

関係者限り

|  |        |
|--|--------|
| 令和4年度高齢者の保健事業と介護予防の<br>一体的実施の推進に向けた研修会 | 資料No.1 |
| 令和4年11月25日（金）                          |        |

# 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について

令和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向けた研修会

厚生労働省 保険局 高齢者医療課

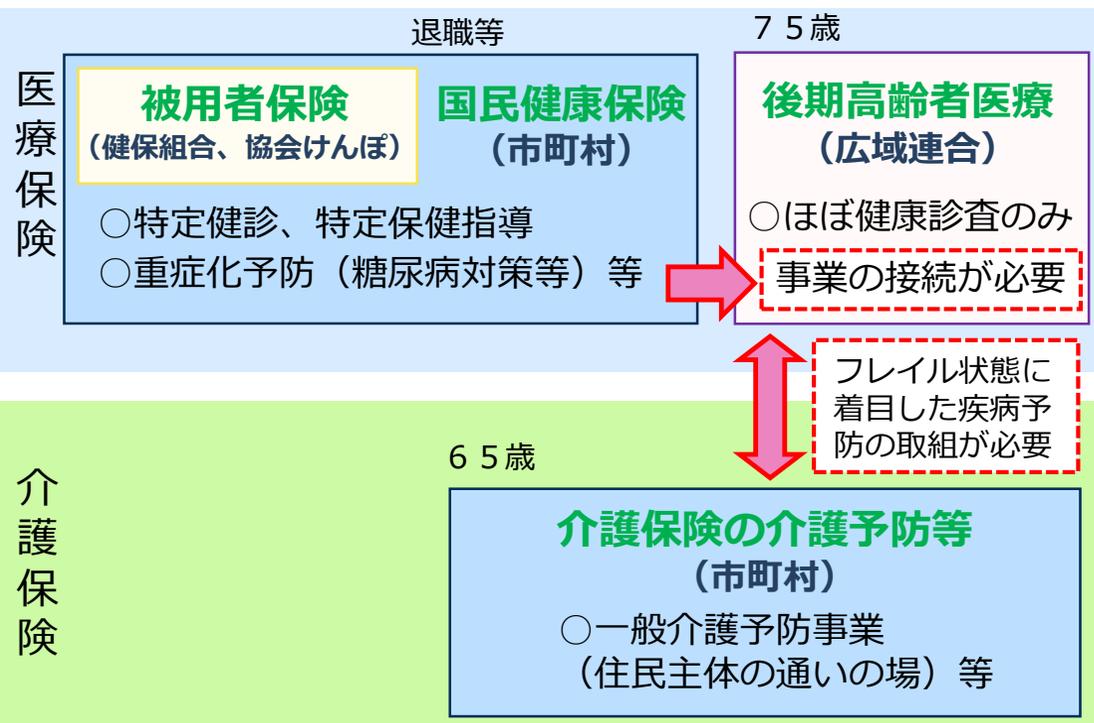
Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

# 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施

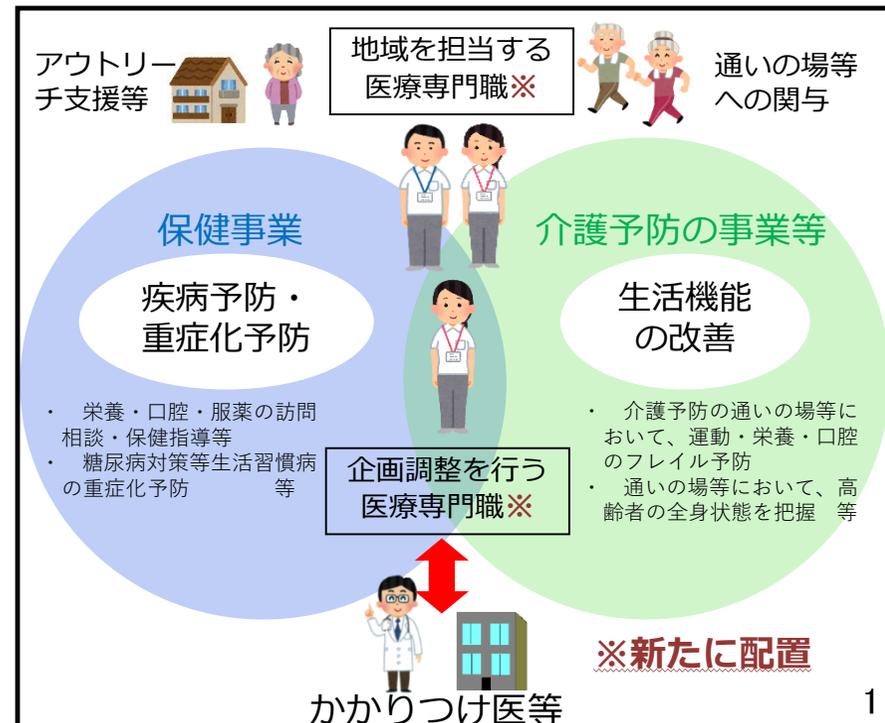
- 広域連合が**高齢者保健事業を国民健康保険保健事業及び介護予防の取組と一体的に実施する取組**が**令和2年4月から開始**された。
- 広域連合は、その実施を**構成市町村に委託**することができる。

- 令和3年度の実施計画申請済みの市町村は **793市町村**、全体の**約5割**（令和4年2月現在）。
- 令和4年度から開始予定の市町村は **307市町村**、全体の**6割超**の市町村で実施される予定。
- 令和6年度には **1,552市町村**、全体の**9割弱**の市町村で実施の目途が立っている状況。  
※高齢者医療課調べ（令和3年12月時点・速報値）
- **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。

## ▼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



# (令和4年7月末時点) 都道府県別の一体的実施の実施状況及び実施予定

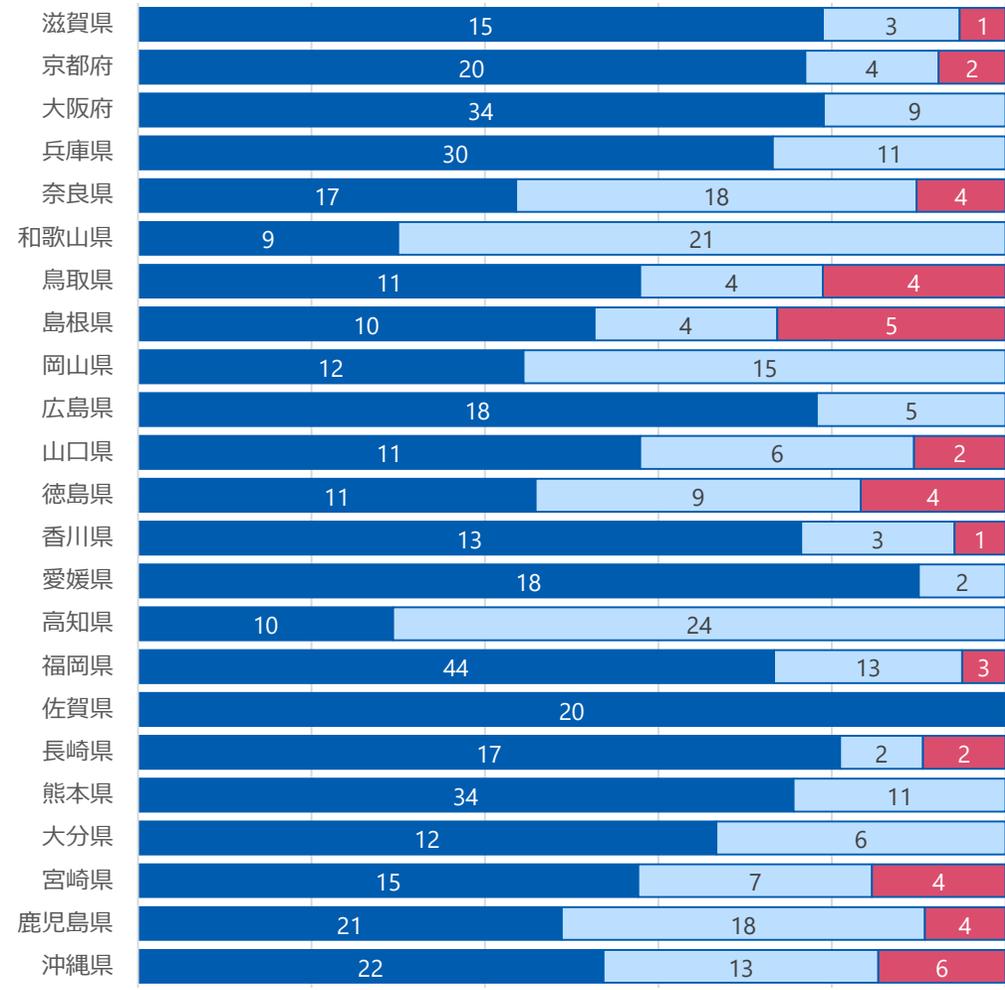
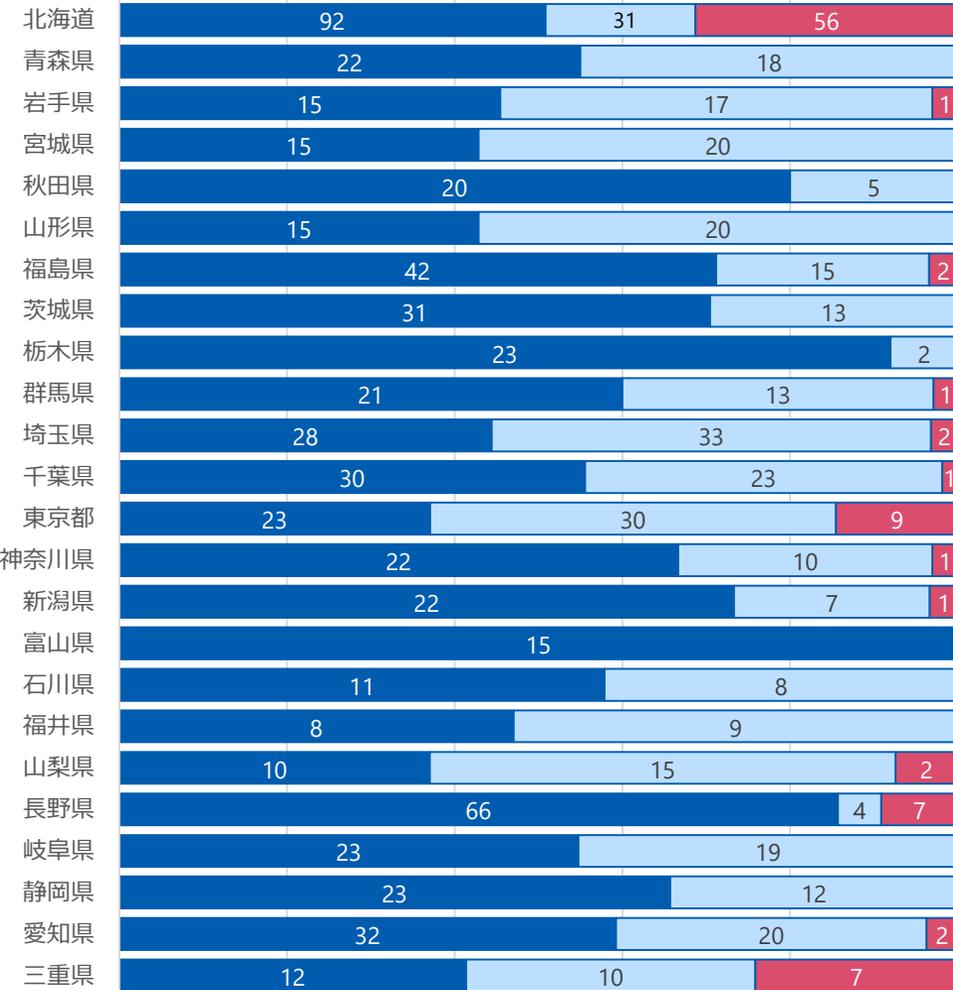
令和4年8月24日 第13回  
高齢者の保健事業のあり方検討  
ワーキンググループ

- 令和4年7月時点で実施状況及び実施意向を再調査したところ、すべての市町村で実施している都道府県が2県あった。一方、実施予定なしが2割を超える都道府県が4県であった。

(N=1,741)

0% 20% 40% 60% 80% 100%

0% 20% 40% 60% 80% 100%



■ 実施済 ■ 実施予定あり ■ 実施予定なし

# 令和4年度 一体的実施に係る実施状況調査について

- 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としている。
- 各広域連合及び市町村における実施状況を捉え、事業の充実・必要な支援につなげるため、下記方針で令和4年度の実施状況調査を行う。

## 1 調査概要

- **調査対象**：全ての後期高齢者医療広域連合（47）、都道府県（47 ※新規）、市町村（1,741）
- **実施期間**：11月配布、12月回収、12月末に集計結果（速報）

## 2 実施状況調査の見直しの観点

### 一体的実施の取組の段階に応じた調査項目の設定

- 一体的実施を実施中の広域連合、都道府県（新規）、市町村
    - ✓ 過年度から引き続き、ストラクチャ（実施体制）、プロセス（実施内容）、アウトプット（実施量）等を中心にとらえる。
    - ✓ 最も実施の早い市町村では3年目を迎えることから、一体的実施による取組の変化（見込み）についても聴取。
  - 一体的実施を未実施・未予定の市町村
    - ✓ 実施準備中の市町村は課題を中心に、未予定の市町村は実施しない（できない）理由を中心にとらえる。
- ※ 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））にて作成された「令和3年度版市町村における「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」及び一体的実施活用支援ツールの活用状況、改善要望等もあわせて把握する。

### 回答者の負担軽減

- 設問の順番、構成を見直し、回答者にわかりやすい構成とする。
- 昨年度の項目について、調査結果の活用性を踏まえ、項目を減らす。
- 他の調査と重複、不整合がないよう留意する。

### その他

- 一体的実施に関連する制度面や事務的な取り扱いの変更について、効果や影響を把握する項目を加える。
- 新型コロナウイルス感染症の一体的実施への影響については、一昨年度・昨年度で一定の知見を得られたことから本年度は割愛。

# 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に係る事例

## 【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   |  | 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 |
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 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 |
|                       |     |     |  | ⑪今日の日付がわからない       | 25.9 | 26.7 | 24.8 |
|                       |     |     |  | ⑫今日の日付がわからない       | 25.9 | 26.7 | 24.8 |

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

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<br>19市町村   | 令和3年度<br>33市町村    | 令和4年度<br>45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<br>(福岡県後期高齢者医療広域連合報告)      | 健康診査 9.49% (令和元年)  | 歯科健診 7.62% (令和元年) |                |
| 3 通いの場への参加率の上昇<br>(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)<br>＜ハイリスクアプローチ＞ | 男性 16.0% ・ 女性 27.9%  |                   |                |
| 6 多剤処方  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ S：実施体制 (KDB分析・人員体制の確保)</li> <li>・ P：目的に応じた対象者の抽出</li> <li>・ O：基準該当のうち、保健指導を実施した者の割合</li> <li>・ C：保健指導を実施した者のうち、体感が維持・改善した者の割合</li> </ul>  |                   |                |
| 7 人工透析率   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ S：実施体制 (KDB分析・人員体制の確保)</li> <li>・ P：目的に応じた対象者の抽出</li> <li>・ O：基準該当のうち、保健指導を実施した者の割合</li> <li>・ C：保健指導を実施した者の割合 (認知・認知) が改善した割合</li> </ul> |                   |                |
| 8 一人当たり   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ S：実施体制 (KDB分析・人員体制の確保)</li> <li>・ P：目的に応じた対象者の抽出</li> <li>・ O：基準該当のうち、保健指導を実施した者の割合</li> <li>・ C：介入前後の受診率 (受診回数・受診時間) の割合</li> </ul>      |                   |                |
| 9 一人当たり   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ S：実施体制 (KDB分析・人員体制の確保)</li> <li>・ P：目的に応じた対象者の抽出</li> <li>・ O：基準該当のうち、保健指導を実施した者の割合</li> <li>・ C：介入前後の受診率 (受診回数・受診時間) の割合</li> </ul>      |                   |                |
| 10 健康寿命   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ S：実施体制 (KDB分析・人員体制の確保)</li> <li>・ P：目的に応じた対象者の抽出</li> <li>・ O：基準該当のうち、保健指導を実施した者の割合</li> <li>・ C：介入前後の受診率 (受診回数・受診時間) の割合</li> </ul>      |                   |                |

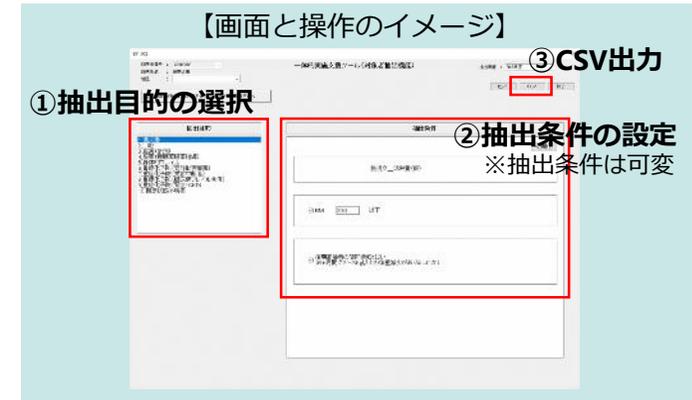
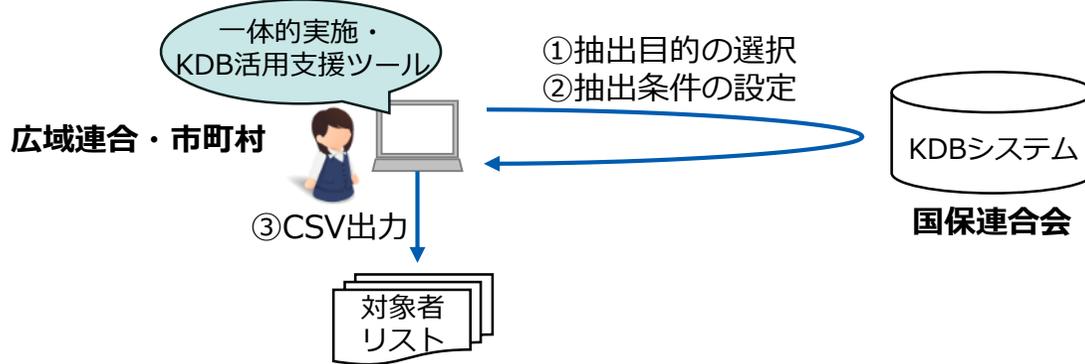
**取組区分毎の評価指標（案）**

# （一体的実施の横展開事業）

## 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（2022年2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<br>(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<br>(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<br>フレイル<br>(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<br>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<br>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」の有効活用に向けた動画の作成

- 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」が有効に活用されるよう、対象者の考え方や絞り込み方法等について解説動画を作成。（Youtubeで配信中）

## ■ 「一体的実施・KDB活用支援ツール」の効果的な活用方法 及び 対象者抽出条件等について

| テーマ     | 説明者                                   |
|---------|---------------------------------------|
| 総論      | 女子栄養大学 津下一代 氏                         |
| 低栄養     | 神奈川県立保健福祉大学 田中和美 氏                    |
| 口腔      | 北海道大学大学院歯学研究院 渡邊裕 氏                   |
| 服薬指導    | 東京都健康長寿医療センター 石崎達郎 氏                  |
| 身体的フレイル | 東京大学高齢社会総合研究機構・未来ビジョン研究センター<br>飯島勝矢 氏 |
| 重症化予防   | 女子栄養大学 津下一代 氏                         |
| 健康状態不明者 | 大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻 樺山舞 氏              |
| ツール操作方法 | 国民健康保険中央会                             |

### 解説のポイント

- ・各テーマ毎の「抽出基準」の考え方
- ・対象者を絞り込む場合の条件
- ・ポピュレーションアプローチへの応用 等



### 動画URL掲載ページ

- ・国民健康保険中央会 保険者専用ページ

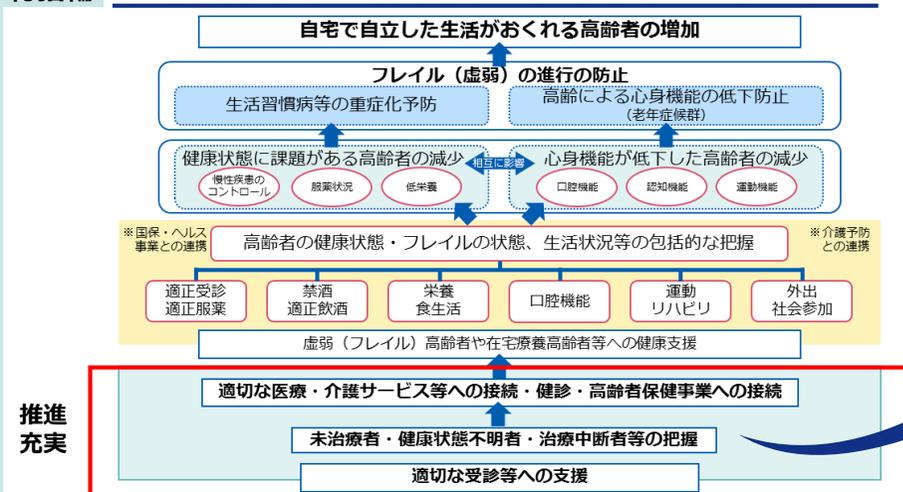
<https://www.kokuho.or.jp/secure/>

令和4年7月現在

# (適切な受診等への支援の充実) 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 (概要)

- 高齢者保健事業において、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の状況把握や適切なサービスにつなげることは重要な健康支援の一つであることから、ガイドライン第2版補足版を作成し推進・充実を図る。

## 総括編 適切な受診等への支援が目指すもの (イメージ)



### ● 「適切な受診等への支援」の意義・目的

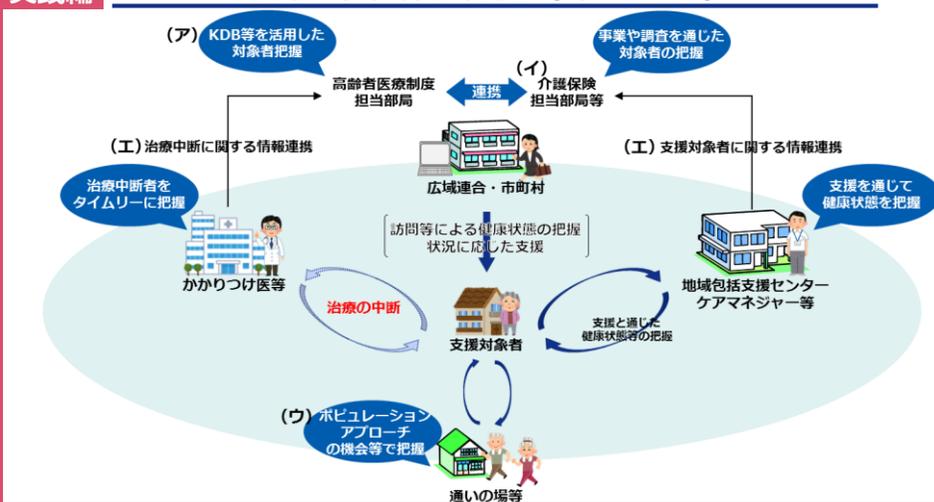
健康状態不明者、未治療によるコントロール不良者や治療中断者の健康状態等の把握に努め、生活習慣病等の発症や重症化に至る前段階で支援することや生活機能の低下等を防止することで、高齢者の生涯にわたる健康の保持増進、生活の質の維持及び向上を図る。

### ● 「適切な受診等への支援」の支援対象者

- ① **健康状態不明者**：医療・健診未受診で、介護の利用がない者
- ② **未治療によるコントロール不良者**：健診結果が受診勧奨値以上であるが、対応する医療受診がない者
- ③ **治療中断者**：生活習慣病等の治療を中断し、健診で健康状態が把握できない者

市町村の取組から、支援対象者の健康状態を把握すると、血圧が高い、認知症の様子が見受けられる等の状況あった。また、健康へ無関心、地域との孤立、金銭的不安等を抱えていた。自らSOSを出さない市民、出せない市民、今までの事業では対象者としてあがらない市民といった新たな市民との出会いにつながっている。

## 実践編 支援対象者の把握 (イメージ)



### ● 支援対象者の把握

KDBシステム等や一体的実施・KDB活用支援ツールの活用に加えて、庁内関係部局や庁外関係機関・関係団体からの情報提供等、通いの場等を活用した把握が重要。

介護保険担当部局等庁内関係部局、かかりつけ医・医療機関や地域包括支援センター・ケアマネジャー等庁外関係機関・関係団体と事業の目的を合意形成し、支援対象者の情報の連携や医療や介護等適切なサービスへの接続後の対応体制の構築が重要

### ● 「適切な受診等への支援」の支援の例・事例の提示

健康状態不明者、未治療によるコントロール不良者及び治療中断者のそれぞれの、支援の流れ、支援対象者の把握・絞り込み、支援の実施内容を掲載。

事例集では、事例の概要に加え、事例で活用されている各種様式や取組結果の分析等も併せて掲載。具体的には「適切な受診等への支援」の実施体制や具体的な取組方法、庁内関係部局や庁外関係機関・関係団体との連携体制、その他の取組を掲載。

# 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に係る事例

## 【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、理学療法士等による全数訪問

【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、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全数訪問・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。

The image shows a screenshot of a health assessment form (アセスメントシート) used in the Aomori Prefecture case study. The form is titled '(2) 健康状態不明者' and includes sections for '個人基本情報' (Personal Information), 'アセスメント項目' (Assessment Items), and '支援内容' (Support Content). The 'アセスメント項目' section contains a table with columns for '項目' (Item), '評価' (Evaluation), '備考' (Remarks), and '担当者' (Staff). The '支援内容' section contains a table with columns for '項目' (Item), '内容' (Content), and '担当者' (Staff). The form is filled out with handwritten information.

# 国保・後期の第3期データヘルス計画に向けた検討

令和4年8月24日 第13回  
高齢者の保健事業のあり方検討  
ワーキンググループ

## 具体的なスケジュール



### データヘルス計画(国保・後期)の在り方に関する検討会

学識経験者、専門職能団体、保険者（都道府県・市町村・広域連合担当者）、保険者関係団体を含めた有識者による検討会

### データヘルス計画策定の手引きの改訂版の検討・まとめ

- 検討会の主な議題（案）
- ①データヘルス計画の現状と課題
  - ②第3期データヘルス計画の方向性
  - ③手引き改訂版（案）の提示
  - ④手引き改訂版の取りまとめ

広域連合が作成する高齢者保健事業のデータヘルス計画策定の手引については、ワーキンググループにて別途検討



### 高齢者保健事業のデータヘルス計画策定の手引きに係るWG

学識経験者、保険者（広域連合・市町村）を含めた有識者によるワーキンググループ

- ワーキンググループの主な議題（案）
- ①広域連合が策定するデータヘルス計画の現状、課題及び第3期データヘルス計画策定の手引についての方向性
  - ②高齢者保健事業の実施計画に係る手引き（案）の提示
  - ③手引き（案）の取りまとめ ⇒ 3月開催予定の上記④の検討会に報告

|            | 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<br>プット | <ul style="list-style-type: none"> <li>支援対象者のうち、支援できた者の人数・割合</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>支援対象者のうち、現状把握ができた者の人数・割合</li> <li>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</li> <li>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</li> </ul> |
| アウト<br>カム  | <ul style="list-style-type: none"> <li>体重が維持・改善できた者の人数・割合</li> <li>低栄養傾向（BMI 20未満）の者の減少</li> <li>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</li> <li>要介護認定の状況</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>受診勧奨事業：対象者のうち、受診した者の人数、割合</li> <li>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</li> <li>健診にてHbA1c <math>\geq 8.0\%</math>の人数、割合の変化</li> <li>健診にてSBP <math>\geq 160</math> or DBP <math>\geq 100</math>以上の割合の変化</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>支援対象者のうち、健診受診した者の人数</li> <li>医療・介護サービス等につながった者の人数・割合</li> <li>健康状態不明者の減少（人数・割合）</li> <li>健康状態不明者のうち健康状態が悪い者の人数</li> </ul>               |
|            | 服薬指導（多剤）   | 口腔  | 身体的フレイル  |
| アウト<br>プット | <ul style="list-style-type: none"> <li>服薬指導通知者数</li> <li>支援対象者のうち、支援できた者の人数・割合</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>支援対象者のうち、支援できた者の人数・割合</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>支援対象者のうち、支援できた者の人数・割合</li> </ul>  |
| アウト<br>カム  | <ul style="list-style-type: none"> <li>服薬指導の理解度・満足度</li> <li>介入前後の受診状況（受診医療機関数、受診回数）の変化</li> <li>介入前後の処方状況の変化</li> <li>介入前後の医療費（総医療費、入院・入院外別）の変化</li> </ul>                | <ul style="list-style-type: none"> <li>歯科医療機関の受診状況</li> <li>後期高齢者の質問票（咀嚼・嚥下）の回答状況の変化</li> <li>BMI <math>\leq 20</math>、質問票⑥（体重変化）の状況</li> <li>介入者の誤嚥性肺炎の罹患状況</li> <li>要介護認定の状況</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>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）</li> <li>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</li> <li>要介護認定の状況、</li> </ul>         |

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。

# 後期データヘルス計画に関する現状と課題及び論点

## 現状と課題

## 論点

### 保健事業の 内容の充実

- 令和2年度から一体的実施が開始されたため、現行の手引きには一体的実施に係る事項が記載されていない。
- 高齢者保健事業は、全ての広域連合で概ね同様の事業が実施されているが、構成市町村における実施状況については、広域連合ごとに差が生じている。

- 「実施主体・関係部局の役割」や「保健事業の内容」を中心に、一体的実施に係る記載を追加してはどうか。また、どのような記載が必要になるか。
- 高齢者の健康の保持・増進及びQOL向上や医療費適正化の観点から、構成市町村における実施状況に差が生じていることについて、どのように考えるか。

### データヘルス 計画の標準化

- 第3期データヘルス計画の策定に係る担当職員数は平均3.54人であり、保健師は平均1.46人であった。
- 一部の健保組合や国保においてデータヘルス計画の標準化が実施されているが、広域連合においては実施されていない。
- 第3期データヘルス計画策定に向けて、標準化を希望する広域連合が多い一方で、地域特性に応じた計画が策定しにくくなることを懸念する意見も挙げられた。

- 第2期データヘルス計画の内容、第3期データヘルス計画に向けた課題・標準化に対する要望を踏まえ、広域連合におけるデータヘルス計画の標準化について、どのように考えるか。
- データヘルス計画の項目のうち、何について、どこまで標準化することが必要か。

### 評価指標の設定

- 第2期データヘルス計画における、評価指標の設定状況は様々であり、広域連合間の比較が難しい。
- 手引きのうち、見直しや例示の追記を希望する事項として、事業評価方法や高齢者にあった目標の提示などが挙げられた。

- 保健事業の内容毎に評価指標を整理し、例示することについて、どのように考えるか。
- 一体的実施の開始により、保健事業だけでなく介護予防の取組も実施している状況を踏まえ、評価指標の具体を示すことについて、どのように考えるか。
- アウトカム指標については、短期的なものの中長期的なものに整理し、例示してはどうか。

### 他の計画との調和 (整合性)

- 次期計画で調和を図る予定の計画は、「医療費適正化計画」と「健康増進計画」が多かった。
- 他計画との整合性を図ることで想定している見直し事項として、関連項目についての目標値などが挙げられた。

- 高齢者保健事業のより効果的な展開を目指し、医療費適正化計画・健康増進計画・介護保険事業（支援）計画など、他の計画との調和（整合性）を図ることについて、どのように考えるか。
- 国保データヘルス計画との連続性を踏まえ、どのような記載が必要になるか。