

高齢者の保健事業 基礎資料集

厚生労働省 保険局 高齢者医療課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に関するこれまでの経緯

令和元年法改正の経緯（一体的実施の法的位置づけ）

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の推進に向けた取組について

データヘルスの推進

財政支援

（令和7年度分）後期高齢者医療制度の保険者インセンティブ

日本健康会議における「健康づくりに取り組む5つの実行宣言2025」

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に関するこれまでの経緯

ひと、くらし、みらいのために

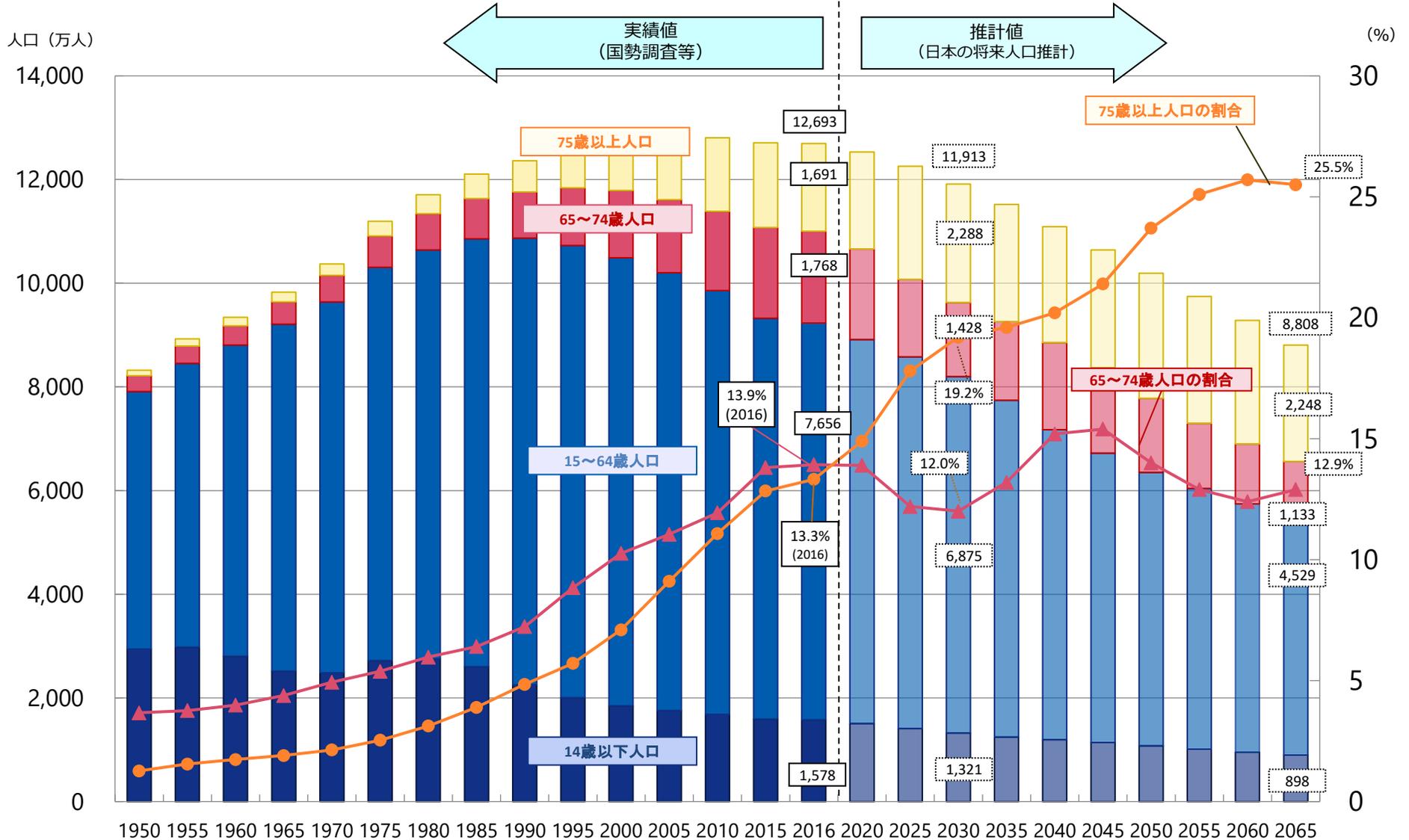


厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

今後の年齢階級別人口の推計

平成30年10月10日
第114回医療保険部会資料

○ 今後、日本の総人口が減少に転じていく中、高齢者（特に75歳以上の高齢者）の占める割合は増加していき、2055年には人口の4人に1人が75歳以上となると推計。



高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に関する経緯

年度	関連事項
平成20年度	後期高齢者医療制度の施行（4月）
平成26年度	日本老年医学会による「フレイル」の提唱（5月）
平成27年度	<p>経済財政諮問会議 ◇フレイルに対する総合対策が言及される（5月）。改革工程表にフレイル対策の推進が示される（12月）。</p> <p>後期高齢者の保健事業のあり方に関する研究（厚生労働科学特別事業）報告書 ◇フレイルの概念整理、取組のエビデンス検討、ガイドラインの素案作成（～3月）</p>
平成28年度	<p>高齢者の医療の確保に関する法律の一部改正（4月施行） ◇高齢者の特性に応じた保健指導等が広域連合の努力義務とされる。</p> <p>経済財政運営と改革の基本方針2016閣議決定（6月） ◇「フレイル対策については、ガイドラインの作成等や効果的な事業の全国展開等により推進する。」</p> <p>高齢者の保健事業のあり方検討ワーキンググループ（7月～） ◇WG（3回）、作業チーム（2回）、モデル事業実施</p>
平成29年度	<p>高齢者の保健事業のあり方検討ワーキンググループ ◇WG（2回）、作業チーム（2回）、モデル事業実施</p>
平成30年度	<p>高齢者の保健事業のあり方検討ワーキンググループ ◇高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン策定（4月）</p> <p>高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に関する有識者会議（9～12月）</p>
令和元年度	<p>医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部改正（5月公布） ◇市町村において高齢者の保健事業と介護予防を一体的に実施する枠組みの構築等</p> <p>高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の推進に向けたプログラム検討のための実務者検討班（5～9月）</p> <p>高齢者の保健事業のあり方検討ワーキンググループ ◇高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン改定〔第2版〕（10月）</p>
令和2年度	医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部改正（4月施行）

フレイル対策に関する経緯等

平成26年度

5月 フレイルに関する日本老年医学会からのステートメント → 「フレイル」が提唱される

平成27年度

5月26日 経済財政諮問会議
→高齢者の虚弱（フレイル）に対する総合対策が言及される

12月24日 経済財政諮問会議
経済・財政再生計画改革工程表
→高齢者のフレイル対策の推進が示される
(モデル事業実施(H28、29)、WGによる効果検証等)

平成27年度

厚生労働科学特別事業「後期高齢者の保健事業のあり方に関する研究」

8月10日 立ち上げ

研究代表者

鈴木隆雄(国立長寿医療研究センター)

研究分担者

辻一郎(東北大)、原田敦(国立長寿医療研究センター)、吉村典子(東京大)、葛谷雅文(名古屋大)、清原裕(九州大)、磯博康(大阪大)、杉山みち子(神奈川県立保健福祉大)、島田裕之(国立長寿医療研究センター)、近藤克則(千葉大)、津下一代(あいち健康の森健康科学センター)、石崎達郎(東京都健康長寿医療センター研究所)

研究班会議(3回)

28年3月 報告書

→「フレイル」の概念整理と、取組のエビデンスの検討、ガイドラインの素案を作成。

平成28年度

4月1日 改正高確法施行
→高齢者の特性に応じた保健指導等が広域連合の努力義務とされる。

6月2日 経済財政運営と改革の基本方針2016閣議決定
→「高齢者のフレイル対策については、保険者が参照するガイドラインの作成・周知や先駆的な好事例を踏まえた効果的な事業の全国展開等により、更に推進する。」

12月21日 経済財政諮問会議
経済・財政再生計画改革工程表2016改定版
→平成30年度からの事業の全国的横展開に向け、ガイドラインの作成が示される。

平成28年度～平成30年度

「高齢者の保健事業のあり方
検討ワーキンググループ」

7月20日 設置

座長 津下一代(あいち健康の森健康科学総合センター)
構成員 学識経験者、関係団体・保険者の代表など13名

〈平成28年度〉
WG(3回)
作業チーム(2回)

検証

ガイドライン暫定版策定(平成29年4月)

〈平成29年度〉
WG(2回)
作業チーム(2回)

検証

ガイドライン策定(平成30年4月)

保険者インセンティブ

・フレイル対策を重点的に評価

〈フレイル関係の指標〉

- ・共通指標③
重症化予防の取組
- ・固有指標②
高齢者の特性(フレイルなど)を踏まえた保健事業

〈特別調整交付金への反映〉

- ・平成28年度 20億円
- ・平成29年度 50億円
- ・平成30年度 100億円

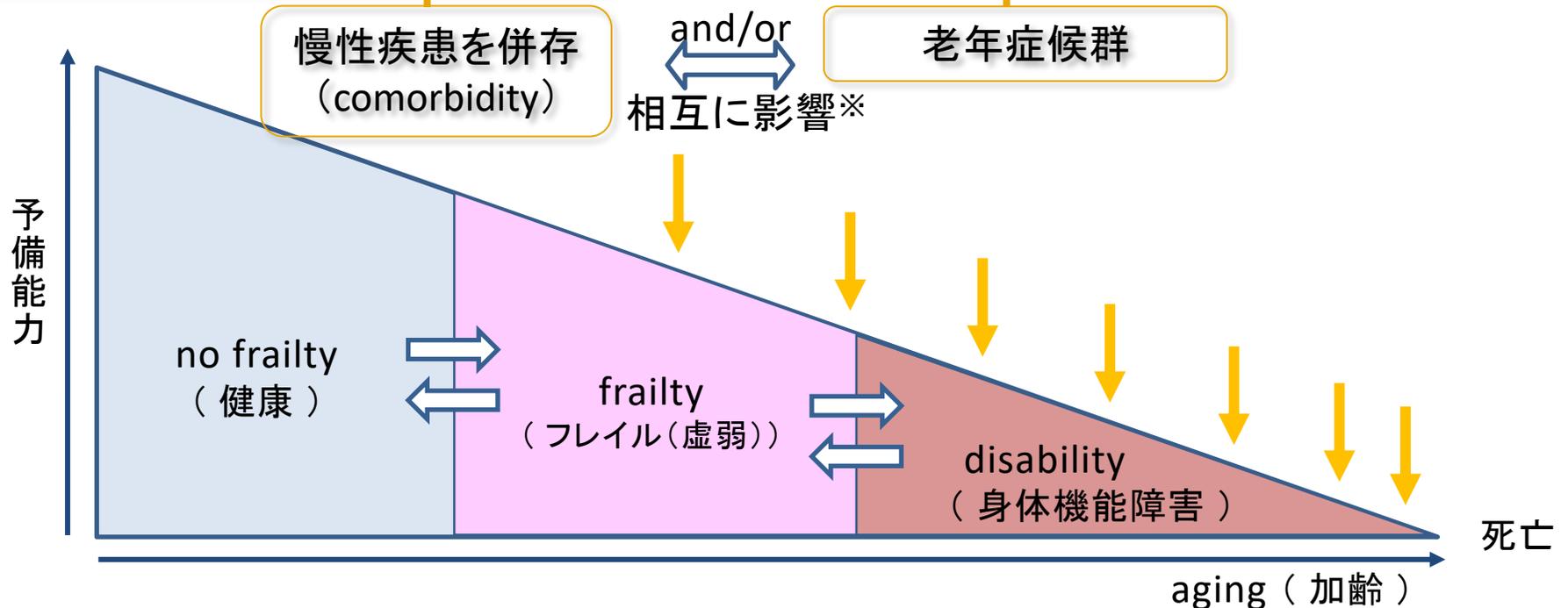
モデル事業実施

平成30年度からの全国的横展開に向けて、事業推進

高齢者の健康状態の特性等について

- 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)



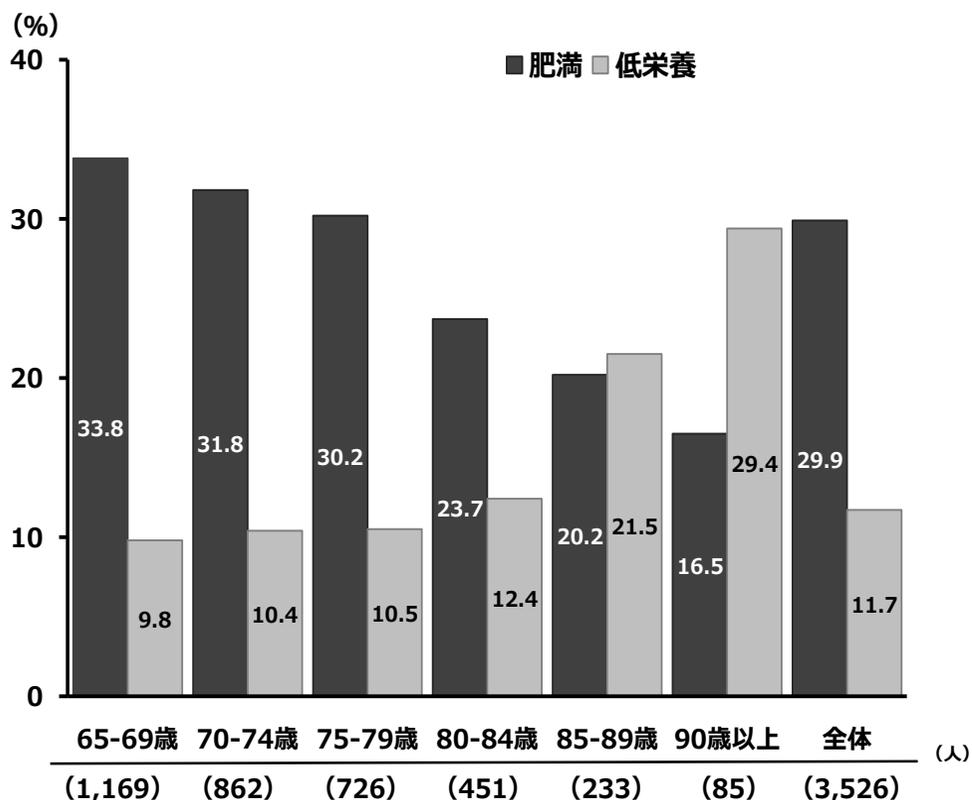
「フレイル」とは、『フレイル診療ガイド2018年版』(日本老年医学会／国立長寿医療研究センター、2018)によると「加齢に伴う予備能力低下のため、ストレスに対する回復力が低下した状態」を表す“frailty”の日本語訳として日本老年医学会が提唱した用語である。フレイルは、「要介護状態に至る前段階として位置づけられるが、**身体的脆弱性のみならず精神心理的脆弱性や社会的脆弱性などの多面的な問題を抱えやすく**、自立障害や死亡を含む健康障害を招きやすいハイリスク状態を意味する。」と定義されている。また、「フレイル」の前段階にあたる「プレフレイル」のような早期の段階からの介入・支援を実施することも重要である。

※ 現時点では、慢性疾患とフレイルの関わりについて継続的に検証されている段階にあることに留意が必要。

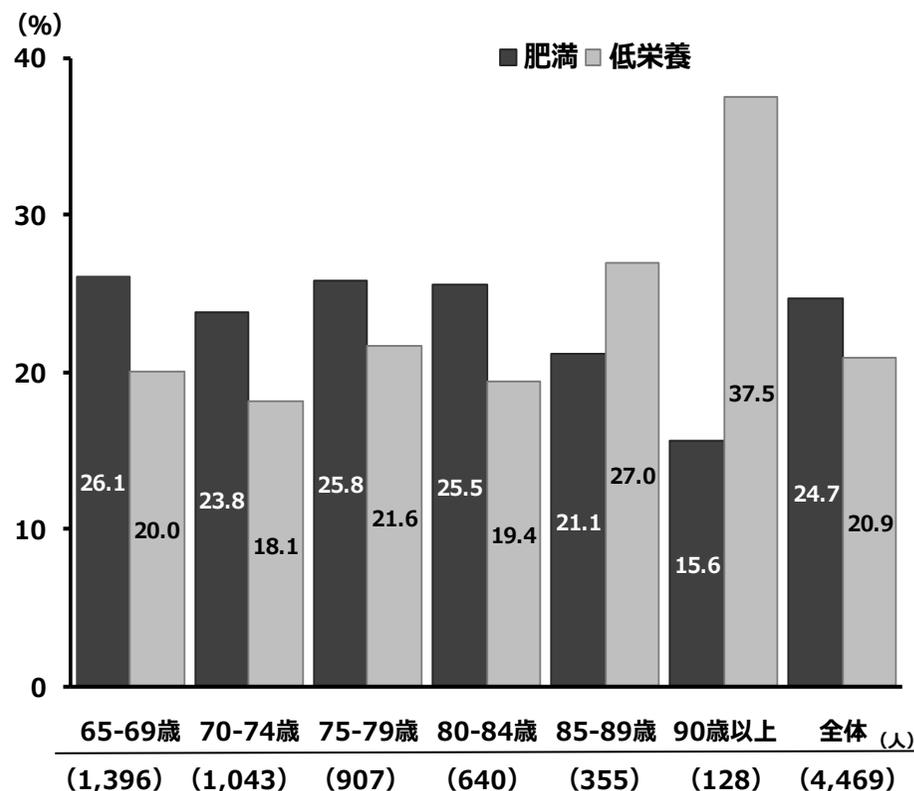
65歳以上、性・年齢階級別 BMIの分布

- 年齢が高くなるとの肥満（BMI \geq 25）の割合は減り、低栄養（BMI \leq 20）の割合は増加する。
- 低栄養の割合は、どの年齢階級においても、女性が男性より高い状況である。

男性



女性

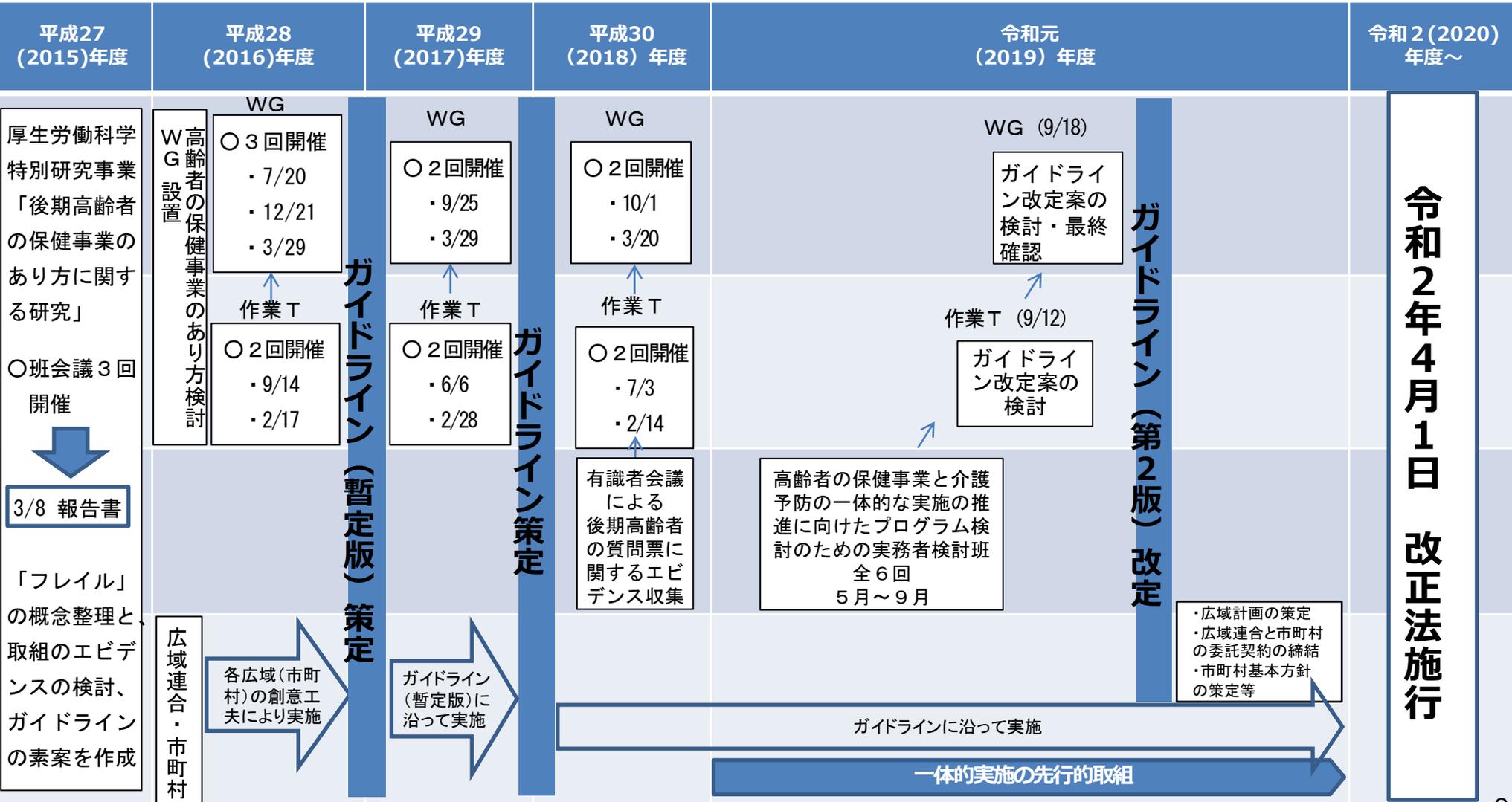


厚生労働省「平成28年国民健康・栄養調査」

これまでの経過と今後の進め方について（案）

○令和元（2019）年度5月より、自治体が高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に取り組む際の参考となるよう「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の推進に向けたプログラム検討のための実務者検討班（以下、「実務者検討班」とする。）」においてプログラムの検討を行った。

○実務者検討班における検討結果を踏まえて、「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン」を改定する。



- ①「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「保健事業実施指針」）に基づき、**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内容や手順について、科学的知見を踏まえて提示する。**
- ②広域連合と市町村が協働して、**高齢者の健康づくりや介護予防等の事業と連携しながら、高齢者の特性を踏まえた保健事業を実施する場合の役割分担や留意点を示す。**

高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドラインの概要

- 加齢に伴い虚弱等の壮年期とは異なる健康課題を抱える高齢者について、これまで示されていなかった具体的な取組に関する指針として、高齢者の特性を踏まえた保健事業の考え方や具体的な内容を提示することを目的。
- 平成28、29年度にモデル実施の高齢者の低栄養防止・重症化予防等の推進事業の検証結果などを踏まえ、「高齢者の保健事業のあり方検討ワーキンググループ」において検討し、平成30年4月に策定。

- ① 広域連合が実施することが望ましい保健事業の内容や手順について、科学的知見を踏まえて提示
- ② 広域連合と市町村が協働して、高齢者の健康づくりや介護予防等の事業と連携し実施する場合の役割分担や留意点を提示

1. 後期高齢者の特性に応じた保健事業

・後期高齢者の特性を挙げ、その特性を踏まえた保健事業に求められるポイントを整理

【後期高齢者の特性】

- ・前期高齢者と比べ、加齢に伴う虚弱な状態であるフレイルが顕著に進行。
 - ・複数の慢性疾患を保有し、フレイルなどを要因とする老年症候群の症状が混在するため、包括的な疾病管理がより重要。
- 等

【保健事業に求められるポイント】

- ・体重や筋肉量の減少を主因とした低栄養等のフレイルに着目した対策が必要。
 - ・生活習慣病の発症予防よりも、重症化予防等の取組が相対的に重要。
- 等

2. 役割分担・連携

・広域連合と市町村の役割と両者の連携や、国、都道府県、関係機関等の役割などについて整理

【広域連合の役割】

- ・健診・レセプト等の情報を包括的、統合的に管理し、対象者抽出、評価等を行うとともに、市町村の事業評価を支援。
 - ・事業への積極的なデータ活用等について市町村への周知・啓発。
- 等

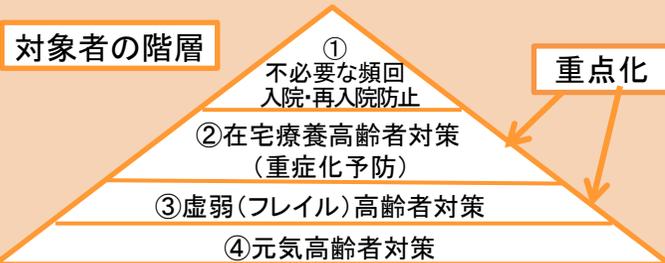
【市町村の役割】

- ・広域連合から提供される健康・医療情報等を活用して地域の疾病構造や健康課題を把握。介護保険、国保、一般住民を対象とした保健事業等との整合を図りつつ事業を推進。

連携の下、
保健事業を
推進

3. 取組の内容

・どのような対象者に、どのような支援を行うかについて整理



介護予防と連携した取組

国保等、壮年期の医療保険から連続した取組

栄養に関する課題

口腔に関する課題

服薬に関する課題

生活習慣病等の重症化予防に関する課題

支援の入口

高齢者が抱える健康上の不安を専門職がサポート

高齢者に対する保健事業と地域連携

● 高齢者に対する個別的支援（ハイリスクアプローチ）

ア. 低栄養防止・重症化予防の取組（かかりつけ医と連携したアウトリーチ支援）

- (a) 低栄養に関わる相談・指導
- (b) 口腔に関わる相談・指導
- (c) 身体的フレイル（口コモを含む）に関わる相談・指導
- (b) 生活習慣病等の重症化予防に関わる相談・指導

イ. 重複投薬・多剤投与等への相談・指導の取組

ウ. 健康状態が不明な高齢者の状態把握・受診勧奨等・必要なサービスへの接続

● 通いの場等への積極的な関与（ポピュレーションアプローチ）

介護予防
(地域支援事業等)の取組と
一体的に実施

ア. フレイル予防の普及啓発、運動・栄養・口腔等取組等の健康教育・健康相談を実施。

イ. フレイル状態の高齢者を把握し、低栄養や筋力低下等の状態に応じた保健指導や生活機能向上の支援等を行う。

ウ. 健康に関する相談や不安等について日常的に気軽に相談が行える環境づくりの実施。



令和元年法改正の経緯 (一体的実施の法的位置づけ)



健康寿命延伸に向けた取組

平成30年4月12日経済財政諮問会議
加藤大臣提出資料(一部改変)

平均寿命と健康寿命の差
(山梨県と全国の比較)

(出典)
平均寿命：平成27年簡易生命表、平成27年都道府県別生命表
健康寿命：平成28年簡易生命表、平成28年人口動態統計、平成28年国民生活基礎調査、平成28年推計人口



○ **健康格差の解消**により、2040年までに健康寿命を3年以上延伸、平均寿命との差の縮小を目指す。

○ 重点取組分野を設定、2つのアプローチで格差を解消。

①健康無関心層も含めた予防・健康づくりの推進

・多様な主体の連携により、無関心層も含めた予防・健康づくりを社会全体で推進。

②地域間の格差の解消

・健康寿命には、大きな地域間格差。地域ぐるみで取り組み、格差を解消。

(日本健康会議等)

※全都道府県が、健康寿命の最も高い山梨県の水準に到達すれば、**男性+1.07年、女性+1.43年**の延伸。

① 健康無関心層も含めた予防・健康づくりの推進

② 地域間の格差の解消

重点取組分野	具体的な方向性	目指す2040年の姿
次世代の健やかな生活習慣形成等 健やか親子施策	<ul style="list-style-type: none"> すべての子どもの適切な生活習慣形成のための介入手法の確立、総合的な支援 リスクのある事例の早期把握や個別性に合わせた適切な介入手法の確立 成育に関わる関係機関の連携体制の構築 	<ul style="list-style-type: none"> 成育環境に関わらず、すべての子どもが心身ともに健やかに育まれる。 例) 低出生体重児の割合や10代の自殺死亡率を先進諸国トップレベルに改善する。
疾病予防・重症化予防 がん対策・生活習慣病対策等	<ul style="list-style-type: none"> 個別・最適化されたがん検診・ゲノム医療の開発・推進、受けやすいがん検診の体制づくり インセンティブ改革、健康経営の推進 健康無関心層も自然に健康になれる社会づくり(企業、自治体、医療関係者等の意識共有・連携)(日本健康会議等) 	<ul style="list-style-type: none"> 個々人に応じた最適ながん治療が受けられる。 所得水準や地域・職域等によらず、各種の健康指標の格差が解消される。
介護・フレイル予防 介護予防と保健事業の一体的実施	<ul style="list-style-type: none"> 介護予防(フレイル対策(口腔、運動、栄養等)を含む)と生活習慣病等の疾病予防・重症化予防を一体的に実施する枠組みの構築、インセンティブも活用 実施拠点として、高齢者の通いの場の充実、認知症カフェの更なる設置等 地域交流の促進 	<ul style="list-style-type: none"> 身近な地域で、生活機能低下防止と疾病予防・重症化予防のサービスが一体的に受けられる。 例) 通いの場への参加率 15% 認知症カフェの設置箇所数 9,500箇所

基盤整備

見える化

データヘルス

研究開発

社会全体での取組み

○経済財政運営と改革の基本方針2018～少子高齢化の克服による持続的な成長経路の実現～ (平成30年6月15日閣議決定)抜粋

第3章 「経済・財政一体改革」の推進

4. 主要分野ごとの計画の基本方針と重要課題

(1) 社会保障

(予防・健康づくりの推進)

高齢者の通いの場を中心とした介護予防・フレイル対策や生活習慣病等の疾病予防・重症化予防、就労・社会参加支援を都道府県等と連携しつつ市町村が一体的に実施する仕組みを検討するとともに、インセンティブを活用することにより、健康寿命の地域間格差を解消することを目指す。

○まち・ひと・しごと創生基本方針2018(平成30年6月15日閣議決定)抜粋

Ⅲ. 各分野の施策の推進

5. 時代に合った地域をつくり、安心な暮らしを守るとともに、地域と地域を連携する

(7) 地域共生社会の実現

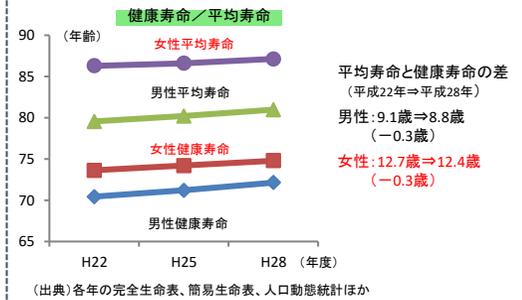
【具体的取組】

◎疾病や健康づくりの推進による地域の活性化

人生100年時代を見据えて健康寿命の延伸を図るため、地域における高齢者の通いの場を中心とした、介護予防・フレイル対策(運動、口腔、栄養等)や生活習慣病などの疾病予防・重症化予防を一体的に実施する仕組みを検討する。

予防・健康づくりの推進(医療保険・介護保険における予防・健康づくりの一体的実施)①

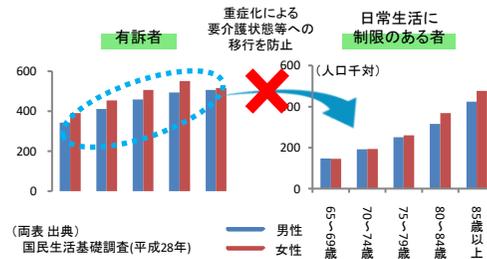
- 人生100年時代を見据え、健康寿命を延伸するため、高齢者の予防・健康づくりを推進することが重要。
- 高齢者の有病率は高く、早期発見・早期対応とともに、重症化予防が課題。
- また、生活機能も急速に低下し、高齢者が参加しやすい活動の場の拡大や、フレイル対策を含めたプログラムの充実が課題。
- さらに、介護予防と生活習慣病対策・フレイル対策は実施主体が別であり、高齢者を中心として提供されるよう連携が課題。
- このため、フレイル対策等の介護予防と生活習慣病等の疾病予防・重症化予防を一体的に実施する枠組みを構築。



健康寿命の延伸に向けた課題

1. 疾病予防・重症化防止の対応

- ▶ 高齢者の大半は何らかの自覚症状を有し、医療機関に受診。
- ▶ 慢性疾患の有病率が非常に高く、複数の慢性疾患を有する割合も高水準。
 - ⇒ 早期発見・早期対応
 (特定健診・保健指導の実施率向上等)
 - ⇒ 効果的な重症化予防
 (日常生活に支障が生じるリスクへの対応)



2. 高齢者の生活機能低下への対応

- ▶ 高齢者の生活機能は75歳以上で急速に低下。

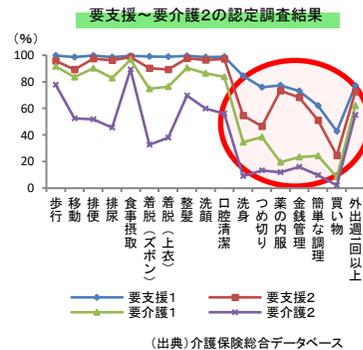
	65~69	70~74	75~79	80~84	85~
日常生活に制限	15%	19%	26%	35%	46%
要介護認定率	3%	6%	14%	29%	59%

(出典) 上欄: 国民生活基礎調査(平成28年)
 下欄: 人口推計及び介護保険事業状況報告月報(平成27年11月分)

- ▶ 身の回りの動作等は維持されていても、買い物、外出等の生活行為ができなくなる傾向。
- ▶ 高齢者が気軽に立ち寄る通いの場(=介護予防の場)を整備しているが、参加率は低迷。フレイル対策(運動、口腔、栄養等)を含めたプログラムの改善が求められている。

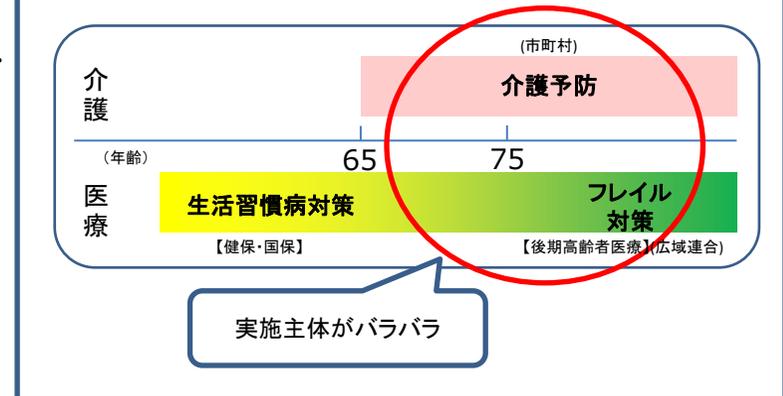
※平成28年度の参加率: 高齢者人口の4.18%

- ⇒ 高齢者が参加しやすい活動の場の拡大、プログラムの充実



3. 1・2の一体的対応

- ▶ 生活習慣病対策・フレイル対策(医療保険)と介護予防(介護保険)が別々に展開。
- ▶ 医療保険の保健事業は、75歳を境に、保険者・事業内容が異なる。



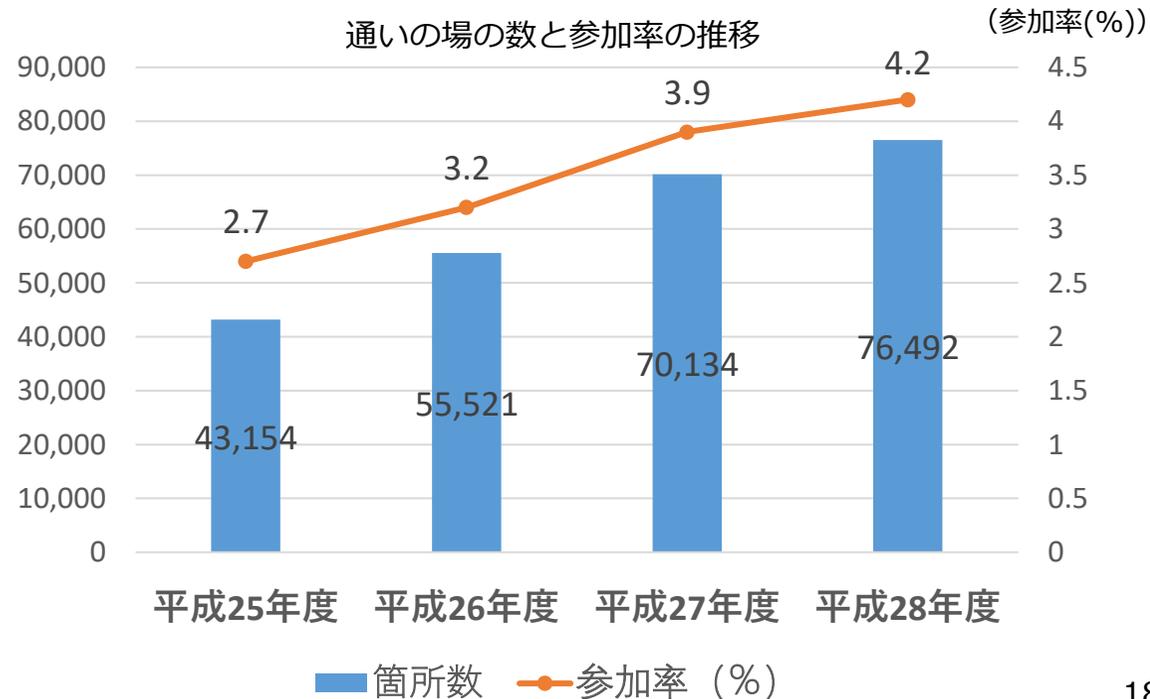
	フレイル対策【医療保険（後期高齢者医療制度）】	介護予防【介護保険】
法律上の位置付け	<p>努力義務</p> <p>○高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号） 第125条 後期高齢者医療広域連合は、高齢者の心身の特性に応じ、健康教育、健康相談、健康診査及び保健指導並びに健康管理及び疾病の予防に係る被保険者の自助努力についての支援その他の被保険者の健康の保持増進のために必要な事業を行うように努めなければならない。</p> <p>2～6（略）</p>	<p>義務づけ</p> <p>○介護保険法（平成9年法律123号） （地域支援事業） 第115条の45 市町村は、被保険者（中略）の要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止及び地域における自立した日常生活の支援のための施策を総合的かつ一体的に行うため、厚生労働省令で定める基準に従って、地域支援事業として、次に掲げる事業（以下「介護予防・日常生活支援総合事業」という。）を行うものとする。</p> <p>一（略） 二 被保険者（第一号被保険者に限る。）の要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止のため必要な事業（介護予防サービス事業及び地域密着型介護予防サービス事業並びに第一号訪問事業及び第一号通所事業を除く。）</p> <p>2～5（略）</p>
事業スキーム（実施主体など）	<p><実施主体> 後期高齢者医療広域連合（市町村に委託して実施するケースが多い）</p> <p><対象者> 被保険者（75歳以上の方、65～74歳で一定の障害があると認められた方）</p> <p><事業内容> 対象者として選定した健康上のハイリスクの方に対し、主に個別アプローチによる保健指導を実施</p>	<p><実施主体> 市町村</p> <p><対象者> 被保険者（65歳以上の方に限る。）</p> <p><事業内容> 参加を希望する65歳以上の全ての方に対し、住民主体の通いの場等による介護予防活動の実施</p>
財源等	<p><財源> 事業により異なる ※現在行っているフレイル予防の補助事業 国10/10 その他の保健事業（健診、訪問指導、健康相談など） ・健診は、国1/3、地方1/3、保険料1/3 ・その他の国庫補助事業は、国1/2、地方1/2</p> <p><会計（委託等により市町村が実施する場合）> 一般会計、後期高齢者医療特別会計、国民健康保険特別会計、介護保険特別会計 ※市町村によって異なる</p>	<p><財源> 国：1／4 県・市：各1／8 保険料：1／2</p> <p><会計> 介護保険特別会計</p>
事業規模	<p>約1億円（平成28年度実績。平成30年度予算 約3.6億円） ※平成28年度の保健事業全体（健診を含む）の実績は約340億円。</p>	<p>4,784億円 （介護予防・日常生活支援総合事業の内数、平成30年度予算）</p>

- ・高齢者の保健事業については、「高齢者の低栄養防止・重症化予防等の推進」として国庫補助金により助成されているが、フレイル対策を実施している地域は限られている。

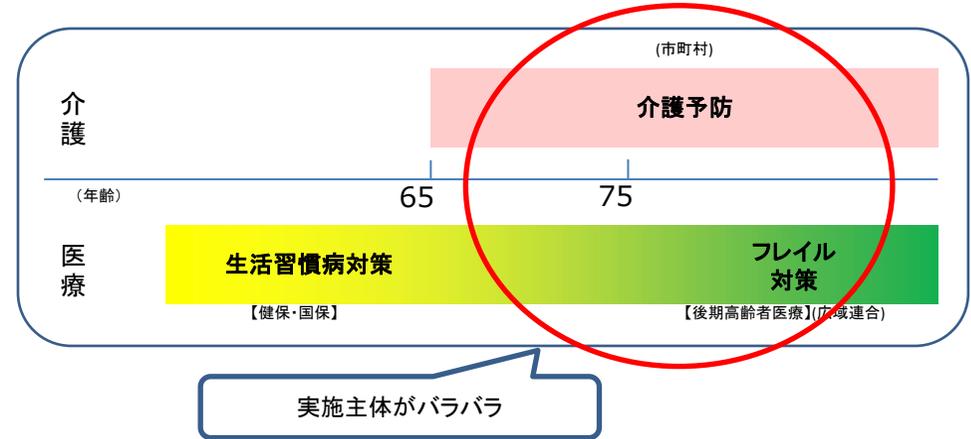
「高齢者の低栄養防止・重症化予防等の推進」に係る事業の実施状況

	実施事業数	事業実施広域連合数		事業実施市町村数
			うち市町村に事業委託	
平成28年度	86	30	25	59
平成29年度	108	32	25	66

- ・平成26年の介護保険法改正以降、介護予防に取り組む通いの場の拡大を推進してきた（平成28年度：76,492箇所）が、フレイル対策（運動、口腔、栄養等）を含めた内容の充実と高齢者の参加（平成28年度参加率：4.2%）の更なる拡大（ひきこもりがちな高齢者や健康無関心層への働きかけ）が必要となっている。



- 生活習慣病対策・フレイル対策（医療保険）と介護予防（介護保険）が制度ごとにそれぞれで実施されているほか、医療保険の保健事業は、後期高齢者医療制度に移行する75歳を境に、保険者・事業内容が異なる。



- 後期高齢者医療広域連合は、都道府県ごとに管内の全市町村で構成される特別地方公共団体であり、その組織特性（都道府県ごとの設置、職員が市町村等からの派遣のため専門職の配置が困難）上、保健事業を実施する体制整備に限界のあることが指摘されている。

広域連合における専門職配置状況

平成29年4月1日現在

保健師			看護師			管理栄養士			合計		
配置 広域数	全広域に 占める割合	人数	配置 広域数	全広域に 占める割合	人数	配置 広域数	全広域に 占める割合	人数	配置 広域数 (※)	全広域に 占める割合	人数

※ 合計における配置広域数は実数

高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に関する有識者会議

○有識者会議における検討

- ・ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に関して、制度的・実務的な論点について整理するため、**有識者会議を設けて検討。**

※ 保健事業・介護予防に係る学識経験者、保険者の代表者、職能団体の代表者などにより構成。

- ・ 同有識者会議の検討状況は、**社会保障審議会医療保険部会及び介護保険部会に報告。報告を踏まえながら、両部会において制度面・実務面の観点から議論。**

＜有識者会議における主な検討事項＞

- (1) 一体的実施の意義・目的
- (2) 実施内容（効果的な支援のあり方）
- (3) 実施主体（市町村と広域連合、保険者間の役割分担）
- (4) 事業スキーム（財源、計画、P D C A等）
- (5) その他

○検討スケジュール

- ・ 7月19日 医療保険部会開催
- ・ 7月26日 介護保険部会開催
- ・ 9月6日 第1回有識者会議開催
- ・ 9月20日 第2回有識者会議開催
- ・ 10月5日 第3回有識者会議開催
- ・ 10月24日 第4回有識者会議開催
- ・ 11月22日 第5回有識者会議開催
- ・ 12月3日 報告書とりまとめ
⇒ 両部会に報告、議論

構 成 員 （敬称略、50音順）	
有澤 賢二	日本薬剤師会常務理事
飯島 勝矢	東京大学高齢社会総合研究機構教授
石田 路子	N P O法人高齢社会をよくする女性の会理事
遠藤 久夫	国立社会保障・人口問題研究所所長
大澤 正明	全国知事会理事（群馬県知事）
鎌田久美子	日本看護協会常任理事
河本 滋史	健康保険組合連合会常務理事
城守 国斗	日本医師会常任理事
小玉 剛	日本歯科医師会常務理事
近藤 克則	千葉大学予防医学センター社会予防医学研究部門教授
齊藤 秀樹	全国老人クラブ連合会常務理事
田中 和美	神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部栄養学科教授
辻 一郎	東北大学大学院医学系研究科教授
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
藤井 康弘	全国健康保険協会理事
前葉 泰幸	全国市長会副会長（三重県津市長）
山本 賢一	全国町村会副会長（岩手県軽米町長）
横尾 俊彦	全国後期高齢者医療広域連合協議会会長（佐賀県後期高齢者医療広域連合長／佐賀県多久市長）

医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律の概要

令和元年5月22日公布

改正の趣旨

医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るため、保険者間で被保険者資格の情報を一元的に管理する仕組みの創設及びその適切な実施等のために医療機関等へ支援を行う医療情報化支援基金の創設、医療及び介護給付の費用の状況等に関する情報の連結解析及び提供に関する仕組みの創設、市町村において高齢者の保健事業と介護予防を一体的に実施する枠組みの構築、被扶養者の要件の適正化、社会保険診療報酬支払基金の組織改革等の措置を講ずる。

改正の概要

- 1. オンライン資格確認の導入**【健康保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律（高確法）、船員保険法】
 - ・ オンライン資格確認の導入に際し、資格確認の方法を法定化するとともに、個人単位化する被保険者番号について、個人情報保護の観点から、健康保険事業の遂行等の目的以外で告知を求めることを禁止（告知要求制限）する。
- 2. オンライン資格確認や電子カルテ等の普及のための医療情報化支援基金の創設**【地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律】
- 3. NDB、介護DB等の連結解析等**【高確法、介護保険法、健康保険法】
 - ・ 医療保険レセプト情報等のデータベース（NDB）と介護保険レセプト情報等のデータベース（介護DB）について、各DBの連結解析を可能とするとともに、公益目的での利用促進のため、研究機関等への提供に関する規定の整備（審議会による事前審査、情報管理義務、国による検査等）を行う。（DPCデータベースについても同様の規定を整備。）
- 4. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施等**【高確法、国民健康保険法、介護保険法】
 - ・ 75歳以上の高齢者に対する保健事業を市町村が介護保険の地域支援事業等と一体的に実施することができるよう、国、広域連合、市町村の役割等について定めるとともに、市町村等において、各高齢者の医療・健診・介護情報等を一括して把握できるよう規定の整備等を行う。
- 5. 被扶養者等の要件の見直し、国民健康保険の資格管理の適正化**【健康保険法、船員保険法、国民年金法、国民健康保険法】
 - (1) 被用者保険の被扶養者等の要件について、一定の例外を設けつつ、原則として、国内に居住していること等を追加する。
 - (2) 市町村による関係者への報告徴収権について、新たに被保険者の資格取得に関する事項等を追加する。
- 6. 審査支払機関の機能の強化**【社会保険診療報酬支払基金法、国民健康保険法】
 - (1) 社会保険診療報酬支払基金（支払基金）について、本部の調整機能を強化するため、支部長の権限を本部に集約する。
 - (2) 医療保険情報に係るデータ分析等に関する業務を追加する（支払基金・国保連共通）。
 - (3) 医療の質の向上に向け公正かつ中立な審査を実施する等、審査支払機関の審査の基本理念を創設する（支払基金・国保連共通）。
- 7. その他**
 - ・ 未適用事業所が遡及して社会保険に加入する等の場合に発生し得る国民健康保険と健康保険の間における保険料の二重払いを解消するため、所要の規定を整備する。【国民健康保険法】

施行期日

令和2年4月1日（ただし、1については公布日から2年を超えない範囲内で政令で定める日、2は令和元年10月1日、3並びに6(2)及び(3)は令和2年10月1日（一部の規定は令和4年4月1日）、5(2)及び7は公布日、6(1)は令和3年4月1日）

医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律第3条による改正後の高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号）（抄）①

第五節 高齢者保健事業

（高齢者保健事業）

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（以下「**高齢者保健事業**」という。）を行うように努めなければならない。

2 後期高齢者医療広域連合は、高齢者保健事業を行うに当たっては、医療保険等関連情報を活用し、適切かつ有効に行うものとする。

3 後期高齢者医療広域連合は、高齢者保健事業を行うに当たっては、市町村及び保険者との連携を図るとともに、**高齢者の身体的、精神的及び社会的な特性を踏まえ**、高齢者保健事業を効果的かつ効率的で被保険者の状況に応じたきめ細かなものとするため、市町村との連携の下に、市町村が実施する国民健康保険法第八十二条第五項に規定する高齢者の心身の特性に応じた事業（次条第一項において「**国民健康保険保健事業**」という。）及び介護保険法第百十五条の四十五第一項から第三項までに規定する地域支援事業（次条第一項において「**地域支援事業**」という。）**と一体的に実施するものとする。**

4 後期高齢者医療広域連合は、高齢者保健事業を行うに当たっては、効果的かつ効率的で被保険者の状況に応じたきめ細かな高齢者保健事業の実施が推進されるよう、地方自治法第二百九十一条の七に規定する広域計画（次条第一項において「**広域計画**」という。）に、後期高齢者医療広域連合における市町村との連携に関する事項を定めるよう努めなければならない。

5 後期高齢者医療広域連合は、被保険者の療養のために必要な用具の貸付けその他の被保険者の療養環境の向上のために必要な事業、後期高齢者医療給付のために必要な事業、被保険者の療養のための費用に係る資金の貸付けその他の必要な事業を行うことができる。

6 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高齢者保健事業に関して、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。

7 前項の指針においては、次に掲げる事項を定めるものとする。

一 高齢者保健事業の効果的かつ効率的な実施に関する基本的事項

二 高齢者保健事業の効果的かつ効率的な実施に向けた後期高齢者医療広域連合及び次条第一項前段の規定により委託を受けた市町村が行う取組に関する事項

三 高齢者保健事業の効果的かつ効率的な実施に向けた後期高齢者医療広域連合及び次条第一項前段の規定により委託を受けた市町村に対する支援に関する事項

四 高齢者保健事業の効果的かつ効率的な実施に向けた後期高齢者医療広域連合と市町村との連携に関する事項

五 高齢者保健事業の効果的かつ効率的な実施に向けた後期高齢者医療広域連合と地域の関係機関及び関係団体との連携に関する事項

六 その他高齢者保健事業の効果的かつ効率的な実施に向けて配慮すべき事項

8 第六項の指針は、健康増進法第九条第一項に規定する健康診査等指針、国民健康保険法第八十二条第十一項に規定する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。

（高齢者保健事業の市町村への委託）

第二百五条の二 後期高齢者医療広域連合は、当該後期高齢者医療広域連合の広域計画に基づき、高齢者保健事業の一部について、当該後期高齢者医療広域連合に加入する市町村に対し、その実施を委託することができるものとし、当該委託を受けた市町村は、被保険者に対する高齢者保健事業の効果的かつ効率的な実施を図る観点から、その実施に関し、国民健康保険保健事業及び地域支援事業との一体的な実施の在り方を含む基本的な方針を定めるものとする。この場合において、後期高齢者医療広域連合は、当該委託を受けた市町村に対し、委託した高齢者保健事業の実施に必要な範囲内において、自らが保有する被保険者に係る療養に関する情報又は健康診査若しくは保健指導に関する記録の写しその他高齢者保健事業を効果的かつ効率的に実施するために必要な情報として厚生労働省令で定めるものを提供することができる。

2 前項前段の規定により委託を受けた市町村の職員又は職員であつた者は、高齢者保健事業の実施に関して知り得た個人の秘密を正当な理由がなく漏らしてはならない。

医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律第3条による改正後の高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号）（抄）②

（高齢者保健事業に関する情報の提供）

第二百五条の三 後期高齢者医療広域連合及び前条第一項前段の規定により当該後期高齢者医療広域連合から委託を受けた市町村は、当該後期高齢者医療広域連合の被保険者の資格を取得した者（保険者に加わっていたことがある者に限る。）があるときは、当該被保険者が加わっていた保険者に対し、当該保険者が保存している当該被保険者に係る特定健康診査又は特定保健指導に関する記録の写しを提供するよう求めることができる。

2 後期高齢者医療広域連合は、**被保険者ごとの身体的、精神的及び社会的な状態の整理及び分析**を行い、被保険者に対する高齢者保健事業の効果的かつ効率的な実施を図る観点から、必要があると認めるときは、市町村及び他の後期高齢者医療広域連合に対し、当該被保険者に係る医療及び介護に関する情報等（当該被保険者に係る療養に関する情報若しくは健康診査若しくは保健指導に関する記録の写し若しくは特定健康診査若しくは特定保健指導に関する記録の写し、国民健康保険法の規定による療養に関する情報又は介護保険法の規定による保健医療サービス若しくは福祉サービスに関する情報をいう。以下この条及び次条において同じ。）その他高齢者保健事業を効果的かつ効率的に実施するために必要な情報として厚生労働省令で定めるものの提供を求めることができる。

3 市町村は、前条第一項前段の規定により、後期高齢者医療広域連合が行う高齢者保健事業の委託を受けた場合であつて、被保険者ごとの身体的、精神的及び社会的な状態の整理及び分析を行い、被保険者に対する高齢者保健事業の効果的かつ効率的な実施を図る観点から、必要があると認めるときは、他の市町村及び後期高齢者医療広域連合に対し、当該被保険者に係る医療及び介護に関する情報等その他高齢者保健事業を効果的かつ効率的に実施するために必要な情報として厚生労働省令で定めるものの提供を求めることができる。

4 前三項の規定により、記録の写し又は情報の提供を求められた保険者並びに市町村及び後期高齢者医療広域連合は、厚生労働省令で定めるところにより、当該記録の写し又は情報を提供しなければならない。

5 前条第一項前段の規定により**委託を受けた市町村は、効果的かつ効率的で被保険者の状況に応じたきめ細かな高齢者保健事業を実施するため、前項の規定により提供を受けた記録の写し又は情報に加え、自らが保有する当該被保険者に係る特定健康診査若しくは特定保健指導に関する記録、国民健康保険法の規定による療養に関する情報又は介護保険法の規定による保健医療サービス若しくは福祉サービスに関する情報を併せて活用することができる。**

（高齢者保健事業の関係機関又は関係団体への委託）

第二百五条の四 後期高齢者医療広域連合は、高齢者保健事業の一部について、高齢者保健事業を適切かつ確実に実施することができると思われる関係機関又は関係団体（都道府県及び市町村を除く。）に対し、その実施を委託することができる。この場合において、後期高齢者医療広域連合は、当該委託を受けた関係機関又は関係団体に対し、委託した高齢者保健事業の実施に必要な範囲内において、自らが保有する、又は前条第四項の規定により提供を受けた被保険者に係る医療及び介護に関する情報等その他高齢者保健事業を効果的かつ効率的に実施するために必要な情報として厚生労働省令で定めるものを提供することができる。

2 第二百五条の二第一項前段の規定により委託を受けた市町村は、当該委託を受けた高齢者保健事業の一部について、高齢者保健事業を適切かつ確実に実施することができると思われる関係機関又は関係団体に対し、その実施を委託することができる。この場合において、市町村は、当該委託を受けた関係機関又は関係団体に対し、委託した高齢者保健事業の実施に必要な範囲内において、自らが保有する、又は同項後段若しくは前条第四項の規定により提供を受けた被保険者に係る医療及び介護に関する情報等その他高齢者保健事業を効果的かつ効率的に実施するために必要な情報として厚生労働省令で定めるものを提供することができる。

3 第一項前段又は前項前段の規定により委託を受けた関係機関又は関係団体の役員若しくは職員又はこれらの職にあつた者は、高齢者保健事業の実施に関して知り得た個人の秘密を正当な理由がなく漏らしてはならない。

（高齢者保健事業等に関する援助等）

第三十一条 **国保連合会及び指定法人**は、後期高齢者医療の運営の安定化を図るため、後期高齢者医療広域連合が行う高齢者保健事業及び第二百五条第五項に規定する事業、後期高齢者医療給付に要する費用の適正化のための事業その他の事業（以下この条において「高齢者保健事業等」という。）に関する調査研究及び高齢者保健事業等の実施に係る後期高齢者医療広域連合間（国保連合会においては、後期高齢者医療広域連合と当該後期高齢者医療広域連合から第二百五条の二第一項前段の規定により委託を受けた市町村との間及び当該委託を受けた市町村間を含む。）の連絡調整を行うとともに、**高齢者保健事業等に関し、専門的な技術又は知識を有する者の派遣、情報の提供、高齢者保健事業等の実施状況の分析及び評価その他の必要な援助を行う**よう努めなければならない。

保健事業と介護予防の現状と課題(イメージ)

医療保険

被用者保険の保健事業 (健保組合、協会けんぽ)

- 特定健診、特定保健指導
- 任意で、人間ドック
- 重症化予防(糖尿病対策等)
保険者により、糖尿病性腎症の患者等に対して、医療機関と連携した受診勧奨・保健指導等の実施。
- 健康経営の取組
 - ・ 保険者と事業主が連携した受動喫煙対策や職場の動線を利用した健康づくりの実施。
 - ・ 加入者の健康状態や医療費等を見える化した健康スコアリングレポート等の活用。

退職等

国民健康保険の 保健事業(市町村)

- 特定健診、特定保健指導
- 任意で、人間ドック
- 重症化予防(糖尿病対策等)
 - ・ 保険者により、糖尿病性腎症の患者等に対して、医療機関と連携した受診勧奨・保健指導等の実施。
- 市町村独自の健康増進事業等と連携した取組

75歳

後期高齢者広域連合の 保健事業 (広域連合。市町村に委託・補助)

- 健康診査のみの実施がほとんど
- 一部、重症化予防に向けた個別指導等も実施

国保と後期高齢者の
保健事業の接続の必要性
(現状は、75歳で断絶)

〇フレイル状態に着目した
疾病予防の取組の必要性
(運動、口腔、栄養、社会参加
等のアプローチ)

保健事業と介護予防の
一体的な実施(データ分析、
事業のコーディネート等)

介護保険

65歳

介護保険の介護予防・日常生活支援総合事業等(市町村)

- 一般介護予防事業(住民主体の通いの場)
- 介護予防・生活支援サービス事業
訪問型サービス、通所型サービス、生活支援サービス(配食等)、生活予防支援事業(ケアマネジメント)

→保健事業との連携による支援メニューの充実の必要性

高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施（スキーム図）

高齢者の心身の多様な課題に対応し、きめ細かな支援を実施するため、後期高齢者の保健事業について、後期高齢者医療広域連合と市町村の連携内容を明示し、市町村において、介護保険の地域支援事業や国民健康保険の保健事業と一体的に実施。

＜市町村が、介護の地域支援事業・国保の保健事業との一体的な取組を実施＞

国（厚生労働省）

- 保健事業の指針において、一体的実施の方向性を明示。(法)
- 具体的な支援メニューをガイドライン等で提示。
- 特別調整交付金の交付、先進事例に係る支援。

広域連合

委託 (法)

市町村

- 広域計画に、広域連合と市町村の連携内容を規定。(法)
- データヘルス計画に、事業の方向性を整理。
- 専門職の人件費等の費用を交付。

- 一体的実施に係る事業の基本的な方針を作成。(法)
- 市町村が、介護の地域支援事業・国保の保健事業との一体的な取組を実施。(法)
(例) データ分析、アウトリーチ支援、通いの場への参画、支援メニューの改善 等
- 広域連合に被保険者の医療情報等の提供を求めることができる。(法)
- 地域ケア会議等も活用。

必要な援助

都道府県への
報告・相談

都道府県
(保健所含む)

○事例の横展開、県内の健康課題の俯瞰的把握、事業の評価 等

国保中央会
国保連合会

○データ分析手法の研修・支援、実施状況等の分析・評価 等 (法)

三師会等の
医療関係団体

○取組全体への助言、かかりつけ医等との連携強化 等

事業の一部を民間機関に委託できる。(法)
(市町村は事業の実施状況を把握、検証)

※ (法) は法改正事項

高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施（市町村における実施のイメージ図）

市町村が一体的に実施

①市町村は次の医療専門職を配置

- ・事業全体のコーディネーターや企画調整・分析を行うため、市町村に保健師等を配置
- ・高齢者に対する個別的支援や通いの場等への関与等を行うため、日常生活圏域に保健師、管理栄養士、歯科衛生士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等を配置

医療・介護データ解析

- ②高齢者一人ひとりの医療・介護等の情報を一括把握
- ③地域の健康課題を整理・分析



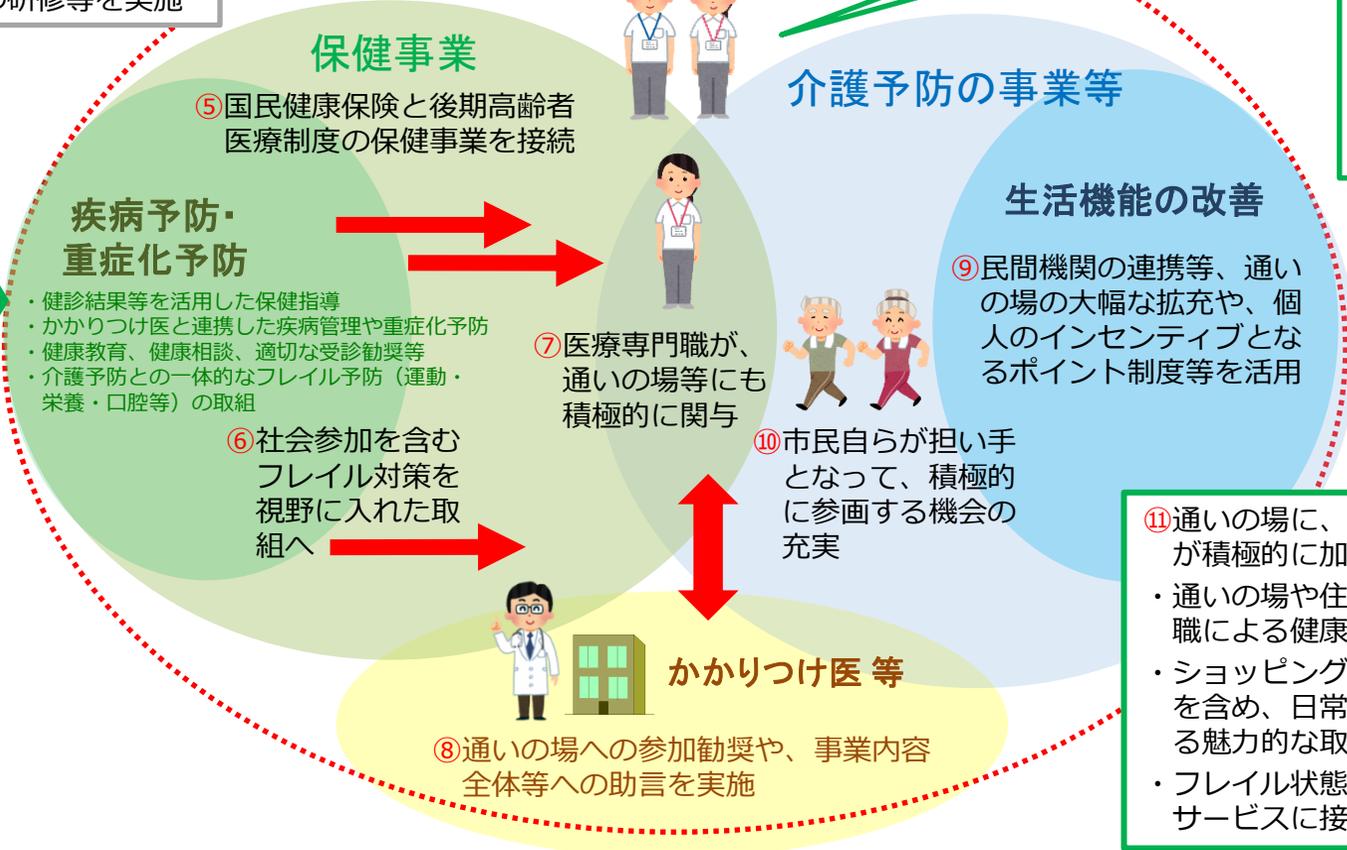
国保中央会・国保連が、分析マニュアル作成・市町村職員への研修等を実施

経費は広域連合が交付（保険料財源＋特別調整交付金）

- 企画・調整・分析等を行う医療専門職の配置
- 日常生活圏域に医療専門職の配置等に要する費用（委託事業費）

④多様な課題を抱える高齢者や、閉じこもりがちで健康状態の不明な高齢者を把握し、アウトリーチ支援等を通じて、必要な医療サービスに接続。

高齢者
※フレイルのおそれのある高齢者全体を支援



保健事業

⑤国民健康保険と後期高齢者医療制度の保健事業を接続

疾病予防・重症化予防

- ・健診結果等を活用した保健指導
- ・かかりつけ医と連携した疾病管理や重症化予防
- ・健康教育、健康相談、適切な受診勧奨等
- ・介護予防との一体的なフレイル予防（運動・栄養・口腔等）の取組

介護予防の事業等

生活機能の改善

⑨民間機関の連携等、通いの場的大幅な拡充や、個人のインセンティブとなるポイント制度等を活用

かかりつけ医等

⑧通いの場への参加勧奨や、事業内容全体等への助言を実施

⑩市民自らが担い手となって、積極的に参画する機会の充実

⑪通いの場に、保健医療の視点からの支援が積極的に加わることで、

- ・通いの場や住民主体の支援の場で、専門職による健康相談等を受けられる。
- ・ショッピングセンターなどの生活拠点等を含め、日常的に健康づくりを意識できる魅力的な取組に参加できる。
- ・フレイル状態にある者等を、適切に医療サービスに接続。

～2024年度までに全ての市区町村において一体的な実施を展開（健康寿命延伸プラン工程表）～

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改定について

令和元年5月に成立した健保法等改正法において、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について規定されたことを踏まえ、令和2年4月1日に「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」が改定された。

1. 本指針策定の背景と目的

- ・ 高齢者保健事業に関するこれまでの制度改正等
- ・ 高齢者保健事業と介護予防の一体的な実施の推進
 - **高齢者の身体的・精神的・社会的な特性を踏まえ、一体的実施を推進するための制度改正に係る経緯を追加**
- ・ 指針の目的

2. 高齢者保健事業の効果的かつ効率的な実施に関する基本事項

- ・ 関係者との連携
 - **高齢者保健事業の実施に当たって、広域連合、市町村、医療関係団体等の連携が重要である旨を明記**
- ・ 高齢者保健事業と介護予防の一体的実施
 - **市町村における基本方針の策定や医療専門職の配置など、一体的実施の総論的内容を明記**
- ・ 地域の特性に応じた事業運営
- ・ PDCAサイクルに沿った事業運営 等

3. 高齢者保健事業の内容

- ・ 健康診査、保健指導、健康教育、健康相談、訪問指導等の実施
- ・ 質問票の活用
 - **高齢者の特性を踏まえた健康状態を総合的に把握できるよう質問票を活用する旨を明記**
- ・ 通いの場等における高齢者保健事業の実施
 - **通いの場において、支援すべき対象者等を把握し、低栄養状態等の状態に応じた保健指導を行うことや、比較的健康な高齢者に対しても既存事業等と連携した支援を行うことを明記**

4. 高齢者保健事業と介護予防の一体的実施のための具体的な取組

- ・ 医療専門職の配置
 - **市町村には次の医療専門職を配置することが重要であることを明記**
 - ① **事業全体の企画・調整等を担当する医療専門職**
 - ② **高齢者への個別的支援等を行う地域を担当する医療専門職**
- ・ KDBシステム等を活用したデータ分析
 - **他の広域連合・市町村との間で、被保険者の医療・介護・健診等情報をKDBを活用して授受できることを明記**
- ・ 広域連合・市町村における体制整備
 - **広域連合において域内全体の健康課題の整理等を行うこと、市町村において関係課と連携しつつ、地域課題の分析や取組の進め方の調整を行うことが重要であることを明記**
- ・ 中央会・連合会との連携
 - **医療専門職等に対する研修の実施等必要な支援を行うことを明記**
- ・ 関係団体等との連携
 - **地域の医療関係団体等との協力が期待されること、事業企画段階から緊密に連携すべきであることを明記**
- ・ 都道府県からの支援
 - **一体的実施の推進に当たり都道府県からの支援が重要であることを明記**

5. データヘルス計画の策定、実施及び評価

6. 事業運営上の留意事項

- ・ 高齢者保健事業の担当者
- ・ 実施体制の整備等
- ・ 地域における組織的な取組の推進
- ・ 健康情報の継続的な管理
 - **個人情報保護の観点からの留意事項を明記**

医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律の施行に伴う関係省令の整備に関する省令について

概要

令和元年5月に成立した「医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律」の施行に伴い、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の本格展開に向けた関係省令の整備を行うもの。

改正の内容

1. 情報提供の対象となる情報の範囲に関する規定（改正後の高確則第120条の2関係）

- 改正後の高確法第125条の2第1項、第125条の3第1項及び第2項並びに第125条の4第1項及び第2項による情報提供の対象となる情報については、「医療（及び介護）に関する情報その他高齢者保健事業を効果的かつ効率的に実施するために必要な情報として厚生労働省令で定めるもの」と規定されている。
- 当該規定の厚生労働省令で定めるものは、**被保険者の身体的、精神的及び社会的な特性に関する調査により得られた情報であって、高齢者保健事業、国民健康保険法に規定する高齢者の心身の特性に応じた事業又は介護保険法に規定する地域支援事業の実施に必要な情報**とする。

2. 情報提供の対象となる情報の範囲に関する規定（改正後の高確則第120条の3関係）

- 改正後の高確法第125条の3第3項において、市町村又は後期高齢者医療広域連合が情報又は記録の写しの提供を行うに当たっては、**厚生労働省令で定めるところによること**と規定されている。
- 当該規定に基づき、市町村又は後期高齢者医療広域連合は、**国保データベース（KDB）システム等を用いて情報の提供を行う**ものとする。

3. 国民健康法施行規則及び介護保険法施行規則においても同様の改正を行う。

施行期日等

公布日 令和2年3月25日

施行日 令和2年4月1日（改正法の施行の日）

健康寿命延伸プランの概要

2040年を展望した社会保障・働き方改革本部
令和元年5月29日

- **①健康無関心層も含めた予防・健康づくりの推進、②地域・保険者間の格差の解消に向け、「自然に健康になれる環境づくり」や「行動変容を促す仕掛け」など「新たな手法」も活用し、以下3分野を中心に取組を推進。**
→2040年までに健康寿命を男女ともに3年以上延伸し（2016年比）、**75歳以上**とすることを旨とする。
2040年の具体的な目標（男性：75.14歳以上 女性：77.79歳以上）

①健康無関心層も含めた予防・健康づくりの推進

②地域・保険者間の格差の解消

自然に健康になれる環境づくり

健康な食事や運動
ができる環境

居場所づくりや社会参加

行動変容を促す仕掛け

行動経済学の活用

インセンティブ

I 次世代を含めたすべての人の 健やかな生活習慣形成等

- ◆ 栄養サミット2020を契機とした食環境づくり(産学官連携プロジェクト本部の設置、食塩摂取量の減少(8g以下))
- ◆ ナッジ等を活用した自然に健康になれる環境づくり(2022年度までに健康づくりに取り組む企業・団体を7,000に)
- ◆ 子育て世代包括支援センター設置促進(2020年度末までに全国展開)
- ◆ 妊娠前・妊産婦の健康づくり(長期的に増加・横ばい傾向の全出生数中の低出生体重児の割合の減少)
- ◆ PHRの活用促進(検討会を設置し、2020年度早期に本人に提供する情報の範囲や形式について方向性を整理)
- ◆ 女性の健康づくり支援の包括的实施(今年度中に健康支援教育プログラムを策定) 等

II 疾病予防・重症化予防

- ◆ ナッジ等を活用した健診・検診受診勧奨(がんの年齢調整死亡率低下、2023年度までに特定健診実施率70%以上等を目指す)
- ◆ リキッドバイオプシー等のがん検査の研究・開発(がんの早期発見による年齢調整死亡率低下を目指す)
- ◆ 慢性腎臓病診療連携体制の全国展開(2028年度までに年間新規透析患者3.5万人以下)
- ◆ 保険者インセンティブの強化(本年夏を目途に保険者努力支援制度の見直し案のとりまとめ)
- ◆ 医学的管理と運動プログラム等の一体的提供(今年度中に運動施設での標準的プログラム策定)
- ◆ 生活保護受給者への健康管理支援事業(2021年1月までに全自治体において実施)
- ◆ 歯周病等の対策の強化(60歳代における咀嚼良好者の割合を2022年度までに80%以上) 等

III 介護予防・フレイル対策、 認知症予防

- ◆ 「通いの場」の更なる拡充(2020年度末までに介護予防に資する通いの場への参加率を6%に)
- ◆ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施(2024年度までに全市区町村で展開)
- ◆ 介護報酬上のインセンティブ措置の強化(2020年度中に介護給付費分科会で結論を得る)
- ◆ 健康支援型配食サービスの推進等(2022年度までに25%の市区町村で展開等)
- ◆ 「共生」・「予防」を柱とした認知症施策(本年6月目途に認知症施策の新たな方向性をとりまとめ予定)
- ◆ 認知症対策のための官民連携実証事業(認知機能低下抑制のための技術等の評価指標の確立) 等

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の 推進に向けた取組について

ひと、暮らし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

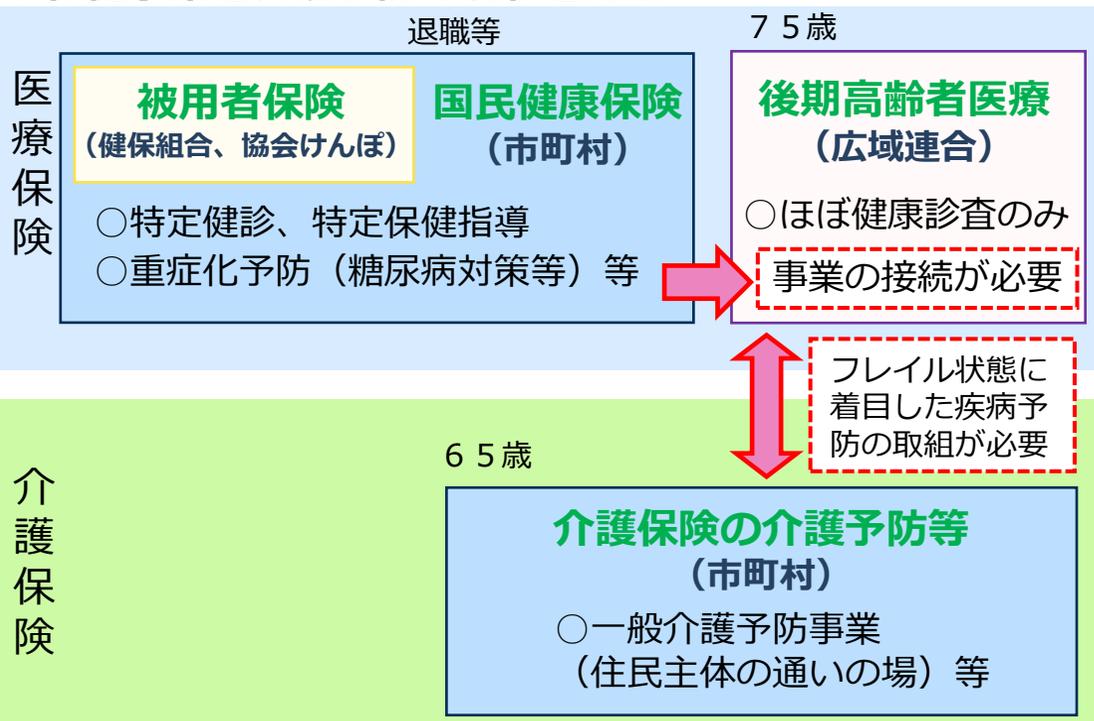
高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施

- 広域連合が**高齢者保健事業を国民健康保険保健事業及び介護予防の取組と一体的に実施する取組が令和2年4月から開始**された。
- 広域連合は、その実施を**構成市町村に委託**することができる。

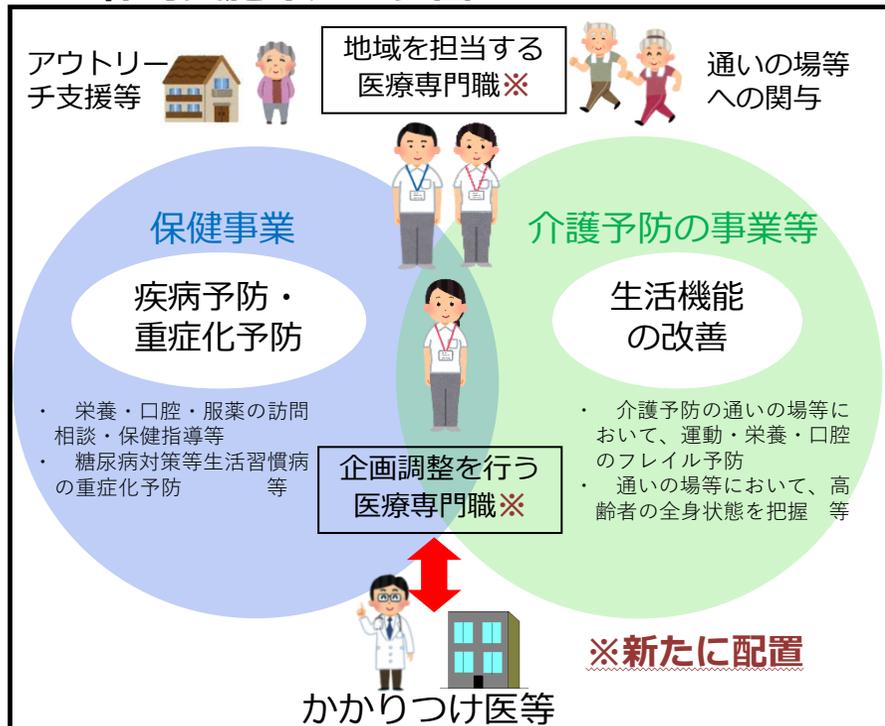
- 令和5年度の実施済みの市町村は **1,396市町村、全体の80%**
- 令和6年度中に実施予定の市町村は **1,708市町村、全体の98%**
- 令和6年度までに全ての市町村において一体的な実施を展開することを目指す。

高齢者医療課調べ（令和5年11月時点）

▼保健事業と介護予防の現状と課題



▼一体的実施イメージ図



✓ 市町村ごとに委託事業費を交付

※事業を実施する日常生活圏域数により上限人数を設定

医師・保健師・管理栄養士

※正規職員を念頭（原則、専従）

※企画・調整等の一環として関連業務に従事することは可

(1) 事業の企画・調整等

- KDBシステムを活用した分析・健康課題の明確化
- 庁内外の関係者間の調整、地域医療関係団体との連携
- 事業全体の企画・立案・調整・分析
- 通いの場等への関与に向けた事業計画の策定
- 国保保健事業（重症化予防など）と連携した事業計画の策定
- かかりつけ医等との進捗状況等の共有

(2) KDBシステムを活用した地域の健康課題の分析・対象者の把握

- 医療、健診、介護情報等を整理・分析、重点課題の明確化
- 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査等の分析結果も活用して、地域健康課題の整理・分析
- 医療・介護の情報を分析し、支援対象者の抽出と事業へのつなぎ



(3) 医療関係団体等との連絡調整

- 事業の企画段階から相談等
- 事業の実施後においても実施状況等について報告

✓ 市町村ごとに事業を実施する日常生活圏域数に応じて委託事業費を交付

保健師、管理栄養士、歯科衛生士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等

※常勤・非常勤いずれも可

※個別的支援と併せて、通いの場等への関与を実施

● 高齢者に対する個別的支援（ハイリスクアプローチ）

ア. 低栄養防止・重症化予防の取組（かかりつけ医と連携したアウトリーチ支援）

- (a) 低栄養に関わる相談・指導
- (b) 口腔に関わる相談・指導
- (c) 身体的フレイル（口コモを含む）に関わる相談・指導
- (d) 生活習慣病等の重症化予防に関わる相談・指導

イ. 重複投薬・多剤投与等への相談・指導の取組

ウ. 健康状態が不明な高齢者の状態把握・受診勧奨等・必要なサービスへの接続

● 通いの場等への積極的な関与（ポピュレーションアプローチ）

介護予防（地域リハビリテーション活動支援事業等）の取組と一体的に実施

ア. フレイル予防の普及啓発、運動・栄養・口腔等取組等の健康教育・健康相談を実施。

イ. フレイル状態の高齢者を把握し、低栄養や筋力低下等の状態に応じた保健指導や生活機能向上の支援等を行う。

ウ. 健康に関する相談や不安等について日常的に気軽に相談が行える環境づくりの実施。

※取組により把握された高齢者の状況に応じて、健診や医療の受診勧奨、介護サービスの利用勧奨などを行う。

令和5年度 一体的実施に係る実施状況調査について

- 【調査概要】**
- **目的**：各広域連合及び市町村における実施状況及び都道府県の支援状況を捉え、事業の充実・必要な支援につなげること
 - **調査対象**：後期高齢者医療広域連合（47）、都道府県（47）、市町村（1,741）
 - **実施期間**：11月配布、12月回収、3月末に報告書公表

1. 広域連合票

調査区分	設問内容
取組体制等	<ul style="list-style-type: none"> ● 職種別職員数 ● 連携する関係機関、連携内容、連携状況、連携が図られていない場合の課題 ● 連携結果
一体的実施の実施・委託に向けた取組状況	<ul style="list-style-type: none"> ● 市町村への委託状況 ● 未実施市町村の把握・広域連合が行う支援 ● 市町村への働きかけ・支援 ● ICT機器を活用した支援 ● 全市町村への委託を進めるにあたり工夫したこと・効果のあった支援 ● 市町村へ委託している保健事業の管理・運営等の状況 ● 委託する保健事業の優先順位付けで考慮した点 ● 一体的実施の取組による効果 ● 広域連合による効果測定 ● 一体的実施の実施に向けた課題
第3期DH計画の策定状況	<ul style="list-style-type: none"> ● 標準化に向けた取組の内容（共通様式の活用、共通評価指標の設定、方針等の市町村への説明・調整状況等） ● 標準化に向けた課題 ● 他計画との調整 ● 後期高齢者の健康診査（医療機関からの診療情報の活用状況、後期高齢者の質問票の取り扱い・システム等への入力状況、健診対象除外者）
ガイドライン等の活用状況	<ul style="list-style-type: none"> ● 高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第2版、補足版 ● 「一体的実施・KDB活用支援ツール」 ● 「一体的実施・KDB活用支援ツール」の抽出条件の考え方と保健事業への活用Ver.1

2. 都道府県票

調査区分	設問内容
広域連合・市町村への支援状況	<ul style="list-style-type: none"> ● 関係部署 ● 市町村への支援状況とその内容、広域連合との協働・連携の状況 ● 市町村の人材不足の課題に対する支援策 ● 市町村の健康課題等の分析 ● 具体的な支援内容 ● 都道府県の成果・メリット
第4期医療費適正化計画	<ul style="list-style-type: none"> ● 適正化計画に記載する予定の一体的実施関連の事項
広域連合が策定する第3期DH計画への支援	<ul style="list-style-type: none"> ● 支援内容、関与の状況
ガイドライン等の活用状況	<ul style="list-style-type: none"> ● 高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第2版、補足版

令和5年度 一体的実施に係る実施状況調査について

3.市町村票

調査区分	設問内容
取組体制等	<ul style="list-style-type: none"> ● 庁内組織体制、人員数 ● 庁内連携の状況 ● 関係機関との連携状況、連携内容、連携状況、連携が図られていない場合の課題 ● 医療専門職の不足に対する支援
実施の有無、計画状況	<ul style="list-style-type: none"> ● 実施の有無・実施予定時期 ● 事業の評価と見直し ● 取組方針、位置づけ等
広域連合、都道府県、国保連からの支援	<ul style="list-style-type: none"> ● 受けている支援・有効だった支援 ● 今後求める支援
第3期データヘルス計画に基づく事業実施への助言について	<ul style="list-style-type: none"> ● 広域連合からの説明・事業実施への支援状況 ● 計画策定への関与 ● 後期高齢者の健康診査（データ化の状況、医療機関からの診療情報の活用状況、後期高齢者の質問票の取り扱い・システム等への入力状況、健診対象除外者、みなし健診）
後期高齢者質問票の使用状況	<ul style="list-style-type: none"> ● 使用場面・目的 ● データ化とデータ活用の状況 ● 活用していない理由
KDBの活用状況	<ul style="list-style-type: none"> ● 活用状況、活用方法、活用上の課題 ● 活用していない理由
ガイドライン等の活用状況	<ul style="list-style-type: none"> ● 高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第2版、補足版 ● 「一体的実施・KDB活用支援ツール」 ● 「一体的実施・KDB活用支援ツール」の抽出条件の考え方と保健事業への活用Ver.1

進捗状況に応じて、
詳細を把握

対象区分	設問内容
<p>「受託中・令和6年度受託予定」 事業実施状況</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 実施している事業の内容（ハイリスク/ポピュレーション） ● 対象者抽出方法（データ・ツール） ● 実施体制 ● 実施上の課題 ● 目標・評価指標の設定状況 ● 実施している事業の効果検証/評価の取組状況 ● 一体的実施の実施による効果 ● ICT機器の活用状況（ハイリスク/ポピュレーション）
<p>「令和6年度以降受託未定」 事業実施に向けた準備状況等</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 受託に向けた課題 ● 未受託の理由 ● 検討状況 ● 受託に向けて必要な支援 ● 国保保健事業の実施状況 ● 地域支援事業の実施状況 ● 高齢者保健事業の実施状況 ● ICT機器の活用状況（ハイリスク/ポピュレーション）

実施状況調査から見た課題と対応

市町村の課題

- 企画・調整を担当する医療専門職の確保が困難
- 地域を担当する医療専門職の確保が困難
- 目標・評価指標の設定、事業評価・効果検証が難しい
- 国保保健事業と連携した取組が十分できていない
- 関係部署間での合意形成・庁内連携が図れない
- 庁外の関係機関と連携した取組が十分できていない
- KDBの機能を十分理解して活用することが難しい

広域連合の課題

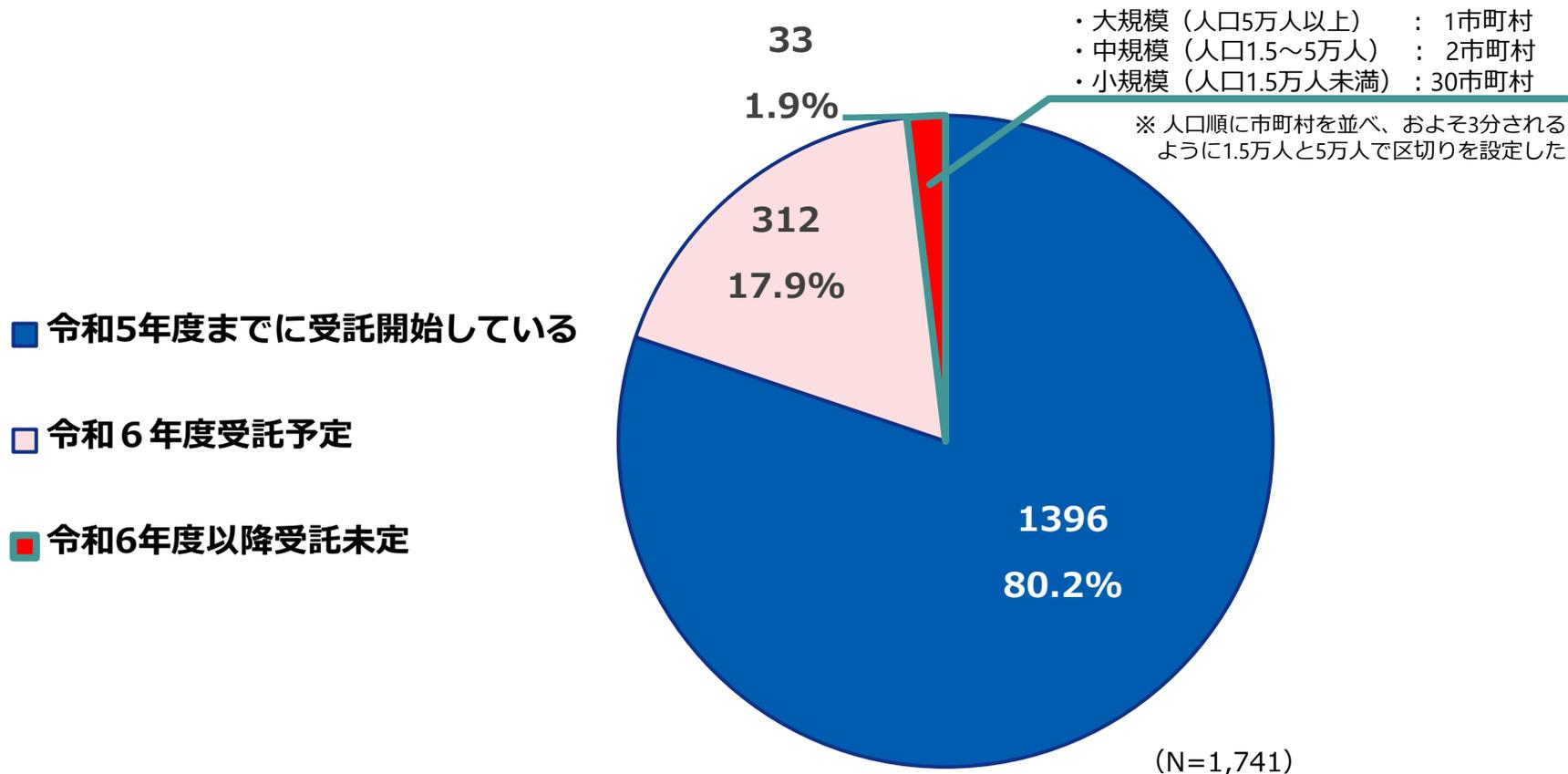
- 支援するマンパワーの不足（特に医療専門職）
- 実施市町村数の増加に伴い、計画書・実績報告書の確認作業の負担が大きい
- 実施市町村の事業評価・支援をどのようにしたらよいか分からない
- データヘルス計画の標準化の推進、進捗管理の方法が分からない
- 他広域連合の取組状況についての情報不足

対応

- 特別調整交付金の申請様式の変更
- 一体的実施計画書・実績報告書集約ツールの作成
- 「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第3版」の策定
- 一体的実施・KDB活用支援ツールの開発・解説書の公表（R3年度）
- 一体的実施・実践支援ツールの開発・解説書の公表（R4・R5年度）
- 高齢者の保健事業・一体的実施研修会の実施、アーカイブ配信
- 厚生局単位、広域単位の意見交換会・事例発表会
- 標準化に向けた事業のあり方の整備
 - ・ 健診受診対象者の明確化
 - ・ 健診受診率の算出方法の統一
 - ・ データヘルス計画策定におけるハイリスク者数把握法の手順の提示
 - ・ 標準化の重要性及びその方法についての周知
- 外部の関係機関・関係団体との連携 事例集の公表
- 厚生労働科学研究による効果検証

(令和5年度一体的実施実施状況調査) 一体的実施の実施状況及び実施予定

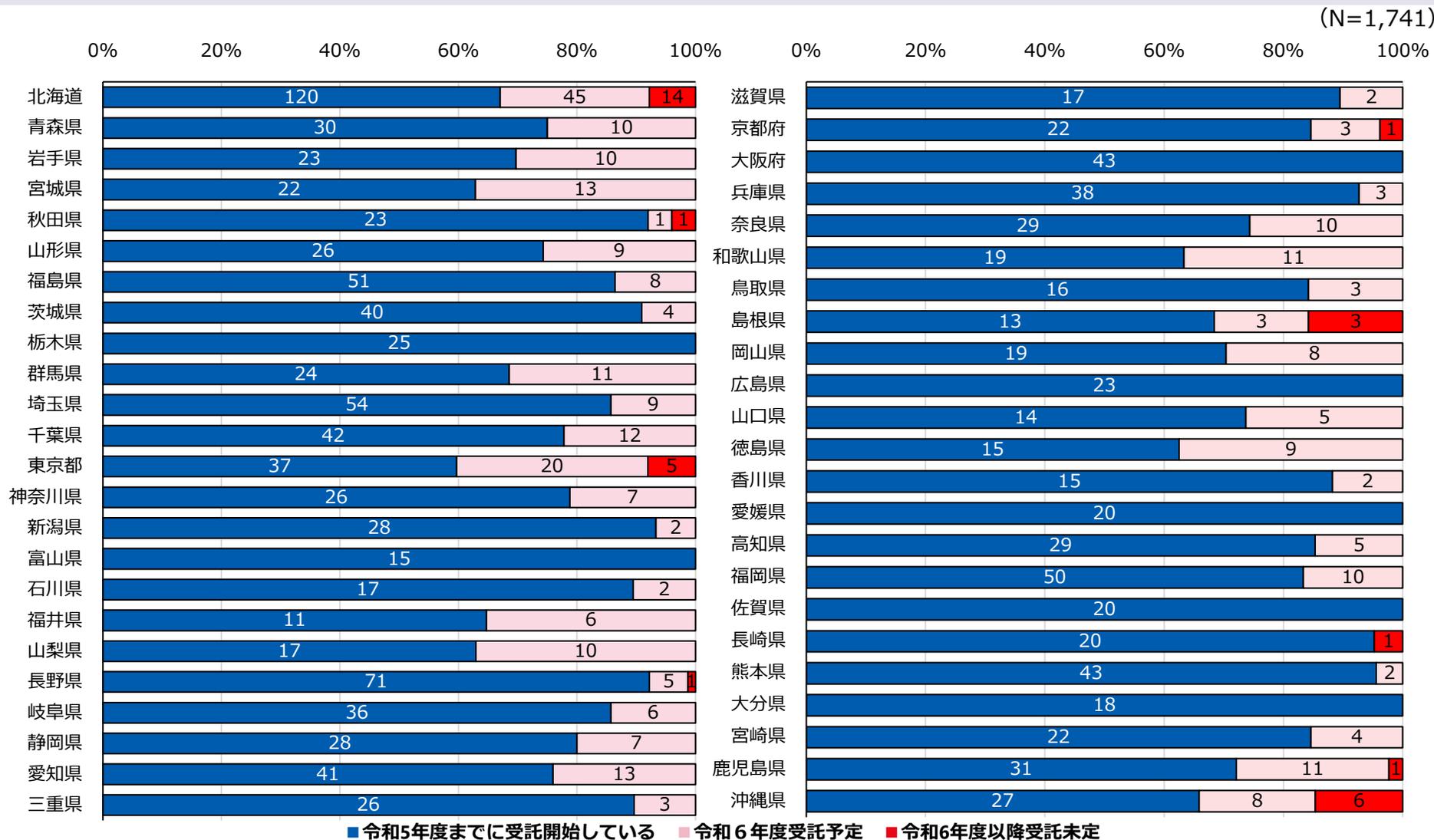
- 本年度（令和5年度）までに一体的実施を受託開始した市町村は1,396市町村（80.2%）であった。
- 一体的実施を受託していない市町村で令和6年度受託予定は312市町村（17.9%）であった。
- 受託予定時期が決まっていない市町村は33市町村（1.9%）であった。



(令和5年度一体的実施実施状況調査) 都道府県別の一体的実施の実施状況及び実施予定

市町村票

- 令和6年度にすべての市町村で実施（予定を含む）している広域連合は38（全広域の約81%）であった。実施予定なし（過去に受託していたが、今後も未定の場合も含む）は33市町村（全市町村の約2%）であった。

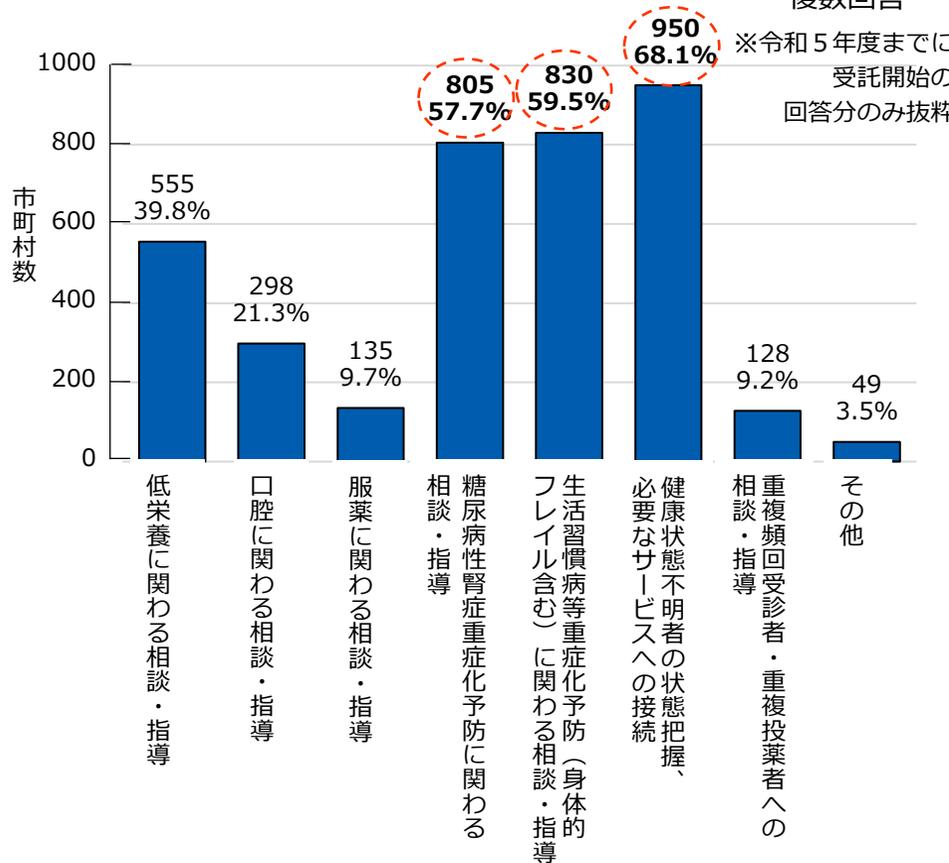


(令和5年度一体的実施実施状況調査) ハイリスクアプローチの実施項目、実施上の課題

- 実施項目として上位に挙げられたのは「健康状態不明者の状態把握、必要なサービスへの接続」(950市町村、68.1%)、「生活習慣病等重症化予防に関わる相談・指導」(830市町村、59.5%)、「糖尿病性腎症重症化予防に関わる相談・指導」(805市町村、57.7%)であった。
- 実施上の課題として、「目標・評価指標の設定」(829市町村、59.4%)が最も多く、次いで「事業実施後の評価・改善策の立案」(794市町村、56.9%)であった。

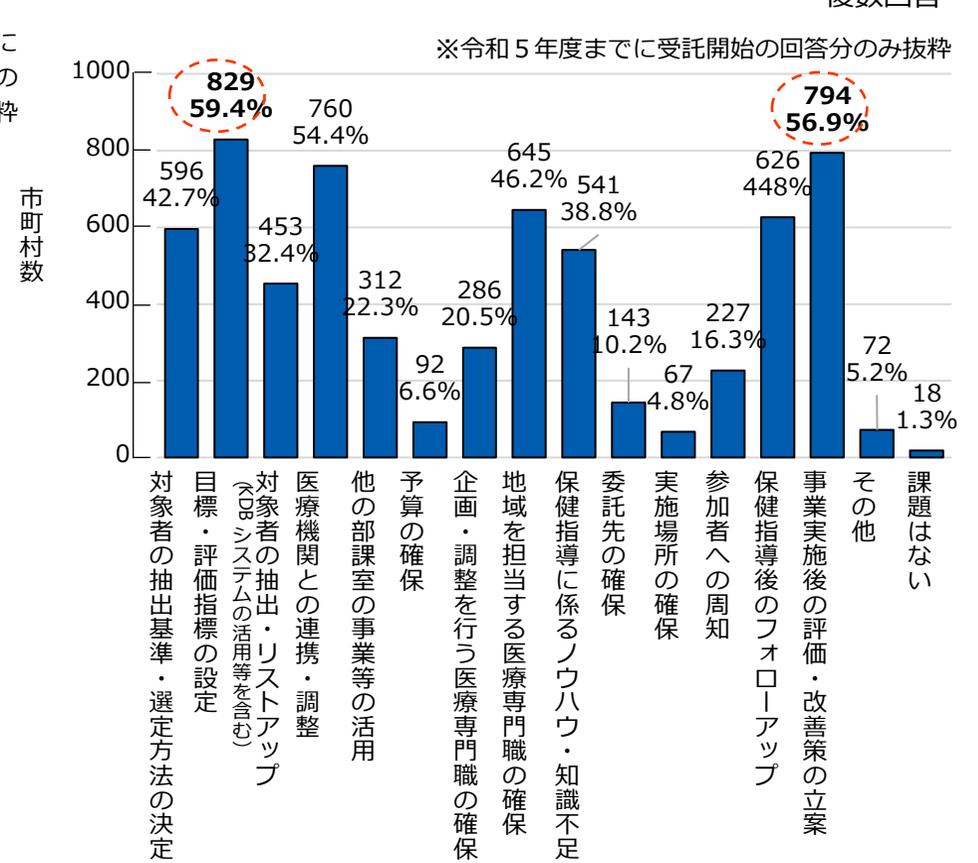
ハイリスクアプローチの実施項目 (n=1,396)

複数回答
※令和5年度までに
受託開始の
回答分のみ抜粋



ハイリスクアプローチの実施上の課題 (n=1,396)

複数回答
※令和5年度までに受託開始の回答分のみ抜粋



(令和5年度一体的実施実施状況調査) ポピュレーションアプローチの実施項目、実施上の課題

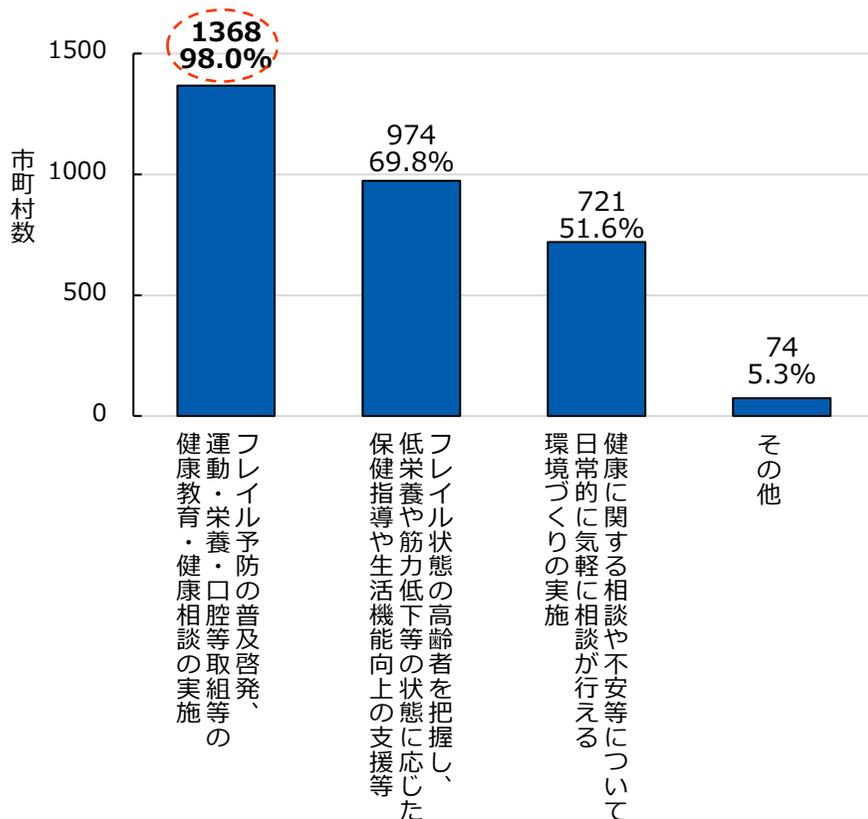
市町村票

- 実施項目として最も多かったのは「フレイル予防の普及啓発、運動・栄養・口腔等取組等の健康教育・健康相談の実施」で、一体的実施を行っている1,396市町村のうち1,368市町村（98.0%）で実施されている。
- 実施上の課題として、「目標・評価指標の設定」（928市町村、66.5%）が最も多く、次いで「事業実施後の評価・改善策の立案」（858市町村、61.5%）であった。

ポピュレーションアプローチの実施項目

(n=1,396) 複数回答

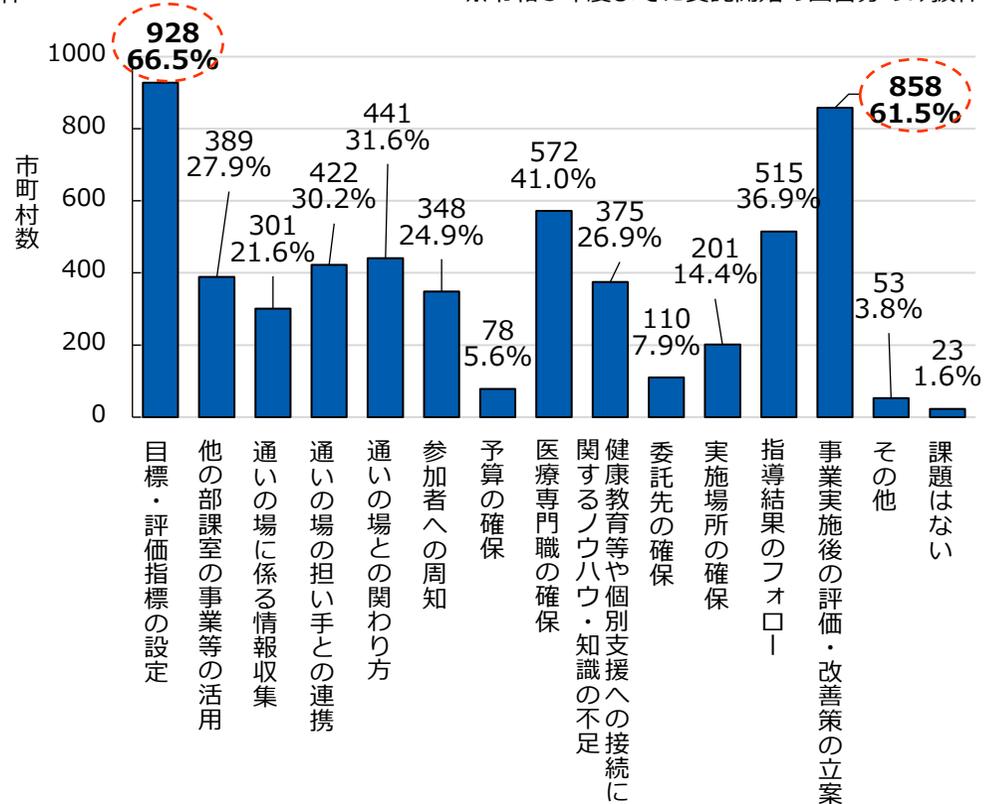
※令和5年度までに受託開始の回答分のみ抜粋



ポピュレーションアプローチの実施上の課題

(n=1,396) 複数回答

※令和5年度までに受託開始の回答分のみ抜粋



出典：令和5年度一体的実施実施状況調査（市町村票）

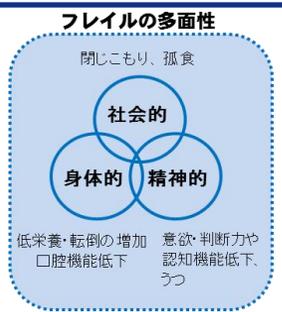
後期高齢者の質問票

後期高齢者の質問票の役割

- 1) 特定健康診査の「標準的な質問票」に代わるものとして、後期高齢者に対する健康診査（以下：健診）の場で質問票を用いた問診（情報収集）を実施し、高齢者の特性を踏まえた健康状態を総合的に把握する。
- 2) 診療や通いの場等においても質問票を用いて健康状態を評価することにより、住民や保健事業・介護予防担当者等が高齢者のフレイルに対する関心を高め、生活改善を促すことが期待される。
- 3) 質問票の回答内容とKDBシステムから抽出した健診・医療・介護情報を併用し、高齢者を必要な保健事業や医療機関受診につなげ、地域で高齢者の健康を支える。
- 4) 保健指導における健康状態のアセスメントとして活用するとともに、行動変容の評価指標として用いる。
- 5) KDBシステムにデータを収載・分析することにより、事業評価を実施可能とし、PDCAサイクルによる保健事業に資する。

質問項目の考え方

- フレイルなど高齢者の特性を踏まえ健康状態を総合的に把握するという目的から、下記の10類型に整理した。
 - (1)健康状態、(2)心の健康状態、(3)食習慣、(4)口腔機能、(5)体重変化、(6)運動・転倒、(7)認知機能、(8)喫煙、(9)社会参加、(10)ソーシャルサポート
- 高齢者の負担を考慮し、質問項目数を15項目に絞り込んだ。



質問票の内容

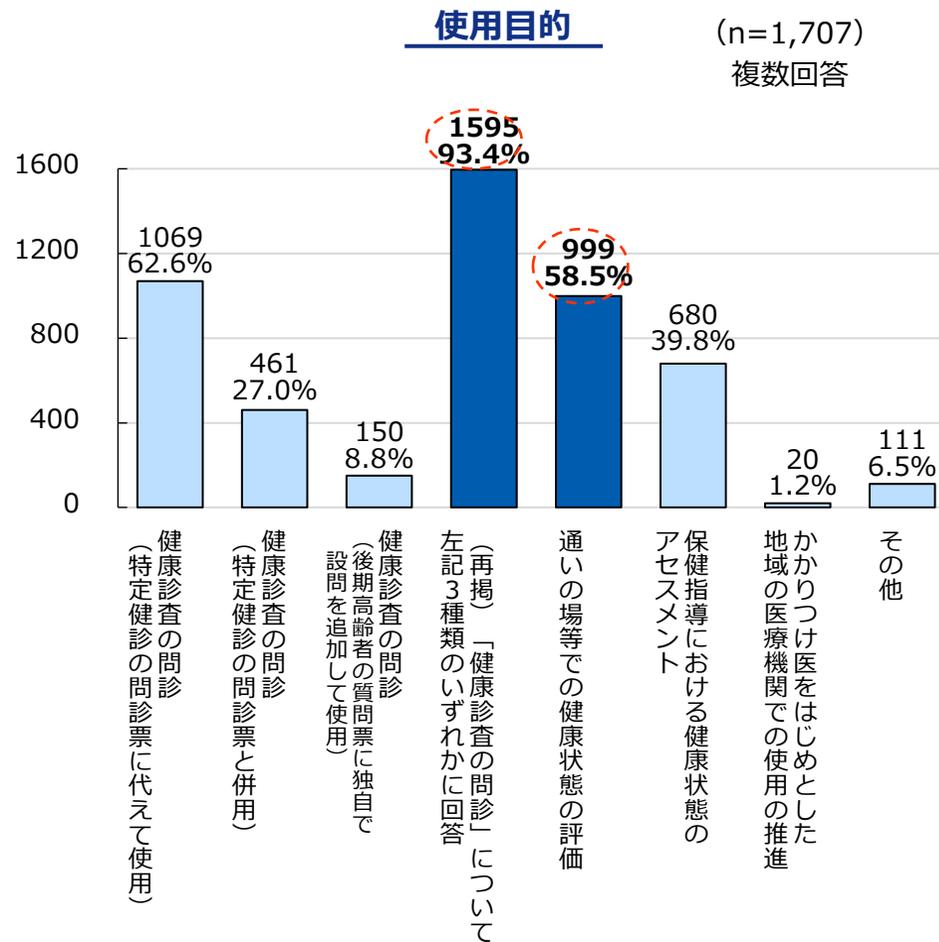
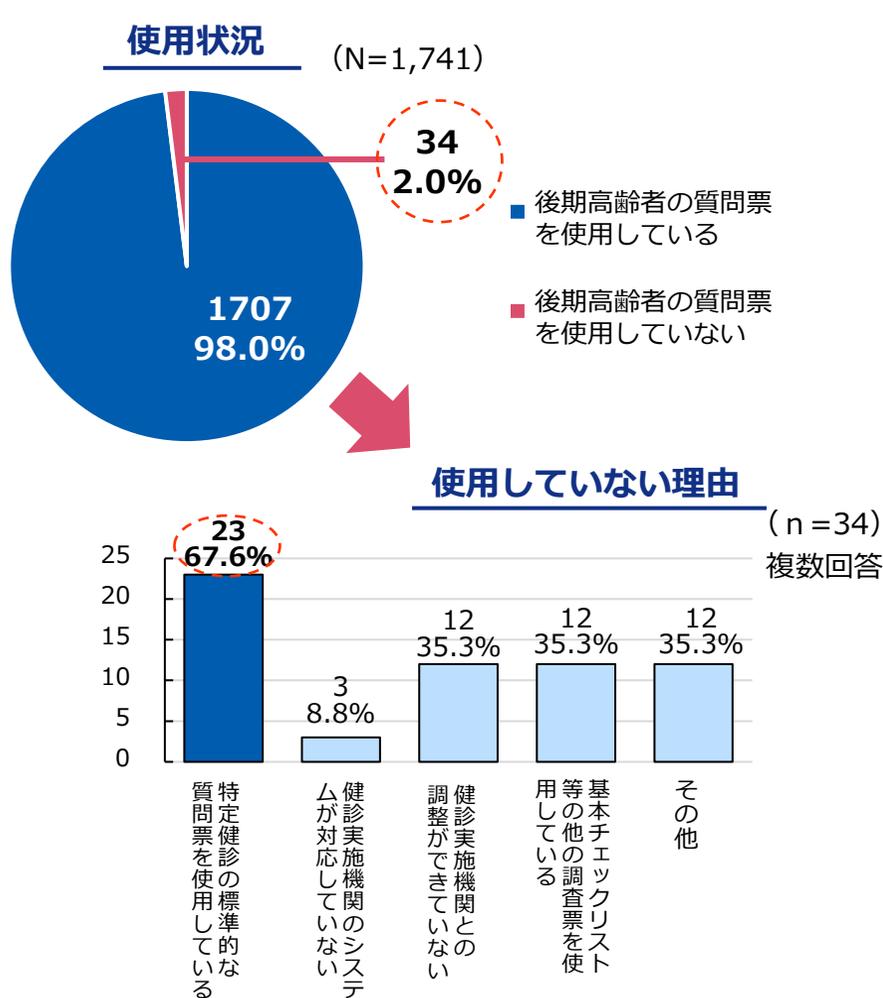
類型化	No	質問文	回答
健康状態	1	あなたの現在の健康状態はいかがですか	①よい ②まあよい ③ふつう ④あまりよくない ⑤よくない
心の健康状態	2	毎日の生活に満足していますか	①満足 ②やや満足 ③やや不満 ④不満
食習慣	3	1日3食きちんと食べていますか	①はい ②いいえ
口腔機能	4	半年前に比べて固いもの（*）が食べにくくなりましたか *さきいか、たくあんなど	①はい ②いいえ
	5	お茶や汁物等でむせることがありますか	①はい ②いいえ
体重変化	6	6カ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	①はい ②いいえ
運動・転倒	7	以前に比べて歩く速度が遅くなって来たと思いますか	①はい ②いいえ
	8	この1年間に転んだことがありますか	①はい ②いいえ
	9	ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか	①はい ②いいえ
認知機能	10	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとされていますか	①はい ②いいえ
	11	今日が何月何日かわからない時がありますか	①はい ②いいえ
喫煙	12	あなたはたばこを吸いますか	①吸っている ②吸っていない ③やめた
社会参加	13	週に1回以上は外出していますか	①はい ②いいえ
	14	ふだんから家族や友人と付き合いがありますか	①はい ②いいえ
ソーシャルサポート	15	体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか	①はい ②いいえ

質問票を用いた健康状態の評価

- 本質問票を用いた評価は、健診の際に活用されることを想定しているが、市町村の介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）における通いの場やかかりつけ医の医療機関など、様々な場面で健康状態が評価されることが期待される。
 - ①健診の場で実施する
⇒健診を受診した際に、本質問票を用いて健康状態を評価する。
健診時は多くの高齢者にアプローチができる機会である。
 - ②通いの場（地域サロン等）で実施する
⇒通いの場等に参加する高齢者に対して本質問票を用いた健康評価を実施する。
 - ③かかりつけ医（医療機関）等の受診の際に実施する
⇒医療機関を受診した高齢者に対して、本質問票を用いた健康評価を実施する。

(令和5年度一体的実施実施状況調査) 後期高齢者の質問票の使用状況

- 後期高齢者の質問票は、1,707市町村（98.0%）で使用されている。
- 使用していない理由としては、「特定健診の標準的な質問票を使用している」が23市町村で最も多い。
- 使用目的は「健康診査の問診」が最も多く、1,595市町村（使用している市町村の93.4%）で使用されているほか、「通いの場等での健康状態の評価」に999市町村（使用している市町村の58.5%）で使用されている。



高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン 第3版

高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン（第3版）の改定について

改定のポイント

- ✓ データヘルス計画における標準化の推進、共通評価指標に関する追記
- ✓ 一体的実施推進のための体制整備、役割の明確化及び関係団体との連携に関する追記
- ✓ 効果的な保健事業の実践に向けた、厚生労働科学研究成果の反映及び好事例の提示

高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第2版（令和元年10月）及び高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第2版（補足版）（令和4年3月）を統合し、一体的実施の進捗状況、データヘルス計画策定の手引きの改訂、厚生労働科学研究の成果等を踏まえ改定。

■ データヘルス計画における標準化の推進

（ねらい）

- 計画策定や保健事業運営の負担が軽減されるだけでなく、共通の評価指標を用いることで実績を比較可能とする。
- 効果的な保健事業（方法・体制）をパターン化することにより、事業効果を向上させる。

（対応）

- ・ 策定段階での考え方のフレームの提示
- ・ 総合的な評価指標としての共通評価指標の設定
- ・ 総合的な評価指標と個別事業の提示
- ・ 個別事業の評価指標例をアウトプット・アウトカムに区分
- ・ 総合的な評価指標に関し、確認すべきデータの提示

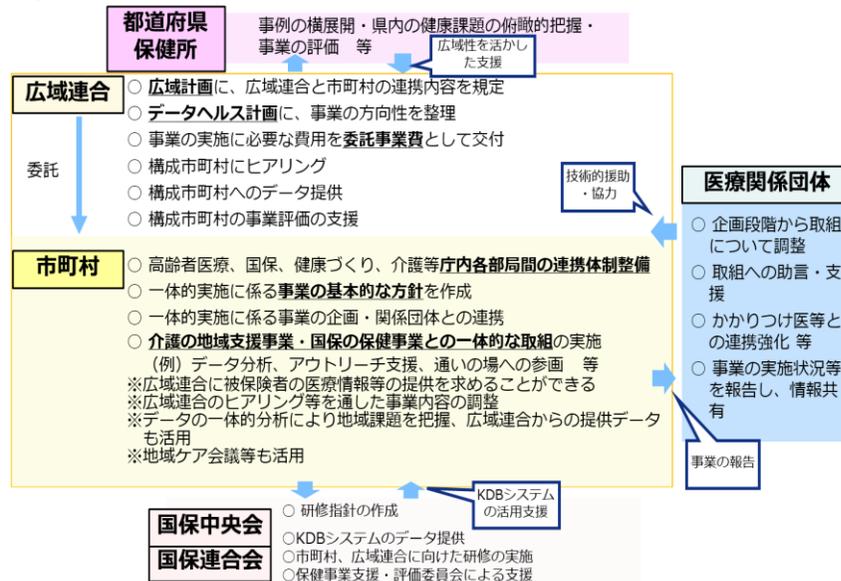
■ 厚生労働科学研究成果

健診・医療・介護データから対象者を簡易にリスト化し、事業実施・評価を可能とするツール・解説書を提供

（令和2年～4年度 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施推進に係る検証のための研究
（研究代表：津下一代）

■ 体制整備・関係団体との連携

地域支援事業や通いの場等の介護部門、かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局等・関係団体との連携について追記



検討経緯等

高齢者の保健事業のあり方検討WG
（第15回：2023年9月14日開催／第16回：2024年3月15日開催）

高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第3版

検討有識者会議

- 第1回：2023年11月7日開催
- 第2回：2023年12月25日開催
- 第3回：2024年3月28日開催

2024年6月

第46回保険者による健診・保健指導等に関する検討会

（報告）

高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第3版の全体構成

ガイドライン第3版活用にあたって（まえがき）

I 総括編

1	高齢者の保健事業の実施に当たっての基本的な考え方
(1)	高齢者の特性を踏まえたガイドライン第3版策定の背景・目的
(2)	高齢者に対する保健事業の意義・目的
(3)	高齢者保健事業のデータヘルス計画における位置づけ・関係性
(4)	国民健康保険からの接続
(5)	介護保険担当部局等関係部局との連携
2	高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について
(1)	一体的実施の経緯・目的
(2)	<u>一体的実施におけるハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチ</u>
(3)	一体的実施における保健事業の対象者
(4)	一体的実施の計画書・実績報告に係る年間スケジュール
3	取組の推進に向けた体制整備
(1)	広域連合・市町村・都道府県・国民健康保険中央会・国民健康保険団体連合会・国に求められる役割
(2)	関係機関・関係団体との連携
4	効果的な実施に向けた取組内容の検討
(1)	高齢者の保健事業の進め方（全体的な流れ）
(2)	データに基づく保健事業PDCAサイクルの推進
5	取組を推進するための環境整備
(1)	人材育成
(2)	住民の理解の促進
(3)	個人情報の適切な取扱い
(4)	活用可能な財源
(5)	<u>ICT（情報通信技術）の利活用促進</u>
(6)	実施上の留意点

6	関連事項
(1)	<u>標準的な健診・保健指導プログラム</u>
(2)	<u>糖尿病性腎症重症化予防プログラム（令和6年度版）</u>
(3)	<u>国民健康づくり運動プラン「健康日本21（第三次）」</u>
(4)	<u>介護予防マニュアル第4版</u>
(5)	<u>第4期医療費適正化計画</u>
(6)	その他

II 実践編

1	高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の企画と実践			
(1)	体制整備			
(2)	地域連携体制の構築			
(3)	事業計画の策定			
(4)	事業実施			
(5)	評価とその活用			
2	高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施における個別事業の実践			
(1)	低栄養	(5)	<u>重症化予防（糖尿病性腎症、その他生活習慣病）</u>	
(2)	口腔	(6)	<u>健康状態不明者</u>	
(3)	<u>服薬</u>	(7)	<u>ポピュレーションアプローチ</u>	
(4)	<u>身体的フレイル（ロコモティブシンドローム含む）</u>	—	—	
3	評価とその活用			
(1)	目標・評価指標に基づく事業評価の実施			
(2)	取組内容の見直し			

III 事例集

（人材育成・研修、ICT活用（PHR・アプリの利用、ハイブリッド通いの場、アセスメントやモニタリングへの活用、移動手段が困難な場合の代替手段としてのICT活用）、多職種連携、ポピュレーションアプローチとしての通いの場に関する事例を掲載）

高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン（第3版）の概要

総括編

1. 高齢者の保健事業の実施に当たっての基本的な考え方

- 「高齢者の医療の確保に関する法律に基づく高齢者保健事業の実施等に関する指針」に基づき、高齢者に対する保健事業の内容について追記。
- 第3期データヘルス計画策定の手引きの内容を追記。

2. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について

- ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチの意義についての説明を追加。
- 一体的実施における保健事業の対象者について、「一体的実施・KDB活用支援ツール」に合わせて再整理。

3. 取組の推進に向けた体制整備

- 広域連合においては、保険者としての役割、データヘルス計画策定・見直し、事業実施主体としての役割を追記。
- 都道府県においては、保険所の役割を追記。

4. 効果的な実施に向けた取組内容の検討

- 評価指標について共通の評価指標の説明を追加。
- 広域連合と市町村のPDCAサイクルについて追記。
- 都道府県においては、保健所の役割を追記。

5. 取組を推進するための環境整備

- ICTの利活用推進に向けた環境整備や、活用の方向性について追記。

6. 関連事項

- 標準的な健診・保健指導プログラムや糖尿病性腎症重症化予防プログラムの改定や、健康日本21（第三次）等関連する文書について追記。

実践編

1. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の企画と実践

- 市町村が一体的実施を取り組むにあたり、検討・実施すべき事項を整理。
- 広域連合が策定する第3期データヘルス計画の方針に基づいて保健事業を進める必要があることを追記。

2. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施における個別事業の実践

- 研究班の成果（KDB活用支援ツールの抽出条件の考え方と保健事業への活用）の内容を反映。
- ポピュレーションアプローチについての取組方法についても言及。

3. 評価とその活用

- PDCAサイクルのチェックC（D）からアクション究班の成果（KDB活用支援ツールの抽出条件の考え方と保健事業への活用）の内容を反映。

事例集

人材育成・研修、ICT活用（PHR・アプリの利用、ハイブリッド通いの場、アセスメントやモニタリングへの活用、移動手段が困難な場合の代替手段としてのICT活用）、多職種連携、ポピュレーションアプローチとしての通いの場に関する事例を掲載。

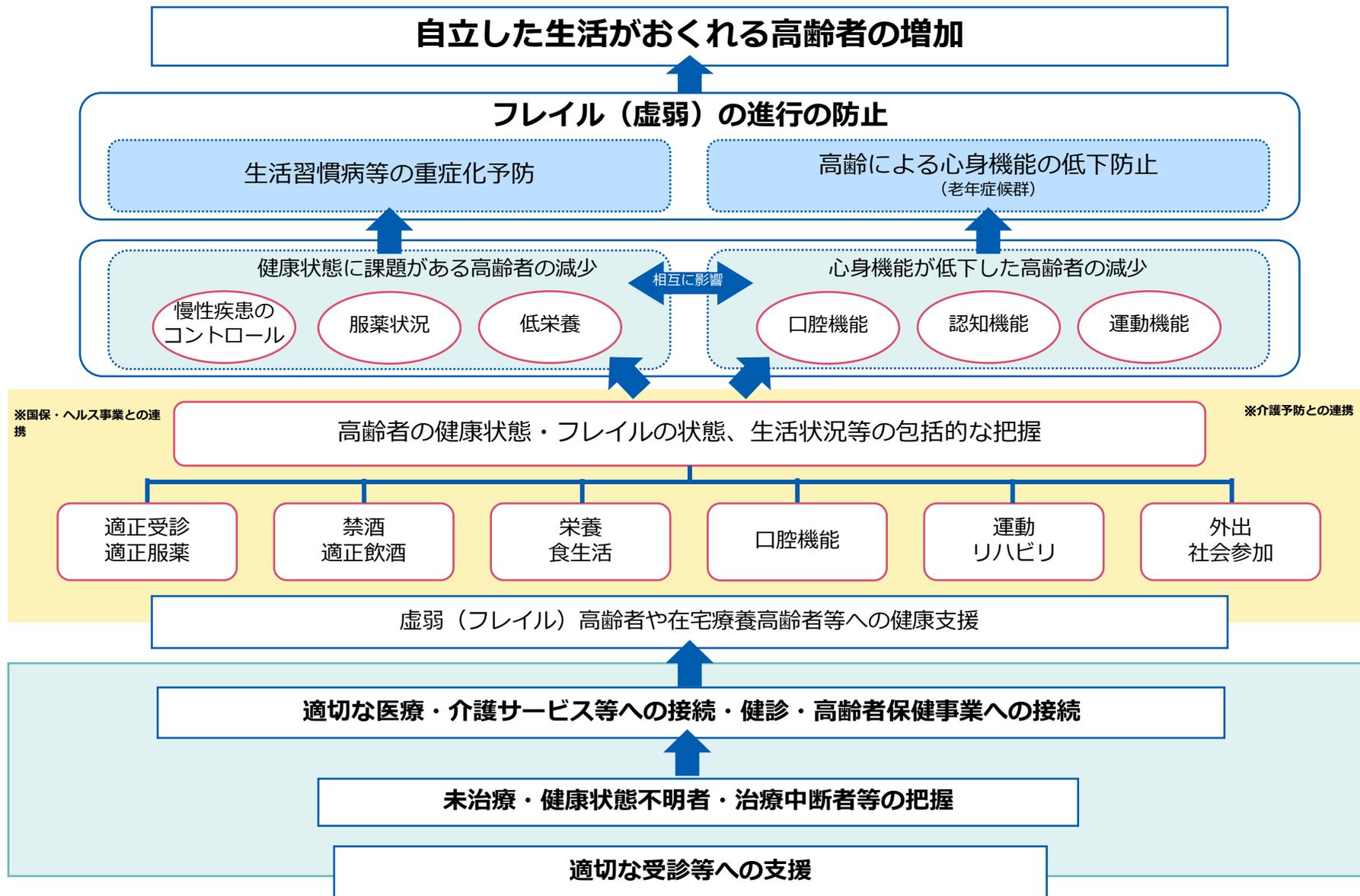
別添「後期高齢者の質問票の解説と留意事項」

- 質問票の役割、構成、活用場面、活用した支援方法、各項目の解説・ポイント、質問票・KDBを活用した保健事業対象者の抽出例等を掲載。

高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン（令和6年3月）

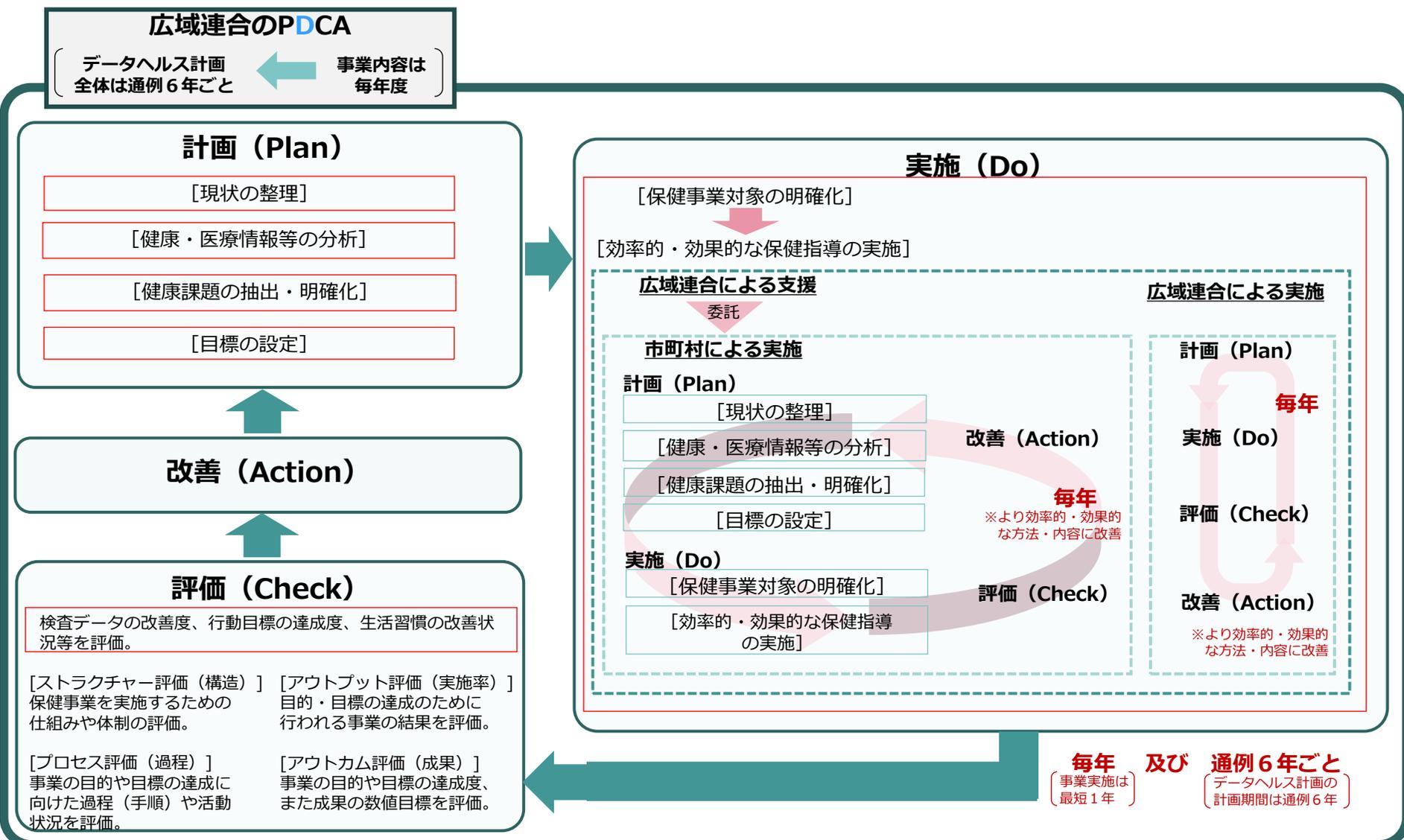
- ① 高齢者の心身の多様な課題に対応し、きめ細やかな支援を実施するため高齢者保健事業について、広域連合と市町村が連携し、市町村において介護保険の地域支援事業や国民健康保険の保健事業と一体的に実施できるよう「高齢者保健事業と介護予防の一体的実施」（以下、一体的実施）が制度化され、令和2年4月から取組が開始。
- ② 厚生労働科学研究政策科学推進研究事業においても一体的実施の推進のための研究が進められきた。これらの成果等を踏まえて、高齢者の保健事業の質の向上と対策の充実を図ることを目的に、これまでの保健指導の手順や内容に加えて、厚生労働科学研究の成果の反映及び好事例の提示、役割の明確化や関係団体との連携に関する追記等がされた、高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第3版を策定。

高齢者に対する保健事業が目指すもの



広域連合における保健事業のPDCAと市町村における保健事業のPDCAの関係性

- 一体的実施の取組を含む高齢者保健事業の効果上げるため、広域連合がPDCAサイクルに沿って保健事業の進捗管理をする必要がある。
- 市町村は、一体的実施についてPDCAサイクルに沿って事業評価を行い、広域連合とその実施・評価の状況等について共有する。



データヘルス計画の評価指標等について

評価指標 設定のポイント

- 広域連合が既存のデータベースシステム又は統計で確認できる

総合的な評価指標 (共通評価指標)

健診受診率 [健診の対象外とする者の設定が統一されていない
⇒ 対象外の者について設定し、分母を統一する。]

歯科健診実施市町村数・割合

質問票を活用したハイリスク者把握に基づく保健事業を実施している市町村数・割合

アウトプット

以下の保健事業（ハイリスクアプローチ）の実施市町村数・割合

- ・低栄養
- ・口腔
- ・服薬（重複・多剤等）
- ・重症化予防（糖尿病性腎症）
- ・重症化予防（その他 身体的フレイルを含む）
- ・健康状態不明者対策

※各事業対象者の抽出基準は問わない

アウトカム

平均自立期間（要介護2以上）

ハイリスク者割合(一体的実施支援ツールの抽出基準に該当する者の割合)

- ・低栄養
- ・口腔
- ・服薬（多剤）
- ・服薬（睡眠薬）
- ・身体的フレイル（ロコモ含む）
- ・重症化予防（コントロール不良者）
- ・重症化予防（糖尿病等治療中断者）
- ・重症化予防（基礎疾患保有+フレイル）
- ・重症化予防（腎機能不良未受診者）
- ・健康状態不明者対策

策定の際に確認が必要なデータ例※

1人当たり医療費

1人当たり医療費（入院）

1人当たり医療費（外来）

1人当たり医療費（歯科）

1人当たり医療費（調剤）

疾病分類別医療費

介護給付費

上手な医療の かかり方	後発医薬品の使用割合
	重複投薬患者割合

※広域連合による保健事業の実施以外の要因
が大きいこと等により、共通の評価指標として
設定しないが、各広域連合が評価指標として
設定することも差し支えない。

個別事業（一体的実施）の 評価指標例

低栄養

重症化予防
(糖尿病性腎症)

口腔

身体的フレイル
(ロコモ含)

服薬（多剤）

健康状態不明者対策

※各広域連合が、上記以外の評価指標を設定することも差し支えない。

健診情報等を活用した高齢者保健事業対象者の抽出条件

一体的実施・KDB活用支援ツールによる支援対象者の抽出条件

1	低栄養	低栄養状態の可能性のある者を抽出し、低栄養防止の取組につなげる	健診：BMI \leq 20 かつ 後期高齢者の質問票⑥（体重変化）
2	口腔	オーラルフレイル・口腔機能低下者を抽出して歯科受診につなげ、口腔機能低下防止を図る	後期高齢者の質問票④（咀嚼機能）、質問票⑤（嚥下機能）のいずれかに該当 かつ レセプト：過去1年間歯科受診なし
3	服薬	多剤投薬者や睡眠薬服用者を抽出し、服薬指導・服薬支援につなげることで、残薬を減らすとともに、転倒等の薬物有害事象を防止する	レセプト：処方薬剤数「15以上、20以上」等で対象者を抽出し、個別支援が実施可能な人数まで候補者を絞り込む レセプト：睡眠薬処方あり かつ 後期高齢者の質問票⑧（転倒）または 質問票⑩（認知：物忘れ）及び質問票⑪（認知：失見当識）2つ該当
4		身体的フレイル（ロコモティブシンドローム含）のリスクがある者を抽出し、予防につなげる	後期高齢者の質問票①（健康状態）に該当 かつ 質問票⑦（歩行速度）に該当 質問票⑦（歩行速度）に該当 かつ 質問票⑧（転倒）に該当
6	重症化予防 （糖尿病・循環器・腎）	血糖・血圧コントロール不良かつ薬剤処方がない者を医療機関受診につなげる	健診：HbA1c \geq 8.0% または BP \geq 160/100 かつ レセプト（医科・DPC・調剤）：対応する糖尿病・高血圧の薬剤処方履歴（1年間）なし
7		糖尿病、高血圧症で薬剤を中止している者に対して健康相談を行い、健診受診につなげる	健診：抽出年度の健診履歴なし かつ レセプト（医科・DPC・調剤）：抽出前年度以前の3年間に糖尿病・高血圧の薬剤処方履歴あり かつ 抽出年度に薬剤処方履歴なし
8		糖尿病等の基礎疾患があり、フレイル状態にある者を抽出、通いの場等の介護予防事業につなげる	基礎疾患ありの条件 レセプト（医科・DPC・調剤）：糖尿病治療中もしくは中断 または 心不全、脳卒中等循環器疾患あり、または 健診：HbA1c7.0%以上 かつ 後期高齢者の質問票①（健康状態）または 質問票⑥（体重変化）または 質問票⑧（転倒）質問票⑬（外出頻度）のいずれかに該当
9	腎機能不良かつ医療機関への受診がない者に受診勧奨を行い、透析を予防する	健診：eGFR<45 または 尿蛋白（+）以上 かつ レセプト：医療（入院・外来・歯科）未受診	
10	健康状態不明者	健康状態不明者に対するアウトリーチ等により健康状態等を把握し、必要な支援を行う	健診：抽出年度および抽出前年度の2年度において、健診受診なし かつ レセプト：レセプト（入院・外来・歯科）履歴なし かつ 介護：要介護認定なし

凡例： 健診 質問票 医療 介護

一体的実施の推進に向けた体制整備

- 高齢者の心身の多様な課題に対応し、きめ細かな支援を実施するため、高齢者の保健事業について、広域連合と市町村の連携内容を明示し、市町村において、介護保険の地域支援事業や国民健康保険の保健事業と一体的に実施。

都道府県保健所

事例の横展開・県内の健康課題の俯瞰的把握・事業の評価 等

広域性を活かした支援

広域連合

- 広域計画に、広域連合と市町村の連携内容を規定
- データヘルス計画に、事業の方向性を整理
- 事業の実施に必要な費用を委託事業費として交付
- 構成市町村にヒアリング
- 構成市町村へのデータ提供
- 構成市町村の事業評価の支援

委託

市町村

- 高齢者医療、国保、健康づくり、介護等庁内各部局間の連携体制整備
- 一体的実施に係る事業の基本的な方針を作成
- 一体的実施に係る事業の企画・関係団体との連携
- 介護の地域支援事業・国保の保健事業との一体的な取組の実施
(例) データ分析、アウトリーチ支援、通いの場への参画 等

技術的援助・協力

事業の報告

※広域連合に被保険者の医療情報等の提供を求めることができる
 ※広域連合のヒアリング等を通じた事業内容の調整
 ※データの一体的分析により地域課題を把握、広域連合からの提供データも活用
 ※地域ケア会議等も活用

医療関係団体

- 企画段階から取組について調整
- 取組への助言・支援
- かかりつけ医等との連携強化 等
- 事業の実施状況等を報告し、情報共有

国保中央会

- 研修指針の作成

国保連合会

- KDBシステムのデータ提供
- 市町村、広域連合に向けた研修の実施
- 保健事業支援・評価委員会による支援

KDBシステムの活用支援

国（厚生労働省）

- 保健事業の指針において、一体的実施の方向性を明示
- 具体的な支援メニューをガイドライン等で提示
- 特別調整交付金交付
- エビデンスの収集

令和3年～

厚生（支）局

- 特別調整交付金審査事務
- 実施状況調査・ヒアリング

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の企画と実践

1 体制整備

- ・KDBシステム等を活用し、保有する健診(質問票含む)・レセプト等の情報から健康課題を把握
- ・地域課題の分析には、地域の高齢者から直接得られる声、地域ケア会議の事例検討等の質的な情報も活用
- ・市町村や広域連合がそれぞれ策定している計画や取り組む事業等を共有し、高齢者保健事業、国保保健事業、地域支援事業を一体的に実施する

2 地域連携体制の構築

- ・地域の医療関係団体には事業企画の段階などの早期から相談
- ・医師会等の地域の関係団体や病院等関係機関、地域包括支援センター等とは健康課題に関するデータの提供や事業目的の説明、協力を依頼

3 事業計画の策定

- ・データヘルス計画での共通評価指標を踏まえ、保健事業において解決する健康課題や取り組む事業内容を検討
- ・KDBシステムや「一体的実施・KDB活用支援ツール」を活用し、支援対象者の抽出及び概数を把握
- ・健診情報や通いの場等における後期高齢者の質問票に関するデータ等を活用し、短期的・中長期的に評価。
- ・参加予定者として特定した高齢者の対する支援の方法やアセスメント項目等を検討。

4 事業実施

- ・かかりつけ医等地域の医療関係団体と事前に事業概要や支援の行うことを説明。
- ・ハイリスクアプローチやポピュレーションアプローチの実施状況についても継続的に情報提供を行う。

○ハイリスクアプローチ

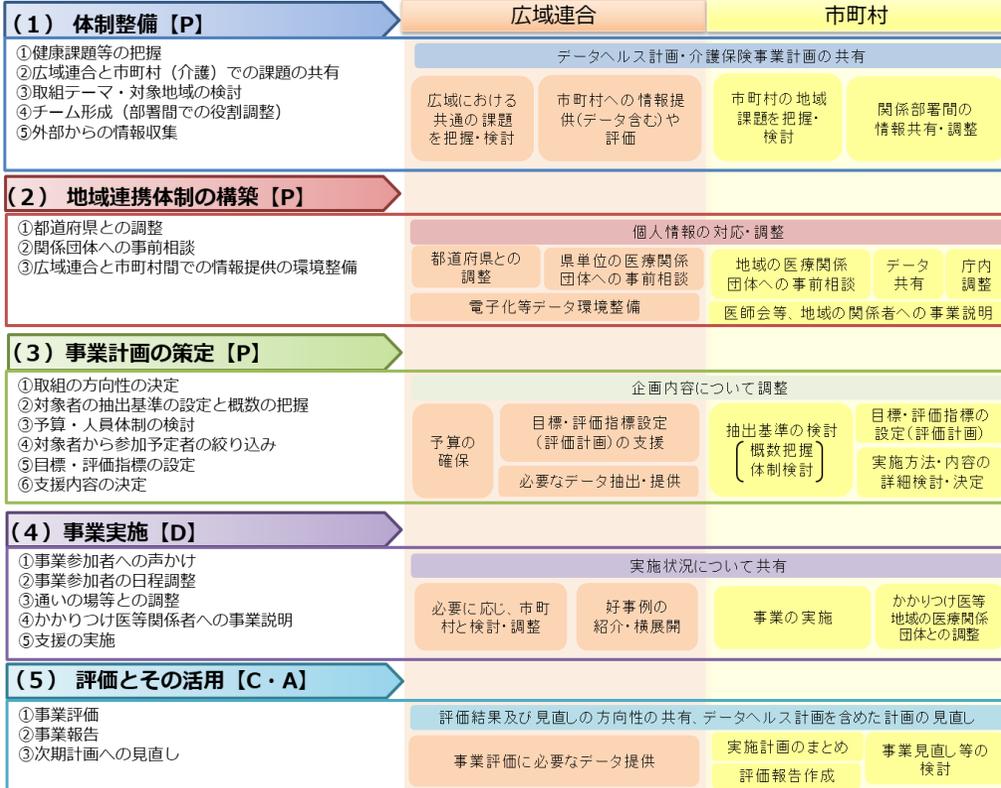
- ・低栄養
- ・口腔
- ・服薬
- ・身体的フレイル(ロコモティブシンドローム含む)
- ・重症化予防(糖尿病性腎症、その他生活習慣病)
- ・健康状態不明者対策

○ポピュレーションアプローチ

5 評価とその活用

- ・ストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカム観点により、事象の適切性や効果の有無等を確認し、定量的な指標や参加者の反応、関係者の意見等も踏まえて評価する。
- ・関係者に事業報告を行い、次期計画の見直しに活かす。

事業実施全体の流れ



1 体制整備

- 市町村は、KDBシステム等を活用し、保有する健診（質問票含む）・レセプト等の情報から健康課題を把握するとともに、関係者へ共有をはかる。
- 地域課題の分析の際には、健診情報、レセプト等を活用して得られる、量的情報に加え、調査等により地域の高齢者から得られる声、地域ケア会議の事例検討、関係機関の課題意識等の質的な情報の両方を活用する。
- 一体的実施において、高齢者保健事業、国保保健事業、地域支援事業を一体的に実施することが求められており、各部門の連携が重要である。連携の際には市町村が策定している計画の目標や共通評価指標、取り組む事業の共有も重要である。
- 保健事業の主担当を明確にした上で、事業実施における主担当の部局を明確にし関係部局が連携して進める。

2 地域連携体制の構築

高齢者の保健事業を実施するに当たり、地域の医療関係団体には事業計画の段階などを早期から相談を行うことが必要である。

- 特に医師会等の地域の関係団体、病院等関係機関、地域包括支援センターやケアマネジャーとの連携は重要であり、地域の関係者に対して、地域の健康課題に関するデータの提供や事業の目的・内容の説明、協力依頼を行う必要がある。
- 事業実施に当たっては、対象者の状況に応じて必要な医療や介護等のサービスに接続すること、保健事業の対象者として保健指導を実施していくこと等を地域の医療関係団体等関係者には事前に説明し、必要に応じて連絡票等を用いること等も相談する。

3 事業計画の策定

1) 企画内容について調整

- 広域連合が策定するデータヘルス計画を踏まえ、現状把握で得られた情報を基に、当該市町村で優先的に取組む事項や圏域を検討する。取組の優先順位は地域の健康課題や支援の必要性、実施体制を考慮する。

2) 抽出基準の検討

- データヘルス計画の共通評価指標を踏まえ、高齢者の保健事業を実施するにあたり、解決すべき健康課題、取り組むべき事業内容等を把握する。
- 支援対象者の抽出にあたっては、KDBシステムや「一体的実施・KDB活用支援ツール」を活用し、地域の健康課題の分析・見える化やデータ分析を通して行う。

3) 目標・評価指標の設定

- 市町村においては、広域連合と同様に共通評価指標で市町村におけるハイリスク者数・割合等の推移や健康課題等の変化を把握し、保健事業の企画の見直し等に反映する。
- 評価指標については、KDBシステム等から取得可能なデータ等で把握できる項目にするとよい。またストラクチャー指標やプロセス指標については、定期的に評価していくことが望ましい。

4) 実施方法・内容の詳細検討・決定

- 参加予定者として特定した高齢者に対する案内方法、支援の場所、期間、頻度、使用ツール等について検討する。
- 高齢者の状態像は個性が高いため、ハイリスク者への指導は個別アプローチを基本とするが、個別事業によっては効率的效果的に実施する上で小集団でのアプローチも検討する。
- 個別や集団によってアプローチにする場合も、確実に対象者に支援が届いているか等について確認する過程が必要である。

4 事業実施

(1) かかりつけ医等地域の医療関係団体との調整

事業実施を行う地域を管轄する医師会、歯科医師会等関係機関や必要に応じて、かかりつけ医等に対しても事業概要等について説明する。また支援の実施状況についても継続的に情報提供を行う。

(2) 事業の実施

① アセスメント

一体的実施・KDB活用支援ツール等を活用し、健診・医療・介護・質問票等の情報を収集し本人の社会的要因や生活習慣等も踏まえアセスメントを実施する。

② アドバイスの実施

アセスメントで明らかになった課題の中から、改善を目指すべき課題を特定し対象者に対して解決に向けたアドバイスを実施する。

③ 改善目標の設定

課題の解決に向けた目標を支援対象者自身が設定するように支援する。支援の期間・頻度（回数等）は、あらかじめ設定することが必要であるが、支援対象者の課題の難易度や理解度等によって変更が必要な場合もあり、個々の支援対象者の状況に応じて柔軟な設定を可能とするような対応も望まれる。

④ 参加者についての個別評価（目標達成状況の確認）

参加者に対する具体的な支援の後、設定した目標が達成されているかを評価する。その結果、一定の成果がみられる場合には、支援を終了し、引き続き支援が必要と判断される場合には、支援の継続や他のサービスへとつなぐ。

⑤ 地域資源に関する情報提供

個別支援の後、高齢者が地域での生活に有用となる介護保険の地域支援事業における地域サロンや保健衛生担当部局等の各種健康相談事業について情報提供を行う。

⑥ 地域資源へのつなぎ

支援終了後、介護予防等の他の事業や地域の見守り等、活用可能な地域資源につなぎ、実施した支援を定着させるよう関係者との調整等を行う。

⑦ かかりつけ医等への情報提供

高齢者の生活を含めた状態像や具体的な課題等、支援の結果把握した内容については、対象者の同意を得た上で、適宜、かかりつけ医、かかりつけ歯科医等の関係者に情報提供し、日常の診療等にいかしてもらえるようにする。

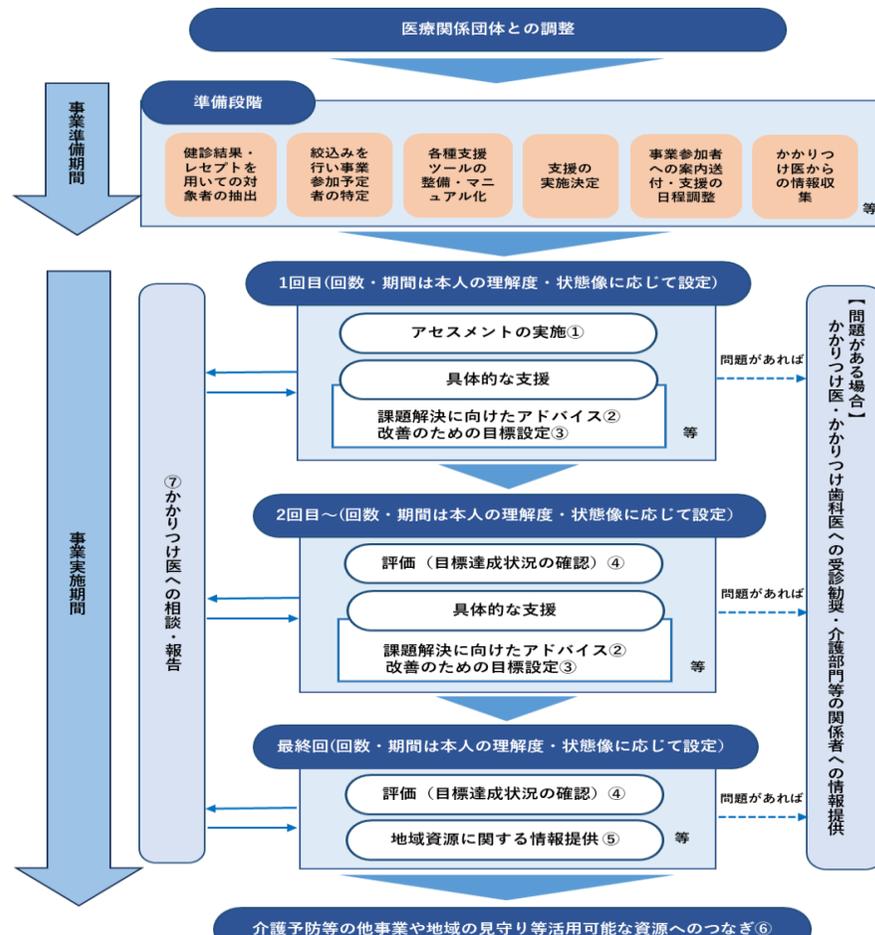
高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施については、ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチを実施する。

●ハイリスクアプローチ

低栄養/口腔/服薬/身体的フレイル（ロコモティブシンドローム含む）/重症化予防（糖尿病性腎症、その他生活習慣病）/健康状態不明者

●ポピュレーションアプローチ

通いの場等において、各医療専門職等が関わり後期高齢者の質問票等を活用し、地域の健康課題等に応じてフレイル対策に関する意識付けをするほか、保健・医療・介護・生活全般に関する様々な情報を伝え、健康相談を受けることが出来る場を設けることが望ましい。



5 評価とその活用

一体的実施の継続的な改善につなげていくため、①個人の状況の変化を確認する評価、②個別事業における事業評価、③一体的実施全体の事業評価の3つの視点で評価する。

- ・いずれの評価の視点についても、事業実施の前に、どのような使用で評価するかにかかる評価計画を立案する。
- ・評価の際には、ストラクチャー(体制)、プロセス(方法)、アウトプット(実施量)、アウトカム(成果)の4つの観点から、事業実施の適切性や効果の有無等を確認し、改善が必要な場合は事業計画の改善の見直しを行う。
- ・評価に当たっては、定量的な指標に加えて、参加者の反応や関係者の意見等も含めて評価する。

健康課題別の取組の例：栄養（低栄養）に関するプログラム例

【概要】

事業目標：地域に暮らす高齢者の低栄養状態を改善し、介護予防・QOL向上を目指す。
 対象者：低栄養に陥る可能性のある状態の高齢者
 抽出基準：BMI20以下（健診結果）かつ6か月で2～3kg以上の体重減少（質問票No 6）

【実施体制】

管理栄養士や保健師等、医療専門職による電話もしくは訪問によるアウトリーチ支援を行う。栄養状態は口腔機能とも関連することから、必要に応じて歯科衛生士等の医療専門職とも連携する。また、高齢者本人による改善の取組だけでなく、地域の食に関する資源を活用する視点も重要であることから、地域の専門職団体や食生活改善推進委員等との連携も有効である。

【支援の実施】

（1）健康状態・ニーズの把握

初回訪問時は、体重・BMIの確認や変化の状況等の他、改善計画の立案のために必要な「栄養状態に関わる食生活・日常生活上の課題」を見つけ出すために、その具体的な状況・背景を確認する。具体的には、下例に示すような項目についてアセスメントを行う。

（例）項目：体重変化・食習慣・咀嚼嚥下機能・心の健康状態等 等
 データソース：後期高齢者の質問票・健診結果 等

（2）ニーズに応じた必要なサービスへの接続

アセスメントの結果、明らかになった課題に応じて、具体的な助言を行う。具体的には次のような内容が想定される。

（例）体重減少・欠食がある場合 ⇒ 摂取すべき栄養素・食品の紹介

具体的な助言に加えて、栄養状態の改善に向けて、課題解決に向けた改善計画（目標と行動計画）を対象者とともに立案する。

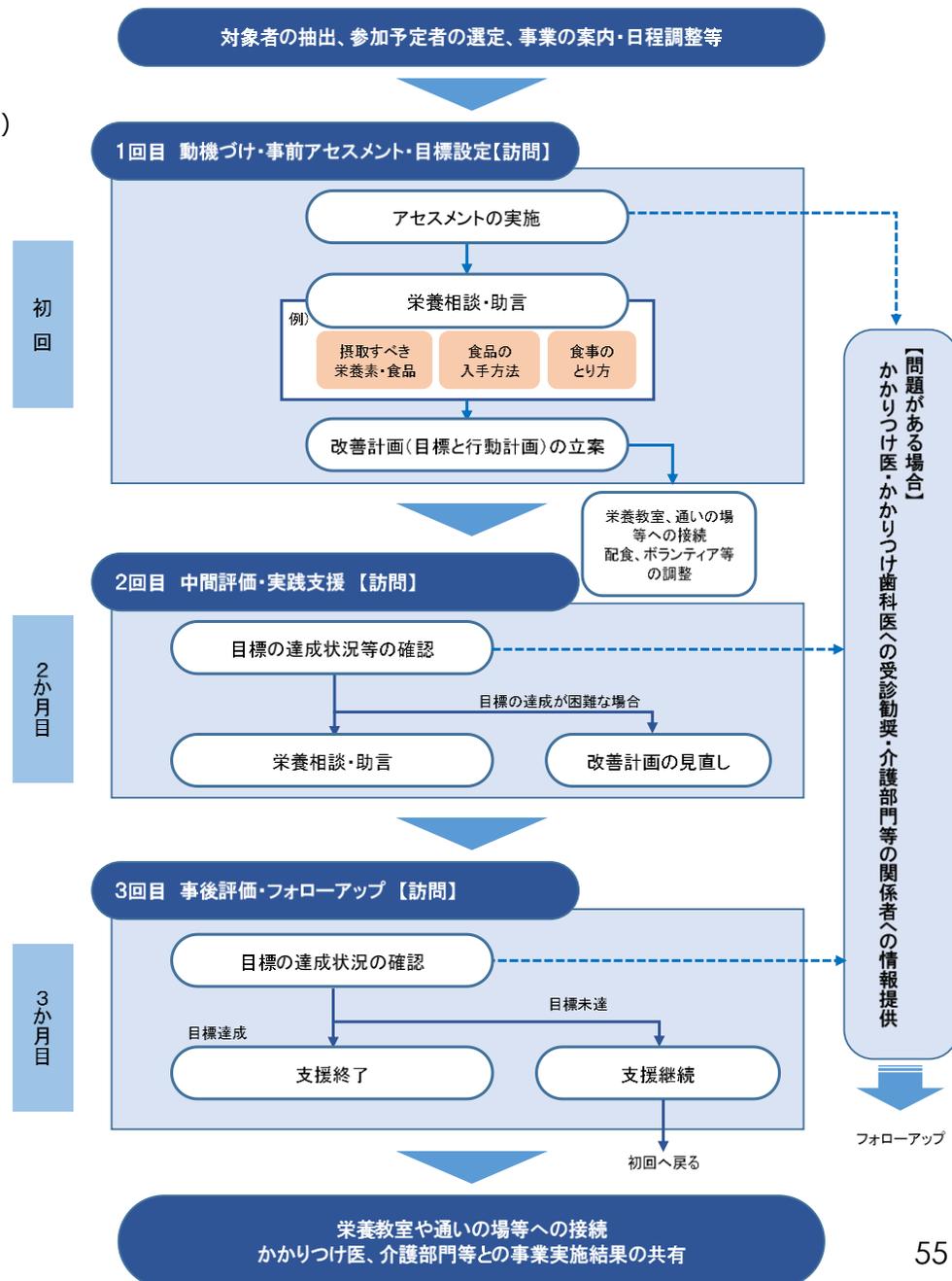
（例）野菜を毎食2皿以上とる、1日3食時間を決めて食べる

（3）フォローアップ

中間評価では、設定した目標の達成状況や体重の変化状況等を確認する。目標の達成が困難と想定される場合や、継続的な実施が難しいと考えられる場合には、改善計画の見直しを行う。事後評価では、引き続き支援が必要と判断される場合には、同事業を継続するか、ほかのサービスへ接続する。

（4）事業の評価

低栄養改善に向けた取組についての事業評価は、ハイリスクアプローチについて評価例を参考に評価を行う。



健康課題別の取組の例：口腔に関するプログラム例

【概要】

事業目標：地域に暮らすオーラルフレイル・口腔機能低下者を抽出して、歯科検診につなげ、口腔機能低下口腔機能低下防止を図る。

対象者：オーラルフレイル・口腔機能の低下（またはその恐れ）がある高齢者

抽出基準：質問票④（咀嚼機能）⑤（嚥下機能）のいずれかに該当かつレセプト（過去1年間歯科受診なし）

【実施体制】

歯科衛生士や保健師等、医療専門職による電話もしくは訪問によるアウトリーチ支援を行う。口腔機能の低下は栄養状態の悪化にもつながることから、口腔に関する支援にとどまらず、必要に応じて管理栄養士等との連携の上、栄養に関する支援を行う。

また、高齢者本人による取組だけでなく、専門的ケアの提供も必要となる場合があることから、地域の歯科医師会・歯科衛生士会や（かかりつけ）歯科医との連携も重要である。さらに、口腔内の状況は服薬状況とも関係するため、かかりつけ医との連携も必要である。

【支援の実施】

（1）健康状態・ニーズの把握

初回訪問時は、改善計画の立案のために必要な「口腔機能に関する課題」を見つけ出すために、その具体的な状況・背景を確認する。歯科健診を受診している場合はその内容を参照しつつ、下表に示すような項目についてアセスメントを行う。

（例）項目：咀嚼嚥下機能・体重変化・食習慣・歯科受診状況 等
データソース：後期高齢者の質問票・歯科受診の状況（歯周病、う歯）等

（2）ニーズに応じた必要なサービスへの接続

アセスメントの結果、明らかになった課題に応じて、具体的な助言を行う。

（例）歯や口が痛くて食べられない⇒ 歯科医院の受診勧奨

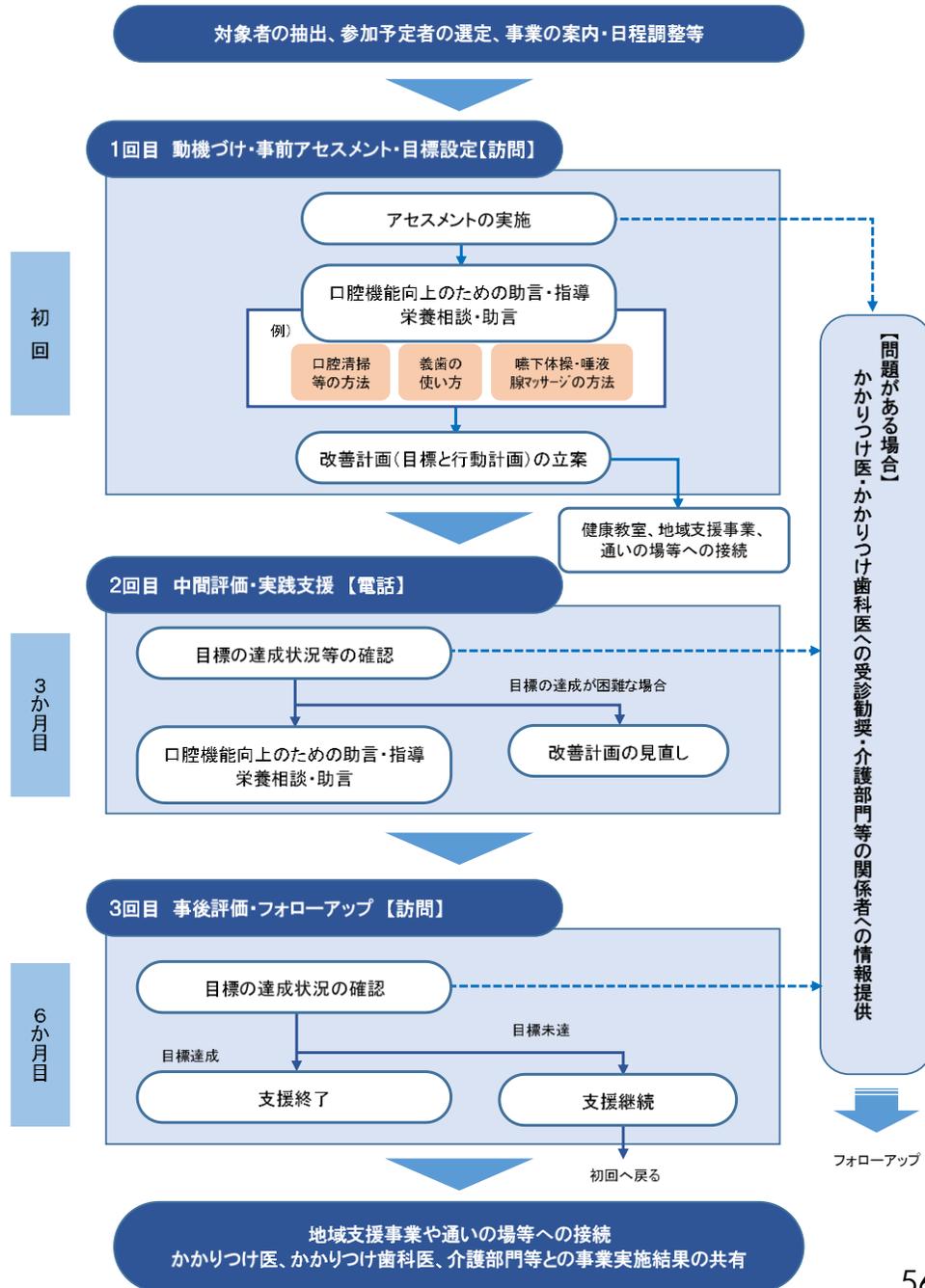
具体的な助言に加えて、口腔及び嚥下機能の改善に向けて、課題解決に向けた改善計画（目標と行動計画）を対象者とともに立案する。

（3）フォローアップ

中間評価では、設定した目標の達成状況や口腔・嚥下の状態等を確認する。目標の達成が困難と想定される場合や、継続的な実施が難しいと考えられる場合には、改善計画の見直しを行う。事後評価では、引き続き支援が必要と判断される場合には、同事業を継続するか、ほかのサービスへ接続する。

（4）事業の評価

口腔の状態改善に向けた取組についての事業評価は、ハイリスクアプローチについて、評価例を参考に評価を行う。



健康課題別の取組の例：服薬に関するプログラム例

【概要】

事業目標：多剤投薬者や睡眠薬服用者を抽出し、服薬指導・服薬支援につなげることで、残薬を減らすとともに、転倒等の薬物有害事象を防止する。

対象者：一定数以上の薬剤が処方されている又は睡眠薬が処方され転倒等のリスクのある高齢者

抽出基準：質問票①該当かつ質問票⑦該当・質問票⑦該当かつ質問票⑧に該当

【実施体制】

訪問服薬指導の実施に当たっては、あらかじめ、事業対象者の抽出条件や指導内容等について、かかりつけ医やかかりつけ薬剤師・薬局との十分な情報共有、調整が必要である。訪問服薬指導は、地域の薬剤師会に事業を委託等による協力を得て、対象となる高齢者宅に訪問可能な薬剤師が訪問、指導を行う方法が考えられる。

【支援の実施】

(1) 健康状態・ニーズの把握

初回訪問時は、処方内容や残薬の状況、医療機関の受診状況等を確認し、服薬が適切に行われているかどうか、ポリファーマシーの問題の有無等を確認する。

(例) 項目：1年間のうち転倒の有無・認知機能・服薬管理の状況等
データソース：後期高齢者の質問票・聞き取り 等

(2) ニーズに応じた必要なサービスへの接続

アセスメントの結果、明らかになった課題に応じて、具体的な助言を行う。

(例) 服薬管理に問題がある場合
⇒ 薬の管理方法（保管場所等）に関する助言等

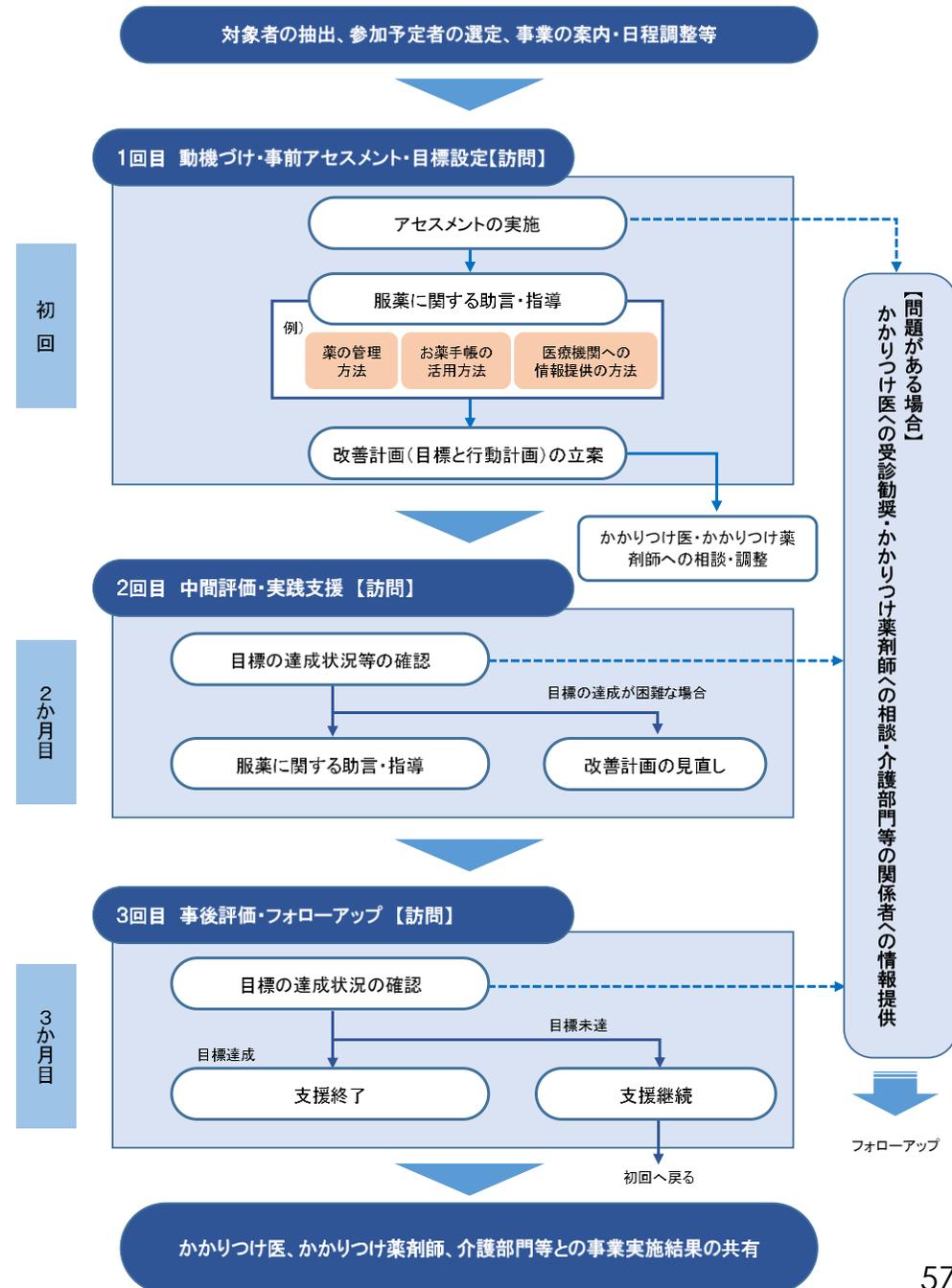
具体的な助言に加えて、課題解決に向けた改善計画（目標と行動計画）を対象者ととも立案する。

(3) フォローアップ

中間評価では、設定した目標の達成状況や受診状況、服薬状況等を確認する。服薬支援の効果の確認は、間隔を開けずに実施することが望ましい。目標の達成が困難と想定される場合や、継続的な実施が難しいと考えられる場合には、改善計画の見直しを行う。事後評価では、設定した目標が達成できているか確認し、引き続き支援が必要と判断される場合には同事業で支援を継続する。

(4) 事業の評価

服薬の状態改善に向けた取組についての事業評価は、ハイリスクアプローチについて、評価例を参考に評価を行う。



健康課題別の取組の例：身体的フレイルに関するプログラム例

【概要】

事業目標：地域に暮らす身体的フレイル（ロコモティブシンドローム含む）のリスクがある者を抽出し介護予防・QOL向上を目指す。

対象者：身体的フレイル（ロコモ含む）のリスクのある高齢者
抽出基準：質問票④該当かつ質問票⑦該当・質問票⑦該当かつ質問票⑧に該当

【実施体制】

一体的実施に関わる医療専門職には、フレイルを多面的に見る視点を持ちながら、疾患のリスクにも目を向ける等、後期高齢者の健康課題の捉え方や健康管理の考え方について理解して取組む必要がある。また保健師、管理栄養士、歯科衛生士等の複数の職種が連携し多層的な支援を行える体制を構築することが求められる。

【支援の実施】

（1）健康状態・ニーズの把握

後期高齢者の質問票を用いて、フレイル等のリスクを確認するとともに、骨折の既往や整形外科疾患、服薬状況、社会交流等を確認する必要がある。

（例）項目：健康状態、歩行速度、転倒、診療情報等
データソース：後期高齢者の質問票・聞き取り・レセプトデータ等

（2）ニーズに応じた必要なサービスへの接続

アセスメントの結果、明らかになった課題に応じて、具体的な助言を行う。

（例）フレイル等のリスクがある場合
⇒ 通いの場（低負荷の運動）への参加の勧奨

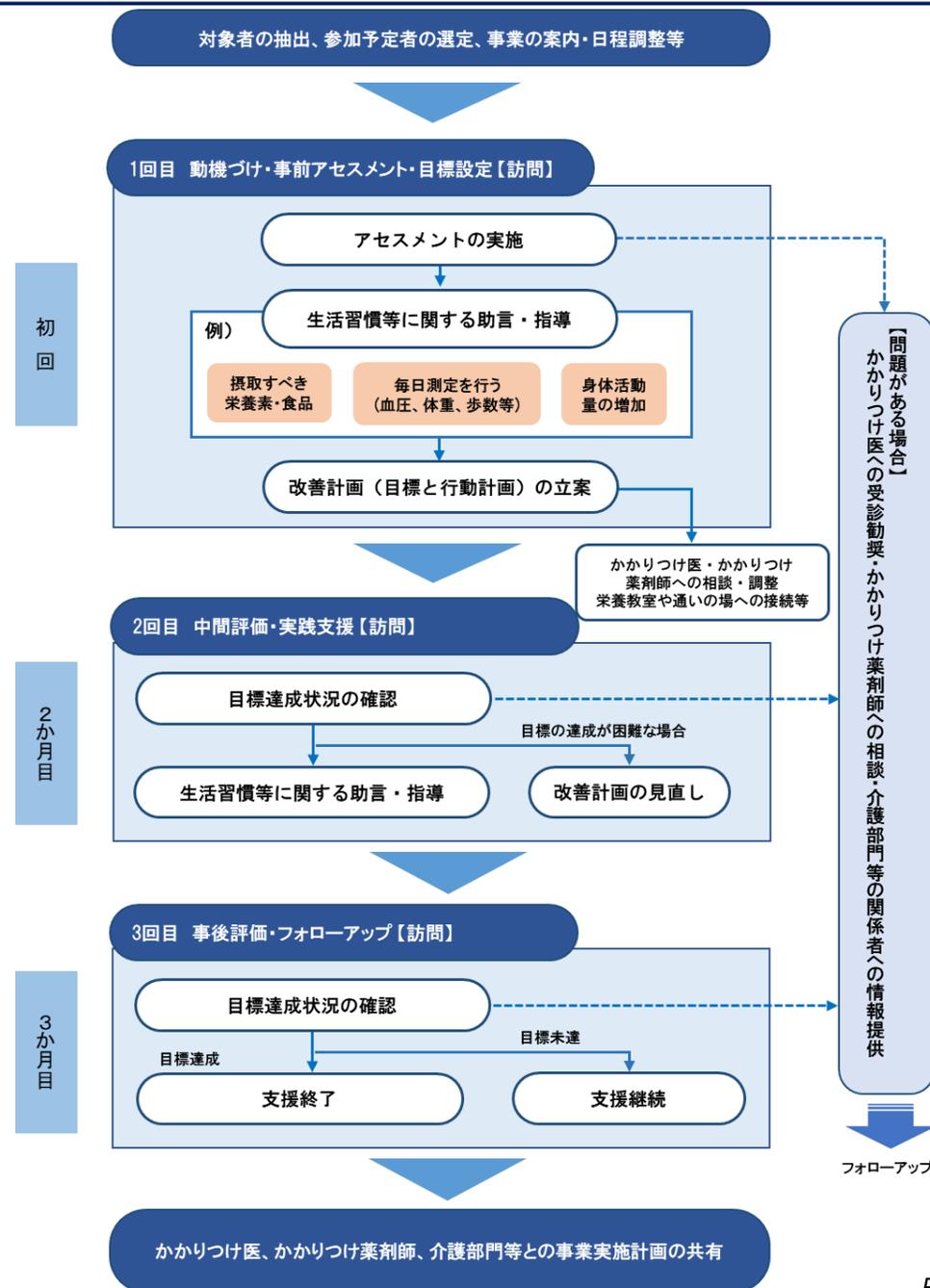
具体的な助言に加えて、課題解決に向けた改善計画（目標と行動計画）を対象者とともに立案する。

（3）フォローアップ

中間評価では、設定した目標の実施状況を確認する。目標の達成が困難と想定される場合や、継続的な実施が難しいと考えられる場合には、改善計画の見直しを行う。事後評価では、引き続き支援が必要と判断される場合には、同事業で支援を継続するか、ほかのサービスへ接続する。毎年の健診データを利用し経年的にフォローアップ、モニタリングすることが必要である。

（4）事業の評価

身体的フレイルの改善に向けた取組についての事業評価は、ハイリスクアプローチについて、評価例を参考に評価を行う。



健康課題別の取組の例：重症化予防に関するプログラム例

【概要】

事業目標：
 A 血糖・血圧コントロール不良かつ薬剤処方がないものを医療機関受診につなげる
 B 糖尿病、高血圧等で薬剤を中止している者に対して健康相談を行い、健診受診につなげる
 C 糖尿病等の基礎疾患があり、フレイル状態にある者を抽出、通いの場等の介護予防事業につなげる
 D 腎機能低下かつ医療機関への受診がない者に受診勧奨を行い、透析を予防する
 対象者：血糖・血圧コントロール不良者、糖尿病等治療中断者、基礎疾患+フレイル状態にある者等

【実施体制】

重症化予防については、食生活の影響も大きいいため、地域の保健師・管理栄養士が主体となって指導を実施することが想定される。実施に当たっては、支援対象者の病期や状況に応じた適切な対応が求められることから、指導内容や保健指導上の留意点についてかかりつけ医や専門医等の助言・指導が得られるよう、医師会やかかりつけ医等との連携体制を確保することが重要である。

【支援の実施】

(1) 健康状態・ニーズの把握

初回訪問時は、重症化予防のために必要な生活習慣等に関する課題を明らかにするため、その具体的な状況・背景を確認する。

(例) 項目：空腹時血糖・HbA1c・血圧・eGFR・クレアチニン・健康状態 等
 データソース：健診結果・後期高齢者の質問票・聞き取り 等

(2) ニーズに応じた必要なサービスへの接続

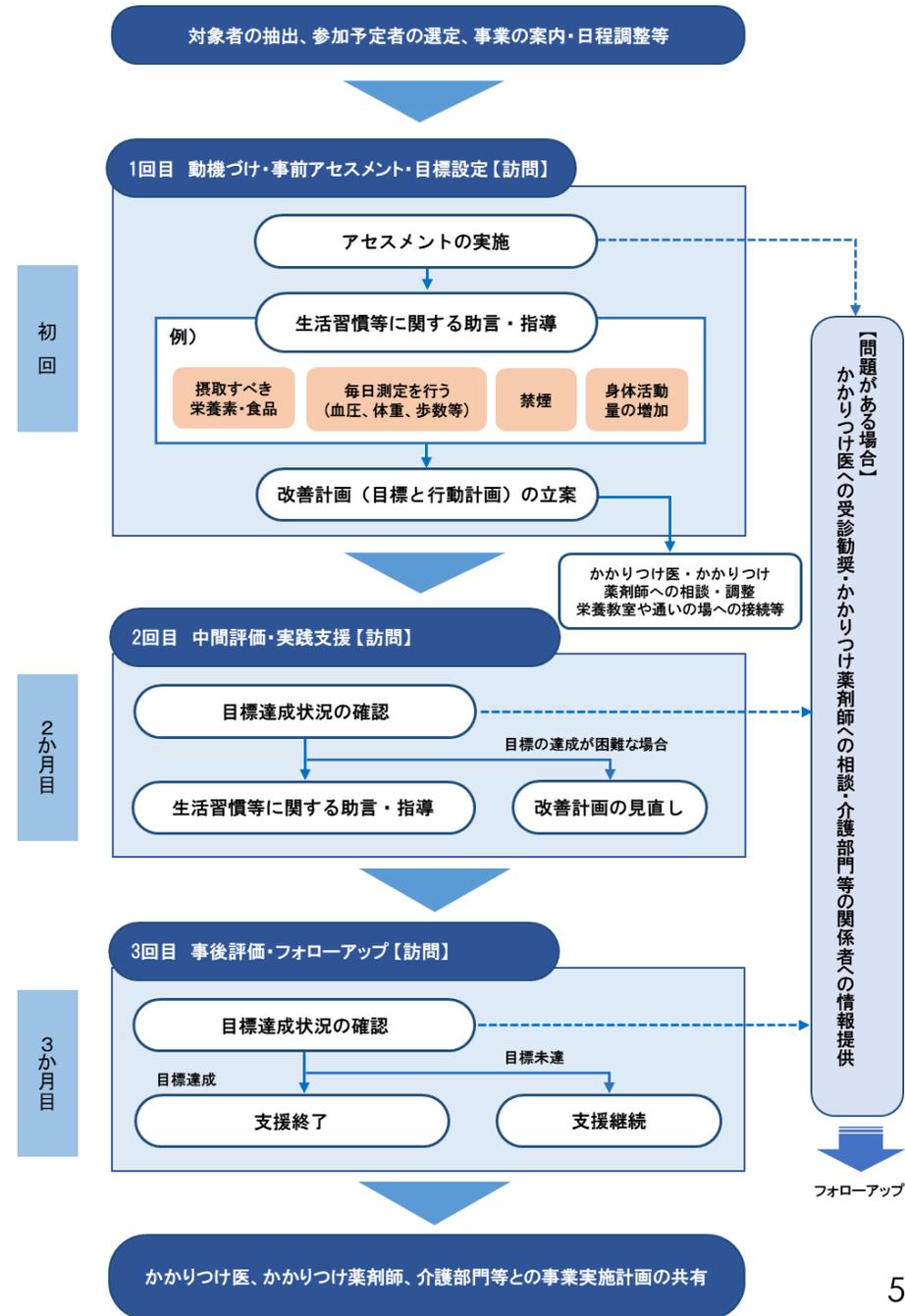
アセスメントの結果、明らかになった課題に応じて、具体的な助言を行う。

(3) フォローアップ

中間評価では、設定した目標の達成状況や受診状況等を確認する。目標の達成が困難と想定される場合や、継続的な実施が難しいと考えられる場合には、改善計画の見直し(目標の再設定、行動計画の見直し)を行う。事後評価では、設定した目標が達成されているかどうかを確認する。目標が達成されている場合は支援終了とし、引き続き支援が必要と判断される場合には、同事業で引き続き支援を継続するか、他のサービスへ接続する。治療中の者については、かかりつけ医等への指導結果等の報告など、フィードバックを行う。

(4) 事業の評価

重症化の予防に向けた取組についての事業評価は、ハイリスクアプローチについて、評価例を参考に評価を行う。



健康課題別の取組の例：健康状態不明者に関するプログラム例

【概要】

事業目標：健康状態不明者に対してアウトリーチ支援等を行い、健康相談、適切なサービスへの接続等により、健康の保持増進を目指す。

対象者：健康状態不明者

抽出基準：抽出年度及び抽出前年度の2年度において、健診情報、レセプトデータなし、要介護認定なし

【実施体制】

対象者の健康状態の把握が最も優先され、健康課題の有無を判断するための情報収集及びアセスメントが必要となる。そのため該当者に対して、医療専門職等が状況確認を確認するが、適宜、地域包括支援センターや民生委員等とも連携して行うことで効率的な事業が実施可能となる。

【支援の実施】

(1) 健康状態・ニーズの把握

健診情報やレセプトデータ、庁内担当部局等が所持する情報により把握できる情報を活用して状況の把握に努める。また訪問前に後期高齢者の質問票等を郵送し、回答状況から健康状態等を確認、アセスメントを行う。

(例) 項目：健康状態、心の健康状態、体重変化等
データソース：後期高齢者の質問票

(2) ニーズに応じた必要なサービスへの接続

アセスメントの結果、明らかになった課題に応じて、具体的な支援・助言を行う。

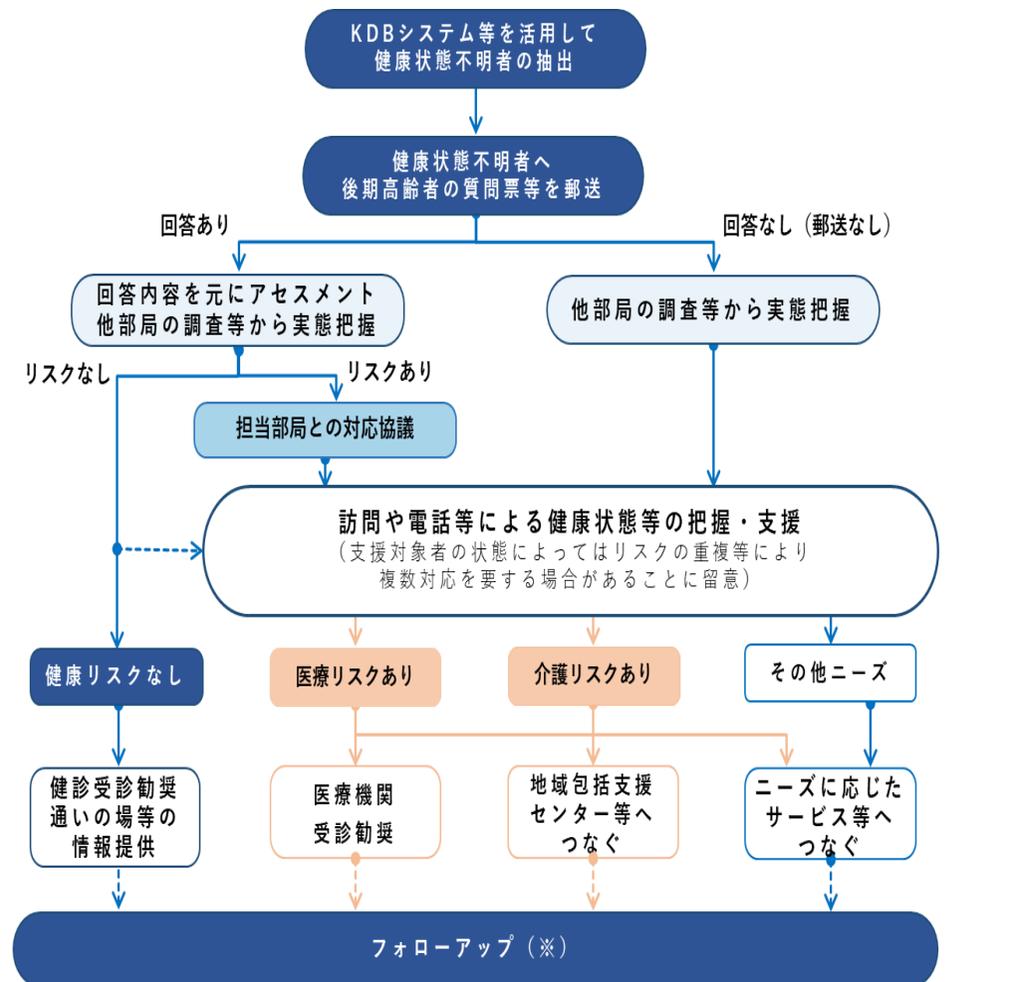
(例) すぐに受診が必要な場合
⇒ 重篤な疾患が潜んでいる可能性もあるため、できるだけ早い医療機関の受診の必要性を説明。

(3) フォローアップ

支援の結果、健診や医療機関への受診、介護サービスやその他必要なサービスに繋がっているかを確認。必要なサービスにつながっていない場合は、改めて訪問や電話等でフォローをしていく。

(4) 事業の評価

健康状態不明者に対する取組についての事業評価は、ハイリスクアプローチについて、評価例を参考に評価を行う。



※ KDBシステム等を活用し健診・医療の受診状況や接続したサービスの担当部局への確認し、必要なサービスにつながっているかを確認する。必要なサービスにつながっていない場合にはフォローを実施する。また、訪問や電話等による支援時に継続してフォローの必要性がある支援対象者には、次回の訪問や電話等の約束をすること等が考えられる。

評価項目	評価法など
1) 老年症候群	加齢に伴い増加する症状・徴候の重なった状態（慢性疼痛、不眠、頻尿、便秘など）
2) ポリファーマシー・薬物有害事象	多剤服用（6種類以上など）、重複投与、腎機能、服薬アドヒアランスなどから総合的に評価。特に慎重な投与を要する薬物のリスト参照
3) うつ	GDS15：5点以上はうつ傾向、10点以上はうつ状態
4) 栄養状態の評価	BMI、Alb、T-chol などから総合的に評価。疑い例では、MNA-SF（Mini Nutritional Assessment-Short Form）、GLIM 基準などで評価。
5) 認知機能の評価	改訂長谷川式簡易知能評価スケール（20点以下で認知症疑い） MMSE（23点以下で認知症疑い）など
6) 反復唾液嚥下テスト	30秒の間に唾液を飲み込める回数が2回以下の場合、摂食嚥下障害の可能性が高い
7) 指輪かかテスト	両手の親指と人差し指で輪かかをつくり、下腿の最も太い部分を囲んだ時に隙間ができる場合はサルコペニアの可能性高い
8) ロコモ度テスト	立ち上がりテスト、2ステップテスト、ロコモ 25 (https://locomo-joa.jp/check/)
9) 骨粗鬆症の評価	1-a. 大腿骨近位部の脆弱性骨折の有無：問診・臨床症状から判定 1-b. 椎体の脆弱性骨折の有無：問診ならびに身長低下（25歳時身長より3-4cm以上の低下があるかどうか）の有無、脊柱変形（円背など）の有無から判定。 → 脆弱性骨折「有り」なら骨粗鬆症と診断。いずれも認めない場合は2を評価する。 2. FRAX 評価 → 10年間の主要骨折確率 15%以上であれば骨粗鬆症精査（骨Xp、骨密度測定等）を進める。 3. 1と2で骨粗鬆症の診断となった場合、低骨量をきたす骨粗鬆症以外の疾患や続発性骨粗鬆症の原因疾患（薬剤性、副甲状腺機能亢進症など）の有無を確認し、治療方針を決定する。
10) 社会的フレイルに関する質問票	①自分の経済状況に不満、②独居、③地域や近隣の活動への不参加、④隣人との関係があいさつ程度又は付き合いなし、の4項目で2点以上を社会的フレイルと判断（またはフレイル診療ガイドにある質問票を参照）

鑑別を要する病態	原因疾患など
a) 食欲低下、低栄養の鑑別診断	社会的要因：孤食、独居、不適切な食習慣、貧困など 医学的原因：口腔機能低下症、味覚・嗅覚障害、消化管障害、抑うつ・認知機能低下、疼痛、疾病（炎症性疾患・がんなど）、薬物有害事象、不適切な食事指導
b) 嚥下機能障害の鑑別診断	口腔・咽頭の器質的疾患、神経・筋疾患（脳梗塞やパーキンソン病など）、認知症、円背、加齢に伴う嚥下機能低下など
c) 歩行障害の鑑別診断	軽度の意識障害（薬剤、脳血管障害など）、ロコモティブシンドロームおよびその関連疾患（筋痛や関節痛（脊柱管狭窄症、変形性脊椎症、変形性関節症など）、運動麻痺、サルコペニア、パーキンソン関連疾患、平衡障害、視覚障害
d) 転倒の外的要因	床やじゅうたん、障害物、照明、踏み段など
e) 転倒の内的要因	中枢神経系：脳血管障害、認知症、パーキンソン病など 感覚・末梢神経系：聴覚・平衡機能障害、視力障害、糖尿病による末梢神経障害など 循環系：起立性低血圧、不整脈など 筋骨格系の疾患：ロコモティブシンドローム、筋萎縮、関節リウマチなど 薬剤副作用：睡眠薬、向精神薬、抗ヒスタミン薬、薬剤性パーキンソニズムなど

参考資料

- 健康長寿診療ハンドブック (<https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/tool/index.html>)
- 「高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）」(<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000208848.html>)
- 高齢者薬物療法ガイドライン 2015 (<https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/tool/index.html>)
- フレイル診療ガイド 2018年版 (http://jssf.umin.jp/clinical_guide.html)
- サルコペニア診療ガイドライン 2017年版(改訂版) (<https://minds.jcqhc.or.jp/n/med/4/med0337/G0001021>)
- ロコモティブシンドローム（解説）(<https://locomo-joa.jp/about/>)

かかりつけ医のための

後期高齢者の質問票 対応マニュアル



フレイルなど高齢者の特性を踏まえた健康状態を問診により総合的に把握することが後期高齢者の質問票の目的である。フレイルは、高齢者で生理的予備能が低下した要介護状態の前段階で、適切な介入により改善が期待できる。また、身体的、精神的、社会的など多面的要素からなり、各要素で評価・指導方法も異なる。本マニュアルは、かかりつけ医が質問票の回答にどう対応するかを示す目的で作成されており、高齢者の健康寿命延伸に向けて日常診療に活用していただければ幸いである。

一般社団法人 日本老年医学会理事長 秋下雅弘



専門職との連携

個別の質問項目に限らず、総合的なフレイルの状況を把握し、必要に応じて専門医、専門職種、専門施設、市町村の担当部署（医療専門職等）と連携する。

フレイルなどの状態	必要に応じた連携の例
身体的フレイル	特定の臓器別疾患：該当する診療科 複雑な多病と関連した病態：専門性を持った医師がいる施設（老年内科、内科、総合診療科など） ロコモティブシンドローム：整形外科 ポリファーマシー：薬剤師
精神的フレイル	精神科、老年内科、神経内科、認知症サポート医、公認心理師など
社会的フレイル	居住地域の地域包括支援センター（院内のソーシャルワーカーや診療所のスタッフが地域包括支援センターへ連絡し、該当する高齢者と面談してもらうことが望ましい）、福祉課など
オーラルフレイル	歯科、管理栄養士、言語聴覚士などによる嚥下リハ対応施設など
喫煙	禁煙外来、呼吸器内科など



質問文	回答 <small>※回答に対して対応を考慮</small>	フレイル	質問の意図	かかりつけ医での初期対応	初期対応時の主な評価内容	想定される病態	問題がある場合の対応の概要
1 あなたの現在の健康状態はいかがですか？	① よい ② まあよい ③ ふつう ④ あまりよくない ⑤ よくない	身体 精神 社会	全般的な健康状態の評価	身体疾患の関与を見直す 薬剤有害事象の有無を評価する	身体疾患・老年症候群 ¹⁾ の診断 服薬アドヒアランスの確認 ポリファーマシー・薬剤有害事象 ²⁾ うつ ³⁾ ・意欲の評価 生活支援者や介護者の評価、社会資源評価	臓器別疾患 老年症候群 薬剤有害事象 うつ	・保有疾患の管理不十分、既往疾患の再燃、新規疾患の発生に対しての検査、治療の追加・強化を検討する。 ・該当する症候の原因となる服用薬を確認する。 ・薬剤有害事象の可能性を検討し、ポリファーマシー関連の問題について対応する。
2 毎日の生活に満足していますか？	① 満足 ② やや満足 ③ やや不満 ④ 不満	身体 精神 社会	うつ状態や QOL 低下を反映した生活満足度の評価	QOL が低いと感じるポイント を聞く うつ・アパシーの有無を判断する 経済・社会状況要因を見直す	精神・心理状態に影響する老年症候群 ¹⁾ QOL の評価 うつ ³⁾ ・意欲の評価 家族・生活環境、介護サービス利用を含む 経済・社会状況の評価	慢性疼痛、不眠、頻尿、 活動量低下など うつ、アパシー 孤独	・原因疾患や老年症候群があれば、それに対する治療 やケアを優先する。 ・うつ病であれば治療が必要であり、 専門医への紹介 も検討する。 ・家族・生活環境に応じて、地域包括支援センターや市町村 の保健事業担当等と連携し、地域資源の活用を検討する。
3 1日3食きちんと食べていますか？	① はい ② いいえ	身体 精神 社会	食不振ならびに栄養の評価	食べていない理由を聞いて評価 すべき項目を判断する	栄養状態の評価 ⁴⁾ 口腔機能、味覚・嗅覚評価 食欲低下の原因の鑑別診断 ⁵⁾ うつ ³⁾ ・意欲・認知症 ⁶⁾ の診断 家族・住環境、経済状況、介護必要度の判定	臓器別疾患 老年症候群 薬剤有害事象 うつ、認知症	・食不振・低栄養の原因に応じた対応。 ・ 歯科との連携 。 ・市町村の管理栄養士等につなぎ、栄養相談・食事 指導を行う。
4 半年前に比べて硬いものが 食べにくくなりましたか？	① はい ② いいえ	オーラル	口腔内の器質的問題なら びに口腔機能低下の有無	口腔機能評価	口腔内診察（齦歯、歯周病、義歯の状態） 握力	齦歯・歯周病、口腔機能 低下症、サルコペニア	・咀嚼や摂食障害の存在により、栄養障害を引き起 こしている可能性があり、口腔内の評価のみならず、 栄養状態の評価を実施する。 歯科との連携 。
5 お茶や汁物などでむせる ことがありますか？	① はい ② いいえ	オーラル	嚥下機能の評価	肺炎、脳血管障害の既往の確認 嚥下に関わる総合的機能評価	嚥下機能評価（反復唾液嚥下テスト ⁶⁾ ） 嚥下機能障害の鑑別診断 ⁶⁾	誤嚥、嚥下機能障害、 サルコペニア	・嚥下リハビリや誤嚥予防などの介入を考慮する。 ・低栄養があれば栄養介入を考慮する。
6 6カ月間で2～3kg以上の 体重減少がありましたか？	① はい ② いいえ	身体	身体的フレイル・低栄養 の評価	意図的な減量・治療中の病気による もの・原因不明に分類する	栄養状態の評価 ⁴⁾ 、低栄養の鑑別診断 ⁴⁾ 意図しない体重減少の鑑別診断	低栄養 悪性疾患、炎症性疾患など の身体疾患 フレイル、サルコペニア	・原因となる疾患がある場合、適宜対応する。 ・原因となる疾患がない場合、栄養状態、運動（活動 性）、精神・心理、社会的背景（生活環境の変化） を評価し、介入を考慮する。
7 以前に比べて歩く速度が 遅くなってきたと思いませんか？	① はい ② いいえ	身体	サルコペニア、ロコモティブ シンドロームなどの運動機 能低下や転倒リスクの評価	歩行状態を確認する 脊柱管狭窄症、変形性脊椎症、変形性 関節症など整形外科疾患の鑑別	歩行状態の評価と歩行障害の鑑別診断 ⁴⁾ 心肺機能の評価 握力測定、ロコモ度テスト ⁷⁾ 、指輪っかテスト ⁷⁾	ロコモティブシンドローム 心不全、COPD サルコペニア 感覚器疾患 神経疾患 脆弱性骨折、骨粗鬆症 薬剤有害事象 慢性硬膜下血腫	・原因となる疾患がある場合、適宜対応する。 ・ロコモ・サルコペニア・フレイルに対する運動・ 栄養介入を考慮する。 ・転倒関連疾患に介入する。 ・ロコトレなどの運動介入や内的要因・外的要因の 軽減、除去を考慮する。 ・フレイル予防や健康長寿に向けて運動習慣の大切 さを伝える。 ・介護予防教室等の紹介、地域包括支援センターとの 連携、慢性疾患管理としての運動療法を考慮する。
8 この1年間に転んだ ことがありますか？	① はい ② いいえ	身体	転倒リスク（内的要因・ 外的要因）や転倒関連疾 患の評価	転倒時の状況、頭部外傷の有無、 骨折の既往の聴取、骨粗鬆症の評価 ⁸⁾	転倒の外的要因 ⁴⁾ ・内的要因の診断 ⁴⁾ ロコモ度テスト ⁷⁾ 骨粗鬆症関連検査	脆弱性骨折、骨粗鬆症 薬剤有害事象 慢性硬膜下血腫	・転倒関連疾患に介入する。 ・ロコトレなどの運動介入や内的要因・外的要因の 軽減、除去を考慮する。 ・フレイル予防や健康長寿に向けて運動習慣の大切 さを伝える。 ・介護予防教室等の紹介、地域包括支援センターとの 連携、慢性疾患管理としての運動療法を考慮する。
9 ウォーキング等の運動を 週に1回以上していますか？	① はい ② いいえ	身体	運動習慣の評価	社会資源活用（運動教室、スポーツ センターなど）の必要性を判断する	家族・住環境、経済状況の把握と運動 を阻害する身体疾患の鑑別、慢性疾患の 評価	慢性疾患 薬剤有害事象 慢性硬膜下血腫	・転倒関連疾患に介入する。 ・ロコトレなどの運動介入や内的要因・外的要因の 軽減、除去を考慮する。 ・フレイル予防や健康長寿に向けて運動習慣の大切 さを伝える。 ・介護予防教室等の紹介、地域包括支援センターとの 連携、慢性疾患管理としての運動療法を考慮する。
10 周りの人から「いつも同じ ことを聞く」などの物忘れ があると言われていますか？	① はい ② いいえ	精神	記憶力低下の評価	認知機能検査の必要性を判断する	認知機能評価 ⁹⁾ 認知機能障害の鑑別診断または専門医への 紹介	認知機能障害	・認知症の診断を行う以外に地域包括支援センター の紹介や、地域で提供しているサービスの利用を検討 する。 ・その際、各地域で作成されている認知症ケアマン ュアルを参考にする。 ・ 認知症サポート医との連携 。
11 今日が何月何日かわから ない時がありますか？	① はい ② いいえ	精神	見当識低下の評価				
12 あなたはたばこを 吸いますか？	① 吸っている ② 吸っていない ③ やめた	-		呼吸器症状の問診、喫煙歴の聴取	呼吸機能評価、必要に応じて胸部 Xp	COPD など	・過去の喫煙歴がある者に対しても、呼吸器症状 の問診、喫煙歴の聴取、胸部レントゲンの評価を 行うことを考慮。
13 週に1回以上は 外出していますか？	① はい ② いいえ	社会	閉じこもりリスクの評価	外出頻度と閉じこもりのリスクを 判断する	外出を妨げる原因の評価（2 抑うつ、 6 体重減少、7-9 運動器、10-11 認知、 その他の身体疾患、家族・住環境）	身体疾患（心不全や神経・ 運動器疾患など） うつ・アパシー・認知症 閉じこもり、社会的孤立	・各原因に対する対応策を検討する。 ・ 介護予防事業 の活用。
14 ふだんから家族や友人と 付き合いがありますか？	① はい ② いいえ	社会	社会的フレイルの評価	社会資源活用の必要性を判断する	家族・住環境、介護状況 必要に応じて質問票を用いた評価 ¹⁰⁾	身体疾患（心不全や神経・ 運動器疾患など） うつ・アパシー・認知症 閉じこもり、社会的孤立	・ 地域包括支援センター や 福祉課 と連携して対応する。 また、地域の交通事情にも配慮し、地域資源の活用 を検討する。 ・13～15で2項目以上「いいえ」で、質問1、2で 良好ではない場合、地域包括支援センターや市町村 の保健事業担当などの相談窓口を紹介する。
15 体調が悪い時に、身近に 相談できる人がいますか？	① はい ② いいえ	社会					

実施状況調査から見た課題とガイドライン（第3版）での対応

市町村の課題

- 企画・調整を担当する医療専門職の確保が困難
- 地域を担当する医療専門職の確保が困難

- 目標・評価指標の設定、事業評価・効果検証が難しい

- 関係部署間での合意形成・庁内連携が図れない
- 国保保健事業と連携した取組が十分できていない
- 庁外の関係機関と連携した取組が十分できていない

- KDBの機能を十分理解して活用することが難しい

広域連合の課題

- 支援するマンパワーの不足（特に医療専門職）
- 実施市町村数の増加に伴い、計画書・実績報告書の確認作業の負担が大きい
- 実施市町村の事業評価・支援をどのようにしたらよいか分からない
- データヘルス計画の標準化の推進、進捗管理の方法が分からない
- 他広域連合の取組状況についての情報不足

ガイドライン（第3版）での対応

- 都道府県等が実施する研修の事例を事例編に掲載
- 経験によらず、関係する医療専門職が対応可能となるよう、データヘルス計画との関係性や広域連合と各市町村の役割、各個別事業の実践方法等について具体的に記載

- データヘルス計画における共通評価指標を提示し、評価指標を例示
- 事業評価からその改善につなげる方法についての記載を充実

- 関係機関・関係団体等を含む関係者の役割についての記載を拡充

- KDBシステムの一体的実施・KDB活用支援ツールの活用を念頭に入れた保健事業の実施手順を記載

- 事業評価からその改善につなげる方法についての記載を充実、事例編でも広域連合の年間スケジュールの事例を紹介
- データヘルス計画策定の手引きにおける、計画様式・評価指標の標準化に関する記載を充実

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施 事例

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に係る事例①

【一体的実施に向けた体制整備】

- 高齢者の心身の特性を踏まえ、一人ひとりの状況に応じたきめ細かな対応の充実を図るためには、庁内関係部局との取組体制の整理・役割分担及び庁外関係機関との連携体制の構築等の体制整備が重要となる。

三重県 桑名市

■ 庁内の取組体制

- 関係各課の役割を整理するとともに、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施にかかる調整会議」と「実務担当者会」を立ち上げ一体的実施を推進している。



■ 「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施にかかる調整会議」と「実務担当者会」の構成と役割

「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施にかかる調整会議」

構成：各課（室）の課長級 広域連合（アドバイザー）
 役割：目的の共有、方向性の決定、事業の進捗状況の把握 等

「実務担当者会」

構成：各課（室）の実務担当者 在宅医療・介護連携支援センター（アドバイザー）
 役割：各種データの共有、支援方法の検討・実施 等

■ 関係機関との連携

- 地域ケア会議の1つである圏域会議（庁内の各課、生活支援コーディネーター、地域包括支援センター等の担当者により構成）で一体的実施の取組の情報共有や必要時は事例検討を実施し、日頃から顔の見える関係を構築。
- 関係機関とより効率的・効果的に情報共有できるよう電子連絡帳を活用。医療や介護等が必要と考えられる高齢者の状況を共有し、必要に応じて同行訪問等も含めて検討している。
- 医師会・歯科医師会から一体的実施に対する助言・協力を得て実施している。

大阪府 吹田市

■ 地域分析の結果を活用した理解の促進と健康課題に応じた役割の明確化

- 大学と連携しながらKDB等を活用し地域分析を実施。公表データは、市長・副市長へ説明し、市の健康課題等を理解してもらうとともに、庁内事務職の理解を得るため、職場内研修や予算確保のための資料として活用。また、地域包括支援センターとの共有、医師会、歯科医師会との連絡調整に活用。
- 地域分析の結果から健康課題を明確化するとともに、ハイリスクアプローチ、ポピュレーションアプローチ、介護予防事業、保健事業で何を行うかを整理した。事業の整理については、市の実情に合わせた効果的・効率的な組織運営・連携体制及び事業運営を目指すことを目的として設置した「保健事業と介護予防の一体的実施等庁内連絡調整会議」を活用。

- ・ 「健康課題」「各健康課題に対する取組目標」「各事業での取組内容」を表で見える化し整理
- ・ 定期的に会議を開催しPDCAに沿った進捗等を管理

吹田市における下流域以上の健康課題とその対応

NO	健康課題	対応	健康課題			
			健康課題	健康課題	健康課題	健康課題
1	認知症	認知症対策推進計画に基づき、認知症サポーター養成講座を開催し、認知症サポーターを養成する。また、認知症カフェを開催し、認知症の予防や認知症の理解を促進する。				
2	生活習慣病	生活習慣病予防対策に基づき、生活習慣病予防講座を開催し、生活習慣病の予防や生活習慣病の理解を促進する。また、生活習慣病予防センターを設置し、生活習慣病の予防や生活習慣病の理解を促進する。				
3	がん	がん対策推進計画に基づき、がん検診の受診率向上を図る。また、がん予防センターを設置し、がんの予防やがんの理解を促進する。				
4	高齢者の健康増進	高齢者の健康増進対策に基づき、高齢者の健康増進講座を開催し、高齢者の健康増進の促進を図る。また、高齢者の健康増進センターを設置し、高齢者の健康増進の促進を図る。				
5	介護予防	介護予防対策に基づき、介護予防講座を開催し、介護予防の促進を図る。また、介護予防センターを設置し、介護予防の促進を図る。				
6	地域包括支援センター	地域包括支援センターを設置し、地域包括支援センターの機能の充実を図る。また、地域包括支援センターの連携を促進する。				
7	医師会・歯科医師会	医師会・歯科医師会と連携し、健康課題の対応を図る。また、医師会・歯科医師会の連携を促進する。				
8	地域包括支援センター	地域包括支援センターを設置し、地域包括支援センターの機能の充実を図る。また、地域包括支援センターの連携を促進する。				

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に係る事例②

【高齢者に対する個別的支援・通いの場等への積極的な関与等】

- 一体的実施では高齢者に対する個別的支援（ハイリスクアプローチ）と通いの場等への積極的な関与等（ポピュレーションアプローチ）の双方に取り組み、高齢者一人ひとりの状況に応じたきめ細かな対応を行うことが重要である。

千葉県 柏市

■ 「柏フレイル予防プロジェクト2025」

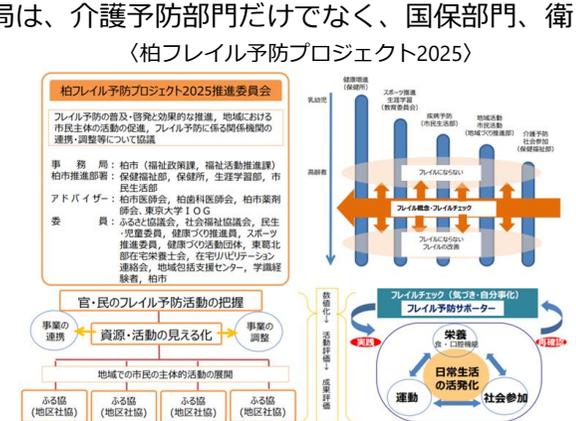
- 平成27年度末にフレイル予防を主テーマとして市内外の関係者が参画する推進委員会を立ち上げ。事務局は、介護予防部門だけでなく、国保部門、衛生部門等、各部門が連携して推進している。

■ フレイルチェック事業

- フレイルチェックでは、高齢者がフレイルを「自分事化(じぶんごとか)」し「気づき」を促進するために、①指輪っかテスト+イレブンチェック、②総合チェックを行っている。①では、ふくらはぎ周囲長のセルフチェックと栄養・運動・社会性に関するチェック項目に回答する。②では、口腔・運動・社会性など総合的観点から評価を行っている。

■ 低栄養・口腔機能低下・運動機能低下予防の取り組み

- 通いの場などで実施しているフレイルチェック講座及び地域包括支援センターにおける総合相談等で把握したフレイルのハイリスク者に対し、地域包括支援センターと医療専門職が連携して訪問等による個別の相談支援を実施、必要に応じて受診勧奨を行っている。
- 対象者の把握については、フレイルチェック項目や後期高齢者の質問票等を活用している。



神奈川県 大和市

■ 低栄養予防の取組

- 地域で自立した生活を送る高齢者の中から「低栄養リスク者」をスクリーニングし、管理栄養士による訪問型の栄養相談（全数訪問）を行うことで要介護状態への移行阻止・QOL向上を目指す。
- 「低栄養」のスクリーニングには3つのリソース（基本チェックリスト、介護予防アンケート、特定健診・長寿健診）を活用。
- 管理栄養士による訪問型の栄養相談により重症化を回避、基本チェックリストによる低栄養リスク者の社会保障費（介護給付費）削減効果を試算。

■ 糖尿病性腎症重症化予防 地域の医療機関との連携

- 糖尿病性腎症の重症化予防事業のために地域の医療機関との間で「健康相談連絡票」のやり取りを実施。連携が深まり、当該連絡票に体重減少などフレイルに関する課題を記入、連絡してくれる医師が出てきている。
- 従来、市では把握できない者の把握につながっており、医師会・医療機関との更なる連携体制の強化、フレイルが疑われる高齢者の連絡体制を整えられればと考えている。

健康相談連絡票

記入日 年 月 日

健康相談連絡票

氏名前 医師名

〒 医療機関名

① 主 診 医 師 名

糖尿病 (糖化HbA1c / 血糖値 / 尿酸値 / 高血圧 / 高脂血症)

HbA1c: % (検査日: 年 月 日)

メタボリックシンドローム (特定保健指導)

フレイル (体重減少 / 体力低下 / 歩行速度)

その他 ()

② 相 談 内 容

栄養指導 (目標: kcal / タンパク質 g / 塩分 g)

運動指導 (内容:)

その他指導 (アセスメント / 生活介入 / 経過)

この連絡票を記入した方は、医師の目標調整を行います。
 大和市役所 健康課 3F 健康課 (046-260-5804) までご連絡ください。

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に係る事例③

【健康状態が不明な高齢者等への支援】

- KDBシステム等の活用や医療機関などの関係機関と連携し、健診・医療や介護サービス等を利用しておらず健康状態が不明な高齢者等の健康状態等を把握し、健康状態に応じた相談・指導等の実施や必要なサービスに接続することは、高齢者保健事業の重要な取組の一つである。

千葉県 松戸市

■ 取組の経緯

- 基幹型地域包括支援センターとして困難事例に対応する中で、**埋もれているハイリスク者について家族や近隣住民からの相談を待つだけでなく、データから把握し、アウトリーチすることにより、早期発見・早期対応に結びつけようと考えた。健診受診勧奨を行い、必要に応じて保健指導と地域包括支援センターや社会参加等への接続を行うこととした。**

■ 取組内容

【対象者】77歳以上の者のうち、過去2年度にわたり健診未受診かつ医療未受診かつ介護未利用者

【実施方法】保健師、管理栄養士、歯科衛生士、看護師等による訪問・電話

【アセスメント項目】後期高齢者の質問票、血圧、体重測定、ADL、認知機能、外出頻度、生活状況、本人のサポート体制、受診しない理由等

【支援内容】アセスメントに基づいた保健・栄養・歯科指導、受診勧奨、必要に応じて同行受診。

地域包括と連携し介護保険サービスの導入のほか、家族員の支援や地域の見守り体制への接続などを行う。

質問票を郵送、返信の有無に関わらず訪問・電話を行い健康状態を把握

■ 取組によって得られた気づき

- 健康状態不明者への支援は、**自ら声をあげない人とつながり、医療や介護サービスについて本人または家族が「考える」きっかけとなる。**
- 対象者の中には既に重篤な状態の方もいる。**市の訪問により、高齢者虐待の予防や孤独死の防止等、様々な予防活動につながっている。**

秋田県 仙北市

■ 取組の経緯

- KDBシステムを活用し、地区毎の健康課題の明確化を行ったところ、特異的に生活習慣病に係る「入院医療費」が高い地域があった。当該地区を「重点地域」とし、**地域の診療所と基幹薬局と連携して対策を行うこととなった。**

■ 取組内容

【対象者】前年度健診未受診かつ医療未受診かつ介護未利用者

【実施方法】地域の診療所・調剤薬局と情報連携しながら、市保健師により対象者全員に訪問指導を実施

【アセスメント項目】アセスメントシートを使い、心身機能（フレイル）の状況、医療受診状況等を確認

【支援内容】・医療機関・健診受診勧奨（必要に応じて家族等キーパーソンへ助言）。

- ・課題のある場合：必要なサービスにつなぐ情報提供書・連絡票を作成、または電話にて関係機関に連絡。
- ・対象者の個別ファイル（個人情報、家族情報、アセスメントシート等）を作成し、継続支援できる体制を確保。

■ 取組によって得られた気づき

- 健康状態不明者の状態把握に取り組むことで、**今までの事業では把握し得なかった「自らSOSを出さない（出せない）市民」との出会いにつながった。**

- 対象者の状況によっては、経済的困窮や医療機関等受診に関するこだわり等があり、保健師と対象者「1対1」での対話だけで解決できることが限られる場合も多い。家族などのキーパーソンと連携して相談を行うことが有効であった。

注：郵の月、月日にかかった医療機関を記入してください。

氏名	期別	年	月	日	生	歳
電話番号	-					
* 該当するものに○を付けてください						
① 買い物や通院など外出する上での交通手段はありますか？						
○ 徒歩から車まで送ってもらう						
○ タクシーを利用している						
○ バスや電車を利用している						
○ その他						
② 自宅で血圧を測っていますか？						
○ はい						
○ いいえ						
○ 時々						
○ 毎日(血圧値) (G/L)						
③ お薬は誰が作りですか？						
○ 自分						
○ 家族(誰)						
○ ヘルパー						
○ その他						
④ 食品や日常生活消耗品は誰が買いますか？						
○ 自分						
○ 家族(誰)						
○ ヘルパー						
○ その他						
⑤ 食事の経費について						
○ よくかめる						
○ 食べ過ぎてよくかめない						
○ その他						
⑥ 薬について						
○ 大人数						
○ 大人数 無						
○ 大人数 有						
○ 入れ薬がある場合						
○ 入れ薬の都度						
○ 上の薬を、下の薬を						
○ 下の薬を(入れ薬を、都度入れ薬)						
○ 入れ薬の手入れ方法						
○ 入れ薬の手入れ方法						
⑦ お薬をどうするか？						
○ いいえ						
○ 時々						
○ 毎日						
○ 命						
⑧ 種類について						
○ よく聞かれる						
○ 聞きなれていない						
○ 聞けない						
⑨ サンプル(特定の医薬品や健康補助食品)の活用はありますか？						
○ いいえ						
○ 時々						
○ 毎日						
○ 命						

※ 欄にも質問があります。

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に係る事例④

【小規模町村事例】

- 小規模町村では、町村内の医師や地域包括支援センター等の関係団体と従来から顔の見える関係が構築されていたが、一体的実施の開始を機に一層の情報共有や連携強化を図り、高齢者の介護予防・保健事業の充実・推進につなげた事例も報告されている。

北海道 士幌町

薬剤師会、医師会と連携した服薬指導の取組

■ 一体的実施開始の経緯

- 町の課題として、後期高齢者の健診受診率が3.6%と国保の健診受診率と比較して低く、また、町の施設中心型の介護提供体制から介護保険料が北海道内上位となっており、町においても高齢化の進行が予想されることから、後期高齢者の健診受診率の向上や、介護予防事業の充実の必要性を感じていた。
- こうした状況の中で、複合的な健康課題を抱えた高齢者のフォロー体制の構築において、関与していく医療専門職の職種により対象者へのアプローチが異なることが課題としてあり、各担当の連携の必要性を感じていたことをきっかけに、一体的実施を開始した。

■ 服薬指導の取組

- 町内の医療機関・調剤薬局と連携を取り、対象者が医療機関受診時に、自宅の残薬状況を医師に報告できる体制を構築。頓服薬等の残薬状況がわかることで、処方薬剤数の減少、医療費削減につながっている。
- 対象者の状況について福祉・居宅介護事業所、包括担当など支援を担当する専門職と協議し、特に介入が必要な対象者については、健康推進担当が訪問指導を実施することとした。



高齢者が薬を薬局に持参するための「節薬バッグ」

熊本県 長洲町

地域の関係団体と連携して取組む高齢者の介護予防・保健事業

■ 一体的実施開始の経緯

- 国民健康保険から後期高齢者医療への移行による健診受診や保健指導の繋がり、介護予防との連携、健診・医療・介護等の情報共有の課題に対応するために、保健事業と介護予防を一体的にとらえられる、一体化事業を開始した。
- 既存の事業や各団体が有する情報等を統合することで、町の健康課題への取り組みや関係者との連携を効率的に実施することが可能となるため実施した。

■ 取組の概要

- ハイリスクアプローチ：骨折歴のある者、認知機能低下やフレイルの疑いがある者等について、医療専門職が個別訪問し、健康状態を把握した上で医療受診や介護予防事業等につなげる取組を実施した。
- ポピュレーションアプローチ：社会福祉協議会等と連携し、シニア男性を対象に、地域とのつながりづくりや介護予防を目的とした「シニア男性のこれカラダ健康教室」を開催。参加者からは「医療専門職に健康のことを相談できる機会ありがたい」「健康意識が高まった」といった声が聞かれた。



シニア男性のこれカラダ健康教室
(介護予防のための調理実習)

広域連合による市町村支援事例

【広域連合の事例】

- 市町村における一体的実施の取組を推進するため、広域連合においては、各市町村の課題や地域の特性に応じた事業計画、事業評価の取組を支援する方策がとられている。

愛知県後期高齢者医療広域連合

(R4.4.1 被保険者数：1,007,295人)

市町村の健康課題分析、事業計画、事業評価支援

■ 愛知広域の一体的実施の進捗状況

- 管内に54市町村（市38、町14、村2）あり、53市町村での実施の目処がついている。広域連合内の保健事業の標準化、質向上を目指しマニュアル、様式例等を提示している。

■ 事業計画、実績報告・評価の作成について

- 全市町村が、最低限分析すべき項目・評価指標を設定した実施計画書・実績報告書・次年度企画に用いる健康課題分析シートを提示。実績報告書シートでは、4つの視点（ストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカム）で設定した評価指標に沿って、達成できた要因、達成できなかった要因分析を行う。
- 健康課題分析シートでは、健診、医療、介護の各データをKDBから抽出し、ワークシートに記載し、作業を進めることで健康課題分析を実施可能とする。

令和4年度データ（医療）				令和4年度データ（健診）			
◆医療費全体に占める入院+外来医療費(%)				◆質問票(%)			
疾病	保険者	県	国	保険者	県	同規模	国
1位 慢性腎臓病(透析あり)	6.2	7.2		③1日3食きちんと食べる	96.5	95.6	94.9 94.9
2位 骨折	5.0	4.8		口腔機能			
3位 関節疾患	4.5	4.0		④半年前に比べて固いものが食べにくい	31.2	30.3	28.1 28.4
4位 不整脈	4.2	3.8		⑤お茶や汁物等でむせる	19.9	20.9	20.8 20.7
5位 糖尿病	4.2	4.2		⑥6カ月で2〜3kg以上の体重減少	12.2	11.8	11.4 11.6
6位 高血圧症	3.4	3.3		⑦以前に比べて歩く速度が遅い	56.0	58.4	61.0 59.6
7位 脳梗塞	2.9	3.5		⑧この1年間に転んだ	16.8	19.0	17.9 18.0
8位 骨粗しょう症	2.6	2.8		⑨ウォーキング等の運動を週に1回以上	65.3	61.0	64.6 62.1
9位 脂質異常症	2.4	2.1		認知機能			
10位 狭心症	1.7	1.8		⑩同じことを聞くなどの物忘れあり	16.4	18.0	16.2 16.7
				⑪今日の目付がわからない時あり	25.9	26.7	24.8 25.3

出典：KDB「医療費分析（2）大、中、細小分類」
出典：KDB「地域の全体的把握」

健康課題分析シート

福岡県後期高齢者医療広域連合

(R4.4.1 被保険者数：709,153人)

一体的実施における事業評価

■ 福岡広域の一体的実施の進捗状況

- 管内に60市町村（市29、町29、村2）あり、60市町村での実施の目処がついている。広域連合では、一体的実施の実施方針、評価指標を設定し、市町村に提示している。

■ 一体的実施における事業評価

- 広域連合では、一体的実施事業における数値目標において、1「一体的な実施」に取り組む市町村の増加、2後期高齢者健康診査・歯科健診の受診率向上、3通いの場への参加率の上昇、4健康状態不明者の割合の減少、5低栄養者の減少、6多剤処方薬の減少、7人工透析患者率の低下、8一人当たり医療費の減少、9一人当たり介護給付費の減少、10健康寿命の延伸についての評価指標を設定しており、マクロ的な視点で評価を行っている。

- 市町村に対しては、取組区分毎の評価指標（案）を提示している。

広域連合の評価指標

広域連合の一体的実施事業における数

評価指標	現 状		
	令和2年度 1.9市町村	令和3年度 3.5市町村	令和4年度 4.5市町村
1 「一体的な実施」に取り組む市町村の増加			
2 後期高齢者健康診査・歯科健診の受診率向上 (福岡県後期高齢者医療広域連合報告)	健康診査 9.49% 歯科健診 7.62%	(令和元年)	(令和元年)
3 通いの場への参加率の上昇 (介護予防・日常生活支援総合事業の実施状況調査)	8.23%	(平成30年 福岡県)	
4 健康状態不明者の割合の減少 (KDBシステム)	4.18%	(平成30年 福岡県)	
5 低栄養者 (BMI≦20) の減少 (後期高齢者健康診査)	男性 16.0%・女性 27.9%	(平成30年 福岡県)	
6 多剤処方薬の減少 (KDBシステム)	ひと月15日以上の6種類処方	46.8%	(平成30年 福岡県)
7 人工透析患者率の低下 (健康スコアリング)	1.43%	(平成30年 福岡県)	
8 一人当たり医療費の減少 (後期高齢者医療事業年報)	後期高齢者一人あたり医療費 1,178,616円	(平成29年 福岡県)	
9 一人当たり介護給付費の減少 (介護保険事業状況報告)	第1号被保険者一人あたり給付費 261.2千円	(平成30年 福岡県)	
10 健康寿命の延伸 (国民生活基礎調査)	男性 71.49歳 女性 74.66歳	(平成28年)	

取組区分毎の評価指標（案）

広域連合による市町村支援の事例

【広域連合による、企画調整担当研修会等の市町村支援の事例】

- 一体的実施においては、企画・調整を担当する医療専門職が事業の実施にあたり、健康課題等を把握し、事業の企画・調整・分析・評価を行うことが重要である。広域連合が主催する管内市町村の企画調整担当医療専門職の研修会・及び意見交換会を通じ、情報交換することで、広域連合内の保健事業の質向上に取り組んでいる。
- 人事異動後、新任の企画・調整担当医療専門職においても事業継続・推進できるよう、意見交換会の実施、事例集等の共有を行っている。

滋賀県後期高齢者医療広域連合

高齢者健康づくり事業推進フォーラム

- 滋賀県後期高齢者医療広域連合では、平成25年から掲題フォーラムを実施している。当広域連合が取り組んだ健康づくり事業の内容と成果について、市町の後期高齢者医療担当職員や保健師、地域包括センターの職員等、関係者の皆様にご報告することにより、市町における高齢者の健康づくり施策の参考としていただき、また、当広域連合とのよりよい協力関係を築いていくことを目的に、高齢者健康づくり事業推進フォーラムを開催、広域連合HPに掲載することで広く情報提供を実施。<https://www.shigakouiki.jp/0000000014.html>
- フォーラムの内容
有識者からの情報提供：高齢者健康づくり事業の取組について、広域連合全体での事業評価
管内市町村からの事例発表：高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について
広域連合からの情報提供：一体的実施の事業概要、市町への支援について

広域連合が実施する市町村支援（財政支援以外）

- (1) 後期高齢者保健事業従事者への支援
 - 後期高齢者保健事業基礎力向上研修会
 - 高齢者の保健事業セミナー
 - 高齢者健康づくり事業推進フォーラム
 - 企画調整担当者意見交換会
- (2) 後期高齢者保健事業への支援
 - 保健事業支援・評価委員会
 - 広域連合保健事業アドバイザー事業
 - 後期高齢者ヘルスサポート事業
- (3) データ作成等への支援
 - KDBシステム操作・活用支援
 - データ作成・提供

※ (2) (3) は国保連合会と連携して対応

鹿児島県後期高齢者医療広域連合

一体的実施市町村支援事業～企画調整担当者連絡会～

企画調整担当者連絡会を年2回（4月・1月）実施し、広域連合、国保連合会からの情報提供と、管内市町村の企画調整担当者の意見交換会を実施。その他必要に応じて、市町村を個別訪問し支援を実施。

【4月担当者連絡会】

第一部 新規開始	1 広域説明	① 一体的実施の背景と経緯 ② 一体的実施で目指すもの ③ 事業計画書の作成上の留意点について
	2 情報提供	「KDBの一体的実施への活用」（国保連）
	3 意見交換	実施体制・実施計画等の情報共有、先行市町に聞きたい事
第二部 全市町村	1 広域説明	①課題共有（医療・保健・介護等の現状と課題） ②県内の取組状況と当広域の保健事業 ③一体的実施に係る国の動き（データヘルス計画） ④国の申請様式のポイント
	2 情報提供	「KDB支援ツールの活用」（国保連）
	3 意見交換	全員での意見交換（庁内外連携、事業評価） 自治体規模別GW

【1月担当者連絡会】

- 1 意見交換 ①前半の取組状況と次年度に向けた改善点
②取組区分ごとの実施状況、
③庁内連携、実施方法や工夫、事業評価、医師会との連携、担当者としての悩み等
- 2 ミニ講話 「KDBを活用した評価の工夫」（国保連）
- 3 情報提供 広域連合の保健事業に係る情報提供
事業実績・計画の作成に係る留意点

時期	一体的実施市町村支援事業内容
3月	・R4年度実施市町村への事業実績報告依頼 ・R5年度実施市町村への事業計画等の提出依頼
4月	・一体的実施の実施市町村との委託契約
4月	・第1回企画調整担当者連絡会
5月	・特別調整交付金に係る事業実施計画書等の審査及び申請
6月	・保健事業支援・評価委員会への相談（対面 or 書面）
7月	・未実施市町村への個別訪問、地区別意見交換会
8月	・一体的実施に係る取組意向等調査
11月	・一体的実施セミナーの開催
12月	・R6年度一体的実施に係る意向確認及びヒアリング
1月	・第2回企画調整担当者連絡会
3月	・支援事業の評価、次年度計画策定

広域連合・国保連合会による市町村支援の事例

鳥取県後期高齢者医療広域連合（4市14町1村）・鳥取県国民健康保険連合会

広域連合と国保連合会が連携した伴走型支援（令和5年度～）

■ 経緯

負担なく・スムーズに取組開始できないか（広域連合）、市町村のニーズを踏まえた個別支援を展開したい（国保連）、両者の思いをすり合わせた結果、それぞれの強みを活かした支援体制を構築し、**地域の健康課題の見える化マップを提供する等**、希望があった新規取組市町村に対して、開始時から伴走型支援を実施することになった。

■ **内容** 年3回の支援ミーティングを軸に、国保連、広域連合がそれぞれ提供できる支援についてメニューを市町村に提示し、相談しやすい環境を整えた。

○年間スケジュールは市町村に支援の要望を聞きながら立てた。

○市町村が相談があるときは、その内容に応じて国保連、広域連合どちらかの窓口で相談できるようにし、どちらに相談があっても両者で情報共有し支援を展開した。

■ 取組による成果と今後の課題

○市町村が一体的実施に取組む際のハードルが低くなったと感じ、国保連、広域連合お互いの業務の強みを活かした助言ができた。また、市町村固有の細かい支援要望に対応し、好事例等を横展開しやすくなった。アンケートを実施し、よかった点や改善点を洗い出し次年度取組予定の新規町村がスムーズに取組めるよう支援していきたい。

国保連合会	広域連合
	実施計画書作成支援（通常実施） （健康課題抽出のためのワークシート）
① 健康課題分析抽出のための資料作成（KDBより）	
② 地域の高齢者の健康課題を伝えるためのデータ作成（グラフ、表など）	
③ 市町村内の小地域の健康課題の特徴等の分析	
④ 市町村の取組事業の対象者抽出リスト作成（糖尿病性腎症重症化予防、治療中断、健診異常値、未受診者等）	対象者抽出リスト作成 （重複頻回・多剤、薬剤併用禁忌、健康不明者、健診異常値、治療中断等）
⑤ 健康教育の講師派遣	
⑥ 地域を担当する医療専門職の派遣調整（保健師）	各専門職団体（POST、栄養士会）との調整
	⑦ ハイリスクアプローチ個別支援の事例検討会の開催
⑧ 中間振り返りミーティング参加	中間振り返りミーティング参加 （通常実施の実施状況ヒアリングを兼ねる）
⑨ 第三者支援・評価について 国保健康事業支援・評価委員会の活用	第三者支援・評価について 相談提出準備など
⑩ 評価指標の結果の見える化支援（住民、市内・上司説明用）	評価指標の結果の見える化支援 （住民、市内・上司説明用）
⑪ 年度の評価・次年度計画に向けてのミーティング（必要時専門家派遣）	年度の評価・次年度計画に向けてのミーティング
	実績報告書作成支援（通常実施）
⑫ その他	その他

支援メニューの例

みなし健診の推進に関する取組（令和5年度～）

■ 経緯

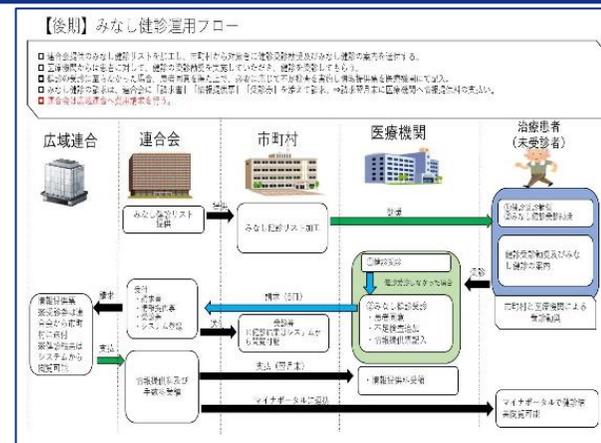
高齢者の保健事業の実施にあたり、当広域連合では健診受診率が22.12%と低く課題があった。一方で医療機関を受診している被保険者が多かったため、医療機関と連携した健診・質問票データの把握を推進するため、医師会等への説明を広域連合、国保連合会と連携し進めることとした。

■ 内容

医師会に対して、協力・理解を得るため、先行している国保の例を説明し、協力依頼した。その際には、同じスキームで取組み医療機関に負担のないようにするという工夫をした。

■ 取組による成果と今後の課題

全県19市町村で実施。12市町村にて年間538名（2月末）のみなし健診受診者としてデータ登録が可能となり、全県で0.55%（市町村によっては最大7.46%）の受診率向上に繋がっている。特別調整交付金の対象とするため、保健指導の実施記録までの流れを確立する必要がある。



医師会への説明資料

広域連合・都道府県による市町村支援事例

【広域連合・県の事例】

- 市町村における一体的実施の取組を推進するため、各都道府県の課題や地域の特性に応じた支援体制が構築されている。

東京都後期高齢者医療広域連合

(R4.4.1 被保険者数：1,615,173人 高齢化率：23.4%)

市町村の規模別特性を踏まえた一体的実施の横展開

■ 東京広域の一体的実施の進捗状況

- 管内に62市区町村（特別区23、市26、町5、村8）あり、多様な地域の特性がある（うち島しょ部は2町7村）。
- 令和4年5月時点で23市区町村（37.1%）が受託済である一方、15市区町村（24.2%）は実施予定がない状況である。全国の取組割合と比較して実施市町村割合が低い。

■ 市区町村規模別の事例収集・横展開

- 広域連合が主催で市区町村担当者を対象とした「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に係る説明会」では、未実施の市区町村の実施促進のため、「特別区」「市」「町村」それぞれの事例発表を行い、地域の特性に合わせた実施に至るまでの準備や、実施体制の工夫等を共有した。

- 説明会では、事前に「他市区町村に相談したい課題」を収集し、課題毎のグループディスカッションも実施した。



対象者

PT

神津島村の事例

（村直営診療所を活用し、健診時に理学療法士による歩行測定を実施）

宮城県保健福祉部長寿社会政策課

(R3.3.31後期高齢者人口：318,701人 高齢化率：28.4%)

宮城県フレイル対策市町村サポート事業

■ 事業の経緯

- 宮城県の管内市町村では、一体的実施を含むフレイル対策において、地域支援を担当する医療専門職の人材確保及び人材育成に苦慮していた。そこで、宮城県が中心となり、市町村で地域を担当する医療専門職の人材育成に取り組むこととした。

■ 取組の概要

- 市町村の事業をサポートするため、職能団体（医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会、歯科衛生士会、理学療法士会、作業療法士会、言語聴覚士会）及び関係団体（後期高齢者医療広域連合、国保連合会、大学等）と連携・協働して、各医療専門職による「みやぎ健康支援アドバイザー」を養成し、市町村を対象に知識と技術の向上を目指した研修会の開催や、「みやぎ健康支援アドバイザー」のチーム派遣による地域の実情に応じたサポートを行っている。
- 事業の事務局は「宮城県栄養士会」に委託して実施している。



みやぎ健康支援アドバイザー

町担当者



アドバイザー

チーム派遣の様子

都道府県による市町村支援事例

高知県 (11市17町6村)

各市町村と医療機関との連携体制構築支援 (令和4年度)

■ 担当部局：健康政策部 国民健康保険課 (高齢者医療担当) ・福祉保健所

■ 内容

- 高知県で一体的実施事業を開始しようとしている市町村では、かかりつけ医などと連携した保健事業の実施や通いの場等への誘導など医療機関と連携した事業実施が課題となっており、県による支援の要望なども寄せられていた。
- そこで、県では、県医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会などに相談して、医療関係団体への一体的実施事業の周知など連携内容の検討をすすめるとともに、県福祉保健所が実施市町村 (県内5箇所) との勉強会で課題や要望を確認した後、市町村の希望に応じて郡医師会等に対して既存の会議等を活用した事業説明や地域の医療専門職の紹介などを行う体制の構築を進めた。また、「各市町村が医療機関等に説明するための事業概要ひな形」等を作成し、市町村の参考資料として提供した。

■ 具体例

無医村では、村民が利用する村外の医療機関との連携体制がない状況であった。そこで、県福祉保健所が村外の医療機関に同行訪問し、村の健康課題や、具体的な事業内容を説明した。その結果、医療機関が一体的実施事業以外の福祉支援などの情報も村民に提供してくれることとなり、支援が広がった。



医療機関事業概要説明ひな形

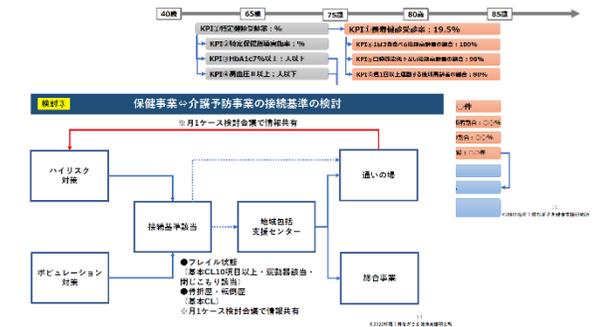
長崎県 (13市8町)

「保健事業構築アドバイザー派遣事業」—市町村の保健事業部門と介護予防部門の連携支援— (令和4年度)

■ 担当部局：国保・健康増進課

■ 内容 支援を希望する市町に対し、事業の企画や庁内連携に関する支援を行う。

- 市町の企画調整担当・県・委託業者の3者で保健事業構築に関する企画会議を実施。5回程度の企画会議を通じて、健康課題の分析支援や効果的な保健事業の構築支援を行った。保健事業構築については、主に高血圧、生活習慣病重症化予防、骨折等の取組の課題を整理した。
- 庁内連携を課題とする市町について、保健事業部門と介護予防事業部門の連携調整会議の企画運営を実施。3回程度の連携調整会議を通じて、保健事業と介護予防事業の連携ポイントを検討し、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に関する連携体制を構築した。
- 支援を実施した町における保健事業計画策定支援のプロセスを整理し、県内全市町向けの成果報告会を実施。



企画・連絡調整会議での説明資料

関係団体による高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に係る事例①

【高齢者保健事業に関する日本医師会等の取組】

- 高齢者保健事業においては、広域連合・市町村と群市区医師会又は医療機関が契約し、健康診査を実施している。また、保健事業の実施にあたっては、高齢者保健事業の実実施計画についての助言や、保健指導実施の際に、かかりつけ医からの情報提供等を行っている。
- 高齢者の特性を踏まえた適正処方のある方や、フレイル等の最新の知見を踏まえた研修会を実施し、会員及び、地域包括ケアに関するメディカルスタッフ等に対しての情報提供を行っている。

人材育成・ツール提供

■ 診療支援ツールの提供

- 多剤併用による薬物有害事象を防ぐための処方の考え方を中心に解説した手引きを作成し、医療機関に情報提供している。「超高齢社会におけるかかりつけ医のための適正処方の手引き」①安全な薬物療法②認知症③糖尿病④脂質異常症⑤高血圧を作成し、会員等に向けて情報提供している。

■ 日医かかりつけ医機能研修事業

- 応用研修として、フレイル等の内容を含んだ研修会を都道府県医師会と連携して実施している。全国の医師が受講しており、応用研修会の資料はHP上でも公開している。

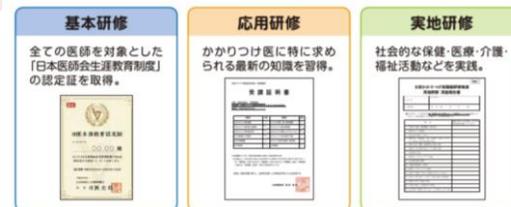
■ 日本医師会J-DOME研究事業

- かかりつけ医が診る糖尿病や高血圧症などの患者さんの診療データを収集し、治療の実態を把握し、研究結果を日常診療に役立てて頂いている。

かかりつけ医のための 適正処方の手引き



かかりつけ医機能研修事業



各種情報発信 都道府県医師会事例

各都道府県医師会から会員向け・住民向け・コメディカルスタッフ向けの情報提供

■ 福岡県医師会

- 日常において高齢者と接する機会の多い介護施設・事業所等で働く介護従事者等に対して、介護現場で必要となる生活習慣病への医学的理解を深め、重症化防止並びにフレイルの予防を図るために必要となる医療・介護の知識についてまとめた「生活習慣病・重症化予防・フレイルに関する基礎知識」を作成し、情報提供している。

■ 東京都医師会

- 東京都と共同して、「住み慣れた街でいつまでもフレイル予防で健康長寿」という資料を作成し、フレイル対策を図解でわかりやすく説明し、HPで紹介している。その他、都民公開講座などで情報提供を行っている。



関係団体による高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に係る事例③

【一体的実施に関する日本薬剤師会の取組】

- 都道府県薬剤師会に向け、保険者等と連携したポリファーマシー対策、後発医薬品の推進、医療費適正化事業等への取組を促している。
- 健康サポート機能の発揮、かかりつけ薬剤師・薬局としての機能強化及び多職種との連携等に取り組めるよう、薬局に対し、都道府県薬剤師会を通じた支援を行っている。

人材育成・ツール提供

■ 公衆衛生の普及・指導に関する事業

一般用医薬品等を含む医薬品の適正使用、国民の健康増進に関する各種取り組みの強化について、都道府県薬剤師会を通じ会員へ伝達している（例：健康サポート薬局研修等）。薬局では、処方箋調剤、在宅患者訪問薬剤管理指導、一般用医薬品等の販売・指導に加え、禁煙指導、健康相談及び災害対策など、地域に根差した取組を行っており、ポリファーマシー対策、服用期間中のフォローアップ等や入退院時連携についても取り組んでいる。

■ 都道府県薬剤師会等との連携、協力及び支援に関する事業

都道府県薬剤師会や地域薬剤師会において保険者や多職種と連携した事業を行うよう伝達するとともに、保健事業にも活用可能な地域住民・患者向け資材の作成及び提供を行っている。

■ 生涯教育の実施

平成29年度から令和4年度まで、厚生労働省「薬剤師生涯教育推進事業」の実施法人として「薬局ビジョン実現に向けた薬剤師のかかりつけ機能強化事業」を実施。介護予防や、高齢者医療を含む地域医療の質向上を目指した研修機会の提供のため、「薬剤師のかかりつけ機能強化のための研修シラバス」を作成し、各県での研修会の展開に繋げている。

練馬区薬剤師会 国保保健事業における訪問服薬健康相談事業

適正服薬推進事業、ポリファーマシー対策

■ 事業の概要

- 練馬区が練馬区薬剤師会に事業を委託。
- 対象者は国民健康保険のレセプトデータから抽出された、重複受診、頻回受診、重複投薬、併用禁忌、多量投薬が確認された患者。
- 対象者に「お知らせ」通知や資材等を発送し、保健指導の意向を確認する。
- 薬剤師会が実施する保健指導として①自宅訪問、②薬局に来局の上相談、③講演会の実施会場での相談を選択（複数選択可）。

■ 提供可能なサービス

- 認定指導薬剤師は患者と面談。薬局で調剤した医薬品のほか、現在服用しているサプリメント等の情報を聞き取る。食生活、運動、睡眠などの生活状況も併せてヒアリングし、残薬を整理するための「お薬バッグ」も併せて活用。必要に応じて、処方医と連携しながら服用薬剤数の減少、剤形変更、用法の単純化、調剤の工夫、管理方法の工夫等を実施。



関係団体による高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に係る事例④

【一体的実施に関する日本看護協会の取組】

- 一体的実施において、相談・指導等の個別支援等に関して地域の関係機関との連携体制構築や仕組みづくりに発展させるなど、地域の実態や特性に応じた計画を立案し、評価・改善し続ける必要がある保健師について、日本看護協会は、自治体等の保健師の人材確保・人材育成に向け取り組みを実施している。

人材の確保に向けた支援

■ ナースセンター事業の理解及び保健師確保における活用の促進

- 都道府県の看護協会では、事業企画・調整を行うための医療専門職及び地域を担当する医療専門職の確保に向け、ナースセンター事業により、保健師、看護師等の人材のマッチング等を行っている。
- 日本看護協会では、保健師確保に向けナースセンターの活用を推進するための周知活動を令和5年7月から実施している。都道府県看護協会が運営する無料の職業紹介「ナースセンター」の取組内容や利用方法等についての周知、保健師確保における活用の可能性等に関するリーフレットを作成し、全国の自治体等に配布。



岡山県看護協会×岡山市等市町村

一体的実施におけるポピュレーションアプローチやフレイル対策にかかる取組事例

地域の看護職員を活用した健康教育や個別指導の実施

■ 事業内容

- 岡山県看護協会と岡山市がフレイル対策について連携し、「まちの保健室」の看護師等が健康教育の講師や個別指導、フレイル健康チェック等に対応。フレイル該当者については、介護保険サービスの利用状況、個別指導の希望の有無とともに市に報告し、市の個別指導につなげている。なお、岡山市がフレイル対策における研修プログラムを作成しており、看護師等は本プログラム受講歴を有すること（研修会はDVD視聴及びテスト）を要件として求められている。

※岡山市の研修プログラムは、フレイル対策の重要性やチェックの実施方法、指導の内容等で構成されており、看護職のみでなく関連する医療職種向けに作成。

- 岡山県看護協会は、地域住民・市町村等からの要請を受けて、希望される内容についての出前講座（健康教育）に対応。対応する看護職者は、地域の看護職で、医療機関や訪問看護ステーションの看護師、保健師で、岡山県看護協会が年度当初に協力可能な分野等について各看護職者に確認しておき、その回答を基に要請先を振り分けて各看護職者に対応を依頼。【地域での健康応援出前講座】

沖縄県看護協会×沖縄県：身近な郵便局を活用した取組事例

まちの保健室で地域の看護職員を活用した健康相談や個別指導の実施

■ 事業内容

- 地域の健康づくり支援事業として、沖縄県と日本郵便が協定を締結し、県看護協会が県国民健康保険課の委託を受け、郵便局を活用して「まちの保健室」（全世代に対応）を毎週定例で県内北部、中部、南部地域内の4か所（交通の便が良くない、医療機関の少ない地域等に限定）で実施。
- 具体的な実施内容としては、利用者の健康、介護等に関する相談及び指導に対応。必要時、受診勧奨やハイリスク者等について市町村への報告を行うが、令和5年度より相談者が希望する場合に市町村やその他関係機関等につながるためのツール（紹介状）を作成し、活用を開始。

※郵便局は、相談場所の提供、近隣住民への広報「まちの保健室」のチラシ等で配布を行い、実施市町村は、特定健診や各相談窓口に関する情報提供を実施するとともに「まちの保健室」からの紹介事例への対応を行う。

- 事業参加者としては全世代を対象としているが、後期高齢者の利用や、継続的な利用もある。

関係団体による高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に係る事例⑤

【一体的実施に関する日本栄養士会の取組】

- 都道府県栄養士会を通じて一体的実施における、個別的支援ハイリスクアプローチ（低栄養、糖尿病性腎症重症化予防、健康状態不明者対策）と通いの場におけるポピュレーションアプローチとして、健康教育、健康相談を実施できるよう基盤整備を行っている。
- 後期高齢者医療広域連合、自治体（市町村）、都道府県栄養士会と連携し、着実に栄養に関する事業を展開できるよう、体制整備（栄養ケア・ステーション事業）や人材育成に取り組んでいる。

体制整備・人材育成

■ 体制整備（栄養ケア・ステーション事業）

地域の栄養支援の拠点として管理栄養士が所属する「栄養ケア・ステーション」を整備し、一体的実施における保健事業への対応を可能としている。自治体と連携し、国保保健事業、地域支援事業、高齢者保健事業等を実施している栄養ケア・ステーションは着実に増加しているが、地区会長会議（全国7ブロック）を通して一体的実施の先進事例等を全国に共有している。

■ 栄養ケア活動支援整備事業

栄養ケア・ステーションが介護支援専門員協会、自治体、介護事業者、配食事業者等と連携し、健康支援型配食サービスを栄養の視点から継続的に展開するためにモデル事業を実施し、事業の成果は「栄養ケア活動ガイド」としてまとめた。本ガイドの活用を図るための研修を行い、一体的実施における個別支援及び通いの場等での健康教育ツールとしての普及を図っている。

■ 人材育成

一体的実施をはじめ地域包括ケアシステムの推進において、地域の栄養支援の拠点となれるよう、体制整備に向け、栄養ケア・ステーション責任者研修会（ベーシック・アドバンス）を行い、人材育成を実施している。また、各都道府県栄養士会と連携し、社会情勢に対応した最新情報や知識を提供しスキル向上を目的とした人材育成に取り組んでいる。



東京都栄養士会 一体的実施の取組事例

栄養ケアステーションを起点としたフレイル対策

■ 事業の経緯

- 東京都では管理栄養士等が地域で顔の見える研修会を行い、多職種連携によるフレイル対策を推進している。
- 自治体から、東京都栄養士会栄養ケア・ステーションに一体的実施の業務委託の相談があり、地域の認定栄養ケア・ステーションや栄養士会支部に所属する管理栄養士が中心になり、地域を担当する医療専門職として事業実施している。
- 現在は葛飾区、豊島区、品川区と業務委託契約を締結し、一体的実施におけるポピュレーションアプローチを行っている。（品川区はハイリスクアプローチも実施）参加者人数の増加及び対応可能な管理栄養士数の増加をめざし、地域ごとに連絡会や研修会等を行っている。
- 一体的実施への取組が遅れている離島やへき地への対応として、管理栄養士等による介護予防教室や糖尿病重症化予防教室等も実施。

■ 提供可能なサービス

国保保健事業、地域支援事業、高齢者保健事業でのポピュレーションアプローチ（フレイル対策に係る健康教育、健康相談）及び、ハイリスクアプローチ（低栄養、糖尿病性腎症重症化予防、健康状態不明者等の訪問栄養指導）を実施。

自主グループへの ポピュレーションアプローチ



健康支援型配食サービスを利用した
栄養講座

関係団体による高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に係る事例⑥

【一体的実施に関する日本理学療法士協会の取組】

- 日本理学療法士協会は、各都道府県の理学療法士協会が実施している高齢者の保健事業に対応している取組について、その取組が推進できるよう、助言や、好事例の収集及びその他参考情報の提供を行っている。

長崎県の例：骨折予防対策への取組

■ 疫学分析後の保健事業アドバイザー派遣事業（骨折予防対策）

- <体制整備> 1. 長崎県骨粗鬆症ネットワーク検討会開催
 <普及啓発> 2. 自治体職員向け研修会の開催
 3. 県民向け普及啓発（長崎県理学療法士協会へ委託）
 ※ポピュレーションアプローチ（リーフレットの作成・配布）
 <重症化予防> 4. 骨粗鬆症検診後の運動指導（長崎県理学療法士協会へ委託）
 ※ハイリスクアプローチ（市町が実施する保健事業の支援）
 5. 骨粗鬆症検診後の要精密者への受診勧奨

■ 事業の経緯

長崎県における骨折による医療費は増加しており、有病率も全国より高く、県下の骨折予防への取組を強化していく必要がある。骨粗鬆症医療資源など県内の実態把握や関係者や県民への周知、併せて骨粗鬆症検診後の運動指導等を行い、骨折予防対策を強化した。



石川県の例：石川県後期高齢者医療広域連合が掲げる「保健分野のフレイル予防・介護分野の生活習慣病重症化予防」と連携した取組

■ シルバーリハビリ体操指導士養成事業

- 珠洲市、志賀町、七尾市、能登町でシルバーリハビリ体操指導士(住民リーダー)養成を実施。

■ 地域住民への積極的な関与等の事業

- 七尾市、志賀町では、上記事業に加え、より発展的な事業として健康課題解決のための住民教育、住民リーダー強化、フレイル予防と健康教育も実施。

※ポピュレーションアプローチとして市町より石川県理学療法士協会へ事業委託

■ 提供可能なサービス

<医療・保健事業：健康教育>

- 高齢者へのフレイル予防・介護予防等の普及啓発
 フレイル予防・生活習慣病予防・介護予防の学びの場(地域課題の共有)、社会活動(ボランティア)への促し、介護予防体操の習得、仲間づくり
 ⇒【活動参加者の増加、重度化予防等による医療費の適正化】へ

<介護予防事業>

- 住民主体の通いの場のフレイル予防・介護予防
 住民による運営、医療専門職の後方支援によって元気高齢者から虚弱高齢者まで通える通いの場、フレイル状態にある者等の医療・福祉サービス等への接続
 ⇒【通いの場への参加人数の増加、介護認定者数の減少】へ



富山県の例：黒部市の関係部署と連携し、多職種連携による一体的実施支援チームを活用した取組

■ 事業準備、計画段階からの連携（黒部市の事例）



富山県理学療法士会
「一体的実施支援チーム」

■ ハイリスクアプローチ

<生活習慣病重症化予防>

○保健師、管理栄養士、歯科衛生士が保健指導を実施。腎機能低下や心臓病等がある対象者に対しては、富山県理学療法士会が運動指導を実施。



■ ポピュレーションアプローチ

<「通いの場」とフレイル予防>

○健診結果や質問票をもとに各「通いの場」への介入方法を検討し、運動、栄養、口腔、服薬の講話等を各医療専門職が継続的に実施。

■ 各専門職との連携

富山県後期高齢者医療広域連合と連携のもと、各専門職が事業に関わるための連携体制を構築。

関係団体による高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に係る事例⑦

【一体的実施に関する日本歯科衛生士会の取組】

- 都道府県歯科衛生士会等へ地域歯科衛生士活動を助成し、高齢者の歯科口腔保健事業を推進している。
- 令和5年3月に「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に向けた事例集」を作成しHPに掲載、都道府県歯科衛生士会へ紹介している。

人材育成・ツール提供

■ 地域歯科衛生活動事業助成

- 地域住民の歯科口腔保健の向上に関する事業をより一層推進するため、申請団体等の地域歯科衛生活動に対して助成している。中でも高齢者・要介護高齢者の歯科口腔保健事業では、通いの場における歯科衛生士の参画、普及啓発事業やオーラルフレイル予防事業などが含まれている

■ 歯科衛生士のための事例集・オーラルフレイル予防パンフレットの作成

- 全国歯科衛生士会と連携し、HP上で「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に向けた事例集」や「マスクをしたままできるお口の体操」をHPで公表し、全国の歯科衛生士が活用できるように周知している

■ 人材育成

- 地域活動を実施する上で、ハイリスクアプローチに対応できる歯科衛生士を育成するため、今後、「ハイリスクアプローチのための歯科衛生士マニュアル」を作成予定。研修に役立てる。

一体的実施に向けた事例集の公表

オーラルフレイル・お口の体操についての情報提供



福岡県糸島市 一体的実施の取組事例

通いの場を活用したオーラルフレイル対策、ハイリスクアプローチ

■ 事業の経緯

- 自治体から、地域の歯科医師会に口腔に関する事業への協力依頼があり、歯科医師会の歯科衛生士がふれあい生きいきサロン・シニアクラブなどの通いの場で健康教育を行っている。

■ 提供可能なサービス

● ポピュレーションアプローチ

集団健康教育として行う歯科衛生士の講話では、オリジナルのテキストを作成して、口腔の健康が全身の健康への入口であること、定期受診の必要性などの講話を行っている。その中で、オーラルフレイルチェックシートを活用し、集団健康教育の中でハイリスク者の洗い出しを行い、アウトリーチ支援へと繋げている。

● ハイリスクアプローチ

ハイリスク者を対象に、訪問指導を実施、個々の口腔機能低下の状態や生活環境等にも配慮し、①嚥下おでこ体操 ②開口運動 ③ボタンプル ④前舌保持嚥下訓練 ⑤ブローイング⑥プッシング・プリング訓練 ⑦声トレ（発声・音読）より、2種程度選択し、口腔機能向上訓練を行う。

通いの場での健康教室



(適切な受診等への支援に関する事例) 秋田県仙北市 ～地域医療連携で取り組む健康状態不明者の実態把握～

- 地域の健康課題の分析結果によりハイリスクアプローチの「重点地域」を設定。
- 健康状態不明者の実態把握に取り組むことで、地域の高齢者が抱える健康課題がより明らかに。

市の概況 (令和3年4月1日時点)

人	口	25,084人
高	齢	化
率		42.8%
後	期	被
保	険	者
数		5,640人
日	常	生
活	生	活
圏	域	数
		1圏域

実施体制



取組の経緯

- KDBシステムを活用し、地域毎の健康課題分析を行ったところ、特異的に生活習慣病に係る「入院医療費」が高い地域があった。当該地域を「重点地域」とし、地域の診療所と基幹薬局と連携して対策を行うこととなった。

企画調整等

- 連携各課の医療専門職から構成される「一体的実施作業部会」を立ち上げ、1ヶ月に1回開催し、情報の共有と事業実施におけるスタッフ配置等について協議を行っている。
- 重点地域の診療所と基幹薬局とは6ヶ月に1回程度事業報告や情報共有、個別の事例検討等を行っている。

重点地域における健康状態不明者対策

- 【対象者】 前年度健診未受診かつ医療未受診かつ介護未利用者
- 【実施方法】 地域の診療所・調剤薬局と情報連携しながら、市保健師により対象者全員に訪問指導を実施。
- 【アセスメント項目】 アセスメントシートを使い、心身機能（フレイル）の状況、医療受診状況等を確認
- 【指導内容】
 - ・ 医療機関受診、健診受診勧奨。（必要に応じて家族等キーパーソンへの助言を行う）
 - ・ 課題のある場合：必要なサービスにつなぐため、往訪または電話で関係機関に連絡。
 - ・ 対象者の個別ファイル（個人情報、家族情報、アセスメントシート等）を作成し、継続支援できる体制を確保。

気づき等

- 健康状態不明者の状態把握に取り組むことで、今までの事業では把握し得なかった「自らSOSを出さない（出せない）市民」との出会いにつながった。
- 対象者の状況によっては、経済的困窮や医療機関等受診に関するこだわり等があり、保健師と対象者「1対1」での対話だけで解決できることが限られる場合も多い。家族等キーパーソンと連携して相談を行うことが有効である。

(適切な受診等への支援に関する事例) 千葉県松戸市 ～地域医療連携で取り組む健康状態不明者の実態把握～

- 健康状態不明者の状況を類型化し、状況に合わせたアプローチが標準化できるように工夫。
- 個別事例は地域の関係団体による「連携会議」に積極的に諮り、地域全体で状況を把握することに努めている。

市の概況(令和3年4月1日時点)

人口	498,318人
高齢化率	25.8%
後期被保険者数	64,772人
日常生活圏域数	15圏域

実施体制



松戸市お知らせ
キャラクター
「まつまつ」

取組の経緯

- 基幹型地域包括支援センターとして困難事例に対応する中で、埋もれているハイリスク者について家族や近隣住民からの相談を待つだけでなく、データから把握し、アウトリーチすることにより、早期発見・早期対応に結びつけようと考えた。健診受診勧奨を行い、必要に応じて保健指導と地域包括支援センターや社会参加等への接続を行うこととした。

企画調整等

- 庁内各課、市内大学准教授、市医師会、市歯科医師会、市薬剤師会、リハビリ連絡会、地域包括代表による「連携会議」で事業内容、方向性の確認、個別事例検討等を行う機会を確保。

⇒高齢者を支援する関係者で事業を共有することでスムーズなサービス連携につながっている。

健康状態不明者対策

【対象者】 77歳以上の者のうち、過去2年度にわたり健診未受診かつ医療未受診かつ介護未利用者

【実施方法】 保健師、管理栄養士、歯科衛生士、看護師等によるアポ無し訪問
質問票を郵送、返信の有無に関わらず全数訪問・電話を行い健康状態を把握
(令和2年度実績：訪問143件、電話28件。令和3年度12月時点実績：訪問31件、電話5件)

【アセスメント項目】 後期高齢者の質問票、血圧、体重測定、ADL、認知機能、外出頻度、生活環境
本人のサポート体制、受診しない理由等

【指導内容】 アセスメントに基づいた保健・栄養・歯科指導、受診勧奨、必要に応じて同行受診。地域包括と連携し介護保険サービスの導入のほか、家族員の支援や地域の見守り体制への接続などを行う。

気づき等

- 健康状態不明者への支援は、自ら声をあげない人とつながり、医療や介護サービスについて本人または家族が「考える」きっかけとなる。
- 対象者の中には既に重篤な状態に陥っている者もいる。市の訪問により、高齢者虐待の予防や孤独死の防止等、様々な予防活動につながっている。

(適切な受診等への支援に関する事例) 三重県桑名市 ～在宅医療・福祉統合ネットワークを活用した適切な受診等への支援～

- 一体的実施で関わる高齢者のうち、医療介護サービス等への接続が必要な高齢者の情報について効率的に関係機関につなぎ、継続フォローできるよう、ゆめはまちゃん医療・介護ネットワーク（電子@連絡帳）を活用した連携体制を構築した。

市の概況(令和3年3月31日時点)

人口	141,045人
高齢化率	26.7%
後期被保険者数	19,011人
日常生活圏域数	6圏域

保健福祉部内連携体制



取組の経緯

- 健康課題の分析で後期高齢者の健診・医療受診率、介護認定率は県内で低いが、1人当たりの医療費、介護給付費は高いことが明らかとなった。そこで、ハイリスクアプローチのひとつとして、「医療・介護未利用者に対する健康状態把握事業」に取り組むこととした。

企画調整等

- 各連携課の課長級による「一体的実施にかかる調整会議」を開催。実施している事業の進捗等について報告し、事業の方向性等を決めている。助言者として広域連合が参加
- 各連携課の実務担当者による「実務担当者会」を開催し、各課のデータ共有や支援方法の検討等を行っている。助言者として在宅医療・介護連携支援センターが参加

健康状態不明者の把握事業

- 【対象者】** 当該年度77歳到達者のうち、前年度の健診・医科歯科未受診かつ介護認定未取得及び介護サービス未利用かつ二重調査未提出者
- 【実施方法】** 対象者に対し、高齢者の質問票を郵送での提出を求め、提出のない者は保健師が訪問し状況を把握、提出のあった者は回答内容に応じて必要なサービスへの接続等を実施。
- 【対象者の状況】**
- ・ 特段の支援を必要としない元気な者が最も多かった。
 - ・ 健康状態に課題がある者や家庭環境の状況等から地域包括支援センターの紹介や医療機関の受診勧奨等を実施した。
 - ・ 口腔の状態に課題があっても「食事には困らない」という理由で歯科受診をしていない者もいた。



関係機関との連携

- 地域ケア会議の1つである**圏域会議**（庁内の各課、生活支援コーディネーター、地域包括支援センター等の担当者により構成）で定期的に一体的実施の取組の情報共有や必要時は事例検討を実施しており、日頃から顔の見える関係を構築。さらに、関係機関とより効率的・効果的に情報共有できるよう**ゆめはまちゃん医療・介護ネットワーク（電子@連絡帳）**を活用。医療や介護等が必要と考えられる高齢者の状況を共有し、必要に応じて同行訪問等も含めて検討している。
- 医師会・歯科医師会から一体的実施に対する助言、協力を得て実施している。

糖尿病性腎症重症化予防プログラム

糖尿病性腎症重症化予防の取組の経緯について

糖尿病性腎症重症化予防に取り組んでいる自治体数(※)

平成27年度

- 保険者等における先進的な予防・健康づくりの取組を全国に広げること等を通して健康寿命の延伸等を図ることを目指す、民間主導の活動体である日本健康会議が発足。同会議の活動指針「健康なまち・職場づくり宣言2020」（2015年～2020年）に、糖尿病性腎症重症化予防に取り組む自治体の増加について記載される（目標数：1,500市町村）

816

平成28年度

- 日本医師会、日本糖尿病対策推進会議及び厚生労働省の三者で糖尿病性腎症重症化予防に係る連携協定を締結し、国レベルでも糖尿病性腎症重症化予防の取組を推進する観点から、日本医師会、日本糖尿病対策推進会議及び厚生労働省の三者で、糖尿病性腎症重症化予防プログラムを策定

平成30年度

- 国民健康保険における保険者努力支援制度を創設。取組評価分の評価指標に、生活習慣病の発症予防・重症化予防の取組の実施状況等に関する指標を設定し、自治体の取組を促進

1,649

平成31年度

- 市町村における糖尿病性腎症重症化予防の取組をより一層推進するためにプログラムを改定するとともに、プログラムに基づいた具体的な事業の実施方法を整理した糖尿病性腎症重症化予防に関する事業実施の手引きを公表
- わかりやすい説明の一環として、糖尿病性腎症についての周知・啓発用の動画、パンフレット、ポスターを作成、HP掲載

令和2年度～
令和4年度

- 自治体等における糖尿病性腎症重症化予防の取組状況やプログラムの効果を検証し、今後の施策等に反映させるために、令和2年度から3年間、予防・健康づくりに関する大規模実証事業の一環として、糖尿病性腎症重症化予防プログラムの効果検証事業を実施

1,664

令和5年度

- 市町村等における糖尿病性腎症重症化予防の取組状況やプログラムの効果検証事業の結果、最新の医学的知見の状況等を踏まえ、糖尿病性腎症重症化予防の取組の更なる質の向上を図るために、プログラム及び手引きを改定

(※) 保険者努力支援制度（取組評価分） 市町村評価 指標③生活習慣病の発症予防・重症化予防の取組の実施状況（N=1,741）

糖尿病性腎症重症化予防プログラムについて（平成28年4月20日策定。令和6年3月28日改定）

1. はじめに

- **糖尿病合併症の1つである糖尿病性腎症**は、個人の生活の質への影響と医療経済への影響等が大きいことを踏まえて、**健康日本21（第三次）**の糖尿病分野の取組では、「**糖尿病の合併症（糖尿病腎症）の減少**」が糖尿病の三次予防に関する目標として設定されている。また、二次予防に関する目標として「治療継続者の増加」、「血糖コントロール不良者の減少」が設定されている。
- 人工透析が必要な状態になると**個人の生活の質への影響**や、医療資源・医療経済への影響も大きい。健康寿命の延伸のためには、**糖尿病の発症予防、糖尿病の適切な治療・生活習慣の改善**等による合併症の予防、合併症による臓器障害の予防等**各段階での予防の取組が重要**であり、今後もこれらの取組を着実に進めていく必要がある。

2. 基本的考え方

- ライフコースアプローチの観点を踏まえ、対象者の**年齢層（青壮年層、高齢者）に応じた取組を実施し**、重症化リスクの高い**医療機関未受診者等に対する受診勧奨・保健指導**を行い治療につなげるとともに、**通院患者のうち重症化リスクの高い者に対して**主治医の判断で対象者を選定して**保健指導**を行い、**人工透析等への移行を防止し、健康寿命の延伸を図る**。その際、**糖尿病対策や慢性腎臓病（CKD）対策と連携**して行う。
- 歯周病と血糖コントロールの関係を踏まえ、口腔衛生の指導や歯周病の未治療者に対する継続的な歯科受診を勧奨
- 糖尿病の合併症の1つである糖尿病網膜症の進行防止の観点から、定期的かつ継続的な眼科受診を勧奨

3. 関係者の役割

- (市町村)
 - **庁内体制の整備・課題の分析と情報共有・対策の立案・対策の実施・実施状況の評価・人材確保と育成・他の保険者の保健事業との連携**
- (都道府県)
 - 庁内体制を整備、都道府県レベルで**医師会や糖尿病対策推進会議等と取組状況の対応策等について議論**、保険者協議会の場を活用し、被用者保険や広域連合との連携、広域的なデータ分析、**保健所を活用した市町村の事業実施状況の取組支援**
- (広域連合)
 - 後期高齢者医療制度と国保の保健事業が**一体的に実施されるよう調整するなど、市町村との連携が不可欠**
 - 広域連合からの委託等により**市町村が保健指導を実施する際は、双方が主体的に取組を行う体制構築に努める**
- (地域における医師会、医療関係団体等)
 - **会員等に対して、国・都道府県における動向等や市町村の取組を周知し、求めに応じて助言する等必要な協力**を行う
 - 医科歯科連携の仕組みを構築し活用する
- (都道府県糖尿病対策推進会議)
 - 国・都道府県の動向について**構成団体に周知、医学的・科学的観点からの助言、市町村等との連携の窓口となる責任者を周知**するなど、**自治体の取組に協力するよう努める**
 - **地域の住民や患者への啓発、医療従事者への研修に努める**
- (国保連合会、国保中央会の役割)
 - **KDBの活用によるデータ分析・技術支援、課題抽出、事業実施後の評価分析**などにおいて、**保健事業支援・評価委員会**等により取組を支援
 - 取組状況等から支援の必要性があると考えられるが支援を受けていない市町村に対しても、**都道府県と連携して、積極的に支援する**

4. 地域における関係機関との連携

- 都道府県、市町村において、**あらかじめ医師会や糖尿病対策推進会議等と問題認識を共有し十分協議の上**、推進体制を構築
- **都道府県レベル、二次医療圏等レベルで協議会や検討会を実施する**など、地域の関係者間で顔を合わせ議論することにより連携体制の充実を図る
- 必要に応じて**かかりつけ医機能を有する医療機関と専門医の連携、医科歯科連携**ができる体制をとることが望ましい

5. プログラムの条件

- ① 対象者の抽出基準が明確であり、対象者の状態像に応じた取組であること
 - ② かかりつけ医と連携した取組であること
 - ③ 保健指導を実施する場合には、専門職が取組に携わること
 - ④ 事業の評価を実施すること
 - ⑤ 取組の実施に当たり、地域の实情に応じて各都道府県の糖尿病対策推進会議等との連携（各都道府県による対応策の議論や取組内容の共有など）を図ること
(効果的・効率的な事業を実施するための条件)
- ① **レセプトの請求情報（薬剤や疾患名）も活用**し被保険者の全体像を把握した上で抽出することにより、健診未受診者層等からの抽出が可能
 - ② 事業の実施時のみならず企画時や評価時など**きめ細かく連携**することにより、PDCAサイクルに基づく取組を実施
 - ③ **医師・歯科医師・薬剤師・保健師・管理栄養士等多職種連携による取組**を行うことにより保健指導の質の向上につながる
 - ④ **アウトカム指標を用いた事業評価**を行い、短期的な評価だけでなく、**中長期的な視点**での評価することで、重症化予防効果等の測定が可能
 - ⑤ **情報提供のみならず専門的助言を受け、更に事業へ反映**することにより取組の質の向上へとつながる

6. 対象者抽出の考え方と取組方策

- **腎障害が存在している者、HbA1cが高い者、高血圧の治療をしていない者**に対して**優先的に**受診勧奨、保健指導を行う
- **高齢者**においては、低血糖防止等の観点から青壮年期よりも**緩和した基準**が提示されていることに留意
- 医療機関における糖尿病治療中の者からの抽出
 - ※ 生活習慣改善が困難な方・治療を中断しがちな患者等から医師が判断
- **レセプトデータ等**を活用した治療中断者や健診未受診者の抽出
 - ※ 健康サポート薬局、栄養ケア・ステーション、まちの保健室等やイベント等における健康相談

7. 介入方法 ※取組内容については地域の实情に応じ優先順位を意識し柔軟に対応

- 受診勧奨、保健指導は、**緊急度に応じた介入の強弱**をつける（レベルに応じた介入方法の例を参考）
- **受診勧奨は原則、抽出したすべての対象者**に行い、医療機関受診へとつなげる
- 保健指導は、**医療機関との情報共有**が重要で、個人又は集団を対象として行う方法があり、更に各々について対面及び**ICT等を活用**した方法がある。支援の際は、対象者やそれぞれの特性を踏まえ、適切に**組み合わせ**て実施

8. 事業を円滑に進めるための留意点

- ICTを活用した取組の実施
- 民間事業者等に委託は、**受診勧奨や保健指導の質及び地域の社会資源や地域特性の理解度**等を**確認**したうえで事業者を選定

9. 評価

- **抽出された対象者のうち**、何人に受診勧奨や保健指導を実施できたかのアウトプット評価を必ず行う
- 評価における未達要因をストラクチャー、プロセス面から検討

10. 個人情報の取扱い

- 取組に当たっては、基本情報に加え**健診データやレセプトデータ等個人情報**を活用することから、**取扱いに留意**する必要がある

糖尿病性腎症重症化予防プログラム改定の概要（平成28年4月20日策定。令和6年3月28日改定）

①対象者の年齢層に応じた取組の推進

- ・ライフコースアプローチの観点から、年齢層（青壮年層、高齢者）を考慮した取組を推進
- ・歯周病と血糖コントロールの関係から、口腔衛生の指導や歯周病の未治療者に対する継続的な歯科受診を勧奨
- ・糖尿病の合併症の一つである糖尿病網膜症の進行防止の観点から、定期的かつ継続的な眼科受診を勧奨

②関係者の連携に向けた役割の提示

【保険者（市町村）】

被保険者は市町村国保と被用者保険の間を異動することや後期高齢者医療制度への異動もあるため、被用者保険と市町村間、広域連合と市町村間等でそれぞれ連携を密にし、保険者間の異動により支援が途切れないようにすることや長期的な視点で評価を行う

【都道府県】

取組が十分にできていない市町村等に対して、保健所単位等での事業実施を検討するなど、積極的な支援を実施する

【広域連合】

地域の医師会等の関係団体に対して、広域連合が取組内容を説明し、理解及び協力を得ていくことが重要であり、都道府県と連携しながら調整する場合や市町村による調整の支援を行う場合など、状況に応じた調整を行う

【地域の医師会等医療関係団体の役割】

かかりつけ医療機能を有する医療機関と専門医等との連携強化が重要であるため、地域の医師会等は各医療機関や医師等と連携し必要な取組を行う

糖尿病の合併症として網膜症や歯周病、歯の喪失等があることを踏まえ、医科歯科連携の仕組みを構築し活用する健康サポート薬局、栄養ケア・ステーション、まちの保健室等の資源を有効活用した体制整備の検討を行う

【国保連合会、国保中央会】

取組状況等から支援の必要性があると考えられるが支援を受けていない市町村に対しても、都道府県と連携して、積極的に支援する

③対象者の抽出基準と対象者の状態に応じた介入方法の例示

- ・健康診査の結果の有無、糖尿病についての治療状況別（未治療、治療中）に、それぞれ対象者の把握方法を例示
- ・健康診査の結果がある者については、糖尿病についての治療状況別（未治療、治療中）に、HbA1cの状況、腎障害の程度（eGFRまたは尿蛋白の状況）、血圧の状況（血圧値、治療状況）を踏まえた対象者の抽出基準と対象者の状態に応じた介入方法を例示

④市町村、都道府県等が設定する評価指標例の提示

- ・評価では、受診勧奨や保健指導を実施した対象者ごとに行う評価に加えて、対象者全体（集団）での評価も行う。
- ・評価では、ア. 被保険者全体、イ. 対象者抽出基準該当者、ウ. 絞込み該当者、エ. 事業参加者、を意識して評価を行う。

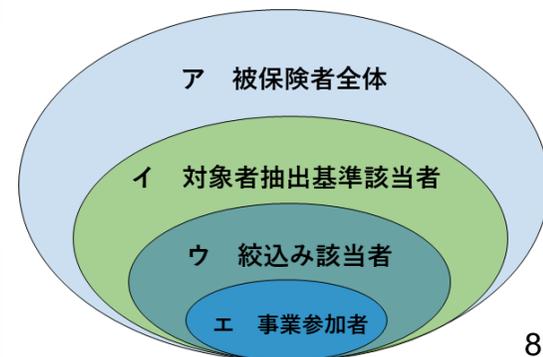
【未治療者・治療中断者】医療機関への受診勧奨と保健指導

【対象者の状態に応じた受診勧奨・保健指導】

	腎障害の程度									腎障害の程度/血圧区分判定不可
	以下のどちらかに該当 ・eGFR<45 ・尿蛋白(+)以上			以下のどちらかに該当 ・45≤eGFR<60 ・尿蛋白(±)			以下の両方に該当 ・60≤eGFR ・尿蛋白(-)			
	血圧区分			血圧区分			血圧区分			
	受診中	血圧高値受診なし	正常範囲	受診中	血圧高値受診なし	正常範囲	受診中	血圧高値受診なし	正常範囲	
HbA1c (%)	8.0以上	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	7.0~7.9	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	6.5~6.9	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	6.5未満	■	■	■	■	■	■	■	■	■

レベル	受診勧奨	保健指導
I	通知、健康教室等の案内（面談の機会を設定）	主に糖尿病及び生活習慣の改善に関する内容について通知、健康教室の案内
II	通知・電話/面談	腎障害の悪化を予防するための、糖尿病等生活習慣病の管理に関する内容を中心とし、通知・電話/面談
III	通知・電話/面談/訪問にて確実に実施	腎障害の悪化を防ぐための治療や生活に関する内容を中心とし、通知・電話/面談/訪問を確実に実施

【評価対象のとらえ方】



■ CKD対策 □ 高血圧受診勧奨

令和2年～4年 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施推進に係る検証のための研究 研究成果① 高齢者における重症化予防について

「一体的実施・KDB活用支援ツール」の抽出条件の考え方と保健事業への活用 Ver.1

保健事業対象者の抽出の根拠、高齢者の健康課題、厚生労働省の保健事業実施指針等、関連学会のガイドライン、保健事業への活用について示した。

【高齢者糖尿病の血糖コントロール目標】

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 ②ADL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%)	8.5%未満 (下限7.5%)

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。ただし、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。
(日本糖尿病学会/日本老年医学会合同委員会 2016年)

- 高齢者では低血糖を回避することを重視した治療目標となっている。目標を決定する際、サポート体制、認知機能やADL等を配慮して決められるため、検査値のみで一律の判断になっていないことに留意する。
- 治療中断者、コントロール不良者については、受診状況を確認した上で、健診、医療機関の受診を促し、かかりつけ医と連携の上、適宜保健指導を行う。

詳細については、高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドラインを参照。

目次

はじめに

1. 「一体的実施・KDB活用支援ツール」と本解説書について
抽出条件と保健事業例等に関する一覧表

2. 抽出条件の解説・ポイント

- (1) 低栄養
- (2) 口腔
- (3) 服薬—多剤
- (4) 服薬—睡眠薬
- (5) 身体的フレイル（ロコモ含む）
- (6) 重症化予防—コントロール不良者
- (7) 重症化予防—糖尿病等治療中断者
- (8) 重症化予防—基礎疾患保有+フレイル
- (9) 重症化予防—腎機能不良未受診者
- (10) 健康状態不明者

「一体的実施・KDB活用支援ツール」の 抽出条件の考え方と 保健事業への活用

Ver.1

「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施推進に係る検証のための研究」

令和3年度厚生労働省「一体的実施推進に係る検証のための研究」
政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）

令和3年度 厚生労働行政推進調査事業費補助金

政策科学総合研究事業

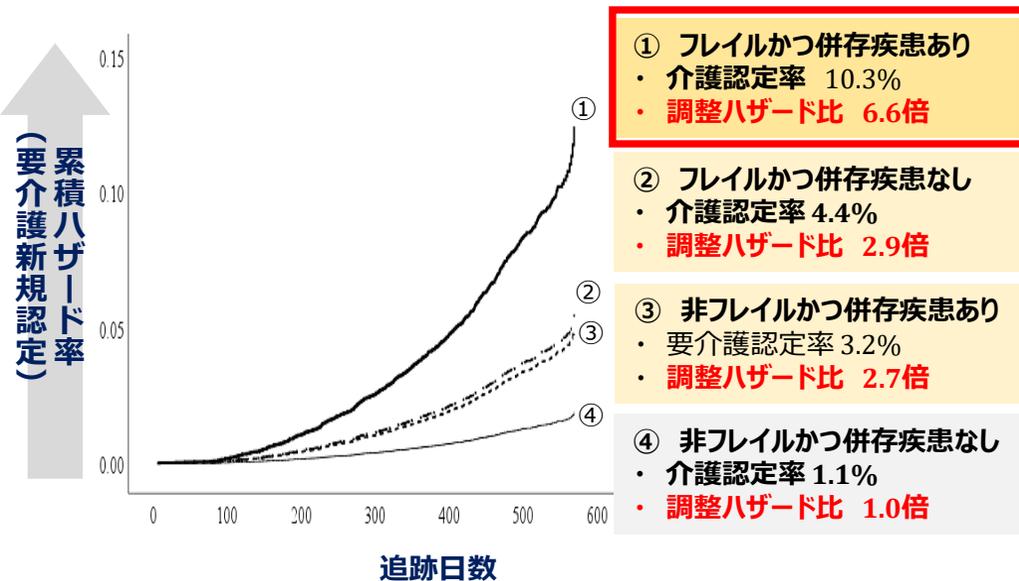
「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施推進に係る検証のための研究」

<https://www.mhlw.go.jp/content/000917658.pdf>

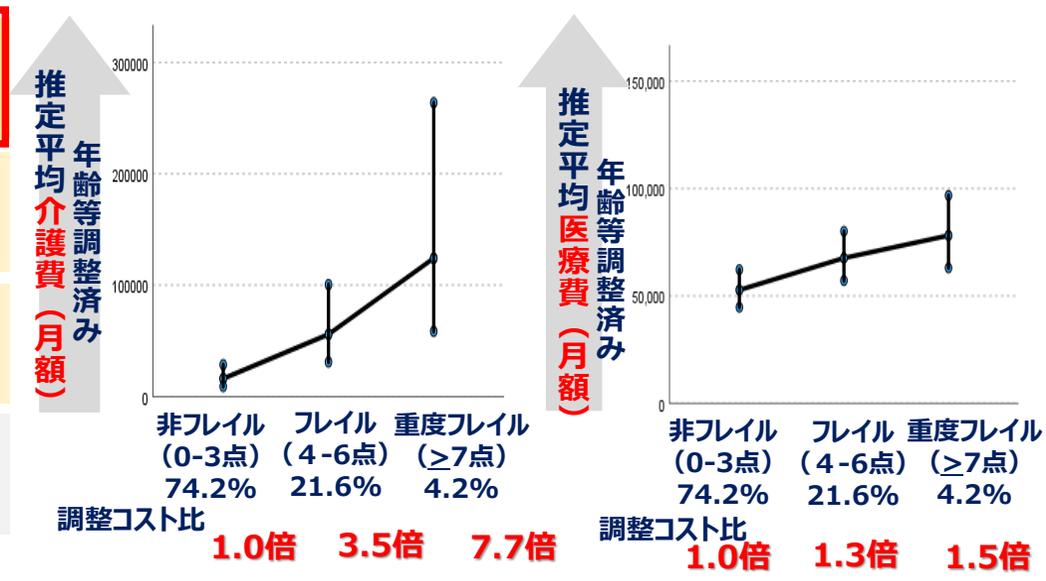
令和2年～4年 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施推進に係る検証のための研究 研究成果②

- 「後期高齢者の質問票」で評価したフレイル状態と、「要介護新規認定」「介護費・医療費」との関連性を検討した。
- フレイル状態の高齢者では、年齢等の影響を加味しても要介護の新規認定者が多く、併存疾患が重なっている場合に最も高いハザード比であった。
- フレイル状態の高齢者では、要介護認定者が多く、年齢等の影響を加味しても介護費・医療費が高く、重度ではさらに増加した。介護費で特に顕著であった。

「高齢者の質問票」で評価したフレイル状態・併存疾患と 要介護新規認定



「高齢者の質問票」で評価したフレイル状態と 介護費・医療費



デザイン： 前向きコホート研究

（追跡日数中央値 [4分位範囲] = 457 [408-519] 日）

対象： 地域在住75歳以上高齢者 18,130名

（平均80.1±4.1歳、女性55.1%）

アウトカム： 追跡期間中の要介護新規認定 727名（4.0%）

フレイル状態： 後期高齢者の質問票（4点以上*）

併用疾患： ICD-10コードからチャールソン併存疾患指数

調整変数： 年齢、性別、Body mass index、居住形態（独居／同居）

引用文献： Tanaka T, Yoshizawa Y, Iijima K, et al (*Geriatric Gerontol int.* 2023)

デザイン： 横断研究

対象： 地域在住75歳以上高齢者（要介護認定者含む） 24,836名

（平均80.4±4.5歳、女性55.5%）

アウトカム： 介護費（月額）、医療費総額（月額）

フレイル状態： 後期高齢者の質問票（4点以上*；7点以上を重度フレイル群とした）

調整変数： 年齢、性別、Body mass index、既往歴（高血圧、糖尿病、脂質異常症、慢性腎不全、心疾患、悪性新生物、認知症、うつ病、脳卒中、COPD、パーキンソン病、骨粗鬆症、歯周病等）

引用文献： Tanaka T, Yoshizawa Y, Iijima K, et al (*Geriatric Gerontol int.* 2023)

厚生労働科学研究・一体的実施の横展開事業

厚生労働科学（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））： 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の推進及び効果検証のための研究

研究代表者：津下一代（女子栄養大学）

研究分担者：飯島 勝矢（東京大学）、平田 匠（東京都健康長寿医療センター研究所）、渡邊 裕（北海道大学）、田中 和美（神奈川県立保健福祉大学）、
樺山 舞（大阪大学大学院）、斎藤民（国立長寿医療研究センター）

研究目的

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の事業評価及び効果検証に取り組む。具体的には、①KDB二次活用ツール（事業評価ツール）の検証、②一体的実施の計画書及び報告書データを用いた効果検証、③KDBデータを活用した評価の標準的な方法の検討及び提案④一体的実施の科学的エビデンスの構築を行い、高齢者の保健事業のプログラムの改定及び第3期データヘルス計画の中間評価に向けた提案を目的として研究を行う。

令和5-7年度 研究計画・方法

①KDB二次活用ツールの検証・更新

一体的実施の標準的な事業評価方法に向けての課題整理を行い、当該ツールの検証を踏まえた上で、ツールの改修やさらなる機能向上について検討し、事業評価に役立つ資料モデルを提案する。

②一体的実施計画書及び報告書データを用いた効果検証

市町村、広域連合における一体的実施の計画書・報告書データの分析を行い、取組の可視化を図る。ストラクチャー、プロセス評価の標準的な実施方法について検討し、評価に必要な情報が取得できるよう様式等への提案を行う。

③KDBデータを活用したアウトプット、アウトカム評価法、一体的実施事業の効果検証

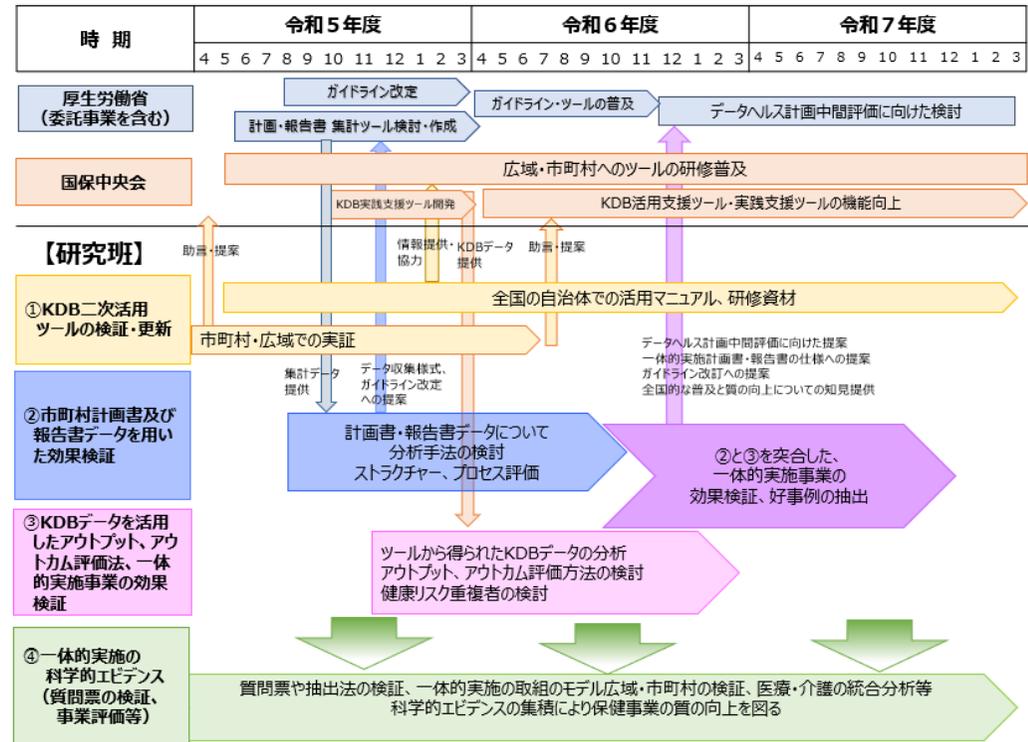
全国のKDBデータ（質問票、健診、医療、介護）を複数年分収集し、広域連合市町村での実施方法と効果の関連について検討する。KDB及び二次活用ツールを用いたアウトプット、アウトカム評価の標準的な方法を検討し、提案する。

④一体的実施の検証と科学的エビデンスの構築（質問票の検証、事業評価等）

栄養、口腔、服薬、重症化予防（糖尿病・身体的フレイル）、健康状態不明者対策等、一体的実施の事業評価を行い、科学的エビデンスに基づく効率的効果的な保健事業の提案を行う。

⑤高齢者の保健事業のプログラム改定やデータヘルス計画中間評価に向けた提案

①～④を踏まえた高齢者の保健事業プログラムの改定及びデータヘルス計画中間評価に向けた検討を行う。



期待される効果

- ・KDB活用支援ツールを用いて、KDB等のデータを活用した事業評価方法を検討することで、広域連合及び市町村の事業実施・事業評価の効率化が期待できる。標準的な効果検証方法を提示することで、PDAサイクルに沿った事業運営を可能にし、一体的実施のさらなる推進につながる。
- ・一体的実施の事業評価を行うことにより、本事業の意義や課題を明らかにし、高齢者の保健事業ガイドラインの改定、及び第3期データヘルス計画中間評価に活用する。これらを通じて、本事業に係る効果的な取組を推進することで、後期高齢者の在宅自立期間の延長（健康寿命の延伸）につながる。

- 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施は、高齢者施策に関する分野横断的な取り組みであり、KDB等を活用して高齢者の健康課題を把握、地域の資源を活用しながら事業を運営していくものである。また、運営に当たっては、関係者と連携しながら事業計画を立て、運営・評価していくことが求められる。
- 高齢者の保健事業のプログラムの進捗を俯瞰して把握し、改善ポイントを発見したり、関係者との協力体制を円滑に進めたりできるよう「進捗チェックリスト」を開発。



準備編

- 準備
情報収集、体制整備
- 事業構想・企画／具体化
実施体制整備、健康課題把握、テーマの検討、実施体制準備

実践編

- 事業企画
- 事業実施(ハイリスクー1)
- 事業実施(ハイリスクー2 事業評価)
- 【各種健康課題別の取組】
 - ・栄養(低栄養)に関するプログラム例
 - ・口腔に関するプログラム例
 - ・重症化予防に関するプログラム例
 - ・服薬に関するプログラム例
- 事業実施(ポピュレーションアプローチー1)
- 事業実施(ポピュレーションアプローチー2 事業評価)
- 感染症への対応

振り返り編

- 事業評価／事業報告／次期計画への見直し
ストラクチャー評価、プロセス評価、アウトプット評価、アウトカム評価 等

資料編

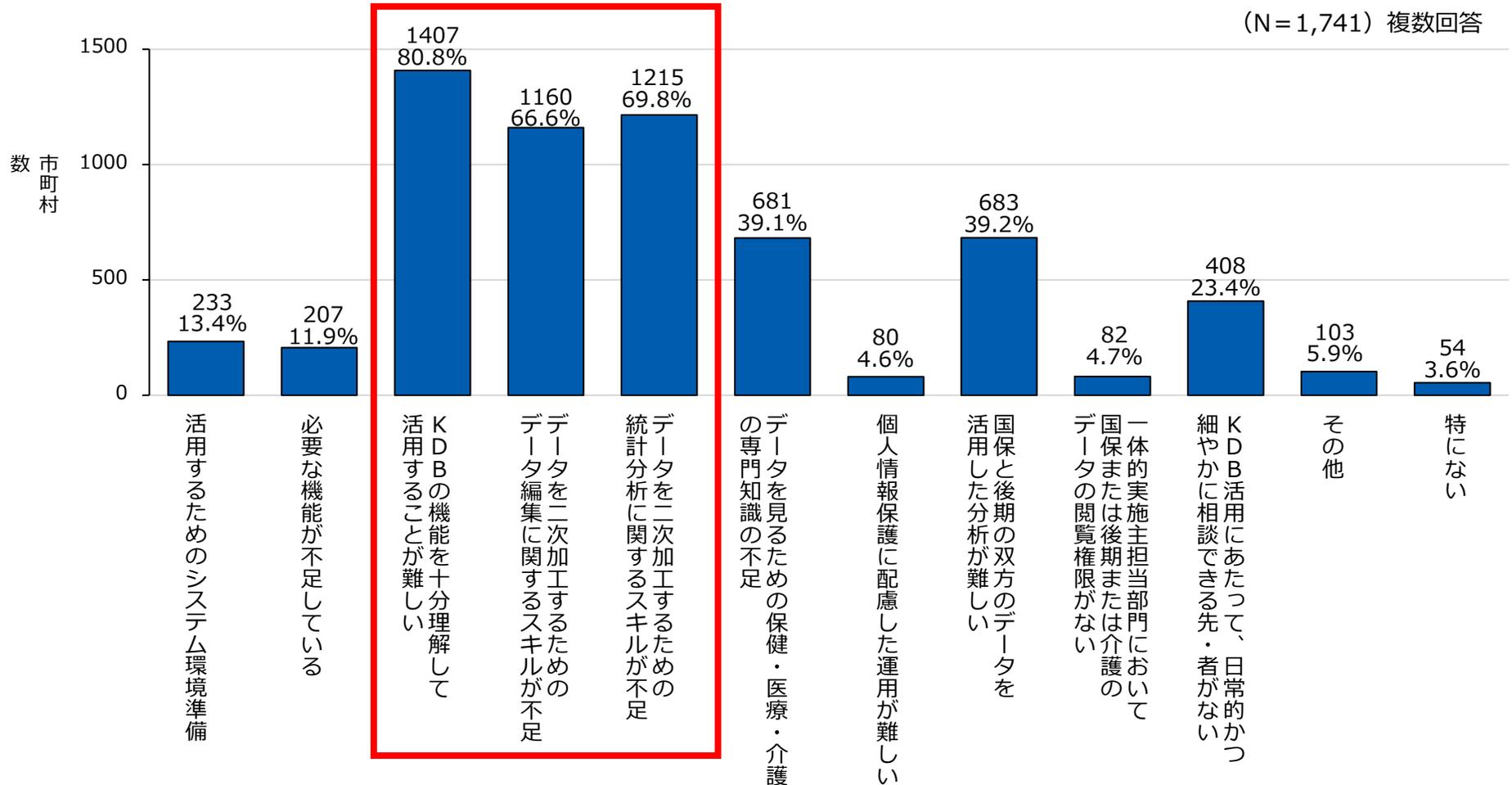
- 「後期高齢者の質問票の解説と留意事項」より抜粋
- 「かかりつけ医」のための後期高齢者の質問票対応マニュアル

(令和5年度一体的実施実施状況調査)
KDBシステムの活用における課題

【速報値】

市町村票

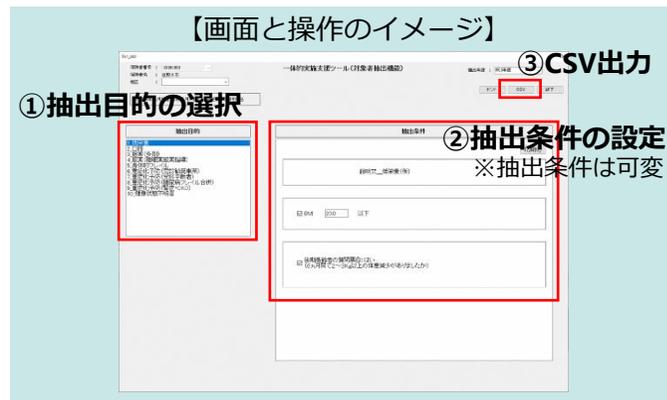
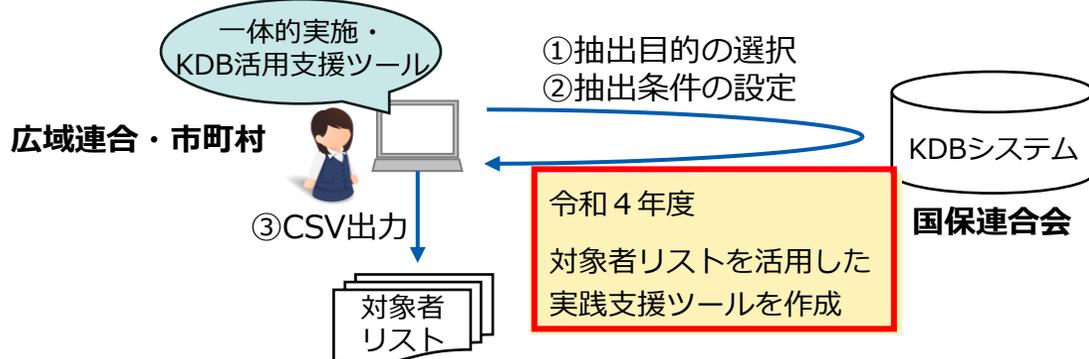
- KDBシステム活用における課題について、「KDBの機能を十分理解して活用することが難しい」が1,407市町村で最も多く、次いで「データを二次加工するための統計分析に関するスキルが不足」が1,215市町村、「データを二次加工するためのデータ編集に関するスキルが不足」が1,160市町村であり、活用のための知識・スキルに関する課題が上位を占めている。



一体的実施・KDB活用支援ツール（概要）

- 一体的実施の推進には、KDBシステム等を活用し、地域の健康課題の適切な分析・見える化、データ分析に基づく保健事業の提案、対象者抽出を含む効果的な事業展開（評価指標の標準化）等を実施していくことが求められるが、**KDBの活用においては、KDBシステムの機能の理解、データの活用等が課題**として挙げられている。
- 「一体的実施・KDB活用支援ツール」を開発し、事業の対象者リストを自動作成する等により**業務の簡素化・標準化を図り、広域連合・市町村における一体的実施の推進を支援**する（令和4年3月末に配布）。

1 一体的実施・KDB活用支援ツールのイメージ



※抽出条件は、政策科学推進研究事業「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施推進に係る検証のための研究」（研究代表者：津下一代）により検討したものを規定値として使用。

※同研究にて、抽出根拠や活用法をまとめた解説書を作成し、提供済（令和4年2月）。令和4年度には、本ツールから出力可能なCSVファイルを活用した実践支援ツール（試行版）を提供し、より積極的な活用法と保健事業の進め方を解説予定。（令和5年3月）

2 抽出される支援対象者と支援の目的

1	低栄養	低栄養状態の可能性のある者を抽出し、低栄養防止の取組につなげる
2	口腔	オーラルフレイル・口腔機能低下者を抽出して歯科受診につなげ、口腔機能低下防止を図る
3	服薬（多剤）	多剤投薬者を抽出し、服薬指導・服薬支援につなげることで、残薬を減らすとともに、転倒等の薬物有害事象を防止する
4	服薬（眠剤）	睡眠薬服用者を抽出し、服薬指導・服薬支援につなげることで、残薬を減らすとともに、転倒等の薬物有害事象を防止する
5	身体的フレイル（ロコモ含）	身体的フレイル（ロコモティブシンドローム含）のリスクがある者を抽出し、予防につなげる

6	重症化予防	血糖・血圧コントロール不良かつ薬剤処方がない者を医療機関受診につなげる
7		糖尿病、高血圧症で薬剤を中止している者に対して健康相談を行い、健診受診につなげる
8		糖尿病等の基礎疾患があり、フレイル状態にある者を抽出、通いの場等の介護予防事業につなげる
9		腎機能不良かつ医療機関への受診がない者に受診勧奨を行い、透析を予防する
10	健康状態不明者	健康状態不明者に対するアウトリーチ等により健康状態等を把握し、必要な支援を行う

「一体的実施・KDB活用支援ツール」の抽出条件の考え方と保健事業への活用

- 厚生労働科学（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施推進に係る検証のための研究」（研究代表者：津下一代（女子栄養大学特任教授））において、「一体的実施・KDB活用支援ツール」の支援対象者の抽出条件の根拠、保健事業への活用方法（ハイリスクアプローチ・ポピュレーションアプローチ）、評価のポイントをまとめた解説書を作成。

抽出条件と保健事業例等に関する一覧表

事業の目的	抽出基準	医療機関と連携した保健事業等、ハイリスクアプローチとしての保健事業	通いの場等、ポピュレーションアプローチとしての保健事業	詳細参照頁
		事業の主な流れ (1) 対象者の事前確認（年齢区分別） (2) 優先順位付け (3) 手帳等による事前確認、受診歴による絞り込み (4) 支障の把握 (5) 他事業や医療・介護への連携 (6) 事業評価	事業の主な流れ (1) 既存の予防事業と連携 (2) 連携できる事業との連携 (3) 事業評価	
低栄養状態の可能性のある者を抽出し、低栄養予防の取組につなげる	健診：BMI≦20 かつ 質問票 ⑥(体重変化)に該当	【支援の実施】 栄養相談：個別に低栄養について説明、生活状況・栄養状態の確認、体重測定、本人と相談の上、目標を立案。 【欠点先ずべき対象者】 ●BMI18.5未満 ●体重減少が顕著な者 ●質問票⑥(外出頻度)※(他者との交流)※(ソーシャルサポート)に該当 ●地域包括等からの紹介者	事業1) 通いの場でフレイル予防の講話と相談の時間を設ける。 事業2) 食育推進事業の健康支援型配食サービス等を利用したフレイル予防教室を開催、通いの場を紹介。 事業3) 空き店舗等を活用したフレイル予防相談会の開催。	P.10
オールフレ	質問票	【支援の実施】	事業1) i) 通いの場でのオール	

- 保険者等において、取り組む事業に応じた事業内容等を簡易に把握するとともに、詳細を確認し易くなるよう一覧表を作成。
- 抽出条件毎に、「事業の目的」「抽出基準」「医療機関と連携した保健事業等、ハイリスクアプローチとしての保健事業」「通いの場等、ポピュレーションアプローチとしての保健事業」「詳細参照頁」を掲載。

抽出条件の解説・ポイント

抽出条件の解説・ポイント	(1) 低栄養	低栄養状態の可能性のある者を抽出し、低栄養防止の取組につなげる
通いの場等、ポピュレーションアプローチとしての保健事業	抽出基準 1) 健診結果 2) 質問票 3) シェッド 4) 栄養相談 5) 栄養相談 6) 栄養相談 7) 栄養相談 8) 栄養相談 9) 栄養相談 10) 栄養相談	● 健診 BMI≦20 かつ 質問票⑥(体重変化) ● 健診結果 2.1(第二次)の目標項目として、低栄養傾向 (BMI≦20) の高齢者の割合の増加が認められている。 ● 体重減少が顕著な者、BMIが警戒レベルの増加発生率が高くなる。その発生リスクは、体重減少がない者の1.61倍高い。(高齢者保健事業ガイドライン別添 P16) ● 年齢が上がると、BMI(低栄養)の割合が高くなり、BMI 18.5以上は、(高齢者保健事業ガイドライン別添 P16)
介護予防事業等のポイント	抽出基準 1) 低栄養 2) 口腔 3) 服薬一多剤 4) 服薬一睡眠薬 5) 身体的フレイル(ロコモ含む) 6) 重症化予防一コントロール不良者 7) 重症化予防一糖尿病等治療中断者 8) 重症化予防一基礎疾患保有+フレイル 9) 重症化予防一腎機能不良未受診者 10) 健康状態不明者	● 慢性疾患の併存 ● 介護予防、日常生活圏域一歩調査で把握された地域高齢者の特徴 ● 通いの場での問診票、フレイルチェック等 ● 保健事業実施、介護担当者からの情報等
事業目的	抽出基準 1) 低栄養 2) 口腔 3) 服薬一多剤 4) 服薬一睡眠薬 5) 身体的フレイル(ロコモ含む) 6) 重症化予防一コントロール不良者 7) 重症化予防一糖尿病等治療中断者 8) 重症化予防一基礎疾患保有+フレイル 9) 重症化予防一腎機能不良未受診者 10) 健康状態不明者	● 慢性疾患の併存 ● 介護予防、日常生活圏域一歩調査で把握された地域高齢者の特徴 ● 通いの場での問診票、フレイルチェック等 ● 保健事業実施、介護担当者からの情報等

- 事業毎に、「抽出基準」「抽出基準の根拠」「その他参考にしたい情報」「医療機関と連携した保健事業等、ハイリスクアプローチとしての保健事業」「通いの場等、ポピュレーションアプローチとしての保健事業」「介護予防事業との連携のポイント」「留意事項」「参考情報」を掲載。
- 保健事業の解説では、プログラム例、優先すべき対象者、多くの対象者に働きかけるための工夫、関係者との連携、事業評価の指標例等を掲載。

「一体的実施・KDB活用支援ツール」の抽出条件の考え方と保健事業への活用Ver.1の掲載先
<https://www.mhlw.go.jp/content/000917658.pdf>

健診情報等を活用した高齢者保健事業対象者の抽出条件

一体的実施・KDB活用支援ツールによる支援対象者の抽出条件

1	低栄養	低栄養状態の可能性のある者を抽出し、低栄養防止の取組につなげる	健診：BMI \leq 20 かつ 後期高齢者の質問票⑥（体重変化）
2	口腔	オーラルフレイル・口腔機能低下者を抽出して歯科受診につなげ、口腔機能低下防止を図る	後期高齢者の質問票④（咀嚼機能）、質問票⑤（嚥下機能）のいずれかに該当 かつ レセプト：過去1年間歯科受診なし
3	服薬	多剤投薬者や睡眠薬服用者を抽出し、服薬指導・服薬支援につなげることで、残薬を減らすとともに、転倒等の薬物有害事象を防止する	レセプト：処方薬剤数「15以上、20以上」等で対象者を抽出し、個別支援が実施可能な人数まで候補者を絞り込む レセプト：睡眠薬処方あり かつ 後期高齢者の質問票⑧（転倒）または 質問票⑩（認知：物忘れ）及び質問票⑪（認知：失見当識）2つ該当
4		身体的フレイル（ロコモティブシンドローム含）のリスクがある者を抽出し、予防につなげる	後期高齢者の質問票①（健康状態）に該当 かつ 質問票⑦（歩行速度）に該当 質問票⑦（歩行速度）に該当 かつ 質問票⑧（転倒）に該当
6	重症化予防 （糖尿病・循環器・腎）	血糖・血圧コントロール不良かつ薬剤処方がない者を医療機関受診につなげる	健診：HbA1c \geq 8.0% または BP \geq 160/100 かつ レセプト（医科・DPC・調剤）：対応する糖尿病・高血圧の薬剤処方履歴（1年間）なし
7		糖尿病、高血圧症で薬剤を中止している者に対して健康相談を行い、健診受診につなげる	健診：抽出年度の健診履歴なし かつ レセプト（医科・DPC・調剤）：抽出前年度以前の3年間に糖尿病・高血圧の薬剤処方履歴あり かつ 抽出年度に薬剤処方履歴なし
8		糖尿病等の基礎疾患があり、フレイル状態にある者を抽出、通いの場等の介護予防事業につなげる	基礎疾患ありの条件 レセプト（医科・DPC・調剤）：糖尿病治療中もしくは中断 または 心不全、脳卒中等循環器疾患あり、または 健診：HbA1c7.0%以上 かつ 後期高齢者の質問票①（健康状態）または 質問票⑥（体重変化）または 質問票⑧（転倒）質問票⑬（外出頻度）のいずれかに該当
9	腎機能不良かつ医療機関への受診がない者に受診勧奨を行い、透析を予防する	健診：eGFR $<$ 45 または 尿蛋白（+）以上 かつ レセプト：医療（入院・外来・歯科）未受診	
10	健康状態不明者	健康状態不明者に対するアウトリーチ等により健康状態等を把握し、必要な支援を行う	健診：抽出年度および抽出前年度の2年度において、健診受診なし かつ レセプト：レセプト（入院・外来・歯科）履歴なし かつ 介護：要介護認定なし

凡例： 健診 質問票 医療 介護

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の全国的な横展開事業

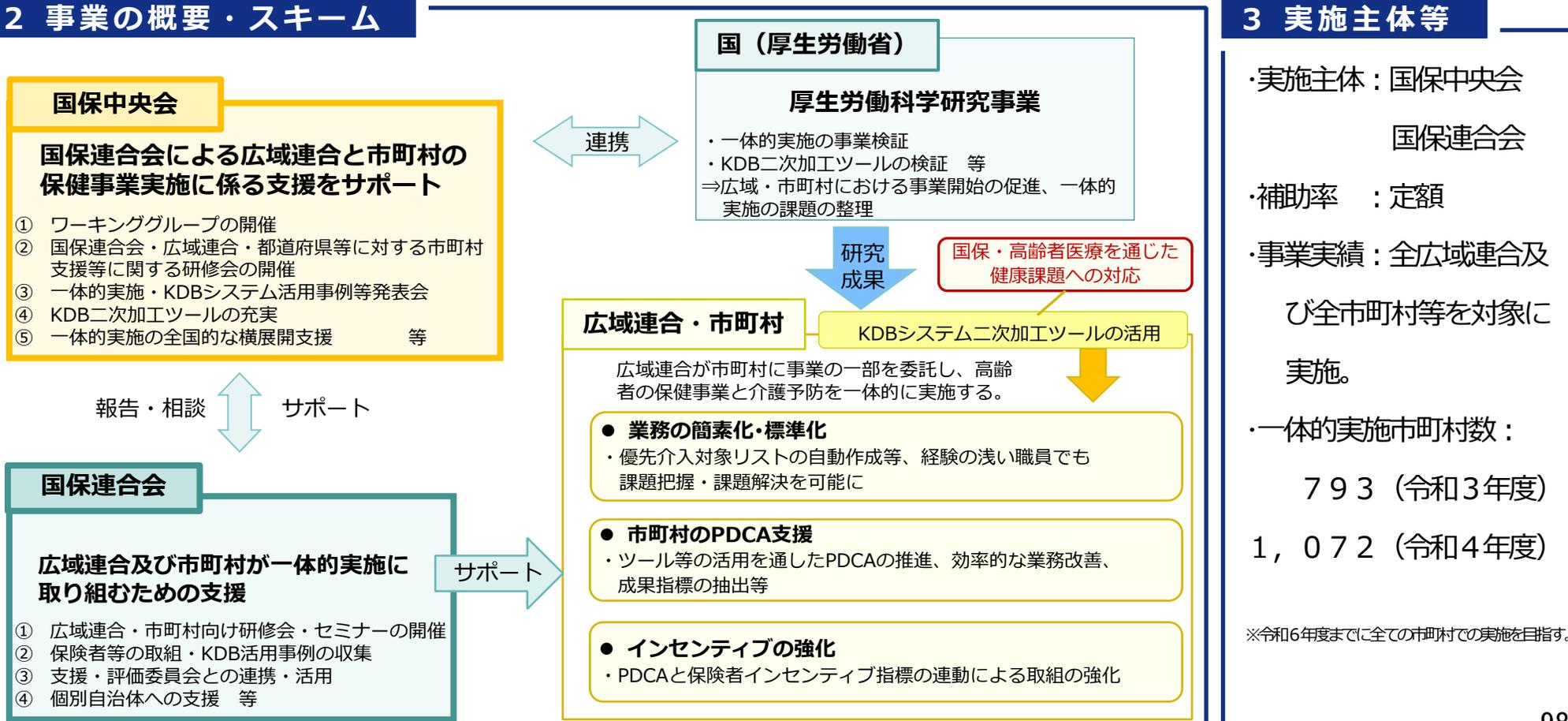
令和6年度当初予算 1.0 億円 (1.0億円) ※ () 内は前年度当初予算額

1 事業の目的

令和2年度より開始された「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施※」について、令和6年度までに全ての市町村において取組が実施されるよう取り組むとともに効果的な事例の横展開を図る。

※高齢者の心身の多様な課題に対してきめ細かな支援を実施するため、後期高齢者の保健事業について、介護保険の地域支援事業や国民健康保険の保健事業と一体的に実施。

2 事業の概要・スキーム



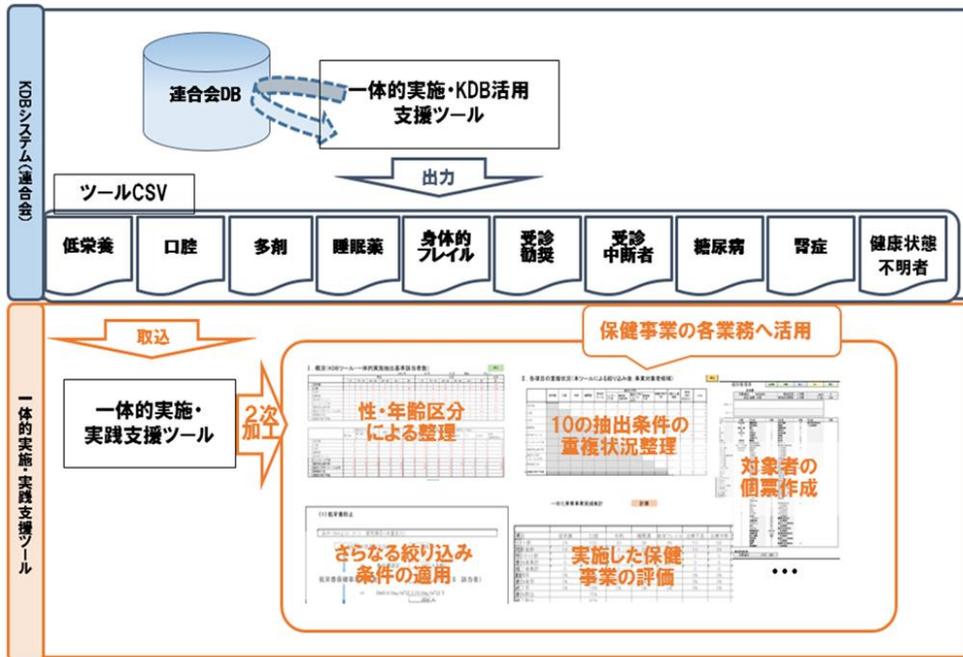
一体的実施・KDB実践支援ツール（概要）

- 令和3年度に開発された「一体的実施・KDB活用支援ツール」により、研究班により提示された抽出基準に基づいて対象者（ハイリスク者）を抽出し、健診・質問票、医療レセプト等の情報を一元化したCSVとして取得できるようになった。しかし、抽出条件の重複状況の把握や性・年齢別の整理の必要性等、条件のさらなる絞り込みや対象者の個票作成に課題が残った。
- 一体的実施の一層の推進に向けて、これらの課題を踏まえつつ、より作業を容易かつ対象者の実態に即した事業を展開するため、厚生労働科学研究事業により「一体的実施・実践支援ツール」の開発及び解説書の作成を行うとともに、国民健康保険中央会において本ツールを実装した。

1 一体的実施・実践支援ツールの概要

- 一体的実施・実践支援ツールは、対象者（ハイリスク者）に関するCSVを取り込み、集計・二次加工することで各保健事業における介入者の絞り込みや抽出条件の重複状況の確認、個票作成を行うことができる。
- 被保険者単位で保健事業の実施状況を入力することにより、実施した保健事業の評価及びその管理ができる。

2 一体的実施・実践支援ツールのイメージ



一体的実施・KDB活用支援ツールと一体的実施・実践支援ツールの関係・機能の違い

	一体的実施・KDB活用支援ツール	一体的実施・実践支援ツール
事業企画	（全体像の把握） 抽出基準別の該当者一覧 健診・医療・介護情報の連結・表示 過去5年間のデータの一覧化	（詳細な状況の整理） 性・年齢階級別の該当者数 抽出条件間の重複状況 介護や重症疾患などの保有者数
対象者リスト作成	対象者一覧からのリスト作成（フィルター機能）	各集計カラムから対象者リスト作成 ※フロー図に従った絞り込みが可 さらに絞り込むことも可（フィルター機能）
実施状況記録	（記録できない）	事業実施状況の記録が可能（参加状況区分、コメント入力）
評価	（評価機能なし）	該当者数・割合の変化（マクロ評価）、記録情報を活用したアウトプットの評価が可能

一体的実施・実践支援ツールの開発・実装にかかる経緯

政策科学推進研究事業「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施推進に係る検証のための研究（R2~4）」（研究代表者：津下一代）において、ツールの試行版を作成後、政策科学推進研究事業「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の推進及び効果検証のための研究（R5~7）」（研究代表者：津下一代）において、解説書「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第3版を踏まえた一体的実施・実践支援ツールの保健事業への活用」が作成された（公表：R6.4）。併せて、国民健康保険中央会が「一体的実施・実践支援ツール」を実装し、関係者に対し「一体的実施・実践支援ツール操作マニュアル」を配布した。

データヘルスの推進について



データヘルス計画とは

● 健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針

第四 保健事業の実施計画（データヘルス計画）の策定、実施及び評価

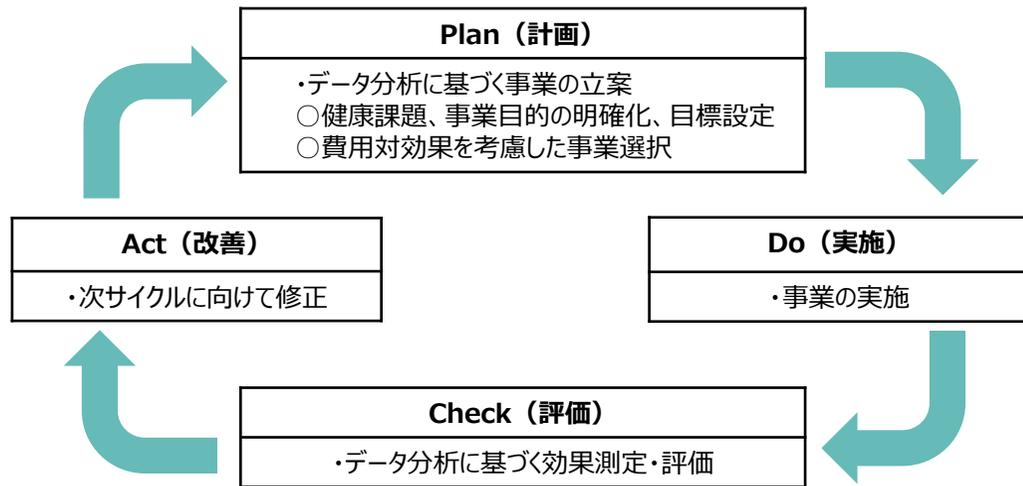
保険者は、健康・医療情報を活用した加入者の健康課題の分析、保健事業の評価等を行うための基盤が近年整備されてきていること等を踏まえ、健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（以下「実施計画」という。）を策定した上で、保健事業の実施及び評価を行うこと。

- ⇒ 平成27年度からの**第1期データヘルス計画では、全健保組合・全協会けんぽ支部が計画を策定。**
 平成30年度からの**第2期データヘルス計画は、本格稼働としてさらなる質の向上を目指す。**
 令和6年度からの**第3期データヘルス計画はデータヘルス計画の標準化の推進及び効率的・効果的なデータヘルスの更なる普及を進める。**

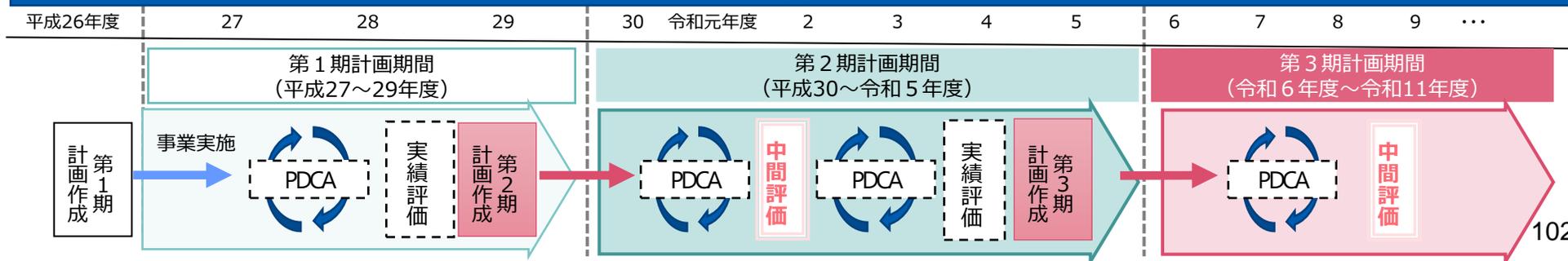
「データヘルス計画」

レセプト・健診情報等のデータの分析に基づく効率的・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

ねらい：「健康寿命の延伸」と「医療費適正化」を同時に図る。

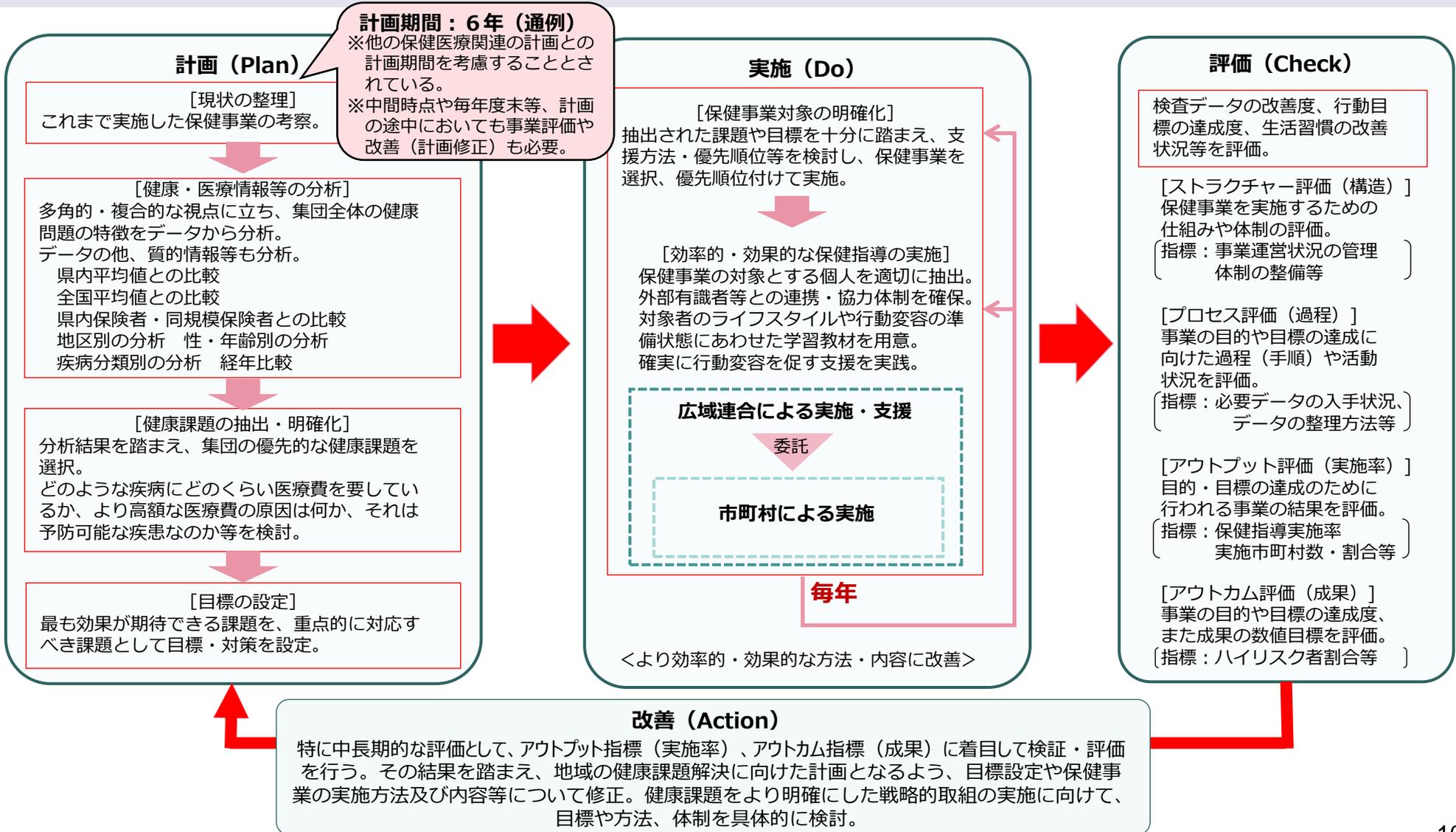


データヘルス計画のスケジュール



広域連合におけるデータヘルス計画（PDCA）の特徴

- 広域連合におけるデータヘルス計画の場合、保健事業の計画・評価・改善（P・C・A）は広域連合、保健事業の実施（D）は市町村（広域連合から市町村への委託）となっていることが多く、計画策定等と保健事業の実施の主体が異なる。



後期高齢者の保健事業における市町村対応のPDCA

- 後期高齢者の保健事業（健康診査・歯科健康診査、一体的実施等における個別の保健事業）については、広域連合が通例6年間のデータヘルス計画を策定・実施しており、毎年度事業内容の実施状況を踏まえた評価・改善を行う。また、多くの場合、市町村が広域連合からの委託を受けて保健事業を実施している。市町村が事業実施を行うにあたっては、広域連合のデータヘルス計画における計画・評価・改善（P・C・A）の方針を踏まえつつ、保健事業の実施（D）については、毎年度、計画・評価・改善（P・C・A）を別途行う必要がある。

計画（Plan）

【現状の整理】

これまで実施した保健事業（対象や実施方法、実施体制、成果等）の考察。

【健康・医療情報等の分析】

多角的・複合的な視点に立ち、地域集団全体の健康問題の特徴をデータとともに質的情報等も分析。

県内平均値・全国平均値との比較
地区別の分析 性・年齢別の分析
疾病分類別の分析 経年比較

※データヘルス計画上の共通評価指標にかかる分析においては、一体的実施・KDB活用支援ツールの抽出条件を参照。

【健康課題の抽出・明確化】

分析結果を踏まえ、地域集団の優先的な健康課題を選択。どのような疾病にどのくらい医療費を要しているか、より高額な医療費の原因は何か、それは予防可能な疾患なのか等を検討。

【目標の設定】

最も効果が期待できる課題を、重点的に対応すべき課題として目標・対策を設定するとともに、効率的な実施方法・体制について検討。

実施（Do）

【保健事業対象の明確化】

適切な健康診査等の実施、その結果から抽出された課題や目標を十分に踏まえ、支援方法・優先順位等を検討し、保健事業を選択、優先順位付けて実施。

健康診査・歯科健康診査

- ・低栄養
- ・口腔機能低下
- ・服薬（多剤）
- ・服薬（睡眠薬）
- ・身体的フレイル（ロコモを含む）
- ・重症化予防（コントロール不良者）
- ・重症化予防（糖尿病等治療中断者）
- ・重症化予防（基礎疾患保有+フレイル）
- ・重症化予防（腎機能不良未受診者）
- ・健康状態不明者

【効率的・効果的な保健指導の実施】

事業実施の実現可能性等も踏まえつつ、保健事業の対象とする個人を、適切に抽出。外部有識者等との連携・協力体制を確保。対象者のライフスタイルや行動変容の準備状態にあわせた学習教材を用意。確実に行動変容を促す支援を実践。

<より効率的・効果的な方法・内容に改善>

評価（Check）

【評価の視点に基づく評価の実施】

地域の集団及び個人における検査データの改善度、行動目標の達成度、生活習慣の改善状況等を評価。

<ストラクチャー評価（構造）>

保健事業を実施するための仕組みや体制の評価。
（指標：事業実施にかかる連携体制整備等）

<プロセス評価（過程）>

事業の目的や目標の達成に向けた過程（手順）や活動状況を評価。
（指標：事業案内の方法、事業実施方法等）

<アウトプット評価（実施率）>

目的・目標の達成のために行われる事業の結果を評価。
（指標：保健指導実施率等）

<アウトカム評価（成果）>

事業の目的や目標の達成度、また成果の数値目標を評価。
（指標：健診結果、医療費の変化等）

改善（Action）

目標や方法・体制等も含めて検証・評価を行った結果を踏まえ、地域の健康課題解決に向けた計画の修正。健康課題をより明確にした戦略的取組の検討。

広域連合のPDCA

データヘルス計画全体は通例6年ごと
事業内容は毎年度

市町村における保健事業のPDCAは毎年度実施し、その結果については適時、広域連合への共有が必要。

第3期データヘルス計画について

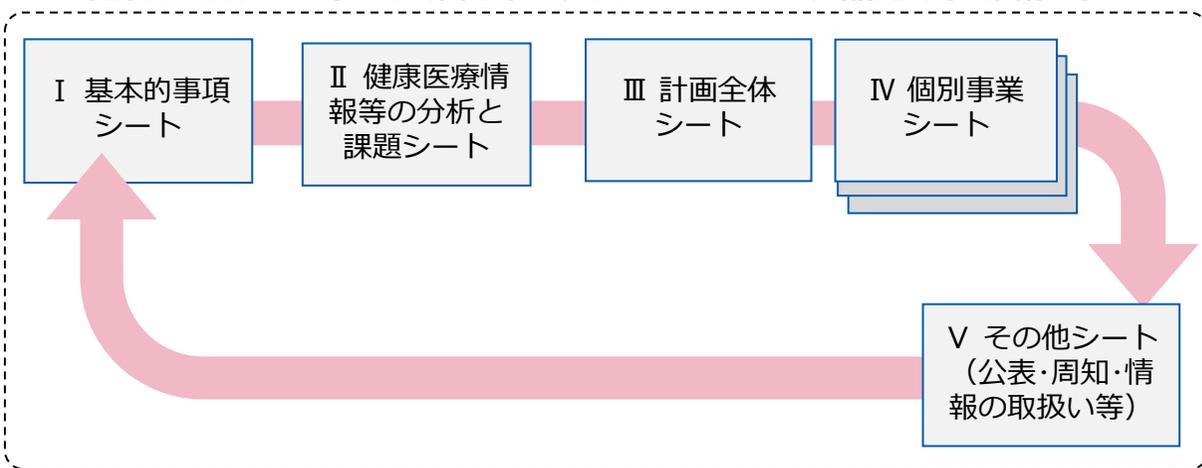
- 後期高齢者の保健事業については、データヘルス計画(国保・後期)の在り方に関する検討会における議論を踏まえ、令和5年3月30日に「高齢者保健事業の実施計画(データヘルス計画)策定の手引き」を改訂した。各広域連合においては令和6年度から第3期データヘルス計画が開始となる。
- 第3期データヘルス計画においては、標準化を推進し、総合的な評価指標としての共通評価指標の設定とともに、健康課題解決につながる計画を策定するための考え方のフレームとして、計画様式にて作成いただくこととした。

■データヘルス計画の標準化のねらいと対応

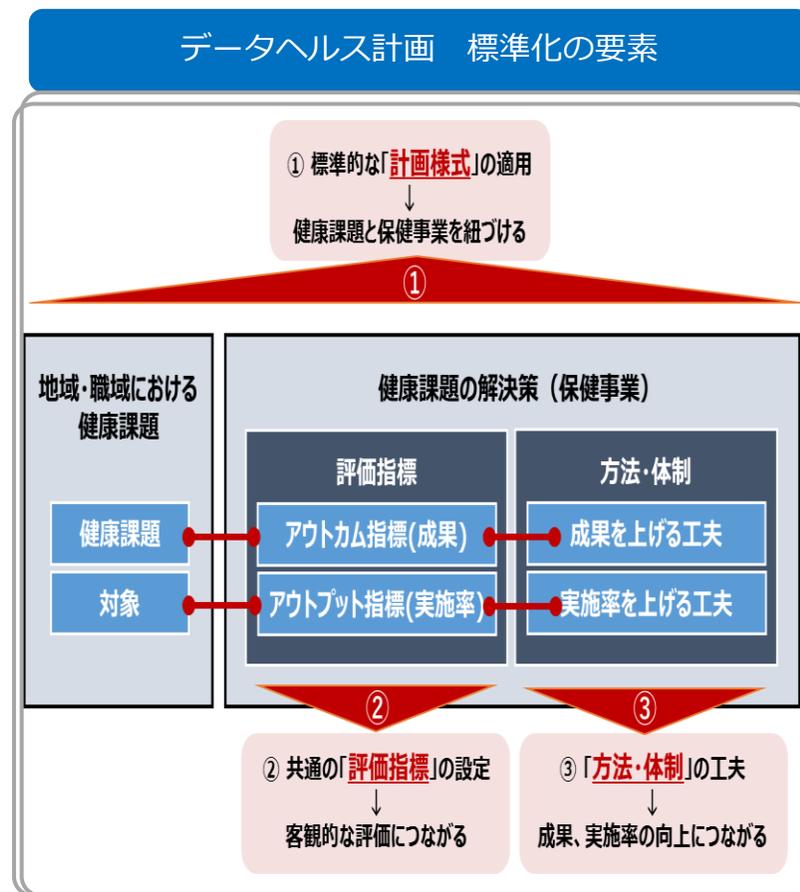
- 計画策定や保健事業運営の負担が軽減されるだけでなく、共通の評価指標を用いることで実績を比較可能とする。
- 効果的な保健事業(方法・体制)をパターン化することにより、事業効果を向上させる。

- ・ 策定段階での考え方のフレームの提示
- ・ 総合的な評価指標としての共通評価指標の設定
- ・ 総合的な評価指標と個別事業の提示
- ・ 個別事業の評価指標例をアウトプット・アウトカムに区分
- ・ 総合的な評価指標に関し、確認すべきデータの提示

■健康課題解決につながる計画を策定するためのフレーム(構造的な計画様式)



データヘルス計画 標準化の要素



高齢者の医療の確保に関する法律に基づく 高齢者保健事業の実施等に関する指針の改正について

高齢者の保健事業の実施計画（データヘルス計画）策定の手引きに記載した総合的な評価指標（共通評価指標）について追記を行った。

第五 高齢者保健事業の実施計画（データヘルス計画）の策定、実施及び評価

三 事業の評価

事業の評価は、健康・医療情報を活用して、費用対効果の観点も考慮しつつ行うこと。なお、評価の際に用いる指標については、全国の広域連合において、次の総合的な評価指標（共通評価指標）を設定するほか、各広域連合独自の評価指標を設定して差し支えない。

1 健康診査受診率

2 歯科健診実施市町村数及び当該数が構成市町村数に占める割合

3 質問票を活用したハイリスク者把握に基づく保健事業を実施している市町村数及び当該数が構成市町村数に占める割合

4 次に掲げる者に対する保健事業（ハイリスクアプローチ）の実施市町村数及び当該数が構成市町村に占める割合

- (一) 低栄養の状態にある者
- (二) 口腔機能の低下のおそれのある者
- (三) 服薬（重複投薬・多剤投与等）に係る指導等を必要とする者
- (四) 身体的フレイル（運動機能の低下等のフレイルをいい、ロコモティブシンドロームを含む。5の（四）及び（五）において同じ。）の状態にある者
- (五) 重症化予防（糖尿病性腎症等の予防）に係る指導等を必要とする者
- (六) 健康状態が不明な者

5 次に掲げる者に対する保健事業におけるハイリスク者数が各広域連合の被保険者数に占める割合

- (一) 低栄養の状態にある者
- (二) 口腔機能の低下のおそれのある者
- (三) 服薬（多剤投与又は睡眠薬投与）に係る指導等を必要とする者
- (四) 身体的フレイルの状態にある者
- (五) 重症化予防に係る指導等を必要とする者（血糖等管理が不十分な者、糖尿病等の治療を中断した者、基礎疾患を有し、かつ、身体的フレイルの状態にある者または腎機能が低下し、かつ、医療機関を受診していない者）
- (六) 健康状態が不明な者

6 平均自立期間

高齢者保健事業の実施計画（データヘルス計画）策定の手引きより

○ **一体的実施は「高齢者保健事業の中心」**

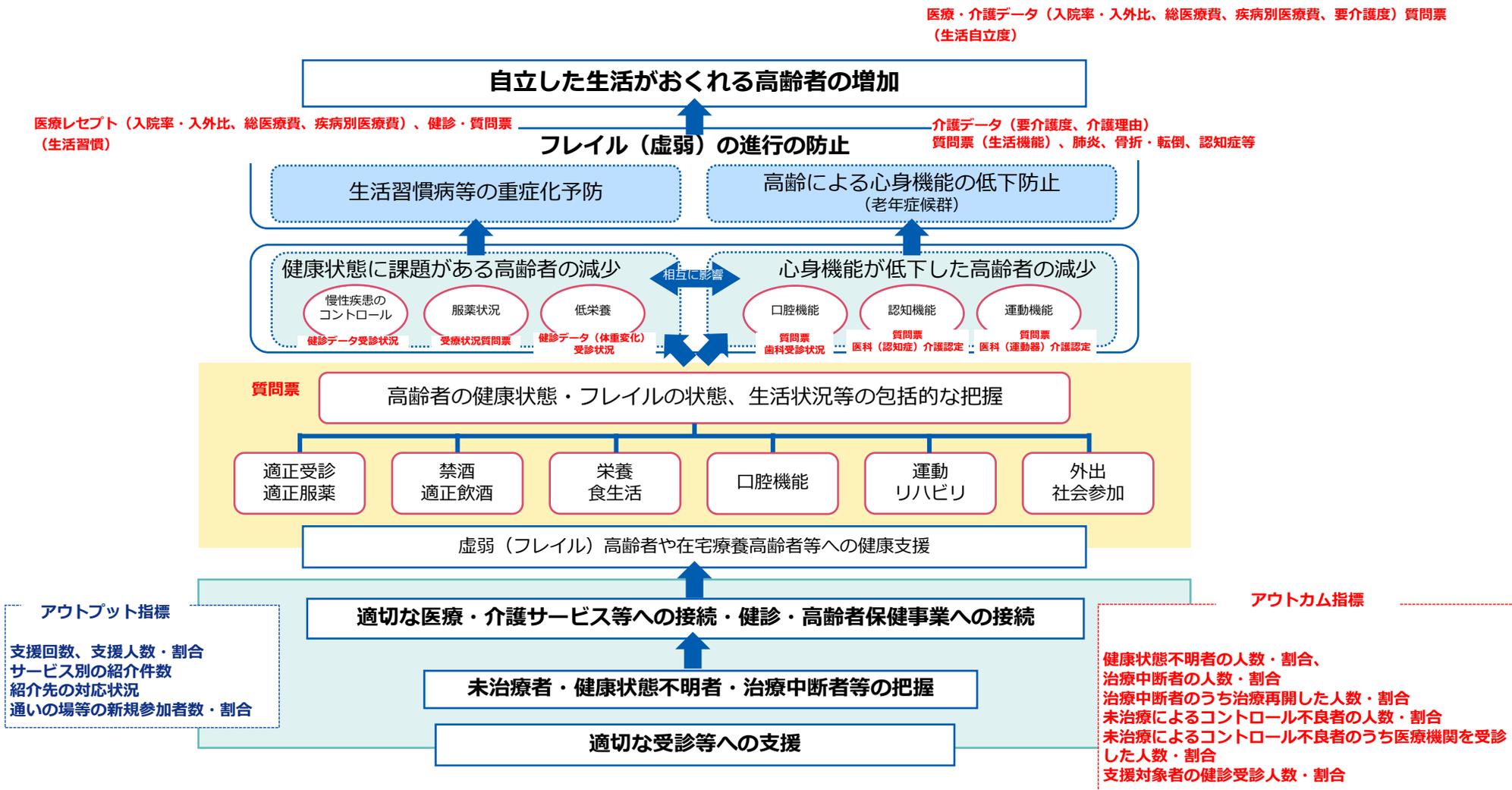


【高齢者保健事業の目的】

- **生活習慣病を初めとする疾病の発症や重症化の予防及び心身機能の低下を防止し、できる限り長く在宅で自立した生活を送ることのできる高齢者を増やすことが最大の目的。**
- **効果的な保健事業の実施により、生涯にわたる健康の保持増進、生活の質（QOL）の維持及び向上が図られ、結果として、医療費の適正化、要介護認定率の低下や介護給付費の減少に資すると考えられる。**

高齢者の保健事業における目標設定の考え方と評価指標

- 高齢者保健事業の最終的な目的は、生活習慣病等の重症化が予防され、心身機能の低下が防止されることにより、住み慣れた地域で社会とのつながりを保ちつつ、自立した生活がおくれる高齢者がすることにある。



データヘルス計画策定の手引き 見直しの全体像

第3回 高齢者保健事業の実施計画（データヘルス計画）
策定の手引きに係るワーキンググループ

- 手引きにおける※の項目を中心に、記載事項の追記・修正の見直しを行うとともに、新たに計画様式を作成。

【データヘルス計画策定の手引き（構成）】

1. 計画の基本的事項

- (1) 背景・目的 ※
- (2) 計画の位置づけ ※
- (3) 関係者が果たすべき役割
 - ①実施主体・関係部局の役割 ※
 - ②外部有識者等の役割
 - ③被保険者の役割

2. 計画に記載すべき事項

- (1) 基本的事項
 - ①計画の趣旨
 - ②計画期間
 - ③実施体制・関係者連携
- (2) 現状の整理
 - ①保険者等の特性
 - ②前期計画等に係る考察
- (3) 健康・医療情報等の分析・分析結果に基づく健康課題の抽出 ※
- (4) 目標 ※
- (5) 保健事業の内容 ※
- (6) 計画の評価・見直し ※
- (7) 計画の公表・周知 ※
- (8) 個人情報の取扱い
- (9) 地域包括ケアに係る取組及びその他の留意事項

3. 国からの支援等 ※

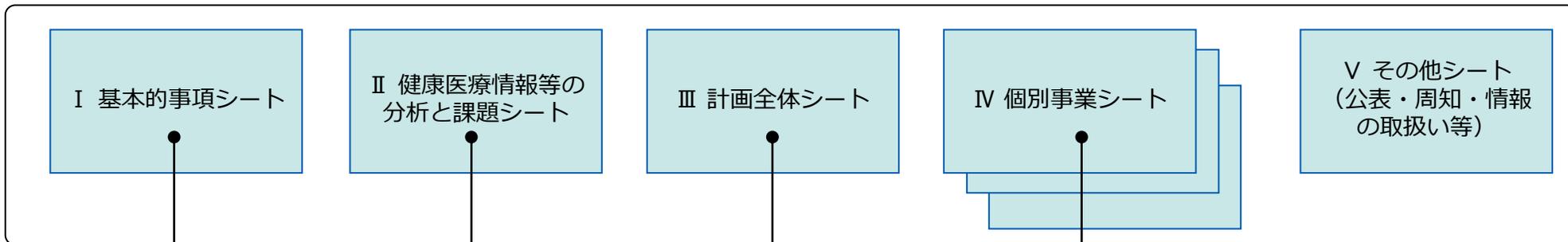
- (1) 特別調整交付金
- (2) 後期高齢者医療制度事業費補助金
- (3) 国保・後期高齢者ヘルスサポート事業
- (4) 国保ヘルスアップ事業

別添：データヘルス計画策定チェックリスト
：計画様式（シートⅠ～Ⅴ）

データヘルス計画の標準化 ：考え方のフレーム（構造的な計画様式）

- データヘルス計画策定の際に活用する計画様式を作成。（シートⅠ～Ⅴ）
- 計画様式には、手引きで示している策定のプロセスを含めている。

健康課題解決につながる計画を策定するためのフレーム（構造的な計画様式）



ステップ1
現状把握
(前期評価を含む)

ステップ2
健康課題の抽出

ステップ3-1
計画の目的・目標
(総合的な評価指標)

ステップ3-2
個別事業の方法・体制
(個別評価指標)

ステップ4
評価・見直し
(総合評価指標/
個別評価指標)

シートⅢ：計画全体

課題・課題解決に係る取組の方向性・
目的・目標・各年度の目標値設定

シートⅣ：個別事業

個別事業の概要・評価指標・
方法・体制

データヘルス計画 計画様式（シートⅠ 基本的事項）

第●期データヘルス計画							
計画策定の趣旨	背景						
	目的						
計画期間		令和●年度～令和●年度					
関連する他の計画・関連事項・関連目標	都道府県健康増進計画	令和●年～令和●年					
	都道府県医療費適正化計画	令和●年～令和●年					
	介護保険事業支援計画	令和●年～令和●年					
	国保データヘルス計画	令和●年～令和●年					
実施体制関係者連携	市町村との連携体制						
	関係者等						
(1) 基本情報							
人口・被保険者		対象者に関する基本情報 (令和●年●月●日時点)					
		全体	%	男性	%	女性	%
人口(人)							
被保険者数(人)							
65～69歳(人)							
70～74歳(人)							
75～79歳(人)							
80～84歳(人)							
85～89歳(人)							
90歳以上(人)							
関係者等		計画の実効性を高めるための関係者等との連携					
		連携内容					
構成市町村							
都道府県							
国保連及び支援・評価委員会							
外部有識者							
保健医療関係者							
その他							
(2) 現状の整理							
被保険者等の特性	被保険者数の推移						
	年齢別被保険者構成割合						
	その他						
前期計画等に係る評価	前期(第●期)に設定したDH計画全体の目標 (設定していない場合は各事業の目標)	①	②	③			
	目標の達成状況	①	②	③			

- 計画策定の趣旨
- 計画期間
- 関連する他計画 関連事項・関連目標
- 実施体制関係者連携

- (1) 基本情報
- 人口・被保険者：対象者に関する基本情報
- 人口(人)
 - 被保険者数(人)
- 関係者等：計画の実効性を高めるための関係者等との連携
- 構成市町村
 - 都道府県
 - 国保連及び支援・評価委員会
 - 外部有識者
 - 保健医療関係者
 - その他

- (2) 現状の整理
- 被保険者等の特性
 - 前期計画等に係る評価

※計画様式(Ⅰ～Ⅴ)は、東京大学「データヘルス計画標準化ツール®」を改変して作成。

データヘルス計画 計画様式（シートⅡ 健康医療情報等の分析）

Ⅱ 健康医療情報等の分析	
※情報整理の際には、①全国平均との比較・②構成市町村比較	
項目	
被保険者構成の将来推計	図表〇
将来推計に伴う医療費見込み	
平均余命 平均自立期間（要介護2以上）等 死因別死亡割合	
健康診査 歯科健康診査 質問票の分析	健康診査・歯科健康診査の実施状況
	健康診査・歯科健康診査の結果の状況 （健康状況）
	質問票調査結果の状況 （生活習慣）
	健康状態不明者の数
医療関係の 分析	医療費
	疾病分類別の医療費
	後発医薬品の使用割合
	重複投薬患者割合 多剤投薬患者割合
介護関係の 分析	要介護認定率の状況
	介護給付費
	要介護認定有無別の有病率（疾病別） 要介護度別有病率（疾病別）
	通いの場の展開状況 （箇所数・参加者数等）
介護・医療のクロス分析	
※課題抽出時と作成後にチェック	
関連する他の計画を踏まえた 広域連合の取組	課題抽出時：① 関連する他の計画の関連事項や目標について確認 課題抽出時：② ①を踏まえ、後期のDH計画で取り組むことを確認 作成後：③ ②の取組について市町村や取組を実行していく上で連携が必要になる関係者等に共有したか確認

※情報整理の際には
①全国平均との比較 ②構成市町村比較 ③経年変化の視点で整理することがポイント

- 被保険者構成の将来推計
- 将来推計に伴う医療費見込み

- 平均余命
- 平均自立期間（要介護2以上）等
- 死因死亡者割合
- 健康診査、歯科健康診査、質問票の分析
- 医療関係の分析
- 介護関係の分析
- 介護・医療のクロス分析

※課題抽出時と作成後にチェック
関連する他の計画を踏まえた広域連合の取組

広域連合がアプローチする課題	
広域連合がアプローチする課題	優先する課題
C	
D	
E	
F	
G	

広域連合がアプローチする課題

後期データヘルス計画における取組の方向性

後期データヘルス計画における取組の方向性

データヘルス計画 計画様式（シートⅣ 個別事業）

Ⅳ 個別事業										
事業シート [●]										
事業● ●●事業										
事業の目的										
事業の概要										
項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時 実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム 評価指標	1			%	%	%	%	%	%	%
	2									
	3									
	4									
	5									
項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時 実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット 評価指標	1									
	2									
	3									
	4									
	5									
プロセス (方法)	概要									
	実施内容									
	実施後のフォロー・モニタリング									
	備考									
ストラクチャー (体制)	概要									
	実施内容									
	実施後のフォロー・モニタリング									
	備考									

事業の目的

事業の概要

アウトカム評価指標

アウトプット評価指標

プロセス（方法）

ストラクチャー（体制）

データヘルス計画 計画様式（シートV その他）

V その他	
データヘルス計画の 評価・見直し	
データヘルス計画の 公表・周知	
個人情報の取扱い	
地域包括ケアに係る 取組	
その他留意事項	

データヘルス計画の評価・見直し

データヘルス計画の公表・周知

個人情報の取扱い

地域包括ケアに係る取組

その他留意事項

データヘルス計画の評価指標等について

評価指標 設定のポイント

- 広域連合が既存のデータベースシステム又は統計で確認できる

総合的な評価指標 (共通評価指標)

健診受診率 [健診の対象外とする者の設定が統一されていない
⇒ 対象外の者について設定し、分母を統一する。]

歯科健診実施市町村数・割合

質問票を活用したハイリスク者把握に基づく保健事業を実施している市町村数・割合

アウトプット

以下の保健事業（ハイリスクアプローチ）の実施市町村数・割合

- ・低栄養
- ・口腔
- ・服薬（重複・多剤等）
- ・重症化予防（糖尿病性腎症）
- ・重症化予防（その他 身体的フレイルを含む）
- ・健康状態不明者対策

※各事業対象者の抽出基準は問わない

平均自立期間（要介護2以上）

アウトカム

ハイリスク者割合(一体的実施支援ツールの抽出基準に該当する者の割合)

- ・低栄養
- ・口腔
- ・服薬（多剤）
- ・服薬（睡眠薬）
- ・身体的フレイル（ロコモ含む）
- ・重症化予防（コントロール不良者）
- ・重症化予防（糖尿病等治療中断者）
- ・重症化予防（基礎疾患保有＋フレイル）
- ・重症化予防（腎機能不良未受診者）
- ・健康状態不明者対策

策定の際に確認が必要なデータ例※

1人当たり医療費

1人当たり医療費（入院）

1人当たり医療費（外来）

1人当たり医療費（歯科）

1人当たり医療費（調剤）

疾病分類別医療費

介護給付費

上手な医療の かかり方	後発医薬品の使用割合
	重複投薬患者割合

※広域連合による保健事業の実施以外の要因
が大きいこと等により、共通の評価指標として
設定しないが、各広域連合が評価指標として
設定することも差し支えない。

個別事業（一体的実施）の 評価指標例

低栄養

重症化予防
(糖尿病性腎症)

口腔

身体的フレイル
(ロコモ含)

服薬（多剤）

健康状態不明者対策

※各広域連合が、上記以外の評価指標を設定することも差し支えない。

健診受診率の算出方法の統一について

- 令和5年4月6日付け事務連絡[※]において、令和6年度以降の後期高齢者医療制度事業費補助金の交付対象となる健康診査事業の対象者について、特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準に準じ、特定健診の除外対象者として同一とすることとしている。
- 「健診受診率」については、データヘルス計画における共通評価指標とされたが、その対象者や算出方法を全国的な比較が可能となるよう、データヘルス計画における「健診受診率」の算定方法について統一し、令和6年度以降、国がデータヘルス計画策定後の報告等を求める際には、当該算出方法による結果を報告いただくこととする。

※ 令和5年4月6日付け事務連絡「令和6年度以降における後期高齢者医療制度事業費補助金の交付対象となる健康診査事業の対象者等の取扱いについて」（厚生労働省保険局高齢者医療課）

<算出方法>

$$\text{健診受診率} = \frac{\text{健診受診者数}}{\text{被保険者数} - \text{対象外者数（健診除外告示第5号+第6号）}}$$

<分母にかかるデータ>

- 被保険者（前年4月1日時点）
- 対象外者数（健診除外告示第5号及び第6号に該当する者）

健診除外告示第5号（長期入院者）
（KDBで該当年4月分を抽出 ← 2月診療分を反映）

KDBにおける6ヶ月以上入院者のレセプト一覧
（前年度）（厚労省様式2-1）にて把握した数値

健診除外告示第6号（施設入所者）

市町村（主に介護保険部門）に協力を頂き、施設入所者リスト等から把握した施設入所者数の報告を求める。
「施設」入所者については、該当施設のうち可能な範囲で把握し、市町村から広域に報告をすることを求める。
なお、市町村の把握方法及び集計時点等は不問。

【確認方法（①または②）】

- ① 市町村が把握可能な範囲で独自に確認。
- ② 市町村がKDBを活用して確認。なお、KDBでは、介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設・介護医療院・特定施設に入所している場合が把握可能。

<分子にかかるデータ>

- 実際の健康診査受診者数**
（前年4月～該当年3月）

健康診査事業の対象者の整理に基づき把握。

<施設とは>

- ・障害者支援施設
- ・児童福祉施設
- ・国立重度知的障害者総合施設のぞみの園
- ・養護老人ホーム
- ・有料老人ホーム
- （特定施設入居者生活介護の指定を受けていない、サービス付高齢者向け住宅を除く）
- ・軽費老人ホーム
- ・特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）
- ・介護老人保健施設
- ・介護療養型医療施設
- ・介護医療院

なお、現行の各広域連合独自の抽出基準及び算出方法により健診受診率のデータを継続して把握し、過去の実績との経年変化を行うことは可能。

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施における ハイリスクアプローチ（個別事業）の評価指標例

	低栄養	糖尿病性腎症重症化予防	健康状態不明者対策
アウト プット	<ul style="list-style-type: none"> 支援対象者のうち、支援できた者の人数・割合 	<ul style="list-style-type: none"> 支援対象者のうち、支援できた者（個別支援・受診勧奨）の人数・割合 	<ul style="list-style-type: none"> 支援対象者のうち、現状把握ができた者の人数・割合 医療・介護等の支援へつなぐ必要があると把握された者の人数
アウト カム	<ul style="list-style-type: none"> 体重が維持(±0.9kg)・改善(+1kg)できた者の人数・割合 低栄養傾向(BMI 20以下)の者の人数、割合 1年後の要介護認定の状況 	<ul style="list-style-type: none"> 受診勧奨事業：対象者のうち、受診した者（服薬治療を開始した者、傷病名+（検査、生活習慣病管理料）等で受診が確認できた者）の人数、割合 治療中断者のうち健診又は受診につながった者（服薬治療を再開した者、傷病名+（検査、生活習慣病管理料）等で受診が確認できた者）の数・割合 HbA1c ≥8.0%の人数、割合の変化 SBP ≥160orDBP ≥100の人数・割合の変化 	<ul style="list-style-type: none"> 健診受診した者の人数・割合 医療・介護サービス等が必要と判断される者のうち、医療・介護サービス等につながった者の人数・割合
	服薬指導（多剤）	口腔	身体的フレイル
アウト プット	<ul style="list-style-type: none"> 支援対象者のうち、支援できた者の人数・割合 	<ul style="list-style-type: none"> 支援対象者のうち、支援できた者の人数・割合 	<ul style="list-style-type: none"> 支援対象者のうち、支援できた者の人数・割合
アウト カム	<ul style="list-style-type: none"> 介入前後3ヶ月の受診状況（受診医療機関数、受診回数） 介入前後3ヶ月の処方薬剤数が15剤以上の人数、割合 <p>※特定の月のみ多い・少ないという状況も想定されるため、介入前3月分と、介入後3月分を評価することが重要</p>	<ul style="list-style-type: none"> 歯科医療機関の受診状況 後期高齢者の質問票（4咀嚼「はい」・5嚥下「はい」と回答した者の人数、割合 （介入者のうち、誤嚥性肺炎の既往がある者については）介入1年後の誤嚥性肺炎の罹患状況 1年後の要介護認定の状況 	<ul style="list-style-type: none"> 適切なサービス（専門職、地域支援事業等）へつながっている人数、割合 後期高齢者の質問票（①健康状態「4、5」かつ⑦歩行速度「はい」または⑦歩行速度「はい」かつ⑧転倒の該当者「はい」と回答した者の人数、割合 1年後の要介護認定の状況

財政支援



一体的実施に係る特別調整交付金交付基準の改正事項

- 令和2年度から開始された高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施については、後期高齢者医療の特別調整交付金により財政支援を行っている。
- 特別調整交付金の交付基準は、後期高齢者医療広域連合及び市町村の取組実態や意見・要望等を基に見直しを図る。

年度	主な改正内容
令和4年度	<ul style="list-style-type: none">● 日常生活圏域毎の取組について、複数圏域を1圏域として事業を実施することを可能とする。● 企画・調整等を担当する医療専門職について、特別調整交付金の交付を要さない医療専門職を配置することを可能とする。● KDBシステム等の活用だけでなく、庁内関係部局との情報連携、通いの場等におけるポピュレーションアプローチの機会等の活用、医療機関や地域包括支援センター・ケアマネジャー等からの情報連携等により、健康状態不明者、未治療によるコントロール不良者や治療中断者を把握しアウトリーチ支援等を行うことを明確化。
令和5年度	<ul style="list-style-type: none">● 企画調整を担当する保健師等の配置が困難である場合、配置が可能となるまでの間に限り、「保健師等以外の医療専門職」が企画調整を担当することを可能とする。● 日常生活圏域数の設定が地域包括支援センター数よりも極端に少なく（概ね10以上乖離がある場合）、厚生労働省が認める場合には、交付基準上の「日常生活圏域数」を「地域包括支援センター数」と読み替えることを可能とする。● 「その他経費」に係る交付基準額を圏域毎から市町村毎に変更
令和6年度	<ul style="list-style-type: none">● 高齢者に対する個別的支援（ハイリスクアプローチ）の対象事業について、高齢者の医療の確保に関する法律に基づく高齢者保健事業の実施等に関する指針の一部改正に合わせて表記を変更● 生活習慣病等の重症化予防に関わる相談指導における第三者による支援、評価の活用については、交付要件として求めないことに変更● 市町村の委託事業収入に係る消費税の申告の要否によって、一体的実施の委託事業費の算定方法を変更● 交付申請様式について、選択式での記載を主とし、一体的実施計画書・報告書集約ツールの活用により、後期高齢者医療広域連合における一体的実施の進捗管理、事業評価をしやすいものに変更

一体的実施計画書・実績報告書

様式記載上の留意事項 ② - 1実施計画書・実績報告書 (ハイリスクアプローチ)

- 実施するハイリスクアプローチを7種の取組区分と対策に整理して記載

② - 1実施計画書・実績報告書の取組区分と対策

取組区分1・**低栄養**

取組区分2・**口腔**

取組区分3・**服薬（重複投薬・多剤投与等）**

※対策に分けて記載する

（多剤への対策 / 睡眠薬の対策 / その他の対策）

取組区分4・**身体的フレイル**

取組区分5・**重症化予防（糖尿病性腎症）**

※3つの対策に分けて記載する

（糖尿病のコントロール不良者への対策 /

糖尿病治療中断者への対策 /

糖尿病とフレイルの併存者への対策

取組区分6・**重症化予防（その他生活習慣病）**

※5つの対策に分けて記載する

（コントロール不良者（血糖を除く）への対策 /

治療中断者（糖尿病除く）への対策 /

基礎疾患（糖尿病除く）とフレイルの併存 /

腎機能不良未受診者への対策

その他の対策

取組区分7・**健康状態不明者対策**

整理する際の観点

- 「『一体的実施・KDB活用支援ツール』の抽出条件の考え方と保健事業への活用」の事業目的・抽出条件を参考に、②実施計画書・実績報告書のいずれかの取組区分・対策に振り分けて記載する。なお、事業目的・抽出条件と完全一致していなくても差し支えない。
- 広域連合が第3期データヘルス計画において共通評価指標としてモニタリングを行う、10区分のハイリスク者数・割合のうち、市町村が実施する当該事業がどの区分に紐付くか（影響すると想定する）、という観点で整理。

様式記載上の留意事項 ②－1実施計画書・実績報告書 (ハイリスクアプローチ)

- その他、「②－1実施計画書・実績報告書」記載の整理例

①同じ取組区分で複数の抽出基準で実施する場合

例：低栄養の取組で抽出基準が2パターンある場合

抽出基準①一体的実施・K D B活用支援ツールの抽出基準どおり（BMI \leq 20かつ質問票⑧）
に対象者を抽出

②市町村オリジナルの抽出基準で対象者を抽出

→セットされている「低栄養」の取組区分に抽出基準①を記載し、かつ空欄の枠のプルダウンから「低栄養」を選択し抽出基準②を記載する。抽出時期、支援内容が同様の場合は転記可。

②重複した取組を実施する場合

例：低栄養かつ身体的フレイルを対象とした事業を実施する場合

→低栄養と身体的フレイルそれぞれの取組区分に記載する。

様式記載上の留意事項 ③－1 評価計画・実績報告・評価 (共通評価指標)

【計画時】 前年度実績の**暫定値**とする

【報告時】 前年度実績の**確定値**とする

被保険者数・健診受診者数・健診受診率 (令和6年度に、③－1 評価計画・実績報告・評価 に記載する場合)

被保険者数 : 計画時、報告時とも令和5年4月1日時点の被保険者数を記載する。共通評価指標のハイリスク者割合の分母となる。

健診受診者数 : 令和5年度実績を記載する。計画時は暫定値の扱いのため、計画書作成時は健診データを全て把握できない状態での値でも差し支えない。

健診受診率 : 令和5年度実績を記載する。計画時に記載する健診受診率 (B11) は自動反映されるが、報告時は算出方法を確認の上、健診受診率を算出し値を記載する (C11)

共通評価指標

抽出作業手順は、令和6年4月5日付事務連絡「第3期データヘルス計画の進捗状況管理における国保データベース (KDB) システム及び一体的実施・KDB活用支援ツールの活用について」参照

- 広域連合が第3期データヘルス計画において共通評価指標としてモニタリングを行う、ハイリスク者数・割合については、市町村においても同様に把握する。
- 一体的実施・KDB活用支援ツールによるハイリスク者数把握のための抽出作業時期 (目安)
計画時 : 当該年度4月 (目安) / 報告時 : 当該年度1月 (目安) 作業
- 市町村における実際の事業実施の有無に関わらず、全ての取組み区分について記載

様式記載上の留意事項 ③－２ 評価計画・実績報告・評価 (アウトプット)

- 市町村が実施する取組について、抽出条件によらず、全て記載する。
- 取組区分は、②-1実施計画書・実績報告書（ハイリスクアプローチ）で記載した取り組み区分を選択し、記載する。小区分がある取組については小区分を選択する。
- 取組を重複して実施する場合、それぞれの取組からみた対象者数、介入した人数・割合、課題・改善方策等を記載する。

例：低栄養かつ身体的フレイルを対象とした事業を実施する場合

- ⇒ 低栄養と身体的フレイルについて、それぞれ大項目から選択し、対象者数、介入した人数・割合、課題・改善方策等を記載する。
なお、低栄養と身体的フレイルの両方の抽出基準が該当する対象者は、取り組み区分別にみると重複して計上されることになる。

一体的実施計画書・実績報告書の集計ツールの作成について

- 広域連合が管内市町村の状況を把握、事業評価に活用できるよう、市区町村から毎年提出される一体的実施計画書および実績報告書を集計するツールを作成し、集計した結果を集計後データベース・集約レポートとして広域連合に提供する。
- 国・広域連合が状況把握や事業評価の分析に活用することを見据え、令和6年度から使用する一体的実施計画書と実績報告書の様式の見直しを行った。

実施計画書・実績報告書様式 (市町村が作成)

一体的実施を実施している市町村が毎年決められた様式で計画書・報告書を作成。

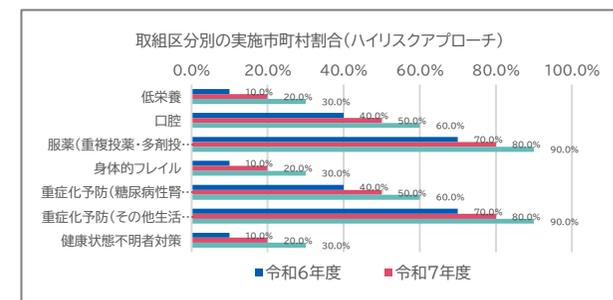
データベース (国・広域連合が作成)

広域連合名	市町村名	計画/実績	実施圏域数(圏域)	低栄養						対象者抽出基準							
				①	②	③	④	⑤	⑥	利用データ	絞り込み条件(自由記載)						

計画書・実績報告書の様式ごとに一覧表を作成。

集約レポート(全国版・広域連合版) (国・広域連合が主に活用)

市町村コード	市町村名	日常生活圏域数	ハイリスクアプローチ							不明者対策
			低栄養	口腔	服薬	身体的フレイル	重症化予防	重症化予防(その他)		
11111 A市		56	3	2	2	3	8	2	8	
22222 B市		11	○	○	○	○	○	○	○	
33333 C町		40		○	○	○	○	○	○	
44444 D町		5				○	○	○	○	
44444 D町		12	○				○	○	○	
55555 E町		11					○	○	○	
66666 F町		10	○				○	○	○	
77777 G町		4					○	○	○	
88888 H町		2					○	○	○	



管内市町村の取り組み状況を可視化、経年変化等を把握しやすくすることで広域連合にて事業の進捗管理や改善につなげる。

分析に使用する上での実施計画書・実績報告書の課題

- 事業の計画や評価結果が自由記述形式である場合が多く、市町村の取り組みが詳細に数値として把握することができない。
 - 市町村で様式を改変して提出している場合があり、一覧表作成時に機械的な処理で作成できない。
- ⇒ **自由記述形式を減らし、選択式や数値入力で報告できるような様式への見直しを実施。**

広域連合向け 集約ツール活用例（一体的実施の事業の実施状況）

出カイメージ

※青い吹き出しは概要、赤い吹き出しは留意事項を示す

J-LIS都道府県別市区町村数一覧より参照

データベースに登録されている市町村数を掲載

一体的実施の事業の実施状況				広域連合名		〇〇後期高齢者医療広域連合		管内市町村数 62		一体的実施委託市町村数 2		ハイリスクアプローチ							ポピュレーションアプローチ				
市町村名	日常生活圏域数	実施圏域数	とりまとめ後圏域数	低栄養	口腔	服薬(重複投薬・多剤投与等)	身体的フレイル	重症化予防(糖尿病性腎症)	重症化予防(その他生活習慣病)	健康状態不明者対策	健康教育・健康相談					フレイル状態の把握	気軽に相談できる環境づくり						
											健康教育	健康相談	(栄養)	(口腔)	(フレイル)			(重症化予防)	(重複投薬・多剤投薬等)	(その他)			
A市	31	29	29	2	1	1	1	2	0	2	2	2	2	0	1	0	2	2					
B市	11	11	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0					
C市	20	18	18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0					

「①市町村基礎情報」の登録データを掲載

「②-1 実施計画書・実績報告書(ハイリスクアプローチ)」の登録データを掲載

「②-2 実施計画書・実績報告書(ポピュレーションアプローチ)」の登録データを掲載

同一事業であっても異なる取組区分でそれぞれ申請している場合は両方に〇が表示される

健康教育・健康相談の内容として申請している項目は全て〇が表示される

概要

- 日常生活圏域数、実施圏域数、とりまとめ後圏域数は申請様式の「①市町村基礎情報」の登録データを掲載しています。
- ハイリスクアプローチの実施状況は申請様式の「②-1 実施計画書・実績報告書(ハイリスクアプローチ)」の登録データを集約・掲載しています。
- ポピュレーションアプローチの実施状況は申請様式の「②-2 実施計画書・実績報告書(ポピュレーションアプローチ)」の登録データを集約・掲載しています。
- 管内市町村数はJ-LIS都道府県別市区町村数一覧の2024年3月7日時点データを表示しています。
https://www.j-lis.go.jp/spd/code-address/kenbetsu-inspection/cms_11914151.html (閲覧日: 2024年2月29日)

留意事項

- ハイリスクアプローチ、ポピュレーションアプローチともに重複した取組を実施している場合、申請様式においてはそれぞれの取組区分で記載しているため、集約レポート上でも取組区分間は重複して計上されている点にご留意ください。
- N列は健康教育・健康相談の実施状況を反映。O列～T列は健康教育・健康相談の実施内容になるが、重複した内容を実施している場合は、申請様式上はそれぞれ計上している点にご留意ください。

広域連合向け 集約ツール活用例（共通評価指標）

出力イメージ

※青い吹き出しは概要、赤い吹き出しは留意事項を示す

「③-1_評価計画・実績報告・評価(共通評価指標)」の登録データを集約・掲載

共通評価指標におけるハイリスク者数・割合

市町村名	健診受診率	低栄養		口腔		服薬(多剤)		服薬(睡眠薬)		身体的フレイル(ロコモ含む)		重症化予防(コントロール不良)		重症化予防(糖尿病等治療中断者)	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A市	40.5	382	1.30%	1,534	5.22%	786	2.67%	769	2.61%	2,241	7.62%	399	1.36%	1,302	4.43%
B市	30.0	1,000	2.00%	2,000	4.00%	3,000	6.00%	4,000	8.00%	5,000	10.00%	5,500	11.00%	4,500	9.00%

計画時点は暫定値、実績報告時点は確定値を表示

概要

- 申請様式の「③-1_評価計画・実績報告・評価（共通評価指標）」の登録データを集約・掲載しています。

留意事項

- 計画時点は暫定値、実績報告時点は確定値（作業時点は「当該年度1月」目安と案内）であることにご留意ください。

広域連合向け 集約ツール活用例 (ハイリスクアプローチにおける実施方法・体制)

出カイメージ

取組区分ごとにシートを作成

1市町村で同じ取組区分で複数の事業を実施している場合もあるため、「実施圏域数」の合計は延べ圏域数となる

「②-1_実施計画書・実績報告書(ハイリスクアプローチ)」の登録データを掲載
※管内全日常生活圏域数のみ「①市町村基礎情報」の登録データを掲載

重症化予防(糖尿病)における実施方法・体制

市町村名	管内全日常生活圏域数		実施圏域割合	小区分	対象者抽出基準	絞り込み条件	実施する医療専門職								具体的な支援内容等	
	申請数	実施数					保健師	管理栄養士	歯科衛生士	理学療法士	作業療法士	薬剤師	看護師	その他		
A市	11	11	100.0%	重症化予防(糖尿病)	一体的実施・KDB活用支援ツールの初期設定条件で抽出している。											・対象者1人につき、6か月に3回の訪問または電話による栄養指導を実施する。 ・初回訪問では、医療受診状況、生活状況、身体状況等を確認し、本人の課題に応じた個別目標を立案する。 ・3か月後、6か月後に目標達成状況や体重、血液検査データを評価する。必要に応じて、医療の受診勧奨や地域包括支援センターを案内し、連携して対応する。
B市	20	16	80%													・初回訪問では、医療受診状況、生活状況、身体状況等を確認し、本人の課題に応じた個別目標を立案する。 ・3か月後、6か月後に目標達成状況や体重、血液検査データを評価する。必要に応じて、医療の受診勧奨や地域包括支援センターを案内し、連携して対応する。
B市		10	50.0%		オリジナルの抽出基準を用いている。	①高血糖(HbA1c8.0%以上)かつ②腎機能低下(尿蛋白+以上またはeGFR45未満のどちらか1つ以上)に該当した者										・半年に2回の訪問または電話指導を実施する。 ・目標達成状況や体重、血液検査データを評価する。

「管内全日常生活圏域数」は市町村の実数(申請様式①にて報告があった圏域数)を合計

1つの自治体で複数の事業(取組区分は同じ)を申請様式に記載している場合(②-1の218行目以降のプルダウンから取組区分を選択し記載されている場合)、それぞれの内容が出力

※青い吹き出しは概要、赤い吹き出しは留意事項を示す

概要

- 取組区分(低栄養、口腔、服薬、身体的フレイル、重症化予防(糖尿病性腎症/その他の生活習慣病)、健康状態不明者対策)ごとにシートを作成しています。
- 申請様式の「②-1_実施計画書・実績報告書(ハイリスクアプローチ)」の登録データを集約・掲載しています。なお、管内全日常生活圏域数のみ申請様式の「①市町村基礎情報」の登録データを集約・掲載しています。
- 1つの自治体で複数の事業(取組区分は同じ)を申請様式に記載している場合(申請様式②-1の218行目以降のプルダウンから取組区分を選択し記載されている場合)、それぞれの内容が出力されます。

留意事項

- 「管内全日常生活圏域数」は市町村の実数(申請様式①にて報告があった圏域数)を合計しています。
- 1市町村で同じ取組区分で複数の事業を実施している場合もあるため、「実施圏域数」の合計は延べ圏域数となることにご留意ください。

広域連合向け 集約ツール活用例 (ハイリスクアプローチにおける評価指標・結果)

出カイメージ

取組区分ごとにシートを作成

「③-2_評価計画・実績報告・評価(アウトプット)」の登録データを掲載

「③-3_評価計画・実績報告・評価(アウトカム)」の登録データを掲載

低栄養における評価指標・結果

市町村名	アウトプット			課題・改善方策等	アウトカム				
	計画時点の対象者数	介入した人数	介入割合		評価指標	集計定義	実績値	単位	課題・改善方策等
	1,200	800							
A市	200	100	50.0%	...	体重維持(±0.9kg)・改善(+1kg)出来た者の割合	分母:面談が完了できた者 分子:上記のうち、体重が維持(±0.9kg)・改善(+1kg)出来た者の数	80%	%	...
A市					低栄養(BMI20以下)の者の割合	分母:面談が完了できた者 分子:上記のうち、介入後にBMIが20よりも高くなった者の数	20%	%	...
A市					要介護認定の状況	分母:面談が完了できた者 分子:上記のうち、1年後に要介護度1~5のいずれかに認定された者の数	30%	%	...
B市	1,000	700			体重維持(±0.9kg)・改善(+1kg)出来た者の割合	分母:面談が完了できた者 分子:上記のうち、体重が維持(±0.9kg)・改善(+1kg)出来た者の数	40%	%	...

1市町村で複数の事業を実施している場合もあるため、「計画時点の対象者数」「介入した人数」の合計は延べ人数となる

1つの自治体で同じ取組区分において複数の評価指標(アウトプット、アウトカム)を申請様式に記載している場合、アウトプット、アウトカムいずれかの最大数にあわせて行が生成
アウトプット指標とアウトカム指標は1対1対応とならない場合がある

※青い吹き出しは概要、赤い吹き出しは留意事項を示す

概要

- 取組区分（低栄養、口腔、服薬、身体的フレイル、重症化予防（糖尿病性腎症／その他の生活習慣病）、健康状態不明者対策）ごとにシートを作成しています。
- 申請様式の「③-2_評価計画・実績報告・評価（アウトプット）」「③-3_評価計画・実績報告・評価（アウトカム）」の登録データを集約・掲載しています。
- 1つの自治体で同じ取組区分において複数の評価指標（アウトプット、アウトカム）を申請様式に記載している場合、アウトプット、アウトカムいずれかの最大数にあわせて行が生成されます。この際、アウトプット指標とアウトカム指標は1対1対応とならない場合があります。（例えば、当該取組のアウトプット指標は1つで、アウトカム指標は3つである場合は、3行で出力されます。）

留意事項

- アウトプットについては、1市町村で複数の事業を実施している場合もあるため、「計画時点の対象者数」「介入した人数」の合計は延べ人数となることにご留意ください。

広域連合向け 集約ツール活用例 (ポピュレーションアプローチにおける実施体制・方法・評価指標・結果)

出カイメージ

※青い吹き出しは概要、赤い吹き出しは留意事項を示す

取組区分ごとにシートを作成

「③-4_評価計画・実績報告・評価 (ポピュレーションアプローチ)」の登録データを掲載

延べ参加者数、延べ実施回数を申告するため、合計値も延べ数となる

フレイル状態の把握の実施方法・体制・評価指標・結果

市町村名	管内全日常生活圏域数	実施圏域数	実施圏域割合	実施する医療専門職								質問票を用いたフレイル状態の把握	その他	具体的な内容等	実施する通いの場の数	参加者数	実施回数	課題・改善方策等
				保健師	管理栄養士	歯科衛生士	理学療法士	作業療法士	薬剤師	看護師	その他							
	31	25	-															
A市	11	10	90.9%	○	○	○	○					○		・一つの通いの場に年2回程度介入する。 ・1回目では、身体計測(身長、体重)及び質問票の取得を行い、全体に向けて質問票を解説しながら、フレイル及び生活習慣病予防等について健康教育を実施する。その際に、圏域毎の健康課題を示し、各健康課題を「自分事」として捉えられるようにする。個別に介入すべきハイリスク者が抽出された場合は、ハイリスクアプローチにつなげる。 ・2回目も同様に身体計測と質問票の取得を行い、前回との経過を自身で確認できるようにする。	10	50	10	…
B市	20	15	75.0%	○	○		○					○	○	・薬剤師が介入し、ポリファーマシーに関する健康教育を実施する。 ・質問票や服薬に関するアンケートを実施し、参加者の心身の状態や投薬状況等について把握する。講座後に理解度や講座内容の実際の生活への活用等について確認する。	20	400	30	…

概要

- 取組区分（健康教育・健康相談、フレイル状態の把握、気軽に相談できる環境づくり）ごとにシートを作成しています。
- 申請様式の「③-4_評価計画・実績報告・評価（ポピュレーションアプローチ）」の登録データを集約・掲載しています。

留意事項

- 市町村は「延べ参加者数」、「延べ実施回数」を申告するため、合計値も「延べ数」となる点にご留意ください。

令和6年度 特別調整交付金 長寿・健康増進事業について

項目	基盤整備、取組等
(1) 保健事業推進のための基盤整備	<p>(ア) 事業評価のための研究分析等 構成市町村の現状把握・分析や事業評価等のための調査研究の取組に対する助成。</p> <p>(イ) 保健事業に係る市町村等との連絡・調整等 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施などについて、都道府県、市町村、国保連合会、医療職関係団体等との連絡、調整等の取組に対する助成。</p> <p>(ウ) 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の推進 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に関する事例の共有、横展開等を目的とした会議や研修等の取組に対する助成。</p> <p>(エ) 保険者協議会との共同等 保険者協議会と共同した保健事業の取組に対する助成。</p> <p>(オ) 保健事業実施計画の評価等 保健事業実施指針に基づく保健事業実施計画の評価等に係る経費の助成。</p>
(2) 取組の推進	<p>(ア) 健康診査等(追加項目) 一定基準に基づき医師が個別に必要と判断した場合に行う追加項目に係る経費の助成。</p> <p>(イ) 健康教育・健康相談等 地域の特性や課題等を踏まえ、保健指導、健康教育(相談)等の保健事業の取組に対する助成。</p> <p>(ウ) 医療資源が限られた地域の保健事業 その特性により必要な保健事業の取組に対する助成。</p>
(3) その他	骨粗鬆症検診 等

※下線部は前年度からの変更予定箇所

令和6年度の特別調整交付金（算定省令第6条第9号）の交付対象

事業区分	名称	〈 主な変更点等 〉
I 高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施	1 高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施の財政支援	◎令和5年度同様に予算規模は100億円。
	II 低栄養防止・重症化予防の取組等	
III 長寿・健康増進事業等	1 長寿・健康増進事業	◎新型コロナウイルス感染症に関連し、傷病手当金・保険料の減免について、実績額のうち、過去の特別調整交付金で補助されていない額について交付。
	2 医療費等の適正化のための取組	
	3 後期高齢者医療制度の保険者インセンティブによる支援	
	4 離職者に係る保険料の減免	
	5 臓器提供の意思表示に係る広報等	
	6 第三者行為による被害に係る求償事務の取組強化の財政支援	
	7 「意見を聞く場」の設置等	
	8 後期高齢者医療の財政負担となる影響額に係る補助	
	9 災害等、緊急の理由により会議等が必要な場合に係る経費	
	10 新型コロナウイルス感染症対策に係る経費	
	11 マイナンバーカードと健康保険証の一体化の推進等に係る経費	
	12 令和6年保険料改定に伴う周知広報経費	
	13 標準システムの改修等に係る経費	
	14 東日本大震災に係る経費	
	15 令和6年能登半島地震に係る経費	
IV その他	1 算定省令第6条第8号（結核性疾患及び精神病）に係る経過措置	◎被保険者へのマイナンバーカードと健康保険証の一体化の推進等に係る経費について支援。
	2 保険医療機関の診療報酬の不正請求に伴う医療給付費の財政支援	◎令和6年度の保険料に係る周知・広報について、令和6年度保険料納付通知書に同封するリーフレット等の経費について支援。
		◎「第2期復興・創生期間」以降における東日本大震災からの復興の基本方針を踏まえた見直し内容を反映させた令和6年度災害臨時特例補助金の交付要綱等の内容を踏まえ、交付基準の一部改正により引き続き支援予定。
		◎令和6年能登半島地震に係る一部負担金・保険料の減免額について支援。

令和6年度 特別調整交付金の交付スケジュール

○特別調整交付金 ※算定省令第6条第9号関係（事業区分Ⅳを除く。）

保険者インセンティブ（事業区分Ⅲ）

4～5月	7月
交付額内示	交付決定
交付申請	支払

一体的実施等（事業区分Ⅰ）

<当初交付決定>

7月	9月	10月	12月
事前申請	審査終了	交付額内示	交付決定
審査開始 (厚生局)		交付申請	支払

<変更交付決定>

1月	2月	3月
事前申請	交付額内示	交付決定
審査開始 (厚生局)	交付申請	支払
	交付額確認	

低栄養防止・重症化予防の取組等、長寿・健康増進事業等（事業区分Ⅱ・Ⅲ）

<当初交付決定> ※事業区分Ⅱ及び事業区分Ⅲ（長寿・健康増進事業のみ）

7月	9月	10月	12月
事前申請	審査終了	交付額内示	交付決定
審査開始		交付申請	支払

<変更交付決定> ※事業区分Ⅱ・Ⅲ全て（保険者インセンティブを除く。）

1月	2月	3月
事前申請	交付額内示	交付決定
審査開始	交付申請	支払
	交付額確認	

後期高齢者医療制度の保健事業

後期高齢者医療制度事業費補助金を活用した保健事業

○健康診査（歯科健診を含む）に要する経費

- ※1 括弧内の金額は令和5年度予算額
- ※2 地方負担分について、国庫補助と同額の地方財政措置

- (1) 後期高齢者医療の被保険者に係る健康診査 令和6年度予算額：約32.5億円（約32.5億円） 補助率：3分の1
- ・ 生活習慣病を早期に発見し、重症化の予防を図るため、健康診査を実施。
 - ・ 実施広域連合数（令和4年度）：47広域

	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
受診率	28.6%	29.4%	28.5%	25.8%	26.5%	28.1% (速報値)

- (2) 後期高齢者医療の被保険者に係る歯科健診 令和6年度予算額：約7.8億円（約7.0億円） 補助率：3分の1
- ・ 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。
 - ・ 実施広域連合数（令和4年度）：47広域

特別調整交付金を活用した保健事業

○高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施

- ・ 企画・調整等を行う医療専門職及び地域を担当する医療専門職の配置等に必要な経費を助成。
- ・ 市町村及び実際に事業を実施する生活圈域毎に応じた交付基準額（5,800千円、3,500千円、500千円のそれぞれ3分の2）で実施。

○低栄養防止・重症化予防の取組等

- ・ 医療専門職による低栄養、筋量低下、口腔機能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等の取組及び重複・頻回受診者、重複投薬者等への相談・指導の取組に必要な経費を助成。
- ・ 各広域連合の被保険者数に応じた交付基準額（10,000千円から25,000千円の3分の2）及び事業に要する経費の2分の1で実施。

○長寿・健康増進事業

- ・ 被保険者の健康づくりに積極的に取り組むための事業に必要な経費を助成。
- ・ 各広域連合の被保険者数に応じた交付基準額（0.2億円から2.2億円）で実施。

○保険者インセンティブ

- ・ 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取組を評価し、特別調整交付金の交付額により配分。
- ・ 令和6年度は100億円の規模（平成28年度は20億円、29年度は50億円、30年度・令和元～5年度は100億円）で実施。

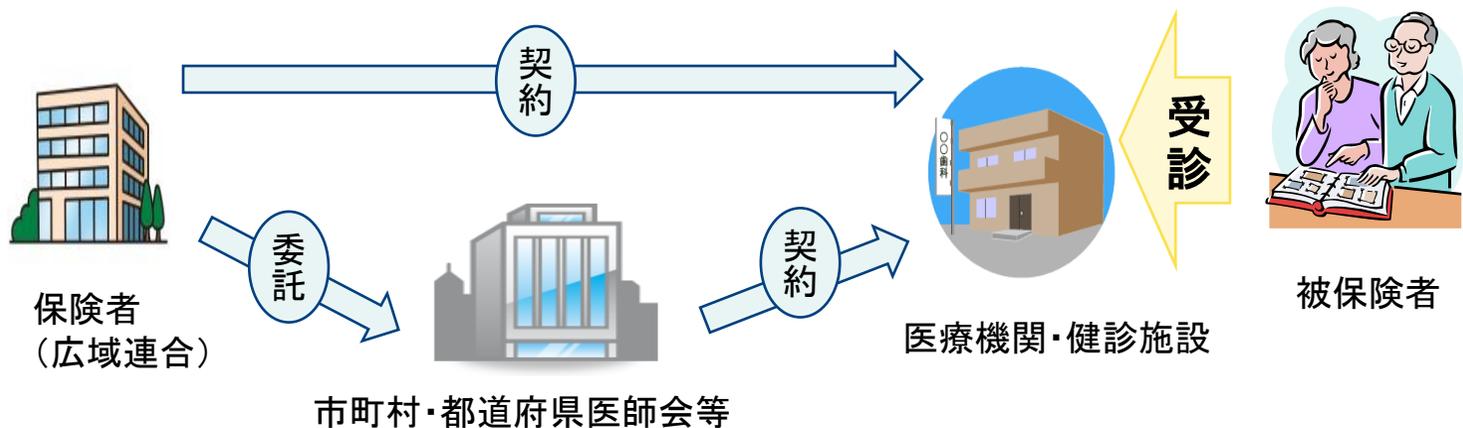
後期高齢者医療の被保険者に係る健康診査

令和6年度当初予算 32.5億円 (32.5億円) ※ ()内は前年度当初予算額

1 事業の目的・概要

- 後期高齢者医療の被保険者の生活習慣病を早期に発見し、重症化の予防を図るため、広域連合が都道府県や市町村、都道府県医師会等と連携し、健康診査を実施する。
- 75歳以上の健康診査については、QOLの確保及び生活習慣病の早期発見による重症化予防等の観点から実施を推進しており、各広域連合は市町村等との連携のもと、効果的・効率的な実施を図るとともに受診率の向上に努めている。
- 事業対象となる健診項目は、特定健康診査の健診項目（腹囲を除く）としている。
〈健診項目〉既往歴の調査、自覚症状及び他覚症状の有無の検査、身長・体重検査、BMI測定、血圧測定、血糖検査、中性脂肪、コレステロール量の検査等
- 市町村や都道府県医師会等への委託等により実施。

2 事業のスキーム



3 実施主体等

実施主体：広域連合
補助率：1/3
負担割合：国1/3、
地財措置1/3
保険料1/3
事業実績：実施広域連合数47広域
(受診率) 25.8% (令和2年度)
26.5% (令和3年度)
28.1% (令和4年度)
※令和4年度は速報値

後期高齢者医療の被保険者に係る歯科健診事業

令和6年度当初予算 7.8億円 (7.0億円) ※ ()内は前年度当初予算額

1 事業の目的・概要

- 歯周病を起因とする細菌性心内膜炎・動脈硬化症等の悪化、口腔機能低下による誤嚥性肺炎等を予防するため、広域連合は歯・歯肉の状態や口腔機能の状態等をチェックする歯科健診を実施。

国は広域連合に対し国庫補助（増額）を行うことにより、歯科健診事業を推進。

※経済財政運営と改革の基本方針2023

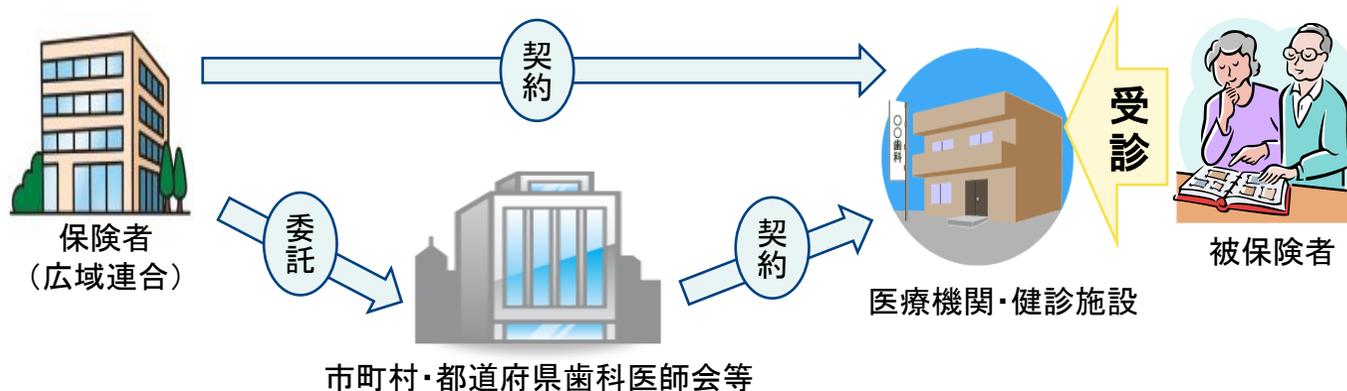
全身の健康と口腔の健康に関する科学的根拠の集積・活用と国民への適切な情報提供、生涯を通じた歯科健診（いわゆる国民皆歯科健診）に向けた取組の推進、オーラルフレイル対策・疾病の重症化予防につながる歯科専門職による口腔健康管理の充実、歯科医療機関・医科歯科連携を始めとする関係職種間・関係機関間の連携、歯科衛生士・歯科技工士等の人材確保の必要性を踏まえた対応、歯科技工を含む歯科領域におけるICTの活用を推進し、歯科保健医療提供体制の構築と強化に取り組む。

- 健康増進法に基づき実施されている歯周疾患検診や、国（厚生労働省）において策定した「後期高齢者を対象とした歯科健診マニュアル」などを参考にしつつ、高齢者の特性を踏まえた健診内容を各広域連合で設定。

〈例：後期高齢者を対象とした歯科健診マニュアル（H30.10策定）〉咀嚼機能、舌・口唇機能、嚥下機能、口腔乾燥、歯の状態等（歯の状態、粘膜の異常、歯周組織の状況）

- 市町村や都道府県歯科医師会等への委託等により実施。

2 事業のスキーム



3 実施主体等

実施主体：広域連合

補助率：1/3

負担割合：国1/3、地財措置1/3

保険料1/3

事業実績：

実施広域連合数（受診者数）

令和2年度 44（33.6万人）

令和3年度 46（36.3万人）

令和4年度 47（44.9万人）

(令和7年度分) 後期高齢者医療制度の保険者インセンティブ

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

後期高齢者医療制度の保険者インセンティブについて

【趣旨】

- 広域連合による被保険者に対する予防・健康づくりの取組や医療費適正化の事業実施の推進を支援するもの。

【予算規模】

- 特別調整交付金の一部を活用し、一定のインセンティブを付与する観点から100億円の予算規模とし、その全額を、得点及び被保険者数により按分して交付することとする。

【評価指標の考え方】

- 全ての評価において、広域連合が実施（市町村等への委託、補助金交付を含む。）している場合に加点する。
- 事業実施にかかる評価指標は126点満点、事業実施について評価を行った場合の加点は20点満点、事業実施等のアウトカム指標は14点満点の計160点満点とする。

事業の実施にかかる評価指標について

保険者共通の指標

指標①

- 健診の実施及び健診受診率向上に向けた取組の実施

指標②

- 歯科健診の実施及び口腔機能に着目した検査の実施

指標③

- 糖尿病性腎症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広域連合による働きかけの実施

指標⑤

- 被保険者の適正受診・適正服薬を促す取組の実施状況

指標⑥

- 後発医薬品の使用割合
- 後発医薬品の使用促進

固有の指標

指標①

- データヘルス計画の実施状況

指標②

- 高齢者の特性を踏まえた保健事業の実施状況
(ハイリスクアプローチ 高齢者に対する個別的支援)

指標③

- 高齢者の特性を踏まえた保健事業の実施状況
(ポピュレーションアプローチ 通いの場等への積極的な関与)

指標④

- 一体的実施、地域包括ケアの推進等

指標⑤

- 保健事業の実施のために必要な体制整備・市町村後方支援の実施

指標⑥

- 第三者求償の取組状況

事業の評価にかかる加点について

- 共通指標①、②及び④における取組に係る事業の実施について評価を行っている場合は、各取組ごとに加点
- 共通指標⑤における重複・多剤投与者の前年度との比較

事業実施等のアウトカム指標

- 重症化予防のマクロ的評価 当年度の実績／前年度との比較
- 年齢調整後一人当たり医療費／年齢調整後一人当たり医療費の改善状況

後期高齢者医療制度における保険者インセンティブの動向

年度	総配点数	交付方式	評価指標の考え方
平成30年度	120点	按分方式 〔総得点に応じて 予算額を按分〕	<ul style="list-style-type: none"> ● 事業の実施にかかる評価指標に加えて、事業の実施について評価を行った場合に加点
令和元・2年度	130点	〔 同上 〕	<ul style="list-style-type: none"> ● 管内市町村における取組の横展開を推進するため、実施市町村数に関する指標を細分化 ● 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の先行的取組に関する指標を追加
令和3年度	130点	同上	<ul style="list-style-type: none"> ● 令和元・2年度指標からの大きな変更点無し
令和4年度	120点	同上	<ul style="list-style-type: none"> ● 予防・健康づくりの取組が強化されるよう、評価指標の重点化、見直し ● 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の評価指標の重点化
令和5年度	134点	同上	<ul style="list-style-type: none"> ● 高齢者の保健事業の更なる推進を図るため、健診受診率の向上に向けた取組を評価 ● 高齢者保健事業のアウトカムを評価
令和6年度	132点	同上	<ul style="list-style-type: none"> ● 「一体的実施の推進・強化の方策」と「データヘルスの推進・強化の方策」を中心に、評価指標の見直し ● 適正受診・適正服薬の事業評価として重複・多剤投与者数の前年度比較を評価
令和7年度	160点	同上	<ul style="list-style-type: none"> ● 「令和6年度中に全市町村での一体的実施を目指すこと」、「第3期データヘルス計画の策定において、標準化した取組を設定していること」、「医療費適正化計画基本方針にて、重複投薬・多剤投与対策の取組について記載が追加されたこと」を踏まえ、関連する評価指標を見直し ● 国民皆保険の下、デジタル社会における質の高い医療の実現に資するため、マイナ保険証の登録、利用促進に係る指標を新たに追加

※各年度の交付金については、前々年度分実績等を基に、前年度に申請する。

例：令和5年度分実績と令和6年度の実施状況等を令和6年度に申請し、令和7年度分として交付する。

後期高齢者医療における保険者インセンティブの配点及び交付イメージ

事業の実施にかかる配点について（126点満点）

加点	項目
25点	● 高齢者の特性を踏まえた保健事業の実施状況（ハイリスクアプローチ）（固有②）
15点	● 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施、地域包括ケアの推進等（固有④）
17点	● 被保険者の主体的な健康づくりに対する広域連合による働きかけの実施（共通④）
10点	● 糖尿病性腎症重症化予防の取組の実施状況（共通③）
各9点	● 健診の実施及び健診受診率向上に向けた取組の実施（共通①） ● 保健事業の実施のために必要な体制整備、市町村後方支援の実施（固有⑤）
8点	● 高齢者の特性を踏まえた保健事業の実施状況（ポピュレーションアプローチ）（固有③）
各7点	● 歯科健診の実施及び口腔機能に着目した検査の実施（共通②） ● 被保険者の適正受診・適正服薬を促す取組の実施状況（共通⑤）
各6点	● データヘルス計画の実施状況（固有①） ● 第三者求償の取組状況（固有⑥）
5点	● 後発医薬品の使用割合（共通⑥－i）
2点	● 後発医薬品の使用促進（共通⑥－ii）

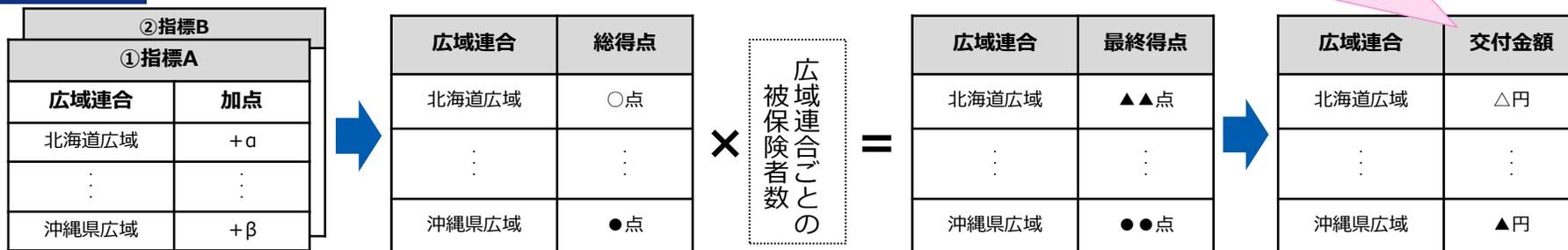
事業の評価にかかる配点について（20点満点）

各5点（計20点）	● 共通①、共通②及び共通④の各評価指標の事業の実施について評価を行っている場合に加点 ● 共通指標⑤における重複・多剤投与者の前年度との比較
-----------	--

事業実施等のアウトカム指標（14点満点）

各3点	● 重症化予防のマクロ的評価 当年度の実績
	● 重症化予防のマクロ的評価 前年度との比較
5点	● 年齢調整後一人当たり医療費
	● 年齢調整後一人当たり医療費の改善状況

交付イメージ



保険者インセンティブ 令和7年度分の配点比較

指標番号	評価指標	令和6年度
		配点
共通①	健診の実施及び健診結果を活用した取組の実施	最大7
共通②	歯科健診の実施及び歯科健診結果を活用した取組の実施	最大7
共通③	重症化予防の取組の実施状況	最大10
共通④	被保険者の主体的な健康づくりに対する広域連合による働きかけの実施	最大8
共通⑤	被保険者の適正受診・適正服薬を促す取組の実施状況	最大5
共通⑥	i 後発医薬品の使用割合	最大5
	ii 後発医薬品の使用促進	2
固有①	データヘルス計画の実施状況	3
固有②	高齢者の特性を踏まえた保健事業の実施状況 (ハイリスクアプローチ 高齢者に対する個別的支援)	最大15
固有③	高齢者の特性を踏まえた保健事業の実施状況 (ポピュレーションアプローチ 通いの場等への積極的な関与)	最大8
固有④	一体的実施、地域包括ケアの推進	最大15
固有⑤	保健事業の実施のために必要な体制整備、市町村後方支援の実施	最大7
固有⑥	第三者求償の取組状況	6



事業の実施にかかる配点

令和7年度
配点
最大9
最大7
最大10
最大17
最大7
最大5
2
6
最大25
最大8
最大15
最大9
6

+

+

配点のバランス ※ () は令和6年度分

保健事業 : 共通①②③④固有②③④ = **91点** (70点)

医療費適正化 : 共通⑤⑥固有⑥ = **20点** (18点)

事業実施体制整備 : 固有①⑤ = **15点** (10点)

事業の評価にかかる加点

20点満点

+

アウトカム指標

14点満点

||

計132点満点

事業の評価にかかる加点

20点満点

+

アウトカム指標

14点満点

||

計160点満点 142

共通指標①

健診の実施及び健診受診率向上に向けた取組の実施

令和6年度分

最大7点

健診の実施及び健診受診率向上に向けた取組の実施 (令和4年度の実績を評価)	点数
① 健診を実施した被保険者の属する市町村が管内の全ての市町村であったか	1
② 広域連合の関与により健診受診率向上のための取組を実施した者の属する市町村数が管内市町村の6割を超えているか。	1
③ 受診率が令和3年度以上の値となっているか。	1
④ (③を達成しており) 75歳~84歳の受診率が令和3年度以上の値となっているか。	1
⑤ 健康状態不明者を把握し、健診の受診勧奨等に取り組み、健康状態不明者の割合が減少しているか。	1
⑥ 健診において「後期高齢者の質問票」を活用している市町村数が管内市町村の8割を超えているか。	2

※ ②については、「保険者機能チェックリスト3. 保健事業」健康診査の受診率向上に向けた取組4項目（健診の利便性等の向上/健診未受診者に対する通知等による個別受診勧奨/健診の積極的な周知/その他の取組）のうち2項目以上実施していること。

※ ③、④の「受診率」については、各広域連合が、前年の受診率を算出したものと同じものを用いること。

※ ⑤の「健康状態不明者」は「健診なし・医療未受診・要介護認定なし」の者とすること。

変更あり

令和7年度分

計9点

健診の実施及び健診受診率向上に向けた取組の実施 (令和5年度の実績を評価)	点数
① 健診を実施した被保険者の属する市町村が管内の全ての市町村であったか。	1
② 広域連合の関与により健診受診率向上のための取組を実施した者の属する市町村数が管内市町村の8割を超えているか。	1
③ 受診率が令和4年度以上の値となっているか。	1
④ (③を達成しており) 75歳~84歳の受診率が令和4年度以上の値となっているか。	1
⑤ 健康状態不明者を全市町村分把握し、健診の受診勧奨等に取り組み、健康状態不明者の割合が減少しているか。	1
⑥ 健診において「後期高齢者の質問票」を活用している市町村数が管内の全ての市町村であったか。	2
⑦ 健診受診者（医療機関からの診療情報を活用した場合を含む）数が被保険者数の30%以上となっているか。	2

※ ②については、「保険者機能チェックリスト3. 保健事業」健康診査の受診率向上に向けた取組4項目（健診の利便性等の向上/健診未受診者に対する通知等による個別受診勧奨/健診の積極的な周知/その他の取組）のうち2項目以上実施していること。

※ ③、④の「受診率」については、各広域連合が、令和4年度の受診率を算出したものと同じものを用いること。

※ ⑤の「健康状態不明者」は「健診なし・医療未受診・要介護認定なし」の者とすること。

※ ⑦については、令和5年12月4日付け事務連絡「第3期データヘルス計画策定における国保データベース（KDB）システム及び一体的実施・KDB活用支援ツールの活用における留意点について」の「3データヘルス計画における健康診査受診率の算出方法について」に記載の算出方法とすること。

令和7年度分指標の考え方

- 獲得状況を踏まえた変更
- 健診等データ活用の観点から、新たに指標を追加

共通指標②

歯科健診の実施及び口腔機能に着目した検査の実施

令和6年度分

最大7点

歯科健診の実施及び口腔機能に着目した検査の実施 (令和4年度の実績を評価)	点数
① 歯科健診を実施した被保険者の属する市町村数が管内市町村の8割を超えているか。	3
② ①の基準は達成していないが、歯科健診を実施した被保険者の属する市町村数が管内市町村の6割を超えているか。	2
③ 受診率が令和3年度以上の値となっているか。	1
④ 歯科健診を実施する管内市町村のうち、口腔機能に着目した検査項目を設定している市町村数が管内市町村の7割を超えているか。	3
⑤ ④については達成していないが、歯科健診を実施する管内市町村のうち、口腔機能に着目した検査項目を設定している市町村数が管内市町村の5割を超えているか。	2

変更あり

令和7年度分

最大7点

歯科健診の実施及び口腔機能に着目した検査の実施 (令和5年度の実績を評価)	点数
① 歯科健診を実施した被保険者の属する市町村が管内の全ての市町村であったか。	3
② ①については達成していないが、歯科健診を実施した被保険者の属する市町村数が管内市町村の8割を超えているか。	2
③ 受診率が令和4年度以上の値となっているか。	1
④ 歯科健診を実施する管内市町村の全てが、口腔機能に着目した検査項目を設定しているか。	3
⑤ ④については達成していないが、歯科健診を実施する管内市町村のうち、口腔機能に着目した検査項目を設定している市町村数が管内市町村の7割を超えているか。	2

※ ④の「口腔機能に着目した検査項目」とは、「後期高齢者を対象とした歯科健診マニュアルの参考送付について」（平成30年10月29日事務連絡）の「咀嚼能力評価」「舌・口唇機能評価」「嚥下評価」のこと。

「後期高齢者医療制度実施状況調査」様式第8-2 歯科健康診査の実施計画（令和3年度状況）（1）歯科健康診査の実施予定のうち、「★口腔機能に着目した検査項目の実施」の「咀嚼機能検査実施市町村数」「舌機能検査実施市町村数」「嚥下機能検査実施市町村数」のすべてに該当した市町村の実数とする。

※ ④の「口腔機能に着目した検査項目」とは、「後期高齢者を対象とした歯科健診マニュアルの参考送付について」（平成30年10月29日事務連絡）の「咀嚼能力評価」「舌・口唇機能評価」「嚥下評価」のこと。

「後期高齢者医療制度実施状況調査」様式第8-2 歯科健康診査の実施計画（令和4年度状況）（1）歯科健康診査の実施予定のうち、「★口腔機能に着目した検査項目の実施」の「咀嚼機能検査実施市町村数」「舌機能検査実施市町村数」「嚥下機能検査実施市町村数」のすべてに該当した市町村の実数とする。

令和7年度分指標の考え方

- 獲得状況を踏まえた変更

共通指標③ 糖尿病性腎症重症化予防の取組の実施状況

令和6年度分

最大10点

糖尿病性腎症重症化予防の取組の実施状況 (令和5年度の実施状況を評価)	点数
--	----

(1)～(5)の基準を全て満たす糖尿病性腎症重症化予防の取組(受診勧奨、保健指導、受診勧奨と保健指導を一体化した取組等)を実施(市町村への委託等を含む)している場合に①～⑤に基づき加点を行う。

- (1) 対象者の抽出基準が明確であること
- (2) かかりつけ医と連携した取組であること
- (3) 保健指導を実施する場合には、専門職が取組に携わること
- (4) 事業の評価を実施すること
- (5) 取組の実施に当たり、各都道府県の糖尿病対策推進会議等との連携(各都道府県による対応策の議論や取組内容の共有など)を図ること

※糖尿病性腎症重症化予防プログラム(H31年4月25日改定版)P15-16参照

① 取組を実施した対象者の属する市町村数が管内市町村数の5割を超えているか。	3
② 「受診勧奨」の取組を実施する全市町村において、(1)の抽出基準に基づく対象者のうち、全ての糖尿病未治療者及び治療を中断した者に対して、文書の送付等により受診勧奨が実施されており、実施後、対象者の受診の有無を確認し、受診が無い者には更に面談等が実施されているか。	2
③ 「保健指導」の取組を実施する全市町村において、保健指導対象者のHbA1c、eGFR、尿蛋白等の検査結果を確認し、取組の実施前後でアウトカム指標により評価しているか。	2
④ ①を満たす場合において、国民健康保険の保健事業と継続して実施した市町村数が取組を実施した市町村数の8割を超えているか。 ※ 国保の糖尿病性腎症重症化予防事業で介入を受けていた者について、その結果を引き継ぐ手段や体制が構築されているか。また、後期では支援の対象外とする場合は、その理由が明確か。	3

変更あり

令和7年度分

計10点

糖尿病性腎症重症化予防の取組の実施状況 (令和6年度の実施状況を評価)	点数
--	----

(1)～(5)の基準を全て満たす糖尿病性腎症重症化予防の取組(受診勧奨、保健指導、受診勧奨と保健指導を一体化した取組等)を実施(市町村への委託等を含む)している場合に①～⑤に基づき加点を行う。

- (1) 対象者の抽出基準が明確であること
- (2) かかりつけ医と連携した取組であること
- (3) 保健指導を実施する場合には、専門職が取組に携わること
- (4) 事業の評価を実施すること
- (5) 取組の実施に当たり、各都道府県の糖尿病対策推進会議等との連携(各都道府県による対応策の議論や取組内容の共有など)を図ること

※糖尿病性腎症重症化予防プログラム(H31年4月25日改定版)P15-16参照

① 取組を実施した対象者の属する市町村数が管内市町村数の7割を超えているか。	3
② 「受診勧奨」の取組を実施する全市町村において、(1)の抽出基準に基づく対象者のうち、全ての糖尿病未治療者及び治療を中断した者に対して、文書の送付等により受診勧奨が実施されており、実施後、対象者の受診の有無を確認し、受診が無い者には更に面談等が実施されているか。	2
③ 「保健指導」の取組を実施する全市町村において、保健指導対象者のHbA1c、eGFR、尿蛋白等の検査結果を確認し、取組の実施前後でアウトカム指標により評価しているか。	2
④ ①で加点される全市町村において、国民健康保険の保健事業と継続して取組を実施しているか。 ※ 国保の糖尿病性腎症重症化予防事業で介入を受けていた者について、その結果を引き継ぐ手段や体制が構築されているか。また、後期では支援の対象外とする場合は、その理由が明確か。	3

令和7年度分指標の考え方

- 獲得状況を踏まえた変更

共通指標④

被保険者の主体的な健康づくりに対する広域連合による働きかけ、個人への分かりやすい情報提供の実施

令和6年度分

最大8点

被保険者の主体的な健康づくりに対する広域連合による働きかけの実施（令和5年度の実施状況を評価）	点数
① 被保険者の予防・健康づくりの取組や成果に対しポイントを付与する等個人へのインセンティブの提供の取組を実施した者の属する市町村数が管内市町村数の5割を超えているか。	4
③ 被保険者の予防・健康づくりを促進する観点から、マイナポータルにより健診情報等が閲覧可能であることに関して周知・啓発を行っている場合	2



令和7年度分

最大17点

被保険者の主体的な健康づくりに対する広域連合による働きかけの実施（令和6年度の実施状況を評価）	点数
① 被保険者の予防・健康づくりの取組や成果に対しポイントを付与する等個人へのインセンティブの提供の取組を実施した者の属する市町村数が管内市町村数の5割を超えているか。	4
② ICTを活用した効果的な保健指導を実施しているか。	1
③ PHRの活用推進など、デジタル技術を活用した生活習慣病の重症化予防・フレイル等の予防に係る効果的な保健事業を実施しているか。	1
④ 被保険者の予防・健康づくりを促進する観点から、マイナポータルにより健診情報等が閲覧可能であることに関して周知・啓発を行っている場合	2

令和7年度分指標の考え方

- 個人インセンティブの付与は、新経済・財政再生計画 改革工程表において重点化が要請されているため、引き続き評価指標とする。
- ICTの活用やPHRの活用推進について新たに指標を追加

共通指標④

被保険者の主体的な健康づくりに対する広域連合による働きかけ、個人への分かりやすい情報提供の実施

令和6年度分

被保険者の主体的な健康づくりに対する広域連合による働きかけの実施（令和5年度の実施状況の評価）	点数
② 被保険者証更新時や納入通知書の発送時等にリーフレット等を用いてマイナンバーカードの取得促進及び被保険者証利用に係るメリットや利用申し込みの手順について周知・広報の取組をしている場合	2



令和7年度分

被保険者の主体的な健康づくりに対する広域連合による働きかけの実施（令和6年度の実施状況の評価）	点数
⑤ 被保険者証更新時や納入通知書の発送時等にリーフレット等を用いてマイナンバーカードの取得促進及び被保険者証利用に係るメリットや利用申し込みの手順について周知・広報の取組をしている場合	1
⑥ 被保険者証更新時や納入通知書の発送時等に、リーフレット等を用いて、医療機関等における積極的なマイナンバーカードでの受診について周知・広報の取組をしている場合	1
⑦ 令和6年11月時点の被保険者数に対するマイナンバーカードの健康保険証利用登録者数の割合が、全広域連合の上位1位から5位である場合	2
⑧ 令和6年11月時点の被保険者数に対するマイナンバーカードの健康保険証利用登録者数の割合が、全広域連合の上位6位から10位である場合	1
⑨ マイナンバーカードの被保険者証としての利用率について、令和6年11月時点の目標値として50%以上を設定しているか。	1
⑩ ⑨を満たす場合において、当該目標値を達成しているか。	2
⑪ 令和6年11月時点のマイナンバーカードの被保険者証としての利用率が、全広域連合の上位1位から5位である場合	2
⑫ 令和6年11月時点のマイナンバーカードの被保険者証としての利用率が、全広域連合の上位6位から10位である場合	1

※ ⑦・⑧及び⑩から⑫までについては、厚生労働省において「医療保険者等向け中間サーバ等」で管理する保険者ごとのデータを用いて評価するものとする。

令和7年度分指標の考え方

- マイナンバーカードの健康保険証としての利用に係る周知・広報並びに利用登録者数及び利用率について新たに指標を追加

共通指標⑤

被保険者の適正受診・適正服薬を促す取組の実施状況

令和6年度分

最大5点

被保険者の適正受診・適正服薬を促す取組の実施状況 (令和5年度の実施状況を評価)	点数
重複・頻回受診者又は重複投与者等に対し、(1)～(4)の基準を全て満たす適正受診・適正服薬を促す取組を実施(市町村への委託等を含む)している場合に①～③に基づき加点を行う。 (1)抽出基準を設定していること (2)個別に相談・指導の取組を実施していること (3)個別に指導票を作成・管理し、指導前後の状況を把握・分析していること (4)指導後の状況により再指導が必要な場合に再指導を実施していること	
① 取組を実施した対象者の属する市町村数が管内市町村数の5割を超えているか。	3
② ①については達成していないが、取組を実施した対象者の属する市町村数が3割を超えているか。	1
③ 地域の医師会や歯科医師会、薬剤師会等地域の医療団体と連携して適正受診・適正服薬の対策を実施しているか。	2

変更あり

令和7年度分

最大7点

被保険者の適正受診・適正服薬を促す取組の実施状況 (令和6年度の実施状況を評価)	点数
① 重複投薬・多剤投与者等に対し、(1)～(4)の基準を全て満たす適正受診・適正服薬を促す取組を実施(市町村への委託等を含む)した対象者の属する市町村数が管内市町村数の7割を超えているか。 (1)抽出基準を設定していること (2)個別に相談・指導の取組を実施していること (3)個別に指導票を作成・管理し、指導前後の状況を把握・分析していること (4)指導後の状況により再指導が必要な場合に再指導を実施していること	3
② ①については達成していないが、取組を実施した対象者の属する市町村数が5割を超えているか。	1
③ ①又は②を満たす場合において、いずれの取組も地域の医師会や歯科医師会、薬剤師会等地域の医療団体と連携して実施しているか。	2
④ 対象者を抽出した上、服薬情報の通知等の被保険者の適正受診・適正服薬を促す取組を実施しているか。	1
⑤ 被保険者に対し、適正服薬の取組(ポリファーマシー、長期処方、分割処方、リフィル処方箋等)について周知・啓発を行っているか。	1

令和7年度分指標の考え方

- 獲得状況を踏まえた変更
- 抽出した対象者に対して、個別に相談・指導するまでの取組だけでなく、対象者に通知を行う取組についても評価するため、新たに指標を追加
- ポリファーマシー及びリフィル処方箋等の周知・啓発について新たに指標を追加

共通指標⑥ーi 後発医薬品の使用割合

令和6年度分

最大5点

後発医薬品の使用割合 (令和4年度の実績を評価)	点数
① 使用割合が80%以上	5
② ①の基準は達成していないが、使用割合が広域連合上位5割に当たる使用割合に達している場合	3
③ ①②については達成していないが、前年度と比較し、使用割合(%)が0.5ポイント以上向上	1

変更なし

令和7年度分

最大5点

後発医薬品の使用割合 (令和5年度の実績を評価)	点数
① 使用割合が80%以上	5
② ①の基準は達成していないが、使用割合が広域連合上位5割に当たる使用割合に達している場合	3
③ ①②については達成していないが、前年度と比較し、使用割合(%)が0.5ポイント以上向上	1

令和7年度分指標の考え方

- 令和6年度分指標を継続

共通指標⑥－ii 後発医薬品の使用促進

令和6年度分

計2点

後発医薬品の使用促進 (令和4年度の実績を評価)	点数
①・②の両方を満たす場合に加点する。	
① 差額通知前後で後発医薬品への切り替えが行われているか、国保連合会から提供される帳票等により確認し、切り替え率及び切り替えによる削減額を把握している場合	2
② 後発医薬品について更なる理解の促進を図るため、差額通知等において、後発医薬品の品質や使用促進の意義等に関する情報を記載しているか。	

変更なし

令和7年度分

計2点

後発医薬品の使用促進 (令和5年度の実績を評価)	点数
①・②の両方を満たす場合に加点する。	
① 差額通知前後で後発医薬品への切り替えが行われているか、国保連合会から提供される帳票等により確認し、切り替え率及び切り替えによる削減額を把握している場合	2
② 後発医薬品について更なる理解の促進を図るため、差額通知等において、後発医薬品の品質や使用促進の意義等に関する情報を記載しているか。	

令和7年度分指標の考え方

- 令和6年度分指標を継続

固有指標① データヘルス計画の実施状況

令和6年度分

計3点

令和7年度分

計6点



データヘルス計画の実施状況 (令和5年度の実施状況を評価)	点数
① データヘルス計画に位置付けられた保健事業の実施状況や健康課題の傾向について、構成市町村別やエリア別に把握し、効率的かつ効果的な保健事業を実施しているか。	1
② KDB等各種データベースを活用し、データヘルス計画に係る保健事業の実施・評価に必要なデータ分析を行い、分析結果に基づき必要に応じて事業内容の見直しを行っているか。	1
③ データヘルス計画に基づき事業を実施している場合において、国保連合会の支援・評価委員会や大学など外部有識者による支援・評価を活用しているか。	1

データヘルス計画の実施状況 (令和6年度の実施状況を評価)	点数
① データヘルス計画に位置付けられた保健事業の実施状況や健康課題の傾向について、構成市町村別やエリア別に把握し、効率的かつ効果的な保健事業を実施しているか。	1
② KDB等各種データベースを活用し、データヘルス計画に係る保健事業の実施・評価に必要なデータ分析を行い、分析結果に基づき必要に応じて事業内容の見直しを行っているか。	1
③ 管内市町村に対しデータヘルス計画の共通評価指標についての理解促進を図るとともに、全ての管内市町村における共通評価指標を踏まえた取組の状況を比較分析し、必要に応じて、管内市町村に助言などの支援を行っているか。	2
④ 管内市町村における好事例について情報収集及び分析し、管内市町村に情報提供をしているか。	1
⑤ データヘルス計画に基づき実施している事業について、国保連合会の支援・評価委員会や大学など外部有識者による助言などの支援・評価を活用しているか。	1

令和7年度分指標の考え方

- 第2期データヘルス計画の最終評価と第3期データヘルス計画策定を踏まえ、評価指標を修正、追加

固有指標②

高齢者の特性を踏まえた保健事業の実施状況

（ハイリスクアプローチ 高齢者に対する個別的支援）

令和6年度分

（分野ごとに加点可能）最大15点

令和7年度分

（分野ごとに加点可能）最大25点

高齢者の特性を踏まえた保健事業の実施（ハイリスクアプローチ） （令和5年度の実施状況を評価）	点数
<p>〈取組分野〉</p> <p>ア. 低栄養・口腔に関わる相談・指導</p> <p>イ. 生活習慣病等の重症化予防に関わる相談・指導 （糖尿病性腎症重症化予防は除く）</p> <p>ウ. 健康状態不明者の状態把握、必要なサービスへの接続</p> <hr/> <p>（1）～（4）（生活習慣病重症化予防の場合は（1）～（5））の基準を全て満たす相談・指導を実施している場合に①～③に基づき加点を行う。</p> <p>（1）対象者の抽出基準が明確であること</p> <p>（2）かかりつけ医と連携した取組であること</p> <p>（3）保健指導を実施する場合には、医療専門職が取組に携わること</p> <p>（4）事業の評価を実施すること</p> <p>（5）実施計画の策定段階から、第三者による支援・評価を活用すること</p>	
① 取組を実施（市町村への委託等含む）した対象者の属する市町村数が管内市町村数の5割を超えているか。	3
② ①については達成していないが、取組を実施（市町村への委託等含む）した対象者の属する市町村数が管内市町村数の3割を超えているか。	2
③ ①を満たす場合において、国民健康保険の保健事業又は介護保険の地域支援事業と連携して実施した市町村数が取組を実施した市町村数の8割を超えているか。（事業や介入対象者の重複を調整した上で実施しているか）	2



高齢者の特性を踏まえた保健事業の実施（ハイリスクアプローチ） （令和6年度の実施状況を評価）	点数
<p>〈取組分野〉</p> <p>ア. 低栄養に関わる相談・指導</p> <p>イ. 口腔に関わる相談・指導</p> <p>ウ. 身体的フレイル（ロコモティブシンドロームを含む）に関わる相談・指導</p> <p>エ. 生活習慣病等の重症化予防に関わる相談・指導 （糖尿病性腎症重症化予防は除く）</p> <p>オ. 健康状態不明者の状態把握、必要なサービスへの接続</p> <hr/> <p>（1）～（4）の基準を全て満たす相談・指導を実施している場合に①～③に基づき加点を行う。</p> <p>（1）対象者の抽出基準が明確であること</p> <p>（2）かかりつけ医と連携した取組であること</p> <p>（3）保健指導を実施する場合には、医療専門職が取組に携わること</p> <p>（4）事業の評価を実施すること</p>	
① 取組を実施（市町村への委託等含む）した対象者の属する市町村数が管内市町村数の5割を超えているか。	3
② ①については達成していないが、取組を実施（市町村への委託等含む）した対象者の属する市町村数が管内市町村数の3割を超えているか。	2
③ ①を満たす場合において、国民健康保険の保健事業又は介護保険の地域支援事業と連携して実施した市町村数が取組を実施した市町村数の8割を超えているか。（事業や介入対象者の重複を調整した上で実施しているか）	2

令和7年度分指標の考え方

- 高齢者の医療の確保に関する法律に基づく高齢者保健事業の実施等に関する指針（告示）に合わせて取組分野を変更する。

固有指標③

高齢者の特性を踏まえた保健事業の実施状況

（ポピュレーションアプローチ 通いの場等への積極的な関与）

令和6年度分

最大8点

高齢者の特性を踏まえた保健事業の実施（ポピュレーションアプローチ） （令和5年度の実施状況を評価）	点数
<p>医療専門職が次のア、イのいずれかの取組を実施している場合に①～③に基づき加点を行う。</p> <p>なお、ア、イいずれの取組も地域の実情により実施できない場合に、ア、イの取組に代えてウの取組を実施している場合も加点の対象とする。</p> <p>ア 通いの場等において、その参加者に対して行う健康教育・健康相談</p> <p>イ 通いの場等において、後期高齢者の質問票の活用や身体計測、体力測定を実施するなど、フレイル状態等にある高齢者の把握、状態に応じた支援等の実施</p> <p>ウ 高齢者が健康に関する相談や不安等について日常的に相談が行える環境づくり</p>	
① 取組を実施（市町村への委託等含む）した対象者の属する市町村数が管内市町村数の8割を超えているか。	5
② ①については達成していないが、取組を実施（市町村への委託等含む）した対象者の属する市町村数が管内市町村数の6割を超えているか。	3
③ ①又は②で加点される全市町村において、事業評価を実施しているか。	3



令和7年度分

計8点

高齢者の特性を踏まえた保健事業の実施（ポピュレーションアプローチ） （令和6年度の実施状況を評価）	点数
<p>医療専門職が次のア～ウのいずれかの取組を実施している場合に①～③に基づき加点を行う。</p> <p>ア 通いの場等において、その参加者に対して行う健康教育・健康相談</p> <p>イ 通いの場等において、後期高齢者の質問票の活用や身体計測、体力測定を実施するなど、フレイル状態等にある高齢者の把握、状態に応じた支援等の実施</p> <p>ウ 高齢者が健康に関する相談や不安等について日常的に相談が行える環境づくり</p>	
① 管内の全市町村が取組を実施（市町村への委託等含む）しているか。	5
② ①で加点される全市町村において、事業評価を実施しているか。	3

令和7年度分指標の考え方

- 獲得状況を踏まえた変更

固有指標④

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施、地域包括ケアの推進等

令和6年度分

最大15点

令和7年度分

計15点

一体的実施、地域包括ケアの推進 (令和5年度の実施状況を評価)	点数
① 一体的実施について、市町村に対し、制度・保健事業の方法・データ分析・評価・事例検討などの内容で年度内に1回以上研修会を開催しているか。（企画・調整を担当する職員を集めた情報交換会を含む）	2
② 一体的実施の推進に当たり、広域的に共通する課題や市町村間格差等を把握し、年度内に1回以上市町村へ情報提供し、健康課題を共有しているか。	2
③ 一体的実施の委託契約を締結している市町村が管内の8割を超えているか。	6
④ ③については達成していないが、一体的実施の委託契約を締結している市町村が管内の6割を超えているか。	4
⑤ 一体的実施の委託契約を締結している市町村の事業評価についての状況を把握し、市町村と相談の上、評価指標の見直し、新たな評価指標の設定等を行っているか。	3
⑥ 都道府県や市町村、医療や介護サービスの提供者等の関係機関と連携し、地域包括ケアの推進に関する取組が行われているか。	2



一体的実施、地域包括ケアの推進 (令和6年度の実施状況を評価)	点数
① 一体的実施について、市町村に対し、制度・保健事業の方法・データ分析・評価・事例検討などの内容で年度内に1回以上研修会を開催しているか。 (企画・調整を担当する職員を集めた情報交換会を含む)	2
② 一体的実施の推進に当たり、広域的に共通する課題や市町村間格差等を把握し、年度内に1回以上市町村へ情報提供し、健康課題を共有しているか。	2
③ 管内の全市町村が一体的実施の委託契約を締結しているか。	6
④ 一体的実施の委託契約を締結している市町村の5割以上が、一体的実施で実施している全ての事業について、広域連合と同一のデータヘルス計画の共通評価指標の設定及び実施状況の確認を行っているか。	3
⑤ 都道府県や市町村、医療や介護サービスの提供者等の関係機関と連携し、地域包括ケアの推進に関する取組が行われているか。	2

令和7年度分指標の考え方

- 獲得状況を踏まえた変更
- 第3期データヘルス計画策定を踏まえ、評価指標を修正

固有指標⑤

保健事業のために必要な体制整備、市町村後方支援の実施

令和6年度分

最大7点

保健事業のために必要な体制整備、市町村後方支援の実施 (令和5年度の実施状況を評価)	点数
① 保健事業の実施のために必要な体制として専門職2名以上が年間を通じて整備されているか。	3
② 市町村の関係部局と直接対話する機会を設け、KDB等を活用して事業の企画立案に必要な健康課題に関する資料等を提供しているか（提供できる体制を整備しているか）	2
③ 都道府県に対し、保健事業の取組等について情報提供を行い、必要な助言及び適切な援助が受けられる体制を整備しているか。	2

変更あり

令和7年度分

計9点

保健事業のために必要な体制整備、市町村後方支援の実施 (令和6年度の実施状況を評価)	点数
① 保健事業の実施のために必要な体制として専門職2名以上が年間を通じて整備されているか。	3
② 市町村の関係部局と直接対話する機会（アドバイザー派遣等を含む）を設け、KDB等を活用して事業の企画立案に必要な健康課題に関する資料等を提供しているか（提供できる体制を整備しているか）。	2
③ 都道府県や国保連合会と連携した上で、地域の関係者・関係団体に対し地域の状況に応じた効果的な保健事業を実施するための研修会を開催しているか。	2
④ 都道府県に対し、保健事業の取組等について情報提供を行い、必要な助言及び適切な援助が受けられる体制を整備しているか。	2

令和7年度分指標の考え方

- 保健事業における市町村支援強化の観点から、評価指標を修正、追加

固有指標⑥ 第三者求償の取組の状況

令和6年度分

計6点

令和7年度分

計6点

第三者求償の取組状況 (令和5年度の実施状況を評価)	点数
① 第三者行為によって生じた保険給付の疑いのあるレセプトの抽出条件について、「10.第3」の記載のほかに、「傷病名」等の条件を追加して抽出し、抽出した件数のうち9割以上の被保険者への勧奨が行われているか。	1
② 管理職級職員も含め、国保連合会等主催の第三者求償研修に参加し、知識の習得に努めているか。	1
③ 第三者求償事務に係る評価指標について、数値目標の設定、現状の取組の評価を実施し、求償事務の改善を図り、計画的な取組を進めているか。	1
④ 消防や地域包括支援センター、警察、病院、保健所、消費生活センター等の関係機関から救急搬送記録等の第三者行為による傷病発見の手がかりとなる情報の提供を受ける体制を構築し、その構築した体制を用いて提供された情報をもとに勧奨を行っているか。	1
⑤ 医療機関等窓口での傷病届提出勧奨の周知や該当レセプトへの「10.第3」の記載の徹底に向けた医療機関との協力体制を構築しているか。	1
⑥ 求償専門員の設置や国保連合会との連携など、第三者直接請求を行う体制を構築し、第三者直接求償を行っているか（請求すべき案件がない場合も含む）。	1

変更なし

第三者求償の取組状況 (令和6年度の実施状況を評価)	点数
① 第三者行為によって生じた保険給付の疑いのあるレセプトの抽出条件について、「10.第3」の記載のほかに、「傷病名」等の条件を追加して抽出し、抽出した件数のうち9割以上の被保険者への勧奨が行われているか。	1
② 管理職級職員も含め、国保連合会等主催の第三者求償研修に参加し、知識の習得に努めているか。	1
③ 第三者求償事務に係る評価指標について、数値目標の設定、現状の取組の評価を実施し、求償事務の改善を図り、計画的な取組を進めているか。	1
④ 消防や地域包括支援センター、警察、病院、保健所、消費生活センター等の関係機関から救急搬送記録等の第三者行為による傷病発見の手がかりとなる情報の提供を受ける体制を構築し、その構築した体制を用いて提供された情報をもとに勧奨を行っているか。	1
⑤ 医療機関等窓口での傷病届提出勧奨の周知や該当レセプトへの「10.第3」の記載の徹底に向けた医療機関との協力体制を構築しているか。	1
⑥ 求償専門員の設置や国保連合会との連携など、第三者直接請求を行う体制を構築し、第三者直接求償を行っているか（請求すべき案件がない場合も含む）。	1

令和7年度分指標の考え方

- 令和6年度分指標を継続

実施事業に対する評価の指標及び点数

令和6年度分

計20点

令和7年度分

計20点



実施事業に対する評価の指標及び点数	点数
① 共通指標①における後期高齢者健診結果を広域連合が把握、分析し、その結果（地域の特徴、課題等）を管内市町村に提供しているか。	5
② 共通指標②における歯科健診結果を広域連合が把握、分析し、その結果（地域の特徴、課題等）を管内市町村に提供しているか。	5
③ 共通指標④における被保険者の主体的な健康づくりに対する広域連合による働きかけに関して、KDBシステム等を活用して、被保険者の行動変容につながったかなどの事業全体の効果検証を行っているか。	5
④ 共通指標⑤における被保険者の適正受診・適正服薬を促す取組等の結果、令和4年度の重複・多剤投与者（对被保険者1万人）が令和3年度から減少しているか。 ^{※1}	5

実施事業に対する評価の指標及び点数	点数
① 共通指標①における後期高齢者健診結果を広域連合が把握、分析し、その結果（地域の特徴、課題等）を管内市町村に提供しているか。	5
② 共通指標②における歯科健診結果を広域連合が把握、分析し、その結果（地域の特徴、課題等）を管内市町村に提供しているか。	5
③ 共通指標④における被保険者の主体的な健康づくりに対する広域連合による働きかけに関して、KDBシステム等を活用して、被保険者の行動変容につながったかなどの事業全体の効果検証を行っているか。	5
④ 共通指標⑤における被保険者の適正受診・適正服薬を促す取組等の結果、令和5年度の重複・多剤投与者（对被保険者1万人）が令和4年度から減少しているか。 ^{※1}	5

※1 「当該年度の重複・多剤投与者数（对被保険者1万人）
=（当該年度の平均重複・多剤投与者数/当該年度の平均被保険者数）×10,000」

※1 「当該年度の重複・多剤投与者数（对被保険者1万人）
=（当該年度の平均重複・多剤投与者数/当該年度の平均被保険者数）×10,000」

※ 各評価指標について、実施事業に対する評価の有無によって加点を行う

令和7年度分指標の考え方

- 令和6年度分指標を継続

事業実施等のアウトカム指標①

令和6年度分

最大6点

i. 重症化予防のマクロ的評価（当年度の実績） （令和4年度実績を評価）	点数
① 広域連合の年齢調整後新規透析導入患者（対被保険者1万人）が少ない順に、全広域連合の上位1位から5位である場合	3
② 広域連合の年齢調整後新規透析導入患者（対被保険者1万人）が少ない順に、全広域連合の上位6位から10位である場合	2
③ ①及び②の基準は満たさないが、広域連合の年齢調整後新規透析導入患者数（対被保険者1万人）が少ない順に、全広域連合の上位5割である場合	1
ii. 重症化予防のマクロ的評価（前年度との比較） （令和4年度実績を評価）	点数
① 広域連合の年齢調整後新規透析導入患者（対被保険者1万人）の前年度からの減少幅が大きい順に、全広域連合の上位1位から5位である場合	3
② 広域連合の年齢調整後新規透析導入患者（対被保険者1万人）の前年度からの減少幅が大きい順に、全広域連合の上位6位から10位である場合	2
③ ①及び②の基準は満たさないが、広域連合の年齢調整後新規透析導入患者数（対被保険者1万人）の前年度からの減少幅が大きい順に、全広域連合の上位5割である場合	1

変更なし

令和7年度分

最大6点

i. 重症化予防のマクロ的評価（当年度の実績） （令和5年度実績を評価）	点数
① 広域連合の年齢調整後新規透析導入患者（対被保険者1万人）が少ない順に、全広域連合の上位1位から5位である場合	3
② 広域連合の年齢調整後新規透析導入患者（対被保険者1万人）が少ない順に、全広域連合の上位6位から10位である場合	2
③ ①及び②の基準は満たさないが、広域連合の年齢調整後新規透析導入患者数（対被保険者1万人）が少ない順に、全広域連合の上位5割である場合	1
ii. 重症化予防のマクロ的評価（前年度との比較） （令和5年度実績を評価）	点数
① 広域連合の年齢調整後新規透析導入患者（対被保険者1万人）の前年度からの減少幅が大きい順に、全広域連合の上位1位から5位である場合	3
② 広域連合の年齢調整後新規透析導入患者（対被保険者1万人）の前年度からの減少幅が大きい順に、全広域連合の上位6位から10位である場合	2
③ ①及び②の基準は満たさないが、広域連合の年齢調整後新規透析導入患者数（対被保険者1万人）の前年度からの減少幅が大きい順に、全広域連合の上位5割である場合	1

（※1）厚生労働省においてNDBから抽出される都道府県別の年齢調整後新規透析導入患者数（対被保険者1万人）を用いて評価するものとする。

（※2）年齢調整後新規透析導入患者数（対被保険者1万人）は75歳以上を対象とする。

令和7年度分指標の考え方

- 令和6年度分指標を継続

事業実施等のアウトカム指標^②

令和6年度分

最大8点

i. 年齢調整後一人当たり医療費 (令和3年度の実績値を評価)	点数
① 年齢調整後一人当たり医療費が、全広域連合の上位1位から5位である場合	3
② 年齢調整後一人当たり医療費が、全広域連合の上位6位から10位である場合	2
③ ①及び②の基準は満たさないが、年齢調整後一人当たり医療費が、全国平均よりも低い水準である場合	1
ii. 年齢調整後一人当たり医療費の改善状況 (令和3年度の実績値を評価)	点数
① 年齢調整後一人当たり医療費の令和元年度からの改善状況が全広域連合の上位1位から5位である場合	5
② 年齢調整後一人当たり医療費の令和元年度からの改善状況が全広域連合の上位6位から10位である場合	4
③ ①及び②の基準は満たさないが、平成30年度の年齢調整後一人当たり医療費から令和3年度の年齢調整後一人当たり医療費が連続して改善している場合	3
④ ①から③までの基準は満たさないが、年齢調整後一人当たり医療費が令和元年度より改善している場合	2
⑤ ①から④までの基準は満たさないが、年齢調整後一人当たり医療費が過去3年平均値より改善している場合	1

変更なし

令和7年度分

最大8点

i. 年齢調整後一人当たり医療費 (令和4年度の実績値を評価)	点数
① 年齢調整後一人当たり医療費が、全広域連合の上位1位から5位である場合	3
② 年齢調整後一人当たり医療費が、全広域連合の上位6位から10位である場合	2
③ ①及び②の基準は満たさないが、年齢調整後一人当たり医療費が、全国平均よりも低い水準である場合	1
ii. 年齢調整後一人当たり医療費の改善状況 (令和4年度の実績値を評価)	点数
① 年齢調整後一人当たり医療費の令和3年度からの改善状況が全広域連合の上位1位から5位である場合	5
② 年齢調整後一人当たり医療費の令和3年度からの改善状況が全広域連合の上位6位から10位である場合	4
③ ①及び②の基準は満たさないが、令和元年度の年齢調整後一人当たり医療費から令和4年度の年齢調整後一人当たり医療費が連続して改善している場合	3
④ ①から③までの基準は満たさないが、年齢調整後一人当たり医療費が令和3年度より改善している場合	2
⑤ ①から④までの基準は満たさないが、年齢調整後一人当たり医療費が過去3年平均値より改善している場合	1

※ 年齢調整後一人当たり医療費については、「医療費の地域差分析（厚生労働省）」において把握される「都道府県別の地域差指数」に「全国一人当たり実績医療費（入院、入院外+調剤、歯科）」を乗じた値を用いて、全国平均よりも低い都道府県について、低いものから順に評価するものとする。

※ 年齢調整後一人当たり医療費の改善状況は、「医療費の地域差分析（厚生労働省）」において把握される「都道府県別の地域差指数」の比較により評価する。

※ 新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえ、令和2年度の年齢調整後一人当たり医療費は、評価対象としない。

令和7年度分指標の考え方

- 令和6年度分指標の考え方を継続する

令和6年度分保険者インセンティブ 都道府県別採点結果

合計点 (132点満点)

アウトカム医療費 ii (5点)

アウトカム医療費 i (3点)

アウトカム重症化予防 ii (3点)

アウトカム重症化予防 i (3点)

評価 (20点)

第三者求償 (6点)

体制整備 (7点)

一体的実施 (15点)

ポピュレーションアプローチ (8点)

ハイリスクアプローチ (15点)

データヘルス計画 (3点)

後発医薬品使用促進 (2点)

後発医薬品使用割合 (5点)

適正服薬 (5点)

健康づくり (8点)

重症化予防 (10点)

歯科健診 (7点)

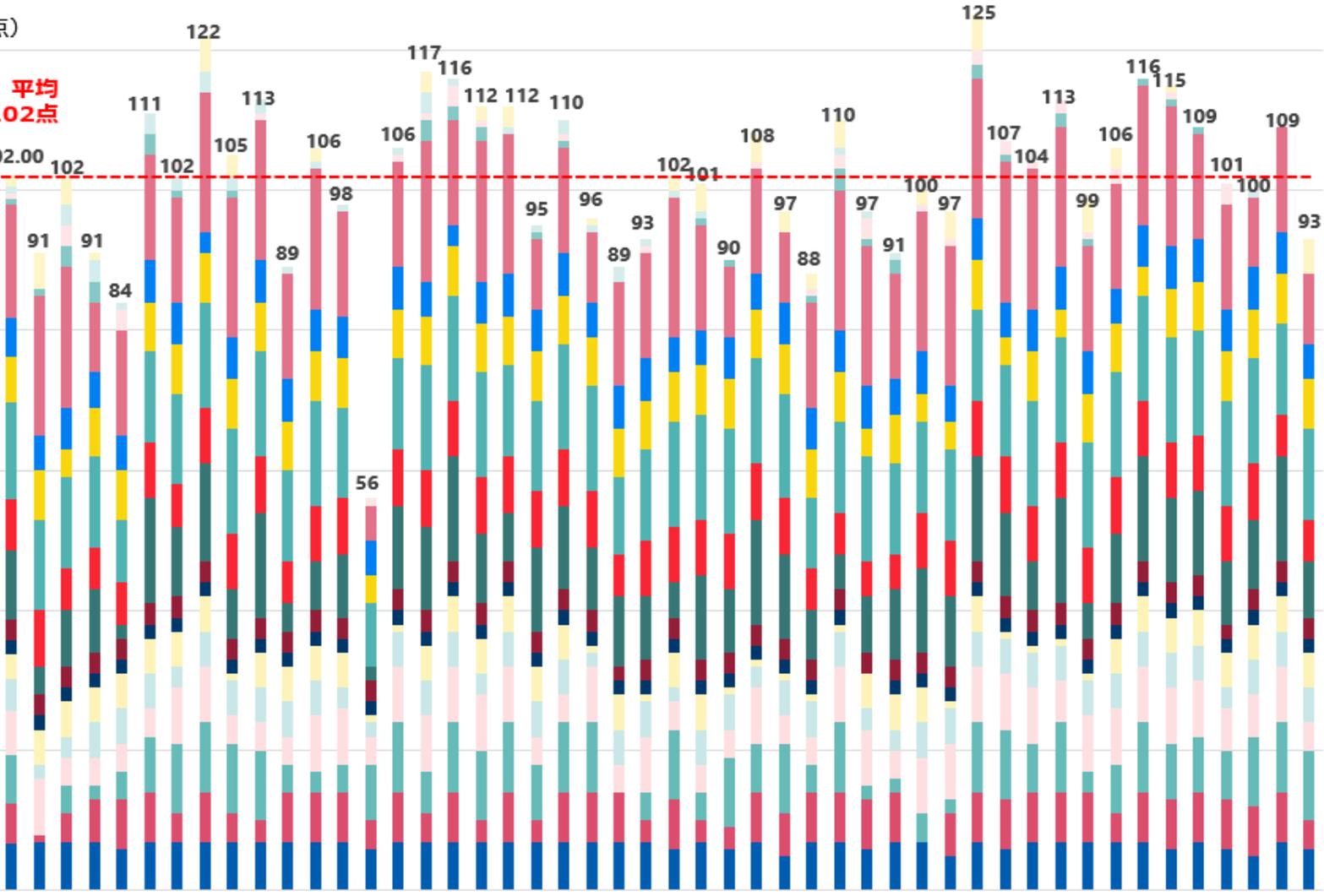
健康診査 (7点)

(点)

平均
102点

102.00

全国平均 北海道 青森県 岩手県 宮城県 秋田県 山形県 福島県 茨城県 栃木県 群馬県 埼玉県 千葉県 東京都 神奈川県 新潟県 富山県 石川県 福井県 山梨県 長野県 岐阜県 静岡県 愛知県 三重県 滋賀県 京都府 大阪府 兵庫県 奈良県 和歌山県 鳥取県 島根県 岡山県 広島県 山口県 徳島県 香川県 愛媛県 高知県 福岡県 佐賀県 長崎県 熊本県 大分県 宮崎県 鹿児島県 沖縄県



日本健康会議における 「健康づくりに取り組む5つの実行宣言2025」

ひと、暮らし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

日本健康会議における「健康づくりに取り組む5つの実行宣言2025」

- 日本健康会議において「健康づくりに取り組む5つの実行宣言2025」が採択されている。
- 広域連合においては、「健康づくりに取り組む5つの実行宣言2025」のうち、宣言4「加入者や企業への予防・健康づくりや健康保険の大切さについて学ぶ場の提供、及び上手な医療のかかり方を広める活動に取り組む、保険者を2,000保険者以上とする。」及び、宣言5「感染症の不安と共存する社会において、デジタル技術を活用した生涯を通じた新しい予防・健康づくりに取り組む保険者を2,500保険者以上、医療機関・薬局を20万施設以上とする。」の達成に向け、内容を確認のうえ、取組をお願いしたい。

宣言 1

- ◆地域づくり・まちづくりを通じて、生活していく中で健康でいられる環境整備に取り組む自治体を1,500市町村以上とする。

宣言 2

- ◆47都道府県全てにおいて、保険者協議会を通じて、加入者及び医療者と一緒に予防・健康づくりの活動に取り組む。

宣言 3

- ◆保険者とともに健康経営に取り組む企業等を50万社以上とする。

宣言 4

- ◆加入者や企業への予防・健康づくりや健康保険の大切さについて学ぶ場の提供、及び
上手な医療のかかり方を広める活動に取り組む、保険者を2,000保険者以上とする。

宣言 5

- ◆感染症の不安と共存する社会において、デジタル技術を活用した生涯を通じた新しい予防・健康づくりに取り組む
保険者を2,500保険者以上、医療機関・薬局を20万施設以上とする。

宣言 1

地域づくり・まちづくりを通じて、生活していく中で健康でいられる環境整備に取り組む自治体を1,500市町村以上とする。

【達成要件】

次の①～③について、すべて行われていること。

- ① 下記の具体的な取組の中から、一つ以上実施すること。
- ② 生活環境に関するデータと健康データの連携等により、①の取組に関する効果検証を行うこと。
- ③ ②の結果を広報媒体を通じて住民へ周知すること。

具体的な取組

- i) 通いの場に参加する高齢者が8%以上となるよう取り組むこと。その際、医師や医療専門職等の活用等、保健事業と介護予防の一体的実施の観点、民間活力との協働の観点、就労・社会貢献の観点を重視すること。
- ii) 被扶養者の保健事業について、被用者保険からの委託等を通じて、被扶養者が保健事業に参加しやすい環境づくりに取り組むこと。
- iii) 子ども食堂や子ども広場等、子どもの健やかな成長を見守り育む地域づくりに取り組むこと。
- iv) 教育委員会及び学校医、学校歯科医、学校薬剤師等と連携して、学校健診情報やデータヘルス計画の情報の利活用等により、学校での健康づくりに取り組むこと。
- v) 感染症への不安や孤立、生活様式の変化等に伴うメンタルヘルス不調に対応するため、地域のコミュニティ等を生かした支援を行うこと。
- vi) 地域の経済団体や非営利団体等による地域の経済活動と連携して、健康で生活できる持続可能なまちづくりに取り組むこと。
- vii) 歯や口腔の健康は全身の健康に寄与することから、8020運動やオーラルフレイル対策に取り組むこと。
- viii) 健康増進や疾病予防に向け、地域住民が身近な場で、看護職等から健康相談・療養支援が受けやすい環境づくりに取り組むこと。

宣言 2

47都道府県全てにおいて、保険者協議会を通じて、加入者及び医療者と一緒に予防・健康づくりの活動に取り組む。

【達成要件】

次の①、②について、行われていること。

- ① 下記の具体的な取組 i) ～ vi) を、すべて実施すること。また、具体的な取組 vii) 及び viii) の中から、一つ以上実施すること。
- ② iv) 、 v) の取組に関する効果検証を行うこと。

具体的な取組

- i) 特定健診・保健指導の実施率向上に向けて、実施率の高い保険者の取組例の共有や、保険者共同での広報活動を行っていること。
- ii) 集合契約の連絡調整に加えて、被用者保険の被扶養者向け健診と自治体のがん検診等の同時実施や、保険者でのがん検診等の実施など、健診の魅力を高めるための保険者と医療関係者との連絡調整を広く行っていること。
- iii) 被用者保険の特定健診と国保・市町村の住民健診の共同実施など、都道府県内の保険者共同での健診実施や、保険者間での健診実施の委託契約の締結に向けて、保険者協議会が連絡調整や支援をしていること。
- iv) 加入者のレセプトデータや特定健診・事業主健診データ、利用者属性等を分析して、保険者による地域・職域の予防・健康づくりの取組に貢献すること。
- v) 都道府県医師会・歯科医師会・薬剤師会・看護協会等とともに加入者の健康に関連した社会的課題の把握に取り組んでいること。
- vi) 保険者が民間委託している保健事業について、成果指標の目標と実績を共有する場を設けていること。
- vii) 所在地以外に住む加入者や被扶養者等が保健事業に参加しやすい環境づくりを進めるため、特定健診・保健指導以外の保健事業を共同で実施する集合契約を保険者協議会が連絡調整や支援をしていること。
- viii) 都道府県と連携して、地域版日本健康会議を開催すること。

宣言 3

保険者とともに健康経営に取り組む企業等を50万社以上とする。

【達成要件】（大規模：経産省公表数値、中小規模：8b-Q1）

大規模法人においては次の①、中小規模法人においては次の②について、行われていること。

- ① 健康経営優良法人の認定基準を満たすこと。この際、下記の具体的な取組例を参考に、健康経営の発展に資する取組を積極的に実施すること。
- ② 健康経営優良法人の認定基準を満たすこと。または、保険者や商工会議所、自治体等のサポートを得て健康宣言に取り組むこと。

具体的な取組例

- i) 事業主健診の結果を保険者と共有して働く人の健康づくりを進めるなど、コラボヘルスにも積極的に取り組むこと。その際、生活習慣病予防だけでなく、メンタルヘルス等に関する取組も進めること。
- ii) 資本市場において健康経営を評価する仕組み（ESG指数での位置づけや健康経営に関する指数の開発等）や健康に関する投資信託商品等の創出に資するよう、健康と経営の両側面からの効果分析・検証を行い、投資家等のステークホルダーにとって比較可能な形となるよう健康経営に係る情報開示に取り組むこと。
- iii) 健康経営の拡大のため、自治体等による健康経営の表彰制度や、健康経営を評価する民間主導の第三者認証制度、国際標準の創出の取組に協力すること。
- iv) サービス・製品の開発や提供を通じて、国民の予防・健康づくりへの貢献に取り組むこと。この際、予防・健康づくりに係る医学的エビデンスを踏まえたガイドラインや、PHR利活用等の新しいヘルスケアサービスの提供に関する事業者ガイドライン等を活用すること。

宣言 4

加入者や企業への予防・健康づくりや健康保険の大切さについて学ぶ場の提供、及び上手な医療のかかり方を広める活動に取り組む、保険者を2,000保険者以上とする。

【達成要件】

次の①～③について、すべて行われていること。

- ① 下記の具体的な取組例（a）を参考に、加入者や企業へ予防・健康づくりや健康保険の大切さについて学ぶ場を提供する取組を一つ以上実施すること。また、下記の具体的な取組（b）の中から、上手な医療のかかり方を広める活動に関する取組を一つ以上実施すること。
- ② 参加者と非参加者との比較等により、①の取組（b）に関する効果検証を行うこと。
- ③ ②の結果を広報媒体を通じて加入者へ周知すること。

具体的な取組例（a）

- i) データヘルス等の取組を通じて、健康保険の大切さや上手な医療のかかり方を加入者に伝える取組を実施すること。
- ii) 感染症をはじめとした病気の原因とその予防策、抗生物質による耐性菌リスクをはじめとした薬剤の効能や副作用についてセミナーを開くこと。
- iii) 子供や若者の時からの健康な生活習慣づくりにも配慮した生活習慣病予防、全身の健康にも密接に関連する歯科疾患、とりわけ歯周病予防について学ぶ機会を提供すること。
- iv) 心の健康づくりについて一人ひとりの気づきと見守りを促す取組を実施すること。その際、ストレスマネジメント等について学ぶ機会を提供すること。
- v) 企業が自社製品を通じて、予防・健康づくりに資する可能性について情報提供すること。

具体的な取組（b）

- i) 生活習慣病の重症化予防に取り組むこと。その際、糖尿病や高血圧症等について、早期からの合併症発症予防・重症化予防に取り組むこと。
- ii) 薬剤の重複服薬・多剤投与を把握し、医療機関・薬局、訪問看護ステーション・看護小規模多機能型居宅介護事業所等と共同して、ポリファーマシーの防止に努めること。
- iii) 健康医療相談・セルフケアの推進等を通じて、医療の適正利用（重複・頻回・はしご受診の抑制等）を図ること。
- iv) 歯や口腔の健康は全身の健康に寄与することから、かかりつけ歯科医へ定期的に歯科受診できる環境を整えること。

※具体的な取組（b） i)～iii) については、地域の医師会・歯科医師会・薬剤師会・看護協会等と連携して取り組むこと。健康保険組合、共済組合及び国民健康保険組合においては、専門職との連携でも要件を満たすものとする。

宣言 5

感染症の不安と共存する社会において、デジタル技術を活用した生涯を通じた新しい予防・健康づくりに取り組む保険者を2,500保険者以上、医療機関・薬局を20万施設以上とする。

【達成要件】

保険者においては、次の①～③について、すべて行われていること。

- ① 下記の具体的な取組の中から、二つ以上実施すること。
- ② マイナンバーカードの健康保険証利用を進めるため、以下のすべての指標について達成すること。
 - a) 加入者へマイナンバーカードを健康保険証として利用登録するよう呼びかけを行い、加入者のうち利用登録した者の割合を70%以上とすること。
 - b) 各保険者においてマイナ保険証の利用に関する目標を設定し、加入者へ医療機関等へのマイナ保険証の持参、利用を呼びかけるなどの利用促進に取り組むこと。
 - c) 加入者の特定健診等情報のオンライン資格確認等システムへの格納について、閲覧用ファイルを提出する方法を活用していること。
- ③ ①の取組に関する効果検証を行うこと。

医療機関・薬局においては、④について行われていること。

- ④ オンライン資格確認等システム（顔認証付きカードリーダー端末等）を導入し、ポスターによる周知などのマイナ保険証の利用促進に取り組むこと。

具体的な取組

- i) ウエアラブル端末等により取得したバイタルデータや日常生活データ（運動・食事管理等）、予防接種歴等を収集・活用した予防・健康づくりの取組を実施していること。
- ii) 民間企業や地方自治体等と協働し、ICTやデジタル技術等（健康に関するアプリケーションなど）を活用した事業に取り組むこと。
- iii) 特定保健指導において、ICTを活用した初回面接に取り組むこと。
- iv) 加入者へのマイナンバーカードの健康保険証としての利用登録の勧奨、マイナ保険証のメリットの周知、持参や利用の呼びかけを行うこと。