

令和6年3月15日

第16回  
高齢者の保健事業のあり方検討ワーキンググループ

資料2

## 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の推進に係る支援等

- ▶ 高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドラインの改定について
- ▶ 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの改定について
- ▶ データヘルスの進捗
- ▶ 特別調整交付金交付基準の変更について
- ▶ 保険者インセンティブについて
- ▶ その他

ひと、暮らし、みらいのために



厚生労働省  
Ministry of Health, Labour and Welfare

# 高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン（第3版）のポイント

● 高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第二版とガイドライン第二版（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訂、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ガイドライン改定案について検討を行った。

観点	現状・課題	改訂のポイント（案）
データヘルス計画との整合と保健事業のさらなる推進	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 第3期データヘルス計画策定の手引きの記載内容との整合性をとる必要がある。</li> <li>● 事業評価や、進捗管理のあり方がわからない。エビデンスに基づいた事業展開が必要である。 <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 適切な評価指標の設定ができていない。</li> <li>➢ 事業のPDCAを十分に回せていない。</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 第3期データヘルス計画策定の手引きに示された<u>標準化の意義、広域連合の役割</u>を示した。</li> <li>● 評価指標については、標準化の一環として示された<u>共通の評価指標</u>（アウトプット、アウトカム）を掲載した。</li> <li>● <u>効果検証のためのKDB活用促進</u>に向け「一体的実施・KDB活用支援ツール」等の活用を推奨した。</li> </ul>
一体的実施推進のための体制整備	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 医療専門職の確保が困難である。</li> <li>● 関係部署間の庁内連携、合意形成が図れない。</li> <li>● 庁外の関係者に何を依頼すればよいか分からない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <u>一体的実施推進のための体制整備</u>について整理し、好事例の紹介を行った。</li> <li>● 広域連合、都道府県・保健所、市町村等役割を明確化した。</li> <li>● <u>地域資源（保健・医療・介護・福祉の関係機関等）との連携</u>の重要性、連携事例を提示した。</li> </ul>
効果的な保健事業の実践	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 事例の横展開を参考にしたい。</li> <li>● 自治体間で取り組み状況が多様である。</li> <li>● 現行のガイドライン以降、一体的実施で実施する保健事業、及びその対象者抽出条件が整理されたことから、記載を充実させる必要がある。</li> <li>● 効果的なポピュレーションアプローチの実践例について知りたい。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 3年間の事業実施・厚生労働科学研究で得られた<u>知見（エビデンス、好事例）</u>を反映した。</li> <li>● 指針やデータヘルス計画を踏まえ、<u>一体的実施における保健事業、及びその対象者の抽出条件</u>及び「<u>適切な受診等への支援</u>」の推進・充実を示した。</li> <li>● <u>ポピュレーションアプローチ</u>の重要性・意義、実践事例を提示した。</li> </ul>

## 今後のスケジュール

- 3月中旬、高齢者の保健事業のあり方検討ワーキンググループに報告し、3月下旬に公表予定
- 令和6年6月以降、市町村向け研修会を開催予定

# ガイドラインの改定：第3版検討スケジュール

- 10月以降、有識者及び実務者からなる検討会議にてガイドライン第3版（案）を策定
- 3月の高齢者の保健事業のあり方検討ワーキンググループで報告の上、年度末公表予定

## 検討スケジュール



有識者委員会	検討事項	備考
【第1回】 2023/11/7	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ガイドライン第3版の全体構成について</li> <li>● 第3版に盛り込むべき事項について</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 盛り込むべき研究班の成果（エビデンス）、先進事例（広域連合、市町村）について委員からご意見を聴取</li> </ul>
【第2回】 2023/12/25	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ガイドライン第3版（素案）について</li> <li>● 報告事項                             <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 実施状況調査について</li> <li>➢ 一体的実施計画書・報告書の集計結果について</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>ガイドライン第3版（素案）（特に新規追加箇所）に対してご意見を聴取</b>（評価、実施体制、ポピュレーションアプローチ等）</li> <li>● <b>追加で盛り込むべき先進事例について</b>情報提供いただく</li> </ul>
【第3回】 2024/2/19	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ガイドライン第3版（案）について</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ガイドライン第3版（案）の最終確認</li> </ul>

# ガイドラインの改訂：第3版の全体構成について

## 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）

# 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

## 1. 対象者の年齢層を考慮した取組の推進

ライフコースアプローチの観点を踏まえライフステージに応じた取組を推進するために以下の内容を追記

- ◆ 青壮年に対する取組（P9）（新旧対照表P12）
  - 「健康な食習慣の妨げとなる点」として「仕事（家事・育児等）が忙しくて時間がないこと」の割合が多い世代であることを踏まえた取組が必要
  - 糖尿病のみでなく、高血圧、喫煙、食生活の乱れ（朝食の欠食）などが腎障害の悪化につながることに留意
  - 取組は継続して行うことが重要であるため、保険者協議会等を活用して、国保と被用者保険等間で、健康・医療情報や健康課題等の共有、役割分担や連携体制の確認等を行うことが重要
- ◆ 高齢者に対する取組（P10）（新旧対照表P13）
  - 生活習慣病の重症化予防だけでなく、体重や筋肉量の減少、低栄養等によるフレイル等の予防・改善に着目した対策に徐々に転換することが必要
  - 高齢者糖尿病は低血糖に対する脆弱性を有するため、低血糖症状の有無を問わず血糖が下がりすぎているかを確認すべきであることに留意
  - 市町村国保と広域連合とが連携のうえ、健康・医療情報等を分析し、地域の健康課題等を共有して、取組を進めていくことが重要
  - 高齢者の保健事業を実施する際には、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月厚生労働省保険局高齢者医療課）、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年厚生労働省保険局高齢者医療課）、標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）等を参照しながら実施

## 2. 関係者の連携に向けた役割の提示

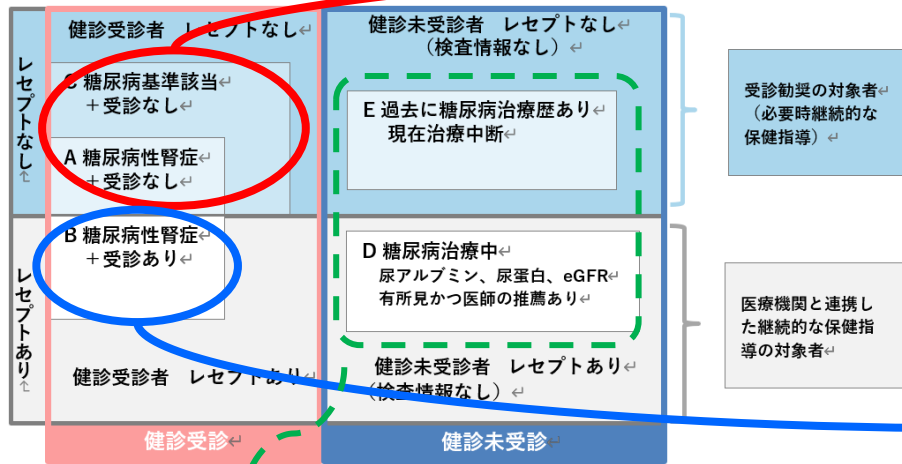
関係者の連携を促す観点から関係者の役割に以下の内容を追記

- ◆ 市町村（P15）（新旧対照表P22）
  - 他の保険者の保健事業との連携
    - ・ 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もあるため、地域での取組では、被用者保険の取組と連携することが重要
    - ・ 高齢者の取組では、広域連合と市町村で連携し、保険者間の連携を密にし、継続的な支援や評価が途切れないようにすることが重要
- ◆ 都道府県（P17）（新旧対照表P24）
  - 地域連携に対する支援
    - ・ 保険者協議会の活用等により、被用者保険や広域連合とも連携し、取組の効果が上がるよう調整することも重要
    - ・ 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、積極的な支援の実施
- ◆ 広域連合（P19）（新旧対照表P28）
  - 都道府県医師会等関係団体に対して、広域連合の取組を説明し、理解・協力を得ることが重要
- ◆ 地域における医師会等（P20）（新旧対照表P29）
  - 市町村等から相談があった場合、取組に協力するとともに、対象者の健康づくりや重症化予防に向けて積極的に対応するよう、都道府県医師会等は会員等に周知
- ◆ 国保連・中央会の役割（P22）（新旧対照表P33）
  - 取組状況等から支援の必要性はあ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、積極的に支援することが重要
  - 中央会は、国保連が行う研修やKDBの活用等の支援を実施

# 糖尿病性腎症重症化予防プログラム改訂案 主な改訂ポイント

## 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

- ◆ 対象者の抽出の考え方と取組方策（P29 図表8）（新旧対照表P42）
  - 健康診査の結果の有無、糖尿病についての医療機関受診の有無別に、対象者の抽出基準や抽出方法を例示
  - 健康診査の結果がある者については、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



【健診結果の情報がない者】

- ◆ 未治療者・治療中断者 - 医療機関や健診の受診勧奨と保健指導（P36）
  - ・ 過去の健診結果やレセプト情報から抽出
  - ・ 歯科や眼科治療中の患者において糖尿病治療を中断していることが判明した者
  - ・ 健康サポート薬局等の地域資源からの情報、健康相談等の保健事業等から対象者を把握
- ◆ 治療中の者 - 医療機関と連携した保健指導（P37）
  - ・ 主に医療機関において抽出（保健指導が必要と医師が判断した者）生活習慣の改善が困難な者、治療が中断しがちな者、医療機関での実践的な指導が困難な場合、など

## 【未治療者・治療中断者】医療機関への受診勧奨と保健指導（P33 図表10）

HbA1c (%)	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	
8.0以上	Blue	Orange	Orange	Blue	Orange	Orange	Blue	Orange	Orange	Orange
7.0~7.9	Blue	Orange	Orange	Blue	Orange	Orange	Blue	Orange	Orange	Orange
6.5~6.9	Blue	Orange	Orange	Blue	Orange	Orange	Blue	Orange	Orange	Orange
6.5未満	Blue	Orange	Orange	Blue	Orange	Orange	Blue	Orange	Orange	Orange

CKD対策 ■ 高血圧受診勧奨

## 【治療中の者】医療機関と連携した保健指導（P33 図表10）

HbA1c (%)	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	
8.0以上	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue
7.0~7.9	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue
6.5~6.9	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue
6.5未満	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue

## 対象者の状態に応じた受診勧奨・保健指導（P39 図表13）

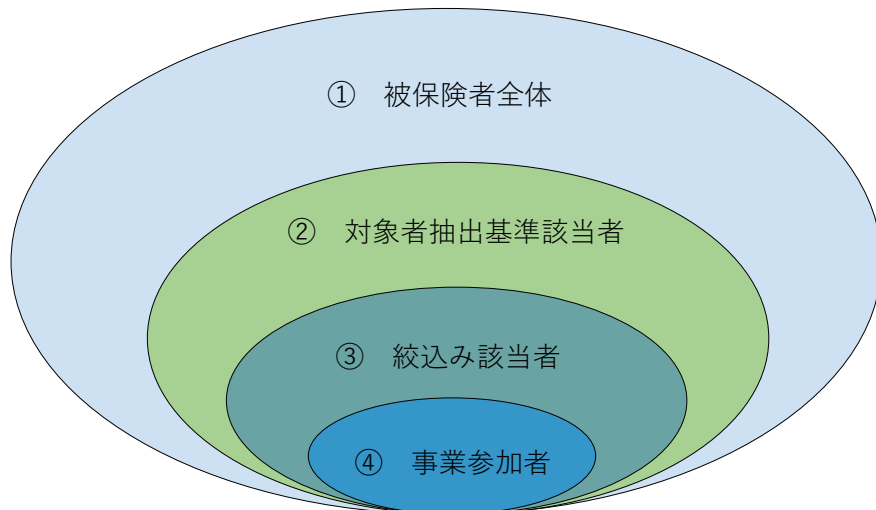
緊急度に応じた介入の程度	レベル	受診勧奨	保健指導
弱 ↓ 強	I	通知、健康教室等の案内（面談の機会を設定）	主に糖尿病及び生活習慣の改善に関する内容について通知、健康教室の案内
	II	通知・電話／面談	腎障害の悪化を予防するための、糖尿病等生活習慣病の管理に関する内容を中心とし、通知・電話／面談
	III	通知・電話／面談／訪問にて確実に実施	腎障害の悪化を防ぐための治療や生活に関する内容を中心とし、通知・電話／面談／訪問を確実に実施

## 4. 市町村、都道府県等が設定する評価指標例の提示

### ◆ 評価対象のとらえ方と評価方法の提示（P46）（新旧対照表P65）

- 計画策定時に設定した目標や評価指標、評価方法に基づいて、ストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカムの視点で評価を行う。
- 評価では、受診勧奨や保健指導を実施した被保険者個々人の単位に加えて、集団での評価も行う。
- 評価では、①被保険者全体、②対象者抽出基準該当者、③絞込み該当者、④事業参加者、を意識して評価を行う。
  - ・ 抽出された対象者のうち、何人に受診勧奨等を実施できたか
  - ・ 受診勧奨を行った者のうち、何人が医療機関受診につながったか
  - ・ 受診勧奨等を行った者と行わなかった者とのアウトカム指標の比較
  - ・ 被保険者全体の各評価指標の中長期的な変化状況 など

評価対象のとらえ方（P48 図表15）（新旧対照表P66）



### ◆ 市町村と都道府県が実施する評価（P48）（新旧対照表P67）

- 市町村
  - ・ 国保と後期の連続した評価を行う体制整備
- 都道府県
  - ・ アウトカム評価時の保険者間の比較に向けた分析
  - ・ 広域的な評価、中長期的評価における市町村等への支援

### ◆ 市町村、都道府県等が設定する評価指標の例示

#### 【市町村の評価指標例】（P49 図表16）（新旧対照表P68）

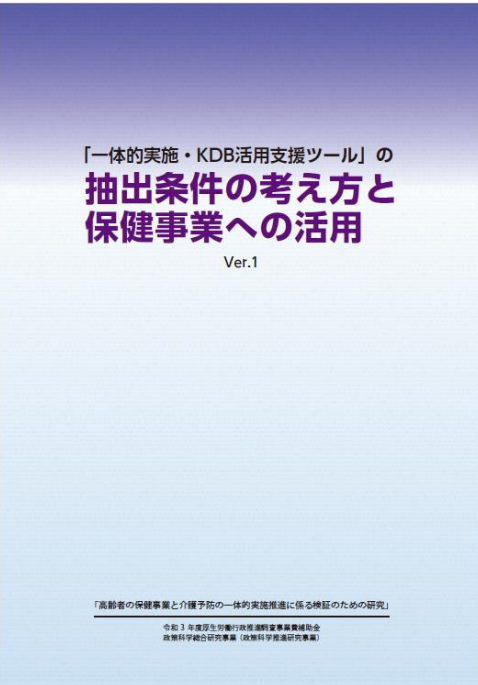
- ストラクチャー評価
  - ・ 実施体制の構築状況
  - ・ 予算、マンパワー、教材の準備
  - ・ 保健指導者への研修の実施状況
  - ・ 運営マニュアル等の整備
  - ・ 課題分析・事業評価のための健康・医療情報の集約状況
- プロセス評価
  - ・ 目的に応じた対象者の設定状況
  - ・ 対象者への声掛け・募集の方法
  - ・ 課題分析結果に応じた方法での事業実施
  - ・ スケジュール調整の状況
  - ・ 参加者に関する評価のためのデータ登録状況



# 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

津下一代先生ご提供資料

「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。



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

## 【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 <b>かつ</b> 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%)	8.0%未満 (下限7.0%)
			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。

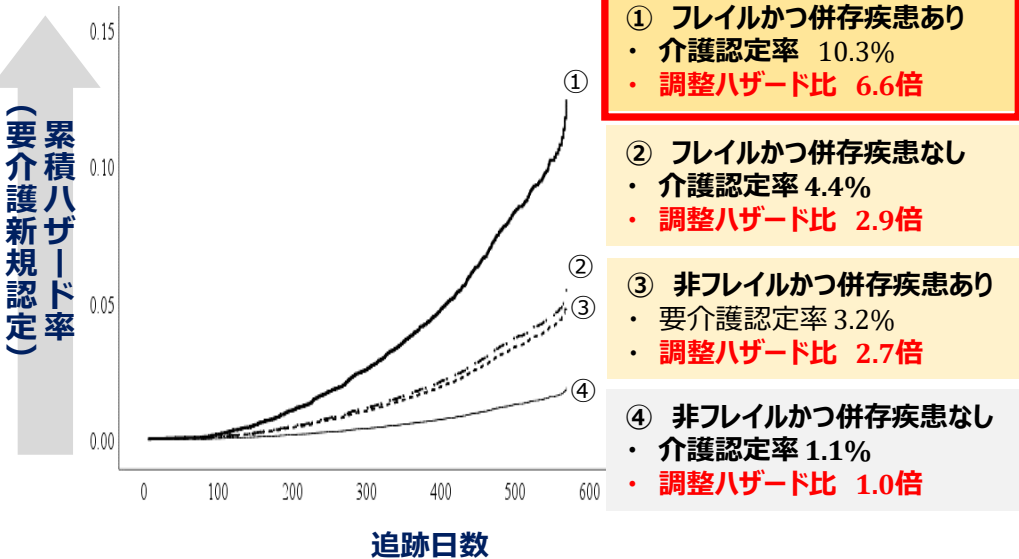
詳細については、高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドラインを参照。 8

# 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

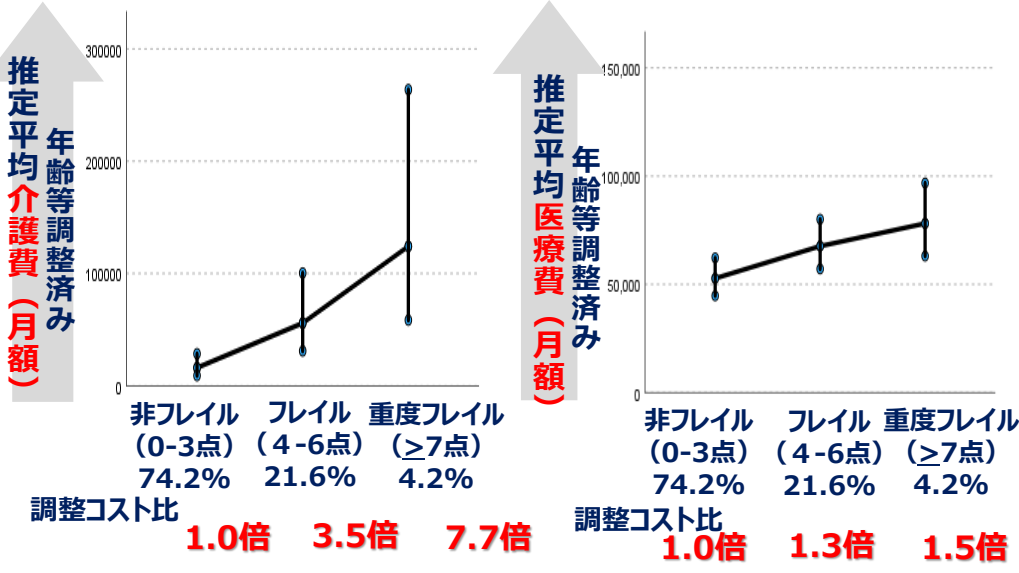
飯島勝矢先生、田中友規先生、吉澤裕世先生ご提供資料

- 「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 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)

# 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。

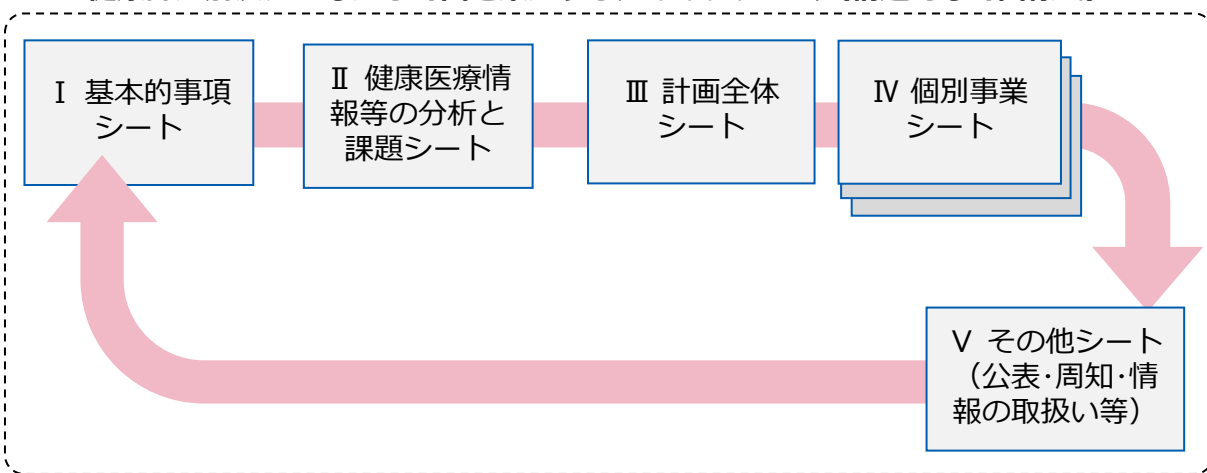
## ■データヘルス計画の標準化のねらいと対応

○ 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。

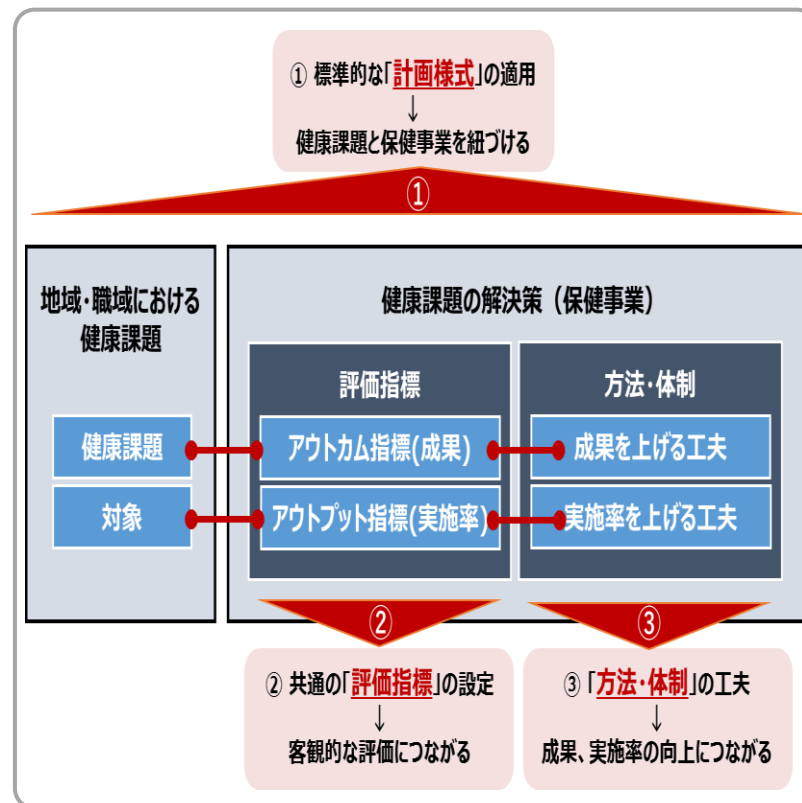
○ 効果的な保健事業(方法・体制)をパターン化することにより、事業効果を向上させる。

- ・ 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」

# 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

アウト  
カム

平均自立期間（要介護2以上）

ハイリスク者割合(一体的実施活用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（口コモ含む）
- ・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

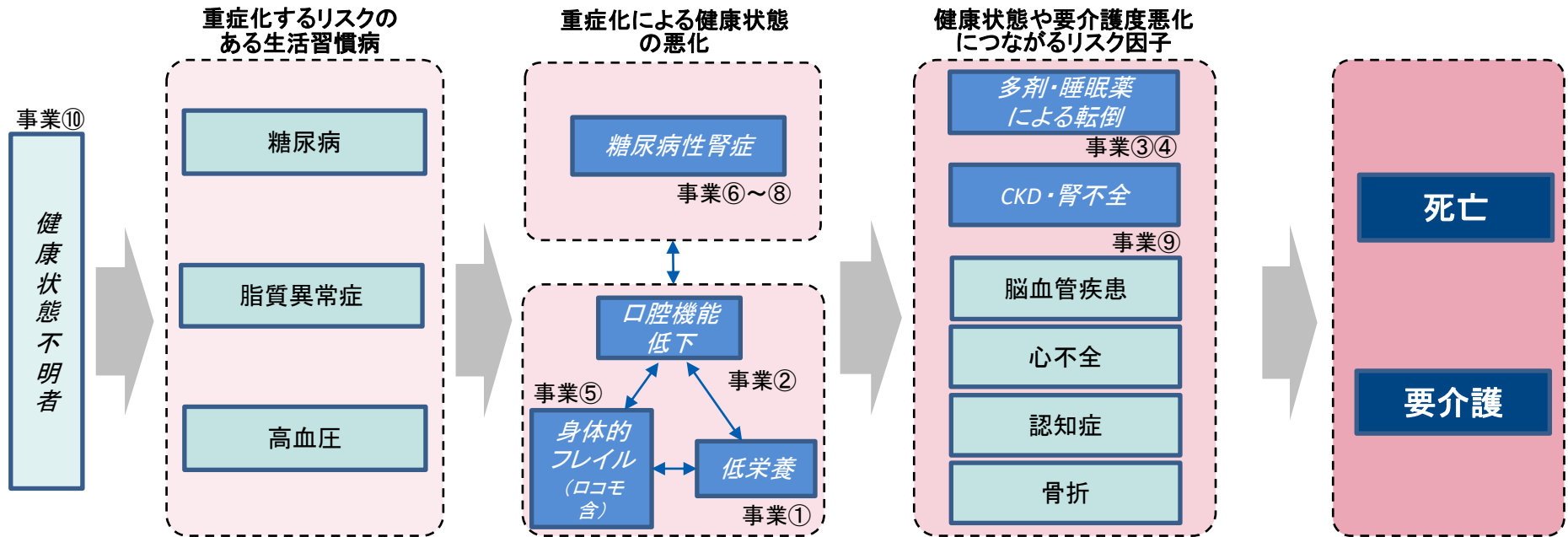
※広域連合による保健事業の実施以外の要因  
が大きいこと等により、共通の評価指標として  
設定しないが、各広域連合が評価指標として  
設定することも差し支えない。

### 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 (口コモ含)
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。

# 健康寿命延伸のための一体的実施における事業メニューの考え方（イメージ）



## ★支援対象（ハイリスク）者の支援事業内容とその目的

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	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
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	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
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	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
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	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
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	⑩		健康状態不明者

# 後期高齢者医療制度の保健事業

## 後期高齢者医療制度事業費補助金を活用した保健事業

### ○健康診査（歯科健診を含む）に要する経費

- ※1 括弧内の金額は令和5年度予算額
- ※2 地方負担分について、国庫補助と同額の地方財政措置

- (1) 後期高齢者医療の被保険者に係る健康診査 令和6年度予算額：約32.5億円（約32.5億円） 補助率：3分の1
- ・ 生活習慣病を早期に発見し、重症化の予防を図るため、健康診査を実施。
  - ・ 実施広域連合数（令和4年度）：47広域

	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
受診率	28.6%	29.4%	28.5%	25.8%	26.5%	28.1% (速報値)

- (2) 後期高齢者医療の被保険者に係る歯科健診 令和6年度予算額：約7.8億円（約7.0億円） 補助率：3分の1
- ・ 口腔機能低下や肺炎等の疾病を予防するため、歯・歯肉の状態や口内清掃状態等をチェックする歯科健診を実施。
  - ・ 実施広域連合数（令和4年度）：47広域

## 特別調整交付金を活用した保健事業

### ○高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施

- ・ 企画・調整等を行う医療専門職及び地域を担当する医療専門職の配置等に必要な経費を助成。
- ・ 市町村及び実際に事業を実施する生活圈域毎に応じた交付基準額（5,800千円、3,500千円、500千円のそれぞれ3分の2）で実施。

### ○低栄養防止・重症化予防の取組等

- ・ 医療専門職による低栄養、筋量低下、口腔機能低下等による心身機能の低下の予防・生活習慣病等の重症化予防等の取組及び重複・頻回受診者、重複投薬者等への相談・指導の取組に必要な経費を助成。
- ・ 各広域連合の被保険者数に応じた交付基準額（10,000千円から25,000千円の3分の2）及び事業に要する経費の2分の1で実施。

### ○長寿・健康増進事業

- ・ 被保険者の健康づくりに積極的に取り組むための事業に必要な経費を助成。
- ・ 各広域連合の被保険者数に応じた交付基準額（0.2億円から2.2億円）で実施。

### ○保険者インセンティブ

- ・ 後期高齢者医療広域連合による予防・健康づくりや医療費適正化の取組を評価し、特別調整交付金の交付額により配分。
- ・ 令和6年度は100億円の規模（平成28年度は20億円、29年度は50億円、30年度・令和元～5年度は100億円）で実施予定。

# 一体的実施に係る特別調整交付金交付基準の改正事項

- 令和2年度から開始された高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施については、後期高齢者医療の特別調整交付金により財政支援を行っている。
- 特別調整交付金の交付基準は、後期高齢者医療広域連合及び市町村の取組実態や意見・要望等を基に見直しを図る。

年度	主な改正内容
令和4年度	<ul style="list-style-type: none"><li>● 日常生活圏域毎の取組について、複数圏域を1圏域として事業を実施することを可能とする。</li><li>● 企画・調整等を担当する医療専門職について、特別調整交付金の交付を要さない医療専門職を配置することを可能とする。</li><li>● KDBシステム等の活用だけでなく、庁内関係部局との情報連携、通いの場等におけるポピュレーションアプローチの機会等の活用、医療機関や地域包括支援センター・ケアマネジャー等からの情報連携等により、健康状態不明者、未治療によるコントロール不良者や治療中断者を把握しアウトリーチ支援等を行うことを明確化。</li></ul>
令和5年度	<ul style="list-style-type: none"><li>● 企画調整を担当する保健師等の配置が困難である場合、配置が可能となるまでの間に限り、「保健師等以外の医療専門職」が企画調整を担当することを可能とする。</li><li>● 日常生活圏域数の設定が地域包括支援センター数よりも極端に少なく（概ね10以上乖離がある場合）、厚生労働省が認める場合には、交付基準上の「日常生活圏域数」を「地域包括支援センター数」と読み替えることを可能とする。</li><li>● 「その他経費」に係る交付基準額を圏域毎から市町村毎に変更</li></ul>
令和6年度 (予定)	<ul style="list-style-type: none"><li>● 高齢者に対する個別的支援（ハイリスクアプローチ）の対象事業について、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一部改正に合わせて表記を変更</li><li>● 生活習慣病等の重症化予防に関わる相談指導における第三者による支援、評価の活用については、交付要件として求めないことに変更</li><li>● 市町村の委託事業収入に係る消費税の申告の要否によって、一体的実施の委託事業費の算定方法を変更</li><li>● 交付申請様式について、選択式での記載を主とし、一体的実施計画書・報告書集約ツールの活用により、後期高齢者医療広域連合における一体的実施の進捗管理、事業評価をしやすいものに変更</li></ul>





# (令和7年度分) (案) 後期高齢者医療制度の保険者インセンティブについて

令和6年2月27日 第2回 後期高齢者医療制度保険者  
インセンティブ評価指標見直しに係る実務者検討班会議  
資料2 (一部改変)

## 【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

## 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

広域連合の代表からなる実務者検討班会議における議論を踏まえ、前年度の実施（獲得）状況を踏まえて指標の見直しを実施

### 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

# 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の全国的な横展開事業

令和6年度当初予算案 1.0 億円 (1.0億円) ※ () 内は前年度当初予算額

## 1 事業の目的

令和2年度より開始された「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年度までに全ての市町村において取組が実施されるよう取り組むとともに効果的な事例の横展開を図る。

※高齢者の心身の多様な課題に対して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、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。

## 2 事業の概要・スキーム

