

『高齢者の保健事業と介護予防一体的実施』

一体的実施・実践支援ツールの 保健事業への活用

実践・評価編



令和4年度厚生労働行政推進調査事業費補助金
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』

はじめに

令和2年度から始まった「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」では、健診データ、後期高齢者の質問票、レセプト（医療・介護）情報から、高齢者の健康状態を把握、慢性疾患やフレイルの予防・改善のための保健事業を行うことにより、できるだけ長く自立した生活を送れる高齢者の増加を目指すものです。

私たちは、厚生労働省の政策科学総合研究として一体的実施の推進に必要なエビデンスやノウハウを整理し、全国の自治体が一体的実施に取り組むためにどのようなことが必要かを検討し、提言してきました。令和2年度には『進捗チェックリストガイド』、令和3年度には『「一体的実施・KDB活用支援ツール」の抽出条件の考え方と保健事業への活用Ver.1』を作成、厚生労働省、国民健康保険中央会の横展開事業ともタイアップして普及をはかってきました。この対象者抽出方法に基づいて、国保中央会より「一体的実施・KDB活用支援ツール」がリリースされました。

令和4年度には「一体的実施・KDB活用支援ツール」により提供されるCSVデータをエクセルにて二次加工できるソフト「一体的実施・実践支援ツール」を開発、市町村における対象者の抽出のみならず、実践や事業評価への各段階で使用できるよう工夫しました。また、広域連合におけるデータヘルス計画策定とモニタリングとしての活用も視野に入れています。本書は保健事業を進めるうえでの実践的なガイドとして作成したものです。

これまでの2冊とあわせてご活用ください。

一体的実施はまだ芽生えたばかりです。それに必要なツールや解説書もまだ双葉マーク。市町村や広域連合ご活用いただくことで成長させていきたいと思えます。保健事業担当者の負担軽減ならびに高齢者に寄り添う時間の確保につながれば、うれしく思います。

令和5年3月

令和4年度

厚生労働行政推進調査事業費補助金（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））

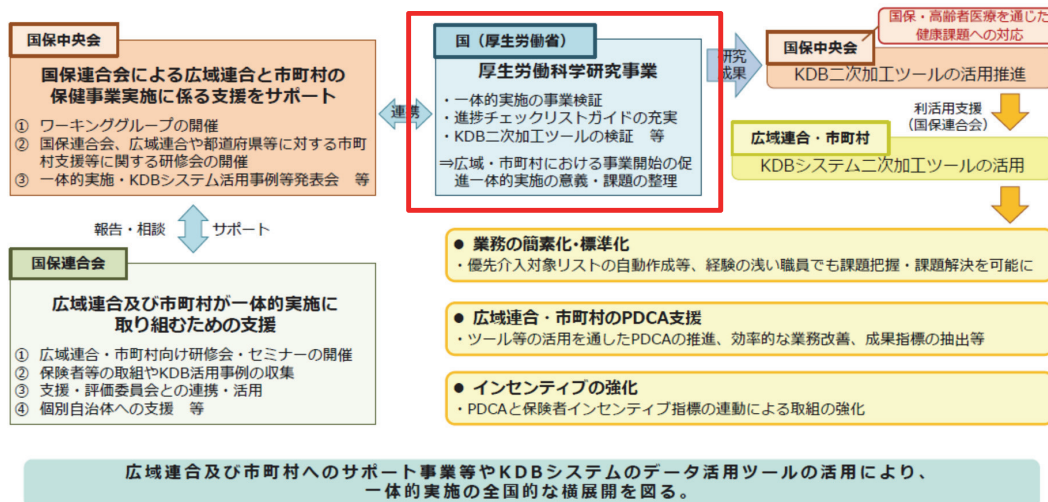
「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施推進に係る検証のための研究」

研究代表者 （女子栄養大学） 津下 一代

厚生労働科学研究

「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」について

本研究班は、厚生労働省、国保中央会との連携のもと、一体的実施の効果検証、進捗チェックリストガイドの充実、KDB二次加工ツールの検証と更なる活用法の検討等を通じて、広域・市町村における事業開始の促進、一体的実施の意義・課題の整理と解決策の検討に取り組んでいます。



令和4年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（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）：重症化予防担当

分担研究者 田中和美（神奈川県立保健福祉大学）：低栄養担当

渡邊 裕（北海道大学大学院歯学研究院）：口腔担当

石崎達郎（東京都健康長寿医療センター）：服薬担当

飯島勝矢（東京大学高齢社会総合研究機構・未来ビジョン研究センター）：身体的フレイル担当

樺山 舞（大阪大学）：健康状態不明者担当

岡村智教（慶應義塾大学公衆衛生学）

鈴木隆雄（桜美林大学）

研究協力者 田中友規、吉澤裕世（東京大学）

小嶋雅代、斎藤 民（国立長寿医療研究センター）

三好ゆかり（国民健康保険中央会）

開発協力 国民健康保険中央会、生活習慣病予防研究センター

目次

はじめに

1. 後期高齢者の特性と保健事業（おさらい）	1
2. 一体的実施・KDB活用支援ツールの活用状況	2
3. 一体的実施のための実践支援ツール	
(1) 一体的実施・実践支援ツールの位置づけと機能	3
(2) 一体的実施進捗チェックリストと実践支援ツール活用場面	4
(3) 事業実施の流れとツールの活用	5
(4) 広域連合におけるデータヘルス計画への対応	6
4. 一体的実施・実践支援ツール（研究班版二次加工ツール）	
(1) 概要	7
(2) 総括表：対象者全体の概数を把握する	8
(3) 各抽出条件における対象者の絞り込み	9
(4) 対象者の絞り込み後の重複状況の把握	10
(5) 保健事業の実施～個別管理表	11
(6) 保健事業の事業評価	12
(7) 広域連合における状況の把握	13
5. 個別の抽出条件での活用	
(1) 低栄養	14
(2) 口腔	17
(3) 服薬	19
(4) 身体的フレイル（口コモ含む）	23
(5) 重症化予防ーコントロール不良者、治療中断者、基礎疾患保有+フレイル 腎機能不良・未受診者	27
(6) 健康状態不明者	32
6. 実践支援ツール（研究班版二次加工ツール）操作方法	35
参考資料	
【資料1】後期高齢者の質問票	55
【資料2】抽出条件と保健事業のポイント	56
【資料3】一体的実施・KDB活用支援ツール・CSVデータ項目	58
【資料4】一体的実施・KDB活用支援ツールの操作方法等 操作マニュアル、抽出条件ごとの留意点、Q&A、出力明細、傷病名の取得方法	59

1. 後期高齢者の特性と保健事業（おさらい）

【後期高齢者の特性】

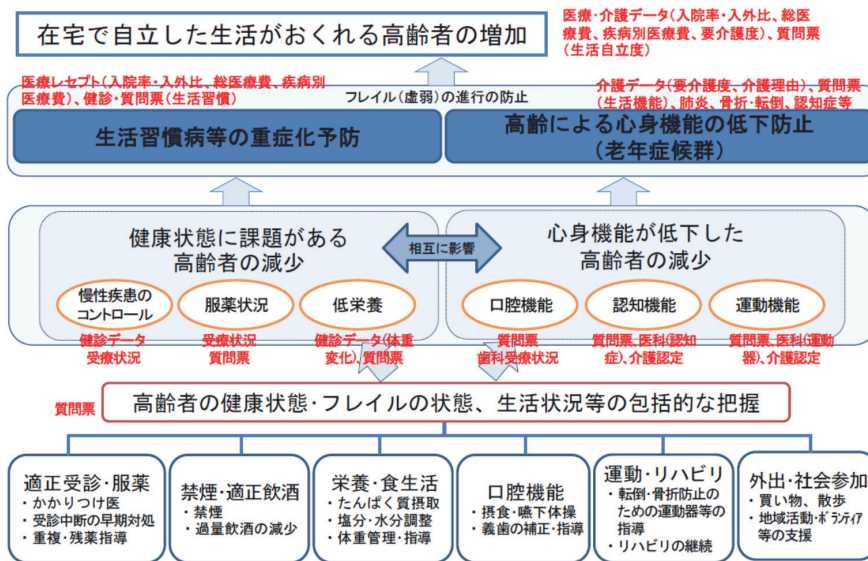
- ①後期高齢者は、加齢に伴う虚弱な状態であるフレイルが顕著に進行する。
- ②複数の慢性疾患を保有し、フレイルなどを要因とする老年症候群の症状が混在するため、包括的な疾病管理がより重要になる。
- ③医療のかかり方として、多医療機関受診、多剤処方、残薬が生じやすい。
- ④健康状態や生活機能、生活背景等の個人差が拡大する。
- ⑤医療と介護ニーズを併せ持つ状況にある者が増加する。



高齢者の心身の多様な課題に対応し、きめ細かな支援を実施、在宅で自立した生活がおくれる高齢者の増加を目指す。

後期高齢者医療広域連合（以下、広域連合）と市町村が連携し、市町村において、介護保険の地域支援事業や国民健康保険の保健事業と一体的に実施。

高齢者の保健事業の目標設定の考え方と評価指標



内容	
①生活習慣病等の重症化予防に関する課題	
②栄養に関する課題	
③口腔に関する課題	
④服薬に関する課題	

保険者の保健事業

支援の入り口として、質問票、健診、レセプト情報等での課題把握から入る（KDBシステムの持つ統合的なデータ活用）
↓
高齢者が抱える複合的な健康課題を把握 高齢者の不安を減らし予防に取り組んでもらう（必要な支援につなげる）

2. 一体的実施・KDB活用支援ツールの活用状況

一体的実施における「PDCAサイクル」を確立するために、
広域連合では

1. 広域連合全体での事業の進捗状況、課題が把握できること
2. 市町村ごとの事業実施状況が把握でき、適切な事業委託ができること

市町村では

1. 介入効果が期待できる対象者の選定を適切に実施できること
2. 各事業の実施率（参加者の割合）を高めること
3. 事業効果を測定できること

が求められます。

以上を実施するためには、医療・介護・健診・質問票情報等を統合できるKDBでの分析が欠かせませんが、広域連合、市町村のみなさんにとって、KDBを使いこなすのは容易ではないようです。下の表にあるように、健康課題の把握、対象者の抽出の場面での活用は進んできましたが、進捗管理、事業評価については低調な状況と言えます。

そこで一体的実施に特化して簡便に標準的な抽出ができる手段として、令和3年度「一体的実施・KDB活用支援ツール」が公開され、市町村での活用が進められてきました。

広域連合のKDBシステム活用場面

調査対象：広域連合 回答数：47（複数回答）

事業名（略称）	KDB活用の有無	KDBシステムの活用場面				
		健康課題の把握・企画時の資料作成・対象者抽出	進捗管理	事業評価	関係機関への情報提供・会議や研修資料として活用	その他の活用場面
DH計画・中間評価	44	42	23	36	27	1
健診事業	32	24	7	20	21	3
歯科健診事業	-	-	-	-	-	-
栄養相談等	24	24	7	15	12	1
口腔相談等	19	16	6	11	9	1
服薬相談等	14	12	6	8	6	1
生活習慣病重症化予防相談等	31	30	8	19	15	2
重複・頻回受診等相談等	27	26	8	17	10	2
健康状態不明者の把握等	26	24	7	14	12	2
ハイリスコアアプローチ						
フレイル予防	17	16	2	7	11	3
低栄養・筋力低下指導等	15	15	2	7	10	2
高齢者健康相談等	10	10	2	5	6	2
その他	13	11	0	6	5	0
ポピュレーションアプローチ						

KDBの活用場面として健康課題の把握、企画時の資料作成、対象者抽出での利用は進んできました。進捗管理、事業評価、関係機関への情報提供での利用はまだ低い

実践・評価、データヘルス計画等で活用可能なツール開発が必要

個別性の高い自治体事業について、横ぐしを指して進捗管理・評価ができる仕組みが必要

国保中央会「令和4年度 高齢者の保健事業におけるKDBシステム活用状況調査」
（令和4年10月24日～11月11日実施）

3. 一体的実施のための実践支援ツール

(1) 一体的実施・実践支援ツールの位置づけと機能

令和3年度に開発された「一体的実施・KDB活用支援ツール」では、10の抽出条件に基づいて対象者を抽出し、健診・質問票、医療レセプト、介護情報を一元化してCSVとして提供されます。これまでは、KDBから別々の帳票で提供され、ユーザーが突合して活用していたことから考えると、円滑な実施に向けて大変便利になったといえます。

ただ、10の抽出条件の重複状況や性・年齢区分による整理、さらなる絞り込み条件や対象者の個票作成となると、さらに多くの作業を必要とすることが課題でした。

研究班ではこの課題を克服すべく、CSV情報を二次加工して対象者の全体像の見える化、配慮すべき疾患（認知症や脳卒中等の状況）、絞り込み条件に合わせたリスト、個票作成、事業評価（進捗管理とアウトプット評価）ができる**実践支援ツール**を開発しました。

	R3年度国保中央会版 一体的実施・KDB活用 支援 ツール	R4年度研究班開発 一体的実施・実践支援ツール 【CSV情報を取り込み・活用】
事業企画	抽出方法別 該当者一覧 健診・医療・介護連結 過去5年間の一覧	性・年齢階級別の該当者数 抽出条件間の重複状況 介護や重症疾患などの保有者数
対象者 リスト 作成	フィルター機能	各集計カラムから対象者リスト作成 CSVよりフローに従い絞り込み。 さらに絞り込む場合には 一覧からフ ィルター機能を使ってリ スト化
実施状況 記録		事業実施状況登録 CSVリスト、絞り込み後対象者 呼びかけ、参加、終了 個別の事業ごとに状況登録
評価		アウトプット評価は実施状況記録から 可能

【使用上の留意点】

- ・自治体の「一体的実施」の保健事業実施や広域連合における管内市町村の事業対象者の集計の目的で作成しており、対象者の健康状態を示す質問票、健診データを活用しています。
服薬（多剤）、健康状態不明者以外は、質問票・健診データ登録のある対象者しか抽出されません。
レセプト・介護情報は受診勧奨の必要性、リスクの高い人を把握する目的で活用しています。
- ・レセプト情報は保険者への請求情報です。医療の実態とのずれ（傷病名等）がある場合があります。
処方されていても、実際に服薬しているかどうかは、本人への確認が必要です。
- ・KDBに登録される時期により、データのずれが起こる場合があります。

(2) 一体的実施進捗チェックリストと実践支援ツール活用場面

令和3年度版進捗チェックリストガイド準備編・実践編・振り返り編の各場面に活用できる実践支援ツールのシートを表にしています。事業企画、実施、評価の各場面で活用してください。

実践編	項目	番号	ツールの活用の目的・内容	実践支援ツール		
事業企画 P18	対象者数の把握	24	各対象人数を把握する。	概況（該当者数）、項目の重複状況		
			a 健康状態が不明な人	事業シート（10）		
			b 栄養に課題がある人	事業シート（1）		
			c 口腔に課題がある人	事業シート（2）		
			d 服薬に課題がある人	事業シート（3）（4）		
			e 重症化に課題がある人	事業シート（6）（7）（8）（9）		
			f その他（身体的フレイル：口コモ含む）	事業シート（5）		
事業実施 P22.24	ハイレスク：個別的支援 事業評価	参加予定者の絞り込み	36	対象者数、予算・人員体制を踏まえて、参加予定者（B）の絞り込みを検討。	各事業シート	
		参加予定者一覧の作成	37	絞り込みによって抽出した参加予定者の一覧を作成。	対象者リスト	
		支援内容の記録	45	絞り込み、働きかけ、参加、支援完了などの情報を登録。支援内容や結果、本人の反応、再支援の必要性等をコメント入力。	個人管理表	
		アウトカム評価	アウトプット評価	53	実施率：参加者（参加者数）/参加予定者（絞り込み条件該当者：呼びかけ数） 終了率：規定回数支援できた人（修了者）/参加者（事業に参加した人）	一体化事業実績集計
			短期的アウトカム評価	54	実施状況記録は介入支援管理にインポートできないため、KDBシステムで再抽出が必要。	
			アウトカム評価	56	実施状況記録は介入支援管理にインポートできないため、KDBシステムで再抽出。翌年の健診・レセプト等を活用して評価。	
			アウトカム評価 転帰	57	かかりつけ医等の医療機関受診や、要介護認定者数、教室等の地域資源につながった人数や割合を評価。	

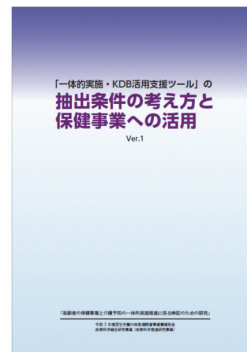
詳細は⇒

市町村における『高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施』のための進捗チェックリストガイド

個別事業については

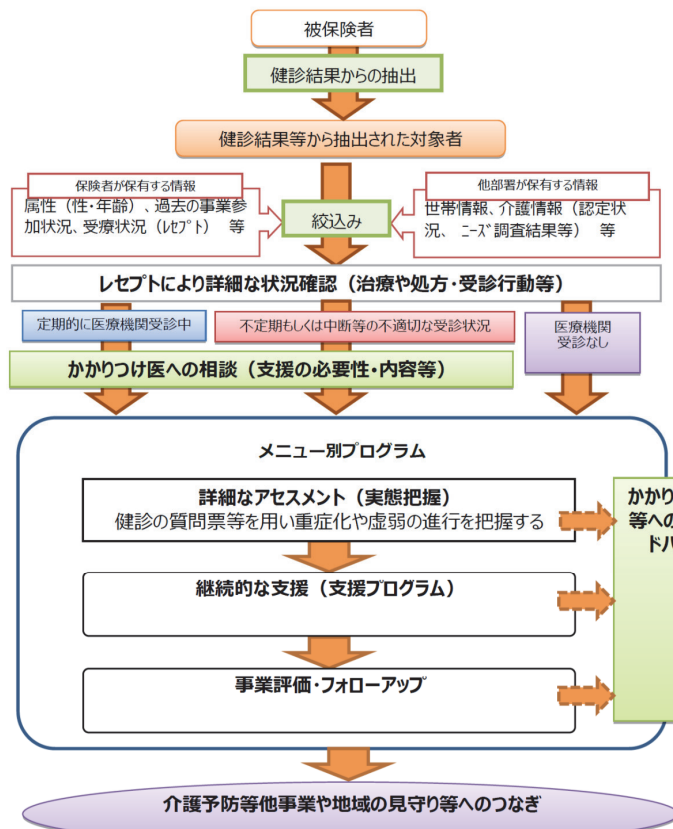
参考資料 2

抽出条件の考え方と保健事業への活用
ver.1



<https://ktsushita.com/index.php/4kenkyuhan/kenkyuhan-koureisya/>

(3) 事業実施の流れとツールの活用



赤枠: 本ツールでできること

実践支援ツールで
重複状況、配慮すべき疾患、
介護認定の状況を勘案しリスト化

個別管理表で方針検討
事業実施、記録

アウトプット評価
広域連合集計
マクロ的評価(該当率の変化)

出典: 高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン 第2版

【概数把握】KDB情報の活用は「健康課題の把握」だけではありません。標準的な基準のもとに該当者数を把握することで、具体的な事業計画を策定することができます。

【対象者抽出と除外】健診・質問票情報を活用する抽出では、データがKDB上に登録されていることが必要です。

一体的実施では、在宅の後期高齢者を対象として予防や支援につなげることを目的としています。すでに要介護認定を受けてサービスを受けている人は、本事業のおもな対象者ではありません。また、重度の慢性疾患に罹患している者や認知機能が低下している者については、本人の特性にあった他の事業の対象です。今回のツールでは、医療レセプトや介護保険情報はそれらのサービスの受給状況を確認する目的で使っています。

【支援の実施】保健指導等の支援を行う際には、対象者一人ひとりの個票を確認しながら相談するとよいでしょう。

【記録と評価】対象者に呼びかけをしたか、事業に参加したか（面談等を実施、プログラムに参加）、などを記録することで、アウトプット評価が可能です。実施状況記録はKDB支援管理にインポートできませんので、アウトカム評価のためにはKDBシステムの介護支援管理に保健事業参加を登録することを推奨します。質的な評価と合わせ、よりよい支援の在り方を検討していきます。

(4) 広域連合におけるデータヘルス計画への対応

データヘルス計画は、「保険者が保健事業を計画立案する際には、被保険者の**健診データやレセプトデータ等を十分に把握・分析**し、被保険者の健康課題を解決するため、**PDC Aサイクルに沿った効果的・効率的な保健事業を選択**」することを目的としています。後期高齢者医療制度においては、次期計画策定にあたり、①保健事業の内容の充実（一体的実施の位置づけ）、②データヘルス計画の標準化（様式等構造を標準化）、③評価指標の設定、④他計画との調和、の観点で検討しています。広域連合が市町村における保健事業対象者の状況やアウトプット評価等を、標準的な指標を用いて実施できることが必要です。

一体的実施の評価指標については、下記のようにアウトプット評価、アウトカム評価指標を設定する案が示されています。広域連合は市町村横断的に簡便に把握することが求められます。限られたマンパワーで簡便に状況を把握できるよう、一体的実施・実践支援ツールではデータヘルス標準評価指標を意識した帳票（広域連合集計）を作成できます。本解説書には各指標をどのように算出するのか、その結果をどのように事業改善につなげていくのかの視点も記述しています。

個別事業（一体的実施）における評価指標例

	低栄養	糖尿病性腎症重症化予防	健康状態不明者対策
アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> 支援対象者のうち、支援できた者の人数・割合 	<ul style="list-style-type: none"> 支援対象者のうち、支援できた者（個別支援・受診勧奨）の人数・割合 	<ul style="list-style-type: none"> 支援対象者のうち、現状把握ができた者の人数・割合 医療・介護等の支援へつなく必要があると把握された者の人数
アウトカム	<ul style="list-style-type: none"> 体重が維持(±0.9kg)・改善(+1kg)できた者の人数・割合 低栄養傾向(BMI 20以下)の者の人数、割合 1年後の要介護認定の状況 	<ul style="list-style-type: none"> 受診勧奨事業：対象者のうち、受診した者（服薬治療を開始した者、傷病名+（検査、生活習慣病管理料）等で受診が確認できた者）の人数、割合 治療中断者のうち健診又は受診につながった者（服薬治療を再開した者、傷病名+（検査、生活習慣病管理料）等で受診が確認できた者）の人数・割合 HbA1c ≥8.0%の人数、割合の変化 SBP ≥160orDBP ≥100以上の割合の変化 	<ul style="list-style-type: none"> 健診受診した者の人数・割合 医療・介護サービス等が必要と判断される者のうち、医療・介護サービス等につながった者の人数・割合
	服薬指導（多剤）	口腔	身体的フレイル(ロコモ含む)
アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> 支援対象者のうち、支援できた者の人数・割合 	<ul style="list-style-type: none"> 支援対象者のうち、支援できた者の人数・割合 	<ul style="list-style-type: none"> 支援対象者のうち、支援できた者の人数・割合
アウトカム	<ul style="list-style-type: none"> 介入前後3ヶ月の受診状況（受診医療機関数、受診回数） 介入前後3ヶ月の処方薬剤数が15剤以上の人数、割合 <p>※特定の月のみ多い・少ないという状況も想定されるため、介入前3月分と、介入後3月分を評価することが重要</p>	<ul style="list-style-type: none"> 歯科医療機関の受診状況 後期高齢者の質問票（4咀嚼「はい」・5嚥下「はい」）と回答した者の人数、割合 （介入者のうち、誤嚥性肺炎の既往がある者については）介入1年後の誤嚥性肺炎の罹患状況 1年後の要介護認定の状況 	<ul style="list-style-type: none"> 適切なサービス（専門職、地域支援事業等）へつながっている人数、割合 後期高齢者の質問票（①健康状態「4、5」かつ②歩行速度「はい」または③歩行速度「はい」かつ④転倒の該当者「はい」）と回答した者の人数、割合 1年後の要介護認定の状況

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(案)より

4. 一体的実施・実践支援ツール（研究班版二次加工ツール）

（1）概要

本ツールでは、一体的実施の企画、実践、評価の各場面にあわせ、「一体的実施・KDBシステム活用支援ツール」で作成されたCSVを活用し、総括表、各事業の抽出フロー、対象者リスト、保健事業対象者の個別管理・記録、アウトプット評価、広域連合集計などを作成します。保健事業・データヘルス計画における標準化、KDBに慣れていない保険者でも操作可能な簡便性、エクセルの処理能力などを勘案し、基礎的かつ標準的な方式を示すものです。深掘り分析が必要な場合には、CSVデータの分析、もしくはKDBシステム本体からの独自の視点で抽出を行うこととなります。

一体的実施メニューの中で、一部の事業しか実施していない自治体も現状では少なくありませんが、まずは対象者の概況を把握することで、事業の偏りがいないか、いままで見えていなかったことはないか、チェックしてください。

【作業手順】

Step 0. 研究班版二次加工ツールをインストールする（操作はP35～P54）



Step 1. 一体的実施・KDBシステム活用支援ツール（国保中央会）により、10の抽出条件のCSVファイルを作成する（操作はP59～P61）



Step 2. 研究班版二次加工ツールを立ち上げ、上記のCSVを読み込む



Step 3. メニュー1 総括表で全体像を把握する



Step 4. 個別事業のフロー、対象者リストを確認する



Step 5. メニュー2 対象者の個票管理、事業管理をおこなう

高齢者保健事業の一体的実施支援ツール
基本編 Vo.5 20221006

処理メニュー	実施日	事業対象者詳細
データ初期化	2023/1/13	総括表(年齢性別対象者一覧)
ファイル取込み	2023/1/13	総括表(事業間の関連一覧)
データ集計	2023/1/13	事業1 低栄養
		事業2 口腔
		事業3 多剤
		事業4 睡眠薬
		事業5 身体的フレイル
		事業6 重症化予防(受診勧奨事業)
		事業7 重症化予防(受診中断者)
		事業8 重症化予防(糖尿病フレイル合併)
		事業9 重症化予防(腎症・CKD)
		事業10 健康状態不明者
システム初期化		

メニュー2へ

高齢者保健事業の一体的実施支援ツール
追加機能編 Vo.5 20221205

個別概要	事業対象者処理	出力日	外観取込日
事業1 低栄養	リスト 外部出力	2023/1/11	2023/1/11
事業2 口腔	リスト 外部出力	2023/1/13	2023/1/13
事業3 多剤	リスト 外部出力	2023/1/11	2023/1/11
事業4 睡眠薬	リスト 外部出力		
事業5 身体的フレイル	リスト 外部出力		
事業6 重症化予防(受診勧奨事業)	リスト 外部出力		
事業7 重症化予防(受診中断者)	リスト 外部出力	2023/1/13	2023/1/13
事業8 重症化予防(糖尿病フレイル合併)	リスト 外部出力		
事業9 重症化予防(腎症・CKD)	リスト 外部出力		
事業10 健康状態不明者	リスト 外部出力	2023/1/13	

広域連合集計 事業履歴データベース

広域連合集計 データ閲覧 履歴情報集計

メニュー1へ

(2) 総括表:対象者全体の概数を把握する

一体的実施を企画する際に、健診や質問票・レセプトで把握できる対策可能な慢性疾患やフレイルの可能性のある者の全体像を把握することから始めます。

○総括表(年齢性別対象者一覧)では、10の抽出条件の該当者数を5歳刻みで示しています。

この情報により、どの年代にリスク該当者が多いかを把握します。保健事業の特性から見て、参加呼びかけ対象の年齢層を検討するとよいでしょう。

○各抽出条件ごとに、介護認定の状況、施設入所、入院歴のある者、認知症や脳血管疾患などのレセプトのある対象者の数を把握できます。

I. 概況(KDBツール・一体的実施抽出基準該当者数)

戻る

	#REF!年 #REF!月 #REF!日 抽出 6903人													全体計
	男性						女性						計	
	～74	75～79	80～84	85～89	90～	計	～74	75～79	80～84	85～89	90～	計		
1低栄養	1	16	15	8	3	43	0	23	13	7	4	47	90	
2口腔	1	67	74	20	10	172	2	54	55	30	17	158	330	
3多剤	210	1121	829	364	105	2629	271	1346	899	529	343	3388	6017	
4睡眠薬	2	24	22	18	8	74	1	45	40	25	12	123	197	
5身体的フレイル	3	91	91	58	21	264	3	128	103	69	33	336	600	
6コントロール不良	4	20	9	4	3	40	2	23	14	5	1	45	85	
7糖尿病治療中断	14	59	72	41	14	200	16	74	68	63	68	289	489	
8重症化予防(フレイル合併)	4	134	135	77	27	377	6	152	145	84	40	427	804	
9腎機能不良	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	
10健康状態不明者	7	32	5	5	2	51	8	32	23	10	2	75	126	

	介護認定の状況					施設入所	入院歴あり	配慮すべき疾患あり(傷病名より抽出)							合計(重複を除く)
	要支援	要介護1,2	要介護3以上					脳血管疾患	虚血性心疾患	腎不全	がん	認知症	うつ	COPD	
1低栄養	17	4	3	0	29	5	14	3	17	11	7	12	46		
2口腔	52	25	10	1	73	19	68	9	49	22	19	30	153		
3多剤	508	526	416	111	1545	267	1074	322	962	698	394	521	3049		
4睡眠薬	46	24	12	1	68	11	54	6	32	28	23	32	127		
5身体的フレイル	116	65	27	1	170	34	156	33	101	62	51	77	345		
6コントロール不良	3	5	1	0	13	0	4	2	11	5	2	4	24		
7糖尿病治療中断	46	88	138	88	213	16	88	64	91	93	41	67	273		
8重症化予防(フレイル合併)	127	79	30	2	267	63	258	51	138	84	64	103	503		
9腎機能不良	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
10健康状態不明者	2	7	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		

【留意点】

【赤字はモデル自治体例】

○中央会「一体的実施・KDB活用支援 ツール」出力情報を加工したものです(出力明細:参考資料4(P59))。項目により年度単位、月単位などで定義しています。また、「要介護度(直近)」については、抽出年度時点ではなく直近年度の認定情報になります。抽出年度が直近年度でない場合、健康状態不明者なのに要介護の人が存在するケースもあります。

○10の抽出基準すべてのCSVを取り込むことで全体像の把握につながります。

○多剤については15剤以上でCSVを作成してください。

○大規模な広域連合では、データの取り込みや処理に時間を要する、または処理を完了できない場合があります。そのような場合には分割して処理を行ってください。

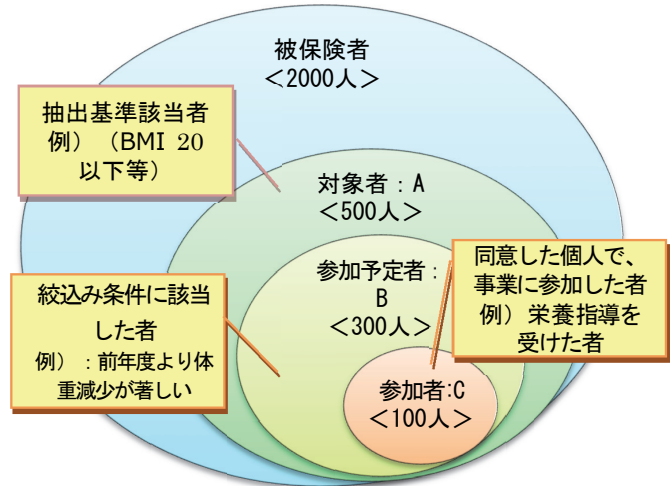
○質問票や健診データを抽出条件(1, 2, 4, 5, 6, 8, 9)としている項目では人数が少なく、レセプトのみを抽出条件としている項目(3, 7)の人数は比較的多い状況です。

人数の多い・少ないが事業の重要度を示すものではないことに留意してください。

○事業別のフローやエクセルのフィルター機能を活用して、さらに絞り込むことが可能です。

(3)各抽出条件における対象者の絞り込み

右の図は、保健事業対象者の絞り込みの状況を示したものです。KDBにある被保険者全体より、一定の抽出基準でリストアップされたものがCSV情報（対象者A）にあたります。この中で、保健事業に適さない者を除外したり、保健事業により効果が期待される者を優先的に実施することが必要であり、対象者絞り込み条件を設定します。研究班ではこれまでの保健事業の状況やエビデンス等を考慮して、本ツールにおいて一定の絞り込みをかけました（参加予定者B相当）。



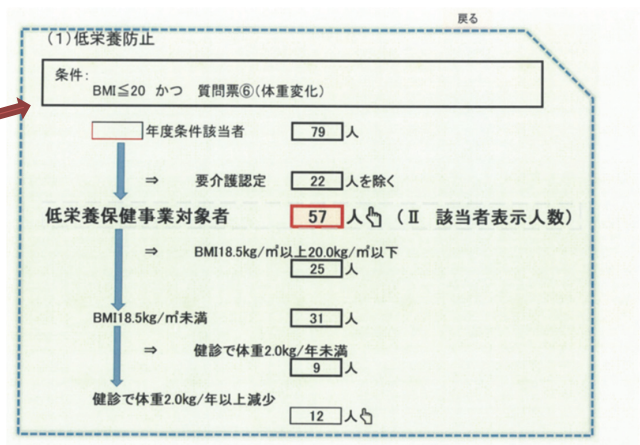
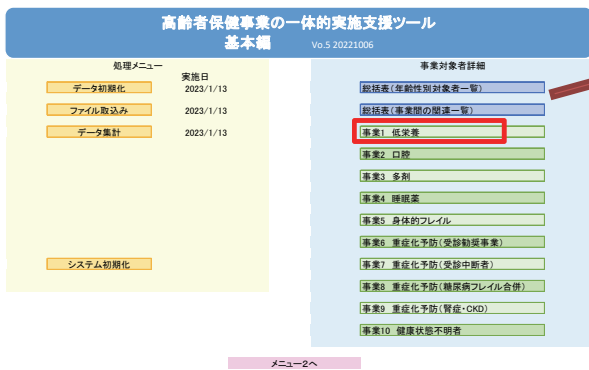
高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン 第2版

実際には、地域のリソース（受け入れ規模・マンパワー）の制約等により、絞り込み条件は変わるので、各自治体ではフィルター機能を活用して検討してください。

【絞り込みの考え方】

ポピュレーションアプローチでは幅広く対象者をとらえ
 ハイリスクアプローチでは選定基準をより明確に。
 <<さらなる絞り込み条件の例>>
 ・年齢・介護保険認定の状況・認知症の有無
 ・抽出した指標が悪い順・重複数が多い順 等

例)メニュー1 事業1 低栄養をクリック



【留意点】

- 各抽出条件別にフロー図を自動作成します(メニュー1 事業対象者詳細)。
 上記のフローにおいて各段階の対象者個人リストを作成することができます。
- 赤枠の数字は、次ページに示す、「各項目の重複状況」の人数に反映します。

(4) 対象者の絞り込み後の重複状況の把握

後期高齢者では慢性疾患や老年症候群を重複して保有することが多くあります。オーラルフレイルが低栄養につながりやすいこと*、糖尿病等の慢性疾患があると身体的フレイルに進展しやすいこと*が報告されています。本研究班の分析でも、後期高齢者の質問票において、15項目中4個以上重複していたり、慢性疾患とフレイルの合併により要介護となりやすいことなどが分かりました（身体的フレイルの項参照）。

*フレイル診療ガイド2018年版（日本老年医学会、国立長寿医療研究センター）

保健事業を企画する際に重複状況を確認することで、より適切なプログラムを提供することが可能となります。総括表「事業間の関連一覧」では、施設入所者等保健事業の対象とはなりにくい者を除いたうえで、各抽出条件の重複状況を示します。

【活用例】

○リスク重複者には、多職種連携による支援、複合型のプログラムを検討します。

例) 低栄養×口腔×身体的フレイル 重症化予防×身体的フレイル 等

○身体的フレイル予防事業等の中で、服薬状況を確認したり、口腔に関する情報提供を行い、必要に応じて個別指導につなげる、 等

II. 各項目の重複状況(本ツールによる絞り込み後:事業対象者候補)

	低栄養	口腔	多剤	睡眠薬	身体的フレイル	重症化予防				健康状態不明	3個以上重複数	単独(他の該当なし)	total
						コントロール不良	糖尿病治療中断	重症化予防(フレイル合併)	腎機能不良				
1	低栄養	0	0	1	3	0	0	3	0	0	2	14	19
2	口腔		0	1	2	1	0	0	0	0	0	7	11
3	多剤			0	1	0	0	0	0	0	0	3	4
4	睡眠薬				13	0	0	5	0	0	5	11	26
5	身体的フレイル					0	0	12	0	0	6	42	67
6	コントロール不良						0	0	0	0	0	9	10
7	糖尿病治療中断							0	0	0	0	34	34
8	重症化予防(フレイル合併)								0	0	5	15	30
9	腎機能不良									0	0	0	0
10	健康状態不明者										0	16	16

【留意点】

○この表を作成するためには、10の抽出基準すべてのCSVを一度に取り込む必要があります。

○この表の各抽出条件の人数は、個別フローの中の(II該当者)の段階の人数を示します。

中央会ツールのCSVデータ全体ではなく、施設入所者や医療管理を中心とするハイリスク者等、高齢者の保健事業の対象とはなりにくい者を除外した人数となっています。

(5) 保健事業の実施～個別管理表

本ツールではメニュー2の画面から各事業の個別管理表を作成することができます。
参加フラグを

1: リストに含まれた人 2: 絞り込み後の対象になった人
3: 声かけした人 4: 参加した人 5: (保健指導等を) 終了した人
に変更することで事業履歴を残すことができます。
事業コメント欄に所見、事業内容等を記録することができます。事業メニューごとに情報は管理されます。複数メニューの対象者になった方は、それぞれに記載・管理が必要となります。

高齢者保健事業の一体的実施支援ツール
追加機能編 Ver.5 2022.12.05

事業対象者情報

個別事業	リスト	外部出力	出力日	外部出力日
事業1 概観表	リスト	外部出力	2023/1/11	2023/1/11
事業2 口腔	リスト	外部出力	2023/1/13	2023/1/13
事業3 多剤	リスト	外部出力	2023/1/11	2023/1/11
事業4 簡便薬	リスト	外部出力		
事業5 身体的ファイル	リスト	外部出力		
事業6 薬用化予防(薬師制薬事業)	リスト	作業ファイル取込み	履歴更新	
事業7 薬用化予防(製薬中絶等)	リスト	外部出力	2023/1/13	2023/1/13
事業8 薬用化予防(製薬併用ファイル合併)	リスト	外部出力		
事業9 薬用化予防(製薬-CXD)	リスト	外部出力		
事業10 健康状態不明者	リスト	外部出力	2023/1/13	

広域連合集計 事業履歴データベース

広域連合集計 データ検索 個別情報集計

高齢者保健事業の一体的実施支援ツール
追加機能編 Ver.5 2022.12.05

事業対象者情報

個別事業	リスト	外部出力	出力日	外部出力日
事業1 概観表	リスト	外部出力	2023/1/11	2023/1/11
事業2 口腔	リスト	外部出力	2023/1/13	2023/1/13
事業3 多剤	リスト	外部出力	2023/1/11	2023/1/11
事業4 簡便薬	リスト	外部出力		
事業5 身体的ファイル	リスト	外部出力		
事業6 薬用化予防(薬師制薬事業)	リスト	作業ファイル取込み	履歴更新	
事業7 薬用化予防(製薬中絶等)	リスト	外部出力	2023/1/13	2023/1/13
事業8 薬用化予防(製薬併用ファイル合併)	リスト	外部出力		
事業9 薬用化予防(製薬-CXD)	リスト	外部出力		
事業10 健康状態不明者	リスト	外部出力	2023/1/13	

広域連合集計 事業履歴データベース

広域連合集計 データ検索 個別情報集計

事業メニュー単位で個別管理表作成

個別管理表

全印刷 印刷 前へ 次へ 戻る

口腔

対象者ID	248822	参加フラグ	2	page	1
氏名		新フラグ	2	トータル	11

事業コメント

他コメント

セル名	内容	セル名	内容	セル名	内容	セル名	内容
出力日	20220413	傷/顔壊肺	-	⑦歩行速度	-	事業10	-
氏名	2	傷/感染肺	-	⑧転倒	-	事業10date	2
性別	男	傷/貧血	-	⑨運動習慣	-		
生年月日	19281122	傷/COPD	-	⑩物忘れ	-		
年齢	92	多剤当月	0	⑪失見当識	-		
住所	多剤前々月	0	⑫喫煙	-			
確保番号	345459	多剤前々月	0	⑬外出	-		
保険者番号	39995627	確証薬	-	⑭交流	-		
地区コード	3	脂質薬	-	⑮サポート	-		
KDB個人番号	99000345459	医療機関数	0	健診(R03)	-		
健康状態	183900000	周病病等	-	健診(R02)	-		

事業メニュー全体の集計についてはリスト管理

20220413	4	男	18360422	84	189187	3999200	8	98000189187	20110422
20220413	12	女	18360810	84	182013	3999200	23	98000182013	20110810
20220413	35	男	18340001	87	306536	3999200	21	98000306536	20080201
20220413	47	男	18340322	87	422875	3999200	8	98000422875	20080222
20220413	61	女	18341302	86	469226	3999200	7	98000469226	20081302
20220413	65	男	18360321	82	531858	3999200	6	98000531858	20080401
20220413	71	男	18370523	83	533465	3999200	26	98000533465	20080401
20220413	106	女	18370724	83	5061202	3999200	10	9800061202	20100724
20220413	108	男	18370804	83	510205	3999200	24	98000510205	20100804
20220413	117	女	18371128	83	5218039	3999200	20	980005218039	20111128
20220413	128	男	18380318	83	5359547	3999200	13	980005359547	20130318
20220413	134	女	18380616	82	5467665	3999200	10	980005467665	20130616
20220413	142	男	18380609	82	5620954	3999200	19	980005620954	20130609
20220413	149	男	18390113	82	5710544	3999200	3	980005710544	20140113
20220413	154	男	18390310	82	5784652	3999200	13	980005784652	20140310
20220413	166	男	18390721	81	5956781	3999200	1	980005956781	20140721
20220413	174	男	18391229	81	6134493	3999200	19	980006134493	20141229
20220413	176	女	18400402	81	6170200	3999200	13	980006170200	20150402

【留意点】

- 個別管理表は、取り込んだCSV情報を個人ごとに一覧にしたものです。
- 保存の際、エクセルのバージョン管理をしてください。KDB抽出日が異なる場合には新たなデータが追加されるため、個別管理表の情報も変化します。
コメント入力したものは、そのバージョン限りで、KDBに戻すことはできませんのでご注意ください。
別名で保存、抽出日、対象者の絞り込みの日などをファイル名に入れてください。
- 個別管理表は、事業メニューごとに作表され、コメントも事業メニューごとに保管する形式となっています。
- 個別管理表は個人情報を含む機密情報ですので、取り扱いには十分注意してください。

(6) 保健事業の事業評価

一体的実施の評価では、アウトプット評価、アウトカム評価が求められます。(5)の個別管理表の参加フラグを更新することで、アウトプット評価を行うことができます。

高齢者保健事業の一体的実施支援ツール
追加機能編 Ver.3.2022.105

個別管理	事業別集計	加力日	対象者数
事業1 健康増進	リスト	2022/7/11	2022/7/11
事業2 口腔	リスト	2022/7/11	2022/7/11
事業3 多剤	リスト	2022/7/11	2022/7/11
事業4 睡眠薬	リスト		
事業5 身体的フレイル	リスト		
事業6 要介護状態(要介護状態)	リスト		
事業7 要介護状態(要介護状態)	リスト	2022/7/11	2022/7/11
事業8 要介護状態(要介護状態)	リスト		
事業9 要介護状態(要介護状態)	リスト		
事業10 健康状態不明者	リスト	2022/7/11	

広域連合集計 事業別データベース
広域連合集計 データ検索 経費情報集計

メニュー2 履歴情報集計をクリック

項目	低栄養	口腔	多剤	睡眠薬	身体的フレイル	治療不良	治療中断	糖尿病フレイル	腎臓病	不明者
リスト数	24	102	30	36	96	10	58	124	0	16
対象者数	19	11	4	26	67	10	34	30	0	16
呼びかけ数	15	4	0	0	67	10	34	30	0	0
参加者集計	10	3	0	0	50	8	20	15	0	0
修了者集計	9	2	0	0	40	8	15	10	0	0
動員率	79%	36%	0%	0%	100%	100%	100%	100%		0%
参加者率	53%	27%	0%	0%	75%	80%	59%	50%		0%
終了率	47%	18%	0%	0%	60%	80%	44%	33%		0%
参加割合	67%	75%			75%	80%	59%	50%		
終了割合	90%	67%			80%	100%	75%	67%		

- リスト数（中央会CSVの各事業別人数）、対象者数（本ツールの抽出段階に対応した人数）は自動出力、呼びかけ数、参加者集計、修了者集計は、個別管理表の参加フラグ情報から自動計算して集計表が作成されます。
- 個別管理表のフラグ更新を適切に行うことで、アウトプット評価が自動計算できます。

(参考) アウトカム評価：個人の前後評価については、事業参加者の健診・医療・介護等の情報をKDBから再度抽出して、介入前のデータと比較します。
マクロ的な評価としては、KDB活用支援ツールで、それぞれの年度で抽出したデータをもとに、(性・年齢階級別) 該当者数・割合などの変化を見ることは可能です。

進捗チェックリストガイド 振り返り編（研究班）

	項目	通し番号	内容
事業評価	ストラクチャー評価	庁内体制	76 本事業の実施にあたり、部局横断的な協議ができた。
		地域連携	77 地域の関係機関との連携体制が構築できた。とくに広域連合との連携が深まった。
		保健指導体制	78 データ分析、保健指導に必要な人材が確保でき、研修も実施できた(内・外含め)
			79 事業実施計画書、実施マニュアル、保健指導教材の準備ができた。
			80 (委託の場合)委託先と事業の目的・方法などを協議し、適切な委託ができた。
	プロセス評価	進捗管理	81 全体のスケジュール管理を行った。
		分析	82 KDB等活用して、健康課題の分析、対象者の抽出などができた。
		適切な運営	83 概ね計画どおり、質問票実施や保健指導・支援することができた。
			84 参加者の満足度、意見、参加状況などを評価した。
		修正	85 状況の変化に対応し、チームで検討の上、マニュアルやスケジュールの修正を行い、対応できた。
アウトプット評価	ハイリスク	86 抽出された対象者の中で、実際に関わった人の人数を把握した。	
	ポピュレーション	87 通いの場等での質問票や支援の実施人数を把握した。	
アウトカム評価	データ確認	88 質問票や検査データ等で 効果を確認した。	
		89 要介護認定の状況を確認した。	
		90 レセプトで受診状況を確認した。	
		91 (委託の場合)報告書で成果を確認した	

(7) 広域連合における状況の把握

広域連合では、データヘルス計画や毎年の事業計画、市町村との相談のために、市町村ごとの該当者数を把握することが求められます。実践支援ツールでは、市町村別（保険者番号別）に10の抽出条件の該当者数（リスト数）および一定の選定条件での対象者数を把握することができます。広域表連合集計のページから「集計」をクリックして作表してください。

広域連合集計

表示	表示	表示	表示	表示	表示
低栄養	口腔	多剤	睡眠薬	身体的フレイル	コントロール不良
リスト数	対象数	リスト数	対象数	リスト数	対象数
24	19	102	11	30	4
				36	26
				96	67
				10	10

表示	表示	表示	表示
治療中断	糖尿病フレイル	腎機能	不明者
リスト数	対象数	リスト数	対象数
0	58	34	124
			30
			16
			16

- 広域連合集計表では今回の抽出条件による自治体ごとの該当者数を把握できます。データヘルス計画、市町村との実施計画の相談の際の参考としてください。
- 対象者数については、自治体为本ツールと異なる基準で絞り込んでいる場合には変更が必要です。
- 広域連合と市町村の相談は年間を通じて実施されていますが、多くは、市町村が計画書を提出するメ切（7月）の前、報告書を提出するメ切は次年度5月（R4年の場合）の前あたりに集中すると思われます。KDBによる健診データは10月以降でないと反映されないことに留意してください。

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値				
				2024年度	2025年度	2026年度	2027年度	2028年度	2029年度
				率	率	率	率	率	率
アウトカム評価指標	1	ハイリスク層前倒し（低栄養）	一体的実施支援ツール		%	%	%	%	%
	2	ハイリスク層前倒し（口腔）	一体的実施支援ツール						
	3	ハイリスク層前倒し（多剤）	一体的実施支援ツール						
	4	（重症化予防）・糖尿病性腎症	一体的実施支援ツール						
	5	（重症化予防）・フレイル予	一体的実施支援ツール						
	6	ハイリスク層前倒し（健康状態不明者）	一体的実施支援ツール						
アウトプット評価指標	1	実施市町村数	一体的実施中継費	10					
	2								
	3								
	4								
	5								
プロセス（方法）	概要	市町村各別等に、一体的実施の実施に関する相談や、推進のための研修等を実施							
	実施内容	<ul style="list-style-type: none"> ○月からの月単位 ・事業計画市町村別対応としたヒアリング ・申請書の提出に際して計画書作成の補助及び講義 ○月からの月単位 ・実施計画書提出者としての研修 ○月からの月単位 ・各実施計画書対象とした情報交換会 							
	実施後のフォロー・モニタリング	<ul style="list-style-type: none"> ・各市町村における実施進捗の定期的な連絡共有（○月、○月、○月） ○月、○月 ○月未実施市町村に対する実施に関する現状の把握（○月、○月、○月） 							
ストラクチャー（体制）	概要	各市の担当課を通して、関係課と連携							
	実施内容	健康推進課と各局で協議・実施							
	実施後のフォロー・モニタリング								

- 今回のツールでは、自治体のツールへの入力情報が反映されるわけではありませので、アウトプット評価のためには自治体から情報収集してください。
- 委託自治体が勧奨、参加、終了の 情報を入力した本ツールのエクセルを広域連合に提供し、その情報を広域連合集計表に入力すれば、アウトプット評価が可能です。
- データヘルス計画では、アウトカム、アウトプット、プロセス、ストラクチャーの視点で評価します。抽出される該当者数、該当率（母数の把握が必要）をマクロ的の評価として算出します。
- 該当率の算定にあたっては、健診受診率、質問票登録率の影響を受けることに留意してください。

5. 個別の抽出条件での活用

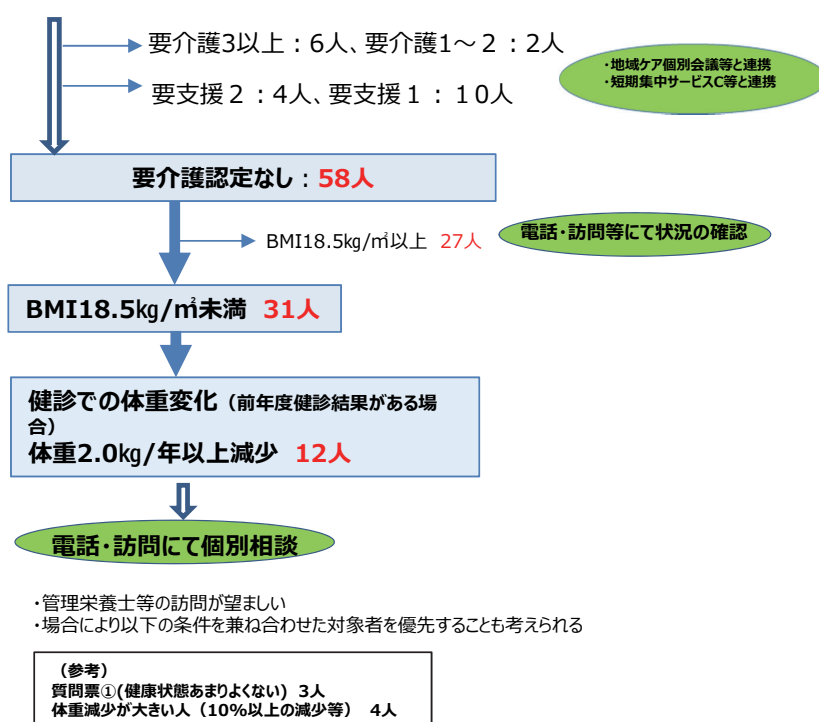
個別事業については 参考資料 2「抽出条件の考え方と保健事業への活用 ver.1」を参照してください。
ここでは事業フローと評価の視点を紹介します。

モデルとしてA市（人口約8万人、後期高齢者1.2万人）を例に示します。

(1) 低栄養

(1) 低栄養 (解説書Ver.1 P10～11)
A市① 条件：BMI \leq 20 かつ 質問票⑥（体重変化） ⇒ 80人

リスト該当者 80人



評価指標の例

	低栄養
アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> 支援対象者のうち、支援できた者の人数・割合
アウトカム	<ul style="list-style-type: none"> 体重が維持(±0.9kg)・改善(+1kg)できた者の人数・割合 低栄養傾向(BMI 20以下)の者の人数、割合 1年後の要介護認定の状況

◎低栄養に関する事業のポイント

- 国保から連続した保健事業を主に想定
- 啓発・情報提供・活動的な生活などポピュレーションアプローチも重要である
- 後期高齢者の特性に合わせた基準や支援の考え方
(主にハイリスクアプローチについて)
 - ① 健診や後期高齢者の質問票等から対象者を抽出
 - ② 適切な栄養量が確保できるよう、目標を具体化する
 - ③ 「体重を増やす」を絶対的な目標とせず、QOL向上・自己実現の手段としてとらえる
 - ④ 対象者の優先順位：BMI、体重減少率、主観的健康観（質問票①）等
(又は除外条件：介護度〇以上、△歳以上、特定の疾患等)を決める
 - ⑤ 支援内容は、食生活が楽しく充実するように、嗜好品やポジティブな内容を盛り込む
 - ⑥ 地域資源の現状を踏まえ、健康・栄養教育や食品購入のルートの開発や紹介を行う
 - ⑦ 高齢者サロンだけでなく、子ども食堂等の多世代交流での共食の場や配食サービスの紹介、さらに地域のネットワークづくりを行う

◎通いの場等（ポピュレーション・アプローチ）における栄養の視点

1) ポピュレーションアプローチとしての保健事業（プログラムテーマ例）

- (1) 講義：いきいき食生活
- (2) 情報提供：食事内容、食事の準備状況、口腔・嚥下についての情報提供、便利グッズのいろいろ
- (3) 実習：簡単おかず、簡単おやつ、調理するのがおっくうな日の簡単調理
- (4) コロナ禍における感染対策のほか、適切な体重管理が免疫力の維持にも重要であることを伝える。
- (5) 個別健康相談において、疾病の管理が必要になる場合等は、主治医等と相談するように促す。
(連絡票等を渡すことも推奨される)

2) 地域資源を活用したアプローチの工夫

- 通所型サービスCや地域の配食サービス事業者等、資源の紹介を行う。
- 通いの場で低栄養に関する情報提供をしていることを、地域の医療機関や地域包括支援センター等にも周知する。
- 多世代交流での場やショッピングモール、健康づくり協力店（ヘルシーメニュー提供店等）、食生活改善推進員等、幅広く地域資源との協働を図る。

3) 通いの場の運営者、リーダーとの調整

- 高齢者同士の会話の中で、治療中断や健康食品、民間療法等、気になる情報があれば伝えていただく。

◎事業評価のポイント

○支援対象者のうち、支援できた者の人数・割合

- ・単なる人数・割合にとどまらず、事業全体から見たカバー率（対象者に対する実施・参加者の割合）、及び目指した人数や割合への達成率を評価する。

○体重が維持・改善できた者の人数・割合

- ・体重は、維持 ± 0.9 kg・改善 $+ 1$ kgを基本として、人数・割合を評価する。
- ・体重減少が継続している場合は、悪化の防止の観点から、下げ止まった人数・割合も評価として把握しておくのが望ましい。
- ・維持・改善できた者と、できなかった者の特徴（性別・年齢・BMI・体重減少率、地区、疾病の有無等）を把握・評価し、関係者と情報共有し、効果的な実施につなげていく。
- ・体重減少が止まらない場合には、慢性疾患等の悪化やうつ・認知機能の低下等の可能性を考慮する。その疑いがある場合は、医療機関、地域包括支援センターとの連携を図ること。

○ 低栄養傾向（BMI 20以下）の者の減少

- ・支援の前後で、BMI 20以下の者の変化、人数、割合を評価する。

○ 要介護認定の状況

- ・支援した者の内、1年後に要介護認定された人数・割合を介護度別に評価する。
- ・要介護認定された支援者の体重減少の推移・疾病や入院等も併せて評価し、傾向を把握することが望ましい。
- ・支援できなかった者の内、1年後に要介護認定された人数・割合を介護度別に評価する。支援できなかった者の属性（性別・年齢・地域等）を把握し、次年度の計画に活かすようにする。

- ★体重や食事量の増減は、口腔機能や服薬状況、身体的フレイル等と大きく関連しているため、その原因を生活状況も踏まえて多角的にアセスメントし、必要に応じて多職種連携を図ること。

(2) 口腔

(2) 口腔（オーラルフレイル・口腔機能低下者）（解説書Ver.1 P12～14）
 A市① 条件：質問票④（咀嚼機能）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 ⇒ **364人**

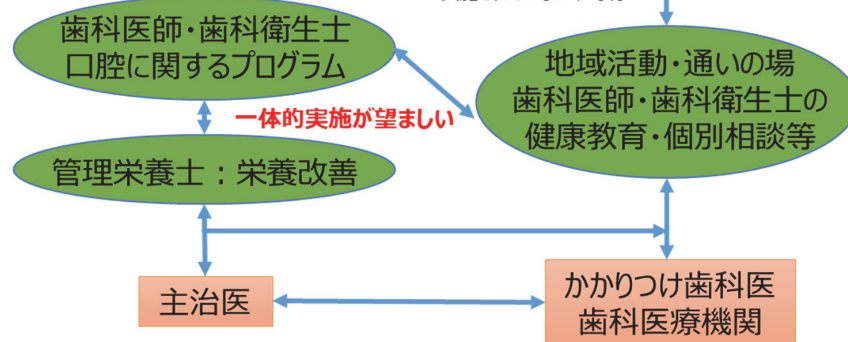
A市（人口約8万人、後期高齢者1.2万人）

リスト該当者 **364人**

BMI≤20 かつ質問票⑥（体重変化）
 に該当、かつ**要支援、要介護認定なし189人**

口腔に関するプログラムが実施されている市町村

口腔に関するプログラムが実施されていない市町村



抽出条件：黒字
 抽出結果：赤字
 アクション：黒字

要支援、要介護認定者101人+非認定者74人

要介護5：7人、要介護4：8人、要介護3：10人、要介護2：13人、要介護1：20人、
 要支援2：16人、要支援1：27人

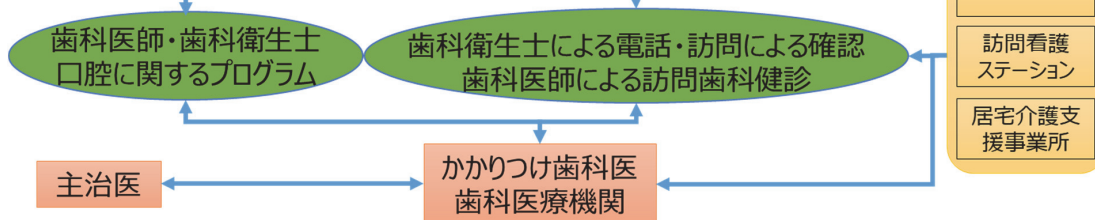
施設入所3人

口腔衛生管理加算、
 歯科訪問診療等

既往なし94人

脳血管疾患39人、肺炎12人、認知症46人、
既往あり77人

質問票⑮
 ソーシャルサポートなし **22人**



評価指標の例

	口腔
アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> 支援対象者のうち、支援できた者の人数・割合
アウトカム	<ul style="list-style-type: none"> 歯科医療機関の受診状況 後期高齢者の質問票（4咀嚼「はい」・5嚥下「はい」）と回答した者の人数、割合 1年後の要介護認定の状況

◎口腔に関する事業のポイント

事業の目的：オーラルフレイル（口腔機能低下）を早期に発見し、フレイル、低栄養、認知機能の低下につながる負の連鎖を予防する。

抽出基準：「半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか」「お茶や汁物等でむせることがありますか」のいずれかに該当し、かつ過去1年間歯科受診なし。

支援の実施：

- ・ハイリスクアプローチ：歯科衛生士等の歯科専門職による状況確認、口腔アセスメントを行う、食生活や身体活動、生活面（社会参加、他者との交流、旅行、外出、外食、買い物、知的活動の減少、閉じこもり等）の相談を行う。
- ・ポピュレーションアプローチ：一般介護予防事業や通いの場等での講話や健康相談において、口腔機能の維持、向上の支援を行う。
- ・どちらも必要に応じて歯科への受診勧奨を行う。

◎口腔におけるハイリスクアプローチの例

- ・ 質問票④(咀嚼機能)⑤(嚥下機能)、KDB にて過去1年間の歯科受診歴を確認。
- ・ 誤嚥性肺炎や歯科疾患の重症化リスクが高い、脳血管疾患、認知症、肺炎等の既往のある者
- ・ 健康状況・生活状況伺い（手紙、電話）通いの場等、介護予防事業への参加状況も確認する。歯科受診歴及び全身疾患の状態をKDB で確認し、対象者の抽出・絞り込みを行うことも検討する。
- ・ 必要に応じて歯科衛生士等の歯科専門職が訪問し状況確認、口腔アセスメントを実施。
- ・ 歯科受診歴があれば、かかりつけ歯科医と連携。介護保険につなぐ必要があれば、地域包括と連携を検討。
- ・ 面談：歯科への受診勧奨にとどまらず、食生活や身体活動、生活面（社会参加、他者との交流、旅行、外出、外食、買い物、知的活動の減少、閉じこもり等）での相談を行う。
- ・ 経済的理由、歯科医療機関との関係性（地理的条件を含めて）等を含めて相談し、適切な受診、健康相談の窓口につなげる。
- ・ レセプトもしくは本人との面談にて受診の有無を確認。

◎事業評価のポイント

口腔に関する事業評価の指標としては、歯科医療機関の受診状況、後期高齢者の質問票（④咀嚼・⑤嚥下）の回答状況の変化、BMI \leq 20、質問票⑥（体重変化）の状況、介入者の誤嚥性肺炎の罹患状況、要介護認定の状況が挙げられる。

歯科医療機関の受診、誤嚥性肺炎の罹患、要介護認定のそれぞれ状況については、翌年以降にKDBにて確認が可能であり、その後も経時的に確認し、歯科医療機関の受診が途絶えたり、誤嚥性肺炎の罹患などが生じた場合には再度アプローチする必要がある。また、誤嚥性肺炎の罹患や要介護認定の発生などが生じた場合には歯科医療機関の受診歴、後期高齢者の質問票の回答状況の変化との関連を事例ごとに検討し、アプローチの計画に反映させる必要がある。

口腔の事業はオーラルフレイル（口腔機能低下）を早期に発見し、フレイル、低栄養、認知機能の低下につながる負の連鎖を予防することが目的であることから、他の事業とも連携し、多面的、包括的なアプローチも検討することが重要である。特に低栄養、誤嚥性肺炎、要介護認定といった課題が合併しているケースでは、低栄養や重症化予防といった他の事業と連携したアプローチを検討すべきである。事業評価は単年度ではなく、追跡評価し分析していくことで、事業対象者の転機への効果を明確にすることができ、適宜適切な対応方法も検討していくことで、次の対象者への参考とすることができ、事業全体の改善にもつながる。

(3) 服薬(多剤)

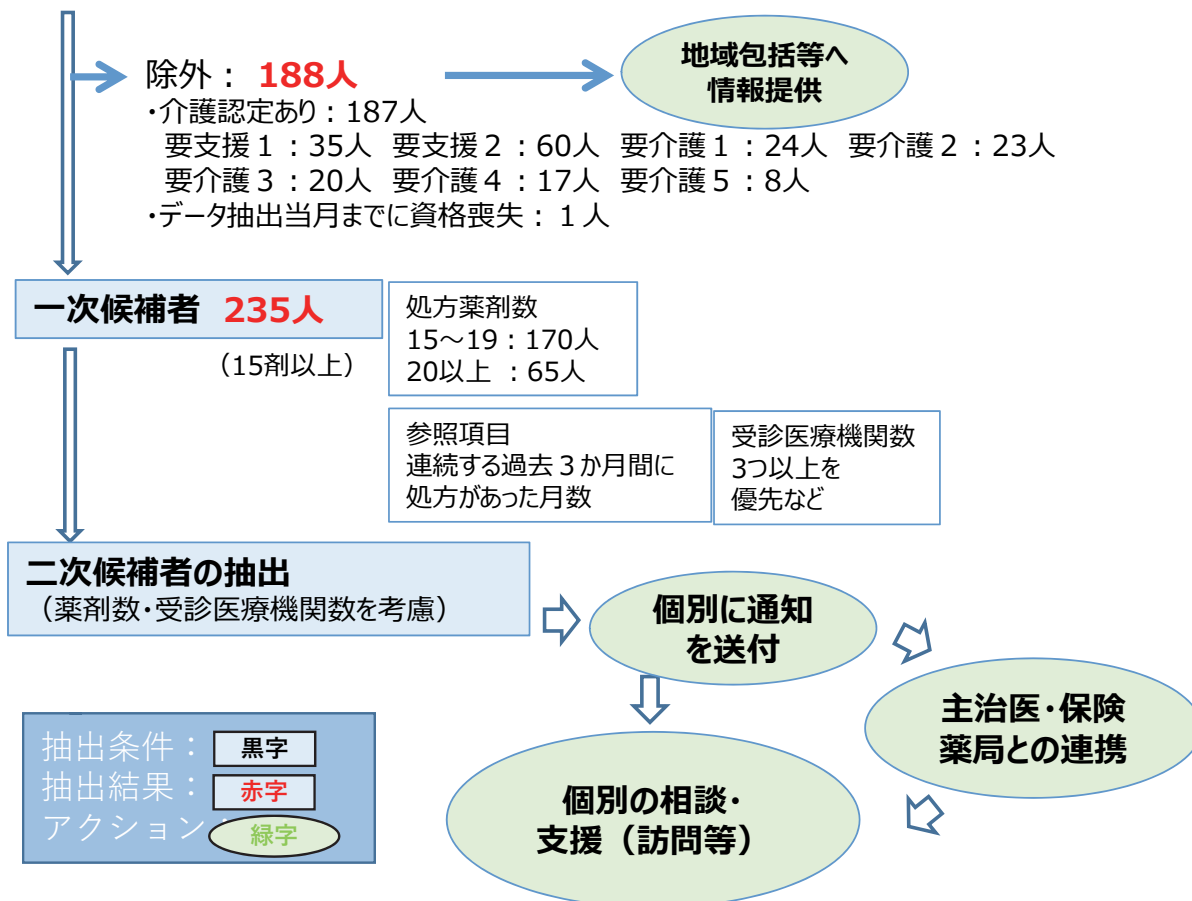
(3) 多剤投薬者の服薬指導・服薬支援

(解説書Ver.1 P15~18)

A市① 条件：処方薬剤数「15以上」⇒ **423人**

A市（人口約8万人、後期高齢者1.2万人）

リスト該当者 **423人（15剤以上）**



評価指標の例

	服薬指導（多剤）
アウトプット	・ 支援対象者のうち、支援できた者の人数・割合
アウトカム	・ 介入前後3ヶ月の受診状況（受診医療機関数、受診回数） ・ 介入前後3ヶ月の処方薬剤数が15剤以上の人数、割合

服薬指導・支援のポイント

【目的】

- ・多剤投薬者を抽出し、服薬指導・服薬支援につなげる
- ・残薬の削減を第一に、薬剤師の協力が得られれば、転倒等の防止へつなげる

【抽出基準】

- ・KDB活用支援ツールでは、まず薬剤数「15 以上」や「20 以上」等で抽出してみる
- ・大切なことは、個別指導・支援の実施が可能となる人数に絞ること（絞り込みに使用可能な情報：薬剤数、受診医療機関数、要介護認定の有無等）

【実施手順の例】

- ・服薬指導・支援プログラムへの参加呼びかけ（候補者の割には、応答率はとても低い）
- ・参加希望者の中から指導対象者を決定
- ・参加者の事前の情報収集：健康状態（後期高齢者の質問票）、薬に関する困りごと等を把握
- ・指導・支援時：処方薬全体を把握（お薬手帳・薬剤情報提供書）、服薬状況・残薬の把握
- ・指導の内容：処方薬全体の確認、服薬の工夫や困りごと解消に向けた助言、可能であれば処方医・保険薬局と情報共有（指導・支援内容、参加者の反応等）

【事業実施に係る留意点】

- ・高齢者の保健事業（個別的支援）の中で難易度の高い事業
理由：広範囲にわたる専門的知識が必要（薬物治療、投薬方法、ポリファーマシー、服薬状況、処方・調剤に関する診療報酬制度等）、医師会・薬剤師会の理解・協力が必要
- ・他の事業を展開し、医療関係機関との連携体制が構築できた後に着手することが現実的
- ・多剤処方のすべてが悪とは限らない→必要な薬・減らせない薬がある
- ・多剤処方やその背景にある多疾患併存について、対象者の体調不良（主観的な健康状態）、受診や服薬の負担感、医療機関や保険薬局での支払額の負担感、困りごとに寄り添う姿勢が重要
- ・まずは、飲み忘れの防止、服薬の工夫を指導・支援
- ・可能であれば、薬剤師の協力の下で薬物有害事象（副作用）の防止

【服薬指導・支援の三つのレベル】

第一段階（初級）：健康状態（高齢者の質問票）と処方薬全体の把握（お薬手帳、薬剤情報提供書、ブラウンバッグ等の活用）

第二段階（中級）：処方状況、残薬、薬剤療法に係る困りごとの把握

第三段階（上級）：ポリファーマシー（狭義）の評価と対応、保険薬局（薬剤師）や医療機関との情報交換

【ポピュレーションにおける服薬指導・支援のポイント】

- ・多剤処方の高齢者はとても多いため、ポピュレーションも重要

1. 支援・指導の例

- ・薬物治療や服薬に係る困りごとに関する相談会の実施
- ・服薬アドヒアランス向上の工夫
- ・安全な薬物療法に関する講話

2. 多くの対象者に働きかけるための工夫

- ・通いの場、ショッピングセンター、ドラッグストア等での開催

3. 通いの場の運営者、リーダーとの調整

- ・安全な薬物療法に関する健康教育の重要性を伝達
- ・事前に地区医師会・薬剤師会等へ事業を説明し、協力・支援を依頼

【事業評価の視点】

プロセス

- ・薬剤数の把握期間・把握方法の設定
- ・服薬指導の方法や指導期間の設定
- ・服薬指導事業に対する医師会・薬剤師会の理解・協力体制の構築

アウトプット

- ・薬剤数の把握対象者数
- ・服薬指導通知者数・把握対象者に占める割合
- ・指導通知者のうち、指導を希望した人数・通知者に占める割合
- ・服薬指導を希望しなかった理由
- ・服薬指導対象者のうち処方薬の全体像を把握できた者の人数
- ・指導対象者のうち指導が完了した者の人数・指導希望者に占める割合
- ・服薬指導が完了しなかった理由

アウトカム

- ・後期高齢者の質問票の回答状況の変化：
特に、Q1 健康状態、Q2 心の状態、Q3 食習慣、Q4・Q5 咀嚼・嚥下機能、Q6 体重変化、
Q7 歩行速度、Q8 転倒経験、Q10・Q11 認知機能、
それぞれについて回答状況を前後比較・介入前後の処方内容（薬剤毎）の変化
- ・介入前後の処方薬剤数の変化（※）
- ・介入前後の受診状況（受診医療機関数、受診回数）の変化（※）

※処方薬剤数や受診状況の変化を介入前後で把握する時は、介入前後でそれぞれ3か月程度の把握期間を確保することが重要である。定期的な外来受診であっても、全員が毎月外来を受診し、毎月薬剤が処方されるとは限らず、また、処方内容は受診月によって変化することが想定される。

【参考：狭義のポリファーマシー（polypharmacy）とは？（厚生労働省、2018）】
単に服用する薬剤数が多いことではなく、それに関連して薬物有害事象のリスク増加、服薬過誤、服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態

【参考：服薬アドヒアランス低下の要因

* 服薬アドヒアランス：患者がどの程度処方どおりに服薬しているかの度合い

- ・服用管理能力低下：
 1. 認知機能の低下、2. 難聴、3. 視力低下、4. 手指の機能障害、
 5. 日常生活動作（ADL）の低下
- ・多剤服用
- ・処方の複雑さ
- ・嚥下機能障害
- ・うつ状態
- ・主観的健康感が悪いこと（薬効を自覚できない等、患者自らが健康と感しない状況）
- ・医療リテラシーが低いこと
- ・自己判断による服薬の中止（服薬後の体調の変化、有害事象の発現等）
- ・独居
- ・生活環境の悪化

【参考：処方の工夫と服薬支援の主な例（厚生労働省、2018）】

服用薬剤数を減らす

- ・力価の弱い薬剤を複数使用している場合は、力価の強い薬剤にまとめる
- ・配合剤の使用
- ・対症療法的に使用する薬剤は極力頓用で使用する
- ・特に慎重な投与を要する薬物のリストの活用

剤形の選択

- ・患者の日常生活動作（ADL）の低下に適した剤形を選択する

用法の単純化

- ・作用時間の短い薬剤よりも長時間作用型の薬剤で服用回数を減らす
- ・不均等投与を極力避ける
- ・食前・食後・食間などの服用方法をできるだけまとめる

調剤の工夫

- ・一包化
- ・服薬セットケースや服薬カレンダーなどの使用
- ・剤形選択の活用（貼付剤など）
- ・患者に適した調剤方法（分包紙にマークをつける、日付をつけるなど）
- ・嚥下障害患者に対する剤形変更や服用方法（簡易懸濁法、服薬補助ゼリー等）の提案

管理方法の工夫

- ・本人管理が難しい場合は家族などの管理しやすい時間に服薬をあわせる

処方・調剤の一元管理

- ・処方・調剤の一元管理を目指す（お薬手帳等の活用を含む）

【引用文献】

Mitsutake S, Ishizaki T, Teramoto C, Shimizu S, Ito H. Patterns of multimorbidity among 1.3 million older adults in Japan: Analyzing associations with the co-occurrence of three or more chronic diseases. Preventing Chronic Disease 2019; 16: 180170.

Ishizaki T, Mitsutake S, Hamada S, Teramoto C, Shimizu S, Akishita M, Ito H. Drug prescription patterns and factors associated with polypharmacy in over one million older adults in Tokyo. Geriatrics & Gerontology International. 2020; 20: 304-311.

厚生労働省. 高齢者の医薬品適正使用の指針 総論編 2018.

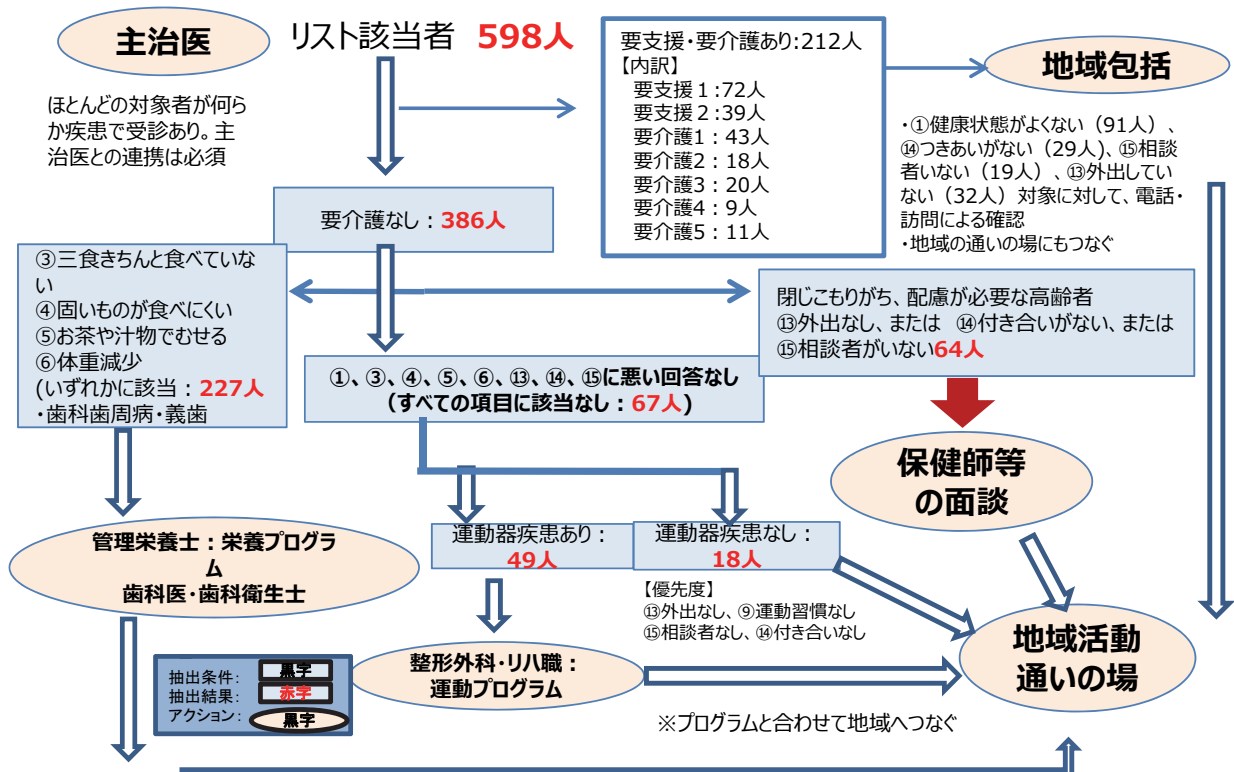
(4) 身体的フレイル(ロコモ含む)

ハイリスクアプローチの例

A市(人口約8万人、後期高齢者1.2万人)

(5) 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
(解説書Ver.1 P19~25)

A市① 条件: 質問票①(健康状態)に該当かつ質問票⑦(歩行速度)に該当
または 質問票⑦に該当 かつ 質問票⑧(転倒)に該当 ⇒ **598人**



評価指標の例

	身体的フレイル
アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> 支援対象者のうち、支援できた者の人数・割合
アウトカム	<ul style="list-style-type: none"> 適切なサービス(専門職、地域支援事業等)へつながっている人数、割合 後期高齢者の質問票(①健康状態「4、5」かつ⑦歩行速度「はい」または⑦歩行速度「はい」かつ⑧転倒の該当者「はい」と回答した者の人数、割合 1年後の要介護認定の状況

◎ハイリスクアプローチの事業ポイント

1) 多面的なフレイルの理解

- 身体的な機能低下は、低栄養(体重減少含む)→サルコペニア→身体機能低下を基盤とした安静時代謝の低下と、消費エネルギー低下→運動量低下(活動性の低下)→食欲低下→低栄養→体重減少という**負の循環構造『フレイル・サイクル』**が存在する。このことから、身体的フレイルのリスクだけでなく、他のリスクや個別疾患の有無を意識して、**包括的な視点でリスク重複の状態を見ていくことが重要**である。
- 身体的フレイルの抽出の過程の中で、⑥体重減少、BMI≤20、③食習慣、④⑤口腔機能低下、多病・多剤などのデータも活用しながら、ハイリスクアプローチとしての本人への指導介入を強化すると同時に、**多様な地域資源を十分に活用し、総合的にアプローチ**する

2) フレイル予防・対策につながる「3つの柱」を理解した日常生活改善

- フレイル予防・対策には3つの柱「①栄養(食と口腔機能)・②身体活動(運動や生活活動)・③社会参加(社会活動、人とのつながり等)」が重要
- 住民が3つの柱の意義を十分に理解し、全体的に日常生活改善が出来るよう、専門職による多職種連携、住民ボランティア機能や住民主体活動など多様な活動関係者への連携を強化することが重要である。

フレイル対策のための「三本柱」を意識した包括的なアプローチ



作図：東京大学 高齢社会総合研究機構 飯島勝矢

【フレイルの危険度】

3つとも実施できている人と比べると、

- ◆ 2つ実施できている人：
→**1.9倍 リスク大**
- ◆ 1つ実施できている人：
→**2.9倍 リスク大**
- ◆ 3つとも実施できていない人：
→**7.5倍 リスク大**

出典：Lyu WD, Iijima K, et al.
Arch Gerontol Geriatr 2022

◎通いの場等（ポピュレーションアプローチ）の事業ポイント

1) 3つの柱を意識した取り組み

- 身体的フレイルだけでなく、うつや認知機能の低下、閉じこもりや孤食などの社会性における諸問題（いわゆる社会的フレイル）など多面的な要素が負の連鎖となり自立機能が低下してくる。よって、ポピュレーションアプローチにおいても、このフレイルの多面性に注目しながら指導介入することが重要である
- 具体的には、栄養（食事・口腔機能）、身体活動（運動含む）、社会参加（社会活動：つながり、地域交流など）の複数の領域に配慮し、より具体性のある指導助言及び介入が大切である

2) 多くの対象者に働きかけるための工夫

- 現状の見える化、広報・啓発
 - ・社会福祉協議会や住民ボランティアと協働し、通いの場、地域活動等の情報を収集
 - ・通いの場でフレイル等に関する健康教育を実施
 - ・行政・専門職能団体・住民等のマルチステークホルダーによる会議体の設置 など
- 住民への促し
 - ・通いの場での15問質問票を積極的に実施しながら、科学的根拠に基づく視点にも触れる
 - ・介護予防事業部署との連携により、すそ野を広くする
 - ・得られた情報を多様な手法で啓発する
（市報・区報、保健事業において介護予防に関連する）リーフレットの配布など
 - ・介護・診療情報において非該当者であっても、居住地周辺の通いの場や地域活動を積極的に紹介
＜社会性や地域交流を可能な限り推進＞

3) 通いの場の運営者、リーダーとの調整

- 理念の共有
 - ・本人、各住民ボランティア、専門職種にも理念共有（フレイル対策のための3つの柱、および3つともを底上げできるように多面的な介入を工夫する）
 - ・身体的フレイルのリスク保有者に対して、より具体的な身体機能測定（握力や足腰の筋力等）を促す
- 情報把握とさらなる連携強化（自分の専門以外の情報も活用など）

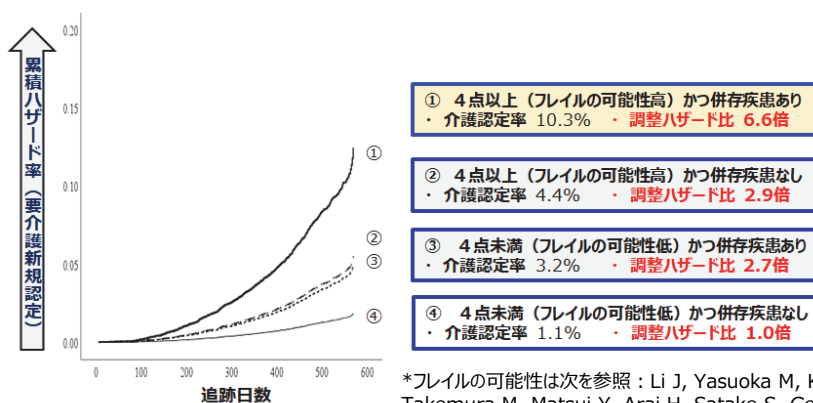
◎事業評価のポイント

- 身体的フレイル（ロコモティブシンドローム含）に関する評価をする際は、これに関連する身体機能面の項目だけに着目するのではなく、体重減少をはじめとする低栄養や口腔機能低下及び社会性等との関係を確認する。リスク保有者の約6割は低栄養、口腔機能低下を同時に保有しているため、フレイルの多面性への包括的な評価が重要となる。
- 評価については、データヘルス計画の標準評価項目を活用し、本ツールによって抽出された対象者がどのような支援やサービスにつながり、変化したのかについて以下の視点で評価する必要がある。
 - ① 対象者のうち、支援できた人数と割合
 - ② 適切なサービス（専門職、地域支援事業等）へつながっている人数と割合＝サービスにつながっている人数/対象者全体の人数、および新規にサービスにつながった人数/サービスにつながっている人数。これらの割合を比較したサービスにつながった増加率
 - ③ 後期高齢者の質問票（身体的フレイル）の該当者数、割合
支援対象者の該当率＝当該年度の該当数/前年度の支援対象者数、および項目数の比較
 - ④ 一年後の要介護認定の状況：介護認定は単年度での評価だけでなく、経年変化による長期的な評価もすること
- 前述、「（4）対象者の絞り込み後の重複状況の把握」に示すように、身体的フレイルと多剤（70名）、睡眠薬（73名）が重複していることがみられた。

「高齢者の質問票」で評価したフレイル状態と慢性疾患の両方が併存している状態（※）の調整ハザード比（すなわち危険度）が最も高く、フレイル及び併存疾患のない群と比較すると、フレイル及び併存疾患がある群は要介護リスクが6.6倍にも上昇し、フレイルと併存疾患の相加効果が認められた。このような対象者はハイリスクになりやすく、要介護になりやすいため、評価の際には基礎疾患の有無や内容、重複状態も確認することが重要である。

※ICD-10コードからチャールソン併存疾患指数（心筋梗塞、うっ血性心不全、末梢血管疾患、脳血管疾患、認知症、慢性肺疾患、リウマチ性疾患、消化性潰瘍、軽度の肝疾患、中程度以上の肝疾患、合併症のない糖尿病、合併症のある糖尿病、片麻痺、中程度以上の腎疾患、限局性固形がん、転移性固形がん、AIDS）を引用

「高齢者の質問票4点以上（フレイルの可能性高い）*」
と慢性疾患の併存と要介護新規認定



*フレイルの可能性は次を参照：Li J, Yasuoka M, Kinoshita K, Maeda K, Takemura M, Matsui Y, Arai H, Satake S. *Geriatr Gerontol Int.* 2022

（田中友規、吉澤裕世、飯島勝矢ら。Tanaka T, Yoshizawa Y, Iijima K, et al. *Geriatr Gerontol Int.* 2023）

- フレイル予防につながる意識・行動変容（運動・身体活動、栄養・口腔機能などの生活習慣、社会活動への参加等）や対象者の事業への満足度等の定性的なデータも重要な指標であるため、定量的データ、定性的データの両面から評価することが望ましい。

(5) 重症化予防(総括)

評価指標の例

	糖尿病性腎症重症化予防
アウトプット	①支援対象者のうち、支援できた者（個別支援・受診勧奨）の人数・割合
アウトカム	②受診勧奨事業：対象者のうち、受診した者（服薬治療を開始した者、傷病名＋（検査、生活習慣病管理料）等で受診が確認できた者）の人数、割合 ③治療中断者のうち健診又は受診につながった者（服薬治療を再開した者、傷病名＋（検査、生活習慣病管理料）等で受診が確認できた者）の数・割合 ④HbA1c $\geq 8.0\%$ の人数、割合の変化、SBP ≥ 160 or DBP ≥ 100 以上の割合の変化

ツールの4つの抽出方法と個別事業評価

抽出方法	アウトプット ①	アウトカム	
		受療等の行動変化	健康状態の改善
6)コントロール不良 ＋受診なし	受診勧奨実施人数/支援対象者	② 医療機関受診者/ 実施人数	④検査値が基準未満になった者/実施人数
7)治療中断者	医療or健診受診勧奨 実施人数/支援対象者	③ 医療機関or健診受 診者/支援対象者	
8)基礎疾患 ＋フレイル	フレイル予防事業勧奨 実施者/支援対象者	(フレイル予防の事業 の参加者/支援対象者)	(フレイルの悪化防止・ 改善)
9)腎機能低下 ＋受診なし	受診勧奨実施人数/支 援対象者	② 医療機関受診者/ 支援対象者	(腎機能の悪化防止・ 改善)

重症化予防事業の総合的なマクロ評価

マクロ指標	具体的な指標	データソース	比較
糖尿病、高血圧、 腎機能低下者のハ イリスク者減少 基礎疾患にフレイ ル合併例の減少	一体的実施支援ツ ールによるハイリ スク者割合 抽出条件6)～9)	実践ツール 広域連合集計 総括表 (年齢性別一覧)	都道府県比較(広域 連合内市町村比較) 同一自治体経年比較 (該当率のモニタリ ング)
健康状況	HbA1c $\geq 8.0\%$ の 人数、割合、 SBP ≥ 160 or DBP ≥ 1 00以上の数、割合	介入支援管理画面よ り条件を指定して抽 出	経年変化
医療費(糖尿病、 腎不全、透析等)	総医療費(外来・入 院・調剤) 疾患別医療費	健診・医療・介護 データからみる地 域の健康課題	全国平均 都道府県平均 経年変化
要介護認定率	脳卒中、糖尿病併 症、腎不全、心不 全等、生活習慣病 関連の要介護認定	健康スコアリング (介護) みえる化システム	全国平均 都道府県平均 経年変化

重症化予防(コントロール不良)

(6) 重症化予防 (コントロール不良者) (解説書Ver.1 P26~28)
 A市① 条件: HbA1c \geq 8.0%またはSBP \geq 160 mmHg or DBP \geq 100 mmHg かつ
 対応する糖尿病・高血圧の薬剤処方履歴 (1年間) なし \Rightarrow **58人**

リスト該当者 **58人**

A市 (人口約8万人、後期高齢者1.2万人)

要介護3: 1人、要介護2: 4人 要介護1: 1人

要支援2: 1人、要支援1: 1人

合計8人

包括等につながるも可

要介護度: 施設は除外、居宅は対象とする: **58人**

糖尿病・高血圧の傷病名あり
 (抽出年度) **30人**

糖尿病・高血圧の
 傷病名なし **28人**

電話・訪問にて状況確認・個別相談

かかりつけ医との相談

糖尿病・高血圧あり **8人**
 糖尿病のみあり **10人**
 高血圧のみあり **12人**

抽出条件: **黒字**
 抽出結果: **赤字**
 アクション: **緑字**

●ツールを活用した事業実施の流れ

- (1) 基本編**総括表**にて該当人数 (年齢区分別)
- (2) 基本編**フロー図**にて各段階の人数確認、
- (3) 個人リストをもとに健康伺い、受診勧奨 (通知、電話、面談等) 実施
 メニュー2より**個別管理表**を打ち出し
- (4) 面談: 受診勧奨にとどまらず、食生活や身体活動、生活面での相談を行う
 相談時にこれまでの治療状況を聞き取り
 健康食品等への依存、経済的理由、医療機関との関係性 (通院の便) 等を含めて相談
 本人の希望に応じて、地域の医療・介護連携可能な医療機関等を紹介
- (5) 面談記録を作成、個別管理表の新フラグの更新、事業コメント、他コメントの入力
- (6) フォロー: 3か月後にレセプトもしくは本人との面談にて受診の有無を確認
 フォローの状況もフラグ更新
- (7) 評価: 年度末に対象者の介入状況を確認 (**メニュー2 履歴情報集計**)

●事業評価のポイント

- ・ハイリスクアプローチの保健事業として、電話や面談、訪問等の更なる受診勧奨を行うのは、(HbA1c \geq 8.0%または収縮期血圧 \geq 160mmHg) かつ薬物治療のない者を確実に把握し、受診につなげることを目標としている。
- ・アウトカム評価指標は、ハイリスク者の減少とする (具体的な数値目標を立てる)。
- ・本基準該当者に対しては、血糖・血圧の管理だけでなく、生活全般の問題がないか、受診しにくい理由がないかを確認し、適切な行政サービスにつなぐ必要があることもある。そのような対応をした件数も記録する。

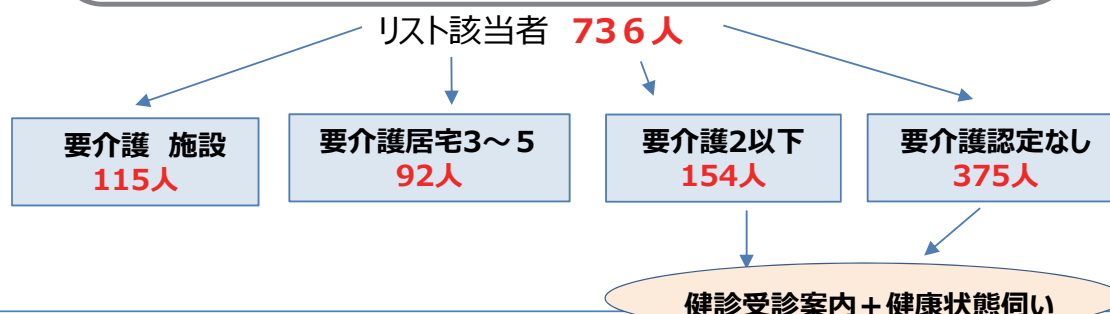
重症化予防(治療中断)

(7) 重症化予防 (糖尿病等治療中断者) (解説書Ver.1 P29~30)

A市③ 条件：抽出年度の健診履歴なし かつ
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歴なし ⇒ **736人**

糖尿病薬・降圧剤が中止となっているが、理由が不明

- コントロールが良好もしくは高齢者であることを勘案して中止になっているのか
 - 治療中断なのか
- ⇒ 以下の条件で抽出し、**健診受診勧奨・健康状態伺いの重点対象者とする**
⇒ 健診受診後、**健診結果もしくは本人からの返信状況を見て判断**



◎ツールを活用した事業実施の流れ

- (1) 基本編**総括表**にて該当人数 (年齢区分別)
- (2) 基本編**フロー図**にて各段階の人数確認、健診案内は受診可能年齢等を考慮することもありうる。(90歳以上、要介護認定者を対象にするか検討)
- (3) 個人リストをもとに、健康伺い、健診受診案内を送付する。
- (4) リストより、糖尿病だけでなく、高血圧、その他の疾患の受診も中断している可能性がある人には、個別面談を検討する。
メニュー2より**個別管理表**を打ち出し
- (5) 面談：これまでの治療状況、薬が中断となった経緯を確認する。
医師の判断で中止となった場合には健診受診勧奨でよいが、自己中断(交通事情、経済事情により受診できない、認知症の合併など)の場合は本人の希望に応じて、地域の医療・介護連携可能な医療機関等を紹介
- (6) 面談記録を作成、個別管理表の新フラグの更新、事業コメント、他コメントの入力
- (7) フォロー：3か月後にレセプトもしくは本人との面談にて受診の有無を確認
フォローの状況もフラグ更新
- (8) 評価：年度末に対象者の介入状況を確認 (メニュー2 **履歴情報集計**)

◎事業評価のポイント

- ・高齢者では食事摂取不良などから低血糖になりやすく、薬剤を中止する例が多い。
- ・薬剤中止になった理由をコメント入力して記録に残す。
医師の判断、もしくは状況から見て適切であれば、次年度以降対象外とする。
- ・アウトカム評価指標は、不適切な治療中断の防止である(具体的な数値目標を立てる)。
- ・本基準該当者に対しては、生活全般の問題がないか、受診しにくい理由がないかを確認し、適切な行政サービスにつなぐ必要があることもある。
そのような対応をした件数も記録する。

重症化予防(基礎疾患＋フレイル)

(8) 重症化予防 (基礎疾患保有＋フレイル) (解説書Ver.1 P31～33)

A市④ 条件：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 HbA1c≥7.0% かつ
質問票①、⑥、⑧、⑬のいずれかに該当 ⇒ **663人**

リスト該当者

663人

(うち、要介護認定者)
要介護3以上：37人、要介護1～2：64人
要支援2：37人、要支援1：67人
合計：205人

慢性疾患保有者ではフレイルが進行しやすい
(フレイル予備群への早期対応)

要介護認定なし
458人

(うち、フレイル予防事業においてハイリスク管理が必要な者)
基礎疾患：脳血管(109人)、虚血性(144人)、腎不全(27人) ⇒ 専門医等による運動処方
(うち、その他配慮すべき疾患)
がん(64人)、認知症(16人)、うつ(39人)、COPD(59人) 重複者あるため
合計278人

上記の基礎疾患なし **180人**

運動器疾患あり：112人 (下記の病名重複あり)
(関節症84人、脊椎76人、骨折20人)

運動器疾患なし：68人
(年齢 75～79(35人)、80～84(23人)、
85～(10人))

リハ職のいるプログラム
もしくは整形外科医の運動処方

糖尿病、高血圧等を保有している者に対するフレイル対策

◎ツールを活用した事業実施の流れ

- (1) 基本編総括表にて該当人数(年齢区分別)
- (2) 基本編フロー図にて各段階の人数確認。
地域のフレイル予防事業の受け皿と合致する対象者リストを作成する。
(循環器系疾患等のハイリスク者の参加が可能か、確認する)
- (3) 個人リストをもとに、フレイル予防事業の案内を送付する。
- (4) フレイル予防事業等に参加した者の情報を得ることができれば、フラグを変更する。
- (5) 評価：年度末に対象者の参加状況を確認(メニュー2 履歴情報集計)

◎事業評価のポイント

- ・ポピュレーション・アプローチとして、通いの場等で低強度の運動をする場合には、個別に評価する必要はない。
ポピュレーションアプローチとしてマクロ的な評価のみでよい。
- ・専門職等のリスクマネジメント下にプログラムを実施した場合には、アウトカム評価を行う(質問票等の変化、生活状況の変化など)。

重症化予防(腎機能不良、医療機関受診なし)

(9) 重症化予防(腎機能不良未受診者) (解説書Ver.1 P34~36)
 A市⑤ 条件: eGFR<45 または 尿蛋白(+) かつ
 医療未受診 ⇒ **3人**

リスト該当者 **3人** (3年間毎年受診 介護認定なし)

健診受診のみで医療につながない者

性別	年齢	服薬_多 剤処方 当月	前年度 との体 重差	BMI	収縮期 血圧	拡張期 血圧	中性脂 肪	HDL	LDL	HbA1c	尿蛋白	eGFR
男	84	1	▲5.7	21.8	144	78	41	50	87	5.8	3(+)	67.6
男	79	1	1.3	25.3	163	109	222	49	184	7.5	5(+++)	37.3
女	77	0	▲2.9	23.9	132	70	87	64	129	5.9	3(+)	57.3

◎ツールを活用した事業実施の流れ

- (1) 基本編総括表にて該当人数(年齢区分別)
- (2) 該当者がいるようであれば、個人リストをもとに健康伺いをする。
 健診受診者であり、医療機関につながないハイリスク者であり、データ一覧やKDBの履歴情報で課題を明確にしておく。
 毎年健診のみを受診している人では、検査値の推移を確認する。
 eGFRが前年度よりも、5以上低下している場合には、更なる腎機能低下を防ぐためできるだけ早期に面談を行う。
 尿蛋白が2(+)以上の場合にも面談を急ぐ。
- (3) 電話、面談等で腎機能が低下している可能性を伝え、できれば腎臓内科医への受診を勧める。
- (4) 評価: 年度末に対象者の医療機関受診状況を確認(メニュー2 履歴情報集計)

◎事業評価のポイント

- ・CKDのハイリスク者であり、どの医療機関にも受診していない者を抽出している。
- ・健診で把握できた意義が大きいため、確実に受診につなげたい。
- ・本事例についてはKDBにて追跡を行うことが推奨される。
- ・高齢者の透析が増えており、腎硬化症、糖尿病性腎症を原因とするものが多い。医療費適正化の観点からも放置することのないように気をつけたい。

(6)健康状態不明者

健康状態不明者に関する事業のポイント

- 従来の制度ではアプローチされなかった対象者を客観的に把握し支援へつなぐ
 - ・特段の支援を必要とせず、健康状態良好で自立した生活を維持できている者も含まれる一方、本来支援が必要であるがSOSを出せないような、少数であっても重要な支援対象者を把握し、健診・医療・介護・その他支援等につなぐ。
 - ⇒ 健康状態に問題があるにもかかわらず、経済状況等の理由により必要な医療・行政サービスを利用できずに健康状態が悪化し、突然の重篤な疾患を発症したり孤立死するケースが見られる。
 - ⇒ 健康状態として、血圧が高い、認知機能の低下が見受けられる者等が把握されることもある。
 - ・自身の健康状態をチェックできていない対象者への健診・医療受診勧奨支援
 - ⇒ 受診する必要がある状況と自己判断している場合や受診の習慣がない者については健診や医療機関への受診につなぐ。
- ハイリスクアプローチをメインにするが、健診受診や適切な医療受診に関する啓発・情報提供などポピュレーションアプローチも重要

抽出のポイント

実際に支援が必要な対象者を選定するプロセスの考え方

- ① 健康状態不明者を抽出後、質問票等を郵送する
- ② その他の参考情報を活用する

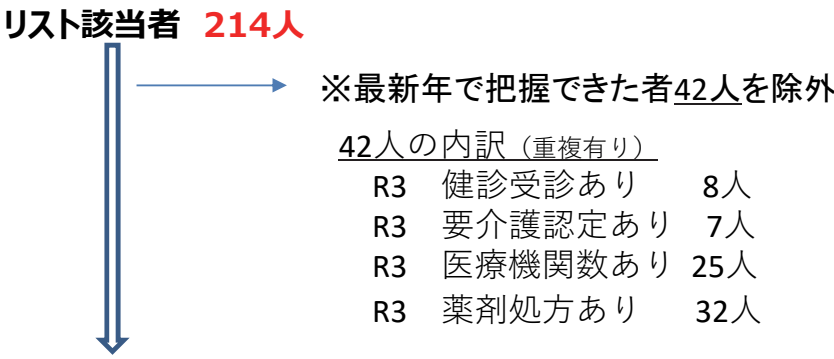
その他の参考情報

- 庁内関係部局が保有する情報
- (介護予防・日常生活圏域ニーズ調査、介護予防・生活支援サービス事業の利用状況、介護予防把握事業、地域ケア会議における情報、国保ヘルスアップ事業等)
- 通いの場での質問票やフレイルチェック、参加状況など
- 民生委員、保健事業報告、介護担当者、地域包括からの情報等

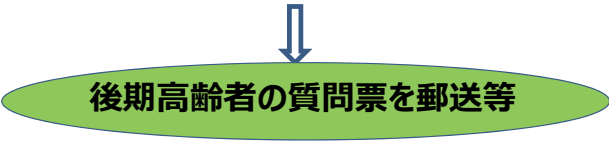
(例)

(1) 健康状態不明者 (解説書Ver.1 P37~38)
A市 抽出年度をR2年度 とした場合
抽出基準：A) かつ B) かつ C)
A) 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
B) レセプト：レセプト履歴なし
C) 介護：要介護認定なし

A市 (人口約8万人、後期高齢者1.2万人)



現時点での健康状態不明者 (R3年度把握者除外分) : 172人



※前ページで示したその他の参考情報を活用する

評価指標の例

	健康状態不明者対策
アウトプット	<ul style="list-style-type: none">支援対象者のうち、現状把握ができた者の人数・割合医療・介護等の支援へつなぐ必要があると把握された者の人数
アウトカム	<ul style="list-style-type: none">健診受診した者の人数・割合医療・介護サービス等が必要と判断される者のうち、医療・介護サービス等につながった者の人数・割合

◎事業評価のポイント

アウトプット

○支援対象者のうち、現状把握ができた者の人数・割合

○医療・介護等の支援へつなく必要があると把握された者の人数

※従来の制度では支援が行き届かなかった、自らSOSを出せないような状況にある者を、本事業によって初めて客観的に把握・支援し得た対象である。
そのため、少数ではあっても評価すべき重要なアウトプットである。

アウトカム

○健診受診した者の人数・割合

- ・ 介入が完了できた者について、最終介入後の健診受診状況をKDB等で確認し、人数・割合を評価する。
- ・ 単回のフォローで健診受診につながらない場合も、地域での啓発等、時期や場面を変えた、継続的・複合的な働きかけが効果的なこともあるため、ポピュレーションアプローチとあわせた働きかけが望まれる。
- ・ 健診受診が最適ではない対象者（医療へつなくことが優先されると判断された者等）については分母から除外できる。

○医療・介護サービス等が必要と判断される者のうち、医療・介護サービス等につながった者の人数・割合

- ・ 支援した者の内、最終支援後の医療・介護利用につながった人数・割合をKDB等で確認し、評価する（支援した者のうち、医療・介護サービス等が必要ないと判断される者は分母から除外する）。

★重篤な疾患や認知症が潜んでいる可能性もあるため、かかりつけ医や専門医、地域関係機関等との連携・理解を得て、適切な受診勧奨および医療サービス等につなぐこと、さらにその後の継続受診や生活支援にむけた体制の整備も必要である。

6. 実践支援ツール（研究班版二次加工ツール）操作方法

導入編

【動作条件】

- ・ Excel2013以降のマイクロソフトエクセルが導入されており、マクロが実行可能なPC。
- ・ エクセル32ビット版、64ビット版のどちらにも対応可能。
- ・ ネットワークドライブの共有ファイルに入れて使用可能ですが、同時に使用できるのは1名のみ。

上記の条件を満たせば、速度とディスクの空きスペースはほとんど問題となりません。

ツールのダウンロード

研究班ホームページからダウンロードしてください。

厚生労働科学研究班

「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施推進に係る検証のための研究」

<https://ktsushita.com/index.php/4kenkyuhan/kenkyuhan-koureisya/>

ダウンロード パスワードは Tsushita-kouki-2022

PCの設定によってはダウンロードできない場合があります。

その際には研究班事務局へご連絡ください。

(津下一代研究室 kenko@ktsushita.com)

CD-Rにてお送りします。

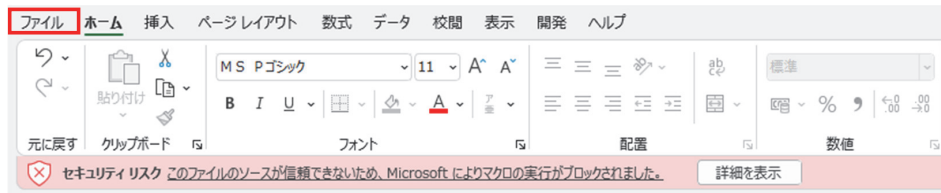
【ツールを保存する】

- ・ 「一体的実施・実践支援ツール_20230301.xlsm」を任意フォルダ内に保存する。

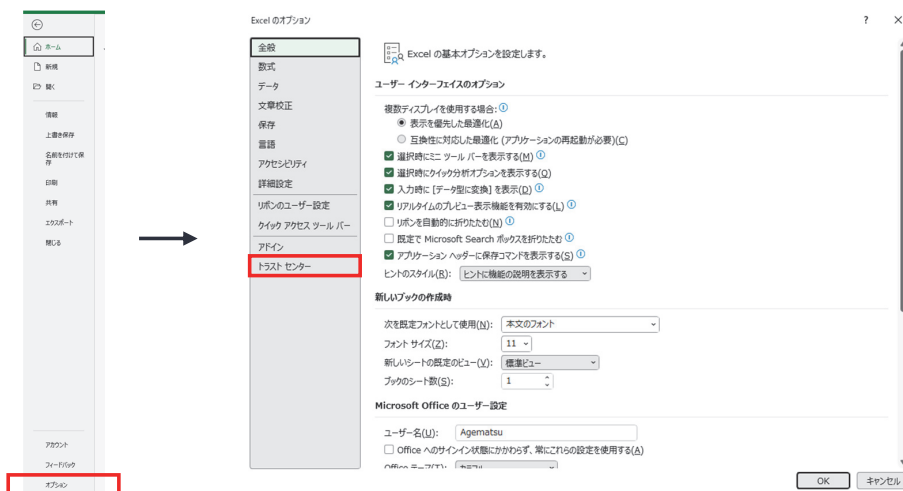
【エラーが出た時】

＜ツールを開いても、コンテンツ有効にならない場合＞

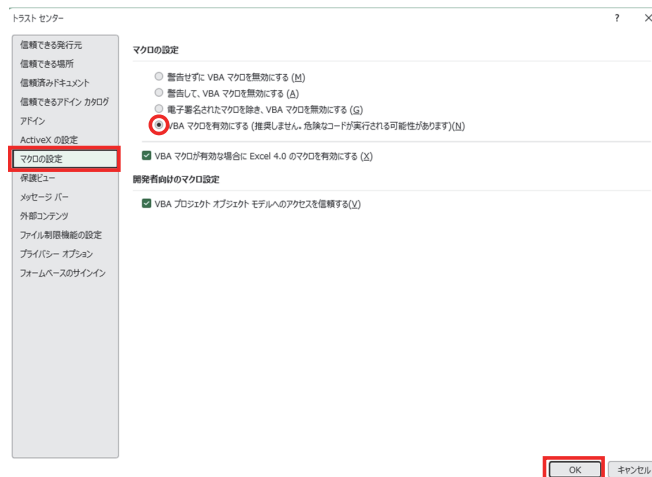
① ファイルをクリック



② オプションのトラストセンターをクリック



③ マクロの設定の「VBAマクロを有効にする」をクリックし、「OK」をクリック。

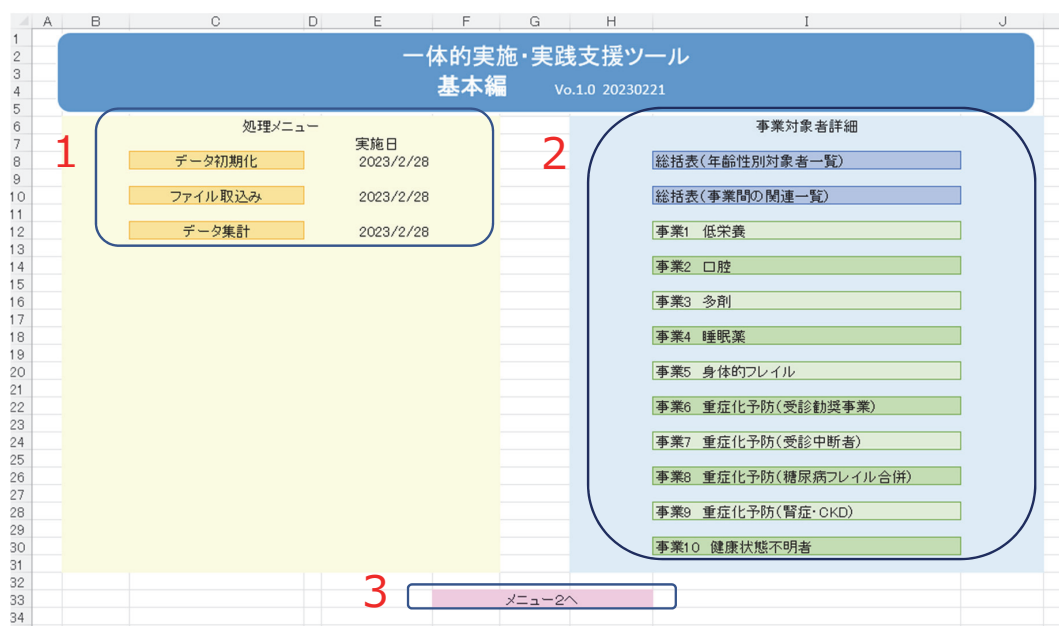


※上記を行っても開けない、またはそもそも開けない場合

→所属組織のシステム管理者へ問い合わせてください。
セキュリティの関係で制限がかかっていることがあります。

基本操作編

メニュー画面 基本編



すべての操作はここから開始します。
操作したいセルをクリックするとそれぞれのシートに移動します。

1. データの取り込みと処理、計算を行います。
2. 各事業間の関連や絞り込みデータの詳細を見ることができます。
対象者リスト参照に対応しています。
3. メニュー2へ移動します。

1. データ取込

①必要なデータ（KDBから出力したデータ）をツールと同じフォルダへ保存する

※KDBから出力したデータはファイル名を変更しないでください。
※必要な事業分のデータのみでも可能ですが、全てのデータを保存することを推奨します。

②ツールを開く

③初期化する場合は「データ初期化」ボタンを押す



※初めて使用する場合はまず初めにデータ初期化を実施してください。

※初期化するとすべてのデータが消去されるので操作の前にバックアップを必ずとってください。

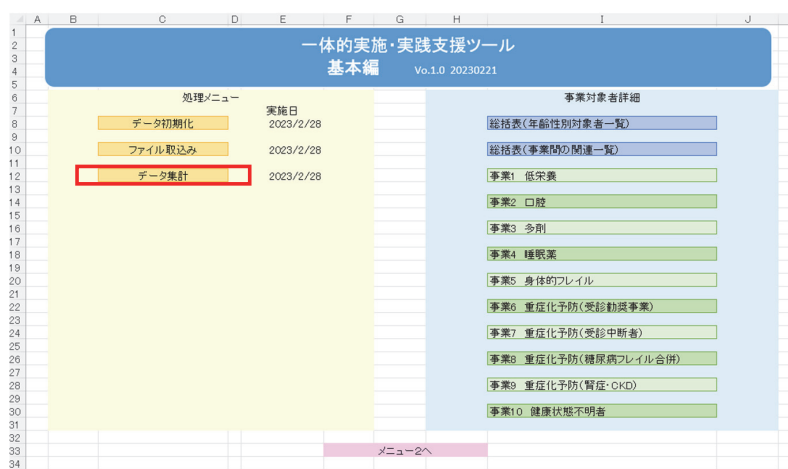
④「ファイル取込」ボタンを押す



⑤取り込むデータを選択し、「OK」をクリック



⑥「データ集計」ボタンを押す



※データ集計を実施すると、情報が上書きされてしまうことに注意してください。

2. データの詳細を見る

(1) 総括表を見る

① 確認したい項目のボタンを押します。



② それぞれの対象者の人数が確認できます。

総括表（年齢性別対象者一覧）

I. 概況 (KDBツール・一体的実施抽出基準該当者数)

事業種別	男性						女性						計
	～24	25～29	30～34	35～39	40～49	50～	～24	25～29	30～34	35～39	40～49	50～	
1 総対象者	0	2	3	0	2	7	0	2	8	4	2	16	23
2 介護	1	1	1	0	2	5	1	1	1	1	1	6	10
3 多病	0	4	3	2	4	13	1	2	3	4	6	16	29
4 難病	0	0	4	1	3	8	1	5	2	5	5	19	28
5 身体障害者	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1
6 認知症高齢者	1	2	0	0	0	3	1	0	2	2	1	6	9
7 介護施設入居者	0	0	4	3	4	20	0	0	4	7	20	37	57
8 重症化予防(フレイル合併)	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1
9 介護付有料老人ホーム	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10 介護付有料老人ホーム(併設)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11 介護付有料老人ホーム(併設)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

・ 事業対象者毎の性年齢別人数、介護医療状況毎の人数を確認できます。

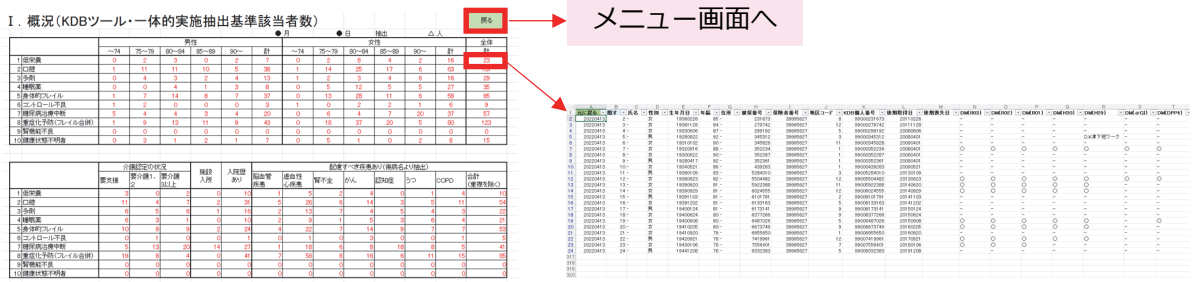
総括表（事業間の関連一覧）

II. 各項目の重複状況(本ツールによる絞り込み後:事業対象者候補)

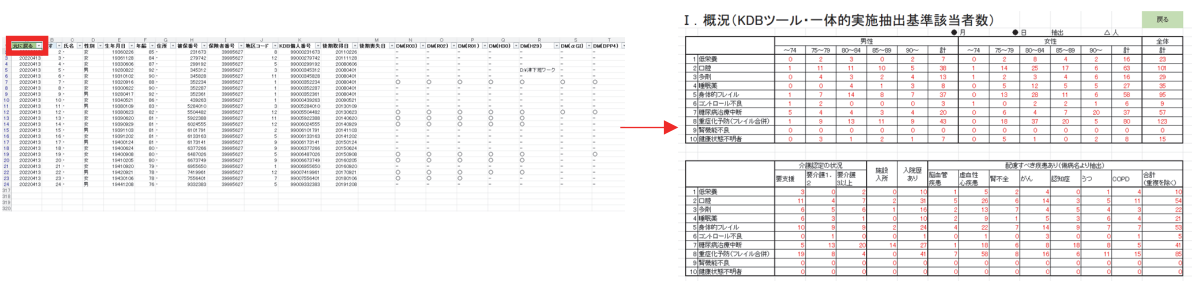
事業種別	重複状況										合計	
	介護	多病	難病	身体障害者	認知症高齢者	介護施設入居者	重症化予防(フレイル合併)	介護付有料老人ホーム	介護付有料老人ホーム(併設)	介護付有料老人ホーム(併設)		
1 総対象者	0	0	0	1	5	0	0	0	0	0	6	16
2 介護	1	0	0	1	2	0	0	0	0	0	3	10
3 多病	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	29
4 難病	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	28
5 身体障害者	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
6 認知症高齢者	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9
7 介護施設入居者	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	57
8 重症化予防(フレイル合併)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
9 介護付有料老人ホーム	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10 介護付有料老人ホーム(併設)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11 介護付有料老人ホーム(併設)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

・ 本ツールによる絞り込み後の事業対象者の他の事業との重複状況毎の人数を確認できます。

③ 人数が表示された欄のセルを押すと対象者のリストを確認できます。「戻る」ボタンを押すとメニュー画面に戻ります。

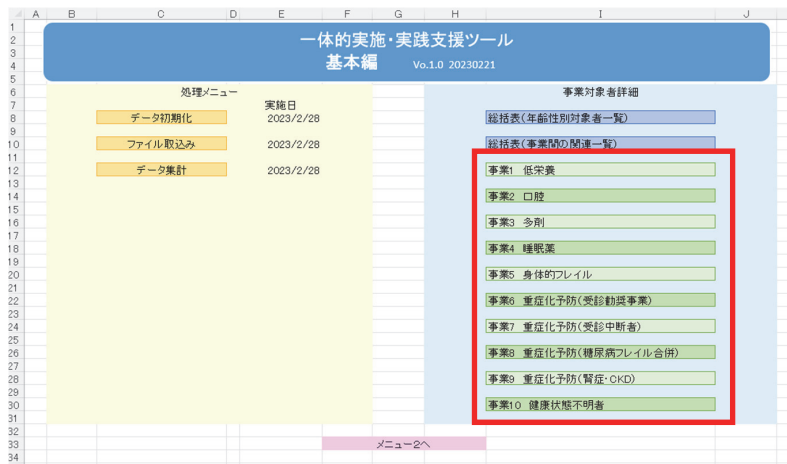


④ 「元に戻る」ボタンを押すと、事業対象者詳細画面に戻ります。

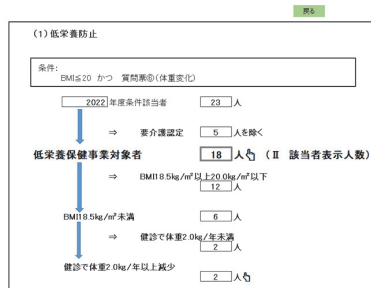


(2) 事業毎対象者詳細を見る

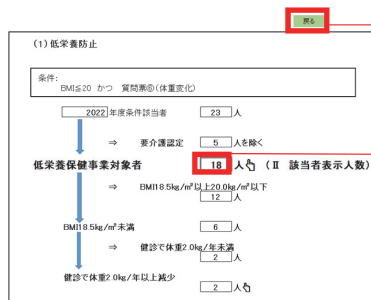
①事業対象者詳細の確認したい項目のボタンを押します。



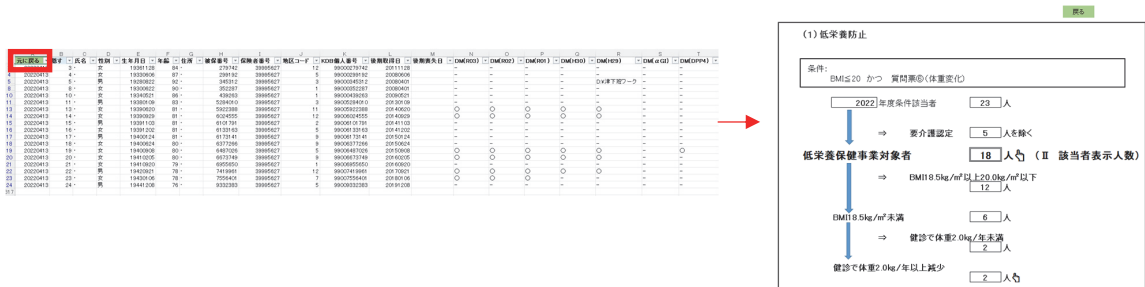
②事業対象者詳細画面になります。事業対象者の人数が確認できます。



③人数が表示された欄のセルを押すと対象者のリストを確認できます。「戻る」ボタンを押すとメニュー画面に戻ります。



④「元に戻る」ボタンを押すと事業対象者詳細画面に戻ります。



追加機能編

メニュー画面 追加編

一体的実施・実践支援ツール 追加機能編									
個別帳票			事業対象者処理		出力日	外部取込日			
事業1 低栄養	リスト	外部出力	4 作業ファイル取込み	5 履歴更新					
事業2 口腔	リスト	外部出力							
事業3 多剤	リスト	外部出力							
事業4 睡眠薬	リスト	外部出力							
事業5 身体的フレイル	リスト	外部出力							
事業6 重症化予防(受診勧奨事業)	リスト	外部出力							
事業7 重症化予防(受診中断者)	リスト	外部出力							
事業8 重症化予防(糖尿病フレイル合併)	リスト	外部出力							
事業9 重症化予防(腎症・CKD)	リスト	外部出力							
事業10 健康状態不明者	リスト	外部出力							
広域連合集計			3		事業履歴データベース				
6			7		8				
広域連合集計			データ閲覧		履歴情報集計				
9			メニュー1へ						

1. 個別帳票に移動します。コメントや作業ステータスを変更できます
2. 事業対象者一覧に移動します。
3. 事業対象者のデータを出力します。
4. 出力したデータと同じ形式の外部データを取込みます。
5. 事業履歴を更新します。
6. 保険者別の対象者数などを集計します。
7. 事業履歴データを閲覧します。
8. 事業実施状況別人数を集計します。
9. メニュー1へ戻ります。

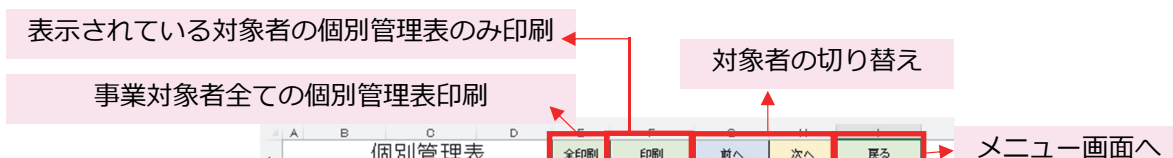
1. 個別帳票管理

(1) 確認したい事業項目のボタンを押します



(2) 各事業の本ツールによる絞り込み後の事業対象者の個別管理票が確認できます
個人ごとのデータが表示されます

各ボタンの機能は以下の通りです



個別管理表

低栄養

対象者ID: 213371 参加フラグ: 2 case: 1
氏名: 新フラグ: 2 トータル: 19

事業コメント
総コメント

セル名	内容	セル名	内容	セル名	内容	セル名	内容
11	出力日	20220413	高血圧	-	①歩行速度	x	不明者
12	性別	1	糖尿病	-	②圧別	x	不明者date
13	氏名	・	高血圧	-	③運動習慣	○	SYSTEM
14	性別	女	高血圧	-	④物忘れ	x	連絡フラグ
15	生年月日	19350730	高血圧	-	⑤失見当識	x	低栄養C
16	年齢	85	多剤前月	4	⑥嚥下	x	口腔C
17	住所	・	多剤前々月	4	⑦外出	○	多剤C
18	住所	・	睡眠薬	-	⑧交流	○	睡眠薬C
19	保険番号	213371	睡眠薬	-	⑨サボート	○	身体フレイルC
20	保険番号	39895627	睡眠薬	-	⑩診察	○	治療不良C
21	地区コード	1	医療機関数	2	⑪診察(F00)	○	治療中断C
22	KDC個人番号	9900013371	歯周病等	○	⑫診察(F00)	○	糖尿病フレイルC
23	後期取得日	20100730	障害等	○	⑬診察(F01)	○	腎臓病C
24	後期喪失日	-	入院当年	-	⑭診察(F02)	○	不明者C
25	DM(F03)	-	入院前年	-	⑮診察(F03)	○	
26	DM(F02)	-	外来当年	○	⑯診察(F04)	○	
27	DM(F01)	-	外来前年	○	⑰診察(F05)	○	
28	DM(F00)	-	診察日	20200622	⑱診察(F06)	-	
29	DM(H29)	-	身長	142.8	⑳診察(F07)	-	
30	DM(αG)	-	体重	39.2	㉑診察(F08)	-	
31	DM(DPP4)	-	体重差	-2.6	㉒診察(F09)	-	
32	DM(Glu)	-	眼圧	0	㉓診察(F10)	-	
33	DM(SU)	-	EM	19.2	㉔診察(F11)	-	
34	DM(Bta)	-	SEP	143	㉕診察(F12)	-	
35	DM(SGLT)	-	DEP	61	㉖診察(F13)	-	
36	DM(SLP1)	-	TG	124	㉗診察(F14)	-	
37	DM(糖質)	-	HDL	48	㉘診察(F15)	-	
38	DM(配合)	-	LDL	130	㉙診察(F16)	-	
39	DM(Ins)	-	nonHDL	0	㉚診察(F17)	-	
40	検(ホAl c)	-	GOT	16	㉛診察(F18)	-	
41	検(糖質)	-	GPT	10	㉜診察(F19)	-	
42	検(調整)	-	γ-GTP	11	㉝診察(F20)	-	

(3) 個別管理票で個別管理を行います

対象者の参加フラグの変更が可能です。

【参加フラグ】

- 1：元リスト（リストに含まれた人）
- 2：対象（絞り込み後の対象になった人）
- 3：勧奨（声かけした人）
- 4：参加
- 5：終了
- 6：脱落
- 9：除外
- 0：死亡

個別管理表											
		全印刷		印刷		前へ		次へ		戻る	
<p>対象者ID 213371 参加フラグ 2 Page 1</p> <p>氏名 新フラグ 2 トータル 19</p> <p>事業コメント</p> <p>他コメント</p>											
セル名	内容	セル名	内容	セル名	内容	セル名	内容				
出力日	20220413	傷風感	-	歩行速度	×	不明者					
氏名	女	傷感染	-	転倒	×	不明者date					
性別	女	傷/血	-	運動習慣	○						
生年月日	19350730	傷/COPD	-	物忘れ	×						
年齢	85	多割当月	4	失見当識	×						
住所	-	多割前月	7	喫煙	×						
被保番号	213371	多割前々月	4	外出	○						
保険者番号	39395627	睡眠	-	交流	○						
地区コード	1	脂質	-	サート	○						
KDE個人番号	39000213371	医師訪問数	2	診(前1)	○						
後期取得日	20100730	歯周病等	○	診(前2)	○						
後期喪失日	-	歯槽等	○	診(前3)	○						
DM(前1)	-	入院当年	-	診(前4)	○						
DM(前2)	-	入院前年	-	診(前5)	○						
DM(前3)	-	外来当年	○	介護認定日	-						
DM(前4)	-	外来前年	-	要介護度	-						
DM(前5)	-	健診日	20200622	居宅	-						
DM(αGI)	-	身長	142.8	施設	-						
DM(DPP4)	-	体重	39.2	初回認定日	-						
DM(Gly)	-	体重差	-2.6	初回要介護	-						
DMSU)	-	腹囲	0	K低栄養	1						
DM(Btg)	-	BM	19.2	K口腔	-						
DM(SGLT)	-	SEP	143	K多割	-						
DM(GLP1)	-	DEP	61	K睡眠	-						
DM(抵抗)	-	TG	124	K身体フレイル	-						
DM(配合)	-	HDL	48	K認知不良	-						
DM(Ins)	-	LDL	130	K認知中断	-						
検(HbA1c)	-	non-HDL	0	Kフレイル	-						
検(神経)	-	GOT	16	K認知不良	-						
検(膵臓)	-	GPT	10	K不明者	-						
検(腎)	-	γ-GTP	11	重複回数	1						
HT(前1)	○	FBS	0	低栄養	2						
HT(前2)	○	HbA1c	5.4	低栄養date	-						
HT(前3)	○	随時ES	99	口腔	-						
HT(前4)	○	尿糖	1(-)	口腔date	-						
HT(前5)	○	尿蛋白	1(-)	多割	-						
HT(控薬)	-	赤血球数	0	多割date	-						
傷/脳血管	-	血色素	0	睡眠	-						
傷/虚血心	-	Ht	0	睡眠date	-						
傷/透折	-	心電図	なし	身体フレイル	-						
傷/がん	-	Cr	0	身体フレイルdate	-						
傷/腎不全	-	eGFR	0	治療不良	-						
傷/腎不全	○	Alb	0	治療不良date	-						
傷/認知症	-	回答日	20200622	治療中断	-						
傷/関節症	-	健康観	あまりよくない	治療中断date	-						
傷/背挫	-	心の健康	やや満足	糖尿病フレイル	-						
傷/骨折	-	食習慣	○	糖尿病フレイルdate	-						
傷/骨折	-	咀嚼	○	腎臓病	-						
傷/骨折	○	嚥下	×	腎臓病date	-						
傷/うつ	-	体重減少	○								

選択した当該事業に関するコメントを記録変更できます。

※灰色の部分はこの画面で変更してもデータに反映されません

2. 事業対象者リスト（絞り込み後）を見る

(1) 確認したい事業項目のボタンを押します

一体的実施・実践支援ツール 追加機能編											
事業対象者処理											
個別帳票							出力日		外部取込日		
事業1	低栄養	リスト	外部出力	作業ファイル取込み	履歴更新						
事業2	口腔	リスト	外部出力								
事業3	多剤	リスト	外部出力								
事業4	睡眠薬	リスト	外部出力								
事業5	身体的フレイル	リスト	外部出力								
事業6	重症化予防(受診勧奨事業)	リスト	外部出力								
事業7	重症化予防(受診中断者)	リスト	外部出力								
事業8	重症化予防(糖尿病フレイル合併)	リスト	外部出力								
事業9	重症化予防(腎症・CKD)	リスト	外部出力								
事業10	健康状態不明者	リスト	外部出力								
広域連合集計				事業履歴データベース							
広域連合集計				データ閲覧		履歴情報集計					
メニュー1へ											

(2) 対象者リストが表示されます

- ・エクセル機能で目的に応じてフィルターをかけることができます。
- ・リストを出力するには、シート内容をコピーして別のブックに移すなどエクセルの標準機能を使用してください。

メニュー画面へ

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
1	元に戻る	全表示	氏名	性別	生年月日	年齢	住所	被保番号	保険者番号	地区コード	KDB個人番号	後期取得日	後期表
2	20220413	1	女	19350730	85	213371	39995627	1	99000213371	20100730			
4	20220413	3	女	19361128	84	279742	39995627	12	99000279742	20111128			
5	20220413	4	女	19330606	87	299192	39995627	5	99000299192	20080606			
6	20220413	5	男	19280822	92	345312	39995627	3	99000345312	20080401			
9	20220413	8	女	19300622	90	352287	39995627	1	99000352287	20080401			
11	20220413	10	女	19340521	86	439263	39995627	1	99000439263	20090521			
12	20220413	11	男	19380109	83	5284010	39995627	3	99005284010	20130109			
14	20220413	13	女	19390620	81	5922388	39995627	11	99005922388	20140620			
15	20220413	14	女	19390929	81	6024555	39995627	12	99006024555	20140929			
16	20220413	15	男	19391103	81	6101791	39995627	2	99006101791	20141103			
17	20220413	16	女	19391202	81	6133163	39995627	5	99006133163	20141202			
18	20220413	17	男	19400124	81	6173141	39995627	9	99006173141	20150124			
19	20220413	18	女	19400624	80	6377266	39995627	9	99006377266	20150624			

・シートの表示が変わります

元記録表	全表示	氏名	性別	生年月日	年齢	住所	被保険番号	保険者番号	地区コード	KDB個人番号	低栄養	低栄養date	口腔	口腔date	多剤	多剤date	種取薬	種取薬date	身体フレイル	身体フレイルdate
2	20220413	1	女	19350730	85	213371	3995627	1	9900021337	2										
4	20220413	3	女	19361129	84	279742	3995627	12	9900027974	2										
5	20220413	4	女	19330906	87	299192	3995627	5	9900029919	2										
6	20220413	5	男	19280822	92	345312	3995627	3	9900034531	2										
9	20220413	8	女	19300622	90	352287	3995627	1	9900035228	2										
11	20220413	10	女	19340521	88	439263	3995627	1	9900043926	2										
12	20220413	11	男	19380109	83	5284010	3995627	3	9900528401	2										
14	20220413	13	女	19380820	81	5922388	3995627	11	9900592238	2										
15	20220413	14	女	19390929	81	6024555	3995627	12	9900602455	2										
16	20220413	15	男	19391103	81	6101791	3995627	2	9900610179	2										
17	20220413	16	女	19391202	81	6133163	3995627	5	9900613316	2										
18	20220413	17	男	19400124	81	6173141	3995627	9	9900617314	2										
19	20220413	18	女	19400624	80	6372666	3995627	9	9900637266	2										
20	20220413	19	女	19400908	80	6487026	3995627	5	9900648702	2										
21	20220413	20	女	19410205	80	6673749	3995627	9	9900667374	2										
22	20220413	21	女	19410920	79	6955650	3995627	1	9900695505	2										
23	20220413	22	男	19420921	78	7419961	3995627	12	9900741996	2										
24	20220413	23	女	19430108	78	7554401	3995627	7	9900755440	2										
25	20220413	24	男	19441208	76	9332383	3995627	5	9900833238	2										



元記録表	隠す	氏名	性別	生年月日	年齢	住所	被保険番号	保険者番号	地区コード	KDB個人番号	後期取得日	後期喪失日	DM(R03)	DM(R02)	DM(R01)	DM(H30)	DM(H29)	DM(αGI)	DM(DPP4)	DM
2	20220413	1	女	19350730	85	213371	3995627	1	9900021337	20100730	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4	20220413	3	女	19361129	84	279742	3995627	12	9900027974	20111128	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5	20220413	4	女	19330906	87	299192	3995627	5	9900029919	20080606	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6	20220413	5	男	19280822	92	345312	3995627	3	9900034531	20080401	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
9	20220413	8	女	19300622	90	352287	3995627	1	9900035228	20080401	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
11	20220413	10	女	19340521	88	439263	3995627	1	9900043926	20080521	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
12	20220413	11	男	19380109	83	5284010	3995627	3	9900528401	20130109	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
14	20220413	13	女	19380820	81	5922388	3995627	11	9900592238	20140620	○	○	○	○	○	-	-	-	-	-
15	20220413	14	女	19390929	81	6024555	3995627	12	9900602455	20140829	○	○	○	○	○	-	-	-	-	-
16	20220413	15	男	19391103	81	6101791	3995627	2	9900610179	20141103	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
17	20220413	16	女	19391202	81	6133163	3995627	5	9900613316	20141202	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
18	20220413	17	男	19400124	81	6173141	3995627	9	9900617314	20150124	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
19	20220413	18	女	19400624	80	6372666	3995627	9	9900637266	20150624	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20	20220413	19	女	19400908	80	6487026	3995627	5	9900648702	20150908	○	○	○	○	○	-	-	-	-	-
21	20220413	20	女	19410205	80	6673749	3995627	9	9900667374	20160205	○	○	○	○	○	-	-	-	-	-
22	20220413	21	女	19410920	79	6955650	3995627	1	9900695505	20160920	○	-	-	-	-	-	-	-	-	-

全表示⇒隠されていた行が表示されます
 隠す ⇒行が隠されます

3. 事業対象者をExcelで出力しツール外で操作する

(1) 出力したい事業の「外部出力」ボタンを押します

個別帳票		事業対象者処理		出力日	外部取込日
事業1 低栄養	リスト	外部出力	作業ファイル取込み 履歴更新		
事業2 口腔	リスト	外部出力			
事業3 多剤	リスト	外部出力			
事業4 睡眠薬	リスト	外部出力			
事業5 身体的フレイル	リスト	外部出力			
事業6 重症化予防(受診勧奨事業)	リスト	外部出力			
事業7 重症化予防(受診中断者)	リスト	外部出力			
事業8 重症化予防(糖尿病フレイル合併)	リスト	外部出力			
事業9 重症化予防(腎症・CKD)	リスト	外部出力			
事業10 健康状態不明者	リスト	外部出力			

(2) 保存するフォルダを選択します



(3) 出力日が更新されます

一体的実施・実践支援ツール 追加機能編									
事業対象者処理									
個別帳票				出力日		外部取込日			
事業1	低栄養	リスト	外部出力	作業ファイル取込み	履歴更新	2023/3/1			
事業2	口腔	リスト	外部出力						
事業3	多剤	リスト	外部出力						
事業4	睡眠薬	リスト	外部出力						
事業5	身体的フレイル	リスト	外部出力						
事業6	重症化予防(受診勧奨事業)	リスト	外部出力						
事業7	重症化予防(受診中断者)	リスト	外部出力						
事業8	重症化予防(糖尿病フレイル合併)	リスト	外部出力						
事業9	重症化予防(腎症・CKD)	リスト	外部出力						
事業10	健康状態不明者	リスト	外部出力						
広域連合集計					事業履歴データベース				
広域連合集計					データ閲覧				
					履歴情報集計				
メニューへ									

(4) 出力したファイルで対象者の参加フラグ・コメントを編集することが可能です

※編集する際は更新日の入力も忘れず実施してください

※ファイル名は変更しないでください

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O
元に戻る	隠す	氏名	性別	生年月日	年齢	住所	被保険番号	保険者番号	地区コード	KDB個人	多剤	多剤date	多剤C	
20220427	20	女	19371102	83		5214745	39995627	7	9.9E+10	2				
20220427	25	男	19400818	80		6445954	39995627	7	9.9E+10	2				
20220427	27	男	19440212	77		7134278	39995627	5	9.9E+10	2				
20220427	28	男	19420701	78		7344485	39995627	5	9.9E+10	2				

4. ツール外で操作したExcelデータを取り込む

(1) 「作業ファイル取込み」ボタンを押します

一体的実施・実践支援ツール 追加機能編				
事業対象者処理				
個別帳票			出力日	外部取込日
事業1 低栄養	リスト	外部出力	2023/3/1	
事業2 口腔	リスト	外部出力		
事業3 多剤	リスト	外部出力		
事業4 睡眠薬	リスト	外部出力		
事業5 身体的フレイル	リスト	外部出力		
事業6 重症化予防(受診勧奨事業)	リスト	外部出力		
事業7 重症化予防(受診中断者)	リスト	外部出力		
事業8 重症化予防(糖尿病フレイル合併)	リスト	外部出力		
事業9 重症化予防(腎症・CKD)	リスト	外部出力		
事業10 健康状態不明者	リスト	外部出力		

広域連合集計

事業履歴データベース

データ閲覧

履歴情報集計

メニューへ

(2) 「OK」ボタンを押します

一体的実施・実践支援ツール 追加機能編				
事業対象者処理				
個別帳票			出力日	外部取込日
事業1 低栄養	リスト	外部出力	2023/3/1	
事業2 口腔	リスト	外部出力		
事業3 多剤	リスト	外部出力		
事業4 睡眠薬	リスト	外部出力		
事業5 身体的フレイル	リスト	外部出力		
事業6 重症化予防(受診勧奨事業)	リスト	外部出力		
事業7 重症化予防(受診中断者)	リスト	外部出力		
事業8 重症化予防(糖尿病フレイル合併)	リスト	外部出力		
事業9 重症化予防(腎症・CKD)	リスト	外部出力		
事業10 健康状態不明者	リスト	外部出力		

広域連合集計

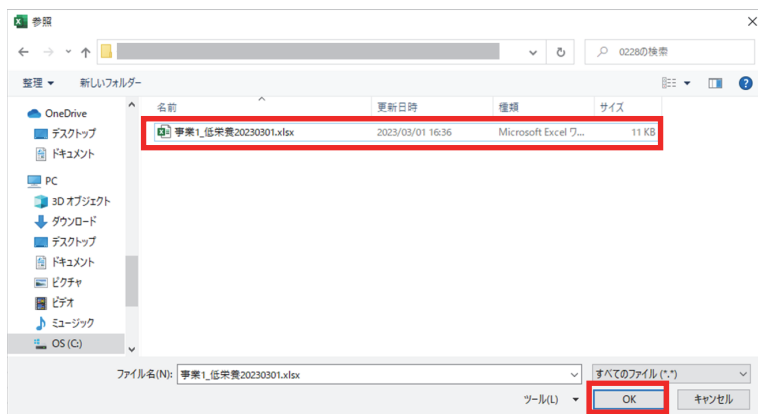
事業履歴データベース

データ閲覧

履歴情報集計

メニューへ

- (3) 取り込むファイルを選択し、「OK」ボタンを押します
出力した際のファイル名と同じものを選択してください



- (4) データが取り込まれ、メニュー2画面へ戻ります
外部取込日が更新されます

一体的実施・実践支援ツール 追加機能編						
事業対象者処理						
個別帳票					出力日	外部取込日
事業1 低栄養	リスト	外部出力			2023/3/1	2023/3/1
事業2 口腔	リスト	外部出力				
事業3 多剤	リスト	外部出力				
事業4 睡眠薬	リスト	外部出力				
事業5 身体的フレイル	リスト	外部出力				
事業6 重症化予防(受診勧奨事業)	リスト	外部出力	作業ファイル取込み	履歴更新		
事業7 重症化予防(受診中断者)	リスト	外部出力				
事業8 重症化予防(糖尿病フレイル合併)	リスト	外部出力				
事業9 重症化予防(腎症・CKD)	リスト	外部出力				
事業10 健康状態不明者	リスト	外部出力				
広域連合集計			事業履歴データベース			
広域連合集計			データ閲覧			
			履歴情報集計			
メニュー1へ						

5. 事業履歴を更新する

- (1) 「履歴更新」ボタンを押すと履歴が更新されます
対象者の参加フラグ変更・コメント入力や外部取込みを実施した後は必ず押してください

一体的実施・実践支援ツール 追加機能編										
事業対象者処理										
個別帳票				出力日		外部取込日				
事業1 低栄養	リスト	外部出力	作業ファイル取込み	履歴更新	2023/3/1	2023/3/1				
事業2 口腔	リスト	外部出力								
事業3 多剤	リスト	外部出力								
事業4 睡眠薬	リスト	外部出力								
事業5 身体的フレイル	リスト	外部出力								
事業6 重症化予防(受診勧奨事業)	リスト	外部出力								
事業7 重症化予防(受診中断者)	リスト	外部出力								
事業8 重症化予防(糖尿病フレイル合併)	リスト	外部出力								
事業9 重症化予防(腎症・CKD)	リスト	外部出力								
事業10 健康状態不明者	リスト	外部出力								
広域連合集計					事業履歴データベース					
広域連合集計					データ閲覧					
					履歴情報集計					
メニューへ										

6. 広域連合集計（広域連合の方のみ使用）

(1) 広域連合集計ボタンを押します

The screenshot shows a software interface with a green header '一体的実施・実践支援ツール 追加機能編'. Below it is a table of projects (事業) with columns for '個別概要', '事業対象者処理', '出力日', and '外部取込日'. A red box highlights the '広域連合集計' button at the bottom left. To its right are buttons for 'データ閲覧' and '履歴情報集計'.

(2) 広域連合集計画面が表示されます 「戻る」ボタンを押すとメニュー画面へ戻ります

メニュー画面へ

The screenshot shows the '広域連合集計' screen. A red box highlights the '戻る' button in the top navigation bar. Below the navigation bar is a table with columns for '全表示', '全縮小', and various project categories with 'リスト数' and '対象数'.

(3) 「集計」ボタンを押すと保険者別に事業実施対象者数が計算されます

The screenshot shows the '広域連合集計' screen with the '集計' button highlighted in a red box. The table below shows the same data as the previous screenshot, but with the '集計' button selected.

その他ボタンの機能は以下の通りです

The screenshot shows the '広域連合集計' screen with red arrows pointing from the '全表示' and '全縮小' buttons to text boxes below. The first box says 'すべての事業の表示幅を変更します' and the second says '事業ごとに表示幅を変更します'.

7. 事業履歴データ閲覧

(1) 「データ閲覧」ボタンを押します

一体的実施・実践支援ツール 追加機能編			
事業対象者処理			
個別帳票		出力日	外部取込日
事業1 低栄養	リスト	外部出力	2023/3/1
事業2 口腔	リスト	外部出力	
事業3 多剤	リスト	外部出力	
事業4 睡眠薬	リスト	外部出力	
事業5 身体的フレイル	リスト	外部出力	
事業6 重症化予防(受診勧奨事業)	リスト	外部出力	
事業7 重症化予防(受診中断者)	リスト	外部出力	
事業8 重症化予防(糖尿病フレイル合併)	リスト	外部出力	
事業9 重症化予防(腎症・CKD)	リスト	外部出力	
事業10 健康状態不明者	リスト	外部出力	

広域連合集計	事業履歴データベース
広域連合集計	データ閲覧
	履歴情報集計

メニュー1へ

(2) 対象者のデータ更新履歴等を確認できます
すべての事業の絞り込み後の対象者のデータが表示されます

メニュー画面へ

分析x	昇精	ver01
0.00	K200000000K2000000000	20220
0.00	K1000000100K1000000100	20220
0.00	K2000000000K2000000000	20220
0.00	K2000000000K2000000000	20220
0.00	K2100000000K2100000000	20220
0.00	K1101100000K1101100000	20220
0.00	K1110100100K1110100100	20220
0.00	K2000200100K3000200100	20220
0.00	K1100000100K1100000100	20220
0.00	K2100000000K3100000000	20220
0.00	K2000000000K3000000000	20220
0.00	K1000100100K1000100100	20220
0.00	K2000000100K3000000100	20220
0.00	K1000000100K1000000100	20220
0.00	K2000000000K4000000000	20220
0.00	K2000000000K4000000000	20220
0.00	K2100000000K4100000000	20220
0.00	K2000000100K5000000100	20220
0.00	K2000000200K5000000200	20220
0.00	K2000000200K5000000200	20220
0.00	K0100100100K0100100100	20220
0.00	K0100100100K0100100100	20220
0.00	K0100100100K0100100100	20220
0.00	K0100100100K0100100100	20220
0.00	K0100100100K0100100100	20220

8. 履歴情報集計

(1) 履歴情報集計ボタンを押します

一体的実施・実践支援ツール
追加機能編

事業対象者処理

個別帳票	リスト	外部出力	出力日	外部取込日
事業1 低栄養	リスト	外部出力	2023/3/1	2023/3/1
事業2 口腔	リスト	外部出力		
事業3 多剤	リスト	外部出力		
事業4 睡眠薬	リスト	外部出力		
事業5 身体的フレイル	リスト	外部出力		
事業6 重症化予防(受診勧奨事業)	リスト	外部出力		
事業7 重症化予防(受診中断者)	リスト	外部出力		
事業8 重症化予防(糖尿病フレイル合併)	リスト	外部出力		
事業9 重症化予防(腎症・CKD)	リスト	外部出力		
事業10 健康状態不明者	リスト	外部出力		

作業ファイル取込み 履歴更新

広域連合集計 事業履歴データベース

データ閲覧 履歴情報集計

メニュー画面へ

(2) 履歴情報集計画面が表示されます

一体化事業事業実績集計 計算

戻る

status	項目	低栄養	口腔	多剤	睡眠薬	身体フレイル	治療不良	治療中断	尿病フレイ	腎臓病	不明者
1	リスト数	24	102	30	36	96	10	58	124	0	16
2	対象者数	19	11	4	26	67	10	34	30	0	16
3	呼びかけ数	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	参加者集計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	修了者集計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	勧誘率	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	参加者率	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	終了率	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	参加割合										
	終了割合										

(3) 「計算」ボタンを押すと履歴情報が計算されます

一体化事業事業実績集計 計算

戻る

status	項目	低栄養	口腔	多剤	睡眠薬	身体フレイル	治療不良	治療中断	尿病フレイ	腎臓病	不明者
1	リスト数	24	102	30	36	96	10	58	124	0	16
2	対象者数	19	11	4	26	67	10	34	30	0	16
3	呼びかけ数	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	参加者集計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	修了者集計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	勧誘率	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	参加者率	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	終了率	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	参加割合										
	終了割合										

資料 1 : 後期高齢者の質問票

類型別	No.	質問文	回答		略
健康状態	1	あなたの現在の健康状態はいかがですか	①よい ②まあよい ③ふつう		質問票①(健康状態)
			④あまりよくない ⑤悪い		
心の健康状態	2	毎日の生活に満足していますか	①満足	②やや満足	質問票②(心の健康状態)
			③やや不満	④不満	
食習慣	3	1日3食きちんと食べていますか	①はい	②いいえ	質問票③(食習慣)
口腔機能	4	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	①はい	②いいえ	質問票④(咀嚼機能)
	5	お茶や汁物等でむせることがありますか	①はい	②いいえ	質問票⑤(嚥下機能)
体重変化	6	6カ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	①はい	②いいえ	質問票⑥(体重変化)
運動・転倒	7	以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか	①はい	②いいえ	質問票⑦(歩行速度)
	8	この1年間に転んだことがありますか	①はい	②いいえ	質問票⑧(転倒)
	9	ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか	①はい	②いいえ	質問票⑨(運動習慣)
認知機能	10	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあると 言われていますか	①はい	②いいえ	質問票⑩(認知:物忘れ)
	11	今日が何月何日かわからない時がありますか	①はい	②いいえ	質問票⑪(認知:失見当識)
喫煙	12	あなたはたばこを吸いますか	①吸っている	②吸っていない	質問票⑫(喫煙)
			③やめた		
社会参加	13	週に1回以上は外出していますか	①はい	②いいえ	質問票⑬(外出頻度)
	14	ふだんから家族や友人と付き合いがありますか	①はい	②いいえ	質問票⑭(他者との交流)
ソーシャルサポート	15	体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか	①はい	②いいえ	質問票⑮(ソーシャルサポート)

※本文内にて下記の表で色のついている回答を、各質問票に該当とする

資料2：抽出条件と保健事業のポイント

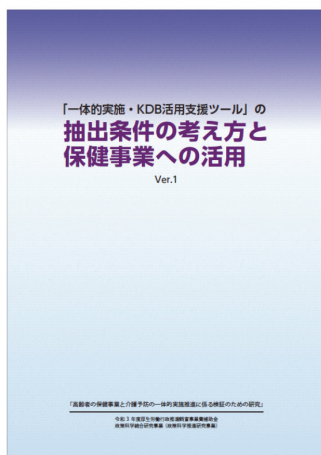
「一体的実施・KDB活用支援ツール」の抽出条件の考え方と保健事業への活用 Ver.1 より抜粋
後期高齢者の質問票、回答の整理は 参考資料1

	事業の目的	抽出基準	ハイリスクアプローチとしての保健事業	ポピュレーションアプローチとしての保健事業
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 ≤ 20 かつ 質問票⑥(体重変化)に該当	栄養相談：個別的に低栄養について説明、生活状況・栄養状態の確認、体重測定、本人と相談の上、目標を立案。	通いの場でフレイル予防の講話と相談の時間を設ける、等
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	質問票④(咀嚼機能)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	面談：受診勧奨にとどまらず、食生活や身体活動、生活面の相談を行う。 経済的理由、歯科医療機関との関係性等を含めて相談し、適切な受診、健康相談の窓口につなげる。	通いの場でのオーラルフレイルセルフチェックの実施。該当者であればハイリスクアプローチにより、歯科専門職による個別相談、口腔アセスメント、歯科受診勧奨を実施。
服薬 — 多剤	多剤投薬者・睡眠薬服用者に服薬指導し、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	処方薬剤数「15以上」や「20以上」等で対象者を抽出 睡眠薬処方ありかつ 質問票⑧(転倒)に該当、⑩(認知：物忘れ)⑪(認知：失見当識)二つともに該当	質問票による健康状態評価、薬物療法に係る困りごと等について情報を収集する。処方薬全体(お薬手帳・薬剤情報提供書)、薬物療法に係る困りごと、服薬アドヒアランス、残薬について情報を収集する。 服薬指導プログラムへの参加を呼びかけ、処方薬全体を把握、薬物療法に係る困りごと、服薬アドヒアランス、残薬について情報を収集する。服薬について医療機関への相談を勧奨する。	事業1) 薬物治療や服薬に係る困りごとについての相談会を実施する。 事業2) 安全な薬物治療に関する講話を提供する。 薬物治療や服薬に係る困りごとについての相談会や安全な薬物療法に関する講話等で睡眠薬の服用について触れる。
身体的 フレイル	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	(I)質問票①(健康状態)に該当 かつ 質問票⑦(歩行速度)に該当 (II)質問票⑦(歩行速度)に該当 かつ 質問票⑧(転倒)に該当	・KDBで介護・診療・健診情報により生活習慣病状況、臓器機能障害、関節疾患の治療歴を参照し、各専門職等へつなぐ ・地域包括支援センター等と連携して、総合的な管理を行う。 ・受診歴があり、本人が拒否的ではない場合には、医師等から状況を確認する。	既存の介護予防事業につなぐ 通いの場、地域活動等を把握し、通いの場での質問票の積極的実施およびKDBにその情報を登録する。 介護・診療情報において非該当者であっても、居住地周辺の通いの場や地域活動を積極的に紹介する。
重症化 予防 — コントロール 不良者	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	HbA1c ≥ 8.0% またはP ≥ 160/100 かつ レセプト：対応する糖尿病・高血圧の薬剤処方履歴(1年間)なし	・面談：受診勧奨にとどまらず、食生活や身体活動、生活面での相談を行う。 ・健康食品等への依存、経済的理由、医療機関との関係性(通院の便)等を含めて相談、受診・健康相談につなげる。	事業1) 通いの場での血圧測定、面談より未受診者の把握。 事業2) 講話や健康相談において、高血圧、糖尿病の管理が健康寿命延伸に不可欠であること、重症化して入院や介護となるより、経済的であることを伝える。
糖尿病 等 治療 中断者	糖尿病、高血圧症で薬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	当年度の健診履歴なし かつ 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 当年度に薬剤処方履歴なし	面談：受診勧奨にとどまらず、食生活や身体活動、生活面での相談を行う。薬物が中止になった場合にも、定期的に健康状態の確認が必要であることを伝える。	事業1) 通いの場での健康相談等にて、受診中断者を把握する。 事業2) 受診中断者には個別相談の時間をつくり、ハイリスクアプローチにつなげる。

	事業の目的	抽出基準	ハイリスクアプローチとしての保健事業	ポピュレーションアプローチとしての保健事業
慢性疾患保有＋フレイル	糖尿病等の基礎疾患があり、フレイル状態にある者等を抽出、通いの場等の介護予防事業につなげる	糖尿病、心不全、脳卒中中等循環器疾患あり、またはHbA1c 7.0%以上 かつ (フレイル) 質問票①(健康状態)⑥(体重変化)⑧(転倒)⑬(外出頻度)のいずれかに該当	●フレイル予防教室等(一般介護予防事業、健康づくり事業)の勧奨 ●面談：体重減少がある人→栄養相談 ●転倒→体力測定等 ●面談記録を作成する ●本人の体力や健康状態に合わせたプログラム紹介(介護予防事業)	1) リストアップされたすべての者についてフレイル、サルコペニアについて啓発する。通いの場を紹介し、フレイル対策を始めることを促す。 2) 健康相談等にて、糖尿病等の有疾患者を把握。「高齢者の糖尿病・循環器疾患と食生活・運動」等のリーフレットを配布し、フレイル、サルコペニアについて啓発する。
腎機能不良未受診者	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：医科・DPC・歯科(入院・入院外) 未受診	●面談、訪問等の機会を作り、個別に腎機能について説明、今対策することにより腎不全の予防につなげることを説明する。未受診の理由を確認する。 ●かかりつけ医がいる場合にはかかりつけ医へ相談	通いの場で腎機能について講話と相談の時間を設ける、腎機能が悪化する要因と予防対策についての情報を提供する。個別の対応が必要な人を、ハイリスクアプローチにつなげる。
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る支援を行う	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 レセプト履歴なし かつ 要介護認定なし	訪問または電話による健康状態等の把握・支援。本人の健康状態や生活状況に合わせ、必要時には医療や介護サービス、地域資源(通いの場や見守り事業等)への接続、勧奨、紹介、その他ニーズに応じた必要な支援への接続。	通いの場での健康状態の把握(質問票の実施、健診・医療機関の受診の確認、血圧測定等の実施)と相談、健診受診勧奨を行う。通いの場に継続して来ていた人が来なくなった場合の情報共有を行う

より詳細な根拠、参考情報は⇒

「一体的実施・KDB活用支援ツール」の抽出条件の考え方と保健事業への活用 Ver.1



目次	
はじめに	2
1. 「一体的実施・KDB活用支援ツール」と本解説書について	3
抽出条件と保健事業例等に関する一覧表	6
2. 抽出条件の解説・ポイント	10
(1) 低栄養	10
(2) 口腔	12
(3) 服薬—多剤	15
(4) 服薬—睡眠薬	15
(5) 身体的フレイル (ロコモ含む)	19
(6) 重症化予防—コントロール不良者	26
(7) 重症化予防—糖尿病等治療中断者	29
(8) 重症化予防—基礎疾患保有＋フレイル	31
(9) 重症化予防—腎機能不良未受診者	34
(10) 健康状態不明者	37

<https://ktsushita.com/index.php/4kenkyuhan/kenkyuhan-koureisya/>

資料3：一体的実施・KDB活用支援ツール・CSVデータ項目考

基本	基本的な個人情報,自治体情報(地区等),後期取得年月日,後期喪失年月日
質問票	後期高齢者の質問票 15項目 回答年月日
健診	<ul style="list-style-type: none"> 身長, 体重, 前年度との差, 腹囲, BMI, 収縮期血圧, 拡張期血圧, 中性脂肪 HDL, LDL, non-HDL, GOT, GPT, γ-GTP、空腹時血糖, HbA1c, 随時血糖, 尿糖, 尿蛋白, 血清Cr, eGFR, 赤血球数, 血色素, Ht, 心電図, Alb 健診受診状況_最新年度から5年度分 実施年月日
医療	<ul style="list-style-type: none"> 糖尿病_最新年度から5年度分 糖尿病薬: αG I, DPP4阻害剤, グリニド, SU剤, ビグアナイド, SGLT2阻害剤, GLP1受容体作動薬, 配合剤, インスリン注射 糖尿病検査: HbA1c検査, 神経障害, 網膜症, 腎症, 高血圧症_最新年度から5年度分 抽出年度の投薬治療, その他の傷病名: 脳血管疾患, 虚血性心疾患, 人工透析, がん, 慢性腎不全, 腎不全, 認知症, うつ 関節症, 脊椎障害, 骨折, 骨粗しょう症 誤嚥性肺炎, 感染性肺炎, 貧血, COPD 服薬_多剤処方当月, 前月, 前々月, 服薬_睡眠薬, 服薬_脂質異常症, 受診医療機関数, 歯科_歯周病等, 義歯等, 入院_当年, 前年, 外来_当年, 前年
介護	要介護度(直近)認定開始日 居宅 施設 初回認定時_開始年月日 初回認定時_要介護度

資料4：一体的実施・KDB活用支援ツールの操作方法等

(国民健康保険中央会提供資料)

一体的実施の全国的な取組推進に向けて、国保被保険者・後期高齢者それぞれに共通した健康課題への対応を効率化するため、国の厚生労働科学（政策科学総合研究事業）研究班によって事業対象者の抽出条件が検討され、その条件をもとに国保中央会にて「一体的実施・KDB活用支援ツール」を開発しました。ツールでは、後期高齢者の健診データ・レセプトデータその他、質問票データも合わせた対象者抽出の条件が設定されています。

特徴

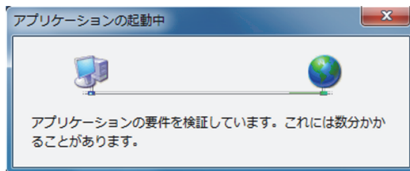
- フィルタ機能等を用いた操作よりも、より簡便に事業対象者一覧を作成することが可能。
- 10項目の抽出目的に対するCSVファイルの情報はすべて同一。
- KDBシステムでは、10万件を超える抽出はできないため、性年齢別で抽出することが必要でしたが、本ツールでは件数の上限はなく、抽出できます。
- 本ツールでは、県内の市町村から異動してきた方や国保から後期に異動した方の異動前の情報も閲覧が可能となっているため、過去の処方歴からの抽出等の閲覧が可能です。
- KDBシステムの保健事業介入支援管理では、後期高齢者の質問票の抽出はできませんでしたが、本ツールでは抽出可能となっています。

一体的実施・KDB活用支援ツールの基本操作

- 1 「一体的実施支援・KDB活用ツール」画面にログインする。
KDBシステムが格納されているパソコン上で起動させていただきます。



- 2 バージョンチェックが行われます。



- 3 バージョンチェックが終了すると、ログイン画面が開きます。
ユーザーIDとパスワードを入力して、ログインを押下する。

ユーザーIDとパスワードは、KDBシステムと同じです。

Point

- 本ツールを利用できるユーザは、後期ユーザのみとなっています。（国保ユーザ、介護ユーザはログインできません。）
- ログイン可能な時間帯 8:00~20:00

一体的実施・KDB活用支援ツールの画面

① 保険者番号
連合会、広域連合ユーザーは参照したい保険者を選択可能。後期高齢ユーザー（市区町村）はログインした時点で、自市区町村を表示。

② 地区
地区割が設定されていれば、選択可能。

③ 資格情報選択
初期表示は、し点あり。直近の資格を有するものを抽出する場合はし点ありのままにする。gyy年mm月処理（作成年月）時点に資格を有する者を抽出の「gyy年mm月」は、直近の処理月に自動設定。

④ 抽出目的
10項目の抽出目的を表示。抽出目的を選択すると、その抽出目的に沿った抽出条件が表示。

⑤ 抽出年度
初期表示は、直近年度。過去5年間のデータ抽出年度をリスト表示。

⑥ ヒント
画面操作のヒントが表示。

⑦ CSV
押下すると、CSVを出力。

⑧ 終了
画面が閉じ、ログアウト。×印でも、ログアウト。

⑨ 抽出条件
④の抽出目的に沿って、表示。し点や数値等の変更が可能。

⑩ 初期化
⑨の抽出条件を初期設定に戻す際使用。設定を変更した場合、「終了」し、再度、ツールを開くと初期設定に戻る。

一体的実施・KDB活用支援ツール ～操作手順①～

一体的実施・KDB活用支援ツールを利用して対象者一覧（CSV形式）を出力する方法

1 「一体的実施・KDB活用支援ツール」にログインし、「一体的実施ツール（対象者抽出機能）」画面を表示します。

2 「抽出年度」のコンボボックスから、抽出対象の年度を選択します。

3 「抽出目的」のコンボボックスから、CSV出力を行う抽出目的を選択すると、画面右側の「抽出条件」にそれぞれの目的ごとの抽出条件が表示されます。

補足 ツールを開いた時点の処理時点が表示されます。直近で資格を有する者を抽出条件とする場合は√をします。（資格の保有を抽出条件としない場合は、√を外します）

補足 地区別で確認したい場合は、コンボボックスから地区を選択します。

補足 「抽出年度」は初期表示では直近年度が選択されており、過去5年前までさかのぼって選択することが可能です。「抽出目的」によっては、一番古い年度を抽出年度にした場合、対象者が表示されないため注意が必要です。

補足 ツール画面を最小化できないため、Windowsの画面右下端（現在時刻の右）をクリックすると、最小化され、デスクトップが表示できます。

留意事項 上記の10種の抽出目的が選択可能となるのは、選択された保険者が、「広域連合（後期高齢）」、「後期政令指定都市（市）（区）」、「後期（市区町村）」の場合となります。

留意事項 後期の質問票は令和2年度以降に活用されているため、令和元年度以前は、対象者が抽出できません。ただし、質問票を抽出項目に含まない抽出条件（質問票のチェックボックスを外す）であれば、令和元年度以前でも抽出可能となります。

一体的実施・KDB活用支援ツール ～操作手順②～

一体的実施・KDB活用支援ツールを利用して対象者一覧（CSV形式）を出力する方法②

4 (抽出条件)を設定します。

補足 閾値は、初期値から自由に変更することが可能です。

補足 抽出目的の服薬（多剤）の場合は、(抽出条件)の中でコンボボックスを用いて「診療年月」を指定します。画面上部の[抽出年度]の選択内容は無効となり、診療年月を抽出条件とします。

補足 (抽出条件)の中でラジオボタンを用いて条件を指定する場合は、選択肢の中からどれか一つを選択します。

5 (CSV)ボタンをクリックして、設定した抽出条件に基づいた対象者一覧（CSVファイル）を出力し、保存します。

補足 (初期化)をクリックすると、当該画面の条件が初期設定に戻ります。

補足 (抽出条件)の✓のうち、どれか1つは必ず残す必要があります。(すべての✓を外すことはできません)

補足 (抽出条件)は、他の(抽出目的)を選択し、作業後に、同じ(抽出目的)に戻っても、自動では初期化されません。一度、ツールを閉じる(終了ボタンまたは「x」印を押下すると)、初期化されます。

補足 CSVファイルを保存する場合、抽出年度、抽出条件を命名し、ファイルを保存すると後から見分けることができます。

一体的実施・KDB活用支援ツール ～操作手順③～

一体的実施・KDB活用支援ツールを利用して対象者一覧（Excel形式）を出力する方法

「一体的実施・KDB活用支援ツール」にて出力したCSVの確認や加工の利便性を高めるため、出力したCSVをEXCELファイルへ変換します。

6 「一体的実施・KDB活用支援ツール_EXCEL展開ツール.xlsm」をダブルクリックして起動し、[コンテンツの有効化]ボタンをクリックし、マクロを有効にします。

7 (参照)ボタンをクリックして、該当ファイルを選択し、(開く)ボタンをクリックすると、CSVファイル内に該当ファイルが設定されます。

8 [Excel展開実行]ボタンをクリックし、CSVファイルがExcelファイルに展開され同フォルダに保存されます。Excelファイルは、「CSVファイル」で指定したパスに同名のファイル名（拡張子は「.xlsx」）で出力されます。同名のファイルが既に存在する場合はエラーとなりますので、ファイルを別の場所へ退避する等してください。

補足 CSVをExcelに変換します。お気を付けください。

補足 Excelの読み込みが完了しました。

抽出条件ごとの留意点

項目	留意点
質問票全体	後期高齢者の質問票は、抽出年度の健診と同時実施した質問票が反映されています。(通いの場の質問票は反映されていません。) <p>なお、後期高齢者の質問票は、令和2年度以降のデータに反映されているため、令和元年度以前の抽出年度は、対象者は抽出できません。</p>
口腔	歯科受診なしの画面上の条件表示「 gvy 年 mm 月から12カ月歯科受診なし」の「 gvy 年 mm 月」の部分は、自動で表示が変化します。最新の診療年月(最新の作成年月-2か月)から遡って12か月前を表示する仕様となっております。 <p>例えば、R03年7月処理の場合は「R02年06月から12カ月歯科受診なし」と表示されます。</p>
服薬(多剤)	○服薬の画面では、抽出年度ではなく、診療年月で抽出しています。そのため、抽出年度を設定しても参照しないため、ご注意ください。 <p>○処方薬剤数は、ラジオボタンから1つ選択します。 「10以上」には、「以上」となっていますので、「15以上」、「20以上」の対象者も含まれて抽出されます。(研究班ツールの活用については「15剤以上」を選択してください。 ○CSVファイルには、多剤処方の当月、前月、前々月の薬剤数が表示されます。(KDBシステムでは、この機能はなく、本ツールのみの機能となっております。)</p>
重症化予防	○糖尿病薬は、「 α GI、DPP4阻害薬、グリニド、SU剤、ピグアナイド、SGLT2阻害剤、GLP1受容体注射、インスリン抵抗、配合剤、インスリン注射」となっています。 <p>○高血圧薬は、傷病名かつ高血圧薬が処方されている場合に抽出されます。 ○CSV(Excel形式変換後も同様)の処方薬の表示において、抽出年度に処方歴があるかどうかで○印が付されています。そのため、初期設定においては、抽出した対象者の処方薬は処方歴がないため、「-」印が付されます。 ただし、抽出条件が「または」であるため、「糖尿病薬処方歴なし」で抽出された対象者であっても、「高血圧薬」の処方に「○」が付していることがあります。また、その逆もあります。</p>
受診中断	抽出前年度から過去3年度の処方をみています。KDBでは直近5年間のデータしか保持していないため、この項目を選択した場合、抽出前年度から過去3年度分のデータが全て揃わなくても抽出可能です。 <p>例えば、令和3年度が最新年度の場合、令和元年度を選択した場合は、平成30年度及び平成29年度(2年度分)を参照できるため、抽出が可能です。平成29年度を選択した場合のみ、抽出前年度の参照するデータがないため、抽出できません。</p>
糖尿病等フレイル合併	○糖尿病治療中・中断:「抽出前年度以前の3年間いずれかに糖尿病投薬治療あり」、「抽出年度に糖尿病治療なし」の2つの条件を満たした対象者。 <p>○心不全、脳卒中等循環器疾患(レセプト)あり:脳卒中等の「等」は、レセ標記__心筋梗塞、レセ標記__狭心症、レセ標記__脳出血、レセ標記__脳梗塞、レセ標記__動脈硬化症、レセ標記__脳疾患、レセ標記__虚血性心疾患となります。詳細については、集計要件をご参照ください。 ○レセプトの診療年月は「抽出年度(4月~翌3月)」内のものです。</p>
腎・受診なし	○「医療受診なし」は、医科・歯科・DPCのレセプトが発生しているかで判定しています。 <p>○CSVファイルの「服薬_多剤処方」、「受診医療機関数」は、最新診療年月の実績を出力しています。よって、例えば、令和2年度、令和元年度に医療受診なしでも、最新診療年月に医療機関へ受診している方は「○」等の値が出力されます。</p>
健康状態不明者	○直近5年間のデータしか保持していないため、4年度前を選択した状態で、「抽出前年度の健診受診:なし、介護認定:なし、医療受診:なし」を選択すると、すべての被保険者が出力されてしまいます。 <p>例えば、令和3年度が最新年度の場合、抽出年度は令和3年度から平成29年度まで選択できますが、平成29年度を選択した場合は、すべての被保険者が出力されてしまいます。 ○「医療受診なし」は、医科・歯科・DPCのレセプトが発生しているかで判定しています。 ○「抽出前年度」の抽出において、国保以外の保険者だった場合もデータがないため、対象者として含まれます。 ○医療レセプトが紙媒体で、調剤レセプトのみがある場合も抽出に含まれます。 ○CSVファイルの「服薬_多剤処方」、「受診医療機関数」は、最新診療年月の実績を出力しています。よって、例えば、令和2年度、令和元年度に医療受診なしでも、最新診療年月に医療機関へ受診している方は「○」等の値が出力されます。</p>

「一体的実施・KDBシステム活用支援ツールVer.1」に関するQ&A（～令和4年12月）

本Q&Aは一体的実施・KDBシステム活用支援ツールVer.1の運用にあたって寄せられたものです

抽出条件

Q.介入支援管理機能（以下「介入支援」）と一体的実施・KDB活用支援ツール（以下「支援ツール」）では抽出結果に差異があるが、どちらを信じればよいか？

A.原因は、資格の判定、データ抽出の際の参照範囲により下記の差異が発生します。

【資格の判定】

KDBシステムの被保険者マスタは、広域連合電算処理システムや、特定健診等データ管理システム等から連携されたものを使用して作成していますが、連携される各被保険者マスタによっては、KDBシステムの被保険者マスタにおいて「医療の資格なし、健診の資格あり」となることがあります。この事象に該当する被保険者の場合、差異が発生いたします。

	介入支援	支援ツール
仕様	「医療の資格あり」または「健診の資格あり」を参照 ↓	「医療の資格あり」を参照 ↓
抽出結果の差異	「医療の資格なし」かつ「健診の資格あり」の被保険者の場合、 <u>抽出対象となる</u>	<u>抽出対象とならない</u>

【データ抽出の際の参照範囲】

介入支援画面（服薬管理）の市町村跨ぎが未対応であるため、「抽出条件3 服薬（多剤）」のみ、「同一診療年月内に「異動元保険者で医療実績あり」かつ「異動先保険者で医療実績なし」となる被保険者の場合、差異が発生いたします。

	介入支援	支援ツール
仕様	選択保険者の実績情報を参照 ↓	市町村間異動を考慮し、 異動元の実績情報も参照 ↓
抽出結果の差異	同一診療年月内に 「異動元保険者で医療実績あり」かつ「異動先保険者で医療実績なし」の場合、 <u>異動先保険者では抽出対象とならない</u>	<u>異動先保険者でも抽出対象となる</u>

抽出条件

Q.
抽出一覧のレセプト情報「入院」「外来」の「当年」「前年」は、抽出年度の当年または前年ということでしょうか。

A.
お見込みのとおりです。
その他の項目についても、Q&A参考資料（P.62、63）「一体的実施・KDB活用支援ツール 出力明細」に抽出条件等を整理しているのでご参照ください。

Q.
全般として、初期値はどのような数値を設定しているのか。例）低栄養のBMIは「20.0」初期値が推奨値であれば分かりやすい。

A.
参考資料2（P.56、57）の抽出基準を初期値に設定しています。また、初期値が推奨値となります。

Q.
ツールでは、低栄養や口腔、身体的フレイル等の質問票項目が抽出可能な内容となっている。例えば、イベント等で質問票を大量に実施した場合、それをKDBシステムにデータ登録することで、健康診査を受けていない人についてもフレイルの対象者として抽出し、ハイリスクやポピュレーションとしての事業対象者として選定することも可能という認識でよいのか。

A.
現状、一体的実施・KDB活用支援ツールは、後期健診受診時に把握した質問票の回答結果を抽出の対象としているため、イベント等で質問票を大量に実施した場合の「通いの場等」の質問票は、抽出対象にはなりません。
他方、令和3年3月にリリースした「通いの場における後期高齢者の質問票の閲覧機能の追加」機能から通いの場等の質問票データをKDBシステムに登録された場合、ツールとは別に『後期高齢者の健診・医療・介護の状況』から「高齢者の質問票（被保険者明細）」を選択し活用いただく方法が考えられます。（高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に向けた医療専門職のためのKDB活用マニュアルVol.2参照）

Q.
口腔の抽出の条件3についてですが、仕様上では「直近12か月に歯科受診がないもの」となっているが、抽出画面においては「R02年12月から12か月歯科受診なし」となっている。抽出年度をH30年度としたらH29年12月から12か月歯科受診なしというように判断されるということで間違いはないか。

A.
歯科受診については、抽出年度の設定はできず、最新の診療年月（作成年月-2か月）から遡って12か月前を表示する仕様となっております。R05年1月処理の場合は「R03年12月から12か月歯科受診なし」と表示されます。

Q.
服薬（多剤）については処方薬剤数にて抽出できるかと思うが、これはKDBシステムの介入支援管理機能の重複・多剤処方の状況と同様、医薬品単位にて集計しているのか。

A.
お見込みのとおりです。

Q.
本支援ツールの抽出条件「抽出年度に睡眠薬の処方がある」は、健診受診者のみに限られるか。

A.
睡眠薬は健診受診有無にかかわらず判定しています。

抽出結果

Q.

糖尿病性腎症重症化予防プログラムにおいて、治療中断者の抽出（抽出条件：現時点から6か月以上医療機関への受診を中断している者 として場合）が、今のツールでできるか。

A.

一体的実施・KDB活用支援ツールは、受診（中断）期間を確認する方法がないため、抽出することができません。

Q.

以下の「中断者」の定義については、7と8で前提が異なるものと解してよいか。

7.重症化予防（受診中断者）

8.重症化予防（糖尿病フレイル合併）

A.

ご認識のとおり、7と8では前提が異っております。

7.重症化予防（受診中断者）

抽出前年度から過去3年度かつ抽出年度の処方歴等を参照し判定。

8.重症化予防（糖尿病フレイル合併）

糖尿病が当年度に存在又は、前年度に存在し当年度に存在しない条件で判定。

Q.

糖尿病の受診中断者が表示されるのはいつの糖尿病処方歴の情報か？（抽出年度の情報なのか、過去3年の情報なのか？）

A.

出力される投薬治療有無の判定は、抽出年度のみの情報となります。

前年度、前々年度の情報は検索のみに使用いたします。

Q.

健康状態不明者の抽出条件である「医療受診：なし」は、医科・歯科・調剤の全ての受診がないという条件でしょうか。

A.

医科・歯科・DPCのレセプトの発生の有無で判定しています。

Q.

CSVにある「NO.94回答年月日」は健診の質問票のみを対象にするなら、健診実施日と回答年月日は同じではないか。それとも受診者本人が記入した年月日が記載されるのか。

A.

お見込みの通り、「回答年月日」は後期質問票がある場合は「健診実施年月日」と同じ値となります。

ただし、後期質問票がない場合は空欄となります。

Q.

R3年度の年度末年齢、75歳の者については、後期質問票の欄が空欄になっている方は後期高齢者の健診結果ではなく、資格取得前の国保の特定健診検査データから抽出されているとの認識で間違いはないか。

A.

いただいた出力結果の場合、以下の2つのケースが考えられます。

①国保保険者時点の健診結果のみが存在する場合、国保の特定健診検査データから抽出されている

②すでに後期被保険者となっており、後期高齢者の健診結果はあるものの、後期質問票を回答されていない場合、後期高齢者の健診データのみが表示されている

Q.

CSVにある「NO.116（要介護度（直近））」について、ツールでは「直近」と表記されており、介入支援管理対象者一覧（栄養・重症化予防等）では「最新」と表示されている。内容に違いがあるのか。

A.

介入支援管理機能においては、抽出年度の最新状態を、

ツールでは選択した保険者における最新状態を出力しています。

仕様

Q.
R3年度時点で、抽出年度に過年度（R02年度以前）を選択し、資格情報をチェックしない場合は、「選択した作成年月の年度に資格を有する者を抽出」できるか。

A.
お見込みのとおりです。

Q.
設計書に「本ツールの抽出時においては、市町村間の異動および保険制度を跨いだ異動については、異動元のデータを参照する形で抽出を行う。」と記載がある。この記載から都道府県を跨いだ被保険者の異動元情報は表示しないと認識してよいか。

A.
お見込みのとおりです。

Q.
年齢が計算されて出力されているが、どのような基準で年齢計算されているのか。

A.
年齢は年度末基準で算出しています。

その他

Q.
「一体的実施・KDB支援ツールの抽出条件の考え方と保健事業への活用Ver.1」に記載のあった中断者への支援を実施したい。

KDBを活用した対象抽出から評価までの実際のKDB画面上での操作について動画や画像で教えていただきたい。

A.
令和4年度末まで、「対象者抽出」に関する考え方の解説や操作についての動画を中央会ホームページから視聴いただけます。（本年6月20日開催の支援者研修会資料）なお、「評価」までの解説動画については作成されておりません。

KDBデータ二次活用ツール 出力明細(1)

No.	項目名		説明	凡例	決定事項
1	基本情報	番号	行番号を連番で振る		
2		氏名	氏名		
3		性別	性別	男性	
4		生年月日	生年月日(西暦)	20210907	
5		年齢	抽出年度の年度末時点(3月31日)の年齢		
6		住所	住所		
7		被保険者証番号	被保険者証番号		
8		保険者番号	保険者番号	39XXXXXX	
9		地区コード	地区コードと地区名	123 サンプル地区	
10		KDB個人番号	KDB個人番号(KDB内部で保持するKDB独自の番号)		
11		後期取得年月日	資格取得年月日(西暦)	20210401	
12		後期喪失年月日	資格喪失年月日(西暦)	99999999	
13	糖尿病	診療状況	R04年度	最新年度から5年度分の糖尿病レセプトの有無 該当年度に糖尿病の傷病名(ICD10コード)の記載があるレセプトがある場合には「O」、ない場合には「-」を表示	
14			R03年度		
15			R02年度		
16			R01年度		
17			H30年度		
18		投薬治療	αG I	抽出年度に該当薬剤の算定がある場合には「O」、ない場合には「-」を表示	抽出年度を出力
19			DPP4阻害剤		抽出年度を出力
20			グリニド		抽出年度を出力
21			SU剤		抽出年度を出力
22			ピグアナイド		抽出年度を出力
23			SGLT2阻害剤		抽出年度を出力
24			GLP1受容体注射		抽出年度を出力
25	インスリン拮抗配合剤	抽出年度を出力			
26	検査	インスリン注射	抽出年度を出力		
27		HbA1c検査	抽出年度に算定がある場合には「O」、ない場合には「-」を表示	抽出年度を出力	
28	合併症	神経障害	抽出年度に該当の傷病名(ICD10コード)の記載があるレセプトがある場合には「O」、ない場合には「-」を表示	抽出年度を出力	
29		網膜症		抽出年度を出力	
30		腎症		抽出年度を出力	
31	高血圧症	診療状況	R04年度	最新年度から5年度分の高血圧症レセプトの有無 該当年度に高血圧症の傷病名(ICD10コード)の記載があるレセプトがある場合には「O」、ない場合には「-」を表示	
32			R03年度		
33			R02年度		
34			R01年度		
35			H30年度		
36		投薬治療	抽出年度に該当薬剤の算定がある場合には「O」、ない場合には「-」を表示	抽出年度を出力	
37			脳血管疾患	抽出年度を出力	
38			虚血性心疾患	抽出年度を出力	
39			人工透析	抽出年度を出力	
40			がん	抽出年度を出力	
41			慢性腎不全	抽出年度を出力	
42			腎不全	抽出年度を出力	
43	傷病名	認知症	抽出年度に該当の傷病名(ICD10コード)の記載があるレセプトがある場合には「O」、ない場合には「-」を表示	抽出年度を出力 KDBでの判定「認知症」「アルツハイマー病」「その他の認知症系疾患」のいずれかを記載があれば、「O」、いずれも無い場合には「-」	
44		筋骨格系	関節症	抽出年度を出力	
45			脊椎障害	抽出年度を出力	
46			骨折	抽出年度を出力	
47			骨粗しょう症	抽出年度を出力	
48		その他	うつ	抽出年度を出力	
49			誤嚥性肺炎	抽出年度を出力	
50			感染性肺炎	抽出年度を出力	
51			貧血	抽出年度を出力	
52			COPD	抽出年度を出力	
53	服薬	多剤処方当月	抽出条件3_多剤の抽出を行う際は「多剤処方当月」に受診したすべての医療機関の薬剤数を集計し表示 抽出条件3_多剤の抽出以外を行う際は、「最新診療年月」に受診したすべての医療機関の薬剤数を集計し表示		
54		多剤処方前月	抽出条件3_多剤の抽出を行う際は「多剤処方当月-1」に受診したすべての医療機関の薬剤数を集計し表示 抽出条件3_多剤の抽出以外を行う際は、「最新診療年月-1」に受診したすべての医療機関の薬剤数を集計し表示		
55		多剤処方前々月	抽出条件3_多剤の抽出を行う際は「多剤処方当月-2」に受診したすべての医療機関の薬剤数を集計し表示 抽出条件3_多剤の抽出以外を行う際は、「最新診療年月-2」に受診したすべての医療機関の薬剤数を集計し表示		
56		睡眠薬	抽出年度に睡眠薬の処方されている場合には「O」、ない場合には「-」を表示	抽出年度を出力	
57		脂質異常症	抽出年度に脂質異常症の処方されている場合には「O」、ない場合には「-」を表示	抽出年度を出力	
58	受診医療機関数		抽出条件3_多剤の抽出を行う際は「多剤処方当月」に受診した医療機関数を集計し表示 抽出条件3_多剤の抽出以外を行う際は、「最新診療年月」に受診した医療機関数を集計し表示		
59	歯科	歯周病等	抽出年度に歯肉炎・歯周病・義歯に係る算定があるレセプトある場合には「O」、ない場合には「-」を表示	抽出年度を出力	
60		義歯等		抽出年度を出力	
61	入院	当年	当年度に入院レセプトがある場合には「O」、ない場合には「-」を表示		
62		前年	前年度に入院レセプトがある場合には「O」、ない場合には「-」を表示		
63	外来	当年	当年度に外来レセプトがある場合には「O」、ない場合には「-」を表示		
64		前年	前年度に外来レセプトがある場合には「O」、ない場合には「-」を表示		
65					

KDBデータ二次活用ツール 出力明細(2)

No.	項目名	説明	凡例	決定事項	
66	実施年月日	抽出年度の健診実施年月日（西暦）	20210907		
67	身長	抽出年度の健診結果	163.3		
68	体重	抽出年度の健診結果	60.5		
69	前年度との差	抽出年度の体重 - 抽出前年度の体重 ※値が正の場合は数値の前には「+」、負の場合には「▲」を付与する。計算ができない場合には「-」を表示	+1.0		
70	腹囲	抽出年度の健診結果	88.3		
71	BMI		17.2		
72	収縮期血圧		163		
73	拡張期血圧		96		
74	中性脂肪		74		
75	HDL		80		
76	LDL		131		
77	non-HDL		88		
78	GOT (AST)		16		
79	GPT (ALT)		18		
80	γ-GTP		69		
81	空腹時血糖		抽出年度の健診結果	90	
82	HbA1c		5.1		
83	随時血糖		140		
84	尿糖		2(±)		
85	尿蛋白		5(+++)		
86	赤血球数		480		
87	血色素		14.6		
88	ヘマトクリット		42.2		
89	心電図所見		あり		
90	血清クレアチニン		9.25		
91	eGFR		72.2		
92	アルブミン	3.9			
93	回答年月日	健診の質問票回答年月日（西暦）	20210907		
94	①健康状態	「健康状態」について、回答がある場合は「よい」、「まあよい」、「ふつう」、「あまりよくない」、「よくない」のいずれかを表示		高齢者質問票のみが出力の対象となり、適いの他の質問票は出力の対象なりません。	
95	②心の健康状態	「心の健康状態」について、回答がある場合は「満足」、「やや満足」、「やや不満」、「不満」のいずれかを表示			
96	③1日3食きちんと食べる	質問票の回答について「はい」の場合「O」、「いいえ」の場合「X」			
97	④半年前に比べて固いものが食べにくい				
98	⑤お茶や汁物等でむせる				
99	⑥6か月で2～3kg以上の体重減少				
100	⑦以前に比べて歩く速度が遅い				
101	⑧この1年間に転んだ				
102	⑨ウォーキング等の運動を週に1回以上				
103	⑩同じことを聞くなどのもの忘れあり				
104	⑪今日の日付がわからない時あり				
105	⑫喫煙		「喫煙」について回答がある場合、「吸っている」は「O」、「吸っていない」は「X」、「やめた」は「△」を表示		
106	⑬週に1回以上は外出	質問票の回答について「はい」の場合「O」、「いいえ」の場合「X」			
107	⑭家族や友人と付き合いがある				
108	⑮身近に相談できる人がいる				
109	R04年度	最新年度から5年度分の健診受診の有無 該当年度に健診情報があるレセプトがある場合には「O」、ない場合には「-」を表示			
110	R03年度				
111	R02年度				
112	R01年度				
113	H30年度				
114	要介護度（直近）	最新の要介護度を表示 要支援1の場合「支1」、要支援2の場合「支2」、要介護1の場合「介1」、要介護2の場合「介2」、要介護3の場合「介3」、要介護4の場合「介4」、要介護5の場合「介5」と表示する。			
115	要介護度（直近）認定開始日	直近の要介護度認定年月日（西暦）	20210907		
116	サービス利用状況	施設	抽出年度に該当サービスがある場合には「O」、ない場合には「-」を表示		
117		居宅			
118	初回認定時	開始年月日	初回認定年月日（西暦）	20210907	
119	初回認定時	要介護度	初回認定時の要介護度 要支援1の場合「支1」、要支援2の場合「支2」、要介護1の場合「介1」、要介護2の場合「介2」、要介護3の場合「介3」、要介護4の場合「介4」、要介護5の場合「介5」と表示する。		

傷病名の取得方法について

CSVの項目名	ICD10コード	摘要コード
傷病名_脳血管疾患	I60～I69: 脳血管疾患	
傷病名_虚血性心疾患	I20～I25: 虚血性心疾患	
傷病名_人工透析		140007710: 人工腎臓(その他) 140008170: 人工腎臓(導入期)加算 140029850: 持続緩徐式血液濾過 140036710: 人工腎臓(慢性維持透析)(4時間未満) 140051010: 人工腎臓(慢性維持透析)(4時間以上5時間未満) 140051110: 人工腎臓(慢性維持透析)(5時間以上) 140052810: 人工腎臓(慢性維持透析濾過)(複雑) 140057810: 人工腎臓(慢性維持透析1)(4時間未満) 140057910: 人工腎臓(慢性維持透析1)(4時間以上5時間未満) 140058010: 人工腎臓(慢性維持透析1)(5時間以上) 140058110: 人工腎臓(慢性維持透析2)(4時間未満) 140058210: 人工腎臓(慢性維持透析2)(4時間以上5時間未満) 140058310: 人工腎臓(慢性維持透析2)(5時間以上) 140058410: 人工腎臓(慢性維持透析3)(4時間未満) 140058510: 人工腎臓(慢性維持透析3)(4時間以上5時間未満) 140058610: 人工腎臓(慢性維持透析3)(5時間以上) 140058770: 導入期加算1(人工腎臓) 140058870: 導入期加算2(人工腎臓) 140059310: 人工腎臓(慢性維持透析1)(4時間未満)(経過措置) 140059410: 人工腎臓(慢性維持透析1)(4時間以上5時間未満)(経過措置) 140059510: 人工腎臓(慢性維持透析1)(5時間以上)(経過措置) 140060210: 人工腎臓(慢性維持透析1)(4時間未満)(イを除く) 140060310: 人工腎臓(慢性維持透析1)(4時間以上5時間未満)(ロを除く) 140060410: 人工腎臓(慢性維持透析1)(5時間以上)(ハを除く) 140060510: 人工腎臓(慢性維持透析2)(4時間未満)(イを除く) 140060610: 人工腎臓(慢性維持透析2)(4時間以上5時間未満)(ロを除く) 140060710: 人工腎臓(慢性維持透析2)(5時間以上)(ハを除く) 140060810: 人工腎臓(慢性維持透析3)(4時間未満)(イを除く) 140060910: 人工腎臓(慢性維持透析3)(4時間以上5時間未満)(ロを除く) 140061010: 人工腎臓(慢性維持透析3)(5時間以上)(ハを除く) 140062770: 導入期加算3(人工腎臓) 140062870: 透析時運動指導等加算(人工腎臓) 140008510: 連続携行式腹膜灌流 140008810: 腹膜灌流(その他) 140008770: 導入期加算(腹膜灌流)
傷病名_がん	C00: 口唇の悪性新生物 ~C26: その他及び部位不明の消化器の悪性新生物 C30: 鼻腔及び中耳の悪性新生物 ~C34: 気管支及び肺の悪性新生物 C37: 胸腺の悪性新生物 ~C41: その他及び部位不明の骨及び関節軟骨の悪性新生物 C43: 皮膚の悪性黒色腫 ~C58: 胎盤の悪性新生物 C60: 陰茎の悪性新生物 ~C86: T/NK細胞リンパ腫のその他の明示された型 C88: 悪性免疫増殖性疾患 C90: 多発性骨髄腫及び悪性形質細胞性新生物 ~C97: 独立した(原発性)多部位の悪性新生物 D03: 上皮内黒色腫 D46: 骨髄異形成症候群	
傷病名_慢性腎不全	N18: 慢性腎臓病	
傷病名_腎不全	N17～N19: 腎不全	

CSVの項目名	ICD10コード	摘要コード
傷病名_認知症	F00:アルツハイマー<Alzheimer>病の認知症 ~ F03:詳細不明の認知症	
	G300:早発性のアルツハイマー<Alzheimer>病 G301:晩発性のアルツハイマー<Alzheimer>病 G308:その他のアルツハイマー<Alzheimer>病 G309:アルツハイマー<Alzheimer>病, 詳細不明	
	F02:他に分類されるその他の疾患の認知症 G310:限局性脳萎縮(症) ~ G318:神経系のその他の明示された変性疾患	
傷病名_関節症	M150:原発性全身性(骨)関節症 ~ M199:関節症, 詳細不明 M543:坐骨神経痛 M544:坐骨神経痛を伴う腰痛症	
傷病名_脊椎障害	M430:脊椎分離症 M431:脊椎すべり症 M438:その他の明示された変形性脊柱障害 M439:変形性脊柱障害, 詳細不明 M479:脊椎症, 詳細不明 M480:脊柱管狭窄(症) M483:外傷性脊椎障害 M484:椎骨の疲労骨折 M485:圧潰脊椎, 他に分類されないもの M488:その他の明示された脊椎障害 M509:頸部椎間板障害, 詳細不明 M510:腰部及びその他の部位の椎間板障害, ミエロパチ<シ>一<脊髄障害>を伴うもの M511:腰部及びその他の部位の椎間板障害, 神経根障害を伴うもの M512:その他の明示された椎間板ヘルニア<変位> M513:その他の明示された椎間板変性(症) M519:椎間板障害, 詳細不明 M531:頸腕症候群	
傷病名_骨折	S02:頭蓋骨及び顔面骨の骨折 S12:頸部の骨折 S22:肋骨, 胸骨及び胸椎骨折 S32:腰椎及び骨盤の骨折 S42:肩及び上腕の骨折 S52:前腕の骨折 S62:手首及び手の骨折 S72:大腿骨骨折 S82:下腿の骨折, 足首を含む S92:足の骨折, 足首を除く T02:多部位の骨折 T08:脊椎骨折, 部位不明 T10:上肢の骨折, 部位不明 T12:下肢の骨折, 部位不明 T142:部位不明の骨折	
傷病名_骨粗しょう症	M80:骨粗しょう<鬆>症<オステオポロシス>, 病的骨折を伴うもの M81:骨粗しょう<鬆>症<オステオポロシス>, 病的骨折を伴わないもの	
傷病名_うつ	F31:双極性情感障害<躁うつ病> F32:うつ病エピソード	
傷病名_誤嚥性肺炎	J69:固形物及び液状物による肺炎	
傷病名_感染性肺炎	J09:特定のインフルエンザウイルスが分離されたインフルエンザ ~ J18:肺炎, 病原体不詳 J20~J22:その他の急性下気道感染症	
傷病名_貧血	D50~D53:栄養性貧血	
傷病名_COPD	J41:単純性慢性気管支炎及び粘液膿性慢性気管支炎 ~ J44:その他の慢性閉塞性肺疾患	

厚生労働行政推進調査事業費補助金
(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
令和4年度

『高齢者の保健事業と介護予防一体的実施』
一体的実施・実践支援ツールの保健事業への活用
実践・評価編

令和5年3月
研究代表者 津下 一代
〒350-0288 埼玉県坂戸市千代田3-9-21
TEL/FAX 049-282-3717

