

国民健康保険中央会

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研修会 2022.11.25

関係者限り

令和4年度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研修会

令和4年11月25日（金）

資料No.2

一体的実施の推進に向けて ～研究班作成のツール等の活用について～

女子栄養大学 津下 一代

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（概要図）

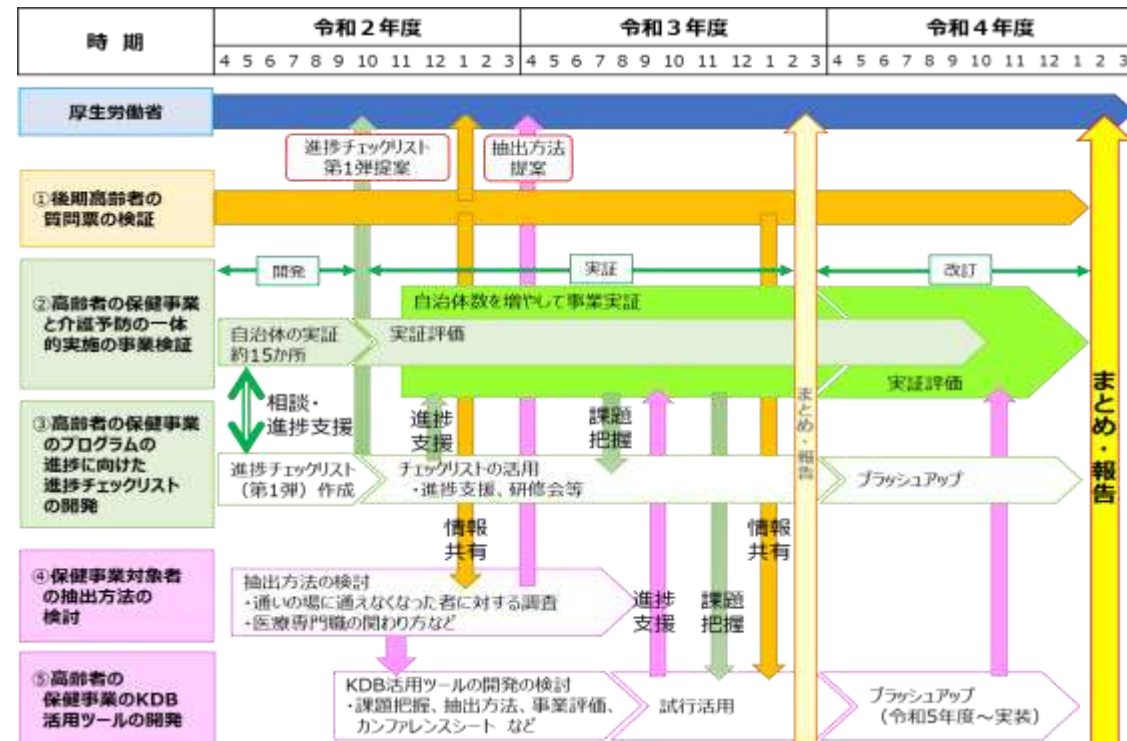
研究代表者：津下 一代（女子栄養大学）

研究分担者：鈴木 隆雄（桜美林大学）、石崎 達郎（東京都長寿医療センター研究所）、岡村 智教（慶応義塾大学）、
飯島 勝矢（東京大学）、渡辺 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）

研究目的

- ①後期高齢者の質問票の検証、②高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の事業検証、
- ③高齢者の保健事業プログラムの進捗に向けた進捗チェックリストの開発、
- ④保健事業対象者の抽出方法の検討、
- ⑤高齢者の保健事業の企画、実施、評価のサポートとなるようなKDB活用ツールの開発、

- ①後期高齢者の質問票の検証
- ②一体的実施の事業検証
- ③高齢者の保健事業のプログラムの進捗に向けた進捗チェックリストの開発
- ④保健事業対象者の抽出方法の検討
○栄養、口腔、服薬、重症化予防、
健康状態不明者等のプログラム別の
抽出方法
○通いの場に通えなくなった者、介護分野
からの対象者抽出法について検討
- ⑤KDB二次活用ツールの開発
- ⑥高齢者の保健事業のプログラムの改定に向けた提案



【一体的実施のめざすところ】

- ① **高齢者の特性・個人の多様性**にあった保健事業をおこなうこと
- ② 市町村を中心に、地域の関係者が**連携体制**を作ること
- ③ **国保データベースシステム（KDB）**等を活用し、地域の高齢者の**全体像を把握**し、必要な人に必要なサービスが**行き届く**ように計画を立てること、
- ④ 保健事業にとどまらず、社会資源の活用等**地域づくり**の視点で取り組むこと
- ⑤ **振り返り**（事業評価）をおこない、地域にあったよりよい方法を工夫していくこと

I.【保健事業実施体制、他部局連携事業の進捗管理のために】

市町村における『高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施』のための進捗チェックリストガイド



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

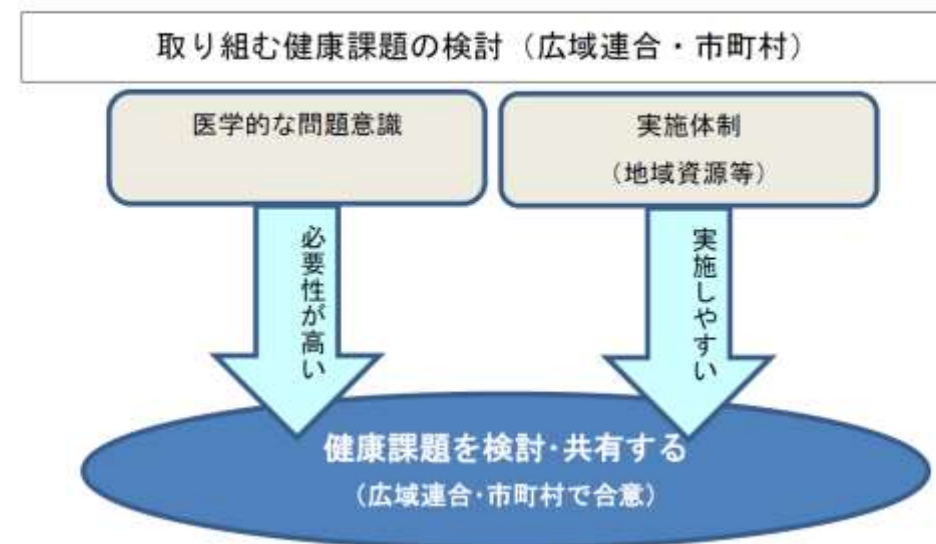


資料編

- 「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

テーマの検討	取組テーマ たたき台 検討	16	<p>必要性、実現可能性を考慮し、どのテーマから始めていくかをPJ内で相談する。</p> <p>①健診を入り口とした保健事業(重症化予防、低栄養)</p> <p>②通いの場での相談、質問票を入り口とした保健事業(低栄養、口腔、受診中断)</p> <p>③レセプト分析で抽出された対象者に対する保健事業(重症化予防・受診中断、薬剤の不適切使用、健診・医療・介護レセの3者とも存在しない対象者への訪問等)</p> <p>④医療機関と連携した保健事業</p> <p>⑤介護予防事業(地域支援事業、要介護者)と連携した保健事業、等。</p>
		17	<p>上記のテーマに関係する地域の団体等と、保健事業の目的、対象者選定の基準、方法について相談し、実現可能性を検討する。医療圏単位の取組、近隣自治体と共同実施の場合には保健所</p> <p>の関与が望ましい。</p> <p>①医師会・栄養士会、健診機関等、②栄養士会、③地域包括支援センター、④地域包括支援センター、⑤地域包括支援センター指導士会等との連携可能性も検討する。</p>
		18	実現可能性を検討するため、必要に応じて
		19	<p>国保・後期高齢者ヘルスサポート事業(保健において、有識者に相談する。目標設定の方の助言を得て、庁内でさらに検討、たたき台</p>

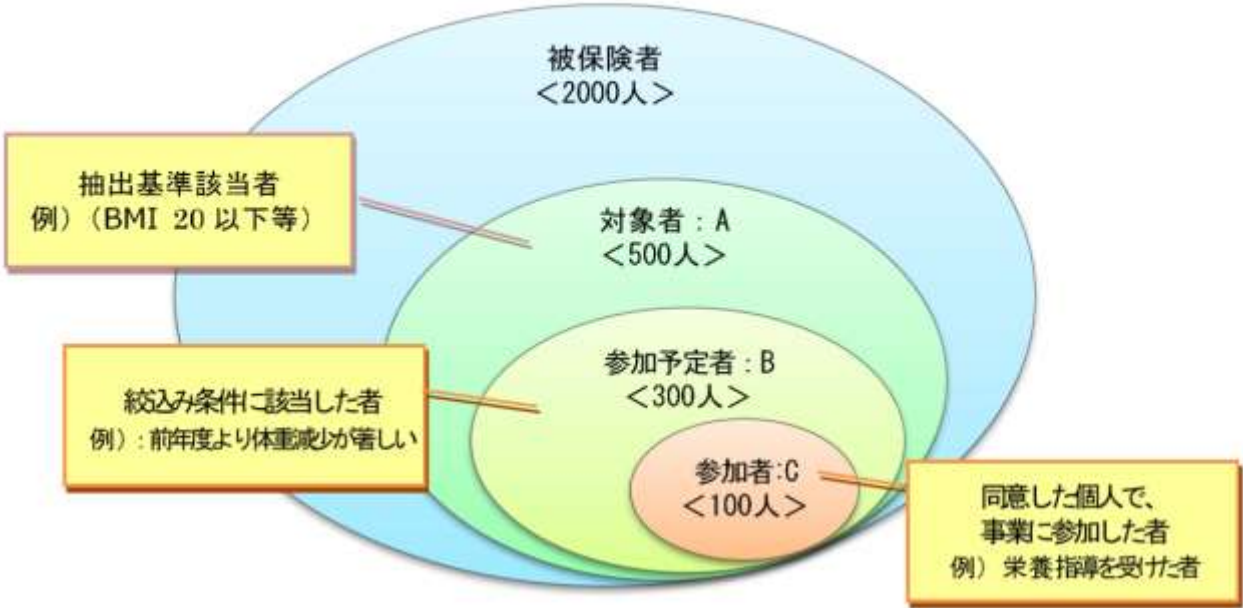
図表Ⅱ-4 取組の方向性の検討



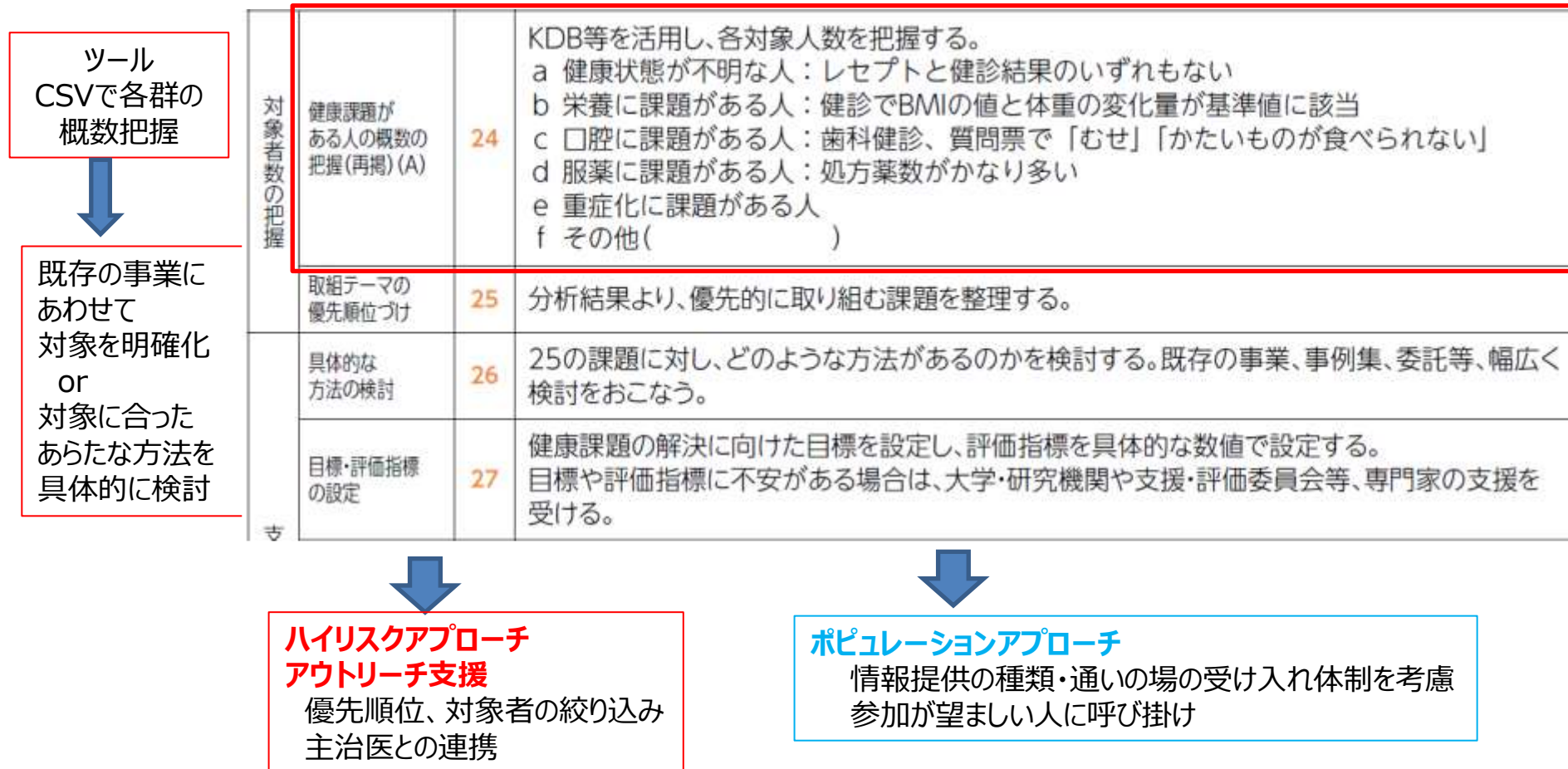
実践編の対象者の見積もり⇔支援方法を考えて絞り込み

対象者数の把握	健康課題がある人の概数の把握(再掲)(A)	24	<p>KDB等を活用し、各対象人数を把握する。</p> <p>a 健康状態が不明な人：レセプトと健診結果のいずれもない</p> <p>b 栄養に課題がある人：健診でBMIの値と体重の変化量が基準値に該当</p> <p>c 口腔に課題がある人：歯科健診、質問票で「むせ」「かたいものが食べられない」</p> <p>d 服薬に課題がある人：処方薬数がかかり多い</p> <p>e 重症化に課題がある人</p> <p>f その他()</p>
	取組テーマの優先順位づけ	25	分析結果より、優先的に取り組む課題を整理する
支援方法の決定	具体的な方法の検討	26	25の課題に対し、どのような方法があるのか検討をおこなう。
	目標・評価指標の設定	27	健康課題の解決に向けた目標を設定し、評価目標や評価指標に不安がある場合は、大学・研究を受ける。
	関係団体(地域資源)への相談	28	医師会、歯科医師会、薬剤師会、栄養士会、歯科技工士会、民生委員、社会福祉協議会等の関係団体と相談する。
	医師会や対策推進会議との相談	29	糖尿病性腎症重症化予防事業においては、都府県単位で実施する(都府県単位で実施する要件)
	外部委託の場合	30	対象者抽出、保健指導実施、事業評価等を外部委託する場合、マニュアル、研修体制等の準備状況を確認する。
		31	実施報告の様式、頻度、進捗状況の把握方法(表2-1参照)

図表Ⅱ-7 「対象者」と「参加予定者」と「参加者」の捉え方
(健康課題が低栄養対策のイメージ)



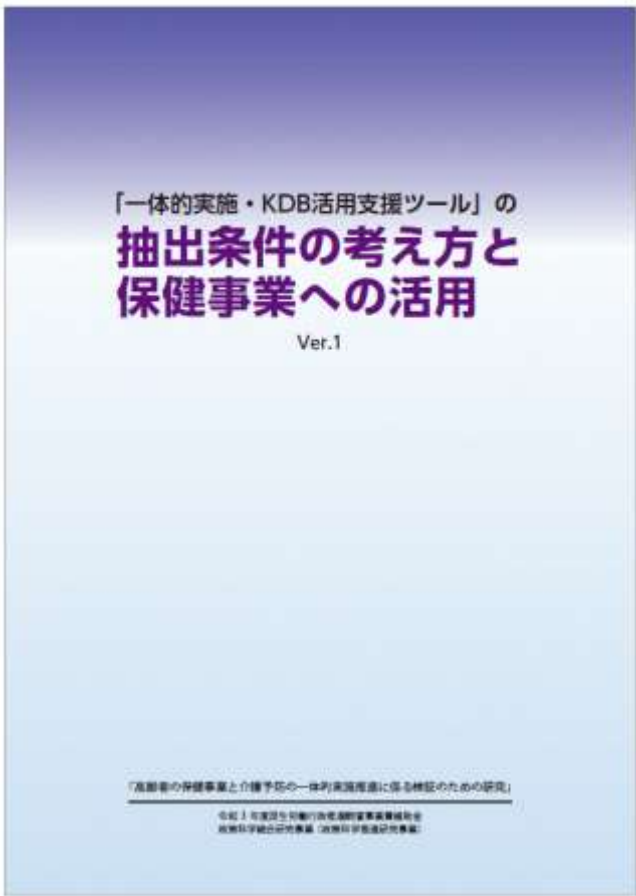
進捗チェックリストガイド p 18 実践編（事業企画）



もっと具体的に各事業について知りたい！ ⇒ 事業対象者の選定のヒント、解説

Ⅱ

「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



目 次

はじめに	2
1. 「一体的実施・KDB 活用支援ツール」と本解説書について	3
抽出条件と保健事業例等に関する一覧表	6
2. 抽出条件の解説・ポイント	10
（1） 低栄養	10
（2） 口腔	12
（3） 服薬—多剤	15
（4） 服薬—睡眠薬	15
（5） 身体的フレイル（ロコモ含む）	19
（6） 重症化予防—コントロール不良者	26
（7） 重症化予防—糖尿病等治療中断者	29
（8） 重症化予防—基礎疾患保有＋フレイル	31
（9） 重症化予防—腎機能不良未受診者	34
（10） 健康状態不明者	37

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

<https://ktsushita.com/wp-content/uploads/2022/02/KDBkasuyo.pdf>

1 KDB二次加工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	健診：BMI \leq 20 かつ 後期高齢者の質問票⑥（2～3kg以上の体重減少）
2	口腔	歯科による支援につなげる	後期高齢者の質問票④（固いものが食べにくい）、⑤（むせる）のいずれかに○ かつ レセプト：過去1年間歯科受診なし
3	服薬	ポリファーマシーの解消	レセプト：処方薬剤数「1～9、10以上、15以上、20以上」から選択。
4		睡眠薬処方者に対する服薬指導	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）または後期高齢者の質問票⑩及び⑪（認知機能）2つ該当
5	身体的フレイル	身体的フレイル、ロコモティブシンドローム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）、⑦（歩行速度）、⑧（転倒）の組み合わせ ・①かつ⑦ ・⑦かつ⑧
6	重症化予防 （糖尿病・循環器・腎）	未受診によるコントロール不良者を抽出し受診勧奨	健診：HbA1c \geq 8.0% または BP \geq 160/100 かつ レセプト：対応する糖尿病・高血圧の薬剤処方履歴（1年間）なし
7		受診中断者に対する健康相談、健診受診勧奨	レセプト：過去に糖尿病・高血圧の薬剤処方履歴があるが、最近1年間薬剤処方履歴なし かつ 健診：直近1年間に健診履歴なし
8		糖尿病等の基礎疾患にフレイルを合併している者を抽出	糖尿病治療中もしくは中断 または HbA1c7.0%以上 または 心不全、脳卒中等循環器疾患（レセプト） かつ 後期高齢者の質問票①（健康状態） または ⑥（体重減少） または ⑧（転倒）
9		腎症、CKDのリスクがある者を抽出し受診勧奨、保健指導	健診：eGFR<45 または 尿蛋白（+）以上 かつ レセプト：医科（入院・入院外）未受診
10	健康状態不明者	健康情報なし者に対するアウトリーチ	抽出年度および抽出前年度の2年度において、健診なし かつ レセプトなし かつ 要介護認定なし

CSVデータ項目 (1枚で質問票・健診・医療・介護を横串にした表作成)

【基本】

- 基本的な個人情報,自治体情報(地区等),後期取得年月日,後期喪失年月日,
- 糖尿病_R03年度,_R02年度, R01年度, H30年度, H29年度,
- 糖尿病薬:αG I, D P P 4 阻害剤,グリニド,S U 剤,ビグアナイド,S G L T 2 阻害剤,
G L P 1 受容体,インスリン抵抗性,配合剤,インスリン注射,

【医療】

- 糖尿病_H b A 1 c 検査, 神経障害, 網膜症, 腎症,
- 高血圧症_R03年度, R02年度, R01年度, H30年度, _H29年度, 抽出年度の投薬治療,
- 傷病名:脳血管疾患, 虚血性心疾患, 人工透析, がん, 慢性腎不全, 腎不全, 認知症, 関節症,
- 脊椎障害, 骨折, 骨粗しょう症, うつ, 誤嚥性肺炎,感染性肺炎,貧血, _COPD,
- 服薬_多剤処方当月,前月, 服前々月, 服薬_睡眠薬, 服薬_脂質異常症, 受診医療機関数,
- 歯科_歯周病等,義歯等,
- 入院_当年,前年, 外来_当年, _前年, 実施年月日,

【健診】

- 身長, 体重, 前年度との差, 腹囲, BMI, 収縮期血圧, 拡張期血圧中性脂肪 HDL LDL non-HDL
GOT, GPT, γ-GTP、空腹時血糖 HbA1c 随時血糖 尿糖 尿蛋白 赤血球数 血色素,Ht
心電図, 血清Cr, eGFR, Alb

【質問票】

- 健診受診状況_R03年度 _R02年度 R01年度 H30年度 H29年度
- 後期高齢者の質問票 15項目

【介護】

- 要介護度(直近) 認定開始日 居宅 施設 初回認定時_開始年月日 初回認定時_要介護度

「KDB活用支援ツール」利用のシーン

進捗チェックリストガイド P22－25 実践編（事業実施）：**ハイリスクアプローチ**

絞り込みはどうする？

事業実施

参加予定者(B) の絞り込み	36	対象者数、予算・人員体制を踏まえて、参加予定者(B)の絞り込みを検討する。その際、対象者抽出基準を明確する。
参加予定者 一覧の作成	37	絞り込みによって抽出した参加予定者の一覧を作成。



事業評価

アウトプット評価	53	実施率：参加者（C）（参加者）/参加予定者B（絞り込み条件該当者） 終了率：規定回数支援できた人/参加者（C）（事業に参加した人）
短期的 アウトカム評価	54	参加者の設定した目標が達成されているかを記録用紙やアンケート、検査値等を通じて評価する。
	55	支援終了後、介護予防事業や地域の見守り等、活用可能な地域資源につなぎ、実施した支援が定着しているかを評価する。
アウトカム評価・ 健診・レセプト	56	翌年の健診結果等で検査値変化（体重、BMI、血圧、血糖、脂質、腎機能等）、服薬管理等を評価する。 ※KDBシステム「介入支援対象者一覧（栄養・重症化予防等）（帳票ID：P27_009）」 「同（服薬管理）（帳票ID：P27_017）」 実施前後の比較であれば「介入支援実施前後の比較（個人名）」
アウトカム評価 転帰	57	かかりつけ医等の医療機関受診や、要介護認定者数、教室等の地域資源につながった人数や割合を評価する。 ※KDBレセプトでの確認

「KDB活用支援ツール」利用のシーン

進捗チェックリストガイド P32-35 実践編（事業実施）：**ポピュレーションアプローチ**

事業実施

通いの場等に
参加

事業評価

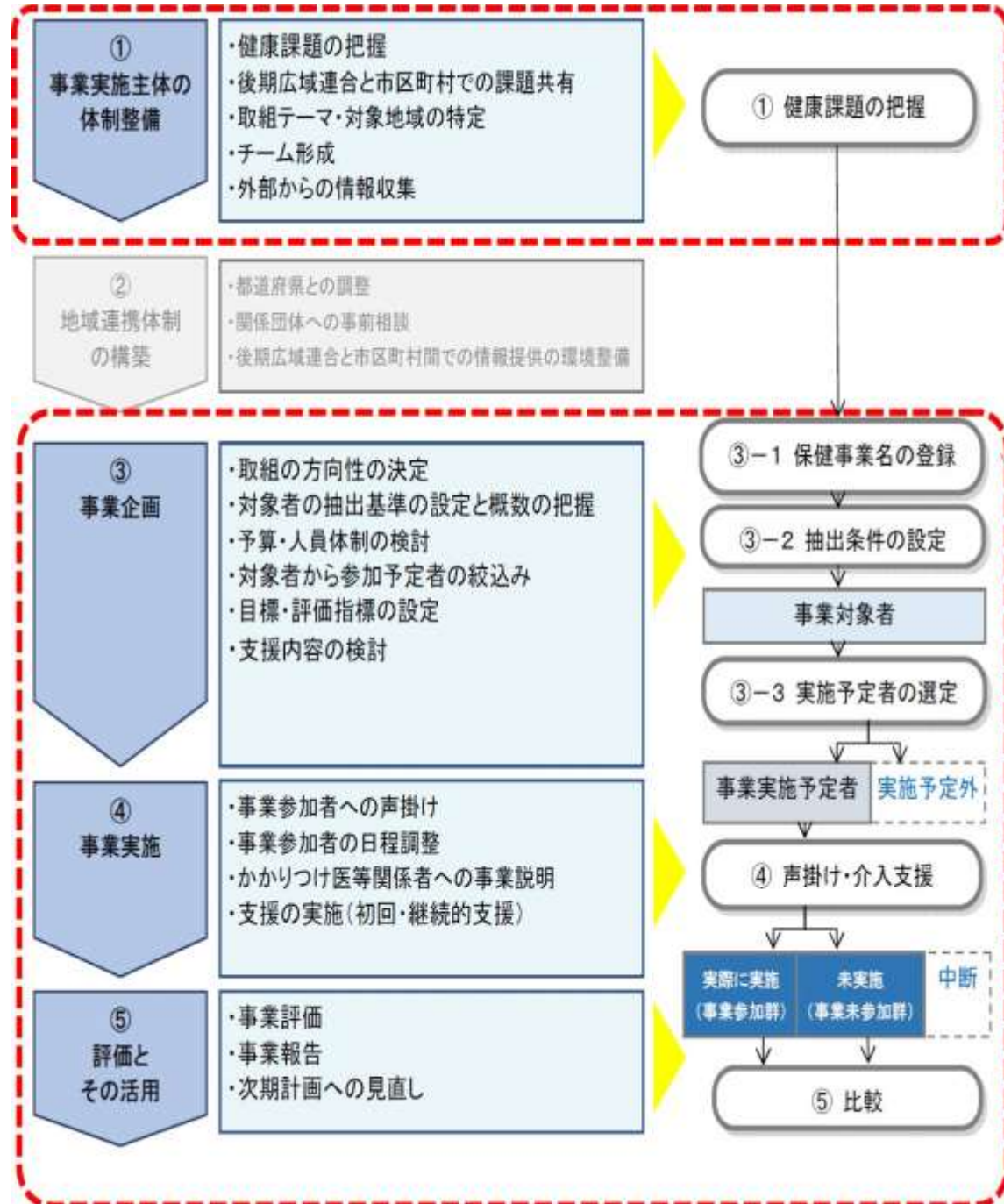
参加予定者への周知、日程調整	61	支援（教室）日程や内容を担い手と調整し決定、周知する。
かかりつけ医等関係者への事業説明	62	地域のかかりつけ医等関係機関に、事業概要や支援を行うことについて説明し、事業案内や通いの場マップ等を用い、対象となる患者に参加勧奨を依頼する。
質問票の実施	63	通いの場や健康教室の開催時に、後期高齢者の質問票や対象者に実施する各種のアンケートを実施する。
対象者の状況に合わせたプログラムの検討	64	質問票やアンケート結果を参考に、参加者のニーズにあったプログラムを選択する。通いの場における住民の主体性を保持しつつ、希望にあった支援を提供する。
健康教育等の実施	65	質問票の結果のフィードバック、通いの場等を活用し、フレイル予防に関心を持てる講話や体験の健康教育を実施する。
個別的支援へのつなぎ	66	通いの場に来ている人の健康情報等から、個別的に支援が必要な人について、必要時、かかりつけ医につなぐ、あるいは他事業、専門職等につなぐ。

（個人を特定しない評価の例）

アウトプット評価	70	実施箇所数（事業を実施した通いの場等の数） 参加者数（延べ総数）
	71	性年代別、地区別、プログラム別などに区分して評価している。
アウトカム評価	72	質問票等から生活習慣や行動変容、社会参加の状況等の評価をおこなった。 ・質問票：週に1回以上の外出をしている者の人数、割合 ・アンケート：地区別の運動習慣者の人数、割合、等

介護予防事業等
参加の**個人履歴**があれば
ハイリスクアプローチ
に準じた評価
（KDB活用）

介入支援対象者一覧【KDB本体機能】



	一体的実施・KDB活用支援 ツール（R3年度） 【KDB組み込み】	CSV活用ツール （R4年度研究班開発中） 【CSV情報のみ活用】
①	研究班提案の抽出法 該当者の一（CSV） 健診・医療・介護連結 過去5年間の受療状況 と健診データを一覧	事業間の重複状況 介護や重症疾患などの保有 性・年齢階級別の該当者数 各集計カラムから対象者リスト 作成
③ 2 3	① 1 で作成された該当者一覧 を「介入支援対象者一覧」画 面のCSV取り込み機能を活 用し、KDBへの取り込みが可 能	研究班提案のフローに従い 絞り込み、人数・リスト作成 さらに絞り込む場合には自治体 で一覧からフィルター機能を使っ てリスト化
④		事業実施状況登録 CSVリスト、絞り込み後対象 者呼びかけ、参加、終了 個別の事業ごとに状況登録
⑤		④の情報該当者について、KDB で追跡（KDB本体への直接連 携は現段階ではできない）

Ⅲ

Coming Soon ! 高齢者保健事業の一体的実施支援ツール

処理メニュー

データ初期化
ファイル取り込み
データ集計

実施日

#####

事業対象者詳細

優先	総括表(年齢性別対象者一覧)
	総括表(事業間の関連一覧)
6	領域1 低栄養
7	領域2 口腔
8	領域3 多剤
9	領域4 睡眠薬
10	領域5 身体的フレイル
1	領域6 重症化予防(受診勧奨事業)
2	領域7 重症化予防(受診中断者)
3	領域8 重症化予防(糖尿病フレイル合併)
4	領域9 重症化予防(腎症・CKD)
5	領域10健康状態不明者

事業対象者処理

出力日

全事業	外部出力			
表示	外部出力			
表示	外部出力			2022/8/2
表示	外部出力			2022/7/23
表示	外部出力	外部取込	履歴更新	2022/7/23
表示	外部出力			
表示	外部出力			
表示	外部出力			
表示	外部出力			2022/7/23
表示	外部出力			

対象者個別管理

領域1 低栄養
領域2 口腔
領域3 多剤
領域4 睡眠薬
領域5 身体的フレイル
領域6 重症化予防(受診勧奨事業)
領域7 重症化予防(受診中断者)
領域8 重症化予防(糖尿病フレイル合併)
領域9 重症化予防(腎症・CKD)
領域10健康状態不明者

広域連合集計



事業履歴データベース

データ閲覧
履歴情報集計

システム初期化

より使いやすい動線、レイアウトなど 改良中！

「一体的実施・KDB活用支援 ツール」を用いて出力した対象者リスト(CSV)

名前	種類	圧縮サイズ	パスワード保護	サイズ
 1_低栄養_C市.csv	Microsoft Excel CSV ファイル	11 KB	有	62 KB
 2_口腔_C市.csv	Microsoft Excel CSV ファイル	39 KB	有	267 KB
 3_服薬（多剤）_C市.csv	Microsoft Excel CSV ファイル	473 KB	有	5,064 KB
 4_服薬（睡眠薬服薬指導）_C市.csv	Microsoft Excel CSV ファイル	31 KB	有	209 KB
 5_身体的フレイル_C市.csv	Microsoft Excel CSV ファイル	63 KB	有	442 KB
 6_重症化予防（受診勧奨事業）_C市.csv	Microsoft Excel CSV ファイル	8 KB	有	44 KB
 7_重症化予防（受診中断者）_C市.csv	Microsoft Excel CSV ファイル	36 KB	有	426 KB
 8_重症化予防（糖尿病フレイル合併）_C市...	Microsoft Excel CSV ファイル	70 KB	有	489 KB
 9_重症化予防（腎症・CKD）_C市.csv	Microsoft Excel CSV ファイル	2 KB	有	6 KB
 10_健康状態不明者_C市.csv	Microsoft Excel CSV ファイル	8 KB	有	118 KB

薬剤は15剤以上を選択する（10剤以上だとエクセルで処理するには大きすぎるため）

I. 概況(KDBツール・一体的実施抽出基準該当者数)

[戻る](#)

● 月 ● 日 抽出 △ 人													
	男性						女性						全体
	～74	75～79	80～84	85～89	90～	計	～74	75～79	80～84	85～89	90～	計	計
1 低栄養	0	11	9	7	2	29	1	14	15	11	9	50	79
2 口腔	1	59	47	26	11	144	2	58	68	59	32	219	363
3 多剤	301	1310	911	570	205	3297	347	1660	1374	989	609	4979	8276
4 睡眠薬	3	22	21	21	4	71	7	58	68	56	20	209	280
5 身体的フレイル	5	87	72	44	24	232	11	104	113	91	46	365	597
6 コントロール不良	3	8	6	2	4	23	3	8	13	7	3	34	57
7 糖尿病治療中断	36	86	85	63	26	296	27	89	111	109	102	438	734
8 重症化予防(フレイル合併)	11	119	85	46	16	277	10	127	118	94	36	385	662
9 腎機能不良	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	2
10 健康状態不明者	20	51	28	6	4	109	11	48	25	13	7	104	213

	介護認定の状況			施設 入所	入院歴 あり	配慮すべき疾患あり(傷病名より抽出)							
	要支援	要介護 1, 2	要介護 3以上			脳血管 疾患	虚血性 心疾患	腎不全	がん	認知症	うつ	COPD	合計 (重複を除く)
1 低栄養	14	2	6	0	26	4	13	5	13	7	7	9	40
2 口腔	43	33	25	3	81	36	55	22	43	50	26	40	190
3 多剤	684	806	633	273	1891	528	1406	582	1071	1161	418	672	4134
4 睡眠薬	56	32	21	3	83	21	56	18	40	52	40	41	175
5 身体的フレイル	111	61	39	4	181	51	114	38	76	84	58	87	337
6 コントロール不良	2	4	1	0	9	3	8	1	3	5	3	5	19
7 糖尿病治療中断	62	112	186	115	335	39	159	92	99	215	56	74	458
8 重症化予防(フレイル合併)	104	64	36	5	189	84	195	47	87	79	62	88	420
9 腎機能不良	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10 健康状態不明者	1	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

戻る

(1) 低栄養防止

条件:

BMI \leq 20 かつ 質問票⑥(体重変化)

年度条件該当者 79 人

⇒ 要介護認定 22 人を除く

低栄養保健事業対象者 57 人 (Ⅱ 該当者表示人数)

⇒ BMI18.5kg/m²以上20.0kg/m²以下 25 人

BMI18.5kg/m²未満 31 人

⇒ 健診で体重2.0kg/年未満 9 人

健診で体重2.0kg/年以上減少 12 人

戻る

(5) 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 (フレイル対策)

条件: 質問票①(健康状態)に該当かつ質問票⑦(歩行速度)に該当
または 質問票⑦に該当 かつ 質問票⑧(転倒)に該当

年度条件該当者 597 人

⇒ 要介護認定 211 人 ⇒ 包括と連携

要介護認定なし 386 人 ⇒ 地域・通いの場の勧奨(Ⅱ 該当者)

⇒ 質問票 ⑨、⑬、⑭、⑮に該当 192 人 ⇒ 保健師面談等を追加

戻る

(3) 多剤投薬者の服薬指導・服薬支援 (多剤対策)

条件: 処方薬剤数「15以上」で対象者を抽出

年度条件該当者 8276 人

⇒ 要介護認定 2123 人を除く

要介護認定なし 6153

受診医療機関数3つ以上 1212 人 (Ⅱ 該当者)

戻る

(10) 健康状態不明者 (不明者対策)

条件: 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: レセプト履歴なし かつ 介護: 要介護認定なし

年度条件該当者 213 人

⇒ 最新年度に健診・介護・医療・薬剤など何らかの情報がある人 14 人を除く

健康伺い・訪問による確認 199 人 (Ⅱ 該当者)

高齢者では生活習慣病にフレイルを合併すると要介護のリスク↑（通いの場等につなげたい）

（８）重症化予防（**基礎疾患保有＋フレイル**）

（解説書Ver.1 P31～33）

C市④ 条件：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 HbA1c \geq 7.0% かつ
質問票①、⑥、⑧、⑬のいずれかに該当 ⇒ **663人**

リスト該当者 **663人**

（うち、要介護認定者）

→ 要介護3以上：**37人**、要介護1～2：**64人**

→ 要支援2：**37人**、要支援1：**67人** 合計：**205人**

慢性疾患保有者ではフレイルが進行しやすい
（フレイル予備群への早期対応）

要介護認定なし **458人**

（うち、循環器臓器障害）

基礎疾患：脳血管（**109人**）、虚血性（**144人**）、腎不全（**27人**）

（うち、その他基礎疾患）

がん（**64人**）、認知症（**16人**）、うつ（**39人**）、COPD（**59人**）

（※その他 当該年入院歴のある人 2人）

重複者あるため

合計**278人**

⇒ 専門医等による運動処方

上記の基礎疾患なし **180人**

運動器疾患あり：**112人**（下記の病名重複あり）
（関節症**84人**、脊椎**76人**、骨折**20人**）

リハ職のいるプログラム
もしくは整形外科医の運動処方

運動器疾患なし：**68人**
（年齢 75～79（**35人**）、80～84（**23人**）、85～（**10人**）

糖尿病、高血圧等を保有している者に対するフレイル対策

Ⅱ．各項目の重複状況（本ツールによる絞り込み後）

		低栄養	口腔	多剤	睡眠薬	身体的 フレイル	重症化予防				健康状態 不明	合計
							コントロール 不良	糖尿病 治療中断	重症化予防 (フレイル 合併)	腎機能 不良		
1	低栄養		9	12	7	16	1	0	12	0	0	57
2	口腔			0	1	4	0	0	1	0	0	9
3	多剤				30	65	9	0	28	0	61	8276
4	睡眠薬					107	2	0	27	0	0	171
5	身体的フレイル						6	0	76	0	0	386
6	コントロール不良							0	1	1	0	57
7	糖尿病治療中断								0	0	0	154
8	重症化予防 (フレイル合併)									0	0	180
9	腎機能不良										0	2
10	健康状態不明者											0
	他の該当なし											0

元データ

保健指導記録としてファイル
フラグ・コメント入力によって事業履歴を残す

実施	身長	体重	年度	腹囲	BMI	収縮	拡張	中性	HDL	LDL	non	GOT	GPT
2E+07	142.8	39.2	▲2.6	0	19.2	143	61	124	48	130	0	16	10
2E+07	151	43.5	▲1.5	0	19.1	143	78	58	72	157	0	23	15
2E+07	139.4	34.6	▲0.1	0	17.8	146	60	90	81	155	0	31	21
2E+07	155.9	45.8	▲1.7	0	18.8	135	65	37	69	115	0	29	15
2E+07	139.6	38	▲0.9	0	19.5	127	69	235	59	132	0	22	16
2E+07	148.2	41	▲0.3	0	18.7	136	65	57	79	127	0	22	11
2E+07	154.9	44.4	-	0	18.5	132	76	72	73	158	0	37	20
2E+07	161.3	48.9	▲1.6	0	18.8	136	86	57	70	118	0	30	19
2E+07	141	39.5	▲1.9	0	19.9	149	88	85	59	161	0	31	29
2E+07	163.1	49.5	▲3.2	0	18.6	115	66	70	67	83	0	25	13
2E+07	152	38.5	0.1	0	16.7	123	71	54	65	104	0	26	11
2E+07	159.4	46.5	0.7	0	18.3	125	65	112	82	127	0	25	15
2E+07	150	41.9	0.3	0	18.6	137	62	125	81	140	0	27	15
2E+07	146.7	29.2	▲5.3	0	13.6	101	58	38	102	147	0	17	12
2E+07	146	37.4	▲1.0	0	17.5	101	51	65	51	128	0	18	7
2E+07	151.9	38.7	▲3.4	0	16.8	131	59	81	97	125	0	19	9
2E+07	164.6	52.1	-	0	19.2	118	64	87	56	134	0	18	15
2E+07	149.5	44.3	-	0	19.8	141	73	89	71	119	0	18	13
2E+07	164.3	53.8	▲1.8	0	19.9	157	77	45	55	101	0	29	20

事業評価(個別ファイルのフラグ情報を集計)

一体化事業事業実績集計

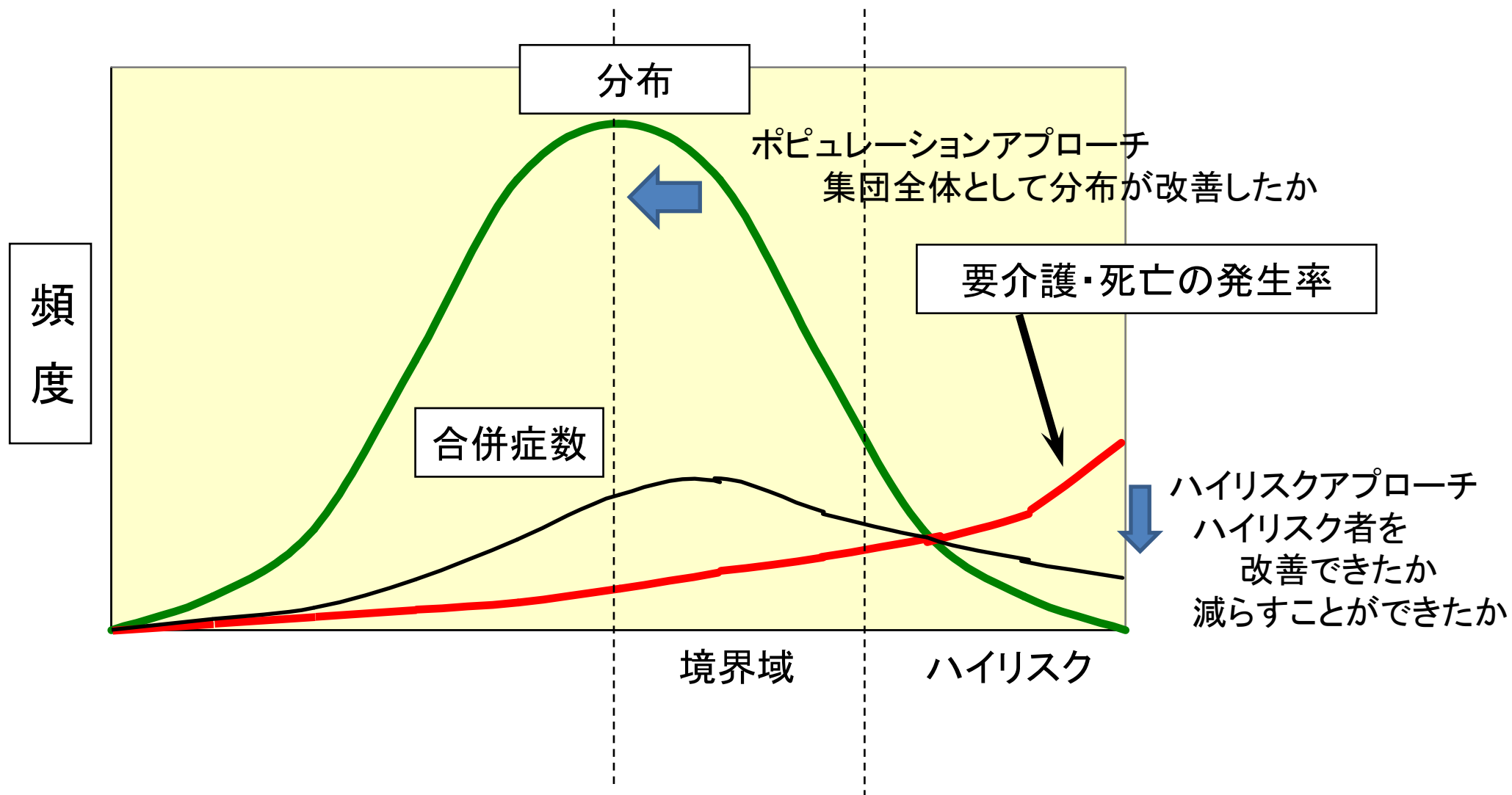
計算

	事業1	事業2	事業3	事業4	事業5	事業6	事業7	事業8	事業9	事業10
リスト数	47	181	149	176	231	122	179	259	165	177
対象者数	16	114	128	138	187	116	148	225	165	158
呼びかけ数	16	106	124	130	183	115	148	194	165	158
参加者集計	16	98	118	130	164	113	148	194	165	158
修了者集計	0	16	82	35	71	93	20	84	110	55
勧誘率	100%	93%	97%	94%	98%	99%	100%	86%	100%	100%
参加者率	100%	86%	92%	94%	88%	97%	100%	86%	100%	100%
終了率	0%	14%	64%	25%	38%	80%	14%	37%	67%	35%
参加割合	100%	92%	95%	100%	90%	98%	100%	100%	100%	100%
終了割合	0%	16%	69%	27%	43%	82%	14%	43%	67%	35%

振り返り編・事業評価

ストラクチャー評価	地域連携	地域の関係機関との連携体制が構築できた。とくに広域連合との連携が深まった。
	保健指導体制	データ分析、保健指導に必要な人材が確保でき、研修も実施できた
		事業実施計画書、実施マニュアル、保健指導教材の準備ができた。
		委託先と事業の目的・方法などを協議し、適切な委託ができた。
プロセス評価	進捗管理	全体のスケジュール管理を行った。
	分析	KDB等活用して、健康課題の分析、対象者の抽出などができた。
	適切な運営	概ね計画どおり、質問票実施や保健指導・支援することができた。
		参加者の満足度、意見、参加状況などを評価した。
	修正	状況の変化に対応し、チームで検討の上、マニュアルやスケジュールの修正を行い、対応できた。
アウトプット評価	ハイリスク	抽出された対象者の中で、実際に関わった人の人数を把握した。
	ポピュレーション	通いの場等での質問票や支援の実施人数を把握した。
アウトカム評価	データ確認	質問票や検査データ等で 効果を確認した。
		要介護認定の状況を確認した。
		レセプトで受診状況を確認した。
		（委託の場合）報告書で成果を確認した

アプローチと評価

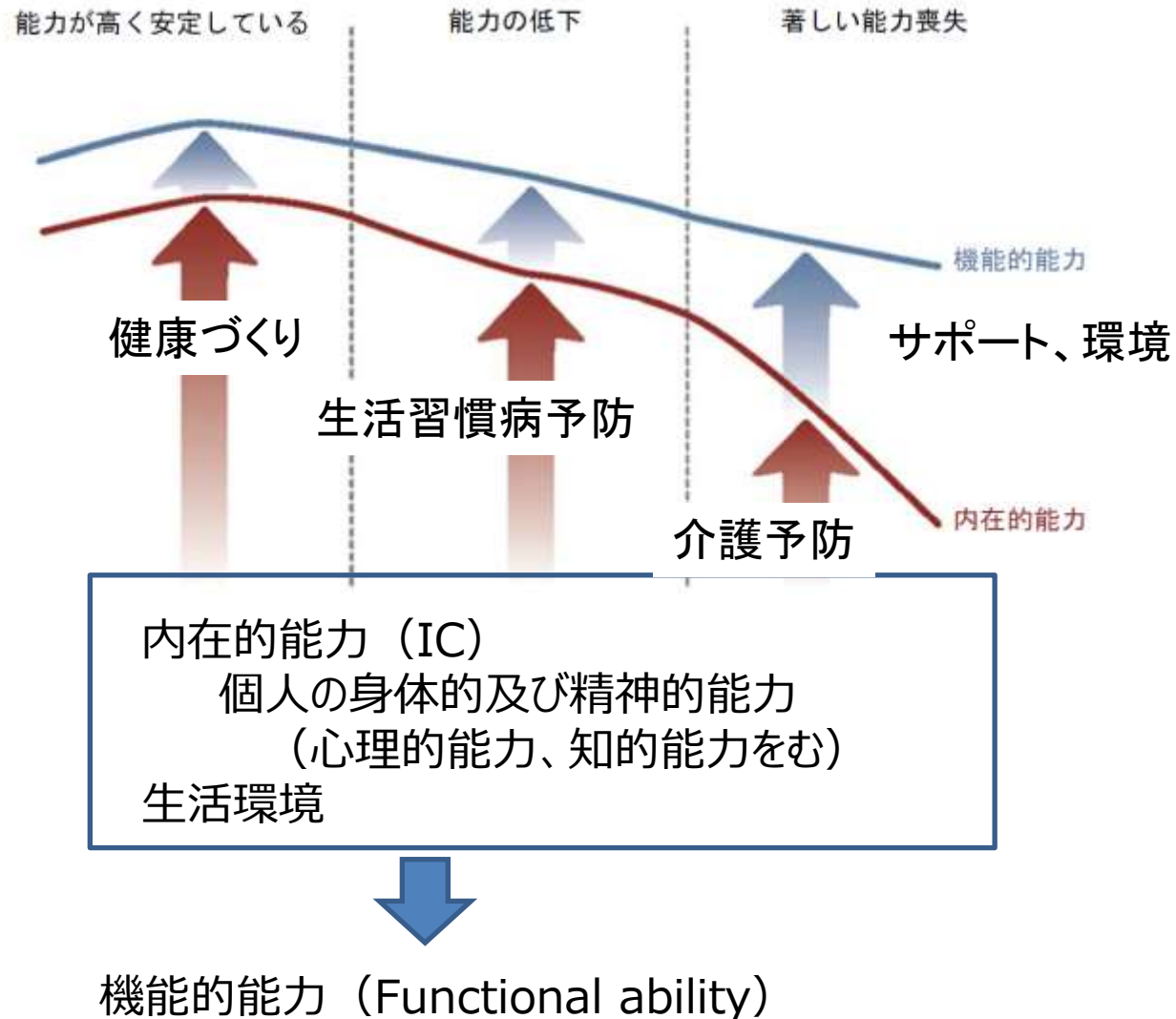


	低栄養	糖尿病性腎症重症化予防	健康状態不明者対策
アウト プット	<ul style="list-style-type: none"> 支援対象者のうち、支援できた者の人数・割合 	<ul style="list-style-type: none"> 支援対象者のうち、支援できた者（個別 支援・受診勧奨）の人数・割合 	<ul style="list-style-type: none"> 支援対象者のうち、現状把握ができた者の人数・割合 支援対象者のうち、社会資源や適切な相談 先の情報提供、健診や医療機関受診勧奨等を行った者の人数・割合 支援対象者のうち、保健指導、支援先への つなぎ等の支援を行った者
アウト カム	<ul style="list-style-type: none"> 体重が維持・改善できた者の人数・割合 低栄養傾向（BMI 20未満）の者の減少 支援対象者への介入による体重の変化、および質問③（1日3食きちんと食べていますか）の変化 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の数・割合 健診にてHbA1c $\geq 8.0\%$の人数、割合の 変化 健診にてSBP≥ 160orDBP≥ 100以上の割合の変化 	<ul style="list-style-type: none"> 支援対象者のうち、健診受診した者の人数 医療・介護サービス等につながった者の人数・割合 健康状態不明者の減少（人数・割合） 健康状態不明者のうち健康状態が悪い者の 人数
	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"> 服薬指導通知者数 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"> 服薬指導の理解度・満足度 介入前後の受診状況（受診医療機関数、受診回数）の変化 介入前後の処方状況の変化 介入前後の医療費（総医療費、入院・入院外別）の変化 	<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（咀嚼・嚥下）の回答状況の変化 BMI≤ 20、質問票⑥（体重変化）の状況 介入者の誤嚥性肺炎の罹患状況 要介護認定の状況 	<ul style="list-style-type: none"> 適切なサービス（専門職、地域資源等）へ のつながった人数と割合支援対象者の減少（前年度比） 後期高齢者の質問票の変化（①健康状態、⑦歩行速度、⑧転倒の該当者減少）の回答 状況の変化 要介護認定の状況、

保険者インセンティブにおいては、事業実施等のアウトカム指標として①年齢調整後新規透析導入患者、②年齢調整後一人当たり医療費に係る指標を令和5年度分から導入済み。

高齢者のための包括的ケア：(WHO ICOPE)2017 高齢者の内在的能力の低下を管理するための地域レベルでの介入ガイドライン

Healthy Aging , Aging in Place



ポジティブなメッセージにつなげる
⇒内在的能力の向上
サポートと組み合わせる

- 対象者本人の安心、楽しみ、社会とのつながり等、ポジティブな要素を重視、健康管理の大切さを実感できるように声かけする。
- 生活の中で「**できること**」に着目。それを維持し、増やしていくという観点から行動目標を設定する。
- 本人に適する地域支援事業等につなげる
- 本人によるセルフケアだけでなく、**家族や周囲の支援（保健サービス等）活用を適切に組み合わせる。**
- 医療機関へのつなぎ、他の保健事業との連携や移行なども含め、対象者の状況に応じ柔軟に実施することが必要である。

研究班の今後の予定

- CSV活用ツールの完成（試行版のテスト 12月実施）
- 希望自治体での試行的活用⇒ヒアリング調査
- 解説書作成（Ⅳ）

ツールを活用した、一体的実施のポイントをまとめたもの
研究班での知見を盛り込む

質問票項目、各プログラム対象者選定基準のエビデンス
⇒要介護等の予測能⇒絞り込みの根拠を提供

これまでの介入の知見を活用した、保健事業のヒントを盛り込む



自治体の専門職が（データ分析のために）PCにくぎ付けになる時間を減らしたい
住民へ適切な保健事業を届けるための 戦略検討の時間を確保
介護部門、地域関係者とともに、高齢者の健康に資する環境づくりを行うことが必要