

# 令和5年度 第2回新潟県後期高齢者医療懇談会 次第

日時：令和5年12月7日（木）  
午後1時30分～

場所：自治会館本館2階 201会議室

## 1 開会

## 2 懇談事項

- |  |     |
|--|-----|
| (1) 令和6・7年度の保険料率の試算について                              | 資料1 |
| (2) 第4次広域計画の策定について                                   | 資料2 |
| (3) 第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）に基づく<br>保健事業について（令和4年度実績報告） | 資料3 |
| (4) 第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）の策定について                     | 資料4 |

## 3 その他

## 4 閉会

---

### 【配付資料】

- |       |   |                                |
|-------|---|--------------------------------|
| 資料1-1 | : | 令和6・7年度の保険料率の試算について            |
| 資料1-2 | : | 令和6・7年度保険料率の算定フロー              |
| 資料1-3 | : | 現在の料率による試算と暫定的な試算の結果の比較（R6・R7） |
| 資料1-4 | : | 総人口における年齢区分割合及び関連データ           |
| 資料2-1 | : | 第4次広域計画 素案                     |
| 資料2-2 | : | 第4次広域計画 新旧対照表                  |
| 資料3   | : | 第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）令和4年度実績   |
| 資料4   | : | 第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）案         |

令和5年度 新潟県後期高齢者医療懇談会 委員名簿

区 分	所 属 ・ 役 職 等	氏 名
被保険者等代表	新潟市シルバー人材センター 理事	たかみ えいざぶろう 高 見 栄 三 郎
	新潟県腎臓病患者友の会 会長	おおたけ かつみ 大 竹 勝 巳
	新潟県女性財団 理事長	はたけやま のりこ 畠 山 典 子
保険医又は 保険薬剤師代表	新潟県医師会 副会長	かわい ちひろ 川 合 千 尋
	新潟県歯科医師会 副会長	かめくら よういち 亀 倉 陽 一
	新潟県薬剤師会 副会長	いちはし なおこ 市 橋 直 子
学識経験者 その他の有識者代表	新潟大学 名誉教授	くにたけ てるひさ 國 武 輝 久
	新潟大学 人文社会科学系 法学部 准教授	いしぐろ つよし 石 畝 剛 士
被用者保険等その他の 医療保険者代表	全国健康保険協会新潟支部 企画総務部長	くぼしき たかし 久 保 敷 隆
	健康保険組合連合会新潟連合会 会員	ちくだ たくや 竹 田 拓 矢
行政関係者	新潟県福祉保健部国保・福祉指導課 課長	えんどう かずのり 遠 藤 和 典

## 令和6・7年度の保険料率の試算について

この資料は、実績等に基づく広域連合の予測数値と令和5年9月20日付け厚生労働省事務連絡における提示数値から作成した資料です。

新潟県後期高齢者医療広域連合

R5.12.7(木)  
第2回医療懇談会  
資料1-1

## 試算のポイント

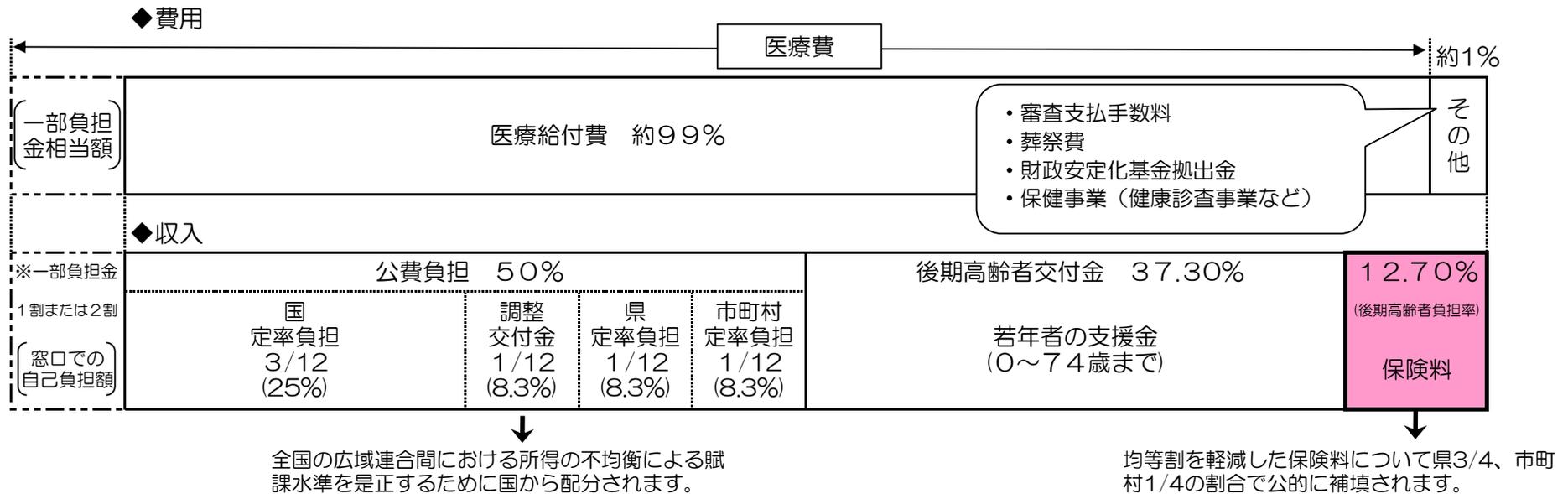
- 1 団塊の世代の75歳年齢到達に伴う被保険者数の急増
- 2 全世代型社会保障の推進
- 3 新型コロナウイルス感染症の影響

# 1 保険料のしくみ

高齢者の医療費の財源について、約5割を公費、約4割を若い世代の保険料、残りの約1割を被保険者である高齢者の保険料とすることにより、それぞれの負担割合を明確なものとしています。

保険料は、若い世代が減少することを踏まえ、若い世代と高齢者の負担の均衡を図るため、2年ごとに見直しを行います。

## (1) 後期高齢者医療に要する費用と財源



※ 窓口負担3割負担の場合、公費負担はなく、「後期高齢者交付金」で賄われています。

## (2) 後期高齢者負担率

医療費に対して後期高齢者が保険料として負担する割合のことを、後期高齢者負担率といいます。若年者と高齢者の人口比率によって決定されます。その時々世代間で不公平を解消するために、2年ごとに見直すことになっており、国から提示されます。

平成20・21年度	平成22・23年度	平成24・25年度	平成26・27年度	平成28・29年度	平成30・令和元年度	令和2・3年度	令和4・5年度	令和6・7年度
10.00%	10.26%	10.51%	10.73%	10.99%	11.18%	11.41%	11.72%	12.70%

※ 令和5年9月20日付け厚生労働省事務連絡において、後期高齢者負担率は12.70%となる予定とされています。

## 2 保険料の算定に関する考え方

保険料（均等割額と所得割額）は、高齢者の医療の確保に関する法律第104条第3項により、おおむね2年を通じて財政の均衡を保てるように定める必要があるため、2年ごとに見直し（保険料率の改定）を行います。

新潟県では、制度開始の平成20年度から平成29年度までの10年間は保険料率を据え置いていましたが、平成30年度及び令和2年度の見直しにおいて今後の保険料の不足が見込まれたことから、保険料率を引き上げる改定を行いました。令和4年度及び令和5年度の保険料率は、剰余金の活用等を見込み、据え置きとしました。

【平成20～29年度】 均等割額35,300円 所得割率7.15%

【平成30・令和元年度】 均等割額36,900円 所得割率7.40%

【令和2～令和5年度】 均等割額40,400円 所得割率7.84%

### （1）保険料の構成

保険料は、受益に応じて等しく全ての被保険者に賦課される**応益分（均等割）**と、被保険者の保険料負担能力（所得額）に応じて賦課される**応能分（所得割）**から構成され、**被保険者個人単位**で計算されます。ただし、被保険者の納付意識への影響、中間所得層の負担とのバランス等を考慮し、保険料の賦課限度額が設定されています。

なお、保険料算定の基礎となる賦課総額は、後期高齢者医療等に要する費用から収入を控除して得た保険料収納必要額を予定保険料収納率で除して算出します。

※ 新潟県は現在、所得係数は0.71、応益・応能比率が58：42です。

応益分（均等割）	【算定式】 均等割額＝賦課総額×応益比率÷被保険者数
応能分（所得割）	【算定式】 所得割率＝賦課総額×応能比率÷所得割対象被保険者の所得の合計

### （2）新潟県における令和5年度の算定式

$$\begin{array}{|c|} \hline \text{年間保険料額} \\ \hline \text{(限度額66万円)} \\ \hline \end{array} = \begin{array}{|c|} \hline \text{均等割額} \\ \hline \text{1人当たり 40,400円} \\ \hline \end{array} + \begin{array}{|c|} \hline \text{所得割額} \\ \hline \text{(前年中の総所得金額等－基礎控除額)×所得割率《7.84%》} \\ \hline \end{array}$$

#### ●基礎控除額

被保険者本人の合計所得金額	基礎控除額
2,400万円以下	43万円
2,400万円超2,450万円以下	29万円
2,450万円超2,500万円以下	15万円
2,500万円超	0円

### (3) 保険料の軽減制度

#### ① 所得が低い方（世帯）への軽減

同一世帯内の被保険者及び世帯主（被保険者でない場合も含む）につき算定した所得の合算金額が、一定の基準以下の被保険者または世帯については保険料の均等割額が軽減されます。

軽減割合	同一世帯の被保険者及び世帯主の所得の合計金額
7割軽減	43万円+10万円×（給与所得者等の数-1）以下
5割軽減	43万円+29万円×世帯の被保険者数+10万円×（給与所得者等の数-1）以下
2割軽減	43万円+53.5万円×世帯の被保険者数+10万円×（給与所得者等の数-1）以下

下線部の計算は、同一世帯の被保険者と世帯主に給与所得者等が2人以上いる場合に計算します。

○給与所得者等とは

給与の収入額（専従者給与を除く）が55万円を超える方、または公的年金の収入額が125万円（65歳未満の場合は60万円）を超える方です。給与・年金両方に該当する場合は1人と数えます。

○均等割額軽減判定時の公的年金所得計算方法（昭和33年1月1日以前に生まれた65歳以上の方のみ）

公的年金収入-公的年金等控除額-特別控除15万円=公的年金等所得

※令和6年度以降の取り扱いについては国が現在検討中

#### ② 被用者保険の被扶養者であった方への軽減

制度加入前日において保険料負担のなかった被用者保険の被扶養者の方は、制度加入時から2年間のみ、保険料の均等割額は軽減され、所得割額はかかりません。

均等割額 軽減割合	所得割額
5割軽減	かかりません

【参考】保険料の軽減特例の変遷 (令和3年度以降は変更なし)

	平成20～ 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
低所得者 均等割	9割軽減 (軽減特例)			8割軽減 (軽減特例)	7割軽減	
	8.5割軽減 (軽減特例)				7.75割軽減 (軽減特例)	7割軽減
	5割軽減					
	2割軽減					
所得割	5割軽減 (軽減特例)	2割軽減 (軽減特例)	軽減特例なし			
元被扶養者 均等割	9割軽減 (軽減特例)	7割軽減 (軽減特例)	5割軽減 (軽減特例)	5割軽減 (加入から2年間に限る)		
元被扶養者 所得割	賦課せず					

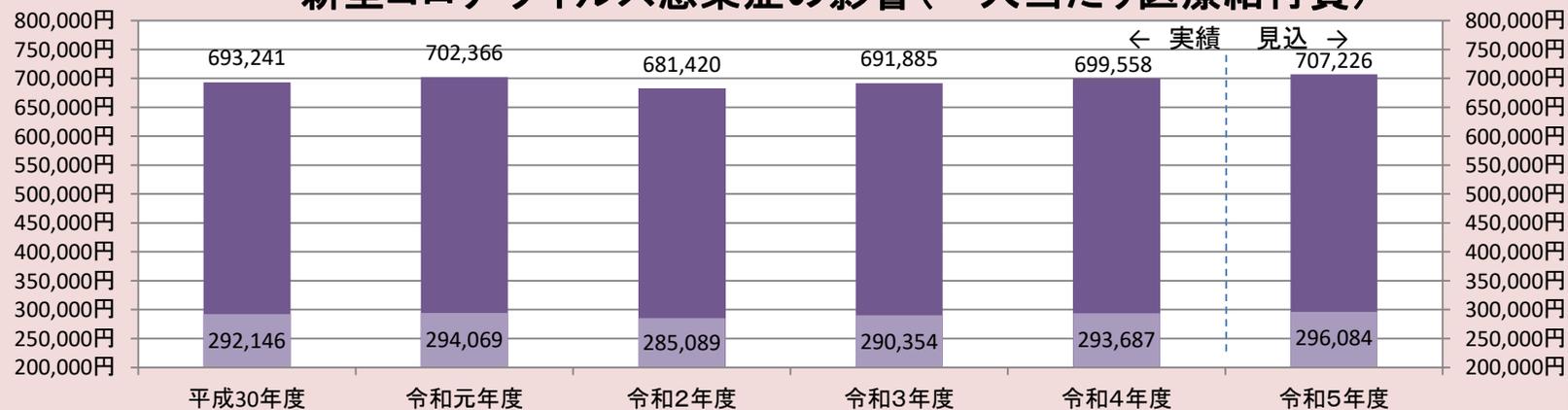
※平成20年度は元被扶養者の保険料を9月まで凍結し、10月より9割軽減とした。

同じく10月より均等割7割軽減の保険料を8.5割軽減とした。

平成21年度より新たに均等割7割軽減を所得に応じて9割軽減を実施した。

### 3 新型コロナウイルス感染症の影響

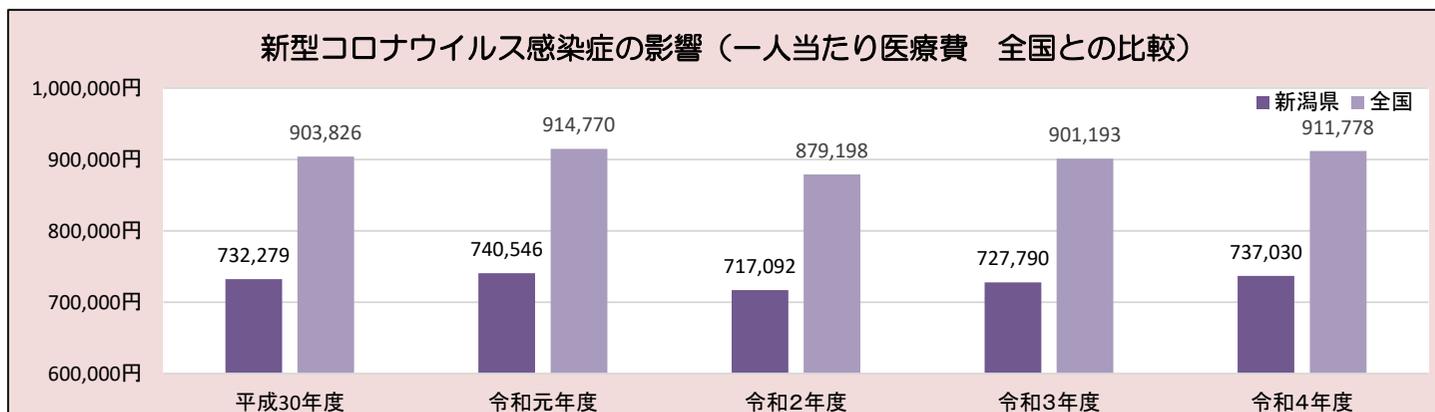
#### 新型コロナウイルス感染症の影響(一人当たり医療給付費)



	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
一人当たり医療給付費(円) (試算時)	/	/	/	/	689,723	693,129
一人当たり医療給付費(円)	693,241	702,366	681,420	691,885	699,558	707,226
前年度との比較(円)	△1,095	9,125	△20,946	10,465	7,673	7,668
対前年度比(%)	99.84	101.32	97.02	101.54	101.11	101.10
一人当たり医療給付費(円) (3月～7月診療月)	292,146	294,069	285,089	290,354	293,687	296,084
前年度との比較(円)	△1,175	1,923	△8,980	5,265	3,333	2,397
対前年度比(%)	99.60	100.66	96.95	101.85	101.15	100.82

#### ■新型コロナウイルス感染症の影響

- ① 新型コロナウイルス感染症の影響による受診控えが生じたことにより給付費が減となったが、令和3年度以降回復基調となっており、令和5年度は コロナ禍前の水準まで回復する見込み。
- ② 実績を見ても、令和5年度は7月診療月までの5か月間の給付費がコロナ禍前の状況まで回復している。
- ③ ただし、回復分には医療の高度化や新型コロナウイルス感染症患者が増えた影響による増も含まれており、  
受診控えの解消分を明確にするのは困難な状況。



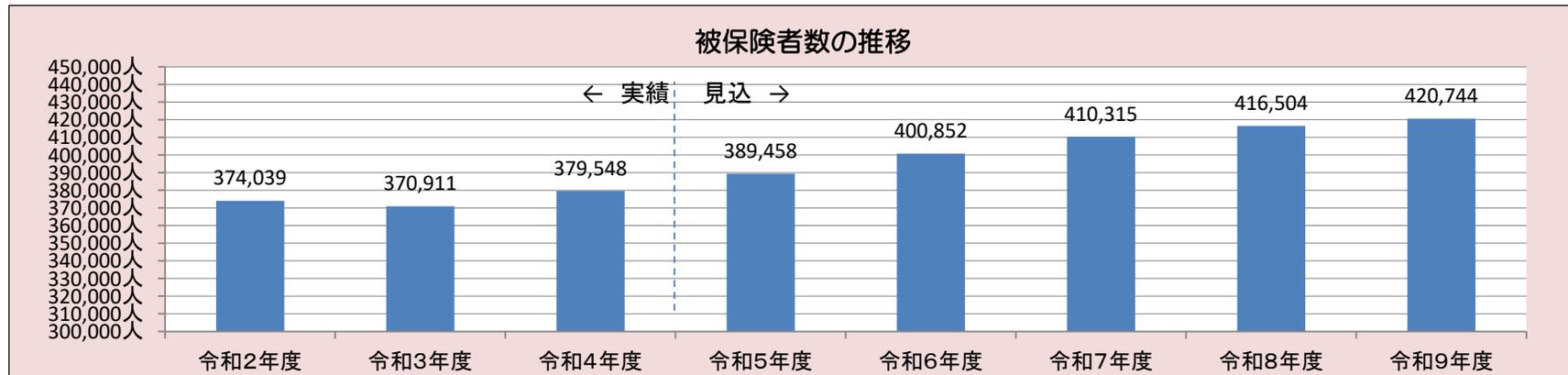
		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
新潟県	一人当たり医療費（円）	732,279	740,546	717,092	727,790	737,030
	前年度との比較（円）	1,530	8,267	△ 23,454	10,698	9,240
	対前年度比（％）	100.21	101.13	96.83	101.49	101.27
全国	一人当たり医療費（円）	903,826	914,770	879,198	901,193	911,778
	前年度との比較（円）	△ 1,425	10,944	△ 35,572	21,995	10,585
	対前年度比（％）	99.84	101.21	96.11	102.50	101.17

※ 医療費は、医科入院、医科入院外、歯科、調剤で算出

### ■新型コロナウイルス感染症の影響

新潟県、全国ともに新型コロナウイルス感染症の影響による受診控えが生じましたが、令和3年度以降回復基調となっています。しかしながら新潟県、全国ともに令和4年度時点では、コロナ禍前の状況まで回復していません。

## 5 被保険者数の試算



	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度
被保険者数 (人)	374,039	370,911	379,548	389,458	400,852	410,315	416,504	420,744
前年度との比較 (人)	△ 1,398	△ 3,128	8,637	9,910	11,394	9,463	6,189	4,240
対前年度比 (%)	99.63	99.16	102.33	102.61	102.93	102.36	101.51	101.02

令和2・3年度に被保険者数は減少し、令和4・5年度以降は、団塊の世代が75歳となることにより、大幅な増加が見込まれる。

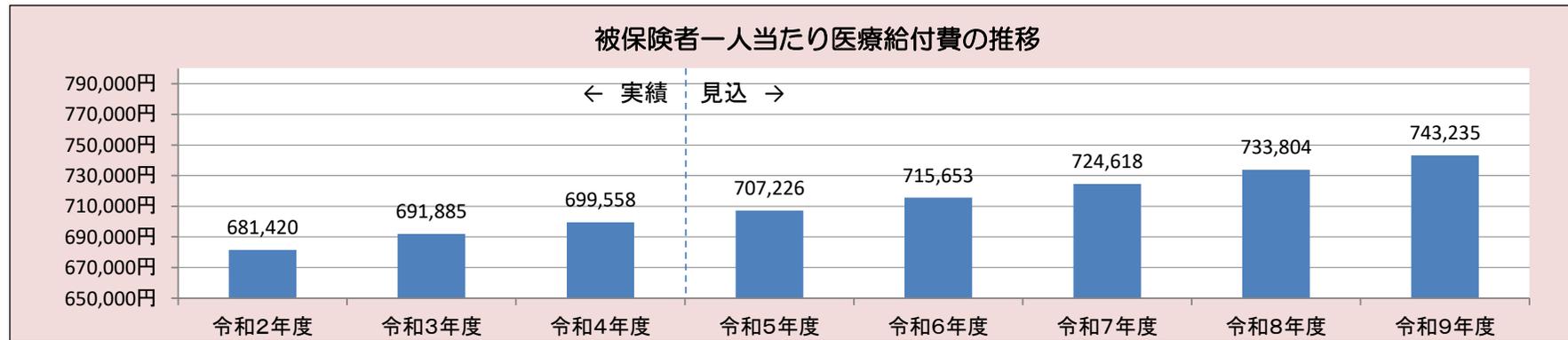
### ■ 令和6・7年度の保険料率改定時の算出方法（基本の考え方は前回と同じ）

令和5年8月末までの被保険者数実績に対し、75歳年齢到達予定者と今後の人口動向を基に毎月の予測値を推計して、令和5年度以降の被保険者数を見込みました。

- ・ 今後の人口動向は、過去3年間の新潟県の年齢別推計人口から年齢毎に年間増減率を算出し、それを基に予測
- ・ 65歳から74歳までの障害認定被保険者数は、直近の実績から今後の人口動向に合わせて予測
- ・ 75歳以上の被保険者数は、年齢到達による増加分と今後の人口動向から推計される死亡その他の増減数を見込んだ上で予測

※ 試算作業は継続しているため、あくまで現時点での見込みとなります。

## 6 被保険者一人当たり医療給付費の試算



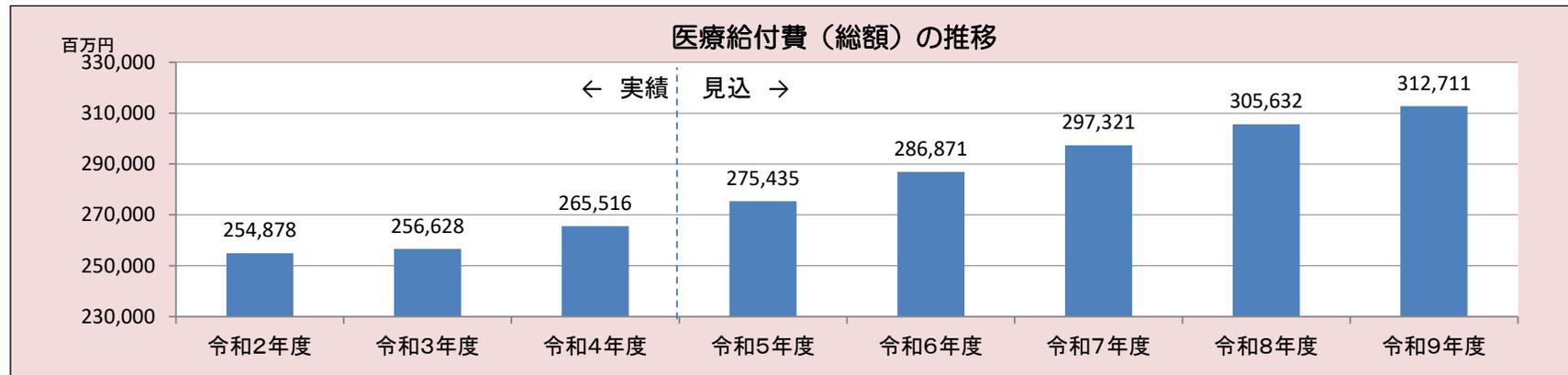
	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度
一人当たり医療給付費(円)	681,420	691,885	699,558	707,226	715,653	724,618	733,804	743,235
前年度との比較(円)	△ 20,946	10,465	7,673	7,668	8,427	8,965	9,186	9,431
対前年度比(%)	97.02	101.54	101.11	101.10	101.19	101.25	101.27	101.29

### ■令和6・7年度の保険料率改定時の算出方法

- 令和5年度上半期の一人当たり医療費の平均伸び率を、令和5年度下半期の伸び率として使用し、令和5年度の上半期の実績とあわせて、令和5年度の年間の一人当たり医療費を見込みました。
- 新型コロナウイルス感染症の影響を考慮し、平成29年度から令和元年度年間の一人当たり医療費の平均伸び率を、令和6・7年度の年間の一人当たり医療費の伸び率として使用し、令和6・7年度年間の一人当たり医療費の見込値を算定しました。
- 医療費の見込みを基に医療給付費を見込みました。

- ※ 上記を原則としますが、食事・生活療養費や高額療養費など医療給付費ベースで見込んだものもあります。
- ※ 見込みには、今後国から詳細が示される予定の診療報酬改定及び2割負担導入に係る経過措置の終了の影響分は反映していません。
- ※ 試算作業は継続しているため、あくまで現時点での見込みとなります。

## 7 医療給付費（総額）の試算



	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度
医療給付費（百万円）	254,878	256,628	265,516	275,435	286,871	297,321	305,632	312,711
前年度との比較（百万円）	△ 8,816	1,750	8,888	9,919	11,436	10,450	8,311	7,079
対前年度比（％）	96.66	100.69	103.46	103.74	104.15	103.64	102.80	102.32

### ■ 令和6・7年度の保険料率改定時の算出方法

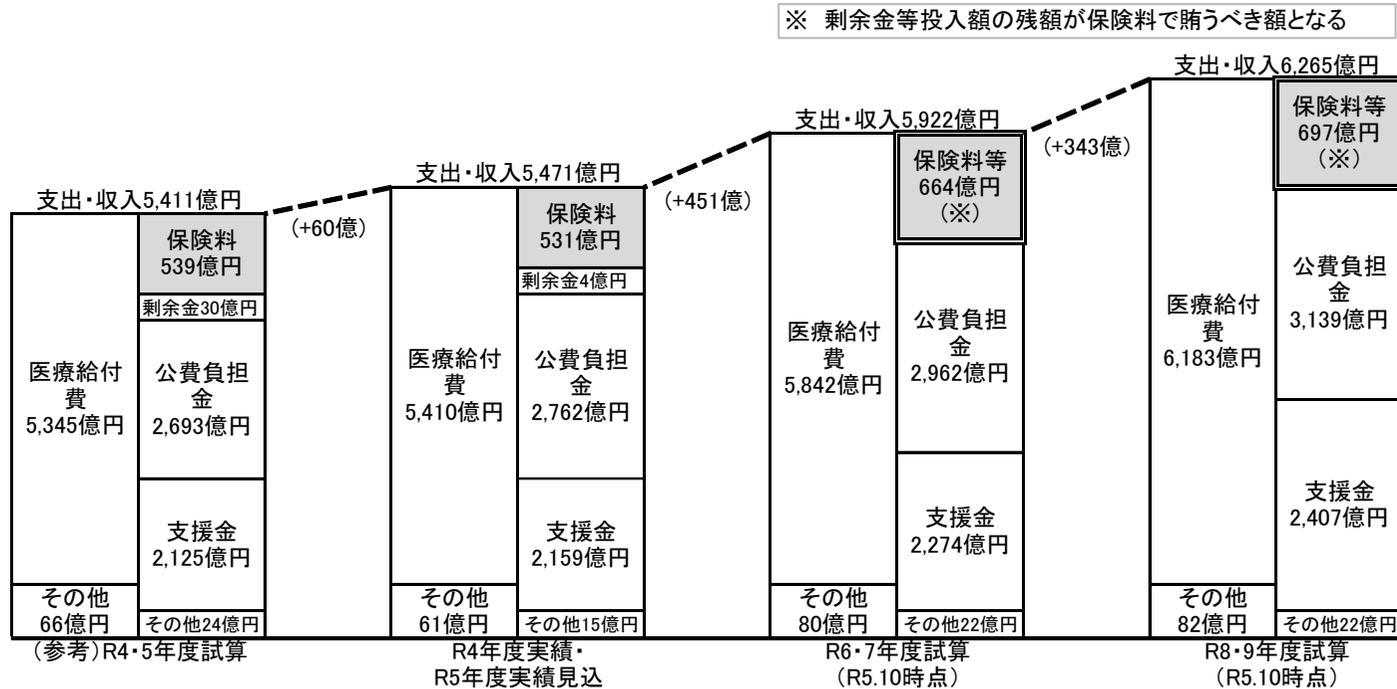
「6 被保険者一人当たり医療給付費の試算」で算出した一人当たり医療給付費に、「5 被保険者数の試算」で算出した被保険者数を乗じて予測しました。

## 8 保険料率試算の結果

### (1) 試算の条件

- ・国から示された暫定の基礎数値やこれまでの実績を踏まえ、医療給付費等を推計し、保険料率を試算
- ・医療財政調整基金（剰余金）残高見込み（令和5年度末） 約50億円
- ・財政安定化基金（基金）残高見込み（令和5年度）約40億円

### (2) 収支の見込み



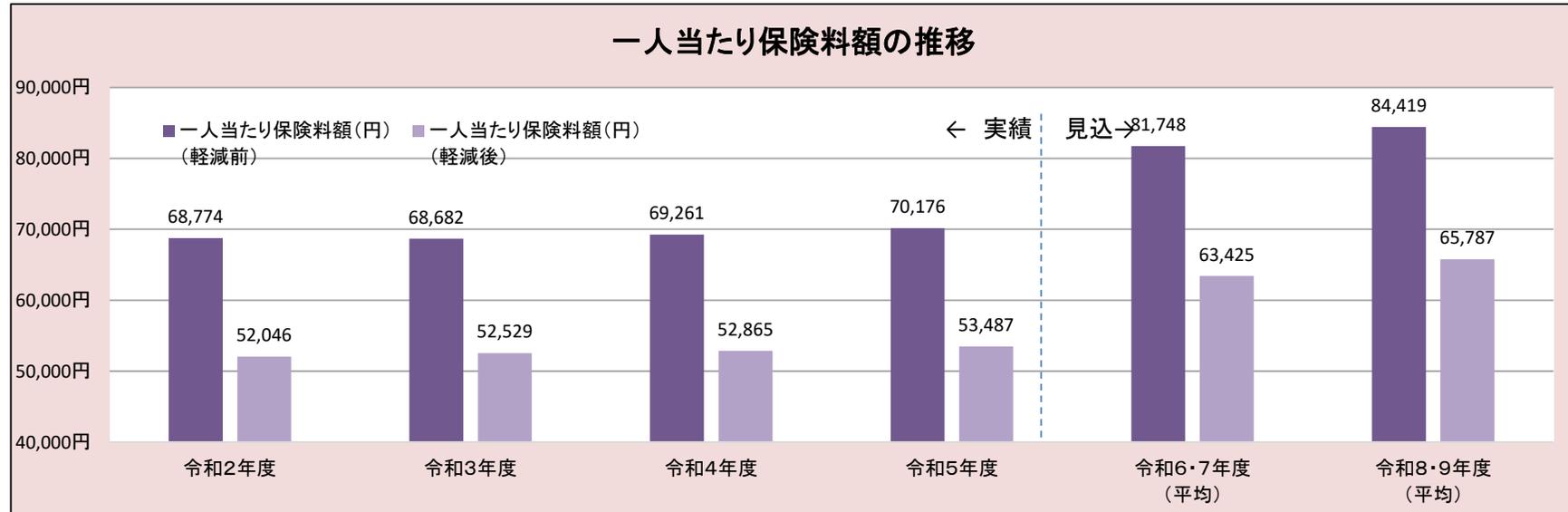
- ・令和6・7年度試算で451億円の支出増加、令和8・9年度試算で343億円の支出増加を見込んでいます。
- ・令和6・7年度試算では、保険料収納必要額664億円に対し、現行保険料率での収納見込みは585億円、不足額79億円と見込んでいます。

### (3) 新保険料率（暫定試算）

現行料率				試算パターン	剰余金投入額 ※R5年度末残高見込:50億円		令和6・7年度試算 【】: 現行との差(数値) ( ): 現行との差(割合)				令和8・9年度試算 【】: R6・7年度試算との差(割合) ( ): R6・7年度試算との差(割合)					
均等割額	所得割率	一人当たり保険料額			均等割額	所得割率 (R6緩和)	一人当たり保険料額		均等割額	所得割率	一人当たり保険料額					
		軽減前	軽減後				軽減前	軽減後			軽減前	軽減後				
40,400円	7.84%	72,065円	55,932円	A	0円	0円	45,900円 【+5,500円】 (+13.61%)	9.13% 【+1.29ポイント】 (+16.45%)	8.49% 【+0.65ポイント】 (+8.29%)	81,748円 【+9,683円】 (+13.44%)	63,425円 【+7,493円】 (+13.40%)	⇒	47,200円 【+1,300円】 (+2.83%)	9.18% 【+0.05ポイント】 (+0.55%)	84,419円 【+2,671円】 (+3.27%)	65,787円 【+2,362円】 (+3.72%)
				B	25億円 (50%)	25億円 (50%)	44,200円 【+3,800円】 (+9.41%)	8.74% 【+0.90ポイント】 (+11.48%)	8.11% 【+0.27ポイント】 (+3.44%)	78,701円 【+6,636円】 (+9.21%)	61,058円 【+5,126円】 (+9.16%)	⇒	45,600円 【+1,400円】 (+3.17%)	8.81% 【+0.07ポイント】 (+0.80%)	81,501円 【+2,800円】 (+3.56%)	63,502円 【+2,444円】 (+4.00%)
				C	38億円 (75%)	12億円 (25%)	43,300円 【+2,900円】 (+7.18%)	8.54% 【+0.70ポイント】 (+8.93%)	7.91% 【+0.07ポイント】 (+0.89%)	77,104円 【+5,039円】 (+6.99%)	59,820円 【+3,888円】 (+6.95%)	⇒	46,400円 【+3,100円】 (+7.16%)	9.00% 【+0.46ポイント】 (+5.39%)	82,978円 【+5,874円】 (+7.62%)	64,663円 【+4,843円】 (+8.10%)

令和6・7年度料率改定は、高齢者負担率の増や、出産育児支援金(令和6・7年度は経過措置により1/2)の増等により、制度運営の為に必要な保険料額が大幅に増加することから、剰余金を活用し保険料の上昇を抑制を図ります。  
令和8・9年度の料率改定においても、出産育児支援金の経過措置終了等による負担増が見込まれることから、両改定時において剰余金を活用できるよう、B案をベースに検討を進めます。

## 9 一人当たり保険料額の試算



	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6・7年度 (平均)	令和8・9年度 (平均)
一人当たり保険料額 (軽減後) (円)	52,046	52,529	52,865	53,487	63,425	65,787
前年度との比較 (円)	4,686	483	336	622	9,938	2,362
対前年度比 (%)	9.89	0.93	0.64	1.18	18.58	3.72

(参考)

均等割額 (円)	40,400	45,900	47,200
所得割率 (%)	7.84	9.13	9.18

## 10 今後変更となる可能性のある事項

### (1) 窓口負担割合2割の導入に係る配慮措置の終了について

2割負担導入に係る配慮措置が令和7年度に終了するため、その影響の検討が必要となります。国からの情報提供に基づき給付額を調整する予定です。

### (2) 制度改正について

試算で用いた基礎となる数値（高齢者負担率など）は、今後国が見直しを行い、変更となる可能性があります。

### (3) 診療報酬（医療行為に対する報酬単価）の改定について

診療報酬改定による影響は今後国から示される予定であるため、試算に影響を反映していません。報酬単価が上下することで、医療給付費の見込みも連動して変更されます。

### (4) 審査支払手数料の改定について

審査支払手数料の改定について、委託先の国保連と協議中です。今回の試算は改定を見込んだ上で実施しましたが、協議の結果によっては影響が生じる可能性があります。

# 1 1 保険料率改定に関する資料（全国広域連合との比較）

## (1) 保険料率

		平成30・令和元年度	令和2・3年度	令和4・5年度	
均等割額	全国平均	45,116円	46,987円	47,777円	
	新潟県	36,900円(47位)	40,400円(46位)	40,400円(47位)	
	上位	1位	(福岡県) 56,085円	(福岡県) 55,687円	(鹿児島県) 56,900円
		2位	(高知県) 54,394円	(鹿児島県) 55,100円	(福岡県) 56,435円
		3位	(徳島県) 52,913円	(徳島県) 55,000円	(徳島県) 56,044円
	下位	45位	(茨城県) 39,500円	(山梨県) 40,490円	(長野県) 40,907円
		46位	(岩手県) 38,000円	(新潟県) 40,400円	(岩手県) 40,900円
47位		(新潟県) 36,900円	(岩手県) 38,000円	(新潟県) 40,400円	
所得割率	全国平均	8.81%	9.12%	9.34%	
	新潟県	7.40%(46位)	7.84%(46位)	7.84%(46位)	
	上位	1位	(高知県) 11.42%	(北海道) 10.98%	(大阪府) 11.12%
		2位	(福岡県) 10.83%	(福岡県) 10.77%	(北海道) 10.98%
		3位	(北海道) 10.59%	(大阪府) 10.52%	(鹿児島県) 10.88%
	下位	45位	(青森県) 7.41%	(山梨県) 7.86%	(秋田県) 8.27%
		46位	(新潟県) 7.40%	(新潟県) 7.84%	(新潟県) 7.84%
47位		(岩手県) 7.36%	(岩手県) 7.36%	(岩手県) 7.36%	
1人当たり 平均保険料額 (軽減後・年額)	全国平均	70,284円	76,764円	77,664円	
	新潟県	45,984円(44位)	53,988円(43位)	54,624円(44位)	
	上位	1位	(東京都) 97,128円	(東京都) 101,052円	(東京都) 104,844円
		2位	(神奈川県) 88,992円	(神奈川県) 96,252円	(神奈川県) 94,632円
		3位	(愛知県) 82,860円	(愛知県) 92,568円	(愛知県) 91,116円
	下位	45位	(岩手県) 43,236円	(青森県) 50,940円	(岩手県) 51,228円
		46位	(青森県) 41,700円	(岩手県) 47,520円	(青森県) 51,204円
47位		(秋田県) 39,252円	(秋田県) 47,328円	(秋田県) 49,164円	

○ 厚生労働省公表の「後期高齢者医療制度の保険料率等」に基づき算出

## (2) 医療給付費

		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	
1人当たり 医療給付費	全国平均	864,175円	875,353円	843,018円	865,290円	
	新潟県	692,510円(47位)	701,460円(47位)	680,870円(47位)	690,863円(47位)	
	上位	1位	(高知県) 1,087,989円	(高知県) 1,093,912円	(高知県) 1,067,809円	(高知県) 1,086,784円
		2位	(福岡県) 1,085,039円	(福岡県) 1,093,864円	(福岡県) 1,050,732円	(福岡県) 1,084,031円
		3位	(鹿児島県) 1,011,152円	(鹿児島県) 1,033,529円	(鹿児島県) 1,007,723円	(鹿児島県) 1,029,267円
	下位	45位	(秋田県) 734,704円	(秋田県) 746,362円	(静岡県) 726,301円	(秋田県) 744,958円
		46位	(岩手県) 701,409円	(岩手県) 709,413円	(岩手県) 694,423円	(岩手県) 706,030円
		47位	(新潟県) 692,510円	(新潟県) 701,460円	(新潟県) 680,870円	(新潟県) 690,863円

○ 厚生労働省公表の「後期高齢者医療事業年報」に基づき算出して作成

○ 1人当たり医療給付費は、当該年度の医療給付費を、当該年度の平均被保険者数で除したものの

※医療給付費＝保険者負担分（歳出－歳入（第三者納付金、返納金等）－減免）＋高額療養費＋高額介護合算療養費

※保険者負担分の歳出から歳入及び減免を除くか除かないかの違いにより、既出の1人当たり医療給付費と一致しない。

## (3) 収納率

		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	
全体 (現年度分)	全国平均	99.40%	99.40%	99.53%	99.54%	
	新潟県	99.68%(2位)	99.68%(4位)	99.72%(6位)	99.69%(11位)	
	上位	1位	(島根県) 99.79%	(岩手県) 99.72%	(島根県) 99.81%	(島根県) 99.80%
		2位	(新潟県) 99.68%	(島根県) 99.72%	(佐賀県) 99.80%	(岩手県) 99.75%
		3位	(佐賀県) 99.67%	(佐賀県) 99.70%	(秋田県) 99.78%	(佐賀県) 99.75%
	下位	45位	(福岡県) 99.27%	(千葉県) 99.27%	(千葉県) 99.42%	(千葉県) 99.44%
		46位	(沖縄県) 99.05%	(沖縄県) 99.08%	(沖縄県) 99.24%	(沖縄県) 99.39%
		47位	(東京都) 98.97%	(東京都) 98.95%	(東京都) 98.19%	(東京都) 99.21%

○ 厚生労働省公表の「都道府県後期高齢者医療広域連合別の保険料収納率」に基づき作成

## 令和6、7年度保険料率の算定フロー



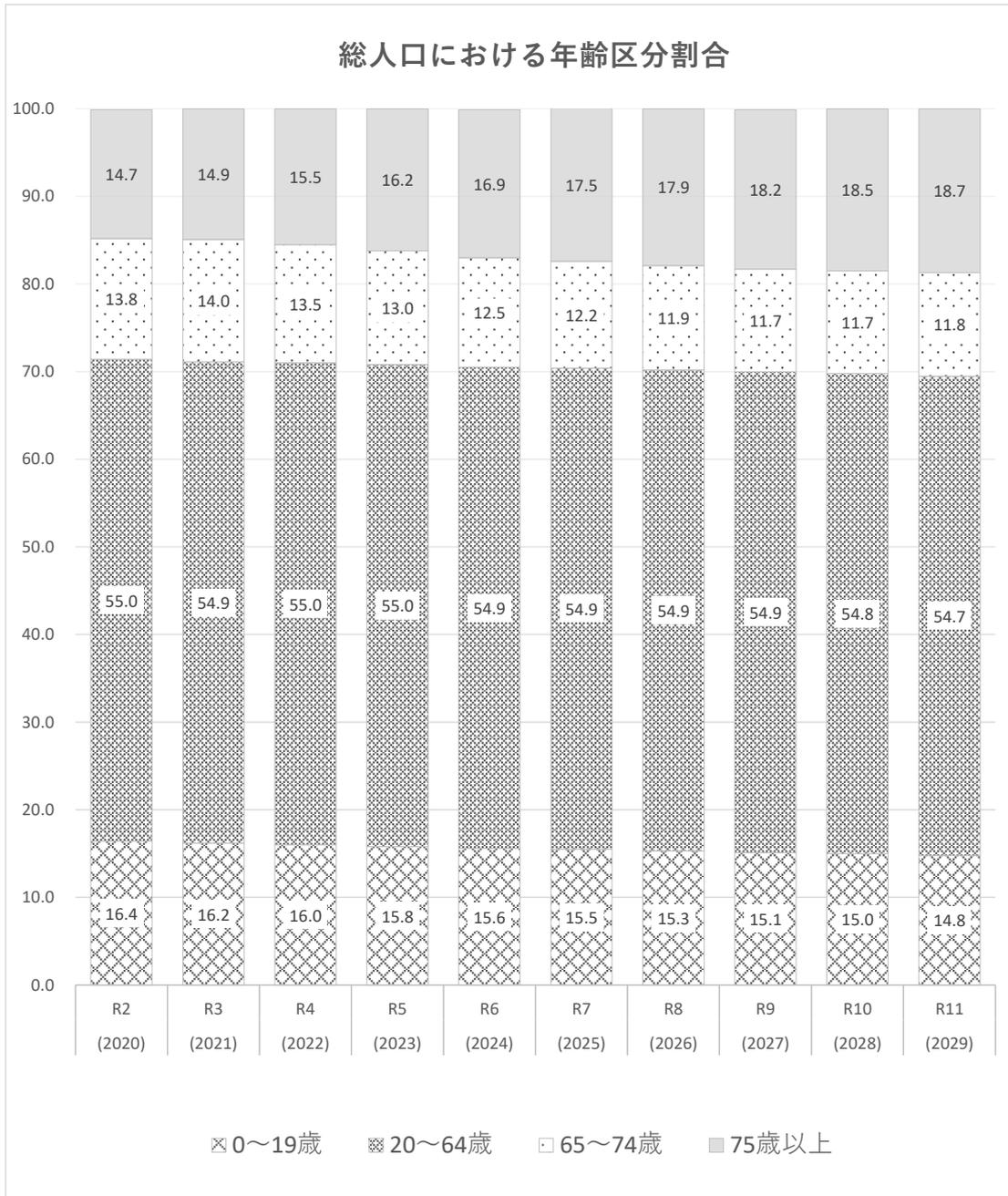
### 【今回の算定作業において留意すべき事項】

- 高齢者負担率の見直し(現11.72%→12.70%)
- 賦課限度額の引き上げ(66万円→R6:73万円→R7:80万円)
- 所得割比率の見直し(及びR6の経過措置)
- 出産一時金の支給費用への支援
- 窓口負担割合2割導入に伴う配慮措置の終了(R7.9末)
- 新型コロナウイルス感染症による受診控えの解消

現在の料率による試算と暫定的な試算の結果の比較 (R6・R7)

		現料率による試算	暫定的な試算① (剰余金投入なし)	暫定的な試算② (剰余金25億円投入)	
条件	共通条件	被保険者数 (R6・R7平均)	405,584人	405,584人	405,584人
		保険料必要額 (2年分)	664.0億円	664.0億円	664.0億円
		活用する基金	0.0億円	0.0億円	0.0億円
	個別条件	所得係数	0.71	0.71	0.71
		均等割：所得割 比率	58:42	<u>56:44</u>	<u>56:44</u>
		活用する剰余金 (2年分)	0.0億円	0.0億円	<u>25.0億円</u>
試算結果	保険料率	均等割	40,400円	45,900円 (5,500円増)	44,200円 (3,800円増)
		所得割	7.84%	9.13% (1.29ポイント増)	8.74% (0.90ポイント増)
	1人当たり 保険料 (軽減前)	年額	72,065円	81,748円	78,701円
		月額	6,005円	6,812円	6,558円
	1人当たり 保険料 (軽減後)	年額	55,932円	63,425円	61,058円
		月額	4,661円	5,285円	5,088円
	賦課限度額【80万円(※)】 到達所得額		10,119千円	8,690千円	9,078千円
			<b>不足額 (2年分) 約79.5億円</b>		

※ 賦課限度額については、現行の66万円から80万円（一部経過措置あり）に変更される予定です。

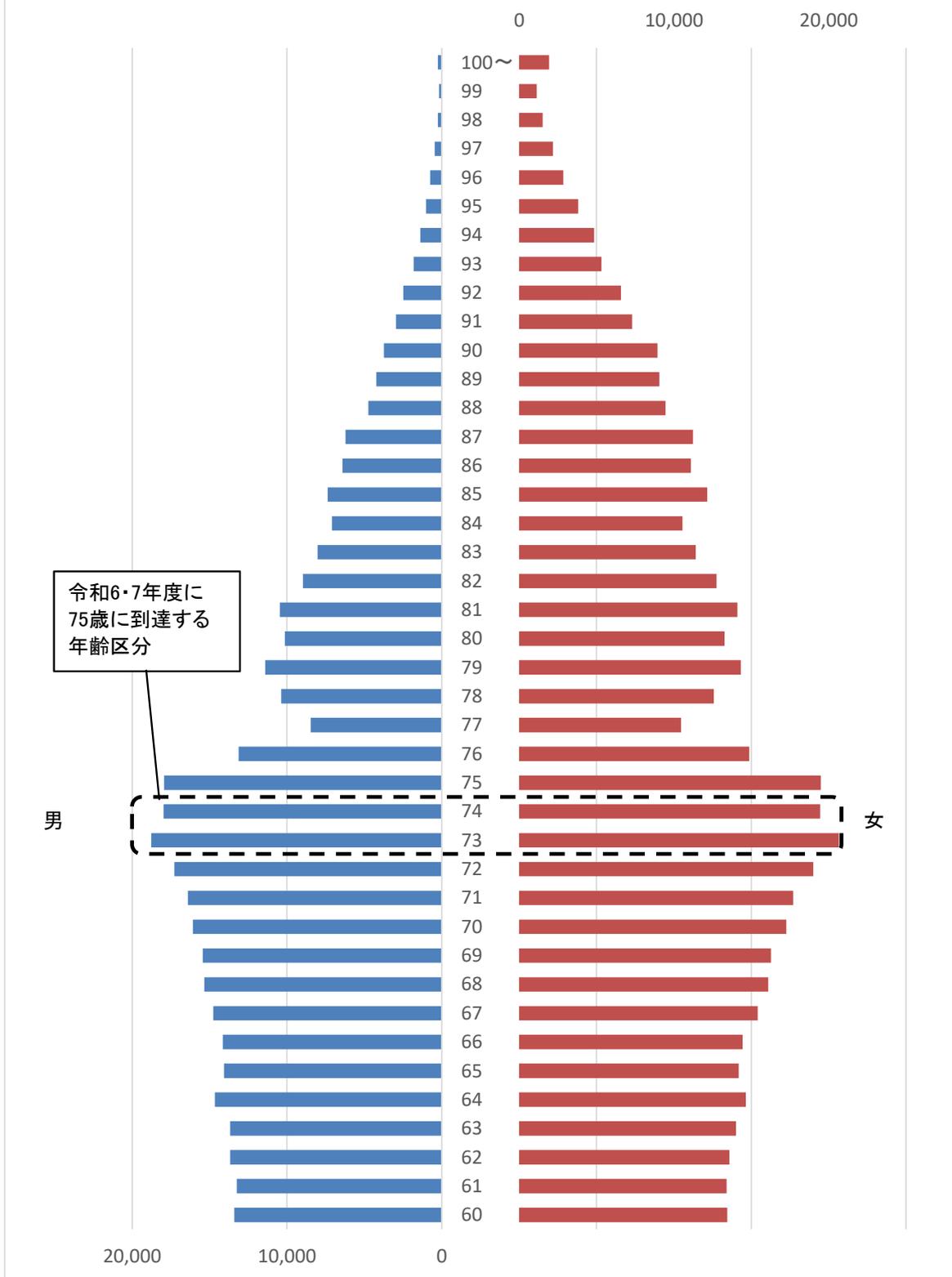


国立社会保障・人口問題研究所

日本の将来推計人口（令和5年推計）報告書 推定結果表を基に作成

（注）端数処理のため、合計は一致しない場合がある。

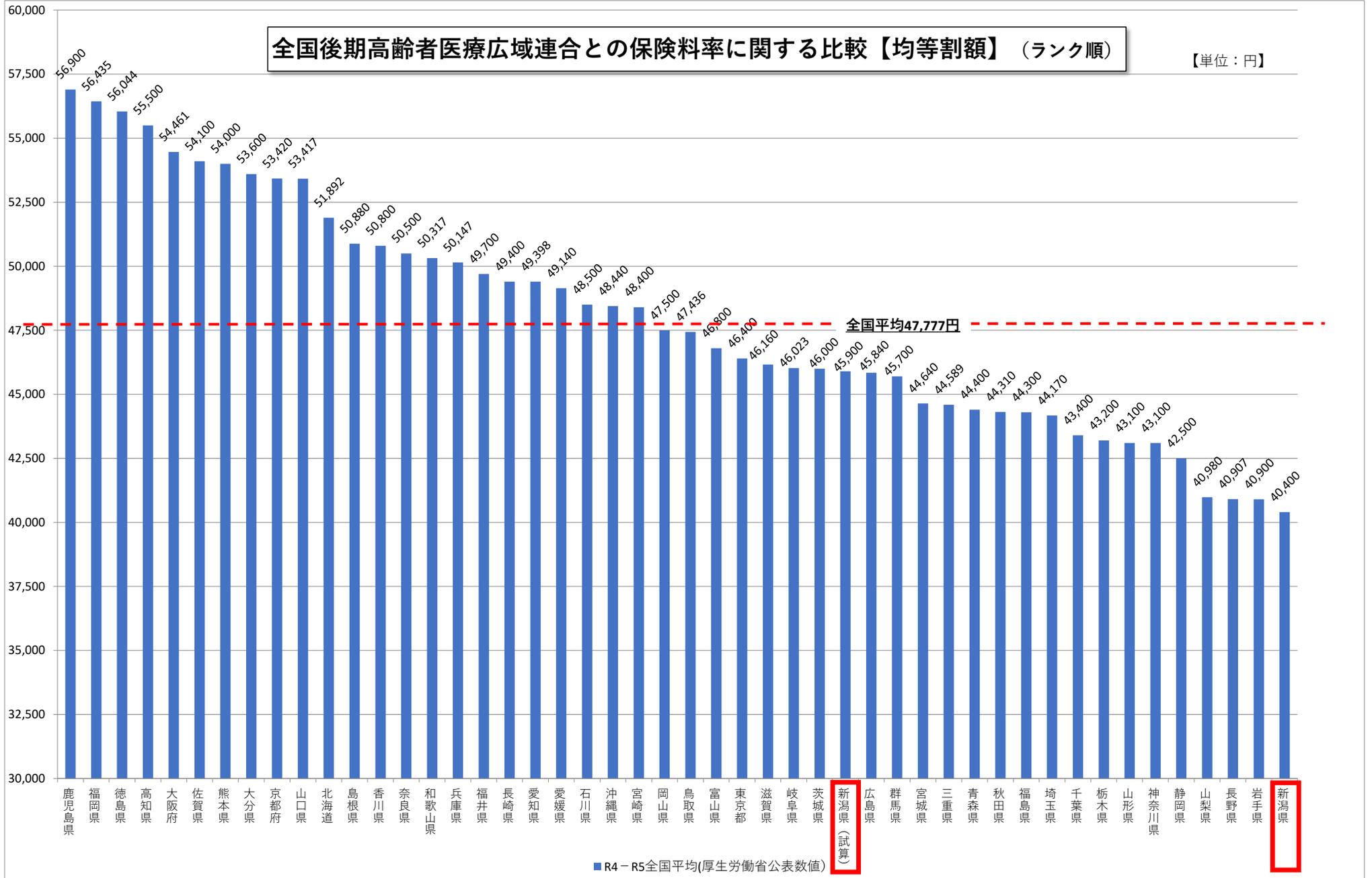
### 新潟県の年齢別人口（R5.4.1現在）



新潟県年齢(各歳)別推計人口  
(令和5年4月1日現在)を基に作成

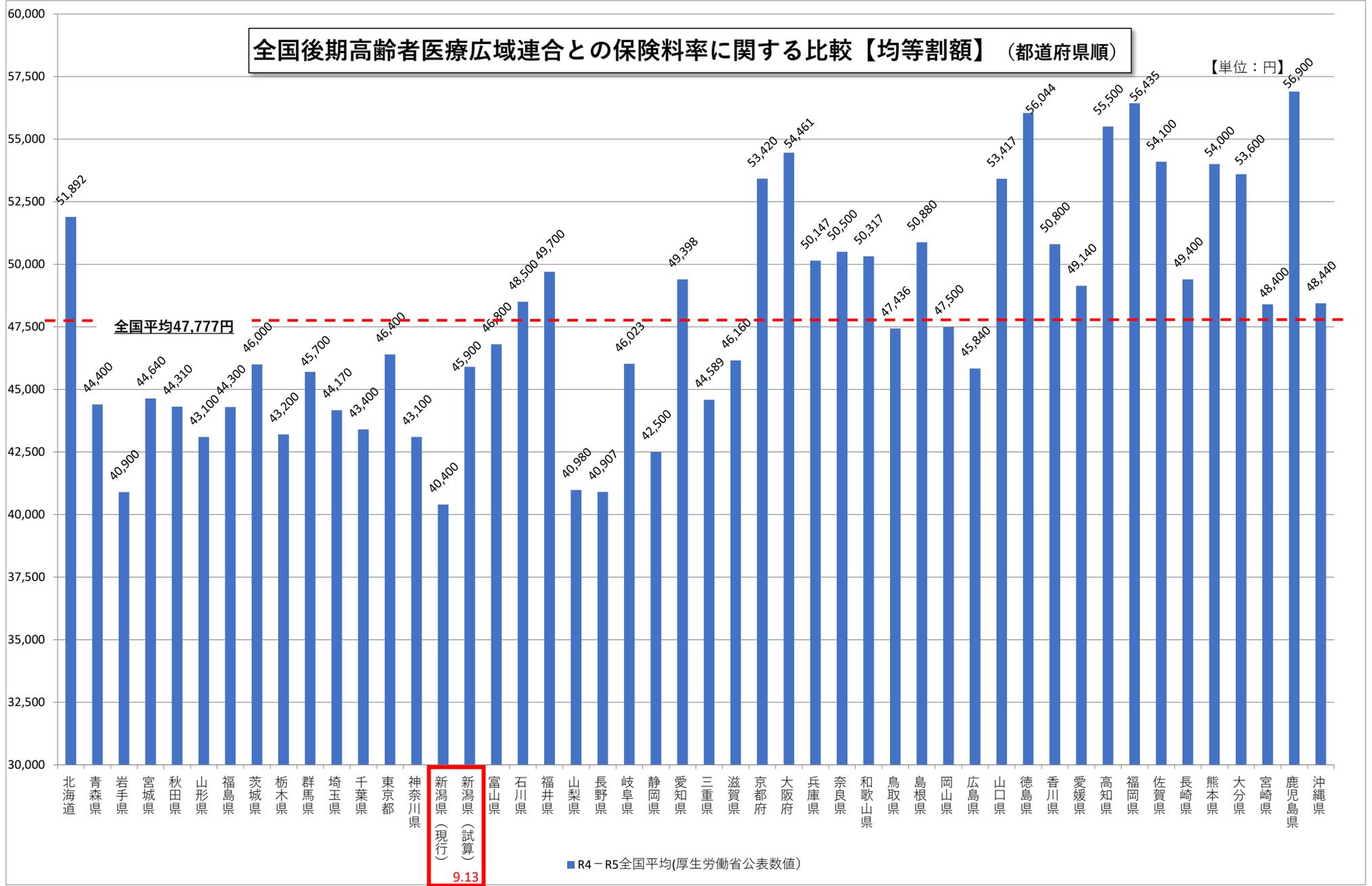
全国後期高齢者医療広域連合との保険料率に関する比較【均等割額】（ランク順）

【単位：円】



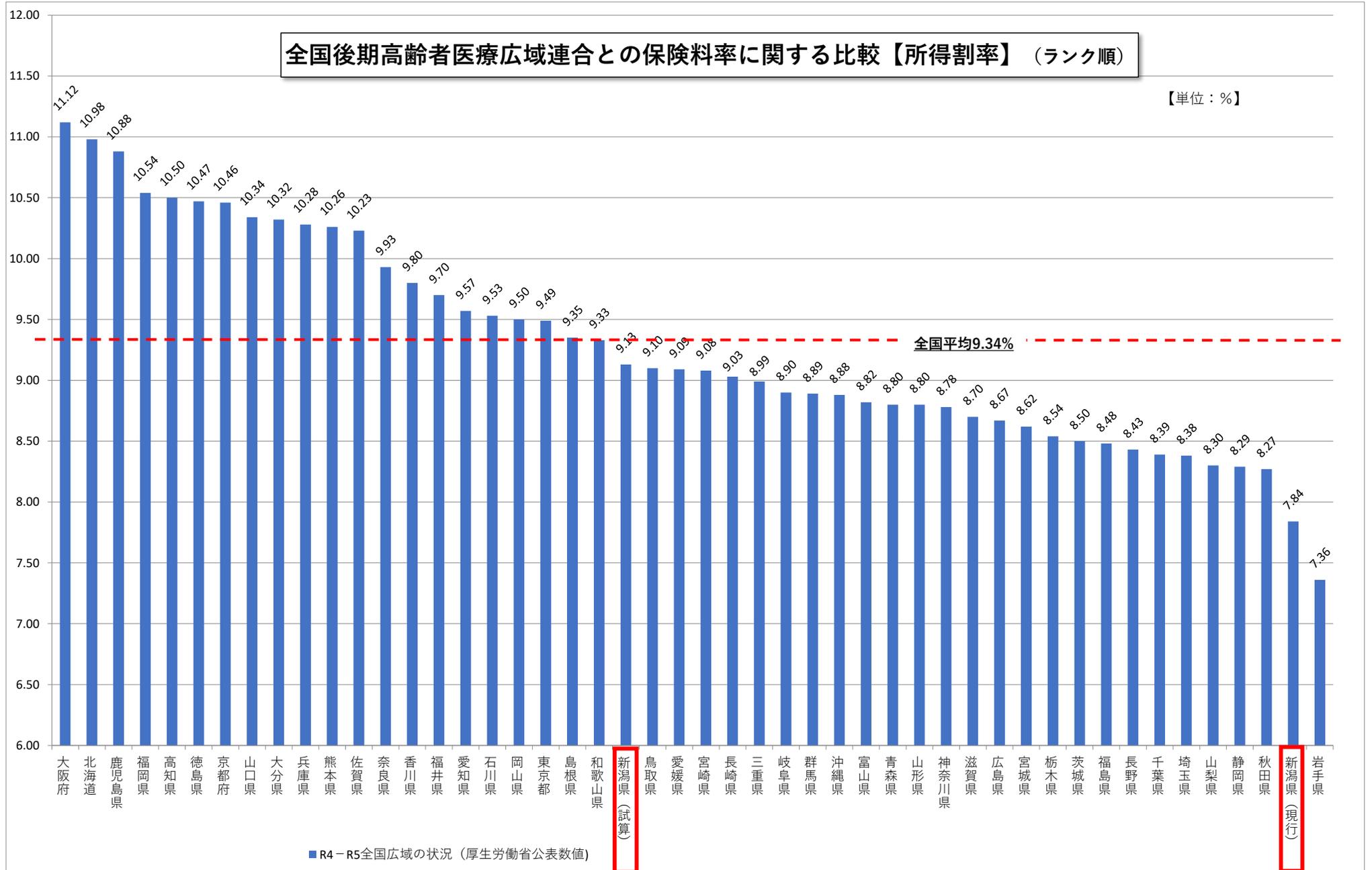
全国後期高齢者医療広域連合との保険料率に関する比較【均等割額】（都道府県順）

【単位：円】



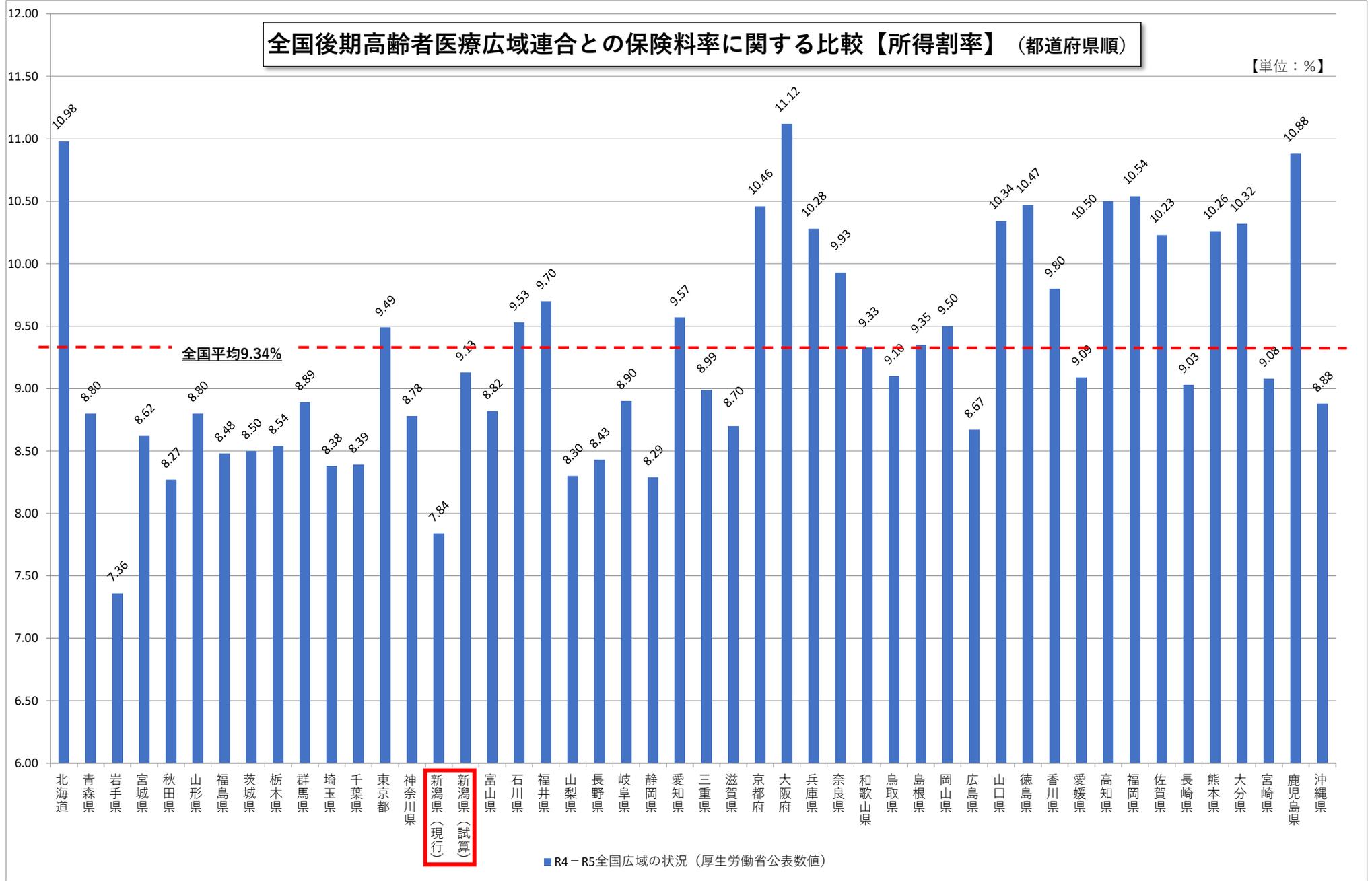
# 全国後期高齢者医療広域連合との保険料率に関する比較【所得割率】（ランク順）

【単位：％】



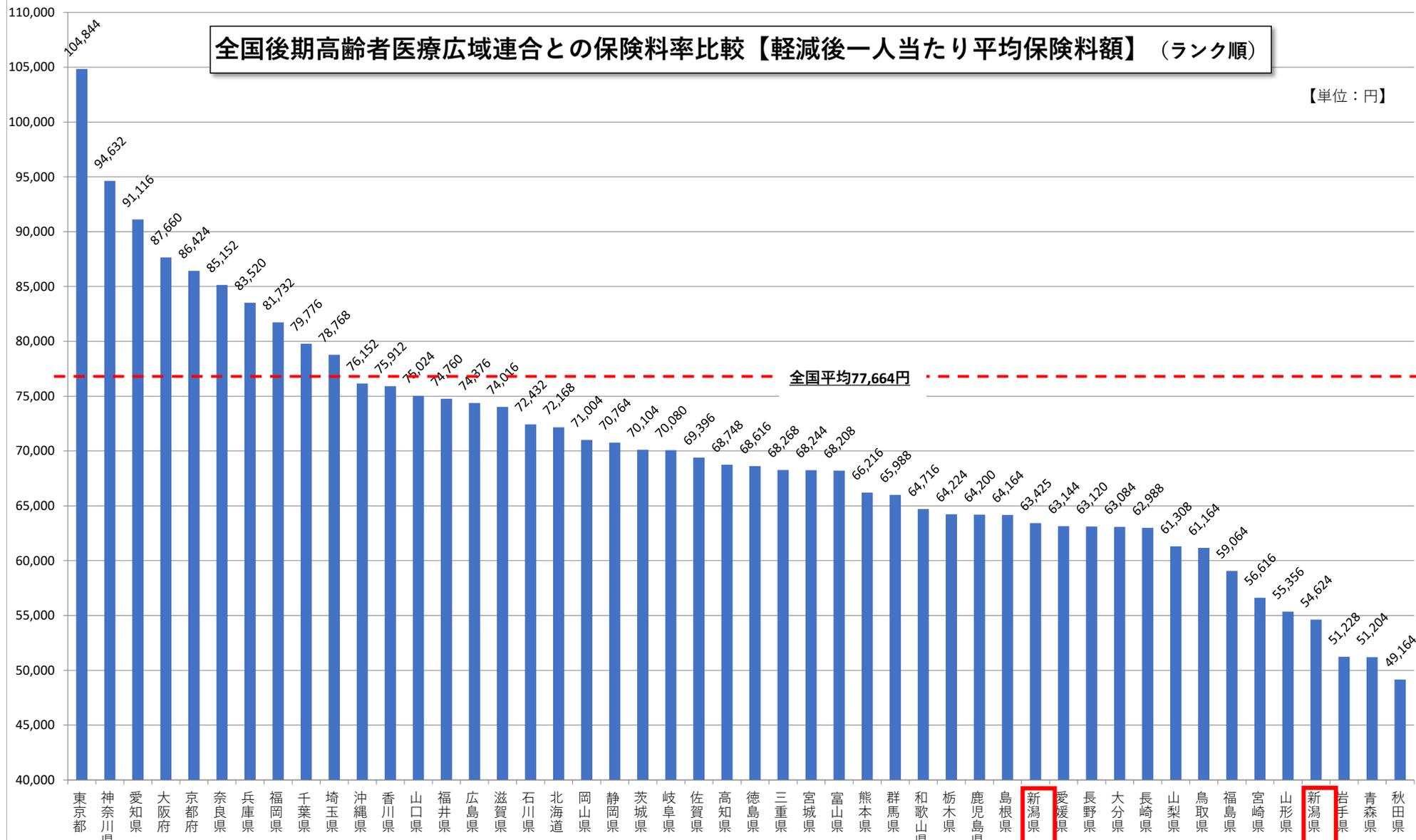
# 全国後期高齢者医療広域連合との保険料率に関する比較【所得割率】（都道府県順）

【単位：％】



# 全国後期高齢者医療広域連合との保険料率比較【軽減後一人当たり平均保険料額】（ランク順）

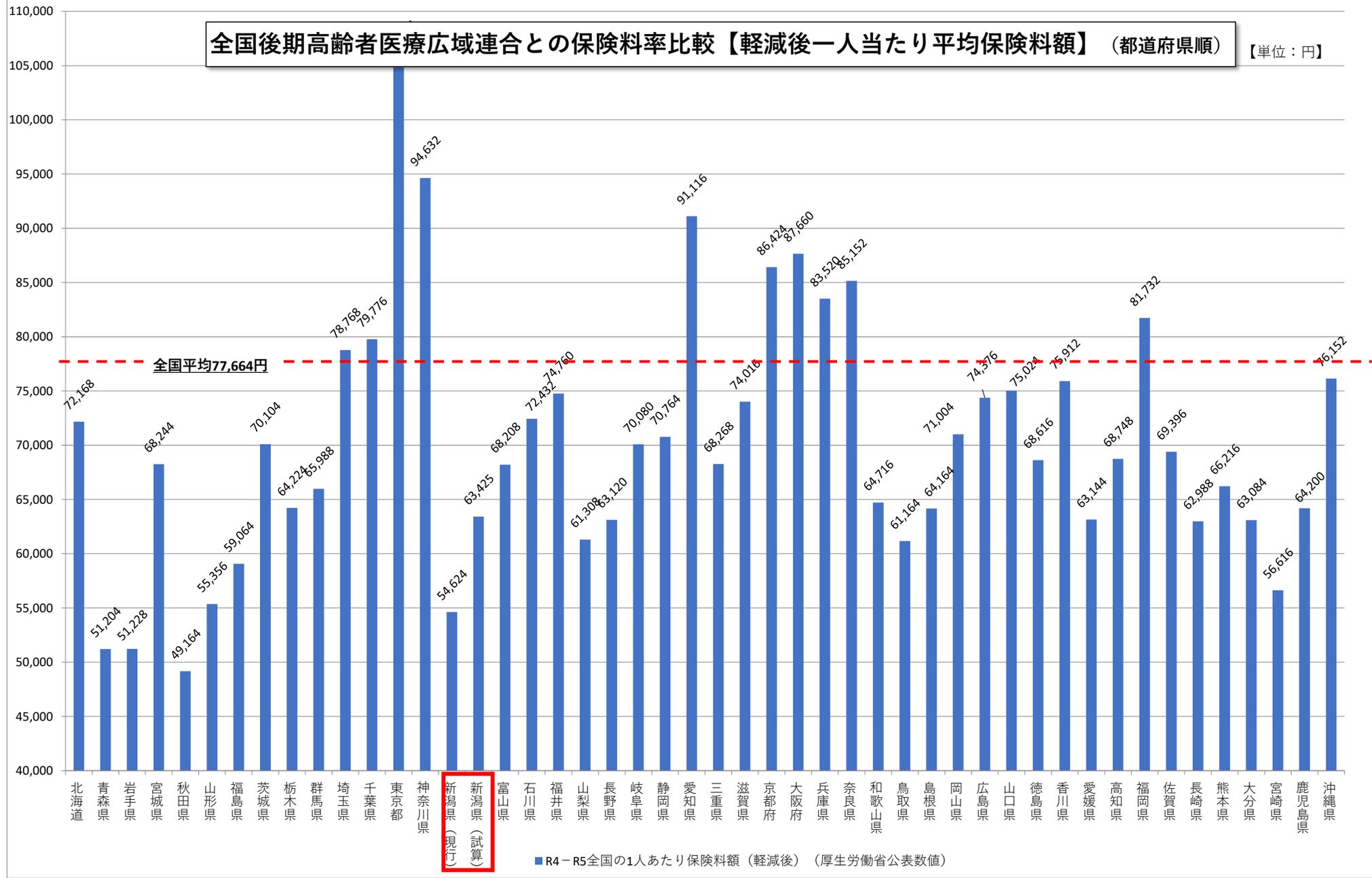
【単位：円】



■ R4-R5全国の1人あたり保険料額（軽減後）（厚生労働省公表数値）

全国後期高齢者医療広域連合との保険料率比較【軽減後一人当たり平均保険料額】（都道府県順）

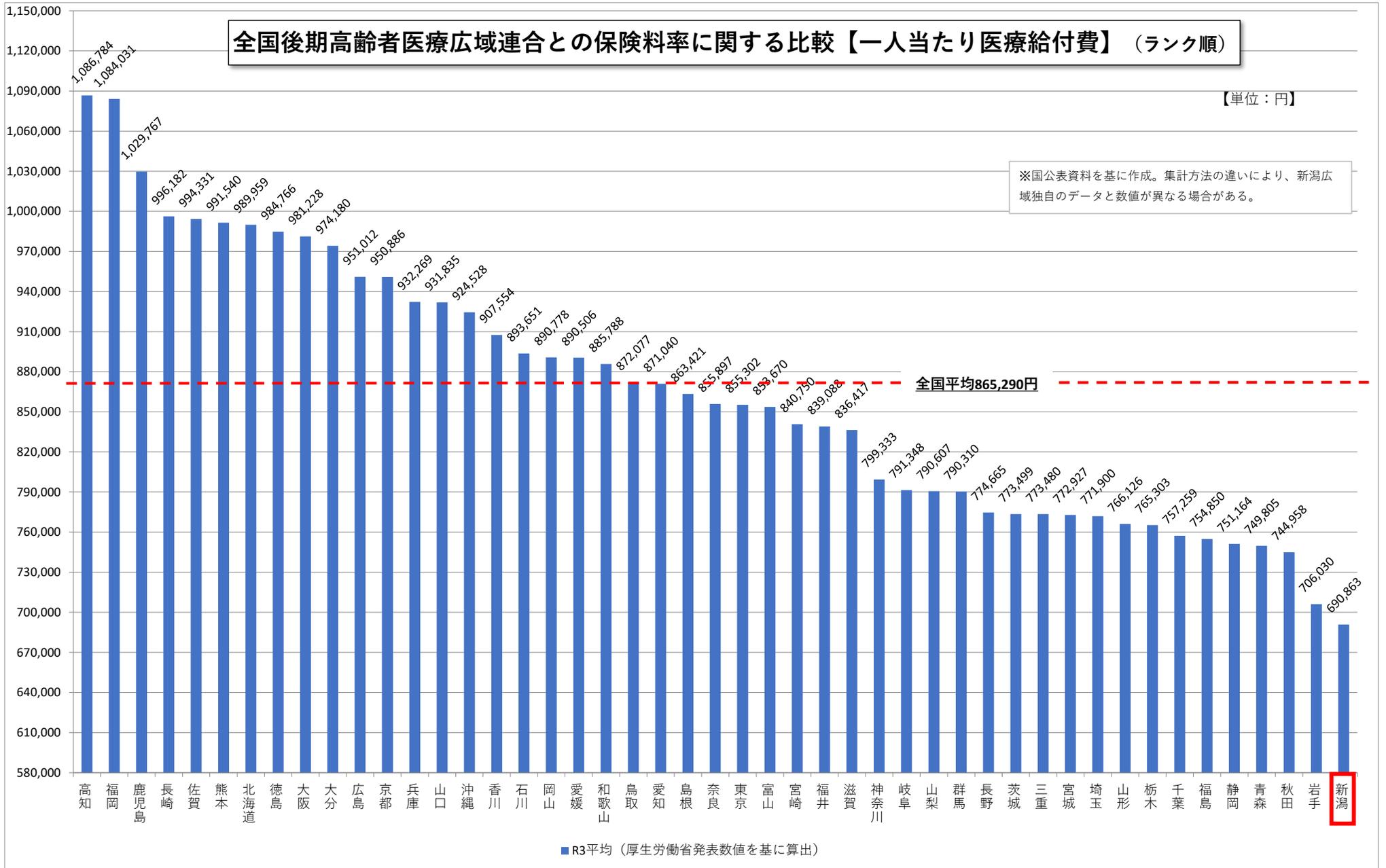
【単位：円】



# 全国後期高齢者医療広域連合との保険料率に関する比較【一人当たり医療給付費】（ランク順）

【単位：円】

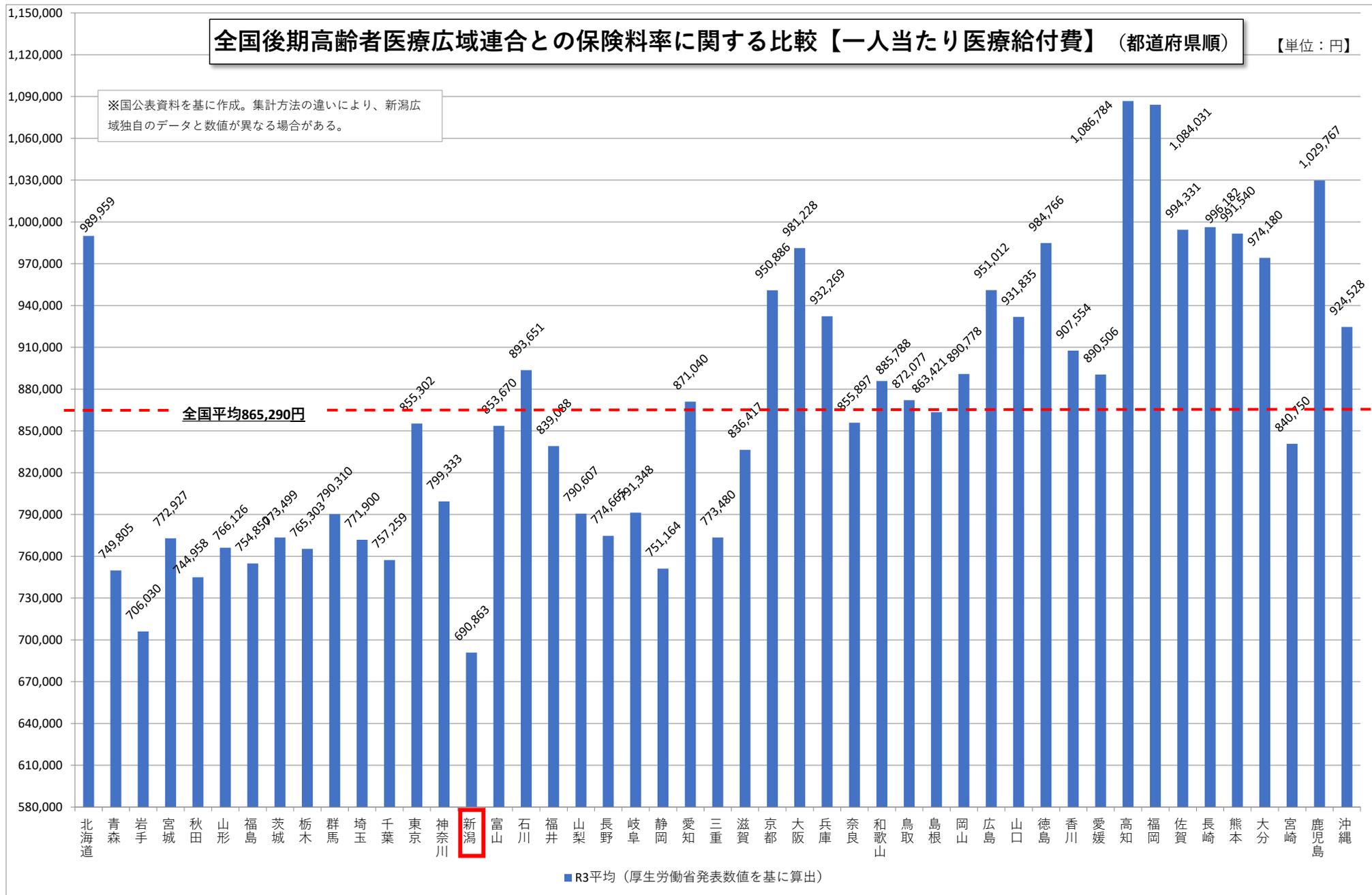
※国公表資料を基に作成。集計方法の違いにより、新潟広域独自のデータと数値が異なる場合がある。



# 全国後期高齢者医療広域連合との保険料率に関する比較【一人当たり医療給付費】（都道府県順）

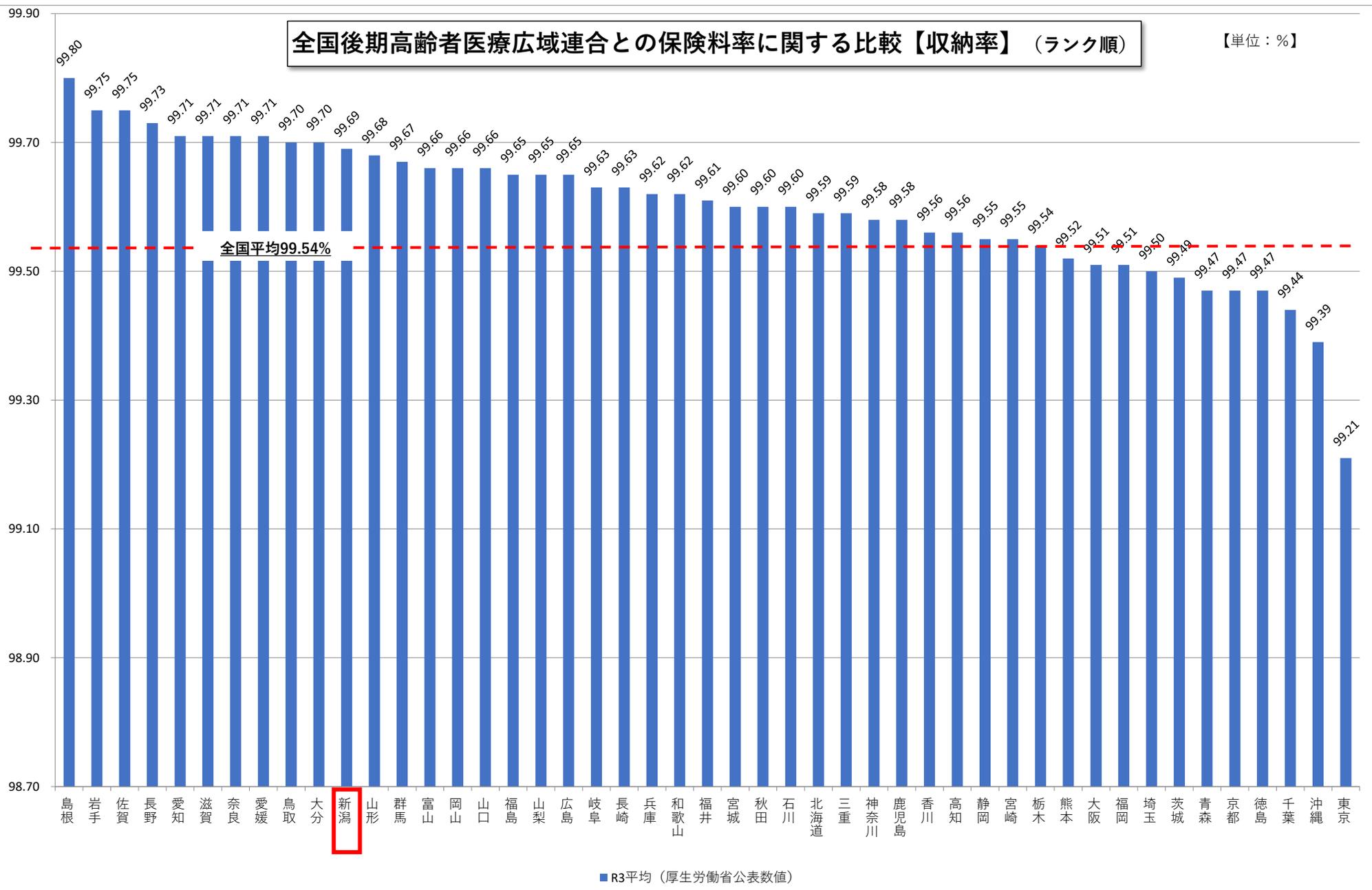
【単位：円】

※国公表資料を基に作成。集計方法の違いにより、新潟広域独自のデータと数値が異なる場合がある。



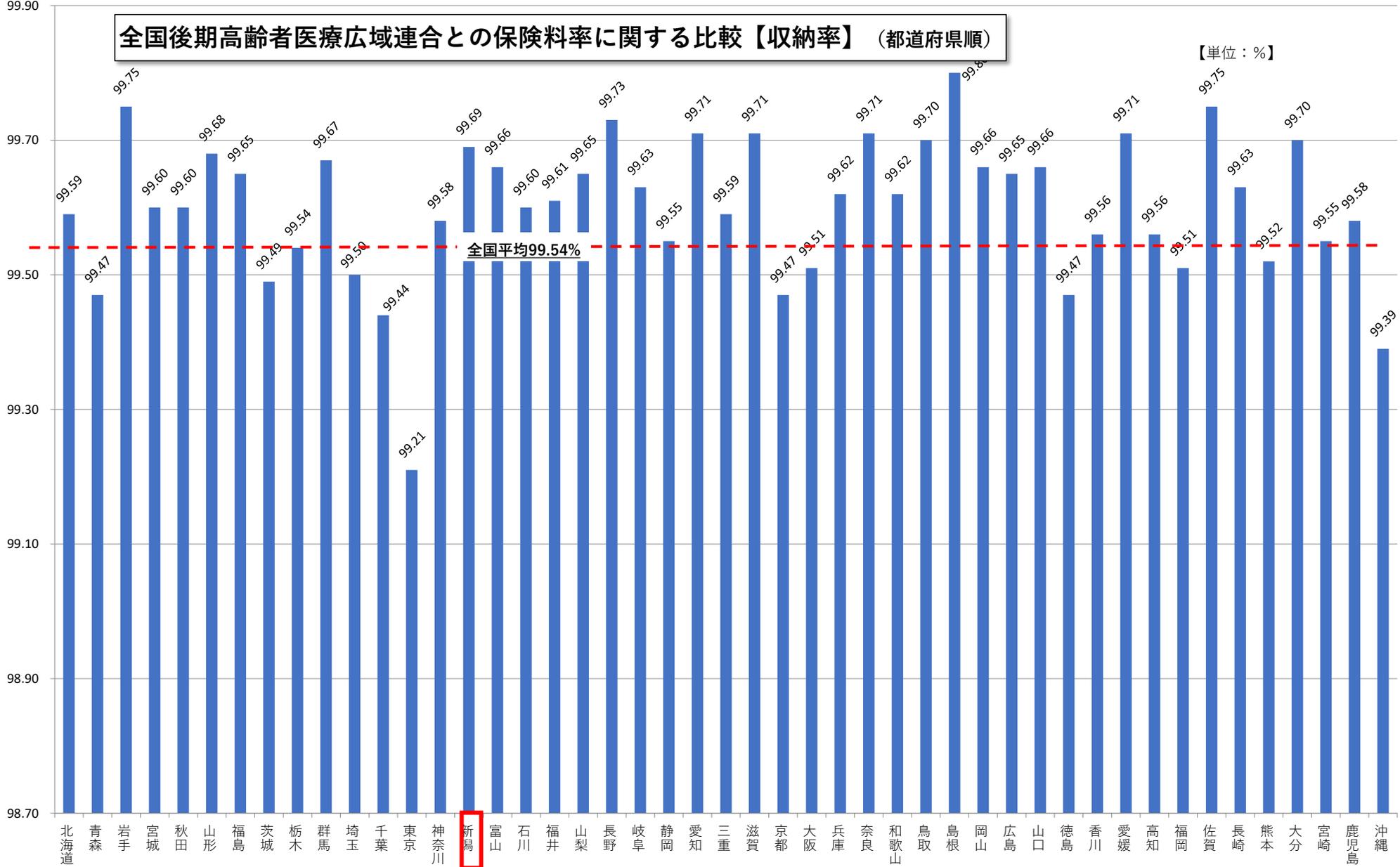
全国後期高齢者医療広域連合との保険料率に関する比較【収納率】（ランク順）

【単位：％】



# 全国後期高齢者医療広域連合との保険料率に関する比較【収納率】（都道府県順）

【単位：％】



■ R3平均（厚生労働省公表数値）

R5.10.30更新

未定稿

# 新潟県後期高齢者医療広域連合

## 第4次広域計画

【令和6年度～令和11年度】

(2024年度～2029年度)



令和6年3月

新潟県後期高齢者医療広域連合

## 【 目次 】

1	広域計画の趣旨	1
2	広域計画の基本方針	2
3	広域連合及び関係市町村が行う事務に関する事	3
4	広域計画の期間及び改定に関する事	5
資料編		
資料1	後期高齢者医療制度	8
資料2	被保険者の状況	10
資料3	後期高齢者医療給付費の状況	12
資料4	広域連合と関係市町村における高齢者の保健事業と介護予防の 一体的な実施イメージとそれぞれの役割	14
資料5	新潟県後期高齢者医療広域連合規約	15

## 1 広域計画の趣旨

新潟県後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）が作成する広域計画は、地方自治法（昭和22年法律第67号）第291条の7及び新潟県後期高齢者医療広域連合規約（平成19年新潟県市町村第1401号）第5条の規定に基づき、広域連合及び新潟県内全市町村（以下「関係市町村」という。）が相互に役割を分担し、連絡調整を図りながら、後期高齢者医療制度の事務を総合的かつ計画的に実施するために、期間を定めて策定するものです。

これまで、広域連合発足に合わせ、平成19年11月に第1次広域計画を作成、その後、平成25年3月に第2次計画、平成30年3月に第3次計画を作成し、後期高齢者医療に係る様々な施策を実施してきました。

現在の広域計画の期間が令和5年度で満了となることに伴い、今後も引き続き、関係市町村と緊密に連携・協力し、さらに安定的な事業運営を行っていくために、令和6年度からの新潟県後期高齢者医療広域連合第4次広域計画（以下「第4次広域計画」という。）を策定します。

## 2 広域計画の基本方針

第4次広域計画期における基本方針を次のとおり定め、誠実に事業を推進します。

- (1) 高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）をはじめとする関係法令に則るとともに、関係機関における高齢者の保健福祉、医療及び介護に関する諸施策との調和を図ります。
- (2) 広域連合と関係市町村が互いに協調・協力し合うとともに、住民の意見を十分に反映しながら、住民サービスの向上に努めます。
- (3) 広域化によるスケールメリットを十分に活かして、医療給付の財政基盤を強化し、後期高齢者の医療を適正にかつ安定的に確保します。
- (4) 住民の利便性に配慮しながら、広域連合と関係市町村がその役割を明確にすることにより、事務処理の効率化を図ります。
- (5) マイナンバーを含む個人情報について、各種法令や情報セキュリティポリシーに基づき、適正かつ厳格に管理します。

### 3 広域連合及び関係市町村が行う事務に関すること

広域連合及び関係市町村は、高齢者の医療の確保に関する法律及び新潟県後期高齢者医療広域連合規約等の規定に基づき、後期高齢者医療制度の実施について、次の事務を行います。

#### (1) 被保険者の資格管理に関すること

広域連合は、被保険者台帳による被保険者資格の管理及び各種証明書等の交付決定をします。

関係市町村は、住民からの資格管理に関する申請及び届出等の受付、各種証明書等の引渡し及び返還の受付の窓口業務を行い、これらの情報を広域連合へ送付します。

また、被保険者資格情報を広域連合と共有することにより、事務の適正化を図ります。

#### (2) 医療給付に関すること

広域連合は、医療給付の審査・支払及びレセプトの点検・保管等を行います。

関係市町村は、医療給付に関する申請及び届出の受付並びに証明書の引渡し等の窓口業務を行い、申請等の情報を広域連合へ送付します。

#### (3) 保険料の賦課及び徴収に関すること

広域連合は、関係市町村が持つ所得情報等を活用して、保険料率の決定、保険料の賦課決定や減免決定、徴収猶予の決定等を行います。

関係市町村は、保険料の徴収及び保険料に関する申請の受付を行います。

#### (4) 保健事業に関すること

広域連合は、効果的かつ効率的な保健事業を実施するため保健事業実施計画を策定し、関係市町村と連携・協力して必要な保健事業を行います。

高齢者は複数の慢性疾患に加え、認知機能や社会的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する特性があります。

こうした特性を踏まえ、これまで実施してきた保健事業に加え、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の取組を進める関係市町村を支援することなどにより、さらなる被保険者の健康寿命の延伸を目指します。

このため、広域連合は、保健事業を自ら実施するほか、保健事業の一部を委託契約に基づき関係市町村等に委託し事業の実施に必要な費用を委託事業費として交付します。

保健事業の委託を受けた関係市町村等は委託契約に定めた事業を適正に実施します。

#### (5) その他

後期高齢者医療制度の運営に当たっては、広域連合と関係市町村の間で、個人番号や住基情報などの情報連携が不可欠であり、広域連合と関係市町村が緊密に連携することにより、後期高齢者医療制度に関する住民からの相談や問合せに対応します。

## 4 広域計画の期間及び改定に関すること

第4次広域計画は、統合的な取組が必要な国の医療費適正化計画や県の地域保健医療計画、広域連合の保健事業実施計画の計画期間及び財政運営期間を勘案し、計画期間を令和6年度から令和11年度までとし、その後も6か年を単位として見直しを行います。

ただし、計画の期間内において、広域連合長が変更の必要があると認めるときは、広域連合議会の議決を経て、改定を行うものとします。

区分	2024	2025	2026	2027	2028	2029
	R6	R7	R8	R9	R10	R11
第4次広域計画	6か年計画					
国・医療費適正化計画	6か年計画					
県・地域保健医療計画	6か年計画					
広域連合・保健事業実施計画	6か年計画					
広域連合・財政運営期間	2か年		2か年		2か年	

### <用語の説明>

- ・医療費適正化計画：高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、国民の高齢期における適切な医療の確保を図る観点から、住民の健康増進や医療費の適正化を総合的かつ計画的に推進するため、国及び都道府県が作成する計画
- ・地域保健医療計画：都道府県医療費適正化計画と、医療法（昭和23年法律第205号）に基づく医療計画（国が定める医療提供体制の確保を図るための基本的な方針に即して、地域の実情に応じた医療提供体制の確保を図るための計画）とを一体として、新潟県が作成する計画
- ・保健事業実施計画：保健事業の実施等に関する指針（厚生労働省告示）に基づき、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、効果的かつ効率的な保健事業をPDCAサイクルで実施するため、医療保険の保険者が医療費適正化計画等関連する計画との期間を勘案し策定する計画



# 資料編

## 資料1 後期高齢者医療制度

- (1) 仕組み
- (2) 財源構成

## 資料2 被保険者の状況

- (1) 新潟県全体の被保険者数の推移
- (2) 新潟県内市町村別

## 資料3 後期高齢者医療給付費の状況

- (1) 新潟県全体の後期高齢者医療給付費及び一人当たり医療給付費の推移
- (2) 新潟県内市町村別の後期高齢者医療給付費及び一人当たり医療給付費の推移

## 資料4 広域連合と関係市町村における高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施イメージとそれぞれの役割

## 資料5 新潟県後期高齢者医療広域連合規約

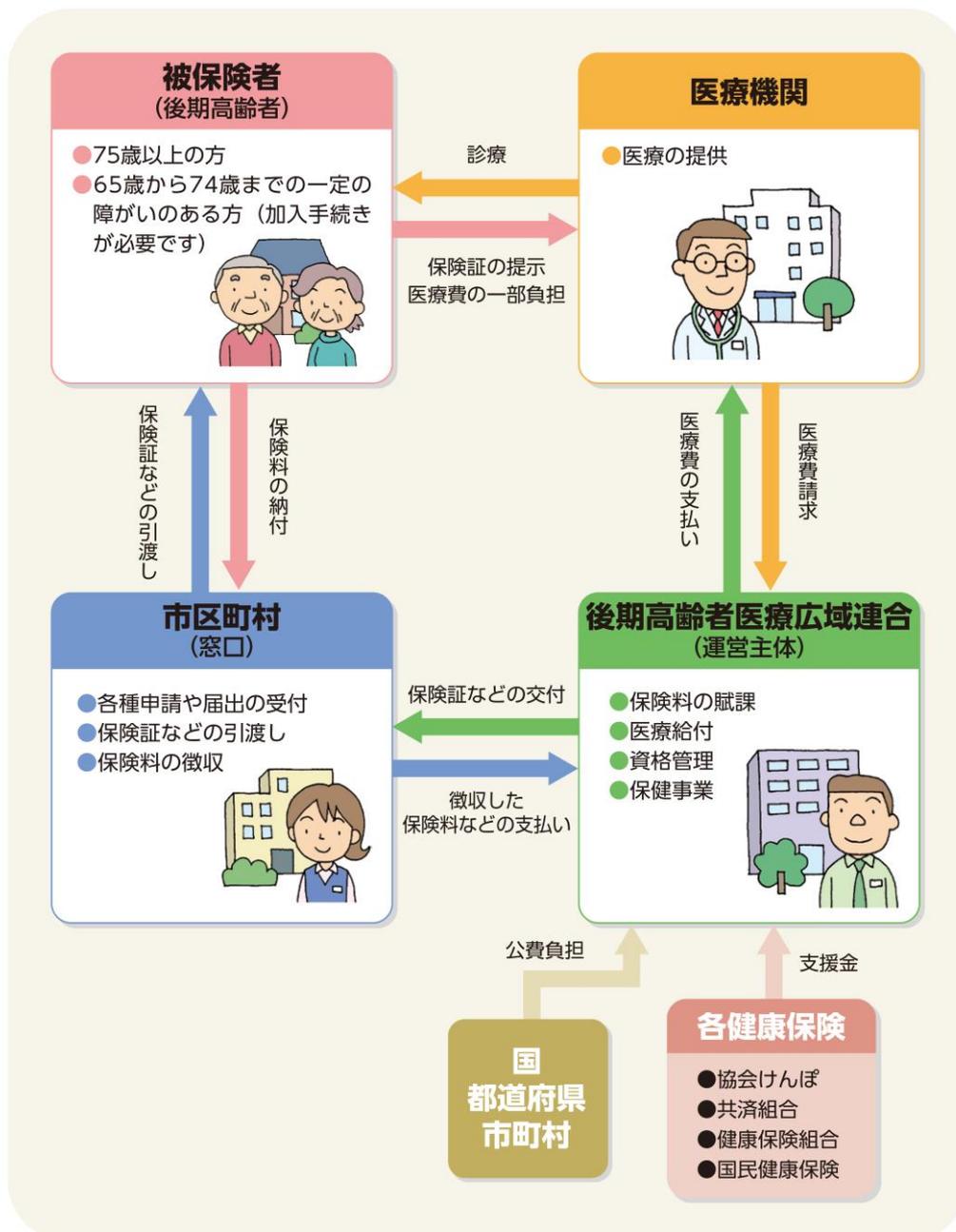
## 資料 1

### 後期高齢者医療制度

#### (1) 仕組み

後期高齢者医療制度は、75歳以上の後期高齢者と、65歳から74歳までの一定の障がいのある方を対象とした医療制度です。

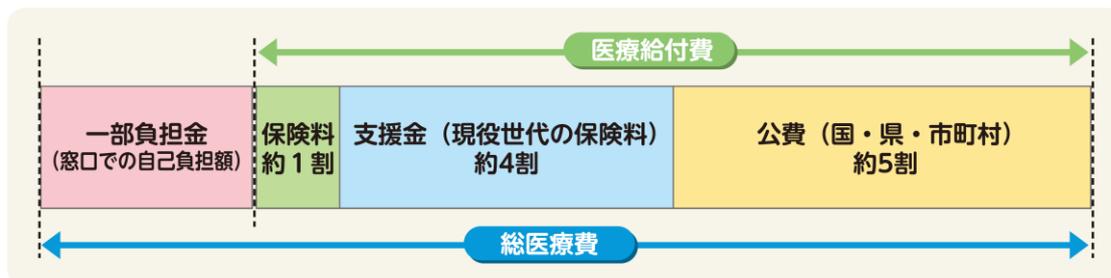
後期高齢者医療制度の運営は、都道府県単位で全市町村が加入して設立する広域連合が行うこととされていますが、被保険者の利便性を確保するため、各種申請や受付等の窓口事務や保険料の徴収事務は市町村が行います。



## (2) 財源構成

後期高齢者医療費の財源構成は、下表のように一部負担金（医療機関窓口での自己負担額）を除いた医療給付費を、保険料で約1割、支援金（現役世代の保険料）で約4割、公費で約5割を負担することとしています。

後期高齢者医療制度の医療費は、下の図のように社会全体で支え合うしくみとなっています。



\* 現役並み所得者（一部負担金3割）の医療給付費は、公費負担の対象外となっており、保険料以外の部分は支援金（現役世代の保険料）で賄われています。

## 資料 2

### 被保険者の状況

#### (1) 新潟県全体の被保険者数の推移

##### 【実績値】

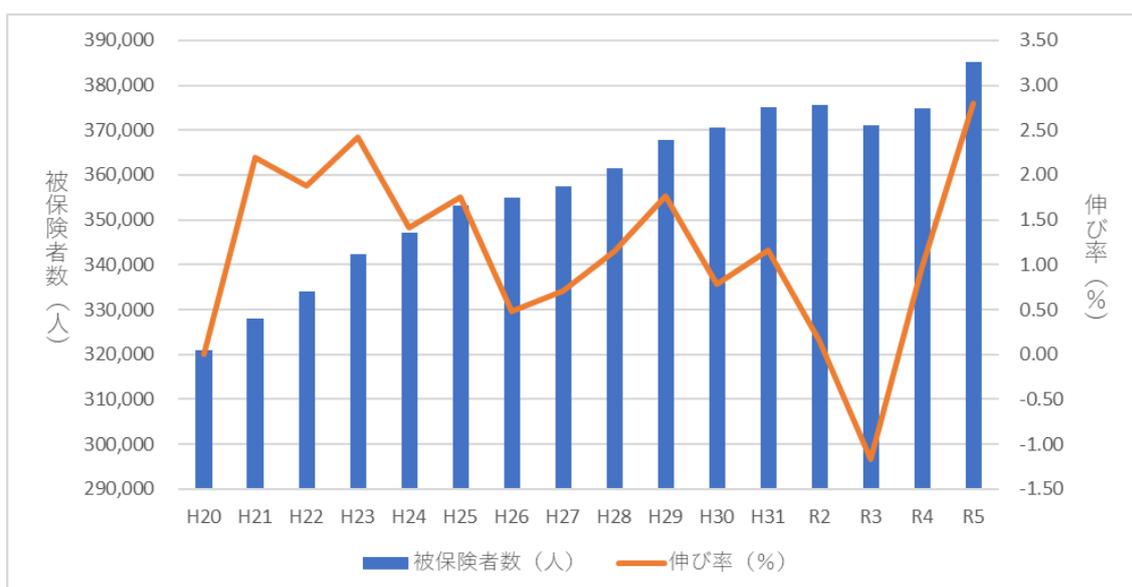
	平成 20 年	平成 21 年	平成 22 年	平成 23 年	平成 24 年
被保険者数(人)	320,929	327,966	334,143	342,241	347,090
伸び率(%)	—	2.19	1.88	2.42	1.42

	平成 25 年	平成 26 年	平成 27 年	平成 28 年	平成 29 年
被保険者数(人)	353,158	354,835	357,341	361,434	367,803
伸び率(%)	1.75	0.47	0.71	1.15	1.76

	平成 30 年	平成 31 年	令和 2 年	令和 3 年	令和 4 年
被保険者数(人)	370,667	374,991	375,558	371,165	374,784
伸び率(%)	0.78	1.17	0.15	▲1.17	0.98

	令和 5 年
被保険者数(人)	385,293
伸び率(%)	2.80

\* 被保険者数は、各年 4 月 1 日現在



出典：毎月事業状況報告書（事業月報）各年4月1日現在

(2) 県内市町村別（令和5年4月1日現在）

市町村名	被保険者数（人）	伸び率（%）	新潟県全体に占める 構成比（%）※
新潟市	122,621	3.53	31.83
長岡市	44,385	3.43	11.52
三条市	16,774	2.41	4.35
柏崎市	14,831	2.26	3.85
新発田市	16,130	2.17	4.19
小千谷市	6,544	3.79	1.70
加茂市	5,241	2.72	1.36
十日町市	11,223	3.20	2.91
見附市	7,153	3.08	1.86
村上市	12,518	1.11	3.25
燕市	13,204	3.08	3.43
糸魚川市	9,447	1.16	2.45
妙高市	6,191	1.48	1.61
五泉市	9,368	2.58	2.43
上越市	33,278	2.90	8.64
阿賀野市	7,164	2.05	1.86
佐渡市	12,454	0.09	3.23
魚沼市	6,835	1.26	1.77
南魚沼市	9,495	2.53	2.46
胎内市	5,351	3.74	1.39
聖籠町	1,757	5.40	0.46
弥彦村	1,300	3.01	0.34
田上町	2,202	4.11	0.57
阿賀町	2,904	▲0.41	0.75
出雲崎町	1,042	0.87	0.27
湯沢町	1,659	4.21	0.43
津南町	2,192	▲0.90	0.57
刈羽村	719	4.35	0.19
関川村	1,224	▲0.24	0.32
粟島浦村	87	▲4.40	0.02
計	385,293	2.80	100.00

※構成比は、端数処理の関係上、合計とその内訳が一致しない場合があります。

出典：毎月事業状況報告書（新潟県後期高齢者医療広域連合 事業月報）

**資料 3**

**後期高齢者医療給付費の状況**

(1) 新潟県全体の後期高齢者医療給付費及び一人当たり医療給付費の推移

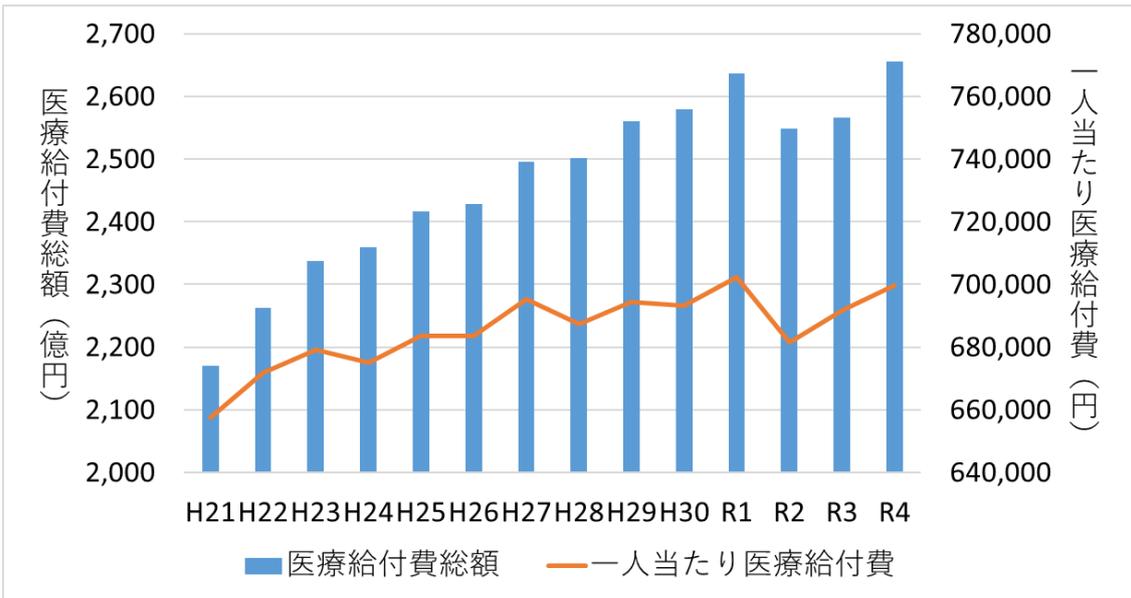
**【実績値】**

区 分	平成 20 年度 (注 1)	平成 21 年度	平成 22 年度	平成 23 年度	平成 24 年度
医療給付費総額 (億円)	2,090	2,170	2,263	2,337	2,359
伸び率 (%)	-	3.83	4.29	3.25	0.92
一人当たり医療給付費 (円)	645,428	657,509	671,949	679,047	675,110
伸び率 (%)	-	1.87	2.20	1.06	▲0.58

区 分	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
医療給付費総額 (億円)	2,416	2,429	2,496	2,501	2,561
伸び率 (%)	2.45	0.54	2.74	0.21	2.40
一人当たり医療給付費 (円)	683,425	683,557	695,210	687,284	694,336
伸び率 (%)	1.23	0.02	1.70	▲1.14	1.03

区 分	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
医療給付費総額 (億円)	2,580	2,637	2,549	2,566	2,655
伸び率 (%)	0.74	2.21	▲3.34	0.67	3.47
一人当たり医療給付費 (円)	693,241	702,366	681,420	691,885	699,558
伸び率 (%)	▲0.16	1.32	▲2.98	1.54	0.01

\* 一人当たり医療給付費は年間平均被保険者数により算出  
 注 1 平成 20 年度は比較のため、旧老人保健制度に基づく 4 月請求分 (3 月診療分) を含む 12 か月分で算出



出典：事業状況報告書 (新潟県後期高齢者医療広域連合 事業年報)

(2) 県内市町村別の後期高齢者医療給付費及び一人当たり医療給付費の推移

市町村名	令和4年度		一人当たり医療給付費の推移(円)		
	医療給付費 総額 (千円)	一人当たり 医療給付費 (円)	令和3年度	令和2年度	令和元年度
新潟市	91,887,856	762,783	756,166	739,117	765,091
長岡市	29,549,836	677,935	657,251	645,397	661,903
三条市	10,992,509	663,078	677,325	669,872	688,640
柏崎市	10,146,045	692,468	672,206	694,536	717,443
新発田市	10,746,477	673,212	638,157	621,515	642,120
小千谷市	4,224,028	660,624	655,510	668,916	672,503
加茂市	3,293,500	639,018	640,762	663,026	674,239
十日町市	6,746,011	613,776	584,566	580,170	606,473
見附市	4,822,036	685,143	654,262	654,428	683,213
村上市	8,308,597	668,861	677,315	684,839	720,671
燕市	8,583,316	660,103	661,994	646,978	661,457
糸魚川市	6,474,788	689,982	699,225	696,547	700,873
妙高市	3,768,410	614,649	620,066	616,198	674,052
五泉市	6,505,286	705,027	702,846	677,178	684,517
上越市	21,895,061	668,940	682,794	662,302	694,713
阿賀野市	5,056,898	714,958	700,320	691,978	706,893
佐渡市	7,604,310	609,857	612,101	622,282	635,849
魚沼市	4,676,141	690,511	674,367	656,680	655,304
南魚沼市	6,640,728	711,761	687,476	691,502	688,324
胎内市	3,563,737	679,584	671,909	682,569	694,862
聖籠町	1,160,303	677,352	722,924	675,500	663,900
弥彦村	800,738	621,691	640,332	639,395	657,241
田上町	1,327,130	617,844	615,722	605,166	624,534
阿賀町	2,166,720	741,773	691,048	660,612	704,236
出雲崎町	660,132	637,193	602,485	602,603	597,545
湯沢町	1,043,657	645,827	665,967	607,920	581,312
津南町	1,441,411	654,889	636,195	623,345	611,129
刈羽村	411,671	582,278	652,171	594,204	656,978
関川村	945,458	773,064	721,028	671,524	741,206
粟島浦村	73,017	811,302	696,236	865,243	948,269
計/平均	265,515,805	699,558	691,885	681,420	702,366

出典：医療給付費総額：月別医療費の状況（新潟県後期高齢者医療広域連合）

\* 一人当たり医療給付費は年間平均被保険者数により算出

広域連合と関係市町村における高齢者の保健事業と介護予防の  
一体的な実施イメージとそれぞれの役割

## 健康寿命の延伸

高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施

後期高齢者  
医療担当部署

国民健康保険  
担当部署

- ・ 庁内各部局間の連携体制を整備
- ・ 事業の基本的な方針を作成
- ・ 事業の企画・関係団体との連携
- ・ 事業を適正に実施

健康づくり  
担当部署

介護保険  
担当部署

市町村の  
役割

広域連合の  
役割

- ・ 健康課題の情報提供
- ・ 事業の推進に向けた意見交換等を行う機会の提供
- ・ 事業の一部を委託し、実施に必要な費用を交付
- ・ 関係市町村の事業評価の支援

## 資料 5

### 新潟県後期高齢者医療広域連合規約

平成19年2月27日  
新潟県市町村第1401号

#### (広域連合の名称)

第1条 この広域連合は、新潟県後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）という。

#### (広域連合を組織する地方公共団体)

第2条 広域連合は、新潟県内の全市町村（以下「関係市町村」という。）をもって組織する。

#### (広域連合の区域)

第3条 広域連合の区域は、新潟県の区域とする。

#### (広域連合の処理する事務)

第4条 広域連合は、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号。以下「高齢者医療確保法」という。）に規定する後期高齢者医療制度の事務のうち、次に掲げる事務を処理する。ただし、各号の事務のうち、別表第1に定める事務については、関係市町村において行う。

- (1) 被保険者の資格の管理に関する事務
- (2) 医療給付に関する事務
- (3) 保険料の賦課に関する事務
- (4) 保健事業に関する事務
- (5) その他後期高齢者医療制度の施行に関する事務

#### (広域連合の作成する広域計画の項目)

第5条 広域連合が作成する広域計画（地方自治法（昭和22年法律第67号）第284条第3項の広域計画をいう。以下同じ。）には、次の項目について記載するものとする。

- (1) 後期高齢者医療制度の実施に関連して広域連合及び関係市町村が行う事務に関すること。
- (2) 広域計画の期間及び改定に関すること。

#### (広域連合の事務所)

第6条 広域連合の事務所は、新潟市内に置く。

#### (広域連合の議会の組織)

第7条 広域連合の議会の議員（以下「広域連合議員」という。）の定数は、30人とする。

2 広域連合の議会は、関係市町村の議会の議員により組織する。

#### (広域連合議員の選挙の方法)

第8条 広域連合議員は、各関係市町村の議会の議員のうちから、当該関係市町村の議会において1人を選出する。

2 関係市町村の議会における選挙については、地方自治法第118条の規定の例による。

#### (広域連合議員の任期)

第9条 広域連合議員の任期は、当該関係市町村の議会の議員としての任期による。

2 広域連合議員が関係市町村の議会の議員でなくなったときは、同時にその職を失う。

- 3 広域連合の議会の解散があったとき、又は広域連合議員に欠員が生じたときは、前条の規定により、速やかにこれを選挙しなければならない。

**(広域連合の議会の議長及び副議長)**

第10条 広域連合の議会は、広域連合議員のうちから議長及び副議長1人を選挙しなければならない。

- 2 議長及び副議長の任期は、広域連合議員の任期による。

**(広域連合の執行機関の組織)**

第11条 広域連合に広域連合長及び副広域連合長1人を置く。

- 2 広域連合に会計管理者を置く。

**(広域連合の執行機関の選任の方法)**

第12条 広域連合長は、関係市町村の長のうちから、関係市町村の長が投票によりこれを選挙する。

- 2 前項の選挙は、第15条の選挙管理委員会が定める場所において行うものとする。
- 3 広域連合長が欠けたときは、速やかにこれを選挙しなければならない。
- 4 副広域連合長は、関係市町村の長のうちから、広域連合長が広域連合の議会の同意を得てこれを選任する。
- 5 会計管理者は、広域連合長の補助機関である職員のうちから、広域連合長が命ずる。

**(広域連合の執行機関の任期)**

第13条 広域連合長及び副広域連合長の任期は、当該関係市町村の長としての任期による。

**(補助職員)**

第14条 第11条に定める者のほか、広域連合に必要な職員を置く。

**(選挙管理委員会)**

第15条 広域連合に選挙管理委員会を置く。

- 2 選挙管理委員会は、4人の選挙管理委員をもってこれを組織する。
- 3 選挙管理委員は、関係市町村の議会の議員及び長の選挙権を有する者で、人格が高潔で、政治及び選挙に関し公正な識見を有するものうちから、広域連合の議会においてこれを選挙する。
- 4 選挙管理委員の任期は、4年とする。

**(監査委員)**

第16条 広域連合に監査委員2人を置く。

- 2 監査委員は、広域連合長が、広域連合の議会の同意を得て、人格が高潔で、地方公共団体の財務管理、事業の経営管理その他行政運営に関し優れた識見を有する者(次項において「識見を有する者」という。)及び広域連合議員のうちから、それぞれ1人を選任する。
- 3 監査委員の任期は、識見を有する者のうちから選任される者にあつては4年とし、広域連合議員のうちから選任される者にあつては広域連合議員の任期による。ただし、後任者が選任されるまでの間は、その職務を行うことを妨げない。

### (広域連合の経費の支弁の方法)

第17条 広域連合の経費は、次に掲げる収入をもって充てる。

- (1) 関係市町村の負担金
- (2) 事業収入
- (3) 国及び新潟県の支出金
- (4) その他の収入

2 前項第1号に規定する関係市町村の負担金の額は、別表第2の負担割合等により、広域連合の予算において定めるものとする。

### (市町村長協議会)

第18条 広域連合に、その運営に関する重要事項を審議するため、関係市町村の長で構成する市町村長協議会を置くものとする。

2 市町村長協議会の運営に関する事項は、条例で定める。

### (補則)

第19条 この規約の施行に関し必要な事項は、広域連合長が規則で定める。

### 附 則

#### (施行期日)

1 この規約は、平成19年3月1日から施行する。ただし、第11条第2項及び第12条第5項の規定は、同年4月1日から施行する。

#### (経過措置)

2 この規約の施行の日（以下「施行日」という。）から平成20年3月31日までの間においては、第4条に規定する事務の準備行為を行うものとする。

3 施行日から健康保険法等の一部を改正する法律（平成18年法律第83号）第7条の規定の施行の日の前日までの間における第4条及び別表第2の規定の適用については、同条中「高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号。以下「高齢者医療確保法」という。）」とあるのは「健康保険法等の一部を改正する法律（平成18年法律第83号）第7条の規定による改正後の高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号。以下「改正後の高齢者医療確保法」という。）」と、同表中「高齢者医療確保法」とあるのは「改正後の高齢者医療確保法」とする。

4 広域連合設立後はじめて行う広域連合長の選挙においては、第12条第2項の規定にかかわらず、新潟市新光町4番地1（新潟県自治会館本館）にて行うものとする。

5 施行日から平成19年3月31日までの間における第14条の規定の適用については、同条中、「職員」とあるのは「吏員その他の職員」とする。

6 施行日以後、広域連合長が選任されるまでの間、施行日前日において新潟県後期高齢者医療広域連合設立準備委員会の会長の職にあった者が、広域連合長職務執行者として広域連合長の職務を行うものとする。

附 則（平成20年3月31日新潟県市町村第1357号）

この規約は、平成20年4月1日から施行する。

附 則（平成22年3月30日新潟県市町村第1370号）

この規約は、平成22年3月31日から施行する。

附 則（平成25年2月8日新潟県知事に届出）

この規約は、平成25年4月1日から施行する。

別表第1（第4条関係）

	関係市町村において処理する事務
1	被保険者の資格管理に関する申請及び届出の受付
2	被保険者証及び資格証明書の引渡し
3	被保険者証及び資格証明書の返還の受付
4	医療給付に関する申請及び届出の受付並びに証明書の引渡し
5	保険料に関する申請の受付
6	上記事務に付随する事務

別表第2（第17条関係）

区 分		負担割合等
共通経費	均 等 割	10%
	高齢者人口割	40%
	人 口 割	50%
医療給付に要する経費		高齢者医療確保法第98条に定める市町村の一般会計において負担すべき額
保険料その他の納付金		高齢者医療確保法第105条に定める市町村が納付すべき額

備考

- 1 上表中「共通経費」とは、広域連合の運営に必要な事務経費等で、関係市町村で分担する負担金をいう。
- 2 上表中「均等割」とは、前年度の3月31日における関係市町村の数により算出するものをいう。
- 3 上表中「高齢者人口割」とは、前年度の3月31日における関係市町村の住民基本台帳に基づく満75歳以上の人口の割合により算出するものをいう。
- 4 上表中「人口割」とは、前年度の3月31日における関係市町村の住民基本台帳に基づく人口の割合により算出するものをいう。



# 第4次広域計画

---

令和6年 3月 策定

新潟県後期高齢者医療広域連合

---

# 新潟県後期高齢者医療広域連合第4次広域計画

新旧対照表

新	旧
新潟県後期高齢者医療広域連合第4次広域計画	新潟県後期高齢者医療広域連合第3次広域計画
表 紙	
新潟県後期高齢者医療広域連合 第4次広域計画 (削除) 【令和6年度～令和11年度】 (2024年度～2029年度) (略)	新潟県後期高齢者医療広域連合 第3次広域計画 (令和5年4月 一部改定版) 【平成30年度～令和5年度】 (2018年度～2023年度) (略)
目 次	
【目次】 1 広域計画の趣旨 . . . . . 1 (削除) (削除) 2 (削除) 広域計画の基本方針 . . . . . 2 3 広域連合及び関係市町村が行う事務に関すること . . . . . 3 4 (削除) 広域計画の期間及び改定に関すること . . . . . 5  資料編 資料1 後期高齢者医療制度 . . . . . 8 資料2 被保険者の状況 . . . . . 10 資料3 後期高齢者医療給付費の状況 . . . . . 12 資料4 広域連合と関係市町村における高齢者の保健事業と介護予防の 一体的な実施イメージとそれぞれの役割 . . . . . 14 資料5 新潟県後期高齢者医療広域連合規約 . . . . . 15	【目次】 1 広域計画の趣旨 . . . . . 1 2 これまでの作成経過と今回改定の趣旨 . . . . . 2 3 第3次広域計画の項目 . . . . . 3 4 第3次広域計画の基本方針 . . . . . 4 5 広域連合及び関係市町村が行う事務に関すること . . . . . 5 6 第3次広域計画の期間及び改定に関すること . . . . . 7  資料編 資料1 後期高齢者医療制度 . . . . . 9 資料2 被保険者の状況 . . . . . 11 資料3 後期高齢者医療給付費の状況 . . . . . 13 資料4 広域連合と関係市町村における高齢者の保健事業と介護予防の 一体的な実施イメージとそれぞれの役割 . . . . . 15 資料5 新潟県後期高齢者医療広域連合規約 . . . . . 16

新	旧
本文	
<p>1 広域計画の趣旨</p> <p>新潟県後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）が作成する広域計画は、地方自治法（昭和22年法律第67号）第291条の7及び新潟県後期高齢者医療広域連合規約（平成19年新潟県市町村第1401号）第5条の規定に基づき、広域連合及び新潟県内全市町村（以下「関係市町村」という。）が相互に役割を分担し、連絡調整を図りながら、後期高齢者医療制度の事務を総合的かつ計画的に実施するために、<u>期間を定めて策定するものです。</u></p> <p><u>これまで、広域連合発足に合わせ、平成19年11月に第1次広域計画を作成、その後、平成25年3月に第2次計画、平成30年3月に第3次計画を作成し、後期高齢者医療に係る様々な施策を実施してきました。</u></p> <p><u>現在の広域計画の期間が令和5年度で満了となることに伴い、今後も引き続き、関係市町村と緊密に連携・協力し、さらに安定的な事業運営を行っていくために、令和6年度からの新潟県後期高齢者医療広域連合第4次広域計画（以下「第4次広域計画」という。）を策定します。</u></p> <p><u>(削除)</u></p>	<p>1 広域計画の趣旨</p> <p>新潟県後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）が作成する広域計画は、地方自治法（昭和22年法律第67号）第291条の7及び新潟県後期高齢者医療広域連合規約（平成19年新潟県市町村第1401号）第5条の規定に基づき、広域連合及び新潟県内全市町村（以下「関係市町村」という。）が相互に役割を分担し、連絡調整を図りながら、後期高齢者医療制度の事務を総合的かつ計画的に実施するために<u>定める</u>ものです。</p> <p>2 <u>これまでの作成経過と今回改定の趣旨</u></p> <p><u>広域連合におきましては、平成19年11月に第1次広域計画を作成、その後、平成25年3月に第2次広域計画、平成30年3月には第3次広域計画を作成し、後期高齢者医療に係る様々な施策等を実施してきました。また、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」の取組を推進するため、令和2年4月の開始に合わせ、保健事業に関する事項について一部改定を行いました。</u></p> <p><u>現在の広域計画の期間が令和4年度で満了となる中、新型コロナウイルスの感染拡大や、世代間の負担の適正化を図るため一定以上の所得がある方を対象とした窓口負担割合2割の導入（令和4年10月から）、また、マイナンバーの医療保険分野における活用など、後期高齢者医療を取り巻く状況は目まぐるしく変化しています。</u></p> <p><u>こうした状況に対応するためには、国・県等の各種計画や諸施策との調和を図りながら事業を推進するとともに、今後も引き続き、関係市町村と緊密に連携・協力し安定的な事業運営を行っていく必要がありますが、国の医療費適正化計画や県の地域保健医療計画などの次期計画の計画期間は令和6年度からとなっていることから、これら各種計画等との調和を図るため、この度、第3次広域計画の計画期間を1年延長し期間の整合を図ることとしました。</u></p>

新	旧
<p>(削除)</p> <p>2 (削除) 広域計画の基本方針  <u>第4次広域計画期における基本方針を次のとおり定め、誠実に事業を推進します。</u></p> <p>(1) 高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号)をはじめとする関係法令に則るとともに、関係機関における高齢者の保健福祉、医療及び介護に関する諸施策との調和を図ります。</p> <p>(2)～(4) (略)</p> <p>(5) <u>マイナンバーを含む個人情報について、各種法令や情報セキュリティポリシーに基づき、適正かつ厳格に管理します。</u></p> <p>3 広域連合及び関係市町村が行う事務に関すること          広域連合及び関係市町村は、高齢者の医療の確保に関する法律及び新潟県後期高齢者医療広域連合規約等の規定に基づき、後期高齢者医療制度の実施について、次の事務を行います。</p> <p>(1) 被保険者の資格管理に関すること          広域連合は、被保険者台帳による被保険者資格の管理及び<u>各種証明書等の交付決定をします。</u>          関係市町村は、住民からの資格管理に関する申請及び届出等の受付、<u>各種証明書等の引渡し及び返還の受付の窓口業務を行い、これらの情報を広域連合へ送付します。</u>          また、被保険者資格情報を広域連合と共有することにより、事務の適正化を図ります。</p> <p>(2) 医療給付 <u>(削除)</u> に関すること          広域連合は、医療給付の審査・支払及びレセプトの点検・保管等を行います。          関係市町村は、医療給付に関する申請及び届出の受付並びに証明書の引渡し等の窓口業務を行い、申請等の情報を広域連合へ送付します。</p>	<p>3 <u>第3次広域計画の項目</u>  <u>第3次広域計画に記載する項目は、新潟県後期高齢者医療広域連合規約第5条で定められている次の項目とします。</u></p> <p>(1) <u>後期高齢者医療制度の実施に関連して広域連合及び関係市町村が行う事務に関すること。</u></p> <p>(2) <u>広域計画の期間及び改定に関すること。</u></p> <p>4 <u>第3次広域計画の基本方針</u>  <u>第3次広域計画の基本方針は、次のとおりとします。</u></p> <p>(1) 高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号)をはじめとする関係法令に則るとともに、関係機関における高齢者の保健福祉、医療及び介護に関する諸施策との調和を図りながら事業を推進します。</p> <p>(2)～(4) (略)</p> <p>(新設)</p> <p>5 広域連合及び関係市町村が行う事務に関すること          広域連合及び関係市町村は、高齢者の医療の確保に関する法律及び新潟県後期高齢者医療広域連合規約等の規定に基づき、後期高齢者医療制度の実施について、次の事務を行います。</p> <p>(1) 被保険者の資格管理に関すること          広域連合は、被保険者台帳による被保険者資格の管理及び<u>被保険者証等の交付決定をします。</u>          関係市町村は、住民からの資格管理に関する申請及び届出等の受付、<u>被保険者証等の引渡し及び返還の受付の窓口業務を行い、これらの情報を広域連合へ送付します。</u>          また、被保険者資格情報を広域連合と共有することにより、事務の適正化を図ります。</p> <p>(2) <u>医療給付の事務</u>に関すること          広域連合は、医療給付の審査・支払及びレセプトの点検・保管等を行います。          関係市町村は、医療給付に関する申請及び届出の受付並びに証明書の引渡し等の窓口業務を行い、申請等の情報を広域連合へ送付します。</p>

新	旧
<p>(3) (略)</p> <p>(4) 保健事業に関すること          広域連合は、効果的かつ効率的な保健事業を実施するため保健事業実施計画を策定し、関係市町村と連携・協力して必要な保健事業を行います。          高齢者は複数の慢性疾患に加え、認知機能や社会的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する特性があります。          こうした特性を踏まえ、これまで実施してきた保健事業に加え、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の取組を進める関係市町村を支援することなどにより、さらなる被保険者の健康寿命の延伸を目指します。          このため、広域連合は、保健事業を自ら実施するほか、保健事業の一部を委託契約に基づき関係市町村等に委託し事業の実施に必要な費用を委託事業費として交付します。          保健事業の委託を受けた関係市町村等は委託契約に定めた事業を適正に実施します。</p> <p>(5) その他          後期高齢者医療制度の運営に当たっては、広域連合と関係市町村の間で、個人番号や住基情報などの情報連携が不可欠であり、広域連合と関係市町村が緊密に連携することにより、後期高齢者医療制度に関する住民からの相談や<u>問合せ</u>に対応します。</p> <p>4 <u>(削除)</u> 広域計画の期間及び改定に関すること          第4次広域計画は、統合的な取組が必要な国の医療費適正化計画や県の地域保健医療計画、広域連合の保健事業実施計画の計画期間及び財政運営期間を勘案し、計画期間を<u>(削除) 令和6年度から令和11年度</u>までとし、その後も<u>6か年を単位</u>として見直しを行います。          ただし、<u>(削除)</u> 計画の期間内において、広域連合長が変更の必要があると認めるときは、広域連合議会の議決を経て、改定を行うものとします。          (図表略)          (用語の説明略)</p>	<p>(3) (略)</p> <p>(4) 保健事業に関すること          広域連合は、効果的かつ効率的な保健事業を実施するため保健事業実施計画を策定し、関係市町村と連携・協力して必要な保健事業を行います。          高齢者は複数の慢性疾患に加え、認知機能や社会的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する特性があります。          こうした特性を踏まえ、これまで実施してきた保健事業に加え、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の取組を進める関係市町村を支援することなどにより、さらなる被保険者の健康寿命の延伸を目指します。          このため、広域連合は、保健事業を自ら実施するほか、保健事業の一部を委託契約に基づき関係市町村等に委託し事業の実施に必要な費用を委託事業費として交付します。          保健事業の委託を受けた関係市町村等は委託契約に定めた事業を適正に実施します。</p> <p>(5) その他          後期高齢者医療制度の運営に当たっては、広域連合と関係市町村の間で、個人番号や住基情報などの情報連携が不可欠であり、広域連合と関係市町村が緊密に連携することにより、後期高齢者医療制度に関する住民からの相談や<u>問い合わせ</u>に対応します。</p> <p>6 <u>第3次</u>広域計画の期間及び改定に関すること          第3次広域計画は、統合的な取組が必要な国の医療費適正化計画や県の地域保健医療計画、広域連合の保健事業実施計画の計画期間及び財政運営期間を勘案し、計画期間を<u>1年延長し、平成30年度から令和5年度</u>までとし、その後も<u>各種計画等との整合を図りながら</u>見直しを行います。          ただし、<u>第3次広域計画</u>の期間内において、広域連合長が変更の必要があると認めるときは、広域連合議会の議決を経て、改定を行うものとします。          (図表略)          (用語の説明略)</p>
資料編	
(略)	(略)

新	旧
裏表紙	
第4次広域計画 <u>令和6年3月策定</u> <u>(削除)</u> <u>(削除)</u> 新潟県後期高齢者医療広域連合	第3次広域計画 <u>平成30年3月策定</u> <u>令和2年4月一部改定</u> <u>令和5年4月一部改定</u> 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)

目標に向けた事業計画  
目標管理・評価シート

令和5（2023）年9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	17
10. ジェネリック医薬品普及・啓発事業	19
11. 高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施	21

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
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 #7 健康状態が不明な高齢者の減少
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

※受診勧奨判定値：健診結果が次に該当する人

・R2(2020)以降

【血圧】収縮期 140mmHg 以上または拡張期 90mmHg 以上

【中性脂肪】300mg/dl 以上または LDL140 以上または HDL34 未満

【血糖】126mg/dl 以上または HbA1c6.5 以上

・R1(2019)以前

【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

【目 標】

項目	目 標	評 価 指 標
ストラクチャー (実施体制/誰がどういう体制で)	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 (実施過程/どのように)	円滑な健康診査の実施	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
アウトプット (事業実施量/どれだけやっ て)	受診率の前年度比増加	・健康診査受診率
アウトカム (成果/その結果どうなっ たか)	受診勧奨判定値該当 で医療に結びついた 割合 50.0%	・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)

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

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

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

アウトカム：事業の目的や目標の達成度、または成果

【実績】※中間見直し後の目標（評価指標）に基づく実績

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
	実績		実施	実施	実施	実施	実施	
プロセス	計画	実施			実施	実施	実施	実施
	実績		実施	実施	実施	実施	実施	
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
	実績		25.5%	27.0%	21.7%	24.4%	26.5%	
アウトカム	計画	45.5%			50.0%	50.0%	50.0%	50.0%
	実績		46.3%	46.3%	45.8%	48.4%	43.0%	

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	375,558 人	371,165 人	374,784 人	
健診受診者数	87,371 人	92,346 人	74,059 人	82,168 人	90,805 人	
受診率	25.5%	27.0%	21.7%	24.4%	26.5%	
受診勧奨判定値該当者	47,046 人	49,412 人	41,988 人	46,622 人	49,563 人	
未治療者	9,731 人	10,263 人	8,573 人	9,497 人	8,012 人	
医療に結びついた人数	4,501 人	4,752 人	3,930 人	4,600 人	3,448 人	

【令和4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。また、健診有所見者状況が KDB システム端末から随時閲覧、出力可能となった旨を周知
プロセス	3	・保健事業担当者連絡会議を3回実施 ・契約時や健康診査推進計画作成時に調査票で意見を聴取
アウトプット	3	・受診率 26.5%（前年度比 2.1 ポイント増加）
アウトカム	2	・受診勧奨判定値該当者の未治療者が健診後医療に結び付いた割合 43.0%

【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	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	継続
大目標	1 生活習慣病の重症化予防
中長期的目標	①人工透析導入者の増加抑制 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	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

【目 標】

項 目	目 標	評 価 指 標
ストラクチャー (実施体制/誰がどういう体制で)	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 (実施過程/どのように)	事業の推進	・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
アウトプット (事業実施量/どれだけやって)	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 (成果/その結果どうなったか)	50.0%以下	・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】※中間見直し後の目標（評価指標）に基づく実績

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 績		実施	実施	実施	実施	実施	
プロセス	計 画	—			実施	実施	実施	実施
	実 績		実施	実施	実施	実施	実施	
アウトプット	計 画	16 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	22 市町村	21 市町村	22 市町村	
アウトカム	計 画	55.3%			50.0%以下	50.0%以下	50.0%以下	50.0%以下
	実 績		54.0%	54.5%	54.0%	51.9%	51.1%	

**【令和4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、関係機関との連携方法の検討
プロセス	3	・健康診査実施結果データの提供
アウトプット	2	・事業実施市町村数 22
アウトカム	2	・リスク高・リスク中該当者で医療未受診の割合 51.1%

**【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	廃止 後期高齢者に対する重症化予防について、令和2年度以降、「保健事業と介護予防の一体的な実施」が本格実施となることを踏まえ、地域の実情に応じて市町村が行う国保世代からの連続した取組を支援していくこととし、本事業は中間見直しにおいて計画から削除した。
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 (実施体制/誰がどういう体制で)	関係機関との連携体制の構築	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市町村との連携体制構築</li> <li>・医師会との連携</li> </ul>
プロセス (実施過程/どのように)	事業の推進	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業の進捗</li> </ul>
アウトプット (事業実施量/どれだけやっ って)	受診勧奨実施者の医療機関受診率 50.0%	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> </ul>
アウトカム (成果/その結果どうなっ たか)	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%	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> </ul>

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	—	—	—	—
	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%	—	—	—	—
	実績		—	—				
アウトカム	計画	—	—	70.0%	—	—	—	—
	実績		—	—				

**【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 - (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	#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
目的	歯科健康診査受診者の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、適切な医療につなげる。

【目 標】

項目	目 標	評 価 指 標
ストラクチャー (実施体制/誰がどういう体制で)	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 (実施過程/どのように)	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 (事業実施量/どれだけやっ て)	1) 前年度比増加 2) 前年度比増加	1) 歯科健康診査実施市町村数 2) 歯科健康診査受診率
アウトカム (成果/その結果どうなっ たか)	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】 ※中間見直し後の目標（評価指標）に基づく実績

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 績		実施	実施	実施	実施	実施	
プロセス	計 画				実施	実施	実施	実施
	実 績		実施	実施	実施	実施	実施	
アウトプット	計 画	1)11 市町村			1) 前年度比増加 2) 前年度比増加	1) 前年度比増加 2) 前年度比増加	1) 前年度比増加 2) 前年度比増加	1) 前年度比増加 2) 前年度比増加
	実 績	2) 11.6%	1) 15 市町村 2) 14.6%	1) 18 市町村 2) 13.0%	1) 21 市町村 2) 14.7%	1) 22 市町村 2) 12.0%	1) 25 市町村 2) 13.1%	
アウトカム	計 画				90.0%	90.0%	90.0%	90.0%
	実 績	93.6%	96.5%	95.4%	95.4%	95.3%	93.4%	

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	35,247 人	41,265 人	50,243 人	
健診受診者数	3,379 人	4,721 人	5,191 人	4,966 人	6,558 人	
受診率	14.6%	13.0%	14.7%	12.0%	13.1%	
要治療者数	2,395 人	3,305 人	3,598 人	3,542 人	4,707 人	
要治療で医療に結びついた人数	2,311 人	3,152 人	3,432 人	3,375 人	4,397 人	

**【令和4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	1) 実施市町村数 R4 : 25 (R3 : 22) 2) 受診率 R4 : 13.1% (R3 : 12.0%)
アウトカム	4	・要治療で医療に結びついた割合 93.4%

**【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	#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
目的	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。
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	新潟市歯科医師会に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

【目 標】

項目	目 標	評 価 指 標
ストラクチャー (実施体制/誰がどういう体制で)	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合せ会議
プロセス (実施過程/どのように)	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 (事業実施量/どれだけやっ って)	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 (成果/その結果どうな ったか)	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		実施	実施	実施	実施	実施	
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	実施	実施	実施	
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	34 人	79 人	64 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%	96.9%	88.4%	90.4%	

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	34人	79人	64人	
要治療者数	50人	74人	32人	69人	52人	
要治療で医療に結びついた人数	40人	61人	31人	61人	47人	

令和2年度は、新型コロナウイルス感染症の拡大により、5～9月の事業実施を見合わせたことから、受診者数が前年度に比べ大幅に減少した。

#### 【令和4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	・打合せ会議を実施し、効果的な事業周知方法等を検討
プロセス	3	・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。
アウトプット	2	・健診受診者数 R4:64人 R3:79人
アウトカム	4	・医療に結びついた割合 R4:90.4%

#### 【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 - (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	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。
対象者	前年度の健診結果で BMI が 21.5kg/m <sup>2</sup> 未満かつ 1 年間に 2kg 以上 (H30 まで：半年以内に 1kg 以上) 体重が減少している者
事業内容	広域連合と実施地域の市町村が共同事業協定を結び、新潟県栄養士会に業務委託し実施する。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問栄養相談を行う管理栄養士の育成研修</li> <li>・訪問栄養相談の実施 (6 か月間に 3 回訪問、手紙・電話による支援 1 回、6 か月後にフォローアップ訪問 1 回)</li> </ul>

【目 標】

項 目	目 標	評 価 指 標
ストラクチャー (実施体制/誰がどういう体制で)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・関係機関との連携体制の強化</li> <li>・訪問相談医必要な管理栄養士の確保</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・新潟県栄養士会との打合せ会議</li> <li>・実施市町村との共同事業に関する協定の締結</li> <li>・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</li> <li>・訪問相談が実施可能な栄養士の確保</li> </ul>
プロセス (実施過程/どのように)	フロー図のとおりに事業が進められる。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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)</li> </ul>
アウトプット (事業実施量/どれだけやっ つて)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) 維持・増加</li> <li>2) 維持・増加</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) 訪問相談実施率 (相談実施者数/申請者数)</li> <li>2) 訪問相談 3 回終了者率 (訪問 3 回終了者/相談実施数)</li> </ol>
アウトカム (成果/その結果どうなっ たか)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) 80.0%</li> <li>2) 80.0%</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>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)</li> <li>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)</li> </ol>

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】※中間見直し後の目標（評価指標）に基づく実績

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
	実績		実施	実施	実施	実施	実施	
プロセス	計画	—			実施	実施	実施	実施
	実績		実施	実施	実施	実施	実施	
アウトプット	計画	—			前年度比維持・増加	前年度比維持・増加	前年度比維持・増加	前年度比維持・増加
	実績		1)62.5% 2)89.2%	1)67.6% 2)81.3%	1) 66.4% 2) 85.9%	1) 68.5% 2) 85.4%	1) 69.0% 2) 81.6%	
アウトカム	計画	—			80.0%	80.0%	80.0%	80.0%
	実績		1)81.0% 2)65.5%	1)82.1% 2)89.7%	1) 75.4% 2) 75.4%	1) 82.9% 2) 63.4%	1) 81.6% 2) 76.3%	

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	795人	846人	834人	
申請者	104人	71人	107人	73人	71人	
訪問相談実施者	65人	48人	71人	50人	49人	
3回訪問完了者	58人	39人	61人	43人	40人	
BMI維持・改善者	47人	32人	43人	34人	31人	
生活改善者	38人	35人	43人	26人	29人	

令和2年度から、申請者、訪問相談実施者、3回訪問完了者の人数には前年度からの継続者を含む。ただし、BMI維持・改善者及び生活改善者は当年度の対象者のみのため、アウトカムの実績値の割合とは一致しない。

【令和4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、かかりつけ医及び地域包括支援センター等と連携した事業実施
プロセス	3	・フロー図に沿った進捗管理
アウトプット	3	1) 実施率 R4 : 69.0% R3 : 65.8% 2) 3回終了者率 R4 : 81.6% R3 : 85.4%
アウトカム	2	1) BMI維持・改善率 81.6% 2) アセスメント表による改善率 76.3%

【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 - (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施する。
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

【目 標】

項 目	目 標	評 価 指 標
ストラクチャー (実施体制/誰がどういう体制で)	事業実施に必要な財源確保	・ 予算の確保
プロセス (実施過程/どのように)	円滑な事業の実施	・ 各種会議での周知
アウトプット (事業実施量/どれだけやっ って)	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 (成果/その結果どうなっ たか)	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		実施	実施	実施	実施	実施	
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	実施	実施	実施	
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	30 市町村	30 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	30 市町村	30 市町村	30 市町村	

**【令和4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、保健事業担当者連絡会議及び文書にて市町村に周知
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	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	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	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、療養上の日常生活に関する健康相談等を行うことにより、生活習慣の重症化予防及び被保険者の適正な受診を促すことで、自己負担額の軽減や医療費の適正化を図る。
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	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

【目 標】

項目	目 標	評 価 指 標
ストラクチャー (実施体制/誰がどういう体制で)	関係機関との連携体制の強化	<ul style="list-style-type: none"> <li>市町村との訪問相談結果共有等による連携体制の強化</li> <li>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</li> </ul>
プロセス (実施過程/どのように)	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>効果的な対象者の選定</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>各種広報媒体による意識啓発の実施</li> <li>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</li> </ul>
アウトプット (事業実施量/どれだけやって)	前年度比維持・増加	<ul style="list-style-type: none"> <li>訪問相談実施率（相談実施数/事業案内者数）</li> </ul>
アウトカム (成果/その結果どうなったか)	<ol style="list-style-type: none"> <li>50.0%</li> <li>医療費削減</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>訪問相談実施者で、訪問相談実施月の翌月から3か月間のレセプトにより、対象者に該当しなくなった割合</li> <li>訪問相談実施者で訪問相談実施月の翌月から3か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か月平均の医療費削減額</li> </ol>

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】※中間見直し後の目標（評価指標）に基づく実績

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
	実績		実施	実施	実施	実施	実施	
プロセス	計画	実施			実施	実施	実施	実施
	実績		実施	実施	実施	実施	実施	
アウトプット	計画	重複 29.5% 頻回 23.7%			前年度比 維持・増加	前年度比 維持・増加	前年度比 維持・増加	前年度比 維持・増加
	実績		重複 33.7% 頻回 30.4%	重複 24.7% 頻回 24.6%	重複 20.2% 頻回 16.0%	重複 25.0% 頻回 23.1%	重複 35.1% 頻回 42.6%	
アウトカム	計画	1) 重複 55.8% 2) 9,952円 頻回 49.6% 2) 14,709円			1) 50.0% 2) 医療費 の削減	1) 50.0% 2) 医療費 の削減	1) 50.0% 2) 医療費 の削減	1) 50.0% 2) 医療費 の削減
	実績		1) 重複 70.8% 2) 19,775円 頻回 47.6% 2) 11,996円	1) 重複 61.2% 2) 15,403円 頻回 51.0% 2) 19,727円	1) 重複 71.1% 2) 18,905円 頻回 83.9% 2) 5,661円	1) 重複 72.1% 2) 27,011円 頻回 47.2% 2) 8,353円	1) 重複 63.5% 2) 16,692円 頻回 64.4% 2) 17,118円	

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	1,629人	1,783人	1,758人	1,209人	1,179人	
最終対象者数 (除外、電話調査後)	538人	604人	575人	401人	352人	
訪問相談実施者数	重複 65人 頻回 105人	重複 49人 頻回 100人	重複 38人 頻回 62人	重複 43人 頻回 53人	重複 52人 頻回 87人	
訪問相談実施後の改善者数	重複 46人 頻回 50人	重複 30人 頻回 51人	重複 27人 頻回 52人	重複 31人 頻回 25人	重複 33人 頻回 56人	

【令和4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	3	・ガイドブック、しおり等による機会を捉えた広報を実施 ・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
アウトプット	3	訪問相談実施率 ・重複受診者 R4: 35.1% R3: 25.0% ・頻回受診者 R4: 42.6% R3: 23.1%
アウトカム	3	訪問指導の改善割合 ・重複受診者: 63.5%、頻回受診者: 64.4% 改善者の1人当たりの1か月当たりの医療費削減額 ・重複受診者: 16,692円、頻回受診者: 17,118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 - (2)
事業名	服薬相談事業
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	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	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。
対象者	3 か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	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

【目 標】

項 目	目 標	評 価 指 標
ストラクチャー (実施体制/誰がどういう体制で)	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 (実施過程/どのように)	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 (事業実施量/どれだけや って)	1) 訪問相談申請率の 維持・増加 2) 訪問相談実施率の 維持・増加	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)
アウトカム (成果/その結果どうな ったか)	1) 対象に該当しな くなった者の割合 50.0% 2) 対象に該当しな くなった者の一人当 たり医療費の削減	1) 相談実施者で、相談実施月の翌月から3 か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 か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 か月平均)

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】※中間見直し後の目標（評価指標）に基づく実績

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
	実績		実施	実施	実施	実施	実施	
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
	実績		実施	実施	実施	実施	実施	
アウトプット	計画	—			1) 前年度比維持・増加 2) 前年度比維持・増加	1) 前年度比維持・増加 2) 前年度比維持・増加	1) 前年度比維持・増加 2) 前年度比維持・増加	1) 前年度比維持・増加 2) 前年度比維持・増加
	実績		1) 6.9% 2) 65.3%	1) 7.9% 2) 65.3%	1) 6.2% 2) 73.5%	1) 6.3% 2) 59.6%	1) 4.1% 2) 80.6%	
アウトカム	計画	—			1) 50% 2) 削減	1) 50% 2) 削減	1) 50% 2) 削減	1) 50% 2) 削減
	実績		1) 62.5% 2) 3,287円	1) 55.1% 2) 5,784円	1) 58.3% 2) 4,556円	1) 48.4% 2) 9,896円	1) 79.3% 2) 2,593円	

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	794人	832人	877人	
訪問相談申込者	49人	75人	49人	52人	36人	
訪問相談実施者	32人	49人	36人	31人	29人	
抽出基準に該当しなくなった者	20人	27人	21人	15人	23人	

【令和4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検討
アウトプット	2	・訪問相談申請率 R4：4.1% R3：6.3% ・訪問相談実施率 R4：80.6% R3：59.6%
アウトカム	3	・対象に該当しなくなった者の割合 R4：79.3% ・対象に該当しなくなった者の一人当たりの削減効果額 R4 2,593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	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と医療費の適正化を図る。
対象者	切替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 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、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

【目 標】

項 目	目 標	評 価 指 標
ストラクチャー (実施体制/誰がどういう体制で)	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 (実施過程/どのように)	取組の推進	・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
アウトプット (事業実施量/どれだけやっ って)	25.0%	・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)
アウトカム (成果/その結果どうなっ たか)	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 (発送ごとの効果額)

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】※中間見直し後の目標（評価指標）に基づく実績

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			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	2回	2回	2回	
プロセス	計画	実施			実施	実施	実施	実施
	実績		実施	実施	実施	実施	実施	
アウトプット	計画	1回目 16.0% 2回目 23.4%			25.0%	25.0%	25.0%	25.0%
	実績		1回目 24.8% 2回目 23.8%	1回目 23.1% 2回目 22.1%	1回目 49.2% 2回目 21.4%	1回目 28.8% 2回目 29.4%	1回目 36.8% 2回目 22.0% (8か月間)	
アウトカム	計画	1回目 329,637千円 2回目 290,626千円			医療費の削減	医療費の削減	医療費の削減	医療費の削減
	実績		1回目 215,422千円 2回目 175,991千円	1回目 158,796千円 2回目 152,163千円	1回目 1,098,171千円 2回目 167,915千円	1回目 185,741千円 2回目 143,167千円	1回目 237,871千円 2回目 71,930千円 (8か月間)	

※令和2年6月に多数の新規後発医薬品が薬価基準リストに掲載された影響により、令和2年1回目の差額通知（6月に処方された医薬品情報より作成）に係る発送通数、切替率及び切替効果額が著しく増加している。

【令和4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	・ R4：2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	未評価	差額通知者の切替率 ・ R4.9月発送：36.8% ・ R5.1月発送：22.0%（8か月間の暫定値）
アウトカム	未評価	差額通知の発送による1年間の切替効果額 ・ R4.9月発送：43,273通 237,871千円の削減効果 ・ R5.1月発送：37,214通 71,930千円の削減効果（8か月間の暫定値） ※各月の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保健事業 目標管理・評価シート

【基本事項】

事業番号	4
事業名	高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施
区分	令和2年度から新規
大目標	1 生活習慣病の重症化予防 2 加齢に伴う心身機能の低下防止 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	1－①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 2－①生活に支障のない期間の維持 3－①健康状態が不明な高齢者の減少、②重複受診者割合の増加抑制、③頻回受診者割合の増加抑制、④服薬相談が必要な被保険者割合の増加抑制
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 #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
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。
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。

【目 標】

項目	目標	評価指標
ストラクチャー (実施体制/誰がどういう体制で)	市町村との連携体制構築	<ul style="list-style-type: none"> <li>市町村との連携</li> <li>予算の確保</li> </ul>
プロセス (実施過程/どのように)	市町村における効果的な事業の実施	市町村における円滑な事業の実施 <ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> </ul>
アウトプット (事業実施量/どれだけやっつて)	次年度新たに事業開始する市町村数	<ul style="list-style-type: none"> <li>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)</li> </ul>
アウトカム (成果/その結果どうなったか)	26市町村 (健康寿命延伸プランにより、令和6年度までに全市町村実施とする)	<ul style="list-style-type: none"> <li>事業実施市町村数</li> </ul>

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		R1(2019) 現状	H30(2018)	R01(2019)	R02(2020)	R03(2021)	R04(2022)	R05(2023)
ストラクチャー	計画	保健事業 担当者連 絡会議に おいて意 見交換の 実施	—	—	実施	実施	実施	実施
	実績		—	—	実施	実施	実施	
プロセス	計画	実施	—	—	実施	実施	実施	実施
	実績		—	—	実施	実施	実施	
アウトプット	計画	4 市町村	—	—	6 市町村	10 市町村	6 市町村	4 市町村
	実績		—	—	12 市町村	6 市町村	6 市町村	
アウトカム	計画	—	—	—	4 市町村	10 市町村	20 市町村	26 市町村
	実績		—	—	4 市町村	16 市町村	22 市町村	

事業実績	H30(2018)	R01(2019)	R02(2020)	R03(2021)	R04(2022)	R05(2023)
県内市町村数	—	—	30 市町村	30 市町村	30 市町村	
事業実施市町村数	—	—	4 市町村	16 市町村	22 市町村	

【令和4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	・市町村との事前協議等を踏まえ、実施予定市町村に係る必要な財源を確保
プロセス	3	・保健事業担当者連絡会議等を通じて、独自に作成した基本的な方針の記載例（修正版）や健康診査結果有所見者状況のデータ等を情報提供した。また一体的実施についての意見交換（グループワーク）を実施した。
アウトプット	3	・令和2～4年度に事業開始した22市町村に加え、令和5年度新たに事業開始する6市町村を個別に支援
アウトカム	4	・令和4年度までに22市町村が事業開始

【特記事項】

--

R5.11.2 更新  
未定稿

<第3期>  
保健事業実施計画  
(データヘルス計画)



令和6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
1 計画策定の目的と背景	2
2 計画の名称と計画期間	3
3 関連する他の計画	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 現状の整理	9
1 新潟県の特徴	10
(1) 被保険者の状況	10
2 第2期データヘルス計画の評価・考察	15
(1) 保健事業の評価の視点	15
(2) 取組のまとめ	15
(3) 目標の達成状況及び評価・考察	18
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	45
1 健康・医療情報の分析	46
(1) 被保険者構成の将来推計	47
(2) 将来推計に伴う医療費見込み	48
(3) 平均余命・平均自立期間の状況	52
(4) 死因別死亡割合	54
(5) 健康診査・歯科健康診査・質問票の分析	55
(6) 医療関係の分析	62
(7) 介護関係の分析	65
(8) 介護・医療のクロス分析	68
2 健康・医療情報等の分析に基づく健康課題の抽出	69

第4章	目標達成へ向けた事業計画	71
1	第3期データヘルス計画の取組	72
	(1) 〈健康診査〉健康診査事業	76
	(2) 〈健康診査〉歯科健康診査事業	77
	(3) 〈健康診査〉在宅要介護者歯科保健事業	78
	(4) 〈一体的実施〉重症化予防	79
	(5) 〈一体的実施〉低栄養	80
	(6) 〈一体的実施〉健康状態不明者	81
	(7) 〈一体的実施〉口腔	82
	(8) 〈一体的実施〉投薬（重複・多剤）	83
	(9) 〈一体的実施〉フレイル予防	84
	(10) 〈その他〉重複・頻回受診者訪問相談事業	85
	(11) 〈その他〉在宅訪問栄養食事相談事業	86
	(12) 〈その他〉服薬相談事業	87
2	目標達成に向けた取組	88
第5章	計画の評価・見直し等	89
1	計画の評価・見直し	90
2	計画の公表・周知	90
3	個人情報の取扱い	90
4	地域包括ケアに係る取組及びその他の留意事項	90

# 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、後期高齢者医療の被保険者に対しても「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が実施し、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および介護予防事業は市町村が実施していました。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。

第2期データヘルス計画の中間見直しの年に当たる令和2年度には、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むとともに、新型コロナウイルス禍における感染症対策の徹底による事業実施など必要な見直しを行いました。

この度、6か年の計画期間が終了することから、これまでの取組を評価・検証し、実施状況を踏まえて「第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）」を策定します。

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、関係者との連携の下、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 計画の名称と計画期間

計画の名称：第3期 保健事業実施計画（データヘルス計画）

計画期間：令和6年度～令和11年度（6年間）

第3期データヘルス計画の中間年度である令和8年度には計画全体の評価・検証を行い、必要に応じて見直しを行います。

データヘルス計画	年度														
	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11
第1期計画	計画期間 3か年														
第2期計画				計画期間 6か年											
第3期計画						見直し					計画期間 6か年				
											見直し				

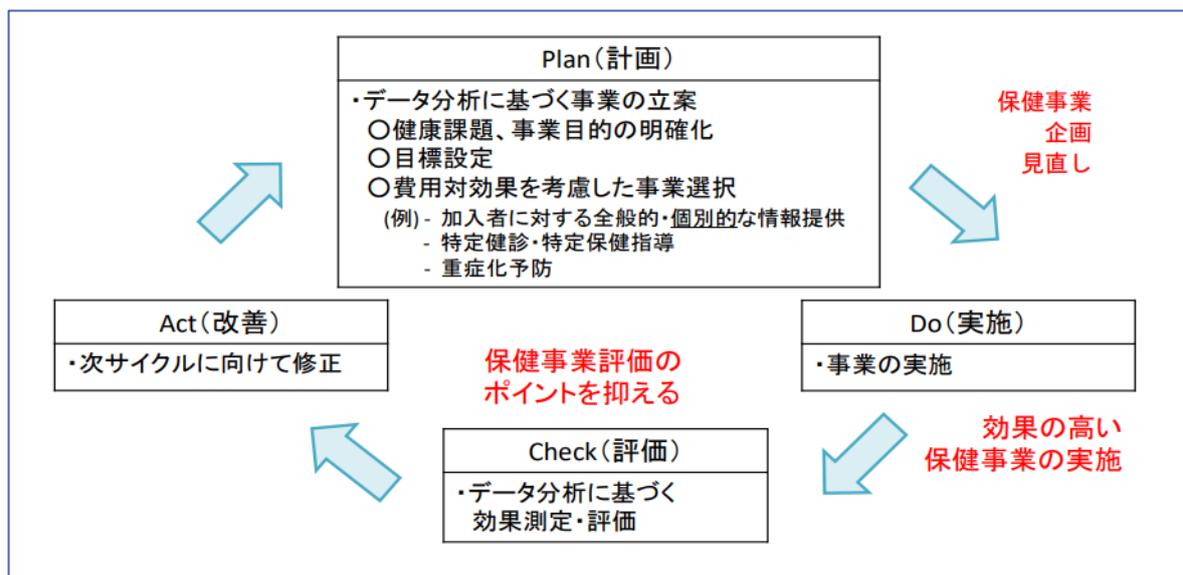
## 3 関連する他の計画

本計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえ、「新潟県後期高齢者医療広域連合第4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、県が定める「健康にいがた21（第3次）」や「新潟県地域保健医療計画」、「新潟県高齢者保健福祉計画」、「新潟県国民健康保険運営方針」と調和を図るとともに、県内市町村が定める健康増進計画、データヘルス計画との調整を図っています。

## 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。



出典：高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第2版（厚生労働省）

## 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や介護予防事業を受けていることが多いため、市町村が地域包括ケアシステムの中で関係機関と連携しながら行う、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広域連合が支援します。

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：被保険者等を代表する委員 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

協力連携：新潟県国民健康保険団体連合会、県関係課

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、  
県地域機関等

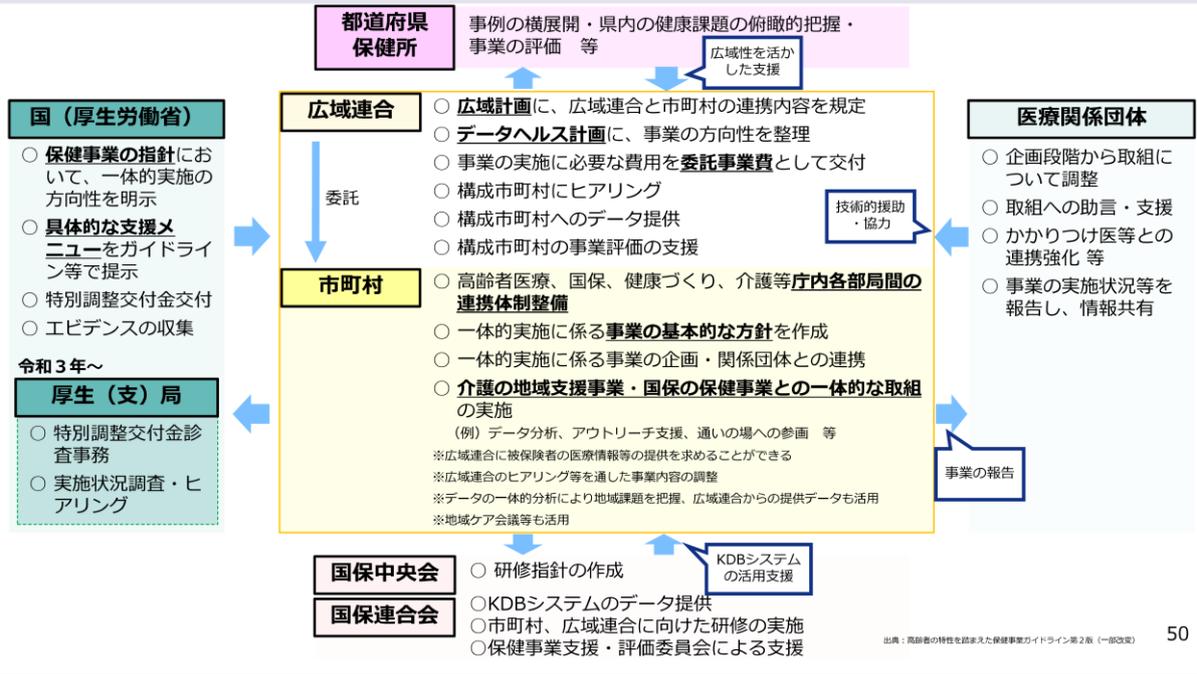
## 6 高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施

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、保健事業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。

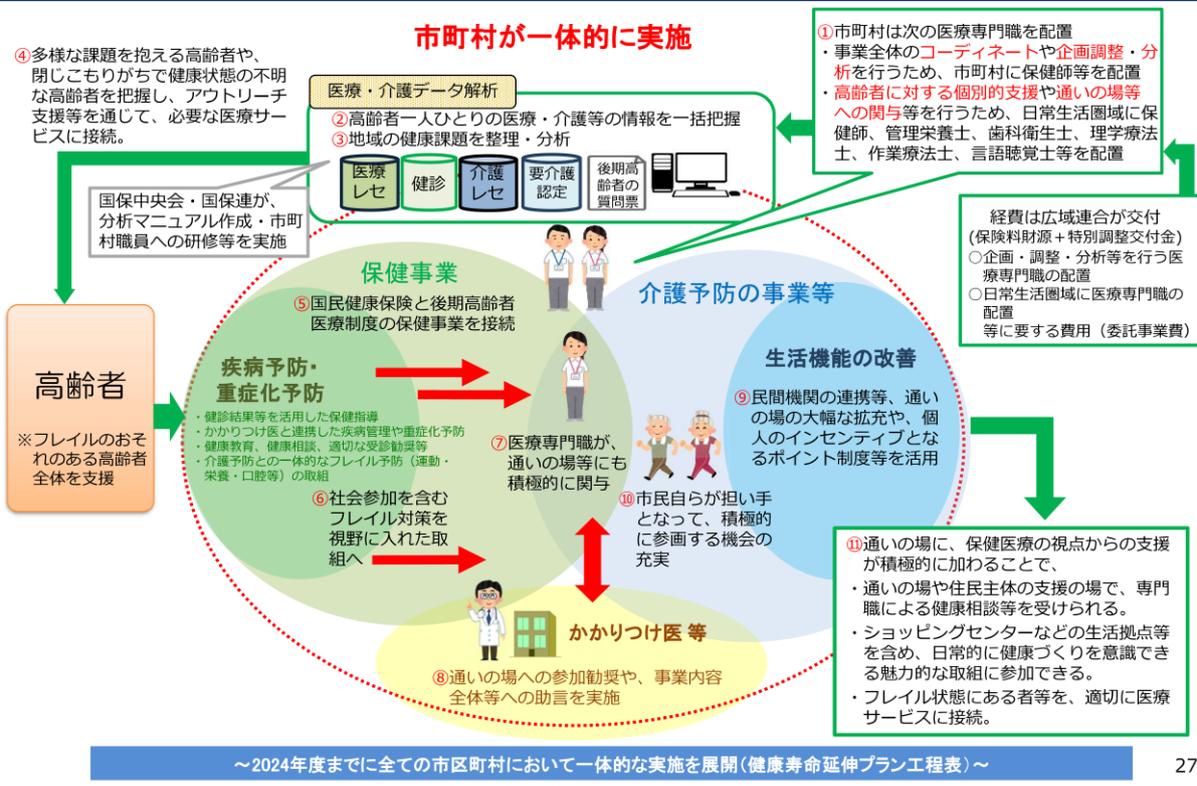
この点において、市町村は、市民に身近な立場からきめ細かな住民サービスを提供することができ、介護保険や国民健康保険の保険者であるため保健事業や介護予防についてもノウハウを有しています。このことから、高齢者の心身の特性に応じてきめ細かな保健事業を進めるため、保健事業の一部については、広域連合から市町村に委託し市町村が実施します。広域連合は、必要な経費の負担や情報提供などにより、市町村を支援します。

## 一体的実施の推進に向けた体制整備

- 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、高齢者の保健事業について、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。

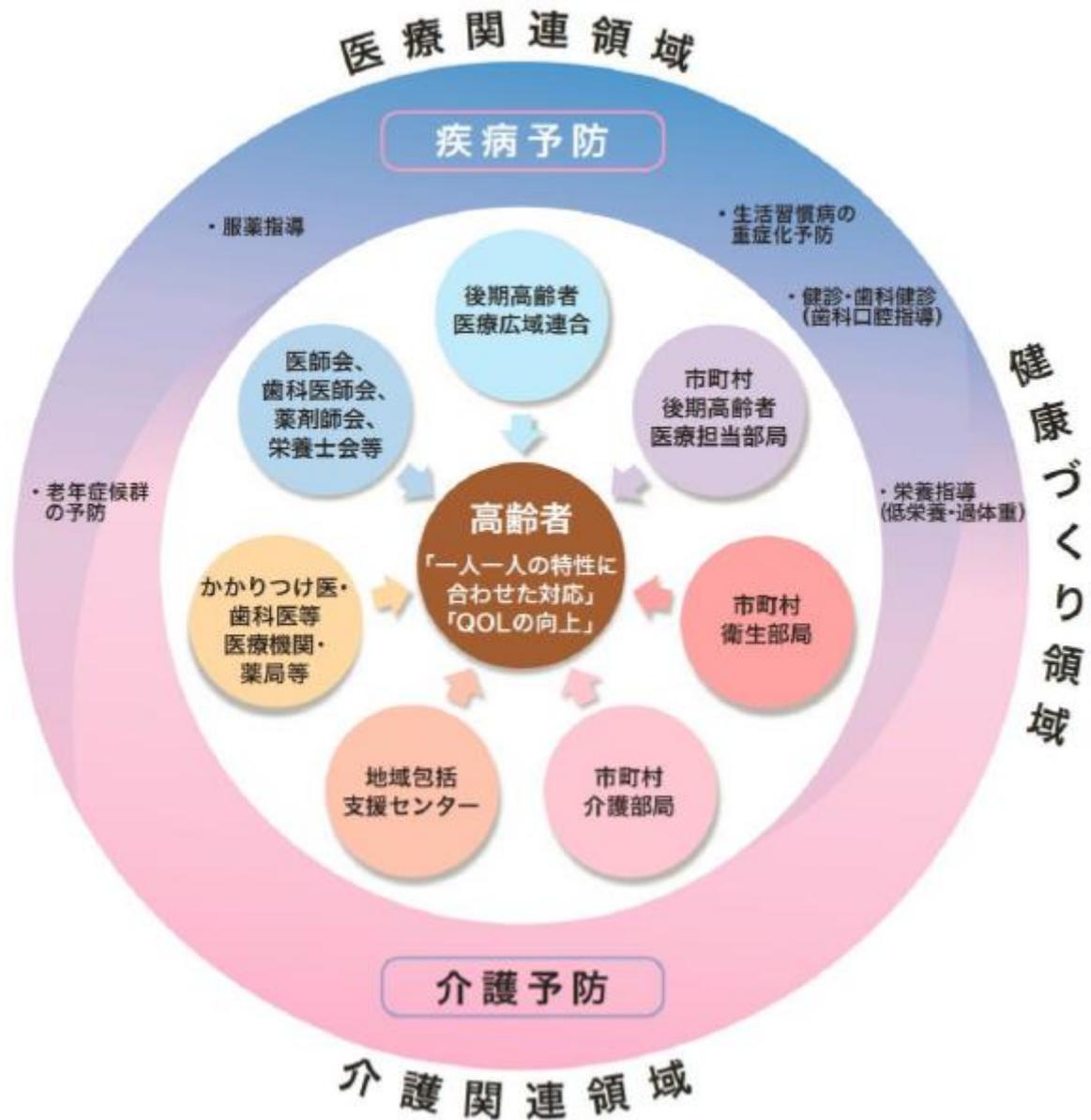


## 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施（市町村における実施のイメージ図）



出典：高齢者の保健事業 基礎資料集 令和5年（厚生労働省）

## 高齢者に対する保健事業と地域連携



出典：高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第2版（厚生労働省）



## 第2章 現状の整理

# 1 新潟県の特性

## (1) 被保険者の状況

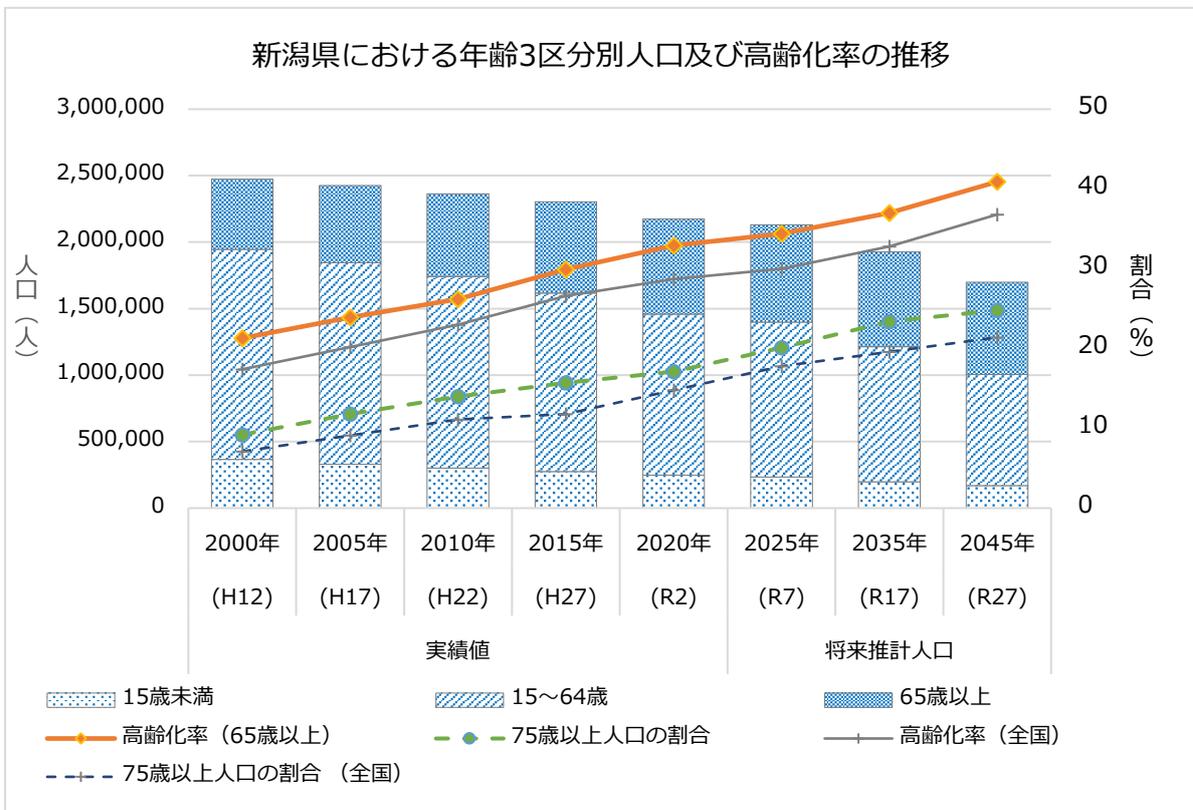
### 【新潟県における人口と高齢化率の将来推計】

全国的に人口減少と少子高齢化が進む中、新潟県においても人口減少と少子高齢化が急速に進んでおり、令和2年の高齢化率は全国（28.7%）を4.2ポイント上回る32.9%となっています。

将来推計人口において、65歳以上の人口は令和7年頃をピークに、75歳以上の人口は令和17年頃をピークにそれぞれ減少に転じると見込まれる一方、生産年齢人口の著しい減少が続くことにより、少子高齢化が一層進むものと予測されます。

### 新潟県の総人口、年齢3区分別人口及び高齢化率の推移

区分	実績値					将来推計人口		
	平成12年	平成17年	平成22年	平成27年	令和2年	令和7年	令和17年	令和27年
総人口(人)	2,475,733	2,431,459	2,374,450	2,304,264	2,201,272	2,131,156	1,926,432	1,698,989
65歳以上(老年人口)(人)	526,112	580,739	621,187	687,958	715,935	733,079	713,103	694,939
うち75歳以上(人)	228,589	287,319	333,340	360,693	372,287	429,064	451,133	420,658
15～64歳(生産年齢人口)(人)	1,581,186	1,514,869	1,441,262	1,340,204	1,210,917	1,164,053	1,015,488	833,902
15歳未満(年少人口)(人)	365,667	330,302	301,708	276,102	247,480	234,024	197,841	170,148
高齢化率(65歳以上)(%)	21.3	23.9	26.2	29.9	32.9	34.4	37.0	40.9
75歳以上人口の割合(%)	9.2	11.8	14.0	15.7	17.1	20.1	23.4	24.8
高齢化率(全国)(%)	17.4	20.2	23.0	26.6	28.7	30.0	32.8	36.8
75歳以上人口の割合(全国)(%)	7.1	9.1	11.1	11.8	14.8	17.8	19.6	21.4



出典：国勢調査（2000年～2015年）及び日本の地域別将来推計人口（国立社会保障・人口問題研究所平成30年推計） **令和2年国勢調査に基づく次期「日本の将来推計人口」は、2023年に公表予定です。**

## 【新潟県における被保険者数の推移】

新潟県における被保険者数は、後期高齢者医療制度が施行された平成20年度以降、増加傾向で推移してきましたが、伸びは鈍化しており、令和3年度は初めて前年度を下回る伸び率となりました。これは、終戦前後の出生数が減少した世代が75歳に到達したことによるものですが、今後、いわゆる団塊の世代（昭和22年～24年生まれ）が75歳に到達することにより、増加傾向が顕著となる見通しです。

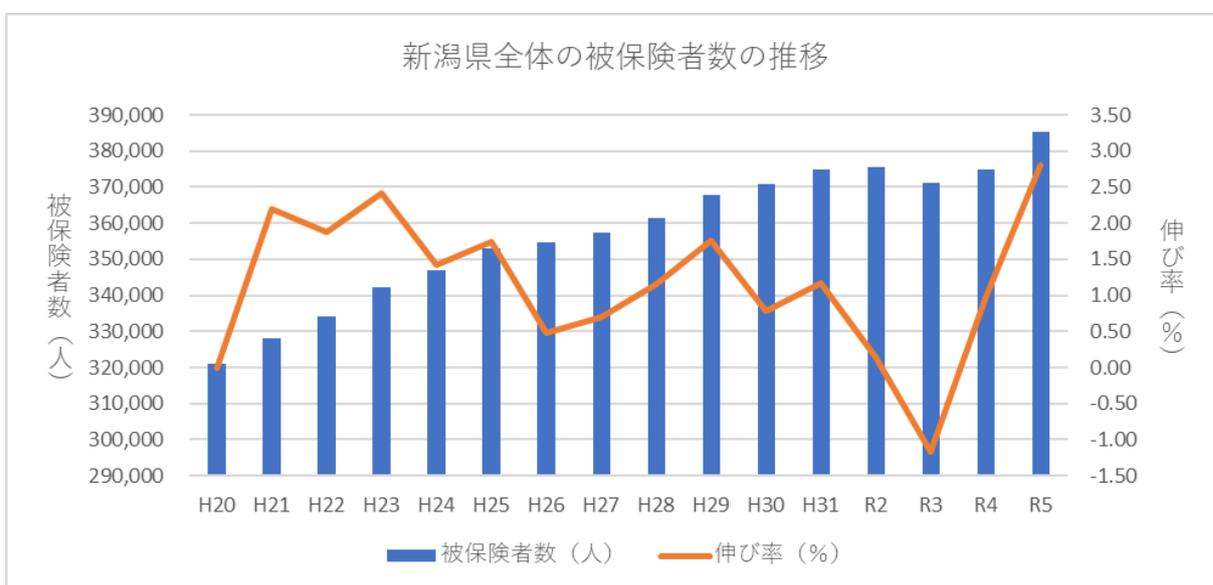
### 新潟県全体の被保険者数の推移

	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年
被保険者数(人)	320,929	327,966	334,143	342,241	347,090	353,158
伸び率(%)	—	2.19	1.88	2.42	1.42	1.75

	平成26年	平成27年	平成28年	平成29年	平成30年	平成31年
被保険者数(人)	354,835	357,341	361,434	367,803	370,667	374,991
伸び率(%)	0.47	0.71	1.15	1.76	0.78	1.17

	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年
被保険者数(人)	375,558	371,165	374,784	385,293
伸び率(%)	0.15	▲1.17	0.98	2.80

※被保険者数は、各年4月1日現在



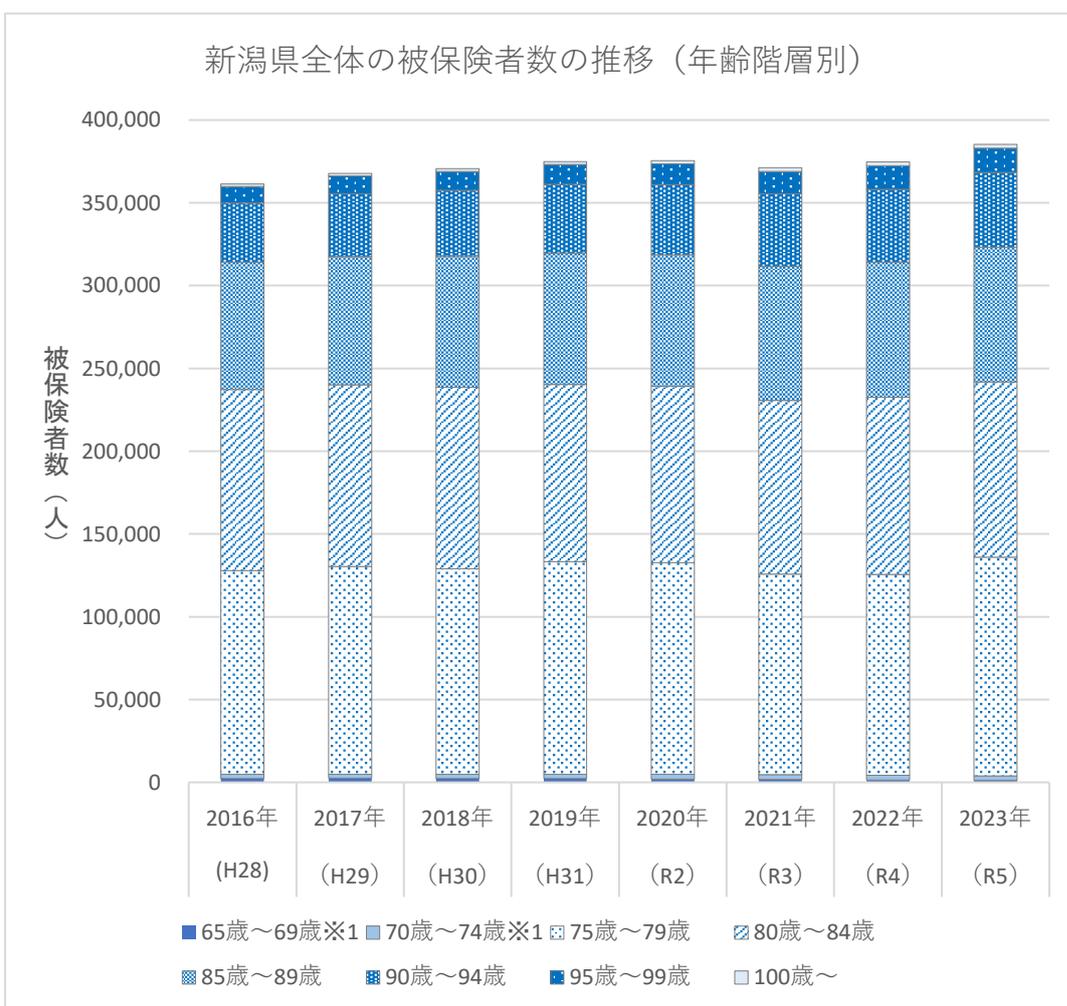
出典：毎月事業状況報告書（新潟県後期高齢者医療広域連合 事業月報） 各年4月1日現在

新潟県全体の被保険者数の推移(年齢階層別)

(単位:人)

年齢	平成28年	平成29年	平成30年	平成31年	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年度
65歳～69歳※1	2,298	2,537	2,442	2,300	2,005	1,710	1,415	1,253
70歳～74歳※1	2,606	2,390	2,425	2,531	2,807	2,971	2,944	2,642
75歳～79歳	123,076	125,488	124,143	128,427	127,979	120,988	121,135	132,004
80歳～84歳	109,332	109,756	109,585	107,082	106,446	105,023	107,144	106,012
85歳～89歳	76,771	77,356	79,170	79,224	79,395	80,973	81,482	81,348
90歳～94歳	35,777	37,820	39,818	41,618	42,364	43,722	44,040	45,027
95歳～99歳	10,029	10,802	11,318	12,031	12,600	13,599	14,276	14,666
100歳～	1,545	1,654	1,766	1,778	1,962	2,179	2,348	2,341
計	361,434	367,803	370,667	374,991	375,558	371,165	374,784	385,293

※1 65歳から74歳までの方で、一定の障がいがあり、加入手続きをされた方



出典：毎月事業状況報告書（新潟県後期高齢者医療広域連合 事業月報） 各年4月1日現在

【新潟県の市町村における被保険者数と高齢化率（平成28年、令和4年）】

平成28年と令和4年を比較すると、一部を除いて各市町村とも人口減少と高齢化が進展し、被保険者数が増加しています。

市町村における人口と被保険者数では、地域差が大きく、令和4年の高齢化率は、最高（50.8%）と最低（26.7%）で2倍程度の開きがあり、高齢化の進むペースにも違いがみられます。

市町村別 被保険者数と高齢化率

	平成28年				令和4年			
	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	2,152,664	380,643	17.7	33.7
新潟市	807,450	108,447	13.4	27.7	778,717	120,905	15.5	30.5
長岡市	273,396	41,758	15.3	29.6	261,906	43,730	16.7	32.2
三条市	98,294	15,605	15.9	30.6	92,328	16,645	18.0	34.2
柏崎市	85,832	14,694	17.1	31.8	78,732	14,701	18.7	35.1
新発田市	97,940	15,782	16.1	30.4	92,881	16,023	17.3	33.4
小千谷市	36,056	6,248	17.3	33.1	33,205	6,404	19.3	36.6
加茂市	27,389	5,076	18.5	33.9	24,331	5,161	21.2	38.3
十日町市	53,874	11,237	20.9	36.9	47,874	10,989	23.0	41.1
見附市	40,402	6,474	16.0	30.7	38,447	7,077	18.4	34.1
村上市	61,545	12,579	20.4	36.5	55,157	12,461	22.6	40.5
燕市	79,332	11,991	15.1	29.3	75,949	13,076	17.2	32.0
糸魚川市	43,528	9,417	21.6	37.8	39,232	9,410	24.0	41.1
妙高市	32,719	6,318	19.3	35.0	29,248	6,127	20.9	38.5
五泉市	50,672	9,184	18.1	33.6	46,008	9,238	20.1	37.1
上越市	195,475	31,292	16.0	30.8	183,832	32,792	17.8	33.9
阿賀野市	42,841	7,152	16.7	31.1	39,724	7,089	17.8	35.5
佐渡市	56,191	13,787	24.5	40.8	49,147	12,485	25.4	43.5
魚沼市	36,682	7,131	19.4	34.1	33,095	6,761	20.4	38.9
南魚沼市	57,910	9,642	16.6	30.2	53,572	9,323	17.4	34.9
胎内市	29,920	5,100	17.0	33.4	27,714	5,282	19.1	37.0
聖籠町	13,982	1,664	11.9	24.9	14,159	1,719	12.1	26.7
弥彦村	8,110	1,205	14.9	28.6	7,471	1,298	17.4	33.5
田上町	11,991	1,980	16.5	33.5	10,855	2,146	19.8	38.9
阿賀町	11,332	3,379	29.8	46.4	9,376	2,924	31.2	50.8
出雲崎町	4,445	1,122	25.2	40.6	3,973	1,039	26.2	44.4
湯沢町	7,977	1,479	18.5	35.1	7,664	1,617	21.1	40.3
津南町	9,794	2,481	25.3	39.8	8,633	2,204	25.5	43.5
刈羽村	4,719	742	15.7	29.5	4,270	708	16.6	33.7
関川村	5,693	1,412	24.8	40.3	4,829	1,220	25.3	44.8
粟島浦村	365	125	34.2	42.5	335	89	26.6	40.6

出典：人口・高齢化率…新潟県推計人口（新潟県）各年10月1日現在

被保険者数…毎月事業状況報告書（新潟県後期高齢者医療広域連合 事業月報）各年10月1日現在

## 【高齢者世帯の状況】

新潟県における高齢者世帯は年々増加しており、令和2年度は世帯総数の23.7%を占めています。また、高齢者の人口に占める高齢者単身世帯の割合は、13.8%を占めています。今後、高齢者のみの世帯は更に増加すると見込まれています。

新潟県の高齢者世帯数の推移

(単位:世帯)

区分		平成12年	平成17年	平成22年	平成27年	令和2年
総数(世帯) 不詳を含む		795,868	819,552	839,039	848,150	864,750
高齢者がいる世帯	世帯数	346,603	375,341	398,544	430,034	443,774
	割合	43.6%	45.8%	47.5%	50.7%	51.3%
高齢者世帯	世帯数	94,732	118,271	139,983	172,753	205,055
	割合	11.9%	14.4%	16.7%	20.4%	23.7%
単身高齢者世帯	世帯数	41,712	53,138	65,027	82,333	98,746
	割合	5.2%	6.5%	7.8%	9.7%	11.4%
高齢者夫婦世帯 ※1	世帯数	49,308	60,390	69,401	81,427	94,074
	割合	6.2%	7.4%	8.3%	9.6%	10.9%
その他の高齢者世帯	世帯数	3,712	4,743	5,555	8,993	12,235
	割合	0.5%	0.6%	0.7%	1.1%	1.4%

※1 夫婦とも65歳以上の世帯

出典：高齢者の現況（新潟県）

## 高齢者の人口に占める高齢者単身世帯の割合(令和2年)

区分	65歳以上			75歳以上(再掲)			85歳以上(再掲)			
	人口(人)	単身世帯(世帯)	単身世帯割合(%)	人口(人)	単身世帯(世帯)	単身世帯割合(%)	人口(人)	単身世帯(世帯)	単身世帯割合(%)	
新潟県	総数	715,935	98,746	13.8	372,287	53,651	14.4	137,928	19,534	14.2
	男	309,603	37,005	12.0	142,531	13,562	9.5	41,450	4,238	10.2
	女	406,332	61,741	15.2	229,756	40,089	17.4	96,478	15,296	15.9
全国	総数	35,335,805	6,716,806	19.0	18,248,742	3,807,708	20.9	6,021,086	1,334,321	22.2
	男	15,344,951	2,308,171	15.0	7,185,605	947,502	13.2	1,896,652	277,431	14.6
	女	19,990,854	4,408,635	22.1	11,063,137	2,860,206	25.9	4,124,434	1,056,890	25.6

出典：令和2年「国勢調査」人口等基本集計

人口…第2-5表、単身世帯数…第27-4表（総数）、第24-1表（男性、女性）

## 2 第2期データヘルス計画の評価・考察

### (1) 保健事業の評価の視点

データヘルス計画に盛り込む保健事業については、下図の評価の構造ごとに評価指標と目標値を設定し、評価を行いました。

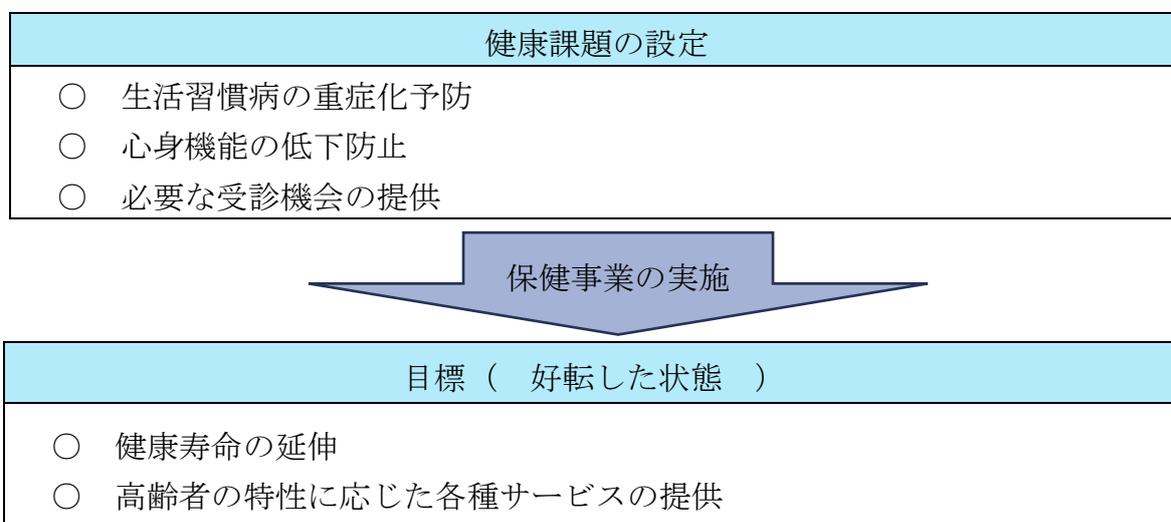
保健事業評価の視点

評価の構造	評価の視点・内容
<b>ストラクチャー</b> 実施体制は整っているか	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>保健指導の実施体制が構築できたか（直営・委託）。</li> <li>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。</li> <li>保険者等との連絡、協力体制ができているか。</li> </ul>
<b>プロセス</b> うまく運営できているか	<ul style="list-style-type: none"> <li>事業実施手順書を作成し、関係者間で共有できているか。</li> <li>募集、初回実施、継続、評価の各段階でチェックしているか。</li> <li>対象者に合わせた内容が準備できているか。</li> <li>参加者の健康状態を事前に把握、指導者に提供できるか。</li> </ul>
<b>アウトプット</b> ちゃんと実施できたか	<ul style="list-style-type: none"> <li>計画した事業が実施できたか。</li> <li>ねらったセグメントの対象者が参加できているか。</li> <li>最後まで継続できたか。</li> <li>実施回数、人数は計画どおりか。</li> </ul>
<b>アウトカム</b> 結果は出ているか	<ul style="list-style-type: none"> <li>目的とした成果が上がっているか。</li> <li>関心度・生活習慣、健康状態（検査値）、療養状況</li> <li>医療費（非参加群との比較があるとよい）</li> </ul>

出典：高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第2版（厚生労働省）

### (2) 取組のまとめ

第2期データヘルス計画では、次のとおり健康課題と目標を定めました。



計画期間の中間地点に当たる令和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ました。

令和3年度以降は、見直し後の事業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年度から適用しました。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うこととしました。

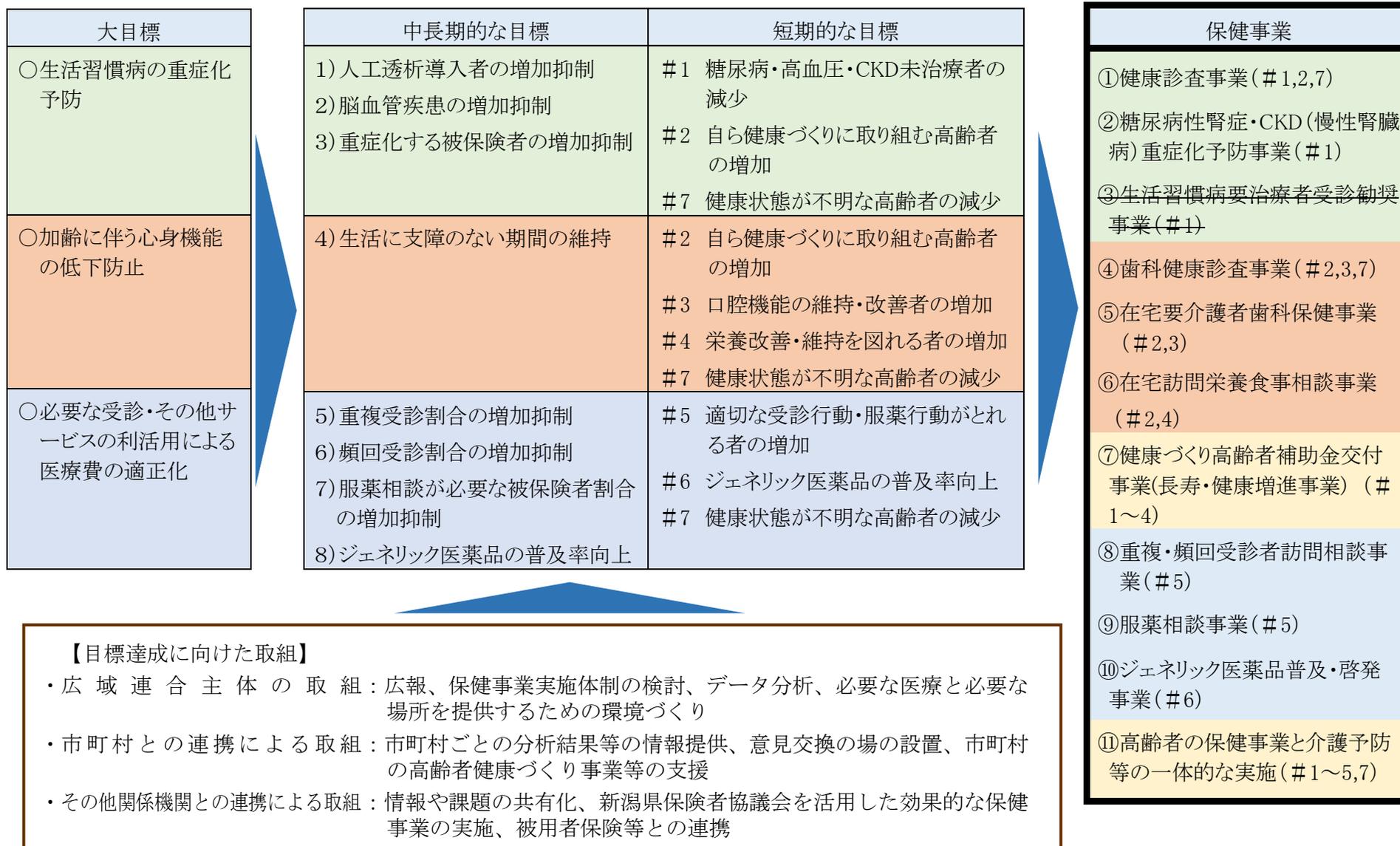
### 【第2期データヘルス計画（中間見直し後）の健康課題と目標】

健康課題の設定
<p>○ 生活習慣病の重症化予防</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
<p>○ 心身機能の低下防止</p> <p>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。</p> <p>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必要があります。</p>
<p>○ 必要な受診機会の提供</p> <p>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。</p>



目標（好転した状態）
<ul style="list-style-type: none"><li>○ 健康寿命の延伸</li><li>○ 高齢者の特性に応じた各種サービスの提供</li></ul>

【第2期データヘルス計画の体系図】(中間見直し後)



### (3) 目標の達成状況及び評価・考察

#### ア 第2期データヘルス計画における保健事業の評価

保健事業番号・事業名 : ①健康診査事業

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  
 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		スタート時 (H28)	H30
誰が、 （実施体制/ どういう体制で）	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/ プロセス どのように）	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		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
どれだけやって （事業実施量/ アウトプット）	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】 45.5%	【計画】 87.0%
	目標値	受診勧奨判定値該当で医療に結び付いた割合90.0%	50.0%			【実績】 87.6%  【計画変更後の 実績】 46.3%

状態が不明な高齢者の減少

参照データ(資料編 )

R1	R2	R3	R4	R5	評価・分析
【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することができた。
【実績】 実施	【実績】 実施	【実績】 実施	【実績】 実施	【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	・毎年、保健事業担当者連絡会議を1～3回実施し、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を行うなど、実施市町村と意見交換をしながら事業を進めることができた。
【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】 実施	【実績】 実施	【実績】 実施	【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	・健診受診率は令和元年度まで上昇していたが、コロナ禍の影響で令和2年度に大きく落ち込んだ。以降は受診率が徐々に回復しているが、コロナ禍前の状況には戻っていない。
【実績】 27.0%	【実績】 21.7%	【実績】 24.4%	【実績】 26.5%	【実績】	
【計画】 87.6%	【計画変更】 50.0%	【計画変更】 50.0%	【計画変更】 50.0%	【計画変更】 50.0%	・健診受診者のうち、受診勧奨値の者で未治療者は、毎年健診受診者の10%強である。健診後に受診勧奨値で医療に結び付いた者は、毎年目標値に近い数値で推移している。
【実績】 87.0%	【実績】 45.8%	【実績】 48.4%	【実績】 43.0%	【実績】	
【計画変更後の実績】 46.3%					<p><b>【5段階評価】</b>            (5:大きく上回る達成 4:上回る達成            3:概ね達成 2:下回る 1:大きく下回る)</p> <p style="text-align: center;">3</p>

保健事業番号・事業名 : ②糖尿病性腎症・CKD(慢性腎臓病)重症化予防事業

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		スタート時(H28)	H30	
誰が、(実施体制/ストラクチャー/どういう体制で)	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)	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
(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		—	【計画変更後の実績】 55.3%	【計画】 70.0%
	目標値	相談実施者の病期進行の抑制	50.0%以下				【実績】 — 【計画変更後の実績】 54.0%

R1	R2	R3	R4	R5	評価・分析
【計画】 実施	【計画】 実施	【計画】 実施	【計画】 実施	【計画】 実施	<ul style="list-style-type: none"> <li>・一体的実施を通じて実施市町村との結果共有を図った。</li> <li>・会議等で新潟県や腎専門医との連携を図った。</li> </ul>
【実績】 実施	【実績】 実施	【実績】 実施	【実績】 実施	【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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保健事業担当者連絡会議では健康診査実施結果等データの提供や市町村同士の情報交換の場を設定し、重症化予防の取組に向けた支援をした。</li> </ul>
【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】 実施	【実績】 実施	【実績】 実施	【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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市町村や関係機関と連携し、情報提供等を行った結果、目標値には届いていないが、事業実施市町村数の増加につながった。</li> </ul>
【実績】 20市町村	【実績】 22市町村	【実績】 21市町村	【実績】 22市町村	【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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・未受診の割合は年々減少傾向にあるが、コロナ禍による医療機関への受診控え等により、目標値を達成できなかった。</li> </ul>
【実績】 —  【計画変更後の実績】 54.5%	【実績】 54.0%	【実績】 51.9%	【実績】 51.1%	【実績】	
					<p align="center"><b>【5段階評価】</b> (5: 大きく上回る達成 4: 上回る達成 3: 概ね達成 2: 下回る 1: 大きく下回る)</p> <p align="center">2</p>

保健事業番号・事業名 : ④ 歯科健康診査事業

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 #7 健康状態  
 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

		スタート時	変更		スタート時(H28)	H30
誰が、 （実施体制/ どういう体制で）	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/ どのよう プロセス	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/ どれだけや アウトプット	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 アウトカム	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%

が不明な高齢者の減少

医療につなげる。

参照データ(資料編 )

R1	R2	R3	R4	R5	評価・分析
【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、あわせて歯科健康診査後に医療に結び付いた割合を分析し、市町村に提供することができた。
【実績】 実施	【実績】 実施	【実績】 実施	【実績】 実施	【実績】	
【計画】 実施	【計画】 実施	【計画】 実施	【計画】 実施	【計画】 実施	・未実施市町村に対して聞き取りや情報提供を行った。 ・契約時や歯科健康診査推進計画作成時に調査票で意見の聴取を行うなど、実施市町村と意見交換をしながら事業を進めることができた。
【実績】 実施	【実績】 実施	【実績】 実施	【実績】 実施	【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	・未実施市町村に対して情報提供等を行うことで、実施市町村の増加につながった。 ・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ことが必要である。
【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】 1)21市町村 2)14.7%	【実績】 1)22市町村 2)12.0%	【実績】 1)25市町村 2)13.1%	【実績】	
【計画】 90.0%	【計画】 90.0%	【計画】 90.0%	【計画】 90.0%	【計画】 90.0%	・歯科健診結果通知の際に歯周疾患に関する予防等の歯科保健指導を合わせて行うことで、治療が必要な者を適切に医療に結び付けることができています。
【実績】 95.4%	【実績】 95.4%	【実績】 95.3%	【実績】 93.4%	【実績】	
					<p align="center"><b>【5段階評価】</b>                      (5:大きく上回る達成 4:上回る達成                      3:概ね達成 2:下回る 1:大きく下回る)</p> <p align="center">4</p>

保健事業番号・事業名 : ⑤在宅要介護者歯科保健事業

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 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  
 対象者 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～  
 事業内容 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		スタート時(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 うに)	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			
(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			
(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付いた割 合 80.0%	なし			

や歯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。  
5の認定を受けた者。(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 )

R1	R2	R3	R4	R5	評価・分析
【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】 実施	【実績】 実施	【実績】 実施	【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。 ・要介護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】 実施	【実績】 実施	【実績】 実施	【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	・コロナ禍の影響により令和2年度に受診者数が大きく減少。令和3年度以降は若干回復しているが、コロナ禍以前の状況には戻っていない。
【実績】 113人	【実績】 34人	【実績】 79人	【実績】 64人	【実績】	
【計画】 78.0%	【計画】 78.5%	【計画】 79.0%	【計画】 79.5%	【計画】 80.0%	・歯科医師が結果を直接対象者に説明通知することで、治療が必要な者を適切に医療に結び付けることができていることから、健診受診後の継続受診につながっている。
【実績】 82.4%	【実績】 96.9%	【実績】 88.4%	【実績】 90.4%	【実績】	
					<p style="text-align: center;"><b>【5段階評価】</b> (5:大きく上回る達成 4:上回る達成 3:概ね達成 2:下回る 1:大きく下回る)</p> <p style="text-align: center;">4</p>

保健事業番号・事業名：⑥在宅訪問栄養食事相談事業

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 #4 栄養改善・維持を図れる者の増加  
 事業目的 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  
 対象者 前年度の健康診査結果で、BMIが21.5kg/m<sup>2</sup>未満かつ1年間に2kg以上(H30まで：半年以内に1kg以上  
 事業内容 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か月間に3回訪問、手紙・電話による支援1回、6か月後にフォローアップ訪

		スタート時	変更		スタート時(H28)	H30
(実施体制/誰が、どのような体制で)	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	評	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)	価	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	フロー図のとおりによ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)	価	—	【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%

を行うことで、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

問1回)

参照データ(資料編 )

R1	R2	R3	R4	R5	評価・分析
【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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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た。</li> <li>・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た。</li> </ul>
【実績】 実施 【計画変更後の実績】 実施	【実績】 実施	【実績】 実施	【実績】 実施	【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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・フロー図に沿った進捗管理を行い、フロー図のとおりにより事業が進められた。</li> </ul>
【実績】 24人 【計画変更後の実績】 実施	【実績】 実施	【実績】 実施	【実績】 実施	【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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・委託先や関係機関との連携により、実施率を増加することができた。</li> </ul>
【実績】 82.1% 【計画変更後の実績】 1)67.6% 2)81.3%	【実績】 1)66.4% 2)85.9%	【実績】 1)68.5% 2)86.0%	【実績】 1)69.0% 2)81.6%	【実績】	
【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%	<ul style="list-style-type: none"> <li>・相談実施者の個々の状況に合わせて、きめ細かな指導を行うことにより、BMI値の維持・改善した割合はおおむね目標値を達成できた。</li> <li>・日常生活チェック項目が改善した割合は、コロナ禍の影響で心身機能が低下したことにより、目標値には及ばなかった。</li> </ul>
【実績】 89.7% 【計画変更後の実績】 1)82.1% 2)89.7%	【実績】 1)75.4% 2)75.4%	【実績】 1)82.9% 2)63.4%	【実績】 1)81.6% 2)76.3%	【実績】	
					<p align="center"><b>【5段階評価】</b>                      (5:大きく上回る達成 4:上回る達成                      3:概ね達成 2:下回る 1:大きく下回る)</p> <p align="center">3</p>

保健事業番号・事業名： ⑦健康づくり高齢者補助金交付事業(長寿・健康増進事業)

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  
 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  
 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  
 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

		スタート時	変更		スタート時(H28)	H30
誰が、 （実施体制/ どういう体制で）	評価指標	予算の確保	なし	評	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）	評価指標	各種会議での周知	なし	評	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	価	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	価	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

被保険者の増加抑制  
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  
実施する。

の費用助成 ・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 )

R1	R2	R3	R4	R5	評価・分析
【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することができた。
【実績】 実施	【実績】 実施	【実績】 実施	【実績】 実施	【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することができた。
【実績】 実施	【実績】 実施	【実績】 実施	【実績】 実施	【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、令和元年度以降は全市町村交付となった。
【実績】 30市町村	【実績】 30市町村	【実績】 30市町村	【実績】 30市町村	【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	<p><b>【5段階評価】</b> (5:大きく上回る達成 4:上回る達成 3:概ね達成 2:下回る 1:大きく下回る)</p> <p>3</p>
【実績】 30市町村	【実績】 30市町村	【実績】 30市町村	【実績】 30市町村	【実績】	

保健事業番号・事業名： ⑧重複・頻回受診者訪問相談事業

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、療養上の日常軽減や医療費の適正化を図る。  
 対象者 【重複受診】3か月連続して、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か月連続して、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		スタート時(H28)	H30
誰が、 ストラクチャー (実施体制/ どういう体制で)	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	実施	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/ プロセス どのように)	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%	【実績】 1)広報実施 2)31.6% 【計画変更後の実績】 実施
	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			
(事業実施量/ どれだけやって)	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か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)	評価 【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%	【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%
	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			
(成果/ その結果どうなったか)	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か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か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か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か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か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	【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
	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			

生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、自己負担額の

)

参照データ(資料編)

R1	R2	R3	R4	R5	評価・分析
【計画】 実施	【計画】 実施	【計画】 実施	【計画】 実施	【計画】 実施	・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】 実施	【実績】 実施	【実績】 実施	【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。 ・高齢者の特性を踏まえた訪問対象者の優先順位付けや、市町村との対象者の情報を共有することで、効果的な対象者の選定ができた。
【実績】 1)広報実施 2)24.7% 【計画変更後の実績】 実施	【実績】 実施	【実績】 実施	【実績】 実施	【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	・実施率はコロナ禍の影響により減少傾向にあったが、実施方法の改善等を図ったことで、実施率を増加させることができた。
【実績】 [重複]61.2% [頻回]51.0% 【計画変更後の実績】 [重複]24.7% [頻回]24.6%	【実績】 [重複]20.2% [頻回]16.0%	【実績】 [重複]25.0% [頻回]23.1%	【実績】 [重複]35.1% [頻回]42.6%	【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	・事業実施の効果により、重複・頻回の対象者に該当しなくなった者も多く、適正な受診行動がとれる者が増加し、医療費の削減につながった。
【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]71.1% [頻回]83.9% 2) [重複]18,905円 [頻回]5,661円	【実績】 1) [重複]72.1% [頻回]47.2% 2) [重複]27,011円 [頻回]8,355円	【実績】 1) [重複]63.5% [頻回]64.4% 2) [重複]16,692円 [頻回]17,118円	【実績】	
					<p align="center"><b>【5段階評価】</b>                      (5:大きく上回る達成 4:上回る達成                      3:概ね達成 2:下回る 1:大きく下回る)</p> <p align="center">3</p>

保健事業番号・事業名 : ⑨服薬相談事業

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 ・服薬相談が必要な被保険者割合の増加抑制  
 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 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、  
 対象者 3か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  
 事業内容 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

		スタート時	変更	スタート時 (H28)	H30
誰が、(実施体制/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	—	【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か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か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か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か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か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か月平均)	—	【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

日常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。  
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

ことに関する意識啓発

参照データ(資料編)

R1	R2	R3	R4	R5	評価・分析
【計画】 実施	【計画】 実施	【計画】 実施	【計画】 実施	【計画】 実施	<ul style="list-style-type: none"> <li>・新潟市薬剤師会と連携を取りながら事業を実施できた。</li> <li>・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。</li> </ul>
【実績】 実施	【実績】 実施	【実績】 実施	【実績】 実施	【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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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ながら事業を実施できた。</li> </ul>
【実績】 実施	【実績】 実施	【実績】 実施	【実績】 実施	【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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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あるため、申請率及び実施率を上げる工夫が必要である。</li> </ul>
【実績】 55.1%	【実績】 1)6.2%	【実績】 1)6.3%	【実績】 1)4.3%	【実績】	
【計画変更後の実績】 1)7.9%	2)73.5%	2)59.6%	2)76.3%		
【計画】 医療費の削減	【計画変更】 1)50.0%	【計画変更】 1)50.0%	【計画変更】 1)50.0%	【計画変更】 1)50.0%	<ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問実施者のうち、服薬相談事業の対象者に該当しなくなった者は約半数であった。</li> <li>・訪問により重複投薬や併用禁忌薬剤処方改善されたほか、薬局と連携して残薬調整を行うなど、医療費の削減につながった。</li> </ul>
【実績】 削減効果 5,784円	【実績】 1)58.3%	【実績】 1)48.4%	【実績】 1)79.3%	【実績】	
【計画変更後の実績】 1)55.1%	2)4,556円	2)9,896円	2)2,593円		<p><b>【5段階評価】</b> (5:大きく上回る達成 4:上回る達成 3:概ね達成 2:下回る 1:大きく下回る)</p> <p style="text-align: center;">3</p>
2)5,784円					

保健事業番号・事業名：⑩ジェネリック医薬品普及・啓発事業

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  
 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  
 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	スタート時(H28)	H30
誰が、(実施体制/チャーター) どういう体制で)	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	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) プロセス	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) アウトプット	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%  【計画変更後の現状】 1回目 16.0% 2回目 23.5%	【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%		【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) アウトカム	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

軽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

軽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 )

R1	R2	R3	R4	R5	評価・分析
【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た。
【実績】 2回	【実績】 2回	【実績】 2回	【実績】 2回	【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回実施した。
【実績】 実施 【計画変更後の実績】 実施	【実績】 実施	【実績】 実施	【実績】 実施	【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%	・差額通知や広報誌等による啓発の実施により、差額通知者の切替率は目標値をおおむね達成した。
【実績】 78.4% 【計画変更後の実績】 1回目 23.1% 2回目 22.1%	【実績】 1回目 49.3% 2回目 21.5%	【実績】 1回目 28.8% 2回目 29.4%	【実績】 1回目 36.8% 2回目 22.0% (8か月分)	【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り、普及率の向上及び医療費の削減ができ、医療費の適正化につながった。
【計画変更後の実績】 削減 1回目 158,796千円 2回目 152,163千円	【実績】 1回目 1,098,171千円 2回目 167,915千円	【実績】 1回目 185,741千円 2回目 143,167千円	【実績】 1回目 237,871千円 2回目 71,930千円 (8か月分)	【実績】	
					<p align="center"><b>【5段階評価】</b>                      (5:大きく上回る達成 4:上回る達成                      3:概ね達成 2:下回る 1:大きく下回る)</p> <p align="center">3</p>

保健事業番号・事業名： ⑪高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施(令和2年度より新規)

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  
 ・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  
 #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  
 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  
 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

		スタート時	変更		スタート時(H28)	H30
誰が、 （実施体制/ どういう体制で） ストラクチャー	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/ どのように） 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			
（事業実施量/ どれだけやって） アウトプット	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			
（成果/ その結果どうなったか） アウトカム	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			

用による医療費の適正化  
 ・生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  
 合の増加抑制  
 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

チの両面から支援し、フレイル予防に取り組む市町村を増やす。

リスクアプローチ・ポピュレーションアプローチを行う市町村を支援する。

の接続への取組  
 腔等の健康教育・健康相談等の積極的な関与

R1	R2	R3	R4	R5	評価・分析
【計画】	【計画】 実施	【計画】 実施	【計画】 実施	【計画】 実施	・保健事業担当者連絡会議を1～3回開催し、市町村との意見交換を実施した。
【実績】	【実績】 実施	【実績】 実施	【実績】 実施	【実績】	
【計画】	【計画】 実施	【計画】 実施	【計画】 実施	【計画】 実施	・コロナウイルス感染拡大防止のため、オンラインや会場を分散するなど工夫して保健事業担当者連絡会議を実施した。 ・独自に作成した基本的な方針の記載例や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を行ったほか、国保連合会と連携し、KDBシステムの活用について周知した。 ・各市町村での取組事例をまとめ、情報提供した。
【実績】	【実績】 実施	【実績】 実施	【実績】 実施	【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	・担当者連絡会議での実施市町村との情報交換や、未実施市町村への個別支援を行い、目標を上回るペースで一体的実施に取り組んでもらうことができた。
【実績】	【実績】 12市町村	【実績】 6市町村	【実績】 6市町村	【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	<p style="text-align: center;"><b>【5段階評価】</b>            (5: 大きく上回る達成 4: 上回る達成            3: 概ね達成 2: 下回る 1: 大きく下回る)</p> <p style="text-align: center;">4</p>
【実績】	【実績】 4市町村	【実績】 16市町村	【実績】 22市町村	【実績】 28市町村	

## イ 第2期データヘルス計画における短期的な目標の評価

データヘルス計画の短期目標 アウトカム評価指標	実績値							目指す方向性 目標値	評価	【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	関連 事業 番号
	スタート時 (H28)	H29	H30	R1	R2	R3	R4				
<b>&lt;短期目標：#1 糖尿病・高血圧・CKD未治療者の減少&gt;</b>											
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	55.3%	54.8%	54.0%	54.5%	54.0%	51.9%	51.1%	50%以下	未受診の割合は年々減少傾向にあるが、新型コロナウイルスの影響により、医療機関の受診控えがみられ、目標値には及ばなかった。	2	① ② ⑦ ⑪
受診勧奨判定値の者が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)	45.5%	47.3%	46.3%	46.3%	45.8%	48.4%	43.0%	50%以上	健診を受けた者のうち、受診勧奨値の者で未治療者は、毎年健診受診者の10%強である。健診後に受診勧奨値で医療に結び付いた者は、目標値には若干及ばないが令和3年度は、過去最も高い数値となった。  (分母は、通年レセプトなし+健診同月のみ+健診同月、健診実施後+健診実施後のみのレセプトあり 分子は、健診同月のみ+健診同月、健診実施後+健診実施後のみのレセプトあり)	3	
	4,024 /8,844	4,526 /9,571	4,501 /9,731	4,752 /10,263	3,930 /8,573	4,600 /9,497	3,448 /8,012				
<b>&lt;短期目標：#2 自ら健康づくりに取り組む高齢者の増加 &gt;</b>											
健康診査受診率 (受診者/被保険者－健診対象除外者)	23.8%	25.2%	25.5%	27.0%	21.7%	24.4%	26.5%	前年度比 増加	受診率は年々上昇傾向にあったが、新型コロナウイルスのまん延により、令和2年度は健診を受ける者が大幅に減少したが、令和3・4年度と受診率は回復してきている。	3	① ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑪
	80,705 /338,922	85,691 /340,026	87,371 /341,983	92,346 /341,750	74,059 /341,505	82,168 /337,086	90,805 /342,137				
受診勧奨判定値の者が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)	45.5%	47.3%	46.3%	46.3%	45.8%	48.4%	43.0%	50%以上	健診を受けた者のうち、受診勧奨値の者で未治療者は、毎年健診受診者の10%強である。健診後に受診勧奨値で医療に結び付いた者は、目標値には若干及ばないが、年々増加傾向にあり、令和3年度は過去最も高い数値となった。  (分母は、通年レセプトなし+健診同月のみ+健診同月、健診実施後+健診実施後のみのレセプトあり 分子は、健診同月のみ+健診同月、健診実施後+健診実施後のみのレセプトあり)	3	
	4,024 /8,844	4,526 /9,571	4,501 /9,731	4,752 /10,263	3,930 /8,573	4,600 /9,497	3,448 /8,012				
<b>&lt;短期目標：#3 口腔機能の維持・改善者の増加&gt;</b>											
歯科健康診査受診率 (受診者/対象年齢の被保険者－歯科健診対象除外者)	11.6%	13.3%	14.6%	13.0%	14.7%	12.0%	13.1%	前年度比 増加	健診受診率は横ばいであるため、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。	3	④ ⑤ ⑦ ⑪
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 (歯科健診受診月の翌月以降に歯科レセプトがある者/歯科健診で要治療と判定された者)	93.6%	96.6%	96.5%	95.4%	95.4%	95.3%	93.4%	90%以上	歯科健診結果通知の際に歯周疾患に関する予防等の歯科保健指導を合わせて行うことで、治療が必要な者を適切に医療に結び付けることができています。	4	
在宅要介護者が訪問歯科健診を受け、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がある者の割合 (歯科健診受診月の翌月以降に歯科レセプトがある者/歯科健診で要治療と判定された者)	77.2%	77.8%	80.0%	82.4%	96.9%	88.4%	90.4%	80%以上	歯科医師が結果を直接対象者に説明通知することで、治療が必要な者を適切に医療に結び付けることができていることから、健診受診後の継続受診につながっている。	4	

データヘルス計画の短期目標 アウトカム評価指標	実績値							目指す方向性 目標値	評価	【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	関連 事業 番号
	スタート時 (H28)	H29	H30	R1	R2	R3	R4				
<b>&lt;短期目標：#4 栄養改善・維持を図れる者の増加&gt;</b>											
在宅訪問栄養食事相談で、BMI値が改善した割合 (相談1回目と3回目のBMIを比較し、維持・改善した割合)	—	64.2%	81.0%	82.1%	75.4%	82.9%	81.6%	80%以上	相談実施者の個々の状況に合わせて、きめ細かな指導を行うことにより、BMI値の維持・改善した割合は概ね目標値を達成できた。  日常生活チェック項目が改善した割合は、新型コロナウイルスの影響で心身機能が低下したことにより、目標値には及ばなかった。	3	⑥ ⑦ ⑪
在宅訪問栄養食事相談で、日常生活チェック項目が改善した割合 (アセスメント表26で、「体により変化があらわれた」「気持ちにより変化があらわれた」と回答した者の割合)	—	67.3%	65.5%	89.7%	75.4%	63.4%	76.3%	80%以上			
<b>&lt;短期目標：#5 適切な受診行動・服薬行動がとれる者の増加&gt;</b>											
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 (相談実施者で実施月の翌月から3か月間のレセプトにより対象に該当しなくなった者／相談実施者)	55.8%	73.0%	70.8%	61.2%	71.1%	72.1%	63.5%	50%以上	事業実施の効果により、重複・頻回の対象者に該当しなくなった者も多く、また、医療費の削減につながった。	3	⑧ ⑨ ⑪
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 (相談実施者で実施月の翌月から3か月間のレセプトにより対象に該当しなくなった者／相談実施者)	49.6%	52.8%	47.6%	51.0%	83.9%	47.2%	64.4%	50%以上			
服薬相談実施者で対象者に該当しなくなった割合 (相談実施者で実施月の翌月から3か月間のレセプトにより対象に該当しなくなった者／訪問相談実施者)	—	53.3%	62.5%	55.1%	58.3%	48.4%	79.3%	50%以上			
<b>&lt;短期目標：#6 ジェネリック医薬品の普及率向上&gt;</b>											
ジェネリック医薬品差額通知による切替率	1回目 16.0% 2回目 23.5%	1回目 40.7% 2回目 34.4%	1回目 24.8% 2回目 23.8%	1回目 23.1% 2回目 22.1%	1回目 49.3% 2回目 21.5%	1回目 28.8% 2回目 29.4%	1回目 36.8% 2回目 22.0% (8か月分)	25%以上	差額通知や広報誌等による啓発の実施により、差額通知者の切替率は目標値を達成した。	3	⑩
<b>&lt;短期目標：#7 健康状態が不明な高齢者の減少&gt;</b>											
健康状態が不明な高齢者の割合 (健診・医療のどちらも未受診の者／健診対象者)	4.48%	4.83%	4.65%	4.66%	5.18%	5.54%	(12月頃 確定)	前年度比 減少	令和2・3年度はコロナの影響もあると思われるが、年々増加傾向にある。不明者の中には重症化予防が必要な人も多くいると思われるので、不明者を減らす対策が今後必要である。	2	① ② ⑦ ⑪

## ウ 第2期データヘルス計画における中長期的な目標の評価

データヘルス計画の中長期目標 アウトカム評価指標	実績値							目指す方向性 目標値	評価	【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
	スタート時 (H28)	H29	H30	R1	R2	R3	R4			
<b>&lt;中長期目標：1) 人工透析導入者の増加抑制&gt;</b>										
人工透析導入者の人数と割合 (人工透析患者数(4~3月診療分)/広域連合統計各年4月1日現在被保険者数)	0.73%	0.73%	0.74%	0.74%	0.73%	0.75%	0.75%	維持・減少	令和2年度まで割合が横ばい。令和3年度は、被保険者数が減少したが、増加傾向にある。 後期高齢者医療制度加入前からの高血圧・糖尿病の予防、そしてCKDの重症化予防に取り組む市町村への支援が必要である。	2
	2,633 /361,434	2,667 /367,803	2,744 /370,667	2,776 /374,991	2,754 /375,558	2,764 /371,165	2,798 /374,754			
<b>&lt;中長期目標：2) 脳血管疾患の増加抑制&gt;</b>										
脳血管疾患(脳梗塞)による入院件数の割合 (脳梗塞による入院件数/広域連合統計各年4月1日現在被保険者数)	4.66%	4.65%	4.57%	4.60%	4.34%	4.30%	(12月頃確定)	維持・減少	脳梗塞で入院する者の数は横ばいから減少傾向にある。 死亡率は年々減少傾向にあるが、全国と比較して高い状況にある。	3
	16,836 /361,434	17,089 /367,803	16,921 /370,667	17,262 /374,991	16,391 /375,558	15,971 /371,165				
脳血管疾患による死亡率(人口10万対)	126.5	128.1	131.8	130.6	124.2	126.1	129.0	維持・減少	死亡に至らないまでも、後遺症を残し生活している者も多くいると思われるので、高血圧・糖尿病等の重症化予防に取り組む市町村への支援が必要である。	
	(国)87.4	88.2	87.1	86.1	83.5	85.2	88.1			
<b>&lt;中長期目標：3) 重症化する被保険者の増加抑制&gt;</b>										
重症化した疾病で受診した件数の割合 (大分類名)(受診件数/広域連合統計各年4月1日現在被保険者数)	10.174%	10.956%	11.754%	12.633%	13.042%	13.756%	(12月頃確定)	維持・減少	脳血管疾患による死亡率は、年々減少傾向にあるが、重症化した脳梗塞・脳内出血の割合は、むしろ増加している。	2
	36,771 /361,434	40,296 /367,803	43,567 /370,667	47,371 /374,991	48,979 /375,558	51,057 /371,165				
重症化した脳梗塞で受診した件数の割合 (中分類名:脳梗塞)(脳梗塞の受診件数/広域連合統計各年4月1日現在被保険者数)	0.923%	1.040%	1.052%	1.170%	1.184%	1.243%	(12月頃確定)	維持・減少	重症化した腎不全が年々増加傾向にある。 高血圧・糖尿病等の重症化予防の取組に取り組む市町村への支援が必要である。	
	3,336 /361,434	3,825 /367,803	3,900 /370,667	4,388 /374,991	4,445 /375,558	4,614 /371,165				
重症化した脳内出血で受診した件数の割合 (中分類名:脳内出血)(脳内出血の受診件数/広域連合統計各年4月1日現在被保険者数)	0.231%	0.260%	0.277%	0.290%	0.301%	0.290%	(12月頃確定)	維持・減少		
	834 /361,434	955 /367,803	1,025 /370,667	1,088 /374,991	1,130 /375,558	1,077 /371,165				
重症化した腎不全で受診した件数の割合 (中分類名:腎不全)(腎不全の受診件数/広域連合統計各年4月1日現在被保険者数)	0.247%	0.281%	0.347%	0.382%	0.414%	0.419%	(12月頃確定)	維持・減少		
	891 /361,434	1,033 /367,803	1,285 /370,667	1,434 /374,991	1,554 /375,558	1,554 /371,165				

データヘルス計画の中長期目標 アウトカム評価指標	実績値							目指す方向性 目標値	評価	【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
	スタート時 (H28)	H29	H30	R1	R2	R3	R4			
<b>&lt;中長期目標：4) 生活に支障のない期間の維持&gt;</b>										
平均自立期間(要介護2以上)と平均余命の差		男:1.6 女:3.5	男:1.6 女:3.5	男:1.5 女:3.5	男:1.5 女:3.4	男:1.5 女:3.3	男:1.5 女:3.4	差の縮小	平均余命と平均自立期間の差は、全国と比べ差はないが、年次的に縮小が見られる。  平均余命、平均自立期間(要介護2以上)は年々延びてきているが、全国に比べると短いので、今後も、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。	3
歯科健診実施市町村数	11市町村	13市町村	15市町村	18市町村	21市町村	22市町村	25市町村	前年度比増加	委託料の増額(平成30年度までは基準額の1/3が市町村の持ち出しだったが、令和元年度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。今後も実施する市町村の増加を目指す。	4
低栄養者の割合 (BMI21.5kg/m <sup>2</sup> 未満かつ1年間に2kg以上体重が減少した者/後期高齢者健康診査を受診した者)		4.21%	5.34%	4.61%	5.27%	4.94%	(12月頃確定)	維持・減少	低栄養者が年々増加傾向にある。一体的実施で低栄養に取り組む市町村への支援が必要である。	2
<b>&lt;中長期目標：5) 重複受診割合の増加抑制&gt;</b>										
重複受診者の割合 (重複受診者数/広域連合統計各年3月1日現在被保険者数)	0.25%	0.24%	0.21%	0.20%	0.20%	0.16%	0.15%	維持・減少	重複受診者は年々減少傾向にある。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。	4
	903 /360,515	880 /366,790	783 /369,679	743 /373,817	744 /375,277	582 /371,444	546 /373,100			
<b>&lt;中長期目標：6) 頻回受診割合の増加抑制&gt;</b>										
頻回受診者の割合 (頻回受診者数/広域連合統計各年3月1日現在被保険者数)	0.37%	0.29%	0.23%	0.28%	0.27%	0.17%	0.17%	維持・減少	頻回受診者は年々減少傾向にある。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。	4
	1,341 /360,515	1,079 /366,790	846 /369,679	1,040 /373,817	1,014 /375,277	627 /371,444	633 /373,100			
<b>&lt;中長期目標：7) 服薬相談が必要な被保険者割合の増加抑制&gt;</b>										
服薬相談が必要な者の割合 (服薬相談が必要な者数(基準対象者の抽出時)/実施地域の市町村の被保険者数:4月時点)	—	1.07%	0.99%	0.87%	0.68%	0.72%	0.74%	維持・減少	コロナ禍で若干増加傾向に見られるが、経年的に見て相談が必要な者は減少している。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。	3
		1.178 /109,958	1.108 /112,242	994 /114,730	794 /116,096	832 /115,796	877 /118,449			
<b>&lt;中長期目標：8) ジェネリック医薬品の普及率向上&gt;</b>										
ジェネリック医薬品の普及率	65.2%	69.3%	74.9%	78.4%	80.1%	80.3%	81.9%	80.0%	全国の目標である80%が達成された。今後も継続して、被保険者に対するジェネリック医薬品の普及啓発と医療費の適正化に努めていく。	4

## エ 第2期データヘルス計画における大目標の評価

評価	参考データ
<b>&lt;大目標 1. 生活習慣病の重症化予防&gt;</b>	
<p>・高齢化が進み、被保険者数の増加に伴い、医療費総額は増加している。一人当たりの医療費は、全国と比較すると低い状態が続いているが、R2に新型コロナウイルス感染症の影響(受診控え)により一時減少したものの、その後は再び増加に転じている。</p> <p>・要介護認定状況では、介護認定率が年々増加傾向にあり、特に介護度3以上の者が増加し、全国と比較すると、認定率は同等であるが、介護度の高い人の認定率が高く、また介護度の高い者のサービス利用率も全国に比べ高い。このようなことから、重症化予防の取組を強化していく必要がある。</p> <p>・人工透析の患者数は増加傾向にあり、脳血管疾患の死亡率は、全国的にみて高い死亡率である。 また、脳血管疾患・腎不全において、医療費80万円以上の高額疾病の入院患者件数割合をみると、年々増加傾向にある。 上記のことから、高血圧・糖尿病等の予防、そしてCKDの重症化予防の取組を強化していく必要がある。</p> <p>・健診対象者数に対する健康状態が不明な高齢者(健診未受診で、かつ医療未受診の者)が、年々増加傾向にある。健診の受診率を高めるとともに、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ある。</p>	<p>・高齢化率: H28 30.6%⇒R4 33.7%</p> <p>・被保険者数: H28 364,503人⇒R4 380,643人</p> <p>・医療費 医療費総額(百万円): H28 272,697⇒R1 288,532⇒R2 278,371⇒R3 280,122⇒R4 290,246 一人当たり医療費(円): H28 749,341⇒R1 768,523⇒R2 744,230⇒R3 755,225⇒R4 764,714 《新潟県後期高齢者医療疾病分類統計》</p> <p>・要介護認定率: 新潟県 H29 19.4%(介護度3以上 7.9%)⇒R4 19.1%(介護度3以上 7.5%) 全国 H29 18.8%(介護度3以上 6.6%)⇒R4 19.5%(介護度3以上 6.8%) 《KDBシステム「健康スコアリング(介護)」》</p> <p>・人工透析の患者数: H28 2,550人 0.71%⇒R3 2,764人 0.74% 《KDBシステムのレセプトデータ》</p> <p>・脳血管疾患の死亡率(人口10万対): 新潟県H28 126.5人⇒R3 126.1人⇒R4 129.0人 全国 H28 87.4人⇒R3 85.2人⇒R4 88.1人 《厚労省人口動態統計》</p> <p>・脳血管疾患・腎不全において、後期高齢者の被保険者数を分母としたレセプトによる中分類で、医療費80万円以上の高額疾病の入院患者件数割合: 脳梗塞 H28 0.915%⇒R3 1.243% 脳内出血 H28 0.229%⇒R3 0.291% 腎不全 H28 0.244%⇒R3 0.419% 《新潟県後期高齢者医療疾病分類統計》</p> <p>・健診対象者数に対する健康状態が不明な高齢者(健診未受診で、かつ医療未受診の者): H28 4.48%⇒R3 5.54% 《KDBシステム「後期高齢者の健診状況」》</p>
<b>&lt;大目標 2. 加齢に伴う心身機能の低下防止&gt;</b>	
<p>・新潟県のR4の「平均余命と平均自立期間の差」は、男女ともH28に比べ縮小している。全国に比べると、「平均余命と平均自立期間の差」には大きな差がないが、平均余命及び平均自立期間は年々延びているものの、全国に比べ約0.5年短い。市町村や関係団体と連携し取り組んでいく必要がある。</p> <p>・健診受診した者のうち、BMIが21.5kg/m<sup>2</sup>未満かつ1年間に2kg以上体重が減少している者の割合が年々高くなっており、栄養改善及び心身機能の低下防止を促す必要がある。</p> <p>・後期高齢者の質問票から、「運動・転倒リスク」ありの回答割合が全国に比べ多い。また、「口腔機能リスク」ありの回答割合は全国に比べ少ないが、増加傾向にある。フレイル予防の取組が重要である。</p> <p>・歯科健康診査を実施する市町村が増加し、歯科健診結果通知の際に歯周疾患に関する予防等の歯科保健指導を合わせて行うことで、治療が必要な者を適切に医療に結び付けることができている。今後も市町村数を増やすとともに、受診率を上げていくことが重要である。</p>	<p>・平均余命と平均自立期間の差: 新潟県 R4 男性1.5年、女性3.4年 《KDBシステム「地域の全体像の把握」》</p> <p>・健診受診した者のうち、BMIが21.5kg/m<sup>2</sup>未満かつ1年間に2kg以上体重が減少している者の割合: H29 4.21%⇒R3 4.94% 《KDBシステム「保健事業介入支援管理」》</p> <p>・後期高齢者の質問票 「運動・転倒リスク」あり R3 新潟県76.7% 全国73.6% 「口腔機能リスク」あり 新潟県 R2 38.2%⇒R3 39.0% 全国 R2 40.0%⇒R3 40.0% 《KDBシステム「健康スコアリング(健診)」》</p> <p>・歯科健康診査を実施する市町村:H29 13市町村⇒R4 25市町村 《歯科健康診査推進計画より》</p>

評価	参考データ
<b>&lt;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&gt;</b>	
<p>・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、重複受診者及び頻回受診者の割合が減少している。医療費が高額化している中、重複受診・頻回受診などの医療機関への過度な受診者や、重複投薬・併用禁忌薬剤処方疑われる者に対して、今後も継続して受診行動の改善と医療費の削減に努めていく必要がある。</p> <p>・ジェネリック医薬品の普及率は、全国の目標である80%に達したが、地域差もあることから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今後も進めていく必要がある。</p>	<p>・重複受診者の割合： H28 0.25%⇒R4 0.15%</p> <p>・頻回受診者の割合： H28 0.37%⇒R4 0.17%</p> <p>《重複・頻回受診者相談事業実施状況より集計》</p> <p>・重複投薬や併用禁忌薬剤処方疑われる者の割合： H29 1.07%⇒R4 0.74%（実施地域の市町村）</p> <p>《服薬相談事業実施状況より集計》</p> <p>・ジェネリック医薬品の普及率： H28 65.2%⇒R4 81.9% 《国保総合システム》</p>



### **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**

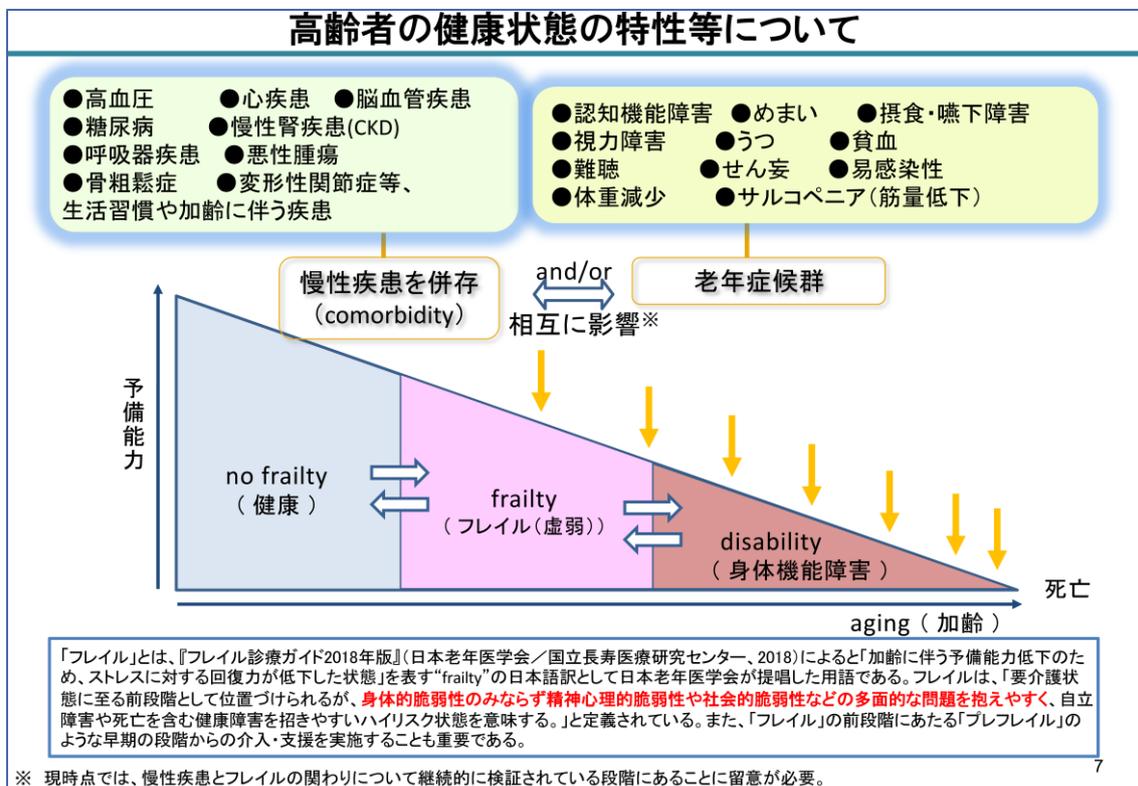
# 1 健康・医療情報の分析

令和元年10月に厚生労働省から発出された「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第2版」では、後期高齢者は、複数疾患の合併のみならず、加齢に伴う諸臓器の機能低下を基盤としたフレイルやサルコペニア、認知症等の進行により個人差が大きくなり、多病・多剤処方の状態に陥るなど、健康上の不安が大きくなることから、こうした不安を取り除き、住み慣れた地域で自立した生活ができる期間の延伸、QOLの維持向上を図るためには、高齢者の特性を踏まえた健康支援・相談を行うことが必要であるとされています。

概念図を見ると、後期高齢者は加齢に伴う虚弱な状態であるフレイルが顕著に進行し、複数の慢性疾患の保有とフレイルなどを要因とする老年症候群の症状が混在するため、包括的な疾病管理がより重要になるとされています。また、後期高齢者は、医療のかかり方として、多医療機関受診、多剤処方、残薬が生じやすいといった課題があり、それらにより薬剤有害事象のリスクが高まり、医療費の増加等にも影響することから、特に慢性疾患管理、服薬管理等が重要となります。

このほか、壮年期における肥満対策に重点を置いた生活習慣病対策（特定保健指導等）から、体重や筋肉量の減少を主因とした低栄養や口腔機能、運動機能、認知機能の低下等のフレイルに着目した対策への転換や、生活習慣病の発症予防より、重症化予防の取組が相対的に重要になります。また、健診や医療も受診していない、または、医療中断などのため保険者でも健康状態を把握できていない人の状態を把握し、必要に応じて適切な医療・介護サービスにつなぐことなど、高齢者の特性を踏まえた健康支援を行うことが重要です。

(概念図)



出典：高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第2版（厚生労働省）

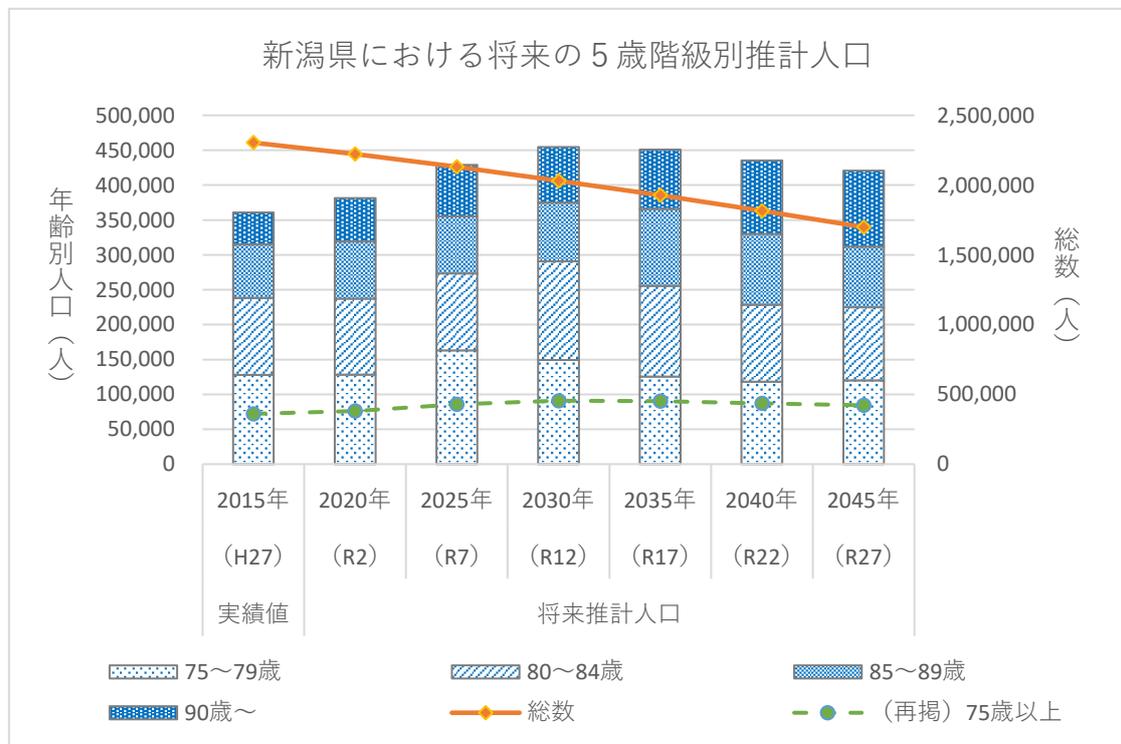
## (1) 被保険者構成の将来推計

新潟県における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一方、人数は令和12年頃をピークに徐々に減少していくと見込まれます。75歳以上の年齢構成をみると、高齢化が進んでいく見通しです。

新潟県における将来の5歳階級別推計人口

(単位:人)

区分	実績値	将来推計人口					
	平成27年	令和2年	令和7年	令和12年	令和17年	令和22年	令和27年
65～69歳	187,120	170,352	142,474	133,314	134,865	147,659	133,098
70～74歳	140,145	177,139	161,541	135,490	127,105	128,822	141,183
75～79歳	127,882	128,293	163,193	149,143	125,585	118,217	120,121
80～84歳	110,359	109,029	110,228	141,835	130,108	110,386	104,587
85～89歳	76,880	81,903	82,056	83,927	110,095	101,601	87,300
90歳～	45,572	61,937	73,587	79,911	85,345	105,315	108,650
総数(全年齢)	2,304,264	2,223,647	2,131,156	2,031,445	1,926,432	1,814,665	1,698,989
(再掲)65歳以上	687,958	728,653	733,079	723,620	713,103	712,000	694,939
(再掲)75歳以上	360,693	381,162	429,064	454,816	451,133	435,519	420,658
年齢別割合 (65歳以上:%)	29.9	32.8	34.4	35.6	37.0	39.2	40.9
年齢別割合 (75歳以上:%)	15.7	17.1	20.1	22.4	23.4	24.0	24.8



出典：男女・年齢(5歳)階級別データ『日本の地域別将来推計人口』(平成30(2018)年推計)  
(国立社会保障・人口問題研究所)

## (2) 将来推計に伴う医療費見込み

### 【医療費の推移】

新潟県における後期高齢者の医療費は、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が、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、一人当たり医療費ともに減少しました。

なお、一人当たり医療費は、各年度において全国で最も低い値となっています。

75歳以上の被保険者数が、令和12年度頃までは増加が見込まれていることから、これに伴い、総医療費も伸びていくものと推測されます。

### 総医療費・一人当たり医療費の推移と全国比較

		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
総医療費 (百万円)	新潟県	272,697	279,628	282,744	288,532	278,371	280,122	290,246
一人当たり医療費 (円)	新潟県	749,341	758,014	759,871	768,523	744,230	755,225	764,714
(参考) 全国との比較 一人当たり医療費 (円)	新潟県	742,219	752,116	751,961	763,496	741,281	750,342	762,174
	全国	922,352	935,253	932,054	944,567	912,746	931,607	947,672
	全国順位	47位						

出典：総医療費・一人当たり医療費：医療費の状況（市町村別）（新潟県後期高齢者医療広域連合）

（参考）一人当たり医療費：医療費速報（国民健康保険中央会）

## 【医療基礎情報】

10万人当たりの病院数は全国平均と比べ84.2%と下回っていますが、病院病床数は全国平均より多くなっています。一方で、診療所数は全国平均と比べ92.8%と下回り、診療所病床数は36.1%と、大きな開きがあります。また、医師数は全国平均を下回っていますが、歯科医師数は全国平均を上回っています。

一人当たり医療費では、合計が全国平均と比べ80.4%と低くなっていますが、入院・入院外と比べ歯科・調剤は全国平均に近い割合となっています。

		新潟県		全国平均		対全国平均比
10万人当たり 医療施設数・ 医療施設に従事する 医師数	一般病院数	4.8		5.7		84.2%
	一般病院病床数	765.6		706		108.4%
	一般診療所数	77.1	*1	83.1	*1	92.8%
	一般診療所病床数	24.1		66.7		36.1%
	歯科診療所数	51.9		54.1		95.9%
	医師数	204.3		256.6		79.6%
	歯科医師数	88.5	*2	82.5	*2	107.3%
	薬剤師数	174.3		198.6		87.8%
一人当たり医療費 (円)	合計	762,174		947,672		80.4%
	入院	364,575		458,824		79.5%
	入院外	209,929	*3	274,459		76.5%
	歯科	32,352		37,677		85.9%
	調剤	132,127		144,444	*3	91.5%
受診率 (100人当たり件数)	入院	62.23		73.21		85.0%
	入院外	1,396.70		1,523.98		91.6%
	歯科	224.13	*4	259.25		86.5%
	調剤	1,060.93		1,075.60		98.6%

\*1 出典：令和3年度医療施設（動態）調査・病院報告の概況（厚生労働省 R4. 9. 30公表）

\*2 出典：令和2年度医師・歯科医師・薬剤師調査の概況（厚生労働省 R4. 3. 17公表）

\*3 出典：令和4年度年間分医療費速報（国民健康保険中央会（年間分）（令和5年6月発表））

\*4 出典：新潟県後期高齢者医療疾病分類統計表（令和4年度）（新潟県後期高齢者医療広域連合）

【市町村別医療費の状況（各年度末時点）】

新潟県の市町村別医療費では、一人当たり医療費は、上位と下位では20万円程度の開きがあり、各市町村で地域差が大きいことが分かります。

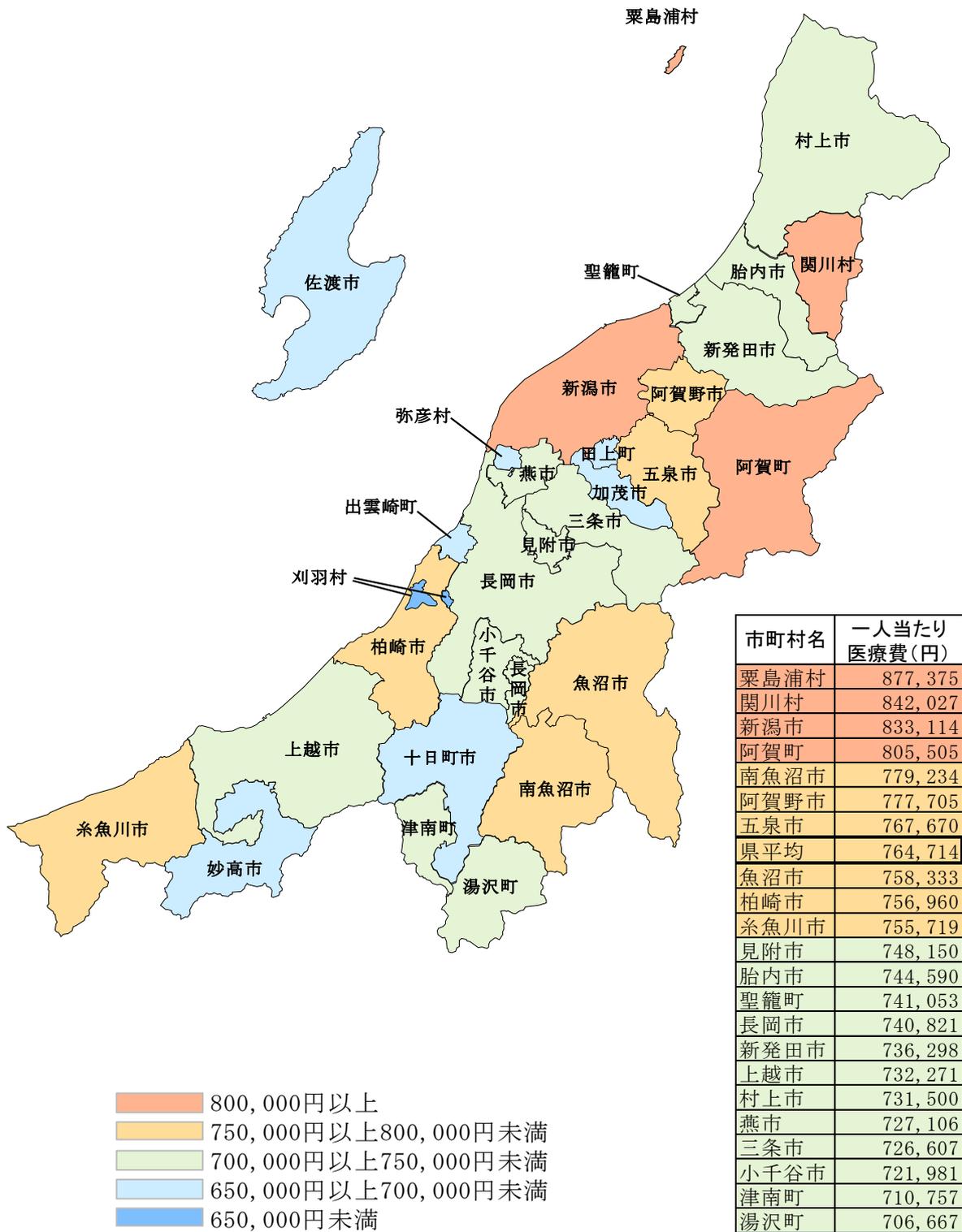
市町村名	令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
	医療費総計 (百万円)	一人当たり 医療費(円)	医療費総計 (百万円)	一人当たり 医療費(円)	医療費総計 (百万円)	一人当たり 医療費(円)	医療費総計 (百万円)	一人当たり 医療費(円)
新潟市	96,504	836,261	93,636	806,164	95,911	824,287	100,360	833,114
長岡市	31,312	724,241	30,333	705,171	30,504	717,600	32,291	740,821
三条市	12,319	755,468	11,911	733,146	11,944	740,271	12,046	726,607
柏崎市	11,646	783,847	11,131	757,676	10,590	733,317	11,091	756,960
新発田市	11,136	702,447	10,687	679,607	10,891	697,530	11,754	736,298
小千谷市	4,700	735,249	4,632	729,970	4,487	715,907	4,616	721,981
加茂市	3,768	737,031	3,683	722,097	3,516	698,697	3,604	699,204
十日町市	7,453	662,043	7,019	632,407	6,939	637,751	7,367	670,317
見附市	5,046	745,297	4,859	713,987	4,867	713,304	5,265	748,150
村上市	9,963	790,847	9,373	751,127	9,139	742,440	9,087	731,500
燕市	9,207	728,397	9,013	711,461	9,205	727,191	9,455	727,106
糸魚川市	7,412	767,793	7,247	760,409	7,152	764,049	7,092	755,719
妙高市	4,610	735,912	4,138	673,104	4,104	677,668	4,129	673,501
五泉市	6,898	747,870	6,766	737,243	6,939	764,666	7,083	767,670
上越市	24,541	760,621	23,320	724,077	23,810	745,469	23,968	732,271
阿賀野市	5,497	771,714	5,296	752,971	5,303	761,375	5,501	777,705
佐渡市	9,171	694,095	8,713	677,848	8,324	666,237	8,278	663,889
魚沼市	5,111	720,468	5,031	721,094	5,020	740,191	5,135	758,333
南魚沼市	7,276	756,691	7,184	757,688	6,969	753,142	7,270	779,234
胎内市	4,026	763,606	3,912	748,876	3,788	736,715	3,905	744,590
聖籠町	1,236	730,220	1,249	741,432	1,317	791,441	1,269	741,053
弥彦村	889	721,873	868	700,171	877	703,165	878	682,012
田上町	1,420	684,796	1,385	662,162	1,407	670,925	1,455	677,228
阿賀町	2,408	764,825	2,185	717,550	2,205	749,798	2,353	805,505
出雲崎町	709	652,100	702	658,127	689	660,559	725	699,363
湯沢町	987	639,019	1,031	663,537	1,142	726,218	1,142	706,667
津南町	1,580	668,388	1,566	677,616	1,554	692,046	1,564	710,757
刈羽村	510	716,604	451	650,237	481	712,343	454	641,920
関川村	1,085	815,452	955	737,644	990	788,445	1,030	842,027
粟島浦村	111	1,024,144	97	938,024	72	750,634	79	877,375
県平均	288,532	768,523	278,371	744,230	280,122	755,255	290,246	764,714

※各年度3月～2月診療分のレセプトを集計しており、P48「医療費の推移」、P49「医療基礎情報」とは合計値が一致しません。

出典：医療費の状況（新潟県後期高齢者医療広域連合）

	800,000 円以上
	750,000 円以上 800,000 円未満
	700,000 円以上 750,000 円未満
	650,000 円以上 700,000 円未満
	650,000 円未満

一人当たり医療費（市町村別・令和4年度）



### (3) 平均余命・平均自立期間の状況

#### 【平均余命・平均自立期間（要介護2以上）】

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、全国平均と比べると約0.5年短くなっています。

また、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、全国と比べても大きな差はありません。

平均余命と平均自立期間の差

(単位:年)

区分			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
新潟県	男性	A 平均自立期間	78.7	79.1	79.2	79.3	79.4	79.4
		B 平均余命	80.3	80.7	80.8	80.8	80.9	80.9
		B-A(不健康期間)	1.6	1.6	1.6	1.5	1.5	1.5
	女性	A 平均自立期間	83.6	83.9	83.8	83.8	83.8	83.8
		B 平均余命	87.1	87.4	87.3	87.3	87.2	87.1
		B-A(不健康期間)	3.5	3.5	3.5	3.5	3.4	3.3
全国	男性	A 平均自立期間	79.0	79.3	79.5	79.6	79.8	79.9
		B 平均余命	80.6	80.8	81.0	81.1	81.3	81.5
		B-A(不健康期間)	1.6	1.5	1.5	1.5	1.5	1.6
	女性	A 平均自立期間	83.5	83.7	83.8	84.0	84.0	84.2
		B 平均余命	86.9	87.1	87.1	87.3	87.3	87.5
		B-A(不健康期間)	3.4	3.4	3.3	3.3	3.3	3.3

出典：KDBシステム「地域の全体像の把握」

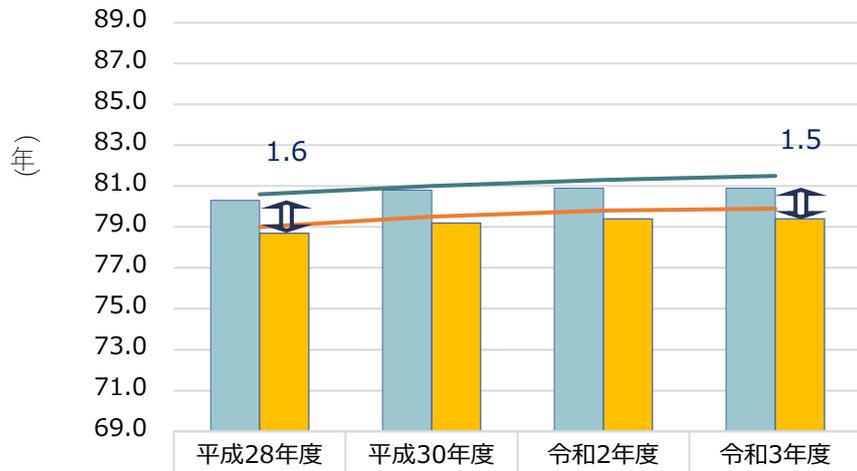
※ 「平均自立期間」とは、日常生活動作が自立している期間の平均

(KDBシステムでは、0歳以上の平均自立期間を対象とするため、40歳以上の要介護2以上認定者を自立していない期間の者とみなす)

(参考) 平均余命と平均自立期間の増加分の比較 (単位:年)

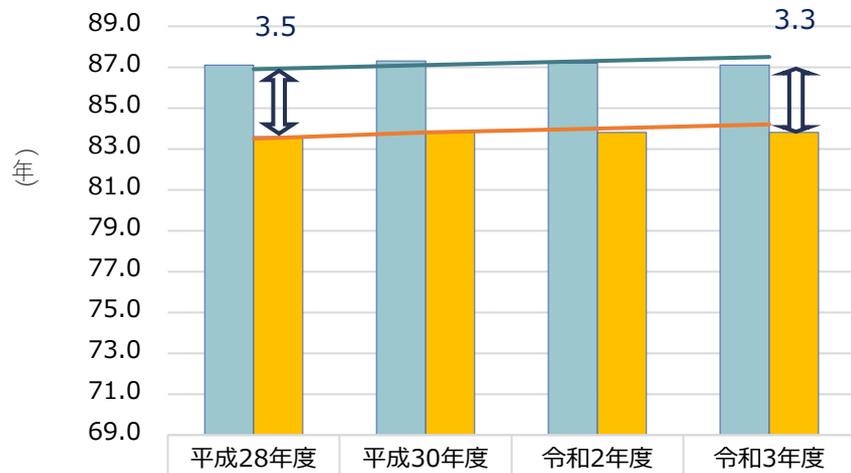
平成28年度から 令和3年度の増加分	男性	女性
平均自立期間	+0.7	+0.2
平均余命	+0.6	±0.0

平均余命と平均自立期間の推移 - 男性 -



男性 新潟県 平均余命	80.3	80.8	80.9	80.9
男性 新潟県 平均自立期間	78.7	79.2	79.4	79.4
男性 全国 平均余命	80.6	81.0	81.3	81.5
男性 全国 平均自立期間	79.0	79.5	79.8	79.9

平均余命と平均自立期間の推移 - 女性 -



女性 新潟県 平均余命	87.1	87.3	87.2	87.1
女性 新潟県 平均自立期間	83.6	83.8	83.8	83.8
女性 全国 平均余命	86.9	87.1	87.3	87.5
女性 全国 平均自立期間	83.5	83.8	84.0	84.2

#### (4) 死因別死亡割合

##### 【全年齢における主たる死因と順位】

脳血管疾患の死亡率（人口10万対）は、経年では横ばい状態ですが、令和4年度の全国死亡順位が5位と高い状態です。アルツハイマー病の死亡率（人口10万対）は全国の2倍以上で、令和4年度の全国死亡順位は1位であり、年々増加傾向です。また腎不全の死亡率（人口10万対）は、令和4年度の全国死亡順位は29位ですが、年々増加傾向にあります。

死因別死亡割合の推移(疾病全体を100とした割合)

(単位:%)

		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
脳疾患	新潟県	19.8	19.4	17.8	17.9	18.0	17.7	17.3
	全国	15.4	15.2	14.8	14.7	14.4	14.2	13.8
腎不全	新潟県	2.7	2.8	3.0	3.1	3.1	3.2	3.3
	全国	3.3	3.3	3.3	3.4	3.5	3.5	3.6

出典：KDBシステム「地域の全体像の把握」

主な死因の死亡数・死亡率(人口10万対)・都道府県別順位

(単位:人)

			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
脳血管疾患	新潟県	死亡数	2,875	2,885	2,939	2,882	2,712	2,725	2,755
		死亡率	126.5	128.1	131.8	130.6	124.1	126.1	129.0
		都道府県別順位	6位	8位	5位	4位	4位	3位	5位
	全国	死亡数	109,320	109,880	108,186	106,552	102,978	104,595	107,481
		死亡率	87.4	88.2	87.1	86.1	83.5	85.2	88.1
	腎不全	新潟県	死亡数	479	507	510	528	517	529
死亡率			21.1	22.5	22.9	23.9	23.7	24.5	26.2
都道府県別順位			27位	26位	26位	21位	25位	28位	29位
全国		死亡数	24,612	25,134	26,081	26,644	26,948	28,688	30,739
		死亡率	19.7	20.2	21.0	21.5	21.8	23.4	25.2
アルツハイマー病		新潟県	死亡数	572	797	830	939	1,016	1,025
	死亡率		25.2	35.4	37.2	42.6	46.5	47.4	54.8
	都道府県別順位		2位	1位	2位	2位	1位	1位	1位
	全国	死亡数	11,969	17,238	19,095	20,730	20,852	22,960	24,860
		死亡率	9.6	13.8	15.4	16.8	16.9	18.7	20.4

出典：人口動態統計（確定）の概況（厚生労働省）

## (5) 健康診査・歯科健康診査・質問票の分析

### ○健康診査・歯科健康診査の実施状況

#### 【健康診査受診率】

生活習慣病の発見と重症化予防を目的とした後期高齢者健康診査は、全30市町村で実施しています。受診率は年々増加傾向で、新型コロナウイルス感染症の影響で、令和2年度は減少しましたが、その後は増加がみられます。

(単位:%)

市町村名	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
新潟市	30.0	30.8	30.8	32.7	28.2	29.7	30.8
長岡市	31.3	33.0	32.6	33.5	28.2	29.3	31.8
三条市	13.3	14.6	13.7	14.4	15.1	16.5	18.1
柏崎市	8.5	11.3	11.4	18.0	18.2	20.3	23.2
新発田市	22.8	23.7	25.1	27.2	23.2	27.4	28.8
小千谷市	16.5	18.0	18.7	21.9	20.9	21.7	23.6
加茂市	23.4	25.8	25.1	26.1	20.5	22.7	24.3
十日町市	20.7	22.5	22.4	23.3	5.1	17.5	18.5
見附市	23.6	25.6	27.1	28.5	25.1	27.5	30.0
村上市	14.5	16.7	19.0	20.4	10.4	21.0	25.2
燕市	25.2	26.4	26.5	27.5	10.0	13.3	15.7
糸魚川市	14.6	15.3	16.2	16.6	15.0	14.4	16.3
妙高市	19.9	20.4	22.3	25.5	23.5	23.7	26.6
五泉市	17.5	17.5	18.1	17.8	16.7	16.2	17.3
上越市	18.2	20.5	21.8	22.9	16.0	17.1	22.7
阿賀野市	11.9	12.9	12.9	13.5	13.2	15.7	18.2
佐渡市	19.7	23.9	24.4	24.7	19.5	27.4	31.3
魚沼市	16.9	17.1	18.3	18.8	13.0	15.2	18.7
南魚沼市	23.1	24.0	23.2	26.4	10.5	20.7	22.6
胎内市	15.2	16.4	17.5	18.3	18.7	19.0	21.6
聖籠町	29.2	27.8	30.4	32.1	23.9	28.7	31.6
弥彦村	26.0	27.0	26.8	25.3	24.8	27.6	28.6
田上町	15.5	17.2	19.1	20.1	19.8	20.7	21.9
阿賀町	22.3	20.6	19.9	18.7	16.2	15.1	16.3
出雲崎町	29.8	30.4	28.1	28.7	26.7	29.3	31.8
湯沢町	35.6	35.0	34.6	33.0	21.2	24.8	27.7
津南町	28.1	28.2	27.7	28.1	31.8	31.7	33.8
刈羽村	35.3	38.9	28.4	44.6	33.2	39.1	43.8
関川村	12.3	12.7	12.2	13.1	10.2	11.3	14.2
粟島浦村	88.6	86.1	82.5	74.7	39.6	84.7	83.5
県平均	23.4	24.8	25.1	26.7	21.4	24.0	26.3

$$\text{受診率 (\%)} = \frac{\left[ \begin{array}{l} \text{受診者} + \\ \text{人間ドック受診者で結果提出及び保健事業への活用に同意した者} \end{array} \right]}{\left[ \text{被保険者} - \text{除外者} \right]} \times 100$$

※除外者は R6 国基準により算出  
(長期入院者や施設入所者等)

出典：新潟県後期高齢者医療広域連合調べ

## 【歯科健康診査受診率】

歯は、「食事をおいしく味わって食べる」「楽しく会話する」など、生きがいを持った日常生活を送るうえで欠かせない「生きる力」を支えています。また、口腔ケアや口腔機能維持は、誤嚥性肺炎や要介護状態移行への予防効果があるといわれています。

歯科健康診査の受診率に大きな伸びはありませんが、実施する市町村数が、平成28年度の11市町村から令和4年度は25市町村へ増えました。歯科健康診査の実施市町村を増やすとともに、受診率の向上が課題です。

(単位：%)

市町村名	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
新潟市				5.9	12.6	6.6	8.2
長岡市	15.5	19.5	19.7	20.4	18.7	19.3	20.5
三条市	10.1	8.5	8.2	8.9	10.7	9.9	11.7
柏崎市	3.0	4.2	1.7	4.4	3.6	2.9	3.3
新発田市	18.7	17.7	26.9	27.1	26.7	27.6	27.6
小千谷市							16.1
加茂市						14.2	18.1
十日町市							17.5
見附市	6.5	7.8	8.2	9.3	12.6	11.3	10.8
村上市							
燕市	17.8	9.8	8.4	10.9	10.8	12.8	11.7
糸魚川市	11.6	11.2	15.0	15.3	15.2	14.2	15.8
妙高市		5.8	9.7	7.3	12.5	11.2	12.4
五泉市		10.8	10.9	15.9	15.6	18.5	17.2
上越市	6.4	14.8	18.0	17.2	16.0	14.6	14.8
阿賀野市					15.4	12.1	16.2
佐渡市				12.8	17.3	11.1	11.0
魚沼市			11.8	14.9	13.1	13.6	15.8
南魚沼市	13.7	15.3	16.2	17.9	16.7	19.5	18.4
胎内市				16.3	18.0	18.3	19.8
聖籠町					8.1	12.5	12.6
弥彦村			10.1	8.5	14.0	10.6	16.7
田上町					14.0	18.8	14.4
阿賀町	3.6	7.3	8.8	8.0	8.1	8.7	9.7
出雲崎町							
湯沢町							
津南町							6.5
刈羽村	8.3	10.2	13.8	17.2	15.1	14.1	15.9
関川村							
粟島浦村							
県平均	11.6	13.3	14.6	13.0	14.7	12.0	13.1
実施市町村数	11	13	15	18	21	22	25

受診率 (%) = 受診者 ÷ (対象年齢の被保険者※1 - 除外者) × 100

※1 ①実施年度の前年度に75歳に達した被保険者 ②実施年度中に80歳に達する被保険者

出典：歯科健康診査推進計画（新潟県後期高齢者医療広域連合）

○健康診査・歯科健康診査の結果の状況

【後期高齢者健康診査の結果】

生活習慣病リスク保有者の割合は、全国と比較するとすべてのリスクにおいて低い状態ですが、経年では増加傾向にあります。

また、医療未受診者のうち医療受診勧奨判定値にある者が年々増加傾向にあり、特に血糖・脂質のリスクが高くなっています。

CKD（慢性腎臓病（糖尿病性腎症を含む））による人工透析患者数は年々増加傾向にあります。また、人工透析患者のうち約5割が糖尿病を有しており、年々増加傾向にあります。

日本腎臓学会のCKD重症度分類表に基づくリスク中・高の該当者の割合が年々増えています。また、リスクがある者のうち医療未受診の者の割合は、リスク中・高の該当者で高い状態です。

低栄養状態の者の割合も年々増加傾向にあります。

これらのことから、後期高齢者健康診査受診者の受診勧奨判定値にある者の減少が課題であり、そのためにはCKDのリスク中・高の該当者の医療機関未受診の減少を図り、CKDの増加を抑制することと、低栄養状態にある者を減少させることが必要となります。

健康診査受診者で医療未受診者のうち医療受診勧奨判定値にある者・健康状態不明者

		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
健康診査対象者	人数	369,218	372,476	377,394	378,817	375,078	379,518	
健康診査受診者 (分母：健康診査対象者)	人数	79,323	83,784	86,209	89,163	73,655	81,927	
	割合	21.48%	22.49%	22.84%	23.54%	19.64%	21.59%	
医療未受診者 (分母：健康診査受診者)	人数	1,285	1,296	1,328	1,361	1,123	1,291	
	割合	1.62%	1.55%	1.54%	1.53%	1.52%	1.58%	
うち、受診勧奨判定値にある者 (分母：医療未受診者)	人数	804	794	834	859	712	829	
	割合	62.57%	61.27%	62.80%	63.12%	63.40%	64.21%	
医療受診者 (分母：健康診査受診者)	人数	78,038	82,488	84,881	87,802	72,532	80,636	
	割合	98.38%	98.45%	98.46%	98.47%	98.48%	98.42%	
うち、生活習慣病で医療受診者 (分母：医療受診者)	人数	74,306	78,681	80,954	83,764	69,407	77,151	
	割合	95.22%	95.38%	95.37%	95.40%	95.69%	95.68%	
うち、受診勧奨判定値にある者 (分母：生活習慣病で医療受診者)	人数	45,657	48,841	48,534	50,594	43,375	48,184	
	割合	61.44%	62.07%	59.95%	60.40%	62.49%	62.45%	
健康診も医療も受診していない者 (分母：健康診査対象者) 【健康状態不明者】	人数	16,558	17,979	17,543	17,642	19,445	21,007	
	割合	4.48%	4.83%	4.65%	4.66%	5.18%	5.54%	

出典：KDBシステム「後期高齢者の健康診査状況」

## 生活習慣病リスク保有者の割合

(単位:%)

	新潟県					県比較	全国
	H28	R1	R2	R3	R4	(R3-H28)	R3
肥満リスクあり	22.1	23.1	23.5	23.5		1.4	24.4
やせリスクあり	8.8	8.1	8.0	8.1		-0.7	8.3
血糖リスクあり	8.9	9.9	10.1	10.6		1.7	10.8
血圧リスクあり	29.8	29.6	32.3	31.4		1.6	35.6
肝機能リスクあり	3.6	3.7	3.8	3.8		0.2	4.0
脂質リスクあり	16.9	19.3	19.3	19.5		2.6	21.6

出典：KDBシステム「健康スコアリング」

## 人工透析患者で糖尿病のある者の状況

(単位:人)

		H29	H30	R1	R2	R3	R4
被保険者数	総数	365,203	368,008	372,502	372,395	367,657	374,523
	男性	137,680	139,296	141,783	142,564	140,717	144,826
	女性	227,523	228,712	230,719	229,831	226,940	229,697
被保険者のうち人工透析患者	総数	1,660 0.45%	1,671 0.45%	1,729 0.46%	1,749 0.47%	1,732 0.47%	1,764 0.47%
	男性	997 0.72%	1,001 0.72%	1,033 0.73%	1,069 0.75%	1,076 0.76%	1,126 0.78%
	女性	663 0.29%	670 0.29%	696 0.30%	680 0.30%	656 0.29%	638 0.28%
人工透析患者のうち糖尿病のある者	総数	769 46.3%	791 47.3%	823 47.6%	819 46.8%	821 47.4%	867 49.1%
	男性	497 49.8%	504 50.3%	520 50.3%	534 50.0%	549 51.0%	586 52.0%
	女性	272 41.0%	287 42.8%	303 43.5%	285 41.9%	272 41.5%	281 44.0%

出典：KDBシステム「人工透析のレセプト分析」 毎年5月レセプト(7月作成)

## CKDリスク分布と医療未受診状況

(単位:%)

	新潟県					県比較	
	H28	R1	R2	R3	R4	(R4-H28)	
CKDの重症化分類におけるリスク中・高該当者の割合 (分母:健診でeGFR、尿蛋白検査実施者)	17.6	19.2	19.3	19.6	19.4	1.8	
CKDの重症化分類におけるリスク中・高該当者で未受診者の割合	リスク中	60.1	59.3	58.7	57.3	55.9	-4.2
	リスク高	45.5	44.7	45.1	41.7	41.8	-3.7

出典：KDBシステム「後期高齢者の健診結果一覧」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)

健診受診者のうちBMI20.0kg/m<sup>2</sup>未満かつ1年間に2kg以上体重が減少した者（単位：%）

	H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者のうちBMI20.0kg/m <sup>2</sup> 未満かつ1年間に2kg以上体重が減少した者の割合	3.03	2.65	3.04	2.80	

出典：KDBシステム「後期高齢者の健診結果一覧」「保健事業介入支援管理」

### 【歯科健康診査の結果】

歯科健診を実施する市町村が増え、また、歯科健診を受け要治療とされたもののうち、9割以上が医療に結び付いています。

歯科健康診査の結果の状況

（単位：%）

	H28	R1	R2	R3	R4
歯科健診実施市町村の受診者で要治療とされた者の医療に結びついた割合	93.6	95.4	95.4	95.3	93.4

出典：歯科健康診査推進計画（新潟県後期高齢者医療広域連合）

○質問票調査結果の状況（生活習慣）

【生活習慣病のリスクを有する者の割合】

質問票の集計結果から生活習慣病のリスクがある者の割合をみると、年次推移（令和2年度と令和3年度の比較）では、「喫煙リスク」「食習慣リスク」「口腔機能リスク」「運動・転倒リスク」が高くなっています。そのうちの「喫煙リスク」と「運動・転倒リスク」は全国平均より高くなっています。

生活習慣病のリスクを有する者の割合 (単位:%)

	新潟県			全国
	R2	R3	R4	R3
ソーシャルサポートリスクあり	4.6	4.3		5.1
健康状態リスクあり	10.1	9.5		10.0
社会参加リスクあり	12.8	12.7		14.8
心の健康状態リスクあり	7.4	7.3		9.1
喫煙リスクあり	24.0	24.5		22.2
食習慣リスクあり	3.6	3.8		5.2
認知機能リスクあり	31.3	31.2		32.2
口腔機能リスクあり	38.2	39.0		40.0
運動・転倒リスクあり	76.0	76.7		73.6
体重変化リスクあり	10.6	10.0		11.6

出典：KDBシステム「健康スコアリング（健診）」

【後期高齢者の質問票】

質問票で「健康状態がよい・まあまあよい」「毎日の生活に満足・やや満足」「週に1回以上外出している」と答える者の割合が、全国に比べ高くなっています。

口腔状態で「半年前に比べて固いものが食べにくい」「お茶や汁物でむせる」と答える者、また、食習慣で「1日3食きちんと食べる」者は、全国に比べると良好ですが、令和3年度は悪化傾向にあります。

運動機能で「以前に比べ歩く速度が遅い」と答える者が増加傾向にあり、「ウォーキング等の運動を週1回以上する」と答える者の割合は全国に比べ低くなっています。

後期高齢者の質問票

(単位:%)

	新潟県			全国
	R2	R3	R4	R3
「健康状態がよい・まあよい」	41.8	42.1		41.8
「毎日の生活に満足・やや満足」	91.7	92.8		90.9
「週に1回以上外出している」	90.4	90.5		89.0
「半年前に比べて固いものが食べにくい」	27.1	27.8		28.4
「お茶や汁物でむせる」	19.3	19.7		20.7
「1日3食きちんと食べる」	96.4	96.2		94.8
「以前に比べ歩く速度が遅い」	59.0	60.1		59.7
「ウォーキング等の運動を週1回以上する」	53.5	53.2		62.1

出典：KDBシステム「地域の全体像の把握」

自ら健康づくりに取り組む高齢者を増やすために、ポピュレーションアプローチを強化し、運動・転倒リスク、低栄養リスク、口腔機能リスクを減少させ、フレイル予防を一層推進していく必要があります。

【健康状態不明者】

健康診査を受けず、医療も受診していないため、健康状態が不明な人が5.5%と増加傾向にあります。

健診を受けた者で、生活習慣病で医療を受診している人が94.17%いることを考えると、この中にも生活習慣病の人が相当数いると考えられます。

健診・医療のいずれも受診せず、かつ介護保険を利用していない健康状態不明者を減らし、また、不明者の健康状態や生活実態を把握し、必要に応じて医療やサービスにつなげる取組や、フレイル状態を悪化させないための働きかけが必要です。

健康状態不明者

(単位:%)

	H28	R1	R2	R3	R4
健診対象者のうち、健診も医療も受診していない者（介護保険利用者を含む）	4.5	4.7	5.2	5.5	

出典：KDBシステム「後期高齢者の健診状況」

## (6) 医療関係の分析

### 【医療費の推移】

一人当たり医療費は、全国で最も低い値の状況が続いています。医療費の内容を見ると、外来医療費は年々減少傾向にありますが、入院医療費は、新型コロナウイルス感染症の影響で令和2年度に若干減少したものの、その後は増加傾向にあります。

一人当たり医療費(年齢調整済) (単位:円)

	新潟県						全国
	H29	H30	R1	R2	R3	R4	R4
外来医療費	334,177	325,672	332,875	321,013	315,637	311,228	379,221
入院医療費	308,180	313,178	320,995	314,925	316,001	320,361	406,564

出典：KDBシステム「健康スコアリング（医療）」

### 【疾病分類別の医療費】

患者千人当たりの生活習慣病患者数を見ると、脳梗塞は年々減少傾向にありますが、全国と比較すると、約1.2倍高くなっています。また、脂質異常・糖尿病・がんの患者数が増えています。また、認知症を含む精神疾患が全国に比べ、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）で見ると、脳血管疾患や腎不全の重症化した入院者の割合が増え、また、人工透析の患者割合も増えています。

生活習慣病が重症化すると、生活の質を損なうだけでなく、医療費の高額化により自己負担額の増加をもたらします。早期の介入による重症化予防の対策が必要になります。

患者千人当たりの生活習慣病患者数 (単位:人)

	新潟県				全国
	H29	R1	R3	R4	R4
高血圧	673.3	667.6	668.5	664.9	676.5
筋・骨格	635.0	632.6	629.3	625.4	660.5
脂質異常	423.1	433.2	446.0	452.4	487.7
精神	309.1	305.4	301.7	293.8	270.8
糖尿病	280.9	285.3	293.3	297.9	321.7
脳梗塞	214.2	197.7	184.4	174.2	145.7
がん	135.9	140.2	143.2	144.7	156.9

出典：KDBシステム「医療費分析（1）最小分類」

生活習慣病に占める各疾患

(単位:%)

		H29	R1	R3	R4	
被保険者に占める75歳以上の生活習慣病を有している者の割合		75.4	74.7	72.1	71.7	
75歳以上の生活習慣病を有している者に占める各疾患を有する者の割合	脳血管疾患	男性	27.9	26.6	25.1	24.3
		女性	25.5	23.9	22.5	21.6
		計	26.4	24.9	23.4	22.6
	糖尿病	男性	35.1	36.2	36.9	37.5
		女性	26.8	27.2	27.7	28.2
		計	29.8	30.6	31.1	31.7
	高血圧疾患	男性	72.2	72.2	72.1	72.2
		女性	72.2	71.7	71.4	70.9
		計	72.2	71.9	71.7	71.4
	脂質異常	男性	38.1	39.8	41.6	42.6
		女性	49.1	49.9	50.9	51.3
		計	45.1	46.2	47.5	48.0

出典：KDBシステム「生活習慣病全体のレセプト分析」

脳血管疾患・腎不全の高額医療入院患者

(単位:%)

		H29	R1	R3	R4
被保険者に占める医療費50万円以上の高額疾病の入院者の割合	脳血管疾患	3.92	3.88	3.77	3.78
	腎不全	0.37	0.41	0.40	0.40

出典：KDBシステム「厚生労働省様式（様式1-1）基準金額以上となったレセプト一覧」

人工透析患者

(単位:%)

	H29	R1	R3	R4
被保険者数に占める人工透析患者の割合	0.73	0.74	0.74	

出典：レセプトデータ（新潟県後期高齢者広域連合）

【後発医薬品の使用割合】

後発医薬品（ジェネリック医薬品）の普及率は年々上昇し、令和2年度からは国が目標とする普及率80%を達成しています。

(単位:%)

	H29	R1	R2	R3	R4
ジェネリック医薬品普及率	69.3	78.4	80.1	80.3	81.9

出典：国保総合システム「数量シェア集計表」

## 【医療の適正化】

後期高齢者医療では、医療機関の多受診、多剤処方、残薬が生じやすいという課題があります。医療機関への受診頻度が多くなると、処方される医薬品の種類が増え、重複投薬や併用禁忌薬剤処方のリスクも高くなります。お薬手帳の活用や、かかりつけ医・かかりつけ薬局を持つなど、医療機関への適切なかかり方が重要です。

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を実施したことにより、対象者の割合は年々減少傾向にあります。

### 重複・多剤投薬患者割合

(単位:人)

		H30	R1	R2	R3	R4
被保険者数		372,918	377,421	377,232	372,388	378,849
重複投薬患者	投薬患者数	2,658	2,596	1,973	1,820	1,926
	投薬患者割合	0.71%	0.69%	0.52%	0.49%	0.51%
多剤投薬患者	投薬患者数	11,091	10,497	8,253	8,494	8,688
	投薬患者割合	2.97%	2.78%	2.19%	2.28%	2.29%

出典：KDBシステム「重複・多剤処方の状況」

重複投薬：同月中に2医療機関以上から1剤以上重複処方を受けた者

多剤投薬：同月中に15剤以上の処方を1日以上受けた者

診療年月：毎年5月

### 重複・頻回受診者割合

(単位:人)

		H30	R1	R2	R3	R4
被保険者数		369,679	373,817	375,277	371,444	373,100
重複受診者	受診者数	783	743	744	582	546
	受診者割合	0.21%	0.20%	0.20%	0.16%	0.15%
頻回受診者	受診者数	846	1,040	1,014	627	633
	受診者割合	0.23%	0.28%	0.27%	0.17%	0.17%

出典：新潟県後期高齢者医療広域連合のレセプトデータ

重複受診：3か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か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

被保険者数…3月1日時点

## (7) 介護関係の分析

### 【要介護認定率の状況】

全国と比較すると、認定率は同等ですが、新潟県は介護度の高い者の認定率が高くなっています。また、介護サービス利用率も高く、介護度の高い者のサービス利用率も全国に比べると高くなっています。

(単位:%)

		新潟県				全国
		H29	R1	R3	R4	R4
要介護認定	認定率	19.4	20.0	20.1	19.1	19.5
	要介護3以上の認定率	7.9	8.0	7.8	7.5	6.8
介護サービス利用	サービス利用率	83.6	81.4	81.7	81.7	77.6
	要介護3以上のサービス利用率	37.0	36.7	36.5	36.3	31.9

出典：KDBシステム「健康スコアリング（介護）」

### 【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にあります。

65歳以上の一人当たり介護給付費では、居宅サービス・施設サービス共に年々増加し、特に施設サービスが増えています。全国と比べると、居宅サービスの一人当たり介護給付費は若干低いですが、施設サービスは全国の約1.5倍と高くなっており、施設を利用する者が全国に比べ多くなっています。

(単位:円)

		新潟県				全国
		H29	R1	R3	R4	R4
総介護給付費(単位:百万円)		213,253	219,444	223,153		
人口(65歳以上)一人当たり介護給付費	居宅サービス	14,064	14,165	14,440	13,640	15,157
	施設サービス	11,876	12,528	12,704	12,195	8,570

出典：KDBシステム「健康スコアリング（介護）」

### 【要介護認定有の者の有病状況】

要介護認定有の者の有病状況をみると、糖尿病・脂質異常は、全国と比べると低いですが、年々増加傾向にあります。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、全国と比べても割合が高くなっています。

要介護認定有の者の有病状況 (単位:%)

	新潟県					全国
	H30	R1	R2	R3	R4	R4
糖尿病	21.7	21.7	21.4	21.9	22.2	24.3
高血圧	52.0	52.0	51.2	51.5	51.6	53.3
脂質異常	27.7	28.2	28.1	28.9	29.5	32.6
心臓病	59.3	59.1	58.1	58.4	58.4	60.3
脳疾患	27.6	26.8	25.7	25.0	24.2	22.6
筋・骨格	49.8	50.0	49.1	49.5	49.8	53.4
精神疾患	39.6	39.7	39.1	39.1	38.9	36.8

出典：KDBシステム「医療・介護の突合（有病状況 S25-006）」

要介護度別有病状況 (単位:%)

	新潟県		
	R4		
	要支援1～2	要介護1～2	要介護3～5
筋・骨格	62.7	51.0	45.5
糖尿病	27.1	23.7	19.7
心臓病	64.9	59.9	58.2
脳疾患	20.8	23.4	27.9
精神疾患	24.3	41.7	48.4

出典：KDBシステム「要介護（要支援）者有病状況」

## 【通いの場の展開状況】

新潟県では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）を行っています。令和2年度から高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施が始まり、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の展開が多くなっています。また、参加者も増加傾向にあります。

### 介護予防に資する住民主体の通いの場の展開状況

		新潟県	全国
		R3	R3
全市町村数		30	1,741
	住民主体の通いの場 有の市町村数	30(100.0%)	1,678(96.4%)
	無の市町村数	0(0.0%)	63(3.6%)
通いの場の個所数(箇所)		2,533	123,890
参加者実人数(人)		37,874	1,973,552
体操(運動)の 実施頻度	通いの場の個所数(箇所)	1,348 (53.2%)	75,889 (61.3%)
	参加者実人数(人)	19,315 (51.0%)	1,200,154 (60.8%)

出典：令和3年度 介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況に関する調査結果（厚生労働省）

### 一体的実施のポピュレーションアプローチでの通いの場の展開状況

	新潟県	
	R3	R4
実施市町村数	16	20
実施した通いの場数(箇所)	1,089	1,436
参加者人数(延数)	9,389	11,967

出典：新潟県後期高齢者医療広域連合調べ

## (8) 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ものの医療受診していない者が17.0%います。このような方は施設に入所している方と思われませんが、年齢が上がるに従い割合が増えています。

また、介護の認定を受けており、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も3.1%います。このような方の健康状態を把握する必要があります。

介護・医療のクロス分析(1人当たりの医療費) (単位:円)

		新潟県	全国
		R4	R4
外来	介護認定あり(要介護2以上)者	314,421	462,365
	介護認定あり(要支援・要介護)者	352,848	480,497
	介護認定なし者	260,080	286,122
入院	介護認定あり(要介護2以上)者	868,941	1,137,545
	介護認定あり(要支援・要介護)者	685,170	852,919
	介護認定なし者	127,529	159,285

出典：KDBシステム「健康スコアリング（介護）」

介護・医療のクロス分析(年代別) (単位:%)

	新潟県(R4)		
	75歳以上		
	75～89歳	90歳以上	
介護認定者で介護サービスの利用をしているが、医療受診していない者の割合	17.0	15.7	19.1
介護認定者で介護サービスを利用せず、医療受診もしていない者の割合	3.1	3.6	2.3

出典：KDBシステム「医療機関受診と介護認定・給付の関係表」

## 2 健康・医療情報等の分析に基づく健康課題の抽出

健康・医療情報等の分析より、当広域連合がアプローチしなければならない課題、また、その課題の解決に係る取組の方向性について次のように整理しました。

	広域連合がアプローチする課題	課題解決に係る取組の方向性
1	平均余命・平均自立期間の延伸	<ul style="list-style-type: none"> <li>生活習慣病の重症化を予防し、脳血管疾患・アルツハイマー病・腎不全の者の減少</li> </ul>
2	後期高齢者健康診査の受診率の向上 歯科健診の実施市町村の増加と受診率の向上	<ul style="list-style-type: none"> <li>健診受診率の向上</li> <li>歯科健診実施市町村を増やすとともに受診率の向上</li> </ul>
3	健康診査における受診勧奨値にある者の減少	<ul style="list-style-type: none"> <li>血糖リスクがある者及びCKDの重症化分類における中・高リスク該当者のうち医療機関未受診の者の減少を図り、CKDの増加を抑制</li> <li>低栄養状態にある者の減少</li> </ul>
4	フレイル予防の推進	<ul style="list-style-type: none"> <li>自ら健康づくりに取り組む高齢者を増やすために、ポピュレーションアプローチを強化し、運動・転倒リスク、低栄養リスク、口腔機能リスクのある者の減少</li> </ul>
5	健康状態不明者の減少	<ul style="list-style-type: none"> <li>健診・医療のいずれも受診せず、かつ介護保険を利用していない健康状態不明者を減らし、生活習慣病やフレイルの重症化予防</li> </ul>
6	適切な服薬・受診行動の促進	<ul style="list-style-type: none"> <li>重複・多剤投薬患者割合の増加抑制</li> <li>重複・頻回受診者の増加抑制</li> </ul>
7	要介護3以上の者の認定率・サービス利用率の減少	<ul style="list-style-type: none"> <li>生活習慣病の重症化予防</li> </ul>



## 第4章 目標達成へ向けた事業計画

# 1 第3期データヘルス計画の取組

第2章の第2期データヘルス計画の取組の評価から見えてきた健康課題、及び第3章の各データ分析に基づく現状から明らかとなった健康課題から、第3期データヘルス計画で当広域連合が取り組むべき健康課題として下記の3つを設定します。また、これらの課題が解決された状態を目指すべき目的とし、その目的を達成するために必要な目標を下図のとおり設定します。目標については、「大目標」「中・長期的目標」「短期的目標」の各目標を設定し、広域連合及び構成市町村が実施する保健事業との関連性を体系図により整理します。

※中・長期的目標：計画の最終年度までに達成を目指す目標

短期的目標：年度ごとに中長期的目標を達成するために必要な保健事業等について、年度ごとに実施状況や達成度合の目標

健康課題の設定
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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ある。介護度の高い人の介護認定率が全国より高く、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。健康状態が不明な高齢者を減らすとともに、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。</li> <li>○ 運動・転倒リスクが高い者は減少傾向にあるが国と比べ高く、また低栄養、口腔機能リスクが高い者が増加している傾向にあります。健診の受診率を高めるとともに、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。</li> <li>○ 「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「重複投薬や併用禁忌薬剤処方が疑われる者」に対する医療専門職の効果的な訪問相談により、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。</li> </ul>



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

【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"> <li>・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</li> <li>・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</li> <li>・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</li> </ul>
--

### 第3期データヘルス計画 中長期的な目標

データヘルス計画の中長期的な目標 アウトカム評価指標	資料(データ元、帳票等)	実績値	目指す 方向性 目標値
		R4 (スタート時)	
<b>&lt;中長期目標: 1) 人工透析患者の増加抑制&gt;</b>			
人工透析患者の人数と割合 (人工透析患者(4~3月診療分)／被保険者)	医療費分析等データベースシステムより	0.75%	維持・減少
糖尿病性腎症による医療受診者の割合 (糖尿病性腎症による医療受診者／被保険者※)	KDBシステム「厚生労働省様式(様式3-1)生活習慣病 全体のレセプト分析」より	1.29%	維持・減少
<b>&lt;中長期目標: 2) 脳血管疾患の増加抑制&gt;</b>			
脳血管疾患による医療受診者の割合 (脳血管疾患による医療受診者／被保険者※)	KDBシステム「厚生労働省様式(様式3-1)生活習慣病 全体のレセプト分析」より	16.23%	維持・減少
脳血管疾患による死亡率(人口10万対)	人口動態統計(確定)の状況(厚生労働省)より	129.0	維持・減少
<b>&lt;中長期目標: 3) 重症化する被保険者の増加抑制&gt;</b>			
重症化した脳血管疾患で入院した者の割合(中分類名:904~ 908) (脳血管疾患の入院者／被保険者)	KDBシステム「厚生労働省様式(様式1-1)基準金額以 上となったレセプト一覧」より 医療費50万円以上のレセプトを疾病ごとに診療行為を点 数分解し、医療費を算出	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) (腎不全の入院者／被保険者)	KDBシステム「厚生労働省様式(様式1-1)基準金額以 上となったレセプト一覧」より 医療費50万円以上のレセプトを疾病ごとに診療行為を点 数分解し、医療費を算出	0.40%	維持・減少
<b>&lt;中長期目標: 4) 生活に支障のない期間の維持&gt;</b>			
平均自立期間(要介護2以上)と平均余命の差	KDBシステム「地域の全体像の把握」より	男:1.5 女:3.4	維持・縮小
低栄養者の割合 (BMI20.0未満かつ1年間に2kg以上体重が減少した者／被保 険者)	KDBシステム「後期高齢者の健診結果一覧」、 KDBシステム「保健事業介入支援管理」より	(12月頃確定) R3:0.62%	維持・減少
<b>&lt;中長期目標: 5) 重複受診割合の増加抑制&gt;</b>			
重複受診者の割合 (重複受診者／被保険者)	レセプトより 重複受診とは、3か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	0.15%	維持・減少
<b>&lt;中長期目標: 6) 頻回受診割合の増加抑制&gt;</b>			
頻回受診者の割合 (頻回受診者／被保険者)	レセプトより 頻回受診とは、3か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(ただし人工透析患者は除く)	0.17%	維持・減少
<b>&lt;中長期目標: 7) 服薬相談が必要な被保険者割合の増加抑制&gt;</b>			
多剤投薬者の割合 (処方薬剤数が15剤以上の者／被保険者)	KDB活用支援ツール「3.服薬(多剤)」より	2.39%	維持・減少
睡眠薬服用者で薬剤有害事象の予防が必要な者の割合 (睡眠薬処方ありかつ質問票⑧または質問票⑩⑪両方に該当 する者／被保険者)	KDB活用支援ツール「4.服薬(睡眠薬服薬指導)」より	1.69%	維持・減少

※ KDBシステムから抽出した被保険者数による。(※印以外は新潟県後期高齢者医療広域連合統計4月1日現在の被保険者数)

第3期データヘルス計画 短期的な目標

データヘルス計画の短期的な目標 アウトカム評価指標	資料(データ元、帳票等)	実績値	目指す 方向性 目標値
		R4 (スタート時)	
<b>&lt;短期目標: #1 糖尿病・高血圧・CKD未治療者の減少&gt;</b>			
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	KDBシステム「後期高齢者の健診結果一覧」及び医療費分析等データベースシステムより 健診受診者のうち、CKD(慢性腎臓病)のリスク分布のリスク中・高で「慢性腎臓病」または「糖尿病」のレセプトがない者の割合	51.1%	50%以下
受診勧奨判定値の者が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)	レセプトより 健診結果が受診勧奨判定値の未治療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(受診勧奨判定値の者とは、新潟県健診ガイドラインによる受診勧奨判定値に該当する者)	43.0%	50%以上
<b>&lt;短期目標: #2 自ら健康づくりに取り組む高齢者の増加&gt;</b>			
健康診査受診率 (受診者/被保険者-健診対象除外者)	健康診査推進計画より	26.3%	前年度比 増加
受診勧奨判定値の者が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)	レセプトより 健診結果が受診勧奨判定値の未治療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(受診勧奨判定値の者とは、新潟県健診ガイドラインによる受診勧奨判定値に該当する者)	43.0%	50%以上
<b>&lt;短期目標: #3 口腔機能の維持・改善者の増加&gt;</b>			
歯科健康診査受診率 (受診者/対象年齢の被保険者-歯科健診対象除外者)	歯科健康診査推進計画より	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 (歯科健診受診月の翌月以降に歯科レセプトがある者/歯科健診で要治療と判定された者)	レセプトより 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者の割合	93.4%	95%以上
在宅要介護者が訪問歯科健診を受け、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がある者の割合 (歯科健診受診月の翌月以降に歯科レセプトがある者/歯科健診で要治療と判定された者)	レセプトより 訪問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者の割合	90.4%	90%以上
<b>&lt;短期目標: #4 栄養改善・維持を図れる者の増加&gt;</b>			
栄養相談により体重が維持・改善できた割合 (体重が維持・改善できた者/支援実施者)	健診結果より 翌年度の健診結果で、体重が維持・増加できた者の割合	79.0%	80%以上
<b>&lt;短期目標: #5 適切な受診行動・服薬行動がとれる者の増加&gt;</b>			
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 (相談実施者で実施月の翌月から3か月間のレセプトにより対象に該当しなくなった者/相談実施者)	レセプトより 相談実施者で実施月の翌月から3か月間のレセプトにより対象に該当しなくなった者(重複受診とは、3か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)	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 (相談実施者で実施月の翌月から3か月間のレセプトにより対象に該当しなくなった者/相談実施者)	レセプトより 相談実施者で実施月の翌月から3か月間のレセプトにより対象に該当しなくなった者(頻回受診とは、3か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)	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 (相談実施者で実施月の翌月から3か月間のレセプトにより対象に該当しなくなった者/相談実施者)	レセプトより 相談実施者で実施月の翌月から3か月間のレセプトにより対象に該当しなくなった者(相談対象者とは、3か月連続して、同月中に2医療機関以上受診し、重複投薬や多剤投薬、併用禁忌薬剤処方の状況が疑われ、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)	56.6%	70%以上
<b>&lt;短期目標: #6 健康状態が不明な高齢者の減少&gt;</b>			
健康状態が不明な高齢者の割合 (健診・医療のどちらも未受診の者/健診対象者)	KDBシステム「後期高齢者の健診状況」より	(12月頃確定) R3:5.54%	前年度比 減少

### 第3期データヘルス計画 個別事業

#### 【基本事項】

事業番号	①	事業分類	健康診査
事業名	健康診査事業		
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		
中長期的な目標	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		
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 #6 健康状態が不明な高齢者の減少		
事業の目的	生活習慣病の早期発見をし、適切に医療につなげることで、重症化を予防する。		
事業の概要	対象者に健康診査を実施し、(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して受診勧奨等を行う。		

#### 【アウトカム・アウトプット評価指標】

項目		評価指標	評価対象・方法
アウトカム (成果)	1	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	(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)
アウトプット (実施量)	1	健診受診率	(健診受診者(人間ドック受診者含む)/健診対象者(被保険者-国の定める除外対象者))

項目		計画策定時 実績 (R4)	目標値					
			2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果)	1	43.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%
アウトプット (実施量)	1	26.3%	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

#### 【プロセス・ストラクチャー】

プロセス (方法)	概要	円滑な健康診査の実施、周知
	実施内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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</li> <li>・ 保険証更新時に同封する健診受診勧奨チラシの作成</li> </ul>
ストラクチャー (体制)	概要	予算の確保、市町村との連携体制の強化
	実施内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 予算計上及び事業費補助金の申請、報告</li> <li>・ 健康診査推進計画の策定</li> </ul>

### 第3期データヘルス計画 個別事業

#### 【基本事項】

事業番号	②	事業分類	健康診査
事業名	歯科健康診査事業		
大目標	2 フレイル予防のための行動を実践することができる		
中長期的な目標	4)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		
事業の目的	歯や歯肉の状態や口腔清掃状況等をチェックすることで、口腔機能低下や肺炎等の疾病を予防し、心身機能の低下を防止する。		
事業の概要	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、適切な医療につなげる。		

#### 【アウトカム・アウトプット評価指標】

項目		評価指標	評価対象・方法
アウトカム (成果)	1	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	(健診受診月の翌月以降に歯科レセプトがある者/歯科健診結果が要治療の者)
アウトプット (実施量)	1	歯科健診実施市町村数	実施市町村数の増加 (目標: 30 市町村)
	2	歯科健診受診率	(受診者/対象者数)

項目		計画策定時 実績 (R4)	目標値					
			2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果)	1	93.4%	95.0%	95.0%	95.0%	95.0%	95.0%	95.0%
アウトプット (実施量)	1	(R5) 26 市町村	27 市町村	28 市町村	28 市町村	29 市町村	29 市町村	30 市町村
	2	13.1%	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

#### 【プロセス・ストラクチャー】

プロセス (方法)	概要	円滑な歯科健康診査の実施
	実施内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・契約時や歯科健康診査推進計画作成時に調査票で意見の聴取実施</li> <li>・未実施市町村への歯科健康診査実施のための支援</li> </ul>
ストラクチャー (体制)	概要	予算の確保、市町村との連携体制の強化
	実施内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・予算計上及び事業費補助金の申請、報告</li> <li>・歯科健康診査推進計画の策定</li> </ul>

### 第3期データヘルス計画 個別事業

#### 【基本事項】

事業番号	③	事業分類	健康診査
事業名	在宅要介護者歯科保健事業		
大目標	2 フレイル予防のための行動を実践することができる		
中長期的な目標	4)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		
事業の目的	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科保健指導等を行うことにより、口腔機能の維持回復を促し、高齢者の健康維持を図る。		
事業の概要	対象者へ次の内容の実施 ・ 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		

#### 【アウトカム・アウトプット評価指標】

項目		評価指標	評価対象・方法
アウトカム (成果)	1	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	(健診受診月の翌月以降に歯科レセプトがある者/歯科健診結果が要治療の者)
アウトプット (実施量)	1	訪問歯科健診受診者数	受診者数の増加

項目		計画策定時 実績 (R4)	目標値					
			2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果)	1	90.4%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%
アウトプット (実施量)	1	64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

#### 【プロセス・ストラクチャー】

プロセス (方法)	概要	円滑な訪問歯科健康診査の実施
	実施内容	・ 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
ストラクチャー (体制)	概要	予算の確保、関係機関との連携体制の強化
	実施内容	・ 予算計上および特別調整交付金の申請、報告 ・ 新潟市歯科医師会や関係機関との連携体制の強化

### 第3期データヘルス計画 個別事業

#### 【基本事項】

事業番号	④	事業分類	一体的実施
事業名	重症化予防		
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		
中長期的な目標	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		
短期的な目標	#1 糖尿病・高血圧・CKD 未治療者の減少		
事業の目的	後期高齢者健診の結果等から、高血圧や高血糖などの医療が必要な状態にもかかわらず未治療の者に対し受診勧奨を実施し、適切な医療受診による重症化する被保険者の増加抑制を図る。また、糖尿病の未治療者や治療中断者に対し受診勧奨を実施することで、糖尿病性腎症等の合併症の発症や重症化を予防し、人工透析患者数の増加抑制を図る。		
事業の概要	後期高齢者健診の結果等から抽出された医療が必要な状態にある者で、医療機関への未受診者・治療中断者に対し、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や、専門医等などの適正な医療への受診勧奨等を実施する。		

#### 【アウトカム・アウトプット評価指標】

項目		評価指標	評価対象・方法
アウトカム (成果)	1	受診が確認できた者の割合 (うち糖尿病性腎症事業の 対象者が占める割合)	(医療機関受診者/支援実施者) ※一体的実施で事業を実施している市町村に確認
アウトプット (実施量)	1	事業実施市町村数	一体的実施において事業を実施している市町村数
	2	支援実施率	(支援実施者/支援対象者) ※一体的実施で事業を実施している市町村に確認

項目		計画策定時 実績 (R4)	目標値					
			2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果)	1	57.5% (68.7%)	60.0% (70.0%)	60.0% (70.0%)	60.0% (70.0%)	60.0% (70.0%)	60.0% (70.0%)	60.0% (70.0%)
アウトプット (実施量)	1	(R5) 25 市町村	26 市町村	27 市町村	28 市町村	29 市町村	30 市町村	30 市町村
	2	80.8%	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

#### 【プロセス・ストラクチャー】

プロセス (方法)	概要	関係機関との連携を強化
	実施内容	・保健事業担当者連絡会議を開催し、取組事例などの情報提供 ・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
	実施後のフォロー ・モニタリング	事業評価表を活用し、市町村の実施事業の評価や事業拡充などを図る
ストラクチャー (体制)	概要	予算の確保、市町村との連携体制の強化
	実施内容	・実施市町村と委託契約を締結 ・予算の計上および特別調整交付金の申請、報告

### 第3期データヘルス計画 個別事業

#### 【基本事項】

事業番号	⑤	事業分類	一体的実施
事業名	低栄養		
大目標	2 フレイル予防のための行動を実践することができる		
中長期的な目標	4)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 #4 栄養改善・維持を図れる者の増加		
事業の目的	低栄養状態及びフレイル状態の後期高齢者医療制度被保険者に対し、個々の状況に合わせて実効的な栄養相談を行うことで、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。		
事業の概要	後期高齢者健診の結果や高齢者の質問票から抽出した対象者に対し、保健師や管理栄養士等の医療専門職による栄養相談を実施する。		

#### 【アウトカム・アウトプット評価指標】

項目		評価指標	評価対象・方法
アウトカム (成果)	1	体重が維持・改善できた者の割合	(翌年度の健診結果で維持・改善できた者/支援実施者) ※一体的実施で事業を実施している市町村に確認
アウトプット (実施量)	1	事業実施市町村数	一体的実施において事業を実施している市町村数
	2	支援実施率	(支援実施者/支援対象者) ※一体的実施で事業を実施している市町村に確認

項目		計画策定時 実績 (R4)	目標値					
			2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果)	1	76.7%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%
アウトプット (実施量)	1	(R5) 8市町村	9市町村	10市町村	11市町村	12市町村	13市町村	15市町村
	2	45.7%	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

#### 【プロセス・ストラクチャー】

プロセス (方法)	概要	関係機関との連携を強化
	実施内容	・保健事業担当者連絡会議を開催し、取組事例などの情報提供 ・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
	実施後のフォロー ・モニタリング	事業評価表を活用し、市町村の実施事業の評価や事業拡充などを図る
ストラクチャー (体制)	概要	予算の確保、市町村との連携体制の強化
	実施内容	・実施市町村と委託契約を締結 ・予算の計上および特別調整交付金の申請、報告

### 第3期データヘルス計画 個別事業

#### 【基本事項】

事業番号	⑥	事業分類	一体的実施
事業名	健康状態不明者		
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		
中長期的な目標	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 4)生活に支障のない期間の維持		
短期的な目標	#6 健康状態が不明の高齢者の減少		
事業の目的	健康状態未把握者に保健指導等を実施し、健診や医療受診、介護サービス等に結び付けることで、健康状態未把握者の減少につなげる。		
事業の概要	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・アウトプット評価指標】

項目		評価指標	評価対象・方法
アウトカム (成果)	1	健診受診した者の割合	(翌年度健診受診者/健康状態把握者) ※一体的実施で事業を実施している市町村に確認
	2	医療・介護サービスが必要と判断される者のうち、医療・介護サービスにつながった者の割合	(医療機関受診者・介護サービス等に結び付いた者/サービス等を必要とする者) ※一体的実施で事業を実施している市町村に確認
アウトプット (実施量)	1	事業実施市町村数	一体的実施において事業を実施している市町村数
	2	健康状態把握率	(健康状態把握者/対象者) ※一体的実施で事業を実施している市町村に確認

項目		計画策定時 実績 (R4)	目標値					
			2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果)	1	(R3) 9.7%	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%
	2	(R3) 49.2%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%
アウトプット (実施量)	1	(R5) 15市町村	15市町村	18市町村	21市町村	24市町村	27市町村	30市町村
	2	82.9%	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

#### 【プロセス・ストラクチャー】

プロセス (方法)	概要	関係機関との連携を強化
	実施内容	・保健事業担当者連絡会議を開催し、取組事例などの情報提供 ・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
	実施後のフォロー ・モニタリング	事業評価表を活用し、市町村の実施事業の評価や事業拡充などを図る
ストラクチャー (体制)	概要	予算の確保、市町村との連携体制の強化
	実施内容	・実施市町村と委託契約を締結 ・予算の計上および特別調整交付金の申請、報告

### 第3期データヘルス計画 個別事業

#### 【基本事項】

事業番号	⑦	事業分類	一体的実施
事業名	口腔		
大目標	2 フレイル予防のための行動を実践することができる		
中長期的な目標	4)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		
事業の目的	オーラルフレイル・口腔機能低下者を抽出して歯科健診につなげ、口腔機能低下防止を図る。		
事業の概要	口腔機能の低下が疑われる被保険者に対し、訪問等により個別指導を実施することで、口腔機能低下を予防し、身体機能の維持・改善を図る。		

#### 【アウトカム・アウトプット評価指標】

項目		評価指標	評価対象・方法
アウトカム (成果)	1	自覚症状が改善された者の割合	(翌年度の後期高齢者の質問票で④⑤に該当しなかった者／支援実施者) ※一体的実施で事業を実施している市町村に確認
アウトプット (実施量)	1	事業実施市町村数	一体的実施において事業を実施している市町村数
	2	支援実施率	(支援実施者／支援対象者) ※一体的実施で事業を実施している市町村に確認

項目		計画策定時 実績 (R4)	目標値					
			2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果)	1	(R3) 23.8%	25.0%	前年度比 維持・増加	前年度比 維持・増加	前年度比 維持・増加	前年度比 維持・増加	前年度比 維持・増加
アウトプット (実施量)	1	(R5) 3市町村	前年度比 維持・増加	前年度比 維持・増加	前年度比 維持・増加	前年度比 維持・増加	前年度比 維持・増加	前年度比 維持・増加
	2	4.2%	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

#### 【プロセス・ストラクチャー】

プロセス (方法)	概要	関係機関との連携を強化
	実施内容	・保健事業担当者連絡会議を開催し、取組事例などの情報提供 ・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
	実施後のフォロー ・モニタリング	事業評価表を活用し、市町村の実施事業の評価や事業拡充などを図る
ストラクチャー (体制)	概要	予算の確保、市町村との連携体制の強化
	実施内容	・実施市町村と委託契約を締結 ・予算の計上および特別調整交付金の申請、報告

### 第3期データヘルス計画 個別事業

#### 【基本事項】

事業番号	⑧	事業分類	一体的実施
事業名	投薬（重複・多剤）		
大目標	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	7)服薬相談が必要な被保険者割合の増加抑制		
短期的な目標	#5 適切な服薬・受診行動がとれる者の増加		
事業の目的	多剤投薬者や睡眠薬服用者を抽出し、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する。		
事業の概要	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を行う。		

#### 【アウトカム・アウトプット評価指標】

項目		評価指標	評価対象・方法
アウトカム (成果)	1	服薬状況が改善された者の割合	(介入後3か月のレセプトにより抽出から外れた者/支援実施者) ※一体的実施で事業を実施している市町村に確認
アウトプット (実施量)	1	事業実施市町村数	一体的実施において事業を実施している市町村数
	2	支援実施率	(支援実施者/支援対象者) ※一体的実施で事業を実施している市町村に確認

項目		計画策定時 実績 (R4)	目標値					
			2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果)	1	100.0%	50.0% (注)	前年度比 維持・増加	前年度比 維持・増加	前年度比 維持・増加	前年度比 維持・増加	前年度比 維持・増加
アウトプット (実施量)	1	(R5) 1市町村	前年度比 維持・増加	前年度比 維持・増加	前年度比 維持・増加	前年度比 維持・増加	前年度比 維持・増加	前年度比 維持・増加
	2	33.3%	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

(注) 令和4年度の実績が1市町村(実施者2名、改善者2名)のため、広域連合が実施している服薬相談事業の過去の実績を参考に令和6年度の目標値を設定した。

#### 【プロセス・ストラクチャー】

プロセス (方法)	概要	関係機関との連携を強化
	実施内容	・保健事業担当者連絡会議を開催し、取組事例などの情報提供 ・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
	実施後のフォロー ・モニタリング	事業評価表を活用し、市町村の実施事業の評価や事業拡充などを図る
ストラクチャー (体制)	概要	予算の確保、市町村との連携体制の強化
	実施内容	・実施市町村と委託契約を締結 ・予算の計上および特別調整交付金の申請、報告

### 第3期データヘルス計画 個別事業

#### 【基本事項】

事業番号	⑨	事業分類	一体的実施
事業名	フレイル予防		
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		
中長期的な目標	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 4)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 #4 栄養改善・維持が図れる者の増加 #6 健康状態が不明な高齢者の減少		
事業の目的	住民主体の通いの場等を活用して、保健師、管理栄養士、歯科衛生士等の医療専門職が関与することにより、高齢者が健康状態に関心を持ち、また広くフレイル予防に関心を持つ機会と位置づけることによって、高齢者に対してフレイル予防の重要性について浸透を図る。		
事業の概要	通いの場等に保健師・管理栄養士等が出向き、フレイル予防等の普及啓発活動や運動・栄養・口腔等のフレイル予防などの健康教育・健康相談を実施する。また、後期高齢者の質問票を活用するなど、フレイル状態にある高齢者等を把握し、低栄養や筋力低下等の状態に応じた保健指導や生活機能向上に向けた支援等を行う。		

#### 【アウトカム・アウトプット評価指標】

項目		評価指標	評価対象・方法
アウトプット (実施量)	1	実施する通いの場の数の増加	※一体的実施で事業を実施している市町村に確認
	2	参加者数（延べ人数）の増加	※一体的実施で事業を実施している市町村に確認

項目		計画策定時 実績 (R4)	目標値					
			2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット (実施量)	1	1,575 箇所	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
	2	16,632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

#### 【プロセス・ストラクチャー】

プロセス (方法)	概要	関係機関との連携を強化
	実施内容	・保健事業担当者連絡会議を開催し、取組事例などの情報提供 ・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
	実施後のフォロー ・モニタリング	事業評価表を活用し、市町村の実施事業の評価や事業拡充などを図る
ストラクチャー (体制)	概要	予算の確保、市町村との連携体制の強化
	実施内容	・実施市町村と委託契約を締結 ・予算の計上および特別調整交付金の申請、報告

### 第3期データヘルス計画 個別事業

#### 【基本事項】

事業番号	⑩	事業分類	その他
事業名	重複・頻回受診者訪問相談事業		
大目標	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	5)重複受診割合の増加抑制 6)頻回受診割合の増加抑制		
短期的な目標	#5 適切な服薬・受診行動がとれる者の増加		
事業の目的	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、療養上の日常生活に関する助言及び受診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を図るとともに、被保険者の適正な受診を促すことで、自己負担額の軽減や医療費の適正化を図る。		
事業の概要	<p>下記に該当する対象者に専門職（保健師、看護師等）による健康相談を実施し、適正な受診、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を行う。</p> <p>重複受診：3か月連続して、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か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。</p> <p>ただし、人工透析患者は対象外とする。</p>		

#### 【アウトカム・アウトプット評価指標】

項目		評価指標	評価対象・方法
アウトカム (成果)	1	重複受診状況が改善された者の割合	(重複受診相談の実施月の翌月から3か月間のレセプトで対象者に該当しなくなった者/重複受診の相談実施者) ※レセプトデータで確認
	2	頻回受診状況が改善された者の割合	(頻回受診相談の実施月の翌月から3か月間のレセプトで対象者に該当しなくなった者/頻回受診の相談実施者) ※レセプトデータで確認
アウトプット (実施量)	1	重複受診者の相談実施率	(相談実施者/事業案内者) ※実施報告書により確認
	2	頻回受診者の相談実施率	(相談実施者/事業案内者) ※実施報告書により確認

項目		計画策定時 実績 (R4)	目標値					
			2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果)	1	63.5%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%
	2	64.4%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%
アウトプット (実施量)	1	35.1%	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
	2	42.6%	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

#### 【プロセス・ストラクチャー】

プロセス (方法)	概要	効果的な事業の実施
	実施内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>各種広報媒体による意識啓発の実施</li> <li>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</li> </ul>
ストラクチャー (体制)	概要	予算の確保、市町村との訪問相談結果共有等による連携体制の強化
	実施内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>予算計上および特別調整交付金の申請、報告</li> <li>前年度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強化</li> </ul>

### 第3期データヘルス計画 個別事業

#### 【基本事項】

事業番号	⑪	事業分類	その他
事業名	在宅訪問栄養食事相談事業		
大目標	2 フレイル予防のための行動を実践することができる		
中長期的な目標	4)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 #4 栄養改善・維持を図れる者の増加		
事業の目的	低栄養状態及びフレイル状態の後期高齢者医療制度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。		
事業の概要	<p>下記の内容で訪問栄養食事相談を実施し、栄養状態の改善と心身機能の低下防止を促す。          対象者：前年度の健康診査結果で、BMIが21.5kg/m<sup>2</sup>未満かつ1年間に2kg以上体重が減少している者          内容：原則、6か月間に3回訪問、手紙・電話による支援1回、6か月後にフォローアップ訪問1回</p>		

#### 【アウトカム・アウトプット評価指標】

項目		評価指標	評価対象・方法
アウトカム (成果)	1	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	(相談1回目と相談3回目のBMIを比較して、維持・改善者/相談実施者) ※委託事業者の実績報告書により確認
アウトプット (実施量)	1	訪問相談実施率	(相談実施者/申請者) ※委託事業者の実績報告書により確認
	2	訪問相談3回終了者率	(訪問3回終了者/相談実施者) ※委託事業者の実績報告書により確認

項目		計画策定時 実績 (R4)	目標値					
			2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果)	1	81.6%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%
アウトプット (実施量)	1	69.0%	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
	2	81.6%	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

#### 【プロセス・ストラクチャー】

プロセス (方法)	概要	フロー図に沿った事業の実施
	実施内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・フロー図の作成(3月末まで)</li> <li>・フロー図に沿った進捗管理を行い、3月末までに事業を実施</li> </ul>
ストラクチャー (体制)	概要	予算の確保、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育成・確保
	実施内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・予算計上および特別調整交付金の申請、報告</li> <li>・新潟県栄養士会との打合せ</li> <li>・実施市町村との共同事業に関する協定の締結</li> <li>・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強化</li> <li>・訪問相談が実施可能な管理栄養士の確保、育成研修の実施</li> </ul>

### 第3期データヘルス計画 個別事業

#### 【基本事項】

事業番号	⑫	事業分類	その他
事業名	服薬相談事業		
大目標	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	7) 服薬相談が必要な被保険者割合の増加抑制		
短期的な目標	#5 適切な服薬・受診行動がとれる者の増加		
事業の目的	後期高齢者は、医療のかかり方として、重複頻回受診や残薬等が生じやすいという課題がある。後期高齢者の居宅を薬剤師が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、もって被保険者の日常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。		
事業の概要	下記に該当する対象者に薬剤師による薬に関する相談を実施し、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を行う。 ・重複投薬や多剤投薬、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		

#### 【アウトカム・アウトプット評価指標】

項目		評価指標	評価対象・方法
アウトカム (成果)	1	服薬状況が改善された者の割合	(介入後3か月のレセプトにより抽出から外れた者/相談実施者) ※レセプトデータで確認
アウトプット (実施量)	1	訪問相談実施率	(相談実施者/申請者) ※委託事業者の実績報告書により確認

項目		計画策定時 実績 (R4)	目標値					
			2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果)	1	61.2%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%
アウトプット (実施量)	1	76.3%	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

#### 【プロセス・ストラクチャー】

プロセス (方法)	概要	効果的な事業の実施
	実施内容	・後期高齢者の特性を踏まえた対象者の抽出 ・前年度の評価を踏まえた事業の実施
ストラクチャー (体制)	概要	予算の確保、関係機関との連携体制の強化
	実施内容	・予算計上および特別調整交付金の申請、報告 ・市町村や薬剤師会、関係機関との連携体制の強化

## 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

### (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 市町村が行う、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の取組への支援

### (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・後期高齢者ヘルスサポート事業※1」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、及び県が策定する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の実施

※1 保険者がPDCAサイクルに沿った効果的・効率的な保健事業を展開できることを目的に、有識者からなる保健事業支援・評価委員会を設置し、データヘルス計画の策定、保健事業の実施及び評価について助言・支援を行う事業

## 第5章 計画の評価・見直し等

## 1 計画の評価・見直し

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。

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うこととし、その評価に応じて別途計画の見直しを行います。

また、評価に当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。

## 2 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。

## 3 個人情報の取扱い

本計画の推進に当たり、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法施行条例（令和5年2月14日条例第1号）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。

## 4 地域包括ケアに係る取組及びその他の留意事項

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、KDBシステム等を活用して地域が抱える課題を抽出・分析し、関係者と共有するとともに、新潟県や市町村等からの求めに応じて、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

**第3期 保健事業実施計画（データヘルス計画）**

令和6年度～令和11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

発行/令和6年3月

## 第3期データヘルス計画案 修正案

69 ページの修正案

### 2 健康・医療情報等の分析に基づく健康課題の抽出

健康・医療情報等の分析より、当広域連合がアプローチしなければならない課題、また、その課題の解決に係る取組の方向性について次のように整理しました。

- 1 健康の保持増進につながる健康状態の把握と生活習慣病の早期発見のために、後期高齢者の健診受診率の向上、歯科健診の実施市町村の増加と受診率の向上を図る。また、健康状態不明者の状態把握と早期対応を図る。
- 2 要介護度の重度化を防止し、平均余命と平均自立期間の差を縮小するために、生活習慣病の重症化予防を図る。
- 3 人工透析患者及び脳血管疾患の増加を抑制するために、受診勧奨判定値にある者への取組を強化する。
- 4 運動・転倒リスク、低栄養リスク及び口腔機能リスクのある者を減少させ、自ら健康づくりに取り組む者を増加させるために、ポピュレーションアプローチを強化する。
- 5 重複・頻回受診者や重複・多剤投薬が疑われる者の増加を抑制するために、適切な服薬・受診行動の推進を図る。

第3期データヘルス計画 中長期的な目標

74ページの修正案

データヘルス計画の中長期的な目標 評価指標	資料(データ元、帳票等)	実績値	目指す 方向性 目標値
		R4 (スタート時)	
<b>&lt;中長期目標: 1) 人工透析患者の増加抑制&gt;</b>			
人工透析患者の人数と割合 (人工透析患者(4~3月診療分)／被保険者)	医療費分析等データベースシステムより	0.75%	維持・減少
糖尿病性腎症による医療受診者の割合 (糖尿病性腎症による医療受診者／被保険者(※))	KDBシステム「厚生労働省様式(様式3-1)生活習慣病全体のレセプト分析」より	1.29%	維持・減少
<b>&lt;中長期目標: 2) 脳血管疾患の増加抑制&gt;</b>			
脳血管疾患による医療受診者の割合 (脳血管疾患による医療受診者／被保険者(※))	KDBシステム「厚生労働省様式(様式3-1)生活習慣病全体のレセプト分析」より	16.23%	維持・減少
脳血管疾患による死亡率(人口10万対)	人口動態統計(確定)の状況(厚生労働省)より	129.0	維持・減少
<b>&lt;中長期目標: 3) 重症化する被保険者の増加抑制&gt;</b>			
重症化した脳血管疾患で入院した者の割合(中分類名:904~908) (脳血管疾患の入院者／被保険者)	KDBシステム「厚生労働省様式(様式1-1)基準金額以上となったレセプト一覧」より 医療費50万円以上のレセプトを疾病ごとに診療行為を点数分解し、医療費を算出	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) (腎不全の入院者／被保険者)	KDBシステム「厚生労働省様式(様式1-1)基準金額以上となったレセプト一覧」より 医療費50万円以上のレセプトを疾病ごとに診療行為を点数分解し、医療費を算出	0.40%	維持・減少
要介護3以上の認定率 (要介護3以上の認定者／被保険者(※))	KDBシステム「健康スコアリング(介護)」より	7.5%	維持・減少
<b>&lt;中長期目標: 4) 生活に支障のない期間の維持&gt;</b>			
平均自立期間(要介護2以上)と平均余命の差	KDBシステム「地域の全体像の把握」より	男:1.5 女:3.4	維持・縮小
低栄養者の割合 (BMI20.0kg/m <sup>2</sup> 以下かつ質問票⑥体重変化に該当する者／被保険者)	KDB活用支援ツール「対象者抽出」より	(12月頃確定) R3:0.62%	維持・減少
口腔機能リスクがある者の割合 (質問票④咀嚼機能⑤嚥下機能のいずれかに該当する者／健診受診者)	KDBシステム「健康スコアリング(健康)」より	39.1%	維持・減少
運動・転倒リスクがある者の割合 (質問票⑦歩行速度⑧転倒のいずれかに該当、または⑨運動習慣に該当しない者／健診受診者)	KDBシステム「健康スコアリング(健康)」より	76.1%	維持・減少
<b>&lt;中長期目標: 5) 重複受診割合の増加抑制&gt;</b>			
重複受診者の割合 (重複受診者／被保険者)	レセプトより 重複受診とは、3か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	0.15%	維持・減少
<b>&lt;中長期目標: 6) 頻回受診割合の増加抑制&gt;</b>			
頻回受診者の割合 (頻回受診者／被保険者)	レセプトより 頻回受診とは、3か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(ただし人工透析患者は除く)	0.17%	維持・減少
<b>&lt;中長期目標: 7) 服薬相談が必要な被保険者割合の増加抑制&gt;</b>			
多剤投薬者の割合 (処方薬剤数が15剤以上の者／被保険者)	KDB活用支援ツール「3_服薬(多剤)」より	2.39%	維持・減少
睡眠薬服用者で薬剤有害事象の予防が必要な者の割合 (睡眠薬処方ありかつ質問票⑧転倒または質問票⑩認知:物忘れ⑪認知:失見当識の両方に該当する者／被保険者)	KDB活用支援ツール「4_服薬(睡眠薬服薬指導)」より	1.69%	維持・減少

追加

追加

追加

※ KDBシステムから抽出した被保険者数による。(※印以外は新潟県後期高齢者医療広域連合統計4月1日現在の被保険者数)

データヘルス計画の短期的な目標 評価指標	資料(データ元、帳票等)	実績値	目指す 方向性 目標値
		R4 (スタート時)	
<b>&lt;短期目標: #1 糖尿病・高血圧・CKD未治療者の減少&gt;</b>			
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	KDBシステム「後期高齢者の健診結果一覧」及び医療費分析等データベースシステムより 健診受診者のうち、CKD(慢性腎臓病)のリスク分布のリスク中・高で「慢性腎臓病」または「糖尿病」のレセプトがない者の割合	51.1%	50%以下
受診勧奨判定値の者が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)	レセプトより 健診結果が受診勧奨判定値の未治療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(受診勧奨判定値の者とは、新潟県健診ガイドラインによる受診勧奨判定値に該当する者)	43.0%	50%以上
<b>&lt;短期目標: #2 自ら健康づくりに取り組む高齢者の増加&gt;</b>			
健康診査受診率 (受診者/被保険者-健診対象除外者)	健康診査推進計画より	26.3%	前年度比 増加
受診勧奨判定値の者が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)	レセプトより 健診結果が受診勧奨判定値の未治療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(受診勧奨判定値の者とは、新潟県健診ガイドラインによる受診勧奨判定値に該当する者)	43.0%	50%以上
通いの場等の参加者数(延べ人数) (一体的実施事業における参加者数)	一体的実施事業実施報告書より	16,632人	前年度比 増加
<b>&lt;短期目標: #3 口腔機能の維持・改善者の増加&gt;</b>			
歯科健康診査受診率 (受診者/対象年齢の被保険者-歯科健診対象除外者)	歯科健康診査推進計画より	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 (歯科健診受診月の翌月以降に歯科レセプトがある者/歯科健診で要治療と判定された者)	レセプトより 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者の割合	93.4%	95%以上
在宅要介護者が訪問歯科健診を受け、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がある者の割合 (歯科健診受診月の翌月以降に歯科レセプトがある者/歯科健診で要治療と判定された者)	レセプトより 訪問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者の割合	90.4%	90%以上
<b>&lt;短期目標: #4 栄養改善・維持を図れる者の増加&gt;</b>			
栄養相談により体重が維持・改善できた割合 (体重が維持・改善できた者/支援実施者)	健診結果より 翌年度の健診結果で、体重が維持・増加できた者の割合	79.0%	80%以上
<b>&lt;短期目標: #5 適切な受診行動・服薬行動がとれる者の増加&gt;</b>			
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 (相談実施者で実施月の翌月から3か月間のレセプトにより対象に該当しなくなった者/相談実施者)	レセプトより 相談実施者で実施月の翌月から3か月間のレセプトにより対象に該当しなくなった者(重複受診とは、3か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)	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 (相談実施者で実施月の翌月から3か月間のレセプトにより対象に該当しなくなった者/相談実施者)	レセプトより 相談実施者で実施月の翌月から3か月間のレセプトにより対象に該当しなくなった者(頻回受診とは、3か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)	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 (相談実施者で実施月の翌月から3か月間のレセプトにより対象に該当しなくなった者/相談実施者)	レセプトより 相談実施者で実施月の翌月から3か月間のレセプトにより対象に該当しなくなった者(相談対象者とは、3か月連続して、同月中に2医療機関以上受診し、重複投薬や多剤投薬、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)	57.1%	70%以上
<b>&lt;短期目標: #6 健康状態が不明な高齢者の減少&gt;</b>			
健康状態が不明な高齢者の割合 (健診・医療のどちらも未受診の者/健診対象者)	KDBシステム「後期高齢者の健診状況」より	5.35%	前年度比 減少

追加