

〈第2期〉
保健事業実施計画
(データヘルス計画)
中間見直し版



令和3年3月

新潟県後期高齢者医療広域連合

目 次

第1章 基本的事項

1 計画策定の目的と背景	2
2 計画の位置付け	3
3 計画の名称と計画期間	3
4 計画のサイクル	4
5 関係者連携・実施体制	4
(1) 関係者との連携	4
(2) 実施体制	5
6 高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施	5

第2章 計画の評価・見直し

1 計画の評価・見直し	10
-------------------	----

第3章 中間評価

1 第2期データヘルス計画の取組	12
2 中間評価	13

第4章 中間見直し後の事業計画

1 第2期データヘルス計画(中間見直し後)の取組	16
2 目標達成に向けた取組	38
3 新型コロナウイルス感染症対策	38

第5章 計画の公表・周知等

1 計画の公表・周知	40
2 個人情報の取扱い	40

資料編	41
-----------	----

第 1 章 基本的事項

1 計画策定の目的と背景

少子高齢化の急速な進展により、65 歳以上の高齢者人口は年々増加しています。生活環境の改善や医学・医療の進展などにより、平均寿命は男女ともに 80 歳を超えており、後期高齢者といわれる 75 歳以上の方の人口も今後も増加が続く見込みです。

後期高齢者の皆様や障がいをお持ちの一部の方が加入する「後期高齢者医療制度」においては、被保険者数の増加に伴う医療費の増大が見込まれることから、被保険者の健康保持・増進や制度の安定化・適正化に向けての事業展開が急務とされています。

国では、平成 25 年 6 月に「日本再興戦略」を閣議決定し、その中で「全ての健康保険組合に対して、レセプト等のデータ分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として『計画』の作成・公表・事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」と定め、後期高齢者医療の保険者に対しても「高齢者の医療の確保に関する法律に基づく保健事業の実施等に関する指針」において、同趣旨の取組を求めています。

これを受けて、広域連合では平成 27 年 8 月に「第 1 期保健事業実施計画(データヘルス計画)」を、平成 30 年 3 月に「第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)」を策定し、健康診査の結果や診療報酬明細書(レセプト)などから被保険者の皆様の健康状態や疾病傾向などを分析し、重症化する前に出来る予防措置や日常生活の改善の提案など、一般的な啓発事業から重症化予防事業まで、幅広い保健事業を展開してきました。

また、これまでは、後期高齢者の保健事業は広域連合、後期高齢者医療制度加入前の多くの方が加入する国民健康保険の保健事業と介護予防は市町村と、制度ごとに事業が実施されてきました。しかしながら高齢者の特性を踏まえると、後期高齢者の自立した生活を実現し、健康寿命の延伸を図っていくためには、生活習慣病等の重症化を予防する取組と、生活機能を維持・改善する取組の双方を一体的に実施することが重要です。

このことから令和元年 5 月に「高齢者の医療の確保に関する法律」の一部改正がなされ、市町村において高齢者の保健事業と介護予防を一体的に実施する体制が整備されました。

令和 2 年度は、第 2 期データヘルス計画の中間見直しの年にあたります。今回の中間見直しでは、高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施に関する事項も新たに盛り込み、あわせて必要な見直しを行いました。

さらに、昨今の新型コロナウイルス禍においては、感染症対策を徹底しながら事業を実施する必要があります。

広域連合では、この計画に基づき、昨今の情勢を踏まえながら、引き続き効果的かつ効率的な保健事業を確実に実施し、被保険者の皆様の更なる健康保持・増進に取り組んでまいります。

2 計画の位置付け

本計画は、「21 世紀における第 2 次国民健康づくり運動(健康日本 21(第 2 次))」の基本方針を踏まえ、「新潟県後期高齢者医療広域連合第 3 次広域計画」に基づき定めるもので、「新潟県後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療に関する条例」第 3 条に規定する保健事業を推進する計画です。

また、「健康にいがた 21 (第 2 次)改訂版」や「新潟県地域保健医療計画」、県内市町村の健康増進計画、データヘルス計画との調整を図っています。

3 計画の名称と計画期間

計画の名称：第 2 期 保健事業実施計画(データヘルス計画)

計 画 期 間：平成 30 年度～令和 5 年度(6 年間)

第 2 期データヘルス計画の中間年度である令和 2 年度には計画全体の評価・検証を行い、見直しを行いました。

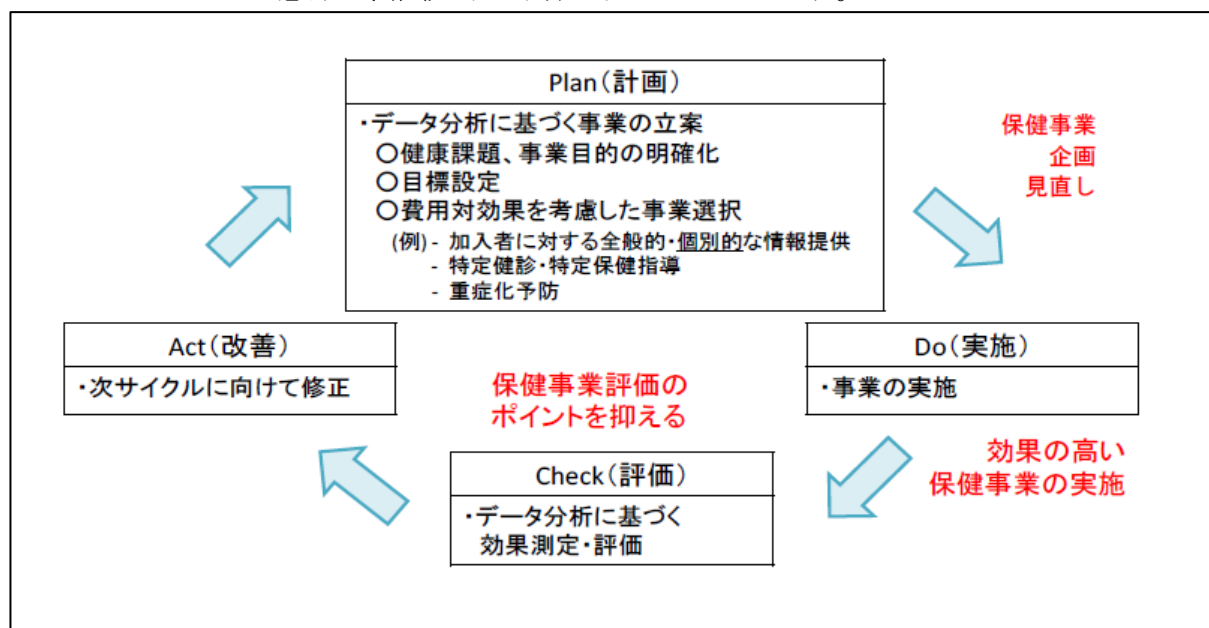
見直しにあたっては、計画策定時の現状の分析・分析結果に基づく健康課題を踏まえつつ、事業計画を重点的に見直しました。

また、中間評価・見直しに必要な最新のデータは、巻末に資料編として集約しています。

データヘルス計画	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度	平成 30 年度	令和 元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	令和 5 年度
第 1 期計画	計画期間:3 か年								
第 2 期計画				計画期間:6 か年					
						見直し			

4 計画のサイクル

PDCA サイクルを意識し、継続的に事業を実施していきます。



「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第2版」より

5 関係者連携・実施体制

(1) 関係者との連携

日本では国民皆保険の考え方のもと、75歳に達したことや65歳以上で一定の障がいがあることにより、後期高齢者医療制度に加入します。後期高齢者医療制度の被保険者となる前は、市町村国民健康保険や被用者保険など他保険に加入しており、他保険者の実施する保健事業を受けていました。加入保険にかかわらず、連続性のある事業を受けることが健康保持・増進に効果的かつ効率的です。そこで、広域連合では、市町村国民健康保険や新潟県、被用者保険の被保険者と連携し、連続性を意識した保健事業を実施します。

また、後期高齢者医療制度の被保険者は、市町村で行う介護保険サービス、介護予防事業を受けていることが多いため、市町村において、地域包括ケアシステムの中で関係機関と連携しながら、高齢者の保健事業・国民健康保険の保健事業と介護予防事業等を一体的に実施する取組を支援します。

加えて、新潟県国民健康保険団体連合会が実施する「国保・後期高齢者医療ヘルスサポート事業」や「支援・評価委員会」を積極的に活用し、専門的知見からの助言を受けながら、PDCAサイクルを意識して、継続的に事業を実施します。また、常に医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会・看護協会等、関係機関へ相談し、助言や協力をお願いするとともに、事業委託等、専門的技術の支援を受けられるよう連携を図ります。

(2) 実施体制

関係者との連携が、確実に効率的に行えるよう、必要に応じて、以下のような会議や意見交換の場を設置・開催していきます。また、以下の会議等以外にも、随時、連絡を取り合いながら、事業の効果的・効率的な実施を図ります。

【主な実施体制・関係者連携の場】

○医療懇談会

実施主体:新潟県後期高齢者医療広域連合

参 加 者:被保険者を代表する委員 3名以内

保険医又は保険薬剤師を代表する委員 3名以内

学識経験者その他の有識者を代表する委員 2名以内

被用者保険等その他の医療保険者を代表する委員 2名以内

行政関係者 2名以内

○市町村担当課長会議

実施主体:新潟県後期高齢者医療広域連合

参 加 者:市町村後期高齢者医療担当課長

○保健事業担当者連絡会議

実施主体:新潟県後期高齢者医療広域連合

参 加 者:市町村後期高齢者医療担当

保健事業担当

介護保険担当

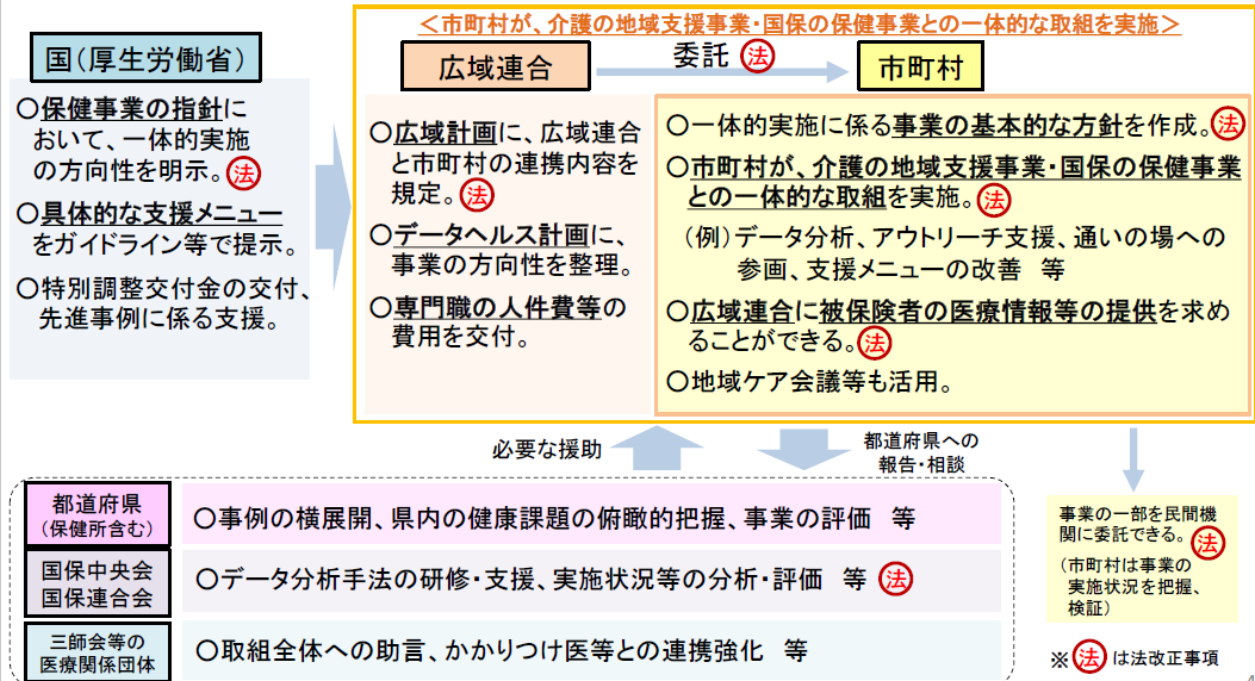
6 高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施

高齢者は複数の慢性疾患に加え、認知機能や社会的なつながりが低下するといったいわゆるフレイル状態になりやすい等、疾病予防と生活機能維持の両面にわたるニーズを有しています。これに対応するため、医療、介護、健診等のデータを一体的に分析し、高齢者一人ひとりを医療、介護、保健等の必要なサービスに結びつけていくとともに、社会参加を含むフレイル予防等の取組まで広げていく必要があります。

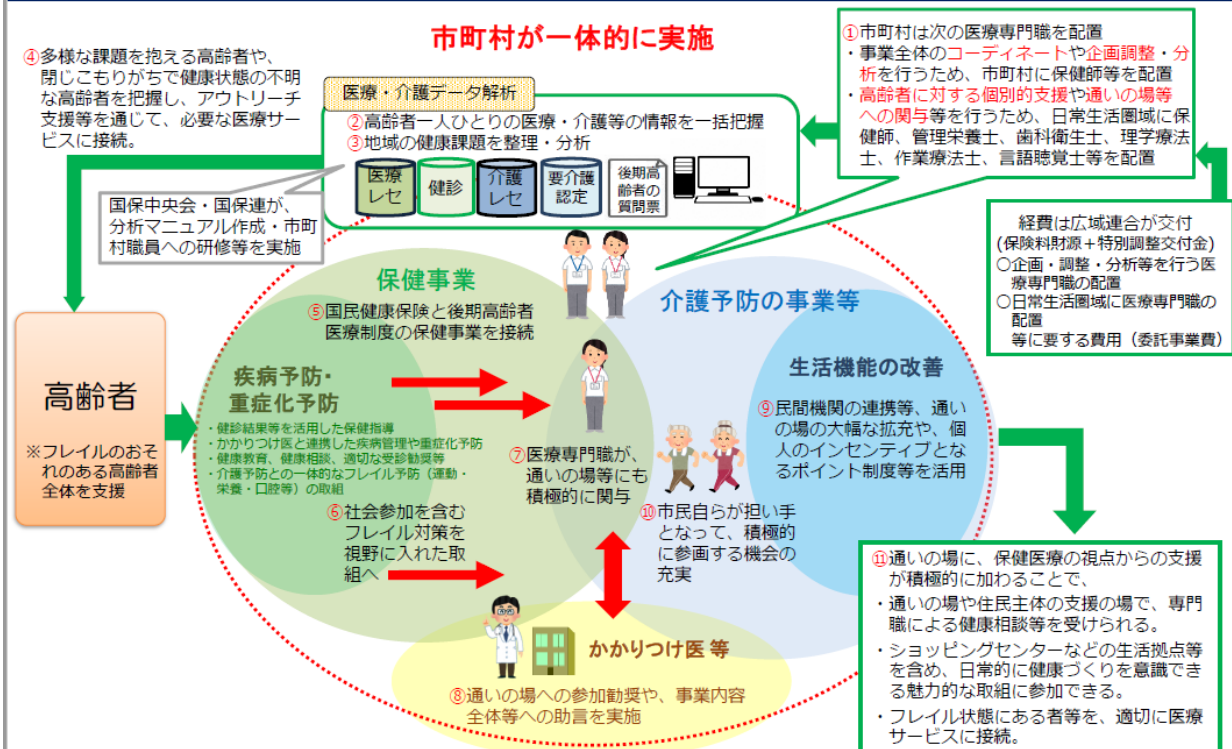
この点において、市町村は、市民に身近な立場からきめ細かな住民サービスを提供することができ、介護保険や国民健康保険の保険者であるため保健事業や介護予防についてもノウハウを有しています。このことから、高齢者の心身の特性に応じてきめ細かな保健事業を進めるため、保健事業の一部については、広域連合から市町村に委託し市町村が実施します。広域連合は、必要な経費の負担や情報提供などにより、市町村を支援します。

高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施（スキーム図）

高齢者の心身の多様な課題に対応し、きめ細かな支援を実施するため、後期高齢者の保健事業について、後期高齢者医療広域連合と市町村の連携内容を明示し、市町村において、介護保険の地域支援事業や国民健康保険の保健事業と一体的に実施。



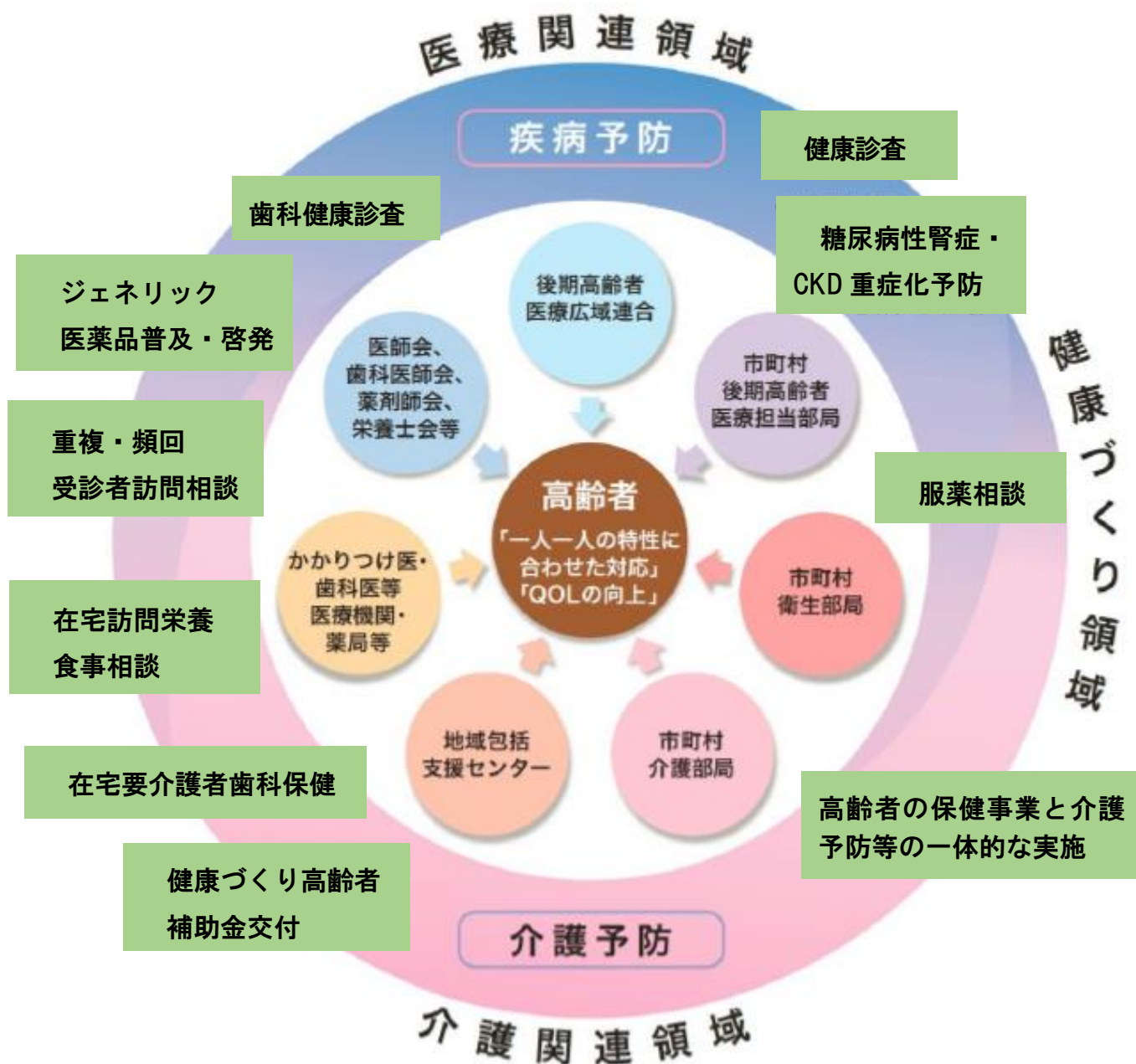
高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施（市町村における実施のイメージ図）



～2024年度までに全ての市区町村において一体的な実施を展開（健康寿命延伸プラン工程表）～

厚生労働省資料「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について[概要版]令和2年4月」より

【新潟県後期高齢者医療広域連合 データヘルス計画実施体制図】



「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第2版」より抜粋し改変

第 2 章 計画の評価・見直し

1 計画の評価・見直し

計画期間の中間地点にあたる令和2年度に前年度までの評価を踏まえて、中間見直しを行い、次年度以降の計画としました。（詳細は「第3章 中間評価」「第4章 中間見直し後の事業計画」を参照）

令和3年度以降は、中間見直し後の計画に基づき事業を実施し、個別事業の評価は見直し後の指標を令和2年度から適用します。また、短期的な目標として評価指標を設定したものについては毎年度評価を行い、中長期的な目標については計画の最終年度に評価を行います。

評価にあたっては国保連合会が実施する「国保・後期高齢者医療ヘルスサポート」を活用するとともに、会議等を通じ外部有識者等からも意見聴取を行います。

保健事業評価の視点

評価の構造	評価の視点・内容
ストラクチャー 実施体制は整っているか	・達成したい目標にむけて、関係者の理解が得られているか。 ・保健指導の実施体制が構築できたか（直営・委託）。 ・委託の場合、十分に事業を実施できている事業者であるか。 ・保険者等との連絡、協力体制ができているか。
プロセス うまく運営できているか	・事業実施手順書を作成し、関係者間で共有できているか。 ・募集、初回実施、継続、評価の各段階でチェックしているか。 ・対象者に合わせた内容が準備できているか。 ・参加者の健康状態を事前に把握、指導者に提供できるか。
アウトプット ちゃんと実施できたか	・計画した事業が実施できたか。 ・ねらったセグメントの対象者が参加できているか。 ・最後まで継続できたか。 ・実施回数、人数は計画どおりか。
アウトカム 結果は出ているか	・目的とした成果が上がっているか。 関心度・生活習慣、健康状態（検査値）、療養状況 医療費（非参加群との比較があるとよい）

「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第2版」より

第 3 章 中間評価

1 第2期データヘルス計画の取組

【第2期データヘルス計画の体系図】

大目標
○生活習慣病の重症化予防
○加齢に伴う心身機能の低下防止
○必要な受診・その他のサービスの活用による医療費の適正化

中長期的な目標	短期的な目標
①人工透析導入者の増加抑制	#1 糖尿病・高血圧・CKD 未治療者の減少
②脳血管疾患の増加抑制	#2 自ら健康づくりに取り組む高齢者の増加
③重症化する被保険者の増加抑制	#2 自ら健康づくりに取り組む高齢者の増加(再掲)
①生活に支障のない期間の維持	#3 口腔機能の維持・改善者の増加
	#4 栄養改善・維持を図れる者の増加
①重複受診割合の増加抑制	#5 適切な受診行動・服薬行動がとれる者の増加
②頻回受診割合の増加抑制	#6 ジェネリック医薬品の普及率向上
③服薬相談が必要な被保険者割合の増加抑制	
④ジェネリック医薬品の普及率向上	

保健事業
・健康診査事業(#1,2)
・糖尿病性腎症・CKD(慢性腎臓病)重症化予防事業(#1)
・生活習慣病要治療者受診勧奨事業(#1)
・歯科健康診査事業(#3)
・在宅要介護者歯科保健事業(#3)
・在宅訪問栄養食事相談事業(#2,4)
・健康づくり高齢者補助金交付事業(長寿・健康増進事業)(#1～4)
・重複・頻回受診者訪問相談事業(#5)
・服薬相談事業(#5)
・ジェネリック医薬品普及・啓発事業(#6)

【目標達成に向けた取組】

- ・広域連合主体の取組:広報、保健事業実施体制の検討、データ分析、必要な医療と必要な場所を提供するための環境づくり
- ・市町村との連携による取組:市町村ごとの分析結果等の情報提供、意見交換の場の設置、市町村の高齢者健康づくり事業等の支援
- ・その他関係機関との連携による取組:情報や課題の共有化、新潟県保険者協議会を活用した効果的な保健事業の実施、被用者保険等との連携

2 中間評価

第2期データヘルス計画における中間評価を行いました。

※個別事業の評価は、第3章中間見直し後の事業計画の各事業に記載しています。以下の短期的・中長期的な目標の中間評価は、個別事業の評価を踏まえたものです。

短期的な目標の中間評価

短期的な目標	評価
#1 糖尿病・高血圧・CKD 未治療者の減少 #2 自ら健康づくりに取り組む高齢者の増加	- 健康診査受診者数は増加(H28:80,066人⇒R1:90,752人(資料編⑦))し、CKD重症度分類に基づく腎機能のリスク高・中の該当者も増加(H28:13,862人⇒R1:16,971人)しているが、未治療者割合(H28:55.3%⇒R1:54.5%)は横ばいで維持されている(資料編⑩)。市町村の重症化予防の取組に一定の効果があつたと思われるが、今後も未治療者を減らす取組の強化が必要である。 - 自分の体や健康について気をつける高齢者が増えており、受診率は年々上昇傾向(H28:23.8%⇒R1:27.0%(資料編⑤))にあるが、今後も受診勧奨を強化していきたい。 - 受診勧奨判定値(新潟県健診ガイドラインによる受診勧奨判定値の者)で未治療者のうち、90%弱(H28:87.3%⇒R1:87.5%(資料編⑦))の者が健診後の受診勧奨の取組により医療機関を受診しており、自ら健康づくりに取り組むきつかけとなっている。
#2 自ら健康づくりに取り組む高齢者の増加(再掲) #3 口腔機能の維持・改善者の増加 #4 栄養改善・維持を図れる者の増加	- 歯科健康診査を実施する市町村の増加(H28:11市町村⇒R1:18市町村)により受診者も増加(H28:2,577人⇒R1:4,721人)し、歯科健康診査後の要治療者で治療に結び付いた者の割合も増加(H28:93.6%⇒R1:95.4%)した(資料編⑩)。今後も歯科健康診査を実施する市町村を増やすと共に受診率を上げ、口腔機能の維持・改善に向けて関心を持つ者を増やす取組を継続する。 - 新潟市歯科医師会からのケアマネジャーや介護施設への働きかけ等により、年々訪問歯科健康診査を希望する者が増加(H28:79人⇒R1:113人(資料編⑨))した。訪問歯科健康診査の結果が要治療で受診月の翌月以降に歯科レセプトがある者の割合も年々増加(H28:77.2%⇒R1:82.4%(資料編⑨))しており、訪問歯科健康診査受診後の継続受診につながっている。 - 新潟県栄養士会、医療機関、地域包括支援センター等と連携し、対象者個々の課題に対応した栄養指導がなされた。栄養相談後、食品群の偏りの改善や主食量の増加など栄養状態の改善が見られ、全体として体重増加・BMI値の改善につながったことから、自身の食事に気を配り行動に移すことで栄養改善できることが理解されたと考えられる。
#5 適切な受診行動・服薬行動がとれる者の増加 #6 ジェネリック医薬品の普及率向上	- 医療専門職が対象者に個別にアプローチすることにより、重複受診の対象者に該当しなくなった者の割合(H28:55.8%⇒R1:61.2%)や頻回受診の対象者に該当しなくなった者の割合(H28:49.6%⇒R1:51.0%)が増加し(資料編⑫⑬)、医療費削減にもつながっている。 - 新潟市薬剤師会による個別相談により服薬相談者の50%以上の者の受診行動が改善され(資料編⑬)、医療費の削減に結び付いている。 - 差額通知を送付することで、ジェネリック医薬品に切り替える者が増えており、医療費の削減に結び付いている(資料編⑮)。 - 以上のことから、今後も適切な受診・服薬の行動がとれるように継続支援していく。

中長期的な目標の中間評価

中長期的な目標	評価
① 人工透析導入者の増加抑制 ② 脳血管疾患の増加抑制 ③ 重症化する被保険者の増加抑制	- 人工透析の患者数は、増加傾向(H28:2,550 人⇒R1:2,733 人(資料編⑩))にあり、後期高齢者の被保険者数の増加と比較しても人工透析患者の増加率が高くなっている。これまでの取組の継続と共に、「保健事業と介護予防等の一体的な実施」への支援と連動して、後期高齢者医療制度加入前からの高血圧・糖尿病等の予防、そして CKD の重症化予防に取り組んでいく必要がある。 - 脳血管疾患の死亡率は、全国的にみて高い(人口10万対で新潟県 H28:126.5 人⇒R1:130.6 人 全国 H28:87.4 人⇒R1:86.1 人(資料編⑩))。また、脳血管疾患・腎不全において、被保険者数を分母とし、レセプトによる中分類で医療費50万円以上の高額疾病の入院患者件数割合をみると、年々増加傾向(脳血管疾患 H28:8.44%⇒R1:8.92% 腎不全 H28:0.82%⇒R1 0.99%(資料編⑩))にあり、高血圧・糖尿病等の重症化予防の取組を強化していく必要がある。
① 生活に支障のない期間の維持	平均寿命と健康寿命の差は縮小傾向(男性 H22:9.59 歳⇒H25:8.83 歳 女性 H22:13.29 歳⇒H25:11.98 歳⇒H28:11.94 歳(資料編②))にあり、市町村や関係団体と連携し、引き続き事業を展開していく必要がある。
① 重複受診割合の増加抑制 ② 頻回受診割合の増加抑制 ③ 服薬相談が必要な被保険者割合の増加抑制 ④ ジェネリック医薬品の普及率向上	- 医療専門職の効果的な訪問相談支援により、受診行動に一定の改善が見られ、重複受診者の割合(H28:0.25%⇒R1:0.20%(資料編⑫))、頻回受診者の割合(H28:0.37%⇒R1:0.28%(資料編⑫))、服薬相談の必要な者の割合(H29:1.07%⇒R1:0.87% 新潟市のみのデータ(資料編⑬))はいずれも減少している。今後も継続して受診行動の改善と医療費の適正化に努めていく。 - ジェネリック医薬品の普及率は、全国の目標である 80%に近づいており(H29.3 月審査:65.2%⇒R2.3 月審査:78.4%(資料編⑭))、引き続き被保険者に対するジェネリック医薬品の普及啓発の取組を進めていく。

中間評価を踏まえて見直した主な内容

- 計画当初、「糖尿病性腎症・CKD(慢性腎臓病)重症化予防事業」は、CKD の重症化リスクのある者に専門職が訪問相談を実施するとしたが、市町村が重症化予防に取り組んでおり、対象者の抽出方法や指導の基準が市町村により異なり統一的な評価ができていないため、アウトカム指標を変更した。
- 「保健事業と介護予防等の一体的な実施」を進めるにあたり、同事業を計画に追加し、短期目標に「#7 健康状態が不明な高齢者の減少」を追加した。KDB システムから、令和元年度の健康診査も医療受診もしていない者が 17,642 人(健診対象者の 4.7%(資料編⑥))いることが把握されるが、その減少を図ることにより、自ら健康に取り組む高齢者を増やし、重症化予防に取り組む。
- 計画当初、「生活習慣病要治療者受診勧奨事業」は、医療機関の受診がない重症化が予測される治療放置者に広域連合が主体となって医療受診勧奨をするとしていたが、健康診査事業の受診勧奨判定値の者や市町村がそれぞれの基準で実施する重症化予防事業の対象者等への働きかけと重複するため、「保健事業と介護予防等の一体的な実施」の枠組みの中で地域の実情に応じた市町村の取組を支援していくこととし、中間見直しで削除することとした。

第 4 章 中間見直し後の事業計画

1 第2期データヘルス計画(中間見直し後)の取組

中間評価から、以下の健康課題に継続して取り組んでいくことで、目標(好転した状態)を目指すこととします。

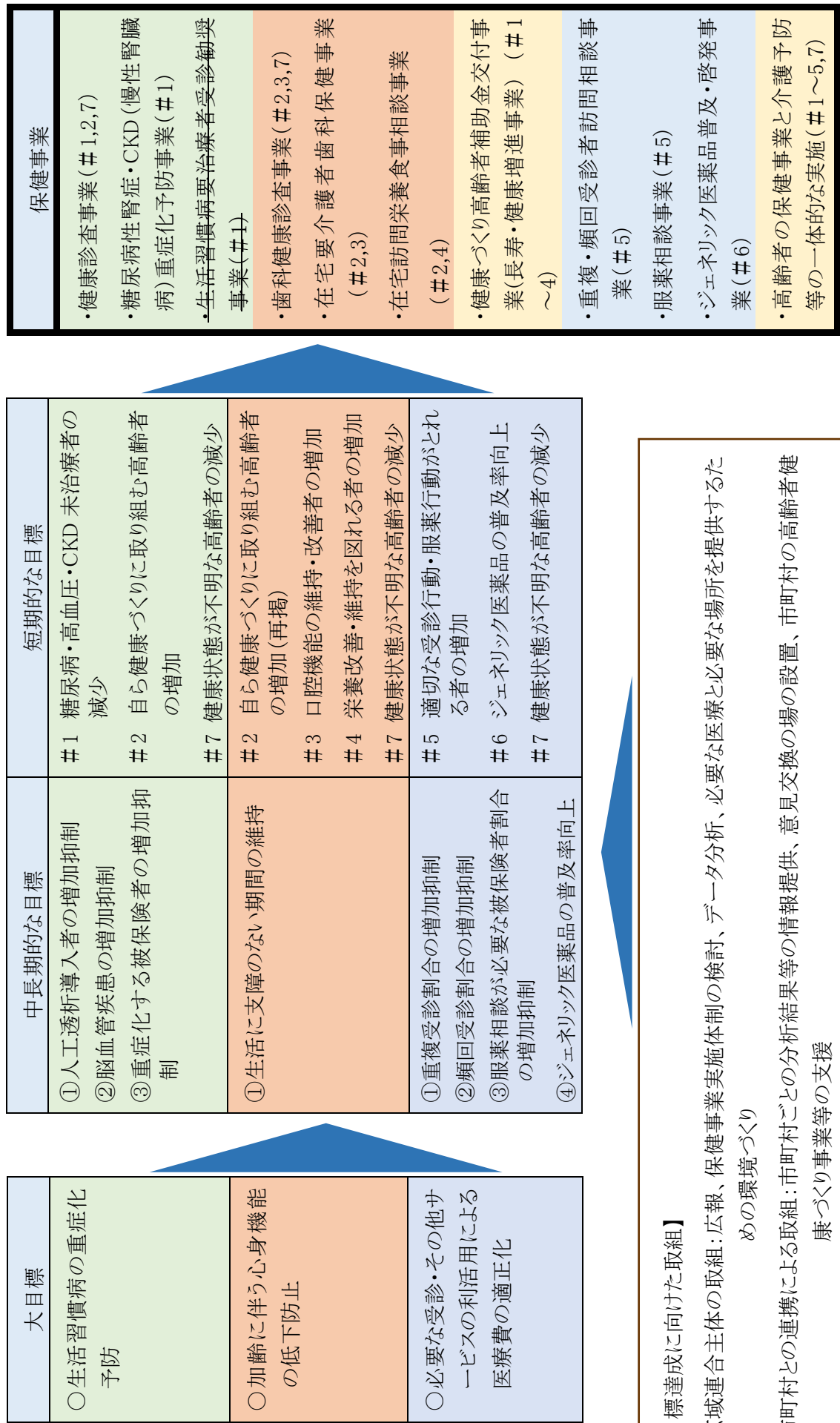
健康課題の設定
○ 生活習慣病の重症化予防 生活習慣病の患者数が多く、特に高血圧疾患は患者数全体に対して 70.1%が罹患しています。高血圧疾患や糖尿病等の生活習慣病は、脳梗塞、腎不全の増悪の要因となりますが、これらの疾患は医療費が高く、自己負担の増加をもたらします。生活習慣病は、後期高齢者になる以前からの課題であることから、市町村事業との連続性を意識した重症化予防の取組が必要です。 重症化予防の取組は、未治療者に対する医療機関への受診勧奨や、専門職による保健相談が考えられます。
○ 心身機能の低下防止 骨折、肺炎、アルツハイマー病、歯科疾病(う蝕を含む)、低栄養、関節症等、心身機能が低下している状態が、新潟県で顕著にみられます。心身機能の低下が進むと、自立した生活が困難になるとともに、医療費が高額になり、自己負担の増加をもたらします。 広域連合の保健事業と市町村の介護予防事業では、対象者が重なることが想定されることから、市町村と連携を密にし、相互に補完する形での事業運営を行っていくことが必要です。
○ 必要な受診機会の提供 重複受診、頻回受診等、医療機関への過度な受診の可能性がある人や、10 剤以上の服薬者が多くいることから、適正な受診を促すことが必要です。また、ジェネリック医薬品普及率向上のため、他保険者と情報共有を図ることが必要です。

保健事業の実施

目標 (好転した状態)
○ 健康寿命の延伸 ○ 高齢者の特性に応じた各種サービスの提供

なお、新型コロナウイルス感染症の収束の見込みが未だ立たないことから、保健事業の実施にあたっては、新型コロナウイルス感染症対策に十分に配慮して行います。

【第2期データヘルス計画の体系図】(中間見直し後)



【目標達成に向けた取組】

- ・広域連合主体の取組：広報、保健事業実施体制の検討、データ分析、必要な医療と必要な場所を提供するための環境づくり
- ・市町村との連携による取組：市町村ごとの分析結果等の情報提供、意見交換の場の設置、市町村の高齢者健康づくり事業等の支援
- ・その他関係機関との連携による取組：情報や課題の共有化、新潟県保険者協議会を活用した効果的な保健事業の実施、被用者保険等との連携

保健事業名：健康診査事業（継続）

大目標	生活習慣病の重症化予防
中長期的な目標	・人工透析導入者の増加抑制 ・脳血管疾患の増加抑制 ・重症化する被保険者の増加抑制
短期的な目標	#1 糖尿病・高血圧・CKD 未治療者の減少 #2 自ら健康づくりに取り組む高齢者の増加 #7 健康状
事業目的	生活習慣病を発見し、適切に医療につなげる。
対象者	除外者を除いた全被保険者
事業内容	広域連合が主体となり、市町村への業務委託により実施する。 ・健康診査の実施 ・新潟県健診ガイドラインによる「受診勧奨判定値の者」に対する受診勧奨

		スタート時	変更		現状値(H28)	H30
誰が、 （実施体制／ という体制で）	評価指標	・健康診査推進計画の策定 ・医療・健康診査等の分析結果の提供	なし		実施	【計画】 実施
	目標値	市町村との連携体制の構築	なし			【実績】 実施
（実施過程／ どのよう）	評価指標	個別での市町村との意見交換の実施	市町村との意見交換の実施 ・保健事業担当者連絡会議の実施 ・契約時や健康診査推進計画作成時に調査票で意見の聴取実施	評 価	2市町村 【計画変更後の 現状値】 実施	【計画】 5市町村
	目標値	円滑な健康診査の実施	なし			【実績】 電話で市町村 と個別かつ密 に連絡 訪問実績なし 【計画変更後の 実績】 実施
（事業実施量／ どれだけやって）	評価指標	健康診査受診率	なし	評 価	23.8%	【計画】 前年度比増加
	目標値	受診率の前年度比増加	なし			【実績】 25.5%
（成果／ その結果どうなったか）	評価指標	健診結果が次の該当する者で、健診受診月の翌月以降に生活習慣病に関する治療レセプトがある者の割合 ・血圧【収縮期160mmHg以上または拡張期100mmHg以上】 ・中性脂肪【400mg/dl以上またはLDL160以上またはHDL30未満】 ・血糖【140mg/dlまたはHbA1c7.0以上】	新潟県健診ガイドラインによる「受診勧奨判定値」の未治療者で医療に結び付いた割合（健診受診月の翌月以降に生活習慣病に関する治療レセプトがある者／受診勧奨判定値の未治療者） 受診勧奨判定値 ・血圧【収縮期140mmHg以上または拡張期90mmHg以上】 ・血中脂質検査【中性脂肪300mg/dl以上またはLDL140mg/dl以上またはHDL34mg/dl未満】 ・血糖検査【血糖126mg/dlまたはHbA1c6.5以上】		86.3% 【計画変更後の 現状値】 87.3%	【計画】 87.0%
	目標値	受診勧奨判定値該当で医療に結びついた割合90.0%	90.0%			【実績】 87.6% 【計画変更後の 実績】 87.9%

態が不明な高齢者の減少(追加)

参照データ(資料編⑤⑦⑱)

R1	R2	R3	R4	R5	中間評価
【計画】 実施	【計画】 実施	【計画】 実施	【計画】 実施	【計画】 実施	・毎年、健康診査推進計画を作成し、あわせて医療・健診等の分析結果を市町村に提供している。
【実績】 実施	【実績】	【実績】	【実績】	【実績】	
【計画】 5市町村	【計画変更】 実施	【計画変更】 実施	【計画変更】 実施	【計画変更】 実施	・保健事業担当者連絡会議を実施し、医療・健診等の分析結果を提供するとともに、市町村との意見交換を実施している。 ＜指標の変更理由＞ ・保健事業担当者連絡会議と健康診査推進計画作成時の調査等で意思疎通が図れるので、個別でのアプローチから変更した。
【実績】 電話で市町村と個別かつ密に連絡 訪問実績なし 【計画変更後の実績】 実施	【実績】	【実績】	【実績】	【実績】	
【計画】 前年度比増加	【計画】 前年度比増加	【計画】 前年度比増加	【計画】 前年度比増加	【計画】 前年度比増加	・健康診査受診率は年々増加傾向にあるが、引き続きの受診勧奨(受診率アップ)に努める。
【実績】 27.0%	【実績】	【実績】	【実績】	【実績】	
【計画】 87.6%	【計画変更】 85.0%	【計画変更】 85.0%	【計画変更】 85.0%	【計画変更】 85.0%	・毎年受診勧奨判定値の未治療者の87.0%以上が、健診後に医療機関を受診している。 ＜指標の変更理由＞ ・健診の目的は「適切に医療につなげることで重症化を予防する」ことであることから、「治療放置群」の受診勧奨判定値の者から、「健診ガイドライン」による受診勧奨判定値の者とした。 ・「医療に結び付いた」割合を見るのであれば、健診以前は未治療であった者を対象とするのが適切であるため、受診勧奨判定値該当者の「未治療者」とした。
【実績】 87.0% 【計画変更後の実績】 87.5%	【実績】	【実績】	【実績】	【実績】	

保健事業名：糖尿病性腎症・CKD(慢性腎臓病)重症化予防事業(継続)

大目標 生活習慣病の重症化予防
 中長期的な目標 ・人工透析導入者の増加抑制 ・重症化する被保険者の増加抑制
 短期的な目標 #1 糖尿病・高血圧・CKD 未治療者の減少
 事業目的 市町村による重症化予防事業の取組を支援し、糖尿病・CKDの未治療者を減少させる。
 対象者 CKDの重症度分類(出典:日本腎臓学会 CKD診療ガイド)でリスク高・リスク中となった者
 事業内容 市町村と連携を強化し、地域に応じた効果的な取組を支援する。
 ・市町村の重症化予防事業取組状況の調査 ・健康診査実施結果データ等の提供

		スタート時	変更		現状値(H28)	H30
誰が、 どういう体制で (実施体制/ストラクチャー)	評価指標	・実施市町村との結果共有の体制作り ・医師会との連携 ・新潟県糖尿病対策推進会議との連携	なし	評価	—	【計画】 実施
	目標値	関係機関との連携体制の構築	なし			【実績】 実施
(実施過程/どのよう プロセス)	評価指標	事業の進捗	・市町村同士の情報交換の場の提供 ・健康診査実施結果データ等の提供		—	【計画】 未実施市町村での事業実施方法の検討・支援
	目標値	事業の推進	なし			【実績】 効果的な取組の検討 【計画変更後の実績】 実施
アウトプット (事業実施量/どれだけやって)	評価指標	CKD進展予防のための判定基準及びフローチャートに基づいた保健指導もしくは健診結果等を活用した糖尿病性腎症等の重症化予防の実施市町村数	なし		16市町村	【計画】 20市町村
	目標値	事業実施市町村数の増加	なし			【実績】 19市町村
(成果/その結果どうなったか)	評価指標	相談実施者の翌年度の健康診査結果により病期進行が抑制された割合	CKDの重症度分類でリスク高・リスク中該当者のうち、糖尿病またはCKDで医療未受診(レセプト傷病名に「慢性腎臓病」または「糖尿病」の出現がない)の割合		—	【計画】 70.0%
	目標値	相談実施者の病期進行の抑制	50.0%以下		【計画変更後の実績】 55.3%	【実績】 — 【計画変更後の実績】 54.0%

参照データ(資料編⑧⑨⑩⑪)

R1	R2	R3	R4	R5	中間評価
【計画】 実施	【計画】 実施	【計画】 実施	【計画】 実施	【計画】 実施	・市町村の取組状況を調査し、効果的な事業の検討を進めている。
【実績】 実施	【実績】	【実績】	【実績】	【実績】	
【計画】 前年度の評価を踏まえた実施	【計画変更】 実施	【計画変更】 実施	【計画変更】 実施	【計画変更】 実施	・保健事業担当者連絡会議で健康診査実施結果等データを提供し「高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施」を見据えた市町村による重症化予防の取組に向けた検討を支援している。 <指標の変更理由> ・未実施市町村が事業を検討していけるよう、健診結果データの提供や他の市町村との情報交換の場を設定するなど具体的な支援内容を明記した。
【実績】 効果的な取組の検討・支援 【計画変更後の実績】 実施	【実績】	【実績】	【実績】	【実績】	
【計画】 22市町村	【計画】 24市町村	【計画】 26市町村	【計画】 28市町村	【計画】 30市町村	・CKD、糖尿病性腎症の重症化予防に取り組む市町村は年々増加している。
【実績】 20市町村	【実績】	【実績】	【実績】	【実績】	
【計画】 70.0%	【計画変更】 50.0%以下	【計画変更】 50.0%以下	【計画変更】 50.0%以下	【計画変更】 50.0%以下	・事業実施市町村数は増加しているものの市町村ごとに基準が異なり、事業対象者の情報が得られない場合もあることから効果測定は未実施となった。 ・計画変更後の実績は目標の50.0%以下に達していないため、市町村への支援方法の更なる検討が必要である。 <指標の変更理由> ・市町村により指導の基準や指導方法が異なるため、健康診査結果により「リスク高・リスク中該当者で医療未受診の割合」を評価する。
【実績】 — 【計画変更後の実績】 54.5%	【実績】	【実績】	【実績】	【実績】	

保健事業名： 歯科健康診査事業（継続）

大目標 加齢に伴う心身機能の低下防止
 中長期的な目標 ・生活に支障のない期間の維持
 短期的な目標 #2 自ら健康づくりに取り組む高齢者の増加 #3 口腔機能の維持・改善者の増加
 事業目的 歯科健康診査受診者増加に努めるとともに、治療が必要となった受診者を医療へつなげる。
 対象者 実施年度に76歳・80歳に達する被保険者（除外者を除く）
 事業内容 広域連合が主体となり、市町村への業務委託により実施する。
 対象者に歯科健康診査を実施し、歯や歯肉の状態や口腔清掃状況等の要治療者に対して、適切な医療

		スタート時	変更		現状値 (H28)	H30
誰が、 どういう 体制で	ストラクチャー （実施体制／ 目標値）	評価指標 ・歯科健康診査推進計画の策定 ・医療の分析結果を市町村に提供	なし	評価		【計画】 実施
	目標値	市町村との連携体制の構築	なし			【実績】 実施
（実施過程／ プロセス どのように）	評価指標	未実施市町村への歯科健康診査実施のための支援	なし			【計画】 実施
	目標値	円滑な歯科健康診査の実施	なし			【実績】 実施
（事業実施量／ アウトプット どれだけやって）	評価指標	歯科健康診査実施市町村数	1) 歯科健康診査実施市町村数 2) 歯科健康診査の受診率		1) 11市町村 【計画変更後の現状】 1) 11市町村 2) 11.6%	【計画】 前年度比増加
	目標値	歯科健康診査実施市町村数の増加	1) 前年度比増加 2) 前年度比増加			【実績】 1) 15市町村 【計画変更後の実績】 1) 15市町村 2) 14.6%
（成果／ その結果 どうなったか）	評価指標	歯科健診結果が要治療で、歯科健診受診月の翌月以降に歯科レセプトがある人の割合	なし		93.6%	【計画】 90.0%
	目標値	要治療で医療に結び付いた割合 90.0%	なし			【実績】 96.5%

につなげる。

参照データ(資料編⑪⑱)

R1	R2	R3	R4	R5	中間評価
【計画】 実施	【計画】 実施	【計画】 実施	【計画】 実施	【計画】 実施	・毎年、歯科健康診査推進計画を策定している。 ・歯科健康診査後に医療に結びついた割合を分析し、市町村に提供している。
【実績】 実施	【実績】	【実績】	【実績】	【実績】	
【計画】 実施	【計画】 実施	【計画】 実施	【計画】 実施	【計画】 実施	・各市町村に取組状況を確認し、歯科健康診査推進計画にて提供している。 ・未実施市町村に対して、課題の聞き取りを実施している。
【実績】 実施	【実績】	【実績】	【実績】	【実績】	
【計画】 前年度比増加	【計画変更】 1)前年度比増加 2)前年度比増加	【計画変更】 1)前年度比増加 2)前年度比増加	【計画変更】 1)前年度比増加 2)前年度比増加	【計画変更】 1)前年度比増加 2)前年度比増加	・委託料の増額(H30までは基準額の1/3が市町村の持ち出しだったが、R1から基準額の全額を委託料とした。)により、実施する市町村の増加につながった。 ・実施する市町村が増え、要治療に結び付く者が増えているが、今後は実施する市町村の更なる増加を目指すとともに、歯科健診受診率を上げていく必要がある。 ＜指標の変更理由＞ ・口腔機能の維持・改善者の増加のためには健診を実施する市町村数を増やすと共に健診受診率を上げることが重要なため、追加した。
【実績】 1)18市町村 【計画変更後の実績】 1)18市町村 2)13.0%	【実績】	【実績】	【実績】	【実績】	
【計画】 90.0%	【計画】 90.0%	【計画】 90.0%	【計画】 90.0%	【計画】 90.0%	・要治療者が医療に結び付く割合が計画の90.0%を上回っている。
【実績】 95.4%	【実績】	【実績】	【実績】	【実績】	

保健事業名：在宅要介護者歯科保健事業(継続)

大目標

中長期的な目標

短期的な目標

事業目的

対象者

事業内容

加齢に伴う心身機能の低下防止

・生活に支障のない期間の維持

#2 自ら健康づくりに取り組む高齢者の増加 #3 口腔機能の維持・改善者の増加

通院による歯科保健医療サービスを受けることが困難な要介護者に対して、在宅において歯科健診や歯被保険者で、通院による歯科保健サービスを受けることが困難な、新潟市に住所を有する要介護3～5の新潟市歯科医師会へ業務委託して実施する。

・歯科医師及び歯科衛生士等による訪問歯科健診

・歯科健診結果の通知と口腔ケア指導及び健康教育

・その他必要な相談及び援助

		スタート時	変更		現状値(H28)	H30
誰が、 （実施体制／ どういう体制で）	評価指標	新潟市歯科医師会との打合せ 会議	なし	評 価	実施	【計画】 実施
	目標値	新潟市歯科医師会との連携体制の強化	なし			【実績】 実施
（実施過程／ どのよう）	評価指標	・効果的な対象者の選定 ・居宅介護支援事業所への事業周知	なし		実施	【計画】 実施
	目標値	円滑な訪問歯科健康診査の実施	なし			【実績】 実施
（事業実施量／ どれだけやって）	評価指標	訪問歯科健康診査の受診者数	なし		79人	【計画】 前年度比増加
	目標値	訪問歯科健康診査受診者数の増加	なし			【実績】 101人
（成果／ その結果どうなったか）	評価指標	訪問歯科健診結果が要治療で、訪問歯科健診受診月の翌月以降に歯科レセプトのある人の割合	なし		77.2%	【計画】 77.5%
	目標値	要治療で医療に結びついた割合 80.0%	なし			【実績】 80.0%

科保健指導等を行うことにより、治療が必要な受診者を医療へつなげる。
認定を受けた者。(新潟市以外は、県が「無料訪問歯科健診」を実施している)

参照データ(資料編⑨)

R1	R2	R3	R4	R5	中間評価
【計画】 実施	【計画】 実施	【計画】 実施	【計画】 実施	【計画】 実施	・新潟市歯科医師会との打合せを実施し、前年度の評価をするとともに、事業の実施内容や事業周知方法等を検討した。
【実績】 実施	【実績】	【実績】	【実績】	【実績】	
【計画】 実施	【計画】 実施	【計画】 実施	【計画】 実施	【計画】 実施	・新潟市歯科医師会より居宅介護支援事業者や介護施設へ事業の勧奨を行った。 ・介護度3～5の認定通知とともに在宅要介護者歯科保健事業の案内文を送付し、必要な人に情報が行き届くようにした。
【実績】 実施	【実績】	【実績】	【実績】	【実績】	
【計画】 前年度比増加	【計画】 前年度比増加	【計画】 前年度比増加	【計画】 前年度比増加	【計画】 前年度比増加	・認定通知時の案内の他、介護施設への働きかけやケアマネジャーの勧奨等により、年々健診を希望する者が増えてきている。
【実績】 113人	【実績】	【実績】	【実績】	【実績】	
【計画】 78.0%	【計画】 78.5%	【計画】 79.0%	【計画】 79.5%	【計画】 80.0%	・訪問歯科健診受診者の増加とともに、健診受診後に医療に結びついた人の割合も年々増加している。
【実績】 82.4%	【実績】	【実績】	【実績】	【実績】	

保健事業名：在宅訪問栄養食事相談事業(継続)

大目標

中長期的な目標

短期的な目標

事業目的

対象者

事業内容

加齢に伴う心身機能の低下防止

・生活に支障のない期間の維持

#2 自ら健康づくりに取り組む高齢者の増加 #4 栄養改善・維持を図れる者の増加

低栄養状態及びフレイル状態の被保険者の居宅を訪問し個々の状況に合わせて実効的な栄養相談を前年度の健康診査結果で、BMIが21.5kg/㎡未満かつ1年間に2kg以上(H30まで:半年以内に1kg以上)広域連合と実施地域の市町村が共同事業協定を結び、新潟県栄養士会へ業務委託し実施する。

・訪問栄養相談を行う管理栄養士の育成研修

・訪問栄養相談の実施(6ヶ月間に3回訪問、手紙・電話による支援1回、6ヶ月後にフォローアップ訪問1回)

		スタート時	変更		現状値(H28)	H30
(実施体制/誰が、どういう体制で)	評価指標	・新潟県栄養士会との打合せ会議 ・実施市町村との共同事業に関する協定の締結 ・かかりつけ医や地域包括支援センター等との情報共有・協力等の連携体制の構築	・新潟県栄養士会との打合せ会議 ・実施市町村との共同事業に関する協定の締結 ・かかりつけ医や地域包括支援センター等との情報共有・協力等の連携体制の構築 ・訪問相談が実施可能な栄養士の確保		実施 【変更後の現状値】 実施	【計画】 実施
	目標値	・関係機関との連携体制の強化	・関係機関との連携体制の強化 ・訪問相談に必要な管理栄養士の確保			【実績】 実施 【計画変更後の実績】 実施
(実施過程/どのように)	評価指標	・在宅訪問栄養食事相談事業での訪問相談が実施可能な栄養士の数	フロー図に沿った実施(情報収集、アセスメント方法、対象者の選定方法、目標の設定、訪問回数、参加者アンケート、記録状況等)	評	16人 【変更後の現状値】 —	【計画】 前年度比増加
	目標値	管理栄養士の育成	フロー図のとおり事業が進められる。			【実績】 22人 【計画変更後の実績】 実施
(事業実施量/どれだけやって)	評価指標	訪問相談実施者のBMI値が維持・改善した割合	1)訪問相談実施率 (相談実施者数/申請者数) 2)訪問相談3回終了者率 (訪問3回終了者/相談実施数)	価	—	【計画】 50.0%
	目標値	訪問相談実施者の心身機能の維持・向上50.0%	1)維持・増加 2)維持・増加			【実績】 81.0% 【計画変更後の実績】 1)62.5% 2)89.2%
(成果/その結果どうなったか)	評価指標	訪問相談実施者の日常生活チェック項目が改善した割合	1)相談実施者のBMI値が維持・改善した割合(相談1回目と相談3回目のBMIを比較して、維持・改善者/実施者) 2)相談実施者の日常生活チェック項目が改善した割合(アセスメント表「体によい変化があらわれた」「気持ちによい変化があらわれた」と回答した者/実施者)		—	【計画】 70.0%
	目標値	訪問相談実施者の生活改善率80.0%	1)80.0% 2)80.0%			【実績】 65.5% 【計画変更後の実績】 1)81.0% 2)65.5%

行うことで、栄養改善及び心身機能の低下予防を促すとともに生活機能の維持・改善を図る。
体重が減少している者

)

参照データ(資料編⑨)

R1	R2	R3	R4	R5	中間評価
【計画】 実施	【計画変更】 実施	【計画変更】 実施	【計画変更】 実施	【計画変更】 実施	・実施市町村、県栄養士会、かかりつけ医や地域包括支援センター等と連携した事業実施ができています。 ・毎年、管理栄養士の育成研修を実施し、訪問相談が可能な管理栄養士は確保されている。 ＜指標の変更理由＞ ・管理栄養士の育成・確保は事業実施のための体制であるため、プロセスからストラクチャーに変更した。
【実績】 実施 【計画変更後の実績】 実施	【実績】	【実績】	【実績】	【実績】	
【計画】 前年度比増加	【計画変更】 実施	【計画変更】 実施	【計画変更】 実施	【計画変更】 実施	・関係機関からの情報提供後に申し込みがキャンセルとなり情報が無駄になるケースなどがあったため、毎年フロー図を見直し効率的に事業を行っていく必要がある。 ＜指標の変更理由＞ ・スタート時の指標は事業実施のための体制であるため、ストラクチャーとし中間評価はストラクチャーに記載した。 ・訪問期間が長期に渡るためフロー図に沿った実施、進捗管理ができているかどうかで評価することとした。
【実績】 24人 【計画変更後の実績】 実施	【実績】	【実績】	【実績】	【実績】	
【計画】 50.0%	【計画変更】 1)前年度比維持・増加 2)前年度比維持・増加	【計画変更】 1)前年度比維持・増加 2)前年度比維持・増加	【計画変更】 1)前年度比維持・増加 2)前年度比維持・増加	【計画変更】 1)前年度比維持・増加 2)前年度比維持・増加	・チラシの工夫やタイムリーな働きかけにより訪問相談実施率は増加しているが、申請があっても相談実施に至らないケースや、1回目、2回目の相談後中断するケースがあり、実施率・3回終了者率を維持する取組が必要である。
【実績】 82.1% 【計画変更後の実績】 1)67.6% 2)81.3%	【実績】	【実績】	【実績】	【実績】	＜指標の変更理由＞ ・訪問相談実施者のBMI値の維持・改善は成果であるため、アウトカム指標に変更し、中間評価はアウトカムに記載した。
【計画】 75.0%	【計画変更】 1)80.0% 2)80.0%	【計画変更】 1)80.0% 2)80.0%	【計画変更】 1)80.0% 2)80.0%	【計画変更】 1)80.0% 2)80.0%	・管理栄養士の育成研修や前年度の訪問経験を活かし、対象者個々の状況に合わせた指導を行うことで相談実施者のBMI値、日常生活チェック項目ともに改善が見られた。 ＜指標の変更理由＞ ・スタート時のアウトプット指標は、事業の成果であるためアウトカム指標とし、アウトカムの指標を2つとした。 ・相談実施の結果、1)相談実施者のBMI値は当初の目標値を大きく上回る維持・改善が見られたため、目標値を上方修正した。
【実績】 89.7% 【計画変更後の実績】 1)82.1% 2)89.7%	【実績】	【実績】	【実績】	【実績】	

保健事業名：健康づくり高齢者補助金交付事業(長寿・健康増進事業)(継続)

大目標 加齢に伴う心身機能の低下防止、生活習慣病の重症化予防
 中長期的な目標 生活に支障のない期間の維持、人工透析導入者の増加抑制、脳血管疾患の増加抑制、重症化する被保
 短期的な目標 #1 糖尿病・高血圧・CKD 未治療者の減少 #2 自ら健康づくりに取り組む高齢者の増加 #3 口腔機能
 事業目的 被保険者の健康増進に資する事業の推進に向けて、市町村が行う健康づくり事業等に対する補助を実
 対象者 広域連合特別対策補助金で定める長寿・健康増進事業の対象者
 事業内容 広域連合特別対策補助金による補助金の交付 [対象事業] ・健康教育・健康相談事業 ・人間ドックの

		スタート時	変更		現状値(H28)	H30
誰が、 どういう 体制で	評価指標	予算の確保	なし	評 価	市町村の申請を踏まえて、必要な財源を確保できた。	【計画】 実施
	目標値	事業実施に必要な財源の確保	なし			【実績】 実施
(実施過程 / どのよう に)	評価指標	各種会議での周知	なし		会議等で周知	【計画】 実施
	目標値	円滑な事業の実施	なし			【実績】 実施
(事業実施量 / どれだけや って)	評価指標	補助金交付市町村数	なし		28市町村	【計画】 28市町村
	目標値	実施市町村数の維持・増加	なし			【実績】 29市町村
(成果 / その結果どうな ったか)	評価指標	補助金交付市町村数	なし		28市町村	【計画】 28市町村
	目標値	被保険者の健康増進に資する事業の推進	なし			【実績】 29市町村

険者の増加抑制
の維持・改善者の増加 #4 栄養改善・維持を図れる者の増加
施する。

費用助成 ・その他、被保険者の健康増進のために必要と認められる事業等

参照データ(資料編⑨)

R1	R2	R3	R4	R5	中間評価
【計画】 実施	【計画】 実施	【計画】 実施	【計画】 実施	【計画】 実施	・事業実施に必要な財源を毎年確保している。
【実績】 実施	【実績】	【実績】	【実績】	【実績】	
【計画】 実施	【計画】 実施	【計画】 実施	【計画】 実施	【計画】 実施	・各種会議等での周知や、他市町村の事業例の共有を行い、円滑な事業を毎年実施している。
【実績】 実施	【実績】	【実績】	【実績】	【実績】	
【計画】 29市町村	【計画】 30市町村	【計画】 30市町村	【計画】 30市町村	【計画】 30市町村	・交付対象のメニューを増やす等、交付基準の見直しを行い、補助金交付市町村は毎年増加し、令和元年度には全市町村に交付となった。
【実績】 30市町村	【実績】	【実績】	【実績】	【実績】	
【計画】 29市町村	【計画】 30市町村	【計画】 30市町村	【計画】 30市町村	【計画】 30市町村	
【実績】 30市町村	【実績】	【実績】	【実績】	【実績】	
【計画】 29市町村	【計画】 30市町村	【計画】 30市町村	【計画】 30市町村	【計画】 30市町村	
【実績】 30市町村	【実績】	【実績】	【実績】	【実績】	

保健事業名：重複・頻回受診者訪問相談事業(継続)

大目標	必要な受診・その他サービスの利活用による医療費の適正化
中長期的な目標	・重複受診割合の増加抑制 ・頻回受診割合の増加抑制
短期的な目標	#5 適切な受診行動・服薬行動がとれる者の増加
事業目的	重複・頻回受診傾向にある被保険者及びその家族に対し、保健師、看護師等が訪問し、療養上の日常生活の軽減や医療費の適正化を図る。
対象者	【重複受診】3ヶ月連続して、同月中に同一疾病で2医療機関以上受診している者 【頻回受診】3ヶ月連続して、同月中に同一医療機関を12回以上受診している者（人工透析患者は除く）
事業内容	民間業者への業務委託により実施する。 ・専門職（保健師・看護師等）による、対象者の居宅での訪問健康相談の実施 ・適正な受診やかかりつけ医、かかりつけ薬局を持つことに関する意識啓発

		スタート時	変更		現状値(H28)	H30
誰が、 （実施体制／ という体制で）	ストラクチャー 評価指標	・市町村との訪問相談結果共有等による連携体制の強化 ・新潟県医師会との事業実施状況等の共有による連携体制の強化	なし	評価	実施	【計画】 実施
	目標値	関係機関との連携体制の強化	なし			【実績】 実施
（実施過程／ どのよう）	プロセス 評価指標	・各種広報媒体による意識啓発の実施 ・対象者全体に対する訪問相談実施者の割合	・各種広報媒体による意識啓発の実施 ・高齢者の特性を踏まえた対象疾病の優先順位付け等による対象者の抽出及び対象者の市町村との共有		1)― 2)11.2% 【計画変更後の現状】 実施	【計画】 1)実施 2)20.0%
	目標値	・適正な受診やかかりつけ医を持つことに関する意識啓発の実施 ・効果的な対象者の選定	なし			【実績】 1)広報実施 2)31.6% 【計画変更後の実績】 実施
（事業実施量／ どれだけやって）	アウトプット 評価指標	訪問相談実施者で訪問相談実施月の翌月から3ヶ月間のレセプトにより、対象者に該当しなくなった者の割合	訪問相談実施率(相談実施数／事業案内者数)		【重複】55.8% 【頻回】49.6% 【計画変更後の現状】 【重複】29.5% 【頻回】23.7%	【計画】 【重複】50.0% 【頻回】50.0%
	目標値	訪問相談実施者の受診行動改善率50.0%	前年度比維持・増加			【実績】 【重複】70.8% 【頻回】47.6% 【計画変更後の実績】 【重複】33.7% 【頻回】30.4%
（成果／ その結果どうなったか）	アウトカム 評価指標	訪問相談実施者で、訪問相談実施月の翌月から3ヶ月間のレセプトにより、対象者に該当しなくなった者の1人当たりの1ヶ月平均の医療費削減額	1)訪問相談実施者で訪問相談実施月の翌月から3ヶ月間のレセプトにより、対象者に該当しなくなった割合 2)訪問相談実施者で訪問相談実施月の翌月から3ヶ月間のレセプトにより、対象者に該当しなくなった者の一人当たりの1ヶ月平均の医療費削減額		削減 【計画変更後の現状】 1) 【重複】55.8% 【頻回】49.6% 2) 【重複】9,952円 【頻回】14,709円	【計画】 医療費の削減
	目標値	訪問相談実施者の行動変容による医療費の削減	1)50.0% 2)医療費削減			【実績】 削減 【計画変更後の実績】 1) 【重複】70.8% 【頻回】47.6% 2) 【重複】19,775円 【頻回】11,996円

活に関する健康相談等を行うことにより、生活習慣病の重症化予防及び被保険者の適正な受診を促すことで、自己負担額

参照データ(資料編⑫⑬)

R1	R2	R3	R4	R5	中間評価
【計画】 実施	【計画】 実施	【計画】 実施	【計画】 実施	【計画】 実施	・事業開始にあたり、医師会と事業の円滑な実施と推進について協議を実施した。 ・相談実施者から同意を得て相談結果を市町村と共有し、引き続き見守りを行う体制を構築できた。
【実績】 実施	【実績】	【実績】	【実績】	【実績】	
【計画】 1)実施 2)30.0%	【計画変更】 実施	【計画変更】 実施	【計画変更】 実施	【計画変更】 実施	・ガイドブック、しおり等による機会を捉えた広報を実施した。 ・生活習慣病や低栄養、身体機能等に関する疾病を持つ者を優先的に訪問対象者として選定した。 ＜指標の変更理由＞ ・訪問相談実施者の割合は事業の結果であるためアウトプットとし、中間評価はアウトプットに記載した。 ・効果的な対象者の選定を評価する指標として、高齢者の特性を踏まえた訪問対象者の優先順位付けや市町村との共有等の手順を踏まえた対象者の選定がされているかどうかで評価することとした。
【実績】 1)広報実施 2)24.7% 【計画変更後の実績】 実施	【実績】	【実績】	【実績】	【実績】	
【計画】 [重複]50.0% [頻回]50.0%	【計画変更】 前年度比維持・増加	【計画変更】 前年度比維持・増加	【計画変更】 前年度比維持・増加	【計画変更】 前年度比維持・増加	・訪問相談実施率は、令和元年度で目標値を下回っており、実施率を上げるための取組が必要である。 ＜指標の変更理由＞ ・訪問相談実施者の受診行動改善率は事業の成果であるためアウトカムとし、中間評価はアウトカムに記載した。 ・訪問相談実施率をプロセスからアウトプットに変更した。なお、訪問相談実施率は事業案内者数に占める相談実施数で評価することとした。
【実績】 [重複]61.2% [頻回]51.0% 【計画変更後の実績】 [重複]24.8% [頻回]24.6%	【実績】	【実績】	【実績】	【実績】	
【計画】 医療費の削減	【計画変更】 1)50.0% 2)医療費の削減	【計画変更】 1)50.0% 2)医療費の削減	【計画変更】 1)50.0% 2)医療費の削減	【計画変更】 1)50.0% 2)医療費の削減	・医療専門職が個別にアプローチすることにより、重複・頻回対象者に該当しなくなった者が多く、医療費削減にもつながっている。 ＜指標の変更理由＞ ・スタート時のアウトプット指標をアウトカム指標とし、アウトカムの指標を2つとした。
【実績】 削減 【計画変更後の実績】 1) [重複]61.2% [頻回]51.0% 2) [重複]15,403円 [頻回]19,727円	【実績】 1) [重複] [頻回] 2) [重複] [頻回]	【実績】 1) [重複] [頻回] 2) [重複] [頻回]	【実績】 1) [重複] [頻回] 2) [重複] [頻回]	【実績】 1) [重複] [頻回] 2) [重複] [頻回]	

保健事業名：服薬相談事業(継続)

大目標

中長期的な目標

短期的な目標

事業目的

対象者

事業内容

必要な受診・その他サービスの利活用による医療費の適正化

・服薬相談が必要な被保険者割合の増加抑制

#5 適切な受診行動・服薬行動がとれる者の増加

薬剤師が居宅を訪問し、薬の管理や飲み方の提案等を行うことで、被保険者の適正な服薬を促し、日常3ヶ月連続して同月中に2医療機関以上受診しており、重複投薬や併用禁忌薬剤処方の方の状況が疑われ、広域連合が主体となって、関係機関との協議により、効果的な実施体制を検討する。

・薬剤師による薬に関する訪問相談の実施 ・適正な受診やかかりつけ医、かかりつけ薬局を持つこと

		スタート時	変更		現状値(H28)	H30
誰が、 どのような 体制で	評価指標	市町村や医師会、薬剤師会等との連携体制の構築	なし	評価	—	【計画】 実施
	目標値	関係機関との連携体制の構築	なし			【実績】 実施
(実施過程/どのよう に)	評価指標	前年度の評価を踏まえた事業の実施	なし		—	【計画】 前年度の評価を踏まえた実施
	目標値	効果的な事業の推進	なし			【実績】 実施
(事業実施量/どれだけや って)	評価指標	相談実施者で相談実施月の翌月から3ヶ月間のレセプトにより、対象者に該当しなくなった者の割合	1)訪問相談申請率 (訪問相談申請者数/申請勧奨者数) 2)訪問相談実施率 (訪問相談実施者数/訪問相談申請者数)		—	【計画】 50.0%
	目標値	相談実施者の受診行動改善率 50.0%	1)維持・増加 2)維持・増加			【実績】 62.5% 【計画変更後の実績】 1)6.9% 2)65.3%
(成果/その結果どうな ったか)	評価指標	相談実施者で、相談実施月の翌月から3ヶ月間のレセプトにより、対象者に該当しなくなった者の一人当たりの1ヶ月平均の医療費削減額	1)相談実施者で、相談実施月の翌月から3ヶ月のレセプトにより、対象に該当しなくなった者の割合 2)相談実施者で、相談実施月の翌月から3ヶ月のレセプトにより、対象に該当しなくなった者の一人当たりの医科(投薬のみ)・調剤医療費の削減効果(1ヶ月平均)		—	【計画】 医療費の削減
	目標値	相談実施者の行動変容による医療費の削減	1)50.0% 2)削減			【実績】 削減効果 3,287円 【計画変更後の実績】 1)62.5% 2)3,287円

生活の改善及び健康の保持増進を図るとともに、自己負担額の軽減や医療費の適正化を図る。
服薬に関する確認や相談、調整が必要な状況が疑われる者

に関する意識啓発

参照データ(資料編⑬⑭)

R1	R2	R3	R4	R5	中間評価
【計画】 実施	【計画】 実施	【計画】 実施	【計画】 実施	【計画】 実施	・新潟市薬剤師会と連携を取りながら事業を実施している。 ・今後は「高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施」のメニューの中で実施していく市町村を支援していく必要がある。
【実績】 実施	【実績】	【実績】	【実績】	【実績】	
【計画】 前年度の評価を踏まえた実施	【計画】 前年度の評価を踏まえた実施	【計画】 前年度の評価を踏まえた実施	【計画】 前年度の評価を踏まえた実施	【計画】 前年度の評価を踏まえた実施	・薬剤師会との協議の中で、対象者の抽出方法や訪問の実施時期を見直して実施している。
【実績】 実施	【実績】	【実績】	【実績】	【実績】	
【計画】 50.0%	【計画変更】 1)前年度比維持・増加 2)前年度比維持・増加	【計画変更】 1)前年度比維持・増加 2)前年度比維持・増加	【計画変更】 1)前年度比維持・増加 2)前年度比維持・増加	【計画変更】 1)前年度比維持・増加 2)前年度比維持・増加	・申請率が1割以下であり、申請があっても相談実施に至らないケースもでており、申請率及び実施率を上げる工夫が必要である。 ＜指標の変更理由＞ ・スタート時のアウトプット指標は成果のため、アウトカム指標とし、中間評価はアウトカムに記載した。
【実績】 55.1%	【実績】	【実績】	【実績】	【実績】	
【計画変更後の実績】 1)7.9% 2)65.3%					
【計画】 医療費の削減	【計画変更】 1)50.0% 2)医療費の削減	【計画変更】 1)50.0% 2)医療費の削減	【計画変更】 1)50.0% 2)医療費の削減	【計画変更】 1)50.0% 2)医療費の削減	・訪問相談前に対象となった3ヶ月分のレセプトを含む最新のレセプト情報を薬剤師会に提供することで、訪問相談する薬剤師が相談実施者一人ひとりの状況を事前に把握することができ、その人に合ったより良い相談をすることができているため、相談実施者の半数以上の受診行動が改善されており、医療費の削減にもつながっている。 ＜指標の変更理由＞ ・スタート時のアウトプット指標をアウトカム指標とし、アウトカムの指標を2つとした。
【実績】 削減効果 5,784円	【実績】 1)	【実績】 1)	【実績】 1)	【実績】 1)	
【計画変更後の実績】 1)55.1% 2)5,784円	2)	2)	2)	2)	

保健事業名：ジェネリック医薬品普及・啓発事業（継続）

大目標 必要な受診・その他サービスの利活用による医療費の適正化
 中長期的な目標 ・ジェネリック医薬品の普及率向上
 短期的な目標 #6 ジェネリック医薬品の普及率向上
 事業目的 現在使用している先発医薬品をジェネリック医薬品へ切り替えることによって、患者の自己負担額の軽減
 対象者 切り替え可能な先発医薬品を使用している者
 事業内容 広域連合が主体となって市町村と協力して実施
 ①広報誌等による啓発 ・市町村広報誌への掲載依頼（年1回）・後期高齢者医療制度ガイドブック、
 ②ジェネリック医薬品希望カードの配布 ・被保険者証交付時の配布 ・市町村窓口等の配布
 ③ジェネリック医薬品差額通知 ・ジェネリック医薬品に変更した場合に、自己負担額が100円以上軽減
 ④他保険者との情報共有や共同実施等による効果的な啓発の実施

		スタート時	変更		現状値(H28)	H30
誰が、 （実施体制／ という体制で）	評価指標	保険者協議会等での各保険者でのジェネリック医薬品に関する協議回数	なし	評価	1回	【計画】 2回
	目標値	他保険者との連携体制の構築	なし			【実績】 2回
（実施過程／ どのよう に）	評価指標	各種事業の実施	・広報誌等による啓発の実施 ・ジェネリック医薬品希望カードの配布 ・ジェネリック医薬品差額通知		実施	【計画】 実施
	目標値	取組の推進	なし			【実績】 実施 【計画変更後の 実績】 実施
（事業実施量／ どれだけや って）	評価指標	ジェネリック医薬品の普及率	ジェネリック医薬品差額通知者の切替率（切替者数/通知者数）（発送ごとの切替率）		65.2%	【計画】 74.0%
	目標値	ジェネリック医薬品の普及率（数量ベース） 80.0%以上	25.0%		【計画変更後の 現状】 1回目 16.0% 2回目 23.4%	【実績】 74.9% 【計画変更後の 実績】 1回目 24.8% 2回目 23.8%
（成果／その 結果どうな ったか）	評価指標	ジェネリック医薬品差額通知の発送による1年間の切替効果額（合計）	ジェネリック医薬品差額通知の発送による1年間の切替効果額（発送ごとの効果額）		3,852万円 （1年の合計ではなく、発送1年後の単月の金額を誤って記載していた）	【計画】 医療費の削減
	目標値	ジェネリック医薬品差額通知による切替者の医療費の削減	なし		【修正】 1回目 329,637千円 2回目 290,626千円	【計画変更後の 実績】 削減 1回目 215,422千円 2回目 175,991千円

減と医療費の適正化を図る。

小冊子、ホームページ等への掲載

減される可能性のある被保険者にハガキで通知

参照データ(資料編⑭⑮⑰)

R1	R2	R3	R4	R5	中間評価
【計画】 前年度の協議 内容を踏まえ た必要な回数	【計画】 前年度の協議 内容を踏まえ た必要な回数	【計画】 前年度の協議 内容を踏まえ た必要な回数	【計画】 前年度の協議 内容を踏まえ た必要な回数	【計画】 前年度の協議 内容を踏まえ た必要な回数	・保険者協議会等で効果的な啓発方法を検討している。
【実績】 2回	【実績】	【実績】	【実績】	【実績】	
【計画】 実施	【計画変更】 実施	【計画変更】 実施	【計画変更】 実施	【計画変更】 実施	・市町村広報誌等による広報とともに、ジェネリック医薬品希望カードの配布や差額通知を年2回実施している。 ＜指標の変更理由＞ ・実施内容を具体的に表し評価しやすいように工夫した。
【実績】 実施 【計画変更後の 実績】 実施	【実績】	【実績】	【実績】	【実績】	
【計画】 77.0%	【計画変更】 25.0%	【計画変更】 25.0%	【計画変更】 25.0%	【計画変更】 25.0%	・ジェネリック医薬品の普及率は年々伸びている。 ・差額通知や広報誌等による啓発の実施はジェネリック医薬品への切り替えに一定の効果があると考えられ、目標値に到達できるよう継続した取組が必要である。 ＜指標の変更理由＞ ・ジェネリック医薬品の普及率は事業の成果を表す指標であり、計画の中・長期目標でもあるため、評価指標をジェネリック医薬品差額通知者の切替率に変更した。
【実績】 78.4% 【計画変更後の 実績】 1回目 23.1% 2回目(8ヶ月 間) 17.1%	【実績】	【実績】	【実績】	【実績】	
【計画】 医療費の削減	【計画変更】 医療費の削減	【計画変更】 医療費の削減	【計画変更】 医療費の削減	【計画変更】 医療費の削減	・ジェネリック医薬品差額通知による医療費削減効果は大きく、継続した取組が必要である。 ＜指標の変更理由＞ ・切替効果額を年間合計で見た場合、重複して効果額が計上される者がいるため、発送ごとの効果額を評価する。
【計画変更後の 実績(暫定)】 削減 1回目 158,796千円 2回目(8ヶ月 間) 85,719千円	【実績】	【実績】	【実績】	【実績】	

保健事業名： 高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施(令和2年度より新

大目標	生活習慣病の重症化予防 加齢に伴う心身機能の低下防止 必要な受診・その他サービスの利活用
中長期的な目標	・人工透析導入者の増加抑制 ・脳血管疾患の増加抑制 ・重症化する被保険者の増加抑制 ・生 ・重複受診者割合の増加抑制 ・頻回受診者割合の増加抑制 ・服薬相談が必要な被保険者割合
短期的な目標	#1 糖尿病・高血圧・CKD 未治療者の減少 #2 自ら健康づくりに取り組む高齢者の増加 #3 口腔 #5 適切な受診行動・服薬行動がとれる者の増加 #7 健康状態が不明な高齢者の減少
事業目的	フレイル状態など高齢者の多様な課題に対して、ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチ
対象者	すべての被保険者
事業内容	KDBシステムを活用した地域の健康課題の分析・対象者の把握や関係機関と連携しながらのハイリ 1)ハイリスクアプローチ ア 低栄養防止・生活習慣病等の重症化予防への取組 イ 重複・頻回受診者、重複投薬者等への相談・指導の取組 ウ 健康状態が不明な高齢者の状態把握。必要なサービスへの接 2)ポピュレーションアプローチ 通いの場等における、フレイル予防の普及啓発、運動・栄養・口腔

		スタート時	変更		現状値(R1)	H30
誰が、 （実施体制／ という体制で）	評価指標	・市町村との連携 ・予算の確保	新規	評 価	保健事業担当 者連絡会議に おいて、意見交 換の実施	【計画】
	目標値	市町村との連携体制構築	新規			【実績】
（実施過程／どのよう プロセス）	評価指標	市町村における円滑な事業の開始 ・事業の企画・調整やKDBシステム を活用した地域の健康課題の分析・ 対象者の把握等の個別支援 ・市町村が円滑に事業を実施できる ように、各市町村の後期高齢者健 康診査結果有所見者状況・受診勧 奨判定値該当者の状況のデータ提 供 ・保健事業担当者連絡会議等で、 事業を実施している市町村の取組 の情報提供	新規		実施	【計画】
	目標値	市町村における効果的な事業の実 施	新規			【実績】
どれだけや （事業実施量／ って）	評価指標	広域連合における市町村への個別 支援の実施数(支援市町村数)	新規		4市町村	【計画】
	目標値	次年度新たに事業開始する市町村 数	新規			【実績】
その結果どう （成果／ なったか）	評価指標	事業実施市町村数	新規		—	【計画】
	目標値	26市町村 (健康寿命延伸プランにより、令和6 年までに全市町村の実施とする)	新規			【実績】

規)

による医療費の適正化

活に支障のない期間の維持・健康状態が不明な高齢者の減少
の増加抑制

機能の維持・改善者の増加 #4 栄養改善・維持を図れる者の増加

の両面から支援し、フレイル予防に取り組む市町村を増やす。

スクアプローチ・ポピュレーションアプローチを行う市町村を支援する。

続への取組

等の健康教育・健康相談等の積極的な関与

R1	R2	R3	R4	R5	中間評価
【計画】	【計画】 実施	【計画】 実施	【計画】 実施	【計画】 実施	
【実績】	【実績】	【実績】	【実績】	【実績】	
【計画】	【計画】 実施	【計画】 実施	【計画】 実施	【計画】 実施	
【実績】	【実績】	【実績】	【実績】	【実績】	
【計画】	【計画】 6市町村	【計画】 10市町村	【計画】 6市町村	【計画】 4市町村	
【実績】	【実績】	【実績】	【実績】	【実績】	
【計画】	【計画】 4市町村	【計画】 10市町村	【計画】 20市町村	【計画】 26市町村	
【実績】	【実績】	【実績】	【実績】	【実績】	

2 目標達成に向けた取組

広域連合では、保健事業を着実に実施し、目標(好転した状態)に向けて、下記の取組を推進します。

(1) 広域連合主体の取組

- ① 被保険者の健康増進を目的とした効果的な広報の実施
- ② 保健事業の実施体制の検討
- ③ KDB システム等を活用した医療や介護、健康診査などに係る継続したデータ分析
- ④ 必要な医療と必要な場所を提供するための環境づくり

(2) 市町村との連携による取組

- ① KDB システム等による、市町村ごとの分析結果や健康課題等の情報提供
- ② 地域課題や保健事業等に関する意見交換(市町村訪問・保健事業担当者連絡会議等)
- ③ 市町村において、高齢者の保健事業と国民健康保険の保健事業・介護予防等を一体的に実施する取組の支援

(3) その他関係機関との連携による取組

- ① 保健事業等にかかる情報や課題の共有化
- ② 国保連合会が実施する「国保・後期高齢者医療ヘルスサポート事業」の活用
- ③ 新潟県保険者協議会を活用した、各保険者との連携による効果的な保健事業の実施
- ④ 被用者保険の保険者等との連携による取組

3 新型コロナウイルス感染症対策

保健事業の実施にあたっては、下記に十分に配慮して行います。

- (1) 手洗いやマスクの着用を含む咳エチケット
- (2) 密閉空間、密集場所、密接場面の三密の回避
- (3) その他新しい生活様式の実践

第 5 章 計画の公表・周知等

1 計画の公表・周知

本計画及び評価内容についてはホームページへ掲載し、冊子を県や市町村をはじめとした関係者へ配布するなどして、広く被保険者が閲覧できるようにします。

2 個人情報の取扱い

本計画の推進にあたり、個人情報の保護に関する法律(平成 15 年法律第 57 号)及び新潟県後期高齢者医療広域連合個人情報保護条例(平成 19 年条例第 9 条)を遵守します。

また、組織内の安全管理措置について定めた情報セキュリティポリシーを職員に周知徹底することにより個人情報を保護します。

資料編

データ資料

- ① 市町村別 被保険者数と高齢化率
- ② 平均寿命と健康寿命
- ③ 市町村別 医療費の状況(各年度末時点)
- ④ 市町村別 第1号被保険者 要介護(要支援)認定者の状況
- ⑤ 市町村別 健康診査受診率
- ⑥ 後期高齢者の健診結果の状況(令和元年度)
- ⑦ 受診勧奨判定値の未治療者で医療に結び付いた割合
- ⑧ 糖尿病性腎症・CKD(慢性腎臓病)重症化予防の取組
- ⑨ CKD(慢性腎臓病)リスク分布(H28～R1)
- ⑩ CKD重症度分類におけるリスク高・中に該当する者の医療機関受診状況(H28～R1)
- ⑪ 歯科健康診査実施状況
- ⑫ 医療費の適正化(重複・頻回受診者の適正医療)の取組
- ⑬ 医療費の適正化(服薬訪問相談実施者の適正医療)の取組
- ⑭ ジェネリック医薬品の普及率
- ⑮ ジェネリック医薬品差額通知の発送状況と切替効果
- ⑯ 主な死因の死亡数・死亡率(人口10万対)・都道府県順位
- ⑰ 人工透析者の状況
- ⑱ 脳血管疾患・腎不全の高額医療入院者数
- ⑲ 第2期保健事業実施計画(データヘルス計画) 目標管理・評価シート(平成30年度・令和元年度実績)

別冊

①市町村別 被保険者数と高齢化率

	平成28年度				令和元年度			
	人口(人)	被保険者数(人)	被保険者割合(%)	高齢化率(%)	人口(人)	被保険者数(人)	被保険者割合(%)	高齢化率(%)
新潟県	2,285,856	364,503	15.9	30.6	2,222,004	375,879	16.9	32.4
新潟市	807,450	108,447	13.4	27.7	796,500	115,573	14.5	29.3
長岡市	273,396	41,758	15.3	29.6	267,402	43,330	16.2	31.2
三条市	98,294	15,605	15.9	30.6	95,437	16,319	17.1	32.5
柏崎市	85,832	14,694	17.1	31.8	82,403	14,848	18.0	33.7
新発田市	97,940	15,782	16.1	30.4	95,339	15,860	16.6	32.1
小千谷市	36,056	6,248	17.3	33.1	34,590	6,406	18.5	35.1
加茂市	27,389	5,076	18.5	33.9	25,855	5,112	19.8	36.3
十日町市	53,874	11,237	20.9	36.9	50,754	11,276	22.2	39.4
見附市	40,402	6,474	16.0	30.7	39,389	6,773	17.2	32.4
村上市	61,545	12,579	20.4	36.5	58,096	12,601	21.7	38.8
燕市	79,332	11,991	15.1	29.3	77,307	12,639	16.3	30.9
糸魚川市	43,528	9,417	21.6	37.8	41,325	9,662	23.4	39.8
妙高市	32,719	6,318	19.3	35.0	31,116	6,266	20.1	36.8
五泉市	50,672	9,184	18.1	33.6	48,360	9,224	19.1	35.6
上越市	195,475	31,292	16.0	30.8	189,881	32,359	17.0	32.6
阿賀野市	42,841	7,152	16.7	31.1	41,070	7,122	17.3	33.9
佐渡市	56,191	13,787	24.5	40.8	52,928	13,213	25.0	42.0
魚沼市	36,682	7,131	19.4	34.1	34,895	7,093	20.3	36.7
南魚沼市	57,910	9,642	16.6	30.2	55,871	9,623	17.2	32.7
胎内市	29,920	5,100	17.0	33.4	28,610	5,278	18.4	36.0
聖籠町	13,982	1,664	11.9	24.9	14,015	1,694	12.1	25.9
弥彦村	8,110	1,205	14.9	28.6	7,800	1,239	15.9	31.3
田上町	11,991	1,980	16.5	33.5	11,430	2,074	18.1	36.6
阿賀町	11,332	3,379	29.8	46.4	10,233	3,145	30.7	49.1
出雲崎町	4,445	1,122	25.2	40.6	4,159	1,084	26.1	42.7
湯沢町	7,977	1,479	18.5	35.1	7,907	1,545	19.5	37.5
津南町	9,794	2,481	25.3	39.8	9,165	2,369	25.8	42.4
刈羽村	4,719	742	15.7	29.5	4,565	717	15.7	31.7
関川村	5,693	1,412	24.8	40.3	5,252	1,329	25.3	42.3
粟島浦村	365	125	34.2	42.5	350	106	30.3	43.4

* 人口・高齢化率：新潟県推計人口（各年10月1日現在）より

* 被保険者数：新潟県後期高齢者医療毎月事業状況報告書（事業月報）各年10月1日現在より

②平均寿命と健康寿命

		平均寿命			健康寿命			平均寿命と健康寿命の差		
		平成22年	平成25年	平成28年	平成22年	平成25年	平成28年	平成22年	平成25年	平成28年
男性	全国	79.55	80.21	80.98	70.42	71.19	72.14	9.13	9.02	8.84
	新潟県	79.50	80.30	80.89	69.91	71.47	72.45	9.59	8.83	8.44
女性	全国	86.30	86.61	87.14	73.62	74.21	74.79	12.68	12.40	12.35
	新潟県	87.06	86.77	87.38	73.77	74.79	75.44	13.29	11.98	11.94

平均寿命

全国：H22完全生命表 H25・28簡易生命表(厚労省)

新潟県：簡易生命表

健康寿命

都道府県別健康寿命(厚生労働科学研究)

③市町村別 医療費の状況(各年度末時点)

		平成28年度		平成29年度		平成30年度		令和元年度	
		医療費総計 (百万円)	一人当たり 医療費(円)	医療費総計 (百万円)	一人当たり 医療費(円)	医療費総計 (百万円)	一人当たり 医療費(円)	医療費総計 (百万円)	一人当たり 医療費(円)
新潟県		272,697	749,341	279,628	758,014	282,744	759,871	288,532	768,523
	新潟市	89,396	826,300	92,360	832,638	94,727	837,066	96,504	836,261
	長岡市	29,740	712,567	30,617	722,322	30,800	719,753	31,312	724,241
	三条市	11,588	743,750	11,850	747,357	11,960	742,380	12,319	755,468
	柏崎市	10,813	737,825	11,033	746,004	11,324	759,643	11,646	783,847
	新発田市	10,652	676,120	11,136	700,981	11,034	696,759	11,136	702,447
	小千谷市	4,533	727,649	4,445	711,620	4,415	699,246	4,700	735,249
	加茂市	3,613	713,552	3,724	732,302	3,529	696,256	3,768	737,031
	十日町市	6,989	621,782	7,237	643,558	7,192	640,636	7,453	662,043
	見附市	4,721	730,238	4,786	728,202	4,836	723,898	5,046	745,297
	村上市	9,665	769,111	9,742	773,758	9,819	779,099	9,963	790,847
	燕市	8,624	722,497	8,953	731,469	8,926	717,692	9,207	728,397
	糸魚川市	6,973	741,942	7,215	757,408	7,316	763,452	7,412	767,793
	妙高市	4,641	736,262	4,892	770,282	4,756	758,041	4,610	735,912
	五泉市	6,582	717,638	6,578	714,026	6,710	727,730	6,898	747,870
	上越市	22,848	730,381	23,129	730,901	23,542	737,836	24,541	760,621
	阿賀野市	5,204	727,660	5,415	751,604	5,492	766,262	5,497	771,714
	佐渡市	9,766	708,471	9,590	700,729	9,332	693,655	9,171	694,095
	魚沼市	4,873	684,977	5,065	711,637	5,053	712,846	5,111	720,468
	南魚沼市	7,041	730,449	7,019	726,780	7,152	739,945	7,276	756,691
	胎内市	3,801	745,925	3,957	765,877	3,826	733,395	4,026	763,606
	聖籠町	1,148	692,403	1,211	727,152	1,288	769,775	1,236	730,220
	弥彦村	741	618,525	782	644,887	820	675,637	889	721,873
	田上町	1,393	705,154	1,402	700,663	1,432	704,987	1,420	684,796
	阿賀町	2,486	737,466	2,620	788,770	2,498	769,920	2,408	764,825
	出雲崎町	716	639,647	656	597,271	705	645,685	709	652,100
	湯沢町	905	613,257	863	576,161	923	609,025	987	639,019
	津南町	1,431	576,272	1,496	611,766	1,539	638,618	1,580	668,388
	刈羽村	521	701,354	543	726,603	518	706,460	510	716,604
	関川村	1,207	855,143	1,207	864,284	1,185	862,475	1,085	815,452
	粟島浦村	86	697,696	102	858,501	112	955,055	111	1,024,144

* 新潟県後期高齢者医療疾病分類統計 より

※現物支給については、3月診療から2月診療分

現金支給については、4月から3月の支給分

④市町村別 第1号被保険者 要介護(要支援)認定者の状況

保険者	平成27年度				平成30年度			
	75歳以上要介護認定率(%)			一人当たり介護給付費(千円) ※1、※2	75歳以上要介護認定率(%)			一人当たり介護給付費(千円) ※1
	要支援者	要介護者	合計		要支援者	要介護者	合計	
新潟県	7.2	24.8	32.0	306	7.6	24.7	32.3	308
新潟市	8.8	24.2	33.0	305	9.3	23.9	33.1	304
長岡市	5.3	25.2	30.4	300	5.8	24.8	30.6	300
三条市	8.5	19.1	27.6	252	9.1	19.0	28.1	259
柏崎市	8.6	25.9	34.5	280	8.0	27.4	35.4	287
新発田市	10.6	21.1	31.7	274	11.1	22.1	33.2	284
小千谷市	6.6	22.9	29.6	282	4.4	22.5	26.9	277
加茂市	4.8	26.3	31.1	298	5.3	26.0	31.3	304
十日町市	5.6	25.2	30.7	318	6.8	25.0	31.8	326
見附市	8.2	21.3	29.5	263	8.6	22.1	30.7	279
村上市	3.9	23.9	27.8	301	4.8	24.4	29.2	303
燕市	5.7	25.2	30.9	299	6.2	24.8	30.9	306
糸魚川市	5.6	25.3	30.9	296	4.7	25.2	29.8	312
妙高市	6.7	28.0	34.7	346	6.1	27.5	33.7	361
五泉市	6.2	25.3	31.5	320	7.0	25.5	32.5	317
上越市	7.0	27.9	34.9	345	7.7	27.4	35.1	344
阿賀野市	8.0	26.3	34.3	326	6.7	24.7	31.4	311
佐渡市	6.9	27.8	34.7	327	7.4	27.8	35.2	348
魚沼市	3.4	27.3	30.7	330	4.0	28.2	32.2	337
南魚沼市	5.7	27.2	32.9	325	6.0	28.1	34.1	318
胎内市	7.6	24.9	32.4	297	7.3	23.9	31.1	301
聖籠町	6.4	23.8	30.2	302	5.5	24.1	29.6	290
弥彦村	4.8	23.6	28.3	302	4.6	25.1	29.7	293
田上町	6.0	24.0	30.1	270	4.2	24.8	29.0	287
阿賀町	9.4	22.9	32.4	361	11.0	21.7	32.7	361
出雲崎町	6.0	24.8	30.8	323	5.2	24.7	29.8	304
湯沢町	3.8	20.7	24.5	266	3.1	19.9	23.0	247
津南町	5.8	26.1	31.9	411	7.1	25.7	32.8	396
刈羽村	2.6	25.8	28.4	285	1.8	27.3	29.1	309
関川村	3.8	25.4	29.2	349	3.1	26.6	29.7	378
粟島浦村	1.8	23.4	25.2	277	2.7	25.7	28.3	346

* 介護保険事業状況報告(厚生労働省ホームページ) より

※1 各年度の介護給付費累計(高額介護サービス費、高額医療合算介護サービス費、特定入所者介護サービス費を含む)を各年度末の第1号被保険者数で除しています。

※2 第2期保健事業実施計画に記載の数字と異なります。(当時は介護給付費に第2号被保険者の費用も含めて算出していたため)

⑤市町村別 健康診査受診率

(%)

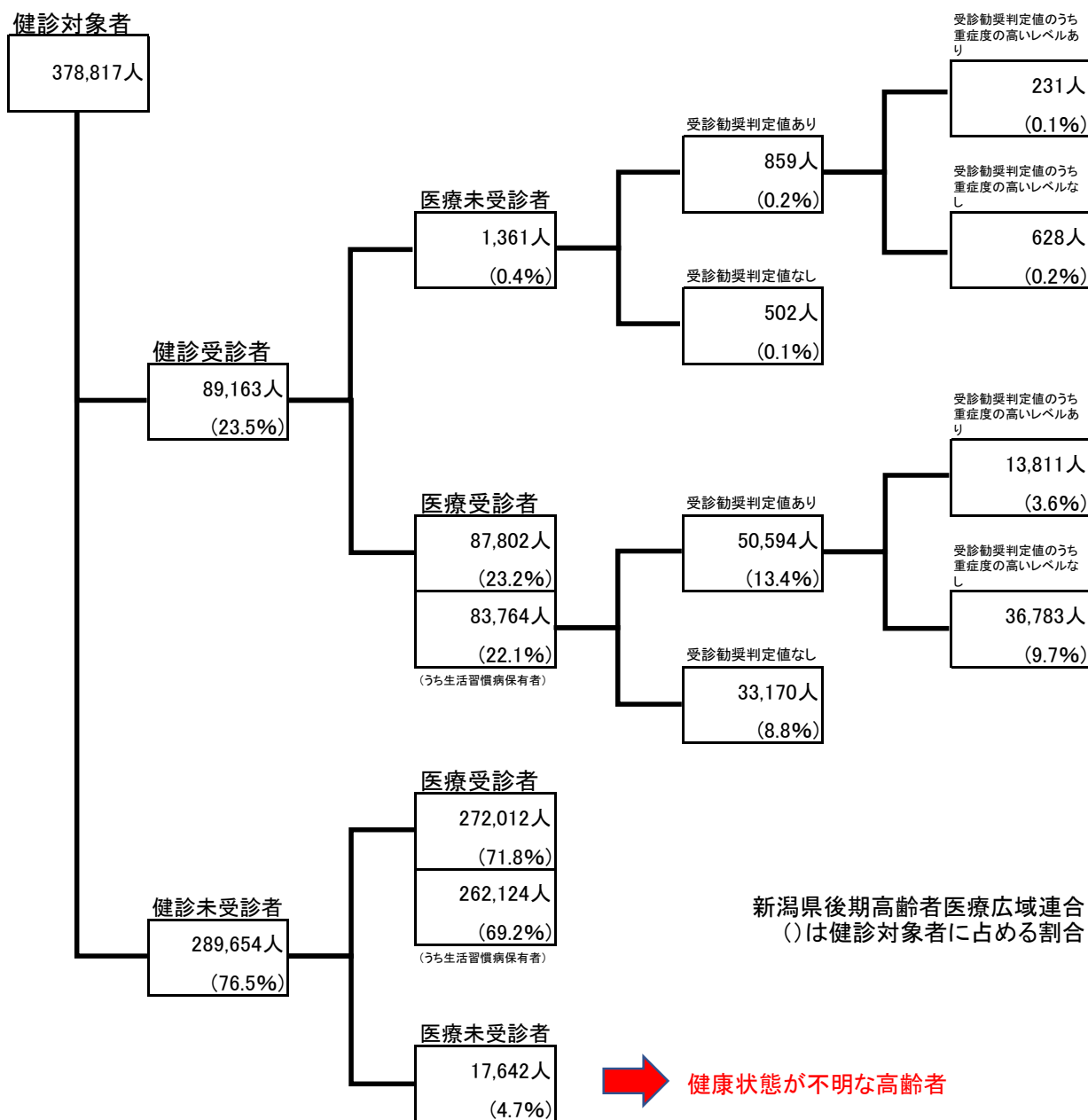
	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度
新潟県	23.8	25.2	25.5	27.0
新潟市	30.0	30.8	30.8	32.7
長岡市	31.3	33.0	32.6	33.5
三条市	14.8	16.3	15.6	16.6
柏崎市	8.5	11.3	11.4	18.0
新発田市	22.8	23.7	25.1	27.2
小千谷市	18.9	20.5	21.7	24.3
加茂市	23.4	25.8	25.1	26.1
十日町市	22.4	22.5	22.4	23.3
見附市	25.1	25.6	27.1	28.5
村上市	14.5	16.7	19.0	20.4
燕市	25.2	26.4	26.5	27.5
糸魚川市	14.6	15.3	16.2	16.6
妙高市	19.9	20.4	22.3	25.5
五泉市	17.5	17.5	18.1	17.8
上越市	18.2	20.5	21.8	22.9
阿賀野市	11.9	12.9	12.9	13.5
佐渡市	21.0	25.1	26.3	27.3
魚沼市	24.1	24.7	27.0	20.3
南魚沼市	23.1	24.0	23.2	26.4
胎内市	15.5	16.4	17.5	18.3
聖籠町	29.2	27.8	30.4	32.1
弥彦村	26.0	27.0	26.8	25.3
田上町	16.8	17.2	19.1	20.1
阿賀町	22.3	20.6	19.9	18.7
出雲崎町	29.8	30.4	28.1	28.7
湯沢町	35.6	35.0	34.6	33.0
津南町	28.1	32.6	31.8	33.3
刈羽村	35.3	38.9	28.4	44.6
関川村	12.3	12.7	12.2	13.1
粟島浦村	89.4	86.1	83.3	74.7

* 健康診査推進計画(新潟県後期高齢者医療広域連合) より

$$\text{受診率} = \frac{\text{健診受診者} + \text{人間ドック受診者(結果提出及び保健事業への活用に同意した者)}}{\text{被保険者数} - \text{除外者数}}$$

⑥後期高齢者の健診結果の状況（令和元年度）

新潟県全体



受診勧奨判定値のうち重症度の高いレベル	血糖	空腹時血糖	≥ 140mg/dl
		HbA1c	≥ 7.0% (平成24年度受診分)
			≥ 7.4% (平成25年度以降受診分)
		随時血糖(食後3.5時間以上)	≥ 140mg/dl
	血圧	収縮期血圧	≥ 160mmHg
		拡張期血圧	≥ 100mmHg
	脂質	LDL	≥ 180mg/dl
		中性脂肪	≥ 500mg/dl
		non-HDL	≥ 210mg/dl
	肝機能	GOT	≥ 101IU/L
		GPT	≥ 301IU/L
		γ-GTP	≥ 301IU/L
	貧血	血色素	男性10.1g/dl、女性9.1g/dl
	腎機能	尿蛋白	≥ ++
		eGFR	< 40
	尿酸	尿酸	≥ 9.0

* KDBシステム帳票「後期高齢者の健診状況」(帳票ID:P26_018) より

⑦受診勧奨判定値の未治療者で医療に結び付いた割合

新潟県全体				
	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度
健診受診者数(A)	80,066	84,423	86,203	90,752
受診勧奨判定値該当者(B)	42,363	45,938	47,047	49,412
健診受診者の中で 受診勧奨判定値に該当した者の 割合(B/A)	52.9%	54.4%	54.6%	54.4%
受診勧奨判定値の未治療者(C)	23,213	25,496	26,171	28,153
受診勧奨判定値該当者の中で 未治療者の割合(C/B)	54.8%	55.5%	55.6%	57.0%
受診勧奨判定値の未治療者で 医療に結び付いた者(D)	20,275	22,395	23,002	24,627
受診勧奨判定値の未治療者で 医療に結び付いた割合(D/C)	87.3%	87.8%	87.9%	87.5%

*医療費分析等データベースシステムより集計(新潟県後期高齢者医療広域連合)

※ 健診受診者には、人間ドック受診者の人数を含めない

※ 受診勧奨判定値該当者とは、新潟県健(検)診ガイドラインによる受診勧奨判定値に該当する者

血圧 収縮期血圧 140mmHg 以上 または 拡張期血圧 90mmHg 以上
 血中脂質検査 中性脂肪 300mg/dl以上 または LDL 140mg/dl または HDL 34mg/dl以下
 血糖検査 空腹時血糖、随時血糖(食直後除く) 126mg/dl以上 または HbA1c 6.5%以上

※ 未治療者とは、健診受診前3ヶ月分のレセプトに生活習慣病の記載がない者

※ 医療に結び付いた者とは、健診受診月の翌月以降に生活習慣病に関する治療レセプトがある者

⑧糖尿病性腎症・CKD(慢性腎臓病)重症化予防の取組

		平成29年度		平成30年度		令和元年度	
		CKDの重症化分類に応じた指導	健診結果等を活用した指導	CKDの重症化分類に応じた指導	健診結果等を活用した指導	CKDの重症化分類に応じた指導	健診結果等を活用した指導
新潟県		12	15	15	13	16	14
	新潟市						
	長岡市	○		○		○	
	三条市						
	柏崎市						
	新発田市	○		○		○	
	小千谷市			○		○	
	加茂市						
	十日町市		●	○	●	○	●
	見附市	○	●	○	●	○	●
	村上市						
	燕市			○		○	
	糸魚川市	○	●	○	●	○	●
	妙高市		●		●		●
	五泉市	○		○		○	
	上越市		●		●		●
	阿賀野市						
	佐渡市	○		○		○	
	魚沼市						
	南魚沼市	○	●	○	●	○	●
	胎内市		●				
	聖籠町		●				
	弥彦村		●		●		●
	田上町						
	阿賀町	○	●	○	●	○	●
	出雲崎町	○	●	○	●	○	●
	湯沢町	○	●	○	●	○	●
	津南町					○	●
	刈羽村	○	●	○	●	○	●
	関川村	○	●	○	●	○	●
	粟島浦村		●		●		●

* 後期高齢者健康診査事業調査票(新潟県後期高齢者医療広域連合) より

⑨CKD(慢性腎臓病)リスク分布(H28～R1)

新潟県全体

総計		平成28年度						
CKD(慢性腎臓病)リスク分布		A1		A2		A3		
		尿蛋白検査						
		正常		尿蛋白		尿蛋白		
		(一)		(±)		(＋、＋＋～)		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	
区分による eGFRに よる腎機能	G1(90以上)	3,496	4.45%	585	0.74%	216	0.27%	
	G2(60以上90未満)	37,914	48.24%	6,131	7.80%	2,400	3.05%	
	G3a(45以上60未満)	16,608	21.13%	3,234	4.11%	1,801	2.29%	
	G3b(30以上45未満)	3,478	4.43%	925	1.18%	931	1.18%	
	G4(15以上30未満)	366	0.47%	133	0.17%	306	0.39%	
	G5(15未満)	9	0.01%	4	0.01%	59	0.08%	
		正常	リスク低	リスク中	リスク高			

総計		平成29年度					
CKD(慢性腎臓病)リスク分布		A1		A2		A3	
		尿蛋白検査					
		正常		尿蛋白		尿蛋白	
		(一)		(±)		(＋、＋＋～)	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合
区分による eGFRに よる腎機能	G1(90以上)	3,680	4.43%	550	0.66%	227	0.27%
	G2(60以上90未満)	40,207	48.43%	6,302	7.59%	2,565	3.09%
	G3a(45以上60未満)	17,475	21.05%	3,357	4.04%	2,083	2.51%
	G3b(30以上45未満)	3,676	4.43%	960	1.16%	1,022	1.23%
	G4(15以上30未満)	350	0.42%	148	0.18%	368	0.44%
	G5(15未満)	10	0.01%	5	0.01%	39	0.05%
		正常	リスク低	リスク中	リスク高		

総計		平成30年度					
CKD(慢性腎臓病)リスク分布		A1		A2		A3	
		尿蛋白検査					
		正常		尿蛋白		尿蛋白	
		(一)		(±)		(＋、＋～)	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合
区分 による 腎機能 eGFRに	G1(90以上)	4,104	4.81%	774	0.91%	250	0.29%
	G2(60以上90未満)	39,281	46.00%	7,536	8.82%	2,721	3.19%
	G3a(45以上60未満)	17,635	20.65%	4,119	4.82%	2,087	2.44%
	G3b(30以上45未満)	3,738	4.38%	1,099	1.29%	1,045	1.22%
	G4(15以上30未満)	383	0.45%	160	0.19%	376	0.44%
	G5(15未満)	21	0.02%	9	0.01%	58	0.07%
		正常	リスク低	リスク中	リスク高		

総計		令和元年度						
CKD(慢性腎臓病)リスク分布		A1		A2		A3		
		尿蛋白検査						
		正常		尿蛋白		尿蛋白		
		(一)		(±)		(＋、++～)		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	
区分 による 腎機能 eGFRに	G1(90以上)	3,657	4.15%	804	0.91%	251	0.28%	
	G2(60以上90未満)	39,652	44.95%	8,341	9.46%	2,718	3.08%	
	G3a(45以上60未満)	18,791	21.30%	4,378	4.96%	2,285	2.59%	
	G3b(30以上45未満)	4,031	4.57%	1,133	1.28%	1,164	1.32%	
	G4(15以上30未満)	387	0.44%	150	0.17%	396	0.45%	
	G5(15未満)	13	0.01%	6	0.01%	59	0.07%	
		正常	リスク低	リスク中	リスク高			

* KDBシステム「後期高齢者の健診結果一覧」機能より集計(新潟県後期高齢者医療広域連合)

⑩CKD重症度分類におけるリスク高・中に該当する者の医療機関受診状況(H28～R1)

総計	平成28年度					
	CKDリスク分布総計		リスク高・中該当者の医療機関受診状況			
	人数	割合※1	受療中(人)	割合※2	未受診(人)	割合※2
リスク高	4,534	5.8%	2,471	54.5%	2,063	45.5%
リスク中	9,328	11.9%	3,723	39.9%	5,605	60.1%
リスク高・中 計	13,862	17.6%	6,194	44.7%	7,668	55.3%
リスク低	23,324	29.7%				
正常	41,410	52.7%				

総計	平成29年度					
	CKDリスク分布総計		リスク高・中該当者の医療機関受診状況			
	人数	割合※1	受療中(人)	割合※2	未受診(人)	割合※2
リスク高	4,985	6.0%	2,755	55.3%	2,230	44.7%
リスク中	9,825	11.8%	3,932	40.0%	5,893	60.0%
リスク高・中 計	14,810	17.8%	6,687	45.2%	8,123	54.8%
リスク低	24,327	29.3%				
正常	43,887	52.9%				

総計	平成30年度					
	CKDリスク分布総計		リスク高・中該当者の医療機関受診状況			
	人数	割合※1	受療中(人)	割合※2	未受診(人)	割合※2
リスク高	5,238	6.1%	2,948	56.3%	2,290	43.7%
リスク中	10,828	12.7%	4,446	41.1%	6,382	58.9%
リスク高・中 計	16,066	18.8%	7,394	46.0%	8,672	54.0%
リスク低	25,945	30.4%				
正常	43,385	50.8%				

総計	令和元年度					
	CKDリスク分布総計		リスク高・中該当者の医療機関受診状況			
	人数	割合※1	受療中(人)	割合※2	未受診(人)	割合※2
リスク高	5,593	6.3%	3,094	55.3%	2,499	44.7%
リスク中	11,378	12.9%	4,633	40.7%	6,745	59.3%
リスク高・中 計	16,971	19.2%	7,727	45.5%	9,244	54.5%
リスク低	27,936	31.7%				
正常	43,309	49.1%				

* KDBシステム「後期高齢者の健診結果一覧」機能及び医療費分析等データベースシステムより集計(新潟県後期高齢者医療広域連合)

※1 健診においてeGFR、尿蛋白検査を実施している人のリスク別の割合

※2 リスク毎の医療機関受診者と未受診者の割合

(受診者:レセプト傷病名に「慢性腎臓病」または「糖尿病」の出現がある人)

⑪歯科健康診査実施状況

		平成28年度				平成29年度				平成30年度				令和元年度			
		対象者数 (人)	受診者数 (人)	受診率 (%)	要治療者 で医療に 結び付いた割合 (%)	対象者数 (人)	受診者数 (人)	受診率 (%)	要治療者 で医療に 結び付いた割合 (%)	対象者数 (人)	受診者数 (人)	受診率 (%)	要治療者 で医療に 結び付いた割合 (%)	対象者数 (人)	受診者数 (人)	受診率 (%)	要治療者 で医療に 結び付いた割合 (%)
新潟県		22,158	2,577	11.6	93.6	25,801	3,429	13.3	96.6	23,169	3,379	14.6	96.5	36,213	4,721	13.0	95.4
		11市町村				13市町村				15市町村				18市町村			
新潟市														8,983	528	5.9	95.7
長岡市		5,841	907	15.5	95.8	6,261	1,220	19.5	96.9	5,406	1,067	19.7	96.4	5,806	1,186	20.4	96.2
三条市		2,292	231	10.1	96.1	2,308	197	8.5	97.0	2,136	175	8.2	97.8	2,311	205	8.9	97.6
柏崎市		1,882	57	3.0	91.1	2,117	89	4.2	90.5	1,861	32	1.7	92.3	1,975	87	4.4	86.6
新発田市		2,171	406	18.7	96.6	2,263	401	17.7	98.8	1,883	506	26.9	97.4	2,059	557	27.1	98.2
小千谷市																	
加茂市																	
十日町市																	
見附市		917	60	6.5	93.5	999	78	7.8	95.6	839	69	8.2	95.8	937	87	9.3	87.7
村上市																	
燕市		1,765	314	17.8	92.2	1,969	192	9.8	93.7	1,717	144	8.4	93.7	1,882	205	10.9	92.9
糸魚川市		1,199	139	11.6	96.5	1,393	156	11.2	97.8	1,149	172	15.0	98.1	1,255	192	15.3	96.5
妙高市						815	47	5.8	94.7	742	72	9.7	100.0	755	55	7.3	97.9
五泉市						1,346	146	10.8	95.4	1,141	124	10.9	98.8	1,154	183	15.9	97.0
上越市		4,166	267	6.4	85.4	4,513	667	14.8	95.9	3,866	696	18.0	95.2	4,232	729	17.2	93.3
阿賀野市																	
佐渡市														1,522	195	12.8	89.8
魚沼市										780	92	11.8	95.6	863	129	14.9	90.4
南魚沼市		1,205	165	13.7	90.7	1,257	192	15.3	97.4	1,050	170	16.2	96.7	1,173	210	17.9	95.2
胎内市														719	117	16.3	100.0
聖籠町																	
弥彦村										138	14	10.1	100.0	164	14	8.5	100.0
田上町																	
阿賀町		612	22	3.6	82.4	452	33	7.3	100.0	352	31	8.8	96.7	336	27	8.0	95.7
出雲崎町																	
湯沢町																	
津南町																	
刈羽村		108	9	8.3	42.9	108	11	10.2	83.3	109	15	13.8	81.8	87	15	17.2	91.7
関川村																	
粟島浦村																	

* 歯科健康診査推進計画(新潟県後期高齢者医療広域連合) より

⑫医療費の適正化(重複・頻回受診者の適正医療)の取組

新潟県全体

	平成28年度		平成29年度		平成30年度		令和元年度	
	重複受診	頻回受診	重複受診	頻回受診	重複受診	頻回受診	重複受診	頻回受診
被保険者数(2月末時点)(人)【A】	366,790		369,679		373,817		375,277	
対象者の当初抽出数(人)【B】	903	1,341	880	1,079	783	846	743	1,040
対象者割合【B/A】	0.25%	0.37%	0.24%	0.29%	0.21%	0.23%	0.20%	0.28%
事業案内者数(人)【C】	261	553	248	509	193	345	198	406
訪問相談実施者数(人)【D】	77	131	74	127	65	105	49	100
訪問相談実施率【D/C】	29.5%	23.7%	29.8%	25.0%	33.7%	30.4%	24.7%	24.6%
訪問実施後の改善者数(人)【E】	43	65	54	67	46	50	30	51
受診行動改善率【E/D】	55.8%	49.6%	73.0%	52.8%	70.8%	47.6%	61.2%	51.0%
改善者一人当たりの医療費削減額(円)	9,952	14,709	7,726	7,539	19,775	11,996	15,403	19,727

* 重複・頻回受診者訪問相談事業実施状況より集計(新潟県後期高齢者医療広域連合)

対象者：重複受診 3ヶ月連続して、同月中に同一の疾病で2医療機関以上受診している者

頻回受診 3ヶ月連続して、同月中に同一医療機関を12回以上受診している者

改善者：相談実施者で実施月の翌月から3ヶ月間のレセプトにより、重複受診・頻回受診の対象者に該当しなくなった者

医療費の削減額：相談実施者で実施月の翌月から3ヶ月間のレセプトにより、

対象者に該当しなくなった者の一人当たりの1ヶ月平均の医療費削減額

事業案内者：高齢者の特性を踏まえた対象疾病の優先順位付け等により選定した者

⑬医療費の適正化(服薬訪問相談実施者の適正医療)の取組

新潟市のみ

	平成29年度	平成30年度	令和元年度
申請勧奨者(対象者)(人)【A】	679	715	949
訪問相談申込者(人)【B】	62	49	75
訪問相談申請率【B/A】	9.1%	6.9%	7.9%
訪問相談実施者(人)【C】	45	32	49
訪問相談実施率【C/B】	72.6%	65.3%	65.3%
訪問実施後の改善者(人)【D】 (抽出基準に該当しなくなった者)	24	20	27
訪問相談実施後の改善率【D/C】	53.3%	62.5%	55.1%
一人当たり削減額(円)	5,791	3,287	5,784

* 服薬相談事業実施状況より集計(新潟県後期高齢者医療広域連合)

対象者:3ヶ月連続して同月中に2医療機関以上受診しており、重複投薬や併用禁忌薬剤処方状況が疑われる者

改善者:相談実施者で、相談実施月の翌月から3ヶ月間のレセプトにより、対象に該当しなくなった者

一人当たり削減額:相談実施者で、相談実施月の翌月から3ヶ月間のレセプトにより、対象に該当しなくなった者の一人当たり医科(投薬のみ)・調剤医療費の1ヶ月平均の削減額

(参考)

	平成29年度	平成30年度	令和元年度
新潟市被保険者(人) ※4月1日現在	109,958	112,242	114,730
対象者(人) ※令和2年度条件	1,178	1,108	994
服薬相談が必要な者の割合	1.07%	0.99%	0.87%

※申請勧奨者(対象者)と参考データの対象者の人数が著しく違うのは、毎年細かい条件を見直しているためであり、参考データの対象者は最新の令和2年度同条件で対象者を抽出した場合の人数となっている。

⑭ジェネリック医薬品の普及率

(%)

	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度
新潟県	65.2	69.3	74.9	78.4
新潟市	65.9	70.4	75.4	78.4
長岡市	60.7	65.0	71.1	75.4
三条市	65.1	69.4	74.7	77.1
柏崎市	70.5	74.6	79.0	81.6
新発田市	68.7	73.2	77.9	81.7
小千谷市	58.1	53.4	61.8	68.3
加茂市	59.9	65.6	72.2	78.1
十日町市	68.4	72.1	76.9	84.2
見附市	64.3	66.8	70.4	77.5
村上市	57.9	62.9	68.1	71.5
燕市	69.0	71.2	76.1	79.7
糸魚川市	75.6	79.1	85.2	87.3
妙高市	69.5	73.1	75.9	77.5
五泉市	65.5	70.8	76.4	79.6
上越市	70.9	75.1	79.7	82.0
阿賀野市	59.0	61.4	64.8	67.8
佐渡市	53.2	58.4	70.3	73.0
魚沼市	74.1	78.2	81.2	83.5
南魚沼市	65.7	71.1	77.7	80.5
胎内市	53.4	58.1	66.0	72.7
聖籠町	73.3	78.4	82.0	84.8
弥彦村	72.1	75.3	80.2	84.1
田上町	61.7	66.4	72.6	76.1
阿賀町	57.9	65.6	72.5	79.3
出雲崎町	61.8	64.9	71.6	69.7
湯沢町	79.5	83.4	86.5	85.9
津南町	39.2	42.7	69.6	76.3
刈羽村	65.0	69.6	76.9	77.3
関川村	69.1	70.4	75.6	77.8
粟島浦村	30.0	36.3	41.5	47.1

* 国保総合システム「数量シェア集計表」より

※審査月は各年3月審査分

⑮ジェネリック医薬品差額通知の発送状況と切替効果

新潟県全体

発送年月	発送者数(人)	切替者数(人)	発送者に対する切替率	切替効果額(年間)(円)	切替者一人当たりの効果額(年間)(円)
平成28年9月	83,661	13,361	16.0%	329,637,730	24,672
平成29年3月	77,073	18,118	23.5%	290,626,301	16,041
平成29年9月	90,306	36,751	40.7%	594,472,065	16,176
平成30年1月	77,162	26,548	34.4%	442,008,072	16,649
平成30年10月	58,350	14,455	24.8%	215,422,334	14,903
平成31年2月	54,089	12,854	23.8%	175,991,956	13,692
令和元年9月	48,191	11,148	23.1%	158,796,374	14,244
令和2年1月	47,888	10,583	22.1%	152,163,863	14,378

* 国保総合システム「差額通知書別集計表」より

⑩主な死因の死亡数・死亡率(人口10万対)・都道府県順位

新潟県全体

		新潟県			全国	
		死亡数(人)	死亡率(人)	全国死亡順位	死亡数(人)	死亡率(人)
全死因	平成28年度	28,822	1268.0	14	1,307,748	1046.0
	平成29年度	29,323	1301.5	14	1,340,397	1075.3
	平成30年度	30,068	1348.3	12	1,362,470	1096.8
	令和元年度	30,572	1385.9	10	1,381,093	1116.2
悪性新生物	平成28年度	7,876	346.5	12	372,986	298.3
	平成29年度	7,907	351.0	8	373,334	299.5
	平成30年度	7,838	351.5	11	373,584	300.7
	令和元年度	7,957	360.7	11	376,425	304.2
心疾患	平成28年度	4,155	182.8	20	198,006	158.4
	平成29年度	4,139	183.7	23	204,837	164.3
	平成30年度	4,309	193.2	20	208,221	167.6
	令和元年度	4,171	189.1	19	207,714	167.9
老衰	平成28年度	2,639	116.1	4	92,806	74.2
	平成29年度	2,837	125.9	9	101,396	81.3
	平成30年度	3,170	142.2	4	109,605	88.2
	令和元年度	3,419	155.0	3	121,863	98.5
脳血管疾患	平成28年度	2,875	126.5	6	109,320	87.4
	平成29年度	2,885	128.1	8	109,880	88.2
	平成30年度	2,939	131.8	5	108,186	87.1
	令和元年度	2,882	130.6	4	106,552	86.1
肺炎	平成28年度	2,278	100.2	28	119,300	95.4
	平成29年度	1,720	76.3	34	96,841	77.7
	平成30年度	1,626	72.9	35	94,661	76.2
	令和元年度	1,741	78.9	31	95,518	77.2

* 人口動態統計(確定)の概況 より

⑰人工透析者の状況

新潟県全体

	人工透析患者 数(人) A	新規透析患者 数(人) B	被保険者数 (人) C	人工透析患者 数割合(%) A/C	新規人工透析 患者数割合 (%)B/C
平成28年度	2,550		361,434	0.71	
平成29年度	2,629	247	367,803	0.71	0.067
平成30年度	2,705	275	370,667	0.73	0.074
令和元年度	2,733	266	374,991	0.73	0.071

＊レセプトデータより集計(新潟県後期高齢者医療広域連合)
 人工透析患者数基準日:3月31日時点
 被保険者資格基準日:4月1日時点
 新規透析患者抽出対象期間:4月～3月診療分
 人工透析患者:期間内に人工腎臓の処置がある者
 新規透析患者数:人工腎臓導入期加算を算定している者
 人工透析患者数割合(%):人工透析患者数/被保険者数
 新規人工透析患者数割合(%):新規透析患者数/被保険者数

⑮脳血管疾患・腎不全の高額医療入院者数

新潟県全体

	脳血管疾患			腎不全		
	入院数(件)	被保険者数(人)	入院割合	入院数(件)	被保険者数(人)	入院割合
平成28年度	30,498	361,434	8.44%	2,967	361,434	0.82%
平成29年度	31,849	367,803	8.66%	3,277	367,803	0.89%
平成30年度	32,537	370,667	8.78%	3,520	370,667	0.95%
令和元年度	33,440	374,991	8.92%	3,708	374,991	0.99%

*KDBシステム「厚生労働省様式(様式1-1)」より

※ 高額医療とは、診療点数が5万以上のレセプトを傷病ごとに診療行為を点数分解し、医療費を算出したもの

※ 脳血管疾患とは、レセプト中分類の904から908の主要傷病名を合わせたもの

⑩第2期

保健事業実施計画

(データヘルス計画)

目標に向けた事業計画
目標管理・評価シート

平成30（2018）年度実績
令和元（2019）年度実績

令和2（2020）年11月末現在

～ 目 次 ～

第2期データヘルス計画保健事業 目標管理・評価シート

1. 健康診査事業	1
2. 糖尿病性腎症・CKD（慢性腎臓病）重症化予防事業	3
3. 生活習慣病要治療者受診勧奨事業	5
4. 歯科健康診査事業	7
5. 在宅要介護者歯科保健事業	9
6. 在宅訪問栄養食事相談事業	11
7. 健康づくり高齢者補助金交付事業(長寿・健康増進事業)	13
8. 重複・頻回受診者訪問相談事業	15
9. 服薬相談事業	19
10. ジェネリック医薬品普及・啓発事業	23

第2期データヘルス計画保健事業 目標管理・評価シート

【基本事項】

事業番号	1-(1)
事業名	健康診査事業
区 分	継続
大目標	1 生活習慣病の重症化予防
中長期的目標	①人工透析患者の増加抑制 ②脳血管疾患の増加抑制 ③重症化する被保険者の増加抑制
短期的目標	#1 糖尿病・高血圧・CKD未治療者の減少 #2 自ら健康づくりに取り組む高齢者の増加
目 的	生活習慣病の発見と重症化予防
対象者	除外者を除いた全被保険者
事業内容	後期高齢者に対する健康診査の実施
実施体制	広域連合が主体となり、市町村に業務委託

【目 標】

項 目	目 標	評 価 指 標
ストラクチャー	市町村との連携体制の構築	・健康診査推進計画の策定 ・医療・健康診査等の分析結果の提供
プロセス	円滑な健康診査の実施	・個別での市町村との意見交換の実施
アウトプット	受診率の前年度比増加	・健康診査受診率
アウトカム	受診勧奨判定値該当で医療に結びついた割合 90.0%	・健診結果が次の該当する人で、健診受診月の翌月以降に生活習慣病に関する治療レセプトがある人の割合(以下省略)

ストラクチャー：保健事業を実施するための仕組みや体制 プロセス：事業の目的や目標達成に向けた過程（手順）や活動状況

アウトプット：目的・目標達成のために行われる事業の結果 アウトカム：事業の目的や目標の達成度、または成果

【実 績】

項目		H28(2016) 現状	H30(2018)	R01(2019)	R02(2020) 見直し	R03(2021)	R04(2022)	R05(2025)
ストラクチャー	計 画	実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施
	実 績		実施	実施				
プロセス	計 画	2 市町村	5 市町村	5 市町村	5 市町村	5 市町村	5 市町村	5 市町村
	実 績		あり	あり				
アウトプット	計 画	23.8%	前年度比増加	前年度比増加	前年度比増加	前年度比増加	前年度比増加	前年度比増加
	実 績		25.5%	27.0%				
アウトカム	計 画	86.3%	87.0%	87.6%	88.2%	88.8%	89.4%	90.0%
	実 績		87.6%	87.0%				

事業実績	H30(2018)	R01(2019)	R02(2020)	R03(2021)	R04(2022)	R05(2023)
対象被保険者数	341,983 人	341,750 人				
健診受診者数	87,371 人	92,346 人				
受診率	25.5%	27.0%				
受診勧奨判定値該当者	18,296 人	20,391 人				
医療に結びついた人数	16,030 人	17,744 人				

【平成30年度実績の評価】 5:大きく上回る達成 4:上回る達成 3:おおむね達成 2:下回る未達成 1:大きく下回る未達成

項 目	評 価	説 明
ストラクチャー	3	・健康診査推進計画を策定し、KDBシステム等により分析結果を提供
プロセス	3	・必要により電話で市町村と個別かつ密に連絡 ・契約時や健診推進計画作成時に、調査票で意見を聴取 ・市町村訪問実績なし
アウトプット	4	・25.5%（前年度比0.3%増）
アウトカム	4	・87.6%

【令和元年度実績の評価】 5:大きく上回る達成 4:上回る達成 3:おおむね達成 2:下回る未達成 1:大きく下回る未達成

項 目	評 価	説 明
ストラクチャー	3	・健康診査推進計画を策定し、KDBシステム等により分析結果を提供
プロセス	3	・必要により電話で市町村と個別かつ密に連絡 ・契約時や健診推進計画作成時に、調査票で意見を聴取 ・市町村訪問実績なし
アウトプット	4	・27.0%（前年度比1.5%増）
アウトカム	3	・目標値の87.6%には0.6ポイント届かなかったが、おおむね達成できた

【特記事項】

・受診勧奨判定値該当者：健診結果が次に該当する人。 【血圧】収縮期 160mmHg 以上または拡張期 100mmHg 以上 【中性脂肪】400mg/dl 以上または LDL160 以上または HDL30 未満 【血糖】140mg/dl 以上または HbA1c7.0 以上

第2期データヘルス計画保健事業 目標管理・評価シート

【基本事項】

事業番号	1－(2)
事業名	糖尿病性腎症・CKD（慢性腎臓病）重症化予防事業
区 分	拡充
大目標	1 生活習慣病の重症化予防
中長期的目標	①人工透析患者の増加抑制 ③重症化する被保険者の増加抑制
短期的目標	#1 糖尿病・高血圧・CKD未治療者の減少
目 的	糖尿病性腎症・CKDの重症化予防
対象者	糖尿病性腎症・CKDの患者であって、人工透析導入前の被保険者
事業内容	医療機関への受診勧奨や専門職による訪問相談
実施体制	市町村との連携を強化し、医師会・新潟県糖尿病対策推進会議の支援を受けながら、地域に応じた効果的な実施体制を検討

【目 標】

項 目	目 標	評 価 指 標
ストラクチャー	関係機関との連携体制の構築	・実施市町村との結果共有の体制作り ・医師会との連携 ・新潟県糖尿病対策推進会議との連携
プロセス	事業の推進	・事業の進捗
アウトプット	事業実施市町村数の増加	・CKD進展予防のための判定基準及びフローチャートに基づいた保健指導もしくは健診結果等を活用した糖尿病性腎症等の重症化予防の実施市町村数
アウトカム	相談実施者の病期進行の抑制	・相談実施者の翌年度の健康診査結果により病期進行が抑制された割合

ストラクチャー：保健事業を実施するための仕組みや体制 プロセス：事業の目的や目標達成に向けた過程（手順）や活動状況

アウトプット：目的・目標達成のために行われる事業の結果 アウトカム：事業の目的や目標の達成度、または成果

【実 績】

項目		H28(2016) 現状	H30(2018)	R01(2019)	R02(2020) 見直し	R03(2021)	R04(2022)	R05(2025)
ストラクチャー	計 画	—	実施	実施	実施	実施	実施	実施
	実 績		取組内容調査	取組状況調査				
プロセス	計 画	—	未実施市町村の事業実施方法の検討・支援	前年度の評価を踏まえた実施	前年度の評価を踏まえた実施	前年度の評価を踏まえた実施	前年度の評価を踏まえた実施	前年度の評価を踏まえた実施
	実 績		効果的な取組の検討	効果的な取組の検討				
アウトプット	計 画	16 市町村	20 市町村	22 市町村	24 市町村	26 市町村	28 市町村	30 市町村
	実 績		19 市町村	20 市町村				
アウトカム	計 画	—	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%
	実 績		結果共有・評価方法の検討	結果共有・評価方法の検討				

【平成30年度実績の評価】 5:大きく上回る達成 4:上回る達成 3:おおむね達成 2:下回る未達成 1:大きく下回る未達成

項 目	評 価	説 明
ストラクチャー	3	・市町村の取り組み内容の調査を実施
プロセス	3	・後期高齢者への効果的な取組を検討
アウトプット	3	・事業実施市町村数 H30:19 H29:19
アウトカム	2	・取組内容と合わせて、結果共有と評価の方法を検討

【令和元年度実績の評価】 5:大きく上回る達成 4:上回る達成 3:おおむね達成 2:下回る未達成 1:大きく下回る未達成

項 目	評 価	説 明
ストラクチャー	3	・市町村の取り組み状況の調査を実施
プロセス	3	・後期高齢者への効果的な取組を検討
アウトプット	2	・事業実施市町村数 R元:20 H30:19
アウトカム	2	・取組内容と合わせて、結果共有と評価の方法を検討

【特記事項】

--

第2期データヘルス計画保健事業 目標管理・評価シート

【基本事項】

事業番号	1－(3)
事業名	生活習慣病要治療者受診勧奨事業
区 分	新規
大目標	1 生活習慣病の重症化予防
中長期的目標	③重症化する被保険者の増加抑制
短期的目標	#1 糖尿病・高血圧・CKD未治療者の減少
目 的	生活習慣病の重症化予防
対象者	健康診査受診者で結果が受診勧奨レベルに該当し、その後医療機関未受診の被保険者
事業内容	医療機関への受診勧奨
実施体制	広域連合が主体となって、市町村や医師会の支援のもと、事業を実施

【目 標】

項 目	目 標	評 価 指 標
ストラクチャー	関係機関との連携体制の構築	・市町村との連携体制構築 ・医師会との連携
プロセス	事業の推進	・事業の進捗
アウトプット	受診勧奨実施者の医療機関受診率 50.0%	・受診勧奨実施者で、受診勧奨の翌月以降に生活習慣病に関する治療レセプトがある人の割合
アウトカム	受診勧奨実施者で医療機関受診者の翌年の健診結果数値の改善率 70.0%	・受診勧奨実施者で、受診勧奨の翌月以降に生活習慣病に関する治療レセプトがある人のうち、翌年度の健康診査結果で数値が改善した割合

ストラクチャー：保健事業を実施するための仕組みや体制 プロセス：事業の目的や目標達成に向けた過程（手順）や活動状況

アウトプット：目的・目標達成のために行われる事業の結果 アウトカム：事業の目的や目標の達成度、または成果

【実 績】

項目		H28(2016) 現状	H30(2018)	R01(2019)	R02(2020) 見直し	R03(2021)	R04(2022)	R05(2025)
ストラクチャー	計 画	—	実施	実施	実施	実施	実施	実施
	実 績		取組内容の調査	取組内容の調査				
プロセス	計 画	—	対象者や介入 方法の決定	モデル事業 の実施	前年度の評価を 踏まえた実施	継続実施	継続実施	継続実施
	実 績		効果的な対象者・ 事業方法の検討	一体的な実施事業 への移行の検討				
アウトプット	計 画	—	—	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%
	実 績		—	—				
アウトカム	計 画	—	—	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%
	実 績		—	—				

【平成30年度実績の評価】 5:大きく上回る達成 4:上回る達成 3:おおむね達成 2:下回る未達成 1:大きく下回る未達成

項 目	評 価	説 明
ストラクチャー	2	市町村の健診結果を活用した取組内容の調査を実施
プロセス	2	効果的な対象者及び事業方法を検討
アウトプット		—
アウトカム		—

【令和元年度実績の評価】 5:大きく上回る達成 4:上回る達成 3:おおむね達成 2:下回る未達成 1:大きく下回る未達成

項 目	評 価	説 明
ストラクチャー	2	市町村の健診結果を活用した取組内容の調査を実施
プロセス	2	一体的な事業への移行の検討
アウトプット		—
アウトカム		—

【特記事項】

・R2年度以降、「保健事業と介護予防の一体的な実施」が本格実施になることを踏まえ、市町村における国保世代からの連続した、後期高齢者に対する重症化予防の取組の推進を支援。

第2期データヘルス計画保健事業 目標管理・評価シート

【基本事項】

事業番号	2 - (1)
事業名	歯科健康診査事業
区 分	継続
大目標	2 加齢に伴う心身機能の低下防止
中長期的目標	①生活に支障のない期間の維持
短期的目標	#3 口腔機能の維持・改善者の増加
目 的	口腔機能低下や肺炎等の疾病の予防と心身機能の低下防止
対象者	実施年度に76歳、80歳に達する被保険者（除外者を除く）
事業内容	歯科健康診査の実施
実施体制	広域連合が主体となり、市町村に業務委託

【目 標】

項 目	目 標	評 価 指 標
ストラクチャー	市町村との連携体制の構築	・ 歯科健康診査推進計画の策定 ・ 医療の分析結果の提供
プロセス	円滑な歯科健康診査の実施	・ 未実施市町村への歯科健康診査実施のための支援
アウトプット	歯科健康診査実施市町村数の増加	・ 歯科健康診査実施市町村数
アウトカム	要治療で医療に結びついた割合 90.0%	・ 歯科健診結果が要治療で、歯科健診受診月の翌月以降に歯科レセプトがある人の割合

ストラクチャー：保健事業を実施するための仕組みや体制 プロセス：事業の目的や目標達成に向けた過程（手順）や活動状況

アウトプット：目的・目標達成のために行われる事業の結果 アウトカム：事業の目的や目標の達成度、または成果

【実 績】

項目		H28(2016) 現状	H30(2018)	R01(2019)	R02(2020) 見直し	R03(2021)	R04(2022)	R05(2023)
ストラクチャー	計 画	実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施
	実 績		健診計画策定	健診計画策定				
プロセス	計 画	実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施
	実 績		未実施市町村の 課題調査	未実施市町村の 課題調査				
アウトプット	計 画	11 市町村	前年度比増加	前年度比増加	前年度比増加	前年度比増加	前年度比増加	前年度比増加
	実 績		15 市町村	18 市町村				
アウトカム	計 画	93.6%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%
	実 績		96.5%	95.4%				

事業実績	H30(2018)	R01(2019)	R02(2020)	R03(2021)	R04(2022)	R05(2023)
対象被保険者数	23,169 人	36,213 人				
健診受診者数	3,379 人	4,721 人				
受診率	14.6%	13.0%				
要治療者数	2,395 人	3,305 人				
要治療で医療に結びついた人数	2,311 人	3,152 人				

【平成30年度実績の評価】 5:大きく上回る達成 4:上回る達成 3:おおむね達成 2:下回る未達成 1:大きく下回る未達成

項 目	評 価	説 明
ストラクチャー	3	健康診査推進計画を策定し、歯科健診受診後に医療に結びついた割合を分析
プロセス	3	未実施市町村の課題の聞き取りを実施
アウトプット	3	実施市町村数 H30:15 H29:13
アウトカム	4	要治療で医療に結びついた割合 96.5%

【令和元年度実績の評価】 5:大きく上回る達成 4:上回る達成 3:おおむね達成 2:下回る未達成 1:大きく下回る未達成

項 目	評 価	説 明
ストラクチャー	3	健康診査推進計画を策定し、歯科健診受診後に医療に結びついた割合を分析
プロセス	3	未実施市町村の課題の聞き取りを実施
アウトプット	4	実施市町村数 R1:18 H30:15
アウトカム	4	要治療で医療に結びついた割合 95.4%

【特記事項】

--

第2期データヘルス計画保健事業 目標管理・評価シート

【基本事項】

事業番号	2 - (2)
事業名	在宅要介護者歯科保健事業
区 分	継続
大目標	2 加齢に伴う心身機能の低下防止
中長期的目標	①生活に支障のない期間の維持
短期的目標	#3 口腔機能の維持・改善者の増加
目 的	口腔機能の維持回復と健康維持
対象者	通院による歯科保健サービスを受けることが困難な、新潟市に住所を有する要介護3～5の認定を受けた者
事業内容	訪問歯科健診と口腔ケア指導、健康教育
実施体制	新潟市歯科医師会に業務委託

【目 標】

項 目	目 標	評 価 指 標
ストラクチャー	新潟市歯科医師会との連携体制強化	・新潟市歯科医師会との打ち合わせ会議
プロセス	円滑な訪問歯科健康診査の実施	・効果的な対象者の選定 ・居宅介護支援事業所への事業周知
アウトプット	訪問歯科健診実施者数の増加	・訪問歯科健診実施者数
アウトカム	要治療で医療に結びついた割合 80.0%	・訪問歯科健診結果が要治療で、訪問歯科健診受診月の翌月以降に歯科レセプトがある人の割合

ストラクチャー：保健事業を実施するための仕組みや体制 プロセス：事業の目的や目標達成に向けた過程（手順）や活動状況

アウトプット：目的・目標達成のために行われる事業の結果 アウトカム：事業の目的や目標の達成度、または成果

【実 績】

項目		H28(2016) 現状	H30(2018)	R01(2019)	R02(2020) 見直し	R03(2021)	R04(2022)	R05(2023)
ストラクチャー	計 画	実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施
	実 績		打ち合わせ会議 実施・事業周知 方法等検討	打ち合わせ会議 実施・事業周知 方法等検討				
プロセス	計 画	実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施
	実 績		広報チラシ配布	広報チラシ配布				
アウトプット	計 画	79 人	前年度比増加	前年度比増加	前年度比増加	前年度比増加	前年度比増加	前年度比増加
	実 績		101 人	113 人				
アウトカム	計 画	77.2%	77.5%	78.0%	78.5%	79.0%	79.5%	80.0%
	実 績		80.0%	82.4%				

事業実績	H30(2018)	R01(2019)	R02(2020)	R03(2021)	R04(2022)	R05(2023)
健診受診者数	101 人	113 人				
要治療者数	50 人	74 人				
要治療で医療に結びついた人数	40 人	61 人				

【平成30年度実績の評価】 5:大きく上回る達成 4:上回る達成 3:おおむね達成 2:下回る未達成 1:大きく下回る未達成

項 目	評 価	説 明
ストラクチャー	3	打ち合わせ会議を実施し、効果的な事業周知方法等を検討
プロセス	3	新潟市居宅介護支援事業者連絡協議会事務局の協力により、会員事業所向けの研修会にて広報チラシを配布
アウトプット	4	健診受診者数 H30:101人 H29:67人
アウトカム	3	医療に結びついた割合 H30:80.0% H29:77.8%

【令和元年度実績の評価】 5:大きく上回る達成 4:上回る達成 3:おおむね達成 2:下回る未達成 1:大きく下回る未達成

項 目	評 価	説 明
ストラクチャー	3	打ち合わせ会議を実施し、効果的な事業周知方法等を検討
プロセス	3	新潟市居宅介護支援事業者連絡協議会事務局の協力により、会員事業所向けの研修会にて広報チラシを配布
アウトプット	4	健診受診者数 R1:113人 H30:101人
アウトカム	4	医療に結びついた割合 R1:82.4% H30:80.0%

【特記事項】

--

第2期データヘルス計画保健事業 目標管理・評価シート

【基本事項】

事業番号	2 - (3)
事業名	在宅訪問栄養食事相談事業
区 分	継続
大目標	2 加齢に伴う心身機能の低下防止
中長期的目標	①生活に支障のない期間の維持
短期的目標	#2 自ら健康づくりに取り組む高齢者の増加 #4 栄養改善・維持を図れる者の増加
目 的	栄養改善と心身機能の低下予防、生活機能の維持・改善
対象者	前年度の健診結果でBMIが21.5kg/m ² 未満かつ半年以内に2kg以上体重が減少している者
事業内容	訪問栄養相談の実施と管理栄養士の育成研修
実施体制	広域連合が主体となり、新潟県栄養士会に業務委託、実施地域市町村と共同事業協定

【目 標】

項 目	目 標	評 価 指 標
ストラクチャー	関係機関との連携体制の強化	・新潟県栄養士会との打ち合わせ会議 ・実施市町村との共同事業に関する協定の締結 ・かかりつけ医や地域包括支援センター等との情報共有・協力等の連携体制の構築
プロセス	管理栄養士の育成	・在宅訪問栄養食事相談事業での訪問相談が実施可能な栄養士の数
アウトプット	訪問相談実施者の心身機能の維持・向上 50.0%	・相談実施者のBMI値が維持・改善した割合
アウトカム	訪問相談実施者の生活改善率 80.0%	・相談実施者の日常生活チェック項目が改善した割合

ストラクチャー：保健事業を実施するための仕組みや体制 プロセス：事業の目的や目標達成に向けた過程（手順）や活動状況

アウトプット：目的・目標達成のために行われる事業の結果 アウトカム：事業の目的や目標の達成度、または成果

【実 績】

項目		H28(2016) 現状	H30(2018)	R01(2019)	R02(2020) 見直し	R03(2021)	R04(2022)	R05(2023)
ストラクチャー	計 画	実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施
	実 績		共同事業協定 ・情報共有	共同事業協定 ・情報共有				
プロセス	計 画	16 人	前年度比増加	前年度比増加	前年度比増加	前年度比増加	前年度比増加	前年度比増加
	実 績		22 人	24 人				
アウトプット	計 画	—	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%
	実 績		81.0%	82.1%				
アウトカム	計 画	—	70.0%	75.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%
	実 績		65.5%	89.7%				

事業実績	H30(2018)	R01(2019)	R02(2020)	R03(2021)	R04(2022)	R05(2023)
申請勸奨者（対象者）	702 人	725 人				
申請者	104 人	71 人				
訪問相談実施者	65 人	48 人				
3 回訪問完了者	58 人	39 人				
BMI 維持・改善者	47 人	32 人				
生活改善者	38 人	35 人				

【平成 30 年度実績の評価】 5:大きく上回る達成 4:上回る達成 3:おおむね達成 2:下回る未達成 1:大きく下回る未達成

項 目	評 価	説 明
ストラクチャー	3	実施地域である新潟市と共同事業の協定を締結、新潟県栄養士会及び新潟市医師会等と情報共有
プロセス	3	研修会 1 回実施。訪問可能栄養士数 H 3 0 : 2 2 人 H 2 9 : 1 6 人
アウトプット	4	BMI 維持・改善者 8 1 . 0 %
アウトカム	2	アセスメント表による改善率 6 5 . 5 %

【令和元年度実績の評価】 5:大きく上回る達成 4:上回る達成 3:おおむね達成 2:下回る未達成 1:大きく下回る未達成

項 目	評 価	説 明
ストラクチャー	3	実施地域である新潟市と共同事業の協定を締結、新潟県栄養士会及び新潟市医師会等と情報共有
プロセス	3	訪問可能栄養士数 R 元 : 2 4 人 H 3 0 : 2 2 人 研修会はコロナの影響で中止
アウトプット	4	BMI 維持・改善者 8 2 . 1 %
アウトカム	4	アセスメント表による改善率 8 9 . 7 %

【特記事項】

- ・第 2 期データヘルス計画記載の短期目標に誤りがあったので修正。
- ・アウトプット評価に記載の目標及び評価指標が、本来のアウトプット評価の意味に適さない為、データヘルス計画見直しに合わせて修正予定（令和元年度保健事業支援・評価委員会でも確認済み）。

第2期データヘルス計画保健事業 目標管理・評価シート

【基本事項】

事業番号	2 - (4)
事業名	健康づくり高齢者補助金交付事業（長寿・健康増進事業）
区 分	継続
大目標	2 加齢に伴う心身機能の低下防止（1 生活習慣病の重症化予防）
中長期的目標	①生活に支障のない期間の維持（①人工透析②脳血管疾患③重症化の増加抑制）
短期的目標	#1 糖尿病・高血圧・CKD未治療者の減少 #2 自ら健康づくりに取り組む高齢者の増加 #3 口腔機能の維持・改善者の増加 #4 栄養改善・維持を図れる者の増加
目 的	被保険者の健康増進に向けた市町村の行う健康づくり事業等に対する補助
対象者	新潟県後期高齢者医療広域連合特別対策補助金で定める長寿・健康増進事業の対象者
事業内容	補助金の交付
実施体制	広域連合策定「特別対策補助金交付要綱」に基づき市町村事業に補助金を交付

【目 標】

項 目	目 標	評 価 指 標
ストラクチャー	事業実施に必要な財源確保	・ 予算の確保
プロセス	円滑な事業の実施	・ 各種会議での周知
アウトプット	実施市町村数の維持・増加	・ 補助金交付市町村数
アウトカム	被保険者の健康増進に資する事業の推進	・ 補助金交付市町村数

ストラクチャー：保健事業を実施するための仕組みや体制 プロセス：事業の目的や目標達成に向けた過程（手順）や活動状況

アウトプット：目的・目標達成のために行われる事業の結果 アウトカム：事業の目的や目標の達成度、または成果

【実 績】

項目		H28(2016) 現状	H30(2018)	R01(2019)	R02(2020) 見直し	R03(2021)	R04(2022)	R05(2023)
ストラクチャー	計 画	実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施
	実 績		財源確保	財源確保				
プロセス	計 画	実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施
	実 績		会議等で周知	会議等で周知				
アウトプット	計 画	28 市町村	28 市町村	29 市町村	30 市町村	30 市町村	30 市町村	30 市町村
	実 績		29 市町村	30 市町村				
アウトカム	計 画	28 市町村	28 市町村	29 市町村	30 市町村	30 市町村	30 市町村	30 市町村
	実 績		29 市町村	30 市町村				

【平成30年度実績の評価】 5:大きく上回る達成 4:上回る達成 3:おおむね達成 2:下回る未達成 1:大きく下回る未達成

項 目	評 価	説 明
ストラクチャー	3	市町村からの申請を踏まえ、必要な財源を確保
プロセス	3	担当課長会議及び保健事業担当者連絡会議、文書にて周知
アウトプット	3	補助金交付市町村数 29市町村
アウトカム	3	補助金交付市町村数 29市町村

【令和元年度実績の評価】 5:大きく上回る達成 4:上回る達成 3:おおむね達成 2:下回る未達成 1:大きく下回る未達成

項 目	評 価	説 明
ストラクチャー	3	市町村からの申請を踏まえ、必要な財源を確保
プロセス	3	担当課長会議及び保健事業担当者連絡会議、文書にて周知
アウトプット	3	補助金交付市町村数 30市町村
アウトカム	3	補助金交付市町村数 30市町村

【特記事項】

--

第2期データヘルス計画保健事業 目標管理・評価シート

【基本事項】

事業番号	3 - (1)
事業名	重複・頻回受診者訪問相談事業
区 分	拡充
大目標	3 必要な受診・その他サービスの利活用による医療費の適正化
中長期的目標	①重複受診割合の増加抑制 ②頻回受診割合の増加抑制
短期的目標	#5 適切な受診行動・服薬行動がとれる者の増加
目 的	自己負担額の軽減や医療費の適正化
対象者	重複受診者（3か月連続して、1か月に同一疾病での受診医療機関が2箇所以上の者） 頻回受診者（3か月連続して、1か月に同一医療機関での受診が12回以上の者。ただし、人工透析患者は対象外）
事業内容	専門職（保健師・看護師等）による訪問健康相談と適正な受診やかかりつけ医・薬局に関する啓発
実施体制	民間業者に業務委託

【目 標】

項 目	目 標	評 価 指 標
ストラクチャー	関係機関との連携体制の強化	・市町村との訪問相談結果共有等による連携体制の強化 ・新潟県医師会との事業実施状況等の共有による連携体制の強化
プロセス	適正な受診やかかりつけ医を持つことに関する意識啓発の実施	・各種広報媒体による意識啓発の実施
	効果的な対象者の選定	・対象者全体に対する訪問相談実施者の割合
アウトプット	相談実施者の受診行動改善率 50.0%	・訪問相談実施者で、訪問相談実施月の翌月から3ヶ月間のレセプトにより、対象者に該当しなくなった者の割合
アウトカム	相談実施者の行動変容による医療費の削減	・訪問相談実施者で、訪問相談実施月の翌月から3ヶ月間のレセプトにより、対象者に該当しなくなった者の1人当たりの1ヶ月平均の医療費削減額

ストラクチャー：保健事業を実施するための仕組みや体制 プロセス：事業の目的や目標達成に向けた過程（手順）や活動状況

アウトプット：目的・目標達成のために行われる事業の結果 アウトカム：事業の目的や目標の達成度、または成果

【実 績】

項目		H28(2016) 現状	H30(2018)	R01(2019)	R02(2020) 見直し	R03(2021)	R04(2022)	R05(2023)
ストラクチャー	計 画	実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施
	実 績		相談結果を 市町村と共有	相談結果を 市町村と共有				
プロセス	計 画	意識啓発	実施	実施	実施	実施	実施	実施
	実 績	—	広報実施	広報実施				
	計 画	対象選定	20.0%	30.0%	30.0%	30.0%	30.0%	30.0%
	実 績	11.2%	31.6%	24.7%				
アウトプット	計 画	重複	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%
	実 績	55.8%	70.8%	61.2%				
	計 画	頻回	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%
	実 績	49.6%	47.6%	51.0%				
アウトカム	計 画	重複 9,952 円	医療費 の削減	医療費 の削減	医療費 の削減	医療費 の削減	医療費 の削減	医療費 の削減
	実 績	頻回 14,709 円	削減	削減				

事業実績	H30(2018)	R01(2019)	R02(2020)	R03(2021)	R04(2022)	R05(2023)
対象者の当初抽出者数	3,144 人	3,320 人				
最終対象者数（除外、電話調査後）	538 人	604 人				
訪問相談実施者数	重複 65 人 頻回 105 人	重 49 人 頻 100 人				
訪問相談実施後の改善者数	重複 46 人 頻回 50 人	重 30 人 頻 51 人				

【平成 30 年度実績の評価】 5:大きく上回る達成 4:上回る達成 3:おおむね達成 2:下回る未達成 1:大きく下回る未達成

項 目	評 価	説 明
ストラクチャー	3	相談実施者から同意をとり、相談結果を市町村と共有し、引き続き見守りを行う体制を構築
プロセス	4	ガイドブック、しおり等による機会を捉えた広報を実施、実施者の割合 31.6%
アウトプット	重複 4 頻回 2	訪問指導の改善割合 重複受診者：70.8%、頻回受診者：47.6%
アウトカム	重複 4 頻回 3	改善者の 1 人当たりの 1 ヶ月当たりの医療費削減額 重複受診者：19,775 円、頻回受診者：11,996 円

【令和元年度実績の評価】 5:大きく上回る達成 4:上回る達成 3:おおむね達成 2:下回る未達成 1:大きく下回る未達成

項 目	評 価	説 明
ストラクチャー	3	相談実施者から同意をとり、相談結果を市町村と共有し、引き続き見守りを行う体制を構築
プロセス	2	ガイドブック、しおり等による機会を捉えた広報を実施、実施者の割合 24.7%
アウトプット	☒ 重複 4	訪問指導の改善割合 重複受診者：61.2%、頻回受診者：51.0%
	☒ 頻回 3	
アウトカム	☒ 重複 4	改善者の1人当たりの1ヶ月当たりの医療費削減額 重複受診者：15,403円、頻回受診者：19,727円
	☒ 頻回 4	

【特記事項】

--

第2期データヘルス計画保健事業 目標管理・評価シート

【基本事項】

事業番号	3 - (2)
事業名	服薬相談事業
区 分	拡充
大目標	3 必要な受診・その他サービスの利活用による医療費の適正化
中長期的目標	③服薬相談が必要な被保険者割合の増加抑制
短期的目標	#5 適切な受診行動・服薬行動がとれる者の増加
目 的	自己負担額の軽減や医療費の適正化
対象者	重複投薬や併用禁忌薬剤処方状況が疑われ、服薬に関する確認や相談、調整が必要な状況が疑われる者
事業内容	薬剤師による薬に関する相談の実施と適正な受診やかかりつけ医・かかりつけ薬局を持つことに関する啓発
実施体制	広域連合が主体となって、関係機関との協議により、効果的な実施体制を検討

【目 標】

項 目	目 標	評 価 指 標
ストラクチャー	関係機関との連携体制構築	・市町村や医師会、薬剤師会等との連携体制の構築
プロセス	効果的な事業の推進	・前年度の評価を踏まえた事業の実施
アウトプット	相談実施者の受診行動改善率 50.0%	・相談実施者で、相談実施月の翌月から3ヶ月間のレセプトにより、対象者に該当しなくなった者の割合
アウトカム	相談実施者の行動変容による医療費の削減	・相談実施者で、相談実施月の翌月から3ヶ月間のレセプトにより、対象者に該当しなくなった者の1人当たりの1ヶ月平均の医療費削減額

ストラクチャー：保健事業を実施するための仕組みや体制 プロセス：事業の目的や目標達成に向けた過程（手順）や活動状況

アウトプット：目的・目標達成のために行われる事業の結果 アウトカム：事業の目的や目標の達成度、または成果

【実 績】

項目		H28(2016) 現状	H30(2018)	R01(2019)	R02(2020) 見直し	R03(2021)	R04(2022)	R05(2025)
ストラクチャー	計 画	—	実施	実施	実施	実施	実施	実施
	実 績		新潟市、薬剤師 会等との連携体 制構築	新潟市、薬剤師 会等との連携体 制構築				
プロセス	計 画	—	前年度の評価を 踏まえた実施	前年度の評価を 踏まえた実施	前年度の評価を 踏まえた実施	前年度の評価を 踏まえた実施	前年度の評価を 踏まえた実施	前年度の評価を 踏まえた実施
	実 績		前年度課題によ り実施方法修正	前年度課題によ り実施方法修正				
アウトプット	計 画	—	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%
	実 績		62.5%	55.1%				
アウトカム	計 画	—	医療費 の削減	医療費 の削減	医療費 の削減	医療費 の削減	医療費 の削減	医療費 の削減
	実 績		削減	削減				

事業実績	H30(2018)	R01(2019)	R02(2020)	R03(2021)	R04(2022)	R05(2023)
申請勸奨者（対象者）	715 人	949 人				
訪問相談申込者	49 人	75 人				
訪問相談実施者	32 人	49 人				
抽出基準に該当しなくなった者	20 人	27 人				

【平成30年度実績の評価】 5:大きく上回る達成 4:上回る達成 3:おおむね達成 2:下回る未達成 1:大きく下回る未達成

項 目	評 価	説 明
ストラクチャー	3	新潟市、新潟市薬剤師会、かかりつけ薬局との連携体制を構築
プロセス	3	前年度課題を踏まえて、対象者抽出方法や実施時期等の修正
アウトプット	4	新潟市をモデル地区に、50人を目途に訪問相談を実施 H30：32人 【H30実績】
アウトカム	3	・基準に該当しなくなった人の割合 62.5% ・該当しなくなった者の1人当たり1ヶ月当たりの医科（投薬のみ）・調剤医療費削減効果 3,287円

【令和元年度実績の評価】 5:大きく上回る達成 4:上回る達成 3:おおむね達成 2:下回る未達成 1:大きく下回る未達成

項 目	評 価	説 明
ストラクチャー	3	新潟市、新潟市薬剤師会、かかりつけ薬局との連携体制を構築
プロセス	3	前年度課題を踏まえて、対象者抽出方法や実施時期等の修正
アウトプット	3	新潟市をモデル地区に、50人を目途に訪問相談を実施 R1：49人 【R1実績】
アウトカム	3	・基準に該当しなくなった人の割合 55.1% ・該当しなくなった者の1人当たり1ヶ月当たりの医科（投薬のみ）・調剤医療費削減効果 5,784円

【特記事項】

--

第2期データヘルス計画保健事業 目標管理・評価シート

【基本事項】

事業番号	3 - (3)
事業名	ジェネリック医薬品普及・啓発事業
区 分	継続
大目標	3 必要な受診・その他サービスの利活用による医療費の適正化
中長期的目標	④ジェネリック医薬品の普及率向上
短期的目標	#6 ジェネリック医薬品の普及率向上
目 的	自己負担額の軽減や医療費の適正化
対象者	切替可能な先発医薬品を使用している者 (切替えた場合に、自己負担額が 100 円以上軽減される可能性がある者)
事業内容	広報紙等による啓発、ジェネリック医薬品希望カードの配布、ジェネリック医薬品差額通知発送、他保険者との情報共有や共同実施等による効果的な啓発の実施
実施体制	広域連合が主体となり、市町村と協力して実施

【目 標】

項 目	目 標	評 価 指 標
ストラクチャー	他保険者との連携体制の構築	・保険者協議会等での各保険者でのジェネリック医薬品に関する協議回数
プロセス	取組の推進	・各種事業の実施
アウトプット	ジェネリック医薬品の普及率 (数量ベース) 80.0%以上	・ジェネリック医薬品の普及率
アウトカム	ジェネリック医薬品差額通知 による切替者の医療費の削減	・ジェネリック医薬品差額通知の発送による1年間の切替効果額(合計)

ストラクチャー：保健事業を実施するための仕組みや体制 プロセス：事業の目的や目標達成に向けた過程（手順）や活動状況

アウトプット：目的・目標達成のために行われる事業の結果 アウトカム：事業の目的や目標の達成度、または成果

【実 績】

項目		H28(2016) 現状	H30(2018)	R01(2019)	R02(2020) 見直し	R03(2021)	R04(2022)	R05(2023)
ストラクチャー	計 画	1 回	2 回	前年度の協議 内容を踏まえた 必要な回数	前年度の協議 内容を踏まえた 必要な回数	前年度の協議 内容を踏まえた 必要な回数	前年度の協議 内容を踏まえた 必要な回数	前年度の協議 内容を踏まえた 必要な回数
	実 績		2 回	2 回				
プロセス	計 画	実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施
	実 績		実施	実施				
アウトプット	計 画	65.2%	74.0%	77.0%	80.0%	前年度比増加	前年度比増加	前年度比増加
	実 績		74.9%	78.4%				
アウトカム	計 画	3,852 万円	医療費 の削減	医療費 の削減	医療費 の削減	医療費 の削減	医療費 の削減	医療費 の削減
	実 績		削減	削減				

【平成30年度実績の評価】 5:大きく上回る達成 4:上回る達成 3:おおむね達成 2:下回る未達成 1:大きく下回る未達成

項 目	評 価	説 明
ストラクチャー	3	H30：2回 保険者協議会等にて効果的な啓発方法を検討
プロセス	3	市町村広報誌等による広報とともに、ジェネリック医薬品希望カードの配布や差額通知事業（年2回）を実施
アウトプット	3	普及率：74.9%（H31.3審査分）
アウトカム	3	H30.10：58,350通発送 年間で2億1,542万円の削減効果 H31.02：54,089通発送 年間で1億7,599万円の削減効果 ※発送者には重複している者もいるため、上記削減額には二重で金額が計上されている者も含む

【令和元年度実績の評価】 5:大きく上回る達成 4:上回る達成 3:おおむね達成 2:下回る未達成 1:大きく下回る未達成

項 目	評 価	説 明
ストラクチャー	3	R元：2回 保険者協議会等にて効果的な啓発方法を検討
プロセス	3	市町村広報誌等による広報とともに、ジェネリック医薬品希望カードの配布や差額通知事業（年2回）を実施
アウトプット	3	普及率：78.4%（R2.3審査分）
アウトカム	3	R元.9：48,191通発送 年間で1億5879万円の削減効果 R2.1：47,888通発送 8か月間で8,571万円の削減効果（暫定値） ※発送者には重複している者もいるため、上記削減額には二重で金額が計上されている者も含む

【特記事項】

第2期データヘルス計画記載のアウトカム評価 H28 の切替効果額は、1年間の合計ではなく発送1年後の単月の金額を誤って記載していた。

新潟県後期高齢者医療広域連合

〈第 2 期〉保健事業実施計画（データヘルス計画）中間見直し版
平成 30 年度～令和 5 年度

〒950-0965 新潟市中央区新光町 4 番地 1 新潟県自治会館本館内
電話 025-285-3221

1.5 版