

事業評価の枠組みについて(案)

1. 作業チームの役割

- 目標設定と評価の枠組みの検討
 - ・高齢者の保健事業によりどのような状態を目指し、達成状況を評価するのか検討する。（別紙1参照）
- モデル事業の評価と取組の検討
 - ・平成28～29年度「高齢者の低栄養・重症化予防事業」モデル事業について、実施市町村等のヒアリングや報告データ等をもとに、事業の評価を行う。（別紙2参照）
 - ・事業の成果から、好事例の抽出並びに標準的な事業メニュー（プログラム・運営手順等）を検討し、これらを盛り込んだガイドライン（暫定版）案を作成する。（資料5参照）
 - ・平成29年度は、ガイドライン（暫定版）をもとに実施したモデル事業の効果を実証し、効果的な取組をまとめたガイドラインを策定する。

2. 検討内容等

- 主な検討事項
 - ・対象者の抽出基準（早期介入による支援が必要な在宅高齢者の把握方法等）
 - ・効果的・効率的な介入の具体的方法・内容
 - ・関係者との連携・調整方法（介護予防や医療との包括的な連携等）
 - ・事業の評価方法の検討（自己評価を支援）、共通指標
- モデル事業の実施支援
 - ・モデル事業を通じて事業のPDCAが円滑に回せるように、支援ツールを活用して実施を支援。（別紙3参照）
※ 糖尿病性腎症重症化予防研究班「進捗管理シート」に広域連合の役割を追加するなど改変して活用。

3. 検討の進め方

- ・資料8のとおり

1

高齢者の保健事業 目標設定の考え方

別紙1

在宅で自立した生活がおくれる高齢者の増加（入院率・入外比、疾病別医療費、要介護度）

生活習慣病等の重症化予防

高齢による心身機能の低下防止
（老年症候群）

低栄養状態の
高齢者の減少

口腔機能が
低下した
高齢者の減少

運動機能が
低下した
高齢者の減少

服薬状態に
課題がある
高齢者の減少

高齢者の健康状態・フレイルの状態、生活状況等の包括的な把握

介護予防との連携

栄養・食生活
・減塩、水分調整
・たんぱく摂取
・肥満者の維持・減量

口腔機能
・摂食・嚥下体操
・入れ歯の手入れ

運動・リハビリ
・転倒・骨折防止の
ための運動器等の
指導
・リハビリの継続

適正受診・服薬
・かかりつけ医
・受診中断の早期対処
・重複・残薬指導

禁煙・適正飲酒
・禁煙
・過量飲酒の減少

外出・社会参加
・買い物、散歩
・地域活動・通いの
場、ボランティア

虚弱（フレイル）高齢者や在宅療養高齢者等への健康支援

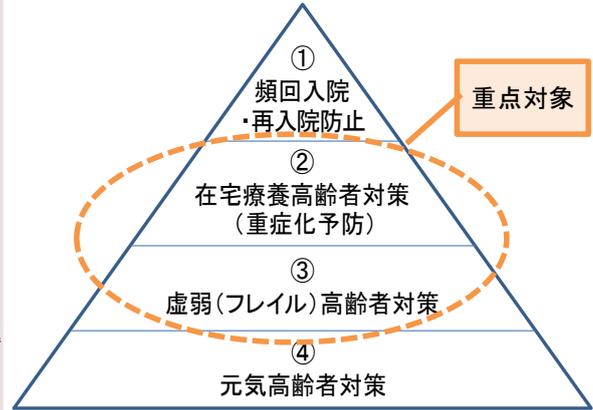
2

(1)【医療保険者の視点から見た保健事業のあり方】

- 医療保険者の視点では、医療費適正化も重要な課題。健診により異常値を発見し薬物治療につなげていくだけでなく、生活習慣改善による健康支援を充実させることが重要。
- 後期高齢者医療広域連合の保健指導等については、高齢者の慢性疾患の状況や処方医薬品の状況を統合した対応が可能であることから、疾病の重症化予防や服薬調整のためにも重要な役割を果たすことが期待される。
自立度の高い高齢者については、前期高齢者に引き続き循環器疾患予防・改善のための保健指導が望ましい。また、後期高齢者においては、多病、多剤服用の実態があることから多病のスクリーニングと多剤処方による薬剤有害反応の予防、服薬管理が重要。
- 後期高齢者では、医療と保健を一体として提供する必要があるため、医療機関と広域連合の連携体制の構築が不可欠。地域で一体となって対策を推進することが望ましい。

(2)【後期高齢者医療における健康支援のあり方】

- 後期高齢者医療広域連合は、その保有するレセプトデータや健診データを分析の上、被保険者の状態に応じた保健指導等の企画・実施が求められる。
- 被保険者の健康状態を階層化し、各階層の特性に応じた対策により、効果的、効率的な事業展開が期待。
- 当面の間、主に②、③の階層を重点的に実施する事が適当。②の階層については、疾病の重症化を予防するため、かかりつけ医と連携の上、包括的な管理を行う。③については、栄養指導等のフレイル対策を行う。なお、③や④の階層は介護予防との連携が重要。



3

別紙2

高齢者の低栄養・重症化予防(フレイル対策)モデル事業 評価指標と収集時期

項目	H28年度 ^{※1}	H29年度 ^{※2}			H30年度 ^{※3}								
		事前情報	当日	中間報告	年度末報告	開始時	当日	中間報告	年度末報告	1年後	...	5年後	
共通項目 ^{※4}	保健指導体制	担当職種、連携状況等	○							○	...	○	
	保険者の概要 (健康課題の把握)	被保険者の概要 医療の受診率、医療費 要介護状態	○							○	...	○	
	事業の概要*	対象者の概要 介入内容・方法 アセスメント項目等	○							○	...	○	
個人別データ	共通項目 ^{※1}	対象者の属性	性別、開始時年齢、介入プログラムの有無	○						○	...	○	
		健診・質問票	健診項目 質問票項目	(H27)							○	...	○
	レセプト情報	医療費、受診の有無(関連疾患等医療費) <検封事項> ・H29-H30: 医療費、受診の有無 ・移行導入・虚血性心疾患・脳卒中・老年症候群等の有無	○		○	○		○	○	○	...	○	
	基本チェックリスト	フレイルの状態把握、社会交流等		○	○	○		○	○	○	...	○	
	介護認定	認定の有無、要介護度	○		○	○		○	○	○	...	○	
	事業メニュー別検査結果 ^{※1}	栄養状態の評価	栄養状態の評価		○	○		○	○	○	○	...	○
			口腔機能の評価		○	○		○	○	○	○	...	○
			運動機能の評価		○	○		○	○	○	○	...	○
		アンケート等	服薬状態の評価		○	○		○	○	○	○	...	○
			認知機能の評価		○	○		○	○	○	○	...	○
レセプト情報	<検封事項> ・受診状況・生活習慣、セルフモニタリング ・服薬状態の評価	○		○	○		○	○	○	...	○		
個人別データ ^{※5}	レセプト情報	歯科医療費、調剤医療費、 受診の有無(関連疾患等医療費) <検封事項> ・H29-H30: 医療費、受診の有無	○		○	○		○	○	○	...	○	
		医療費、受診の有無(関連疾患等医療費) <検封事項> ・H29-H30: 医療費、受診の有無	(H27)		(経過分)	(H28)	(H28)		(経過分)	(H29)	(H30)	...	(H33)
	介護認定	認定の有無、要介護度	○		○	○		○	○	○	...	○	

※1 H28年度は、共通項目と事業メニュー別の任意項目を設定し、可能な範囲で収集分析することとしており、対象群については明確に定めていない。(平成28年6月20日事務連絡)※参考資料3参照

※2 H29年度以降、標準的な指標を提示することにより、できる限り必須項目として収集分析する予定。

※3 H30年度以降のデータ収集については、検封事項。(例えば、①広域において経年把握ができる仕組み、②国への実績報告等)

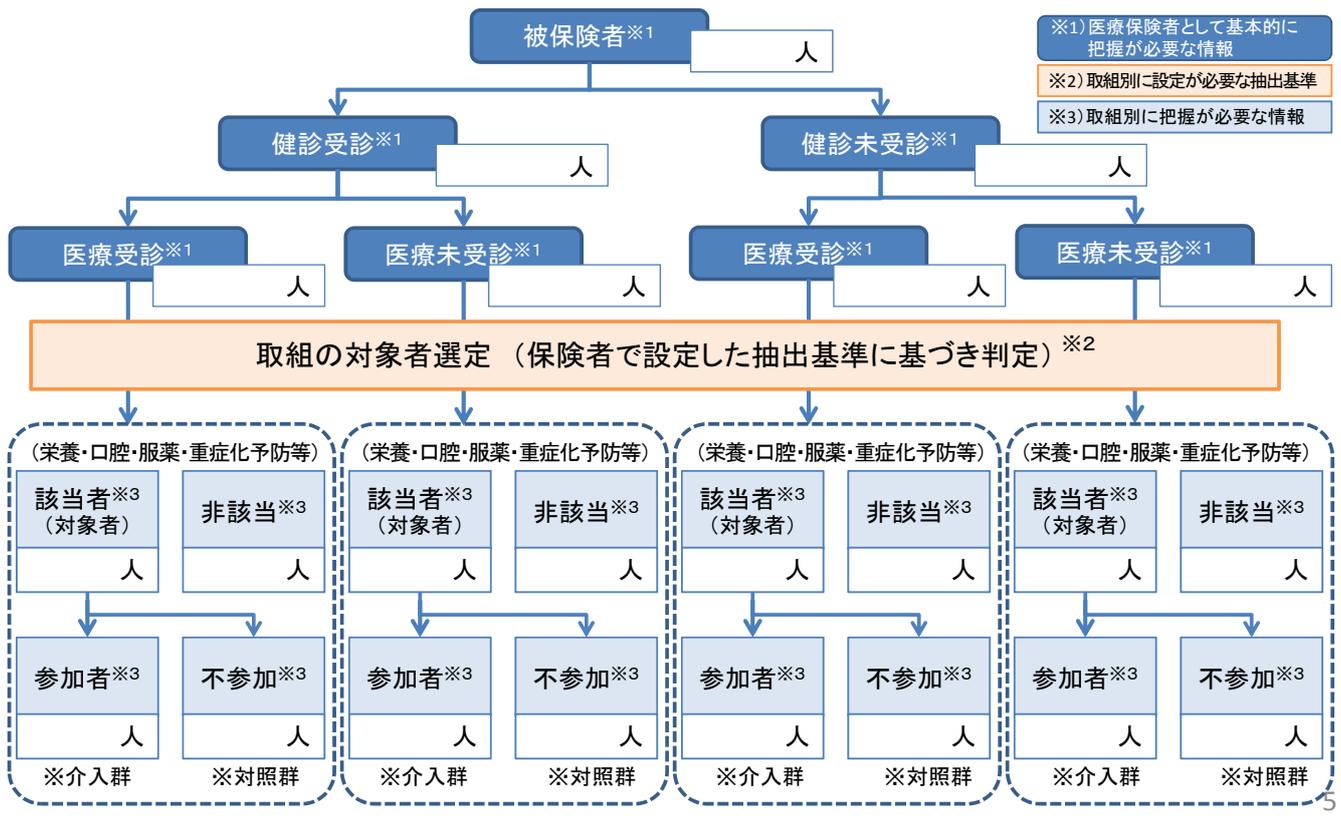
※4 マクロデータは、保険者の性・年齢階層別集計データや地域の健康課題等から、事業の企画・立案、体制づくり等で設定する基本的なデータを整理したもの。

※5 介入のプロセス別の状況を把握しておくことにより、対象者として抽出後、結果として未介入となった者と比較対照とするなど、WGIにおいて検討。(別紙3参考)対象者フロー*参照

対象者の全体像把握（フローイメージ）

別紙2参考

- 事業の計画段階で、全体像（フロー）を把握することにより、ターゲットを明確にして、事業規模、全体への影響、カバー率等を検討する。
- 一般的に抽出基準の該当者を「対象者」とするが、実施体制・マンパワー・地域資源等から、優先度に応じてさらに絞り込むこともある。
- 事業評価には対象者が明確であることが必要となり、対象者のうち、参加者＝介入群、不参加者＝対照群（暫定的）として効果を比較することができる。



高齢者の低栄養・重症化予防モデル事業(フレイル対策) 進捗管理シート

(糖尿病性腎症重症化予防プログラム進捗管理シート(様式A)を改変)

別紙3

参加市町村・広域連合名: () 県 ()

NO.	区分(例示※)		項目	内容	着手	済	
	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	□	□	
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	□	□	
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	□	□	
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	□	□	
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	□	□	
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	□	□	
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。	□	□	
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	□	□	
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	□	□	
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	□	□	
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	□	□	
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	□	□	
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	□	□	
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	□	□	
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	□	□	
16	○	○	対象者決定	対象者の選定基準について決定している	□	□	
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	□	□	
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	□	□	
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	□	□	
20	○	○	計画書作成	事業実施計画書を作成している	□	□	
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。	□	□	
22	△	○	募集法の決定	参加者の募集方法を決定している	□	□	
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>	□	□	
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	□	□	
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	□	□	
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	□	□	
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	□	□	
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	□	□	
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	□	□	
30		○	保健指導等	募集法	予定した対象者を募集するための方法を工夫している	□	□
31		○		対象者	実施計画書に基づいた対象者を募集し、予定人数が確保できている	□	□
32		○		介入(初回面接)	各機関で作成した指導マニュアルに従い初回面接ができている	□	□
33		○		介入(継続的支援)	各機関で作成した指導マニュアルに従い実施方法(手紙・電話・個別面談・戸別訪問・集団指導)を行っている	□	□
34		○		かかりつけ医との連携	かかりつけ医と、治療状況・保健指導の内容について連携ができている	□	□
35		○		受診状況把握	問い合わせ、レセプトより受診状況を把握している	□	□
36		○		記録	保健指導の内容について記録を残している	□	□
37		○		データ登録	評価に必要なデータを取得、登録している	□	□
38		○		安全管理	安全管理に留意した運営ができている	□	□
39		○		個人情報	個人情報を適切に管理している	□	□
40		○		チーム内の情報共有	関係者間で情報共有やカンファレンスを実施している	□	□
41		○		マニュアル修正	必要時マニュアルの見直しや修正を行っている	□	□
42		○		初回情報の登録	中間報告、実績報告のための初回情報(様式○)のデータを収集している	□	□
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	□	□
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	□	□	
45	○	○	最終報告会(仮)	最終報告会(仮)に参加している	□	□	
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	□	□	
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	□	□	
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	□	□	
49	○	○	広報等	広報等市民への情報提供を行っている。			
50	○	○	次年度計画	次年度の計画策定を行っている	□	□	
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	□	□	

※ 区分については、市町村にモデル事業を委託して実施する場合を想定し○を記載。実際には、地域の実情に合わせ広域連合と市町村等が相談の上、チェックリストを完成する。

※ 「△」は、必要に応じて対応する項目。

※ 平成27年度『後期高齢者の保健事業のあり方研究報告書(ガイドライン試案)』、『糖尿病性腎症重症化予防プログラム開発研究報告書』参照

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