

富山県後期高齢者医療広域連合 第3期データヘルス計画

令和6年3月
富山県後期高齢者医療広域連合

I 基本的事項

計画策定の趣旨	背景	・「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」において、後期高齢者医療広域連合は、効果的かつ効率的な高齢者保健事業の実施を図るため、高齢者保健事業の実施計画（データヘルス計画）を策定し、事業実施及び評価を行うものとされており、平成30年3月に第2期データヘルス計画（平成30年度～令和5年度）を策定した。 ・第2期データヘルス計画は令和5年度で計画期間が終了するため、令和5年度中に第3期データヘルス計画（令和6年度～令和11年度）を策定するもの。 ・令和4年度末に「高齢者保健事業の実施計画（データヘルス計画）策定の手引き」が示され、第3期データヘルス計画における全都道府県後期高齢者医療広域連合が共通で評価する評価指標や計画様式等による計画策定が求められている。	
	目的	生活習慣病をはじめとする疾病の発症や重症化の予防及び心身機能の低下を防止し、できる限り長く住み慣れた地域で自立した生活を送ることができる高齢者を増やす。	
計画期間		令和6年度～令和11年度	
関連する他の計画 関連事項・関連目標	富山県健康増進計画（第3次）	令和6年度～令和17年度	【関連目標】健康寿命の延伸、生活習慣病（NCDs）の発症予防・重症化予防の徹底
	第4期富山県医療費適正化計画	令和6年度～令和11年度	【関連目標】生活習慣病の重症化予防、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
	第9期富山県介護保険事業支援計画	令和6年度～令和8年度	【主要施策等】健康の保持・増進、生活習慣病予防等疾病対策の推進、健康づくりを支援する環境整備、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の推進
	富山県市町村国保第3期データヘルス計画	令和6年度～令和11年度	【関連目標】健康寿命の延伸、医療費適正化の推進、糖尿病性腎症による新規人工透析患者数の減少
実施体制 関係者連携	市町村との連携体制	・県内の全体的な状況と、構成市町村の特性に応じた必要な情報を共有し、各市町村への委託等により、きめ細やかな保健事業を展開する。 ・保健事業の質の向上のため、県や関係団体等と連携・協力して、人材育成を含む市町村支援を行う。	
	関係者等	・富山県 ・国民健康保険団体連合会及び国保連に設置される保健事業支援・評価委員会 ・外部有識者等（学識経験者、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会、歯科衛生士会等の保健医療関係者等） ・健康保険組合等の他の医療保険者 ・大学（学術機関）	

（1）基本情報

人口・被保険者		対象者に関する基本情報					【令和5年4月1日時点】
		全体	%	男性	%	女性	%
人口（人）		1,009,050	-	490,829	-	518,221	-
被保険者数（人）		191,863	19.0%	75,546	15.4%	116,317	22.4%
	65～69歳（人）	2,205	1.1%	1,272	1.7%	933	0.8%
	70～74歳（人）	3,854	2.0%	2,219	2.9%	1,635	1.4%
	75～79歳（人）	69,967	36.5%	31,536	41.8%	38,431	33.0%
	80～84歳（人）	51,876	27.1%	21,549	28.5%	30,327	26.1%
	85～89歳（人）	36,649	19.1%	12,602	16.7%	24,047	20.7%
	90歳以上（人）	27,312	14.2%	6,368	8.4%	20,944	18.0%

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	高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業をはじめとする、広域連合における保健事業の主な担い手は、市町村であることから、市町村の健康課題を把握するとともに、広域連合全体の健康課題と関連させ、適切かつ効果的な保健事業が展開できるよう情報提供や協議を行う。
都道府県	・国民健康保険から後期高齢者医療制度に移行した被保険者に対し、継続的な取り組みを行えるよう連携・協力する。 ・一体的実施事業の取組が着実に進むよう、県の医療保険部門、高齢福祉部門、健康増進部門の関係者と連携し、協力体制を構築する。 ・県で把握する健康課題を共有し、県とともに、事業の取組結果に対する評価や効果的な取組の分析等を行う。

	連携内容
国保連及び支援・評価委員会	【国保連】 KDBを活用した課題分析、評価等のデータの提供、KDBの活用の支援の研修のほか、保険者や市町村の職員向け研修の充実等について連携し、協力する。 【支援・評価委員会】 計画の策定支援や個別の保健事業の実施支援等のノウハウや、委員の幅広い専門的知見を活用した支援・評価が受けられるよう連携する。
外部有識者	・富山県後期高齢者医療広域連合運営懇話会において、データヘルス計画の策定等で助言を受けること等で、効果的な保健事業を展開できるよう連携する。 ・保険者等の職員向け研修への参画等で連携する。
保健医療関係者	・富山県後期高齢者医療広域連合運営懇話会において、データヘルス計画の策定等で助言を受けること等で、効果的な保健事業を展開できるよう連携する。 ・高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業や各種高齢者保健事業において、専門的見地から助言を受け、意見交換や情報提供を行うことにより連携する。
その他	【被保険者】 ・富山県後期高齢者医療広域連合運営懇話会等において、意見交換や情報提供を行い連携する。 ・データヘルス計画策定等で被保険者の意見募集（パブリックコメント）等を行い連携する。

被保険者等の特性	被保険者数の推移	・富山県後期高齢者医療広域連合の被保険者数は、令和4年度末で191,860人で、令和10年度までは年々増加し、約21万人となるが、令和11年度からは減少に転じていく。また、富山県人口に占める被保険者数の割合は19.0%であるが、今後、その割合は大きくなると見込んでいる。						
	年齢別被保険者構成割合	令和4年10月1日現在における富山県の高齢化率（65歳以上）は33.2%であり、全国の29.0%に比べ4.2ポイント高い。被保険者の65歳以上の人口構成（令和5年4月1日現在）を男女・年齢階層別に示すと、（1）基本情報のとおりであり、75歳から79歳の被保険者の割合が一番大きい。						
	その他							
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）	目的	計画策定時実績 平成28年度	実績		評価・考察		
				中間評価時点 令和2年度	現状値 令和4年度			
		健康寿命の延伸	男性：72.58歳 女性：75.77歳	令和元年度 男性：72.71歳 女性：76.18歳	令和4年度 男性：－歳 女性：－歳	令和4年度の健康寿命は、令和6年度に発表される予定。 (厚労省より3年毎に公表)		
	医療費の適正化	一人当たり医療費 富山県 広域：899,705円 全国：934,547円	一人当たり医療費 富山県 広域：902,725円 全国：917,124円	一人当たり医療費 富山県 広域：916,891円 全国：951,767円	一人当たり医療費は、医療の進歩、平均寿命の延伸等に伴い1.9%増加している。全国(1.8%)に比べ伸び率は高いが、金額は低い。			
	目標の達成状況	目標	評価指標			目標値	実績値	達成度
						中間評価時点 令和2年度	現状値 令和4年度	
		生活習慣病の早期発見・重症化予防	糖尿病性腎症重症化予防					
			①対象者の受診率向上			40%	未治療者 61.1% 治療中断者 73.2%	152.8% 183.0%
			②新規人工透析患者数の減少(被保険者10万対)			(90人)	153人 (79.3人)	113.5%
			③保健指導実施市町村数の増加(R5年度実績)			15	15	100.0%
			④健康診査受診率			40%	38.5%	96.3%
			⑤歯科健康診査受診率			19%	22.2%	116.8%
			循環器疾患重症化予防事業					
			⑥保健指導実施市町村数の増加			15	15	100.0%
			⑦高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施実施市町村数及び実施圏域数の増加(R5年度実績)			市町村数 15 圏域割合 80%	15 82.8%	100.0% 103.5%
			フレイル対策の推進			⑧フレイルに関する事業実施市町村数の増加	15	15
		医療機関等の受診と調剤医療費の適正化			⑨ジェネリック医薬品普及率(数量ベース)	80%	82.7%	103.4%
					⑩ポリファーマシー対策に関する事業実施市町村数(R5年度実績)	5	9	180.0%
		※実績について①②④⑤⑥⑧⑨は令和4年度、③⑦⑩は令和5年度。						

※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 情報分析と課題抽出

項目		健康医療情報等の整理	アセスメント	データ出典	
被保険者構成の将来推計		被保険者数は、増加率は縮小しながらも令和10年度までは増加するが、令和11年度からは減少に転じると見込んでいる。 令和4年度末被保険者数 191,860人 令和5年度末被保険者数見込 198,590人 令和6年度末被保険者数見込 203,900人 令和7年度末被保険者数見込 207,124人 令和8年度末被保険者数見込 208,386人 令和9年度末被保険者数見込 209,361人 令和10年度末被保険者数見込 209,554人 令和11年度末被保険者数見込 209,424人 高齢化率 富山県33.2% 全国29.0%（令和4年）	・富山県は、全国に比べ高齢化率が高い。 ・被保険者数は、年々増加傾向であり、医療の高度化もあり今後医療費の増加が見込まれる。そのため、保健事業を一層推進し、健康寿命の延伸、医療費の適正化を図っていく必要がある。		被保険者数及び総医療費試算表
将来推計に伴う医療費見込み		医療費は、医療の高度化、被保険者数の増加により、計画年度中は右肩上がりに増え続けると見込んでいる。 令和6年度 192,944,982千円 令和7年度 200,583,246千円 令和8年度 206,432,496千円 令和9年度 211,604,523千円 令和10年度 216,465,444千円 令和11年度 220,854,616千円			
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	全国と比較し、 ○平均余命は男性（82.0歳）で0.3年長く、女性（88.1歳）で0.3年長い。 ○平均自立期間は男性（80.3歳）で0.2年長く、女性（84.6歳）で0.2年長い。 ○平均余命と平均自立期間の差は、男性1.7歳で0.1年長く、女性3.5歳で0.1年長い。 ○主な死因として、1位がん（51.9%）、2位心臓病（24.3%）、3位脳疾患（15.9%）。以下腎不全（3.3%）・自殺（2.8%）・糖尿病（1.8%） 全国より高いのは、がん（1.3ポイント）・脳疾患（2.1ポイント）・自殺（0.1ポイント） 糖尿病・腎不全の割合は、全国と同程度である。	・平均余命、平均自立期間は全国よりやや長く、良い状況であるが、死因割合では、がんの割合が高く、増加していることや、脳疾患の割合は低下しているものの全国より高いことが課題である。 ・平均自立期間が長い医療圏域ほど、平均余命と平均自立期間の差が小さい傾向にある。 ・健診有所見割合と平均自立期間には明確な関係性は見られないが、HbA1c値が高い者が少ない地域ほど平均自立期間が長い傾向にある。今後生活習慣病（特に糖尿病、高血圧症）の重症化予防を一層推進することにより、平均自立期間の延伸及び平均寿命と平均自立期間の差の改善につながると考えられる。		KDB「地域の全体像の把握」
	構成市町村比較 （医療圏域比較）	○平均余命（県平均：男性82.0歳、女性88.1歳） ・医療圏単位で最も高い数値：男性82.5歳（砺波）、女性88.4歳（新川） ・医療圏単位で最も低い数値：男性81.6歳（新川、高岡）、女性87.9歳（砺波） ○平均自立期間（県平均：男性80.3歳、女性84.6歳） ・医療圏単位で最も高い数値：男性80.7歳（砺波）、女性85.4歳（新川） ・医療圏単位で最も低い数値：男性79.9歳（高岡）、女性84.3歳（高岡） ○平均余命と平均自立期間の差（県平均：男性1.7歳、女性3.5歳） ・最も小さい医療圏は男性1.2歳（新川）、女性3.0歳（新川） ・最も大きい医療圏は男性1.8歳（富山、砺波）、女性3.7歳（高岡） ○死因別死亡割合 ・がん（県平均：51.9%） 最も高い市町村：57.4%、最も低い市町村：43.9% ・心臓病（県平均：24.3%） 最も高い市町村：30.0%、最も低い市町村：6.7% ・脳疾患（県平均15.9%） 最も高い市町村：40.0%、最も低い市町村：11.5%			KDB「地域の全体像の把握」
	経年変化	○平均余命は2年間で男性0.7歳、女性0.2歳上昇 ○平均自立期間は2年間で男性0.7歳、女性0.2歳上昇 ○死因別死亡割合は、2年間でがんが2.5ポイント増加、心臓病が2.2ポイント減少、脳疾患が0.7ポイント減少			KDB「地域の全体像の把握」

Ⅱ 情報分析と課題抽出

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・歯科健康診査の実施状況	全国平均との比較	○令和４年度の健診受診率は38.5%で、全国（24.8%）より、13.7ポイント高い。 令和２年度は全国と比べ13ポイント、令和３年度は全国と比べ10.2ポイントそれぞれ高い。	【健診受診率】 ○最も高い市町村（62.2%）と最も低い市町村（25.9%）では、36.3ポイントの差がある。 ○上位３市町村は62.2～51.3%と高く、下位３市町村は34.2～25.9%と低い。 ○15市町村中８市町が受診率40%を超えている。 【歯科健診受診率】 ○最も高い市町村（30.6%）と最も低い市町村（17.8%）では、12.8ポイントの差がある。	・健診受診率は、新型コロナウイルス感染症の影響もあり、一時低下したが、回復傾向にある。 ・健診受診率は全国に比べ高いものの、市町村間の差が大きく、下位７市町村以外は40.0%以上であることや、国保の特定健診の受診率が高い市町村においては、後期高齢者の健診受診率も高いことなどから、今後は、地域ごとの対応を行うなど受診率向上に努め、生活習慣病などの重症化予防に努めていく。 ・国保と連動した健康診査受診率向上に係る対策を図る。 ・歯科健診については、受診率が向上しているが、市町村格差があることから受診勧奨を行うなど対策を講じていく。歯周病だけでなく、口腔機能（飲み込むこと、噛むこと等）を維持改善し、誤嚥性肺炎等の疾病予防のため歯科健診の重要性について周知を図る。	健診・歯科健診 広域連合資料 （全国KDB、広域実績）
	構成市町村比較				
	経年変化				
	健康診査 歯科健康診査 質問票の分析	全国平均との比較	【健診結果】 ①リスクありの割合を全国（令和４年度）と比較し、高い項目は、肥満（25.3%）は1.6ポイント、脂質（21.4%）は1.6ポイント、血糖（14.2%）は3.3ポイント高い。 低い項目は、血圧（33.8%）は1.4ポイント、肝機能（3.7%）は0.1ポイント、やせ（8.6%）は同程度である。 ②健診受診・医療未受診の者で、血圧値が受診勧奨判定値以上に該当する者が330人（37.1%）であり、令和３年度340人（37.7%）と比較し減少している。 【歯科健診結果】（対象：前年度に75歳となった者） ①現在歯数20本以上の者の割合は、令和４年度70.0%（令和３年度66.4%、令和２年度66.9%）と増加傾向であり、全国の55.8%（75～79歳 令和４年）に比べ高い。 ②現在歯数は、令和４年度21.3本（令和３年度22.3本、令和２年度20.7本）と、全国の18.1本（75～79歳 令和４年）に比べ多い。 ③歯周疾患については、毎年、軽度及び中等度以上が38.4～41.2%を占め、全国の60.5%（75～79歳 令和４年歯周ポケットを有する者）に比べ低い。 ④咀嚼機能については、要注意が全体の13.8～14.9%、嚥下機能（回復唾液嚥下２回以下）低下者は、令和２年度は7.0%、令和３年度は7.1%、令和４年度は6.5%と減少傾向、舌・口唇機能について、要注意者は令和４年度は5.8%と前年度より0.8ポイント減少。	【健診結果】 ・健診結果では、全国に比べ血糖値、肥満リスクが高く、その割合が増加している。市町村国保の特定健診でも、肥満リスクや血糖値、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群該当者の割合が国より高い。 【血圧リスク】 ・全国より低いが、微増傾向である。 市町村の上位と下位の差が大きく地域差がある。高血圧症の者の受診率が低いことや治療中のコントロール不良者の増加等が考えられることから、ハイリスク者への重症化予防（受診勧奨やコントロール不良者への保健指導）について、地域の状況に応じた対応を継続していく必要がある。 【血糖リスク】 ・減少傾向であるが、全国に比べ高い。市町村の上位と下位の差が大きく地域差がある。糖尿病の受診率が高いことから治療中のコントロール不良者の増加等も考えられるため、ハイリスク者への重症化予防（受診勧奨やコントロール不良者への保健指導）について、地域の状況に応じた対応を継続していく必要がある。	KDB「健康スコアリング（健診）」 歯科健診結果 広域連合資料 厚生省「令和４年歯科疾患実態調査結果の概要」
		構成市町村比較	【健診結果】 リスクありの割合 ○肥満（25.3%） ・上位３市町村平均27.4%、下位３市町村平均24.0%となり、その差は3.4ポイント。 ○血圧（33.8%） ・上位３市町村平均45.1%、下位３市町村平均26.8%となり、その差は18.3ポイント。 ○肝機能（3.7%） ・上位３市町村平均4.2%、下位３市町村平均3.2%となり、その差は1ポイント。 ○脂質（21.4%） ・上位３市町村平均26.0%、下位３市町村平均18.2%となり、その差は7.8ポイント。 ○血糖（14.2%） ・上位３市町村平均17.8%、下位３市町村平均9.8%となり、その差は8ポイント。 ○やせ（8.6%） ・上位３市町村平均9.6%、下位３市町村平均7.3%となり、その差は2.3ポイント。		
		経年変化	【健診結果】 脂質リスクありの割合は２年間で1.4ポイント減少、肥満リスクありの割合は0.7ポイント減少している。 やせリスクありの割合は２年間で0.4ポイント増加している。 リスクありの割合の経年変化（令和２年度と令和４年度を比較） ○肥満は令和２年度26.0%、令和４年度25.3%と0.7ポイント減少。 ○血圧は令和２年度33.7%、令和４年度33.8%と0.1ポイント増加。 ○肝機能は令和２年度3.9%、令和４年度3.7%と0.2ポイント減少。 ○脂質は令和２年度22.8%、令和４年度21.4%と1.4ポイント減少。 ○血糖は令和２年度14.5%、令和４年度14.2%と0.3ポイント減少。 ○やせは令和２年度8.2%、令和４年度8.6%と0.4ポイント増加。	【運動・転倒リスク】 ・全国に比べリスクのある者の割合が高く、増加傾向である。これらは、骨折や今後の介護リスクにも影響し、社会参加や活動量とも関連があることから、フレイル対策等を推進していく。	KDB「健康スコアリング（健診）」

Ⅱ 情報分析と課題抽出

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	質問票調査結果の状況 （生活習慣） 質問票調査結果の状況 （生活習慣）	全国平均との比較	【適正な生活習慣を有する者の割合】 適正な生活習慣を有する者の割合を全国と比較し、 ○健康状態（88.9%）は1.1ポイント低い。 ○心の健康状態（92.5%）は1.3ポイント高い。 ○食習慣（96.4%）は1.8ポイント高い。 ○口腔機能（55.6%）は4.9ポイント低い。 ○体重変化（87.4%）は0.9ポイント低い。 ○運動・転倒（24.3%）は2.5ポイント低い。 ○認知機能（66.5%）は2.1ポイント低い。 ○喫煙（79.3%）は2.2ポイント高い。 ○社会参加（88.1%）は1.0ポイント高い。 ○ソーシャルサポート（95.9%）は0.8ポイント高い。 「健康状態がよい」との回答割合が19.0%と全国より5.1ポイント低い。 「毎日の生活に満足」との回答割合が43.6%と全国より3.9ポイント低い。 口腔機能：「半年前に比べて固いものが食べにくい」との回答割合が33.5%と全国より5.7ポイント高い。 運動・転倒：「ウォーキング等の運動を週に1回以上する」との回答割合が54.3%と全国より8.5ポイント低い。 認知機能：「同じことを聞くなどの物忘れあり」との回答割合が19.0%と全国より2.8ポイント高い。 認知機能：「今日の日付が分からない時あり」との回答が26.1%と全国より1.3ポイント高い。		KDB「健康スコアリング （健診）」
		構成市町村比較	【適正な生活習慣を有する者の割合】 ○健康状態（88.9%） ・上位3市町村の平均は91.4%、下位3市町村の平均は86.7%であり、その差は4.7ポイント。 ○心の健康状態（92.5%） ・上位3市町村の平均は93.3%、下位3市町村の平均は91.0%であり、その差は2.3ポイント。 ○食習慣（96.4%） ・上位3市町村の平均は97.4%、下位3市町村の平均は96.0%であり、その差は1.4ポイント。 ○口腔機能（55.6%） ・上位3市町村の平均は60.3%、下位3市町村の平均は51.4%であり、その差は8.9ポイント。 ○体重変化（87.4%） ・上位3市町村の平均は88.5%、下位3市町村の平均は86.0%であり、その差は2.5ポイント。 ○運動・転倒（24.3%） ・上位3市町村の平均は27.5%、下位3市町村の平均は20.4%であり、その差は7.1ポイント。 ○認知機能（66.5%） ・上位3市町村の平均は70.8%、下位3市町村の平均は62.1%であり、その差は8.7ポイント。 ○喫煙（79.3%） ・上位3市町村の平均は83.3%、下位3市町村の平均は75.6%であり、その差は7.7ポイント。 ○社会参加（88.1%） ・上位3市町村の平均は90.6%、下位3市町村の平均は86.3%であり、その差は4.3ポイント。 ○ソーシャルサポート（95.9%） ・上位3市町村の平均は97.1%、下位3市町村の平均は95.3%であり、その差は1.8ポイント。		KDB「健康スコアリング （健診）」
		経年変化	【適正な生活習慣を有する者の割合の経年変化（令和2年度と令和4年度を比較）】 ○健康状態は1.1ポイント増加。 ○心の健康状態は0.4ポイント増加。 ○食習慣は0.1ポイント減少。 ○口腔機能は0.7ポイント増加。 ○体重変化は0.6ポイント増加。 ○運動・転倒は0.9ポイント増加。 ○認知機能は1.0ポイント増加。 ○喫煙は1.5ポイント減少。 ○社会参加は1.8ポイント増加。 ○ソーシャルサポートは0.5ポイント増加。 「健康状態がよい」との回答割合は2年間で0.1ポイント増加。 「毎日の生活に満足」との回答割合は2年間で0.6ポイント減少。 口腔機能：「半年前に比べて固いものが食べにくい」との回答割合が2年間で1.1ポイント減少。 運動・転倒：「ウォーキング等の運動を週に1回以上する」との回答割合が2年間で1.1ポイント増加。 認知機能：「同じことを聞くなどの物忘れあり」との回答割合が2年間で0.7ポイント減少。 認知機能：「今日の日付が分からない時あり」との回答割合が2年間で0.7ポイント減少。		KDB「健康スコアリング （健診）」

Ⅱ 情報分析と課題抽出

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	健康状態不明者の数	全国平均との比較			
		構成市町村比較	○最も多い市町村は、被保険者（健診対象除外者を除く）の2.0％、最も少ない市町村は0.3％で、1.7ポイントの差がある。		KDB活用支援ツール「抽出条件（10）健康状態不明者」
		経年変化	○健康状態不明者は、令和4年度で3,098人、被保険者（健診対象除外者を除く）の1.8％、令和2年度2,661人、1.6％であり、437人、0.2ポイント増加している。		KDB活用支援ツール「抽出条件（10）健康状態不明者」
医療関係 の分析	医療費	全国平均との比較	受診率（千人当り）は、外来12,030（全国13,800）は低いが、入院755（全国652）と高い状況である。歯科は、1,651（全国2,282）と低い。 1件当たり医療費は、外来28,286円（全国27,479円）と高く、入院586,691円（全国623,168円）は低い。 1人当たり医療費は、全国に比べ、入院（442,845円）は36,281円高く、外来（340,286円）は38,935円低い。歯科（23,790円）は9,406円低い。	・外来は、全国より受診率は低いが1件当たり医療費は高い。入院は入院率及び1人当たり医療費が全国より高いことから、比較的重症な疾病が多いと考えられる。	KDB「健康スコアリング（医療）」
		構成市町村比較	○1人当たり入院医療費（442,845円） ・最も高い市町村と最も低い市町村の差：87,217円 ・上位3市町村平均465,134円、下位3市町村平均397,807円となり、その差は67,327円。 ○1人当たり外来医療費（340,286円） ・最も高い市町村と最も低い市町村の差：62,331円 ・上位3市町村平均355,410円、下位3市町村平均305,376円となり、その差は50,034円。 ○1人当たり歯科医療費（23,790円） ・最も高い市町村と最も低い市町村の差：10,422円 ・上位3市町村平均26,412円、下位3市町村平均18,389円となり、その差は8,023円。	・疾病別入院医療費では、骨折、脳梗塞、不整脈が多いことから、その背景である循環器疾患への重症化予防対策及び骨折の予防、フレイル対策が必要である。 また、外来医療費では、糖尿病、透析を伴う慢性腎臓病が多いことから、糖尿病性腎症の重症化予防及び脳心腎のいわゆる心血管病（心筋梗塞・脳梗塞）の保健事業の更なる取組が重要である。	KDB「健康スコアリング（医療）」
		経年変化	○医療費合計：令和4年度1,659億7,824万円は、令和2年度より115億5,670万円増加。 ○入院医療費：令和4年度910億9,017万円は、令和2年度より67億2,762万円増加。 ○外来医療費：令和4年度453億7,650万円は、令和2年度より29億3,154万円増加。 ○歯科医療費：令和4年度48億6,887万円は、令和2年度より6億6,866万円増加。 ○調剤医療費：令和4年度246億4,270万円は、令和2年度より12億2,888万円増加。 【入院】 千人当たり入院率は2年前と比べて2.6ポイント減少。全国は4.0ポイント減少。 1件当たり医療費は2年前と比べて3.8ポイント増加。全国は5.8ポイント増加。 被保険者1人当たり医療費は2年前と比べて1.1ポイント増加。全国は1.6ポイント増加。 【外来】 千人当たり受診率は2年前と比べて0.7ポイント減少。全国は0.2ポイント増加。 1件当たり医療費は2年前と比べて0.3ポイント増加。全国は0.5ポイント減少。 被保険者1人当たり医療費は2年前と比べて0.5ポイント減少。全国は0.3ポイント減少。	・脳梗塞や人工透析の新規患者の増加について、糖尿病・高血圧症等の生活習慣病のコントロール不良が一因と考えられることから、適切な医療及び健診受診につなげ重症化予防の継続した取組が必要である。 ・脳血管疾患、心疾患は入院及び要介護状態の悪化等によりQOLの低下を招く可能性が高い。心疾患は増加傾向であるため、その原因と考えられる高血圧症等循環器疾患についての対策が必要である。	KDB「健康スコアリング（医療）」
	疾病分類別の医療費	全国平均との比較	○疾病別医療費（カッコ内は医療費合計に占める構成比） ・医療費1位は「慢性腎臓病（透析あり）」（4.4％）、2位は「不整脈」（4.2％）、3位は「脳梗塞」（4.1％）。 ・全国の医療費1位は「骨折」（4.7％）、2位は「慢性腎臓病（透析あり）」（4.6％）、3位は「不整脈」（4.3％）。 ・疾病別1人あたり医療費は、「慢性腎臓病（透析あり）」は34,707円、「不整脈」は32,739円、「脳梗塞」は31,941円。 ○疾病別入院医療費（カッコ内は入院医療費合計に占める構成比） ・入院医療費1位は「骨折」（6.8％）、2位は「脳梗塞」（6.5％）、3位は「不整脈」（3.4％）。 ・全国の入院医療費1位は「骨折」（8.4％）、2位は「脳梗塞」（5.4％）、3位は「関節疾患」（3.5％）。 ・疾病別1人当たり入院医療費は、「骨折」は30,170円、「脳梗塞」は28,707円、「不整脈」は14,851円。 ・脳梗塞の医療費のうち89.9％が入院医療費で占めており、入院医療費に占める脳梗塞の割合は6.5％と全国（5.4％）より高い。 ○疾病別外来医療費（カッコ内は外来医療費合計に占める構成比） ・外来医療費1位は「糖尿病」（7.8％）、2位は「慢性腎臓病（透析あり）」（6.8％）、3位は「高血圧症」（5.5％）。 ・全国の外来医療費1位は「糖尿病」（7.4％）、2位は「慢性腎臓病（透析あり）」（6.6％）、3位は「高血圧症」（5.9％）。 ・疾病別1人当たり外来医療費は、「糖尿病」は26,196円、「慢性腎臓病（透析あり）」は22,900円、「高血圧症」は18,654円。	・骨折については、入院医療費の中で最も割合が高い。また、骨粗しょう症は増加傾向で、運動・転倒リスクがある者の割合も国より高く、フレイルリスクの割合も高いことから、2次性骨折も含め今後の増加が考えられるため予防対策が必要である。	KDB「医療費分析（1）細小分類」

Ⅱ 情報分析と課題抽出

項目			健康医療情報等の整理	アセスメント	データ出典		
医療関係 の分析	疾病分類別の医療費	構成市町村比較	○疾病別医療費（1位：「慢性腎臓病（透析あり）」） ・医療費合計に占める「慢性腎臓病（透析あり）」の構成比が最も高い市町村：5.7% ・1人当たり医療費上位3市町村の平均は、41,958円。 ・医療費合計に占める「慢性腎臓病（透析あり）」の構成比が最も低い市町村：3.2% ・1人当たり医療費下位3市町村の平均は、24,999円。 ○疾病別入院医療費（1位：「骨折」） ・入院医療費合計に占める「骨折」の構成比が最も高い市町村：8.6% ・1人当たり入院医療費上位3市町村の平均は、36,216円。 ・入院医療費合計に占める「骨折」の構成比が最も低い市町村：5.7% ・1人当たり入院医療費下位3市町村の平均は、24,700円。 ○疾病別外来医療費（1位：「糖尿病」） ・外来医療費合計に占める「糖尿病」の構成比が最も高い市町村：9.0% ・1人当たり外来医療費上位3市町村の平均は、28,600円。 ・外来医療費合計に占める「糖尿病」の構成比が最も低い市町村：6.6% ・1人当たり外来医療費下位3市町村の平均は、21,262円。		KDB「医療費分析（1）細小分類」		
		経年変化	経年変化（令和2年度と令和4年度を比較） ○疾病別医療費 ・令和2年度の医療費1位は「慢性腎臓病（透析あり）」（72億9,098万円）、2位は「脳梗塞」（67億1,141万円）、3位は「関節疾患」（65億7,883万円）。 ・令和4年度の医療費1位は「慢性腎臓病（透析あり）」（71億3,890万円）、2位は「不整脈」（67億3,409万円）、3位は「脳梗塞」（65億6,997万円）。 ・経年変化を見ると、不整脈の割合が増加し、慢性腎臓病（透析あり）、脳梗塞が減少傾向である。 ○疾病別入院医療費 ・令和2年度の入院医療費1位は「骨折」（61億8,886万円）、2位は「脳梗塞」（60億4,966万円）、3位は「関節疾患」（29億4,618万円）。 ・令和4年度の入院医療費1位は「骨折」（62億566万円）、2位は「脳梗塞」（59億482万円）、3位は「不整脈」（30億5,482万円）。 ○疾病別外来医療費 ・令和2年度の外来医療費1位は「糖尿病」（49億8,496万円）、2位は「慢性腎臓病（透析あり）」（46億9,622万円）、3位は「高血圧症」（38億385万円）。 ・令和4年度の外来医療費1位は「糖尿病」（53億8,832万円）、2位は「慢性腎臓病（透析あり）」（47億1,044万円）、3位は「高血圧症」（38億3,696万円）。		KDB「医療費分析（1）細小分類」		
		後発医薬品の使用割合		○令和3年3月診療分の使用割合は81.5%、令和4年3月診療分は81.4%、令和5年3月診療分は82.7%で増加傾向である。	【後発医薬品の使用】 ・増加傾向にあるため、引き続き普及啓発を行う必要がある。	厚生労働省「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		被保険者に占める割合 ○重複処方患者（2医療機関以上で、重複処方が発生した薬剤数が1以上）は0.64%である。 ・最も高い市町村：0.79%、最も低い市町村：0.41% ○多剤処方患者（処方日数が1日以上かつ薬剤数が15以上）は2.8%である。 ・最も高い市町村：3.5%、最も低い市町村：1.6% ○多剤処方患者（処方日数が8日以上かつ薬剤数が6以上）令和2年：33.4%、令和4年：35.1%（処方日数が8日以上かつ薬剤数が15以上）令和2年：2.6%、令和4年：2.8%※すべて5月診療分 重複処方（2医療機関以上で重複処方薬剤が1以上）及び多剤処方（処方日数が1日以上かつ薬剤数が6以上）の割合は、増加傾向である。		【重複・多剤処方】 ・高齢者は疾病を併せ持つため、多受診により重複や多剤処方となりやすく健康被害が生じる危険性があることから、ポリファーマシー対策の取組を要する。 ・多剤処方については、一般的には6剤以上に健康被害が出現しやすいといわれており、その割合が年々増加していることから、普及啓発や相談などの対応が必要である。 なお、医療機関が多い地域で割合が高い傾向にあるなど市町村に差があることから、地域の状況も踏まえ対応していく必要がある。	KDB「重複・多剤処方の状況」

Ⅱ 情報分析と課題抽出

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	全国と比較し、 ○要支援 1、2 の認定者の認定率は4.3%で、全国の認定率5.4%と比較して1.1ポイント低い。 ○要介護 1、2 の認定者の認定率は8.0%で、全国の認定率7.3%と比較して0.7ポイント高い。 ○要介護 3以上の認定者の認定率は7.4%で、全国の認定率の6.8%と比較して0.6ポイント高い。	・要介護認定率はほぼ全国と同水準にある。 ・要介護度が上がるにつれて精神（アルツハイマー含む）や脳疾患の有病率が上昇しており、要介護度の高い認定者を増やさないためには、原因疾患の発症抑制が求められる。 ・全国に比べ要支援の認定率はやや低いが、要介護の認定率はやや高い。 ・施設サービスの一人当たり介護給付費（10,694円）は、減少傾向にあるものの全国に比べ2,124円高い。今後は重度にならないよう原因疾病の重症化予防を図っていく必要がある。 ・要介護認定者の疾患別では、心臓病が約6割と最も高く、年々増加傾向である。また、筋・骨格、高血圧症が次いで高い。 これらの疾患の予防に努める必要がある。 ・要支援の有病率では筋・骨格が6割以上と高い状況にあり、要介護認定者の筋・骨格の有病率が増加している。 ・市町村の疾病別認定状況をみると、高い地域と低い地域の差が大きく、高い地域については、今後、疾病予防と関連させた取組みが必要である。	KDB「健康スコアリング（介護）」
		構成市町村比較	○要介護認定率（19.7%）：最も高い市町村：20.8%、最も低い市町村：17.9% ○要支援 1 の認定率（2.2%）：最も高い市町村：3.8%、最も低い市町村：1.1% 要支援 1 の認定率が高い上位 3 市町村の平均は3.5%、下位 3 位市町村の平均は1.6%となり、その差は1.9ポイント。 ○要支援 2 の認定率（2.2%）：最も高い市町村：2.9%、最も低い市町村：1.5% 要支援 2 の認定率が高い上位 3 市町村の平均は2.8%、下位 3 市町村の平均は1.5%となり、その差は1.3ポイント。 ○要介護 1 の認定率（4.4%）：最も高い市町村：5.1%、最も低い市町村：3.6% 要介護 1 の認定率が高い上位 3 市町村の平均は5.0%、下位 3 市町村の平均は4.0%となり、その差は1.0ポイント。 ○要介護 2 の認定率（3.6%）：最も高い市町村：4.1%、最も低い市町村：2.0% 要介護 2 の認定率が高い上位 3 市町村の平均は4.0%、下位 3 市町村の平均は2.3%となり、その差は1.7ポイント。 ○要介護 3 の認定率（2.9%）：最も高い市町村：3.3%、最も低い市町村：1.8% 要介護 3 の認定率が高い上位 3 市町村の平均は3.3%、下位 3 市町村の平均は1.8%となり、その差は1.5ポイント。 ○要介護 4 の認定率（2.6%）：最も高い市町村：3.0%、最も低い市町村：2.3% 要介護 4 の認定率が高い上位 3 市町村の平均は3.0%、下位 3 市町村の平均は2.4%となり、その差は0.6ポイント。 ○要介護 5 の認定率（1.8%）：最も高い市町村：2.4%、最も低い市町村：1.7% 要介護 5 の認定率が高い上位 3 市町村の平均は2.3%、下位 3 市町村の平均は1.7%となり、その差は0.6ポイント。		KDB「健康スコアリング（介護）」
		経年変化	経年変化（令和2年度と令和4年度を比較） ○要介護認定率（19.7%）は0.1ポイント減少。 ○要支援 1・2 の認定率（4.3%）は変化なし。 ○要介護 1・2 の認定率（8.0%）は0.1ポイント減少。 ○要介護 3以上の認定率（7.4%）は0.1ポイント減少。		KDB「健康スコアリング（介護）」
	介護給付費	全国平均との比較	全国と比較し、 ○居宅サービスの1人当たり介護給付費（14,879円）は278円低い。 ○施設サービスの1人当たり介護給付費（10,694円）は2,124円高い。 ※1人当たり介護給付費…65歳以上の介護給付費の合計を65歳以上の人口の合計で除算して算出。 【要介護度別介護サービス利用率】 ○要支援 1 の介護サービス利用率（4.8%）は、全国より0.7ポイント低い。 ○要支援 2 の介護サービス利用率（6.5%）は、全国より1.2ポイント低い。 ○要介護 1 の介護サービス利用率（18.8%）は、全国より1.4ポイント高い。 ○要介護 2 の介護サービス利用率（16.5%）は、全国より1.4ポイント高い。 ○要介護 3 の介護サービス利用率（13.7%）は、全国より1.3ポイント高い。 ○要介護 4 の介護サービス利用率（12.2%）は、全国より0.4ポイント高い。 ○要介護 5 の介護サービス利用率（8.2%）は、全国より0.5ポイント高い。		KDB「健康スコアリング（介護）」
		構成市町村比較	○居宅サービスの1人当たり介護給付費（14,879円） ・最も高い市町村：15,949円、最も低い市町村：11,274円 ・居宅サービスの1人当たり介護給付費が高い上位3市町村の平均は11,502円、下位3市町村の平均は15,636円となり、その差額は4,134円。 ○施設サービスの1人当たり介護給付費（10,694円） ・最も高い市町村：15,009円、最も低い市町村：8,940円 ・施設サービスの1人当たり介護給付費が高い上位3市町村の平均は9,084円、下位3市町村の平均は14,038円となり、その差額は4,954円。		KDB「健康スコアリング（介護）」
		経年変化	経年変化（令和2年度と令和4年度の比較） ○居宅サービス:令和4年度の介護給付費は594億5,803万円で、令和2年度より21億1,297万円増加しており、1人当たり介護給付費は79円増加している。 ○施設サービス:令和4年度の介護給付費は427億3,540万円で、令和2年度より3億701万円減少しており、1人当たり介護給付費は414円減少している。		KDB「健康スコアリング（介護）」

Ⅱ 情報分析と課題抽出

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	要介護度別有病率（疾病別） 要介護認定有無別の有病率（疾病別）	全国平均との比較	【要介護認定者の有病率】 全国と比較し、糖尿病、脳疾患、精神、認知症、アルツハイマー病が国よりも高く、高血圧症、脂質異常症、心臓病、がん、筋・骨格は国よりも低い。 ○糖尿病（24.7％）は0.4ポイント高い。 ○高血圧症（51.5％）は1.8ポイント低い。 ○脂質異常症（29.6％）は3.0ポイント低い。 ○心臓病（59.4％）は0.9ポイント低い。 ○脳疾患（24.5％）は1.9ポイント高い。 ○がん（10.8％）は1.0ポイント低い。 ○筋・骨格（52.1％）は1.3ポイント低い。 ○精神（37.2％）は0.4ポイント高い。 ○認知症（25.5％）は1.5ポイント高い。 ○アルツハイマー病（19.3％）は1.2ポイント高い。 1 位心臓病59.4％、2 位筋・骨格52.1％、3 位高血圧症51.5％で、全国の上位3 疾病の順位と同じ。		KDB「地域の全体像の把握」	
		構成市町村比較	要介護（支援）状態に至る要因に関連性が高い疾病について比較 【要介護認定者の有病率】 全国より高いもの ○糖尿病（24.7％） 最も高い市町村：30.0％、最も低い市町村：16.1％ ○脳疾患（24.5％） 最も高い市町村：33.5％、最も低い市町村：19.4％ ○精神（37.2％） 最も高い市町村：41.9％、最も低い市町村：32.6％ ○認知症（25.5％） 最も高い市町村：31.1％、最も低い市町村：21.4％ ○アルツハイマー病（19.3％） 最も高い市町村：24.9％、最も低い市町村：15.6％ 全国より低いもの ○高血圧症（51.5％） 最も高い市町村：55.6％、最も低い市町村：41.9％ ○脂質異常症（29.6％） 最も高い市町村：32.2％、最も低い市町村：22.6％ ○心臓病（59.4％） 最も高い市町村：66.6％、最も低い市町村：49.0％ ○がん（10.8％） 最も高い市町村：12.6％、最も低い市町村：7.7％ ○筋・骨格（52.1％） 最も高い市町村：55.3％、最も低い市町村：47.9％		KDB「地域の全体像の把握」	

Ⅱ 情報分析と課題抽出

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	要介護度別有病率（疾病別） 要介護認定有無別の有病率（疾病別）	構成市町村比較	【要介護度別の有病率】 ※1号被保険者 ○心臓病 要支援1の有病率:64.3% 最も高い市町村:72.7%、最も低い市町村：57.8% 要支援2の有病率:66.2% 最も高い市町村:71.7%、最も低い市町村：56.0% 要介護1の有病率:61.1% 最も高い市町村:73.5%、最も低い市町村：50.4% 要介護2の有病率:61.5% 最も高い市町村:66.9%、最も低い市町村：51.7% 要介護3の有病率:59.4% 最も高い市町村:66.4%、最も低い市町村：38.7% 要介護4の有病率:55.1% 最も高い市町村:69.6%、最も低い市町村：40.1% 要介護5の有病率:49.3% 最も高い市町村:69.4%、最も低い市町村：34.4% ○筋・骨格 要支援1の有病率:61.7% 最も高い市町村:67.3%、最も低い市町村：56.4% 要支援2の有病率:67.1% 最も高い市町村:72.3%、最も低い市町村：62.7% 要介護1の有病率:53.2% 最も高い市町村:60.7%、最も低い市町村：47.3% 要介護2の有病率:54.2% 最も高い市町村:57.7%、最も低い市町村：46.3% 要介護3の有病率:49.8% 最も高い市町村:52.9%、最も低い市町村：38.9% 要介護4の有病率:43.6% 最も高い市町村:49.8%、最も低い市町村：32.5% 要介護5の有病率:37.4% 最も高い市町村:42.5%、最も低い市町村：29.1%		KDB「要介護（支援）者有病状況」	
		経年変化	【要介護認定者における有病率】 2年前と比べて有病率が1.0%以上増加しているのは、脂質異常症（27.9%→29.6%）、筋・骨格（50.8%→52.1%）、高血圧症（50.4%→51.5%）。 要介護(支援)状態に至る要因に関連性が高い疾病について比較 【要介護認定者の有病率】（令和2年度診療分と令和4年度診療分の比較） ○脳疾患は1.1ポイント減少。 ○筋・骨格は1.3ポイント増加。 ○精神は0.3ポイント減少。 ○認知症は0.4ポイント減少。 ○アルツハイマー病は0.8ポイント減少。		KDB「地域の全体像の把握」	
	通いの場の展開状況 （箇所数・参加者数等）	全国平均との比較	市町村が通いの場に関与できるように、引き続き広域連合が関係団体と連携し支援体制を整備していく。			
		構成市町村比較				一番多い市で約100か所の通いの場を把握して、介入支援をしている。 市町村で把握していない通いの場もある。
		経年変化				通いの場への関与については、令和2年度から開始のフレイルモデル事業と一体的実施事業の実施市町村数に合わせて増加。 令和4年度から一体的実施事業にて全市町村で実施している。

Ⅱ 情報分析と課題抽出

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・医療のクロス分析	【健診受診者の有無別医療費】 ・健診受診者（6.0万人）の1人当たり外来医療費は31.8万円（全国35.7万円）で、未受診者（11.7万人）の39.2万円（全国41.2万円）に比べ低い。 ・健診受診者（6.0万人）の1人当たり入院医療費は27.6万円（全国25.4万円）で、未受診者（11.7万人）の54.9万円（全国47.6万円）に比べ27.3万円（全国22.2万円）低い。全国に比べ入院費は高い。 【要介護認定別医療費】 ・介護認定者（要支援・要介護1）の外来1人当たり医療費は39.2万円（全国48.0万円）、介護認定者（要介護2以上）では35.4万円（全国46.2万円）と介護度が高い者は医療費が低い。全国に比べ外来医療費は低い。 ・介護認定者（要支援・要介護1）の1人当たり入院医療費は86.4万円（全国85.3万円）、介護認定者（要介護2以上）では111万円（全国114万円）と介護度が高い者は医療費が高い。全国に比べ要介護認定あり（要支援・要介護1）の医療費は高いが、要介護認定あり（要介護2以上）では、低い。 【要介護認定有無別 1人当たりの入院医療費】 ○要介護認定あり（要介護2以上） ・1,109,824円で全国より27,721円低い。 ・最も低い市町村：923,157円、最も高い市町村：1,413,873円 ・上位3市町村の平均：970,868円、下位3市町村の平均：1,347,930円 ○要介護認定あり（要支援・要介護1） ・863,768円で全国より10,849円高い。 ・最も低い市町村：764,464円、最も高い市町村：1,066,209円 ・上位3市町村の平均：773,171円、下位3市町村の平均：1,006,654円 ○要介護認定なし ・175,657円で全国より16,372円高い。 ・最も低い市町村：124,770円、最も高い市町村：203,199円 ・上位3市町村の平均：149,133円、下位3市町村の平均：190,244円 ○要介護認定あり（要介護2以上）と要介護認定なしの医療費の比較 ・要介護認定あり（要介護2以上）の1人当たりの入院医療費は要介護認定なしの6.3倍（全国：7.1倍）。 【要介護認定有無別 1人当たりの外来医療費】 ○要介護認定あり（要介護2以上） ・353,504円で全国より108,861円低い。 ・最も低い市町村：229,758円、最も高い市町村：396,153円 ・上位3市町村の平均：255,664円、下位3市町村の平均：373,219円 ○要介護認定あり（要支援・要介護1） ・392,282円で全国より88,215円低い。 ・最も低い市町村：319,237円、最も高い市町村：431,363円 ・上位3市町村の平均：331,538円、下位3市町村の平均：407,212円 ○要介護認定なし ・268,968円で全国より17,154円低い。 ・最も低い市町村：230,463円、最も高い市町村：290,171円 ・上位3市町村の平均：242,054円、下位3市町村の平均：284,890円 ○要介護認定あり（要介護2以上）と要介護認定なしの医療費の比較 ・要介護認定あり（要介護2以上）の1人当たりの外来医療費は要介護認定なしの1.3倍（全国：1.6倍）。 【要介護認定者の有病率】 ○心臓病（59.4%）、筋・骨格（52.1%）、高血圧症（51.5%）の有病率が高く、全国に比べ脳疾患、認知症、アルツハイマー病の有病率が高い。また、経年変化では、脂質異常症、筋・骨格、高血圧症が増加し、脳疾患が減少している。 ○要介護度重度者（要介護4以上、1号被保険者）の有病率の推移（R2～4年度） ・心臓病が約5割で増加傾向 ・筋・骨格が約4割で増加傾向 ・脳疾患が約3割で減少傾向	・健診受診者の方が未受診者に比べ入院・外来とも医療費が低く、特に入院ではその差が大きい。健診受診者を増加させることで、早期治療につなげていく必要がある。 ・入院医療費を介護認定状況でみると、介護認定なし（17.6万円）は要支援・要介護1（86.4万円）、要介護2以上（111万円）に比べ低い。外来医療費については、要介護認定なしが一番低く、次いで要介護2以上、要支援・要介護1の順となっている。 - 入院では、介護度が高いほど医療費が高い。しかし、外来では、介護度が高いと通院困難のケースがあると思われ、介護度が高いほど外来医療費が高いとはいえない。 ・疾病別の要介護度では、循環器疾患や筋・骨格の有病割合が高いことから、循環器疾患等の重症化予防やフレイル対策、骨折等の対策など継続した予防活動が必要である。 ・疾病別要介護度状況では、重度者において、筋・骨格、心臓病が増加しており、また、脳疾患、認知症が全国に比べ高いことから介護予防のためには、これらの疾病に対し優先した取り組みが必要である。	KDB「要介護（支援）者有病状況」 KDB「健康スコアリング（医療）・（介護）」

Ⅲ 計画全体

	広域適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	被保険者が自身の健康の維持・増進のために、健康状態を客観的指標等により経年的に把握できるようになること	✓	・健康診査・歯科健康診査受診率の向上 ・健康状態不明者対策の推進	1、2、8
B	被保険者が自身の健康状態に応じて、適時適切に医療等にアクセスし、生活習慣病の重症化予防のための行動をとること	✓	・市町村における糖尿病性腎症及び生活習慣病重症化予防の取組の推進	5、6
C	被保険者が、フレイルリスクを認識し、その予防のための行動をできる範囲で実行すること	✓	・低栄養（やせリスク）や口腔機能低下、運動・転倒リスクが高い傾向がある市町村における低栄養改善、フレイル予防のための取組の推進	3、4、7
D	被保険者が適切な服薬・受診行動により、薬剤の多量・重複摂取等による健康被害を防ぐことができること	✓	・適切な服薬・受診行動による、被保険者のポリファーマシー対策の推進	9

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）		生活習慣病をはじめとする疾病の発症や重症化の予防及び心身機能の低下を防止し、できる限り長く在宅で自立した生活を送ることができる高齢者を増やすこと。																					
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※3	割合	分子	分母※3	割合	分子	分母※3	割合	分子	分母※3	割合	分子	分母※3	割合	分子	分母※3			
健康受診率の向上 健康状態不明者の減少	アウト フット	健診受診率	38.5%	66,223	172,218	39.5%	72,912	184,589	40.0%	75,810	189,525	40.5%	77,971	192,521	41.0%	79,414	193,694	41.5%	80,354	193,626	42.0%	81,807	194,780
		歯科健診実施市町村数・割合	100.0%	15	15	100.0%	15	15	100.0%	15	15	100.0%	15	15	100.0%	15	15	100.0%	15	15	100.0%	15	15
生活習慣の改善 重症化の予防 フレイルの予防	アウト フット	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	100.0%	15	15	100.0%	15	15	100.0%	15	15	100.0%	15	15	100.0%	15	15	100.0%	15	15	100.0%	15	15
		一体的実施の推進 実施市町村数の増加	100.0%	15	15	100.0%	15	15	100.0%	15	15	100.0%	15	15	100.0%	15	15	100.0%	15	15	100.0%	15	15
一体的実施の推進 実施市町村数の増加	アウト フット	低栄養	86.7%	13	15	86.7%	13	15	93.3%	14	15	100.0%	15	15	100.0%	15	15	100.0%	15	15	100.0%	15	15
		口腔	66.7%	10	15	66.7%	10	15	80.0%	12	15	93.3%	14	15	100.0%	15	15	100.0%	15	15	100.0%	15	15
		服薬（重複・多剤）	20.0%	3	15	66.7%	10	15	73.3%	11	15	80.0%	12	15	86.7%	13	15	93.3%	14	15	100.0%	15	15
		重症化予防（糖尿病性腎症）	100.0%	15	15	100.0%	15	15	100.0%	15	15	100.0%	15	15	100.0%	15	15	100.0%	15	15	100.0%	15	15
		重症化予防（その他、身体的フレイルを含む）	100.0%	15	15	100.0%	15	15	100.0%	15	15	100.0%	15	15	100.0%	15	15	100.0%	15	15	100.0%	15	15
		健康状態不明者	100.0%	15	15	100.0%	15	15	100.0%	15	15	100.0%	15	15	100.0%	15	15	100.0%	15	15	100.0%	15	15
		平均自立期間（要介護2以上）	男性80.3歳 女性84.6歳			男性80.3歳 女性84.6歳			男性80.6歳 女性84.7歳			男性80.6歳 女性84.7歳			男性80.9歳 女性84.8歳			男性80.9歳 女性84.8歳			男性80.9歳 女性84.8歳		
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	1.2%	2,291	185,272	1.1%	2,224	198,590	1.1%	2,202	203,900	1.0%	2,154	207,124	1.0%	2,083	208,386	1.0%	2,009	209,361	0.9%	1,885	209,554
		口腔	6.8%	12,561	185,272	6.6%	13,067	198,590	6.5%	13,192	203,900	6.4%	13,173	207,124	6.2%	13,024	208,386	6.1%	12,854	209,361	6.0%	12,573	209,554
		服薬（多剤）	2.9%	5,298	185,272	2.6%	5,203	198,590	2.5%	5,097	203,900	2.4%	4,929	207,124	2.3%	4,709	208,386	2.1%	4,480	209,361	2.0%	4,191	209,554
		服薬（睡眠薬）	2.8%	5,164	185,272	2.6%	5,103	198,590	2.5%	5,015	203,900	2.3%	4,867	207,124	2.2%	4,667	208,386	2.1%	4,459	209,361	2.0%	4,191	209,554
		身体的フレイル（ロコモ含む）	7.6%	14,150	185,272	7.5%	14,814	198,590	7.4%	15,027	203,900	7.3%	15,078	207,124	7.2%	14,982	208,386	7.1%	14,864	209,361	7.0%	14,668	209,554
		重症化予防（コントロール不良者）	0.7%	1,380	185,272	0.7%	1,390	198,590	0.7%	1,427	203,900	0.6%	1,243	207,124	0.6%	1,250	208,386	0.6%	1,256	209,361	0.5%	1,048	209,554
		重症化予防（糖尿病等治療中断者）	8.3%	15,403	185,272	8.2%	16,284	198,590	8.1%	16,516	203,900	8.0%	16,570	207,124	7.9%	16,462	208,386	7.8%	16,330	209,361	7.7%	16,136	209,554
		重症化予防（基礎疾患保有＋フレイル）	8.5%	15,720	185,272	8.4%	16,682	198,590	8.3%	16,924	203,900	8.2%	16,984	207,124	8.2%	17,088	208,386	8.1%	16,958	209,361	8.0%	16,764	209,554
		重症化予防（腎機能不良未受診者）	0.03%	55	185,272	0.03%	58	198,590	0.03%	57	203,900	0.03%	56	207,124	0.03%	54	208,386	0.03%	52	209,361	0.02%	42	209,554
		健康状態不明者	1.7%	3,098	185,272	1.6%	3,177	198,590	1.6%	3,262	203,900	1.6%	3,314	207,124	1.6%	3,334	208,386	1.5%	3,140	209,361	1.5%	3,143	209,554

評価項目（独自指標）																			
歯科健診受診率の向上	アウト フット	歯科健診受診率	22.2%	3,398	15,322	22.7%	4,023	17,723	23.0%	3,814	16,584	23.2%	3,429	14,782	23.5%	3,048	12,973	23.8%	3,038
医療費適正化の推進	アウト カム	後発医薬品利用率	82.7%			83.1%			83.2%			83.4%			83.6%			83.8%	
	アウト カム	後発医薬品差額通知後の効果額 の上昇	1,890 千円		1,892 千円		1,894 千円		1,896 千円		1,898 千円		1,899 千円		1,899 千円		2,000 千円		
新規通所患者数の割合の 減少	アウト カム	新規人工透析患者数の割合（被 保険者10万人あたり）※4	79.3人	153	193,029	89.1人	177	198,590	88.3人	180	203,900	86.9人	180	207,124	85.9人	179	208,386	85.5人	179

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	✓	15					
2	歯科健康診査	歯科健康診査事業	委託	✓	15					
3	一体的実施	低栄養防止に係る取組	委託	✓	13	14	15			
4		口腔機能低下防止に係る取組	委託	✓	10	12	14	15		
5		糖尿病性腎症重症化予防に関する取組	委託	✓	15					
6		生活習慣病重症化予防に関する取組 （糖尿病性腎症重症化予防を除く）	委託	✓	15					
7		フレイル予防に関する取組	委託	✓	15					
8		健康状態不明者対策に関する取組	委託	✓	15					
9	ポリファーマシー 対策	適切な受診・服薬の促進に関する取組	委託	✓	15					

IV 個別事業 事業シート

事業1 健康診査事業

事業の目的	生活習慣病を早期に発見することにより、適切に医療等につなげて重症化を予防する。
事業の概要	1 対象者 富山県の後期高齢者医療被保険者。 ※ただし、特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準（平成19年厚生労働省令第157号）に準じ、特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第1条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める者（平成20年厚生労働省告示第3号）を除く。 2 実施方法 （1）広域連合が、富山県医師会及び健診機関に委託し、健診の事務は市町村へ委託する。 （2）市町村によって、周知方法、未受診者対策等が異なる。 3 実施内容 （1）検査項目 ア 必須項目：問診、計測（身長、体重、BMI、血圧）、身体診察、脂質（中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール） 肝機能（AST、ALT、γ-GTP）、ヘモグロビンA1c又は空腹時血糖、尿・腎機能（尿中の糖、尿蛋白の有無） イ 追加項目：貧血検査、心電図検査、血清クレアチニン検査 4 健診結果の活用 健診結果を基に、生活習慣病等の発症・重症化のリスクが高い者に対し、以下のような取組を行う。 （1）受診勧奨：リスクに対応する適切な医療につながるよう、医療機関への受診を勧奨する。 （2）保健指導：リスクを軽減するための生活習慣、行動等に関して、保健師・管理栄養士・歯科衛生士等の医療専門職による保健指導を行う。

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	受診勧奨判定値に該当する者の割合（健診受診者全体）	〔評価対象〕 受診勧奨判定値に該当する人数/健診受診人数 〔方法〕 KDB帳票「後期高齢者の健診状況」 〔評価時期〕 健診実施の翌年度5月頃	63.1%	62.6%	62.1%	61.6%	61.1%	60.5%	60.0%
	2	医療未受診者のうち受診勧奨判定値に該当する者の割合（血糖）	〔評価対象〕 血糖の受診勧奨判定値に該当する人数/健診受診者のうち医療未受診者数 〔方法〕 KDB帳票「後期高齢者の健診状況」 〔評価時期〕 健診実施の翌年度5月頃	4.7%	4.6%	4.5%	4.4%	4.3%	4.2%	4.2%
	3	受診勧奨判定値に該当する者の割合（血圧）	〔評価対象〕 血圧の受診勧奨判定値に該当する人数/健診受診者のうち医療未受診人数 〔方法〕 KDB帳票「後期高齢者の健診状況」 〔評価時期〕 健診実施の翌年度5月頃	37.1%	36.5%	35.9%	35.3%	34.7%	34.0%	33.4%
	4	受診勧奨判定値に該当する者の割合（腎機能）	〔評価対象〕 腎機能の受診勧奨判定値に該当する人数/健診受診者のうち医療未受診人数 〔方法〕 KDB帳票「後期高齢者の健診状況」 〔評価時期〕 健診実施の翌年度5月頃	7.8%	7.7%	7.5%	7.4%	7.2%	7.1%	7.0%

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	健診受診率	〔評価対象〕 健診受診人数/（被保険者人数-除外者人数） 〔方法〕 「後期高齢者医療健康診査事業実施状況報告書」 〔評価時期〕 実施年度の翌年度5月頃	38.5%	39.5%	40.0%	40.5%	41.0%	41.5%	42.0%

プロセス （方法）	概要	1 広域連合が富山県医師会及び健診機関に委託して実施。健診の事務については、市町村へ委託する。 2 健診結果を基にした保健指導等は、主に保健事業と介護予防等の一体的な実施において市町村が実施。
	実施内容	1 広域連合から富山県医師会及び健診機関へ健康診査事業の委託、健診事務については市町村へ委託。 2 5月～12月：健康診査事業実施※実施期間等については、市町村により異なる。 必要に応じて、未受診者への個別勧奨等、各市町村において受診勧奨を実施。 3 健診結果に基づいた保健指導。 対象者・実施方法については、市町村により異なる。
	実施後のフォロー・モニタリング	1 毎月、広域連合で受診者数の確認。 2 翌年度5月：受診率の集計。
	備考	

ストラクチャー （体制）	概要	1 広域連合が富山県医師会及び健診機関に委託して実施。健診の事務については、市町村へ委託する。 2 健診結果を基にした保健指導等は、主に保健事業と介護予防等の一体的な実施において市町村が実施。
	実施内容	広域連合の体制 （1）主管部署：事業課 （2）担当者数：事務職2名、保健師2名、管理栄養士1名 （3）実施方法：富山県医師会、健診機関へ委託 事務は管内市町村へ委託 （4）連携体制 実施要項の作成及び市町村事務担当者会議の開催等
	実施後のフォロー・モニタリング	市町村からの健診実施計画書、実績報告にて実施確認。毎月の実施者数については、国保連合会からの報告により広域連合で把握。
	備考	

Ⅳ 個別事業 事業シート	
事業2 歯科健康診査事業	
事業の目的	口腔機能の維持・改善を図るとともに、口腔機能低下に伴う肺炎やその他疾病を予防する。
事業の概要	1 対象者 富山県の後期高齢者医療被保険者のうち、事業実施年度の前年度において75歳の誕生日を迎えた者。 ※ただし、特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準（平成19年厚生労働省令第157号）に準じ、特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第1条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める者（平成20年厚生労働省告示第3号）を除く。 2 実施方法 広域連合が、富山県歯科医師会へ委託し実施。 3 実施内容 検査項目 （1）口腔診断 （2）歯周病・口腔衛生診断 （3）嚥下機能の診断 （4）咀嚼機能の検査 （5）舌・口唇機能の検査 （6）その他必要な健診項目 4 歯科健診結果の活用 歯科医院において、歯科健診結果に基づき受診勧奨及び保健指導を実施するほか、必要な者には市町村における口腔フレイルの講座等への参加を促す。また、広域連合が歯科健診結果を市町村に配布し、市町村は必要な者に保健指導等を行う。

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	半年間の歯科健診受診率の増加	（評価対象） 半年間の歯科受診人数/被保険者人数 （方法） KDB「地域の全体像の把握」より広域連合で集計 （評価時期） 実施年度の翌年度5月頃	45.4%	46.1%	46.9%	47.6%	48.4%	49.2%	50.0%

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	歯科健診受診率	（評価対象） 歯科健診受診人数/（被保険者人数 -除外者人数） （方法） 富山県歯科医師会の実績報告を広域連合が集計 （評価時期） 実施年度の翌年度5月頃	22.2%	22.7%	23.0%	23.2%	23.5%	23.8%	24.0%

プロセス （方法）	概要	広域連合が富山県歯科医師会に委託し実施。
	実施内容	1 広域連合が、富山県歯科医師会へ委託し、実施要項に基づき実施。 2 歯科健診の実施 7月～9月：歯科健診事業実施 3 健診結果に基づいた保健指導 必要に応じて、歯科受診、治療につなげる。 4 受診率向上の取組
	実施後のフォロー・モニタリング	1 富山県歯科医師会が取りまとめた健診結果を広域連合から市町村へ提供。 2 市町村は保健指導が必要な者を抽出し、フォローを行う。
	備考	

ストラクチャー （体制）	概要	広域連合から富山県歯科医師会及び富山県歯科医師会が指定する医療機関に委託して実施。
	実施内容	広域連合の体制 （1）主管部署：事業課 （2）担当者数：事務職2名、保健師2名、管理栄養士1名 （3）実施方法：実施要項を作成し、富山県歯科医師会へ委託。印刷、発送業務は民間業者へ委託。
	実施後のフォロー・モニタリング	1 市町村は保健指導を行った者について、後日、KDB等で受診状況を確認。 2 広域連合は、KDBで半年間の歯科受診率を確認。
	備考	

Ⅳ 個別事業 事業シート	
事業3 低栄養防止に係る取組（保健事業と介護予防等の一体的な実施）	
事業の目的	低栄養の改善・悪化予防を通し、フレイル状態、心身機能低下の予防を行う。
事業の概要	1 対象者 低栄養のリスクの可能性がある被保険者 （例：BMI20以下で6か月で2～3kg以上体重減少がある者） 2 実施方法 広域連合が一体的実施のハイレスクアプローチとして市町村に委託。実施体制は、市町村により異なる。 リスクのある者を対象に栄養士・保健師等が栄養について訪問相談や保健指導等を実施する。 （例：管理栄養士、保健師による3か月を1クールとして訪問指導） 栄養状況、食生活、健康状態等のアセスメント及びアセスメントに基づく保健指導、対象にあった目標への取組みへの助言等

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	BMI20以下の割合の減少	（評価対象）該当者数/支援者数 （方法）市町村にて評価、広域連合が集計 （評価時期） 実施年度の翌年度5月頃	7.5%	7.4%	7.4%	7.3%	7.3%	7.2%	7.2%
	2	BMI18.5未満の割合の減少	（評価対象）該当者数/支援者数 （方法）市町村にて評価、広域連合が集計 （評価時期） 実施年度の翌年度5月頃	3.1%	3.1%	3.1%	3.1%	3.0%	3.0%	3.0%
	3	体重の維持・改善できた者の割合	（評価対象）維持改善数/実施者数 （方法）市町村にて評価、広域連合が集計 （評価時期） 実施年度の翌年度5月頃	52.0%	52.5%	53.0%	53.5%	54.0%	54.5%	55.0%

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	保健指導実施率	（評価対象） 保健指導実施者/保健指導対象者 （方法）市町村において評価、広域連合が集計 （評価時期） 実施年度の翌年度5月頃	70.6%	71.0%	71.4%	71.8%	72.2%	72.6%	73.0%

プロセス （方法）	概要	広域連合が市町村へ委託している高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業のハイレスクアプローチを行う。
	実施内容	対象者：前年度健診結果BMI18.5未満またはBMI20以下。後期高齢者の質問票で体重減少あり等の条件で抽出。 （市町村毎に健康課題にに合わせて抽出基準は異なる。） 実施方法：対象者への案内文の送付後に保健師や管理栄養士等の訪問指導 1 回目訪問時に医療受診状況や食事・栄養状況等について把握、目標設定。2 回目訪問時に目標達成状況等の評価。 医療・介護サービスへの接続が必要な者を把握した場合、地域包括支援センター等と連携を図り、必要に応じて適切なサービスへの繋ぎ等を行う。 他取組区分からも低栄養・口腔機能の低下が疑われる者に対し、管理栄養士・歯科衛生士等による個別支援に繋げる等。
	実施後のフォロー・モニタリング	1 10～11月頃：受診勧奨者数、保健指導対象者見込み数を委託市町村に確認 2 年度末の会議にて、各市町村での事業内容や実施状況の報告及び課題について把握 3 市町村一体的実施実績報告書での把握 4 富山県栄養士会からの実施状況報告を確認
	備考	

ストラクチャー （体制）	概要	富山県栄養士会が効果的な市町村支援が実施できるよう調整を行うなど、市町村の体制整備を支援する。
	実施内容	広域連合と県栄養士会が、毎年、年度当初に打合会を開催するなど調整及び市町村支援を実施。 市町村から委託された栄養士が単独又は市町村保健師等とともに対象者宅を訪問指導、評価の実施。
	実施後のフォロー・モニタリング	1 年度末の一体的実施合同会議にて、各市町村に事業内容や実施状況、課題についての報告にて把握 2 市町村一体的実施実績報告書での把握 3 富山県栄養士会からの実施状況報告にて把握
	備考	

Ⅳ 個別事業 事業シート

事業4 口腔機能低下防止に係る取組（保健事業と介護予防等の一体的な実施）

事業の目的	口腔機能の改善・悪化予防を通して、フレイル状態、心身機能低下の予防を行う。		
事業の概要	1 対象者 口腔機能低下のリスクの可能性のある被保険者 （例：質問票から咀嚼・嚥下機能にリスクが疑われる者） 2 実施方法 広域連合が一体的実施のハイレスクアプローチとして市町村に委託。市町村により異なる。 リスクのある者を対象に歯科衛生士・保健師等が口腔機能や口腔衛生等について訪問相談や保健指導等を実施する。 例：管理栄養士、保健師による3か月を1クールとして訪問指導 口腔機能、栄養状況、健康状態等のアセスメント及びアセスメントに基づく保健指導、対象にあった目標への取組みへの助言等		

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	後期高齢者の質問票No4（咀嚼機能）の維持・改善割合	（評価対象）維持・改善した者/ 保健指導実施者数 （方法）市町村にて評価、広域連合が集計 （評価時期） 実施年度の翌年度5月頃	33.8%	35.0%	36.0%	37.0%	38.0%	39.0%	40.0%
アウトカム 評価指標	2	後期高齢者の質問票No5（嚥下機能）の維持・改善割合	（評価対象）維持・改善した者/ 保健指導実施者数 （方法）市町村にて評価、広域連合が集計 （評価時期） 実施年度の翌年度5月頃	15.5%	17.0%	18.6%	20.2%	21.8%	23.4%	25.0%

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	保健指導実施率	（評価対象） 保健指導実施者/保健指導対象者 （方法）市町村において評価、広域連合が集計 （評価時期） 実施年度の翌年度5月頃	84.2%	85.2%	86.1%	87.1%	88.0%	89.0%	90.0%

プロセス （方法）	概要	広域連合が市町村へ委託している高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業のハイレスクアプローチ。 口腔機能低下者の減少。
	実施内容	対象者：後期高齢者の質問票No.4、No.5に該当などの抽出条件で抽出。（市町村毎に健康課題に合わせて抽出基準は異なる。BMIやHbA1c等の案件追加） 実施方法：対象者への案内文の送付後に歯科衛生士や保健師等の訪問指導。 1 回目訪問時に歯科医療受診状況や口腔機能状態等について把握、目標設定。2 回目訪問時に目標達成状況等の評価。 必要に応じて、歯科受診勧奨、必要なサービスに接続する。
	実施後のフォロー・モニタリング	歯科受診状況の把握。翌年度の健診結果の把握。
	備考	

ストラクチャー （体制）	概要	市町村の体制整備を支援し、広域連合で富山県歯科衛生士会と効果的な市町村支援が実施できるよう調整を行うなど整備事業を委託している。
	実施内容	広域連合と富山県歯科衛生士会が、毎年度当初に打合会を開催するなど調整及び市町村支援を実施。 市町村から委託された歯科衛生士が単独又は市町村保健師等とともに対象者を訪問指導、評価の実施。
	実施後のフォロー・モニタリング	1 年度末の一体的実施合同会議にて、各市町村に事業内容や実施状況、課題についての報告にて把握 2 市町村一体的実施実績報告書での把握 3 富山県歯科衛生士会からの実施状況報告にて把握
	備考	

Ⅳ 個別事業 事業シート

事業5 糖尿病性腎症重症化予防に関する取組（保健事業と介護予防等の一体的な実施）

事業の目的	糖尿病性腎症患者の重症化を予防し、新規人工透析患者の減少を図る。		
事業の概要	○当広域連合の抽出基準に基づいて対象者を選定し、かかりつけ医等との連携を図り、受診勧奨、訪問指導及び保健指導を行う。 1 対象者 85歳未満の被保険者で以下のいずれかに該当する者。 （1）受診勧奨 ①糖尿病未治療者 HbA1cが7.0～7.9%かつ尿蛋白1＋以上かつ/またはeGFR45ml/分1.73㎡未満、HbA1c8.0%以上。 ②糖尿病治療中断者 過去に糖尿病の受診歴があり、最終の受診日から3ヶ月以上受診記録が無い者。 （2）保健指導 健診結果で糖尿病性腎症第3期と想定される者のうち以下にあてはまる者。 ①糖尿病治療中断者 尿蛋白1＋以上かつ/またはeGFR30ml/分1.73㎡以上45ml/分1.73㎡未満 等。 ②糖尿病治療中断者 ③その他、保険者等が必要と認めた者 ・高血圧コントロールが不良（目安：150/90mmHg以上） 2 実施方法 市町村に委託 保健師等による受診勧奨、指導 対象者の健康状況、生活状況を把握し、アセスメントによる保健指導等を2回以上実施、評価を行う。		

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	受診勧奨者の医療機関受診率	（評価対象）受診人数/受診勧奨者 （方法）市町村において評価、広域連合が集計 （評価時期） 実施年度の翌年度5月頃	68.4%	68.7%	68.9%	69.2%	69.4%	69.7%	70.0%
	2	HbA1c値の維持・改善した者（保健指導）	（評価対象）維持・改善した者/ 保健指導実施者数 （方法）市町村において評価、広域連合が集計 （評価時期） 実施年度の翌年度5月頃	31.7%	33.1%	34.5%	35.9%	37.3%	38.6%	40.0%

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	受診勧奨の実施率	（評価対象）受診勧奨実施者/受診勧奨対象者 （方法）市町村において評価、広域連合が集計 （評価時期） 実施年度の翌年度5月頃	81.9%	82.4%	82.9%	83.4%	83.9%	84.5%	85.0%
	2	保健指導実施率	（評価対象）保健指導実施者/保健指導対象者 （方法）市町村において評価、広域連合が集計 （評価時期） 実施年度の翌年度5月頃	72.9%	73.9%	75.9%	76.9%	78.9%	79.9%	80.0%

プロセス （方法）	概要	広域連合が市町村へ委託している高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業の一環として実施。（糖尿病の疑いや血糖コントロール不良の者に対し受診勧奨や保健指導を行い、糖尿病性腎症の重症化を予防し新規透析患者の抑制を図る）
	実施内容	市町村が実施計画を立て実施。方法は下記のとおり 対象者：富山県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準拠して対象者を抽出する。 （1）実施内容 ①受診勧奨：糖尿病未治療者、糖尿病治療中断者。 ②保健指導 （2）実施方法 ①受診勧奨：案内文を郵送、ハイレスクは訪問等、受診が認められない場合は再受診勧奨。 ②保健指導対象者：かかりつけ医と連携し、管理栄養士、保健師が保健指導を行い、数ヶ月後に評価。
	実施後のフォロー・モニタリング	1 該当年度10～11月頃：受診勧奨者数、保健指導対象者数見込みを委託市町村に確認。 2 年度末：受診勧奨者数及び保健指導対象者数の把握（委託市町村に確認）。 3 次年度5月頃にアウトカム評価（受診状況、健診結果等）を市町村から報告。 4 新規人工透析導入者数・割合を確認。
	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、広域連合の対象選定基準をもとに対象者を抽出し、実施可能対象者等を絞り込み実施。 3 保健事業の評価を行う体制（時期、評価内容等）を整備。
	実施内容	実施体制（人員配置・役割分担） 1 広域連合の体制 （1）主管部署：事業課 （2）担当者：事務職2名、保健師2名、管理栄養士1名 （3）実施方法：市町村へ委託 2 実施要項等を作成し、市町村へ配付（対象者抽出基準、評価項目、評価時期、実施上の注意点等）
	実施後のフォロー・モニタリング	1 市町村の一体的実施実績報告書での把握及び市町村において、翌年度実施者の健診状況等を把握し評価を行い、広域連合がとりまとめ評価を実施。 2 評価については、支援・評価委員会に広域連合がまとめて受ける他、厚生センター等と連携して実施。
	備考	

Ⅳ 個別事業 事業シート

事業6 生活習慣病重症化予防に関する取組（保健事業と介護予防等の一体的な実施）

事業の目的	高血圧症の重症化を予防することにより、心疾患、脳血管疾患等への移行を抑制し、生活習慣病の重症化を予防する。
-------	---

事業の概要	○当広域連合の抽出基準に基づいて対象者を選定し、かかりつけ医等との連携を図り、受診勧奨、訪問指導及び保健指導を行う。 1 対象者 85歳未満の被保険者が以下のいずれかに該当する者。 （1）受診勧奨 ①未治療者 ②治療中断者 過去に高血圧症の受診歴があり、最終の受診日から3ヶ月以上受診記録が無い者。 （2）保健指導 2 実施方法 市町村に委託 保健師等による受診勧奨、指導 対象者の健康状況、生活状況を把握し、アセスメントによる保健指導を実施、2回以上行い評価を行う。
-------	---

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	受診勧奨後の 医療機関受診率	（評価対象）受診人数/受診 勧奨者 （方法）市町村にて評価、広 域連合が集計 （評価時期） 実施年度の翌年度5月頃	44.2%	45.2%	46.1%	47.1%	48.0%	49.0%	50.0%
	2	血圧値の維持・改善した割合 （保健指導）	（評価対象）維持・改善した 者/保健指導実施者数 （方法）市町村にて評価、広 域連合が集計 （評価時期） 実施年度の翌年度5月頃	23.9%	25.0%	26.0%	27.0%	28.0%	29.0%	30.0%

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	受診勧奨の実施率	（評価対象）受診勧奨実施者 /受診勧奨対象者 （方法）市町村にて評価、広 域連合が集計 （評価時期） 実施年度の翌年度5月頃	67.1%	67.6%	68.1%	68.5%	69.0%	69.5%	70.0%
	2	保健指導実施率	（評価対象）保健指導実施者 /保健指導対象者 （方法）市町村にて評価、広 域連合が集計 （評価時期） 実施年度の翌年度5月頃	88.2%	88.5%	88.8%	89.1%	89.4%	89.7%	90.0%

プロセス (方法)	概要	広域連合が市町村に委託する一体的実施事業の一環として実施。（循環器疾患（高血圧症）を抱える高齢者について受診勧奨、保健指導を行い、重症化を防ぐ。）
	実施内容	市町村が実施計画を立て実施 方法は下記のとおり 対象者：広域連合推奨プログラムに準拠して対象者を抽出 （1）実施内容 ①受診勧奨：高血圧未治療者、治療中断者 ②保健指導 （2）実施方法 ①受診勧奨：案内文を郵送、ハイリスクは訪問等、受診が認められない場合は再受診勧奨 ②保健指導対象者：かかりつけ医と連携し、保健師等が保健指導を行い、数ヶ月後に評価。 広域連合が推奨する抽出基準をもとに実施。
	実施後のフォロー・モニタリング	1 10～11月頃：受診勧奨者数、保健指導対象者数見込みを委託市町村に確認 2 年度末：受診勧奨者数及び保健指導対象者数の把握（委託市町村に確認） 3 次年度5月頃にアウトカム評価（受診状況、健診結果等）を市町村から報告。
	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、広域連合の対象選定基準をもとに対象者を抽出し、実施可能対象者等を絞り込み実施。 3 保健事業の評価を行う体制（時期、評価内容等）を整備。
	実施内容	実施体制（人員配置・役割分担） 1 広域連合の体制 （1）主管部署：事業課 （2）担当者：事務職2名、保健師2名、管理栄養士1名 （3）実施方法：市町村へ委託 2 実施方法：市町村へ委託 3 実施要項等を作成し、市町村へ配布（対象者抽出基準、評価項目、評価時期、実施上の注意点等）
	実施後のフォロー・モニタリング	1 市町村一体的実施実績報告書での把握及び市町村において翌年度実施者の健診状況等を把握し評価を行い、広域連合がとりまとめ評価を実施。 2 評価については、支援・評価委員会に広域連合がまとめて受ける他、県厚生センター等と連携して実施。
	備考	

Ⅳ 個別事業 事業シート

事業7 フレイル予防に関する取組（保健事業と介護予防等の一体的な実施：ポピュレーションアプローチ）

事業の目的	被保険者が自身の健康状態に関心を持ち、フレイル予防等の行動をとることができるようにする。
-------	--

事業の概要	○通いの場等において、フレイル予防の普及啓発活動や栄養・口腔・運動・服薬等のフレイル予防などの健康教育・健康相談を実施する。 ○後期高齢者の質問票等を活用する等、フレイル状態またはフレイルの兆候のある高齢者を把握し、低栄養や口腔機能や筋力の低下等の状態に応じた保健指導や生活機能向上に向けた支援を行う。状況に応じ、身体機能や体力等の測定を行い、高齢者の全身状態の把握に努める。 ○評価項目 ・フレイルについて知っている者の人数・割合 ・生活習慣、行動変容等の評価 ・参加者の満足度 ・高齢者の質問票の各項目の改善・維持の割合（口腔・運動・栄養・社会参加）、体力測定の比較
-------	---

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	高齢者の質問票の「口腔機能 リスクなし」割合の増加	（評価対象）口腔機能リスク なしの割合 （方法）KDBの健康スコア リング機能で確認 （評価時期） 実施年度の翌年度5月頃	55.6%	56.0%	56.4%	56.8%	57.2%	57.6%	58.0%
	2	高齢者の質問票の「体重変化 リスクなし」割合の増加	（評価対象）体重変化リスク なしの割合 （方法）KDBの健康スコア リング機能で確認 （評価時期） 実施年度の翌年度5月頃	87.4%	87.8%	88.3%	88.7%	89.2%	89.6%	90.0%
	3	高齢者の質問票の「運動・転 倒リスクなし」割合の増加	（評価対象）運動・転倒リス クなしの割合 （方法）KDBの健康スコア リング機能で確認 （評価時期） 実施年度の翌年度5月頃	24.3%	24.6%	24.9%	25.2%	25.5%	25.8%	26.0%
	4	高齢者の質問票の「社会参加 リスクなし」割合の増加	（評価対象）社会参加リスク なしの割合 （方法）KDBの健康スコア リング機能で確認 （評価時期） 実施年度の翌年度5月頃	88.1%	88.4%	88.7%	89.0%	89.3%	89.6%	90.0%

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	ポピュレーションアプロ ーチを実施した割合	（評価対象）参加者数（累 計）/被保険者数【年度平 均】 （方法）市町村にて評価、広域 連合が集計 （評価時期） 実施年度の翌年度5月頃	6.0%	6.3%	6.7%	7.0%	7.4%	7.7%	8.0%

プロセス (方法)	概要	1 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業の通いの場での積極的関与（ポピュレーションアプローチ）と 2 通いの場において、フレイル予防に関する知識の普及を図り、準備群に対し必要な保健指導を行う。
	実施内容	通いの場や高齢者が集まるサロン等で医療専門職やボランティアが関与して下記の取組を実施。 （1）健康教育・健康相談 （2）フレイル状態の把握 （3）気軽に相談できる環境づくり
	実施後のフォロー・モニタリング	市町村からプロセス等について随時相談を受ける。年度末の合同会議で、市町村より工夫した点等を発表してもらう。 また、市町村の一体的実施実施計画書、実績報告書により確認し、助言を行う。
	備考	

ストラクチャー (体制)	概要	市町村の体制整備を支援し、効果的な事業の実施のため、広域連合で栄養士会、県歯科衛生士会、県リハビリテー ション専門職団体協議会と調整し、体制整備事業を委託する。
	実施内容	広域連合で栄養士会、県歯科衛生士会、県リハビリテーション専門職団体協議会と調整し、市町村支援を実施。 市町村から委託された栄養士、歯科衛生士、理学療法士等が通いの場等で健康教育、健康相談、フレイル状態の把握等 を実施。
	実施後のフォロー・モニタリング	1 年度末の一体的実施合同会議にて、各市町村に事業内容や実施状況、課題についての報告にて把握。 2 市町村一体的実施実績報告書での把握。 3 県栄養士会、県歯科衛生士会、県リハビリテーション専門職団体協議会から実施状況報告にて把握。
	備考	

Ⅳ 個別事業 事業シート

事業8 健康状態不明者対策に関する取組（保健事業と介護予防等の一体的な実施）

事業の目的	健康状態が不明な高齢者等の状態を把握し、適切な医療・保健サービスにつなげる。				
事業の概要	1 対象者 健診・医療や介護サービス等につながない健康状態不明者。 2 実施方法 （1）市町村においてKDBシステム等や関係部局との情報連携、通いの場等におけるポピュレーションアプローチの機会等の活用、医療機関や地域包括支援センター・ケアマネジャー等からの情報連携等により健診、医療や介護を受けていない者を抽出する。 （2）対象者への案内文や質問票の送付、電話や自宅訪問で健康状態を把握する。 （3）健診や医療の受診勧奨、関係機関や必要なサービスにつなげる。				

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	医療・介護サービス等につな がった者の割合	（評価対象） サービスにつなげた人数/ 事業実施者数 （方法） 市町村において評価、広域連 合が集計 （評価時期） 実施年度の翌年度6月頃	40.8%	41.0%	41.2%	41.4%	41.6%	41.8%	42.0%
	2	健診受診をした者の割合	（評価対象） 健診受診人数/支援実施者数 （方法） 市町村において評価、広域連 合が集計 （評価時期） 実施年度の翌年度6月頃	11.0%	11.3%	11.7%	12.0%	12.4%	12.7%	13.0%
	3	健康状態の不明者の割合の減 少	（評価対象） 健康状態不明者数/被保険者 数 （方法） KDB活用支援ツールで確認 （評価時期） 実施年度の翌年度5月頃	1.7%	1.7%	1.7%	1.6%	1.6%	1.6%	1.5%

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	対象者のうち、支援を実施し た者の割合	（評価対象） 支援実施人数/支援対象者人 数 （方法） 市町村において評価、広域連 合が集計 （評価時期） 実施年度の翌年度5月頃	68.5%	68.7%	69.0%	69.2%	69.5%	69.7%	70.0%

プロセス (方法)	概要	広域連合が市町村に委託する一体的実施事業の一環として実施。健康状態不明者の減少を図るため状況を把握し、必要なサービスにつなげる。
	実施内容	1 市町村においてKDBシステム等から、健診、医療、介護を受けていない者を抽出する。 2 対象者への案内文や質問票の送付。電話や自宅訪問で健康状態を把握する。 3 健診や医療の受診勧奨、関係機関や必要なサービスにつなげる。
	実施後のフォロー・モニタリング	1 10～11月頃：実施状況を市町村に確認。 2 年度末：実施者数、必要なサービスにつないだ数等の把握（委託市町村に確認）し、内容を確認。 3 医療機関受診状況、翌年度の健診結果の把握（年度末）。
	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する。 2 市町村が対象者を抽出し、地域包括支援センターや高齢者福祉部門、保健部門と連携して実施。
	実施内容	実施体制（人員配置・役割分担） 1 広域連合の体制 （1）主管部署：事業課 （2）担当者：事務職2名、保健師2名、管理栄養士1名 2 市町村の体制 市町村により異なる
	実施後のフォロー・モニタリング	1 市町村一体的実施実績報告書での把握及び市町村において翌年度実施者の健診状況等を把握し評価を行い、広域連合がとりまとめ評価を実施。 2 評価については、支援・評価委員会に広域連合がまとめて受ける他、県厚生センター等と連携して実施。
	備考	

Ⅳ 個別事業 事業シート

事業9 適切な受診・服薬の促進に関する取組

事業の目的	薬剤の重複・多剤服用等の疑いのある者に対して、適切な服薬支援の機会を提供することにより被保険者の健康状態の悪化を予防するとともに医療費適正化を図る。				
事業の概要	1 対象者 （1）多剤：一定以上の処方されている者（例：処方薬剤10剤以上、3か月間、2医療機関以上受診） （2）重複：多剤服薬者の内、重複服薬に該当する者 2 実施内容 （1）服薬通知事業：個別通知（民間事業者へ委託） （2）服薬相談事業：通知を被保険者が薬局に持参し、相談（富山県薬剤師会へ委託） （3）服薬訪問事業：薬剤師及び市町村保健師等による訪問指導（富山県薬剤師会へ委託） 上記の他、市町村において上記通知事業対象や多剤等の対象者を抽出し、相談指導を実施する。（一体的実施事業の一環として実施）				

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	多剤服薬が解消された者の割合	（評価対象）薬剤数減少者数/ 服薬訪問支援実施者数 （方法）服薬通知事業委託業者による集計 （評価時期）実施年度の翌年度5月頃	52.9%	53.9%	54.9%	55.9%	56.9%	57.9%	58.9%
	2	重複服薬が解消された者の割合	（評価対象）重複薬剤改善者数/ 服薬訪問支援実施者数 （方法）服薬通知事業委託業者による集計 （評価時期）実施年度の翌年度5月頃	66.6%	67.6%	69.0%	69.6%	70.6%	71.6%	72.6%
	3	薬剤費の減少者の割合、費用	（評価対象）薬剤費の減少した者の数/服薬訪問支援実施者数 （方法）服薬通知事業委託業者による集計 （評価時期）実施年度の翌年度5月頃	72.7%	73.7%	74.7%	75.7%	76.7%	77.7%	78.7%

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	ハイスコアアプローチ実施市町村数	（評価対象）服薬訪問事業を実施した市町村数 （方法）広域連合で集計 （評価時期）実施年度の翌年度5月頃	3	5	6	7	8	9	10
	2	ハイスコアアプローチ対象者のうち、支援を実施した者の割合	（評価対象）支援者数/支援対象者数 （方法）市町村において評価、広域連合が集計 （評価時期）実施年度の翌年度5月頃	5.7%	5.9%	6.1%	6.3%	6.5%	6.7%	6.9%
	3	服薬通知実施市町村数	（評価対象）服薬通知実施市町村数 （方法）広域連合で集計 （評価時期）実施年度の翌年度5月頃	0	15	15	15	15	15	15

プロセス (方法)	概要	広域連合が多剤服薬等の対象者に服薬通知を行うとともに、市町村や富山県薬剤師会へ委託している高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業のハイスコアアプローチの実施。重複・多剤投与者を抽出し、服薬指導・服薬支援につなげる。
	実施内容	1 服薬通知事業：広域連合が民間事業者へ文書の作成、郵送、分析等を委託して実施 2 服薬相談事業：広域連合が富山県薬剤師会へ、服薬通知を行った対象者の服薬相談対応を委託して実施 3 服薬訪問事業：広域連合と実施する市町村、富山県薬剤師会と協議し実施
	実施後のフォロー・モニタリング	1 10～11月頃（初回訪問終了後）：相談・訪問対象者数、見込み数を把握（委託先の富山県薬剤師会に確認）。 2 該当年度2月頃：服薬相談対象者及び服薬訪問対象者の把握（委託先の富山県薬剤師会に確認）。
	備考	

ストラクチャー (体制)	概要	1 広域連合が、入札業者及び富山県薬剤師会に委託。 2 富山県薬剤師会は市町村と連携し、服薬通知対象者の一部に対し、服薬相談・訪問を実施。 3 市町村がしせつや評価基準をもとに一体的実施等において、保健事業を実施し、結果を確認。
	実施内容	・実施体制（人員配置・役割分担） 1 広域連合の体制 （1）主管部署：事業課 （2）担当者：事務職2名、保健師2名、管理栄養士1名 （3）実施方法：業者及び富山県薬剤師会へ委託 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：市町村により異なる （3）実施方法：市町村圏域薬剤師（富山県薬剤師会委託）と連携実施 3 関係機関との連携 （1）事業実施前に富山県薬剤師会及び該当市町村薬剤師会、該当市町村との打合せを実施し、体制と連携を確認。 （2）富山県医師会及び市町村医師会、該当地区の基幹病院へ事業説明を実施し、協力依頼を行う。
	実施後のフォロー・モニタリング	1 ポリファーマシー対策の関係する会議にて、事業内容や実施状況、評価、課題の検討を実施。 2 市町村の実施状況を把握し、課題の検討・協議を実施する。
	備考	

V その他

データヘルス計画の 評価・見直し	【評価の時期】 設定した評価指標に基づき、進捗確認のため令和8年度に中間評価を行う。 また、次期計画（第4期）の円滑な策定に向けて、計画の最終年度である令和11年度上半期に最終評価（仮評価）を行う。 【評価方法・体制】 計画は、中長期的な計画運営を行うものであることを踏まえ、アウトカム(成果)による要素を含めた評価を行う。 評価は、KDBシステム等も活用し、可能な限り数値を用いて行う。 【計画に盛り込む個別の保健事業に係る評価】 計画に盛り込んだ個別の保健事業の実施状況等については、計画における目標等を踏まえた評価指標を個別に設定し、毎年度評価を行った上で、必要に応じて翌年度の保健事業の実施内容等の見直しを行う。
データヘルス計画の 公表・周知	・広域連合ホームページにダウンロード可能なデータを掲載する。 ・県内各市町村及び関係機関等にデータをメール送信もしくは、冊子を配布する。
個人情報の取扱い	個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取扱いが確保されるよう措置を講じる。 なお、個人情報の取り扱いについては、「個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン（行政機関等編）」を参照する。
地域包括ケアに係る取組	・各市町村や各地域毎に健康課題が異なることから、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施による健康課題の把握の推進を図る。 ・各市町村や各地域毎の健康課題について、関係者での共有を図り、保健・医療・介護等が連携した取組の実施を推進する。 ・地域の実情に応じた効果的な取組みができるよう、地域の保健・医療等の情報提供や事業の評価等を行い、保健事業の推進を図る。
その他留意事項	中間評価・最終評価（仮評価）の時期は定めるが、毎年度計画の進捗状況を把握し、必要に応じて取組の方向性や必要な保健事業等を検討する。

