

高齢者の特性を踏まえた保健事業 ガイドライン第3版を踏まえた 一体的実施・実践支援ツールの 保健事業への活用

令和6年度版

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の推進及び効果検証のための研究

令和6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）

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」は、高齢者ができるだけ長く自立した生活を送れるよう、医療保険者である後期高齢者医療広域連合(以下、広域連合)が市町村と協力して保健事業を行うものです。

高齢期には慢性疾患が重複、重症化したり、フレイルが進行するなど、個人差が大きくなります。そこで、一人ひとりにあった支援を行うため、国保データベース(KDB)システムに登録された健診データや後期高齢者の質問票、レセプト(医療・介護)情報などから、高齢者の健康状態を把握し、保健事業を実施します。国においては『高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第3版』を令和6年3月に発表、「全国の自治体が取り組む」という目標から、「保健事業の質を高める」段階へと移行しつつあります。データヘルス計画においても、これらの情報を活用した共通評価指標が定められているところです。

さて、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の方策やツールを提言してきました。解説書としては、令和2年度『進捗チェックリストガイド』、令和3年度『「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』、令和4年度は『一体的実施・実践支援ツール』(研究班版)及び解説書『一体的実施・実践支援ツールの保健事業への活用一実践・評価編』を公表しました。

このたび、本ツールが実用化に向けて再構築され、日常業務で活用可能になりました。これに合わせ、ツールの活用についての解説書の見直しを行いました。ツールの操作については国民健康保険中央会による「操作マニュアル」をご参照いただき、自動作成された表等については本書を参考にいただければ幸いです。

令和6年4月

令和2年度～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」

令和5年度～7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の推進及び効果検証のための研究」

研究代表者 (女子栄養大学) 津下 一代

厚生労働科学研究(令和2年度～4年度)

「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

厚生労働省、国民健康保険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二次活用ツールの検証と更なる活用法の検討等を行い、本ツールの試行版を作成しました。こうした取組を通じて、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みました。

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):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

厚生労働科学研究(令和5年度～7年度)

「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の推進及び効果検証のための研究」について

先行研究班(令和2年度～4年度)を継承し、厚生労働省、国民健康保険中央会との連携のもと、一体的実施の推進方策、評価方法の検討ならびに効果検証に取り組んでいます。得られた知見を研修やツール開発等に反映させ、一体的実施の推進に寄与することを目的としています。

研究代表者 津下一代(女子栄養大学):総括、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・平田 匠(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):身体的フレイル担当

樺山 舞(大阪大学):健康状態不明者、重症化予防担当

斎藤 民(国立長寿医療研究センター):介護予防、総合担当

研究協力者 田中友規、吉澤裕世(東京大学)

赤木優也、Li Yaya (大阪大学大学院医学系研究科保健学)

金 雪瑩(国立長寿医療研究センター)

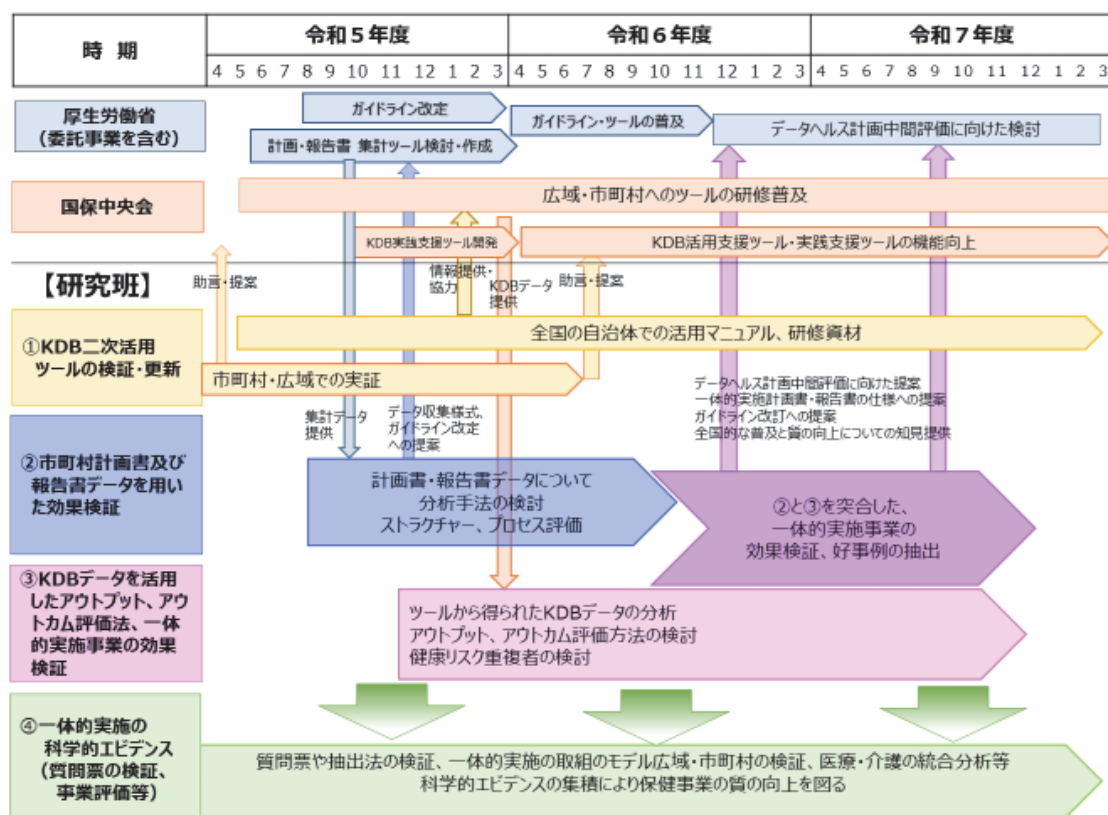
遠又靖丈(神奈川県立保健福祉大学)

佐藤美寿々(北海道大学大学院歯学研究院)

山口道子、三好ゆかり(国民健康保険中央会)

厚生労働科学研究（令和5年度～7年度）

「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の推進及び効果検証のための研究」について



目次

はじめに

1. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の取組によりめざすこと	6
2. 一体的実施・KDB活用支援ツールと実践支援ツール	7
3. 一体的実施・実践支援ツールの機能(概要)	9
4. 各表の見方と保健事業への活用(総括編)	13
5. 各表の見方と保健事業への活用(個別事業編)	16
(1)低栄養	18
(2)口腔	20
(3)服薬(多剤、睡眠薬)	22
(4)身体的フレイル(ロコモを含む)	24
(5)重症化予防(糖尿病性腎症、その他生活習慣病)	26
(6)健康状態不明者	32
6. 個別保健事業の評価	33
7. 広域連合における評価	35

参考資料

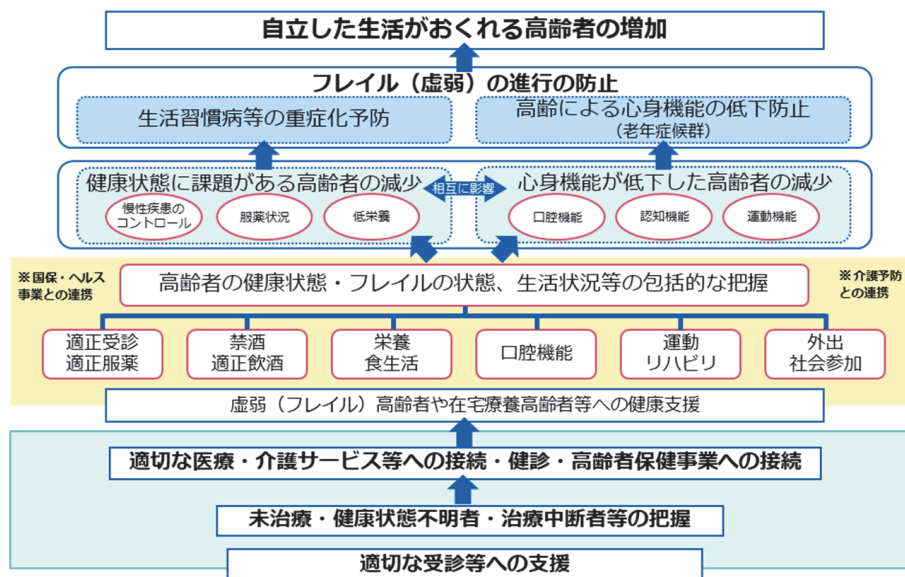
一体的実施・KDB活用支援ツールにおける出力明細	36
傷病名の取得方法について	38

1. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の取組によりめざすこと

- 高齢者に対する保健事業の意義・目的は、生活習慣病等の発症や重症化の予防及び心身機能の低下の防止を図り、自立した生活がおくれる高齢者を増加させることである。
- 後期高齢者を対象とした保健事業では、個人差に応じた対応が重要となるため、対象者の階層化とその階層に応じた個別対応の必要性が高くなる。
- 医療・介護情報や健診、質問票等のデータにより高齢者の健康課題の全体像を把握し、重点的に取組む課題を整理し、ハイリスクアプローチ、ポピュレーションアプローチを組み合わせ、効果的な事業を企画していくことが重要である。

高齢者に対する保健事業が目指すもの(イメージ):

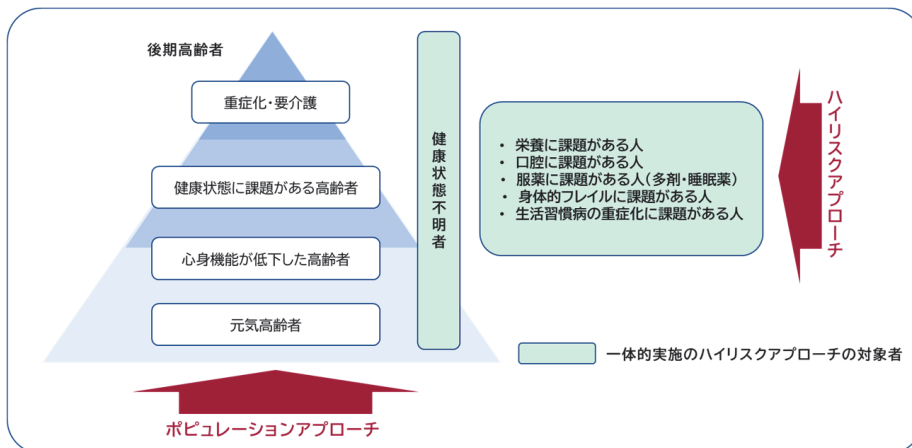
医療保険・介護保険の連携により、個人の特性に合わせた形で高齢者の健康・生活機能を支援



高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第3版

一体的実施における保健事業と対象者:

比較的健康状態の良い(安定した)対象者に対するポピュレーションアプローチと
専門職による保健指導・支援等が必要な者に対するハイリスクアプローチを組み合わせる



高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第3版

2. 一体的実施・KDB活用支援ツールと実践支援ツール

(1) 一体的実施・KDB活用支援ツール

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。

一体的実施・KDB活用支援ツールの抽出条件

プログラム	抽出基準
低栄養	健診：BMI ≤ 20 かつ 質問票⑥（体重変化）に該当
口腔	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
服薬（多剤）	処方薬剤数「15以上」や「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
服薬（睡眠薬）	レセプト：睡眠薬処方あり かつ 質問票⑧（転倒）に該当 質問票⑩（認知：物忘れ）⑪（認知：失見当識）二つともに該当
身体的フレイル （ロコモ含む）	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
重症化予防 （コントロール不良者）	健診：HbA1c ≥ 8.0%またはBP ≥ 160/100 かつ レセプト（内科・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
重症化予防 （糖尿病等治療中断者）	健診：抽出年度の健診履歴なし かつ レセプト：抽出年度以前の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
重症化予防 （基礎疾患保有+フレイル）	（基礎疾患）レセプト：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
重症化予防 （腎機能不良未受診者）	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
健康状態不明者	健診：抽出年度及び抽出前年度の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

高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第3版 p52

一体的実施・KDB活用支援ツールでは、膨大なKDB情報から高齢者の特性に合わせた保健事業に必要な項目（次ページ：医療、健診、介護等）を抽出し、エクセル(CSV)形式で一覧できます。しかし、保健事業を行う上では、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。

令和4年度、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**一体的実施・実践支援ツール**を開発、試験的に公開しました。これを実用化したのが令和6年4月にリリースされたツールです。

一体的実施・KDB活用支援ツールで使用しているKDBのデータ項目

【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
【医療】	- 直近5年度分の糖尿病受診有無 - 糖尿病投薬治療：αG I、D P P 4 阻害剤、グリニド、S U 剤、ピグアナイド、S G L T 2 阻害剤、G L P 1 受容体注射、インスリン抵抗、配合剤、インスリン注射 - 糖尿病検査：H b A 1 c 検査 - 糖尿病合併症有無：神経障害、網膜症、腎症 - 直近5年度分の高血圧症受診有無 - 抽出年度の高血圧症投薬治療有無 - 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、関節症、脊椎障害、骨折、骨粗しょう症、うつ、誤嚥性肺炎、感染性肺炎、貧血、COPD - 連続した3か月の処方薬剤数、抽出年度の睡眠薬投薬有無、抽出年度の脂質異常症投薬有無、受診医療機関数 - 歯科（歯周病等、義歯等）レセプト有無 - 抽出年度、抽出前年度の入院レセプト有無、外来レセプト有無
【健診】	- 実施年月日 - 身長、体重、前年度との体重の差、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、赤血球数、血色素、ヘマトクリット、心電図所見有無、血清クレアチニン、eGFR、アルブミン - 後期高齢者の質問票：回答年月日、15項目 - 直近5年度分の健診受診有無
【介護】	要介護度（直近）認定開始日、要介護度（直近）、居宅、施設、初回認定年月日、初回認定時の要介護度

高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第3版 p59

各項目の詳細情報：一体的実施・実践支援ツール操作マニュアル p50-54

一体的実施・KDB活用支援ツールと一体的実施・実践支援ツールの関係・機能の違い

	一体的実施・KDB活用支援ツール 対象者リスト(CSV)の作成	一体的実施・実践支援ツール CSV情報を取り込み・自動集計・作表
事業企画	(全体像の把握) 10の抽出法別の該当者一覧(全体) 健診・医療・介護の連結・一行表示 過去5年間のデータ活用	(詳細な状況の整理) 性・年齢階級別の該当者数 抽出条件間の重複 介護や重症疾患などの保有数
リスト作成	一覧よりフィルター機能を使ってリスト作成	各集計カラムから対象者リスト作成 フロー図に従った絞り込み さらに絞り込みが必要な場合には、フィルター機能を活用
実施状況記録	記録できない	事業実施状況記録可能 (個別管理表に参加状況区分、コメント入力)
評価	評価機能なし(手作業)	該当者数・割合の変化(マクロ的評価) 記録情報を活用したアウトプット評価

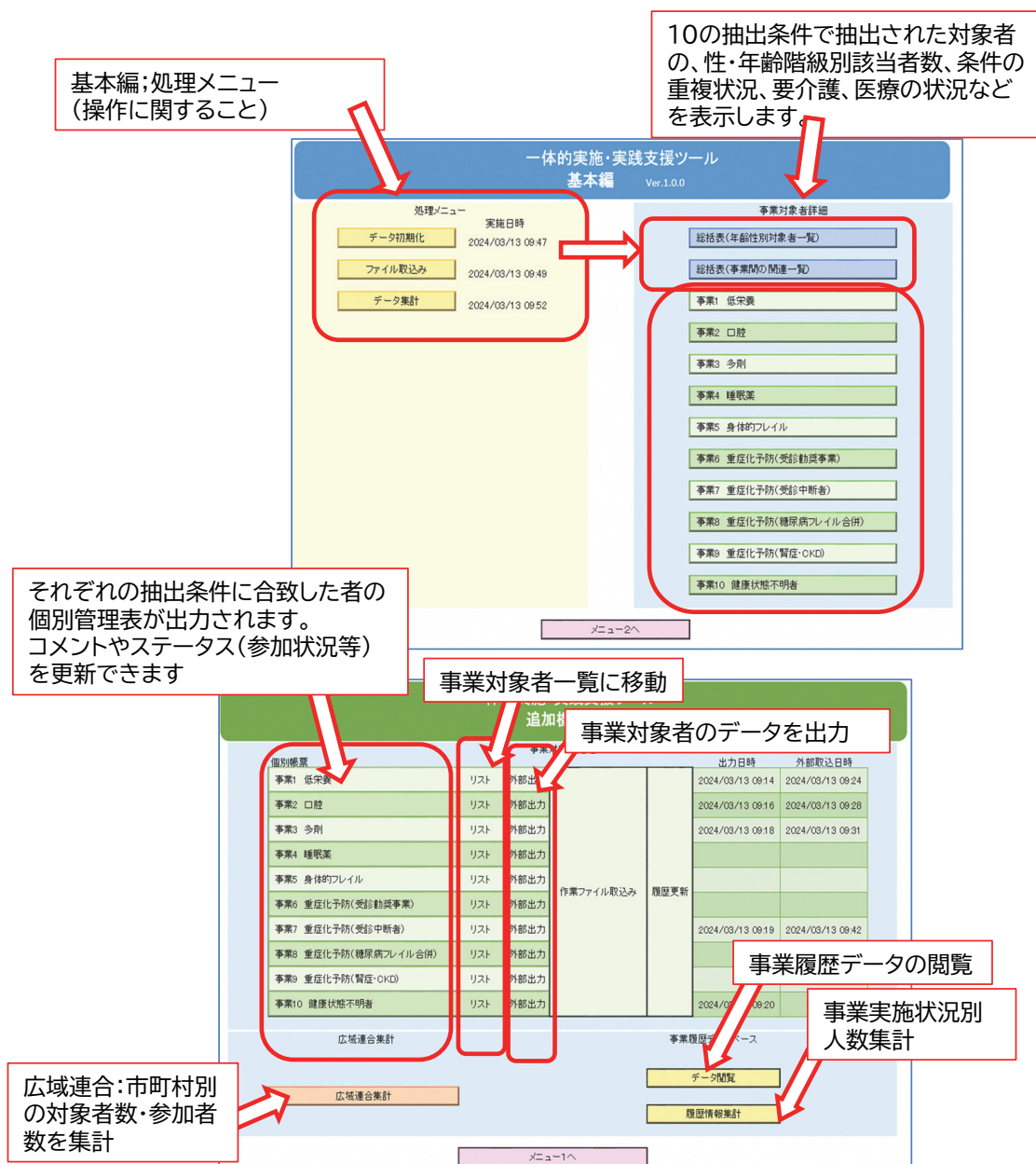
【使用上の留意点】

- ・服薬(多剤)、重症化予防(受診中断)、健康状態不明者は被保険者全体から抽出、質問票・健診データはKDBに登録のある者から抽出しています。KDBへのデータ登録が前提です。
- ・レセプト・介護情報は高齢者の保健事業・要介護に関連する情報を部分的に活用しています。
- ・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。
- ・情報登録と抽出のタイミングにより、結果が変わります。抽出時のエクセル保存が必要です。

3. 一体的実施・実践支援ツールの機能（概要）

一体的実施の企画、実践、評価、データヘルス計画等の場面にあわせて活用できるよう、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自動作成します。汎用的なエクセルの機能を用いているので、大規模な広域連合では取り込み段階でCSVを分割するなど、工夫して使用してください。

なお、本ツールの操作については、公益財団法人 国民健康保険中央会「一体的実施・実践支援ツール操作マニュアル」を参照してください。



留意点

- ・KDBにデータを取り込んでいない市区町村の結果は反映しません。
- ・人数については、年齢階級別の加入者数の変動や、健診・質問票データ登録割合の影響を受けます。

企画
 実施
 評価

[illegible]

市区町村における保健事業実施の流れとツールの活用

高齢者の保健事業の全体的な流れ 出典：高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン 第3版	実践支援ツールの活用と留意点
体制整備【P】 ①健康課題等の把握 ②広域連合と市町村(介護)での課題の共有 ③取組テーマ・対象地域の検討 ④チーム形成(部署間での役割調整) ⑤外部からの情報収集	健康課題分析 総括表(a、b)で概数把握 他の分析結果、事業実績を合わせ、 庁内関係の上、方針検討 留意点：健診・質問票を実施していない者や KDBに結果データが登録されていない者 は含まれない項目がある
地域連携体制の構築【P】 ①都道府県との調整 ②関係団体への事前相談 ③広域連合と市町村間での情報提供の環境整備	「体制整備【P】」の課題分析結果を、広域連合、都道府県(保健所)、医師会や介護関係者等と共有し、多角的な視点で実施可能な保健事業について検討する 絞り込みの方針についても協議する 留意点：データ共有時に、抽出条件も明示すること
事業計画の策定【P】 ①取組の方向性の決定 ②対象者の抽出基準の設定と概数の把握 ③予算・人員体制の検討 ④対象者から参加予定者の絞り込み ⑤目標・評価指標の設定 ⑥支援内容の決定	絞り込み 事業対象者の絞り込み(c)のフロー図を参考に、除外条件、重点的な取組条件を考慮して絞り込み 対象者リスト(d)で実施可能数を超える場合はフィルター機能を活用 アウトプット目標の設定 呼びかけ予定数、参加人数の目標設定 条件に合った実施方法を検討
事業実施【D】 ①事業参加者への声かけ ②事業参加者の日程調整 ③通いの場等との調整 ④かかりつけ医等関係者への事業説明 ⑤支援の実施	保健指導等の記録 絞り込み後の参加者リストを活用(e、f) ⇒外部出力で対象者名簿を作成 個別管理表で一人ひとりの状況を確認、参加状況を更新、事業コメント(対象者の反応、行動目標、つなげた支援先など)を入力(g) 留意点：作業ファイルは作成時の日付を入れて保存すること
評価とその活用【C・A】 ①事業評価 ②事業報告 ③次期計画への見直し	アウトプット評価 個別管理表の参加状況(g)について、対象・勧奨・参加・終了・脱落を更新している場合には、アウトプット評価(h)に反映される マクロ的評価(広義のアウトカム) 総括表(a)の年齢階級別該当者数／(加入者数or質問票等回答者数)にて 有所見率の算出が可 参加者の変化(狭義のアウトカム) 参加状況別にリストを作成し、数年後にKDBよりデータ抽出して比較

※a～hはp16の図表を参照

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、PDCA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。

第3期データヘルス計画では標準化(計画様式の標準化(考え方のフレーム)、共通評価指標の設定)が進められ、広域連合においては構成市町村間の進捗の比較が可能となり、国においては都道府県間(広域連合間の比較)のみならず、国全体の進捗確認や長期的評価が可能となります。

なお、データヘルス計画における共通評価指標のアウトカム指標として、保健事業(ハイリスクアプローチ)のハイリスク者(一体的実施・KDB活用支援ツールの抽出基準の該当者)の割合について目標を設定し、毎年度、評価を行うこととされています。こうした評価において年次推移等も確認することで、健康課題を有する者の増減など、被保険者の変化を把握できます。

【参考】 共通評価指標とされている事業(ハイリスクアプローチ)における評価基準と市町村における実際の抽出基準が異なる場合の対応について※

各市町村における健康課題や市町村の人的資源、地域資源等により、事業の取組における優先度や運用については市町村において判断し、絞り込みを行う等しても差し支えない。ただし、各市町村の状況の比較により分析を行うため、評価のための抽出基準については、厚生労働科学研究事業の成果として示されている活用支援ツールの基準による抽出が望ましい。

なお、独自の基準で事業を実施する場合も、効率的かつ効果的な事業を実施する観点から、活用支援ツールの基準による抽出を行った上で、市町村の人的資源等に鑑み、実施可能な対象者数を設定するための絞り込みを行うことを基本とする。

その他、独自の基準により抽出等事業の実施をされる市町村がある場合は、その妥当性及び適切性について、各広域連合において検討いただきたい。

※事務連絡「第3期データヘルス計画策定における国保データベース(KDB)システム及び一体的実施・KDB活用支援ツールの活用における留意点等について(令和5年12月4日厚生労働省保険局高齢者医療課)」における「4 データヘルス計画策定について」で各広域連合からの主な疑義として提示された内容を引用。

4. 各表の見方と保健事業への活用(総括編)

モデル自治体での各表を例に、表の見方を解説します。

I. 概況(KDBツール・一体的実施抽出基準該当者数)

戻る

2024 年														03 月		06 日		抽出		1933 人	
	男性						女性														
	～74	75～79	80～84	85～89	90～	計	～74	75～79	80～84	85～89	90～	計									
1 低栄養	0	6	1	2	0	9	0	9	7	4	2	22									
2 口腔	1	34	14	14	7	70	0	29	25	21	18	93									
3 多剤	2	35	67	54	26	184	3	66	80	76	68	293									
4 睡眠薬	0	9	8	7	2	26	1	14	16	13	9	53									
5 身体的フレイル	2	29	19	22	5	77	1	52	42	29	19	143									
6 コントロール不良	0	6	2	0	0	8	0	10	7	4	2	23									
7 糖尿病治療中断	2	123	112	63	56	356	2	119	121	123	148	513									
8 重症化予防(フレイル合併)	2	46	28	20	3	99	2	44	39	28	19	132									
9 腎機能不良	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1									
10 健康状態不明者	0	45	19	9	4	77	0	56	19	11	7	93									

P7で示した抽出条件により作成されたCSV一覧を性(男女・全体)、年齢階級別(5歳刻み)に人数を示したものです。事業計画を立てる前に、抽出条件に該当する人の概数を把握するために用います。

👉 留意点

- ・10項目すべてのデータを取り込んだうえで、総括表 I を作表します。
- ・データ数が大きすぎると(大規模な広域連合など)、データの取り込みや処理に時間を要する場合や処理を完了できない場合があります。事前に地区別などに分割してCSVを作成し、本ツールに取り込むとよいでしょう。
- ・質問票や健診データを抽出条件としている項目(1、2、4、5、6、8、9)ではハイリスクアプローチが可能ですが、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ため、ポピュレーションアプローチと組み合わせたり、更なる絞り込みを行うなどの工夫をします。ただし、該当者数の多い・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。
- ・分母を被保険者数(3、7、10)、もしくは健診データ登録者数(6、9)、質問票登録者数(1、2、4、5、8)とすると、該当率を算出することができます。(ただし、データヘルス計画のハイリスク者割合については、分母は全て被保険者数とされています。)
- ・75歳未満では、障害等の理由により後期高齢者医療広域連合に加入している少数例が含まれるため、該当率を算出することは不適切と思われます。

参考情報：研究班(令和5～7年度)では、令和3年度のモデル2広域連合のデータ提供を受け、該当率を算出しましたので参考までに提示します。

性・年齢階級別の保健事業別抽出条件該当者の割合【令和3年度】
被保険者数 179万人、健診受診:57.6万人、質問票53.1万人(一体的実施活用支援ツールによる)

		低栄養	口腔	服薬(多剤: 15剤以上)	服薬(睡眠 薬 服薬指 導)	身体的フレ イル(ロコモ 含む)	重症化予防 (受診勧奨 事業)	重症化予防 (治療中断 者)	重症化予防 (糖尿病フ レイル合 併)	重症化予防 (腎症・ CKD)	健康状態 不明者	一つでも 該当
全体	75歳以上	3.4%	14.1%	3.4%	7.6%	20.2%	2.7%	6.2%	24.4%	0.064%	1.7%	23.2%
	75～84歳	2.9%	11.5%	3.0%	5.9%	16.9%	2.8%	4.5%	20.8%	0.051%	2.1%	21.4%
	85歳以上	5.1%	22.2%	4.2%	12.6%	30.3%	2.3%	9.6%	35.1%	0.107%	1.1%	27.1%
男性	75歳以上	2.9%	13.4%	3.3%	5.5%	18.4%	2.5%	6.2%	24.0%	0.070%	2.0%	23.0%
	75～84歳	2.4%	11.5%	2.9%	4.4%	15.4%	2.6%	4.9%	21.0%	0.067%	2.3%	21.2%
	85歳以上	4.8%	19.8%	4.3%	9.3%	29.0%	2.2%	9.5%	34.5%	0.082%	1.1%	27.6%
女性	75歳以上	3.8%	14.7%	3.4%	9.2%	21.6%	2.8%	6.1%	24.6%	0.060%	1.6%	23.4%
	75～84歳	3.3%	11.4%	3.1%	7.2%	18.2%	3.0%	4.1%	20.7%	0.038%	1.9%	21.5%
	85歳以上	5.3%	23.7%	4.1%	14.7%	31.1%	2.4%	9.7%	35.4%	0.124%	1.0%	26.8%
分母		質問票有	質問票有	加入者	質問票有	質問票有	健診受診者	加入者	質問票有	健診受診者	加入者	加入者

○ 総括表 I では、抽出条件ごとに、要介護認定の有無、施設入所、入院歴、さらに認知症や脳血管疾患などのレセプトのある者(傷病名で判断)の数を把握できます。

一般的には、フレイル予防等の事業については、介護保険のもとですでにサービスにつながっている要介護状態や施設入所者は除くことになります。一方、多剤・睡眠薬の処方や重症化予防(治療中断)などは介護保険では把握しにくいため、必要に応じて介護保険担当と連携することが必要です。

脳血管疾患やがんなどの疾病のレセプトがある人については、安定期にある場合には保健事業の対象となることがありますが、医師との連携のもと、保健事業参加の可能性を検討していく必要があります。

		介護認定の状況			施設 入所	要介護認定者を含む								
						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 2	要介護 3以上		入院歴 あり	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	3	2	1	1	12	6	2	1	7	3	1	5	15
2	口腔	23	27	7	4	40	33	21	10	20	23	15	28	100
3	多剤	73	111	84	20	231	178	203	81	108	120	110	153	420
4	睡眠薬	14	18	5	1	30	16	17	3	12	19	22	22	61
5	身体的フレイル	25	40	9	6	74	44	33	12	35	27	22	41	129
6	コントロール不良	1	2	0	0	5	3	2	0	5	2	1	5	13
7	糖尿病治療中断	47	146	260	139	441	231	172	89	178	221	130	136	601
8	重症化予防(フレイル合併)	21	40	13	10	88	75	62	12	41	29	25	58	180
9	腎機能不良	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10	健康状態不明者	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

	要介護認定者を含まない 配慮すべき疾患あり(傷病名より抽出)								
	入院歴 あり	脳血管 疾患	虚血性 心疾患	腎不全	がん	認知症	うつ	COPD	合計 (重複を除く)
1 低栄養	9	6	1	1	7	1	0	4	12
2 口腔	21	20	10	2	12	6	6	15	53
3 多剤	75	63	92	34	46	19	33	68	175
4 睡眠薬	12	7	9	1	7	3	8	14	29
5 身体的フレイル	37	21	21	4	24	5	10	25	74
6 コントロール不良	4	2	1	0	5	0	0	5	11
7 糖尿病治療中断	148	70	74	33	88	32	34	56	240
8 重症化予防(フレイル合併)	50	43	40	6	31	6	14	37	114
9 腎機能不良	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10 健康状態不明者	0	0	0	0	0	0	0	0	0

留意点

○糖尿病は傷病名、薬剤、検査、合併症を、高血圧は傷病名と投薬治療の有無を参照していますが、その他の傷病は、「傷病名」で抽出しているため、薬物治療をしているかどうかは判断できません。その他の使用したデータの詳細は、巻末資料を参照してください。

〔本ツールはKDBの「介入対象者一覧」の情報を使用しているため、レセプトに記載された傷病名そのものではなく、まとめられたものであることに留意してください。〕

○「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を示します。抽出年度が直近年度ではない場合、健康状態不明者でありながら要介護の人が存在するケースもあります。

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)

戻る

	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		5	0	1	6	1	0	2	0	0	4	14	25
2 口腔			3	5	26	2	0	5	0	0	7	121	159
3 多剤				4	5	0	6	1	0	0	4	110	123
4 睡眠薬					27	1	0	3	0	0	10	13	42
5 身体的フレイル						6	0	11	0	0	13	90	146
6 コントロール不良							0	0	0	0	2	23	31
7 糖尿病治療中断								0	0	6	0	577	589
8 重症化予防 (フレイル合併)									0	0	4	22	39
9 腎機能不良										0	0	1	1
10 健康状態不明者											0	164	170

戻る

総括表Ⅱは、総括表Ⅰの対象者(抽出条件該当者)から、要介護や施設入所者を除いた、本事業の対象者候補となる人について、抽出条件間の重複状況を見たものです。

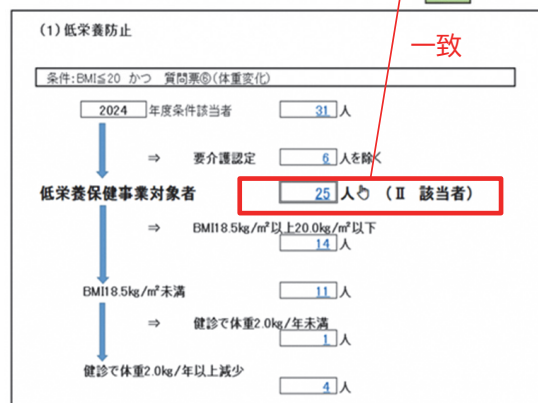
身体的フレイル(口コモ含む)は口腔、睡眠薬、重症化予防(フレイル)などとの重複項目が多く(表の事例では重複が66人と45%を占めている)、事業の内容を検討するうえで、重複者に配慮するなどの対応が必要と考えられます。

【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、必要に応じて個別に面接し、個人にあった支援を検討していきます。



留意点

・10項目すべてのデータを取り込んだうえで、総括表Ⅱを作表します。

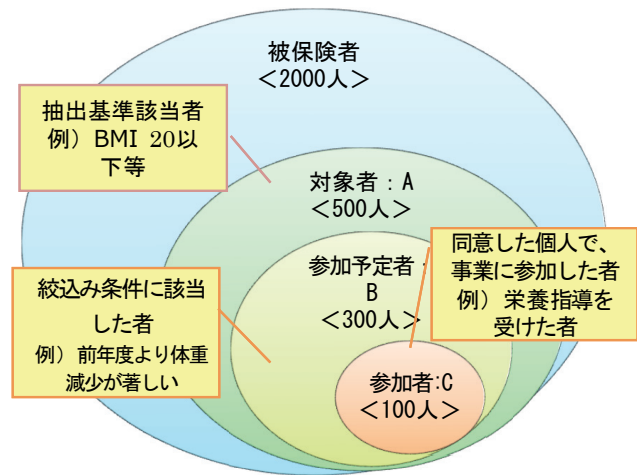
この表の各抽出条件の人数は、個別フローの中の(Ⅱ該当者)の段階の人数を示します。

一体的実施・KDB活用支援ツールの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. 各表の見方と保健事業への活用(個別事業編)

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)。

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。



高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン 第2版

【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に対象者をとらえ
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

(1) 低栄養防止

条件: BMI ≤ 20 かつ 質問票④(体重変化)

2024 年度条件該当者 31人

⇒ 要介護認定 6人を除く

低栄養保健事業対象者 25人 (II 該当者)

⇒ BMI 18.5kg/m²以上20.0kg/m²以下 14人

⇒ BMI 18.5kg/m²未満 11人

⇒ 健診で体重2.0kg/年未満 1人

健診で体重2.0kg/年以上減少 4人

青字をクリック

元に戻る	戻る	氏名	性別	生年月日	年齢	住所	被保険者番号	保険者番号	地区コード	KDB個人番号	後援取得	後援表
20240306	2	被保険者2	男	19360225	88	-	10000002	39482001	01	地区1	4801000002	20110225
20240306	3	被保険者3	男	19360218	88	-	10000003	39482001	11	地区1	4801000003	20110218
20240306	7	被保険者7	女	19380101	86	-	10000007	39482001	11	地区1	4801000007	20130101
20240306	8	被保険者8	女	19390318	85	-	10000008	39482001	03	地区3	4801000008	20140318
20240306	9	被保険者9	女	19400102	84	-	10000009	39482001	13	地区13	4801000009	20150102
20240306	10	被保険者10	女	19410131	83	-	10000010	39482001	06	地区6	4801000010	20160131
20240306	11	被保険者11	男	19410911	82	-	10000011	39482001	12	地区12	4801000011	20160911
20240306	12	被保険者12	女	-	-	-	-	-	-	-	-	0181112
20240306	13	被保険者13	女	-	-	-	-	-	-	-	-	0170402
20240306	15	被保険者15	女	-	-	-	-	-	-	-	-	0190102
20240306	16	被保険者16	女	-	-	-	-	-	-	-	-	0190311
20240306	17	被保険者17	男	-	-	-	-	-	-	-	-	0190502
20240306	18	被保険者18	女	-	-	-	-	-	-	-	-	0190819
20240306	19	被保険者19	女	-	-	-	-	-	-	-	-	0200222
20240306	20	被保険者20	女	-	-	-	-	-	-	-	-	0200406
20240306	21	被保険者21	男	-	-	-	-	-	-	-	-	0200412
20240306	22	被保険者22	女	-	-	-	-	-	-	-	-	0201118
20240306	24	被保険者24	女	-	-	-	-	-	-	-	-	20210201
20240306	25	被保険者25	男	19460201	78	-	10000025	39482001	13	地区13	4801000025	20210201
20240306	26	被保険者26	女	19461028	77	-	10000026	39482001	03	地区3	4801000026	20211028
20240306	27	被保険者27	女	19470214	77	-	10000027	39482001	12	地区12	4801000027	20220214
20240306	28	被保険者28	男	19471224	76	-	10000028	39482001	10	地区10	4801000028	20221224
20240306	29	被保険者29	女	19480125	76	-	10000029	39482001	01	地区1	4801000029	20230125
20240306	30	被保険者30	男	19480511	75	-	10000030	39482001	11	地区11	4801000030	20230511
20240306	31	被保険者31	女	19481025	75	-	10000031	39482001	05	地区5	4801000031	20231025

地区別・年齢などでソート
↓
個人へのアクセスが可能

一人ひとりのデータを個票で確認

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。

個別データ表示

被保険者番号 10000002		参加状況		Page 1	
氏名 被保険者2		参加状況更新		トータル 25	
セル名	内容	セル名	内容	セル名	内容
出生日	20240306	①歩行速度	○	健康不明者 参加状況	○
氏名	被保険者2	②転倒	○	状況更新日	○
性別	男	③運動習慣	○		
生年月日	19360225	④喫煙	○		
年齢	88	⑤失見当識	○		
住所	-	⑥物理	○		
被保険者番号	10000002	⑦外出	○		
保険者番号	39482001	⑧文法	○		
地区コード	01 地区1	⑨ケガ	○		
KDB個人番号	4801000002	⑩認知症(最新年度)	○		
後援取得日	20110225	○ (1年度前)	○		
後援喪失日	-	○ (2年度前)	○		
療養費支給(最新年度)	-	○ (3年度前)	○		
○ (4年度前)	-	○ (4年度前)	○		
○ (2年度前)	-	○ (介護認定)	○		
		○ (介護認定)	○		

保健事業の流れと実践支援ツールの活用

◎ツールを活用した事業実施の流れ

- (1) メニュー1. 基本編**総括表**にて該当人数(年齢区分別)
- (2) メニュー1. 基本編**フロー図**にて各段階の人数確認
- (3) 対象者リストをもとに保健事業計画(関連指標の確認と更なる絞り込み、留意事項の確認)
- (4) メニュー2より**個別管理表**を打ち出し
- (5) 支援の実施:
- (6) 面談記録を作成、個別管理表の参加状況の更新、事業コメントの入力
- (7) 必要に応じてフォロー: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

参加状況※を更新

※元リスト/対象/勧奨/参加/終了/脱落/除外/死亡

- (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)

個別データ表示							
被保険者番号		10000002		参加状況		page	1
氏名		被保険者2		参加状況更新		トータル	25
セル名	内容	セル名	内容	セル名	内容	セル名	内容
出力日	20240306	肺嚔性肺炎	-	歩行速度	○	健康不明者 参加状況	
氏名	被保険者2	感染性肺炎	-	転倒	×	状況更新日	
性別	男	貧血	-	運動習慣	○		
生年月日	19360225	COPD	-	喫煙	×		
年齢	88	多剤当り	7	失火当り	×		
住所	-	多剤前々月	5	喫煙	×		
被保険者番号	10000002	睡眠薬	-	外出	○		
保険者番号	39482001	脂質異常症	-	交流	×		
地区コード	01 地区1	受診医療機関数	2	サポート	×		
KDB個人番号	48010000002	歯周病等	○	健診受診(最新年度)	○		
後期取得日	20110225	義歯等	-	〃(1年度前)	-		
後期喪失日	-	入院当年	-	〃(2年度前)	○		
糖尿病受診(最新年度)	-	入院前年	-	〃(3年度前)	○		
〃(1年度前)	-	外来当年	○	〃(4年度前)	○		
〃(2年度前)	-	外来前年	○	介護認定日	-		
〃(3年度前)	-	健診日	20230707	要介護度	-		
〃(4年度前)	-	身長	157.2	居室	-		
糖尿病薬(αG)	-	体重	41	施設	-		
〃(DPP4)	-	体重前年との差	-	初回認定日	-		
〃(ケミ)	-	腰圍	67.1	初回要介護度	-		
〃(SU)	-	BMI	16.6	低栄養 対象	1		
〃(ビグアナイド)	-	収縮期血圧	154	口腔 対象	-		
〃(SGLT2)	-	拡張期血圧	79	多剤 対象	-		
〃(GLP1)	-	中性脂肪	40	睡眠薬 対象	-		
〃(インスリン抵抗)	-	HDL	51	身体フレイル 対象	-		
〃(配合剤)	-	LDL	51	糖ココントロール不良 対象	-		
〃(インスリン)	-	nonHDL	0	糖治療中断 対象	-		
HbA1c実施	-	GOT	23	糖尿病フレイル 対象	-		
神経障害あり	-	GPT	11	腎機能不良 対象	-		
網膜症あり	-	γ-GTP	42	健康不明者 対象	-		
腎症あり	-	空腹時血糖	86	重複対象	1		
高血圧受診(最新年度)	○	HbA1c	0	低栄養 参加状況	5		
〃(1年度前)	○	随時血糖	0	〃 状況更新日	-		
〃(2年度前)	○	尿糖	1(-)	口腔 参加状況	-		
〃(3年度前)	○	尿蛋白	4(++)	〃 状況更新日	-		

個別データ表示:対象者の基本情報(氏名、年齢、住所、被保険証番号、後期取得・喪失年月日)

医療レセプト情報(傷病、服薬、受診医療機関数、歯科、入院、外来)

健診結果(抽出年度の健診データ、質問票、過去5年間の健診受診状況)

介護情報(要介護度、初回認定年月日)

など、一体的実施・KDB活用支援ツールからの情報のほか

個別事業の対象となっているか(その際、どの事業に該当しているか)、事業への参加状況

留意点

傷病名で判断しているものについては、より詳細な治療実態を確認したい場合には、KDBか本人に確認する必要があります。

個人情報が多く含まれていますので 取り扱いには注意してください。

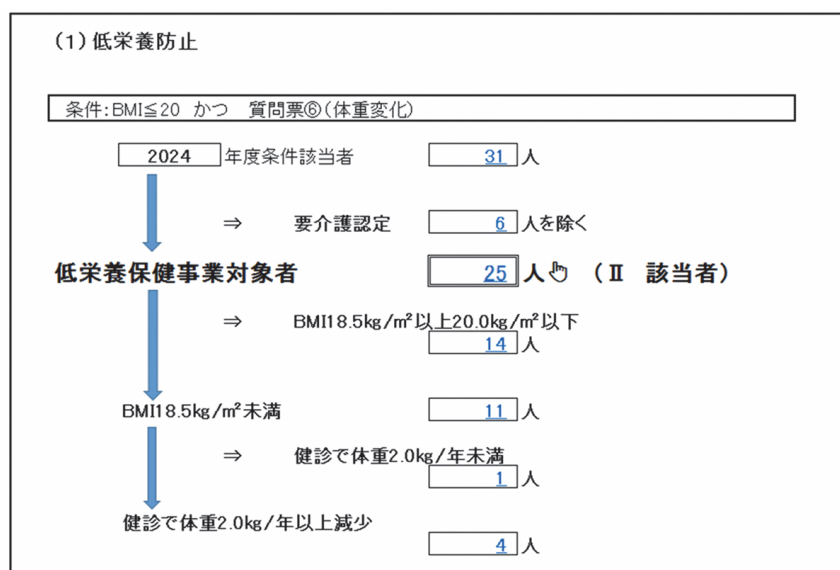
(1) 低栄養

事業目標: 地域に暮らす高齢者の低栄養状態を改善し、介護予防・QOL向上を目指す

抽出条件: BMI $\leq$ 20 かつ 質問票⑥ 6か月間で2~3kg以上の体重減少

抽出条件の根拠:

- 基本チェックリストの質問と調和(介護予防との連動を図る)
- (意図しない)体重減少は筋肉量等の減少を反映する
- 体重減少がある者は、ない者より要介護状態の累積発生率が有意に高い



対象者選定(さらなる絞り込みのヒント)

○要介護認定を受けて、すでに食生活のアセスメント、支援を受けている者は本事業対象からいったん除外(介護予防担当者・ケアマネージャー等からの相談には対応する)

○体重減少のある者全員に対して状況の確認が望ましいが、人数が多い場合には以下の観点で、面接・訪問を行う対象者を選定する

- ・体重減少が健診データなどで客観的に把握できている場合、減少幅が大きい方を優先
- ・体重減少(⑥)該当者の中でも、ベースラインのBMIが小さい方を優先
- ・質問票の健康状態(①)、食習慣(③)に該当する場合、口腔等ほかの抽出条件と重複する場合を優先
- ・配慮すべき疾患として、認知症、うつなどの傷病名がある場合や独居、配偶者の死亡など生活環境の変化が把握された場合には、訪問等にて食生活の状況などを確認し、必要に応じて介護担当と相談する

参考【研究班からのメッセージ】

○「低栄養事業対象者」は、非該当者と比較して、後期高齢者の質問票のすべての項目が悪い傾向
○「低栄養事業対象者」では、口腔、服薬(睡眠薬服薬指導)、身体的フレイル、重症化予防(糖尿病フレイル合併)の該当者が有意に多く存在する。

→低栄養で抽出された人は要介護のハイリスクであり、重複事例はとくに状況確認が必要

○低栄養該当者のうち、翌年度も低栄養で抽出される者は32.2%

2年連続体重減少している可能性があり、状況確認が必要

○2年連続質問票を実施している者のうち、前年度非該当であった者の2.5%が翌年度該当

→非該当者に対する低栄養防止のメッセージ(ポピュレーションアプローチ)も重要

※令和3年度のモデル広域連合のデータを研究班(令和5～7年度)が集計等実施。

評価

	低栄養
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	・ 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

ツールを使ったアウトプット評価

	status	項目	低栄養
死亡含む	1	リスト数	31
	2	対象者数	25
	3	呼びかけ数	16
	4	参加者集計	10
	5	終了者集計	9
		勧誘率	64%
		参加者率	40%
		終了率	36%
		参加割合	63%
		終了割合	90%
死亡除く	1	リスト数	31
	2	対象者数	25
	3	呼びかけ数	16
	4	参加者集計	10
	5	終了者集計	9
	0	死亡数	0
		勧誘率	64%
		参加者率	40%
		終了率	36%
		参加割合	63%
		終了割合	90%

○支援対象者のうち、支援できた者の人数・割合

・事業全体から見たカバー率(対象者に対する参加者の割合)、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±0.9kg・改善+1kg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・割合も把握しておく。維持・改善できた者と、できなかった者の特徴(性別・年齢・疾病の有無、生活背景等)を把握し、効果的な実施につなげていくことが望ましい。

○低栄養傾向(BMI 20以下)の者の減少

・支援の前後で、BMI 20以下の者の人数、割合を評価。

○要介護認定の状況

・低栄養該当者のうち、支援の有無別に、1年後、2年後に要介護認定された人数・割合を評価する。

・要介護認定された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。

(2) 口腔

事業目標:地域に暮らすオーラルフレイル・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

抽出条件: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

抽出条件の根拠:

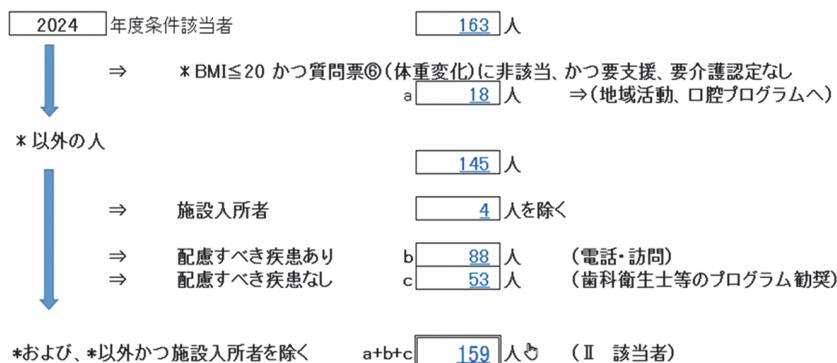
○④、⑤のいずれかに該当する者では、口腔機能検査の結果が悪く、栄養摂取状況に偏りがみられた。

○要介護認定を受けている者では咀嚼機能が低下していた。

嚥下機能が低下している者の外来医科医療費が有意に高かった。

(2) 口腔機能向上(口腔向上)

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 過去12ヵ月間歯科受診なし



対象者選定(さらなる絞り込みのヒント)

- ・施設入所者以外を対象とするが、低栄養抽出基準と重複する者、配慮すべき疾患がある者については個別的アプローチ、低栄養がなく配慮すべき疾患がない場合には地域の口腔プログラムにつなぐ
- ・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はハイリスクアプローチの優先順位が高い。
- ・2年連続該当者(継続該当率 71.6%)、質問票の該当項目が増加した者は優先順位が高い。歯科受診により該当から外れるため、かかりつけ歯科医を持つよう促す。

※令和3年度のモデル広域連合のデータを研究班(令和5～7年度)が集計等実施。

参考【研究班からのメッセージ】

- ・本抽出基準による口腔の対象者は質問票登録者のうち14.1%で、その割合は市町村間で差が認められた。
- ・質問票では口腔に問題があるとしながらも歯科受診のない者(口腔の対象者)は24.3%～51.3%であり、市町村間で差を認めた(歯科へのアクセスの差があると推察)。
- ・口腔機能の低下は食欲や食品摂取の多様性の低下、口腔細菌叢の悪化と関連した。
- ・2年連続質問票を実施している者のうち、前年度非該当であった者の5.1%が翌年度該当→非該当者に対する口腔のメッセージ(ポピュレーションアプローチ)も重要

※令和3年度のモデル広域連合のデータを研究班(令和5～7年度)が集計等実施。

評価指標の例

	口腔
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	・ 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

ツールを使ったアウトプット評価:低栄養と同様

◎事業評価のポイント

【量的評価】

短期的評価:口腔に関する事業評価の指標: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。

中長期的評価: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る。歯科医療機関の受診、誤嚥性肺炎の罹患、要介護認定の状況については、翌年以降にKDBにて確認が可能である。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。

【質的評価】

- ・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。
- ・事例に即して適切な対応方法を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、睡眠薬)

事業目標: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

抽出条件: 1) 多剤:処方薬剤数「15以上」

2) 睡眠薬:レセプトにて睡眠薬処方ありかつ質問票⑧(転倒)に該当または 質問票⑩(認知:物忘れ)、⑪(認知:失見当識)の二つとも該当

抽出条件の根拠

1)「ポリファーマシー」とは、単に服用する薬剤数が多いことではなく、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の低下等の問題につながる状態をいう。

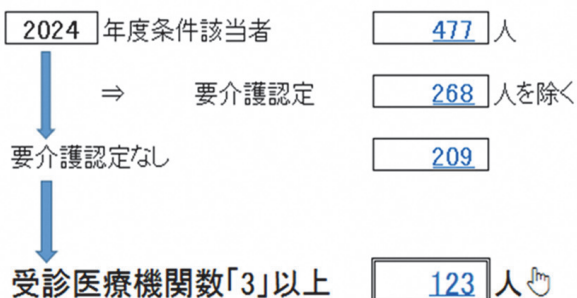
薬物有害事象は薬剤数にほぼ比例して増加し、6種類以上が特に薬物有害事象の発生増加に関連したというデータもある。しかし、10種類以上でも外来受診者の18.2%に及ぶため、保健事業としての対応能力およびエクセルの処理能力を考慮し、15剤以上で集計表を作成した(KDB活用支援ツールでは10剤の抽出も可能であるが、本実践支援ツールでは15剤以上としている)。

2) 高齢者では非高齢者と比べて睡眠薬による薬物有害事象の発生リスクが相対的に高い。

日本老年医学会は、後期高齢者、フレイルや要介護状態にある者に対し特に慎重な投与を要する薬物として、ベンゾジアゼピン系睡眠薬・抗不安薬、非ベンゾジアゼピン系睡眠薬(ゾピクロン、ゾルピデム、エスゾピクロン)を挙げている。

(3) 多剤投薬者の服薬指導・服薬支援 (多剤対策)

条件: 処方薬剤数「15」以上



対象者選定(さらなる絞り込みのヒント)

・処方薬剤数や受診医療機関数が多い者

複数の医療機関を受診し、それぞれ別の薬局で投薬を受けている場合には、お薬手帳等を適切に活用しない限り、医師・薬剤師ともに全体像を把握することは難しい。すべてのレセプト情報を集約できる保険者は複数医療機関での重複投薬や全体としての多剤の状況を把握することができる。

(4) 睡眠薬服用者に対する薬物有害事象の予防(睡眠薬対策)

条件:「睡眠薬処方あり」のうち、
質問票「⑧転倒あり」または「(⑩物忘れあり)かつ(⑪失見当識あり)」

2024 年度条件該当者 79 人

⇒ 要介護認定 37 人を除く

要介護認定なし 42 人 (Ⅱ 該当者)

対象者選定(さらなる絞り込みのヒント)

対象者リストをもとに、レセプト(KDB)にて処方内容を確認。高齢者にとって薬物有害事象の発生リスクが高い睡眠薬(特に長時間作用型のベンゾジアゼピン系薬剤)を服用しているかを確認する。

薬剤のチェックについては、薬剤師の関与が不可欠である。

多剤、睡眠薬とも抽出された対象者に対する支援の方法については地区医師会、薬剤師会と相談しながら進める必要があり、絞り込み条件についても相談が必要である。

参考【研究班からのメッセージ】

- ・15剤以上の者は75歳以上の加入者の3～4%で市町村間格差があった(約2.5倍)
- ・15剤以上の者は、男性、80～89歳、フレイル(リスクあり)で有意に多く、併存疾患数が多くなるほど15剤以上の処方リスクは高かった。

【服薬指導・支援の三つのレベル】

第一段階(初級):高齢者への対応:後期高齢者の質問票を用いた健康状態の把握と処方薬全体の把握(お薬手帳、薬剤情報提供書だけでなく、市販薬・健康食品・サプリメントも聞き取る)

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):ポリファーマシーの評価と対応、薬剤師や医療機関との情報交換

※令和3年度のモデル広域連合のデータを研究班(令和5～7年度)が集計等実施。

	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

(4) 身体的フレイル(ロコモ含む)

事業目標: 地域に暮らす身体的フレイル(ロコモティブシンドロームを含む)のリスクがある者を

抽出し、介護予防・QOL向上を目指す

抽出条件: 質問票①(健康状態)に該当かつ質問票⑦(歩行速度)に該当

質問票⑦(歩行速度)に該当かつ質問票⑧(転倒)に該当

抽出条件の根拠:

歩行速度や転倒歴は日常生活機能の指標となり、要介護リスクとの関係が深い。

転倒と歩行速度は双方向の関連がある(歩行速度⇄転倒歴)

低栄養に該当すると、歩行速度の低下や転倒・骨折のリスクが上昇する。

(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 (フレイル対策)

条件: 質問票①(健康状態(あまりよくない・よくない))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

2024 年度条件該当者 220 人

⇒ 要介護認定 74 人 ⇒ 包括と連携

要介護認定なし 146 人 ⇒ 地域・通いの場の勧奨(Ⅱ該当者)

⇒ 質問票 ⑨、⑬、⑭、⑮に該当 76 人 ⇒ 保健師面談等を追加

対象者選定(さらなる絞り込みのヒント)

(ハイリスクアプローチ)

- ・要介護認定を受けていない、本条件該当者のうち、質問票の運動習慣(⑨)、社会参加(⑬外出、⑭交流、⑮相談者)がない者は、閉じこもりがちな生活のために今後もフレイルが進行する可能性が高いため、保健師等が面談し、本人に適した活動を促すことが望ましい。
- ・質問票⑥(体重変化)に該当する者や痩せ(BMI $\leq$ 20)など低栄養と重複している者、抑うつ傾向(②心の健康状態)、軽度認知機能低下が併存している者、口腔機能低下(④、⑤)、薬剤(多剤、睡眠薬)なども身体的フレイルと関係することから、一人ひとりに合った対策を検討する必要がある。
- ・過体重(BMI $\geq$ 25)の者では変形性関節症等によりロコモティブシンドロームとなりやすいことから、体重管理、膝関節に負担のかからないような運動方法を選択する。
- ・臓器機能障害(腎臓、心臓、呼吸器、脳血管等)を有する者においても、運動の実施の効果が指摘されているが、本人の健康状態に合わせたプログラム、安全管理が重要である。
- ・特にハイリスクな者を対象とする場合には、理学療法士等、医療専門職の関与する場を選択する。

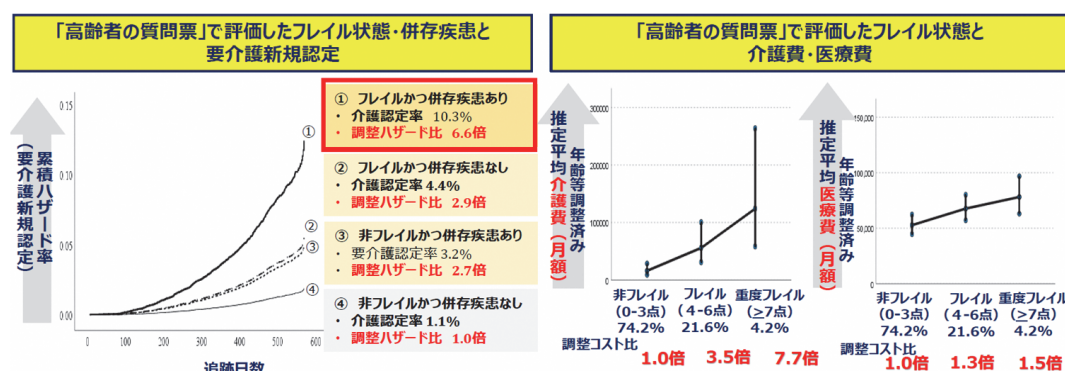
(ポピュレーションアプローチ)

多くの対象者に働きかけ、参加を促す工夫が重要。

- ・身体的フレイルについて、対策の必要性、地域におけるフレイル(ロコモ含む)該当者の人数を共有し、地域関係者(社会福祉協議会、ボランティア、職能団体)と協働で通いの場、地域活動を支援する。
- ・健診の場で身体的フレイルが疑われる場合、専門職種から通いの場等への参加を促す。

参考【研究班からのメッセージ】

- ・後期高齢者の質問票から推定されるフレイル傾向は、より高額な医療・介護費と関連した。
- ・本質問票を用いて評価したフレイル傾向や事業対象選定基準の該当者は、要介護認定の予測に加えて特に介護給付費の増額と関連した。



Tanaka T, et al. Geriatr Gerontol Int. 2023 Feb;23(2):124-130.

Tanaka T, et al. Geriatr Gerontol Int. 2023 Dec;23(12):973-974.

- ・フレイル傾向や事業対象者選定基準には地域差が見られ、フレイルの社会的側面の該当者が多い自治体ではフレイル傾向や事業対象者選定基準該当者が多い傾向がみられた。
- ・2年連続質問票を実施している者のうち、前年度身体的フレイル該当者のうち、翌年度も同基準で該当となる者は53.6%(2年連続該当者では身体活動を継続できる場へのつながりが重要)
- ・前年度非該当であった者の12.6%が翌年度該当。非該当者に対しても、積極的なフレイルについての啓発が重要(←健康づくり講座などで、指輪っかテストをおこなうなど)

評価指標の例

	身体的フレイル
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	・ 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

身体的フレイル該当者全体の評価のほか、リスク保有状態を層別化(性・年齢・地域別、他との重複・単独、フレイルの程度(質問票の結果を踏まえて区分)、慢性疾患の併存などの視点)した評価を行い、事業改善につなげることが望ましい(ツールのフィルター機能を活用した分析など)

(5) 重症化予防(糖尿病性腎症、その他生活習慣病)

A: 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

抽出条件: 健診: HbA1c ≥ 8.0 % または BP $\geq 160/100$ mm Hg かつレセプト(医科・DPC・調剤)で対応する 糖尿病・高血圧の薬剤処方履歴1年間なし

B: 糖尿病、高血圧等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

抽出条件: 健診: 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履歴なし

C: 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

抽出条件: 基礎疾患あり(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 % 以上) かつ質問票の健康状態 ①、体重変化⑥、転倒⑧、外出⑬のいずれかに該当

D: 腎機能 低下 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

抽出基準: 健診: eGFR < 45 または 尿蛋白(+)以上 かつ 医療(入院・外来・歯科)未受診

(6) 重症化予防(コントロール不良者への受診勧奨) (受診勧奨)

条件: HbA1c ≥ 8.0 % かつ糖尿病薬処方歴なし
または収縮期血圧 ≥ 160 mmHg or 拡張期血圧 ≥ 100 mmHg かつ高血圧薬処方歴なし

2024 年度条件該当者	31 人
⇒ 施設入所者	0 人を除く
健康状態伺い対象者	31 人 (Ⅱ該当者)
⇒ 糖尿病・高血圧の傷病名あり	9 人
糖尿病・高血圧の傷病名なし	22 人

対象者選定

高血糖、高血圧は、心不全、腎不全、認知症の危険因子であるが、血糖値や血圧の下げすぎはふらつき・転倒のリスクを高めたり、心血管イベントのリスクを高めることから、緩和した対象者選定基準とする。

【高血糖】健診結果後の通知ではHbA1c ≥ 7.0 を受診勧奨の対象とするが、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 ≥ 8.0 % 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する。

【高血圧】高齢者では白衣性高血圧の頻度が高い。ハイリスクアプローチの保健事業としては、収縮期血圧 ≥ 160 mmHg かつ治療歴のない者とする。

参考【研究班からのメッセージ】

- ・重症化予防(受診勧奨)対象者は非対象者(他分野の一体的実施保健事業対象者)よりも後期高齢者の質問票の①健康状態等の問診項目が良好な者の割合が高く認められた。他疾患での治療歴も少なく、これまで医療機関との関わりが薄い対象者である。健診受診歴はあることから、健康にある程度自信があり、医療機関受診に前向きではない対象者像が推察される。
- ・2年連続質問票を実施している者のうち、前年度重症化予防(受診勧奨)に該当し、翌年度も同条件で抽出される者は33.3%であり、それ以外は受診につながった可能性等もある。
- ・前年度非該当であった者の1.6%が翌年度該当した(新規流入は比較的少ない傾向)。

※令和3年度のモデル広域連合のデータを研究班(令和5～7年度)が集計等実施。

(7) 重症化予防(糖尿病、高血圧治療中断者に対する健診受診勧奨) (中断対策)

条件: 抽出年度の健診受診なし かつ
抽出前年度以前の3年間に糖尿病・高血圧の薬剤処方歴あり かつ
抽出年度に薬剤処方歴なし

2024 年度条件該当者 869 人

⇒ 施設入所者 139 人を除く

⇒ 要介護3～5 260 人を除く

健康状態伺い+健診受診案内対象者

589 人

(Ⅱ 該当者)

対象者選定と保健事業

健診未受診者のなかで、薬剤の処方が中止・中断している者を把握する。治療歴はあるが最近薬剤処方がない人を対象とする。

- ・主治医の判断で処方が中止になった場合(健康状態が改善、もしくは薬剤に対する忍容性低下等)も考えられるが、自己中断である可能性もある。健診未受診者であることから、まずは健診受診を勧奨して健診等にて検査値を確認する等、経過を追跡する。
- ・医師の判断で薬剤処方が中止となる主な理由:①検査値の改善、②ふらつき等の自覚症状、③多剤のため、薬剤数を整理等が考えられる。
- ・自己中断の主な理由:①薬物の副反応(ふらつき等不快感)があるが医師には相談できない、②経済的な理由、③医療機関へのアクセス(運転取りやめ等により通院困難)、④認知機能の低下等が考えられる。
- ・まずは本人に受療状況や中断理由を確認し、健診につなげる。必要に応じてかかりつけ医に治療方針や継続に向けての相談を行う。

(8) 重症化予防（糖尿病・循環器疾患かつフレイルの可能性あり）（有病フレイル対策）

条件: 糖尿病治療中・中断または 健診 HbA1c $\geq 7.0\%$
 または 心不全、脳卒中等循環器疾患あり
 かつ 質問票①(あまりよくない・よくない)、⑥、⑧、⑬のいずれかに該当(フレイル予備群)

2024 年度条件該当者	231 人	
⇒ 要介護認定	74 人を除く	
⇒ 当該年度入院	53 人を除く	
⇒ 配慮すべき疾患保有	180 人を除く	
フレイル予防事業勧奨対象者	39 人	(Ⅱ 該当者)
⇒ 運動器疾患の傷病名あり	26 人	
運動器疾患の傷病名なし	13 人	

対象者選定と保健事業

- ・糖尿病等の基礎疾患がある者では、サルコペニア、フレイルが進行しやすい。糖尿病においては、不適切な食事制限により低栄養をきたしやすく、サルコペニアの原因となるため、十分なエネルギー摂取とタンパク質摂取が必要である。運動としては、有酸素運動に加えてレジスタンストレーニングが推奨される。その際、安全管理も可能な指導者・施設による支援が望ましい。
- ・通いの場等、介護予防事業に参加していない人、中断した人を対象とする。
 本人の体力レベルに合わせた活動内容やプログラムの紹介が望ましい。
- ・糖尿病等のある者では疾病が重複するため多剤になりやすく、ふらつき・転倒のリスクが高まる。
 薬剤の調整を含めた支援が必要な場合がある。

(9) 重症化予防（腎機能不良・未受診者）（腎未受診）

条件: eGFR < 45 または 尿蛋白(+)
 かつ 医療受診なし

2024 年度条件該当者	1 人	(Ⅱ 該当者)
--------------	-----	---------

対象者選定と保健事業

- ・高齢者ではeGFR < 45 で総死亡と心血管死リスクを高める。
- ・薬剤・健康食品等、腎障害の原因となるものがないかを検索する。
- ・健診受診者であり、医療につながっていない者であるため、保険者が対策することが重要。
- ・KDBでは「内科」もしくは「腎臓内科」未受診の条件での抽出ができないため、腎疾患に対する治療ができていない者がすべて把握できているわけではないことに留意する。

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	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人数/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)	国民健康保険中央会の国保・後期高齢者ヘルスサポート事業ガイドライン(令和5年4月)別添資料「KDBシステム等を活用した共通評価指標例等の確認方法について(後期)改訂版1※」を参照	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 ≥ 100 以上の数、割合		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		全国平均 都道府県平均 経年変化
要介護認定率	脳卒中、糖尿病合併症、腎不全、心不全等、生活習慣病関連の要介護認定		全国平均 都道府県平均 経年変化

※事務連絡「第3期データヘルス計画策定における国保データベース(KDB)システム及び一体的実施・KDB活用支援ツールの活用における留意点等について(令和5年12月4日厚生労働省保険局高齢者医療課)」において周知されている。

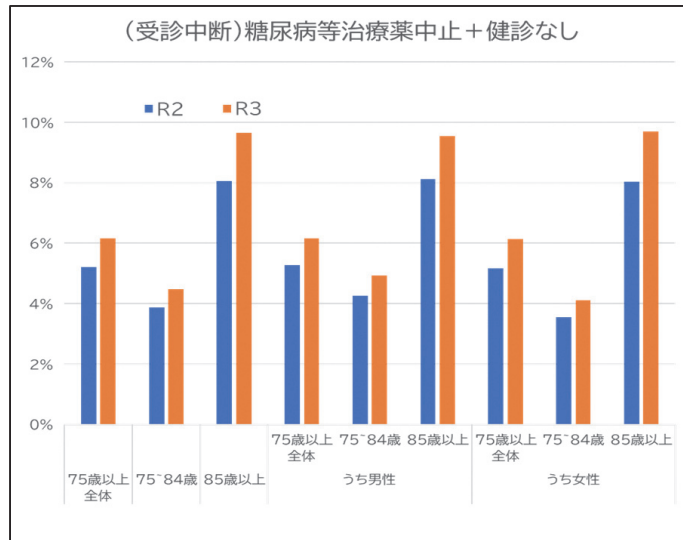
参考【研究班からのメッセージ】該当者の割合の変化と、2年連続対象者における該当の変化

※令和3年度のモデル広域連合のデータを研究班(令和5～7年度)が集計等実施。

①令和2年度・令和3年度の該当者の割合を単純に比較した場合

分母(1):被保険者(2広域連合分、令和2年度1,737,068人 令和3年度 1,793,025人)

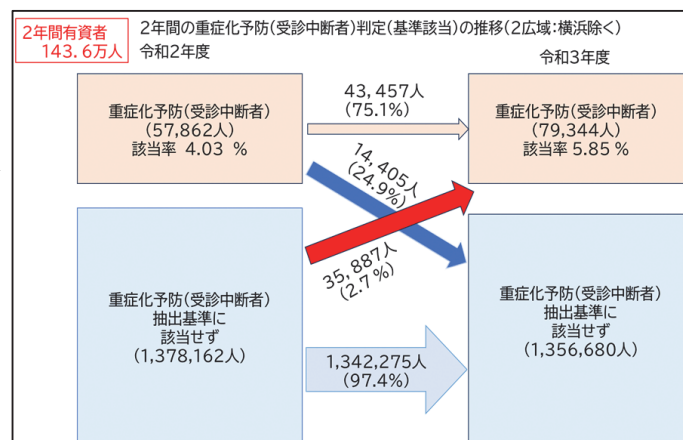
例: 右上図は、重症化予防の中で「治療中断かつ健診なし」の割合を令和2年度、3年度で比較したものです。性・年齢階級別で見てもすべて令和3年度の方が該当率が高いという結果でした。



②2年連続評価できた者における推移の確認

下図を見ると、2年連続で加入していた144万人のうち、同抽出基準での該当率は4.03%から5.85%へと増加していました。

しかし、個人単位での推移を見ると、「該当→非該当となった者」(治療もしくは健診につながった)は14,505人(2年度該当者の25%)、「非該当→該当」(新たに受診中断もしくは治療中断後の健診未受診)へと変化があった者は35,887人(非該当者の2.7%)であり、結局対象者増加につながっていました。



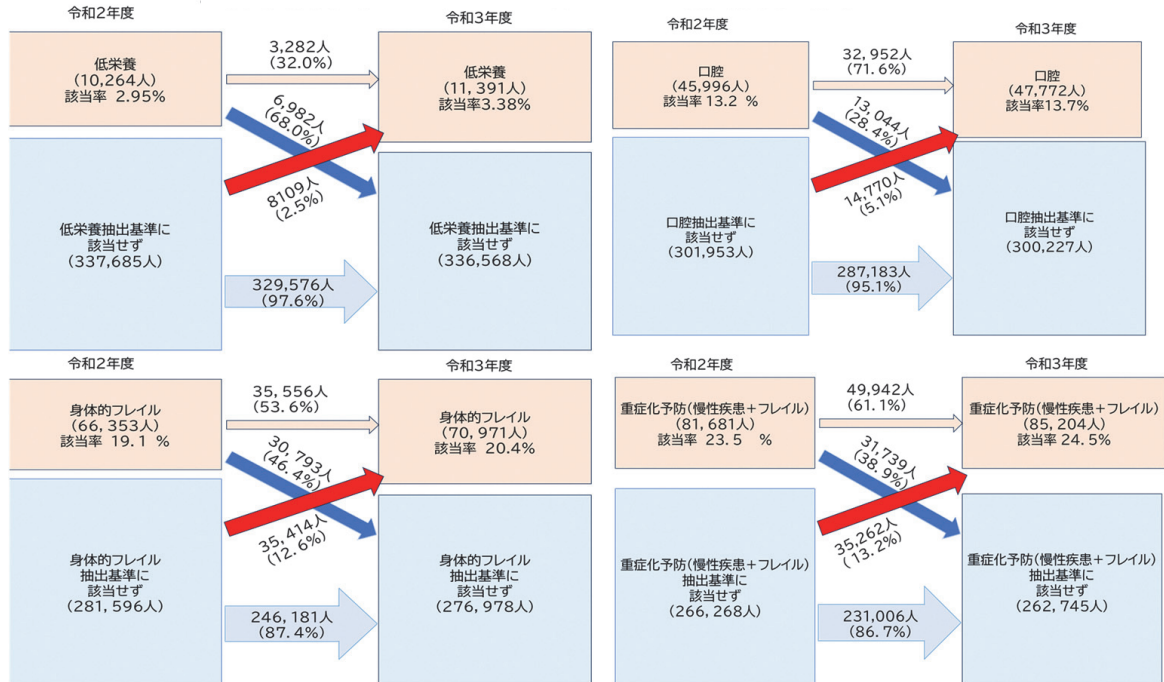
個人単位での推移に着目することにより、対策の効果をより詳細に検討することができます。2年連続該当している人については、面談の上、対策不要(コントロール改善かつ医療機関にて継続管理)か、2年続けて保健指導するかについて検討が必要ですが、前年度の記録が残されていると、その判断に役立ちます。

※ ハイリスクアプローチ: 該当→非該当を増やすこと

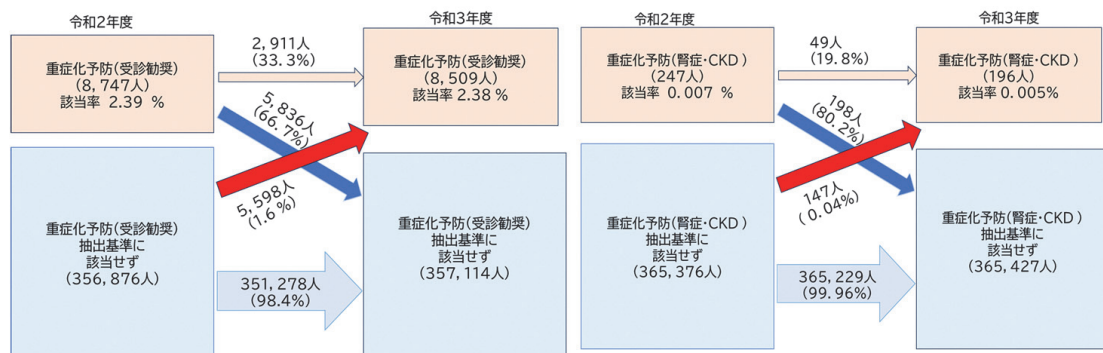
ポピュレーションアプローチ: 非該当者から該当者への変化を防ぐ(治療中断防止や健診等の受診を促す)こと

ハイリスクアプローチのアウトカム評価において、該当→非該当の割合を見ていくことは有用ですが、保健事業を行わない場合の変化(自然経過)よりも良い結果が得られているかを比較してみることも大切です。

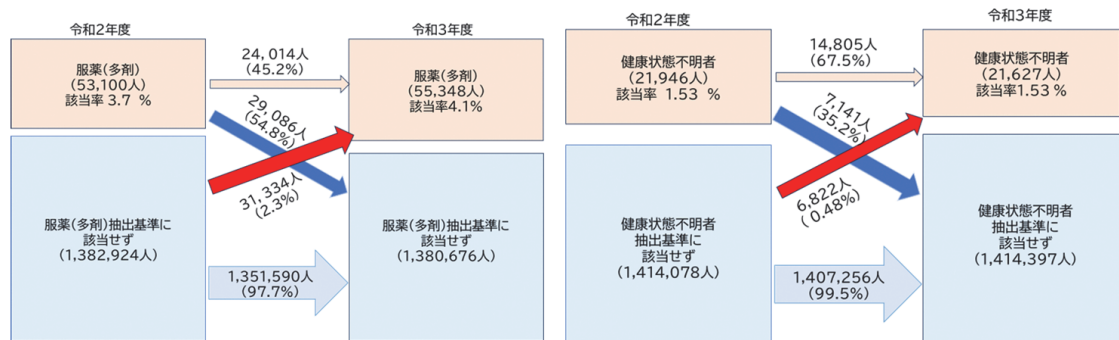
2年間質問票等がある人34.8万人における該当状況の推移



2年間健診データがある人36.6万人における該当状況の推移



2年間加入している144万人における該当状況の推移



※令和3年度のモデル広域連合のデータを研究班(令和5～7年度)が集計等実施。

(6)健康状態不明者

事業目標:健康状態不明者に対してアウトリーチ支援等を行い、健康相談、適切なサービスへの接続等により、健康の保持増進を目指す

抽出条件:抽出年度及び抽出前年度の2年度において、健診情報なし、レセプトデータなし、要介護認定なし

抽出条件の根拠:健康状態や経済状況に問題があるにもかかわらず、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みられる。一方、医療・介護が必要なく、健康に自信がある人達が抽出されることもある。

健康状態不明者のうち、健診につながった者では即重症化予防の対象者になる、認知症があるなどのケースが報告されており、高齢期における適切な健康管理につなげていく必要がある。

(10)健康状態不明者 (不明者対策)

条件: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 医療受診なし かつ 介護認定なし

2024 年度条件該当者 170 人

⇒ 最新年度に健診・介護・医療・薬剤など何らかの情報がある人

0 人を除く

健康伺い・訪問による確認 170 人 (Ⅱ該当者)

対象者選定(さらなる絞り込みのヒント)

- ・全員に健康伺い(質問票)の手紙を出し、返信状況を確認して優先順位付けする
- ・対象者リストのうち、昨年度の該当状況、聞き取り情報を参考に絞り込む
- ・地域包括や民生委員等、地域からの紹介者がある場合を優先する 等

評価指標の例

	健康状態不明者対策
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ぐ必要があると把握された者の人数
アウトカム	・ 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

(参考)アウトカム評価のうち、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、一体的実施・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。

なお、介入対象者の長期的評価を行う上では、KDB介入支援対象者一覧の機能を活用して、KDBに参加者情報を登録する方法があります。KDBにおけるデータ保存期間が10年間に延長されたことにより、この機能を活用した長期的評価が可能になることが期待されます。

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	実施の有無	得られた成果 (自己評価)		解決すべき課題	庁内、外部関係者の意見*2 (上司・他部門、広域連合、支援評価委員会、医師会、地域関係団体、委託先等)
					5段階評価*1 (a-e)	その理由		
事業評価	ストラクチャー評価	76	本事業の実施にあたり、部局横断的な協議ができた。	☐				
		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。	☐				
		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	81	全体のスケジュール管理を行った。	☐				
		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。	☐				
		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。	☐				
		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	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。					
		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	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	☐				

出典: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 p24
令和2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」

7. 広域連合における評価

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。広域連合集計表のページから「集計」をクリックして作表してください。

集計		戻る		広域連合事業集計									
表示	表示	表示	表示	表示	表示	表示	表示	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	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	リスト数	対象数	リスト数	対象数	リスト数	対象数	リスト数	対象数	リスト数	対象数
31	25	160	156	477	123	79	42	210	136	29	29	868	588

- 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。
- KDBIによる健診データは10月以降でないことと反映されないことに留意してください。

集計

戻る

広域連合事業集計

全表示	全縮小	非表示					非表示					非表示					非表示				
		低栄養					口腔					多剤					睡眠薬				
保険者番号	保険者名	リスト数	対象数	勧奨数	実施数	終了数	リスト数	対象数	勧奨数	実施数	終了数	リスト数	対象数	勧奨数	実施数	終了数	リスト数	対象数	勧奨数	実施数	終了数
39482001	A市	31	25	16	10	9	160	156	4	3	2	477	123	0	0	0	79	42	0	0	1
39482002	B市	11	7	0	0	0	244	243	0	0	0	136	44	0	0	0	93	66	0	0	1

- 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んので、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。

一体的実施・KDB活用支援ツールにおける出力明細

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			ヒクアナイト		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			インスリン抵抗		抽出年度を出力
26			配合剤		抽出年度を出力
27			インスリン注射		抽出年度を出力
28		検査	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
29		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
30			網膜症		抽出年度を出力
31			腎症		抽出年度を出力
32		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	
33			R03年度		
34			R02年度		
35			R01年度		
36			H30年度		
37		抽出年度の投薬治療		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
38		傷病名	脳血管疾患	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
39			虚血性心疾患		抽出年度を出力
40			人工透析		抽出年度を出力
41			がん		抽出年度を出力
42			慢性腎不全		抽出年度を出力
43			腎不全		抽出年度を出力
44			認知症		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「-」
45		筋骨格系	関節症		抽出年度を出力
46			脊椎障害		抽出年度を出力
47			骨折		抽出年度を出力
48			骨粗しょう症		抽出年度を出力
49		その他	うつ		抽出年度を出力
50			誤嚥性肺炎		抽出年度を出力
51			感染性肺炎		抽出年度を出力
52			貧血		抽出年度を出力
53			COPD		抽出年度を出力
54	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	
55		多剤処方前月		抽出条件3_多剤の抽出を行う際は「多剤処方前月」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-1」に受診したすべての医療機関の薬剤数を集計し表示	
56		多剤処方前々月		抽出条件3_多剤の抽出を行う際は「多剤処方前々月」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-2」に受診したすべての医療機関の薬剤数を集計し表示	
57		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
58		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
59		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	
60	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
61		義歯等			抽出年度を出力
62	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	
63		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	
64	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	
65		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	

No.	項目名		説明	凡例	決定事項
66	健診項目	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		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	健診情報等	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		
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「○」、「いいえ」の場合「×」		高齢者質問票のみが出力の対象となり、通いの場の質問票は出力の対象となりません。
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	質問票の回答について「はい」の場合「○」、「いいえ」の場合「×」		
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			
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「○」、「いいえ」の場合「×」		
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	健診受診状況	RO4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「○」、ない場合には「-」を表示		
110		RO3年度			
111		RO2年度			
112		RO1年度			
113		H30年度			
114	介護情報	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」、要介護度1の場合「介1」、要介護度2の場合「介2」、要介護度3の場合「介3」、要介護度4の場合「介4」、要介護度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		
117		居宅	抽出年度に該当サービスがある場合には「○」、ない場合には「-」を表示		
118		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」、要介護度1の場合「介1」、要介護度2の場合「介2」、要介護度3の場合「介3」、要介護度4の場合「介4」、要介護度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確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>ー<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: 頰腕症候群	
傷病名_骨折	S02: 頭蓋骨及び顔面骨の骨折 S12: 頰部の骨折 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: 双極性感情障害<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臓炎	
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の推進及び効果検証のための研究

令和 6 年 4 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