

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

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に関するこれまでの経緯

令和元年法改正の経緯（一体的実施の法的位置づけ）

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取組について

データヘルスの推進

財政支援

（令和9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」

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（平成28年4月20日策定。令和6年3月28日改定）

1. はじめに

- **糖尿病合併症の1つである糖尿病性腎症**は、個人の生活の質への影響と医療経済への影響等が大きいことを踏まえて、**健康日本21（第三次）**の糖尿病分野の取組では、「**糖尿病の合併症（糖尿病腎症）の減少**」が糖尿病の三次予防に関する目標として設定されている。また、二次予防に関する目標として「治療継続者の増加」、「血糖コントロール不良者の減少」が設定されている。
- 人工透析が必要な状態になると**個人の生活の質への影響**や、医療資源・医療経済への影響も大きい。健康寿命の延伸のためには、**糖尿病の発症予防、糖尿病の適切な治療・生活習慣の改善**等による合併症の予防、合併症による臓器障害の予防等**各段階での予防の取組が重要**であり、今後もこれらの取組を着実に進めていく必要がある。

2. 基本的考え方

- ライフコースアプローチの観点を踏まえ、対象者の**年齢層（青壮年層、高齢者）に応じた取組を実施し**、重症化リスクの高い**医療機関未受診者等に対する受診勧奨・保健指導**を行い治療につなげるとともに、**通院患者のうち重症化リスクの高い者に対して**主治医の判断で対象者を選定して**保健指導**を行い、**人工透析等への移行を防止し、健康寿命の延伸を図る**。その際、**糖尿病対策や慢性腎臓病（CKD）対策と連携**して行う。
- 歯周病と血糖コントロールの関係を踏まえ、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1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

3. 関係者の役割

- (市町村)
 - **庁内体制の整備・課題の分析と情報共有・対策の立案・対策の実施・実施状況の評価・人材確保と育成・他の保険者の保健事業との連携**
- (都道府県)
 - 庁内体制を整備、都道府県レベルで**医師会や糖尿病対策推進会議等と取組状況の対応策等について議論**、保険者協議会の場を活用し、被用者保険や広域連合との連携、広域的なデータ分析、**保健所を活用した市町村の事業実施状況の取組支援**
- (広域連合)
 - 後期高齢者医療制度と国保の保健事業が**一体的に実施されるよう調整するなど、市町村との連携が不可欠**
 - 広域連合からの委託等により**市町村が保健指導を実施する際は、双方が主体的に取組を行う体制構築に努める**
- (地域における医師会、医療関係団体等)
 - **会員等に対して、国・都道府県における動向等や市町村の取組を周知し、求めに応じて助言する等必要な協力**を行う
 - 医科歯科連携の仕組みを構築し活用する
- (都道府県糖尿病対策推進会議)
 - 国・都道府県の動向について**構成団体に周知、医学的・科学的観点からの助言、市町村等との連携の窓口となる責任者を周知**するなど、**自治体の取組に協力するよう努める**
 - **地域の住民や患者への啓発、医療従事者への研修に努める**
- (国保連合会、国保中央会の役割)
 - **KDBの活用によるデータ分析・技術支援、課題抽出、事業実施後の評価分析**などにおいて、**保健事業支援・評価委員会**等により取組を支援
 - 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**

4. 地域における関係機関との連携

- 都道府県、市町村において、**あらかじめ医師会や糖尿病対策推進会議等と問題認識を共有し十分協議の上**、推進体制を構築
- **都道府県レベル、二次医療圏等レベルで協議会や検討会を実施する**など、地域の関係者間で顔を合わせ議論することにより連携体制の充実を図る
- 必要に応じて**かかりつけ医機能を有する医療機関と専門医の連携、医科歯科連携**ができる体制をとることが望ましい

5. プログラムの条件

- ① 対象者の抽出基準が明確であり、対象者の状態像に応じた取組であること
- 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、地域の実情に応じて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**

（効果的・効率的な事業を実施するための条件）

- ① **レセプトの請求情報（薬剤や疾患名）も活用**し被保険者の全体像を把握した上で抽出することにより、健診未受診者層等からの抽出が可能
- ② **事業の実施時のみならず企画時や評価時などきめ細かく連携**することにより、PDCAサイクルに基づく取組を実施
- ③ **医師・歯科医師・薬剤師・保健師・管理栄養士等多職種連携による取組**を行うことにより保健指導の質の向上につながる
- ④ **アウトカム指標を用いた事業評価**を行い、短期的な評価だけでなく、**中長期的な視点**での評価することで、重症化予防効果等の測定が可能
- ⑤ **情報提供のみならず専門的助言を受け、更に事業へ反映**することにより取組の質の向上へとつながる

6. 対象者抽出の考え方と取組方策

- **腎障害が存在している者、HbA1cが高い者、高血圧の治療をしていない者**に対して**優先的に**受診勧奨、保健指導を行う
- **高齢者**においては、低血糖防止等の観点から青壮年期よりも**緩和した基準**が提示されていることに留意
- 医療機関における糖尿病治療中の者からの抽出
 - ※ 生活習慣改善が困難な方・治療を中断しがちな患者等から医師が判断
- **レセプトデータ等**を活用した治療中断者や健診未受診者の抽出
 - ※ 健康サポート薬局、栄養ケア・ステーション、まちの保健室等やイベント等における健康相談

7. 介入方法 ※取組内容については地域の実情に応じ優先順位を意識し柔軟に対応

- 受診勧奨、保健指導は、**緊急度に応じた介入の強弱**をつける（レベルに応じた介入方法の例を参考）
- **受診勧奨は原則、抽出したすべての対象者**に行い、医療機関受診へとつなげる
- 保健指導は、**医療機関との情報共有**が重要で、個人又は集団を対象として行う方法があり、更に各々について対面及び**ICT等を活用**した方法がある。支援の際は、対象者やそれぞれの特性を踏まえ、適切に**組み合わせ**て実施

8. 事業を円滑に進めるための留意点

- ICTを活用した取組の実施
- 民間事業者等に委託は、**受診勧奨や保健指導の質及び地域の社会資源や地域特性の理解度**等を**確認**したうえで事業者を選定

9. 評価

- **抽出された対象者のうち**、何人に受診勧奨や保健指導を実施できたかのアウトプット評価を必ず行う
- 評価における未達要因をストラクチャー、プロセス面から検討

10. 個人情報の取扱い

- 取組に当たっては、基本情報に加え**健診データやレセプトデータ等個人情報**を活用することから、**取扱いに留意**する必要がある

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。

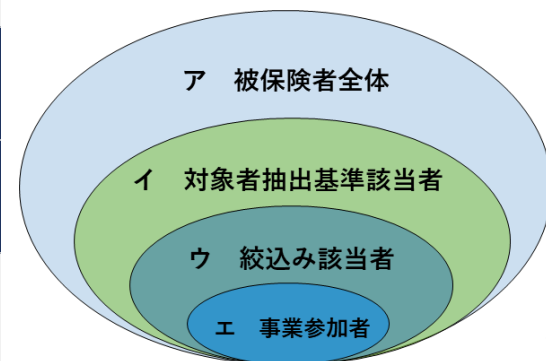
【未治療者・治療中断者】医療機関への受診勧奨と保健指導

【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 ^{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	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%)	8.5%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（政策科学推進研究事業）

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

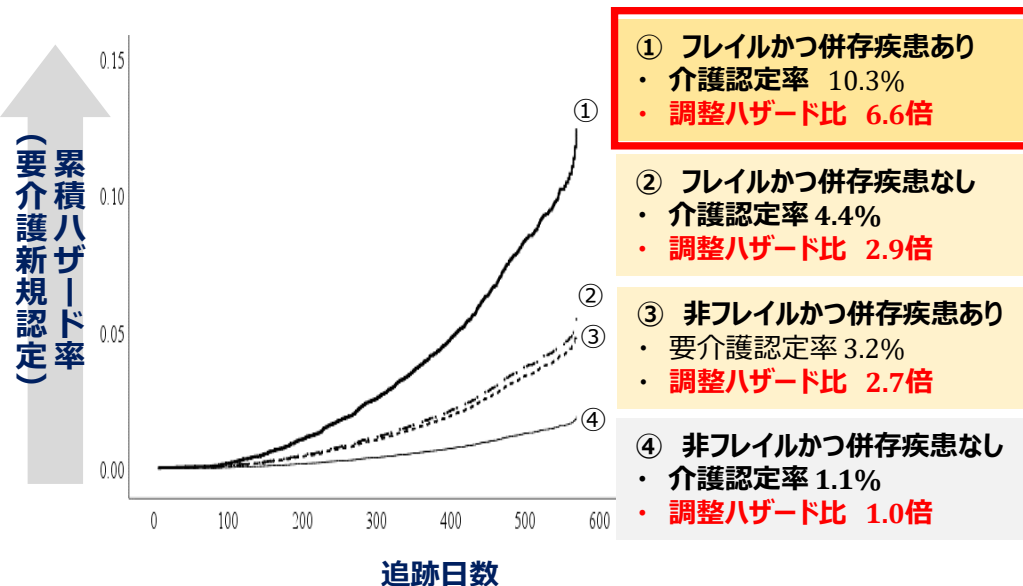
「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施推進に係る検証のための研究」

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

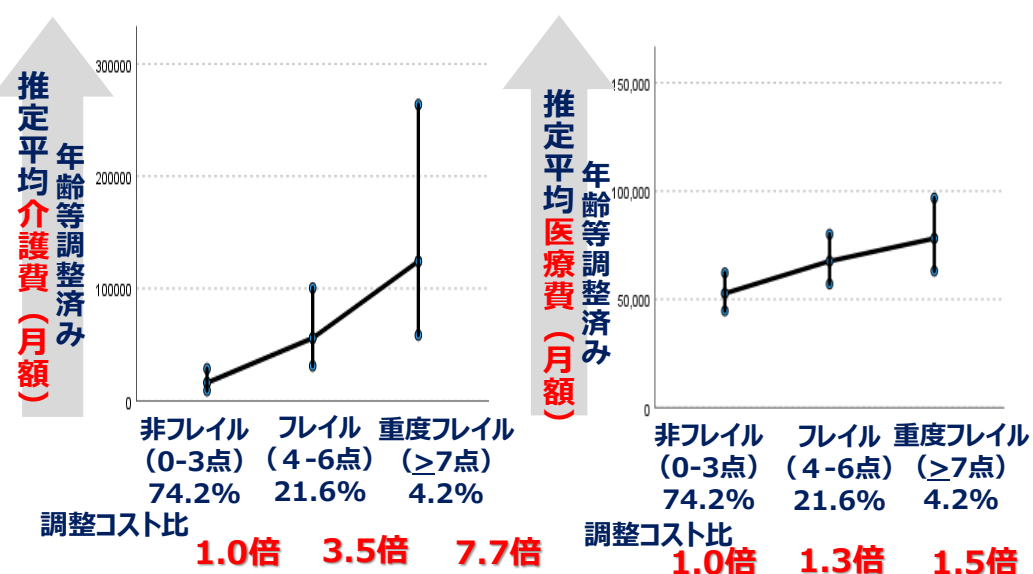
令和2年～4年 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施推進に係る検証のための研究 研究成果②

- 「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・一体的実施の横展開事業

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

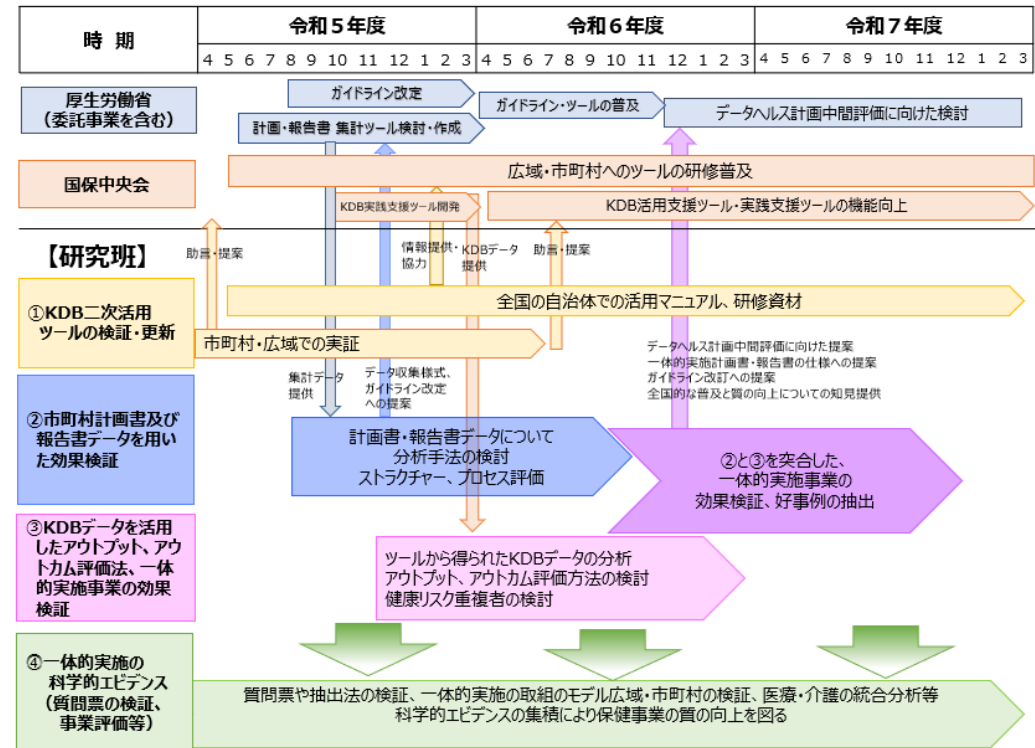
全国のKDBデータ（質問票、健診、医療、介護）を複数年分収集し、広域連合市町村での実施方法と効果の関連について検討する。KDB及び二次活用ツールを用いたアウトプット、アウトカム評価の標準的な方法を検討し、提案する。

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、PDCA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。

- 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

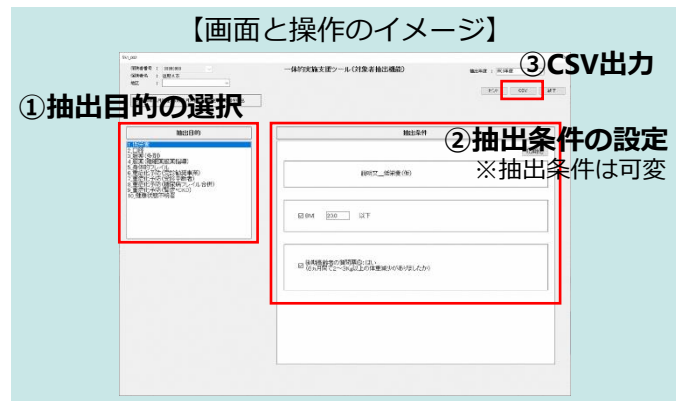
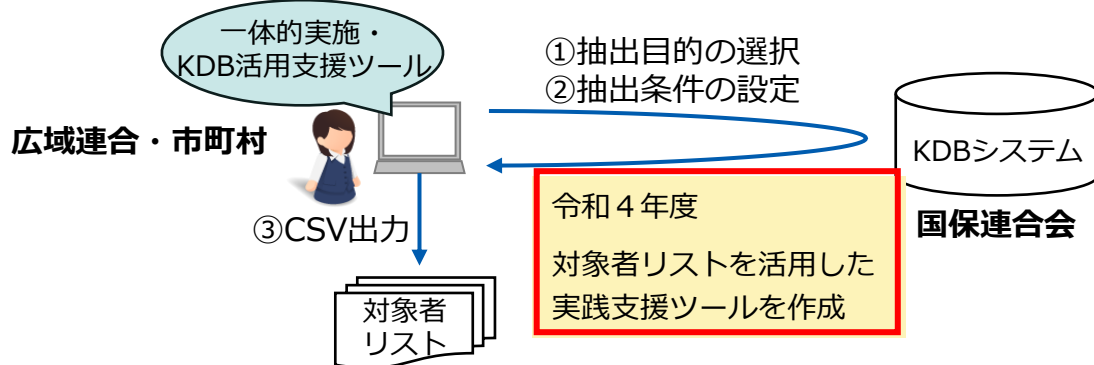
資料編

- 「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。

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) 実施の場 (5) 事業評価	事業の主な流れ (1) 既存の予防事業と連携 (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のある者を抽出し、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】 ●BMI18.5未満 ●体重減少が顕著な者 ●質問票⑥(外出頻度)※(他者と交流)※(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) i) 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	(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
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	抽出基準 事業1) ①の抽出基準 事業2) ②の抽出基準 事業3) シシシで打つ	● 健診：BMI≦20 かつ 質問票⑥(体重変化) ● 抽出基準の①(前二回)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期待されている。 ● 体重減少が顕著な者、BMIが低栄養傾向の指標発生率が高くなる。その発生率は、体重減少がない者の1.6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)
介護予防事業等のためのポイント	抽出基準 事業1) ①の抽出基準 事業2) ②の抽出基準 事業3) シシシで打つ	● 抽出基準の①(前二回)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期待されている。 ● 体重減少が顕著な者、BMIが低栄養傾向の指標発生率が高くなる。その発生率は、体重減少がない者の1.6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)
前向き事項	抽出基準 事業1) ①の抽出基準 事業2) ②の抽出基準 事業3) シシシで打つ	● 抽出基準の①(前二回)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期待されている。 ● 体重減少が顕著な者、BMIが低栄養傾向の指標発生率が高くなる。その発生率は、体重減少がない者の1.6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)

- 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

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

凡例：健診 質問票 医療 介護

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	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

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

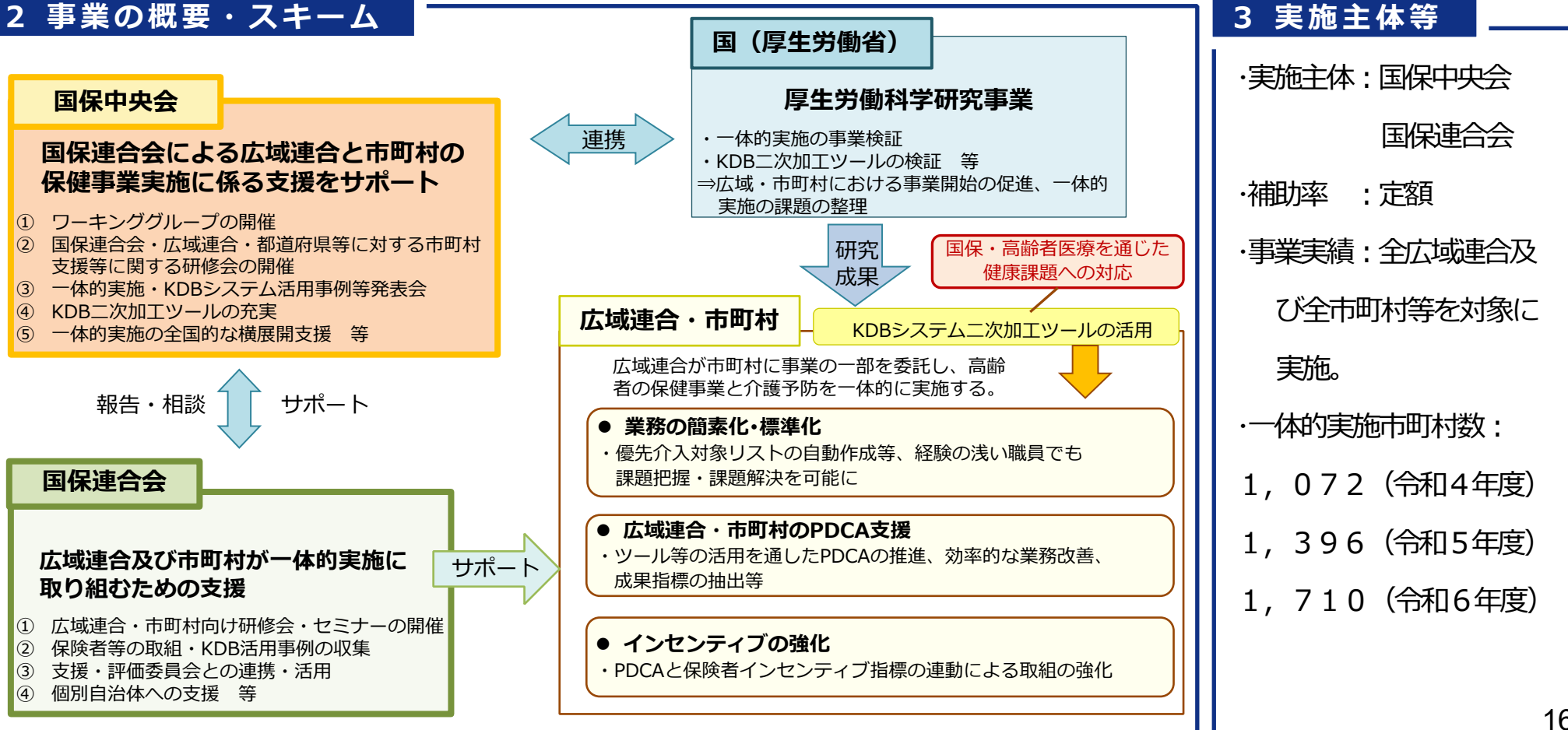
令和8年度当初予算案 **1.0億円（1.0億円）** ※（）内は前年度当初予算額
 ※令和7年度補正予算額 93百万円

1 事業の目的

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な実施※」について、全市町村での効率的・効果的な事業実施に向けて取り組むよう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



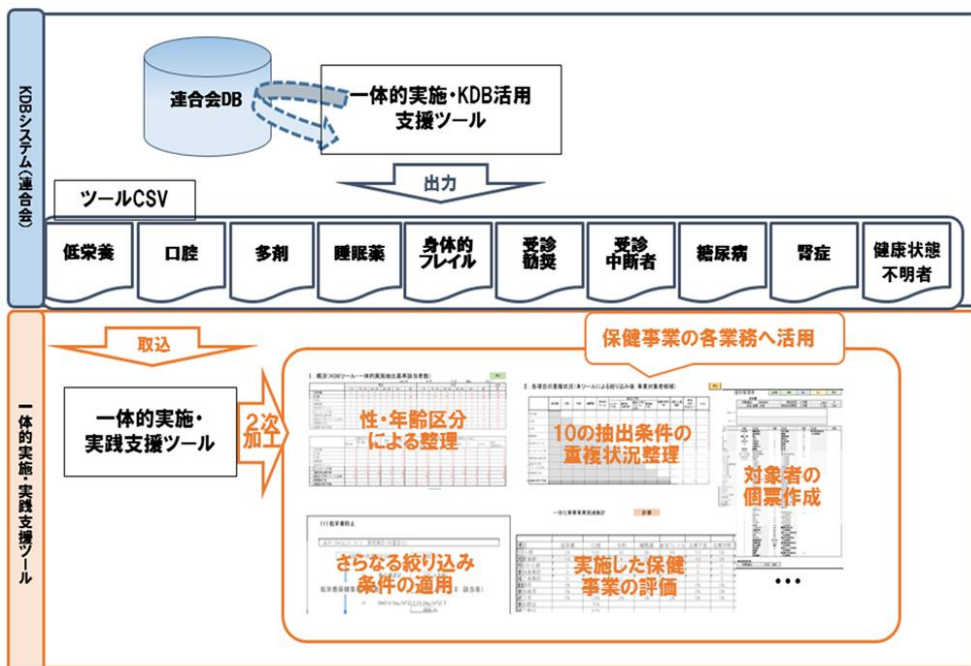
一体的実施・KDB実践支援ツール（概要）

- 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。

