

## 第3期データヘルス計画（案）の策定について

### 1 計画策定の背景・経緯

#### ①データヘルス計画策定の手引きの提示

「経済財政運営と改革の基本方針2020」（令和2年7月閣議決定）において保険者のデータヘルス計画の標準化等の推進が掲げられ、厚生労働省から後期高齢者版の「データヘルス計画策定の手引き」が、令和4年度に初めて示された。

#### ②データヘルス計画の標準化・評価指標の設定の推進

全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た標準化や評価指標の設定が進められている。

後期高齢者医療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、後期高齢者医療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ている。




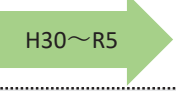
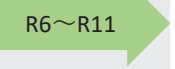
#### ③市町村が地域課題の抽出や事業評価に活用できる計画とする必要性

第3期計画では、標準化された評価指標にかかる医療・保健・介護等データの分析を行い、健康課題の解決につながる保健事業を計画するとともに、令和2年度から開始した「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業（以下、一体的実施事業という。）」を実施する市町村が保健事業を進める上で、地域課題の抽出や事業評価に活用できる資料となる行政計画とする必要がある。

### 2 計画の目的

第2期データヘルス計画期間における保健事業の評価や健診結果・レセプトデータ等から導かれる健康課題を把握して、被保険者の健康の保持増進を図るため、効果的かつ効率的な保健事業を実施することを目的とし、結果として医療費の適正化に資することを目指す。

### 3 計画の期間 令和6年度～令和11年度（6年間）

計画名	計画の期間
健康長寿医療計画 （第1期）	H22～H24 
健康長寿医療計画 （第2期）（※）	H25～H29 
第1期データヘルス 計画	 （※） （H27年度から策定義務化）
第2期データヘルス 計画	 H30～R5
第3期データヘルス 計画	 R6～R11

（※）健康長寿医療計画（第2期）は、平成27年度から策定が義務付けられた保健事業実施計画（データヘルス計画）の第1期計画として位置づけ。

## 4 第2期データヘルス計画との構成の変更点

### 第2期データヘルス計画 (平成30年～令和5年度)

- 第1章 計画の基本的事項
  - 1 計画の趣旨  
(経緯・目的・位置づけ)
  - 2 計画の期間
  - 3 実施体制・関係者との連携
  - 4 計画の評価・見直し
  - 5 計画の公表・周知
  - 6 運営上の留意事項
- 第2章 現状の整理
  - 1 被保険者の状況
  - 2 健康・医療情報等の分析
    - (1)医療情報
    - (2)健康診査情報
    - (3)介護情報
- 第3章 保健事業の推進
  - 1 健康課題の整理
  - 2 目的・目標
  - 3 目標達成のための取組
- 4 保健事業の取組内容
  - 1 健康・医療情報の啓発充実
  - 2 フレイル対策の推進
    - (1)健康づくり広報啓発
    - (2)健康長寿講演会
  - 3 健診受診率の向上
    - (3)健康診査
    - (4)歯科健診
  - 4 生活習慣病の発症及び重症化予防
    - (5)健診結果フォローアップ
    - (6)糖尿病性腎症重症化予防
  - 5 医療費適正化の推進
    - (7)訪問健康相談
    - (8)訪問服薬指導
    - (9)ジェネリック医薬品の普及促進
  - 6 保健事業推進のための体制づくり
  - (10)高齢者の医療・介護・保健事業に関する研究会
  - (11)高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施

### 第3期データヘルス計画 (令和6年～令和11年度)

- 第1章 計画の基本的事項
  - 1-1 計画の趣旨  
(背景・経緯・目的・位置づけ)
  - 1-2 計画の期間
  - 1-3 実施体制・関係者との連携
- 第2章 現状の整理
  - 2-1 第2期計画に係る考察
  - 2-2 保険者の特性、健康・医療情報等の分析
    - 保険者の特性
    - 医療費の状況
    - 健康診査の状況
- 第3章 課題と目標
  - 3-1 分析結果に基づく健康課題
  - 3-2 目標と対策の方向性
- 第4章 第3期データヘルス計画における保健事業
  - 4-1 取組む保健事業
    - ・第3期データヘルス計画の取組内容と事業の展開
  - 4-2 保健事業の内容
    - ・評価指標
    - 1. 健康診査
    - 2. 健康状態不明者対策
    - 3. 糖尿病性腎症重症化予防対策
    - 4. 生活習慣病重症化予防対策
    - 5. 低栄養対策
    - 6. 口腔（歯科健診・口腔機能向上）対策
    - 7. 適正医療（重複・頻回受診等）対策
    - 8. 適正服薬（重複・多剤等）対策
    - 9. ジェネリック医薬品の普及促進
    - 10. 通いの場等への積極的関与  
(ポピュレーションアプローチ)
- 第5章 計画の推進
  - 5-1 計画の評価・見直しと公表・周知
  - 5-2 個人情報の取扱い
  - 5-3 地域包括ケアに係る取組
- 第6章 現状の整理 健康・医療情報等の分析 【資料編】
  - 6-1 保険者の特性
  - 6-2 医療費の状況
  - 6-3 健康診査の状況

### 前期計画からの変更理由

- 第1章
  - 4 計画評価・見直し
  - 5 計画の公表・周知
  - 6 運営上の留意事項
    - 第5章計画の推進へ移動（第5章の各項目はデータヘルス計画策定の手引きの項目に合わせた）
- 第2章 2-1 第2期計画に係る考察
  - データヘルス計画策定の手引きに合わせ、第2期計画に係る考察を追加
- 第5章
  - データヘルス計画策定の手引きの項目に合わせた
- 第6章
  - データヘルス計画策定の手引きの標準化された項目において、構成市町村の比較など掲載するようになっており、詳細のデータを資料編として掲載

## 5 第2期データヘルス計画の評価

- ▶ 第2期データヘルス計画は、概ね進捗が図られているが、地域の実情に応じた事業を効果的・効率的に実施するために、広域連合が実施していた保健事業の一体的実施事業への移行等、事業スキームの見直しを行う必要がある。

短期的目標	保健事業	評価結果(※)	事業の方向性
(1)健康・医療情報の啓発の充実 (2)フレイル対策の推進	① 健康づくり広報啓発	・配布率 ・運動習慣	A 継続：各保健事業のプロセスに位置づけ。普及啓発の充実。
	② 健康長寿講演会	・実施回数 ・フレイル予防講習 ・フレイルの認知度	B 継続：一体的実施事業へ移行する。
(3)健診受診率の向上	③ 健康診査 ④ 歯科健診	・受診率 ・BMI20以下割合 ・歯科健診受診率	B 継続：地域特性に合わせた受診率増加の取組み。結果を一体的実施事業で活用する。
(4)生活習慣病の発症及び重症化予防	⑤ 健診結果フォローアップ	・有所見者割合 ・重症度の高い医療未受診者 ・受診勧奨後の受診	B 継続：一体的実施事業に移行広域連合が直接実施する事業は、第3期計画中間評価を目標に一体的実施事業への移行を目指す。
	⑥ 糖尿病性腎症重症化予防	・実施率 ・生活習慣改善割合 ・人工透析移行者	A
(5)医療費適正化の推進	⑦ 訪問健康相談	・効果額 ・改善率 ・多受診割合	B
	⑧ 訪問服薬指導	・実施人数 ・お薬手帳改善率 ・重複処方者割合	B 継続：対象者を一定条件で抽出し通知する新たな取組みを開始し、訪問服薬指導は一体的実施事業へ移行する。
	⑨ ジェネリック医薬品の普及促進	・普及率 ・削減効果額	B 継続
(6)保健事業推進のための体制づくり	⑩ 高齢者の医・介護・保健事業に関する研究会	・開催数	A 継続
	⑪ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施	・実施市町村数 ・健康状態不明割合 ・健康寿命の延伸	B 継続：地域の健康課題に応じて効果的に取組む市町村を増やし、全国共通の評価指標に基づき効果検証していく。

※A（進捗が図られている） B（概ね進捗） C（一部の進捗） D（進捗していない）  
※策定時の直近実績の評価

## 6 医療情報等の分析結果からみえる特徴

- 1人当たり医療費が、令和2年度の1年を除き、平成14年度から常に全国1位で、特に入院医療費が高い。
- 医療費の疾病別割合は、入院は骨折、入院外は腎不全が最も高く、いずれも全国より高くなっている。
- 健康寿命は自立期間が長い高齢者が多いものの、介護認定率は全国よりも高い。
- 健診受診率は増加傾向にあるものの、全国よりも低く推移している。歯科健診受診率も低い。
- 健診結果をみると全国と比較して脂質リスクの割合が高い。また、やせリスクが経年的に増加している。
- 死因をみると心疾患や脳血管疾患による死亡は全国より低いものの、生活習慣病医療費の内訳では「糖尿病」「脳梗塞」「高血圧症」が約7割を占めている。
- 転倒等の薬物有害事象の発生頻度が増加する6種類以上の処方を受けた人が全被保険者の約半数を占める。
- 要介護認定者の有病状況では、全国よりも高血圧症、脳血管疾患、筋・骨格、認知症の割合が高い。
- 二次医療圏別にみると、平均自立期間や医療・介護給付費、疾病のリスク要因となる不適切な生活習慣などに地域差がある。

## 7 課題と目標

### 高齢者保健事業の目的

生活習慣病を初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、できる限り長く自立した生活を送ることのできる高齢者を増やす。

### 中長期的目標

- ・元気で自分らしく過ごせる高齢者の増加
- ・自立した生活が継続できる地域づくり

### こんな高齢者を増やしたい

- 介護予防や疾病重症化予防の知識・関心がある
- 介護予防や疾病予防のための行動ができる
- 役割や生きがいがある
- コミュニティに参加して活動や交流ができる



### こんな地域にしたい

- 本人や周囲が協力し合って予防行動をとることができる
- 官民で取り組む見守りや環境づくり
- 気軽に質の高い保健・介護サービスを利用することができる
  - ・健診受診率や保健事業実施率が高い
  - ・参加しやすい通いの場が増える
- 住民間の交流や助け合いがある
- 高齢者の活躍の場がある

### 【健康課題】

- ◆健診受診率の向上
- ◆健康状態不明者数の減少
- ◆血圧・血糖リスク者の重症化予防
- ◆生活習慣改善に対する支援の充実
- ◆歯科健診受診率の向上
- ◆歯・口腔機能に関する情報の普及啓発
- ◆早期受診、早期治療による口腔機能の維持、オーラルフレイル予防の推進
- ◆低栄養状態の改善とフレイル予防の推進
- ◆医療費適正化のための後発医薬品使用の推進
- ◆医師会、歯科医師会、薬剤師会等に対する医療費適正化への更なる協力依頼・連携
- ◆重複・多剤服用による健康被害の低減と医療費適正化
- ◆平均自立期間（健康寿命）の延伸
- ◆圏域間や市町村ごとの健康や医療の現状の周知・理解の促進

### 【施策の方向性（短期的目標）】

- ◆健康状態不明者の減少
- ◆健康課題に応じた保健事業の推進
- ◆適正医療・適正服薬の推進
- ◆地域の特性を活かした体制づくり

## 8 第3期データヘルス計画における保健事業

第3期データヘルス計画では、高齢化の進展と医療・介護ニーズの増大が見込まれる中、第2期データヘルス計画の課題を踏まえ、フレイル対策や適正服薬対策など後期高齢者の特性に応じた保健事業を推進する。

また、一体的実施事業を後期高齢者の保健事業の中心を担う事業として位置づけ、地域特性を活かしたハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチの充実を目指す。

第3期データヘルス計画では、効果的・効率的な保健事業を目指し、全国共通の評価指標が設定されており、事業ごとの個別の評価指標に加え、総合的な評価指標を設定する。

< 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業（一体的実施事業）R2年度事業開始 >

【事業の目的】 高齢者の心身の多様な課題に対応したきめ細やかな支援を行う。

【事業の概要】 広域連合から市町村に事業を委託し、市町村の国保部署と介護部署等が連携し、保健指導等保健事業と通いの場等の介護予防を一体的に実施する。

【事業の内容】

(1) 高齢者に対する個別支援（ハイリスクアプローチ）

- ① 健康状態不明者対策    ② 糖尿病性腎症重症化予防対策    ③ 生活習慣病重症化予防対策  
④ 低栄養対策    ⑤ 口腔対策    ⑥ 適正医療対策    ⑦ 適正服薬対策

(2) 通いの場等への積極的な関与（ポピュレーションアプローチ）

短期的目標	保健事業	概要	事業の展開
健康状態不明者の減少	1 健康診査	健康診査の実施（広域実施）	・地域の医療機関や関係団体の協力を得ながら、健康診査の周知や受診勧奨等を行い、受診率向上に努める。 ・地域特性に合わせた受診率向上の取組を実施する。
	2 健康状態不明者対策	健診・医療・介護サービスを利用していない方の健康状態を把握し、必要に応じてサービス等を紹介（一体的実施事業）	・健康状態不明者を必要なサービスへつなぎ、孤立や要介護リスク等ハイリスク状態の予防に努める。 ・介護部署等と連携しながら対象者を支援する。
健康課題に応じた保健事業の推進	3 糖尿病性腎症重症化予防対策	糖尿病性腎症の重症化予防に関する訪問指導等を実施（一体的実施事業・広域実施）	・高齢者の特性に応じた効果的な保健指導等の実践により、疾病の重症化予防を目指す。 ・地域の医療関係団体や保健所等の協力を呼びかけ、対象者を適切な医療につなぐことを目指す。
	4 生活習慣病重症化予防対策	生活習慣病の重症化予防に関する訪問指導等を実施（一体的実施事業・広域実施）	・広域連合が実施する事業は、中間評価を目的に一体的実施事業への移行を目指し、市町村で実行可能な体制づくりを検討する。
	5 低栄養対策	健康診査の受診者等に必要に応じて低栄養リスクに関する訪問指導等を実施（一体的実施事業）	・低栄養リスク者支援の取組を進め、フレイルや要介護等ハイリスク状態の予防に努める。
	6 口腔対策（歯科健診・口腔機能向上）	・歯科健診の実施（広域実施） ・高齢者の質問票等を活用し、必要に応じて口腔に関する訪問指導等を実施（一体的実施事業）	・歯科健診の周知や受診勧奨を行い、受診率向上を目指す。 ・歯科健診と一体的実施事業の連携により、口腔ケアの普及を行い口腔機能の低下や心身機能の低下、嚥下性肺炎等による要介護状態等の予防に努める。
適正医療・適正服薬の推進	7 適正医療対策（重複・多受診等）	・重複受診等に関する訪問指導を実施（一体的実施事業・広域実施） ・多数の医療機関を受診している方等に訪問指導等を実施（広域実施）	・適正受診の必要性を理解し、適切な医療行動がとれることを目指す。 ・広域連合が実施する事業は、中間評価を目的に一体的実施事業への移行を目指し、市町村で実行可能な体制づくりを検討する。
	8 適正服薬対策（重複・多剤等）	・重複・多剤・併用禁忌等の服薬状況にある方へ服薬情報通知書を送付（広域実施） ・多剤服薬等に関する訪問指導等を実施（一体的実施事業）	・令和5年度から実施している適正服薬推進事業を継続し、かかりつけ薬局等への相談や保健指導等の取組を一体的実施事業と連携しながら進めていく。
	9 ジェネリック医薬品の普及促進	・ジェネリック医薬品希望カード配布 ・ジェネリック医薬品利用案内通知（広域実施）	・厚生労働省等からの情報を適切に情報提供する等、安心してジェネリック薬品に変更してもらえよう取組を検討・実施し、医療費削減を目指す。
地域の特性を活かした体制づくり	10 通いの場への積極的関与（ポピュレーションアプローチ）	通いの場等において健康教育・健康相談、フレイル状態の把握を実施（一体的実施事業）	・個別支援と同時に通いの場等への関与により、高齢者の社会活動参加や健康意識の向上を促し、介護予防につなげていく。 ・地域の実情に合わせて高齢者の理解が得られる働きかけや様々な工夫を進めていく。



## 9 評価指標

※目標値の設定については、全国平均値や各種計画の目標値確定後に調整予定。

保健事業	評価指標（太字は、全国共通評価指標）		評価方法	計画策定時実績（※）	目標値					
	R6	R7			R8	R9	R10	R11		
① 健康診査	アウトカム	ハイリスク者（医療未受診者で受診勧奨判定値のうち重症度の高いレベル）の割合	健診結果で血糖・血圧・脂質・肝機能・血色素・尿酸等のいずれかが受診勧奨判定値のうち重症度の高いレベルの医療未受診者数/健診受診者数	19.76% (R4年度)	計画策定時の実績値より改善					
	アウトプット	健診受診率	健診受診者数/被保険者数（除外対象者数を除いた数）	13.64% (R4年度)	全国平均値の公表後に設定					
② 健康状態不明者対策	アウトカム	健診受診につながった者の割合	介入後の健診受診者数/介入者数	-	令和6年度の実績値より改善					
	アウトカム	医療・介護サービス等につながった者の割合	介入後、健診以外のサービスにつながった者の数/介入者数	-						
	アウトプット	対象者のうち健康状態が把握できた者の割合	健康状態が把握できた者の数/対象者数	27.98% (R4年度)	計画策定時の実績値より改善					
③ 糖尿病性腎症重症化予防対策	アウトカム	医療機関未受診者で受診勧奨したうち受診につながった者の割合	介入後、受診した者の数/介入者数	-						
		治療中断者のうち健診または受診につながった者の割合	-							
		生活習慣の維持・改善につながった者の割合	介入後、よい生活習慣を維持または望ましくない生活習慣（自己設定目標）を改善した者の数/介入者数	-	令和6年度の実績値より改善					
		HbA1c8.0以上の割合	該当する介入者のうち、介入後の検査値がHbA1c8.0以上の者の数/該当する介入者数	-						
	アウトプット	対象者のうち支援できた者の割合	介入できた者の数/対象者数	53.84% (R4年度)	計画策定時の実績値より改善					
④ 生活習慣病重症化予防対策	アウトカム	医療機関未受診者で受診勧奨したうち受診につながった者の割合	介入後、受診した者の数/介入者数	-						
		治療中断者のうち健診または受診につながった者の割合	-							
		生活習慣の維持・改善につながった者の割合	介入後、よい生活習慣を維持または望ましくない生活習慣（自己設定目標）を改善した者の数/介入者数	-	令和6年度の実績値より改善					
		適切なサービスにつながった者の割合	介入後、介護等の適切なサービスにつながった者の数/要介護・要支援者を除く介入者数	-						
	アウトプット	対象者のうち支援できた者の割合	介入できた者の数/対象者数	69.8% (R4年度)	計画策定時の実績値より改善					
③④ 共通	アウトプット	一体的実施事業（糖尿病性腎症重症化予防対策）実施市町村数・割合 一体的実施事業（その他身体的フレイル含む重症化予防対策）実施市町村数・割合	「糖尿病性腎症重症化予防対策」または、「重症化予防対策」の実施市町村数/全市町村数	③29市町村 (R5年度) ④36市町村 (R5年度)	45 (75.0%)	50 (83.3%)	55 (91.7%)	60 (100.0%)	60 (100.0%)	60 (100.0%)
⑤ 低栄養対策	アウトカム	体重が維持・改善した者の割合	介入後、体重が維持（±0.9Kg）・改善（+1kg）した者の数/介入者数	-	令和6年度の実績値より改善					
	アウトカム	1年後の介護認定の状況の維持・改善	介入後、要介護認定状況が維持・改善できた者の数/介入者数	-						
	アウトプット	対象者のうち支援できた者の割合	介入できた者の数/対象者数	58.92% (R4年度)	計画策定時の実績値より改善					
⑥ 口腔対策（歯科健診・口腔機能）	アウトカム	歯科受診につながった者の割合	介入後、歯科医療機関に受診した者の数/介入者数	-						
		高齢者の質問票で「咀嚼」「嚥下」に該当した者の割合	介入後、高齢者の質問票で「咀嚼」「嚥下」のいずれかに該当した者の数/介入者数	-	令和6年度の実績値より改善					
		1年後の要介護認定の状況の維持・改善	介入後、要介護認定状況が維持・改善できた者の数/介入者数	-						
	アウトプット	歯科健診受診率	歯科健診受診者数/健診対象者数（除外対象者数を除いた数）	8.01% (R4年度)	全国平均値の公表後に設定					
		対象者のうち支援できた者の割合	介入できた者の数/対象者数	60.55% (R4年度)	計画策定時の実績値より改善					
⑦ 適正医療対策（重複・頻	アウトカム	重複・頻回受診等の改善割合	介入後、重複・頻回受診等が改善した者の数/介入者数	43.9% (R4年度)						
		医療費削減効果額(1人ひと月当たり)	介入後の医療費－介入前の医療費(1人ひと月当たり)	9,212円 (R4年度)	計画策定時の実績値より改善					
	アウトプット	対象者のうち支援できた者の割合	介入できた者の数/対象者数	12.95% (R4年度)						
	アウトプット	一体的実施事業（口腔対策）実施市町村数・割合	「口腔対策」の実施市町村数/全市町村数	3市町村 (R5年度)	4 (13.3%)	6 (20.0%)	8 (26.7%)	10 (33.3%)	12 (40.0%)	15 (50.0%)

保健事業	評価指標（太字は、全国共通評価指標）	評価方法	計画策定時実績（※）	目標値						
				R6	R7	R8	R9	R10	R11	
⑧ 適正服薬対策（重複・多剤等）	アウトカム	ハイリスク者数（重複・多剤等）の改善割合	介入後、処方薬剤数等が減少した者の数/介入者数	-	令和6年度の実績値より改善					
	アウトカム	医療費削減効果額（1人ひと月当たり）	介入後の医療費－介入前の医療費（1人ひと月当たり）	-	令和6年度の実績値より改善					
⑨ ジェネリック医薬品の	アウトカム	削減効果額	ジェネリック医薬品へ切替えた薬剤費（年間）	21.2億円（R4年度）	計画策定時の実績値より改善					
	アウトカム	普及率	ジェネリック医薬品の使用割合（数量ベース）	79.6%（R4年度）	計画策定時の実績値より改善					
⑩ 通いの場等への積極的関与	アウトカム	フレイルリスクが維持・改善した割合	実施後、質問票等でフレイルリスクが維持・改善できた者の数/実施した通いの場等の参加者数	-	令和6年度の実績値より改善					
		高齢者の質問票「食習慣リスクなし」に該当する者の割合	通いの場等で高齢者の質問票「1日3回食べている」に該当する者の数/実施した通いの場等の参加者数	-	令和6年度の実績値より改善					
		高齢者の質問票「運動機能リスクなし」に該当する者の割合	通いの場等で高齢者の質問票「歩く速度が遅くなってきた」に該当しない者の数/実施した通いの場等の参加者数	-	令和6年度の実績値より改善					
		高齢者の質問票「社会参加リスクなし」に該当する者の割合	通いの場等で高齢者の質問票「週1回以上は外出している」に該当する者の数/実施した通いの場等の参加者数	-	令和6年度の実績値より改善					
	アウトカム	選定した通いの場等のうち実施できた割合	実施できた通いの場等の数/選定した通いの場等の数	89.75%（R4年度）	計画策定時の実績値より改善					

保健事業	評価指標（太字は、全国共通評価指標）	評価方法	計画策定時実績（※）	目標値						
				R6	R7	R8	R9	R10	R11	
総合的な評価指標	アウトカム	健康状態不明者の割合	（抽出年度及び前年度の健診なし、かつ医療データなし・介護認定なし）/被保険者数	2.02%（R4年度）	全国平均値の公表後に設定					
		重症化予防（糖尿病等治療中断者）ハイリスク者の割合	（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ありかつ抽出年度に処方歴なし）/被保険者数	6.27%（R4年度）	全国平均値の公表後に設定					
		重症化予防（コントロール不良者）ハイリスク者の割合	（健診：HbA1c8.0以上またはⅡ度高血圧かつ対応する糖尿病・高血圧の薬剤処方履歴1年間なし）/被保険者数	0.33%（R4年度）	全国平均値の公表後に設定					
		重症化予防（腎機能不良未受診者）ハイリスク者割合	（eGFR45未満または尿蛋白+以上）かつ（医療未受診：入院・外来・歯科）/被保険者数	0.01%（R4年度）	全国平均値の公表後に設定					
		重症化予防（基礎疾患保有＋フレイル）ハイリスク者の割合	（「糖尿病治療中もしくは治療中断、またはHbA1c7.0以上、または心不全、脳卒中等の循環器疾患あり）かつ（高齢者の質問票「健康状態」・「体重変化」・「転倒」・「外出頻度」のいずれかに該当）/被保険者数	2.34%（R4年度）	全国平均値の公表後に設定					
		身体的フレイル（ロコモ含む）ハイリスク者の割合	（高齢者の質問票「健康状態」かつ「歩行速度」に該当、または、「歩行速度」かつ「転倒」に該当）/被保険者数	2.05%（R4年度）	全国平均値の公表後に設定					
		低栄養ハイリスク者の割合	（BMI20以下かつ高齢者の質問票「体重変化」該当）/被保険者数	0.33%（R4年度）	全国平均値の公表後に設定					
		口腔ハイリスク者の割合	（高齢者の質問票「咀嚼・嚥下機能」のいずれかに該当、かつ過去1年歯科受診なし）/被保険者数	1.51%（R4年度）	全国平均値の公表後に設定					
		服薬（多剤）ハイリスク者の割合	（処方薬剤数15以上）/被保険者数	4.57%（R4年度）	全国平均値の公表後に設定					
	服薬（睡眠薬）ハイリスク者の割合	（睡眠処方ありかつ高齢者の質問票「転倒」または認知機能いずれも該当）/被保険者数	0.83%（R4年度）	全国平均値の公表後に設定						
アウトカム	平均自立期間	日常生活動作が自立している期間の平均 KDB「地域の全体像の把握」（要介護2以上）	79.8歳（男）（R4年度） 84.4歳（女）（R4年度）	計画策定時の実績値より改善						
アウトカム	質問票を活用した対象者把握に基づき保健事業を実施している市町村数・割合	高齢者の質問票を活用した対象者把握に基づき保健事業を実施している市町村数/全市町村数	15市町村（R5年度）	17（28.3%）	19（31.7%）	21（35.0%）	24（40.0%）	27（45.0%）	30（50.0%）	

※計画策定時実績「-」は、実績がないため令和6年度実績を基準値とする。

#### <計画の評価>

「進捗管理評価」（年度単位の「①進捗評価」と令和8年度に行う「②中間評価」）と計画終了後の「実績評価」の2つの手法で評価・見直しを行う。

### 10 今後の策定スケジュール

R5年11月27日	検討委員会	
R5年12月上旬	第3期データヘルス計画最終案策定	市町村に意見照会（最終案）
R5年12月中旬	パブリックコメント	
R6年1月22日	代表幹事会（最終案）	
R6年1月31日	幹事会（最終案）	
R6年1月下旬	検討委員会（最終案）	
R6年3月	第3期データヘルス計画策定・公表	

# 第3期データヘルス計画【概要版】（案）

福岡県後期高齢者医療広域連合

## 第1章 計画の基本的事項

- 【目的】 第2期データヘルス計画期間における保健事業の評価や健診結果・レセプトデータ等から導かれる健康課題を把握して、被保険者の健康の保持増進を図るため、効果的かつ効率的な保健事業を実施することを目的とし、結果として医療費の適正化に資することを目指します。
- 【計画の期間】 令和6年度～令和11年度

## 第2章 現状の整理 <第2期計画における評価と健康・医療情報の分析>

### 《第2期計画の取組み内容と今後の方向性》

◆第2期データヘルス計画は、概ね進捗が図られているが、地域の実情に応じた事業を効果的・効率的に実施するために、広域連合が実施していた保健事業を高年齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業に移行する等、事業スキームの見直しを行う必要がある。

### 《医療情報等の分析結果からみえる特徴》

- 1人当たり医療費が、令和2年度の1年を除き、平成14年度から常に全国1位で、特に入院医療費が高い。
- 医療費の疾病別割合は、入院は骨折、入院外は腎不全が最も高く、いずれも全国より高くなっている。
- 健康寿命は自立期間が長い高齢者が多いものの、介護認定率は全国よりも高い。
- 健診受診率は増加傾向にあるものの、全国よりも低く推移している。歯科健診受診率も低い。健診結果をみると全国と比較して脂質リスクの割合が高い。また、やせリスクが経年的に増加している。
- 死因をみると心疾患や脳血管疾患による死亡は全国より低いものの、生活習慣病医療費の内訳では「糖尿病」「脳梗塞」「高血圧症」が約7割を占めている。
- 転倒等の薬物有害事象の発生頻度が増加する6種類以上の処方を受けた人が全被保険者の約半数を占める。
- 要介護認定者の有病状況では、全国よりも高血圧症、脳血管疾患、筋・骨格、認知症の割合が高い。
- 二次医療圏別にみると、平均自立期間や医療・介護給付費、疾病のリスク要因となる不適切な生活習慣などに地域差がある。

短期的目標	保健事業	評価結果(※)
(1)健康・医療情報の啓発の充実	①健康づくり広報啓発	・配布率 ・運動習慣 A
(2)フレイル対策の推進	②健康長寿講演会	・実施回数 ・フレイル予防講習 ・フレイルの認知度 B
(3)健診受診率の向上	③健康診査 ④歯科健診	・受診率 ・BMI20以下割合 ・歯科健診受診率 B
(4)生活習慣病の発症及び重症化予防	⑤健診結果フォローアップ	・有所見者割合 ・重症度の高い医療未受診者 ・受診勧奨後の受診 B
	⑥糖尿病性腎症重症化予防	・実施率 ・生活習慣改善割合 ・人工透析移行者 A
(5)医療費適正化の推進	⑦訪問健康相談	・効果額 ・改善率 ・多受診割合 B
	⑧訪問服薬指導	・実施人数 ・お薬手帳改善率 ・重複処方者割合 B
	⑨ジェネリック医薬品の普及促進	・普及率 ・削減効果額 B
(6)保健事業推進のための体制づくり	⑩高齢者の医・介護・保健事業に関する研究会	・開催数 A
	⑪高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施	・実施市町村数 ・健康状態不明割合 ・健康寿命の延伸 B

(※) A（進捗が図られている） B（概ね進捗） C（一部の進捗） D（進捗していない）

(※) 策定時の直近実績の評価

## 第3章 課題と目標

### 【中長期目標】

- ◇元気で自分らしく過ごせる高齢者の増加
- ◇自立した生活が継続できる地域づくり

### 健康課題

- ◆健診受診率の向上
- ◆健康状態不明者数の減少
- ◆血圧・血糖リスク者の重症化予防
- ◆生活習慣改善に対する支援の充実
- ◆歯科健診受診率の向上
- ◆歯・口腔機能に関する情報の普及啓発
- ◆口腔機能の維持、オーラルフレイル予防の推進
- ◆低栄養状態の改善とフレイル予防の推進
- ◆医療費適正化のための後発医薬品使用の推進
- ◆医師会、歯科医師会、薬剤師会等に対する医療費適正化への更なる協力依頼・連携
- ◆重複・多剤服用による健康被害の低減と医療費適正化
- ◆平均自立期間（健康寿命）の延伸
- ◆地域ごとの健康や医療の現状の周知・理解の促進

### 施策の方向性（短期的目標）

- ◆健康状態不明者の減少
- ◆健康課題に応じた保健事業の推進
- ◆適正医療・適正服薬の推進
- ◆地域の特性を活かした体制づくり



## 第4章 第3期データヘルス計画における保健事業

第3期データヘルス計画では、高齢化の進展と医療・介護ニーズの増大が見込まれる中、第2期データヘルス計画の課題を踏まえ、フレイル対策や適正服薬対策など後期高齢者の特性に応じた保健事業を推進する。

また、一体的実施事業を後期高齢者の保健事業の中心を担う事業として位置づけ、地域特性を活かしたハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチの充実を目指す。

第3期データヘルス計画では、効果的・効率的な保健事業を目指し、全国共通の評価指標が設定されており、事業ごとの個別の評価指標に加え、総合的な評価指標を設定する。

< 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業（一体的実施事業）R2年度事業開始 >

【事業の目的】 高齢者の心身の多様な課題に対応したきめ細やかな支援を行う。

【事業の概要】 広域連合から市町村に事業を委託し、市町村の国保部署と介護部署等が連携し、保健指導等保健事業と通いの場等の介護予防を一体的に実施する。

【事業の内容】

(1) 高齢者に対する個別支援（ハイリスクアプローチ）

- ① 健康状態不明者対策    ② 糖尿病性腎症重症化予防対策    ③ 生活習慣病重症化予防対策  
④ 低栄養対策    ⑤ 口腔対策    ⑥ 適正医療対策    ⑦ 適正服薬対策

(2) 通いの場等への積極的な関与（ポピュレーションアプローチ）

短期的目標	保健事業	概要	事業の展開
健康状態不明者の減少	1 健康診査	健康診査の実施（広域実施）	・地域の医療機関や関係団体の協力を得ながら、健康診査の周知や受診勧奨等を行い、受診率向上に努めます。 ・地域特性に合わせた受診率向上の取組を実施します。
	2 健康状態不明者対策	健診・医療・介護サービスを利用していない方の健康状態を把握し、必要に応じてサービス等を紹介（一体的実施事業）	・健康状態不明者を必要なサービスへつなぐ、孤立や要介護リスク等ハイリスク状態の予防に努めます。 ・介護部署等と連携しながら対象者を支援します。
健康課題に応じた保健事業の推進	3 糖尿病性腎症重症化予防対策	糖尿病性腎症の重症化予防に関する訪問指導等を実施（一体的実施事業・広域実施）	・高齢者の特性に応じた効果的な保健指導等の実践により、疾病の重症化予防を目指します。 ・地域の医療関係団体や保健所等の協力を呼びかけ、対象者を適切な医療につなぐことを目指します。
	4 生活習慣病重症化予防対策	生活習慣病の重症化予防に関する訪問指導等を実施（一体的実施事業・広域実施）	・広域連合が実施する事業は、中間評価を目処に一体的実施事業への移行を目指し、市町村で実行可能な体制づくりを検討していきます。
	5 低栄養対策	健康診査の受診者等に必要に応じて低栄養リスクに関する訪問指導等を実施（一体的実施事業）	・低栄養リスク者支援の取組を進め、フレイルや要介護等ハイリスク状態の予防に努めます。
	6 口腔対策（歯科健診・口腔機能向上）	・歯科健診の実施（広域実施） ・高齢者の質問票等を活用し、必要に応じて口腔に関する訪問指導等を実施（一体的実施事業）	・歯科健診の周知や受診勧奨を行い、受診率向上を目指します。 ・歯科健診と一体的実施事業の連携により、口腔ケアの普及を行い口腔機能の低下や心身機能の低下、嚥下性肺炎等による要介護状態等の予防に努めます。
適正医療・適正服薬の推進	7 適正医療対策（重複・多受診等）	・重複・多受診等に関する訪問指導を実施（一体的実施事業・広域実施）	・適正受診の必要性を理解し、適切な医療行動がとれることを目指します。 ・広域連合が実施する事業は、中間評価を目処に一体的実施事業への移行を目指し、市町村で実行可能な体制づくりを検討していきます。
	8 適正服薬対策（重複・多剤等）	・重複・多剤・併用禁忌等の服薬状況にある方へ服薬情報通知書を送付（広域実施） ・多剤服薬等に関する訪問指導を実施（一体的実施事業）	・令和5年度から実施している適正服薬推進事業を継続し、かかりつけ薬局等への相談や保健指導等の取組を一体的実施事業と連携しながら進めていきます。
	9 ジェネリック医薬品の普及促進	・ジェネリック医薬品希望カード配布 ・ジェネリック医薬品利用案内通知（広域実施）	・厚生労働省等からの情報を適切に情報提供する等、安心してジェネリック薬品に変更してもらえるような取組を検討・実施し、医療費削減を目指します。
地域の特性を活かした体制づくり	10 通いの場への積極的関与（ポピュレーションアプローチ）	通いの場等において健康教育・健康相談、フレイル状態の把握を実施（一体的実施事業）	・個別支援と同時に通いの場等への関与により、高齢者の社会活動参加や健康意識の向上を促し、介護予防につなげていきます。 ・地域の実情に合わせて高齢者の理解が得られる働きかけや様々な工夫を進めていきます。

## 第5章 計画の推進

- ・計画の評価は、「進捗管理評価」（年度単位の「①進捗評価」と令和8年度に行う「②中間評価」）と計画終了後の「実績評価」の2つの手法で評価・見直しを行います。
- ・策定した計画及び評価は広域連合ホームページ等で公表し、被保険者、市町村及び関係団体等と情報を共有します。