

平成28・29年度モデル事業の 試行分析結果概要

これまでいただいたご意見と対応状況について

	ご意見	対応
1	参加者数とその後の集計表の参加者数が一致していない部分がある。	データの収集時点を明確にし、対象者数等の見直しを行った。
2	取組メニューの内容はそれぞれ異なるため、7つのメニューを集めて「差がある」と表現することには慎重であるべきである。	
3	目的が異なる取組について、全てのものをまとめてしまったのが問題があったであろう。	
4	目的をしっかりと考えて分析する必要がある。	
5	メニューが多いため、どのような目的を見るのが重要。	
6	例数がメニュー別になると数が減るという中でどのように分析していくかが課題である。	
7	研究ではなく、事実としてこういうことであった、参加者がこうであったという記述統計である。 昨年度まとめたガイドラインでも、効果という表現はせず、分析のトライアルとして示したものである。 この前提に基づき、表現については見直すべきである。	各取組ごとに試行分析を行い、介入目的に対応した結果が解釈が行えるよう、分析を行った。
8	非参加者の取扱いについて、実際には参加しなかった人を現時点では全部「非参加者」とまとめられている。そのため、これらの非参加者が悪くなっているからといって、介入することがよいと表現するのは危険である。	
9	もともとの状態像がかなり違う人が多いので、その部分の精査は必要ではないか。地域の医師会等との連携状況等でみると、介護と医療の連携について、できている、できていない等があるが、今後の一体的実施でもこういうものを出していくと分かりやすいのではないか。	
		厳密に参加群と非参加群の設定ができていないことから、各ベースラインの違いにも留意した上で、結果の解釈を進めた。 モデル事業の試行分析と位置づけた。

モデル事業におけるデータ収集方法及び試行分析について

○収集データについて

- 平成28年度、29年度ともに、モデル事業実施広域連合と構成市町村に対し、データ提供を求めた。

表 収集データ項目

		データ内容	収集の 目的	モデル事業 実施年度	
				28	29
様式1 マクロデータ集計表		性・年齢階級別被保険者数・健診受診状況・ 歯科健診受診状況・健診結果状況・医療費・ 介護給付費	モデル事業実施 自治体の概況把握	○	○
個人別データ	様式2 個人別ベース ライン情報	参加プログラム(介入か否か)・介入開始日・ 介入回数・要介護度・日常生活自立度・簡易 栄養状態評価・歯科健診結果・基本チェック リスト項目・服薬数(内服・外用)・受診医療機関 数・社会参加の状況等・その他任意項目	様式2と3で介入 前後を比較して 効果を検証	○	○
	様式3 個人別介入 結果データ	介入の有無・参加プログラム・介入開始日・介入 回数・最終介入日・簡易栄養状態評価・ 歯科健診結果・基本チェックリスト項目・服薬数 (内服・外用)・受診医療機関数・社会参加の 状況等・その他任意項目		○	○
	様式4 個人別健診 結果データ	健診受診日・身長・体重・BMI・空腹時血糖・ HbA1c・中性脂肪・HDL・LDL・収縮期血圧・拡張 期血圧・喫煙・服薬歴・GOT・GPT・γ-GTP・ 尿酸・尿糖・血清クレアチニン・eGFR・尿蛋白	平成28年度分と 平成29年度分 と比較し、介入 前後の効果を 検証	○	○
	様式5 個人別医療・ 介護レセプト データ	月別の各種疾患の有無(一部任意)・生活習 慣関連医療費・医科医療費・歯科医療費・ 調剤費・介護給付費	平成28年度分と 平成29年度分 と比較し、介入 前後の効果を 検証	○	○
様式6 事業進捗管理シート		事業の進捗状況			○

※太字は必須項目、下線は事業メニューによつての必須項目(簡易栄養状態評価:栄養、歯科
健診結果:口腔・訪問歯科健診、空腹時血糖・HbA1c・eGFR・尿蛋白:重症化予防)、網掛
けはベースライン情報と結果データで比較する項目

○平成28・29年度モデル事業の試行分析について

- 平成28・29年度モデル事業について、KDBシステムを活用し、データ収集を行った。全国標準システムで作成されるKDBシステムデータを用いることにより、統一フォーマットでのデータ収集が可能となり、全国各地の自治体から共通データの取得が可能となった。
- 本モデル事業は研究的にデザインされた介入ではなく、また今回の試行分析は単年度または2年間の蓄積データの分析である。今後、事業評価に取り組む自治体の参考となるよう、本モデル事業の試行分析は、前後比較等のできるだけ簡便に進められる評価方法について検討を実施した。

モデル事業の進捗管理状況について

平成29年度モデル事業の進捗管理状況＜広域連合・構成市町村別＞

NO.	区分(例示※)		項目	内容	広域連合 (16)	市町村 (70)	計 (86)
	広域	市町村					
1	○	○	健康課題等	健康日本21計画やデータヘルス計画より市町村・広域連合の健康課題・地域資源等について把握している	87.5%	85.7%	86.0%
2	○		モデル地域の選定	把握した健康課題の解決に向け広域連合内の適切な地域を選定している	62.5%	25.7%	32.6%
3	○		事業委託等の調整	事業委託に必要な契約、情報提供、予算の手当、議会対応等をしている	93.8%	31.4%	43.0%
4	○		都道府県、関係団体との調整	都道府県や都道府県医師会等の関係団体との調整を行っている	93.8%	25.7%	38.4%
5	○		市町村への情報提供	広域連合が保有するレセプト・健診データ等の提供を行っている。提供するための環境整備を行っている	62.5%	25.7%	32.6%
6	○		担当者の資質向上の取組	モデル市町村やその他の関係者等への説明会、研修等を計画している	75.0%	15.7%	26.7%
7	○		中長期計画	モデル事業の横展開等、中長期的な戦略を検討している。	87.5%	12.9%	26.7%
8	○	○	対象者概数	平成27年度健診結果やレセプト等より選択した事業メニュー対象者の概数を把握している	75.0%	81.4%	80.2%
9	○	○	対象者の検討	概数の試算に基づき、平成28年度健診等を用いてどのような対象者(病期、人数、年齢等)にアプローチするかを検討している	81.3%	85.7%	84.9%
10	○	○	予算・人員配置	事業に必要な人員・予算確保のメドがある	100.0%	91.4%	93.0%
11	○	○	チーム形成	市町村(国保課、健康担当課、後期高齢担当課、介護保険担当課等)、広域連合のチーム形成を行っている	31.3%	60.0%	54.7%
12	○	○	介入法の検討	対象者の特性に合わせた介入方法(フレイル予防・重症化予防)を検討している	100.0%	80.0%	83.7%
13	○		医師会・歯科医師会・薬剤師会等 への相談	都道府県医師会等に広域連合の健康課題やモデル事業参加のねらいについて情報提供している	93.8%	21.4%	34.9%
14	△	○		地区医師会等に市町村の健康課題やモデル事業参加のねらいについて情報提供している	56.3%	81.4%	76.7%
15	△	○		対象者の選定基準や介入方法(フレイル予防・重症化予防)及び実施方法(訪問指導・立ち寄り型相談等)について、医師会やかかりつけ医に相談、助言を受けている	75.0%	74.3%	74.4%
16	○	○	対象者決定	対象者の選定基準について決定している	100.0%	95.7%	96.5%
17	○	○	介入法の決定	介入方法(フレイル予防・重症化予防)を決定している	100.0%	82.9%	86.0%
18	△	○	実施法の決定	具体的な実施方法(訪問指導・立ち寄り型相談等)を決定している	100.0%	95.7%	96.5%
19	○	○	チーム内での情報共有、連携方策の検討	市町村(国保課、健康担当課、後期高齢担当課、介護保険担当課等)と、広域連合の間で事業企画(対象者の選定基準・介入方法・実施方法)について共有・連携している	81.3%	62.9%	66.3%

モデル事業の進捗管理状況について

5

平成29年度モデル事業の進捗管理状況＜広域連合・構成市町村別＞

NO.	区分(例示※)		項目	内容	広域連合 (16)	市町村 (70)	計 (86)
	広域	市町村					
20	○	○	計画書作成	事業実施計画書を作成している	93.8%	87.1%	88.4%
21	△	○	実施方法(プログラム)の設定	事業の実施方法(対象者抽出・アセスメント項目・介入内容・方法、評価指標・方法等)について設定している。	100.0%	94.3%	95.3%
22	△	○	募集法の決定	参加者の募集方法を決定している	87.5%	82.9%	83.7%
23	△	○	連携方策の決定	地区医師会に糖尿病性腎症重症化予防の連携方策(病診連携手帳、データ収集フォーマット等)について相談している ＜※糖尿病性腎症重症化予防事業のみ＞	37.5%	17.1%	20.9%
24	△	○	マニュアル作成	本事業の運営マニュアルや保健指導マニュアル等各種マニュアルを作成している	75.0%	62.9%	65.1%
25	△	○	保健指導等の準備	保健指導の準備(教材の準備・指導者の研修)をしている	75.0%	61.4%	64.0%
26	○	○	(外部委託の場合)	外部委託の場合には、選定基準、実施方法、連携体制、評価、成果物等について協議し、医師会等の関係者と情報共有している	81.3%	61.4%	65.1%
27	○	○	個人情報の取り決め	個人情報の取り扱いについて ルールが確認できている	100.0%	90.0%	91.9%
28	○	○	苦情、トラブル対応	トラブル発生時の相談窓口が明確である	93.8%	87.1%	88.4%
29	○	○	研修会等	国のセミナー、意見交換会などを受講をしている	56.3%	45.7%	47.7%
30		○	保健指導等	募集法	62.5%	64.3%	64.0%
31		○		対象者	62.5%	51.4%	53.5%
32		○		介入(初回面接)	62.5%	48.6%	51.2%
33		○		介入(継続的支援)	56.3%	38.6%	41.9%
34		○		かかりつけ医との連携	62.5%	58.6%	59.3%
35		○		受診状況把握	68.8%	52.9%	55.8%
36		○		記録	68.8%	72.9%	72.1%
37		○		データ登録	68.8%	71.4%	70.9%
38		○		安全管理	68.8%	71.4%	70.9%

モデル事業の進捗管理状況について

平成29年度モデル事業の進捗管理状況＜広域連合・構成市町村別＞

NO.	区分(例示※)		項目	内容	広域連合 (16)	市町村 (70)	計 (86)
	広域	市町村					
39		○	保健指導等	個人情報	68.8%	77.1%	75.6%
40		○		チーム内の情報共有	62.5%	70.0%	68.6%
41		○		マニュアル修正	56.3%	44.3%	46.5%
42		○		初回情報の登録	62.5%	54.3%	55.8%
43	○	○	中間報告の提出	中間報告のデータを収集し、提出している	25.0%	41.4%	38.4%
44	○	○	中間報告会(仮)	保険者自らも分析をおこない、中間報告会(仮)で報告している	25.0%	24.3%	24.4%
45	○	○	最終報告会(仮)	最終報告会(仮)に参加している	18.8%	27.1%	25.6%
46	○	○	改善点の明確化	事業の進捗や評価について共有し改善点を明確にしている	87.5%	61.4%	66.3%
47	△	○	相談	必要時、医師会や専門家等に相談し助言を得ている	68.8%	70.0%	69.8%
48	△	○	地域協議会への報告	地域の協議会などで分析結果の報告や改善策の検討を行っている	12.5%	27.1%	24.4%
49	○	○	広報等	広報等市民への情報提供を行っている。	43.8%	51.4%	50.0%
50	○	○	次年度計画	次年度の計画策定を行っている	87.5%	65.7%	69.8%
51	○	○	長期追跡体制	通常業務として、長期的に健診やレセプト情報で評価できる体制を整えている	81.3%	45.7%	52.3%

No. の色区分

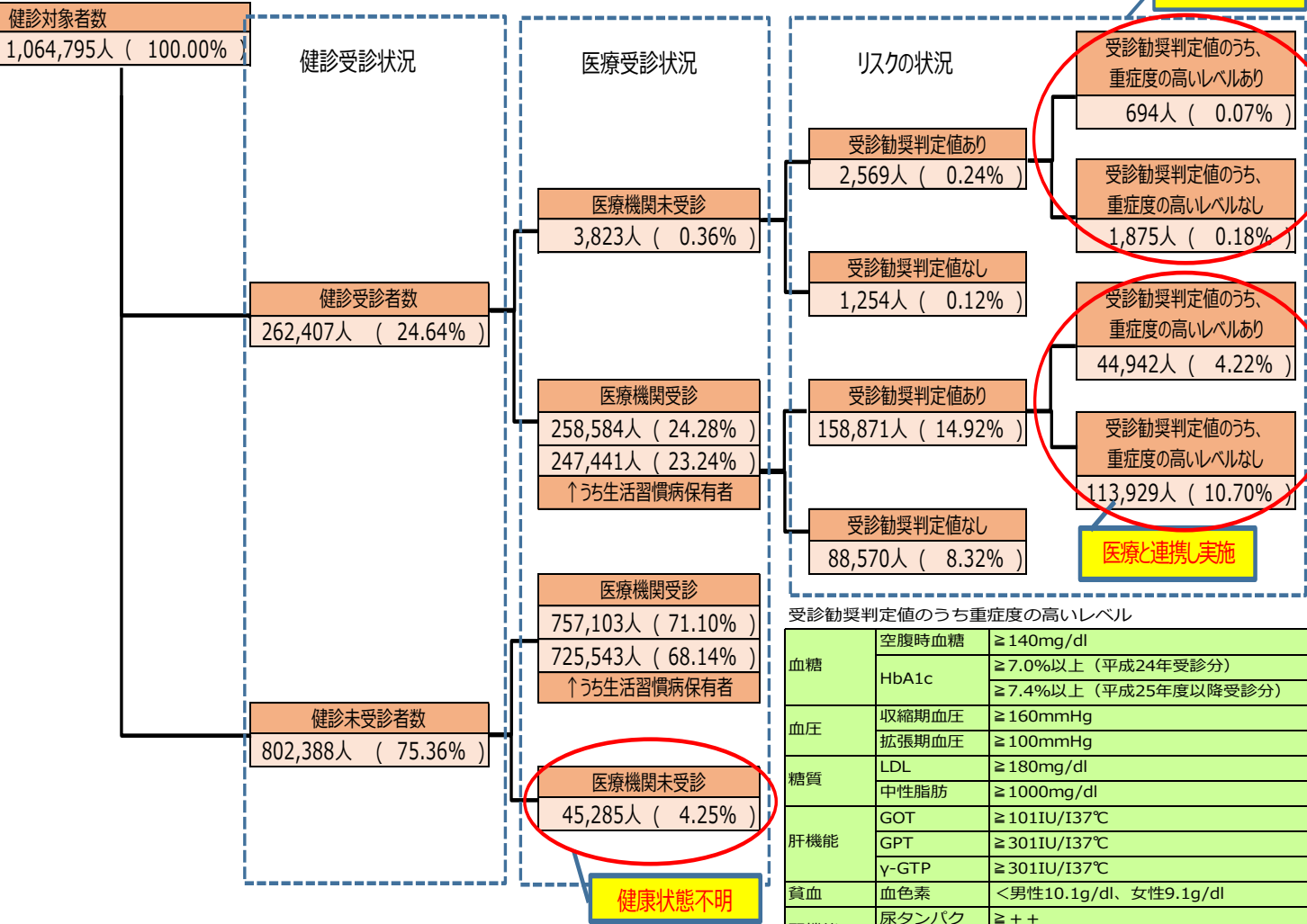
庁内体制	・広域連合、国保課・健康担当課・高齢者医療課・介護保険課等のチーム形成 / 健診・レセプトデータ分析結果の確認、保健事業の課題整理
地域連携	・医師会・歯科医師会・薬剤師会等の関係者との会議設定 / データ分析結果提示と対策における連携方針確認
事業計画	・対象者抽出基準の決定、対象者数の概数把握 / 実施形態の検討、運営マニュアル作成、保健指導者の研修、医療機関等との連絡票、データ収集方式
事業実施	・重症化予防、フレイル対策の実施(詳細はガイドラインにて規定) / 進捗管理、問題事象への対応
事業評価	・データの取りまとめ、分析 / 内部での検討、専門家等の助言
次年度事業の修正	・地域の協議会等にて分析結果の報告、改善策の検討 ・次年度計画の策定 ・着実なフォローアップ体制検討

○広域連合・市町村別にみて差が大きい項目としては、実施体制にかかわる項目である「事業委託等の調整」や「チーム形成」、「医師会・歯科医師会・薬剤師会への相談」であった。

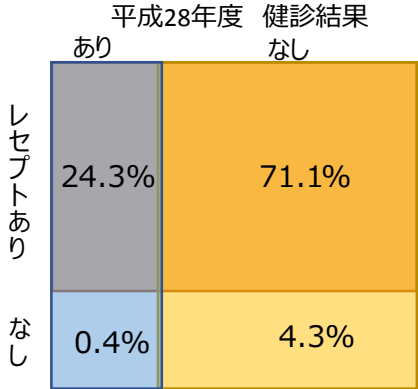
○広域連合・市町村ともに実施している割合が低いのは、事業の中間報告等に関する事項や結果の報告等であった。

モデル事業実施自治体の状況（平成28年度）

平成28年度モデル事業実施自治体の状況（健診・医療受診の有無別のハイリスク者の状況）



集計対象 3 広域連合
49市町村



モデル事業実施自治体の状況（平成29年度）

平成29年度モデル事業実施自治体の状況（健診・医療受診の有無別のハイリスク者の状況）



- 健診受診者は平成28年度では24.6%、29年度では19.1%を占めていた。
- 健診も医療も受けていない、健康状態が不明な人は平成28年度では4.3%、29年度では4.2%であった。
- 健診受診者のうち医療機関未受診でありながら、受診勧奨判定値以上の有所見項目がある人は、平成28、29年度ともに被保険者全体のうちの0.2%であった。
- このように状態像については、平成28・29年度を通して同様の傾向がみられた。

モデル事業の収集データについて（平成28年度）

9

平成28年度モデル事業

平成27年度

平成28年度

平成29年度

様式 2

ベースライン情報

ベースライン情報

様式 3

介入結果データ

介入結果データ

様式 4

健診結果データ
(年1回)

平成27年4月～28年3月の間の健診受診時点

平成28年4月～29年3月の間の健診受診時点

平成29年4月～30年3月の間の健診受診時点

平成27年度健診結果データ

↑ 健診受診

平成28年度健診結果データ

↑ 健診受診

平成29年度健診結果データ

↑ 健診受診

様式 5

医療費・介護給付費
データ

平成27年4月～28年3月を通して

平成27年度医療費・介護給付費データ

平成28年4月～29年3月を通して

平成28年度医療費・介護給付費データ

平成29年4月～30年3月を通して

平成29年度医療費・介護給付費データ

* 医療費・介護給付費データは、月額の医科医療費、歯科医療費、介護給付費を足し、各年度の医科医療費、歯科医療費、介護給付費ならびに医療費＋介護給付費を集計

モデル事業の収集データについて（平成29年度）

10

平成29年度モデル事業

平成28年度

平成29年度

様式2

ベースライン情報

ベースライン情報

様式3

介入結果データ

介入結果データ

様式4

健診結果データ
(年1回)

平成28年4月～29年3月の間の健診受診時点

平成29年4月～30年3月の間の健診受診時点

平成28年度健診結果データ

平成29年度健診結果データ

↑ 健診受診

↑ 健診受診

様式5

医療費・介護給付費
データ

平成28年4月～29年3月を通して

平成29年4月～30年3月を通して

平成28年度医療費・介護給付費データ

平成29年度医療費・介護給付費データ

* 医療費・介護給付費データは、月額額の医科医療費、歯科医療費、介護給付費を足し、各年度の医科医療費、歯科医療費、介護給付費ならびに医療費 + 介護給付費を集計

- **様式2**のベースライン情報は事業実施前、**様式3**の個人別介入結果データは、事業実施後に収集した。それぞれモデル事業実施年度時点のデータである。
- **様式4**の健診結果データは、平成28年度モデル事業参加者は、事業実施前年度の平成27年度の健診結果と事業実施年度である平成28年度の健診結果、並びに事業実施年度翌年度の平成29年度の健診結果を収集した。平成29年度モデル事業参加者については、事業実施前年度の平成29年度の健診結果並びに事業実施年度である平成29年度の健診結果を収集した。
- **様式5**の医療・介護レセプトデータについては、平成28年度モデル事業参加者は、事業実施前年度の平成27年度と事業実施年度である平成28年度の医療費・介護給付費、並びに事業実施年度翌年度の平成29年度の医療費・介護給付費を収集した。平成29年度モデル事業参加者については、事業実施前年度の平成28年度、事業実施年度である平成29年度の医療費・介護給付費を収集した。

栄養の取組概要について

栄養に関する取組は、主に低栄養や過体重の者に対して、相談・指導を行っていた。低栄養の者に対しては、栄養状態の改善に向けた栄養指導を実施し、過体重の者に対しては、減量に向けての栄養指導等が行われた。

表 栄養に関する取組の対象者抽出基準・取組概要

広域連合・ 構成市町村名	事業実施 年度	対象者抽出基準	取組概要	期間
岩手県広域連合	29	2カ年の健診結果を比較し、4kg以上体重減少 ある者 2年目の健診でBMIが18.5以下の者	アセスメントの結果、間食や捕食に 食事を補う指導内容の3回の個別指 導を実施	6ヶ月
茨城県東海村	28/29	HbA1c5.6～6.4%の者	2日間の集団栄養指導のあと、3週間 きに3回の個別指導を実施	5ヶ月
埼玉県和光市	28/29	低栄養や過体重等疾病・介護予防が必要な者	管理栄養士が自宅を3回訪問し、栄 指導を実施	3ヶ月
千葉県旭市	29	BMI21.5未満で前年度もしくは前々年度より体 が4kg以上減少した者	栄養士が訪問し、訪問栄養指導を 実施	3ヶ月
神奈川県大和市	28/29	基本チェックリストにて①BMI18.5以下かつ体 減少2～3kg以上/6か月に該当する者（低栄養 次予防対象者）並びに②BMI20以下かつ「介 予防アンケート」で食習慣の5項目で3点以上 者（低栄養防止対象者）	管理栄養士が自宅を3回訪問し栄養 指導を実施	6ヵ月
新潟県広域連合	29	BMI21.5未満かつ半年で体重が2kg以上減少し 者	管理栄養士が自宅を3回訪問し、栄 指導を実施	6ヶ月
愛知県大府市	28/29	過去の健診未受診者で生活習慣病関連での医 療機関未受療者	管理栄養士が自宅を訪問し、栄養指 導を実施	4ヶ月
三重県津市	28/29	BMI20未満、基本チェックリスト10点未満、 パトロールチェックシート3点以上の者	高齢者の集まり等において栄養に関 するアセスメント、保健師・管理栄養 士・歯科衛生士により健康教育を実施	6ヵ月
高知県芸西村	29	体重が6ヶ月間に2～3kg以上減少もしくは 以下の者	保健師が自宅を訪問し、健康管理と 生活指導を実施	6ヵ月
長崎県広域連合	28/29	低栄養や過体重の傾向がある者、疾病等に伴 在宅での食事管理が困難な者	管理栄養士が訪問し、相談や指導を 実施	3ヶ月
大分県中津市	28	基本チェックリストの結果、低栄養状態や口 能の低下がみられると判断した者	管理栄養士・歯科衛生士が3～5回、 自宅を訪問して相談や指導を実施	6ヵ月
宮崎県宮崎市	28/29	BMI21.4以下、ヘモグロビン値（男）14以下、 12以下	管理栄養士が訪問し、相談や指導を 実施	3ヶ月

各取組の試行分析結果：栄養

平成28年度モデル事業ベースライン情報

(平成27年度) 全体・男女計		参加者 平均値	標準偏差
事業参加者総数	n=454		
平均年齢		81.70	
男性割合		29.74	
体重	n=261	55.68 ±	11.33
体重 (BMI18.5未満)	n=32	42.61 ±	5.21
体重 (BMI20以下)	n=50	42.60 ±	4.86
体重 (BMI25超)	n=105	65.08 ±	9.42
BMI	n=292	23.18 ±	4.11
BMI (18.5未満)	n=45	17.39 ±	0.89
BMI (20以下)	n=79	18.16 ±	1.15
BMI (25超)	n=105	27.58 ±	2.33
収縮期血圧	n=293	131.58 ±	14.78
拡張期血圧	n=293	72.38 ±	9.76
空腹時血糖	n=180	100.14 ±	23.81
HbA1c	n=280	5.83 ±	0.73
中性脂肪	n=293	115.72 ±	75.12
HDL-C	n=293	61.92 ±	15.74
LDL-C	n=293	111.49 ±	27.71
血清クレアチニン	n=262	0.85 ±	0.56
eGFR	n=262	61.08 ±	15.07
年間医科医療費	n=294	516,343.37 ±	745,196.49
年間歯科医療費	n=294	32,976.43 ±	50,075.93
年間介護給付費	n=294	19,694.82 ±	149,674.93
年間医療費+介護給付費	n=294	569,014.62 ±	777,156.69

平成29年度モデル事業ベースライン情報

(平成28年度) 全体・男女計		参加者 平均値	標準偏差
事業参加者総数	n=841		
平均年齢		80.93	
男性割合		39.83	
体重	n=367	47.89 ±	10.44
体重 (BMI18.5未満)	n=152	40.16 ±	4.92
体重 (BMI20以下)	n=228	42.10 ±	5.79
体重 (BMI25超)	n=44	66.30 ±	7.06
BMI	n=367	20.01 ±	3.59
BMI (18.5未満)	n=152	16.99 ±	1.06
BMI (20以下)	n=228	17.70 ±	1.35
BMI (25超)	n=44	27.26 ±	1.70
収縮期血圧	n=367	130.71 ±	17.32
拡張期血圧	n=367	71.79 ±	10.60
空腹時血糖	n=237	97.97 ±	21.49
HbA1c	n=367	5.67 ±	0.48
中性脂肪	n=367	95.78 ±	44.69
HDL-C	n=367	65.56 ±	17.52
LDL-C	n=367	112.03 ±	29.04
血清クレアチニン	n=223	0.79 ±	0.24
eGFR	n=219	64.08 ±	15.43
年間医科医療費	n=542	531,229.50 ±	772,885.74
年間歯科医療費	n=542	40,502.84 ±	61,132.48
年間介護給付費	n=542	19,604.92 ±	231,712.22
年間医療費+介護給付費	n=542	591,337.27 ±	861,833.95

- 栄養の取組参加者におけるBMIの平均値は、平成28年度参加者において23.18、平成29年度参加者において20.01であった。
- 課題として、対象者抽出と介入の目的を明確にする必要があると考えられる。
例：BMI値が20未満が多いが25超も含まれている。

→BMI別に群分けし、各群の体重変化について着目した。

各取組の試行分析結果：栄養

B M I 20以下の者についての体重の増減状況＜様式 2・3 比較＞
（平成29年度モデル事業参加者）

体重		参加者						
		n	1kg以上増		増減1kg未満		1kg以上減	
全体	男性	40	11	27.5%	20	50.0%	9	22.5%
	女性	80	15	18.8%	54	67.5%	11	13.8%
75－79歳	男性	17	4	23.5%	9	52.9%	4	23.5%
	女性	32	3	9.4%	24	75.0%	5	15.6%
80－84歳	男性	15	5	33.3%	6	40.0%	4	26.7%
	女性	32	10	31.3%	20	62.5%	2	6.3%
85歳以上	男性	8	2	25.0%	5	62.5%	1	12.5%
	女性	16	2	12.5%	10	62.5%	4	25.0%

B M I 25超の者についての体重の増減状況＜様式 2・3 比較＞
（平成29年度モデル事業参加者）

体重		参加者						
		n	1kg以上増		増減1kg未満		1kg以上減	
全体	男性	21	5	23.8%	10	47.6%	6	28.6%
	女性	23	2	8.7%	13	56.5%	8	34.8%
75－79歳	男性	6	3	50.0%	1	16.7%	2	33.3%
	女性	10	1	10.0%	5	50.0%	4	40.0%
80－84歳	男性	13	2	15.4%	7	53.8%	4	30.8%
	女性	13	1	7.7%	8	61.5%	4	30.8%
85歳以上	男性	2	0	0.0%	2	100.0%	0	0.0%
	女性	0	0	-	0	-	0	-

○BMI20以下の参加者

- ・ 1kg以上増加した参加者は、男性は27.5%、女性は18.8%であった。
- ・ 増減 1 kg未満の「維持」にある参加者は、男性は50.0%、女性は67.5%であった。

○BMI25超の参加者

- ・ 1kg以上減少した参加者は、男性は28.6%、女性は34.8%であった。
- ・ 増減 1 kg未満の「維持」にある参加者は、男性は47.6%、女性は56.5%であった。

訪問歯科健診の取組内容について

訪問歯科健診については、要介護状態にあり、通常の歯科健診を自ら受診できない高齢者に対しての訪問歯科健診を実施していた。

表 訪問歯科健診に関する取組の対象者抽出基準

広域連合・ 構成市町村名	事業実施年度	対象者抽出基準
北海道北見市	29	要介護3以上で医療ならびに介護での歯科管理を受けていない
青森県青森市	28/29	要介護3～5
宮城県広域連合	29	要介護3～5
東京都武蔵野市	28/29	要介護3～5
東京都中央区	28/29	要介護3～5
東京都千代田区	28/29	要介護3～5
神奈川県厚木市	28/29	要介護1～5
神奈川県横浜市	29	要介護3～5で歯科医療管理を受けていない者
新潟県広域連合	29	要介護3～5
岐阜県岐阜市	28/29	要介護3～5で歯科医療管理を受けていない者
岐阜県各務原市	28/29	要介護3～5で歯科医療管理を受けていない者
岐阜県可児市	28/29	要介護3～5で歯科医療管理を受けていない者
岐阜県揖斐川町	28/29	要介護4・5で歯科医療管理を受けていない者
岐阜県大野町	28/29	要介護3～5で歯科医療管理を受けていない者
岐阜県池田町	28/29	要介護3～5で歯科医療管理を受けていない者
岐阜県御嵩町	28/29	要介護3～5で歯科医療管理を受けていない者
三重県鈴鹿市	28/29	在宅で要介護3～5
三重県名張市	28/29	在宅で要介護3～5
三重県亀山市	28/29	在宅で要介護3～5
大阪府泉大津市	28/29	在宅で要介護3～5
大阪府箕面市	28/29	在宅で要介護3～5
兵庫県姫路市	28/29	在宅で要介護3～5
島根県広域連合	28/29	在宅で要介護3～5、歯科医療管理を受けていない者
広島県大竹市	29	在宅の寝たきりの者
山口県山口市	28/29	要介護3～5
山口県下松市	29	要介護3～5
香川県広域連合	28/29	要介護3～5
高知県四万十市	28/29	在宅の寝たきりの者
宮崎県広域連合	28/29	要介護3～5

各取組の試行分析結果：訪問歯科健診

15

平成28年度モデル事業（27-28年度比較）

■ 男性参加者 ◆ 女性参加者 ● 男性非参加者 ▲ 女性非参加者

図-訪問歯科②-12
年間歯科医療費

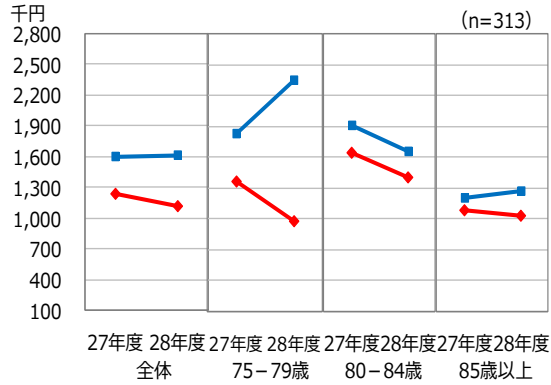


図-訪問歯科②-13
年間歯科医療費

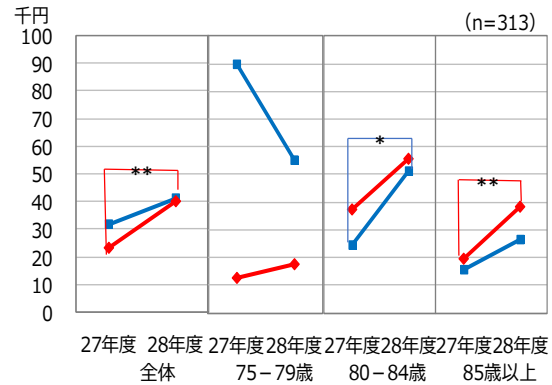
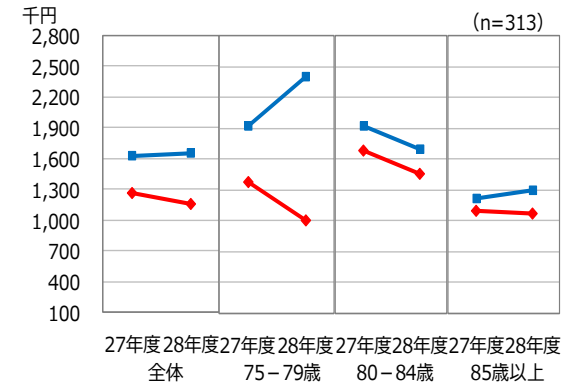


図-訪問歯科②-14
年間歯科+年間内科



平成29年度モデル事業（28-29年度比較）

図-訪問歯科⑤-12
年間歯科医療費

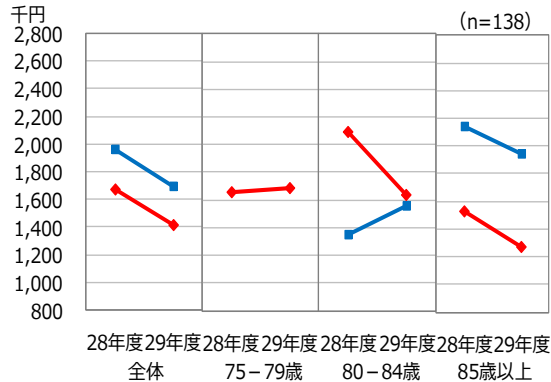


図-訪問歯科⑤-13
年間歯科医療費

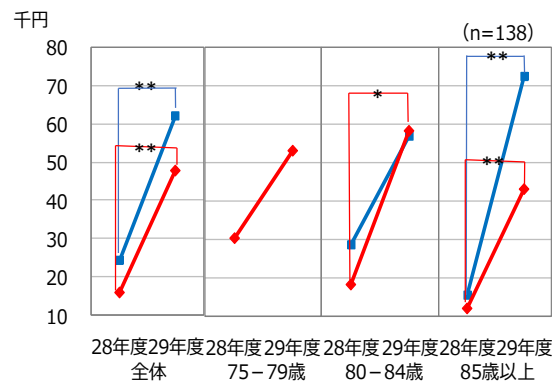
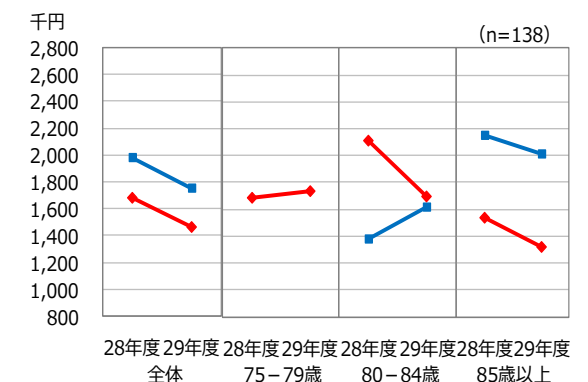


図-訪問歯科⑤-14
年間歯科+年間内科



各取組の試行分析結果：訪問歯科健診

16

平成28・29年度（1年目・2年目）

■ 男性参加者 ◆ 女性参加者 ● 男性非参加者 ▲ 女性非参加者

図-訪問歯科⑥-12
年間内科医療費

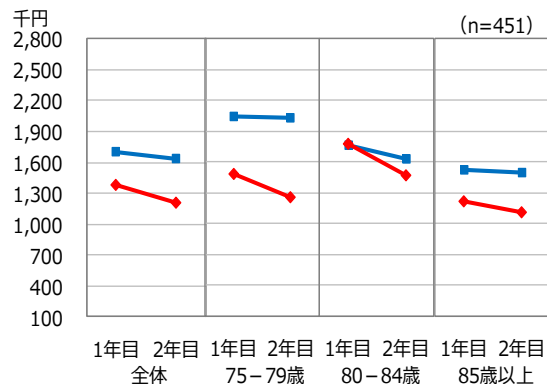


図-訪問歯科⑥-13
年間歯科医療費

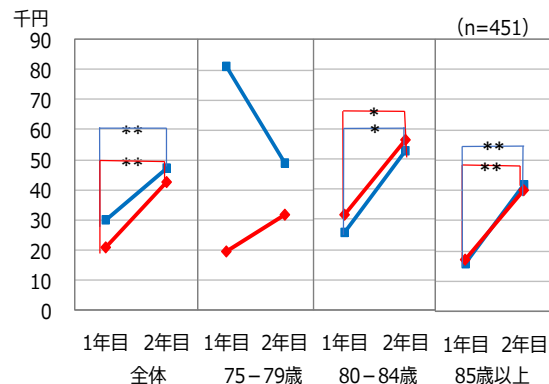
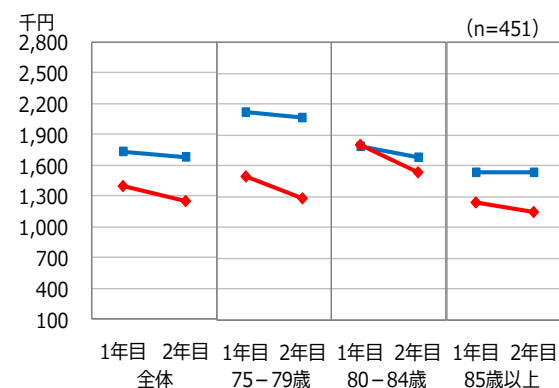


図-訪問歯科⑥-14
年間医療 + 年間歯科



平成28年度（平成27-28年度比較）

- ・年間内科医療費について、参加群の男性では約1万円増加、女性では約13万円減少している。
- ・年間歯科医療費について、参加群の男性では約9千円増加、女性では約2万円増加している。
- ・年間内科 + 歯科医療費は、参加群の男性では約2万円増加、女性では約11万円減少している。

平成29年度（平成28-29年度比較）

- ・年間内科医療費は、参加群において、男性では約27万円減少、女性では約26万円減少している。
- ・年間歯科医療費は、参加群において、男性では約4万円増加、女性では約3万円増加している。
- ・年間内科 + 歯科医療費は、参加群の男性では約23万円減少、女性では約22万円減少している。

平成28・29年度（1年目・2年目）

- ・年間内科医療費は、参加群において、男性では約7万円減少、女性では約17万円減少している。
- ・年間歯科医療費は、参加群において、男性では約2万円増加、女性では約2万円増加している。
- ・年間内科 + 歯科医療費は、参加群の男性では約5万円減少、女性では約15万円減少している。

口腔の取組内容について

口腔に関する取組は、主に訪問歯科健診の結果、咀嚼、嚥下等の口腔機能の低下等の問題を有する者を対象に、口腔機能改善のための相談や指導が行われた。

表 口腔に関する取組の対象者抽出基準・取組概要

広域連合・ 構成市町村名	事業実施 年度	対象者抽出基準	取組概要	期間
岩手県宮古市	28/29	要介護3～5	歯科医師による訪問歯科健診のあと、歯科医あるいは歯科衛生士が口腔ケアと指導を実施	2ヶ月
埼玉県和光市	28/29	摂食や咀嚼等の口腔機能低下がみられる者	歯科衛生士または歯科衛生士が自宅を訪問し腔指導	3ヶ月
長野県塩尻市	28/29	要介護認定者や通院困難者	歯科衛生士による事前訪問後、歯科医師による訪問歯科健診を実施、その後歯科衛生士がロー訪問を実施	5ヶ月
滋賀県竜王町	28/29	要介護者	歯科医師もしくは歯科衛生士が訪問し、口腔況を調査し、口腔ケアや訓練を実施	4ヶ月
高知県土佐清水市	28/29	要支援1,2ならびに歯科健診の結果指導・要精検の者	歯科衛生士が訪問し、咀嚼機能等の確認や指を行う	3ヶ月
長崎県広域連合	28/29	退院後、摂食、嚥下等の口腔機能の下など口腔に関する問題を有する要介護1の者 ひとりで歯科健診を受診できない要介護2以上の者	歯科医師、歯科衛生士、看護師等が訪問し、腔に関する歯科健診や指導を実施	3ヶ月
福岡県豊前市	28/29	誤嚥性肺炎や糖尿病、骨折等の病歴のある者	歯科医師、歯科衛生士、管理栄養士等が訪問口腔に関する各種検査や栄養アンケート等を実施、その後歯科衛生士が検査や指導を実施	4ヶ月

各取組の試行分析結果：口腔

18

平成29年度モデル事業（事業前後比較）

■ 男性参加者

◆ 女性参加者

● 男性非参加者

▲ 女性非参加者

図-口腔④-3

基本チェックリスト点数

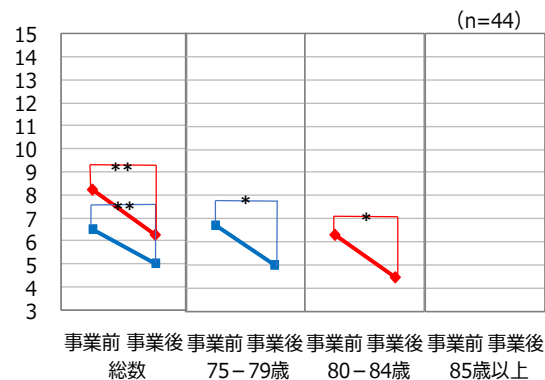


図-口腔④-12

【歯科】要治療割合

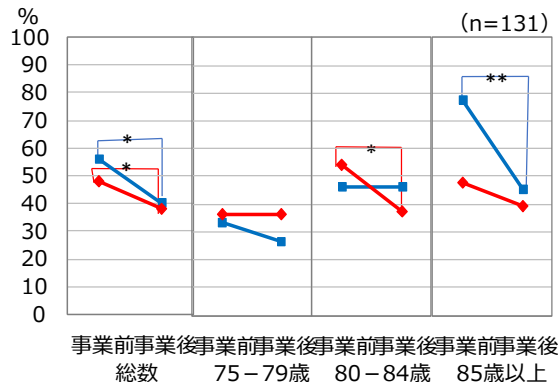


図-口腔④-13

【歯科】咀嚼機能有所見

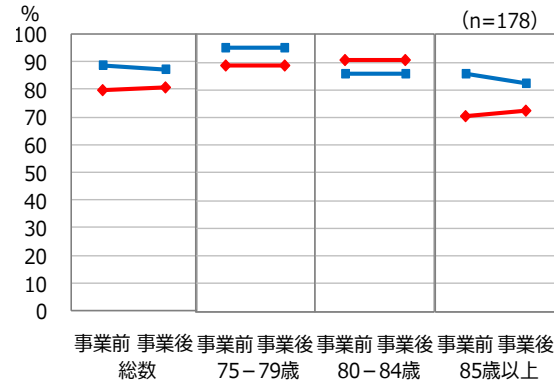


図-口腔④-14

【歯科】舌機能有所見

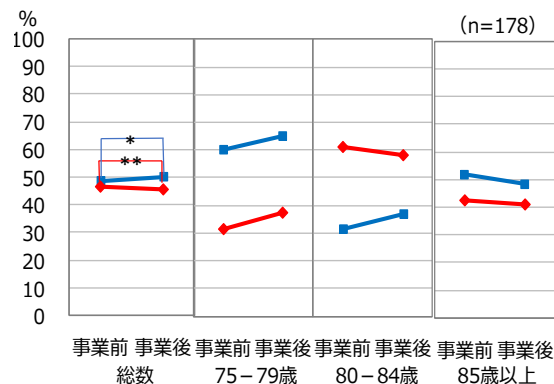


図-口腔④-15

【歯科】嚥下機能有所見

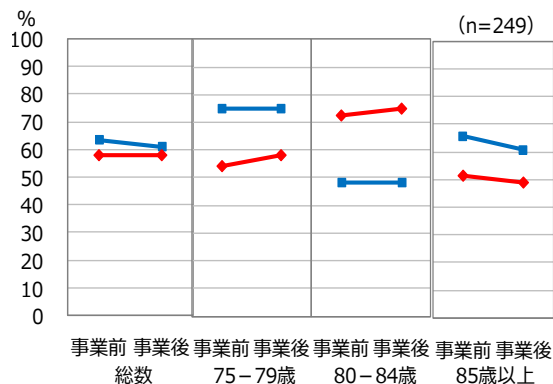
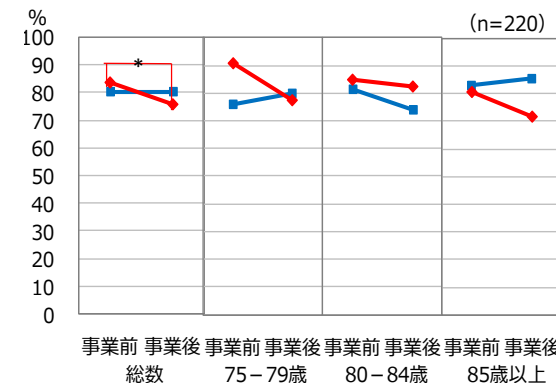


図-口腔④-16

【歯科】口腔衛生状況有所見



平成29年度モデル

- ・ 事業前後の比較において、男女とも、基本チェックリスト点数が有意に低下している。
- ・ 事業前後の比較において、男性では、要治療割合において有意に減少している。
- ・ 事業前後の比較において、女性では、要治療割合、舌機能有所見、口腔衛生状況有所見において有意に減少している。

服薬の取組内容について

服薬指導については、多医療機関受診等により服用する薬が多い場合や、薬の管理に関する困りごとを抱える者に対し、適正な服薬のための相談や指導が行われた。

表 服薬に関する対象者抽出基準・取組概要

広域連合・ 構成市町村名	事業実施 年度	対象者抽出基準	取組概要	期間
北海道北見市	28	広域連合会から提供される被保険者の受診情報と国保データベースシステムにより出力さえる全レセプト（医科・歯より対象者を抽出	薬剤師と保健師による訪問服薬指導を実施	6ヵ月
新潟県広域連合	29	3ヶ月連続して1ヶ月の受診医療機関が2～4ヶ所であり、重薬や併用禁忌、多量投薬等がある者	薬剤師による訪問服薬指導	—
三重県桑名市	28/29	処方薬が5種類以上	薬剤師が訪問して服薬指導	4ヶ月
奈良県広域連合	29	同系の医薬品を同月中に複数の医療機関で処方され、かつ日以上処方されている重複服薬者もしくは同月中に複数の機関で処方されている薬において併用禁忌薬の服用が見込める者	薬剤師による服薬指導	2ヶ月
香川県広域連合	28/29	薬の管理に関する困りごとを抱えており、調剤薬局に6ヶ月来局し、処方箋に5剤以上、処方日数が14日以上あり、同意得られる者	薬剤師が訪問し、服薬指導を実施	
長崎県広域連合	28/29	複数の薬局からひと月当たり15種類の内服薬の処方がある者	薬剤師が訪問し、服薬指導を実施	3ヶ月
熊本県八代市	28	KDBにより診断名が複数ある者を多い順に抽出。特に生活習慣病関連疾患に加え、整形外科のレセがあるなど複数医療機関受診している者を優先する。	薬に関する講演会&個別相談会、立寄り相談、訪問相談の案内を行い、服薬管理等の支援を行う	
宮崎県広域連合	28/29	薬局来局者で薬の管理等に疑問を抱えたり過剰な残薬の存が疑われる患者もしくは重複服薬訪問指導（同月中に複数療機関で処方日数が60日以上もしくは併用禁忌薬が処方されている者）での未訪問者	薬剤師が訪問し、服薬指導を実施	

各取組の試行分析結果：服薬

平成28年度モデル事業（27-28年度比較）

図-服薬①-3
服薬数

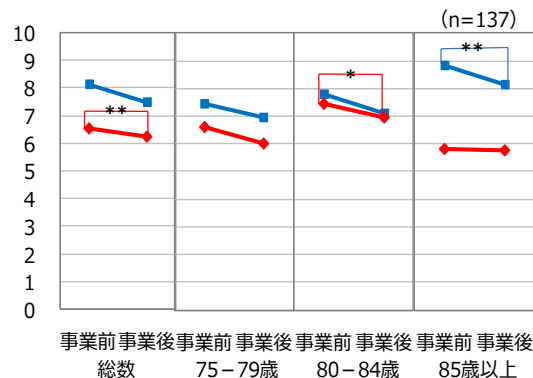


図-服薬②-12
年間医科医療費

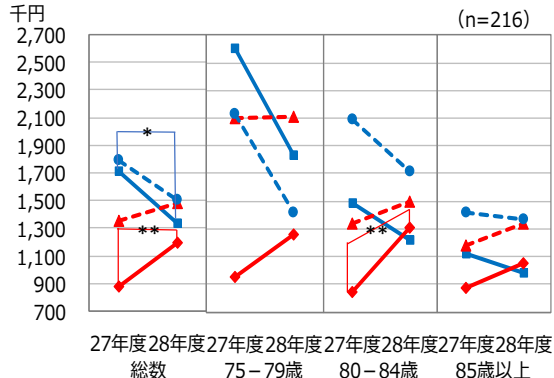
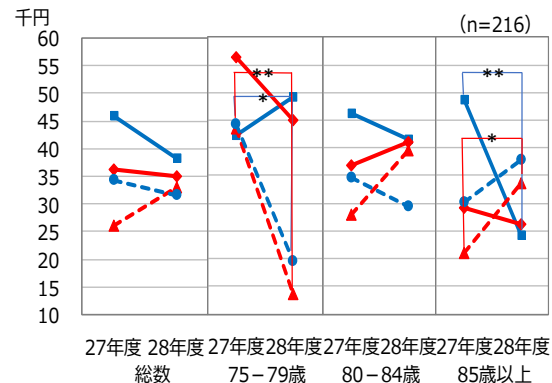


図-服薬②-13
年間歯科医療費



平成29年度モデル事業（28-29年度比較）

図-服薬④-4
内服薬数

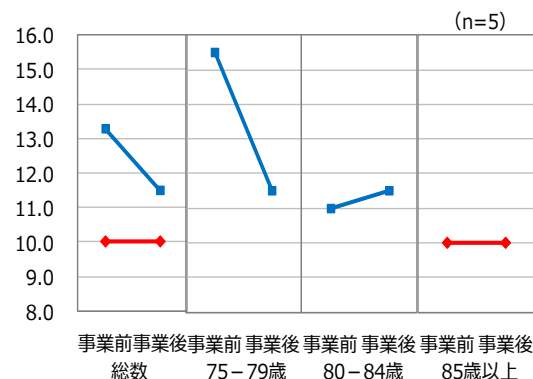


図-服薬⑤-12
年間医科医療費

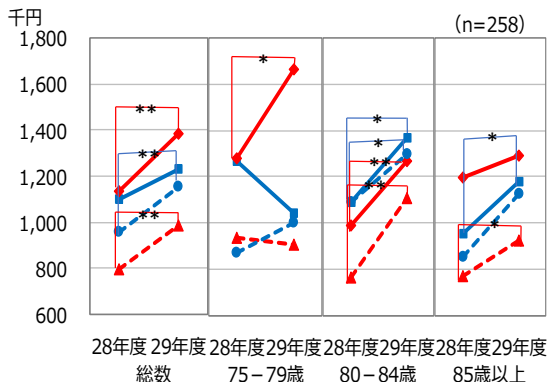
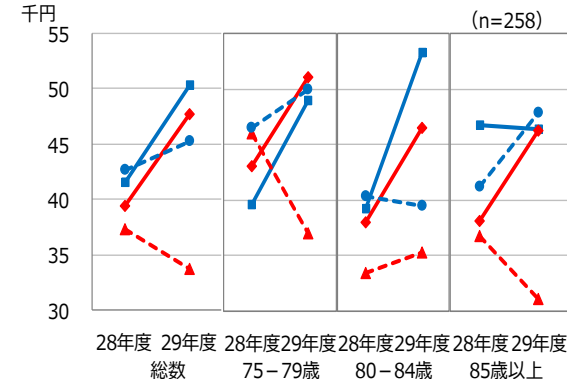


図-服薬⑤-13
年間歯科医療費



平成28年度：女性では、服薬数が有意に減少している。医療費については、参加者及び非参加者において一定の傾向がみられなかった。

平成29年度：服薬数については、データ数が限られ、十分な検討が難しい状況であった。

重症化予防の取組内容について

21

重症化予防に関する取組としては、高血圧や糖尿病等の生活習慣病のコントロールが不十分なために重症化のおそれがある者に対し、重症化を予防するための保健指導・栄養や運動等の相談や指導が行われた。

表 重症化予防に関する対象者抽出基準・取組概要

広域連合・ 構成市町村名	事業実施年 度	対象者抽出基準	取組概要	期間
北海道妹背牛町	28/29	HbA1c6.5%以上または空腹時血糖126mmHg以上、クレアチニン値か算出したeGFRや尿蛋白の所見から腎機能低下がみられる者	訪問により食習慣や運動習慣・生活習慣全般を確認し、本人にとって改善可能なことと困難とを明らかにしていく	—
北海道江差町	29	かかりつけ医が必要と判断した者もしくはHbA1c7.0%以上かつ尿蛋白（±）以上の者	継続的な保健指導、栄養指導実施する	—
北海道上ノ国町	29	かかりつけ医が必要と判断した者もしくはHbA1c7.0%以上かつ尿蛋白（±）以上の者	医師の指示書等に基づき、生活・栄養指導を実施する	—
千葉県旭市	29	血圧170/100以上、中性脂肪300以上、HDL-C29以下、LDL-C180以上、AST150以上、ALT150以上、γGTP300以上、尿酸8.0以上、HbA1c6.5%尿糖＋以上、ヘモグロビン（男）9.9以下（女）8.9以下の生活習慣療者	栄養士が訪問し、訪問栄養指を行う	—
神奈川県大和市	28/29	HbA1c6.5%以上かつ空腹時血糖126mg/dl以上かつeGFR50以下の者	栄養士による訪問栄養相談	6ヶ月
神奈川県広域連合	29	HbA1c6.5%以上かつ尿蛋白（＋）以上の者	未受診者や治療中断者は受診勧奨、現在治療中のものは訪指導を実施	3ヶ月
石川県広域連合	28/29	HbA1c7.0%以上または空腹時血糖126mg/dl以上で、尿蛋白（++）かeGFR50未満の者	管理栄養士等による訪問指導	4ヶ月
長野県喬木村	29	Ⅱ度以上の高血圧もしくはHbA1c8.0%以上もしくはLDL-C180以上も中性脂肪300以上もしくは尿蛋白++以上もしくはeGFR40未満もしくは該当者（2項目以上）もしくは心電図要精検	保健師による訪問指導	4ヶ月
愛知県東浦町	28/29	HbA1c7.0%以上かつ尿蛋白（±または+）以上かつ糖尿病の受診歴のい者	訪問等により治療の必要性、活上の留意事項についての保指導を行う	6ヶ月
滋賀県甲賀市	28/29	各専門職が支援が必要だと思った者	各種専門職が、高齢者の抱え課題に応じて訪問指導を実施	6ヶ月

重症化予防の取組内容について

表 重症化予防に関する対象者抽出基準・取組概要

広域連合・ 構成市町村名	事業実施年 度	対象者抽出基準	取組概要	期間
奈良県田原本町	29	空腹時血糖126mg/dlまたは随時血糖200mg/dl以上 かつ HbA1c6.5%以上の医療機関未受診者 CKDステージ3a（尿蛋白＋以上）からステージ5で、医療機関未受診 糖尿病のレセプトがある者かつ尿蛋白2年間±の者	医療機関への受診勧奨や重症 化予防のための訪問指導実施	—
鳥取県鳥取市	28/29	Ⅱ度高血圧以上、HbA1c7.0%または空腹時血糖130mg/dl以上、男性 LDL-L180以上、尿蛋白++以上のいずれかに該当する者	看護師等専門職が対象者の特 性に合わせて家庭訪問を実施。	—
広島県呉市	28/29	年間入院2回以上、高度医療救急利用者、直近の月額医療費100万円 以上、長期入院者のいずれか	在宅医療介護連携推進員が自 宅を訪問し、医療・介護サー 利用の適正化、疾病の重度化 防、自宅の環境調整、療養や 養場所に関する意思決定支援 実施	—
	28/29	骨粗しょう症対象者		—
香川県広域連合	28/29	HbA1c6.9%以上で糖尿病の病名がありながら、健診後3ヶ月で糖尿病 治療がされていない者	保健師が自宅を訪問し、指導 実施	—
福岡県広域連合	28/29	2型糖尿病患者	訪問し、食事等を含め保健指 を実施	6ヶ月
長崎県広域連合	28/29	空腹時血糖126mg/dlまたは随時血糖200mg/dl以上 または HbA1c6.5% 以上でeGFR50未満または尿蛋白++以上の者	かかりつけ医の指示等のもと、 6ヶ月間の栄養指導計画を作成 し、訪問により栄養指導を実 施	6ヶ月
鹿児島県広域連合	28/29	健診結果で「要医療」と判定された者	保健師等が訪問し、医療機関 の受療勧奨や生活指導を実施	—
沖縄県糸満市	28/29	尿蛋白++以上かつeGFR40以下で空腹時血糖126mg/dlかつHbA1c7.0% 以上	訪問、来所、電話等において 健指導、受療勧奨を実施	3ヶ月
沖縄県南風原町	29	HbA1c7.0%以上、血圧150/90以上、尿蛋白陽性の物	訪問により、本人や家族の状 を聞き取り、保健指導を実施	—
沖縄県広域連合	29	HbA1c7.4%以上、HDL-C34以下、尿蛋白++、γ-GTP81以上、GOT51以 上、尿糖++以上	訪問により、生活実態等を把 握し、指導を行う	6ヶ月

各取組の試行分析結果：重症化予防

平成28・29年度（1年目・2年目）比較

■ 男性参加者

◆ 女性参加者

● 男性非参加者

▲ 女性非参加者

図-重症化⑥-5
空腹時血糖

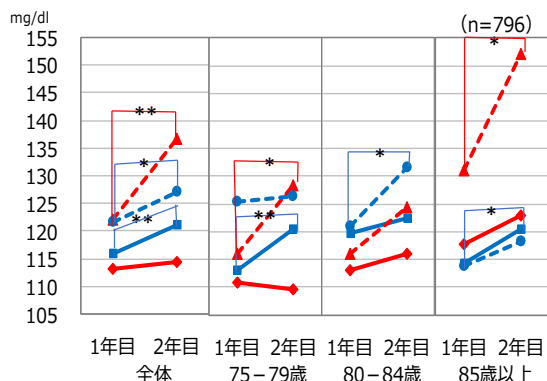


図-重症化⑥-6
HbA1c

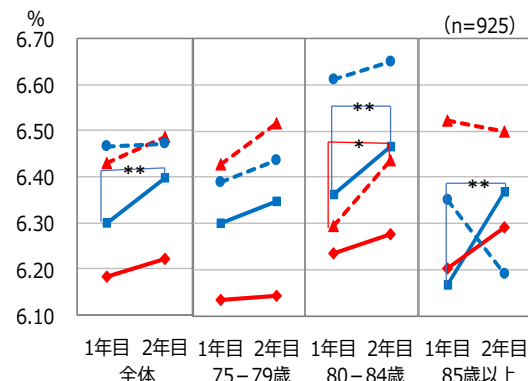


図-重症化⑥-7
eGFR

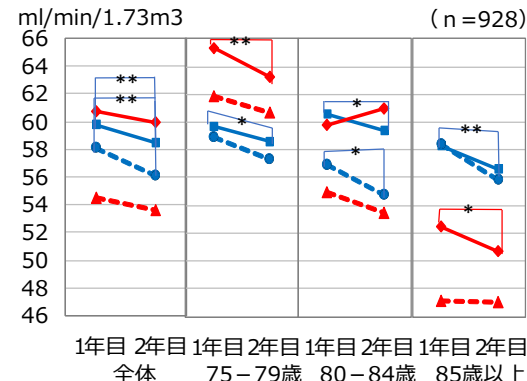


図-重症化⑥-12
年間内科医療費

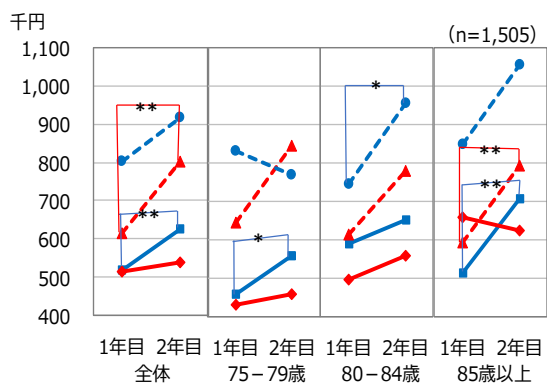
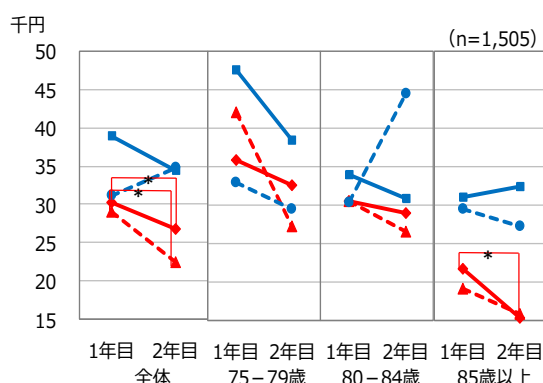


図-重症化⑥-13
年間歯科医療費



平成28・29年度

- 空腹時血糖について、女性の総数では、1年目と2年目を比較すると、参加群では横ばいだが、非参加群においては14.65mg/dlの上昇が見られる。
- 空腹時血糖及びHbA1cにおいて、参加群は非参加群より低値にとどまっている。
- eGFRにおいても、参加群は非参加群より高値であり、ベースの状態にも差がある。
- 年間内科医療費において、1年目と2年目を比較すると、参加群の女性ではほぼ横ばいであるのに対し、非参加群は約20万円の上昇となっている。
- 年間内科医療費において、2年目の参加群と非参加群の差は、男性では約29万円、女性では、約26万円となっており、1年目からの差額が拡大している。

包括アセスメントの取組内容について

包括アセスメントについては、訪問により状況確認し、必要な場合は関係機関に連携する、または健診会場での認知機能・フレイルを客観的に評価するための追加の健診を行うという取組が行われた。

表 包括アセスメントに関する対象者抽出基準・取組概要

広域連合・ 構成市町村名	事業実施 年度	対象者抽出基準	取組概要	期間
愛知県大府市	28/29	健診受診者のうち希望者	健診会場での認知機能・フレイルを客観的に評価するための追加の健診	—
広島県呉市	28/29	基本チェックリストの「運動機能低下」「閉り」「うつ」の3項目以上が該当する者	訪問によりアセスメントを行い、必要なサービス紹介を行い、その後電話や訪問でモニタリングを	4ヶ月
広島県大崎上島町	28/29	簡易フレイルチェックリストにより閉じこも傾向が疑われる者等	訪問により状況確認、必要な場合は関係機関に連携する	6ヶ月

各取組の試行分析結果：包括アセスメント

25

平成28・29年度モデル事業（1年目・2年目比較）

■ 男性参加者 ■ 女性参加者 ● 男性非参加者 ▲ 女性非参加者

図-包括アセス⑥-1
体重

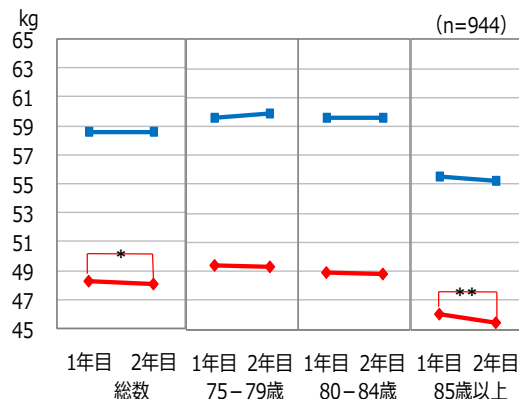


図-包括アセス⑥-2
BMI

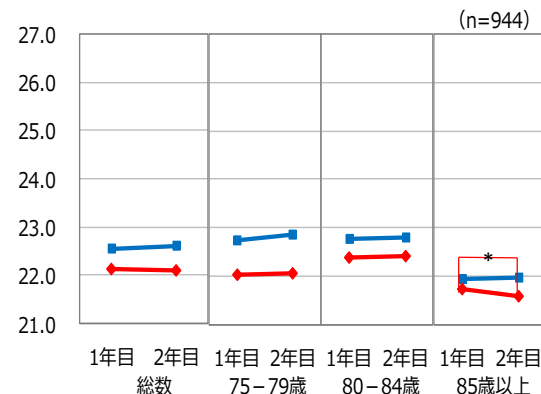


図-包括アセス⑥-12
年間医科医療費

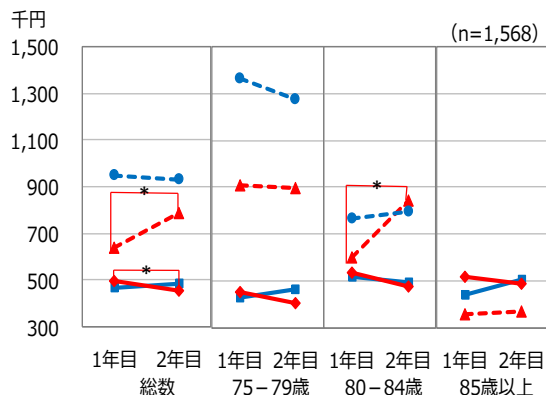


図-包括アセス⑥-13
年間歯科医療費

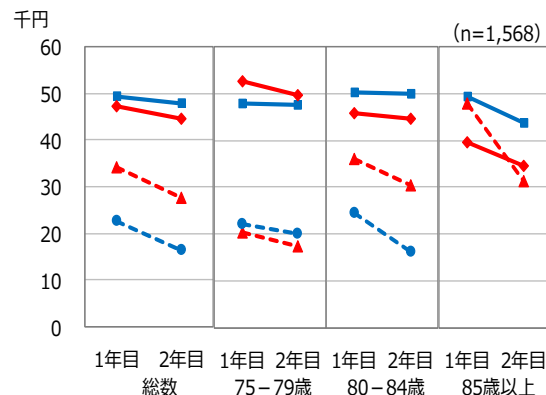
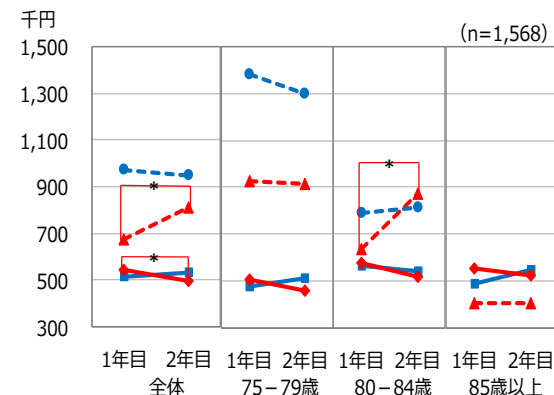


図-包括ケア⑥-14
年間医科+年間歯科



平成28・29年度

○体重・BMIについて、事業前後において大きな変化はなかった。

○年間医療費について、参加群では事業前後において男性では大きな変化はなく、女性では減少していた。

複合的取組の取組内容について

複合的取組みでは、高齢者が抱える複合的な課題に対応するために、栄養と口腔等、複数のテーマに関する相談・指導が同一のプログラムの中で実施された。

表 複合的取組に関する対象者抽出基準・取組概要

広域連合・ 構成市町村名	事業実施年 度	対象者抽出基準	取組概要	期間
神奈川県大和市	29	BMI18.5以下の者もしくはBMI20以下の者 介護予防アンケートで口腔に関する3項目全てに該当する	栄養士による訪問栄養相談と歯科衛生士 による口腔指導	6ヶ月
長野県佐久市	28/29	フレイルもしくはサルコペニアの所見が認められた者	保健師、管理栄養士、歯科衛生士、理学 法士による訪問	4ヶ月
長野県小諸市	29	BMI18.5未満の者、歯科健診で要注意の者でBMI18.5未満 者	管理栄養士、歯科衛生士、理学療法士、 健師による訪問指導	6ヶ月
大阪府大阪狭山市	28/29	一人暮らし高齢者台帳調査時に情報提供され、要介護認 を受けていない者	保健師等が訪問し、状況確認、服薬、日 生活指導、関係機関との連携等を実施	
岡山県勝央町	28/29	血圧140/90mmHg以上、血中脂質（LDL-C140mg/dl以上、 TG150mg/dl以上）、BMI20以下の者	保健師・管理栄養士等が訪問し、栄養改 や身体機能向上のための保健指導を実施	3ヶ月
高知県黒潮町	29	BMI20以下、体重が6ヶ月間に2～3kg減少または体重減少 3%以上、血中ヘモグロビン値（男）12.7以下・（女） 総コレステロール値（男）156以下・（女）182以下、血 ミン値（男）3.5以下、（女）3.9以下、生活習慣病の重症 れがある、のいずれかの者	薬局の薬剤師による立ち寄り型の健康相	6ヶ月
高知県田野町	29	BMI20以下、体重が6ヶ月間に2～3kg減少または体重減少 3%以上、血中ヘモグロビン値（男）12.7以下・（女） 総コレステロール値（男）156以下・（女）182以下、血 ミン値（男）3.5以下、（女）3.9以下、生活習慣病の重症 れがある、のいずれかの者	薬局の薬剤師による立ち寄り型の健康相	3ヶ月
宮崎県美郷町	28/29	5m歩行5秒以上、握力（男）26kg未満、（女）17kg未満 昨年度事業完了者で今年度も引き続き訪問指導が必要と われる者	保健師が訪問しアセスメントを行い、自 ループや栄養指導につなげる	6ヶ月

各取組の試行分析結果：複合的取組

27

平成28・29年度モデル事業（1年目・2年目比較）

■ 男性参加者 ■ 女性参加者 ● 男性非参加者 ▲ 女性非参加者

図-複合⑥-1

体重

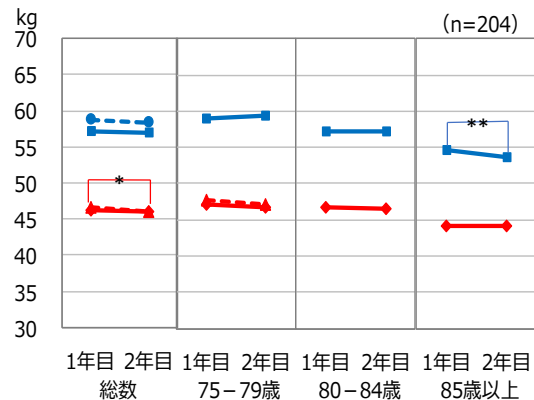


図-複合⑥-2

BMI

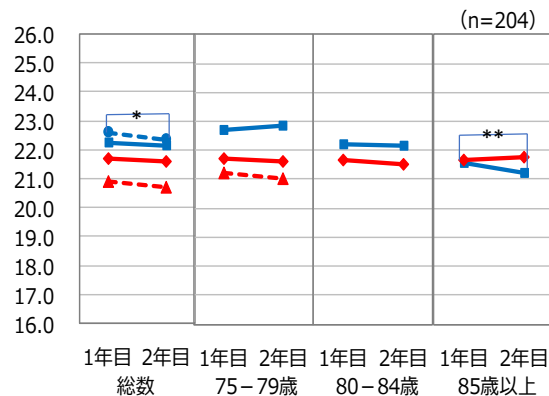


図-複合⑥-12

年間内科医療費

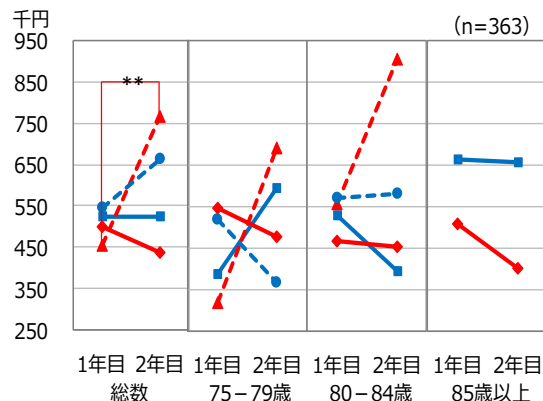


図-複合⑥-13

年間歯科医療費

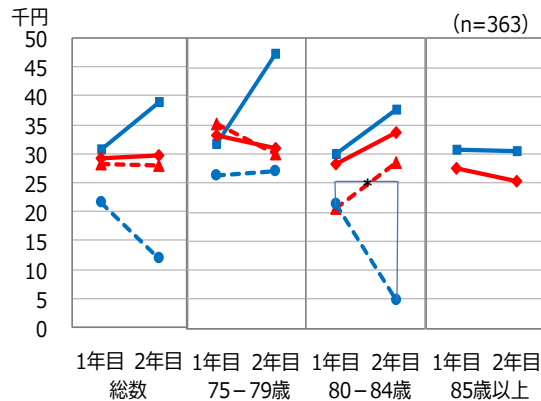
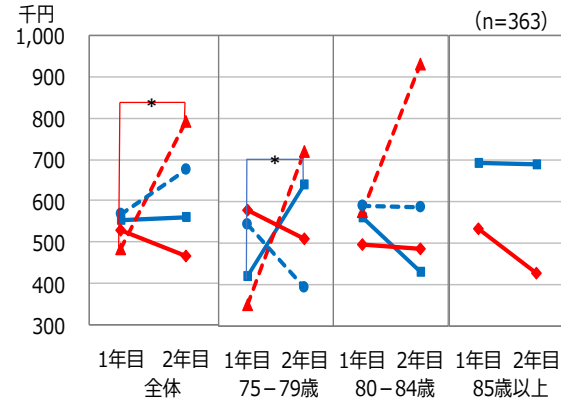


図-複合⑥-14

年間内科+年間歯科



平成28・29年度

○体重・BMIについて、参加群では事業前後において大きな変化はなかった。

○年間医療費について、参加群では事業前後において男性では大きな変化はなく、女性では減少していた。

各取組の試行分析結果：合併症の発生状況

28

モデル事業実施年度とその前年度の疾患の受診状況を確認し、前年度に各疾患で受診していない者（a）のうち、翌年度に各疾患で受診した者（b）について集計した。

各年度での疾患の新規罹患状況（b／a）は次の通りであった。

新規罹患状況＜全メニュー＞

		参加群					非参加群				
		全数	前年度 罹患患者	前年度 非罹患患者 (a)	新規 罹患患者 (b)	新規 罹患率 (b/a)	全数	前年度 罹患患者	前年度 非罹患患者 (a)	新規 罹患患者 (b)	新規 罹患率 (b/a)
高血圧	H28モデル	2,505	1,743	762	101	13.3%	837	707	130	22	16.9%
	H29モデル	3,247	2,152	1,095	119	10.9%	2,270	1,717	553	66	11.9%
糖尿病	H28モデル	2,505	993	1,512	110	7.3%	837	519	318	99	31.1%
	H29モデル	3,247	1,199	2,048	126	6.2%	2,270	815	1,455	96	6.6%
脂質異常	H28モデル	2,505	1,374	1,131	126	11.1%	837	575	262	92	35.1%
	H29モデル	3,247	1,628	1,619	128	7.9%	2,270	1,296	974	59	6.1%
脳血管疾患	H28モデル	2,505	828	1,677	148	8.8%	837	402	435	119	27.4%
	H29モデル	3,247	901	2,346	157	6.7%	2,270	716	1,554	99	6.4%
虚血性心疾患	H28モデル	2,505	690	1,815	120	6.6%	837	430	407	85	20.9%
	H29モデル	3,247	755	2,492	101	4.1%	2,270	486	1,784	66	3.7%
腎不全	H28モデル	2,505	153	2,352	75	3.2%	837	213	624	104	16.7%
	H29モデル	3,247	164	3,083	62	2.0%	2,270	113	2,157	49	2.3%
骨折	H28モデル	2,505	463	2,042	124	6.1%	837	245	592	145	24.5%
	H29モデル	3,247	380	2,867	174	6.1%	2,270	303	1,967	144	7.3%
誤嚥性肺炎	H28モデル	2,505	49	2,456	49	2.0%	837	19	818	32	3.9%
	H29モデル	3,247	13	3,234	6	0.2%	2,270	7	2,263	7	0.3%
認知症	H28モデル	2,505	318	2,187	124	5.7%	837	165	672	105	15.6%
	H29モデル	3,247	278	2,969	109	3.7%	2,270	192	2,078	83	4.0%
歯肉炎・歯周病	H28モデル	2,505	1,383	1,122	184	16.4%	837	408	429	149	34.7%
	H29モデル	3,247	1,523	1,724	296	17.2%	2,270	1,072	1,198	209	17.4%
義歯に係る医療	H28モデル	2,505	1,189	1,316	232	17.6%	837	465	372	198	53.2%
	H29モデル	3,247	1,183	2,064	368	17.8%	2,270	779	1,491	211	14.2%

- 参加群と非参加群を比較した場合、多くの取組において、参加群の新規罹患率が低い傾向がみられた。
- しかし、平成28年と平成29年の罹患率の振れ幅が大きいことから、対象者の個人因子が結果に反映されている可能性もあるため、この結果の扱いについては留意する必要がある。

モデル事業の試行分析より

- 進捗管理状況の結果から、広域連合及び市町村における事業の進め方、課題が明確となった。また、参加自治体に対して、進捗管理項目を通して高齢者の保健事業を進める上での必要なプロセスを示すことにもつながった。
- モデル事業実施自治体の状況から、健診受診状況や医療受診状況等の後期高齢者の状態像について、概要を把握することが可能となった。このような取組を各地域で行い、地域の状況の把握を進めていただきたい。
- モデル事業における全取組について、各年度共通データを収集したことにより、各取組の結果について比較が可能となり、各取組における必要データを予測することにつながった。
- 後期高齢者においては「悪化していない」＝「維持」も重要な結果となる。モデル事業の結果を通じて、「維持」を評価の視点として示すことが可能となった。
- ただし、評価については、後期高齢者の特性を踏まえ、専門家の意見も伺いながら、引き続き各取組の評価指標について検討を続けることが必要と考えられる。
- モデル事業においては、非参加群（対照群）の設定が困難であることが課題となった。後期高齢者を対象とする保健事業において、事業効果を把握していく際の今後の課題でもある。