

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 事後質問回答一覧

①資料No.1「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施について」（厚生労働省保険局高齢者医療課）

No.	所属機関	カテゴリー	質問内容	回答
1	後期高齢者医療広域連合	評価指標	(P16 健診受診率の算出方法における健診対象外者数について) 「KDBで一部施設は把握可能」とあり、「市町村が把握可能な範囲で独自確認」とあるが、市町村による把握可否によって母数の基準が一致しないことは想定内なのか。	ご認識のとおり。市町村により把握状況は異なっていますが、全く把握できないことは想定しておらず、抽出方法は統一していません。
2			DH計画の共通評価指標は広域で評価予定であるが、健診受診率等目標値を数値ではなく「前年度増」と予定しているが、問題はないか。	現時点では、全国のデータ等も不明であることも踏まえ、お尋ねのような定性的な記載でも可能。また、今後、全国状況等について情報提供を予定しており、次年度や中間評価時点等においては、それらを踏まえ、数値で設定いただきたい。
3			個別事業の評価指標の例は、複数の事業が独自指標となる案で策定しているが、問題はないか。	個別事業の評価指標例はあくまで例示であるため、お尋ねの状況については特段問題ない。ただし、評価指標例も参照いただき設定いただきたい。
4	都道府県	一体的実施事業の実施体制	一体的実施事業の受託が進まない市町村に対し、どのようなアプローチが効果的かご教示いただきたい。	一体的実施の取組が未実施である市町村に対し、直接当該市町村に訪問や意見聴取の機会を設け、状況の確認を行っている場合が多い。また、健康課題の整理や共有を行うことで分析作業の支援を行う場合や、具体的な業務内容、契約方法やKDBシステムの利用方法等にかかる説明により理解の促進を図る場合等もある。
5	国民健康保険団体連合会		一体的実施事業の実施予定なしとしている離島やへき地の保険者に対して、広域連合が実施している支援はあるか。ある場合は、事例をご教示いただきたい。	
6	都道府県		取組実施にあたっての課題として、専門職種人員の確保が挙げられるが、国はどのような支援を考えているか。	
7	都道府県	保健師等の人的不足により、一体的実施事業の取組みが困難な離島・小規模市町村は、期限は区切らずに時間をかけて体制整備を促していく方向性がベターと考えるが、国はどのように考えているか。	令和2年度から取組を始めており、体制整備に取り組むための時間は一定程度経過したと考えられることから、まずは、これまでと同様に令和6年度までの全市区町村の実施を目指していただきたい。	
8	都道府県	その他	保健事業と介護予防の一体的な実施について、「令和6年度までに全市町村に展開する」という目標年度の根拠は、2019年度の健康寿命延伸プランなのか。	ご認識のとおり。

資料No.2「一体的実施における保健事業のPDCA」（女子栄養大学 津下先生）

No.	所属	カテゴリー	質問内容	回答
1	国民健康保険団体連合会	一体的実施・KDB活用支援ツール	ツール上の絞り込み条件について、定めた根拠の記載があればご教示いただきたい。	各抽出条件の根拠や活用等については、厚生労働科学研究班作成の「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をご参照いただきたい。 (上記資料については、厚生労働科学研究班のHPに掲載されている。 https://ktsushita.com/index.php/4kenkyuhan/kenkyuhan-koureisya/) また、令和4年3月末に「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」の別添資料としても提供しているため、ご参照いただきたい。
2	市(区)町村		(対象者抽出について) 現時点での健診結果を踏まえた対象者抽出のため、抽出年度の健診結果＋ツールでの抽出者を突合させて事業を実施しているが、このように標準化された対象者とは異なる場合、対象者は合わせたほうが良いか。	共通評価指標によるハイリスク者数の把握については、市町村間で比較できるように同時期に統一した基準で抽出いただくこととしている。(KDBへの搭載状況等の影響があることが前提となるため、あくまで概観を把握し、比較するためのものご理解いただきたい。) また、実際の事業実施の対象においては、ご指摘のとおり、当該年度の健診結果の状況を踏まえた実施も想定される。この場合は、市町村間比較のための抽出とは別に、健診結果が反映された後の時点で、改めて同様の方法で抽出いただき、事業を実施いただくとよい。
3	後期高齢者医療広域連合	一体的実施・実践支援ツール	一体的実施・実践支援ツールについて、KDB活用支援ツールで抽出した10の取組みのCSVを取り込もうとすると「ファイルが10を超えています。服薬などが複数入っていないか確認してください」とコメントが出て取り込めない。服薬は活用支援ツールでは3多剤、4睡眠薬の2つあるが一緒に取り込めないのか。	頂いたご意見を踏まえ、一体的実施・実践支援ツールは、現在国保中央会にて開発中であるため、リリース後の仕様をご確認いただきたい。 開発中の一体的実施・実践支援ツールについては、国保中央会が令和6年3月末にお示しする予定。
4	国民健康保険団体連合会		一体的実施・実践支援ツールを用いた際には、保険者独自の絞り込み条件は入力可能か。	フィルター機能を使って、絞り込みが可能。
5	後期高齢者医療広域連合		P7 個別事業のアウトプットでの実施率について、参加者÷参加予定者(絞り込みした人数)で市町村に説明してきた。参加者÷対象者も把握していくが、データヘルス計画において、分母は参加予定者のままでよいのか。	データヘルス計画における個別事業のアウトプットの算出方法については、例示しているのみで必須でないため、独自に設定いただいてもよい。
6	後期高齢者医療広域連合	評価指標	P7 個別事業の評価指標例では、アウトプット評価で「支援対象者のうち支援できた者」としているが、P8 「『対象者』と『参加予定者』と『参加者』の捉え方」では、「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』とされており、対象者の捉え方について再度確認したい。	P8については、共通評価指標にあるハイリスク者への取組区分の対象者についての整理を記載しており、共通評価指標にかかるハイリスク者の評価については、資料に記載したとおり、標準化の観点から、分母分子の考え方を提示している。また、P7はそれらとは別に、個別事業を実施した評価としての評価指標例を提示しており、あくまで例示であることにご留意いただきたい。
7	後期高齢者医療広域連合		(P20 2広域での該当割合について) 母数を被保険者と健診受診者と分けて提示することについてご説明があったが、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(P12)では、アウトカム評価の母数を被保険者数としていたことから、当広域連合では、評価指標の母数を被保険者数として提示しようと考えている。 実際のデータヘルス計画の指標での母数の考え方についてご教示いただきたい。	データヘルス計画上は、分母は被保険者として整理しているが、取組状況を振り返るにあたっては、健診受診者数を分母にして評価いただくことも有効である。
8	市(区)町村	抽出基準該当者	(P28 支援対象者Aについて) こちらの資料でいうところの支援対象者Aとは、どのような人が想定されるのか。	KDB活用支援ツールで自動的に抽出された対象者を想定している。
9	市(区)町村	事業評価	ポピュレーションアプローチの短期的な事業評価については、個人情報を収集せず、参加者数やフレイルの理解度等の確認としているが、中長期的な事業評価のために個人情報を収集すべきか等、ご助言いただきたい。	個人情報の収集(個人別に参加の有無を記録しておくこと)のコスト・労力が許容範囲であれば、どのように評価をするのかを考え(評価計画)、必要な情報を取得しておくことは良いと考える。ただ、ポピュレーションアプローチは多くの人を対象にすることや、住民が様々な事業に参加することを考えると、脱落データの取り扱いや、単純に事業の効果と言えない点もあるため、評価への活用が難しい可能性があると考えます。

資料No.3「上三川町におけるKDBシステムを活用した一体的実施事業について」（栃木県上三川町）

No.	所属	カテゴリー	質問内容	回答
1	国民健康保険団体連合会	健康長寿のための質問票	(P11 健康長寿のための質問票について) 健康状態不明者の対象者を選定する際の質問票の項目の設定はどのようにされているか。	上三川町においては、「後期高齢者の質問票」の15項目の他に、現在の困りごとの有無を把握する質問項目を追加したものを「健康長寿のための質問票」として活用している。また、後期高齢者の質問票No.1と関連して、健康状態が「あまりよくない」・「よくない」と回答した場合に、「よくない」と回答した具体的な理由を記載できる項目を追加している。 さらに、健康状態不明者には、健診受診頻度、未受診の理由、かかりつけ医の有無の項目を追加し、確認している。 健康状態不明者の対象者の選定について、現時点では、後期高齢者の質問票15項目に、困り事に関する質問項目を追加した計16項目のうち5項目以上該当した者をハイリスクとしている。次年度以降は、後期高齢者の質問票15項目を、フレイルに関連する12項目に絞り込むか検討中である。 「5項目」としたのは、実務者会議(資料P6)にて決定。実際は、チェック項目数に関わらず、独居・高齢者世帯や気になる方は訪問介入している現状がある。
2	都道府県	健康状態不明者	(P15 健康状態不明者への支援の実際について) 健康状態不明者支援の取り組みで、1名を在宅介護支援センターにつなげたとのことだが、支援につなげる際の基準はどのようにになっているか。	健康長寿のための質問票の回答の他、家屋状況、生活状況等を総合的に判断している。 本ケースは、姉弟の高齢者世帯であるが、生活能力等を総合して判断し、在宅介護支援センターの継続訪問に繋げた。
3	市(区)町村	KDBを活用した一体的実施事業	(P19 KDBを活用した町の健康評価(地区診断)について) 町の健康課題を把握し、取り組む事業の優先順位をつけるという内容があるが、優先順位を決めるためにどのような情報を使っているのか。	健診:検査値や健診受診者の医療情報、質問票の結果等を活用。 医療:入院・外来の医療費分析、人工透析に関する情報、医療費の詳細分析として生活習慣病の分析、糖尿病の合併症や糖尿病新規発症者数等の情報を活用。 介護:介護認定率や給付費、要介護者の有病状況等を活用。
4	市(区)町村		(P19 KDBを活用した事業評価について) ハイリスクアプローチの事業評価に関してのKDBの活用について、経年的にその結果がどうなったかをレセプトや健診データまたは介護データと比較して利用するということになるのか、それとも単純に次年度に対象者として上がってこないということか。	経年的にレセプトや健診データを活用し確認している。 ハイリスクアプローチの糖尿病とその他生活習慣病の受診動向者は、毎年対象者に上がる場合もあるが、健診結果に準じ、毎年介入している。

資料No.4「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施について」（埼玉県東松山市）

No.	所属	カテゴリー	質問内容	回答
1	市(区)町村	テキスト、パンフレット	P12 共通テキストの詳しい内容と、配布した関係機関の方の反応について教えていただきたい。	<p>(共通テキストの内容) フレイルの概要説明 【口腔】肺炎予防、唾液の働き、唾液腺マッサージ・お口の体操(3種類程度)、歯科健診のご案内、ファミリー歯科健診のご案内(保健センターで実施) 【栄養】年齢階層別の適正BMI値・エネルギー量・タンパク質量、摂取の仕方とポイント、高血圧予防のための調理の工夫、食事チェック表「いろいろ食べポ」 【運動】セルフチェック(指輪っかテスト)、開脚片足立ちテスト、5回立ち上がりテスト、生活に取り入れられる運動(4種類) 【認知機能】認知機能チェック表、認知症の理解、原因疾患等の説明、予防に関すること、困ったときの相談先(認知症患者医療センターやサポート医、地域包括支援センターの連絡先) 【その他】生活習慣記録表、こころの相談窓口、地域の社会資源</p> <p>(配布先) 令和5年度の配布先は、外部機関では社会福祉協議会のみ(例えば、市内各支部で実施する講演会でフレイル予防をテーマにした場合、来場者へ配付)。その他、庁内関係課において市民向けの出前講座を依頼された時の資料として配布したほか、一体的実施事業の対象者すべてに配布をしている。市議より、次年度は市内全域で実施している「ハッピー体操(介護予防)」の会場で配布してはどうかと提案があった。</p> <p>(反応) サロン参加者が持ち帰ったテキストを見て、知人等が「私もほしい」と希望されることが多いように感じる。代表者からまとまった冊数の依頼がある場合や、個人的に市役所にもらいに来る方もいる。</p>
2	都道府県		P24等 栄養指導等で活用しているパンフレット等は独自で作成されたものか、そうであれば、作成委員会等の体制や注意している点等はあるか。	<p>栄養指導で活用している資料について、独自で作成したものと埼玉県栄養士会が作成した補足資料を用いて実施している。当市所管の作成部会は、埼玉県の栄養士会や歯科衛生士会、理学療法士の専門職と東松山市社会福祉協議会の専門職等で構成し、「フレイル予防テキスト」を作成した。口腔・栄養・運動のフレイル予防と社会参加を推進するための情報を掲載するため、メンバー選定にあたっては、それらの専門的な知識がある方として依頼した。「フレイル予防テキスト」は、フレイル予防の講師や指導用の共通ツールになるように指導内容を1冊にまとめたものにした。また、高齢者が見て分かりやすいよう、字は大きくし、内容も伝わりやすいように工夫した。その他、グラフや表、写真やイラストなどについては、出典元への可否確認の漏れがないよう注意した。</p>
3	後期高齢者医療広域連合	埼玉県総合支援チーム	埼玉県総合支援チームの主体(広域連合、県庁等)はどこか。	埼玉県総合支援チームの所管は、埼玉県庁地域包括ケア課である。支援チームのメンバーは、県庁職員、埼玉県地域リハビリテーション・ケアサポートセンター(川越比企圏域担当)の医療機関より派遣されるリハビリテーション専門職である。
4	市(区)町村	歯科医師会との連携	(P25 歯科医師のサロン訪問について) ポピュレーションアプローチで歯科医師がサロンに健康講座に向く仕組みができるまでに、歯科医師会とどのように連携してきたかを教えていただきたい。	<p>当市は、歯科衛生士が常勤で勤務しており、保健センターにて歯科保健事業をこれまで実施している。そのため、以前から歯科医師会との関係性が良好だったことが現状の協力体制につながった。歯科医師会に地域保健担当の医師が4人おり、地域連携には積極的な方々だったため、一体的実施事業の口腔機能に関して、一番最初に相談したのもその先生方だった。事業開始当初から全体会議への出席、事業内容へのアドバイス、健康相談会での歯科ブースをご担当いただいており、現在に至る。</p>

資料No.5「KDBシステム」「KDB活用支援ツール」を活用した一体的実施事業の実践（富山県砺波市）

No.	所属	カテゴリー	質問内容	回答
1	市(区)町村	圏域別健康課題	(P12 地域の健康課題の分析) 圏域別の健康課題を、市の評価の中でどのように反映されているのか知りたい。	資料にある健康課題の分析は、現時点では、評価というより現状の課題把握として活用している段階である。事業開始以降は、毎年分析をし、同様の傾向があるか、一時的なものかを確認している。今後、数年分のE表を蓄積し、年度別のグラフを作成し、その推移から評価を行いたいと考えている。団塊の世代の影響で、被保険者数も大きく変わるので、年齢別集計も踏まえ、今後、地域の健康課題を活用した評価ができればと思っている。
2	市(区)町村	KDBへの個別経過記録入力・管理	KDBシステムへの個別経過記録の具体的な入力方法と、それを経年的に管理する方法があれば教えていただきたい。	KDB上で個別記録を管理する方法については、保健事業介入支援管理機能において事業対象者を絞り込み、保健事業名を設定した上で、「介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)」画面で、保健事業名単位で対象者を検索し、随時、メモを記入して更新することで、経過を記録することができる。ただし、当該画面は年度単位の画面となる。別画面である「介入支援実施前後の比較(栄養・重症化予防等)個人別」画面では、上記対象者について、最大5年間分の医療情報や健診情報が確認できるが、メモとして記入した内容を確認することはできない。 なお、砺波市では、健診や医療のデータに関しては、年度ごとに「KDB 介入支援対象者の絞り込みCSV」、「一体的実施・KDB活用支援ツール」、「特定健診データ管理システム FKAC171CSV」等を全件バックアップ保存し経過記録に活用できるようにしている。保健指導等の入力については、KDBでは、実施の有無のみを入力。詳細な内容は、別システムやエクセル、アクセスといったもので管理している。被保険者番号で紐付けて、経年的に見ることができるようエクセル上で加工している。
3	市(区)町村	一体的実施・実践支援ツール	P24 「一体的実施・実践支援ツール」とはどういったものか。全国的に使用のできるツールか。もし他の市町村でも使用可能な場合、その入手方法など教えていただきたい。	「一体的実施・実践支援ツール」とはどういったものかについては、「『高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施』一体的実施・実践支援ツールの保健事業への活用 実践・評価編(『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)』(令和4年度政策科学推進研究事業))のP3～(一体的実施・実践支援ツールの位置づけと機能)、入手方法については、P35～(実践支援ツール(研究班版二次加工ツール)操作方法)をご参照いただきたい。また、研究班のホームページからダウンロードすることで、全国の市町村でご使用いただける。 なお、上記ツールがより使いやすくなるよう、現在国保中央会で開発中であり、令和6年3月末にお示しする予定である。

No.	所属	カテゴリー	質問内容	回答
4	後期高齢者医療広域連合		(P14 地域の健康課題の分析について) 広域連合とのデータ分析に関する連携について、もう少し詳細にご教示いただきたい。	<p>事業を開始したR3年度は、新規事業であり前任者もおらず、年度当初から、広域連合の担当者に何かと相談しており、相談しやすい関係であったと思う。</p> <p>地域の健康課題の分析における連携は、以下のような流れをきっかけとして始まった。 R3にまず市で取組み始めた。後に、関係機関や市民へ周知することを想定し、グラフ化したもので、たたき台を作った。グラフ化した後、割合の違いに有意差があるかどうか判定するため、検定を行ったが、その手法が正しいか、またグラフ内の表記の仕方に問題が無いか確認が必要だと思い、作成したグラフを持参し、広域連合の一体的実施担当者(県保健師OB)に相談した。 その際、グラフ化した資料の見方や分析などについて、皆で学習できた方がよいとのことで、保健所や大学の疫学研究室に相談していただいた。 大学側から、市へ出向いて対応可能との回答があり、広域連合が調整の下、関係課合同の「分析学習会・地域の健康課題の意見交換会」を開催することとなった。 その際に、広域連合より「分析についてできることがあれば行う」「医療費の視点から、資料を作成してみようか?」と言ってくださり、今回のP14の資料を提供していただいたという流れになる。</p> <p>現在も、県全体のデータや分析シートなど、市で作成できないものは提供をお願いしている。県との比較が可能で、非常に感謝している。 市の取組みについて、広域連合に知っていただくことがとても大切だと感じている。データ以外にも、市の取組みに対し、声かけして下さることも多く、今後も連携していけたらと思っている。</p>
5	都道府県	他職種・他機関との連携	医師会との連携推進会議等では、どのような議題設定を行っているか。そこから医師会と連携につながった具体例があれば教えていただきたい。	<p>例えば、糖尿病対策地域連携連絡会では、以下の議題設定を行っている。 ・糖尿病に関するデータの推移(年次別、年代別、地域別集計)・・・患者数、合併症、使用薬剤、透析導入 等に関する集計。 ・前年度の市の取組み(実績) ・当年度の市の取組み(計画) ・協会けんぽの取組み ・厚生センターの取組み ・医療での現状、意見交換 市からは、国保、後期あわせたものを資料として活用している。</p> <p>また、医師会との連携については、以下のとおり。 ・国保では、保健指導対象者選定のための市独自のフローチャートを、専門医とともに作成。 ・保健指導の取組みや、対象者選定基準に助言をいただき、反映。 ・かかりつけ医から専門医への移行助奨について助言をいただく。 ・専門医からの要望で、治療薬剤の使用率を薬剤種類ごとにデータ集計し、提示。市の治療の現状を把握されている。 ・困難事例や透析導入に至ってしまった事例を振り返り、助言をいただく。等。</p>
6	市(区)町村		CSVをExcelに変換して活用されているかと思うが、グラフの作成などの実際の作業は企画調整担当の保健師の方がされたのか、市民課にいる事務職の方の協力も得られての作成なのか。	<p>今回提示したグラフやデータ分析は、企画調整担当の保健師が作成した。 データ量の大きい分析や、複雑なものは、広域連合が行う大学への委託研究事業として依頼している。 その際、基礎データの集計作業等には、事務職にかなり協力していただいた。 一体的実施の担当は、保健師と事務職がペアとなっており、事務職は主に予算や文書関係、庶務的な業務を担っている。必要に応じて、分析等にも協力をお願いしている。</p>
7	市(区)町村		専門職だけでなく、事務職の方と一緒に事業を運営していく工夫があれば教えていただきたい。	<p>一体的実施の担当が事務との2人体制であることが非常に有り難いと感じている。 また、研修会等は、事務職も積極的に参加して下さり、専門的な内容も含め一緒に理解する体制としている。</p>

資料No.6「KDBシステムを活用した一体的実施の実践」（鹿児島県日置市）

No.	所属	カテゴリー	質問内容	回答
1	市(区)町村	市民向け資料	P6 健康課題のまとめ 「まるっと」ひおき「健康データ」を見て、市民からどのような反応があったか教えていただきたい。	市民から出た具体的な意見としては ・日置市の健康データが一目でわかるので、すごいいい。 ・医療費、介護給付費が高いことにビックリした。健康に気を付けたい。 ・元気でいることが、日置市に貢献することにつながると思った。 ・皆で外に出てゴルフをしたり、そういった活動を増やしたいと思った。 ・認知症予防のために、地域での見守りや声掛けが大切だと感じた。 ・気付くのが遅くなって、病気がひどくならないように、健診を早めに受けたいと思った。 等、健康課題について“自分事”として考えていただけたようだった。また、健康課題への対策として自分たちの生活習慣や地域での活動が大切であると改めて感じておられた様子だった。 また、なぜ医療費が高いのだろう、等、驚きや疑問に感じられる方も多い印象である。
2	市(区)町村	フローチャート	P11 フローチャートにある、再訪問 と再支援 ~ の時期をご教示いただきたい。	再訪問 については1か月～2か月後を目安にしている。再支援 ~ はケースによりますが、3か月から4か月後になる。
3	市(区)町村	評価指標の算出方法	(P13 R4年度ハイルスクアプローチのまとめ) 健康状態不明者の評価項目で行動変容があった者の割合は、どのように算出しているのかを教えてください。	「行動変容があった者の割合」は「健診受診」「医療機関受診」「介護事業等必要なサービス」「介護の場等地域の交流の場」に繋がった者の割合で出した。分母は支援介入できた者である。
4	市(区)町村	データの活用・管理	(P21 特定健診等データ管理システムの活用) どのように活用されているのか。	後期高齢者質問票データの入力をしている。
5	市(区)町村	データの活用・管理	KDBシステムへの個別経過記録の具体的な入力方法と、それを経年的に管理する方法があれば教えてください。	(KDBシステムの)保健事業介入支援管理機能から、事業実施予定者の登録、実施・中断・終了者の登録、事業の評価という流れで行った。 実施者のうち、翌年度も健診データがある対象者についてはデータを比較した。
6	市(区)町村	健幸教室	(P21 健幸教室について) 毎月の保険証の交付は教室での手渡しなのか。教室に来ない方は郵送での対応になるのか。	毎月の保険証の交付は教室での手渡しをしている。教室に来ない方の保険証は郵送での対応になる。保険証の交付、郵送等の取り扱いは事務担当が行っている。保険証を郵送する際に、健康状態確認シート(質問票)と一緒に同封してもらい、返送を依頼している。
7	都道府県	他職種連携	事業部門間連携や多職種間の連携がよくできていると感じるが、企画専門職が機能しているのか。また、連携するにあたって重視しているポイントは何か。	企画調整担当保健師だけでは、力不足のため、係長(事務職)、他の係の保健師(主に課長、統括保健師、健康づくり、地域包括支援センター)にも相談するようにしている。支所の事業については、健康づくり担当の職員(保健師)にも一緒に事業を行ってもらうため、情報共有を意識している。 各専門職ごとの、意見交換会、研修(事例検討等)も年1～2回行っており、そこでの意見も参考にさせていただいている。
8	市(区)町村	他職種連携	グラフの作成などの実際の作業は企画調整担当の保健師の方がされたのか。事務職の方の協力も得られての作成なのか。	グラフの作成は、企画調整担当保健師が行っている。介護部門については、地域包括支援センターから情報(グラフ作成済)をもらっている。
9	市(区)町村	他職種連携	専門職だけでなく、事務職の方と一緒に事業運営していく工夫があれば教えてください。	事務職の方については、主に予算、委託契約事務、一体的実施事業計画書・報告書の作成に関すること全般で一緒に事業運営してもらっている。 また、ポピュレーションアプローチの質問票の送付や受付等の事務も行ってもらえるので、助かっている。

講評（女子栄養大学 津下先生）

No.	所属	カテゴリー	質問内容	回答
1	市(区)町村	健康状態不明者の評価	健康状態不明者の評価をどうしたらよいか。レセプト情報以外の評価があるか。	「一体的実施・KDB活用支援ツール」の抽出条件の考え方や保健事業への活用 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(研究代表者:津下一代)」「令和3年度政策科学推進研究事業」)の健康状態不明者にかかる記載(P37)をご参照いただきたい。
2	後期高齢者医療広域連合	小規模保険者への取組	小規模の市町村については、保健所単位での評価や取り組みをしてはどうかという助言に共感したが、それは保健所も巻き込んで取り組むことが効果的ではないかと考えるが、いかがか。	御意見の通りと思う。計画段階から保健所も巻き込んで取り組むことで、市町村間の連携も取れるため、望ましいことであると考える。