

新潟県後期高齢者医療広域連合

第3期保健事業実施計画（データヘルス計画） 概要版

第1章 基本的事項

●策定の目的と背景

「高齢者の医療の確保に関する法律に基づく高齢者保健事業の実施等に関する指針」に基づき、後期高齢者医療広域連合は、健康・医療情報を活用してP D C Aサイクルに沿った効果的・効率的な保健事業の実施を図るため、保健事業の実施計画（データヘルス計画）を策定します。

●計画期間

令和6年度～令和11年度（6年間）（令和8年度に中間評価を行い、必要に応じて見直し）

●高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施

疾病予防と生活機能維持の両面にわたるニーズを有する高齢者に対し、心身の特性に応じてきめ細やかな保健事業を進めるため、保健事業の一部を広域連合から市町村に委託します。広域連合は必要な経費の負担や情報提供を行い、市町村を支援します。

第2章 現状の整理

●新潟県の特性

新潟県では人口減少と少子高齢化が急速に進み、令和2年の高齢化率は全国平均を4.2ポイント上回る32.8%です。一方、75歳以上の将来推計人口は、令和17年の437,441人をピークに減少に転じますが、生産年齢人口の著しい減少により、少子高齢化は一層進むと予測されます。

●第2期データヘルス計画（平成30年度～令和5年度）の評価

平均余命と平均自立期間は全国平均より若干短いですが、その差（不健康期間）は男女とも縮小しています。また、健康診査受診率は増加したものの健康状態不明者も多く、人工透析導入者や、脳血管疾患による入院や死亡率は全国平均より高い状態にあります。健康寿命の延伸のために、健康診査受診率を上げるとともに、生活習慣病重症化予防の取組を強化する必要があります。

保健事業名	評価指標	H30実績	R4目標値	R4実績	全体評価
健康診査事業	受診率	25.5%	前年度比増加	26.5%	3
糖尿病性腎症・CKD(慢性腎臓病)重症化予防事業	実施市町村数	19市町村	28市町村	22市町村	2
歯科健康診査事業	実施市町村数 受診率	15市町村 14.6%	前年度比増加	25市町村 13.1%	4
在宅要介護者歯科保健事業	要治療で医療に結び付いた割合	80.0%	79.5%	90.4%	4
在宅訪問栄養食事相談事業	実施率 相談3回終了者率	62.5% 89.2%	前年度比維持・増加	69.0% 81.6%	3
健康づくり高齢者補助金交付事業(長寿・健康増進事業)	交付市町村数	29市町村	30市町村	30市町村	3
重複・頻回受診者訪問相談事業	実施率	重複33.7% 頻回30.4%	前年度比維持・増加	重複35.1% 頻回42.6%	3
服薬相談事業	申請率 実施率	6.9% 65.3%	前年度比維持・増加	4.1% 80.6%	3
ジェネリック医薬品普及・啓発事業	差額通知者の切替率	1回目24.8% 2回目23.8%	25.0%	1回目36.8% 2回目27.7%	3
高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施(R2～)	事業実施市町村数	(R2) 4市町村	20市町村	22市町村	4

5段階評価（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 1:大きく下回る）

第3章 健康・医療情報等の分析・分析結果に基づく健康課題の抽出

●被保険者構成の将来推計

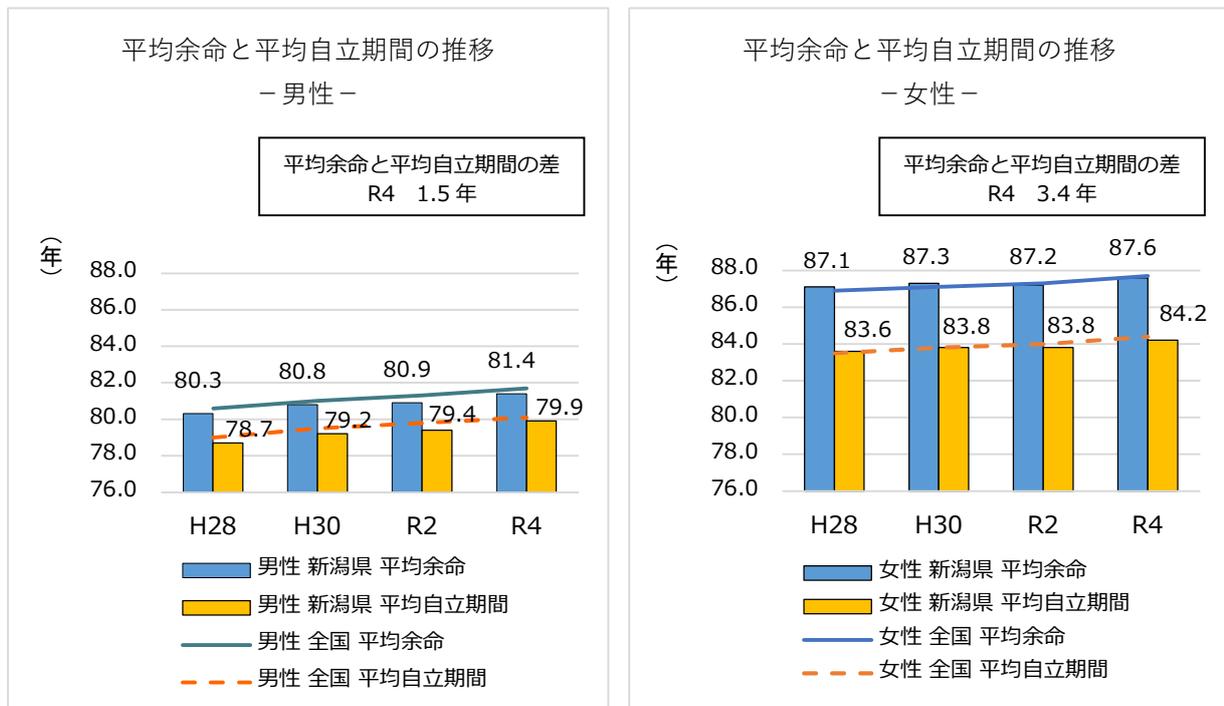
75歳以上の被保険者は、将来推計人口では、総人口に対する割合は増え続ける（R2年 17.0% →R12年 22.4%→R32年 27.3%）一方、人数は令和12年頃をピークに徐々に減少していく（R2年 374,715人→R12年 442,241人→R32年 415,853人）と見込まれます。

●将来推計に伴う医療費

令和2年度は新型コロナウイルス感染症の感染拡大による受診控えが影響し、総医療費、1人当たり医療費ともに減少しましたが、被保険者数の増加や医療の高度化等を背景に増加を続けています。令和4年度の1人当たり医療費は全国で最も低い762,174円です。

●平均余命・平均自立期間の状況

新潟県の平均余命と平均自立期間は男女ともに年々延びていますが、全国平均より約0.2年短くなっています。平均余命と平均自立期間との差（不健康期間）は男女とも縮小し、全国平均と比べて大きな差はありません。



●死因別死亡割合

令和4年度の死因別死亡率（人口10万対）と全国順位は、脳血管疾患（129.0）は5位で横ばい傾向ですが、全国順位は高い状態です。アルツハイマー病（54.8）は1位、腎不全（26.2）は29位ですが、年々増加傾向です。

●健康診査・歯科健康診査・質問票の分析

【健康診査】

全30市町村で実施しています。受診率は新型コロナウイルス感染症の影響で令和2年度は21.4%まで減少しましたが、その後は増加し、令和4年度は26.3%です。

健康診査の結果から、次の割合が年々増加傾向です。

- ・医療未受診者のうち、受診勧奨判定値にある者
- ・生活習慣病（肥満・血糖・血圧・脂質）のリスク保有者
- ・人工透析患者のうち糖尿病を有している者
- ・日本腎臓学会のCKD重症度分類表に基づくリスク中・高の該当者
- ・低栄養状態の者

また、健康診査を受けず、医療も受診していない者（健康状態不明者）は、令和4年度5.35%で、増加傾向です。

【歯科健康診査】

対象年齢は76歳と80歳です。受診率は大きな伸びはなく、令和4年度は13.1%です。実施する市町村数は、平成28年度の11市町村から令和4年度は25市町村に増加しました。

歯科健康診査受診後、要治療者の9割以上が医療に結び付いています。

【後期高齢者の質問票】

年次推移（R2とR4）では「喫煙」「食習慣」「口腔機能」「運動・転倒」のリスク保有者割合が高くなっています。また、「喫煙」「運動・転倒」のリスク保有者割合は全国平均より高くなっています。

●医療関係の分析

【医療費の推移】

1人当たり医療費は全国で最も低い状況が続いています。外来医療費は、糖尿病、不整脈、慢性腎臓病で、入院医療費は骨折、不整脈、慢性腎臓病で増加傾向がみられます。

【生活習慣病患者の推移】

患者千人当たりの生活習慣病患者数は、脳梗塞は年々減少傾向ですが、全国平均と比較すると約1.2倍と多く、脂質異常症・糖尿病・がんが増えています。また、認知症を含む精神疾患が全国平均より多くなっています。

被保険者に占める各疾患の男女別患者割合を見ると、糖尿病は男性で、脂質異常症は女性で高くなっています。

重症化した疾病（医療費50万円以上の高額疾病）は、脳血管疾患の入院患者の割合は減少傾向ですが、腎不全の入院患者の割合は横ばい状態です。人工透析患者の割合が増加傾向にあります。

【後発医薬品（ジェネリック医薬品）の普及率】

後発医薬品の普及率は年々上昇し、令和2年度以降は国の目標値の80%を達成しています。

【医療の適正化】

重複・多剤投薬患者や重複・頻回受診者に対する効果的な訪問相談支援の実施により、対象者の割合は年々減少傾向にあります。

●介護関係の分析

【要介護認定率の状況】

第1号被保険者の5割以上、要介護・要支援認定者の約9割が75歳以上です。

第1号被保険者の認定率は全国平均と同等ですが、介護度の高い者（要介護3以上）の認定率が高く、認定者の介護サービス利用は、特に介護度の高い者の利用率が全国平均より高くなっています。

【介護給付費の推移】

介護給付費の総額は、被保険者数の増加に伴い年々増加傾向です。

65歳以上の1人当たり介護給付費の内訳は、居宅サービスの1人当たり介護給付費は全国平均より若干低いですが、施設サービスの1人当たり介護給付費は全国平均の約1.5倍と高くなっています。

【要介護認定有の者の有病状況】

糖尿病・脂質異常がある者の割合は、全国平均より低いですが年々増加傾向です。要介護度別では、筋・骨格、糖尿病、心臓病は、要支援の有病率が高く、脳疾患、精神疾患は、介護度が高くなるほど有病率は高くなり、全国平均と比べても高くなっています。

【通いの場の展開状況】

すべての市町村に介護予防に資する住民主体の通いの場があり、その半数以上の通いの場が、主な活動内容として体操（運動）を実施しています。市町村では通いの場を利用したポピュレーションアプローチ事業が増え、参加者も増加しています。

●介護・医療のクロス分析

75歳以上の被保険者のうち、令和4年度の介護認定者で、介護サービスを利用しているが医療受診していない者が17.0%おり、このような方は施設に入所していると思われ、年齢が上がるに従い割合が増加しています。

また、介護の認定を受け介護が必要な状態にもかかわらず、介護サービスを使わず、かつ医療受診もしていない者が3.1%おり、健康状態の把握が必要です。

第4章 目標達成へ向けた事業計画

●第3期データヘルス計画の取組

健康課題を下記のとおり設定します。

○高齢化の進展のため被保険者数が増加し、医療費も増加傾向です。介護度の高い人の介護認定率が全国平均より高く、人工透析の患者数の増加や脳血管疾患の重症化も進んでいます。

課題 健康診査の受診率を高めるとともに、健康状態が不明な高齢者を減らし、高血圧・糖尿病等の予防、CKDの重症化予防の取組を強化していく必要があります。

○運動・転倒リスクが高い者は減少傾向にあるが全国平均より高く、また低栄養、口腔機能リスクが高い者が増加傾向です。

課題 自ら健康づくりに取り組む高齢者を増やすために、ハイリスクアプローチに加え、ポピュレーションアプローチの強化が必要です。

○「重複受診や頻回受診などの医療機関への過度な受診者」や「重複投薬や多剤投薬が疑われる者」に対する医療専門職の効果的な訪問相談により、対象者の割合が減少しています。

課題 医療専門職の効果的な活用により、今後も継続して受診行動の改善に努めていく必要があります。

●第3期データヘルス計画の体系図

目的	被保険者が住み慣れた地域で可能な限り自立した生活を送ることができる
----	-----------------------------------

大目標
1. 生活習慣病の重症化予防のための行動をとることができる
2. フレイル予防のための行動を実践することができる
3. 適切な服薬・受診行動をとることができる

中長期的な目標	短期的な目標
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	#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 #6 健康状態が不明な高齢者の減少
4)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 #4 栄養改善・維持を図れる者の増加 #6 健康状態が不明な高齢者の減少
5)重複受診割合の増加抑制 6)頻回受診割合の増加抑制 7)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

分類	保健事業
健康診査	① 健康診査事業(#1,2,6)
	② 歯科健康診査事業(#2,3)
	③ 在宅要介護者歯科保健事業(#2,3)
一体的実施	④ 重症化予防(#1)
	⑤ 低栄養(#2,4)
	⑥ 健康状態不明者(#6)
	⑦ 口腔(#2,3)
	⑧ 投薬(重複・多剤)(#5)
	⑨ フレイル予防(#2,3,4,6)
その他	⑩ 重複・頻回受診者訪問相談事業(#5)
	⑪ 在宅訪問栄養食事相談事業(#2,4)
	⑫ 服薬相談事業(#5)

<p>【目標達成に向けた取組】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 ・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

●中長期的・短期的な目標と評価指標

	中長期的・短期的な目標 評価指標	実績値 R4(スタート時)	目指す方向性 目標値
中 長 期 目 標	1) 人工透析患者の増加抑制		
	人工透析患者の割合	0.75%	維持・減少
	糖尿病性腎症による医療受診者の割合	1.29%	維持・減少
	2) 脳血管疾患の増加抑制		
	脳血管疾患による医療受診者の割合	16.23%	維持・減少
	脳血管疾患による死亡率(人口10万対)	129.0	維持・減少
	3) 重症化する被保険者の増加抑制		
	重症化した脳血管疾患で入院した者の割合	3.78%	維持・減少
	重症化した腎不全で入院した者の割合(中分類名)	0.40%	維持・減少
	要介護3以上の認定率	7.5%	維持・減少
	【共通】ハイリスク者割合:重症化予防(コントロール不良者)	0.59%	維持・減少
	【共通】ハイリスク者割合:重症化予防(糖尿病等治療中断者)	7.28%	維持・減少
	【共通】ハイリスク者割合:重症化予防(基礎疾患保有+フレイル)	4.56%	維持・減少
	【共通】ハイリスク者割合:重症化予防(腎機能不良未受診者)	0.02%	維持・減少
	【共通】ハイリスク者割合:健康状態不明者対策	1.43%	維持・減少
	4) 生活に支障のない期間の維持		
	平均余命と平均自立期間の差	男:1.5年、女:3.4年	維持・縮小
	【共通】平均自立期間	男:79.9年、女:84.2年	維持・延伸
	【共通】ハイリスク者割合:低栄養	0.67%	維持・減少
	【共通】ハイリスク者割合:口腔	3.13%	維持・減少
	【共通】ハイリスク者割合:身体的フレイル(ロコモ含む)	4.56%	維持・減少
	5) 重複受診割合の増加抑制		
	重複受診者の割合	0.15%	維持・減少
6) 頻回受診割合の増加抑制			
頻回受診者の割合	0.17%	維持・減少	
7) 服薬相談が必要な被保険者割合の増加抑制			
【共通】ハイリスク者割合:服薬(多剤)	2.39%	維持・減少	
【共通】ハイリスク者割合:服薬(睡眠薬)	1.69%	維持・減少	
短 期 目 標	#1 糖尿病・高血圧・CKD未治療者の減少		
	CKDの重症度分類の中・高リスクで糖尿病またはCKDで未受診の割合	51.1%	50%以下
	受診勧奨判定値の未治療者が医療に結び付いた割合	43.0%	50%以上
	#2 自ら健康づくりに取り組む高齢者の増加		
	【共通】健康診査受診率	26.3%	前年度比増加
	受診勧奨判定値の未治療者が医療に結び付いた割合	43.0%	50%以上
	通いの場等の参加者数(延べ人数)	16,632人	前年度比増加
	#3 口腔機能の維持・改善者の増加		
	歯科健康診査受診率	13.1%	前年度比増加
	歯科健診受診者(実施年度に76歳・80歳に達する被保険者)の健診結果が要治療で医療に結び付いた割合	93.4%	95%以上
	訪問歯科健診の健診結果が要治療で、医療に結び付いた割合	90.4%	90%以上
	#4 栄養改善・維持を図れる者の増加		
	栄養相談により体重が維持・改善できた割合	79.0%	80%以上
	#5 適切な受診行動・服薬行動がとれる者の増加		
	相談実施により重複受診の対象者に該当しなくなった割合	63.5%	70%以上
	相談実施により頻回受診の対象者に該当しなくなった割合	64.4%	70%以上
服薬相談実施者で対象者に該当しなくなった割合	58.2%	70%以上	
#6 健康状態が不明な高齢者の減少			
健康状態が不明な高齢者の割合	5.35%	前年度比減少	

【共通】は、厚生労働省が設定する全国の後期高齢者医療広域連合で共通の評価指標

●個別事業

	保健事業名	目的	概要	評価指標と目標値			
					評価指標	R4実績	R11目標
健康診査	① 健康診査事業	生活習慣病を早期発見し、適切に医療につなげ重症化を予防	対象者に健康診査の実施と受診勧奨	アウトカム (成果)	受診勧奨判定値の未治療者で医療に結び付いた者の割合	43.0%	50.0%
				アウトプット (実施量)	【共通】健診受診率	26.3%	増加
	② 歯科健康診査事業	口腔機能の低下や肺炎等の疾病を予防し、心身機能の低下を防止	対象者に歯科健康診査を実施し、要治療者を適切な医療につなげる	アウトカム (成果)	歯科健診結果が要治療で健診受診月の翌月以降に歯科レセプトのある人の割合	93.4%	95.0%
				アウトプット (実施量)	【共通】実施市町村数	(R5)26	30
	③ 在宅要介護者歯科保健事業	口腔機能の維持回復を促し、高齢者の健康維持	訪問歯科健診と口腔ケア指導、健康教育	アウトカム (成果)	訪問歯科健診結果が要治療で健診受診月の翌月以降に歯科レセプトのある人の割合	90.4%	90.0%
				アウトプット (実施量)	訪問歯科健診受診者数	64	増加
一体的実施	④ 重症化予防	医療が必要な状態にもかかわらず未治療の者に受診勧奨し、重症化を抑制 糖尿病の未治療者や治療中断者に受診勧奨し、糖尿病性腎症等の合併症の発症や重症化を予防、人工透析患者数の増加を抑制	対象者に保健師や管理栄養士等の医療専門職による保健指導の実施、専門医等などの適正な医療への受診勧奨等	アウトカム (成果)	受診が確認できた者の割合	57.5%	60.0%
					(うち糖尿病性腎症事業の対象者が占める割合)	(68.7%)	(70.0%)
				アウトプット (実施量)	【共通】実施市町村数	(R5)25	30
	⑤ 低栄養	個々の状況に合わせて実効的な栄養相談を行い、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	保健師や管理栄養士等の医療専門職による栄養相談	アウトカム (成果)	体重が維持・改善できた者の割合	76.7%	80.0%
				アウトプット (実施量)	【共通】実施市町村数	(R5)8	15
					支援実施率	45.7%	増加
	⑥ 健康状態不明者	保健指導等を実施し、健診や医療受診、介護サービス等につなげることで、健康状態未把握者を減少	保健師や管理栄養士、看護師等による個別訪問や電話等で、生活状況や健康状態を把握して保健指導等を行い、必要に応じて受診勧奨や介護サービス等につなぐ	アウトカム (成果)	健診受診した者の割合	(R3)9.7%	10.0%
					医療・介護サービスが必要と判断される者のうち、サービスにつながった者の割合	(R3)49.2%	50.0%
				アウトプット (実施量)	【共通】実施市町村数	(R5)15	30
	⑦ 口腔	歯科健診につなげ、口腔機能低下防止を図る	訪問等による個別指導	アウトカム (成果)	自覚症状が改善された者の割合	(R3)23.8%	維持・増加
				アウトプット (実施量)	【共通】実施市町村数	(R5)3	維持・増加
					支援実施率	4.2%	増加
⑧ 投薬(重複・多剤)	服薬指導・服薬支援につなげることで、残薬を減らすとともに、転倒等の薬物有害事象を防止	服薬や生活状況等の実態を把握し、個人に応じた服薬や生活習慣に関する指導	アウトカム (成果)	服薬状況が改善された者の割合	100.0%	維持・増加	
			アウトプット (実施量)	【共通】実施市町村数	1	維持・増加	
				支援実施率	33.3%	増加	
⑨ フレイル予防	住民主体の通いの場等を活用し、フレイル予防の重要性について浸透を図る	通いの場等で保健師・管理栄養士等によるフレイル予防等の普及啓発活動や健康教育・健康相談 フレイル状態にある高齢者に、状態に応じた保健指導や生活機能向上に向けた支援等	アウトカム (成果)	-	-	-	
			アウトプット (実施量)	実施する通いの場の数	1,575	増加	
				参加者数(延べ人数)	16,632	増加	

	保健事業名	目的	概要	評価指標と目標値			
				評価指標	R4実績	R11目標	
その他	⑩ 重複・頻回受診者 訪問相談事業	訪問相談等により、生活習慣病の重症化予防を図るとともに、適正な受診を促し、自己負担額の軽減や医療費の適正化を図る	専門職（保健師、看護師等）による健康相談と、適正な受診、かかりつけ医、かかりつけ薬局に関する意識啓発	アウトカム（成果）	重複受診状況が改善された者の割合	63.5%	70.0%
				アウトカム（成果）	頻回受診状況が改善された者の割合	64.4%	70.0%
				アウトプット（実施量）	重複受診者の相談実施率	35.1%	増加
					頻回受診者の相談実施率	42.6%	増加
	⑪ 在宅訪問栄養食事 相談事業	訪問相談により、栄養改善及び心身機能の低下予防を促し、生活機能の維持・改善を図る	管理栄養士による訪問栄養食事相談	アウトカム（成果）	相談実施者の体重が維持（±0.9kg）・改善（+1kg以上）できた者の割合	81.6%	80.0%
				アウトプット（実施量）	訪問相談実施率	69.0%	増加
					訪問相談3回終了者率	81.6%	増加
	⑫ 服薬相談事業	訪問相談等により、適正な服薬を促し、健康増進とともに、自己負担額の軽減や医療費の適正化を図る	薬剤師による薬に関する相談	アウトカム（成果）	服薬状況が改善された者の割合	56.6%	70.0%
				アウトプット（実施量）	訪問相談実施率	76.3%	増加

※この他に、新潟県医療費適正化計画を踏まえた後発医薬品の使用促進事業を実施します。

第5章 計画の評価・見直し等

●計画の評価・見直し

短期的な目標は毎年度、中長期的な目標は計画の最終年度に評価を行います。ただし、いずれも計画期間の中間地点に当たる令和8年度中に前年度までの評価を行い、その評価に応じて別途計画の見直しを行います。

●個人情報の取扱い

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法施行条例（令和5年2月14日条例第1号）を遵守します。

●地域包括ケアに係る取組

国保や健康づくり、介護保険の保険者である市町村や、地域の関係団体との連携の下、後期高齢者の保健事業を実施します。事業結果や効果を市町村や関係団体と共有し、後期高齢者を地域全体で見守り、支えていく体制を構築します。また、地域包括ケア事業に必要な各種データを情報提供し、関係者の取組を支援します。

新潟県後期高齢者医療広域連合

〒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

新潟県後期 データヘルス計画

検索

ホームページから全体版をご覧ください