収集している	□	□
43	○	○	中間報告の提出	中間報告のデータを収集し、提出している	□	□
44	○	○	中間報告会(仮)	保険者自らも分析をおこない、中間報告会(仮)で報告している	□	□
45	○	○	最終報告会(仮)	最終報告会(仮)に参加している	□	□
46	○	○	改善点の明確化	事業の進捗や評価について共有し改善点を明確にしている	□	□
47	△	○	相談	必要時、医師会や専門家等に相談し助言を得ている	□	□
48	△	○	地域協議会への報告	地域の協議会などで分析結果の報告や改善策の検討を行っている	□	□
49	○	○	広報等	広報等市民への情報提供を行っている。	□	□
50	○	○	次年度計画	次年度の計画策定を行っている	□	□
51	○	○	長期追跡体制	通常業務として、長期的に健診やレセプト情報で評価できる体制を整えている	□	□

※ 区分については、市町村にモデル事業を委託して実施する場合を想定しOを記載。実際には、地域の実情に合わせ広域連合と市町村等が相談の上、チェックリストを完成する。

※ 「△」は、必要に応じて対応する項目。

※ 平成27年度「後期高齢者の保健事業のあり方研究報告書(ガイドライン試案)」、『糖尿病性腎症重症化予防プログラム開発研究報告書』参照

庁内体制

NO.	区分(例示)		項目	内容
	広域	市町村		
1	○	○	健康課題等	健康日本21計画やデータヘルス計画より市町村・広域連合の健康課題・地域資源等について把握している 高齢者特有の健康課題を理解している 従来の保健事業で「できていないこと」に気づいている
2	○		モデル地域の選定	広域連合内の適切な地域を選定している 市町村の問題意識を理解(助言)している
11	○	○	チーム形成	市町村(国保課、健康担当課、後期高齢担当課、介護保険担当課等)、広域連合のチーム形成を行っている
19	○	○	チーム内での情報共有、連携方策の検討	市町村(国保課、健康担当課、後期高齢担当課、介護保険担当課等)と、広域連合の間で事業企画(対象者の選定基準・介入方法・実施方法)について共有・連携している
29	○	○	研修会等	国のセミナー、意見交換会などを受講をしている

事業実施に用いる情報とその保有者

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

実施主体としての 後期高齢者医療広域連合の役割

○医療健康情報した健康課題把握：

健診・医療・介護・服薬・歯科情報等の包括的、統合的な管理

○市町村の問題意識を、保健事業の実施方針につなげる

○対象者の選定と介入支援を効果的、効率的に実施

○事業評価。PDCAサイクルにより事業の継続的な改善を図る。

○保健事業の円滑化のため、医師会等関係団体との連携を図る。

○国民健康保険等との連携(年齢区分を超えた一貫した対応

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

○市町村支援、他市町村への波及を進めていく。

保健事業実施主体としての市区町村の役割

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

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

○ 事業を着実に実施できる運用体制の確保に努める。

○ 市区町村内における関係部署間での連携を図る。

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

○関係機関、専門職団体等との連携

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

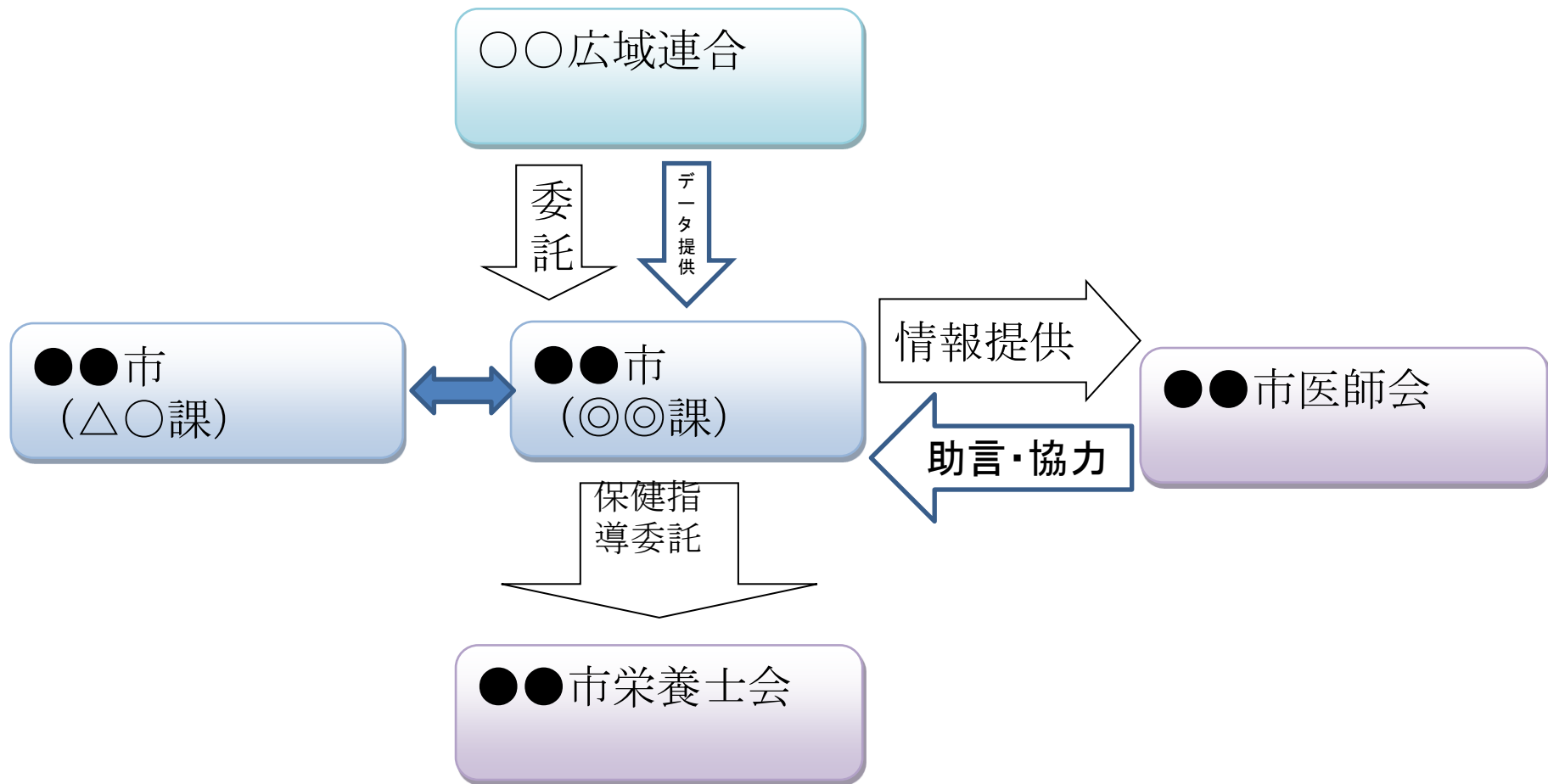
○医療機関等との連携

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

地域連携(事前相談)

NO.	区分(例示)		項目	内容
	広域	市町村		
4	○		都道府県、関係団体との調整	都道府県や都道府県医師会等の関係団体との調整を行っている
5	○		市町村への情報提供	広域連合が保有するレセプト・健診データ等の提供を行っている。提供するための環境整備を行っている
13	○		医師会・歯科医師会・薬剤師会等への相談	都道府県医師会等に広域連合の健康課題やモデル事業参加のねらいについて情報提供している
14	△	○		地区医師会等に市町村の健康課題やモデル事業参加のねらいについて情報提供している
15	△	○		対象者の選定基準や介入方法(フレイル予防・重症化予防)及び実施方法(訪問指導・立ち寄り型相談等)について、医師会やかかりつけ医に相談、助言を受けている
23	△	○		連携方策の決定

連携体制図〔例〕



保健事業を企画する

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

基本プログラム 実施計画書 ひな型

実施計画書 糖尿病性腎症重症化 予防プログラム

〇〇市(町村)

1. 研究の概要

目的

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

対象

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

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

プログラムの効果検証として、以下の調査項目を厚生労働科学研究「糖尿病性腎症重症化予防プログラム開発のための研究」、研究代表者：津下一
一に登録する。

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

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

⑤プログラム内検査

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

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

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

期間
16年〇月～2016年〇月
年間の追跡調査とする。

介入群20例、対照群20例を目標とする。

2 対象とする事業

(1)事業の種類

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

2 対象とする事業

(2)事業の条件:

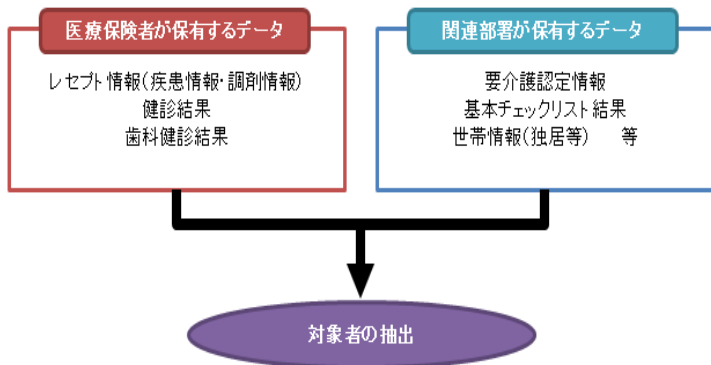
以下のア～エのいずれも満たすものであること。

- ア 対象者の**抽出基準**が明確であること
- イ **かかりつけ医(歯科医)**と**連携**した取組であること
- ウ 保健指導に**専門職**が携わること
- エ 事業の**評価**を実施すること
- オ 糖尿病性腎症等の重症化予防に取り組む場合は、
各都道府県の**糖尿病対策推進会議等との連携**を図ること
(相互の情報共有や指導助言を受けることなど)

事業計画(事前準備)

NO.	区分(例示※)		項目	内容
	広域	市町村		
3	○		事業委託等の調整	事業委託に必要な契約、情報提供、予算の手当、議会对応等をしている
6	○		担当者の資質向上	モデル市町村やその他の関係者等への説明会、研修等を計画している
8	○	○	対象者概数	前年度健診やレセプト等より、事業対象者の概数を把握している
9	○	○	対象者の検討	今年度どのような対象者にアプローチするかを検討している
10	○	○	予算・人員配置	事業に必要な人員・予算確保のメドがある
12	○	○	介入法の検討	対象者の特性に合わせた介入方法を検討している
16	○	○	対象者決定	対象者の選定基準について決定している
17	○	○	介入法の決定	介入方法(フレイル予防・重症化予防)を決定している
18	△	○	実施法の決定	具体的な実施方法(訪問指導・立ち寄り型相談等)を決定している
20	○	○	計画書作成	事業実施計画書を作成している
21	△	○	実施方法(プログラム)の設定	事業の実施方法(対象者抽出・アセスメント項目・介入内容・方法、評価指標・方法等)について設定している。
22	△	○	募集法の決定	参加者の募集方法を決定している
24	△	○	マニュアル作成	本事業の運営マニュアルや保健指導マニュアル等各種マニュアルを作成している
25	△	○	保健指導等の準備	保健指導の準備(教材の準備・指導者の研修)をしている
26	○	○	(外部委託の場合)	外部委託の場合には、選定基準、実施方法、連携体制、評価、成果物等について協議し、医師会等の関係者と情報共有している
27	○	○	個人情報取り決め	個人情報の取り扱いについて ルールが確認できている
28	○	○	苦情、トラブル対応	トラブル発生時の相談窓口が明確である

対象者の抽出（抽出基準を明確に）



低栄養状態を改善し、衰弱・体力・筋力低下・骨折を予防したい!!

健診や基本チェックリスト結果等でBMI<0

口腔機能を改善し、低栄養や誤嚥性肺炎を予防したい!!

歯科健診での有所見や基本チェックリスト結果等で該当項目有

転倒リスク等を下げるため、服薬の問題を解決したい!!

レセプトでの重複・多剤服薬者、日常生活圏域ニーズ調査での該当

疾病の重症化を予防したい!!

当該疾患にかかるレセプトのある、健診結果で一定基準以上の人

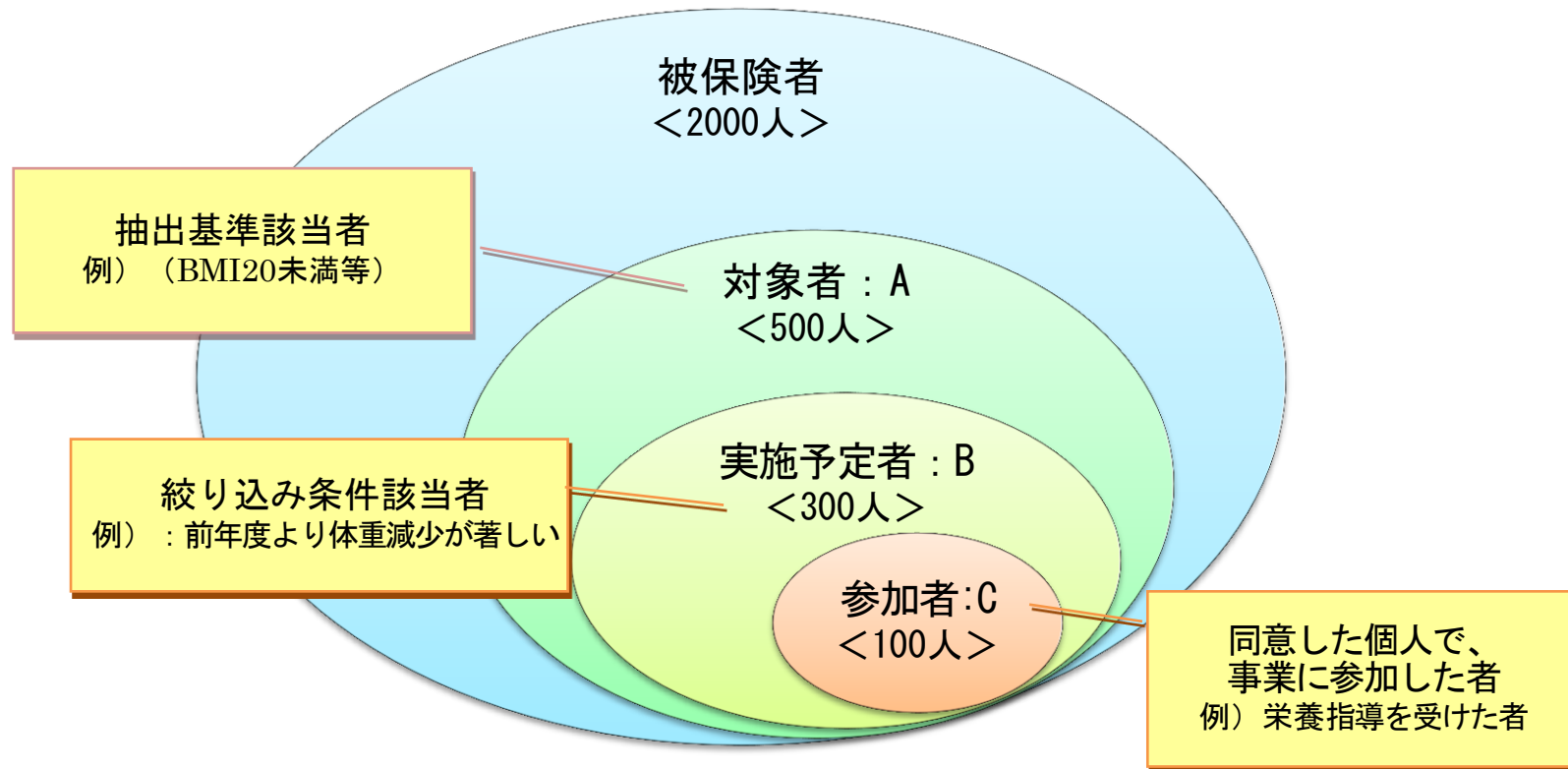
とにかく高齢者が虚弱に陥るのを防ぎたい!!

健診結果で一定基準以上の人、健診も医療も受診していない人

ポイント!

- ・後期高齢者〇人のうち何人が基準に該当するかを把握する。
- ・データがない人の存在を意識する

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



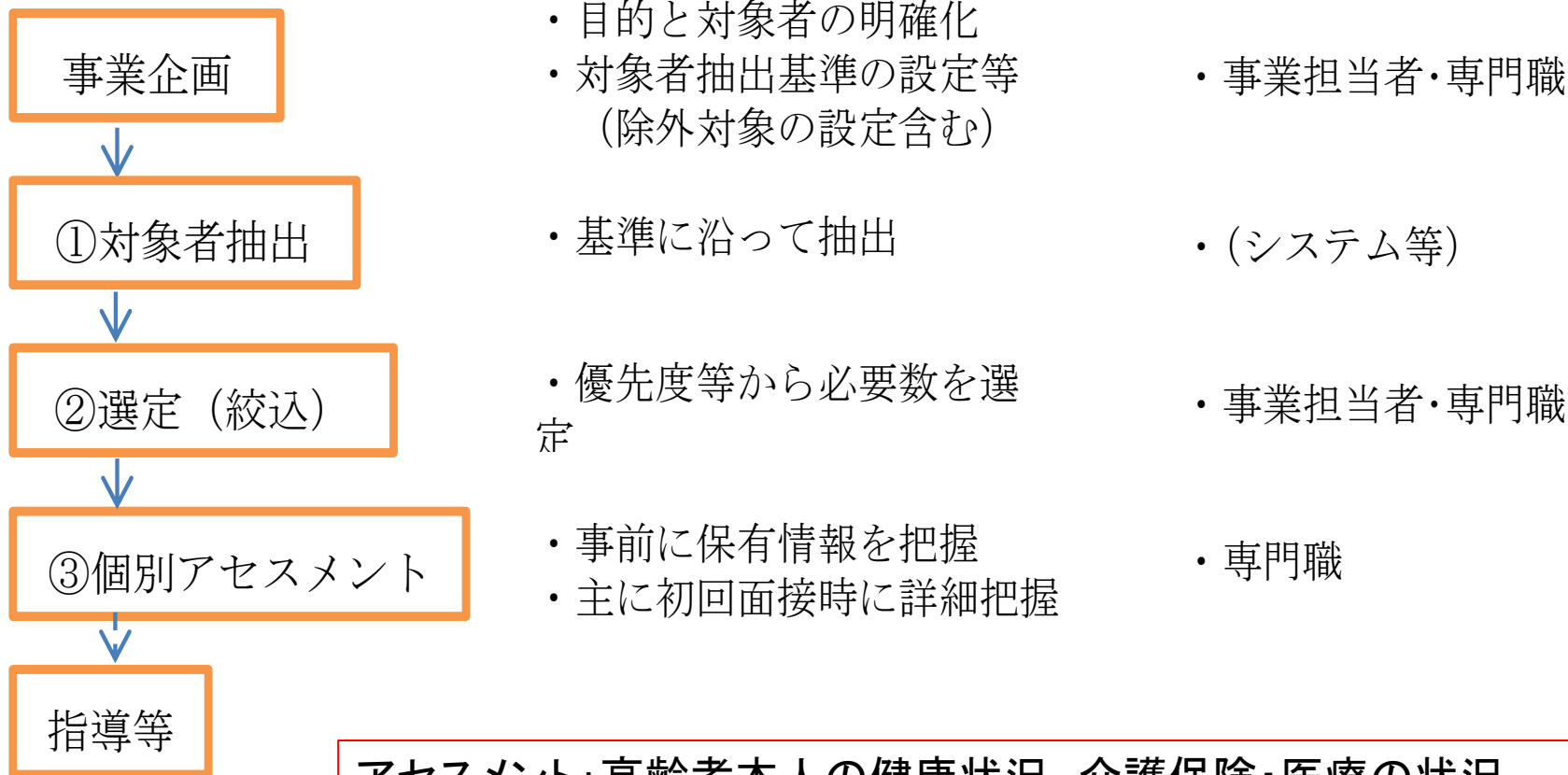
担当者が必要と感じた人::: 必要性はあると思うが、担当者に出会えていない人は
↓
把握できていない。

どのような人に対して「必要と感じたか」を客観的に表現

他にもそのような人がいないかを検討する。(⇒基準作りが必要)

アセスメントの主な場面としては、

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



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

アセスメント手法（フレイル対策の例）

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

①数値による機械的な抽出

②1)抽出された対象者に対し 他の情報を勘案して優先順位付け

2)抽出された全員について 呼びかけ⇒教室等で不安な人を絞り込み

教室に来ない人から元気な人をのぞいて選定

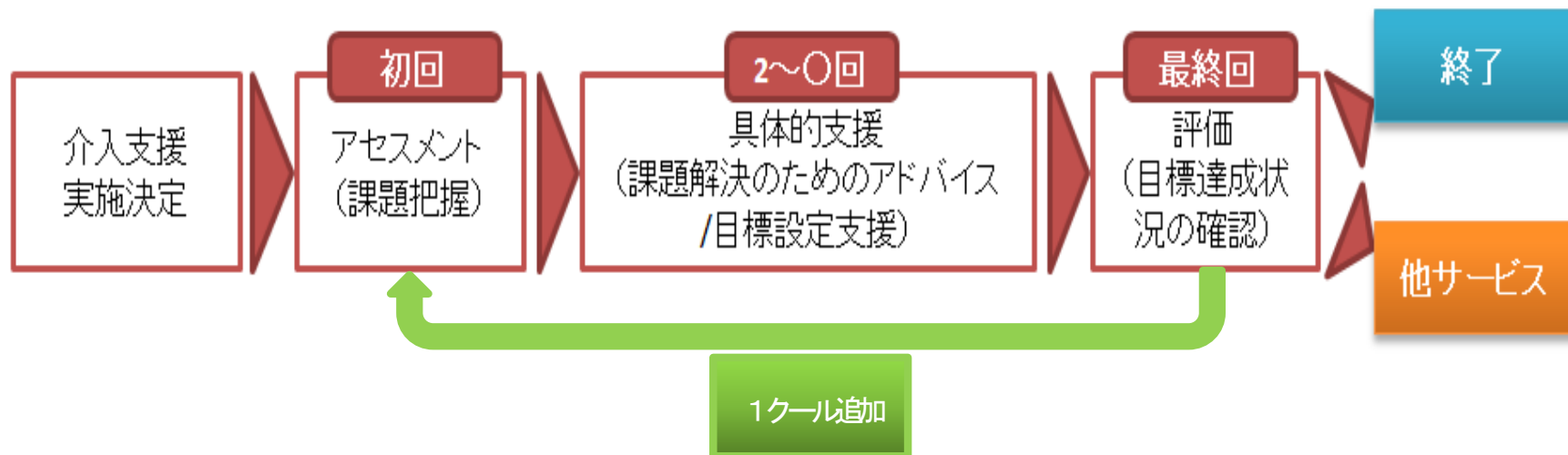
③保健指導等のための詳細なアセスメント、ここから保健事業に入っている

介入支援の流れをマニュアル化する
対象者にも示す

(何か月関わるか、その間にどうなるようになるか)を意識する。
だらだらと支援せず「プログラム化」の意識を持つ

つなぐ、できる方法を知る、ところが重要
持続的な支援が必要な場合には、他サービスにつなぐ

介入支援の流れ



具体的なアドバイスの内容の例

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

高齢者で薬物有害事象が増加する要因

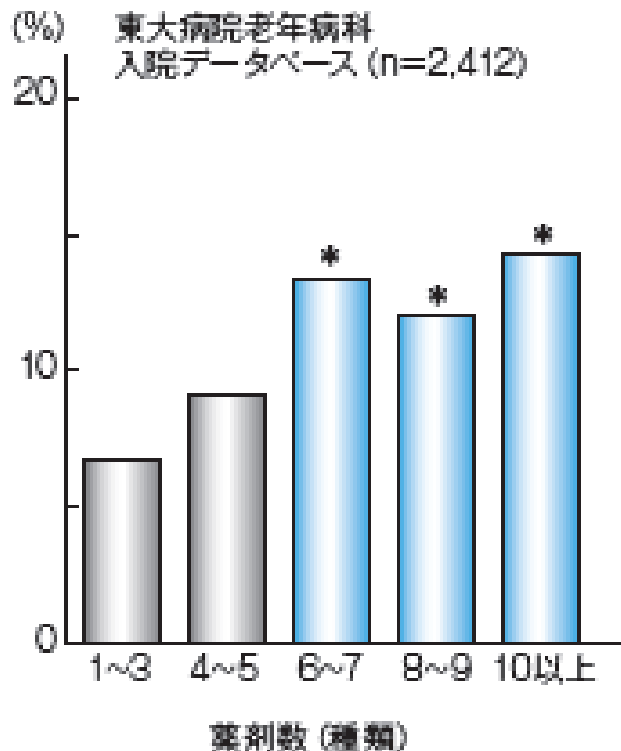
- ▶ 多くの因子が高齢者における薬物有害作用増加に関連している。
- ▶ そのうち最も重要なのは、薬物動態の加齢変化に基づく**薬物感受性の増大**と、**服用薬剤数の増加**である。

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

多剤処方と薬物有害事象および転倒の発生リスク

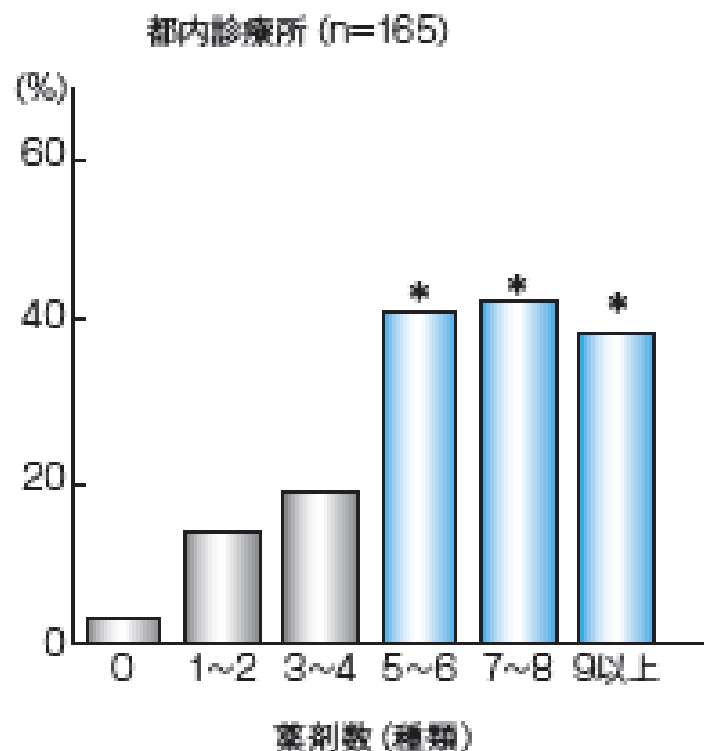
1) 薬物有害事象の頻度

6種類以上で薬物有害事象のリスクが高かった。



2) 転倒の発生頻度

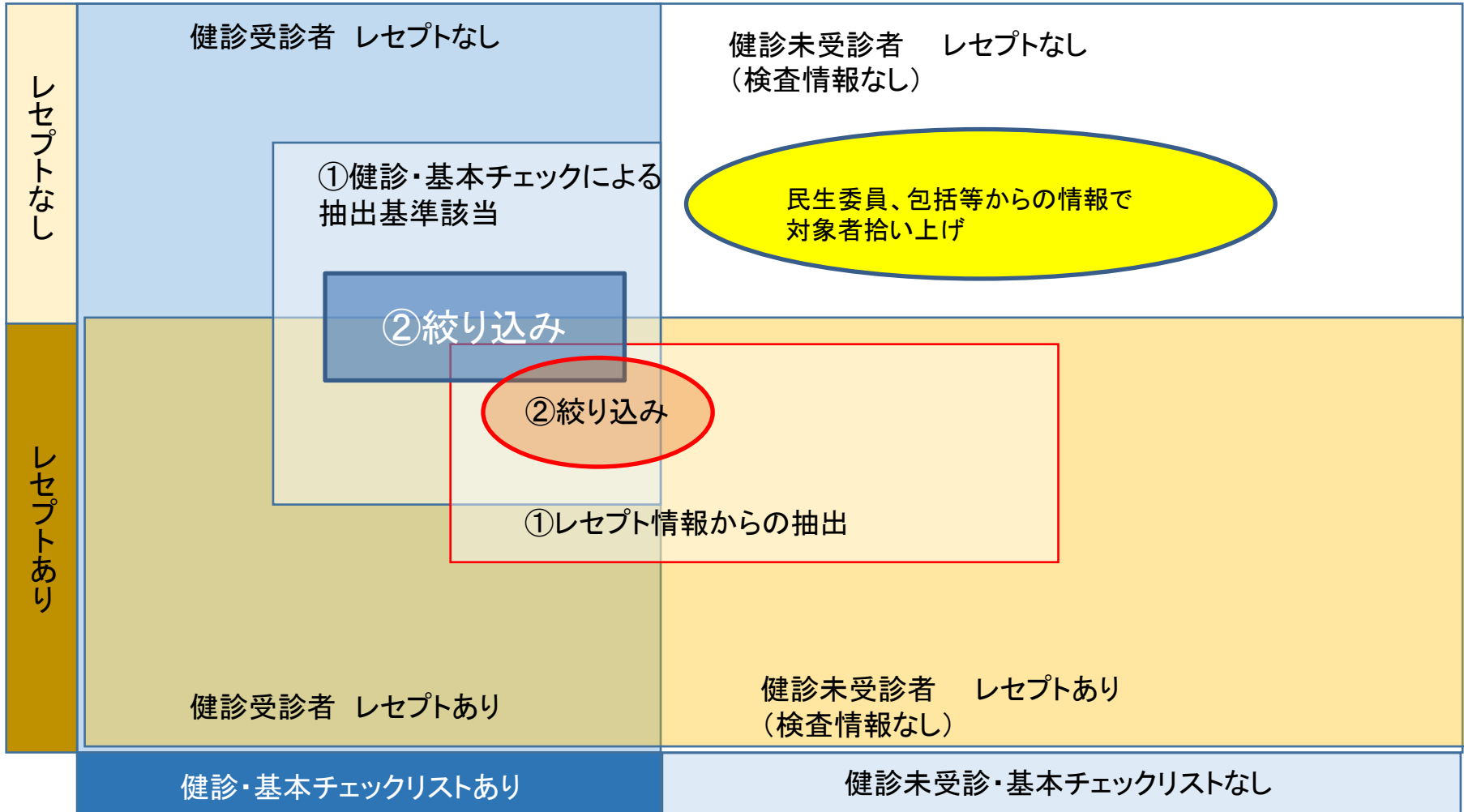
5種類以上で転倒の発生リスクが高かった。



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

⇒ **5~6種類以上**を多剤併用の目安と考えるのが妥当

どのセグメントをターゲットとするのか⇒対象者抽出基準を明確にする



アセスメント手法（重症化予防の例）

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

①数値による機械的な抽出

②1) 抽出された対象者に対し 他の情報を勘案して優先順位付け

2) 抽出された全員について 呼びかけ⇒教室等で不安な人を絞り込み

教室に来ない人から元気な人をのぞいて選定

③保健指導等のための詳細なアセスメント、ここから保健事業に入っている

重症化予防 目標設定の考え方

〈糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数の減少 平成34年 15,000人*〉

* 25年 16,035人

腎機能低下の防止：腎症病期、eGFR低下率、尿蛋白

QOL向上、生活機能低下防止

〈危険因子の低減〉

高血圧
140/90mmHg 以上の
人の減少

糖尿病コントロー
ル不良者の減少

高LDLコレステロール血症
(高Non-HDLコレステロール
血症)の減少

腎障害性薬剤↓
腎保護治療

血圧治療
減塩

糖尿病治療
定期的検査

脂質異常症
治療

多剤のチェック
感染症予防

肥満の改善
健康的な食事
栄養・食生活

喫煙者における
禁煙

糖尿病、高血圧、
高コレステロール血症の
治療継続者の増加

飲 酒
・過量飲酒の減少
過度の飲酒を制限

身体活動・運動
・適度な身体活動

生活リズムを整え 活動的な暮らし

糖尿病性腎症病期別対応例

健診結果		状態と介入目的	区分	介入方法		評価
HbA1c	腎機能			【介入方法】	【指導項目】	
FBS \geq 126 または HbA1c \geq 6.5 ※	~15 末期腎不全	人工透析	病期ステージ5 (透析期)			
	<30	【透析直前期】 透析導入時期の延伸	第4期	強力な受診勧奨 受診確認 治療中断防止	・血圧・血糖管理 ・食事管理 ・薬剤の徹底	受診につながった割合
	尿たんぱく(+)以上	【顕性腎症】 腎機能低下防止	第3期	受診勧奨・受診確認 医師と連携した保健指導	・服薬管理・食習慣改善 ・運動習慣定着・禁煙 ・減酒、減塩、減量	受療状況、生活習慣、血糖・血圧・脂質、喫煙、腎機能
	尿たんぱく(±)以下	早期腎症の発見 腎症の発症予防	第2期	HbA1c、血圧の程度に応じた対応(別表)	・服薬管理・食習慣改善 ・運動習慣定着・禁煙 ・減酒、減塩、減量	行動変容 血圧・血糖・脂質、BMI、喫煙、腎機能
			第1期	第2期:糖尿病管理 + 腎症改善 第1期:糖尿病管理		
レセプトでの抽出	過去に治療歴あり	治療中断者	受診勧奨プログラム ・はがき ・電話 ・集団教室 ・個別面談	健診受診・医療機関受診につながった割合		
	治療歴なし	未治療者				

高齢者の糖尿病管理

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

若年者と基準異なる。ADLなども考慮した基準の持ち方に注意

高齢者糖尿病の血糖コントロール目標(HbA1c値)

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

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

福岡県後期高齢者医療広域連合

「後期高齢者の特性を踏まえた保健指導」

【目的】 糖尿病性腎症の患者を対象、人工透析導入の防止、腎機能低下の遅延

【対象者抽出基準】 HbA1c **7.0%**以上または空腹時血糖 **130mg/dl**以上
かつ尿蛋白 **2+**以上

【対象者数】 上記基準該当66件⇒そのうち30件に保健指導案内通知
⇒現在、23件個別初回訪問実施済み

【保健指導実施者】 市町村保健師 : 7件 (4市町村)
広域連合保健師 : 16件

後期高齢者の生活環境の変化

- ・外食機会多い、惣菜の購入
⇒自炊の頻度が少なくなっている
- ・テレビショッピング、健康食品コマーシャル
⇒手軽に健康になりたい
- ・単身、夫婦内別居、介護
⇒介護形態の変化

- 個人の状況に合わせた対応
- 疾病の合併症予防だけでなく、QOLの維持・向上、介護予防の視点から
- 地域の社会資源を活用し連携しながら

～自助・互助・共助・公助の視点で～

- 自分のことを自分でする
- 自らの健康管理
(セルフケア)
- 市場サービスの購入



- 当事者団体による取組
- 高齢者によるボランティア・
生きがい就労



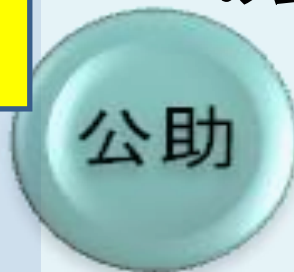
- ボランティア活動
- 住民組織の活動

高齢者・家族が
できることを考える

- ボランティア・住民組織の活動
への公的支援



- 医療・介護保険に代表される
社会保険制度及びサービス

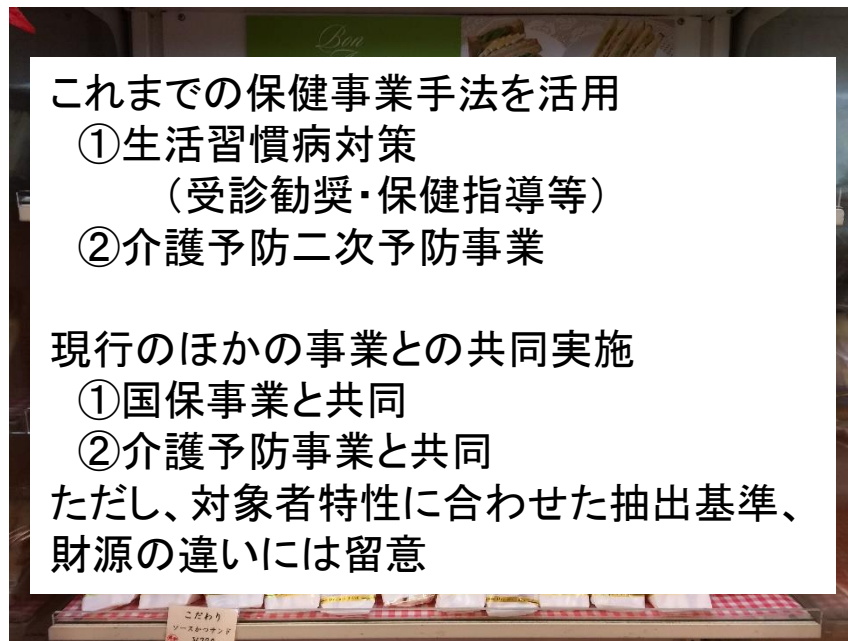


- 一般財源による
高齢者福祉事業等
- 生活保護

カツサンドをどう商品化するか？

～学びあう、費用・販売ルートを考える必要性～

サンドイッチ屋さん型



これまでの保健事業手法を活用

- ①生活習慣病対策
(受診勧奨・保健指導等)
- ②介護予防二次予防事業

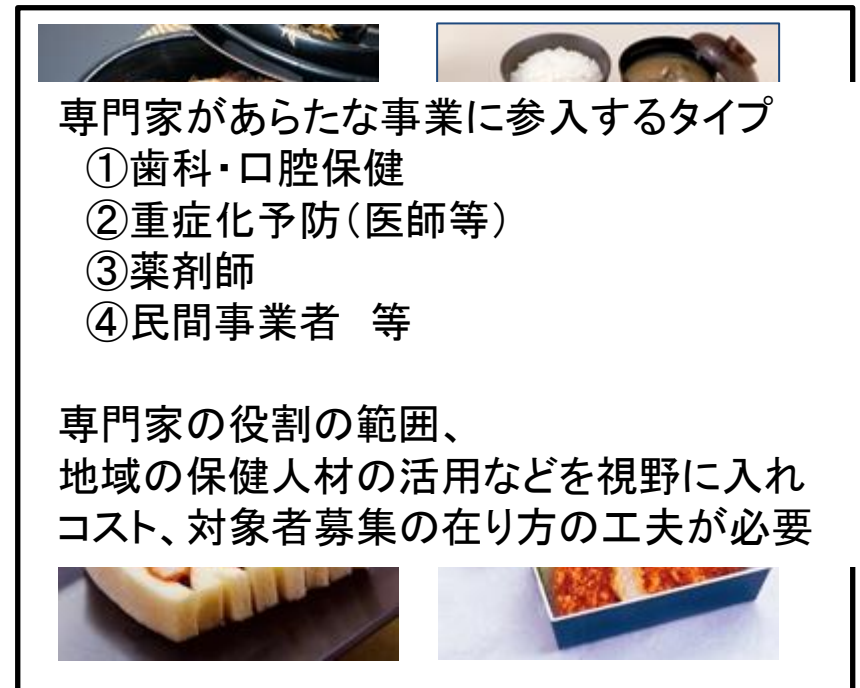
現行のほかの事業との共同実施

- ①国保事業と共同
- ②介護予防事業と共同

ただし、対象者特性に合わせた抽出基準、財源の違いには留意

保健事業という型を活用
中身(カツ)の作り方を勉強する
サンドイッチ販売のルートに乗せる

とんかつ専門店型



専門家があらたな事業に参入するタイプ

- ①歯科・口腔保健
- ②重症化予防(医師等)
- ③薬剤師
- ④民間事業者 等

専門家の役割の範囲、地域の保健人材の活用などを視野に入れコスト、対象者募集の在り方の工夫が必要

専門分野から入る
サンドイッチのノウハウを勉強する
販売ルートはどうするか？
価格はだれが負担？

事業実施

NO.	区分(例示)		項目	内容
	広域	市町村		
30		○	募集法	予定した対象者を募集するための方法を工夫している
31		○	対象者	実施計画に基づき対象者を募集し、予定人数が確保できている
32		○	初回面接	各機関で作成した指導マニュアルに従い初回面接ができている
33		○	継続的支援	各機関で作成した指導マニュアルに従い実施方法(手紙・電話・個別面談・戸別訪問・集団指導)を行っている
34		○	かかりつけ医との連携	かかりつけ医と、治療状況・保健指導の内容について連携ができている
35		○	受診状況把握	問い合わせ、レセプトより受診状況を把握している
36		○	記録	保健指導の内容について記録を残している
37		○	データ登録	評価に必要なデータを取得、登録している
38		○	安全管理	安全管理に留意した運営ができている
39		○	個人情報	個人情報を適切に管理している
40		○	情報共有	関係者間で情報共有やカンファレンスを実施している
41		○	マニュアル修正	必要時マニュアルの見直しや修正を行っている
42		○	初回情報の登録	中間報告、実績報告のための初回情報(様式○)のデータを収集している

保健指導等

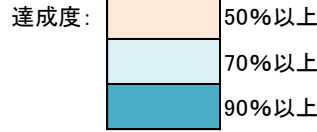
評価とその活用

NO.	区分(例示)		項目	内容
	広域	市町村		
43	○	○	中間報告の提出	中間報告のデータを収集し、提出している
44	○	○	中間報告会(仮)	保険者自らも分析をおこない、中間報告会(仮)で報告している
45	○	○	最終報告会(仮)	最終報告会(仮)に参加している
46	○	○	改善点の明確化	事業の進捗や評価について共有し改善点を明確にしている
47	△	○	相談	必要時、医師会や専門家等に相談し助言を得ている
7	○		中長期計画	モデル事業の横展開等、中長期的な戦略を検討している。
48	△	○	地域協議会への報告	地域の協議会などで分析結果の報告や改善策の検討を行っている
49	○	○	広報等	広報等市民への情報提供を行っている。
50	○	○	次年度計画	次年度の計画策定を行っている
51	○	○	長期追跡体制	通常業務として、長期的に健診やレセプト情報で評価できる体制を整えている

保健事業評価の視点

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

各事業の進捗状況 について



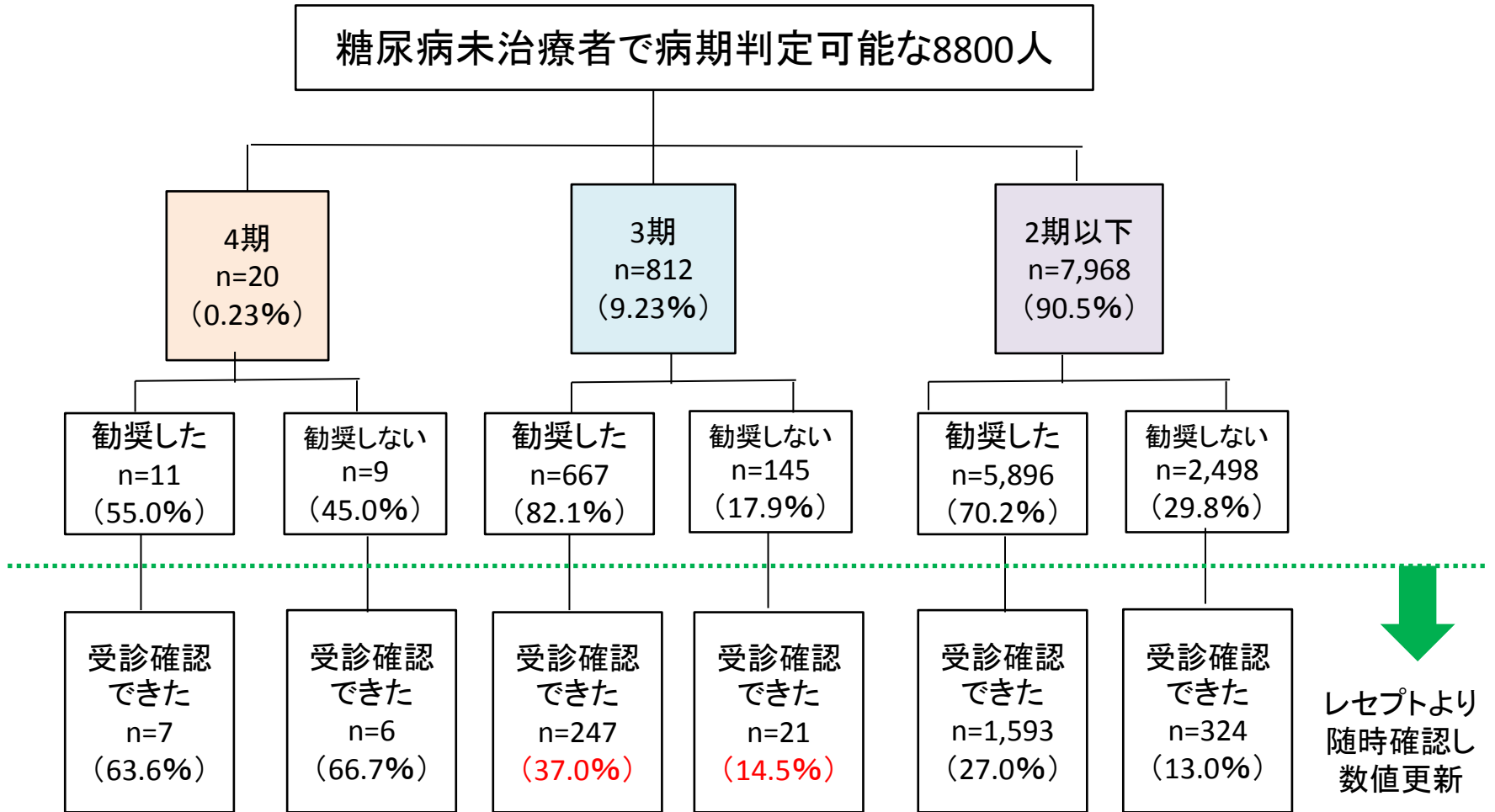
8月末 51自治体のうち 49自治体が回答 (回収率96.1%)	12月6日 51自治体のうち 45自治体が回答 (回収率88.2%)	3月末 57自治体のうち 43自治体が回答 (回収率75.4%)
--	--	--

NO.	項目	内容	8月末			12月6日			3月末		
			未記入	着手	済	未記入	着手	済	未記入	着手	済
1	健康課題	健康日本21計画やデータヘルス計画より市町村の健康課題について課題を把握している	0%	22%	78%	0%	7%	93%	0%	2%	98%
2	対象者概数	平成27年度特定健診結果(空腹時血糖・HbA1c・服薬状況と尿蛋白の有無)より糖尿病性腎症の概数を把握している	6%	47%	47%	0%	7%	93%	0%	7%	93%
3	対象者の検討	概数の試算に基づき、平成28年度特定健診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	16%	47%	37%	2%	4%	93%	2%	7%	91%
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	10%	35%	55%	0%	2%	98%	2%	0%	98%
5	チーム形成									5%	77%
6	介入法の検討									16%	84%
7										5%	88%
8	医師会への相談									14%	74%
9	対象者決定									2%	98%
10	介入法の決定									2%	95%
11	実施法の決定									2%	95%
12	チーム内での情報									12%	70%
13	計画書作成									9%	84%
14	募集法の決定									14%	72%
15	連携方策の決定									21%	56%
16	マニュアル作成									40%	37%
17	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	55%	27%	18%	18%	20%	62%	9%	26%	65%
18	(外部委託の場合: 14自治体)	外部委託の場合には、選定基準、実施方法、連携体制、評価について協議し、医師会等と関係者と情報共有している	33%	40%	27%	7%	20%	73%	7%	7%	86%
19	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	41%	24%	35%	4%	20%	76%	5%	19%	77%
20	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	40%	29%	31%	11%	13%	76%	14%	9%	77%
21	研修会	研究班による研修会の受講をしている	28%	35%	37%	13%	16%	71%	16%	14%	70%

29年3月末時点で実施率が比較的低い項目
 ○対象者の選定基準や介入方法について地域医師会や専門医に相談、助言を受けている(74%)
 ○市町村各担当課、広域連合の間で医師会と協議した内容(上記)を共有している(70%)
 ○事業計画書、マニュアルを作成している(37%)

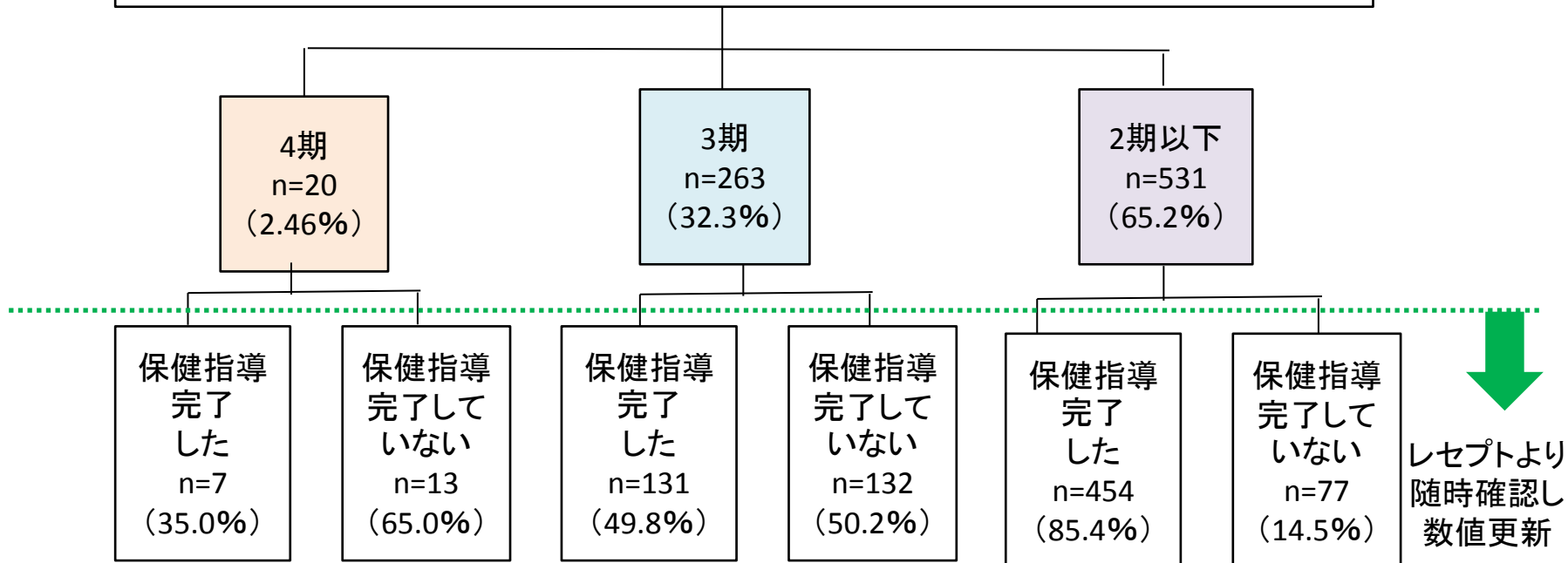
事業評価について（受診勧奨）29年3月末時点

《70自治体》

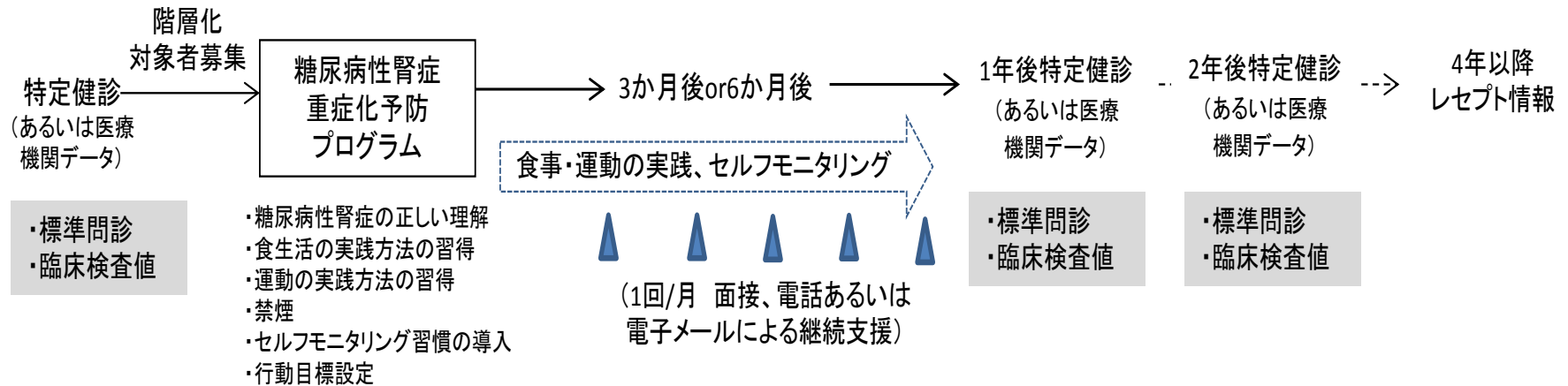


方法	周知人数	参加人数(1494人)	参加率
広報やチラシ	24,000	2	0.008%
個別通知	10,124	653	6.45%
電話で個別勧奨	4,971	642	12.9%
訪問・面談で個別勧奨	139	87	62.6%
医療機関からの紹介	178	110	61.8%

糖尿病性腎症保健指導プログラムに参加し、病期判定可能な814人



保健指導プログラム実践と評価（データ収集）



データ登録シート

属性、介入方法・回数、検査値、問診、
介護状況、透析有無、
年間医療費、レセプト情報(疾患名・
薬剤名)、医療機関連携

臨床検査値、問診(受診・服薬状況)、行動変容

臨床検査値、問診(受診・服薬状況)、行動変容、レセプトデータ(受診率・外来医療費)

生活習慣、臨床検査値、外来医療費、継続した受療率、糖尿病性腎症病期

受療状況、総医療費、外来医療費、生活習慣病医療費、糖尿病性腎症による透析導入、
心血管イベントの発症、その他糖尿病に関連した合併症の発症状況

アウトカム評価項目

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

対照群は最初から設定しなくてもよい。(研究事業ではなく 実証事業)
結果的に非介入であった人と比較はすべき。

平成29年度モデル事業対象者データ提出スケジュール(案)

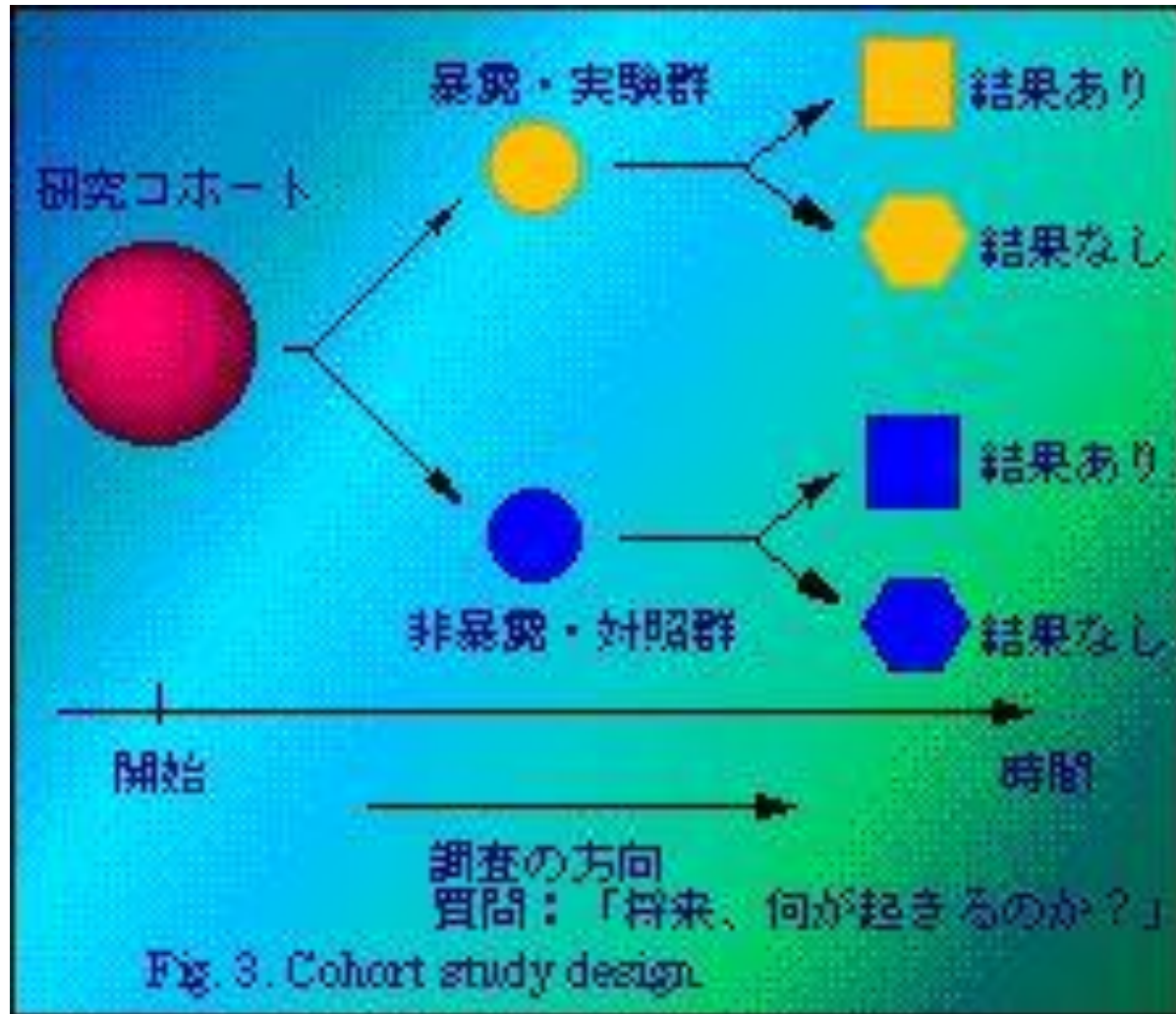
平成 29 年度モデル事業実施結果		様式	提出時期			
			平成 30 年 4月下旬	平成 30 年 6月末	平成 31 年 6月末	平成 32 年 6月末
マクロデータ (健診・歯科健診・レセプト・介護データ)		様式 1	△ (28 年度分)	● (29 年度分)	● (30 年度分)	○ (31 年度分)
個人別データ	個人別 ID 管理シート	自治体内資料	提出不要		提出不要	提出不要
	個人別ベースライン情報	様式 2	● (29 年度分)			
	介入結果データ	様式 3	● (29 年度分)			
	健診結果データ	様式 4		△・● (28、29 年度分)	● (30 年度分)	○ (31 年度分)
	医療・介護レセプトデータ	様式 5		△・● (28、29 年度分)	● (30 年度分)	○ (31 年度分)
事業進捗管理シート		様式 6	● (29 年度分)			

表 1

●：必須、○：提供を求める可能性のあるもの、

△：28 年度データは、29 年度に新たにモデル事業に参加した自治体のみ対象（既に提出済みの場合不要）。

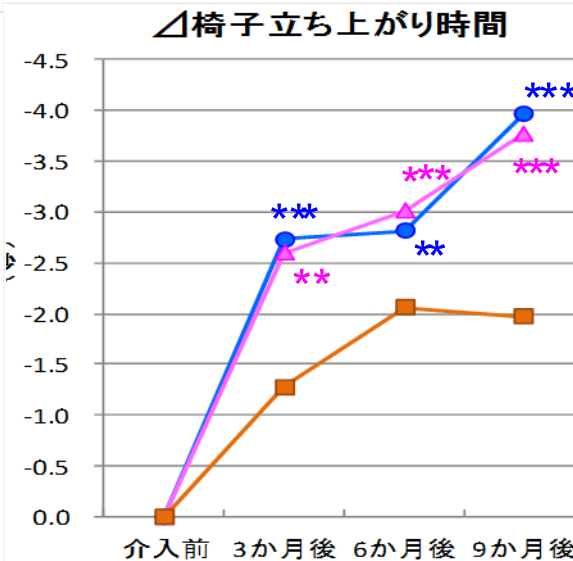
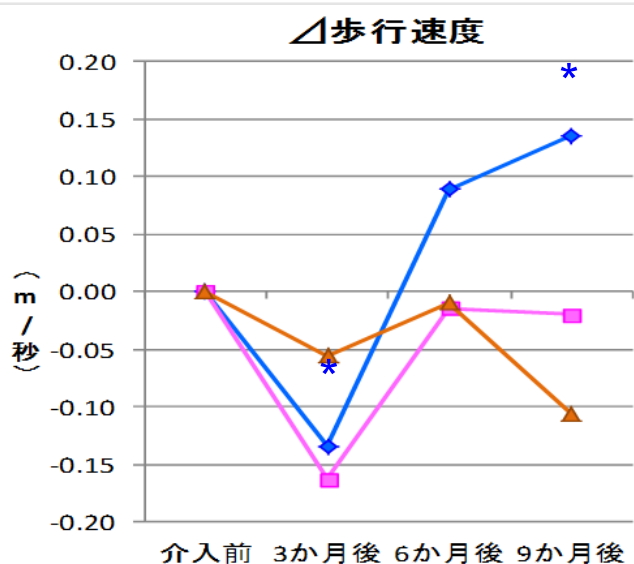
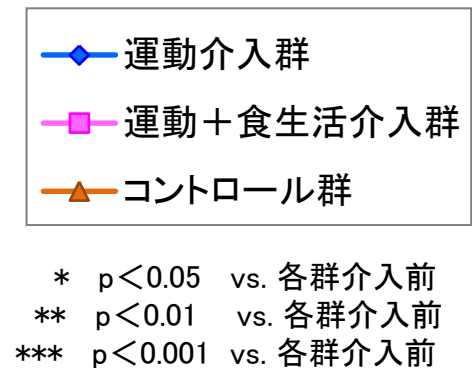
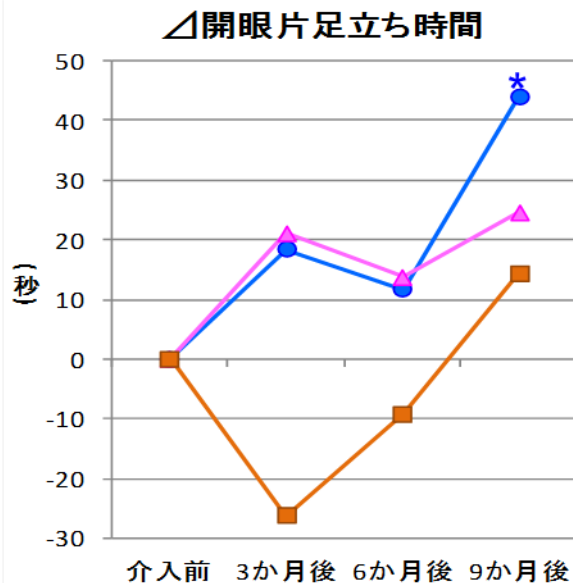
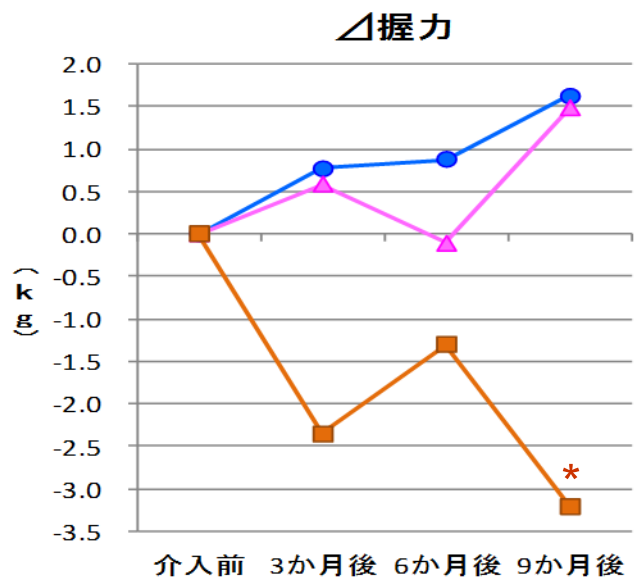
介入群と介入できなかった群(対照群)の比較



対照群があることで、効果を明確化できる

参考

後期高齢者への運動・栄養介入プログラムによる運動能力への効果



レセプト情報の抽出

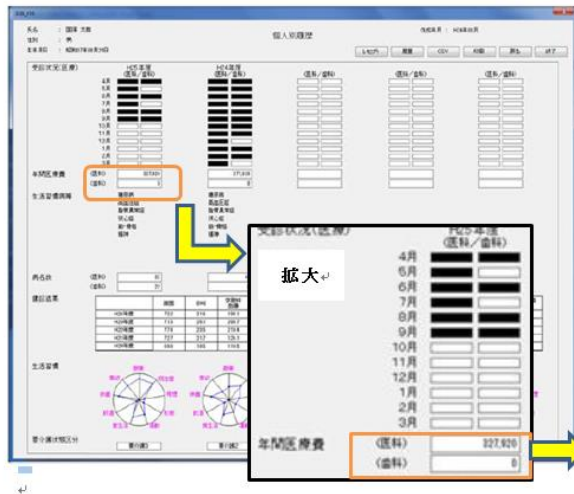
- 年間医療点数、疾患名・薬剤名をどのように抽出したらよいか
- 疾患名や薬剤コードが分からない
- 年間医療点数は、どこの数字を書けば良いのか
- KDBシステムの操作に不慣れで手順を教えてください

KDBシステムを用いて抽出する場合の手順書を配布

① 年間医療点数、年間歯科医療点数

・「個人別履歴」画面の年間医療費を医療点数に変換して入力する。

10.12.1「個人別履歴」画面



※この医療費を点数に変換して入力してください
(例) 20,860円→2,086点

「5年間の履歴」CSVのイメージ

レコード種別	氏名	氏名カナ	性別	生年	後身	作成	年月											
レコード種別	傷病名	診療開始日																
1	共通種別																	
2	レコード種別	傷病名	診療開始日															
3	傷病名	左肩痛	24.09.10															
4	傷病名	頸椎症性神経根症	24.09.10															
5	傷病名	NSAID胃潰瘍	24.09.10															
6	傷病名	胃潰瘍の疑い	24.11.01															
7	傷病名	糖尿病の疑い	24.11.01															
8	傷病名	腰痛	24.11.01															
9	傷病名	高脂血症	24.11.01															
10	傷病名	咽頭炎	25.01.22															
11	傷病名	気管支炎	25.01.22															
12	傷病名	大腸癌の疑い	25.09.09															
13	傷病名	胃癌の疑い	25.09.09															
14	傷病名	胃潰瘍の疑い	25.09.09															
15	レコード種別	診療項目	診療行為	コメント1	コメント2	コメント3	平成28年03月	平成28年01月	平成28年02月	平成28年01月	平成28年01月	平成28年01月	平成28年01月	平成28年01月	平成28年01月	平成28年01月	平成28年01月	平成28年01月
16	診療行為	11	初診															
17	診療行為	12	再診															
18	診療行為	12	外来管理加算															
19	診療行為	12	明細書発行体制等加算															
20	診療行為	12	時間外対応加算1															
21	診療行為	13	手帳記載加算(薬剤情報提供料)															
22	診療行為	13	薬剤情報提供料															
23	診療行為	21	クロビット錠250mg (レボフロキサシドとして)															
24	診療行為	21	クロフェドリス配合錠															
25	診療行為	21	ザラシリン錠250 250mg															
26	診療行為	21	タケキャブ錠20mg															
27	診療行為	21	フアンール内服錠250mg															

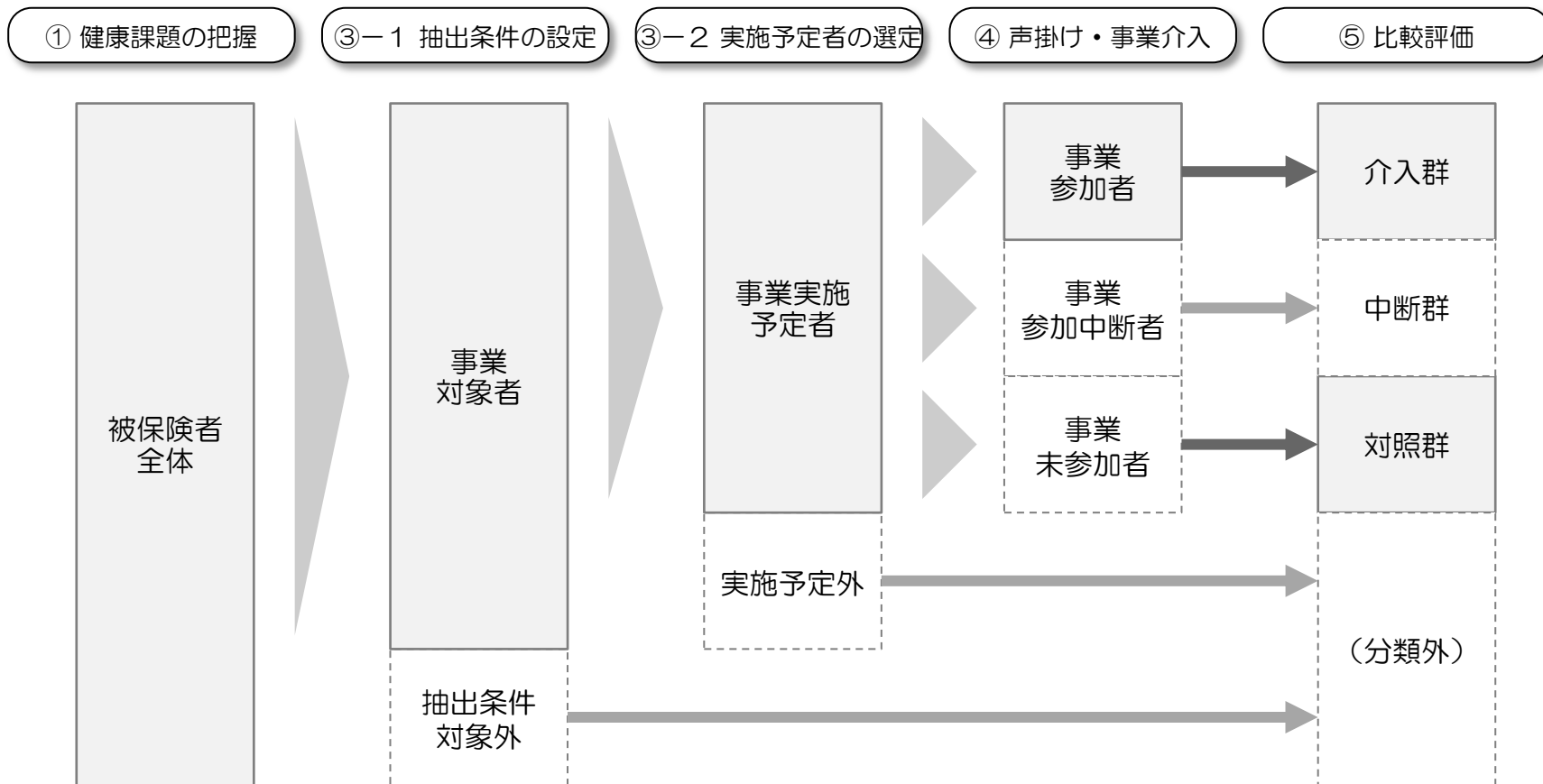
傷病名はレコード種別「傷病名」から取得可能
※ 医療機関が未コード化傷病名で入力していた場合は取得できない

薬剤名はレコード種別「診療行為」から取得可能
※ レセプト単位ではなく処理月単位で集約されている
※ 現在服薬されていない薬剤も出力されるため、報告対象期間に数字があるもののみを記載する

保健事業として、今後も各自治体で継続した評価ができることが最優先
『年間医療点数・年間歯科総医療点数』を評価指標にした

データ構造

○ 被保険者全体からの条件抽出、実施予定者の選定、声かけ・事業介入のイメージ



KDBを活用した評価

- ❖ 対象者の特性を考慮し、ニーズに合った支援を行う(関心事、不安に対応)
- ❖ 「健康を維持・改善したい」という気持ちを引き出す
- ❖ 実行可能な方法を対象者ととともに考え、
- ❖ 自己決定を支援する
- ❖ 対象者の疑問や関心にきちんと向き合う
- ❖ セルフマネジメント法の提案と支援を行う
- ❖ 事業評価を行い、実施方法を改善する

① 課題と方針の共有：

広域連合、市町村（国保・保健・介護関係課等）で意見交換し共有する。その際、担当レベル会議からスタートし、上位の職階による会議へと持ち上げていくことや、既存の連絡会議の場等を活用することなど、円滑な方法を工夫する。

② 実施体制の確保：方針に基づき予算や庁内の連携体制を確保し、主管部署を決定する。自治体における政策課題や主要施策に関する協議の場や予算編成過程に乗せ、オーソライズを図る。保健と介護を統括する課を設ける自治体もあり、総合的な施策を展開している。

③「人」から「システム」へ：まずは牽引役⇒実施手順をマニュアル化し、特定の職員に過度に依存することのないようシステム化していくことが求められる。

- ④ **既存事業の活用**： 類似事業が自治体内にある場合、その事業の対象者を75歳以上に拡大し、高齢者の特性を踏まえた内容を取り入れるなど、既存事業の活用を図る。
- ⑤ **事業の進捗チェックリストの活用**：事業の実施にあたってはいくつかのステップがあり、これら各段階で必要とされる事項を確実に押さえて進めることが必要である。
- ⑥ **取組みやすい内容からの着手**：高齢者の抱える健康や生活上の課題は複合的で複雑である。地域資源や関係者の連携状況、市町村内の体制、健康課題等問題意識の共有状況など地域の事情を踏まえ、まずは、取組みやすい範囲や資源の整った部分から着手し、そこから取組分野を広げていくという発想も必要である。

データヘルス計画⇒効果的・効率的な保健事業を行うこと

「データヘルス計画」
レセプト・健診情報等のデータの分析に基づく
効果的・効果的な保健事業をPDCAサイクルで実施するための事業計画

