

一体的実施における保健事業のPDCA ～実践支援ツール・研究結果を活用して～

厚生労働省 高齢者の保健事業ワーキンググループ 座長

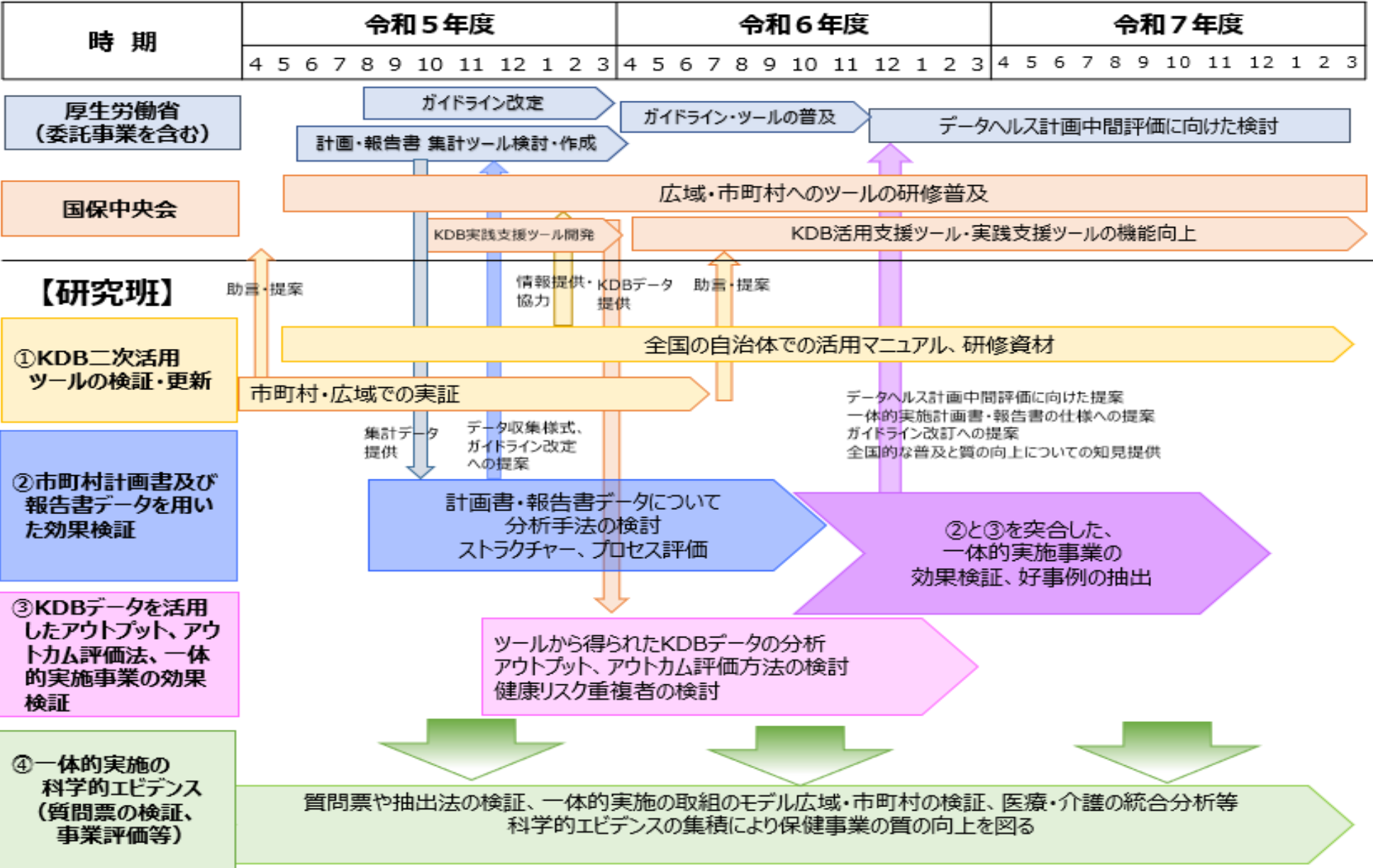
厚生労働科学研究（政策科学総合研究事業）

令和2～4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

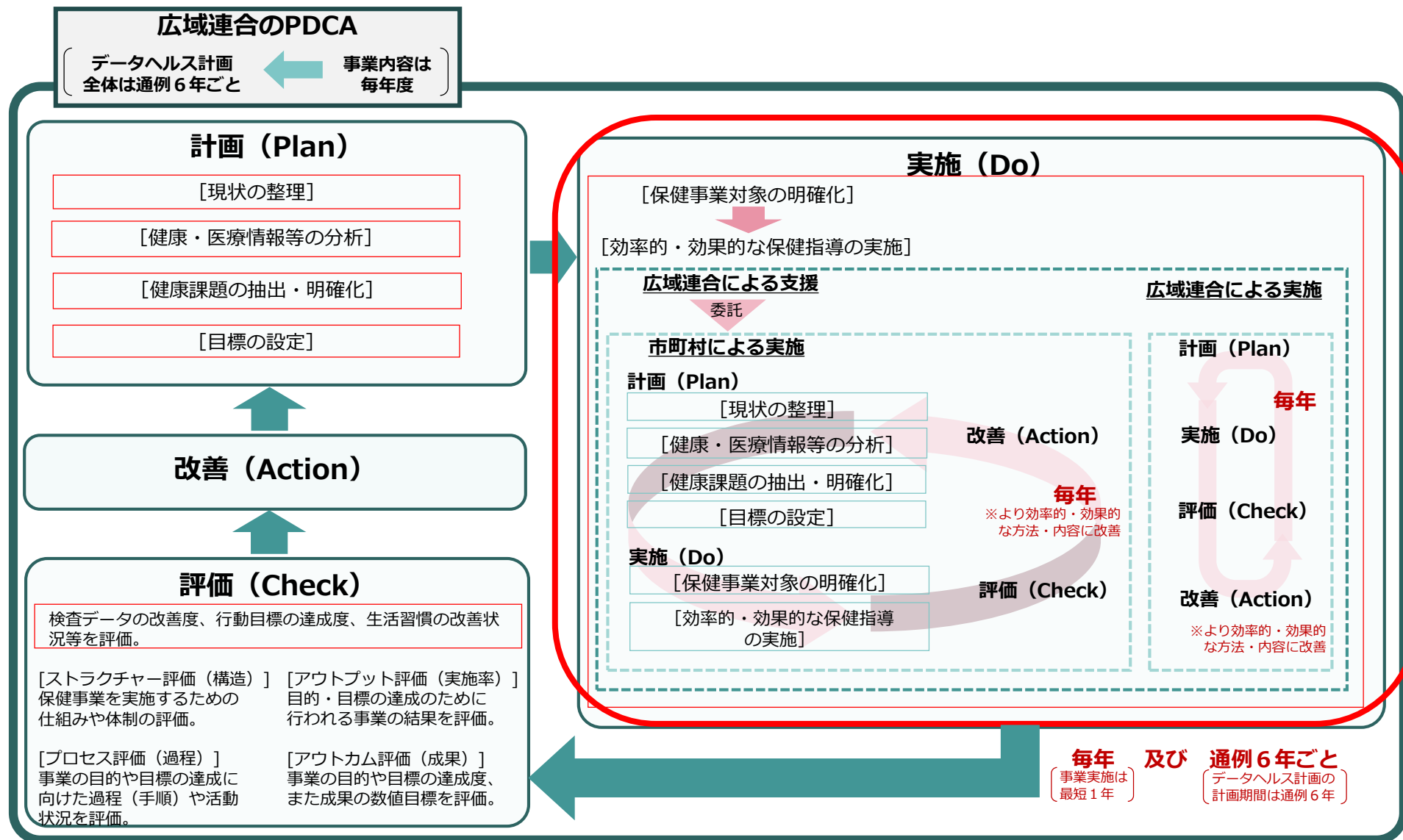
令和5～7年度 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の**推進及び効果検証**のための研究

女子栄養大学 津下 一代

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



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



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。
		（委託の場合）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。



個別事業実施

(1) 地域の医療・介護関係団体との調整

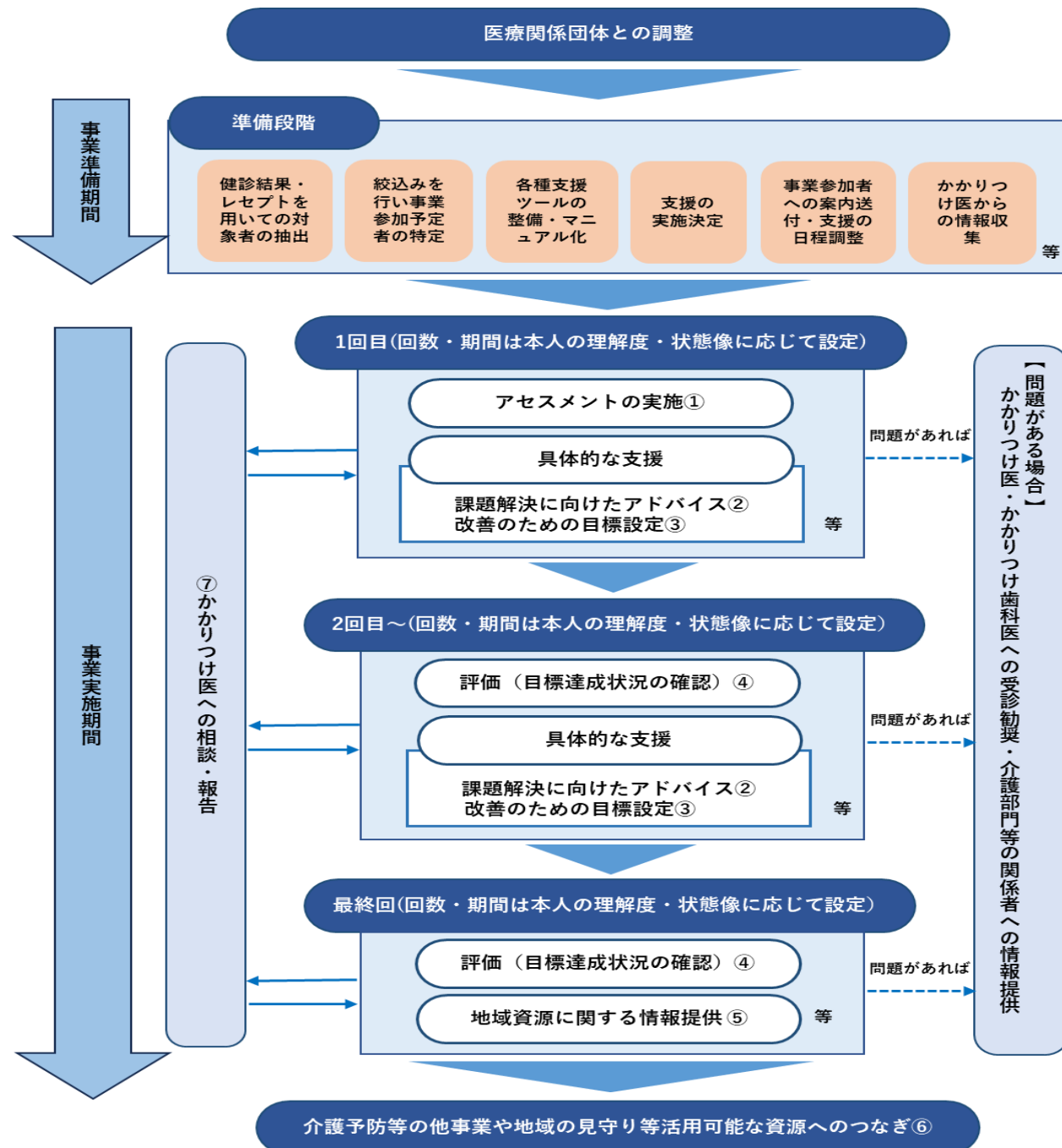
(2) 事業の実施

- ① アセスメント
- ② アドバイスの実施
- ③ 改善目標の設定
- ④ 参加者についての個別評価
(目標達成状況の確認)
- ⑤ 地域資源に関する情報提供
- ⑥ 地域資源へのつなぎ
- ⑦ かかりつけ医等への情報提供

評価とその活用

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。



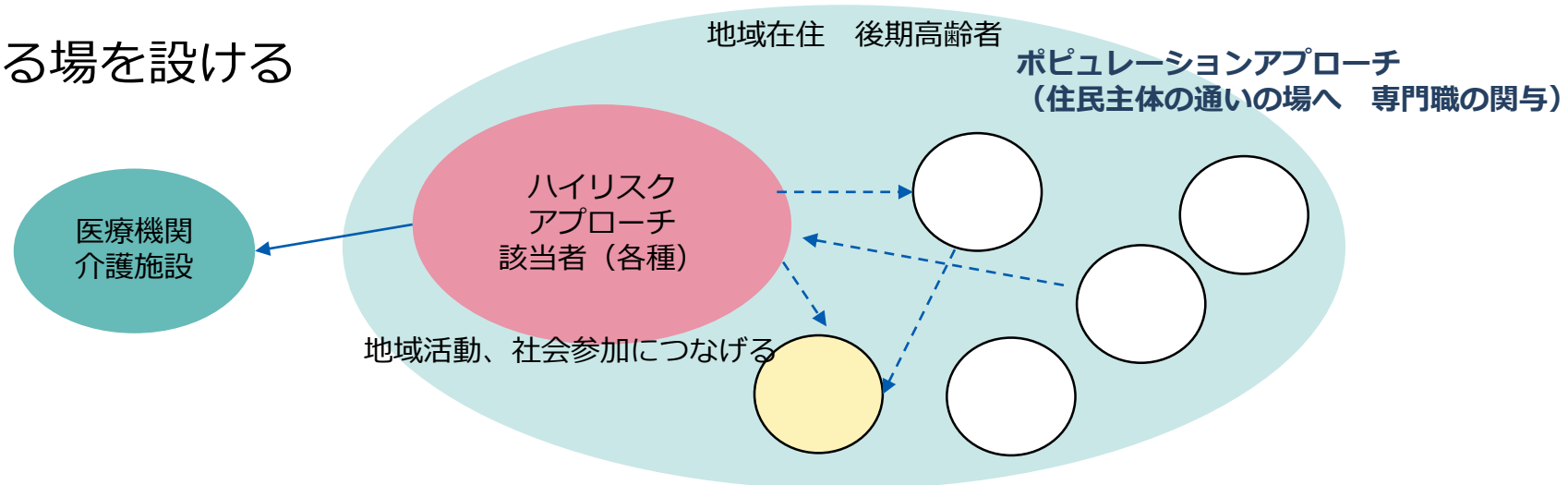
ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチを実施

●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



令和4年度 事業計画書・実績報告書の確認(全体)

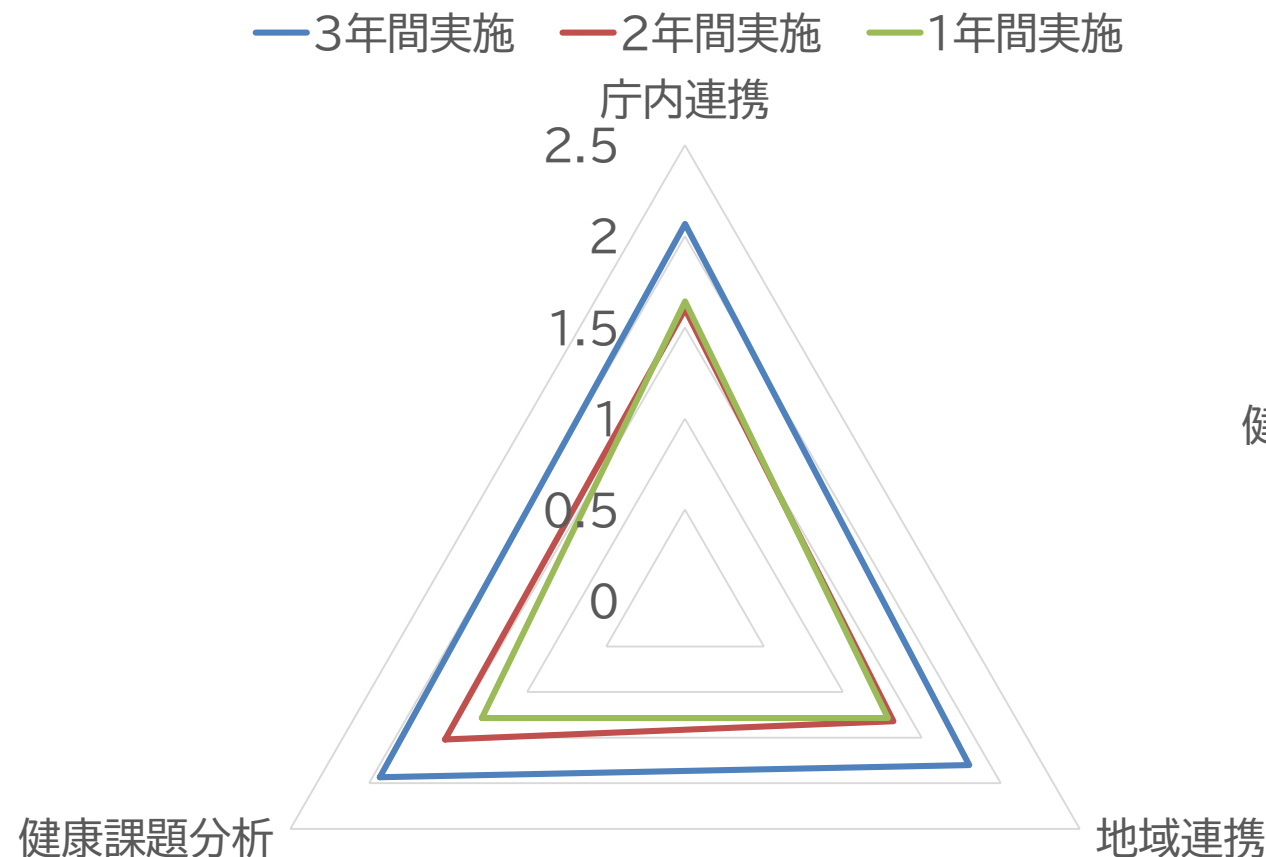
項目		判断基準	
実施体制	庁内連携	2：医療保険（高齢者）、国保、介護、健康増進の各部局との連携が取れ、事業実施の各局面において着実に連携していると見られる 1：情報共有などの連携をしていると見られる 0：記載なし	3：加点要素 （その理由）
	地域連携	2：医師会等医療関係者、介護関係者等の地域関係者との連携が取れ、事業実施の各局面において着実に連携していると見られる 1：情報共有などの連携をしていると見られる 0：記載なし	
	健康課題分析	2：KDB（レセ・質問票）システム等により健康課題分析がしっかりできており、事業計画に反映している（他計画との関係にも考慮している） 1：既存データなどの情報を掲載しているが事業計画との関連が不十分 0：記載なし	
	取組圏域数の割合	取組圏域数／圏域数×100（配点は今後分布をみて調整） 5：80～100% 4：60～80% 3：40～60% 2：20～40% 1：～20%	

令和4年度 事業計画書・実績報告書の確認(個別事業) ポピュレーション アプローチ

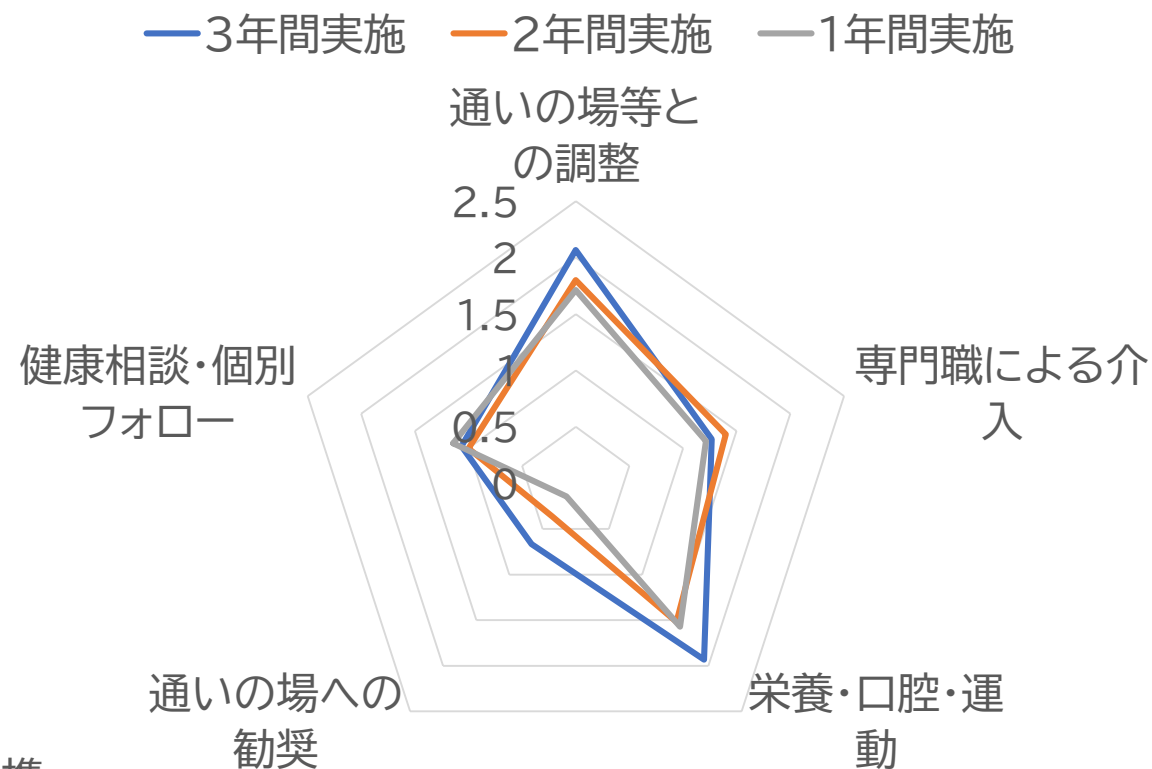
項目	判断基準	
通いの場等との調整	2：通いの場、包括等との連携（地域資源の活用）が密に出来ている 1：通いの場実施のための連携が出来ている 0：記載なし	3：加点要素 (その理由)
専門職による介入	2：専門職だけでなく、住民ボランティアの育成ができています 1：専門職による介入ができています 0：記載なし	
栄養・口腔・運動	2：高齢者の特性に合わせ、複合的なプログラムが提供されている 1：単独プログラムの提供にとどまる 0：記載なし	
通いの場への勧奨	2：健康情報（質問票等）に応じて、必要な人に参加勧奨している 1：広報誌・通知等で広く参加を促している 0：記載なし	
健康相談・ 個別フォロー	2：健康相談の結果によってハイリスクアプローチ・包括等に繋げている 1：健康相談を実施している 0：記載なし	
実施状況	事業実施の圏域数／全圏域数 事業実施の通いの場の数／通いの場総数	

令和4年度の報告書から見た実施体制(2広域54市町村分)、ポピュレーションアプローチ (開始年度別)令和2年度～(15市町村)、3年度～(25市町村)、4年度～(14市町村)

令和4年度の実施体制



ポピュレーションアプローチ



3年連続実施自治体では、庁内、地域連携体制ポイントが高かった。事業実施から見えてきた課題を検討し次年度の対策につなげていた。事業の種類、運営上の工夫を行っていた。

令和4年度 事業計画書・実績報告書の分析プロセスにおける考察 ①

○実施体制のポイント

庁内連携、地域連携：

- ・ 定期的な会議設定と随時の担当者MTの組み合わせを計画しているところが実績をあげている
- ・ 情報共有だけでなく、**事業実施、評価を連携して実施している自治体では、次年度の計画の改善**がみられる
- ・ 高齢者に関わる5課の計画・事業を一つのシートで整理したり、事業に合わせて 大学、警察(不明者) 等とも連携した自治体があった(事業に合わせた工夫)

健康課題分析：

- ・ 既存データの紹介のみで、分析結果と事業計画との関係性が見えないところもあった
- ・ **前年度の状況も踏まえた分析や、後期高齢者の特性をKDBにて分析している自治体では、事業改善につながりやすい傾向があった**
- ・ 個別事業の評価結果を踏まえて、次年度の事業計画全体を検討している自治体があった
⇒事業間の連携、ハイリスク⇔ポピュレーションの全体を見た検討

令和4年度 事業計画書・実績報告書の分析プロセスにおける考察 ②

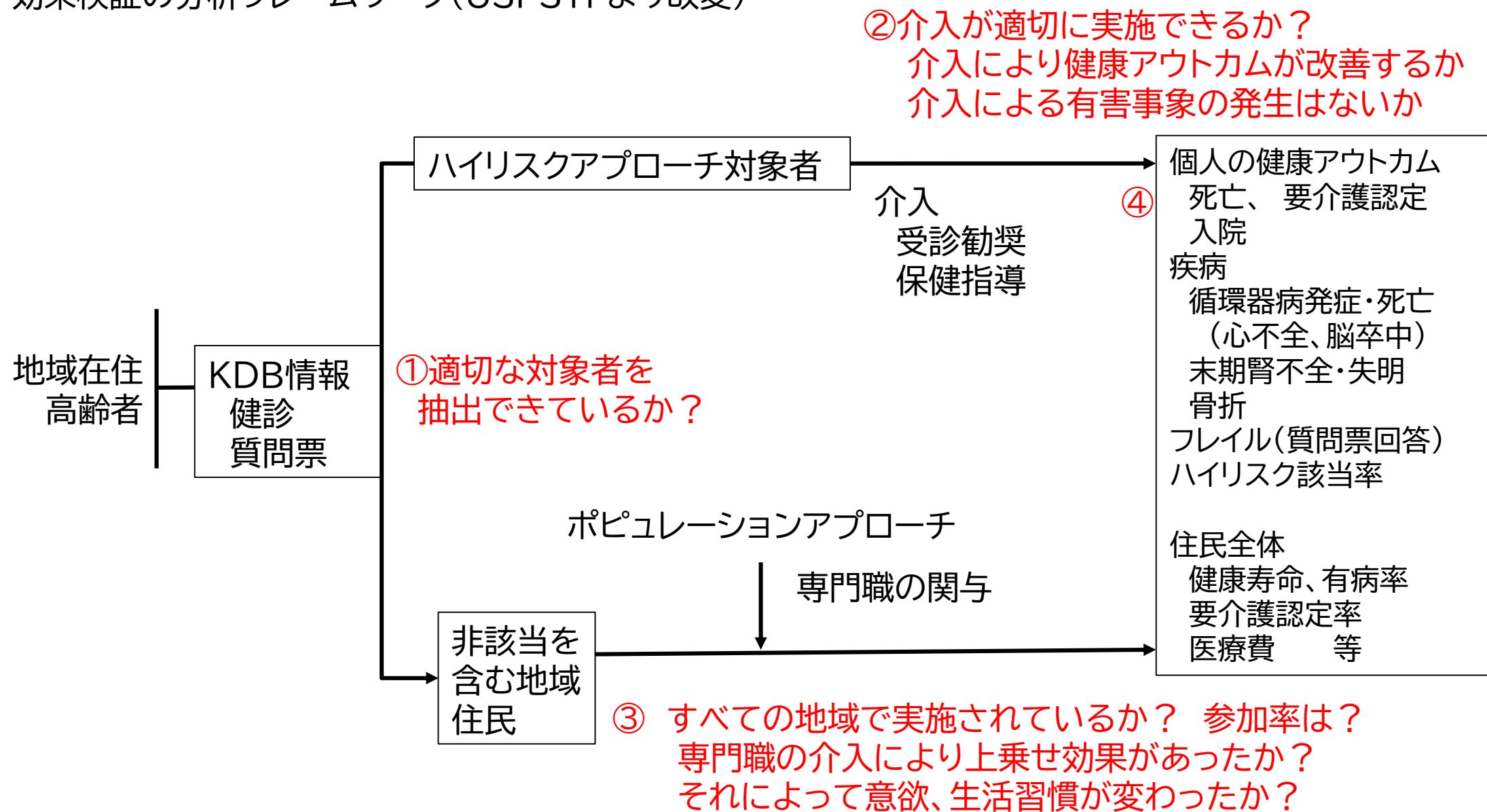
○ポピュレーションアプローチのポイント

- ・市町村庁内連携・地域包括支援センターとの連携が重要

包括担当者とともに、通いの場運営者への説明や事業計画を実施している自治体では実施個所数が多く、必要に応じてハイリスクアプローチへのつながりがなされていた

- ・専門職による介入(複合的なプログラム)が広く実施されたが、住民ボランティアの育成・活用についての記載は一部自治体にとどまった
- ・ハイリスクアプローチから通いの場へ、通いの場からハイリスクアプローチへの流れを意識している自治体があるが、記載のない自治体が多かった
- ・通いの場は元気な人が多いため、通いの場への誘導(質問票の状況を確認して誘導する)、低体力者などが集まりやすい場を設定する、等の新たな場の設定を検討する自治体があった

効果検証の分析フレームワーク(USPSTFより改変)



【参考】 保健事業(健診等のスクリーニング)の効果検証

- ① 健診・質問票によるスクリーニング(以下、健診等)には、健康アウトカムを改善するエビデンスはあるか。
これについて 有害事象はあるか。
- ② ①で発見されたハイリスク者への介入は、健康アウトカムに好影響があるか。
介入を行った場合と行わなかった場合で健康アウトカムに差がみられるか。
- ③ ①で発見されたリスクが低い対象者(予備群等)に対して
介入を行わなかった場合と比較して健康アウトカムを改善するか。
③には有害事象があるか。
- ④ フレイルもしくはフレイル予備群に対する介入は健康寿命を延伸させるか。
中間的なアウトカム(質問票回答、体力、検査値等)が改善するか。

(USPSTF スキームを高齢者の保健事業に合わせて修正)

令和4年度 事業計画書・実績報告書の確認(個別事業) ハイレスクアプローチ

研究班暫定版

項目	判断基準	
取組事業数	個別事業種別数（低栄養、口腔、服薬、身体的フレイル、重症化予防、その他の生活習慣病、重複・頻回受診、健康状態不明者）	
以下は各個別事業について		
対象者 選定基準	2：質問票およびレセプトを活用し、高齢者の保健事業にに適した基準 1：独自基準（国保と同じ基準など、必ずしも高齢者に適していない基準） 0：選定基準の記載なし	3：加点要素 （その理由）
個別事業の ための連携 （庁内・地域）	2：個別事業に適した連携（地域資源の活用も含む）が密に出来ている 1：個別事業実施のための連携が出来ている 0：連携についての記載なし	
必要な者を次に 繋げているか	1：記述がある 0：記述がない	
実施状況	実施圏域数／全圏域数 実施人数／（加入者数、該当者数（ツール基準）、該当者数（保険者基準））	データより カバー率算出
事業評価	2：かなり評価している（次に繋がるような評価があり、参考となる） 1：評価の記述はあるが、参加人数のみ 改善に向けた検討がなされていない 0：記載なし	3：加点要素 （その理由）

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

#	抽出条件	事業の目的	抽出項目
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
4			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
5	身体的フレイル	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	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 かつ 健診: 抽出年度の健診履歴なし
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

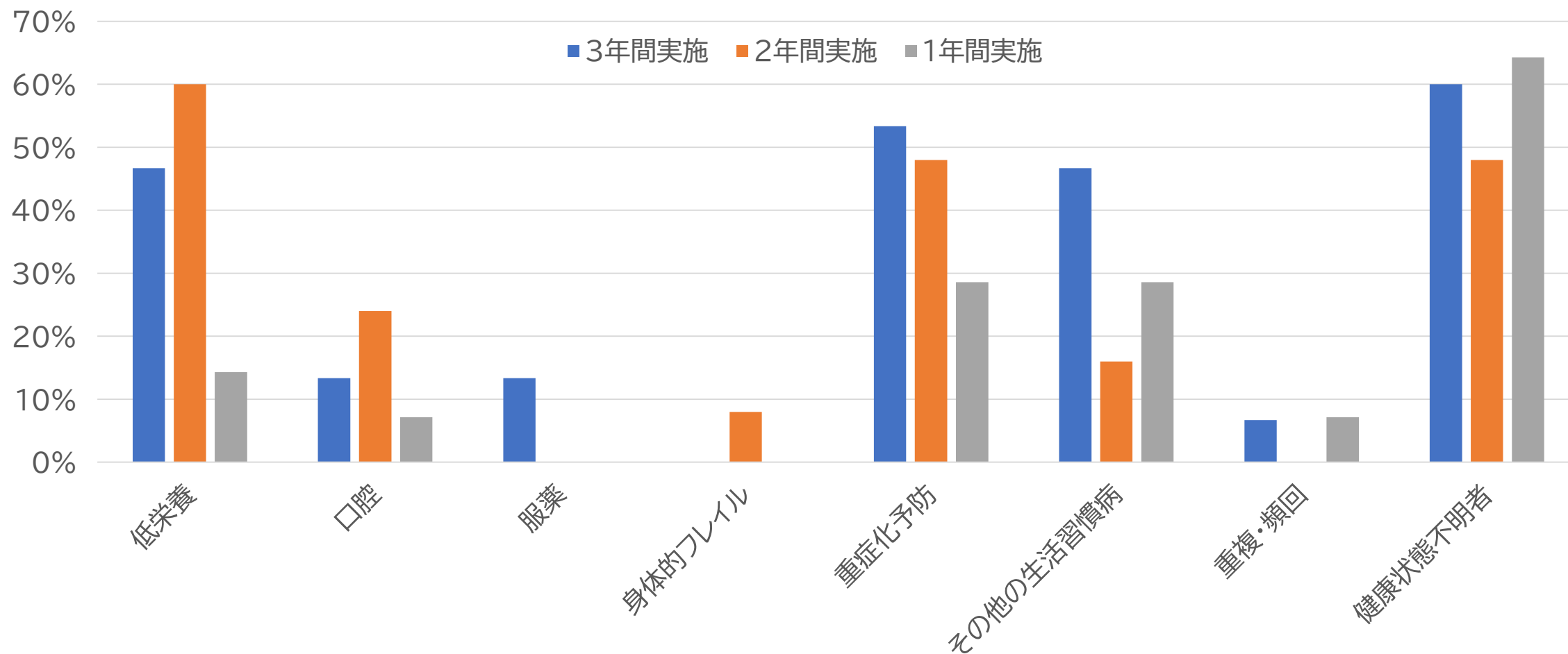
※ 厚生労働科学（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施推進に係る検証のための研究」（研究代表者：津下一代（女子栄養大学 特任教授））による抽出基準 <https://www.mhlw.go.jp/content/000917658.pdf>

性・年齢階級別の保健事業別抽出条件該当者の割合【令和3年度】
 被保険者数 179万人、健診受診:57.6万人、質問票53.1万人（一体的実施・KDB活用支援ツールによる）

		低栄養	口腔	服薬(多剤: 15剤以上)	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 (治療中断 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	一つでも 該当
全体	75歳以上	3.4%	14.1%	3.4%	7.6%	20.2%	2.7%	6.2%	24.4%	0.064%	1.7%	23.2%
	75~84歳	2.9%	11.5%	3.0%	5.9%	16.9%	2.8%	4.5%	20.8%	0.051%	2.1%	21.4%
	85歳以上	5.1%	22.2%	4.2%	12.6%	30.3%	2.3%	9.6%	35.1%	0.107%	1.1%	27.1%
男性	75歳以上	2.9%	13.4%	3.3%	5.5%	18.4%	2.5%	6.2%	24.0%	0.070%	2.0%	23.0%
	75~84歳	2.4%	11.5%	2.9%	4.4%	15.4%	2.6%	4.9%	21.0%	0.067%	2.3%	21.2%
	85歳以上	4.8%	19.8%	4.3%	9.3%	29.0%	2.2%	9.5%	34.5%	0.082%	1.1%	27.6%
女性	75歳以上	3.8%	14.7%	3.4%	9.2%	21.6%	2.8%	6.1%	24.6%	0.060%	1.6%	23.4%
	75~84歳	3.3%	11.4%	3.1%	7.2%	18.2%	3.0%	4.1%	20.7%	0.038%	1.9%	21.5%
	85歳以上	5.3%	23.7%	4.1%	14.7%	31.1%	2.4%	9.7%	35.4%	0.124%	1.0%	26.8%
分母		質問票有	質問票有	加入者	質問票有	質問票有	健診受診者	加入者	質問票有	健診受診者	加入者	加入者

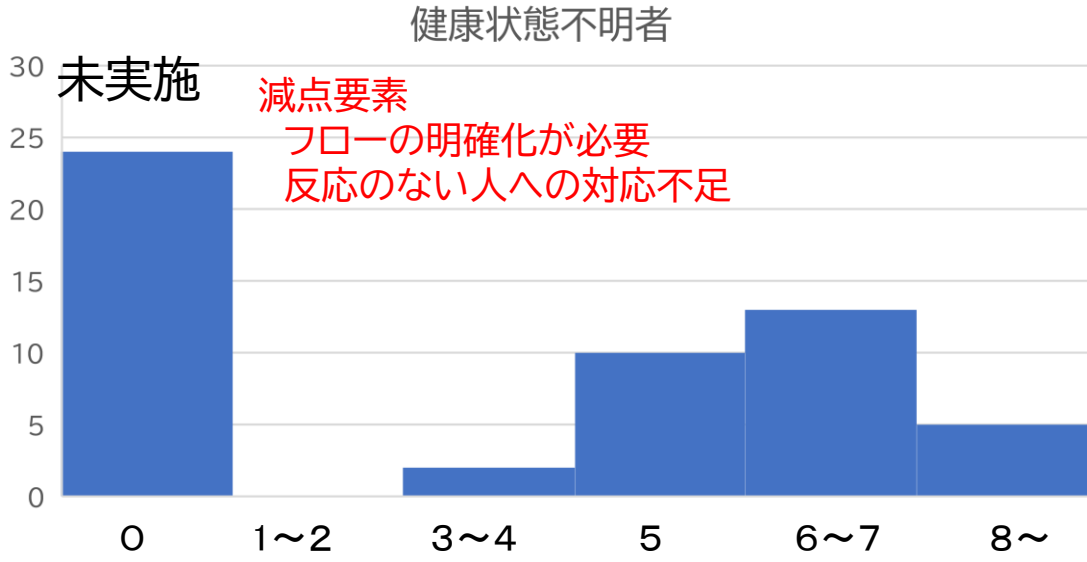
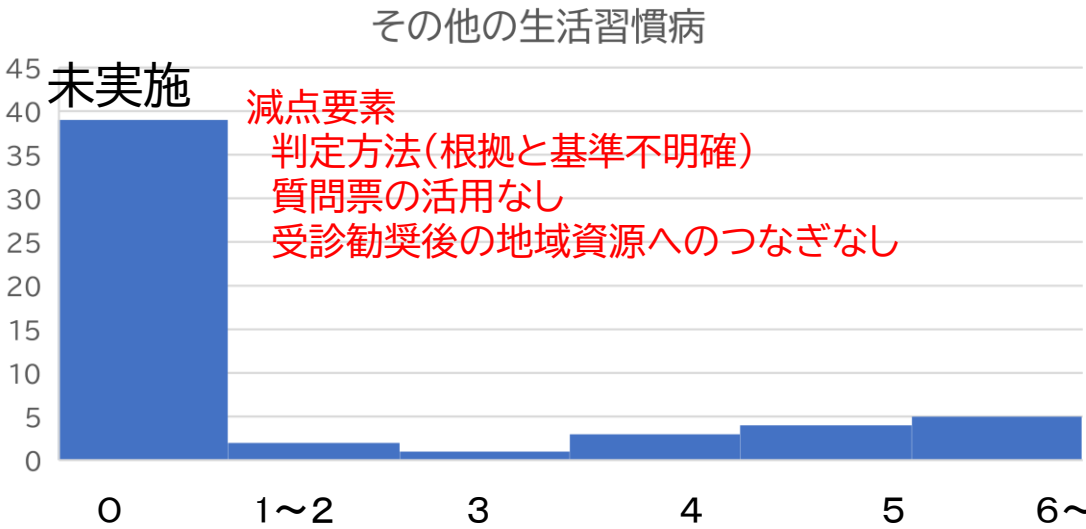
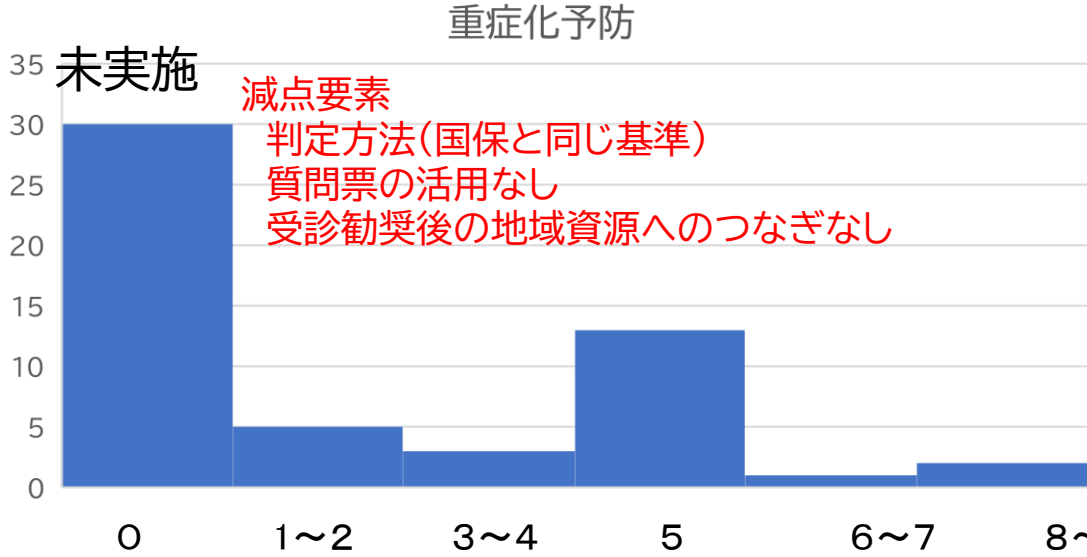
実績報告書から見た 個別事業の状況(2広域54 市町村)

令和4年度の取り組み事業



初めて実施した自治体では、ハイリスク(1~2個)、ポピュレーション(1種)からスタートするところが多い。
経年的に事業の拡充が図られているが、服薬、口腔は実施率が低い

令和4年度 ハイリスク事業の各事業の状況



令和4年度 事業計画書・実績報告書の分析プロセスにおける考察 ③

○ハイリスクアプローチのポイント

【低栄養】

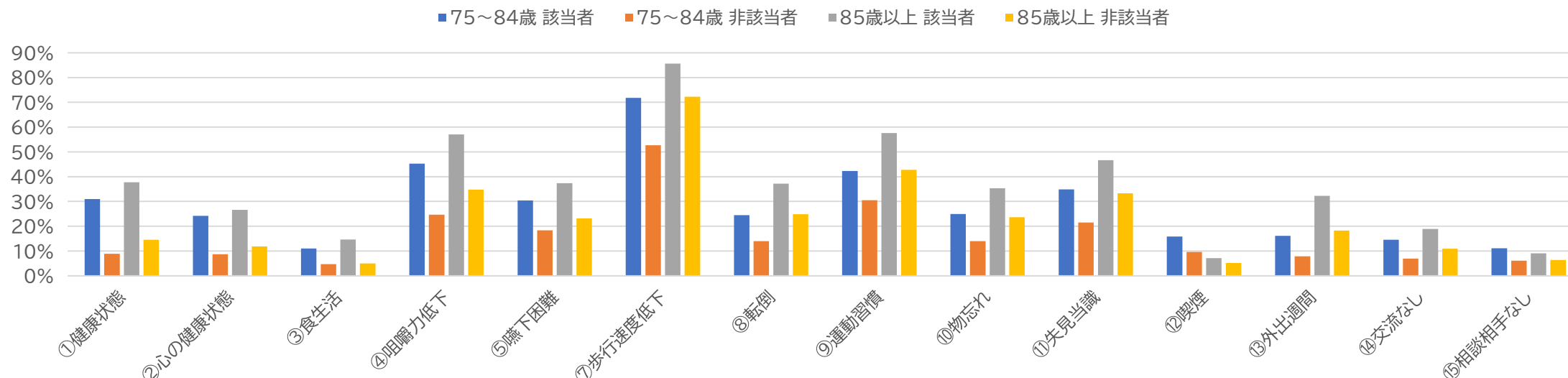
- ほぼツール通りの抽出が行われていたが、体重減少を考慮していない自治体があった
- 食の多様性や個人の生活状況など、詳細な情報を取得して評価している自治体があった
- 低栄養の状況にあわせて、複数のプログラム(集団、個別)を実施する自治体があった

【口腔】

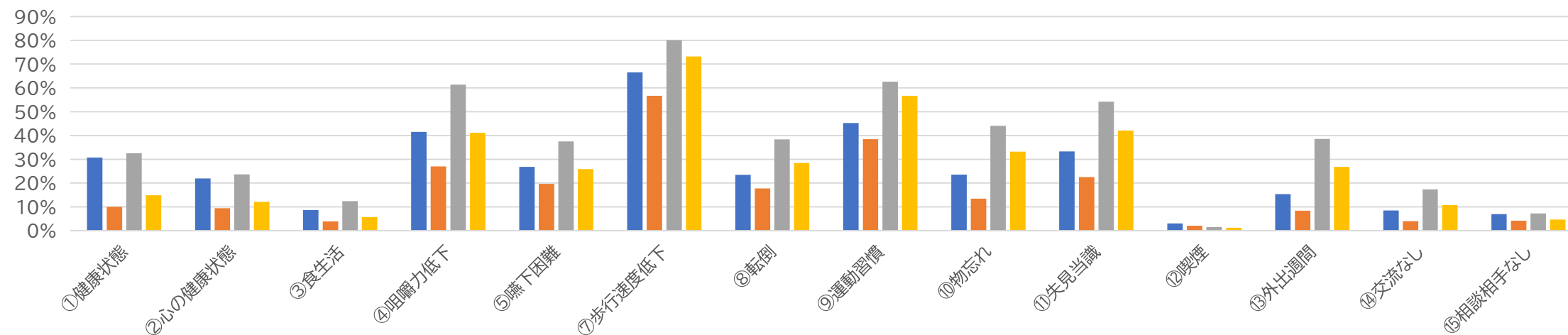
- ハイリスクアプローチの実施自治体は少なかったが、ポピュレーションアプローチでは口腔プログラムが多く実施されていた。個別の相談まではできていない状況もあるため、歯科健診や個別的な口腔ケアにつなげることも必要である。(ポピュレーション⇒ハイリスクへの流れが必要)

低栄養基準該当の有無と質問票の回答(悪い方)

令和2年度 低栄養該当・非該当での回答の違い(悪い回答) 男性



令和2年度 低栄養 女性



令和4年度 事業計画書・実績報告書の分析プロセスにおける考察 ④

【重症化予防】

- 令和4年度時点では国保基準をそのまま使っている自治体が多かった（高齢者にとって低すぎる基準）。

高齢者のガイドラインを参照した適切な基準での運用がのぞまれる。

- 慢性疾患＋フレイルの合併に留意すべきであり、健診結果と質問票を合わせた抽出（ツールの活用）が不可欠であるが、質問票を参考に対象者を選定している自治体が少なかった。

慢性疾患＋フレイルについては、かかりつけ医や地域関係者等との連携のもと、高齢者が安心して地域で活動できる場づくりが必要である（新たな通いの場の設定が必要か）。

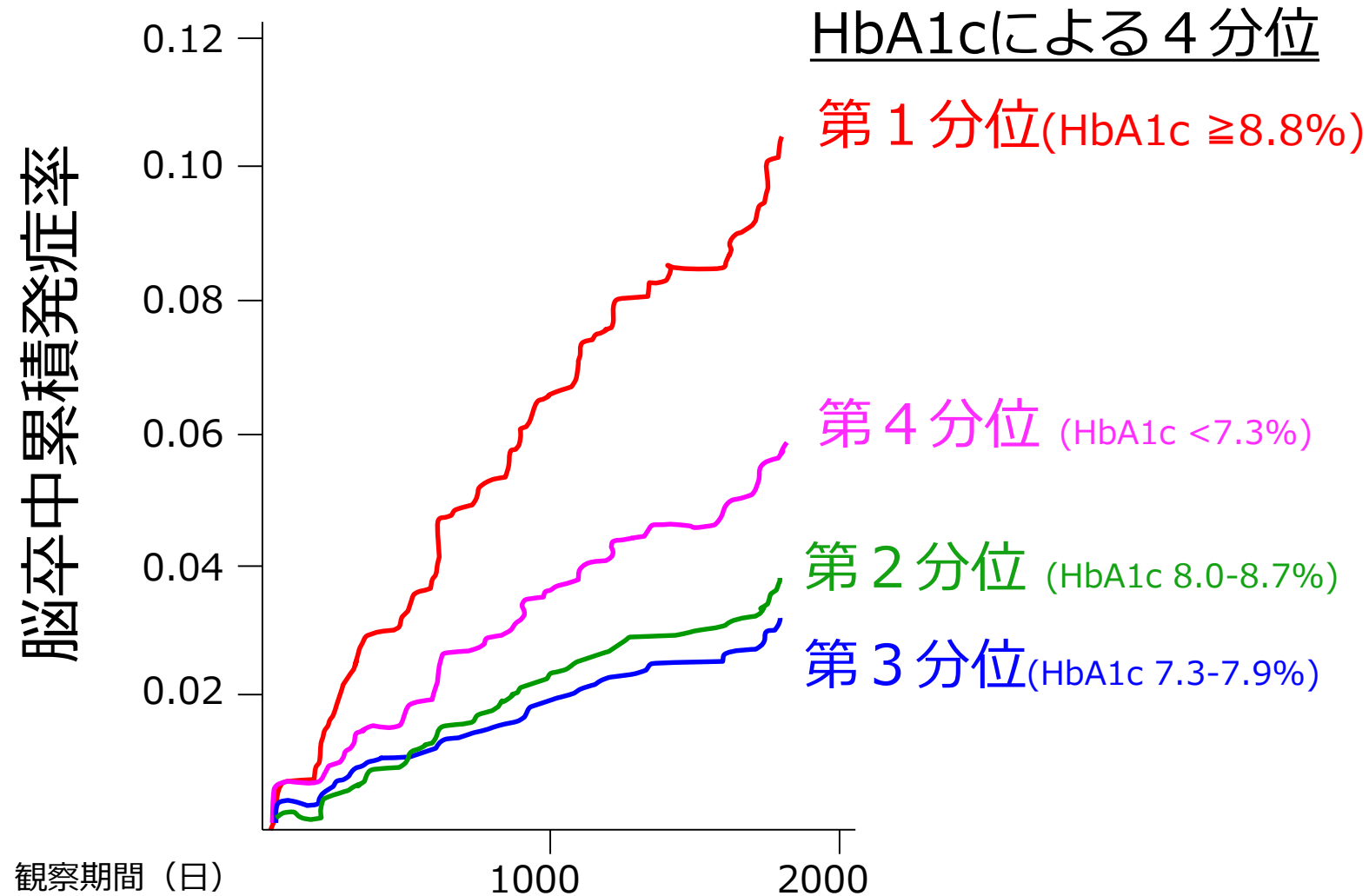
- 事業評価として、体重減少、血糖等の正常化を指標とした自治体もあった。

高齢者に適した事業、評価指標の設定が必要。

- 慢性疾患を有する者（＋フレイル）では多剤の者が多い傾向があるため、薬剤のチェックが必要。

血糖コントロールと脳卒中累積発生率

J-EDIT研究：65歳以上の日本人2型糖尿病患者1173例による介入研究

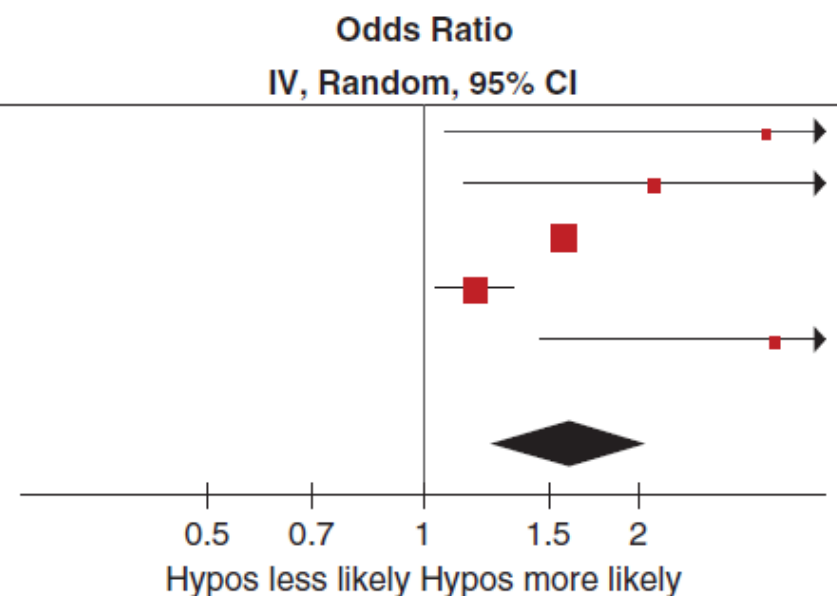


高齢者糖尿病患者において厳格な血糖管理が必ずしも予後改善にいたらない

重症低血糖と認知症の関係：メタ解析 低血糖により認知症リスクが高まる

(B)

Study or Subgroup	Weight	Odds Ratio
		IV, Random, 95% CI
Bruce 2009	5.0%	3.02 [1.07, 8.52]
de Galan 2009	11.7%	2.10 [1.14, 3.87]
Feil 2011	39.1%	1.57 [1.53, 1.61]
Punthakee 2012	35.7%	1.18 [1.04, 1.34]
Yaffe 2013	8.5%	3.10 [1.46, 6.58]
Total (95% CI)	100.0%	1.61 [1.25, 2.06]
Heterogeneity: $\tau^2 = 0.04$; $\chi^2 = 24.62$, $df = 4$ ($p < 0.0001$); $I^2 = 84\%$		
Test for overall effect: $Z = 3.73$ ($p = 0.0002$)		



Mattishent K et al., Diabetes Obes Metab. 2016

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 ^{注1)}	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	① 中等度以上の認知症 または ② 基本的ADL低下 または ③ 多くの併存疾患や機能障害
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 ^{注2)}	7.0%未満		8.0%未満
	あり ^{注3)}	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%)	8.0%未満 (下限7.0%)

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。(下限値を設けていることに注意)

日本糖尿病学会/日本老年医学会合同委員会 2016年

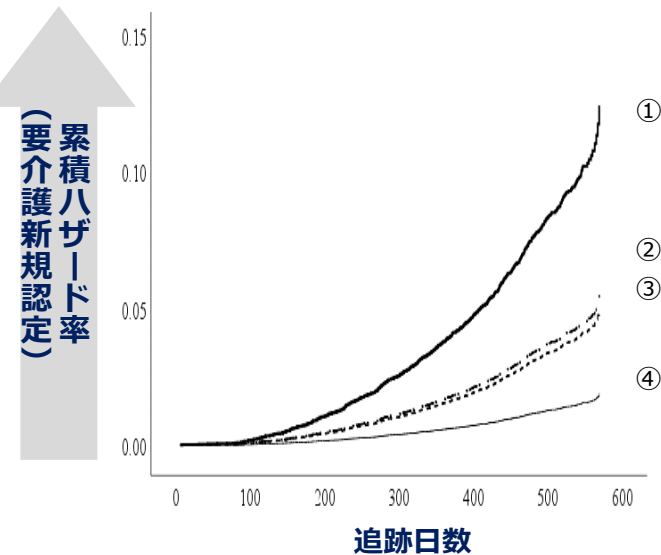
【東京大学×千葉県柏市】 ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチの融合

東京大学高齢社会総合研究機構 飯島勝矢 田中友規 吉澤裕世

① 国民健康保険データベース（KDB）活用による基盤研究 後期高齢者の質問票によるフレイル状態の評価

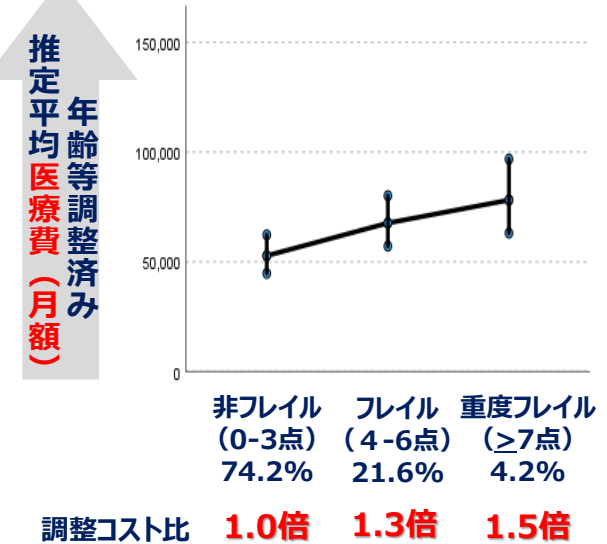
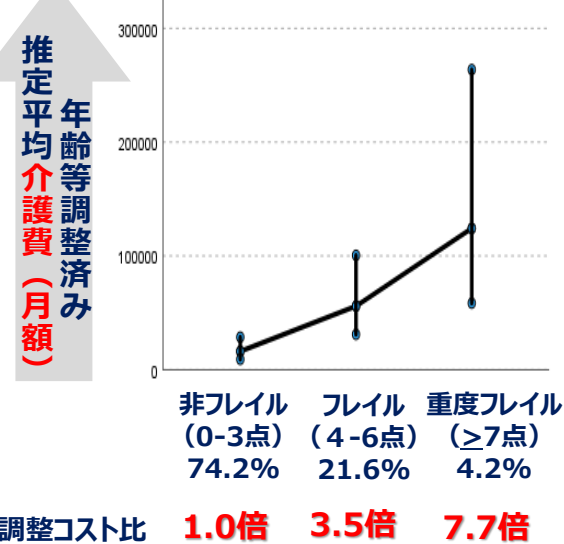
- ▶ 千葉県柏市のKDBを活用し、「後期高齢者の質問票」で評価したフレイル状態と「要介護新規認定」、「介護費・医療費」との関連性を検討した
- ▶ フレイル状態の高齢者では、年齢等の影響を加味しても要介護の新規認定者が多く、併存疾患が重なっている場合に最も高いハザード比であった
- ▶ フレイル状態の高齢者では、要介護認定者が多く、年齢等の影響を加味しても介護費・医療費が高く、重度ではさらに増加した。介護費で特に顕著であった

「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



- ① フレイルかつ併存疾患あり
・ 介護認定率 10.3%
・ 調整ハザード比 6.6倍
- ② フレイルかつ併存疾患なし
・ 介護認定率 4.4%
・ 調整ハザード比 2.9倍
- ③ 非フレイルかつ併存疾患あり
・ 要介護認定率 3.2%
・ 調整ハザード比 2.7倍
- ④ 非フレイルかつ併存疾患なし
・ 介護認定率 1.1%
・ 調整ハザード比 1.0倍

「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： 千葉県柏市在住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*）*Li J, et al. *Geriatr Gerontol Int*. 2022
併存疾患： 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 Gerontology*. 2023)

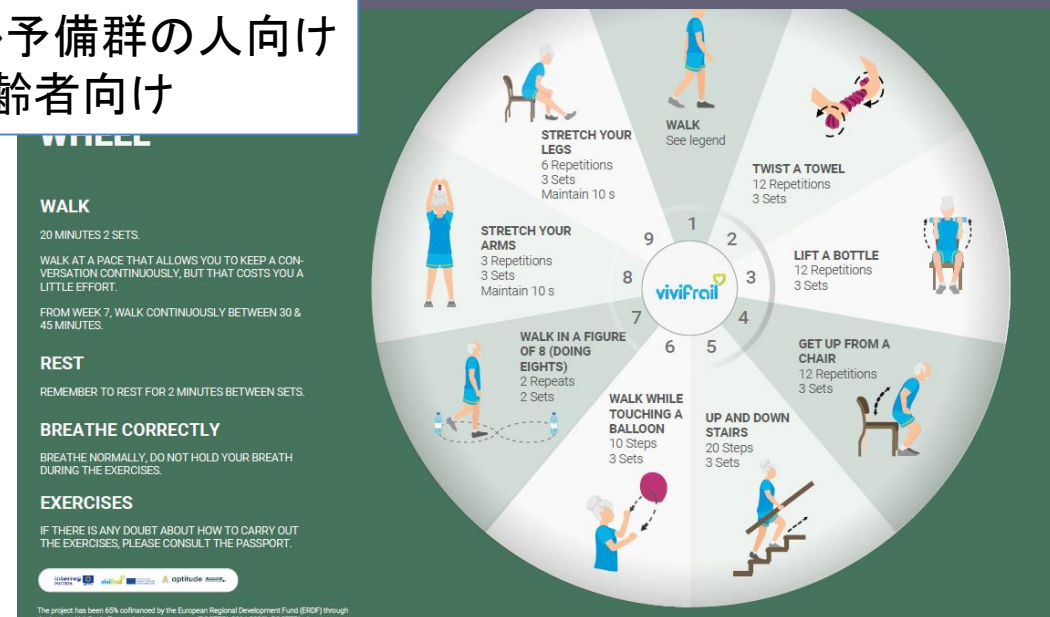


デザイン： 横断研究
対象： 千葉県柏市在住75歳以上高齢者（要介護認定者含む） 24,836名（平均80.4±4.5歳、女性55.5%）
アウトカム： 介護費（月額）、医療費総額（月額）
フレイル状態： 後期高齢者の質問票（4点以上*；7点以上を重度フレイル群とした）
調整変数： 年齢、性別、Body mass index、既往歴（高血圧、糖尿病、脂質異常症、慢性腎不全、患、悪性新生物、認知症、うつ病、脳卒中、COPD、パーキンソン病、骨粗鬆症、歯周病等）
引用文献： Tanaka T, Yoshizawa Y, Iijima K, et al (*Geriatric Gerontology*. 2023)





Type A 要介護の人むけ
Type B フレイル状態の人向け
Type C フレイル予備群の人向け
Type D 元気高齢者向け



令和4年度 事業計画書・実績報告書の分析プロセスにおける考察 ⑤

【薬剤：多剤、睡眠薬】

- ・ 取組事例が少ないのが課題
- ・ 慢性疾患を有する者(＋フレイル)では多剤になりやすい傾向があるため、薬剤のチェックが必要
- ・ ポリファーマシーについての啓発
- ・ 多剤＋3か所以上の医療機関受診に対して、健康相談実施を

【身体的フレイル】

- ・ ポピュレーションアプローチの対応は多いが、フレイルの状況や併存疾患に合わせたハイリスク対応の事業の開発ものぞましい

【参考】

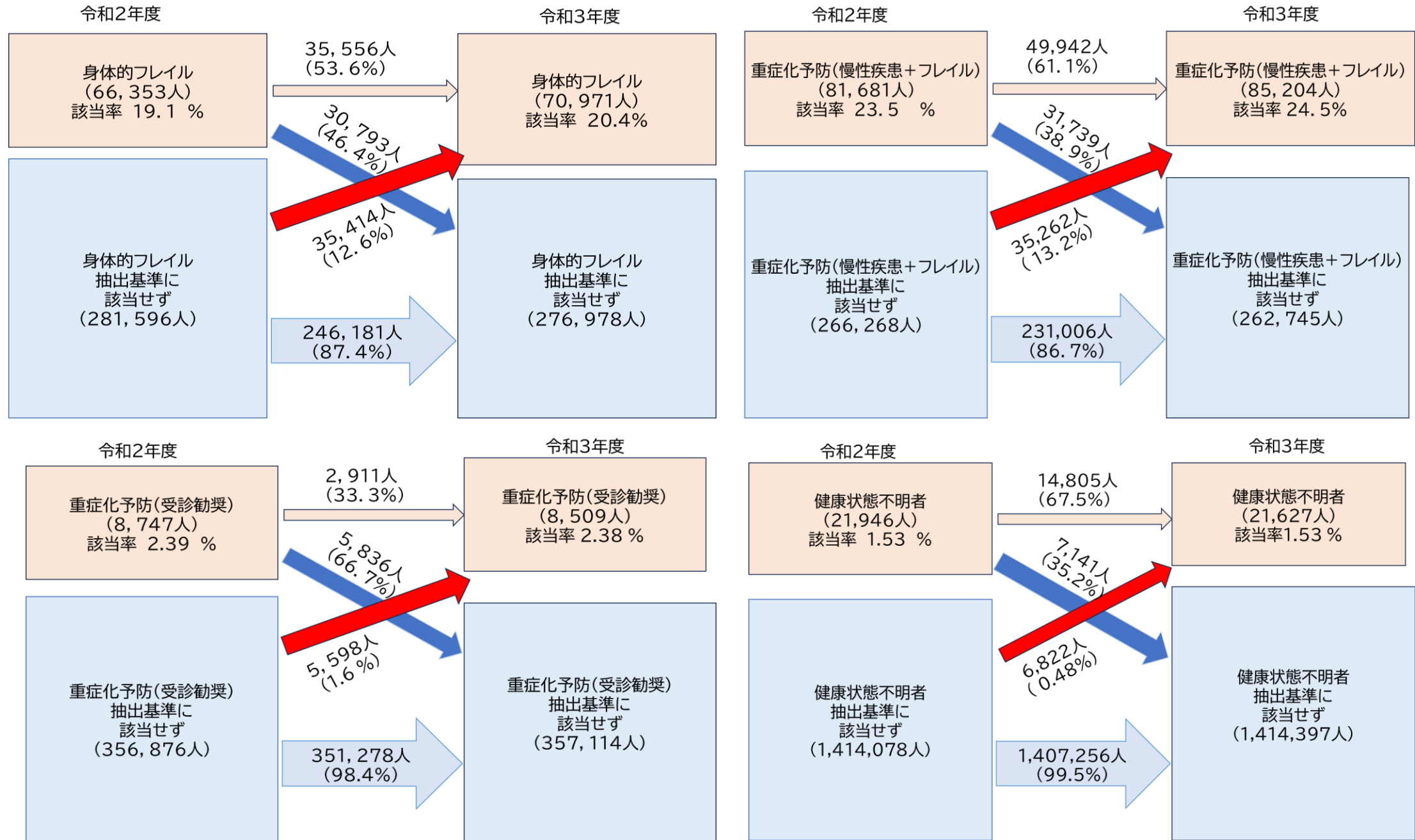


令和4年度 事業計画書・実績報告書の分析プロセスにおける考察 ⑥

【健康状態不明者】

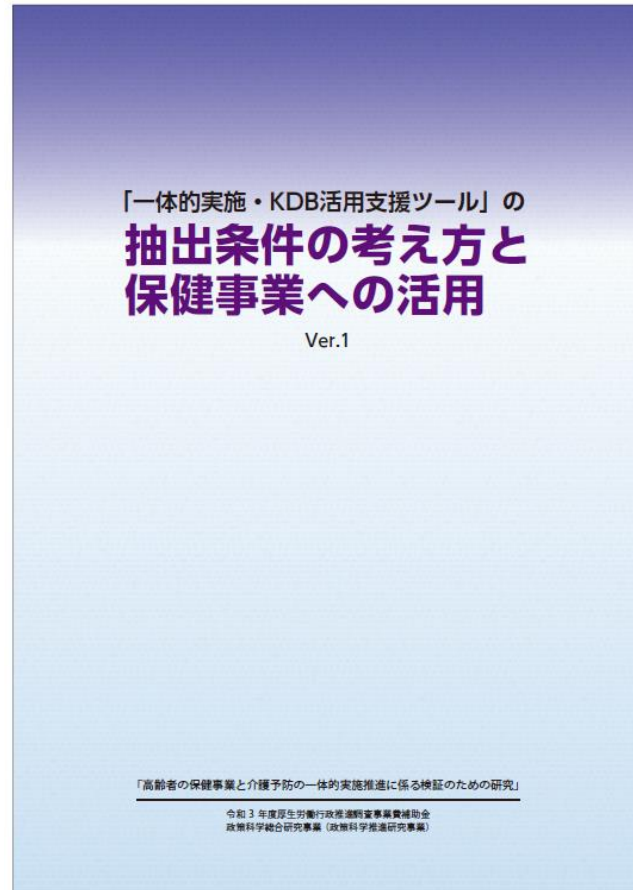
- 健康状態不明者については、事業実施自治体のうち 約6割が取り組んでいた。
- 不明者全員に質問票・健康伺いを郵送、その結果に合わせた対応を整理しているところが多かった。
- 対象者の状況別に、つなぐ先を整理した表を作成している自治体があった。
(包括と一緒に訪問、医療機関(健診)受診、警察への連絡など)
- 返信のない人に対して、訪問実施をする自治体が多いが、なにもしていない自治体(返信者への対応のみ)も見られた。訪問により死亡、失踪などの状況を確認した自治体があった。
- 健康に自信を持っている人も多く、対応に苦慮する自治体もあった。
- 個人記録を残し、次年度への引継ぎが必要である。相談窓口を持たない人も多く、つながる機会は重要である。

2年間のデータがある人における該当状況の推移

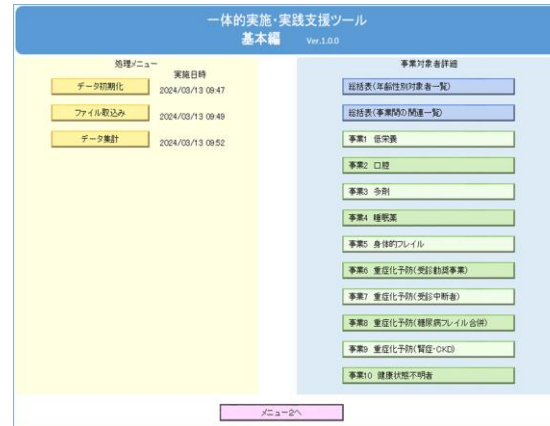


「一体的実施・KDB活用支援ツール」をより円滑に活用するために

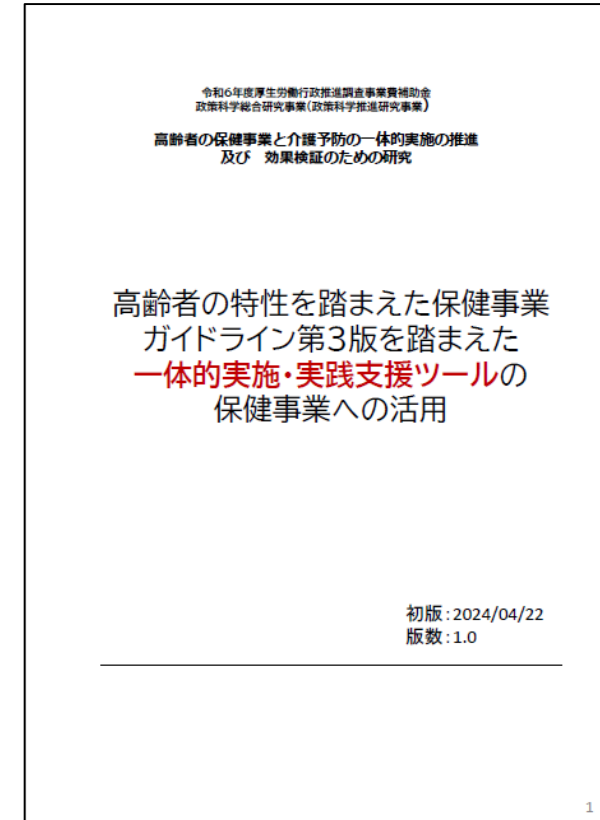
(令和3年度作成)



実践支援ツール 開発



(令和5～6年度作成)



I . 概況 (KDBツール・一体的実施抽出基準該当者数)

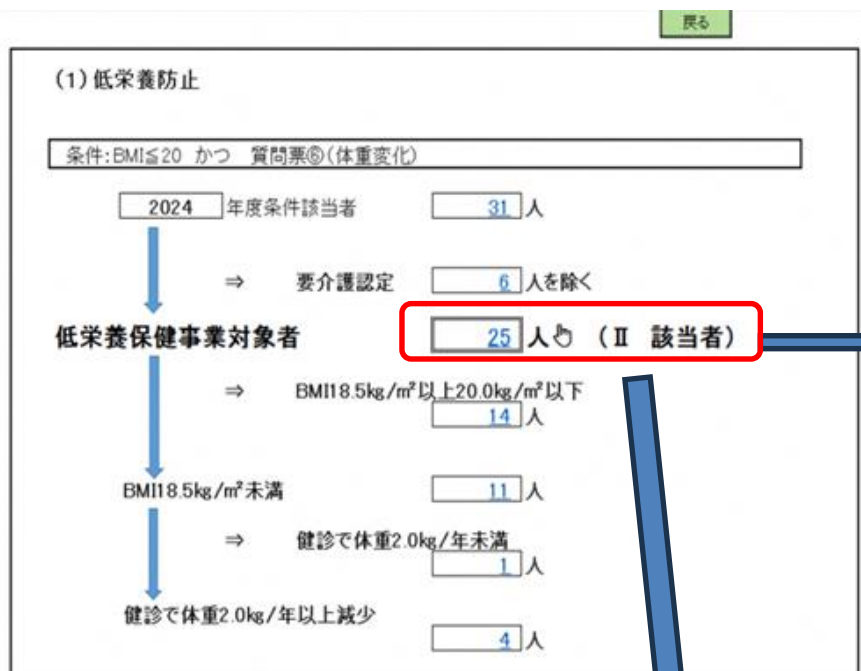
戻る

2024 年 03 月 06 日 抽出 1933 人

	男性						女性						全体					
	～74	75～79	80～84	85～89	90～	計	～74	75～79	80～84	85～89	90～	計	～74	75～79	80～84	85～89	90～	計
1 低栄養	0	6	1	2	0	9	0	9	7	4	2	22	0	15	8	6	2	31
2 口腔	1	34	14	14	7	70	0	29	25	21	18	93	1	63	39	35	25	163
3 多剤	2	35	67	54	26	184	3	66	80	76	68	293	5	101	147	130	94	477
4 睡眠薬	0	9	8	7	2	26	1	14	16	13	9	53	1	23	24	20	11	79
5 身体的フレイル	2	29	19	22	5	77	1	52	42	29	19	143	3	81	61	51	24	220
6 コントロール不良	0	6	2	0	0	8	0	10	7	4	2	23	0	16	9	4	2	31
7 糖尿病治療中断	2	123	112	63	56	356	2	119	121	123	148	513	4	242	233	186	204	869
8 重症化予防(フレイル合併)	2	46	28	20	3	99	2	44	39	28	19	132	4	90	67	48	22	231
9 腎機能不良	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1
10 健康状態不明者	0	45	19	9	4	77	0	56	19	11	7	93	0	101	38	20	11	170

		介護認定の状況			施設 入所	要介護認定者を含む									要介護認定者を含まない								
						入院歴 あり	配慮すべき疾患あり(傷病名より抽出)								入院歴 あり	配慮すべき疾患あり(傷病名より抽出)							
		要支援	要介護1. 2	要介護 3以上			脳血管 疾患	虚血性 心疾患	腎不全	がん	認知症	うつ	COPD	合計 (重複を除く)		脳血管 疾患	虚血性 心疾患	腎不全	がん	認知症	うつ	COPD	合計 (重複を除く)
1	低栄養	3	2	1	1	12	6	2	1	7	3	1	5	15	9	6	1	1	7	1	0	4	12
2	口腔	23	27	7	4	40	33	21	10	20	23	15	28	100	21	20	10	2	12	6	6	15	53
3	多剤	73	111	84	20	231	178	203	81	108	120	110	153	420	75	63	92	34	46	19	33	68	175
4	睡眠薬	14	18	5	1	30	16	17	3	12	19	22	22	61	12	7	9	1	7	3	8	14	29
5	身体的フレイル	25	40	9	6	74	44	33	12	35	27	22	41	129	37	21	21	4	24	5	10	25	74
6	コントロール不良	1	2	0	0	5	3	2	0	5	2	1	5	13	4	2	1	0	5	0	0	5	11
7	糖尿病治療中断	47	146	260	139	441	231	172	89	178	221	130	136	601	148	70	74	33	88	32	34	56	240
8	重症化予防(フレイル合併)	21	40	13	10	88	75	62	12	41	29	25	58	180	50	43	40	6	31	6	14	37	114
9	腎機能不良	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10	健康状態不明者	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

各項目で絞り込み例を表示 ⇒重複状態を示す
⇒フィルターで さらなる絞りこみ



Ⅱ. 各項目の重複状況(本ツールによる絞り込み後:事業対象者候補)

戻る

	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)	腎機能 不良				
1 低栄養		5	0	1	6	1	0	2	0	0	4	14	25
2 口腔			3	5	26	2	0	5	0	0	7	121	159
3 多剤				4	5	0	6	1	0	0	4	110	123
4 睡眠薬					27	1	0	3	0	0	10	13	42
5 身体的フレイル						6	0	11	0	0	13	80	146
6 コントロール不良							0	0	0	0	2	23	31
7 糖尿病治療中断								0	0	6	0	577	589
8 重症化予防 (フレイル合併)									0	0	4	22	39
9 腎機能不良										0	0	1	1
10 健康状態不明者											0	164	170

個人別リスト作成

元に戻る 隠す

氏名	性別	生年月日	年齢	住所	被保険者番号	保険者番号	地区コード	KDB個人番号	後期取得E	後期番号
20240306 2 被保険者2	男	19360225	88		10000002	39482001 01	地区1	4801000002	20110225	
20240306 3 被保険者3	男	19360218	88		10000003	39482001 11	地区1 1	4801000003	20110218	
20240306 7 被保険者7	女	19380101	86		10000007	39482001 11	地区1 1	4801000007	20130101	
20240306 8 被保険者8	女	19390318	85		10000008	39482001 03	地区3	4801000008	20140318	
20240306 9 被保険者9	女	19400102	84		10000009	39482001 13	地区1 3	4801000009	20150102	
20240306 10 被保険者10	女	19410131	83		10000010	39482001 06	地区6	4801000010	20160131	
20240306 11 被保険者11	男	19410911	82		10000011	39482001 12	地区1 2	4801000011	20160911	
20240306 12 被保険者12	女	19411112	82		10000012	39482001 11	地区1 1	4801000012	20161112	
20240306 13 被保険者13	女	19420402	81		10000013	39482001 06	地区6	4801000013	20170402	
20240306 15 被保険者15	女	19440102	80		10000015	39482001 07	地区7	4801000015	20190102	
20240306 16 被保険者16	女	19440311	80		10000016	39482001 12	地区1 2	4801000016	20190311	
20240306 17 被保険者17	男	19440502	79		10000017	39482001 03	地区3	4801000017	20190502	
20240306 18 被保険者18	女	19440819	79		10000018	39482001 11	地区1 1	4801000018	20190819	
20240306 19 被保険者19	女	19441018	79		10000019	39482001 02	地区2	4801000019	20191018	
20240306 20 被保険者20	女	19450222	79		10000020	39482001 03	地区3	4801000020	20200222	
20240306 21 被保険者21	男	19450406	78		10000021	39482001 12	地区1 2	4801000021	20200406	
20240306 22 被保険者22	女	19450412	78		10000022	39482001 13	地区1 3	4801000022	20200412	
20240306 24 被保険者24	女	19451118	78		10000024	39482001 07	地区7	4801000024	20201118	
20240306 25 被保険者25	男	19460201	78		10000025	39482001 13	地区1 3	4801000025	20210201	
20240306 26 被保険者26	女	19461028	77		10000026	39482001 03	地区3	4801000026	20211028	
20240306 27 被保険者27	女	19470214	77		10000027	39482001 12	地区1 2	4801000027	20220214	
20240306 28 被保険者28	男	19471224	76		10000028	39482001 10	地区1 0	4801000028	20221224	
20240306 29 被保険者29	女	19480125	76		10000029	39482001 01	地区1	4801000029	20230125	
20240306 30 被保険者30	男	19480511	75		10000030	39482001 11	地区1 1	4801000030	20230511	
20240306 31 被保険者31	女	19481025	75		10000031	39482001 05	地区5	4801000031	20231025	

地区別・年齢などでソート
↓
個人へのアクセスが可能

個別管理表		全印刷	印刷	前へ	次へ	戻る
低栄養		被保険者番号検索表示				表示
被保険者番号	10000002	参加状況	5 終了	page	1	
氏名	被保険者2	参加状況更新	5 終了	トータル	25	
事業コメント						
他コメント						

セル名	内容	セル名	内容	セル名	内容	セル名	内容
出力日	20240306	誤嚥性肺炎	-	⑦歩行速度	○	健康不明者 参加状況	
氏名	2	感染性肺炎	-	⑧転倒	×	# 状況更新日	
性別	被保険者2	貧血	-	⑨運動習慣	○		
生年月日	男	COPD	-	⑩物忘れ	×		
年齢	19360225	多剤当月	7	⑪失見当識	×		
住所	88	多剤前月	5	⑫喫煙	×		
	.	多剤前々月	4	⑬外出	○		






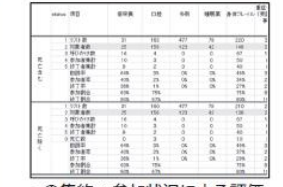
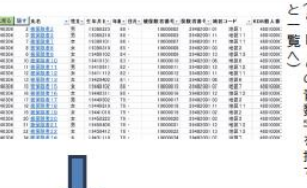




	status	項目	低栄養	口腔	多剤	睡眠薬	身体フレイル	重症化予防 (受診勧奨 事業)	重症化予防 (受診中断 者)	重症化予防 (糖尿病フ レイル合 併)	重症化予防 (腎症・ CKD)	健康状態不 明者
死亡含む	1	リスト数	31	163	477	79	220	31	869	231	1	170
	2	対象者数	25	159	123	42	146	31	589	39	1	170
	3	呼びかけ数	16	4	0	0	67	10	34	30	0	0
	4	参加者集計	10	3	0	0	50	8	20	15	0	0
	5	終了者集計	9	2	0	0	40	8	15	10	0	0
		勧誘率	64%	3%	0%	0%	46%	32%	6%	77%	0%	0%
		参加者率	40%	2%	0%	0%	34%	26%	3%	38%	0%	0%
		終了率	36%	1%	0%	0%	27%	26%	3%	26%	0%	0%
		参加割合	63%	75%			75%	80%	59%	50%		
		終了割合	90%	67%			80%	100%	75%	67%		
死亡除く	1	リスト数	31	160	477	79	210	29	868	231	1	170
	2	対象者数	25	156	123	42	136	29	588	39	1	170
	3	呼びかけ数	16	4	0	0	67	10	34	30	0	0
	4	参加者集計	10	3	0	0	50	8	20	15	0	0
	5	終了者集計	9	2	0	0	40	8	15	10	0	0
	0	死亡数	0	3	0	0	10	2	1	0	0	0
		勧誘率	64%	3%	0%	0%	49%	34%	6%	77%	0%	0%
		参加者率	40%	2%	0%	0%	37%	28%	3%	38%	0%	0%
		終了率	36%	1%	0%	0%	29%	28%	3%	26%	0%	0%
		参加割合	63%	75%			75%	80%	59%	50%		
		終了割合	90%	67%			80%	100%	75%	67%		

一体的実施・実践支援ツール

一体的実施・実践支援ツールで自動作成できる表

企画 実施 評価

メニュー1(基本編) 対象者選定⇒保健事業へ		メニュー2(追加機能編) 保健事業実施・記録⇒評価	
a (年齢別対象者一覧)	<p>2: 概況 (KDBツール一体的実施抽出基準該当者数)</p>  <p>留意点 ・10項目すべてのデータを取り込んだうえで、総括表を作成します。</p>	f 各事業別リスト作成	<p>(フィルター機能での絞り込み)</p> 
	<p>b 事業間の関連</p>  <p>留意点 ・10項目すべてのデータを取り込んだうえで、総括表を作成します。</p>		<p>g 保健指導等の記録</p>  <p>(参加状況、コメント入力)</p>
c 事業対象者の絞り込み	<p>(1) 絞り込み設定</p> 	h アウトプット評価	 <p>gの集約⇒参加状況による評価</p>
d 対象者リスト	<p>(2) 絞り込み結果</p>  <p>と(a、b、cの青数字を押す)</p>	i 「広域連合向け」市町村別各事業参加人数	<p>金表示 全種小 非表示</p>  <p>リスト数、対象者数は、自動出力。勧奨数以下は、市町村からのデータ提出を受けて作表 一体的実施・実践支援ツール 操作マニュアル p39参照</p> <p>市町村との対話資料 データヘルス計画のモニタリング</p>
e 対象者個人別データ	<p>個別データ表示</p>  <p>(記録機能なし)</p>		

実践支援ツールの活用と留意点

課題分析

総括表(a、b)で概数把握、他の分析結果、事業実績を合わせ、庁内連携の上、方針検討

連携方針決定

課題分析結果を、広域連合、都道府県(保健所)、医師会や介護関係者等と共有し、多角的な視点で実施可能な保健事業について検討する。絞り込みの方針についても協議する。

絞り込み

フロー図を参考に、除外条件、重点的な取組条件を考慮して絞り込み。対象者リスト(d)で実施可能数を超える場合はフィルター機能を活用、アウトプット目標の設定

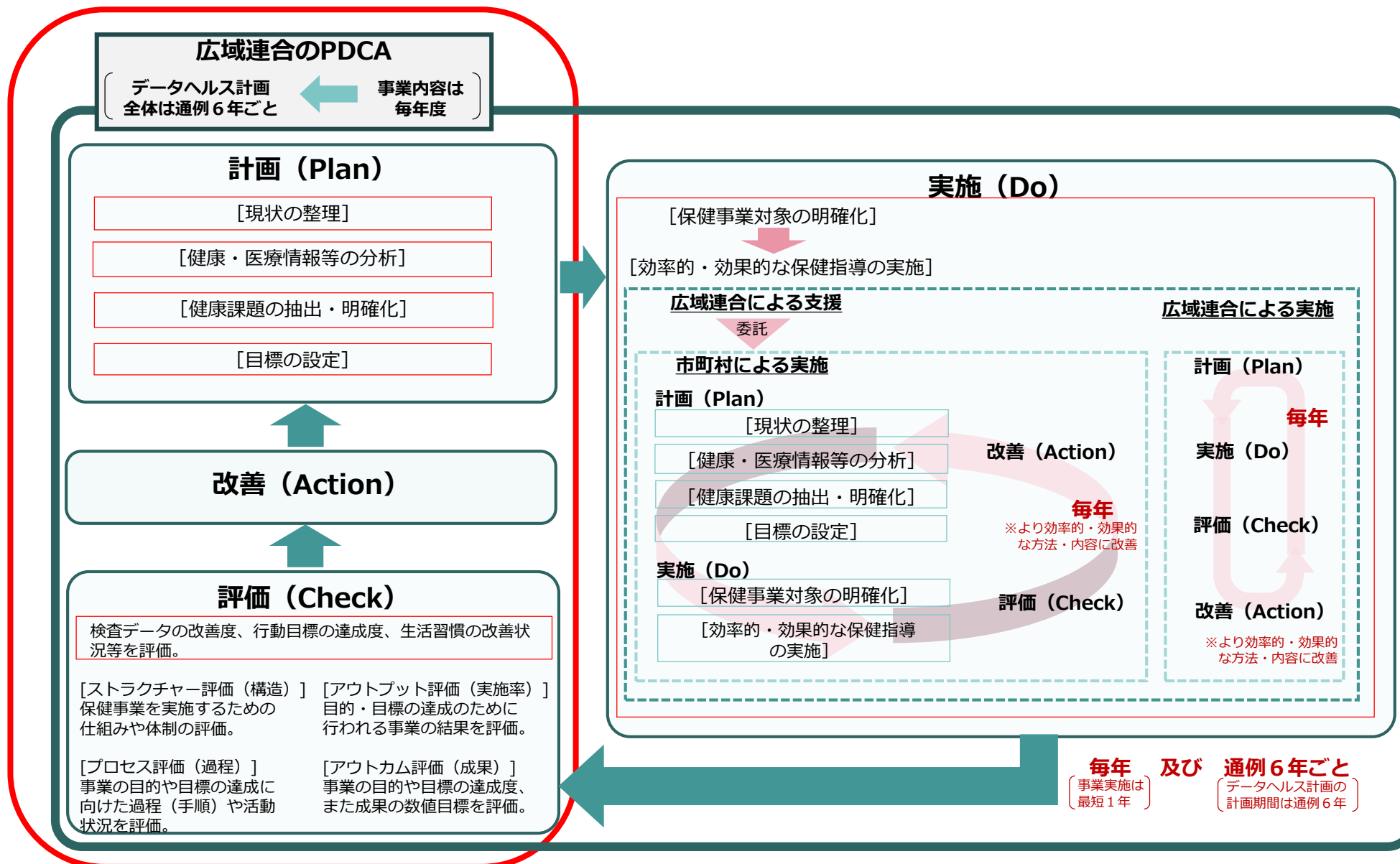
介入記録

絞り込み後の参加者リストを活用⇒外部出力で名簿を作成
個別管理表で一人ひとりの状況を確認、参加状況を更新、事業コメント(対象者の反応、行動目標、つなげた支援先など)を入力

評価

アウトプット評価:
個別管理表の参加状況について、対象・勧奨・参加・終了・脱落を更新している場合には、アウトプット評価に反映
マクロ的評価(広義のアウトカム):
総括表(a)の年齢階級別該当者数／(加入者数or質問票等回答者数)にて 有所見率の算出が可。
参加者の変化(狭義のアウトカム)
参加状況別のリストをに基づきKDBよりデータ抽出して比較。

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



- 広域連合集計表では 今回の抽出条件による自治体ごとの該当者数を把握できます。
データヘルス計画、市町村との実施計画の相談の際の参考としてください。
- 広域連合と市町村の相談は年間を通じて実施されていますが、多くは、市町村が計画書を提出する〆切(7月)の前、報告書を提出する〆切は次年度5月(R4年の場合)の前あたりに集中すると思われます。KDBによる健診データは10月以降でないと反映されないことに留意してください。

集計

戻る

広域連合事業集計

全表示	全縮小	非表示					非表示					非表示					非表示				
保険者番号	保険者名	低栄養					口腔					多剤					睡眠薬				
		リスト数	対象数	勧奨数	実施数	終了数	リスト数	対象数	勧奨数	実施数	終了数	リスト数	対象数	勧奨数	実施数	終了数	リスト数	対象数	勧奨数	実施数	終了数
39482001	A市	31	25	16	10	9	160	156	4	3	2	477	123	0	0	0	79	42	0	0	1
39482002	B市	11	7	0	0	0	244	243	0	0	0	136	44	0	0	0	93	66	0	0	1

- 今回のツールでは、市町村のツールへの入力情報が反映されるわけではありませんので、アウトプット評価のためには市町村から情報収集してください。
- 委託自治体が勧奨、参加、終了の 情報を入力した本ツールのエクセルを広域連合に提供し、その情報を広域連合集計表に入力すれば、アウトプット評価が可能です。

一体的実施のPDCAサイクルを回すために

- 実施計画書及び実績報告書により、PDCAサイクルを意識している自治体の状況が把握できた。事業の種別に応じた関係者との連携や、複合的な課題を抱える対象者へのアプローチなど、事業の進化が認められた自治体があった。
⇒ 事業の振り返りを丁寧に行うこと、次年度計画への反映することが重要である。
- 「一体的実施・KDB 活用支援ツール」で抽出された対象者のリスト情報を事業の流れに沿って自動的に整理する「一体的実施・実践支援ツール」の活用により、事業の標準化、効率化が期待される。
- KDBへのデータ登録率が低い場合には、課題分析、対象者の抽出などで過小評価となる。
登録率を上げることが重要である。
- 個人に対するアプローチでは、前年度の該当状況、介入状況等の記録も参考にして優先順位や介入方法を検討する必要がある。