

【資料1】令和7年度高齢者の保健事業と介護予防
の一体的実施に係る東海北陸厚生局管内意見交換会
(令和8年2月2日)

一体的実施における共通認識 の形成方法とその効果

～関係者間と住民との連携を見据え～

令和8年2月2日(月)
朝日大学保健医療学部看護学科 中村廣隆

高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」の概要と目的

【概要】

- これまで別々に行われていた「後期高齢者医療制度(保健事業)」と「市町村の介護保険(介護予防)」を、市町村が主体となつて一つのパッケージとして提供する仕組み。
- 具体的には、保健師や管理栄養士などの専門職が、医療・介護のデータを活用して、地域の「通いの場」への関与や、ハイリスク者への個別訪問(アウトリーチ)を一体的に行う。

【目的】

最大の目的は、高齢者が要介護状態になることを防ぎ、「健康寿命の延伸」と「QOL(生活の質)の向上」を図ること。

- **フレイル(虚弱)対策の強化**: 質問票やデータから衰えの兆候(フレイル)を早期に見つけ、重症化を未然に防ぐ。
- **効率的な支援体制の構築**: バラバラだった窓口や情報を統合し、対象者に合わせた最適なケアを漏れなく届ける。
- **社会参加の促進**: 単なる健診だけでなく、地域のコミュニティ(通いの場)へつなげることで、孤独死防止や活動量の維持を目指す。

飯島勝矢. (2021). フレイル予防の最前線：高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に向けて. 日本老年医学会雑誌, 58(1), 1-12. doi.org
津下一代. (2020). 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施：その背景と今後の展望. 公衆衛生, 84(6), 362-368. doi.org

本日の要点

1. ゴールは「事業」ではなく「対象者（関係者）」ごとに定義する

- “誰のゴールを扱っているか” を明確にする

2. 共通認識は「同じゴール」ではなく「同じ方向性+役割の合意」でつくる

- ゴールが違ってても、目指す方向性（例：自立支援、生活機能の維持、社会参加の継続）は共有できる

3. 「ゴールの見える化」を行い、迷わず進む指針にする

- インプット→活動→アウトプット→アウトカム→インパクトを可視化し、
各主体のゴール（最終）と共通の中間ゴール（途中）を整理する
- 「最終ゴールの違い」を前提に、同じ場で同じ言葉で説明できる状態をつくる

これまでの取り組みと課題

取組の実際と見えてきた課題

【取組の実際】

- **データに基づく対象者抽出（ハイリスク・アプローチ）**
KDBを活用し、健診未受診者、低栄養、多剤服用等のリスクを把握し、優先順位をつけて個別支援を実施
- **通いの場への専門職関与（ポピュレーション・アプローチ）**
保健師・管理栄養士・歯科衛生士等が地域の通いの場に出向き、フレイルチェックや健康講話を実施
- **個別的・継続的な保健指導**
生活習慣病の重症化予防を目的に、医療・介護の視点から本人とともに支援計画を作成

【取組の課題】

- **専門職不足と業務負担の増大**
一体的実施の追加業務により、現場の負担が限界に近づいている
- **部局間連携の難しさ**
後期高齢者医療と介護保険、庁内外関係課間でのデータ共有・調整に時間を要する
- **無関心層へのアプローチと評価指標の確立**
支援が届きにくい層への対応や、中長期的効果（医療・介護費等）の評価が課題

日本看護協会. (2022). 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に向けた取組に関する調査報告書. www.nurse.or.jp

一体的実施を「続けられる仕組み」にするために

1. 専門職に依存しすぎない体制づくり

- 専門職がすべてを担うのではなく、役割分担と外部資源の活用を進める
- 通いの場・地域包括支援センター・民間等との協働

2. 庁内連携の「見える化・定型化」

- 保健・介護・国保・後期高齢者医療の情報共有ルールの整理
- 会議体・フロー・担当の明確化

3. 支援の重点化と段階的展開

- すべてを一度に行わない
- 優先対象・重点地区を決めて段階的に実施

4. 評価を意識した事業設計

- 短期：参加・行動変容
- 中期：フレイル・受診行動
- 長期：医療・介護費（参考指標）

課題別

一体的実施の対応事例（東海北陸厚生局 研修・事例集より）

1) 専門職不足・負担増（人に依存しない運用）

- 通いの場を**登録制＋実績報告**で可視化し、講師派遣・評価をルーチン化（省力運用）：みよし市
https://www.jmar-form.jp/r5juso/latkhr-3a_miyoshi.pdf
- 多拠点でのフレイルチェックを**定型化**し、参加/非参加で医療費等を比較（重点化）：各務原市
<https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/tokaihokuriku/000382854.pdf>

2) 縦割り・連携困難（庁内外の調整を仕組みに埋め込む）

- **月1定例会**で部署横断の企画調整・情報共有：みよし市
https://www.jmar-form.jp/r5juso/latkhr-3a_miyoshi.pdf
- **2部5課**で進捗・次年度方針を共有（会議の定例化）：小牧市
<https://www.mhlw.go.jp/content/001076766.pdf>
- 広域連合・庁内連携の役割を整理し、運営（会議・調整・広報等）を明確化：知立市
<https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/tokaihokuriku/000381908.pdf>
（R6意見交換会掲載）https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/tokaihokuriku/newpage_00710.html

3) 無関心層・健康状態不明者（届かない層に段階的アウトリーチ）

- 健康状態不明者に**郵送→未返信者への追加対応**（段階化）：みよし市
https://www.jmar-form.jp/r5juso/latkhr-3a_miyoshi.pdf
- KDB等で対象抽出し、訪問後に包括等へ接続（継続接点づくり）：小山町
<https://www.mhlw.go.jp/content/001076765.pdf>

4) 評価指標の確立（説明可能な“見える化”）

- フレイルチェック**参加/非参加の医療費比較**など、成果説明の型を提示：各務原市
<https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/tokaihokuriku/000382854.pdf>
- 健診・質問票・通いの場のデータを連結し、**把握→分析→評価**を運用に組み込み：みよし市
https://www.jmar-form.jp/r5juso/latkhr-3a_miyoshi.pdf
- 年度別事例集（東海北陸：加賀市・鈴鹿市を掲載）※他年度参照の根拠：R5事例概要
<https://www.mhlw.go.jp/content/001236533.pdf>

好事例に共通すること

- ①「全員に全部」ではなく、**重点化と段階的展開**で現実に落とす
- ②**一体的実施の成功は「制度」より「運用設計」**で決まる
- ③仕組み（データ・会議体・通いの場・評価）を**実務で回す設計**がある
- ④行政単独ではなく、**多機関連携＋住民との共有**で継続性を担保

原点回帰による 一体的実施の見直し

①重点地区・重点課題の決め方(優先順位づけ)

【KDBを用いて視覚化することをお勧めします】

優先順位づけの基本ロジック

①他市町間比較の見える化（他市町のデータがある、集約する）

- ・ 比較できる場合：同じ人口構成と比較
- ・ できない場合：県平均と比較して・・・

②経年比較比較の見える化

・ 坪下ほか. 通いの場づくりによる介護予防は地域間の健康格差を是正する：神戸市「いきいき百歳体操」および「地域フレイルチェック」. 日本公衆衛生雑誌. 2022;69(5):303–312. doi:10.11236/jph.21-120

・ 上田ほか. 「通いの場」の概念・類型（「介護予防の通いの場」の整理）. 日本公衆衛生雑誌. 2022;69(5):286–302. doi:10.11236/jph.21-104

共通点②

データに基づく対象者抽出（ハイリスク・アプローチ 「重点課題」を作る材料

①KDB等を用いて、健診・医療・介護の接点が乏しい層（例：**健康状態不明者**）を抽出し、状況把握→支援接続

②健康状態不明者の場合、**地域とのつながり**との相関を確認
（まったく把握できていない人なのか？）

③ハイリスク該当者の個別支援なのか集団支援でも可能なのか

共通点③：多機関連携を“会議”で終わらせない

役割分担・ルール・頻度が決まっている

【連携する型がある】

- 管理（方針合意）と実務（運用調整）で会議体を分ける
- 広域連合／市町村（保健・介護・国保）／包括／医療職能団体の役割を明文化

例：

広域連合：他市町間比較、経年比較の地域診断資料作成

市町村：多機関(住民)連携のコンダクター、会議ではなく実務でつなげる

包括：質と量のデータとを突合させ制度をまたいだ支援

医療職能団体：個別支援

共通点④：評価を“後付け”にしない

- **短期～中期の評価を先に置く（説明可能性の確保）**
- 短期：参加、相談件数、対象者接触率、通いの場継続率
- 中期：フレイル指標、栄養・口腔・運動の改善、受診行動
- 長期：医療費・介護費は「参考指標」として扱い、過度に単独指標化しない

評価方法の考え方と注意点

ロジックモデルをご存じですか？

- ・ロジックモデルは、取組が目標に至るまでの流れを視覚的かつ体系的に表現するもので、

何が（誰に）・・・インプット / Inputs / 投入資源

⇒ 何をすれば（どう働きかければ）・・・活動 / Activities / プロセス

⇒ 何が生まれて（まずどうなって）・・・アウトプット / Outputs / 直接的な効果

⇒ どうなるか（何が変わるか）・・・アウトカム / Outcomes / 結果

⇒ 最終的にどういう影響があるか・・・インパクト / Impact / 最終的影響

という、因果関係を、図や表の形で論理的に示すものです。

第5期関市地域福祉計画のロジックモデル

何が（インプット / Inputs / 投入資源）
●だれに？

⇒ 何をすれば / どう働きかける（活動 / Activities / プロセス）

●第5期関市地域福祉計画において定められた

- ・「基本目標」：1. 包括的な相談体制の強化 ①②③
- 2. 多様な人々が共に生きられる地域づくり ①②③
- 3. 分野ごとに強化する地域福祉活動の発展 ①②③
- 4. 権利が護られるまちづくり ①②③

⇒ 何が生まれて / まずどうなって（アウトプット / Outputs / 直接的な効果）

●第5期関市地域福祉計画において定められた

- ・「活動指標」（地域福祉計画P31-32に記載）

⇒ どうなるか / 何が変わるか（アウトカム / Outcomes / 結果）

●第5期関市地域福祉計画において定められた

- ・「成果指標」—— ①初期（～3年） ②中期（～5年） ③長期（～10年）
（地域福祉計画P29-31に記載）
認識の変化 行動の変化 人々の変化

●ロジックモデルにおいて独自に設けた項目（ロジックモデルの a) - h)

⇒ 最終的にどういう影響があるか（インパクト / Impact / 最終的影響）

●第5期関市地域福祉計画において定められた

- ・「基本理念」：①だれもが認め合い、交わりあうまち（共生）
②だれもが関わり合い、学びあうまち（主体性）
③だれもが気づかい、支えあうまち（協働）
- ・「ありたい姿」：声をかけあい、助けあう「地域共生社会」の実現

評価に必要な情報の収集

ロジックモデル『第5期計画の取組』においては、

- ・何が生まれて / まずどうなって **アウトプット / Outputs / 直接的な効果** に着目し、第5期関市地域福祉計画に記載する「活動指標」を活用。定量データ（数値で把握できる情報）を把握します。

次に、

- ・どうなるか（何が変わるか）・・・ **アウトカム / Outcomes / 結果** に着目し、第5期関市地域福祉計画に記載する「成果指標」を活用。取組が、認識や行動、人々の変化にどのように影響をもたらしたかといった観点から定量データ（数値で把握できる情報）と定性データ（数値で表せない質的情報）を把握します。また、計画に記載する「成果指標」以外に**独自の項目**（ロジックモデルアウトカムのa~h）も設けます。

- ・ **アウトプットに関するデータは、毎年収集し、確認するものとします。**
- ・ **アウトカムに関するデータは、住民を対象とするアンケート調査等から収集します。アンケート調査は、令和5年度（計画策定時）、令和7年度（計画開始年度）、令和10年度（計画最終年度の前年度）もしくは11年度（最終年度）に実施します。**

定量評価・定性評価の実施

- ・ 上記で収集したデータを基に、ロジックモデルの「アウトカム」ごとに評価を実施します。
- ・ 評価結果を踏まえて、「最終アウトカム」について、最終評価（定性的なまとめ）を行います。取組の進捗状況とその結果や成果、地域や住民の変化、課題などについて総合的に振り返ります。
- ・ 関係者間の話し合いを通じて、最終評価を確定します。確定した最終評価は、住民・関係機関・支援機関等で共有するとともに、今後の取組推進にも活用します。

岐阜県関市関市健康福祉部福祉政策課 第5期地域福祉計画推進会議資料より抜粋

The image shows a screenshot of a Logic Model table titled 'ロジックモデル (市民の暮らし・社会実現に向けた戦略)'. The table is organized into columns: 'アウトプット' (Outputs), 'アウトカム (中間成果)' (Outcomes), and 'アウトカム (最終成果)' (Outcomes). The 'アウトカム (最終成果)' column contains a list of numbered items (1-10) representing long-term goals. A red circle highlights the 'アウトプット' column, and a green circle highlights the 'アウトカム (最終成果)' column. Red and green lines connect these circles to the text in the main document, indicating the focus of data collection for each level.

事例：ポピュレーションアプローチ

通いの場

専門職の**健康教育**の評価ロジック

目的

通いの場への専門職の健康教育は、地域に届く接点でフレイル等の兆候に早期に気づき、必要な支援につなげ、住民主体の活動を支えながら、医療・介護・保健連携を現場で回し、評価と改善につなげるために行います。

Input (投入:体制・資源)¹⁾

①なぜ見るのか

- 住民主体の通いの場に外部（専門職）の健康教育を載せるには、**合意・派遣能力・導線・記録**が整っていないと単発で終わり、早期介入と改善が成立しないため。

②何を見るのか

- 受け入れ合意（運営者窓口、頻度・テーマ）
- 派遣枠（職種、回数、代替）
- 標準教材・手順（品質担保）
- 相談・連結導線（窓口、予約、つなぎ基準、個人情報）
- 記録・データ（実施、参加、相談、連結、ミニ評価）

③具体的指標（例）

- 合意：合意記録の有無／窓口設定の有無／年間計画の有無
- 派遣能力：派遣可能職種数／派遣枠（回・月）／代替要員の有無
- 標準化：標準教材数（テーマ別）／手順書の有無／改訂回数（年）
- 導線：相談窓口明示の有無／予約枠の有無／つなぎ基準の文書化
- 記録：統一記録様式の有無／台帳整備率／相談→連結記録率

Process (プロセス: 実施の質・運用) ¹⁾

①なぜ見るのか

- 同じ回数でも、講話の運用（参加型・行動化・導線運用）が弱いと、理解や相談・連結が起きず成果が出ないため。

②何を見るのか

- 実施が計画通りか（重点地区・頻度・テーマ）
- 講話の質（わかりやすさ、参加型、行動に落とす設計）
- 相談対応と連結の運用（当日／後日、記録、引継ぎ）

③具体的指標（例）

- 計画遵守：実施率（実施回数/計画回数）
- 講話品質：満足度（平均）／理解度（平均）／行動宣言実施率
- 導線運用：相談対応率／つなぎ基準適用率／引継ぎ完了率

Output (アウトプット: 到達と利用) ¹⁾

①なぜ見るのか

- ポピュレーションアプローチはまず「届いたか (到達)」が重要で、到達と利用が小さいと効果が見込めないため。

②何を見るのか

- 到達 (人数・地区) と継続 (参加の定着)
- 相談と連結 (次の支援につながったか)

③具体的指標 (例)

- 到達: 参加者数 / 実施地区数 / 到達率 (参加者 / 地区高齢者数)
- 継続: 継続参加率 / リピーター比率
- 利用: 相談件数 (当日・後日) / 連結件数 (包括・受診・教室)
- 連結の質: 連結後の実受診率・実参加率

Outcome (初期:0-3か月 / 学習・気づき) 2~4)

①なぜ見るのか

- 健康教育の直接効果はまず**理解・気づき・自己効力感**として現れ、ここが変わらないと行動や支え合いが育たないため。
- 参加が健康に関連することが示される研究では、こうした入口の変化が重要な中間段階となるため。

②何を見るのか

- 理解 (フレイル、栄養、口腔、転倒等)
- リスク認識 (自分事化)
- **自己効力感・行動意図**
- 相談意向 (必要時に頼れる)
- 住民同士の声かけ意図 (支え合いの芽)

③具体的指標 (例)

- 理解度 (3問正答率/自己評価)
- 気づき (体重減少・口腔低下・転倒不安の自覚率)
- 自己効力感 (5段階) / 行動意図 (今日やる1つ:有無)
- 相談したい (有無) / 相談先を知っている (割合)
- 声かけ意図 (「周りに勧める・声をかける」5段階)

Outcome

(中期:3-12か月／行動変容・支援接続の定着) 2~4)

①なぜ見るのか

- 初期の理解が**行動変容・支援接続**に移行しているかを確認しないと、介入の有効性と改善点が判断できないため。
- 実装評価や短期の身体指標で評価可能という知見と整合し、自治体評価として現実的に測れるため。

②何を見るのか

- 行動変容 (運動・栄養・口腔ケア等)
- 身体・生活機能の維持/改善 (簡易指標)
- 受診・教室参加・包括相談 (連結の定着)
- 住民による「教え合い・見守り」の実行 (自走化の進行)
- 運営の内製化 (テーマ選定・進行・ふり返り)

③具体的指標 (例)

- 行動：運動頻度 (回/週) / たんぱく摂取の工夫 (有無) / 口腔ケア頻度
- 機能：転倒経験 (有無) / 簡易運動機能 (例：立ち上がり自己評価)
- 連結：受診率 / 教室参加率 / 包括相談率 / 継続率
- 支え合い：声かけ回数 (自己申告) / 見守り実施 (有無) / 住民リーダー活動回数
- 住民が決めたテーマ割合 / ふり返り実施率

Outcome (長期: 1-3年) 2~4)

①なぜ見るのか

- 一体的実施の政策目的である **自立支援・重度化防止** は、要介護化や費用など長期指標として表れるため。
- 参加と介護費用の関連が示される研究もあり、長期では“制度成果”を置くことが妥当なため。

②何を見るのか

- フレイル進行抑制・生活機能維持→基本チェックリスト？フレイルチェック？
- 新規要支援・要介護の発生／重度化の抑制
- 介護費用（集計）等の適正化（可能な範囲）
- 専門職依存の縮小（住民主体で回る度合いの上昇）

③具体的指標（例）

- 機能：フレイル指標（質問票等の集計）／主観的健康（1問）
- 認定：新規要支援・要介護認定率／重度化率
- 費用：介護給付費（集計）／（可能なら）医療・入院の集計
- 自走化：専門職派遣回数を減らしても維持できた拠点割合／住民運営比率

Impact (3-5年: 地域全体の成果) 2~4)

①なぜ見るのか

- 最終的に外部支援に依存し続ける形では持続しないため、地域全体として**住民の自己解決力・支え合い力が獲得され、専門職は伴走・点検に移行できたか**を示す必要があるため。

②何を見るのか

- 住民が自分たちで健康課題を「発見・学習・対応・必要時のみ連結」できる地域力
- 通いの場が健康学習の場として標準化・横展開（住民運営の型が移植可能）
- 地域の健康関連指標の底上げ（主観的健康等：因果は慎重に）

③具体的指標（例）

- 自己解決力：住民主導の健康ミニ講話/学習会の回数／住民教材の更新回数／住民同士の支援件数
- 支え合い：担い手数（リーダー）／継続率／新規担い手育成数
- 標準化：住民運営マニュアル整備の有無／横展開拠点数／外部派遣が不要な拠点割合
- 地域指標：主観的健康（集計）／参加率の推移

参考文献

1. 清野 諭, 野藤 悠, 植田 拓也, 他. (2024). 通いの場の取組をPDCAサイクルに沿って推進・評価するためのフレームワーク: ACT-RECIPE. 日本公衆衛生雑誌, 71(8), 418-429. <https://doi.org/10.11236/jph.23-093>
2. Ichida, Y., Hirai, H., Kondo, K., et al. (2013). Does social participation improve self-rated health in the older population? A quasi-experimental intervention study. *Social Science & Medicine*, 94, 83-90. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.05.006>
3. Watanabe, R., Kojima, M., Yasuoka, M., et al. (2022). Home-Based Frailty Prevention Program for Older Women Participants of Kayoi-No-Ba during the COVID-19 Pandemic: A Feasibility Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(11), 6609. <https://doi.org/10.3390/ijerph19116609>
4. Hirai, H., Saito, M., Takeda, T., et al. (2025). Examination of the relationship between participation in salons aimed at care prevention through the promotion of social participation and the subsequent cost of care: A 3-year prospective follow-up study in JAGES. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 129, 105688. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2024.105688>

令和7年 介護保険保険者努力援助交付金における目標1(一部)の全国平均点

<p>介護予防等と保健事業を一体的に実施しているか。</p> <p>ア 通いの場における健康チェックや栄養指導・口腔ケア等を実施している</p> <p>イ 通いの場での健康チェック等の結果を踏まえて医療機関等による早期介入(個別支援)につなげる仕組みを構築している</p> <p>ウ 現役世代の生活習慣病対策と、介護予防とが連携した取組を実施している</p>	<p>【評価の視点】</p> <p>○ 本評価指標は、介護予防・生活支援サービス・一般介護予防事業又は保健事業を契機に、高齢者の自立支援・重度化防止に向けた早期介入を機能させるため、介護予防等と保健事業との連携が確立できているかどうかを評価する。</p> <p>【留意点】</p> <p>○ ア、イについては、後期高齢者医療保険の担当部門と連携して取り組んでいる場合に対象とする。</p> <p>○ アの取組の実践に当たっては、郡市区医師会等の関係団体</p>	<p>2024 年度実施(予定を含む)の状況を評価</p> <p>ア 1点</p>	<p>【一体的実施】</p> <p>ウ：現役世代の生活習慣病対策と、介護予防とが連携した取組を実施している 1.54点/2点中</p> <p>エ：毎年度、一体的実施の成果を分析し、取組の改善・見直し等を行っている 1.64点/2点中</p>
<p>20</p>			
<p>エ 毎年度、一体的実施の成果を分析し、取組の改善・見直し等を行っている</p>	<p>と連携し、医療専門職が関与することが重要である。</p> <p>○ ウの「現役世代」とは、後期高齢者医療保険の対象となる前(74歳)までを想定。また、「連携」については、国民健康保険や健康増進の担当部門と連携し、データの解析、現役世代の生活習慣病対策と介護予防の取組を一体的に企画・立案している場合や、一体的に評価する。なお、取組医療特別調整交付金により実施している場合、一体的に評価する。</p> <p>○ エについては、後期高齢者医療保険の担当部門と連携し、データの解析、現役世代の生活習慣病対策と介護予防の取組を一体的に企画・立案している場合や、一体的に評価する。</p>		<p>通いの場の参加者の健康状態等の把握・分析により、介護予防・生活支援サービス・一般介護予防事業の内容等の検討を行っているか。</p> <p>ア 通いの場の参加者の健康状態等を継続的・定量的に把握する体制が整っている 0.87点/1点中</p> <p>イ 毎年度、経年的な評価や分析等を行っている 1.53点/2点中</p> <p>ウ 行政以外の外部の関係者の意見を取り入れている 0.72点/1点中</p> <p>エ 通いの場の参加者の意見を取り入れている 0.74点/1点中</p> <p>オ 分析結果等をサービス内容の充実等に活用している 1.27点/2点中</p>
<p>通いの場の参加者の健康状態等の把握・分析により、介護予防・生活支援サービス・一般介護予防事業の内容等の検討を行っているか。</p> <p>ア 通いの場の参加者の健康状態等を継続的・定量的に把握する体制が整っている</p> <p>イ 毎年度、経年的な評価や分析等を行っている</p> <p>ウ 行政以外の外部の関係者の意見を取り入れている</p> <p>エ 通いの場の参加者の意見を取り入れている</p> <p>オ 分析結果等をサービス内容の充実等に活用している</p>	<p>【評価の視点】</p> <p>○ 本評価指標は、介護予防・生活支援サービス・一般介護予防事業に、地域の高齢者の健康状態等の把握・分析により効果の高いメニューの開発や、通いの場の参加者の健康状態等の把握・分析等を行っているかどうかを評価する。</p> <p>【留意点】</p> <p>○ ア及びイは、通いの場の健康状態等の把握・分析の結果を踏まえて、これを継続的に更新し、具体的な把握・分析の体制が整っているかどうかを評価する。</p> <p>○ イの「毎年度」は、当該年度に評価の対象とする。その結果を資料(記録)として保存していることとする。</p> <p>※ 基本チェックリスト、生活機能(Barthel Index(BI))等が考えられる。</p> <p>○ ウは、イの評価・分析等を行った上で外部機関からの意見を取り入れている場合に評価の対象とする。なお、ここでの</p>		

厚生労働省：保険者機能強化推進交付金・介護保険保険者努力支援交付金の集計結果(市町村分)より抜粋

令和8年度 後期高齢者医療制度の保険者インセンティブ

固有指標③

高齢者の特性を踏まえた保健事業の実施状況

(ポピュレーションアプローチ 通いの場等への積極的な関与)

保険者インセンティブ（令和8年度分）における評価指標⑩

令和7年度分

最大8点

令和8年度分

計7点

高齢者の特性を踏まえた保健事業の実施 (ポピュレーションアプローチ) (令和6年度の実施状況を評価)	点数	獲得 広域
---	----	----------

医療専門職が次のア～ウのいずれかの取組を実施している場合に①～③に基づき加点を行う。

ア 通いの場等において、その参加者に対して行う健康教育・健康相談

イ 通いの場等において、後期高齢者の質問票の活用や身体計測、体力測定を実施するなど、フレイル状態等にある高齢者の把握、状態に応じた支援等の実施

ウ 高齢者が健康に関する相談や不安等について日常的に相談が行える環境づくり

① 管内の全市町村が取組を実施（市町村への委託等含む）しているか。	5	45
② ①で加点される全市町村において、事業評価を実施しているか。	3	44

変更あり

高齢者の特性を踏まえた保健事業の実施 (ポピュレーションアプローチ) (令和7年度の実施状況を評価)	点数
---	----

医療専門職が次のア～ウのいずれかの取組を実施している場合に①～③に基づき加点を行う。

ア 通いの場等において、その参加者に対して行う健康教育・健康相談

イ 通いの場等において、後期高齢者の質問票の活用や身体計測、体力測定を実施するなど、フレイル状態等にある高齢者の把握、状態に応じた支援等の実施

ウ 高齢者が健康に関する相談や不安等について日常的に相談が行える環境づくり

① 管内の全市町村が取組を実施（市町村への委託等含む）しているか。	3
② ①で加点される全市町村において、事業評価を実施しているか。	2
② 管内の全市町村が通いの場等で後期高齢者の質問票を用いて相談・指導を行っているか。	2
③ ②で把握した後期高齢者の質問票の結果等についてKDBに登録している管内市町村があるか。	1
④ 取組によりハイリスク者をポピュレーションにつなぐ、またはポピュレーションで発見したハイリスク者に対して相談・指導等を行う市町村が8割以上か。	1

令和8年度分指標の考え方

- 令和7年度の枠組みを維持しつつ、取組状況を踏まえ、通いの場等における後期高齢者の質問票の活用について指標の追加

令和8年度 後期高齢者医療制度の保険者インセンティブ

保険者インセンティブ（令和8年度分）における評価指標①

固有指標④

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施、地域包括ケアの推進等

令和7年度分

最大15点

令和8年度分

計17点

一体的実施、地域包括ケアの推進 (令和6年度の実施状況を評価)	点数	獲得 広域
① 一体的実施について、市町村に対し、制度・保健事業の方法・データ分析・評価・事例検討などの内容で年度内に1回以上研修会を開催しているか。 (企画・調整を担当する職員を集めた情報交換会を含む)	2	47
② 一体的実施の推進に当たり、広域的に共通する課題や市町村間格差等を把握し、年度内に1回以上市町村へ情報提供し、健康課題を共有しているか。	2	47
③ 管内の全市町村が一体的実施の委託契約を締結しているか。	6	41
④ 一体的実施の委託契約を締結している市町村の5割以上が、一体的実施で実施している全ての事業について、広域連合と同一のデータヘルス計画の共通評価指標の設定及び実施状況の確認を行っているか。	3	43
⑤ 都道府県や市町村、医療や介護サービスの提供者等の関係機関と連携し、地域包括ケアの推進に関する取組が行われているか。	2	45



一体的実施、地域包括ケアの推進 (令和7年度の実施状況を評価)	点数
① 一体的実施について、市町村に対し、制度・保健事業の方法・データ分析・評価・事例検討などの内容で年度内に2回以上研修会を開催しているか。 (企画・調整を担当する職員を集めた情報交換会を含む)	2
② 一体的実施の推進に当たり、広域的に共通する課題や市町村間格差等を把握し、年度内に1回以上市町村・都道府県・国保連合会へ情報提供し、健康課題の解決に向けた取組を行っているか。	2
③ 管内の全市町村が一体的実施の委託契約締結しているか。	4
④ 一体的実施を行う市町村において、全ての日常生活圏域※1で実施しているか。	4
⑤ 一体的実施の委託契約を締結している市町村が、一体的実施事業申請様式(実施計画書・実績報告書)やその集約レポート※2の結果等も活用して、関係機関や関係者等に対し現状について説明をしているか。	3
⑥ 都道府県や国保連合会と連携した上で、医療や介護サービスの提供者等の関係機関に対しデータヘルス計画における管内市町村の保健事業の実施状況等について状況説明や各事業への協力依頼を行う等、地域包括ケアの推進に関する取組を行っているか。	2

令和8年度分指標の考え方

- 第3期データヘルス計画の運用状況を踏まえ、評価指標に追記

※1 日常生活圏域を取りまとめて事業を実施している場合も含む。
 ※2 集約レポートは、一体的実施事業申請様式(実施計画書・実績報告書)の内容を一覧化するために開発した「一体的実施事業申請様式データベース作成ツール」の活用により得られる資料で、市町村の取組状況を把握可能としている。

ズレが起きやすいポイント(例)

行政（専門職）が重視しがち

- 早期介入（相談・受診・個別支援への連結）
- フレイル進行抑制、重度化防止
- 介護費用等の中長期成果
- 記録・分析・PDCA

住民・ボランティアが重視しがち

- 楽しい・居心地がよい（参加し続けられる）
- 仲間づくり、孤立しない、役割がある
- “支援される場”ではなく“自分たちの場”
- 負担が増えない／チェックされすぎない安心感

共通認識を持つための考え方（提案）

結論：ゴールを「二層化」して可視化する

1.共通ゴール（方向性）：

- 1.「通いの場を続けながら、元気を保ち、困ったときは早めに気づいて助け合い、必要なら専門職につながる」

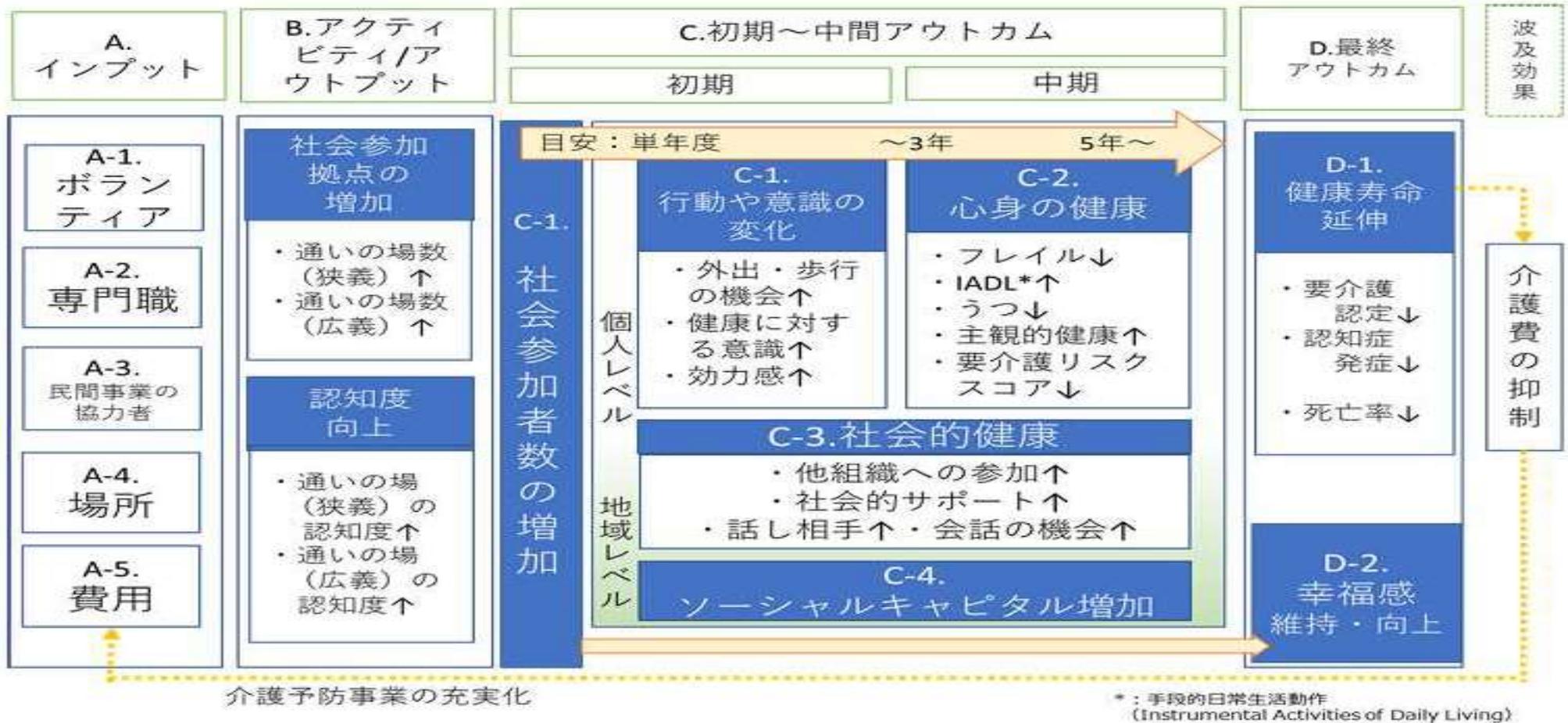
2.個別ゴール（立場別）：

- 1.行政：重度化防止・早期介入・評価と改善
- 2.住民：楽しさ・つながり・役割・自走（専門職がいなくても回る）

共通認識をつくる具体策（運用）

- **1枚の共通ゴールシートを作る**（住民と一緒に言葉を決める）
- **指標を“最小限のセット”で共有**（測りすぎない）
 - 住民が納得しやすい：参加継続、満足度、仲間づくり、チェックリスト義務化による弊害が起きていないか
 - 行政が必要：相談・連結（件数でなく“つながる仕組みがあるか”中心）
- **役割の境界を明確にする**
 - 住民＝日常の見守り・声かけ・誘い合い
 - ボランティア（介護予防サポーター）の役割は？
 - 専門職＝やり続ける”ではなく“**自走化の伴走**”）教材更新・節目の点検・必要時の連結支援
- **理想としては（ソーシャルキャピタルの醸成）**
 - ①**広義の通いの場との連携**
 - ②**通いの場における共生社会の形成**
（いち早く重層的体制整備事業との連動も検討する）

通いの場のロジックモデル図 (共通ゴールシート of 例)



日本老年学的評価研究機構より抜粋

https://www.jages.net/project/industrygovernment/opera/?action=common_download_main&upload_id=18183

評価は“誰の視点か”で変わり、 それを見える形にすることをお勧め

- ここまでのロジックモデルは、**専門職（行政）が一体的実施として求める評価**（早期介入・重度化予防・費用等）を中心に整理したもの。
- しかし通いの場は住民主体であり、**参加者（ボランティア含む）が大切にしている目的**は必ずしも同じとは限らない。
- 目的がズレたまま支援すると、住民主体性が損なわれ、継続性が低下し、結果として行政が求める成果も出にくくなる。

本日の要点

1. ゴールは「事業」ではなく「対象者（関係者）」ごとに定義する

- “誰のゴールを扱っているか” を明確にする

2. 共通認識は「同じゴール」ではなく「同じ方向性+役割の合意」でつくる

- ゴールが違ってても、目指す方向性（例：自立支援、生活機能の維持、社会参加の継続）は共有できる

3. 「ゴールの見える化」を行い、迷わず進む指針にする

- インプット→活動→アウトプット→アウトカム→インパクトを可視化し、
各主体のゴール（最終）と共通の中間ゴール（途中）を整理する
- 「最終ゴールの違い」を前提に、同じ場で同じ言葉で説明できる状態をつくる