

高齢者の保健事業 基礎資料集

厚生労働省 保険局 高齢者医療課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

データヘルスの推進

財政支援

（令和 7 年度分）後期高齢者医療制度の保険者インセンティブ

日本健康会議における「健康づくりに取り組む 5 つの実行宣言2025」

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

データヘルスの推進について

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

データヘルス計画とは

● 健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針

第四 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

保険者は、健康・医療情報を活用した加入者の健康課題の分析、保健事業の評価等を行うための基盤が近年整備されてきていること等を踏まえ、健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（以下「実施計画」という。）を策定した上で、保健事業の実施及び評価を行うこと。

⇒ 平成27年度からの**第1期データヘルス計画では、全健保組合・全協会けんぽ支部が計画を策定。**

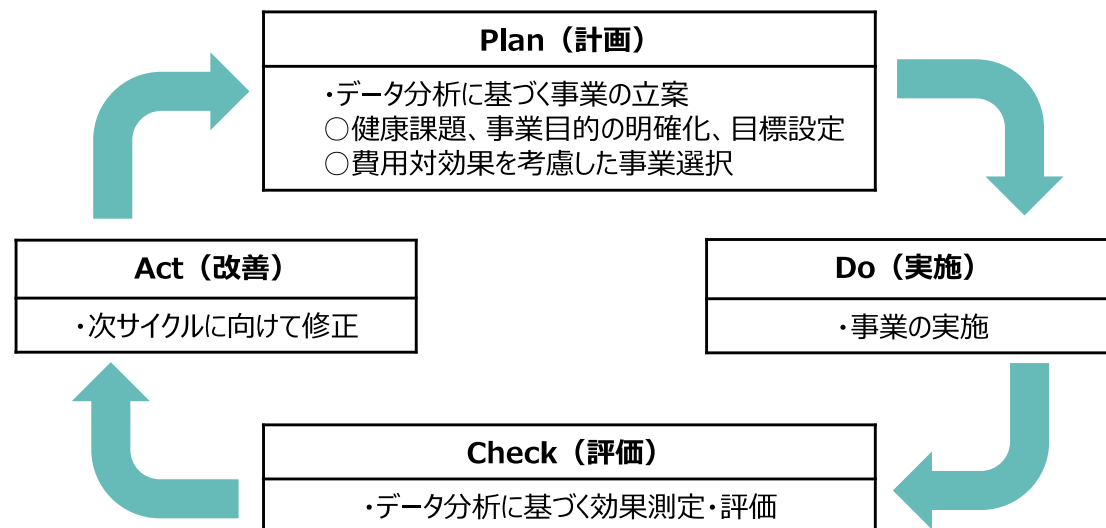
平成30年度からの**第2期データヘルス計画は、本格稼働としてさらなる質の向上を目指す。**

令和6年度からの**第3期データヘルス計画はデータヘルス計画の標準化の推進及び効率的・効果的なデータヘルスの更なる普及を進める。**

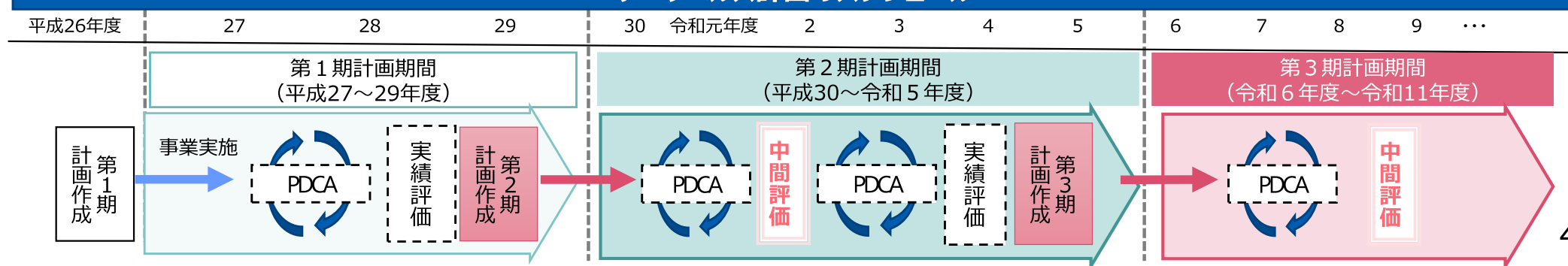
「データヘルス計画」

レセプト・健診情報等のデータの分析に基づく効率的・効果的な保健事業をPDCAサイクルで実施するための事業計画

ねらい：「健康寿命の延伸」と「医療費適正化」を同時に図る。

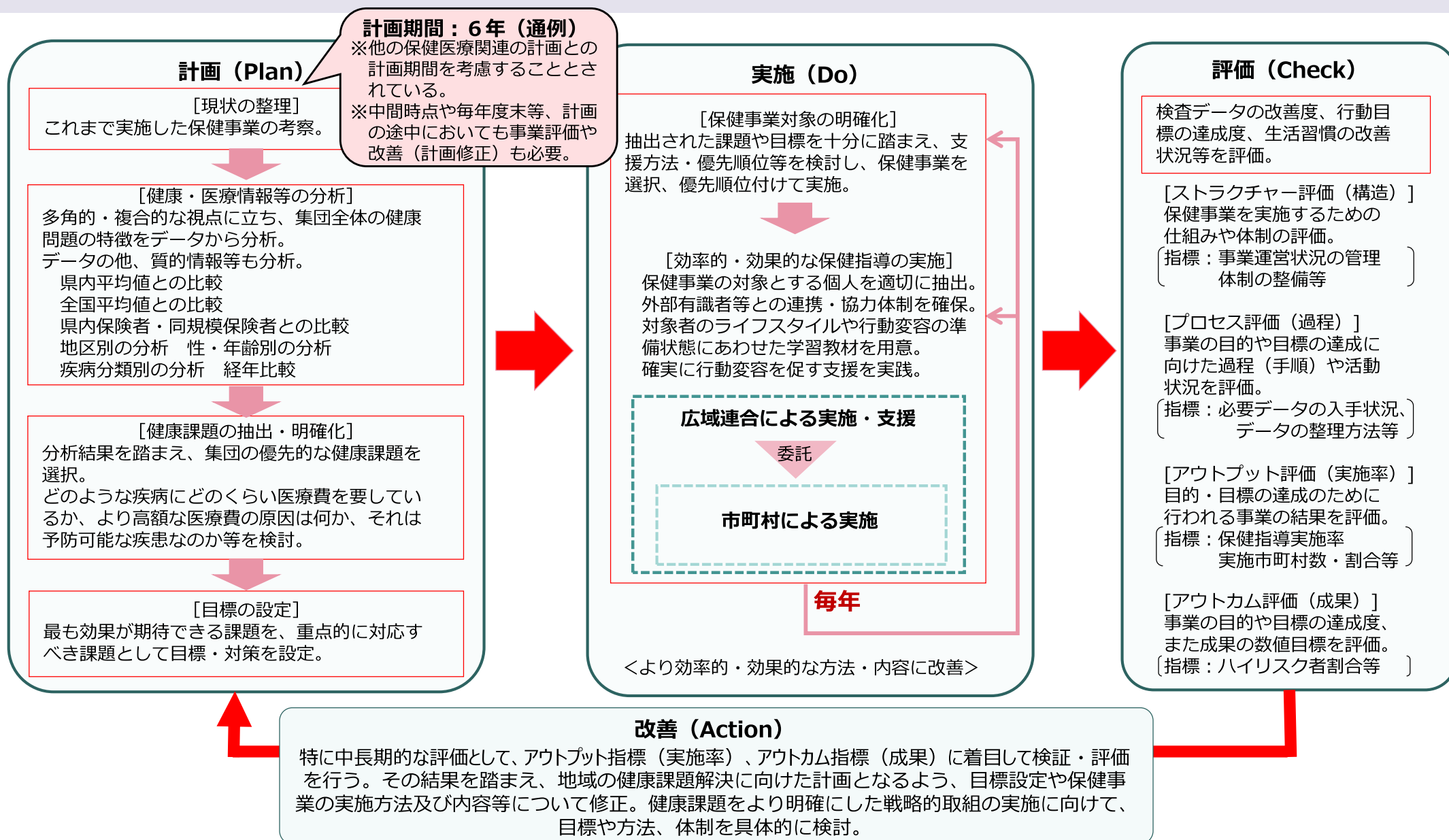


データヘルス計画のスケジュール



広域連合におけるデータヘルス計画（PDCA）の特徴

- 広域連合におけるデータヘルス計画の場合、保健事業の計画・評価・改善（P・C・A）は広域連合、保健事業の実施（D）は市町村（広域連合から市町村への委託）となっていることが多く、計画策定等と保健事業の実施の主体が異なる。



後期高齢者の保健事業における市町村対応のPDCA

- 後期高齢者の保健事業（健康診査・歯科健康診査、一体的実施等における個別の保健事業）については、広域連合が通例6年間のデータヘルス計画を策定・実施しており、毎年度事業内容の実施状況を踏まえた評価・改善を行う。また、多くの場合、市町村が広域連合からの委託を受けて保健事業を実施している。市町村が事業実施を行うにあたっては、広域連合のデータヘルス計画における計画・評価・改善（P・C・A）の方針を踏まえつつ、保健事業の実施（D）については、毎年度、計画・評価・改善（P・C・A）を別途行う必要がある。

計画（Plan）

【現状の整理】

これまで実施した保健事業（対象や実施方法、実施体制、成果等）の考察。

【健康・医療情報等の分析】

多角的・複合的な視点に立ち、地域集団全体の健康問題の特徴をデータとともに質的情報等も分析。

県内平均値・全国平均値との比較

地区別の分析 性・年齢別の分析

疾病分類別の分析 経年比較

※データヘルス計画上の共通評価指標にかかる分析においては、一体的実施・KDB活用支援ツールの抽出条件を参照。

【健康課題の抽出・明確化】

分析結果を踏まえ、地域集団の優先的な健康課題を選択。どのような疾病にどのくらい医療費を要しているか、より高額な医療費の原因は何か、それは予防可能な疾患なのか等を検討。

【目標の設定】

最も効果が期待できる課題を、重点的に対応すべき課題として目標・対策を設定するとともに、効率的な実施方法・体制について検討。

実施（Do）

【保健事業対象の明確化】

適切な健康診査等の実施、その結果から抽出された課題や目標を十分に踏まえ、支援方法・優先順位等を検討し、保健事業を選択、優先順位付けて実施。

健康診査・歯科健康診査

- ・低栄養
- ・口腔機能低下
- ・服薬（多剤）
- ・服薬（睡眠薬）
- ・身体的フレイル（ロコモを含む）
- ・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

【効率的・効果的な保健指導の実施】

事業実施の実現可能性等も踏まえつつ、保健事業の対象とする個人を、適切に抽出。外部有識者等との連携・協力体制を確保。対象者のライフスタイルや行動変容の準備状態にあわせた学習教材を用意。確実に行動変容を促す支援を実践。

＜より効率的・効果的な方法・内容に改善＞

評価（Check）

【評価の視点に基づく評価の実施】

地域の集団及び個人における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。（指標：事業実施にかかる連携体制整備等）

＜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）や活動状況の評価。（指標：事業案内の方法、事業実施方法等）

＜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。（指標：保健指導実施率等）

＜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。（指標：健診結果、医療費の変化等）

改善（Action）

目標や方法・体制等も含めて検証・評価を行った結果を踏まえ、地域の健康課題解決に向けた計画の修正。健康課題をより明確にした戦略的取組の検討。

広域連合のPDCA

データヘルス計画全体は通例6年ごと

事業内容は毎年度

市町村における保健事業のPDCAは毎年度実施し、その結果については適時、広域連合への共有が必要。

第3期データヘルス計画について

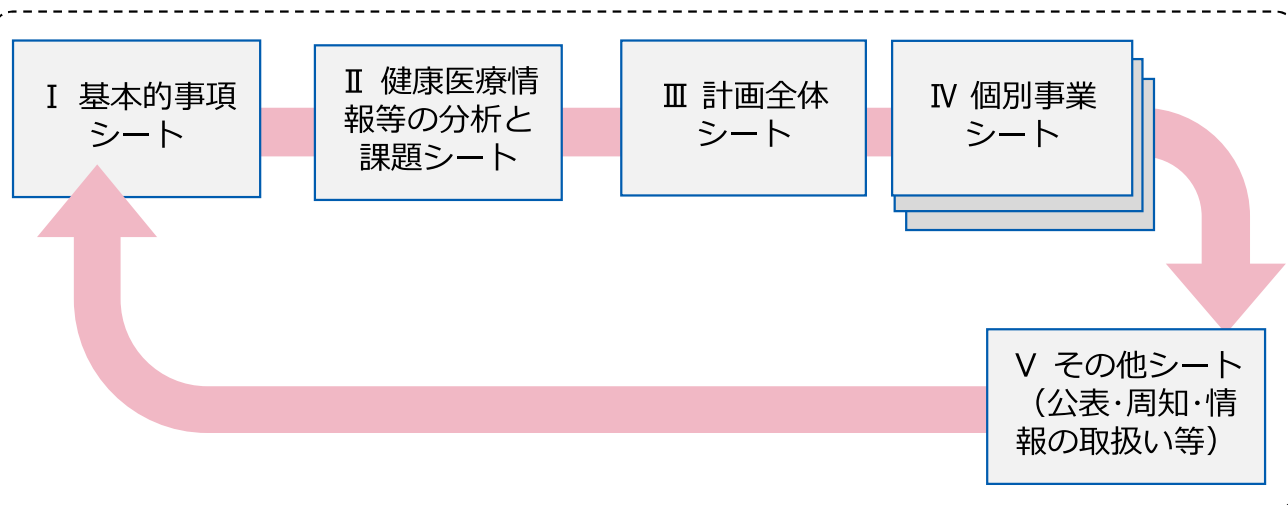
- 後期高齢者の保健事業については、データヘルス計画(国保・後期)の在り方に関する検討会における議論を踏まえ、令和5年3月30日に「高齢者保健事業の実施計画(データヘルス計画)策定の手引き」を改訂した。各広域連合においては令和6年度から第3期データヘルス計画が開始となる。
- 第3期データヘルス計画においては、標準化を推進し、総合的な評価指標としての共通評価指標の設定とともに、健康課題解決につながる計画を策定するための考え方のフレームとして、計画様式にて作成いただくこととした。

■データヘルス計画の標準化のねらいと対応

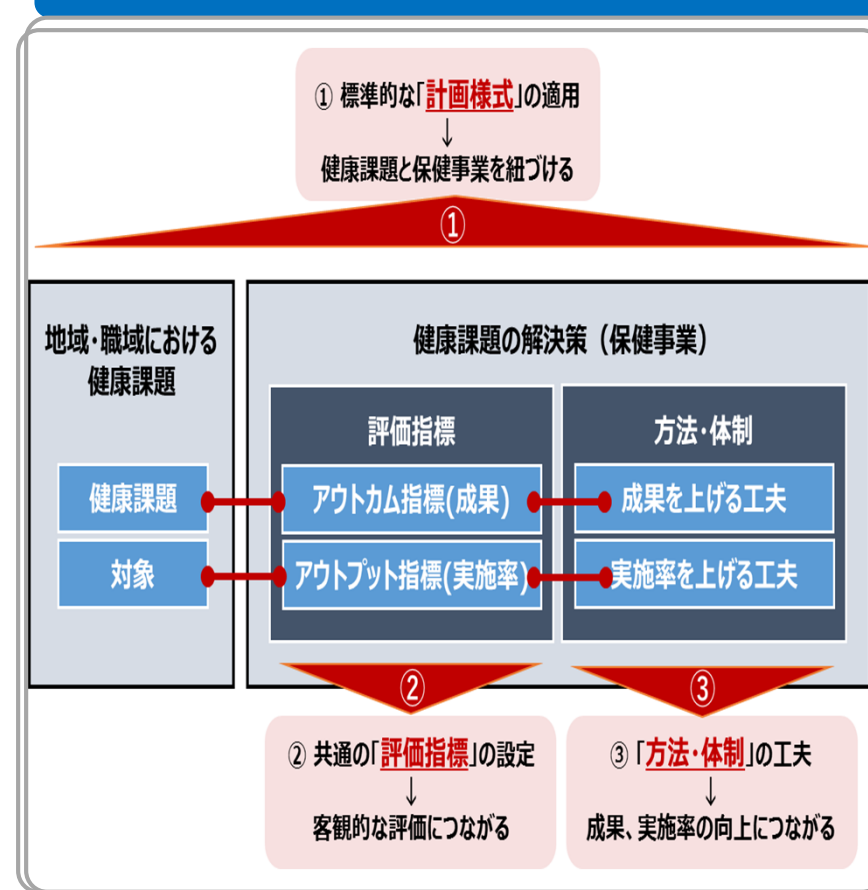
- 計画策定や保健事業運営の負担が軽減されるだけでなく、共通の評価指標を用いることで実績を比較可能とする。
- 効果的な保健事業(方法・体制)をパターン化することにより、事業効果を向上させる。

- ・ 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



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

高齢者保健事業の「目的」からみた一体的実施

高齢者保健事業の実施計画（データヘルス計画）策定の手引きより

○ 一体的実施は「高齢者保健事業の中心」

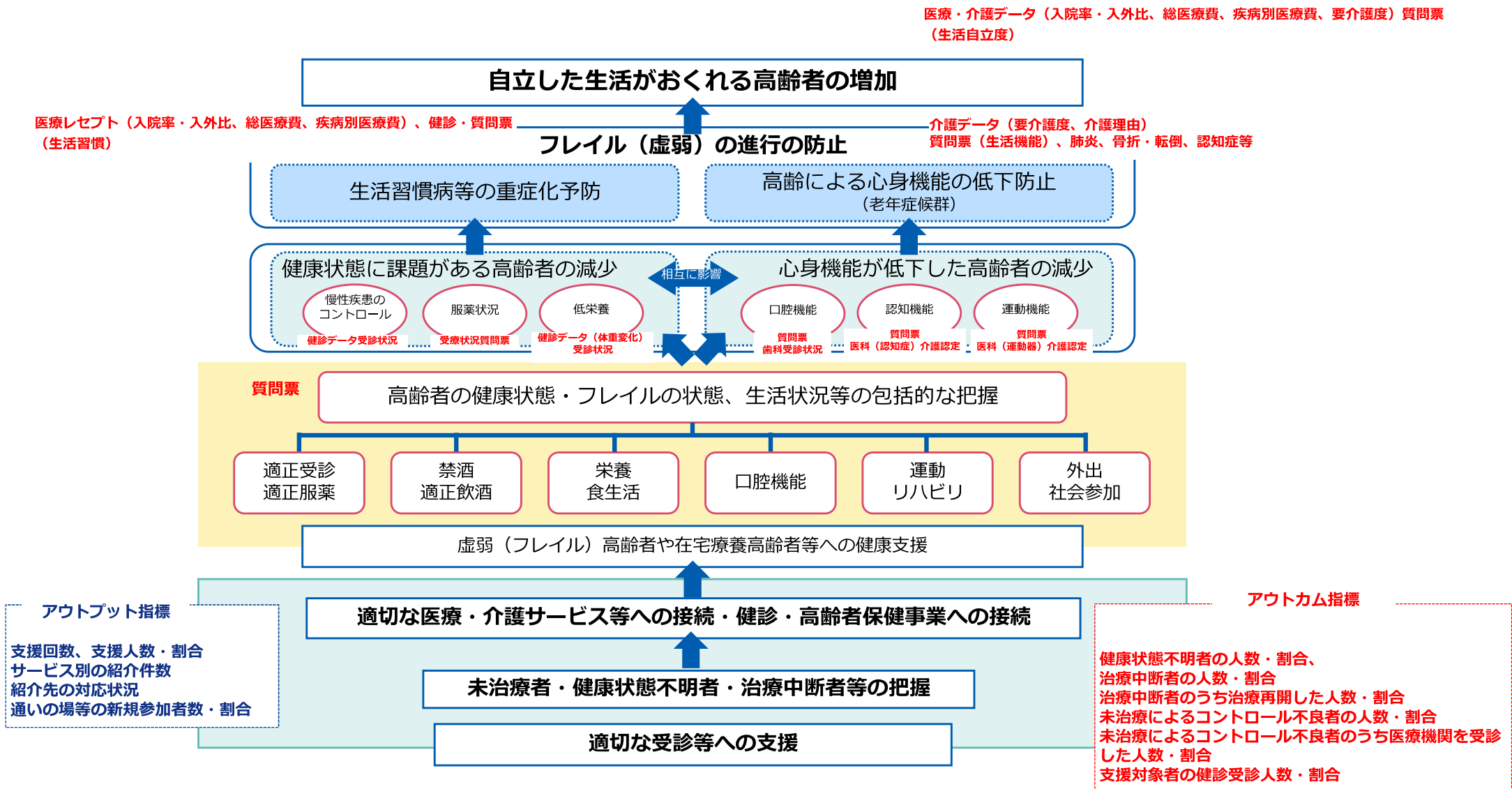


【高齢者保健事業の目的】

- 生活習慣病を初めとする**疾病の発症や重症化の予防及び心身機能の低下を防止し、できる限り長く在宅で自立した生活を送ることのできる高齢者を増やすことが最大の目的。**
- 効果的な保健事業の実施により、**生涯にわたる健康の保持増進、生活の質（QOL）の維持及び向上が図られ、結果として、医療費の適正化、要介護認定率の低下や介護給付費の減少に資する**と考えられる。

高齢者の保健事業における目標設定の考え方と評価指標

- 高齢者保健事業の最終的な目的は、生活習慣病等の重症化が予防され、心身機能の低下が防止されることにより、住み慣れた地域で社会とのつながりを保ちつつ、自立した生活がおくれる高齢者がすることにある。



データヘルス計画策定の手引き 見直しの全体像

令和5年2月21日

第3回 高齢者保健事業の実施計画（データヘルス計画）
策定の手引きに係るワーキンググループ

資料1

- 手引きにおける※の項目を中心に、記載事項の追記・修正の見直しを行うとともに、新たに計画様式を作成。

【データヘルス計画策定の手引き（構成）】

1. 計画の基本的事項

- (1) 背景・目的 ※
- (2) 計画の位置づけ ※
- (3) 関係者が果たすべき役割
 - ①実施主体・関係部局の役割 ※
 - ②外部有識者等の役割
 - ③被保険者の役割

2. 計画に記載すべき事項

- (1) 基本的事項
 - ①計画の趣旨
 - ②計画期間
 - ③実施体制・関係者連携
- (2) 現状の整理
 - ①保険者等の特性
 - ②前期計画等に係る考察
- (3) 健康・医療情報等の分析・分析結果に基づく健康課題の抽出 ※
- (4) 目標 ※
- (5) 保健事業の内容 ※
- (6) 計画の評価・見直し ※
- (7) 計画の公表・周知 ※
- (8) 個人情報の取扱い
- (9) 地域包括ケアに係る取組及びその他の留意事項

3. 国からの支援等 ※

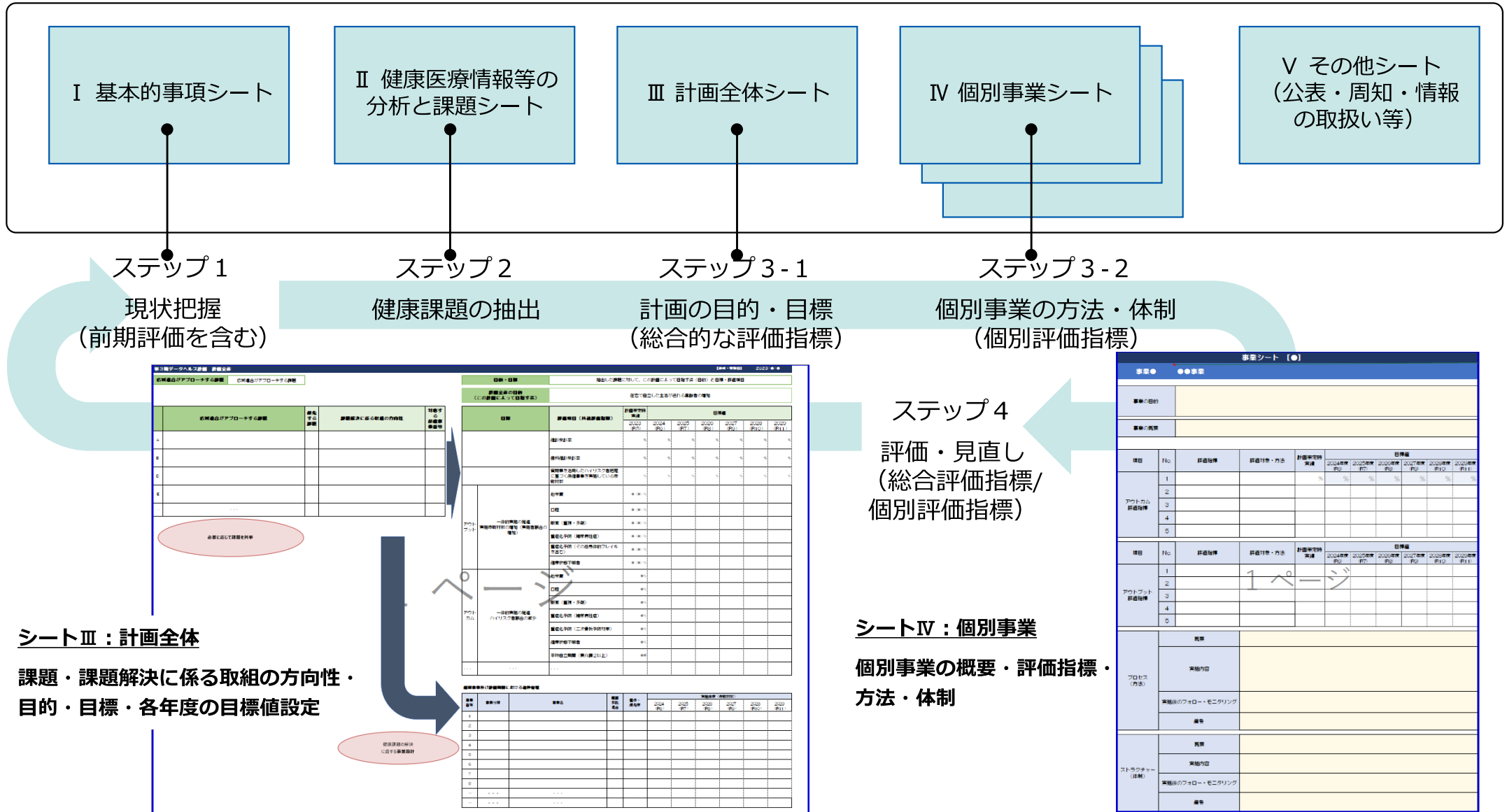
- (1) 特別調整交付金
- (2) 後期高齢者医療制度事業費補助金
- (3) 国保・後期高齢者ヘルスサポート事業
- (4) 国保ヘルスアップ事業

別添：データヘルス計画策定チェックリスト
：計画様式（シートⅠ～Ⅴ）

データヘルス計画の標準化 ：考え方のフレーム（構造的な計画様式）

- データヘルス計画策定の際に活用する計画様式を作成。（シートⅠ～Ⅴ）
- 計画様式には、手引きで示している策定のプロセスを含めている。

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 計画様式（シートⅠ 基本的事項）

第●期データヘルス計画							
計画策定の趣旨	背景						
	目的						
計画期間		令和●年度～令和●年度					
関連する他の計画 関連事項・関連目標	都道府県健康増進計画	令和●年～令和●年					
	都道府県医療費適正化計画	令和●年～令和●年					
	介護保険事業支援計画	令和●年～令和●年					
	国保データヘルス計画	令和●年～令和●年					
実施体制 関係者連携	市町村との連携体制						
	関係者等						
(1) 基本情報							
人口・被保険者		対象者に関する基本情報 (令和●年●月●日時点)					
		全体	%	男性	%	女性	%
人口(人)							
被保険者数(人)							
65～69歳(人)							
70～74歳(人)							
75～79歳(人)							
80～84歳(人)							
85～89歳(人)							
90歳以上(人)							
関係者等		計画の実効性を高めるための関係者等との連携					
		連携内容					
構成市町村							
都道府県							
国保連及び支援・評価委員会							
外部有識者							
保健医療関係者							
その他							
(2) 現状の整理							
被保険者等の特性	被保険者数の推移						
	年齢別被保険者構成割合						
	その他						
前期計画等に係る評価	前期(第●期)に設定したDH計画全体の目標 (設定していない場合は各事業の目標)	① ② ③					
	目標の達成状況	① ② ③					

- 計画策定の趣旨
- 計画期間
- 関連する他計画 関連事項・関連目標
- 実施体制関係者連携

- (1) 基本情報
- 人口・被保険者：対象者に関する基本情報
- 人口(人)
 - 被保険者数(人)

- 関係者等：計画の実効性を高めるための関係者等との連携
- 構成市町村
 - 都道府県
 - 国保連及び支援・評価委員会
 - 外部有識者
 - 保健医療関係者
 - その他

- (2) 現状の整理
- 被保険者等の特性
 - 前期計画等に係る評価

データヘルス計画 計画様式（シートⅡ 健康医療情報等の分析）

II 健康医療情報等の分析

※情報整理の際には、①全国平均との比較・②構成市町村比較

項目

被保険者構成の将来推計

将来推計に伴う医療費見込み

平均余命
平均自立期間（要介護2以上）等
死因別死亡割合

健康診査・歯科健康診査の実施状況

健診・歯科健診の結果の状況
（健康状況）

質問票調査結果の状況
（生活習慣）

健康状態不明者の数

医療費

疾病分類別の医療費

後発医薬品の使用割合

重複投薬患者割合
多剤投薬患者割合

要介護認定率の状況

介護給付費

要介護認定有無別の有病率（疾病別）
要介護度別有病率（疾病別）

通いの場の展開状況
（箇所数・参加者数等）

介護・医療のクロス分析

図表〇

データヘルス計画 計画様式（シートⅢ 計画全体）

Ⅲ 計画全体

Ⅲ 計画全体

	広域連合がアプローチする課題	優先する課題	課題解決に係る取組の方向性	対応する保健事業番号
A				

広域連合がアプローチする課題

必要に応じて課題を列挙

課題の解決に資する事業設計

目的・目標		抽出した課題に対して、この計画によって目指す姿（目的）と目標・評価項目											
計画全体の目的（この計画によって目指す姿）													
目標	評価項目（共通評価指標）	計画第2期の目標（R5）											
		割合	分子										
ア フ ト フ ッ ト	健康増進	%											
	歯科（予防・検診）	%											
	がん検診（がん検診率）	%											
	がん検診（がん検診率）	%											
	がん検診（がん検診率）	%											
イ 一 体 的 実 施 の 推 進 実 施 年 度 対 照 の 取 組	がん検診	%											
	がん検診	%											
	がん検診	%											
	がん検診	%											
	がん検診	%											
エ 一 体 的 実 施 の 推 進 ハ イ リ ス ク 者 割 合 の 減 少	がん検診	%											
	がん検診	%											
	がん検診	%											
	がん検診	%											
	がん検診	%											
	がん検診	%											
	がん検診	%											
	がん検診	%											
	がん検診	%											
	がん検診	%											
...	...												
...	...												

目的・目標

抽出した課題に対して、この計画によって目指す姿（目的）と目標・評価項目

計画全体の目的（この計画によって目指す姿）

評価項目（共通評価指標）

※1 実績年度が異なる場合には、欄外等に注釈を記載。 ※2 目標値を記載する際には、分子・分母は記載不要。

個別事業及び計画期間における進捗管理

事業番号	事業分類	事業名	計画実施年度	重点・優先	実施年度（市町村）					
					2024（R6）	2025（R7）	2026（R8）	2027（R9）	2028（R10）	2029（R11）
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										

個別事業及び計画期間における進捗管理

データヘルス計画 計画様式（シートⅣ 個別事業）

Ⅳ 個別事業										
事業シート [●]										
事業● ●●事業										
事業の目的										
事業の概要										
項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時 実績	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			%	%	%	%	%	%	%
	2									
	3									
	4									
	5									
項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時 実績	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									
	2									
	3									
	4									
	5									
プロセス (方法)	概要									
	実施内容									
	実施後のフォロー・モニタリング									
	備考									
ストラクチャー (体制)	概要									
	実施内容									
	実施後のフォロー・モニタリング									
	備考									

事業の目的

事業の概要

アウトカム評価指標

アウトプット評価指標

プロセス（方法）

ストラクチャー（体制）

データヘルス計画 計画様式（シートⅤ その他）

Ⅴ その他	
データヘルス計画 の評価・見直し	データヘルス計画の評価・見直し
データヘルス計画 の公表・周知	データヘルス計画の公表・周知
個人情報の取扱い	個人情報の取扱い
地域包括ケアに係 る取組	地域包括ケアに係る取組
その他留意事項	その他留意事項

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

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。

健診受診率の算出方法の統一について

- 令和5年4月6日付け事務連絡[※]において、令和6年度以降の後期高齢者医療制度事業費補助金の交付対象となる健康診査事業の対象者について、特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準に準じ、特定健診の除外対象者として同一とすることとしている。
- 「健診受診率」については、データヘルス計画における共通評価指標とされたが、その対象者や算出方法を全国的な比較が可能となるよう、データヘルス計画における「健診受診率」の算定方法について統一し、令和6年度以降、国がデータヘルス計画策定後の報告等を求める際には、当該算出方法による結果を報告いただくこととする。

※ 令和5年4月6日付け事務連絡「令和6年度以降における後期高齢者医療制度事業費補助金の交付対象となる健康診査事業の対象者等の取扱いについて」（厚生労働省保険局高齢者医療課）

＜算出方法＞

$$\text{健診受診率} = \frac{\text{健診受診者数}}{\text{被保険者数} - \text{対象外者数（健診除外告示第5号＋第6号）}}$$

＜分母にかかるデータ＞

- 被保険者（前年4月1日時点）
- 対象外者数（健診除外告示第5号及び第6号に該当する者）

健診除外告示第5号（長期入院者）
（KDBで該当年4月分を抽出 ← 2月診療分を反映）

KDBにおける6ヶ月以上入院者のレセプト一覧
（前年度）（厚労省様式2-1）にて把握した数値

健診除外告示第6号（施設入所者）

市町村（主に介護保険部門）に協力を頂き、施設入所者リスト等から把握した施設入所者数の報告を求める。
「施設」入所者については、該当施設のうち可能な範囲で把握し、市町村から広域に報告をすることを求める。
なお、市町村の把握方法及び集計時点等は不問。

【確認方法（①または②）】

- ① 市町村が把握可能な範囲で独自に確認。
- ② 市町村がKDBを活用して確認。なお、KDBでは、介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設・介護医療院・特定施設に入所している場合が把握可能。

＜分子にかかるデータ＞

- 実際の健康診査受診者数
（前年4月～該当年3月）

健康診査事業の対象者の整理に基づき把握。

＜施設とは＞

- ・障害者支援施設
- ・児童福祉施設
- ・国立重度知的障害者総合施設のぞみの園
- ・養護老人ホーム
- ・有料老人ホーム
- ・特定施設入居者生活介護の指定を受けていない、サービス付高齢者向け住宅を除く
- ・軽費老人ホーム
- ・特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）
- ・介護老人保健施設
- ・介護療養型医療施設
- ・介護医療院

なお、現行の各広域連合独自の抽出基準及び算出方法により健診受診率のデータを継続して把握し、過去の実績との経年変化を行うことは可能。

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施における ハイリスクアプローチ（個別事業）の評価指標例

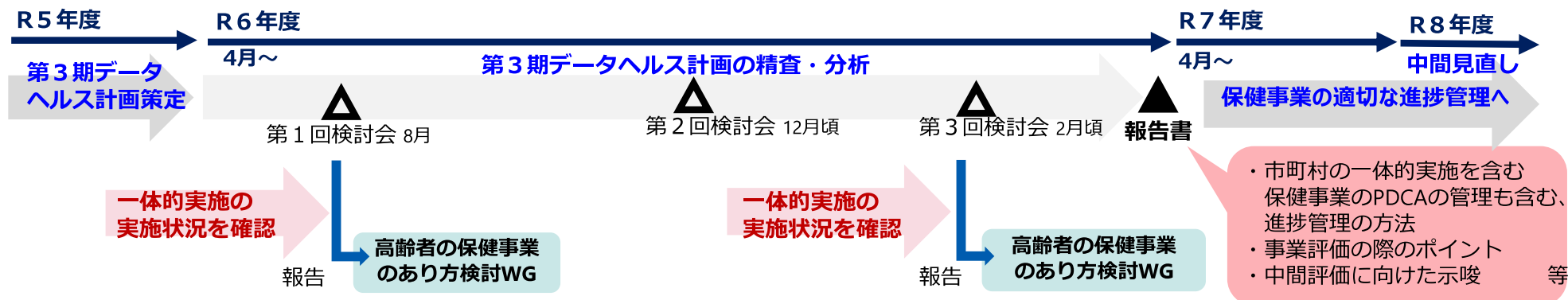
	低栄養	糖尿病性腎症重症化予防	健康状態不明者対策
アウト プット	支援対象者のうち、支援できた者の人数・割合	支援対象者のうち、支援できた者（個別支援・受診勧奨）の人数・割合	- 支援対象者のうち、現状把握ができた者の人数・割合 - 医療・介護等の支援へつなぐ必要があると把握された者の人数
アウト カム	- 体重が維持(±0.9kg)・改善(+1kg)できた者の人数・割合 - 低栄養傾向（BMI 20以下）の者の人数、割合 1年後の要介護認定の状況	- 受診勧奨事業：対象者のうち、受診した者（服薬治療を開始した者、傷病名＋（検査、生活習慣病管理料）等で受診が確認できた者）の人数、割合 - 治療中断者のうち健診又は受診につながった者（服薬治療を再開した者、傷病名＋（検査、生活習慣病管理料）等で受診が確認できた者）の数・割合 - HbA1c ≥ 8.0%の人数、割合の変化 - SBP ≥ 160 or DBP ≥ 100の人数・割合の変化	- 健診受診した者の人数・割合 - 医療・介護サービス等が必要と判断される者のうち、医療・介護サービス等につながった者の人数・割合
	服薬指導（多剤）	口腔	身体的フレイル
アウト プット	支援対象者のうち、支援できた者の人数・割合	支援対象者のうち、支援できた者の人数・割合	支援対象者のうち、支援できた者の人数・割合
アウト カム	- 介入前後3ヶ月の受診状況（受診医療機関数、受診回数） - 介入前後3ヶ月の処方薬剤数が15剤以上の人数、割合 ※特定の月のみ多い・少ないという状況も想定されるため、介入前3月分と、介入後3月分を評価することが重要	- 歯科医療機関の受診状況 - 後期高齢者の質問票（4咀嚼「はい」・5嚥下「はい」）と回答した者の人数、割合 （介入者のうち、誤嚥性肺炎の既往がある者については）介入1年後の誤嚥性肺炎の罹患状況 1年後の要介護認定の状況	- 適切なサービス（専門職、地域支援事業等）へつながっている人数、割合 - 後期高齢者の質問票（①健康状態「4、5」かつ⑦歩行速度「はい」または⑦歩行速度「はい」かつ⑧転倒の該当者「はい」）と回答した者の人数、割合 1年後の要介護認定の状況

データヘルス計画に関する検討等について

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である。
- 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、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、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した。

検討の進め方（イメージ）



高齢者保健事業実施計画に係る調査報告書

- 全国の広域連合が策定した第3期データヘルス計画について、データヘルス計画に係るデスクリサーチ、アンケート調査、ヒアリング調査を実施し、データヘルス計画についての調査分析を行った。
- 調査結果を踏まえ、「高齢者の保健事業実施計画（データヘルス計画）に係る有識者会議」を設置し、広域連合が今後実施するPDCA管理について検討を行った。
- 効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、必要な事項を「高齢者保健事業実施計画に係る調査報告書」として取りまとめ、令和6年度末に広域連合に周知を予定している。

論点	整理を行った事項
1.データヘルス計画の標準化 →計画様式、共通評価指標による標準化により、広域連合間・市町村間比較が可能となったが実態はどうか。	➢ 第3期データヘルス計画における共通評価指標・様式標準化の対応状況および、対応にあたっての課題を整理。 ➢ 上記整理を踏まえて、広域連合において標準化推進にあたり対応いただきたい事項を提示。 (視点) ・ 共通評価指標において誤りやすい項目 ・ 各様式で記載状況に差異が生じていた項目 ・ 広域連合が必須で整理及び明記すべき項目 ・ アウトプット、アウトカムを重視した評価に向けて把握すべき項目
2.保健事業の内容の充実 →個別事業の記載が十分かどうか、市町村支援や、成果を高めるために追加すべき事項はあるか。	➢ 一体的実施の取組状況を勘案し、市町村がデータヘルス計画に基づく事業を展開できるようにするための支援の工夫などを把握、整理のうえ、広域連合向けに情報提供。 (視点) ・ 広域連合の目指す保健事業の方向性（データヘルス計画）に向けた市町村との調整において有効な方法 ・ 広域連合が自ら取組む事業や市町村支援についての記載方法 ・ 標準化の考え方についての理解促進方策
3.評価の進め方の整理 →広域連合が進捗管理する評価指標は何か、どのように市町村に伝えるのが効果的か。	➢ 共通評価指標や各個別事業の評価を行うための進捗管理様式を作成、提示。 ➢ 併せて、計画策定時の状況を踏まえた留意事項、中間評価のための視点など、広域連合に情報を共有。 ➢ 中長期的な評価や短期的な評価を行う際に留意すべき点、方法を整理。 ➢ 広域連合としての評価と市町村の評価の統合を行う際の留意点を整理。 ※統合により、広域連合・市町村ともに同一の方向性での事業実施を可能となる。 ➢ データヘルス計画の整理・検討を行うにあたり、必要な分析項目及び集計方法や報告書で提示すべき項目等を整理。

高齢者保健事業実施計画に係る調査報告書（案） 調査方法

- 広域連合が策定した高齢者保健事業実施計画（第3期データヘルス計画）の調査として、令和5年度の計画策定プロセスについてアンケート調査や一部の広域連合に対しヒアリング調査を実施、計画様式の整理・分析を広域連合から提出された計画様式を用いて実施した。

広域連合での第3期データヘルス計画の策定及び運用の流れと今回の調査内容について



<計画の策定プロセスに関する整理・分析>

広域連合等へのアンケート調査

- データヘルス計画の策定プロセスとして、取組体制、一体的実施の実施・委託に向けた取組の状況、第3期データヘルス計画の策定状況、ガイドラインの活用状況について広域連合に対し調査。その他、市町村に対して、第3期データヘルス計画に基づく事業実施への助言について、都道府県に対して、データヘルス計画策定にかかる支援状況について、調査。

一部の広域連合に対するヒアリング調査

- 各広域連合におけるデータヘルス計画策定のプロセス、標準化の取組、事業評価の方法等に関する具体的な取組内容を調査。
 - データヘルス計画策定のプロセス
 - 策定時の市町村との具体的な連携内容、第2期データヘルス計画の振り返りと第3期データヘルス計画への反映状況、健康課題や実施する保健事業の優先順位の設定方法
 - 標準化の取組に効果・課題（標準化して実施したこと・期待していること）
 - 保健事業の内容の充実（保健事業の成果を上げるための工夫）
 - 評価の進め方（市町村が実施する事業の評価方法・市町村との連携方法）

<策定されたデータヘルス計画の内容に関する整理・分析>

計画様式の整理・分析

● 標準化した計画様式への記載内容の確認

- 第3期データヘルス計画で標準化した計画様式の記載内容について、①考え方のフレームに沿って適切に記載されているか、②標準化された計画様式が不足なく記載できているか、③標準化により記載が充実した箇所はどのような記載がされているのか、という観点で整理・確認。

● 計画策定フレーム（構造）に沿った策定状況の確認

- 各様式間の関連性を意識した記載となっているか（特に様式Ⅱ～Ⅳの関連性については、課題から適切な事業が導かれているか、各事業に適切な評価指標が設定されているか）を確認

● 第2期データヘルス計画からの進捗の確認

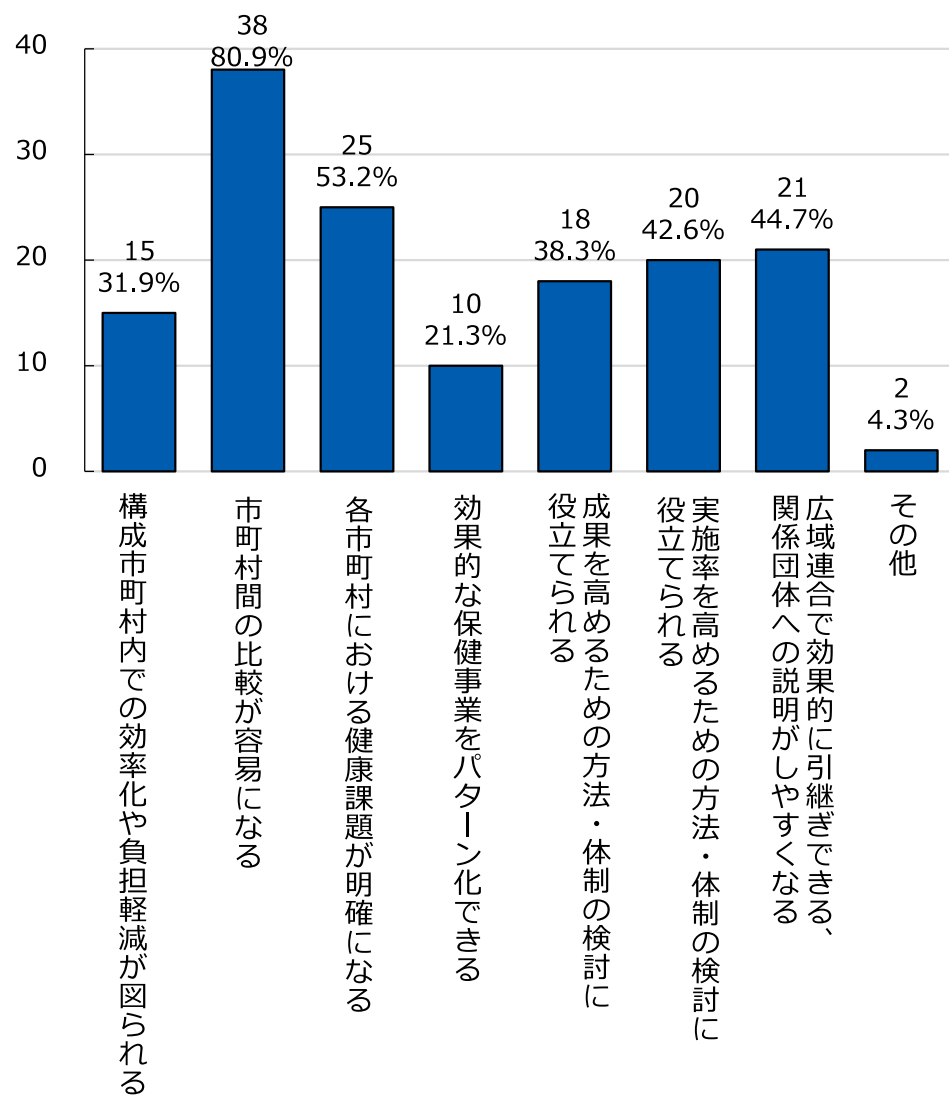
- 第3期高齢者保健事業実施計画策定の手引きの改定に向け、令和4年度に把握・整理されたデスクリサーチ項目と同様の調査を行い、変化等を確認。

（令和6年度一体的実施実施状況調査） データヘルス計画の標準化に期待する効果と課題

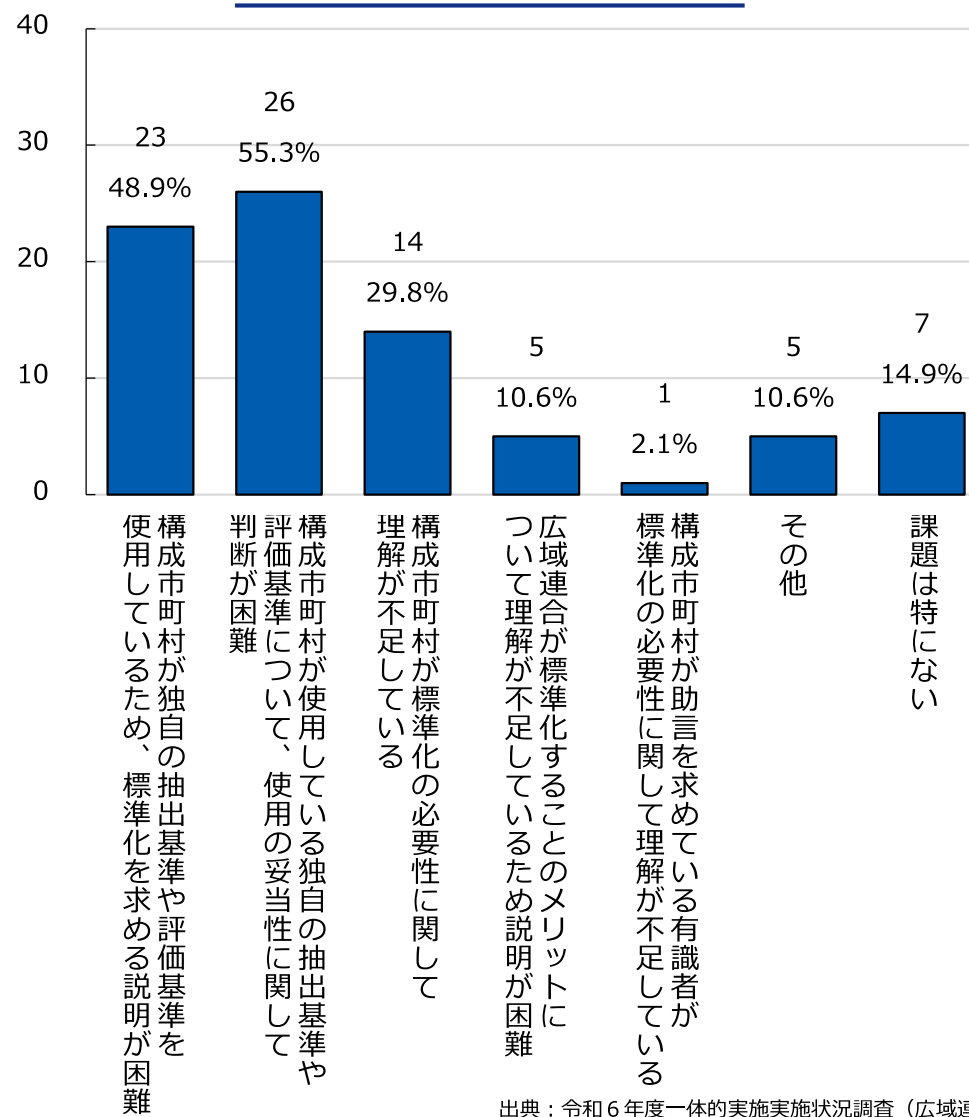
広域連合票

- 第3期データヘルス計画の標準化を進めることにより期待される効果として「市町村間の比較が容易になる」が最も多く挙げられた。
- 広域連合内で標準化を進めるうえでの課題として「構成市町村が使用している独自の抽出基準や評価基準について、使用の妥当性に関して判断が困難」が最も多く挙げられた。

期待する効果 (N=47)



標準化を推進する上での課題 (N=47)



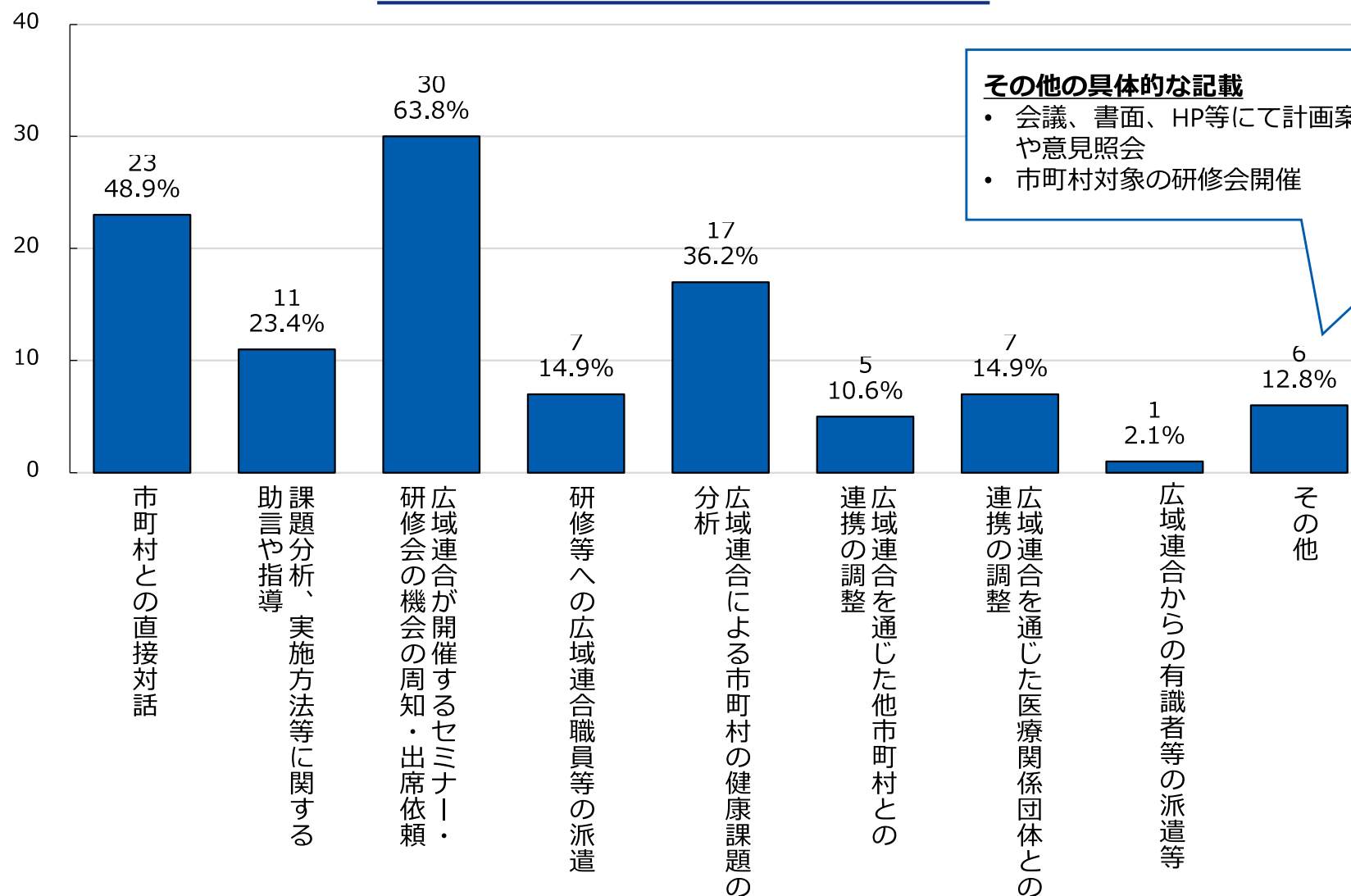
(令和6年度一体的実施実施状況調査) データヘルス計画の策定にあたり市町村に対し行う取組

広域連合票

- 広域連合の保健事業実施の方針等の理解を促すため「広域連合が開催するセミナー・研修会の機会の周知・出席依頼」が最も多く挙げられた。

広域連合から市町村に対して行っている取組

(N=47) 複数回答

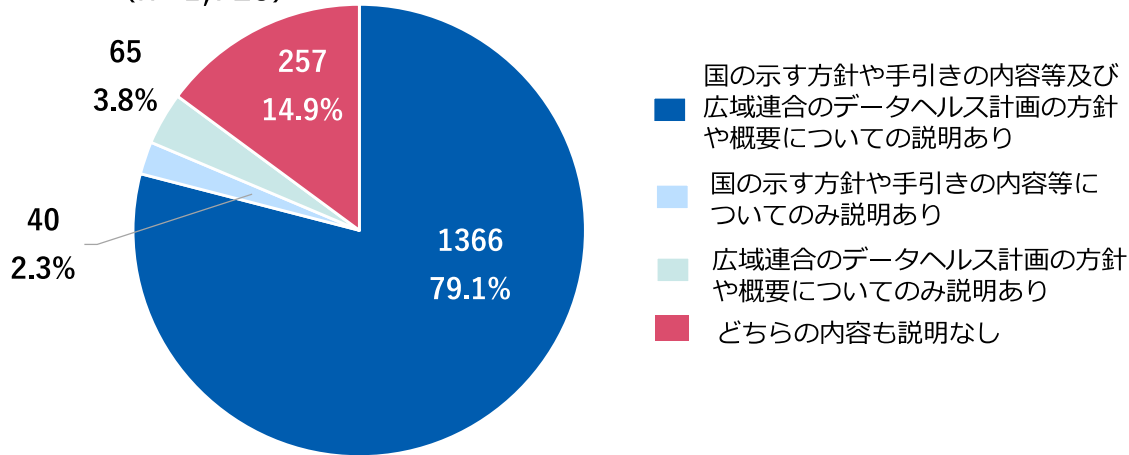


（令和6年度一体的実施実施状況調査） 第3期データヘルス計画の策定における市町村への説明状況

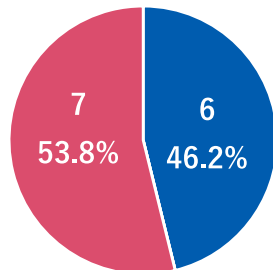
- 第3期データヘルス策定にあたり、広域連合から市町村に対する国の示す方針や手引きの内容等の説明及び当該広域連合におけるデータヘルス計画の方針や概要の説明状況について、一体的実施を受託中/予定の79.1%の市町村では広域連合から何らかの説明を受けているのに対し、受託未定の市町村については、広域連合から何らか説明を受けているのは46.2%にとどまっていた。
- 一方、広域連合から計画に基づく事業実施の支援について、1143（65.7%）市町村が受けていると回答があった。支援内容は「共通評価指標の提示」が最も多かった。

第3期データヘルス計画に関する 広域連合から市町村への説明状況

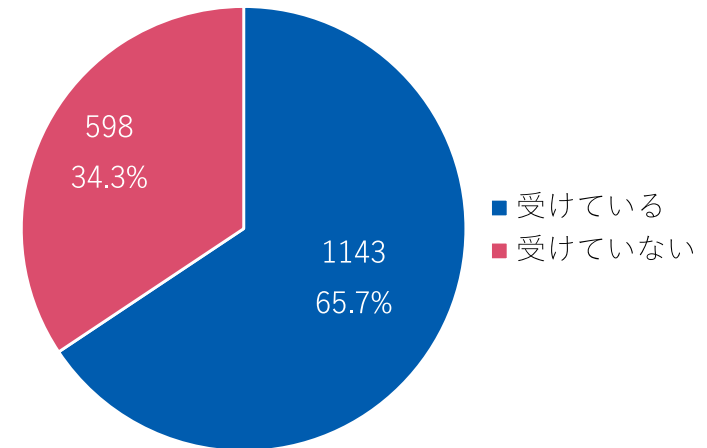
受託中/R7受託予定
(n=1,728)



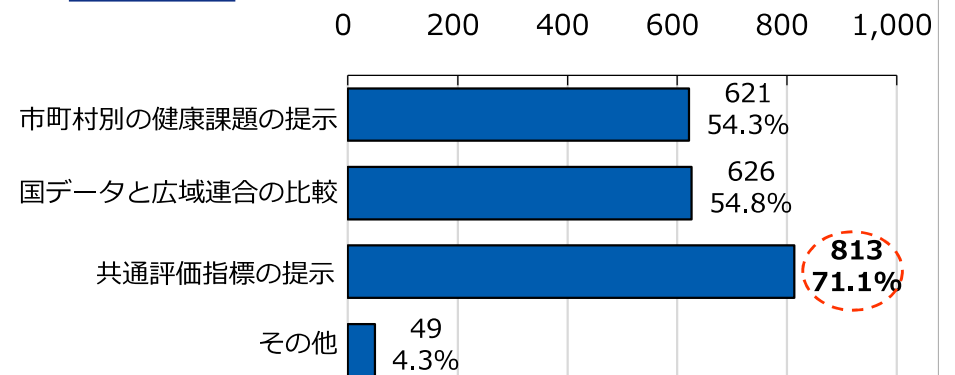
受託未定・中止
(n=13)



広域連合からの事業実施への支援 (N=1,741)



支援内容 (n=1,143) 複数回答



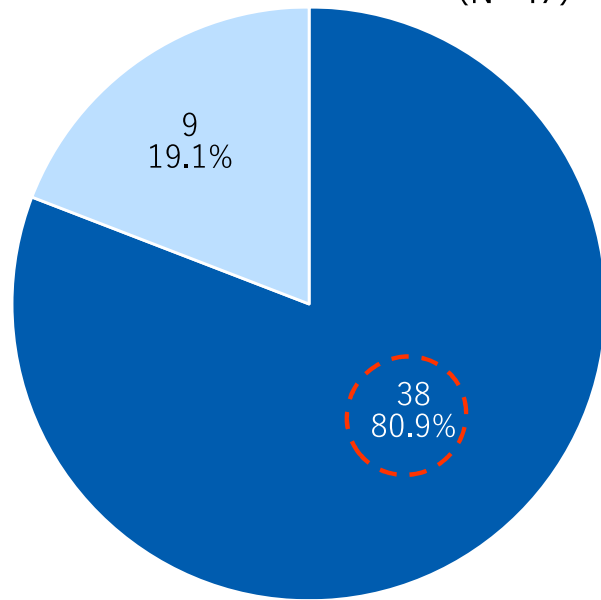
(令和6年度一体的実施実施状況調査) 第3期データヘルス計画への関与

都道府県票

- 広域連合が策定する第3期データヘルス計画の策定や見直しに関わっている都道府県は38都道府県であった。
- 各都道府県の広域連合が策定するデータヘルス計画への支援は、「保健事業支援・評価委員での助言」と「計画案に対する広域連合との意見交換」が最も多く、次いで「健康増進計画・医療費適正化計画等との関連項目の整理」が多かった。

第3期データヘルス計画への関与

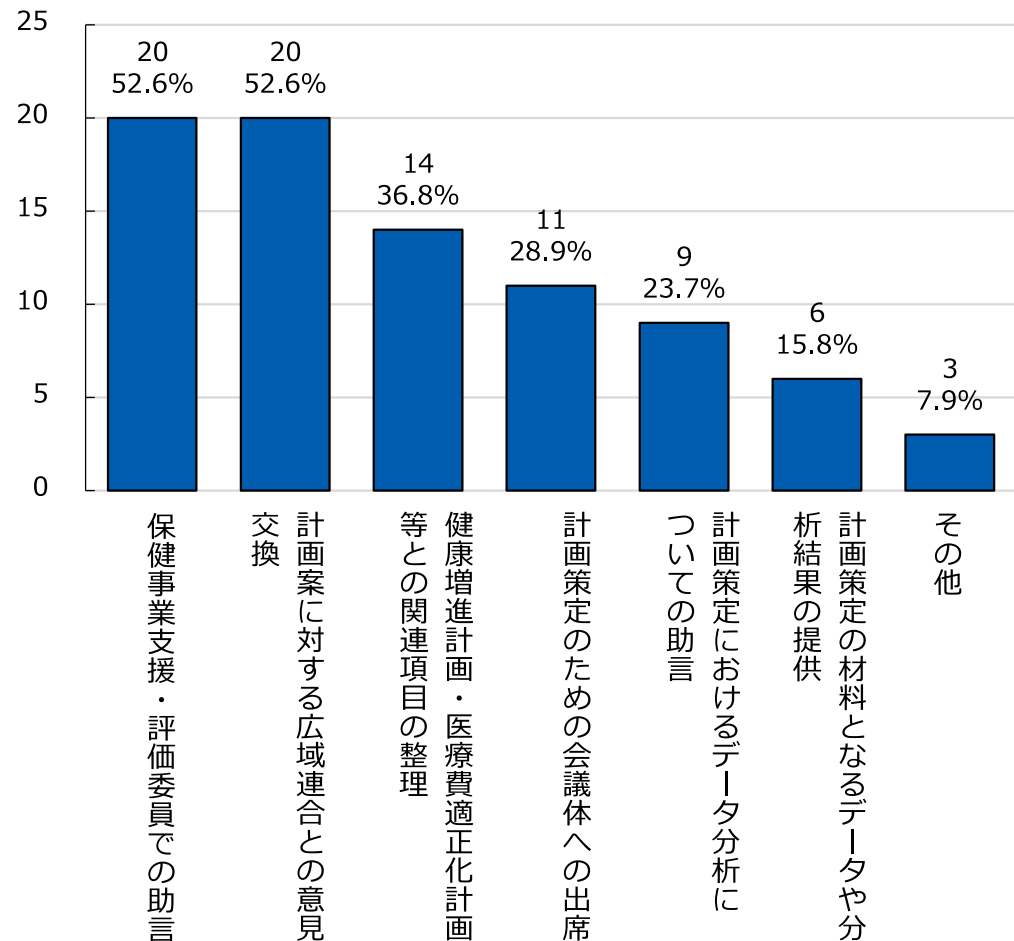
(N=47)



■ 関わっている
■ 関わっていない

都道府県の広域連合への支援内容

(n=38) 複数回答



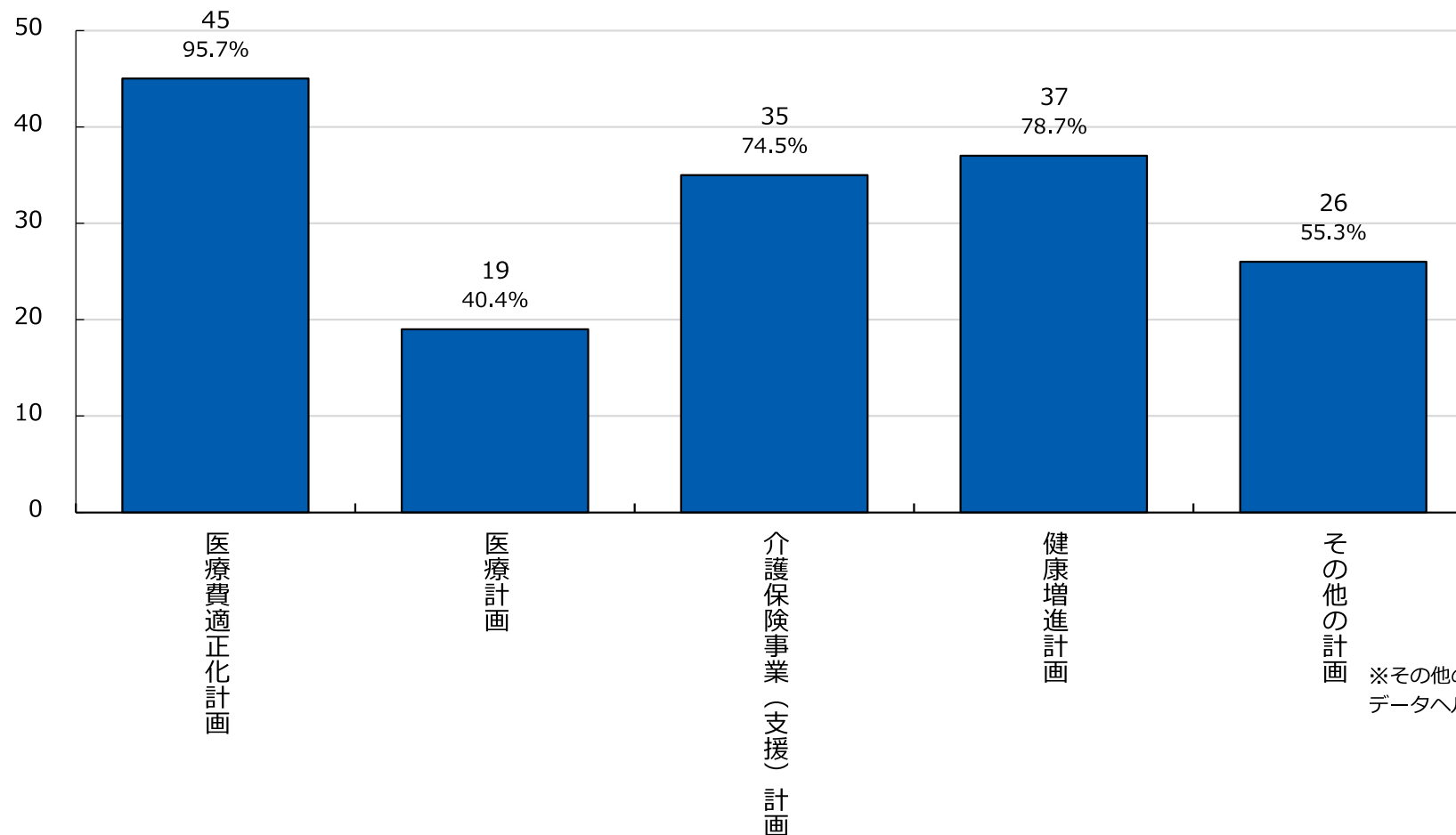
(令和6年度一体的実施実施状況調査) データヘルス計画と各種計画との整合状況

広域連合票

- データヘルス計画策定にあたって整合性を図った他の法定計画等は、「医療費適正化計画」が45件と最も多く、次いで「健康増進計画」、「介護保険事業(支援)計画」が多く挙げられた。

整合性を図った他の法定計画等

(N=47) 複数回答



※その他の計画には市町村国保のデータヘルス計画を含む

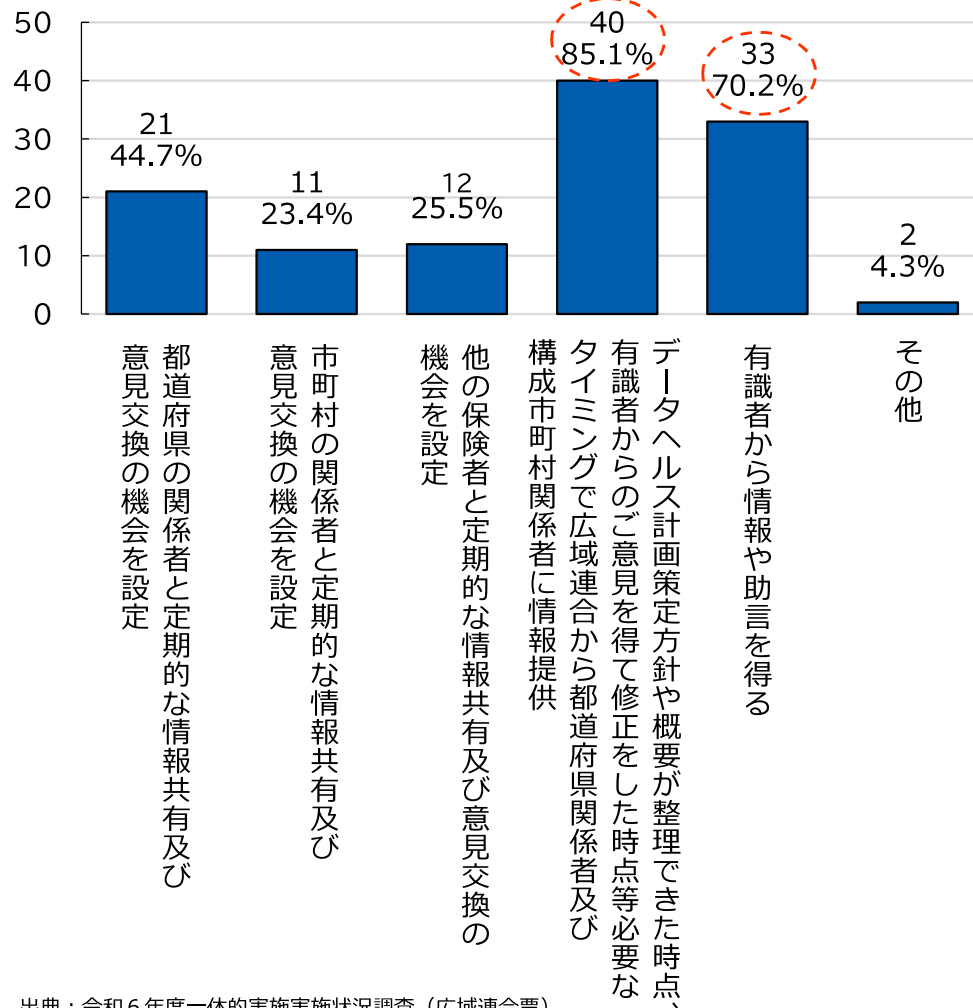
(令和6年度一体的実施実施状況調査)

第3期データヘルス計画の策定における他の計画との整合性等を鑑みた取組・支援

- 広域連合にて第3期データヘルス計画と他の保健医療関係の計画との整合性を取るうえで考慮していることとして「データヘルス計画策定方針や概要が整理できた時点、有識者からのご意見を得て修正をした時点等必要なタイミングで広域連合から都道府県関係者及び構成市町村関係者に情報提供」が最も多く、次いで「有識者から情報や助言を得る」が挙げられた。
- 都道府県では「計画案に対する広域連合との意見交換」「保健事業支援・評価委員会での助言」が多く挙げられた。

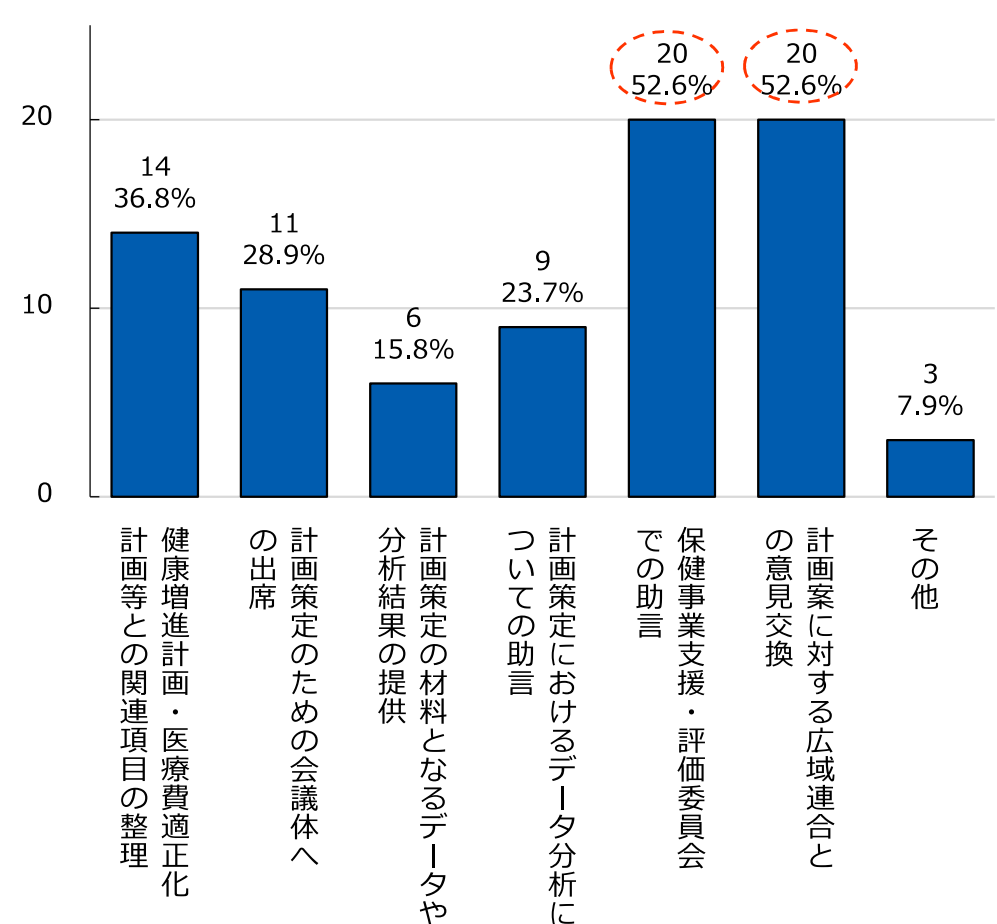
広域連合での取組

(N=47) 複数回答



都道府県の支援

(n=38) 複数回答



高齢者保健事業実施計画に係る調査報告書について

- 全国の広域連合が策定した第3期データヘルス計画について、データヘルス計画に係るデスクリサーチ、アンケート調査等を実施し、データヘルス計画についての調査分析から、有識者や広域連合の代表者による議論を踏まえ、「高齢者保健事業の実施計画に係る調査報告書」を取りまとめた。

調査報告書のポイント

- ✓ 全広域連合の第3期データヘルス計画の内容、保健事業の取組状況等の調査・分析及びその結果、共通評価指標や計画様式の標準化を推進するために対応いただきたい事項を整理
- ✓ 市町村の支援方法並びに中間評価に向けた進捗管理の方法等、広域連合による適切なPDCA管理について整理
- ✓ データヘルス計画の進捗管理に資する様式を作成

■ 進捗管理に資する様式

＜進捗管理シート＞

共通評価指標や各個別事業の進捗管理を行うにあたり、取組状況の評価及び共有するための様式。

＜振り返りシート＞

進捗管理シートを活用の上、広域連合が取組状況についてストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカム等の観点から振り返りを行うための様式

データヘルス計画スケジュール

30

(高齢者保健事業実施計画に係る調査報告書)

第3期データヘルス計画にかかる整理

現状と課題

共通評価指標

- 共通評価指標が設定され、広域連合間の比較が可能になり、目標設定が容易になる等の効果があった。
- 共通評価指標の把握・算出方法に係る周知をしたが、抽出年度や手順に誤認があり、修正を要した。
- アウトカム指標のハイリスク者人数・割合の変化は、健診受診者の増加に伴う該当者数の増加や国民健康保険の被保険者の流入によって、解釈・評価が難しい。

計画様式

- 計画様式の標準化により、必要事項が記載され、計画の一定の質の担保や保健事業の向上が期待される。一方、計画様式の活用方法は同一でなかった。
- 都道府県や市町村の他計画と策定期間が重なったため、一部の広域連合では情報共有の困難さが見られたが、その他の広域連合では関係者との定期的な情報提供、情報共有や意見交換を通じて他計画との整合性の確保は図られていた。

保健事業の内容充実

- 一体的実施に関する記載は多くあったが、市町村支援に関する事業や広域連合が実施する事業、ポピュレーションアプローチの記載が少なかった。
- 市町村の実施が困難なハイリスクアプローチについて実施している例もあった。
- 市町村の人材不足については、関係団体等への協力依頼や調整を行うとともに、人材確保の事例の共有等の支援を検討する必要がある。

事業評価

- 計画様式の提示や共通評価指標の設定により、ストラクチャー、プロセス等を整理し、評価が可能になり、評価の視点の標準化も図られていた。
- 保健事業の実施において、目標設定したものの改善することの難しさや、広域連合から市町村への説明時に妥当性や論拠を示すことの難しさについて意見があった。

充実にに向けた取組

- 広域連合の担当者が変更しても、事業の実施方法や進捗管理の方法が引き継がれるような対応が必要である。
- 被保険者を分母とした割合の変化を進捗管理する。一部の指標については、健診受診者を分母としたハイリスク者割合の推移を把握する。

- 様式の記載が十分でない場合、他広域連合の記載や研修等で情報収集し、計画に反映することが望ましい。
- 計画様式を活用して、都道府県等の関係団体関係者に進捗状況を共有し連携体制の構築をすることが重要である。また、専門的見地から支援・助言を受けるに当たって、必要事項の抜け漏れなく提示することが可能となり、質の担保を期待できる。

- 事業の取組内容が不適切または効果の発揮が十分でない市町村の事業については、市町村に対して調整・指導等が必要である。
- 市町村の取組状況を踏まえ、広域連合が自ら行う取組を検討する。
- 多様な医療専門職が、各専門分野のみでなく複合的・総合的に支援できるよう、関係団体等も含めた体制構築を行うことが必要。

- 毎年度広域連合と市町村の指標結果を確認し、取組状況を把握・評価する必要がある。取組状況の把握や課題整理等に当たっては、進捗管理シートや集約ツール等も活用する。
- 評価の際は、関係者に評価結果及び改善を要する点、次年度計画等を共有する。成果を高めるためには、市町村の取組状況を見える化してストラクチャーやプロセスを検討し、評価結果のフィードバックと併せて今後の取組について調整・指導を行う。
- データヘルス計画に記載が十分でない事項については、追記等も検討の上、保健事業全体についてのPDCAを管理し、実効性を高める必要がある。

高齢者保健事業実施計画に係る調査報告書

論点 1－1：標準化【共通評価指標】

- データヘルス計画における共通評価指標の記載状況、記載方法、設定プロセス等の状況および課題を整理し、広域連合における更なる充実に向けた取組について整理した。

調査結果を踏まえた現状と課題等

- 全広域においてデータヘルス計画上に共通評価指標が設定され、記載されることにより、広域連合間の比較が可能となった。データヘルス計画策定を踏まえ、アウトプット・アウトカムを意識した事業設計・目標設定が容易になるなどの効果があった。
- 共通評価指標の進捗管理が求められることにより、広域連合において、保健事業の中心である一体的実施の取組を優先すべき重点事業として位置づけることができたほか、事業内容や対象者抽出基準を独自に設定していた市町村において、対象者抽出基準の見直しが進んだ。
- 共通評価指標に加えて、疾病別医療費等の独自の指標を追加している広域連合が22件存在していた。
- 共通評価指標にかかるデータの把握・算出方法については、手順等とともに研修等で周知されていたが、抽出年度や手順に誤認があり、修正を要する項目のある広域連合が多く存在していた。
- アウトカム指標とされている低栄養・重症化予防等のハイリスク者人数・割合の変化は、健診受診者が増えることによる該当者数の増加や、国民健康保険からの流入による被保険者増加が見込まれることから、解釈が難しい。適切な評価のための共通評価指標の整理が必要である。

更なる充実に向けた取組

- 共通評価指標の把握・算出記載手順については、資料が提示されている。引き続きわかりやすい提示と、広域連合の担当者が変更しても保健事業の実施方針及び進捗管理の方法が引き継がれるような対応が必要である。
- 一体的実施・KDB活用支援ツールの活用、標準化の趣旨、一体的実施計画書/実績報告書の記載要領等について市町村に丁寧な説明が必要である。
- 中間評価に向けて、共通評価指標のアウトカム指標であるハイリスク者割合については、被保険者を分母とした割合の変化を進捗管理することに加え、健診結果がハイリスク者の抽出条件に含まれる一部の指標については、分母を健診受診者として算出したハイリスク者割合の推移を併せて把握することが重要である。
- 国では、保険者インセンティブにおいても、データヘルスの標準化の推進や一体的実施の事業推進のための評価指標を設定している。広域連合においては、国の方針を踏まえた上で、データヘルス計画を提示、説明し、市町村の理解を促していくことも重要である。

データヘルス計画策定時の共通評価指標（全国値）について 【令和4年度実績】

総合的な評価指標 （共通評価指標）

全国値
(R7.2.10時点)

健診受診率 27.2%

歯科健診実施市町村数・割合 1480 85.0%

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 999 57.3%

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	428	24.6%
・口腔	191	11.0%
・服薬(重複・多剤等)	124	7.1%
・重症化予防(糖尿病性腎症)	635	36.5%
・重症化予防(その他・身体的フレイル含)	630	36.2%
・健康状態不明者対策	674	38.7%

※各事業対象者の抽出基準は問わない

平均自立期間 男79.9 女84.3

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)

アウトカム

・低栄養	0.9%
・口腔	3.4%
・服薬（多剤）	3.4%
・服薬（睡眠薬）	1.8%
・身体的フレイル（ロコモ含む）	4.9%
・重症化予防（コントロール不良者）	0.7%
・重症化予防（糖尿病等治療中断者）	6.9%
・重症化予防（基礎疾患保有＋フレイル）	5.7%
・重症化予防（腎機能不良未受診者）	0.02%
・健康状態不明者対策	1.9%

健康診査の受診率向上に向けた取組

- 健診受診率は第3期データヘルス計画における共通評価指標の1つであり、全国値の現状は27.2%（R4年度実績）である。
- 健診受診率の向上を推進する観点から、特別調整交付金交付の交付基準や保険者インセンティブの評価指標を見直し等を通して、広域連合（市町村）による健診の受診勧奨やみなし健診の導入等の取組を引き続き推進していく。

令和7年度 特別調整交付金交付基準

- 「健康診査の推進」の新設による交付額の増額、対象となる取組及び経費の明確化
 - 質問票を含む健診データのデータ化に係る経費支援の明確化
- 健診受診率向上を目的として、健診未受診者に対する個別勧奨通知、健診の積極的な広報・周知等に係る経費等を対象とした「健康診査の推進」の区分を新設し、従来の交付基準額を1千万円ずつ引き上げを行い財政的な支援を行う。
- 事業区分Ⅲ－1における対象となる取組や経費を明示。
- （2）取組の推進（工）健康診査の推進
- <主な取組と対象経費>
- ・ 健診受診率向上を目的とした未受診者に対する個別受診勧奨通知や健診の周知・広報や診療情報を健診の結果として活用する取組における医療機関より診療情報提供等に要する経費
- （3）その他、被保険者の健康増進のために必要と認められる事業
- <主な取組と対象経費>
- ・ 健康診査データ及び後期高齢者の質問票のデータ（通いの場で把握した場合も含む）や診療情報を健康診査の結果として活用する取組における医療機関から得た診療情報を特定健診等データ管理システムへの入力支援に係る経費（人件費や委託料）
 - ・ 健康増進のための取組を行った場合に健康ポイントを付与して物品やサービスと引き換える等の事業を行う際の周知広報の取組等に係る経費

保険者インセンティブ（令和8年度分） 評価指標

- 健診受診率の向上に向けて望ましい取組や目標達成に対する評価指標への見直し
- 健診受診率向上にかかる取組に対する評価の配点を増加

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年度の実績を評価）	点数
① 健診の結果（後期高齢者の質問票を活用している場合はその結果も含む）について、全ての管内市町村でKDBに搭載しているか。	1
② 健診において「後期高齢者の質問票」を全ての管内市町村で活用しているか。	1
③ 広域連合の関与により健診受診率向上のための取組を2項目以上全ての管内市町村で実施しているか。	1
④ 広域連合又は管内市町村で診療情報を健康診査の結果として活用する取組を実施しているか。	2
⑤ 健診受診率が前年度（令和5年度）以上の値となっているか。	2
⑥ 健診受診率が前年度（令和5年度）の1.1倍以上となっているか。	2
⑦ ⑤を達成しており75歳～84歳の健診受診率が前年度（令和5年度）以上の値となっているか。	1
⑧ 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
⑨ 健診受診率（医療機関からの診療情報を活用した場合を含む）が30%以上となっているか。	4

34

高齢者保健事業実施計画に係る調査報告書

論点 1－2：標準化【計画様式】

- 計画様式の導入における状況を整理したほか、現状把握、健康課題の抽出、計画の目的・目標の整理、個別事業の方法・体制に係る事項および課題を確認し、広域連合における更なる充実に向けた取組について整理した。

調査結果を踏まえた現状と課題等

- 手引きで計画様式に記載すべき事項とされている項目について、計画様式の構造どおりに整理が進められ、記載のある広域連合が増加するなど、前期計画と比して標準化が進展し、全国の取組の集約・比較が可能となった。
- 計画様式の標準化により、必要事項が記載され、策定される計画の一定の質の担保が期待される。更に、データヘルス計画の運用や進捗管理にあたって支援評価委員会等から支援・助言を得る際も、地域課題や取組状況にかかる必要事項について網羅的に提示することが可能となり、保健事業全体の質の向上につながることが期待される。
- 計画様式の標準化により、必要事項については各広域連合において把握・整理されることとなったが、計画策定当初から計画様式を使用していた場合と別の様式で作成した内容の網羅性等の確認に使用される場合など、計画様式の活用方法は同一でなかった。また、一部様式の記載内容については、広域連合の特徴を踏まえて独自の内容を追記して充実を図る例もあった。
- 計画様式Ⅱの健康課題から保健事業の優先順位設定における根拠や考え方、計画様式Ⅲの計画の目的・目標の設定方法がわからないとする場合、計画様式Ⅳの個別事業におけるアウトカム指標、ストラクチャーのモニタリング等の記載が十分でない場合があるなど、計画様式の整理に関する理解が十分されていない可能性がある。
- 第3期データヘルス計画は他の計画との整合性も考慮して策定することとなっており、都道府県や市町村における他計画の策定が同時並行であったために情報共有の難しさがあったとする広域連合もあるが、関係者との定期的な情報提供、情報共有や意見交換を通じて整合性の確保が図られていた。

更なる充実に向けた取組

- 標準化された計画様式は、考え方のフレームを示したものであるため、省力化や簡素化に向けて、現状の整理や個別事業の計画等に計画様式を適切に活用いただくことが重要である。
- 計画様式の記載が十分でない場合などは、他広域連合の記載を参考とすることや、研修等で積極的に情報収集し、計画に反映することが望ましい。地域の健康課題から個別事業への優先順位付けを検討する際は、国保保健事業の取組の方向性や都道府県で策定する医療費適正化計画や健康増進計画等を踏まえて検討する必要がある。
- 都道府県や国保連、関係団体等関係者にも計画様式を活用して進捗状況を共有し、密な連携体制を構築することが重要である。支援評価委員会等に専門的な見地からの支援・助言を受けるにあたっても、計画様式を活用することで必要事項を抜け漏れなく提示することができ、一定程度の質の担保が期待される。

高齢者保健事業実施計画に係る調査報告書

論点2：保健事業の内容の充実

- 保健事業の内容充実に向けて、広域連合が直接実施する独自の事業など広域連合が実施できることや、市町村との調整など市町村支援における工夫について整理した。

調査結果を踏まえた現状と課題等

データヘルス計画に記載されている事項

- 令和2年から開始された一体的実施の取組に関する記載は、第2期と比較して多くなり、高齢者保健事業の中心として位置づけられていた。また、一体的実施の取組については、市町村が主体となって実施し、広域連合がそれを後方支援するという役割・体制が明記されていた。
- 一方で、広域連合が直接実施する事業や、市町村支援に関する事業については記載が少なかった。ハイリスク者数の減少については、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連動させて実施することが重要であるが、データヘルス計画においてはポピュレーションアプローチの記載はあまり見られなかった。
- 一体的実施の中心的な役割を担う市町村においては、人員不足が主な課題であった。広域連合としては、関係団体への協力依頼や、医療専門職や関係団体に対しての事業説明会等を通じて本事業の理解促進を図ると同時に、人材確保支援等の広域的な後方支援策を検討する必要がある。

広域連合による後方支援策の実施状況

- 40広域連合にて市町村への方針説明を行っており、広域連合からデータヘルス計画についての説明を受けた市町村は約8割であった。広域連合が実施する研修会等では、管内市町村の状況を可視化し、広域連合や国と比較して提示するほか、市町村による好事例発表等を行っている事例もあった。
- 「健康教育・健康相談」や「健診未受診者への個別受診勧奨」等の取組について市町村に補助を行っている事例や、市町村の実施が困難なハイリスクアプローチについて事業を実施している例もあった。（特別調整交付金(区分Ⅱ、Ⅲ)を活用）
- 保険者インセンティブを財源として市町村に配分し、市町村の保健事業等に活用している例もあった。
- 市町村に向けた人材確保支援策として、委託先の一覧表の提供、専門職人材の雇用・派遣、県内での人材確保策の事例の共有等をしている事例があった。

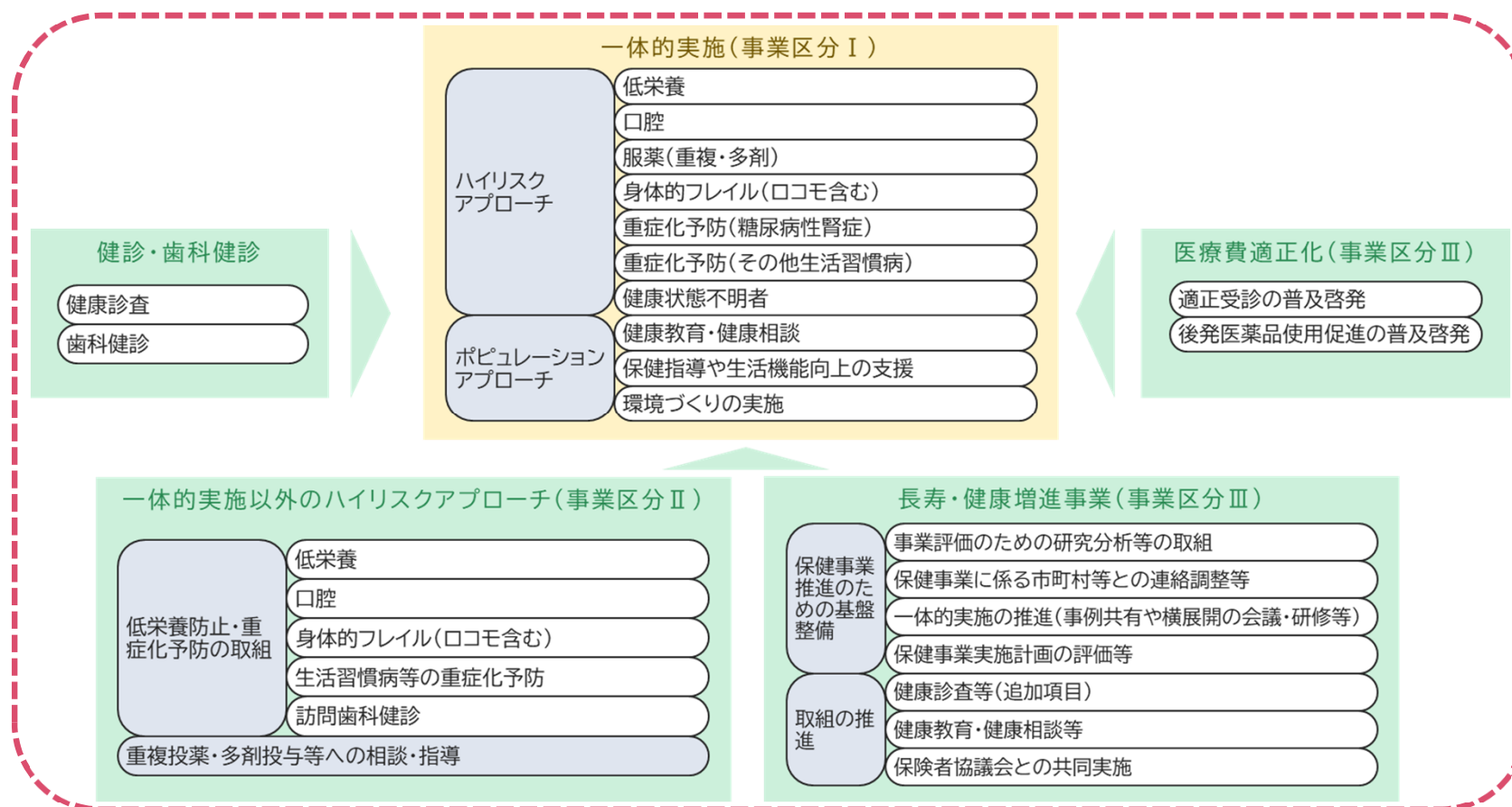
更なる充実に向けた取組

- 管内市町村に対してデータヘルス計画についての情報提供を継続的に行うとともに、各市町村が提出した一体的実施計画書等について指導・助言により支援を行う。特に、広域連合の保健事業の目標達成に向けて、事業の取組内容が不適切または効果の発揮が十分でない市町村の事業については、市町村に対して調整・指導等が必要である。
- 市町村のポピュレーションアプローチの実施状況を確認し、ハイリスクアプローチと組み合わせた保健事業の実施を推進する観点から、広域連合が自ら行う必要がある事業や支援について検討する。
- 多様な医療専門職が、各専門分野のみでなく複合的・総合的に支援できるよう、関係団体等も含めた体制構築を行うことが必要である。また、活用可能なコンテンツ等の作成や多職種間での情報共有の機会を設定すること等も有効である。

データヘルス計画で進捗管理する保健事業

- 広域連合は、市町村に委託する一体的実施の取組を含め、健診・歯科健診や広域連合が直接実施するハイリスクアプローチ、医療費適正化に関する取組、一体的実施など市町村の取組を支援する事業等の全ての保健事業について、効果的・効率的な保健事業の実施を図るため、PDCAサイクルを回して運用することが必要である。

データヘルス計画における高齢者の保健事業としてカバーする範囲



※事業区分Ⅰ～Ⅲとは、特別調整交付金交付基準の整理

※ 「高齢者保健事業」とは、高齢者の心身の特性に応じ、健康教育、健康相談、健康診査及び保健指導並びに健康管理及び疾病の予防に係る被保険者の自助努力についての支援その他の被保険者の健康の保持増進のために必要な事業。（高齢者の医療の確保に関する法律）

高齢者保健事業実施計画に係る調査報告書

論点3：評価の進め方の整理

- 広域連合が策定するデータヘルス計画の評価にあたっては、市町村が実施する一体的実施を中心とした保健事業の実施状況の把握及び評価が重要となるため、市町村との連携に向けた課題及び取組状況について整理した。
- 広域連合における取組事例を参考にしながら、広域連合がデータヘルス計画を適切に進捗管理を行い、PDCAサイクルに沿った確実な計画運用を進められるよう、活用可能な様式（進捗管理シート、振り返りシート（付録一市町村支援記録シート））を作成した。

調査結果を踏まえた現状と課題等

- 市町村に委託して実施している一体的実施の事業について、41広域連合が年度単位での事業評価を実施、もしくは実施する予定としていた。
- 広域連合が実施する評価としては、計画様式による構造の提示や共通評価指標の設定により、各事業のストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカムを整理し評価することが可能となるといった効果が見られた。計画の評価についての視点は標準化が図られている一方で、計画で設定した指標・目標の評価が難しいと回答した広域連合が3割あり、評価結果について外部有識者の相談先がないとした広域連合が3割あった。
- 国から提示された各個別事業の評価指標例を参考に市町村も事業を進め、個別事業について具体的な評価の仕方について学習の機会を求める等、前向きな検討が進んでいた。
- 保健事業の実施において、目標設定したものの、改善することの難しさや広域連合から市町村への説明時にその妥当性や論拠を示すことが難しいといった意見もあった。

更なる充実に向けた取組

- 広域連合は、毎年度広域連合の指標と市町村の指標の結果を確認し、その取組状況を把握して評価を行う必要がある。その際、進捗管理シートを活用し、効率的に正確な実態把握が可能である集約ツール等も適宜使用して総合的なアセスメント及び課題等について整理を行う。
- データヘルス計画の進捗管理の一環として市町村及び広域連合の取組状況について整理を行うにあたり、広域連合が振り返りシートを活用することは有用であり、市町村の保健事業とデータヘルス計画との整合性等について助言・指導を行う。また、市町村に対して支援を行った場合に支援の判断に至る経緯や支援内容についてまとめられるよう、市町村支援記録シート等に記録しておくことが望ましい。
- 評価の際には、事業計画を共有した関係者（都道府県、国保連合会、関係団体、管内市町村、支援評価委員会等）に対し、評価結果とともに、改善を要する点や評価結果を踏まえた次年度計画等を共有することが重要である。実施率・成果を高めるための工夫を検討する際には、集約レポート等を活用して、管内市町村の取組状況を見える化し、好事例を踏まえストラクチャーやプロセスを検討するほか、市町村に対しては評価結果のフィードバックと併せて、今後の取組について調整・指導を行うことも重要である。
- 広域連合が自ら行う事業や、市町村支援事業についても併せて計画、実施、評価を行う必要がある。市町村支援の際には、個別の支援、集合研修等組み合わせる効率的・効果的な支援の方法を検討する。データヘルス計画に記載が十分でない事項については、追記等も検討し、保健事業全体についてのPDCAを管理し、実効性を高める必要がある。

データヘルス計画の進捗管理のための様式について

- 本報告書と併せて、データヘルス計画の進捗管理に資する様式を提供した。
- PDCAサイクルによる進捗管理の実施に向けて、把握すべき評価指標の把握と整理、広域連合自らの取組状況及び市町村支援の振り返りについて、これらの様式を活用し、効率的・効果的な保健事業の推進することとしている。

進捗管理を行う内容・様式

- データヘルス計画の進捗の把握及び評価にあたっては、毎年度、広域連合における指標及び構成市町村ごとの指標について結果を確認し、結果に寄与した取組状況等を評価のうえ、必要時、それぞれの取組の改善や増強を図ることが必要である。
　　＜評価のために把握することが想定される項目＞
 - ・ 共通評価指標　： 一体的実施の取組を中心に個別事業を評価するもの
 - ・ 策定の際に確認が必要とされたデータ例　： 地域の健康課題や取り組むべき事業の優先課題に資するもの
 - ・ 個別の保健事業（計画様式Ⅳ）での評価指標　： 一体的実施の取組としての市町村の取組状況を評価するもの、一体的実施によらない広域連合が行う事業や市町村の取組を支援する事業を評価するもの
- ⇒ 上記の指標等を整理するための【進捗管理シート】を作成し、提供した。
- 進捗管理シートを活用の上、広域連合が取組状況についてストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカム等の観点から振り返りを行う際、適切な振り返りに向けて参照いただく【振り返りシート】を作成し、提供した。
- 市町村に対して実施した支援の状況について記録し、次年度の確認・支援の際等に活用できる【市町村支援記録シート】を付録として作成し、提供した。

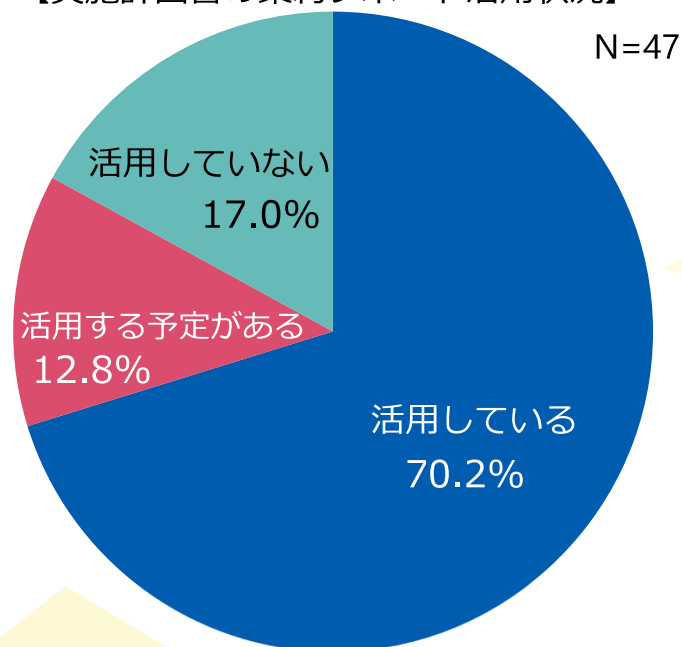
目的・目標		抽出した課題に対して、この計画によって目指す姿（目的）と目標・評価項目											
計画実施の目的 （この計画によって目指す姿）													
目標	評価項目（共通評価指標）	計画実施期 実績値1 2022 （PB1）				2024 （PB2）				2025 （PB3）			
		割合	分子	分母	割合	分子	分母	割合	分子	割合	分子	分母	割合
アウト プット	健康増進率				%			%		%			%
	健康増進率（市町村別・割合）	%			%			%		%			%
	健康増進率（市町村別・割合）	%			%			%		%			%
	健康増進率（市町村別・割合）	%			%			%		%			%
アウト プット	健康増進率（市町村別・割合）	%			%			%		%			%
	健康増進率（市町村別・割合）	%			%			%		%			%
	健康増進率（市町村別・割合）	%			%			%		%			%
	健康増進率（市町村別・割合）	%			%			%		%			%

- ＜様式例＞
- ・ 共通評価指標や広域連合で独自に設定した指標について、考え方のフレームは踏襲したうえで評価等に活用できるよう、データヘルス計画の計画様式Ⅲを改変して作成し、目標値と並べて実績値を入力可能とする。
 - ・ 実績として、評価指標の数値のみでなく、アセスメントや定性的評価を記載できる欄を設ける。
 - ・ 個別事業についても、様式Ⅲと同様に、計画様式Ⅳを改変して作成した。

（令和6年度一体的実施実施状況調査） 集約レポートの活用状況 【速報値】

- 全体の約7割の広域連合が集約レポートを活用している
- 今後広域連合からの意見等を参考に、グラフを追加するなどの改修を加えた令和7年度集約レポートを作成する

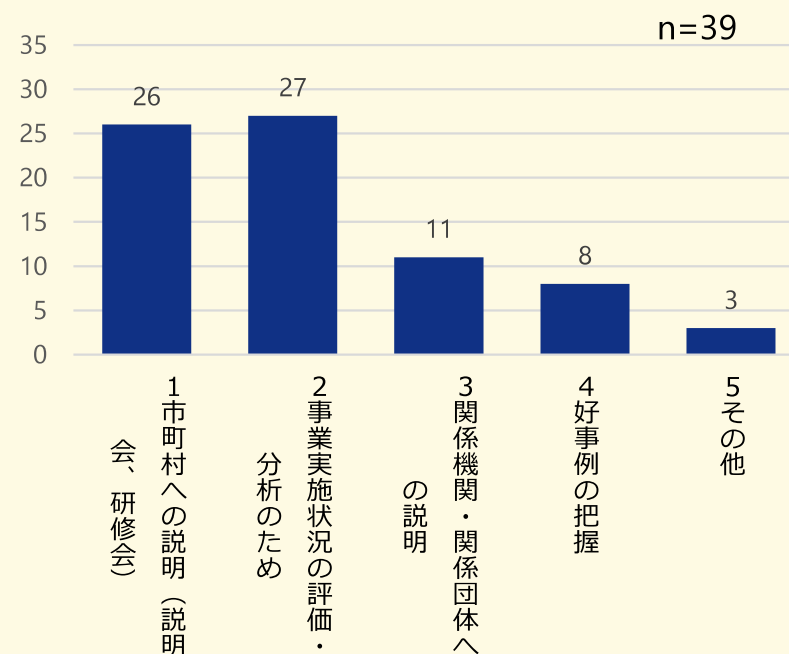
【実施計画書の集約レポート活用状況】



【活用していない理由】（一部抜粋）

- ・ 情報が多すぎて、活用しきれない。独自で集約している
- ・ 独自様式で集約した結果を市町村へ配布しているため。
- ・ 活用する場面がないため。

【集約レポートの活用場面（複数選択可）】



その他広域連合からのご意見※

- ・ 対象者抽出基準について、取組区分ごとに採用している基準の内訳（活用支援ツールの抽出基準・独自基準）を見たい。
 - ・ アウトプット量について、取組区分ごとだけではなく、市町村別に全体量を見たい。
 - ・ 健診受診率や介入者数について経年で見たい。
- ⇒ **技術検討の上、令和7年度集約レポートに反映予定**

データヘルス計画の進捗管理のための様式について（進捗管理シート）

● データヘルス計画の評価指標について進捗を把握するための参考様式として、**進捗管理シート**を作成し、提供した。

- 共通評価指標や広域連合で独自に設定した指標について、考え方のフレームは踏襲したうえで評価等に活用できるよう、データヘルス計画の計画様式Ⅲを改変して作成し、目標値と並べて実績値を入力可能とする。
- 実績として、評価指標の数値のみでなく、アセスメントや定性的評価を記載できる欄を設ける。
- 個別事業についても、様式Ⅲと同様に、計画様式Ⅳを改変して作成した。

※ 進捗管理シートは、広域連合内で保健事業の進捗管理を行うにあたり、自らの取組状況の評価及び共有のために活用すること、関係者や関係団体、有識者等に対し取組状況について説明する際に資料として利用することが想定される。

※ 共通評価指標については、中間評価・最終評価等の際に国において集約することも想定される。

<進捗管理シート>

目的・目標		抽出した課題に対して、この計画によって目指す（目的）と目標・評価項目																							
目的全体の目的 （この計画によって目指す）		できるだけ早く安心して自立した生活を送ることができるよう、健康の保持・増進、生活の質の維持・向上を図ります。																							
目標	評価項目（共通評価指標）	計画期間 2022 (R4)												2024 (R6)											
		2022 (R4)						2023 (R5)						2024 (R6)						2025 (R7)					
		割合	分子	分母	割合	分子	分母	割合	分子	分母	割合	分子	分母	割合	分子	分母	割合	分子	分母	割合	分子	分母	割合	分子	分母
健康診査結果の向上 健康状態不良者の把握	健康診査率	0%			0%			27.3%			27.6%			27.9%			28.2%								
	実績値	26.7%	73,510人	275,830人	27.5%	76,974	280,689	24.7%	55,232	223,577	100.0%														
生活習慣の改善 重症化予防 フレイルの予防	医師診察率	0%			0%			100.0%			100.0%			100.0%			100.0%								
	実績値	74.6%	51市町	59市町	100.0%	59	59	100.0%	59	59	100.0%	59	59	100.0%	59	59	100.0%	59	59	100.0%	59	59	100.0%	59	59
一体的実施の推進 実施市町村の増加	医師診察率	0%			0%			61.0%			59%			60%			61%								
	実績値	52.5%	31市町	59市町	52.5%	31	59	64.4%	38	59	59%	38	59	64.4%	38	59	64.4%	38	59	64.4%	38	59	64.4%	38	59
一体的実施の推進 実施市町村の増加	医師診察率	0%			0%			25.4%			15%			21%			20%								
	実績値	13.6%	8市町	59市町	15.3%	9	59	22.0%	13	59	20%	13	59	22.0%	13	59	20%	13	59	22.0%	13	59	20%	13	59
一体的実施の推進 実施市町村の増加	医師診察率	0%			0%			61.0%			59%			60%			61%								
	実績値	57.6%	34市町	59市町	64.4%	38	59	78.0%	46	59	71.2%			74.6%			78.0%								
一体的実施の推進 実施市町村の増加	医師診察率	0%			0%			35.0%			26%			34%			52.5%								
	実績値	35.0%	21市町	59市町	44.1%	26	59	57.6%	34	59	52.5%			57.6%			62.7%								
一体的実施の推進 実施市町村の増加	医師診察率	0%			0%			0.70%			0.77%			0.81%			0.81%								
	実績値	0.70%	2,098	297,440	0.69%	2,185	314,586	0.70%	2,185	314,586	0.77%	2,393	314,586	0.77%	2,393	314,586	0.81%	2,393	314,586	0.81%	2,393	314,586	0.81%	2,393	314,586
一体的実施の推進 実施市町村の増加	医師診察率	0%			0%			4.20%			5.19%			5.83%			5.83%								
	実績値	4.20%	12,511	297,440	3.69%	11,610	314,586	2.2%	6,743	239,120	5.19%			5.19%			5.83%								
一体的実施の推進 実施市町村の増加	医師診察率	0%			0%			3.64%			3.74%			3.74%			3.74%								
	実績値	3.64%	11,188	307,699	3.44%	10,820	314,586	4.9%	11,658	239,120	3.74%			3.74%			3.74%								
一体的実施の推進 実施市町村の増加	医師診察率	0%			0%			1.78%			1.2%			2.83%			2.83%								
	実績値	1.78%	5,482	307,699	1.67%	5,261	314,586	1.2%	2,836	239,120	1.2%			2.83%			2.83%								
一体的実施の推進 実施市町村の増加	医師診察率	0%			0%			4.41%			0.39%			0.40%			0.41%								
	実績値	4.41%	13,126	297,440	4.27%	13,428	314,586	3.4%	8,089	239,120	0.39%			0.40%			0.41%								
一体的実施の推進 実施市町村の増加	医師診察率	0%			0%			0.40%			0.00%			0.00%			0.00%								
	実績値	0.40%	1,389	297,440	0.00%	1,892	314,586	0.0%	1,121	239,120	0.0%			0.00%			0.00%								
一体的実施の推進 実施市町村の増加	医師診察率	0%			0%			7.43%			5.04%			5.68%			5.68%								
	実績値	7.43%	22,119	297,440	5.04%	19,847	314,586	9.4%	22,369	239,120	5.04%			5.04%			5.68%								
一体的実施の推進 実施市町村の増加	医師診察率	0%			0%			5.05%			4.82%			5.68%			5.68%								
	実績値	5.05%	15,024	297,440	4.82%	15,148	314,586	3.7%	8,729	239,120	4.82%			5.68%			5.68%								
一体的実施の推進 実施市町村の増加	医師診察率	0%			0%			0.00%			0.00%			0.00%			0.00%								
	実績値	0.00%	26	297,440	0.00%	24	314,586	0.0%	42	239,120	0.00%			0.00%			0.00%								
一体的実施の推進 実施市町村の増加	医師診察率	0%			0%			1.62%			1.59%			1.62%			1.62%								
	実績値	1.62%	4,836	307,699	1.59%	4,912	314,586	2.2%	5,358	239,120	1.59%			1.62%			1.62%								

項目	No.	計画策定時 実績 (R4)	2023年度 実績 (R5)	2024年度 実績 (R6)	2025年度 実績 (R7)	2026年度 実績 (R8)	2027年度 実績 (R9)	2028年度 実績 (R10)	2029年度 実績 (R11)
アウトカム 評価指標	1	健康診査結果が受診勧奨値 となった方のうち、医療機 関を受診した方の割合	KDBシステムデータにより実 績を確認し、評価する。	56.0%	57.0%	58.0%	59.0%	60.0%	61.0%
	2			54.90%	56.10%	54.10%			
	3								
	4								
	5								
アウトカム 評価指標	1	健康診査受診率	市町村報告により実績を確認 し、評価する。	27.3%	27.6%	27.9%	28.2%	28.5%	28.8%
	2			26.70%	27.54%	24.70%			
	3								
	4								
	5								
概要		1 広域連合が、市町村委託して実施 2 委託を受けた市町村は、関係機関・団体に事業の一部を再委託して実施							

- データヘルス計画の計画様式（Ⅲ・Ⅳ）を改変し、目標値に加え、実績値を入力可能とした。
- 各項目を記載するにあたってのポイントについて、記載例・記載要領（方法・注意事項等）も併せて提供予定。

<参考> 広域連合によるPDCA管理における実績の把握方法について

● 広域連合で事業評価のための実績を把握する方法としては以下。

- 広域連合がKDB等を使用して直接把握する。
- 特別調整交付金の実績報告書を用いて作成する集約レポートにて管内市町村の実績を把握する。
※実績報告書は市町村ごとにエクセル様式で提出をしており、広域連合にて実績報告書を集約できるツールを国より提供済み。簡便に市町村の状況を把握可能。
なお、令和6年度事業において、データヘルス計画で把握すべき項目を経年で表示できるよう改修予定。
- 国保中央会等から公開される統計情報で把握する。

集約ツールにより、簡便に市町村別の状況が把握可能。市町村の状況別の支援につなげることを可能としている。

共通評価指標および計画策定時に確認が必要なデータ	KDB	その他情報	一体的実施計画書・実績報告書 (市町村作成)
健診受診率	—	(補助金申請のため把握)	○
歯科健診実施市町村数・割合	—	(補助金申請のため把握)	歯科健診受診率
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	—		—
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	—	(一体的実施計画書で把握) 市町村への照会等により把握	○
平均自立期間（要介護2以上）	—	国保中央会より公開	—
ハイリスク者割合 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	○		○
計画策定時に確認が必要なデータ	KDB	その他情報	一体的実施計画書・実績報告書 (市町村作成)
一人当たり医療費	○		—
一人当たり医療費（入院・外来）	○		○
一人当たり医療費（歯科・調剤）	○		—
疾病分類別医療費	○		—
介護給付費	○		居宅一人当たり介護給付費
後発医薬品の使用割合	—	厚労省より公開	—
重複投薬患者割合	○		—

：広域連合による直接把握

<参考>

データヘルス計画の進捗管理における各種データ把握時期等について

- データヘルス計画では、共通評価指標を中長期的に進捗を管理していくことを求めているが、共通評価指標にかかるデータを正確に把握するためには、事業実施年度から一定の時間を要する。
- 進捗管理において、実績を進捗管理シートに確定値を記載等する時期は、少なくとも【実施年度の翌年度12月～1月以降】となるが、各年度単位での評価も必要であることから年度末にその時点で整理可能な定性評価等を記載し、年度明けに市町村等の実績を踏まえて確定値を記載し、管理していくことが考えられる。

【共通評価指標のデータ（確定値）把握可能時期】

作業のタイミング			データヘルス 計画策定	データヘルス 計画期間開始 目標値設定	(目標値への進捗の管理) 中間評価 作業		最終評価・ 次期計画策定
			R5年度 R4実績	R6年度 R5実績	R7年度 R6実績	R8年度 R7実績	R11年度 R10実績
健診受診率	健診受診者（分子） ：KDB 健診受診対象者（分母） ：市町村への照会等		分子： R5.12 分母：照会等 時期による (R5.4～)	分子： R6.12 分母：照会等 時期による (R6.4～)	分子： R7.12 分母：照会等 時期による (R7.4～)	分子： R8.12 分母：照会等 時期による (R8.4～)	分子： R11.12 分母：照会等 時期による (R11.4～)
歯科健診実施市町村数・割合	市町村への照会等		照会等時期 による	照会等時期 による	照会等時期 による	照会等時期 による	照会等時期 による
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	市町村への照会等		照会等時期 による	照会等時期 による	照会等時期 による	照会等時期 による	照会等時期 による
ハイリスクアプローチの実施市町村数割合	一体的実施実績計画書・ 報告書（集約結果）		照会等時期 による	R6.5～7	R7.5～7	R8.5～7	R11.5～7
ハイリスク者割合	服薬（多剤） KDB (医療情報)		作業時期に よる（R4.5 月診療分）	作業時期に よる（R5.5 月診療分）	作業時期に よる（R6.5 月診療分）	作業時期に よる（R7.5 月診療分）	作業時期に よる（R10.5 月診療分）
	※一体的実施・KDB活 用支援ツールの初期設 定条件に基づき把握。 その他 ※健診結果または 質問票の結果 により抽出する 指標	KDB： ※一体的実施・KDB活用 支援ツールを使用	R5.12～	R6.12～	R7.12～	R8.12～	R11.12～
平均自立期間（要介護2以上）	KDB・国保中央会HP		R5.7 (令和3年 統計情報分)	R6.8 (令和4年 統計情報分)	R7.7～8 (令和5年 統計情報分)	R8.7～8 (令和6年 統計情報分)	R11.7～8 (令和9年 統計情報分)

<参考> データヘルス計画における総合的な評価指標（共通評価指標）

【R7年度に作業する場合】

★下線部：策定時から更新及び一部改変

最終目標	重点的な取組	共通指標		分母	分子	確認方法
在宅で自立した生活が おくれる高齢者の増加	■健康診査・歯科健診 の実施 ■ハイリスク者の把握 (スクリーニング)	健診受診		被保険者数 (R6年4月1日時点) －対象外者数 (R6年4月～R7年3月) ▶対象外者 〔健診除外告示第5号及び 第6号に該当する者〕	健診受診者数 (R6年4月～R7年3月) ※ 令和5年4月6日付け事務連絡「令和6年度以降における後期 高齢者医療制度事業費補助金の交付対象となる健康診査事業 の対象者等の取扱いについて」を参照。	広域連合による把握
		歯科健診実施市町村数・割合		全市町村数 (R7年3月31日時点)	実施市町村数 (R7年3月31日時点)	広域連合による把握 〔各市町村が提出する後期 高齢者医療制度実施状況調査〕
		質問票を活用したハイリスク者把握に基づき 保健事業を実施している市町村数・割合		全市町村数 (R7年3月31日時点)	実施市町村数 (R7年3月31日時点)	広域連合による把握
	■生活習慣病等の重症化 予防 ・服薬 ・コントロール不良者 ・糖尿病等治療中断者 ・基礎疾患保有＋フレイル (ロコモを含む) ・腎機能不良未受診者	アウト プ ット	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	全市町村数 (R7年3月31日時点)	実施市町村数 (R7年3月31日時点)	広域連合による把握 〔各市町村が提出する 一体的実施計画書・実績 報告書の集約結果〕
		■高齢による心身機能の 低下防止 ・低栄養 ・口腔 ・身体的フレイル ・健康状態不明者対策	アウト カム	平均自立期間	※算出に使用する統計情報の調査期間は令和5年となる (令和7年度（累計）)	
	ハイリスク者割合 ・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			被保険者数 (R6年4月1日時点)	一体的実施・KDB活用支援 ツールの基準該当者数 (R6年4月～R7年3月) ※服薬（多剤）については、 「R6年5月診療分」を指定。 ※R7年の12月にR6年度の健診情報の格納が完了するため、健診情報が抽出基準に含まれるもの については、 R7年12月以降にハイリスク者の抽出を行うことが必要。	分子は一体的実施・KDB活用 支援ツールによる 把握

44

広域連合によるPDCA管理に関するスケジュール

- 広域連合にて事業評価を行うための想定スケジュールを以下に記載する。

- ・進捗チェックリストに基づいて取組状況を事前に確認し、広域連合の支援内容を検討する。事業評価の際は、評価指標等の実績値の確認を行う。その際、適宜、進捗チェックリストを用いて振り返りを行う。
- ・一体的実施の市町村への委託契約締結後、市町村にて実施される保健事業については年度末（必要に応じて年度途中で中間報告）に報告を得るなど取組状況等について情報収集し、評価を実施する。

<令和7年度を例示>

