

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

資料編

1. 事業関連資料	33
-----------	----

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。

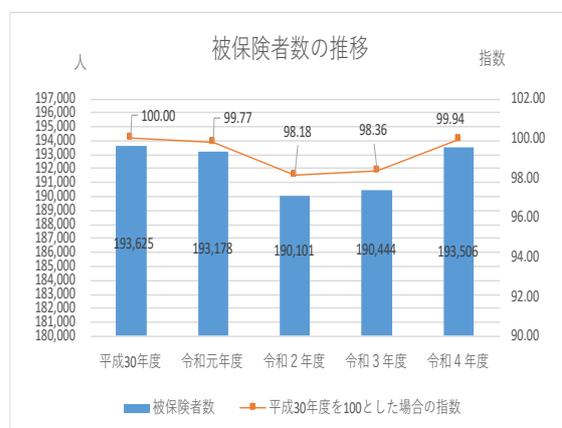
（山形県の人口 出典：山形県みらい企画創造部統計企画課 山形県の人口と世帯数（推計）令和5年4月1日現在）

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
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					
健康診査受診勸奨事業	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)					
(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)					
(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勸奨通知を送付	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ています。

②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っています。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・評価を行っています。

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ています。数値目標の達成度は、以下の評価基準を用いて行い、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ています。

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、対象者へ受診を促す文書の送付やテレビCM等を実施していますが、受診行動には繋がらず未達成となっています。

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いますが、数値目標に達していない事業が大半を占めています。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。

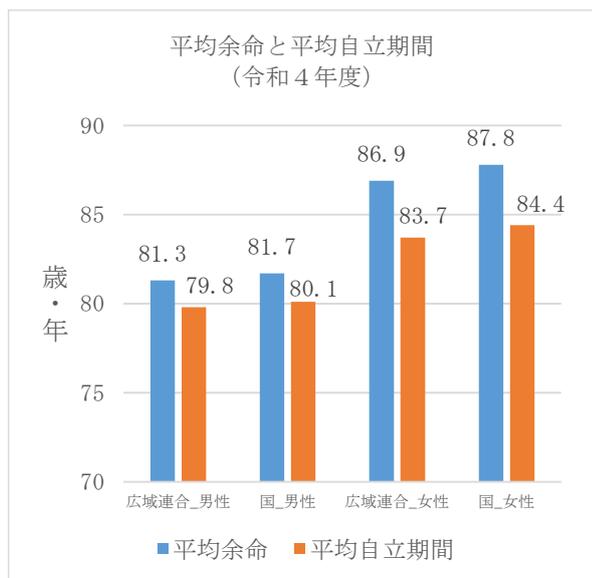
第2章 情報分析と課題抽出

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0.3～0.9歳（年）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)

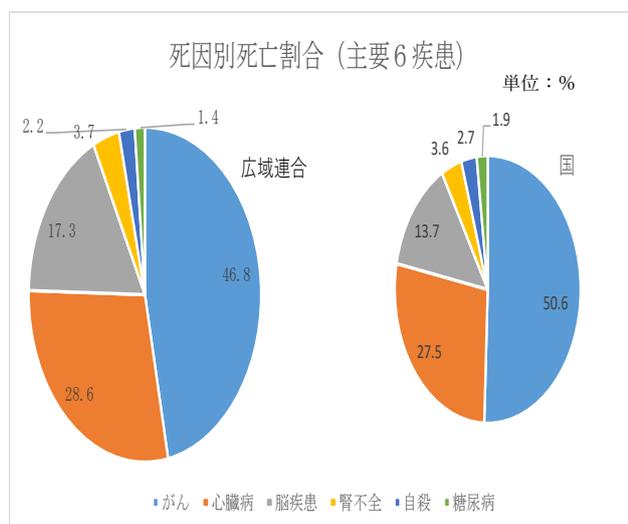
単位：歳・年

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。

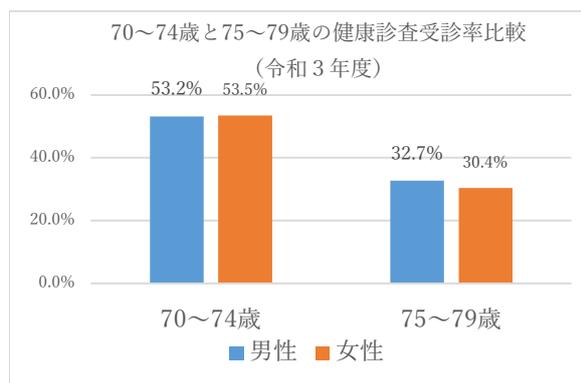
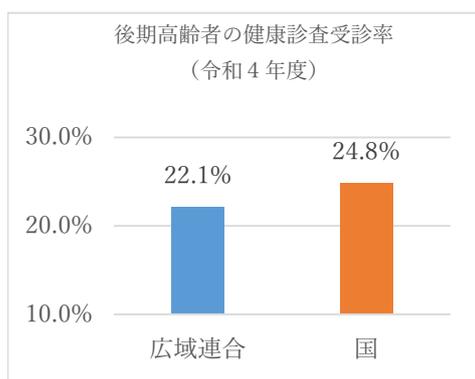
また、主要6疾患における死因別死亡割合は、がんや心臓病、脳疾患の割合が高く、特に心臓病や腎不全については割合が高まっている傾向が見られるため、死因に繋がる可能性がある生活習慣病関連疾患の重症化予防等の取組み推進が必要です。

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

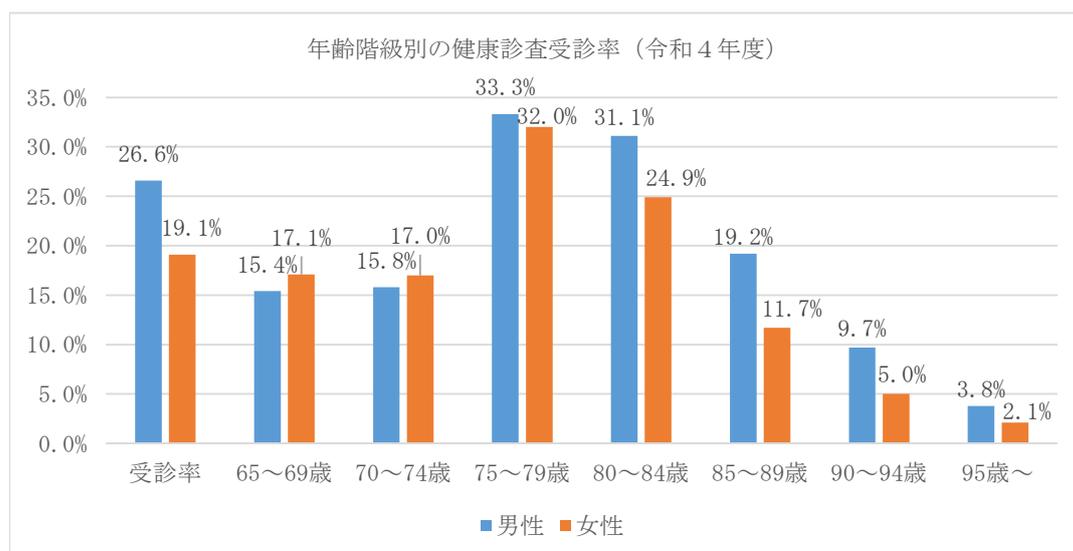
受診状況

- ・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）。



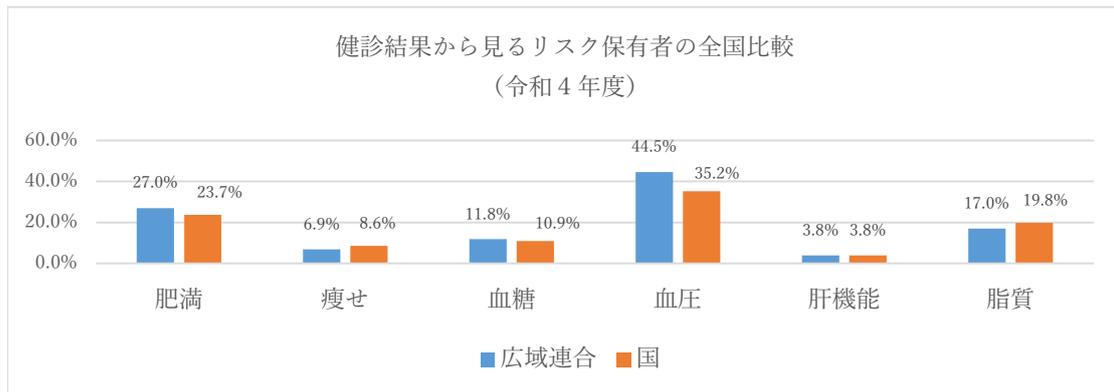
※KDBシステムの数値を用いた比較であり、「第2期保健事業に係る評価」とは一致しない場合がある。

- ・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）

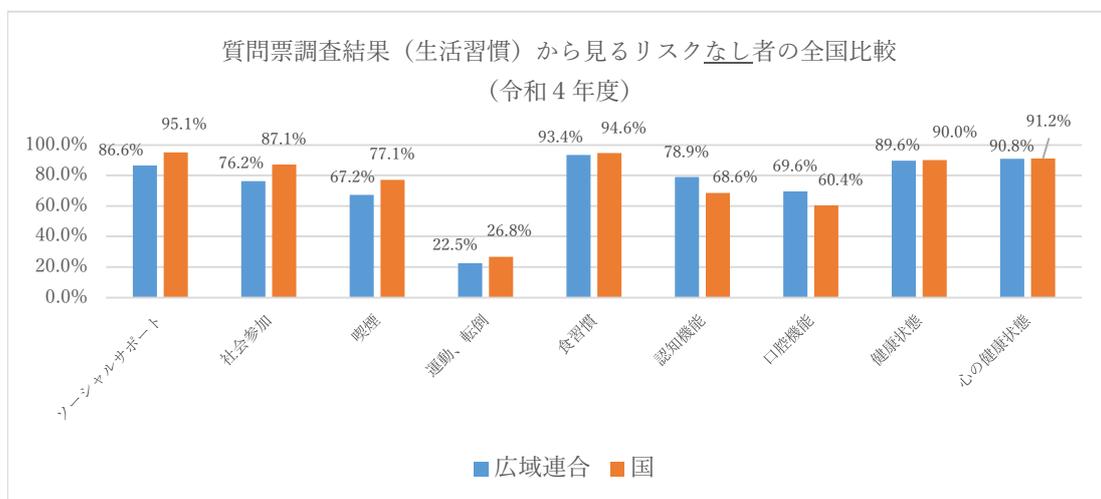
- 肥 満：3.3 ポイント高い
- ・瘦 せ：1.7 ポイント低い
- 血 糖：0.9 ポイント高い
- 血 圧：9.3 ポイント高い
- ・肝機能：同値
- ・脂 質：2.8 ポイント低い



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



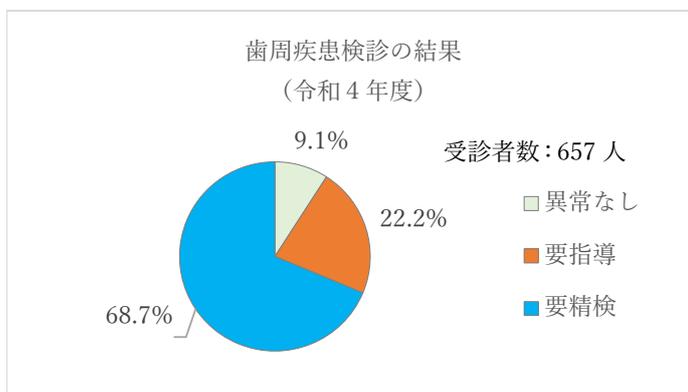
歯科健康診査（歯周疾患検診）の実施・結果の状況

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。
- ・痩せリスク保有者割合は、国と比較して低い割合であるものの、6.9%存在していますので、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、通いの場等への積極的な参加勧奨、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ポイント低下しています。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います。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

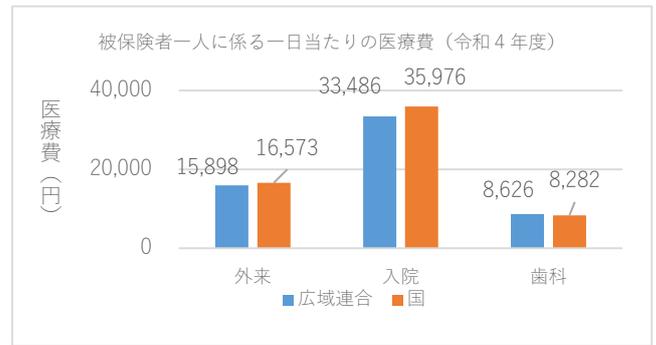
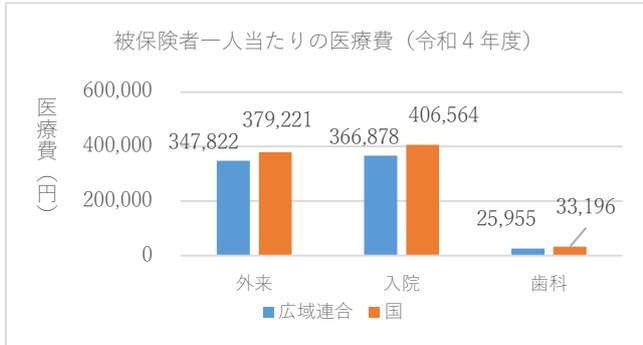
令和4年度の医療費における国との比較状況は以下のとおりです。

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、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。

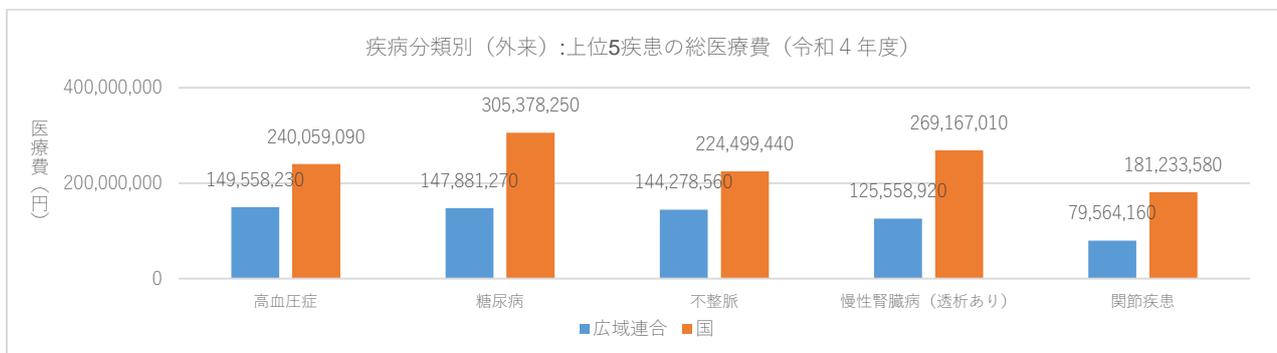
また、総医療費については、令和3年度と比較して増加しています。



医療費(外来・入院・歯科)の経年変化

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。

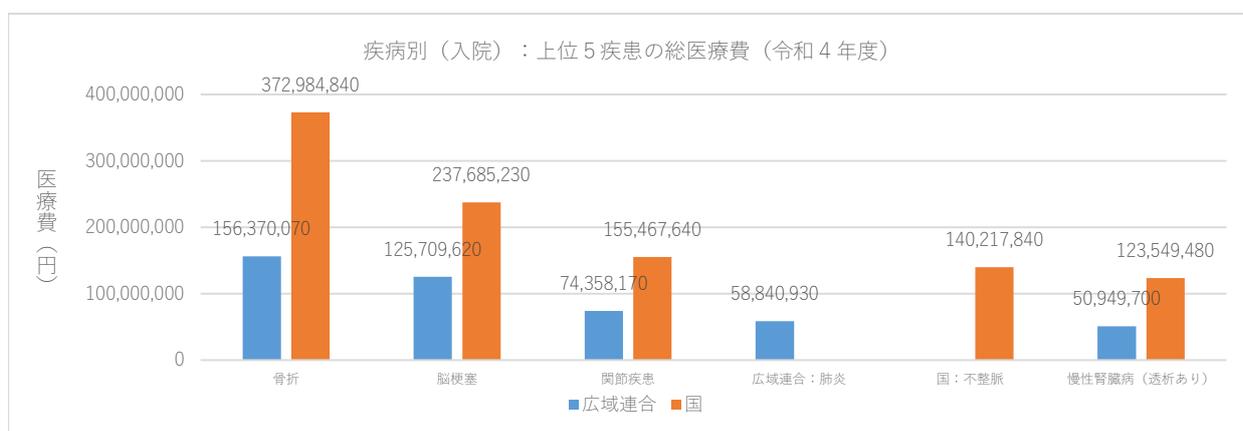
また、上位5疾患の外来総医療費を令和3年度と比較すると、医療費の順位に変化はないものの、糖尿病、不整脈については医療費が増加しており、高血圧症、慢性腎臓病（透析あり）、関節疾患では減少しています。

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

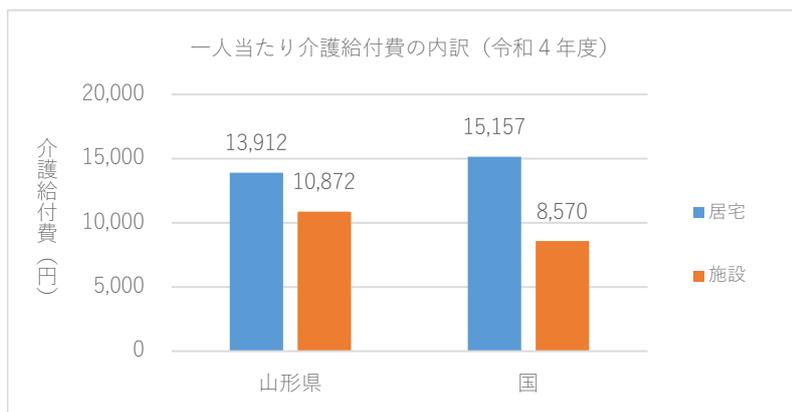
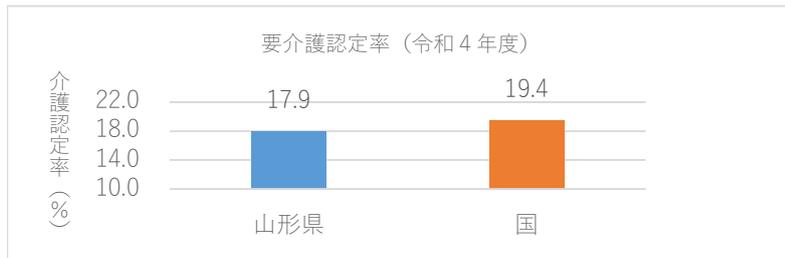
経年変化	骨折	脳梗塞	関節疾患	慢性腎臓病 (透析あり)	肺炎
令和3年度	5,569,674,330	4,325,588,040	2,549,760,660	2,067,336,690	1,958,544,940
令和4年度	5,472,952,280	4,399,836,780	2,602,535,810	1,783,239,610	2,059,432,380

(2) 介護関係

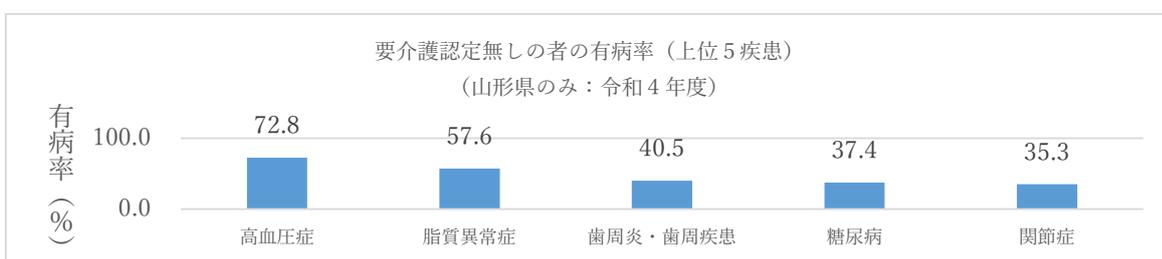
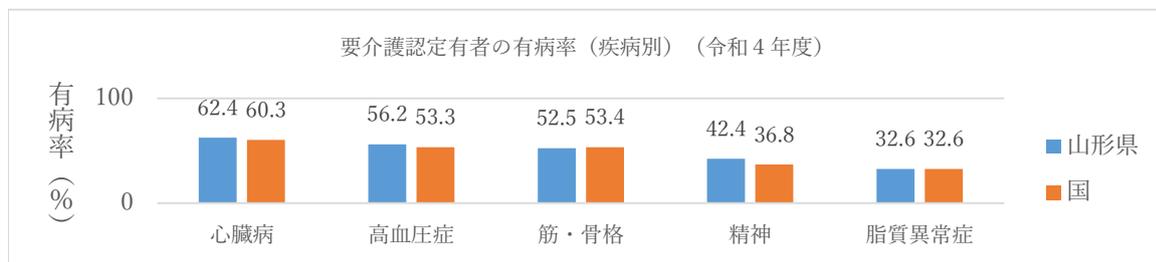
※広域連合は介護保険の保険者ではないため、この項目では「広域連合」ではなく、「山形県」と表記します。

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。



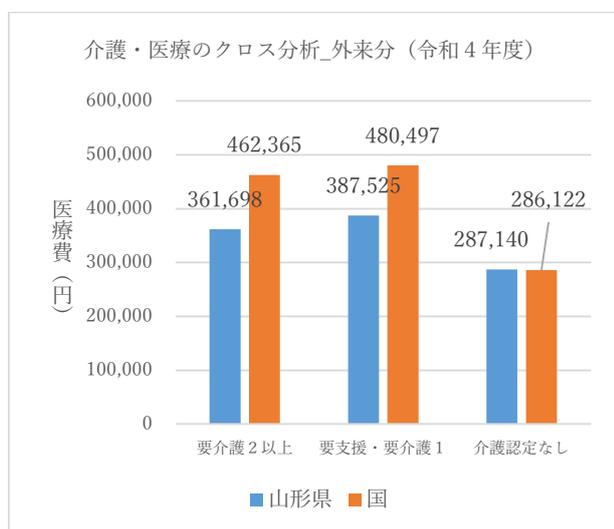
厚生労働省が発表している介護予防・日常生活支援総合事業報告によると、令和3年度の通いの場の状況は以下のとおりとなっています。1箇所あたりの参加者数は、国と同程度です。

	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でやや高くなっていますが、入院医療費については、要介護2以上で高くなっています。



【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

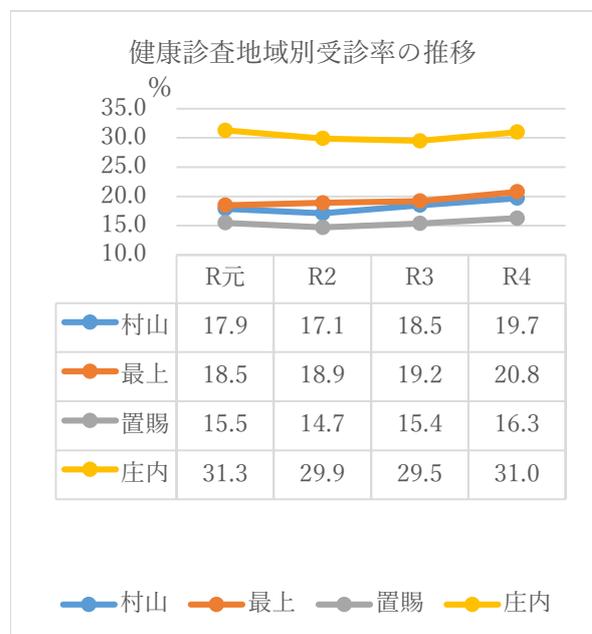
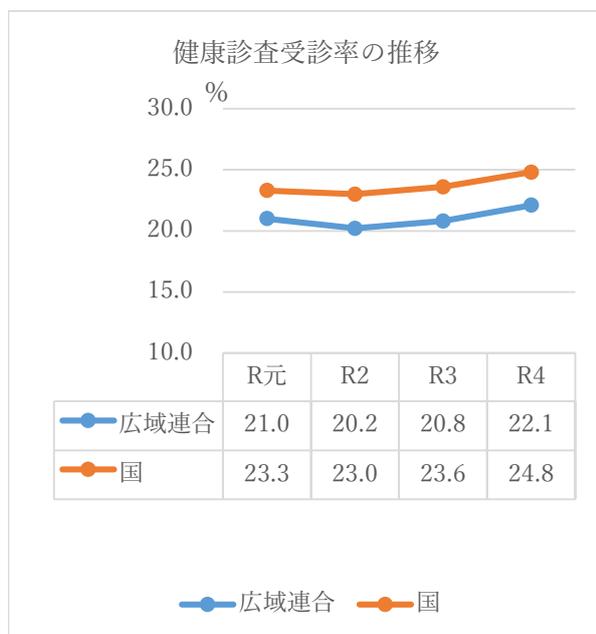
事業番号	事業 ○対応する健康課題	評価指標	年度毎の目標値等 ※空欄の場合は見直しを行わない限り、当初（R6）目標値を維持							
			R6	R7	R8		R9	R10	R11	
1	健康診査事業 ○受診率が低い市町村の受診率向上 ○後期高齢者医療保険加入後の受診継続 ○健康状態不明者数の減少 ○健康状態不明者の実態把握	健康診査 受診率	26.5%							
2	歯周疾患検診事業 ○受診率の向上	歯周疾患検診 受診率	15.0%							
3	高齢者の保健事業と介護予防の 一体的実施事業 ○生活習慣病等の重症化予防や 介護予防等の取組みによる、 医療費、介護給付費の適正化 ○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

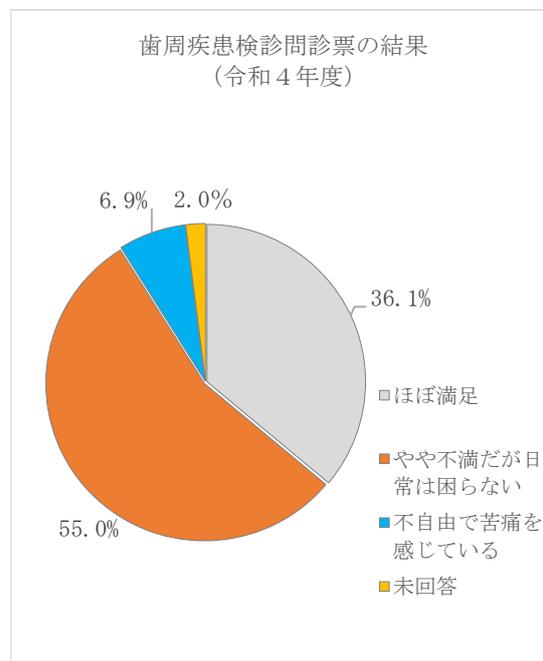
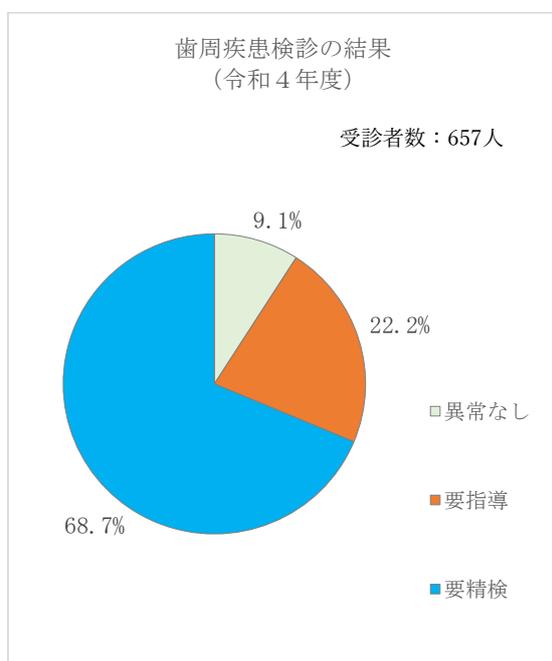
1. 健康診査事業

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）			
<p>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。</p> <p>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います。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。</p> <p>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）</p> <p>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。</p>			



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>			



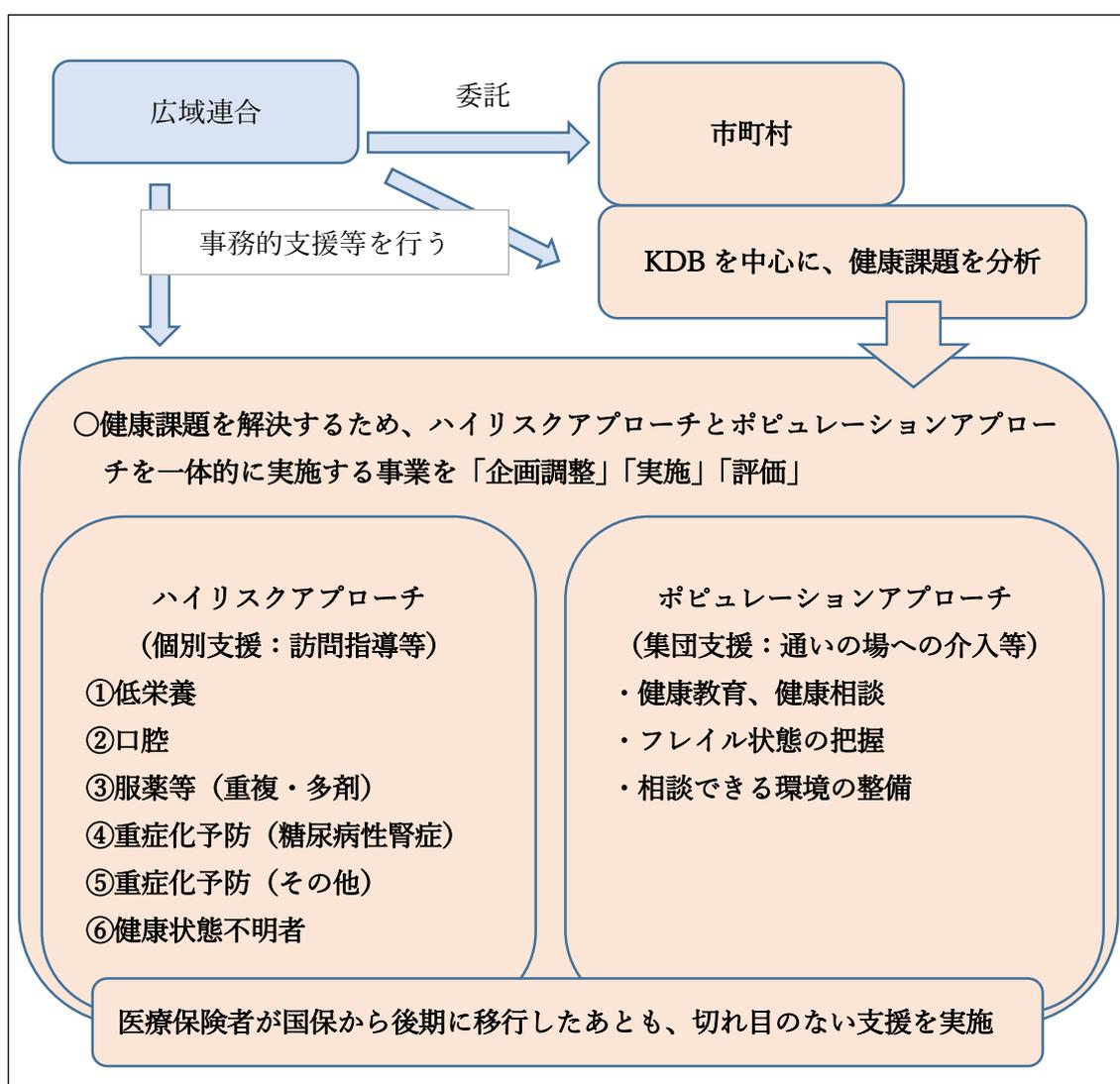
3. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業

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。

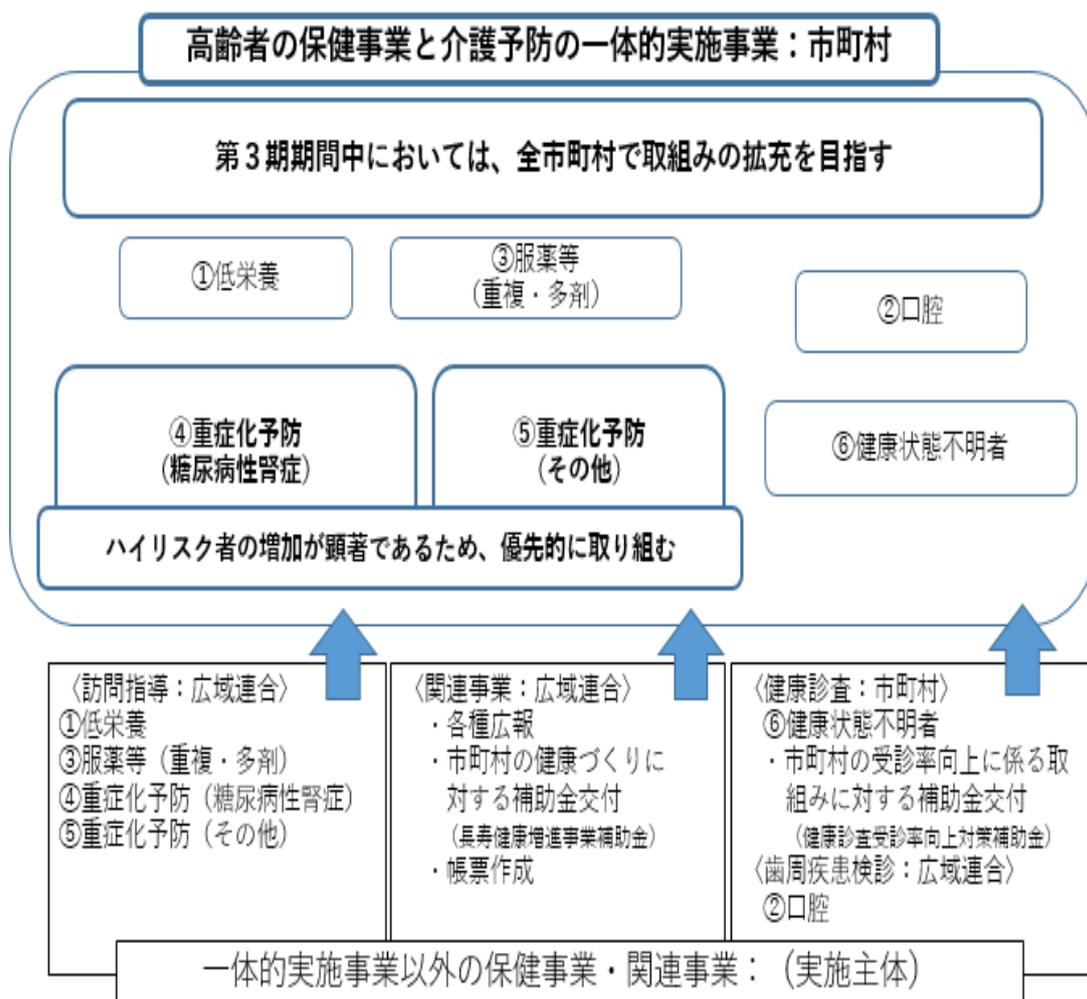
広域連合から事業を市町村へ委託し、市町村は、KDBを中心に健康課題を分析し、課題解決のため、保健指導等（ハイリスクアプローチ）と通いの場等への介入による健康教育等（ポピュレーションアプローチ）を実施します。



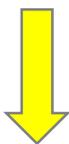
【取組みの方向性】

- 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います。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。

【資料編】

山形県後期高齢者医療広域連合第3期データヘルス計画

計画策定の趣旨	背景	全ての保険者にデータヘルス計画の策定が求められて以降、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、標準化の取組の推進や評価指標の設定の推進が進められている。広域連合においては、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を活用することにより、広域連合間の実績等を比較可能にすることで、市町村との連携を含めた、効果的な保健事業の抽出につなげることが期待される。	
	目的	健康・医療情報を活用し、PDCAサイクルに沿った効果的・効率的な保健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つなげることを目的とする。	
計画期間		R6～R11	
関連する他の計画 関連事項・関連目標	都道府県健康増進計画 (健康やまがた安心プラン)	R6～R17	「健康長寿日本一」の実現
	都道府県医療費適正化計画 (第8次山形県保健医療計画)	R6～R11	高齢者の心身機能の低下等に起因した疾病予防・介護予防の推進 医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービス提供の推進
	介護保険事業支援計画	R6～R8	高齢者の健康づくりと介護予防の推進
	国保データヘルス計画	R6～R11	生活習慣病対策をはじめとする保健事業の実施を進め、健康寿命の延伸と将来の医療費抑制に寄与 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業による健康課題の解決
実施体制 関係者連携	市町村との連携体制	住民に身近な構成市町村が保健事業の中心となることが想定され、特に一体的実施事業については、構成市町村が抱える健康課題の解決のために取り組むものであるため、広域連合は、構成市町村と情報共有等を密にしながら、必要な支援を実施していく。	
	関係者等	山形県関係部局・国保連・支援評価委員からの技術的助言指導等を求めていく。 また、長寿医療懇談会など、外部有識者等からの意見聴取を求めていく。	

(1) 基本情報

人口・被保険者	対象者に関する基本情報 (2023年3月31日時点)					
	全体	%	男性	%	女性	%
人口(人)	1,031,642		500,197		531,445	
被保険者数(人)	193,506	100.00%	76,204	100.00%	117,302	100.00%
65～69歳(人)	1,363	0.70%	865	1.14%	498	0.42%
70～74歳(人)	7,635	3.95%	4,054	5.32%	3,581	3.05%
75～79歳(人)	60,659	31.35%	28,084	36.85%	32,575	27.77%
80～84歳(人)	51,462	26.59%	21,097	27.68%	30,365	25.89%
85～89歳(人)	41,561	21.48%	14,536	19.08%	27,025	23.04%
90歳以上(人)	30,826	15.93%	7,568	9.93%	23,258	19.83%

関係者等	計画の実効性を高めるための関係者等との連携
	連携内容
構成市町村	○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、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、保健事業部会での調整等
都道府県	○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
国保連及び支援・評価委員会	○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・評価委員会による支援・評価
外部有識者	○長寿医療懇談会での被保険者や各有識者等からの意見の聴取
保健医療関係者	
その他	

(2) 現状の整理

被保険者等の特性	被保険者数の推移	被保険者数（各年度末）の推移 H30：193,625人、R元：193,178人、R2：190,101人、R3：190,444人、 R4：193,506人 R2までは減少傾向であったが、R3からは、団塊の世代の加入等により、増加傾向にある。
	年齢別被保険者構成割合	年齢構成（障がい認定を除く） 75～79歳：31.35% 80歳～84歳：26.59% 85歳～89歳：21.48% 90歳以上：15.93% 75～79歳の構成割合が最も高く、80歳以降は構成割合が減少している。
	その他	被保険者数について、女性の被保険者は、男性の被保険者より約1.53倍多い。 年齢別の構成割合は75歳～79歳層が最も高く、以降は割合が減少傾向にあることは男女ともに同じだが、男性は各年齢層において約9ポイントずつの減少がみられるが、女性は90歳以上層に至るまで2～3ポイント程の減少となっている。
前期計画等に係る評価	前期（第2期）に設定したDH計画全体の目標（設定していない場合は各事業の目標）	①健康診査の受診率を25%以上とする。また、受診勧奨を実施した者の受診率を5%以上とする。 ②歯周疾患検診の受診率を15%以上とする。 ③各種訪問指導業務における実施割合、改善割合に数値目標を定める。 ④後発医薬品の数量シェアを82%以上とする。 ⑤高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業の実施市町村数を25市町村以上とする。
	目標の達成状況	①受診率については目標を達成した。受診勧奨者の受診率は未達成である。 ②未達成である。 ③達成、未達成の事業が混在する。 ④達成した。 ⑤未達成である。

※計画様式（I～V）は、東京大学「データヘルス計画標準化ツール®」を改変して作成。

II 健康医療情報等の分析

項目		健康医療情報等の整理	アセスメント	データ出典	広域連合がアプローチする課題と対策	
被保険者構成の将来推計		H27の被保険者数は190,037人である。75歳以上の人口について、R7は209,648人、R12は222,817人と推計されており、増加傾向にある。	重複頻回等対策や重症化予防等の個別的支援により、適切な受診行動につなげ、医療費の適正化を図る取り組みが必要と思われる。	日本の地域別将来人口（平成30（2018）年推計）	広域連合がアプローチする課題	優先する課題
将来推計に伴う医療費見込み		後期高齢者医療制度における医療費の状況は、総額及び一人当たりの医療費とも、制度創設以降増加しており、将来的にも増加傾向になると見込まれる。		第9期保険料算定		
平均余命 平均自立期間（要介護2以上）等 死因別死亡割合	全国平均との比較	<ul style="list-style-type: none"> ○平均余命：男性 81.3歳（国 81.7歳）、女性 86.9歳（国 87.8歳） ○平均自立期間：男性 79.8歳（国 80.1歳）、女性 83.7歳（国 84.4歳） ○死因別死亡割合（主要6死因について） <ul style="list-style-type: none"> ・県：がん（46.8%）、心臓病（28.6%）、脳疾患（17.3%）、腎不全（3.7%）、自殺（2.2%）、糖尿病（1.4%） ・国：がん（50.6%）、心臓病（27.5%）、脳疾患（13.8%）、腎不全（3.6%）、自殺（2.7%）、糖尿病（1.9%） 	<ul style="list-style-type: none"> ・平均余命、平均自立期間はいずれも、男女とも延伸している。 ・各医療圏の平均自立期間と平均余命の差について、男性は1.4～1.5歳差、女性は3.0～3.4歳差と女性の方が期間が長い。 ⇒男性に比べ女性において、要介護状態である期間が長いと考えられ、医療費、介護給付費増大の懸念があるため、生活習慣病等の重症化予防や介護予防等の取組みの推進が必要。 ・主要6疾患における死因別死亡割合は、がんや心臓病など生活習慣病に関連した疾患の割合が高い。心臓病や腎不全については割合が高まっており、糖尿病については横ばい傾向にある。 ⇒死因となる疾患に関連した生活習慣病の重症化予防等の取組みの推進が必要。 	<ul style="list-style-type: none"> ・KDB：地域の全体像の把握 	<ul style="list-style-type: none"> ○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 	し
	構成市町村比較	<ul style="list-style-type: none"> ○平均余命 <ul style="list-style-type: none"> ・二次医療圏別：村山：男性_82.2歳、女性_87.1歳、置賜：男性_80.9歳、女性_86.1歳、最上：男性_78.9歳、女性_85.5歳、庄内：男性_80.7歳、女性_87.6歳 ・最も高い市町村：男性_82.5歳、女性_88.4歳 ・最も低い市町村：男性_75.4歳、女性_76.9歳 ○平均自立期間 <ul style="list-style-type: none"> ・二次医療圏別：村山：男性_80.8歳、女性_83.9歳、置賜：男性_79.5歳、女性_83.1歳、最上：男性_77.5歳、女性_82.4歳、庄内：男性_79.5歳、女性_84.2歳 ・最も高い市町村：男性_81.1歳（平均余命：82.5歳）、女性_85.8歳（平均余命：88.4歳） ・最も低い市町村：男性_74.2歳（平均余命：75.4歳）、女性_74.9歳（平均余命：76.9歳） ○死因別死亡割合（主要6死因について） <ul style="list-style-type: none"> ・二次医療圏別： <ul style="list-style-type: none"> 村山：がん_47.6%、心臓病_28.6%、脳疾患_16.5%、糖尿病_1.3%、腎不全_4.1%、自殺_1.8% 置賜：がん_44.1%、心臓病_28.9%、脳疾患_19.9%、糖尿病_1.6%、腎不全_3.8%、自殺_1.8% 最上：がん_45.3%、心臓病_27.3%、脳疾患_19.8%、糖尿病_1.6%、腎不全_3.1%、自殺_2.9% 庄内：がん_47.9%、心臓病_29.0%、脳疾患_15.9%、糖尿病_1.4%、腎不全_3.1%、自殺_2.8% ・最も高い市町村：がん_57.3%、心臓病_41.7%、脳疾患_28.6%、糖尿病_5.7%、腎不全_6.8%、自殺_7.1% ・最も低い市町村：がん_30.4%、心臓病_20.0%、脳疾患_10.7%、糖尿病_0.0%、腎不全_0.0%、自殺_0.0% 		<ul style="list-style-type: none"> ・KDB：地域の全体像の把握 		
	経年変化	<ul style="list-style-type: none"> 過去5年間の状況（H30→R4） ○平均余命：男性 0.8歳（80.5歳→81.3歳）伸び、女性 0.1歳（87.0歳→86.9歳）短くなった。 ○平均自立期間：男性 0.8歳（79.0歳→79.8歳）伸び、女性 0.1歳（83.8歳→83.7歳）短くなった。 ○死因別死亡割合（主要6疾患：死因について） <ul style="list-style-type: none"> ・がん：0.9%減少（47.7%→46.8%） ・心臓病：1.6%上昇（27.0%→28.6%） ・脳疾患：0.5%減少（17.8%→17.3%） ・糖尿病：変化なし（1.4%→1.4%） ・腎不全：0.2%上昇（3.5%→3.7%） ・自殺：0.4%減少（2.6%→2.2%） 		<ul style="list-style-type: none"> ・KDB：地域の全体像の把握 		

項目		健康医療情報等の整理	アセスメント	データ出典			
健康診 査 歯科健 康診査 質問票 の分析	健康診査・歯 科健康診査の 実施状況	全国平均との 比較	<ul style="list-style-type: none"> ・R4健診の受診率は全国と比較して2.7%ポイント（広域22.1%、国24.8%）。 ・R3健診の受診率（広域20.8%、国23.6%）とR2健診の受診率（広域20.2%、国23.0%）は全国と比較して2.8ポイント低く、R元健診の受診率は（広域21.0%、国23.3%）全国と比較して2.3ポイント低い。 	<ul style="list-style-type: none"> ・健診受診率は、新型コロナウイルス感染症の影響もあり、R2に低下したが、R3は回復し、その後は増加傾向。 ・前期高齢者から後期高齢者に移行時の受診率が約20%低下しており、後期高齢者移行時後の受診率向上に係る取組みの推進が重要。 ・未受診者への受診勧奨は、特に受診率の低い市町村で積極的に実施していくことが重要。 ・歯周疾患検診受診率は、新型コロナウイルス感染症の影響もあり、R2、R3で低下したが、その後は回復傾向にあるものの、受診率が低く、受診率向上に係る取組みの推進が重要。 	<ul style="list-style-type: none"> ・KDB地域の全体像の把握 	広域連合がアブ ローチする課題	優先 する 課題
		構成市 町村比 較	<ul style="list-style-type: none"> 【R4健康診査の受診率】 ・最も高い市町村（32.6%）と最も低い市町村（12.0%）では、20.6ポイントの差がある。 ・R4二次医療圏別では、村山19.7%、最上20.8%、置賜16.3%、庄内地域31.0%。 ・受診率の市町村格差については、R元からR4で比較して上位10位と下位10位が9割以上固定化している。 		<ul style="list-style-type: none"> ・KDB：健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 		
		経年変 化	<ul style="list-style-type: none"> 【健康診査の受診率】 ・KDBではR元：21.0%、R2：20.2%、R3：20.8%、R4：22.1%。 （当広域のまとめではR元：22.92%、R2：22.04%、R3：22.96%、R4：25.13%） ・二次医療圏別の経年変化 村山 R4：19.7%、R3：18.5%、R2：17.1%、R元：17.9% 置賜 R4：16.3%、R3：15.4%、R2：14.7%、R元：15.5% 最上 R4：20.8%、R3：19.2%、R2：18.9%、R元：18.5% 庄内 R4：31.0%、R3：29.5%、R2：29.9%、R元：31.3% ・年齢階級別では、R4において男性、女性共に75歳～79歳で受診率が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%）となっている。 ・山形県の70～74歳の特定健診受診率は、R3：男性53.2%、女性53.5%。後期高齢者に移行した75～79歳の受診率は、R3：男性32.7%、女性30.4%。 【歯科健康診査（歯周疾患検診）の受診率】 ・歯周疾患検診受診率はR元：11.16%、R2：9.43%、R3：8.07%、R4：8.49%。 		<ul style="list-style-type: none"> ・KDB：健康ス コアリング 		

項目		健康医療情報等の整理	アセスメント	データ出典			
健康診査 歯科健康診査 質問票の分析	全国平均との比較	<ul style="list-style-type: none"> ・R4 肥満リスク保有者は3.3%高い(当広域27.0%、全国23.7%)。 痩せリスク保有者は1.7%低い(当広域6.9%、全国8.6%)。 血糖リスク保有者は0.9%高い(当広域11.8%、全国10.9%)。 血圧リスク保有者は9.3%高い(当広域44.5%、全国35.2%)。 肝機能リスク保有者は同値(当広域、全国共に3.8%)。 脂質リスク保有者は2.8%低い(当広域17.0%、全国19.8%)。 ・全体的にみるとR4の健診結果の状況は当広域で血圧リスクが44.5%と高値。 		<ul style="list-style-type: none"> ・KDB：健康スコアリング 	C	<ul style="list-style-type: none"> ○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状態改善 	シ
	構成市町村比較	<p>【R4健診結果】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・R4生活習慣病保有者は当広域全体で78.7%、そのうち二次医療圏別では、村山80.3%、置賜78.5%、最上75.0%、庄内77.0%となり、一番低い市町村70.5%、一番高い市町村85.0%で14.5ポイントの差がある。 ・肥満リスク保有者：村山26.6%、置賜26.1%、最上30.2%、庄内27.2%。 ・痩せリスク保有者：村山6.9%、置賜6.7%、最上6.0%、庄内7.1%。 ・血糖リスク保有者：村山12.3%、置賜10.3%、最上10.9%、庄内12.1%。 ・血圧リスク保有者：村山42.1%、置賜47.6%、最上47.9%、庄内45.5%。 ・肝機能リスク保有者：村山3.7%、置賜3.5%、最上4.2%、庄内4.0%。 ・脂質リスク保有者：村山17.1%、置賜16.4%、最上18.9%、庄内16.7%。 <p>【R4歯科健診(歯周疾患検診)結果】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・異常なし9.1%、要指導22.2%、要精検68.7%。 ・二次医療圏別 異常なし：村山9.2%、置賜5.2%、最上9.8%、庄内11.2%。 要指導：村山23.4%、置賜16.4%、最上41.5%、庄内19.9%。 要精検：村山67.4%、置賜78.5%、最上48.8%、庄内68.9%。 ・20本以上現在歯を有する者について、村山79.0%、置賜69.8%、最上65.9%、庄内68.4%。 ・歯肉の状況のうち、歯肉出血については、健全：村山26.6%、置賜28.5%、最上22.0%、庄内18.9%。 出血あり：村山67.4%、置賜62.1%、最上58.5%、庄内71.4%。 ・歯周ポケットについては、健全：村山22.0%、置賜23.3%、最上22.0%、庄内20.9%。 4~5mmポケット：村山46.4%、置賜47.4%、最上53.7%、庄内41.8%。 6mmを超えるポケット：村山25.3%、置賜19.0%、最上12.2%、庄内25.0%。 ・口腔清掃状況は、良好：村山16.1%、置賜12.9%、最上31.7%、庄内14.8% 普通：村山62.8%、置賜61.2%、最上56.1%、庄内58.2%。 不良：村山17.4%、置賜17.2%、最上9.8%、庄内21.9%。 ・歯石の付着については、なし：村山13.5%、置賜16.4%、最上19.5%、庄内18.9%。 軽度：村山54.0%、置賜50.0%、最上56.1%、庄内44.9%。 中等度：村山27.3%、置賜23.3%、最上14.6%、庄内30.1%。 	<ul style="list-style-type: none"> ・健診結果の状況は血圧リスクが44.5%と高値であり、県民健康・栄養調査での食塩の平均摂取量は、R4速報値で70歳以上男性11.5g、女性10.2gと塩分摂取目標量男性7.5g未満、女性6.5g未満を大きく上回っており、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。 ・収縮期血圧、HbA1c、LDLコレステロールの有所見率が他の検査項目に比べ高く、これらの項目は生活習慣も一因となることが多く、また、生活習慣病保有者は約80%であり、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。 ・痩せリスク保有者は約7%存在しており、全国と比較して低いが、経年で緩やかに増加傾向にあり、低栄養やフレイルに繋がりがやすいことから、これらの取組みを推進していく。 ・歯周疾患検診について、要精検が約7割、要指導が約2割、異常なしが約1割で、約9割に口腔内に何らかの問題を抱えており、低栄養や糖尿病等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。 	<ul style="list-style-type: none"> ・KDB：健康スコアリング ・KDB：市町村別データ ・広域連合データ(歯周疾患検診) 			
	経年変化	<p>【健診結果】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・生活習慣病保有者 R元：80.2%、R2：78.7%、R3：79.2%、R4：78.7%。 ・肥満リスク保有者 R元：27.5%、R2：27.7%、R3：27.4%、R4：27.0%。 ・痩せリスク保有者 R元：6.5%、R2：6.6%、R3：6.8%、R4：6.9%。 ・血糖リスク保有者 R元：11.6%、R2：11.0%、R3：11.2%、R4：11.8%。 ・血圧リスク保有者 R元：40.5%、R2：44.7%、R3：45.6%、R4：44.5%。 ・肝機能リスク保有者 R元：4.0%、R2：4.2%、R3：3.9%、R4：3.8%。 ・脂質リスク保有者 R元：18.2%、R2：18.6%、R3：18.2%、R4：17.0%。 <p>【歯科健診(歯周疾患検診)結果】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・R3：異常なし7.9%、要指導13.2%、要精検79.0%。 ・R4：異常なし9.1%、要指導22.2%、要精検68.7%。 ・現在歯の平均本数は、R3：21.2本、R4：21.9本で増加傾向。 ・20本以上現在歯を有する者は、R4：73.4%(このうち健全歯のみ8.7%)、R3：68.4%(このうち健全歯のみ8.2%)で増加傾向。 ・歯肉の状況のうち、歯肉出血についてR4：健全24.4%、出血あり67.1%。 R3：健全34.4%、出血あり62.9%。 ・歯肉の状況のうち、歯周ポケットについては、R4：健全21.9%、4~5mmポケット45.7%、6mmを超えるポケット23.3%。 R3：健全34.9%、4~5mmポケット41.7%、6mmを超えるポケット20.8%。 ・口腔清掃状況について、R4：良好16.1%、普通60.7%、不良18.3%。 R3：良好19.3%、普通59.4%、不良16.2%。 ・歯石の付着については、R4：なし16%、軽度50.7%、中等度26.6%。 R3：なし19.3%、軽度51.4%、中等度21.5%。 	<ul style="list-style-type: none"> ・KDB健康スコアリング ・「令和4年県民健康・栄養調査」結果報告書(速報版) ・広域連合データ(歯周疾患検診) 				

項目		健康医療情報等の整理	アセスメント	データ典拠		
健康診査 歯科健康診査 質問票の分析	全国平均との比較	R4 <ul style="list-style-type: none"> ・ソーシャルサポートリスク（リスクなし：広域86.6%、国95.1%）と社会参加リスク（リスクなし：広域76.2%、国87.1%）と喫煙リスク（リスクなし：広域67.2%、国77.1%）と運動、転倒リスク（リスクなし：広域22.5%、国26.8%）及び、食習慣リスク（リスクなし：広域93.4%、国94.6%）が高い。 ・認知機能リスク（リスクなし広域78.9%、国68.6%）と口腔機能リスク（リスクなし広域69.6%、国60.4%）が低い。 ・健康状態リスク（リスクなし：広域89.6%、国90.0%）と心の健康状態リスク（リスクなし：広域90.8%、国91.2%）はほぼ同値。 		・KDB健康スコアリング	広域連合がアプローチする課題	優先する課題
	構成市町村比較	<p>【健康診査】（二次医療圏別）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ソーシャルサポートリスクなし 村山83.2%、圏別83.7%、最上80.1%、庄内92.9% ・一番低い市町村（75.2%）と一番高い市町村（95.9%）では20.7ポイントの差がある。 ・社会参加リスクなし 村山71.2%、圏別74.8%、最上66.5%、庄内84.3% ・一番低い市町村（55.4%）と一番高い市町村（90.5%）では35.1ポイントの差がある。 ・喫煙リスクなし 村山63.1%、圏別65.3%、最上66.6%、庄内72.9% ・一番低い市町村（54.2%）と一番高い市町村（74.7%）では20.5ポイントの差がある。 ・認知機能リスクなし 村山81.6%、圏別79.4%、最上85.4%、庄内74.4% ・一番低い市町村（65.9%）と一番高い市町村（89.2%）では23.3ポイントの差がある。 ・運動、転倒リスクなし 村山25.1%、圏別20.7%、最上19.0%、庄内20.7% ・一番低い市町村（8.8%）と一番高い市町村（32.1%）では23.3ポイントの差がある。 ・健康状態リスクなし 村山91.0%、圏別90.4%、最上89.6%、庄内87.5% ・一番低い市町村（84.4%）と一番高い市町村（92.7%）では8.3ポイントの差がある。 ・心の健康状態リスクなし 村山91.4%、圏別90.8%、最上90.1%、庄内90.2% ・一番低い市町村（88.2%）と一番高い市町村（95.1%）では6.9ポイントの差がある。 ・食習慣リスクなし 村山93.1%、圏別92.6%、最上93.5%、庄内94.1% ・一番低い市町村（87.8%）と一番高い市町村（97.5%）では9.7ポイントの差がある。 ・口腔機能リスクなし 村山71.2%、圏別70.6%、最上74.4%、庄内66.5% ・一番低い市町村（59.3%）と一番高い市町村（80.3%）では21.0ポイントの差がある。 ・体重変化リスクなし 村山92.5%、圏別91.8%、最上93.7%、庄内91.2% ・一番低い市町村（87.8%）と一番高い市町村（96.6%）では8.8ポイントの差がある。 <p>【歯科健診（歯周疾患検診）】（二次医療圏別）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・歯や口の状態について感じること ・ほぼ満足 村山39.5%、圏別37.1%、最上43.9%、庄内28.6% ・やや不満だが、日常は困らない 村山54.6%、圏別53.5%、最上51.2%、庄内57.1% ・不自由で苦痛を感じている 村山4.0%、圏別9.5%、最上4.9%、庄内10.2% ・歯磨き回数 ・磨かない日もある 村山2.6%、圏別3.5%、最上2.4%、庄内3.6% ・1回 村山20.7%、圏別29.9%、最上3.6%、庄内26.5% ・2回 村山52.3%、圏別44.8%、最上48.8%、庄内40.8% ・3回以上 村山24.0%、圏別22.4%、最上9.8%、庄内28.1% 	<ul style="list-style-type: none"> ・質問票の社会参加2項目（週1回以上外出、家族や友人と付き合いがある）において国より低く、横ばいで推移していること、運動、転倒リスクが高いため、通いの場等への積極的な勧奨、リピーター数の増加等を推進していく。 	<ul style="list-style-type: none"> ・KDB健康スコアリング ・広域連合データ（歯周疾患検診） 		
	経年変化	<p>【健康診査】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ソーシャルサポートリスクなし ・R2：85.8%、R3：85.8%、R4：86.6% ・社会参加リスクなし ・R2：75.4%、R3：74.2%、R4：76.2% ・喫煙リスクなし ・R2：69.2%、R3：68.2%、R4：67.2% ・認知機能リスクなし ・R2：78.1%、R3：77.9%、R4：78.9% ・運動、転倒リスクなし ・R2：22.2%、R3：22.0%、R4：22.5% ・健康状態リスクなし ・R2：89.9%、R3：89.9%、R4：89.6% ・心の健康状態リスクなし ・R2：91.5%、R3：91.0%、R4：90.8% ・食習慣リスクなし ・R2：94.0%、R3：93.8%、R4：93.4% ・口腔機能リスクなし ・R2：69.1%、R3：69.2%、R4：69.6% ・体重変化リスクなし ・R2：91.5%、R3：92.2%、R4：92.0% <p>【歯科健診（歯周疾患検診）】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・歯や口の状態について感じること ・R3：ほぼ満足38.2%、やや不満だが、日常は困らない54.3%、不自由で苦痛を感じている5.0% ・R4：ほぼ満足36.1%、やや不満だが、日常は困らない55.0%、不自由で苦痛を感じている6.9% ・歯磨き回数 ・R4：磨かない日もある3.0%、1回25.0%、2回47.3%、3回以上24.1%。 ・R3：磨かない日もある3.5%、1回21.5%、2回50.6%、3回以上24.0%。 		・KDB健康スコアリング		

項目			健康医療情報等の整理	アセスメント	データ出典
健康診査 歯科健康診査 健康診査 質問票の分析	健康状態不明者の数	全国平均との比較		<ul style="list-style-type: none"> 健康状態不明者は減少傾向にはあるものの令和4年度において2.4%存在しており、現状状態把握し、医療・介護等へ繋ぐ必要がある場合、支援していく。 	
		構成市町村比較			
		経年変化	<ul style="list-style-type: none"> 健診、医療、介護の利用のない者はR4：4,069人あり、健診対象者のうち2.3%が該当し、R元：3,933人で2.2%、R2：4,112人で2.3%、R3：3,985人で2.3%となり、経年変化では横ばい。 		<ul style="list-style-type: none"> KDB活用支援ツール

	広域連合がアプローチする課題	優先する課題
D	<ul style="list-style-type: none"> 健康状態不明者数の減少 健康状態不明者の実態把握 	

項目		健康医療情報等の整理	アセスメント	データ典拠
医療関係の分析	全国平均との比較	<p>OR4の1人当たり医療費は、国よりも約71,000円低い。R元からR3においても、同様の傾向にある。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・広域連合：714,699円（外来_347,822円、入院_366,878円、歯科_25,955円） ・国：785,785円（外来_379,221円、入院_406,564円、歯科_33,196円） <p>OR4の千人当たり受診件数は、国よりも512,461件高い。R元からR3においても、同様の傾向にある。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・広域連合：14,965,363件（外来_14,351,14件、入院_614,22件、歯科_1,871,55件） ・国：14,452,902件（外来_13,800,49件、入院_652,42件、歯科_2,231,68件） <p>OR4の1日当たり医療費は、国よりも約1,200円低い。R元からR3においても、同様の傾向にある。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・広域連合：21,767円（外来_15,898円、入院_33,486円、歯科_8,626円） ・国：22,987円（外来_16,573円、入院_35,976円、歯科_8,282円） 	<ul style="list-style-type: none"> ・総医療費については、R元以降、R2・3の医療費が減少していたが、R4には増加に転じている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・KDB：健康スコーピング（医療）、地域の全体像の把握
	構成市町村比較	<p>二次医療圏別のR4：1人当たり医療費、千人当たり受診件数、1日当たり医療費について、最高値と最低値は以下のとおり。</p> <p>○1人当たり医療費</p> <ul style="list-style-type: none"> ・外来：村山_362,992円、置賜_352,975円、最上_296,801円、庄内_330,448円（最も高い市町村_405,998円、最も低い市町村_268,857円（137,141円差）） ・入院：村山_382,139円、置賜_385,539円、最上_317,911円、庄内_339,053円（最も高い市町村_448,826円、最も低い市町村_258,916円（189,910円差）） ・歯科：村山_30,455円、置賜_23,644円、最上_19,950円、庄内_21,275円（最も高い市町村_34,353円、最も低い市町村_14,340円（20,013円差）） <p>○千人当たり受診件数</p> <ul style="list-style-type: none"> ・外来：：村山_15,254.73件、置賜_12,985.24件、最上_11,859.49件、庄内_14,375.59件（最も高い市町村_15,972.90件、最も低い市町村_10,332.66件（5,640.24件差）） ・入院：村山_633.09件、置賜_641.15件、最上_605.93件、庄内_563.04件（最も高い市町村_788.65件、最も低い市町村_454.28件（334.37件差）） ・歯科：村山_2,198.75件、置賜_1,623.71件、最上_1,439.51件、庄内_1,576.59件（最も高い市町村_2,525.12件、最も低い市町村_1,043.83件（1,481.29件差）） <p>○1日当たり医療費</p> <ul style="list-style-type: none"> ・外来：村山_15,612円、置賜_17,186円、最上_17,154円、庄内_15,300円（最も高い市町村_20,439円、最も低い市町村_13,577円（6,862円差）） ・入院：村山_31,912円、置賜_35,754円、最上_31,432円、庄内_35,795円（最も高い市町村_40,441円、最も低い市町村_26,766円（13,675円差）） ・歯科：村山_8,817円、置賜_8,615円、最上_8,324円、庄内_8,249円（最も高い市町村_12,734円、最も低い市町村_7,194円（5,540円差）） 	<ul style="list-style-type: none"> ・一人当たり医療費については、国よりも低く、入院外・歯科のいずれにおいても低いが、外来費よりも入院費が高い。また、経年的には外来医療費が減少傾向にあり、入院医療費が増加傾向にある。 ・受診率については、国よりも高い傾向にあるものの経年的には減少傾向。 ・1日当たり医療費は国よりもやや低いものの、経年で見ると入院外・歯科いずれの医療費も増加傾向にある。 ⇒総医療費の減少及び受診率の低下については、新型コロナウイルス感染症の影響による受診控え等があったと考えられる。1人当たり医療費では外来費よりも入院費が高いこと、1日当たり医療費は入院外ともに増加傾向にあることから、受診回数は減りつつも1回の診療や入院費が高くなっており、日々の通院を控え重症化したということが推測され、重症化予防の取組みを継続していく必要がある。 	<ul style="list-style-type: none"> ・KDB：健康スコーピング（医療）、地域の全体像の把握
	経年変化	<p>○総医療費は、R2・R3に減少したが、R4は増加に転じている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・R元：155,587百万円、R2：149,354百万円、R3：150,231百万円、R4：154,566百万円 <p>○1人当たり医療費は、R元以降、R2・R3に一旦は減少したが、R4は増加に転じている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・R元：726,299円、R2：708,577円、R3：708,921円、R4：714,699円 ・外来：R元_361,618円、R2_350,871円、R3_348,123円、R4_347,822円 ・入院：R元_364,681円、R2_357,706円、R3_360,798円、R4_366,878円 ・歯科：R元_24,644円、R2_24,303円、R3_25,067円、R4_25,955円 <p>○千人当たり受診件数は、R元以降低下傾向。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・R元：15,565,146件、R2：15,105,878件、R3：15,000,679件、R4：14,965,363件 ・外来：R元_14,897.16件、R2_14,472.71件、R3_14,371.72件、R4_14,351.14件 ・入院：R元_667.99件、R2_633.17件、R3_628.96件、R4_614.22件 ・歯科：R元_1,881.54件、R2_1,753.72件、R3_1,808.98、R4_1,871.55件 <p>○1日あたり医療費は、R1年度以降増加傾向。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・R1：20,458円、R2：20,936円、R3：21,213円、R4：21,767円 ・外来：R1_15,247円、R2_15,604円、R3_15,697円、R4_15,898円 ・入院：R1_30,945円、R2_31,491円、R3_32,096円、R4_33,486円 ・歯科：R1_7,648円、R2_8,230円、R3_8,455円、R4_8,626円 	<ul style="list-style-type: none"> ・各構成市町村における1人当たり医療費、受診率、1日当たり医療費は、各地域で格差が大きい。 ⇒市町村の医療費の動向は、各地域の医療資源の状況、住民の受診行動等も影響しているため、市町村毎の特性を踏まえた事業内容を検討することが必要。 	<ul style="list-style-type: none"> ・KDB：健康スコーピング（医療）、地域の全体像の把握

広域連合がアブローチする課題	優先する課題
E	し
○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	

項目		健康医療情報等の整理	アセスメント	データ典拠
医療関係の分析	全国平均との比較	<p>OR4の疾病別外来医療費（上位から5疾患）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・県平均：高血圧症 149,558,230円、糖尿病 147,881,270円、不整脈 144,278,560円、慢性腎臓病（透析あり）125,558,920円、関節疾患 79,564,160円 ・国平均：糖尿病 305,378,250円、慢性腎臓病（透析あり）269,167,010円、高血圧症 240,059,090円、不整脈 224,499,440円、関節疾患 181,233,580円 <p>OR4の疾病別入院医療費（上位から5疾患）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・県平均：骨折 156,370,070円、脳梗塞 125,709,620円、関節疾患 74,358,170円、肺炎 58,840,930円、慢性腎臓病（透析あり）50,949,700円 ・国平均：骨折 372,984,840円、脳梗塞 237,685,230円、関節疾患 155,467,640円、不整脈 140,217,840円、慢性腎臓病（透析あり）123,549,480円 		<ul style="list-style-type: none"> ・KDB：医療費分析（1）細小分類
	構成市町村比較	<p>○県全体の疾病別外来医療費上位5疾患における構成市町村の状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・高血圧症：最も高い市町村 1,083,682,160円、最も低い市町村 11,702,570円 ・糖尿病：最も高い市町村 557,288,210円、最も低い市町村 7,947,890円 ・不整脈：最も高い市町村 1,094,815,790円、最も低い市町村 13,537,150円 ・慢性腎臓病（透析あり）：最も高い市町村 1,223,085,470円、最も低い市町村 3,468,250円 ・関節疾患：最も高い市町村 581,509,510円、最も低い市町村 10,205,460円 <p>○県全体の疾病別入院医療費上位5疾患における構成市町村の状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・骨折：最も高い市町村 35,941,360円、最も低い市町村 0円 ・脳梗塞：最も高い市町村 913,105,660円、最も低い市町村 8,032,730円 ・関節疾患：最も高い市町村 541,934,820円、最も低い市町村 2,599,590円 ・肺炎：最も高い市町村 463,245,800円、最も低い市町村 1,752,200円 ・慢性腎臓病（透析あり）：最も高い市町村 488,057,040円、最も低い市町村 558,700円 	<ul style="list-style-type: none"> ・疾病別外来医療費は、R元以降、高血圧症が最も高く、不整脈、糖尿病、慢性腎臓病、関節疾患が上位となっているが、このうち糖尿病の医療費が、R3以降、2位へ上昇している。 ・疾病別入院医療費は、R元以降、骨折が最も高く、次いで脳梗塞が2位となっている。他、肺炎、関節疾患、慢性腎臓病が上位となっている。 <p>⇒外来医療費で高血圧症が最も高いが、入院医療費で脳梗塞が上位であることから、循環器系疾患の重症化による医療費の増大が推測される。また、糖尿病と関連が強い慢性腎臓病も入院費・外来費ともに上位となっていることから、生活習慣病全般の重症化予防の取組み推進が必要。骨折の入院医療費が高いことについては、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のが原因と考えられるため、フレイル予防の取組み推進が必要。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・KDB：医療費分析（1）細小分類
	経年変化	<p>OR元からR4の疾病別外来医療費総額（上位から5疾患）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・R元：高血圧症 5,942,589,490円、不整脈 4,873,993,830円、糖尿病 4,654,236,630円、慢性腎臓病（透析あり）4,487,798,550円、関節疾患 3,246,756,620円 ・R2：高血圧症 5,614,462,860円、不整脈 4,750,176,540円、糖尿病 4,725,708,920円、慢性腎臓病（透析あり）4,511,702,510円、関節疾患 3,083,906,940円 ・R3：高血圧症 5,341,418,660円、糖尿病 4,917,716,120円、不整脈 4,890,329,020円、慢性腎臓病（透析あり）4,530,332,340円、関節疾患 2,932,077,300円 ・R4：高血圧症 5,234,538,080円、糖尿病 5,175,844,290円、不整脈 5,049,749,690円、慢性腎臓病（透析あり）4,394,562,030円、関節疾患 2,784,745,580円 <p>OR元からR4の疾病別入院医療費総額（上位から5疾患）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・R元：骨折 5,544,728,830円、脳梗塞 4,341,265,960円、肺炎 2,716,634,970円、関節疾患 2,481,053,010円、慢性腎臓病（透析あり）2,147,500,330円 ・R2：骨折 5,534,107,690円、脳梗塞 4,513,348,640円、関節疾患 2,331,972,920円、慢性腎臓病（透析あり）2,032,913,610円、肺炎 1,981,948,680円 ・R3：骨折 5,569,674,330円、脳梗塞 4,325,588,040円、関節疾患 2,549,760,660円、慢性腎臓病（透析あり）2,067,336,690円、肺炎 1,958,544,940円 ・R4：骨折 5,472,952,280円、脳梗塞 4,399,836,780円、関節疾患 2,602,535,810円、肺炎 2,059,432,380円、慢性腎臓病（透析あり）1,783,239,610円 	<ul style="list-style-type: none"> ・重複及び多剤投薬患者割合は、いずれもR元以降低下傾向にあるが、各年度約4,000人が該当している。 ⇒重複多剤投薬による有害事象により被保険者の生活の質に影響してしまう事例もあり、調剤医療費増大の原因ともなっていると考えられるため、重複多剤投薬に対する取組みを検討する必要がある。 	<ul style="list-style-type: none"> ・KDB：医療費分析（1）細小分類
	後発医薬品の使用割合	<p>R4.3月診療分：82.8%（全国5位） R4.9月診療分：83.5%（全国5位）</p> <p>○経年変化</p> <ul style="list-style-type: none"> ・H30：77.0%、R元：81.3%、R2：81.9%、R3：82.6%、R4：85.2% 		<ul style="list-style-type: none"> ・厚労省HP：保険者別の後発医薬品の使用割合
重複投薬患者割合 多剤投薬患者割合	<p>R元からR4までの被保険者1万人当たりの重複及び多剤投薬患者割合及び該当者数</p> <p>【重複投薬】 （割合）R元：1.57%、R2：1.37%、R3：1.37%、R4：1.38% （該当者数平均）R1：3,058人、R2：2,644人、R3：2,619人、R4：2,655人</p> <p>【多剤投薬】 （割合）R元：0.77%、R2：0.66%、R3：0.66%、R4：0.68% （該当者数平均）R元：1,495人、R2：1,264人、R3：1,253人、R4：1,309人</p>		<ul style="list-style-type: none"> ・KDB：重複・多剤処方状況 	

広域連合がアプローチする課題

優先する課題

E

○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

し

項目		健康医療情報等の整理	アセスメント	データ出典
介護関係の分析	要介護認定率の状況	全国平均との比較	<ul style="list-style-type: none"> 各構成市町村における1人当たり医療費、受診率、1日当たり医療費は、各地域で格差が大きい。 ⇒市町村の医療費の動向は、各地域の医療資源の状況、住民の受診行動等も影響しているため、市町村毎の特性を踏まえた事業内容を検討することが必要。 	<ul style="list-style-type: none"> ・KDB：地域の全体像の把握
		構成市町村比較		<ul style="list-style-type: none"> ・KDB：地域の全体像の把握
		経年変化		<ul style="list-style-type: none"> ・KDB：地域の全体像の把握
介護関係の分析	介護給付費	全国平均との比較	<ul style="list-style-type: none"> 一人当たり介護給付費は国よりも低いが、居宅費と施設費で比較すると、居宅費は国よりも低く、施設費は国よりも高い。また、男女別では男性よりも女性の介護給付費が高い。 医療費同様、介護給付費も各市町村で格差がある。施設費が高い市町村は、要介護度が高い者の割合が高い可能性がある。 ⇒要介護者となる者の伸びを抑えるため、介護予防の取組み推進推進が必要。 一人当たり介護給付費は、R1年度以降、R3年度まで増加傾向にあったが、R4年度に減少に転じている。内訳では居宅費が施設費よりも高く、いずれも全体の介護給付費と同様R3年度まで増加した後、R4年度は減少している。男女比で見ると、女性の介護給付費が男性の2倍以上となっている。 ⇒女性については、平均余命と平均自立期間の差が男性よりも長いことから、男性よりも要介護状態の期間が長くなるため、介護給付費も高くなると考えられる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・KDB：健康ス コアリング（介護）
		構成市町村比較		<ul style="list-style-type: none"> ・KDB：健康ス コアリング（介護）
		経年変化		<ul style="list-style-type: none"> ・KDB：健康ス コアリング（介護）

広域連合がアプローチする課題	<p>○適切な受診行動による医療費の適正化</p> <p>○フレイル予防による介護給付費の適正化</p>	優先する課題
E		し

項目		健康医療情報等の整理	アセスメント	データ出典	
介護関係の分析	全国平均との比較	<p>OR4の要介護認定有りの者の有病率（上位5疾患）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・県：心臓病（62.4%）、高血圧症（56.2%）、筋・骨格（52.5%）、精神（42.4%）、脂質異常症（32.6%） ・国：心臓病（60.3%）、筋・骨格（53.4%）、高血圧症（53.3%）、精神（36.8%）、脂質異常症（32.6%） <p>OR4の介護認定無しの者の有病率（上位5疾患）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・県：高血圧症（72.8%）、脂質異常症（57.6%）、歯周炎・歯周疾患（40.5%）、糖尿病（37.4%）、関節症（35.3%） 		<ul style="list-style-type: none"> ・KDB：地域の全体像の把握 	<p>広域連合がアプローチする課題</p> <p>優先する課題</p>
	構成市町村比較	<p>○二次医療圏別のR4の要介護者における有病率（上位5疾患）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・村山：心臓病 64.7%、高血圧症 58.6%、筋・骨格 53.7%、精神 43.7%、脂質異常症 34.7% ・置賜：心臓病 62.2%、高血圧症 56.1%、筋・骨格 53.4%、精神 43.1%、脂質異常症 30.7% ・最上：心臓病 56.6%、高血圧症 50.9%、筋・骨格 48.8%、精神 33.9%、脂質異常症 26.6% ・庄内：心臓病 60.3%、高血圧症 53.7%、筋・骨格 50.8%、精神 42.0%、脂質異常症 32.2% <p>○上記5疾患における構成市町村別の状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・心臓病：最も高い市町村 71.8%、最も低い市町村 53.4%（18.4ポイント差） ・高血圧症：最も高い市町村 65.6%、最も低い市町村 47.4%（18.2ポイント差） ・筋・骨格：最も高い市町村 61.5%、最も低い市町村 42.1%（19.4ポイント差） ・精神：最も高い市町村 50.0%、最も低い市町村 26.9%（23.1ポイント差） ・脂質異常症：最も高い市町村 45.1%、最も低い市町村 21.6%（23.5ポイント差） 	<ul style="list-style-type: none"> ・県、国ともに循環器系疾患、筋骨格系疾患、精神（認知症）の有病率が高い傾向は同様。 	<ul style="list-style-type: none"> ・KDB：地域の全体像の把握、後期高齢者の医療（健診）・介護実況 	
	要介護度別有病率（疾病別） 要介護認定有無別の有病率（疾病別）	<p>OR元からR4までの要介護度別有病率（上位5疾患）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・要支援1：心臓病（R元_71.0%→R4 69.0%）、筋・骨格（R元_64.9%→R4 62.9%）、精神疾患（R元_28.4%→R4 27.2%）、糖尿病（R元_27.7%→R4 28.5%）、脳疾患（R元_22.5%→R4 20.7%） ・要支援2：心臓病（R元_72.5%→R4 70.1%）、筋・骨格（R元_70.7%→R4 68.0%）、糖尿病（R元_27.3%→R4 28.8%）、精神疾患（R元_25.4%→R4 25.0%）、脳疾患（R元_23.5%→R4 20.6%） ・要介護1：心臓病（R元_65.2%→R4 63.9%）、筋・骨格（R元_53.6%→R4 53.3%）、精神疾患（R元_45.5%→R4 44.6%）、脳疾患（R元_25.2%→R4 23.1%）、糖尿病（R元_24.5%→R4 25.1%） ・要介護2：心臓病（R元_64.1%→R4 63.7%）、筋・骨格（R元_54.1%→R4 54.0%）、精神疾患（R元_43.1%→R4 41.8%）、脳疾患（R元_27.1%→R4 24.6%）、糖尿病（R元_24.0%→R4 24.6%） ・要介護3：心臓病（R元_61.5%→R4 60.5%）、精神疾患（R元_49.8%→R4 49.2%）、筋・骨格（R元_47.9%→R4 49.2%）、脳疾患（R元_29.8%→R4 27.3%）、糖尿病（R元_20.4%→R4 20.2%） ・要介護4：心臓病（R元_59.3%→R4 60.0%）、精神疾患（R元_49.7%→R4 50.3%）、筋・骨格（R元_45.1%→R4 46.8%）、脳疾患（R元_32.9%→R4 29.5%）、糖尿病（R元_19.0%→R4 18.8%） ・要介護5：心臓病（R元_54.9%→R4 55.1%）、精神疾患（R元_53.7%→R4 54.4%）、筋・骨格（R元_36.9%→R4 39.7%）、脳疾患（R元_35.2%→R4 33.0%）、糖尿病（R元_16.3%→R4 16.4%） <p>OR元からR4までの要介護認定有りの者の有病率（上位5疾患）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・心臓病：R元_63.0%→R4 62.4%、高血圧症：R元_56.4%→R4 56.2%、筋・骨格：R元_52.0%→R4 52.5%、精神：R元_43.1%（認知症：28.8%、アルツハイマー病：23.2%）→R4 42.4%（認知症：27.9%、アルツハイマー病：22.0%）、脂質異常症：R元_30.9%→R4 32.6% <p>OR元からR4までの要介護認定なしの者の有病率（上位5疾患）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・高血圧症：R元_71.9%→R4 72.8%、脂質異常症：R元_54.7%→R4 57.6%、歯周炎・歯周疾患：R元_38.6%→R4 40.5%、関節症：R元_35.9%→R4 35.3%、糖尿病：R元_35.2%→R4 37.4% 	<ul style="list-style-type: none"> ・要介護者の有病率が最も高い疾患は心臓病であるが、介護認定無しの方では、高血圧症や脂質異常症、糖尿病が上位で、心臓病発症の原因疾患と推測できる。また、上記疾病別医療費分析からも骨折の入院費が高いことが示されていることから、骨折等の筋・骨格疾患が要介護の起因となっている可能性がある。精神疾患については、その半数以上が認知症等である。 ⇒生活習慣病の重症化予防、身体フレイル予防、認知症予防等の取組みの推進が必要。 	<ul style="list-style-type: none"> ・KDB：地域の全体像の把握、後期高齢者の医療（健診）・介護実況 	

E

○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

し

項目		健康医療情報等の整理	アセスメント	データ出典	広域連合がアプローチする課題	優先する課題
介護関係の分析	全国平均との比較	OR3の通いの場の箇所数は1,576箇所、参加者数は23,141人で、1箇所当たり参加者数は14.68人。 ○国全体としては、箇所数が123,890箇所、参加者数は1,973,552人で、1箇所あたり参加者数は15.93人。		・介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況		
	構成市町村比較	OR3の通いの場の箇所数について、最も多い市町村では457箇所。最も少ない市町村は1箇所である。 OR3の通いの場参加者数について、最も多い市町村では6,711人、最も少ない市町村では15人である。 OR3の通いの場1箇所あたりの参加者数が最も多い市町村は38.44人、最も少ない市町村は6.08人である。	・1箇所当たりの参加者数は、国全体よりも1.25人少ないが、大きな差異はなし。 ・各構成市町村で通いの場数や参加者数の差が大きい。 ⇒市町村の規模によって、通いの場の設置状況や参加者の状況は異なるが、特に参加率が低い市町村では、参加率向上の取組みは各市町村で必要。	・介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況		
	経年変化	OH30からR3までに、通いの場の箇所数・参加者数ともにR元増加。その後箇所数は横ばいだが、参加者数はR2に減少し、その後横ばい。1箇所あたりの参加者数については、H30、R元に17～18人であったが、R2、R3は15人未満となっている。 ・H30 箇所数：1,227箇所、参加者数：22,057人、1箇所あたり参加者数：17.98人 ・R元 箇所数：1,588箇所、参加者数：28,072人、1箇所あたり参加者数：17.68人 ・R2 箇所数：1,589箇所、参加者数：22,298人、1箇所あたり参加者数：14.03人 ・R3 箇所数：1,576箇所、参加者数：23,141人、1箇所あたり参加者数：14.68人	・通いの場の箇所数・参加者数の変動については、新型コロナウイルス感染症の影響で、住民が集まりにくくなったことを示していると考えられる。 ⇒参加者を増やすため、通いの場の周知活動の推進が必要。	・介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況		
介護・医療のクロス分析		OR4のクロス分析は以下のとおり。R元～R3においても同様の傾向。 ・R4外来 要介護2以上：361,698円（国：462,365円）、要支援・要介護1：387,525円（国：480,497円）、介護認定なし：287,140円（国：286,122円） ・R4入院 要介護2以上：970,923円（国：1,137,545円）、要支援・要介護1：781,329円（国：852,919円）、介護認定なし：149,955円（国：159,285円）	・介護認定なしの入院、外来医療費は介護認定有りの医療費よりも低い。また、要介護者のうち、要介護2以上の医療費が要介護2未満の医療費よりも高い。 ⇒要介護者の医療費が増加する傾向にある。上記有病状況からも、生活習慣病の重症化予防やフレイル予防の取組みを推進することが必要。	・KDB：健康スコアリング（介護）		し

※課題抽出時と作成後にチェック

関連する他の計画を踏まえた広域連合の取組	課題抽出時	作成後
	課題抽出時：① 関連する他の計画の関連事項や目標について確認	レ
	課題抽出時：② ①を踏まえ、後期のDH計画で取り組むことを確認	レ
	作成後：③ ②の取組について市町村や取組を実行していく上で連携が必要になる関係者等に共有したか確認	レ

後期データヘルス計画における取組の方向性

関連計画では、「健康長寿への寄与」、「医療費の適正化」が目標とされているため、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においても、同様の目標が達成できるよう、各種保健事業の実施を推進していく。

広域連合がアプローチする課題	優先する課題	課題解決に係る取組の方向性	対応する保健事業番号
A ○生活習慣病等の重症化予防や介護予防等の取組による、医療費、介護給付費の適正化	✓	○一体的実施の進捗管理と実施継続に向けた支援 ○必要に応じた訪問指導業務の実施継続	3・4
B 【健康診査】 ○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 【歯周疾患検診（歯科健診）】 ○受診率の向上		○後期高齢者健診の受診率向上に關係する取組強化 ○歯周疾患検診の受診率向上に關係する取組強化	1・2
C ○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	✓	○一体的実施の進捗管理と実施継続に向けた支援 ○必要に応じた訪問指導業務の実施継続	3・4
D ○健康状態不明者数の減少 ○健康状態不明者の実態把握		○後期高齢者健診の受診率向上に關係する取組強化 ○一体的実施の進捗管理と実施継続に向けた支援（健康状態不明者対策）	1・2・3
E ○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	✓	○一体的実施の進捗管理と実施継続に向けた支援 ○必要に応じた訪問指導業務の実施継続	3・4

必要に応じて課題を列挙

課題の解決に資する事業設計

目的・目標		抽出した課題に対して、この計画によって目指す姿（目的）と目標・評価項目																	
計画全体の目的（この計画によって目指す姿）		自立した生活を送ることが出来る高齢者の増加・健康的に生活を送ることが出来る高齢者の増加																	
目標	評価項目（共通評価指標）	計画策定時実績※1			目標値※2														
		2022 (R4)			2024 (R6)		2025 (R7)		2026 (R8)		2027 (R9)		2028 (R10)		2029 (R11)				
		割合	分子	分母	割合	分子	割合	分子	割合	分子	割合	分子	割合	分子	割合	分子			
健康診査・歯周疾患検診の推進	アウトプット 健診受診率と実施継続に向けた支援 ○必要に応じた訪問指導業務の実施継続	健診受診率	25.13%	43,619	173,577	26.50%		26.50%		26.50%		26.50%		26.50%		26.50%			
		歯科健診実施市町村数・割合（歯周疾患検診）	100.00%	35	35	100.00%		100.00%		100.00%		100.00%		100.00%		100.00%			
		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	71.43%	25	35	100.00%		100.00%		100.00%		100.00%		100.00%		100.00%			
一体的実施の推進 実施市町村数の増加	アウトプット 低栄養 口腔 服薬等（重複・多剤） 重症化予防（糖尿病性腎症） 重症化予防（その他のフレイルを含む） 健康状態不明者	低栄養	31.42%	11	35	全市町村での取組み拡充を目指す ※目標値（割合）としては「100%」とする。												100.00%	
		口腔	5.71%	2	35													100.00%	
		服薬等（重複・多剤）	0.00%	0	35													100.00%	
		重症化予防（糖尿病性腎症）	2.86%	1	35													100.00%	
		重症化予防（その他のフレイルを含む）	34.29%	12	35													100.00%	
		健康状態不明者	11.43%	4	35													100.00%	
一体的実施の推進 ハイリスク者割合の減少	アウトカム 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 平均自立期間（要介護2以上）	低栄養	0.47%	898	190,444	0.47%		0.47%		0.47%		0.47%		0.47%		0.47%			
		口腔	2.51%	4,775	190,444	2.51%		2.51%		2.51%		2.51%		2.51%		2.51%			
		服薬（多剤）	3.27%	6,233	190,444	3.27%		3.27%		3.27%		3.27%		3.27%		3.27%			
		服薬（睡眠薬）	1.12%	2,142	190,444	1.12%		1.12%		1.12%		1.12%		1.12%		1.12%			
		身体的フレイル（ロコモ含む）	3.41%	6,501	190,444	3.41%		3.41%		3.41%		3.41%		3.41%		3.41%			
		重症化予防（コントロール不良者）	0.92%	1,757	190,444	0.92%		0.92%		0.92%		0.92%		0.92%		0.92%			
		重症化予防（糖尿病等治療中断者）	7.58%	14,430	190,444	7.58%		7.58%		7.58%		7.58%		7.58%		7.58%			
		重症化予防（基礎疾患保有+フレイル）	5.24%	9,971	190,444	5.24%		5.24%		5.24%		5.24%		5.24%		5.24%			
		重症化予防（腎機能不良未受診者）	0.01%	24	190,444	0.01%		0.01%		0.01%		0.01%		0.01%		0.01%			
		健康状態不明者	1.48%	2,823	190,444	1.48%		1.48%		1.48%		1.48%		1.48%		1.48%			
		平均自立期間（要介護2以上）	男：79.8歳 女：83.7歳			男：79.8歳 女：83.7歳			男：79.8歳 女：83.7歳										

※1 実績年度が異なる場合には、欄外等に注釈を記載。 ※2 目標値を記載する際には、分母・分子は記載不要。

個別事業及び計画期間における進捗管理

事業番号	事業分類	事業名	直営委託混合	重点・優先	実施年度（市町村数）					
					2024 (R6)	2025 (R7)	2026 (R8)	2027 (R9)	2028 (R10)	2029 (R11)
1	健康診査	健康診査事業	委託		実施(35)	→	→	→	→	→
2	歯科健診	歯周疾患検診事業	委託		実施(35)	→	→	→	→	→
3	一体的実施	高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業	委託	✓	実施(35)	→	見直し	→	→	→
4	訪問指導	・重複頻回受診者・服薬訪問指導事業 ・重症化等予防（糖尿病性腎症・その他）訪問指導事業 ・低栄養等訪問指導事業	委託		実施（対象者が抽出された市町村数）	→	見直し	→	→	→

IV 個別事業

事業シート

事業1 健康診査事業

事業の目的	後期高齢者の身体状態を把握し、生活習慣病等を予防・早期発見する。
事業の概要	市町村が実施する健康診査事業について、後期高齢者についても受診ができるよう、広域連合から市町村へ委託して実施する。

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム評価指標	1									
	2									
	3									
	4									
	5									

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトプット評価指標	1	受診率	市町村から報告される実績について、健診受診者数/対象者数として算出	25.13%	26.50%	26.50%	26.50%	26.50%	26.50%	26.50%
	2									
	3									
	4									
	5									
					目標値については、見直しを図っていく					

プロセス(方法)	概要	1. 広域連合が市町村に委託して実施 2. 市町村は、健診機関に委託する方法で健康診査を実施 3. 健康診査の結果に基づいた保健指導等は、主に「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業」において市町村が実施
	実施内容	1. 広域連合から市町村へ健康診査事業の委託 2. 市町村による健康診査事業の実施 3. 広域連合による受診勧奨・周知広報の実施 受診率向上に係る補助金交付 4. 健康診査の結果に基づいた保健指導 主に「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業」において実施
	実施後のフォロー・モニタリング	1. 年度末：受診者数の把握
	備考	

ストラクチャー(体制)	概要	1. 広域連合が市町村に委託して実施 2. 市町村は、健診機関に委託する方法で健康診査を実施 3. 健康診査の結果に基づいた保健指導等は、主に「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業」において市町村が実施
	実施内容	1. 広域連合の体制 (1) 主管部署：事業課企画財政係 (2) 担当者数：事務職1、保健師1、管理栄養士1 (3) 実施方法：管内市町村へ委託 2. 市町村の体制 (1) 主管部署：市町村により異なる (2) 担当者数：市町村により異なる (3) 実施方法：健診機関への委託
	実施後のフォロー・モニタリング	1. 年度末：受診者数の把握
	備考	

事業2 歯周疾患検診事業

事業の目的	後期高齢者の歯周病等の状態を把握し、重症化等を早期に予防する。
事業の概要	事業実施年度において76歳になる者の歯周疾患検査を、広域連合から山形県歯科医師会へ委託し、検査可能としている医療機関にて実施する。

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム評価指標	1			%	%	%	%	%	%	%
	2									
	3									
	4									
	5									

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値						
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)	
アウトプット評価指標	1	受診率	実績について、 検診受診者数/対象者数 として算出	8.49%	15.00%	15.00%	15.00%	15.00%	15.00%	15.00%	
						目標値については、見直しを図っていく					
	2										
	3										
	4										

プロセス (方法)	概要	1. 広域連合が山形県歯科医師会に委託して実施 2. 歯科医師会に加入する歯科医療機関（一部）が検診を実施 3. 検診結果に基づいた保健指導等は、主に「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業」において市町村が実施
	実施内容	1. 広域連合から歯科医師会へ歯周疾患検診事業の委託 2. 歯科医師会に加入する歯科医療機関（一部）が検診を実施し、検診結果を取りまとめ、広域連合へ提出 3. 広域連合による 受診勧奨・周知広報の実施 4. 検診の結果に基づいた保健指導等は、主に「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業」において市町村が実施
	実施後のフォロー・モニタリング	1. 2月頃：受診者数の把握
	備考	

ストラクチャー (体制)	概要	1. 広域連合が山形県歯科医師会に委託して実施 2. 歯科医師会に加入する歯科医療機関（一部）が検診を実施 3. 検診の結果に基づいた保健指導等は、主に「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業」において市町村が実施
	実施内容	1. 広域連合の体制 (1) 主管部署：事業課企画財政係 (2) 担当者数：事務職1、保健師1、管理栄養士1 (3) 実施方法：山形県歯科医師会へ委託 2. 市町村の体制（「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業」の実施） (1) 主管部署：市町村により異なる (2) 担当者数：市町村により異なる (3) 実施方法：市町村により異なる 3. 山形県歯科医師会の体制 医師会事務局：事業受託、検診結果を医療機関から取りまとめ、広域連合へ提出 歯科医療機関（一部）：歯周疾患検診の実施
	実施後のフォロー・モニタリング	1. 2月頃：受診者数の把握
	備考	

IV 個別事業

事業シート

事業3 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業

事業の目的	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。
事業の概要	広域連合から事業を市町村へ委託し、市町村毎にKDBを中心に健康課題を分析して事業を企画し、課題解決のため、保健指導等（ハイリスクアプローチ）と通いの等への健康教育等（ポピュレーションアプローチ）を実施する。

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム評価指標	1~10のハイリスク者割合の減少		事業翌年度の割合について、ハイリスク者/被保険者数として算出 各年度のハイリスク者割合を、目標値以下にすることを旨す							
	1 低栄養			0.47%	0.47%	0.47%	0.47%	0.47%	0.47%	0.47%
	2 口腔			2.51%	2.51%	2.51%	2.51%	2.51%	2.51%	2.51%
	3 服薬（多剤）			3.27%	3.27%	3.27%	3.27%	3.27%	3.27%	3.27%
	4 服薬（睡眠薬）			1.12%	1.12%	1.12%	1.12%	1.12%	1.12%	1.12%
	5 身体的フレイル（ロコモ含む）			3.41%	3.41%	3.41%	3.41%	3.41%	3.41%	3.41%
	6 重症化予防（コントロール不良者）			0.92%	0.92%	0.92%	0.92%	0.92%	0.92%	0.92%
	7 重症化予防（糖尿病等治療中断者）			7.58%	7.58%	7.58%	7.58%	7.58%	7.58%	7.58%
	8 重症化予防（基礎疾患保有+フレイル）			5.24%	5.24%	5.24%	5.24%	5.24%	5.24%	5.24%
	9 重症化予防（腎機能不良未受診者）			0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%
	10 健康状態不明者			1.48%	1.48%	1.48%	1.48%	1.48%	1.48%	1.48%
11 平均自立期間（要介護2以上）			男：79.8歳 女：83.7歳	男：79.8歳 女：83.7歳	男：79.8歳 女：83.7歳	男：79.8歳 女：83.7歳	男：79.8歳 女：83.7歳	男：79.8歳 女：83.7歳		

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトプット評価指標	1~6の取組み市町村数		当該年度の実施市町村数/35市町村							
	1 低栄養			11	全市町村で取組み拡充を目指す ※目標値としては「35」とする。					
	2 口腔			2						
	3 服薬等（重複・多剤）			0						
	4 重症化予防（糖尿病性腎症）			1						
	5 重症化予防（その他身体的フレイルを含む）			12						
	6 健康状態不明者			4						

プロセス（方法）	概要	1. 広域連合が市町村に委託して実施 2. 市町村は、健康課題の分析・事業の企画・調整のうえ、事業を実施
	実施内容	1. 広域連合から市町村へ高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業の委託 2. 市町村による高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業の実施 3. 広域連合による事業への支援、関係団体との連携
	実施後のフォロー・モニタリング	1. 年度末：事業評価 2. 毎年度：ハイリスク者割合の確認
	備考	

ストラクチャー（体制）	概要	1. 広域連合が市町村に委託して実施 2. 市町村は、健康課題の分析・事業の企画・調整のうえ、事業を実施
	実施内容	1. 広域連合の体制 （1）主管部署：事業課企画財政係 （2）担当者数：事務職1、保健師1、管理栄養士1 （3）実施方法：管内市町村へ委託 2. 市町村の体制 （1）主管部署：市町村により異なる （2）担当者数：市町村により異なる （3）実施方法：市町村により異なる
	実施後のフォロー・モニタリング	1. 年度末：事業評価 2. 毎年度：ハイリスク者割合の確認
	備考	

IV 個別事業 事業シート

事業4 各種訪問指導事業

事業の目的	市町村が事業3「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業」において取組みをしない一部の項目のハイリスク者に対し、訪問等により保健指導を実施し、ハイリスク者の減少を図る。
-------	---------------------------------------------------------------------------------------

事業の概要	保健指導（ハイリスクアプローチ）は、市町村が「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業」において取組むものであるが、一部のハイリスクアプローチについて、市町村が取組むことができない場合がある。市町村が取組まないハイリスクアプローチの項目において抽出されたハイリスク者に対し、広域連合が民間事業者等へ事業委託し、訪問等により保健指導を実施する。
-------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム評価指標	1	低栄養等予防：低栄養状態が改善されたか	指導実施者に係る左記指標の確認							
	2	重複頻回受診・服薬：受診行動が改善されたか								
	3	重複頻回受診・服薬：医療費適正化の効果額								
	4	重症化予防等：医療機関の受診があるか								
	5									

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトプット評価指標	1～3の指導実施割合		指導実施者数/候補者数							
	1	低栄養予防		16.35%	16.35%	16.35%	16.35%	16.35%	16.35%	16.35%
	2	重複頻回受診・服薬		14.75%	14.75%	14.75%	14.75%	14.75%	14.75%	14.75%
	3	重症化予防		17.43%	17.43%	17.43%	17.43%	17.43%	17.43%	17.43%
	4			目標値については、見直しを図っていく						

プロセス(方法)	概要	1. 広域連合が民間事業者等に委託して実施 2. 民間事業者等は、仕様等により事業を実施
	実施内容	1. 広域連合から民間事業者等へ事業の委託 2. 民間事業者等による事業の実施 対象者 〈低栄養予防等〉 健康診査の結果、BMIが20.0未満で、かつ、質問票⑥（体重変化）に該当する者 〈重複頻回受診・服薬〉 ①重複受診：同一疾病での受診医療機関が1か月に3か所以上ある者 ②頻回受診：同一医療機関での受診が15回以上の月が3か月以上続く者 ③服薬 Ⅰ多剤：「15剤以上」の処方なされている者 または、 Ⅱ睡眠薬：「睡眠薬」が処方され、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）二つとも該当する者 について、個別指導を実施する。 〈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または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かった者。 ① 次の(ア)に該当し、かつ(イ)または(ロ)のいずれかに該当する者 (ア) 空腹時血糖126 mg/dl（随時血糖200 mg/dl）以上またはHbA1c 6.5%以上 (イ) eGFR 60 ml/分/1.73 ml未満 (ロ) 尿蛋白 陽性（+）以上 ② eGFR 45 ml/分/1.73 ml未満 ○治療中断者 レセプトデータから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する者 ○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 ○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 （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、 HbA1c7.0%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
	実施後のフォロー・モニタリング	1. 年度末：事業評価 2. 毎年度：ハイリスク者割合の確認
備考		

ストラクチャー(体制)	概要	1. 広域連合が民間事業者等に委託して実施 2. 民間事業者等は、仕様等により事業を実施
	実施内容	1. 広域連合の体制 (1) 主管部署：事業課企画財政係 (2) 担当者数：事務職1、保健師1、管理栄養士1 (3) 実施方法：民間事業者等へ委託 2. 民間事業者等の体制 (1) 担当者数：対象者数や事業者により異なる (2) 実施方法：訪問等により保健指導を実施する
	実施後のフォロー・モニタリング	1. 年度末：事業評価 2. 毎年度：ハイリスク者割合の確認
備考		

V その他

<p>データヘルス計画の評価・見直し</p>	<ul style="list-style-type: none"> データヘルス計画の最終評価は、最終年度である令和11年度（2029年度）に実施する。 データヘルス計画の中間評価を、令和7年度（2025年度）までの評価を令和8年度（2026年度）に実施する。 個別の保健事業については、アウトプット・アウトカム指標の目標数値について毎年度評価を実施する。
<p>データヘルス計画の公表・周知</p>	<ul style="list-style-type: none"> 当広域連合のホームページや、市町村広報誌等を通じ、被保険者へ周知する。 関係団体を通じ、関係機関へ周知する。 計画の概要版を作成し、理解の促進を図る。
<p>個人情報の取扱い</p>	<ul style="list-style-type: none"> 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する。
<p>地域包括ケアに係る取組</p>	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者保健事業の中心が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を強化していく。 市町村や地域の医療・介護関係者と連携を図り、必要に応じた支援、協力を行う。 KDBシステムデータなどを活用してハイリスク群を各地域課題等に応じて抽出し、関係者等と共有する。
<p>その他留意事項</p>	<ul style="list-style-type: none"> 被保険者や保険医療機関の代表者、他の医療保険者の意見を伺う機会を設ける。 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。

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

発行：山形県後期高齢者医療広域連合
TEL：0237-84-7100 FAX：0237-85-8530
〒991-0041 山形県寒河江市大字寒河江字久保6番地
(山形県国保会館内)
ホームページ <http://www.yamagata-kouiki.jp/>
E-mail info@yamagata-kouiki.jp