

高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施について

令和6年12月

厚生労働省 保険局 高齢者医療課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施とは

高齢者保健事業（後期高齢者） + 国民健康保険保健事業(国保) + 地域支援事業（介護保険）



3事業の「一体的実施」

○高齢者の医療の確保に関する法律

第125条 後期高齢者医療広域連合は、高齢者の心身の特性に応じ、健康教育、健康相談、健康診査及び保健指導並びに健康管理及び疾病の予防に係る被保険者の自助努力についての支援その他の被保険者の健康の保持増進のために必要な事業（以下「高齢者保健事業」という。）を行うように努めなければならない。

3 後期高齢者医療広域連合は、高齢者保健事業を行うに当たっては、市町村及び保険者との連携を図るとともに、高齢者の身体的、精神的及び社会的な特性を踏まえ、高齢者保健事業を効果的かつ効率的で被保険者の状況に応じたきめ細かなものとするため、市町村との連携の下に、市町村が実施する国民健康保険法第八十二条第五項に規定する高齢者の心身の特性に応じた事業（次条第一項において「国民健康保険保健事業」という。）及び介護保険法第百十五条の四十五第一項から第三項までに規定する地域支援事業（次条第一項において「地域支援事業」という。）と一体的に実施するものとする。

○国民健康保険法

第82条 市町村及び組合は、特定健康診査等を行うものとするほか、これらの事業以外の事業であつて、健康教育、健康相談及び健康診査並びに健康管理及び疾病の予防に係る被保険者の自助努力についての支援その他の被保険者の健康の保持増進のために必要な事業を行うように努めなければならない。

5 市町村は、第一項の規定により市町村が行う被保険者の健康の保持増進のために必要な事業のうち、高齢者の心身の特性に応じた事業を行うに当たっては、高齢者の医療の確保に関する法律第百二十五条第一項に規定する高齢者保健事業及び介護保険法第百十五条の四十五第一項から第三項までに規定する地域支援事業と一体的に実施するよう努めるものとする。

○介護保険法

第115条の4 5

6 市町村は、地域支援事業を行うに当たっては、高齢者保健事業（高齢者の医療の確保に関する法律第百二十五条第一項に規定する高齢者保健事業をいう。以下この条及び第百十七条第三項第九号において同じ。）を行う後期高齢者医療広域連合（同法第四十八条に規定する後期高齢者医療広域連合をいう。以下この条において同じ。）との連携を図るとともに、高齢者の身体的、精神的及び社会的な特性を踏まえ、地域支援事業を効果的かつ効率的で被保険者の状況に応じたきめ細かなものとするため、高齢者保健事業及び国民健康保険法第八十二条第五項に規定する高齢者の心身の特性に応じた事業（同号において「国民健康保険保健事業」という。）と一体的に実施するよう努めるものとする。

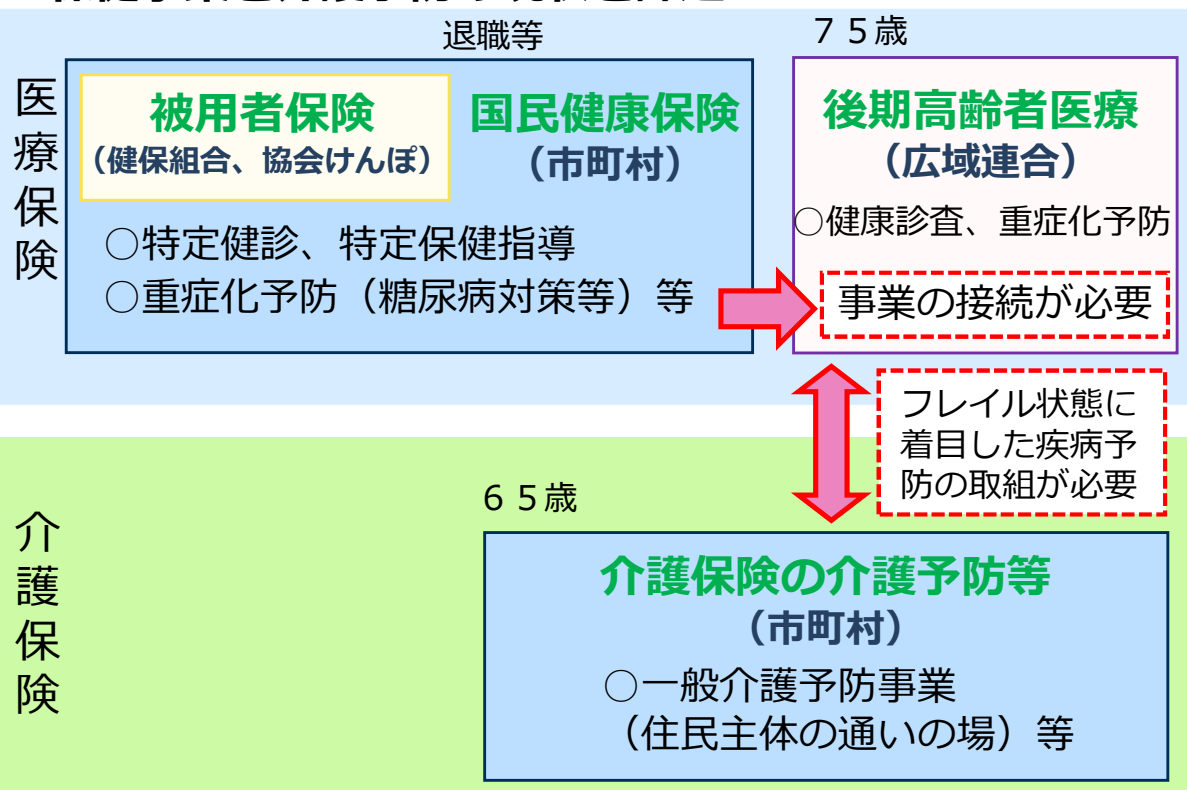
高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施

- 広域連合が**高齢者保健事業を国民健康保険保健事業及び介護予防の取組と一体的に実施する取組が令和2年4月から開始**された。
- 広域連合は、その実施を**構成市町村に委託**することができる。

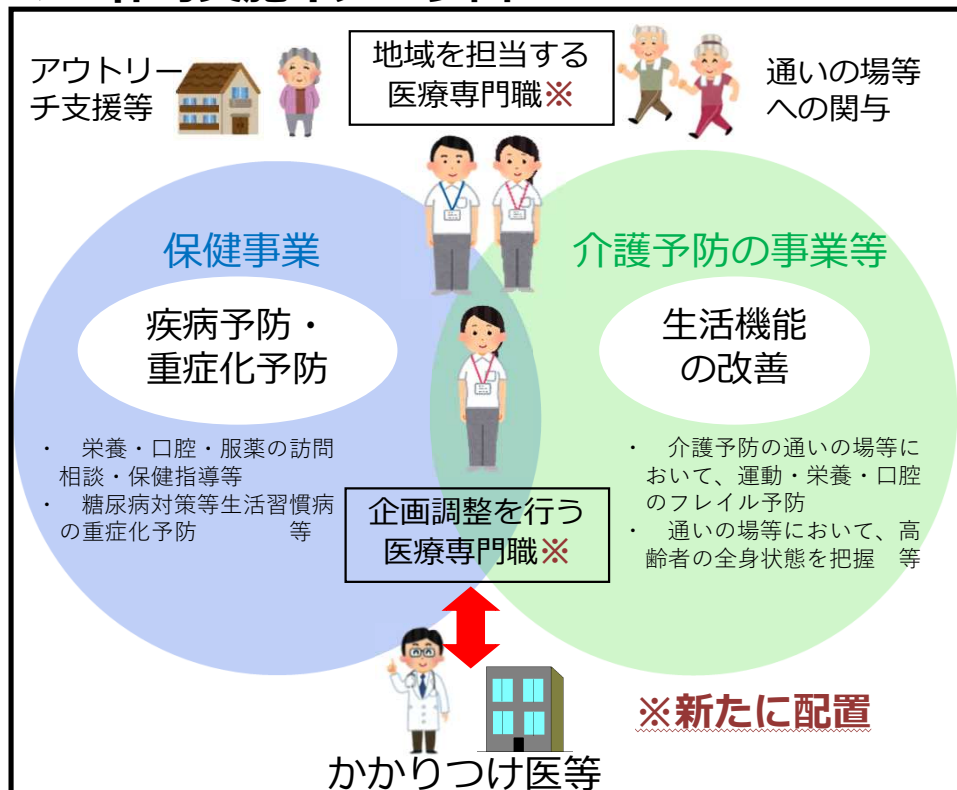
- 令和5年度の実施済みの市町村は **1,396市町村、全体の80%**
- 令和6年度中に実施予定の市町村は **1,708市町村、全体の98%**
- 令和6年度までに全ての市町村において一体的な実施を展開することを目指す。

高齢者医療課調べ（令和5年11月時点）

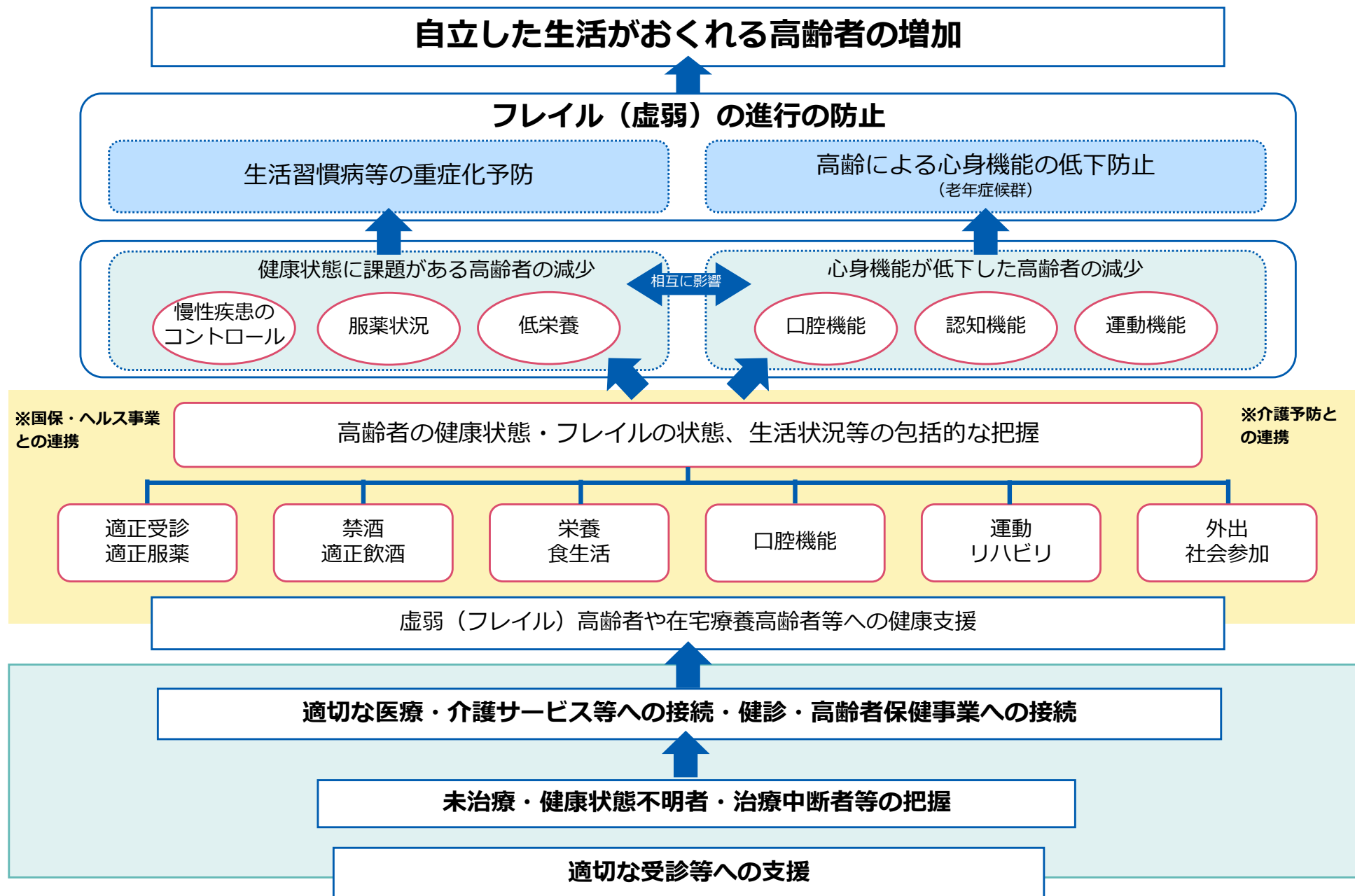
▼保健事業と介護予防の現状と課題



▼一体的実施イメージ図



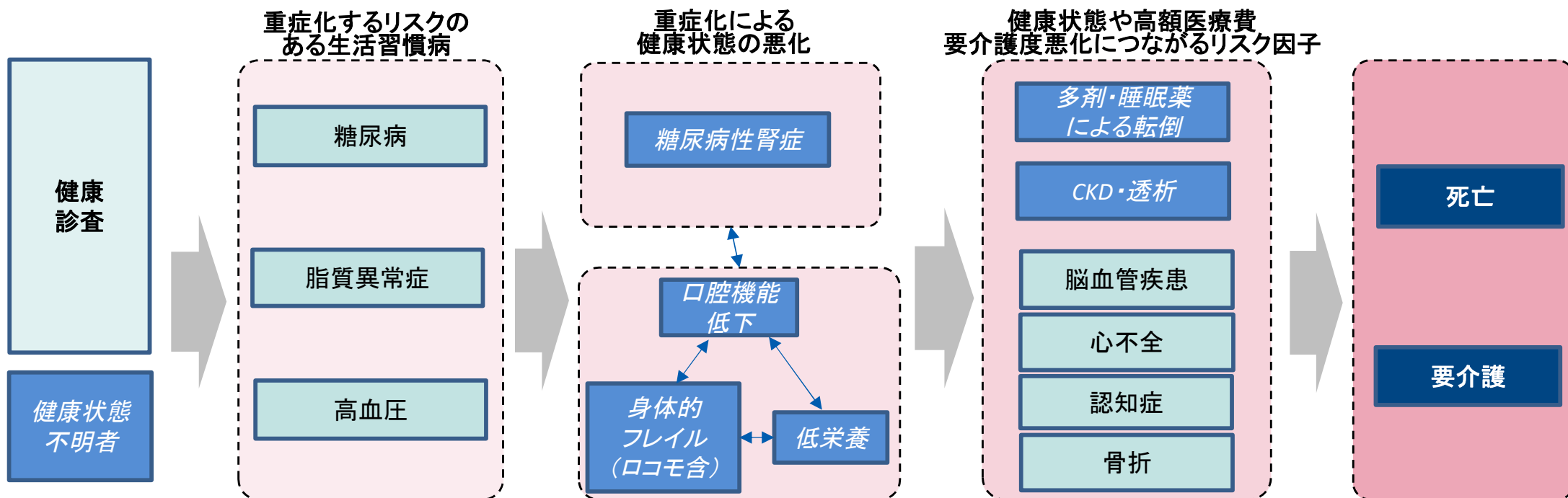
高齢者に対する保健事業が目指すもの



後期高齢者の質問票

	類 型 名	質 問 文	回 答	
1	健康状態	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	④あまりよくない ⑤よくない
2	心の健康状態	毎日の生活に満足していますか	①満足 ②やや満足	③やや不満 ④不満
3	食習慣	1日3食きちんと食べていますか	①はい	②いいえ
4	口腔機能	半年前に比べて固いもの(*)が食べにくくなりましたか *さきいか、たくあんなど	②いいえ	①はい
5		お茶や汁物等でむせることがありますか	②いいえ	①はい
6	体重変化	6カ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	②いいえ	①はい
7	運動・転倒	以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか	②いいえ	①はい
8		この1年間に転んだことがありますか	②いいえ	①はい
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
10	認知機能	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されていますか	②いいえ	①はい
11		今日が何月何日かわからない時がありますか	②いいえ	①はい
12	喫煙	あなたはたばこを吸いますか	②吸っていない ③やめた	①吸っている
13	社会参加	週に1回以上は外出していますか	①はい	②いいえ
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
15	ソーシャルサポート	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

健診を入り口とした高齢者保健事業について



65歳以上の要介護者等の介護が必要となった主な原因

	総数
第1位	認知症 (16.8%)
第2位	脳血管疾患 (脳卒中) (15.0%)
第3位	転倒・骨折 (14.2%)

傷病分類別にみた医科診療医療費構成割合 (75歳以上)

	総数
第1位	循環器系の疾患 (25.6%)
第2位	新生物<腫瘍> (12.6%)
第3位	損傷、中毒及びその他の外因の影響 (10.2%)
第4位	筋骨格系及び結合組織の疾患 (8.8%)
第5位	腎尿路生殖器系の疾患 (6.9%)

出典：厚生労働省 令和4年国民生活基礎調査

出典：厚生労働省 令和3年国民医療費 6

一体的実施における主な取組及び事業実施市町村数

事業の企画

KDBを活用したデータ分析	医療専門職によって健康・医療・介護情報による地域の健康課題の把握を行い、庁内外の関係者間で健康課題の共有や既存の関連事業との調整、地域の医療関係団体等の連携を進め、事業全体の企画・調整・分析を行う。
---------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------

高齢者に対する個別的支援（ハイリスクアプローチ） n=1,396市町村

取組区分	実施市町村数	取組区分	実施市町村数
低栄養に関わる相談・指導	555	糖尿病性腎症重症化予防に関わる相談・指導	805
口腔に関わる相談・指導	298	生活習慣病等重症化予防(身体的フレイル含む)に関わる相談・指導	830
重複・頻回受診者、重複・多剤投薬者への相談・指導	263	健康状態不明者への対応	950

通いの場等への積極的関与（ポピュレーションアプローチ） n=1,396市町村

取組区分	実施市町村数
フレイル予防等の普及啓発活動や運動・栄養・口腔等のフレイル予防などの健康教育・健康相談の実施	1,368
後期高齢者の質問票を活用するなど、フレイル状態にある高齢者等を把握し、低栄養や筋力低下等の状態に応じた保健指導や生活機能向上に向けた支援の実施	974
高齢者の健康に関する相談や不安等について気軽に相談が行える環境づくり	721

一体的実施の推進に向けた体制整備

- 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するため、高齢者の保健事業について、広域連合と市町村の連携内容を明示し、**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。**

都道府県保健所

事例の横展開・県内の健康課題の俯瞰的把握・事業の評価 等

広域性を活かした支援

広域連合

- **広域計画**に、広域連合と市町村の連携内容を規定
- **データヘルス計画**に、事業の方向性を整理
- 事業の実施に必要な費用を**委託事業費**として交付
- 構成市町村にヒアリング
- 構成市町村へのデータ提供
- 構成市町村の事業評価の支援

委託

技術的援助・協力

市町村

- 高齢者医療、国保、健康づくり、介護等**庁内各部局間の連携体制整備**
- 一体的実施に係る**事業の基本的な方針**を作成
- 一体的実施に係る事業の企画・関係団体との連携
- **介護の地域支援事業・国保の保健事業との一体的な取組の実施**
(例) データ分析、アウトリーチ支援、通いの場への参画 等

※広域連合に被保険者の医療情報等の提供を求められることができる
※広域連合のヒアリング等を通じた事業内容の調整
※データの一体的分析により地域課題を把握、広域連合からの提供データも活用
※地域ケア会議等も活用

医療関係団体

- 企画段階から取組について調整
- 取組への助言・支援
- かかりつけ医等との連携強化 等
- 事業の実施状況等を報告し、情報共有

事業の報告

国保中央会

- 研修指針の作成

国保連合会

- KDBシステムのデータ提供
- 市町村、広域連合に向けた研修の実施
- 保健事業支援・評価委員会による支援

KDBシステムの活用支援

国（厚生労働省）

- **保健事業の指針**において、一体的実施の方向性を明示
- **具体的な支援メニュー**をガイドライン等で提示
- 特別調整交付金交付
- エビデンスの収集

令和3年～

厚生（支）局

- 特別調整交付金審査事務
- 実施状況調査・ヒアリング

令和6年度以降の一体的実施の取組における高齢者保健事業について

(イメージ)

- 令和6年度以降、第3期データヘルス計画に基づく保健事業の取組の量の増加・質の向上を目指し、好事例を展開していく必要がある。予防・健康づくりの取組については、青壮年期から高齢期、継続的に実施されたものの結果が高齢期の健康状態に大きく影響することか、75歳の後期高齢者になる以前の取組も重要である。

phase 1 令和2-5年

phase 2 令和6-8年

厚生労働省

一体的実施の全国展開
データヘルス推進・標準化の推進
高齢者の保健事業ガイドラインの整備・普及

一体的実施の量の拡大・質向上を目指し
好事例を展開

広域連合
市町村

データヘルス計画に基づく
効果的・効率的保健事業（一体的実施を含む）の実施

研究等

一体的実施推進のための研究

一体的実施効果検証のための研究

国保連中央会
会

KDBの充実
KDBデータ利活用促進（ツールの開発・拡充）

疾病の重症化予防・生活機能の低下の防止

健康寿命の延伸

一体的実施を進める上での課題と対応

課題

体制整備

- 事業実施にあたる医療専門職が不足しており、多くのハイリスク者が抽出されても、対応しきれない
- 庁内の関係部署、庁外の関係団体への説明や事業協力依頼が必要

計画策定

- 複数の事業に取り組む上で、関係者への説明が必要
- 目標・評価指標の設定

事業実施

- 庁外の医療関係団体、関係機関への協力依頼方法がわからない、または十分協力が得られない
- 国保保健事業や介護予防事業との連携による効率的な事業実施が必要

事業評価

- 事業実施後の評価、改善策の立案が困難

一体的実施の取組を含む保健事業の標準化の推進

【データヘルス計画】

- データヘルス計画様式の提示
- 共通評価指標の設定

【一体的実施の取組等】

- 一体的実施計画書様式の改編
 - ・ ハイリスク者把握を含む整理すべき項目の提示
 - ・ 集約ツールの提供による市町村の計画内容の見える化
- 高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン（第3版）の提示
- 一体的実施・実践支援ツールの提供
 - ・ 研究班による解説書の提示

データヘルス計画の評価指標等について

評価指標 設定のポイント

- 広域連合が既存のデータベースシステム又は統計で確認できる

総合的な評価指標 (共通評価指標)

健診受診率 [健診の対象外とする者の設定が統一されていない
⇒ 対象外の者について設定し、分母を統一する。]

歯科健診実施市町村数・割合

質問票を活用したハイリスク者把握に基づく保健事業を実施している市町村数・割合

アウトプット

以下の保健事業（ハイリスクアプローチ）の実施市町村数・割合

- ・低栄養
- ・口腔
- ・服薬（重複・多剤等）
- ・重症化予防（糖尿病性腎症）
- ・重症化予防（その他 身体的フレイルを含む）
- ・健康状態不明者対策

※各事業対象者の抽出基準は問わない

アウトカム

平均自立期間（要介護2以上）

ハイリスク者割合(一体的実施支援ツールの抽出基準に該当する者の割合)

- ・低栄養
- ・口腔
- ・服薬（多剤）
- ・服薬（睡眠薬）
- ・身体的フレイル（ロコモ含む）
- ・重症化予防（コントロール不良者）
- ・重症化予防（糖尿病等治療中断者）
- ・重症化予防（基礎疾患保有＋フレイル）
- ・重症化予防（腎機能不良未受診者）
- ・健康状態不明者対策

※各広域連合が、上記以外の評価指標を設定することも差し支えない。

策定の際に確認が必要なデータ例※

1人当たり医療費

1人当たり医療費（入院）

1人当たり医療費（外来）

1人当たり医療費（歯科）

1人当たり医療費（調剤）

疾病分類別医療費

介護給付費

上手な医療の かかり方	後発医薬品の使用割合
	重複投薬患者割合

※広域連合による保健事業の実施以外の要因が大きいこと等により、共通の評価指標として設定しないが、各広域連合が評価指標として設定することも差し支えない。

個別事業（一体的実施）の 評価指標例

低栄養

重症化予防
(糖尿病性腎症)

口腔

身体的フレイル
(ロコモ含)

服薬（多剤）

健康状態不明者対策

個別事業（一体的実施）の評価指標例

	低栄養	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 	<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 	<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
	服薬指導(多剤)	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 	<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"> 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
	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(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がり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"> 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

健診情報等を活用した高齢者保健事業対象者の抽出条件

一体的実施・KDB活用支援ツールによる支援対象者の抽出条件

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

凡例： 健診 質問票 医療 介護

第3期データヘルス計画について

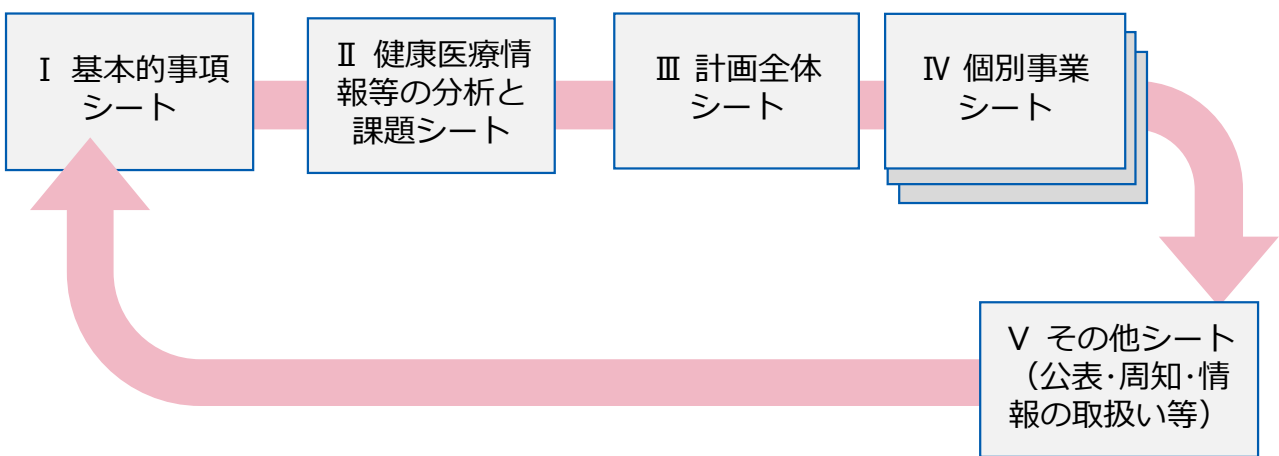
- 後期高齢者の保健事業については、データヘルス計画(国保・後期)の在り方に関する検討会における議論を踏まえ、令和5年3月30日に「高齢者保健事業の実施計画(データヘルス計画)策定の手引き」を改訂した。各広域連合においては令和6年度から第3期データヘルス計画が開始となる。
- 第3期データヘルス計画においては、標準化を推進し、総合的な評価指標としての共通評価指標の設定とともに、健康課題解決につながる計画を策定するための考え方のフレームとして、計画様式にて作成いただくこととした。

■データヘルス計画の標準化のねらいと対応

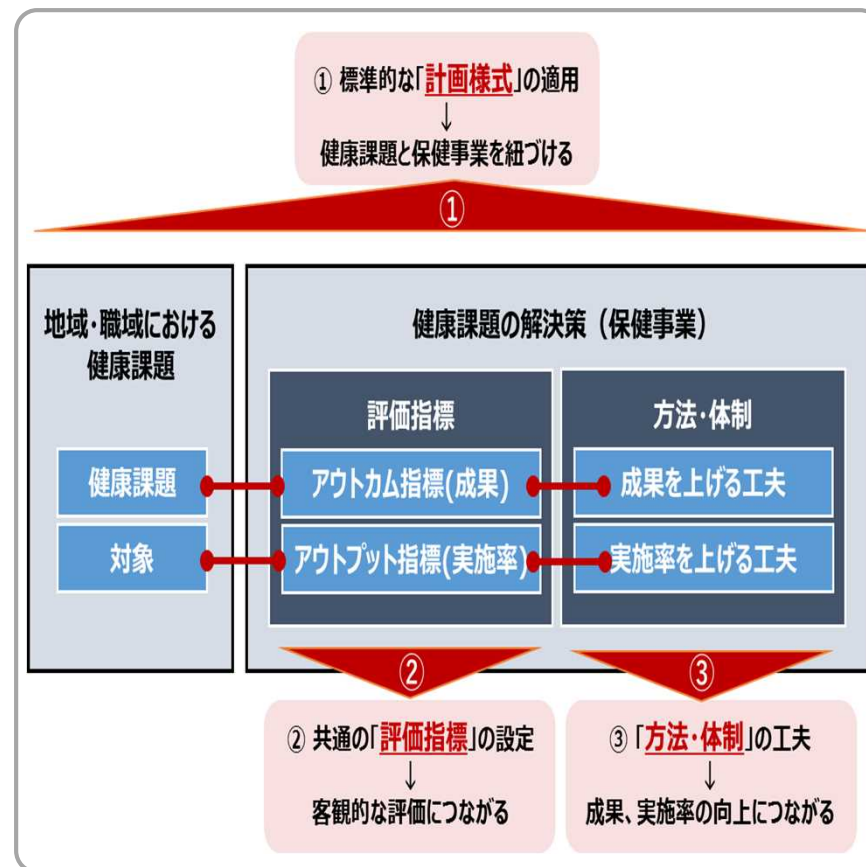
- 計画策定や保健事業運営の負担が軽減されるだけでなく、共通の評価指標を用いることで実績を比較可能とする。
- 効果的な保健事業(方法・体制)をパターン化することにより、事業効果を向上させる。

- ・ 策定段階での考え方のフレームの提示
- ・ 総合的な評価指標としての共通評価指標の設定
- ・ 総合的な評価指標と個別事業の提示
- ・ 個別事業の評価指標例をアウトプット・アウトカムに区分
- ・ 総合的な評価指標に関し、確認すべきデータの提示

■健康課題解決につながる計画を策定するためのフレーム(構造的な計画様式)



データヘルス計画 標準化の要素



データヘルス計画の標準化の対応状況 共通評価指標の設定

ねらい

○ 共通の「評価指標」の設定により客観的な評価につなげることを可能とするとともに、広域連合間や市町村間の比較により効果的・効率的な事業のパターンや経年変化の把握等に役立てられる。

総合的な評価指標 (共通評価指標)

全国値
(R6.7.29時点)

健診受診率 27.2%

歯科健診実施市町村数・割合 1485 85.3%

質問票を活用したハイリスク者把握に基づく保健事業を実施している市町村数・割合 1008 57.9%

以下の保健事業（ハイリスクアプローチ）
の実施市町村数・割合

・低栄養	433	24.9%
・口腔	194	11.1%
・服薬(重複・多剤等)	128	7.4%
・重症化予防(糖尿病性腎症)	643	36.9%
・重症化予防(その他・身体的フレイル含)	637	36.6%
・健康状態不明者対策	694	39.9%

※各事業対象者の抽出基準は問わない

平均自立期間 男80.0 女84.4

ハイリスク者割合(一体的実施支援ツールの抽出基準に該当する者の割合)

・低栄養	0.9%
・口腔	3.4%
・服薬(多剤)	3.4%
・服薬(睡眠薬)	1.8%
・身体的フレイル(ロコモ含む)	4.9%
・重症化予防(コントロール不良者)	0.7%
・重症化予防(糖尿病等治療中断者)	6.8%
・重症化予防(基礎疾患保有+フレイル)	5.4%
・重症化予防(腎機能不良未受診者)	0.019%
・健康状態不明者対策	1.9%

アウトカム

アウトプット

後期高齢者の保健事業における市町村対応のPDCA

- 後期高齢者の保健事業（健康診査・歯科健康診査、一体的実施等における個別の保健事業）については、広域連合が通例6年間のデータヘルス計画を策定・実施しており、毎年度事業内容の実施状況を踏まえた評価・改善を行う。また、多くの場合、市町村が広域連合からの委託を受けて保健事業を実施している。市町村が事業実施を行うにあたっては、広域連合のデータヘルス計画における計画・評価・改善（P・C・A）の方針を踏まえつつ、保健事業の実施（D）については、毎年度、計画・評価・改善（P・C・A）を別途行う必要がある。

計画 (Plan)

【現状の整理】

これまで実施した保健事業（対象や実施方法、実施体制、成果等）の考察。

【健康・医療情報等の分析】

多角的・複合的な視点に立ち、地域全体の健康問題の特徴をデータとともに質的情報等も分析。
 県内平均値・全国平均値との比較
 地区別の分析 性・年齢別の分析
 疾病分類別の分析 経年比較

※データヘルス計画上の共通評価指標にかかる分析においては、一体的実施・KDB活用支援ツールの抽出条件を参照。

【健康課題の抽出・明確化】

分析結果を踏まえ、地域の優先的な健康課題を選択。どのような疾病にどのくらい医療費を要しているか、より高額な医療費の原因は何か、それは予防可能な疾患なのか等を検討。

【目標の設定】

最も効果が期待できる課題を、重点的に対応すべき課題として目標・対策を設定するとともに、効率的な実施方法・体制について検討。

実施 (Do)

【保健事業対象の明確化】

適切な健康診査等の実施、その結果から抽出された課題や目標を十分に踏まえ、支援方法・優先順位等を検討し、保健事業を選択、優先順位付けて実施。

健康診査・歯科健康診査

- ・低栄養
- ・口腔機能低下
- ・服薬（多剤）
- ・服薬（睡眠薬）
- ・身体的フレイル（ロコモを含む）
- ・重症化予防（コントロール不良者）
- ・重症化予防（糖尿病等治療中断者）
- ・重症化予防（基礎疾患保有+フレイル）
- ・重症化予防（腎機能不良未受診者）
- ・健康状態不明者

【効率的・効果的な保健指導の実施】

事業実施の実現可能性等も踏まえつつ、保健事業の対象とする個人を、適切に抽出。外部有識者等との連携・協力体制を確保。対象者のライフスタイルや行動変容の準備状態にあわせた学習教材を用意。確実に行動変容を促す支援を実践。

<より効率的・効果的な方法・内容に改善>

評価 (Check)

【評価の視点に基づく評価の実施】

地域の集団及び個人における検査データの改善度、行動目標の達成度、生活習慣の改善状況等を評価。

<ストラクチャー評価（構造）>

保健事業を実施するための仕組みや体制の評価。
 （指標：事業実施にかかる連携体制整備等）

<プロセス評価（過程）>

事業の目的や目標の達成に向けた過程（手順）や活動状況の評価。
 （指標：事業案内の方法、事業実施方法等）

<アウトプット評価（実施率）>

目的・目標の達成のために行われる事業の結果を評価。
 （指標：保健指導実施率等）

<アウトカム評価（成果）>

事業の目的や目標の達成度、また成果の数値目標を評価。
 （指標：健診結果、医療費の変化等）

改善 (Action)

目標や方法・体制等も含めて検証・評価を行った結果を踏まえ、地域の健康課題解決に向けた計画の修正。健康課題をより明確にした戦略的取組の検討。

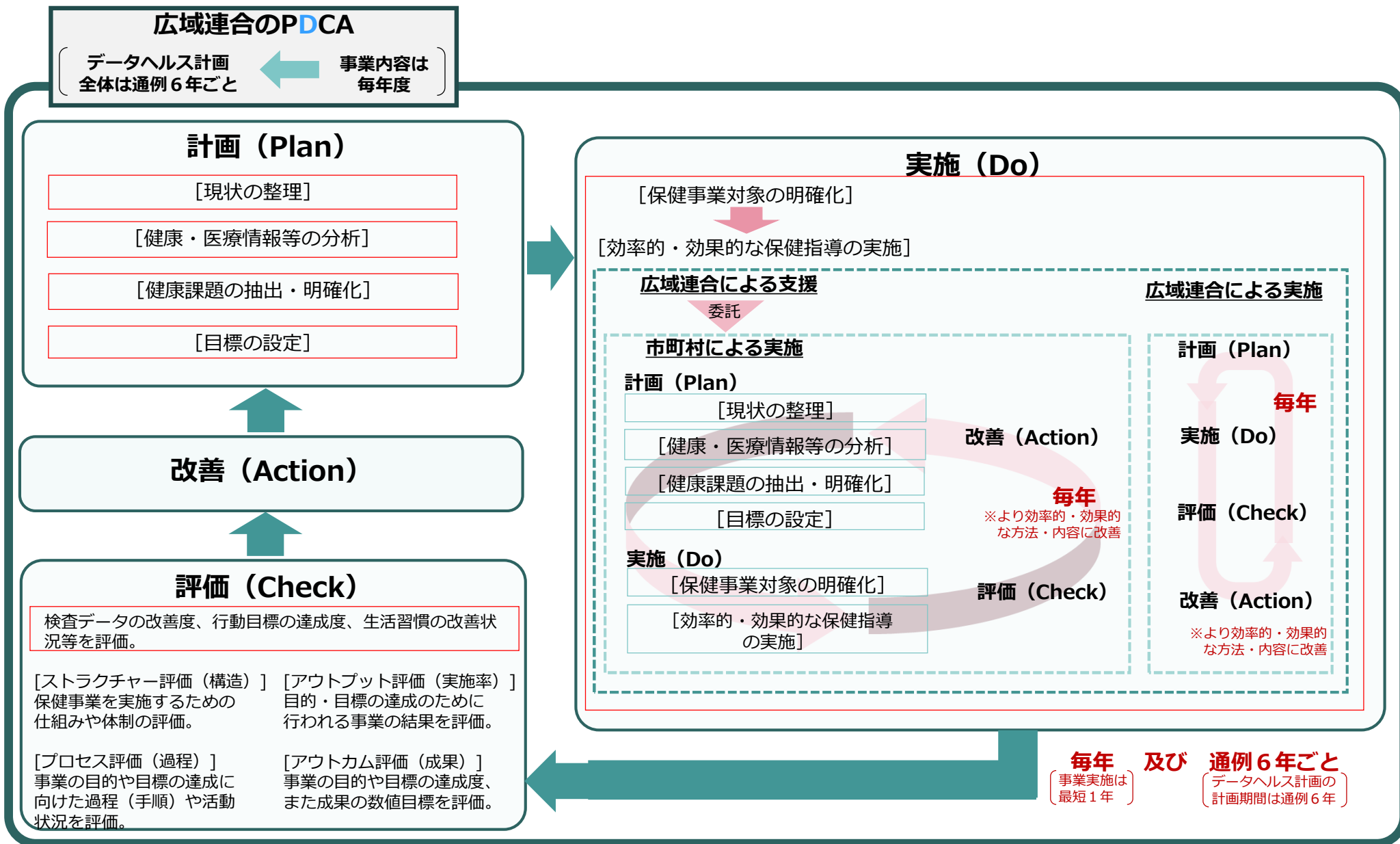
広域連合のPDCA

データヘルス計画全体は通例6年ごと ← 事業内容は毎年度

市町村における保健事業のPDCAは毎年度実施し、その結果については適時、広域連合への共有が必要。

広域連合における保健事業のPDCAと市町村における保健事業のPDCAの関係性

- 一体的実施の取組を含む高齢者保健事業の効果を上げるため、広域連合がPDCAサイクルに沿って保健事業の進捗管理をする必要がある。
- 市町村は、一体的実施についてPDCAサイクルに沿って事業評価を行い、広域連合とその実施・評価の状況等について共有する。



ご案内

○「高齢者の特性に応じた保健事業ガイドライン 第3版」や一体的実施事業の事例集を、厚生労働省のHP「高齢者の保健事業について」に掲載しています。

・「**高齢者の保健事業について**」

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuuhoken/hokenjigyou/index_00003.html

○「高齢者の特性に応じた保健事業ガイドライン 第3版」の解説動画を、厚生労働省のYouTubeに掲載しています。

・「**高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第3版**」説明動画

https://www.youtube.com/playlist?list=PLMG33RKISnWg0qLIAv_Zrs-nk-d3E3Gkh

ご清聴いただきありがとうございます。