

# 令和5年度 第1回新潟県後期高齢者医療懇談会 次第

日時：令和5年9月28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 あいさつ

## 3 委員の紹介

## 4 座長の選出及び副座長の指名

## 5 懇談事項

- |                                  |     |
|----------------------------------|-----|
| (1) 新潟県後期高齢者医療広域連合の現在の状況について     | 資料1 |
| (2) 令和4年度の新潟県後期高齢者医療費について        | 資料2 |
| (3) 第4次広域計画の策定について               | 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 |
| (5) マイナンバーカードと保険証の一体化について        | 資料5 |

## 6 その他

## 7 閉会

---

### 【配付資料】

- |       |   |  |
|-------|---|--|
| 資料1-1 | ： | 新潟県後期高齢者医療広域連合の現在の状況について                     |
| 資料1-2 | ： | 令和4年度決算に係る事業概要説明                             |
| 資料2-1 | ： | 令和4年度新潟県後期高齢者の医療費について                        |
| 資料2-2 | ： | 令和4年度主要疾病上位件数、費用額について<br>（新潟県後期高齢者医療広域連合の状況） |
| 資料3   | ： | 第4次広域計画の策定について                               |
| 資料4-1 | ： | 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4-2 | ： | 第3期データヘルス計画 計画様式                             |
| 資料4-3 | ： | 第3期データヘルス計画 素案                               |
| 資料5-1 | ： | マイナンバーカードと保険証の一体化について                        |
| 資料5-2 | ： | マイナンバーカードの申請方法                               |
| 資料5-3 | ： | マイナ保険証利用登録の方法                                |
| 資料5-4 | ： | マイナ保険証を利用した受診時の受付方法                          |
| 資料5-5 | ： | マイナ保険証利用によるメリット                              |
| 資料5-6 | ： | マイナ保険証利用による展望                                |

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

## 新潟県後期高齢者医療広域連合の現在の状況について

### 1 被保険者数の概要

(1) 被保険者数の推移（後期高齢者医療毎月事業状況報告書（事業月報）A表より）

区分	令和5年 4月1日	令和4年 4月1日	増減数	増減率	令和5年 9月1日	令和4年 9月1日
被保険者数	※ 385,293人	374,784人	10,509人	2.8%	388,872人	379,317人
うち一定の障がいの方 (65～74歳)	3,895人	4,359人	△464人	△10.6%	5,598人	4,339人

（参考）

全国の被保険者数は令和5年4月1日時点で約1,913万人、前年同日時点で約1,843万人だったことから約70万人の増加となっている。（国保・後期高齢者医療 医療費速報（令和5年3月診療分 令和5年4月審査分）より）

(2) 被保険者数の内訳（窓口負担割合別）（後期高齢者医療毎月事業状況報告書（事業月報）A表より）

区分	令和5年 4月1日	令和4年 4月1日	増減数	増減率	令和5年 9月1日	令和4年 9月1日
1割負担	307,945人	359,455人	△51,510人	△14.3%	311,584人	364,433人
同上構成率	80.0%	95.9%			80.1%	96.1%
2割負担	61,030人	-	61,030人	-	61,049人	-
同上構成率	15.8%	-			15.7%	-
3割負担	16,317人	15,329人	988人	6.4%	16,239人	14,884人
同上構成率	4.2%	4.1%			4.2%	3.9%
合計	※ 385,292人	374,784人	10,508人	2.8%	388,872人	379,317人

※(1)の被保険者数、(2)の被保険者内訳合計の差異については、負担区分未判定となる被保険者がいたことによる差異。

### 2 保険料の概要

(1) 令和5年度の保険料率及び賦課限度額

区分	保険料率	備考
均等割額	40,400円	【令和5年7月3日確定賦課時点】 ○保険料賦課総額（軽減前）27,413,912,408円 ○賦課決定被保険者数（死亡・転出者含む）391,233人 ○一人当たり平均保険料額 （軽減前）70,176円（令和4年度 軽減前:69,261円） （軽減後）53,487円（令和4年度 軽減後:52,865円）
所得割率	7.84%	
賦課限度額	66万円	

## (2) 保険料の軽減状況

区分	令和5年度(7月3日確定賦課時点)			令和4年度(7月1日確定賦課時点)			
	軽減割合	軽減総額 (千円)	対象者数 (人)	割合	軽減総額 (千円)	対象者数 (人)	割合
均等割	2割	334,641	41,416	10.59%	313,294	38,774	10.19%
	5割	1,308,152	64,760	16.55%	1,183,478	58,588	15.39%
	7割	4,519,455	159,811	40.84%	4,453,449	157,477	41.38%
	被扶養者	51,833	2,566	0.66%	40,137	1,987	0.52%
	合計	6,214,081	268,553	68.64%	5,990,358	256,826	67.48%

※被扶養者軽減から年度途中で2割軽減となる被保険者は、2割軽減及び被扶養者軽減欄にそれぞれ計上

## (3) 保険料の収納状況 (令和4年度確定収納率)

(単位：円)

区分	調定額 A	収入済額 B	還付 未済額 C	不納 欠損額 D	収入 未済額 E	収納率 F(B-C/A)
現年度分	20,677,141,800	20,646,405,284	31,482,000	0	62,218,516	99.7%
滞納繰越分	123,937,514	36,700,935	36,800	20,814,783	66,458,596	29.6%

※令和3年度収納率 現年度分：99.7%、滞納繰越分：31.4%

※市町村における収納状況

## (4) 短期被保険者証 (短期証) の交付状況

区分	令和5年8月1日現在			令和4年8月1日現在		
	交付枚数 A	被保険者数 B	交付割合 (A/B×100)	交付枚数 C	被保険者数 D	交付割合 (C/D×100)
新潟県	95枚	388,160人	0.02%	112枚	378,261人	0.03%
全国	9月下旬に確定予定			35,201枚	18,661,141人	0.19%

## (5) 滞納者数の状況

区分	令和4年度	令和3年度	令和2年度
現年度	2,006人	2,011人	1,947人
滞納繰越分	1,241人	1,299人	1,277人
合計	3,247人	3,310人	3,224人

※延べ滞納者数

### 3 医療費等の給付について

#### (1) 保険給付費の内訳

区分	令和4年度	令和3年度	増減額	増減率
療養給付費	247,824,012千円	240,901,963千円	6,922,049千円	2.9%
その他療養諸費	6,520,256千円	6,249,297千円	270,959千円	4.3%
療養費	1,552,946千円	1,655,793千円	△102,847千円	△6.2%
食事・生活療養費	3,441,018千円	3,365,777千円	75,241千円	2.2%
訪問看護療養費	1,525,692千円	1,227,527千円	298,165千円	24.3%
移送費	600千円	200千円	400千円	200.0%
高額療養諸費	11,171,537千円	9,476,379千円	1,695,158千円	17.9%
高額療養費	10,899,746千円	9,218,204千円	1,681,542千円	18.2%
高額介護合算療養費	271,791千円	258,175千円	13,616千円	5.3%
審査支払手数料	580,721千円	567,421千円	13,300千円	2.3%
その他医療給付費	1,287,894千円	1,204,550千円	83,344千円	6.9%
葬祭費	1,287,350千円	1,204,550千円	82,800千円	6.9%
傷病手当金	544千円	0千円	544千円	-
合計	267,384,420千円	258,399,610千円	8,984,810千円	3.5%

#### (2) 一人当たり医療費（国保中央会「令和4年度国保・後期高齢者医療費速報」より）

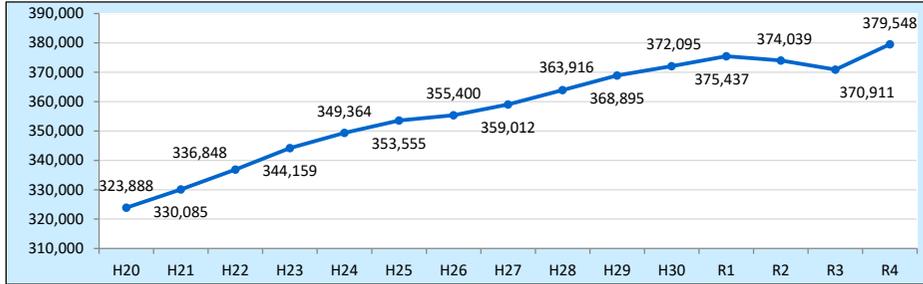
区分	令和4年度	令和3年度	令和2年度	令和元年度	増減率
新潟広域連合	762,174円 (全国47位)	750,342円 (全国47位)	741,281円 (全国47位)	763,496円 (全国47位)	1.6%
全国平均	947,672円	931,606円	912,746円	944,656円	1.7%

※新潟県広域連合は、平成20～令和4年度（平成22年度を除く）のすべての年度において一人当たり医療費が全国で最も低かった。

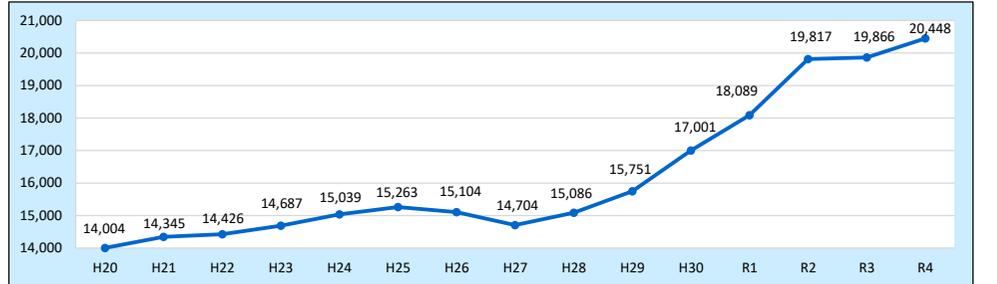
# 令和4年度決算に係る事業概要説明

R5.9.28 (木)  
第1回医療懇談会  
資料1-2

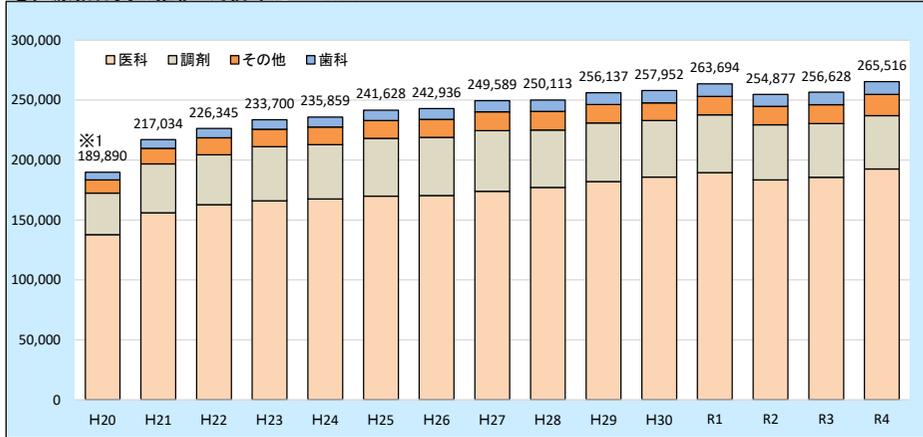
①被保険者数の推移 対前年比:102.3%



④保険料収入(現年度分)の推移 対前年比:102.9%



②医療給付費の推移 対前年比:103.5%



※1: 医療機関による4月請求分(3月診療分)～3月請求分(2月診療分)を1年度とするが、H20は制度初年度のため、5月請求分(4月診療分)からの11か月分の決算額としている。

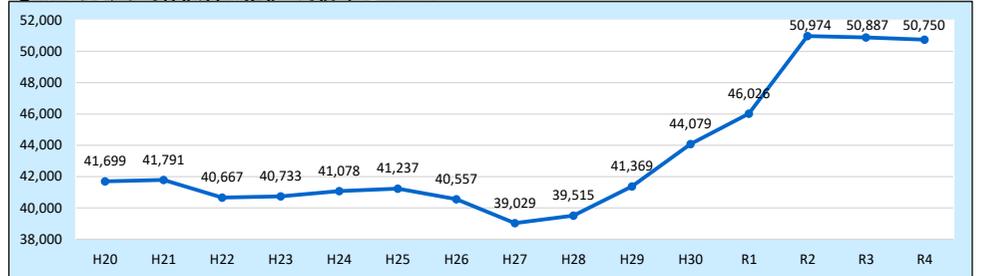
項目	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4
総額	189,890	217,034	226,345	233,700	235,859	241,628	242,936	249,589	250,113	256,137	257,952	263,694	254,877	256,628	265,516
歯科	6,492	7,292	7,701	8,051	8,292	8,637	8,924	9,287	9,503	9,708	10,182	10,496	10,009	10,425	10,782
その他	10,885	12,872	14,222	14,418	14,641	14,914	15,134	15,746	15,535	15,537	14,705	15,525	15,434	15,726	17,692
調剤	34,819	40,773	41,619	45,214	45,406	48,197	48,551	50,616	47,970	48,869	47,237	48,129	45,992	44,868	44,483
医科	137,694	156,097	162,803	166,017	167,520	169,880	170,327	173,940	177,105	182,023	185,828	189,544	183,442	185,609	192,559

③1人当たり医療給付費の推移 対前年比:101.1%



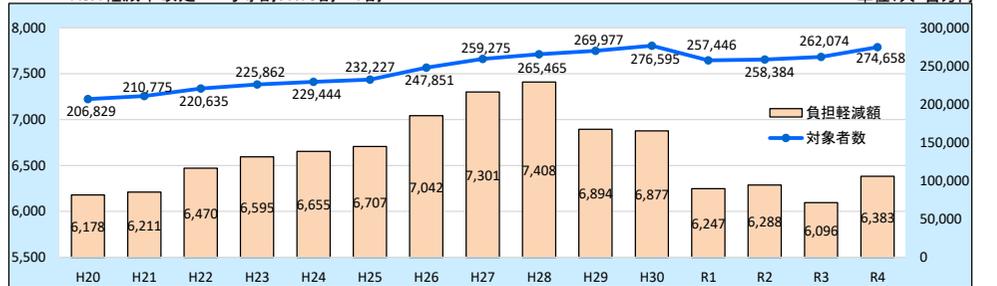
※2: H20は比較のため、旧老人保健制度に基づく4月請求分(3月診療分)を含む12か月分で算出した。

⑤1人当たり平均保険料の推移 対前年比:99.7%

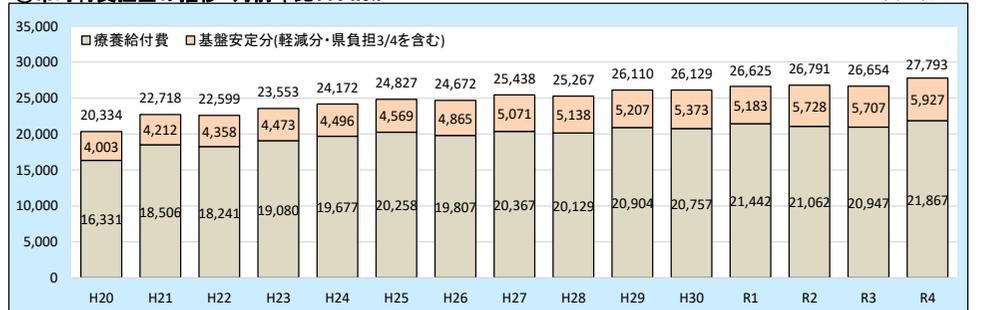


⑥保険料軽減額と対象者数の推移 軽減額対前年比:104.7% 軽減対象者数対前年比:104.8%

\*R3.4軽減率改定 均等割:7.75割→7割



⑦市町村負担金の推移 対前年比:104.3%



## 令和 4 年度新潟県後期高齢者の医療費について

新潟県の令和 4 年度の 1 人当たり医療費は、全国で最も低く 762,174 円となった。

この 1 人当たり医療費を項目ごとにみると、入院（食事・生活療養費含まない）は、対全国平均比 79.46%、全国で 46 番目と低い値を示している。入院が低い要因のひとつは受診率の低さであり、全国平均 73.21 件に対して新潟県は 62.23 件、対全国平均比 85.00%となっている。

入院外は対全国平均比 76.49%、全国で 46 番目となっており、入院と同様に低い値を示している。入院外が低い要因のひとつは 1 件当たり日数が少ないことであり、全国平均の 1.66 日に対して新潟県は 1.47 日、対全国平均比 88.63%となっている。

歯科は対全国平均比 85.87%で全国 22 番目となり、調剤については対全国平均比 91.47%で全国 39 番目となっている。

これら各項目における全国平均と比べた本県の医療費の水準及び要因は、いずれもコロナ禍前から継続したものとなっている。

### 【令和 4 年 4 月～令和 5 年 3 月診療分の医療費】

		全国平均	新潟県	対全国平均比
1 人当たり医療費	合 計	947,672	762,174	80.43
	入 院	458,824	364,575	79.46
	入院外	274,459	209,929	76.49
	歯 科	37,677	32,352	85.87
	調 剤	144,444	132,127	91.47
	食事・生活療養	21,481	18,514※1	86.19
	訪問看護	10,787	4,677※1	43.36
受診率 (100 人当たり件数)	入 院	73.21	62.23※1	85.00
	入院外	1,523.98	1,396.70※1	91.65
	歯 科	259.25	224.13※1	86.45
	調 剤	1,075.60	1,060.93※1	98.64
1 件当たり日数	入 院	17.26	17.55※1	101.69
	入院外	1.66	1.47※1	88.63
	歯 科	1.77	1.74※1	98.46
1 件当たり枚数	調 剤	1.25	1.19※1	95.67
1 日当たり医療費	入 院	36,308	33,377※1	91.93
	入院外	10,830	10,199※1	94.17
	歯 科	8,221	8,293※1	100.87
1 枚当たり医療費	調 剤	10,778	10,448※1	96.94

出典：公益社団法人国民健康保険中央会 令和 4 年度年間分医療費速報（令和 5 年 7 月発表）

ただし、※1 は新潟県後期高齢者医療広域連合調べ

- 調剤の 1 件当たり枚数とはレセプト 1 件当たりの処方箋枚数。
- 調剤の 1 枚当たり医療費とは処方箋 1 枚当たりの医療費。

令和4年度 主要疾病上位件数、費用額について(新潟県後期高齢者医療広域連合の状況)

(1) 入院

件数					
順位		前年順位	疾病分類項目	件数 (件)	割合 (%)
1	→	1	骨折	20,280	8.60
2	↑	3	その他の心疾患	15,425	6.54
3	↓	2	脳梗塞	14,982	6.35
4	↑	5	アルツハイマー病	11,292	4.79
5	↓	4	その他の悪性新生物<腫瘍>	11,088	4.70
6	→	6	その他の呼吸器系の疾患	10,789	4.58
7	→	7	その他の消化器系の疾患	8,667	3.68
8	→	8	統合失調症, 統合失調型障害及び妄想性障害	8,540	3.62
9	↑	15	症状徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	6,596	2.80
10	↓	9	その他の神経系の疾患	6,240	2.65
11	↓	10	肺炎	5,664	2.40
12	→	12	血管性及び詳細不明の認知症	5,439	2.31
13	↓	11	高血圧性疾患	5,322	2.26
14	→	14	糖尿病	5,141	2.18
15	↓	13	腎不全	5,075	2.15

費用額					
順位		前年順位	疾病分類項目	費用額 (円)	割合 (%)
1	→	1	骨折	13,797,390,760	10.05
2	→	2	その他の心疾患	10,379,326,660	7.56
3	→	3	脳梗塞	9,494,975,460	6.92
4	→	4	その他の悪性新生物<腫瘍>	6,664,361,630	4.85
5	→	5	その他の呼吸器系の疾患	6,331,421,110	4.61
6	→	6	アルツハイマー病	4,664,830,960	3.40
7	→	7	その他の消化器系の疾患	4,404,643,240	3.21
8	↑	26	症状徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	3,726,695,320	2.71
9	↓	8	その他の神経系の疾患	3,451,457,300	2.51
10	→	10	統合失調症, 統合失調型障害及び妄想性障害	3,314,683,400	2.41
11	→	11	腎不全	3,250,060,700	2.37
12	↓	9	肺炎	3,172,947,900	2.31
13	↓	12	脳内出血	2,659,159,230	1.94
14	↑	20	関節症	2,636,769,480	1.92
15	↑	16	糖尿病	2,590,167,820	1.89

## (2) 入院外

件		数			
順位		前年順位	疾病分類項目	件数 (件)	割合 (%)
1	→	1	高血圧性疾患	1,192,750	19.36
2	→	2	歯科疾病(う蝕含む)	847,406	13.75
3	→	3	脂質異常症	293,086	4.76
4	→	4	糖尿病	269,782	4.38
5	→	5	その他の眼及び付属器の疾患	239,444	3.89
6	→	6	脊髄障害(脊髄症を含む)	213,913	3.47
7	→	7	関節症	195,403	3.17
8	→	8	脳梗塞	176,618	2.87
9	→	9	その他の心疾患	162,669	2.64
10	→	10	屈折及び調節の障害	147,767	2.40
11	→	11	その他の消化器系の疾患	117,901	1.91
12	→	12	アルツハイマー病	112,512	1.83
13	→	13	骨の密度及び構造の障害	107,079	1.74
14	→	14	その他の神経系の疾患	102,393	1.66
15	→	15	その他の皮膚及び皮下組織の疾患	91,202	1.48

費		用 額			
順位		前年順位	疾病分類項目	費用額 (円)	割合 (%)
1	→	1	高血圧性疾患	12,040,700,590	13.15
2	→	2	歯科疾病(う蝕含む)	12,010,092,780	13.12
3	→	3	腎不全	5,940,691,100	6.49
4	→	4	糖尿病	5,314,280,080	5.80
5	→	5	その他の悪性新生物<腫瘍>	4,747,546,450	5.19
6	→	6	その他の眼及び付属器の疾患	3,237,184,210	3.54
7	→	7	脂質異常症	2,873,366,140	3.14
8	→	8	その他の心疾患	2,761,627,510	3.02
9	→	9	脊髄障害(脊髄症を含む)	2,199,029,290	2.40
10	→	10	脳梗塞	2,058,265,650	2.25
11	→	11	関節症	1,927,709,680	2.11
12	→	12	屈折及び調節の障害	1,912,714,120	2.09
13	→	13	気管, 気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	1,504,446,150	1.64
14	↑	17	症状徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	1,442,712,400	1.58
15	↓	14	その他の消化器系の疾患	1,397,726,730	1.53

## 第4次広域計画の策定について

### 1 広域計画について

広域計画は、地方自治法第291条の7の規定に基づき、広域連合及び県内の全市町村が相互に役割を担い、連携をしながら後期高齢者医療制度に関する事務を計画的に行うために策定するもの

### 2 広域計画策定の経過

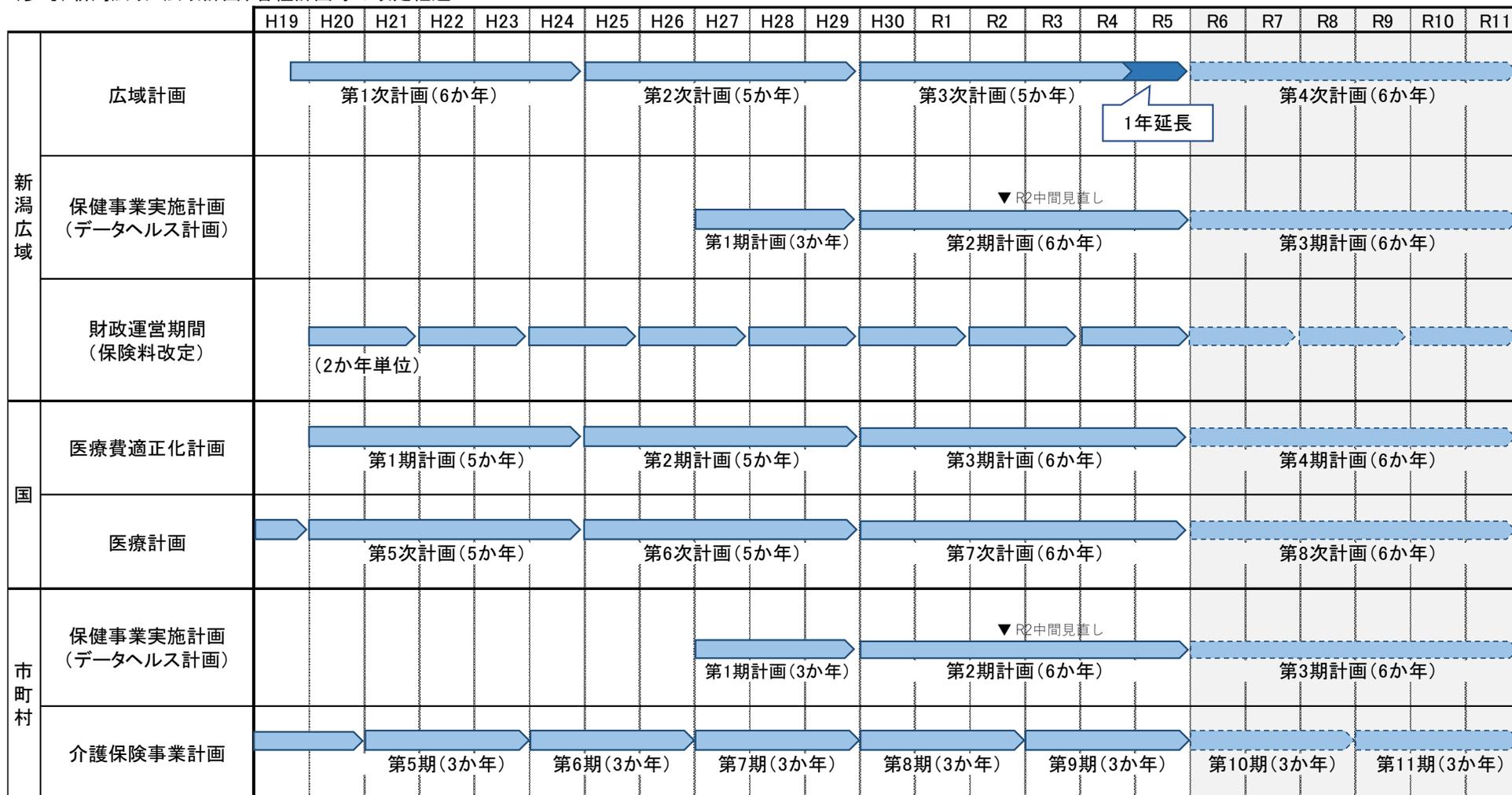
- ・第1次広域計画：平成19年11月～平成25年3月
- ・第2次広域計画：平成25年4月～平成30年3月
- ・第3次広域計画：平成30年4月～令和6年3月\*

※ 第3次計画は、令和5年4月一部改定により、統合的な取組が必要な国県の各種計画の計画期間等を勘案し、計画期間を1年延長し、その後も各種計画等との整合を図りながら見直しを行うこととした。

### 3 スケジュール

時期	内容
9月	第1回医療懇談会(9/28) 方向性を説明
11月～12月	第3回市町村担当課長会議 第2回医療懇談会 <b>素案</b> を説明し意見聴取 議員事業説明会
12月～1月	パブリックコメント実施
1月	パブリックコメントで提出された意見を考慮し最終案を調整
1～2月	第3回医療懇談会 <b>最終案</b> を説明 第4回市町村担当課長会議
2月	広域連合議会2月定例会に提案 議決後公表

(参考)新潟広域 広域計画、各種計画等の改定経過



※ R6年度以降の計画期間等は見込み

## 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

### 1 データヘルス計画について

データヘルス計画は、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が、健康診査等の結果やレセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って効果的かつ効率的な保健事業の実施するため、国が示す手引き等に基づいて作成する保健事業実施計画である。

### 2 計画の期間

第3期データヘルス計画 令和6年度～令和11年度（6年間）

データヘルス計画	H27	H28	H29	H30	H31	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11
第1期	計画期間3か年														
第2期				6か年											
						見直									
第3期										6か年					
												見直			

### 3 計画の評価

保健事業ごとの評価(毎年度末)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保健事業ごとに定めた「目標」「事業計画」に沿って、「ストラクチャー」「プロセス」「アウトプット」「アウトカム」ごとに評価を行い、その結果を公表します。</li> <li>※ストラクチャー（実施体制） / プロセス（実施過程） アウトプット（事業実施量） / アウトカム（成果）</li> </ul>
短期的な評価(毎年度末)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保健事業の評価を踏まえて、第3期データヘルス計画の体系図に定めた「短期的な目標」に沿って評価を行い、その結果を公表します。</li> </ul>
中間評価(令和8年度末)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・計画期間の3年度目に、保健事業の実施状況や成果・課題、短期的な評価などを踏まえて中間評価を行い、その結果を公表します。</li> <li>・中間評価の結果を踏まえて、必要に応じて計画期間後半(令和9年度から11年度)における事業内容の見直しや重点化、新たな課題への対応などを行います。</li> </ul>
中長期的な評価(令和11年度末)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保健事業の評価及び短期的な評価を踏まえて、第3期データヘルス計画の体系図に定めた「中長期的な目標」に沿って評価を行い、その結果を公表します。</li> </ul>
最終評価(令和11年度末)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・計画期間の6年度目に、保健事業の実施状況や成果・課題、短期的な評価、中長期的な評価などを踏まえて最終評価を行い、その結果を公表します。</li> <li>・最終評価の結果を踏まえて、第4期計画(令和12年度から)の策定を行います。</li> </ul>

#### 4 データヘルス計画様式(全国共通)について

国は、後期高齢者のデータヘルス計画の標準化を図るため、令和5年3月、データヘルス計画策定の手引きとともに、計画様式を定め、計画に使用するデータや評価指標についても全国統一のものを示した。(計画様式については資料4-2を参照)

国は、基本的にこの計画様式に記載することでデータヘルス計画が策定されるとし、今年度末または来年度早々に計画様式の提出を求めている。(R5.7.5 照会事項及びその回答 により通知)

様式名	記載項目
I 基本的事項	計画策定の趣旨、計画期間、関連する他の計画、実施体制、基本情報、現状の整理
II 健康医療情報等の分析	(項目ごと) 年次推移、全国平均との比較、構成市町村比較、アセスメント、それに対し広域連合がアプローチする課題と対策
III 計画全体	広域連合がアプローチする課題解決に係る取組の方向性、計画全体の目的(この計画によって目指す姿)、評価項目ごとの年次目標値、課題の解決に資する事業設計
IV 個別事業	(個別事業ごと) 目的、概要、アウトカム・アウトプットの評価指標・目標値、プロセス・ストラクチャーの概要・実施内容
V その他	計画の評価・見直し、公表・周知、個人情報の取扱い、地域包括ケアに係る取組、その他留意事項

#### 5 スケジュール

時期	内容
3月～6月	策定の手引きの公表(3/30) 策定に向けての研修会(5/23)
7月～8月	第2回市町村担当課長会議(7/27)・第1回保健事業担当者連絡会議(8/1) 第2期計画の評価見通しと健康課題、第3期計画の策定方向性等を説明
9月	第1回医療懇談会(9/28) 素案を説明し意見聴取
～10月	実績の中間評価
10月	国保連合会 保健事業支援・評価委員会(10/5)
11月～12月	第3回市町村担当課長会議・第2回保健事業担当者連絡会議 第2回医療懇談会 見直し案を説明し意見聴取 議員事業説明会
12月～1月	パブリックコメント実施
1月	パブリックコメントで提出された意見を考慮し最終案を調整
1～2月	第3回医療懇談会 最終案を説明 第4回市町村担当課長会議
3月	計画完成、公表

計画策定の趣旨	背景		
	目的		
計画期間		令和●年度～令和●年度	
関連する他の計画 関連事項・ 関連目標	都道府県健康増進計画	令和●年～令和●年	
	都道府県医療費適正化計画	令和●年～令和●年	
	介護保険事業支援計画	令和●年～令和●年	
	国保データヘルス計画	令和●年～令和●年	
実施体制 関係者連携	市町村との連携体制		
	関係者等		

(1) 基本情報

人口・被保険者		対象者に関する基本情報				(20●●年●月●日時点)	
		全体	%	男性	%	女性	%
人口(人)							
被保険者数(人)							
	65～69歳(人)						
	70～74歳(人)						
	75～79歳(人)						
	80～84歳(人)						
	85～89歳(人)						
	90歳以上(人)						

関係者等		計画の実効性を高めるための関係者等との連携	
		連携内容	
構成市町村			
都道府県			
国保連及び支援・評価委員会			
外部有識者			
保健医療関係者			
その他			

(2) 現状の整理

被保険者等の特性	被保険者数の推移	
	年齢別被保険者構成割合	
	その他	
前期計画等に係る評価	前期(第●期)に設定したDH計画全体の目標(設定していない場合は各事業の目標)	① ② ③
	目標の達成状況	① ② ③

※計画様式(I～V)は、東京大学「データヘルス計画標準化ツール®」を改変して作成。

## II 健康医療情報等の分析

※情報整理の際には、①全国平均との比較・②構成市町村比較・③経年変化の視点で整理することがポイント

項目		健康医療情報等の整理	アセスメント	データ出典	
被保険者構成の将来推計				図表○	
将来推計に伴う医療費見込み					
平均余命 平均自立期間（要介護2以上）等 死因別死亡割合					
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				
	健診・歯科健診の結果の状況 （健康状況）				
	質問票調査結果の状況 （生活習慣）				
	健康状態不明者の数				
医療関係の 分析	医療費				
	疾病分類別の医療費				
	後発医薬品の使用割合				
	重複投薬患者割合 多剤投薬患者割合				
介護関係の 分析	要介護認定率の状況				
	介護給付費				
	要介護認定有無別の有病率（疾病別） 要介護度別有病率（疾病別）				
	通いの場の展開状況 （箇所数・参加者数等）				
介護・医療のクロス分析					

### 広域連合がアプローチする課題

広域連合がアプローチする課題		優先する課題
A		
B		
C		
D		
E		
F		
G		

### ※課題抽出時と作成後にチェック

関連する他の計画を踏まえた 広域連合の取組	課題抽出時：① 関連する他の計画の関連事項や目標について確認	
	課題抽出時：② ①を踏まえ、後期のDH計画で取り組むことを確認	
	作成後：③ ②の取組について市町村や取組を実行していく上で連携が必要になる関係者等に共有したか確認	



後期データヘルス計画における取組の方向性

--

## II 健康医療情報等の分析

項目		健康医療情報等の整理	アセスメント	データ出典		
被保険者構成の将来推計				図表〇		
将来推計に伴う医療費見込み						
平均余命 平均自立期間（要介護2以上） 等 死因別死亡割合	全国平均との比較					
	構成市町村比較					
	経年変化					
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	全国平均との比較				
		構成市町村比較				
		経年変化				
	健診結果・歯科健診 結果の状況（健康状 況）	全国平均との比較				
		構成市町村比較				
		経年変化				
	質問票調査結果の状 況（生活習慣）	全国平均との比較				
		構成市町村比較				
		経年変化				
	健康状態不明者の数	全国平均との比較				
		構成市町村比較				
		経年変化				
医療関係 の分析	医療費	全国平均との比較				
		構成市町村比較				
		経年変化				
	疾病分類別の医療費	全国平均との比較				
		構成市町村比較				
		経年変化				
後発医薬品の使用割合						
重複投薬患者割合 多剤投薬患者割合						
介護関係 の分析	要介護認定率の状況	全国平均との比較				
		構成市町村比較				
		経年変化				
	介護給付費	全国平均との比較				
		構成市町村比較				
		経年変化				
	要介護度別有病率 （疾病別） 要介護認定有無別の 有病率（疾病別）	全国平均との比較				
		構成市町村比較				
		経年変化				
	通いの場の展開状況 （箇所数・参加者数 等）	全国平均との比較				
		構成市町村比較				
		経年変化				
介護・医療のクロス分析						

### 広域連合がアプローチする課題と対策

広域連合がアプローチする課題		優先する課題
A		
B		
C		
D		
E		

#### ※課題抽出時と作成後にチェック

関連する他の計画を踏まえた 広域連合の取組	課題抽出時：① 関連する他の計画の関連事項や目標について確認	
	課題抽出時：② ①を踏まえ、後期のDH計画で取り組むことを確認	
	作成後：③ ②の取組について市町村や取組を実行していく上で連携が必要になる関係者等に共有したか確認	

#### 後期データヘルス計画における取組の方向性

--

	広域連合がアプローチする課題	優先する課題	課題解決に係る取組の方向性	対応する保健事業番号
A				
B				
C				
D				
E				

必要に応じて課題を列挙

課題の解決に資する事業設計

目的・目標		抽出した課題に対して、この計画によって目指す姿（目的）と目標・評価項目																							
計画全体の目的 (この計画によって目指す姿)																									
目標	評価項目（共通評価指標）	計画策定時実績※1						目標値※2																	
		2022 (R4)			2024 (R6)			2025 (R7)			2026 (R8)			2027 (R9)			2028 (R10)			2029 (R11)					
		割合	分子	分母	割合	分子	分母	割合	分子	分母	割合	分子	分母	割合	分子	分母	割合	分子	分母	割合	分子	分母			
	アウトプット	健診受診率	%			%			%			%			%			%			%				
		歯科健診実施市町村数・割合	%			%			%			%			%			%			%				
		履修票を活用したハイリスク者把握に基づく保健事業を実施している市町村数・割合	%			%			%			%			%			%			%				
一体的実施の推進 実施市町村数の増加	アウトプット	低栄養	%			%			%			%			%			%			%				
		口腔	%			%			%			%			%			%			%				
		服薬（重複・多剤）	%			%			%			%			%			%			%				
		重症化予防（糖尿病性腎症）	%			%			%			%			%			%			%				
		重症化予防（その他身体的フレイルを含む）	%			%			%			%			%			%			%				
		健康状態不明者	%			%			%			%			%			%			%				
一体的実施の推進 ハイリスク者割合の減少	アウトカム	低栄養	%			%			%			%			%			%			%				
		口腔	%			%			%			%			%			%			%				
		服薬（多剤）	%			%			%			%			%			%			%				
		服薬（睡眠薬）	%			%			%			%			%			%			%				
		身体的フレイル（ロコモ含む）	%			%			%			%			%			%			%				
		重症化予防（コントロール不良者）	%			%			%			%			%			%			%				
		重症化予防（糖尿病等治療中断者）	%			%			%			%			%			%			%				
		重症化予防（基礎疾患保有＋フレイル）	%			%			%			%			%			%			%				
		重症化予防（腎機能不良未受診者）	%			%			%			%			%			%			%				
		健康状態不明者	%			%			%			%			%			%			%				
平均自立期間（要介護2以上）																									
...		...																							
...		...																							

※1 実績年度が異なる場合には、欄外等に注釈を記載。 ※2 目標値を記載する際には、分母・分子は記載不要。

個別事業及び計画期間における進捗管理

事業番号	事業分類	事業名	直営委託混合	重点・優先	実施年度（市町村数）					
					2024 (R6)	2025 (R7)	2026 (R8)	2027 (R9)	2028 (R10)	2029 (R11)
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										

事業● ●●事業

事業の目的	
-------	--

事業の概要	
-------	--

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時 実績	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 評価指標	1			%	%	%	%	%	%	%
	2									
	3									
	4									
	5									

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時 実績	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 評価指標	1									
	2									
	3									
	4									
	5									

プロセス (方法)	概要	
	実施内容	
	実施後のフォロー・モニタリング	
	備考	

ストラクチャー (体制)	概要	
	実施内容	
	実施後のフォロー・モニタリング	
	備考	

V その他

データヘルス計画 の評価・見直し	
データヘルス計画 の公表・周知	
個人情報の取扱い	
地域包括ケアに係 る取組	
その他留意事項	

R5.9.19 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	63
(7) 介護関係の分析	66
(8) 介護・医療のクロス分析	69
2 健康・医療情報等の分析に基づく健康課題の抽出	70

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（継続）	74
	(2) 〈健康診査〉歯科健康診査事業（継続）	75
	(3) 〈健康診査〉在宅要介護者歯科保健事業（継続）	76
	(4) 〈一体的実施〉低栄養	77
	(5) 〈一体的実施〉口腔	78
	(6) 〈一体的実施〉投薬（重複・多剤）	79
	(7) 〈一体的実施〉重症化予防（糖尿病性腎症）	80
	(8) 〈一体的実施〉重症化予防（コントロール不良者）	81
	(9) 〈一体的実施〉健康状態不明者	82
	(10) 〈一体的実施〉身体的フレイル	83
	(11) 〈その他〉重複・頻回受診者訪問相談事業（継続）	84
	(12) 〈その他〉在宅訪問栄養食事相談事業（継続）	85
	(13) 〈その他〉服薬相談事業（継続）	86
2	目標達成に向けた取組	87
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											
						見直し									
第3期計画										計画期間 6か年					
												見直し			

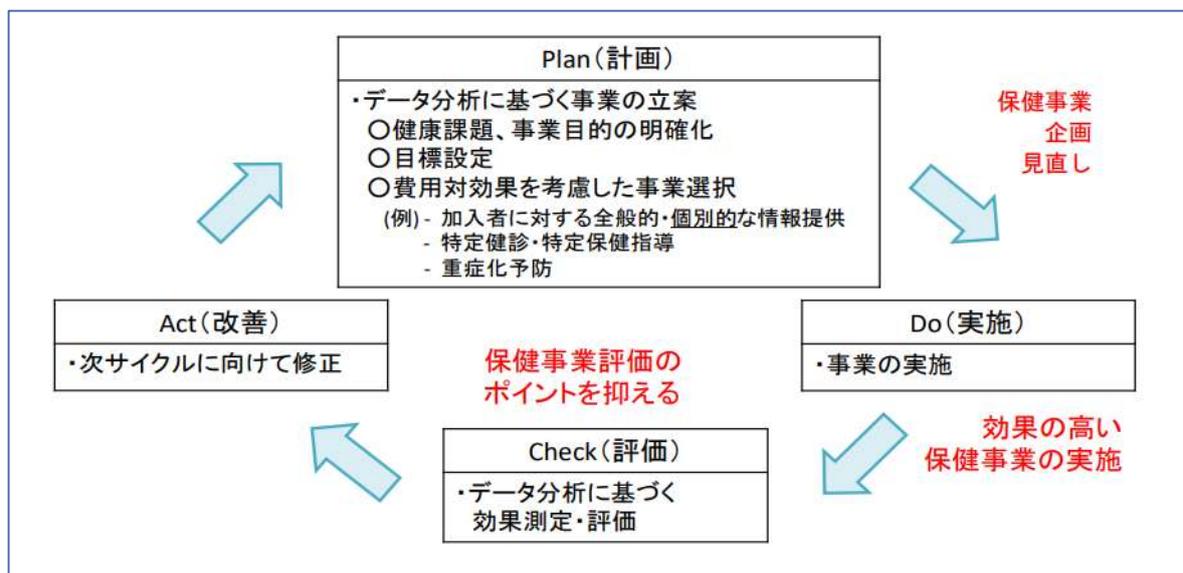
## 3 関連する他の計画

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

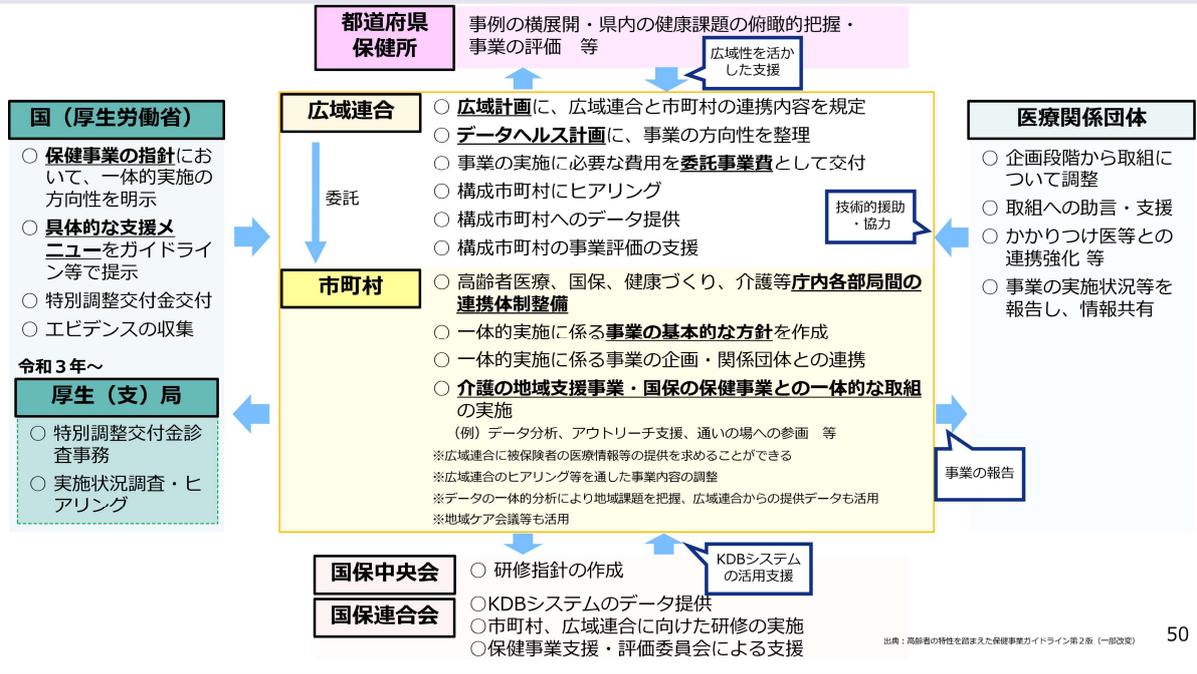
## 6 高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施

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。

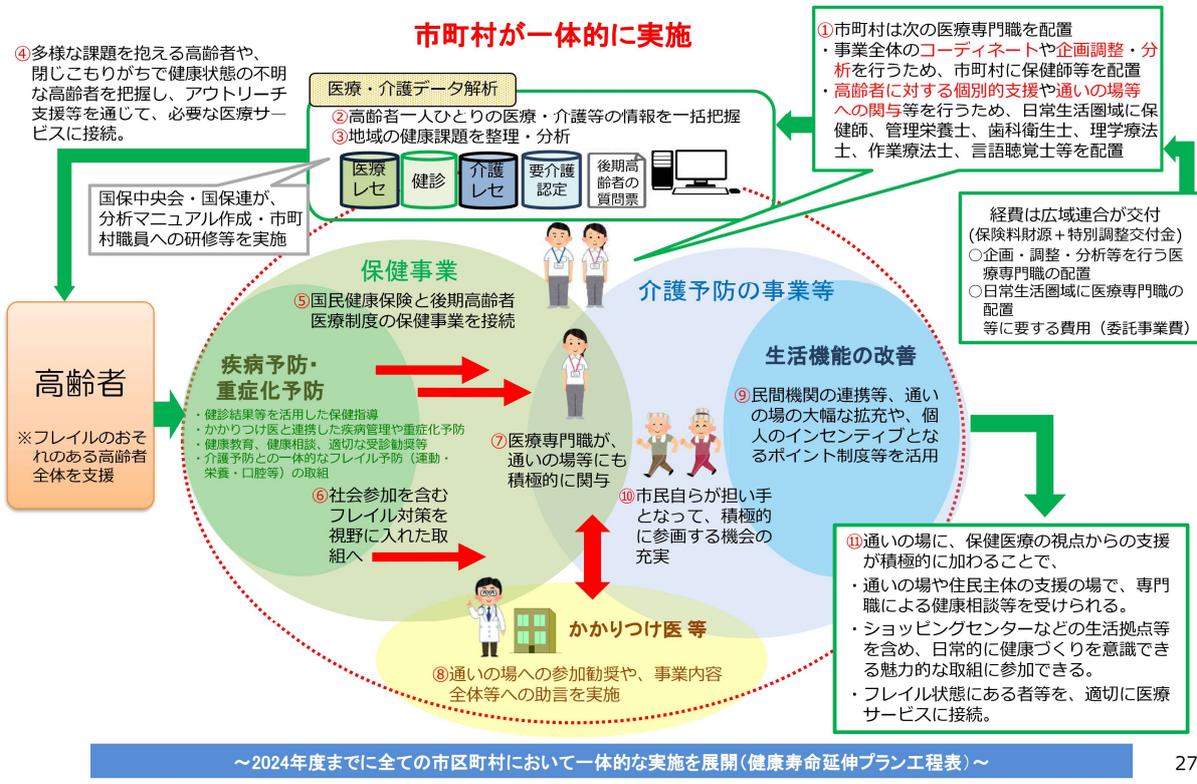
## 一体的実施の推進に向けた体制整備

- 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。



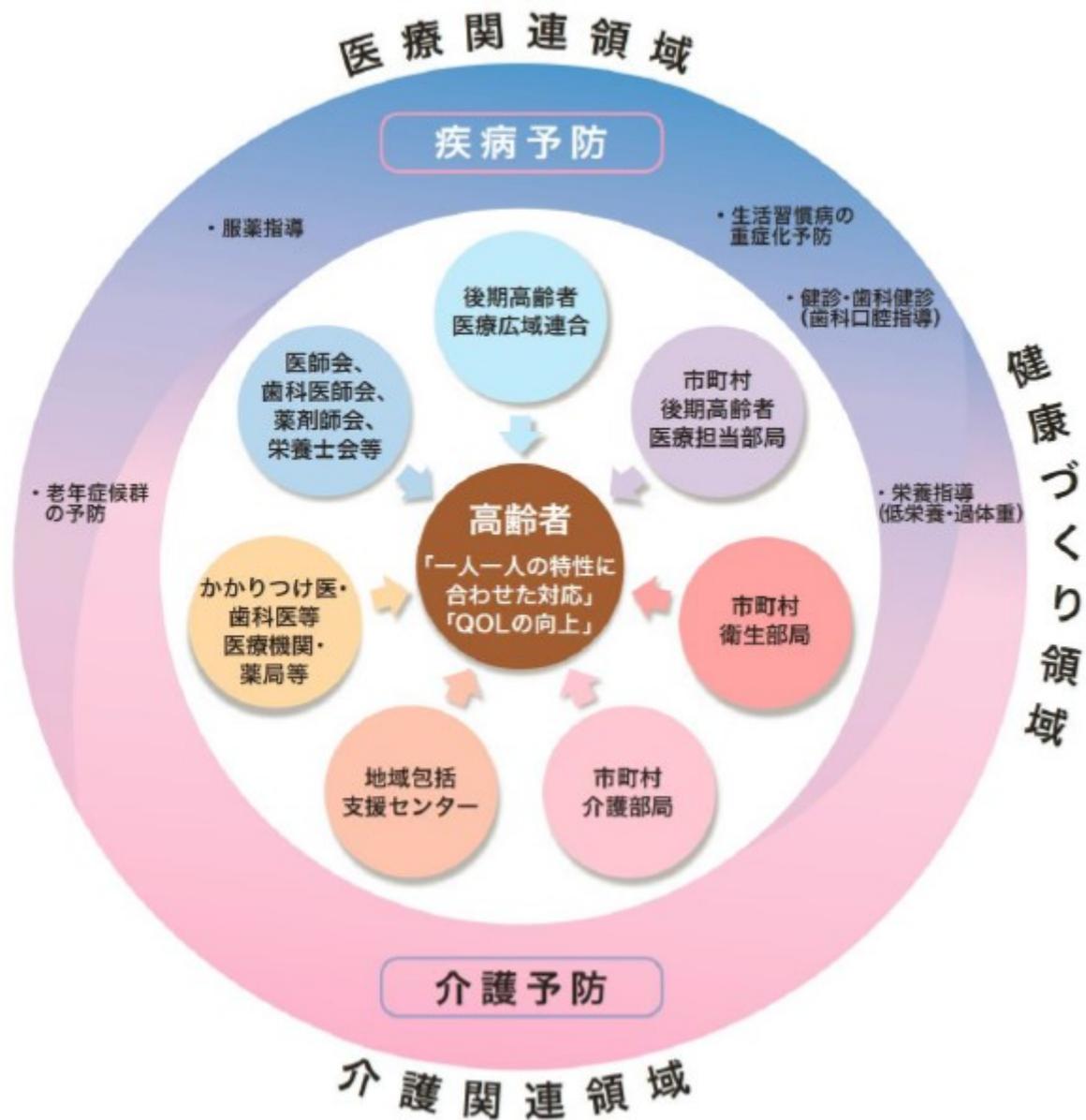
出典：高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第2版（一部改定）

## 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



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。

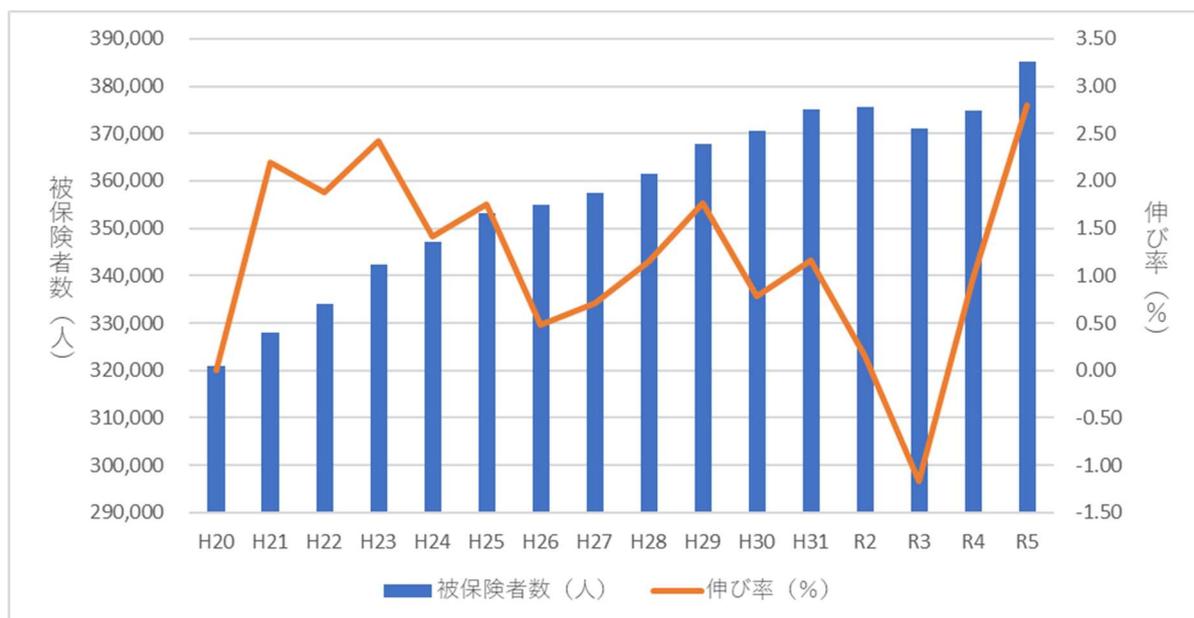
### 新潟県全体の被保険者数の推移

	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



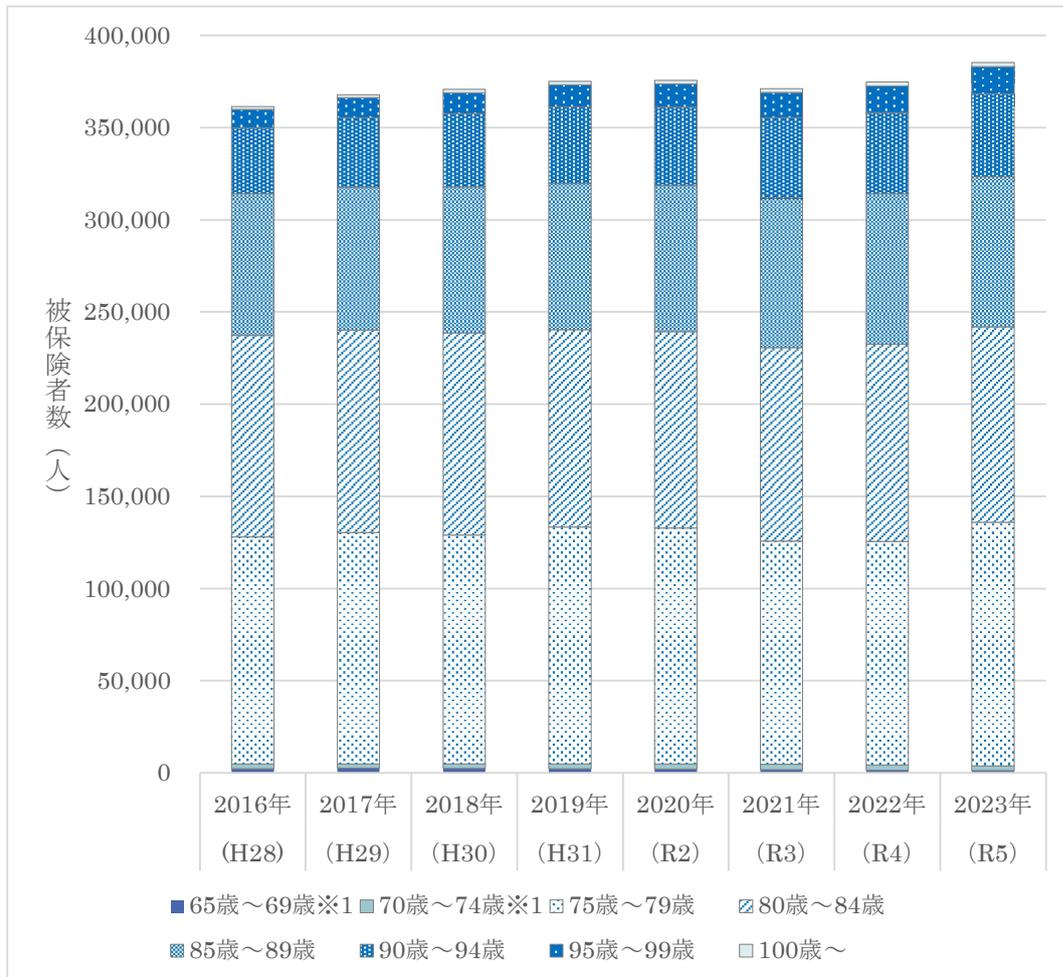
出典：毎月事業状況報告書（事業月報） 各年4月1日現在

## 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
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歳以上から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（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（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	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%

出典：高齢者の現況（新潟県）

「高齢者夫婦世帯」とは、夫婦とも65歳以上の者をいう。

### 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。

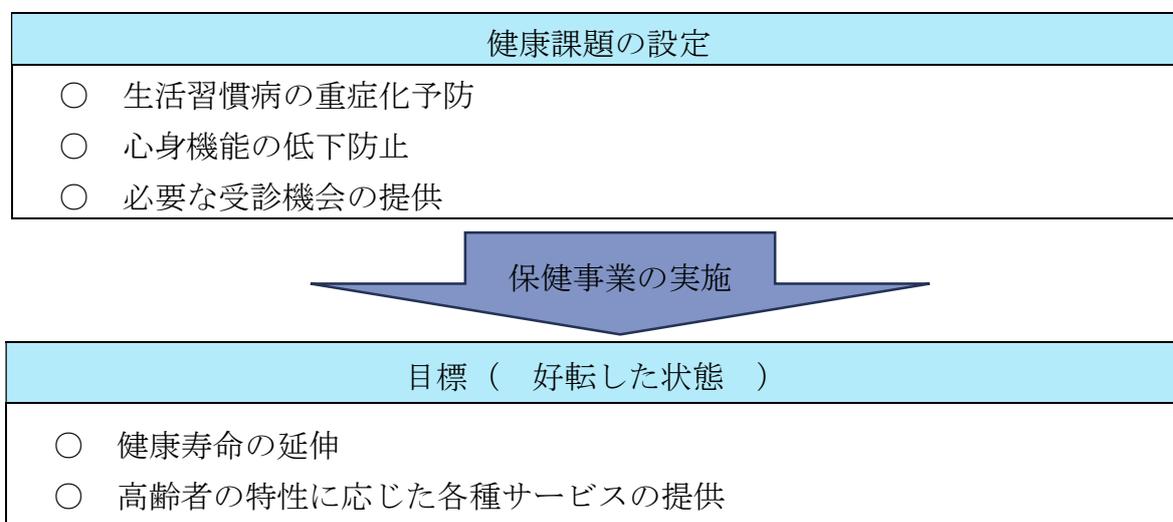
保健事業評価の視点

評価の構造	評価の視点・内容
ストラクチャー 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>
プロセス 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>
アウトプット 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>
アウトカム 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。

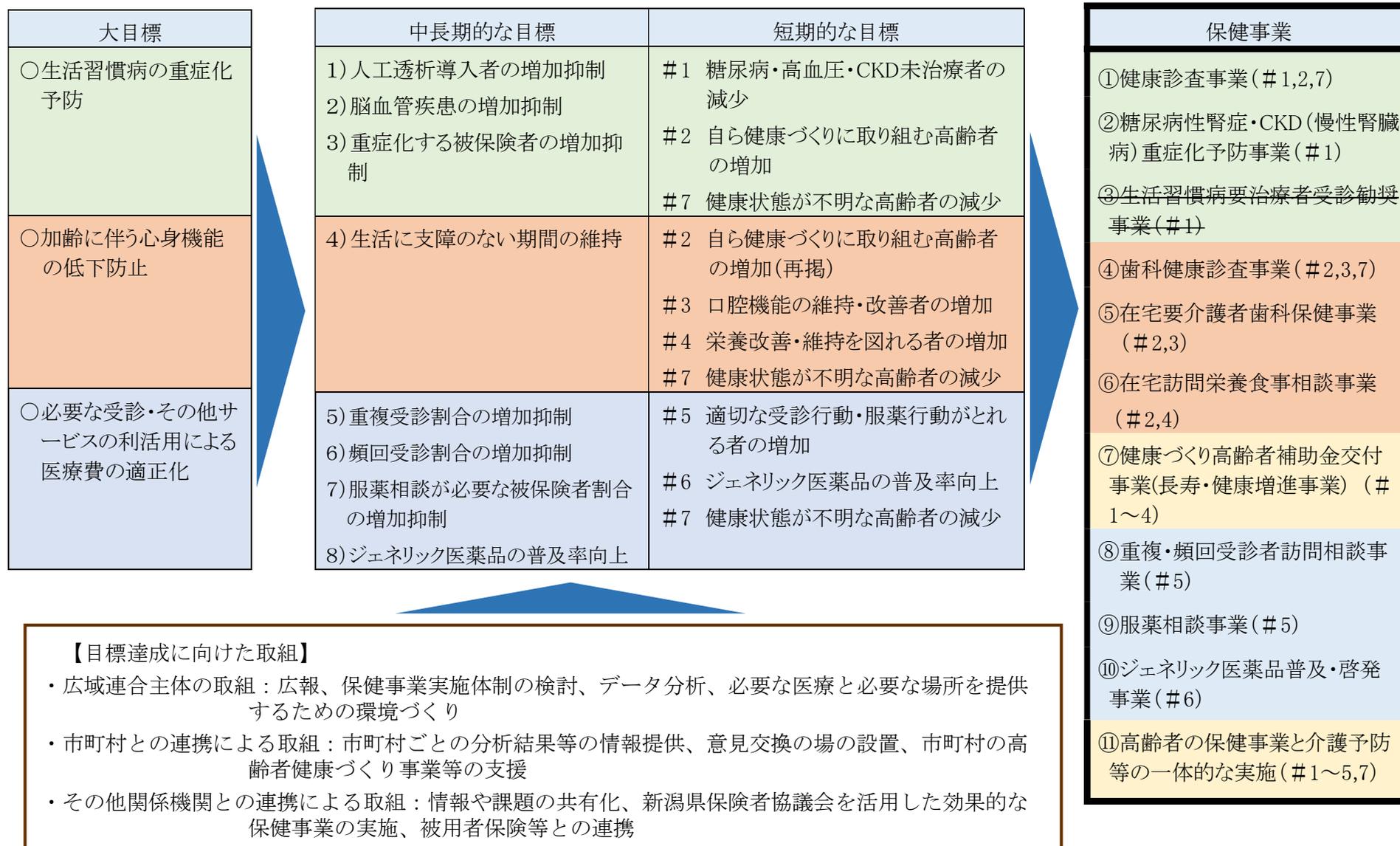
### 【第2期データヘルス計画（中間見直し後）の健康課題と目標】

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、適正な受診を促す必要があります。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必要があります。</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）	ストラクチャー 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 （アウトプット 事業実施量）	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ついた割合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(追加)

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%  コロナにより、 受診者の減少	【実績】 24.4%  コロナ2年目であるが、 若干の伸びあり	【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%  【計画変更後の実績】 46.3%	【実績】 45.8%	【実績】 48.4%	【実績】 43.0%	【実績】	
					<p align="center"><b>【5段階評価】</b></p> <p align="center">(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：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/ どういう体制で）	ストラクチャー 評価指標	・実施市町村との結果共有の体制作り ・医師会との連携 ・新潟県糖尿病対策推進会議との連携	なし	評 価	—	【計画】 実施	
	目標値	関係機関との連携体制の構築	なし			【実績】 実施	
（実施過程/ どのよう プロセス）	評価指標	事業の進捗	・市町村同士の情報交換の場の提供 ・健康診査実施結果データ等の提供		—	【計画】 未実施市町村での事業実施方法の検討・支援	
	目標値	事業の推進	なし				【実績】 効果的な取組の検討 【計画変更後の実績】 実施
（事業実施量/ どれだけやっ て）	アウトプット 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）	アウトカム 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>・コロナ禍による医療機関への受診控え等により、未受診者割合の減少は目標値には及ばず、増加傾向となった。</li> </ul>
【実績】 —  【計画変更後の実績】 54.5%	【実績】 54.0%	【実績】 63.3%	【実績】 (10月頃確定)	【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  
 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/どのよう体制で)	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)	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/どれだけやっ)	評価指標	歯科健康診査実施市町村数	1)歯科健康診査実施市町村数 2)歯科健康診査の受診率			1)11市町村 【計画変更後の現状】 1)11市町村 2)11.6%	【計画】 前年度比増加
	目標値	歯科健康診査実施市町村数の増加	1)前年度比増加 2)前年度比増加				【実績】 1)15市町村 【計画変更後の実績】 1)15市町村 2)14.6%
(成果/その結果どうなっ)	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%

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ついた割合を分析し、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。  <指標の変更理由> ・口腔機能の維持・改善者の増加のためには健診を実施する市町村数を増やすと共に健診受診率を上げることが重要のため、追加した。
【実績】 1)18市町村  【計画変更後の実績】 1)18市町村 2)13.0%	【実績】 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。  <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)  4
【実績】 95.4%	【実績】 95.4%	【実績】 95.3%	【実績】 93.4%	【実績】	

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 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	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		【実績】 実施
(事業実 施量/ど れだけや って)	評価指標	訪問歯科健康診査の受診者数	なし	79人	【計画】 前年度比増加
	目標値	訪問歯科健康診査受診者数の 増加	なし		【実績】 101人
(成果/ その結 果どう なっ たか)	評価指標	訪問歯科健診結果が要治療 で、訪問歯科健診受診月の翌 月以降に歯科レセプトのある 人の割合	なし	77.2%	【計画】 77.5%
	目標値	要治療で医療に結びついた割 合 80.0%	なし		【実績】 80.0%

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。 ・介護度3～5の認定通知とともに在宅要介護者歯科保健事業の案内文を送付し、必要な人に情報が行き届くようにした。
【実績】 実施	【実績】 実施	【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 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：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ヶ月間に3回訪問、手紙・電話による支援1回、6ヶ月後にフォローアップ訪問)

		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)	—	—	【計画】 50.0%
	目標値	訪問相談実施者の心身機能の維持・向上50.0%	1)維持・増加 2)維持・増加			【実績】 81.0% 【計画変更後の実績】 1)62.5% 2)89.2%
(成果/その結果どうなったか)	評価指標	訪問相談実施者の日常生活チェック項目が改善した割合	1)相談実施者のBMI値が維持・改善した割合(相談1回目と相談3回目のBMIを比較して、維持・改善者/実施者)  2)相談実施者の日常生活チェック項目が改善した割合(アセスメント表「体によい変化があらわれた」「気持ちによい変化があらわれた」と回答した者/実施者)	—	—	【計画】 70.0%
	目標値	訪問相談実施者の生活改善率80.0%	1)80.0% 2)80.0%			【実績】 65.5% 【計画変更後の実績】 1)81.0% 2)65.5%

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

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

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 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>
【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、療養上の日常の軽減や医療費の適正化を図る。  
 対象者 【重複受診】3ヶ月連続して、同月中に同一疾病で2医療機関以上受診している者  
 【頻回受診】3ヶ月連続して、同月中に同一医療機関を12回以上受診している者(人工透析患者は除く)  
 事業内容 民間業者への業務委託により実施する。  
 ・専門職(保健師・看護師等)による、対象者の居宅での訪問健康相談の実施  
 ・適正な受診やかかりつけ医、かかりつけ薬局を持つことに関する意識啓発

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

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

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]24.8% [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]19.0% [頻回]19.6%	【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]8,353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><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>

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ヶ月連続して同月中に2医療機関以上受診しており、重複投薬や併用禁忌薬剤処方状況が疑わ  
 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/ どういう体制で）	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ヶ月間のレセプトにより、対象者に該当しなくなった者の割合	1)訪問相談申請率 (訪問相談申請者数/申請勧奨者数)  2)訪問相談実施率 (訪問相談実施者数/訪問相談申請者数)	—	【計画】 50.0%
	目標値	相談実施者の受診行動改善率50.0%	1)維持・増加 2)維持・増加		【実績】 62.5%  【計画変更後の実績】 1)6.9% 2)65.3%
（成果/ その結果 どうな ったか）	評価指標	相談実施者で、相談実施月の翌月から3ヶ月間のレセプトにより、対象者に該当しなくなった者の一人当たりの1ヶ月平均の医療費削減額	1)相談実施者で、相談実施月の翌月から3ヶ月のレセプトにより、対象に該当しなくなった者の割合  2)相談実施者で、相談実施月の翌月から3ヶ月のレセプトにより、対象に該当しなくなった者の一人当たりの医科(投薬のみ)・調剤医療費の削減効果(1ヶ月平均)	—	【計画】 医療費の削減
	目標値	相談実施者の行動変容による医療費の削減	1)50.0% 2)削減		【実績】 削減効果 3,287円  【計画変更後の実績】 1)62.5% 2)3,287円

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> <li>&lt;指標の変更理由&gt;</li> <li>・スタート時のアウトプット指標は成果のため、アウトカム指標とし、中間評価はアウトカムに記載した。</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%  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	<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>・訪問により多剤投薬や、重複投薬が改善されたほか、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> <li>&lt;指標の変更理由&gt;</li> <li>・スタート時のアウトプット指標をアウトカム指標とし、アウトカムの指標を2つとした。</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/ストラクチャー/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/プロセス/どのように)	評価指標	各種事業の実施	・広報誌等による啓発の実施 ・ジェネリック医薬品希望カードの配布 ・ジェネリック医薬品差額通知	実施	【計画】 実施
	目標値	取組の推進	なし		【実績】 実施 【計画変更後の実績】 実施
(事業実施量/どれだけやって)	評価指標	ジェネリック医薬品の普及率	ジェネリック医薬品差額通知者の切替率(切替者数/通知者数)(発送ごとの切替率)	65.2%  【計画変更後の現状】 1回目 16.0% 2回目 23.4%	【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)	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。 ・国が示す数量ベースでの普及率も令和4年度目標値の80.0%を上回る81.9%と、年々増加傾向にある。
【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 31.9% (8ヶ月分) 2回目 15.6% (4ヶ月分)	【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 1,098,178千円 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 151,170千円 (8ヶ月分) 2回目 30,780千円 (4ヶ月分)	【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  
 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  
 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  
 対象者 ーすべての被保険者  
 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）	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）	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）	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）	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%	63.3%	(10月頃 確定)	50%以下	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、目標値には及ばず、令和3年度は過去最も高い数値となった。	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 (健康診査受診者／被保険者数－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>											
歯科健診受診率	11.6%	13.3%	14.6%	13.0%	14.7%	12.0%	13.1%	前年度比 増加	歯科健診を実施する市町村の増加に伴い、健診受診率も増加している。	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 (歯科受診月の翌月以降に歯科健診レセプトがある者／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る。 今後も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。	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。	3	

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。	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	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。		
<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>											
訪問相談により重複の対象者に該当しなくなった割合 (訪問相談実施者で実施月の翌月から3ヶ月間のレセプトにより対象に該当しなくなった者/訪問相談実施者)	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
訪問相談により頻回の対象者に該当しなくなった割合 (訪問相談実施者で実施月の翌月から3ヶ月間のレセプトにより対象に該当しなくなった者/訪問相談実施者)	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ヶ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		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が約半数であった。また、訪問により多剤投薬や、重複投薬が改善されたほか、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。	
<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 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 31.9% (8ヶ月分) 2回目 15.6% (4ヶ月分)	20.0%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	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も必要である。	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% 2,633 /361,434	0.73% 2,667 /367,803	0.74% 2,744 /370,667	0.74% 2,776 /374,991	0.73% 2,754 /375,558	0.75% 2,764 /371,165	(10月頃確定)	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
<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)による入院者の割合 (脳梗塞による入院数/広域連合統計各年4月1日現在被保険者数)	4.66% 16,836 /361,434	4.65% 17,089 /367,803	4.57% 16,921 /370,667	4.60% 17,262 /374,991	4.34% 16,391 /375,558	4.30% 15,971 /371,165	(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
脳血管疾患による死亡率(人口10万対)	126.5 (国)87.4	128.1 88.2	131.8 87.1	130.6 86.1	124.2 83.5	126.1 85.2	(10月頃確定)	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。	
<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者の割合 (大分類名)(受診者数/広域連合統計各年4月1日現在被保険者数)	10.174% 36,771 /361,434	10.956% 40,296 /367,803	11.754% 43,567 /370,667	12.633% 47,371 /374,991	13.042% 48,979 /375,558	13.756% 51,057 /371,165	(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。 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。	2
重症化した脳梗塞で受診した者の割合 (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% 3,336 /361,434	1.040% 3,825 /367,803	1.052% 3,900 /370,667	1.170% 4,388 /374,991	1.184% 4,445 /375,558	1.243% 4,614 /371,165	(12月頃確定)	維持・減少		
重症化した脳内出血で受診した者の割合 (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% 834 /361,434	0.260% 955 /367,803	0.277% 1,025 /370,667	0.290% 1,088 /374,991	0.301% 1,130 /375,558	0.290% 1,077 /371,165	(12月頃確定)	維持・減少		
重症化した腎不全で受診した者の割合 (中分類名:腎不全)(腎不全の受診者数/広域連合統計各年4月1日現在被保険者数)	0.247% 891 /361,434	0.281% 1,033 /367,803	0.347% 1,285 /370,667	0.382% 1,434 /374,991	0.414% 1,554 /375,558	0.419% 1,554 /371,165	(12月頃確定)	維持・減少		

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% 903 /360,515	0.24% 880 /366,790	0.21% 783 /369,679	0.20% 743 /373,817	0.20% 744 /375,277	0.16% 582 /371,444	0.15% 546 /373,100	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
<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 (頻回診者数/広域連合統計各年3月1日現在被保険者数)	0.37% 1,341 /360,515	0.29% 1,079 /366,790	0.23% 846 /369,679	0.28% 1,040 /373,817	0.27% 1,014 /375,277	0.17% 627 /371,444	0.17% 633 /373,100	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
<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% 1,178 /109,958	0.99% 1,108 /112,242	0.87% 994 /114,730	0.68% 794 /116,096	0.72% 832 /115,796	0.74% 877 /118,449	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
<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、令和2年度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多い。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共に、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%          ・被保険者数: H28 364,503人⇒R4 380,643人          ・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 762,174          ≪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 19.4%(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≫          ・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          全国 H28 87.4人⇒R3 85.2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 0.923%⇒R3 1.243% 脳内出血 H28 0.231%⇒R3 0.290%          腎不全 H28 0.247%⇒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ことが必要である。</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ことが必要である。</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つけることができている。今後も市町村数を増やすと共に、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 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76.7% 全国73.6%          「口腔機能リスク」あり 新潟 R2 32.8%⇒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</p>

評価	参考データ
<p>＜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＞</p>	
<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>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・重複受診者の割合： H28 0.25%⇒R4 0.15%</li> <li>・頻回受診者の割合： H28 0.37%⇒R4 0.17% &lt;&lt;レセプトより&gt;&gt;</li> <li>・重複投薬や併用禁忌薬剤処方が疑われる者の割合： H29 1.07%⇒R4 0.74% (実施地域の市町村)</li> <li>・ジェネリック医薬品の普及率： H28 65.2%⇒R4 81.9% &lt;&lt;国保総合システム&gt;&gt;</li> </ul>



### 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

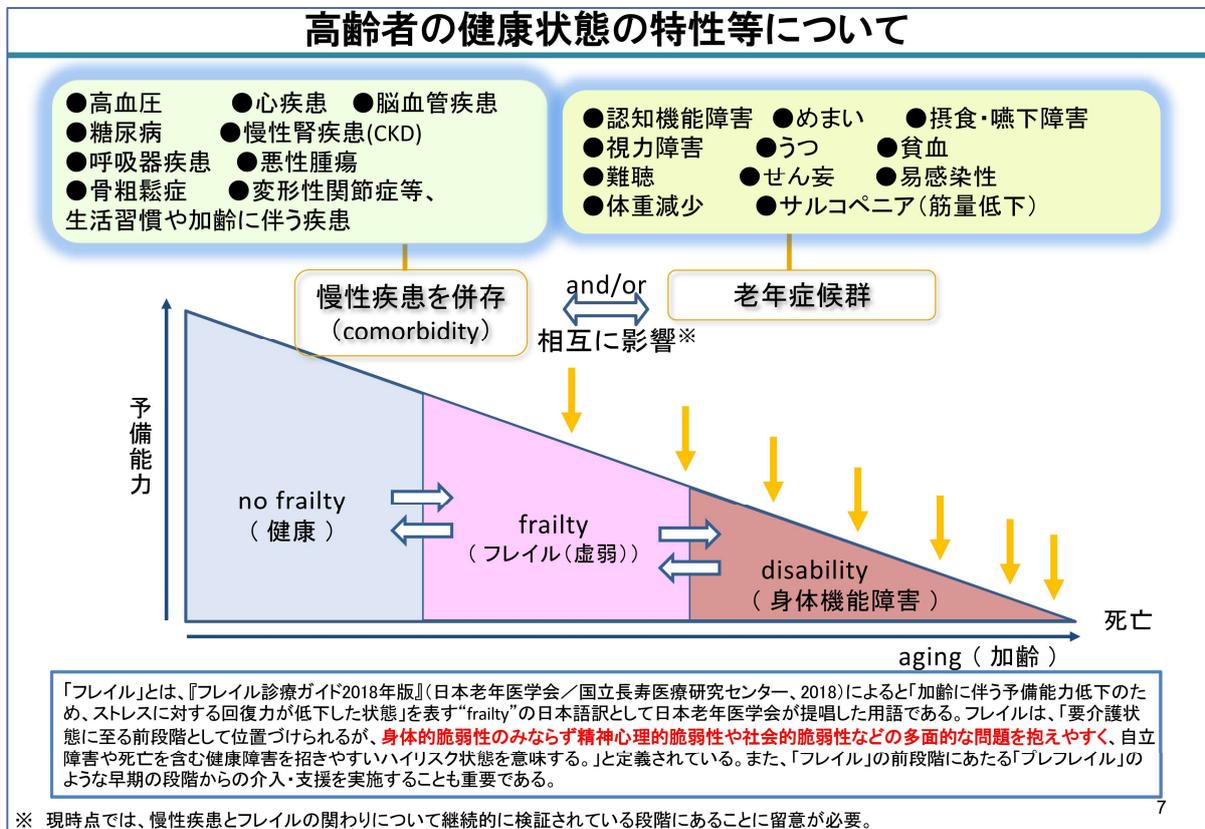
# 1 健康・医療情報の分析

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、後期高齢者については、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反応リスクが高まり、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による重症化予防の取組、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）

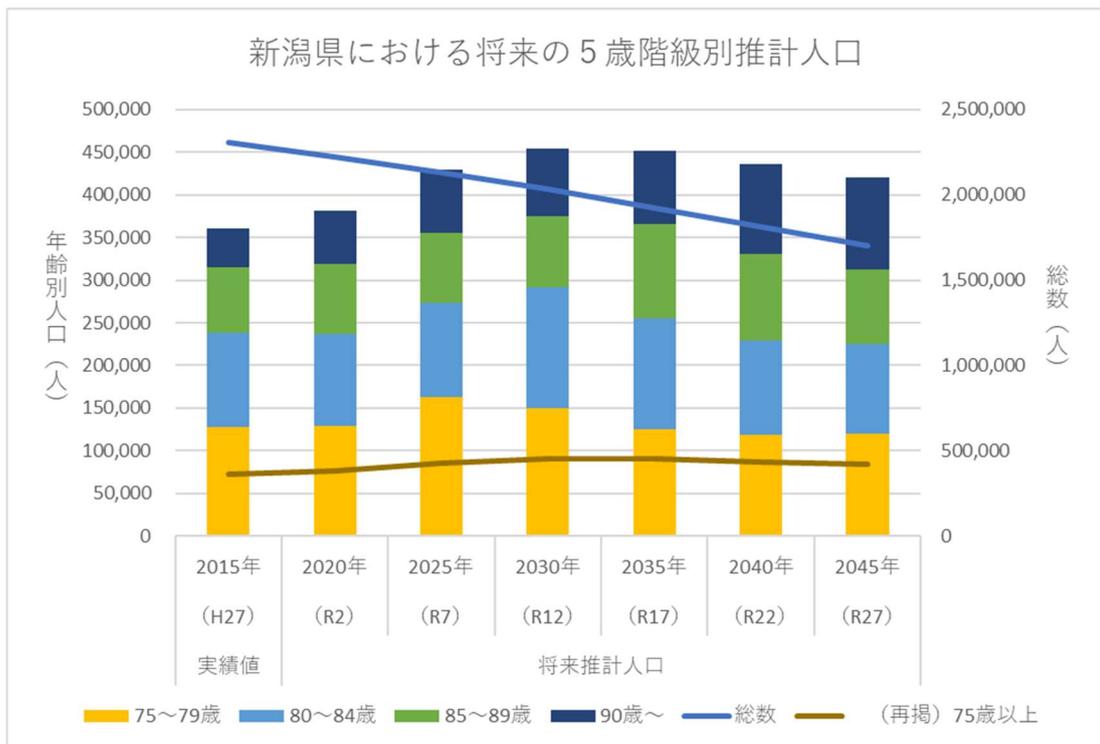
## (1) 被保険者構成の将来推計

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	*1	5.7	*1	84.2%
	一般病院病床数	765.6		706		108.4%
	一般診療所数	77.1		83.1		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		82.5		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	*3	947,672	*3	80.4%
	入院	364,575		458,824		79.5%
	入院外	209,929		274,459		76.5%
	歯科	32,352		37,677		85.9%
	調剤	132,127		144,444		91.5%
受診率 (100人当たり件数)	入院	62.23	*4	73.21	*4	85.0%
	入院外	1,396.70		1,523.98		91.6%
	歯科	224.13		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（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）

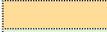
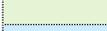
【市町村別医療費の状況（各年度末時点）】

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、P49「医療費の推移」、「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



### (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」

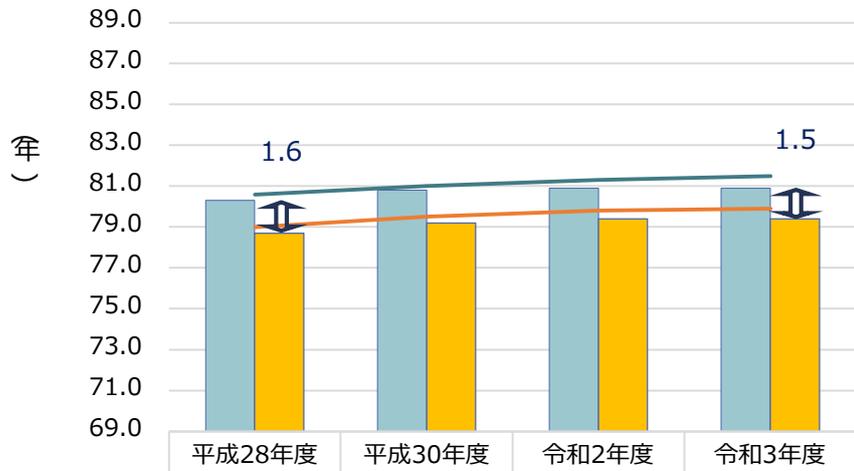
※ 「平均自立期間」とは、日常生活動作が自立している期間の平均

(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)

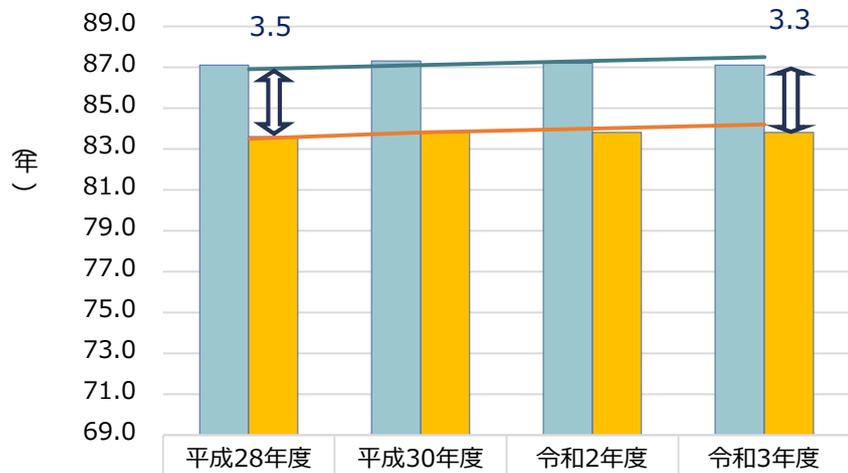
平成28年度から 令和3年度の増加分	男性	女性
平均自立期間	+0.7	+0.2
平均余命	+0.6	±0.0

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3年度の全国死亡順位が3位と年々順位をあげています。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3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3年度の全国死亡順位は28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)・都道府県順位

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

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

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

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）

※対象者：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

○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））による人工透析者数は年々増加傾向にあり、人工透析が必要になった原因は、糖尿病性腎症や腎硬化症など、生活習慣が関与しているものが約60%を占めるとされています。また、腎機能低下のリスクは加齢に伴い高まるといわれています。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。

健診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
健診対象者	人数	369,218	372,476	377,394	378,817	375,078	379,518	390,937
健診受診者 (分母：健診対象者)	人数	79,323	83,784	86,209	89,163	73,655	81,927	90,643
	割合	21.48%	22.49%	22.84%	23.54%	19.64%	21.59%	23.19%
医療未受診者 (分母：健診受診者)	人数	1,285	1,296	1,328	1,361	1,123	1,291	1,435
	割合	1.62%	1.55%	1.54%	1.53%	1.52%	1.58%	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	926
	割合	62.57%	61.27%	62.80%	63.12%	63.40%	64.21%	64.53%
医療受診者 (分母：健診受診者)	人数	78,038	82,488	84,881	87,802	72,532	80,636	89,208
	割合	98.38%	98.45%	98.46%	98.47%	98.48%	98.42%	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	85,313
	割合	95.22%	95.38%	95.37%	95.40%	95.69%	95.68%	95.63%
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	52,655
	割合	61.44%	62.07%	59.95%	60.40%	62.49%	62.45%	61.72%
健診も医療も受診してい ない者 (分母：健診対象者) 【健康状態不明者】	人数	16,558	17,979	17,543	17,642	19,445	21,007	21,079
	割合	4.48%	4.83%	4.65%	4.66%	5.18%	5.54%	5.39%

↑ 不確定

出典：KDBシステム「後期高齢者の健診状況」

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

出典：KDBシステム「健康スコアリング」

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	(R3-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	2.0	
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	66.1	6.0
	リスク高	45.5	44.7	45.1	57.8	12.3

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

健診受診者のうち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の割合	新潟県		県比較
	H29	R3	(R3-H28)
	4.21	4.94	0.73

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ついています。

歯科健康診査の結果の状況

(単位:%)

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	新潟県		県比較
	H28	R3	(R3-H28)
	93.6	95.3	1.7

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）

## 後期高齢者の健診状況（令和3年度）

（単位：人）

市町村名	健診対象者	健診受診者(B)	受診率	(B)のうち医療未受診者(C)		(C)のうち受診勧奨判定値者			(C)のうち重症度の高いレベルの者		
	A	B	B/A	C	C/B	D	D/B	D/C	E	E/B	E/C
新潟市	120,455	31,475	26.1%	237	0.75%	149	0.47%	62.87%	32	0.10%	13.50%
長岡市	43,266	11,482	26.5%	149	1.30%	92	0.80%	61.74%	24	0.21%	16.11%
三条市	16,486	2,459	14.9%	66	2.68%	45	1.83%	68.18%	9	0.37%	13.64%
柏崎市	14,644	2,712	18.5%	56	2.06%	37	1.36%	66.07%	11	0.41%	19.64%
新発田市	15,933	3,829	24.0%	76	1.98%	54	1.41%	71.05%	18	0.47%	23.68%
小千谷市	6,406	1,304	20.4%	39	2.99%	30	2.30%	76.92%	6	0.46%	15.38%
加茂市	5,154	1,023	19.8%	17	1.66%	14	1.37%	82.35%	4	0.39%	23.53%
十日町市	10,978	1,771	16.1%	52	2.94%	36	2.03%	69.23%	10	0.56%	19.23%
見附市	7,012	1,721	24.5%	60	3.49%	46	2.67%	76.67%	10	0.58%	16.67%
村上市	12,463	2,347	18.8%	59	2.51%	36	1.53%	61.02%	13	0.55%	22.03%
燕市	12,923	1,589	12.3%	38	2.39%	31	1.95%	81.58%	16	1.01%	42.11%
糸魚川市	9,420	1,232	13.1%	42	3.41%	27	2.19%	64.29%	4	0.32%	9.52%
妙高市	6,210	1,319	21.2%	39	2.96%	24	1.82%	61.54%	6	0.45%	15.38%
五泉市	9,254	1,359	14.7%	21	1.55%	13	0.96%	61.90%	3	0.22%	14.29%
上越市	32,607	5,113	15.7%	87	1.70%	50	0.98%	57.47%	12	0.23%	13.79%
阿賀野市	7,067	1,001	14.2%	24	2.40%	14	1.40%	58.33%	2	0.20%	8.33%
佐渡市	12,528	3,224	25.7%	66	2.05%	37	1.15%	56.06%	13	0.40%	19.70%
魚沼市	6,877	970	14.1%	21	2.16%	12	1.24%	57.14%	1	0.10%	4.76%
南魚沼市	9,355	1,784	19.1%	45	2.52%	31	1.74%	68.89%	9	0.50%	20.00%
胎内市	5,241	904	17.2%	17	1.88%	6	0.66%	35.29%	2	0.22%	11.76%
聖籠町	1,717	429	25.0%	11	2.56%	6	1.40%	54.55%	3	0.70%	27.27%
弥彦村	1,285	315	24.5%	5	1.59%	4	1.27%	80.00%	1	0.32%	20.00%
田上町	2,151	401	18.6%	8	2.00%	7	1.75%	87.50%	1	0.25%	12.50%
阿賀町	2,985	412	13.8%	13	3.16%	6	1.46%	46.15%	2	0.49%	15.38%
出雲崎町	1,068	280	26.2%	9	3.21%	3	1.07%	33.33%	1	0.36%	11.11%
湯沢町	1,657	359	21.7%	15	4.18%	9	2.51%	60.00%	3	0.84%	20.00%
津南町	2,252	655	29.1%	14	2.14%	6	0.92%	42.86%	0	0.00%	0.00%
刈羽村	754	259	34.4%	4	1.54%	3	1.16%	75.00%	0	0.00%	0.00%
関川村	1,271	131	10.3%	1	0.76%	1	0.76%	100.00%	0	0.00%	0.00%
粟島浦村	99	68	68.7%	0	0.00%	0	0.00%	0.00%	0	0.00%	0.00%
県平均	379,518	81,927	21.6%	1,291	1.58%	829	1.01%	64.21%	216	0.26%	16.73%

(つづき)

市町村名	(B)のうち 医療受診者 (うち生活習慣病) (F)		(F)のうち 受診勧奨判定値者			(F)のうち 重症度の高いレベルの者			健診かつ医療の 未受診者	
	F	F/B	G	G/B	G/F	H	H/B	H/F	I	I/A
新潟市	30,114	95.68%	18,838	59.85%	62.56%	5,925	18.82%	19.68%	7,704	6.40%
長岡市	10,915	95.06%	7,025	61.18%	64.36%	2,075	18.07%	19.01%	2,360	5.45%
三条市	2,281	92.76%	1,309	53.23%	57.39%	348	14.15%	15.26%	902	5.47%
柏崎市	2,522	92.99%	1,573	58.00%	62.37%	355	13.09%	14.08%	643	4.39%
新発田市	3,555	92.84%	2,290	59.81%	64.42%	709	18.52%	19.94%	759	4.76%
小千谷市	1,196	91.72%	790	60.58%	66.05%	220	16.87%	18.39%	332	5.18%
加茂市	963	94.13%	579	56.60%	60.12%	160	15.64%	16.61%	328	6.36%
十日町市	1,622	91.59%	976	55.11%	60.17%	262	14.79%	16.15%	468	4.26%
見附市	1,557	90.47%	1,071	62.23%	68.79%	310	18.01%	19.91%	414	5.90%
村上市	2,153	91.73%	1,304	55.56%	60.57%	386	16.45%	17.93%	645	5.18%
燕市	1,487	93.58%	1,000	62.93%	67.25%	290	18.25%	19.50%	698	5.40%
糸魚川市	1,094	88.80%	615	49.92%	56.22%	157	12.74%	14.35%	508	5.39%
妙高市	1,214	92.04%	670	50.80%	55.19%	171	12.96%	14.09%	315	5.07%
五泉市	1,267	93.23%	766	56.36%	60.46%	208	15.31%	16.42%	554	5.99%
上越市	4,797	93.82%	2,822	55.19%	58.83%	711	13.91%	14.82%	1,421	4.36%
阿賀野市	920	91.91%	504	50.35%	54.78%	145	14.49%	15.76%	331	4.68%
佐渡市	3,014	93.49%	1,869	57.97%	62.01%	558	17.31%	18.51%	532	4.25%
魚沼市	892	91.96%	529	54.54%	59.30%	126	12.99%	14.13%	368	5.35%
南魚沼市	1,639	91.87%	1,107	62.05%	67.54%	360	20.18%	21.96%	406	4.34%
胎内市	849	93.92%	525	58.08%	61.84%	160	17.70%	18.85%	304	5.80%
聖籠町	400	93.24%	275	64.10%	68.75%	74	17.25%	18.50%	102	5.94%
弥彦村	298	94.60%	167	53.02%	56.04%	46	14.60%	15.44%	77	5.99%
田上町	375	93.52%	255	63.59%	68.00%	62	15.46%	16.53%	147	6.83%
阿賀町	382	92.72%	216	52.43%	56.54%	52	12.62%	13.61%	180	6.03%
出雲崎町	262	93.57%	160	57.14%	61.07%	58	20.71%	22.14%	81	7.58%
湯沢町	323	89.97%	236	65.74%	73.07%	86	23.96%	26.63%	143	8.63%
津南町	622	94.96%	443	67.63%	71.22%	160	24.43%	25.72%	95	4.22%
刈羽村	244	94.21%	144	55.60%	59.02%	38	14.67%	15.57%	90	11.94%
関川村	126	96.18%	78	59.54%	61.90%	24	18.32%	19.05%	86	6.77%
粟島浦村	68	100.00%	48	70.59%	70.59%	13	19.12%	19.12%	14	14.14%
県平均	77,151	94.17%	48,184	58.81%	62.45%	14,249	17.39%	18.47%	21,007	5.54%

出典：KDB システム「後期高齢者の健診状況」

○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	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」

【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	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	R3	差 (R3-H28)
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	5.5	1.0

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、全国順位が最下位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	R3
外来医療費	334,177	325,672	332,875	321,013	315,637	382,209
入院医療費	308,180	313,178	320,995	314,925	316,001	399,798

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80万円以上の高額疾病）で見ると、脳梗塞や腎不全の重症化した入院者の割合が増え、また、人工透析の導入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	R3
高血圧	673.3	667.6	668.5	678.6
筋・骨格	635.0	632.6	629.3	663.6
脂質異常	423.1	433.2	446.0	483.0
精神	309.1	305.4	301.7	277.6
糖尿病	280.9	285.3	293.3	317.9
脳梗塞	214.2	197.7	184.4	153.6
がん	135.9	140.2	143.2	154.5

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
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
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	26.4	24.9	23.4
	糖尿病	29.8	30.6	31.1
	高血圧疾患	72.2	71.9	71.7
	脂質異常	45.1	46.2	47.5

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:%)

		H28	R3
被保険者千人当たりの重症化した疾病(医療費80万円以上の高額疾病)を有する者の割合	脳梗塞	8.44	8.81
	腎不全	0.82	1.07

出典：KDBシステム「厚労省様式(様式1-1)」

人工透析者 (単位:%)

	H28	R3
被保険者数に占める人工透析者の割合	0.71	0.74

出典：新潟県後期高齢者広域連合のレセプトデータ

【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:%)

	H28	R3
ジェネリック医薬品普及率	65.2	80.3

出典：国保総合システム「数量シェア集計表」

### 【重複投薬・多剤投薬患者割合】

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、対象患者の割合は年々減少傾向にあります。

(単位:%)

	H30	R2	R3
重複投薬患者の割合 (2医療機関以上、重複処方1以上)	0.71	0.52	0.49
多剤投薬患者の割合 (処方薬剤数 15以上)	3.00	2.20	2.30

出典：KDBシステム「重複・多剤処方の状況」

### 【重複・頻回受診者割合】



## (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、本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	R3
要介護認定	認定率	19.4	20.0	20.1	20.3
	要介護3以上の認定率	7.9	8.0	7.8	7.1
介護サービス利用	サービス利用率	83.6	81.4	81.7	77.4
	要介護3以上のサービス利用率	37.0	36.7	36.5	31.8

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、特に施設サービスのほうが増えています。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、施設サービスのほうは全国の約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	R3
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	15,713
	施設サービス	11,876	12,528	12,704	9,100

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	R3	R3
糖尿病	21.7	21.7	21.9	24.0
高血圧	52.0	52.0	51.5	53.2
脂質異常	27.7	28.2	28.9	32.0
心臓病	59.3	59.1	58.4	60.3
脳疾患	27.6	26.8	25.0	23.4
筋・骨格	49.8	50.0	49.5	53.2
精神疾患	39.6	39.7	39.1	37.2

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		
	R3		
	要支援1～2	要介護1～2	要介護3～5
筋・骨格	62.8	50.3	44.6
糖尿病	26.6	23.5	19.5
心臓病	65.1	60.0	58.1
脳疾患	21.6	23.9	29.4
精神疾患	24.9	42.0	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】

本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%)	1,678(96%)
	無の市町村数	0(0%)	63(4%)
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3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17.2%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
		R3	R3
外来	介護認定あり(要介護2以上)者	317,793	457,180
	介護認定あり(要支援・要介護)者	356,076	479,150
	介護認定なし者	261,253	286,913
入院	介護認定あり(要介護2以上)者	844,156	1,101,933
	介護認定あり(要支援・要介護)者	667,127	831,088
	介護認定なし者	125,419	156,516

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(R3)		
	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	17.2	16.0	19.3
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	3.5	2.3

出典：KDBシステム「介護・医療のクロス分析」

## 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>歯科健康診査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>血糖リスクのある者の減少を図るとともに、CKDの中・高リスクの者の医療機関未受診者の減少を図り、CKDの増加を抑制</li> <li>低栄養状態にある者を減少</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。健康状態の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共に、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>

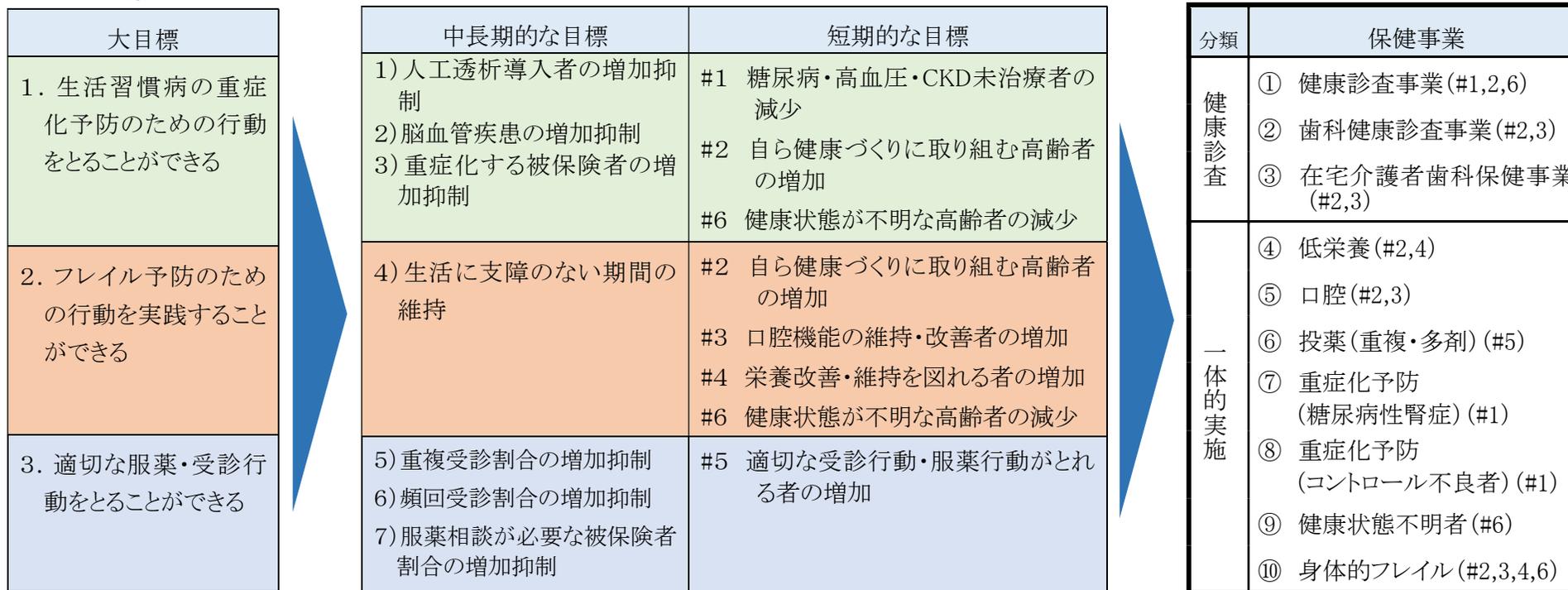


目的
被保険者が住み慣れた地域で可能な限り自立した生活を送ることができる

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
----	-----------------------------------



【目標達成に向けた取組】

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

### 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ついた者の割合	(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(被保険者一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%						
アウトプット (実施量)	1	26.3%						

#### 【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構築
	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	(要治療かつ健診受診月以降に歯科レセプトがある者／歯科健診受診者)
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	歯科健診の受診率	(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%						
アウトプット (実施量)	1	26 (R5)						
	2	13.1%						

#### 【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構築
	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	(要治療かつ健診受診月以降に歯科レセプトがある者／訪問歯科健診受診者)
アウトプット (実施量)	1	訪問歯科健診実施者数	実施者数の増加

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%						
アウトプット (実施量)	1	64人						

#### 【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	<ul style="list-style-type: none"> <li>効果的な対象者の選定</li> <li>居宅介護支援事業所への事業周知</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構築
	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>新潟市歯科医師会や関係機関との連携体制の構築</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	④	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(±0.9 kg)・改善(+1 kg)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	事業の実施市町村数	(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%						
アウトプット (実施量)	1	(R5) 26.7% (8/30 市町村)						
	2	45.7%						

#### 【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	<ul style="list-style-type: none"> <li>保健事業担当者連絡会議の開催し、取組事例などの情報提供</li> <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>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</li> </ul>
	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	市町村との連携体制を構築
	実施内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>実施市町村と委託契約を締結</li> <li>予算の確保</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	⑤	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	事業の実施市町村数	(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 事業実施者) 23.8%						
アウトプット (実施量)	1	(R5) 10.0% (3/30 市町村)						
	2	4.2%						

#### 【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	<ul style="list-style-type: none"> <li>保健事業担当者連絡会議の開催し、取組事例などの情報提供</li> <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>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</li> </ul>
	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	市町村との連携体制を構築
	実施内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>実施市町村と委託契約を締結</li> <li>予算の確保</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	⑥	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	事業の実施市町村数	(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%						
アウトプット (実施量)	1	(R5) 3.3% (1/30 市町村)						
	2	33.3%						

#### 【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	<ul style="list-style-type: none"> <li>保健事業担当者連絡会議の開催し、取組事例などの情報提供</li> <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>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</li> </ul>
	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	市町村との連携体制を構築
	実施内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>実施市町村と委託契約を締結</li> <li>予算の確保</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	⑦	事業分類	一体的実施
事業名	重症化予防（糖尿病性腎症）		
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抽出された高齢者について個別支援を行い、糖尿病や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ハイリスク者や、医療機関への未受診者・受診中断者に対し、保健師等による医療専門職が保健指導の実施や、腎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	(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	事業の実施市町村数	(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	68.7%						
アウトプット (実施量)	1	(R5) 53.3% (16/30 市町村)						
	2	78.2%						

#### 【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	<ul style="list-style-type: none"> <li>保健事業担当者連絡会議の開催し、取組事例などの情報提供</li> <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>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</li> </ul>
	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	市町村との連携体制を構築
	実施内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>実施市町村と委託契約を締結</li> <li>予算の確保</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	⑧	事業分類	一体的実施
事業名	重症化予防（コントロール不良者）		
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		
中長期的な目標	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により、医療が必要な状態にある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り重症化を予防する。		
事業の概要	健診受診者から医療が必要な状態にある者で未治療の者を抽出し、対象者へ通知を送付するとともに、電話や訪問等での受診勧奨を実施する。 健診結果の説明とともに、状況に応じて対象者の生活背景を踏まえたうえで、保健師や管理栄養士等医療専門職による保健指導を実施する。		

#### 【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	医療機関につながった者の割合	(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	事業の実施市町村数	(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	53.5%						
アウトプット (実施量)	1	(R5) 60.0% (18/30 市町村)						
	2	82.7%						

#### 【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	<ul style="list-style-type: none"> <li>保健事業担当者連絡会議の開催し、取組事例などの情報提供</li> <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>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</li> </ul>
	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	市町村との連携体制を構築
	実施内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>実施市町村と委託契約を締結</li> <li>予算の確保</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	⑨	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	事業の実施市町村数	(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%						
	2	(R3) 49.2%						
アウトプット (実施量)	1	(R5) 50.0% (15/30 市町村)						
	2	82.9%						

#### 【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の開催し、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 ・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
	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	市町村との連携体制を構築
	実施内容	・実施市町村と委託契約を締結 ・予算の確保

### 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	一体的実施
事業名	身体的フレイル		
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	参加者が自らの生活習慣を振り返り、フレイル予防の必要性に気付き、フレイル予防の具体的な方法について理解を深めることで、生活習慣の改善につなげる。また、サービスが必要とされる者を医療受診や介護サービス等の利用に結び付ける。		
事業の概要	通いの場等に保健師・管理栄養士等が出向き、体重・血圧等の簡易測定と後期高齢者の質問票を活用して健康状態を把握しフレイルチェックを実施するとともに、フレイル予防（運動・栄養等）の健康教育・健康相談を行う。また、フォローが必要な者へ受診勧奨や介護サービス等利用勧奨を実施する。		

#### 【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	医療受診や介護サービス等の利用につながった者の割合	(医療受診や介護サービス等の利用につながった者/受診や介護サービス等の利用を勧奨した者) ※一体的実施でポピュレーションアプローチで状態把握をし、必要な人に勧奨までしている市町村に確認
アウトプット (実施量)	1	事業の実施市町村数	(一体的実施において、ポピュレーションアプローチで状態把握をし、必要な人に勧奨までしている市町村数)
	2	参加者のうち、状態把握できた者の割合	(フレイルチェック(状態把握)実施者/参加者) ※一体的実施でポピュレーションアプローチで状態把握をし、必要な人に勧奨まで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	38.1%						
アウトプット (実施量)	1	(R5) 60.0% (18/30 市町村)						
	2	51.7%						

#### 【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の開催し、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 ・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
	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	市町村との連携体制を構築
	実施内容	・実施市町村と委託契約を締結 ・予算の確保

### 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	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ヶ月連続して、同月中に同一の疾病で2医療機関以上受診している者          頻回受診：3ヶ月連続して同月中に同一医療機関を12回以上受診している者。          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ヶ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ヶ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	(相談実施数/事業案内者数) ※実施報告書により確認
	2	頻回受診者の相談実施率	(相談実施数/事業案内者数) ※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%						
	2	64.4%						
アウトプット (実施量)	1	35.1%						
	2	42.6%						

#### 【プロセス・ストラクチャー】

プロセス (方法)	概要	<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>
	実施内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>ガイドブック、しおり等による機会をとらえた広報を実施する。</li> <li>高齢者の特性を踏まえ、対象疾病による優先順位付けを行い対象者を抽出する。</li> <li>抽出した対象者を市町村と共有し、効果的な対象者の選定を行う。</li> </ul>
ストラクチャー (体制)	概要	<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> </ul>
	実施内容	<ul style="list-style-type: none"> <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構築する。</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	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>①訪問栄養食事相談実施者の育成</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>在宅訪問栄養食事相談事業を行うために必要な知識や技術を習得するための研修会を開催する。</li> </ul> <p>②訪問栄養食事相談の実施</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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を対象に訪問による栄養相談を実施する。</li> <li>原則、6ヶ月間に3回訪問、手紙・電話による支援1回、6ヶ月後にフォローアップ訪問1回を実施する。</li> </ul>		

#### 【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)できた割合	(相談1回目と相談3回目のBMIを比較して、維持・改善者/相談実施者数) ※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%						
アウトプット (実施量)	1	69.0%						
	2	81.6%						

#### 【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する。</li> </ul>
ストラクチャー (体制)	概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>関係機関との連携体制の強化</li> <li>訪問相談に必要な管理栄養士の育成・確保</li> </ul>
	実施内容	<ul style="list-style-type: none"> <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構築</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	⑬	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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 薬剤師による薬に関する相談の実施</li> <li>・ 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</li> </ul>		

#### 【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) ※レセプトデータで確認
アウトプット (実施量)	1	支援実施率	(支援実施者/支援対象者) ※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%						
アウトプット (実施量)	1	3.8%						

#### 【プロセス・ストラクチャー】

プロセス (方法)	概要	効果的な事業の推進
	実施内容	・ 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構築
	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>・ 市町村や薬剤師会、関係機関との連携体制の構築</li> </ul>

## 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、県や市町村をはじめとした関係者および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

## マイナンバーカードと保険証の一体化について

※ 以下は、令和5年8月30日時点において国から示されている情報に基づき作成したものであり、今後、変更となる場合があります。

令和5年6月9日に公布された「マイナンバーカードと保険証の一体化等を定めたマイナンバー法等の一部改正法」により、令和6年秋に保険証が廃止される予定となっています。

これを受け、後期高齢者医療制度においては令和6年度（令和6年8月1日～令和7年7月31日）の被保険者証の一斉更新が、紙の被保険者証による最後の更新となる予定です。保険証が廃止され、最後の被保険者証の有効期限が終了するまでの間は紙の被保険者証も使用可能ですが、今後は、保険証利用登録を行ったマイナンバーカード（以下、「マイナ保険証」という）の使用について、ご協力をお願いします。

### 1 マイナ保険証利用の手順及びメリット等

#### (1) マイナンバーカードの交付申請

マイナンバーカードをお持ちでない方は、市町村窓口等で交付申請が必要です。【資料5-2】

#### (2) マイナ保険証利用登録の方法

スマートフォンから「マイナポータル」を起動し、マイナンバーカードを読み取ることにより、すぐに利用登録ができます。【資料5-3】

#### (3) マイナ保険証を利用した受診時の受付方法

医療機関の受診時は顔認証付きカードリーダーで受付します。【資料5-4】

#### (4) マイナ保険証利用によるメリット

医師が、他の医療機関における過去の診療情報やお薬の情報を確認できることにより、適切な医療を受けることができます。【資料5-5】

#### (5) マイナ保険証を利用した医療情報の活用にかかる今後の展望

マイナンバーカードの利用促進は、政府が掲げている医療DXの基盤とされており、これによって、被保険者、医療機関、医療保険者等の間の情報共有を図り、適切かつ効率的な医療の推進につながります【資料5-6】

#### (6) マイナ保険証登録者の状況

新潟県の後期高齢者医療被保険者における状況は以下のとおりです。

<表：後期高齢者医療制度（新潟県）におけるマイナ保険証登録者数>

	人数	割合
被保険者数（R5. 7. 1 時点）	387,458 人	-
マイナ保険証登録者（R5. 7. 18 時点）	178,746 人	46.13%

## 2 保険証の廃止に伴う、各種対応について

### (1) 資格確認書の創設

保険証が廃止された後、マイナ保険証を保有していない方全てに対し、資格確認書を交付する予定です。資格確認書は現行の被保険者証のように、医療機関で提示することにより、保険診療を受けることができます。

### (2) 資格情報のお知らせの創設

オンライン資格確認の義務化対象外の医療機関（電子請求の義務化時点で65歳以上の医師等の保険医療機関・薬局等）は、現状、マイナ保険証による受診資格の確認ができません。このため、当該機関でスムーズに受診ができるよう、マイナ保険証の利用者には、直近の窓口負担割合等を紙に印刷した「資格情報のお知らせ」を交付する予定です。

※マイナ保険証と「資格情報のお知らせ」の両方を医療機関に提示する。

### (3) 短期被保険者証の廃止

現在、納付する資力があると認められるにもかかわらず、保険料の滞納があり、計画的な納付がされていない被保険者に対しては、有効期間の短い短期被保険者証（以下、「短期証」という）を発行し、滞納者との接触を図っていましたが、保険証の廃止に伴い短期証も廃止されます。

## 3 マイナ保険証を巡る諸般の課題

これまで新聞報道等において、マイナンバーと別人の被保険者情報が誤って紐つけられていた事例が報告されていますが、新潟県の後期高齢者医療の被保険者について再点検を行った結果、誤って紐つけされているケースはありませんでした。

一方で、被保険者が保有している被保険者証の窓口負担割合と、医療機関がオンライン資格確認で確認した窓口負担割合が相違している事例が2件確認されました。どちらも手元の被保険者証の負担割合が正しく、直近の被保険者証の発行記録がオンライン資格確認用のシステムに反映されていなかったものです。

対象者は広域連合にてデータを修正しました。また、今後は同様のケースが生じないように、被保険者の皆様が医療機関を受診するまでの間に、あらかじめデータの修正を完了するように徹底します。

# マイナンバーカードとは？

申請して、取得できる  
顔写真付きのプラスチック製のカード。  
マイナンバーの他に、  
氏名・住所・生年月日・性別が記載されているよ！



対面(おもて面)でも オンライン(うら面)でも使える公的な身分証明書

《おもて面》



おもて面は顔写真付き!だから、なりすましできないよ!対面での身分証明書に!



《うら面》



うら面はICチップ付き!あなたを証明する情報が入っているよ!税や年金等の情報は入っていないよ!オンラインでの身分証明書に!



POINT!

オンラインでの身分証明書として、マイナンバーカードを使うためには、ICチップに「電子証明書」を搭載する必要があるよ!

パスワードの設定が必要だから、カードの申請時または受け取り時に、お住まいの市区町村で設定してね!



## 4つの申請方法の手順はこちら!



### スマートフォン

- 1 スマホで顔写真を撮影
- 2 スマホで交付申請書のQRコードを読み取る。
- 3 申請用WEBサイトでメールアドレスを登録。
- 4 申請者専用WEBサイトのURLが届いたら、顔写真を登録、必要事項を入力して申請完了。



半分近くの人がオンラインからの申請なんだって!

### パソコン

- 1 カメラで顔写真を撮影
- 2 申請用WEBサイトでメールアドレスを登録。
- 3 申請者専用WEBサイトのURLが届いたら、顔写真を登録、必要事項を入力して申請完了。

### 郵便

- 1 交付申請書に必要な事項を記入し、6ヶ月以内に撮影した顔写真を貼り付けて郵送し、申請完了。

交付申請書がない場合  
専用サイトから交付申請書がダウンロードできます。  
プリントアウトしてお使いください。

### 証明用写真機

- 1 タッチパネルから「個人番号カード申請」を選択。
- 2 撮影用の料金を投入して、交付申請書のQRコードをバーコードリーダーにかざす。
- 3 画面の案内にしたがって、必要事項を入力。
- 4 画面の案内にしたがって、顔写真を撮影して送信し、申請完了。

## マイナンバーについてのお問合せ

マイナンバー総合フリーダイヤル

マイナンバー  
**0120-95-0178**

平日: 9時30分~20時00分 土日祝: 9時30分~17時30分 (年末年始を除く)

■一部のIP電話等で上記ダイヤルに繋がらない場合

通知カード、マイナンバーカード 其他のお問合せ  
050-3818-1250 050-3816-9405

■英語、中国語、韓国語、スペイン語、ポルトガル語対応のフリーダイヤル

This telephone number is toll-free corresponding to English, Chinese, Korean, Spanish and Portuguese.  
マイナンバー制度について 通知カード、マイナンバーカード  
Inquiries about My Number System Inquiries about Notification Card and My Number Card  
0120-0178-26 0120-0178-27

マイナンバーカードの申請方法はこちら



<https://www.kojinbangocard.go.jp/kofushinse/>

あなたにぴったりのマイナンバーの申請方法がわかるよ!

令和5年  
9月28日(木)  
第1回  
医療懇談会

資料5-2

# マイナンバーカード

# つくってみよう!



マイナンバーPRキャラクター  
マイナちゃん



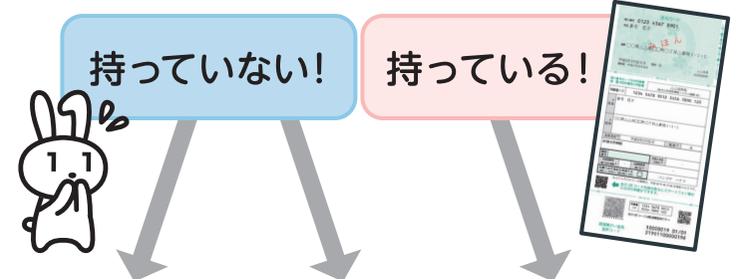
実寸サイズ



こちらをみてね!

# STEP 1 まずは必要なものをチェック!

**スタート** 市区町村から通知カードと一緒に送られてきた  
交付申請書を持っていますか?



手書き用の交付申請書と封筒をダウンロードして、郵便で申請できます!

マイナンバーカード 郵便

顔写真の貼り付けとマイナンバーの記入が必要です!

お住まいの市区町村窓口へ!

交付申請書を再発行してもらえます。  
本人確認書類をお忘れなく!

※市区町村によっては、無料の顔写真撮影、申請補助を行っています。また、申請時に窓口で本人確認を行えば、本人限定郵便でカードの受け取りができます。まずは確認してみましょう!

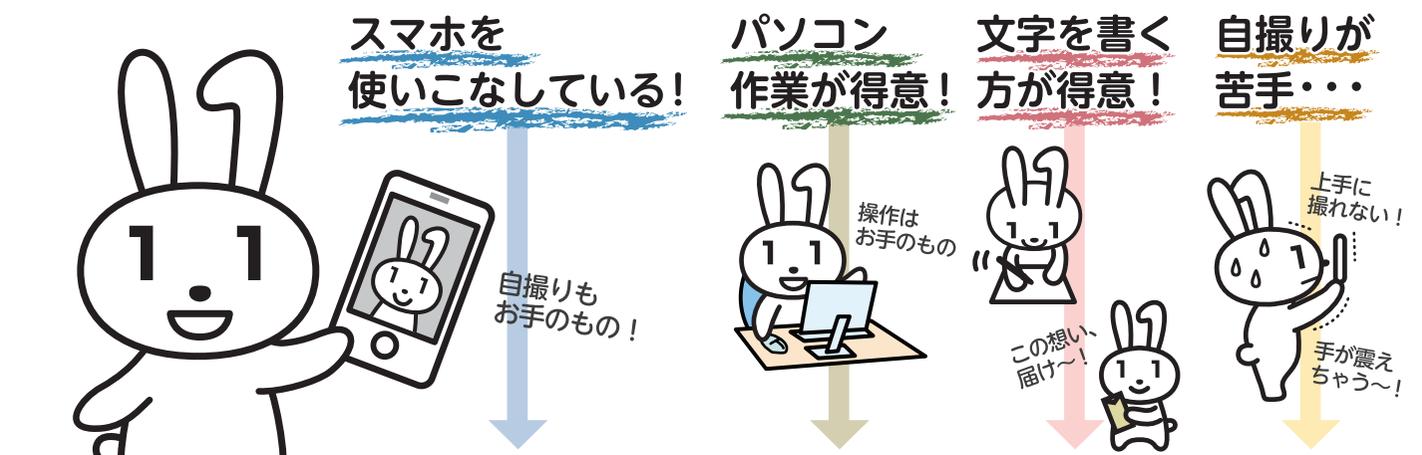
4つの方法から申請ができます!

STEP 2 へ!

ご自身で申請したい!

市区町村窓口へ提出

# STEP 2 あなたは何派? マイナンバーカード申請方法診断チャート!



## スマートフォンで申請

郵送に比べてカードの仕上がりが早い!

必要なもの

- 交付申請書
- スマートフォン
- 顔写真データ

## パソコンで申請

必要なもの

- 交付申請書に記載の申請書ID (半角数字23桁)
- パソコン
- 顔写真データ

## 郵便で申請

必要なもの

- 交付申請書
- 証明写真 (6ヶ月以内に撮影したもの)
- 封筒

## 証明用写真機で申請

必要なもの

- 交付申請書
- 写真代
- このマークが目印!

**ゴール** 申請から約1ヶ月後、市区町村から「交付通知書」が届きます!

交付通知書に記載の必要書類を持参して、あなたのマイナンバーカードを受け取りに行きましょう!



# 利用には申込が必要です

申込はカンタン!

令和5年9月28日(木)  
第1回医療懇談会

資料5-3

## ●スマートフォンからマイナポータルで申込

☑ まずは必要なものをチェック!



- ① **申込者本人のマイナンバーカード**  
+あらかじめ市区町村窓口で設定した暗証番号 (数字4桁)
- ② **マイナンバーカード読取対応のスマホ** (又はPC+ICカードリーダー)
- ③ **アプリ「マイナポータル」のインストール**

iPhone



Android



STEP1

- 「マイナポータル」を起動する。

STEP2

- 「健康保険証利用申込」をタップする(押す)。

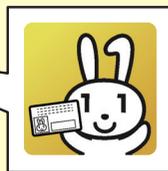
STEP3

- 利用規約等を確認して、同意する。  
※併せて、マイナポータルの利用者登録が行えます。

STEP4

- マイナンバーカードを読み取る。  
数字4桁の暗証番号を入力し、マイナンバーカードをスマホにぴったりと当てて、読み取り開始ボタンを押しします。

申込完了!!



医療機関・薬局の  
顔認証付きカードリーダー  
でも申込できるよ



## ●セブン銀行ATMでも申込できる!

マイナンバーPRキャラクター  
マイナちゃん



ここをタップ(押す)!

とても簡単!

# ～マイナンバーカードを使った受付方法～

(マイナンバーカードを利用して資格確認を行う方法)



## マイナンバーカードでの受付は 3ステップでとても簡単!

マイナンバーカードを顔認証付きカードリーダーに置いてください。

### ◆ステップ1

顔認証または暗証番号を  
選択する

本人確認の方法を  
選んでください。

顔認証を行う

暗証番号を入力

終了する

本人確認の情報は、他の  
目的には使用しません。

令和5年 9月28日(木)  
第1回医療懇談会

資料5-4

### ◆ステップ2

本人認証

顔を枠内に入れてください。



暗証番号を  
入力してください。

● ● ● ●

1 2 3

4 5 6

7 8 9

0 キャンセル

### ◆ステップ3

同意選択 (過去の診療などの  
情報を利用するか選択)

過去の手術情報を当機関に提  
供することに同意しますか。

この情報はあなたの診察や健  
康管理のために使用します。

同意する

同意しない

過去の手術以外の診療・お  
薬情報を当機関に提供す  
ることに同意しますか。

この情報はあなたの診察や  
健康管理のために使用しま  
す。

同意する

同意しない

(40歳以上対象)  
過去の健診情報を当機関に  
提供することに同意しま  
すか。

この情報はあなたの診察や  
健康管理のために使用しま  
す。

同意する

同意しない・40歳未満の方

忘れずに顔認証付きカードリーダーから  
マイナンバーカードを取り出してください。

マイナ 知ウ 様  
確認が完了しました。

終了する場合は、マイナ  
ンバーカードを取り出し、  
待合室でお待ちください。

# マイナンバーカードで受診いただくと 過去のデータに基づく、適切な医療が受けられます

過去の診療情報などの提供に同意いただくと、医師・薬剤師等が、過去の診療の情報や、お薬の情報を見ることができるようになり、より正確なデータに基づいた適切な医療が受けられるようになります！

例えば・・・

## 過去のお薬情報から適切なお薬が処方されます



医師

体調で気にされていることはありますか？

令和5年9月28日(木)  
第1回医療懇談会

資料5-5

最近、しきりに口が乾いてしまうんですね。  
何かの病気でしょうか・・・



患者



医師

同意いただいているので、お薬の情報を確認しますね。  
確認したところ、口が乾くのは他の医院から出ているお薬の影響だと思います。病気ではありませんが、水分はこまめにとってください。

そうなんですね。ありがとうございます。他の病院のお薬の情報も見てもらえるのは安心ですね。



患者

※マイナンバーカードを保険証として利用している診療所での実例から作成しています。



入/外/調剤	診療月	処方日	調剤日	用法	内服/点眼/外用/注射	薬剤名(商品名)	薬剤名(一般名)	数量	単位	回数
外来	10月	5日	-	-	内服	ガスター-D錠20mg	ファモチジン錠	2錠		7
入院	10月	5日	-	-	内服	プロプレス錠1212mg	カンデサルタンシレキセチル錠	1錠		7
調剤	10月	5日	-	-	外用	リンデロン-VG軟膏0.12%	ベタメタソン吉草糖エステル・ゲンタマイシン硫酸塩軟膏	5g		1

詳しく知りたい方はフリーダイヤルにお問い合わせください

マイナンバー総合フリーダイヤル TEL: 0120-95-0178

資料5-6

# 医療DXのメリット (イメージ) 【成人期～高齢期】

ライフステージ



高齢期



救急時に、レセプト情報から受診や服薬の状況が把握され、迅速に的確な治療を受けられる

同じ成分の重複した薬や飲み合わせの良くない薬を受け取ることがなくなる



自分の健診結果やライフログデータを活用し、自ら生活習慣病を予防する行動等につなげることができる

過去の検査状況が閲覧可能となり、負担の大きい検査を何度も受ける必要がなくなる

処方箋を電子的に受け取れるため、オンライン診療やオンライン服薬指導をより受けやすくなる

生活習慣病等に関連する検査結果をいつでも自分で確認できる



医療・介護関係者で状況が共有され、より良いケアを受けられる

診断書等の自治体への提出がオンラインで可能に



予診票や接種券がデジタル化され、速やかに接種勧奨が届くのでスムーズな接種ができる  
接種忘れも防止

心肺蘇生に関する自分の意思が関係者に共有され、自らや家族が望む終末期医療を受けることができる

医療情報を二次利用することで、新たな医薬品等の研究開発が促進  
よりよい治療や的確な診断が可能に

電子カルテが普及し、どの医療機関等でも情報共有が可能に

出典：令和5年6月2日  
第2回医療DX推進本部資料  
(内閣官房HP)より抜粋

2023年度

2024年度

2025年度

2030

- ・マイナンバーカードの利用促進
- ・オンライン資格確認等システムの普及
- ・自治体と医療機関の情報連携の開始

- ・救急現場での情報共有
- ・電子カルテ情報共有サービスの整備
- ・マイナポータルを介した自治体手続の際の診断書等の電子的提出
- ・電子処方箋を概ね全国の医療機関・薬局へ普及

自治体システムの標準化

共通算定モジュール・標準型電子カルテの普及

# 医療DXのメリット（イメージ）【医療・介護従事者、保険者・ベンダー等関係者】

医療機関と薬局での情報共有が進み、薬局の事務負担が軽減されるとともに、質の高い服薬指導を提供できる

救急時に、レセプト情報から受診や服薬の状況が把握でき、迅速に的確な治療の提供や医療費の削減が期待できる

医療・介護関係者で状況が共有され、より良い治療やケアを提供できる

医療情報を二次利用することで、新たな医薬品等の研究開発の環境が整備される

医療機関等・自治体関係者の事務負担が順次軽減され、魅力ある職場を実現する

医療機関等やベンダーにおけるシステム運用の人的・財政的コストが削減できる

次の感染症危機への対応力強化につながる

患者の過去の検査結果や薬剤の閲覧、重複投薬等のチェックが可能となることにより、負担の大きい重複検査や重複投薬等が削減され、効率的な医療の提供や医療費の削減が期待できる

医療情報システムのクラウド化により、システム改修の負担が軽減され、セキュリティも確保

ライフケア産業等の産業振興が加速

家庭内測定の高血圧をはじめライフログデータを、診療で活用することが可能に

2023年度

2024年度

2025年度

2030

- ・マイナンバーカードの利用促進
- ・オンライン資格確認等システムの普及
- ・自治体と医療機関の情報連携の開始

- ・救急現場での情報共有
- ・電子カルテ情報共有サービスの整備
- ・マイナポータルを介した自治体手続の際の診断書等の電子的提出
- ・電子処方箋を概ね全国の医療機関・薬局へ普及

自治体システムの標準化

共通算定モジュール・標準型電子カルテの普及

