

**令和5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**

**一体的実施における保健事業のPDCA**

**～KDB活用支援ツール・KDB実践支援ツールの活用～**

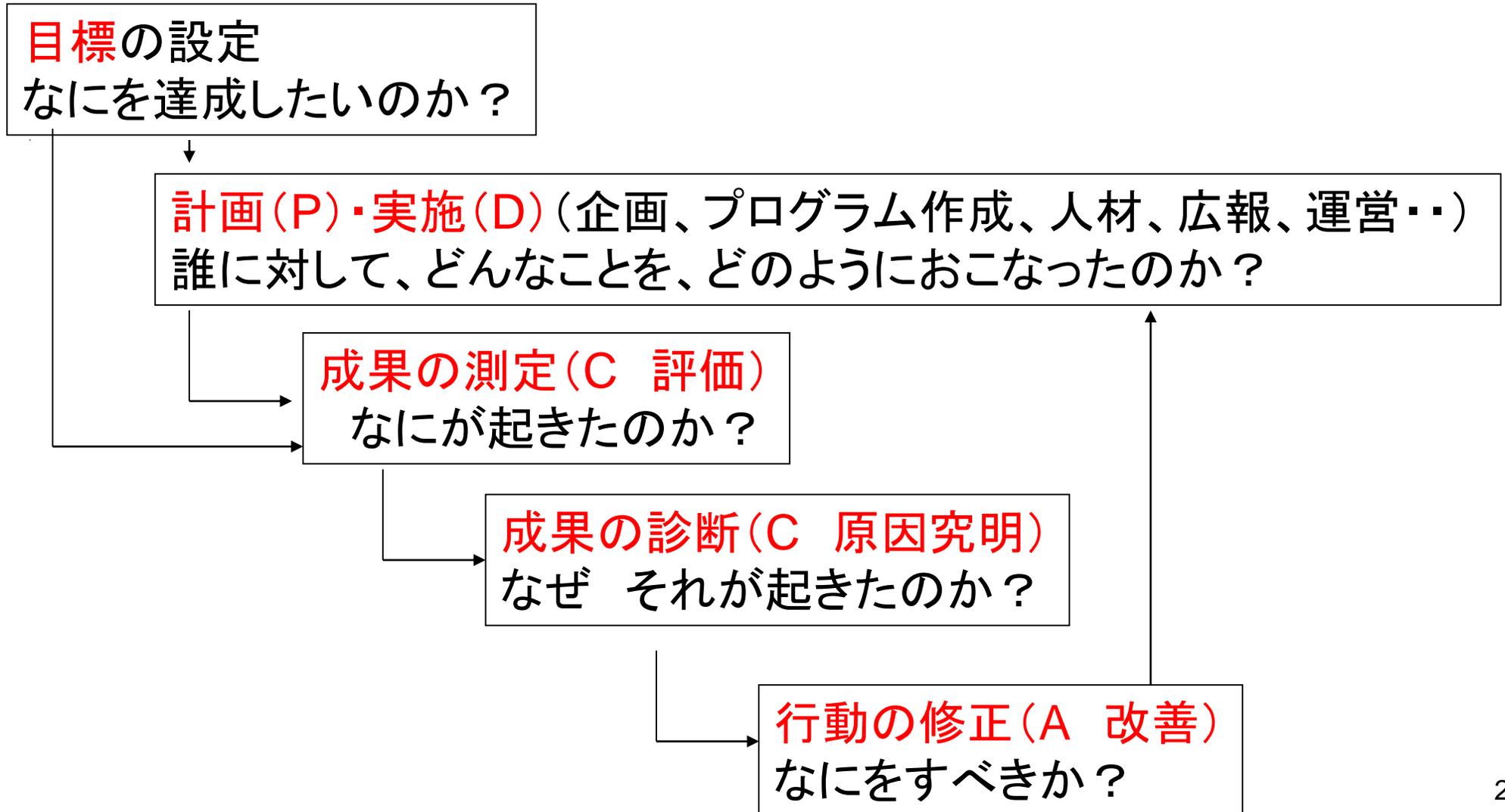
令和5年11月

女子栄養大学特任教授

津下 一代

# 公共サービスにおける管理プロセス

Philip Kotler: Strategic Marketing for Non Profit Organization 改変



# 一体的実施における評価と改善の視点

◎介入（保健事業）を必要とする対象者に、アプローチできているか？

（不十分な場合その要因は？ 改善策はどんなことが考えられるか？）

○保健事業種別でのアウトプット評価（←地域関係者とのネットワーク、マンパワー、他事業との相乗り？）

○地域の取り組みの差はあるか？（←地域の高齢化率？ 地理的状況？ 保健事業実施体制？）

○実施できていない事業のボトルネックは何か？

（対策は←市町村・広域で解決可能？ 都道府県・連合会の支援が必要？ 全国共通の課題？）

◎介入の効果が上がっているのか

- 短期的：質問票回答・検査値の変化（抽出基準指標）、医療、介護予防サービス等への連携
- 中長期的な評価：医療費、介護認定、介護給付費など

小規模自治体の分析では、個人の影響が大きい。対照がないと「悪化の抑制」を評価することができない。

広域単位・国レベルなどでデータ統合し、対照群を設定した分析が必要

# 評価・考察を適切に行うために～標準化の推進

- 標準化とは、品質や性能の確保、利便性の向上、効率化などを指すために、一定の基準を設定し、それに従って、作り方や評価方法などを統一すること

## SMARTの法則（ジョージ・T・ドラン氏）

**S**pecific: 事業の特性に合った具体的な評価項目

**M**easurable: 現実的に(制度的に)測定可能か

**A**chievable: 達成可能な目標設定ができるか

**R**elevant: 自治体の保健事業として適切か

**T**ime-bound: 評価時期はいつか(短期・中長期)

## データヘルス計画（後期高齢者医療広域連合）における評価項目の持つべき性質

- ・本事業の目的にあった（高齢者の特性にあった）現実的な指標
- ・保険者（公的財源）による保健事業評価であること  
（国のガイドラインに沿ったものであること）
- ・評価をルーチン化できる（改めて調査しなくても取得可能な項目）（点検⇒修正）
- ・本事業の進捗チェック、改善に向けての考察ができること（中間・最終評価可能）

領域連合がアプローチする課題	要する資源	課題解決に係る取組の方向性	対応する保健事業番号
A		・平均自立期間が短い市町村の改善 ・健康状態を客観的に把握している被保険者の増加	1~8
B		・県内における健診受診率が低い市町村の改善 ・歯科健診未実施市町村における、実施スキームの確立	1・2
C			
D			
E			

必要に応じて課題を列挙

# 健康課題を抽出・明確化 目指すべき目的を設定 その目的が達成されるために必要な目標を記載する。

目的・目標		抽出した課題に対して、この計画によって目指す姿（目的）と目標・評価項目																				
計画全体の目的（この計画によって目指す姿）		在宅で自立した生活が送れる高齢者の増加																				
目標	評価項目（共通評価指標）	計画策定時実績※ 2022 (R4)			2024 (R6)			2025 (R7)			2026 (R8)			2027 (R9)			2028 (R10)			2029 (R11)		
		割合	分子	分母	割合	分子	分母	割合	分子	分母	割合	分子	分母	割合	分子	分母	割合	分子	分母			
健康受診率の向上 健康状態不明者の減少	アアウトプット	健診受診率	%		%		%		%		%		%		%		%		%			
	歯科健診実施市町村数・割合	%		%		%		%		%		%		%		%		%		%		
生活習慣の改善 重症化の予防 フレイルの予防	アアウトプット	保健師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	%		%		%		%		%		%		%		%		%			
	アアウトプット	居宅数	%		%		%		%		%		%		%		%		%			
一体的実施の推進 実施市町村数の増加	アアウトプット	口腔	%		%		%		%		%		%		%		%		%			
	アアウトプット	服薬（重複・多剤）	%		%		%		%		%		%		%		%		%			
		重症化予防（糖尿病性腎症）	%		%		%		%		%		%		%		%		%			

	健康状態不明者	%		%		%		%		%		%		%		%		%		%
	平均自立期間（要介護2以上）																			
...	...																			

※ 実績年度が異なる場合には、欄外等に注釈を記載。 ※ 2目標値を記載する際には、分母・分子は記載不要。

事業番号	事業分類	事業名	担当 委託 混合	重点・優先	実施年度（市町村数）					
					2024 (R6)	2025 (R7)	2026 (R8)	2027 (R9)	2028 (R10)	2029 (R11)
1	健康診査	健康診査事業	混合		実施 (30)	—	見直し			
2	歯科健診	歯科健診事業	混合		実施 (20)	—	見直し			
3	一体的実施	居宅数	委託	✓	実施 (20)	—	見直し			
4		口腔	委託		実施 (10)	—	見直し			
5		服薬（重複・多剤等）	委託		実施 (5)	—	見直し			
6		重症化予防（糖尿病性腎症）	委託	✓	実施 (20)	—	見直し			
7		重症化予防（その他、身体的フレイルを含む）	委託		実施 (15)	—	見直し			
8		健康状態不明者	委託	✓	実施 (15)	—	見直し			

事業シート [一体的実施]

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	ハイリスク者割合 (低栄養)	一体的実施支援ツール	%	%	%	%	%	%	%
	2	ハイリスク者割合 (口腔)	一体的実施支援ツール							
	3	ハイリスク者割合 (重症化予防・フレイル)	一体的実施支援ツール							
	4	ハイリスク者割合 (服薬)	一体的実施支援ツール							
	5	ハイリスク者割合 (健康状態不明者)	一体的実施支援ツール							

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	実施市町村数	一体的実施申請書							
	2									
	3									
	4									
	5									

後期高齢者データヘルス計画  
個別事業シート(シートIV)

広域全体でアウトカム評価  
指標を定めている



全国比較が可能なように  
基準を統一

(一体的実施支援ツールでの  
抽出等)

# 個別事業（一体的実施）の評価指標例

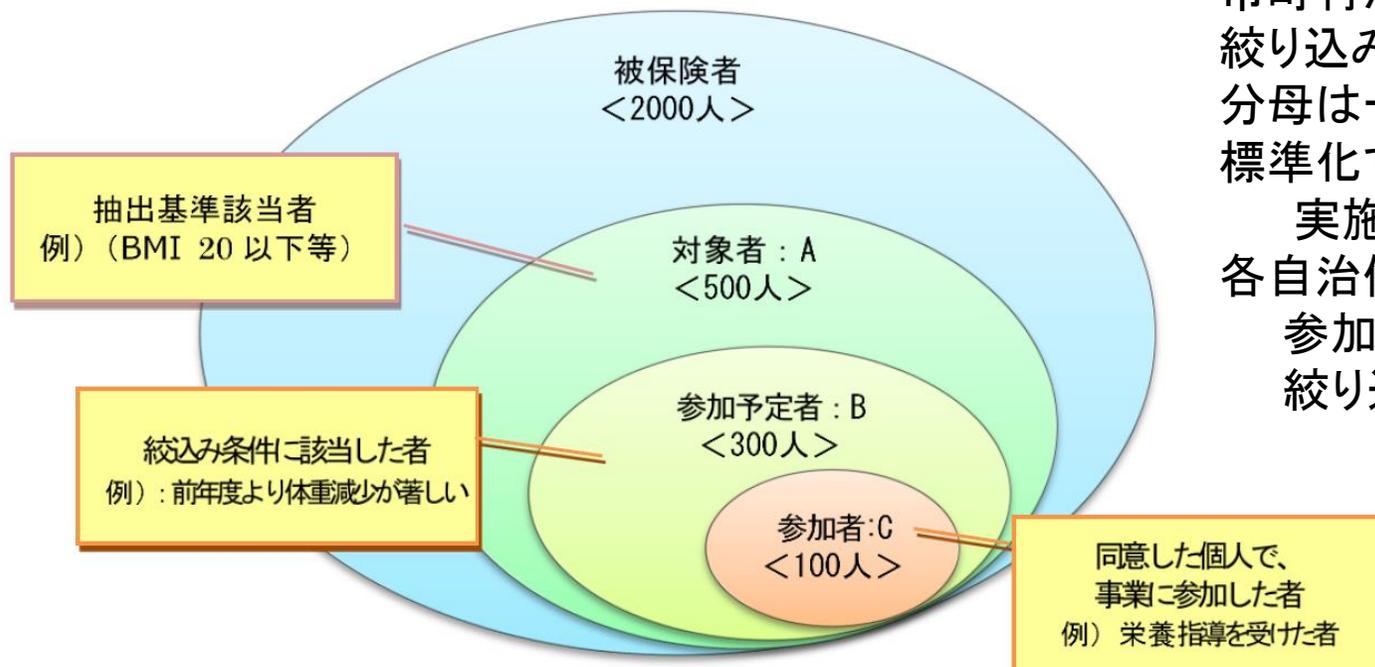
令和5年2月21日

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

資料1

	低栄養	糖尿病性腎症重症化予防	健康状態不明者対策
<b>アウト プット</b>	<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>医療・介護等の支援へつなく必要があると把握された者の人数</li> </ul>
<b>アウト カム</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>体重が維持(±0.9kg)・改善(+1kg)できた者の人数・割合</li> <li>低栄養傾向(BMI 20以下)の者の人数、割合</li> <li>1年後の要介護認定の状況</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（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</li> <li>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）の人数・割合</li> <li>HbA1c ≥8.0%の人数、割合の変化</li> <li>SBP ≥160 or DBP ≥100以上の割合の変化</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>健診受診した者の人数・割合</li> <li>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</li> </ul>
	服薬指導（多剤）	口腔	身体的フレイル
<b>アウト プット</b>	<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>	<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>
<b>アウト カム</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>介入前後3ヶ月の受診状況（受診医療機関数、受診回数）</li> <li>介入前後3ヶ月の処方薬剤数が15剤以上の人数、割合</li> </ul> <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"> <li>歯科医療機関の受診状況</li> <li>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</li> <li>（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</li> <li>1年後の要介護認定の状況</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>適切なサービス（専門職、地域支援事業等）へつなげている人数、割合</li> <li>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</li> <li>1年後の要介護認定の状況</li> </ul>

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)



市町村が独自に定めた抽出法や絞り込み後の参加予定者数ではなく分母は一定の「抽出基準該当者」とすることで標準化できる。

実施率 = 参加者 / 基準該当者  
各自治体では参加者/参加予定者も併せてみることで絞り込み方法やアプローチ法についての検討を行うことも有用である。

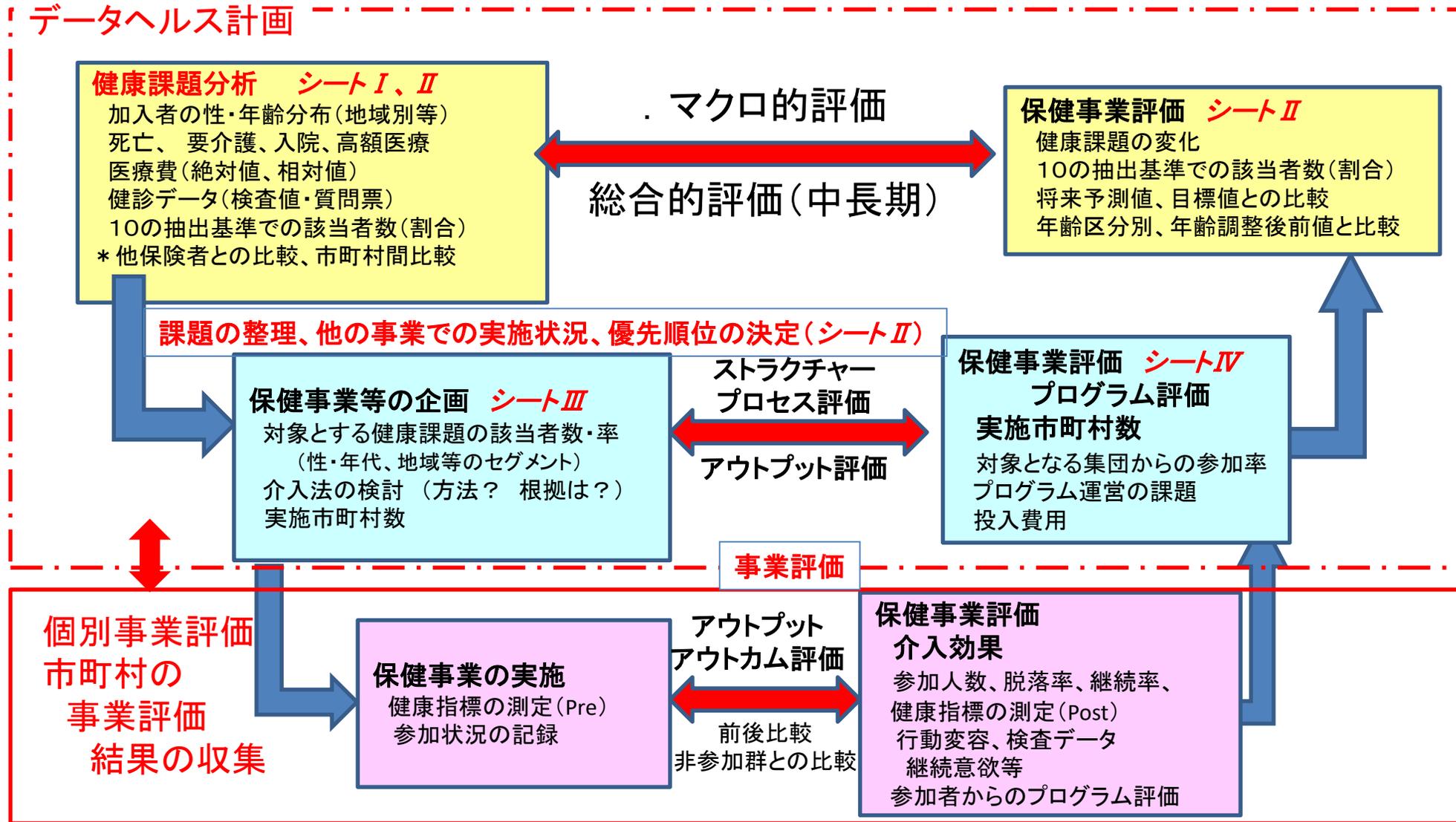
※高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン(第二版)(令和元年)

**一定の基準で概数を把握することが重要!**

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	KDB等を活用し、各対象人数を把握する。 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 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 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」 d 服薬に課題がある人：処方薬数がかなり多い e 重症化に課題がある人 f その他( )
	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。

# 評価の構造

青矢印:事業の流れ、赤矢印:評価

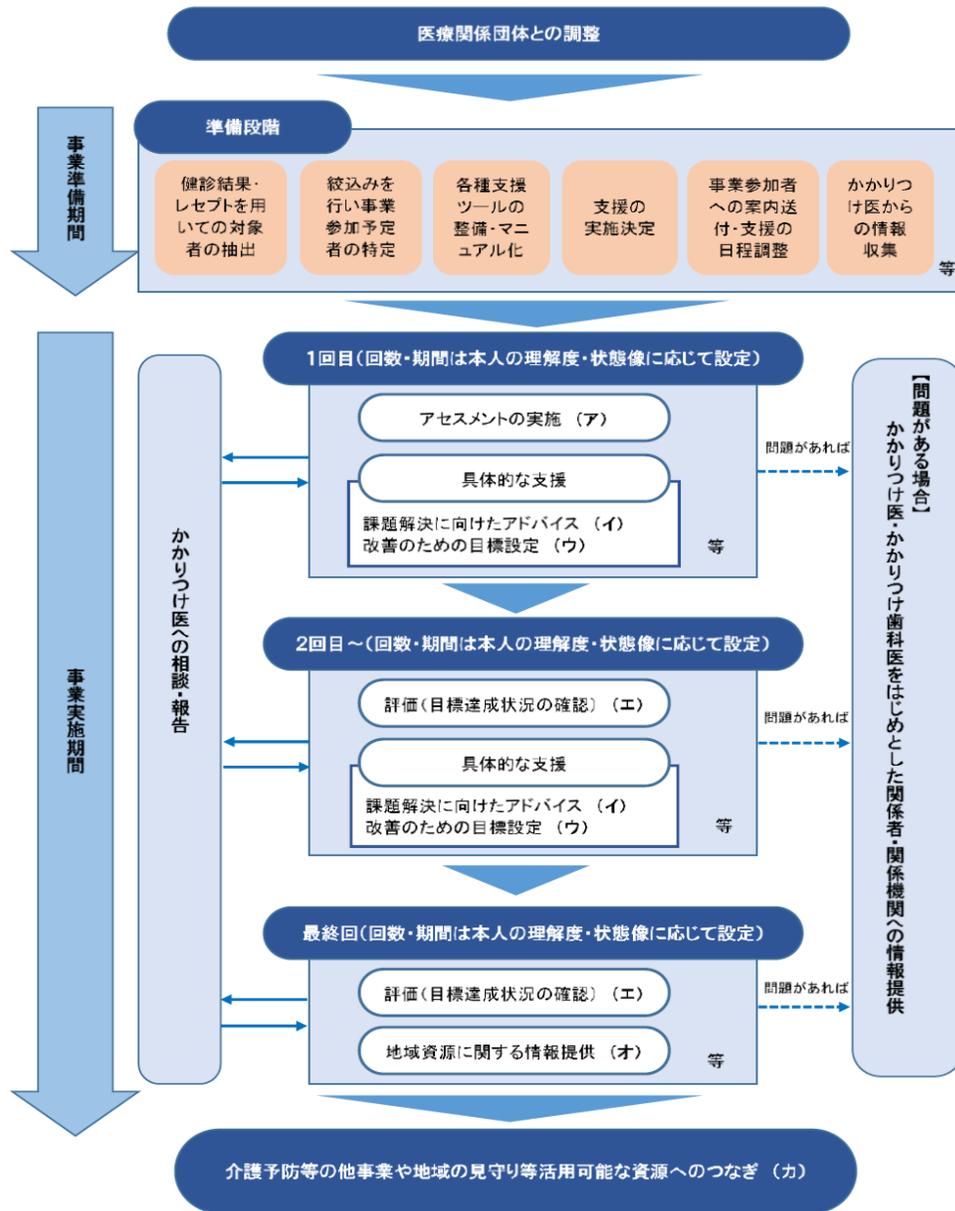


# KDBデータを活用する前に

- 健診データ、質問票データの登録状況を確認する  
(登録が少なければ、見えていない対象者が多いことになる)  
各項目のデータ数の確認を忘れずに。  
質問票の登録率に自治体間差が大きい状況
- 該当者数を見る場合に、健診・質問票がなければ抽出できない項目と、レセプト情報のみで抽出できる項目（薬剤等）を区別して整理する必要がある

- **KDB活用支援ツールを活用した対象者の抽出**
- **KDB実践支援ツールの検証を踏まえた  
一体的実施事業の実践・事業評価**
- **保健事業のPDCAをどう回すか：C⇒A⇒P**

# 全体の考え方



保健事業の目的に適合した対象者を  
KDBから抽出（概数把握）

↓

予算・マンパワー・介入資源を検討  
優先順位検討

↓

絞り込み（CSVを活用）

↓

保健事業の方法と目標数の決定

↓

事業実施

実施数の確認（アウトプット評価）

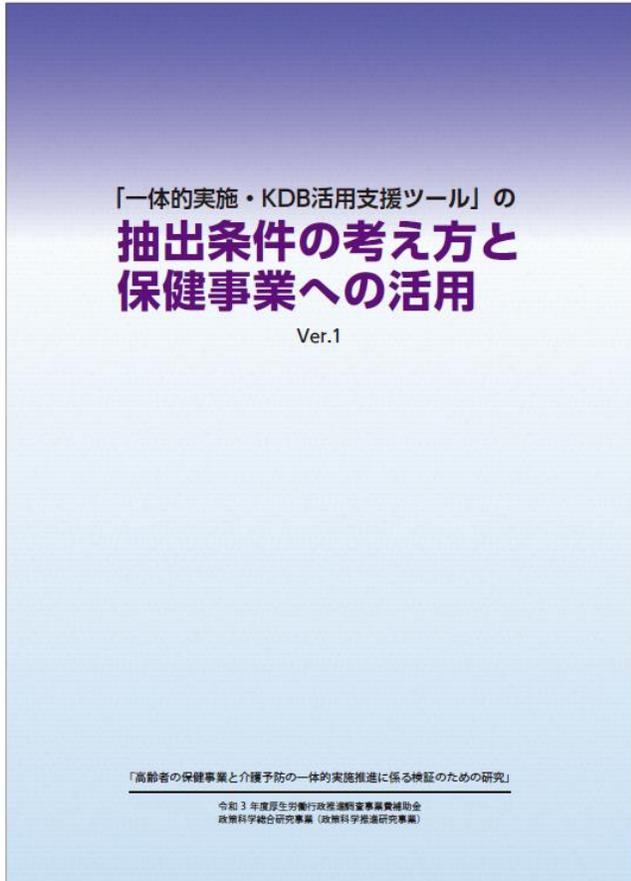
↓

追跡（アウトカム評価）

# 「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

10 の抽出方法について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、保健事業への活用可能性を示した。

(令和3年度作成)

	<b>目次</b>
	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>

# 一体的実施・KDB活用支援ツールを活用した対象者の抽出

- 科学的な根拠に基づき、**高齢者の特性に合わせた抽出基準**であること
- 高齢者の**保健事業の目的**に合った対象者を抽出できること
- **一定の基準**で抽出：該当者割合の比較が可能なこと（地域間比較（広域連合間、市町村間、地区別）、経年比較）
- **データヘルス計画とも連動**していること

	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
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 ≤ 20 かつ 質問票 ⑥(体重変化)に該当	【支援の実施】 栄養相談：個別的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。 【とくに優先すべき対象者】 ●BMI18.5未満 ●体重減少が顕著な者 ●質問票⑬(外出頻度)⑭(他者との交流)⑮(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。
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	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	【支援の実施】 面談：受診勧奨にとどまらず、食生活や身体活動、生活面の相談を行う。 経済的理由、歯科医療機関との関係性等を含めて相談し、適切な受診、健康相談の窓口につなげる。 【とくに優先すべき対象者】 ● BMI ≤ 20かつ質問票⑥(体重変化) ● 要介護認定者、脳血管疾患、認知症、肺炎等の既往 ● 地域包括、訪問看護ステーション等からの紹介者 ● 質問票⑬(外出頻度)⑭(他者との交流)⑮(ソーシャルサポート)に 該当	事業1) i) 通いの場でのオーラルフレイルセルフチェックの実施。ii) 抽出基準該当者であるかの確認。 該当者であればハイリスクアプローチにより、歯科専門職による個別相談、口腔アセスメント、歯科受診勧奨を実施。 事業2) 一般介護予防事業や通いの場等での講話や健康相談において、口腔機能の維持、向上が健康寿命延伸に不可欠であることを説明する。特に口腔衛生状態、口腔機能の低下は誤嚥性肺炎発症のリスクを高めることを説明する。
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	処方薬剤数 「15以上」や 「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	【支援の実施】 服薬指導プログラムへの参加を呼びかけ、質問票による健康状態評価、薬物療法に係る困りごと等について情報を収集する。 処方薬全体(お薬手帳・薬剤情報提供書)、薬物療法に係る困りごと、服薬アドヒアランス、残薬について情報を収集する。 【とくに優先すべき対象者】 ● 処方薬剤数の多い者 ● 複数の医療機関を受診している者	事業1) 薬物治療や服薬に係る困りごとについての相談会を実施する。 事業2) 安全な薬物治療に関する講話を提供する。

	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
服薬 — 睡眠薬	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	レセプト情報：睡眠薬処方ありかつ質問票⑥(転倒)に該当、⑩(認知：物忘れ)⑩(認知：失見当識)二つともに該当	【支援の実施】 服薬指導プログラムへの参加を呼びかけ、処方薬全体を把握、薬物療法に係る困りごと、服薬アドヒアランス、残薬について情報を収集する。服薬について医療機関への相談を勧奨する。 【とくに優先すべき対象者】 ① 高齢者にとって健康リスクの高い睡眠薬を服用している者	薬物治療や服薬に係る困りごとについての相談会や安全な薬物療法に関する講話等で睡眠薬の服用について触れる。
身体的フレイル(含ロコモ)	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	(I) 質問票①(健康状態)に該当かつ質問票⑦(歩行速度)に該当 (II) 質問票⑦(歩行速度)に該当かつ質問票⑧(転倒)に該当	【支援の実施】 ① KDBで介護・診療・健診情報により生活習慣病状況、臓器機能障害、関節疾患の治療歴を参照し、各専門職等へつなぐ ② 地域包括支援センター等と連携して、総合的な管理を行う。 ③ 受診歴があり、本人が拒否的ではない場合には、医師等から状況を確認する。 【とくに優先すべき対象者】 ● 質問票⑥(体重変化)、健診(BMI $\leq$ 20またはBMI $\geq$ 25)、質問票③(食習慣) ● 社会的に孤立 質問票②(心の健康状態) ⑤(ソーシャルサポート) ① 身体的フレイルに軽度認知機能低下が併存している者 ② 質問票④(咀嚼機能)⑤(嚥下機能) ③ 多病・多剤、多機関受診 ④ 健診未受診者	既存の介護予防事業につなぐ 通いの場、地域活動等を把握し、通いの場での質問票の積極的実施およびKDBにその情報を登録する。 介護・診療情報において非該当者であっても、居住地周辺の通いの場や地域活動を積極的に紹介する。
重症化予防—コントロール不良者	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	【支援の実施】 ① 受診歴があればかかりつけ医と連携、介護保険利用中であれば包括と連携を検討。 ② 面談：受診勧奨にとどまらず、食生活や身体活動、生活面での相談を行う。 ③ 健康食品等への依存、経済的理由、医療機関との関係性(通院の便)等を含めて相談、受診・健康相談につなげる。 【とくに優先すべき対象者】 ① 血糖、血圧の両者が高い者、尿蛋白陽性、eGFR低下者 ② 外出等社会活動ができていない者 ③ 経済状況により治療継続が困難と考えられる者	事業1) 通いの場での血圧測定、面談より未受診者の把握。 事業2) 講話や健康相談において、高血圧、糖尿病の管理が健康寿命延伸に不可欠であること、重症化して入院や介護となるより、経済的であることを伝える。 事業3) 個別健康相談において、副作用や費用が気になる人に対しては、主治医・薬剤師等と相談するように促す。

	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
重症化予防—糖尿病等治療中断者	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：前年度の健診履歴なしかつレセプト：前々年度以前の3年間に糖尿病・高血圧の薬剤処方履歴ありかつ前年度に薬剤処方履歴なし	【支援の実施】 面談：受診勧奨にとどまらず、食生活や身体活動、生活面での相談を行う。薬物が中止になった場合にも、定期的に健康状態の確認が必要であることを伝える。 【とくに優先すべき対象者】 ① 一定期間の服薬があった者 ② 以前通院していた医療機関にはかかっていない者 ③ 経済状況により治療継続が困難と考えられる者	事業1) 通いの場での健康相談等にて、受診中断者を把握する。 事業2) 受診中断者には個別相談の時間をとり、ハイリスクアプローチにつなげる。
重症化予防—慢性疾患保有+フレイル	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)レセプト：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HbA1c7.0%以上かつ(フレイル)質問票①(健康状態)⑥(体重変化)⑧(転倒)⑩(外出頻度)のいずれかに該当	【支援の実施】 ① フレイル予防教室等(一般介護予防事業、健康づくり事業)の勧奨。 ① 面談：体重減少がある人→栄養相談 ② 転倒→体力測定等 ③ 面談記録を作成する ④ 本人の体力や健康状態に合わせたプログラム紹介(介護予防事業) 【とくに優先すべき対象者】 ① 質問票①(健康状態)⑥(体重変化)⑧(転倒)⑩(外出頻度)の重複個数が多い者 ② 通いの場等、介護予防事業に参加していない人、中断した者	事業1) リストアップされたすべての者について「高齢者の糖尿病・循環器疾患と食生活・運動」等のリーフレットを配布し、フレイル、サルコペニアについて啓発する。通いの場を紹介し、フレイル対策を始めることを促す。 事業2) 通いの場での健康相談等にて、糖尿病等の有患者を把握。「高齢者の糖尿病・循環器疾患と食生活・運動」等のリーフレットを配布し、フレイル、サルコペニアについて啓発する。
重症化予防—腎機能不良未受診者	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：医科(入院・入院外)未受診	【支援の実施】 ① 面談、訪問等の機会を作り、個別的に腎機能について説明、今対策することにより腎不全の予防につなげることを説明する。未受診の理由を確認する。 ② かかりつけ医がいる場合にはかかりつけ医へ相談 【とくに優先すべき対象者】 ① 尿蛋白陽性、eGFRの低下速度が大きい者(年間10%以上低下等) ② 経済状況により治療継続が困難と考えられる者	事業1) 通いの場で腎機能について講話と相談の時間を設ける。 事業2) 腎機能が悪化する要因と予防対策についての情報を提供する。 事業3) 個別の対応が必要な人を、ハイリスクアプローチにつなげる。

	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
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： レセプト履歴なしかつ 介護：要介護認定なし	【支援の実施】 訪問または電話による健康状態等の把握・支援。 本人の健康状態や生活状況に合わせ、必要時には医療や介護サービス、地域資源（通いの場や見守り事業等）への接続、勧奨、紹介、その他ニーズに応じた必要な支援への接続。 【とくに優先すべき対象者】 ● 支援対象者絞り込み情報において、健康状態・生活状況のリスクが高いと推察された者 ● ソーシャルサポートにつながない者 質問票⑬(外出頻度)⑭(他者との交流)⑮(ソーシャルサポート)に該当 ① 独居、昼間独居 ② 地域包括や民生委員等、地域からの紹介者	事業1) (i)通いの場での健康状態の把握（質問票の実施、健診・医療機関の受診の確認、血圧測定等の実施）と相談、健診受診勧奨を行う。(ii)通いの場に継続して来ていた人が来なくなった場合の情報共有を行う。 事業2) ショッピングモールの空き店舗等、通いの場非参加者も含めた対象群において、健康状態の把握、健診受診勧奨を行う。 事業3) 健診受診率向上に向けた広報等実施する。（健康状態不明者の数を減少させる）

<b>(8)重症化 予防</b>	<b>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</b>
抽出基準	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 質問票①（健康状態）⑥（体重減少）⑧（転倒）⑬（外出頻度）のいずれかに該当
該当率 （試算）	質問票回答者に占める「慢性疾患（糖・循）＋フレイル傾向の人」の割合 75～84 歳：15～20%、85 歳以上：30～50%程度
抽出基準の 根拠	① 糖尿病等の基礎疾患がある者では、サルコペニア、フレイルが進行しやすい。 <sup>1)</sup> ② とくに糖尿病においては、不適切な食事制限により低栄養をきたしやすく、サルコペニアの原因となるため、十分なエネルギー摂取とタンパク質摂取が必要である。フレイルが疑われる場合には栄養素等摂取状況を確認し、運動を促す必要がある。 <sup>2)</sup> ③ 内臓脂肪肥満であっても筋肉量が減少しているケースがある。（サルコペニア肥満 <sup>2)</sup> ） ④ 運動としては、有酸素運動に加えてレジスタンストレーニングが推奨される。 <sup>2)</sup> ⑤ サルコペニア（筋肉量の減少）は耐糖能の悪化を招くという悪循環に陥ることがある。 ⑥ 高齢者の糖尿病では、認知機能やA D Lによりコントロール目標が異なることから、かかりつけ医との連携においても老年症候群の把握は重要である。
その他参考に したい情報	過去に保健指導や糖尿病教室等に参加した者に質問票実施 介護認定・介護サービス利用状況 かかりつけ医からの紹介
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	<p><b>1) ハイリスクアプローチとしての保健事業（プログラム例）</b></p> <p>① リスト対象者の人数確認（年齢区分別）</p> <p>② 個別アプローチの優先順位付け 質問票①(健康状態)⑥(体重減少)⑧(転倒)⑬(外出頻度)の重複個数が多い人から個別対応。</p> <p>③ 健康状況・生活状況伺い（手紙、電話） 通いの場等、介護予防事業への参加状況も確認する。</p> <p>④ フレイル予防教室等（一般介護予防事業、健康づくり事業）の勧奨</p> <p>⑤ 面談：体重減少がある人→栄養相談 転倒→体力測定等 面談記録を作成する。（KDB に指導履歴登録）</p> <p>⑥ 本人の体力や健康状態に合わせたプログラム紹介。（介護予防事業） 有疾患者に対するリスクマネジメントを行っていること、レジスタンストレーニングを含むプログラムを推奨する。</p> <p><b>2) 優先すべき対象者</b></p> <p>① 後期高齢者の質問票①(健康状態)⑥(体重減少)⑧(転倒)⑬(外出頻度)の重複個数が多い者</p> <p>① 栄養相談は とくに体重減少がある人を対象に行う。</p> <p>② 通いの場等、介護予防事業に参加していない人、中断した人を対象とする。 中断者については、以前参加していたプログラムが本人の体力に適合していない、人間関係の悩みや本人の志向に合わない等の理由がある。地域包括支援センターのサポートにより、本人の希望するプログラムを紹介できることが望ましい。</p> <p><b>3) 関係者との連携</b></p> <p>① 本人の体力に合わせたプログラムを提供できる機関の情報。（地域包括等より）</p> <p>② 有疾患者対応のためのリスクマネジメントについての相談。（医師会等） 通いの場の運営者、リーダーと連携した定期的な健康相談の実施等。</p>

<p><b>4) 事業評価</b></p> <p>St：本事業の実施体制（KDB 分析、保健指導のマンパワー、予算確保） Pr：対象者の抽出、絞り込み、相談等が円滑に実施できたか OP：リスト対象者のうち、アプローチできた者の割合 OC：アプローチした者のうち、低栄養、運動プログラム等につながった者の割合、質問票回答の変化、 糖尿病等のコントロール状況の改善</p>
<p><b>1) ポピュレーションアプローチとしての保健事業（プログラム例）</b></p> <p>事業1) リストアップされたすべての者について「高齢者の糖尿病・循環器疾患と食生活・運動」等のリーフレットを配布し、フレイル、サルコペニアについて啓発する。通いの場を紹介し、フレイル対策を始めることを促す。</p> <p>事業2) 通いの場での健康相談等にて、糖尿病等の有疾患者を把握。「高齢者の糖尿病・循環器疾患と食生活・運動」等のリーフレットを配布し、フレイル、サルコペニアについて啓発する。</p> <p><b>2) 多くの対象者に働きかけるための工夫</b></p> <p>① 事業1) と事業2) の運動をはかる。何度も働きかけることで意識に残りやすくなる。</p> <p>② かかりつけ医やケアマネジャー等からも糖尿病等の基礎疾患がある人に対して、フレイル予防事業の案内をしていただくよう、働きかける。</p> <p><b>3) 通いの場の運営者、リーダーとの調整</b></p> <p>① 通いの場で運動等に取り組むことが、フレイル対策だけでなく、疾患の重症化予防にも役立つことを知っていただき、モチベーションを高める。</p> <p><b>4) 事業評価（ストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカム）</b></p> <p>St：本事業の実施体制（リーフレット配布、通いの場運営者等の協力を得るための説明） Pr：予定通り、対象者にわかりやすいリーフレットを配布できたか、関係者の協力がえられたか OP：リーフレットカバー率 OC：基礎疾患とフレイルの関係を理解し、フレイル対策に取り組む高齢者の増加</p>

**複合的運動プログラム（ICOPEハンドブック日本語版より）**

移動能力の低下した高齢者へ、複合的運動プログラムは個々の能力や必要性に合わせて最適化されるべきです。

**移動能力の低下した高齢者への複合的運動プログラムには以下が含まれます：**

- **筋力/負荷を加えたトレーニング** これらはダンベル・バーベル、ゴムバンド、さらにスクワット、足の踏み込み、椅子からの立ち上がりといった自分の体重を抗とした運動が含まれます。
- **有酸素/心肺機能トレーニング** これには少し息が切れますが、会話は可能といったレベルまで心拍数を上げる早い歩行や自転車漕ぎが含まれます。
- **バランストレーニング** バランス機能を鍛えるものです。これには静的なものと動的なものがあります。また個々の状況に応じて開眼、閉眼で行うことがあります。例として片足立ちや一本の線の上を歩くタンデム歩行などが含まれます。
- **柔軟トレーニング** 筋肉や関節可動域といった軟部組織の伸展性を向上させるものです。これにはストレッチ、ヨガ、ピラティス運動などが含まれます。

糖尿尿患者においては、従来励行されていた有酸素運動に加え、筋力、バランス、柔軟のトレーニングを組み合わせた複合的運動プログラムが推奨されます。心血管事故を防ぐためには、段階的に強度設定すること、自覚的運動強度で「ややきつい」までにとどめること、薬剤使用中の患者では空腹時の運動をしないこと、糖分を携帯することなど低血糖対策が必要となります。

# CSVデータ項目

【基本】	<ul style="list-style-type: none"> <li>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,</li> <li>糖尿病_最新年度から5年糖尿病薬 : 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</li> </ul>
【医療】	<ul style="list-style-type: none"> <li>糖尿病_ H b A 1 c 検査, 神経障害, 網膜症, 腎症</li> <li>高血圧症_最新年度から5年</li> <li>抽出年度の投薬治療</li> <li>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</li> <li>服薬_多剤処方当月,前月, 前々月, 服薬_睡眠薬, 服薬_脂質異常症, 受診医療機関数,</li> <li>歯科_歯周病等,義歯等</li> <li>入院_当年,前年,外来_当年, 前年,実施年月日</li> </ul>
【健診】	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>健診受診状況_最新年度から5年 (R03年度 ,R02年度, R01年度, H30年度, H29年度)</li> <li>後期高齢者の質問票 15項目, 回答年月日</li> </ul>
【介護】	<ul style="list-style-type: none"> <li>要介護度 (直近) 認定開始日,要介護度 (直近) , 居宅, 施設 ,初回認定時_開始年月日, 初回認定時_要介護度</li> </ul>

# 令和3年度モデル2広域での該当割合

## 被保険者数 234万人、健診受診者数59万人

被保険者を分母とした場合

R3年度	(1) 被保険者情報データ		(2) 保健事業対象者データ									
		健診受診者数	低栄養	口腔	服薬(多剤)	服薬(睡眠薬服薬指導)	身体的フレイル	重症化予防(受診勧奨事業)	重症化予防(受診中断者)	重症化予防(糖尿病フレイル合併)	重症化予防(腎症・CKD)	健康状態不明者
計	100.0%		0.8%	3.2%	3.5%	1.7%	4.7%	0.7%	6.5%	5.6%	0.0%	1.8%
A県	100.0%		0.5%	2.2%	3.0%	1.1%	3.0%	0.5%	6.7%	3.7%	0.0%	2.0%
B県	100.0%		1.1%	4.5%	4.0%	2.6%	6.6%	0.9%	6.2%	7.9%	0.0%	1.5%

健診受診者を分母とした場合 (健診・質問票登録率 A県17.9%、B県33.7%)

R3年度	(1) 被保険者情報データ		(2) 保健事業対象者データ									
		健診受診者数	低栄養	口腔	服薬(多剤)	服薬(睡眠薬服薬指導)	身体的フレイル	重症化予防(受診勧奨事業)	重症化予防(受診中断者)	重症化予防(糖尿病フレイル合併)	重症化予防(腎症・CKD)	健康状態不明者
計		100.0%	3.1%	12.9%	13.8%	7.0%	18.5%	2.7%	25.9%	22.3%	0.1%	7.1%
A県		100.0%	2.9%	12.2%	16.8%	5.9%	16.9%	2.9%	37.5%	20.6%	0.1%	11.2%
B県		100.0%	3.3%	13.3%	11.9%	7.6%	19.6%	2.5%	18.5%	23.4%	0.1%	4.4%

R3年度											
		低栄養	口腔	服薬（多剤）	服薬（睡眠薬服薬指導）	身体的フレイル	重症化予防（受診勧奨事業）	重症化予防（受診中断者）	重症化予防（糖尿病フレイル合併）	重症化予防（腎症・CKD）	健康状態不明者
計		3.1%	12.9%	3.5%	7.0%	18.5%	2.7%	6.5%	22.3%	0.1%	1.8%
	65～74歳	2.4%	9.2%	10.2%	8.1%	18.3%	1.8%	8.8%	25.2%	0.0%	0.5%
	75～84歳	2.6%	10.3%	2.9%	5.3%	15.2%	2.8%	4.8%	18.7%	0.1%	2.1%
	85歳以上	5.0%	21.5%	4.1%	12.2%	29.4%	2.3%	9.9%	34.0%	0.1%	1.1%
	うち男性	2.6%	12.2%	3.4%	5.0%	16.9%	2.5%	6.6%	22.1%	0.1%	2.0%
	65～74歳	1.8%	10.3%	10.5%	7.5%	18.6%	1.9%	9.6%	27.2%	0.0%	0.6%
	75～84歳	2.1%	10.4%	2.9%	3.9%	13.8%	2.6%	5.2%	18.9%	0.1%	2.4%
	85歳以上	4.7%	19.2%	4.2%	9.1%	28.1%	2.2%	9.8%	33.5%	0.1%	1.1%
	うち女性	3.5%	13.4%	3.5%	8.4%	19.8%	2.8%	6.4%	22.5%	0.1%	1.6%
	65～74歳	3.1%	8.1%	9.7%	8.8%	18.1%	1.6%	7.7%	23.1%	0.0%	0.5%
	75～84歳	3.0%	10.3%	3.0%	6.5%	16.3%	3.0%	4.4%	18.6%	0.0%	1.9%
	85歳以上	5.1%	22.9%	4.1%	14.2%	30.2%	2.4%	9.9%	34.3%	0.1%	1.1%

# 一体的実施・実践支援ツール (令和4年度作成)

## ●メニュー画面

高齢者保健事業の一体的実施支援ツール 基本編 Vo.5 20221006

処理メニュー 実施日 2022/11/25

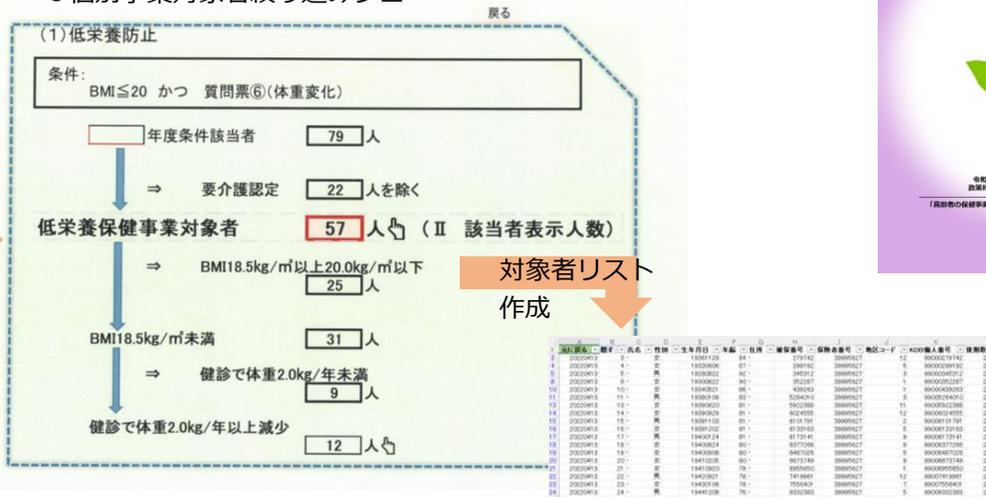
- データ初期化
- ファイル取込み
- データ集計
- システム初期化

事業対象者詳細

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

対象者絞込

## ●個別事業対象者絞り込みフロー



## ●対象者概況表

	男性					女性					全体計	
	~74	75~79	80~84	85~89	90~	~74	75~79	80~84	85~89	90~		
1 低栄養	1	16	15	8	3	43	0	23	13	7	4	90
2 口腔	1	67	74	20	10	172	2	54	55	30	17	330
3 多剤	210	1121	829	364	105	2629	271	1346	899	529	343	3388
4 睡眠薬	2	24	22	18	8	74	1	45	40	25	12	123
5 身体的フレイル	3	91	91	58	21	264	3	128	103	69	33	336
6 コントロール不良	4	20	9	4	3	40	2	23	14	5	1	45
7 糖尿病治療中断	14	59	72	41	14	200	16	74	68	63	68	289
8 重症化予防(フレイル合併)	4	134	135	77	27	377	6	152	145	84	40	427
9 腎機能不良	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
10 健康状態不明者	7	32	5	5	2	51	8	32	23	10	2	75

ツールからのCSVを取込むことで性年齢別の対象者の人数を把握可能

	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)										合計(重複を除く)
	要支援	要介護1、要介護2以上			脳血管疾患	虚血性心疾患	腎不全	がん	認知症	うつ	OPPD				
1 低栄養	17	4	3	0	29	5	14	3	17	11	7	12	46		
2 口腔	52	25	10	1	73	19	68	9	49	22	19	30	153		
3 多剤	508	526	416	111	1545	267	1074	322	962	698	394	521	3049		
4 睡眠薬	46	24	12	1	68	11	54	6	32	28	23	32	127		
5 身体的フレイル	116	65	27	1	170	34	156	33	101	62	51	77	345		
6 コントロール不良	3	5	1	0	13	0	4	2	11	5	2	4	24		
7 糖尿病治療中断	46	88	138	88	213	16	88	64	91	93	41	67	273		
8 重症化予防(フレイル合併)	127	79	30	2	287	63	258	51	138	84	64	103	503		
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	2	7	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		

## ●対象者のリスク重複状況等の提示

絞込後の対象者のリスク重複状況を確認

	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	3個以上重複数	単独(他の該当なし)	total
						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)				
1 低栄養		0	0	1	3	0	0	3	0	0	2	14
2 口腔			0	1	2	1	0	0	0	0	0	7
3 多剤					0	1	0	0	0	0	0	4
4 睡眠薬						13	0	0	5	0	0	11
5 身体的フレイル						0	0	12	0	0	6	42
6 コントロール不良							0	0	0	0	0	9
7 糖尿病治療中断							0	0	0	0	0	34
8 重症化予防(フレイル合併)									0	0	5	15
9 腎機能不良									0	0	0	0
10 健康状態不明者										0	16	16

# (対象者抽出のフロー例)

(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**)

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

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

# (健康状態不明者)

(1) 健康状態不明者

(解説書Ver.1 P37~38)

C市 抽出年度をR2年度 とした場合

抽出基準：A) かつ B) かつ C)

A) 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

B) レセプト：レセプト履歴なし

C) 介護：要介護認定なし

リスト該当者 **214人**

※最新年で把握できた者を除外

R3 健診受診あり **8人**

R3 要介護認定あり **7人**

R3 医療受診あり (糖尿病**4人**、高血圧**10人**)

※重複者有り：●人

現時点での健康状態不明者 (R3年度把握者除外分) : **193人**

※最新年で抽出された医療機関受診者を除外

医療機関数ゼロ&薬剤処方ゼロ **164人**

後期高齢者の質問票を郵送等

以下、支援の流れ例は次スライド

振り返り編・事業評価 (C⇒A⇒Pへ)

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



# 個別管理票（現在 再構築検討中）

セル名	内容	セル名	内容	セル名	内容	セル名	内容
出力日	20220413	傷肩痛	-	歩行速度	×	不明者	
傷肩痛	1	傷感染	-	転倒	×	不明者date	
傷感染	-	傷出血	-	運動習慣	○		
傷出血	-	傷VOCPD	-	物忘れ	×		
傷VOCPD	-	多割当月	4	発見当識	×		
多割当月	19350730	多割前月	7	喫煙	×		
多割前月	85	多割前々月	4	外出	○		
多割前々月	-	睡眠薬	-	交流	○		
睡眠薬	213371	脂質薬	-	サポート	○		
脂質薬	39995627	医療機関数	2	健診(前1)	○		
医療機関数	1	審判病等	○	健診(前2)	○		
審判病等	99000213371	養老等	○	健診(前3)	○		
養老等	20100730	入院当年	-	健診(前4)	○		
入院当年	-	入院前年	-	健診(前5)	○		
入院前年	-	外来当年	○	介護認定日			
外来当年	-	外来前年	○	要介護度			
外来前年	-	健診日	20200622	居室	-		
健診日	-	身長	142.8	施設	-		
身長	-	体重	39.2	初回認定日			
体重	-	体重差	-2.5	初回要介護	1		
体重差	-	腰圍	0	K低栄養			
腰圍	-	BM	19.2	K口腔			
BM	-	SBP	143	K多割			
SBP	-	DBP	61	K睡眠薬			
DBP	-	TG	124	K身体フレイル			
TG	-	HDL	48	K治療不良			
HDL	-	LDL	130	K治療中断			
LDL	-	nonHDL	0	Kフレイル			
nonHDL	-	GOT	16	K腎機能不良			
GOT	-	GPT	10	K健不明者			
GPT	-	γ-GTP	11	重複回数	1		
γ-GTP	-	FBS	0	低栄養	2		
FBS	-	HbA1c	5.4	低栄養date			
HbA1c	○	随時ES	99	口腔			
随時ES	○	尿糖	1(-)	口腔date			
尿糖	○	尿蛋白	1(-)	多割			
尿蛋白	○	赤血球数	0	多割date			
赤血球数	○	血色素	0	睡眠薬			
血色素	○	Hr	0	睡眠薬date			
Hr	-	心電図	なし	身体フレイル			
心電図	-	Cr	0	身体フレイルdate			
Cr	-	eGFR	0	治療不良			
eGFR	-	Alb	0	治療不良date			
Alb	-	回答日	20200622	治療中断			
回答日	○	健康観	あまりよくない	治療中断date			
健康観	-	心の健康	やや満足	糖尿病フレイル			
心の健康	-	食習慣	○	糖尿病フレイルd			
食習慣	-	喫煙	○	腎臓病			
喫煙	-	嚥下	×	腎臓病date			
嚥下	-	体重減少	○				
体重減少	-						

## 【参加フラグ】

- 1 : 元リスト（リストに含まれた人）
- 2 : 対象（絞り込み後の対象になった人）
- 3 : 勧奨（声かけした人）
- 4 : 参加
- 5 : 終了
- 6 : 脱落
- 9 : 除外
- 0 : 死亡



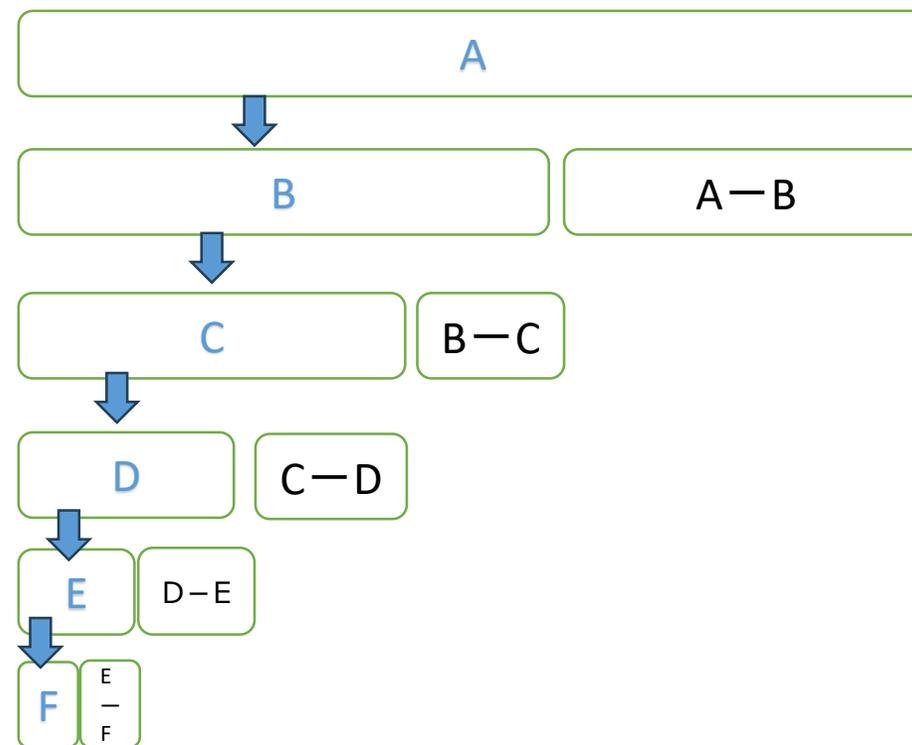
## 集計表

status	項目	低栄養	口腔	多割	睡眠薬	身体フレイル	治療不良	治療中断	尿病フレイル	腎臓病	不明者
1	リスト数	24	102	30	36	96	10	58	124	0	16
2	対象者数	19	11	4	26	67	10	34	30	0	16
3	呼びかけ数	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	参加者集計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	終了者集計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	勧誘率	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	参加者率	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	終了率	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	参加割合										
	終了割合										

まずは、アウトプット評価を着実に！

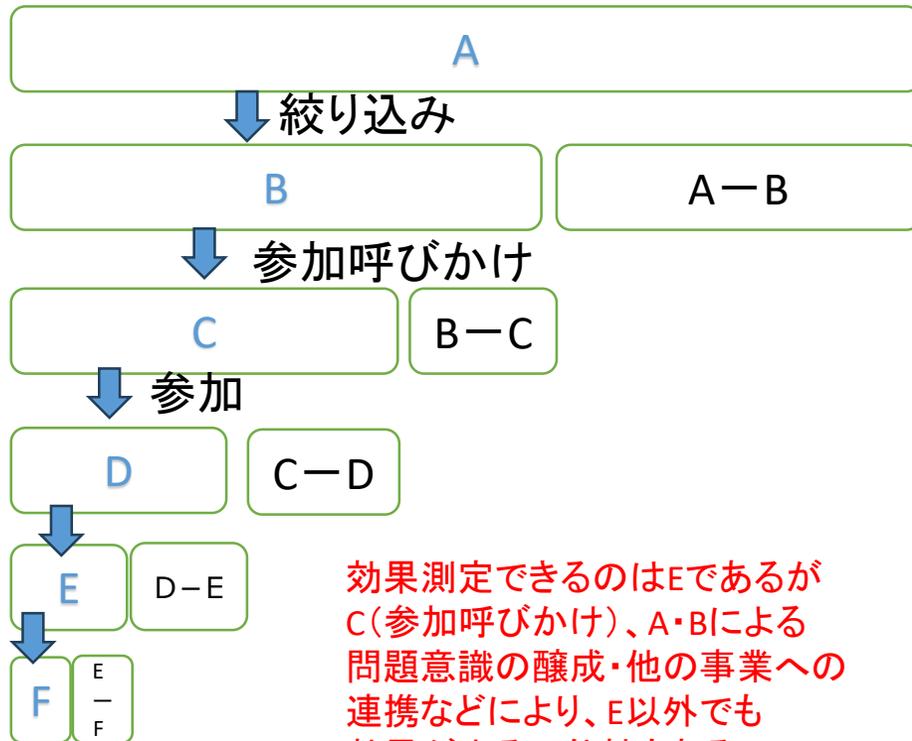
## 支援対象者のうち、支援できた者の人数・割合

- ツールでのリスト該当者 (A)
- 絞り込み後の対象者 (B)、  
絞り込みで対象外となった者 (A-B)
- 参加を呼び掛けた者 (C)、  
呼びかけなかった者 (B-C)
- 参加した者 (D)、  
参加しなかった者 (C-D)
- 追跡してアウトカム評価できた者 (E)、  
評価できなかった者 (D-E)
- 期待したアウトカム (受診・データ改善) が得られた者 (F)  
効果が得られなかった者 (E-F)



# 振り返り・改善策を検討する

## 各段階での検討事項



効果測定できるのはEであるが  
C(参加呼びかけ)、A・Bによる  
問題意識の醸成・他の事業への  
連携などにより、E以外でも  
効果が出る可能性もある

- A: ツールでのリスト作成をより効率的にする
- B: 絞り込みの理由として「保健事業に適さない対象者である」以外の理由は何か。事業の体制がない場合には、体制整備に向けて関係者と話し合いを進める
- C: 参加予定者としたのに参加の呼びかけができなかった理由は？  
スケジュール管理？ 連絡方法？ マンパワー？
- D: 参加、介入に至った者  
呼びかけ・保健指導等の方法は適切だったか  
通信(手紙)、電話、訪問など、適切な方法を用いたか  
地域のネットワークを活用したか
- E: アウトカム評価ができなかった理由は(データ登録の不備?)
- F: 効果的なプログラムの検討

本事業の実施率(アウトプット評価)は  $D/A$

(絞り込みルールが自治体ごとに異なるため、Bを分母にすることは不適切)

アウトカム評価は  $F/E$  (望ましい変化があった者)/E(アウトカム評価対象者)

マクロ的なアウトカム評価は Aの該当割合の年次推移

# 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



		市町村名( )									
項目	内容	広域連合	コーディネーターネットワーク	指導実践専門職	事務職	事業実施別の対応	開始日	終了日	未着手	ガイドライン(第2版)	
コロナへの対応	感染拡大防止を考慮して、方法を検討する。柔軟な対応ができるよう、関係者間で情報交換をおこなう。事業の優先順位を再検討する。	○	○	○	○	○	/	/	□	□	
	高齢者の暮らし方、健康課題の変化、ニーズの変化を想定しておく(介護、地域包括、地区担当、医師会等)の情報収集。必要に応じて質問票と同時に、生活状況アンケート等を計画的に実施する。	○	○	○	○	○	/	/	□	□	
	介護部門とも調整しつつ、閉じこもりがちな生活でフレイルが進行する危険性について本人、家族に周知する。	○	○	○	○	○	/	/	□	□	

		市町村名( )									
項目	内容	得られた成果	課題	次年度に向けて改善したいこと(チームの意見)	総合評価(コーディネーター専門職)	総合評価(主査課)	広域連合関係	専門家からの外部評価	評価していない		
事業企画	対象者の選定	健康課題のある人の数値の把握(再掲) 健康課題のある人: a健康課題の分類> 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 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」が原因に課題がある人: 処方方針がかなり多い d重症化に課題がある人	市内の理解が得られ、部局横断的な協議ができた。事業の実施体制が構築できた。						□		
	対象者の選定	健康課題(a-e)に応じ、対象者抽出基準を設定する ※後期高齢者の質問票の解説と留意事項 P34 対象者抽出抽出基準に基づき対象者(A)を把握する	地域連携 地域の関係機関との連携体制が構築できた						□		
	抽出基準に基づく対象者(A)を把握	対象者数、予算・人員体制を踏まえて、参加予定者(B)の「モデル地区」や対象となる教室を設定 疾患の状態(重症度)等から、優先度を検討 KDB等で除外要件を検討し、家族構成や生活環境等による対応込みによって抽出した参加予定者の一覧を作成	保健指導体制 事業実施計画書、マニュアル(運営マニュアル、保健指導マニュアル等)、保健指導教材の準備ができた。						□		
事業評価	目標・評価指標の設定	健康課題の解決に向けた目標を設定し、評価指標を具体的な目標や評価指標に不安がある場合は、大学・研究機関や支援専門家の支援を受ける。	進捗管理 スケジュール管理、対象者抽出、マニュアル等について進捗管理を行う。						□		
	関係団体(地域協賛)への相談	関係団体(地域協賛)への相談	プロセス評価 計画どおり、保健指導を実施することができた。外部状況の変化に適切に対応し、修正を促した等						□		
	外部委託の場合	実施報告の形式、頻度、進捗状況の把握方法について確認する	修正 必要時、チームで検討の上、マニュアルの修正を行い、指導の標準化を図った。						□		
	個人情報の取り扱い	事業実施主体と協力関係機関等での個人情報のやりとり、方について検討する。	アウトカム評価 参加者に対する中長期の評価の準備						□		
	苦情・トラブル対応	窓口を明確にする等の対応方針について検討した	アウトカム評価 マニュアルの評価						□		
	契約手続き	広域連合との間で委託契約手続きを完了した	関係部局との事業評価の共有						□		
	運用手順書・保健指導マニュアルの作成	担当が変更しても継続的な事業が実施できるよう、実施計画書運用手順書を作成する。標準的な支援を行うために、電話やメール方法を記載したマニュアルを作成した	地域協議会への報告						□		
	教材や連携様式等の準備	対象者シートに合わせた説明シート、配布資料、医療機関や包の他機関と連携する際の様式を作成した	地域住民への報告、啓発						□		
	関係者間での情報共有、研修	運用手順書・保健指導マニュアル、各種様式を用いて関係者間での情報共有、研修を実施する。	次年度への計画策定						□		
	実施計画の見直し	実施計画に変更があった場合、広域連合等に相談し実施計画を修正する。	長期進捗体制						□		
ハイスコア(個別的支持)	参加予定者への周知	参加予定者に対し、事業の目的、支援方法、生活上の留意点等については電話支援を行う。	関係部局との事業評価の共有						□		
	かかりつけ医との連携	(必要に応じて)参加者のかかりつけ医等関係機関に、本人同意の上、事業実施の目的、支援方法を説明し、指導上の留意事項を共有する。	医師会やかかりつけ医等関係者の報告						□		
	支援の日程調整	初回支援の日程調整を行い、実施日時、方法(訪問、来所面談)を決定する。	地域協議会への報告						□		
	安全管理、個別対応	感染症対策やプライバシーに配慮した保健指導を実施する。マスクの着用、訪問先を移動する時は対象者の前で手指消毒等を徹底する。	地域協議会への報告						□		
	事前アセスメント	健康・レシートデータ、質問票回答、聞き取りした生活情報等を具体的な課題を把握するためのアセスメントを行う。	地域協議会への報告						□		
	初回の面談実施	参加者のできることに着目し、前向きな気持ちになれるよう、またその参加者の健康課題の理解、理解を踏まえ、課題解決に向けた支援を行う。生活環境、家族の支援についても配慮する。	地域協議会への報告						□		
	継続しやすい教材提供	セルフチェックシートや家庭でできる体操資料など、継続しやすかつ提供し、必要があれば地域の遠い場や健康相談事業、アウトリーチ等を通じて提供する。	地域協議会への報告						□		
	支援内容の記録	支援内容、本人の反応、次回支援への引き継ぎ等の記録をする。	地域協議会への報告						□		
	チーム内情報共有	関係者間で情報共有やカンファレンスを実施し、課題に進んでいく対策はないか、かかりつけ医と相談すべき点はないかを話し合う。	地域協議会への報告						□		
	かかりつけ医等の情報提供	(必要に応じて)かかりつけ医・かかりつけ薬剤師・薬剤師等関係者等へ情報を提供し、連携を促す。必要に応じて、関係機関と連携する。	地域協議会への報告						□		
継続支援	計画書に記載した規定の継続支援回数を実施する。カンファレンスの内容に基づき、支援内容、回数を必要に応じて継続支援を実施することもある。	地域協議会への報告						□			
中間評価	参加者の満足度、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、検査結果等を用いて評価する。	地域協議会への報告						□			
短期的アウトカム評価	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。	地域協議会への報告						□			
プロセス評価	プログラムの進捗状況が、仕様書にあっていかなるかを評価する。委託先の支援状況が、仕様書にあっていかなるかを評価する。	地域協議会への報告						□			
事業評価	進捗状況や課題について地区医師会や関係団体などに報告し、助言を得ていたか。連携中継、事故、関係者からクレームなど有害な報告が発生していないかを確認する。必要時、マニュアルの修正を行い、研修を実施していたか。	地域協議会への報告						□			
ストラクチャー評価	計画通り実行できる、予算、人員確保、資材が準備できていたか、地域関係者の協力が得られたかを評価する。	地域協議会への報告						□			

<https://ktsushita.com/cn4/pg3498.html>

# 事業の継続的な改善に向けてPDCAを回すために

- 分析の力点を、事業実施プロセスに移行させる
- 各段階の到達状況を確認する。
- 課題がある点については 進捗チェックリストに立ち返る
- 事業実施計画は、評価後の見直しが可能なように、できるだけ具体的な記述とし、スケジュール管理も含むものとする。
- 保健事業参加状況について登録し、適切な評価が行えるようにする
- 結果を報告会等で公表し、地域関係者に関心を持ってもらう
- 事業種別で進捗が異なる場合、地域関係者の協力を要請する
- 委託で実施する場合には、契約時より報告事項・評価方法を明記する
- 事業の手ごたえ、エピソードも重要
- ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチを組み合わせる