

ハイリスクアプローチ・ ポピュレーションアプローチ区分	事業名
ハイリスクアプローチ	栄養改善事業

事業目的 (事業目標)	<事業企画>			
	対象者	実施期間	事業内容	実施体制・方法
高齢者の栄養 状態を改善し、 フレイルを予防 する	・健康診査の 結果 BMI18.5 未満の者 ・その他、栄養 指導が必要と 思われる者(半 年前に比べ、2 ～3kg 以上の 体重減少があ った者など)	8～3月	管理栄養士等が栄養指導が必要 な高齢者に対し個別指導を実施。	①対象者抽出 健診結果等により抽出 台帳作成 ②指導日の日程調整 対象者と日程調整 ③初回支援 訪問又は面談にて、アセスメント票 を用い、個別指導を実施 行動目標等の設定 必要時、適切なサービスへつなぐ ④継続支援 初回支援の1～3か月後をめどに、 訪問又は面談にて継続支援・中間 評価を実施 必要時、適切なサービスへつなぐ ⑤評価 継続支援の2～6か月後をめどに、 訪問又は面談にて評価を実施 改善の場合は終了とし、引き続き 指導が必要な場合は支援を継続、 または適切なサービスへつなぐ

<事業評価計画>

	アウトカム評価 (成果)	アウトプット評価 (保健事業の実施状況・実施量)	プロセス評価 (保健事業の実施過程)	ストラクチャー評価 (計画立案体制・実施構成・評価体制)
評価(モニタリング)項目	1)栄養状態の改善	1)対象者に指導できたか(訪問、面談)	1)対象者の選定 2)実施時期 3)アセスメント 4)媒体の活用 5)適切な栄養指導 6)評価内容 7)サービス等への接続	1)予算確保 2)人員の確保 3)事業の進捗管理 4)関係スタッフ間の連携 5)医師会等の関係機関との連携
評価指標	1)栄養指導実施者の3～6か月後の栄養等の状態 ①体重を維持または増加した割合 ②1日3食食べる割合 ③1日1時間以上の身体活動を実施する割合 ④肉か魚を1日2回毎日摂取する割合	1)栄養指導実施率 ①初回指導率 ②指導完了率	1)状態に応じて対象者の選定ができていないか 2)適切な時期に指導ができたか 3)適切なアセスメントにより対象者の状況を把握できたか 4)わかりやすい媒体を活用したか 5)栄養状態の改善に向けた適切な指導が実施できたか 6)対象者の評価が適切に実施できたか 7)必要時、介護サービス等への接続ができたか	1)必要な予算が確保できたか 2)専門職(管理栄養士等)の不足がないか、専門職1人当たりの対象者数が適切か 3)事業の進捗状況を管理し、共有できたか 4)関係スタッフ間の連携状況 5)関係機関の事業への理解・協力
目標(値)	1) ①100% ②100% ③80% ④70%	1) ①100% ②30%	1)状態に応じた対象者の選定ができる 2)健診受診後2か月を目安に初回指導ができる、初回指導3か月後を目安に中間評価・継続支援ができる、継続支援3か月を目安に評価ができる 3～7)事例検討の実施	1)必要な予算が確保できる 2)確保できる 3)事業の進捗状況を管理・共有できる 4)関係スタッフが目的を共有し、進捗等確認しながら事業が進められる 5)事業開始前に関係機関に事業説明を行い、事業への理解が得られる、対象者の状況について情報交換・情報共有ができる
評価手段	1)評価アンケート	1)管理台帳で確認	1)対象者選定が適切にできたか職員へ聞き取り(担当者会議) 2)管理台帳、記録で確認 3～7)事例検討時にアセスメント内容、指導媒体、指導内容等の確認	1)必要な予算が確保できたか職員に聞き取り(担当者会議) 2)対応可能な人数であったか職員に聞き取り(担当者会議) 3、4)ミニカンファレンスの実施(全事例1回) 5)一体的実施連携会議、地区担当と包括支援センターの情報交換・情報共有
評価体制・方法	一体的実施担当者(保健師、管理栄養士、担当事務)で実施(担当者会議) 一体的実施連携会議ハイリスクアプローチ部会へ報告			
評価時期	初回指導の3か月後または6か月後	12、3月	12、3月	12、3月

<事業評価>

	アウトカム評価 (成果)	アウトプット評価 (保健事業の実施状況・実施量)	プロセス評価 (保健事業の実施過程)	ストラクチャー評価 (計画立案体制・実施構成・評価体制)
評価指標・目標	1) 栄養指導実施者の3～6か月後の栄養等の状態 ① 体重を維持または増加した割合 100% ② 1日3食食べる割合 100% ③ 1日1時間以上の身体活動を実施する割合 80% ④ 肉か魚を1日2回毎日摂取する割合 70%	1) 栄養指導実施率 ① 初回指導率 100% ② 指導完了率 30%	1) 状態に応じて対象者の選定ができているか 2) 適切な時期に指導ができたか 3) 適切なアセスメントにより対象者の状況を把握できたか 4) わかりやすい媒体を活用したか 5) 栄養状態の改善に向けた適切な指導が実施できたか 6) 対象者の評価が適切に実施できたか 7) 必要時、介護サービス等への接続ができたか	1) 必要な予算が確保できたか 2) 専門職(管理栄養士等)の不足がないか、専門職1人当たりの対象者数が適切か 3) 事業の進捗状況を管理し、共有できたか 4) 関係スタッフ間の連携状況 5) 関係機関の事業への理解・協力
達成(未達成)の状況の確認と評価	1) 栄養指導実施者の3～6か月後の栄養等の状態(3/7 現在) ① 100%(9/9人) ② 100%(9/9人) ③ 88.9%(8/9人) ④ 77.8%(7/9人)	1) 栄養指導実施率 ① 82.4%(14/17人) ② 64.2%(9/14人) (3/7 現在)	1) BMI18.5未満、体重減少ありを事業対象とした。その他の理由でフレイル相談を実施した者については、当日の相談のみで終了とした。 2) 新型コロナウイルス感染症の流行により、支援時期が遅くなった対象者がいた。また、体調不良等により継続支援ができない対象者がいた。 3) アセスメントシートに従い、対象者の状況を把握できた。継続支援時に食事調査を行い、食事量等のアセスメントも実施。 4) フードモデル等を活用し、たんぱく質の適正摂取量をイメージしやすくした 5) 食習慣を半年で変えるのは難しかったが、意識の変容を図ることができた 6) できた 7) 介護サービス等への接続が必要なケースはなかった	1) できた 2) 会計年度任用職員を任用し、中間評価を実施した 3) できた 4) 担当者者会議や研修会で実績を共有し次年度計画に向けて情報共有・意見交換を行った 5) ハイリスクアプローチ部会において情報共有し、助言に基づいて事業を実施した
	高齢者の食習慣を半年で変えるのは難しく、肉を食べる習慣の定着には及ばなかった。焼き鳥は手軽で食べている様子が見られたので、手軽に食べられる肉料理の提案をしていけるとよいと感じた。			
考察	<事業対象者の声> ○支援前 ・1食の量がたくさん食べられない ・やせるのは簡単、太るのは大変 ○支援後 ・管理栄養士と関わることで、食事について意識するようになった ・今まで体重を気にしていなかったが、食べる量を増やして体重増加につながった <事業実施者の考察> ・健診時期の6月は、夏場で体重が少ない時期であり、評価時期の3月は、運動量も少なく体重が増える時期のため、体重増加が事業効果であったかどうか判断が難しい。しかしながら、指導対象者へ「食べる」ことに関する意識付けはできた。 ・胃切や食道がん等で体重が落ちた人がいたが、術後年数も経っており、事業を通じ、体重増加・維持に繋がった。 ・肉を食べるように勧めるが、なかなか実行までいかなかった。 ・自分がやせ傾向であるということがあまりわかっていなかったが、管理栄養士が関わったことで、食事に対する見直しができる。(ヨーグルトを毎日食べる、魚の缶詰を食べる、間食を摂るなど) ・初回支援時に握力測定を実施。年齢別体力基準値表(介護予防ガイド実践・エビデンス編)に当てはめると、「劣っている・やや劣っている」に該当する者が57.1%(8/14人)いたが、継続支援時には、66.7%(8/12人)が握力を維持・改善できていた。 ・ふくらはぎ周囲長も計測したが、31cmに満たない人は85.7%(12/14人)であった。			

ハイリスクアプローチ・ ポピュレーションアプローチ区分	事業名
ハイリスクアプローチ	生活習慣病重症化予防事業

事業目的 (事業目標)	＜事業企画＞			
	対象者	実施期間	事業内容	実施体制・方法
糖尿病、高血圧、貧血の早期受診・早期治療を促し、生活習慣病の重症化を予防する	<p>・75～84歳で、集団健診の結果、HbA1c7.0%以上で過去1年間内科未受療の者</p> <p>・75～84歳で、集団健診の結果、収縮期血圧160mmHg以上または拡張期血圧100mmHg以上で過去1年間内科未受療の者</p> <p>・75～84歳で、集団健診の結果、血色素男性12g/dl以下、女性11g/dl以下で過去1年間内科未受療の者</p> <p>・85歳以上で上記の数値に該当し、指導を希望する者</p>	8～3月	保健師等が健診結果を説明し、適切な受療行動、生活習慣を選択し継続できるよう支援する。	<p>①対象者の抽出 健診結果から該当者を抽出 レセプトを確認し、対象者を決定 台帳を作成</p> <p>②指導日の日程調整 対象者と日程調整</p> <p>③初回支援 原則訪問にて健診結果を通知、指導を実施 どうしても会えない場合は結果を郵送し、文書等による指導を実施</p> <p>④受診状況の確認 初回支援の3か月後をめぐり、レセプトで受診状況を確認</p> <p>⑤継続支援 医療機関を受診した者には、電話等により継続受診の励ましと翌年度の健診受診勧奨を実施 未受診者には、原則訪問により受診勧奨と翌年度の健診受診勧奨を実施</p> <p>⑥受診状況の確認 指導6か月後をめぐり、レセプトで受診状況を確認</p>

<事業評価計画>

	アウトカム評価 (成果)	アウトプット評価 (保健事業の実施状況・実施量)	プロセス評価 (保健事業の実施過程)	ストラクチャー評価 (計画立案体制・実施構成・評価体制)
評価(モニタリング)項目	1)医療機関受診状況 2)健診の継続受診状況	1)指導実施率	1)対象者の選定 2)実施時期 3)アセスメント 4)媒体の活用 5)適切な保健指導 6)評価内容 7)サービス等への接続	1)予算確保 2)人員確保 3)事業の進捗管理 4)関係スタッフ間の連携 5)関係機関との連携
評価指標	1)医療機関受診率 (受診者数/受診勧奨者数) 2)健診継続受診率 (継続受診者数/事業実施者数)	1) ①初回指導(原則訪問、面談) ②継続支援(電話)	1)状態に応じて対象者の選定ができたか 2)適切な時期に指導できたか 3)適切なアセスメントにより対象者の状況を把握できたか 4)わかりやすい媒体を活用したか 5)重症化予防に向けた適切な指導ができたか 6)対象者の評価が適切に実施できたか 7)必要時、介護サービス等への接続ができたか	1)必要な予算が確保できたか 2)専門職(保健師等)の不足がないか、専門職1人当たりの対象者数が適当か 3)事業の進捗状況を管理し、共有できたか 4)関係スタッフ間の連携状況 5)関係機関の事業への理解・協力
目標(値)	1)30% 2)50%	1) ①100% ②100%	1)状態に応じた対象者の選定ができる 2)健診受診後2か月を目安に初回指導ができる、指導4か月後を目安に継続支援ができる 3~7)事例検討の実施	1)必要な予算が確保できる 2)確保できる 3)事業の進捗状況を管理・共有できる 4)関係スタッフが目的を共有し、進捗等確認しながら事業が進められる 5)事業開始前に関係機関に事業説明を行い、事業への理解が得られる、対象者の状況について情報交換・情報共有ができる
評価手段	1)レセプトにより確認 2)KDB	1)管理台帳で確認	1)対象者の選定が適切にできたか職員へ聞き取り(担当者会議) 2)管理台帳、記録で確認 3~7)事例検討時にアセスメント内容、指導媒体、指導内容等の確認	1)必要な予算が確保できたか職員に聞き取り(担当者会議) 2)対応可能な人数であったか職員に聞き取り(担当者会議) 3、4)ミニカンファレンスの実施 5)一体的実施連携会議、地区担当と包括支援センターの情報交換・情報共有
評価体制・方法	一体的実施担当者(保健師、管理栄養士、担当事務)で実施(担当者会議) 一体的実施連携会議ハイリスクアプローチ部会へ報告			
評価時期	12、3月	12、3月	12、3月	12、3月

<事業評価>

	アウトカム評価 (成果)	アウトプット評価 (保健事業の実施状況・実施量)	プロセス評価 (保健事業の実施過程)	ストラクチャー評価 (計画立案体制・実施構成・評価体制)
評価指標	1)医療機関受診率 (受診者数/受診勧奨 者数) 30% 2)健診継続受診率 (継続受診者数/事業 実施者数) 50%	1) ①初回指導(原則訪問、面 談) 100% ②継続支援(電話) 100%	1)状態に応じて対象者 の選定ができたか 2)適切な時期に指導で きたか 3)適切なアセスメントに より対象者の状況を把握 できたか 4)わかりやすい媒体を活 用したか 5)重症化予防に向けた 適切な指導ができたか 6)対象者の評価が適切 に実施できたか 7)必要時、介護サービ ス等への接続ができたか	1)必要な予算が確保できたか 2)専門職(保健師等)の不足がない か、専門職1人当たりの対象者数が 適当か 3)事業の進捗状況を管理し、共有 できたか 4)関係スタッフ間の連携状況 5)関係機関の事業への理解・協力
達成(未達成)の状況の確認と評価	1)66.7%(4/6人) *1名転出のため、評価 対象者は6名 【内訳】 糖 対象者なし 血圧 0%(0/1人) 貧血 80.0%(4/5人) 2) *翌年度の健診終了後 に評価。	1) ①100%(7/7人) ②	1)健診の結果と過去1 年のレセプトの状況を確 認し、選定ができた 2)結果通知を持参し訪 問できた 3)健診結果、レセプト情 報を活用しアセスメントを 実施できた 4)媒体は市販のものを 活用した 5)訪問指導による受診 勧奨によりがんの発見に つながった事例があった 6)現在指導継続中 7)介護サービス等への 接続が必要なケースは なかったが、体調不良に より転出した者が1名、そ の後、病気により介護認 定を受けた者が1名いた	1)できた 2)正規職員1名、会計年度職員1 名(正規職員の産休代替)で指導に あたり、この事業における不足はなか った 3)できた 4)対象抽出は保険年金係、事業実 施は地区担当の医療専門職が実施 した 5)診療依頼書兼結果通知書の返 信 3件
	血圧の未受診者1名 は、病院まで行くもの の、なかなか受診に繋が らず。 貧血の未受診者1名 は、「どこも具合は悪くな いからかからない」と受 信拒否。			
考察	<p>・貧血の対象者を抽出する際、当初の血色素基準値以下で抽出すると該当者が3名しかいなかったため、ヘマトクリット値基準値以下も対象者として抽出した。</p> <p>・血色素の値が非常に低く、至急精検の対象となっていた1名は、至急精検のための訪問指導後すぐに受診に至らず、この事業で再度受診勧奨を行うことで受診に至り、がん発見につながった。至急精検対象者のフォローの重要性を改めて感じる事例であった。</p> <p>・後期高齢者は、9割以上が受診している状況にあるため、本事業の対象者は極めて少ないが、少ない対象者を確実に医療へつなぐ支援を継続する必要がある。</p>			

ハイリスクアプローチ・ ポピュレーションアプローチ区分	事業名
ハイリスクアプローチ	健康状態不明者の実態把握事業

事業目的 (事業目標)	＜事業企画＞			
	対象者	実施期間	事業内容	実施体制・方法
健康状態が不明な高齢者の実態を把握し、必要時、適切なサービス等へつなぐ。	KDB で抽出した健診・医療未受診者で、介護サービス等も利用しておらず、健康状態等が不明な者	10～3月	保健師等が、訪問により後期高齢者の質問票等で健康状態を把握し、必要時適切な支援者または医療福祉保健サービスへつなげる。	<p>①対象者の抽出 10月にKDBから該当者を抽出 介護サービス等の利用状況を確認し、対象者を決定</p> <p>②調査依頼 包括支援センターへ対象者を連絡し、調査を依頼する</p> <p>③訪問調査 包括支援センターの保健師等(必要に応じて市の保健師等)が対象者を訪問し、後期高齢者の質問票等を用いて健康状態等を把握する 必要時、適切なサービスへつなぐ</p>

<事業評価計画>

	アウトカム評価 (成果)	アウトプット評価 (保健事業の実施状況・実施量)	プロセス評価 (保健事業の実施過程)	ストラクチャー評価 (計画立案体制・実施構成・評価体制)
評価(モニタリング)項目	1)サービス等への接続	1)高齢者の把握	1)対象者の選定 2)実施時期 3)アセスメント 4)サービス等への接続	1)予算確保 2)人員の確保 3)事業の進捗管理 4)関係スタッフ間の連携 5)関係機関との連携
評価指標	1)必要なサービス等につながった者の割合 (サービスにつながった人数/サービスにつなげる必要があると認めた人数)	1)健康状態が不明な高齢者の実態把握率	1)状況に応じて対象者の選定ができているか 2)適切な時期に訪問ができたか 3)適切なアセスメントにより対象者の状況を把握できたか 4)必要時、介護サービス等への接続ができたか	1)必要な予算が確保できたか 2)専門職(保健師等)の不足がないか、専門職1人当たりの対象者数が適切か 3)事業の進捗状況を管理し、共有できたか 4)関係スタッフ間の連携状況 5)関係機関の事業への理解・協力
目標(値)	1)100%	1)100%	1)状況に応じた対象者の選定ができる 2)11～1月 3、4)事例検討の実施	1)必要な予算が確保できる 2)確保できる 3)事業の進捗状況を管理・共有できる 4)関係スタッフが目的を共有し、進捗等確認しながら事業が進められる 5)事業開始前に関係機関に事業説明を行い、事業への理解が得られる、対象者の状況について情報交換・状況共有ができる
評価手段	1)管理台帳で確認	1)管理台帳で確認	1)対象者の選定が適切にできたか職員へ聞き取り(担当国会議) 2)管理台帳、記録で確認 3、4)事例検討時に聞き取り内容、勧奨内容等の確認	1)必要な予算が確保できたか職員に聞き取り(担当国会議) 2)対応可能な人数であったか職員に聞き取り(担当国会議) 3、4)担当国会議の実施 5)一体的実施連携会議、地区担当と包括支援センターの情報交換・情報共有
評価体制・方法	一体的実施担当者(保健師、管理栄養士、担当事務)で実施(担当国会議) 一体的実施連携会議ハイリスクアプローチ部会へ報告			
評価時期	2、3月	2、3月	2、3月	2、3月

<事業評価>

	アウトカム評価 (成果)	アウトプット評価 (保健事業の実施状況・実施量)	プロセス評価 (保健事業の実施過程)	ストラクチャー評価 (計画立案体制・実施構成・評価体制)
評価指標	1) 必要なサービス等につながった者の割合 (サービスにつながった人数/サービスにつなげる必要があると認めた人数)	1) 健康状態が不明な高齢者の実態把握率	1) 状況に応じて対象者の選定ができているか 2) 適切な時期に訪問ができたか 3) 適切なアセスメントにより対象者の状況を把握できたか 4) 必要時、介護サービス等への接続ができたか	1) 必要な予算が確保できたか 2) 専門職(保健師等)の不足がないか、専門職1人当たりの対象者数が適切か 3) 事業の進捗状況を管理し、共有できたか 4) 関係スタッフ間の連携状況 5) 関係機関の事業への理解・協力
達成(未達成)の状況の確認と評価	1) 0%(0/1人) * 健診勧奨者は今年度評価できないため、母数から抜く 【内訳】 病院受診(血圧)1人 健診勧奨2人	1) 85.7%(6/7人) 【内訳】 西包括 50.0%(1/2人) * 1名死亡 市 100%(5/5人)	1) 訪問対象者の選定にあたり、地区担当、包括支援センター、社会福祉協議会と情報共有会議を行い、適切な選定ができた 2) できた 3) できた 4) 病院受診勧奨、翌年度の健診受診勧奨を実施	1) できた 2) 不足なし 3) できた 4) 情報共有会議で情報を共有、訪問実施後の報告も適切な時期に行われた 5) 高齢福祉課の介護予防実態把握事業でも対象者として抽出されている対象者については、相川プランチ(社協)で高齢福祉課事業として訪問を実施(3/5人)
	訪問時に市保健師が血圧を測定。血圧が高かったが、娘も体調がすぐれないため娘の体調が良い時に受診を勧めた。 3/3 現在未受診。	対象者7名のうち1名が訪問前に死亡。(同居家族あり)		
考察	・同居家族がいる事業対象者が、実態把握前に死亡された事案があり健康状態が変動しやすい高齢者が含まれていることを改めて実感した。また、一体的実施の実施圏域ではなかったが、介護者の健康状態悪化により要介護状態であった高齢者が亡くなった事案があった。本事業の訪問指導の優先順位は、家族構成に加えて生活状況・実態の情報を過去の支援歴などから得て検討する必要があると感じた。			

ハイリスクアプローチ・ ポピュレーションアプローチ区分	事業名
ポピュレーションアプローチ	フレイル予防普及啓発事業

事業目的 (事業目標)	＜事業企画＞			
	対象者	実施期間	事業内容	実施体制・方法
地域住民がフレイルに関心を持ち、フレイル予防について理解し、取り組むことができる	・75歳以上の後期高齢者、65歳以上の前期高齢者 ・通いの場等に参加した地域住民	6～3月	・地区健康学習会、健康相談・健康教育の場で、医療専門職がフレイル予防の普及啓発を行う。 ・通いの場等で後期高齢者の質問票を活用する。	1)フレイル予防の普及啓発 ○健康学習会 ・健康推進員は、健康学習会の周知・勧誘を行い、人数の集計や当日の調理実習の食材等の準備、当日の運営等を行う ・管理栄養士は、調理実習等に係る調整や、当日の栄養に関する講話を実施 ・保健師は、健康に関する講話を実施 ○健康教育・健康相談 ・茶の間やサロン、公民館活動等において、医療専門職(市保健師、市管理栄養士、歯科衛生士、薬剤師等)が健康やフレイル予防、オーラルフレイル、ポリファーマシー等に関する健康教育・健康相談を実施 2)後期高齢者の質問票の活用 ・健康学習会や健康教育・健康相談等において後期高齢者の質問票を実施 ・必要時、包括支援センター等へ情報提供し支援につなげる ・回収した質問票は、KDBに登録する

<事業評価計画>

	アウトカム評価 (成果)	アウトプット評価 (保健事業の実施状況・実施量)	プロセス評価 (保健事業の実施過程)	ストラクチャー評価 (計画立案体制・実施構成・評価体制)
評価(モニタリング)項目	1)フレイルへの理解 2)参加者が学んだ内容を家族や知人へ伝えようと思ったか	1)広く普及啓発できたか 2)高齢者の把握	1)事業の周知 2)事業内容 3)サービス等への接続	1)予算確保 2)人員の確保 3)会場の確保 4)事業の進捗管理 5)関係スタッフ間の連携 6)関係機関との連携
評価指標	1)フレイルについて理解できたか (理解できた/参加者数) 2)学んだ内容を家族や知人に伝えようと思った割合 (伝えようと思った人数/参加者数)	1)参加者数 2)後期高齢者の質問票の回答数	1)事業の実施について広く周知できたか 2)フレイル予防について、啓発できたか 3)必要時、介護サービス等への接続ができたか	1)必要な予算が確保できたか 2)専門職(保健師等)の不足がないか、専門職1人当たりの対象者数が適切か 3)実施会場数 4)事業の進捗状況を管理し、共有できたか 5)関係スタッフ間の連携状況 6)関係機関の事業への理解・協力
目標(値)	1)78% 2)95% 【参考】 R2 健康学習会アンケート ・理解できた 74.6% ・伝えようと思った 93.6%	1)1200人 2)1200人	1)広く周知できる 2)フレイル予防について啓発できる 3)事例検討の実施	1)必要な予算が確保できる 2)確保できる 3)170会場 4)事業の進捗状況を管理・共有できる 5)関係スタッフが目的を共有し、進捗等確認しながら事業が進められる 6)事業開始前に関係機関に事業説明を行い、事業への理解が得られる、対象者の状況について情報交換・状況共有ができる
評価手段	1、2)参加者アンケートで確認	1)管理台帳、記録で確認 2)回収した後期高齢者の質問票の数	1)広く周知ができたか職員へ聞き取り(担当者会議) 2)参加者アンケートで確認 3)事例検討時に適切なサービス等へ接続できたか聞き取り(担当者会議)	1)必要な予算が確保できたか職員に聞き取り(担当者会議) 2)対応可能な人数であったか職員に聞き取り(担当者会議) 3)記録で確認 4、5)担当者会議の実施 6)一体的実施連携会議
評価体制・方法	一体的実施担当者(保健師、管理栄養士、担当事務)で実施(担当者会議) 一体的実施連携会議ハイリスクアプローチ部会へ報告			
評価時期	3月	3月	3月	3月

<事業評価>

	アウトカム評価 (成果)	アウトプット評価 (保健事業の実施状況・実施量)	プロセス評価 (保健事業の実施過程)	ストラクチャー評価 (計画立案体制・実施構成・評価体制)
評価指標	1)フレイルについて理解できたか (理解できた/参加者数) 2)学んだ内容を家族や知人に伝えようと思った割合 (伝えようと思った人数/参加者数)	1)参加者数 2)後期高齢者の質問票の回答数	1)事業の実施について広く周知できたか 2)フレイル予防について、啓発できたか 3)必要時、介護サービス等への接続ができたか	1)必要な予算が確保できたか 2)専門職(保健師等)の不足がないか、専門職1人当たりの対象者数が適切か 3)実施会場数 4)事業の進捗状況を管理し、共有できたか 5)関係スタッフ間の連携状況 6)関係機関の事業への理解・協力
達成(未達成)の状況の確認と評価	(2月末現在) 1)54.3%(95/175人) 2)96.6% (169/175人) <参考>佐渡市全体 1)65.9% (826/1,254人) 2)94.0% (1,179/1,254人)	(2月末現在) 1)相川圏域 179人 【内訳】 40～64歳 15人 65～74歳 86人 75歳以上 78人 <参考> 佐渡市全体 1,388人 【内訳】 39歳未満 12人 40～64歳 119人 65～74歳 503人 75歳以上 754人 2)*全事業終了後集計	1)事業の実施について広く周知できたか 2)フレイル予防について、啓発できたか 3)必要時、介護サービス等への接続ができたか	1)必要な予算が確保できたか 2)専門職(保健師等)の不足がないか、専門職1人当たりの対象者数が適切か 3)実施会場数 4)事業の進捗状況を管理し、共有できたか 5)関係スタッフ間の連携状況 6)関係機関の事業への理解・協力
	昨年度に比べ、65歳以上の高齢者の参加率が高くなった(R3 86.2%→R4 91.6%)こともあってか、「フレイルについて理解できた」と回答した割合は減少した。「まあまあ理解できた」と回答した者も含めると、98.9%(173/175人)であった。	令和3年度(12会場)に比べ、令和4年度は実施会場が増加(15会場)。それに伴い、参加者数も増加した。 <参考>佐渡市全体 実施会場数 125会場		
考察	<p>・佐渡市全体で見ても、高齢者の参加率が昨年より高くなっており(R3 88.2%→R4 90.6%)、フレイルについて理解できたと回答した割合も減少している。高齢者の参加率が高くて、フレイルをわかりやすく伝える工夫が必要である。</p> <p>・「学んだ内容を伝えようと思わない」と回答した者の中には、独居で近所に話をする人もいないから…と話す高齢者もおり、人との『つながり』がない高齢者がいる実態が見えた。このような高齢者に、健康学習会等の通いの場を通じて、つながりをつくっていくことが重要と感じた。</p> <p><参考>令和3年度 佐渡市全体 実施会場数 105会場 参加者数 1,270人【内訳】39歳未満 12人、40～64歳 138人、65～74歳 488人、75歳以上 632人</p>			

ハイリスクアプローチ・ ポピュレーションアプローチ区分	事業名
ポピュレーションアプローチ	フレイル相談事業

事業目的 (事業目標)	＜事業企画＞			
	対象者	実施期間	事業内容	実施体制・方法
<p>集団健診受診者がフレイルに関心を持ち、フレイル予防に取り組むことができる。必要時、適切なサービスへつなぐ。</p>	<p>市の集団健診受診者</p>	<p>5～7月</p>	<p>対象者に対し、集団健診当日に管理栄養士、保健師、歯科衛生士等がフレイル相談を実施。</p>	<p>①希望の聞き取り 集団健診会場においてフレイル相談のちらしを配布。希望の有無を聞き取る。</p> <p>②フレイル相談の実施 3つのブースで医療専門職による相談を実施。 【栄養】市の管理栄養士が栄養相談を実施 【包括】包括支援センターの保健師(相当職を含む)が介護予防等に関する相談を実施 【口腔】佐渡在宅歯科医療連携室の歯科衛生士がオーラルフレイルや口腔ケアに関する相談・指導を実施</p> <p>③情報共有 フレイル相談実施者の名簿等を地区担当保健師・管理栄養士で情報共有を行う。</p>

<事業評価計画>

	アウトカム評価 (成果)	アウトプット評価 (保健事業の実施状況・実施量)	プロセス評価 (保健事業の実施過程)	ストラクチャー評価 (計画立案体制・実施構成・評価体制)
評価(モニタリング)項目	1)サービス等への接続	1)フレイル相談の実施数	1)対象者のスクリーニング 2)アセスメント 3)媒体の活用 4)適切な保健指導 5)サービス等への接続	1)予算確保 2)人員の確保 3)機会の確保 4)事業の進捗管理 5)関係スタッフ間の連携 6)関係機関との連携
評価指標	1)必要時、介護サービス等への接続ができたか (つないだ人数/つなぐ必要がある人数)	1)フレイル相談実施者数	1)後期高齢者の質問票を活用し、対象者のスクリーニングができたか 2)適切なアセスメントにより対象者の状況を把握できたか 3)わかりやすい媒体を活用したか 4)フレイル予防に向けた適切な指導ができたか	1)必要な予算が確保できたか 2)専門職(保健師等)の不足がないか、専門職1人当たりの対象者数が適切か 3)フレイル相談①会場数②実施日数 4)事業の進捗状況を管理し、共有できたか 5)関係スタッフ間の連携状況 6)関係機関の事業への理解・協力
目標(値)	1)100%	1)550人 (R2 533人)	1)後期高齢者の質問票の回答に応じた対象者のスクリーニングができる 2~4)事業検討の実施	1)必要な予算が確保できる 2)確保できる 3)①10地区12会場 ②33日 4)事業の進捗状況を管理・共有できる 5)関係スタッフが目的を共有し、進捗等確認しながら事業が進められる 6)事業開始前に関係機関に事業説明を行い、事業への理解が得られる、対象者の状況について情報交換・状況共有ができる
評価手段	1)管理台帳及び各地区包括支援センター会議	1)管理台帳で確認	1)対象者のスクリーニングができたか職員へ聞き取り(担当者会議) 2~4)事業検討時にアセスメント内容、指導媒体、指導内容等の確認	1)必要な予算が確保できたか職員に聞き取り(担当者会議) 2)対応可能な人数であったか職員に聞き取り(担当者会議) 3)記録で確認 4、5)担当者会議の実施 6)一体的実施連携会議、地区担当と包括支援センターの情報交換・情報共有
評価体制・方法	一体的実施担当者(保健師、管理栄養士、担当事務)で実施(担当者会議) 一体的実施連携会議ハイリスクアプローチ部会へ報告			
評価時期	9、3月	9、3月	9、3月	9、3月

<事業評価>

	アウトカム評価 (成果)	アウトプット評価 (保健事業の実施状況・実施量)	プロセス評価 (保健事業の実施過程)	ストラクチャー評価 (計画立案体制・実施構成・評価体制)
評価指標	1) 必要時、介護サービス等への接続ができたか (つないだ人数/つなぐ必要性がある人数)	1) フレイル相談実施者数	1) 後期高齢者の質問票を活用し、対象者のスクリーニングができたか 2) 適切なアセスメントにより対象者の状況を把握できたか 3) わかりやすい媒体を活用したか 4) フレイル予防に向けた適切な指導ができたか	1) 必要な予算が確保できたか 2) 専門職(保健師等)の不足がないか、専門職1人当たりの対象者数が適切か 3) フレイル相談①会場数②実施日数 4) 事業の進捗状況を管理し、共有できたか 5) 関係スタッフ間の連携状況 6) 関係機関の事業への理解・協力
達成(未達成)の状況の確認と評価	1) 相川圏域 91.7% (22/24人) 【内訳】 包括(訪問等約束) 100%(3/3人) →訪問1名(サービス利用)、電話2名(介護予防教室1名) 栄養(訪問等約束) 100%(14/14人) →栄養改善事業12人、電話2名 口腔(受診勧奨) 71.4%(5/7人)	1) 相川圏域 68人(健診受診者の25.7%(68/265人)) 【内訳】 包括 27人(10.2%(27/265人)) 栄養 20人(うちハイリスク者13人)(7.5%(20/265人)) 口腔 24人(9.1%(24/265人)) *重複あり <参考> 佐渡市 382人(健診受診者の18.1%(382/2,115人)) 【内訳】 包括 148人(7.0%(148/2,115人)) 栄養 86人(4.1%(86/2,115人)) 口腔 196人(9.3%(196/2,115人)) *重複あり	1) 各ブースにおいて、記録票や確認票を用いて状況を聞き取り、スクリーニングできるようにした 2) できた 3) 各地区の保健福祉サービスをまとめたパンフレットや認知症チェックシートなどを活用した 4) 質問票の結果から心配されることをお伝えし対応策についてお話しした	1) できた 2) 相談者が来る時間帯にムラがあるため、不効率な時間が生じる 3) ①12会場②33日 4) できた 5) 現場と管理者ではアウトカムが異なるため、10月に打ち合わせ会を持ち、次年度は従事時間を変更予定 6) 従事時間、費用、ブースの条件などの課題あり。毎年、振り返りに基づき計画を修正している。 相談者側に立ち、事業への理解・協力を得られるよう年に1回は実績報告を兼ね管理者に説明に伺う。
考察	<p>・フレイル相談の各ブースでは、それぞれ記録票・確認票を用いることで従事者が変わっても同じ視点で聞き取りやアセスメントができるよう工夫した。保健指導を実施し、その後の対応が必要と判断した者について、介護(介護予防)サービスや栄養改善事業、歯科受診等へ繋がっており、一定の事業効果があった。</p> <p><参考> 一体的実施の対象外圏域 必要時、介護サービス等への接続ができたか 包括(訪問等約束)87.5%(14/16人)→通所C1名、住宅改修1名 *未介入2名→すでに介護サービス利用中1名、これから連絡1名 口腔(受診勧奨)73.7%(14/19人) 栄養 →訪問等の約束はしてないがその後のフォロー(電話入れ等)を実施中 (3/7現在)フォロー実施率 33.3%(22/66人)</p>			

