

# 効果的・効率的に運営する 一体的実施事業の実践に向けて

大阪府後期高齢者医療広域連合

給付課 早川 久美子

# 大阪府の概況

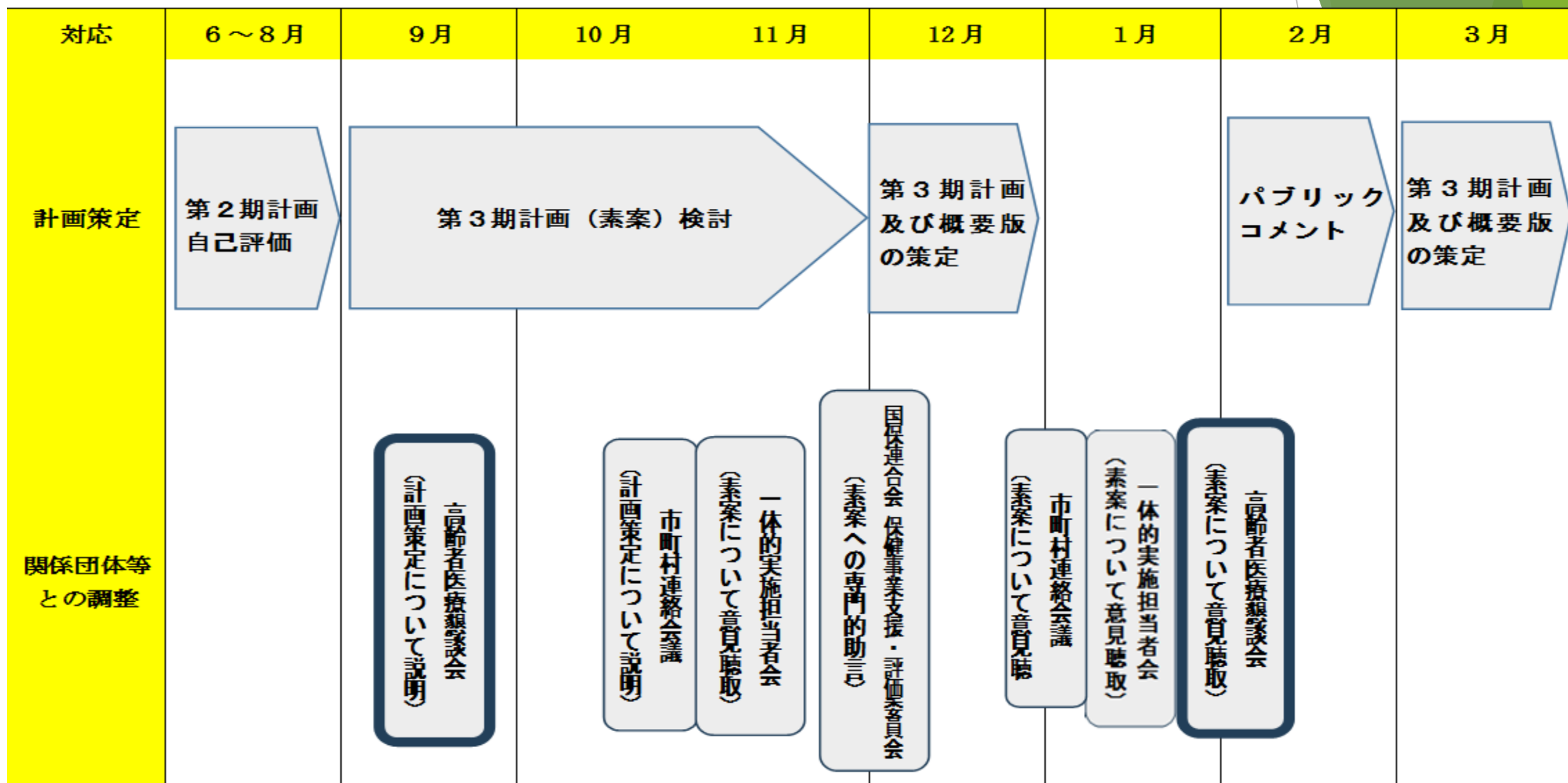
- ▶ 33市9町1村（政令市2 中核市7）
- ▶ 人口 8,761,190人（R6.4.1）
- ▶ 被保険者数 1,257,856人（R6.4.1）
- ▶ 高齢化率 27.7%（R3）
- ▶ 後期高齢者健康診査受診率 23.87%（R5）
- ▶ 歯科健康診査受診率 13.70%（R5）
- ▶ 後期高齢者医療広域連合 保健事業の体制

事務職：2名

保健師：4名



# 第3期データヘルス計画策定① 策定経過



## 第3期データヘルス計画策定②市町村・関係機関との調整

- ①高齢者医療懇談会：被保険者、保険医及び保険薬剤師、他医療保険者、学識経験者、行政関係者13人で構成。後期高齢者医療制度について意見交換を行う
- ②市町村連絡会議：広域連合事務の円滑な実施に必要な検討調整を行う目的で府内市町村の後期高齢者医療担当部長で構成
- ③一体的実施企画・調整担当者連絡会議 で下記について説明し、素案を提示

### 第3期高齢者保健事業実施計画（データヘルス計画）の策定について

#### 1 計画策定の背景と経過

**2 本広域連合の取組：** 平成27年3月に第1期データヘルス計画、平成30年6月に令和5年度までを計画期間とした第2期データヘルス計画を策定し保健事業等を実施。

**3 計画策定の目的：** 被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、効果的・効率的な保健事業を実施するために策定。

#### 4 厚生労働省「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」の見直し内容

（1）保健事業の内容の充実 （2）データヘルス計画の標準化 （3）評価指標の設定

#### 5 今後の対応

（1）第2期データヘルス計画の自己評価の実施 （2）第3期データヘルス計画（素案）策定  
（3）第3期データヘルス計画の策定

# 第3期データヘルス計画策定③ 概要版より

## 現状分析から得られた問題点と広域連合がアプローチする課題

健康寿命（平均自立期間）は全国平均より短く、「不健康な期間」は全国平均より長いため、疾病の発症予防や重症化予防、介護予防等を推進し健康寿命を延伸させる必要がある。	健康寿命（平均自立期間）の延伸	A
保健事業の出発点となる健康診査・歯科健康診査の受診率はそれぞれ被保険者全体の約2割・約1割にとどまり、受診率向上及び市町村格差の解消が必要である。	健康診査・歯科健康診査の受診率向上	B
健康診査や医療・介護サービスにつがっていない被保険者は健康状態の悪化や閉じこもりが危惧されるため、健康状態を把握し必要な保健・医療・介護サービス等につなげる必要がある。	健康状態不明者の減少	C
健康診査の結果、血圧及び血糖の有所見者割合は増加傾向にあり、生活習慣病の早期発見・早期治療、重症化や重篤な合併症の発症を予防するため、適切な医療へつなく必要がある。	生活習慣病の重症化予防	D
1人当たりの医療費は全国平均を上回り、入院・歯科医療費は増加傾向にある。重複・多剤投薬者や重複・頻回受診者が一定存在し、被保険者の健康増進及び転倒等の薬物有害事象を防止するためにも、適正服薬や適正受診を促す必要がある。	受診行動適正化	E
要介護認定率は年々増加している。フレイルは健康な状態と要介護状態との中間地点と言われ、適切な介入により改善が見込めることから、フレイル状態の早期把握・早期支援が必要である。	フレイル予防及び介護予防の強化	F



# 第3期データヘルス計画策定④ 概要版より

広域連合がアプローチする課題		A	B※	C	D	E	F※
		健康寿命（平均自立期間）の延伸	健康診査・歯科健康診査の受診率向上	健康状態不明者の減少	生活習慣病の重症化予防	受診行動適正化	フレイル予防及び介護予防の強化
		介護に至る疾病の発症予防及び重症化予防、フレイル・介護予防の取組の推進	健康診査・歯科健康診査の必要性の理解促進及び未受診者対策の強化	健康診査・医療・介護等の情報がない者の健康状態の把握及び必要なサービスへの接続	生活習慣病の医療放置者やコントロール不良者への受診勧奨及び保健指導の実施	ジェネリック医薬品の利用促進及び受診や医薬品使用の適正化に向けた取組の実施	フレイル状態の早期把握・早期支援を行うため、市町村における一体的実施の取組を推進
課題に対応する個別事業	1 健康診査事業	○	○	○			○
	2 歯科健康診査事業	○	○	○			○
	3 健診未受診者受診促進事業	○	○	○			○
	4 歯科健診未受診者受診促進事業	○	○	○			○
	5 糖尿病性腎症重症化予防事業	○			○		○
	6 高血圧症重症化予防事業	○			○		○
	7 ジェネリック医薬品使用促進事業	○				○	
	8 受診行動適正化事業	○				○	○
	9 高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施	○	○	○	○	○	○

# 第3期データヘルス計画策定⑤個別事業シートより

事業9 高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施	
事業の目的	低栄養やフレイル、生活習慣病の重症化、重複・頻回受診、多剤投薬、健康状態不明など高齢者の多様な健康課題に対してきめ細かな支援を行うため、高齢者にとって身近な市町村においてハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチの両面から健康支援に取り組む。
事業の概要	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 対象者 大阪府後期高齢者医療保険者</li> <li>2 実施方法 広域連合より市町村へ委託</li> <li>3 実施内容 <ol style="list-style-type: none"> <li>①ハイリスクアプローチ(ア～ウのうち一つ以上を実施) <ol style="list-style-type: none"> <li>ア 低栄養防止・生活習慣病等の重症化予防</li> <li>イ 重複・頻回受診者、重複投薬者等への相談・指導</li> <li>ウ 健康状態不明者等の状態把握、必要なサービスへの接続</li> </ol> </li> <li>②ポピュレーションアプローチ(ア・イのうち一つ以上を実施、地域の実情に応じてウを実施) <ol style="list-style-type: none"> <li>ア フレイル予防の啓発や健康教育・健康相談</li> <li>イ フレイル状態の高齢者の把握、状態に応じた保健指導</li> <li>ウ 気軽に相談が行える環境づくり</li> </ol> </li> </ol> </li> <li>4 自己負担 無料(内容により実費が必要な場合有)</li> <li>5 事業周知 各事業ごとに市町村で周知</li> <li>6 課題 実施内容の充実(フレイル対策の強化・健康課題への取組)</li> </ol>

# 第3期データヘルス計画策定⑥ 個別事業シートより

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績(R4)	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	低栄養該当者の割合	低栄養該当者数／被保険者数	0.7%	前年度を下回る					
	2	身体的フレイル該当者の割合	身体的フレイル該当者数／被保険者数	3.7%	前年度を下回る					
	3	オーラルフレイル該当者の割合	オーラルフレイル該当者数／被保険者数	2.30%	前年度を下回る					
	4	骨折患者の割合	被保険者1,000人当たりの患者数	178人	前年度を下回る					
	5	誤嚥性肺炎患者の割合	被保険者1,000人当たりの患者数	33人	前年度を下回る					
	6	健康状態不明者の割合	健康状態不明者数／被保険者数	1.7%	前年度を下回る					
	7	一体的実施の取組にかかる市町村自己評価	市町村自己評価平均点	2.5/3点			2.75/3点			3/3点
項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績(R5)	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	身体的フレイルに取り組む市町村数(ハイリスク)	取組市町村数／全市町村数	6/43	22/43	33/43	43/43	43/43	43/43	43/43
	2	身体的フレイルに取り組む市町村数(ポピュレーション)	取組市町村数／全市町村数	42/43	39/43	41/43	43/43	43/43	43/43	43/43
	3	口腔に取り組む市町村数(ハイリスク)	取組市町村数／全市町村数	16/43	21/43	32/43	43/43	43/43	43/43	43/43
	4	口腔に取り組む市町村数(ポピュレーション)	取組市町村数／全市町村数	29/43	37/43	40/43	43/43	43/43	43/43	43/43
	5	ハイリスクアプローチを3項目以上取り組む市町村数	取組市町村数／全市町村数	17/43	24/43	27/43	31/43	35/43	39/43	43/43
	6	市町村への研修・担当者会の実施状況	研修・会議の実施回数	6	6	6	6	6	6	6
	7	関係機関連携促進の研修等の実施	研修・事業説明等の実施回数	4	4	4	4	4	4	4



# 第3期データヘルス計画策定⑦ 個別事業シートより

プロセス (方法)	概要	広域連合より府下市町村へ委託し事業を実施する。
	実施内容	<p>①広域連合と市町村で業務委託契約書の締結。</p> <p>②市町村で事業実施(市町村ごとに健康課題を分析し、必要な事業を実施)。</p> <p>③市町村からの特別調整交付金に係る関係書類(事業計画書・変更申請・実績報告書)を広域連合より厚生労働省に提出。</p> <p>④広域連合にて市町村の実績報告書を確認し、各市町村に委託料を支払い。</p> <p>⑤企画・調整担当者連絡会(年3回)、高齢者の保健事業セミナー(国保連と協力し、年2回)の開催、国保連が設置する保健事業支援・評価委員会の活用により、健康課題の分析や事業実施計画・事業評価が適切に行えるよう市町村の支援を行う。</p> <p>⑥医師会・歯科医師会・薬剤師会への事業説明、府介護支援課と連携し多職種(理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・栄養士・歯科衛生士)との意見交換会等の実施により連携促進を図る。</p>
	実施後のフォロー・モニタリング	<ul style="list-style-type: none"> <li>・年間を通して、市町村からの問い合わせや相談に対応</li> <li>・計画書・報告書により実施状況把握</li> <li>・企画・調整担当者連絡会にて各市町村が自己評価を行い、有識者より助言を受ける</li> <li>・年1回の関係機関連絡会議開催</li> </ul>
ストラクチャー (体制)	概要	広域連合、市町村が協力し、関係機関とも連携のうえ事業を実施する。
	実施内容	<p>1 広域連合の体制</p> <p>(1)主幹部署:給付課事業係</p> <p>(2)担当者数:事務職1名、保健師4名</p> <p>(3)実施方法:管内市町村に委託</p> <p>2 市町村の体制</p> <p>(1)主幹部署:市町村によって異なる</p> <p>(2)担当者数:市町村によって異なる</p> <p>(3)実施方法:直営や委託 市町村によって異なる</p> <p>3 関係機関:国保連、大阪府(国民健康保険課・健康づくり課・介護支援課)、近畿厚生局等</p> <p>医療専門団体:医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、理学療法士会、作業療法士会、言語聴覚士会、栄養士会、歯科衛生士会等</p>
	実施後のフォロー・モニタリング	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医師会・歯科医師会・薬剤師会への事業説明、府介護支援課と連携し多職種研修(意見交換会)実施</li> <li>・年1回の関係機関連絡会議開催</li> </ul>

# 一体的実施について① 市町村取組経過

大阪広域では、令和5年度に全市町村実施を目標とした

開始年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
新規	6	19	10	8
累計	6	25	35	43

## 一体的実施について② 現在の市町村取組状況

実施市町村数	ハイリスクアプローチ							ポピュレーションアプローチ		
	ア 低栄養防止・重症化予防					イ 重複投薬・多 剤投与等	ウ 健康状態不明 者等の把握	ア フレイルの啓 発・健康教育 等	イ フレイル状態 の把握・保健 指導	ウ 気軽に相談で きる環境づく り
	低栄養	口腔	身体的フレイル	糖尿病性腎症	その他の 生活習慣病					
43	25	23	15	21	19	5	30	43	35	16
	58.1%	53.5%	34.9%	48.8%	44.2%	11.6%	69.8%	100.0%	81.4%	37.2%

# 一体的実施について③ 市町村支援実績

年度別ハイリスクアプローチ実施率										
年度	市町村数	低栄養	口腔	服薬	糖尿病性腎症	その他生活習慣病	重複・頻回受診・重複投薬等	健康状態不明者	その他	平均取組数
R2	6 %	4 66.7	3 50.0	0 0.0	3 50.0	3 50.0	0 0.0	4 66.7	0 0.0	2.83
R3	25 %	15 60.0	9 36.0	2 8.0	7 28.0	14 56.0	0 0.0	15 60.0	2 8.0	2.56
R4	35 %	15 42.9	11 31.4	1 2.9	12 34.3	20 57.1	3 8.6	23 65.7	2 5.7	2.49
R5	43 %	20 46.5	16 37.2		14 32.6	23 53.5	6 14.0	30 69.8	0 0.0	2.53

ハイリスクアプローチ支援実績（実数）				
取組区分	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
低栄養	88	282	563	661
口腔	20	96	708	815
重症化予防（糖尿病性腎症）	30	89	170	163
重症化予防（その他生活習慣病）	75	404	2006	2803
重複・頻回受診・重複投薬（服薬含む）		661	129	791
健康状態不明者	57	1029	7468	2764
その他（フレイル等）	47	2283	2585	
合計	317	4844	13629	7997

# 一体的実施について④ 広域連合の支援 1

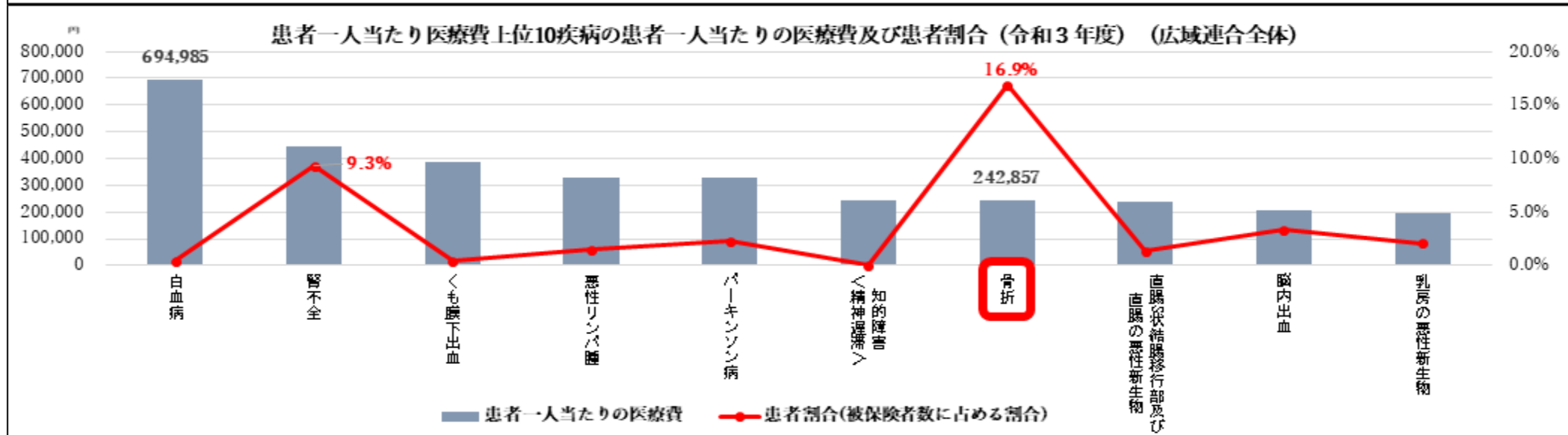
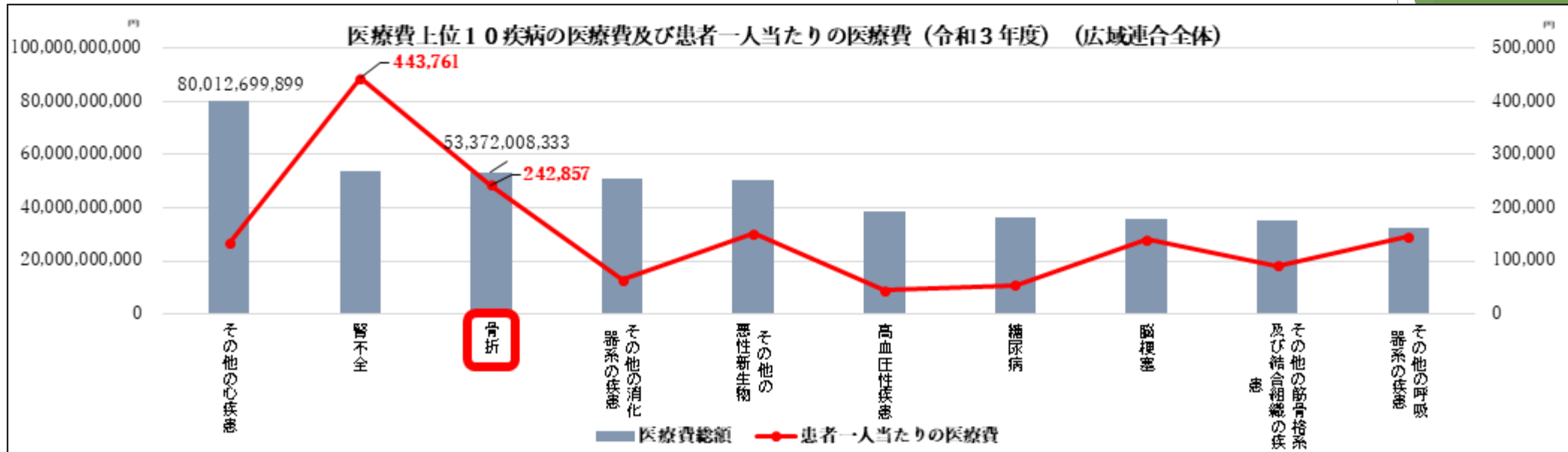
取組		実施内容	令和5年度
①	一体的実施に係る企画・調整担当者等連絡会議	<ul style="list-style-type: none"> <li>・各市町村の企画・調整担当職員間の連携及び事業実施に必要な情報共有を行う</li> <li>・スーパーバイザーによる技術的助言を実施。</li> <li>・担当職員の事務負担軽減のためQ &amp; Aや交付金申請書作成マニュアル等を作成</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 1回目 令和5年5月31日</li> <li>・ 2回目 令和5年11月17日</li> <li>・ 3回目 令和6年1月29日</li> </ul>
	(令和2年度～)	※各市町村への効果的な支援内容の検討及び関係機関の役割の明確化を図るため関係機関連絡会議を開催	※関係機関連絡会議令和6年3月8日
②	一体的実施を推進するための市町村職員研修	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 市町村職員を対象に、専門研修及びKDBシステムの活用研修を大阪府国民健康保険団体連合会と連携して開催</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 1回目 令和5年7月19日</li> <li>・ 2回目 令和5年8月30日</li> </ul>
	(令和2年度～)		
③	一体的実施に係る医療関係団体との連携促進	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 事業の意義や医療関係団体の役割等について研修や説明会を開催</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医師会 令和5年10月25日</li> <li>・ 歯科医師会 令和5年9月16日</li> <li>・ 薬剤師会 令和5年5月20日</li> </ul>
	(令和2年度～)	(ねらい) 各地域医療関係団体の理解・協力を促進	



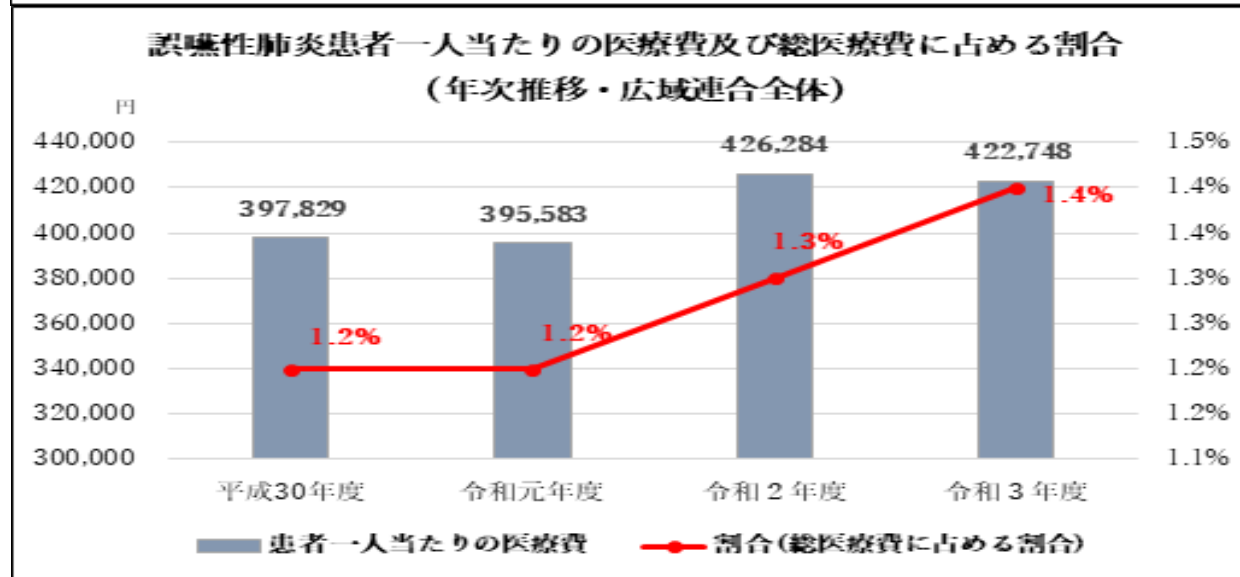
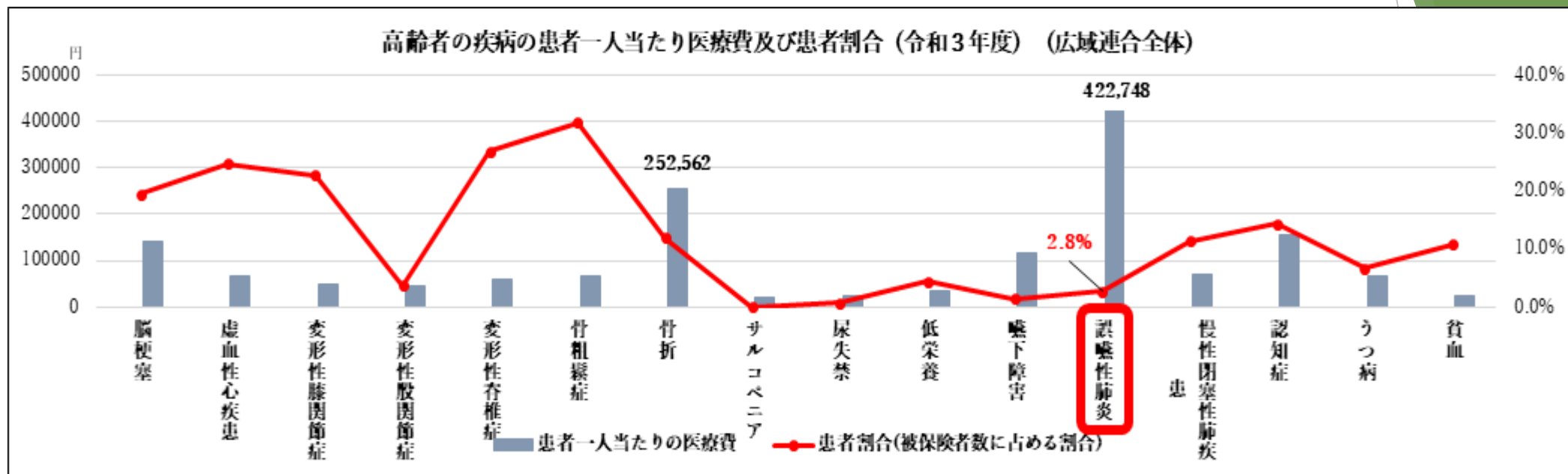
# 一体的実施について⑤ 広域連合の支援 2

取組		実施内容	令和5年度
④	一体的実施に係る事業 評価  (令和2年度～)	・大阪府国民健康保険団体連合会のヘルスサポート事業（保健事業支援・評価委員会）等を活用し、一体的実施に係る保健事業の評価を実施	・ワーキングチーム4回 ・保健事業支援評価委員会1回
⑤	データヘルス計画実施に伴う分析事業  (令和元年度～)	・健康診査結果やレセプト等の分析結果を市町村へ提供 (ねらい) 市町村の健康課題の抽出等を支援	・令和4年度の健康診査・歯科健康診査結果・レセプト等を分析
⑥	健康寿命延伸を目指した歯科健康診査データ研究分析事業  (令和3～5年度)	・歯科健康診査結果及びレセプト等より、口腔状態と要介護状態につながる疾病との関係进行分析し市町村へ提供 (ねらい) 市町村の健康課題の抽出等を支援	・平成29年度～令和4年度の歯科健康診査・健康診査結果・レセプト等を分析

# 一体的実施について⑥ R4年度データ分析事業より



# 一体的実施について⑦ R4年度データ分析事業より



## 一体的実施について⑧ 重点事業

### フレイル対策の強化

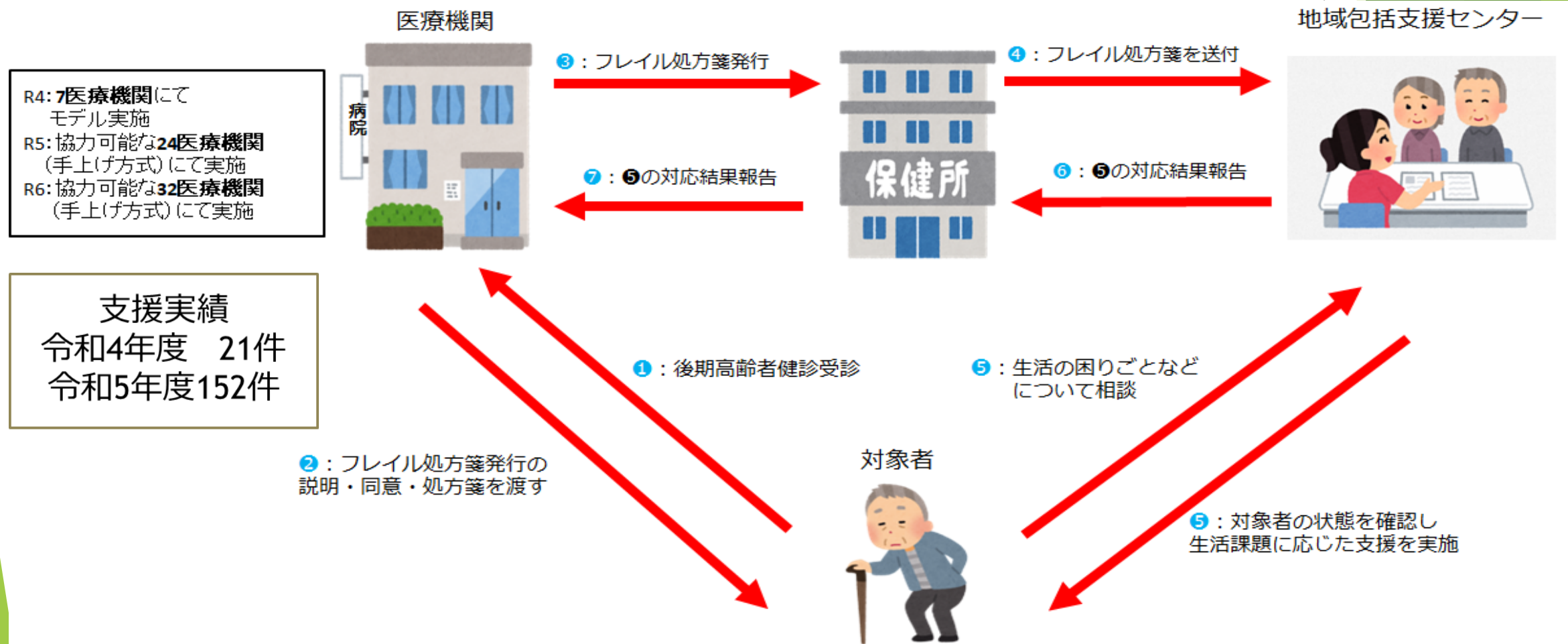
- ①高齢者の転倒・骨折を予防するための**身体的フレイル**
- ②低栄養・誤嚥性肺炎を予防するための**オーラルフレイル**

全市町村へ、共通の取組課題とし、  
ハイリスクアプローチ・ポピュレーション  
とともに取組むよう要請中

# 一体的実施について⑨ 市町村事例 1（事業スキームでの連携）

## A市フレイル処方箋事業

### 事業スキーム





# 一体的実施について⑩

## 市町村事例 2（地域分析資料活用による連携）

### 令和3年度

#### KDB等を活用した地域の健康課題分析

##### <内容>

- ①死因別の死亡割合
- ②健康寿命
- ③要介護の原因分析
- ④生活習慣病の分析

##### (目標)

- 生活習慣病重症化予防・フレイル予防
- 国保事業との連携
- 70代後半をターゲットに事業展開

##### (事業内容)

- 医師会と連携し健康診査の受診勧奨

### 令和4年度

#### 歯科受療・歯科健診等の現状分析

##### <内容>

- ①歯科健診の受診状況
- ②歯科受療状況と歯科健診等
- ③歯科健診結果の状況
- ④分析結果から見てきたこと
- ⑤歯科医師会への提案事項
- ⑥歯科医師会と市との協働

##### (目標)

- 歯科健診受診、早期発見・早期治療により口腔機能の低下を防ぐ

##### (事業内容)

- 報告内容により歯科医師会に提案
- 歯科医療機関に歯科健診勧奨のポスター掲示
- 歯科健診受診勧奨通知の郵送

### 令和5年度

#### 歯科の現状・取組の評価・今後の提案

##### <内容>

- ・取組の効果
- ・受診勧奨通知の評価
- ・受診勧奨通知の実施方法の検討
- ・R5年度の取組の提案
- ・R4年度の取組の分析・評価
- ・歯科健診の結果

##### (目標)

- 健康寿命の延伸、QOLの向上、
- 口腔機能の維持・向上
- かかりつけ歯科医院がある高齢者割合の増加
- 口腔の健康状態不明者の減少
- 歯科受療率の向上
- 歯科治療放置・中断者の減少
- 歯科健診受診率の向上

##### (事業内容)

- 市歯科医師会に報告し、歯科医師会会員に周知・情報共有
- 取り組みを継続

毎年、地区分析や事業報告書を作成し、その報告書を基に関係機関とも協議

毎年、地区分析や事業報告書を作成し、その報告書を基に関係機関とも協議

一体的地域ケア会議において、医師会・歯科医師会のみでなく、その他の医療関係職の団体、庁内の関係部署、地域包括支援センター、社会福祉協議会、介護関係団体とも共有

# 一体的実施について⑪ 市町村事例 3（健康状態不明者対策）

## ▶ R3年度の事業開始当初より「健康状態不明者対策」に取り組む

	R3年度	R4年度	R5年度
抽出基準	健診・医療未受診者をKDBより抽出。案内はがき送付前に対象者の世帯状況確認。	健診・医療未受診者をKDBより抽出（4月1日時点で77歳）介護認定無通いの場からも抽出	KDB活用支援ツールから絞り込み（4月1日時点で76～80歳）介護認定無通いの場からも抽出
対象者数	175人	714人	2129人
支援者数	33人	297人	実406人 延497人
実施内容	2区で実施 関係機関に説明 案内はがき送付 折り返し連絡者（31人）の状況確認。必要な医療、サービスにつなぐ	全圏域実施 ①KDBで抽出した対象者に健康教育案内個別通知を送付し個別指導（希望者には健康教育） ②通いの場での把握者に個別指導	全圏域実施 ①KDBで抽出した対象者に健康教育案内個別通知を送付し個別指導（希望者には健康教育） ②通いの場で把握者に個別指導
実施結果	支援実33人/延54人 6人が健診受診（18.2%） 受診未だが行動変容みられるものあり	①658人案内→264人介入→受診者25人 ②56人把握→33人介入→受診者15人 健康教育参加者7人/205人→受診者6人 ※健康教育はモデル実施	①2086人抽出・個別通知 →262人個別訪問等支援→受診者13人 26人健康教室（集団）→受診者9人 ②43人把握→32人個別支援→受診者3人
評価	KDB活用し、これまで介入できていない対象にアプローチできた 対象者数多く優先順位をつける必要あり	KDBの対象者は9.5%の受診 通いの場の対象者は26.8%が受診 健康教育参加率は3.4% 参加者の受診率85%	KDB対象者は5.0%の受診 通いの場の対象者は9.3%が受診 健康教育参加率は1.3% 参加者の受診率34.6%
その他	健康状態未把握者は被保険者の5.3%（R2）	健康状態未把握者は被保険者の6.0%（R3）	

# 一体的実施について 今後の事業運営の方向性

## ▶ 第3期データヘルス計画の推進

### ① フレイル対策の強化

研修会・担当者会での支援

### ② 健康課題に即した取組内容の実施

標準化・ハイリスク者割合に着目し健康課題の見直し

### ③ 庁内・関係機関の連携促進を目指して

市町村の連携状況の共有