令和7年3月14日	参考資料1
第18回 高齢者の保健事業のあり方検討ワーキンググループ	

令和6年度「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の実施状況調査等事業及び高齢者の保健事業実施計画に係る調査等一式」

高齢者保健事業実施計画に係る調査報告書（案）

2025年3月

MRI 三菱総合研究所

ヘルスケア事業本部

目次

1. 事業概要 2
1.1 背景と目的 2
1.2 広域連合が行うデータヘルス計画の PDCA について 6
1.3 実施内容 7
1.3.1 データヘルス計画に関する調査 8
1.3.2 広域連合のデータヘルス計画の進捗管理に係る検討 8
2. データヘルス計画の PDCA 管理に向けて 9
2.1 データヘルス計画の標準化 9
2.1.1 共通評価指標について 9
2.1.2 計画様式について 11
2.2 保健事業の内容の充実 14
2.2.1 調査結果 15
2.2.2 対応方針 17
2.3 評価の進め方の整理 18
2.3.1 調査結果 18
2.3.2 データヘルス計画の進捗評価のための方策について 19
2.3.3 PDCAサイクルに沿った確実な計画運用のために 24
3. 高齢者保健事業実施計画に関する調査 27
3.1 データヘルス計画の整理・分析 28
3.1.1 調査概要 28
3.1.2 調査結果 29
3.2 アンケート調査 61
3.2.1 調査概要 61
3.2.2 調査結果 61
3.3 ヒアリング調査 86
3.3.1 目的 86
3.3.2 実施概要 86
3.3.3 ヒアリング結果 86
4. その他 91

4.1 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.....91
4.2 別添資料一覧.....91

別添資料 1-1： 共通評価指標の一覧(令和 4 年度) 93

別添資料 1-2： 広域連合ヒアリング調査結果.....115

別添資料 2-1： 進捗管理シート.....126

別添資料 2-2： 振り返りシート・市町村支援記録シート 128

別添資料 3： 全広域連合で策定されたデータヘルス計画 公表ページ URL 一覧（令和 7 年 3 月 10 日時点）.....130

別添資料 4： 構成市町村への情報提供例.....132

はじめに

各広域連合において第3期データヘルス計画が策定され、令和 6 年度より計画に基づいた保健事業が実施されているところである。したがって、各広域連合は、適切な事業評価及び進捗管理を行うことが必要であり、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や要因分析、好事例の横展開に加え、必要に応じた計画の見直し等を行うことが求められる。

本事業においては、各広域連合におけるPDCAの推進に向けた示唆を得るため、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）の計画様式の整理・分析、広域連合へのアンケート調査や一部の広域連合へのヒアリング調査を行い、データヘルス計画の標準化・保健事業の充実・進捗管理等に関する実態の把握、課題の整理及び対応方針の検討を行った。

調査の結果、各広域連合においてデータヘルス計画の標準化（計画様式及び共通評価指標）が推進されていた。地域間の比較や事業設計・目標設定の視点の明確化を通して計画策定に向けて検討されたことで、必要事項が記載されることとなり、計画の一定の質の担保が図られていると期待される。また、保健事業の内容についても、一体的実施の取組を位置づけ、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・体制が明記されたほか、健診を入口として保健事業は実施するという考え方が浸透し、一体的実施を中心とした記載となっていた。

今後、PDCA の推進に向けては、適切なタイミングで計画・事業の進捗状況を評価するとともに、事業のあり方や市町村への支援策、計画の記載内容の見直しを検討することが必要である。評価にあたっては、調査の結果明らかとなった課題について改善を図るほか、更なる取組を検討するうえで、他広域連合の取組を参考にすることも一案となる。

本報告書においては、調査結果を踏まえて、各広域連合における PDCA の推進のために取り組むことが望ましい事項をとりまとめた。

第 1 章には、本調査の背景となる制度背景や目的、今後実施が望まれる PDCA サイクルの概要等を示した。

第 2 章においては、調査結果を踏まえて、各広域連合におけるPDCAの推進のために取り組むべき事項について、計画の標準化・保健事業の内容の充実・評価の進め方の 3 点について取りまとめた。各広域連合においては、今後の取組の検討にあたり、本章を参照しながら検討を行うことが望ましい。

第 3 章には、前章の取りまとめの基礎となった、デスクリサーチ・アンケート調査・ヒアリング調査それぞれの結果を取りまとめた。

第 4 章には、本報告書を取りまとめるにあたって開催した有識者会議の概要を記載したほか、取組の検討や更なる推進において参照いただきたい諸資料を別添として添付している。

広域連合においては、主に第 2 章に取りまとめた取組の方向性等を認識の上、適宜、各調査結果や別添資料等も参考にしながら、PDCA の推進に向けた取組を検討することが望ましい。

1. 事業概要

1.1 背景と目的

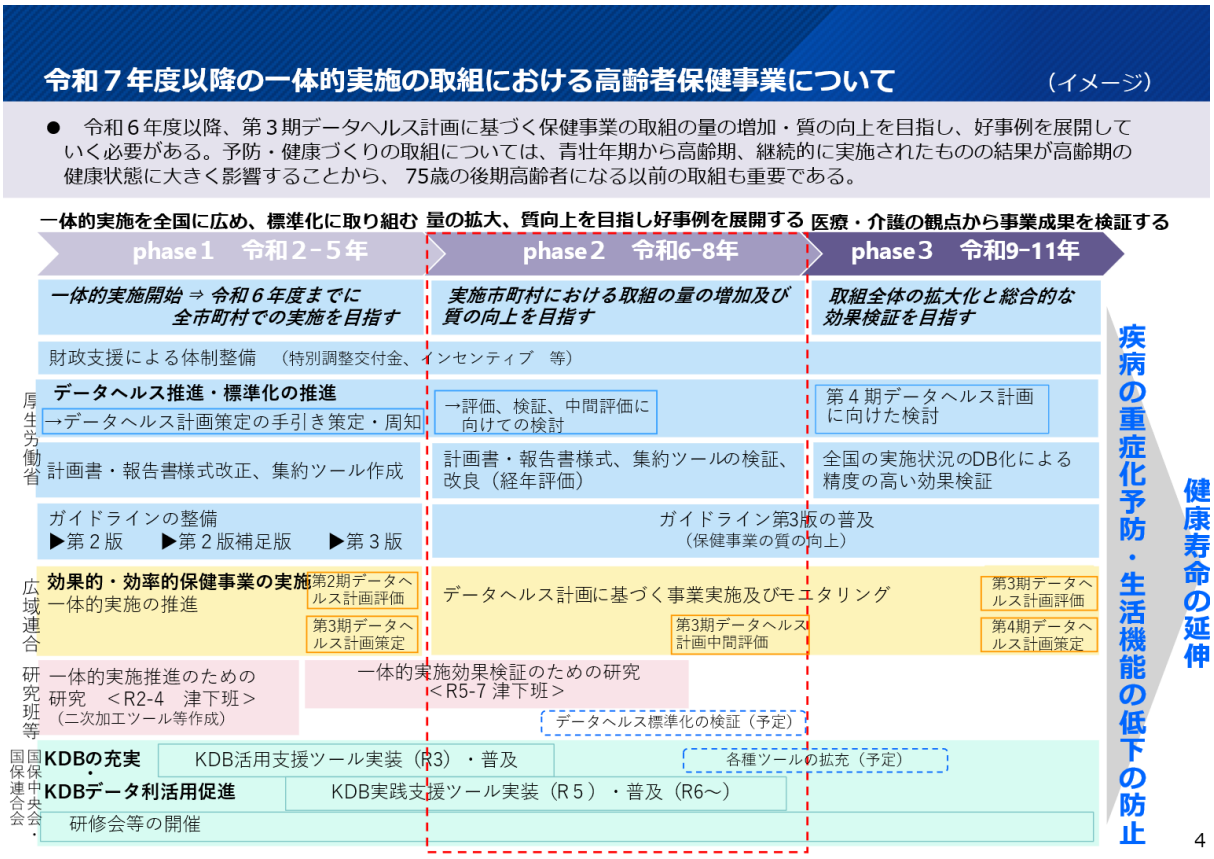
高齢者保健事業実施計画（以下、「データヘルス計画」という。）については、令和5年3月にデータヘルス計画策定の手引き（以下、「手引き」という。）を発表し、令和5年度には各後期高齢者医療広域連合（以下、「広域連合」という。）で第2期データヘルス計画の評価及び第3期データヘルス計画の策定が行われた。データヘルス計画については、平成 25 年に閣議決定された「日本再興戦略」において、全保険者にデータヘルス計画の策定が求められ、政府の方針として、標準化の取組や評価指標設定の推進が掲げられたことを受けて、標準化を推進している。（図表 1-1-1 参照）

高齢者の保健事業における第3期データヘルス計画の策定にあたっては、健康課題解決に向けた計画を策定するための考え方のフレームとして、健康課題の抽出から計画の目的・目標、個別事業の方法・体制や評価・見直しのステップを整理した構造的な計画様式を示した。また、各事業における広域連合及び市町村間の比較・分析を可能とするため、共通評価指標を設定することとし、健診受診率の計算方法を含む各指標の算出方法の整理や、一体的実施の取組における対象者の抽出基準を統一した（図表 1-1-2、1-1-4 参照）。併せて、こうした指標の抽出作業が簡便にできるよう、KDB システムを活用した一体的実施・KDB 活用支援ツール、一体的実施・KDB 実践支援ツールの開発等により、保健事業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。さらに、データヘルス計画の策定主体である広域連合の省力化に向けて、KDB システム及び一体的実施・KDB 活用支援ツールの活用方法に関する作業手順の情報提供や、担当者向けに開催した研修会で手引きや標準化の取組の解説などの支援も実施した。こうした標準化推進の取組により、計画策定や保健事業運営の負担軽減とともに、容易な実績の比較分析が可能となり、データに基づいた効果的・効率的な保健事業の把握及びパターン化による横展開等、事業効果の向上につながることが期待されている。（図表 1-1-3 参照）

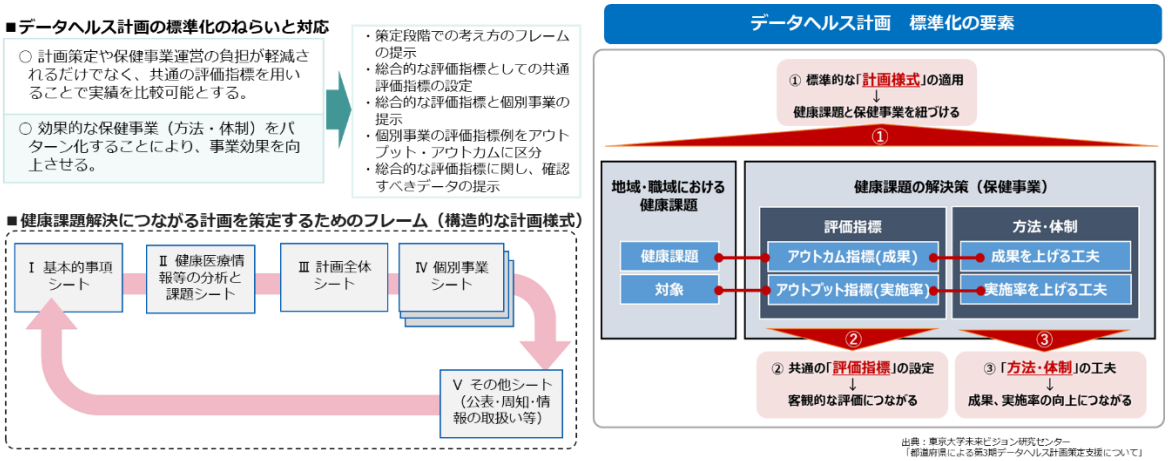
令和6年度からは、各広域連合において第3期データヘルス計画に基づいた保健事業を実施している。したがって、各広域連合は、適切な事業評価及び進捗管理を行うことが必要であり、アウトプット及びアウトカムも踏まえ、効果的・効率的な保健事業の実施状況の把握や要因分析、好事例の横展開等を行うことが求められる。

また、高齢者保健事業の中心である一体的実施の取組についても、令和6年度までに全ての市町村における実施を目標に進められ、現在、ほぼ全市町村での実施に至っている。今後は保健事業の量の増加と質の向上に向けて、委託により市町村が取組の主体となる一体的実施の取組においても、共通評価指標であるハイリスク者割合及び平均自立期間をアウトカムとして管理することを求めており、効果的・効率的な保健事業の実施を進めている。

図表 1-1-1　令和 7 年度以降の高齢者保健事業について



図表 1-1-2　データヘルス計画の標準化について



図表 1-1-3　厚生労働省によるデータヘルス計画策定支援等にかかる取組の経緯等について

第３期データヘルス計画における標準化の推進にかかる支援

データヘルス計画策定のための手引きの提示

●令和５年３月30日付け事務連絡（厚生労働省保険局高齢者医療課）
「高齢者保健事業の実施計画（データヘルス計画）策定の手引きについて」

・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
・高齢者保健事業の実施計画（データヘルス計画）計画様式
・データヘルス計画策定チェックリスト

➢ 第３期データヘルス計画の策定にあたり、**標準化の取組を推進し、より効果的かつ効率的な保健事業の実施につながる計画となるよう、計画策定における考え方のフレーム（計画様式）や共通評価指標の設定を行うこと**などを明示。

・共通評価指標について告示「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」に明示（令和５年８月）。
・「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン（第３版）」を公表（令和６年３月）。

比較分析のための基盤整備

●令和５年４月６日付け事務連絡（厚生労働省保険局高齢者医療課）
「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」

➢ 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同一とした。

ハイリスク者抽出のための手順の整理

●令和５年12月４日付け事務連絡（厚生労働省保険局高齢者医療課）
「第３期データヘルス計画策定における国保データベース（KDB）システム及び一体的実施・KDB活用支援ツールの活用における留意点等について」

➢ データヘルス計画策定の際、KDBシステムデータにおける留意点、一体的実施・KDB活用支援ツールを活用して第３期データヘルス計画における共通評価指標の把握を行う場合の留意点について、一体的実施・KDB活用支援ツールにおける作業手順チェックリスト等と併せて明示。また、比較分析を可能とするため、健診受診率の算出方法も明示。

（作業手順チェックリスト）

【参考】
●令和６年４月５日付け事務連絡（厚生労働省保険局高齢者医療課）
「第３期データヘルス計画の進捗状況管理における国保データベース（KDB）システム及び一体的実施・KDB活用支援ツールの活用について」

➢ データヘルス計画の進捗管理にあたっての一体的実施・KDB活用支援ツールの作業手順チェックリストとともに、令和６年度の一体的実施の計画様式で記載を求めている共通評価指標の算出方法についても同様の手順とすることについて明示。

標準化した保健事業を実施するための支援：
広域連合及び市町村が、ハイリスク者抽出や評価・管理を簡便にできるようKDB活用二次活用ツールの開発・普及。
広域連合が市町村の取組状況を把握しやすくするため、一体的実施計画書・実績報告書の様式変更と集約ツールの開発。

その他：研修会等における解説や照会対応等

- 高齢者の保健事業と介護予防等の一体的実施の横展開事業
  - ・研修会において第３期データヘルス計画の標準化に向けた取組を具体的に解説
  - ・支援者研修会における全ての質問事項について、整理のうえ回答
- その他会議体、周知の機会を捉えて積極的に周知
- 計画様式で記載すべき項目等については、データの参照先を提示するとともに、把握可能な全国値について共有
- 第3期データヘルス計画策定の進捗状況を調査し、進捗状況に懸念のある広域連合に対し、個別相談対応を実施

図表 1-1-4　データヘルス計画の評価指標

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

※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。

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

116

こうした状況を踏まえ、データヘルス計画の標準化に関する各広域連合の取組状況を調査・分析し、進捗状況の管理のあり方も含む中間評価に向けた検討が必要である。本事業においては、第3期データヘルス計画の全広域連合から提出された計画様式をもとに、その活用状況や、一体的実施を中心とした保健事業の取組状況を含む計画様式における記載内容について分析し、共通評価指標や計画内容の整理を行うほか、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った。

なお、とりまとめにおいては、データヘルス計画に基づく PDCA 管理を推進するために、整理が必要と考えられる事項を図表 1-1-5 に示すデータヘルス計画の標準化や保健事業の内容の充実、評価の進め方の整理の視点に基づいて整理し、検討を行うこととした。

本報告書は、令和6年度末に先述のとりまとめにかかる周知を広域連合等に対して行うため、検討結果をまとめたものである。

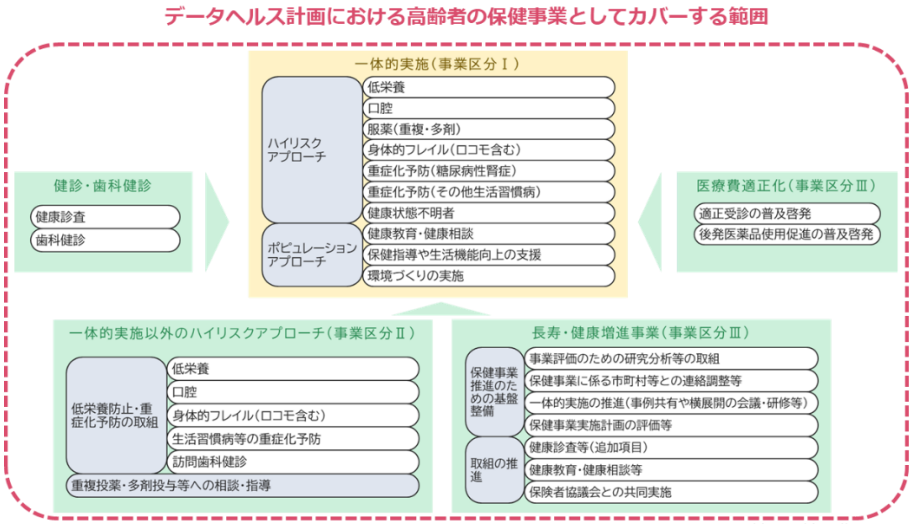
図表 1-1-5　データヘルス計画に基づく PDCA 管理の強化に向けた整理事項

	整理が必要と考えられる事項
1.データヘルス計画の標準化	➢ 第３期データヘルス計画において、再度、定義や注釈を追加することで考え方を整理すべき内容等はあるか。 （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	➢ 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はあるか。 （視点） ・広域連合の目指す保健事業の方向性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	➢ 進捗管理のための様式において、共通評価指標や各個別事業の評価を行うためには、どのような記載項目・視点が必要か。 ➢ 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、広域連合に伝えるべき内容はあるか。 ➢ 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、方法はあるか。 ➢ 広域連合としての評価と市町村の評価の統合をそのように行えばよいか。
4．その他	➢ 第３期データヘルス計画の進捗管理のために、どのような様式で整理を進めるべきか。 （視点） ・現行の様式の活用方法の工夫 ・モニタリングシートやアニュアルレポート例等、必要なツールについての検討 ・令和４年度を足元値としているが、令和５年度データの取扱い方法 ➢ 本事業において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はあるか。

1.2　広域連合が行うデータヘルス計画の PDCA について

広域連合は、効果的･効率的な保健事業の実施を図るため、健診･歯科健診、市町村に委託する一体的実施の取組、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、一体的実施等の市町村の取組を支援する事業等の全ての保健事業（図表 1-2-1）について、データヘルス計画に記載の上で、PDCA サイクルを回して運用する必要がある（図表 1-2-2）。データヘルス計画における高齢者保健事業の範囲は、一体的実施の取組におけるハイリスクアプローチ及びポピュレーションアプローチが中心的な取組であるが、健診･歯科健診や広域連合が実施する事業、市町村の取組を支援する事業等様々な取組が含まれていることの理解が必要である。

図表 1-2-1　データヘルス計画における高齢者保健事業の範囲

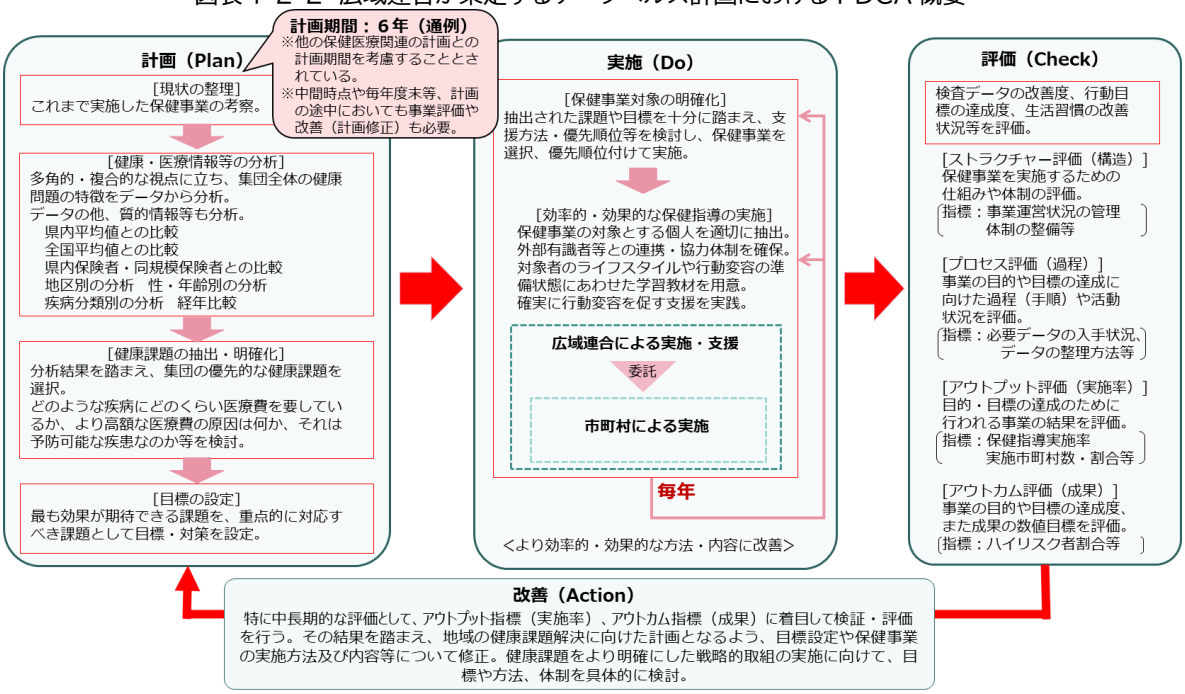


※事業区分Ⅰ～Ⅲとは、特別調整交付金交付基準の整理

広域連合が策定するデータヘルス計画における PDCA については、他の保険者と異なり、計画・評価・改善(Plan、Check および Action)は広域連合が主に実施し、 保健事業の実施(Do)はその中心である一体的実施について広域連合から委託を受けた市町村が実施することが多く、データヘルス計画策定等の主体と保健事業実施の主体が異なるという特徴がある。なお、データヘルス計画の期間は、他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮して計画期間を設定することとされており、通例6年である。

一方、市町村で実施する保健事業は単年度ごとの PDCA サイクルを基本とするため、広域連合は毎年その内容を市町村が提出する一体的実施計画書および実績報告書を元に評価し、データヘルス計画で定めた目標値の達成状況を確認するとともに、必要に応じて事業の見直し及び改善の必要性を判断し、適宜、市町村に対して助言や指導を行う。

図表 1-2-2 広域連合が策定するデータヘルス計画における PDCA 概要



1.3 実施内容

本事業においては、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)の計画様式の整理・分析、広域連合へのアンケート調査や一部の広域連合へのヒアリング調査を通じて、第3期データヘルス計画の標準化・保健事業の充実・進捗管理等に関する実態の把握、課題の整理及び対応方針の検討を行った。

また、今後広域連合がデータヘルス計画の進捗管理や事業評価等を進めるうえで活用が可能な様式を作成するとともに、進捗管理に活用することが望ましい情報についても整理し、検討会において有識者並びに広域連合からの意見を踏まえ、報告書にまとめた。なお、各調査結果については、第 3 章以降に記載する。

1.3.1 データヘルス計画に関する調査

(1) 第 3 期データヘルス計画の整理・分析

広域連合が策定した第 3 期データヘルス計画について、広域連合から提出された計画様式上の記載内容を整理・分析するとともに、以下 3 点の視点から分析を行った。

- 第 2 期データヘルス計画で実施した整理・分析と同一の整理・分析を実施し、前期計画からの策定状況の進捗・標準化の影響を確認した。
- 標準化した計画様式の提示により、統一した考え方のフレームに基づいて記載がなされるようになった事項について、記載内容を整理した。
- 計画様式において記載されていた内容の各項目間の関連性を整理し、計画様式の記載として想定していた関連付けがなされているかを確認した。

(2) アンケート調査

データヘルス計画の策定及びそれに伴う連携・支援状況等に関して、データヘルス計画の記載のみでは把握できない内容を、広域連合・市町村・都道府県に対するアンケートにより調査した。なお、当該アンケート調査は一体的実施に係る実施状況調査と併せて実施した。

(3) ヒアリング調査

第3期データヘルス計画の策定状況、これまでの一体的実施の取組状況等を踏まえ、広域連合に対してヒアリングを行った。ヒアリングを通じて把握した以下の事項を、本報告書の結果として取りまとめた。ヒアリング内容は以下に示す。

- データヘルス計画策定時の市町村との具体的な連携内容
- 標準化の取組に対する効果・課題
- 市町村が実施する事業及び広域連合の保健事業の評価の方法・工夫
- データヘルス計画と整合性を持たせながら、その中心的な取組である一体的実施を効果的・効率的に実施するための市町村の取組にかかる広域連合の支援

1.3.2 広域連合のデータヘルス計画の進捗管理に係る検討

広域連合は、健診・歯科健診、市町村に委託する一体的実施の取組、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、一体的実施等の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。

上記の状況を踏まえ、データヘルス計画の進捗の把握及び評価にあたって、定期的に広域連合及び構成市町村の取組状況等の評価を円滑かつ適切に進めるための方策として、広域連合が活用可能な様式(進捗管理シート)の検討を行った。

2. データヘルス計画の PDCA 管理に向けて

本章では、1.1 背景と目的において示した各論点に沿って、各種調査及び検討の結果を記載する。

2.1 データヘルス計画の標準化

データヘルス計画の標準化は、計画策定や保健事業運営の負担軽減にとどまらず、共通評価指標を用いた広域連合や市町村間の実績比較を通じて、事業の実施方法や体制の見直しを可能とする。また、広域連合や市町村間の実績比較等、データに基づいた好事例の把握を通じて効果的・効率的な保健事業の方法・体制をパターン化することができ、広域的に事業効果を向上させることも可能となる。さらに、標準化された指標における実績や現状の比較を市町村等の関係者に示すことで、広域連合は一体的実施のハイリスクアプローチを含む取組の方向性について関係者の理解を促進でき、一定の方向性を持って保健事業を展開することができる。

こうした標準化の効果を十分発揮するため、本節では共通評価指標及び計画様式それぞれについて、標準化の状況に関する調査結果及び課題を整理したうえで、各広域連合において取り組むべき対応の方針を記載する。

2.1.1 共通評価指標について

(1) 調査結果

共通評価指標については、全広域連合においてデータヘルス計画上に記載されるなど活用が進んでおり、それに伴い広域連合間の比較やアウトプット・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みられた。具体的には以下のような効果が見られた。

- 47 広域連合において、全ての共通評価指標が示されていた。[1]
- 共通評価指標の統一により、広域連合間・市町村間の比較や全国値の参照が可能になった。[2] [3]
- アウトプット・アウトカムを意識した事業設計が可能となった。[2] [3]
- 事業内容や対象者抽出基準を独自に設定した市町村で、対象者抽出基準の見直しが進んだ。[3]
- 共通評価指標を統一することで目標設定すべき項目が明確になった。[3] 一方で、これまでのデータヘルス計画の指標と異なる指標であったことから、目標値の設定の際に苦慮した。[2]
- 共通評価指標の進捗管理が求められることにより、広域連合において優先または重点とする事業やアウトカムがより明確となり、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。[2] [3]

また、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

[1] p.37「3.1.2 (3)1)共通評価指標」参照。
[2] p.71「3.2.2 (8)標準化に向けた課題・期待される効果」参照。
[3] p.87「3.3.3 (2)データヘルス計画の標準化について」参照。

していた[4]。

一方で、共通評価指標の活用上の課題は、以下のとおり把握した。

- 課題 i. 共通評価指標のデータ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。
- 課題 ii. アウトカム指標で用いられている低栄養・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等による被保険者数増加が見込まれることから、解釈が難しい。[5]適切な評価のため共通評価指標等の整理が必要である。

  また、今後国保からの被保険者の移動が増えることが想定されるため、国保保健事業や健康増進事業における計画や、評価指標を踏まえ、事業の連携を強化する必要性がある。
- 課題 iii. 広域連合内で標準化を進めるにあたって、市町村において独自の評価指標を用いている場合、評価指標の統一の必要性の説明や独自の評価指標の妥当性の判断の難しさを挙げる広域連合が多かった。[6]標準化された評価指標等に関し、市町村の担当者及び広域連合担当者の理解が十分でない可能性がある。
- 課題 iv. 通いの場の質問票におけるデータ化等に課題のある市町村があった。[5]

図表 2-1-1 共通評価指標「ハイリスク者割合」抽出基準に係る整理

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

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≦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≧8.0% または BP≧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

凡例：　健診　質問票　医療　介護

※　厚生労働科学研究（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（女子栄養大学教授））による抽出基準
https://www.mhlw.go.jp/content/000917658.pdf

[4] 共通評価指標に加えて各広域が独自に設定した評価指標は、p.38「3.1.2（3）2）共通評価指標に加えて記載されていた指標」にて一覧を記載するため、適宜参照のこと。
[5] p.87「3.3.3（2）データヘルス計画の標準化について」参照。
[6] p.71「3.2.2（8）標準化に向けた課題・期待される効果」参照。

（2）対応方針

調査結果を踏まえた課題ならびに、関連する事項として有識者会議で指摘を受けた事項については、各広域連合において以下のとおり対応することが望ましい。

- 共通評価指標のデータの抽出・算出方法については、策定年度に具体的な手順（参照先・年度・手順等）に係る資料が順次提示され、研修等で周知されていたが、把握がしづらく、十分に遵守されていなかった。議論されている段階から策定の方向性を注視し、情報収集により円滑な業務遂行に努めることも有効である。また、広域連合の担当者が変更となっても、保健事業の実施方針および進捗管理の方法が引き継がれるよう、準備を進めることが望ましい。（課題 i.に対応）
- 中間評価に向けて、共通評価指標の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アウトカム指標として進捗管理を行うことに加え、健診結果及び質問票の結果を用いる取組（低栄養、口腔、身体的フレイル、服薬（睡眠薬）、重症化予防）においては、健診受診率の影響を受けないように分母を健診受診者数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も重要である。（課題 ii.に対応）
- 標準化による効果を得るため、共通評価指標（特にハイリスクアプローチにおけるアウトカム指標）の抽出基準の統一は重要である。また、令和6年度より、一体的実施の取組にかかる申請書（実施計画書（以下「一体的実施計画書」という。））及び実績報告書において、一体的実施・KDB 活用支援ツールを用いて、市町村に各事業のハイリスク者割合の把握を求めることとされている。広域連合においては、標準化の意図やその効果、指標の把握のための手順や留意事項等について市町村に継続して説明し、理解の促進を図る必要がある。（課題 iii.に対応）
- 通いの場等で入手した質問票データについても、交付金等を活用し、データ化しておくことが重要であり、その重要性については、市町村に対し理解促進のため周知・説明することが望ましい。（課題iv. に対応）

2.1.2 計画様式について

（1）調査結果

各広域連合において策定された第 3 期データヘルス計画では、統一した計画様式の提示に伴い、手引きで計画に記載すべき事項について記載されている広域連合が増加する[7]など、前期計画と比して標準化が進んでいた。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、内容については、手引きにおいて示されている事項に加えて広域連合の特徴を踏まえて独自の内容を追記している場合もあり、充実が図られていた。広域連合における策定のプロセスについても、計画様式Ⅰから順番に検討を進めることで保健事業の計画の構造が整理しやすくなったほか、各個別事業の体制（ストラクチャー）や方法（プロセス）、アウトプット、アウトカム指標も含めた評価指標を細かく

[7] 「3.1 データヘルス計画の整理・分析」における調査結果全般にこの傾向がみられる。具体的には、p.31「3.1.2 (1) 3)関連する他の計画／関連事項・関連目標」、p.56「3.1.2 (5)1)データヘルス計画の評価・見直し」などを参照。

設計することができた[8]など、計画様式の統一により円滑な策定にも効果があった。

加えて、手引きでは、都道府県が策定する健康増進計画、医療費適正化計画、介護保険事業支援計画及び市町村国保が策定する国保データヘルス計画等の他計画との整合性を考慮したうえで策定を進めることとされているが、計画様式の標準化に伴い整合を図るべき他計画についての記載が進んだ。[9]策定プロセスにおいても都道府県・市町村・他の保険者など他計画を策定する関係者への情報提供や情報共有・意見交換の場の設定等の取組が行われ、調整の過程で他計画の内容を盛り込んだ事例、他計画にデータヘルス計画の内容を反映させた事例など、双方向の検討が進んでいた。[10]

更に、データヘルス計画の運用や進捗管理にあたって保健事業支援・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。また、全国の広域連合の取組の集約・比較が可能となった。今後はこれらの結果を踏まえて、全広域連合のデータヘルス計画の実態に基づく拡充策の検討を進めていくことが重要である。

一方で、計画様式への記載における課題については、以下のとおり明らかとなった。

- 課題 i. 計画様式はほぼすべての広域連合で計画策定当初から使用されていたが、一部の広域連合では、別様式で作成を進め、記載事項の網羅性等の確認に用いられていた。[11]事後的に計画様式を活用して必要事項の網羅性を確認する方法もあるが、計画様式は考え方を統一して整理を進めるためのものであること、策定作業の省力化のため、計画様式における整理（記載）によりデータヘルス計画として取り扱うことが可能であるという前提で設定した様式であることが十分理解されていない可能性がある。
- 課題 ii. データヘルス計画における健康課題及び保健事業の優先順位設定において、全ての課題・事業を優先課題・重点事業として設定していた事例や、優先順位を設定していない事例があった。[12]アンケート調査において、12 広域連合が優先順位をつける際に課題があると回答し、具体的には、優先順位の設定根拠の不足、市町村ごとのリソースや課題等の状況の違いを考慮するといった課題が多く挙げられていた。優先順位の設定にあたっての根拠や考え方が示されていないため、判断が難しいと認識されていた。[13]
- 課題 iii. 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や計画様式Ⅲの計画の目的・目標の設定方法がわからない場合や[13] [14]、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。
- 課題 iv. 他計画との整合性を考慮して策定することとしていたところ、一部広域連合からは、他計画の策定が同時並行であったり、関係課が多岐に渡ることにより管内市町村への情報共有の難しさを挙げられたが、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

---

[8] p.87「3.3.3 (2)データヘルス計画の標準化について」参照。
[9] p.31「3.1.2 (1)3)関連する他の計画／関連事項・関連目標」参照。
[10] p.67「3.2.2 (6)データヘルス計画の他計画との整合性及び課題」参照。
[11] p.63「3.2.2 (2)データヘルス計画の策定・公表における計画様式の活用状況」参照。
[12] p.35「3.1.2 (2)2)a 課題の設定数」、p.40「3.1.2 (3)3)a 事業数」参照。
[13] p.66「3.2.2 (5)保健事業の優先順位設定」参照。
[14] p.65「3.2.2 (4)計画の評価の視点及び課題」参照。

図られていた。[15]

- 課題 v. 標準化の課題に関するアンケート調査においては、15 広域連合が市町村における標準化の必要性に対する理解不足を課題として挙げていた。[16]

（2）対応方針

調査から明らかとなった課題に対しては、以下のような取組が望ましいと考えられる。

- 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。したがって、この計画様式に則して課題を含めた現状の整理や、目標設定、個別事業の計画等を明記し、データヘルス計画として取り扱うことが可能であり、策定作業の省力化・簡素化につながる。このように、計画様式を適切に活用することが重要である。（課題 i.に対応）
- 健康課題の優先順位を検討する際は、市町村ごとの状況の考慮が必要である。地域の健康課題、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・健康増進計画等を踏まえて検討する必要がある。（課題 ii.に対応）
- 計画様式の記載が十分でない場合は、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。特に、計画様式Ⅳについては、個別の保健事業でアウトカム指標を設定できていないもの、ストラクチャーの事後フォロー・モニタリングについて記載がないものについて、設定ができない事業なのかを確認の上、できるだけ速やかに、設定することや補足事項の追記に向けて見直しを行うことが望ましい。（課題 iii.に対応）
- 同時並行で策定される他計画との整合性を考慮した計画策定を行うためには、計画の途中経過における双方向かつ随時の情報共有等のやりとりが必要となるため、意見交換の機会を設けるなどの対応により他計画と連携した策定及び進捗管理を進めることが望ましい。（課題 iv.に対応）
- 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されている（図表 2-1-2 参照）。広域連合においては、国の方針を踏まえた上で、市町村に対してデータヘルス計画を提示の上で方向性を説明し、市町村の理解を促していくことも重要である。（課題 v.に対応）

また、計画様式の更なる活用に向けて、以下のような視点に沿って活用を検討することが望ましいと考えられる。

- データヘルス計画の策定・運用にあたっては、計画様式を活用の上で、関係者との定期的な進捗状況報告の機会を設定すること等が考えられる。計画運用時においても、計画様式を活用して各計画の進捗状況について情報共有を行い、密な連携体制を構築することが重要である。なお、計画様式の活用により、地域の健康課題に関する現状やその対応方針及びその進捗状況など、関係者間で共有すべき事項について網羅することが可能となり、一定の質の担保が期待されるという効果についても理解が必要である。

---

[15] p.67「3.2.2 （6）データヘルス計画の他計画との整合性及び課題」参照。
[16] p.71「3.2.2 （8）標準化に向けた課題・期待される効果」参照。

- データヘルス計画の策定において、広域連合は、保健事業支援・評価委員会等を活用し、アウトカム指標の設定やデータ分析について専門的見地から助言・アドバイスを受けることが望ましい。特に、助言・アドバイスを受けるにあたっても計画様式を活用することで、地域の健康課題に関する現状やその対応方針及びその進捗状況などの必要事項を抜け漏れなく提示することが可能となる。こうしたプロセスにより、助言やアドバイスの質についても一定程度の担保が期待されるという効果について理解しておくことが望まれる。また、市町村に対しての説明の機会をつくり、市町村のPDCAについても見直しを行う。国は、広域連合で設定するアウトカム指標の情報提供を行い、目標設定方法について国から研修会等で周知する等継続的な支援を行う。

図表 2-1-2　後期高齢者医療制度の保険者インセンティブにおける評価指標

（令和　8 年度分）
後期高齢者医療制度の保険者インセンティブについて

【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 136 点満点、事業実施について評価を行った場合の加点は　25 点満点、事業実施等のアウトカム指標は 22 点満点の計 183 点満点とする。

事業の実施にかかる評価指標について

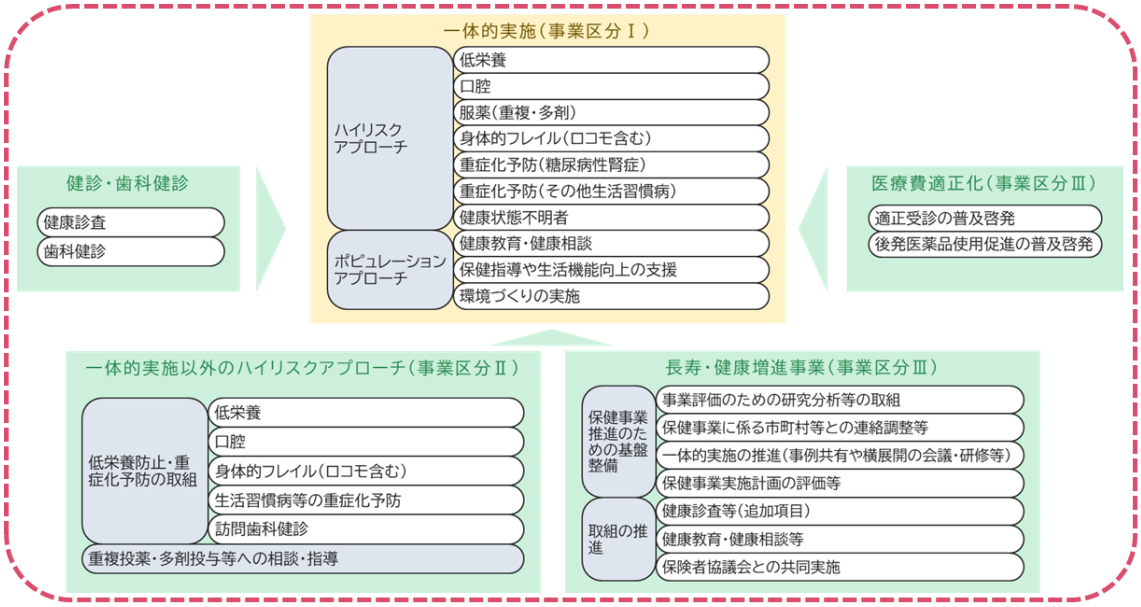
保険者共通の指標	固有の指標
指標① ○健診の実施及び健診受診率向上に向けた取組の実施	指標① ○データヘルス計画の実施状況
指標② ○歯科健診の実施及び口腔機能に着目した検査の実施	指標② ○高齢者の特性を踏まえた保健事業の実施状況 （ハイリスクアプローチ　高齢者に対する個別的支援）
指標③ ○糖尿病性腎症重症化予防の取組の実施状況	指標③ ○高齢者の特性を踏まえた保健事業の実施状況 （ポピュレーションアプローチ　通いの場等への積極的な関与）
指標④ ○被保険者の主体的な健康づくりに対する広域連合による働きかけの実施	指標④ ○一体的実施、地域包括ケアの推進等
指標⑤ ○被保険者の適正受診・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 ○後発医薬品の使用割合 ○後発医薬品の使用促進	指標⑥ ○第三者求償の取組状況

事業の評価にかかる加点について	事業実施等のアウトカム指標
○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	○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 ○平均自立期間／平均自立期間の変化

2.2　保健事業の内容の充実

第2期データヘルス計画では、健康診査を中心とした保健事業であったが、令和2年度から一体的実施の取組が開始された。第3期データヘルス計画では、一体的実施が展開され、高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン（第3版）等にて保健事業の内容や対象者についても具体的に示され、記載が充実した。データヘルス計画において中心的な位置づけである一体的実施の取組については、広域連合は市町村に委託して実施しているため、市町村の一体的実施の取組状況を把握し、データヘルス計画と照らし合わせて、さらに推進するための方策や事業を検討する必要がある。一体的実施以外には、健診・歯科健診、医療費適正化関係、広域連合が独自で取り組む事業、市町村支援に係る事業等があげられる。（図表1-2-1 参照）

図表 1-2-1（再掲） データヘルス計画における高齢者保健事業の範囲



※事業区分Ⅰ～Ⅲとは、特別調整交付金交付基準の整理

一体的実施を含む保健事業の取組状況をデスクリサーチ等にて調査し、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についてヒアリング調査やアンケート調査の結果から考察した。

2.2.1 調査結果

一体的実施の取組を位置づけ、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・体制がデータヘルス計画に明記されていた。健診を入口として保健事業を実施するという考え方が浸透し、一体的実施を中心とした記載となっていた。[17]一方で、保健事業の内容に係る課題としては、以下のようなものが挙げられた。

- 課題 i. データヘルス計画においては、ハイリスクアプローチ等の一体的実施に関する記載は第 2 期計画と比較して増加した。一方で、広域連合が直接実施するハイリスクアプローチやポピュレーションアプローチ、市町村の取組を支援する事業の記載は少なかった。[17] また、共通評価指標でも示すハイリスク者数の減少の為には、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ハイリスクアプローチの事業が中心に記載されており、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。[17]
- 課題 ii. 一体的実施については、市町村での展開が進みつつあり、今後は量の拡大、質の向上を進めていくこととなる。しかし、一体的実施の中心的な役割を担う市町村においては、医療専門職の不足が課題として挙げられている。広域連合としての支援の方策について検討する必要がある。

[17] p.41「3.1.2 (3)3)b 事業分類ごと設定広域連合数」参照。

また、広域連合が目指す保健事業の方向性に向けて、市町村に対して実施している支援や、市町村との調整において有効な方法について、デスクリサーチ・アンケート調査・ヒアリングを通じて以下の取組状況を把握した。

【研修会、意見交換会、関係者との会議での情報共有】

市町村に対し実施したアンケート調査において、広域連合から説明・支援を受けた市町村の割合は全体の 8 割程度であった。[18]ヒアリングした広域連合においては、広域連合からの説明を受け、一体的実施の事業計画の検討に反映した市町村もあり、以下のような事例があった。

- 標準化の趣旨について広域連合からの説明を受けた結果、市町村の一体的実施の事業対象者抽出や評価指標について、従来の定義からの変更を検討し、一部の市町村では実際に抽出基準・評価指標の定義を変更した。[19]
- 広域連合がデータヘルス計画を用いて広域連合における健康課題・優先課題・優先事業を説明することで、市町村がこれまで認識していなかった健康課題・優先課題・優先事業について新たに認識した。[19]

また、情報共有にあたっての取組事例としては以下のような事例があった。

- 市町村には研修会等で、広域連合が選定した好事例の発表等をしていた。好事例の把握には、一体的実施計画書及び実績報告書のデータベース及びその集約を行った集約レポート（以下、「集約レポート」という。）を活用し、管内市町村の情報を効率的に把握していた。研修会での情報提供の際には、グラフで管内市町村の状況を可視化し、広域連合及び国の情報と比較して提示していた。[19]
- 主管会議、研修会で取組実施市町村数や参加者人数等の状況報告を行うなどフィードバックを実施している。主管会議では管理職向けの説明、研修会では保健事業担当者向けに詳細の説明を実施していた。[19]

【特別調整交付金・インセンティブを活用した財政支援】

特別調整交付金や保険者インセンティブを活用して保健事業の充実を図った事例としては、以下のケースを把握した。

- 市町村が実施困難なハイリスクアプローチ等について、広域連合が直接事業を実施している。（特別調整交付金（区分Ⅱ）の活用）[17]
- 「健康教育・健康相談」や「健診未受診者への個別受診勧奨」等の取組に対して、市町村に対して補助を行っている。（特別調整交付金（区分Ⅲ）の活用）[17]
- 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。[19]

---

[18] p.81「3.2.2 (15)広域連合から市町村への説明・支援 【市町村票】」参照。
[19] p.86「3.3.3 ヒアリング結果」参照。

【人材確保支援】

市町村における人員不足を踏まえ、保健事業の充実に向けた人材確保支援を行っている事例としては、以下のケースを把握した。[19]

- 人材確保対策として、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を共有している。
- 研修会の中で、市町村におけるマンパワー不足の課題解決のため医療関係団体との相談会の時間を設けた。医療関係団体との調整においては都道府県や国保連合会の協力を得ている。

2.2.2 対応方針

広域連合は、市町村に対して、継続的にデータヘルス計画や各市町村の実施状況を説明し、各市町村が提出した一体的実施計画書等について指導・助言を行い、支援していく。

特に、市町村において行われている事業の内容や実施方法について、データヘルス計画において設定した共通評価指標のアウトカム指標の目標達成に向けて、不必要または非効率になっている場合は、市町村に対して調整や指導を実施することが望ましい。具体的には以下のような例が挙げられる。

- 広域連合は、市町村規模や地域性を考慮しつつ一体的実施の取組実績の把握を行い、一体的実施計画書の見直しについて助言指導を行う必要がある。実績の把握にあたっては、集約レポートを活用することで、市町村間の比較も容易となり、地域性等の特徴を整理しやすくなる。
- 広域連合が策定したデータヘルス計画のハイリスク者割合の目標達成に向けて、取組や効果の発揮が十分でないと考えた場合においては、例えば、市町村が独自の抽出基準を用いる場合や、後期高齢者に対して、国保保健事業の重症化予防事業の対象者抽出基準を用いて事業を行う場合等、市町村に対し、対象者についての指導・助言等が必要である。

また、保健事業の充実に際しての課題については、調査を通じて把握した事例を参考にして、市町村支援や広域連合における直接の事業実施などを検討することが望ましい。具体的には、以下のような取組が考えられる。

- 市町村が行う一体的実施においては、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組み合わせて実施することが求められている。ハイリスク者の出現率と現状の介入率（カバー率）等を確認し、より効率的な実施が可能となるようストラクチャー及びプロセスの見直しが必要である。（課題 i. に対応）
- 広域連合においては、市町村が提出したポピュレーションアプローチの実績報告を確認し、アウトカム指標の改善等の目標達成に向けてどのような支援や事業（普及啓発事業等）が有用かを検討し、次年度の事業計画に反映させるなどの対応が必要である。（課題 i.に対応）
- 上記に加え、広域連合が直接実施するハイリスクアプローチ、ポピュレーションアプローチ、医療費適正化に関する取組、市町村の取組を推進する事業（研修、受診勧奨事業等）を企画実施することも必要である。特に、ポピュレーションアプローチの支援については、通いの場にとどまらない幅広い方法による取組が可能であり、上手な医療のかかり方に関する広報周知、健診の受診勧奨・フレイル対策の重要性等の普及啓発、ICT を活用した取組などについて、広域連合が直接実施する取

組を検討することが有用である。また、広域連合は、集約レポートを活用しながら市町村の実施状況を把握し、市町村の一体的実施の取組状況を可視化[20]し、説明する必要がある。（課題 i.に対応）

- 市町村における医療専門職の不足への対応方策として、関係団体への事業への協力依頼や、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都道府県、国保連合会と共に検討する必要がある。小規模市町村等については、共同事業等も活用し、広域連合が関係団体等に業務委託することも有用である。（課題 ii.に対応）
- 一体的実施の取組を増やすためには、管理栄養士が栄養対策、歯科衛生士が口腔対策といったように専門特化するのではなく、多職種において複合的・総合的に支援できるような体制を構築する必要がある。その際、どの専門職であっても活用可能なコンテンツ等を作成することや、複数の職種間で情報共有の機会を設定することなども有効である。（課題 ii.に対応）

2.3 評価の進め方の整理

2.3.1 調査結果

広域連合へのアンケート調査では、計画の評価として、8割の広域連合で今後の取組の方向性やストラクチャー・プロセス・アウトプット・アウトカムの4つに関する視点について実施予定としていた。一方で、計画で設定した指標・目標について評価が難しいとした広域連合が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割であった。[21]

広域連合へのヒアリング調査では、広域連合が行う評価として、広域連合から市町村に対して構成市町村の健診受診率の順位・経年変化を示した一覧表の作成や、一体的実施の取組をアウトプット・アウトカムで評価して市町村に情報共有を行う事例があった。さらに、広域連合として優先順位の高い事業の実施に課題のある市町村や事業実施に課題を感じている市町村に対しては、個別に支援を実施していた。[22]

広域連合が実施する評価としては、データヘルス計画の標準化、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。[23]市町村からも国から提示された各個別事業の評価指標例（図表 2-3-1）を参考に事業を進め、個別事業について具体的な評価の仕方を学習したいという希望が聞かれる等、前向きな検討が進んでいた。

---

[20] 取組状況の可視化の一例を、p.2「別添資料 4： 構成市町村への情報提供例」に示しているため、適宜参考にしながら情報提供の取組を検討すること。
[21] p.65「3.2.2 （4）計画の評価の視点及び課題」参照。
[22] p.86「3.3.3 ヒアリング結果」参照。
[23] p.71「3.2.2 （8）標準化に向けた課題・期待される効果」、p.79「3.2.2 （14）広域連合による一体的実施の事業評価」参照。

図表 2-3-1　一体的実施の取組に関する取組ごとの評価指標の例

	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≧160orDBP≧100以上の割合の変化	・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

また、広域連合では保険者インセンティブの獲得状況、活用状況の情報共有を行い、市町村の取組状況に応じてインセンティブを市町村に分配している例もあった。ハイリスクアプローチ、ポピュレーションアプローチのいずれも配点の対象とし、特にハイリスクアプローチについては、取組を細分化することで複数の取組の実施としてより多くの配点となるよう設定されているなど、国のインセンティブの評価事項を念頭において、市町村の取組が進むよう工夫していた。[22]

一方で、保健事業の実施により、どの程度ハイリスク者の減少につながるのか、医療費増加抑制につながるのか、といったことが明確とは言えず、目標設定や広域連合から市町村への説明時に苦慮する場面があった。また、一部の広域連合においては、KDB や各種ツールの理解が難しく、十分に活用できていない例もみられた。[22]

2.3.2 データヘルス計画の進捗評価のための方策について

第3期データヘルス計画は標準化を推進するため、統一した考え方のフレームとして計画様式の提示を行い、主に一体的実施の取組にかかる個別事業について共通評価指標の設定を必須化し、目標値の設定を可視化した。一方、計画様式は、目標設定を行うための考え方のフレームとして提示したが、進捗管理が可能な様式とはなっていなかった。このため、データヘルス計画の適切な進捗管理方法について有識者会議にて検討を行った。

データヘルス計画の進捗の把握及び評価は、毎年度、広域連合における指標と構成市町村ごとの指標の結果を確認し、成果につながる取組状況を振り返った上で、必要に応じて、取組の改善や強化を図ることになる。この際、評価のために把握する項目は以下のとおりである。

＜評価のために把握する項目＞

・ 共通評価指標： 一体的実施の取組を中心に、事業を評価するもの（アウトプット、アウトカム）
・ 策定の際に確認が必要とされたデータ： 地域の健康課題や取り組むべき事業の優先課題の選定に資するもの

・ 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、一体的実施に依らず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（ストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカム）

※市町村向け研修会の実施等の一部事業においては、アウトカムを示すことが困難なものもあった。

（1）進捗管理シート

共通評価指標を含む指標等を整理するため、データヘルス計画の計画様式Ⅲ及びⅣを改変し、目標値に加え、実績値を並べて入力し、定性での事業評価を記載可能な進捗管理シート（別添資料 2-1 参照）を作成した。進捗管理シートを活用して整理を行う際には、共通評価指標については、図表 2-3-2 のとおり、策定時と同様に、健診受診率等広域連合が直接把握・集計する項目、一体的実施・KDB 活用支援ツールでハイリスク者数等を抽出[24]する項目、市町村の事業実績から把握可能な項目があることに留意する。市町村の事業実績の把握にあたっては、各市町村から毎年提出される特別調整交付金における一体的実施計画書・実績報告書や、その集約結果を確認することで、効率的に正確な実態把握が可能となる。なお、令和 6 年度より、構成市町村の一体的実施計画書と実績報告書の集約を行うためのツールを国より提供しているため、データヘルス計画の共通評価指標の一部や計画策定時に確認が必要とされる市町村データの一部については、このデータベース及び集約レポートにおいて把握が可能である。こうした情報を基に、個別事業の評価等を整理するとともに、データヘルス計画の進捗に関する総合的な評価としてアセスメントを行い、課題等について整理する。

また集約レポートでは、市町村ごとに一部のデータについてグラフ化しており、データヘルス計画の進捗状況の一部として、市町村の取組状況にかかるフィードバック時や、関係団体・関係機関への情報提供の際にも活用することができる（図表 2-3-3,2-3-4 参照）。

[24] 抽出の方法については、令和 6 年 4 月 5 日付け事務連絡「第3期データヘルス計画の進捗状況管理における国保データベース（KDB）システム及び一体的実施・KDB活用支援ツールの活用について」において、一体的実施・KDB 活用支援ツールにおける抽出手順を示しているため、そちらを適宜参照のこと。

図表 2-3-2 共通評価指標の確認方法(まとめ):令和7年度作業の場合

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】

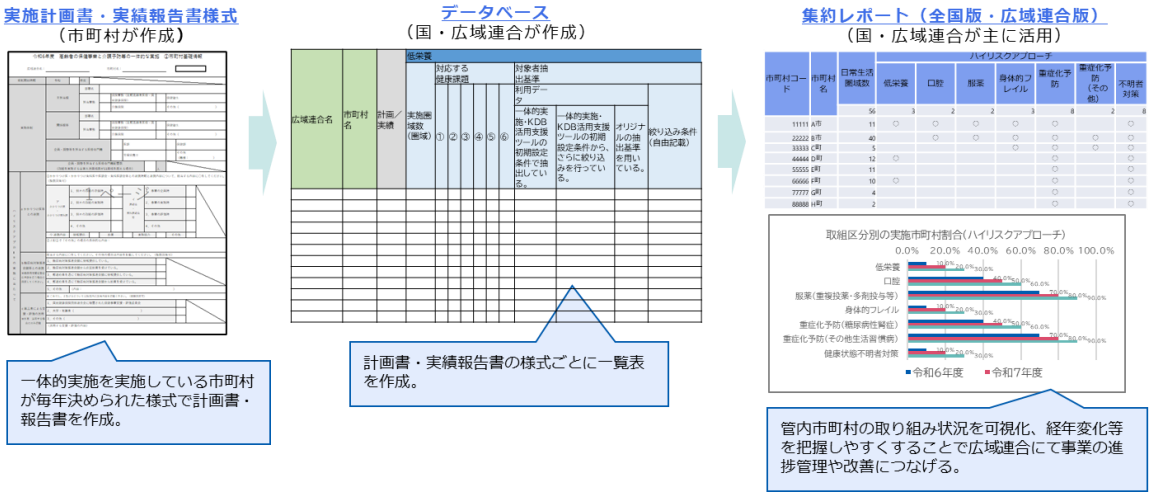
★下線部：策定時から更新及び一部改変

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 ■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）
		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））		国保中央会ホームページ （統計情報＞平均自立期間 平均自立期間・平均余命都道府県別一覧） KDBシステム 「地域の全体像の把握」
		アウトカム 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） ※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。	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。	分子は一体的実施・KDB活用支援ツールによる 把握

【参考：集約レポートにおける提示内容・活用方法について】

市町村から提出される一体的実施計画書・実績報告書について、令和 6 年度より、管下の市町村の内容を一覧化するためのツール（集約レポート）を配布している。集約レポートは、広域連合が市町村の状況を把握し、それを市町村の事業向上や一体的な実施の推進に役立てるためのツールであり、市町村への情報提供やフィードバック等に活用することができる。

図表 2-3-3　集約レポートによる市町村の実施状況の把握



図表 2-3-4　共通評価指標および DH 計画策定時に確認が必要なデータ

共通評価指標およびDH計画策定時に確認が必要なデータ	実施計画書・実績報告書における記載状況（市町村ごと）
健診受診率	○
歯科健診実施市町村数・割合	― （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）、身体的フレイル、重症化予防（糖尿病性腎症）、重症化予防（その他–）、健康状態不明者対策、健康相談・健康教育、フレイル状態の把握、気軽に相談できる環境づくり	○
平均自立期間（要介護2以上）	○ （性別ごと）
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	○
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）	―
疾患分類別医療費	―
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	―
重複投薬患者割合	―

なお、一体的実施計画書・実績報告書の申請様式では、共通評価指標のアウトプット指標であるハイリスクアプローチの対象者及びアウトカム指標であるハイリスク者割合の対象者の整理を基本として、アウトカム指標のハイリスク者割合の抽出基準を踏まえて、取組区分と対策として細分化し整理した（図表 2-3-5 参照）。したがって、一体的実施計画書・実績報告書の内容を集約した結果（データベースや集約レポート）を活用して市町村の取組状況を把握する際には、こうした市町村の取組にかかる整理を理解することが前提となる。そのうえで、広域連合は、市町村において共通評価指標のアウトカム指標の目標達成に向けた取組が行われているかという観点で確認及び評価し、市町村に支援・指導が必要な保健事業を把握し、支援内容を検討することが必要となる。

図表 2-3-5 一体的実施計画書・実績報告書および共通評価指標（ハイリスク者）の対象者にかかるハイリスクアプローチの取組区分の整理

※ データヘルス計画の共通評価指標のアウトプット指標・　アウトカム指標にかかる事業評価の記載を抜粋。

（2）振り返りシート

広域連合が、進捗管理シートを活用の上、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取組状況を振り返って整理を行うことができる振り返りシート（別添資料 2-2 参照）を作成した。振り返りシートは、事業を実施した結果を踏まえ、今後どう対応するのか、結果を踏まえて何を協議したのかなどの判断根拠や経緯、考察やコメントなどの記録を残しておくことができる。事業の振り返りの時だけでなく、広域連合の担当者の異動時等の引き継ぎ資料としても役立つ内容であるため、積極的に活用することが望ましい。広域連合においても、市町村においても、評価後の次年度計画をより適切に行うためにも、暫定値や実施の手応えなどを話し合って、次年度計画に反映することが重要である。課題がある場合には、体制整備の問題か、運営の問題か、事業実施方法の問題かなどについて、整理しておくことが重要である。

加えて、広域連合がデータヘルス計画の推進に向けて効果的・効率的な保健事業の実施を進める上で、市町村の保健事業についてデータヘルス計画との整合性や進捗について助言・指導を行うこと、そ

の支援の経緯等を広域連合内で共有できるようにしておくことは重要である。このため、取組状況（実態）、その支援の状況、次年度の確認事項について記録し、支援の判断に至る経緯や内容についてまとめられるよう、市町村支援記録シート（別添資料 2-2 参照）を作成した。

こうしたシートの活用により、整理・分析結果や取組状況を可視化することが可能となるため、広域連合内の担当者間のみならず、市町村や関係機関・関係団体の関係者等とも実態について共有しやすくなり、各施策に基づく事業の方向性も一体的に調整のうえで保健事業を推進できることとなる。加えて、担当者が異動となるなど体制に変化があった場合においても、適切に事業及び事業支援の継続が可能となることから、積極的な活用が望ましい。

（3）評価を踏まえた計画の見直しに向けて

市町村の取組状況の評価にあたっては、市町村において保健事業が実施されているものの、データヘルス計画上に記載がない事業分野も存在するが、こうした事業分野も含めてこれらの様式を活用することが望ましい。

特にポピュレーションアプローチに係る事業については、市町村における実施が中心であることが影響している可能性もあるが、広域連合における記載が少なかった。データヘルス計画にポピュレーションアプローチに係る事業について記載している広域連合では、主にアウトプット指標として、実施市町村数・参加人数・通いの場等の実施箇所数を挙げ、アウトカム指標として、質問票の各項目においてリスクのない被保険者の割合等を設定して評価するとした事例があった[25]。こういった事例も参考にして評価を進めることが望ましい。また、ポピュレーションアプローチの実践例、評価指標例については、高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン等も参考に、市町村での取組に加え、広域連合でも実施・評価可能な事項について検討し、推進していくことが必要である。

さらに、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、保健事業支援・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事業の方向性、及び次年度計画等を共有することが重要である。

2.3.3 PDCAサイクルに沿った確実な計画運用のために

PDCA に沿った計画運用に際して、広域連合が事業評価を行う際の想定スケジュールについても検討を行った。

一体的実施の取組については、一体的実施の取組に係る市町村への委託契約締結後、年度末に報告を受けるなど、取組状況等について主体的に情報収集のうえで評価を行う。市町村の取組状況を把握・評価するためには、広域連合は、データヘルス計画における事業評価とは別に、単年度での市町村の実施状況を踏まえて翌年の計画検討に役立てるよう支援する。この際、必要に応じて、「2.2 保健事業の内容の充実」内に記載した対応方針についても、評価を踏まえて市町村との調整・指導を行うことが望ましい。

加えて、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こと、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

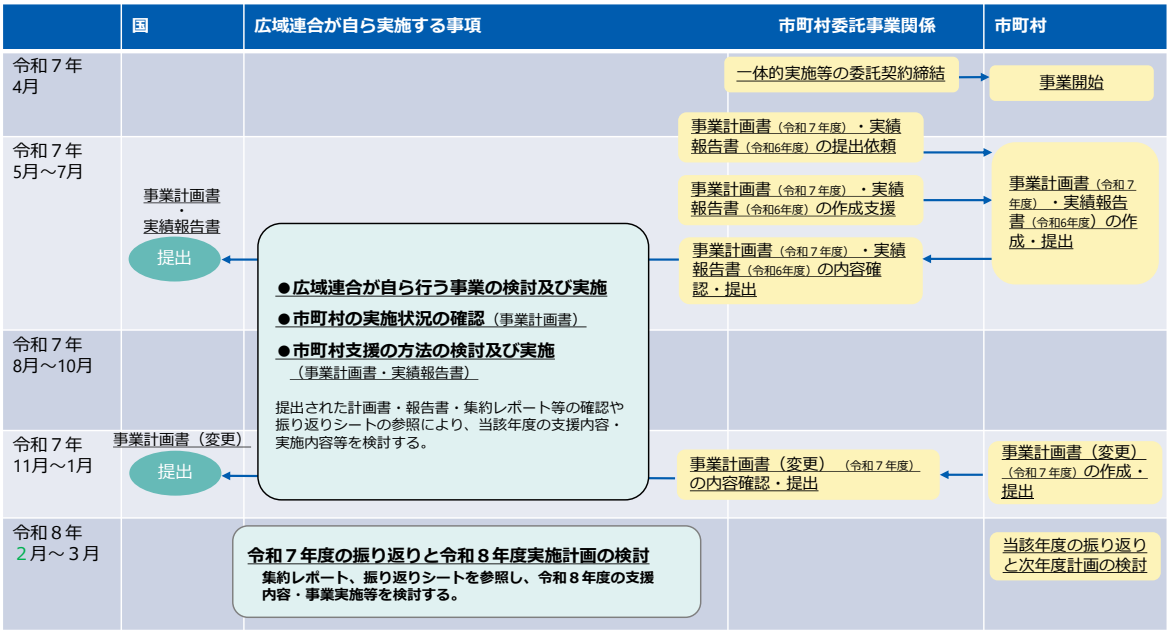
---

[25] p.55「3.1.2 (4)2)g ポピュレーションアプローチ」に指標の内容を記載しているため、適宜参照のこと。

いての PDCA を管理し、確実に運用することが求められる。

広域連合の事業評価スケジュールについては図表 2-3-6 に示す。市町村は一体的実施の取組を中心に事業の計画・評価を実施しているため、委託元である広域連合はその状況を毎年把握する。その際、一体的実施計画書・実績報告書の確認が必要となるが、集約したデータベースや集約レポートを活用して、方向性の調整等を行うことも有用である。なお、データヘルス計画で進捗管理を行うこととなっている共通評価指標については、図表 2-3-7 に示すとおり、実績として確定するまでに一定の時間を要する項目がある。したがって、年度末に実施状況を踏まえて定性的に仮評価を行い、実績値を年度明け等に把握でき次第、進捗状況について評価をするなどにより、年度毎の事業評価を積み重ね、確実な運用を行う。また、振り返りシート等を活用した評価等を年度内に実施しておくことは、次年度以降への引継ぎの観点でも有用である。

図表 2-3-6 広域連合の事業評価スケジュール(単年度)



図表 2-3-7 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

【共通評価指標のデータ（確定値）把握可能時期】

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

作業のタイミング			R5年度	R6年度	R7年度	R8年度	R11年度
			足元値 R4実績	R５実績	R6実績	R7実績	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 ※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。	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）
	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）

第3期データヘルス計画においては、計画様式及び共通評価指標を標準化した。標準化することを通じて、保健事業の企画・実施・評価について、現状の比較等も可能となった。これらを活用し、より効果的・効率的な保健事業の実施に期待ができる。

広域連合は、毎年の保健事業についての PDCA 管理を継続し、第3期データヘルス計画期間前半の最終年度である令和8年度に中間評価を実施することとなる。[26]今回参考提示した進捗管理シートや、振り返りシート等を適宜活用し、毎年度末や年度当初などの実績を把握したタイミングで、事業の取りまとめや、振り返りを実施しておく必要がある。なお、この振り返りは毎年行うことが求められ、評価を行った翌年度の事業計画に反映させることが重要である。

都道府県においては、都道府県が策定する医療費適正化計画、健康増進計画等を踏まえ、広域連合が策定するデータヘルス計画のより良い PDCA 管理に向けた助言・支援が求められる。また、国保連合会においては、KDB を活用した地域の課題分析に係る支援や、KDB 活用支援ツール、実践支援ツールに関連した研修等についての支援の実施が求められる。今後、国保世代と後期世代とを併せて分析することなども必要と考えられるため、都道府県、広域連合、国保連合会が連携し、適宜情報共有や進捗管理等しながら、PDCA サイクルに沿った確実な運用を進めてくことが重要である。

国では、令和8年度分の保険者インセンティブにおいて、データヘルス計画の標準化の取組推進、及び一体的実施の取組推進に係る事項についての指標の見直しを行った。広域連合及び市町村はこれらの評価指標も確認し、国として推進している保健事業の方向性等についても理解のうえ、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて推進する必要がある。特に、広域連合においては、今後中間評価やその他保健事業の方向性等について議論されている段階から動向を注視し、情報収集により円滑な業務遂行に努めるとともに、データヘルス計画で整理された課題に対する対応策への実効性を高める必要がある。

---

[26] 中間評価については、令和7年度に国でそのあり方や方針について検討し、広域連合においては、令和8年度に実施となる予定。

3. 高齢者保健事業実施計画に関する調査

第 2 章に述べた高齢者保健事業実施計画の策定・進捗管理及び保健事業の充実に向けた検討のために、令和5年度中に広域連合が策定した第 3 期データヘルス計画を収集した。データヘルス計画の記載内容から情報を整理・分析する「デスクリサーチ」、全広域連合を対象として計画上には記載されない計画策定時の運用や課題点等について把握をする「アンケート調査」、一部広域連合を対象にさらに詳細を把握する「ヒアリング調査」を実施した。

＜調査結果まとめ＞

デスクリサーチからは、以下のような内容を把握した。

- 計画様式の標準化に伴い、定められた項目が多くの広域連合で記載されており、標準化が進展していた。
- 前期計画との比較においては、標準化を踏まえた手引きに定められた項目について前期計画と比べて記載が充実していたほか、計画の背景に一体的実施や計画の標準化が記載されるなど、最新の状況が適切に反映されていた。
- 健康課題を踏まえた保健事業の設定においては、多くの広域連合において一体的実施に係る事業を中心とした計画となっていたが、その他の事業（広域連合が直接実施する事業・市町村支援に係る事業等）についても、一部広域連合において記載されていた。一方、保健事業間の優先順位設定については、設定されていない広域連合もあった。
- 共通評価指標はすべての広域連合で記載されていた。また、一部の広域連合においては、計画全体に係る追加指標を設定・記載していた。

アンケート調査からは、以下のような内容を把握した。

- 多くの広域連合が、標準化の効果として市町村間比較や各市町村の健康課題の明確化、データに基づく事業評価などが可能になる点を挙げていた。
- 策定プロセスにおける計画様式の活用方法は一律ではなく、一部広域連合においては計画様式以外の様式で作成したのちの確認・検証に用いられていた。
- 市町村における標準化への理解不足があるとした広域連合が多く、対策として市町村への計画の説明・標準化の趣旨を含めた情報提供が広く行われていた。また指標値の提示・比較や市町村別の健康課題の提示などによる支援を受けていた市町村も 3 分の 2 程度を占めていた。
- 他計画との整合性の確保のため、都道府県が関与しているケースが 8 割を占めていた。

ヒアリング調査からは、以下のような内容を把握した。

- 策定プロセスにおいて、情報のとりまとめや記載に時間を要した。他計画との整合性確保のための情報共有の方法等について、難しさがあった。
- 標準化については、市町村への説明や指標の算出・解釈等に課題はあったものの、地域間比較や事業設計・目標設定の視点の統一など、その効果が実感されていた。また、市町村への説明にあたって丁寧な説明・意見交換や情報提示を行った事例があった。

3.1 データヘルス計画の整理・分析

3.1.1 調査概要

(1) 目的

第３期データヘルス計画の策定においては、標準化を推進するため、構造的に策定することが可能となるよう統一した計画様式を提示した。また、標準化を推進する観点から、共通評価指標を示し、データヘルス計画において広域連合が進捗管理を行うこととともに、広域連合間・市町村間の比較を可能とし、効率的かつ効果的な保健事業の好事例等もデータに基づいて把握できるようにした。

データヘルス計画の整理・分析にあたっては、上記背景も踏まえて、以下 3 点を目的として記載内容の整理を行った。

1) 標準化した計画様式への記載内容の確認
   標準化した計画様式に則した記載となっているかを確認し、更なる標準化の余地を検討する。
2) 計画様式の策定フレーム（構造）に沿った策定状況の確認
   標準化した計画様式において想定される計画様式内の記載内容連携・紐づけの状況を整理し、計画様式において整理された構造との整合を確認する。
3) 第 2 期データヘルス計画からの変化の確認
   第 2 期データヘルス計画との比較を行い、標準化の取組による効果および第 2 期データヘルス計画からの進捗状況を把握する。

(2) 調査概要

以下のとおり調査を実施した。

- 調査対象：令和 5 年度 47 広域連合が標準化した計画様式を用いて策定した第 3 期データヘルス計画[27]
- 調査方法：令和 6 年 3 月　厚生労働省宛に提出された第 3 期データヘルス計画（計画様式）を集約し、記載内容の類型化及び集計・分析を実施

(3) 調査項目

調査項目は、(1)目的に記載した観点に沿って、以下の内容を参考に設計した。[28]

1) 標準化した計画様式への記載内容の確認

---

[27] 標準化した計画様式だけでなく個別に本編・資料編・概要版等の別紙を作成している計画も存在するが、整理・分析範囲は計画様式により整理されたものに限定することとした。
[28] 計画様式における設定項目に沿って集計・整理しているため、実際には取組を実施していても計画様式に掲載していない場合は集計されていない。また、各広域連合においてまとめられた計画様式で使用されている文言を基本として集計・整理しているため、類似する意味・内容でも文言が異なれば別の項目としてカウントする場合や該当なしと整理する場合がある。

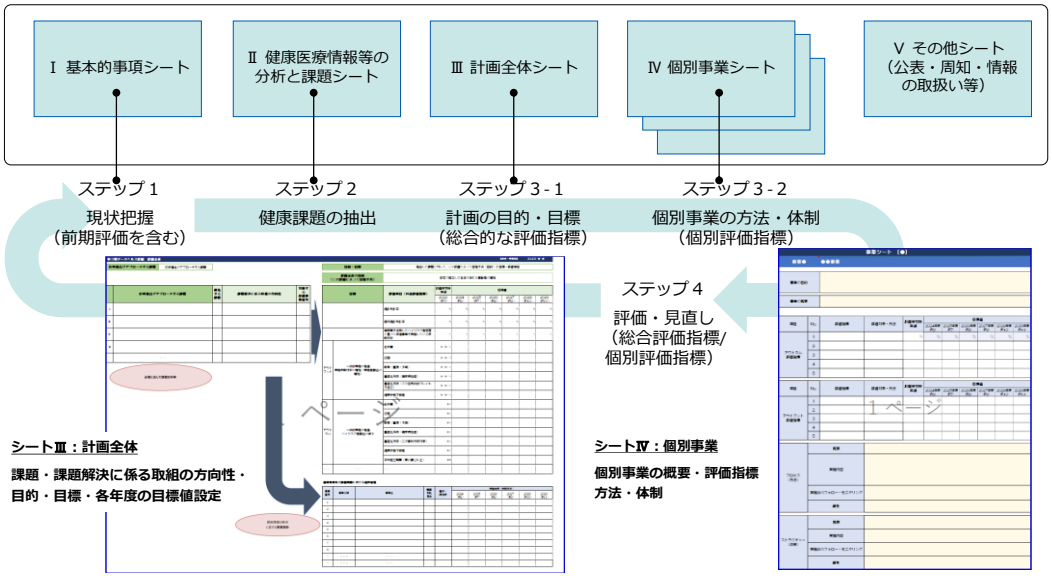
第 3 期データヘルス計画における標準化した計画様式の記載内容について、①考え方のフレームに沿って適切に記載されているか、②標準化された計画様式が不足なく記載できているか、③標準化により記載が充実した箇所においてはどのような記載が行われているか、の各観点で整理し、確認した。

2） 計画策定フレーム（構造）に沿った策定状況の確認
各計画様式間の関連を意識した記載となっているか（特に計画様式Ⅱ～Ⅳにおける関連性については、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）を確認した。

3） 第 2 期データヘルス計画からの変化の確認
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 5 年 3 月「データヘルス計画に基づく高齢者保健事業の実態調査」[29]にて実施されたデスクリサーチ項目と同様の調査を行い、変化等を確認した。

なお、計画様式の記載内容については、図表 3-1-1 のように計画の考え方のフレームとして整理されている。次項では、調査対象とする計画様式ごとに調査結果を記載する。

図表 3-1-1 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）



3.1.2 調査結果

（1）計画様式Ⅰ（基本的事項）

計画様式Ⅰ（基本的事項）においては、第 2 期データヘルス計画策定状況との比較等を行った。

また、実施体制・関係者連携については、連携先とする関係者について記載する欄が明示的に設けられたことから、記載されている連携先を整理・分析した。

---

[29] 日本能率協会総合研究所「データヘルス計画に基づく高齢者保健事業の実態調査報告書」
https://www.mhlw.go.jp/content/001082549.pdf （2025 年 3 月 7 日アクセス）

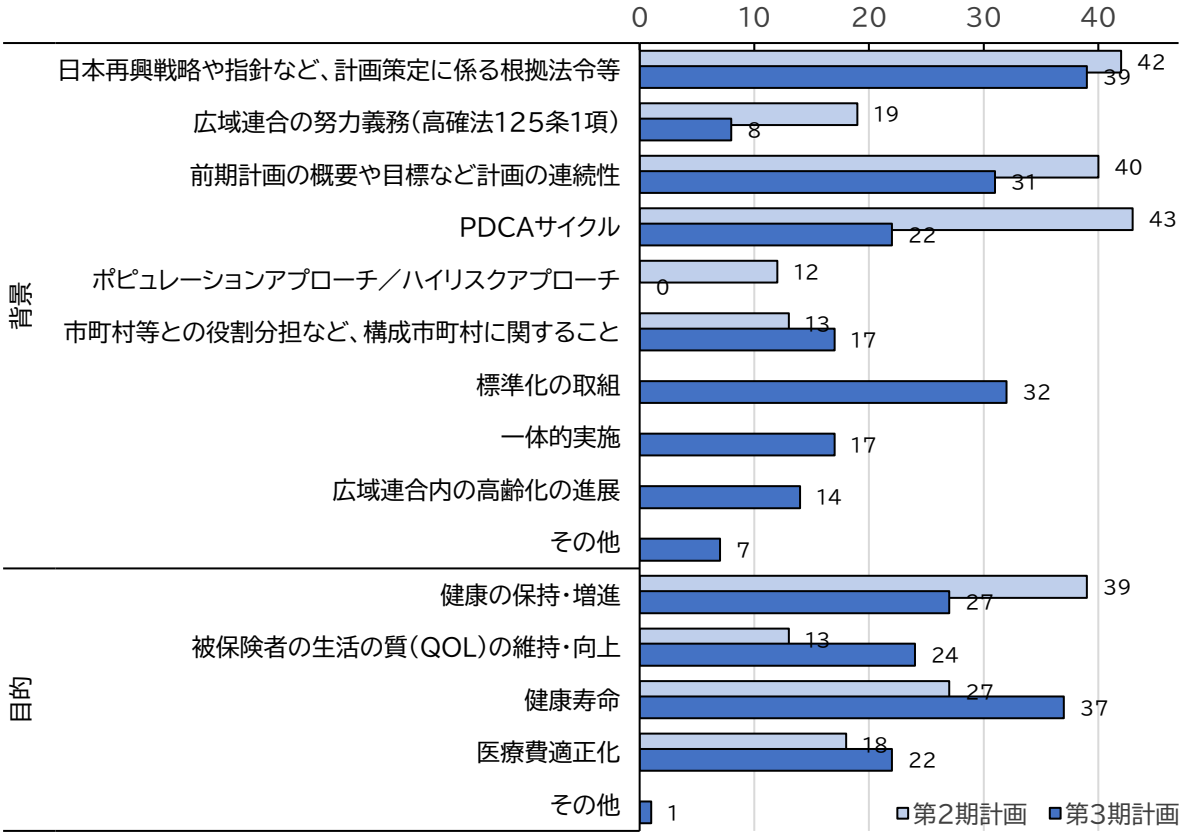
1）計画策定の趣旨（背景・目的）

計画策定の趣旨として、背景・目的に記載されている内容を分類・集計し、第 2 期の記載状況にかかる整理（令和 5 年 3 月「データヘルス計画に基づく高齢者保健事業の実態調査」）と比較した。

背景として記載された内容については、データヘルス計画の策定根拠となっている法令等（日本再興戦略および指針）について、記載した広域連合数が 39 広域連合と最も多かった。第 2 期データヘルス計画の策定以降に新たに整理及び記載された事項としては、骨太方針 2020 や新経済・財政再生計画改革工程表 2021 に基づく標準化の取組が 32 広域連合で記載されており、高確法改正に基づく一体的実施の取組は 17 広域連合において新たに記載されていた。

目的については、高齢者保健事業の目的である「できる限り長く在宅で自立した生活を送ることができる高齢者を増やすこと」と健康寿命の延伸について記載した広域連合が 37 広域連合と最も多かった。また健康の保持・増進については27広域連合、被保険者の生活の質（QOL）の維持・向上について24広域連合、医療費適正化について挙げた広域連合は22広域連合であった。

図表 3-1-2 計画の背景・目的 N=47



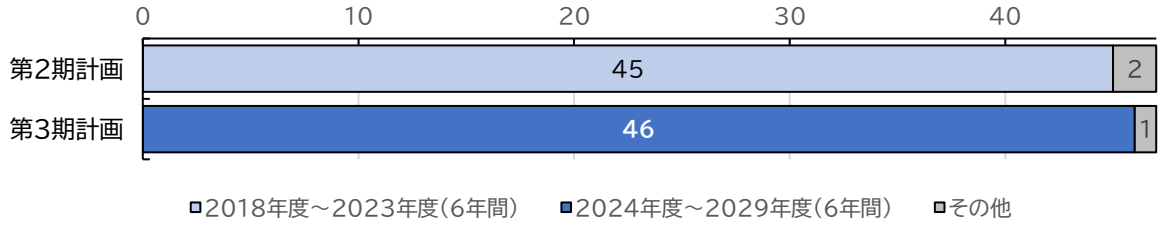
2）計画期間

データヘルス計画の策定期間は、手引きにおける記載に則り 6 年間を計画期間としている広域連合が最も多かった。第 3 期データヘルス計画においては 46 広域連合が令和 6 年度～11 年度の6年間を計画期間としていた。残りの1広域連合については、中間評価のタイミングまでの3年間を計画期間としていた。なお、手引きにおける記載は以下のとおりである。

＜データヘルス計画策定の手引きにおける記載＞

計画期間を定めるに当たっては、他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮する。具体的には、都道府県における医療費適正化計画や医療計画等が、令和6年度から 11 年度までを次期計画期間としていることから、これらとの整合性を図る観点から同様の計画期間とすることが考えられる。

図表 3-1-3 計画期間 N=47



3）関連する他の計画／関連事項・関連目標

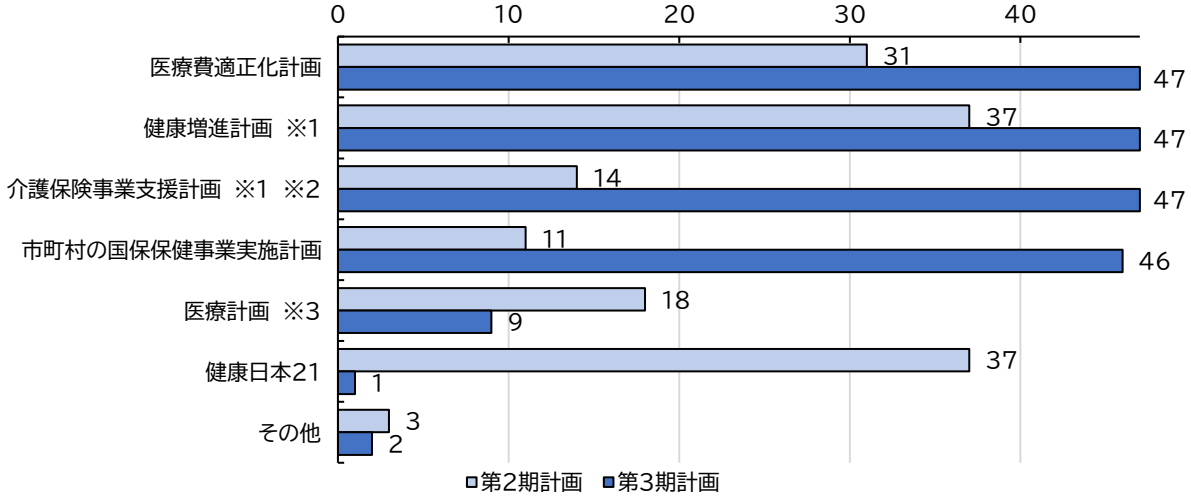
関連する他の計画として記載されている諸計画を集計した。整合を確保する計画にかかる記載状況を整理したところ、データヘルス計画策定の手引きに明記されていた４つの計画についてはほぼ全広域連合で記載があった。

なお、データヘルス計画策定の手引きにおいては、国保データヘルス計画との整合性を図る旨が記載されたほか、同様に調和を取る計画として都道府県健康増進計画・都道府県医療費適正化計画・介護保険事業支援計画が提示されている。

＜データヘルス計画策定の手引きにおける記載＞

- 計画は、健康増進法（平成 14 年法律第 103 号）に基づく基本方針を踏まえるとともに、都道府県健康増進計画、都道府県医療費適正化計画、都道府県介護保険事業支援計画、国保の保健事業の実施計画（以下「国保データヘルス計画」という。）と調和のとれたものとする必要がある。
- その際、他計画の計画期間・目的・目標を把握し、データヘルス計画との関連事項・関連目標を確認するプロセスが重要である。また、他の計画における関連事項・関連目標を踏まえ、データヘルス計画において推進・強化する取組等について検討し、市町村や取組を実行していく上で連携が必要となる関係者等に共有し、理解を図ることが重要である。
- 特に、国保データヘルス計画との連続性を踏まえて、後期高齢者における課題の把握や対応策を検討する上では、国保で実施されている保健事業の内容について把握しておくことが重要である。また、一体的実施の委託について市町村と調整する上でも、市町村で実施されている国保の保健事業と介護予防事業の内容について把握することが重要である。

図表 3-1-4 関連する他の計画[30] N=47



4）実施体制／関係者連携

実施体制における具体的な連携方策を類型化し、集計した。なお、手引きでは、具体的な参画の方策を明確化することが望ましい旨の記載がある。

＜データヘルス計画策定の手引きにおける記載＞

「広域連合の役割」を踏まえ、計画の策定、事業実施、評価、見直しの一連のプロセスにおける実施体制を明確化する。

「外部有識者等の役割」及び「被保険者の役割」を踏まえ、計画の策定、評価、見直しの際における外部有識者等や被保険者の参画について記載する。

その際、

・ 外部有識者等や被保険者が参画する会議体（既存の会議体を含む。）を活用する、

・ 外部有識者等や被保険者から意見聴取を行う、

などの具体的な参画の方策についても明確化することが望ましい。

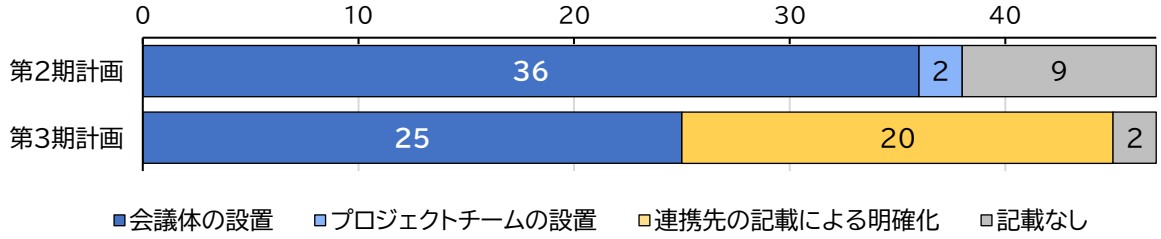
第 3 期データヘルス計画における実施体制の連携方策については、会議体の設置・開催に関する記載が 25 広域連合、連携先の記載による明確化は 20 広域連合で記載がされていた。

実施体制に関する記載がなく、計画様式の該当欄も削除されていた広域連合が2広域連合あった。

第2期と比べ、会議体の設置・開催について記載した広域連合は減少していたものの、連携先について計画に明記して連携先を明確化した広域連合は増加した。

[30] ※1： 第 2 期計画においては、市町村の策定する健康増進計画／介護保険事業計画も含めて集計している。
※2： 介護保険事業支援計画と一体的に策定されることの多い老人福祉計画を含む。
※3： 医療計画は、医療費適正化計画と一体的に策定している都道府県があるが、本調査ではデータヘルス計画上に医療計画の記載がされている広域連合のみを対象として集計した。

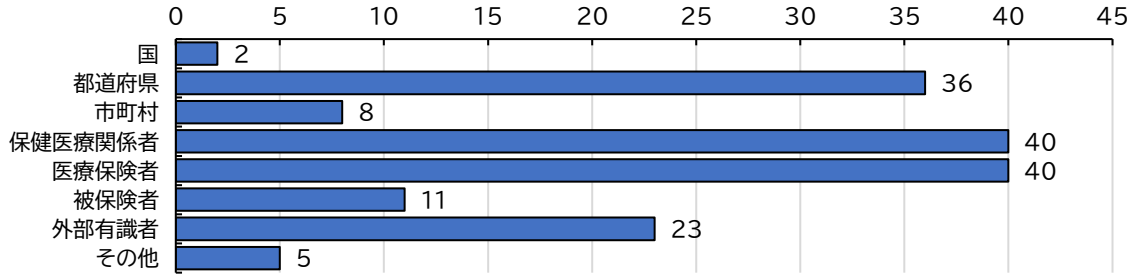
図表 3-1-5 実施体制における連携方策 N=47



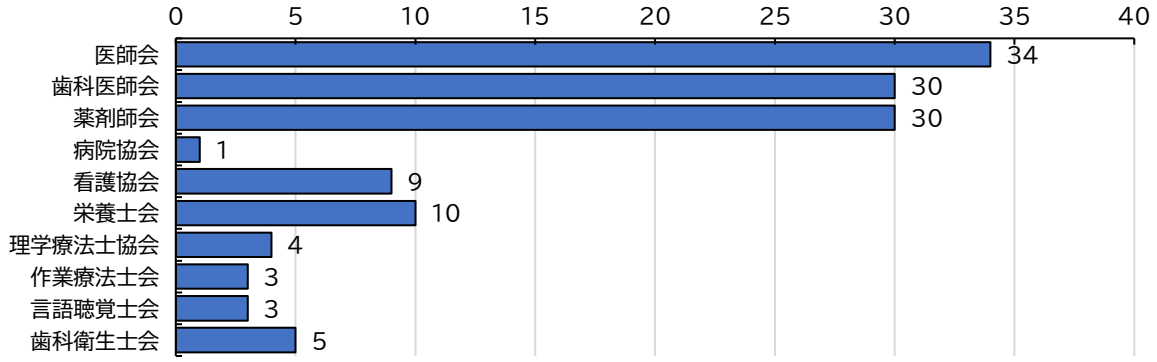
連携先として記載されている関係者について集約を行ったところ、都道府県や保健医療関係者との連携を行っている広域連合が多く、国保連合会との連携を示している広域連合が最も多かった。

連携先としては医師会、歯科医師会、薬剤師会を中心に、一部広域連合では複数の保健医療関係団体との連携を明記していた。

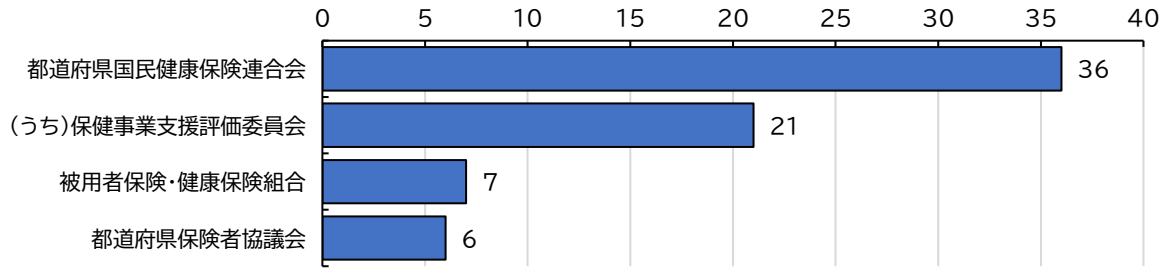
図表 3-1-6 連携先とされた関係者 N=47



図表 3-1-7 連携先とされた関係者: うち保健医療関係者内訳 N=40



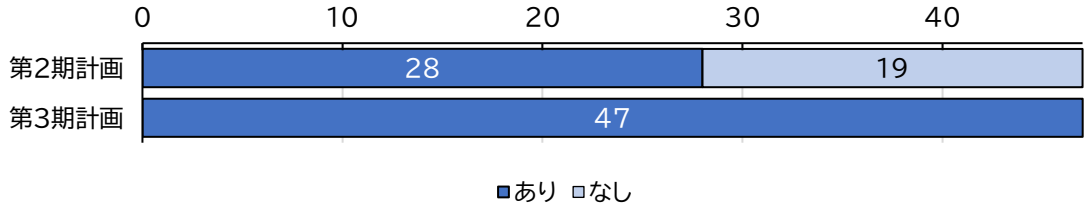
図表 3-1-8 連携先とされた関係者: うち関係団体内訳 N=40



5）前期計画等に係る評価

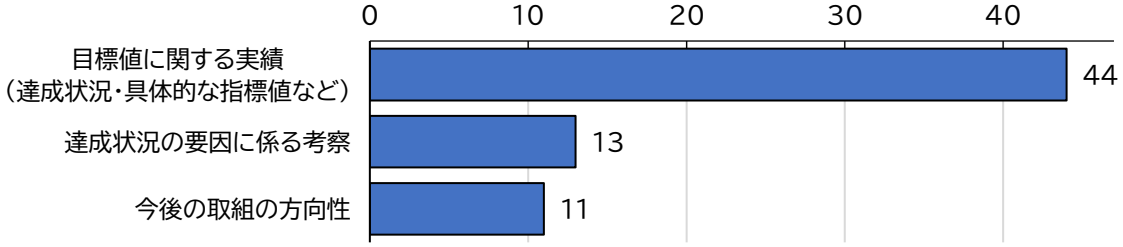
前期計画等に係る評価については、第3期計画は計画様式に記載欄が設定されていたため、全ての広域連合において記載がなされていた。

図表 3-1-9　前期計画等に係る評価の記載有無 N=47



一方で、第2期データヘルス計画の評価については、44 広域連合で達成状況等目標値に関する実績について記載があったものの、達成状況の要因に関するアセスメントや考察、今後の取組の方向性等まで記載した広域連合はそれぞれ 13 広域連合・11 広域連合にとどまっていた。

図表 3-1-10　前期計画等に係る評価における記載内容 N=47



（2）計画様式Ⅱ（健康医療情報等の分析）

計画様式Ⅱ（健康医療情報等の分析）においては、情報整理の方法及び内容（指標）について整理を行ったほか、「広域連合がアプローチする課題」として設定されている内容の類型化・整理を行った。

1）健康医療情報等の分析

手引きにおいては、計画様式Ⅱを活用しつつ、健康医療情報等及び課題を整理することとされている。

＜データヘルス計画策定の手引きにおける記載＞

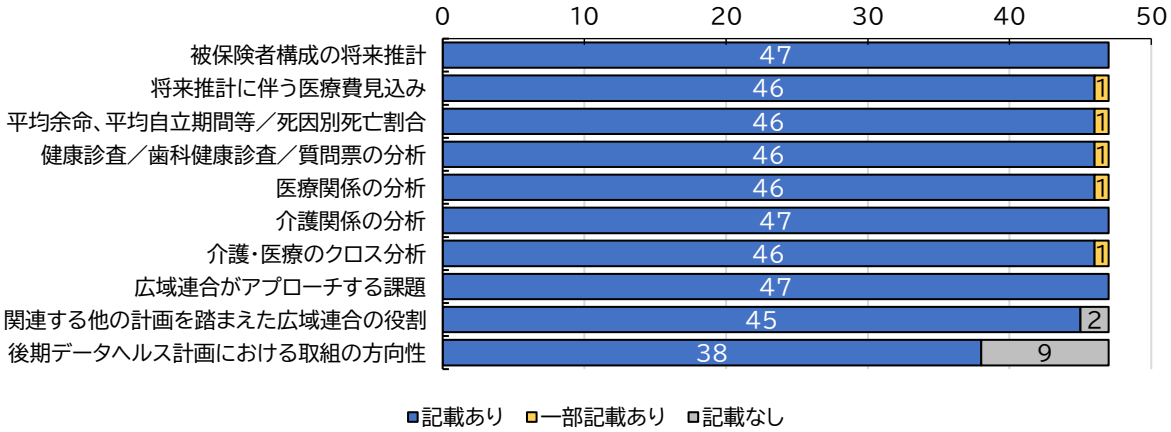
被保険者の健康状態等に係る全体像の把握に当たっては、健診データ、後期高齢者の質問票、レセプト（医療・介護）データ、介護データ、他の統計データを活用することが考えられる。その際、別途示す計画様式の「Ⅱ健康・医療情報等の分析、広域連合がアプローチする課題」の活用を検討されたい。なお、計画様式に掲げる項目以外の情報について分析することは差し支えない。

計画様式Ⅱの各広域連合における記載状況を確認・整理したところ、全広域連合が、計画様式Ⅱにおいて健康医療情報等を整理し、広域連合がアプローチする課題を記載していた。ただし、計画様式Ⅱに設けられている整理軸・記載欄のうち、最下段の「関連する他計画を踏まえた広域連合の取組」「後期データヘルス計画における取組の方向性」については一部の広域連合で記載されていなかった。

計画様式Ⅱは、A、B の 2 種類の計画様式が示されていた。様式 B は、A と同じ分析項目の欄が設

けられているが、各項目に全国比較、市町村比較、経年比較の区分に分け、より詳細な整理を可能としている様式であり、38 広域連合が B の計画様式を使用していた。分析項目についてはいずれも全て記載されていたが、B を使用している場合に、各分析項目の比較軸区分の一部に記載がない広域連合があった。

図表 3-1-11 健康医療情報等の分析において分析対象とされた項目 N=47



2）広域連合がアプローチする課題の設定

手引きにおいては「保健事業の対象となる健康課題の抽出・明確化」を行うこととしている。

＜データヘルス計画策定の手引きにおける記載＞

イ. 健康課題の抽出・明確化

（保健事業の対象となる健康課題の抽出・明確化）

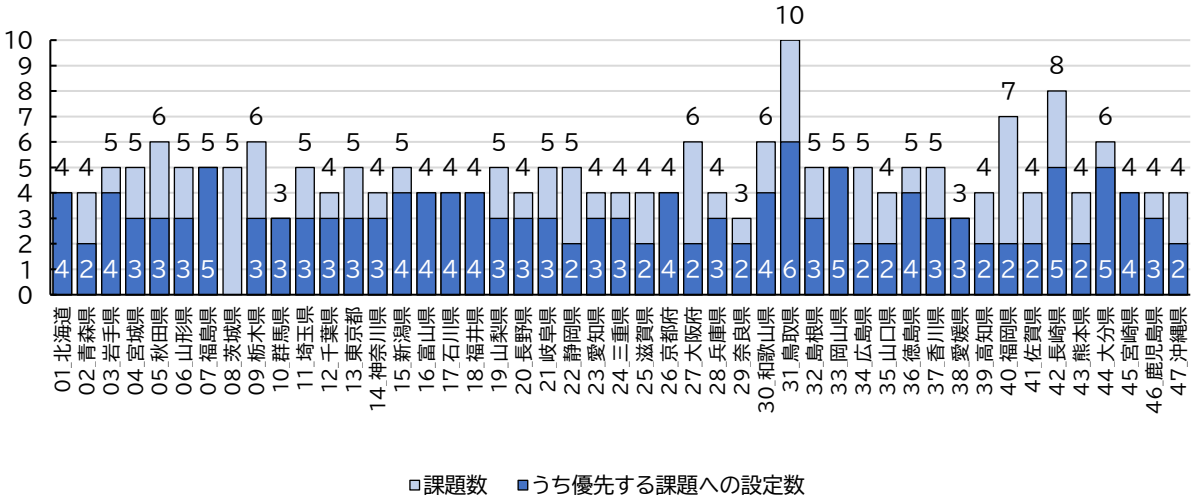
○ 上記の分析結果に基づき、前期計画の評価も踏まえ、広域連合がアプローチする健康課題を抽出・明確化し、関係者と共有する。

a. 課題の設定数

健康課題は、計画様式の標準化に伴い、概ね 5 件程度に集約・抽出されていた。

「優先する課題」の設定では、10 広域連合が全課題を優先するものと設定したほか、1 広域連合は優先課題の設定がなかった。

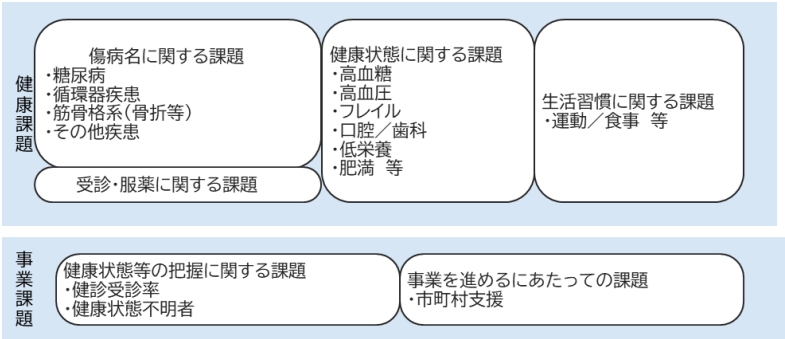
図表 3-1-12　広域連合がアプローチする課題の設定数



b. 広域連合がアプローチする課題の類型化・集計

設定されている課題について、記載内容を健康課題に関する事項・事業課題に関する事項に類型化し、それぞれを設定した広域連合の数を集計した。詳細な類型は図表 3-1-13 のとおりである。なお、設定されていた課題の中には、手引きで設定することとされている「健康課題」でないものも含まれていたが、一体的実施の事業と紐づけが可能であることから、同様の「課題」に含めて整理を実施している。

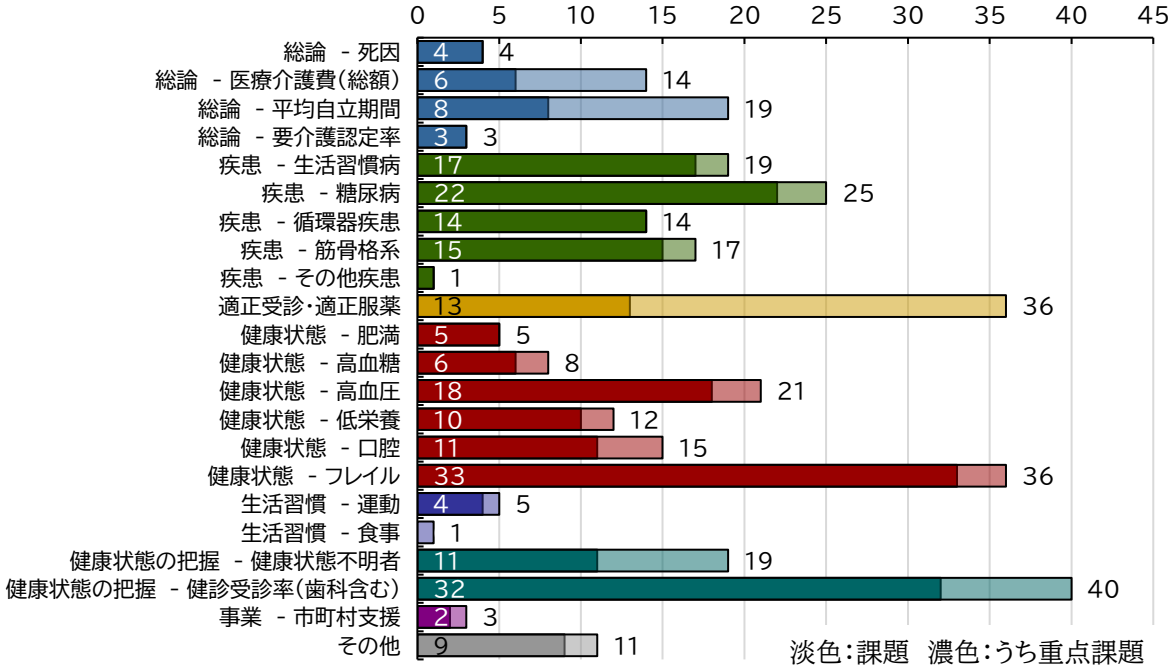
図表 3-1-13　広域連合がアプローチする課題の類型



健康課題として、各疾患及び健康状態に関する課題を記載している広域連合が多かった。多く挙げられていた課題は、フレイルに関するものが 36 広域連合、糖尿病に関するものが 25 広域連合、高血圧に関するものが 21 広域連合、生活習慣病に関するものが 19 広域連合であった。また、医療費適正化の観点から適正受診・適正服薬については 36 広域連合が課題にあげていた。また、事業上の課題として、全てのハイリスクアプローチの契機となる健診の受診率に関する課題について 40 広域連合が、健康状態不明者に関する課題について 19 広域連合が課題に挙げていた。

また、各課題分野について、重点課題への指定割合（課題として記載した広域連合のうち、当該課題を重点課題とした広域連合の数）を整理したところ、特に疾患・健康状態にかかわる課題については優先する課題として整理される割合が高い傾向にあった。

図表 3-1-14　課題設定内容及び重点課題への指定状況 N=47



(3) 計画様式Ⅲ(計画全体)

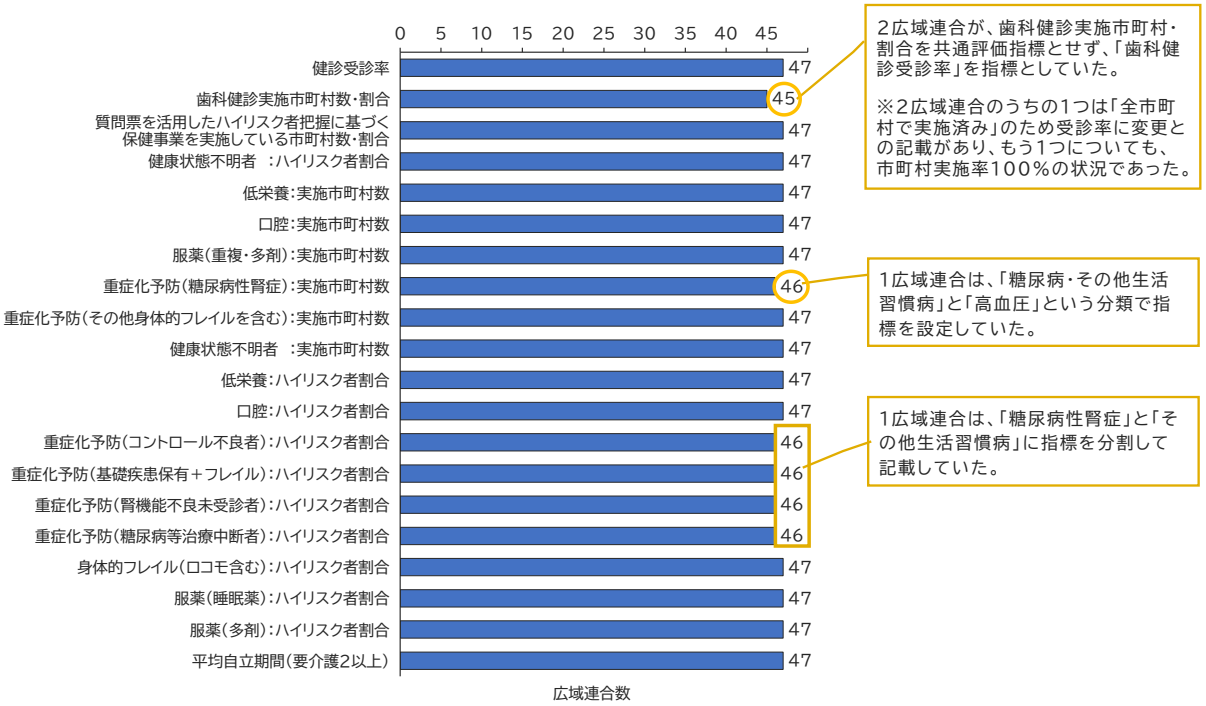
計画様式Ⅲ(計画全体)については、共通評価指標および個別事業の設定状況を示したほか、個別事業の類型化及び課題との関連性について整理・分析を行った。

1) 共通評価指標

47 広域連合において、全ての共通評価指標が進捗管理すべき項目として設定されていた。[31]

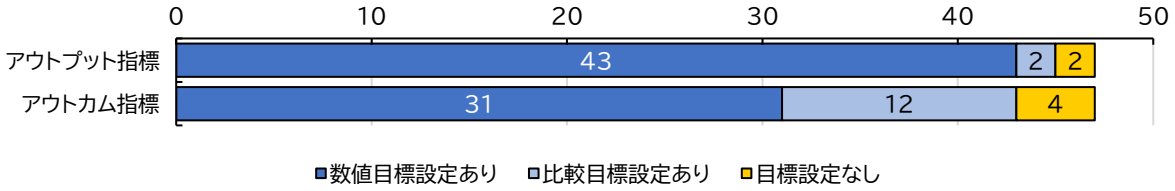
[31] 指標の値については、p.95「別添資料 1-1:　共通評価指標の一覧(令和 4 年度)」に掲載した。

図表 3-1-15　共通評価指標の掲載状況 N=47



各共通評価指標について、計画期間内の目標値を記載する欄が計画様式に設けられているが、目標値については、数値目標を設定している事例のほか、比較対象となる全国の実績値等が不明な状況等もあったため「現状維持」「前年度より減少」などの相対的な目標を設定している事例や設定のない事例など様々であった。アウトプット指標(健診受診率・実施市町村数等)については、数値目標を設定していたのが 43 広域連合であったが、アウトカム指標(ハイリスク者割合)については、数値目標の設定が 31 広域連合、相対的な比較による目標設定を行ったのが 12 広域連合であった。

図表 3-1-16　共通評価指標における目標値の記載状況 N=47



なお、記載されている共通評価指標においては、とりまとめの結果、広域連合の計画策定作業において把握すべきデータの誤認(例えば、平均自立期間の年度)やツールによる作業手順誤りにより修正を必要とした事項があった。

2) 共通評価指標に加えて記載されていた指標

22 広域連合で共通評価指標に加えて進捗管理すべき評価指標として独自に設定していた。個別事業の評価指標に加え、取組区分を独自に設定した指標(組み合わせ、分割)が含まれていた。

分類	追加されていた指標
総合・介護	● 健康寿命 ● 平均余命（0歳） ● 要介護2以上の認定者割合 ● 要介護1以下の認定者割合 ● 日常生活に制限のある期間の平均 ● 日常生活動作に自立していない期間の平均
医療費	● 疾病別入院医療費（脳梗塞、脳出血、狭心症、心筋梗塞、糖尿病、骨折） ● 疾病別入院医療費構成比（脳梗塞、骨折） ● 総医療費に占める割合（虚血性心疾患、脳血管疾患、透析、筋骨格疾患） ● 一人当たり医療費 ● 一人当たり骨折医療費（入院・外来）
健診	● 75-84 歳の健康診査受診率 ● 75-79 歳の健康診査受診率
歯科健診、歯科診療	● 歯科健診受診率 ● 口腔機能評価を含む歯科健診実施市町村数・割合 ● 訪問歯科健診受診率 ● 歯科健診事後指導事業の受診勧奨後の受診率・実施率
一体的実施	● 一体的実施　実施日常生活圏域数・割合 ● 市町村支援　増加したハイリスクアプローチ事業数 ● 後期高齢者の質問票のうち、各項目のハイリスク者割合 （咀嚼、嚥下、咀嚼嚥下の改善率、口腔清掃状態の維持・改善した割合）
重症化予防	● 新規人工透析導入時平均年齢の上昇 ● 新規透析導入患者数の割合 ● 人工透析治療者数（割合） ● 被保険者 1000 人当たり新規透析導入患者数 ● 受診勧奨判定値に該当する者の割合 （全体、血糖、血圧、脂質、肝機能、貧血、腎機能） ● （重症化予防の取組により）受診率が上がった市町村 ● 低栄養又は口腔の実施市町村数 ● 身体的フレイル実施市町村数 ● 重症化予防（高血圧）実施市町村数 ● 重症化予防（糖尿病、その他生活習慣病）実施市町村数
通いの場・ポピュレーションアプローチ	● フレイル予防・オーラルフレイル予防について理解できた者の割合 ● 生活習慣病予防　ポピュレーションアプローチ参加者割合 ● フレイル予防　ポピュレーションアプローチ参加者割合
後発医薬品	● 後発医薬品差額通知（通知発送件数、切替人数、切替率、削減効果額、使用率） ● 後発医薬品希望シール配布事業（シール配布部数）

分類	追加されていた指標
適正服薬	● 多剤防止集団教育事業　実施市町村数・割合 ● 正しい服薬について「理解できた」者の割合 ● 重複・多剤投薬等保健指導事業　介入できた者の割合 ● 重複投薬等保健指導事業、介入前後3ヶ月の重複処方状況（薬剤・薬効数）の改善した者の割合
重複頻回受診	● 重複頻回受診者 ● 服薬（重複・多剤）又は受診（重複・頻回）実施市町村数 ● 重複頻回訪問指導対象者のうち改善した者の割合

なお、各広域連合の共通評価指標の目標設定に向けて把握された足元値（令和4年度実績）について、別添参考資料に一覧を掲載する。

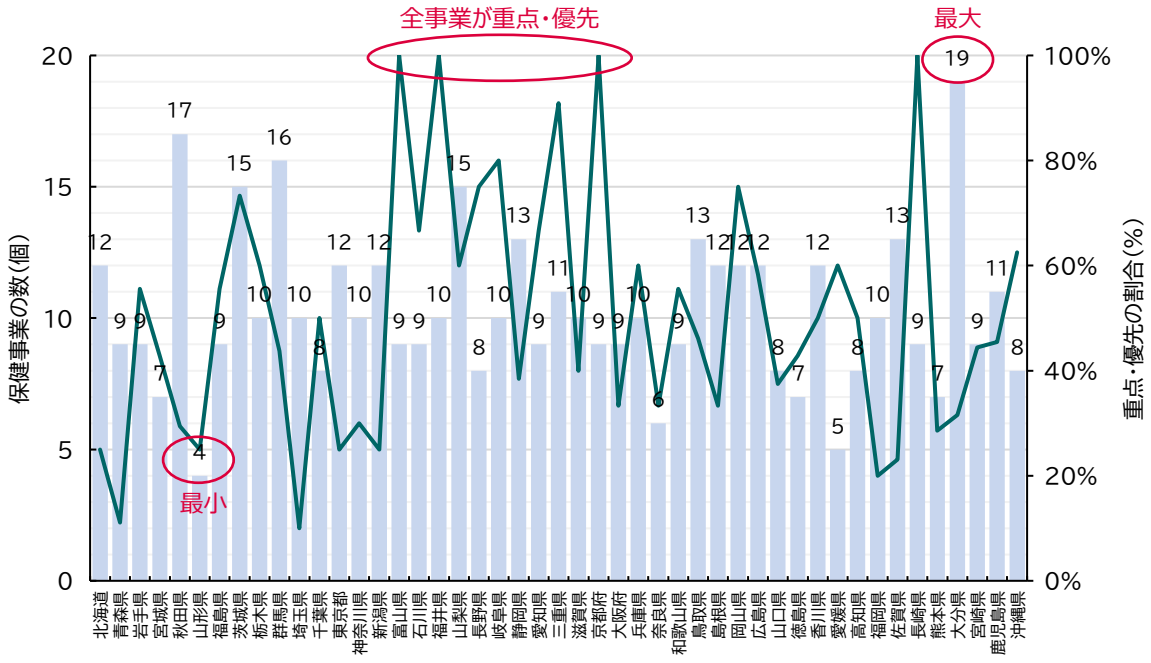
3）個別事業（個別事業及び計画期間における進捗管理）

「個別事業及び計画期間における進捗管理」に記載されている個別事業について、事業数および重点・優先への指定状況、事業分類ごとの設定数を集計した。

a. 事業数

事業数及び重点課題または優先課題への指定状況を集計した。4 広域連合で、すべての事業を重点課題及び優先課題としていた。

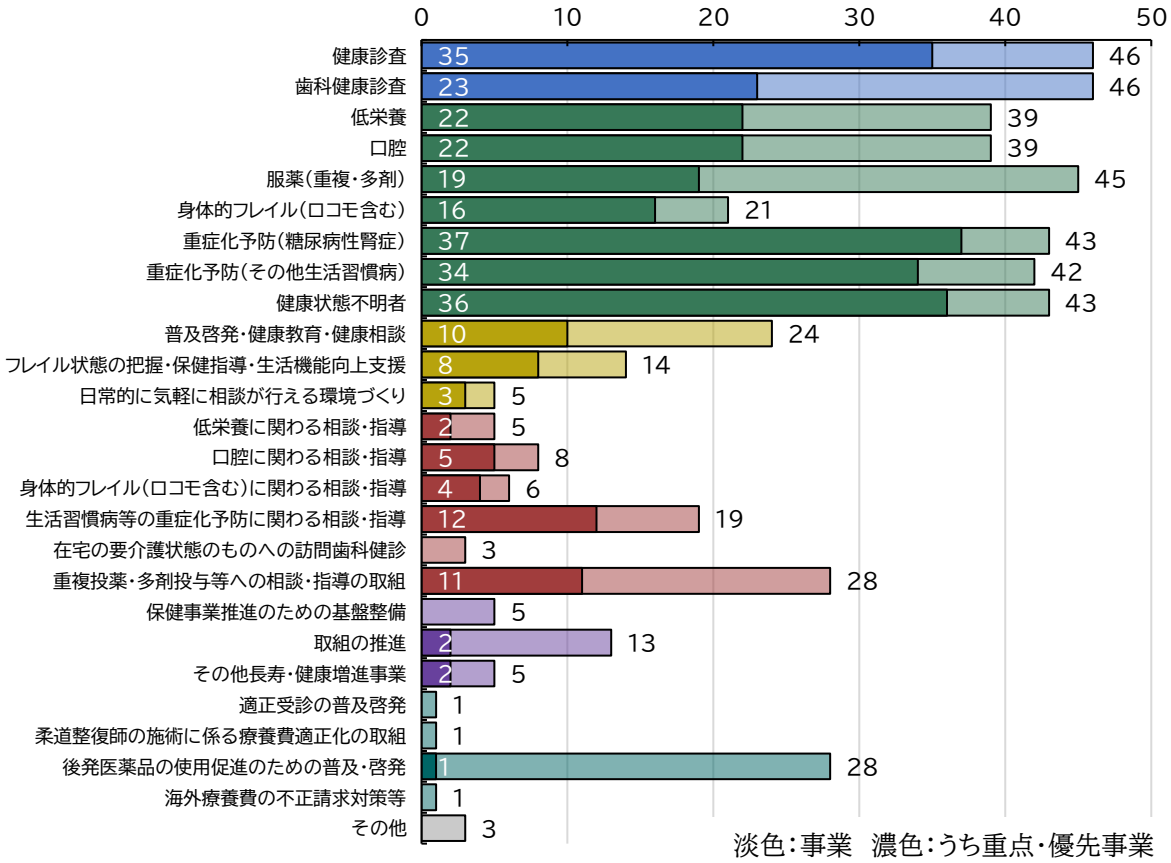
図表 3-1-17　事業数及び重点課題又は優先課題への指定状況



b. 事業分類ごと設定広域連合数

設定されていた事業について、図表 1-2-1(p.4 参照)に記載した事業の類型に従って分類し、各分野の個別事業を実施していた広域連合数を集計した。計画様式Ⅲで設定されていた事業は、健康診査及び一体的実施の重症化予防等のハイリスクアプローチが中心的な取組として多くの広域連合で記載されていた。そのほか、一体的実施の重症化予防等と同分野の事業を広域連合が直営で実施する事業や、医療費適正化における後発医薬品推進のための事業も多く設定されていた。

図表 3-1-18 保健事業別 実施広域連合数 N=47



その他の事業としては、健康診査の受診勧奨のため、健診を受診した被保険者に対する個人インセンティブ提供事業を行っていた事例があった。一方で、計画様式Ⅲで個別事業として挙げていたものの、計画様式Ⅳが作成されておらず具体的な取組内容が把握できない事例も含まれていた。

c. 健康課題ごとの保健事業の設定状況

健康課題の分類ごとにどのような保健事業が紐づいているかを確認した。

手引き上は、健康課題に対応する事業を検討することとされており、計画様式Ⅲにおいては健康課題及び対応する個別事業を整理する欄が設けられている。

＜データヘルス計画策定の手引きにおける記載＞

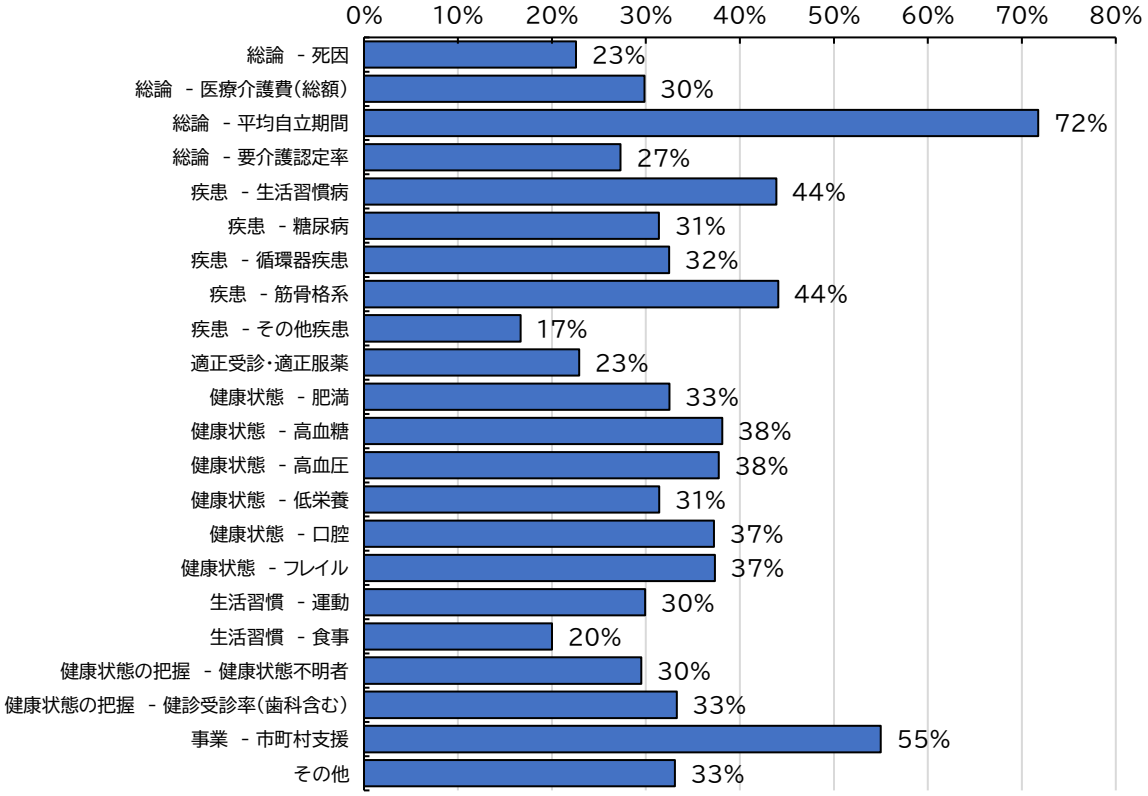
「保健事業の内容」では、目標達成のため、健康課題に対応した保健事業を選択し、 特に優先して取り組む事業について検討し、それぞれについて、実施内容等の必要事 項を記載する。

健康課題と保健事業の対応に関する記載状況としては、健康課題 1 つに対し個別事業 1 つを紐付け

ているもの、複数の健康課題に対し複数の個別事業を紐付けているものなど、様々なパターンが存在していた。1 つの課題に対して複数の事業を紐づけているものの中には、すべての個別事業を紐づけている事例もあった。

図表 3-1-19 に、各健康課題における対応事業数の、当該広域連合における全事業数に対する割合の平均を整理しているが、特に平均自立期間に関する課題において、多くの個別事業が紐づいている傾向にあった。また、次いで、市町村の取組の支援についての課題についても個別事業が多く紐づいていた。

図表 3-1-19 各健康課題における対応事業数の割合（広域連合における全事業数に対する対応事業割合の平均）



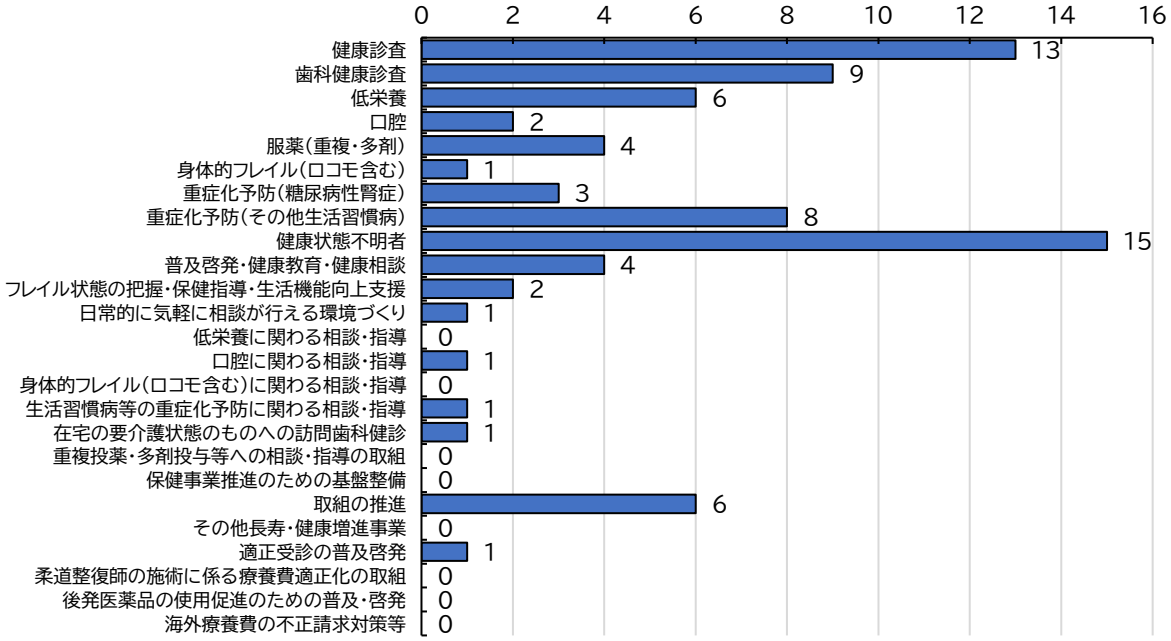
図表 3-1-20 および 3-1-21 では、健康状態不明者対策及び平均自立期間に係る課題を例に対応する事業の分布を示した。

健康状態不明者対策では、健康診査・歯科健診による健康状態把握のほか、ハイリスクアプローチ（重症化予防、低栄養）が多く紐づくなど、健康状態把握のための事業と、把握後の個別保健事業が対応する事業として整理されていた。

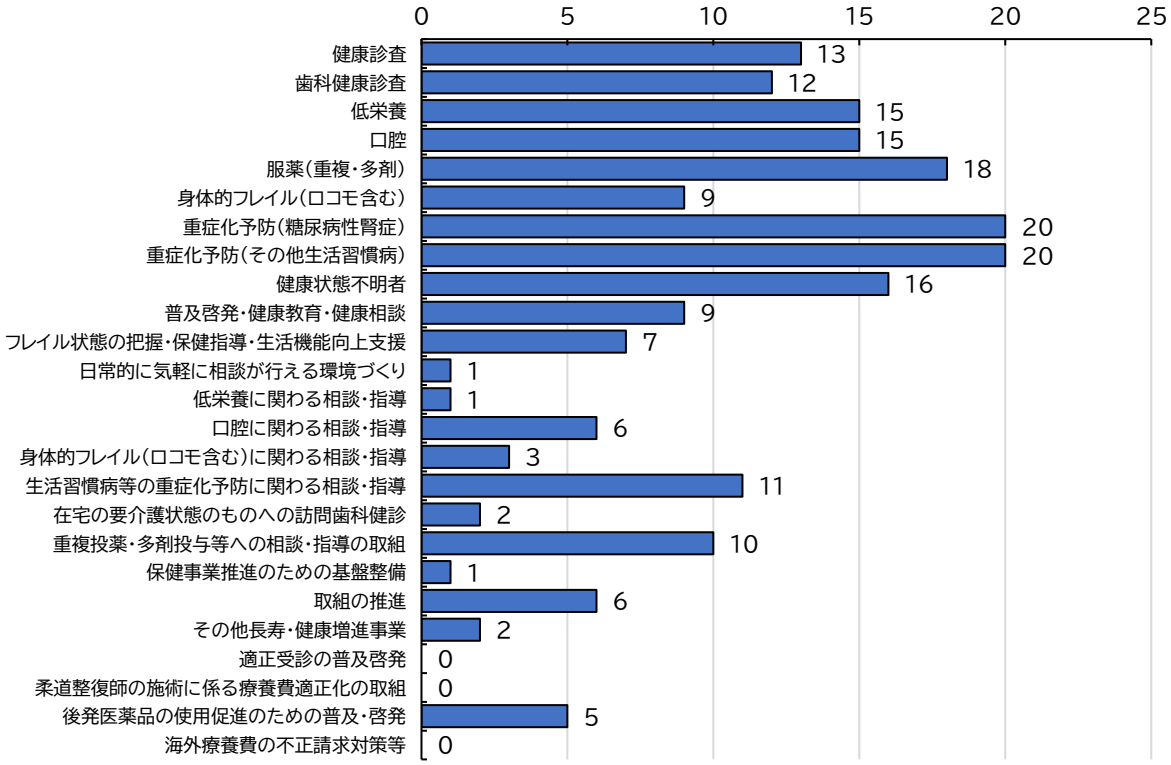
平均自立期間については、対応する事業が多岐にわたっており、健康状態把握のための事業及び、様々なハイリスクアプローチ（重症化予防、低栄養等の事業）が平均自立期間延伸に資する事業として整理されていた。

一方で、平均自立期間の延伸については特にポピュレーションアプローチの効果も期待されるところであるが、いずれの事業についても、日常的に気軽に相談が行える環境作り等ポピュレーションアプローチに関する事業を対応事業として整理した記載は少なかった。

図表 3-1-20 健康状態不明者対策に係る課題に対応する事業 N=19



図表 3-1-21 平均自立期間に係る課題に対応する事業 N=20



(4) 計画様式Ⅳ(個別事業)

計画様式Ⅳ(個別事業)については、個別事業ごとに設定されているアウトカム／アウトプット評価指標について、厚生労働省から例として示されている指標の活用状況を確認するとともに、他にどのような指標が設定されているのかを確認した。また、個別事業ごとに整理されるストラクチャー／プロセス含

め、個別事業別の記載状況も併せて整理した。なお、手引き上の記載は以下のとおりである。

＜データヘルス計画策定の手引きにおける記載＞

保健事業に係る実施内容等の明確化・標準化

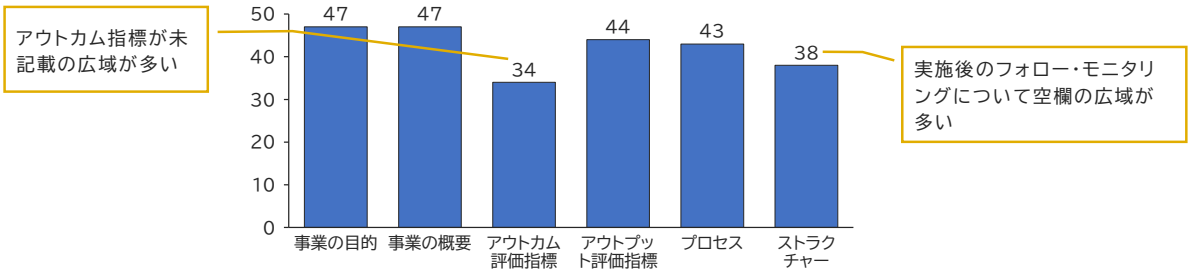
・「評価指標」は、アウトプット・アウトカムを中心とし、設定したアウトプット・アウトカムを達成するために必要となる、広域連合の取組内容（プロセス）及び体制（ストラクチャー）について、保健事業ごとに計画を策定することが重要である。

・広域連合の取組内容（プロセス）と体制（ストラクチャー）については、毎年の状況や工夫で変更されることがあり、必ずしも定量的でないことから、評価指標・目標値を設定することは必須ではないが、評価時にはプロセスやストラクチャーの視点も重要である。

1）全体の記載状況

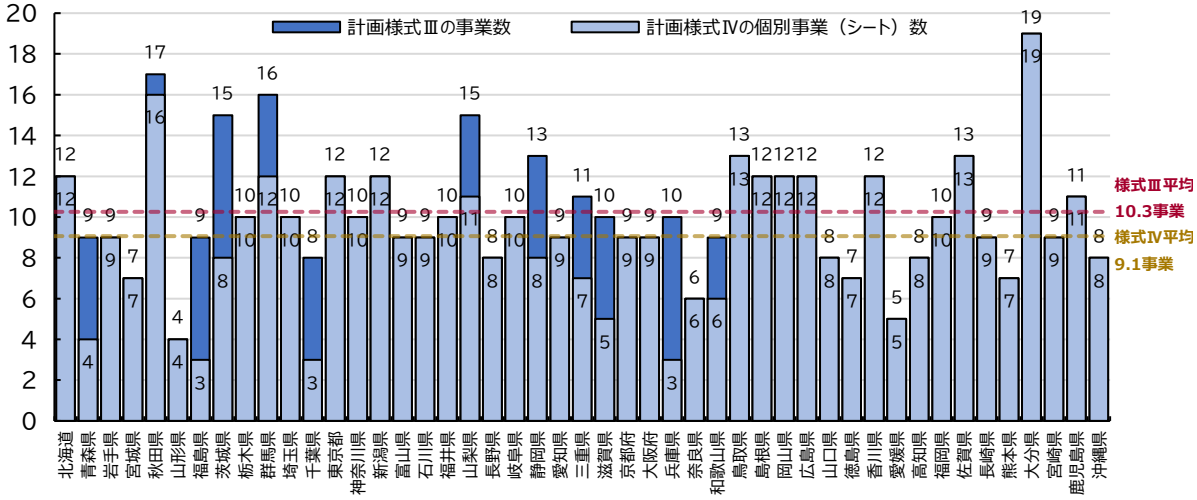
各広域連合の計画様式Ⅳの全個別事業シートの（複数ある場合も含め）記載状況を確認したところ、全広域連合各個別事業シートで事業目的、事業概要の記載があった。アウトプットは 44 広域連合、プロセスは 43 広域連合で全個別事業シートに記載があった。ストラクチャーは 38 広域連合、アウトカムは 34 広域連合で全個別事業シートに記載があった。研修等、アウトカム指標を設定しにくい保健事業を含む広域連合が 13 広域連合、広域連合が独自で実施している保健事業等、ストラクチャーの事後フォロー・モニタリングについて記載しにくい保健事業を含む広域連合が 9 広域連合存在した。なお、アウトカム指標が未設定の事業は健診や歯科健診の実施に関するものが多かった他、通知を送付するのみの事業、医療費分析を行う事業等も含まれていた。

図表 3-1-22 個別事業シートの記載状況 N=47



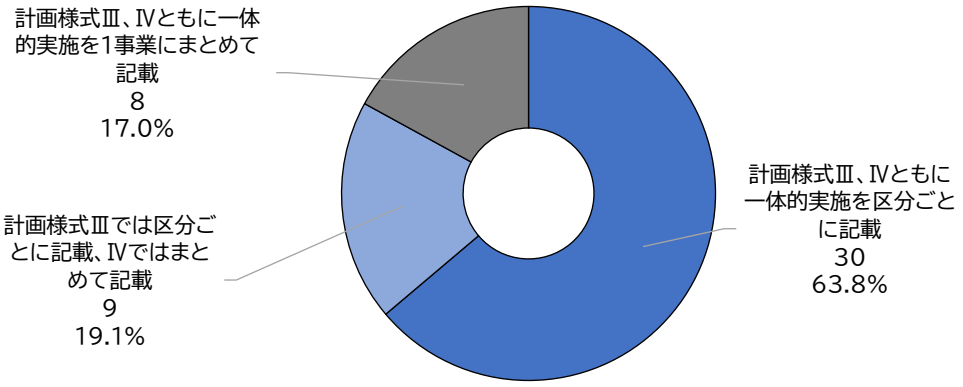
また、計画様式Ⅲに記載されている個別事業一覧と計画様式Ⅳの各個別事業シートの整理が必ずしも一致しておらず、計画様式Ⅲにおいて一覧に記載した事業よりも、計画様式Ⅳのシート数が少ない広域連合が 12 件あり（図表 3-1-23 において、計画様式Ⅳシート数よりも計画様式Ⅲ上事業数が多い広域連合）、こういった広域連合においては計画様式Ⅳの作成にあたり、計画様式Ⅲで記載した事業のうち複数をまとめて作成した事例や、一部事業について計画様式Ⅳを作成していない事例があった。

図表 3-1-23　計画様式Ⅲの事業数および計画様式Ⅳの個別事業(シート)数の整理



特に一体的実施に係る事業においては、一体的実施の取組に係る事業を1つの保健事業として取扱う広域連合と、一体的実施の取組における個別の取組区分(低栄養、口腔等)ごとに保健事業を記載している広域連合があった。計画様式Ⅲにおいて 8 広域連合、計画様式Ⅳにおいて 17 広域連合が、一体的実施を 1 つの保健事業として記載を行っていた。

図表 3-1-24　計画様式Ⅲ、Ⅳにおける一体的実施の取組の記載



一体的実施の取組に係る事業を1つの保健事業として取扱う場合、計画様式Ⅳのアウトプット・アウトカムについては一体的実施で対象とする各事業に係る評価指標を設定し、プロセス・ストラクチャーについては一体的実施に係る事業に共通する内容(市町村への支援を行うこと・各職種との意見交換会による連携促進等)が記載されていた。一方で、個別の取組区分ごとに記載している広域連合においては、個別事業数(シート数)が多く、プロセス・ストラクチャーにおいて対象者の抽出方法や指導の内容・方法なども含めて詳細を記述し、アウトプット・アウトカムについてもそれぞれ評価指標を設定していた。

2）個別事業の評価指標の内容

個別事業の評価指標については、一部の個別事業において手引きにアウトプット、アウトカムに係る評価指標の例示をしている[32]ことから、その指標例の活用状況を整理した。

また、ポピュレーションアプローチの事業について、どのような指標が設定されているかについても併せて確認した。

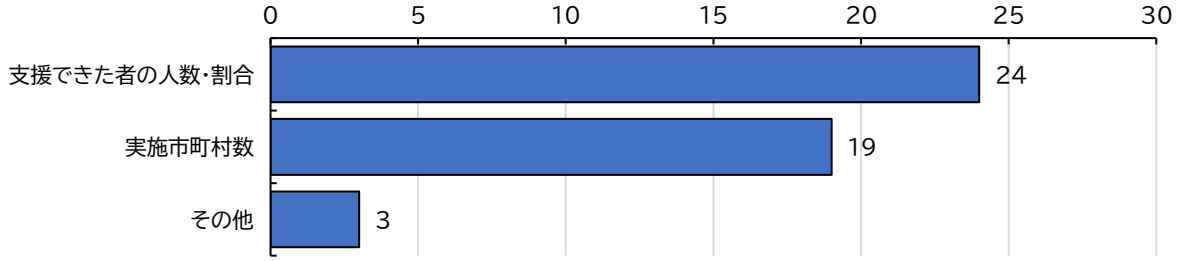
a. 低栄養

低栄養対策におけるアウトプット指標については、「支援対象者のうち、支援できた者の人数・割合」という 1 指標が例示されている。

一体的実施のハイリスクアプローチにおいて低栄養対策事業を計画様式Ⅳに記載している 32 広域連合のうち、24 広域連合は例示された指標を活用しており、また 19 広域連合は共通評価指標である実施市町村数を活用していた。

その他指標としては、目標値達成した市町村割合や、地域単位を日常生活圏域に変更した指標など実施市町村数を基本として、例示した評価指標を活用して独自に一部変更した指標が設定される事例があった。

図表 3-1-25 低栄養事業におけるアウトプット指標 （計画様式Ⅳに記載のある 32 広域連合のうち）



なお、「その他」に含まれる指標は以下のとおりであった。

- 体重が維持（±0.9kg）・改善（＋1kg）できた者の割合が目標値を達成した市町村割合
- 実施圏域数（維持・増加）
- 相談・講話等を実施できた日常生活圏域の割合

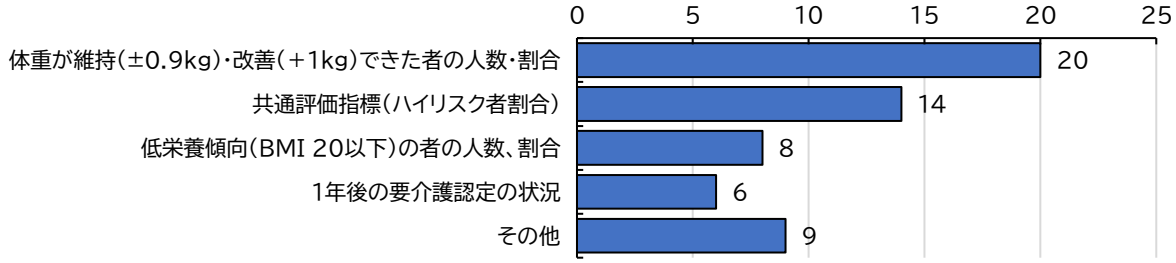
低栄養対策におけるアウトカム指標については、「体重が維持（±0.9kg）・改善（＋1kg）できた者の人数・割合」「低栄養傾向（BMI 20 以下）の者の人数、割合」「1年後の要介護認定の状況」の 3 指標が例示されている。

一体的実施のハイリスクアプローチにおいて低栄養対策事業を計画様式Ⅳに記載している 32 広域連合のうち、体重の維持・改善割合を指標としているのが 20 広域連合と最も多かった。また、共通評価

[32] 一体的実施の取組のうち、低栄養、糖尿病性腎症重症化予防、健康状態不明者対策、服薬指導（多剤）、口腔、身体的フレイルの 6 つの個別事事業について、それぞれ、アウトプット・アウトカムにかかる評価指標例を図表 2-3-1 のとおり提示しており、適宜、広域連合や市町村において評価指標として活用することを想定している。なお、高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第3版にも提示しているほか、一体的実施計画書及び実績報告書における各取組のアウトプット・アウトカム指標の例示として活用可能となるよう例示している。

指標であるハイリスク者割合を個別事業のアウトカム指標としているケースも 14 広域連合あった。その他指標としては、質問票を活用した指標、例示した評価指標を活用して独自に一部変更した指標が設定される事例があった。

図表 3-1-26 低栄養事業におけるアウトカム指標 （計画様式Ⅳに記載のある 32 広域連合のうち）



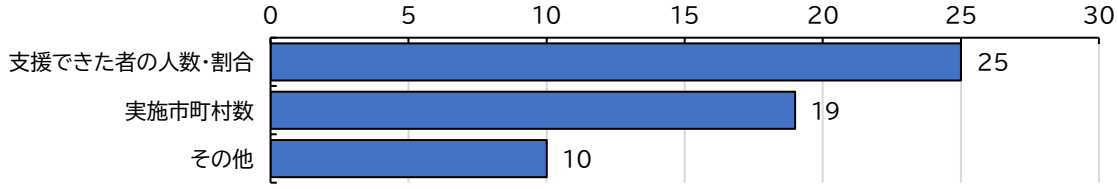
なお、「その他」に含まれる指標は以下のとおりであった。

- 質問票(③⑥)のうちどちらも改善した者の割合
- 低栄養のハイリスク者の割合(分母：健診受診者)
- BMI18.5 未満の割合(2 広域連合)
- 平均自立期間(3 広域連合)
- 低栄養等予防：低栄養状態が改善されたか
- 低栄養指導該当者割合

b. 口腔

口腔対策事業におけるアウトプット指標については、「支援対象者のうち、支援できた者の人数・割合」の 1 指標が例示されており、計画様式Ⅳに記載のある 34 広域連合のうち 25 広域連合が例示指標を活用していた。また、共通評価指標である実施市町村数が 19 広域連合において活用されていた。

図表 3-1-27 口腔対策事業におけるアウトプット指標 （計画様式Ⅳに記載のある 34 広域連合のうち）



その他指標としては、ポピュレーションアプローチにおいて口腔機能に関する教育・相談等を実施した市町村数・圏域数等を活用した広域連合が 5 広域連合と最も多かったほか、事業分野の近い歯科健診に関連する指標、例示指標の条件変更を行った指標等も用いられていた。具体的には、以下のような指標が用いられていた。

［ポピュレーションアプローチに関わる指標］

- （ポピュレーションアプローチ）口腔機能低下予防に関する取組を実施する市町数
- 一体的実施事業（ポピュレーションアプローチ「健康教育・健康相談」）において「口腔」に関する取組を行った市町村数
- 集団教育事業実施市町村数・割合

- 相談・講話等を実施できた日常生活圏域の割合
- 口腔機能低下防止に関する健康教育を実施した市町村数

［歯科健診関連］

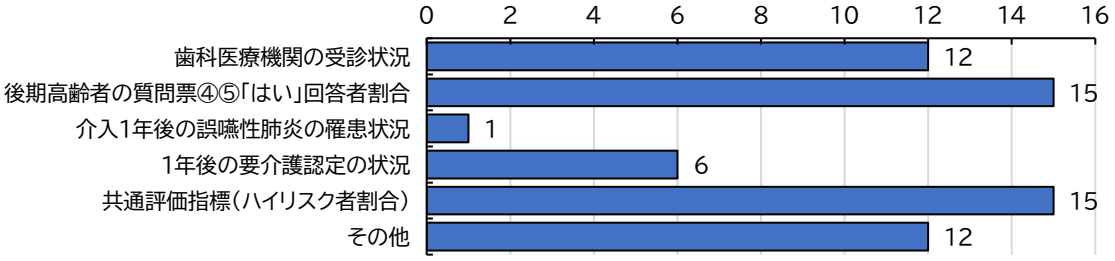
- 歯科健診受診率
- 歯科健診の結果を活用した取組が実施された市町村数の割合

［例示指標の条件変更］

- 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・割合実施体制づくりをしている市町村数
- 実施圏域数（維持・増加）
- 支援を実施した者のうち、全ての指導を実施した者の割合

口腔対策事業におけるアウトカム指標については、「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」の 4 指標が例示されている。このうち最も活用されているのは後期高齢者の質問票における④⑤の有リスク者割合であり、計画様式Ⅳに記載のある 34 広域連合中 15 広域連合が活用していた。また、共通評価指標であるハイリスク者割合が同じく 15 広域連合で活用されていた。また、歯科医療機関の受診状況としては、介入者のうち歯科受診につながった割合を指標とした事例が 10 広域連合あった一方で、過去 1 年間歯科受診のない被保険者の割合などを指標とした事例もあった。

図表 3-1-28 口腔対策事業におけるアウトカム指標 （計画様式Ⅳに記載のある 34 広域連合のうち）



その他指標としては、質問票を活用した指標、例示した評価指標を活用して独自に一部変更した指標が設定される事例があった。具体的には以下のような指標が活用されていた。

［例示指標・共通評価指標を一部改変した指標］

- 口腔機能低下のハイリスク者の割合（分母：健診受診者）
- 質問票④または⑤非該当者割合／維持・改善割合（4 広域連合）

［総合的な評価指標］

- 平均自立期間（3 広域連合）

［定義のあいまいな指標］

- 口腔機能低下症患者対象者割合の増加率の抑制

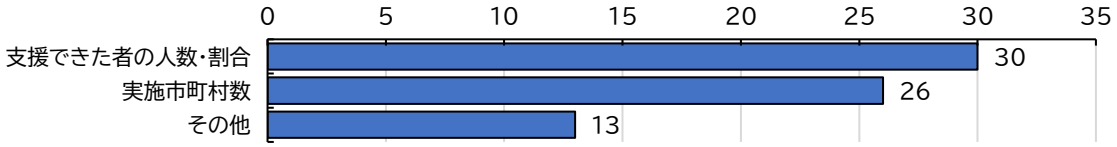
［アウトプット指標］

- 通いの場等、住民の集まる機会に、オーラルフレイル予防に関する啓発・保健指導等を行う市町村数
- 口腔機能低下予防を行った市町村数（ハイリスク・ポピュレーションアプローチ）

c. 服薬指導（多剤）

服薬指導（多剤）におけるアウトプット指標については、「支援対象者のうち、支援できた者の人数・割合」の 1 指標が例示されており、計画様式Ⅳに記載のある 42 広域連合のうち 30 広域連合が例示指標を活用していた。また、共通評価指標である実施市町村数が 26 広域連合において活用されていた。

図表 3-1-29 服薬指導（多剤）事業におけるアウトプット指標 （計画様式Ⅳに記載のある 42 広域連合のうち）



その他指標としては、ポピュレーションアプローチにて対象者を把握した市町村数や、受診勧奨後に受診につながった患者の割合などが用いられていた。具体的には以下のとおりであった。

［通知・実施案内発送数／配布市町村数］

- 実施案内発送者割合（発送数）
- 通知発送件数重複投薬者／多剤投与者
- 服薬情報通知発送回数
- 医薬品の適正化に関する リーフレットなどの配布市町村数

［ポピュレーションアプローチに関する指標］

- 一体的実施事業（ポピュレーションアプローチ「健康教育・健康相談」）において「服薬」に関する取組を行った市町村数
- 相談・講話等を実施できた日常生活圏域の割合

［例示指標の条件変更］

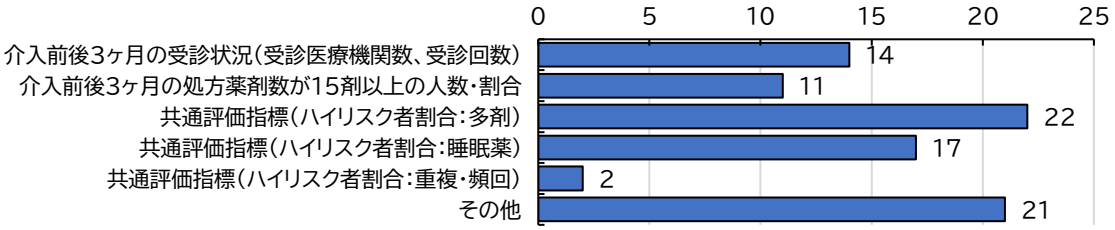
- 質問票を活用したハイリスク者把握に基づく保健事業を実施している市町村数・割合
- 実施圏域数（維持・増加）
- 来局相談した人数

［医療費適正化に関する指標］

- 効果額

服薬指導（多剤）事業におけるアウトカム指標については、「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」の 2 指標が例示されており、それぞれ計画様式Ⅳに記載のある 42 広域連合中 14 広域連合・11 広域連合が活用していた。また、共通評価指標であるハイリスク者割合を個別事業のアウトカム指標としているケースが最も多く、多剤のハイリスク者割合が 22 広域連合、睡眠薬のハイリスク者割合が 17 広域連合、重複・頻回受診のハイリスク者割合が 2 広域連合で活用されていた。

図表 3-1-30 服薬指導（多剤）事業におけるアウトカム指標 （計画様式Ⅳに記載のある 42 広域連合のうち）



その他の指標としては、医療費適正化の趣旨も含む事業であることもあり、医療費・薬剤費に関する指標が用いられていた。

［医療費・薬剤費に関するもの］

- 医療費適正化の効果額（医療費・薬剤費の変化、薬剤費が減少した者の割合）

［有害事象改善に関するもの］

- 有害事象非該当者割合
- 医療機関等相談者割合
- 眠剤服用者のうち、高齢者の質問票⑧・⑩・⑪のいずれかに該当する者の割合

［総合的な評価指標］

- 平均自立期間

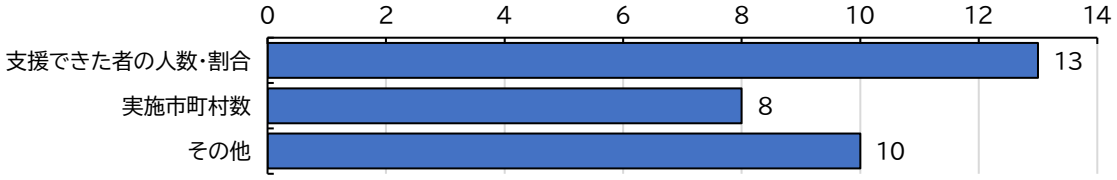
［その他］

- 行動変容率（重複・頻回受診状態は解消されていないが、行動変容があった者の割合）
- 保健指導による課題等の維持・改善率
- 通知送付対象者（薬剤 10 剤以上かつ 2 医療機関以上での処方）の割合
- 通知送付対象者のうち、薬剤師等から指導を受けた者の割合

d. 身体的フレイル（ロコモ含む）

身体的フレイル（ロコモ含む）対策事業におけるアウトプット指標については、「支援対象者のうち、支援できた者の人数・割合」の 1 指標が例示されており、計画様式Ⅳに記載のある 17 広域連合のうち 13 広域連合が例示指標を活用していた。また、共通評価指標である実施市町村数が 8 広域連合において活用されていた。

図表 3-1-31 身体的フレイル（ロコモ含む）対策事業におけるアウトプット指標
（計画様式Ⅳに記載のある 21 広域連合のうち）



その他指標としては、ポピュレーションアプローチを通じた健康教育・健康相談等を通じたフレイル対策の実施状況についての指標が最も多かった（9 広域連合）ほか、質問票を活用した対象者抽出を評価する指標などが用いられていた。具体的には以下のような指標が活用されていた。

［ポピュレーションアプローチ］

- 健康教育・健康相談等の実施市町数
- 集団教育事業実施市町村数・割合
- 実施する通いの場の数の増加
- （ポピュレーションアプローチ）参加人数（累計）
- ポピュレーションアプローチを実施した割合
- 身体的フレイルに関する健康教育を実施した市町村数
- （P）各種フレイル予防教室・相談の場を全圏域で実施する市町数※P：ポピュレーションアプローチ
- 健康教育の実施割合
- （ポピュレーションアプローチ）身体的フレイルの取組を実施する市町数

［質問票の活用状況］

- 「質問票」を活用したフレイル予防の実施市町村数　※対象者抽出後（健診データ及び質問票）、事業実施時に対象者の支援の判断基準や状況把握などに「質問票」を活用した市町村数
- 「質問票」を活用しフレイル予防の保健指導・支援を行った対象者数にて実施した市町村における保健指導・支援した延べ人数
- 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

［その他］

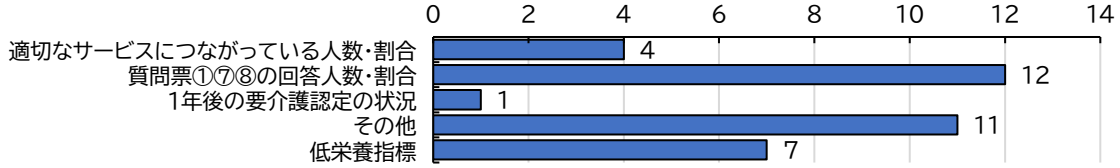
- 参加者数（延べ人数）の増加
- 人材育成割合

身体的フレイル（ロコモ含む）対策事業におけるアウトカム指標については、「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」の 3 指標が例示されている。例示指標のうち、質問票①⑦⑧の回答割合は、一体的実施・KDB 活用支援ツールの抽出条件とも一致していることから、指標としての設定が最も多かった（計画様式Ⅳに記載のある 17 広域連合中 12 広域連合で評価指標として設定）。

その他指標としては、被保険者の健康状態・受療状況に係るものや普及啓発の結果等に関するもの

が設定されていたほか、アウトプット指標に近い概念のものも含まれていた（市町村数など）。また、別事業の指標として、低栄養に係る指標が設定される事例もあった。

図表 3-1-32 身体的フレイル（ロコモ含む）対策事業におけるアウトカム指標
（計画様式Ⅳに記載のある 21 広域連合のうち）



その他指標としては、以下のような指標が活用されていた。

［質問票を用いた指標］

- 質問票⑨または⑬非該当者割合
- 質問票による⑦⑧⑨運動・転倒リスクなし／⑬⑭社会参加リスクなし／①健康状態リスクあり／⑦歩行速度リスクあり／⑧転倒リスク高い者　の各割合
- ⑦歩行速度が遅くなった の該当者かつ ⑧転倒の該当者の割合
- 質問票⑥（体重減少）または⑧（転倒）と回答した者の人数・割合

［健康状態・生活習慣等に関するもの］

- 一人当たり骨折（入院・外来）医療費
- 骨折件数
- 貧血の割合
- 食行動（10 品目の摂取状況）が改善した者の割合

［普及啓発に関するもの］

- フレイル予防について理解できた者の割合

［アウトプット指標］

- ポピュレーションアプローチ／通いの場において身体的フレイルの取組を実施する市町村数（2 広域連合）

e. 糖尿病性腎症重症化予防

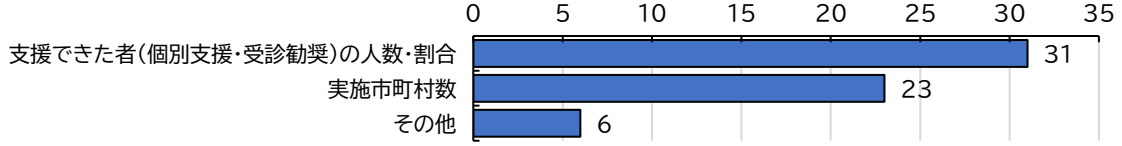
糖尿病性腎症重症化予防におけるアウトプット指標については、「支援対象者のうち、支援できた者（個別支援・受診勧奨）の人数・割合」の 1 指標が例示されている。

例示指標は計画様式Ⅳに記載のある 40 広域連合のうち 31 広域連合と広く活用されているほか、例示指標との併用も含め、23 広域連合で共通評価指標である実施市町村数が個別評価指標としても活用されていた。

その他指標としては、支援（受診勧奨）後に実際に受診につながった割合や、事業実施もしくはその目標を達成した市町村数、地域単位を日常生活圏域に区切った指標などが挙げられた。

また、ポピュレーションアプローチの中で糖尿病性腎症重症化予防に関する取組を行った市町村数なども指標として用いられていた。

図表 3-1-33 糖尿病性腎症重症化予防事業におけるアウトプット指標
（計画様式Ⅳに記載のある 40 広域連合のうち）



なお、「その他」に含まれる指標は以下のとおりであった。

［例示指標・共通評価指標の条件を変更した指標］

- 受診勧奨による医療機関受診率（糖尿病）
- 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（2 広域連合）
- 実施圏域数（維持・増加）
- HbA1c の維持（±0.5%）・改善（-0.6 以上）かつ尿蛋白（-）の維持ができた者の割合が目標値を達成した市町村割合

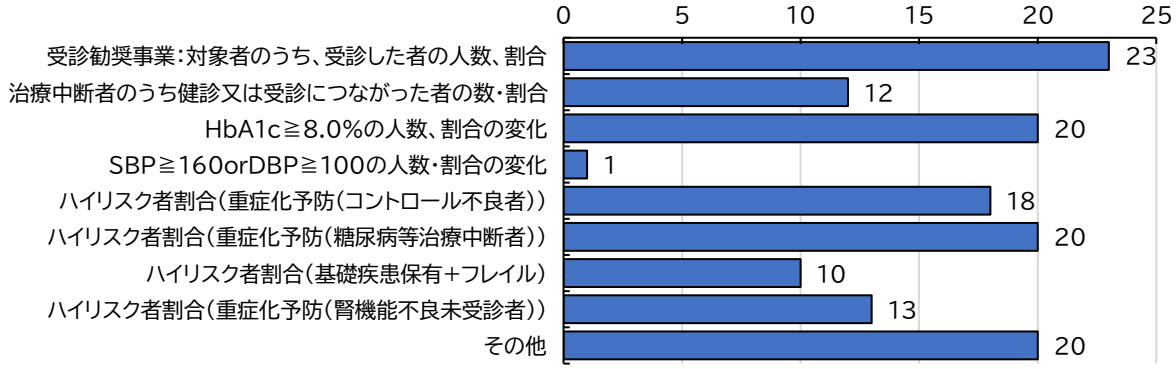
［ポピュレーションアプローチと関連する指標］

- 健康教育・健康相談等の実施市町数

糖尿病性腎症重症化予防におけるアウトカム指標については、「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≧160orDBP≧100 の人数・割合の変化」の 4 指標が例示されており、うち高血圧を除いた指標は多くの広域連合で指標として設定されている（計画様式Ⅳに記載のある 40 広域連合中）。また、例示指標以外には共通評価指標内のハイリスク者割合を指標とした事例があった（指標により 10～20 広域連合）。

その他指標としては、人工透析の導入に係る指標や、血糖・血圧以外の検査値に係る指標などが設定されていた。

図表 3-1-34 糖尿病性腎症重症化予防事業におけるアウトカム指標
（計画様式Ⅳに記載のある 40 広域連合のうち）



なお、「その他」に含まれる指標は以下のとおりであった。

［健康状態に関する指標］
- 新規人工透析導入患者数・平均年齢
- うち糖尿病患者の割合

［他検査値による指標］
- eGFR の数値が維持・改善した者の割合
- 尿蛋白の数値が維持・改善した者の割合
- 保健指導による検査値等の維持・改善率

［患者数・医療費に関する指標］
- 新規糖尿病性腎症患者数
- 糖尿病の1人当たり医療費

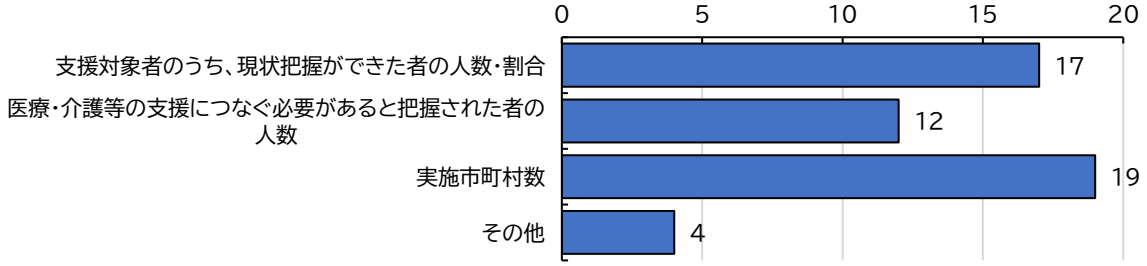
［事業対象者・アウトプットに関する指標］
- 指導実施率
- 実施市町がアプローチした者の内、継続支援につながった者の割合
- 健診受診者で医療未受診者の内、受診勧奨判定値以上（重症度高度）の者の割合
- 生活習慣の維持・改善につながった者の割合

f. 健康状態不明者対策

健康状態不明者対策におけるアウトプット指標については、「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」の 2 指標が例示されていた。うち、それぞれ 17 広域連合・12 広域連合が例示指標を活用していた一方、共通評価指標である実施市町村数が最も多く活用されていた（19 広域連合）。

その他指標としては、ポピュレーションアプローチにて対象者を把握した市町村数や、受診勧奨後に受診につながった患者の割合などが用いられていた。

図表 3-1-35 健康状態不明者対策事業におけるアウトプット指標
（計画様式Ⅳに記載のある 35 広域連合のうち）

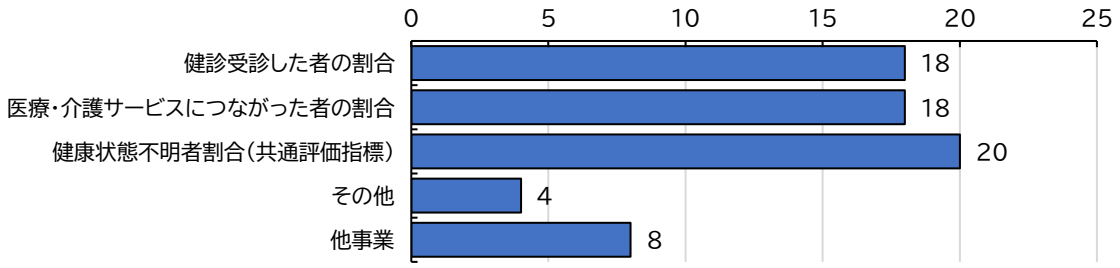


その他指標としては、以下が挙げられていた。

- 通いの場等での対象者把握の実施市町村数
- 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
- 【医科および歯科】被勧奨者の受診率
- 実施圏域数（維持・増加）

健康状態不明者対策におけるアウトカム指標については、「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」の 2 指標が例示されており、どちらの指標も計画様式Ⅳに記載のある 35 広域連合中 18 広域連合で活用されていた。また、共通評価指標であるハイリスク者割合を個別事業のアウトカム指標としているケースが最も多かった（20 広域連合）。

図表 3-1-36 健康状態不明者対策事業におけるアウトカム指標 （計画様式Ⅳに記載のある 35 広域連合のうち）



その他指標としては、質問票を活用した指標、例示した評価指標を活用して独自に一部変更した指標が設定される事例があった。具体的には以下の指標が設定されていた。

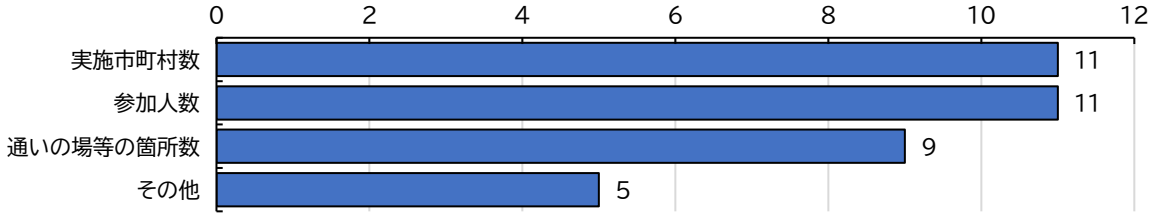
- 健康状態不明者への介入を行った市町村数（ハイリスク・ポピュレーションアプローチ）
- 平均自立期間（3 広域連合）

g. ポピュレーションアプローチ

ポピュレーションアプローチを計画様式Ⅳに記載している広域連合（24 広域連合）のうち、当該事業にアウトプット指標を設定していたのは 23 広域連合、アウトカム指標を設定していたのは 18 広域連合であり、指標を設定していない広域連合が、アウトプット指標は 1 件、アウトカム指標は 6 件あった。

設定されているアウトプット指標としては、実施市町村数・取組への参加人数のほか、実施した通いの場の箇所数などを評価対象としている事例があった。

図表 3-1-37 ポピュレーションアプローチにおけるアウトプット評価指標 N=23

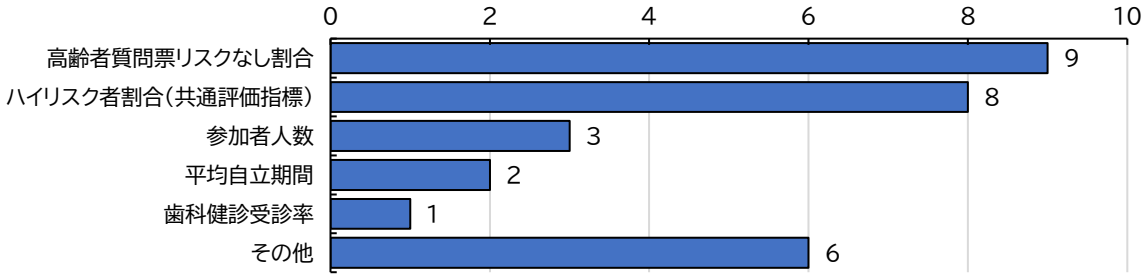


なお、「その他」に含まれる指標は以下のとおりであった。

- 健康医療情報の周知・啓発の実施（必要に応じて周知等の効果検証）
- 健康づくりリーフレット配布部数
- 市町の職員向け研修会の実施回数
- 地域巡回指導・普及啓発事業実施回数
- 実施圏域数

アウトプット指標でも設定される参加者人数を評価指標としている事例も３広域連合あった。また、設定されているアウトカム指標としては、質問票の各項目におけるリスクのない者の割合を評価対象とする広域連合が最も多かったほか、次いで、共通評価指標で用いられるハイリスク者割合等を評価対象としている事例が多かった。

図表 3-1-38 ポピュレーションアプローチにおけるアウトカム評価指標　N=18



その他指標としては以下の指標が設定されていた。

- 骨折患者の割合／誤嚥性肺炎患者の割合
- 低栄養傾向の高齢者（65 歳以上 BMI20 以下）の割合
- 運動習慣者の割合（65 歳以上）
- 健康教育の内容を理解した者の人数・割合
- 要介護認定の状況（維持・減少）（分子：要介護認定者数／分母：被保険者数）
- 1件当たり介護給付費
- 筋・骨格疾患の医療費の割合

（5）計画様式Ｖ（その他）

計画様式Ｖ（その他）については、特に広域連合によって記載内容が異なる「データヘルス計画の公表・周知」および「地域包括ケアに係る取組」について、内容の記載状況を第 2 期データヘルス計画と比較した。

1）データヘルス計画の評価・見直し

計画の評価・見直しについては、手引きにおいて、いつ、どのような評価を行うかを記載することとされており、具体的には評価の時期・評価方法や体制について計画に記載するほか、計画全体に限らず個別の保健事業についても評価を行うこととされている。

＜データヘルス計画策定の手引きにおける記載＞

ア. 評価の時期

○　通常、評価は事業実施後に行うものであるが、そのための評価指標や評価指標に要する情報源・その取得方法については、計画の策定段階であらかじめ設定しておく。

○　設定した評価指標に基づき、計画の最終年度のみならず、中間時点等計画期間の途中で進捗確認・中間評価を行うことを計画に記載する。
また、計画の最終年度においては、その次の期の計画の策定を円滑に行うため、当該最終年度

の上半期に仮評価を行うことなどについても考慮する。

イ. 評価方法・体制

○　計画は、中長期的な計画運営を行うものであることを踏まえ、短期では評価が難しいアウトカム（成果）による要素を含めた評価を行う。

○　評価は、KDBシステム等も活用し、可能な限り数値を用いて行う。また、評価方法（評価に用いるデータの入手時期、方法を含む）・体制についても、あらかじめ計画に記載しておく。
評価体制とは、具体的には、例えば、評価を行う会議体に外部有識者等に委員として参画してもらう、意見聴取を行う等の方法が考えられる。

○　評価に当たっては、広域連合が市町村に委託している保健事業の評価を市町村と連携して行うなど、市町村との連携・協力体制を整備することも重要である。

ウ. 計画に盛り込む個別の保健事業に係る評価

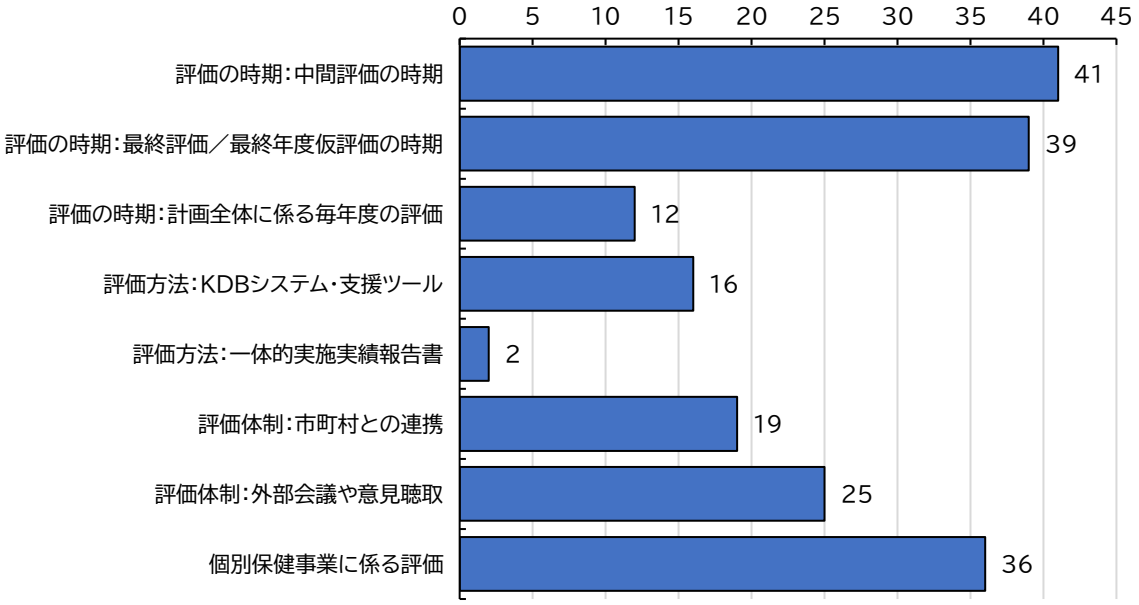
○　計画に盛り込んだ個別の保健事業の実施状況等については、計画における目標等を踏まえた評価指標を個別に設定し、毎年度、評価を行った上で、必要に応じて翌年度の保健事業の実施内容等の見直しを行う。

○　なお、これらの評価については、計画全体の評価に向けた通過点であることを前提にした簡易な評価として差し支えないが、この場合にあっても、可能な限り数値で評価を行うよう努める。

これらの記載事項について、計画における記載状況を整理した。評価の時期については、41広域連合が中間評価の時期について、39広域連合が最終評価もしくは最終年度に実施する仮評価の時期について記載しており、手引きどおりに評価のタイミングについて記載した広域連合が多かった。次いで、個別保健事業に係る評価について 36 広域連合が記載していた。

また、中間評価・最終評価に加えて、計画全体に係る評価を実施することを記載した計画が 12 広域連合あった。評価方法については、KDBもしくは一体的実施・KDB 活用支援ツールを活用して評価を行うことを記載した事例が 16 広域連合あったほか、一体的実施実績報告書の活用については 2 広域連合が記載していた。

図表 3-1-39 計画の評価・見直しに係る計画上の記載状況 N=47



また、上記の記載内容以外に、計画の評価・見直しに向けた工夫および更なる記載として、以下のような内容を記載している広域連合もあった。

- 中間評価及び最終評価後にパブリックコメントを実施し、結果も踏まえて計画内容の見直しを行うこと
- 特に一体的実施の事業について、市町村毎に評価・必要に応じた支援を実施すること
- 評価の視点及び進め方について、ストラクチャー・プロセス・アウトプット・アウトカムの 4 つの視点に基づき、具体的にどのように計画の評価を進めるか（アウトカム指標・アウトプット指標の達成度が高い事業におけるストラクチャー・プロセスを分析する等）
- 庁内体制を明確化し、広域連合内で評価・見直しを担う課室名
- 評価に伴うデータ抽出について国保連合会に協力・支援を依頼すること

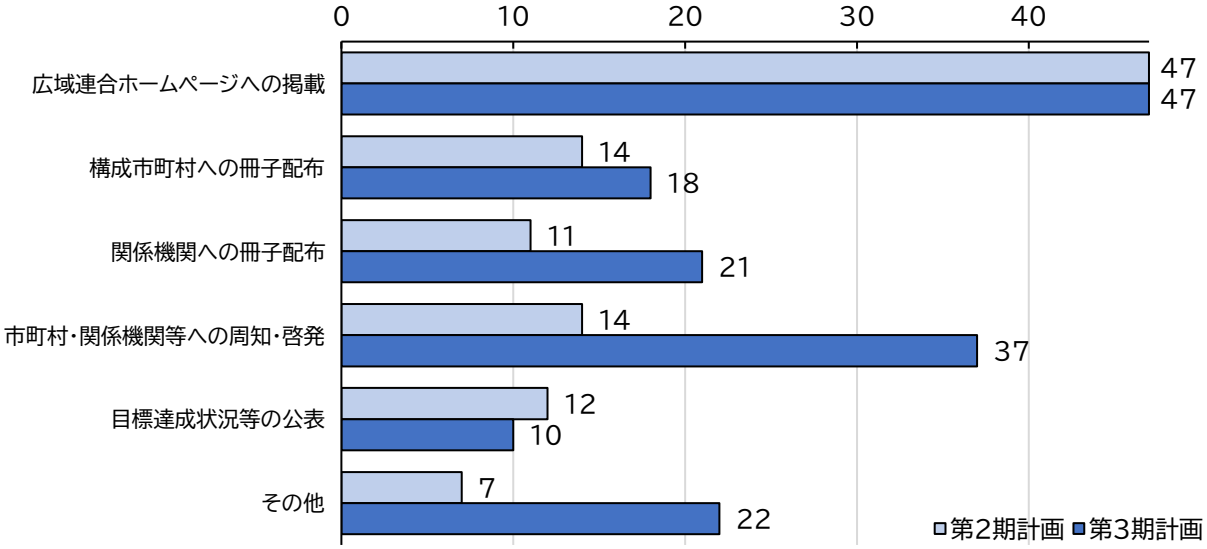
2）データヘルス計画の公表・周知

計画の公表・周知については、手引きにおいて、媒体及びホームページでの掲載（計画の掲載有無／専用サイトページ設定／概要版の掲載状況）を行う旨の記載があることから、同様の掲載状況を整理した。

＜データヘルス計画策定の手引きにおける記載＞
【記載内容】
策定した計画の具体的な公表方法（広報誌やホームページへの掲載等）、周知方法等を記載する。
【留意点】
○ 計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知り得るべきものとすることが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされている。具体的な方策としては、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会などの関係団体経由で医療機関等に周知し、配布する。
○ これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定する等の工夫が必要である。
○ 公表・周知においては、単に公表・周知するにとどまらず、他の計画の策定者や、データヘルス計画を実行していく上で必要となる関係者に、課題及び優先して取り組む課題、対応策、目標、目標達成のために協力を仰ぐこと等についてデータヘルス計画を用いて説明し、理解を得られるようにすることが最も重要である。

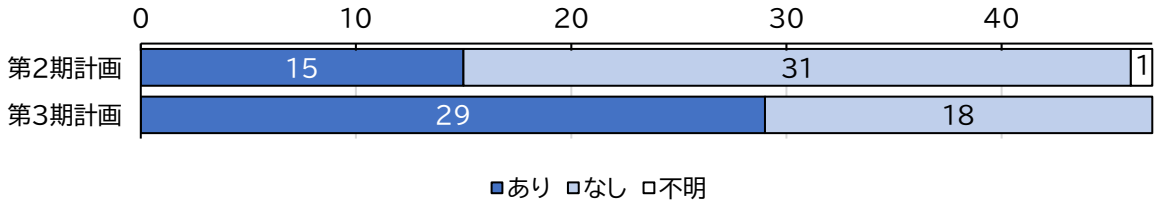
公表・周知の方法としては、全ての広域連合でホームページへの掲載を行っていたほか、37 広域連合において市町村・関係機関等への周知・啓発を行っていた。第 2 期と比較すると、全広域連合での HP 掲載が引き続き実施されていたほか、冊子配布や周知啓発に関する取組を行った広域連合は概ね増加していた。全国の広域連合のデータヘルス計画掲載ページは別添資料 3 に一覧で示す。

図表 3-1-40 データヘルス計画の公表・周知において行っている事項 N=47



広域連合におけるホームページでの掲載状況については、概要版を公表していたのは 29 広域連合であり、第 2 期計画(15 広域連合)と比して増加していた。

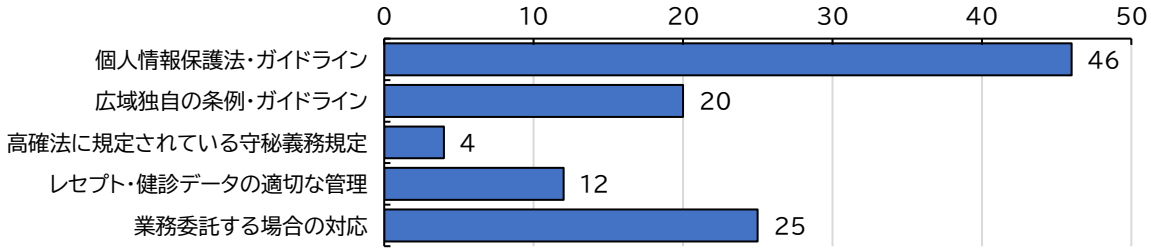
図表 3-1-41 概要版のホームページ公表有無 N=47



3) 個人情報の取扱い

個人情報の取扱いに関する記載としては、手引きにおいて、法令等の遵守および業務委託する場合の対応について記載されている。計画上の記載としては、ほぼ全広域連合において個人情報保護法・ガイドラインに準拠して対応することが記載されていた。その他、広域連合で制定されている条例やガイドライン等に準拠することを記載している計画が 20 広域連合あった。法令等遵守に関する他の記載としては、高齢者の医療の確保に関する法律に定められている守秘義務規定について 4 広域連合が記載していた。また、特に考慮すべき事項として、レセプト・健診データの適切な管理を 12 広域連合が記載していたほか、外部委託の際の対応(契約時において個人情報の取扱いの規定を設ける等)について 25 広域連合が記載していた。

図表 3-1-42 個人情報の取扱い N=47



上記に加え、さらに詳細に記載している事例では、以下のような内容を追記している事例があった。

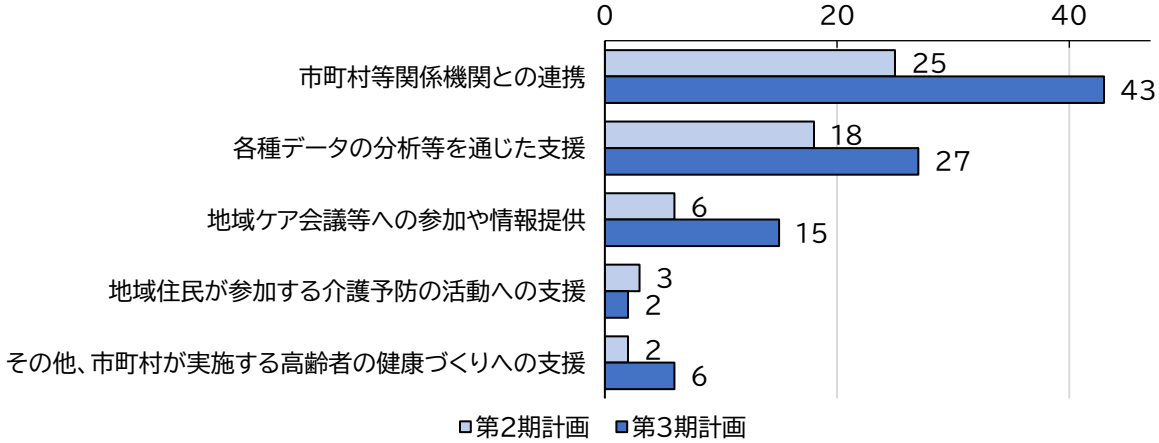
- 高齢者保健事業・計画策定時に活用する個人情報の種別（要配慮個人情報）及びそれに伴い必要となる対策
- 保健事業実施に伴い、外部委託のみでなく外部ボランティアが関与する場合の管理・監督・指導
- 個人情報に関する事故発生時の対応

4）地域包括ケアに関する取組

地域包括ケアに関する記載内容を整理した。43 広域連合が市町村等関係機関との連携について記載していたほか、次いで、データの分析等を通じた支援について記載している広域連合が 27 広域連合あった。

第 2 期計画と比較すると、計画様式の標準化により全広域連合で当該事項が記載されることとなった影響で、第 2 期計画と比して各内容に関する記載広域連合数が増加傾向にあった。

図表 3-1-43 地域包括ケアに関する取組 N=47



3.2 アンケート調査

3.2.1 調査概要

データヘルス計画の策定主体となる広域連合を対象として、以下のとおり調査を実施した。また、データヘルス計画の策定に関する連携状況等を確認するため、市町村及び都道府県に対しても調査を行った。なお、本調査は、令和 6 年度「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に係る実施状況調査」の中で実施した。

調査対象	後期高齢者医療広域連合・市町村・都道府県
主な回答者	一体的実施の担当者
調査手法	Web フォームを通じたアンケート調査（一体的実施実施状況調査）
調査期間	2024 年 11～12 月
主な調査項目	広域連合票　1. 取組体制等 2. 一体的実施の実施・委託に向けた取組の状況 3. 第 3 期データヘルス計画の策定について 4. ガイドラインの活用状況
	市町村票　第 3 期データヘルス計画に基づく事業実施への助言
	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」への支援
備考	問合せには、電話（フリーダイヤル）、FAX 及びメールで対応した

- 全数（47 広域連合、1,741 市町村、47 都道府県）を回収した。
- 図において、回答の選択肢表記を簡略化している場合がある。

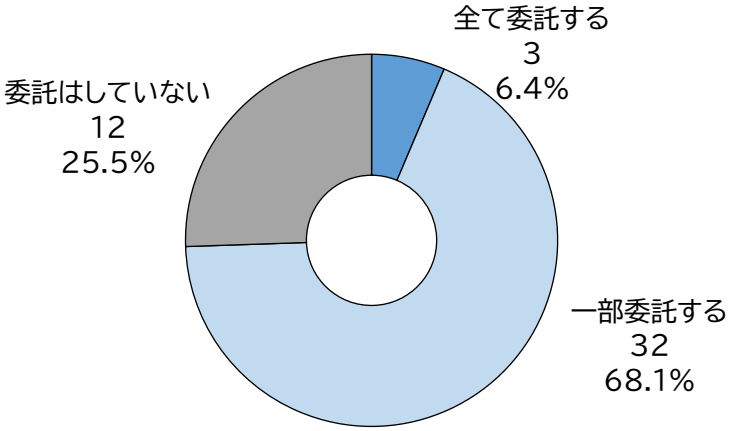
3.2.2 調査結果

(1) データヘルス計画策定の事業者等への委託状況 【広域連合票】

委託の有無については、全委託が3広域連合、一部委託が 32 広域連合であった。委託を行わずに策定を行っている広域連合は 12 広域連合であった。

【運用状況・策定時のプロセスについて、全ての広域連合にお伺いします】
Q23.第3期データヘルス計画の策定について、下図のⅰ～ⅶにおける事業者等への委託の範囲（予定含む）をお答えください。

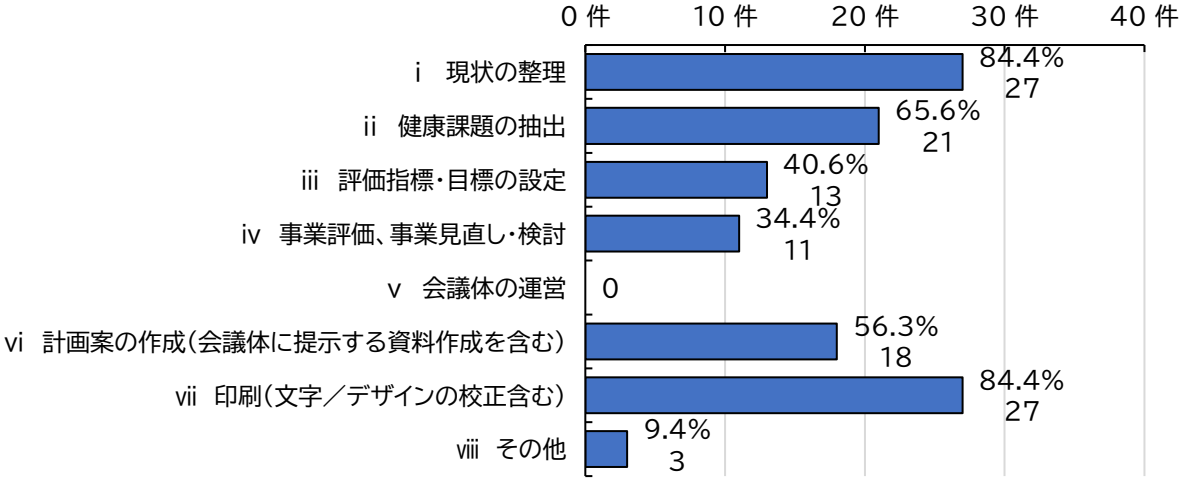
図表 3-2-1. 委託の範囲（全体） N=47



委託内容としては、計画策定における現状の整理・健康課題の抽出などデータの分析に係る内容がそれぞれ 27 広域連合・21 広域連合で委託されていた。また、文書校正・印刷等を委託している広域連合が 27 広域連合と多かった。

【Q23 で、「2.一部委託する」と回答した広域連合にお伺いします】
Q23-1.事業者等へ委託している範囲を教えてください。（複数回答）

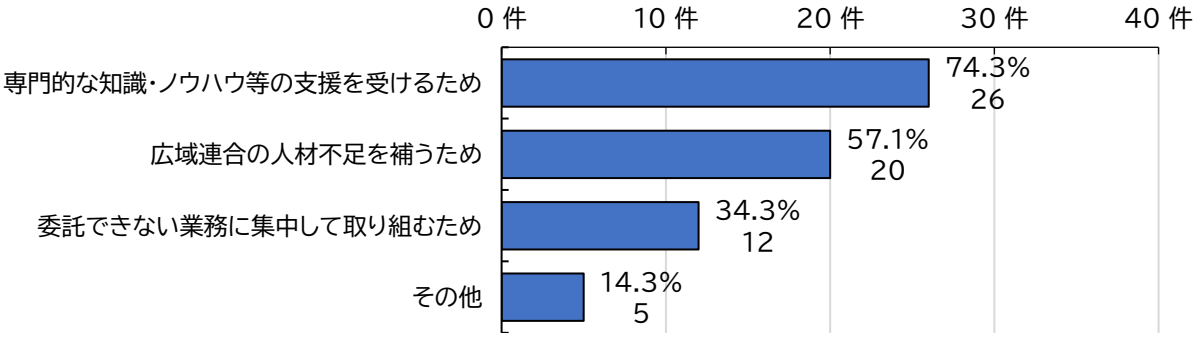
図表 3-2-2. 委託の範囲（一部委託の場合） N=32



委託理由としては、専門的知見の支援を受けるために委託を行った広域連合が 26 広域連合と最も多かった。

【Q23 で、「1.全て委託する」あるいは「2.一部委託する」と回答した広域連合にお伺いします】
Q23-2. 事業者等に委託した理由を教えてください。（複数回答）

図表 3-2-3. 委託の理由（全てあるいは一部委託の場合） N=35

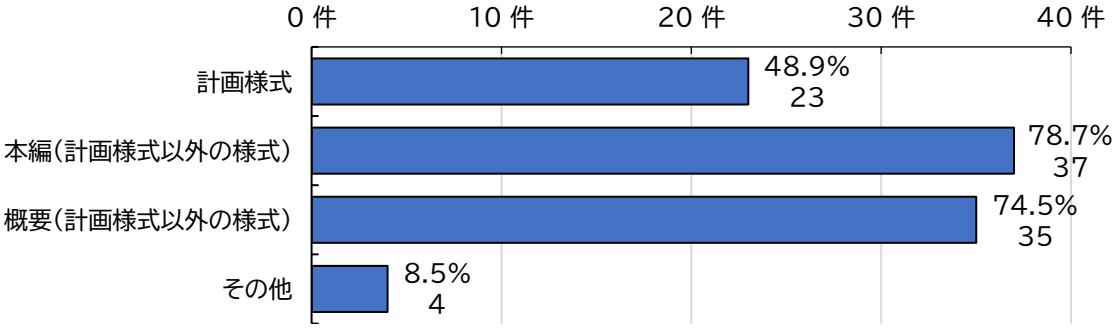


（2）データヘルス計画の策定・公表における計画様式の活用状況 【広域連合票】

データヘルス計画として公表している範囲として、計画様式以外の様式による本編・概要版を公表している事例がそれぞれ 37 広域連合・35 広域連合であった。計画様式を公表している広域連合は 23 広域連合であった。

Q24.データヘルス計画として公表しているものをお答えください。（複数回答）

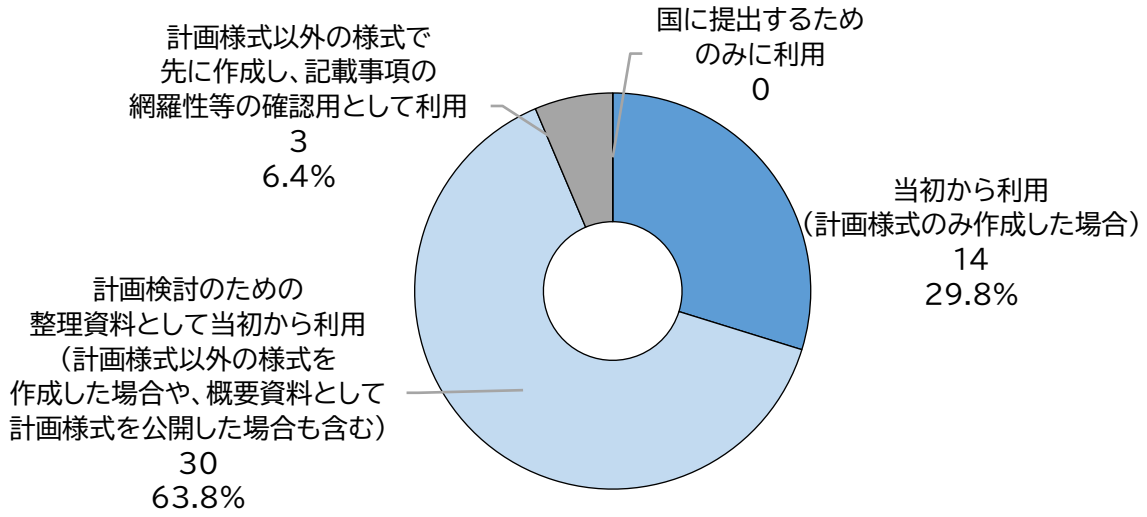
図表 3-2-4 データヘルス計画として公表しているもの N=47



計画様式の活用については、44 広域連合においては策定の当初から利用していたが、一部広域連合においては計画様式以外の様式で作成のうえ、記載事項の網羅性等の確認に活用していた。

Q25.データヘルス計画策定において、計画様式をどのように利用しましたか。

図表 3-2-5 データヘルス計画様式の利用方法 N=47

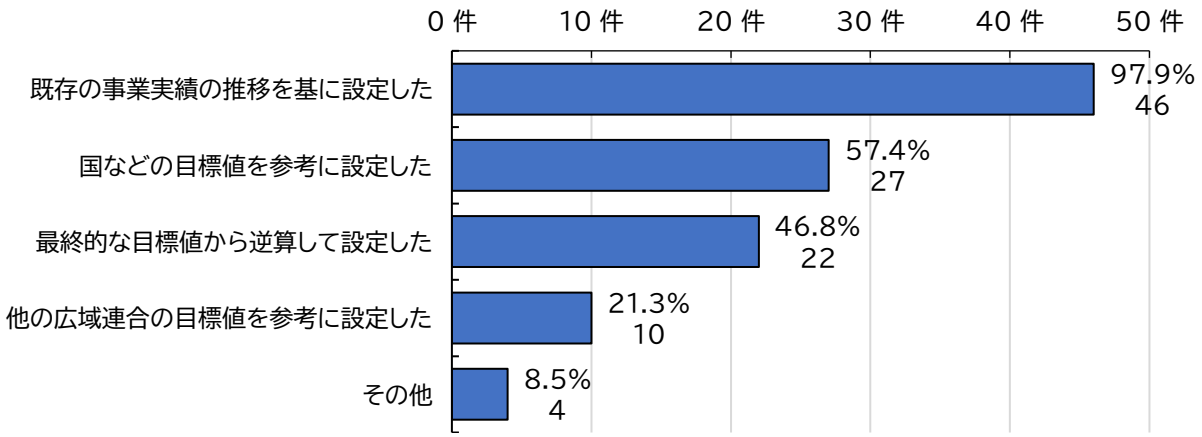


（3）目標値の設定における根拠 【広域連合票】

目標値の設定においては、46 広域連合が既存の事業実績の推移をもとに設定していたほか、国が示す目標値・最終的な目標値からの逆算などを検討した広域連合がそれぞれ 27 広域連合・22 広域連合であった。

Q26.計画策定時、目標値の設定にあたって何を根拠に設定しましたか。（複数回答）

図表 3-2-6 計画策定時の目標値設定の根拠 N=47

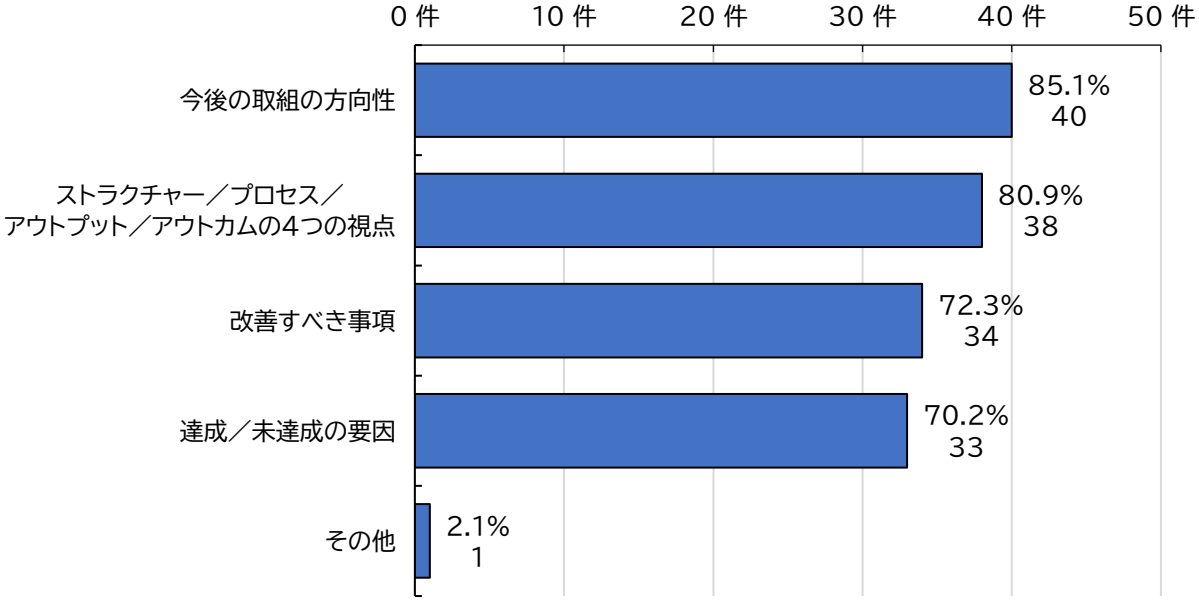


（4）計画の評価の視点及び課題 【広域連合票】

計画の中間・最終評価における評価の実施予定では、今後の取組の方向性の検討の観点で評価を行うと回答した広域連合が 40 広域連合と最も多かった。ストラクチャー／プロセス／アウトプット／アウトカムの4つの視点や達成・未達の要因、改善すべき事項などの視点から評価を行うと回答した広域連合も 30 以上あった。

Q27.計画の中間・最終評価では、どのような視点で評価を実施する予定ですか。（複数回答）

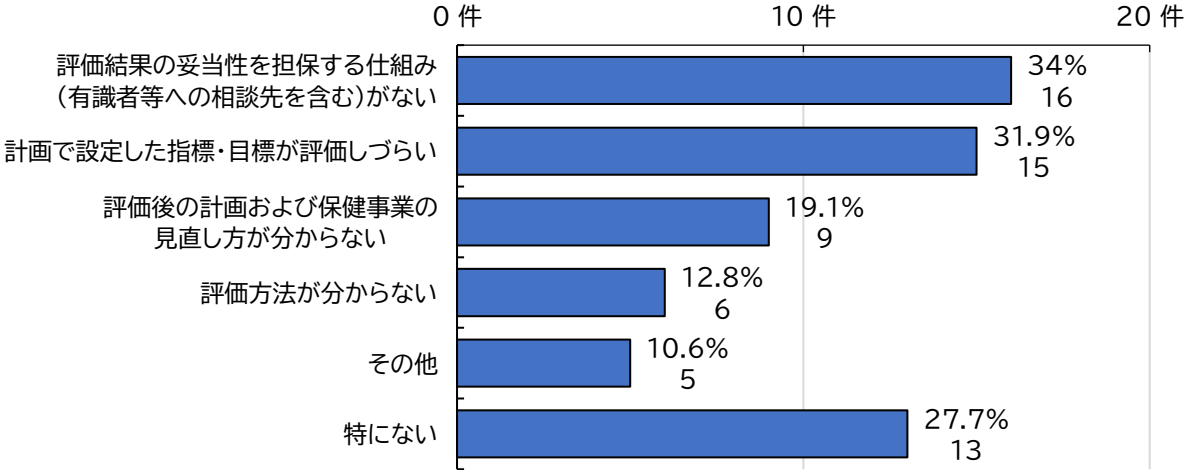
図表 3-2-7 計画の中間・最終評価での視点 N=47



計画の評価をするうえでの課題としては、計画で設定した指標・目標の評価が難しいこと、評価結果の妥当性を担保する仕組みがないことなどが多く挙げられていた。

Q28.計画の評価をするうえでの課題をお答えください。（複数回答）

図表 3-2-8 計画評価時の課題 N=47

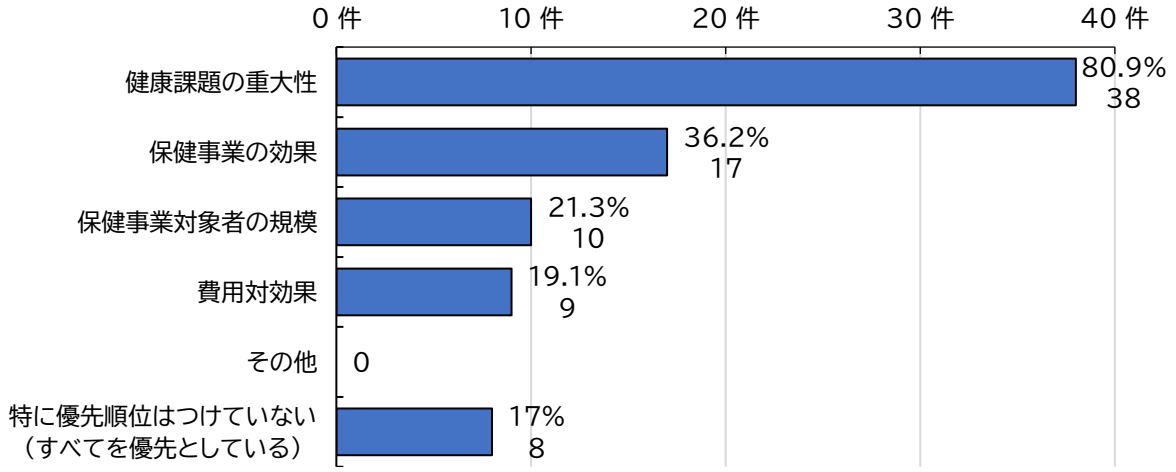


（5）保健事業の優先順位設定 【広域連合票】

保健事業の優先順位設定においては、健康課題の重大性に沿って優先する事業を決定している広域連合が 38 広域連合と多かったが、特に優先順位をつけていないと回答した広域連合が 8 広域連合あった。

Q29.計画に記載している保健事業について、優先順位を付ける際に考慮した点を教えてください。（複数回答）

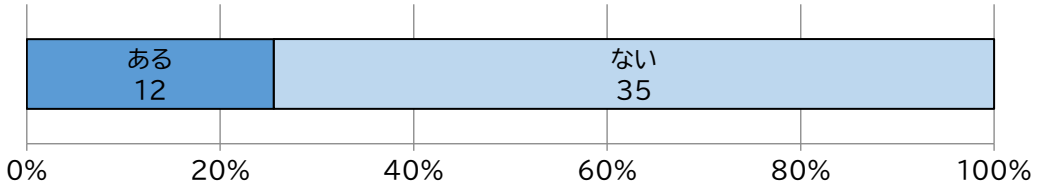
図表 3-2-9 保健事業において優先順位の考慮点 N=47



優先順位をつけるうえでの課題があると回答した広域連合は 12 であり、市町村ごとのリソースや課題等の状況の違いや優先順位の設定根拠の不足といった課題が挙げられた。

Q30. i)保健事業の優先順位をつけるうえでの課題はありましたか。

図表 3-2-10 保健事業において優先順位づけの課題 N=47



【Q30 で、「1.ある」と回答した広域連合にお伺いします】
Q30-1. ii)課題があった場合、具体的にどのような課題がありましたか。（自由記述）

○具体的な課題

市町村ごとの事業・取組余力

- マンパワーや費用対効果などを考慮した優先順位設定の結果、対策可能で効果が見込まれる課題を優先することとなり、大きな課題の優先度が低下
- 服薬・口腔等の専門性の高い取組と比して、市町が着手しやすい内容の取組（低栄養や健康

状態不明者対策など通常業務でも比較的関わりのある分野）を優先的に設定

- 広域連合が付ける優先事業と取組市町村数等取組実態との乖離
- 健康課題の優先順位、及び健康課題と保健事業の関係性の整理が困難

市町村ごとの課題の違い

- 市町村により健康課題が異なるため、県全体として優先順位をつけるのは困難
- 各市町村において設定されている目標等があり、優先的な課題・取組の目標設定が困難

優先順位設定の根拠不足

- 優先順位設定にあたっての具体的な根拠が不足
- 効果の期待できる事業を優先課題としたいが、保健事業による効果の把握が困難
- 保健事業の対象者抽出の基礎データになる健康診査受診率の低さ

設定における論点統一の困難

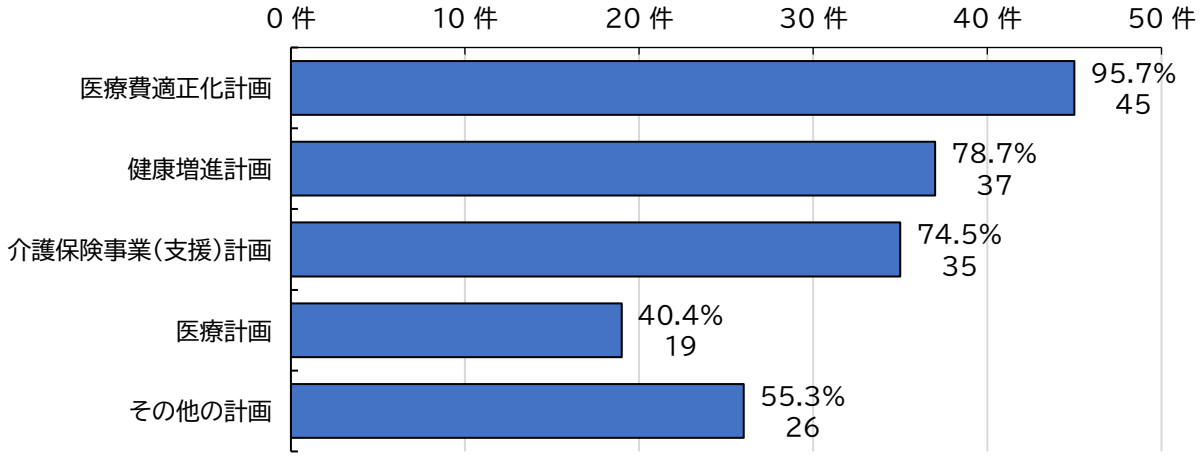
- 視点（職種や市町村等）による課題の優先順位の考え方の違い

（6）データヘルス計画の他計画との整合性及び課題 【広域連合票】

他計画との整合性確保については、関連する他の計画／関連事項・関連目標に記載の内容と同様、手引きに記載された医療費適正化計画・介護保険事業支援計画・健康増進計画は多くの広域連合で整合性が考慮されていた。

Q33.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”を教えてください。また、整合性を図ることで、データヘルス計画の記載事項で見直し（追加も含む）を行ったことがあれば、具体的に教えてください。（複数回答、具体的事項は自由記述　※任意回答）

図表 3-2-11　整合性を図った他の法定計画等[33]　N=47



計画間の整合性の観点から見直しを行ったポイントとしては、以下のような事項が挙げられていた。

- 医療費適正化計画：　課題に係る分析（計画様式Ⅱ）の記載について、医療費に関するデータを両計画に掲載した事例や、医療費適正化に係る適正服薬事業、重複・頻回受診者対策や後発医薬品

[33] 「その他の計画」には市町村国保における国保保健事業計画（データヘルス計画）を含む。

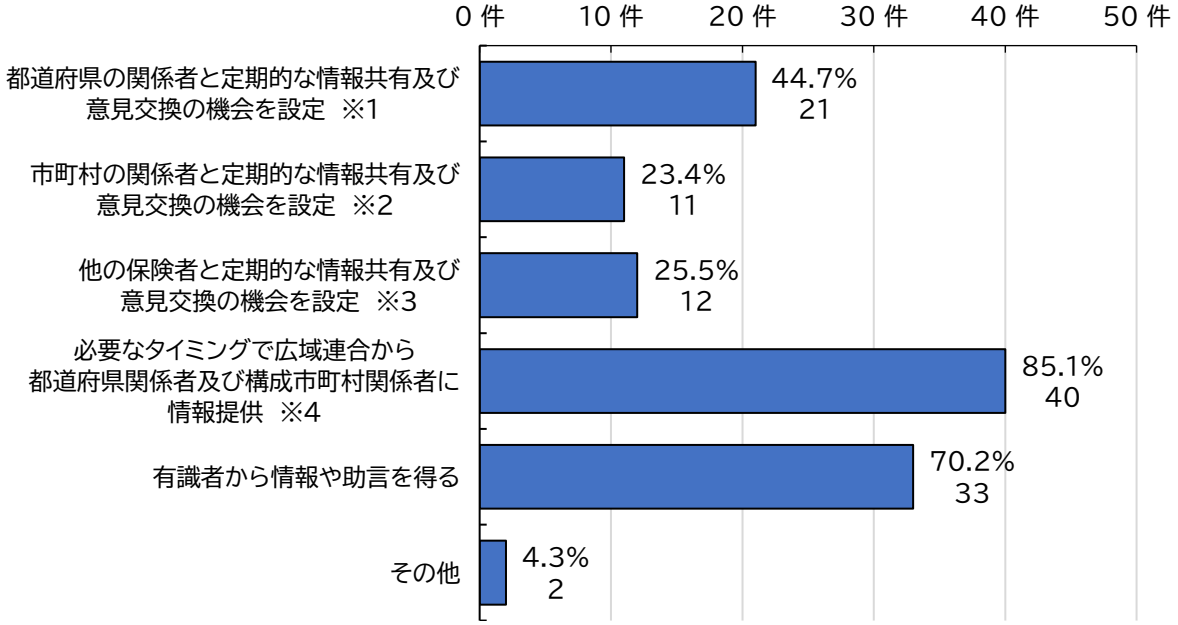
使用促進事業等をデータヘルス計画上に位置付け、事業の優先順位設定・数値目標の整合性確保等を行った事例があった。

- 健康増進計画： 健康課題や目標値の設定を共有したほか、一部分野（低栄養、口腔等の介護予防に関する項目）の取組の方向性について、健康増進計画と共通の内容（健診受診率、低栄養の者の割合、脳血管疾患・心疾患の年齢調整死亡率、HbA1c8.0％以上の者の割合等）を設定した事例があった。
- 介護保険事業支援計画： 通いの場の参加率、要介護認定率や通いの場の参加割合をデータヘルス計画の評価指標として盛り込んだ事例、後期高齢者に係る数値目標を介護保険事業支援計画に盛り込むよう働きかけた事例などがあった。
- 医療計画： 糖尿病に係る記載が含まれていることから、データヘルス計画についての照会時に意見を聴取した事例があった。
- その他： 市町村国保におけるデータヘルス計画（国保保健事業計画）の策定において、健診受診率、HbA1c8.0％以上の者の割合等共通の内容を含めるよう調整したほか、国保からの被保険者流入についても、一体的実施で継続した介入ができるような協働・連携体制を構築した事例があった。

他計画との整合性考慮のための取組としては、必要時に広域連合から都道府県及び構成市町村関係者への情報提供が 40 広域連合、有識者からの情報や助言を得るが 33 広域連合であった。

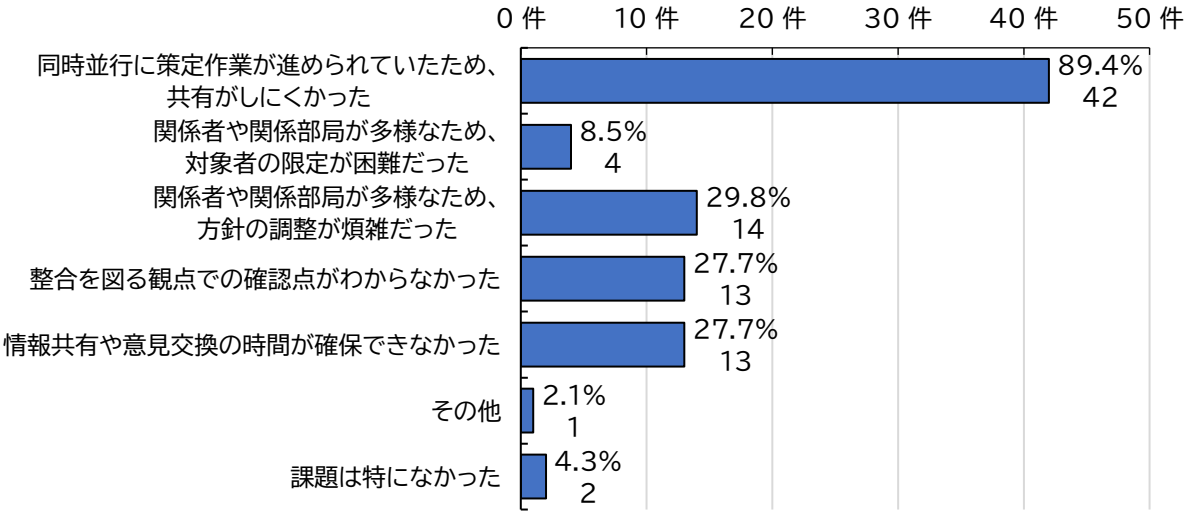
Q34.　第3期データヘルス計画を策定するにあたっては、他の保健医療関係の計画との整合性を考慮することとされていますが、具体的にどのような取組をしていましたか。（複数回答）

図表 3-2-12 他の保健医療関係の計画との整合性考慮のための取組[34]　N=47



他計画との整合性を考慮するにあたっての課題としては、同時並行に策定作業が進められていたことや関係部門が多岐にわたることや管内市町村への情報共有がしにくかったと、42 広域連合が回答していた。

図表 3-2-13　他の保健医療関係の計画との整合性を考慮するにあたっての課題（複数回答）　N=47



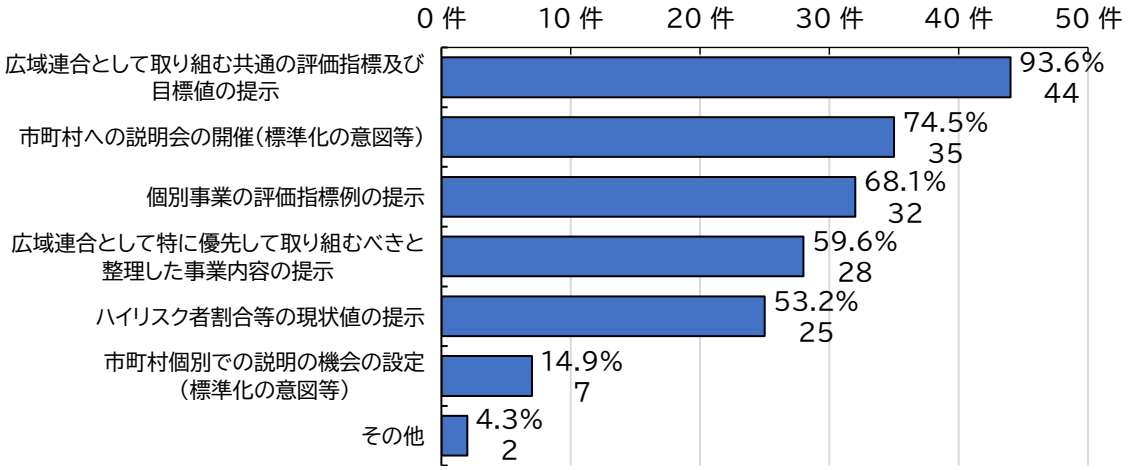
[34] 各選択肢の対象となる計画等は以下のとおり。
※1：　医療計画・医療費適正化計画・健康増進計画・介護保険事業支援計画
※2：　健康増進計画・介護保険事業計画
※3：　データヘルス計画
※4：　データヘルス計画策定方針や概要が整理できた時点、有識者からのご意見を得て修正をした時点　等

（7）市町村の保健事業の標準化に向けた取組 【広域連合票】

構成市町村の保健事業標準化に向けた取組としては、44 広域連合で共通評価指標・目標値を提示していた。市町村への説明会を開催し、標準化の意図等を説明していた広域連合は35 広域連合、個別事業の評価指標例の提示を行っていた広域連合は 31 広域連合であった。

Q36. 第3期データヘルス計画の策定段階において、構成市町村の保健事業を標準化するにあたり、広域連合としてどのような取組を行っていましたか。（複数回答）

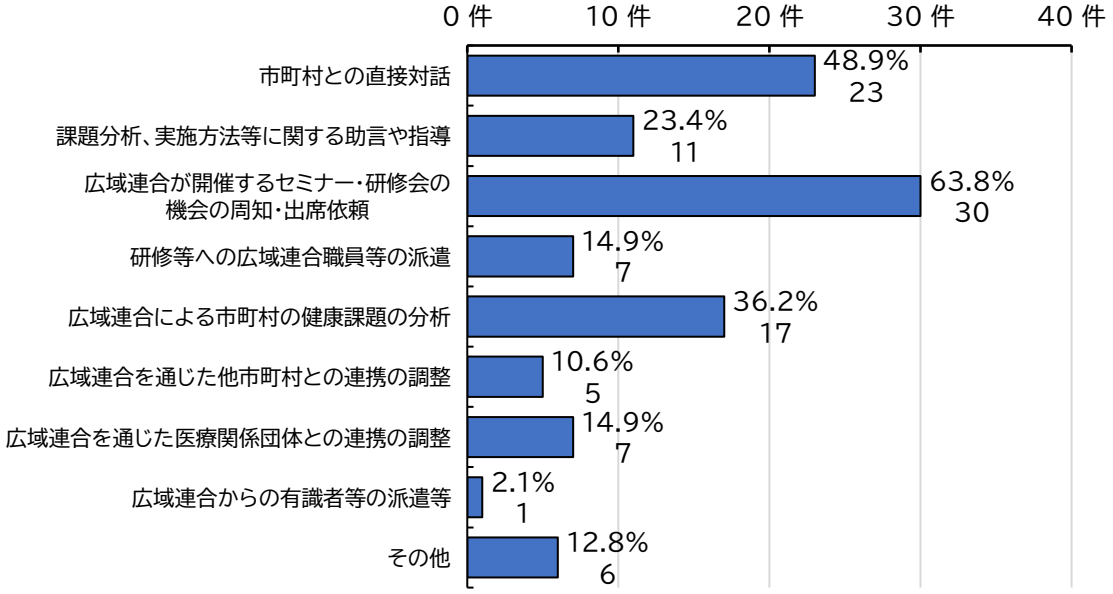
図表 3-2-14 構成市町村の保健事業の標準化に向けた取組 N=47



理解促進に向けた市町村への働きかけとしては、広域連合主催の研修会等への参加呼びかけが最も多く30広域連合であり、次に市町村との直接対話が23広域連合であった。

Q37. 第 3 期データヘルス計画の策定にあたり、広域連合の方針等の理解を促すため、市町村に対してどのような取組を実施しましたか。（複数回答）

図表 3-2-15 広域連合の方針理解のための市町村への取組 N=47

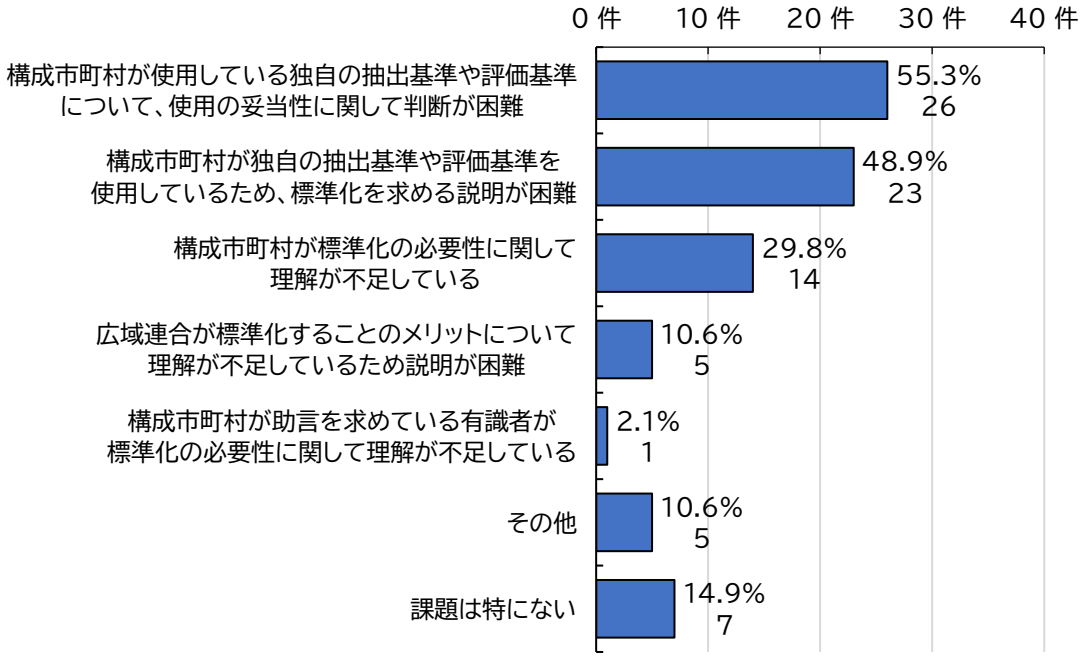


（8）標準化に向けた課題・期待される効果 【広域連合票】

広域連合内で標準化を進めるにあたっての課題としては、市町村の評価指標等について独自の基準を用いていることによる説明の難しさや指標の妥当性の判断の難しさを挙げている広域連合が26広域連合であり、標準化を求める説明が困難を挙げている広域連合が23広域連合であった。

Q38. 第３期データヘルス計画により、広域連合内で標準化を進めていくにあたってどのような課題があると考えていますか。（複数回答）

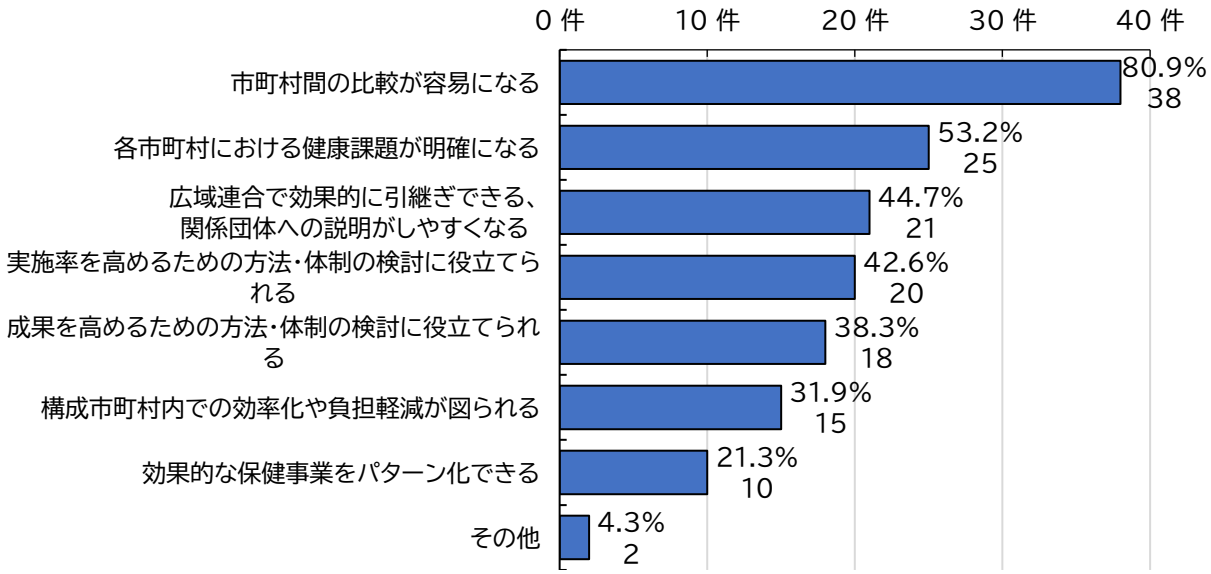
図表 3-2-16 標準化を進めているにあたっての課題 N=47



計画の標準化による効果として期待する内容として、市町村間の比較を 38 広域連合・市町村の健康課題の明確化を 25 広域連合が挙げた。

Q40. 第3期データヘルス計画の標準化を進めることにより、広域連合ではどのような効果を期待していますか。

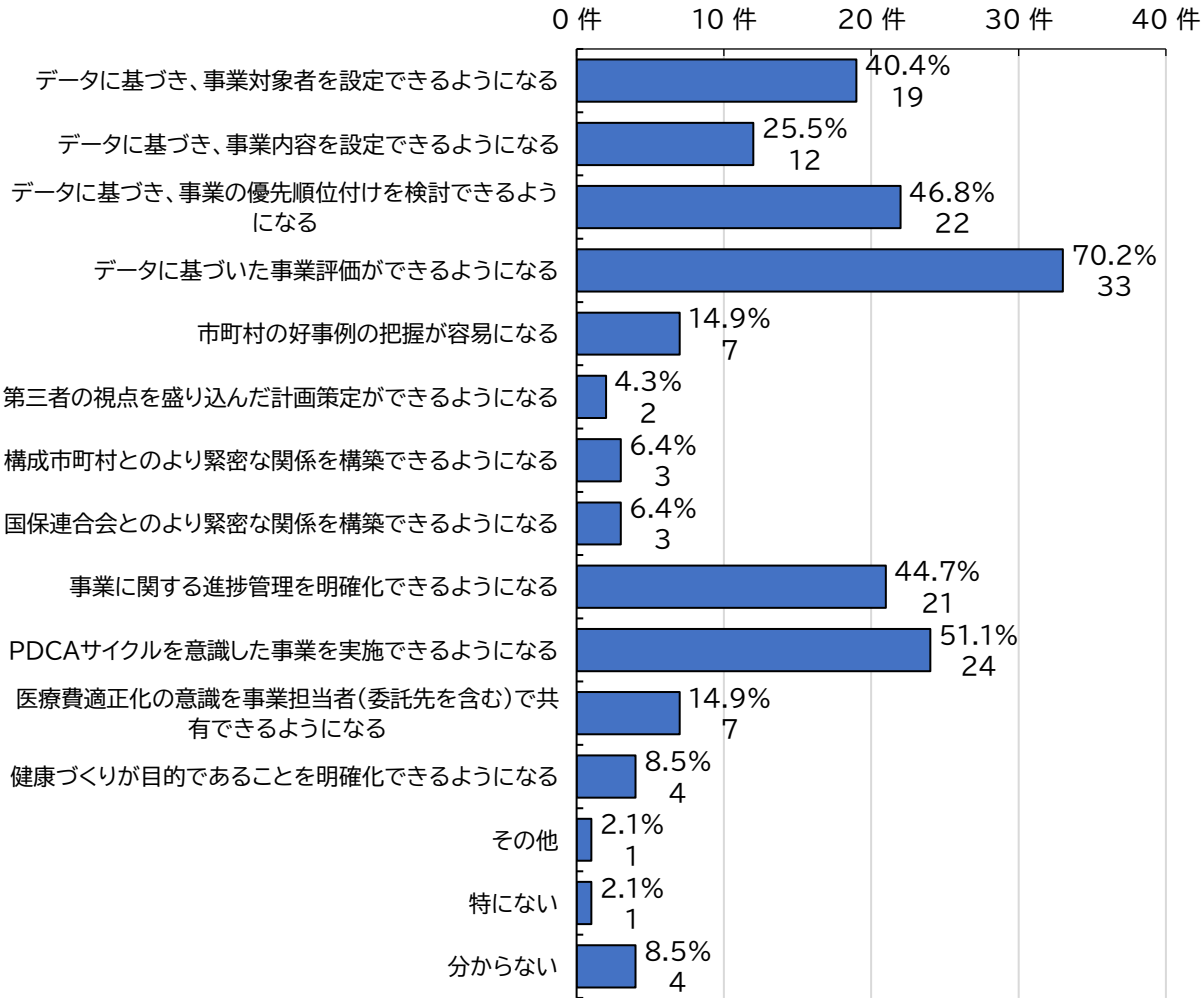
図表 3-2-17 第３期データヘルス計画の標準化による効果 N=47



データヘルス計画策定によって見込まれる変化として、データに基づいた事業評価が可能となるを挙げた広域連合が33広域連合、次いで、PDCA サイクルを意識した事業の実施を挙げた広域連合が24広域連合、その他、データに基づいた事業の優先順位付けの検討が 22 広域連合、事業の進捗管理の明確化が21広域連合、データに基づいた事業対象者の設定が可能が19広域連合で挙げられていた。

Q41. データヘルス計画の策定【特に標準化】によって見込まれる変化について、お答えください。(複数回答)

図表 3-2-18 データヘルス計画の策定により見込まれる変化 N=47

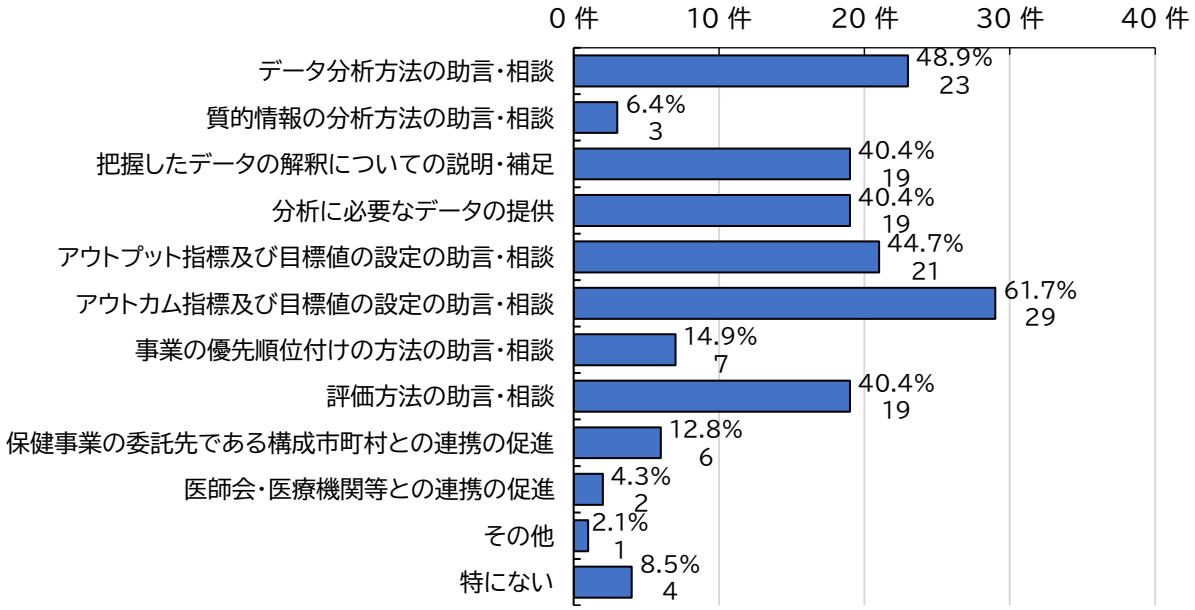


（9）データヘルス計画策定に向けた支援の内容 【広域連合票】

データヘルス計画策定の際に受けた支援内容については、アウトカム指標および目標値の設定の妥当性の助言・相談対応として支援を受けた広域連合が最も多く29広域連合であった。次いで、データ分析方法の助言・相談対応として支援を受けた広域連合が多く、23広域連合であった。

Q42. データヘルス計画を策定する際に、受けた支援内容を教えてください。（複数回答）

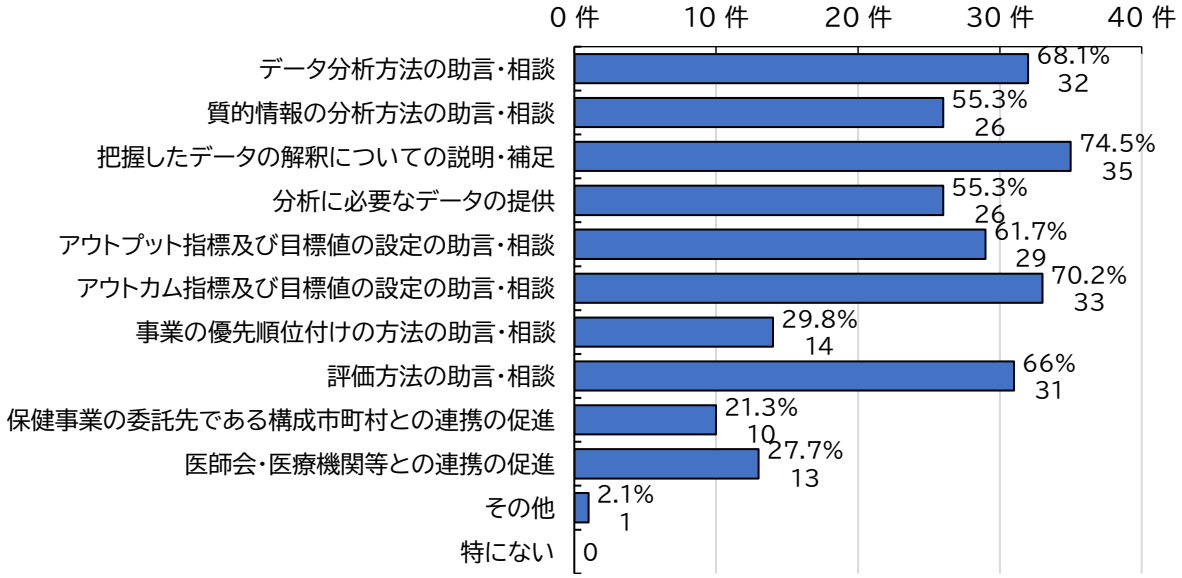
図表 3-2-19 データヘルス計画の策定の際の支援内容 N=47



今後受けたい支援としては、把握したデータの解釈についての説明が35広域連合、アウトカム指標及び目標値設定の助言・相談が33広域連合、データ分析方法の助言・相談が32広域連合、評価方法の助言・相談が31広域連合と多かった。

Q43. 今後の中間見直しや次期データヘルス計画を策定するうえで、支援を受けたい内容を教えてください。（複数回答）

図表 3-2-20 データヘルス計画の策定の際に受けたい支援内容 N=47

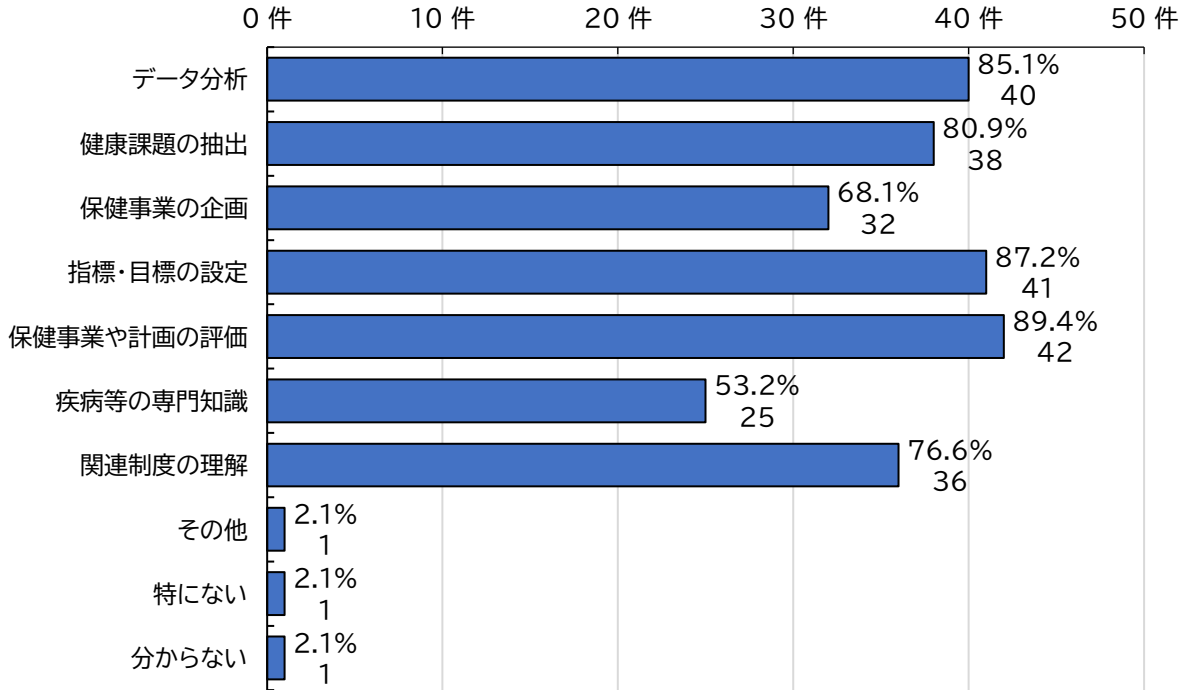


（10）データヘルス計画策定に求められるスキル 【広域連合票】

データヘルス計画策定に求められる担当職員スキルとしては幅広いスキルが挙げられた。最も多く挙げられたスキルは保健事業や計画の評価に関するスキル（42 広域連合）であり、次いで指標・目標の設定（41 広域連合）、データ分析（40 広域連合）、健康課題の抽出（38 広域連合）、関連制度の理解（36 広域連合）など、データを扱いつつ、制度の理解に基づいて目標設定・評価を行うにあたってのスキルが幅広く挙げられていた。

Q44. データヘルス計画の策定のために、広域連合の担当職員にはどのようなスキルが必要だと考えますか。（複数回答）

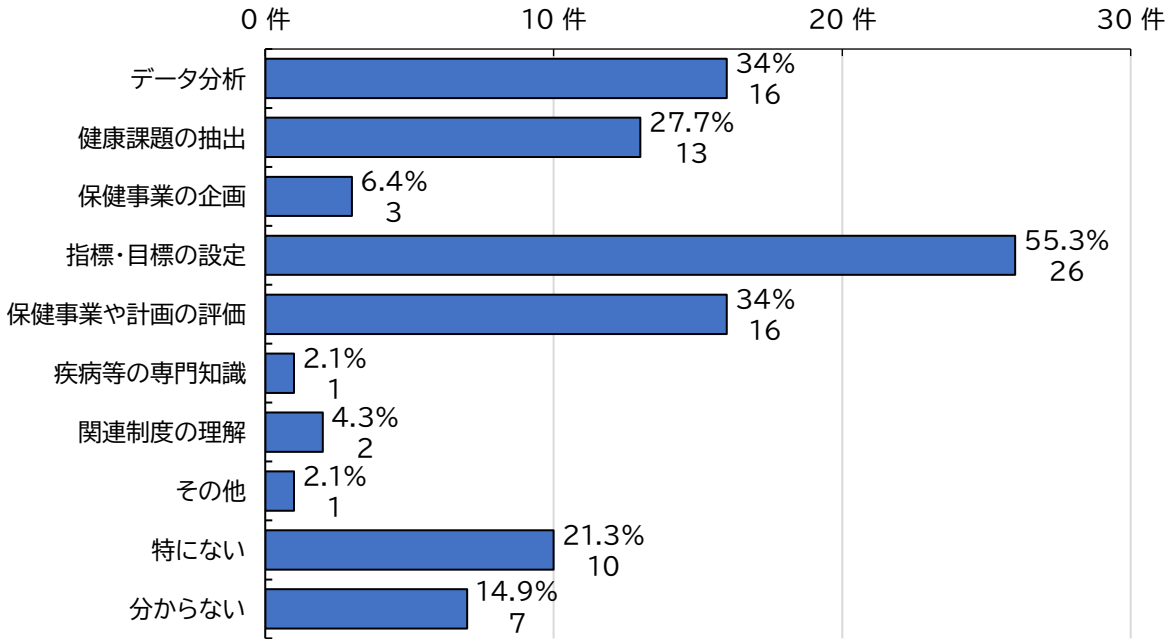
図表 3-2-21 担当職員に必要なスキル N=47



一方で、標準化した計画様式の提示や各種ツールの開発等により負荷が軽減されたスキルとしては、指標・目標設定に関する負荷が軽減されたとの回答が特に多かった。

Q45. 計画様式の提示や共通評価指標の設定条件や各種ツール等により、負荷が軽減されたスキルを教えてください。

図表 3-2-22 設定条件や各種ツール等により、負荷が軽減されたスキル N=47

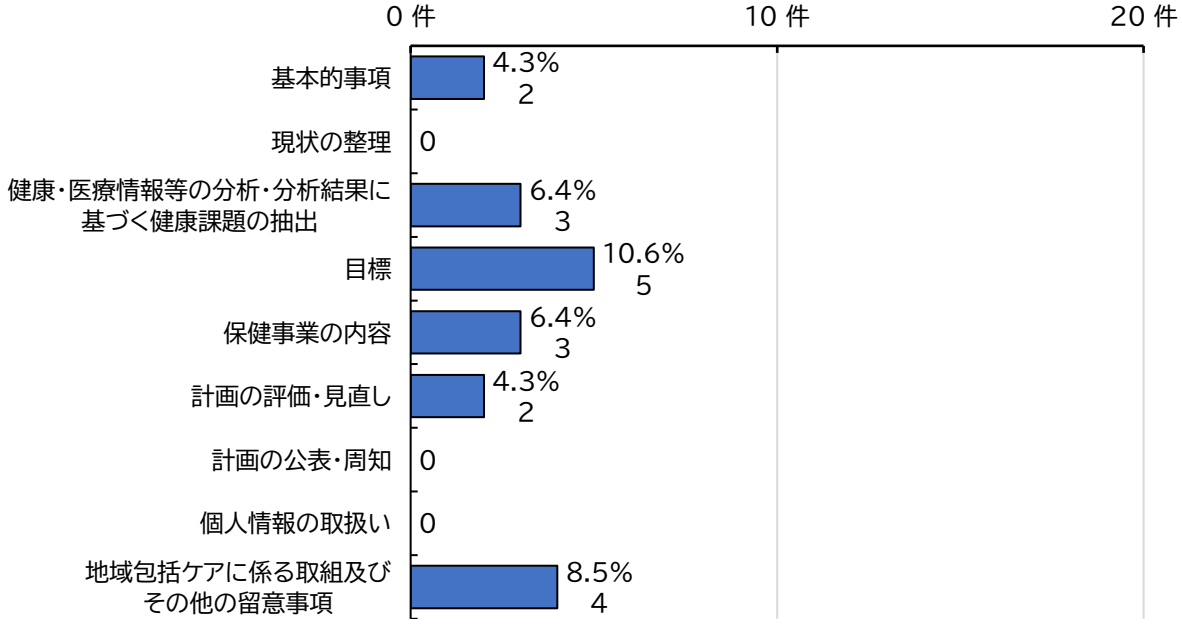


（11）手引きや計画様式における見直してほしい事項 【広域連合票】

Q46. 『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』(令和5年3月 30 日改正)のなかで、「2. 計画に記載すべき事項」や計画様式において見直し(例示の追加も含む)を図ってほしい事項があるか教えてください。

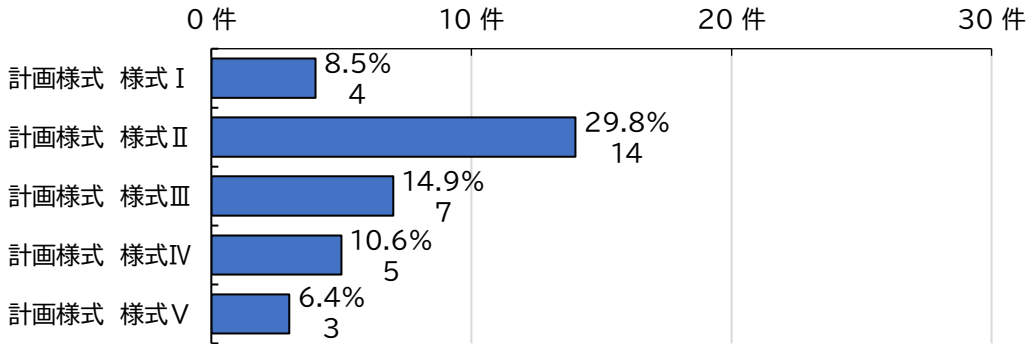
手引きに関する見直しについては、目標設定に関する見直し要望が 5 広域連合により挙げられていた。手引きに関する見直しの要望としては、参考例の提示や充実についての内容が多かった。

図表 3-2-23「2. 計画に記載すべき事項」や計画様式において見直しを図ってほしい事項
（うち、手引きに関する見直し） N=47



各計画様式（Ⅰ～Ⅴ）に関する見直しについては、計画様式Ⅱについて 14 広域連合が見直しを図ってほしい箇所として回答しており、全計画様式の中で最も多かった。

図表 3-2-24「2. 計画に記載すべき事項」や計画様式において見直しを図ってほしい事項
（うち、計画様式に関する見直し事項） N=47



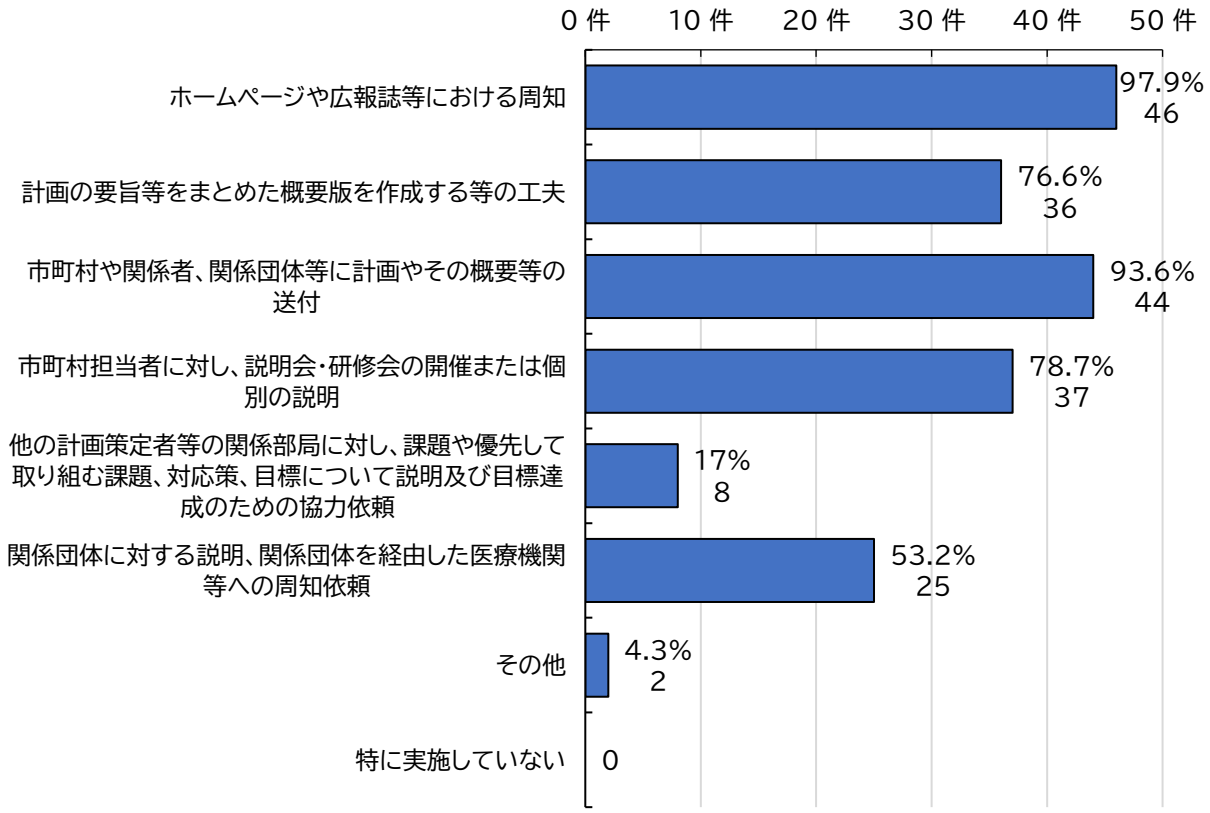
各計画様式（Ⅰ～Ⅴ）のうち、計画様式Ⅱにおいては、分析を必要とするデータが多いというご意見や、記載方法の例示を充実させてほしいという要望があった。

（12）市町村・関係者への周知の為に実施した事項【広域連合票】

計画や方針の周知については、ホームページや広報誌等による周知は 46 広域連合で実施、計画や概要の送付は 44 広域連合で実施されていた。

Q47.第 3 期データヘルス計画の運用に向けて、策定したデータヘルス計画の内容及び広域連合の方針について、構成市町村や関係者等に周知するために実施した事項をお答えください。（複数回答）

図表 3-2-25 構成市町村や関係者等に周知するために実施した事項 N=47

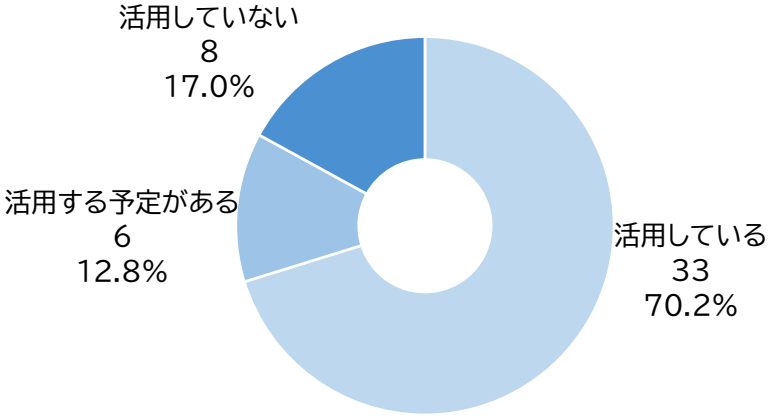


（13）集約レポートの活用状況【広域連合票】

一体的実施計画書集約レポートについて、全体の約 7 割の広域連合が活用していた一方で、8 広域連合が活用していないと回答していた。活用していない理由としては、情報量が多すぎて活用しきれない、広域連合独自に集約した結果を活用している、活用する場面がないなどが挙げられていた。

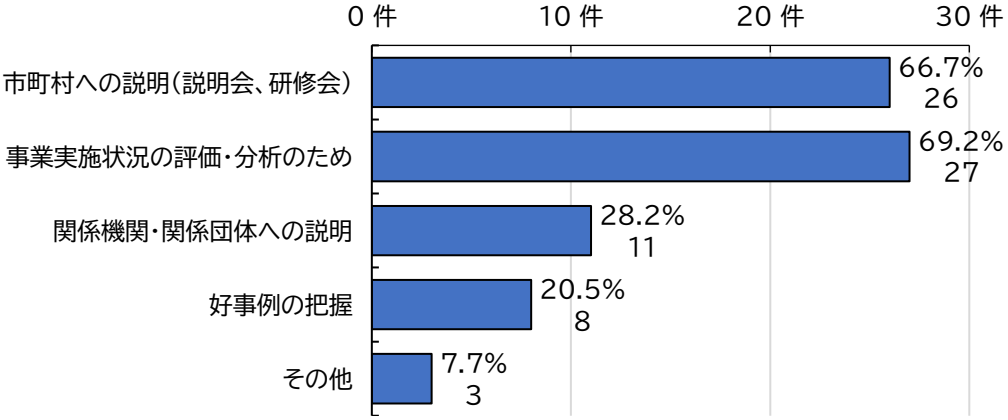
Q65. 実施計画書の集約レポートを活用していますか。

図表 3-2-26 集約レポートの活用状況 N=47



上記で「活用している」「活用する予定がある」と回答した 39 広域連合における具体的な活用方法としては、27 広域連合が事業実施状況の評価・分析に、26 広域連合が市町村への説明の際に活用していた。

図表 3-2-27 集約レポートの具体的な活用方法 N=39

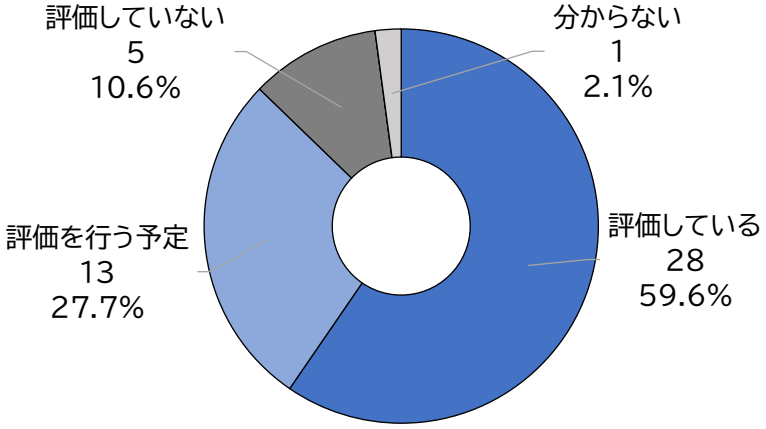


（14）広域連合による一体的実施の事業評価 【広域連合票】

市町村にて実施される一体的実施の事業について、28 広域連合が年度単位で評価を行っており、13 広域連合は評価を行う予定としていた。

Q17. 広域連合として一体的実施を委託したことを年度単位で事業評価していますか。

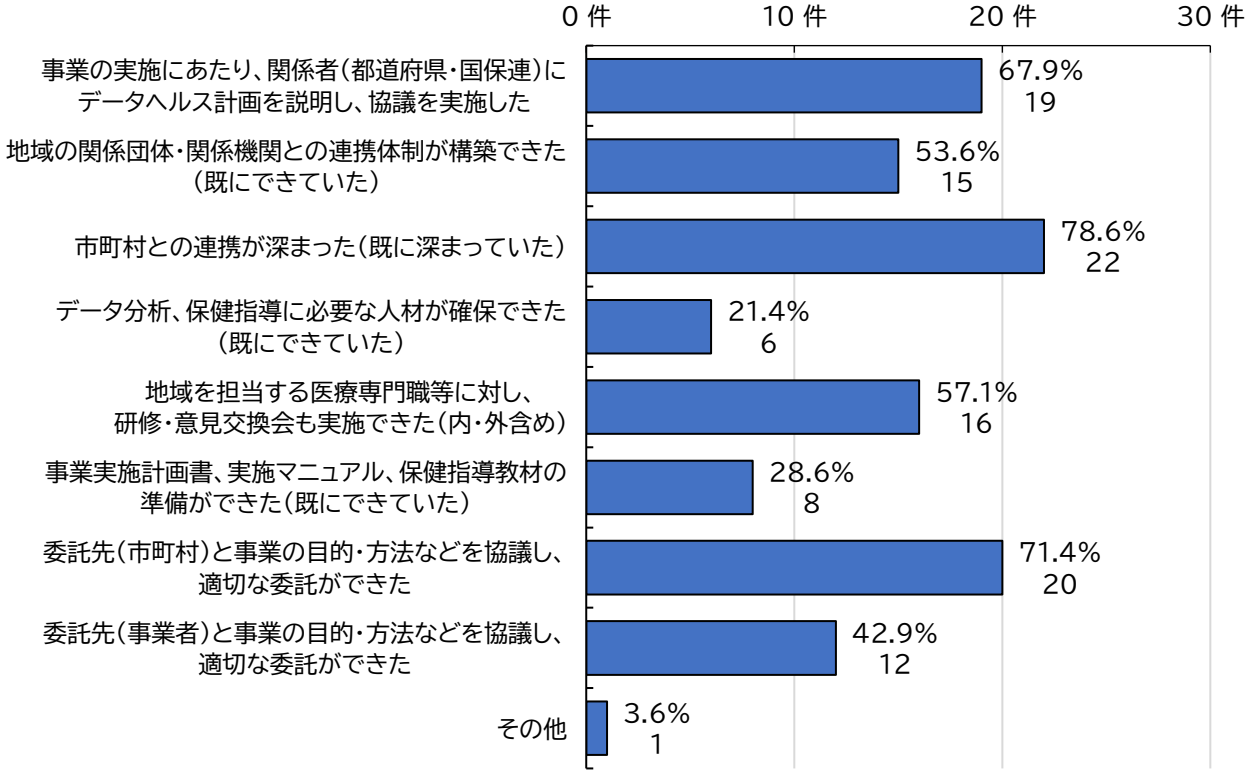
図表 3-2-28 効果測定の実施状況 N=47



現段階で評価を行っていた 28 広域連合において、ストラクチャー評価の結果・内容について調査した。22 広域連合が、市町村との連携が深まったと評価していたほか、市町村との協議により適切な委託を実施できた広域連合が 20 広域連合、都道府県・国保連合会等との協議を実施した広域連合が 19 広域連合であった。

Q17-1.広域連合による事業評価で、昨年度実施したストラクチャー評価について、当てはまるものをお答えください。（複数回答）

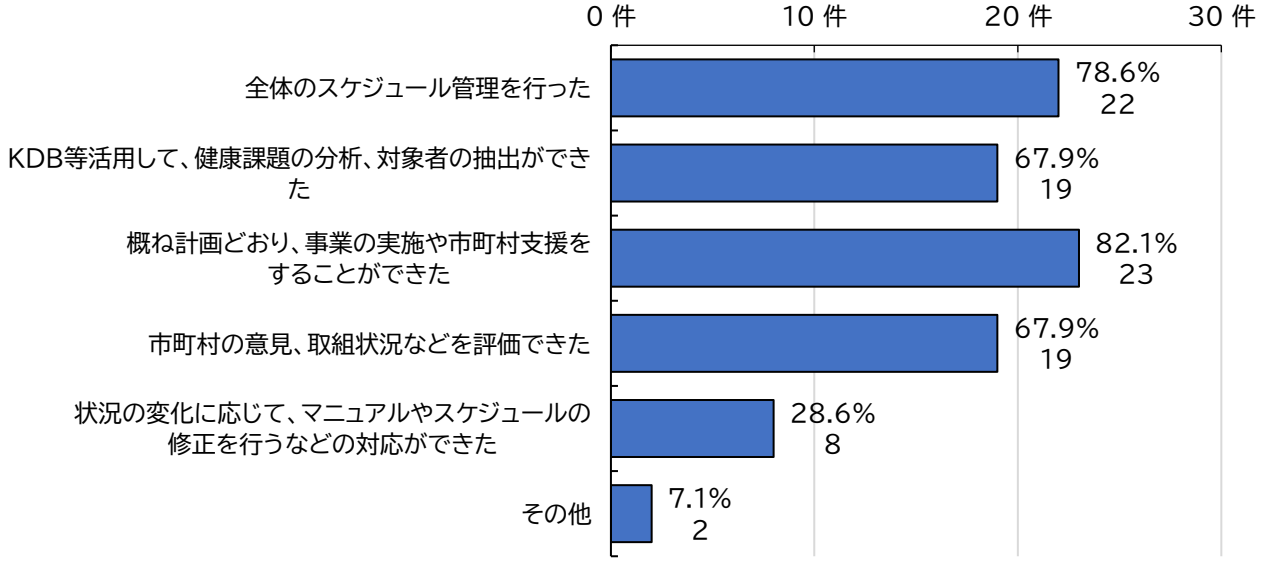
図表 3-2-29 ストラクチャー評価について （複数回答） n＝28



同じくプロセス評価については、事業実施や市町村支援が計画どおり実施できたと評価した広域連合が 23 広域連合、全体のスケジュール管理を行った広域連合が 22 広域連合あった。

Q17-2. 広域連合による事業評価で、昨年度実施したプロセス評価について、当てはまるものをお答えください。(複数回答)

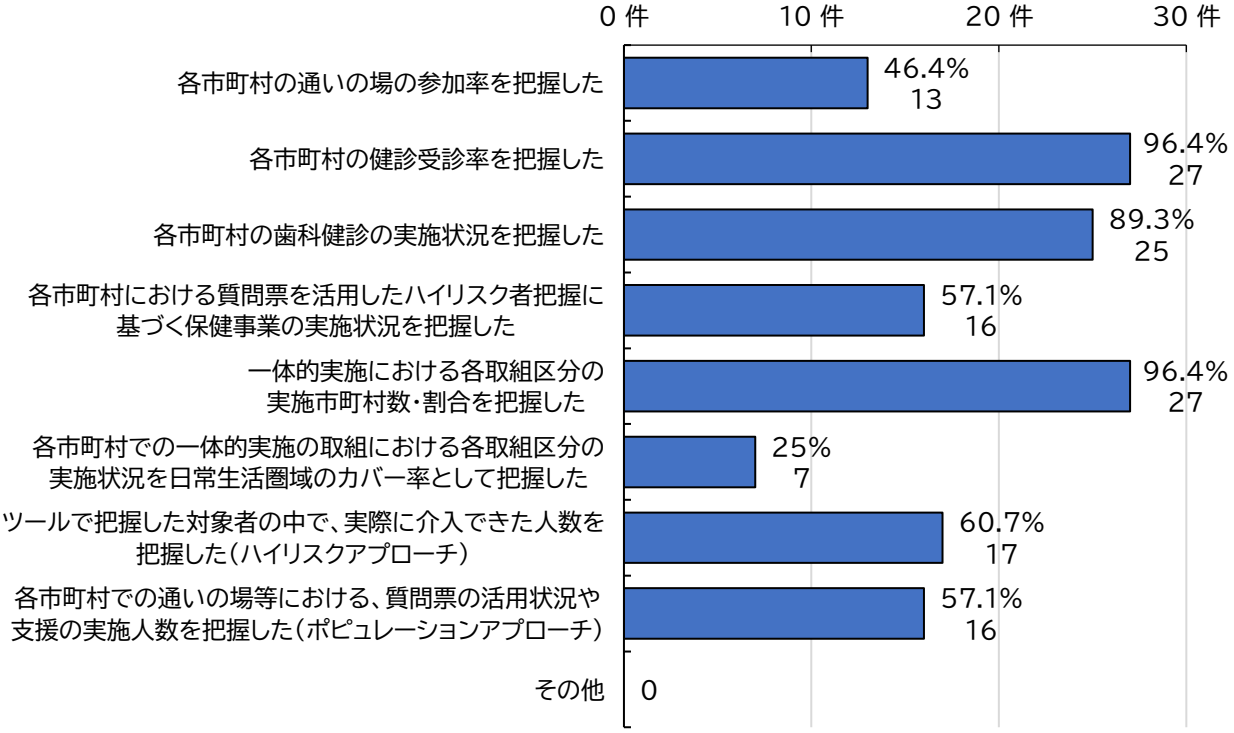
図表 3-2-30 プロセス評価について（複数回答）n=28



アウトプット評価の中で把握した項目としては、各市町村の健診受診率、一体的実施の各取組区分の実施市町村数・割合を把握したのが 27 広域連合であり、共通評価指標については評価を行った多くの広域連合で把握・評価対象とされていた。次いで、各市町村の歯科健診実施状況を把握した広域連合が 25 広域連合であった。

Q17-3. 広域連合による事業評価で、昨年度実施したアウトプット評価について、当てはまるものをお答えください。(複数回答)

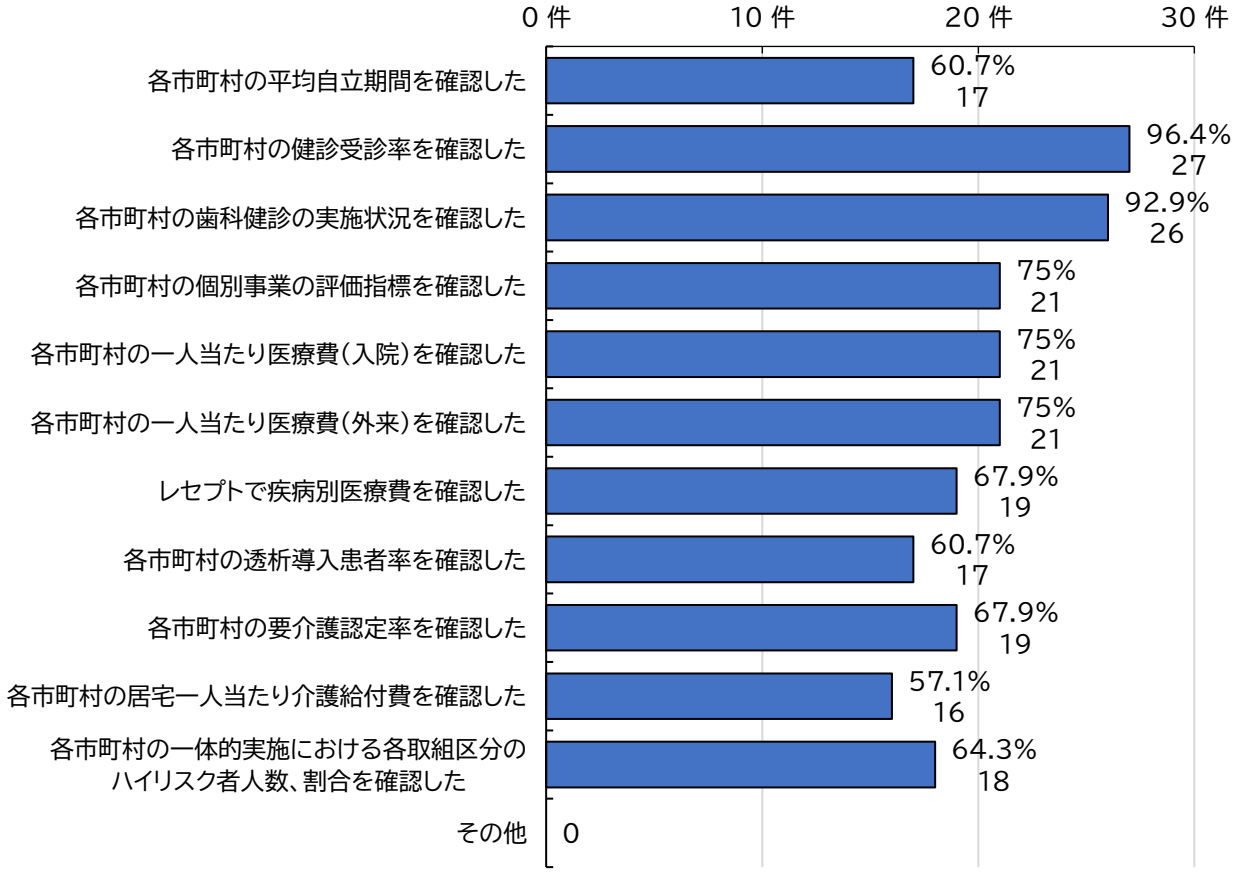
図表 3-2-31 アウトプット評価について（複数回答）n=28



アウトカム評価における確認対象としては、各市町村の健診受診率を確認した広域連合が 27 広域連合、歯科健診実施状況を確認した広域連合が 26 広域連合と最も多かった。

Q17-4. 広域連合による事業評価で、昨年度実施したアウトカム評価について、当てはまるものをお答えください。（複数回答）

図表 3-2-32 アウトカム評価について（複数回答）n=28

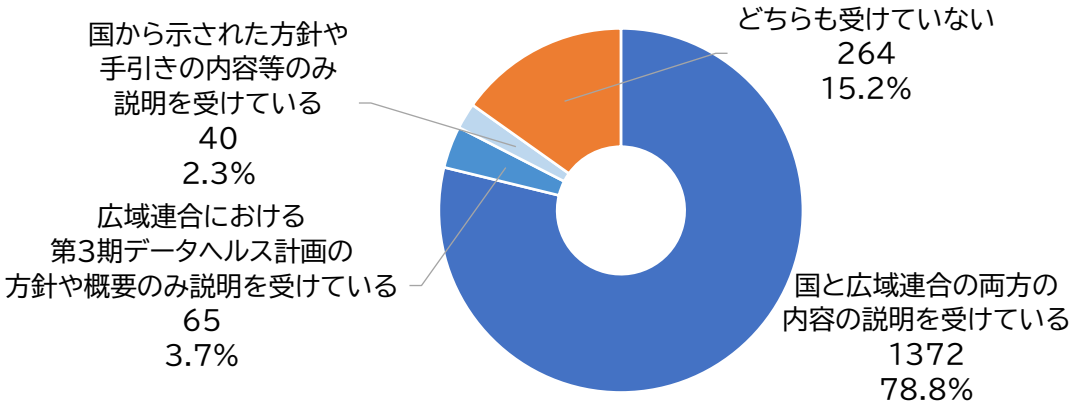


（15）広域連合から市町村への説明・支援 【市町村票】

広域連合から市町村への説明・支援として、国から示された方針・手引きの内容および広域連合のデータヘルス計画の方針・概要について説明を受けていると回答をした市町村は全体の 78.8%であった。広域連合のデータヘルス計画についてのみ説明を受けた市町村が 3.7%、国から示された方針・手引きの内容のみ説明を受けた市町村が 2.3%であった。

[A票]Q28/[B票]Q20. 広域連合が第3期データヘルス計画を運用するにあたって、国から示された方針や手引きの内容等について、広域連合から説明を受けていますか。

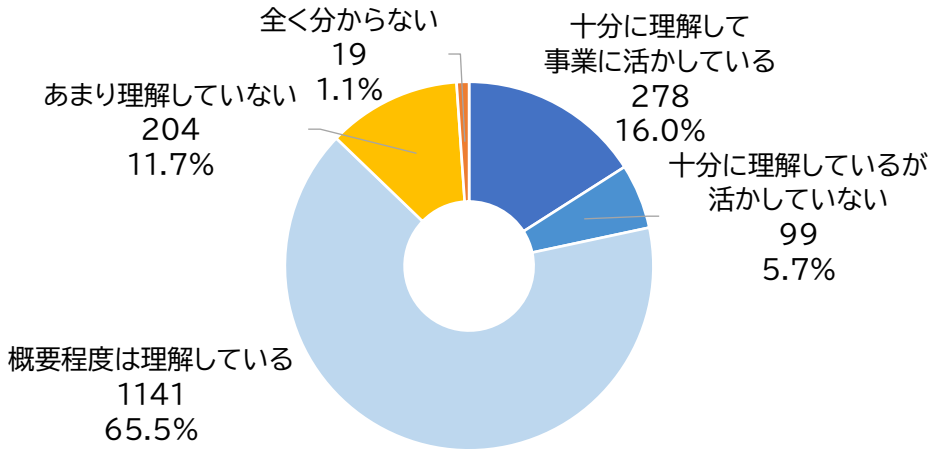
図表 3-2-33　広域連合からの国から示された方針･手引きの説明　N=1,741



策定されたデータヘルス計画の内容理解については、「あまり理解していない」が 11.7%、「全くわからない」が 1.1%であった。

[A票]Q29/[B票]Q21. 運用中の第3期データヘルス計画の内容について、どの程度理解していると考えていますか。

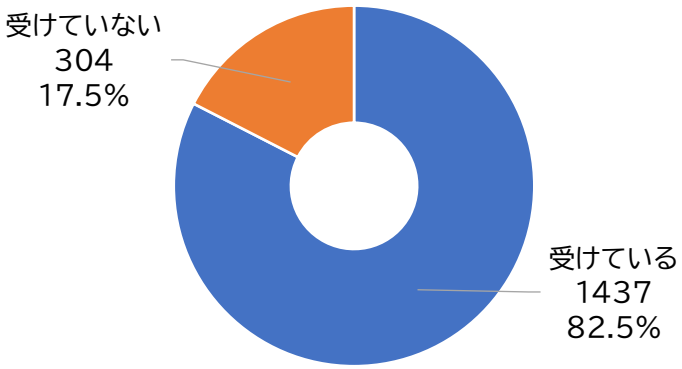
図表 3-2-34　第3期データヘルス計画の内容理解　N=1,741



第 3 期データヘルス計画の運用にあたり、方針や概要について、広域連合から説明を受けていると回答した市町村は全体の 82.5%であった。

[A票]Q30/[B票]Q22. 当該広域連合における第 3 期データヘルス計画の運用に当たり、方針や概要について、広域連合から説明を受けていますか。

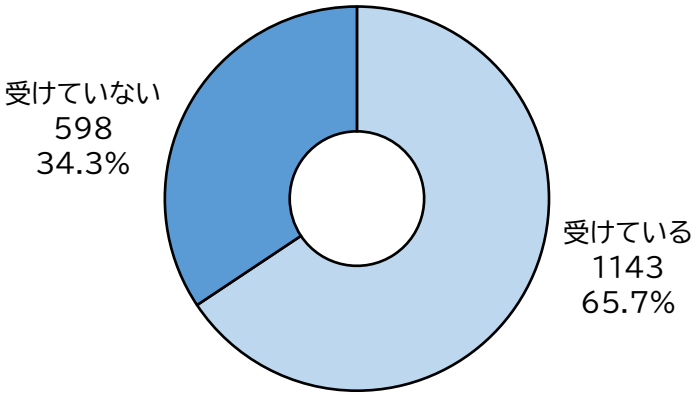
図表 3-2-35　広域連合からの方針や概要の説明　N=1,741



第 3 期データヘルス計画に基づく事業実施への支援（助言や説明、データの提供を含む）を広域連合から受けているかについて、1,741 市町村のうち 1,143 市町村が何らかの支援を受けていた。

[A票]Q31/[B票]Q23. 第 3 期データヘルス計画に基づく事業実施への支援（助言や説明、データの提供を含む）を広域連合から受けていますか。

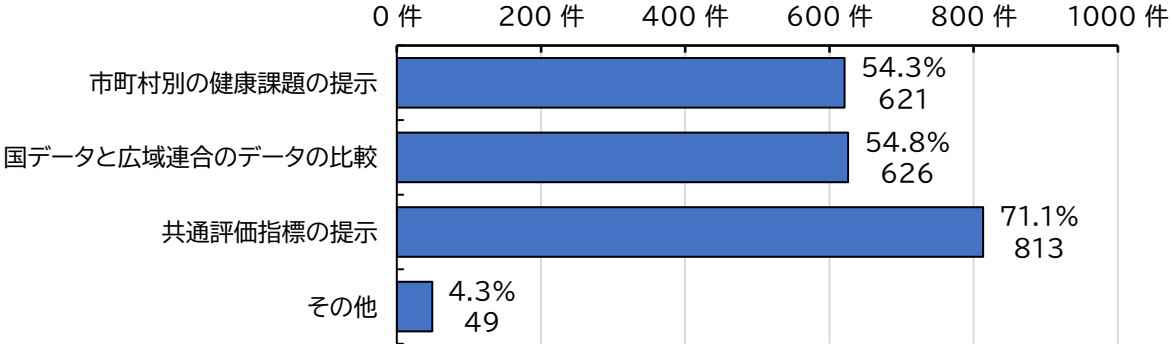
図表 3-2-36　広域連合からの支援有無　N=1,741



具体的な支援の内容としては、「共通評価指標の提示」が 71.1%で最も多く、国データと広域連合データの比較は 54.8%、市町村別の健康課題の提示は 54.3%であった。

[A票]Q31-1/[B票]Q23-1. 広域連合からどのような支援を受けていますか。受けた全ての支援について回答ください。（複数回答）

図表 3-2-37 受けた支援内容（複数回答）<広域連合から支援を受けている市町村> n=1,143

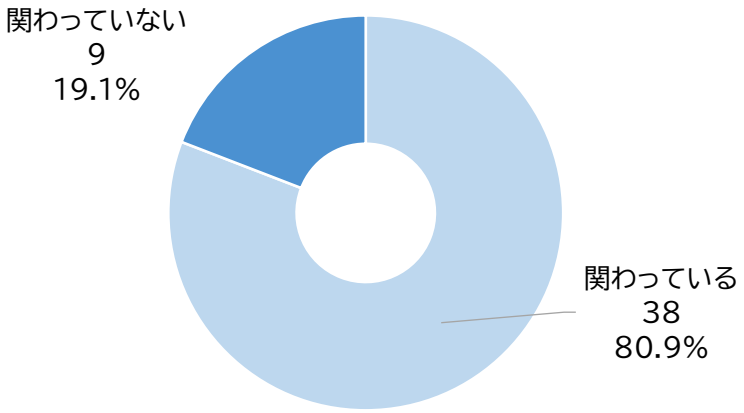


（16）都道府県による支援 【都道府県票】

広域連合が策定するデータヘルス計画の運用に関与している都道府県は 38 都道府県であった。

Q12.令和 5 年 11 月～令和6年 11 月の 1 年間で、広域連合が策定する第3期データヘルス計画の運用に関わっていますか。

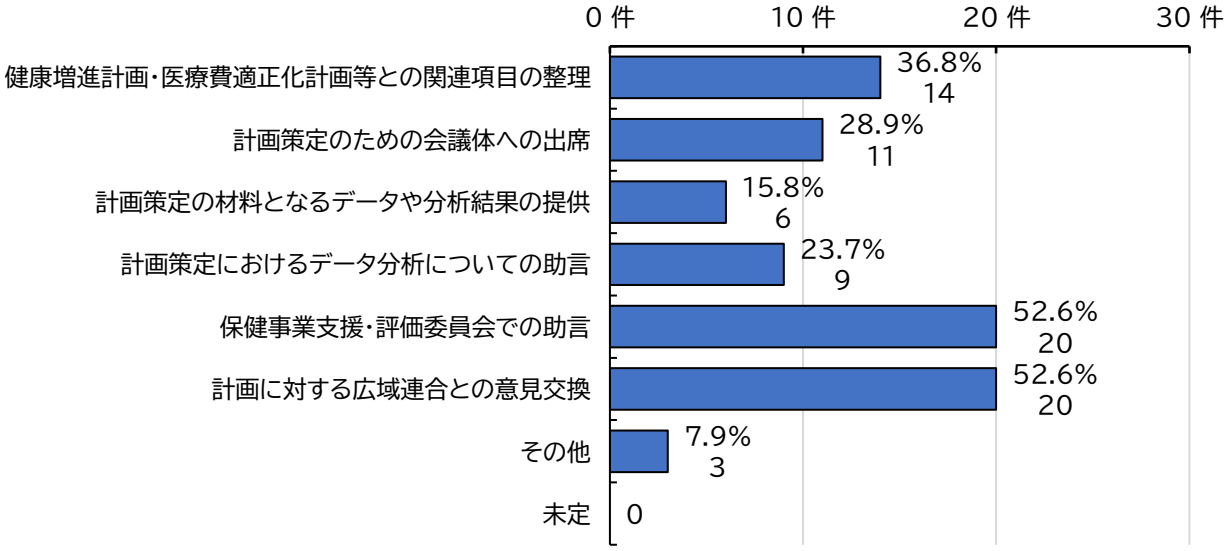
図表 3-2-38 第3期データヘルス計画の運用への関わり N=47



具体的な関与内容については、保健事業支援・評価委員会での助言および意見交換がそれぞれ 20 都道府県と最も多かった。都道府県で策定する各種計画等との関連項目の整理は 14 都道府県、計画策定のための会議体への出席は 11 都道府県で実施されていた。

Q12-1.【Q12 で「1.関わっている」と回答した都道府県にお伺いします】
「広域連合が策定する第3期データヘルス計画」への支援についてお伺いします。（複数回答）

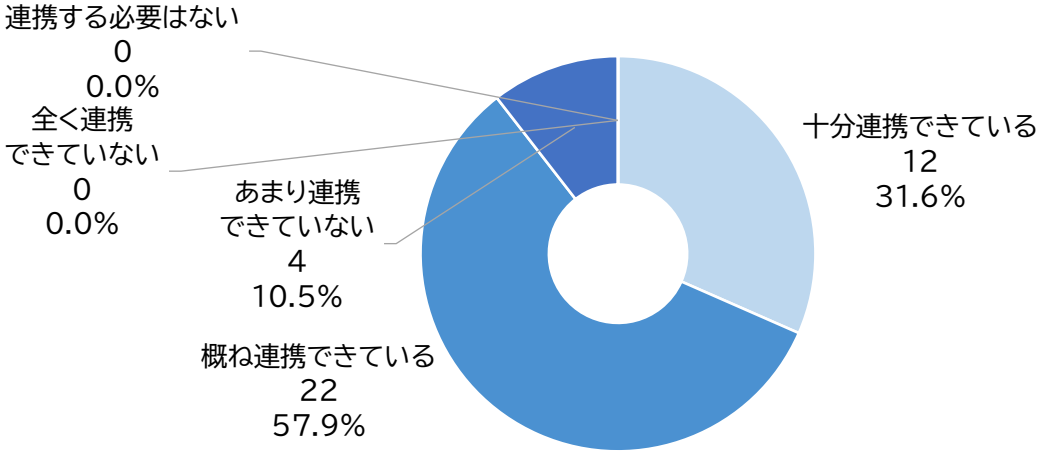
図表 3-2-39「広域連合が策定する第3期データヘルス計画」への支援 n=38



第 3 期データヘルス計画運用に関わっている 38 都道府県のうち、広域連合と「十分に連携できている」のが 12 件、「概ね連携できている」のが 22 件であった。

Q12-2 広域連合と連携が十分に取れていますか。

図表 3-2-40 広域連合の連携状況（データヘルス計画運用に関わっている 38 都道府県） n=38



3.3 ヒアリング調査

3.3.1 目的

本調査では、広域連合における第3期データヘルス計画の策定や、市町村への支援及び保健事業評価等の実態について把握する。特に第3期データヘルス計画において推進した計画様式の標準化や共通評価指標の設定の効果や課題を深掘りし、今後の広域連合の支援のあり方等の制度運用に関する検討の材料とする。

3.3.2 実施概要

(1) ヒアリング対象

第3期データヘルス計画の記載状況等詳細を確認するため、本事業の中で開催する有識者会議の構成員として参加している福島県広域連合、埼玉県広域連合、奈良県広域連合、熊本県広域連合に対してヒアリングを実施した。

(2) 主なヒアリング項目

広域連合に対してはデータヘルス計画の策定プロセス等について以下のとおり質問項目を設定した。

図表 3-3-1 広域連合へのヒアリング項目

カテゴリ	事前把握または質問項目
データヘルス計画の策定プロセス	・計画策定時の市町村との具体的な連携内容 → 外部委託の有無、広域連合・市町村の実施事項の区別 ・第 2 期データヘルス計画の振り返りと第 3 期への反映状況 ・健康課題や実施する保健事業の優先順位の設定方法
標準化の取組に対する効果・課題について	・標準化して実感したこと、期待していること ・標準化を進める上での課題
保健事業の内容充実	・保健事業の成果を上げるための工夫
評価の進め方	・市町村の保健事業の評価方法、市町村との連携方法

3.3.3 ヒアリング結果

各ヒアリングを踏まえ、策定プロセス、データヘルス計画の標準化、保健事業の内容の充実、評価の進め方の観点で内容を分類・整理した。なお、個々の広域連合のヒアリング結果は、別添資料 1-2 で取りまとめた。

(1) データヘルス計画の策定プロセスについて

データヘルス計画の策定にあたっては、どの広域連合も計画様式を活用して作成をしていたが、策定時当初から計画様式を使用していた広域連合、別に計画を策定してからその網羅性等の確認のために

計画様式を使用した広域連合など使用方法は様々であった。また、ヒアリングを実施した 4 広域連合のうち3広域連合で計画策定の一部を外部に委託をして実施していた。

計画策定段階においては、市町村や関係団体等にその内容を説明し、意見を求めながら策定していることが確認できた。

策定における課題や難しさについては以下の意見が上がった。

- 一部記載例がなく記載に苦労する計画様式があった。
- これまでの保健事業の実績、医療費分析、健康課題の把握が必要で、情報も多くこれらの取りまとめに時間を要した。
- 他の計画も同時に策定が進められており、整合性をとるための情報共有が難しかった。

（2）データヘルス計画の標準化について

第3期データヘルス計画において標準化の推進や、共通評価指標を導入したことによる効果に関する主な意見は以下のとおりであった。

- 共通評価指標の統一によって市町村の比較が可能になった。
- アウトプット・アウトカムを意識した事業設計が可能となった。
- 事業実施方法や対象者抽出基準を独自に設定した市町村で基準の見直しが進んだ。
- 統一することで目標設定が容易になった。
- 計画様式Ｉから順番に検討を進めることで計画の構造が整理されやすくなった。
- 各個別事業の体制（ストラクチャー）やプロセス、アウトプット、アウトカム指標も含めた評価指標を細かく設計することができた。
- 一体的実施に関して重点事業として位置づけることができた。

一方で、標準化を進める上での課題については以下のような意見が上げられた。

- 計画策定時には翌年の市町村予算が確定しており、初年度から完全な標準化は困難である。
- これまでの事業実績や国保事業との関係から策定年における短期間での見直しが困難な市町村がある。
- 紙レセプトを使用している医療機関からの健診情報や通いの場の質問票等の情報の取り扱いとして、データ化に課題がある市町村もある。
- 一体的実施計画書・実績報告書データのモニタリングや市町村を比較するツールが必要。
- 一体的実施の取組において複数事業に取り組むにあたって多種多様な専門職を複数配置・確保することは困難。
- 市町村の規模や地域性を考慮した標準化の進め方が必要。
- 健診受診率向上に向けた取組の結果、ハイリスク者数が増加する現状があり、目標値の設定について考え方が困難。

- 保健事業の実績や医療費分析、健康課題の取りまとめに時間を要する。
- 一部記載例がなく記載が難しい。
- 保健師が不在で、計画策定や進捗管理、保健事業の実施体制が不十分である。

上記課題について、計画策定時には広域連合から市町村に対して、丁寧な説明や意見交換を行っていることや、集約レポートを活用して実施状況を示していることもわかった。ただし、以下の点については、引き続き広域連合から市町村への情報提供等が必要であると考えられる。

- 管内市町村の状況の可視化、集約レポートを活用した説明および横展開
- 後期高齢者医療制度における保険者インセンティブの獲得状況や活用状況の説明
- データヘルス計画に関する情報の公開や、広域連合が直営で取り組む保健事業の説明

（3）保健事業の内容の充実について

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広域連合が実施している支援や工夫などに関する主な意見は以下のとおりであった。

【実施体制と事業の見直しに関して】

- データヘルス計画の中心に一体的実施を置き、市町村主体として実施、広域連合がそれを後方支援すること等役割・体制を明示した。
- 効率性と効果を重視し、広域連合の直営で取り組む保健事業と、市町村委託による保健事業の整理を行った。

【研修会、意見交換会の実施】

- 広域連合が選定して、市町村には研修会等で好事例発表等している。
- 広域連合独自開催と、広域連合・国保連合会との共催、広域連合・県との共催による研修会等を実施。
- 主管会議や研修会で、取組実施市町村数や参加者人数等の状況報告を行うなどのフィードバックを実施。主管会議では管理職向けの説明、研修会では保健事業担当者向けに詳細の説明も併せて実施。

【財政支援による取組の推進】

- 「健康教育・健康相談」や「健診未受診者への個別受診勧奨」等の取組に対して補助を行っている。（特別調整交付金（区分Ⅲ）を活用）
- インセンティブにより獲得した特別調整交付金を財源として、市町村に補助金を配分し、保健事業等への活用を推進している。

【関係団体との連携強化】

- 研修会は二部構成として、後半は医療関係団体との相談会の時間を設けた。
- 人材確保のため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を共有している。

（4）評価の進め方について

広域連合が行うデータヘルス計画の評価や市町村へのフィードバックの方法に関する主な意見は以下のとおりであった。

【市町村へのフィードバック（情報提供）】

- 県内市町村の健診受診率の順位・経年変化を示した比較一覧表を作成し、市町村への共有を行っている。
- 一体的実施の取組とアウトプット・アウトカムを評価し、さらにガイドラインを参考に5段階でプロセス・ストラクチャーを評価している。
- 広域連合でとりまとめた事業実績・評価を市町村に提供している。
- 市町村の評価に関しては、参加者数や取組項目を年々増やしているかという観点で評価

【市町村へのフィードバック（個別的支援）】

- リソースが不足している市町村等に対しては、実績報告書の提出時にフィードバックを実施している。
- 対応余力が不足している市町村および希望があった市町村に対して個別に訪問。
- 一体的実施の取組状況を調査するため、全市町村を訪問し、通いの場におけるポピュレーションアプローチの実施状況の現地視察、情報交換、課題の把握、好事例の収集等を行うための実地調査を実施している。
- 一体的実施の開始初年度となる市町村や、要望があった市町村、支援が必要と思われた市町村を対象には、オンラインで個別にフィードバックをした。
- 提出された実績報告書を確認し、事業実施の根拠や積算基礎が明確でない市町村を抽出。フィードバックの際には県庁の後期高齢者医療保険の担当も同席の上、状況を共有
- 広域連合として優先順位が高い糖尿病性腎症、健康状態不明者の取組において課題がある市町村に対しては意識して指導を行った。
- 取組状況が平均以下の市町村や課題の多い市町村を重点的に指導を行った。

【広域連合が行う評価について】

- 計画様式の標準化により、各事業のストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカムを整理することが可能となった。
- 市町村からは、各個別事業の評価について、具体的な評価の仕方を学習したいという要望がある。
- 保健事業の実施により、どの程度ハイリスク者の減少につながるのか、医療費増加抑制につながるのか等にかかる知見やエビデンスがなく、目標設定の難しさがある。
- 国や厚生労働科学研究班から、標準化によりエビデンスやノウハウが提供されることを期待する。
- 市町村国保からの被保険者の異動への対応があるため、改善に向けての目標値の設定が困難。
- KDB や各種ツールの理解が難しく、十分に活用できていない。

【インセンティブの活用、情報提供】

- インセンティブの獲得状況、活用状況の情報共有を行っている。取組状況に応じてインセンティブを市町村に配分している。ハイリスクアプローチ、ポピュレーションアプローチのいずれも配点の対象とし、ハイリスクアプローチについては取組を細分化することで、複数の取組を行う場合により多くの配点となるようにしている。高得点となるよう取組数を増やした市町村が増加している。
- 取組状況が平均以下の市町村や課題の多い市町村を重点的に指導している。
- 国のインセンティブを念頭に置き、より多くの市町村が国の提示する方針を踏まえて丁寧に事業を実施することを意識。

（5）管内市町村からの要望事項

ヒアリング対象の広域連合の一部管内市町村に対し、追加でヒアリングを実施したところ、以下のような広域連合への要望があった。

- データヘルス計画の策定時、データの提供を依頼されたが、計画策定のためのものだと理解していなかった。また、データヘルス計画の素案を広域連合から示されたが、市町村への個別事業との関係が分からず、評価指標の設定時に混乱が生じた。これらのことから、計画様式の提示にあたっての説明内容や方法について工夫してほしい。
- 市町村別の結果のグラフについて、規模別に示していただけると参考情報として有用である。

4. その他

4.1 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

本報告書の内容に係る検討及びその基礎となる調査・分析については、有識者・実務者から構成する会議体を開催し、調査・分析の方法・結果及びとりまとめの方針について意見を承ったうえで、本報告書を取りまとめた。有識者会議の設定にあたっての検討事項は、第 1 章で述べた内容を背景として、以下のとおり設定した。

- 広域連合による第3期データヘルス計画の策定内容に係る調査について
- 広域連合における保健事業の進捗管理方法について
- その他

また、有識者会議の構成員としては、学識経験者、自治体、保険者から構成し、構成員及びオブザーバーを以下のとおりとした。（以下、五十音順、敬称略　◎は座長）

◎井出　博生　　東京大学未来ビジョン研究センター　特任准教授
奥田　一貴　　奈良県後期高齢者医療広域連合　事業課給付係　係長
樺山　舞　　大阪大学大学院　医学系研究科保健学専攻　教授
田中　和美　　神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部　教授
津下　一代　　女子栄養大学栄養学部　特任教授
南部　清美　　熊本県後期高齢者医療広域連合　事業課保健事業班
平田　匠　　東京都健康長寿医療センター研究所　研究部長
福田　雄二　　埼玉県後期高齢者医療広域連合　給付課給付担当
古山　綾子　　福島県後期高齢者医療広域連合　業務課保健事業係　企画調整官
＜オブザーバー＞　　公益社団法人　国民健康保険中央会

有識者会議は以下 3 回に分けて開催した。

- 第 1 回：令和 6 年 8 月 30 日（金）　15 時～17 時
- 第 2 回：令和 6 年 12 月 16 日（月）　13 時 30 分～16 時
- 第 3 回：令和 7 年 2 月 21 日（金）　14 時～16 時

4.2 別添資料一覧

（1）調査結果に係る別添資料

1）共通評価指標一覧（別添資料 1-1）

第 3 期データヘルス計画において各広域連合より示された共通評価指標の令和 4 年度の実績値に

ついてとりまとめた結果について、一覧として提示した。

2）広域連合のヒアリング調査結果（別添資料 1-2）

本事業における構成員である広域連合へのヒアリング調査（福島・埼玉・奈良・熊本）の結果をそれぞれとりまとめた。

（2）データヘルス計画の PDCA 管理に向けた参考様式

1）進捗管理シート（別添資料 2-1）

有識者会議で議論の上、広域連合がデータヘルス計画の評価・進捗管理を行う際に活用可能な様式として、計画様式Ⅲ及びⅣを改変して、実績値や取組状況に関する評価や改善点の整理等の整理ができるようにしたシートをとりまとめた。なお、本シートを活用の上、進捗管理を行っていくことが望ましい。

2）振り返りシート（別添資料 2-2）

進捗管理シートにおいて保健事業の取組状況及び結果等について進捗管理していくにあたって、1 年間の広域連合における一体的実施を含む取組状況について、ストラクチャー・プロセス・アウトプット・アウトカム等の視点に沿って振り返り、整理を行うためのシートを作成した。本振り返りシートは、事業を実施した結果を踏まえて今後どう対応するのか、結果を踏まえて何をどのように協議したのかなどの判断根拠や経緯、考察やコメントなどを記録できるようにしている。また、振り返りシートの付録として作成し、広域連合が、市町村に対して実施した支援内容を記録して整理しておくために活用いただくことを想定している。振り返りシート等によって、具体的に取組状況の把握及び改善に向けた経緯や整理を行うことが可能であることを理解のうえ、適宜活用することが望まれる。

（3）全広域連合で策定されたデータヘルス計画（別添資料 3）

全広域連合において策定されたデータヘルス計画のホームページに掲載され、周知が図られている。他の広域連合のデータヘルス計画の状況（保健事業の実情）の把握や参考にしていただける情報がまとめられていることから、ぜひ参照いただきたい。なお、詳細について把握したい場合等、必要時該当広域連合に照会等を行い、主体的に情報収集や意見交換の機会等を確保することも重要である。各広域連合のデータヘルス計画については、厚生労働省ホームページにもリンクを掲載予定である。

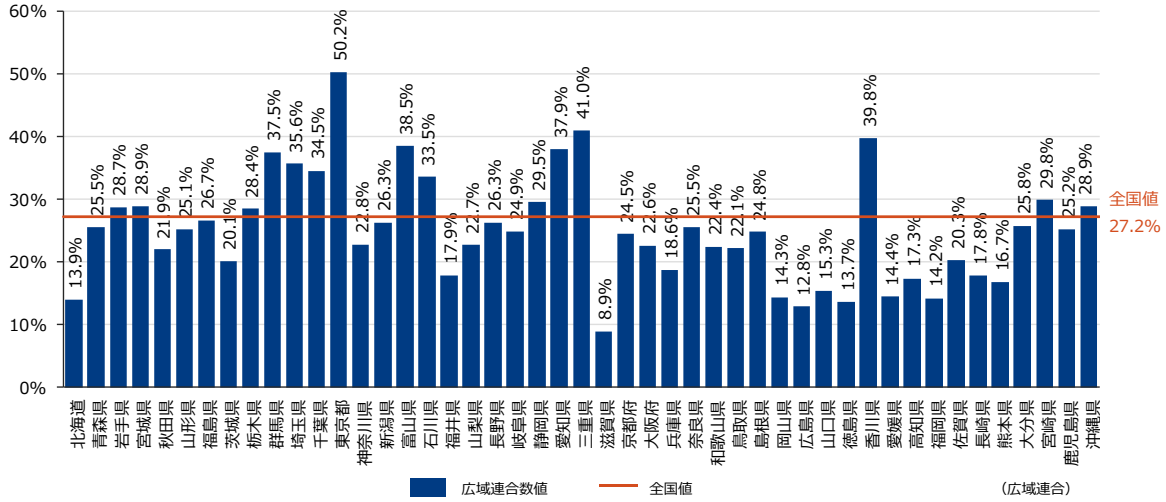
（4）構成市町村に対する情報提供（例）（別添資料 4）

一体的実施計画書や実績報告書の内容を集約した内容（以下、「集約レポート」という。）についても、データヘルス計画において、個別事業である一体的実施の各取組の進捗状況を把握し、広域連合として進捗管理していくことが重要である。その際、構成市町村に対しても、データヘルス計画の方針に則した個別事業の実施が求められていることの理解を促し、構成市町村ごとの実態を市町村間比較等により把握してもらうことが必要となる。その手法の 1 つとして、集約レポートの結果やその結果から新たに課題等を可視化する工夫を加えて、構成市町村に提示することも有効である。

別添資料 1-1： 共通評価指標の一覧（令和 4 年度）

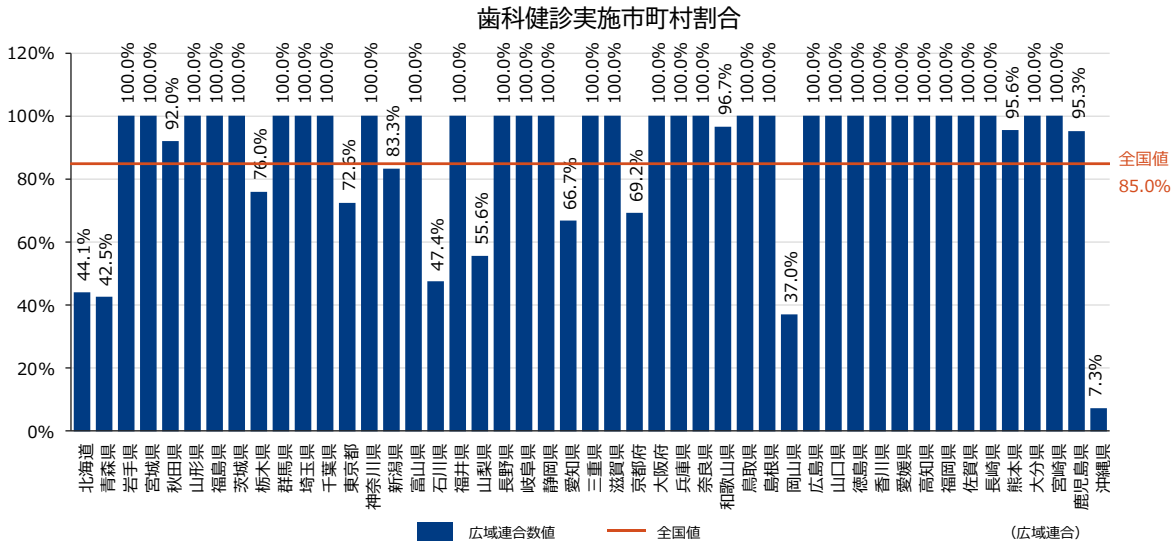
各共通評価指標の令和 4 年度実績値を広域連合別にグラフ表示する（一覧を電子ファイルにて別途提供）。

健診受診率



広域連合	割合	分母	分子
北海道	13.9%	773,318	107,352
青森県	25.5%	195,236	49,747
岩手県	28.7%	203,283	58,346
宮城県	28.9%	295,516	85,262
秋田県	21.9%	172,372	37,804
山形県	25.1%	173,577	43,619
福島県	26.7%	275,830	73,510
茨城県	20.1%	395,968	79,416
栃木県	28.4%	255,457	72,666
群馬県	37.5%	279,069	104,577
埼玉県	35.6%	957,380	340,945
千葉県	34.5%	843,286	291,270
東京都	50.2%	1,559,773	782,930
神奈川県	22.8%	1,243,796	283,302
新潟県	26.3%	345,282	90,805
富山県	38.5%	172,218	66,223
石川県	33.5%	163,800	54,948
福井県	17.9%	111,682	19,955
山梨県	22.7%	123,676	28,038
長野県	26.3%	354,388	93,084
岐阜県	24.9%	297,446	74,050
静岡県	29.5%	531,453	156,900
愛知県	37.9%	968,607	367,372
三重県	41.0%	271,866	111,530

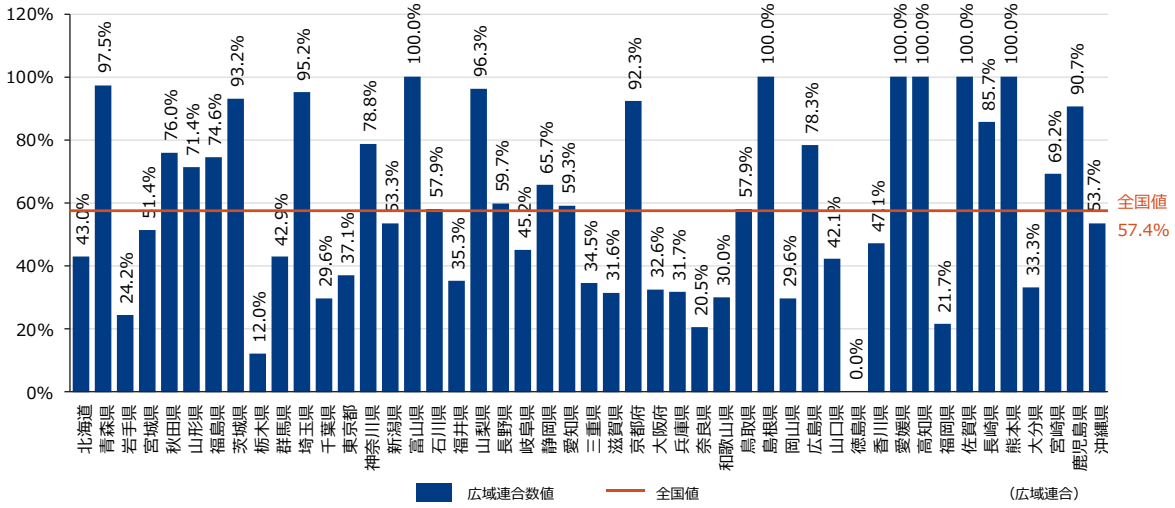
広域連合	割合	分母	分子
滋賀県	8.9%	187,837	16,691
京都府	24.5%	377,346	92,356
大阪府	22.6%	1,180,640	266,645
兵庫県	18.6%	766,822	142,999
奈良県	25.5%	214,937	54,801
和歌山県	22.4%	152,524	34,203
鳥取県	22.1%	85,736	18,967
島根県	24.8%	114,479	28,357
岡山県	14.3%	282,501	40,508
広島県	12.8%	412,301	52,823
山口県	15.3%	229,637	35,062
徳島県	13.7%	114,011	15,570
香川県	39.8%	145,669	57,913
愛媛県	14.4%	208,458	30,043
高知県	17.3%	117,320	20,354
福岡県	14.2%	680,790	96,729
佐賀県	20.3%	115,965	23,567
長崎県	17.8%	202,568	36,044
熊本県	16.7%	260,523	43,472
大分県	25.8%	185,263	47,728
宮崎県	29.8%	162,266	48,414
鹿児島県	25.2%	238,204	60,091
沖縄県	28.9%	135,317	39,107
全国値	27.2%	17,535,393	4,776,095



広域連合	割合	分母	分子
北海道	44.1%	179	79
青森県	42.5%	40	17
岩手県	100.0%	33	33
宮城県	100.0%	35	35
秋田県	92.0%	25	23
山形県	100.0%	35	35
福島県	100.0%	59	59
茨城県	100.0%	44	44
栃木県	76.0%	25	19
群馬県	100.0%	35	35
埼玉県	100.0%	63	63
千葉県	100.0%	54	54
東京都	72.6%	62	45
神奈川県	100.0%	33	33
新潟県	83.3%	30	25
富山県	100.0%	15	15
石川県	47.4%	19	9
福井県	100.0%	17	17
山梨県	55.6%	27	15
長野県	100.0%	77	77
岐阜県	100.0%	42	42
静岡県	100.0%	35	35
愛知県	66.7%	54	36
三重県	100.0%	29	29

広域連合	割合	分母	分子
滋賀県	100.0%	19	19
京都府	69.2%	26	18
大阪府	100.0%	43	43
兵庫県	100.0%	41	41
奈良県	100.0%	39	39
和歌山県	96.7%	30	29
鳥取県	100.0%	19	19
島根県	100.0%	19	19
岡山県	37.0%	27	10
広島県	100.0%	23	23
山口県	100.0%	19	19
徳島県	100.0%	24	24
香川県	100.0%	17	17
愛媛県	100.0%	20	20
高知県	100.0%	34	34
福岡県	100.0%	60	60
佐賀県	100.0%	20	20
長崎県	100.0%	21	21
熊本県	95.6%	45	43
大分県	100.0%	18	18
宮崎県	100.0%	26	26
鹿児島県	95.3%	43	41
沖縄県	7.3%	41	3
全国値	85.0%	1,741	1,480

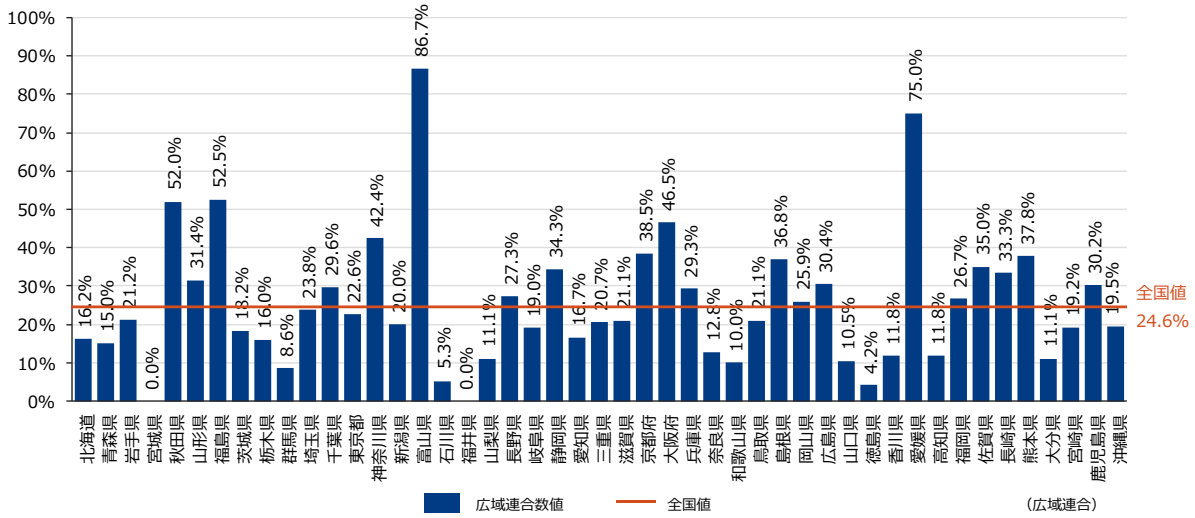
質問票を活用したハイリスク者把握に基づく保健事業を実施している市町村割合



広域連合	割合	分母	分子
北海道	43.0%	179	77
青森県	97.5%	40	39
岩手県	24.2%	33	8
宮城県	51.4%	35	18
秋田県	76.0%	25	19
山形県	71.4%	35	25
福島県	74.6%	59	44
茨城県	93.2%	44	41
栃木県	12.0%	25	3
群馬県	42.9%	35	15
埼玉県	95.2%	63	60
千葉県	29.6%	54	16
東京都	37.1%	62	23
神奈川県	78.8%	33	26
新潟県	53.3%	30	16
富山県	100.0%	15	15
石川県	57.9%	19	11
福井県	35.3%	17	6
山梨県	96.3%	27	26
長野県	59.7%	77	46
岐阜県	45.2%	42	19
静岡県	65.7%	35	23
愛知県	59.3%	54	32
三重県	34.5%	29	10

広域連合	割合	分母	分子
滋賀県	31.6%	19	6
京都府	92.3%	26	24
大阪府	32.6%	43	14
兵庫県	31.7%	41	13
奈良県	20.5%	39	8
和歌山県	30.0%	30	9
鳥取県	57.9%	19	11
島根県	100.0%	19	19
岡山県	29.6%	27	8
広島県	78.3%	23	18
山口県	42.1%	19	8
徳島県	0.0%	24	0
香川県	47.1%	17	8
愛媛県	100.0%	20	20
高知県	100.0%	34	34
福岡県	21.7%	60	13
佐賀県	100.0%	20	20
長崎県	85.7%	21	18
熊本県	100.0%	45	45
大分県	33.3%	18	6
宮崎県	69.2%	26	18
鹿児島県	90.7%	43	39
沖縄県	53.7%	41	22
全国値	57.4%	1,741	999

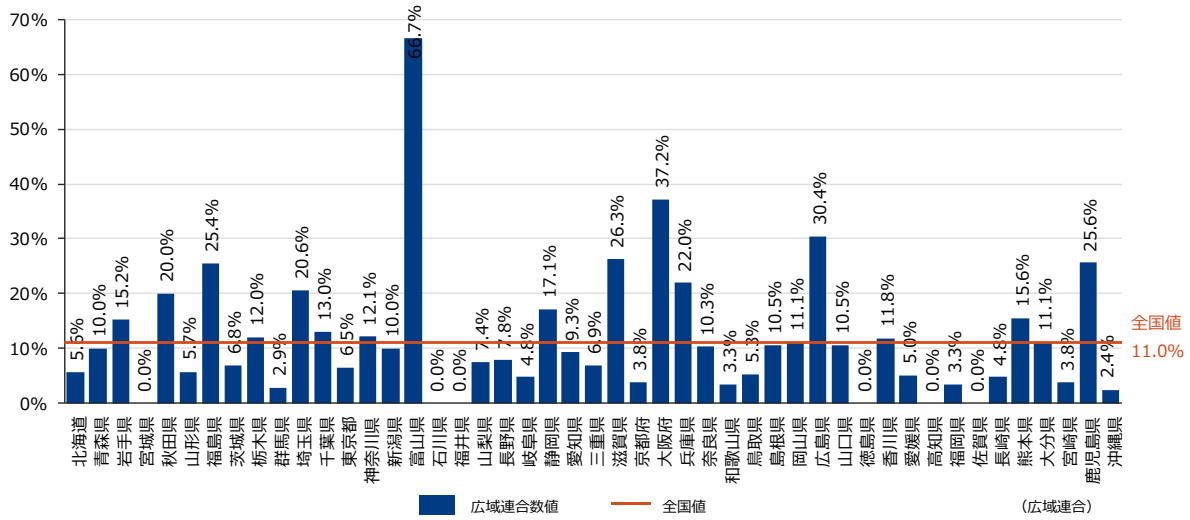
低栄養（実施市町村割合）



広域連合	割合	分母	分子
北海道	16.2%	179	29
青森県	15.0%	40	6
岩手県	21.2%	33	7
宮城県	0.0%	35	0
秋田県	52.0%	25	13
山形県	31.4%	35	11
福島県	52.5%	59	31
茨城県	18.2%	44	8
栃木県	16.0%	25	4
群馬県	8.6%	35	3
埼玉県	23.8%	63	15
千葉県	29.6%	54	16
東京都	22.6%	62	14
神奈川県	42.4%	33	14
新潟県	20.0%	30	6
富山県	86.7%	15	13
石川県	5.3%	19	1
福井県	0.0%	17	0
山梨県	11.1%	27	3
長野県	27.3%	77	21
岐阜県	19.0%	42	8
静岡県	34.3%	35	12
愛知県	16.7%	54	9
三重県	20.7%	29	6

広域連合	割合	分母	分子
滋賀県	21.1%	19	4
京都府	38.5%	26	10
大阪府	46.5%	43	20
兵庫県	29.3%	41	12
奈良県	12.8%	39	5
和歌山県	10.0%	30	3
鳥取県	21.1%	19	4
島根県	36.8%	19	7
岡山県	25.9%	27	7
広島県	30.4%	23	7
山口県	10.5%	19	2
徳島県	4.2%	24	1
香川県	11.8%	17	2
愛媛県	75.0%	20	15
高知県	11.8%	34	4
福岡県	26.7%	60	16
佐賀県	35.0%	20	7
長崎県	33.3%	21	7
熊本県	37.8%	45	17
大分県	11.1%	18	2
宮崎県	19.2%	26	5
鹿児島県	30.2%	43	13
沖縄県	19.5%	41	8
全国値	24.6%	1,741	428

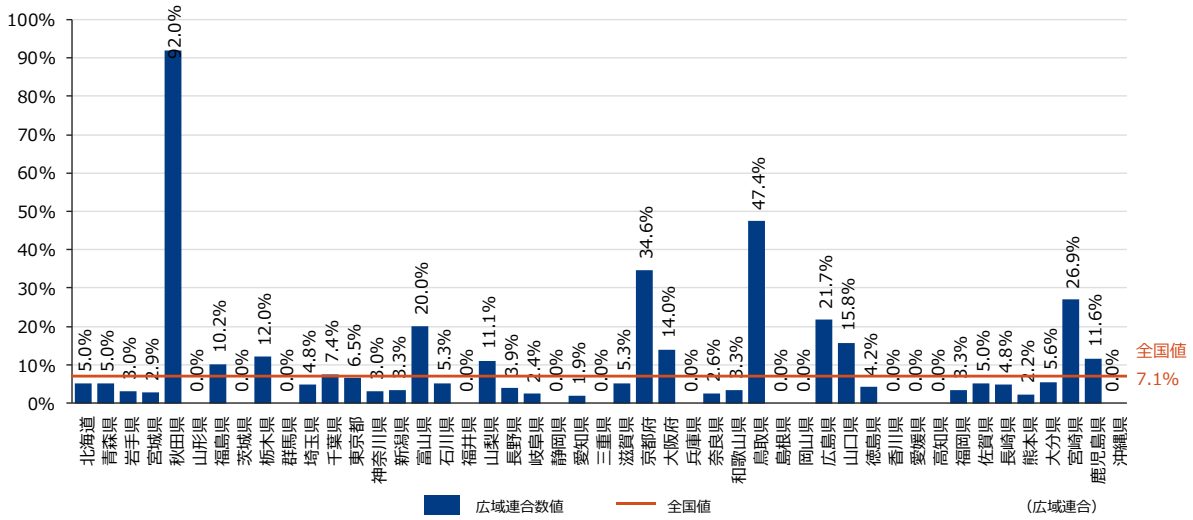
口腔（実施市町村割合）



広域連合	割合	分母	分子
北海道	5.6%	179	10
青森県	10.0%	40	4
岩手県	15.2%	33	5
宮城県	0.0%	35	0
秋田県	20.0%	25	5
山形県	5.7%	35	2
福島県	25.4%	59	15
茨城県	6.8%	44	3
栃木県	12.0%	25	3
群馬県	2.9%	35	1
埼玉県	20.6%	63	13
千葉県	13.0%	54	7
東京都	6.5%	62	4
神奈川県	12.1%	33	4
新潟県	10.0%	30	3
富山県	66.7%	15	10
石川県	0.0%	19	0
福井県	0.0%	17	0
山梨県	7.4%	27	2
長野県	7.8%	77	6
岐阜県	4.8%	42	2
静岡県	17.1%	35	6
愛知県	9.3%	54	5
三重県	6.9%	29	2

広域連合	割合	分母	分子
滋賀県	26.3%	19	5
京都府	3.8%	26	1
大阪府	37.2%	43	16
兵庫県	22.0%	41	9
奈良県	10.3%	39	4
和歌山県	3.3%	30	1
鳥取県	5.3%	19	1
島根県	10.5%	19	2
岡山県	11.1%	27	3
広島県	30.4%	23	7
山口県	10.5%	19	2
徳島県	0.0%	24	0
香川県	11.8%	17	2
愛媛県	5.0%	20	1
高知県	0.0%	34	0
福岡県	3.3%	60	2
佐賀県	0.0%	20	0
長崎県	4.8%	21	1
熊本県	15.6%	45	7
大分県	11.1%	18	2
宮崎県	3.8%	26	1
鹿児島県	25.6%	43	11
沖縄県	2.4%	41	1
全国値	11.0%	1,741	191

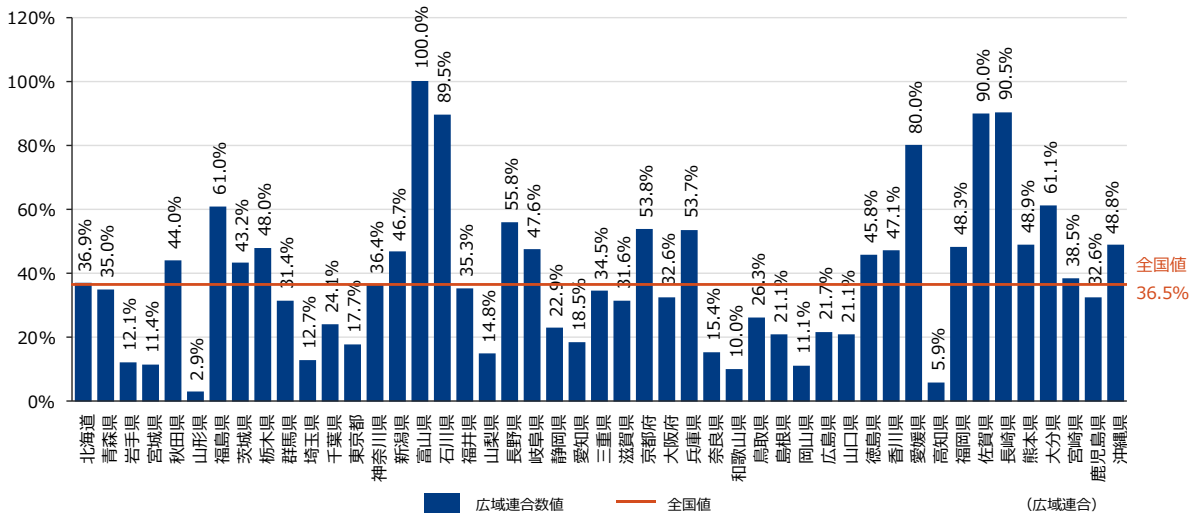
服薬（重複・多剤等）（実施市町村割合）



広域連合	割合	分母	分子
北海道	5.0%	179	9
青森県	5.0%	40	2
岩手県	3.0%	33	1
宮城県	2.9%	35	1
秋田県	92.0%	25	23
山形県	0.0%	35	0
福島県	10.2%	59	6
茨城県	0.0%	44	0
栃木県	12.0%	25	3
群馬県	0.0%	35	0
埼玉県	4.8%	63	3
千葉県	7.4%	54	4
東京都	6.5%	62	4
神奈川県	3.0%	33	1
新潟県	3.3%	30	1
富山県	20.0%	15	3
石川県	5.3%	19	1
福井県	0.0%	17	0
山梨県	11.1%	27	3
長野県	3.9%	77	3
岐阜県	2.4%	42	1
静岡県	0.0%	35	0
愛知県	1.9%	54	1
三重県	0.0%	29	0

広域連合	割合	分母	分子
滋賀県	5.3%	19	1
京都府	34.6%	26	9
大阪府	14.0%	43	6
兵庫県	0.0%	41	0
奈良県	2.6%	39	1
和歌山県	3.3%	30	1
鳥取県	47.4%	19	9
島根県	0.0%	19	0
岡山県	0.0%	27	0
広島県	21.7%	23	5
山口県	15.8%	19	3
徳島県	4.2%	24	1
香川県	0.0%	17	0
愛媛県	0.0%	20	0
高知県	0.0%	34	0
福岡県	3.3%	60	2
佐賀県	5.0%	20	1
長崎県	4.8%	21	1
熊本県	2.2%	45	1
大分県	5.6%	18	1
宮崎県	26.9%	26	7
鹿児島県	11.6%	43	5
沖縄県	0.0%	41	0
全国値	7.1%	1,741	124

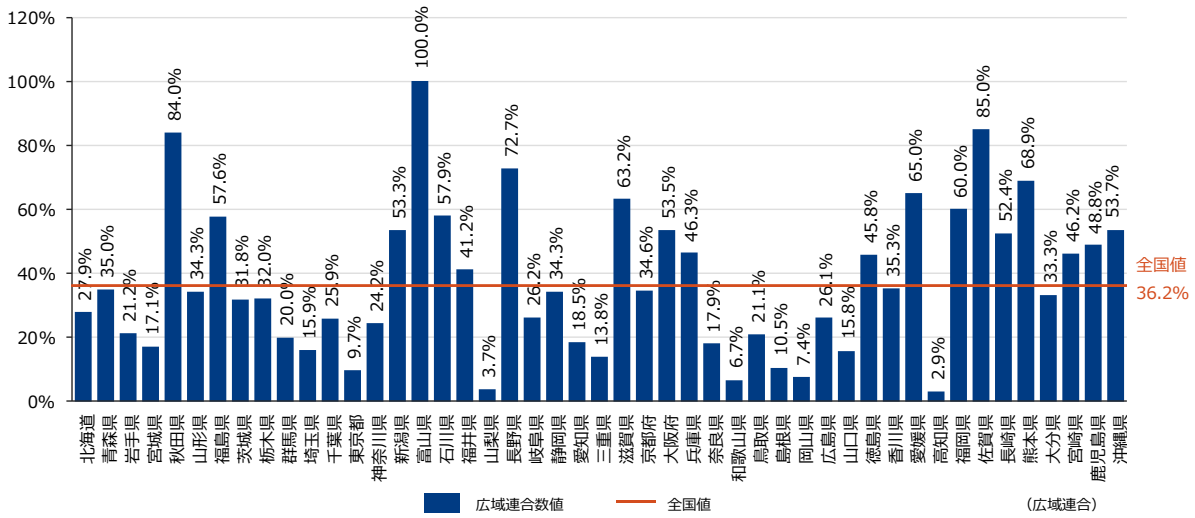
重症化予防（糖尿病性腎症）（実施市町村割合）



広域連合	割合	分母	分子
北海道	36.9%	179	66
青森県	35.0%	40	14
岩手県	12.1%	33	4
宮城県	11.4%	35	4
秋田県	44.0%	25	11
山形県	2.9%	35	1
福島県	61.0%	59	36
茨城県	43.2%	44	19
栃木県	48.0%	25	12
群馬県	31.4%	35	11
埼玉県	12.7%	63	8
千葉県	24.1%	54	13
東京都	17.7%	62	11
神奈川県	36.4%	33	12
新潟県	46.7%	30	14
富山県	100.0%	15	15
石川県	89.5%	19	17
福井県	35.3%	17	6
山梨県	14.8%	27	4
長野県	55.8%	77	43
岐阜県	47.6%	42	20
静岡県	22.9%	35	8
愛知県	18.5%	54	10
三重県	34.5%	29	10

広域連合	割合	分母	分子
滋賀県	31.6%	19	6
京都府	53.8%	26	14
大阪府	32.6%	43	14
兵庫県	53.7%	41	22
奈良県	15.4%	39	6
和歌山県	10.0%	30	3
鳥取県	26.3%	19	5
島根県	21.1%	19	4
岡山県	11.1%	27	3
広島県	21.7%	23	5
山口県	21.1%	19	4
徳島県	45.8%	24	11
香川県	47.1%	17	8
愛媛県	80.0%	20	16
高知県	5.9%	34	2
福岡県	48.3%	60	29
佐賀県	90.0%	20	18
長崎県	90.5%	21	19
熊本県	48.9%	45	22
大分県	61.1%	18	11
宮崎県	38.5%	26	10
鹿児島県	32.6%	43	14
沖縄県	48.8%	41	20
全国値	36.5%	1,741	635

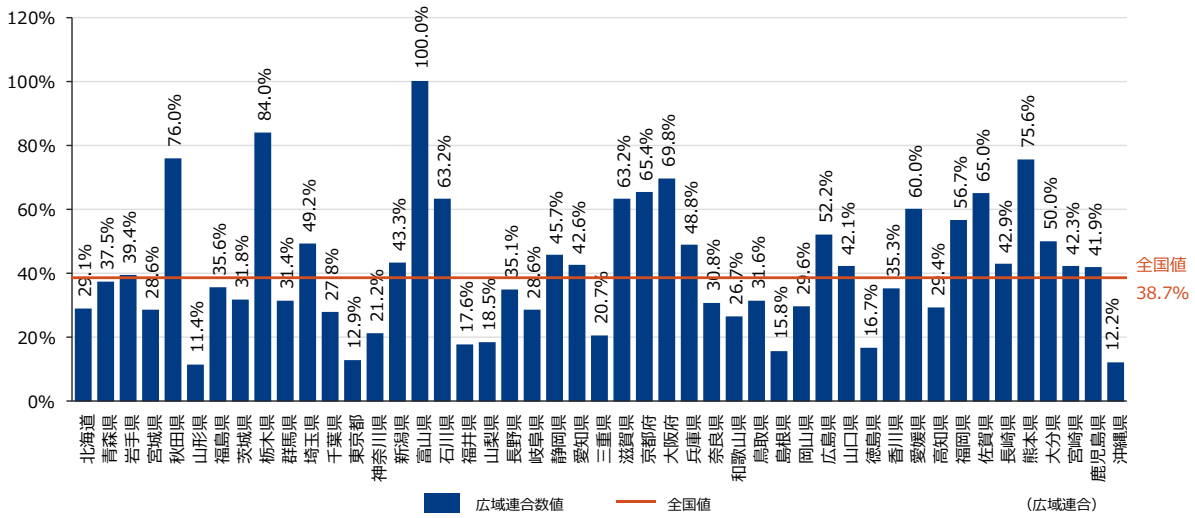
重症化予防（その他身体的フレイルを含む）（実施市町村割合）



広域連合	割合	分母	分子
北海道	27.9%	179	50
青森県	35.0%	40	14
岩手県	21.2%	33	7
宮城県	17.1%	35	6
秋田県	84.0%	25	21
山形県	34.3%	35	12
福島県	57.6%	59	34
茨城県	31.8%	44	14
栃木県	32.0%	25	8
群馬県	20.0%	35	7
埼玉県	15.9%	63	10
千葉県	25.9%	54	14
東京都	9.7%	62	6
神奈川県	24.2%	33	8
新潟県	53.3%	30	16
富山県	100.0%	15	15
石川県	57.9%	19	11
福井県	41.2%	17	7
山梨県	3.7%	27	1
長野県	72.7%	77	56
岐阜県	26.2%	42	11
静岡県	34.3%	35	12
愛知県	18.5%	54	10
三重県	13.8%	29	4

広域連合	割合	分母	分子
滋賀県	63.2%	19	12
京都府	34.6%	26	9
大阪府	53.5%	43	23
兵庫県	46.3%	41	19
奈良県	17.9%	39	7
和歌山県	6.7%	30	2
鳥取県	21.1%	19	4
島根県	10.5%	19	2
岡山県	7.4%	27	2
広島県	26.1%	23	6
山口県	15.8%	19	3
徳島県	45.8%	24	11
香川県	35.3%	17	6
愛媛県	65.0%	20	13
高知県	2.9%	34	1
福岡県	60.0%	60	36
佐賀県	85.0%	20	17
長崎県	52.4%	21	11
熊本県	68.9%	45	31
大分県	33.3%	18	6
宮崎県	46.2%	26	12
鹿児島県	48.8%	43	21
沖縄県	53.7%	41	22
全国値	36.2%	1,741	630

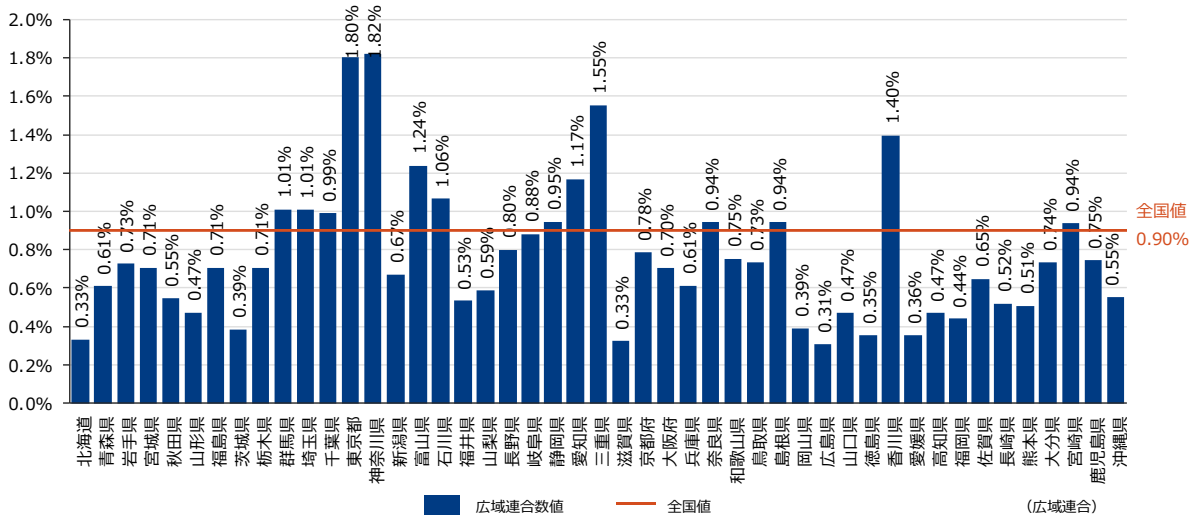
健康状態不明者（実施市町村割合）



広域連合	割合	分母	分子
北海道	29.1%	179	52
青森県	37.5%	40	15
岩手県	39.4%	33	13
宮城県	28.6%	35	10
秋田県	76.0%	25	19
山形県	11.4%	35	4
福島県	35.6%	59	21
茨城県	31.8%	44	14
栃木県	84.0%	25	21
群馬県	31.4%	35	11
埼玉県	49.2%	63	31
千葉県	27.8%	54	15
東京都	12.9%	62	8
神奈川県	21.2%	33	7
新潟県	43.3%	30	13
富山県	100.0%	15	15
石川県	63.2%	19	12
福井県	17.6%	17	3
山梨県	18.5%	27	5
長野県	35.1%	77	27
岐阜県	28.6%	42	12
静岡県	45.7%	35	16
愛知県	42.6%	54	23
三重県	20.7%	29	6

広域連合	割合	分母	分子
滋賀県	63.2%	19	12
京都府	65.4%	26	17
大阪府	69.8%	43	30
兵庫県	48.8%	41	20
奈良県	30.8%	39	12
和歌山県	26.7%	30	8
鳥取県	31.6%	19	6
島根県	15.8%	19	3
岡山県	29.6%	27	8
広島県	52.2%	23	12
山口県	42.1%	19	8
徳島県	16.7%	24	4
香川県	35.3%	17	6
愛媛県	60.0%	20	12
高知県	29.4%	34	10
福岡県	56.7%	60	34
佐賀県	65.0%	20	13
長崎県	42.9%	21	9
熊本県	75.6%	45	34
大分県	50.0%	18	9
宮崎県	42.3%	26	11
鹿児島県	41.9%	43	18
沖縄県	12.2%	41	5
全国値	38.7%	1,741	674

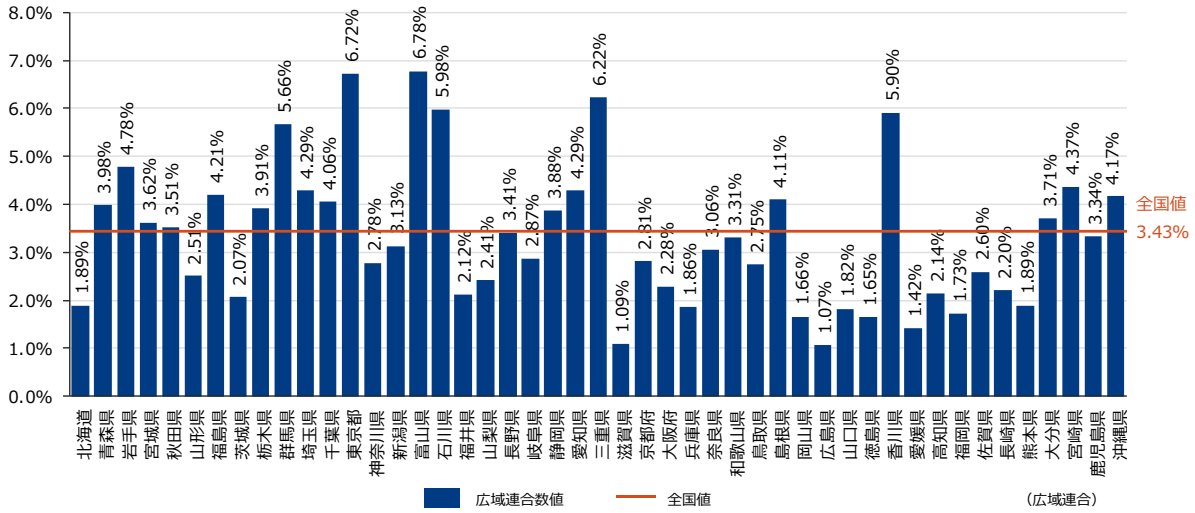
低栄養（ハイリスク者割合）



広域連合	割合	分母	分子
北海道	0.33%	852,669	2,843
青森県	0.61%	212,029	1,292
岩手県	0.73%	215,828	1,565
宮城県	0.71%	318,191	2,246
秋田県	0.55%	189,830	1,040
山形県	0.47%	190,444	898
福島県	0.71%	297,440	2,098
茨城県	0.39%	453,843	1,750
栃木県	0.71%	277,485	1,963
群馬県	1.01%	300,532	3,026
埼玉県	1.01%	992,041	9,978
千葉県	0.99%	880,108	8,701
東京都	1.80%	1,615,173	29,136
神奈川県	1.82%	1,257,039	22,884
新潟県	0.67%	374,784	2,519
富山県	1.24%	185,272	2,291
石川県	1.06%	176,127	1,874
福井県	0.53%	121,720	649
山梨県	0.59%	131,280	769
長野県	0.80%	359,473	2,873
岐阜県	0.88%	315,179	2,782
静岡県	0.95%	571,070	5,401
愛知県	1.17%	1,055,322	12,317
三重県	1.55%	290,565	4,510

広域連合	割合	分母	分子
滋賀県	0.33%	189,284	616
京都府	0.78%	402,061	3,152
大阪府	0.70%	1,264,325	8,888
兵庫県	0.61%	814,468	4,987
奈良県	0.94%	219,450	2,069
和歌山県	0.75%	163,266	1,229
鳥取県	0.73%	92,788	679
島根県	0.94%	123,706	1,165
岡山県	0.39%	315,168	1,228
広島県	0.31%	439,688	1,352
山口県	0.47%	255,580	1,203
徳島県	0.35%	131,048	463
香川県	1.40%	156,945	2,190
愛媛県	0.36%	238,270	848
高知県	0.47%	128,907	604
福岡県	0.44%	733,745	3,225
佐賀県	0.65%	125,310	812
長崎県	0.52%	218,877	1,138
熊本県	0.51%	283,736	1,440
大分県	0.74%	199,490	1,467
宮崎県	0.94%	177,732	1,666
鹿児島県	0.75%	261,803	1,951
沖縄県	0.55%	145,247	801
全国値	0.90%	18,714,338	168,578

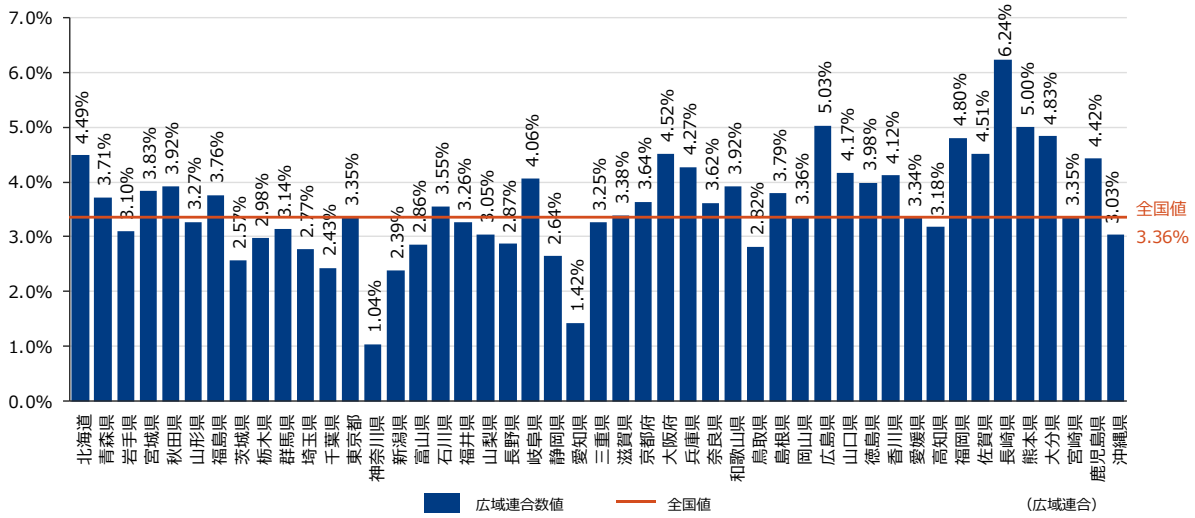
口腔（ハイリスク者割合）



広域連合	割合	分母	分子
北海道	1.89%	852,669	16,140
青森県	3.98%	212,029	8,448
岩手県	4.78%	215,828	10,315
宮城県	3.62%	318,191	11,528
秋田県	3.51%	189,830	6,664
山形県	2.51%	190,444	4,775
福島県	4.21%	297,440	12,511
茨城県	2.07%	453,843	9,400
栃木県	3.91%	277,485	10,861
群馬県	5.66%	300,532	17,024
埼玉県	4.29%	992,041	42,595
千葉県	4.06%	880,108	35,762
東京都	6.72%	1,615,173	108,557
神奈川県	2.78%	1,257,039	34,960
新潟県	3.13%	374,784	11,744
富山県	6.78%	185,272	12,561
石川県	5.98%	176,127	10,531
福井県	2.12%	121,720	2,578
山梨県	2.41%	131,280	3,166
長野県	3.41%	359,473	12,261
岐阜県	2.87%	315,179	9,053
静岡県	3.88%	571,070	22,153
愛知県	4.29%	1,055,322	45,252
三重県	6.22%	290,565	18,078

広域連合	割合	分母	分子
滋賀県	1.09%	189,284	2,069
京都府	2.81%	402,061	11,318
大阪府	2.28%	1,264,325	28,842
兵庫県	1.86%	814,468	15,121
奈良県	3.06%	219,450	6,713
和歌山県	3.31%	163,266	5,402
鳥取県	2.75%	92,788	2,549
島根県	4.11%	123,706	5,084
岡山県	1.66%	315,168	5,229
広島県	1.07%	439,688	4,706
山口県	1.82%	255,580	4,658
徳島県	1.65%	131,048	2,162
香川県	5.90%	156,945	9,264
愛媛県	1.42%	238,270	3,379
高知県	2.14%	128,907	2,765
福岡県	1.73%	733,745	12,676
佐賀県	2.60%	125,310	3,253
長崎県	2.20%	218,877	4,817
熊本県	1.89%	283,736	5,358
大分県	3.71%	199,490	7,400
宮崎県	4.37%	177,732	7,771
鹿児島県	3.34%	261,803	8,745
沖縄県	4.17%	145,247	6,056
全国値	3.43%	18,714,338	642,254

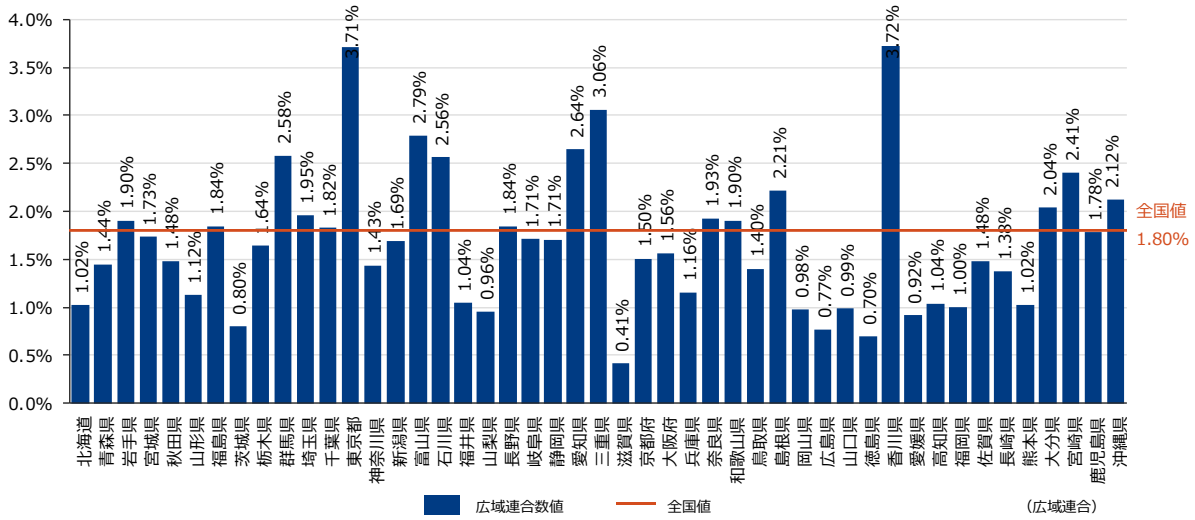
服薬（多剤）（ハイリスク者割合）



広域連合	割合	分母	分子
北海道	4.49%	852,669	38,259
青森県	3.71%	212,029	7,874
岩手県	3.10%	215,828	6,683
宮城県	3.83%	318,191	12,189
秋田県	3.92%	189,830	7,435
山形県	3.27%	190,444	6,233
福島県	3.76%	297,440	11,188
茨城県	2.57%	453,843	11,653
栃木県	2.98%	277,485	8,263
群馬県	3.14%	300,532	9,429
埼玉県	2.77%	992,041	27,446
千葉県	2.43%	880,108	21,414
東京都	3.35%	1,615,173	54,075
神奈川県	1.04%	1,257,039	13,090
新潟県	2.39%	374,784	8,957
富山県	2.86%	185,272	5,298
石川県	3.55%	176,127	6,247
福井県	3.26%	121,720	3,966
山梨県	3.05%	131,280	3,998
長野県	2.87%	359,473	10,300
岐阜県	4.06%	315,179	12,799
静岡県	2.64%	571,070	15,076
愛知県	1.42%	1,055,322	15,029
三重県	3.25%	290,565	9,455

広域連合	割合	分母	分子
滋賀県	3.38%	189,284	6,396
京都府	3.64%	402,061	14,615
大阪府	4.52%	1,264,325	57,168
兵庫県	4.27%	814,468	34,807
奈良県	3.62%	219,450	7,939
和歌山県	3.92%	163,266	6,402
鳥取県	2.82%	92,788	2,617
島根県	3.79%	123,706	4,689
岡山県	3.36%	315,168	10,597
広島県	5.03%	439,688	22,121
山口県	4.17%	255,580	10,654
徳島県	3.98%	131,048	5,219
香川県	4.12%	156,945	6,472
愛媛県	3.34%	238,270	7,960
高知県	3.18%	128,907	4,097
福岡県	4.80%	733,745	35,216
佐賀県	4.51%	125,310	5,650
長崎県	6.24%	218,877	13,657
熊本県	5.00%	283,736	14,183
大分県	4.83%	199,490	9,645
宮崎県	3.35%	177,732	5,947
鹿児島県	4.42%	261,803	11,579
沖縄県	3.03%	145,247	4,401
全国値	3.36%	18,714,338	628,387

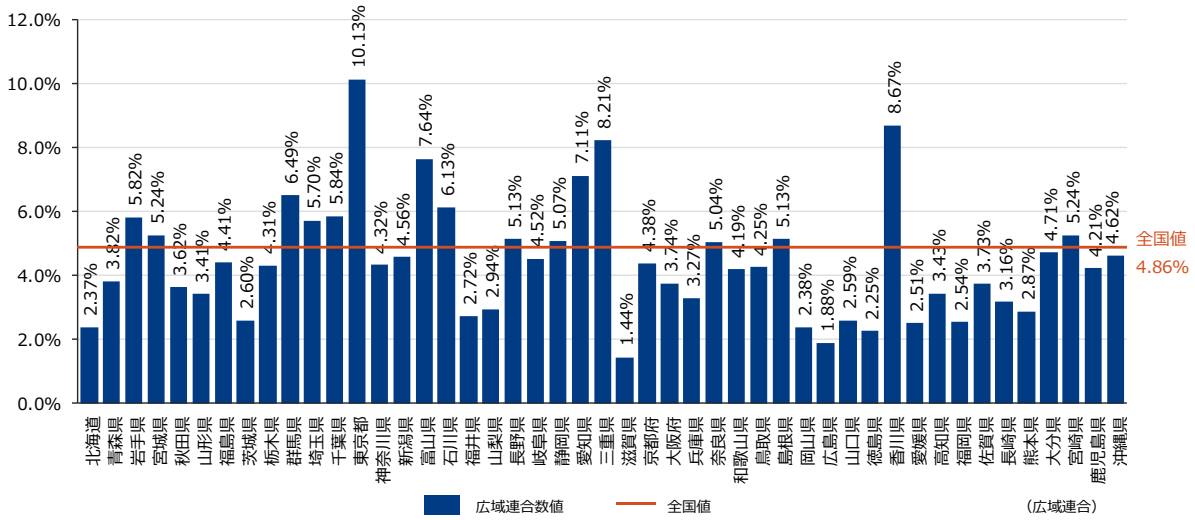
服薬（睡眠薬）（ハイリスク者割合）



広域連合	割合	分母	分子
北海道	1.02%	852,669	8,705
青森県	1.44%	212,029	3,060
岩手県	1.90%	215,828	4,106
宮城県	1.73%	318,191	5,507
秋田県	1.48%	189,830	2,803
山形県	1.12%	190,444	2,142
福島県	1.84%	297,440	5,482
茨城県	0.80%	453,843	3,640
栃木県	1.64%	277,485	4,549
群馬県	2.58%	300,532	7,751
埼玉県	1.95%	992,041	19,384
千葉県	1.82%	880,108	16,059
東京都	3.71%	1,615,173	59,981
神奈川県	1.43%	1,257,039	18,023
新潟県	1.69%	374,784	6,326
富山県	2.79%	185,272	5,164
石川県	2.56%	176,127	4,517
福井県	1.04%	121,720	1,268
山梨県	0.96%	131,280	1,254
長野県	1.84%	359,473	6,603
岐阜県	1.71%	315,179	5,392
静岡県	1.71%	571,070	9,746
愛知県	2.64%	1,055,322	27,907
三重県	3.06%	290,565	8,890

広域連合	割合	分母	分子
滋賀県	0.41%	189,284	784
京都府	1.50%	402,061	6,050
大阪府	1.56%	1,264,325	19,769
兵庫県	1.16%	814,468	9,426
奈良県	1.93%	219,450	4,225
和歌山県	1.90%	163,266	3,105
鳥取県	1.40%	92,788	1,301
島根県	2.21%	123,706	2,736
岡山県	0.98%	315,168	3,074
広島県	0.77%	439,688	3,395
山口県	0.99%	255,580	2,520
徳島県	0.70%	131,048	916
香川県	3.72%	156,945	5,840
愛媛県	0.92%	238,270	2,183
高知県	1.04%	128,907	1,338
福岡県	1.00%	733,745	7,357
佐賀県	1.48%	125,310	1,853
長崎県	1.38%	218,877	3,015
熊本県	1.02%	283,736	2,892
大分県	2.04%	199,490	4,076
宮崎県	2.41%	177,732	4,276
鹿児島県	1.78%	261,803	4,671
沖縄県	2.12%	145,247	3,077
全国値	1.80%	18,714,338	336,138

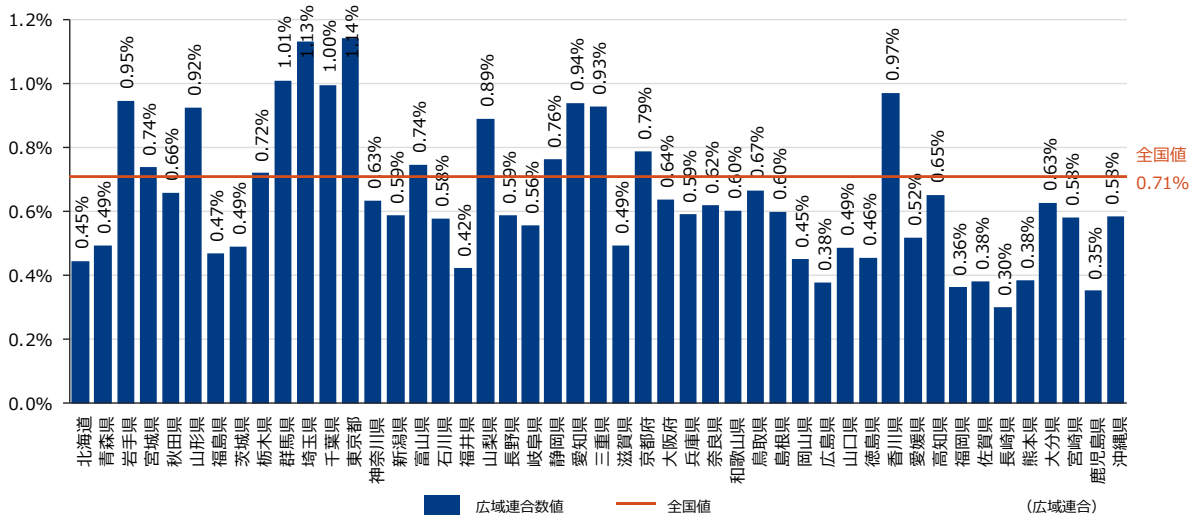
身体的フレイル（ロコモ含む）（ハイリスク者割合）



広域連合	割合	分母	分子
北海道	2.37%	852,669	20,174
青森県	3.82%	212,029	8,105
岩手県	5.82%	215,828	12,556
宮城県	5.24%	318,191	16,678
秋田県	3.62%	189,830	6,869
山形県	3.41%	190,444	6,501
福島県	4.41%	297,440	13,126
茨城県	2.60%	453,843	11,778
栃木県	4.31%	277,485	11,963
群馬県	6.49%	300,532	19,504
埼玉県	5.70%	992,041	56,574
千葉県	5.84%	880,108	51,425
東京都	10.13%	1,615,173	163,619
神奈川県	4.32%	1,257,039	54,325
新潟県	4.56%	374,784	17,093
富山県	7.64%	185,272	14,150
石川県	6.13%	176,127	10,791
福井県	2.72%	121,720	3,316
山梨県	2.94%	131,280	3,859
長野県	5.13%	359,473	18,429
岐阜県	4.52%	315,179	14,236
静岡県	5.07%	571,070	28,959
愛知県	7.11%	1,055,322	75,039
三重県	8.21%	290,565	23,868

広域連合	割合	分母	分子
滋賀県	1.44%	189,284	2,725
京都府	4.38%	402,061	17,604
大阪府	3.74%	1,264,325	47,311
兵庫県	3.27%	814,468	26,672
奈良県	5.04%	219,450	11,059
和歌山県	4.19%	163,266	6,835
鳥取県	4.25%	92,788	3,944
島根県	5.13%	123,706	6,349
岡山県	2.38%	315,168	7,505
広島県	1.88%	439,688	8,258
山口県	2.59%	255,580	6,619
徳島県	2.25%	131,048	2,953
香川県	8.67%	156,945	13,611
愛媛県	2.51%	238,270	5,985
高知県	3.43%	128,907	4,422
福岡県	2.54%	733,745	18,640
佐賀県	3.73%	125,310	4,669
長崎県	3.16%	218,877	6,918
熊本県	2.87%	283,736	8,131
大分県	4.71%	199,490	9,403
宮崎県	5.24%	177,732	9,305
鹿児島県	4.21%	261,803	11,026
沖縄県	4.62%	145,247	6,713
全国値	4.86%	18,714,338	909,594

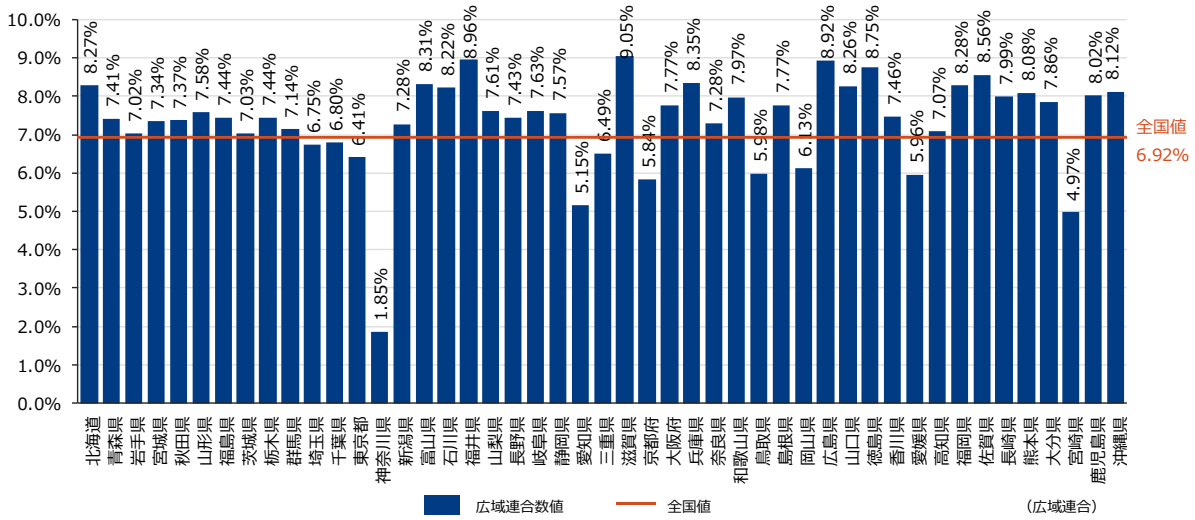
重症化予防（コントロール不良者）（ハイリスク者割合）



広域連合	割合	分母	分子
北海道	0.45%	852,669	3,799
青森県	0.49%	212,029	1,047
岩手県	0.95%	215,828	2,040
宮城県	0.74%	318,191	2,347
秋田県	0.66%	189,830	1,250
山形県	0.92%	190,444	1,757
福島県	0.47%	297,440	1,389
茨城県	0.49%	453,843	2,227
栃木県	0.72%	277,485	1,996
群馬県	1.01%	300,532	3,033
埼玉県	1.13%	992,041	11,224
千葉県	1.00%	880,108	8,760
東京都	1.14%	1,615,173	18,441
神奈川県	0.63%	1,257,039	7,975
新潟県	0.59%	374,784	2,202
富山県	0.74%	185,272	1,380
石川県	0.58%	176,127	1,015
福井県	0.42%	121,720	513
山梨県	0.89%	131,280	1,167
長野県	0.59%	359,473	2,108
岐阜県	0.56%	315,179	1,752
静岡県	0.76%	571,070	4,351
愛知県	0.94%	1,055,322	9,913
三重県	0.93%	290,565	2,691

広域連合	割合	分母	分子
滋賀県	0.49%	189,284	934
京都府	0.79%	402,061	3,168
大阪府	0.64%	1,264,325	8,050
兵庫県	0.59%	814,468	4,804
奈良県	0.62%	219,450	1,357
和歌山県	0.60%	163,266	982
鳥取県	0.67%	92,788	618
島根県	0.60%	123,706	740
岡山県	0.45%	315,168	1,416
広島県	0.38%	439,688	1,656
山口県	0.49%	255,580	1,244
徳島県	0.46%	131,048	597
香川県	0.97%	156,945	1,524
愛媛県	0.52%	238,270	1,233
高知県	0.65%	128,907	840
福岡県	0.36%	733,745	2,668
佐賀県	0.38%	125,310	478
長崎県	0.30%	218,877	657
熊本県	0.38%	283,736	1,090
大分県	0.63%	199,490	1,252
宮崎県	0.58%	177,732	1,032
鹿児島県	0.35%	261,803	919
沖縄県	0.58%	145,247	848
全国値	0.71%	18,714,338	132,484

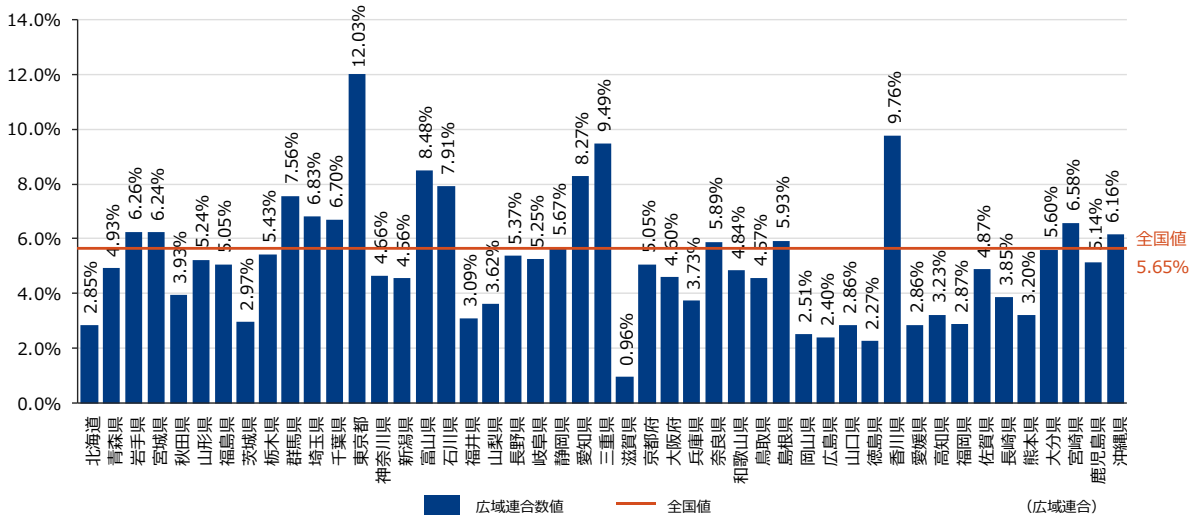
重症化予防（糖尿病等治療中断者）（ハイリスク者割合）



広域連合	割合	分母	分子
北海道	8.27%	852,669	70,540
青森県	7.41%	212,029	15,704
岩手県	7.02%	215,828	15,152
宮城県	7.34%	318,191	23,355
秋田県	7.37%	189,830	13,997
山形県	7.58%	190,444	14,430
福島県	7.44%	297,440	22,119
茨城県	7.03%	453,843	31,905
栃木県	7.44%	277,485	20,655
群馬県	7.14%	300,532	21,459
埼玉県	6.75%	992,041	66,949
千葉県	6.80%	880,108	59,841
東京都	6.41%	1,615,173	103,470
神奈川県	1.85%	1,257,039	23,196
新潟県	7.28%	374,784	27,269
富山県	8.31%	185,272	15,403
石川県	8.22%	176,127	14,474
福井県	8.96%	121,720	10,906
山梨県	7.61%	131,280	9,992
長野県	7.43%	359,473	26,715
岐阜県	7.63%	315,179	24,033
静岡県	7.57%	571,070	43,203
愛知県	5.15%	1,055,322	54,347
三重県	6.49%	290,565	18,871

広域連合	割合	分母	分子
滋賀県	9.05%	189,284	17,128
京都府	5.84%	402,061	23,468
大阪府	7.77%	1,264,325	98,217
兵庫県	8.35%	814,468	67,994
奈良県	7.28%	219,450	15,986
和歌山県	7.97%	163,266	13,020
鳥取県	5.98%	92,788	5,552
島根県	7.77%	123,706	9,615
岡山県	6.13%	315,168	19,312
広島県	8.92%	439,688	39,204
山口県	8.26%	255,580	21,113
徳島県	8.75%	131,048	11,467
香川県	7.46%	156,945	11,708
愛媛県	5.96%	238,270	14,199
高知県	7.07%	128,907	9,119
福岡県	8.28%	733,745	60,781
佐賀県	8.56%	125,310	10,727
長崎県	7.99%	218,877	17,498
熊本県	8.08%	283,736	22,933
大分県	7.86%	199,490	15,671
宮崎県	4.97%	177,732	8,834
鹿児島県	8.02%	261,803	20,987
沖縄県	8.12%	145,247	11,801
全国値	6.92%	18,714,338	1,294,319

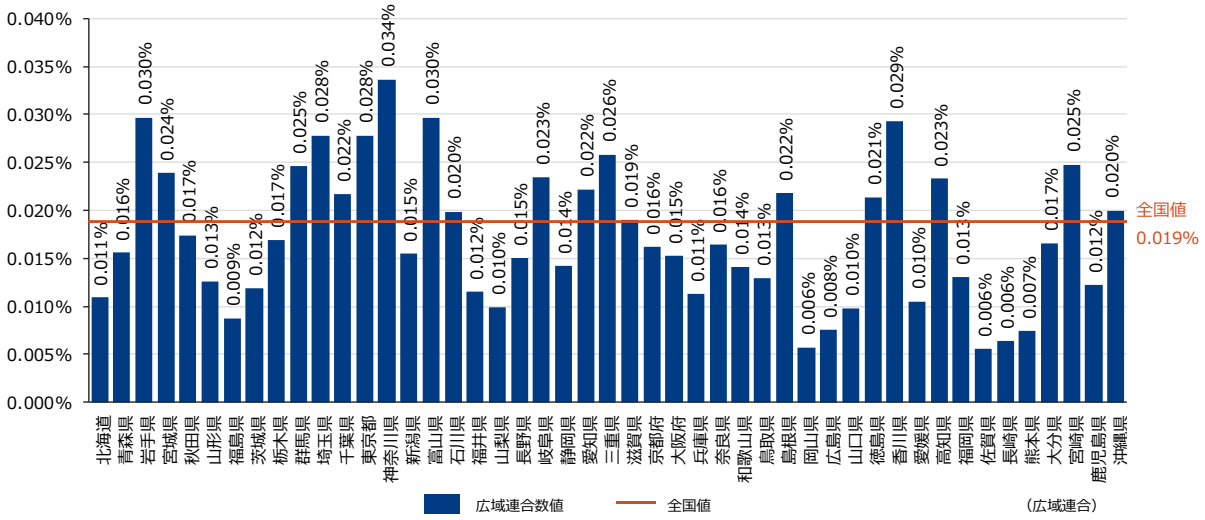
重症化予防（基礎疾患保有＋フレイル）（ハイリスク者割合）



広域連合	割合	分母	分子
北海道	2.85%	852,669	24,340
青森県	4.93%	212,029	10,453
岩手県	6.26%	215,828	13,504
宮城県	6.24%	318,191	19,840
秋田県	3.93%	189,830	7,468
山形県	5.24%	190,444	9,971
福島県	5.05%	297,440	15,024
茨城県	2.97%	453,843	13,475
栃木県	5.43%	277,485	15,072
群馬県	7.56%	300,532	22,722
埼玉県	6.83%	992,041	67,709
千葉県	6.70%	880,108	58,977
東京都	12.03%	1,615,173	194,274
神奈川県	4.66%	1,257,039	58,520
新潟県	4.56%	374,784	17,099
富山県	8.48%	185,272	15,720
石川県	7.91%	176,127	13,931
福井県	3.09%	121,720	3,765
山梨県	3.62%	131,280	4,751
長野県	5.37%	359,473	19,294
岐阜県	5.25%	315,179	16,557
静岡県	5.67%	571,070	32,383
愛知県	8.27%	1,055,322	87,294
三重県	9.49%	290,565	27,566

広域連合	割合	分母	分子
滋賀県	0.96%	189,284	1,818
京都府	5.05%	402,061	20,307
大阪府	4.60%	1,264,325	58,105
兵庫県	3.73%	814,468	30,377
奈良県	5.89%	219,450	12,929
和歌山県	4.84%	163,266	7,895
鳥取県	4.57%	92,788	4,245
島根県	5.93%	123,706	7,331
岡山県	2.51%	315,168	7,910
広島県	2.40%	439,688	10,563
山口県	2.86%	255,580	7,304
徳島県	2.27%	131,048	2,980
香川県	9.76%	156,945	15,316
愛媛県	2.86%	238,270	6,823
高知県	3.23%	128,907	4,168
福岡県	2.87%	733,745	21,058
佐賀県	4.87%	125,310	6,107
長崎県	3.85%	218,877	8,432
熊本県	3.20%	283,736	9,087
大分県	5.60%	199,490	11,163
宮崎県	6.58%	177,732	11,692
鹿児島県	5.14%	261,803	13,468
沖縄県	6.16%	145,247	8,950
全国値	5.65%	18,714,338	1,057,737

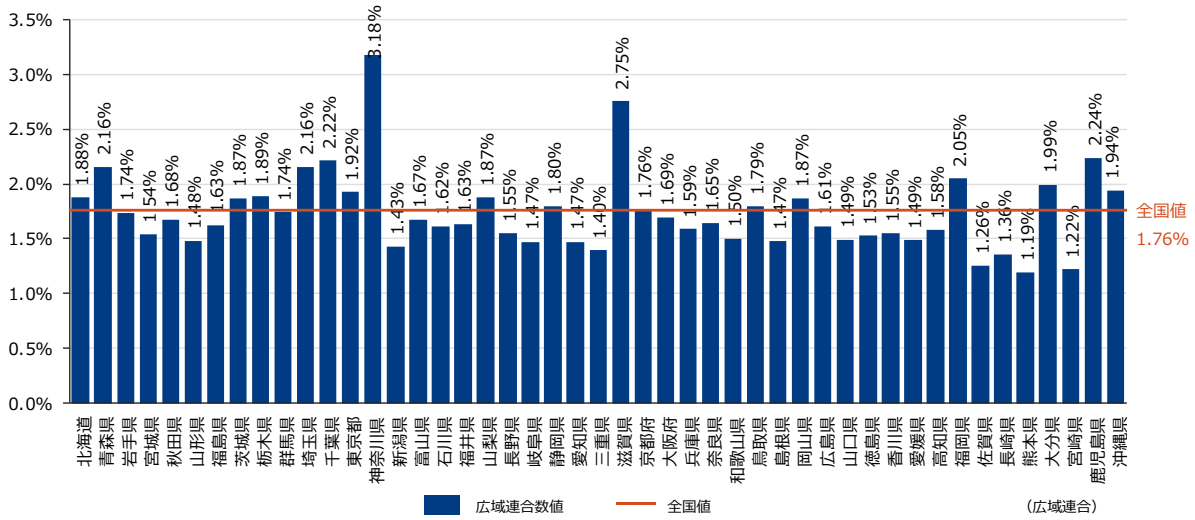
重症化予防（腎機能不良未受診者）（ハイリスク者割合）



広域連合	割合	分母	分子
北海道	0.011%	852,669	93
青森県	0.016%	212,029	33
岩手県	0.030%	215,828	64
宮城県	0.024%	318,191	76
秋田県	0.017%	189,830	33
山形県	0.013%	190,444	24
福島県	0.009%	297,440	26
茨城県	0.012%	453,843	54
栃木県	0.017%	277,485	47
群馬県	0.025%	300,532	74
埼玉県	0.028%	992,041	276
千葉県	0.022%	880,108	191
東京都	0.028%	1,615,173	449
神奈川県	0.034%	1,257,039	423
新潟県	0.015%	374,784	58
富山県	0.030%	185,272	55
石川県	0.020%	176,127	35
福井県	0.012%	121,720	14
山梨県	0.010%	131,280	13
長野県	0.015%	359,473	54
岐阜県	0.023%	315,179	74
静岡県	0.014%	571,070	81
愛知県	0.022%	1,055,322	234
三重県	0.026%	290,565	75

広域連合	割合	分母	分子
滋賀県	0.019%	189,284	36
京都府	0.016%	402,061	65
大阪府	0.015%	1,264,325	193
兵庫県	0.011%	814,468	92
奈良県	0.016%	219,450	36
和歌山県	0.014%	163,266	23
鳥取県	0.013%	92,788	12
島根県	0.022%	123,706	27
岡山県	0.006%	315,168	18
広島県	0.008%	439,688	33
山口県	0.010%	255,580	25
徳島県	0.021%	131,048	28
香川県	0.029%	156,945	46
愛媛県	0.010%	238,270	25
高知県	0.023%	128,907	30
福岡県	0.013%	733,745	96
佐賀県	0.006%	125,310	7
長崎県	0.006%	218,877	14
熊本県	0.007%	283,736	21
大分県	0.017%	199,490	33
宮崎県	0.025%	177,732	44
鹿児島県	0.012%	261,803	32
沖縄県	0.020%	145,247	29
全国値	0.019%	18,714,338	3,521

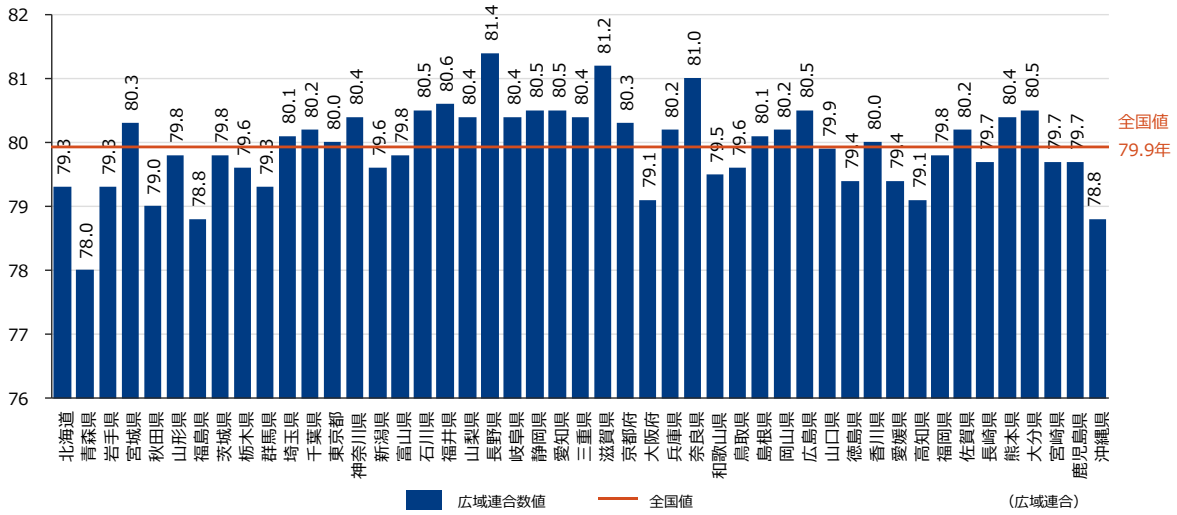
健康状態不明者（ハイリスク者割合）



広域連合	割合	分母	分子
北海道	1.88%	852,669	16,028
青森県	2.16%	212,029	4,571
岩手県	1.74%	215,828	3,745
宮城県	1.54%	318,191	4,892
秋田県	1.68%	189,830	3,183
山形県	1.48%	190,444	2,823
福島県	1.63%	297,440	4,836
茨城県	1.87%	453,843	8,492
栃木県	1.89%	277,485	5,234
群馬県	1.74%	300,532	5,237
埼玉県	2.16%	992,041	21,383
千葉県	2.22%	880,108	19,503
東京都	1.92%	1,615,173	31,086
神奈川県	3.18%	1,257,039	39,934
新潟県	1.43%	374,784	5,361
富山県	1.67%	185,272	3,098
石川県	1.62%	176,127	2,845
福井県	1.63%	121,720	1,987
山梨県	1.87%	131,280	2,460
長野県	1.55%	359,473	5,567
岐阜県	1.47%	315,179	4,642
静岡県	1.80%	571,070	10,260
愛知県	1.47%	1,055,322	15,528
三重県	1.40%	290,565	4,056

広域連合	割合	分母	分子
滋賀県	2.75%	189,284	5,210
京都府	1.76%	402,061	7,072
大阪府	1.69%	1,264,325	21,402
兵庫県	1.59%	814,468	12,930
奈良県	1.65%	219,450	3,611
和歌山県	1.50%	163,266	2,447
鳥取県	1.79%	92,788	1,662
島根県	1.47%	123,706	1,824
岡山県	1.87%	315,168	5,884
広島県	1.61%	439,688	7,072
山口県	1.49%	255,580	3,807
徳島県	1.53%	131,048	1,999
香川県	1.55%	156,945	2,435
愛媛県	1.49%	238,270	3,547
高知県	1.58%	128,907	2,034
福岡県	2.05%	733,745	15,026
佐賀県	1.26%	125,310	1,574
長崎県	1.36%	218,877	2,970
熊本県	1.19%	283,736	3,389
大分県	1.99%	199,490	3,974
宮崎県	1.22%	177,732	2,165
鹿児島県	2.24%	261,803	5,860
沖縄県	1.94%	145,247	2,817
全国値	1.76%	18,714,338	347,462

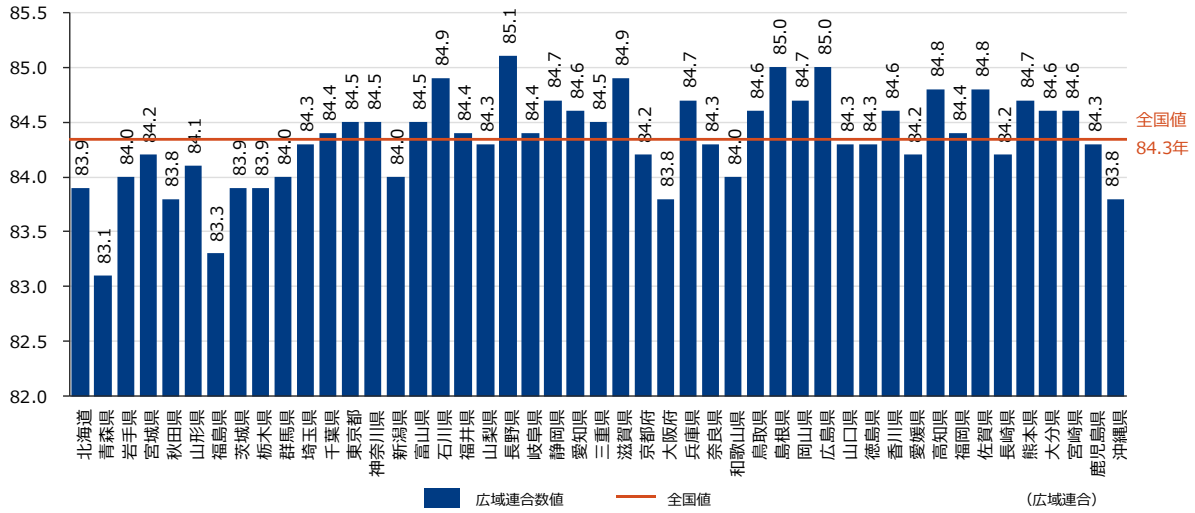
平均自立期間（要介護2以上)男性



広域連合	平均自立期間
北海道	79.3
青森県	78
岩手県	79.3
宮城県	80.3
秋田県	79
山形県	79.8
福島県	78.8
茨城県	79.8
栃木県	79.6
群馬県	79.3
埼玉県	80.1
千葉県	80.2
東京都	80
神奈川県	80.4
新潟県	79.6
富山県	79.8
石川県	80.5
福井県	80.6
山梨県	80.4
長野県	81.4
岐阜県	80.4
静岡県	80.5
愛知県	80.5
三重県	80.4

広域連合	平均自立期間
滋賀県	81.2
京都府	80.3
大阪府	79.1
兵庫県	80.2
奈良県	81
和歌山県	79.5
鳥取県	79.6
島根県	80.1
岡山県	80.2
広島県	80.5
山口県	79.9
徳島県	79.4
香川県	80
愛媛県	79.4
高知県	79.1
福岡県	79.8
佐賀県	80.2
長崎県	79.7
熊本県	80.4
大分県	80.5
宮崎県	79.7
鹿児島県	79.7
沖縄県	78.8
全国値	79.9

平均自立期間（要介護2以上)女性



広域連合	平均自立期間
北海道	83.9
青森県	83.1
岩手県	84
宮城県	84.2
秋田県	83.8
山形県	84.1
福島県	83.3
茨城県	83.9
栃木県	83.9
群馬県	84
埼玉県	84.3
千葉県	84.4
東京都	84.5
神奈川県	84.5
新潟県	84
富山県	84.5
石川県	84.9
福井県	84.4
山梨県	84.3
長野県	85.1
岐阜県	84.4
静岡県	84.7
愛知県	84.6
三重県	84.5

広域連合	平均自立期間
滋賀県	84.9
京都府	84.2
大阪府	83.8
兵庫県	84.7
奈良県	84.3
和歌山県	84
鳥取県	84.6
島根県	85
岡山県	84.7
広島県	85
山口県	84.3
徳島県	84.3
香川県	84.6
愛媛県	84.2
高知県	84.8
福岡県	84.4
佐賀県	84.8
長崎県	84.2
熊本県	84.7
大分県	84.6
宮崎県	84.6
鹿児島県	84.3
沖縄県	83.8
全国値	84.3

参考： 共通評価指標「ハイリスク者割合」抽出基準に係る整理（図表 2-1-1 再掲）

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

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≦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≧8.0% または BP≧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

凡例： 健診 質問票 医療 介護

※ 厚生労働科学研究（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（女子栄養大学名誉教授））による抽出基準
https://www.mhlw.go.jp/content/000917658.pdf

別添資料 1-2： 広域連合ヒアリング調査結果

福島県後期高齢者医療広域連合　1／6

基礎情報

基本情報		
	管内市町村数	59
	日常生活圏域数	159
	人口(うち後期高齢者)	1,795,219 人 (306,773 人)
	高齢化率	32.8 %
	被保険者数	305,584 人

被保険者の健診・医療・介護の状況(令和4年度)

平均自立期間		健診・歯科検診		一人当たり医療費					一人当たり介護給付費
男性	女性	健診受診率	歯科健診受診率	計	入院	入院外	歯科	入院外及び調剤	
79.1	83.6	23.7%	12.1%	822,782円	379,482円	243,322円	27,483円	386,573円	24,586円

【「基本情報」出典 】

- 管内市町村数･･･政府統計(　e-Stat)「市区町村数を調べる」(令和　6年10月24日時点)
- 日常生活圏域数･･･令和元年度　介護予防・日常生活支援総合事業(地域支援事業)の実施状況(令和元年度実施分)に関する調査結果
- 人口(うち後期高齢者)･･･　総務省【総計】令和6年度住民基本台帳年齢階級別人口(都道府県別　)
- 高齢化率･･･　総務省【総計】令和6年度住民基本台帳年齢階級別人口(都道府県別　)から算出(後期高齢者(　65歳以上)人口 ÷総人口×100)
- 被保険者数･･･政府統計(　e-Stat)後期高齢者医療事業状況報告「統計表　第1表　都道府県別被保険者の状況」　(令和 4年度)

【「被保険者の健診・医療・介護の状況」出典　】

- 平均自立期間　/健診・受診率･･･第　3期DH計画様式 Ⅲ
- 歯科健診受診率　/一人当たり介護給付費･･･第　3期DH計画様式 Ⅱ
- 一人当たり医療費･･･政府統計(　e-Stat)後期高齢者医療事業状況報告「統計表　第2表　都道府県別医療費の状況」　(令和4年度)

策定時の事業実施体制

保健事業に関わる職員

常勤職員数			
事務職	保健師	管理栄養士	その他
3	0	0	1
常勤以外の職員数			
事務職	保健師	管理栄養士	その他
0	2	0	0

関連機関との連携有無

国保連	都道府県	保健所	医師会	歯科医師会	薬剤師会	看護協会
●	●	●	●	●	●	

栄養士会	その他保健医療団体	病院等医療機関	外部有識者	その他
	●		●	

【都道府県との連携方法(調整対象部署、照合した他計画、連携内容)　】

調整対象部署

- 福島県保健福祉部　・国民健康保険課
- 高齢福祉課　・健康づくり推進課
- 各保健福祉事務所(　6事務所)

連携内容

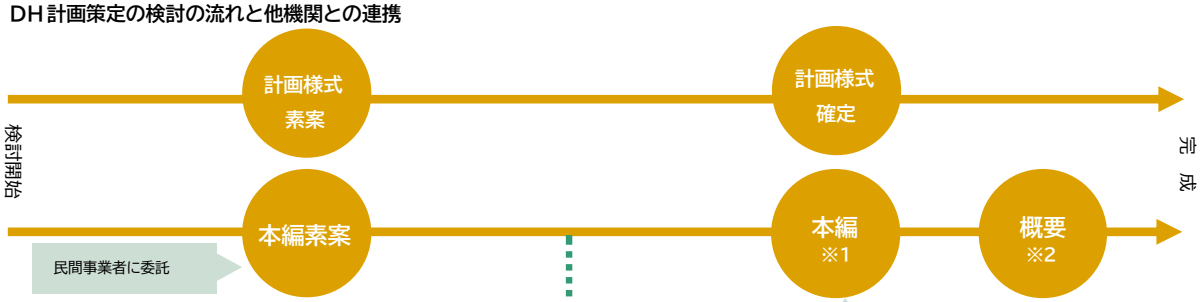
- 医療懇談会の構成員(国民健康保険課)
- 保健事業等支援ワークショップの構成員
- 市町村訪問への同行(保健福祉事務所)
- 一体的実施事業に係る支援者連携会議
- 広域連合が開催する研修会への出席

照合した他計画

- 福島県健康増進計画
- 福島県医療費適正化計画
- 福島県介護保険事業支援計画

福島県後期高齢者医療広域連合　2／6

DH計画策定の検討の流れと他機関との連携



一般住民や行政機関に内容が伝わりやすいよう、計画様式の内容に図やグラフを追加して作成。

高齢者保健事業ワークショップ

- 参加者は8市町村、県、国保連合会
- 現場の意見を把握し、市町村に情報を提供することを目的としている
- 年3回(7, 10, 1月)開催
- 評価指標、目標値に対する意見を聴取

医療懇談会

- 参加者は県社協、県老人クラブ連合会、県シルバー人材センター連合会、日本青年会議所福島ブロック協議会、県医師会、県歯科医師会、県薬剤師会、福島学院大学、県国保連合会、全国健康保健協会福島支部、福島県、福島市

※ワークショップは令和4年度から実施

※参加市町村は一体的実施市町村で輪番票を作成して担当を決めている

【計画に反映したワークショップの意見　】

- 健診受診率の向上に向けた施策に関する意見
- 評価指標に関して、維持・改善の基準となる数値(割合等)を示して欲しいという意見を踏まえて、一体的実施のアウトカム評価に反映させた。
- 事業の優先順位を修正

※1) https://www.fukushima-kouiki.jp/wp-content/uploads/%E7%AC%AC%EF%BC%93%E6%9C%9F%E3%83%87%E3%83%BC%E3%82%BF%E3%83%98%E3%83%AB%E3%82%B9%E8%A8%88%E7%94%BB%E6%9B%B8%EF%BC%88%E5%8A%E4%BD%93%E7%89%88%EF%BC%89.pdf

※2) https://www.fukushima-kouiki.jp/wp-content/uploads/%E7%AC%AC%EF%BC%93%E6%9C%9F%E3%83%87%E3%83%BC%E3%82%BF%E3%83%98%E3%83%AB%E3%82%B9%E8%A8%88%E7%94%BB%E6%9B%B8%EF%BC%88%E6%A6%82%E8%A6%81%E7%89%88%EF%BC%89.pdf

福島県後期高齢者医療広域連合　3／6

課題と事業の対応状況　※（1／2）

広域連合がアプローチする課題	優先課題	課題解決に係る取組の方向性
健康診査の受診率が新型コロナウイルス感染症拡大前に戻りつつあるが、全国平均と比較すると低い状況にある。特に市町村により受診率の差が大きい。	✓	・集団健診に加え、通年で受診できる施設健診を実施する市町村数を増やします。 ・受診券の発送など、後期高齢者へ移行後も受診勧奨を続けることが必要であり、特に受診率が低い市町村における積極的な受診勧奨を推進します。
歯科口腔健康診査の受診率が低く、年度別のばらつきはあるが、健康診査と比較して1/2程度にとどまっている。	✓	・オーラルフレイルは、フレイルや低体重に繋がるほか、歯周病は高血圧性疾患や糖尿病、脂質異常症との関連も高いことから、受診率の向上に取り組みます。 ・口腔機能の重要性を鑑みて、75歳到達者に加え、新たに80歳到達者を歯科口腔健康診査の対象とし、オーラルフレイルや歯周病から引き起こされる、フレイルや生活習慣病等の予防を推進します。

No.	事業分類	事業概要	体制	重点・優先
1	健康診査	腹囲を除く、特定健診の健診項目の実施（※受診者負担は原則なし。）	委託	✓
2	歯科口腔健康診査	75歳、80歳の被保険者を対象に問診、口腔内外診査、口腔機能検査を実施。	委託	✓

歯科口腔健康診査は広域から県歯科医師会に委託して実施
健康診査は市町村へ委託して実施

※広域連合がアプローチする課題　/優先課題 /課題解決に係る取組の方向性　/No./ 事業分類 /体制 /重点・優先・・・第3期　DH計画様式 Ⅲより転載
事業概要・・・第3期　DH計画様式 Ⅳより転載

福島県後期高齢者医療広域連合　4／6

課題と事業の対応状況　※（2／2）

広域連合がアプローチする課題	優先課題	課題解決に係る取組の方向性
脳血管疾患や心疾患の死因割合が全国平均よりも高く、人口10万人当たりの死亡数では、それぞれ本県は全国の約1.5倍、約1.2倍となっている。	✓	脳血管疾患・心疾患の要因である高血圧症及び糖尿病を改善するよう一体的実施事業で実施する生活習慣病等の重症化予防の取組を推進します。
BMI20.0以下（低栄養該当者）の被保険者数及び被保険者数に対する該当者の割合が増加している。	✓	低栄養は、骨折等の要因であるとともに全身の機能低下にも影響するため、一体的実施事業で実施する低栄養防止の取組を推進します。
身体的フレイル（ロコモティブシンドロームを含む）に該当する被保険者数及び被保険者数に対する割合が増加傾向にある。	✓	身体的フレイルは、身体機能の低下を引き起こし、要介護状態状況への移行に繋がる要因であり、早期の段階で悪化を防止する必要があるため、一体的実施事業で実施する生活習慣病等の重症化予防（身体的フレイル）の取組を推進します。

No.	事業分類	事業概要	体制	重点・優先
3	一体的実施（低栄養）	構成市町村に委託して実施。事業の委託を受けた構成市町村は、事業に関する企画・調整、健康課題の分析・対象者の抽出、医療関係団体等の連絡調整を行う企画・調整担当医療専門職を配置するとともに、高齢者に対する個別的支援（ハイリスクアプローチ）及び通いの場等への積極的関与等（ポピュレーションアプローチ）に従事する地域を担当する医療専門職を配置し、高齢者の状況に応じたきめ細かな保健事業を実施する。	委託	✓
5	一体的実施（重症化予防（糖尿病性腎症））	同上	委託	✓
6	一体的実施（重症化予防（身体的フレイルを含むその他の生活習慣病））	同上	委託	✓

※広域連合がアプローチする課題　/優先課題 /課題解決に係る取組の方向性　/No./ 事業分類 /体制 /重点・優先・・・第3期　DH計画様式 Ⅲより転載
事業概要・・・第3期　DH計画様式 Ⅳより転載

福島県後期高齢者医療広域連合　5／6

策定時の健康課題　/優先課題の設定方法

広域の健康課題　/優先課題の設定方法

- データ分析の結果、県の健康課題として高血圧症が多く、受診率及び1人当たりの医療費は、循環器疾患が最も高いため、一体的実施の重症化予防（その他）の取組を進展させることで、高血圧症高齢者の重症化予防を図ることとした。
- 一体的実施と低栄養、歯科健診を重点事業としたが、医療費分析やKDB データを経年比較等で分析した結果から、最終的には一体的実施事業を全体的に進めていく、その中でも例えば低栄養や健診に重点を置くと整理した。低栄養や歯科健診は密接にかかわるため、健診対象者を増やす等して積極的に進めている。

各市町村の優先事業との兼ね合い

- 各市町村の健康課題も広域連合全体と同様に高血圧症が多いが、実施事業を強制することなく、市町村の医療専門職の人数等を踏まえて自主的な事業の実施を進めている。
- 市町村ごとに既に課題に合わせた事業を行っており、課題分析を踏まえて目標を決めたうえで既存事業を継続したり新規事業を検討したりして対応いただいている。例えば医療費増大を課題として捉え、新規透析患者を増やさないことを目標として最優先で取り組むとしているような市町村もあった。

課題と事業の対応状況（課題に紐づいていない事業）　※

No.	事業分類	事業概要	体制	重点・優先
4	一体的実施（口腔）	構成市町村に委託して実施。事業の委託を受けた構成市町村は、事業に関する企画・調整、健康課題の分析・対象者の抽出、医療関係団体等の連絡調整を行う企画・調整担当医療専門職を配置するとともに、高齢者に対する個別的支援（ハイリスクアプローチ）及び通いの場等への積極的関与等（ポピュレーションアプローチ）に従事する地域を担当する医療専門職を配置し、高齢者の状況に応じたきめ細かな保健事業を実施する。	委託	
7	一体的実施（服薬（多剤、睡眠薬））	同上	委託	
8	一体的実施（重複・頻回受診）	同上	委託	
9	一体的実施（健康状態不明者）	同上	委託	

※広域連合がアプローチする課題　/優先課題 /課題解決に係る取組の方向性　/No./ 事業分類 /体制 /重点・優先・・・第3期　DH 計画様式 Ⅲより転載
事業概要・・・第3期　DH 計画様式 Ⅳより転載

5

福島県後期高齢者医療広域連合　6／6

DH計画の振り返り

第２期データヘルス計画の振り返りと第3期への反映状況

- 第2期計画では、一体的実施に関して記載がほとんどなかったが、第3期計画では、重点事業として位置付けている。
- 第2期計画では、評価指標及び目標値　を示して いたが、達成するための具体的な事業や施策に対する記述がなかった。
- 第3期計画では、目標を達成するために優先的に実施する重点事業を　整理した 。

第3期計画策定における課題

- 計画策定にあたっては、これまでの保健事業の実績、医療費分析、健康課題の把握が必要で、情報も多くこれらの取りまとめに時間を要した。
- 目標値を設定するにあたり、アウトプット・アウトカムを実績値から把握するのが難しかったため、評価基準が曖昧なまま　スタート せざるを得なかった　。
- 計画検討時に委託先に相談しながら進める予定だったが、十分に活用できなかった。

標準化で感じたこと

標準化の取り組みに対する効果

- 評価指標を統一することで、市町村の比較が可能となった。また、統一したことで、目標設定が容易になった。

標準化を進めるうえでの課題

- データヘルス 計画策定の時点ですでに　市町村の 令和６年度の 計画作成や 予算化も完了しているところがあり、完全に標準化することは難しかった。
- 市町村の立場では、これまでの事業の実績や、国保事業との関係から、標準化として全てを見直しすることは難しく、一部の市町村ではこれまで同様に独自の抽出条件で実施せざるを得ないとされた。

  → 今後も丁寧に説明していく。
- 高齢の医師や件数が少ない医療機関が紙レセプトを使用しており、その受診状況がKDB システムに反映されない。（1万人あたり1000人程度が反映されていない状況。）

市町村支援の方法・工夫

市町村へのフィードバック

- インセンティブの獲得状況、活用状況の情報共有を行っている。
- 取組状況に応じてインセンティブを　市町村に 配分している。ハイリスクアプローチ、ポピュレーションアプローチのいずれも配点の対象とし、ハイリスクアプローチについては取組を細分化することで、複数の取組を行うとより多くの配点となるようにしている。高得点となるよう取組数を増やした市町村が増加している。
- 一体的実施の取り組みとアウトプット・アウトカムを評価し、さらにガイドラインを参考に ５段階の基準を独自に設定しプロセス・ストラクチャーを評価している。
- 広域でとりまとめた事業実績・評価を市町村に提供している。
- リソースが不足している市町村等に対しては、実績報告書の提出時にフィードバックを実施している。
- 一体的実施の取組状況を調査するため、令和6・7年度の2年間で59全ての市町村を訪問し、通いの場におけるポピュレーションアプローチの実施状況の　現地視察、情報交換、課題の把握、好事例の収集等を行うための実地調査を実施している。

6

埼玉県後期高齢者医療広域連合　1／5

基礎情報

基本情報		
	管内市町村数	63
	日常生活圏域数	302
	人口(うち後期高齢者)	7,378,689 人 (1,042,549 人)
	高齢化率	26.8 %
	被保険者数	1,044,953 人

被保険者の健診・医療・介護の状況									
平均自立期間		健診・歯科健診		一人当たり医療費					一人当たり介護給付費
男性	女性	健診受診率	歯科健診受診率	計	入院	入院外	歯科	入院外及び調剤	
80.1%	84.3%	35.6%	10.6%	848,959円	379,848円	259,036円	36,767円	399,117円	20,429円

【「基本情報」出典 】

- 管内市町村数･･･政府統計(　e-Stat)「市区町村数を調べる」(令和　6年10月24日時点)
- 日常生活圏域数･･･令和元年度　介護予防・日常生活支援総合事業(地域支援事業)の実施状況(令和元年度実施分)に関する調査結果
- 人口(うち後期高齢者)･･･　総務省【総計】令和6年度住民基本台帳年齢階級別人口(都道府県別　)
- 高齢化率･･･　総務省【総計】令和6年度住民基本台帳年齢階級別人口(都道府県別　)から算出(後期高齢者(　65歳以上)人口 ÷総人口×100)
- 被保険者数･･･政府統計(　e-Stat)後期高齢者医療事業状況報告「統計表　第1表　都道府県別被保険者の状況」　(令和 4年度)

【「被保険者の健診・医療・介護の状況」出典　】

- 平均自立期間　/健診・受診率･･･第　3期DH計画様式 Ⅲ
- 歯科健診受診率　/一人当たり介護給付費･･･第　3期DH計画様式 Ⅱ
- 一人当たり医療費･･･政府統計(　e-Stat)後期高齢者医療事業状況報告「統計表　第2表　都道府県別医療費の状況」　(令和4年度)

策定時の事業実施体制　(令和５年度)

保健事業に関わる職員	常勤職員数			
	事務職	保健師	管理栄養士	その他
	3	1	0	0
	常勤以外の職員数			
	事務職	保健師	管理栄養士	その他
	0	1	0	0

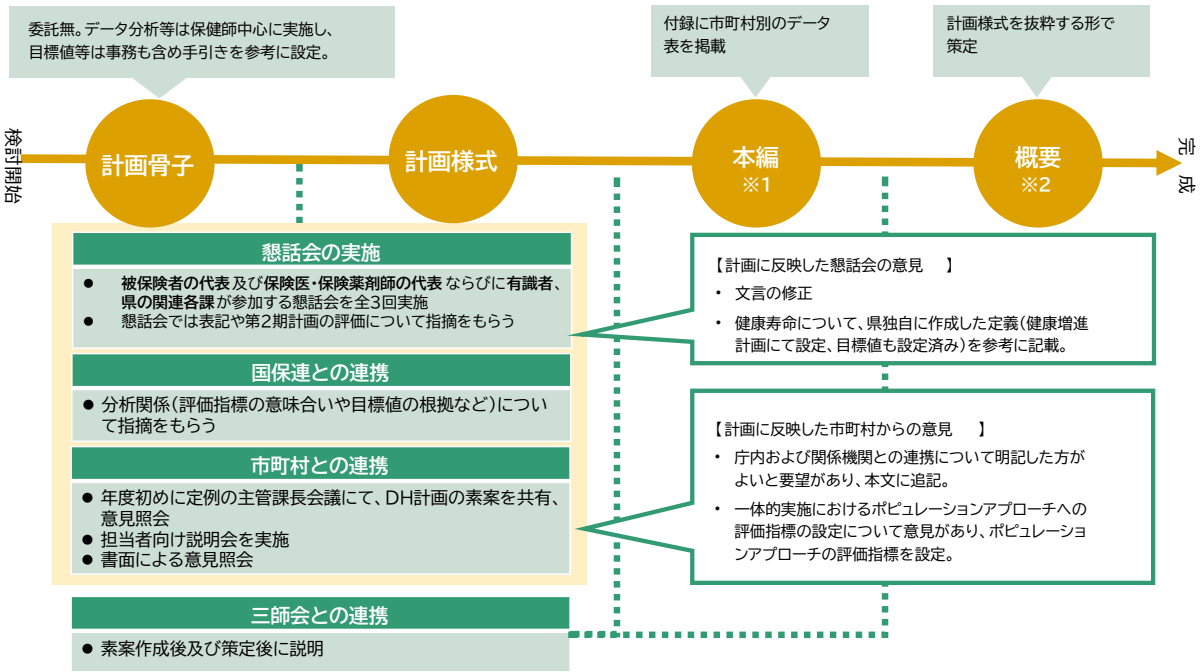
関連機関との連携有無	国保連	都道府県	保健所	医師会	歯科医師会	薬剤師会	看護協会
	●	●	●	●	●	●	
	栄養士会	その他保健医療団体	病院等医療機関	外部有識者	その他		
				●			

【都道府県との連携方法(調整対象部署、照合した他計画、連携内容)　】

- 国保医療課:後期高齢者医療制度の運営上必要な助言及び支援
- 保健医療政策課(埼玉県地域保健医療計画):保健医療に関する専門的な助言
- 健康長寿課(埼玉県健康長寿計画):保健医療に関する専門的な助言
- 地域包括ケア課:地域包括ケアシステム等に関する助言
- 高齢者福祉課(埼玉県高齢者支援計画):老人福祉等に関する助言

埼玉県後期高齢者医療広域連合　2／5

DH計画策定の検討の流れと他機関との連携



※1) https://www.saitama-koukikourei.org/wp/wp-content/uploads/a65788f6c8e930492fef970a1e9112a3-4.pdf
※2) https://www.saitama-koukikourei.org/wp/wp-content/uploads/6d85d925abd588608cf121fd91c1856f-4.pdf

埼玉県後期高齢者医療広域連合　3／5

課題と事業の対応状況　※

広域連合がアプローチする課題	優先課題	課題解決に係る取組の方向性
後期高齢者の重症化予防・健康づくりの取組	✓	健康診査・歯科健診の実施、糖尿病性腎症重症化予防等の一体的実施の推進
フレイル予防及び介護保険の地域支援事業との連携	✓	口腔機能低下をはじめとするフレイル予防等の一体的実施の推進、フレイル予防等の健康づくりの普及啓発
健診受診率向上及び健診結果を活用した取組		健診受診率向上のための取組の促進、健診結果の分析データ等を市町村へ提供し、一体的実施での活用の推進。
医療費適正化		ジェネリック医薬品の利用促進、ポリファーマシーの防止等の適正受診・適正服薬の推進

No.	事業分類	事業概要	体制	重点・優先
1	一体的実施の推進	市町村職員向けの研修の開催、意見交換等を実施。データの提供、有識者からの助言・指導等調整、健診受診率向上のための支援を行う	複合	✓
2		75歳を迎える被保険者や、通いの場等で被保険者に対し、フレイル予防に関するリーフレットを配布	直営	
3	適正受診・適正服薬の推進	重複・頻回受診、重複・多剤服用等の被保険者に対する相談指導および、かかりつけ薬局の普及啓発を民間委託により実施	委託	
4	健康診査・歯科健診	受診券の個別送付や未受診者への受診勧奨を促進。健診結果を基に、特徴、課題等を分析し、市町村へ連携	委託	
5		75歳及び80歳に到達した被保険者を対象に歯科健診を実施。	複合	
6	医療費適正化の推進	医療給付を受けた該当者に医療費のお知らせを発行	委託	
7		ジェネリック医薬品に切り替え自己負担額の削減額が一定以上見込まれる被保険者に対し、差額通知を送付	委託	

策定時の健康課題　/優先課題の設定方法

- 現状分析により、医療費や介護給付費等への影響が大きく、保健指導等により予防できるかどうかの視点を持ち、検討した。
- 優先課題設定においては、市町村の対応余力に関して広域連合と市町村の役割を明確にし、検討を行った。計画策定の説明等の際に、個別事業の統合など前計画からの変更点や、設定した評価指標と目標値を明記した上で意見をいただいた。

※広域連合がアプローチする課題　/優先課題 /課題解決に係る取組の方向性　/No./ 事業分類 /体制 /重点・優先・・・第3期　DH計画様式 Ⅲより転載
事業概要・・・第3期　DH計画様式 Ⅳより転載

埼玉県後期高齢者医療広域連合　4／5

課題と事業の対応状況（　*市町村支援のための事業*　）※

広域連合がアプローチする課題	優先課題	課題解決に係る取組の方向性
「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」及び市町村への支援体制強化	✓	市町村の一体的実施の取組支援、健康増進事業への経費補助、インセンティブの交付等による市町村との連携・支援

対応する事業

No.	事業分類	事業概要	体制	重点・優先
1	一体的実施の推進	市町村職員向けの研修の開催、意見交換等を実施。データの提供、有識者からの助言・指導等調整、健診受診率向上のための支援を行う	複合	✓
8	市町村との連携・支援	主管課長会議や市町村への照会等により、保健事業の実施状況を調査、意見照会を行う	直営	
9		特別調整交付金を活用し、「後期高齢者保健事業等補助金交付要綱」に基づき、実施に要した費用の一部を補助。	直営	
10		評価指標に定めた項目に基づき前年度の取組状況を評価して交付	直営	

※広域連合がアプローチする課題　/優先課題 /課題解決に係る取組の方向性　/No./ 事業分類 /体制 /重点・優先・・・第3期　DH計画様式 Ⅲより転載
事業概要・・・第3期　DH計画様式 Ⅳより転載

埼玉県後期高齢者医療広域連合

5／5

DH計画の振り返り

第２期データヘルス計画の振り返りと第３期への反映状況

- 第2期では、個別事業について、体制や実施主体など（ストラクチャー）の記載がなかった。3期では役割・体制を明確にし記載できた。
- 第3期では一体的実施の推進が重点項目であった ため、一体的実施を軸 とし、市町村が主体として実施、広域がそれを 後方支援をすることを明記し た。
- 第2期では広域直営であった事業 の一部 を、第3期では一体的実施の一環として市町村に統合した。

第3期計画策定における課題

- 一体的実施の保健事業推進と同時に健診受診率の向上をするという計画の建付け上、健診者が増えるとハイリスク者が増えるということがわかり目標値の設定が難しかった。
  - → 特に糖尿病性腎症の重症化予防などの重点的に見ていく区分について、経年変化を参考に現状値から重みづけして目標値を設定した。

標準化で感じたこと

標準化の取り組みに対する効果

- 計画様式を使用することで、各個別事業について ストラクチャー 、プロセスを書くことができた。また、各個別事業の評価指標もアウトプットの目標だけでなく、アウトカム指標も意識して細かく事業の設計ができた。
  - → 評価指標の見直しによって、独自に設定していた評価指標を支援ツールに合わせて抽出するよう見直した市町村があった。

標準化を進めるうえでの課題

- 各市町村の特性を踏まえた事業実施・目標設定を認めてほしいという意見や標準化への戸惑いがみられた。
  - → 共通評価指標に応じて一体的実施の事業を変えていく必要があるのか、といった点について丁寧に説明・意見交換をして理解いただいた。
- 健康課題から紐づく保健事業・一体的実施は主に市町村に委託して実施している。広域連合は、市町村を支援する事業の企画をする必要があり、 健康課題から事業につなげていく流れが難しかった。

市町村支援の方法・工夫

市町村へのフィードバック

- インセンティブの獲得状況、活用状況を定例の主管課長会議で共有
- 主管会議、研修会でフィードバックを実施。主管会議では管理職向けの説明、研修会では保健事業担当者向けに詳細の説明を実施。
- 対応余力が不足している市町村および希望があった市町村に対して個別に訪問。訪問先では好事例の紹介や医療関係団体との連携を進めている。
- 市町村へのフィードバックの際は市町村別のデータを提示、県内での比較ができるようにしている。
- 広域として優先順位が高い糖尿病性腎症、健康状態不明者の取り組みにおいて課題がある市町村に対しては意識して指導。
- 取組状況が平均以下の市町村や課題の多い市町村を重点的に指導、国のインセンティブを念頭に置き、より多くの市町村が細かく実施することを意識。

11

奈良県後期高齢者医療広域連合

1／5

基礎情報

基本情報		
	管内市町村数	39
	日常生活圏域数	105
	人口(うち後期高齢者)	1,315,207 人 (240,920 人)
	高齢化率	32.1 %
	被保険者数	229,794 人

被保険者の健診・医療・介護の状況

平均自立期間		健診・歯科健診		一人当たり医療費					一人当たり介護給付費
男性	女性	健診受診率	歯科健診受診率	計	入院	入院外	歯科	入院外及び調剤	
81.0	84.3	25.5%	21.2%	945,246円	446,327円	302,281円	37,397円	424,898円	22,721円

【「基本情報」出典 】

- 管内市町村数･･･政府統計(e-Stat)「市区町村数を調べる」(令和 6年10月24日時点)
- 日常生活圏域数･･･令和元年度 介護予防・日常生活支援総合事業(地域支援事業)の実施状況(令和元年度実施分)に関する調査結果
- 人口(うち後期高齢者)･･･ 総務省【総計】令和6年度住民基本台帳年齢階級別人口(都道府県別)
- 高齢化率･･･ 総務省【総計】令和6年度住民基本台帳年齢階級別人口(都道府県別)から算出(後期高齢者(65歳以上)人口 ÷総人口 ×100)
- 被保険者数･･･政府統計(e-Stat)後期高齢者医療事業状況報告「統計表 第1表 都道府県別被保険者の状況」 (令和 4年度)

【「被保険者の健診・医療・介護の状況」出典 】

- 平均自立期間 /健診・受診率･･･第 3期DH計画様式 Ⅲ
- 歯科健診受診率 /一人当たり介護給付費･･･第 3期DH計画様式 Ⅱ
- 一人当たり医療費･･･政府統計(e-Stat)後期高齢者医療事業状況報告「統計表 第2表 都道府県別医療費の状況」 (令和4年度)

策定時の事業実施体制 （令和5年度）

保健事業に関わる職員

常勤職員数			
事務職	保健師	管理栄養士	その他
4	0	0	0

常勤以外の職員数			
事務職	保健師	管理栄養士	その他
0	0	0	0

関連機関との連携有無

国保連	都道府県	保健所	医師会	歯科医師会	薬剤師会	看護協会
●	●	●	●	●	●	●

栄養士会	その他保健医療団体	病院等医療機関	外部有識者	その他
●	●		●	糖尿病対策推進会議

【都道府県との連携方法(調整対象部署、照合した他計画、連携内容) 】

調整対象部署

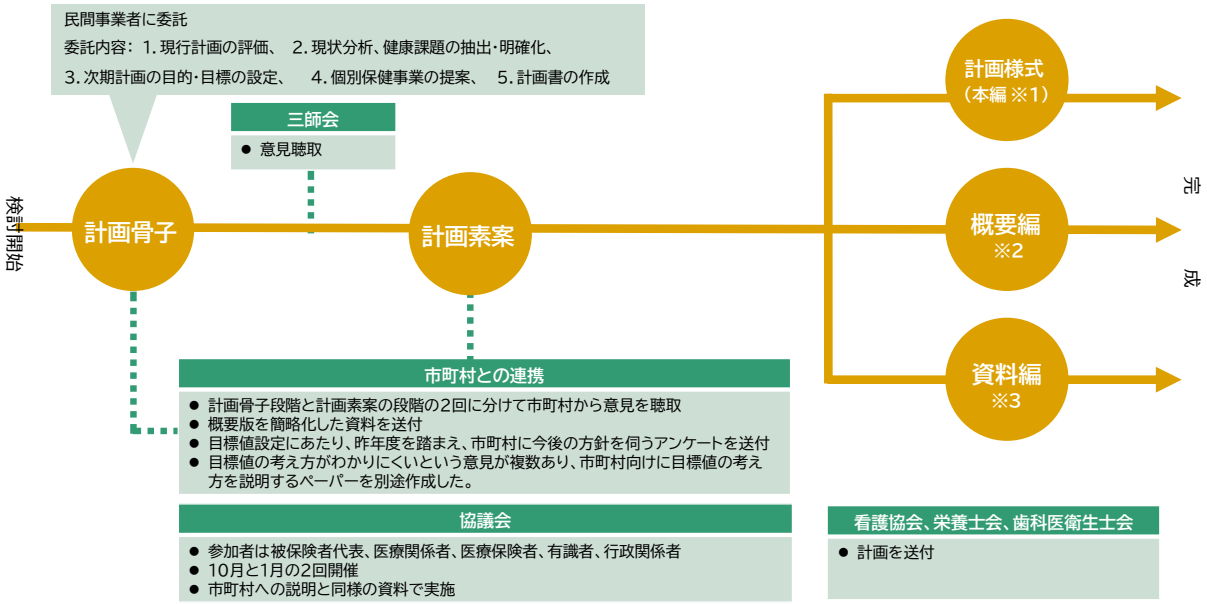
- 医療保険課
- 介護保険課
- 健康推進課

照合した他計画

- なら健康長寿基本計画(第 2期)
- 第4期奈良県医療費適正化計画
- 奈良県高齢者福祉計画

奈良県後期高齢者医療広域　2／5

DH計画策定の検討の流れと他機関との連携



※1) https://nara　-kouiki.jp/pdf/hoken/daisankidetaherusukeikaku20240405.pdf
※2) https://nara　-kouiki.jp/pdf/hoken/daisankidetaherusukeikakugaiyou20240405.pdf
※3) https://nara　-kouiki.jp/pdf/hoken/daisankidetaherusukeikakuminaoshi20240405.pdf

奈良県後期高齢者医療広域連合　3／5

課題と事業の対応状況（1）　※

広域連合がアプローチする課題	優先課題	課題解決に係る取組の方向性
被保険者の健康状態の把握と健康づくりの推進		・健康診査・口腔健診の受診率向上 ・健康状態不明者への状況確認や受診勧奨、相談・指導 ・通いの場等を活用した被保険者の健康づくりへの支援 ・重複・多剤投薬者への注意喚起や相談・指導
生活習慣病等の重症化予防	✓	・重症化のリスクが高い未治療者・治療中断者への受診勧奨や相談・指導、生活習慣改善への支援
心身機能の低下防止	✓	・フレイル状態に応じた保健指導や生活機能向上の支援 ・フレイル予防のための普及啓発や健康教育・健康相談

No.	事業分類	事業概要	体制	重点・優先
1	健康診査	全被保険者（除外対象者を除く）を対象に健康診査を実施する。 【対象者】全被保険者（病院等に6か月以上継続して入院している者や障がい者支援施設・養護老人ホーム等に入所・入居している被保険者等を除く。）	委託	
2	口腔健診	75歳・80歳・85歳の被保険者を対象に口腔健診（お口の健康診査）を実施する。 【対象者】満75歳、80歳、85歳（当該年度4月1日現在）	委託	
3	一体的実施	高齢者に対する個別的支援を実施。医療専門職が、低栄養防止・生活習慣病等の重症化予防等を行うための訪問相談、適正受診等の促進のための訪問指導、健康状態が不明な高齢者等に対するアウトリーチ支援等を行う。	委託	✓

策定時の健康課題　/優先課題の設定方法

- 第３期計画の中心的な取組みは一体的実施　である ため、「生活習慣病等の重症化予防」と「心身機能の低下防止」を優先課題とした。
- 優先課題設定時よりも、目標値設定において市町村の対応余力（リソース）を考慮する必要があった。

※広域連合がアプローチする課題　/優先課題 /課題解決に係る取組の方向性　/No./ 事業分類 /体制 /重点・優先・・・第3期　DH計画様式 Ⅲより転載
事業概要・・・第3期　DH計画様式 Ⅳより転載

奈良県後期高齢者医療広域連合　4／5

課題と事業の対応状況（2）　※

広域連合がアプローチする課題	優先課題	課題解決に係る取組の方向性
被保険者の健康状態の把握と健康づくりの推進		・健康診査・口腔健診の受診率向上 ・健康状態不明者への状況確認や受診勧奨、相談・指導 ・通いの場等を活用した被保険者の健康づくりへの支援 ・重複・多剤投薬者への注意喚起や相談・指導
生活習慣病等の重症化予防	✓	・重症化のリスクが高い未治療者・治療中断者への受診勧奨や相談・指導、生活習慣改善への支援
心身機能の低下防止	✓	・フレイル状態に応じた保健指導や生活機能向上の支援 ・フレイル予防のための普及啓発や健康教育・健康相談

No.	事業分類	事業概要	体制	重点・優先
4	一体的実施	通いの場等への積極的な関与等（ポピュレーションアプローチ）また、取組において把握された高齢者の状況に応じて、健診・医療受診勧奨や介護サービス等の利用勧奨を行う。	委託	✓
5	フレイル対策	市町村の要望や地域特性を踏まえて、歯科医師や歯科衛生士、健康運動指導士、栄養士等を地域に派遣し、歯科健診や口腔指導、運動や栄養に関する指導・啓発を実施し、フレイル状態の早期発見・介護予防を図る。また、骨折や転倒の予防と高齢者に多い誤嚥性肺炎の予防のため、『誤嚥にナラん！体操』の普及を図る。	委託	
6	服薬適正化	重複・多剤服薬や併用禁忌服薬が見込まれる被保険者に対し、薬剤師が服薬訪問指導を実施。訪問指導を実施しない被保険者には、服薬情報を通知し、注意喚起を行う。	委託	

※広域連合がアプローチする課題　/優先課題 /課題解決に係る取組の方向性　/No./ 事業分類 /体制 /重点・優先・・・第3期　DH 計画様式 Ⅲより転載
事業概要・・・第3期　DH 計画様式 Ⅳより転載

奈良県後期高齢者医療広域連合　5／5

DH計画の振り返り

第２期データヘルス計画の振り返りと第3期への反映状況

- 第3期計画で一体的実施と重複する広域が実施する事業（低栄養等）を　整理した。
- 第２期計画では設定していなかったアウトカム指標やプロセス・ストラクチャーの記載を追加した。

第3期計画策定における課題

- 第２期計画にない項目や考え方が異なる項目が多く、記載が難しかった。
- 広域 連合 のマンパワーも不足しており　、計画の策定 や今後の 進捗 管理、保健事業の実施 体制 として 十分 とはいえない。
- 目標設定にあたり、保健事業の実施がどの程度ハイリスク者の減少につながるのか、知見やエビデンスもなく、数値目標の設定が難しかった。
- KDB や様々なツール　の活用が 十分にできていない。

標準化で感じたこと

標準化の取り組みに対する効果

- 標準化により今後国における保健事業の分析等を通してエビデンスやノウハウが提供されることを期待する。

標準化を進めるうえでの課題

- 共通評価指標のハイリスク者割合の分母が被保険者数であること　や非常に低い数値で都道府県間の差もわずかであること等、統一された指標の算出方法が地域の実情を反映できるのかに　ついて 市町村より 懸念 を示された 。
  → 市町村からも質問が多く、　課長 会議や研修会での説明、個別対応等により理解してもらえるよう取り組んだ。
- 一体的 実施の取組み市町村数割合が共通評価指標や、保険者インセンティブの指標に設定されているが、市町村はマンパワーの観点から多くの取組みを行うことは難しく、直接の財政的メリットも乏しいため、広域連合　の支援の 取組 としてどのようなものが有効か検討が必要である。

市町村支援の方法・工夫

財政支援 による取組の推進

- 「健康教育・健康相談」や「健診未受診者への個別受診勧奨」等の取組みに対して補助を行っている。（特別調整交付金（区分 Ⅲ）を活用）

市町村へのフィードバック

- 数年前より県内市町村を健診受診者の割合順に並べた比較一覧表を作成し確認、市町村への共有を行っている。
- 広域連合として優れていると考える市町村には研修会等で　事例発表等 してもらうこともある。

保健事業の成果を上げるための工夫

- 広域連合独自開催と、国保連合会との共通開催の二つの研修会を実施。研修会は二部構成として、　医療 関係団体との相談会の時間を設けた。

16

熊本県後期高齢者医療広域連合　1／5

基礎情報

基本情報		
	管内市町村数	45
	日常生活圏域数	133
	人口(うち後期高齢者)	1,728,098 人 (301,628 人)
	高齢化率	32.1 %
	被保険者数	290,644 人

被保険者の健診・医療・介護の状況									
平均自立期間		健診・歯科健診		一人当たり医療費					一人当たり介護給付費
男性	女性	健診受診率	歯科健診受診率	計	入院	入院外	歯科	入院外及び調剤	
80.4	84.7	16.69%	1.69%	1,083,442円	596,726円	268,634円	34,897円	401,373円	15,678円

【「基本情報」出典 】

- 管内市町村数･･･政府統計(　e-Stat)「市区町村数を調べる」(令和　6年10月24日時点)
- 日常生活圏域数･･･令和元年度　介護予防・日常生活支援総合事業(地域支援事業)の実施状況(令和元年度実施分)に関する調査結果
- 人口(うち後期高齢者)･･･　総務省【総計】令和6年度住民基本台帳年齢階級別人口(都道府県別　)
- 高齢化率･･･　総務省【総計】令和6年度住民基本台帳年齢階級別人口(都道府県別　)から算出(後期高齢者(　65歳以上)人口 ÷総人口×100)
- 被保険者数･･･政府統計(　e-Stat)後期高齢者医療事業状況報告「統計表　第1表　都道府県別被保険者の状況」　(令和 4年度)

【「被保険者の健診・医療・介護の状況」出典　】

- 平均自立期間　/健診・受診率･･･第　3期DH 計画様式 Ⅲ
- 歯科健診受診率　/一人当たり介護給付費･･･第　3期DH 計画様式 Ⅱ
- 一人当たり医療費･･･政府統計(　e-Stat)後期高齢者医療事業状況報告「統計表　第2表　都道府県別医療費の状況」　(令和4年度)

策定時の事業実施体制　(令和5年度)

保健事業に関わる職員

常勤職員数			
事務職	保健師	管理栄養士	その他
5	2	0	0

常勤以外の職員数			
事務職	保健師	管理栄養士	その他
0	0	0	0

関連機関との連携有無

国保連	都道府県	保健所	医師会	歯科医師会	薬剤師会	看護協会
●	●		●	●	●	●

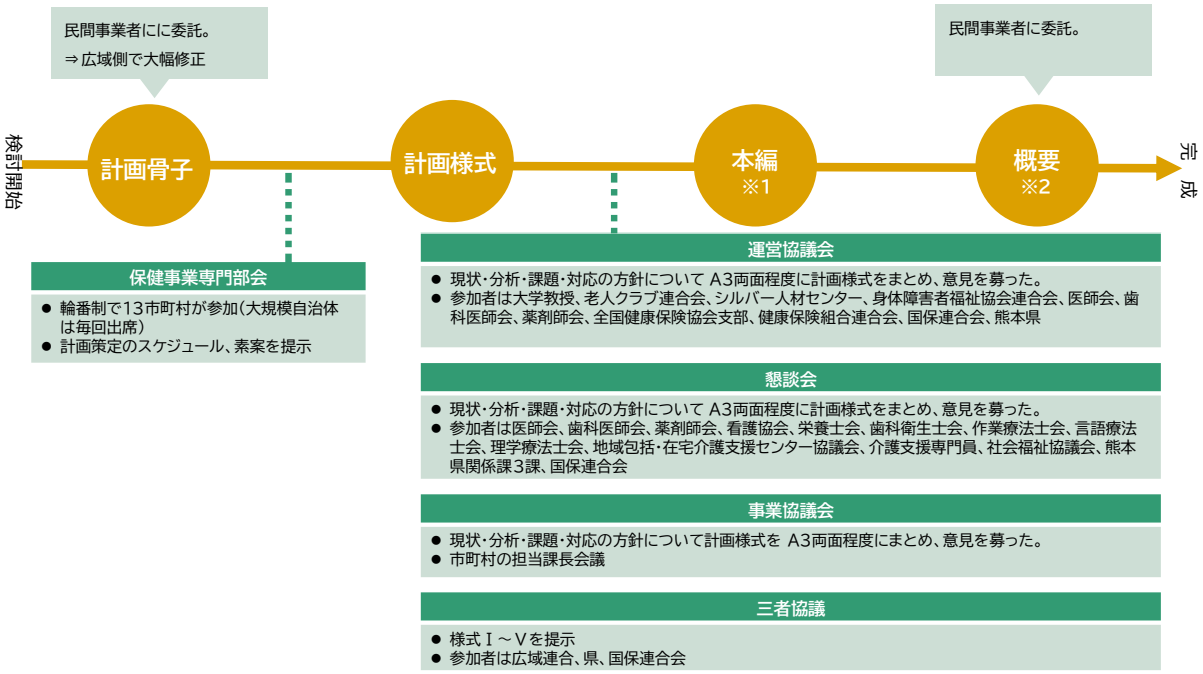
栄養士会	その他保健医療団体	病院等医療機関	外部有識者	その他
●		●	●	

【都道府県との連携方法(調整対象部署、照合した他計画、連携内容)　】

- 医療保険部門:国民健康保険から後期高齢者医療制度に移行した被保険者への継続的な取組・支援、及び市町村における一体的実施事業の取組が着実に進めるための支援・助言
- 介護保険部門:同上
- 健康増進部門:同上

熊本県後期高齢者医療広域連合　2／5

DH計画策定の検討の流れと他機関との連携



※1) https://www.kumamoto　-kouikirengo.jp/union/pdf/hpip.060327_2.pdf

※2) https://www.kumamoto　-kouikirengo.jp/union/pdf/hpip.060327.pdf?1

熊本県後期高齢者医療広域連合　3／5

課題と事業の対応状況(1　)※

広域連合がアプローチする課題	優先課題	課題解決に係る取組の方向性
・生活習慣病などの発症予防や早期発見 ・口腔機能など心身の機能低下の早期発見 ・健康診査及び歯科口腔健康診査の受診率の地域格差の縮小 ・健康状態不明者の把握		・生活習慣病などの発症予防や重症化予防、また、心身の機能低下を早期に発見し健康寿命の延伸を図るため、市町村へ委託し実施する ・市町村の受診率の格差縮小のため、市町村への支援体制づくりを行う ・医療機関などと連携して周知や受診勧奨を行う
・重症化予防(糖尿病性腎症・その他生活習慣病など) ・新規人工透析導入患者の減少及び平均導入年齢の延伸(特に糖尿病性腎症)	✓	・糖尿病性腎症やその他生活習慣病などの重症化を予防するため、一体的実施事業を中心に市町村の実情や特性に合わせた取組を実施する。 ・関係機関・団体と連携を図り、事業の評価及び改善に向けた支援体制づくりを行う

No.	事業分類	事業概要	体制	重点・優先
1	健康診査	被保険者の特性に応じた対応を考慮し、市町村に業務委託。また、業務効率化のため、医療機関などに業務を「再委託」することができる。健康診査の項目は特定健診の基本的な健診項目に加え、血清クレアチニン、血清尿酸検査、ヘモグロビンA1c検査、尿潜血検査、貧血検査の追加健診項目を必須項目とし、心電図及び眼底検査など医師の判断により生活習慣病や被保険者の特性に着目した検査項目とする。	委任	
2	歯科口腔健康診査	市町村に業務委託。歯科医療機関や歯科医師会に再委託し実施する。実施時期や場所の選定、対象者への案内は市町村の実情に応じた方法により実施。また、令和3年度より口腔機能評価を新たに追加した健康診査票及びフレイル状況を把握するための質問票に変更。歯科口腔健康診査を実施後は、結果を基に広域連合作成の指導票により受診者に口腔内の状況説明と改善指導を実施。	委任	
3	重症化予防	市町村に委託する一体的実施事業において、被保険者の特性に基づき実施。重症化リスクの高い医療機関未受診者及び治療中断者について、適切な受診勧奨・保健指導を行い重症化を予防。糖尿病性腎症及び新規人工透析への移行防止のため、市町村の糖尿病性腎症重症化予防プログラムなどを継続し、被保険者の特性に基づき実施。また、市町村、県・国保連合会及び関係機関などとの協力・連携体制の強化に努め、事業の評価及び改善に向けた支援体制を整えていく。	委任	✓

策定時の健康課題　/優先課題の設定方法

- 広域での優先課題をあげ、市町村の地域性を考慮、尊重しながら設定した。

※広域連合がアプローチする課題　/優先課題 /課題解決に係る取組の方向性　/No./ 事業分類 /体制 /
重点・優先・・・第3期　DH計画様式 Ⅲより転載
事業概要・・・第3期　DH計画様式 Ⅳより転載

熊本県後期高齢者医療広域連合　4／5

課題と事業の対応状況　(2)※

広域連合がアプローチする課題	優先課題	課題解決に係る取組の方向性
・医療費の適正化 ・適正受診につながる健康意識の醸成 ・重複、頻回受診減少及び医薬品の適正使用の推進		・医療費の適正化、平均自立期間(健康な状態)の延伸を図るため、広域連合において指導や助言などの個別指導を実施するとともに、市町村においては、一体的実施事業を中心に市町村の実情や特性に合わせた取組を実施する ・関係機関・団体と連携を図り、市町村への支援体制づくりを行う
・骨折予防や低栄養防止などのフレイル予防 ・保健事業を含む必要なサービスへの接続 ・質問票を活用した保健指導の推進	✓	・フレイル予防を図るため、一体的実施事業を中心に市町村の実情や特性に合わせた取組を実施する ・関係機関・団体と連携を図り、市町村への情報提供、支援体制づくりを行う

No.	事業分類	事業概要	体制	重点・優先
4	重複・頻回受診	医療専門職が訪問指導対象者に訪問し、健康に関する生活上の注意点や、医療機関受診などについて、個別支援を実施。また、各市町村に訪問指導対象者の情報提供を行い、必要時は関係機関などと連携し、継続した支援につなげる。	複合	
5	医薬品の適正使用の推進	後期高齢者の適正な服薬指導などを推進するため、対象者を選定し個別に訪問指導などを実施。また、一体的実施事業の中で、地域の実情や特性に合わせ、市町村、関係機関との連携による体制づくりに努める。	複合	
6	後発医薬品等普及促進事業	・先発医薬品をジェネリックに医薬品へ切り替えた場合に削減できる自己負担額の差額通知を年1回以上送付。また、リーフレットなどを活用し、ジェネリック医薬品の周知と普及を図る。 ・関係機関・団体などと連携した取組を実施。リーフレットなどを活用しバイオ後続品の普及促進に努める。	直営	
7	フレイル予防事業	市町村に委託する一体的実施事業において、地域の健康課題、分析結果などから対象者を抽出し、庁内外の関係部局及び関係機関・団体などと連携し、低栄養防止や身体活動、社会参加を推進する。また、市町村、医師会・熊本県・国保連合会及び関係機関・団体などと積極的に連携を図り、事業の評価及び改善に向けた支援体制を整えていく。	委託	✓

※広域連合がアプローチする課題　/優先課題 /課題解決に係る取組の方向性　/No./ 事業分類 /体制 /
重点・優先・・・第3期　DH計画様式 Ⅲより転載
事業概要・・・第3期　DH計画様式 Ⅳより転載

熊本県後期高齢者医療広域連合

5／5

DH計画の振り返り

第２期データヘルス計画の振り返りと第3期への反映状況

- 第３期ではデータ分析をより詳細に実施
- 第３期から一体的実施事業の内容がより具体的に示されたこともあり、健康課題・アウトプット・アウトカムをより詳細に提示 することができた。
- 第３期では様式が設定されていたので、様式 Ⅰ から順番に検討を進めていくことで頭が整理された点は良かった。

第3期における課題

- 業者へ委託したが、広域連合で加筆修正が必要で、作業の　効率化 につながらなかった部分もあった。 次回 は、医療専門職が業務体制に参画している業者を選定する等の配慮が必要。
- 計画 様式 Ⅱ の作成に苦労。データの時点の揃え方や書きぶりなどに関してより詳細な説明 があるとよかった　。

標準化で感じたこと

標準化の取り組みに対する効果

- 全国レベルで比較ができる点では効果があると感じているが、比較結果の活用はこれから 検討する 。

標準化を進めるうえでの課題

- 活用支援ツール、活用実施支援ツールを使い始めたばかりで慣れない部分がある市町村がある　。
- 市町村の規模の違いや地域性も考えたうえで標準化を進める方法がわからない。
- 市町村には事業の優先度を変えることで地域性を反映できることを説明　している。
  - → 市町村の規模等の実情に応じて対象者の抽出基準を変えて実施している。

市町村支援の方法・工夫

市町村へのフィードバック

- インセンティブの獲得状況、活用状況について、事業協議会で説明を実施
- ７月に集合形式の研修会で全市町村に対して、取り組み実施市町村数や参加者数等をフィードバック
- 市町村の評価に関しては、参加者数や取り組み項目を年々増やしているかという観点で評価
- 一体的実施の開始初年度となる市町村や、要望があった市町村、支援が必要と思われた市町村を対象には、オンラインで個別にフィードバック
  - → 提出された報告書を確認し、事業実施の根拠や積算基礎が明確でない市町村を抽出。フィードバックの際には県庁の後期高齢者医療保険の担当も同席の上、状況を共有

広域から見た市町村の課題

- マンパワー不足
  - → 他の市町村での人材確保のための委託先の一覧表の提供、専門職人材の雇用・派遣、熊本県内での事例紹介
- 医療費 増加 抑制の難しさ。
- 事業の評価、特に低栄養のアウト　カム 評価が難しい。 市町村から 具体的な評価の仕方を学習したいという希望も多い。

21

別添資料 2-1： 進捗管理シート

＜計画全体に係る進捗管理シート　※計画様式Ⅲをベースに作成＞

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	健康診査の受診率が新型コロナウイルス感染症拡大前に戻りつつあるが、全国平均と比較すると低い状況にある。特に市町村により受診率の差が大きい。	✓	・集団健診に加え、通年で受診できる個別健診を実施する市町村数を増やす。 ・受診率の発送など、後期高齢者へ移行後も受診勧奨を続けることが必要であり、特に受診率が低い市町村における積極的な取組を進める。	1
B	歯科口腔健康診査の受診率が低く、年度別のばらつきはあるが、健康診査と比較して1/2程度にとどまっている。	✓	・受診率の向上に取り組む。 ・オーラルフレイルや歯周病から引き起こされる、フレイルや生活習慣病等の予防を推進する。	2
C	脳血管疾患や心疾患の死亡割合が全国平均よりも高く、人口10万人当たりの死亡数では、それぞれ本県は全国の約1.5倍、約1.2倍となっている。		脳血管疾患・心疾患の要因である高血圧症及び糖尿病を改善するよう一体的実施事業で実施する生活習慣病等の重症化予防の取組を推進する。	5
D	BMI20.0以下（低栄養該当者）の後期高齢者数及び被保険者数に対する該当者の割合が増加している。		低栄養は、骨折等の要因であるとともに全身の機能低下にも影響するため、一体的実施事業で実施する低栄養防止の取組を推進する。	3
E	身体的フレイル（ロコモティブシンドロームを含む）に該当する被保険者数及び被保険者数に対する割合が増加傾向にある。		早期の段階で要介護状態に陥ることを必要があるため、一体的実施事業で実施する生活習慣病等の重症化予防（身体的フレイル）の取組を推進する。	6

計画様式から転記する。

課題を抽出して課題を列挙

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）	できるだけ長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。

計画様式から転記する。

計画様式から目標値を転記する。

評価時に算出した結果を記載する。

令和5年度の実績値を記載する。

目標		評価項目（共通評価指標）		計画策定時 実績※1 2022（R4） 割合	分子	分母	2023（R5） 割合	分子	分母	2024（R6） 割合	分子	分母	2025（R7） 割合	分子	分母	2026（R8） 割合	分子	分母	2027（R9） 割合	分子	分母	2028（R10） 割合	分子	分母	2029（R11） 割合	分子	分母
健診受診率の向上 健康状態不明者の把握	アウトプット	健診受診率	目標値	0%			0%			27.3%			27.6%			27.9%			28.2%			28.5%			28.8%		
			実績値	26.7%	73,510人	275,830人	27.5%	78,974	286,689	24.7%	55,232	223,577	0%			%			%			%			%		
		歯科健診実施市町村数・割合	目標値	0%			0%			100.0%						100.0%			100.0%			100.0%			100.0%		
			実績値	100.0%	59市町	59市町	100%	59	59	100%	59	59				%			%			%			%		
生活習慣の改善 重症化の予防 フレイルの予防		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	目標値	0%			0%			100%			100%			100%			100%			100%			100%		
			実績値	74.6%	51市町	59市町	100%	59	59	100%	59	59	0%			%			%			%			%		
一体的実施の推進 実施市町村数の増加	アウトプット	低栄養	目標値	0%			0.0%			61.0%	36%	59%	69.5%			78.0%			86.4%			89.8%			93.2%		
			実績値	52.5%	31市町	59市町	52.5%	31	59	64.4%	38	59	%			%			%			%			%		
		口腔	目標値	0%			0.0%			33.9%			42.4%			50.8%			59.3%			62.7%			66.1%		
			実績値	25.4%	15市町	59市町	25.4%	15	59	35.6%	21	59	%			%			%			%			%		
		服薬（重複・多剤）	目標値	0%			0.0%			16.9%			20.3%			23.7%			27.1%			30.5%			33.9%		
			実績値	13.6%	8市町	59市町	15.3%	9	59	22.0%	13	59	%			%			%			%			%		
		重症化予防（糖尿病性腎症）	目標値	0%			0.0%			74.6%			79.7%			84.7%			89.8%			94.9%			100.0%		
			実績値	61.0%	36市町	59市町	69.5%	41	59	83.1%	49	59	%			%			%			%			%		
		重症化予防（その他身体的フレイルを含む）	目標値	0%			0.0%			67.8%			71.2%			74.6%			78.0%			81.4%			84.7%		
			実績値	57.6%	34市町	59市町	64.4%	38	59	78.0%	46	59	%			%			%			%			%		
		健康状態不明者	目標値	0%			0.0%			47.5%			52.5%			57.6%			62.7%			67.8%			72.9%		
			実績値	35.6%	21市町	59市町	44.1%	26	59	57.6%	34	59	%			%			%			%			%		
一体的実施の推進 ハイリスク者割合の減少	アウトカム	低栄養	目標値	0%			0%			0.70%			0.74%			0.77%			0.81%			0.85%			0.89%		
			実績値	0.70%	2,098	297,440	0.69%	2185	314,586	0.6%	1,476	239,120	%			%			%			%			%		
		口腔	目標値	0%			0%			4.64%			4.89%			5.13%			5.83%			5.63%			5.87%		
			実績値	4.20%	12,511	297,440	3.69%	11610	314,586	2.8%	6,743	239,120	%			%			%			%			%		
		服薬（多剤）	目標値	0%			0%			3.74%			3.74%			3.75			3.75%			3.75%			3.75%		
			実績値	3.64%	11,188	307,699	3.44%	10820	314,586	4.9%	11,658	239,120	%			%			%			%			%		
		服薬（睡眠薬）	目標値	0%			0%			1.97%			2.03%			2.09%			2.16%			2.22%			2.29%		
			実績値	1.78%	5,482	307,699	1.67%	5261	314,586	1.2%	2,836	239,120	%			%			%			%			%		
		身体的フレイル（ロコモ含む）	目標値	0%			0%			4.95%			5.22%			5.49%			5.77%			6.04%			6.31%		
			実績値	4.41%	13.126	297,440	4.27%	13428	314,586	3.4%	8,089	239,120	%			%			%			%			%		
		重症化予防（コントロール不良者）	目標値	0%			0%			0.39%			0.40%			0.40%			0.41%			0.42%			0.43%		
			実績値	0.46%	1,389	297,440	0.60%	1892	314,586	0.5%	1,121	239,120	%			%			%			%			%		
			目標値	0%			0%			10.66%			12.36%			14.06%			15.75%			17.45%			19.14%		
			実績値	7.43%	22.119	297,440	5.04%	15847	314,586	9.4%	22,369	239,120	%			%			%			%			%		
		重症化予防（基礎疾患保有＋フレイル）	目標値	0%			0%			5.45%			5.68%			5.91%			6.14%			6.37%			6.60%		
			実績値	5.05%	15.024	297,440	4.82%	15148	314,586	3.7%	8,729	239,120	%			%			%			%			%		
		重症化予防（腎機能不良未受診者）	目標値	0%			0%			0.006%			0.005%			0.006%			0.005%			0.006%			0.006%		
			実績値	0.008%	26	297,440	0.008%	24	314,586	0.0%	42	239,120	%			%			%			%			%		
		健康状態不明者	目標値	0%			0%			1.59%			1.60%			1.62%			1.64%			1.66%			1.69%		
			実績値	1.62%	4.836	307,699	1.56%	4912	314,586	2.2%	5,358	239,120	%			%			%			%			%		
		平均自立期間（要介護2以上）上段 下段 男性 女性	目標値							79.4 83.8			79.55 83.9			79.7 84.0			79.85 84.1			80.0 84.2			80.15 84.3		
			実績値	79.1 83.6			78.8 83.3			78.6 83.1																	
・・・		・・・		0%			0%			0%			0%			0%			0%			0%			0%		
				0%			0%			0%			0%			0%			0%			0%			0%		
・・・		・・・		0%			0%			0%			0%			0%			0%			0%			0%		
				0%			0%			0%			0%			0%			0%			0%			0%		

※1：実績年度が異なる場合には、理由等に注釈を記載。　※2目標値を記載する際は、分母＝分子は記載不要。

独自の評価指標がある場合に計画様式から転記する。

計画様式から転記する。

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	直営 委託 混合		重点・優先	2023（R5）	2024（R6）	2025（R7）	2026（R8）	2027（R9）	2028（R10）	2029（R11）
						実施年度（市町村数）						
1	健康診査	健康診査事業	委託		✔	59	59	59	59	59	59	59
2	歯科口腔健康診査	歯科口腔健康診査事業	委託		✔	59	59	59	59	59	59	59
3	一体的実施	低栄養	委託		✔	31	36	41	46	51	53	55
4		口腔	委託			15	20	25	30	35	37	39
5		重症化予防（糖尿病性腎症）	委託		✔	41	44	47	50	53	56	59
6		重症化予防（身体的フレイルを含むその他の生活習慣病）	委託		✔	38	40	42	44	46	48	50
7		服薬（多剤、睡眠薬）	委託				10	12	14	16	18	20
8		重複・頻回受診	委託			8	10	12	14	16	18	20
9		健康状態不明者	委託			25	28	31	34	37	40	43

計画様式から転記する。事業を追加する場合には追記する。

実績を記載する。

総評・コメント	2023（R5）	2024（R6）	2025（R7）	2026（R8）	2027（R9）	2028（R10）	2029（R11）
		実施年度					
計画の進捗状況・課題等		令和6年度全市町村が実施し、総事業の取組率も上昇した。 「服薬（多剤、睡眠薬）」は民間事業者への委託により実施したが、服薬相談に課題がみられた。					
次年度への申し送り・改善事項		「一体的実施」の推進において、目標に比べ、伸びが緩やかな取組について、関係団体等との連携を深めるとともに、市町村支援を実施し推進を図る。 「服薬（多剤、睡眠薬）」については医師会・薬剤師会と連携し、実施内容を検討していく。					

令和6年度の取組結果を確認し、計画の進捗を記載する。また課題や次年度の申し送り事項をあわせて記録する。

＜個別事業に係る進捗管理シート　※計画様式Ⅳをベースに作成＞

事業１　　健康診査事業

計画様式から事業の目的・概要を転記する。

事業の目的	健康診査の受診を通し、生活習慣病等を早期に発見し、被保険者の重症化を予防します。
事業の概要	腹囲を除く、特定健診の健診項目の実施（※受診者負担は原則なし。） ＜広域連合＞ ①ホームページ、被保険者証送付時の冊子及び新聞広告等により、健康診査について周知に努めます。 ②各市町村が実施した健康診査等の受診率向上の取組（優良事例）について、情報提供を行う。 ③福島県医師会等へ医療機関受診者に対する健康診査の受診勧奨を継続的に推進します。 ＜市町村＞ ①広報紙及びホームページ等で健診結果データの分析を通して、各市町村が抱える健康課題を広報し、健康診査の受診勧奨及び健康意識向上を図ります。 ②健康診査を受診するに当たり、受診機会の確保や利便性の向上を図り、被保険者にとって受診しやすい環境づくりに努めます。

計画様式から転記する。　計画様式から目標値を転記する。　実績を記載する。

項目	No.	評価指標	評価方法	計画策定時実績（R4）	2023年度（R5）	目標値 2024年度（R6）	2025年度（R7）	2026年度（R8）	2027年度（R9）	2028年度（R10）	2029年度（R11）
アウトカム評価指標	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。	54.90%	56.10%	54.10%	56.0%	57.0%	58.0%	59.0%	60.0%	61.0%
	2										
	3										
	4										
	5										
アウトプット評価指標	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。	26.70%	27.54%	24.70%	27.3%	27.6%	27.9%	28.2%	28.5%	28.8%
	2										
	3										
	4										
	5										

計画様式から転記する。必要に応じて変更内容を追記する。

プロセス（方法）	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、直接実施するか、関係機関・団体に事業の一部を再委託して実施
	実施内容	①広域連合から各市町村に委託し、各市町村の状況に応じ、集団健診及び施設健診により実施します。 ②東日本大震災等により被災し、避難している被保険者が避難先で受診できるよう県を通じて関係機関と受診契約を締結します。
	実施後のフォロー・モニタリング	市町村からの実績報告書の提出により、実施方法や課題を把握する。
	備考	
ストラクチャー（体制）	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、直接実施するか、関係機関・団体に事業の一部を再委託して実施
	実施内容	①広域連合の体制 ア　担当部署：業務課保健事業係 イ　担当者：事務職１名 ウ　実施方法：市町村へ委託して実施します。 ②市町村の体制 ア　担当部署：市町村によって異なります。 イ　担当者数：市町村によって異なります。 ウ　実施方法：市町村は健診実施可能団体に委託し、集団健診及び施設健診を実施します。
	実施後のフォロー・モニタリング	市町村からの実績報告書の提出により、実施方法や課題を把握する。
	備考	市町村からの実績報告の提出は3月31日まで,KDBへの反映、確定は12月のため当該年度の健診受診率は暫定値

事業の進捗や課題、次年度への申し送り事項を記載する。

		事業の進捗状況・課題等	次年度への申し送り・改善事項等
総評・コメント	2024年度(R6)	・ホームページ、被保険者証送付時の冊子による周知及び新聞記事掲載を実施。 ・各市町村における取り組みを研修において情報提供 ・福島県医師会へ受診勧奨依頼 ・市町村による健診受診率の差が大きい点が課題。	・広域連合からの広報を積極的に実施する ・受診率が低い市町村の要因について該当自治体とともに分析し、受診率向上のための対策を進める
	2025年度(R7)		
	2026年度(R8)		
	2027年度(R9)		
	2028年度(R10)		
	2029年度(R11)		

別添資料 2-2： 振り返りシート・市町村支援記録シート

＜振り返りシート＞

広域連合における高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を含む保健事業　振り返りシート

より良い事業に向けて、このシートを用いて話し合ってみてください。（例：中間評価（9月頃）、最終評価（2月頃））。

＊1　5段階評価例：　a 期待以上によくできた、b 事業を計画どおりに実施できた　c 課題が多く見つかったがやったかいはあった　d まだ手ごたえを得られる状態ではない　e 実施が困難と感じた

＊2　関係機関、委託先などからの提案、意見があれば　メモしておきましょう

（　　○○広域連合　　）

記入日　　（　　）

実施した項目にチェックをつけ、担当者の所感としての評価結果を記載する。

課題があれば記載する。

内外から指摘・意見があれば記載する。

5段階の評価理由を記載する。

	項目			内容	実施の有無	5段階評価*1（a-e）	その理由	解決すべき課題	内・外部関係者の意見*2（広域連合内、都道府県、国保連、支援評価委員会、医師会等、地域関係団体、委託先等）
事業評価	ストラクチャー評価	体制づくり		本事業の実施にあたり、関係者（都道府県・国保連）にデータヘルス計画を説明し、協議ができた。	☑	b	県・国保連との三者協議や研修会において情報共有し協議できた。		
		地域連携		地域の関係団体・関係機関との連携体制が構築できた。とくに市町村との連携が深まった。	☑	a	市町村訪問や計画提出時等のやり取りする中で連携が深まった。	事業推進のため、関係団体との連携をより深める必要がある。	県を通して医師会・薬剤師会に協力を依頼してはどうか。（広域連合内会議）
		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・意見交換会も実施できた（内・外含め）	☑	b	データ分析、保健指導は委託している。研修・意見交換会は実施できた。		
				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。	☑	a	各事業でマニュアル作成や事業者との調整、教材の使い方の研修会を開催し、円滑な事業運営の準備をした。		
				委託先【市町村・事業者】と事業の目的・方法などを協議し、適切な委託ができた。	☑	b	市町村・事業者への委託は適切にできている。		
	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。	☑	b	過去のスケジュールも参考にして業務を進めている。遅れの生じている取組について介入を行う		
		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。	☑	a	健康課題の分析や対象となるハイリスク者抽出を実施し、進捗管理シートに追記している。		
		適切な運営		概ね計画どおり、市町村支援することができた。	☑	a	市町村訪問等について計画どおりに、円滑に対応できた。必要な支援を求められた場合は追加で対応し		
				市町村の意見、取組状況などを評価した。	☑	b	市町村の実績報告書を基に把握している。	市町村の取組状況の評価をさらに進めていく。	
		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。	☑	b	作業工程等について班内で共有し状況の変化に対応している。		
	アウトプット評価	ハイリスク		ツールで把握した対象者の中で、実際に関われた人の人数を把握した。	☑	d	市町村により、抽出基準が異なるため、十分に把握できていない	把握方法を検討していく。	
		ポピュレーション		各市町村での通いの場等での質問票の活用状況や支援の実施人数を把握した。	☑	b	市町村の実績報告書を基に把握している。		
		日常生活圏域のカバー率	■	各市町村での一体的実施の実施状況を日常生活圏域のカバー率として把握した。見える化した。	☑	b	市町村の実績報告書を基に把握している。		
		通いの場の参加率	■	各市町村での通いの場の参加率として把握した。見える化した。	☑	b	市町村の実績報告書を基に把握している。		
		健診	★	各市町村での健診受診率を把握した。見える化した。	☑	b	市町村の実績報告書を基に把握している。		
		歯科健診	★	各市町村での歯科健診の実施状況を把握した。見える化した。	☑	b	市町村の実績報告書を基に把握している。		
		質問票活用	★	各市町村での質問票を活用したハイリスク者把握に基づく保健事業の実施状況を把握した。見える化した。	☑	b	市町村の実績報告書を基に把握している。		
		実施市町村数	★	個別の保健事業の実施市町村数・割合を把握した。見える化した。	☑	b	市町村の実績報告書を基に把握している。		
	アウトカム評価	個別事業の評価指標	★	各市町村の個別事業の評価指標を確認した。共有した。	☑	a	市町村の実績報告書を基に把握している。		
		医療費（入院）	■	各市町村の医療費（入院）を確認した。共有した。	☑	b	データ分析し各市町村にも情報共有した。		
		医療費（外来）	■	各市町村の医療費（外来）を確認した。共有した。	☑	b	データ分析し各市町村にも情報共有した。		
		疾病別医療費	■	レセプトで疾病別医療費を確認した。共有した。	☑	b	データ分析し各市町村にも情報共有した。		
		透析導入患者数	■	各市町村の透析導入患者数を確認した。共有した。	☑	b	データ分析し各市町村にも情報共有した。		
		要介護認定率	■	各市町村の要介護認定率を確認した。共有した。	☑	b	データ分析し各市町村にも情報共有した。		
		介護給付費	■	各市町村の介護給付費を確認した。共有した。	☑	b	データ分析し各市町村にも情報共有した。		
		平均自立期間	■	各市町村の平均自立期間を確認した。共有した。	☑	b	データ分析し各市町村にも情報共有した。		
		ハイリスク者人数・割合	■	各市町村のハイリスク者人数、割合を確認した。共有した。	☑	b	市町村の実績報告書を基に把握している。		
事業報告	市町村との情報共有、意見交換			市町村と評価結果について情報共有した。これをもとに改善策等を話し合った。	☑	b	市町村訪問や実績報告書提出時等に情報共有している。		
	関係部局間での事業評価の共有			関係部局間で、事業評価結果を共有する場を設けた	☑	b	県・国保連との三者協議や市町村事業協議会、研修会等において情報共有した。		
	関係団体への報告			本事業に関係した団体等に事業報告した。	☑	b	三者協議、市町村事業協議会、懇談会等において報告した。		
	協議会への報告			地域の協議会などで分析結果の報告や改善策の検討を行った	☑	b	懇談会、運営協議会等において報告しているが改善策の検討には至っていない。		
	被保険者への報告・啓発			被保険者に対し、本事業の意義や成果について情報提供等を行った	☑	b	運営協議会において報告している。		
次期計画への見直し	次年度の計画策定			今年度の評価を踏まえ、次年度の事業計画（市町村支援、研修、広域独自事業等）を見直した。	☑	b	今年度の評価を踏まえ、次年度の事業計画を検討している。		
	長期追跡体制			長期的に健診やレセプト情報で評価できる体制を整えた	☑	d	年度毎の評価を含め、長期的に評価しているものの、体制づくりは課題がある	地域の医療関係団体や有識者に相談し、評価体制を構築する	
	継続的な業務の引継ぎ			年度や担当者が代わっても進捗が滞らないような対策を行った	☑	b	年間スケジュール等作成している。 毎週、班内で事業の進捗状況等共有している。		

※【市町村における「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」のための進捗チェックリストガイド】のP40を参照して作成。
（★：新規追加項目／■：一体的実施計画書及び実績報告書の集約レポートから簡便に把握可能な項目）

＜市町村支援記録シート＞

市町村支援記録シート

（付録）

令和　6　年度

支援状況について記録しておき、次年度の取組状況の確認や支援の際に活用しましょう。
※保健事業の実施状況については、一体的実施計画書や実績報告書、その集約レポートの結果を活用して把握する。
※支援状況等により、適宜、保健所管轄区域単位や二次医療圏単位などで整理することも可能。

市町村番号	市町村名	取組状況（概要等）	支援の状況	次年度確認事項
123	○○市	被保険者数52,963人(R6.4.1現在) 健康診査（個別、9か月間） R5受診率36.5% R3一体的実施開始 14/14圏域実施　企画調整担当2名 低栄養、重症化予防（その他）、健康状態不明者対策を実施	・個別支援訪問にて、健康状態不明者対策の経年評価におけるデータ分析・事業整理について支援を実施 ・担当者から、重症化予防等のハイリスクアプローチを実施する中で、継続して介入者として挙がる方たちへのアプローチの仕方が難しいとの意見。訪問する期間をあけて調整しているとのこと。 ⇒拒むハイリスク者が一定数出てくることが想定される。1度訪問して、事業の説明や自身の状況を知っておくことや必要な行動変容についての情報を知っておくことは重要な観点であるため、まずはアプローチを行うことが大切であると助言した。	経年評価の進捗状況を確認する。
124	●●市	被保険者数11,716人(R6.4.1現在) 健康診査（集団・個別、9か月間） R5受診率26.7% R6一体的実施開始 4/4圏域実施　企画調整担当1名 健康状態不明者対策を実施	個別支援訪問にて、実績報告に向けた支援を実施	実績報告を確認し、取組拡大に向けた支援を実施する。

市町村での取組状況（保健事業、開始時期、実施圏域数等）を記載する。

広域連合が支援した内容を記載する。市町村が取り組む上での課題や悩み等に対して広域連合からの助言等も記載する。

支援内容を受けて、次年度に確認する事項を記載する。

別添資料３：全広域連合で策定されたデータヘルス計画　公表ページ URL 一覧
（令和７年３月 10 日時点）

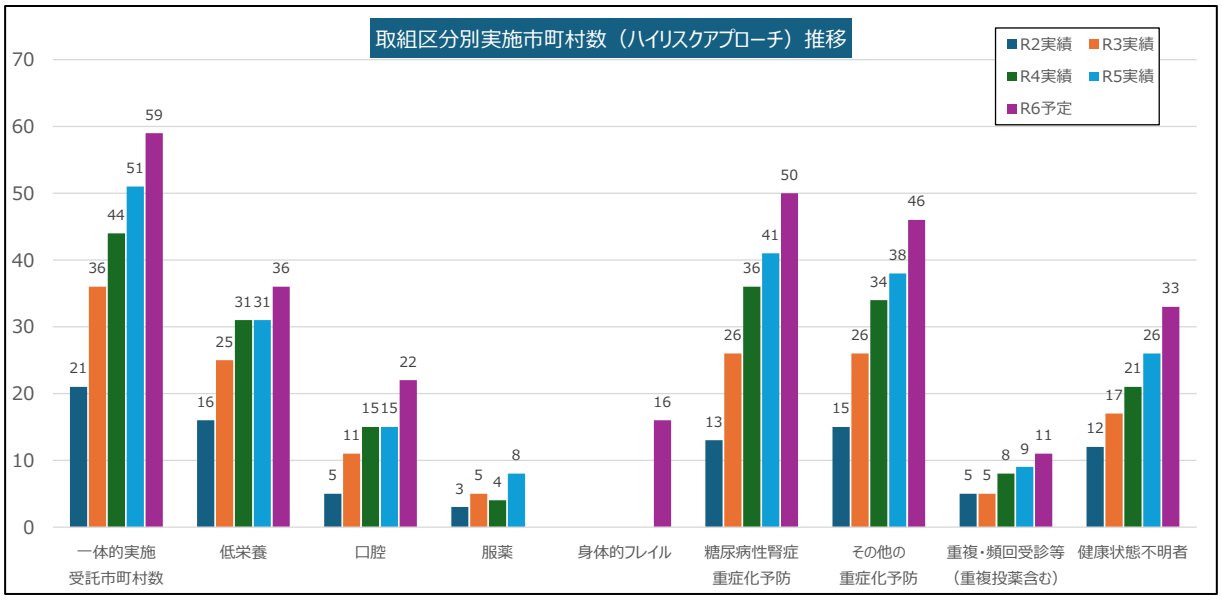
広域連合名	URL
北海道	https://iryokouiki-hokkaido.jp/hotnews/detail/00001585.html
青森県	http://www.aomori-kouikirengou.jp/kyufu/jigyo_hoken.html
岩手県	https://iwate-kouiki.jp/system/health-service/%e7%ac%ac%ef%bc%93%e6%9c%9f%e4%bf%9d%e5%81%a5%e4%ba%8b%e6%a5%ad%e5%ae%9f%e6%96%bd%e8%a8%88%e7%94%bb%ef%bc%88%e3%83%87%e3%83%bc%e3%82%bf%e3%83%98%e3%83%ab%e3%82%b9%e8%a8%88%e7%94%bb%ef%bc%89/
宮城県	http://www.miyagi-kouiki.jp/seido/hokenjigyo.html#datahealth
秋田県	https://www.akita-kouiki.jp/data_health/
山形県	https://www.yamagata-kouiki.jp/union/entry-74.html
福島県	https://www.fukushima-kouiki.jp/?page_id=317
茨城県	https://kouiki-ibaraki.jp/page/page000190.html
栃木県	https://www.kouikirengo-tochigi.jp/seido/hoken.html
群馬県	https://www.gunma-kouiki.jp/datahealth/
埼玉県	https://www.saitama-koukikourei.org/seido/page-4507/page-4510/
千葉県	https://www.kouiki-chiba.jp/site/rengou/list38-92.html
東京都	https://www.tokyo-ikiiki.net/rengou/1000380/1000486.html
神奈川県	https://www.union.kanagawa.lg.jp/1000004/1000555/1000574.html
新潟県	https://www.niigata-kouiki.jp/business/plan/
富山県	https://www.toyama-iryou.jp/download/
石川県	http://www.ishikawa-kouiki.jp/others/datahealth-2/
福井県	https://fukui-kouiki.or.jp/association/datahealthplan.html
山梨県	https://www.yamanashi-iryoukouiki.jp/kouikikeikaku/
長野県	https://www.koukikourei-nagano.jp/www/contents/1100000000385/index.html
岐阜県	https://www.gikouiki.jp/rengo/plan/health/
静岡県	https://www.shizuoka-ki.jp/information/plan/datahealth/
愛知県	https://www.aichi-kouiki.jp/iryou/hokenjigyo/1001606.html
三重県	https://mie-kouiki.jp/shiryo/datahealth/
滋賀県	https://www.shigakouiki.jp/0000000028.html
京都府	https://kouiki-kyoto.jp/about_system/health_business/
大阪府	https://www.kouikirengo-osaka.jp/material/index.html
兵庫県	https://www.kouiki-hyogo.jp/rengou/1001466/1001525.html
奈良県	https://nara-kouiki.jp/hoken.html
和歌山県	https://kouiki-wakayama.jp/health-services/datehealth
鳥取県	http://koureikouiki-tottori.jp/juyou/341
島根県	http://www.shimane-kouiki.jp/gaiyou/#hoken
岡山県	https://www.kouiki-okayama.jp/?p=10564
広島県	http://www.kouiki-hiroshima.jp/seido/copy_of_sikakenkousinsa.html
山口県	http://yamaguchi-kouiki.jp/ko/ko99-2
徳島県	https://www.koukikourei-tokushima.jp/docs/koukikourei_shiryou/

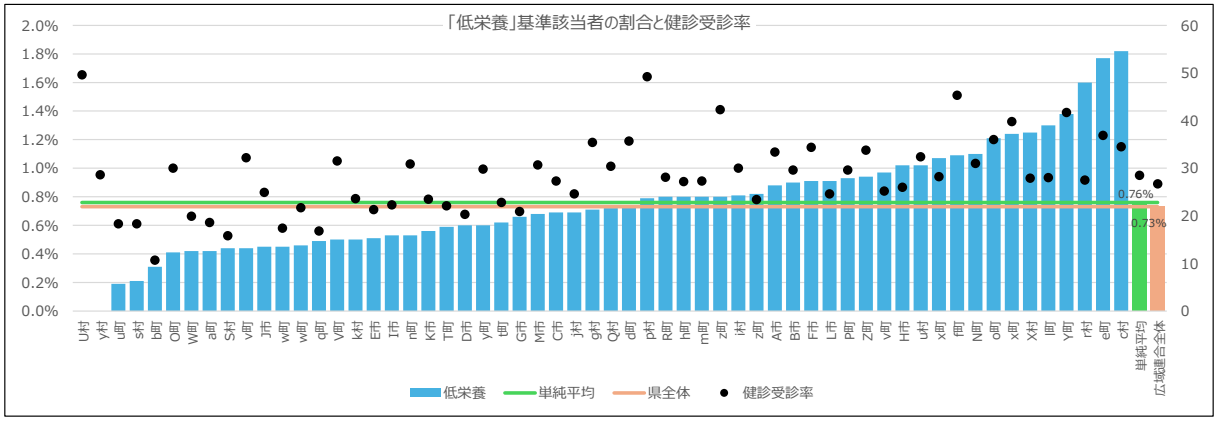
広域連合名	URL
香川県	https://kagawa-kouiki.jp/datahealth
愛媛県	https://www.ehime-kouiki.jp/hokenjigyo/datahealth.html
高知県	https://www.kochi-kouiki.or.jp/life/dtl.php?hdnKey=111
福岡県	https://www.fukuoka-kouki.jp/chojukeikaku.php
佐賀県	https://www.saga-kouiki.jp/main/728.html
長崎県	https://www.nagasaki-kouiki.net/gaiyo/unei/%E5%90%84%E7%A8%AE%E8%A8%88%E7%94%BB
熊本県	https://www.kumamoto-kouikirengo.jp/union/#hpip
大分県	http://oita-kouiki.jp/%E5%BA%83%E5%9F%9F%E8%A8%88%E7%94%BB%E3%83%BB%E4%BF%9D%E5%81%A5%E4%BA%8B%E6%A5%AD%E8%A8%88%E7%94%BB%E3%81%AB%E3%81%A4%E3%81%84%E3%81%A6/
宮崎県	https://www.miyazaki-kourei-kouiki.jp/2024/03/29/detahealth_03/
鹿児島県	https://www.kagoshima-kouiki.jp/data-health/
沖縄県	https://www.kouiki-okinawa.jp/kankei.html

別添資料 4： 構成市町村への情報提供例

（構成市町村による事業実施実績の推移および可視化）

年度	受託実施市町村数	実施圏域数	取組区分別実施市町村数（ハイリスクアプローチ）								取組区分別実施市町村数（ポピュレーションアプローチ）			
			低栄養	口腔	服薬	身体的フレイル	重症化予防		重複・頻回受診等	健康状態不明者	健康教育・相談	フレイル状態の把握	気軽な相談環境づくり	複合的取組
							糖尿病性腎症	その他						
R2実績	21	45	16	5	3	-	13	15	5	12	21	18	-	-
R3実績	36	85	25	11	5	-	26	26	5	17	36	14	2	-
R4実績	44	111	31	15	4	-	36	34	8	21	29	13	2	18
R5実績	51	128	31	15	8	-	41	38	9	26	37	9	0	20
R6予定	59	150	36	22	-	16	50	46	11	33	59	34	6	-



（構成市町村における共通評価指標の基準該当者数および可視化）

市町村名	被保険者	令和5年度健診受診率	共通評価指標の基準該当者数、被保険者数に対する割合（暫定値）								
			低栄養		口腔		服薬（多剤）		服薬（睡眠		…
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	…
A市	44453	33.40%	392	0.88%	1759	3.96%	1529	3.40%	1011	2.27%	…
B市	19035	29.60%	172	0.90%	795	4.18%	463	2.40%	392	2.06%	…
C市	43791	27.30%	302	0.69%	1409	3.22%	1485	3.40%	754	1.72%	…
D市	51608	20.30%	311	0.60%	1579	3.06%	2304	4.50%	728	1.41%	…
E市	9093	21.30%	46	0.51%	245	2.69%	272	3.00%	109	1.20%	…
F町	10730	34.40%	98	0.91%	558	5.20%	312	2.90%	274	2.55%	…
G町	9061	20.90%	60	0.66%	289	3.19%	177	2.00%	108	1.19%	…
H町	5690	26.00%	58	1.02%	217	3.81%	197	3.50%	79	1.39%	…
I市	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…