

山形県後期高齢者医療広域連合

第3期保健事業実施計画

(概要・資料)

令和6年3月

山形県後期高齢者医療広域連合

目次

第1章 基本的事項

1. 基本的事項	1
(1) 計画策定の趣旨 目的・背景	1
(2) 計画期間	1
(3) 実施体制	1
①関連計画・関連目標	1
②関係者連携	2
2. 現状の整理	3
(1) 被保険者の特性	3
①人口・被保険者数	3
②被保険者の推移と将来人口推計	3
(2) 第2期計画に係る評価	4

第2章 情報分析と課題抽出

1. 平均余命と平均自立期間	13
2. 死因別死亡割合（主要6疾患）	13
3. 健康診査・歯科健康診査・質問票の分析	15
4. 医療費・介護関係の分析	18

第3章 計画全体

第3期計画において実施する保健事業と評価指標・目標値	22
----------------------------	----

第4章 各事業の概要

1. 健康診査事業	23
2. 歯周疾患検診事業	24
3. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業	25
4. 訪問指導事業	28

第5章 その他

(1) 第3期計画の評価・見直し	30
(2) 第3期計画の公表・周知	30
(3) 個人情報の取扱い	30
(4) 地域包括ケアに係る取組み	30
(5) その他留意事項	30

第1章 基本的事項

1. 基本的事項

(1) 計画策定の趣旨 目的・背景

保健事業実施計画策定については、高齢者の医療の確保に関する法律に基づく高齢者保健事業の実施等に関する指針に基づき、健康・医療データを活用し、PDCAサイクルに沿った効果的・効率的な事業に取り組むとともに、標準化された計画策定における考え方のフレームや評価指標の設定により、広域連合間の実績等を比較可能とし、市町村との連携を含めた、効果的な保健事業に繋げることを目的とします。

現行の保健事業は、平成30年度に策定された「山形県後期高齢者医療広域連合第2期保健事業実施計画(平成30年度から令和5年度の6年間)」に基づいて実施しており、令和5年度に最終年度を迎えます。

令和6年度からは「山形県後期高齢者医療広域連合第3期保健事業実施計画(令和6年度から令和11年度の6年間)」に基づいて、保健事業を実施します。

この計画で目指す山形県にお住まいの後期高齢者の方の将来像は「健康的に自立した生活を送ることができる」です。

保健事業実施計画は、後期高齢者医療広域連合全体で策定しますが、それぞれの都道府県及び市町村が抱える課題の明確化、また、共通の指標(目標の達成の度合い)を設定し、全国との比較をしやすくし、効果的・効率的な保健事業を実施できるように国(厚生労働省)が計画の様式を統一しました。

また、第2期保健事業実施計画は、保健事業を実施することを主な目的としていましたが、第3期保健事業実施計画では、事業を実施したうえで成果を求めることが主な目的となっています。

※以降、本文中では、特別なことわりがない限り、

- ・「山形県後期高齢者医療広域連合」を「広域連合」と表記します。
- ・「山形県後期高齢者医療第2期保健事業実施計画」を「第2期計画」と表記します。
- ・「山形県後期高齢者医療第3期保健事業実施計画」を「第3期計画」と表記します。
- ・各データについては、国保データベース(KDB)システムから出力されたデータに基づき分析しています。KDBシステムから出力されないデータに基づいた分析については、出典を明示しています。

(2) 計画期間

本計画の期間は、令和6年度～令和11年度の6年間とします。なお、計画期間の中間年である令和8年度に、中間評価及び見直しを行います。また、法改正や社会情勢の著しい変化等があった場合には、必要に応じて随時見直しを行うこととします。

(3) 実施体制

① 関連計画・関連目標

第3期計画は、関連するほかの計画との調和を図り、目標の達成を目指します。

また、関係機関や関係者等の実施体制を明確化して連携し、効果的な事業を展開します。

関連計画の目標のキーワードは「健康長寿」「医療費適正化」などが挙げられます。

いずれも、広域連合が掲げた目標の達成に不可欠であり調和が図られているといえます。

また、広域連合が計画する保健事業についても、関連計画の目標達成に寄与するものと考えます。

関連計画の一覧

計画	計画期間
山形県後期高齢者医療広域連合第4次広域計画	令和6年～令和11年
健康やまがた安心プラン（健康増進計画）	令和6年～令和17年
第8次山形県保健医療計画（医療費適正化計画）	令和6年～令和11年
第10次山形県老人保健福祉計画	令和6年～令和8年
第9次山形県介護保険事業支援計画	令和6年～令和8年
第9次各市町村介護保険事業計画	令和6年～令和8年
第3期各市町村国保保健事業実施計画	令和6年～令和11年

②関係者連携

保健事業を効果的・効率的に実施するためには、関係機関・関係者等との連携が必要不可欠です。広域連合は、以下の関係機関等と連携を図ります。

関係機関・関係者等	連携内容・求める取組み
市町村	<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業」に係る事業の基本的な方針を作成、事業の企画・実施、関係団体との連携 ・連絡調整会議、政策調整会議、保健事業部会における協議等
山形県（保健所含む）	<ul style="list-style-type: none"> ・事業等に係る指導助言 ・事業展開のための情報共有などの連携
山形県国民健康保険団体連合会	<ul style="list-style-type: none"> ・国保データベース（KDB）システムのデータ提供、操作支援、分析協力等 ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・有識者等による支援、評価
長寿医療懇談会	<ul style="list-style-type: none"> ・被保険者や各有識者等からの意見の聴取

2. 現状の整理

(1) 被保険者の特性

①人口・被保険者数

山形県後期高齢者医療の被保険者数は、193,506人（令和5年3月31日時点）です。なお、山形県の人口は1,031,642人です（令和5年4月1日現在）。

	全体 (人)	構成割合 (%)	男性 (人)	構成割合 (%)	女性 (人)	構成割合 (%)
山形県の人口	1,031,642	—	500,197	—	531,445	—
被保険者数	193,506	100.00	76,204	100.00	117,302	100.00
65～69歳	1,363	0.70	865	1.14	498	0.42
70～74歳	7,635	3.95	4,054	5.32	3,581	3.05
75～79歳	60,659	31.35	28,084	36.85	32,575	27.77
80～84歳	51,462	26.59	21,097	27.68	30,365	25.89
85～89歳	41,561	21.48	14,536	19.08	27,025	23.04
90歳以上	30,826	15.93	7,568	9.93	23,258	19.83

※65～74歳の被保険者について

後期高齢者医療制度は75歳以上の方が加入する医療制度ですが、65～74歳の方で一定の障がいのある方は、申請により、後期高齢者医療保険に加入することができます。

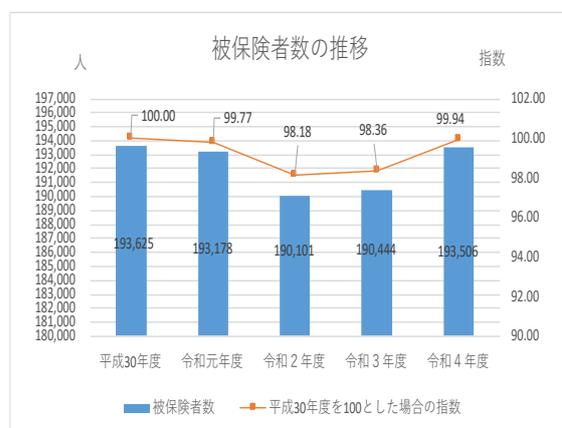
(山形県の人口 出典：山形県みらい企画創造部統計企画課 山形県の人口と世帯数（推計）令和5年4月1日現在)

被保険者の内訳は、男性が76,204人、女性が117,302人であり、男性よりも女性が多いです。また、全体では、75歳～79歳の年齢層の被保険者数が60,659人であり、最も多いです。

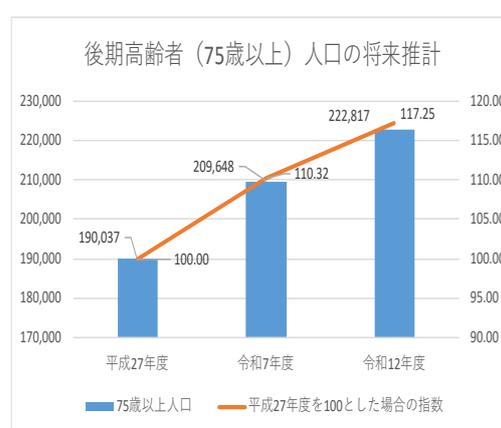
②被保険者数の推移と将来人口推計

被保険者数は、平成30年度から令和2年度までは減少傾向でしたが、令和3年度からは、いわゆる「団塊の世代」の加入を主な要因として、増加傾向にあります。

なお、将来人口推計としては、山形県全体の人口は減少する見込みですが、後期高齢者人口は増加する見込みですので、総人口に占める後期高齢者の割合は増加する見込みです。



出典：後期高齢者医療事業状況報告書（事業月報）A表



出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来人口（平成30（2018）年推計）」結果表2

※各年、10月1日

(2) 第2期計画に係る評価

項目	事業の対象者・内容等	指標・数値目標	各年度の実績値 (%)						
			当初目標	当初目標			中間評価見直し後		
			中間評価見直し	H30	R元	R2	R3	R4	R5
健康診査事業	後期高齢者医療被保険者で介護施設等への入所がない者	受診率 (%)	22%	22.11	22.92	22.04	22.96	25.13	
			25%以上						
健康診査受診勧奨事業	前年度に健康診査を受診しておらず、かつ、医療機関の受診がない80歳未満の者	対象者の翌年度の受診率 (%)	5%以上	2.49	3.63	1.74	2.79	2.73	
			(変更無し)						
歯周疾患検診事業	前年度に75歳に達し、定期的な歯科受診・検診がない者	受診率 (%)	15%以上	10.33	11.16	9.43	8.07	8.49	
			(変更無し)						
重複・頻回受診者訪問指導事業	重複頻回:同一疾病での受診医療機関が1か月に3か所以上ある者 頻回受診:同一医療機関で15回以上の受診が3か月以上続く者	訪問指導の実施割合 (%)	50%以上	11.36	16.39	30.68	22.22	13.25	
			(変更無し)						
			訪問指導の改善割合 (%) (医療費が減額した者)						
85%以上									
重症化予防等訪問指導事業	前年度の健康診査の結果において、血圧や血糖等特定の基準値に1つ以上該当する者のうち医療機関の受診がない者	訪問指導の実施割合 (%)	20%	25.84	33.33	39.87	37.74	35.22	
			40%以上						
		訪問指導の改善割合 (%) (指導後に受診(レセプト)がある者)	30%以上	17.39	10.81	22.95	22.22	19.64	
(変更無し)									
低栄養等予防訪問指導事業	前年度の健康診査においてBMIが20.0未満かつ前々年度の健康診査における体重から5%以上減少した者	訪問指導の実施割合 (%)	20%以上	16.49	16.89	26.34	30.28	20.44	
			(変更無し)						
		訪問指導の改善割合 (%) (体重の維持・増加者)	90%以上	86.49	89.36	83.94	77.92	80.77	
(変更無し)									
後発医薬品にかかる数量シェア	後発医薬品に切り替えた場合の自己負担軽減が見込まれる者に対して勧奨通知を送付	数量シェア (%) (後発医薬品への変更割合)	80%以上	77.0	81.3	81.9	82.6	84.7	
			82%以上						
高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施事業	ハイリスクアプローチ(個別的保健指導)とポプレーションアプローチ(通いの場での健康教育等)を同一圏域にて一体的に実施	実施市町村数	(R2より)	-	-	1	3	15	
			25市町村以上						

※赤字は数値目標を達成した項目

①最終評価の目的

第2期実施計画では、計画期間の最終年度である令和5年度に計画全体の評価を行います。

②最終評価の対象期間

第2期計画は、各短期的目標に係る数値目標を設定する際、平成28年度の実績値を基準（ベースライン）とし、実績収集できる直近の令和4年度までの期間を最終評価の対象期間とします。

③最終評価の評価方法等

評価は、数値目標の達成度を用いて行います。また、健康診査の結果と合わせ、具体的な数値を蓄積し経年的に分析・評価を行います。

評価にあたっては、実施主体である広域連合で数値等を取りまとめ、評価案を外部有識者（山形県長寿医療懇談会、保健事業支援・評価委員会（以下、「支援・評価委員会」という。））及び市町村から意見を聴取します。数値目標の達成度は、以下の評価基準を用いて行います。なお、評価基準は、国のガイドラインを基に支援・評価委員会からの意見、指導を踏まえ作成します。

評価基準

A	目標達成（最新値が数値目標を達成している）
B	改善（数値目標には達していないが最新値が改善している）
C	変わらない（数値目標の達成は難しいがある程度の効果は見られる）
D	悪化している（数値目標の達成が困難な状況）
E	評価困難（数値目標が未設定及び実績数値が不明）

ア) 健康診査事業

- 事業内容：生活習慣病の予防や疾病の早期発見により、被保険者の健康の保持増進を図るため、集団健診や個別健診など市町村の実情に合った方法で実施しました。(市町村への委託事業)
- 目標指標：健康診査受診率 (%)
- 実績：

	第1期実施計画		第2期実施計画				
	H28 ベースライン	H29	H30	R元	R2	R3	R4
目標値： 受診率 (%)	22.00		22.00			25.00	
実績値： 受診率 (%)	20.91	21.37	22.11	22.92	22.04	22.96	25.13
伸び率： 前年度比 (ポイント)	—	0.46	0.74	0.81	▲0.88	0.92	2.17

- 評価：A 目標達成 (最新値が数値目標を達成している)
- 成果・要因：市町村の実情に合った方法での実施や啓発活動、広域連合によるテレビCM放送等の制度広報周知事業を、年間を通して実施したことにより、健診の重要性の理解が高まり数値目標に達しています。

イ) 歯周疾患検診事業

- 事業内容：歯周疾患の早期発見と口腔機能低下等の予防を図り、被保険者の健康保持増進を図るため、山形県歯科医師会に委託して実施しました。対象者は、実施年度の前年度に75歳を迎えた被保険者としました。
- 目標指標：検診受診率 (%)
- 実績：

	第1期実施計画		第2期実施計画				
	H28 ベースライン	H29	H30	R元	R2	R3	R4
目標値： 受診率 (%)	15.00		15.00				
実績値： 受診率 (%)	9.29	10.05	10.33	11.16	9.43	8.07	8.49
伸び率： 前年度比 (ポイント)	—	0.76	0.28	0.83	▲1.73	▲1.36	0.42

- 評価：B 改善 (数値目標には達していないが最新値が改善している)
- 成果・要因：歯周疾患検診の認知度がまだ低く、検診の重要性が十分に理解されていないため、数値目標には達しておらず、対象者へ受診を促す文書の送付やテレビCM等を実施しておりますが、受診率は不安定です。

ウ) 後発医薬品にかかる数量シェア (ジェネリック医薬品利用促進事業)

○事業内容：先発医薬品に比べて薬価が低い後発医薬品 (ジェネリック医薬品) を普及させることで、被保険者の医療費の負担軽減を図ります。後発医薬品に切り替えた場合の自己負担額の軽減が見込まれる被保険者に対し、自己負担額の差額に関する通知を送付しました。また、被保険者証更新時に医療機関に提示する「後発医薬品カード」を配布しました。

○目標指標：数量シェア (%) (後発医薬品への変更割合)

○実績：

	第1期実施計画		第2期実施計画				
	H28 ベースライン	H29	H30	R元	R2	R3	R4
目標値： 後発医薬品への変更割合 (%)	60.0		80.0			82.0	
実績値： 後発医薬品への変更割合 (%)	70.5	72.4	77.0	81.3	81.9	82.6	84.7
伸び率： 前年度比 (ポイント)	—	1.9	4.6	4.3	0.6	0.7	2.1

出典：厚生労働省 保険者別の後発医薬品の使用割合 (毎年度公表)

○評価：A 目標達成 (最新値が数値目標を達成している)

○成果・要因：広域連合のパンフレットへの掲載、山形県薬剤師会と協力したテレビCM放送、差額に関する通知の継続実施、後発医薬品カードを配布したことにより、後発医薬品の認知度が向上し数値目標に達しています。

エ) 重複・頻回受診者等訪問指導事業

○事業内容：重複・頻回受診行動が見られる被保険者に対し、訪問指導を行うことにより被保険者の健康保持増進及び医療費の適正化を図ります。対象者に対し、適正な受診行動となるよう市町村の保健師等もしくは民間事業者の専門職が健康相談を兼ねた訪問指導を実施しました。重複受診の対象者は、同一疾病での受診医療機関が1か月に3箇所以上ある被保険者、頻回受診の対象者は、同一医療機関で15回以上の受診が3か月以上続く被保険者としました。

○目標指標：①訪問指導の実施割合（%） ②訪問指導後の改善割合（%）
③訪問指導後の効果額（円/月）

○実績：

	第1期実施計画		第2期実施計画				
	H28 ベースライン	H29	H30	R元	R2	R3	R4
目標値： ①訪問指導の 実施割合（%） ②訪問指導後の 改善割合（%）	—		①50.00 ②85.00				
実績値： ①訪問指導の 実施割合（%） ②訪問指導後の 改善割合（%）	①14.94 ②52.17	①15.38 ②90.91	①11.36 ②86.67	①16.39 ②80.00	①30.68 ②74.07	①22.22 ②63.64	①13.25 ②54.55
伸び率 (前年度比：ポイント)	—	①0.44 ②38.74	①▲3.97 ②▲4.24	①5.03 ②▲6.67	①14.29 ②▲5.93	①▲8.46 ②▲10.43	①▲8.97 ②▲9.09

○評価：D 悪化している（数値目標の達成が困難な状況）

○成果・要因：①について、市町村等からのアプローチを行ったが、被保険者から事業に対する理解が得られないなど、訪問指導に繋がらず、数値目標が未達成となっています。②については、訪問指導を実施した対象者が適正な受診行動の重要性の理解が得られないなど、受診行動の改善がみられない場合があるため、未達成となっています。

オ) 重症化予防等訪問指導事業

○事業内容: 心身機能の低下や生活習慣病が疑われる被保険者に対し、訪問指導を行うことにより重症化等を予防し、健康保持増進及び医療費の適正化を図ります。対象者に対し、市町村の保健師等もしくは民間事業者の専門職が訪問指導を実施しました。対象者は、前年度の健康診査の健診結果において、血圧や血糖等の特定の基準に1つ以上該当する被保険者のうち、医療機関を受診していない被保険者となりました。

○目標指標: ①訪問指導の実施割合(%) ②訪問指導後の受診割合(%)※
(※訪問指導後3か月以内に対象となる症状に関し医療機関を受診した割合)

○実績:

	第1期実施計画		第2期実施計画				
	H28 ベースライン	H29	H30	R元	R2	R3	R4
目標値 ①訪問指導の 実施割合(%) ②訪問指導後の 改善割合(%)	-		①20.00 ②30.00		①40.00 ②30.00		
実績値 ①訪問指導の 実施割合(%) ②訪問指導後の 改善割合(%)	①18.63 ②21.05	①35.58 ②24.32	①25.84 ②17.39	①33.33 ②10.81	①39.87 ②22.95	①37.74 ②22.22	①35.22 ②19.64
伸び率: 前年度比(ポイント)	-		①▲9.74 ②▲6.93	①7.49 ②▲6.58	①6.54 ②12.14	①▲2.13 ②▲0.73	①▲2.52 ②▲2.58

○評価: D 悪化している(数値目標の達成が困難な状況)

○成果・要因: ①について、市町村等からのアプローチを行ったが、被保険者から事業に対する理解が得られないなど、訪問指導に繋がらず、数値目標が未達成となっています。②については、訪問指導を実施した対象者が適正な受診行動の重要性の理解が得られないなど、受診行動の改善がみられない場合があるため、未達成となっています。

カ) 低栄養等予防訪問指導事業

○事業内容: 低栄養状態等が疑われる被保険者に対し、訪問指導を行うことにより低栄養状態を改善し、心身機能の低下を防ぎ、被保険者の健康保持増進及び医療費の適正化を図ります。対象者に対し、市町村の保健師等もしくは民間事業者の専門職が訪問指導を実施しました。対象者は、前年度のBMIが20.0未満(平成30年度は18.5未満)で、健康診査における体重が5%以上減少した被保険者としました。

○目標指標: ①訪問指導の実施割合(%) ②訪問指導後の改善割合(%)

○実績:

	第1期実施計画		第2期実施計画				
	H28 ベースライン	H29	H30	R元	R2	R3	R4
目標値: ①訪問指導の 実施割合(%) ②訪問指導後の 改善割合(%)	-				①20.00 ②90.00		
実績値: ①訪問指導の 実施割合(%) ②訪問指導後の 改善割合(%)	-		①16.49 ②86.49	①16.89 ②89.36	①26.34 ②83.94	①30.28 ②77.92	①20.44 ②80.77
伸び率: 前年度比(ポイント)	-		-	①0.40 ②2.87	①9.45 ②▲5.42	①3.94 ②▲6.02	①▲9.84 ②2.85

○評価: B 改善(数値目標には達していないが最新値が改善している)

○成果・要因: 平成30年度から新規事業として実施しました。①については、対象者に低栄養予防の重要性について理解を得られ、訪問指導の受け入れがあったために達成したものと考えられます。②については、訪問指導を実施した対象者が重要性を理解し、生活習慣の見直しに繋がり、改善割合が向上しています。

キ) 健康診査受診勧奨事業

○事業内容：一定期間の受診履歴のない被保険者に対し、健康診査を受診するよう勧奨を行い、生活習慣病の予防や疾病の早期発見等、被保険者の健康保持増進を図ります。対象者は、前年度に健康診査を受診しておらず、医科・歯科等の受診履歴のない80歳未満の被保険者とし、健康診査を受診するよう勧奨通知を送付しました。

○目標指標：対象者の翌年度の健診受診率を前年度比プラス0.5%以上（最終年度に5.0%以上を目標値とする）

○実績：

	第1期実施計画		第2期実施計画				
	H28 ベースライン	H29	H30	R元	R2	R3	R4
目標値： 対象者の翌年度の 健診受診率	前年度比+0.5%		前年度比+0.5%				
実績値： 対象者の翌年度の 健診受診率（%）	2.49	2.88	2.49	3.63	1.74	2.79	2.73
伸び率： 前年度比：（ポイント）	—	0.39	▲0.39	1.14	▲1.89	1.05	▲0.06

○評価：D 悪化している（数値目標の達成が困難な状況）

○成果・要因：健康診査（ア）の受診率は伸びているものの、未受診者の方の受診率は目標を達成することができませんでした。

健康診査が未受診である理由は定かではありませんが、「医療機関の受診があるため健康診査を受診しない」「自分は健康なので健康診査を受診しない」という考えから、受診に至らないものと思われる。

ク) 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業

○事業内容：後期高齢者に加入した高齢者に対して切れ目のない支援等を実施し、市町村（地域）の健康課題を解決するため、国保の保健事業と接続し、かつ介護予防の取組みと一体的に事業を実施します。令和2年度から開始した事業であり、広域連合から市町村への委託事業です。

○目標指標：25市町村／35市町村

○実績：

	第1期実施計画		第2期実施計画				
	H28 ベースライン	H29	H30	R元	R2	R3	R4
目標値： 実施市町村数	—		25				
実績値： 実施市町村数	—		—	—	1	3	15

○評価：B 改善（数値目標には達していないが最新値が改善している）

○成果・要因：この事業は、令和6年度にはすべての市町村で実施できるよう、平成30年度から市町村との協議を実施するなど、準備を進めました。市町村の事業実施にあたっては、広域連合も可能な範囲で事務手続き等の支援をしてきたところです。実施主体は市町村となり、市町村の既存の事業を活用しながら、事業を展開できている状況です。

第2期計画の評価

計画全体の進捗状況として、第2期計画に定める事業を着実に実施しておりますが、数値目標に達していない事業が大半を占めております。なかでも、市町村が主体となって実施する各種訪問指導事業については、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事業」の取組みに含まれることとなり、評価指標の考え方や数値目標の検討が必要であったと思われまます。

ただし、ベースラインの平成28年度と比べると、目標値を超えた事業が多くあり、一定の成果はあったものと思われまます。

第3期計画においては、評価の中心が第2期計画までの実績（アウトプット）から成果（アウトカム）となるため、成果に繋がるよう、事業の方向性や取組み方法について検討していきます。

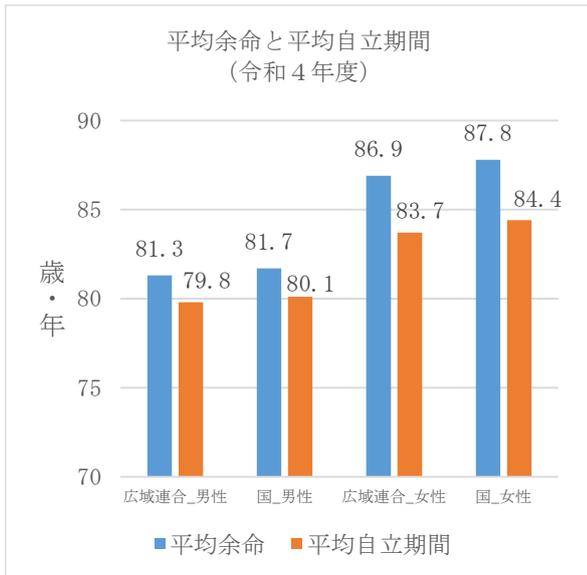
第2章 情報分析と課題抽出

1. 平均余命と平均自立期間

平均余命と平均自立期間を、国と広域連合で比較すると、男女いずれについても広域連合が国よりも若干短くなっています。

一方、介護等が必要になるとされる「不健康期間（平均余命と平均自立期間の差）」については、男性で1.5～1.6年、女性で3.2～3.4年と国と広域連合でほぼ同様の傾向を示しています。

また、平成30年度と令和4年度で比較した広域連合における平均余命と平均自立期間は、男性において延伸傾向にあり、女性ではほぼ横ばいとなっています。



平均余命と平均自立期間の経年変化(平成30年度と令和4年度)

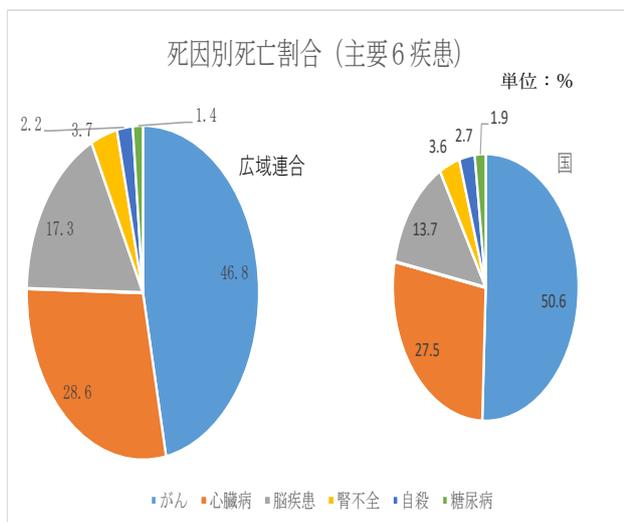
単位：歳・年

項目	男性			女性		
	平成30年度	令和4年度	比較	平成30年度	令和4年度	比較
平均余命	80.5	81.3	▲ 0.8	87.0	86.9	▲ 0.1
平均自立期間	79.0	79.8	▲ 0.8	83.8	83.7	▲ 0.1

2. 死因別死亡割合（主要6疾患）

主要6疾患における死因別死亡割合は、国と広域連合は同様の傾向を示しており、「がん」「心臓病」「脳疾患」が上位を占めています。また、「心臓病」「脳疾患」については、広域連合における割合が国よりも高くなっています。

広域連合における死因別死亡割合を平成30年度と令和4年度で比較すると、「心臓病」「腎不全」の割合が上昇傾向にあり、「がん」「脳疾患」「自殺」では減少傾向にあります。



死因別死亡割合（主要6死因について）の経年変化

単位：(%)・ポイント

	平成30年度	令和4年度	比較
がん	47.7	46.8	▲ 0.9
心臓病	27.0	28.6	▲ 1.6
脳疾患	17.8	17.3	▲ 0.5
腎不全	3.5	3.7	▲ 0.2
自殺	2.6	2.2	▲ 0.4
糖尿病	1.4	1.4	0

【分析・課題・取組み】

平均余命・平均自立期間は、男性で延伸傾向、女性で横ばい傾向にあります。不健康期間については、男性は1.5年、女性は3.2年と女性の方が長いことから、女性は男性に比べ要介護状態の期間も長いと考えられ、医療費、介護給付費増大の懸念があります。

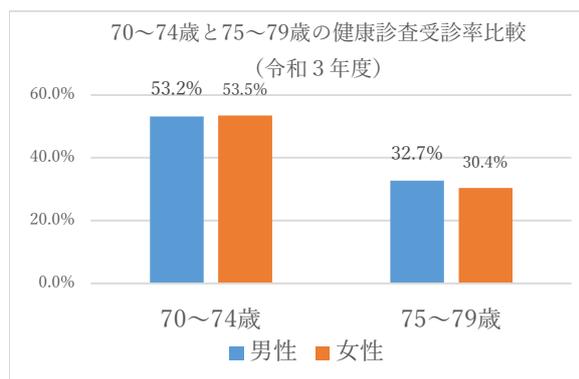
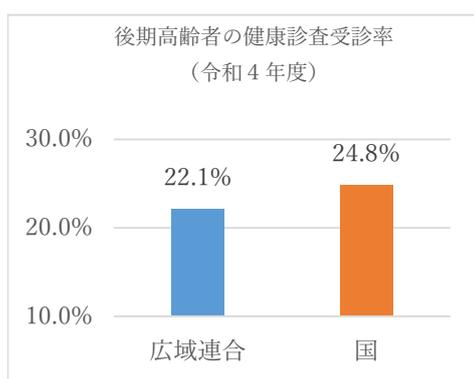
また、主要6疾患における死因別死亡割合は、がんや心臓病、脳疾患の割合が高く、特に心臓病や腎不全については割合が高まっている傾向が見られるため、死因に繋がる可能性がある生活習慣病関連疾患の重症化予防等の取組み推進が必要です。

3. 健康診査・歯科健康診査・質問票の分析

健康診査の実施・結果の状況

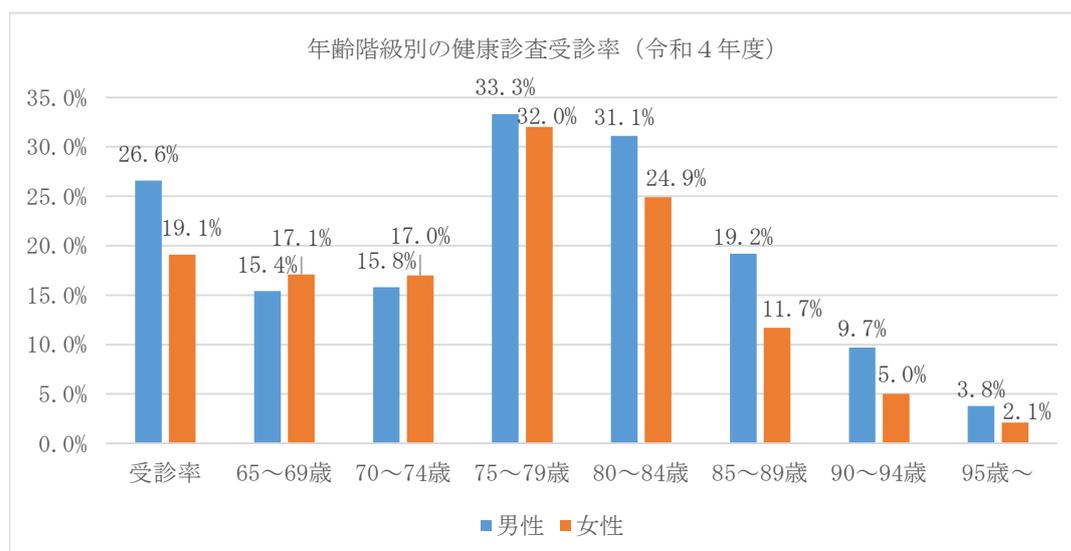
受診状況

- ・令和4年度の健康診査受診率は全国と比較して2.7ポイント低くなっています。
- ・山形県の70～74歳の市町村国保被保険者の特定健診受診率は、男性53.2%、女性53.5%ですが、75～79歳の受診率は、男性32.7%、女性30.4%となっており、後期高齢者に移行後、男女ともに受診率が約20ポイント低下しています（令和3年度）。



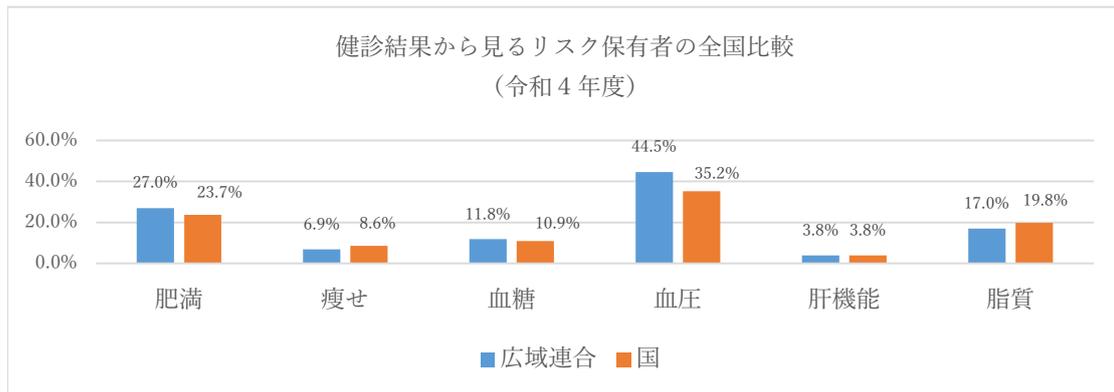
※KDBシステムの数値を用いた比較であり、「第2期保健事業に係る評価」とは一致しない場合がある。

- ・各年齢階層別の受診割合は、令和4年度において男性、女性ともに75歳～79歳で最も高くなっており（男性33.3%、女性32.0%）、2番目に高いのが80～84歳（男性31.1%、女性24.9%）、3番目は85～89歳（男性19.2%、女性11.7%）となっています。



健診結果から見るリスク保有者の全国比較（○国より高い ・国と同値か国より低い）

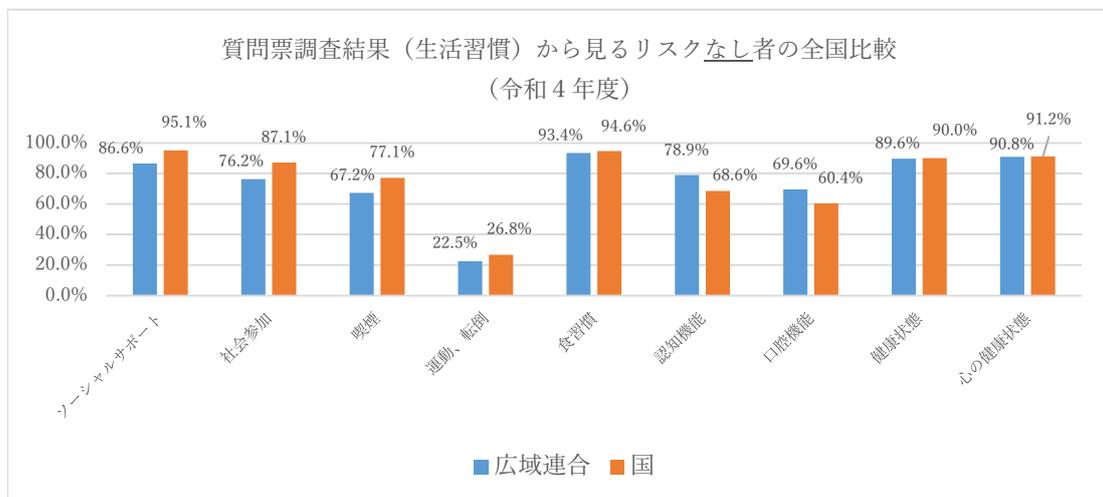
- 肥 満：3.3 ポイント高い
- ・瘦 せ：1.7 ポイント低い
- 血 糖：0.9 ポイント高い
- 血 圧：9.3 ポイント高い
- ・肝機能：同値
- ・脂 質：2.8 ポイント低い



質問票調査結果（生活習慣）から見るリスク なし 者の全国比較

（○国より低い ・国と同値か国より高い）

- ソーシャルサポート：8.5 ポイント低い
- 社会参加：10.9 ポイント低い
- 喫 煙：9.9 ポイント低い
- 運動、転倒：4.3 ポイント低い
- 食 習 慣：1.2 ポイント低い
- ・認知機能：10.3 ポイント高い
- ・口腔機能：9.2 ポイント高い
- 健康状態：0.4 ポイント低い
- 心の健康状態：0.4 ポイント低い



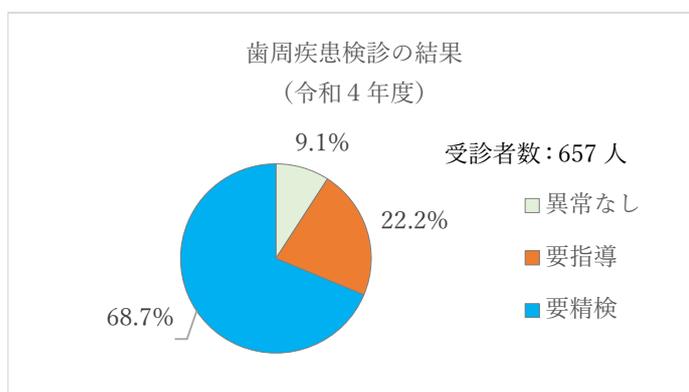
歯科健康診査（歯周疾患検診）の実施・結果の状況

令和4年度の歯周疾患検診の受診者数は657人（対象者数7,738人）でした。

受診率は8.49%となっています。

受診結果は、以下のとおりです。

- ・異常なし：9.1%
- ・要指導：22.2%
- ・要精検：68.7%



出典：山形県後期高齢者医療広域連合保有データ

※歯科健康診査（歯周疾患検診）については、広域連合が独自に取り組む事業であるため、全国との比較ができません。

【分析・課題・取組み】

- ・血圧リスク保有者割合が44.5%と高値であり、減塩等を含めた生活習慣の改善や、重症化予防の取組みを推進することが重要です。
- ・国と比較して低い割合であるものの、痩せリスク保有者割合は6.9%存在しておりますので、痩せの原因の1つと考えられる低栄養やフレイルの進行を予防する取組みを推進していく必要があります。
- ・ソーシャルサポート、社会参加、運動、転倒の各リスクが国より高いため、他者との交流や運動を含めた日常活動を増やすきっかけとして、通いの場等の参加への積極的な勧奨、リピーター数の増加等を推進していく必要があります。
- ・健康状態不明者について、現状把握し、医療・介護等へ繋ぐ必要がある場合の支援が必要です。
- ・健康診査の受診率は、70～74歳（特定健診）では男女とも約53%ですが、75～79歳では男性32.7%、女性30.4%となり、約20ポイント低下しております。後期高齢者移行時点の受診率向上に係る取組みの推進が重要です。
- ・リスク保有者の把握のため、健康診査の受診率の低い市町村をはじめ、受診率向上のための取組みを積極的に実施していくことが重要です。
- ・歯科健康診査受診者の約9割が、口腔内に何らかの問題を抱えております。口腔のトラブルは低栄養や糖尿病等の生活習慣病の悪化にも繋がることから、歯周疾患保有者への対策が必要です。

4. 医療費・介護関係の分析

(1) 医療費

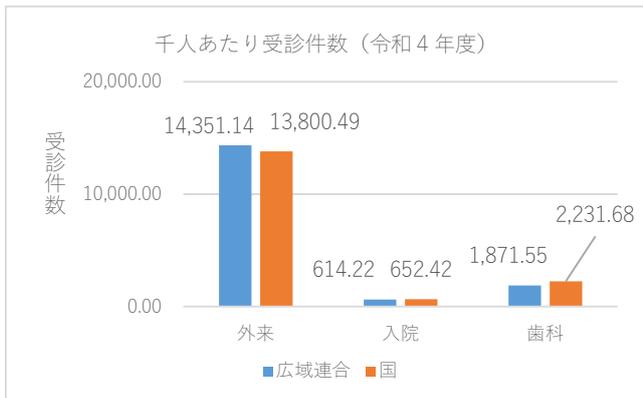
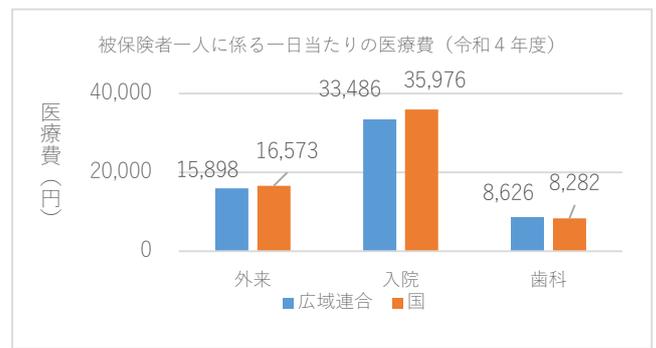
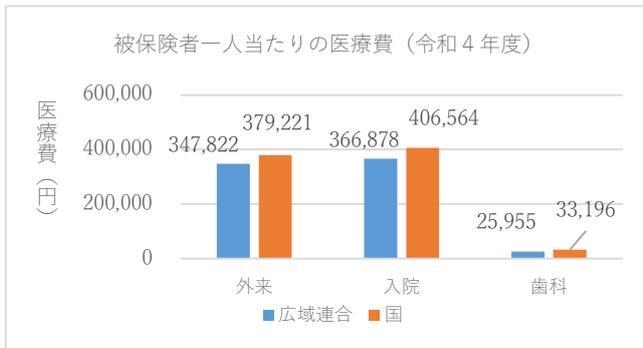
令和4年度の医療費における国との比較状況は以下のとおりです。

1人当たり医療費は、外来、入院、歯科の全てにおいて、国より低い状況です。

1日当たり医療費は、外来と入院では国よりも低いですが、歯科では国よりも高い状況です。

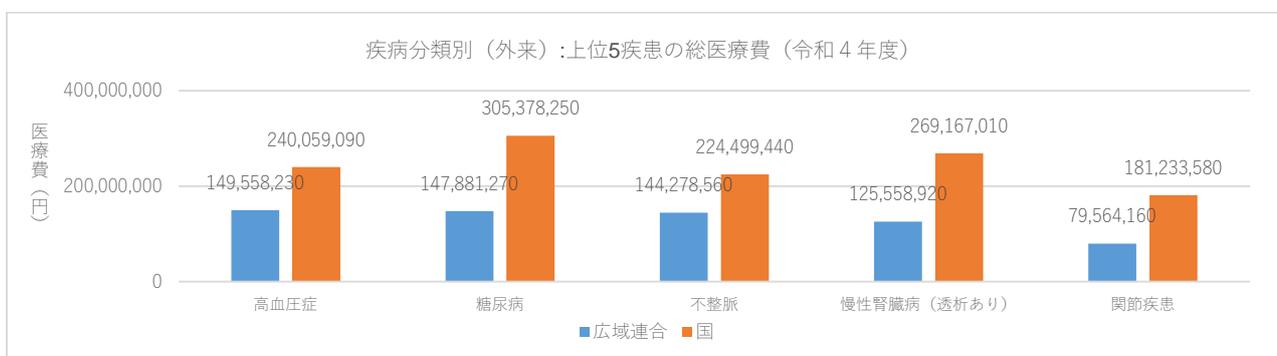
千人当たり受診率は、外来で国よりも高く、入院、歯科で国よりも低い状況です。

また、総医療費については、令和3年度と比較して増加しています。



経年変化	令和3年度	令和4年度
一人当たり医療費	708,921 円	714,699 円
一日当たり医療費	21,213 円	21,767 円
千人当たり受診件数	15,000.68 件	14,965.36 件
総医療費	150,231 百万円	154,566 百万円

令和4年度の疾病分類別総医療費（外来、上位5疾患）について国と比較すると、広域連合、国ともに同一の疾患が上位5位を占めており、広域連合では、高血圧症の医療費が最も高く、次いで糖尿病、不整脈、慢性腎臓病（透析あり）、関節疾患の順で高くなっています。一方、国においては、糖尿病の医療費が最も高く、次いで慢性腎臓病（透析あり）が高い状況です。



※KDB システム上、国との比較については、総医療費を「1 保険者当たり」に換算した値で比較されており、実際の総医療費と合致しない。

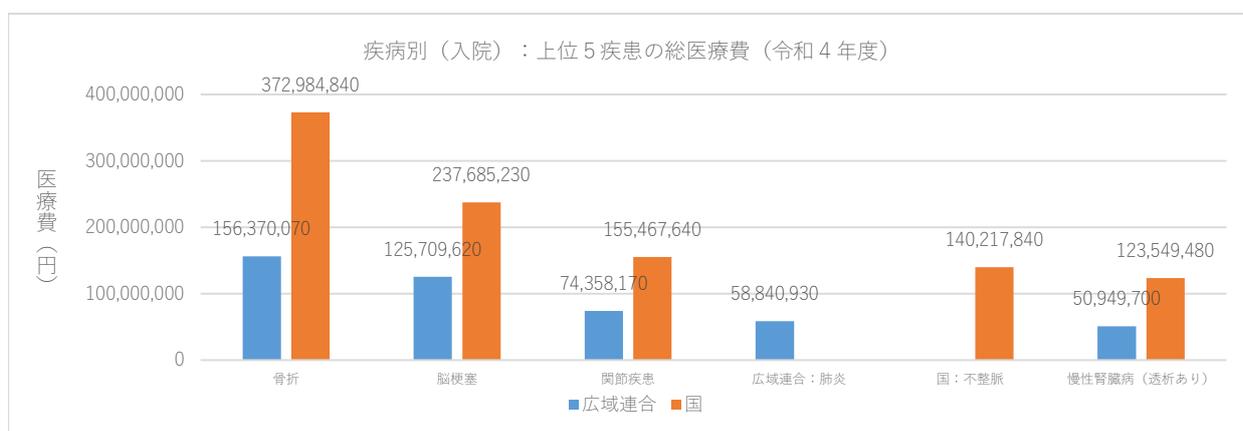
また、上位5疾患の外来総医療費を令和3年度と比較すると、医療費の順位に変化はないものの、糖尿病、不整脈については医療費が増加しており、高血圧症、慢性腎臓病（透析あり）、関節疾患では減少しております。

疾病分類別（外来）：上位5疾患の総医療費の経年変化

単位:円

経年変化	高血圧症	糖尿病	不整脈	慢性腎臓病 (透析あり)	関節疾患
令和3年度	5,341,418,660	4,917,716,120	4,890,329,020	4,530,332,340	2,932,077,300
令和4年度	5,234,538,080	5,175,844,290	5,049,749,690	4,394,562,030	2,784,745,580

続いて、令和4年度の疾病分類別総医療費（入院、上位5疾患）について国と比較すると、広域連合、国ともに、骨折の医療費が最も高く、次いで、脳梗塞、関節疾患と続きます。その後、広域連合では、肺炎、慢性腎臓病（透析あり）の順に高くなっており、国においては、不整脈、慢性腎臓病（透析あり）の順で高くなっている状況です。



※KDB システム上、国との比較については、総医療費を「1 保険者当たり」に換算した値で比較されており、実際の総医療費と合致しない。

また、上位5疾患の入院総医療費を令和3年度と比較すると、骨折、脳梗塞、関節疾患の順に高い状況は同様です。慢性腎臓病（透析あり）の医療費が減少し、肺炎の医療費を下回りました。

疾病分類別（入院）：上位5疾患の総医療費の経年変化

単位:円

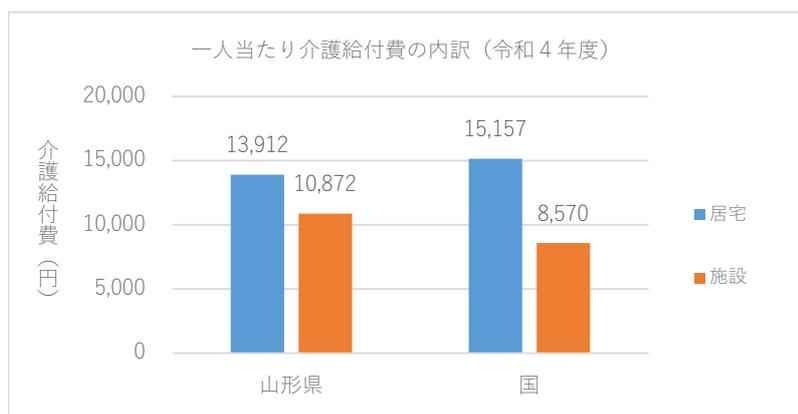
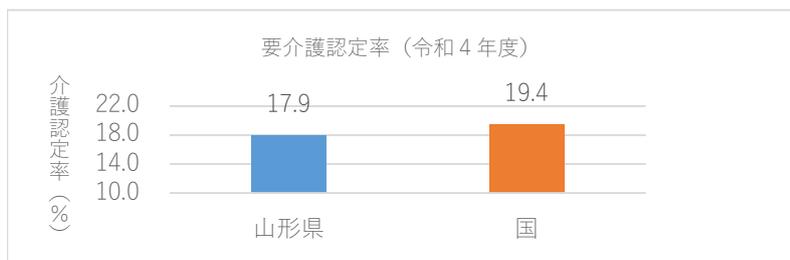
経年変化	骨折	脳梗塞	関節疾患	慢性腎臓病 (透析あり)	肺炎
令和3年度	5,569,674,330	4,325,588,040	2,549,760,660	2,067,336,690	1,958,544,940
令和4年度	5,472,952,280	4,399,836,780	2,602,535,810	1,783,239,610	2,059,432,380

(2) 介護関係

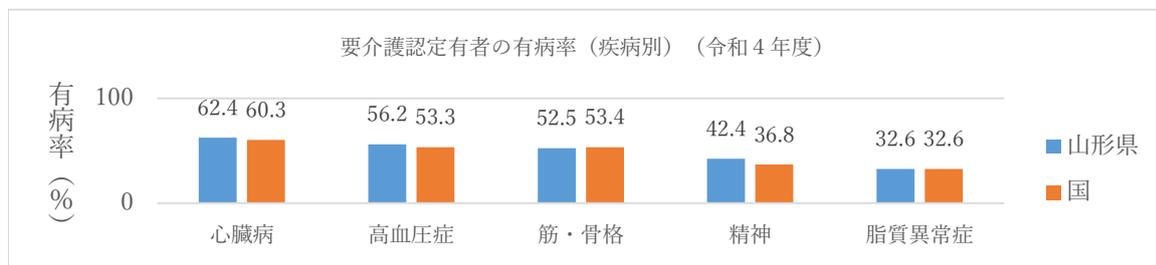
※広域連合は介護保険の保険者ではないため、この項目では「広域連合」ではなく、「山形県」と表記します。

令和4年度における、要介護認定率及び介護給付費等の状況について国と比較すると、山形県の要介護認定率は国よりも低い状況です。

1人当たり介護給付費は国よりも低いですが、居宅費と施設費に分けて比較すると、居宅費は国よりも低く、施設費は国よりも高い状況です。



要介護認定者が有する疾患としては、心臓病の割合が最も高く、高血圧症や筋・骨格系疾患、精神疾患についても高い割合となっており、山形県・国ともに同様の傾向を示しています。また、非認定者については、高血圧症や脂質異常症の割合が高くなっています。



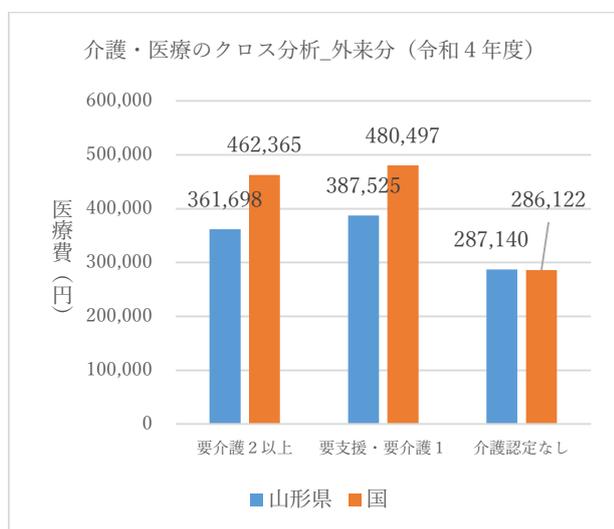
厚生労働省が発表している介護予防・日常生活支援総合事業報告によると、令和3年度の通いの場の状況は以下のとおりとなっています。1箇所あたりの参加者数は、国と同程度です。

	箇所数	参加者数(人)	1箇所あたりの参加者数(人)
山形県	1,576	23,141	14.68
国	123,890	1,973,552	15.93

介護認定の有無（程度）と医療費の関係は、山形県・国ともに同様の傾向があります。

介護認定の有無で比較すると、外来医療費、入院医療費いずれにおいても、認定ありの者の医療費が、認定なしの者の医療費を大きく上回っています。

また、要介護認定の程度として、要支援及び要介護1と要介護2以上の者で比較すると、外来医療費については、要支援及び要介護1でやや高くなっておりませんが、入院医療費については、要介護2以上で高くなっていきます。



【分析・課題・取組み】

- ・総医療費については、令和3年度と比較して、令和4年度に増加しています。
- ・一人当たり医療費については、外来費よりも入院費が高い状況です。また、疾病別医療費の外来費では高血圧症が最も高く、入院費では脳梗塞が上位にあることから、循環器系疾患の重症化が医療費の増大に関係していることが推測されます。また、糖尿病やそれと関連が強い慢性腎臓病の医療費についても外来・入院費ともに上位にあることから、生活習慣病全般の重症化予防の取組み推進が必要です。
- ・疾病別医療費において、入院費では骨折が高く、関節疾患は外来・入院費ともに上位にあることから、加齢による身体機能の低下により転倒・骨折等を起こしやすくなる等が原因になっていると考えられるため、フレイル予防の取組み推進が必要です。
- ・要介護認定者が有する疾患として、心臓病、高血圧症、筋・骨格系疾患が上位となっています。医療費の状況も踏まえると、循環器疾患の重症化や、骨折等を含む筋・骨格系疾患の重症化が、要介護の起因となっている可能性があるため、介護予防の観点からも生活習慣病の重症化予防や、骨折等とも関連する身体フレイル予防の取組みが重要です。

第3章 計画全体

第3期計画において実施する保健事業と評価指標・目標値

事業番号	事業 ○対応する健康課題	評価指標	年度毎の目標値等 ※空欄の場合は見直しを行わない限り、当初（R6）目標値を維持							
			R6	R7	R8		R9	R10	R11	
1	健康診査事業 ○受診率が低い市町村の受診率向上 ○後期高齢者医療保険加入後の受診継続 ○健康状態不明者数の減少 ○健康状態不明者の実態把握	健康診査 受診率	26.5%							
2	歯周疾患検診事業 ○受診率の向上	歯周疾患検診 受診率	15.0%							
3	高齢者の保健事業と介護予防の 一体的実施事業 ○生活習慣病等の重症化予防や 介護予防等の取組みによる、 医療費、介護給付費の適正化 ○生活習慣病（肥満、血糖、血 圧）リスク者の状態改善 ○痩せリスク者の状態改善 ○フレイルリスク者の状態改善 ○歯周疾患リスク者の改善 ○健康状態不明者数の減少 ○健康状態不明者の実態把握 ○適切な受診行動による医療費 の適正化 ○フレイル予防による介護給付 費の適正化		①～⑥に係る全ての ハイリスクアプローチ の実施市町村数							
			R6 をベースとして拡充する							
		①低栄養	0.47%							
		②口腔	2.51%							
		③服薬等	4.40%							
		④重症化 予防（糖 尿病性腎 症）	7.59%							
		⑤重症化 予防（そ の他）	9.57%							
	⑥健康状 態不明者	1.48%								
4	各種訪問指導事業 ○適切な受診行動による医療費 の適正化 ○フレイル予防による介護給付 費の適正化 ○生活習慣病等の重症化予防や 介護予防等の取組みによる、 医療費、介護給付費の適正化	低栄養等 予防	16.35%							
		重複・頻 回受診・ 服薬	14.75%							
		重症化予 防	17.43%							

第3期計画では、第2期計画において実施した保健事業を継続し、現状分析の結果をふまえ、事業内容について改善を図ることとします。

第4章 各事業の概要

1. 健康診査事業

事業分類	健康診査	事業名	健康診査事業
事業の内容	被保険者自身の身体の状態等を把握し、生活習慣病等を予防・早期発見することを目的とした健康診査を実施します。市町村へ事業を委託します。		
事業の対象者	山形県後期高齢者医療被保険者。 ただし、介護施設等に入所している被保険者を除きます。		
評価指標／目標値	健康診査受診率 26.5%		

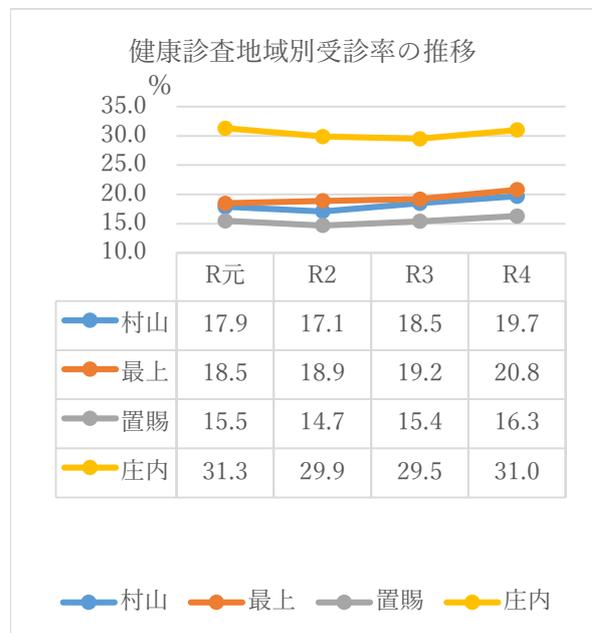
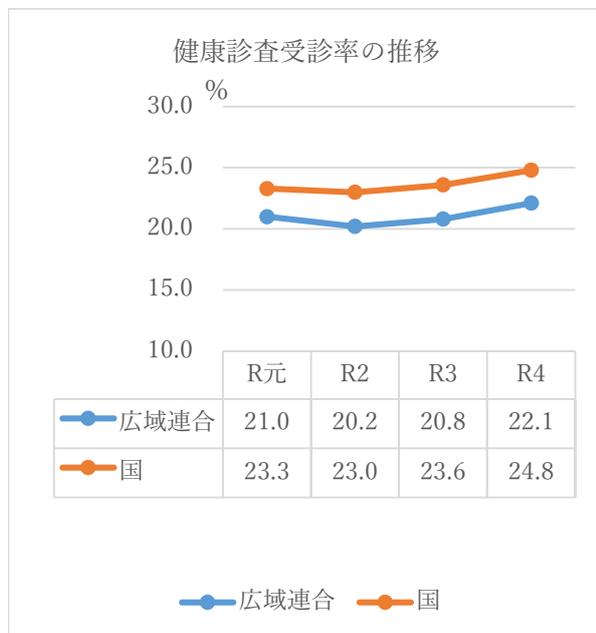
取組みに至る状況等（分析結果・アセスメント）

高齢者、その中でも特に後期高齢者については、複数疾患の合併のみならず、加齢に伴う諸臓器の機能低下の進行により、健康上の不安が大きくなります。被保険者の身体状況を把握し、糖尿病などの生活習慣病を早期発見や、重症化を予防するためにも健康診査は重要です。

本広域連合の健康診査の受診率は、全国平均と比較して低い状況が続いております。二次医療圏別の受診率は、庄内地域が高い反面、その他の地域では低く、地域差が大きい傾向にあります。

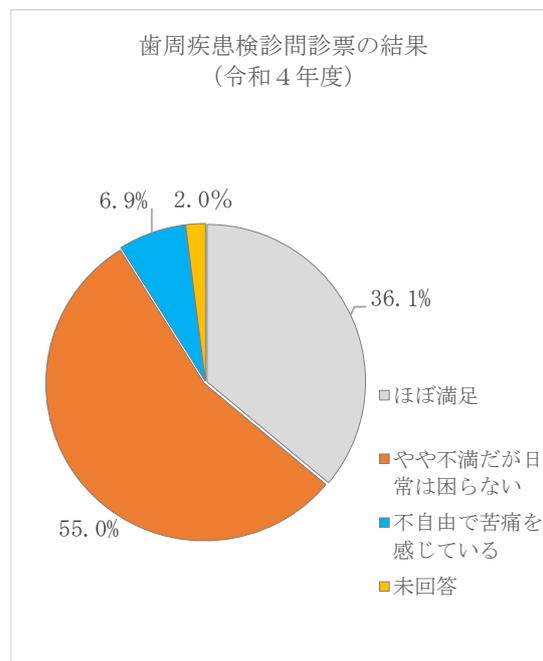
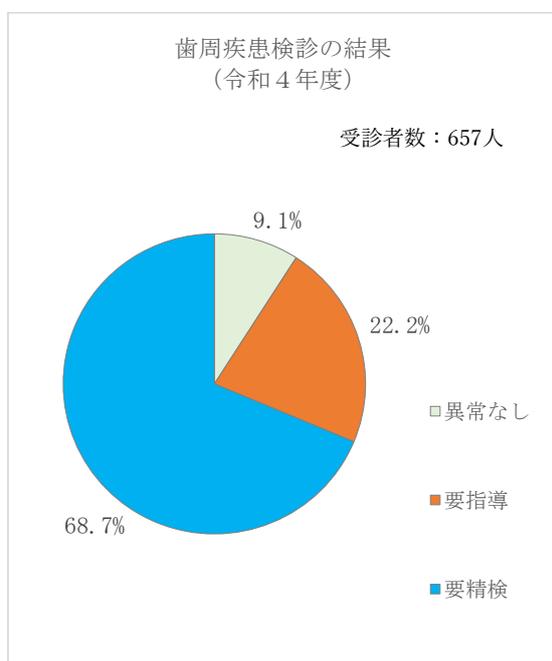
また、前期高齢者70～74歳から後期高齢者75～79歳へ移行後の受診率に大きな落ち込みがみられます。（15ページ参照）

このような状況から、受診率が低い地域の受診率の向上と後期高齢者医療保険加入後も継続して健康診査を受診するための取組みを実施し、被保険者の健康保持・増進と健康寿命の延伸を目指します。



2. 歯周疾患検診事業

事業分類	歯科健診	事業名	歯周疾患検診事業
事業の内容	歯周病等の状態等を把握し、重症化予防等に繋がることを目的に、歯周疾患検診を実施します。検診は、山形県歯科医師会へ委託して実施します。		
事業の対象者	山形県後期高齢者医療被保険者のうち、前年度に75歳となった被保険者。		
評価指標/目標値	歯周疾患検診受診率 15.0%		
取組みに至る状況等（分析結果・アセスメント）			
<p>歯周疾患は歯・口腔の主要な疾患となっており、成人期の有病者率が高いことや、全身疾患や生活習慣病との関係が指摘されていることから、歯周疾患対策をより一層推進していくことが重要です。</p> <p>歯周疾患検診の結果について、令和4年度では、「異常なし9.1%」ですが、「要指導22.2%、要精検68.7%」と、受診者の約9割に、何かしらの異常がみられます。</p> <p>一方、検診にかかる問診表（本人の自覚）では、「ほぼ満足36.1%」「やや不満だが、日常では困らない55.0%」「不自由で苦痛を感じている6.9%」と回答しており、受診者の約6割が何かしらの異常を自覚しています。（「未回答2.0%」）</p> <p>歯周疾患検診事業を継続し、生涯を通じて歯・口腔の健康を保つため、歯・口腔の健康状態の検査や生活習慣、全身疾患の状況を踏まえた歯科口腔保健指導等を行い、日常的に自らが予防に努める必要があります。歯周疾患検診受診により、早期の治療や予防に繋ぎ、健康で質の高い生活を支える歯の減少を防ぐとともに、歯周疾患と関連する全身疾患の悪化を防止し、健康寿命の延伸を目指します。</p> <p>また、広域連合が保有する検診結果について市町村へ提供し、保健事業への活用を促進します。</p>			



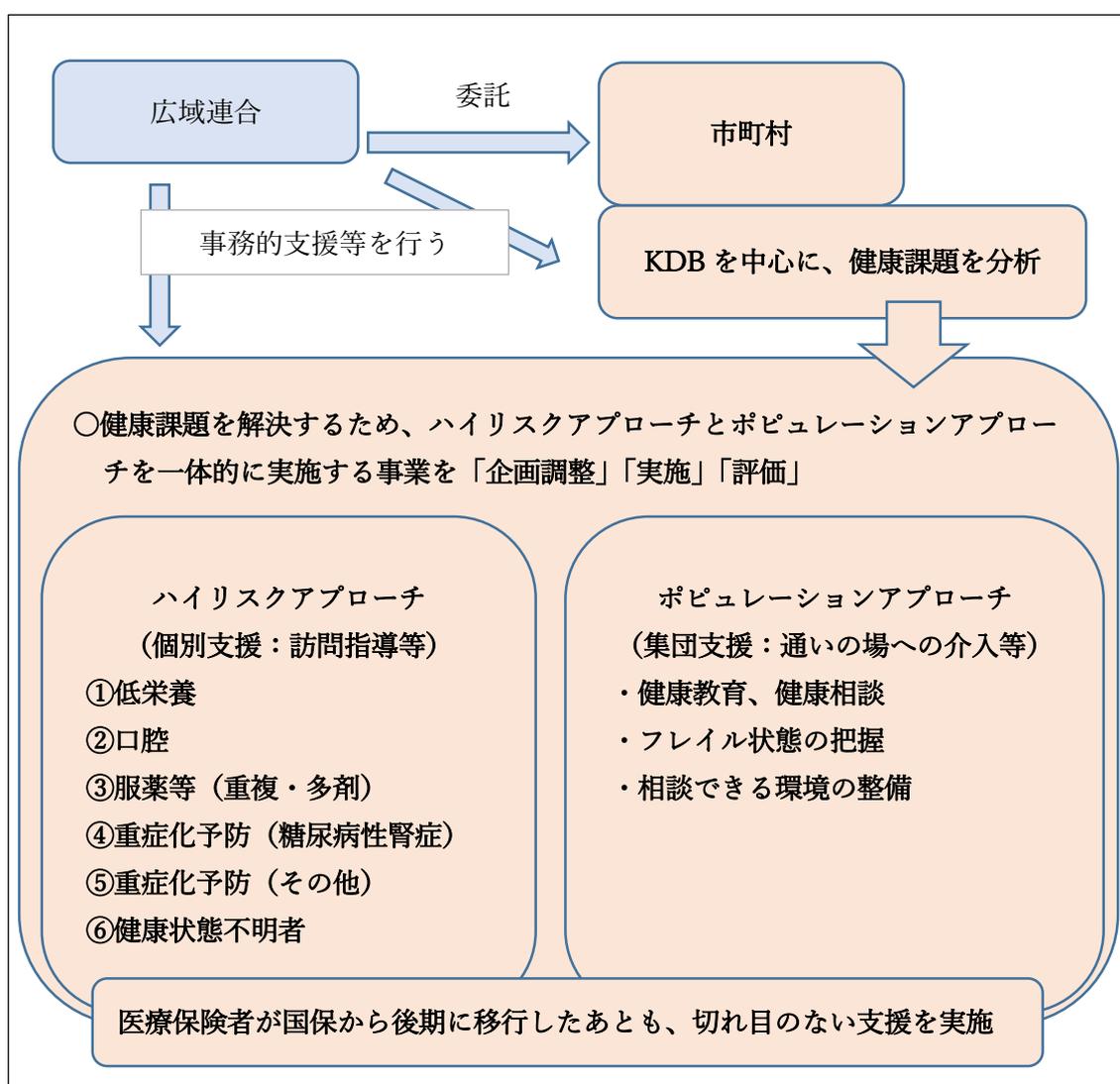
3. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業

健康診査、歯科健康診査を除く保健事業のうち、保健事業による個別的な支援は、広域連合から市町村へ委託して実施する「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業」が中心となります。

【事業の目的・概要】

市町村の健康課題について、保健事業と介護予防を一体的に実施し、課題解決を図ることを目的とします。また、医療保険者が後期高齢者医療に移行したあとも、住民に対して切れ目のない支援を実施することも目的としています。

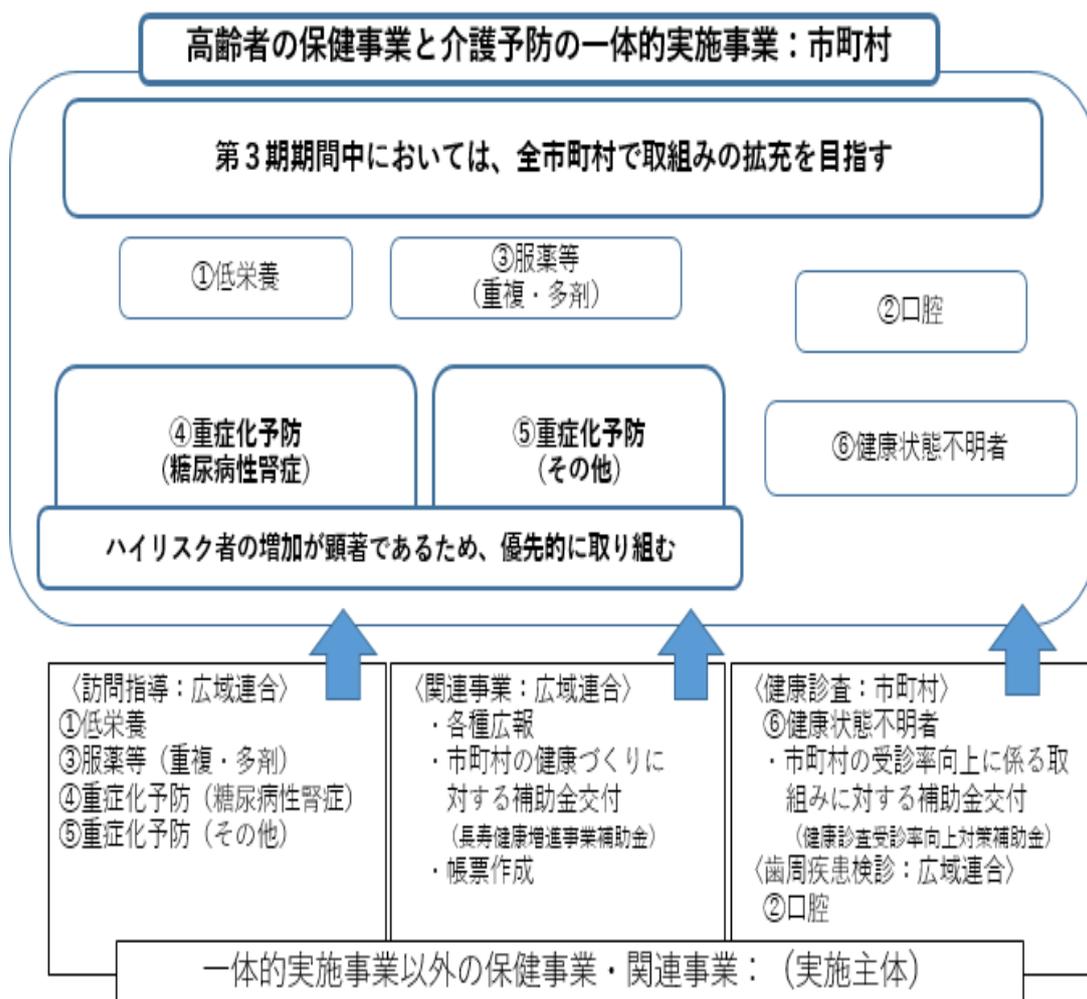
広域連合から事業を市町村へ委託し、市町村は、KDBを中心に健康課題を分析し、課題解決のため、保健指導等（ハイリスクアプローチ）と通いの場等への介入による健康教育等（ポピュレーションアプローチ）を実施します。



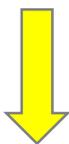
【取組みの方向性】

- 一体的実施事業は、市町村が主体となって実施する事業となり、広域連合では、市町村の取組み状況や実施体制を把握し、研修会の開催、事務的支援などを行いながら、市町村における取組みの拡充とハイリスク者割合の減少を目指します。
特に、近年、「重症化予防（糖尿病性腎症・その他）」に係るハイリスク者が増加傾向にあり、国保の保健事業においても「糖尿病性腎症」に係る取組みを実施する市町村が多くみられ、「重症化予防（糖尿病性腎症・その他）」は後期、国保の共通の健康課題となっております。一体的実施においては、国保事業からの継続が重要であることから、被保険者に対する効果的な保健事業を展開するため、「重症化予防」のハイリスクアプローチ・ポピュレーションアプローチについては特に優先的に取り組む必要があると考えています。
- また、他保健事業や関連事業について実施し、ハイリスク者割合の減少に努めます。

ハイリスク者減少に係る保健事業の取組み（イメージ）



各種健康リスク ハイリスク者割合	保健指導の対象者（KDB システムから抽出される基準）
①低栄養 0.47%	健診結果：BMI が 20.0 未満、かつ、後期高齢者の質問票：⑥（体重変化）に該当
②口腔 2.51%	質問票：④（咀嚼機能）、⑤（嚥下機能）のいずれかに該当し、かつ、過去 1 年間に歯科受診がない（レセプトがない）
③服薬等 （重複・多剤） 4.40%	○多剤：1 カ月のうち、処方される薬剤の数が「15 以上」 ○睡眠薬：睡眠薬が処方され（レセプト）、かつ、質問票：⑧（転倒）に該当 または⑩（認知：物忘れ）⑪（認知：失見当識）二つともに該当 ○重複・頻回受診： ※活用支援ツールでは抽出されないため、以下の基準とする ・重複受診：同一疾病での受診医療機関が 1 か月に 3 か所以上ある ・頻回受診：同一医療機関での受診が 15 回以上の月が 3 か月以上続く
④重症化予防 （糖尿病性腎症） 7.59%	以下の 2 つの基準のいずれかに該当する被保険者 ○重症化予防-糖尿病等治療中断者 健診結果：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があり（レセプト）、かつ、抽出年度に薬剤処方履歴なし（レセプト） ○重症化予防-腎機能不良未受診者 健診結果：eGFR<45 または 尿蛋白（+）以上、かつ、医療（入院・外来・歯科）未受診（レセプト）
⑤重症化予防 （その他） 9.57%	以下の 3 つの基準のいずれかに該当する被保険者 ○重症化予防-コントロール不良者 健診結果：HbA1c \geq 8.0%または BP \geq 160/100、かつ、対応する糖尿病・高血圧の薬剤処方履歴（1 年間）なし（レセプト（医科・DPC・調剤）） ○重症化予防-基礎疾患保有フレイル 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（レセプト）、または、健診結果：HbA1c \geq 7.0%かつ質問票：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 ○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、⑦（歩行速度）に該当、または、⑦（歩行速度）に該当、かつ、⑧（転倒）に該当
⑥健康状態不明者 1.48%	当年度及び前年度において健康診査の受診がなく、かつ、医療機関への受診及び介護認定がない



一体的実施事業での取組みを中心として、ハイリスク者割合の減少を目指す（R4 年度のハイリスク者割合をベース値とする）

R2-R4におけるハイリスク者数・割合（県全体）

ハイリスク者割合：対象者/被保険者数 ※活用支援ツールからの抽出

項目	R 2 年度 (R2年4月～R3年3月)		R 3 年度 (R3年4月～R4年3月)		R 4 年度 (R4年4月～R5年3月)	
	前年度末 被保険者 193,178	ハイリスク者 割合	前年度末 被保険者 190,101	ハイリスク者 割合	前年度末 被保険者 190,444	ハイリスク者 割合
低栄養	748	0.39%	870	0.46%	898	0.47%
口腔	5,124	2.65%	5,005	2.63%	4,775	2.51%
服薬（重複・多剤）	7,436	3.85%	8,078	4.25%	8,375	4.40%
多剤	5,532	2.86%	5,927	3.12%	6,233	3.27%
睡眠薬	1,904	0.99%	2,151	1.13%	2,142	1.12%
重症化予防（糖尿病性腎症）	7,096	3.67%	10,728	5.64%	14,454	7.59%
糖尿病等治療中断者	7,077	3.66%	10,705	5.63%	14,430	7.58%
腎機能不良未受診者	19	0.01%	23	0.01%	24	0.01%
重症化予防（その他）	15,830	8.19%	17,014	8.95%	18,229	9.57%
コントロール不良者	1,455	0.75%	1,653	0.87%	1,757	0.92%
基礎疾患保有+フレイル	8,740	4.52%	9,373	4.93%	9,971	5.24%
身体的フレイル（ロコモ含む）	5,635	2.92%	5,988	3.15%	6,501	3.41%
健康状態不明者	2,719	1.41%	2,866	1.51%	2,823	1.48%

4. 訪問指導事業

事業分類	訪問指導事業	取組み	<ul style="list-style-type: none"> ・低栄養予防 ・重複頻回受診・服薬 ・重症化予防 (糖尿病性腎症、その他)
事業内容	被保険者自身の身体の状態等に応じた保健指導を実施します。 専門の民間事業者等、外部機関へ事業を委託して実施する予定です。		
事業の対象者	29 ページを参照		
評価指標／目標値			
取組みの方向性			
<p>「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業」を全ての市町村で実施することにより、それぞれの地域ごとの健康課題に取り組むこととなりますが、訪問指導事業は、市町村が取組まない個別支援にて生じているハイリスク者や、広域連合として特に取り組むべき健康課題が生じた際などに、ハイリスク者に対応する事業として展開します。</p> <p>第2期計画において、「低栄養予防等」「重複頻回受診」「重症化等予防（糖尿病性腎症、その他）」に取り組んでおりましたが、第3期計画においても同様の事業を継続し、ハイリスク者に対応し、状態の改善を図ることとします。</p> <p>なお、「重複頻回受診」については、多剤処方や睡眠薬処方によるハイリスク者への対応及び医療費適正化の取組みを強化するため、「服薬」への対応をすすめていきます。</p> <p>評価指標は、実績では「実施割合（訪問指導実施数／候補者数）」とし、目標値を令和4年度までの民間事業者への委託の実績をベース値として、まずはベース値の達成を目指します。</p> <p>成果については、介入時の対象者の状態や、得られる効果が一定ではないことから、目標値を定めないこととします。ただし、指導実施者の状態が改善されているかについては、確認項目を設けることとします。</p> <p>なお、今後、「低栄養予防等」「重複頻回受診・服薬」「重症化等予防（糖尿病性腎症、その他）」以外の健康課題への対応を強化する必要があるれば、取組み内容の見直しを検討します。</p>			

事業対象者

取組み項目 (対応するハイリスク項目)	対象者の基準
低栄養予防 (低栄養)	健康診査の結果、BMI が 20.0 未満で、かつ、質問票⑥ (体重変化) に該当
重複頻回受診・服薬 (服薬等)	○重複受診：同一疾病での受診医療機関が 1 か月に 3 か所以上ある ○頻回受診：同一医療機関での受診が 1 5 回以上の月が 3 か月以上続く ○服薬： I 多剤：「15 剤以上」の処方になされている II 睡眠薬：睡眠薬が処方され (レセプト)、かつ質問票⑧ (転倒) に該当または⑩ (認知：物忘れ) ⑪ (認知：失見当識) 二つともに該当
重症化予防 (糖尿病性腎症)	○医療機関未受診者 健康診査データから次の①又は②に該当する者を抽出した上で、レセプトデータの照合等により受診を確認できない者。 ① 次の(ア)に該当し、かつ(イ)または(ウ)のいずれかに該当 (ア) 空腹時血糖 126 mg/dl (随時血糖 200 mg/dl) 以上 又は HbA1c 6.5%以上 (イ) eGFR 60 ml/分/1.73 m ² 未満 (ウ) 尿蛋白 陽性 (+) 以上 ② eGFR 45 ml/分/1.73 m ² 未満 ○治療中断者 糖尿病による診療歴のある患者で、最終の受診から 6 か月を経過しても受診した記録がない者。
重症化予防 (その他)	以下の 3 つの基準のいずれかに該当 ○重症化予防-コントロール不良者 健診結果：HbA1c ≥ 8.0% または BP ≥ 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 ○重症化予防-基礎疾患保有フレイル 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 ○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 (歩行速度) に該当、または、質問票⑦ (歩行速度) に該当かつ質問票⑧ (転倒) に該当

各取組みの目標値

	実績		成果
	指標	目標値	確認事項
低栄養予防	実施者数/ 候補者数	16.35%	・低栄養状態の改善状況
重複頻回受診・服薬		14.75%	・受診行動の改善状況 ・医療費適正化の効果額
重症化予防		17.43%	・医療機関受診の有無

第5章 その他

(1) 第3期計画の評価・見直し

第3期計画については、毎年、各年度の実績等について評価を行い、より効果的・効率的な事業展開を目指します。

令和8年度には令和6年度～令和7年度までの事業について中間評価を実施し、第3期計画の最終年度となる令和11年度までの各事業の目標値や取組みの方向性などについて見直しを図ります。また、令和11年度には、第3期計画全体の最終評価を実施し、次期保健事業実施計画策定の際に活かすこととします。

なお、第3期計画の評価については、「保健事業支援・評価委員会」などにおいて、学識経験者などから助言指導を仰ぐこととします。

(2) 第3期計画の公表・周知

第3期計画については、保健事業の当事者となる被保険者やそのご家族、関係機関等の方々へ周知が図られるようにします。

周知の方法としては、広域連合のホームページや、市町村広報誌などを活用します。

(3) 個人情報の取扱い

第3期計画の策定及び保健事業の実施における個人情報の取扱いにあたっては、個人情報保護法等関係法令・ガイドライン等を遵守します。

(4) 地域包括ケアに係る取組

住み慣れた地域で自分らしい暮らしを最後まで続けることができるよう、政府は、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域ケアシステムの構築を進めています。

広域連合においては、高齢者保健事業の中心が「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業」となることから、地域包括ケア会議等に参加するなど、地域包括ケアに係る取組みを強化していきます。

また、市町村や地域の医療・介護関係者と連携を図り、KDBシステムを活用して、介入が必要な方などを各地域課題等に応じて抽出して協力するなど、必要に応じた支援や協力を行います。

(5) その他留意事項

保健事業については、被保険者や保険医療機関の代表者、他の医療保険者等の意見を伺う機会を設けることとします。

また、第3期計画について、事業の実績や成果について、全国共通の評価指標が設定されているものもあり、KDBシステムにより出力された情報を分析・評価することとされています。そのため、保健事業の効果測定等のデータ分析については、KDBシステムを中心に実施していくこととします。