

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施 厚生労働科学研究班報告

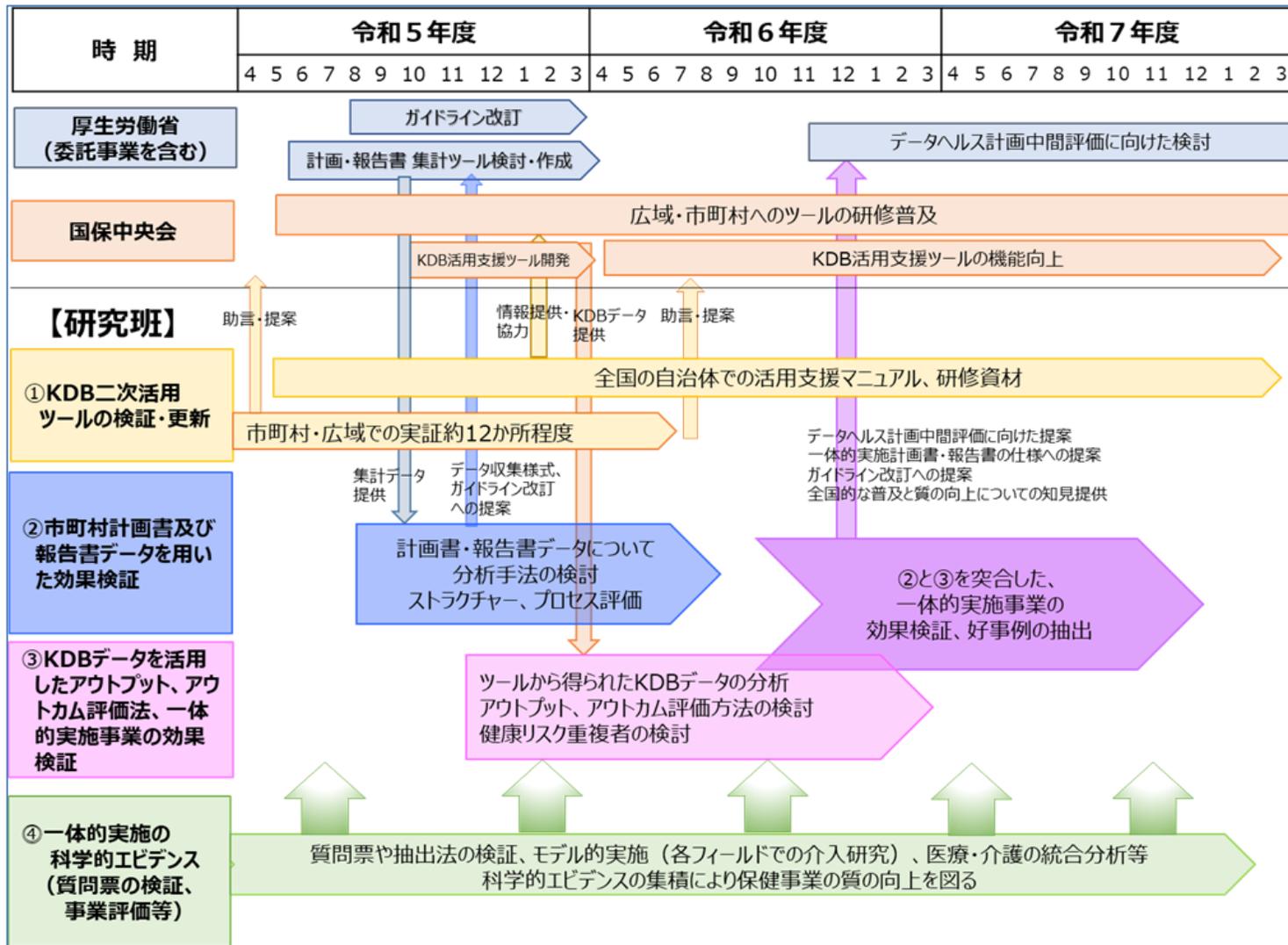
女子栄養大学 津下 一代

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

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

厚生労働科学研究(令和5年度～7年度)

「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の推進及び効果検証のための研究」



研究代表者

津下一代(女子栄養大学):総括

分担研究者

- 田中和美(神奈川県立保健福祉大学)
- 協力:遠又靖丈(神奈川県立保健福祉大学)
- 渡邊 裕(北海道大学大学院歯学研究院)
- 協力:佐藤美寿々(北海道大学大学院)
- 平田 匠(東京都健康長寿医療センター)
- 協力:光武誠吾(東京都健康長寿医療センター)
- 飯島勝矢(東京大学高齢社会総合研究機構):
- 協力:田中友規、吉澤裕世(東京大学)
- 樺山 舞(大阪大学):健康状態不明者、重症化予防
- 協力:赤木優也、Li Yaya (大阪大学)
- 宇田和晃、斎藤民(国立長寿医療研究センター)
- 協力:金雪瑩(国立長寿医療研究センター)

研究協力

山口道子、仁田尾悠(国民健康保険中央会)

個別事業実施

(1) 地域の医療・介護関係団体との調整

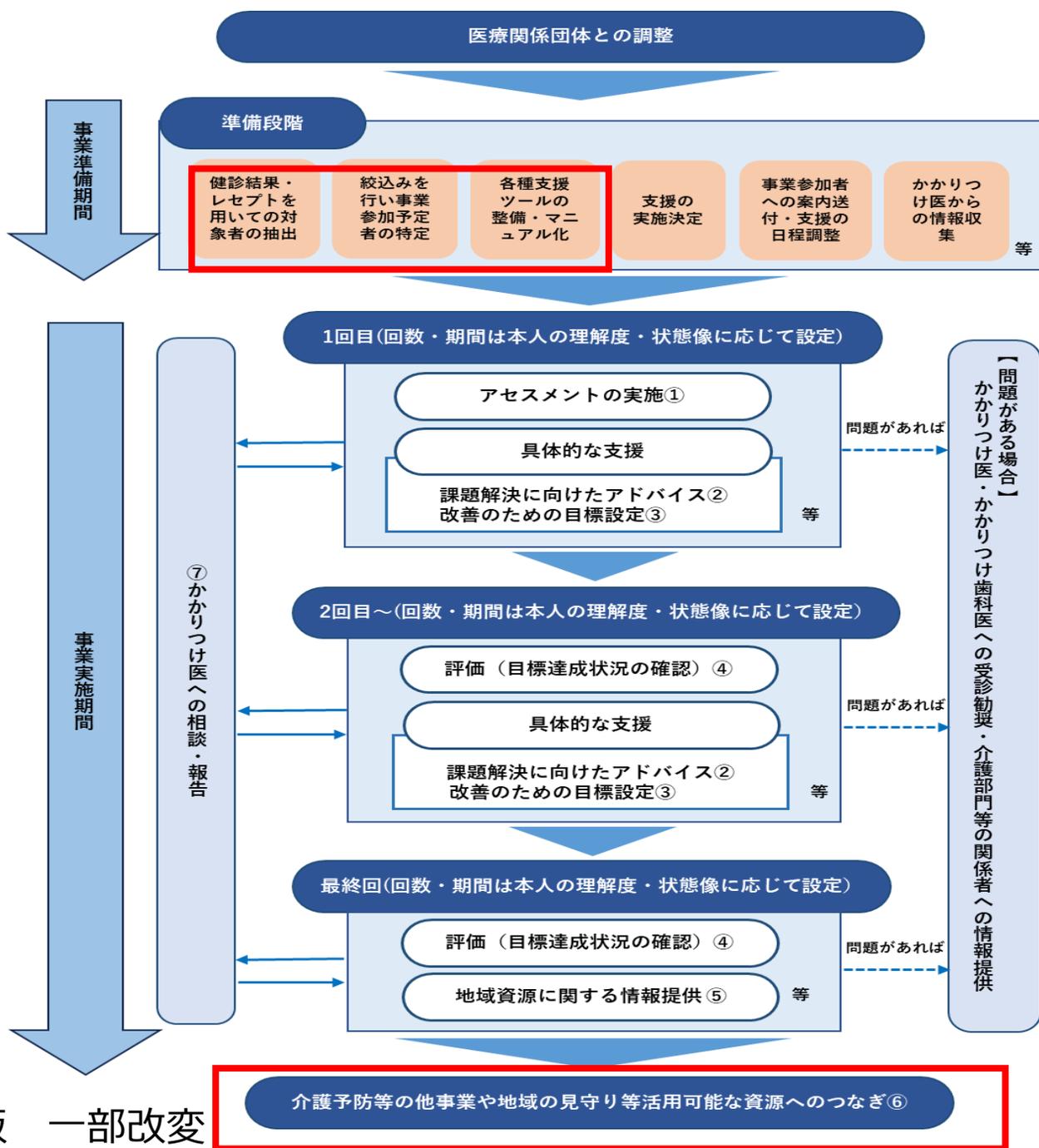
(2) 事業の実施

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

評価とその活用

継続的な改善につなげていくため、

- ① 個人の状況の変化を確認する評価、
 - ② 個別事業における事業評価、
 - ③ 一体的実施全体の事業評価
- の3つの視点で評価する。



別添1. 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

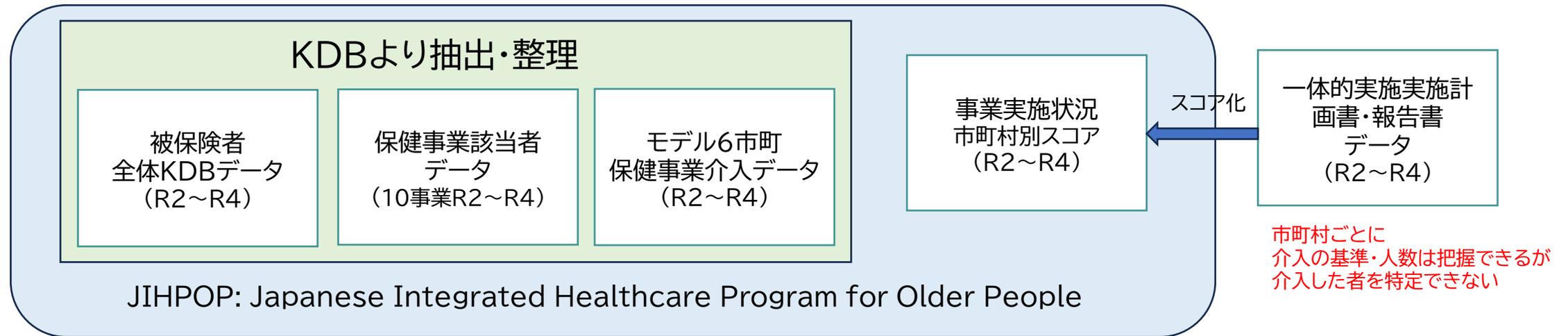
		事業の目的	抽出項目
1	低栄養	低栄養状態の可能性のある者⇒低栄養防止	健診: BMI \leq 20 and 質問票⑥(体重変化)
2	口腔	オーラルフレイル・口腔機能低下者を抽出⇒歯科受診、口腔機能低下防止	後期高齢者の質問票④(咀嚼機能)、質問票⑤(嚥下機能)のいずれかに該当 and 過去1年間歯科受診なし
3	服薬	多剤投薬者や睡眠薬服用者を抽出⇒残薬を減らす、転倒等の薬物有害事象を防止する	レセプト: 処方薬剤数「15以上、20以上」等で対象者を抽出
4			睡眠薬処方あり and 質問票⑧(転倒) or ⑩(認知:物忘れ) and ⑪(認知:失見当識)2つ該当
5	身体的フレイル(ロコモ含)	身体的フレイル(ロコモ含)のリスク⇒介護予防運動等の実施	質問票①(健康状態) and 質問票⑦(歩行速度)、or 質問票⑦(歩行速度)に該当 and 質問票⑧(転倒)に該当
6	重症化予防	血糖・血圧コントロール不良かつ薬剤処方がない⇒医療機関受診	健診: HbA1c \geq 8.0% または BP \geq 160/100 and 処方なし
7		糖尿病、高血圧症で薬剤を中止者⇒健康相談、健診受診	レセプト: 薬剤処方履歴あり and 抽出年度に薬剤処方履歴なし and 抽出年度の健診履歴なし
8		糖尿病等の基礎疾患＋フレイル⇒介護予防事業(低体力者向け)	基礎疾患あり＋質問票①(健康状態) ⑥(体重変化) 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受診なし⇒受診・透析予防	健診: eGFR<45or 尿蛋白(+)以上 and 医療未受診
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⇒健康状態等を把握、必要な支援を行う	健診なし and レセプト 履歴なし and 介 要介護認定なし

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

- 分析結果を踏まえた各個別支援事業エビデンス
- 広域連合や自治体等のワークショップ参加者アンケート等を踏まえた一体的実施の推進への意見
- 高齢者の保健事業の更なる推進に向けて、厚労省が広域連合や自治体に対する支援方策等

研究用データベースの構築と分析

二つの広域連合の、令和2～4年度分の匿名化KDB情報(健診、質問票、医療情報、(病名、薬剤)、介護度)を統合したデータベース(JIHPOP: Japanese Integrated Healthcare Program for Older People)を構築。(3年間の連結可能なデータ約180万人)



- (1)被保険者全体の匿名化KDBデータ(健診未受診者を含む)を、R2～R4年度分連結。
性・年齢別の有所見率、経年変化等を分析
- (2)ツールにより抽出した対象者の特徴を分析(非該当者との比較)
- (3)各広域、市町村の取組状況について確認し、変化等を分析(ストラクチャ、プロセス、アウトプット、アウトカム等)
- (4)モデル市町データを対象:介入者フラグ、介入内容について把握し、その効果等について分析を行う。
対象者基準に基づき抽出され、介入した者において、介入の効果があったかどうか、非参加者と比較する。
(介入方法の違いは統御できない)

目的 「後期高齢者の質問票」「活動支援ツール」の介護認定・医療費・介護費との関連を検証



健診・医療・介護レセプト等の一体的データベース



総合的な健康状態のチェック（後期高齢者の質問票）

活動支援ツールによる事業対象者

健診

質問票

医療

介護

高齢者の質問票
活動支援ツールによる
事業対象者

Research Question

介護予測妥当性
医療費・介護費との関連

医療費・介護費

要介護新規認定

要介護認定状況



介護
レセ

要介護
認定

複数広域連合や自治体の健診・医療・介護レセプトデータの一体的データベースを活用し「後期高齢者の質問票」の実施状況や自治体差を確認しながら、本質問票を活用した「総合的な健康状態」、「事業対象者」が、医療費・介護費、介護認定と関連するかを検討した。

【質問票】後期高齢者の質問票4点以上では、年齢等を調整しても要介護の新規認定者が多く、併存疾患が重なっている場合にハザード比が高くなった。

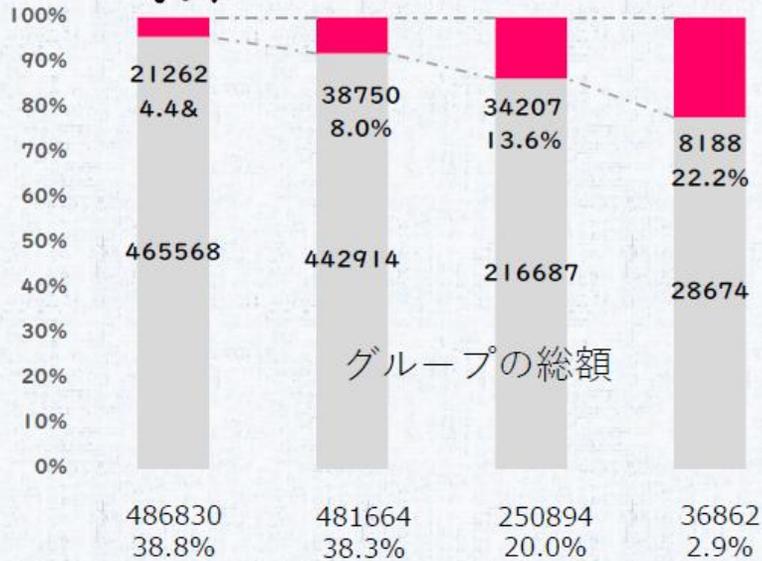
「後期高齢者の質問票」と要介護新規認定・介護給付費増額との関連

n=629,455名
(測定1,256,250回)



要介護新規認定 R2-R4

要介護新規認定率



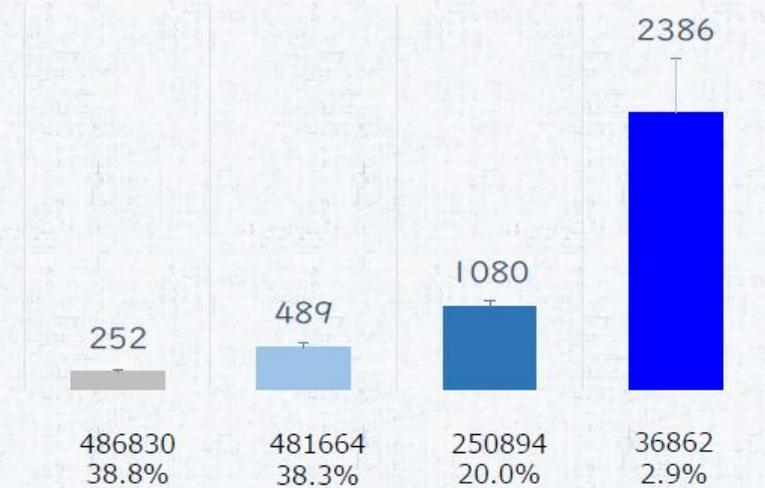
介護給付費増額R2-R4

田中友規、吉澤裕世、飯島勝矢ら（東京大学高齢社会総合研究機構）未発表データ

*自立を0円とした場合の平均

グループの総額 Δ1億2,268万 Δ2億3,553万 Δ2億7,097万 Δ8,795万

平均推定費用 (円)



調整オッズ比
(95%CI) *

3点未満
1.00 (Ref)

4点以上
1.91 (1.81-2.01)

Time*Group P=0.019

調整オッズ比
(95%CI) *

0-1点
1.00 (Ref)

2-3点
1.43 (1.33-1.53)

4-6点
2.16 (2.01-2.32)

7点以上
3.60 (3.25-4.00)

Time*Group P<0.001

調整コスト比
(95%CI) *

3点未満
1.00 (Ref)

4点以上
3.38 (2.96-3.86)

Time*Group P<0.001

調整コスト比
(95%CI) *

0-1点
1.00 (Ref)

2-3点
2.58 (1.31-5.10)

4-6点
6.25 (3.19-12.21)

7点以上
17.79 (8.90-35.8)

Time*Group P<0.001

†, 回答時既に認定経験のある289,709件を除外。

* , 一般化推定方程式 (負の二項分布・反復測定) を用いて、各調査時の年齢、性別、Body mass index、Charlson併存疾患指数、測定回数にて調整

「後期高齢者の質問票」と介護給付費、医療費

田中友規、吉澤裕世、飯島勝矢ら（東京大学高齢社会総合研究機構）第66回日本老年医学会学術集会

n=450,639名
(測定 905,040回)



介護給付費

*自立を0円とした場合の平均

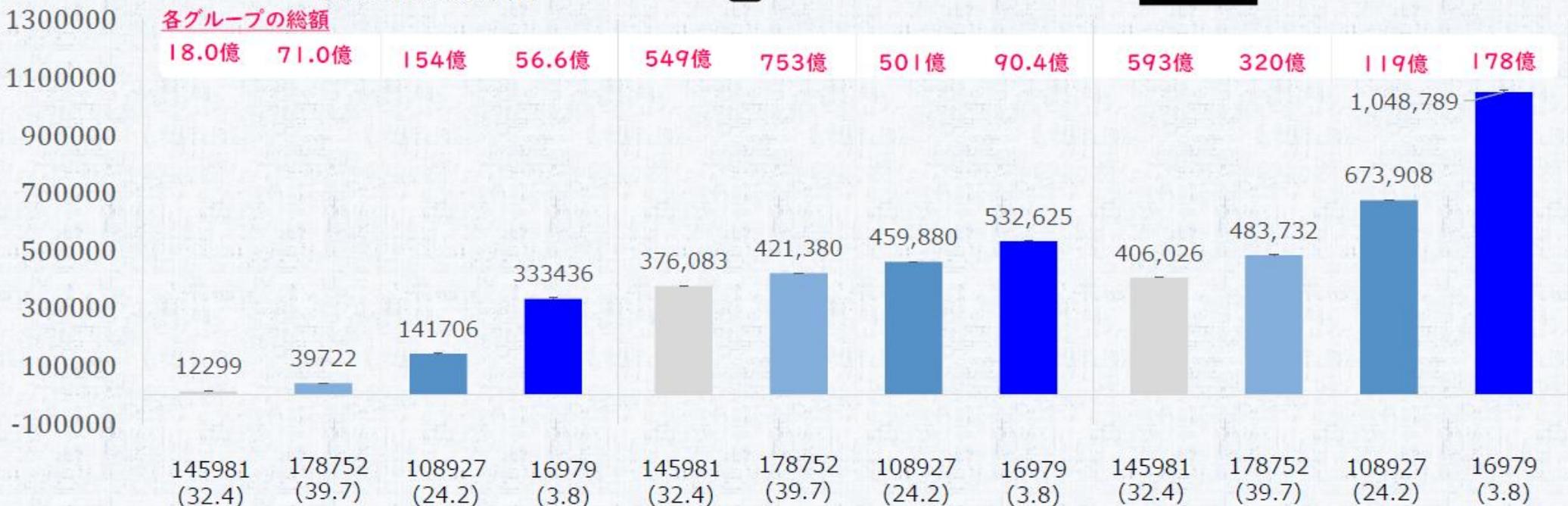


医療費



総額

平均推定費用 (円)



調整コスト比 (95%CI) *

1.00 (Ref)

3.23 (3.04-3.43)

11.52 (10.9-12.2)

27.11 (25.5-28.8)

1.00 (Ref)

1.12 (1.11-1.13)

1.22 (1.11-1.13)

1.42 (1.34-1.44)

1.00 (Ref)

1.19 (1.18-1.20)

1.66 (1.64-1.68)

2.58 (2.55-2.62)

調整コスト比 (95%CI) *

3点未満
1.00 (Ref)

4点以上
6.15 (5.98-6.33)

3点未満
1.00 (Ref)

4点以上
1.10 (1.09-1.11)

3点未満
1.00 (Ref)

4点以上
1.61 (1.60-1.62)

*一般化線形混合モデル (負の二項分布・反復測定) を用いて、各調査時の年齢、性別、Body mass index、Charlson併存疾患指数、居住自治体、測定回数にて調整

支援ツール「慢性疾患重症化予防対象者」と要介護新規認定との関連

田中友規、吉澤裕世、飯島勝矢ら（東京大学高齢社会総合研究機構）第66回日本老年医学会学術集会

n=371,511名
(測定738,477回)

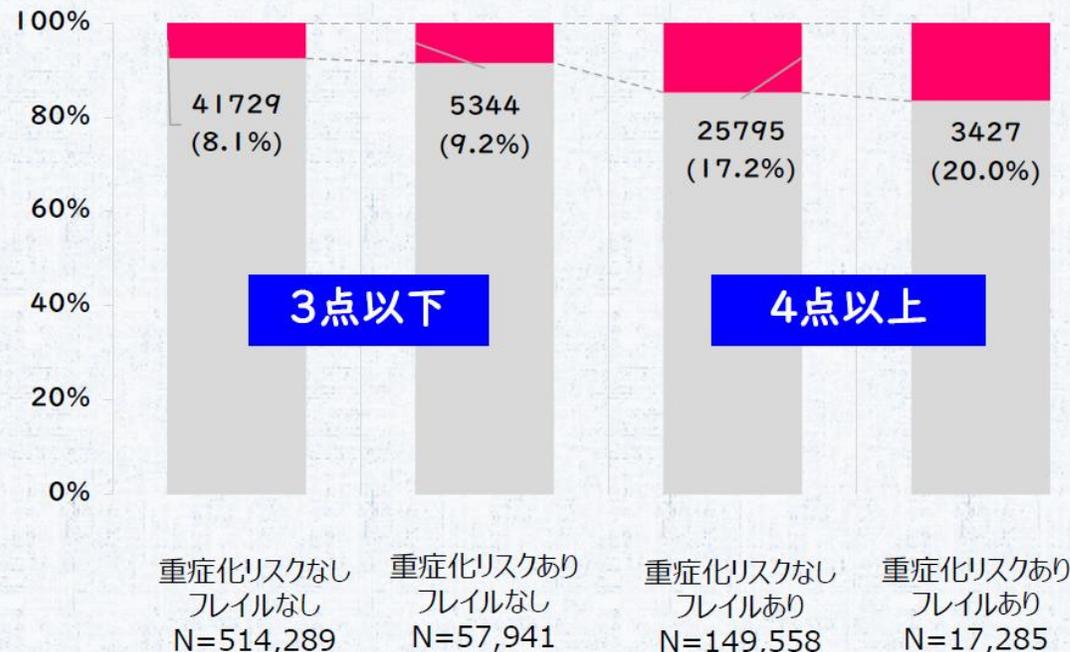
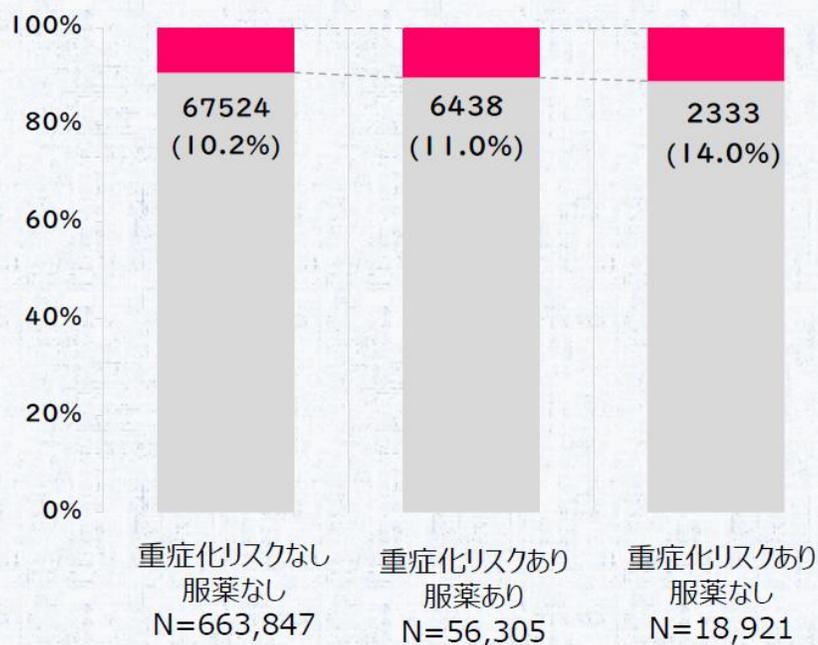


慢性疾患重症化リスク*
血圧・血糖コントロール不良
*健診:HbA1c \geq 8.0% または BP \geq 160/100



慢性疾患重症化リスク*と質問票4点以上の併存
*健診:HbA1c \geq 8.0% または BP \geq 160/100

要介護新規認定率



調整オッズ比
(95%CI) *

1.00
(Ref)

1.06
(1.01-1.13)

1.13
(1.10-1.17)

調整オッズ比
(95%CI) *

1.00
(Ref)

1.12
(1.08-1.15)

1.88
(1.84-1.91)

2.16
(2.13-2.22)

†, 回答時既に認定経験のある79,128名を除外。

*、一般化線形混合モデル（負の二項分布・反復測定）を用いて、各調査時の年齢、性別、Body mass index、Charlson併存疾患指数、測定回数にて調整

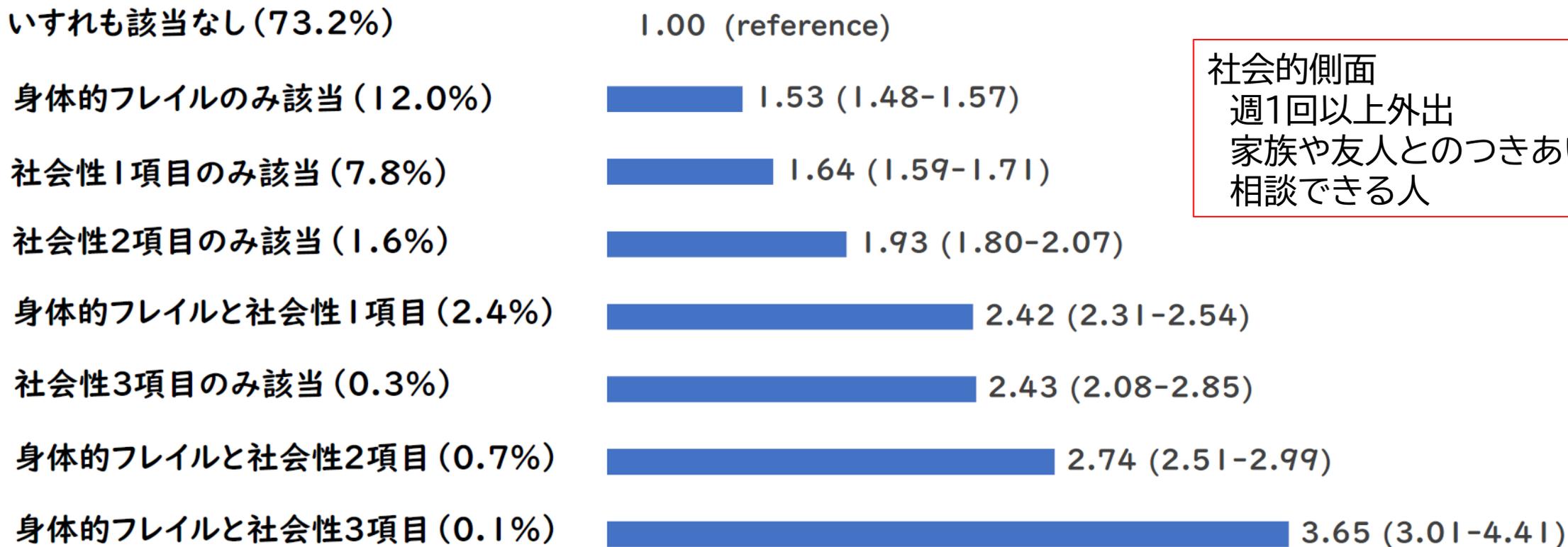
備考1) 血圧のみ、血糖のみでも同傾向、医療費・介護費はフレイルや慢性疾患重症化リスクありで有意に高く、コントロール不良では有意に低い

備考2) 慢性疾患重症化リスクのある後期高齢者の約23%がフレイル

「身体的フレイル」と「フレイルの社会的側面」との併存：要介護状態への助長

n=629,455名
(測定1,256,250回)

要介護新規認定 (R2-R4)



†, 回答時既に介護認定経験のある289,709件を除外。

*, 一般化推定方程式 (負の二項分布・反復測定) を用いて、各調査時の年齢、性別、Body mass index、Charlson併存疾患指数、測定回数にて調整

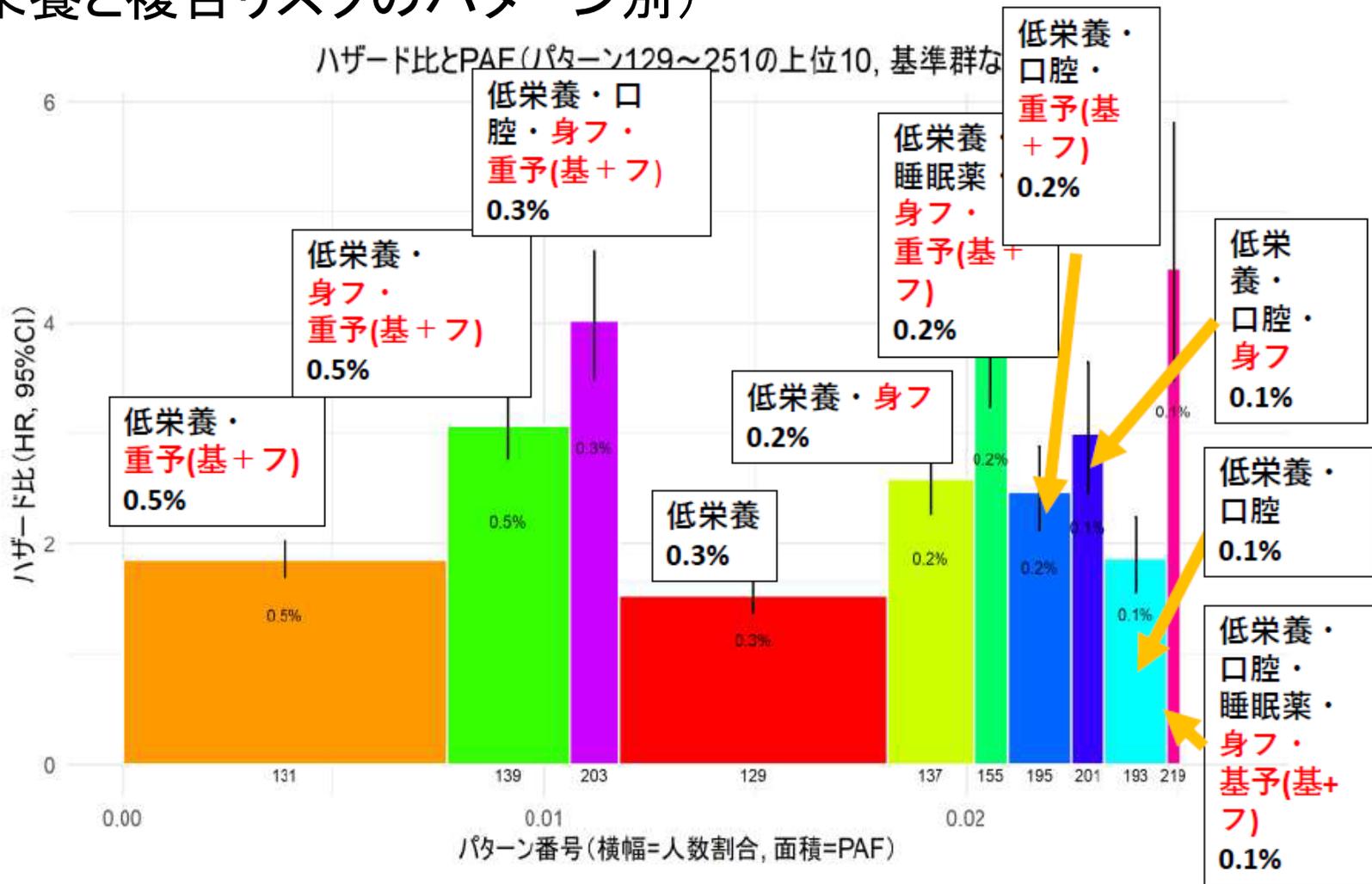
備考：時間交互作用は未検討

低栄養

「低栄養」に、口腔・身体的フレイル・重症化予防該当が共存する場合に要介護リスクが高まった。

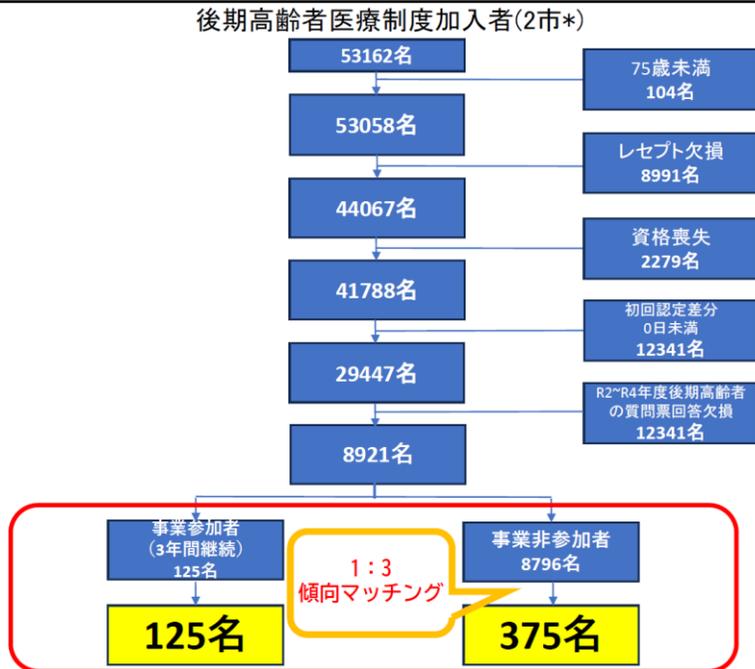
PAFについては、曝露因子2個保有が8.09%で最も高値であった。

要介護認定に対するハザード比や人口寄与危険割合 (PAF) : 佐藤、遠又・田中(和)
(低栄養と複合リスクのパターン別)



デザイン) 準実験的研究(傾向スコアマッチングを用いたコホート研究) 地域: 神奈川県内の2市

方法 | 解析対象者



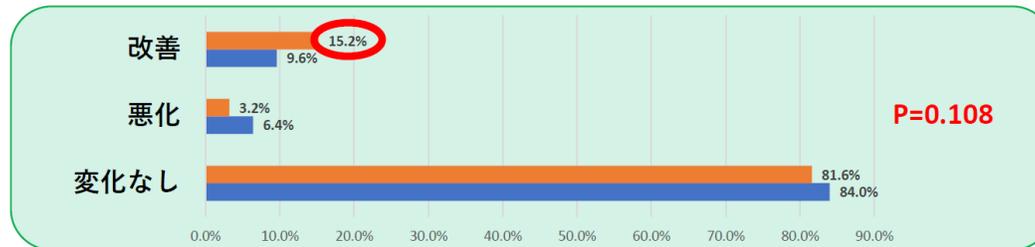
低栄養予防事業の参加者では非参加者と比較して、むせ、体重減少、転倒などの質問票の改善者が多かった。

限界

- ◆神奈川県2市のみの結果である
- ◆市町村によってアプローチ方法が異なり、その実際および参加者のコンプライアンスが不明
- ◆傾向スコアマッチングがうまくいっていると断言できない
- ◆当事業が非参加であっても、他事業に参加している可能性も考えられる

結果 | 比較① 参加者・非参加者の回答
~ベースライン時 (R2.4/1) からの変化~

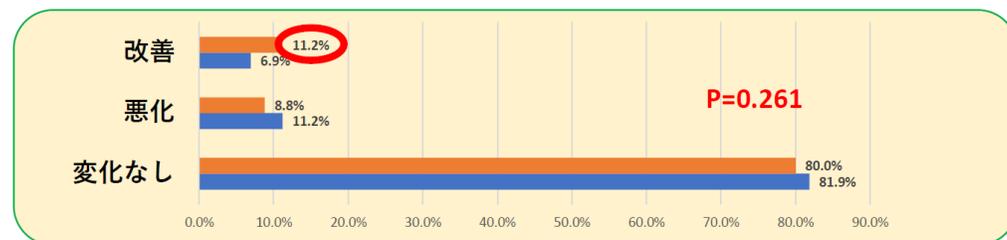
むせがある (n=500) ■参加者 ■非参加者 ※特徴がある項目のみ抜粋



体重減少がある (n=500)



転倒したことがある (n=500)

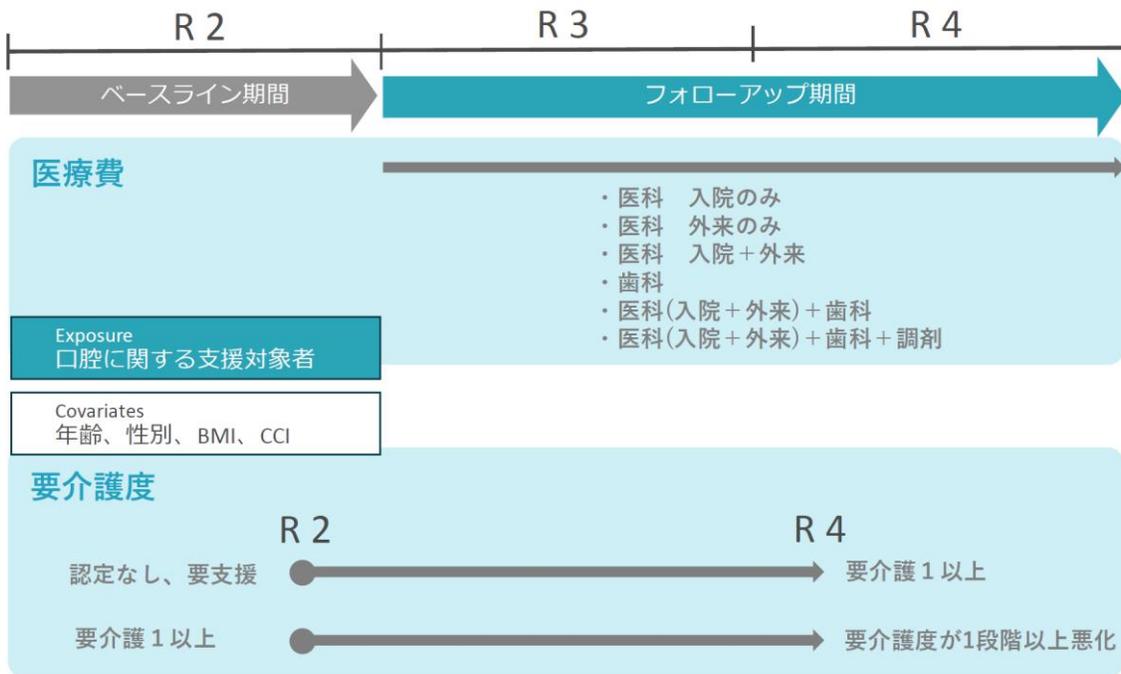


口腔

口腔該当者では、入院を含む医療費(医科、歯科、調剤)が高かったが、外来のみの医療費は低かった。自治体レベルでは介入率が高い自治体では歯科受診率の向上や口腔項目の改善が観察された。

データソース: 令和2~4年度後期高齢者質問票・KDBデータ
研究デザイン: 縦断研究

佐藤美寿々・渡邊裕



Referenceはすべて非対象者

Outcome : 医療費

	相対コスト比(95%信頼区間)		
	調整なし	年齢・性別を調整	年齢・性別・BMI・CCIを調整
入院	1.155(1.133-1.177)	1.124(1.103-1.146)	1.125(1.104-1.147)
外来	0.915(0.907-0.923)	0.930(0.922-0.937)	0.933(0.925-0.941)
入+外	1.099(1.087-1.111)	1.069(1.057-1.081)	1.072(1.060-1.084)
歯	0.711(0.703-0.720)	0.718(0.709-0.727)	0.718(0.709-0.727)
入+外+歯	1.035(1.025-1.046)	1.010(1.000-1.021)	1.010(0.999-1.020)
入+外+歯+調	1.029(1.019-1.039)	1.007(0.998-1.017)	1.007(0.998-1.016)

Outcome : 要介護

	オッズ比(95%信頼区間)		
	調整なし	年齢・性別を調整	年齢・性別・BMI・CCIを調整
要介護新規認定	0.676(0.636-0.718)	0.854(0.803-0.909)	0.849(0.798-0.903)
要介護度悪化	1.005(0.935-1.081)	1.018(0.946-1.095)	1.016(0.944-1.093)

- ・後期高齢者で後期高齢者質問票に回答があった者のうち、14.5%が口腔に関する支援対象者であった。
- ・ガンマ分布を用いた一般化線形モデルの結果、口腔の支援対象者において、**医療費:入院、入院+外来、入院+外来+歯科、入院+外来+歯科+調剤**が有意に高かった。
- ・医科・歯科外来医療費は口腔の支援対象者で有意に低かった。「症状があっても歯科外来を受診しない・できない」対象者は、同様に**医科の外来受診もできていない可能性**が考えられる。

服薬

骨折の既往がない後期高齢者を対象とした分析において、睡眠薬の処方があり、かつ過去1年の転倒歴を有する者では骨折の発生リスクが有意に高かった。

睡眠薬使用×転倒歴と骨折発生との関連

【使用データ】

神奈川県後期高齢者医療連合の
2020～2022年度被保険者データ
(JIHPOP: Japanese Integrated Healthcare
Program for Older People)

【研究対象者】69,435名

<参入基準>

2021年度に後期高齢者健診を受診した
75歳以上の被保険者

<除外基準>

- 2021年度の後期高齢者健診で後期
高齢者質問票に回答していない者
- 2020年度または2021年度に骨折の
傷病名がある者



	骨折発症者数	Model 1	Model 2	Model 3
転倒×睡眠薬使用				
なし/なし (n = 45,258)	2,551 (5.6%)	Ref.	Ref.	Ref.
なし/あり (n = 9,231)	729 (7.9%)	1.44 (1.32-1.56)	1.19 (1.09-1.30)	1.12 (1.03-1.22)
あり/なし (n = 10,499)	964 (9.2%)	1.69 (1.57-1.83)	1.46 (1.35-1.58)	1.43 (1.32-1.55)
あり/あり (n = 4,447)	427 (9.6%)	1.78 (1.60-1.98)	1.43 (1.28-1.59)	1.32 (1.18-1.48)
性別, 男性, n (%)			0.57 (0.53-0.61)	0.58 (0.54-0.61)
年齢 (10歳増加)			1.58 (1.51-1.67)	1.53 (1.45-1.61)
CCI				Ref.
0点, n (%)				
1点, n (%)				1.13 (1.01-1.27)
2点, n (%)				1.22 (1.10-1.37)
3点, n (%)				1.28 (1.14-1.43)
4点, n (%)				1.48 (1.31-1.67)
5点以上, n (%)				1.62 (1.44-1.83)

【要因】

2021年度末(2022年3月)時点での睡眠薬使用の有無と2021年度の後期高齢者質問票で測定した過去1年の転倒の有無の組み合わせ

【アウトカム】

2022年度における骨折の新規発生
(骨折の傷病名(ICD-10)ありで定義)

● 一体的実施における**服薬(睡眠薬)事業**
対象者は骨折発生のハイリスク者である

(平田匠, 光武誠吾, 津下一代ほか. 第84回日本公衆衛生学会総会(口演))

重症化予防 糖尿病もしくは高血圧とフレイルが併存している場合に2年後の要介護リスクが高く、特に75～84歳において強い関連が認められた。糖尿病もしくは高血圧と低BMIの合併があると、リスクが有意に上昇した。

樺山舞、Li Yaya、赤木優也、吉田寛子

フレイル状態 + 糖尿病・高血圧と新規要介護認定の関連

新規要介護認定：要介護Ⅰ以上

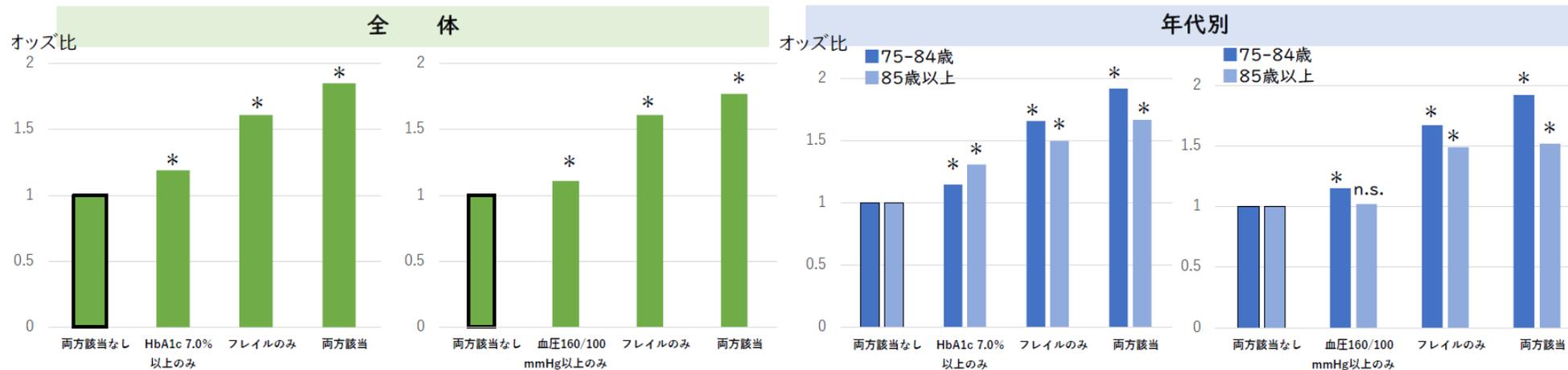
	全体	75-84歳	85歳以上	男性	女性
	オッズ比 (95%信頼区間) ^a	オッズ比 (95%信頼区間) ^a	オッズ比 (95%信頼区間) ^a	オッズ比 (95%信頼区間) ^b	
【糖尿病とフレイル】					
両方該当なし	1	1	1		
HbA1c 7.0%以上のみ	1.19 (1.11, 1.27)*	1.15 (1.06, 1.25)**	1.31 (1.14, 1.50)*	1.17 (1.07, 1.28)*	1.23 (1.10, 1.37)*
フレイルのみ	1.61 (1.57, 1.65)*	1.66 (1.61, 1.71)*	1.50 (1.43, 1.57)*	1.66 (1.60, 1.72)*	1.56 (1.51, 1.62)*
両方該当	1.85 (1.71, 1.99)*	1.92 (1.76, 2.09)*	1.67 (1.45, 1.93)*	1.81 (1.64, 2.00)*	1.9 (1.70, 2.13)*
N	356,664	301,589	55,075	165,079	191,585
【高血圧とフレイル】					
両方該当なし	1	1	1		
血圧160/100 mmHg以上のみ	1.11 (1.05, 1.18)*	1.15 (1.08, 1.23)*	1.02 (0.93, 1.13)	1.1 (1.01, 1.19)*	1.12 (1.04, 1.21)**
フレイルのみ	1.61 (1.57, 1.65)*	1.67 (1.62, 1.72)*	1.49 (1.42, 1.55)*	1.65 (1.59, 1.72)*	1.57 (1.51, 1.63)*
両方該当	1.77 (1.66, 1.88)*	1.92 (1.78, 2.07)*	1.52 (1.38, 1.68)*	1.84 (1.67, 2.01)*	1.7 (1.58, 1.84)*
N	363,000	307,022	55,978	167,965	195,035

*フレイル：質問票①主観的健康感、⑥体重減少、⑧転倒、⑩外出のいずれかに該当（「一体的実施・実践支援ツールの保健事業への活用 実践・評価編」より）

a: 年齢、性別、肥満、チャールソン併存疾患数、服薬有無で調整 b: 年齢、肥満、チャールソン併存疾患数、服薬有無で調整

* p<0.05

n.s. : not significant



【健康状態不明者】R2年度 健康状態不明状況とR3～4年度の新規要介護認定の関連を検討した結果、健康状態不明者の後年の要介護新規認定発生のリスクは年代、性別どの群においても高かった。

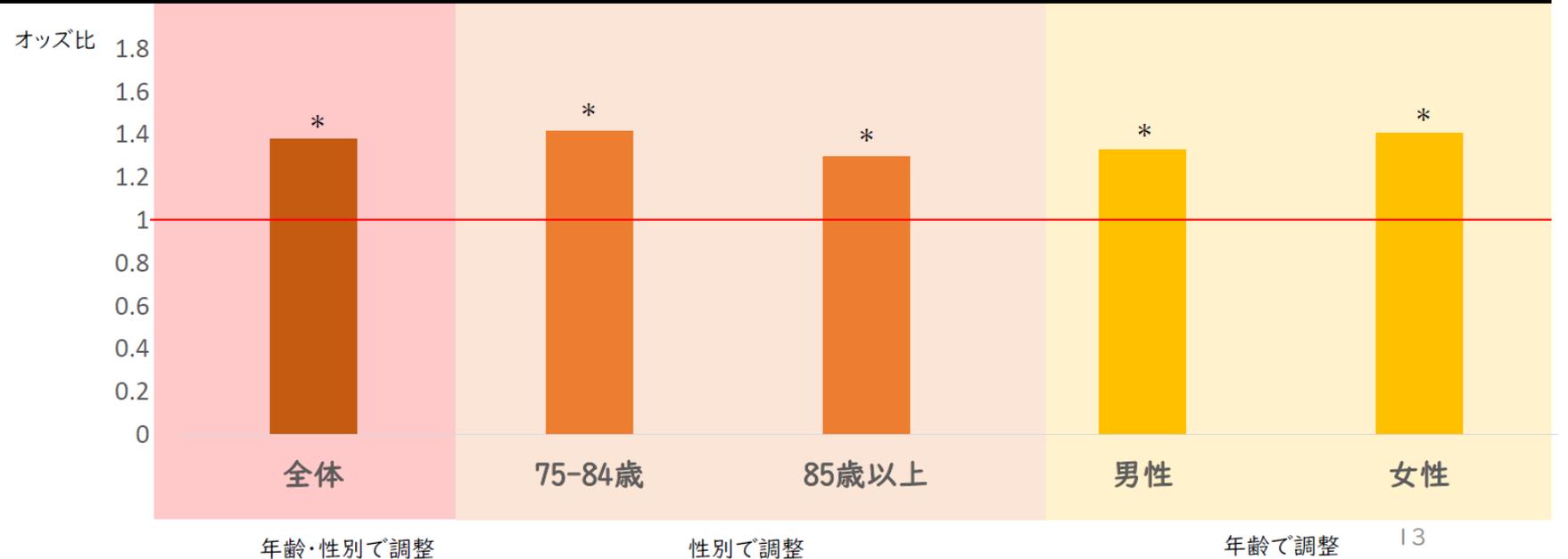
樺山舞、Li Yaya、赤木優也、吉田寛子

R2年度 健康状態不明状況と R3～4年度の新規要介護認定の関連

従属変数:新規要介護I以上認定有無

ロジスティック回帰分析 *p<0.01

R2年以前自立(要介護認定なし)	対象者全体 (N=1,343,501)	75-84歳 (N=1,124,896)	85歳以上 (N=218,605)	男性 (N=621,187)	女性 (N=722,314)
追加 健康状態不明者非該当	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
健康状態不明者該当	1.38(1.33,1.42)*	1.42(1.36,1.47)*	1.3(1.22,1.37)*	1.33(1.26,1.39)*	1.41(1.35,1.47)*



別添3. 研究方法② 実施計画書、実績報告書の分析方法の確立とストラクチャー及びプロセス評価の実施

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

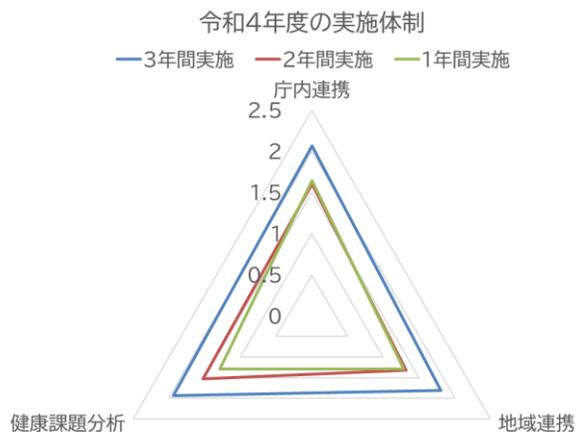
項目	判断基準		
ポピュレーションアプローチ	通いの場等との調整	2：通いの場、包括等との連携（地域資源の活用）が密にできている 1：通いの場実施のための連携が来ている 0：記載なし	3： 加点要素
	専門職による介入	2：専門職だけでなく、住民ボランティアの育成ができている 1：専門職による介入ができている 0：記載なし	
	栄養・口腔・運動	2：高齢者の特性に合わせ、複合的なプログラムが提供されている 1：単独プログラムの提供にとどまる 0：記載なし	
	通いの場への勧奨	2：健康情報（質問票等）に応じて、必要な人に参加勧奨している 1：広報誌・通知等で広く参加を促している 0：記載なし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

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

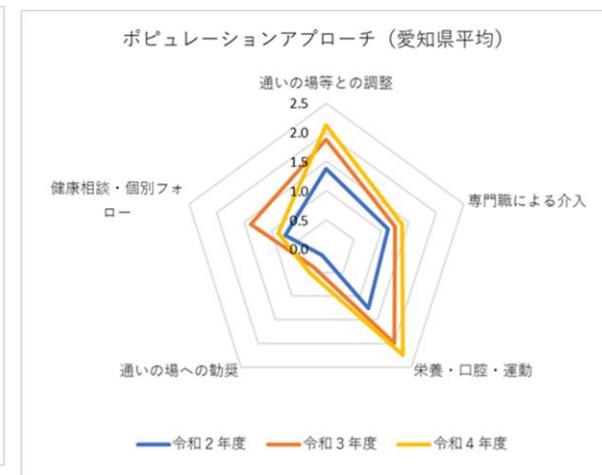
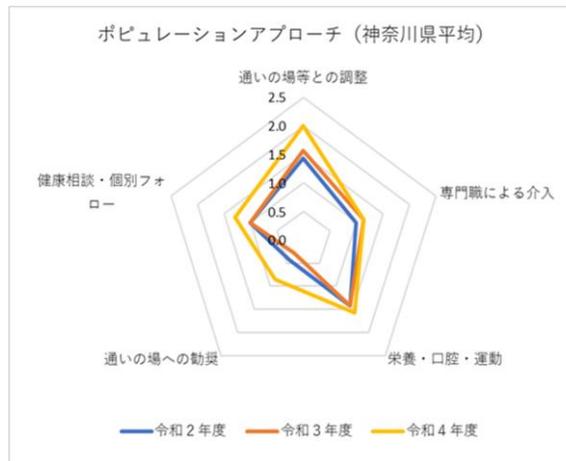
研究班でスコア判定基準の検討と決定
研究計画書・実践報告書の精査・スコア化（複数の研究者）
第三者による検証、関係者による妥当性の確認

別添5. 実施計画書、実績報告書の分析方法と確率とストラクチャー及びプロセスの評価

実施体制スコア

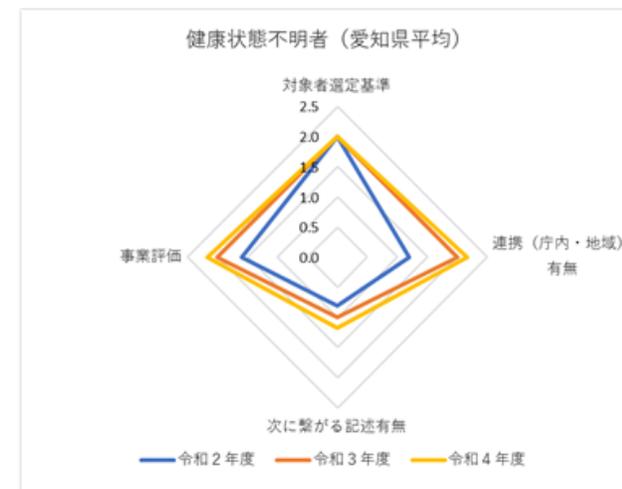
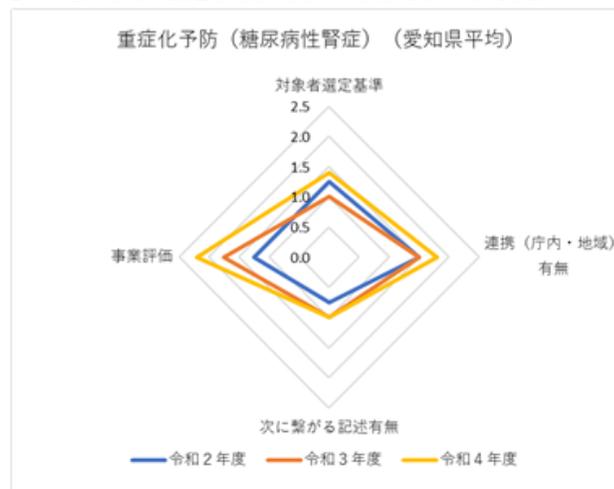
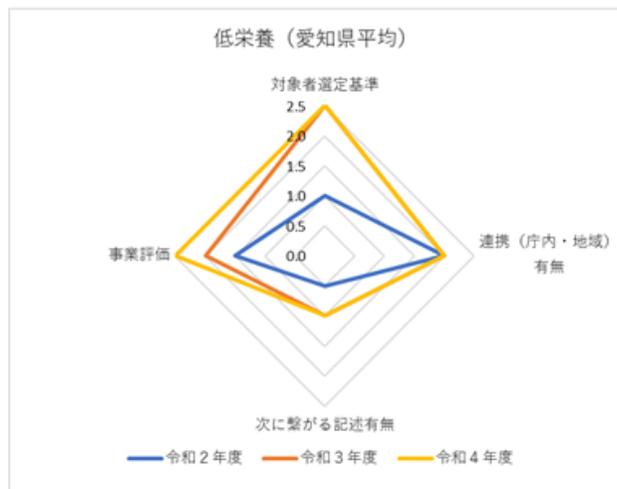


ポピュレーションアプローチ



都道府県比較⇒研修等市町村支援への反映

ハイリスクアプローチ; 3年間同一事業実施自治体の得点の変化



分析結果のまとめ

【質問票】後期高齢者の質問票4点以上では、年齢等を調整しても要介護の新規認定者が多く(2.9倍)、併存疾患が重なっている場合に最も高いハザード比(6.6倍)であった。

【低栄養】「低栄養」に、口腔・身体的フレイル・重症化予防該当が共存する場合に要介護リスクが高まった。

PAFについては、曝露因子2個保有が8.09%で最も高値であった。

栄養プログラムの実施により参加者において「むせ」「体重減少」の改善傾向を認めた。

【口腔】口腔該当者では、入院を含む医療費(医科、歯科、調剤)が高かったが、外来のみの医療費は低かった。

自治体レベルでは介入率が高い自治体では歯科受診率の向上や口腔項目の改善が観察された。

【服薬】骨折の既往がない後期高齢者を対象とした分析において、睡眠薬の処方がある者でかつ過去1年の転倒歴を有する者では骨折の発生リスクが有意に高かった。

【身体的フレイル】後期高齢者におけるフレイルの社会的側面は、総合的な健康状態・フレイル傾向と併存しやすく、新規要介護認定リスクと有意に関連していた(別添10)。

【重症化予防】糖尿病もしくは高血圧とフレイルが併存している場合に2年後の要介護リスクが高く、特に75～84歳において強い関連が認められた。糖尿病もしくは高血圧と低BMIの合併があると、リスクが有意に上昇した。BMIが25以上の群では、新規要介護認定リスクの上昇は限定的であった。

【健康状態不明者】R2年度 健康状態不明状況とR3～4年度の新規要介護認定の関連を検討した結果、健康状態不明者の後年の要介護新規認定発生のリスクは年代、性別どの群においても高かった。

図表 I - 14 高齢者の健康支援のイメージ

内 容	支援のイメージ			
①生活習慣病等の重症化 予防に関する課題		<p>高齢者が抱える健康上の不安を専門職がサポート</p>		
②栄養に関する課題			<p><相談・支援のスタンス> ○在宅の日常生活を支える (生活習慣・スタイルへの支援) - スローガン (例) - ・毎日歩こう ・たんぱく質は欠かさず食べよう ○対象者の主体性を重視 ・安心、楽しみ、元気といったポジティブな要素を重視 ・できなくなったことの把握だけでなく、できることに着目 ・自信や前向きな姿勢を育む</p>	
③口腔に関する課題				
④服薬に関する課題				

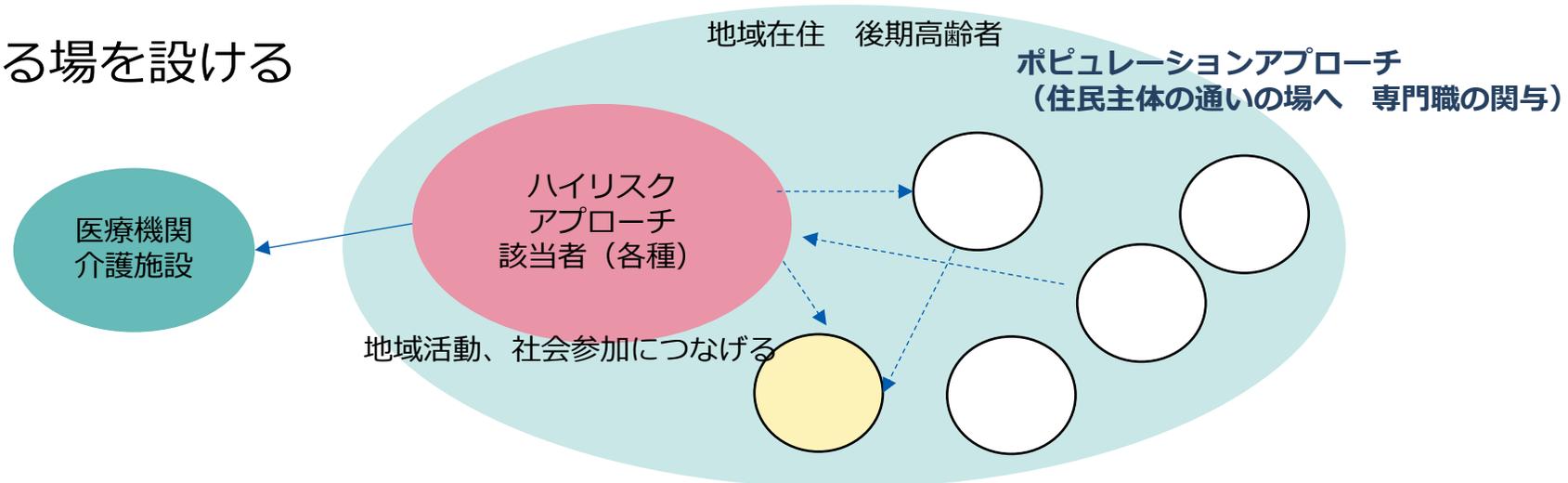
ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチを実施

●ハイリスクアプローチ

低栄養/口腔/服薬/身体的フレイル（ロコモティブシンドローム含む）/
重症化予防（糖尿病性腎症、その他生活習慣病）/健康状態不明者

●ポピュレーションアプローチ

通いの場等において、各医療専門職等が関わり後期高齢者の質問票等を活用し、地域の健康課題等に応じてフレイル対策に関する意識付けをするほか、保健・医療・介護・生活全般に関する様々な情報を伝え、健康相談を受けることが出来る場を設ける



- 分析結果を踏まえた各個別支援事業エビデンス
- 広域連合や自治体等のワークショップ参加者アンケート等を踏まえた一体的実施の推進への意見
- 高齢者の保健事業の更なる推進に向けて、厚労省が広域連合や自治体に対する支援方策等

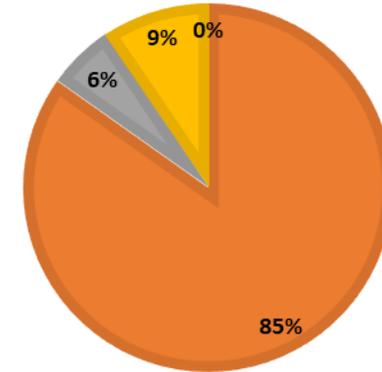
研究班主催 ワークショップ 2025年9月18日(木)

時間	内容
(第1部)	
10:00	ご挨拶・情報提供 (厚生労働省保険局高齢者医療課)
10:05	研究班の紹介、一体的実施の成果と課題 (津下)
10:15	◎質問票のエビデンス ◎身体的フレイル (飯島)
10:45	◎低栄養 (田中)
11:00	◎口腔 (渡邊、佐藤)
11:15	◎重症化予防・健康状態不明者 (樺山)
11:30	◎服薬 (平田)
11:40	◎複合的な取組、ポピュレーションアプローチとの連動 (津下)
11:50	質疑応答
(第2部)	
13:00	グループワーク 都市部における一体的実施の課題と進め方
13:10	・事例発表 ① 札幌市保健福祉局ウエルネス推進部 ② 川崎市健康福祉局医療保険部 ③ 東大阪市保健所健康づくり課 ・都市部において一体的実施をどう進めるか (グループワーク)
14:30	全体で共有、質疑応答、まとめ
15:00	アンケート記入

事前アンケートから見た参加者希望者の状況

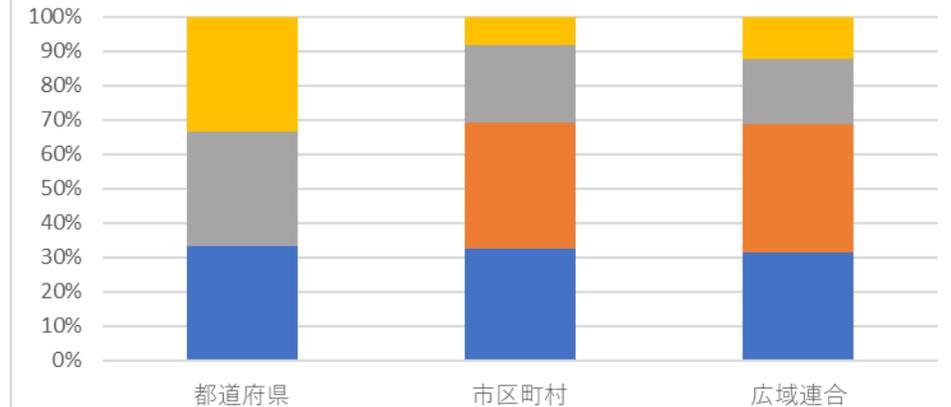
事前アンケート回答者

■ 医師 ■ 保健師 ■ 管理栄養士 ■ 事務職等



参加希望者の経験年数

■ 今年度から ■ 2年目 ■ .3~4年目 ■ 5年目以上



今年度から担当が3割、2年目を合わせると7割

一体的実施の質と量を高めるために、とくに課題と感じていること

【広域連合】

1. 市町村のマンパワー不足。市町村の部署間での連携が不十分である。
2. 国の基準で抽出された対象者が少数の場合、市町村は基準を拡大して実施している。
3. マンパワー不足の解消のために業務委託を検討している市町があるが、事業目的に沿った事業者が少ない。
4. 事業をより効果的なものにするためには、医療専門職を確保することが喫緊の課題
5. 市町担当者同士が顔を合わせて情報交換をできる機会が少ないと感じており、効果的な実施方法等を検討したい。

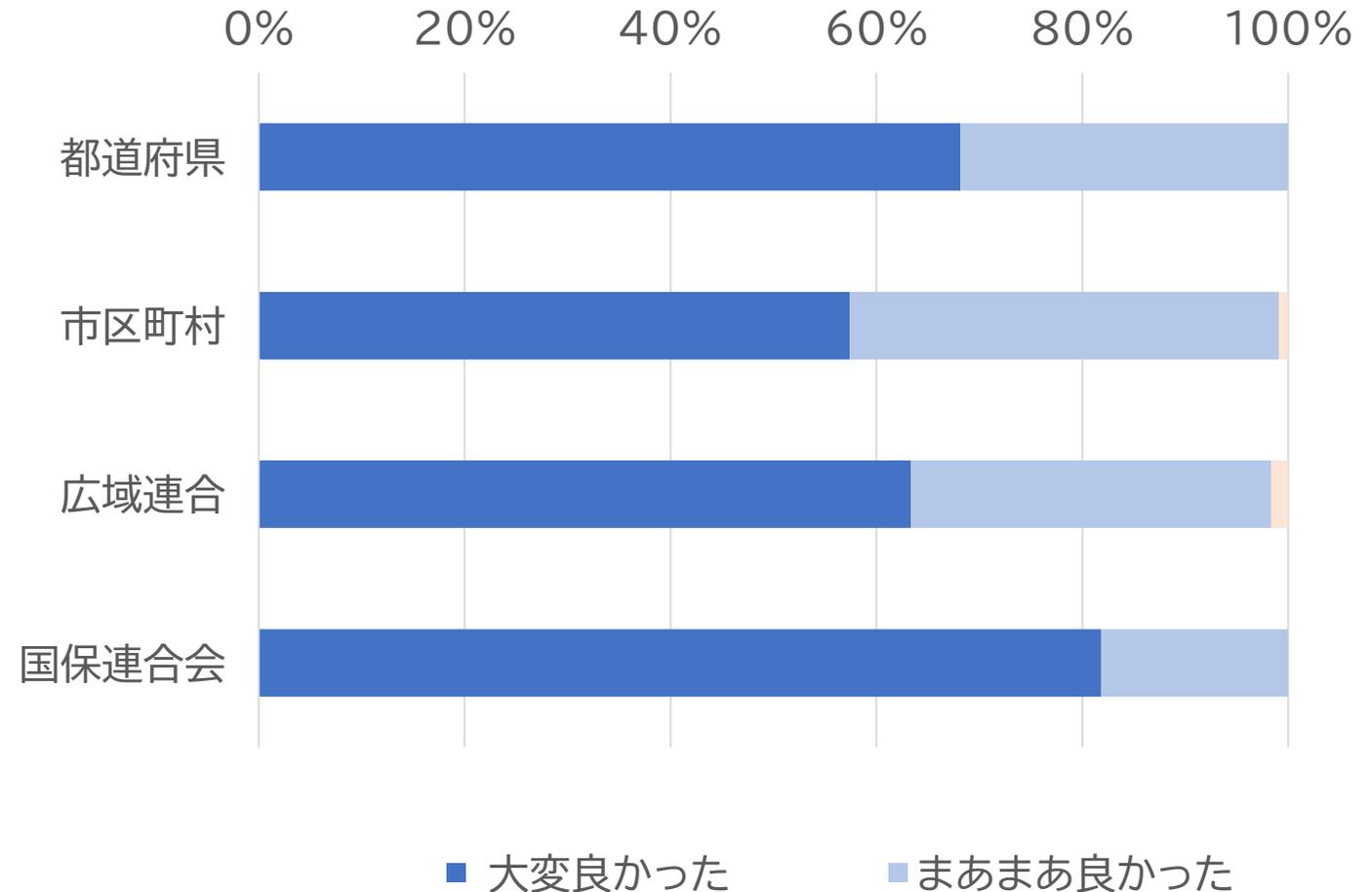
一体的実施の質と量を高めるために、とくに課題と感じていること

【市区町村】

- 1.人材の確保とマンパワー不足: ハイリスクの健康状態不明者への訪問が困難で、保健師の人材確保が非常に難しい。今後の高齢者数の増加に伴い、対応件数も増えるため、調整が必要である。
2. 県、国保連合会、広域連合の間での連携が不足しており、市町村に丸投げ状態になっている。委託元に相談できる体制がない。
- 3.保健師の能力向上: 保健師の能力が事業の成否に影響を与えるため、全ての保健師の能力向上が急務である。人事異動を考慮すると、持続的な人材育成が必要とされている。
- 4.健康教育の実施: 高齢者への健康教育を通じて、フレイル予防や健診受診の促進が求められているが、興味を持ってもらうことが難しい。既存のグループ活動との調整も課題である。
- 5.評価方法の難しさ: 国と県の事業内容の受け止め方に違いがあり、評価方法に困難を感じている。特に、ポピュレーションアプローチの評価が難しく、実施前後の体力測定やフレイル状態の評価が求められている。

【高齢者一体的実施】研究班 事後アンケート集計

回答者	回答数
都道府県	22
市区町村	437
広域連合	60
国保連合会	11
その他	1
	531



【研修に参加して とくに見直したいと思ったこと】

【市区町村】

- 質問票の活用方法を再検討し、対象者の選定基準を見直したい
- 事業のエビデンスを基に説得力のある展開を目指す。
- 高齢者に適した抽出基準を取り入れる必要性を感じた。
- 高齢者部門と健康部門の連携を強化したい。
- ハイリスク者への口腔の取り組みなど低栄養やフレイルに対する支援を複合的に考えたい。

【広域連合】

- 各自治体の実施状況を把握し、直接声を聴くことが重要。
- ハイリスクの分析結果を広域で共有し、次年度計画に反映させたい。
- 重複リスク対象者への優先的な取り組みを進めたい。

【都道府県】

- 市町村の取り組み状況を把握し、支援や評価方法を見直すことが必要。
- ポピュレーション事業評価のデータ収集と効果検証の重要性を再認識した。

事業委託や人材派遣などにより、一体的実施を協働して実施している機関は？

(会議等における情報提供や助言のみの場合は除く) アンケート回答 293市区町村

	低栄養	口腔	服薬	DM重症化予防	その他生活習慣病(フレイル)	健康状態不明者	複合的な取組
医師会	13	2	5	48	26	7	2
歯科医師会	2	31	0	4	4	2	3
歯科衛生士会	2	36	0	4	4	2	5
薬剤師会	1	1	26	6	7	1	1
看護協会	0	0	0	2	2	0	1
栄養士会	19	1	0	6	9	1	2
食生活推進員	2	1	0	2	5	0	4
療法士会等	1	0	0	0	18	1	3
住民組織	3	1	0	0	8	2	4
国保連合会	4	7	8	14	10	6	4
保健所	7	3	2	10	9	3	5
地域包括C	27	22	8	20	41	84	11
健診機関	1	0	0	7	8	3	2
民間事業者	21	10	7	38	33	16	3

網掛けは5件以上

【国や研究班等への支援等の要望】

研修の要望

自治体の研修会と意見交換の重要性

- 自治体の課題を抽出するための分析支援を希望。
- 研修会の開催頻度を増やし、参加者のニーズに応じた内容を提供してほしい。
- 小規模市町村向け、データを用いた評価についての研修などを要望

研修内容の充実と時間の確保

- 講師の話をもっと詳しく聞きたい。
- 質疑応答の時間を増やしてほしい。

具体的な事業の進め方と成功事例の共有

- 各自治体の取り組みや成功事例・体験談を共有する機会を増やしてほしい。
- 事業の進め方に関する具体的なアドバイスが欲しい。

事業向上のための要望

フレイル評価と糖尿病管理の要望

- 客観的指標を用いたフレイル評価の実施
- 85歳以上の糖尿病等の管理等の在り方
- 質問票の精度向上や抽出条件の検討の継続

一体的実施の推進と医療機関との連携

- 医師会や薬剤師会との連携を国や県単位で進めてほしい

データ活用と評価方法の改善要望

- 効果検証のための指標設定やデータ収集方法を提示してほしい
- 保健部局、介護部局、医療部局間での情報共有の際の法的手続きについて知りたい。
- 個人情報の特例利用に関する明確なガイドラインの提示が必要。

厚生労働科学(政策科学総合研究事業)

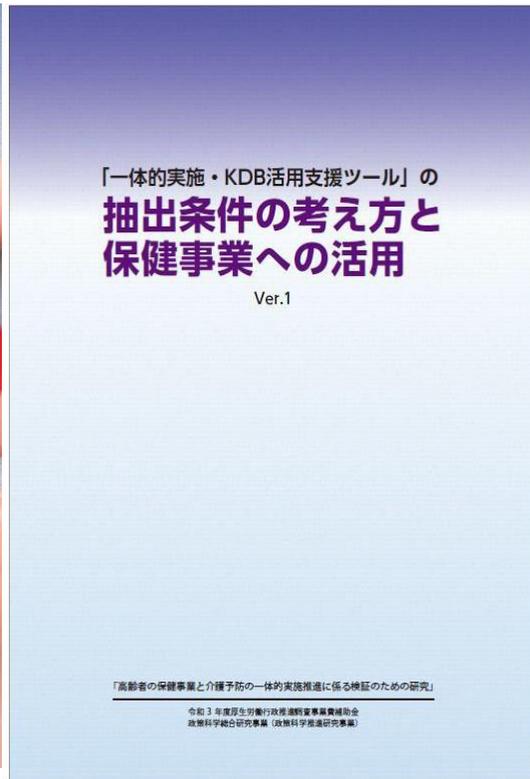
高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施推進に係る検証のための研究

<https://ktsushita.com/index.php/deliverables/>

令和2年度



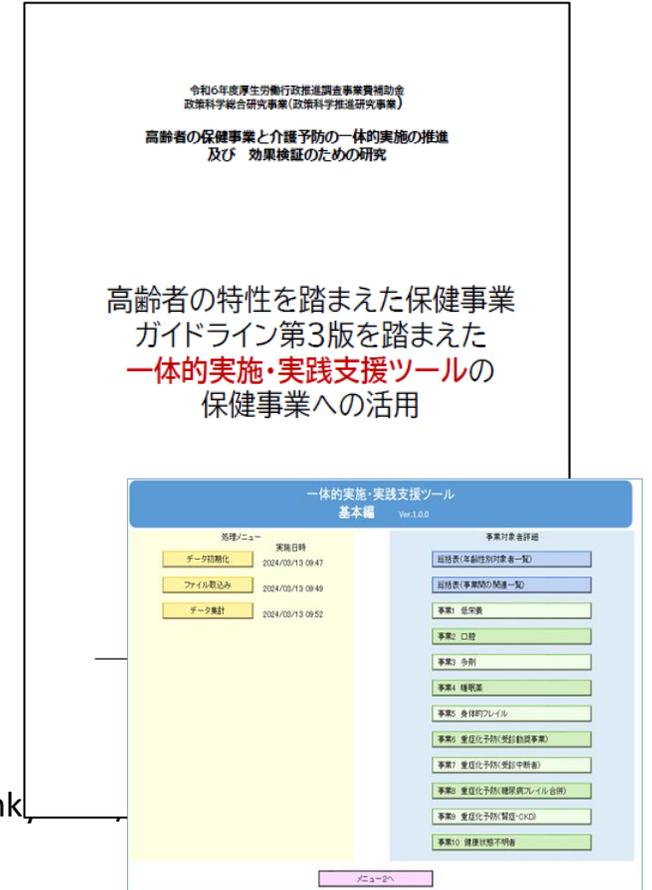
令和3年度



令和4年度



令和6年度



<https://ktsushita.com/index.php/4kenk>

自治体
向け

「高齢者の保健事業と 介護予防の一体的実施」の 取組推進ガイド

実証からの推進のヒント

はじめに	1
Part 1	
高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の事業が目指すこととは?	4
Part 2	
保健事業に役立つデータの作り方・活用の仕方	11
(1)データの作り方	11
(2)事業計画時のデータ活用	15
(3)事業実施時のデータ活用	17
(4)事業評価時のデータ活用	18
Part 3	
個別事業の進め方	20
低栄養	20
口腔	24
服薬(多剤・睡眠薬)	28
身体的フレイル(ロコモを含む)	32
重症化予防(糖尿病性腎症、その他生活習慣病)	36
健康状態不明者	44
Part 4	
ポピュレーションアプローチの進め方	48
Part 5	
一体的実施の経験を踏まえて 超高齢社会に立ち向かう	52
おわりに	55
Column	
もっと知りたい「後期高齢者の質問票」	10
もっと知りたい「KDBシステム」	14
健康支援型配食サービスを活用したハイリスクアプローチ(自治体例)	22
商業施設を活用した「フレイルチェック相談会」	23
「食べる」を支える地方の力 - 札幌市のオーラルフレイル対策	26
転倒・骨折予防を目的とした服薬(睡眠薬)事業の活用	30
ポピュレーションアプローチを起点としたハイリスク者支援、そして地域のフレイル予防へと循環	34
後期高齢者の透析の状況	41
事業実施の視点とコツ	47
川崎市の庁内連携と関係機関連携の進め方	50

Part 3 個別事業の進め方

口腔



この事業を地域でどのように活用できますか？

ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチの運動

ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチを運動させることで、口腔の健康の重要性を周知すること、口腔機能の維持、重症化予防の両立を促進することが重要です。ポピュレーションアプローチの対象者の中にハイリスクが含まれていることがあり、またその対象者の知り合いにハイリスク者がいることもあります。また、ポピュレーションアプローチの対象者もいつかはハイリスク者になる可能性があるため、地域への普及とともに、連続性、持続性が重要です。

ポピュレーションアプローチで口腔機能のチェック等を実施し、関心を高めながら早期発見を図り、口腔機能低下や低栄養、フレイル等のリスクが確認された高齢者を抽出し、歯科医師や歯科衛生士、管理栄養士、介護職による個別支援（ハイリスクアプローチ）につなげます。両者の運動により、予防から支援、再評価まで一貫した支援体制を地域で構築することができます。

地域における「つながり」の仕組みづくり

通いの場、地域サロン、自治会、ボランティア団体を中心に、口腔機能である食事や会話を通じた「つながりづくり」を推進します。たとえば、「みんなで美味しく食べて・楽しく話そう」等、身近な目標を通じて、食事・会話・笑顔を取り戻す場を提供します。日常生活機能である食事や会話を意識づけるとともに、社会参加を促し、低栄養やフレイル予防の好循環につなげていきましょう。

Column

「食べる」を支える地域の力 — 札幌市のオーラルフレイル対策

生涯「食べる」ことを楽しみ、健康に暮らし続けるためには、口の健康が欠かせません。札幌市では、歯科医師会や歯科衛生士会、栄養士会等と連携し、地域ぐるみでオーラルフレイル対策事業を展開しています。

その基盤は令和4年(2022年)に制定された「札幌市歯科口腔保健推進条例」です。この条例では、すべての高齢者の口腔機能を維持・向上することを目的に掲げ、令和6年(2024年)には「第2次札幌市生涯歯科口腔保健推進計画」が策定されました。これにより、一般の高齢者を対象に、市内の通いの場や介護予防教室等に歯科医師会や歯科衛生士会による健康教育が年間150回以上、地域できめ細かく開催されており、口の機能低下への気づきを促す仕組みが整いつつあります。

さらに、「口腔栄養フレイルチェック相談会」では、歯科医師、歯科衛生士、管理栄養士の三職種が連携し、一人ひとりに口腔・栄養のアセスメントを行い、予防から改善までを支援しています。市内の全10区で開催され、参加者からは「自分の口の状態を初めて知った」との声も多く聞かれています。

さらに、KDBシステムを活用し、誤嚥性肺炎や歯科疾患のリスクが高いにもかかわらず歯科受診が途絶えている高齢者を抽出し、電話や歯科衛生士が訪問で状況を確認し、必要に応じて歯科受診へとつなげています。老々介護世帯等従来の支援が届きにくかった層にも手が届く取組です。

札幌市のオーラルフレイル対策は、単なる啓発ではなく、地域包括ケアにおける実践の場であり、医療・介護・地域が連携して、「口から始まる健康づくり」を実現する好事例といえるでしょう。

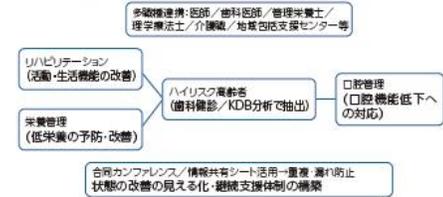


研究班から 口がつなぐ健康づくり

リハビリテーション、栄養管理および口腔管理の連携・推進

口腔機能の低下は、低栄養やフレイル、サルコペニアの進行と密接に関係しています。歯科専門職種だけでなく、医師、管理栄養士、理学療法士、介護職、地域包括支援センター職員等、多職種が共通認識を持ち、情報を共有しながら支援にあたるのが重要です。特に、歯科健診やKDBシステムの分析により抽出されたハイリスク高齢者については、生活機能全体を把握した上で、リハビリテーション、栄養管理および口腔管理の連携・推進を一体的に実施することが効果的です。定期的な合同カンファレンスや情報共有シートの活用により、支援の重複や漏れを防ぎ、対象者の状態改善を可視化する体制づくりが求められます。

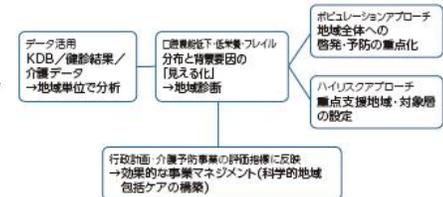
■図表3-7 リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的連携推進イメージ



地域特性に応じたアプローチとデータ活用

地域ごとに高齢者の特性や生活環境は異なるため、一律の支援では効果が限定的となります。KDBシステムや、特定健診等データ管理システムから得られるデータを活用し、地域単位で口腔機能低下、低栄養、フレイルの分布や背景要因を分析し、課題の「見える化」を行うことが重要です。これにより、ポピュレーションアプローチでは地域全体の啓発活動を重点化し、ハイリスクアプローチでは重点支援地域や対象層を明確に設定できます。さらに、地域診断の結果を行政計画や介護予防事業の評価指標に反映することで、効果的な事業マネジメントが可能となります。

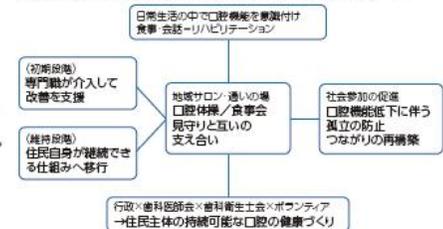
■図表3-8 地域特性に応じたアプローチとデータ活用のイメージ



継続的支援と住民主体の仕組みづくり

口腔機能の維持改善は継続的な取組が必要です。食事や会話といった日常の営みの中で、口腔の機能を意識づけ、普段の食事や会話がリハビリテーションになるようにします。実際には支援の初期段階では専門職が介入し、改善が見られた後は住民自身が維持活動を継続できるよう支援の段階化を図ります。地域サロンや通いの場での「口腔体操」「食事観察会」等を通じ、住民が互いに見守り合う仕組みを整備することも有効です。

■図表3-9 継続支援と住民主体の仕組みづくりのイメージ





介護予防事業や健康増進事業との連携が上手くとれていません

健康日本21(第三次)では、「ライフコースアプローチを踏まえた健康づくりに関する目標」として、高齢者においては「低栄養傾向の高齢者の減少」「ロコモティブシンドロームの減少」「社会活動を行っている高齢者の増加」の3つを掲げています。一体的実施担当者は高齢者の健診・質問票によりこれらの状況を把握することが可能です。質問票の集計結果や「低栄養」「身体的フレイル」等の該当者数等の情報を持参して、健康増進担当課と相談の機会を持つてはいかがでしょうか。健康増進担当課が地域住民向けに実施している啓発事業に、一体的実施の観点から協力できることもありそうです。健康増進事業に協力する形で関係性を構築していくことを優先したのち、一体的実施の参加者募集やポピュレーションアプローチとしての受け皿づくりにも協力してもらえるように働きかけてみてはいかがでしょうか。連携推進には相手の困りごとへの協力から始めるといった柔軟な姿勢が必要であり、庁内連携のファーストステップとなると思います。

令和5年度 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施 取組事例

地方厚生(支)局 健康福祉部 地域包括ケア推進課が庁内連携はもちろん、一体的実施の事業についてヒアリングを実施した事例がまとめられています。

<https://www.mhlw.go.jp/content/001236533.pdf>

健康寿命をのばそう!アワード

スマート・ライフ・プロジェクトに参加している団体の中から特に優秀な取組事例を表彰するイベントです。Webサイトで、受賞者一覧が掲載され、生活習慣病分野、介護予防・高齢者生活支援分野の好事例をチェックできます。

<https://kennet.mhlw.go.jp/slp/award/index?hash=>

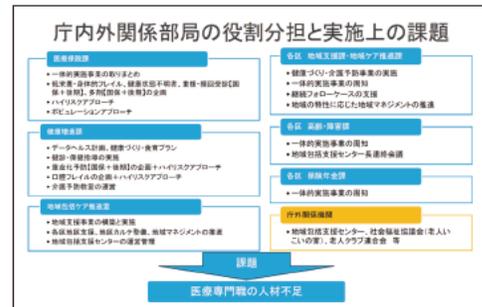
Column

川崎市の庁内連携と関係機関連携の進め方

川崎市では、切れ目のない保健事業という視点から情報共有を進め、地域の健康課題の「見える化」としてKDBシステムから抽出されたデータを関係部署に提示する等して、部署ごとの役割分担を明確にしつつ、一体的実施の事業の周知を進め連携を段階的に広げています。

- 国保・後期保健事業連携推進会議(令和4年度～)
 - 関係部署の管理職を筆頭に各保健事業の進捗や方向性を共有する場
- 各区担当者向けのデータ活用研修
 - 局内関係部署で、区へのKDBシステムから抽出されたデータの活用に向けた研修を実施
- 庁内各種会議、担当者会議、各区会議で一体的実施事業について周知
- 各部署の事業説明会等への参加、定期的な打合せの実施
- 地域包括支援センター、社会福祉協議会(いこいの家)、老人クラブ連合会等へ「フレイル予防出張講座」等のポピュレーションアプローチの場の新規開拓

■図表4-4 庁内外関係部署の役割分担と実施上の課題



出典 研究班研修会ワークショップ資料(川崎市発表)



どのように目標を立てたらよいですか？

一体的実施の事業から見たポピュレーションアプローチの目標としては

- 市区町村全体で通いの場と連携が取れていた事業を実施できている
 - 専門職が健康講話や健康相談を実施できた通いの場の数の増加
 - 通いの場運営者が一体的実施に関心をもって事業企画をしている通いの場の数
 - ハイリスクアプローチ参加者の事後の受け入れが可能な通いの場がある
 - 通いの場から、ハイリスクアプローチ事業への参加がある
 - 健診をきっかけに通いの場に通うようになった者が増加する
- 等が当面の目標となるでしょう。

最終的には、住民全体の予防意識や行動の改善につなげたいので、質問票の回答等、性・年齢階級別に経年変化を追っていくことが重要です。ポピュレーションアプローチでは一人ひとりを紐づけた分析ではなく、集団全体として改善方向(悪化防止)につながっているかの視点で見いきます。

アウトカム(参考)

広域連合単位でマクロ的に評価、後期高齢者の質問票によるハイリスク者数の変化

介護予防部門と連携して実施した通いの場の参加者数の増加等

■図表4-5(参考)一体的実施におけるポピュレーションアプローチの指標例(ストラクチャー、プロセス、アウトプット指標)

分類	評価指標例
ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> 実施体制(通いの場の運営者、協力医療機関、関係機関団体、事業者の協力) 通いの場へ従事する専門職の確保、予算 健康教育開催に係る通知内容、通知方法、健康教育、健康相談が円滑にできたか 実施方法が適切であったか(情報収集、アセスメント指導教材、指導方法、場所、時間、課題内容、評価、リスク管理、安全面への配慮、個人情報管理、後援等)
プロセス	<ul style="list-style-type: none"> 実施できた通いの場の数、講座の回数、相談・講座・測定に参加した高齢者の数 普及啓発のリーチ数、カバー率 リーフレットやポスターの配布数 WEBページの閲覧数 住民活動のエンパワメント状況
アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> 普及啓発のリーチ数、カバー率 リーフレットやポスターの配布数 WEBページの閲覧数 住民活動のエンパワメント状況

※下欄は、令和6年度の一体的実施事業実施報告において報告が求められている指標

出典 高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第3版(厚生労働省)

■図表4-6(参考)一体的実施におけるポピュレーションアプローチの指標例(アウトカム指標)

分類	評価指標例
アウトカム	<ul style="list-style-type: none"> 後期高齢者の質問票によるハイリスク者の変化 通いの場の新規参加者数、継続参加率、講話の理解度、フレイル対策や重症化予防の重要性の認知度 通いの場の参加者数の増加、継続参加率、ハイリスク該当者の減少、通いの場から医療・健診の受診、介護サービス受給につながった参加者の行動変容(長期的) 要介護認定・平均自立期間、QOLの維持・向上の程度

※介護予防部門と連携し、保健者機能強化推進交付金及び介護保険推進者努力支援交付金詳細指標等*を参考にしてください。

厚生労働省「保健者機能強化推進交付金及び介護保険推進者努力支援交付金詳細指標等」
https://www.mhlw.go.jp/stf/newsroom_13327.html

出典 高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第3版(厚生労働省)

事業のポイント

1. 市町村庁内連携・地域包括支援センターとの連携が重要

地域包括支援センター担当者とともに、通いの場運営者への説明や事業計画を実施している自治体では実施箇所数が多く、必要に応じてハイリスクアプローチへのつながりができていました。

2. 専門職の介入

専門職による介入(複合的なプログラム)が広く実施されていましたが、住民ボランティアの育成・活用についての記載は一部自治体にとどまっていた。

3. ハイリスクアプローチ事業への流れ

ハイリスクアプローチから通いの場へ、通いの場からハイリスクアプローチへの流れを意識している自治体がありますが、記載のない自治体が多いというのが現状です。

4. 特性に合わせた通いの場の設定

通いの場は元々人が多いため、通いの場への誘導(質問票の状況を確認して誘導する)、低体力者等が集まりやすい場を設定する等の新たな場の設定を検討する自治体がありました。

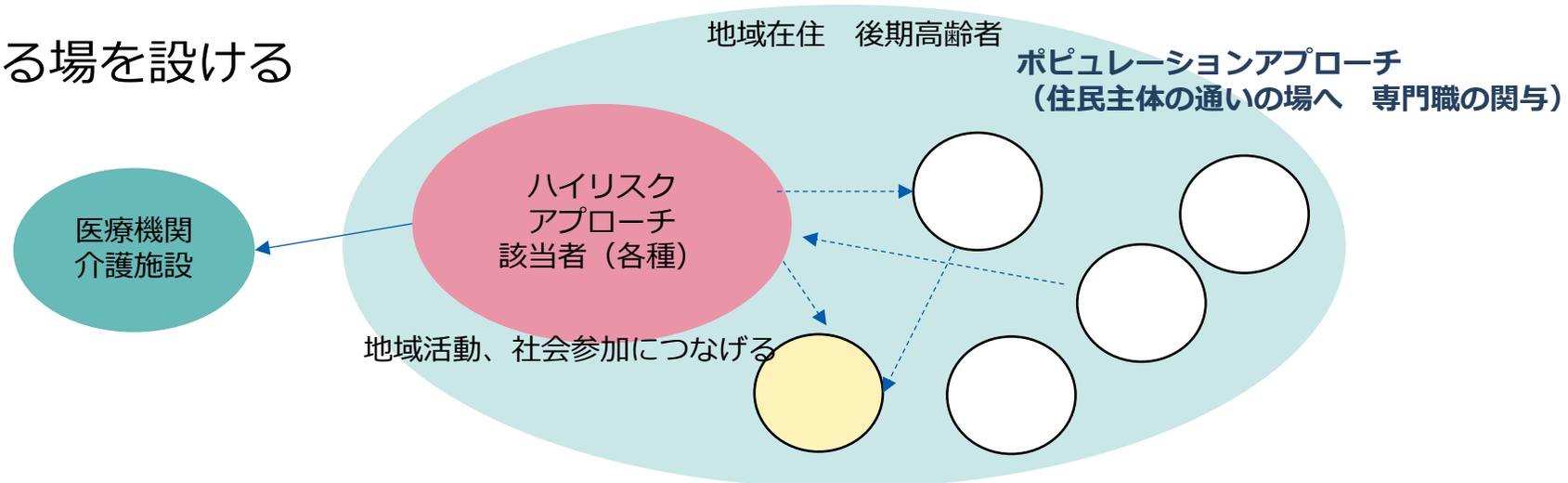
ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチを実施

●ハイリスクアプローチ

低栄養/口腔/服薬/身体的フレイル（ロコモティブシンドローム含む）/
重症化予防（糖尿病性腎症、その他生活習慣病）/健康状態不明者

●ポピュレーションアプローチ

通いの場等において、各医療専門職等が関わり後期高齢者の質問票等を活用し、地域の健康課題等に応じてフレイル対策に関する意識付けをするほか、保健・医療・介護・生活全般に関する様々な情報を伝え、健康相談を受けることが出来る場を設ける



ストラクチャー、プロセス評価

一体的実施実施計画書、実績報告書の分析方法の確立とストラクチャー及びプロセス評価の実施

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

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

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

研究班でスコア判定基準の検討と決定
研究計画書・実践報告書の精査・スコア化(複数の研究者)
第三者による検証、関係者による妥当性の確認

振り返りシート(令和6年度更新版)

項目		内容
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。
	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。
	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)
		事業実施計画書、実施マニュアル、保健指導教材の準備ができた。 委託先【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。
プロセス評価	進捗管理	全体のスケジュール管理を行った。
	分析	KDB等活用して、健康課題の分析、対象者の抽出などができた。
	適切な運営	概ね計画どおり、市町村支援することができた。
		市町村の意見、取組状況などを評価した。
修正	状況の変化に対応し、チームで検討の上、マニュアルやスケジュールの修正を行い、対応できた。	
アウトプット評価	ハイリスク	ツールで把握した対象者の中で、実際に関わった人の人数を把握した。
	ポピュレーション	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。
	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。
	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。
	健診	各市町村での健診受診率を把握した。見える化した。
	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。
	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。
	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。
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。
	医療費(入院)(外来)(疾患別)	各市町村の医療費(入院)(外来)(疾患別)を確認した。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。
	要介護認定率、介護給付費	各市町村の要介護認定率、介護給付費を確認した。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。
	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。

- 分析結果を踏まえた各個別支援事業エビデンス
- 広域連合や自治体等のワークショップ参加者アンケート等を踏まえた一体的実施の推進への意見
- 高齢者の保健事業の更なる推進に向けて、厚労省が広域連合や自治体に対する支援方策等

一体的実施の今後に向けて

- 令和7年度にはほぼ全国に展開されたが、該当者の中に占める介入対象者の情報が少なかった。好事例・失敗事例を共有し、効果的な事業方法の検証を進める必要がある。
- ワークショップでは、一体的実施に熱心に取り組む自治体が増え、地域間の連携が進んだ事例を把握した。一方、担当者の異動にともない「一体的実施」の理念や仕組みが引き継がれず、縦割りに戻った事例も把握した。
- 自治体内部での実施にとどまり、地域関係者(特に臨床現場や地域で活動する専門職)までの浸透には至っていないことから、国からも他の職能団体等へも情報提供を強化し、多職種連携の下で包括的な高齢者への介入につなげるようお願いしたい。
- 今後の分析においては、事業内容や介入強度を反映することが必要であり、事業内容を登録する自治体が増加することが必要である。
- 実践を伴う研修や支援を強化すること、都道府県別の研修などの機会を活用して丁寧に取り組んでいくことが重要。