

令和8年3月4日	参考資料 2
第20回 高齢者の保健事業のあり方検討ワーキンググループ	

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
高齢者保健事業の実施計画中間評価に向けた調査等一式

高齢者の保健事業実施計画(データヘルス計画)の 中間評価に向けた手引き(案)

目次

1. 中間評価の目的・意義および実施手順.....	1
1.1 データヘルス計画について	1
1.1.1 データヘルス計画の PDCA サイクル	1
1.1.2 データヘルス計画と一体的実施の関係性	2
1.1.3 データヘルス計画における関係機関の役割	3
1.2 中間評価の目的・意義.....	4
1.3 中間評価の手順.....	5
1.3.1 保健事業の全体構造の確認(STEP1)	5
1.3.2 保健事業の進捗把握・評価(STEP2).....	5
1.3.3 第 3 期データヘルス計画後半における事業計画の見直し(STEP3)	10
1.3.4 市町村等に対するフィードバック(STEP4)	13
1.4 第 4 期データヘルス計画、さらにその後に向けて.....	14
2. 中間評価を踏まえた事業見直しの方向性	15
2.1 広域連合による市町村支援や標準化に向けた工夫.....	15
2.1.1 研修会・意見交換会の工夫.....	16
2.1.2 市町村支援における工夫.....	16
2.1.3 外部リソース活用の工夫	17
2.1.4 標準化に向けた工夫	18
2.2 市町村における効果的・効率的な事業実施のポイント	20
2.2.1 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連携.....	20
2.2.2 複合的なハイリスクアプローチの取組	21
2.2.3 庁内連携強化.....	22
2.2.4 外部リソースや既存事業の有効活用	23
2.2.5 様式やツール等の工夫.....	24
2.3 ヒアリング結果のまとめ	26
3. 中間評価に向けた参考資料・データ集.....	27
3.1 共通の評価指標 令和 5 年度・令和 6 年度実績値(広域連合別).....	27
3.2 共通の評価指標以外の評価指標例	52
3.3 広域連合向けウェブアンケート結果.....	53
3.3.1 アンケート方法について	53

3.3.2 調査結果.....	54
3.4 広域連合・市町村ヒアリング結果.....	69
3.4.1 ヒアリング方法について	69
3.4.2 好事例紹介—広域連合	71
3.4.3 好事例紹介—市町村	77

はじめに

高齢者保健事業の実施計画(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¹を発出し、令和5年度には各広域連合において第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。第3期データヘルス計画策定に向けては、データヘルス計画の標準化を推進する観点から、共通評価指標及び計画様式を示した。令和6年度からは、各広域連合においてその計画に基づいた保健事業が実施されている。

また、令和6年度事業では標準化について各広域連合の取組状況を調査・分析、進捗状況の管理のあり方を提示した²。そして、令和8年度は、各広域連合による中間評価が実施される予定であることから、令和7年度は中間評価や見直しの視点等の検討を進め、広域連合に対して参考情報等を提示する必要がある。

広域連合が中間評価を実施する際に有用な情報として、「中間評価・見直しの観点や手順」「自広域の事業の進捗状況の把握」「効果的・効率的な事業実施方法」が考えられる。そこで、本事業では、データヘルス計画中間評価に向けた調査業務(ヒアリング調査及びアンケート調査)を行い、上述の中間評価に資する情報を収集し、データヘルス計画策定の手引きを補足する資料としてとりまとめた。

本報告書の構成は以下の通りである。

第1章…中間評価の目的・意義および実施手順

第2章…中間評価を踏まえた事業見直しの方向性

—広域連合による市町村支援及び標準化の推進事例

—市町村における一体的実施の質の向上と量の拡充に向けた取組事例

第3章…中間評価に向けた参考資料・データ集

—共通の評価指標 令和5年度・令和6年度実績値(広域連合別)

—共通の評価指標以外の評価指標例

—広域連合向けウェブアンケート結果

—広域連合・市町村ヒアリング結果

本報告書は、広域連合の皆さまが中間評価・見直しを行う際に参考にしていただくことを想定しているが、第2章の市町村の取組事例については、中間評価のフィードバックのタイミング等を活用しながら、市町村の一体的実施担当者にも情報提供していただきたい。

¹ 厚生労働省「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」
(https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_32281.html) (2025.12.3 閲覧)

² 厚生労働省「高齢者保健事業の実施計画に係る調査報告書」
(<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001466832.pdf>) (2025.12.3 閲覧)

1. 中間評価の目的・意義および実施手順

1.1 データヘルス計画について

1.1.1 データヘルス計画のPDCA サイクル

(1) 1期・半期ごとのPDCA サイクル

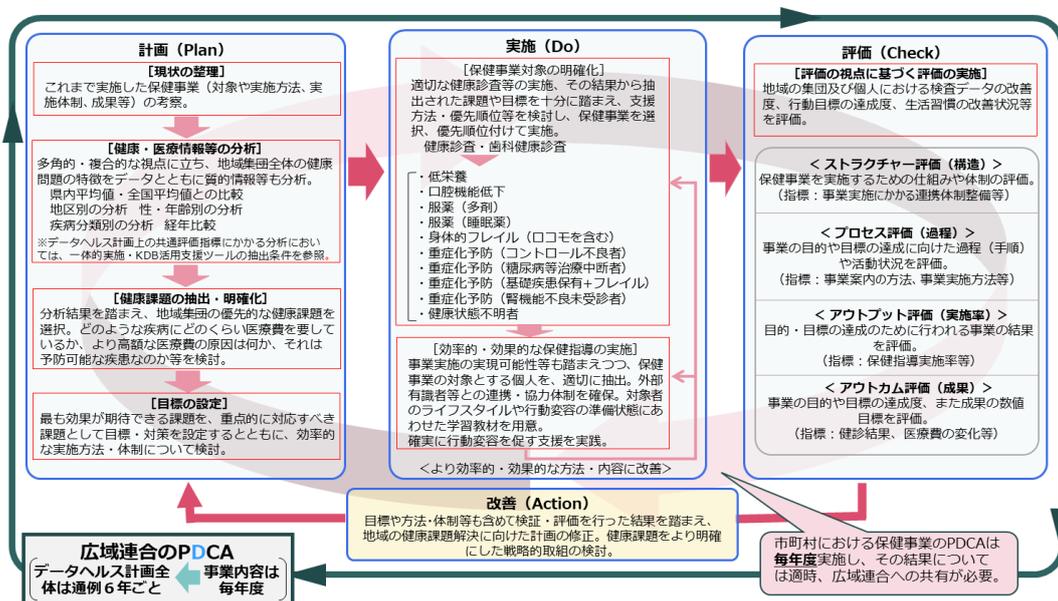
広域連合は、効果的・効率的な保健事業の実施を図るため、健診・歯科健診、市町村に委託する一体的実施の取組、広域連合が直接実施するハイリスクアプローチ、医療費適正化に関する取組、一体的実施等の市町村の取組を支援する事業等の全ての保健事業についてデータヘルス計画に記載し、PDCA サイクルを回して運用する必要がある。データヘルス計画は1期6年間の計画であり、期末評価に加え、中間時点の3年目に中間評価を行うこととされている。本報告書では、主に中間評価の意義や手順等を述べる。

(2) 年度ごとのPDCA サイクル

データヘルス計画におけるPDCAについては、計画・評価・改善(Plan、Check および Action)は広域連合が実施し、保健事業(主に一体的実施の取組)の実施(Do)は広域連合から委託を受けた市町村が実施することが多い。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。

データヘルス計画の中間評価は、毎年度の事業評価とは異なる目的で実施するものであり、1.2以降でその詳細を述べる。

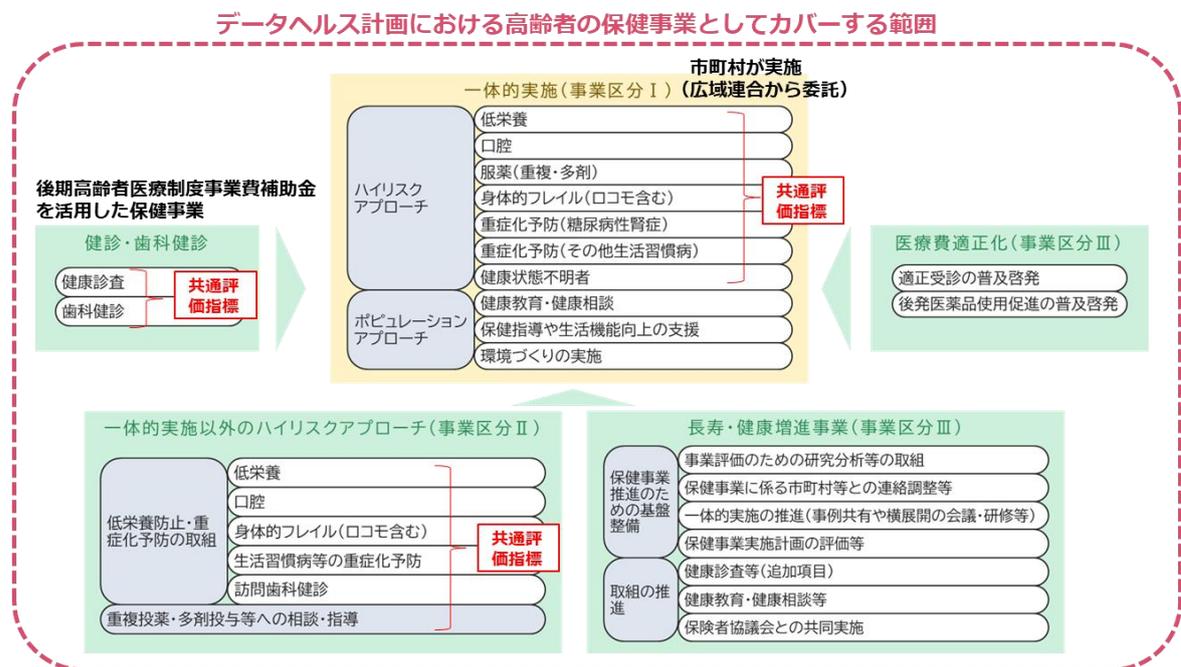
図表 1-1 データヘルス計画のPDCA サイクル(1期・半期)と保健事業のPDCA サイクル(毎年度)



1.1.2 データヘルス計画と一体的実施の関係性

広域連合が策定するデータヘルス計画は、一体的実施の支援の充実・強化を踏まえ事業内容等を整理することが望ましい。一体的実施は後期高齢者の保健事業の中心を担う事業であるため、データヘルス計画の策定及び評価の際には、市町村と十分なコミュニケーションを図り、市町村の現状を把握した上で、一体的実施の計画を含めたデータヘルス計画の策定、評価・見直しを行うことが求められている。また、広域連合は、データヘルス計画を推進する観点からも、市町村における保健事業の実施や支援の状況等の把握に努め、保健事業の方向性等を調整することが求められている。

図表 1-2 データヘルス計画に記載す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である。
- ・「高齢者保健事業」とは、高齢者の心身の特性に応じ、健康教育、健康相談、健康診査及び保健指導並びに健康管理及び疾病の予防に係る被保険者の自助努力についての支援その他の被保険者の健康の保持増進のために必要な事業。(高齢者の医療の確保に関する法律)

1.1.3 データヘルス計画における関係機関の役割

データヘルス計画における広域連合及び関係機関の役割を図表 1-3に整理した。中間評価にあっても、これらの機関と連携し情報共有を図るとともに、必要に応じて支援や助言等を受けることが望ましい。詳細については「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」及び「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第3版」³を参照のこと。

図表 1-3 データヘルス計画における関係機関の役割

関係機関	役割
広域連合	<ul style="list-style-type: none"> 構成市町村の意見を十分に聴きながら、一体的実施を踏まえて事業内容やその方法・体制等を整理し、データヘルス計画を策定する 保険者としての責務を果たすため、自らが行う保健事業についてPDCAサイクルに沿って取組むだけでなく、市町村に事業委託をする場合でも、事業がPDCAサイクルに沿って進捗するよう、状況の把握や市町村の支援等を主体的に行う
市町村	<ul style="list-style-type: none"> 広域連合からの委託を受け、一体的実施の取組を含む保健事業を推進する 広域連合が策定するデータヘルス計画の方向性等を理解し、庁内各部局間の連携を円滑に進めて効果的な保健事業を実施する
都道府県・保健所	<ul style="list-style-type: none"> 広域連合における高齢者保健事業の運営が健全に行われるよう、必要な助言及び支援を行う 県内の健康課題の俯瞰的把握等を行い、広域連合とともに事業の取組結果に対する評価や効果的な取組の分析等を行う
国保連、保健事業支援・評価委員会	<ul style="list-style-type: none"> 国保連は、広域連合等によるKDB等のデータ分析の質を高めるため、KDBシステムの運用及び地域の健康課題の分析のほか、広域連合等の職員向けの研修等を行う 支援・評価委員会はそのノウハウや専門的知見を活用し、データヘルス計画の策定支援や個別の保健事業の実施支援等を行う
保健医療関係者 (地域の三師会をはじめ とした医療職能団体等)	<ul style="list-style-type: none"> 保健医療に係る専門的見地から、広域連合等への支援等を行う データヘルス計画策定・評価等への関与・助言等を行うほか、個別の保健事業に対する支援・協力を行う

³ 厚生労働省「高齢者の特性を踏まえた保健事業 ガイドライン第3版」
(<https://www.mhlw.go.jp/content/001240315.pdf>) (2025.12. 3. 閲覧)

1.2 中間評価の目的・意義

前述のとおり、単年度ごとに評価は実施されており、中間評価もその一環であるものの、保健事業の実施によって健康課題が解決に向かっているか否かを期の途中で確認し、保健事業全体を見直すのに良い機会であるといえる。健康課題や保健事業全体の目的・目標を振り返り、方向性を確認するとともに、保健事業における進捗を把握し、目標達成度を評価する。また、それらの評価を踏まえ、必要に応じて後半3年間の事業計画の見直しを行う。

図表 1-4 中間評価の全体像

STEP1	保健事業の 全体構造の確認	<ul style="list-style-type: none">● 健康課題、保健事業全体の目的・目標の再認識● 保健事業全体の方向性の確認
STEP2	保健事業の 進捗把握・評価	<ul style="list-style-type: none">● 各保健事業について過去3年間の実績値の確認、目標達成度の評価● 進捗管理シートや振り返りシート等を活用した評価、振り返り
STEP3	期の後半における 事業計画の見直し	<ul style="list-style-type: none">● 市町村支援や保健事業の実施方法(プロセス)、実施体制(ストラクチャー)の見直し● 評価指標、目標値の再設定
STEP4	市町村等に対する フィードバック	<ul style="list-style-type: none">● 管内市町村、関係者に対する評価結果の共有

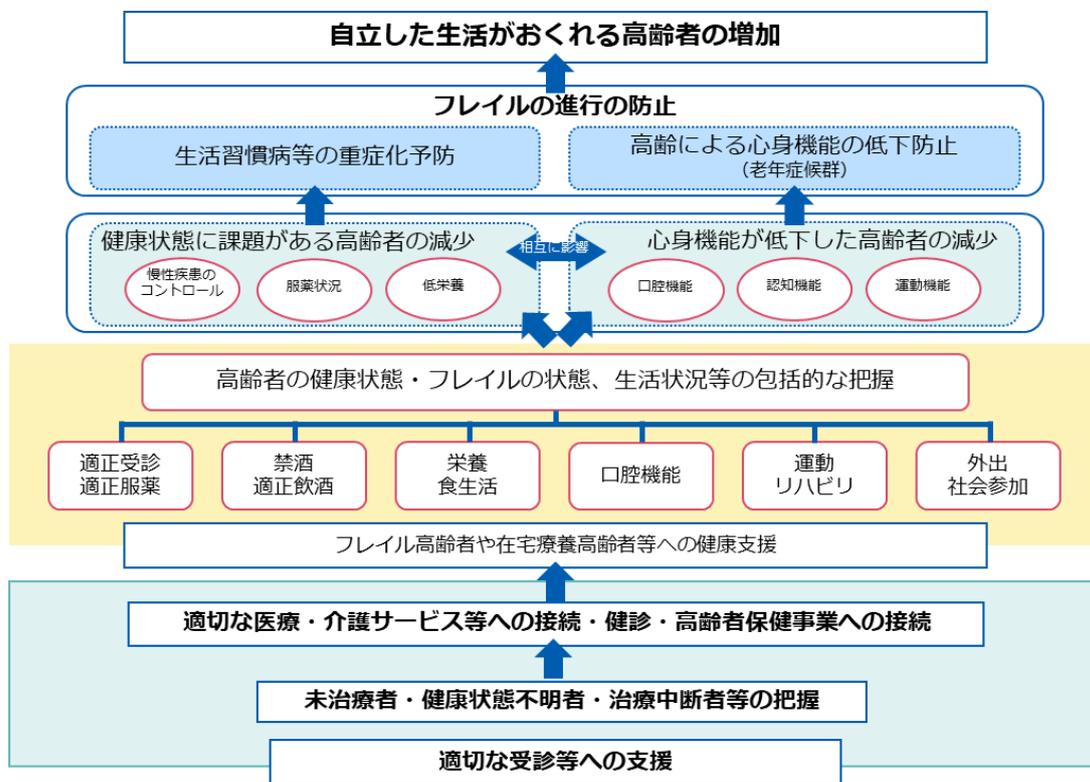
1.3 中間評価の手順

1.3.1 保健事業の全体構造の確認(STEP1)

期初に抽出した健康課題を確認するとともに、事業全体の目的・目標を振り返る。健康課題が解決に向かっているのか、保健事業全体の目的・目標に沿って事業が進んでいるか、事業全体を俯瞰し、確認する。

事業全体の目標や方向性を確認したうえで、個々の保健事業の評価・見直しを行うことが重要である。自分たちが目指す地域のあり方や住民(被保険者)の姿とはどのようなものだったか、広域連合としてのビジョンを再確認する機会として中間評価を利用することも有用である。

図表 1-5 事業全体の目的・目標(高齢者保健事業が目指すもの)

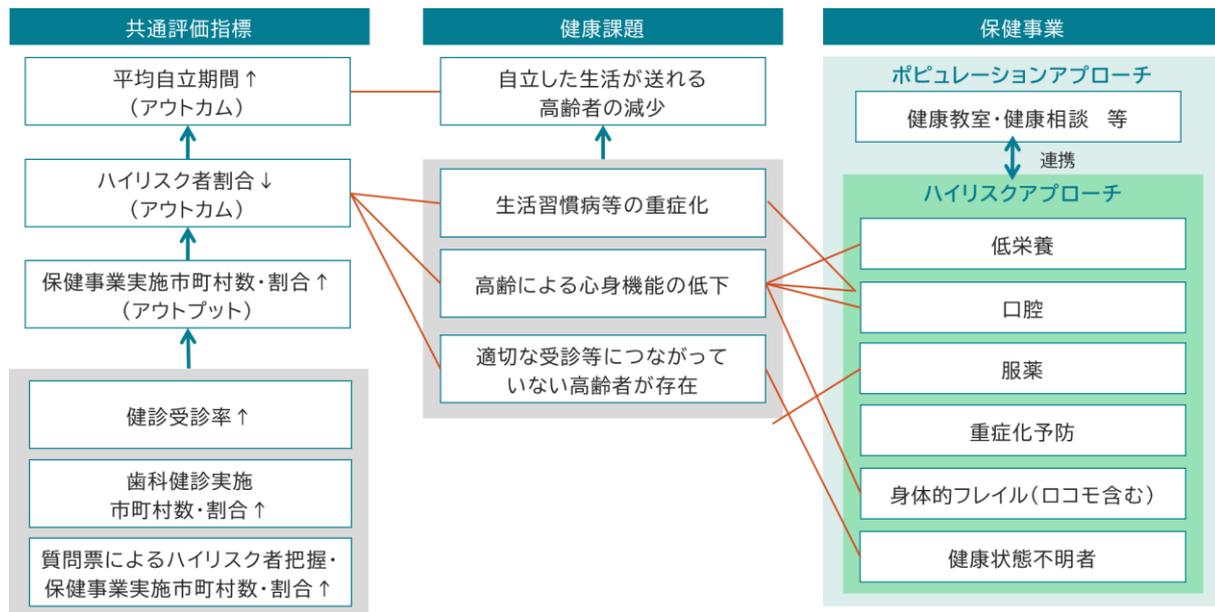


1.3.2 保健事業の進捗把握・評価(STEP2)

(1) 定量的な評価—目標値と実績値の確認(STEP2-1)

保健事業について、過去3年間(令和5~7年度)の事業の実績を確認し、目標値に対する達成度(目標値に対する実績値の比)を把握する。特に、優先すべき健康課題に紐づく保健事業については、優先的に把握、評価する。

図表 1-6 共通評価指標-健康課題-保健事業の関係性※



※図表 1-6 では共通評価指標のアウトカムのみ取り上げているが、それらに至るまでの中間的なアウトカム指標や、広域連合独自に設定した評価指標についても、同様に健康課題や保健事業との紐づけを整理することが重要。

<事業の優先順位の考え方>

- ◇ 限られた人材・財源等の中でより効果的・効率的な事業を行うためには、健康課題や設定した目標を踏まえ、優先して取り組む事業を整理することが重要である。
- ◇ 事業の優先順位づけの観点としては、広域連合によるアプローチが可能な課題であるか、予防または改善(疾病や生活習慣等)の可能性が高いか、緊急性が高いか、地域特性や社会環境を踏まえたものか、影響の範囲が大きいか(リスクを有する対象者が多い、リスクの程度が大きい等)、費用対効果に優れるか等が考えられる。

保健事業の実施率や成果を評価する上では、自広域連合の経年変化や目標値に対する達成度で評価するだけでなく、他の広域連合との相対的な比較を行うことも有用である。共通評価指標をもとに、国全体の平均値や、例えば厚生局単位で近隣の広域連合と比較することで、自広域連合の実施率や成果の水準を客観的に評価することができる。

なお、過去3年間(令和5~7年度)の実績値については、毎年度市町村から提出される一体的実施の実績報告書や、それらの実績値をとりまとめた集約レポートでも把握することができる⁴。中間評価では、こうした既存のデータや帳票等を活用することで、効率的に評価を行うことが肝要である。

⁴ 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。なお、令和7年度の実績値については、中間評価時までに実績値が得られないこともあり得るため、暫定値で評価することも考えられる。

<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)
- ・ 計画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
- ・ 個別の保健事業での評価指標：一体的実施の取組としての市町村の取組状況を評価するもの、一体的実施によら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)

なお、評価指標によっては数値の解釈が難しいケースもある(例：高齢化の影響により評価指標上は数値が悪化しているケース等)。そうした場合、定量的な評価に加え、定性的な評価を行うことで、数値の変化の背景を分析することが可能となる(後述の(2)定性的な評価を参照)。また、分析の視点や評価結果の解釈等について、国保連の支援・評価委員会や大学・研究機関などの外部有識者から助言を受けることも有用である。その際、広域連合として知りたいことや疑問点等を明確にしたうえで助言を受けることが望ましい。

<進捗管理シート、振り返りシートの活用>

中間評価の実施にあたっては、進捗管理シートや振り返りシート等を活用することができる。

進捗管理シートとは、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できるようにしたシートである。さらに、定性的な事業評価の結果を記載できる欄も設けられている。

図表 1-7 進捗管理シート(一部抜粋)

目的・目標		抽出した課題に対して、この計画によって目指す姿(目的)と目標・評価項目																				
計画実施の目的(この計画によって目指す姿)		計画年度別実績値										目標値・実績値										
目標	評価項目(計画評価指標)	2023 (R5)			2024 (R6)			2025 (R7)			2026 (R8)			2027 (R9)			2028 (R10)			2029 (R11)		
		数値	分	%	数値	分	%	数値	分	%	数値	分	%	数値	分	%	数値	分	%			
健康増進の向上 健康格差の縮小	運動習慣	目標値																				
	実践値																					
生活習慣病の予防 健康寿命の延伸 フレイルの予防	健康寿命を延伸したハイスコア数把握に基づく 健康事業を実施している市町村数・割合	目標値																				
	実践値																					
一体的実施の推進 実施計画の進捗	広域連合	目標値																				
	実践値																					
	広域連合	目標値																				
	実践値																					
	市町村	目標値																				
	実践値																					

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。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。

振り返りシートとは、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シートである。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。中間評価後に事業の見直しを検討する際

に、振り返りシートの内容が参考になる。

図表 1-8 振り返りシート(一部抜粋)

項目	内容	実施の有無	得られた成果(自己評価)		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)	
			5段階評価*1 (a-e)	その理由			
事業評価	アウトプット 評価	ハイリスク シミュレーション	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。	□			
		日常生活圏 域のカバー 率	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。	□			
		通いの場の 参加率	各市町村での通いの場の実施状況を日常生活 生活圏域のカバー率として把握した。見える化 した。	□			
		健診	各市町村での健診の参加率として把握した。 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)	各市町村の医療費(入院)を確認した。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。	□			
		疾病別医療 費	シセプトで疾病別医療費を確認した。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	各市町村の要介護認定率を確認した。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。	□			
		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 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。	□					

プロセス・ストラクチャー・アウトプット・アウトカムそれぞれについて、以下の事項を記入

- ・自己評価とその理由
- ・解決すべき課題
- ・内・外部機関からの意見

→中間評価・見直しの際の参考情報として活用

これらのシートを適宜活用し、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、事業のとりまとめや振り返りを実施しておくことが重要である。なお、中間評価時にこれらのシートに記録を残しておくことで、期末評価や来期計画の策定時にも役立つことができる。また、異動などにより担当者が変更した際の引継ぎ資料としても有用である。

(2) 定性的な評価—ストラクチャー・プロセスの確認(STEP2-2)

中間評価にあたっては、定量的な評価に加え、定性的な評価を行うことも重要である。構成市町村との意見交換や研修会等の機会を活用して、アウトプット指標やアウトカム指標が改善した、あるいは改善が見られない背景にある市町村の取組や工夫点、課題を聴取・分析することで、事業の見直しに向けたヒントを得ることができる。

また、アウトカムの中には、3年間では効果が見えにくい指標もある。事業による足元の成果を把握するためにも、市町村支援や保健事業の実施体制(ストラクチャー)、実施方法(プロセス)の評価を行うことは有用である。

図表 1-9 にストラクチャー・プロセスの評価の視点を例示した。データヘルス計画開始以降、解決する健康課題や目標達成に向けた取組ができたか、市町村支援の体制がどこまで構築できたか、また、効果的な支援を行うための工夫ができていたかを振り返り、後半3年につなげていくことが重要である。

図表 1-9 広域連合によるストラクチャー・プロセス評価の視点

	評価の視点・内容	指標例
ストラクチャー	<p><広域連合内の体制構築></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 広域連合における市町村支援体制が構築できたか ・ 関係部局との連携体制が構築できたか ・ 関係部局の役割や実施事項が明確化されたか ・ 担当者間の情報共有(引継ぎを含む)ができている 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 専門職の配置 ・ 関連部局との会議体の設置 ・ 関連会議・協議会・打ち合わせ等の開催 ・ マニュアル・手順書等の作成・共有 ・ 進捗管理シートや振り返りシートの活用 等
	<p><関係団体等との協力体制構築></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 委託先を含む関係団体との連携体制が構築できたか ・ 委託先を含む関係団体の役割が明確化されたか ・ 事業の委託等に必要な財源が確保できたか ・ 方針に基づいた保健事業の委託が実施できているか 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 外部委託先の確保、事業の委託 ・ 関係団体(三師会等)との連携体制構築(情報共有や事業説明、相談機会の創出) ・ マニュアル・手順書等の作成・共有 等
プロセス	<p><広域連合としての取組></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 広域連合として高齢者保健事業の方針を明確にしているか ・ 重点的に対応する健康課題を把握・検討をしたか ・ 広域連合自らが行う保健事業について PDCA サイクルに沿って取り組んだか 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 健康課題の分析と、それに基づく事業の優先順位付け ・ 毎年度の事業評価の実施と記録 ・ 毎年度の事業評価に基づく事業の見直し 等
	<p><市町村への働きかけ></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 市町村等の関係者に広域連合の保健事業の方向性を示したか ・ 市町村に委託した保健事業の取組状況を把握しているか ・ 市町村に対して事業評価結果やそれを踏まえた次年度計画のフィードバックができているか ・ 市町村からの意見・要望を踏まえ事業計画の見直しができているか 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 市町村との意見交換会の開催 ・ 市町村からの相談に対する助言 ・ 市町村へのアンケート・ヒアリングの実施 ・ アンケート・ヒアリング結果の分析・共有 ・ 好事例の収集・周知 ・ 市町村に対する集約レポートの提供、説明 等

1.3.3 第3期データヘルス計画後半における事業計画の見直し(STEP3)

実績値を評価した結果、目標値と乖離がある場合には、その背景や要因を検討する。事業の進捗や成果が芳しくない場合は、事業の効果的な実施方法・実施体制を見直す。また、事業の進捗状況や内容に応じて、より適切な目標値や評価指標⁵への見直しの必要性を検討する。

(1) 実施方法・実施体制の見直し

実施方法や実施体制の見直しでは、対象者の抽出や対象者へのアプローチ方法、関係団体や委託先との協働・連携等の工夫を検討する。その際、健康課題の解決につながるか、参加率や実施率向上に資するか、実行可能な方法・体制かを考慮すると良い。

(2) 評価指標・目標値の見直し

評価指標や目標値の確認・再設定を行う場合は、健康課題の解決度を測る「アウトカム指標」、そのために必要な事業の実施量を測る「アウトプット指標」が設定されているか否かを確認する。また、実績値と目標値に乖離がある場合や、既に達成している場合は目標値の再設定を検討する。

なお、期初の段階では評価指標や目標値が適切に設定できていなかった事業がある場合は、中間評価の機会に目標を設定する。

(3) 事業の追加・修正

期初に策定した計画について、記載もれや誤りがある場合は中間評価の機会に修正する。実際には実施しているにも関わらず計画に記載できていなかった事業や、期の途中から開始した事業などがあれば追記する。

⁵ 共通評価指標以外にも、地域の実情に応じて独自の評価指標を設定することは差し支えない。その場合も、それらの指標がどの保健事業の成果(健康課題の解決)を測るための指標なのかを整理・理解しておくことが重要である(P5 図表 1-6 参照)。また、独自の評価指標例については、第3章も参考にされたい。

<ハイリスクアプローチの共通評価指標の見直し>

データヘルス計画策における共通の評価指標を図表 1-10 に示した。このうち、アウトカム指標であるハイリスク者割合については、分母を被保険者数とした場合、健診受診率等による影響が大きく、広域連合や市町村から「数字の解釈が難しい」、「経年での評価が難しい」等の意見が多く寄せられた。

図表 1-10 データヘルス計画における共通の評価指標

総合的な評価指標 (共通評価指標)	
健診受診率	
歯科健診実施市町村数・割合	
質問票を活用したハイリスク者把握に基づく保健事業を実施している市町村数・割合	
アウトプット	以下の保健事業（ハイリスクアプローチ）の実施市町村数・割合 <ul style="list-style-type: none"> ・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) <ul style="list-style-type: none"> ・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

そこで、以下の指標については、中間評価を機に、国から示す共通評価指標の算出方法は図表 1-11 のとおり見直すこととした⁶。分母を保健事業の対象者である健診受診者数等にすることで、保健事業の進捗状況や効果をより適切に把握することが可能となる⁷。

⁶ 第4期データヘルス計画では、算出方法見直し後の共通評価指標で評価していくことを想定。

⁷ 厳密には、健診を受診せず質問票のみ回答している人も存在するため、対象者抽出の際に健診と質問票データ双方を使う評価指標の場合、分母を「質問票回答者数」とすると健診未受診者のハイリスク者を反映できないため、正確性に欠ける面もある。ただし、その数は少数であること、基本は健診時に質問票も合わせて回答することを想定していることから、図表 1-11 の整理とした。

図表 1-11 ハイリスク者割合算出方法の見直し

評価指標	(修正前)	(修正後)
低栄養ハイリスク者割合	分母:被保険者数	分母:健診受診者数
口腔ハイリスク者割合	分母:被保険者数	分母:健診受診者数
服薬(多剤)ハイリスク者割合	分母:被保険者数	分母:被保険者数(変更なし)
服薬(睡眠薬)ハイリスク者割合	分母:被保険者数	分母:健診受診者数
身体的フレイル(ロコモ含む)ハイリスク者割合	分母:被保険者数	分母:健診受診者数
重症化予防(コントロール不良者)ハイリスク者割合	分母:被保険者数	分母:健診受診者数
重症化予防(糖尿病等治療中断者)ハイリスク者割合	分母:被保険者数	分母:健診対象者数 ※
重症化予防(基礎疾患+フレイル)ハイリスク者割合	分母:被保険者数	分母:健診受診者数
重症化予防(腎機能不良未受診者)ハイリスク者割合	分母:被保険者数	分母:健診受診者数
健康状態不明者割合	分母:被保険者数	分母:被保険者数(変更なし)

※健診対象者数とは、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」

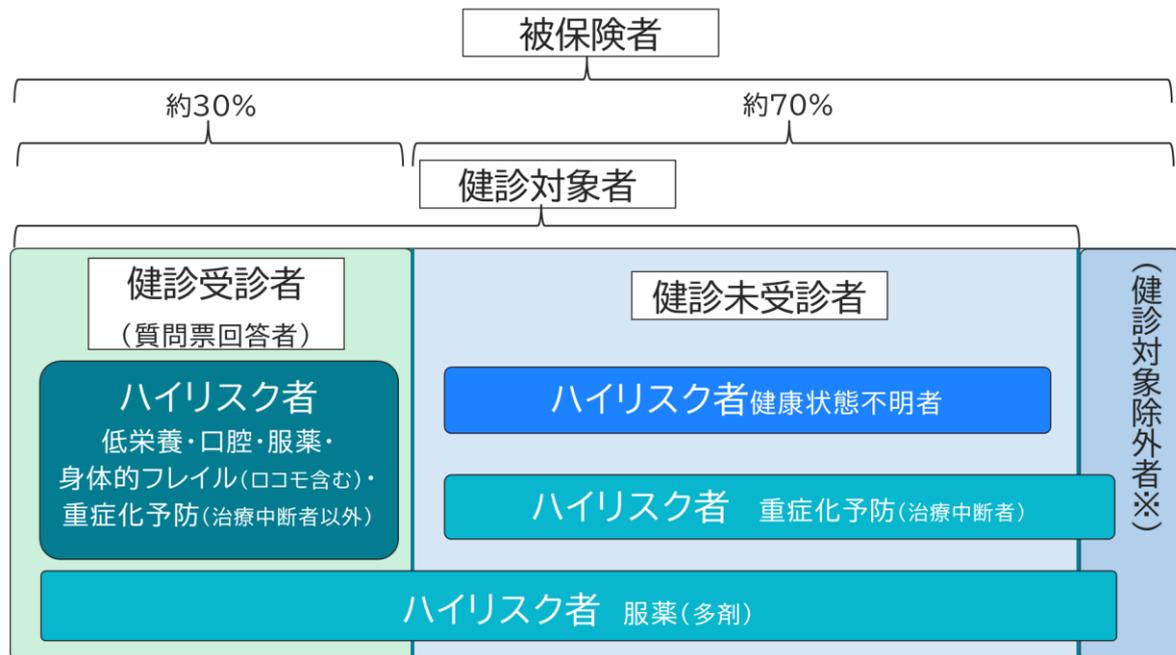
(<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001465188.pdf>)を参照。

一体的実施支援ツールを用いたハイリスク者の抽出においては、取組区分毎に、レセプト(介護、医療)、健診、後期高齢者の質問票を組み合わせているため、本来、取組区分毎にハイリスク者割合の算出に使用する母数を設定することが望ましい。しかし、これまで、高齢者の保健事業は健康診査事業を起点とし、健康上のリスクに応じて被保険者に対する保健指導等を実施してきた。また、後期高齢者医療制度の健診において、高齢者の特性を踏まえた健康状態を総合的に把握するため後期高齢者の質問票の活用を推進しており、使用状況は89.5%(令和7年度一体的実施実施状況調査)に上る。このため、高齢者保健事業における健診を起点とした対象者抽出の趣旨に鑑み、かつ、評価に係る煩雑さを回避する目的から、「健診受診者」を分母とする。なお、「重症化予防(糖尿病治療中断者)」は健診未受診者が対象のため、分母を「健診対象者」とする。

被保険者数を分母とした従来の指標は、「広域連合全体(被保険者)でリスクを有している人がどの程度いるのか」を把握するねらいで設定したものである。一方で、健診受診率が低い現状においては、被保険者全員のリスクを把握できないという問題がある。広域連合全体の状況を継続的に把握する等の観点から、従来の算出方法によるハイリスク者割合(分母を被保険者数とするもの)を併用することも考えられるが、健診受診率の向上に伴い、抽出対象者も増加することでハイリスク者を多く抽出できるようになると、結果としてハイリスク者割合が増加しているように見えるなど、数字の解釈にあたっては留意が必要である。共通評価指標では広域連合間を比較するためにハイリスク者割合を設定するが、ハイリスク者数(実数)としてみていく視点も重要である。

それぞれの指標が何を意味しているのかを理解の上、活用することが重要である(図表 1-12)。なお、被保険者全体の健康状態等を表す指標としては、健康状態不明者割合や、1人当たり医療費等を指標として活用することも考えられる。

図表 1-12 被保険者、健診受診者、ハイリスク者の関係(概念図)



※健診対象除外者:特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第1条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める者(平成20年厚生労働省告示第3号)に規定する者
(参照: <https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001465188.pdf>)

※図中で概念のため簡素化して示しているが、例えば口腔と低栄養両方のリスクを有する者など、高齢者は複数の慢性疾患の保有や老年症候群の症状が混在しており、包括的な支援が必要である。

※ハイリスク者割合算出方法については、取組区分毎にハイリスク者割合の算出に使用する母数を設定することが望ましいが、データヘルス計画は健康診査を起点とした保健事業であること、評価の簡便等の観点から健診対象者を分母として整理としている。今後、一体的実施支援ツールの改修により、通いの場等で把握した後期高齢者の質問票からも支援対象者の抽出が可能になることもあるため、ハイリスク者割合の算出方法については、第4期データヘルス計画に向けて検討が必要である。

1.3.4 市町村等に対するフィードバック(STEP4)

中間評価にあたっては、管内市町村に加え、事業計画を共有した関係者(都道府県、国保連合会、保健医療関係者、保健事業支援・評価委員会等)に対して評価結果を共有する。この際、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等を共有することが重要である。

1.4 第4期データヘルス計画、さらにその後に向けて

データヘルス計画の中間評価・見直しの際に、他の関連計画の動向も確認しておくことが望ましい。具体的には、健康増進法(平成14年法律第103号)に基づく基本方針や、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(国保データヘルス計画)などが考えられる。

なかでも、一体的実施の観点からは、2027年度から開始する第10期介護保険事業(支援)計画の動向にも配慮する必要がある。同計画において示される、通いの場等を含む介護予防・健康づくり、介護予防・日常生活支援総合事業等に係る計画について、都道府県や市町村と前広に意見交換を行い、必要に応じてデータヘルス計画にも反映していくことが、一体的実施を含む高齢者保健事業の効果と効率を高めるうえで重要である。中間評価の機会をうまく活用し、これら他の関連計画の担当部署とも連携をとり、より良い保健事業を目指していくことが期待される。

中間評価は過去3年間の取組を振り返り、次の3年間、さらにはその先の未来をより良いものにしていくためのひとつの機会となる。試行錯誤しながら高齢者保健事業のPDCAを回していくことが、目標達成に向けた確実な一歩となる。

2. 中間評価を踏まえた事業見直しの方向性

中間評価の結果、事業の進捗や成果が芳しくない場合は、事業の効果的な実施方法・実施体制を見直すことが重要である。構成市町村別のアウトカム指標等を比較した際に、評価指標の達成度が相対的に低い市町村や、経年変化で低迷が続いている市町村などに対して、広域連合から積極的に聞き取りを行い、事業計画の見直しに向けて必要な支援を講じていくことも重要である。

ここでは、データヘルス計画の標準化を進めている広域連合6団体、及びデータヘルス計画に基づいて一体的実施の各事業が進んでいる市町村 10 団体における、効果的・効率的な事業実施に向けた工夫点を紹介する。2.1は、広域連合による市町村支援のポイントを示した。広域連合から市町村への働きかけのヒントとして参考にさせていただきたい。2.2 では、市町村による効果的・効率的な保健事業のポイントや工夫点を示した。ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチの連動など、マンパワーが不足するなかであっても効果的に事業を実施する自治体の事例を掲載している。構成市町村にアドバイスする際の観点として、ぜひ参考にさせていただきたい。

2.1 広域連合による市町村支援や標準化に向けた工夫

広域連合に対するヒアリングでは、市町村支援の際の工夫や、データヘルス計画の標準化を推進する際のポイントや課題についても聴取した。

広域連合による市町村支援の工夫として、以下の3点が挙げられた。

- | |
|--|
| <p>① 研修会・意見交換会の工夫</p> <ul style="list-style-type: none">市町村のグループ分けの工夫(規模別、委託/直営別、等)市町村同士の意見交換促進(小規模単位での開催、保健医療圏域単位の開催、等) <p>② 市町村支援における工夫</p> <ul style="list-style-type: none">市町村の進捗に応じた支援市町村と専門機関のマッチング会保険者インセンティブの成果に応じた補助 <p>③ 外部リソースの活用</p> <ul style="list-style-type: none">アカデミアの活用(分析等)県・保健所との連携外部委託先との連携 |
|--|

標準化に向けた工夫も含め、以降では、それぞれについて具体的な事例を紹介する。

2.1.1 研修会・意見交換会の工夫

広域連合が市町村向けに開催している研修会や意見交換会等の工夫として、グループ分けの工夫をしている事例が複数挙げられた。規模別や地区別(保健医療圏域別)に加え、事業の委託・直営別、事務職・専門職別といったグループ分けの工夫も見られた。研修会を数回に分け、あえて小規模な単位で開催することで、市町村間の意見交換を促している工夫もあった。いずれもすぐに取り入れられる工夫であるとともに、効果的な支援として参考になる。

図表 2-1 研修会・意見交換会の工夫

- 被保険者数(規模)ごとに管内市町村を4グループに分けて意見交換会を開催。各市町村が抱える課題に対する解決策について話し合うほか、事前に特定の市町村への質問事項を集めて意見交換会で回答(秋田広域)
- 市町村の意見交換会では、インセンティブの状況、市部・区部、委託・直営、事務職・専門職など、立場を踏まえてグループ分けを行っている(東京広域)
- 企画調整担当者名簿を作成・共有し、市町村間でも情報交換ができる体制を整備(富山広域)
- 意見交換会を小規模な単位で開催することで、市町村間の意見交換を活発化。学識や国保連合会の保健師も同席してアドバイスも行っている(兵庫広域)
- 保健医療圏域の市町村担当者が集まる地区別意見交換会を開催(鹿児島広域)
- 市町の企画調整担当と広域連合の保健師を委員にし、県と国保連をオブザーバーとした高齢者保健事業推進協議会を設置し、研修会を開催(栃木広域)

2.1.2 市町村支援における工夫

広域連合による個々の市町村への支援についても様々な工夫が挙げられた。市町村における事業の進捗等に合わせて支援に優先順位をつけている事例や、市町村共有の課題に対して広域連合主導で支援策を検討するなどの工夫が挙げられていた。後者については、個々の市町村での対応が難しい面もあることから、まさに広域連合の役割として重要であると考えられる。

図表 2-2 市町村支援における工夫

<個別ヒアリング等による市町村の実態把握>

- 全市町村への巡回ヒアリングを実施(富山広域)
- 都広域として事業の課題を抽出したうえで個別訪問ヒアリングを実施(東京広域)
- 広域連合として現場の実態を深く理解するために、ポピュレーションアプローチの現場見学を実施(東京広域)

<広域連合からの積極的働きかけ>

- ポピュレーションアプローチからハイリスクアプローチへの連携について、広域連合から積極的に市町村に働きかけを行っている(サロン・通いの場⇒身体的フレイル、等)(富山広域)
- 健康課題や進捗の分析結果等を市町村にフィードバックし、比較しやすい形で提供している(兵庫広域)
- 一体的実施が進みにくい市町村には、広域連合から積極的にアウトリーチするようにしている

(鹿児島広域)

<市町村の進捗・成果に応じた支援>

- 一体的実施事業をはじめて 2 年目の市町村やハイリスクアプローチの実施数が少ない市町村を中心に訪問している(秋田広域)
- 市町村への個別訪問を実施。一体的実施の進捗が思わしくない場合などには、先方の上長にも会議に入ってもらい、広域連合が重要性を直接説明している(鹿児島広域)
- 離島の自治体にもきめ細やかな支援ができるよう、県職員の OB を活用したアドバイザーを派遣(鹿児島広域)
- 調整交付金の対象外となる経費や旅費の補助に加え、インセンティブに応じた補助も行っている(鹿児島広域)
- 個別訪問は 2 市町ごとに開催している。近隣市町村との意見交換を促す狙いがある(栃木広域)
- 独自の交付金は、取組事業と介入者数に応じて市町に配分(栃木広域)
- 大規模市町村より小規模市町村の方が相談が少ない傾向にあるため、訪問時に意識的に意見を聴取(東京広域)

<市町村共通の課題への支援>

- 全市町で課題となっている口腔機能に着目した検査を実施する市町に補助する予定(兵庫広域)
- 県全体として低栄養の取組が少ないことが課題だったため、広域連合から栄養士会に委託することでノウハウを蓄積(栃木広域)
- 市町と歯科衛生士会が連携できていない状況があったため、広域連合から歯科衛生士会にアプローチ(栃木広域)
- 実施自治体が少ない「口腔」「身体的フレイル」推進に向け、東京都歯科衛生士会と東京都理学療法士協会を訪問し情報交換、事業の連携方策を模索(東京広域)

<その他>

- 学識者をアドバイザーとして招聘し、市町事業への助言や講話を依頼(栃木広域)
- 外部委託先に対象者の優先順位を伝え、重点的な対応を指示(兵庫広域)
- KDB に精通した保健師を配置することで、市町村の相談・困りごとへの対応力がアップした(東京広域)

2.1.3 外部リソース活用の工夫

広域連合と外部リソースの連携の工夫も見られた。特に、富山広域では県保健所と連携した取組がなされているが、都道府県との連携の1つの形として参考になる。また、市町村が個別にアプローチしにくい地域の三師会等に広域連合からアプローチすることで、市町村との連携を促している点も有効であると考えられる。また、地元の大学等のアカデミアとの連携では、分析の部分で協力を依頼している事例があった。専門的な知見から分析を行うことで、事業の効果検証および検証結果に基づく事業の見直しが図られると考えられる。

図表 2-3 外部リソース活用の工夫

<p><関係団体との連携></p> <ul style="list-style-type: none"> ● 年度初めに医師会、歯科医師会、薬剤師会厚生連に対して広域連合で実施している保健事業を協力依頼(秋田広域) ● 市町村と専門団体のマッチング会議を企画し、円滑に専門職が確保できるよう調整(富山広域) <p><県・保健所との連携></p> <ul style="list-style-type: none"> ● 保健所と連携し、保健所単位の連絡会を開催して近隣市町村間の意見交換の場を提供。また、保健所の担当者には巡回ヒアリングにも同席してもらい、市町村の取組をバックアップいただいている(データ分析等)(富山広域) ● 県の健康増進課と連携して市町のオーラルフレイル担当者向けに情報提供を行った(兵庫広域) ● 東京都が実施する医療専門職の人材育成研修において、事例として紹介する自治体などの選定で連携している(東京広域) <p><学識との連携></p> <ul style="list-style-type: none"> ● 地元の2大学に研究分析を委託し、一体的実施セミナー等で研究成果を市町村や関係団体に還元(富山広域) ● 担当者が口腔健診の結果と要介護度の関係を分析した結果を会議で発表した際に、研究者から声をかけてもらい、鹿児島大学との協働がはじまった。大学に分析を依頼し、その結果を活用した市町村の介入のあり方を模索している(鹿児島広域)

2.1.4 標準化に向けた工夫

市町村における保健事業の標準化に向け、様々な工夫点が挙げられていた。特に、多くの広域連合ではデータヘルス計画の目標や健康課題等を市町村に伝える努力がなされていた。また、対象者の抽出基準や評価指標については、国の基準やデータヘルス計画の共通評価指標も示しつつ、市町村の実情に合わせて柔軟な運用にしているとの意見が多かった。この点も市町村に広域連合の取組への理解を促す観点から重要なポイントであると考えられる。

図表 2-4 標準化に向けた工夫

<p><市町村に対する丁寧な説明></p> <ul style="list-style-type: none"> ● データヘルス計画を策定した令和 5 年度に2回(10月、12月)オンラインで説明会を実施(秋田広域) ● 市町村との打ち合わせ会、関係団体との情報交換会などの場で、市町村と個別事業の課題や目標を共有(富山広域) ● 広域連合・市町村の合同会議の際に、市町村に共通の評価指標のデータを提示(市町村比較データを一覧表で提示)。経年的にアウトカムが把握できるよう、広域連合から評価表(事業評価の参考にしてもらうための様式)をフィードバック(富山広域) ● 研修会等でデータヘルス計画の目標値の進捗を市町村に報告。集約レポートの結果等を市町村にフィードバック(兵庫広域)
--

- 一体的実施のために作成していた独自様式を一部改良し、データヘルス計画の指標も追記。データヘルス計画と一体的実施が結びついているということを市町村に示した(鹿児島広域)
- 医療費等の状況のグラフやハイリスク者割合の色塗りマップ、目標値の意図・考え方を記載した冊子を作成し、関係者間で共通理解が図れるよう工夫している(鹿児島広域)
- データヘルス計画策定段階で市町から意見集約し、策定後には一体的実施関連の会議で目標値と評価指標について説明(栃木広域)
- 説明会や研修会に加え、市町村の個別ヒアリングの場も活用しながら市町村の理解を促している(東京広域)

<市町村の実情に応じた柔軟な対応>

- 国の抽出基準では対象者が多くなるため、基本的に年齢で絞り込みを行っている。また、市町村ごとに健康課題や方法が異なるため、市町村の状況に応じて独自の基準を使うなど柔軟に対応している(秋田広域)
- 保険者インセンティブを念頭に国の基準を示しつつ、市町村の力量を踏まえ、できる範囲で依頼。柔軟性をもって対応しているので、市町村からも理解・協力いただけている(富山広域)
- 研修会や相談時には国の抽出基準を採用するよう働きかけつつ、状況に応じて独自の基準も認めている(兵庫広域)
- 市町村の考えや取組を尊重し、広域のデータヘルス計画や一体的実施に無理に合わせようとはしないが、大枠からは外れないよううまくすり合わせを行っている(東京広域)

<その他>

- 一体的実施の評価指標について共通化を図るとともに、支援・評価委員会・国保連の助言も踏まえて算出しやすい指標に見直し(兵庫広域)
- 「マンパワー不足の解消になる」という話を受けて、積極的に対象者抽出ツールの利用を推進。令和 7 年度から研修会で説明をし、広域連合が市町を訪問してツールの操作研修も開催した(栃木広域)

2.2 市町村における効果的・効率的な事業実施のポイント

市町村に対するヒアリング結果から、保健事業(主に一体的実施の取組)のポイントとして、以下の5つが抽出された。一体的実施は、全市町村での実施を目指してきた段階から、今後は質の向上と量の拡充を図る段階に移行しつつある。この観点からも以下の5つのポイントは重要と考えられる。

①	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連携
	・ 通いの場等でハイリスク者を把握し個別訪問
	・ 通いの場をハイリスク者の受け皿として活用
②	複合的なハイリスクアプローチの取組
	・ 1つの事業で幅広いリスクを把握し、他の支援につなぐ
③	庁内連携強化【特に大規模市町村】
	・ 関係課による合同イベント等の開催
	・ 関係課の定期的な会議・WGの開催と情報共有
④	外部リソースや既存事業の有効活用【特に小規模市町村】
	・ 一体的実施以外の既存事業や外部リソースを活用
	・ 手順書等の整備で外部委託先の介入を標準化
⑤	様式やツール等の工夫
	・ 保健指導マニュアル、事業連携フローチャートの作成

以降では、それぞれについて具体的な事例を紹介する。

2.2.1 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連携

高齢者の保健事業においては、医療・介護情報や健診、質問票等のデータにより高齢者の健康課題の全体像を把握し、重点的に取組む課題を整理し、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、効果的な事業を企画していくことが重要である。

上記を踏まえ、一体的実施の取組では、ハイリスクアプローチとしての7事業(低栄養、口腔、服薬、身体的フレイル(ロコモ含む)、重症化予防(糖尿病性腎症重症化予防・その他生活習慣病)、健康状態不明者対策)に加え、通いの場等のポピュレーションアプローチの取組がなされているが、ヒアリングでは、これら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うまく連動させた事例が複数挙げられた。

図表 2-5 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連動事例

<u><ポピュレーションアプローチ→ハイリスクアプローチの事例></u>	
●	ポピュレーションアプローチからハイリスクアプローチにつなぐ「事業連携フローチャート」を作成。「高齢者健康保健事業保健指導マニュアル」内に記載して職員間で共有(秋田市)
●	ポピュレーションアプローチの中で気になった人を訪問して状況を確認したり、地域包括支援センターにつなぐこともある(大館市、矢板市)
●	健康状態不明者の実態把握は、通いの場の取組を委託している地域包括支援センターの協力

を得て実施。支援が必要と判断された場合にそのままハイリスクアプローチにつなげられるメリットがある(砺波市)

- ポピュレーションアプローチの取組を地域包括支援センターと協働で実施。ハイリスク者の受け皿として連携している(練馬区)
- 地域包括支援センターの街かどケアカフェという通いの場で、理学療法士による転倒予防教室を実施。ハイリスク者と包括職員との顔合わせもねらいのひとつ(練馬区)

<ハイリスクアプローチ→ポピュレーションアプローチの事例>

- ハイリスクアプローチで介入した方には通いの場や測定会を紹介するなど、積極的に情報提供を行っている(大館市)
- 今年から、健診時の質問票で身体的フレイルの該当があり、運動習慣のない人を地域の通いの場(ポピュレーションアプローチ)につなぐようにした(豊岡市)
- ハイリスクアプローチで関わっている人で、外出が少なくあまり社会参加ができていないと思われる方に対しては、元気あつぷ広場に参加してもらい対応している(多可町)
- 歯科分野では、ハイリスクアプローチから得られた課題をポピュレーションアプローチに反映し、企画・実行している(多可町)

いずれの事例も、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相乗効果が期待できる。健診未受診者が多いなか、通いの場等でハイリスク者を抽出する取組は、効果的・効率的に対象者を支援につなげることができる点で有用である。また、ハイリスクアプローチで支援した対象者を通いの場等につなぐことで、社会参加の促進や、支援終了後の継続的なフォローアップにもつながる。

2.2.2 複合的なハイリスクアプローチの取組

後期高齢者では、様々な疾患やリスクを同時に保有している人も多い。そのため、低栄養や口腔など、複数の事業の対象者として抽出されるケースも多い。それぞれの事業で介入を行うことも考えられるが、ヒアリングでは、複数を組み合わせた複合的な取組を行っている事例が挙げられた。

図表 2-6 複合的なハイリスクアプローチの取組事例

- 低栄養の指導で訪問した際に口腔のリスクがあることが分かった場合は、次回歯科衛生士と訪問するなど、複合的な取組を実施している(秋田市)
- 口腔と血糖値(糖尿病重症化予防)は関連しており、重複している人もいるので、保健師と歯科衛生士・栄養士が同行して訪問している(砺波市)
- 口腔・低栄養・糖尿病・高血圧の事業間の連携を図っている(例:低栄養で、口腔の問題を持っている場合は、管理栄養士に加え歯科衛生士も訪問)(多可町)
- 口腔や低栄養の介入は入り口と考えている。対象者は他の問題も合わせもっているため、口腔や低栄養の介入時に聞き取りをして適宜対応している(矢板市)
- 健康状態不明者の該当者に糖尿病・高血圧症の治療中断該当者も多いことが判明したため、中断者用のリーフレットを用意し、健康状態不明者の取組の中で治療中断該当者にアプローチし受診を勧奨(大館市)

一体的実施の課題としてマンパワー不足を挙げる自治体が多いなか、上記のような複合的な取組は、人的資源の有効活用に資する。また、高齢者にとっても一度にまとめて適切な助言・指導等を受けることができるため、時間の制約等の負担軽減につながる。さらに、口腔と低栄養など、互いに密接に関わりあうリスクに対して包括的にアプローチすることで、介入効果がより高まることが期待できる。

2.2.3 庁内連携強化

一体的実施の取組を推進するためには、市町村の高齢者医療制度の担当部局だけでなく、国民健康保険の担当部局や健康増進・介護予防等の関連部局とも連携し、関連する事業全体で最適化を図ることが重要である。そのためには、特に事業の企画・評価において、関連部局等との密な連携が必要であり、そのための体制整備・構築が重要となる。

ヒアリングでは、庁内の関係部局との連携を強化し、一体的実施を効果的・効率的に実施するための体制を構築している事例が複数挙げられた。

図表 2-7 庁内連携強化の事例

<関係部署・課間の顔の見える関係構築>

- 関係7課の課長を委員とした庁内連絡会を設置し、また関係7課の実務者をメンバーとしたプロジェクトチーム会議を開催。各課の保健師等の顔の見える関係を構築(秋田市)
- 保険(後期高齢者医療)、介護保険、保健衛生部門の3課で庁内ワーキングを年4回開催し、ガントチャート(年間、事業別)を作成し、ワーキングメンバーに共有して事業の進捗状況を確認(高岡市)
- 担当者打ち合わせ会を年2、3回実施。連絡手段としてグループチャット用のアプリを活用(志布志市)
- 目標達成に向けた手順・方法を都度関係者で協議する等、協力体制を構築。年3回の全体会議に加え、毎月担当者で対面での打ち合わせを実施。健康増進課と幸齢課は同じフロア内にいるため連携が図りやすい(矢板市)
- 全庁的に取り組むことを意識して後期高齢者事業を実施。昨年までは隔月データ報告や各部署の事業報告を実施。他部署担当者と情報共有を図る(練馬区)

<役割分担の明確化>

- 後期高齢者医療部門を主管課とし、介護部門、国保・健康増進部門と連携。実施内容を項目ごとに細分化し、役割を明確にして事業を推進(大館市)
- 対象者選定は保険部門が担当。低栄養は77歳を対象とし、介護保険部門に事業実施を依頼。糖尿病重症化予防、生活習慣病重症化予防は保険部門と保健衛生部門で分担(高岡市)

<関係部署・課の協働>

- 今後は後期高齢者医療制度の資格確認書送付の際に一体的実施のアンケートを用いた啓発チラシも同封することを検討中(豊岡市)
- 3課合同でフレイル予防のチラシを作成し市民にPR。3課協働の立ち寄り型フレイル予防啓発イベントを商業施設等で年5回開催し、健康への関心が薄い層に対する情報提供や相談等を実施(秋田市)

- 国保と後期高齢の接続として、前期高齢者の健診で「噛みにくい」に該当した方を健康相談にすぎ、口腔機能維持について情報提供をした。地域の集いの場での啓発では、前期高齢者にも質問票に回答してもらい、フレイル予防の意識づけを行った(豊岡市)

関係課間で定期的な会議・打ち合わせの場を設けることで、担当者、特に保健事業の実務を担当する保健師間の顔の見える関係づくりがポイントであると考えられる。一方、ヒアリングでは、保健師の地区担当制など縦割りになっていたり、保健衛生部門に業務が一極集中していたりすると、専門職間・関係部署間の連携が難しくなることも示唆された。各課の役割分担を明確化することや、役割と事業進捗をガントチャートのような形で見える化し共有することが連携強化のポイントである。

また、複数課合同の事業を企画・実施することで、国保と後期高齢者医療制度の接続の観点から国保事業の中に一体的実施の要素を組み込む事例もあった。こうした複数の課や部門による共同事業も、一体的実施の効果を上げるうえで有用であると考えられる。

2.2.4 外部リソースや既存事業の有効活用

一体的実施の推進にあたり市内の専門職の不足が課題としてあげられていることから、事業の効果的・効率的な実施に向けて、必要に応じて外部の関係団体等に協力・支援を求めることが必要である。また、既存事業に一体的実施の取組を取り込んでいくことも、効率的な事業実施のポイントとなる。今回のヒアリングにおいても、こうした工夫が複数挙げられていた。

図表 2-8 外部リソースや既存事業の有効活用事例

< 県・広域連合との連携 >

- 保健所が主催する連絡会で状況が似ている近隣市と意見交換を行っている。実践に活用しやすい情報を得ることができる(砺波市)
- 服薬については、広域連合のモデル事業を活用し、県薬剤師会の協力を得て実施している(砺波市)

< 関係団体との連携・情報共有 >

- 地域包括支援センター管理者情報交換会、生活支援コーディネーター連絡会、保健師・看護師情報交換会等にて情報共有を図り、通いの場への声かけや個別ケースのフォロー等に関する協力を依頼(秋田市)
- 三師会、栄養士会、委託先の社会福祉法人で委員を構成する事業推進会議を開催。健康課題の分析結果や事業実績の報告、次年度事業計画の協議等を実施(大館市)
- 市医師会や医療機関、県栄養士会、県歯科衛生士会、地域包括支援センター、市社会福祉協議会と事前打ち合わせの場を設け情報共有・連携(高岡市)
- 市医師会に事業協力を依頼。医師会からの提案もあり、一体的実施事業の意図を医師に伝えるため、受診時には対象者に市が作成した連絡票を持参してもらう(宇都宮市)
- 関係機関とも日頃からコミュニケーションを取り連携を図っている。社会福祉協議会等とも連携。管理栄養士会によるフレイルサポーターも活用している(矢板市)
- 対象者の主治医を訪問して一体的実施の事業を説明。糖尿病の指示書を書く際に主治医を訪

問して注意事項等を聴取している。また、事業完了後は評価結果も含めて医師に報告。主治医を通した対象者の生活環境等の情報が得られることもある(矢板市)

- 地域包括支援センターの介護予防部門との連携が不足していたため、今年度から地域包括支援センターに担当者を配置し、介護予防事業リーダーと兼務することで、後期高齢者に係るすべての事業を把握し、円滑に行うことが可能になった(志布志市)

<既存事業の有効活用>

- フレイル対策については、一体的実施以外の既存事業(集いの場 200 か所)も活用(豊岡市)
- ポピュレーションアプローチでは、既存の場(通いの場「ころぼん体操」34 か所)を活用しながら普及啓発を行っている(志布志市)
- ポピュレーションアプローチは既存事業を有効活用。保健福祉総務課地域拠点(5か所)、高齢福祉課(地域包括支援センター)、健康増進課(保健センター)にも協力いただき事業を展開している(宇都宮市)

<介入・取組の標準化・質向上>

- ハイリスクアプローチの大半とポピュレーションアプローチを、各圏域の地域包括支援センターを運営する社会福祉法人への外部委託により実施し、取組の拡充と地域活動や関係機関との連携の円滑化を推進。委託先の担当者(管理栄養士・看護師)の打ち合わせ会を定期的に行い、担当者間の情報共有を促進。また、実施手順書を作成し取組の標準化を図っている(大館市)
- ポピュレーションアプローチのシナリオを作成し、職員間で共有するほか、委託先の各関係機関もシナリオに基づいて説明できるように統一化。委託先・連携先である県栄養士会、県歯科衛生士会、市社会福祉協議会や地域包括支援センターに参加者アンケートの分析結果をフィードバックすることで、地域性や地域の実情を踏まえたプログラムの実施につなげている(高岡市)

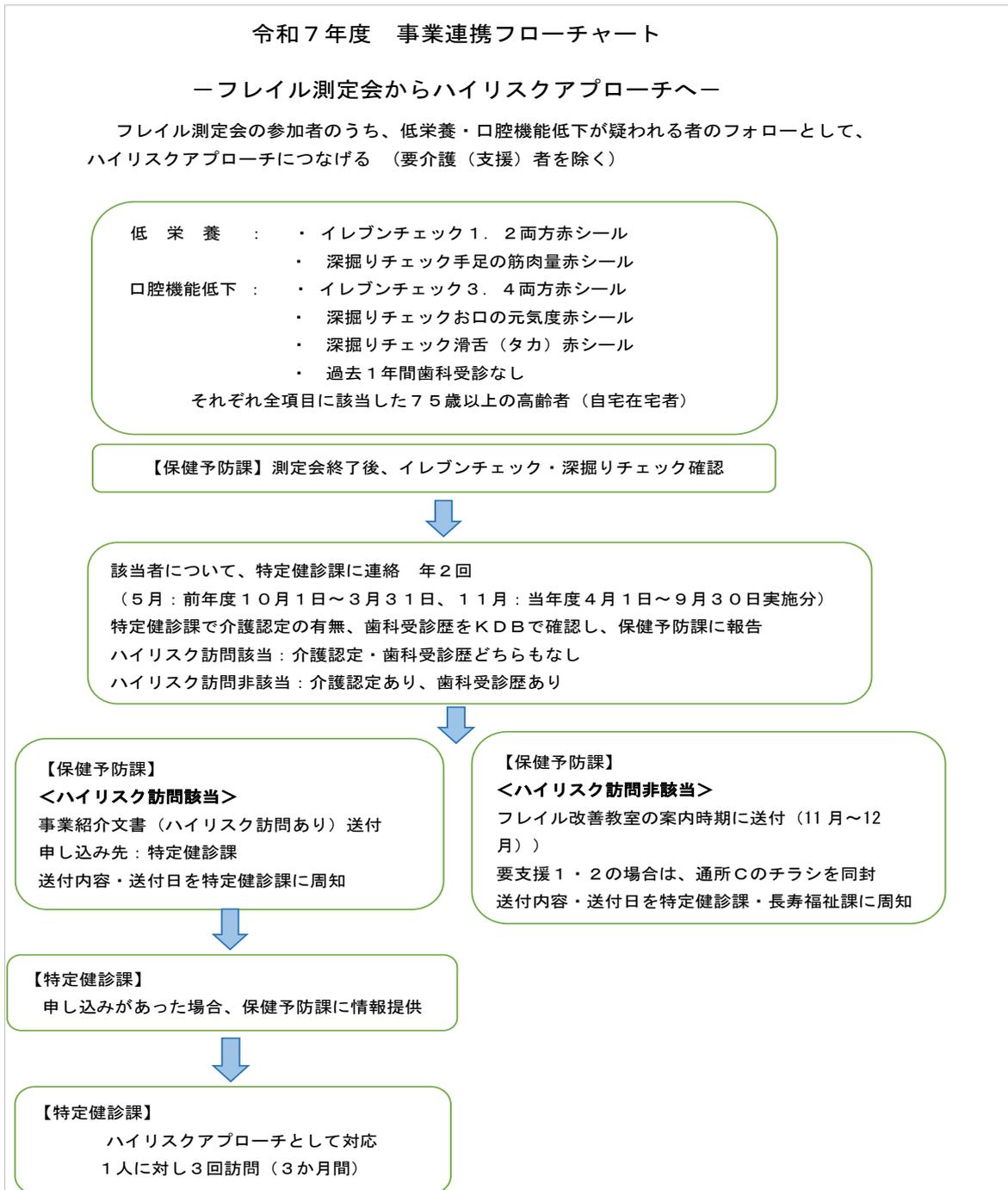
特にポピュレーションアプローチでは、既存事業である通いの場等を有効活用している事例が多かった。また、実施手順書やシナリオを作成し委託先に共有することで、どの委託先でも同水準の介入ができるよう標準化を図っている事例などは、事業を外部委託する際の工夫として参考になる。さらに、事業の評価結果等を委託先にフィードバックすることで、委託先のプログラムの質向上につなげる工夫も有用である。

また、広域連合や県の事業をうまく活用している事例もあった。富山県広域連合は県の保健所と連携して一体的実施の取組を支援しているが、保健所単位の連絡会を開催することで近隣市町村間の意見交換を促している。一体的実施における保健所の有効活用事例として参考になる。

2.2.5 様式やツール等の工夫

上記で挙げた事例にもあるとおり、独自の様式やツール(マニュアルや実施手順書、ガントチャート等)を活用し、庁内連携強化や効果的な事業実施を図っている自治体が複数あった。こうした様式・ツールを整備しておくことは、効果的・効率的な事業実施の一助となると考えられる。

図表 2-9 事業連携フローチャート(秋田市)



(出所)秋田市提供資料より引用

2.3 ヒアリング結果のまとめ

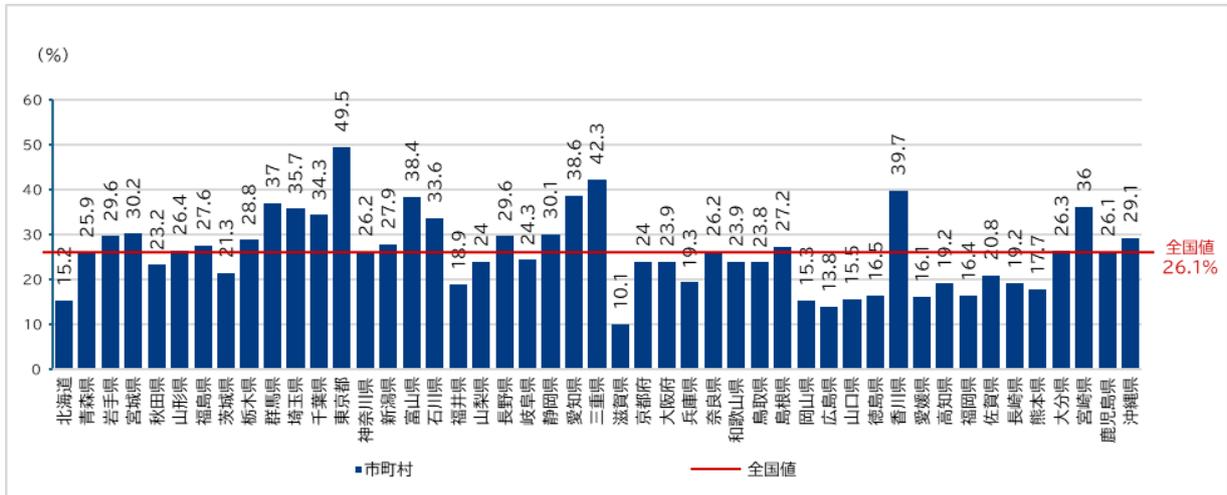
広域連合へのヒアリングでは、市町村単体では対応が難しい事項に対して積極的な働きかけを行う事例が複数あった。具体的には、三師会等との調整や協力依頼、市町村と関係団体とのマッチング、大学・研究機関や都道府県との連携といった工夫のほか、広域連合が職能団体と連携して事業のノウハウを蓄積し、市町村への展開を試みる事例もあった。いずれも広域連合ならではの役割を担い、力を発揮している事例であり、中間評価においてストラクチャーやプロセスの見直しを検討される際の観点としてぜひ参考にされたい。

また、市町村へのヒアリングでは、限られたマンパワーの中で、既存事業や内外のリソースを上手く活用して事業を効率化したり、保健事業の効果を高めたりする工夫が数多く聞かれた。特に、ポピュレーションアプローチに関しては、地域包括支援センターや社会福祉協議会等と連携することで、効果や効率性を高めている事例があった。また、連携のためのツールとして、マニュアルやシナリオ、事業フローを関係者間で共有している事例もあった。課題や目標の共有にとどまらず、さらに連携や協働の実効性を高め、事業を動かしていくうえで、文書による明文化と共有がポイントになる。中間評価・見直しの機会を活用し、市町村にぜひこれらの好事例を共有されたい。

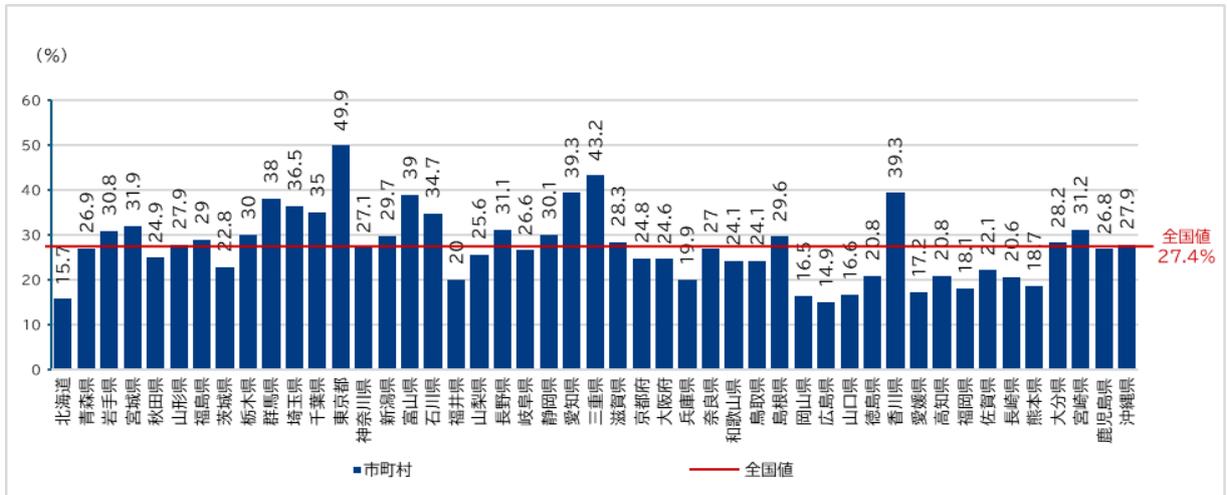
3. 中間評価に向けた参考資料・データ集

3.1 共通の評価指標 令和5年度・令和6年度実績値(広域連合別)

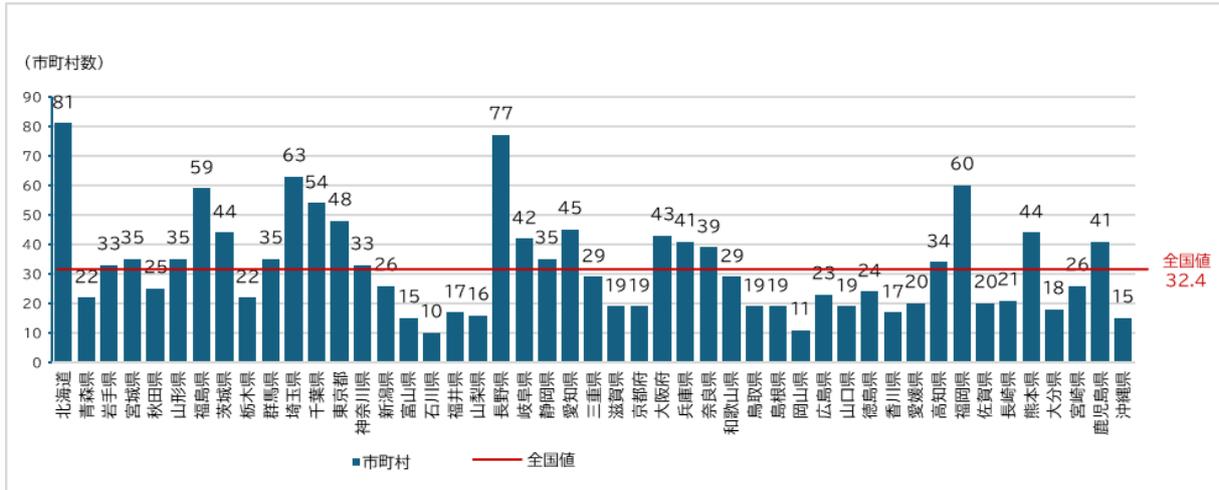
健診受診率 R5



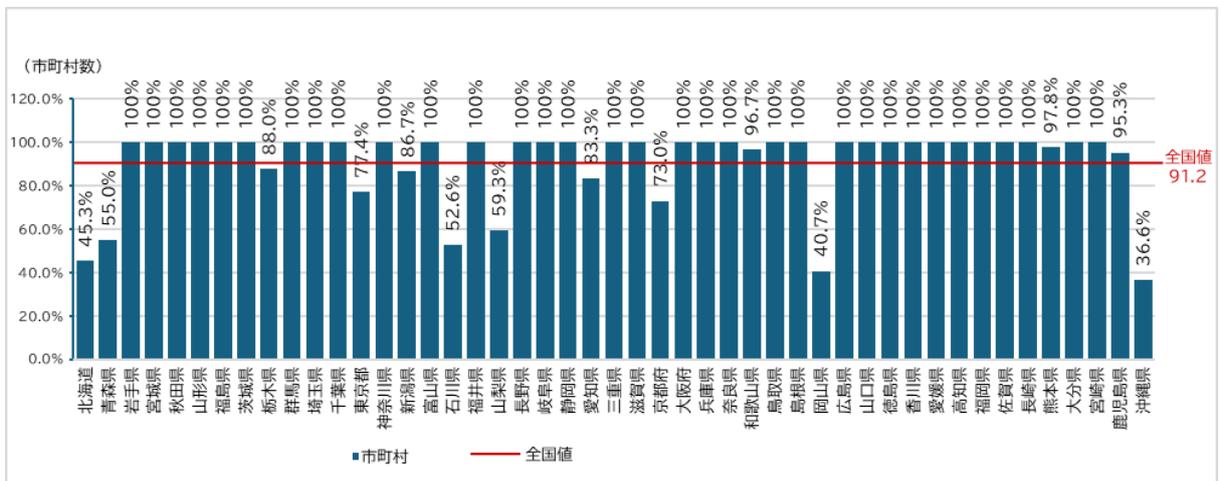
健診受診率 R6



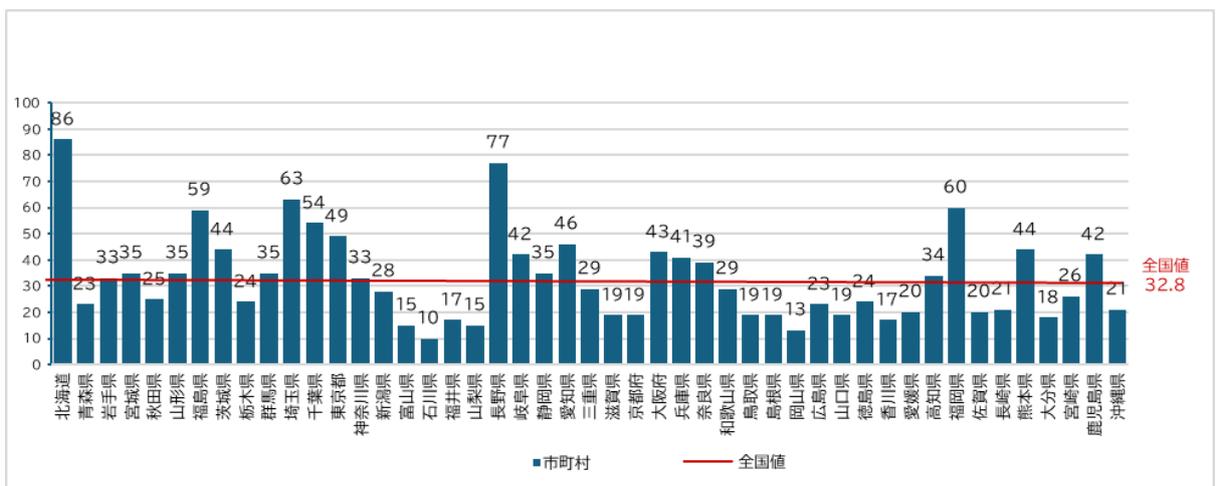
歯科健診実施市町村数 R5



歯科健診実施市町村割合 R5



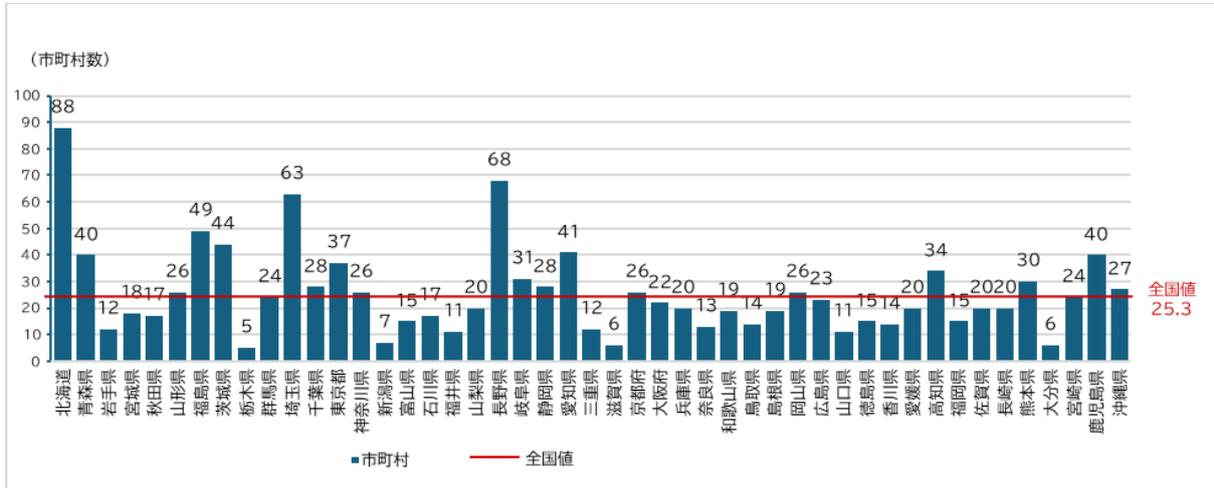
歯科健診実施市町村数 R6



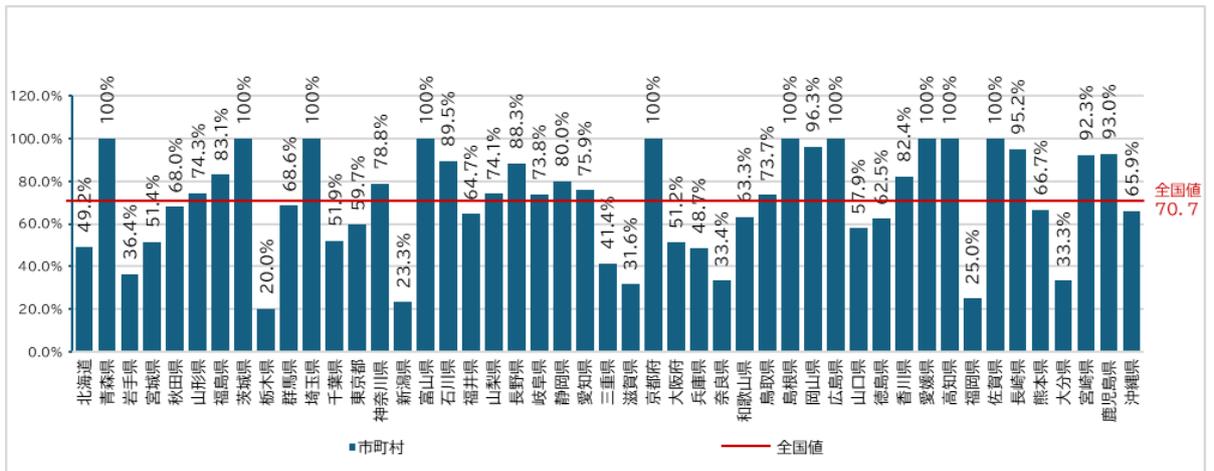
歯科健診実施市町村割合 R6



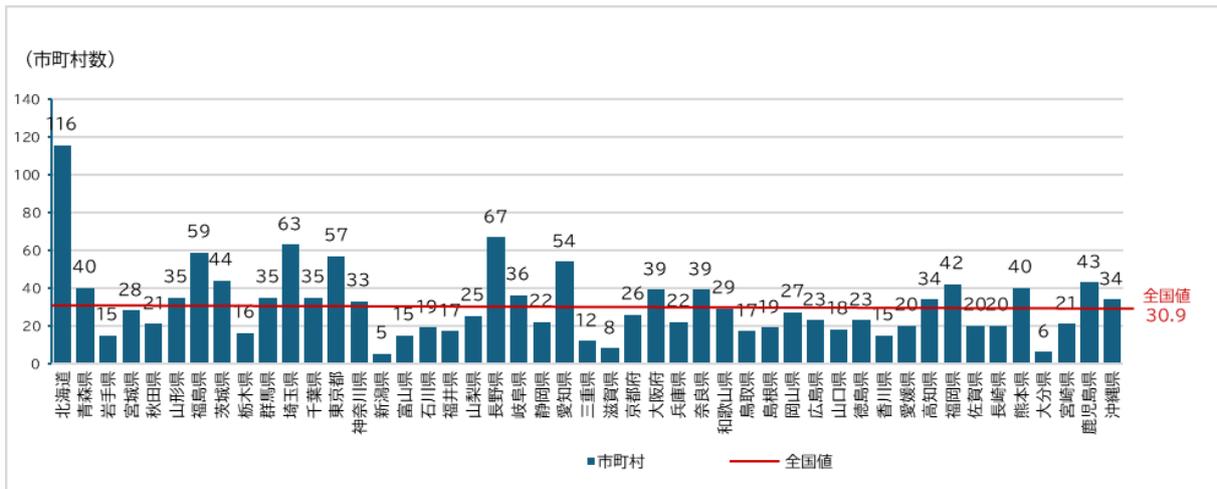
質問票を活用したハイリスク者把握に基づく保健事業を実施している市町村数 R5



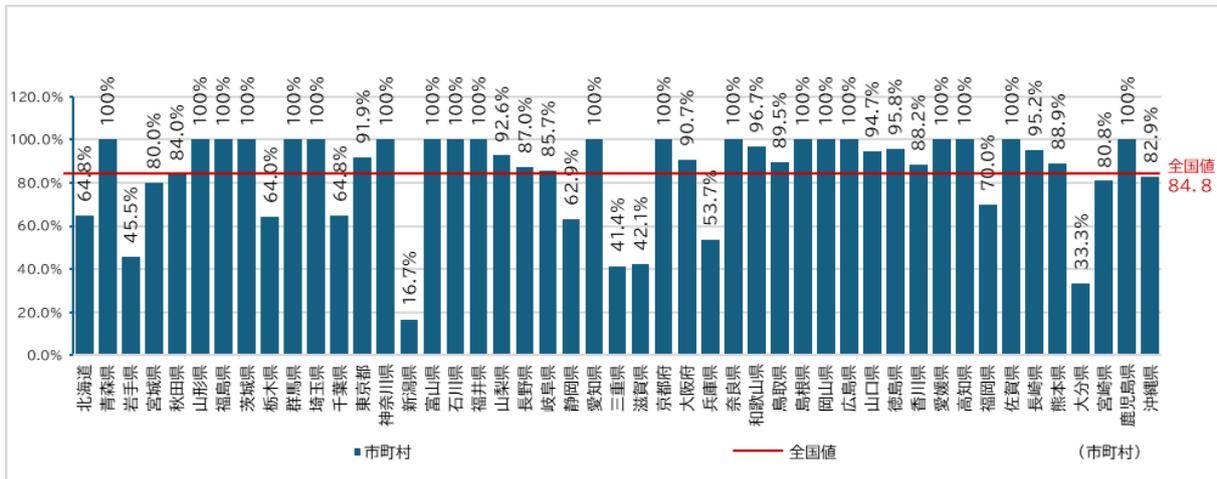
質問票を活用したハイリスク者把握に基づく保健事業を実施している市町村割合 R5



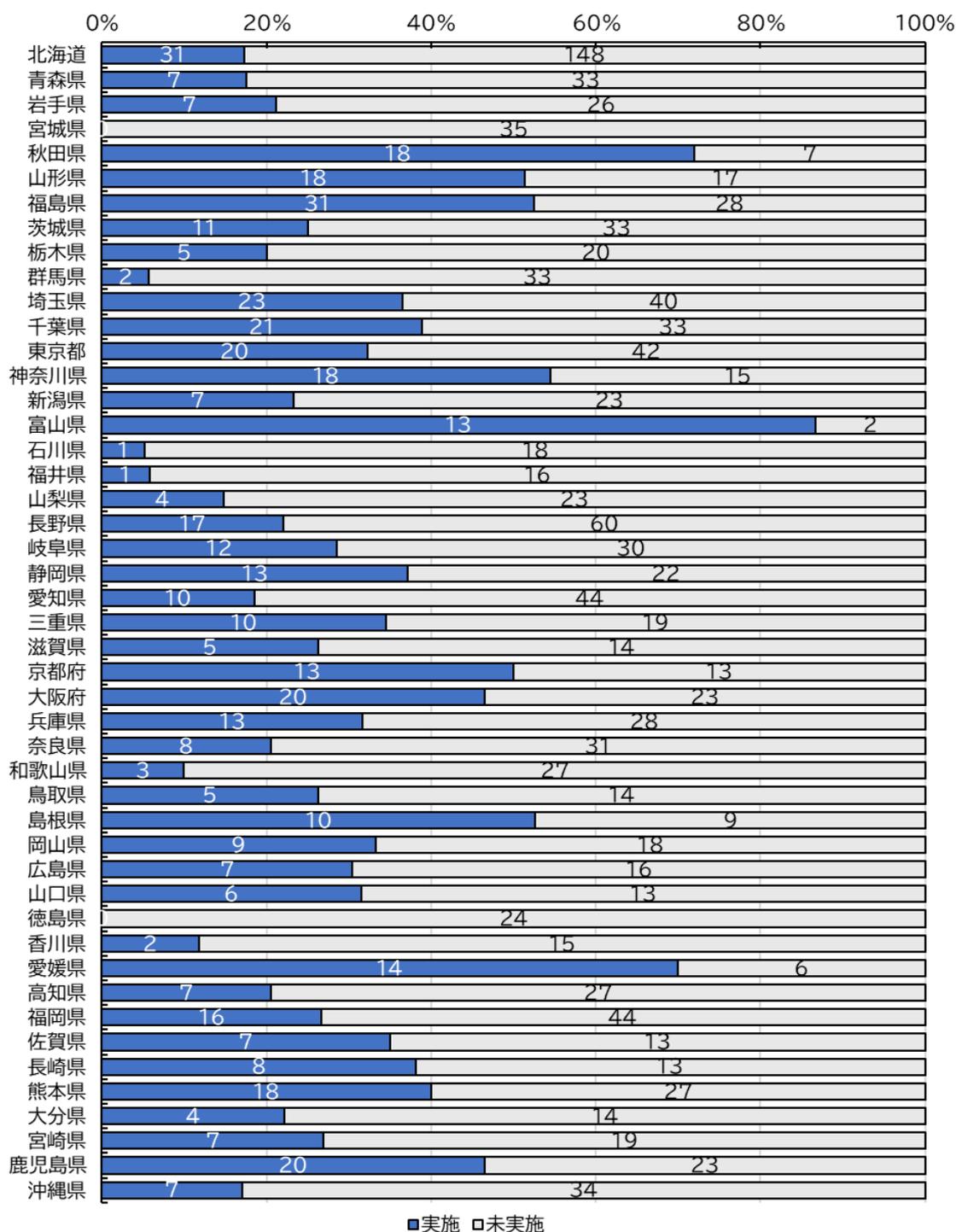
質問票を活用したハイリスク者把握に基づく保健事業を実施している市町村数 R6



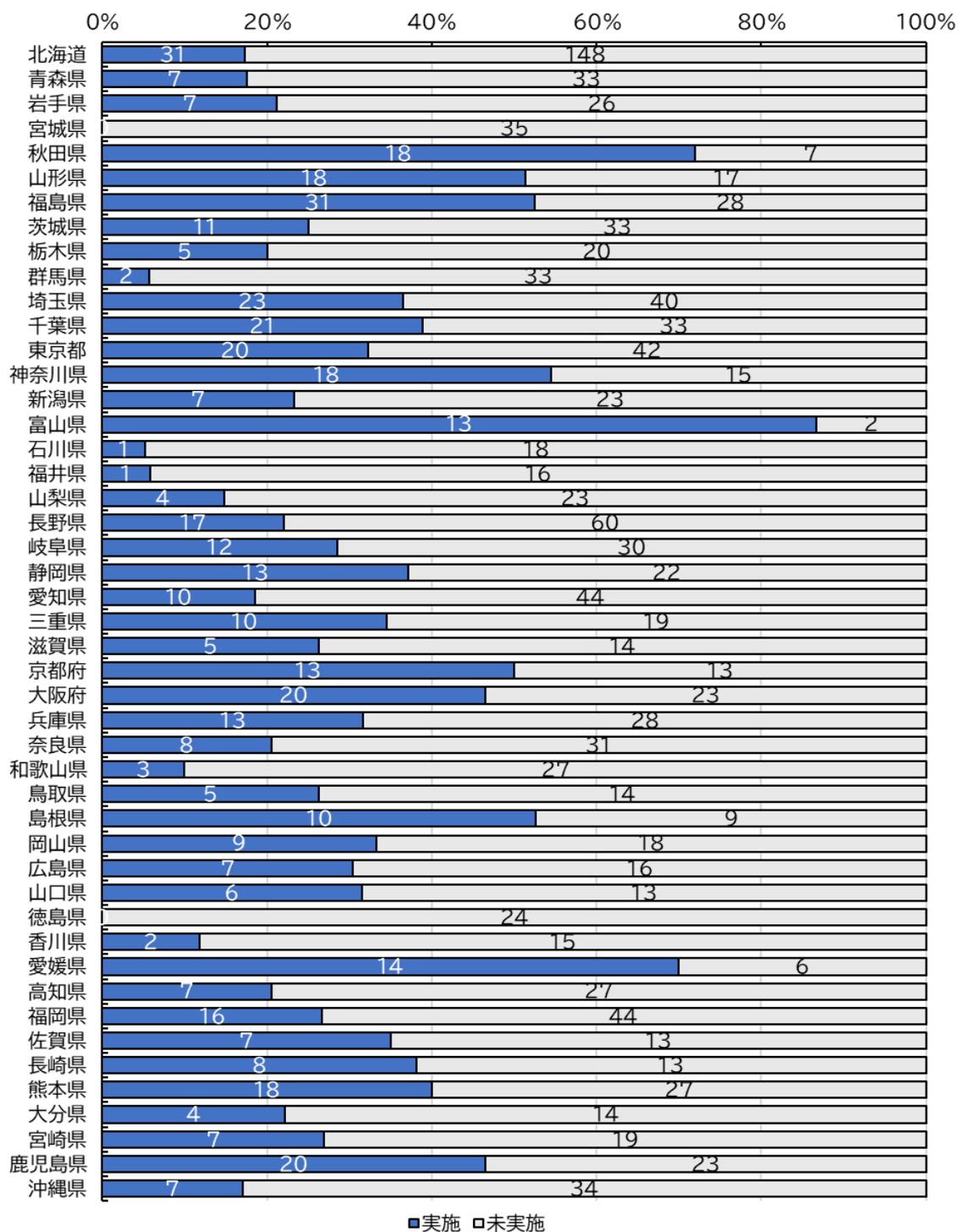
質問票を活用したハイリスク者把握に基づく保健事業を実施している市町村割合 R6



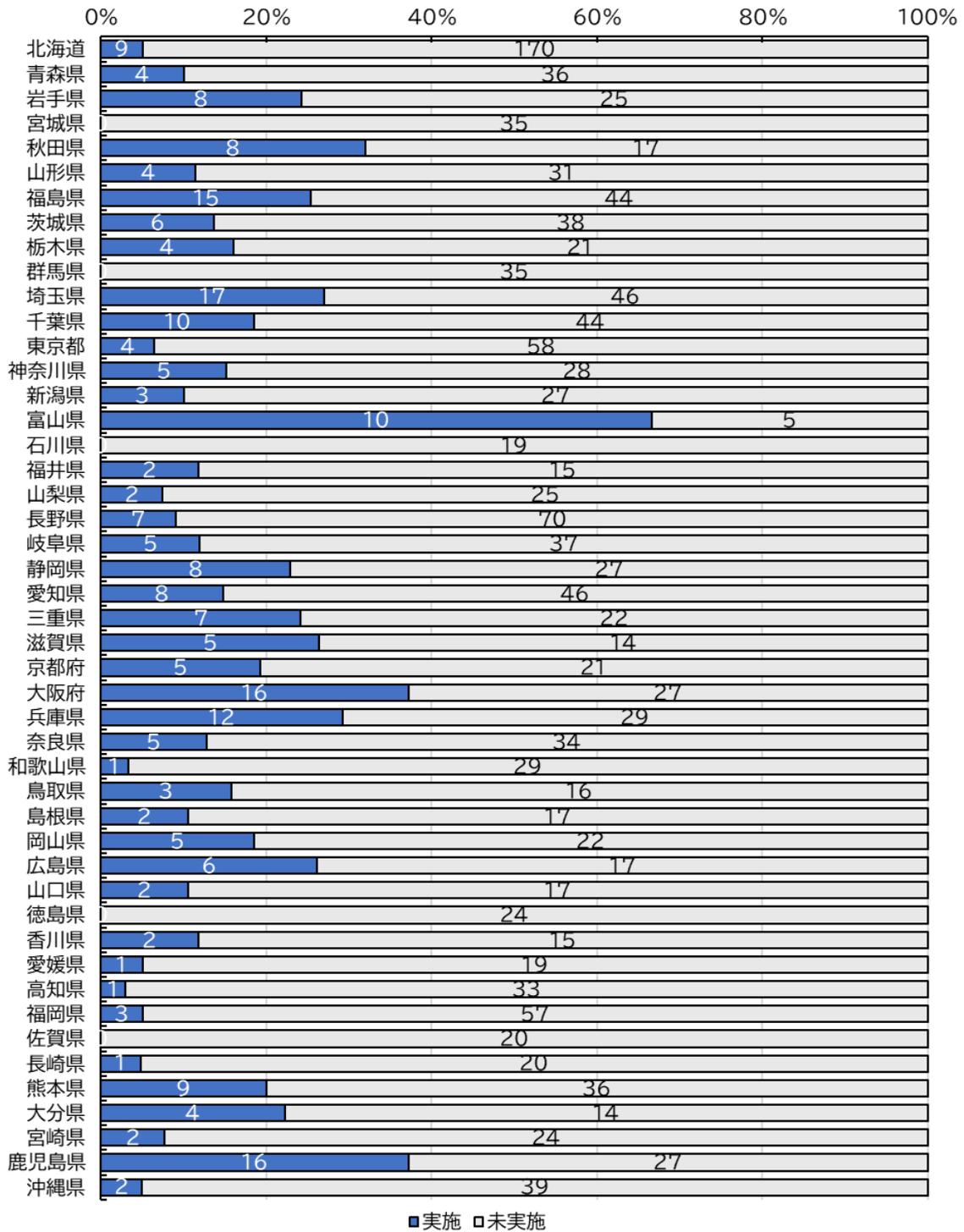
アウトプット_一体的実施の推進実施数[低栄養] R5



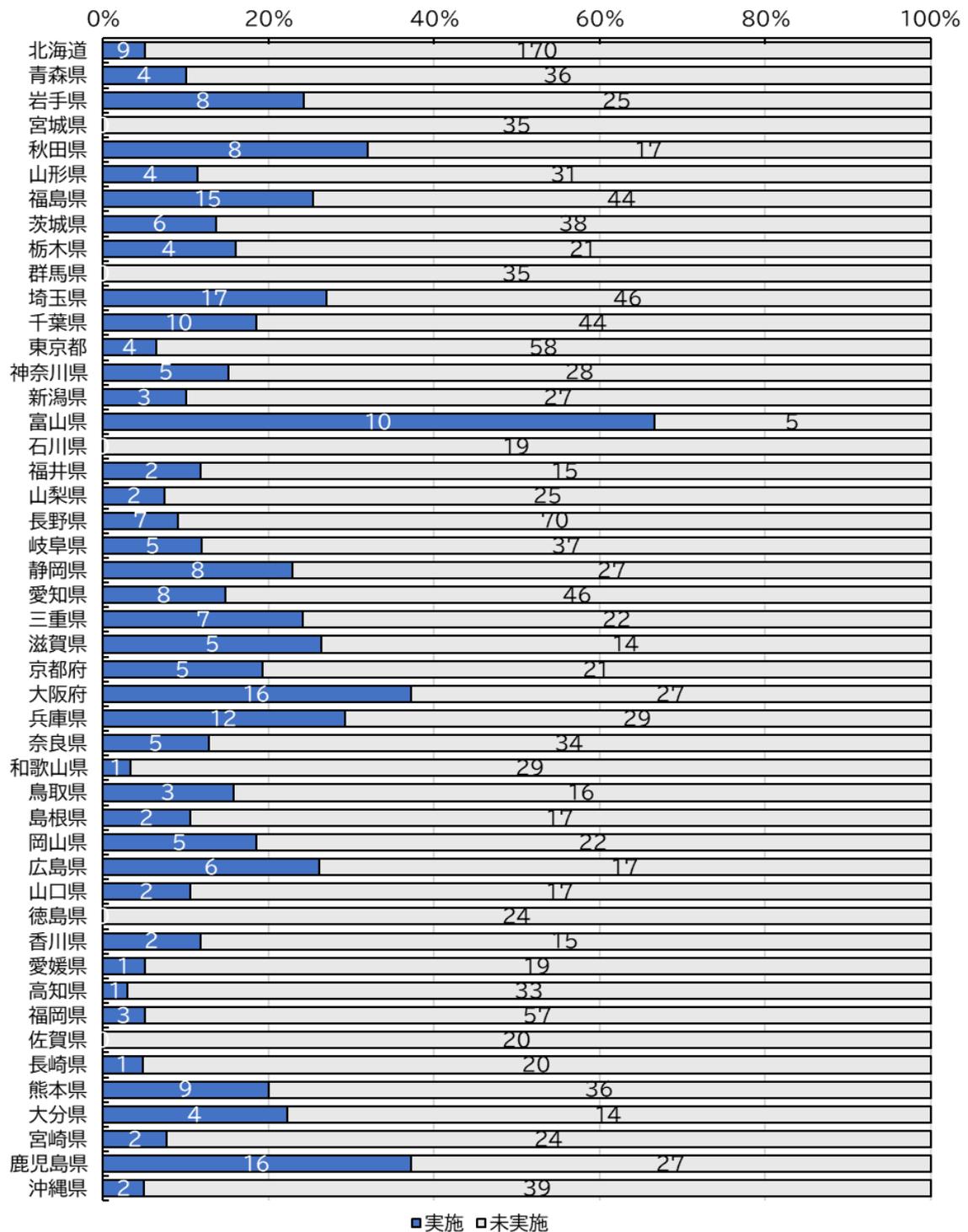
アウトプット_一体的実施の推進実施数[低栄養] R6



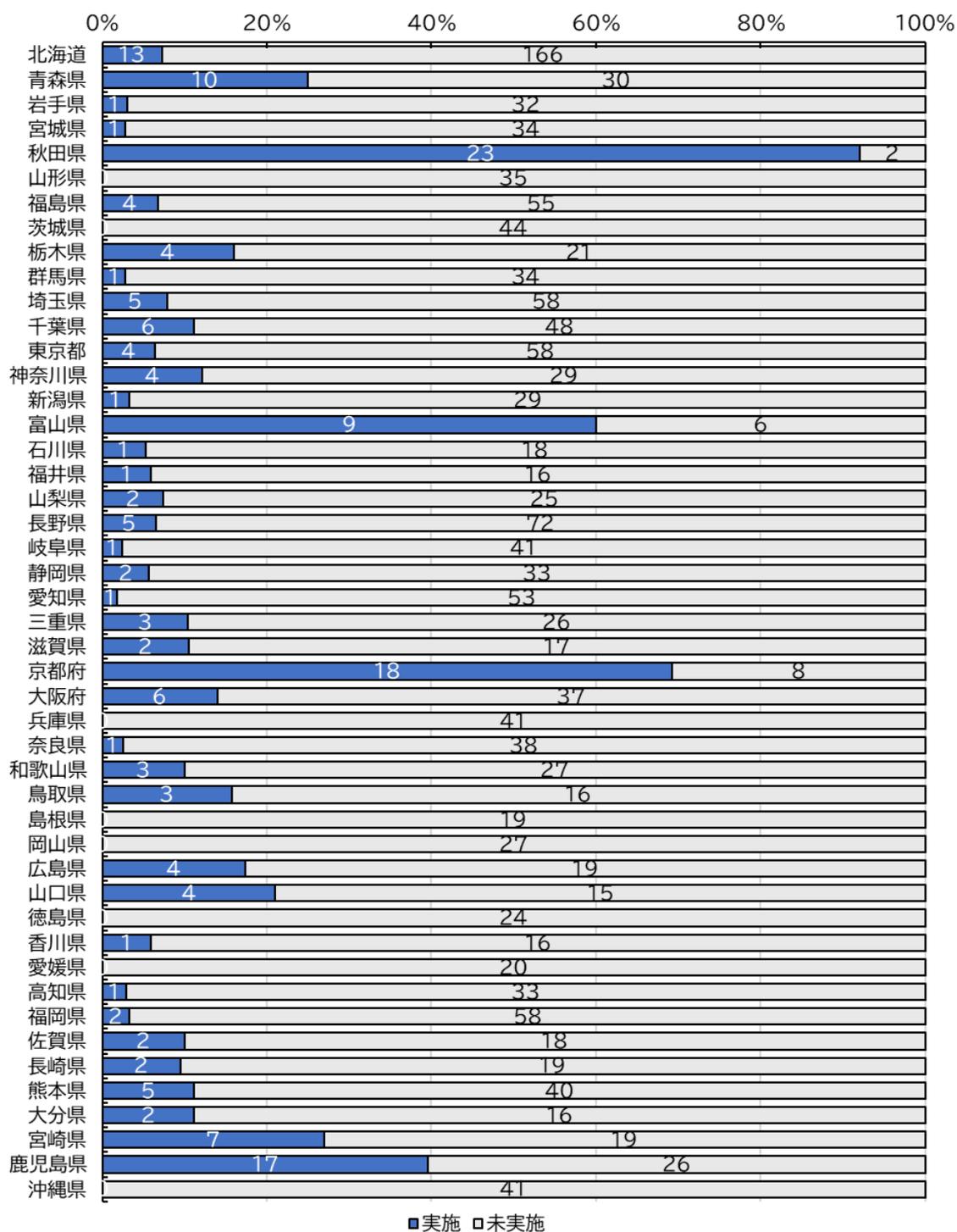
アウトプット_一体的実施の推進実施数[口腔]R5



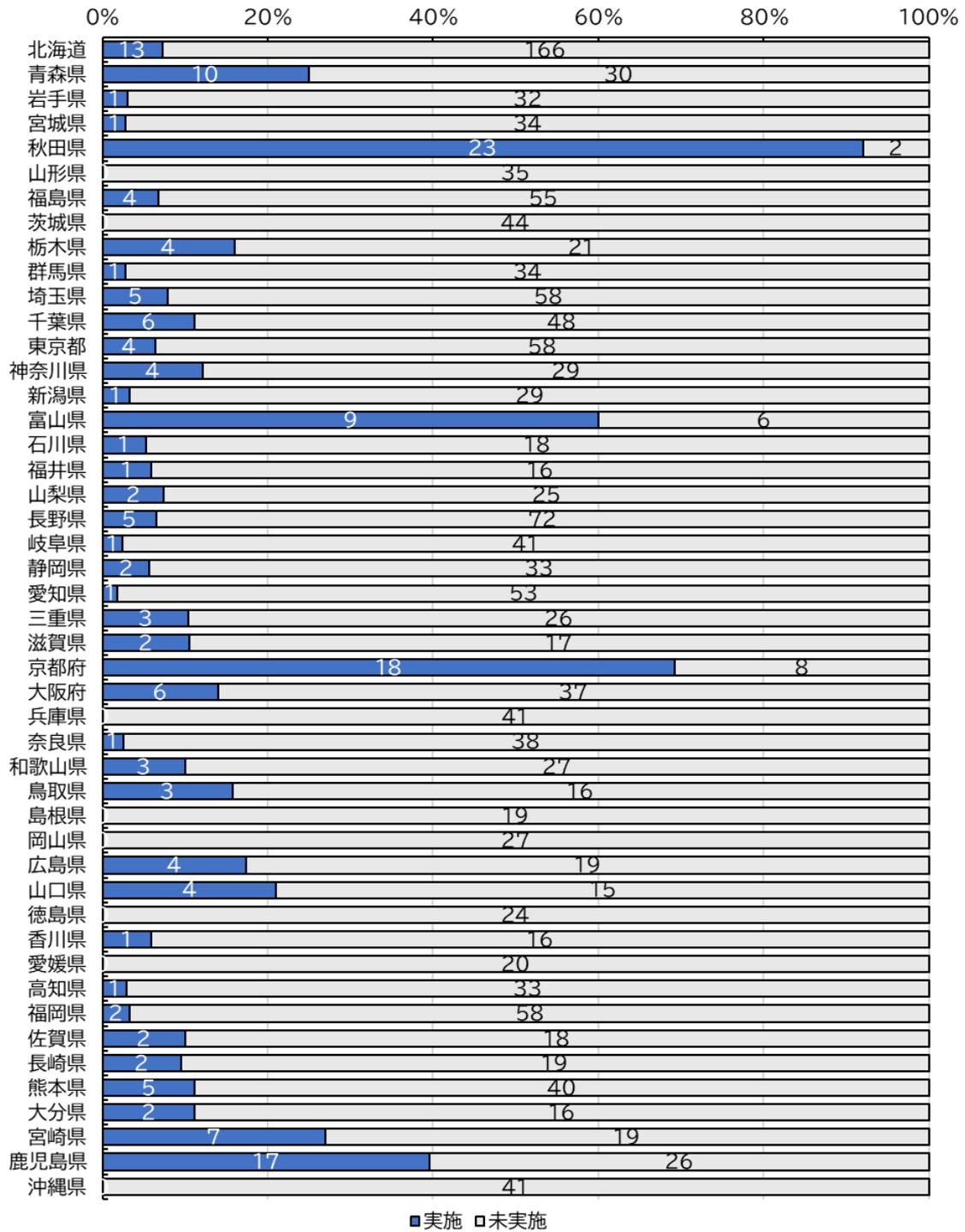
アウトプット_一体的実施の推進実施数[口腔]R6



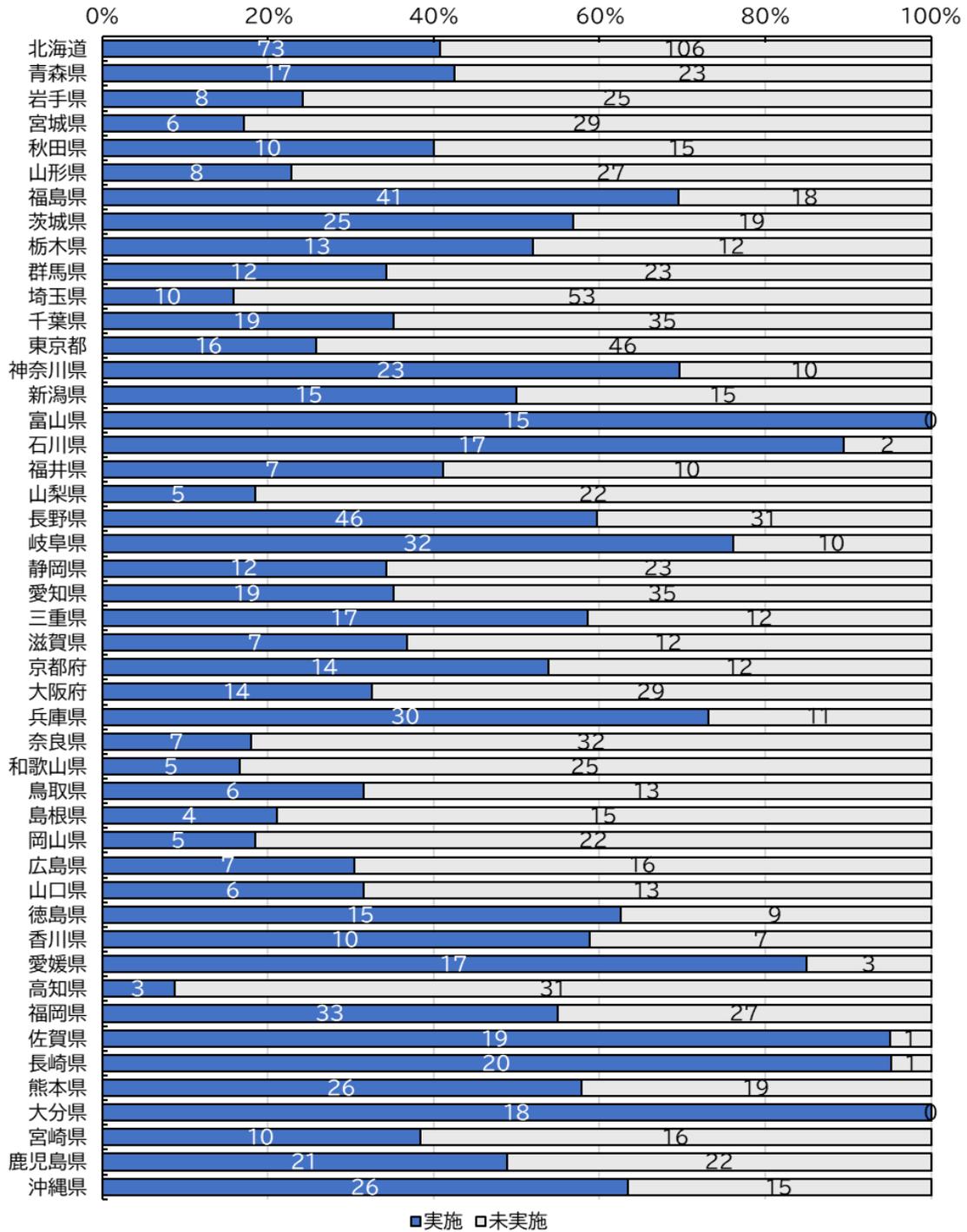
アウトプット_一体的実施の推進実施数[服薬(重複・多剤等)] R5



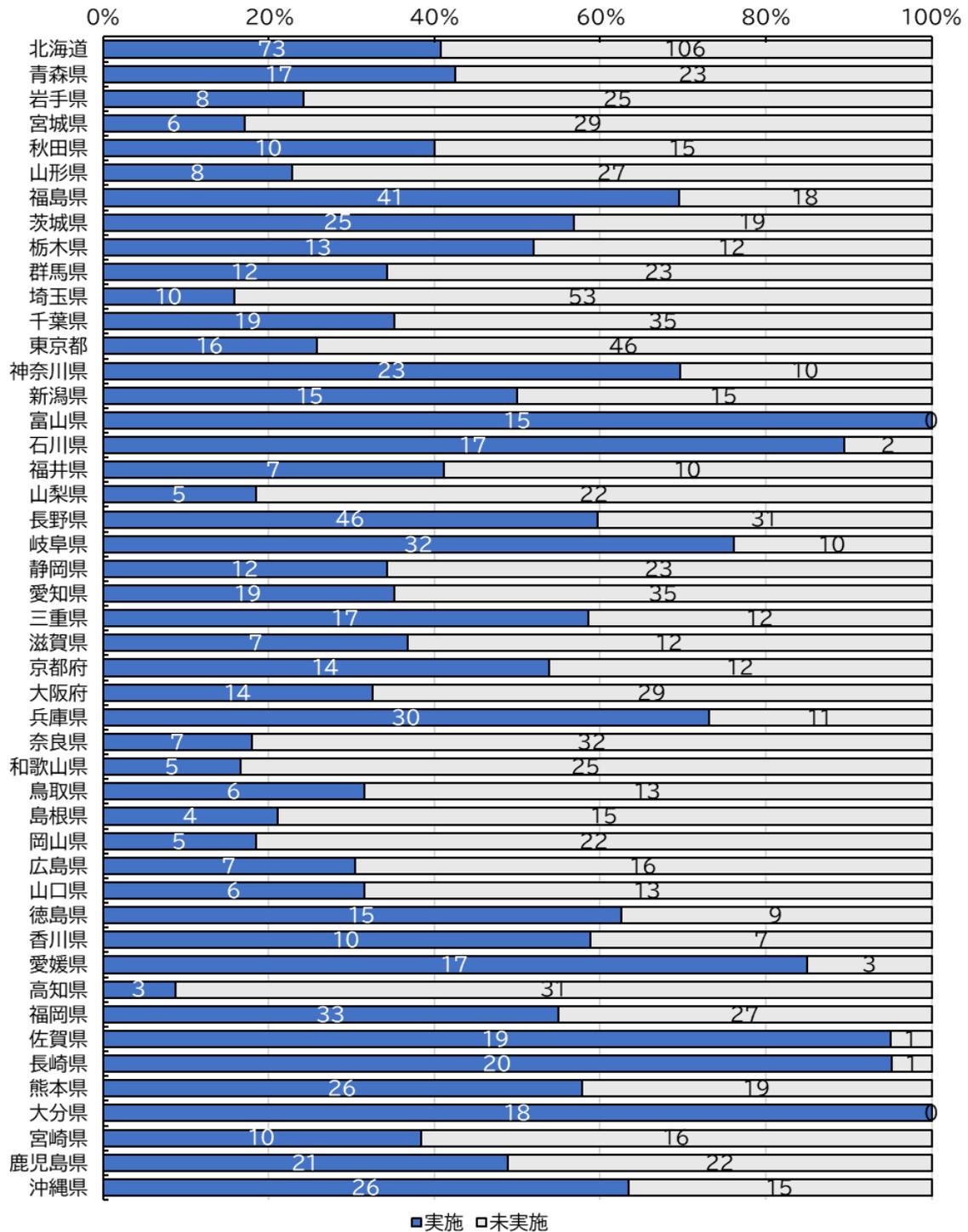
アウトプット_一体的実施の推進実施数[服薬(重複・多剤等)] R6



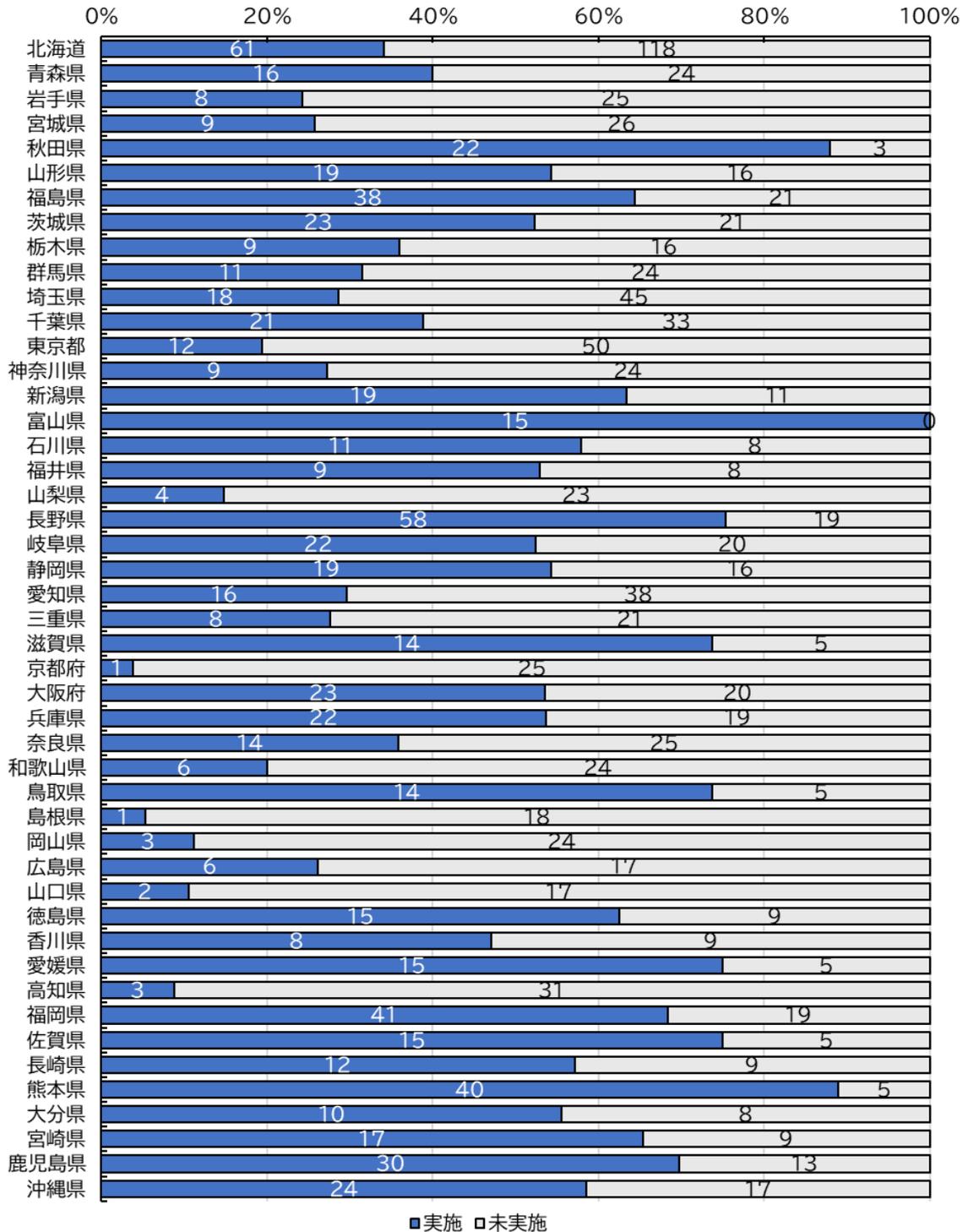
アウトプット_一体的実施の推進実施数[重症化予防(糖尿病性腎症)] R5



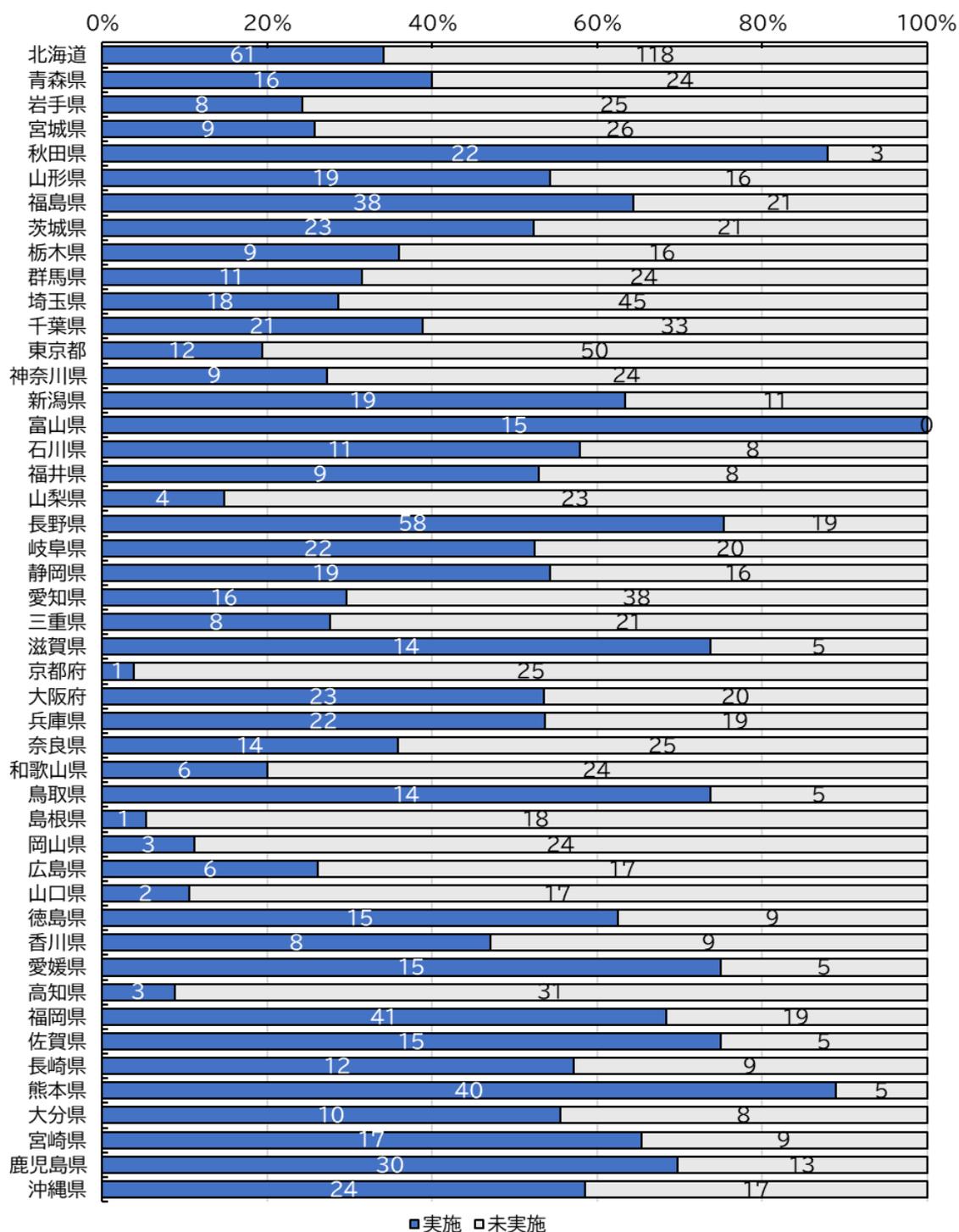
アウトプット_一体的実施の推進実施数[重症化予防(糖尿病性腎症)] R6



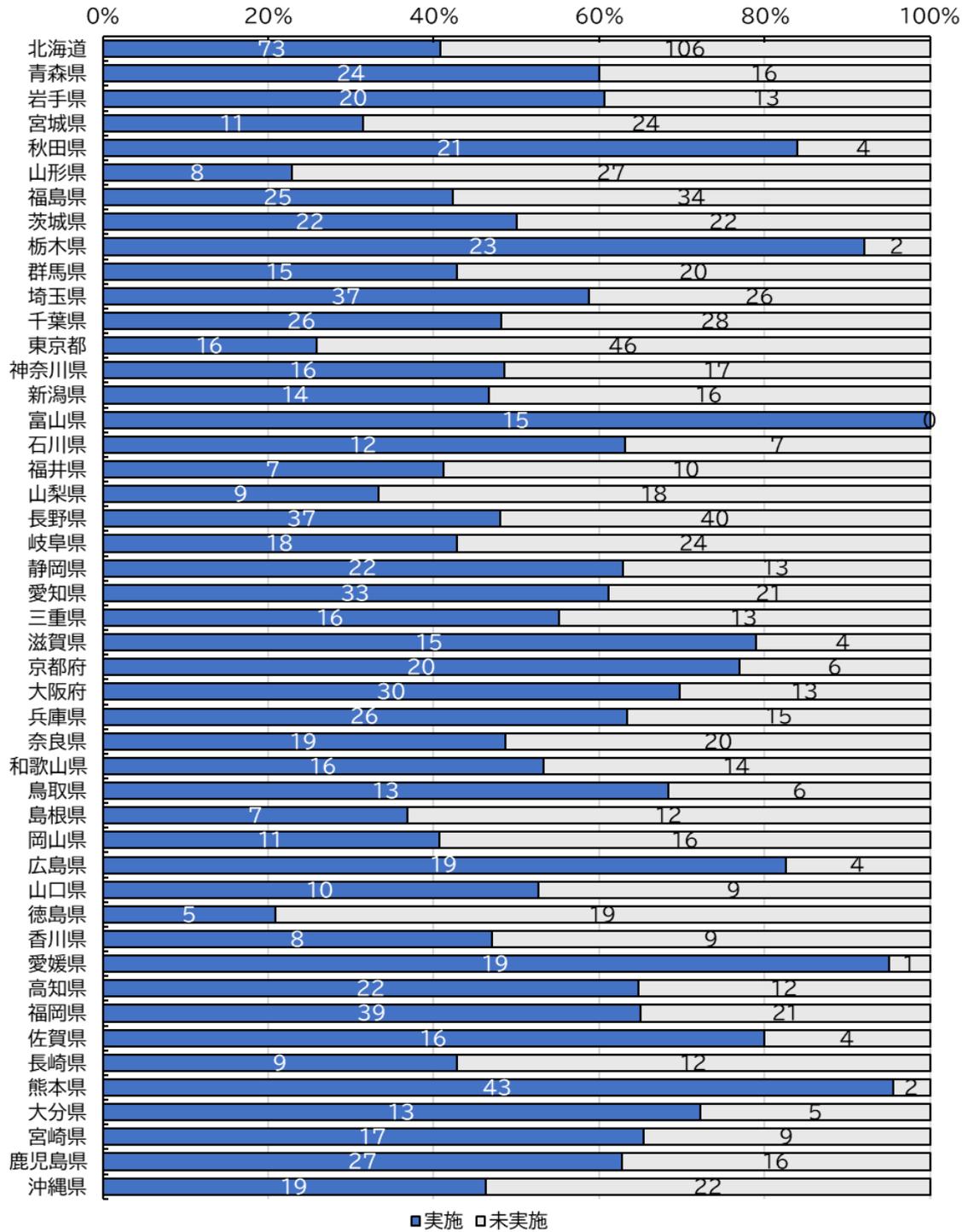
アウトプット_一体的実施の推進実施数[重症化予防(その他 身体的フレイルを含む)] R5



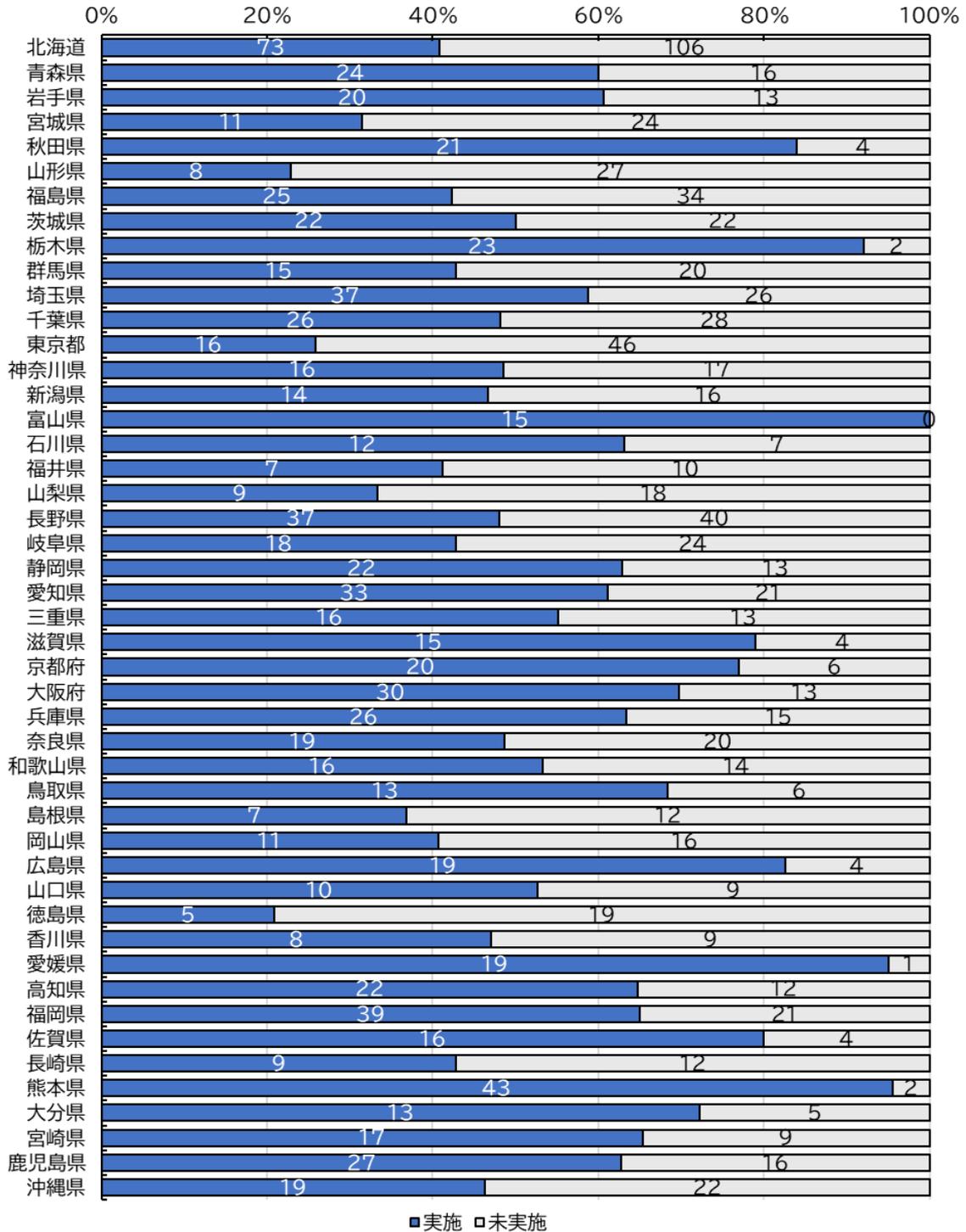
アウトプット_一体的実施の推進実施数重症化予防(その他 身体的フレイルを含む)]R6



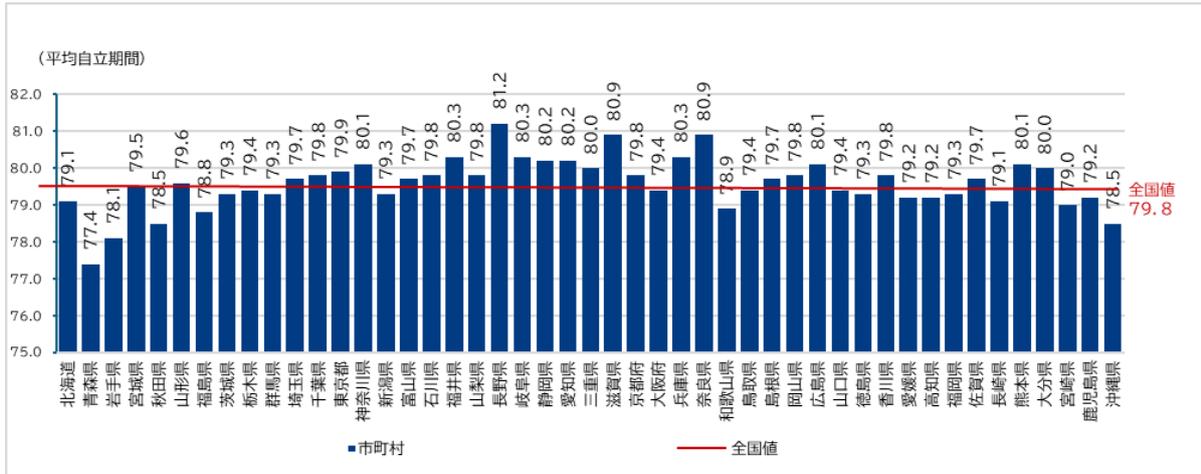
アウトプット_一体的実施の推進実施数[重症化予防[健康状態不明者対策] R5



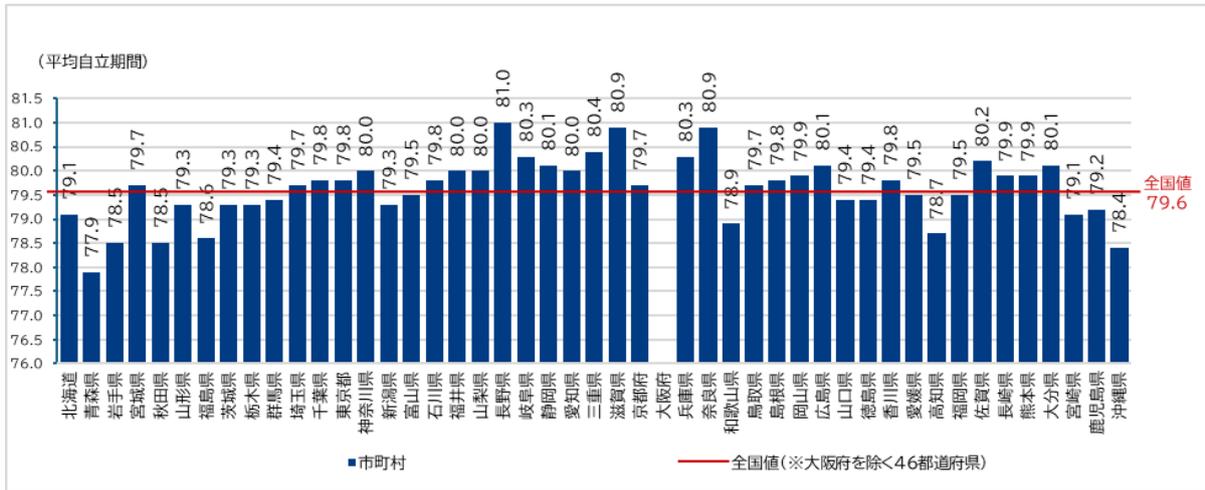
アウトプット_一体的実施の推進実施数[重症化予防[健康状態不明者対策] R6



アウトカム_平均自立期間(要介護2以上) 男性 R5

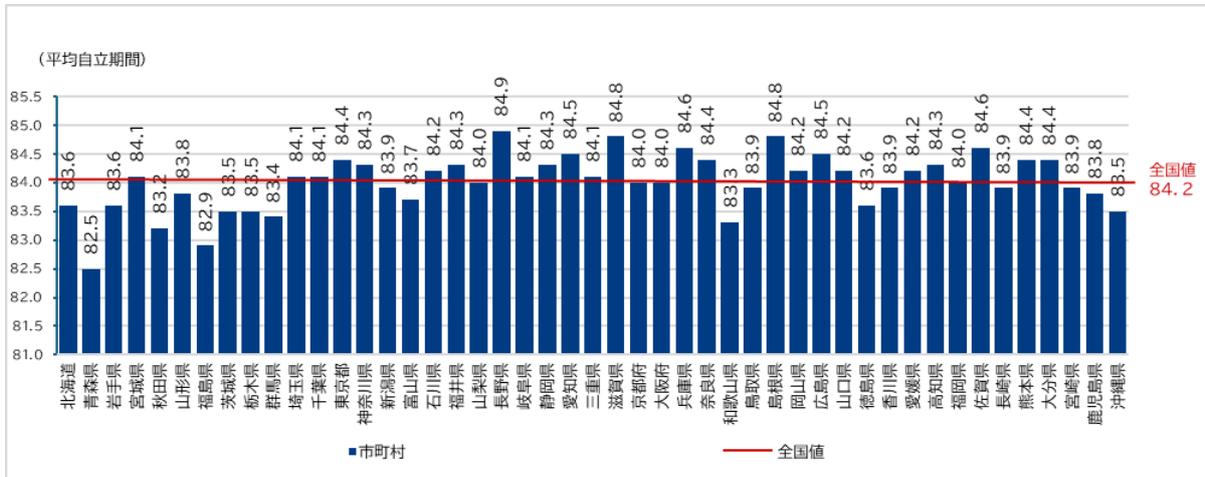


アウトカム_平均自立期間(要介護2以上) 男性 R6

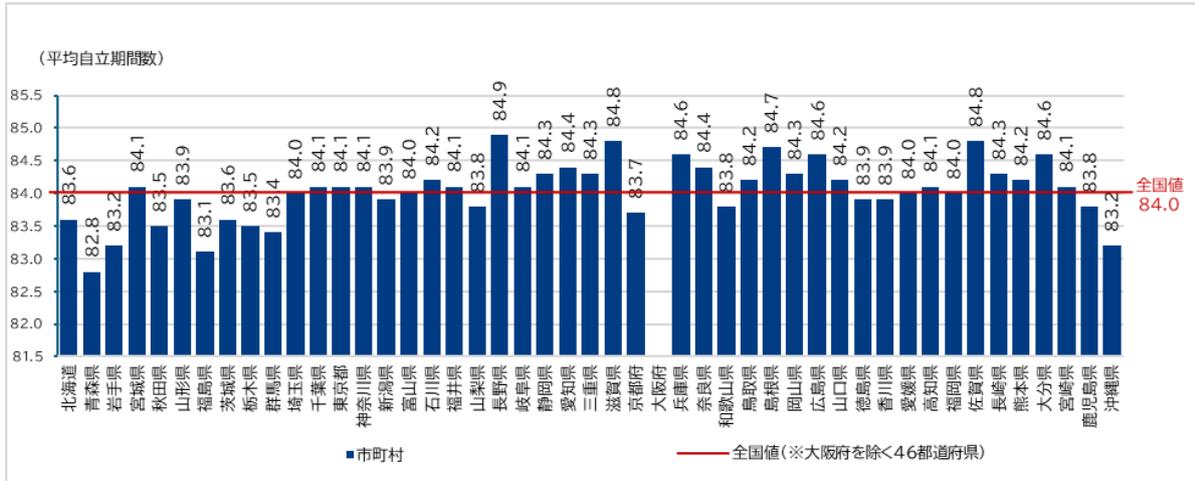


注)大阪広域のデータがないため、全国値は大阪広域を除いた平均値となっている

アウトカム_平均自立期間(要介護2以上) 女性 R5

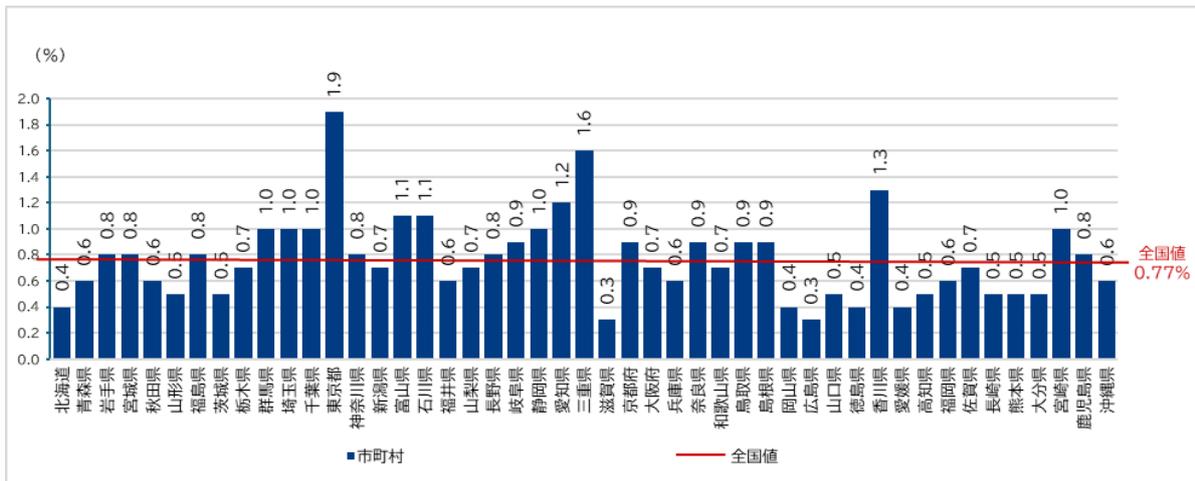


アウトカム_平均自立期間(要介護2以上)女性 R6

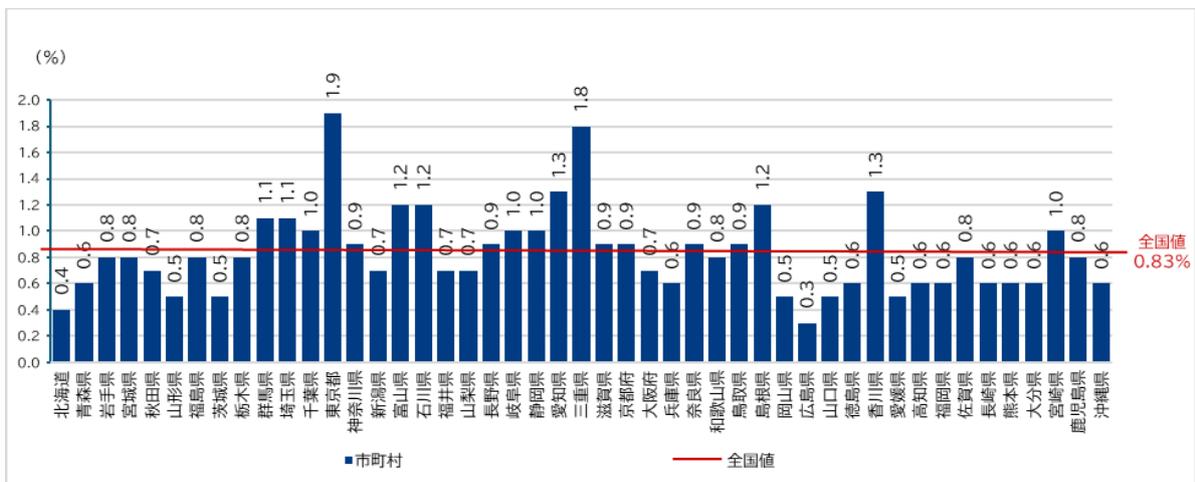


注)大阪広域のデータがないため、全国値は大阪広域を除いた平均値となっている

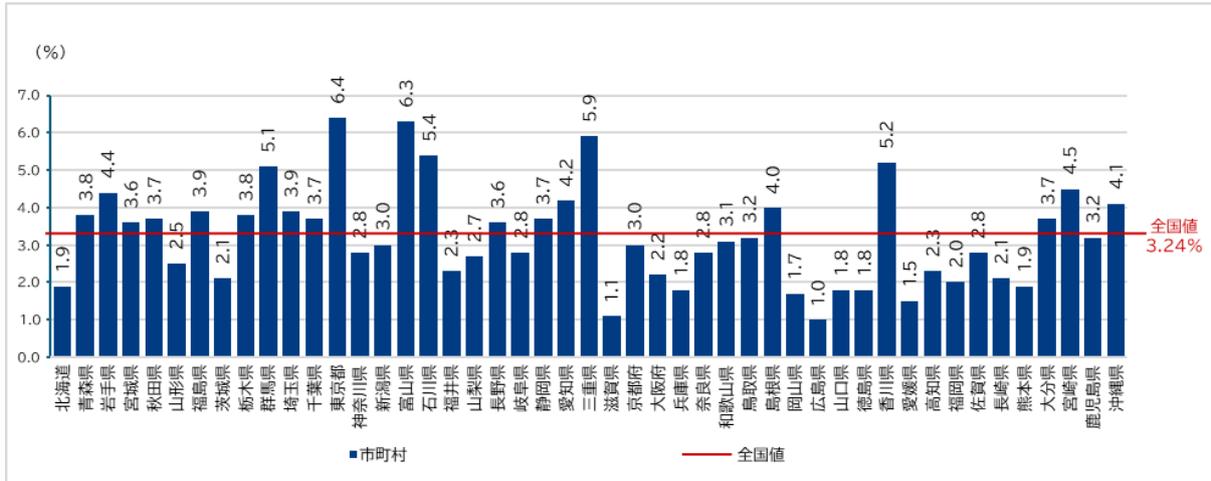
アウトカム_一体的実施の推進ハイリスク者割合[低栄養] R5



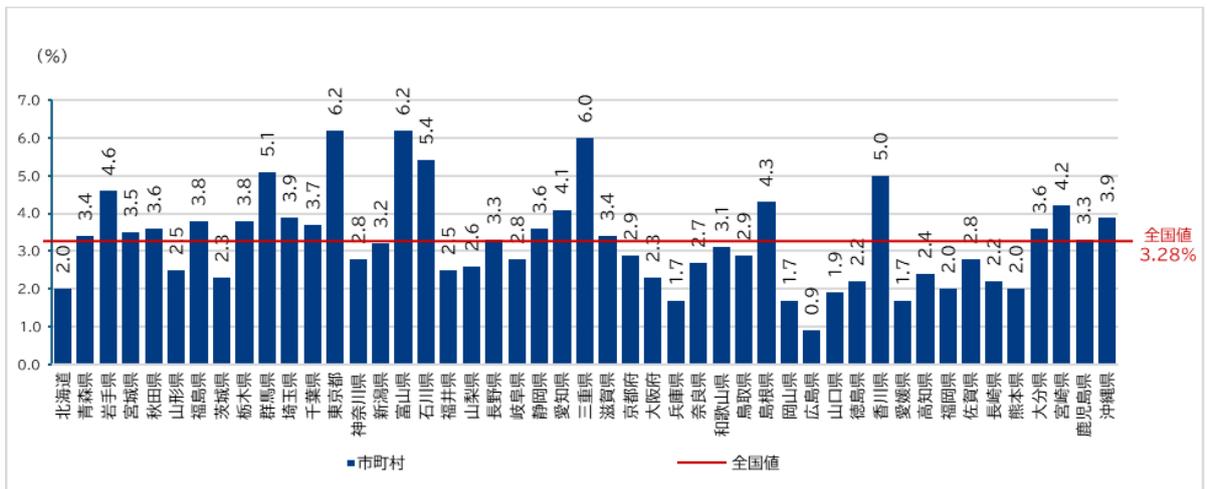
アウトカム_一体的実施の推進ハイリスク者割合[低栄養] R6



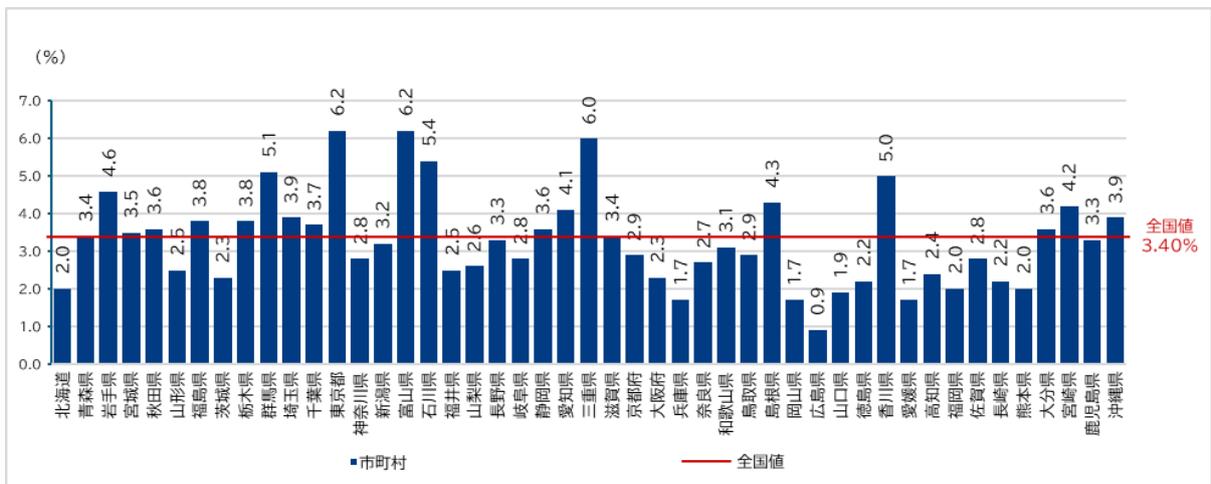
アウトカム_一体的実施の推進ハイリスク者割合[口腔] R5



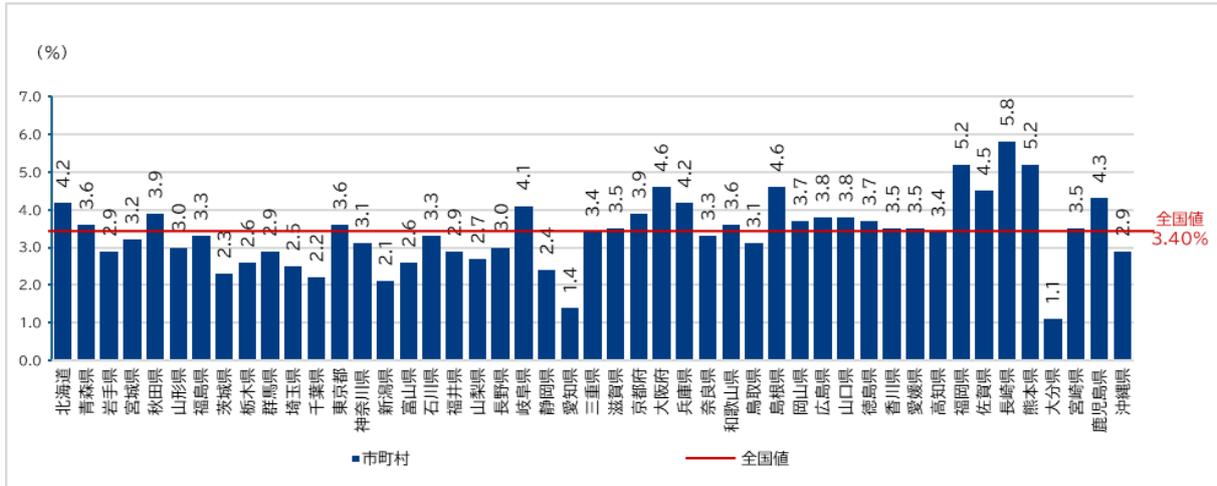
アウトカム_一体的実施の推進ハイリスク者割合[口腔] R6



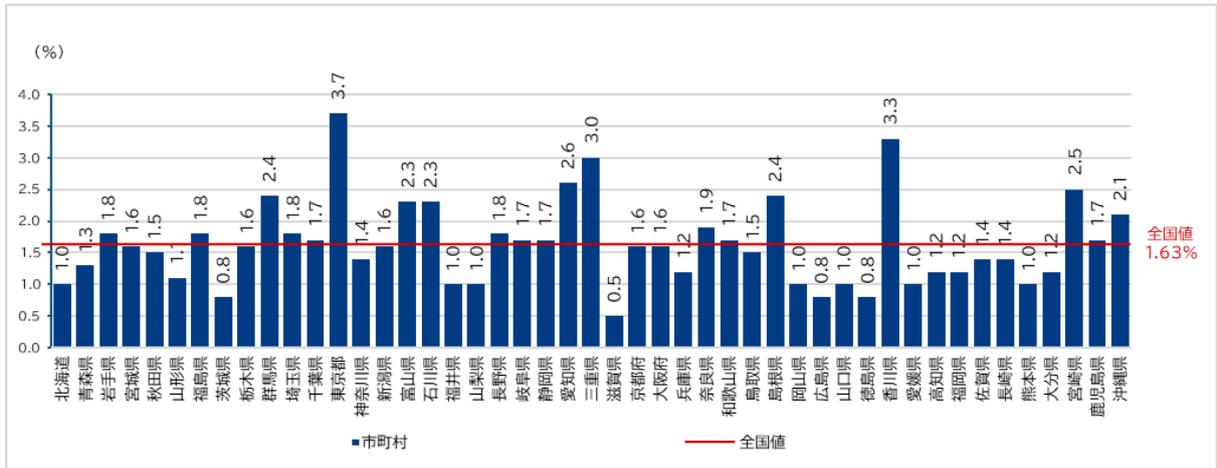
アウトカム_一体的実施の推進ハイリスク者割合[服薬(多剤)] R5



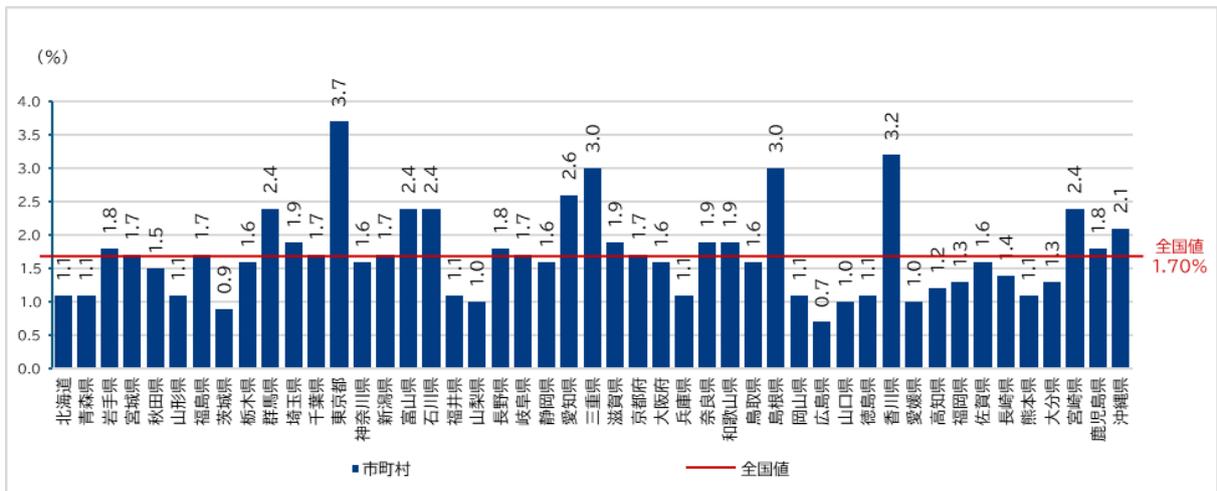
アウトカム_一体的実施の推進ハイリスク者割合[服薬(多剤)] R6



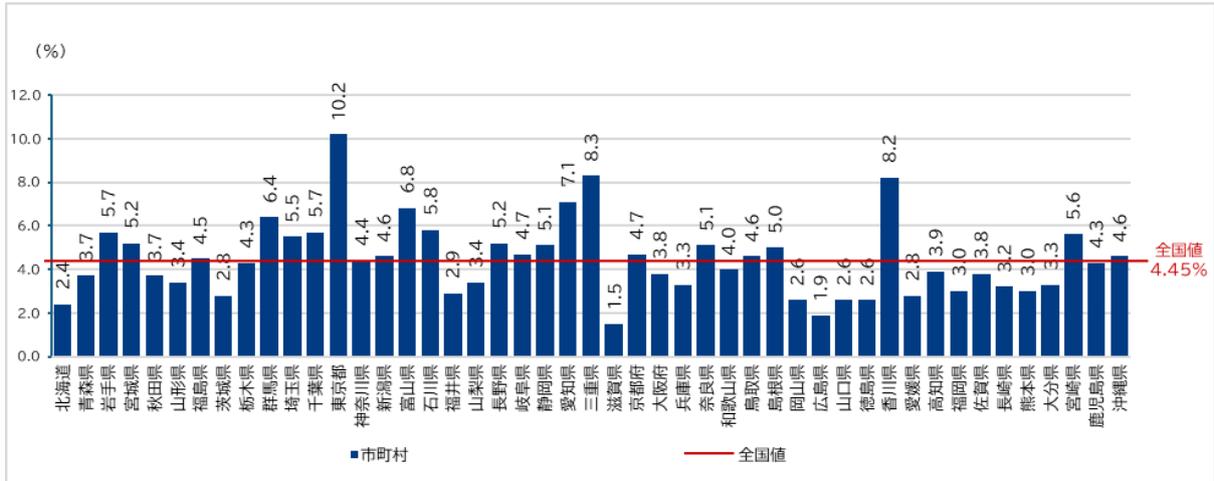
アウトカム_一体的実施の推進ハイリスク者割合[服薬(睡眠薬)] R5



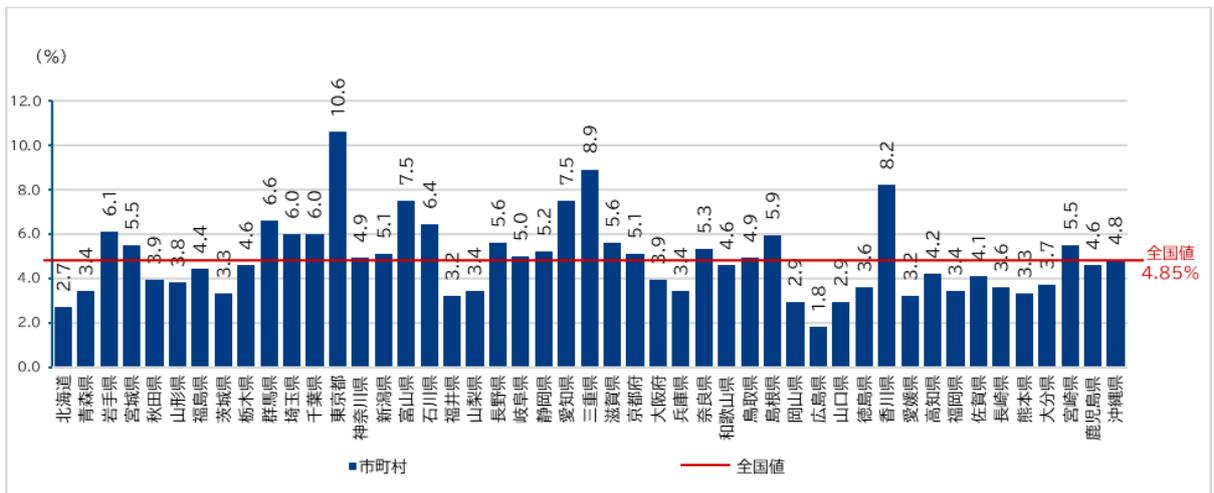
アウトカム_一体的実施の推進ハイリスク者割合[服薬(睡眠薬)] R6



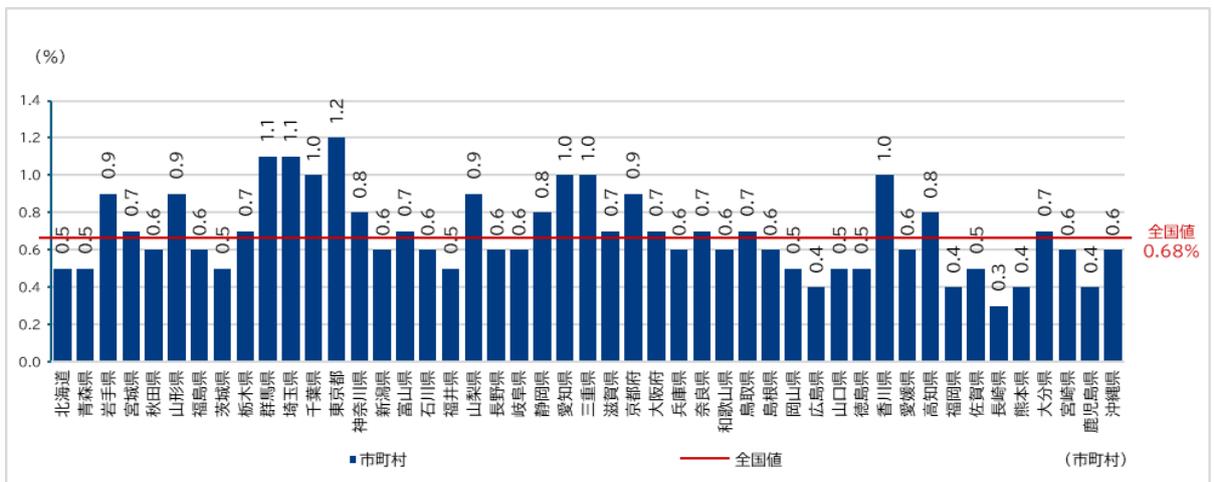
アウトカム_一体的実施の推進ハイリスク者割合[身体的フレイル(ロコモ含む)] R5



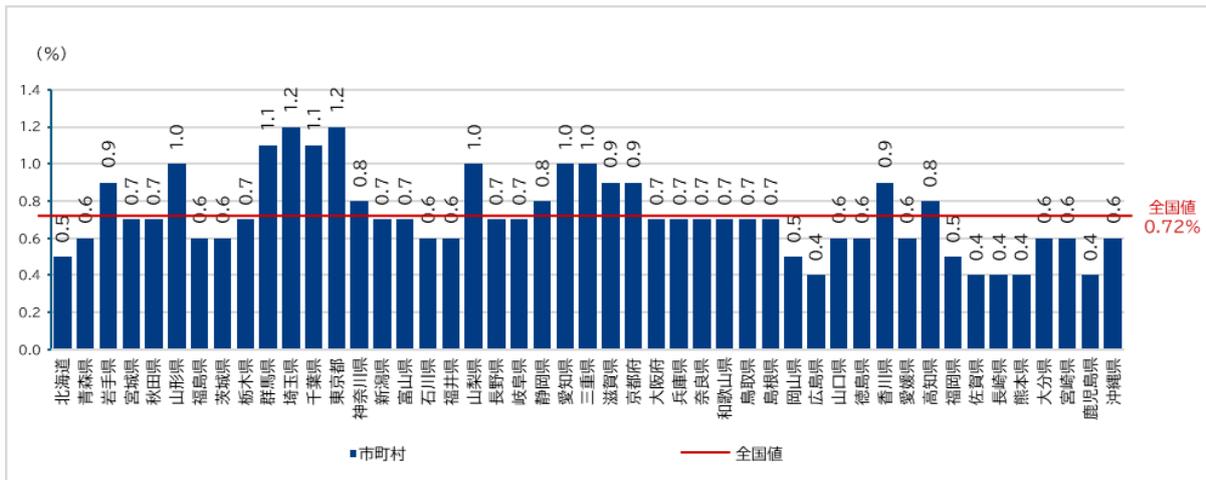
アウトカム_一体的実施の推進ハイリスク者割合[身体的フレイル(ロコモ含む)] R6



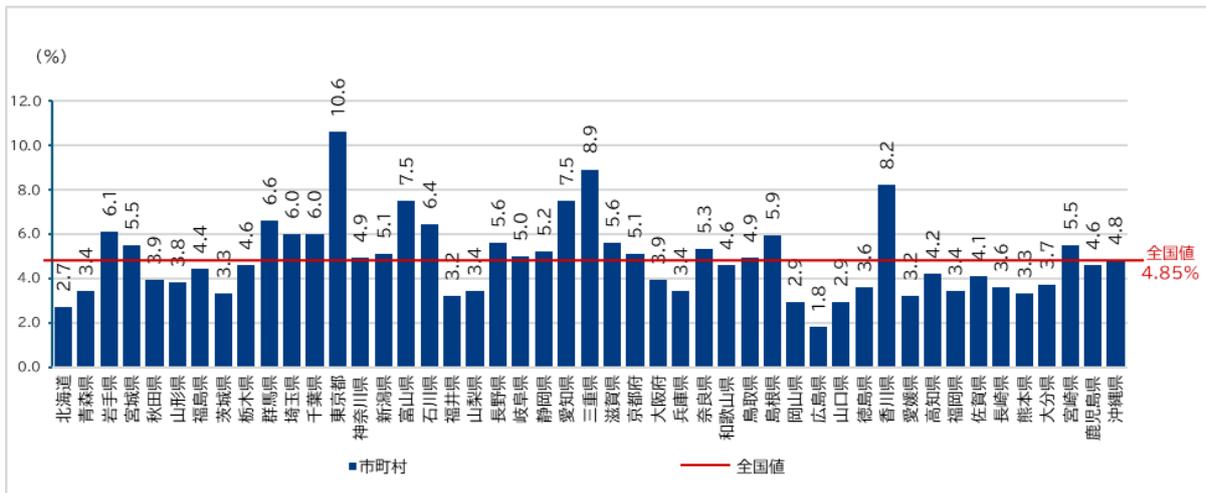
アウトカム_一体的実施の推進ハイリスク者割合[重症化予防(コントロール不良者)] R5



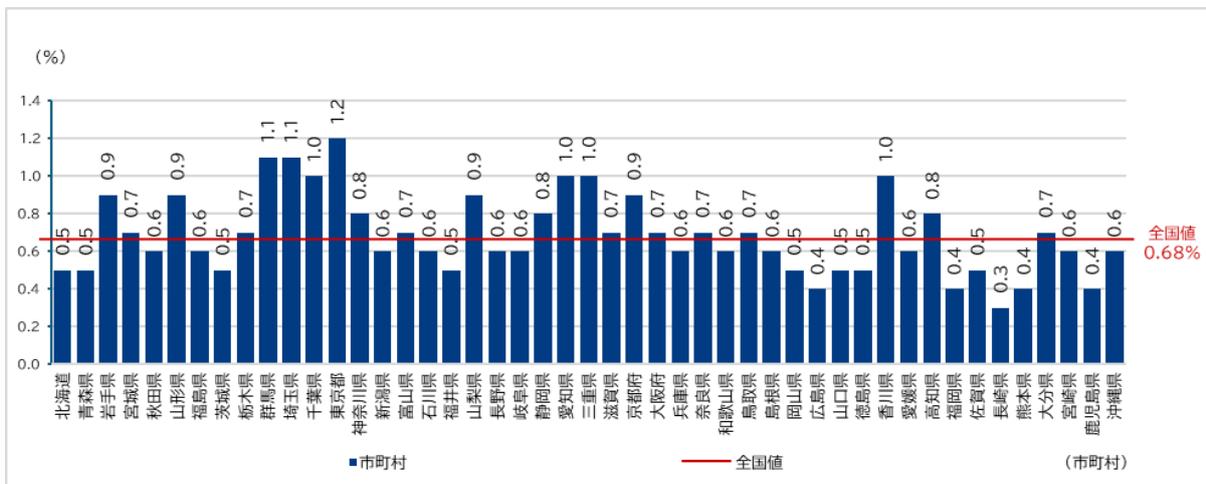
アウトカム_一体的実施の推進ハイリスク者割合[身体的フレイル(ロコモ含む)] R6



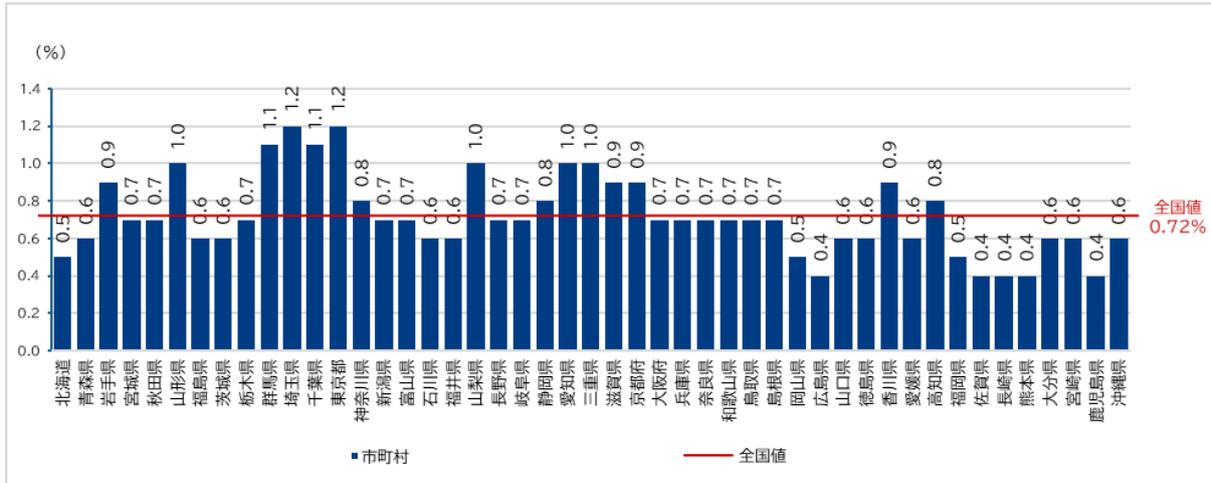
アウトカム_一体的実施の推進ハイリスク者割合[身体的フレイル(ロコモ含む)] R6



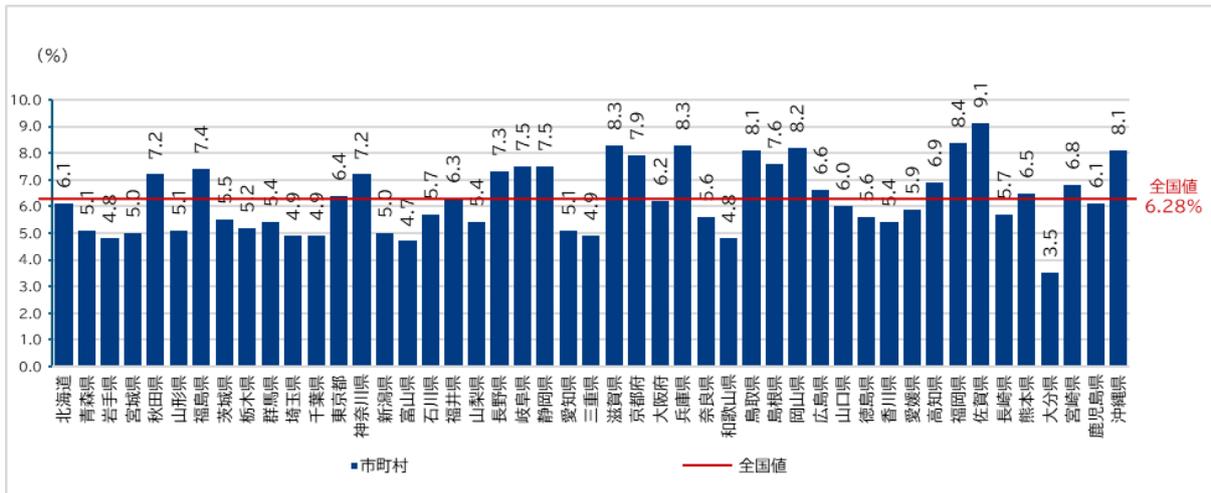
アウトカム_一体的実施の推進ハイリスク者割合[重症化予防(コントロール不良者)] R5



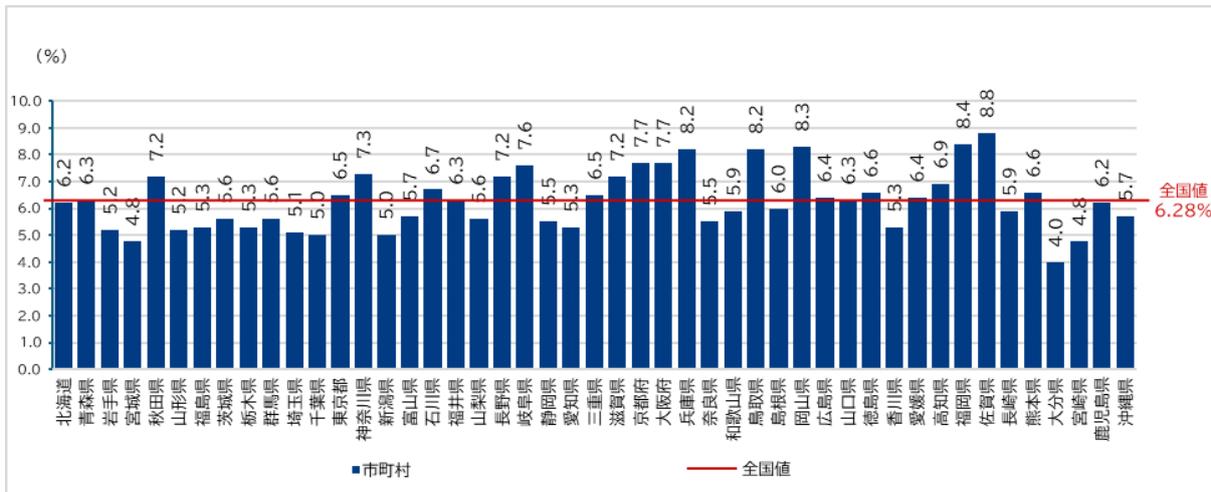
アウトカム_一体的実施の推進ハイリスク者割合〔重症化予防(コントロール不良者)〕 R6



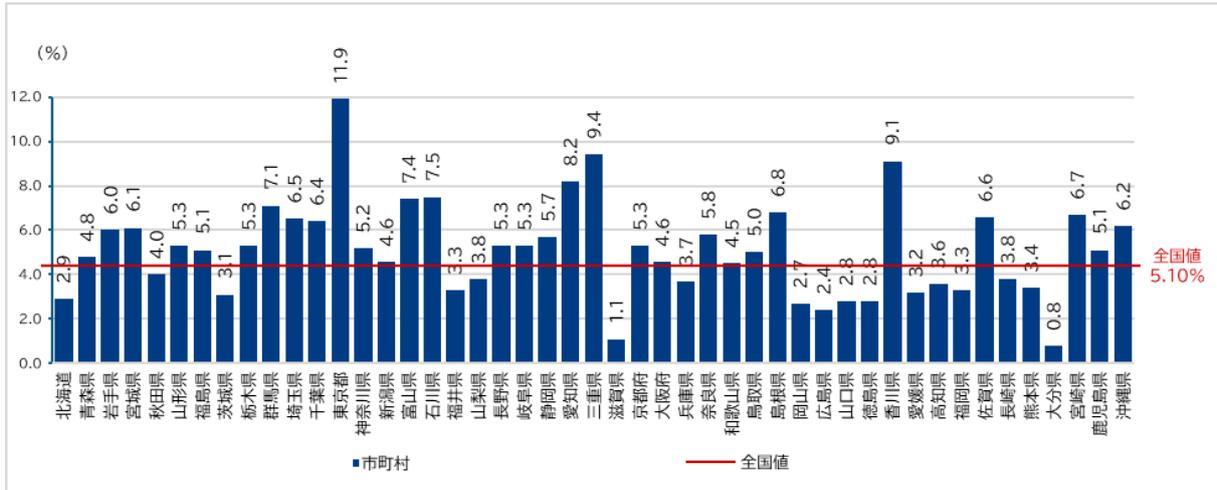
アウトカム_一体的実施の推進ハイリスク者割合〔重症化予防(糖尿病等治療中断者)〕 R5



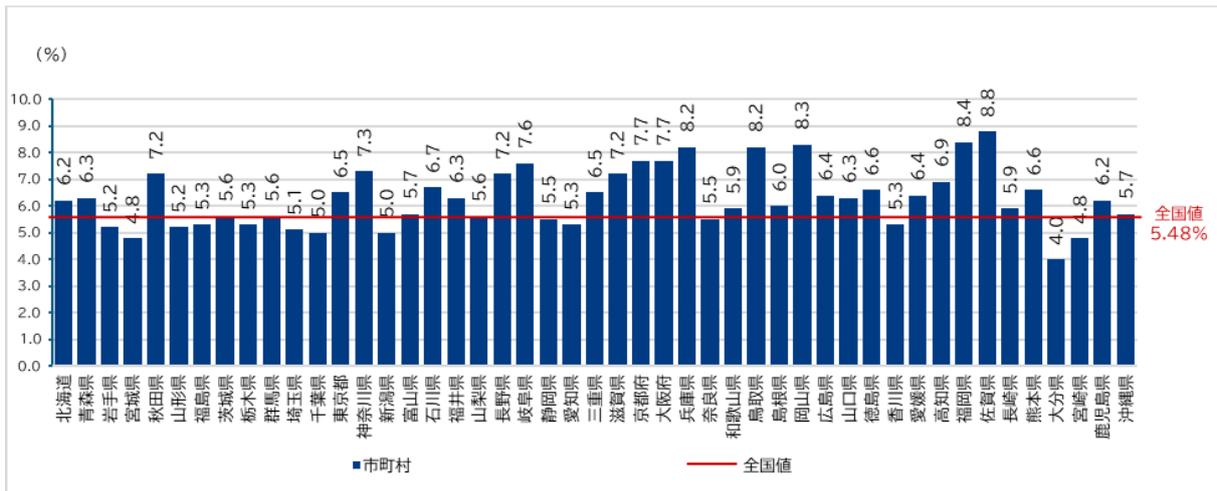
アウトカム_一体的実施の推進ハイリスク者割合〔重症化予防(糖尿病等治療中断者)〕 R6



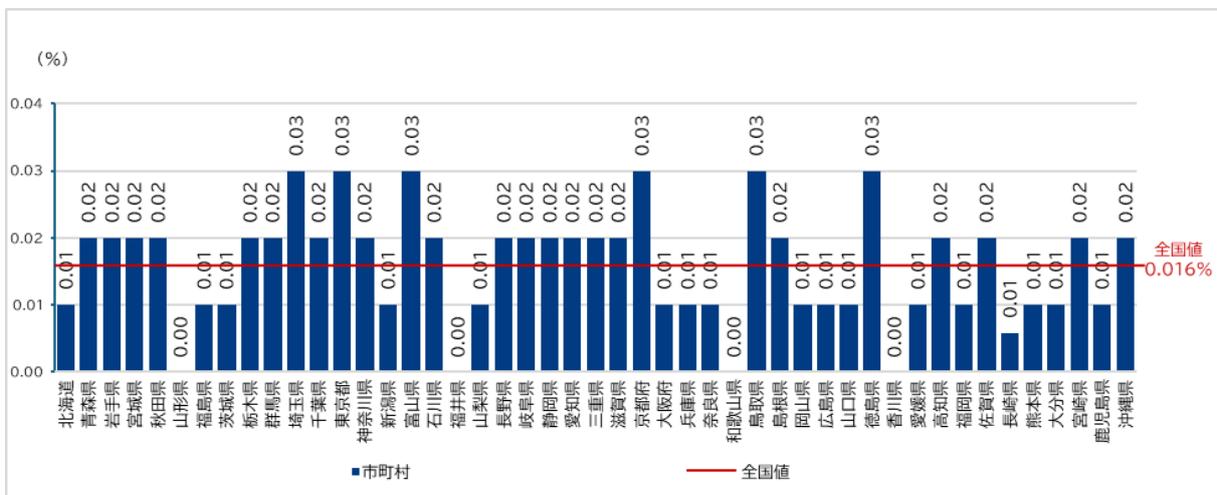
アウトカム_一体的実施の推進ハイリスク者割合[重症化予防(基礎疾患保有+フレイル)] R5



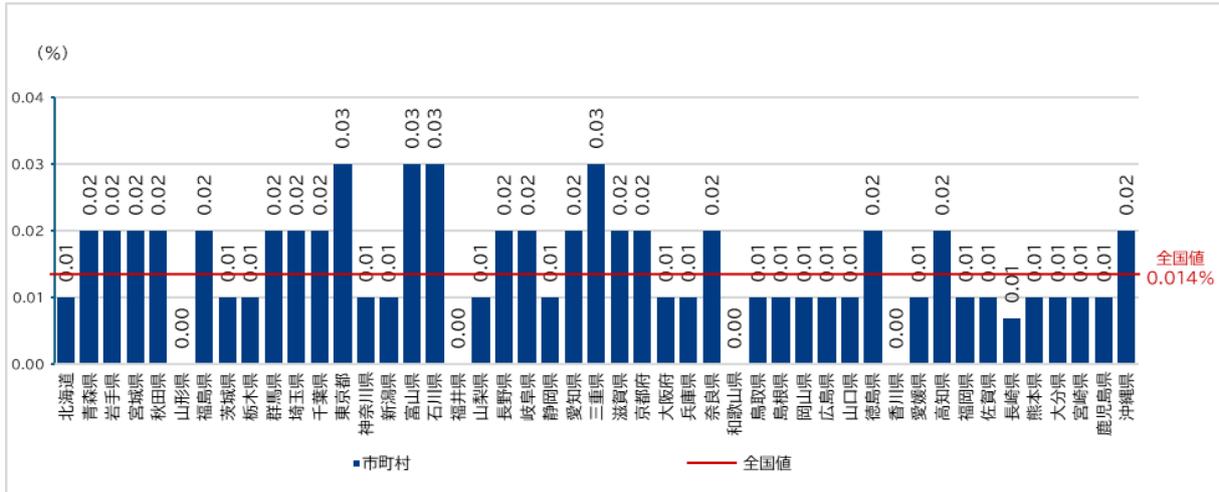
アウトカム_一体的実施の推進ハイリスク者割合[重症化予防(基礎疾患保有+フレイル)] R6



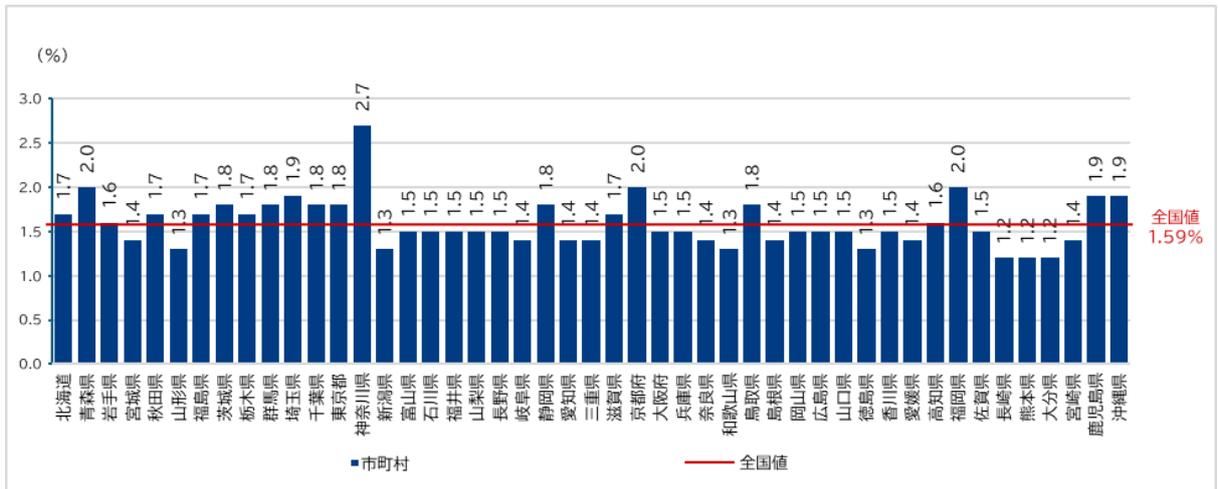
アウトカム_一体的実施の推進ハイリスク者割合[重症化予防(腎機能不良未受診者)] R5



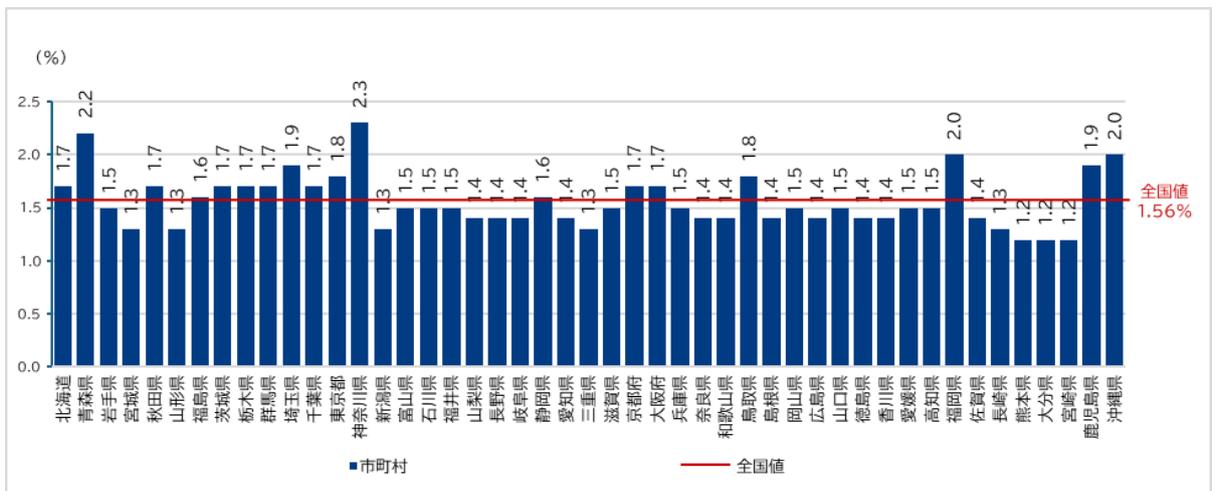
アウトカム_一体的実施の推進ハイリスク者割合〔重症化予防(腎機能不良未受診者)〕 R6



アウトカム_一体的実施の推進ハイリスク者割合〔健康状態不明者対策〕 R5



アウトカム_一体的実施の推進ハイリスク者割合〔健康状態不明者対策〕 R6



3.2 共通の評価指標以外の評価指標例

2025 年度に実施された「高齢者保健事業の実施計画に係る調査」⁸によると、22 の広域連合では、共通評価指標に加え、独自の評価指標を設定していた。具体例を以下に示す。

分類	追加されていた指標
総合・介護	<ul style="list-style-type: none"> ● 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	<ul style="list-style-type: none"> ● 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	<ul style="list-style-type: none"> ● 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	<ul style="list-style-type: none"> ● 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	<ul style="list-style-type: none"> ● 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	<ul style="list-style-type: none"> ● 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	<ul style="list-style-type: none"> ● 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	<ul style="list-style-type: none"> ● 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、利用率) ● 後発医薬品希望シール配布事業(シール配布部数)

⁸ 厚生労働省「高齢者保健事業の実施計画に係る調査報告書」
(<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001466832.pdf>)(2025.12.3 閲覧)

3.3 広域連合向けウェブアンケート結果

3.3.1 アンケート方法について

(1) アンケート対象

全 47 広域連合を対象とし、ウェブアンケートを実施した。

(2) 実施期間

2025 年 9 月 8 日(月)～2025 年 9 月 19 日(金)

(3) 調査項目

広域連合が実施するデータヘルス計画の中間評価に向けた困りごとや、共通評価指標の最新の実績値、事業評価・市町村支援等の実態について把握した。

調査項目の詳細は以下の通り。

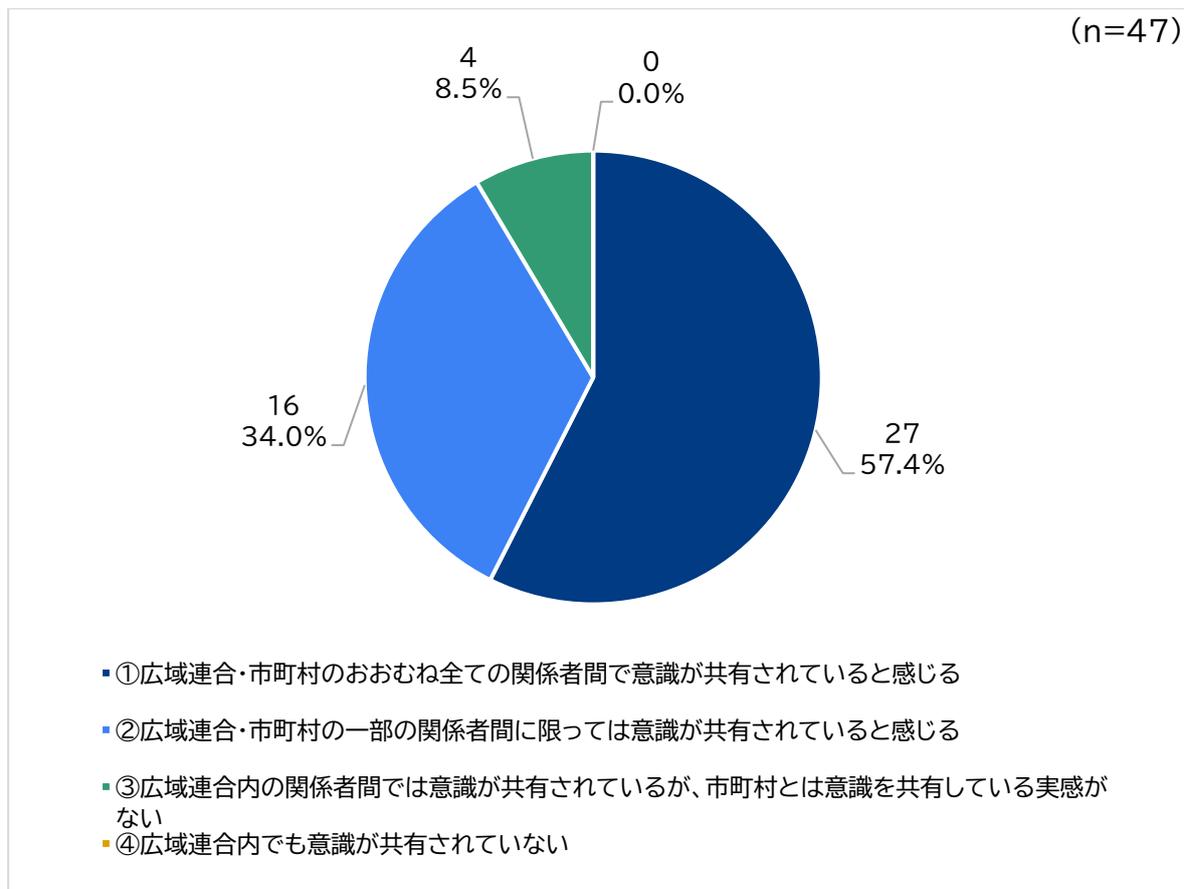
設問	概要	詳細
第3期データヘルス計画について（総論）	データヘルス計画の意義・効果	データヘルス計画を通じ市町村と健康課題等の共有できたか データヘルス計画を通じ市町村との連携が強化されたか
市町村支援の実態等について	市町村支援の内容や工夫点	広域連合が実施している保健事業の内容 市町村における保健事業実施状況の把握方法 市町村が抱えている保健事業のニーズや課題の内容 市町村における第3期データヘルス計画に基づく保健事業の実施状況 市町村担当者とのコミュニケーションの状況
現在の評価状況及び共通評価指標について	令和5年度事業の評価状況	令和5年度事業の評価の実施状況 進捗管理シート・振り返りシートの活用状況とその効果
	各共通評価指標の実績値	令和5年度実績値、令和6年度暫定値
	共通評価指標への意見	改善・追加してほしいと感じる指標およびその理由
中間評価の実施方針や課題等について（予定）	中間評価の実施体制（予定）	中間評価を実施する際の市町村との連携体制 中間評価を実施する際の関係機関・外部有識者との連携体制 中間評価時の外部委託の有無・内容
	中間評価に向けた課題	中間評価に向けた課題の内容
	中間評価の方針	広域連合としての中間評価の方針 中間評価後の見直しの内容
	中間評価に際して国から受けたい支援	受けたい支援、その具体的な内容

3.3.2 調査結果

(1) 第3期データヘルス計画の意義・効果

1) 第3期データヘルス計画を通じて関係者間で課題意識が共有されたか

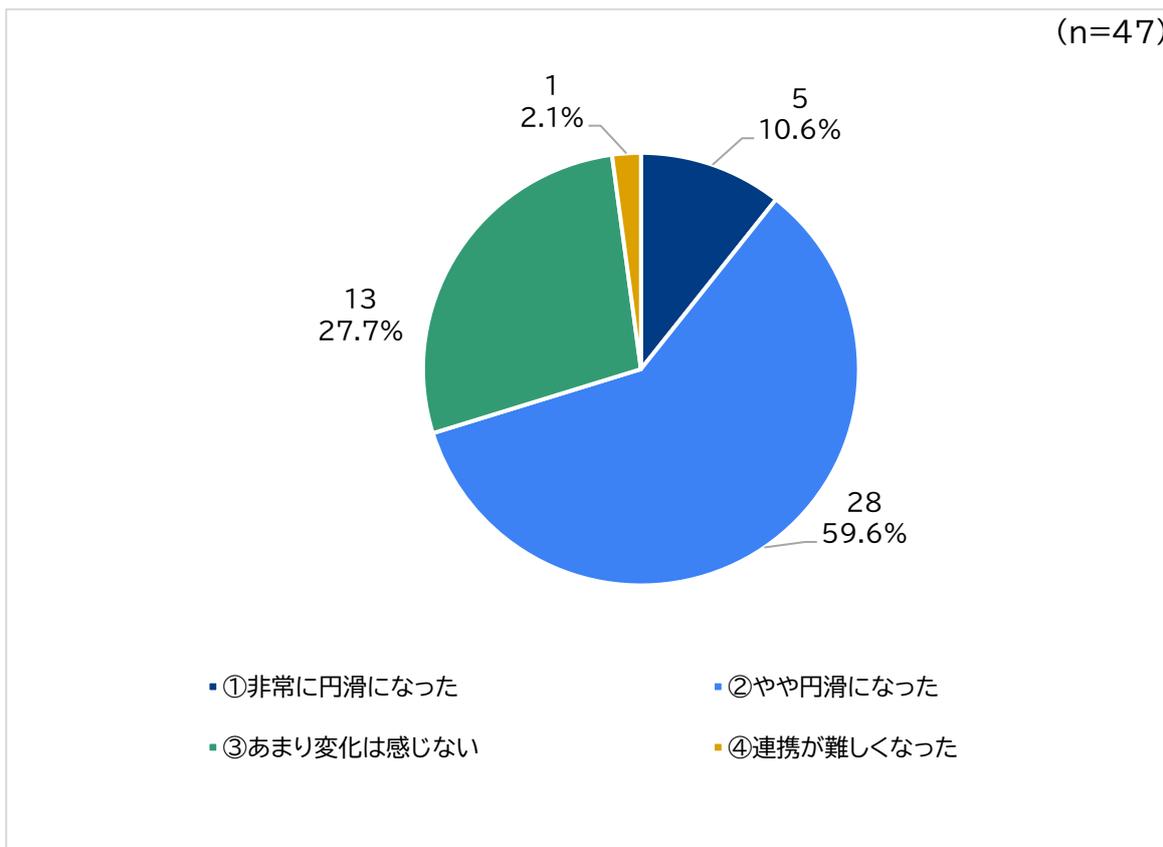
57.4%の広域連合が、第3期データヘルス計画を通じて「市町村を含めたおおむねすべての関係者間で課題意識が共有されている」と回答していた。



2) 第3期データヘルス計画を通じて市町村との連携が円滑になったか

59.6%の広域連合が、データヘルス計画を通じて市町村との連携が「非常に円滑になった」と回答していた。「やや円滑になった」と合わせると全体の約9割を占めていた。

円滑になったと回答した理由を尋ねたところ、「KDB等を活用したデータ分析結果を市町村へ提供できるようになったため」「データヘルス計画を意識した意見交換を通じて連携が円滑になったため」「健康課題が明確になったこと、共通評価指標により市町村間の比較が可能になったことから、保健事業目的や現状の共有がしやすくなったため」といった意見が挙げられていた。

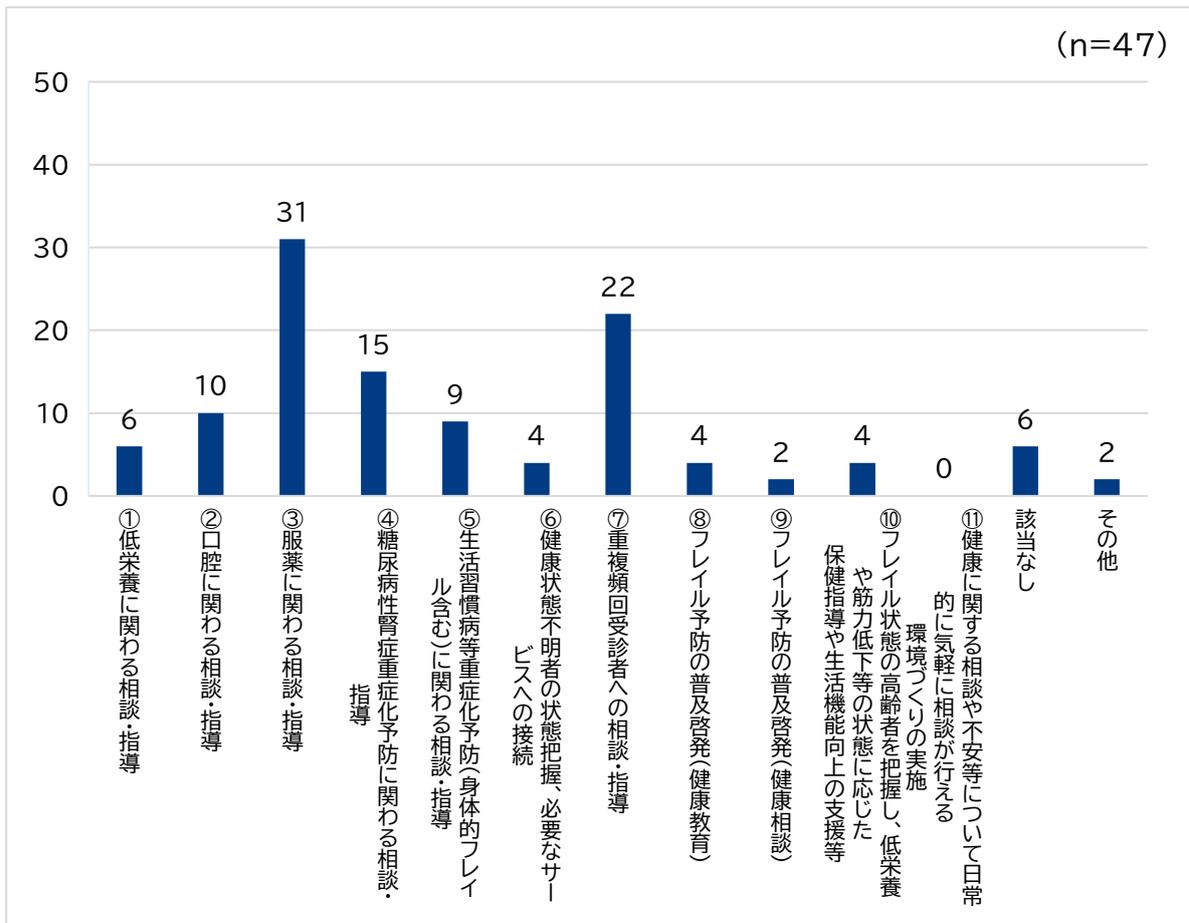


回答	回答を選択した理由(主な意見を抜粋)
非常に円滑になった	<ul style="list-style-type: none"> • KDB 等を活用したデータ分析結果を市町村へ提供できるようになったため • データヘルス計画を意識した意見交換を通じて連携が円滑になったため
やや円滑になった	<ul style="list-style-type: none"> • 健康課題が明確になったこと、共通評価指標により市町村間の比較が可能になったことから、保健事業目的や現状の共有がしやすくなったため
あまり変化は感じない	<ul style="list-style-type: none"> • 以前より一体的実施や各種会議を通じて連携が取れていたため • 担当者の変更や市町村の状況の差により、説明の機会を設けていても連携の円滑さに差があるため
連携が難しくなった	<ul style="list-style-type: none"> • 共通評価指標の抽出基準を一体的実施で使用することについて市町村の理解が得られないため

(2) 市町村支援の内容や工夫点

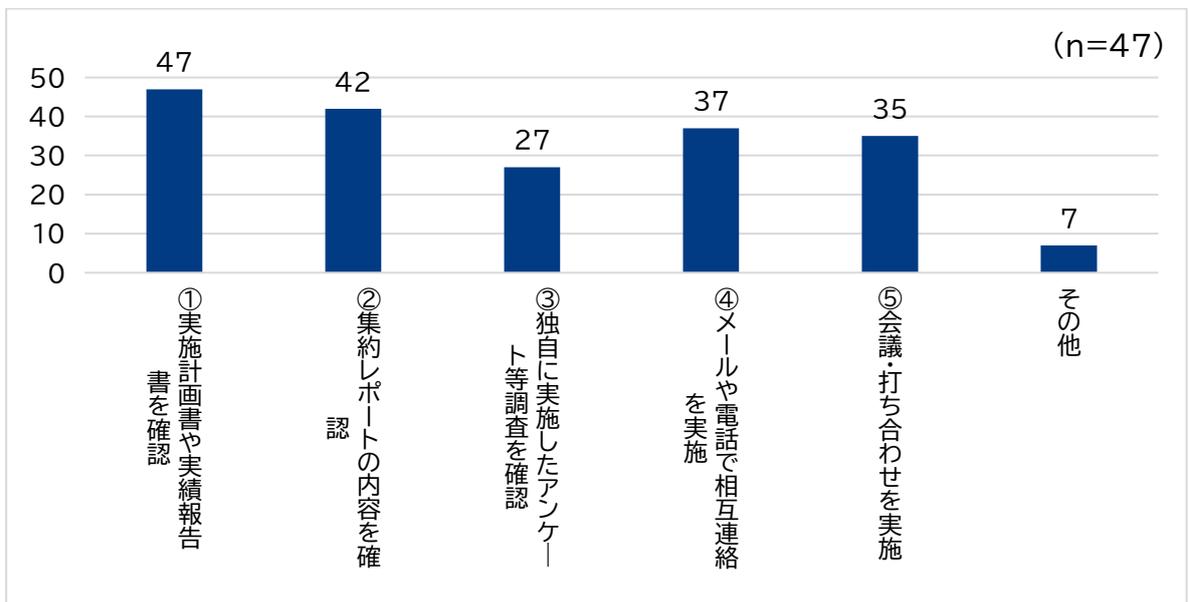
1) 広域連合が直接実施している保健事業(複数回答)

広域連合が直接実施している保健事業としては、「服薬に関わる相談・指導」や「重複頻回受診者への相談・指導」が多く、それぞれ 31、22 の広域連合が回答していた。



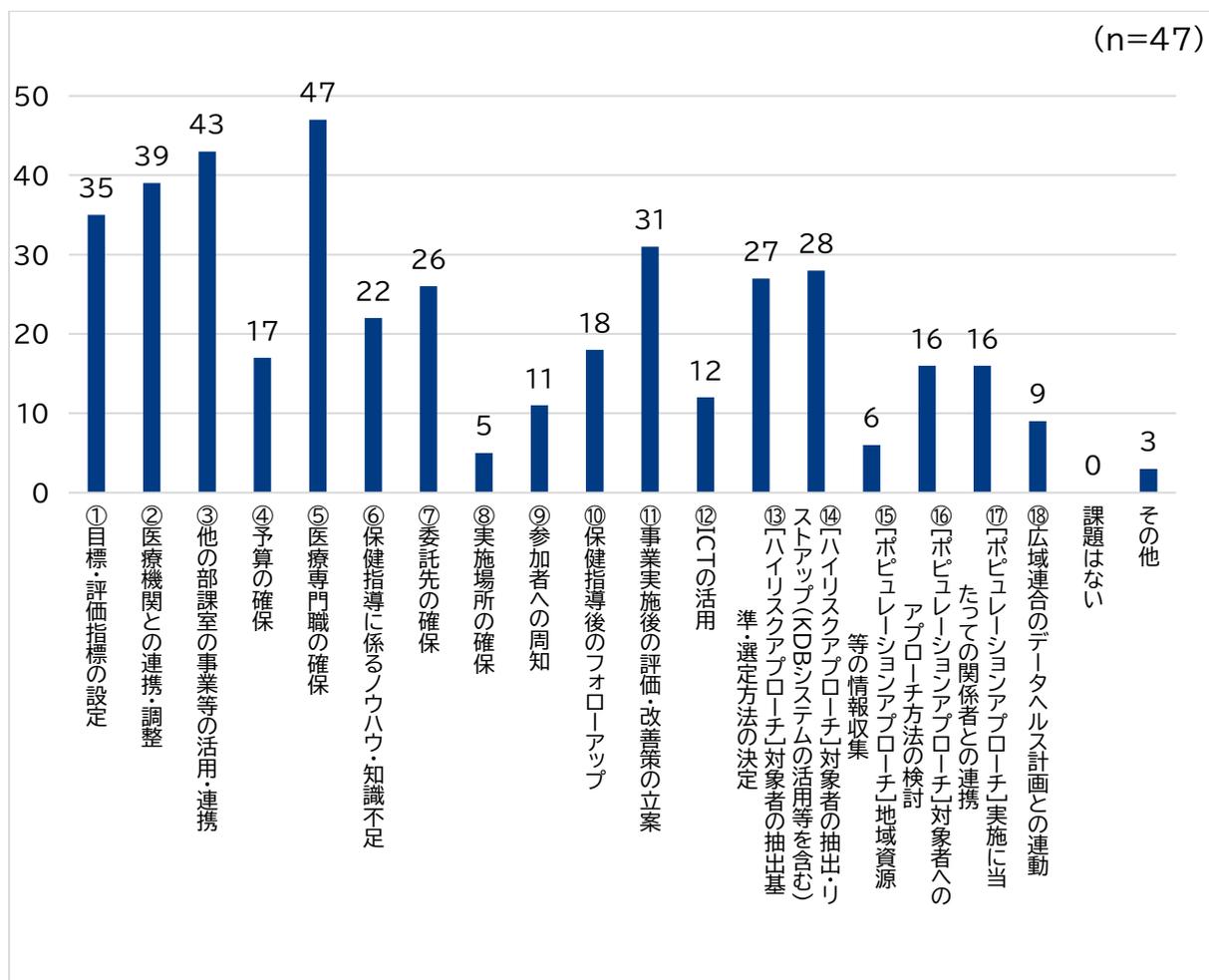
2) 市町村における事業の実施状況の把握方法(複数回答)

市町村における保健事業実施状況の把握方法については、「実施計画書や実績報告書を確認」は47 広域連合全てが回答していた。「集約レポートの内容を確認」も次いで多く、42 広域連合が回答していた。27 の広域連合では、独自で実施したアンケート等により市町村の状況を把握していた。



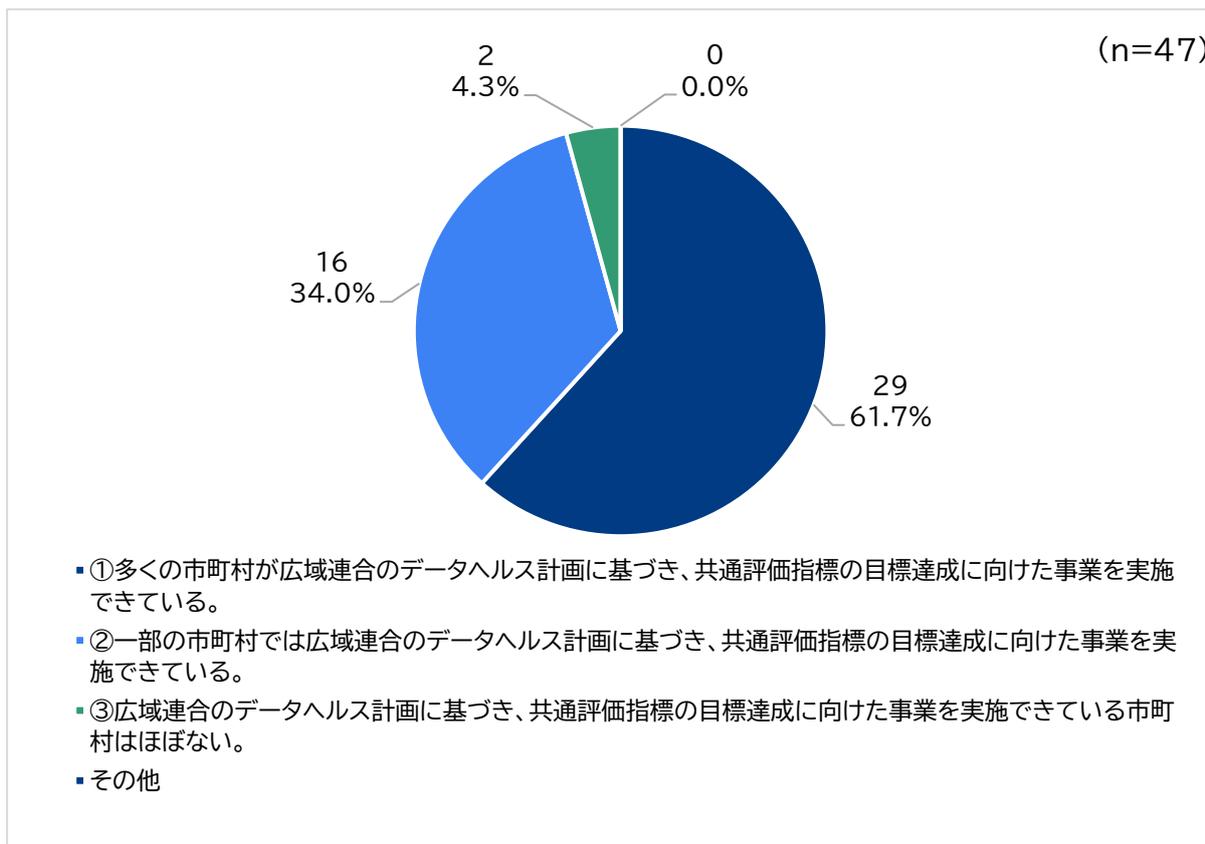
3) 市町村が抱えている課題(複数回答)

広域連合が把握している市町村が保健事業実施に対して抱えている課題について尋ねたところ、「医療専門職の確保」が最も多く、全ての広域連合で挙げられていた。次いで「他の部課室の事業等の活用・連携」「医療機関との連携・調整」と続いており、それぞれ43、39 広域連合が挙げていた。



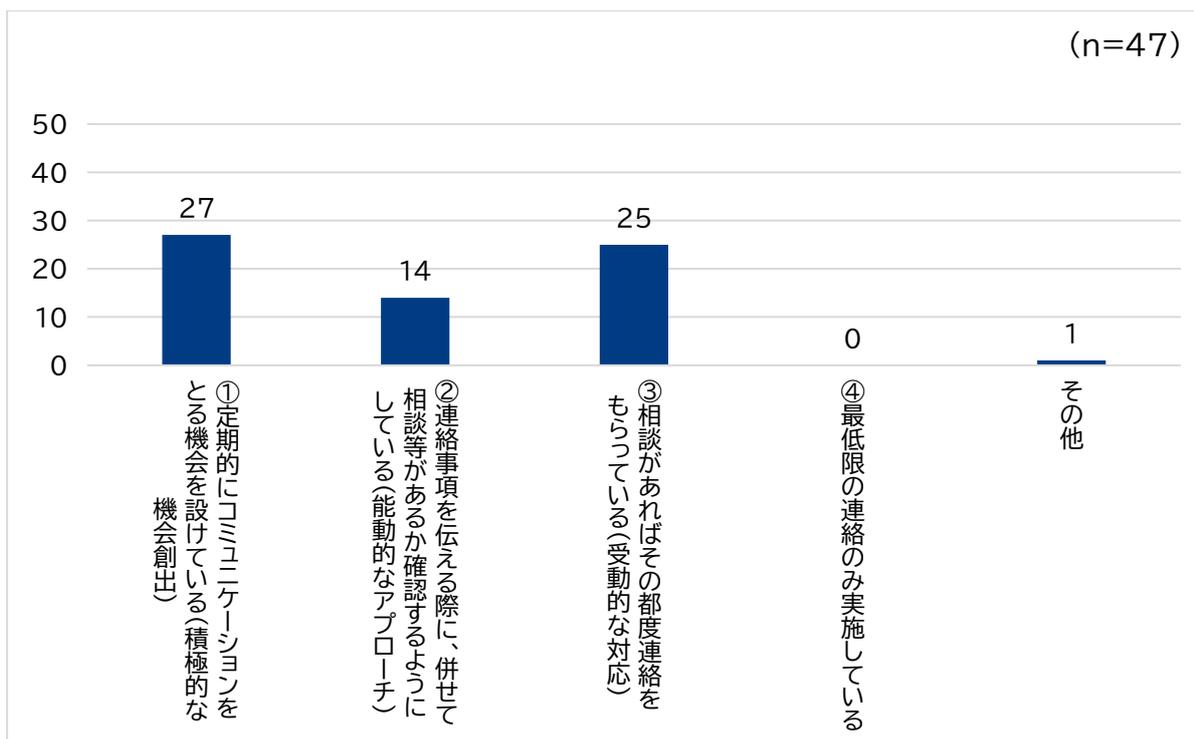
4) データヘルス計画と市町村事業の連動

61.7%の広域連合が、「多くの市町村が広域連合のデータヘルス計画に基づき、共通評価指標の目標達成に向けた事業ができている」と回答していた。



5) 市町村の事業担当者とのコミュニケーションの状況(複数回答)

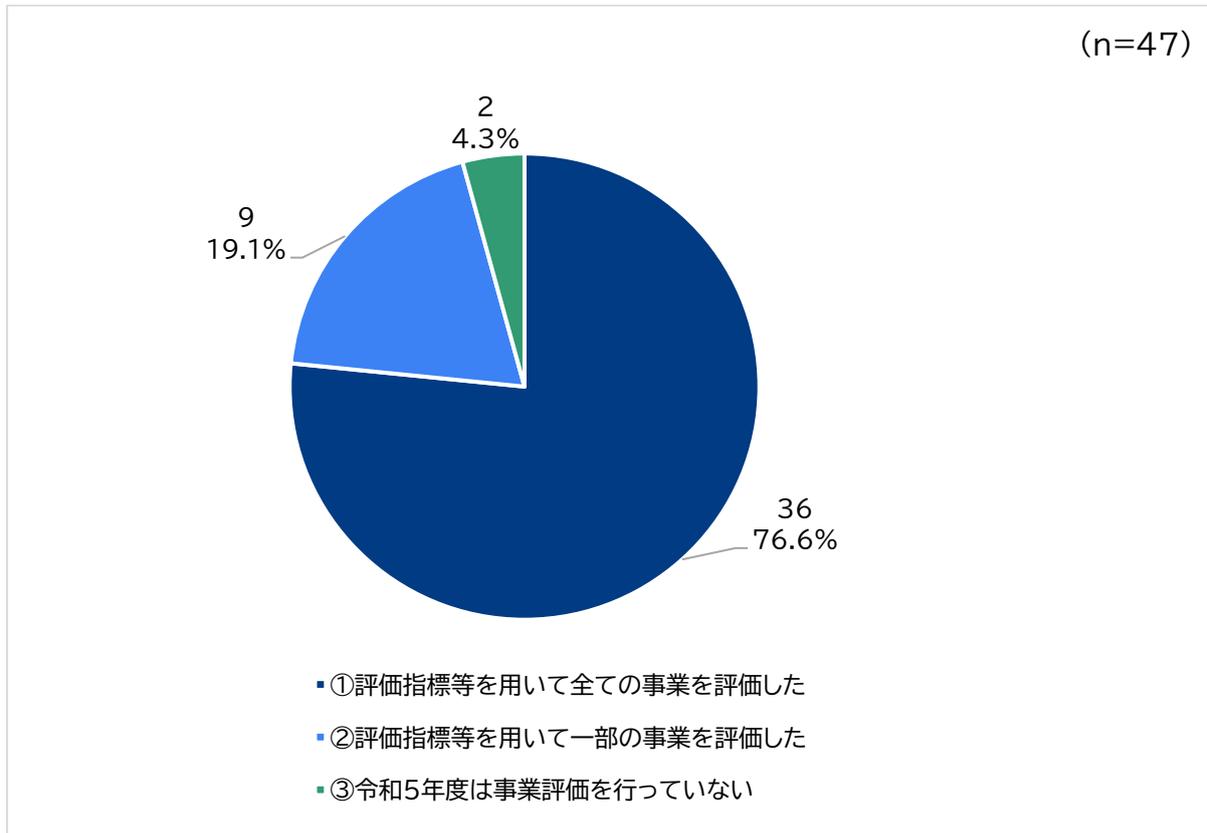
27の広域連合が自ら働きかけ、市町村の事業担当者と「定期的にコミュニケーションをとる機会を設けている」と回答していた。



(3) 令和5年度の事業評価の状況

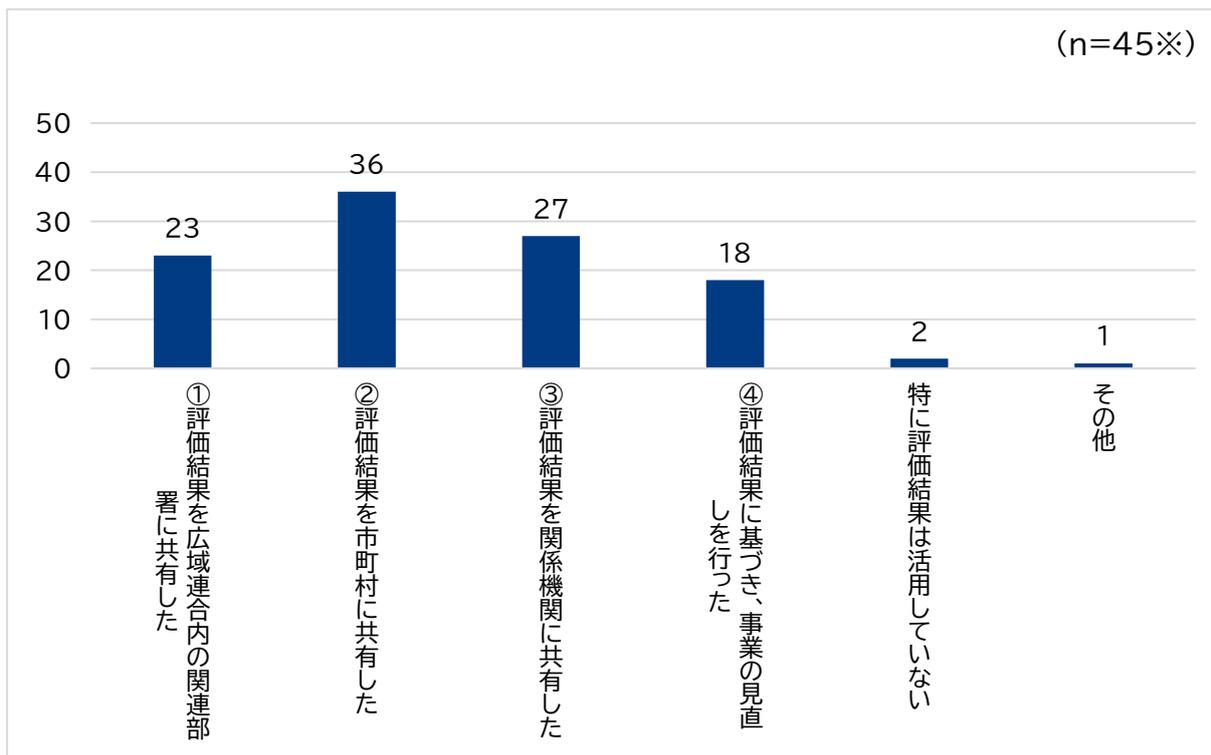
1) 令和5年度事業評価の実施状況

76.6%の広域連合が「評価指標等を用いて全ての事業を評価した」と回答していた。



2) 令和5年度事業評価結果の活用状況(複数回答)

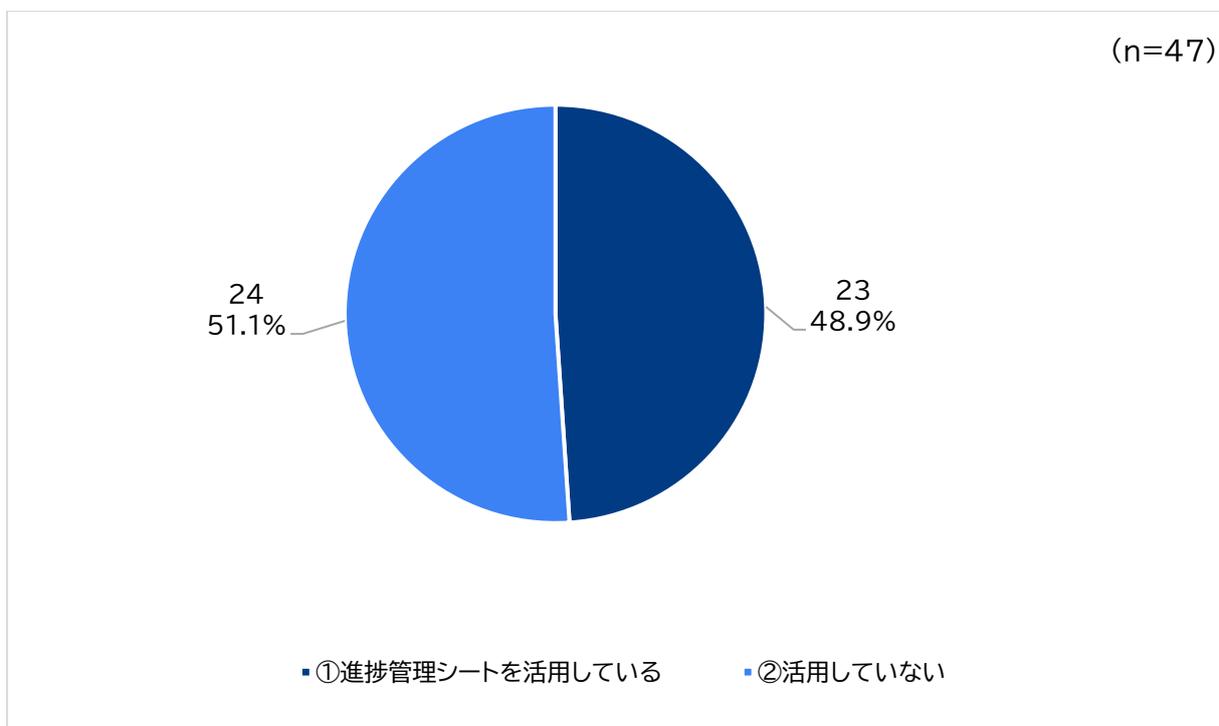
1)の設問で評価指標等を用いて事業を評価した(①②)と回答した広域連合のうち、36の広域連合が評価結果を市町村に共有していた。その他、関係機関や関連部署に共有している広域連合はそれぞれ27、23となっていた。一方、「評価結果に基づき事業の見直しを行った」と回答した広域連合は18だった。



※回答対象:1)の設問で①あるいは②と回答した広域連合

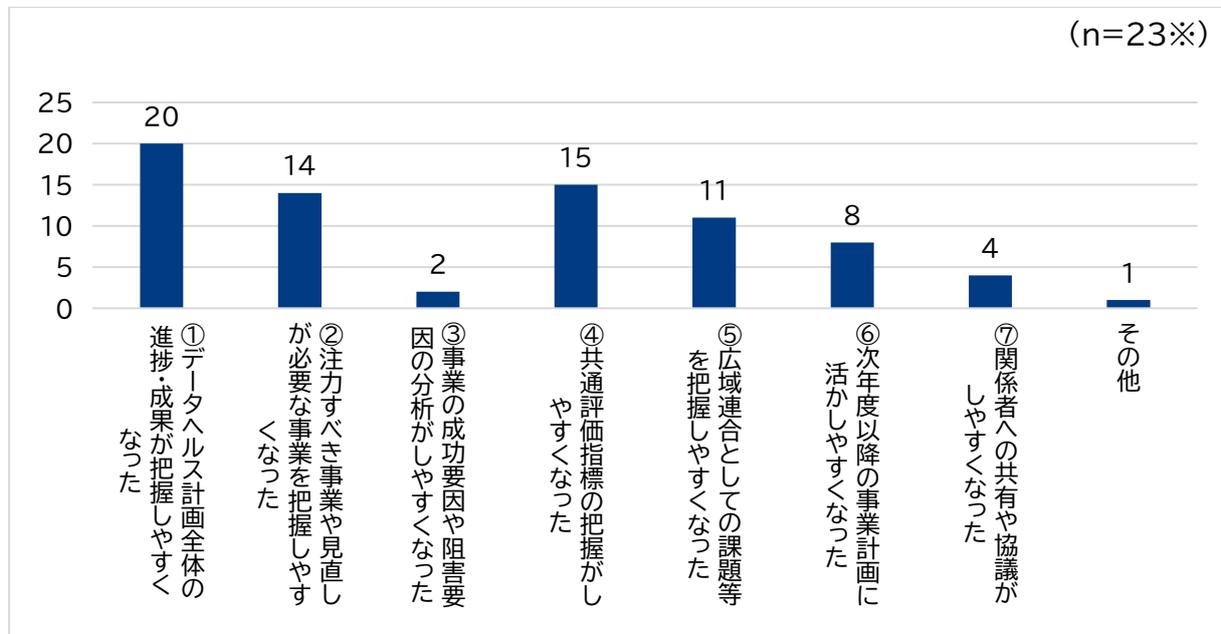
3) 「進捗管理シート」の活用状況

約半数の広域連合が「進捗管理シート」を活用していると回答していた。



4) 進捗管理シートの活用による効果(複数選択)

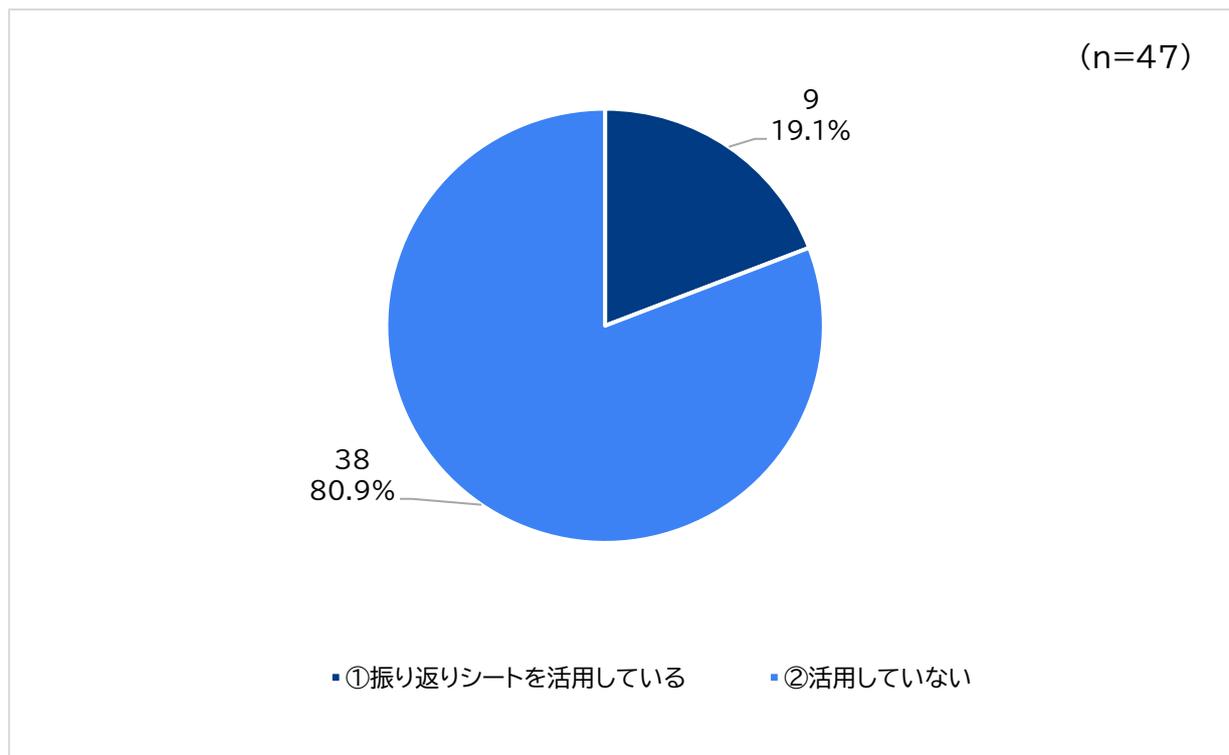
進捗管理シートの活用による効果については、「データヘルス計画全体の進捗・成果が把握しやすくなった」との回答が最も多かった。次いで「共通評価指標の把握がしやすくなった」「注力すべき事業や見直しが必要な事業を把握しやすくなった」との回答が多かった。



※回答対象:3)の設問で①と回答した広域連合

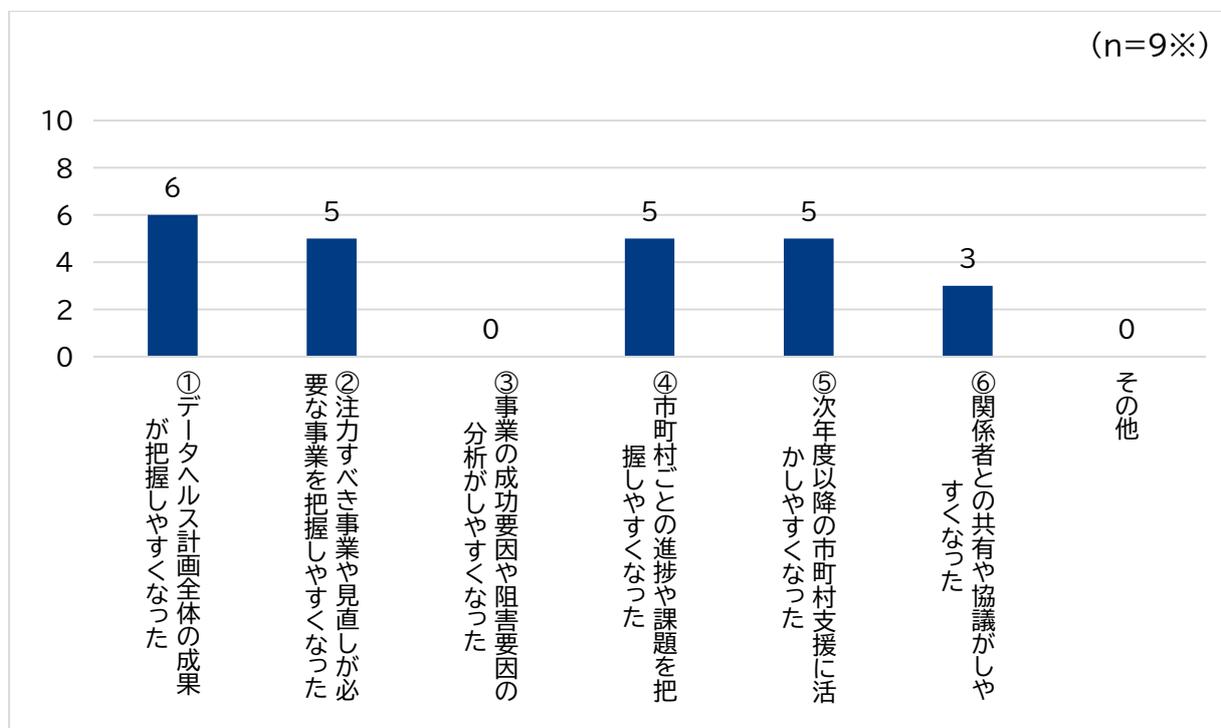
5) 「振り返りシート」の活用状況

「振り返りシート」を活用している広域連合は9にとどまっていた。



6) 振り返りシートの活用による効果(複数回答)

振り返りシートの活用による効果については、「データヘルス計画全体の成果が把握しやすくなった」「注力すべき事業や見直しが必要な事業を把握しやすくなった」「市町村ごとの進捗や課題を把握しやすくなった」「次年度以降の市町村支援に活かしやすくなった」との回答が得られた。



※回答対象:5)の設問で①と回答した広域連合

(4) 共通評価指標に対する意見

1) 共通評価指標について、改善点や追加してほしい観点(自由記述)

共通評価指標に対する意見としては、「ハイリスク者割合の分母を健診受診者数に変更してほしい」という意見や、各事業分類のハイリスク者抽出基準に対する意見などがあつた。

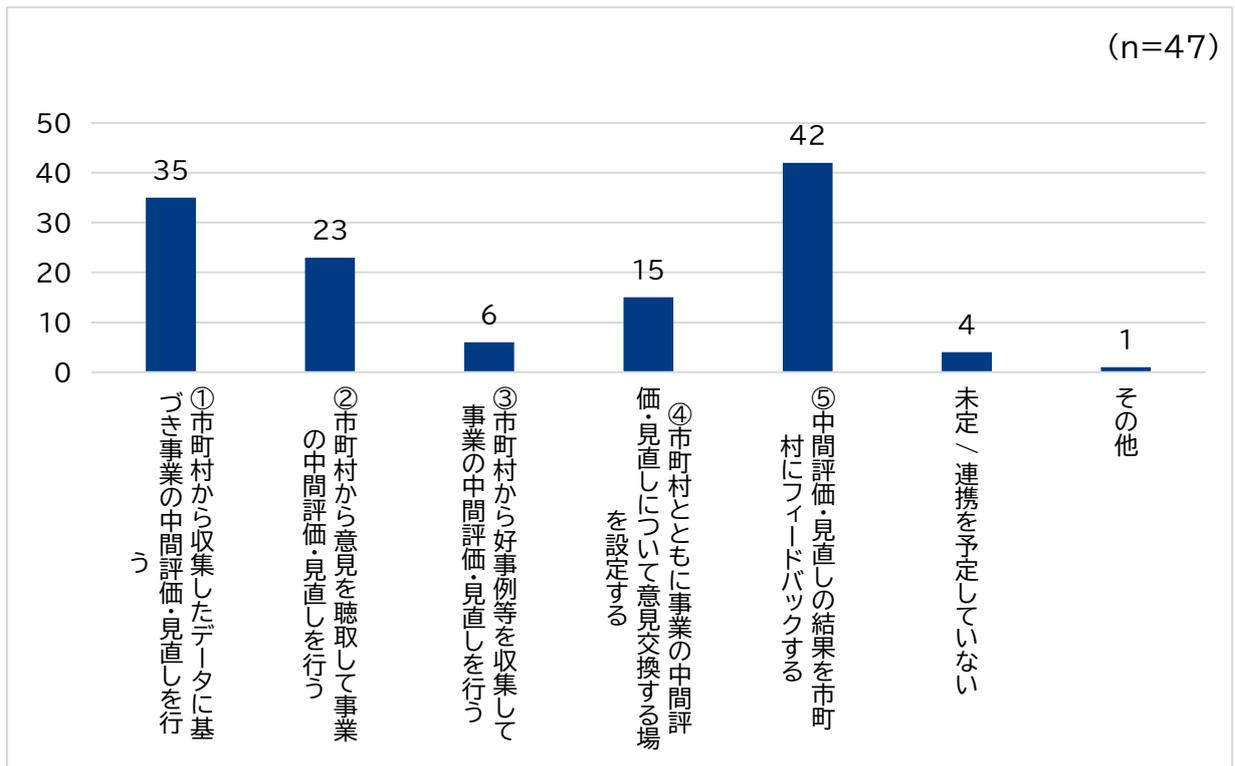
カテゴリ	具体的な内容(主な意見を抜粋)
評価指標の内容	<ul style="list-style-type: none"> ハイリスク者割合の分母を被保険者数から健診受診者数に変更してほしい(健診受診率が高い市町村ほどハイリスク者割合が高くなってしまふ、受診率が低いとハイリスク者の割合も低くなってしまふため、実際の健康課題と認識されない可能性がある) アウトプット指標の「質問票を活用したハイリスク者把握に基づく保健事業を実施している市区町村数・割合」は、関係者に説明する際にわかりにくいので、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業実施市区町村数・割合」に変更してほしい

カテゴリ	具体的な内容(主な意見を抜粋)
各事業分類のハイリスク者抽出基準	<ul style="list-style-type: none"> • 重症化予防におけるコントロール不良者や治療中断者について、薬剤処方歴の有無が抽出基準の1つとなっているが、医師の判断により薬剤処方を中断して経過観察のみしている者も含まれているため、薬剤処方歴がないことで一律にハイリスク者として抽出されてしまうことに疑問がある • 低栄養について、抽出基準が質問票の回答結果による体重減少であるため、実際に体重が減少した人が対象者とならない可能性がある • 健康状態不明者について、75歳到達者のうち74歳まで社会保険に加入していた人に対して、基準に該当しないにも関わらず、データがないため確認として訪問が必要になる。マンパワー不足の市町村は必然的に75歳を除外した対応となり、移行間もない人へのタイムリーな関わりが阻害されている • 腎機能不良未受診者について、現在は「医療(入院、外来、歯科)未受診」となっているところを、歯科は除いて「医療(入院、外来)未受診」にしてほしい
その他	<ul style="list-style-type: none"> • 共通評価指標の全国値を毎年度提供してほしい • 活用支援ツールの市町別ダウンロードを一括でできるようにしてほしい • 活用支援ツールの反映を二か月程度に短縮してほしい

(5) 中間評価の実施方針や課題等

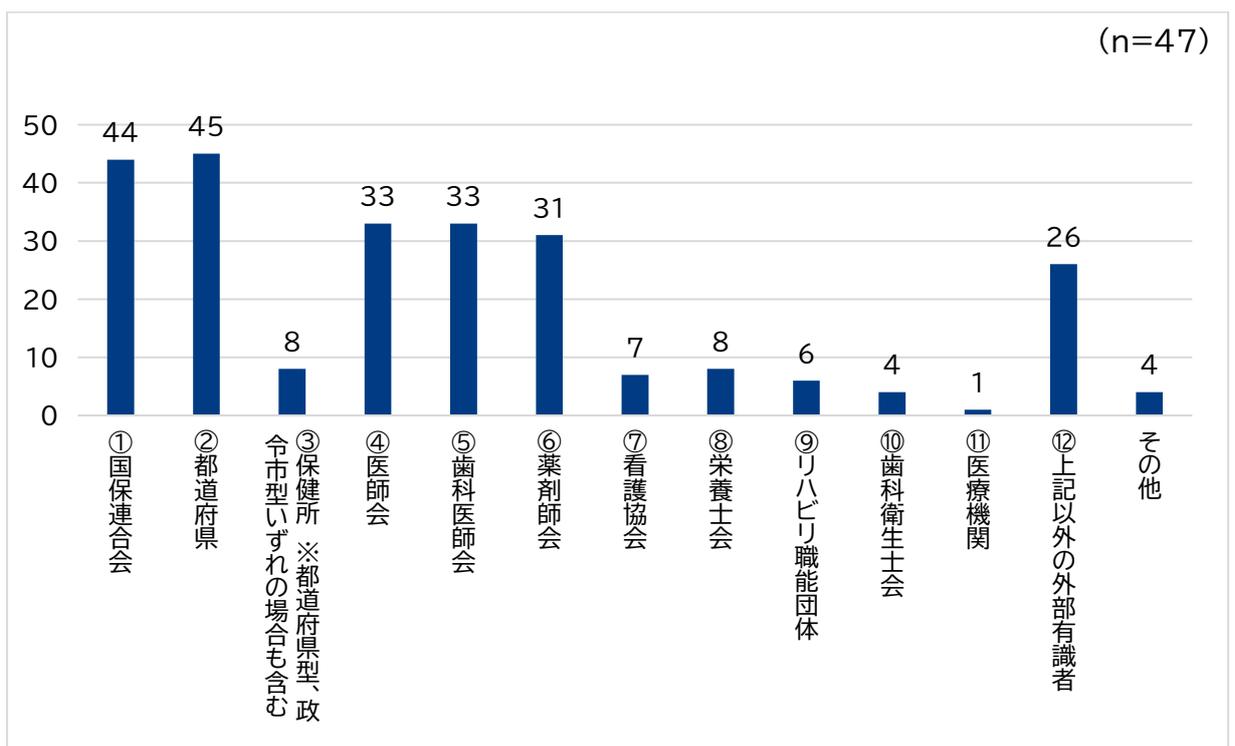
1) 中間評価を行う際の市町村との連携方法(予定)(複数回答)

中間評価における市町村との連携予定について尋ねたところ、「中間評価・見直しの結果を市町村にフィードバックする」という回答が42と最も多かった。次いで「市町村から収集したデータに基づき事業の中間評価・見直しを行う」が35、「市町村から意見を聴取して事業の中間評価・見直しを行う」が23となっていた。



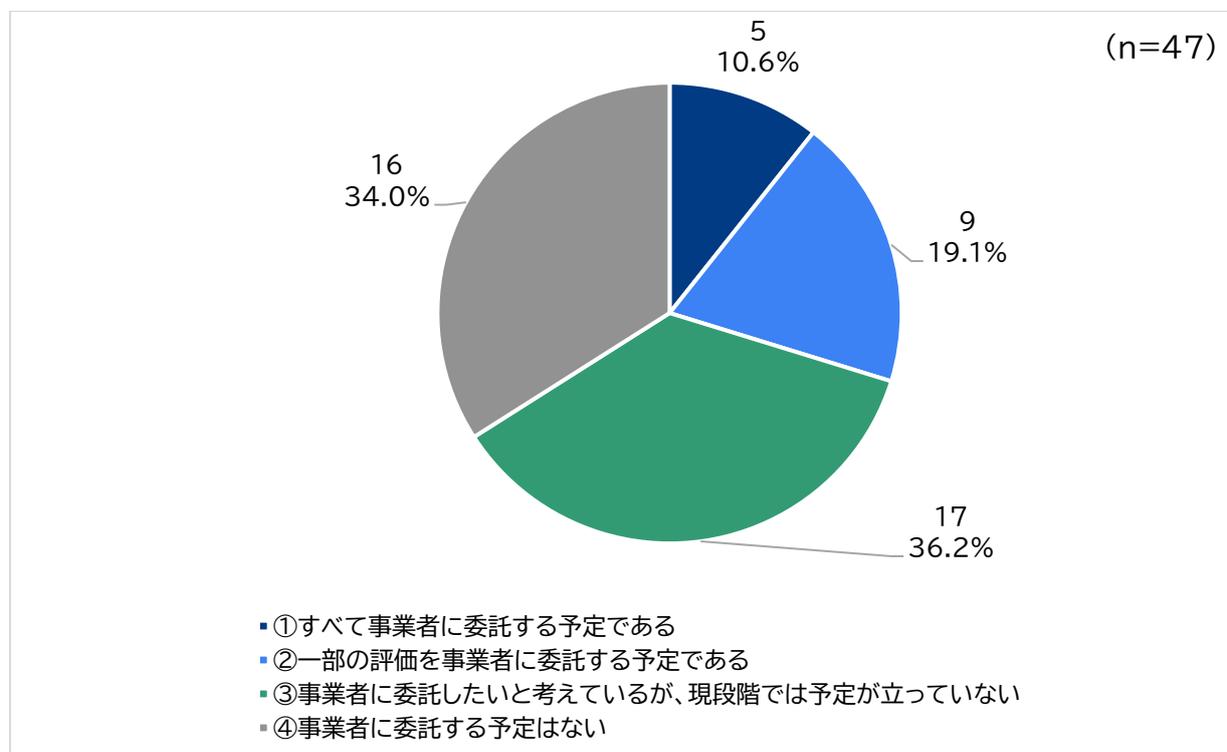
2) 中間評価を行う際の連携先(予定)(複数回答)

中間評価の際の連携予定先としては、「都道府県(45)」「国保連合会(44)」の回答が多く、続いて「医師会(33)」「歯科医師会(33)」「薬剤師会(31)」となっていた。



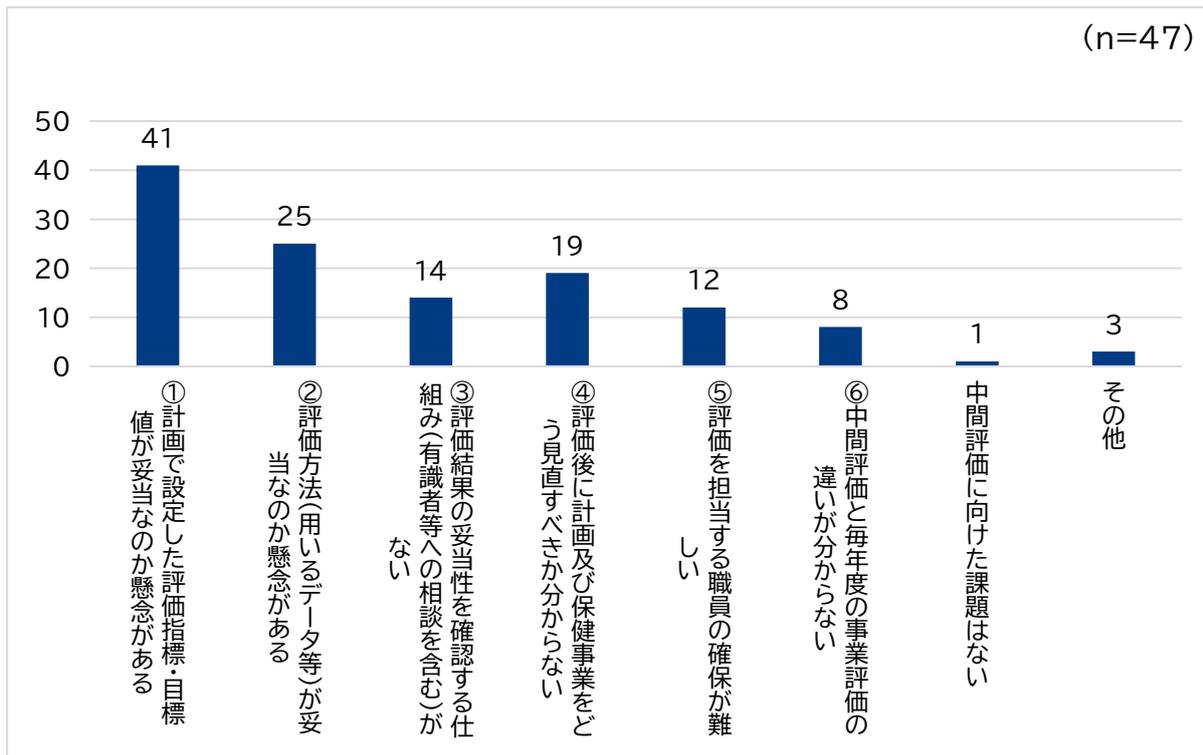
3) 業者への委託予定について

中間評価の実施にあたり、事業者へ外部委託する予定はあるか尋ねたところ、36.2%の広域連合が「事業者に委託したいと考えているが、現段階では予定がたっていない」と回答していた。すべて、または一部の評価を委託予定と回答した広域連合は約3割であった。



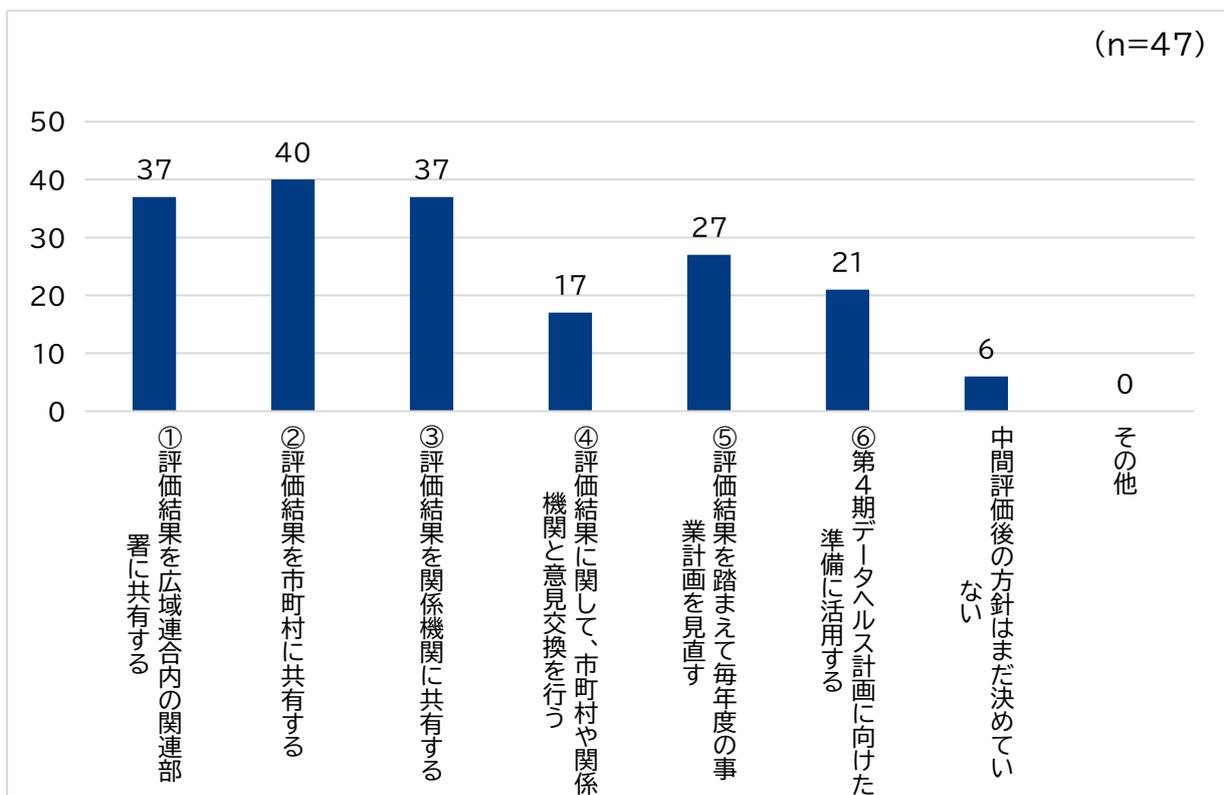
4) 中間評価に向けた課題(複数選択)

中間評価に向けた課題として「計画で設定した評価指標・目標値が妥当なのか懸念がある」の回答が最も多く、41の広域連合が回答していた。次いで「評価方法(用いるデータ等)が妥当なのか懸念がある」「評価後計画及び保健事業をどう見直すべきか分からない」がそれぞれ25、19となっていた。



5) 中間評価後の方針(予定)(複数選択)

中間評価後の方針(予定)を尋ねたところ、市町村や関係機関、広域連合内の関係部署に共有するとの回答が多かった。



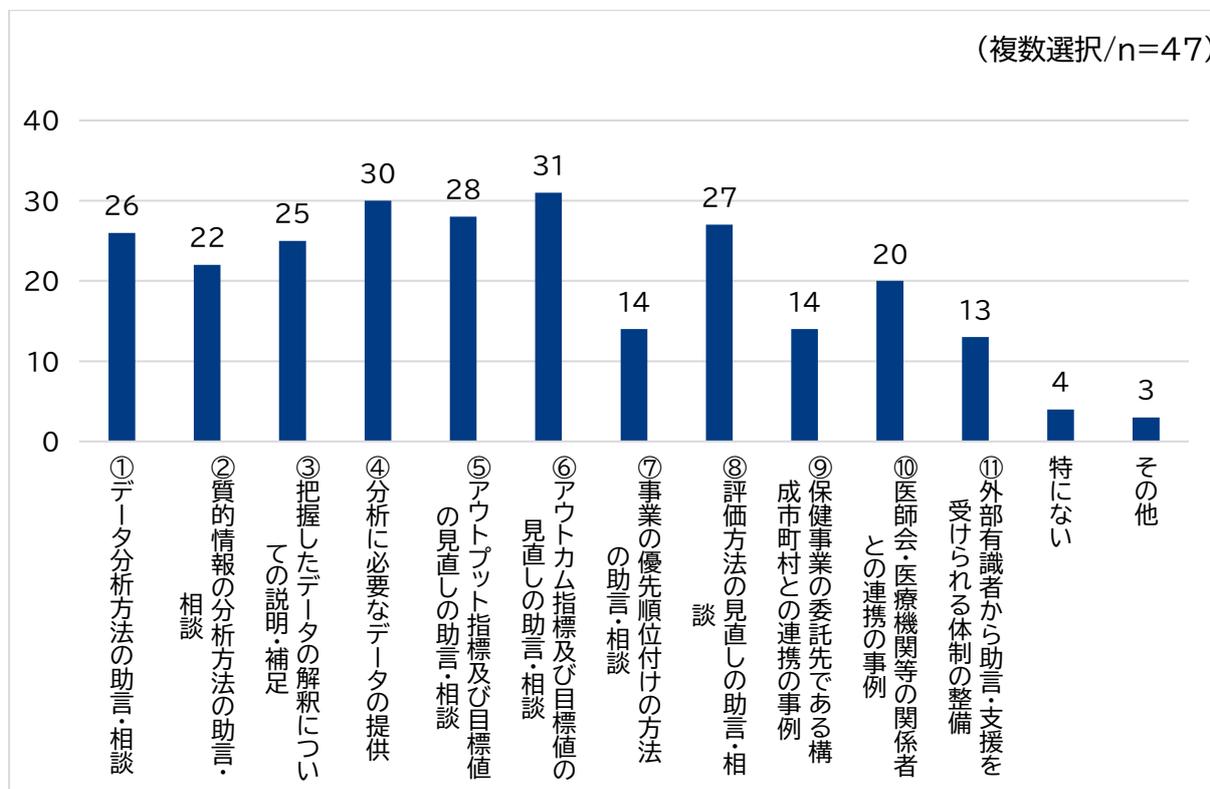
6) 中間評価を受けて実施する見直しの範囲・内容(自由記述)

具体的な見直しの内容としては、評価指標や目標値、事業の実施方法等を見直す予定との回答が得られた。

カテゴリ	具体的な内容(主な意見を抜粋)
評価指標	<ul style="list-style-type: none"> 1つの指標に評価項目が複数含まれているものがあつたため、評価項目を分割する 市町村実績からの集計が必要な評価指標を、KDB などから計上できる指標に変更する 正確な数値が得られないと関係機関から指摘のあつた評価指標の修正
目標値	<ul style="list-style-type: none"> 第3期データヘルス計画において設定できなかった目標値の検討 現状の目標値を、実績値が大幅に上回っている、あるいは下回っている項目の目標値の再設定
その他	<ul style="list-style-type: none"> 新たな事業の計画 事業の実施方法や体制等 各市町村への支援方法・内容

7) 中間評価実施に当たって国から受けたい支援

中間評価に当たって国から受けたい支援として、「アウトカム指標及び目標値の見直しの助言・相談」という回答が最も多く(31)、続いて「分析に必要なデータの提供」が多かつた(30)。



8) 中間評価・見直しに当たっての国への意見・提案(自由記述)

国への意見・提案としては、中間評価の手引きや説明会等による情報提供や、データ分析方法や評価方法の具体例を示してほしい等の要望が寄せられていた。

カテゴリ	具体的な意見(主な意見を抜粋)
情報提供	<ul style="list-style-type: none">中間評価の手引きの作成や広域連合向けの説明会を実施してほしい中間評価・見直しに関する情報を早めに示してほしい
データ分析	<ul style="list-style-type: none">KDBシステムをより使いやすい形に改修してほしい(データヘルス計画と連動させるなど)データ分析方法や評価方法等について、設定例や全国の好事例等を周知してほしいデータ出典元を明記してほしい
その他	<ul style="list-style-type: none">外部有識者からの助言・支援を受けられる体制構築の支援をしてほしい進捗管理シートや振り返りシート活用の事例紹介をしてほしい中間評価、見直しが広域連合にとって過度な負担とならないようにしてほしい

3.4 広域連合・市町村ヒアリング結果

3.4.1 ヒアリング方法について

(1) ヒアリング対象の抽出基準

一体的実施事業がデータヘルス計画に基づいて実施しており、かつ一体的実施の事業が進んでいるという観点から広域連合及び市町村のヒアリング候補を抽出した。抽出にあたり、実施状況調査やデータヘルス計画、一体的実施の実績報告書のデータに基づき判定した。

	絞り込みの観点	抽出基準（抽出方法）
広域連合	データヘルス計画に基づいた事業を管内市町村が実施できるよう支援している	<ul style="list-style-type: none"> 市町村のデータヘルス計画の標準化や理解に向けた働きかけを積極的に行っている。（実施状況調査） 管内市町村がデータヘルス計画を十分に理解・活用している。（実施状況調査） 都道府県や関連団体と連携が取れており、市町村支援のための体制が整備と推測される。（実施状況調査）
	管内市町村が、データヘルス計画に基づいて標準化された事業を実施している	<ul style="list-style-type: none"> データヘルス計画で優先課題に設定した事業の実施市町村割合が高い。（データヘルス計画・R5実績報告書） 一体的実施・KDB活用支援ツールの対象者抽出基準を利用して事業を行っている管内市町村が多い。（R5実績報告書）
	市町村の状況を踏まえたデータヘルス計画を策定している	<ul style="list-style-type: none"> データヘルス計画様式Ⅱに市町村の情報が書き込まれている。（データヘルス計画）
市町村	データヘルス計画を理解している/ データヘルス計画に基づいて事業を実施している	<ul style="list-style-type: none"> ヒアリング対象となる広域連合の管内にある。 ※広域連合の支援を受けて進んでいると想定される。 データヘルス計画を十分に理解・活用している。（実施状況調査） 一体的実施・KDB活用支援ツールの対象者抽出基準を利用して事業を行っている。（実施状況調査）
	一体的実施の事業が進んでいる	<ul style="list-style-type: none"> 実施事業数が多い。（R5実績報告書）
	その他	<ul style="list-style-type: none"> ヒアリング対象となる広域連合から推薦がある。 対象市町村の内訳については、市町村規模を考慮して選定する。

(2) ヒアリング対象

抽出基準に従い6広域連合を選定し、それら広域連合管内の市町村を選定した。市町村のヒアリング対象候補については広域連合に事前に確認したうえで決定した。

広域連合	市町村	規模※1	事業開始年度※2	委託の有無※2	委託先※2
秋田県広域連合	秋田市	大	令和2年度	有	職能団体
	大館市	中	令和2年度	有	民間団体
富山県広域連合	高岡市	中	令和2年度	有	職能団体
	砺波市	小	令和6年度	有	職能団体
兵庫県広域連合	豊岡市	中	令和2年度	無	—
	多可町	小	令和3年度	無	—
鹿児島県広域連合	志布志市	小	令和5年度	無	—
栃木県広域連合	宇都宮市	大	令和4年度	無	—
	矢板市	小	令和2年度	有	民間団体
東京都広域連合	練馬区	大	令和3年度	有	職能団体

※1 大規模…人口 20 万人以上 中規模…人口 5 万人～20 万人未満 小規模…人口 5 万人未満

※2 令和 6 年度実施計画書をもとに記載

(3) ヒアリング項目

広域連合、市町村それぞれに対するヒアリング項目は以下の通り。

	カテゴリ	質問
広域連合	1.データヘルス計画の意義（総論）	<ul style="list-style-type: none"> 第3期データヘルス計画を通じて、広域連合及び市町村の関係者間で健康課題や保健事業に関する課題意識が共有されているか 第3期データヘルス計画を通じて、市町村との連携が円滑になったか
	2.標準化を促進するための方法	<ul style="list-style-type: none"> データヘルス計画策定時の工夫（目標・優先事業設定の方法等） 市町村におけるデータヘルス計画の理解を促進するための工夫 共通評価指標に対する評価（効果・問題点） 標準化に対する評価（効果・問題点） 対象者抽出基準の統一の進め方
	3.効果的・効率的な事業の実施方法	<ul style="list-style-type: none"> 実施している市町村支援とその工夫 市町村との連携方法 外部委託の際の課題・工夫 関係組織との連携における工夫（特に組織内連携、外部関連団体との連携の工夫）
	4.中間評価・見直しに向けて	<ul style="list-style-type: none"> 毎年度の事業評価の状況、中間評価で実施予定の分析 中間評価・見直しに当たる課題や困りごと 中間評価・見直しに当たっての国への意見・提案
市町村	1.データヘルス計画の意義（総論）	<ul style="list-style-type: none"> 第3期データヘルス計画を通じて、広域連合及び市町村の関係者間で健康課題や保健事業に関する課題意識が共有されているか 第3期データヘルス計画を通じて、広域連合との連携が円滑になったか
	2.標準化に対する意見・評価	<ul style="list-style-type: none"> データヘルス計画との連携における課題・工夫 対象者抽出基準における課題・工夫 標準化に当たる広域連合への要望
	3.効果的・効率的な事業の実施方法	<ul style="list-style-type: none"> プロセス・ストラクチャーの内容と独自の工夫 事業推進のために実施している具体的な取組・課題 事業における困難や苦労点、およびその解決方法
	4.中間評価・見直しに向けて	<ul style="list-style-type: none"> 中間評価・見直しに当たる広域連合への要望

3.4.2 好事例紹介—広域連合

事例01 秋田県後期高齢者医療広域連合

基本情報

管内市町村数	25
人口	881,992人
高齢化率	39.7%
後期高齢者被保険者数	200,055人
後期高齢者健診受診率	24.9%
日常生活圏域	50

後期高齢者の健康課題(第3期データヘルス計画より)

- 平均自立期間が全国的にみて相対的に短い
- 健診受診率は徐々に上昇しているものの全国平均を下回る。歯科健診受診率は顕著に低水準
- 血圧、肝機能及び肥満のリスク者割合が全国平均を上回っている
- 認知機能や運動・転倒に関するリスク者割合が全国平均を上回る
- 多剤投薬に該当した人は全体の3割を占め、常態化している人も
- 要支援・要介護認定者の割合は全国平均を上回り、要介護2以上の割合は47都道府県中2番目に高い

一体的実施の「質の向上」「量の拡大」に向けた市町村支援の工夫



ポイント

- ✓ 市町村規模に応じてグループ分けすることで、同じような課題を抱える市町村同士の意見交換を活性化し質の底上げ
- ✓ 市町村の一体的実施の進捗に応じて支援の濃淡をつけることで、効率的・効果的な支援が可能になった
- ✓ 市町村訪問により課題の共有や先進事例の情報提供図る

全体支援の工夫

《グループ分けの工夫》

- 被保険者数(規模)ごとに管内市町村を4グループに分けて意見交換会を開催
- 各市町村が抱える課題に対する解決策について話し合うほか、事前に特定の市町村への質問事項を集めて意見交換会で回答
- 市町村から「ちょっとした悩み事を聞けて良い機会だった」と好評

個別支援の工夫

《支援対象の重点化》

- 広域連合として、支援対象市町村の優先順位を決め、訪問の対象を重点化
- 一体的実施事業をはじめ2年目の市町村や、ハイリスクアプローチの取組区分数が少ない市町村など、支援が必要な市町村を中心に訪問
- 一体的実施がフェーズ2に入った令和7年度からは、全市町村を訪問予定

外部リソースの活用

《関係団体への協力依頼》

- 医師会、薬剤師会、歯科医師会、厚生連に対し、年度初めに広域連合で実施している保健事業の協力依頼を実施
- 広域から事業委託はしていないが、医師会と薬剤師会を訪問し事業説明を実施。特に服薬や健診の事業について説明し、理解・協力を得ている

データヘルス計画の標準化を促すための工夫

《市町村向け説明会の開催》

- 広域連合がデータヘルス計画案を作成し、各市町村に内容を確認してもらうプロセスを設けることで、市町村の意向や実情を反映
- データヘルス計画策定した令和5年度に2回(10月、12月)にオンラインで説明会を実施し、広域連合の方針や方向性を市町村に周知
- 人事異動などで担当者も変わっていると考えられるため、今後は年度初めに実施している保健事業説明会でもデータヘルス計画を踏まえて事業内容を説明をしていくことも検討

《市町村の実情に合わせた柔軟な対応》

- 対象者抽出基準の統一など標準化を進めているが、市町村ごとに健康課題や保健事業の実施方法が異なるため、市町村の状況に応じて柔軟に対応

事例02 栃木県後期高齢者医療広域連合

基本情報

管内市町村数	25
人口	1,896,350人
高齢化率	30.7%
後期高齢者被保険者数	310,975人
後期高齢者健診受診率	30.0%
日常生活圏域	179

後期高齢者の健康課題(第3期データヘルス計画より)

- 平均余命、平均自立期間ともに全国平均より短い
- 健診受診率は第2期計画の目標値(35%)を達成していない
- 「血圧リスク」保有者が最も多く、過去5年間で増加傾向。
「血糖リスク」保有者は、該当者割合が全国と比べて高く、過去5年間で増加傾向
- 「運動転倒」「半年前に比べて固いものが食べにくい」の割合が高い
- 全国と比べると、特に「脳血管疾患」の死亡率が高い
- 通いの場の数及び高齢者参加率が、全国と比べて低い水準

一体的実施の「質の向上」「量の拡大」に向けた市町村支援の工夫

- ✓ 2市町ずつ個別訪問、近隣市町と情報交換する機会を作ることで底上げにつなげる
- ✓ 取組の進捗・成果に応じて市町にインセンティブを付与
- ✓ 市町共通の課題解決に向け、広域連合から積極的に関係団体にアプローチ



ポイント

全体支援の工夫

《関係者による協議会の設置》

- 市町の企画調整担当と広域連合の保健師が委員、県と国保連がオブザーバーの高齢者保健事業推進協議会を設置し、研修会を実施
- 推進協議会の下で個別テーマの検討会を開催
- その他、市町の一体的実施担当者等向けに研修会等を実施

個別支援の工夫

《近隣市町との意見交換を促進》

- 市町訪問は2市町ごとに開催
- 近隣市町との意見交換や、顔が見える関係構築を促すこともねらい

《市町へインセンティブの付与》

- 取組事業と介入者数の実績に応じて広域連合独自の交付金を市町に配分

外部リソースの活用

《学識経験者との連携》

- 学識経験者を広域連合の保健事業アドバイザーとして招へいし、市町事業への助言や講話を依頼
- 「PAからHAへのつなぎ方」も講話に含めてもらうよう依頼

《関係機関への積極的アプローチ》

- 県全体として低栄養の取り組みが少ないことが課題だったため、広域連合から栄養士会に事業委託。栄養士会における一体的実施のノウハウ蓄積と、市町との連携を促すねらい
- 市町と歯科衛生士会が連携できていない状況があったため、広域連合から歯科衛生士会にアプローチ

データヘルス計画の標準化を促すための工夫

《市町からの意見集約》

- データヘルス計画策定段階で市町から意見集約し、策定後には一体的実施関連の会議で目標値と評価指標について説明することで、市町の理解を促す
- 市町の保健事業担当者との連絡会議でデータヘルス計画に触れて事業の説明をすることもある

《一体的実施・KDB活用支援ツールの説明会を開催》

- 「マンパワー不足の解消になる」という話を受けて、積極的にツールの利用を推進。令和6年度から広域連合主催の研修会でツールの使用方法や目的を説明し、広域連合が市町を訪問してツールの操作研修も開催
- 市町からは、ツールを活用することで簡単に対象者が抽出できると好評

事例03 東京都後期高齢者医療広域連合

基本情報

管内市町村数	62
人口	14,220,200人
高齢化率	23.5%
後期高齢者被保険者数	1,770,222人
後期高齢者健診受診率	49.9%
日常生活圏域	389

後期高齢者の健康課題（第4期データヘルス計画より）

- 平均寿命と平均自立期間の差は横ばい
- 健診受診率は全国平均に比べて高いが、歯科健診受診率は低水準
- 糖尿病などの生活習慣病の外来医療費が上位を占める
- 骨折や関節疾患の医療費が高い
- 血糖値や血圧の基準値から外れている人の割合が増加
- 全国平均と比較し、低体重、運動機能低下の人の割合が高い
- 要介護認定率は全国平均より高い

一体的実施の「質の向上」「量の拡大」に向けた市町村支援の工夫

- ✓ 区部～島しょ部と幅広い市区町村の実情を把握するため、事前分析に基づく個別訪問や介入現場の見学を実施
- ✓ マンパワーが限られる小規模市町村の課題や困りごとを把握するため、広域連合から積極的にアプローチ
- ✓ 東京都の職能団体（歯科衛生士会、理学療法士協会）との連携など外部リソースの有効活用を模索



ポイント

全体支援の工夫

- 《企画調整担当者向け説明会の実施》
- 各自治体で、概ね1名しかいない企画調整担当医療専門職の交流・ネットワーク作りを目的として開催
- 《事業計画書・担当者連絡先等の共有》
- 市区町村間で情報交換が円滑にできるよう、事業計画書や実績報告書、各担当者の連絡先や委託先を共有
- 《意見交換会グループ分けの工夫》
- ハイリスクアプローチの取組区分、自治体規模、委託・直営、事務職・専門職など、複数の視点により市区町村の状況を整理することで実態を把握し、それらの結果を踏まえて市区町村の意見交換会のグループ分けを実施

個別支援の工夫

- 《個別訪問・現場見学での実情把握》
- 都広域として事業の課題を抽出したうえで、個別訪問ヒアリングを実施
 - 現場の実態を深く理解するため、ポピュレーションアプローチの現場見学を実施
 - 市区町村の状況やお互いの担当が見えた方が相互理解が深まるため、可能な限り現地を訪問し、対面による意見交換を実施
- 《小規模市町村への積極的支援》
- マンパワーが限られる小規模市区町村の課題や困りごとを把握するため、広域連合から積極的に連絡

外部リソースの活用

- 《東京都との連携》
- 東京都が実施する医療専門職の人材育成研修において、事例紹介自治体などの選定で連携
- 《市町村共通の課題への対応》
- 実施自治体が少ない「口腔」「身体的フレイル」推進に向け、東京都歯科衛生士会、東京都理学療法士協会と情報交換、事業の連携方を模索
- 《関係団体への委託方法の周知》
- 今後、市区町村から職能団体への委託方法に関する具体例、好事例の収集・周知を行う予定

データヘルス計画の標準化を促すための工夫

- 《事務職も含めた様々な職種に対する説明》
- 事務職、企画調整担当など様々な職種を集めた市区町村向けの説明会を実施。広域連合としての思いも含めて説明
- 《個別ヒアリングを通じた理解促進》
- 年2回の説明会に加え、市区町村の個別ヒアリングの場も活用しながら市区町村の理解を促進
- 《市区町村の実情に合わせた柔軟な対応》
- 市区町村の考えや取組を尊重し、地域の特性を踏まえた上で、先進的な取組を行っている場合は、オリジナルの基準を許容
 - 広域連合のデータヘルス計画の大枠からは外れないようすり合わせ

事例04 富山県後期高齢者医療広域連合

基本情報

管内市町村数	15
人口	989,474人
高齢化率	33.4%
後期高齢者被保険者数	202,348人
後期高齢者健診受診率	39.0%
日常生活圏域	64

後期高齢者の健康課題(第3期データヘルス計画より)

- 健診受診率は全国に比べて高いものの、市町村間の差が大きい
- 全国に比べて健診結果で血糖値、肥満リスクがある者の割合が高く、増加傾向
- 全国に比べて口腔リスクのある者の割合が高く、増加傾向
- 全国に比べて運動・転倒リスクのある者の割合が高く、増加傾向
- 入院率及び1人当たり医療費が全国より高く、疾病別入院医療費では骨折、脳梗塞、不整脈が多い
- 全国に比べて要支援の認定率はやや低いが、要介護の認定率はやや高い

一体的実施の「質の向上」「量の拡大」に向けた市町村支援の工夫



ポイント

- ✓ 市町村の企画調整担当者名簿を作成することで、市町村間の情報交換を活性化
- ✓ 市町村と専門団体のマッチング会議を企画し、市町村単体では対応が困難な専門職の確保をサポート
- ✓ 県や保健所との連携体制を構築、保健所も市町村の一体的実施の取組をバックアップ

全体支援の工夫

《市町村間の情報交換促進》

- 企画調整担当者名簿を作成・共有し、市町村間で情報交換ができる体制を整備

《専門職確保支援》

- 市町村と専門団体のマッチング会議を企画、市町村が円滑に専門職を確保できるよう調整
- 三師会を含む8団体合同の情報交換会を開催し市町村も参加。縦割りではなく、横でつなげて各専門職が協力し合える体制の構築が狙い

個別支援の工夫

《個別ヒアリングの実施》

- 全市町村への巡回ヒアリングを実施
- ##### 《ポピュレーションアプローチからハイリスクアプローチの連携》
- サロン・通いの場から身体的フレイル事業につなげるなど、ポピュレーションアプローチからハイリスクアプローチへの連携を促すべく、広域連合から積極的に連携方法の事例を提示することで、市町村に働きかけ

外部リソースの活用

《保健所との連携》

- 保健所単位の連絡会を開催、近隣市町村との意見交換を実施
 - 保健所担当者が市町村への巡回ヒアリングに同席することで、市町村の実施状況を把握できるようになった
 - それにより、保健所によるデータ分析をはじめとした市町村支援が円滑化
- ##### 《教育機関との連携》
- 地元の2大学に研究分析を委託、一体的実施セミナー等で研究成果を市町村や関係団体に還元
- ##### 《県・国保連へ能動的に働きかけ》
- 広域連合、県、国保連は常に一体的に動く体制を整備

データヘルス計画の標準化を促すための工夫

《打合せ等によるデータヘルス計画の説明》

- 市町村との打ち合わせ会、関係団体との情報交換会などの場面で、市町村と個別事業の課題や目標を共有

《共通評価指標の提示》

- 広域連合と構成市町村の合同会議の際に、市町村に共通の評価指標のデータを提示(市町村比較データを一覧表で提示)

《“評価表”の作成・共有》

- 経年的にアウトカムが把握できるよう、広域連合から評価表(事業評価の参考にしようとするための様式)をフィードバック

《市町村の実情に合わせた柔軟な対応》

- 保険者インセンティブを念頭に国の方向性を示しつつ、市町村の力量に合わせて柔軟に対応

事例05 兵庫県後期高齢者医療広域連合

基本情報

管内市町村数	41
人口	5,344,832人
高齢化率	29.5%
後期高齢者被保険者数	906,349人
後期高齢者健診受診率	19.9%
日常生活圏域	278

後期高齢者の健康課題（第3期データヘルス計画より）

- 健診及び歯科健診の受診率が低く、医療や介護サービス等にもかかっていない健康状態不明者が存在
- 生活習慣病に関連した疾患の罹患率が高く、健診結果において「血糖」、「血圧」の有所見者割合が高い
- 骨折に関連する医療費が年々増加しており、介護のリスク要因にも繋がっていることが考えられ、低栄養等のフレイルリスク保有者も一定数存在

一体的実施の「質の向上」「量の拡大」に向けた市町村支援の工夫

- ✓ 全市町共通の課題(歯科健診受診率の低迷)に対して、目標値の提案や補助により市町村の取組を促進
- ✓ 外部委託先に対象者の優先順位を伝えるなど、効果的・効率的な介入につなげるよう働きかけ
- ✓ 集約レポートの結果を市町村にフィードバックすることで、データヘルス計画の標準化を図る



ポイント

全体支援の工夫

《小規模単位での意見交換会》

- 市町村間の意見交換を活性化するため、小規模単位で意見交換会を開催
- 構成市町の規模別に41市町を2か年に分けて、1回あたり5～7市町の小規模で開催
- 学識経験者や国保連合会の保健師も同席して困りごとの相談を受付

個別支援の工夫

《分析結果のフィードバック》

- 健康課題や進捗の分析結果等を市町村にフィードバック、比較しやすい形で提供
- 令和7年度はポピュレーションアプローチの課題分析、評価に活用できる、通いの場の質問票の分析資料を新たに提供

《市町村共通の課題への対応》

- 全市町村で課題となっている口腔機能に着目した検査を実施する市町村に広域独自の補助を実施予定

外部リソースの活用

《委託先との連携》

- 広域連合が実施する訪問事業では、外部委託先にも対象者の優先順位を伝えて重点的な対応を指示

《県の関係課との連携》

- 県の歯科保健所管課(健康増進課)と連携し、市町村のオーラルフレイル担当者向けに広域連合の歯科事業及び一体的実施での口腔事業について情報提供
- 県の国保医療課・健康増進課・高齢政策課、国保連合会と情報交換会を年2回実施し、意見交換や情報共有を図る

データヘルス計画の標準化を促すための工夫

《市町村向け研修会の開催》

- 研修会等でデータヘルス計画の目標値の進捗を市町村に報告することで全県における保健事業の進捗状況を共有している

《集約レポートの活用》

- 集約レポートの結果等を市町村にフィードバック

《市町村の実情に合わせた柔軟な対応》

- 研修会や相談時には国の抽出基準を採用するよう働きかけつつ、独自基準も認める

《評価指標の見直し》

- 一体的実施の評価において、令和6年度に国の評価指標例等を参考に県内で統一した評価指標を設定
- 統一した評価指標で評価を行った市町村の意見等を踏まえて、保健事業支援・評価委員会委員や国保連合会に助言をいただきながら毎年指標の見直しを行っている(例:評価しにくい、算出しにくいといった意見を踏まえた見直し)

事例06 鹿児島県後期高齢者医療広域連合

基本情報

管内市町村数	43
人口	1,519,481人
高齢化率	18.4%
後期高齢者被保険者数	278,977人
後期高齢者健診受診率	26.8%
日常生活圏域	138

後期高齢者の健康課題(第3期データヘルス計画より)

- 平均余命・平均自立期間は全国より短く、介護認定率は全国に比べて高い
- 健診受診率は全国に比べて低く、市町村格差が大きい
- 健診受診者の有所見率が高い
- 口腔健診受診者の95%が要指導や要精密・要治療に該当、口腔機能低下症疑いが2割以上を占める
- 1人当たり入院医療費が全国2位
- 薬物有害事象の発生リスクが高くなるとの研究報告がある6剤以上の薬剤処方が被保険者の44%を占める

一体的実施の「質の向上」「量の拡大」に向けた市町村支援の工夫

- ✓ 一体的実施の取組が進みにくい市町村には積極的にアウトリーチ、市町村の上長も巻き込み取組を推進
- ✓ 県職員OBをアドバイザーとして派遣することで、離島の自治体にもきめ細やかな支援を提供
- ✓ 広域連合による分析結果の発表が地元大学との協働のきっかけに。大学の分析結果を活用した介入方法を模索



ポイント

全体支援の工夫

《地区単位の意見交換会の開催》

- 保健医療圏域の市町村担当者が集まる地区別意見交換会を開催
- その他、市町村担当者向けの事業説明、企画調整担当者連絡会、地域担当医療専門職を対象とした従事者研修会、関係団体等を含め医療専門職を対象とした一体的実施に係るセミナーを開催(国保連合会と共催)

個別支援の工夫

《市町村への取組推進の工夫》

- 市町村への個別訪問を実施
- 一体的実施の進捗が思わしくない場合などには、所管部署の監理監督職の同席を提案し、広域連合が一体的実施の目的や重要性を直接説明する過程を設けている

《アウトリーチ活動の実施》

- 一体的実施が進みにくい市町村には、広域連合から積極的にアウトリーチ
- ##### 《寄与に応じたインセンティブの付与》
- 調整交付金の対象外となる経費や旅費の補助に加え、保険者インセンティブの寄与に応じた補助を実施

外部リソースの活用

《県職員OBの活用》

- 離島の自治体にもきめ細やかな支援ができるよう、県職員のOBを活用したアドバイザーを派遣

《学識経験者との連携》

- 口腔機能管理推進協議会における広域連合による分析結果(口腔機能と要介護度の関係)の発表を機に、鹿児島大学の研究者から声かけがあり、連携を開始
- その後、広域連合から鹿児島大学にデータ分析を依頼するように
- 大学の分析結果を活用して市町村の介入のあり方を模索するほか、データヘルス計画の個別事業の評価指標の設定にも活用

データヘルス計画の標準化を促すための工夫

《様式の改良》

- 一体的実施のために作成していた独自様式を一部改良し、データヘルス計画の指標も追記。データヘルス計画と一体的実施が結びついていることを市町村に示した

《情報の見せ方を工夫》

- 医療費等の状況のグラフやハイリスク者割合の色塗りマップで実態を可視化する資料を作成
- このほか、データヘルス計画の目標値の意図・考え方を記載した冊子を作成し、市町村や三師会等の関係者間で共通理解が図れるよう工夫

3.4.3 好事例紹介—市町村

事例01 秋田県秋田市

基本情報

人口	293,176人
高齢化率	33.5%
後期高齢者被保険者数	53,818人
後期高齢者健診受診率	26.8%
日常生活圏域	5
一体的実施開始年度	R2年度～

一体的実施の取組

ハイリスクアプローチ

低栄養	○
口腔	○
服薬(重複投薬・多剤投与等)	○
身体的フレイル(ロコモ含む)	○
重症化予防(糖尿病性腎症)	—
重症化予防(その他生活習慣病)	○
健康状態不明者対策	○

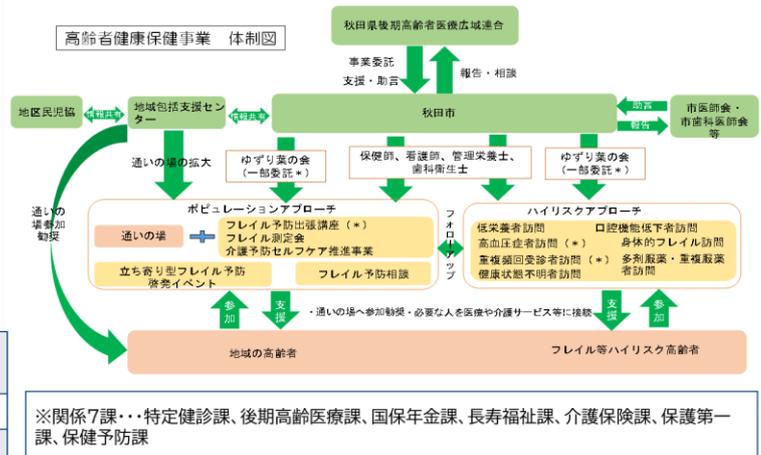
ポピュレーションアプローチ

健康教室・健康相談	フレイル予防出張講座 フレイル測定会 介護予防セルフケア推進事業
フレイル状態把握	同上
相談できる環境づくり	立ち寄り型フレイル予防啓発イベント フレイル予防相談

後期高齢者の健康課題

- 同規模都市と比較して
 - 健康状態「あまりよくない」「よくない」の割合が高い
 - 運動習慣、外出機会が少ない
- 血圧の有病率が高く、循環器系の医療費も高い
- 健康状態不明者800人以上
- 加齢とともに低栄養・貧血・誤嚥性肺炎・骨折・認知症の有病率が高くなる

実施体制



一体的実施の「質の向上」「量の拡大」に向けたポイント

- ✓ 関係7課の実務者によるプロジェクトチーム会議を開催し、担当者どうし顔が見える関係を構築
- ✓ 3課合同での啓発媒体作成や立ち寄り型フレイル予防啓発イベントの開催など、関係課が実務レベルで協働
- ✓ 保健指導マニュアルを作成し関係課で共有。PA-HA間の連携を図る「事業連携フローチャート」も掲載



ポイント

ストラクチャーの工夫

《顔の見える関係構築》

- 関係7課の課長を委員とした庁内連絡会を設置。関係7課の実務者をメンバーとしたプロジェクトチーム会議を開催
- 各課の保健師等が顔の見える関係である点が円滑な連携のポイント

《関係団体への協力依頼》

- 地域包括支援センター管理者情報交換会、生活支援コーディネーター情報交換会、保健師・看護師情報交換会等にて情報共有
- 通いの場への声かけや個別ケースのフォロー等に関する協力を依頼

《マニュアルの作成・共有》

- 毎年「高齢者健康保健事業 保健指導マニュアル」を作成し、保健予防課、長寿福祉課にも提供
- マニュアルにはポピュレーションアプローチからハイリスクアプローチにつながる事業連携フローチャートも記載
- ハイリスクアプローチからポピュレーションアプローチにつながる意識を職員間で共有

プロセスの工夫

《複合的な取組の実施》

- 低栄養で訪問した際に、口腔のリスクがあれば次回歯科衛生士と訪問するなど、複合的な取組も実施

《HA→PAへの連携》

- 訪問指導時に必要に応じてフレイル測定会を紹介
- ハイリスク情報提供対象者にフレイル予防相談紹介

《PA→HAへの連携》

- フレイル測定会、フレイル予防出張講座、フレイル予防相談参加者のうち、低栄養、口腔機能低下の該当者にハイリスク訪問紹介

《関係課の協働》

- 特定健診課、保健予防課、長寿福祉課3課合同でフレイル予防のチラシを作成しPR
- 3課協働の立ち寄り型フレイル予防啓発イベントを商業施設等で年5回開催し、健康への関心が低い層に対する情報提供や相談等を実施

事例03 栃木県宇都宮市

基本情報

人口	513,086人
高齢化率	26.4%
後期高齢者被保険者数	74,306人
後期高齢者健診受診率	27.2%
日常生活圏域	25
一体的実施開始年度	令和4年度

一体的実施の取組

ハイリスクアプローチ

低栄養	— (実施予定)
口腔	— (実施予定)
服薬(重複投薬・多剤投与等)	—
身体的フレイル (ロコモ含む)	—
重症化予防(糖尿病性腎症)	○
重症化予防(その他生活習慣病)	○
健康状態不明者対策	○

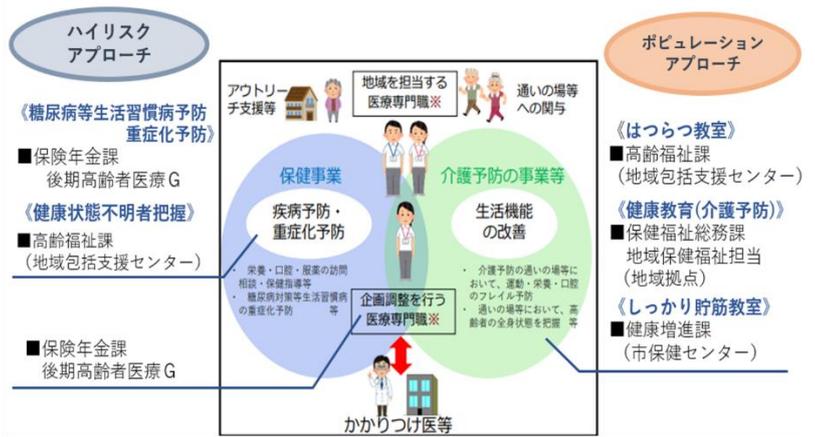
ポピュレーションアプローチ

健康教室・健康相談	はつらつ教室、しっかり貯筋教室 健康教育(介護予防)
フレイル状態把握	はつらつ教室、しっかり貯筋教室 健康教育(介護予防)
相談できる環境づくり	—

後期高齢者の健康課題

- 国、県と比較して、健診受診率は低く、「血圧」「血糖・血圧」における受診勧奨値以上の割合は高い。
- 一人当たりの医療費は増加傾向
外来医療費では、高血圧等の循環器疾患のほか、糖尿病や慢性腎不全の割合が高い。入院医療費では、骨折や関節疾患等、運動器疾患の割合が高い。
- 要介護者の有病状況では、心臓病、高血圧、筋・骨格が上位

実施体制



一体的実施の「質の向上」「量の拡大」に向けたポイント

- ✓ 関係他課が実施していた既存事業をうまく活用してポピュレーションアプローチを展開
- ✓ 保健師どうしのつながりを起点に関係各課との連携を強化
- ✓ 主治医との連携強化を図るため、医療機関受診時には対象者に「連絡票」を持参してもらい周知

ストラクチャーの工夫

《関係課との連携》

- 関係各課と連絡会議等を開催し、実績報告や実施計画の伝達および情報共有等を行い適宜連携
- 保健師間のつながりをもとに連携強化

《既存事業の有効活用》

- ポピュレーションアプローチは既存事業を有効活用
- 保健福祉総務課地域拠点(5か所)、高齢福祉課(地域包括支援センター)、健康増進課(保健センター)にも協力してもらい事業展開

《他市町村の情報収集》

- 県内の他市町村の状況を確認するため、直接企画調整担当へ連絡する等連携を図ることもある

《指導・介入の質向上》

- 訪問経験が少ない医療専門職も安心して業務遂行できるよう、訪問時は2人体制で実施したり、各種研修会に積極的に参加

プロセスの工夫

《主治医との情報共有》

- 市医師会に事業協力を依頼。医師会からの提案もあり、一体的実施事業の意図を医師に伝えるため、受診時には対象者に市が作成した連絡票を持参してもらう

《HA⇄PA間の連携》

- ハイリスクアプローチからポピュレーションアプローチの連携に取り組んでおり、訪問指導時に必要に応じて各種教室を案内。
- ポピュレーションアプローチからハイリスクアプローチへの接続も次年度以降実施予定

《取組の標準化》

- ポピュレーションアプローチでは実施内容や報告書作成等について年度当初に担当者向け事業説明会を開催

《新規事業の拡充》

- 今年度から重症化予防(コントロール不良)の事業を開始。
- 今後は低栄養や口腔などの新規事業への量の拡大を検討。まずは低栄養について栄養士会への業務委託を検討中

事例04 栃木県矢板市

基本情報

人口	29,755人
高齢化率	35.6%
後期高齢者被保険者数	5,882人
後期高齢者健診受診率	30.7%
日常生活圏域	3
一体的実施開始年度	R2年度～

一体的実施の取組

ハイレスクアプローチ ※ 令和6年度実施分

低栄養	○
口腔	○
服薬(重複投薬・多剤投与等)	○
身体的フレイル (口コモ含む)	—
重症化予防(糖尿病性腎症)	○
重症化予防(その他生活習慣病)	○
健康状態不明者対策	○

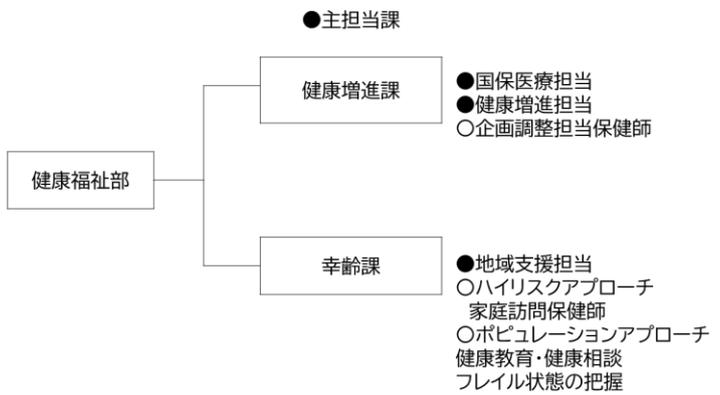
ポピュレーションアプローチ ※ 令和6年度実施分

健康教室・健康相談
フレイル状態把握
気軽に相談できる環境づくり

後期高齢者の健康課題

- 後期高齢者の質問票「半年前に比べて固いものが食べにくい」「お茶や汁物等でむせる」の該当者が多く、歯科健診受診率が低いことから、定期的な歯科受診、口腔機能対策が必要である。
- 外来医療費分析(最大医療資源疾患名)は、筋骨格系及び結合組織疾患が上位にあり、要介護者の有病状況も筋・骨疾患が上位であり、フレイル対策が必要である。
- 医療費分析では外来医療費・入院医療費共に循環器系の疾患が第1位となっているため、生活習慣病に対する対策が必要である。

実施体制



一体的実施の「質の向上」「量の拡大」に向けたポイント

- ✓ 対象者に事前通知なく直接訪問することで効果的・効率的にアプローチ可能になった
- ✓ 最新データを用いて対象者を抽出することで、対象者に介入の必要性を伝えやすくなった
- ✓ 口腔や低栄養の介入をきっかけに他の問題も合わせて聞き取るなど、複合的な取組も実施



ポイント

ストラクチャーの工夫

《職員間の顔の見える関係構築》

- 目標達成に向けた手順・方法を都度関係者で協議する等、協力的体制を構築
- 年3回の全体会議に加え、毎月担当者で対面での打ち合わせを実施

《職員の配置の工夫》

- 健康増進課と幸齢課は同じフロア内にいるため連携が図りやすい

《関係団体との連携・外部資源の有効活用》

- 関係機関とも日頃からコミュニケーションを取り連携を図る
- 社会福祉協議会等とも連携するほか、管理栄養士会と連携し、フレイルサポーターも活用

《主治医との連携》

- 対象者の主治医を訪問して一体的実施の事業説明
- 糖尿病の指示書を書く際に主治医を訪問して注意事項等を聴取、事業完了後は評価結果も含めて医師に報告。

プロセスの工夫

《対象者へのアプローチの工夫》

- 一体的事業取組内容の説明は、当市においては文書・電話よりも対面が効果的。そこで事業の案内は出さず、直接訪問する方式を採用
- 低栄養は説明会から訪問型に変更したことで効果が出ている(待機者の削減や、家族も含めて保健指導できるというメリットも)

《PA→HAの連携》

- ポピュレーションアプローチ(健康教室)からハイレスクアプローチや地域包括支援センターにつなげる取組を実施

《複合的な取組の実施》

- 口腔や低栄養は入り口。対象者は他の問題も併せもっているため、聞き取りをして適宜対応

《最新データの活用》

- 低栄養、口腔、糖尿病重症化予防については、最新のデータに基づき介入(対象者に介入の必要性を伝えやすい)

事例05 東京都練馬区

基本情報

人口	750,282人
高齢化率	22.0%
後期高齢者被保険者数	91,816人
後期高齢者健診受診率	52.4%
日常生活圏域	27
一体的実施開始年度	R3年度～

一体的実施の取組

ハイリスクアプローチ

低栄養	○
口腔	○
服薬(重複投薬・多剤投与等)	○
身体的フレイル (ロコモ含む)	—
重症化予防(糖尿病性腎症)	○
重症化予防(その他生活習慣病)	○
健康状態不明者対策	○

ポピュレーションアプローチ

健康教室・健康相談	いきいき栄養講座、転倒予防講習会、街かど健康講座、健口体操普及事業、フレイル予防サポーター養成講座、お薬相談会
フレイル状態把握	健康教室等で後期高齢者の質問票を実施し、KDBへの登録を行う
相談できる環境づくり	—

一体的実施の「質の向上」「量の拡大」に向けたポイント

- ✓ 地域包括支援センターと協働し、ポピュレーションアプローチの取組にハイリスク者を個別に招待
- ✓ 高リスク者・低リスク者で介入方法・アプローチを変えることで、効率と効果向上を図る
- ✓ 低栄養や健康状態不明者に対するプッシュ型の訪問により、介入率が6～7割に向上

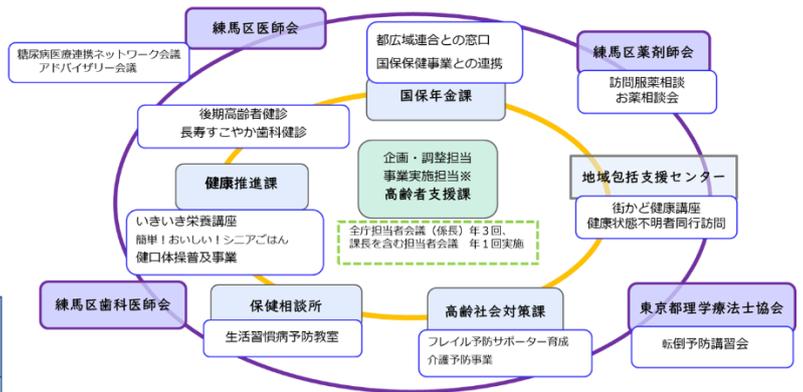


ポイント

後期高齢者の健康課題

- 健診:健診受診率は同規模自治体に比べ高い
「やせ」「脂質」「運動・転倒」リスクが多い
- 医療:総医療費、一人当たりの医療費は増加傾向
不整脈、骨折、CKD(透析あり)の医療費割合が大
- 介護:介護給付費の増加が続いており、同規模自治体より高い
要介護(支援)者の有病状況では心臓病、筋骨格疾患、糖尿病が上位

実施体制



ストラクチャーの工夫

《職員配置の充実》

- 一体的実施に関わる人員を潤沢に配置(正規職員の保健師が2人、会計年度職員でも保健師3人、栄養士3人、歯科衛生士2人)

《庁内の情報共有促進》

- 全庁的に取り組むことを意識して後期高齢者事業を実施
- 昨年まで隔月データ報告や各部署の事業報告を実施して、他部署担当者と情報共有を図る

《学識との連携》

- 外部有識者(東京都健康長寿医療センター等)の研修時には職員全員で参加して、職員の資質の向上を図る
- 糖尿病医療連携検討専門部会のアドバイザリー会議にて事例相談等行う(年3回)

プロセスの工夫

《訪問指導の効率化》

- 事前に希望は聞かず、案内通知に訪問予定日・目的・訪問者名を入れて送付するプッシュ型訪問指導を実施(R6年度のフレイル低栄養の介入率は71%、健康状態不明者60%に向上)

《PA→HAの連携》

- 地域包括支援センターの街かどケアカフェという通いの場で、理学療法士による転倒予防教室を実施。ハイリスク者と包括職員との顔合わせもねらいの1つ
- ポピュレーションアプローチの取組を地域包括支援センターと協働で実施し、ハイリスク者の受け皿としても連携
- 27か所の地域包括支援センターから事業の周知や募集を行ってもらい、声かけしたい対象者を招くほか、参加者で地域の支援が必要な方は支援につなげている

《リスクに応じた介入の工夫》

- 抽出基準により抽出した対象者のうち、高リスク者には個別訪問。低リスク者には重症化予防やフレイル予防リーフレットを送付し周知啓発を図るなど、リスクに応じてアプローチを変えることで効率と効果向上を図る

事例06 富山県高岡市

基本情報

人口	162,155人
高齢化率	33.9%
後期高齢者被保険者数	34,238人
後期高齢者健診受診率	50.0%
日常生活圏域	11
一体的実施開始年度	R2年度～

一体的実施の取組

ハイリスクアプローチ

低栄養	○
口腔	○
服薬(重複投薬・多剤投与等)	—
身体的フレイル (ロコモ含む)	—
重症化予防(糖尿病性腎症)	○
重症化予防(その他生活習慣病)	○
健康状態不明者対策	○

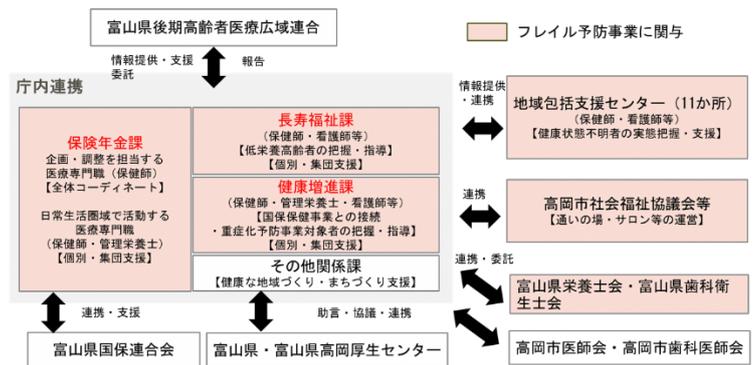
ポピュレーションアプローチ

健康教室・健康相談	通いの場等でのフレイル予防事業
フレイル状態把握	
相談できる環境づくり	—

後期高齢者の健康課題

- オーラルフレイル傾向にある者の割合が高く、低栄養防止、口腔機能低下防止対策が必要
- 血糖と血圧の有所見を併せもつ者の割合が高く、新規透析患者も微増しており、糖尿病、高血圧の重症化予防対策が必要
- 健康状態不明者の割合は県と比べ同程度であるが、重症化(死亡・要介護状態)しやすいため、健康状態不明者対策が必要

実施体制



一体的実施の「質の向上」「量の拡大」に向けたポイント

- ✓ 関係3課の役割分担を明確化。事業別の年間ガントチャートを作成し進捗状況をタイムリーに共有
- ✓ ポピュレーションアプローチのシナリオを作成し、関係課・委託先に共有することで介入を標準化
- ✓ 委託先に参加者アンケートの分析結果をフィードバックすることでプログラムの改善を図る

ストラクチャーの工夫

《関係3課の定期的な会議開催》

- 保険(後期高齢者医療)、介護保険、保健衛生部門の3課で庁内ワーキングを年4回開催し、健康課題の共有、事業の実施状況について情報提供

《庁内の役割分担明確化》

- 対象者選定は保険部門が担当
- 低栄養は77歳を対象とし、介護保険部門に事業実施を依頼
- 糖尿病重症化予防、生活習慣病重症化予防は保険部門と保健衛生部門で分担

《関係団体との情報共有》

- 市医師会や医療機関、県栄養士会、県歯科衛生士会、地域包括支援センター、市社会福祉協議会と事前打ち合わせの場を設け情報共有・連携

《外部資源の有効活用》

- ポピュレーションアプローチについては、高岡市内に様々な会場を設置
- 生活支援コーディネーターの協力により会場確保が円滑化

プロセスの工夫

《取組の標準化》

- ポピュレーションアプローチについてシナリオ作成を行い、職員間で共有を図る
- 委託先の各関係機関にもシナリオを共有。シナリオに基づいた健康教育を実施することで、保健事業の統一化を図っている

《職員間での情報共有》

- ハイリスクアプローチについては、職員間で事例の共有を行い支援方法を検討。ガントチャート(年間、事業別)を作成
- 3課のワーキングメンバーに共有して事業の進捗状況を確認

《委託先へのフィードバック》

- 委託先・連携先である県栄養士会、県歯科衛生士会、市社会福祉協議会や地域包括支援センターに参加者アンケートの分析結果をフィードバックすることで、地域性や地域の実情を踏まえたプログラムの実施につなげる

事例07 富山県砺波市

基本情報

人口	46,537人
高齢化率	30.6%
後期高齢者被保険者数	8,453人
後期高齢者健診受診率	61.9%
日常生活圏域	5
一体的実施開始年度	R3年度～

一体的実施の取組

ハイリスクアプローチ

低栄養	○
口腔	○
服薬(重複投薬・多剤投与等)	○
身体的フレイル (ロコモ含む)	○
重症化予防(糖尿病性腎症)	○
重症化予防(その他生活習慣病)	○
健康状態不明者対策	○

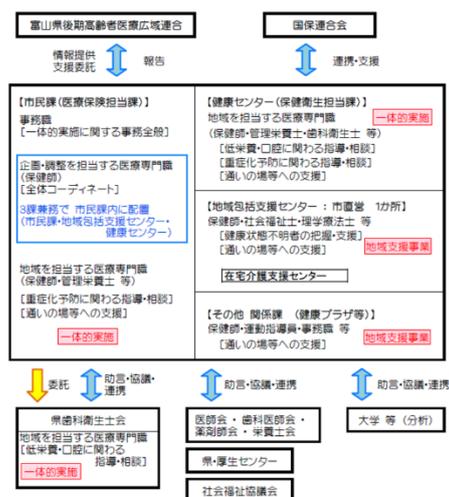
ポピュレーションアプローチ

健康教室・健康相談	行政出前講座、いきいき百歳体操
フレイル状態把握	行政出前講座、いきいき百歳体操
相談できる環境づくり	—

後期高齢者の健康課題

- 高血圧と糖尿病の外来医療費割合が高い。
- 筋骨格系疾患の入院医療費が高く、要介護者の半数以上に筋骨格系疾患がある。
- 要介護認定率は低い、1件あたり介護給付費は高く重度化の傾向がある。
- 現在歯数が少なく、歯科医療費が低いことから、口腔に問題があっても適切なケアや医療につながっていない可能性がある。
- 多剤処方のうち、生活習慣病(高血圧・糖尿病)と重複している者が多い。

実施体制



一体的実施の「質の向上」「量の拡大」に向けたポイント

- ✓ 広域連合のモデル事業を活用することで、県薬剤師会の協力を得て服薬の事業を実施
- ✓ 保健所主催の連絡会の機会を活用して近隣市との情報共有や連携を図る
- ✓ 定期的に事務マニュアルを更新し、企画調整担当者の異動時にも円滑に対応できるよう準備



ポイント

ストラクチャーの工夫

《広域連合との連携》

- 広域連合主催の研修会では広域連合や他市、関係団体と顔の見える関係構築
- 服薬については、広域連合のモデル事業を活用し、県薬剤師会の協力を得て実施

《保健所との連携》

- 保健所主催の連絡会で状況が似ている近隣市と協議、実践に活しやすいメリットがある

《外部資源の有効活用》

- 健康状態不明者の実態把握は、地域包括支援センターの協力を得て実施。支援が必要と判断された場合にそのまま支援につながられるメリットがある
- 医療機関が参加する説明会や会議(特定健康診査等事務説明会、糖尿病対策地域連携連絡会、歯科保健推進協議会)で、事業の周知を図り、助言を受けている

《マニュアルの作成》

- 企画調整担当者が異動になることを想定し、定期的に事務マニュアルを更新

プロセスの工夫

《受診率向上の取組》

- 健康診査の受診率を上げるため、後期高齢者健康診査及び75歳歯科健康診査の受診勧奨(はがき通知)を実施

《複合的な取組の実施》

- 口腔と血糖値(糖尿病重症化予防)は関連する、あるいは重なっている人もいるので、保健師と歯科衛生士・栄養士が同行して訪問

事例08 兵庫県豊岡市

基本情報

人口	74,604人
高齢化率	35.3%
後期高齢者被保険者数	15,064人
後期高齢者健診受診率	21.8%
日常生活圏域	6
一体的実施開始年度	R2年度～

一体的実施の取組

ハイリスクアプローチ

低栄養	○
口腔	○
服薬(重複投薬・多剤投与等)	—
身体的フレイル (ロコモ含む)	○
重症化予防(糖尿病性腎症)	○
重症化予防(その他生活習慣病)	○
健康状態不明者対策	○

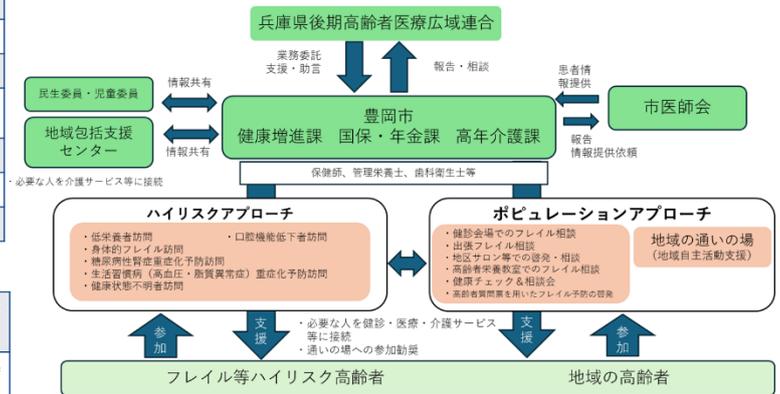
ポピュレーションアプローチ

健康教室・健康相談	健診会場でのフレイル相談、地域のサロンや通いの場での普及啓発・相談
フレイル状態把握	高齢者健診や人間ドック、地域の集いの場や高齢者を対象とした既存事業
相談できる環境づくり	—

後期高齢者の健康課題

- 健診の有所見割合にて収縮期血圧とLDLコレステロールが高く、外来レセプト件数は高血圧症が高い
- 医療費全体に占める糖尿病関連の疾患の割合が高く、健診の有所見割合で空腹時血糖が高い
- 医療費全体に占める骨折の割合が高く、要介護者における有病状況について、筋・骨格系が上位を占めており、後期高齢者質問票でも口腔機能、運動・転倒機能の該当率が高い
- 健診受診率は徐々に増加しているが国平均よりは低い

実施体制



一体的実施の「質の向上」「量の拡大」に向けたポイント

- ✓ 既存事業の集いの場や地域コミュニティなど高齢者の身近な場を活用してフレイル対策を展開
- ✓ 広域連合や国保連主催の意見交換会等の機会を積極的に活用して県内市町の担当者と情報交換



ストラクチャーの工夫

《関係課との情報共有》

- 計画立案の際には庁内関係課(国保・年金課、高年介護課)と課題共有、検討を行っている

《庁内関係課との役割分担》

- 計画作成の際には庁内関係課との課題共有・検討内容を参考にし、健康増進課で素案を作成
- 今後は後期高齢者医療制度の資格確認書送付の際に一体的実施のアンケートを用いた啓発チラシを検討中

《既存事業の有効活用》

- フレイル対策については、既存事業(集いの場200か所)も活用し広く啓発を行っている。また、質問票を用いたフレイルチェックも年に1回実施している

《外部関係機関との連携》

- 医師会には、事業実績の報告とともに糖尿病重症化予防等での患者情報提供の協力を依頼
- 広域連合や国保連合会が開催する市町の意見交換会や評価委員会、研修会の機会を活用し、県内他市町の担当者と情報交換

プロセスの工夫

《PA→HAの連携》

- ポピュレーションからハイリスクアプローチの流れを作るため、今年からKDBシステムに通いの場の質問票データの入力を開始

《HA→PAの連携》

- 今年から健診時の質問票で身体的フレイルの該当があり、運動習慣のない人を地域の集いの場(ポピュレーションアプローチ)等へ接続をすすめる

《民間事業者との連携》

- 糖尿病性腎症重症化予防の対象者への運動指導や栄養指導の一部を市内民間事業者者に委託

《国保と後期高齢の接続》

- 前期高齢者の健診で「噛みにくい」の該当者には健康相談につなぎ、口腔機能維持について情報提供
- 地域の集いの場での啓発では、前期高齢者にも質問票に回答してもらい、フレイル予防の意識づけ

事例09 兵庫県多可町

基本情報

人口	19,066人
高齢化率	38.3%
後期高齢者被保険者数	4,455人
後期高齢者健診受診率	20.4%
日常生活圏域	3
一体的実施開始年度	R3年度～

一体的実施の取組

ハイリスクアプローチ

低栄養	○
口腔	○
服薬(重複投薬・多剤投与等)	○
身体的フレイル (ロコモ含む)	—
重症化予防(糖尿病性腎症)	○
重症化予防(その他生活習慣病)	○(高血圧)
健康状態不明者対策	—

ポピュレーションアプローチ

健康教室・健康相談	元気あつが広場
フレイル状態把握	元気あつが広場、はつらつ健診
相談できる環境づくり	元気あつが広場

一体的実施の「質の向上」「量の拡大」に向けたポイント

- ✓ 口腔・低栄養・糖尿病・高血圧のハイリスクアプローチ間の連携を図り、効果的・効率的に介入
- ✓ ハイリスクアプローチのなかで社会参加に課題がある人を見出し通いの場につなぐなど、PA-HAを有機的に連携
- ✓ 認知機能テストや体力測定を追加した「はつらつ健診」を起点に健康づくりの流れを構築

ポイント

ストラクチャーの工夫

《職員間の情報共有》

- 事業実施前後には打合せ会を実施し、従事者と関係課の担当者の意識共有を図る

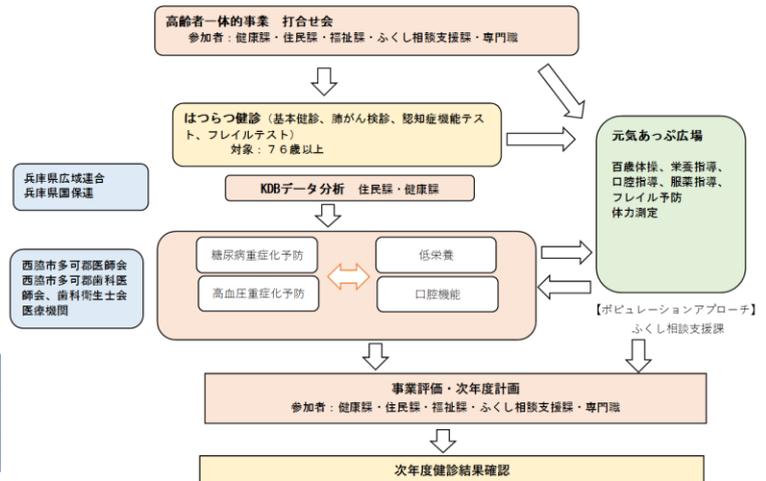
《関係団体との連携》

- 医療機関との連携においては、医師会との懇談会の中で一体的実施の紹介や協力依頼
- 町内の医療機関は協力的。対象者が受診するにあたっては紹介状を作成、受診した場合には医師から返信をもらい、指示を受けている
- 歯科医師会や薬剤師会とも連携。事業への協力依頼を個別に行い友好的な関係を構築

後期高齢者の健康課題

- 健診結果で血糖や血圧のリスク保有者が多く、脳梗塞や心疾患などの重症化疾患に係る医療費が高い。
- 骨折にかかる医療費(入院・外来)が多く、骨折を繰り返し、介護のリスク要因になっている。
- 地域の結びつきが強く、社会参加しやすく、ソーシャルサポートも受けやすいが、一方で認知症の発症や一人暮らしにより、社会から孤立しSOSが出せない人もいる。

実施体制



プロセスの工夫

《複合的な取組の実施》

- 口腔・低栄養・糖尿病・高血圧事業間の連携を図る(例:低栄養で、口腔に課題がある場合は、管理栄養士に加え歯科衛生士も訪問)

《健診を起点とした取組》

- 76歳以上には従来の健康診査に認知症タッチパネルや体力測定を追加した「はつらつ健診」を実施し、健診をスタートとした健康づくりの流れを構築

《HA→PAの連携》

- ハイリスクアプローチで関わっている人で、特に外出が少ないなど社会参加できていないと思われる方に対しては、元気あつが広場に参加してもらい対応
- 歯科分野ではハイリスクアプローチから得られた課題をポピュレーションアプローチに反映し、企画・実行

事例10 鹿児島県志布志市

基本情報

人口	29,108
高齢化率	36.1%
後期高齢者被保険者数	5,778
後期高齢者健診受診率	30.05%
日常生活圏域	3
一体的実施開始年度	R5年度～

一体的実施の取組

ハイリスクアプローチ

低栄養	○
口腔	○
服薬(重複投薬・多剤投与等)	○
身体的フレイル (ロコモ含む)	○
重症化予防(糖尿病性腎症)	○
重症化予防(その他生活習慣病)	○
健康状態不明者対策	○

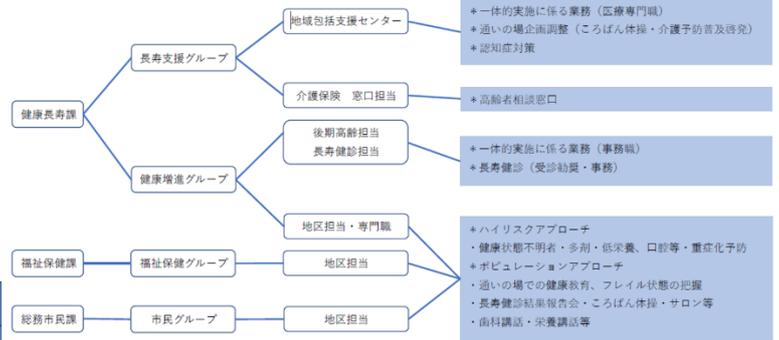
ポピュレーションアプローチ

健康教室・健康相談	長寿健診結果報告会 ころぼん体操
フレイル状態把握	ころぼん体操
相談できる環境づくり	-

後期高齢者の健康課題

- 心疾患、腎疾患に係る医療費が高く、心臓病、腎不全、脳疾患の死因割合が国、県より高いことから、基礎疾患の重症化予防を行う必要がある
- 介護保険認定者の有病状況は、心疾患に次いで筋・骨格の割合が高い状況であり、運動の必要性やフレイル予防が重要である
- 要介護になった主な要因として認知症が多いことから、認知症の予防普及活動や生きがいづくりが必要である
- 健診受診率は25.7%と昨年度に比べて高くなっているが、国の目標値には届いていない状況であり、受診率向上等の対策が必要である

実施体制



一体的実施の「質の向上」「量の拡大」に向けたポイント

- ✓ 市としての健康課題である腎疾患・循環器疾患をターゲットに一体的実施事業を重点化
- ✓ 担当者による保健指導のばらつきを抑えるため、月次の事業報告や業務日誌による進捗確認を導入
- ✓ 地域包括支援センターの介護予防部門との連携強化のため、介護予防事業リーダーを兼務する担当者を配置



ポイント

ストラクチャーの工夫

- 《担当者間の情報共有》
- 担当者打ち合わせ会を年2～3回実施
 - 連絡手段として自治体向けチャットサービスを活用
 - ただし、庁舎内の連携不足が課題となっており、地区担当保健師制とサブグループの縦割り制により、専門職間の連携が不十分な面も(今後の課題)
- 《職員の配置・兼務の工夫》
- ポピュレーションアプローチでは保健師の地区担当制に基づいて担当を割り振り
 - 地域包括支援センターの介護予防部門との連携が不足していたため、今年度から地域包括支援センターに担当者を配置。介護予防事業リーダーと兼務することで、後期高齢者に係るすべての事業を把握し、円滑に行うことが可能に
- 《既存事業の有効活用》
- ポピュレーションアプローチでは、既存の場(通いの場「ころぼん体操」34か所)を活用しながら普及啓発

プロセスの工夫

- 《市の健康課題に応じた取組の実施》
- 腎疾患・循環器疾患が多いことから、透析患者の抑制の取組を重点化
 - 腎機能低下(CKD対象者)や高血圧未受診者対象者について、食塩量チェックとナトカリ比を活用して、減塩指導や食生活指導を強化
 - 健診の結果報告会で結果の話をするだけでなく、新しい検査を取り入れる等目新しいことをしていくことで参加率向上を図る
- 《指導内容・介入の標準化》
- ハイリスク者の指導・評価について保健師間でばらつきがあったため、今年度から毎月事業報告及び業務日誌の確認を行い、進捗管理を行うよう改善

高齢者保健事業の実施計画中間評価に向けた報告書

2026年3月

株式会社三菱総合研究所
医療・介護 DX 本部
