

令和6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	資料No.1
令和6年7月5日（金）	

# 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7月

厚生労働省 保険局 高齢者医療課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

# 高齢者の保健事業について

- 令和2年4月から、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、広域連合と市町村が連携し、市町村において、国民健康保険の保健事業や介護保険の地域支援事業と一体的に実施できるよう、「**高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施**」（以下「一体的実施」とする。）の取組が開始された。  
一体的実施は令和6年度までにすべての市町村で展開することを目指しており、令和6年度から開始予定を含めると全体の98%の市町村で一体的実施が実施される予定である。（令和5年11月時点）
- 高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第2版とガイドライン第2版（補足版）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定、厚生労働科学研究の成果等を踏まえ、有識者及び実務者からなる検討会議にて「**高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第3版**」をとりまとめた。広域連合においては、第3期データヘルス計画以降、標準化された共通評価指標により事業検証を行い、市町村による一体的実施の事業の拡充に向け取組を推進していく。
- 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ための「**後期高齢者の質問票**」は、全体の98%の市町村が活用している。健診のほか、通いの場等においても質問票を用いた健康状態の評価等に活用することを勧めており、様々な場で、高齢者の健康状態に合わせた支援や支援への契機とするような取組を推進している。保健事業の事業対象者については、KDB活用支援ツールを用いて対象者を抽出し、一体的実施の実施計画を策定する。
- 令和7年度後期高齢者医療制度の保険者インセンティブについては、一体的実施の進捗とデータヘルスの推進を踏まえ、評価指標を見直した。引き続き、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お願いしたい。

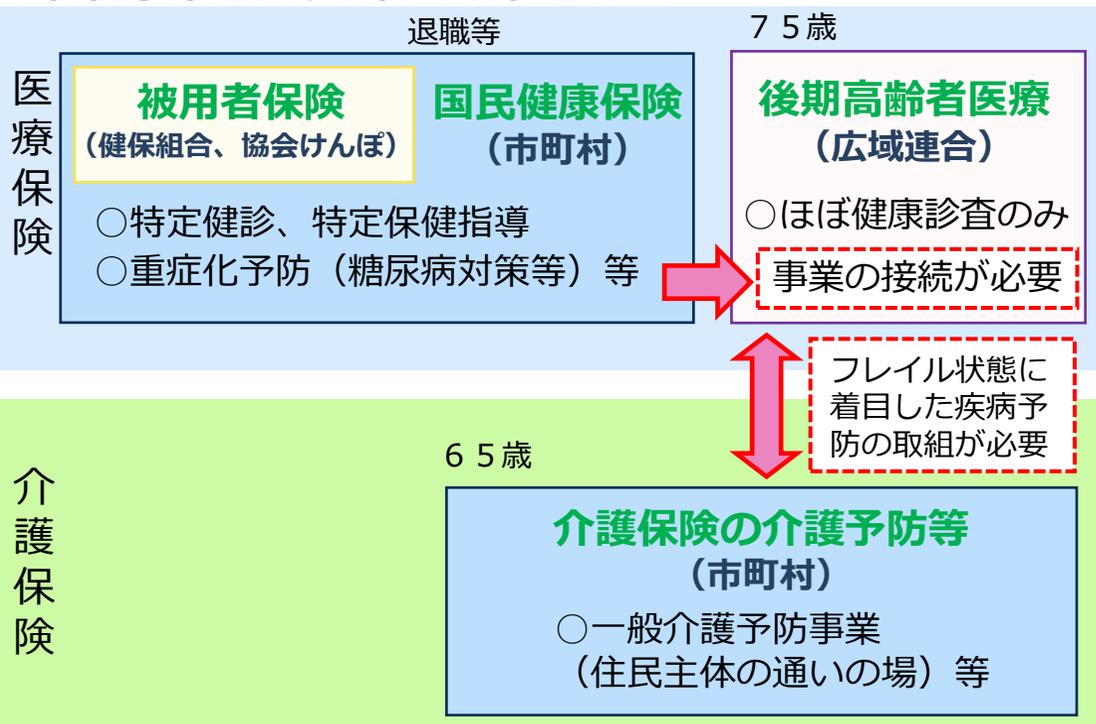
# 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施

- 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。

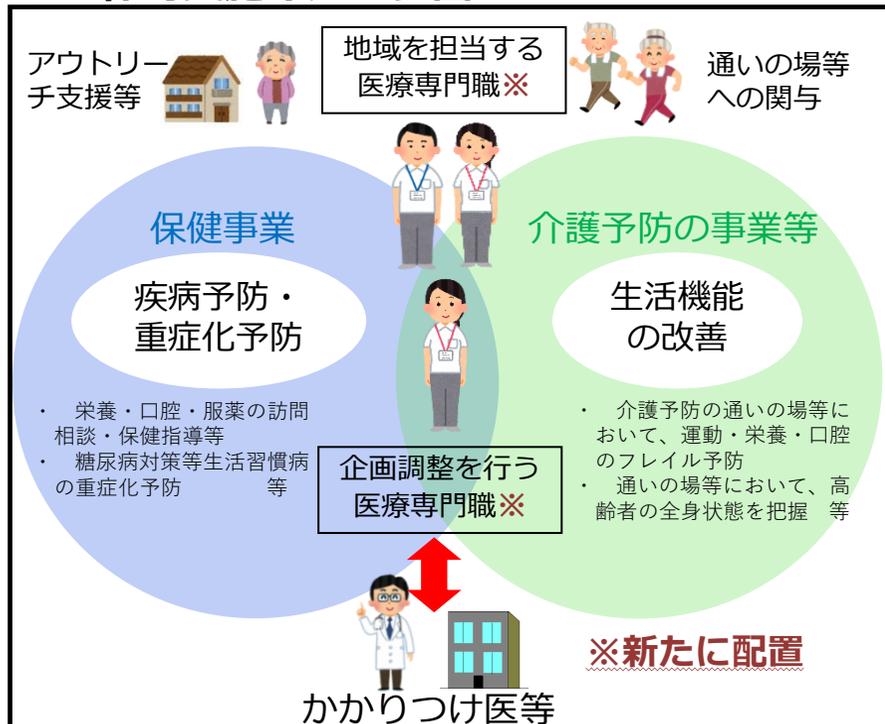
- 令和5年度の実施済みの市町村は **1,396市町村、全体の80%**
- 令和6年度中に実施予定の市町村は **1,708市町村、全体の98%**
- 令和6年度までに全ての市町村において一体的な実施を展開することを目指す。

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



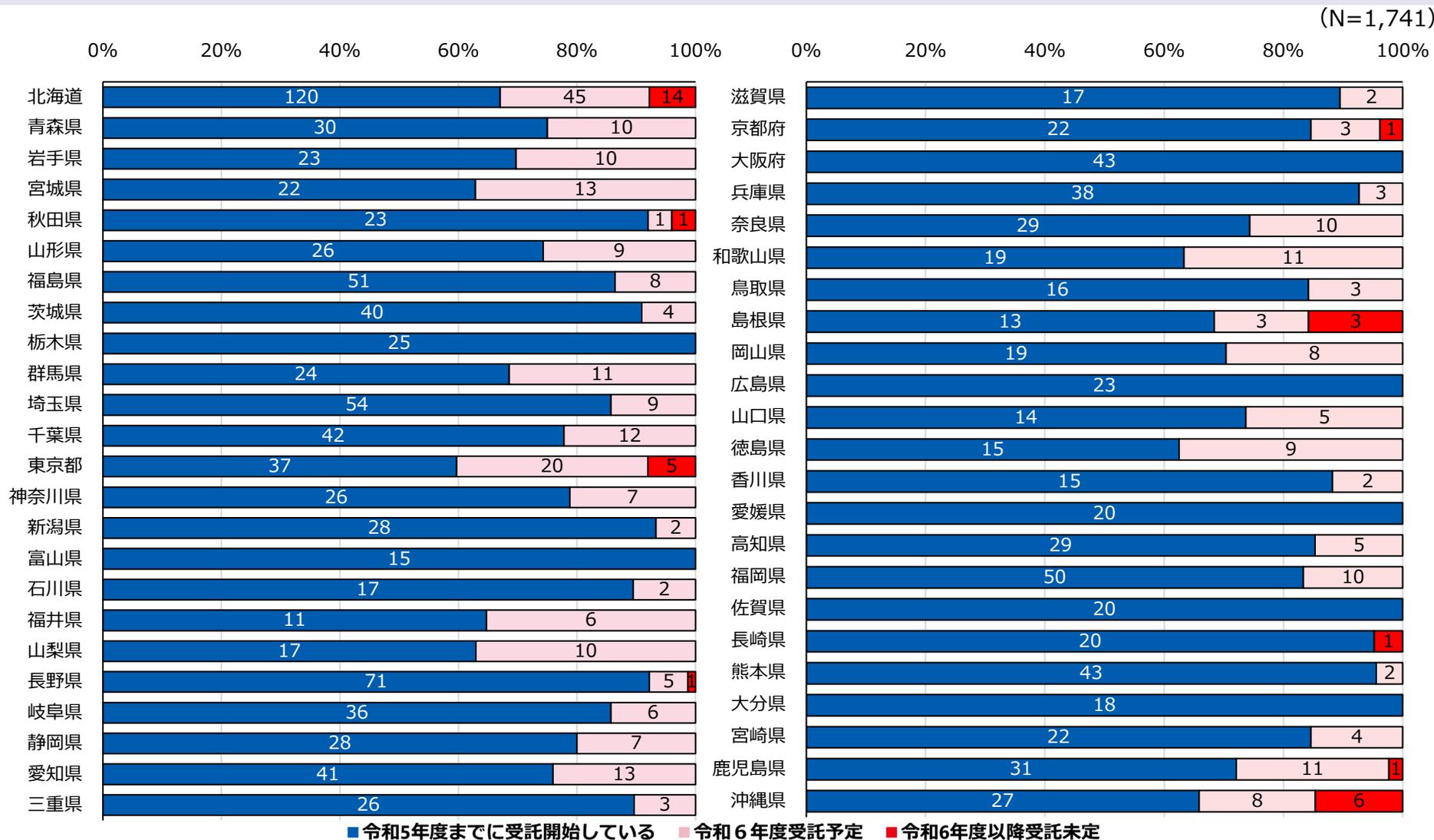
## ▼一体的実施イメージ図



# (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。



# 一体的実施における主な取組及び事業実施市町村数

## 事業の企画

KDBを活用したデータ分析

医療専門職によって健康・医療・介護情報による地域の健康課題の把握を行い、庁内外の関係者間で健康課題の共有や既存の関連事業との調整、地域の医療関係団体等の連携を進め、事業全体の企画・調整・分析を行う。

## 高齢者に対する個別的支援（ハイリスクアプローチ） n=1,396市町村

取組区分	実施市町村数	取組区分	実施市町村数
低栄養に関わる相談・指導	555	糖尿病性腎症重症化予防に関わる相談・指導	805
口腔に関わる相談・指導	298	生活習慣病等重症化予防(身体的フレイル含む)に関わる相談・指導	830
重複・頻回受診者、重複・多剤投薬者への相談・指導	263	健康状態不明者への対応	950

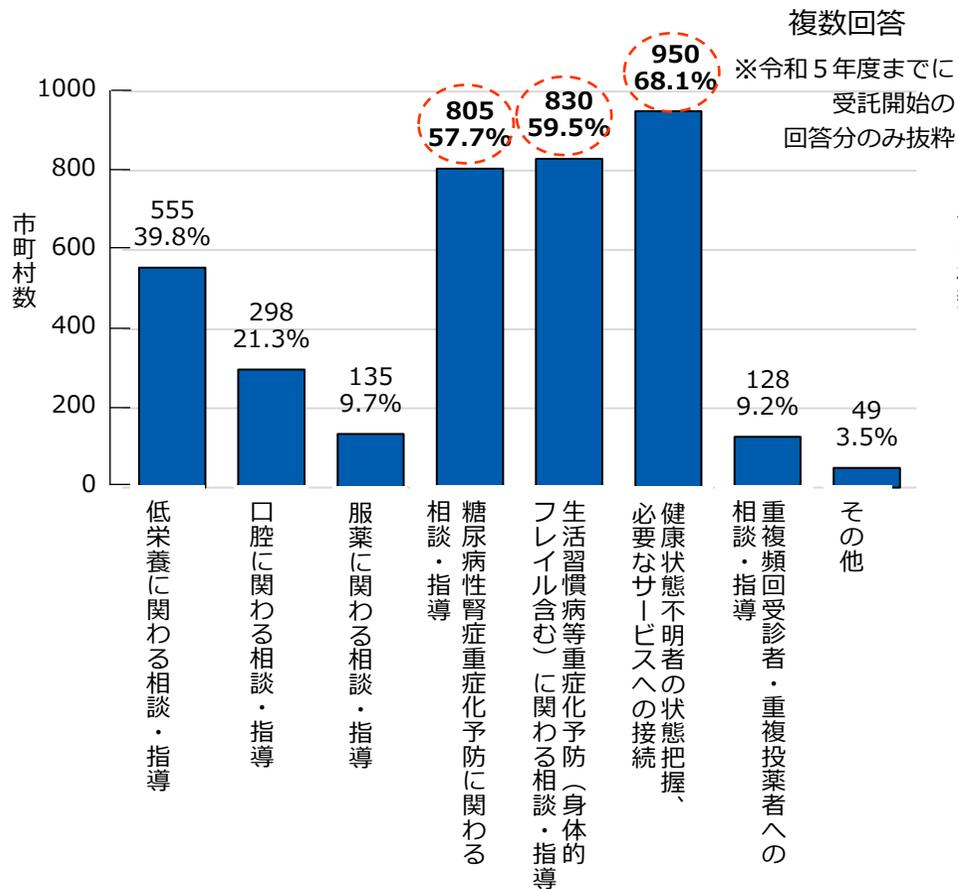
## 通いの場等への積極的関与（ポピュレーションアプローチ） n=1,396市町村

取組区分	実施市町村数
フレイル予防等の普及啓発活動や運動・栄養・口腔等のフレイル予防などの健康教育・健康相談の実施	1,368
後期高齢者の質問票を活用するなど、フレイル状態にある高齢者等を把握し、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に向けた支援の実施	974
高齢者の健康に関する相談や不安等について気軽に相談が行える環境づくり	721

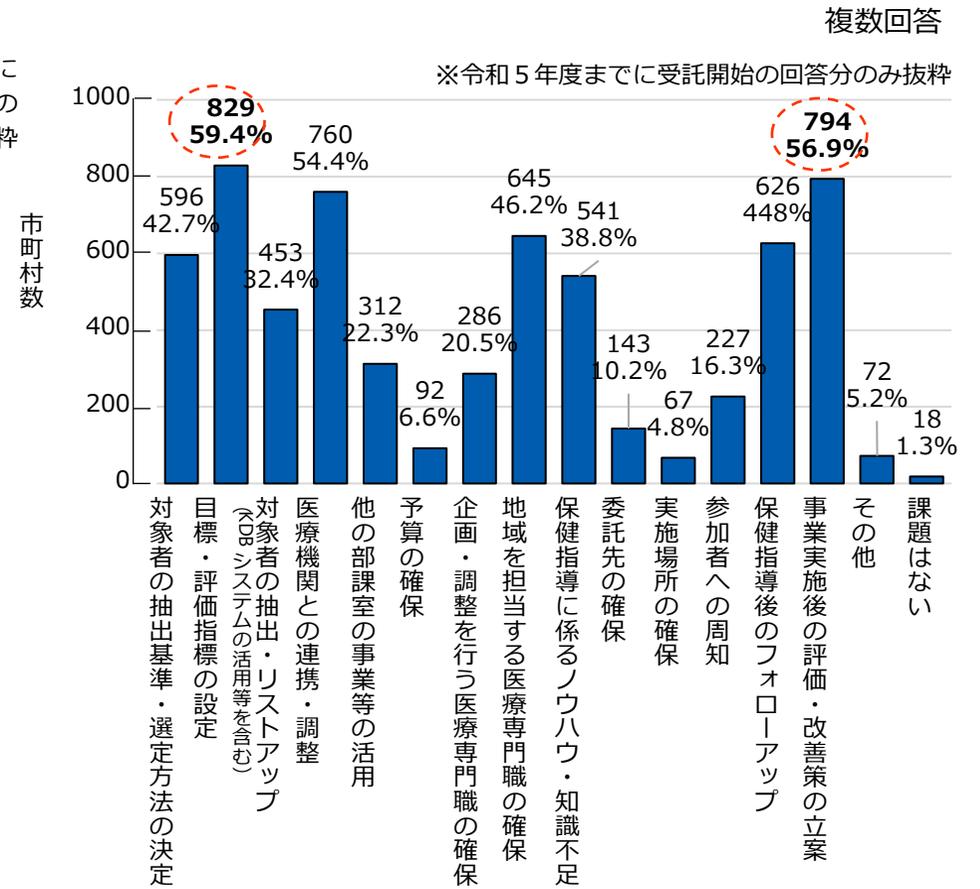
# (令和5年度一体的実施実施状況調査) ハイリスクアプローチの実施項目、実施上の課題

- 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)



### ハイリスクアプローチの実施上の課題 (n=1,396)



# (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

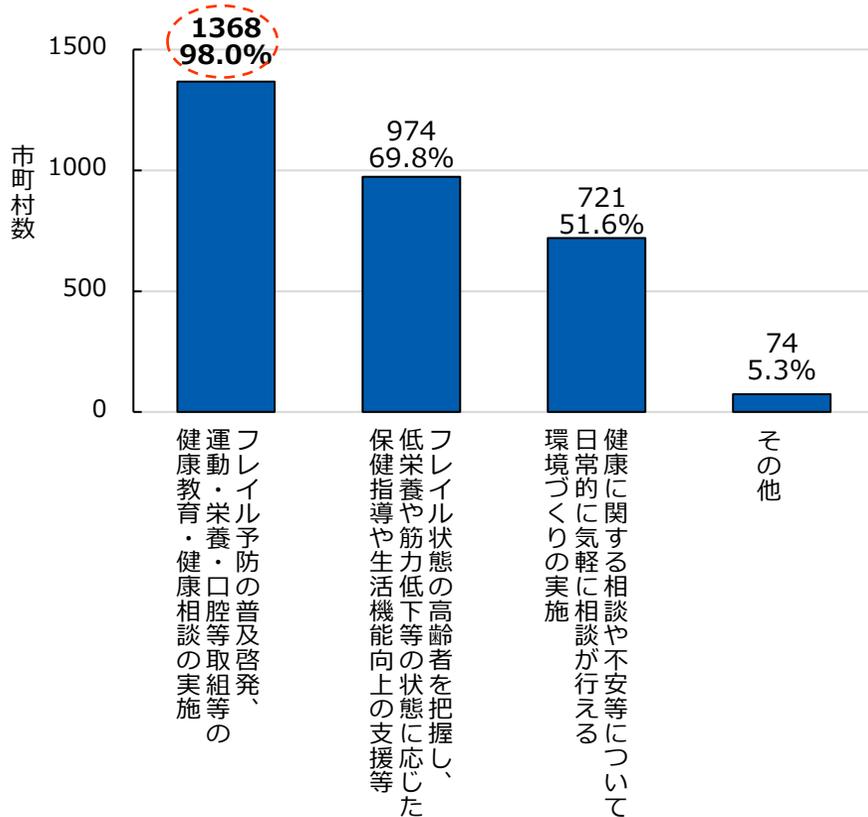
市町村票

- 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

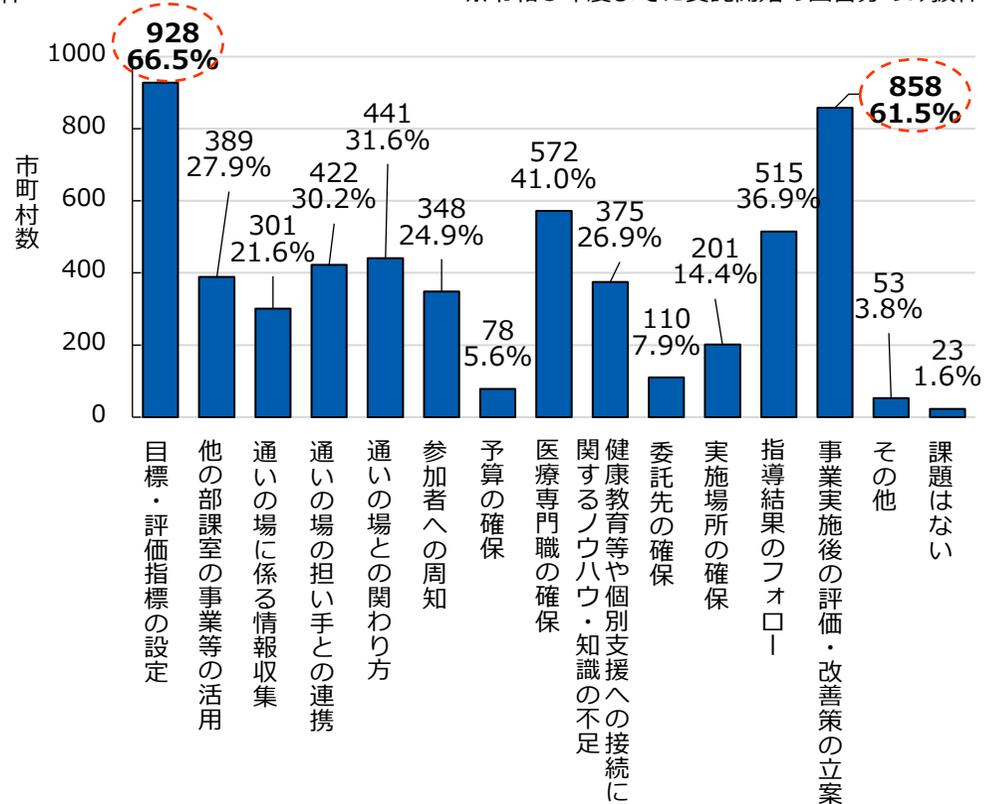
※令和5年度までに受託開始の回答分のみ抜粋



## 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）

## 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

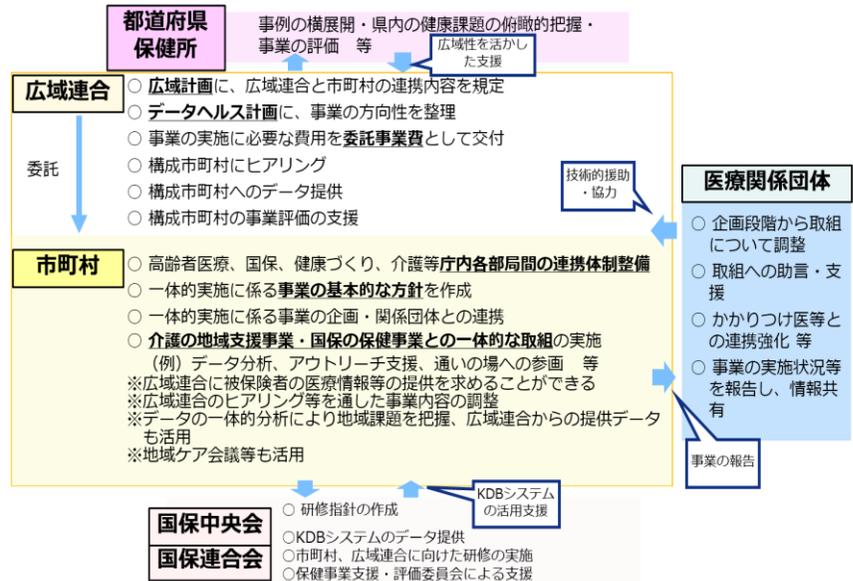
### ■ 厚生労働科学研究成果

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

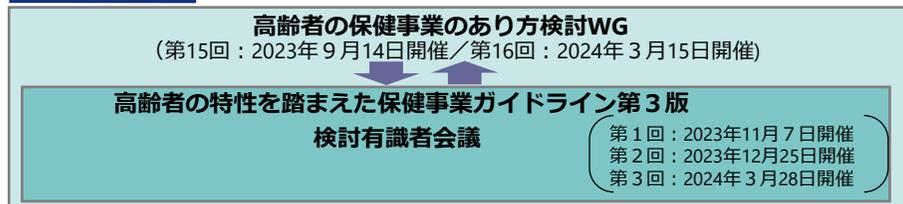
（令和2年～4年度 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施推進に係る検証のための研究  
（研究代表：津下一代）

### ■ 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



# 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
(2)	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

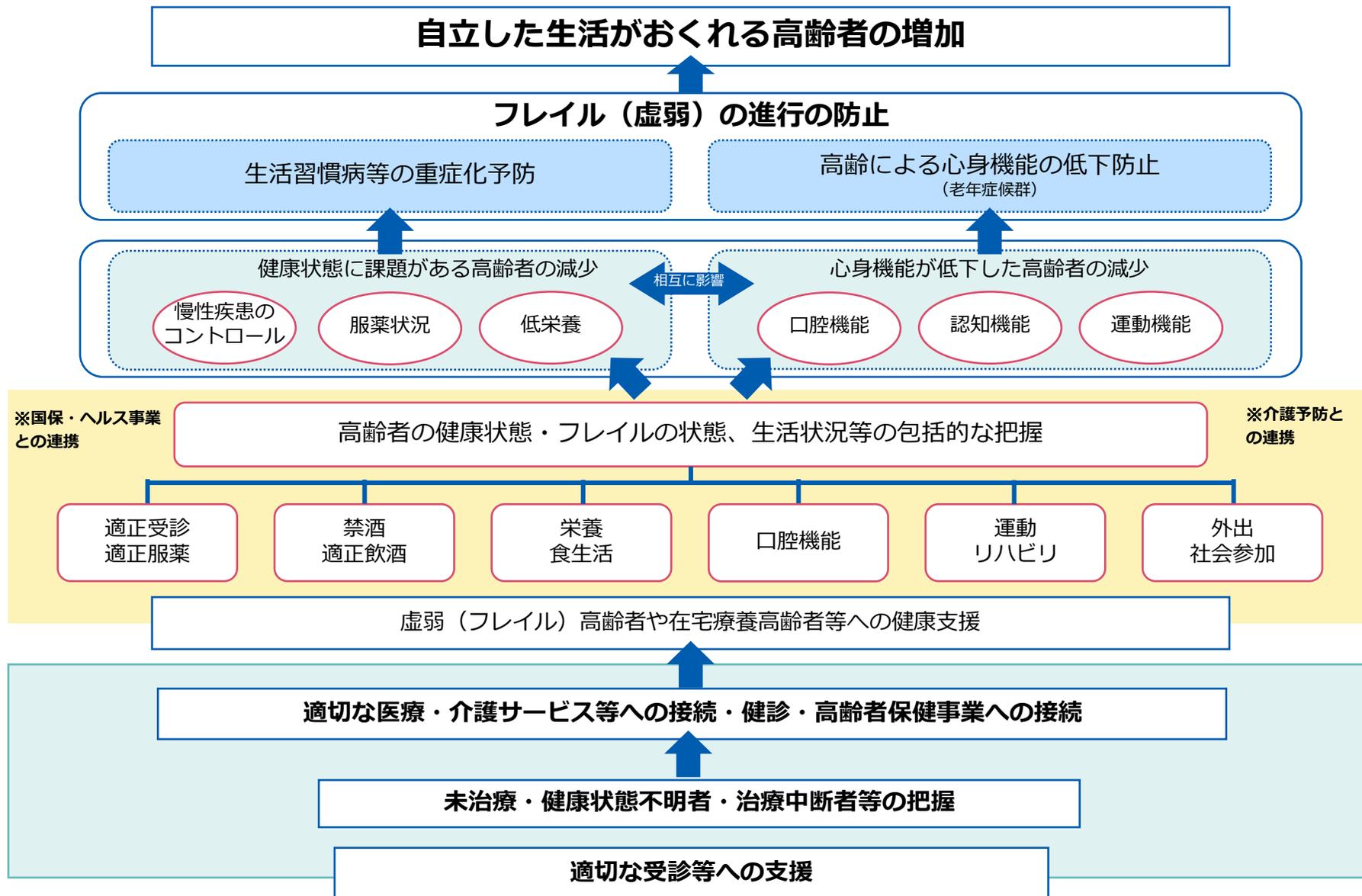
### II 実践編

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）

# 高齢者に対する保健事業が目指すもの



# 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

# 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)

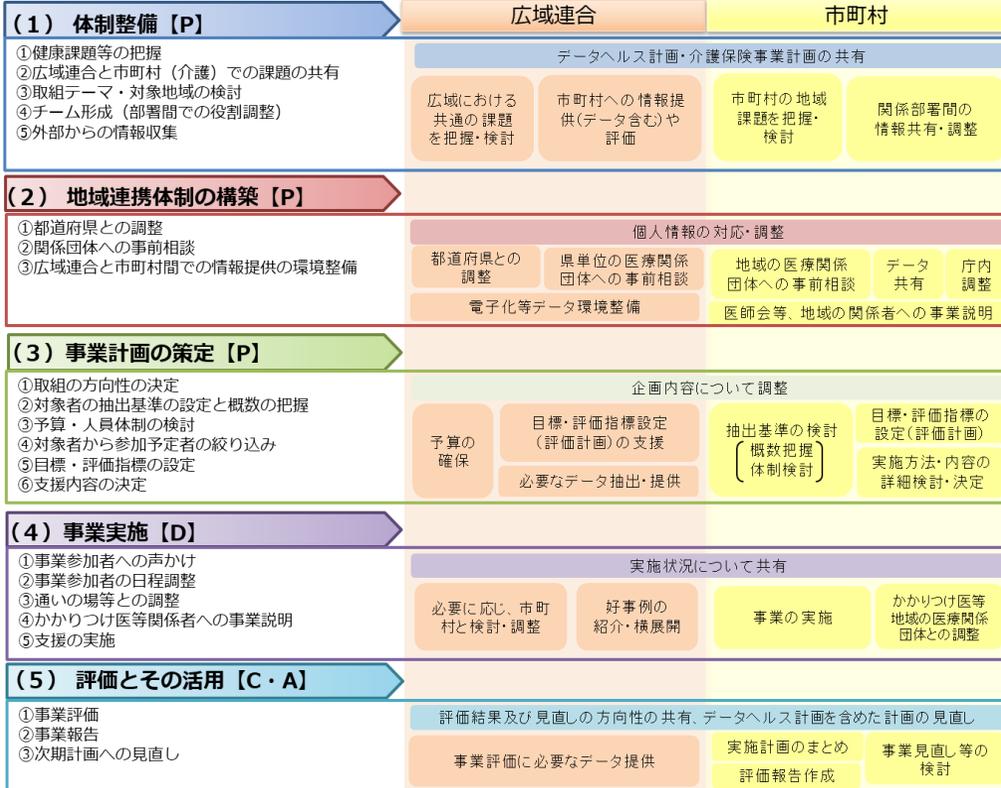
服薬（多剤）

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。

# 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施 事業実施全体の流れ

## 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当たり、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。

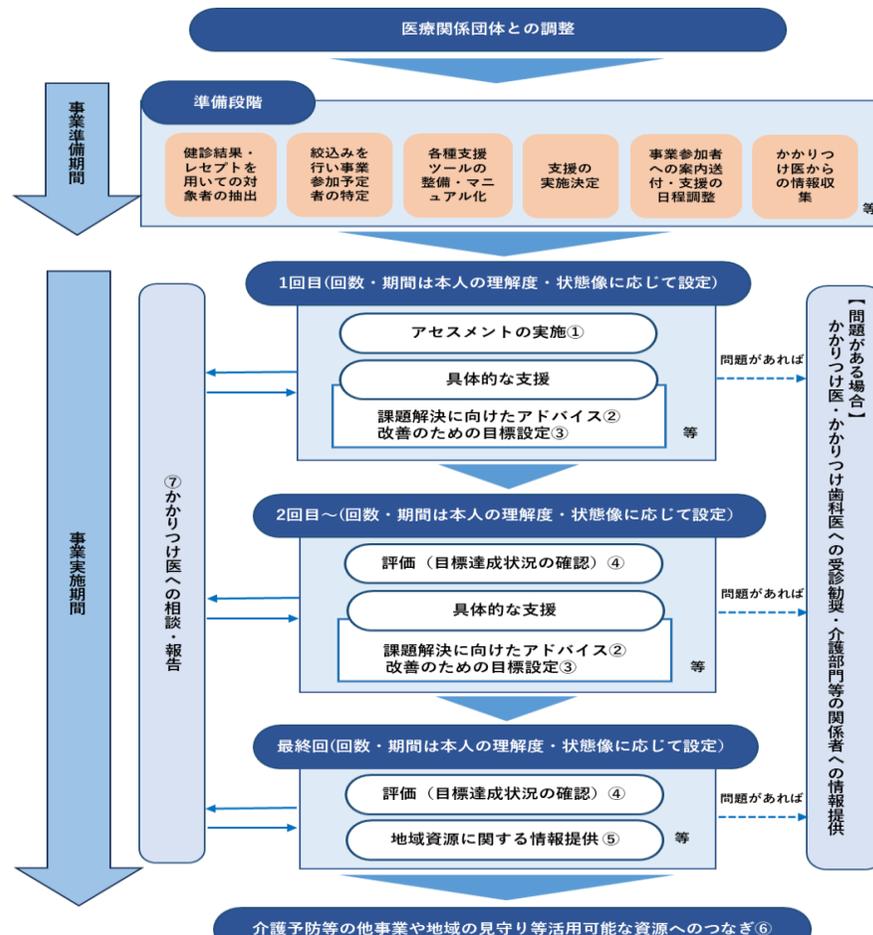
高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施については、ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチを実施する。

#### ●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。

# 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、(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の10類型に整理した。
- 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きたと思いますか	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言われていませんか	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

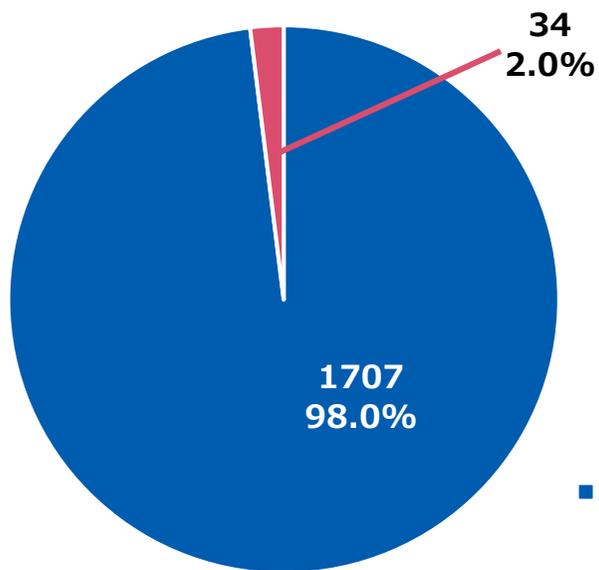
- 本質問票を用いた評価は、健診の際に活用されることを想定しているが、市町村の介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）における通いの場やかかりつけ医の医療機関など、様々な場面で健康状態が評価されることが期待される。
- ①健診の場で実施する  
⇒健診を受診した際に、本質問票を用いて健康状態を評価する。健診時は多くの高齢者にアプローチができる機会である。
  - ②通いの場（地域サロン等）で実施する  
⇒通いの場等に参加する高齢者に対して本質問票を用いた健康評価を実施する。
  - ③かかりつけ医（医療機関）等の受診の際に実施する  
⇒医療機関を受診した高齢者に対して、本質問票を用いた健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

# 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。

## 使用状況

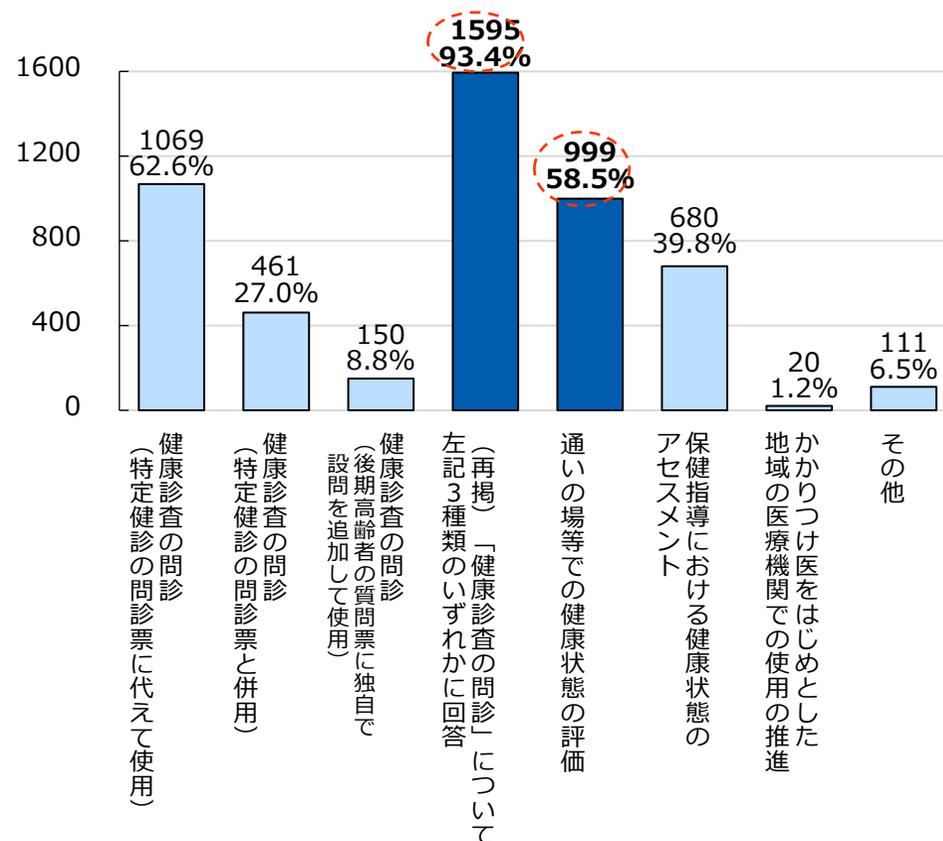
(N=1,741)



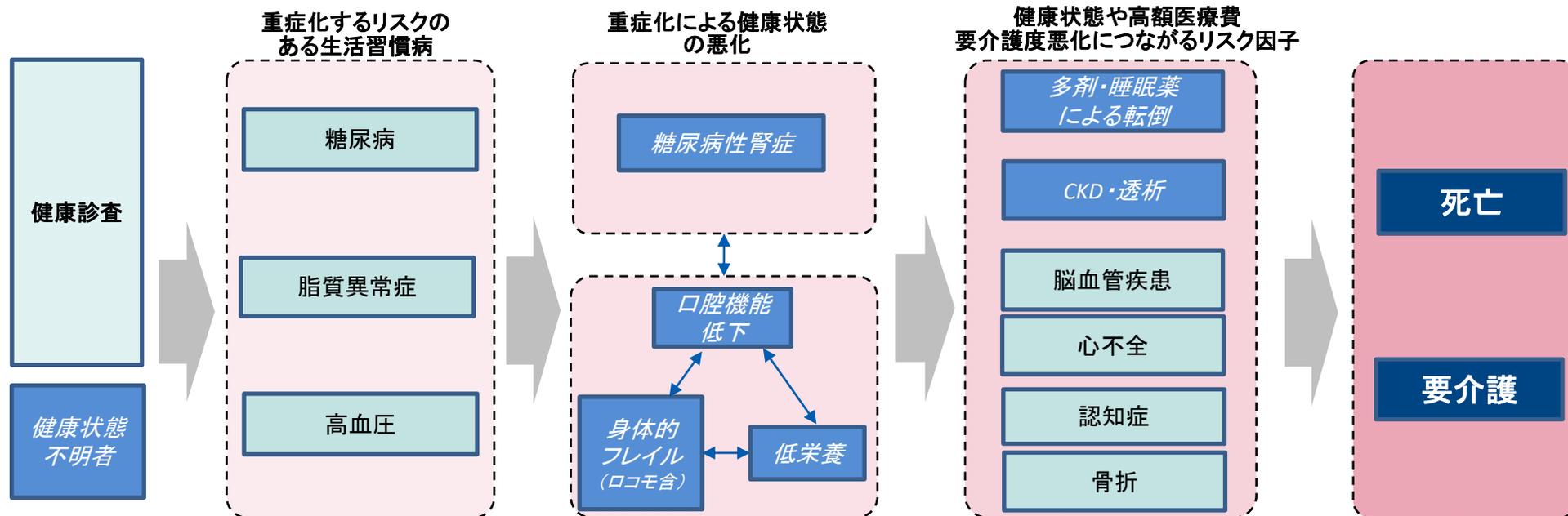
- 後期高齢者の質問票を使用している
- 後期高齢者の質問票を使用していない

## 使用目的

(n=1,707)  
複数回答



# 健診を入り口とした高齢者保健事業について



65歳以上の要介護者等の性別にみた介護が必要となった主な原因

	総数	男性	女性
第1位	認知症 (16.8%)	脳血管疾患 (脳卒中) (23.7%)	認知症 (18.2%)
第2位	脳血管疾患 (脳卒中) (15.0%)	認知症 (14.3%)	転倒・骨折 (18.1%)
第3位	転倒・骨折 (14.2%)	高齢による衰弱 (9.1%)	高齢による衰弱 (15.9%)

出典：厚生労働省 令和4年国民生活基礎調査

傷病分類別にみた医科診療医療費構成割合 (75歳以上)

	総数	男性	女性
第1位	循環器系の疾患 (25.6%)	循環器系の疾患 (25.8%)	循環器系の疾患 (25.5%)
第2位	新生物<腫瘍> (12.6%)	新生物<腫瘍> (16.9%)	損傷、中毒及びその他の外因の影響 (13.1%)
第3位	損傷、中毒及びその他の外因の影響 (10.2%)	腎尿路生殖器系の疾患 (9.0%)	筋骨格系及び結合組織の疾患 (10.9%)
第4位	筋骨格系及び結合組織の疾患 (8.8%)	呼吸器系の疾患 (7.3%)	新生物<腫瘍> (9.2%)
第5位	腎尿路生殖器系の疾患 (6.9%)	損傷、中毒及びその他の外因の影響 (6.5%)	神経系の疾患 (6.5%)

出典：厚生労働省 令和3年国民医療費 **20**

# 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

# 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。

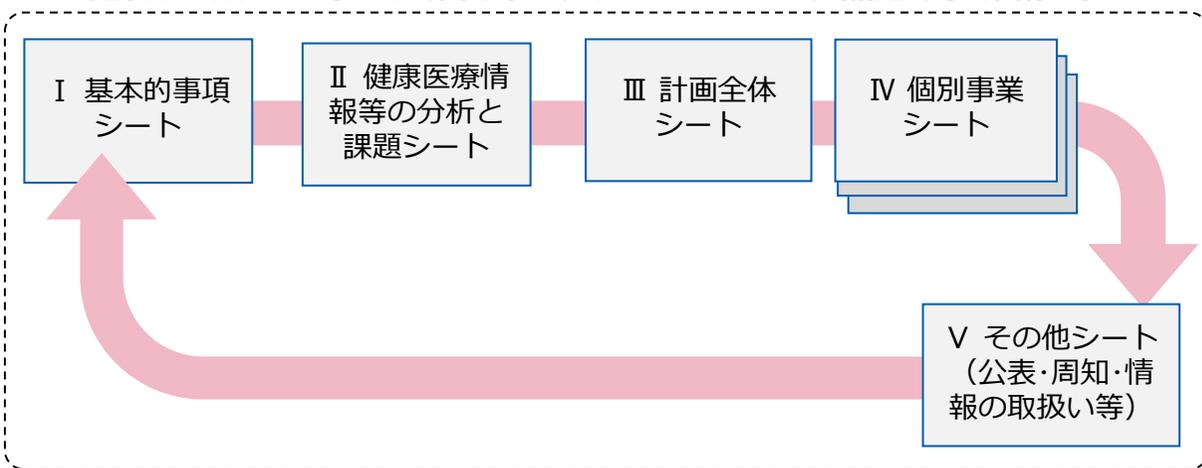
## ■データヘルス計画の標準化のねらいと対応

○ 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。

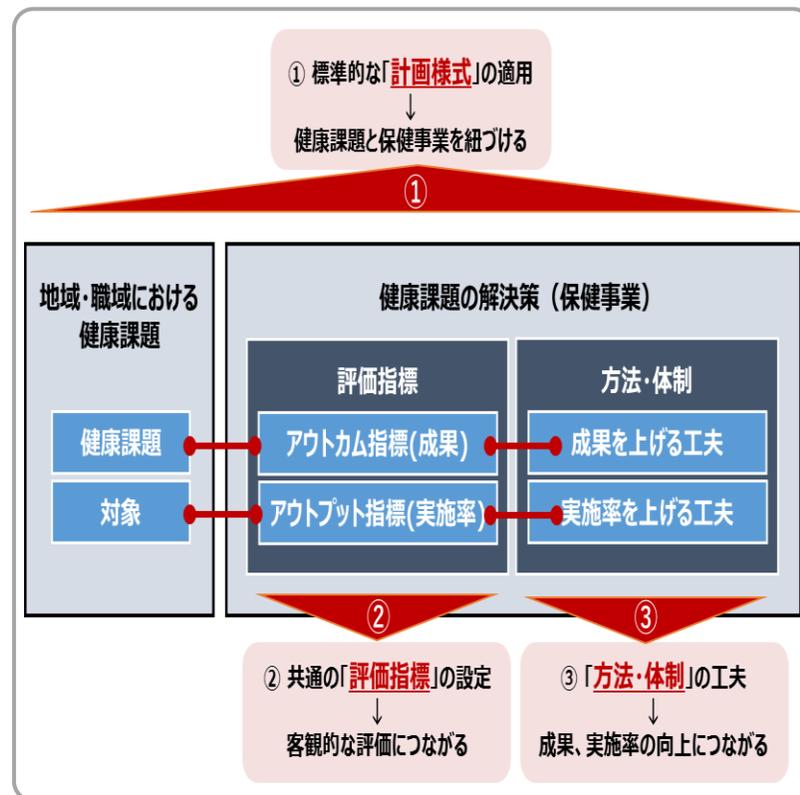
○ 効果的な保健事業(方法・体制)をパターン化することにより、事業効果を向上させる。

- ・ 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)



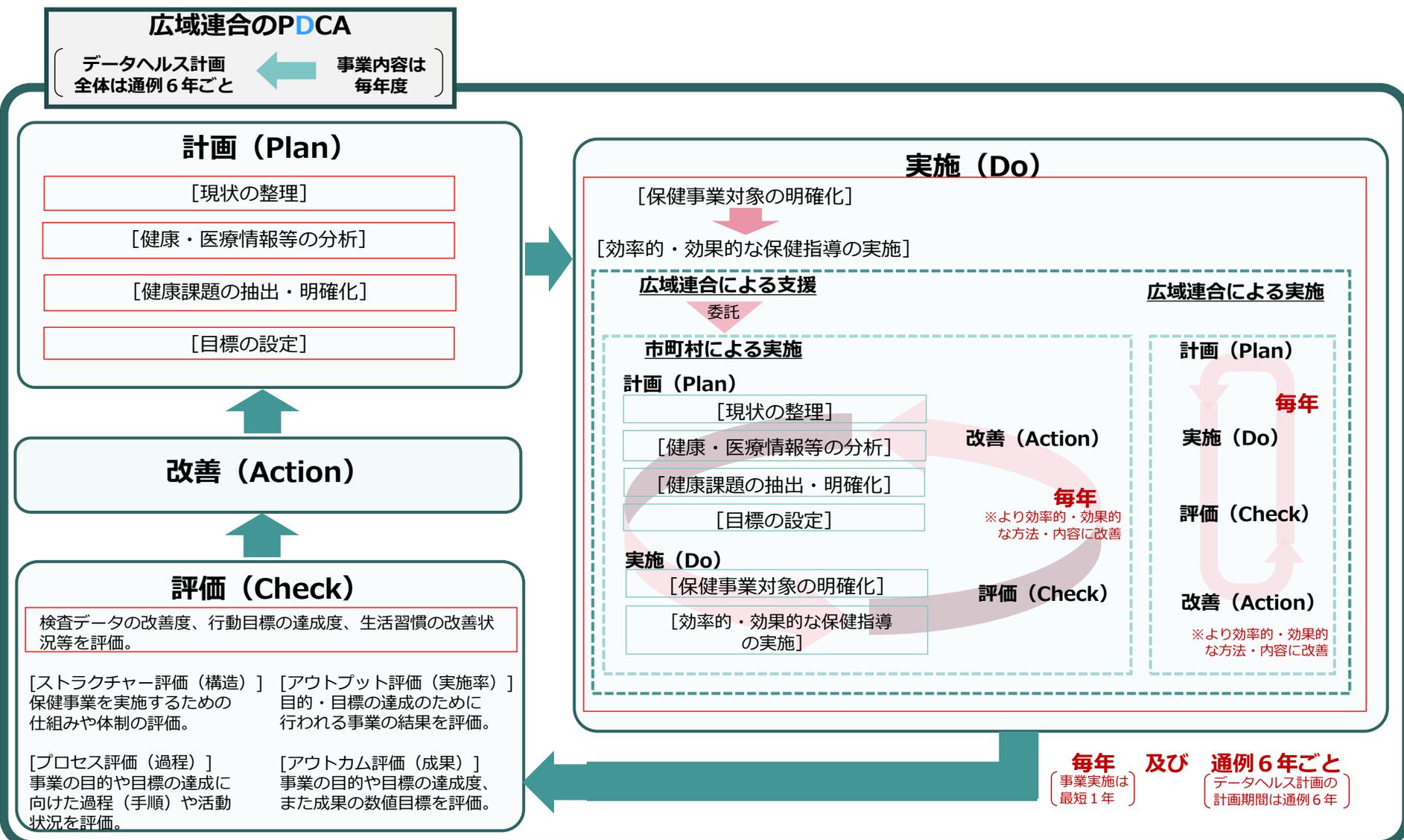
## データヘルス計画 標準化の要素



出典：東京大学未来ビジョン研究センター  
「都道府県による第3期データヘルス計画策定支援について」

# 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。



改善 (Action)

評価 (Check)

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。

[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。

[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。

[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。

**毎年** 及び **通例6年ごと**

(事業実施は最短1年) (データヘルス計画の計画期間は通例6年)

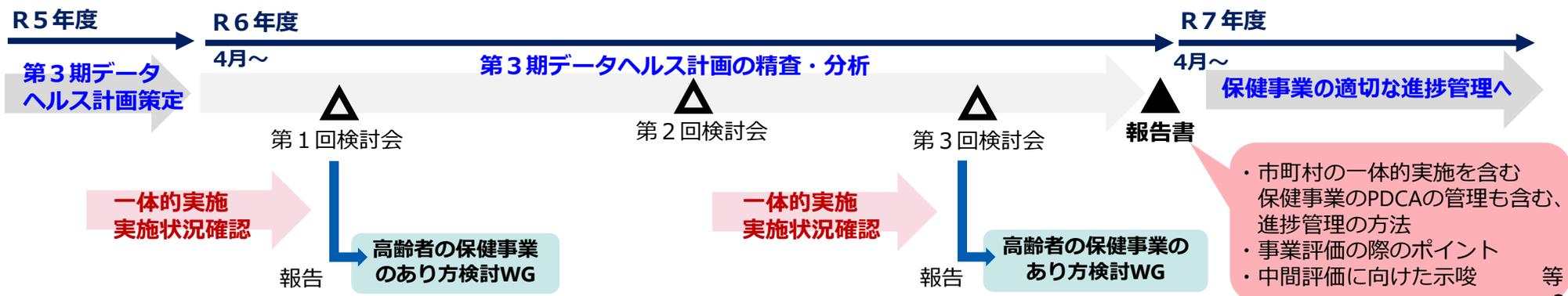
# データヘルス計画に関する今後の検討等について

(令和6年度委託事業：高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の実施状況調査等事業及び高齢者の保健事業実施計画に係る調査等一式)

## 今後の方向性

- 令和6年度から開始された第3期データヘルス計画において、共通評価指標の設定及び健康課題の抽出から計画の目的・目標へつなげるための考え方のフレームとして計画様式の標準化が進められ、各広域連合間の比較を可能とした。
- また、各事業の市町村間の比較・分析を可能とするため、健診受診率の計算方法や、一体的実施の対象者及び評価指標について標準化し、その実態や効果の詳細について分析するためのデータ基盤を整備したところ。
- 今後は、第3期データヘルス計画に基づく保健事業の適切な事業評価及び進捗管理を行うとともに、アウトプット及びアウトカムも踏まえ、効果的・効率的な保健事業の実施状況の把握、要因分析・好事例の横展開等を行うことが求められる。
- こうした状況を踏まえ、第3期データヘルス計画の全広域連合の計画内容及び一体的実施を中心とした保健事業の取組状況を精査・分析し、有識者による議論を経て、広域連合に対し共通評価指標や計画内容の整理についてフィードバックを行う。加えて、適切な進捗管理方法や有識者からの中間評価に向けた示唆等についてもとりまとめを行い、令和6年度末に広域連合に周知を行う。

## 検討の進め方（イメージ）



○「高齢者の特性に応じた保健事業ガイドライン 第3版」や一体的実施事業の事例集を、厚生労働省の「高齢者の保健事業について」に掲載しています。

- ・「**高齢者の保健事業について**」

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/iryuuhoken/hokenjigyuu/index\\_00003.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuuhoken/hokenjigyuu/index_00003.html)

○「高齢者の特性に応じた保健事業ガイドライン 第3版」の解説動画を、厚生労働省のYouTubeに掲載しています。

- ・「**高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第3版**」説明動画

[https://www.youtube.com/playlist?list=PLMG33RKISnWg0qLIAv\\_Zrs-nk-d3E3Gkh](https://www.youtube.com/playlist?list=PLMG33RKISnWg0qLIAv_Zrs-nk-d3E3Gkh)

## 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

## 1. 目的・経緯

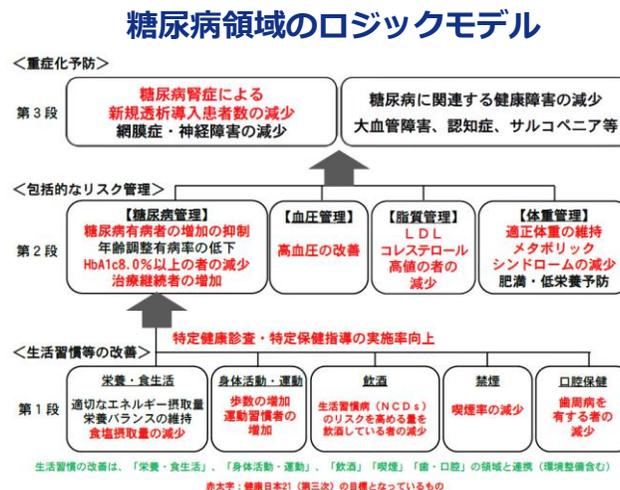
- 保険者が医療機関等と連携し、未受診者・受診中断者に対する受診勧奨や保健指導、重症化リスクの高い通院治療中の者に対する保健指導を行うことなどにより、血糖コントロールの維持、合併症の発症・進行を防ぎ、腎不全や人工透析への移行を予防し、健康寿命の延伸を図ることを目指す。
- 専門医、医療関係団体、保険者等による検討を経て、令和6年3月に糖尿病性腎症重症化予防プログラムを改定。

## 2. プログラム改定の概要

- 対象者の年齢層を考慮した取組の必要性、対象者の抽出基準と対象者の状態に応じた介入方法を整理するとともに、自治体、保険者、医療関係者等の役割分担・連携を示す。現場の参考となる豊富な実践例も提供。

## 3. 重症化予防（国保・後期広域）WG

- 渡辺 俊介 日本健康会議 事務局長
- 青木 一広 神奈川県後期高齢者医療広域連合事務局長
- 池田 俊明 国民健康保険中央会常務理事
- 植木 浩二郎 一般社団法人日本糖尿病学会理事長
- 柏原 直樹 川崎医科大学腎臓・高血圧内科学講座特任教授
- 加藤 絵里子 埼玉県保健医療部健康長寿課長
- 小西 直美 滋賀県豊郷町医療保険課長
- 近藤 広之 新潟県燕市健康福祉部保険年金課長
- 茂松 茂人 日本医師会副会長
- 下浦 佳之 日本栄養士会専務理事
- 津下 一代 女子栄養大学特任教授
- 長津 雅則 日本薬剤師会常務理事
- 中野 夕香里 日本看護協会常任理事
- 深谷 茂喜 全国国民健康保険組合協会常務理事
- 宮田 俊男 早稲田大学理工学術院教授
- 森山 美知子 広島大学大学院医系科学研究科教授
- 山本 秀樹 日本歯科医師会常務理事
- 綿田 裕孝 日本糖尿病対策推進会議常任幹事



## 【未治療者・治療中断者】 医療機関への受診勧奨と保健指導

		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	
H	8.0以上	受診勧奨	受診勧奨	受診勧奨	受診勧奨	受診勧奨	受診勧奨	受診勧奨	受診勧奨	受診勧奨
b	7.0~7.9	受診勧奨	受診勧奨	受診勧奨	受診勧奨	受診勧奨	受診勧奨	受診勧奨	受診勧奨	受診勧奨
A	7.0~7.9	受診勧奨	受診勧奨	受診勧奨	受診勧奨	受診勧奨	受診勧奨	受診勧奨	受診勧奨	受診勧奨
1	7.0~7.9	受診勧奨	受診勧奨	受診勧奨	受診勧奨	受診勧奨	受診勧奨	受診勧奨	受診勧奨	受診勧奨
c	6.5~6.9	受診勧奨	受診勧奨	受診勧奨	受診勧奨	受診勧奨	受診勧奨	受診勧奨	受診勧奨	受診勧奨
(%)	6.5~6.9	受診勧奨	受診勧奨	受診勧奨	受診勧奨	受診勧奨	受診勧奨	受診勧奨	受診勧奨	受診勧奨
	6.5未満	保健指導	保健指導	保健指導	保健指導	保健指導	保健指導	保健指導	保健指導	保健指導

受診勧奨  
 保健指導

CKD対策  
 高血圧受診勧奨

# 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。

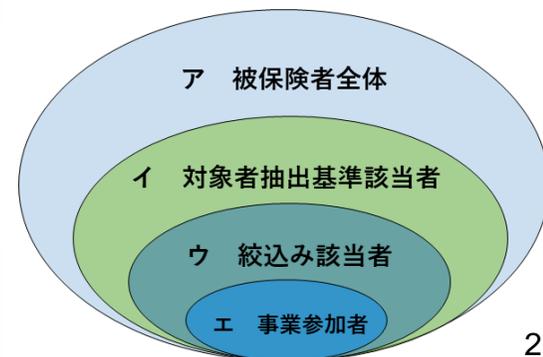
### 【未治療者・治療中断者】医療機関への受診勧奨と保健指導

### 【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 <sup>注1)</sup>	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 ② ADL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
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 <sup>注2)</sup>	7.0%未満	7.0%未満	8.0%未満
	あり <sup>注3)</sup>	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年度厚生労働省行政推進調査事業費補助金  
政策科学総合研究事業（改修科学研究費助成事業）

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

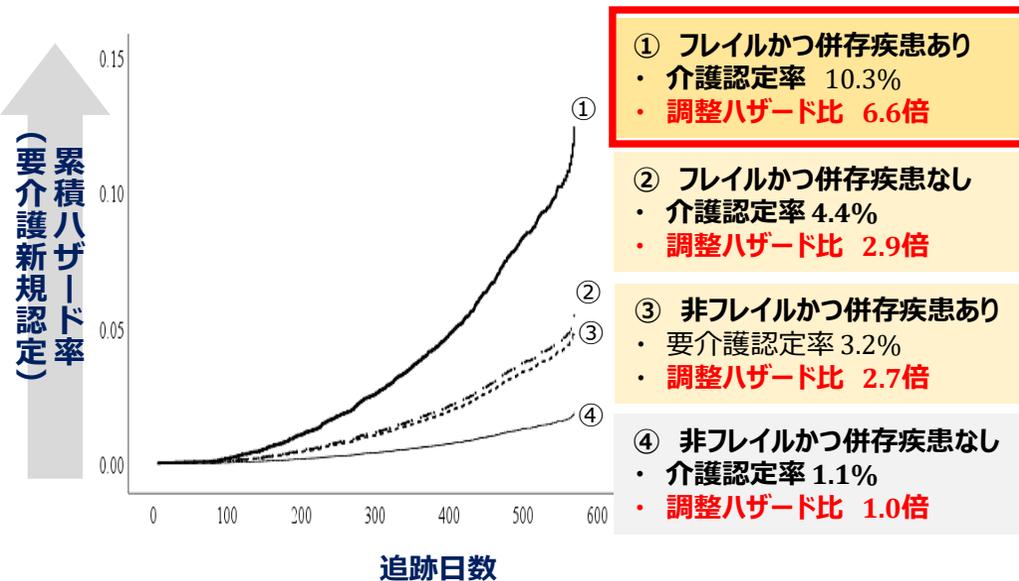
「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施推進に係る検証のための研究」

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

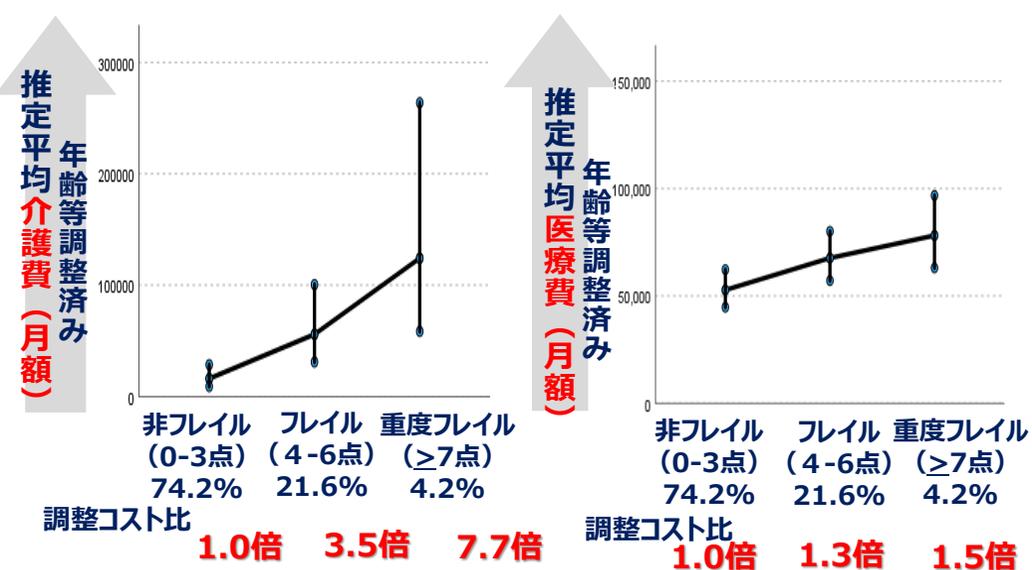
# 令和2年～4年 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施推進に係る検証のための研究 研究成果②

- 「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

# 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

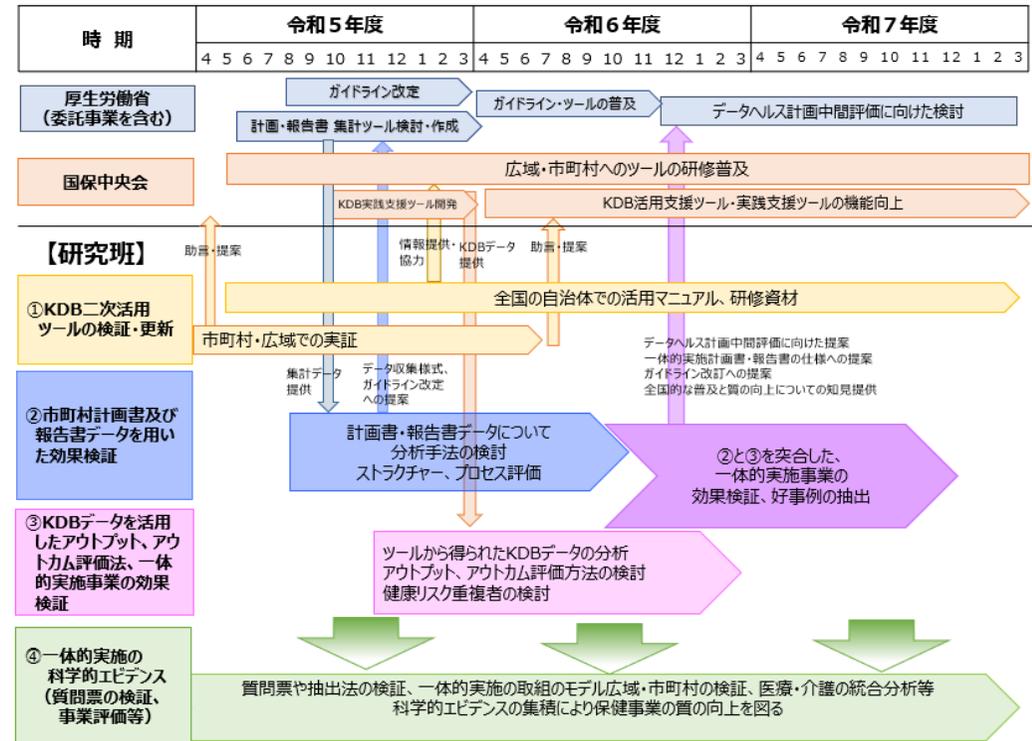
全国のKDBデータ（質問票、健診、医療、介護）を複数年分収集し、広域連合市町村での実施方法と効果の関連について検討する。KDB及び二次活用ツールを用いたアウトプット、アウトカム評価の標準的な方法を検討し、提案する。

### 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。

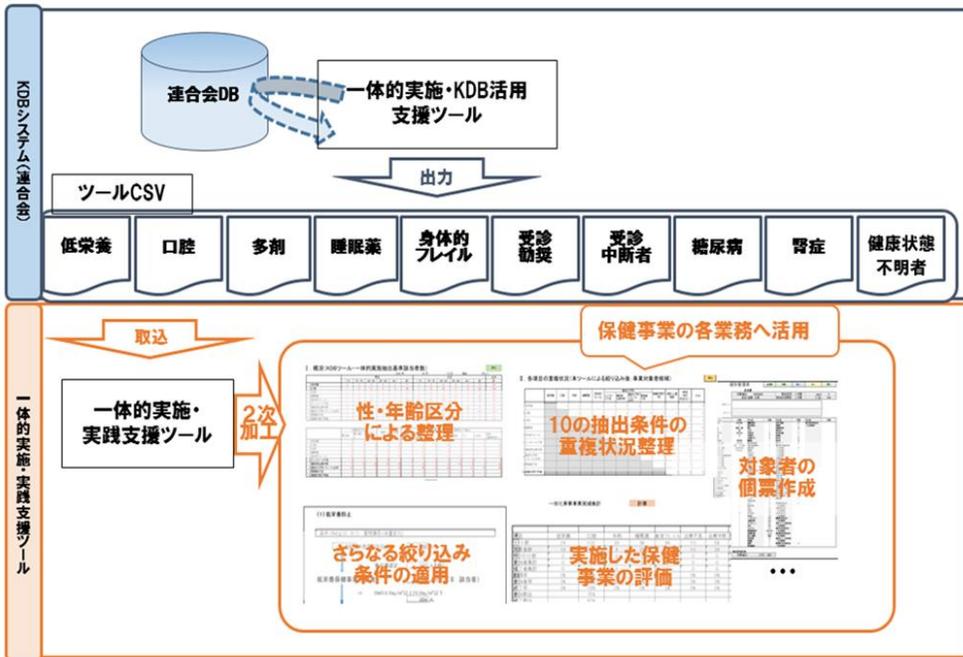
# 一体的実施・KDB実践支援ツール（概要）

- 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。



# 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

- 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

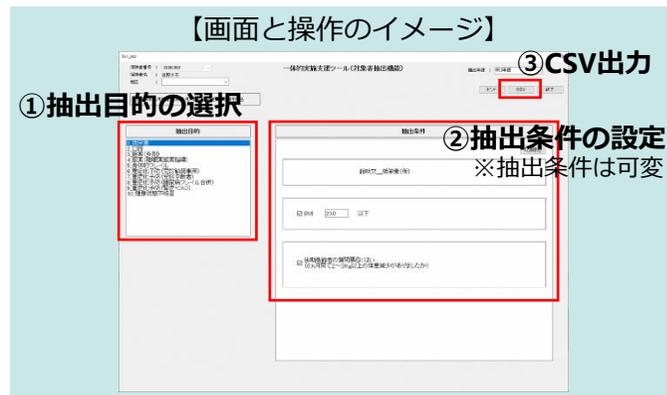
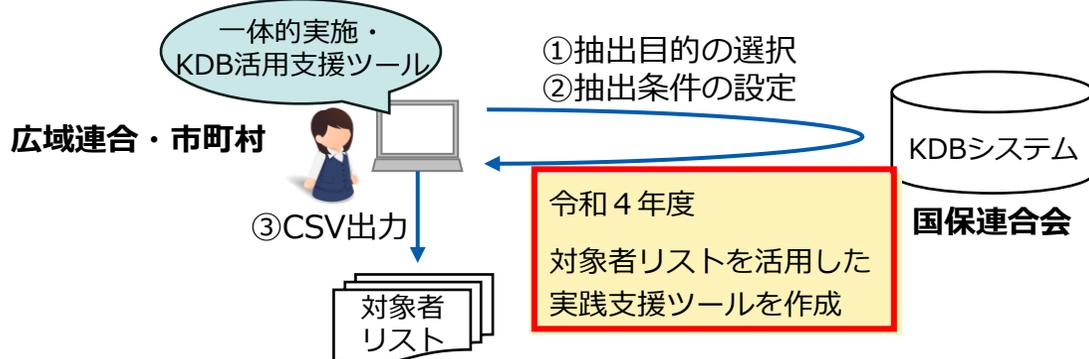
## 資料編

- 「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

# 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) 対象者の人数の確認（年齢区分別） (2) 優先順位付け (3) 手帳等に記入する事項確認、受診歴による絞り込み (4) 支障の確認 (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) 既存の介護予防事業と連携 (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がある者、低栄養を予防し、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】 ●BMI 18.5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) 1) 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	抽出条件の解説・ポイント
2. 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
抽出基準	健診：BMI ≤ 20 かつ 質問票⑥(体重変化)
抽出基準の根拠	● 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懸念されている。 ● 体重減少が顕著な者は、食生活や介護予防の連携発生率が高くなる。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、特に(低栄養)の割合が高くなり、60歳以上は、(高齢者保健事業ガイドライン 別添 P16)
その他の留意点	● 慢性疾患別の栄養状態 ● 介護予防・日常生活圏域二一調査で把握された地域高齢者の特徴 ● 通いの場での開業、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
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	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) (1) 対象者の人数の確認 (年齢区分別) (2) 優先順位付け、BMI 18.5未満、年齢・介護認定の順による絞り込み (人数確認) (3) 事業実施 (手帳) (4) 栄養相談 (訪問または電話)、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。 (5) 本人の体力や健康状態に合わせたプログラムの紹介。(介護予防事業等) (6) 中核職員(電話等)：体重や目標の達成状況の確認、必要に応じて計量機設置。 (7) 継続実施 (訪問または電話)：体重や目標の達成状況を確認して実施。 (8) KDB等が栄養支援・介護認定支援体制を構築。
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	2) 優先すべき対象者 ● BMI 18.5未満 ● 体重減少が顕著な者 ● ソーシャルサポートに繋がっていない者 ● 開業相談(外出頻度)※(他者との交流)※(ソーシャルサポート)※のいずれかに該当 ● 地域包括等からの紹介者 3) CSV情報の活用 (対象者絞り込み、グラフ化、関係者と連携に役立つ資料作成等) ● カンパンスクールでの説明開催。 ● 個別相談、交際費などで呼びかけ等(図中表裏で表示、訪問用メモ、PC等参照は、図中表裏に留意を指示する。
介護予防事業等のためのポイント	4) 連携機関、関係者との連携 ● 「連携機関(開業)連携」：健診・受診等の結果から低栄養傾向にある者を呼びかけたり紹介したり。 ● 地域包括に事業内容や開業、低栄養傾向にある者を紹介したり。 5) 事業実施 (食事サポート、アロマ、アロマ、アロマ等) ※：事業の実施体制 (KDB 分析、人員等栄養相談のメンバー、手帳確保) ※：対象者の抽出、絞り込み、栄養相談 (訪問・電話) 等が円滑に実施されたか ※：栄養相談の対象者から、事業の推進・改善を促すための報告 ※：(長期) 継続化 (栄養支援・介護認定、死亡) した者の割合、医療費及び介護給付費の状況、市民全体の低栄養傾向 (BMI ≤ 20) の割合減少

- 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>

令和4年2月  
 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(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

### 「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) 服薬一多剤	15
(4) 服薬一睡眠薬	15
(5) 身体的フレイル(ロコモ含む)	19
(6) 重症化予防一コントロール不良者	26
(7) 重症化予防一糖尿病等治療中断者	29
(8) 重症化予防一基礎疾患保有+フレイル	31
(9) 重症化予防一腎機能不良未受診者	34
(10) 健康状態不明者	37

## 後期高齢者医療制度の保険者インセンティブ

# 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 40

# 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"> <li>● 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</li> </ul>
令和元・2年度	130点	〔 同上 〕	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 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</li> <li>● <b>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</b></li> </ul>
令和3年度	130点	同上	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 令和元・2年度指標からの大きな変更点無し</li> </ul>
令和4年度	120点	同上	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 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</li> <li>● <b>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</b></li> </ul>
令和5年度	134点	同上	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 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</li> <li>● 高齢者保健事業のアウトカムを評価</li> </ul>
令和6年度	132点	同上	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 「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</li> <li>● 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</li> </ul>
令和7年度	160点	同上	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 「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</li> <li>● 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、<b>マイナ保険証の登録、利用促進に係る指標を新たに追加</b></li> </ul>

※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）

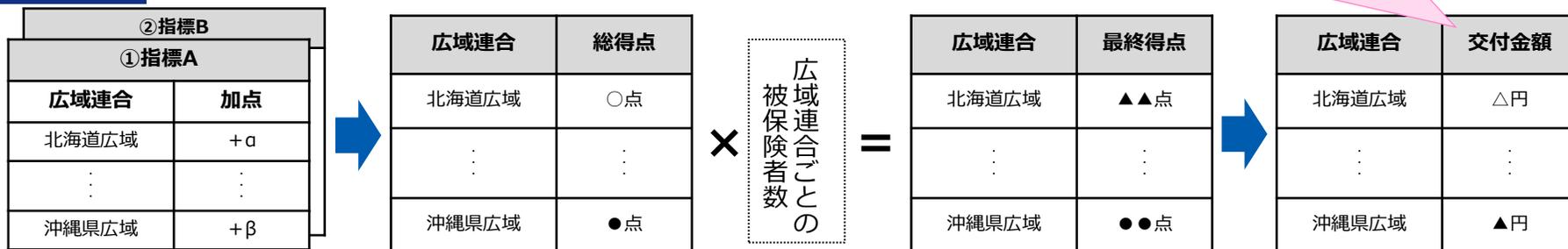
## 事業の評価にかかる配点について（20点満点）

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**

# 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年度の実施状況を評価）	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

変更あり

## 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年度の実施状況を評価）	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

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



## 令和7年度分

計6点

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> <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> <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
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。 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。 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 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 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	
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
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。 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 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 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	
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

変更あり

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

### 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



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

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。 <sup>※1</sup>	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。 <sup>※1</sup>	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

