

## 令和4年度 事業計画書・実績報告書の確認(全体)

研究班暫定版

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

# 令和4年度 事業計画書・実績報告書の確認(個別事業) ポピュレーション アプローチ

研究班暫定版

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

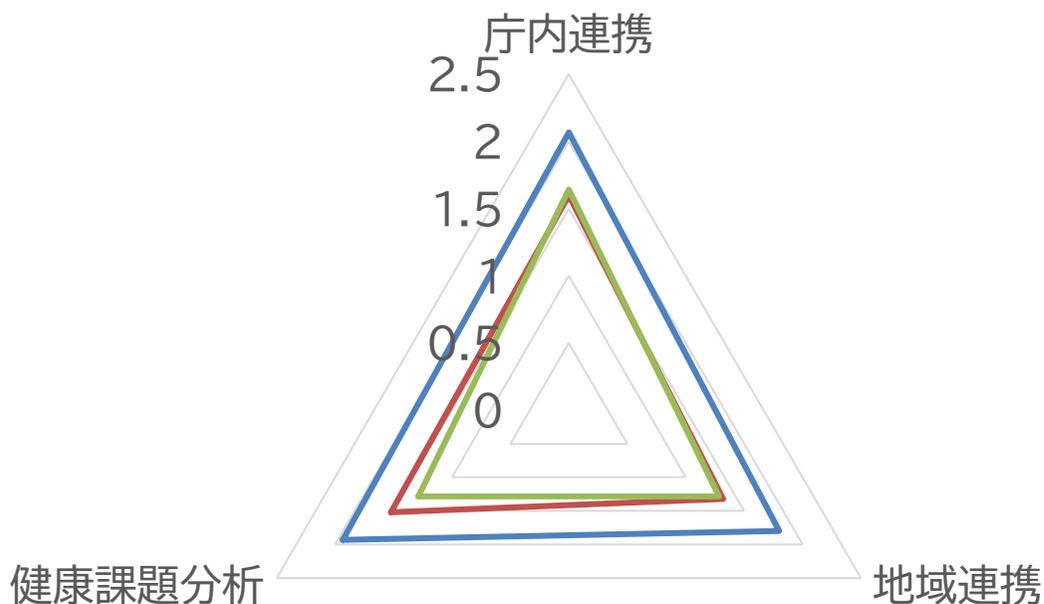
# 開始年度別 実施体制及びポピュレーションアプローチに係る得点

2広域 54市町村:令和2年度～(15市町村)、3年度～(25市町村)、4年度～(14市町村)

研究班暫定版

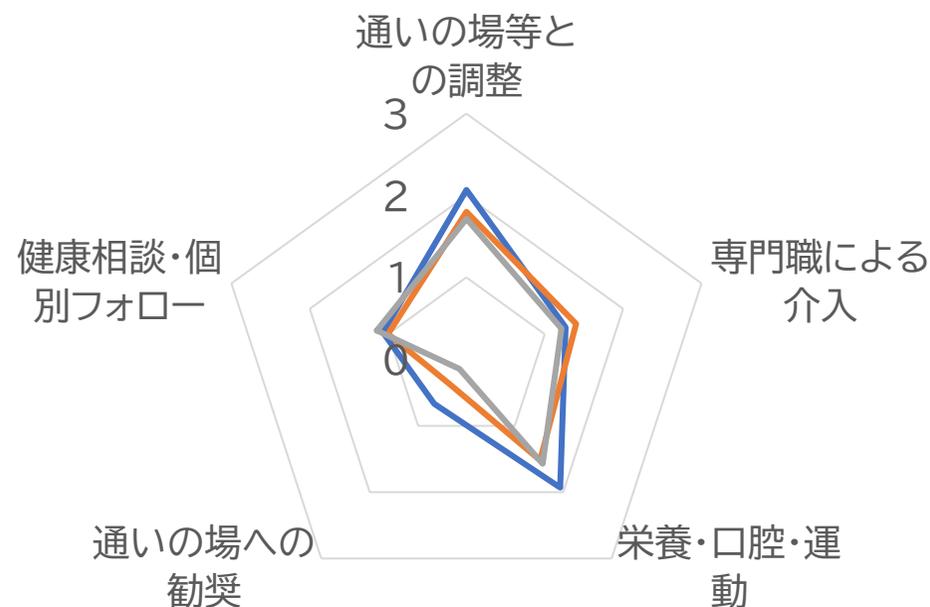
## 令和4年度 実施体制

— 3年間実施 (令和2年度～)   
 — 2年間実施 (令和3年度～)   
 — 1年間実施 (令和4年度～)



## ポピュレーションアプローチ

— 3年間実施 (令和2年度～)   
 — 2年間実施 (令和3年度～)   
 — 1年間実施 (令和4年度～)

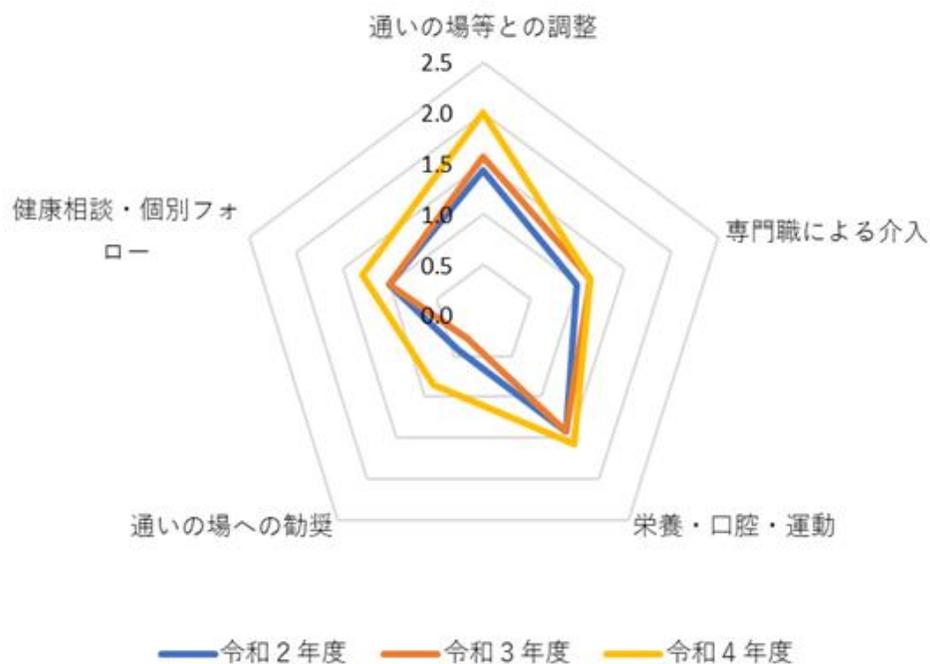


- 3年間実施自治体では、庁内、地域連携体制ポイントが、初めて実施した自治体よりも高かった。
- 健康課題分析において、既存のデータだけでなく、質問票の分析や事業実施から見てきた課題を検討し事業の種類、運営上の工夫を行っている傾向がみられた。

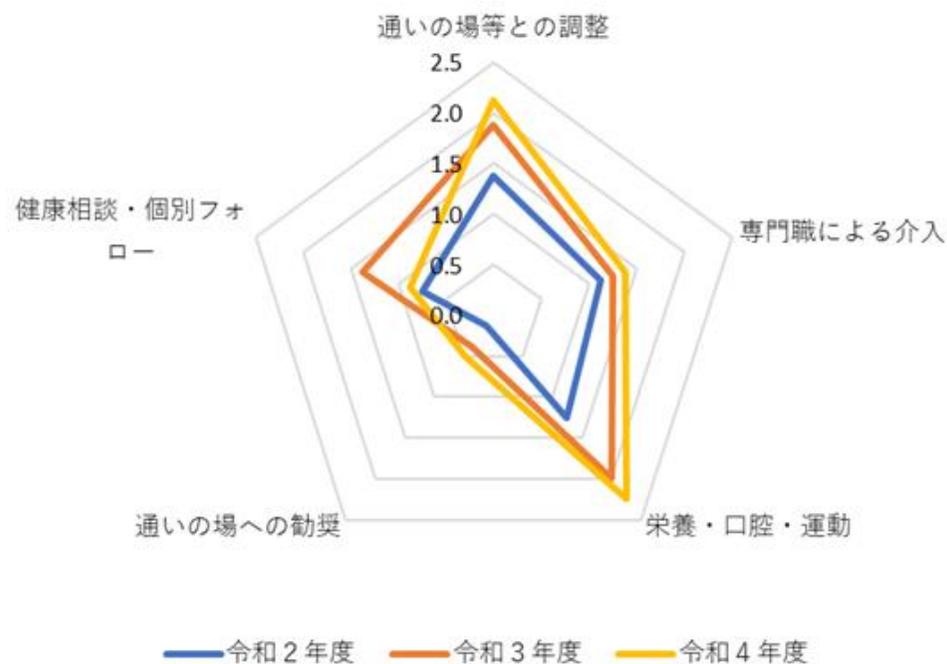
## 3年間実施自治体の得点の変化（神奈川・愛知）

＜ポピュレーションアプローチ＞ 神奈川(7市町/33市町村)、愛知(8市町村/54市町村)

ポピュレーションアプローチ（神奈川県平均）



ポピュレーションアプローチ（愛知県平均）



- 3年間一体的実施を行ってきた自治体における、ポピュレーションアプローチのスコア変化を示した。
- 毎年度、事業の向上が図られていた。特に通いの場との連携が進み、実施圏域、実施箇所数の増加がみられた。
- 通いの場の参加につなげるような勧奨、プログラムの充実が図られていた。

# 厚生労働科学研究研究班による事業計画書・実績報告書の分析プロセスにおける考察

研究班暫定版

## 実施体制のポイント 庁内連携・地域連携

- 定期的な会議設定と随時の担当者ミーティングの組み合わせを計画しているところが実績を上げていた。
- 情報共有だけでなく、事業実施、評価を連携して実施している自治体では次年度の計画の改善がみられた。
- 高齢者に関わる5課の計画・事業を1つのシートで整理したり、事業に合わせて大学、警察等とも連携した自治体があった。（事業に合わせた工夫）

## 実施体制のポイント 健康課題分析

- 既存データの紹介にとどまり、分析結果と事業計画との関係性が見えないところもあった。
- 前年度の状況も踏まえた分析や、後期高齢者の特性をKDBにて分析している自治体では、事業改善につながりやすい傾向があった。
- 個別事業の評価結果を踏まえて、次年度の事業計画全体を検討している自治体があった。  
（事業間の連携、ハイリスクとポピュレーションの全体を踏まえた検討等）

## ポピュレーションアプローチのポイント

- 庁内連携・地域包括支援センターとの連携が重要（包括担当者とともに、通いの場運営者への説明や事業計画を実施している自治体では実施箇所数が多く、必要に応じてハイリスクアプローチへのつながりがなされていた。
- 専門職による複合的なプログラムが実施されたが、ボランティアの育成・活用の記載は一部自治体にとどまった。
- ハイリスクアプローチから通いの場へ、通いの場からハイリスクアプローチへの流れを意識して記載している自治体があるが、記載のない自治体も多かった。
- 通いの場は比較的元気な人が多いため、通いの場への誘導の際には、質問票の状況を確認しての誘導が必要。低体力者などが集まりやすい場を設定する等の新たな場の設定を検討する自治体があった。

# 令和4年度 事業計画書・実績報告書の確認(個別事業) ハイリスクアプローチ

研究班暫定版

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

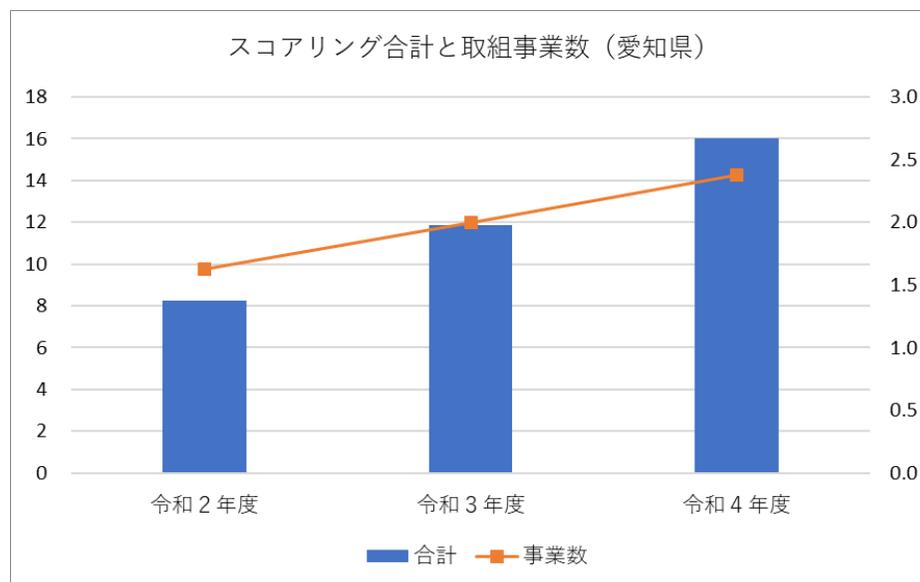
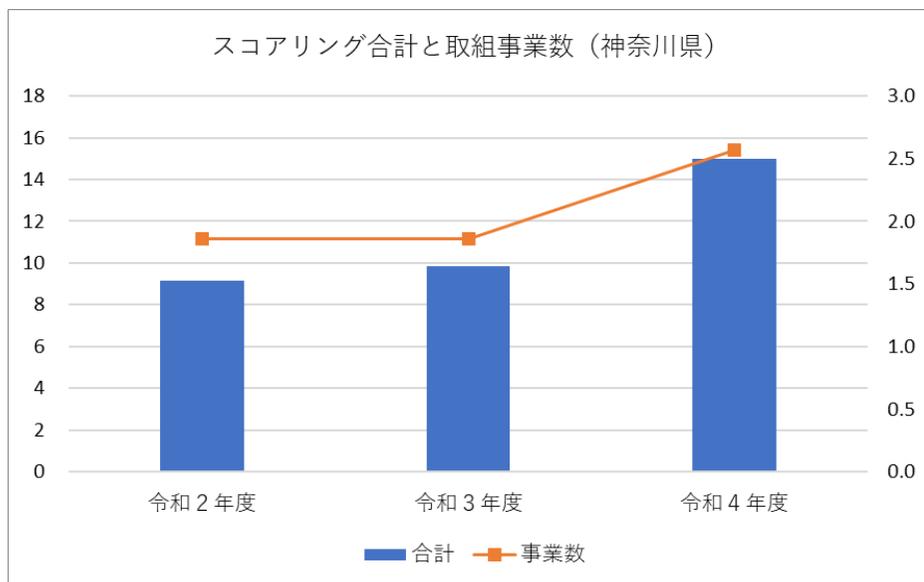
## 【参考】

### 一体的実施・KDB活用支援ツールによる支援対象者の抽出条件

#	抽出条件	事業の目的	抽出項目
1	低栄養	低栄養状態の可能性のある者を抽出し、低栄養防止の取組につなげる	健診: BMI $\leq$ 20 かつ 後期高齢者の質問票⑥(体重変化)
2	口腔	オーラルフレイル・口腔機能低下者を抽出して歯科受診につなげ、口腔機能低下防止を図る	後期高齢者の質問票④(咀嚼機能)、質問票⑤(嚥下機能)のいずれかに該当 かつ レセプト: 過去1年間歯科受診なし
3	服薬	多剤投薬者や睡眠薬服用者を抽出し、服薬指導・服薬支援につなげることで、残薬を減らすとともに、転倒等の薬物有害事象を防止する	レセプト: 処方薬剤数「15以上、20以上」等で対象者を抽出し、個別支援が実施可能な人数まで候補者を絞り込む
4			レセプト: 睡眠薬処方あり かつ 後期高齢者の質問票⑧(転倒)または 質問票⑩(認知: 物忘れ)及び質問票⑪(認知: 失見当識)2つ該当
5	身体的フレイル(ロコモ含む)	身体的フレイル(ロコモティブシンドローム含)のリスクがある者を抽出し、予防につなげる	後期高齢者の質問票①(健康状態)に該当 かつ 質問票⑦(歩行速度)に該当  質問票⑦(歩行速度)に該当 かつ 質問票⑧(転倒)に該当
6	重症化予防(糖尿病・循環器・腎)	血糖・血圧コントロール不良かつ薬剤処方がない者を医療機関受診につなげる	健診: HbA1c $\geq$ 8.0% または BP $\geq$ 160/100 かつ レセプト(医科・DPC・調剤): 対応する糖尿病・高血圧の薬剤処方履歴(1年間)なし
7		糖尿病、高血圧症で薬剤を中止している者に対して健康相談を行い、健診受診につなげる	レセプト(医科・DPC・調剤): 抽出前年度以前の3年間に糖尿病・高血圧の薬剤処方履歴あり かつ 抽出年度に薬剤処方履歴なし かつ 健診: 抽出年度の健診履歴なし
8		糖尿病等の基礎疾患があり、フレイル状態にある者を抽出、通いの場等の介護予防事業につなげる	基礎疾患ありの条件 レセプト(医科・DPC・調剤): 糖尿病治療中もしくは中断 または 心不全、脳卒中等循環器疾患あり、または 健診: HbA1c7.0%以上  かつ 後期高齢者の質問票①(健康状態)または 質問票⑥(体重変化)または 質問票⑧(転倒)質問票⑬(外出頻度)のいずれかに該当
9		腎機能不良かつ医療機関への受診がない者に受診勧奨を行い、透析を予防する	健診: eGFR $<$ 45 または 尿蛋白(+)以上 かつ レセプト: 医療(入院・外来・歯科)未受診
10	健康状態不明者	健康状態不明者に対するアウトリーチ等により健康状態等を把握し、必要な支援を行う	健診: 抽出年度および抽出前年度の2年度において、健診受診なし かつ レセプト: レセプト(入院・外来・歯科)履歴なし かつ 介護: 要介護認定なし

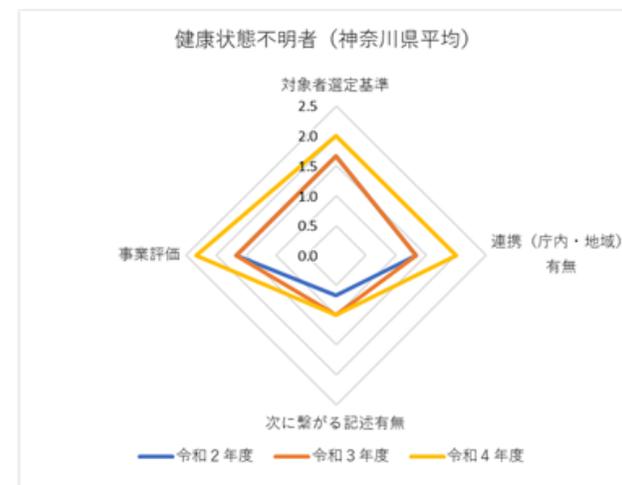
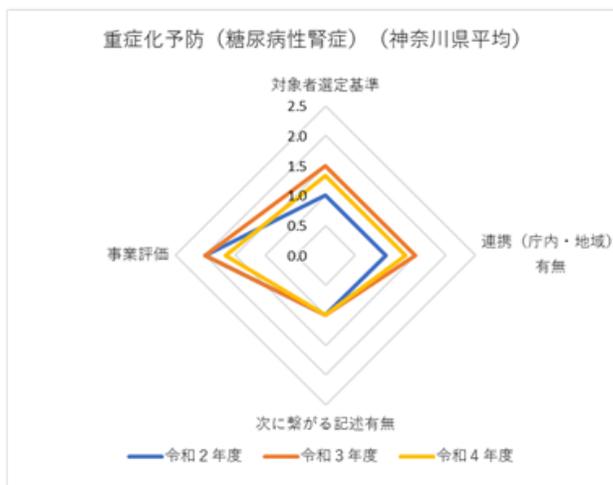
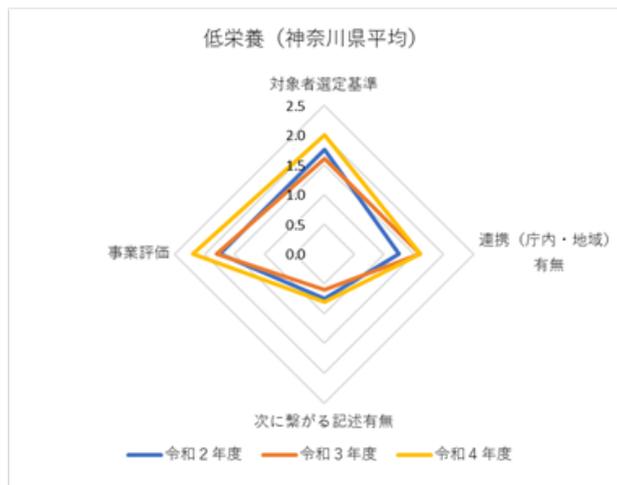
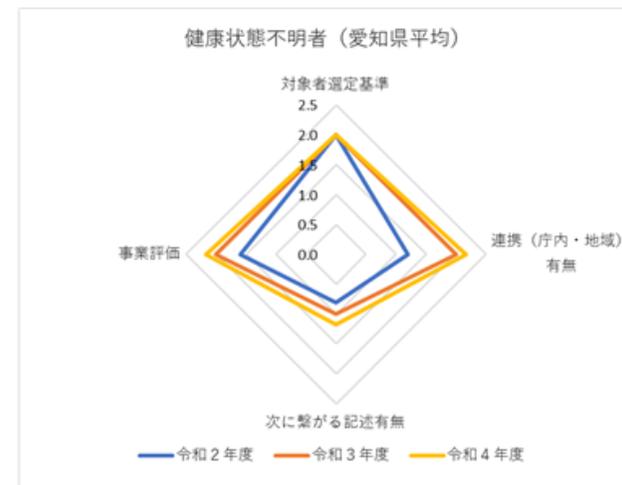
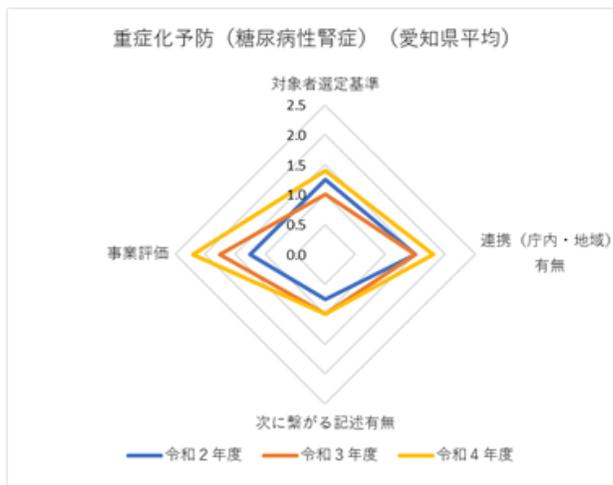
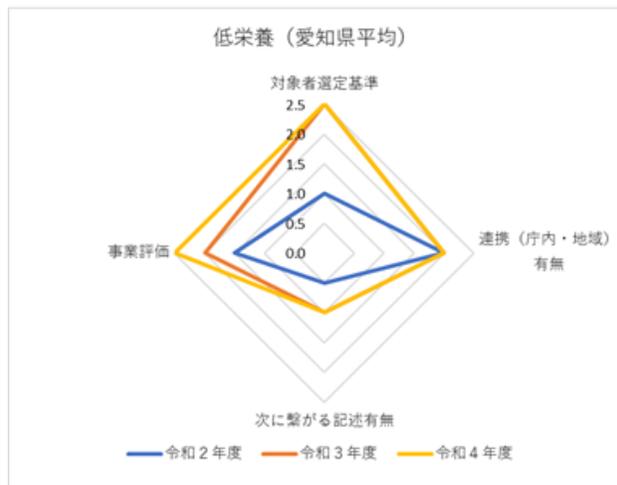
※ 厚生労働科学(政策科学総合研究事業(政策科学推進研究事業))「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施推進に係る検証のための研究」(研究代表者: 津下一代(女子栄養大学 特任教授))による抽出基準 <https://www.mhlw.go.jp/content/000917658.pdf>

## 3年間実施自治体の得点の変化のレーダーチャート(神奈川・愛知)



- 令和2～3年度は コロナ対策の影響もうけて実施が伸び悩む状況がみられた。
- 令和4年度には 取組事業数の増加がみられ、各地域で多様なプログラムを目指していることが分かった。

## 3年間同一事業実施自治体の得点の変化のレーダーチャート(神奈川・愛知)



- 3年間同一事業を実施している自治体において、対象者選定の標準化、町内外の連携、事業評価が進んでいる状況であった。
- 一方、ハイリスクアプローチの実施にとどまり、ポピュレーションアプローチ等の受け皿へのつなぎや必要な見守り等へのつなぎに関する記述は少ない傾向であった。

## ハイリスクアプローチ 事業実施状況

- 経年的に事業の拡充が図られているものの、服薬・口腔・身体的フレイルのハイリスクアプローチは実施市町村が少ない。
- 3年間連続実施自治体では、庁内・地域連携体制ポイントが高く、事業実施から見えてきた課題を検討し、次年度の対策につなげていた。
- 圏域別カバー率、標準的な基準該当人数と該当者の中での実施率を把握し、カバー率を算出することが必要（評価基準の標準化が必要）
- 大都市での実施については、ハイリスク者が多いことに対し、事業実施の医療専門職が十分でないことが課題。事業者や職能団体への委託により実施していることが見て取れるが、バラバラの委託となり、包括的ではない事業になることが懸念される。

## 低栄養

- ほぼツールどおりの抽出が行われていたが、体重減少を考慮していない自治体があった。
- 食品摂取の多様性や個人の生活状況等、詳細な情報を取得して評価している自治体があった。
- 低栄養の状況に合わせて、複数のプログラム（集団、個別）を実施する自治体があった。

## 口腔

- ハイリスクアプローチの実施自治体は少なかったが、ポピュレーションアプローチでは口腔プログラムが多く実施されていた。
- 個別の相談まではできていない状況もあるため、歯科健診・歯科受診や個別的な口腔ケアにつなげることも必要である。（ポピュレーションからハイリスクへの流れが必要。）

## 服薬

- 取組事例が少ないことが課題
- 慢性疾患を有する者（+フレイル）では多剤になりやすい傾向があるため、薬剤のチェックが必要。

## 重症化予防

- 令和4年度時点では国保保健事業の基準をそのまま用いている自治体が多い。高齢者の各疾病ガイドライン、高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン等を参照した適切な基準での運用が望まれる。
- 慢性疾患+フレイルの合併に留意すべきであり、健診結果と質問票を合わせたツールを活用した抽出が不可欠であるが、質問票を参考に対象者を選定している自治体が少ない。
- 慢性疾患+フレイルについては、かかりつけ医や地域関係者との連携のもと、高齢者が安心して地域で活動できる場づくりが必要である（新たな通いの場の設定が必要か）。
- 事業評価として、体重減少、血糖等の正常化を指標とした自治体もあった。高齢者に適した事業、評価指標の設定が必要。
- 慢性疾患を有する者（+フレイル）では多剤の者が多い傾向があるため、薬剤のチェックが必要。

# 厚生労働科学研究研究班による事業計画書・実績報告書の分析プロセスにおける考察

研究班暫定版

## 身体的フレイル(ロコモ含む)

- ポピュレーションアプローチの対応は多いが、フレイルの状況や併存疾患に合わせたハイリスク対応の事業の開発も望ましい。
- これまで重症化予防（その他生活習慣病、身体的フレイル含む）と整理されていたため、ハイリスクアプローチとして記載のある市町村は少ない状況。今後、特別調整交付金交付要綱や、データヘルス計画のアウトプット評価等の修正が必要。

## 健康状態不明者

- 健康状態不明者については、事業実施自治体のうち、約6割が取り組んでいた。
- 不明者全体に対して、質問票・健康伺いを郵送し、その結果に合わせた対応を整理している自治体が多い。
- 対象者の状況別に連携先を整理した表を作成している自治体があった。（包括と一緒に訪問、医療機関（健診）受診、警察への連絡等）
- 返信のない人に対して、訪問実施をする自治体が多いが、返信者への対応のみの自治体も見られた。訪問により死亡、失踪等の状況を確認した自治体もあった。
- 個人記録を残し、次年度への引継ぎが必要である。相談窓口を持たない人も多く、つながる機会は重要である。

## 事業評価と改善

- 事業計画書及び実績報告書により、PDCAサイクルを意識している自治体の状況が把握できた。事業の種別に応じた関係者との連携や、複合的な課題を抱える対象者へのアプローチなど、事業の進化が認められた自治体があった。  
→事業の振り返りを丁寧に行うこと、次年度計画への反映をすることが重要である。
- 「一体的実施・KDB活用支援ツール」で抽出された対象者のリスト情報を事業の流れに沿って自動的に整理する「一体的実施・実践支援ツール」の活用により、事業の標準化、効率化が期待される。
- 健診実施率が低い等、KDBへのデータ登録率が低い場合には、課題分析、対象者の抽出等で過小評価となる。登録率を上げることが重要である。
- 個人に対するアプローチでは、前年度の該当状況、介入状況等の記録も参考にして優先順位や介入方法を検討する必要がある。