

第3期データヘルス計画の策定について

1 計画策定の背景

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。

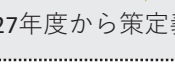
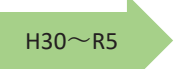
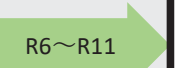
③市町村が地域の健康課題の抽出や事業評価に活用できる計画とする必要性

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、地域の健康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
- 2-3 健康・医療情報等の分析
 - 医療の状況
 - 健康診査の状況
 - 介護の状況

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

資料集

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

資料集

→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

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	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)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	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前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

- ▶ 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。

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・概要】

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ため、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、保健指導等の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	健康診査・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。 ・ 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）	
	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・頻回受診等）	・ 重複・頻回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切替えてもらえるような取組を実施し、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 通いの場等への積極的関与（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。

9 評価指標

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						目標値の考え方
					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	健康診査結果で血糖・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/健康診査受診者数	19.76% (R4年度)	計画策定時の実績値より改善						
	アウトプット	健康診査受診率	健康診査受診者数/被保険者数（除対象者数を除いた数）	14.21% (R4年度)	19.0%	21.0%	23.0%	25.0%	27.0%	29.0%	全国平均値（R4年度）を6年後の最終目標値とし、毎年度2％アップを目指す。（全国平均値（R4年度）は、KDBデータ等により本広域連合が算出した想定される率）
②健康状態 不明者対策	アウトカム	健康診査受診につながった者の割合	介入後の健康診査受診者数/介入者数	-	令和6年度の実績値より改善						
		医療・介護サービス等につながった者の割合	介入後、健康診査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	64.75% (R4年度)	計画策定時の実績値より改善						
		一体的実施事業（健康状態不明者対策）実施市町村数・割合	「健康状態不明者対策」の実施市町村数/全市町村数	34市町村 (R5年度)	45 (75%)	50 (83%)	55 (92%)	60 (100%)	60 (100%)	60 (100%)	R9年度に全市町村実施を目指す。
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	-	令和6年度の実績値より改善						
		治療中断者のうち健康診査または医療機関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	-							
		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	-							
		新規透析導入患者（糖尿病性腎症）割合	介入者のうち、新規透析導入患者（糖尿病性腎症）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	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	-	令和6年度の実績値より改善						
		治療中断者のうち健康診査または医療機関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	-							
		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	-							
上記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	「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)	45	50	55	60	60	60	R9年度に③④のいずれかを実施する市町村が全市町村となることを目指す。
		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		④36市町村 (R5年度)	(75%)	(83%)	(92%)	(100%)	(100%)	(100%)	
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						
		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						
		一体的実施事業（低栄養対策）実施市町村数・割合	「低栄養対策」の実施市町村数/全市町村数	16市町村 (R5年度)	17 (28%)	19 (32%)	21 (35%)	24 (40%)	27 (45%)	30 (50%)	R11年度に半数市町村の実施を目指す。
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	-	令和6年度の実績値より改善						
		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	-							
		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/被保険者数（除対象者数を除いた数）	8.01% (R4年度)	12.0%	14.0%	16.0%	18.0%	20.0%	22.0%	全国平均値が低いため、健康審査と同じく、毎年度2％アップを目指す。（歯科健診受診率の全国平均値は10％程度）
		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						
		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 (7%)	6 (10%)	8 (13%)	10 (17%)	12 (20%)	15 (25%)	R11年度に25％の市町村の実施を目指す。

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						目標値の考え方	
					R6	R7	R8	R9	R10	R11		
⑦適正医療 対策（重 複・頻回受 診等）	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)								
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	-	}							
		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)	-								
	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)	計画策定時の実績値より改善					R11年度に25%の市町村 の実施を目指す。		
		一体的実施事業（重複・多剤等対策）実施市町村 数・割合	「重複・多剤等対策」の実施市町村数/全市町村	2市町村 (R5年度)	4 (7%)	6 (10%)	8 (13%)	10 (17%)	12 (20%)		15 (25%)	
⑨ジェネ リック医薬 品の普及促 進対策	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 プット	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)								
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					※全被保険者を分母 とした質問票のリス クなしの割合		
		高齢者の質問票の「食習慣リスクなし」割合の増 加	（評価対象）健康状態リスクなしの割合 （方法）KDBの健康スコアリング機能で確認	93.1%	}							
		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）健康状態リスクなしの割合 （方法）KDBの健康スコアリング機能で確認	29.7%		計画策定時の実績値より改善						
		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）健康状態リスクなしの割合 （方法）KDBの健康スコアリング機能で確認	89.4%								
	アウト プット	介入した通いの場等の数	当該年度に実施できた通いの場等の数	－	令和6年度の実績値より改善							

保健事業	評価指標		評価方法	計画策定時 実績	目標値						目標値の考え方	
					R6	R7	R8	R9	R10	R11		
総合的な評価指標（全国共通指標）	アウトカム	健康状態不明者の割合	◆抽出年度及び抽出前年度の2年度において 健診受診なし　かつ　レセプト：レセプト（入院・外来・歯科）履歴なし かつ　介護：要介護認定なし	2.05% (R4年度)	}	}	}	}	}	}	}	※過去（3年間）ハイリスク者が増加しているため、現状維持を保つことを目標とする。 （高齢者人口（特に85歳以上）の増加、健診受診率の増加に伴い、ハイリスク者は増加する見込み） ※保健事業の事業効果が反映されるのは、3年経過後と想定し、全国値を考慮しながら、中間評価時に目標値を再検討する。
		重症化予防（糖尿病等治療中断者） ハイリスク者の割合	◆健診：抽出年度の健診履歴なし　かつ レセプト：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 抽出年度に薬剤処方履歴なし	8.28% (R4年度)								
		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 収縮期血圧160以上または拡張期血圧100以上　かつ レセプト：抽出年度に対応する糖尿病・高血圧の薬剤処方履歴（1年間）なし	0.36% (R4年度)								
		重症化予防（腎機能不良未受診者） ハイリスク者割合	◆健診：eGFR45未満または尿蛋白＋以上　かつ レセプト：医療（入院・外来・歯科）未受診	0.01% (R4年度)								
		重症化予防（基礎疾患保有＋フレイル） ハイリスク者の割合	◆（基礎疾患） レセプト：糖尿病治療中もしくは中断　または HbA1c7.0%以上、または心不全、脳卒中等循環器疾患あり　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	2.87% (R4年度)								
		身体的フレイル（ロコモ含む） ハイリスク者の割合	◆質問票①（健康状態）かつ質問票⑦（歩行速度） ◆質問票⑦（歩行速度）かつ質問票⑧（転倒）	2.54% (R4年度)								
		低栄養ハイリスク者の割合	◆健診：BMI20以下　かつ 質問票⑥（体重変化）に該当	0.44% (R4年度)								
		口腔ハイリスク者の割合	◆健診：質問票④（咀嚼）⑤（嚥下）のいずれか かつ　レセプト：過去1年間歯科受診なし	1.73% (R4年度)								
		服薬（多剤）ハイリスク者の割合	◆処方薬剤数15以上（当該年度5月診療分）	4.80% (R4年度)								
		服薬（睡眠薬）ハイリスク者の割合	◆レセプト：睡眠薬処方あり　かつ 質問票⑧（転倒）または ⑩（認知物忘れ）⑪（認知失見当識）二つとも該当	1.00% (R4年度)								
	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)	}	}	}	}	}	}	}	保健事業や介護予防の取組の結果、改善が見込まれる。
				84.4歳（女） (R4年度)								
アウトプット	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ハイリスク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)	22 (37%)	29 (48%)	36 (60%)	44 (73%)	52 (87%)	60 (100%)	R11年度に全市町村の実施を目指す。		

※計画策定時実績は、令和5または4年度の実績。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 計画の作成手続き

構成市町村に意見照会するとともに、後期高齢者医療検討委員会と協議を行い、データヘルス計画（案）を作成した。

データヘルス計画（案）について、パブリックコメントを実施したが、意見等の提出はなかった。

（作成スケジュール）

- | | |
|---------------------|-------------------------------|
| 10月 | 市町村意見を反映したパブリックコメント用の計画（案）の作成 |
| 11月13日（月） | 代表幹事会に提出 |
| 11月17日（金） | 幹事会に提出 |
| 11月27日（月） | 検討委員会に提出 |
| 12月13日（水）～12月28日（木） | パブリックコメントの実施 |
| 1月 | パブリックコメントを経た計画（案）を作成 |
| 1月22日（月） | 代表幹事会に提出 |
| 1月24日（水） | 検討委員会に提出 |
| 1月26日（金） | 運営調整会議に提出 |
| 1月31日（水） | 幹事会に提出 |
| 3月 | 公表 |