

令和4年度 第2回新潟県後期高齢者医療懇談会 次第

日時：令和4年11月29日（火）

午後1時30分～

場所：自治会館本館2階 201 会議室

1 開会

2 懇談事項

- | | |
|---|------|
| （１）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3年度新潟県後期高齢者の医療費について | 資料 2 |
| （３）2割負担の導入による影響について | 資料 3 |
| （４）第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）に基づく
保健事業について（令和3年度実績報告） | 資料 4 |
| （５）第3次広域計画の改定について | 資料 5 |

3 その他

4 閉会

【配付資料】

- | | | |
|--------|---|--|
| 資料 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 2－1 | ： | 令和3年度新潟県後期高齢者の医療費について |
| 資料 2－2 | ： | 令和3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） |
| 資料 2－3 | ： | 【参考】令和3年介護給付費の状況 |
| 資料 3 | ： | 2割負担の導入による影響について |
| 資料 4 | ： | 第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）令和3年度実績 |
| 資料 5－1 | ： | 第3次広域計画の改定について |
| 資料 5－2 | ： | 第3次広域計画 改定案修正版 |
| 資料 5－3 | ： | 新旧対照表（広域計画一部改定） |
| 資料 5－4 | ： | 第3次広域計画の改定について【参考資料】 |

令和4年度 第2回新潟県後期高齢者医療懇談会出席者名簿

区 分	所 属 ・ 役 職 等	氏 名	備考
被保険者代表	新潟県老人クラブ連合会 会長	とみざわ さとし 富 沢 哲	
	新潟市シルバー人材センター 理事	もりあい みつの 森 合 ミツノ	
	新潟県腎臓病患者友の会 会長	おおたけ かつみ 大 竹 勝 巳	
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	かさはら あつこ 笠 原 敦 子	(欠席)
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 業務部長	わたなべ かつみ 渡 邊 勝 美	(欠席)
	健康保険組合連合会新潟連合会 理事	ちくだ たくや 竹 田 拓 矢	(欠席)
行政関係者	新潟県福祉保健部国保・福祉指導課 課長	つぼかわ たかこ 坪 川 孝 子	

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

(単位：人、%)

区 分	令和4年 4月1日	令和3年 4月1日	増減数	増減率	令和4年 10月1日	令和3年 10月1日
被保険者数	374,784	371,165	3,619	1.0	380,643	370,505
うち一定の障がいの方 (65～74歳)	4,359	4,681	▲322	▲6.9	4,177	4,617

〈参考〉全国の被保険者数は令和4年4月1日時点で約1,843万人、前年同日時点で約1,806万人だったことから約37万人の増加となっている。(後期高齢者医療毎月事業状況報告書(事業月報)総括表(速報値)より)

(2) 被保険者数の内訳(窓口負担割合別)

(単位：人、%)

区 分	令和4年 4月1日	令和3年 4月1日	増減数	増減率	令和4年 10月1日	令和3年 10月1日
1割負担	359,455	356,396	3,059	0.9	365,535	356,124
同上構成率	96.0	96.0			96.0	96.1
3割負担	15,329	14,769	560	3.8	15,108	14,381
同上構成率	4.0	4.0			4.0	3.9
合 計	374,784	371,165	3,619	1.0	380,643	370,505

※後期高齢者医療毎月事業状況報告書(事業月報)A表より

2. 保険料の概要

(1) 令和4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	【7月1日確定賦課時点】 ○保険料賦課総額(軽減前) 26,390,572,914 円 ○賦課決定被保険者数(死亡・転出者含む) 380,619 人 ○一人当たり平均保険料額 (軽減前) 69,261 円 (令和3年度 軽減前 68,682 円) (軽減後) 52,865 円 (令和3年度 軽減後 52,529 円)
所 得 割 率	7.84%	
賦課限度額	66 万円	

(2) 保険料の軽減状況

令和4年度(7月1日確定賦課時点)					令和3年度(7月1日確定賦課時点)				
区 分	軽減割合	軽減総額 (千円)	対象者数 (人)	割合 (%)	区 分	軽減割合	軽減総額 (千円)	対象者数 (人)	割合 (%)
均等割	2割	313,294	38,774	10.19	均等割	2割	307,355	38,039	10.16
	5割	1,183,478	58,588	15.39		5割	1,109,909	54,946	14.68
	7割	4,453,449	157,477	41.38		7割	4,357,665	154,090	41.17
	被扶養者	40,137	1,987	0.52		被扶養者	34,825	1,724	0.46
	合 計	5,990,358	256,826	67.48		合 計	5,809,754	248,799	66.47

※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3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	20,067,716,500	20,037,487,342	31,361,100	0	61,590,258	99.7
滞納繰越分	121,769,245	38,226,976	10,000	20,900,013	62,652,256	31.4

※令和2年度の収納率 現年度分 99.7% 滞納繰越分 30.9%

※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

	令和4年8月1日時点			令和3年8月1日時点		
	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	112枚	378,261人	0.03%	117枚	369,825人	0.03%
全 国	35,201枚	18,661,141人	0.19%	32,546枚	18,074,731人	0.18%

(5) 滞納者数の状況

令和3年度			令和2年度		
現年度分	滞納繰越分	合計	現年度分	滞納繰越分	合計
2,011人	1,299人	3,310人	1,947人	1,277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

(単位：千円、%)

区 分	令和 3 年度	令和 2 年度	増減額	増減率
療 養 給 付 費	240,901,963	239,443,144	1,458,819	0.6
その他療養諸費	6,249,297	6,260,038	▲10,741	▲0.2
高 額 療 養 諸 費	9,476,379	9,174,367	302,012	3.3
審査支払手数料	567,421	566,367	1,054	0.2
その他医療給付費	1,204,550	1,106,450	98,100	8.9
合 計	258,399,610	256,550,366	1,849,244	0.7

(2) 一人当たり医療費（国保中央会の令和 3 年度年間分医療費速報より）

(単位：円、%)

区 分	令和 3 年度	令和 2 年度	増減率
新潟県広域連合	750,342 (全国 47 位)	741,281 (全国 47 位)	1.2
全 国 平 均	931,606	912,746	2.1

※新潟県広域連合は、平成 20～令和 3 年度（平成 22 年度を除く）の全ての年度において、一人当たり医療費が全国で最も低かった。

令和 3 年度新潟県後期高齢者の医療費について

新潟県の令和 3 年度の 1 人当たり医療費は、全国で最も低く 750,342 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・生活療養費含む）は、対全国平均比 79.04%、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 74.03 件に対して新潟県は 62.59 件、対全国平均比 84.55%となっている。

入院外は対全国平均比 77.32%、全国で 45 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 1.68 日に対して新潟県は 1.48 日、対全国平均比 87.98%となっている。

歯科は対全国平均比 86.66%で全国 22 番目となり、調剤については対全国平均比 91.25%で全国 37 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 3 年 4 月～令和 4 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	931,606	750,342※2	80.54%
	入 院	445,009	351,757	79.04%
	入院外	270,612	209,225	77.32%
	歯 科	36,265	31,427	86.66%
	調 剤	148,486	135,492	91.25%
	食事・生活療養	22,084	18,826※1	85.25%
	訪問看護	9,150	3,718※1	40.63%
受診率 (100 人当たり件数)	入 院	74.03	62.59※1	84.55%
	入院外	1,515.81	1,406.03※1	92.76%
	歯 科	247.52	215.60※1	87.10%
	調 剤	1,066.69	1,059.42※1	99.32%
1 件当たり日数	入 院	17.48	17.63※1	100.84%
	入院外	1.68	1.48※1	87.98%
	歯 科	1.81	1.78※1	98.10%
1 件当たり枚数	調 剤	1.26	1.20※1	95.51%
1 日当たり医療費	入 院	34,384	31,868※1	92.68%
	入院外	10,612	10,028※1	94.49%
	歯 科	8,075	8,168※1	101.16%
1 枚当たり医療費	調 剤	11,080	10,660※1	96.21%

出典：公益社団法人国民健康保険中央会 令和 3 年度年間分医療費速報（令和 4 年 6 月発表）

ただし、※1 は新潟県後期高齢者医療広域連合調べ

※2 1 人当たり医療費のうち、食事・生活療養及び訪問看護の出典が入院、入院外、歯科及び調剤と異なるため、合計額は各費用額を積み上げた合計と一致しない。

○ 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3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)

資料 2-2

(1) 入院

件数				
順位		前年順位	疾病分類項目	件数 (件)
1	→	1	骨折	19,702
2	→	2	脳梗塞	15,971
3	→	3	その他の心疾患	15,412
4	→	4	その他の悪性新生物＜腫瘍＞	11,296
5	→	5	アルツハイマー病	11,149
6	→	6	その他の呼吸器系の疾患	10,691
7	→	7	その他の消化器系の疾患	8,443
8	→	8	統合失調症, 統合失調型障害及び妄想性障害	8,347
9	↑	10	その他の神経系の疾患	6,277
10	↓	9	肺炎	6,240
11	→	11	高血圧性疾患	5,590
12	→	12	血管性及び詳細不明の認知症	5,195
13	↑	14	腎不全	4,907
14	↓	13	糖尿病	4,858
15	↑	25	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	4,463

費用額				
順位		前年順位	疾病分類項目	費用額 (円)
1	→	1	骨折	12,978,853,830
2	↑	3	その他の心疾患	10,013,255,490
3	↓	2	脳梗塞	9,894,769,460
4	→	4	その他の悪性新生物＜腫瘍＞	6,509,065,640
5	→	5	その他の呼吸器系の疾患	6,103,067,120
6	→	6	アルツハイマー病	4,414,362,260
7	→	7	その他の消化器系の疾患	4,068,003,300
8	→	8	その他の神経系の疾患	3,413,209,940
9	→	9	肺炎	3,255,863,900
10	→	10	統合失調症, 統合失調型障害及び妄想性障害	3,170,841,890
11	→	11	腎不全	3,026,016,550
12	→	12	脳内出血	2,545,441,740
13	↑	16	高血圧性疾患	2,506,058,940
14	↓	13	パーキンソン病	2,502,351,790
15	↑	18	気管, 気管支及び肺の悪性新生物＜腫瘍＞	2,422,028,460

(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	1,184,235	19.68
2	→	2	歯科疾病(う蝕含む)	799,246	13.28
3	→	3	脂質異常症 * 1	279,432	4.64
4	→	4	糖尿病	262,078	4.35
5	→	5	その他の眼及び付属器の疾患	225,866	3.75
6	→	6	脊髄障害(脊髄症を含む)	212,316	3.53
7	→	7	関節症	195,016	3.24
8	→	8	脳梗塞	184,225	3.06
9	↑	10	その他の心疾患	160,196	2.66
10	↓	9	屈折及び調節の障害	154,785	2.57
11	↑	12	その他の消化器系の疾患	114,871	1.91
12	↓	11	アルツハイマー病	113,224	1.88
13	→	13	骨の密度及び構造の障害	106,791	1.77
14	→	14	その他の神経系の疾患	100,650	1.67
15	↑	16	その他の皮膚及び皮下組織の疾患	87,635	1.46

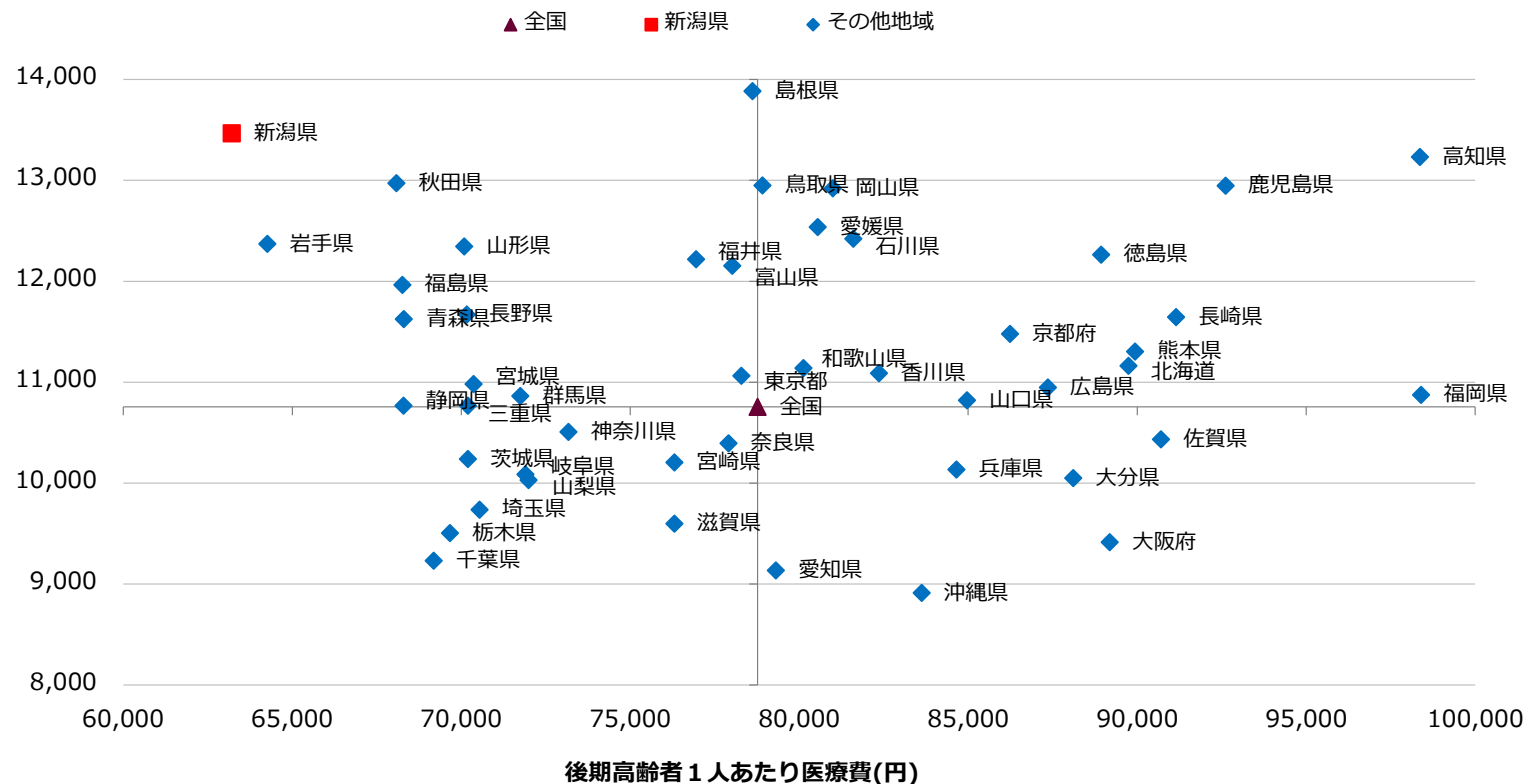
費 用 額					
順位		前年順位	疾病分類項目	費用額 (円)	割合 (%)
1	→	1	高血圧性疾患	12,091,032,150	13.57
2	→	2	歯科疾病(う蝕含む)	11,458,918,930	12.86
3	→	3	腎不全	6,047,104,900	6.79
4	→	4	糖尿病	5,221,832,250	5.86
5	→	5	その他の悪性新生物<腫瘍>	4,349,223,100	4.88
6	→	6	その他の眼及び付属器の疾患	2,957,341,010	3.32
7	→	7	脂質異常症 * 1	2,795,480,660	3.14
8	→	8	その他の心疾患	2,710,855,330	3.04
9	→	9	脊髄障害(脊髄症を含む)	2,205,492,360	2.47
10	→	10	脳梗塞	2,110,812,780	2.37
11	→	11	関節症	1,976,320,000	2.22
12	→	12	屈折及び調節の障害	1,940,744,200	2.18
13	→	13	気管, 気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	1,373,609,320	1.54
14	→	14	その他の消化器系の疾患	1,310,246,740	1.47
15	↑	16	その他の神経系の疾患	1,285,336,340	1.44

* 1: 2018年3月から「その他の内分泌, 栄養及び代謝疾患」から脂質異常症に関連する疾病分類を分離新設。

【参考】令和3年度介護給付費の状況

第1号被保険者1人あたり給付月額（施設および居住系サービス）と後期高齢者1人あたり医療費の分布（令和3年(2021年)）

第1号被保険者1人あたり給付月額（施設および居住系サービス）(円)



(時点) 令和3年(2021年)

(縦軸の出典) 厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報

(横軸の出典) 厚生労働省「後期高齢者医療事業状況報告」年報

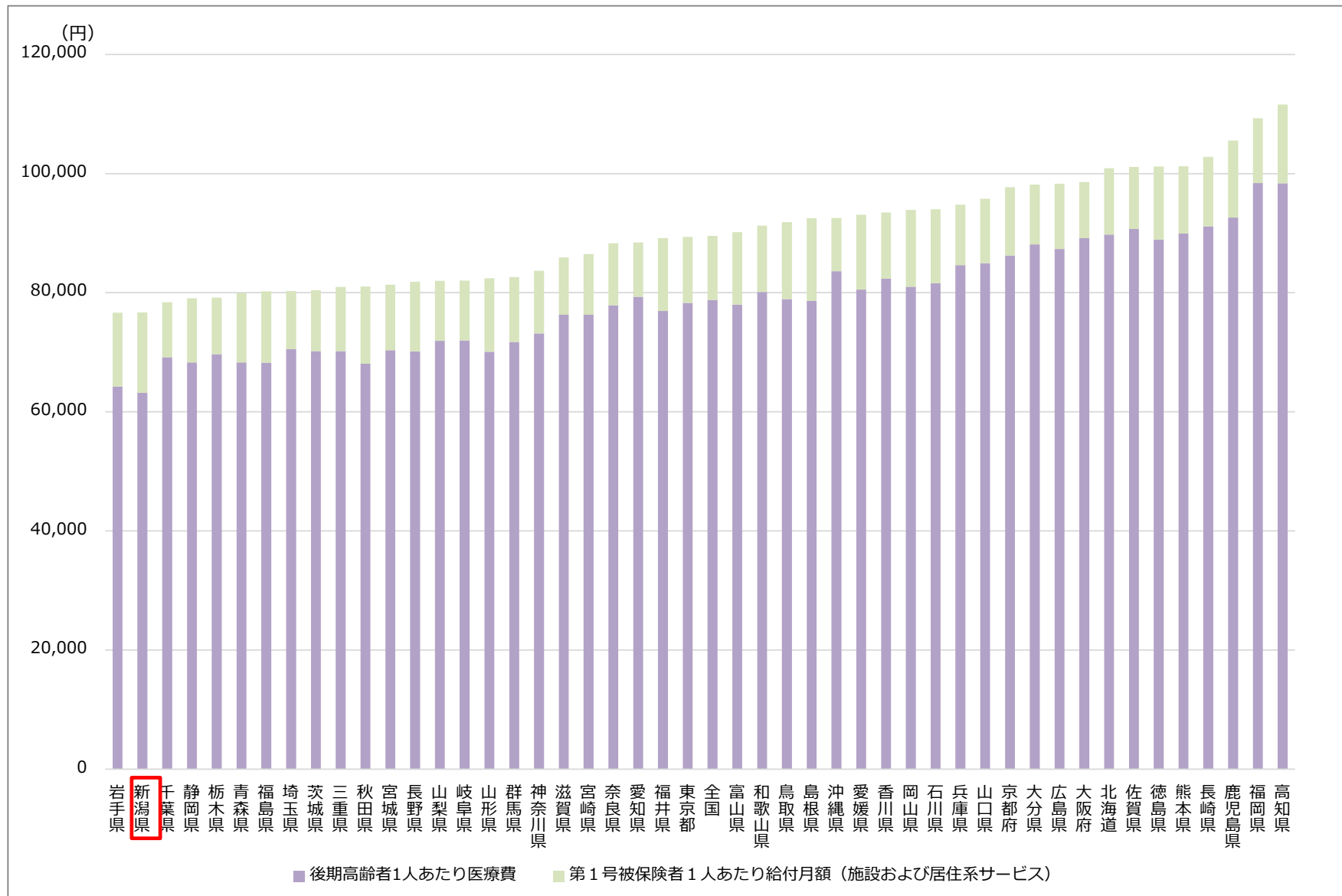
出典：厚生労働省 地域包括ケア「見える化」システム

注 ・上記金額はいずれも月額である。

・「後期高齢者1人あたり医療費」は資料2-1とは出典が異なるため、年額に換算しても金額は一致しない。

・「第1号被保険者1人あたり給付月額」は保険給付額であり、「後期高齢者1人あたり医療費」は費用額である。

※積み上げグラフで表記



2 割負担の導入による影響について

団塊の世代が今後 2022 年から 75 歳以上の高齢者となりはじめ、後期高齢者の医療費が増加する一方、それを支える現役世代が減少していく中で、このままでは 2025 年にかけて現役世代の負担が更に大きく上昇する見込みであることから、現役世代が負担する後期高齢者支援金の伸びを抑制するため、一定以上の所得のある後期高齢者の方の窓口負担割合を 1 割から 2 割とする制度改正が行われました。(令和 4 年 10 月 1 日施行)

新潟県内においては、全体の 15.7%の方が 2 割負担に該当しています。

また、急な負担増を抑えるため、令和 4 年 10 月 1 日から令和 7 年 9 月 30 日までの間は、2 割負担となる方について、1 か月の外来医療の窓口負担割合の引き上げに伴う負担増加額を 3,000 円までに抑える配慮措置が設けられました(入院の医療費は対象外)。

3,000 円を超えた場合の差額は高額療養費として事前に登録されている口座へ払戻しをすることから、この配慮措置をスムーズに適用するため、2 割負担となる方で高額療養費の振込口座が未登録の方には、事前に口座を登録するための申請書をお送りしています。

(1) 被保険者数の内訳 (令和 4 年 11 月 1 日時点)

(単位：人、%)

1 割負担		2 割負担		3 割負担		合計
人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
306,401	80.3%	59,991	15.7%	15,341	4.0%	381,733

(2) 高額療養費事前申請勧奨数 (令和 4 年 11 月 1 日時点)

(単位：人、%)

2 割対象者数			
	事前申請勧奨者数 (A)	受付件数 (B)	申請率 (B÷A)
59,991	27,958	22,131	79.2%

第2期

保健事業実施計画

(データヘルス計画)

目標に向けた事業計画
目標管理・評価シート

令和4（2022）年9月末現在

～ 目 次 ～

第2期データヘルス計画保健事業 目標管理・評価シート

1. 健康診査事業・・・・・・・・・・・・・・・・	1
2. 糖尿病性腎症・CKD（慢性腎臓病）重症化予防事業・・・・・・	5
3. 生活習慣病要治療者受診勧奨事業・・・・・・・・・・・・・・・・	7
4. 歯科健康診査事業・・・・・・・・・・・・・・・・	9
5. 在宅要介護者歯科保健事業・・・・・・・・・・・・・・・・	13
6. 在宅訪問栄養食事相談事業・・・・・・・・・・・・・・・・	15
7. 健康づくり高齢者補助金交付事業(長寿・健康増進事業)・・・・	19
8. 重複・頻回受診者訪問相談事業・・・・・・・・・・・・・・・・	21
9. 服薬相談事業・・・・・・・・・・・・・・・・	25
10. ジェネリック医薬品普及・啓発事業・・・・・・・・・・・・・・・・	29
11. 高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施・・・・・・・・	33

第2期データヘルス計画保健事業 目標管理・評価シート

【基本事項】

事業番号	1-(1)
事業名	健康診査事業
区 分	継続
大目標	1 生活習慣病の重症化予防
中長期的目標	①人工透析導入者の増加抑制 ②脳血管疾患の増加抑制 ③重症化する被保険者の増加抑制
短期的目標	#1 糖尿病・高血圧・CKD未治療者の減少 #2 自ら健康づくりに取り組む高齢者の増加 #7 健康状態が不明な高齢者の減少
目 的	生活習慣病を発見し、適切に医療につなげる。
対象者	除外者を除いた全被保険者
事業内容	広域連合が主体となり、市町村への業務委託により実施する。 ・健康診査の実施 ・新潟県健診ガイドラインによる「受診勧奨判定値の者」※に対する受診勧奨

※受診勧奨判定値：健診結果が次に該当する人

・R2(2020)以降

【血圧】収縮期 140mmHg 以上または拡張期 90mmHg 以上

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

【血糖】126mg/dl 以上または HbA1c6.5 以上

・R1(2019)以前

【血圧】収縮期 160mmHg 以上または拡張期 100mmHg 以上

【中性脂肪】400mg/dl 以上または LDL160 以上または HDL30 未満

【血糖】140mg/dl 以上または HbA1c7.0 以上

【目 標】

項 目	目 標	評 価 指 標
ストラクチャー (実施体制/誰がどういう体制で)	市町村との連携体制の構築	・健康診査推進計画の策定 ・医療・健康診査等の分析結果の提供
プロセス (実施過程/どのように)	円滑な健康診査の実施	市町村との意見交換の実施 ・保健事業担当者連絡会議の実施 ・契約時や健康診査推進計画作成時に調査票で意見の聴取実施
アウトプット (事業実施量/どれだけやって)	受診率の前年度比増加	・健康診査受診率
アウトカム (成果/その結果どうなったか)	受診勧奨判定値該当で医療に結びついた割合 50.0%	・新潟県健診ガイドラインによる「受診勧奨判定値」の未治療者で医療に結び付いた割合(健診受診月の翌月以降に生活習慣病に関する治療レセプトがある者/受診勧奨判定値の未治療者)

ストラクチャー：保健事業を実施するための仕組みや体制

アウトプット：目的・目標達成のために行われる事業の結果

プロセス：事業の目的や目標達成に向けた過程(手順)や活動状況

アウトカム：事業の目的や目標の達成度、または成果

【実績】※中間見直し後の目標（評価指標）に基づく実績

項目		H28(2016) 現状※	H30(2018) ※	R01(2019) ※	R02(2020) 見直し	R03(2021)	R04(2022)	R05(2025)
ストラクチャー	計画	実施			実施	実施	実施	実施
	実績		実施	実施	実施	実施		
プロセス	計画	実施			実施	実施	実施	実施
	実績		実施	実施	実施	実施		
アウトプット	計画	23.8%			前年度比増加	前年度比増加	前年度比増加	前年度比増加
	実績		25.5%	27.0%	21.7%	24.4%		
アウトカム	計画	45.5%			50.0%	50.0%	50.0%	50.0%
	実績		46.3%	46.3%	45.8%	48.4%		

事業実績	H30(2018)	R01(2019)	R02(2020)	R03(2021)	R04(2022)	R05(2023)
対象被保険者数	341,983 人	341,750 人	375,558 人	371,165 人		
健診受診者数	87,371 人	92,346 人	74,059 人	82,168 人		
受診率	25.5%	27.0%	21.7%	24.4%		
受診勧奨判定値該当者	47,046 人	49,412 人	41,988 人	46,622 人		
未治療者	9,731 人	10,263 人	8,573 人	9,497 人		
医療に結びついた人数	4,501 人	4,752 人	3,930 人	4,600 人		

【令和3年度実績の評価】

5:大きく上回る達成 4:上回る達成 3:おおむね達成 2:下回る未達成 1:大きく下回る未達成

項目	評価	説明
ストラクチャー	3	・健康診査推進計画を策定し、KDBシステム等により有所見者情報等分析結果を提供
プロセス	3	・保健事業担当者連絡会議を2回実施 ・契約時や健康診査推進計画作成時に調査票で意見を聴取
アウトプット	3	・受診率 24.4%（前年度比 2.7 ポイント増加）
アウトカム	2	・受診勧奨判定値該当者の未治療者が健診後医療に結び付いた割合 48.4%

【特記事項】

--

（参考：中間見直し前の目標・実績）

【目標】

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

【実 績】

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

第2期データヘルス計画保健事業 目標管理・評価シート

【基本事項】

事業番号	1-(2)
事業名	糖尿病性腎症・CKD（慢性腎臓病）重症化予防事業
区 分	継続
大目標	1 生活習慣病の重症化予防
中長期的目標	①人工透析患者の増加抑制 ③重症化する被保険者の増加抑制
短期的目標	#1 糖尿病・高血圧・CKD未治療者の減少
目 的	市町村による重症化予防事業の取組を支援し、糖尿病・CKDの未治療者を減少させる。
対象者	CKDの重症度分類でリスク高・リスク中となった者
事業内容	市町村と連携を強化し、地域に応じた効果的な取組を支援する。 ・市町村の重症化予防事業取組状況の調査 ・健康診査実施結果データ等の提供

【目 標】

項 目	目 標	評 価 指 標
ストラクチャー (実施体制／誰がどういう体制で)	関係機関との連携体制の構築	・実施市町村との結果共有の体制作り ・医師会との連携 ・新潟県糖尿病対策推進会議との連携
プロセス (実施過程／どのように)	事業の推進	・市町村同士の情報交換の場の提供 ・健康診査実施結果データ等の提供
アウトプット (事業実施量／どれだけやって)	事業実施市町村数の増加	・CKD進展予防のための判定基準及びフローチャートに基づいた保健指導もしくは健診結果等を活用した糖尿病性腎症等の重症化予防の実施市町村数
アウトカム (成果／その結果どうなったか)	50.0%以下	・CKDの重症度分類でリスク高・リスク中該当者のうち、糖尿病またはCKDで医療未受診の割合

ストラクチャー：保健事業を実施するための仕組みや体制 プロセス：事業の目的や目標達成に向けた過程（手順）や活動状況
アウトプット：目的・目標達成のために行われる事業の結果 アウトカム：事業の目的や目標の達成度、または成果

【実 績】※中間見直し後の目標（評価指標）に基づく実績

項目		H28(2016) 現状※	H30(2018) ※	R01(2019) ※	R02(2020) 見直し	R03(2021)	R04(2022)	R05(2025)
ストラクチャー	計 画	—			実施	実施	実施	実施
	実 績		実施	実施	実施			
プロセス	計 画	—			実施	実施	実施	実施
	実 績		実施	実施	実施			
アウトプット	計 画	16 市町村			24 市町村	26 市町村	28 市町村	30 市町村
	実 績		19 市町村	20 市町村	22 市町村	21 市町村		
アウトカム	計 画	55.3%			50.0%以下	50.0%以下	50.0%以下	50.0%以下
	実 績		54.0%	54.5%	54.0%	63.3%		

【令和3年度実績の評価】

5:大きく上回る達成 4:上回る達成 3:おおむね達成 2:下回る未達成 1:大きく下回る未達成

項 目	評 価	説 明
ストラクチャー	3	・ 市町村の取り組み状況の調査を実施、関係機関との連携方法の検討
プロセス	3	・ 健康診査実施結果データの提供
アウトプット	2	・ 事業実施市町村数 21
アウトカム	1	・ リスク高・リスク中該当者で医療未受診の割合 63.3%

【特記事項】

--

(参 考：中間見直し前の目標・実績)

【目 標】

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

【実 績】

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

第2期データヘルス計画保健事業 目標管理・評価シート

【基本事項】

事業番号	1 - (3)
事業名	生活習慣病要治療者受診勧奨事業
区 分	廃止 後期高齢者に対する重症化予防について、令和2年度以降、「保健事業と介護予防の一体的な実施」が本格実施となることを踏まえ、地域の実情に応じて市町村が行う国保世代からの連続した取組を支援していくこととし、本事業は中間見直しにおいて計画から削除した。
大目標	1 生活習慣病の重症化予防
中長期的目標	③重症化する被保険者の増加抑制
短期的目標	#1 糖尿病・高血圧・CKD未治療者の減少
目 的	生活習慣病の重症化予防
対象者	健康診査受診者で結果が受診勧奨レベルに該当し、その後医療機関未受診の被保険者
事業内容	医療機関への受診勧奨
実施体制	広域連合が主体となって、市町村や医師会の支援のもと、事業を実施

【目 標】

項 目	目 標	評 価 指 標
ストラクチャー (実施体制／誰がどういう体制で)	関係機関との連携体制の構築	・市町村との連携体制構築 ・医師会との連携
プロセス (実施過程／どのように)	事業の推進	・事業の進捗
アウトプット (事業実施量／どれだけやっ て)	受診勧奨実施者の医療機関受診率 50.0%	・受診勧奨実施者で、受診勧奨の翌月以降に生活習慣病に関する治療レセプトがある人の割合
アウトカム (成果／その結果どうなっ たか)	受診勧奨実施者で医療機関受診者の翌年の健診結果数値の改善率 70.0%	・受診勧奨実施者で、受診勧奨の翌月以降に生活習慣病に関する治療レセプトがある人のうち、翌年度の健康診査結果で数値が改善した割合

ストラクチャー：保健事業を実施するための仕組みや体制 プロセス：事業の目的や目標達成に向けた過程（手順）や活動状況
アウトプット：目的・目標達成のために行われる事業の結果 アウトカム：事業の目的や目標の達成度、または成果

【実績】

項目		H28(2016) 現状	H30(2018)	R01(2019)	R02(2020) 見直し	R03(2021)	R04(2022)	R05(2025)
ストラクチャー	計画	—	実施	実施	—	—	—	—
	実績		取組内容の調査	取組内容の調査				
プロセス	計画	—	対象者や介入 方法の決定	モデル事業 の実施	—	—	—	—
	実績		効果的な対 象者・事業 方法の検討	一体的な実 施事業への 移行の検討				
アウトプット	計画	—	—	50.0%	—	—	—	—
	実績		—	—				
アウトカム	計画	—	—	70.0%	—	—	—	—
	実績		—	—				

【特記事項】

--

第2期データヘルス計画保健事業 目標管理・評価シート

【基本事項】

事業番号	2 - (1)
事業名	歯科健康診査事業
区 分	継続
大目標	2 加齢に伴う心身機能の低下防止
中長期的目標	①生活に支障のない期間の維持
短期的目標	#2 自ら健康づくりに取り組む高齢者の増加 #3 口腔機能の維持・改善者の増加
目 的	歯科健康診査受診者の増加に努めるとともに、治療が必要となった受診者を医療へつなげる。
対象者	実施年度に76歳、80歳に達する被保険者（除外者を除く）
事業内容	広域連合が主体となり、市町村への業務委託により実施する。 対象者に歯科健康診査を実施し、歯や歯肉の状態や口腔清掃状況等の要治療者に対して、適切な医療につなげる。

【目 標】

項 目	目 標	評 価 指 標
ストラクチャー (実施体制／誰がどういう体制で)	市町村との連携体制の構築	・ 歯科健康診査推進計画の策定 ・ 医療の分析結果の提供
プロセス (実施過程／どのように)	円滑な歯科健康診査の実施	・ 未実施市町村への歯科健康診査実施のための支援
アウトプット (事業実施量／どれだけやって)	1) 前年度比増加 2) 前年度比増加	1) 歯科健康診査実施市町村数 2) 歯科健康診査受診率
アウトカム (成果／その結果どうなったか)	要治療で医療に結びついた割合 90.0%	・ 歯科健診結果が要治療で、歯科健診受診月の翌月以降に歯科レセプトがある人の割合

ストラクチャー：保健事業を実施するための仕組みや体制 プロセス：事業の目的や目標達成に向けた過程（手順）や活動状況
アウトプット：目的・目標達成のために行われる事業の結果 アウトカム：事業の目的や目標の達成度、または成果

【実 績】※中間見直し後の目標（評価指標）に基づく実績

項目		H28(2016) 現状※	H30(2018) ※	R01(2019) ※	R02(2020) 見直し	R03(2021)	R04(2022)	R05(2023)
ストラクチャー	計 画				実施	実施	実施	実施
	実 績		実施	実施	実施	実施		
プロセス	計 画				実施	実施	実施	実施
	実 績		実施	実施	実施	実施		
アウトプット	計 画	1)11 市町村			1) 前年度比増加 2) 前年度比増加	1) 前年度比増加 2) 前年度比増加	1) 前年度比増加 2) 前年度比増加	1) 前年度比増加 2) 前年度比増加
	実 績	2) 11.6%	1) 15 市町村 2) 14.6%	1) 18 市町村 2) 13.0%	1) 21 市町村 2) 14.7%	1) 22 市町村 2) 12.0%		
アウトカム	計 画				90.0%	90.0%	90.0%	90.0%
	実 績	93.6%	96.5%	95.4%	95.4%	95.3%		

事業実績	H30(2018)	R01(2019)	R02(2020)	R03(2021)	R04(2022)	R05(2023)
対象被保険者数	23,169 人	36,213 人	35,247 人	41,265 人		
健診受診者数	3,379 人	4,721 人	5,191 人	4,966 人		
受診率	14.6%	13.0%	14.7%	12.0%		
要治療者数	2,395 人	3,305 人	3,598 人	3,542 人		
要治療で医療に結びついた人数	2,311 人	3,152 人	3,432 人	3,375 人		

【令和3年度実績の評価】

5:大きく上回る達成 4:上回る達成 3:おおむね達成 2:下回る未達成 1:大きく下回る未達成

項 目	評 価	説 明
ストラクチャー	3	・健康診査推進計画を策定し、歯科健診受診後に医療に結びついた割合を分析
プロセス	3	・未実施市町村の課題の聞き取りを実施
アウトプット	2	1) 実施市町村数 R3 : 22 (R2 : 21) 2) 受診率 R3 : 12.0% (R2 : 14.7%)
アウトカム	4	・要治療で医療に結びついた割合 95.3%

【特記事項】

--

(参 考 : 中間見直し前の目標・実績)

【目 標】

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

【実 績】

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

第2期データヘルス計画保健事業 目標管理・評価シート

【基本事項】

事業番号	2 - (2)
事業名	在宅要介護者歯科保健事業
区 分	継続
大目標	2 加齢に伴う心身機能の低下防止
中長期的目標	①生活に支障のない期間の維持
短期的目標	#2 自ら健康づくりに取り組む高齢者の増加 #3 口腔機能の維持・改善者の増加
目 的	通院による歯科保健医療サービスを受けることが困難な要介護者に対して、在宅において歯科健診や歯科保健指導等を行うことにより、治療が必要な受診者を医療へつなげる。
対象者	通院による歯科保健サービスを受けることが困難な、新潟市に住所を有する要介護3～5の認定を受けた者
事業内容	新潟市歯科医師会に業務委託して実施する。 歯科医師及び歯科衛生士等による訪問歯科健診、歯科健診結果の通知と口腔ケア指導及び健康教育、その他必要な相談及び援助

【目 標】

項 目	目 標	評 価 指 標
ストラクチャー (実施体制／誰がどういう体制で)	新潟市歯科医師会との連携体制強化	・新潟市歯科医師会との打合せ会議
プロセス (実施過程／どのように)	円滑な訪問歯科健康診査の実施	・効果的な対象者の選定 ・居宅介護支援事業所への事業周知
アウトプット (事業実施量／どれだけやって)	訪問歯科健診実施者数の増加	・訪問歯科健診実施者数
アウトカム (成果／その結果どうなったか)	要治療で医療に結びついた割合 80.0%	・訪問歯科健診結果が要治療で、訪問歯科健診受診月の翌月以降に歯科レセプトがある人の割合

ストラクチャー：保健事業を実施するための仕組みや体制 プロセス：事業の目的や目標達成に向けた過程（手順）や活動状況
アウトプット：目的・目標達成のために行われる事業の結果 アウトカム：事業の目的や目標の達成度、または成果

【実 績】

項目		H28(2016) 現状	H30(2018)	R01(2019)	R02(2020) 見直し	R03(2021)	R04(2022)	R05(2023)
ストラクチャー	計 画	実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施
	実 績		実施	実施	実施	実施		
プロセス	計 画	実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施
	実 績		実施	実施	実施	実施		
アウトプット	計 画	79 人	前年度比増加	前年度比増加	前年度比増加	前年度比増加	前年度比増加	前年度比増加
	実 績		101 人	113 人	34 人	79 人		
アウトカム	計 画	77.2%	77.5%	78.0%	78.5%	79.0%	79.5%	80.0%
	実 績		80.0%	82.4%	96.9%	88.4%		

事業実績	H30(2018)	R01(2019)	R02(2020)	R03(2021)	R04(2022)	R05(2023)
健診受診者数	101 人	113 人	34 人	79 人		
要治療者数	50 人	74 人	32 人	69 人		
要治療で医療に結びついた人数	40 人	61 人	31 人	61 人		

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

【令和 3 年度実績の評価】

5:大きく上回る達成 4:上回る達成 3:おおむね達成 2:下回る未達成 1:大きく下回る未達成

項 目	評 価	説 明
ストラクチャー	3	・ 打合せ会議を実施し、効果的な事業周知方法等を検討
プロセス	3	・ 介護度 3～5 の認定通知とともに在宅要介護者歯科保健事業の案内文を送付し、必要な人に情報が行き届くようにした。
アウトプット	4	・ 健診受診者数 R3 : 79 人 R2 : 34 人
アウトカム	4	・ 医療に結びついた割合 R3 : 88.4%

【特記事項】

--

第2期データヘルス計画保健事業 目標管理・評価シート

【基本事項】

事業番号	2 - (3)
事業名	在宅訪問栄養食事相談事業
区 分	継続
大目標	2 加齢に伴う心身機能の低下防止
中長期的目標	①生活に支障のない期間の維持
短期的目標	#2 自ら健康づくりに取り組む高齢者の増加 #4 栄養改善・維持を図れる者の増加
目 的	低栄養状態及びフレイル状態の被保険者の居宅を訪問し、個々の状況に合わせて実効的な栄養相談を行うことで、栄養改善及び心身機能の低下予防を促すとともに生活機能の維持・改善を図る。
対象者	前年度の健診結果でBMIが21.5kg/m ² 未満かつ1年間に2kg以上（H30まで：半年以内に1kg以上）体重が減少している者
事業内容	広域連合と実施地域の市町村が共同事業協定を結び、新潟県栄養士会に業務委託し実施する。 ・訪問栄養相談を行う管理栄養士の育成研修 ・訪問栄養相談の実施（6か月間に3回訪問、手紙・電話による支援1回、6か月後にフォローアップ訪問1回）

【目 標】

項 目	目 標	評 価 指 標
ストラクチャー (実施体制／誰がどういう体制で)	・関係機関との連携体制の強化 ・訪問相談医必要な管理栄養士の確保	・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
プロセス (実施過程／どのように)	フロー図のとおりに事業が進められる。	・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）
アウトプット (事業実施量／どれだけやって)	1) 維持・増加 2) 維持・増加	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）
アウトカム (成果／その結果どうなったか)	1) 80.0% 2) 80.0%	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）

ストラクチャー：保健事業を実施するための仕組みや体制 プロセス：事業の目的や目標達成に向けた過程（手順）や活動状況
アウトプット：目的・目標達成のために行われる事業の結果 アウトカム：事業の目的や目標の達成度、または成果

【実績】※中間見直し後の目標（評価指標）に基づく実績

項目		H28(2016) 現状※	H30(2018) ※	R01(2019) ※	R02(2020) 見直し	R03(2021)	R04(2022)	R05(2023)
ストラクチャー	計画	実施			実施	実施	実施	実施
	実績		実施	実施	実施	実施		
プロセス	計画	—			実施	実施	実施	実施
	実績		実施	実施	実施	実施		
アウトプット	計画	—			前年度比維持・増加	前年度比維持・増加	前年度比維持・増加	前年度比維持・増加
	実績		1)62.5% 2)89.2%	1)67.6% 2)81.3%	1) 66.4% 2) 85.9%	1) 68.5% 2) 86.0%		
アウトカム	計画	—			80.0%	80.0%	80.0%	80.0%
	実績		1)81.0% 2)65.5%	1)82.1% 2)89.7%	1) 75.4% 2) 75.4%	1) 82.9% 2) 63.4%		

事業実績	H30(2018)	R01(2019)	R02(2020)	R03(2021)	R04(2022)	R05(2023)
申請勸奨者（対象者）	702 人	725 人	795 人	846 人		
申請者	104 人	71 人	107 人	73 人		
訪問相談実施者	65 人	48 人	71 人	50 人		
3 回訪問完了者	58 人	39 人	61 人	43 人		
B M I 維持・改善者	47 人	32 人	43 人	34 人		
生活改善者	38 人	35 人	43 人	26 人		

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

【令和 3 年度実績の評価】

5:大きく上回る達成 4:上回る達成 3:おおむね達成 2:下回る未達成 1:大きく下回る未達成

項 目	評 価	説 明
ストラクチャー	3	・実施地域である新潟市と共同事業の協定を締結、新潟県栄養士会、かかりつけ医及び地域包括支援センター等と連携した事業実施
プロセス	3	・フロー図に沿った進捗管理
アウトプット	3	1) 実施率 R3 : 68.5% R2 : 66.4% 2) 3 回終了者率 R3 : 86.0% R2 : 85.9%
アウトカム	2	1) B M I 維持・改善率 82.9% 2) アセスメント表による改善率 63.4%

【特記事項】

--

(参 考：中間見直し前の目標・実績)

【目 標】

項 目	目 標	評 価 指 標
ストラクチャー	関係機関との連携体制の強化	・新潟県栄養士会との打合せ会議 ・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
プロセス	管理栄養士の育成	・在宅訪問栄養食事相談事業での訪問相談が実施可能な栄養士の数
アウトプット	訪問相談実施者の心身機能の維持・向上 50.0%	・相談実施者のBMI値が維持・改善した割合
アウトカム	訪問相談実施者の生活改善率 80.0%	・相談実施者の日常生活チェック項目が改善した割合

【実 績】

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

第2期データヘルス計画保健事業 目標管理・評価シート

【基本事項】

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

【目 標】

項 目	目 標	評 価 指 標
ストラクチャー (実施体制／誰がどういう体制で)	事業実施に必要な財源確保	・ 予算の確保
プロセス (実施過程／どのように)	円滑な事業の実施	・ 各種会議での周知
アウトプット (事業実施量／どれだけやって)	実施市町村数の維持・増加	・ 補助金交付市町村数
アウトカム (成果／その結果どうなったか)	被保険者の健康増進に資する事業の推進	・ 補助金交付市町村数

ストラクチャー：保健事業を実施するための仕組みや体制 プロセス：事業の目的や目標達成に向けた過程（手順）や活動状況
アウトプット：目的・目標達成のために行われる事業の結果 アウトカム：事業の目的や目標の達成度、または成果

【実 績】

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

【令和3年度実績の評価】

5:大きく上回る達成 4:上回る達成 3:おおむね達成 2:下回る未達成 1:大きく下回る未達成

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

【特記事項】

--

第2期データヘルス計画保健事業 目標管理・評価シート

【基本事項】

事業番号	3 - (1)
事業名	重複・頻回受診者訪問相談事業
区 分	継続
大目標	3 必要な受診・その他サービスの利活用による医療費の適正化
中長期的目標	①重複受診割合の増加抑制 ②頻回受診割合の増加抑制
短期的目標	#5 適切な受診行動・服薬行動がとれる者の増加
目 的	重複・頻回受診傾向にある被保険者及びその家族に対し、保健師、看護師等が訪問し、療養上の日常生活に関する健康相談等を行うことにより、生活習慣の重症化予防及び被保険者の適正な受診を促すことで、自己負担額の軽減や医療費の適正化を図る。
対象者	重複受診者（3 か月連続して、1 か月に同一疾病での受診医療機関が2 箇所以上の者） 頻回受診者（3 か月連続して、1 か月に同一医療機関での受診が12 回以上の者。ただし、人工透析患者は対象外）
事業内容	民間業者への業務委託により実施する。 ・専門職（保健師・看護師等）による、対象者の居宅での訪問健康相談の実施 ・適正な受診やかかりつけ医、かかりつけ薬局を持つことに関する意識啓発

【目 標】

項 目	目 標	評 価 指 標
ストラクチャー (実施体制／誰がどういう体制で)	関係機関との連携体制の強化	・市町村との訪問相談結果共有等による連携体制の強化 ・新潟県医師会との事業実施状況等の共有による連携体制の強化
プロセス (実施過程／どのように)	・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	・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
アウトプット (事業実施量／どれだけやって)	前年度比維持・増加	・訪問相談実施率（相談実施数/事業案内者数）
アウトカム (成果／その結果どうなったか)	1) 50.0% 2) 医療費削減	1) 訪問相談実施者で、訪問相談実施月の翌月から3 か月間のレセプトにより、対象者に該当しなくなった割合 2) 訪問相談実施者で訪問相談実施月の翌月から3 か月間のレセプトにより、対象者に該当しなくなった者の一人当たりの1 か月平均の医療費削減額

ストラクチャー：保健事業を実施するための仕組みや体制 プロセス：事業の目的や目標達成に向けた過程（手順）や活動状況
アウトプット：目的・目標達成のために行われる事業の結果 アウトカム：事業の目的や目標の達成度、または成果

【実績】※中間見直し後の目標（評価指標）に基づく実績

項目		H28(2016) 現状※	H30(2018) ※	R01(2019) ※	R02(2020) 見直し	R03(2021)	R04(2022)	R05(2023)
ストラクチャー	計画	実施			実施	実施	実施	実施
	実績		実施	実施	実施	実施		
プロセス	計画	実施			実施	実施	実施	実施
	実績		実施	実施	実施	実施		
アウトプット	計画	重複 29.5% 頻回 23.7%			前年度比維持・増加	前年度比維持・増加	前年度比維持・増加	前年度比維持・増加
	実績		重複 33.7% 頻回 30.4%	重複 24.7% 頻回 24.6%	重複 20.2% 頻回 16.0%	重複 25.0% 頻回 23.1%		
アウトカム	計画	1) 55.8% 2) 9,952円 頻回 1) 49.6% 2) 14,709円			1) 50.0% 2) 医療費の削減	1) 50.0% 2) 医療費の削減	1) 50.0% 2) 医療費の削減	1) 50.0% 2) 医療費の削減
	実績		重複 1) 70.8% 2) 19,775円 頻回 1) 47.6% 2) 11,996円	重複 1) 61.2% 2) 15,403円 頻回 1) 51.0% 2) 19,727円	重複 1) 71.1% 2) 18,905円 頻回 1) 83.9% 2) 5,661円	重複 1) 72.1% 2) 27,011円 頻回 1) 47.2% 2) 8,353円		

事業実績	H30(2018)	R01(2019)	R02(2020)	R03(2021)	R04(2022)	R05(2023)
対象者の当初抽出者数	1,629 人	1,783 人	1,758 人	1,209 人		
最終対象者数 (除外、電話調査後)	538 人	604 人	575 人	401 人		
訪問相談実施者数	重複 65 人 頻回 105 人	重複 49 人 頻回 100 人	重複 38 人 頻回 62 人	重複 43 人 頻回 53 人		
訪問相談実施後の改善者数	重複 46 人 頻回 50 人	重複 30 人 頻回 51 人	重複 27 人 頻回 52 人	重複 31 人 頻回 25 人		

【令和3年度実績の評価】

5:大きく上回る達成 4:上回る達成 3:おおむね達成 2:下回る未達成 1:大きく下回る未達成

項目	評価	説明
ストラクチャー	3	・相談実施者から同意をとり、相談結果を市町村と共有し、引き続き見守りを行う体制を構築
プロセス	3	・ガイドブック、しおり等による機会を捉えた広報を実施 ・生活習慣病や低栄養、身体機能等に関する疾病を持つ者を優先的に訪問対象者として選定
アウトプット	3	訪問相談実施率 ・重複受診者 R3 : 25.0% R2 : 20.2% ・頻回受診者 R3 : 23.1% R2 : 16.0%
アウトカム	3	訪問指導の改善割合 ・重複受診者 : 72.1%、頻回受診者 : 47.2% 改善者の1人当たりの1か月当たりの医療費削減額 ・重複受診者 : 27,011 円、頻回受診者 : 8,353 円

【特記事項】

--

(参 考：中間見直し前の目標・実績)

【目 標】

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

【実 績】

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

第2期データヘルス計画保健事業 目標管理・評価シート

【基本事項】

事業番号	3 - (2)
事業名	服薬相談事業
区 分	継続
大目標	3 必要な受診・その他サービスの利活用による医療費の適正化
中長期的目標	③服薬相談が必要な被保険者割合の増加抑制
短期的目標	#5 適切な受診行動・服薬行動がとれる者の増加
目 的	薬剤師が居宅を訪問し、薬の管理や飲み方の提案等を行うことで、被保険者の適正な服薬を促し、日常生活の改善及び健康の保持増進を図るとともに、自己負担額の軽減や医療費の適正化を図る。
対象者	3 か月連続して同月中に2 医療機関以上受診しており、重複投薬や併用禁忌薬剤処方状況が疑われ、服薬に関する確認や相談、調整が必要な状況が疑われる者
事業内容	広域連合が主体となって、関係機関との協議により、効果的な実施体制を検討する。 薬剤師による薬に関する訪問相談の実施と適正な受診やかかりつけ医・かかりつけ薬局を持つことに関する啓発

【目 標】

項 目	目 標	評 価 指 標
ストラクチャー (実施体制／誰がどういう体制で)	関係機関との連携体制構築	・市町村や医師会、薬剤師会等との連携体制の構築
プロセス (実施過程／どのように)	効果的な事業の推進	・前年度の評価を踏まえた事業の実施
アウトプット (事業実施量／どれだけやって)	1) 訪問相談申請率の維持・増加 2) 訪問相談実施率の維持・増加	1) 訪問相談申請率（訪問相談申請者数/申請勧奨者数） 2) 訪問相談実施率（訪問相談実施者数/訪問相談申請者数）
アウトカム (成果／その結果どうなったか)	1) 対象に該当しなくなった者の割合 50.0% 2) 対象に該当しなくなった者の一人当たり医療費の削減	1) 相談実施者で、相談実施月の翌月から3 か月のレセプトにより、対象に該当しなくなった者の割合 2) 相談実施者で、相談実施月の翌月から3 か月のレセプトにより、対象に該当しなくなった者の一人当たりの医科（投薬のみ）・調剤医療費の削減効果（1 か月平均）

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

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

【実績】※中間見直し後の目標（評価指標）に基づく実績

項目		H28(2016) 現状※	H30(2018) ※	R01(2019) ※	R02(2020) 見直し	R03(2021)	R04(2022)	R05(2025)
ストラクチャー	計画	—			実施	実施	実施	実施
	実績		実施	実施	実施	実施		
プロセス	計画	—			前年度の評価を踏まえた実施	前年度の評価を踏まえた実施	前年度の評価を踏まえた実施	前年度の評価を踏まえた実施
	実績		実施	実施	実施	実施		
アウトプット	計画	—			1) 前年度比維持・増加 2) 前年度比維持・増加	1) 前年度比維持・増加 2) 前年度比維持・増加	1) 前年度比維持・増加 2) 前年度比維持・増加	1) 前年度比維持・増加 2) 前年度比維持・増加
	実績		1) 6.9% 2) 65.3%	1) 7.9% 2) 65.3%	1) 6.2% 2) 73.5%	1) 6.3% 2) 59.6%		
アウトカム	計画	—			1) 50% 2) 削減	1) 50% 2) 削減	1) 50% 2) 削減	1) 50% 2) 削減
	実績		1) 62.5% 2) 3,287 円	1) 55.1% 2) 5,784 円	1) 58.3% 2) 4,556 円	1) 48.4% 2) 9,896 円		

事業実績	H30(2018)	R01(2019)	R02(2020)	R03(2021)	R04(2022)	R05(2023)
申請勧奨者（対象者）	715 人	949 人	794 人	832 人		
訪問相談申込者	49 人	75 人	49 人	52 人		
訪問相談実施者	32 人	49 人	36 人	31 人		
抽出基準に該当しなくなった者	20 人	27 人	21 人	15 人		

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

項目	評価	説明
ストラクチャー	3	・新潟市、新潟市薬剤師会、かかりつけ薬局との連携体制を構築
プロセス	3	・前年度課題を踏まえて、対象者抽出方法や実施時期等の検討
アウトプット	2	・訪問相談申請率 R3：6.3% R2：6.2% ・訪問相談実施率 R3：59.6% R2：73.5%
アウトカム	2	・対象に該当しなくなった者の割合 R3：48.4% ・対象に該当しなくなった者の一人当たりの削減効果額 R3 9,896 円

【特記事項】

--

(参 考：中間見直し前の目標・実績)

【目 標】

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

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

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

【実 績】

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

第2期データヘルス計画保健事業 目標管理・評価シート

【基本事項】

事業番号	3 - (3)
事業名	ジェネリック医薬品普及・啓発事業
区 分	継続
大目標	3 必要な受診・その他サービスの利活用による医療費の適正化
中長期的目標	④ジェネリック医薬品の普及率向上
短期的目標	#6 ジェネリック医薬品の普及率向上
目 的	現在使用している先発医薬品をジェネリック医薬品へ切り替えることによって、患者の自己負担額の軽減と医療費の適正化を図る。
対象者	切替可能な先発医薬品を使用している者
事業内容	広域連合が主体となって市町村と協力して実施 広報紙等による啓発、ジェネリック医薬品希望カードの配布、ジェネリック医薬品差額通知、他保険者との情報共有や共同実施等による効果的な啓発の実施

【目 標】

項 目	目 標	評 価 指 標
ストラクチャー (実施体制／誰がどういう体制で)	他保険者との連携体制の構築	・保険者協議会等での各保険者でのジェネリック医薬品に関する協議回数
プロセス (実施過程／どのように)	取組の推進	・広報誌等による啓発の実施 ・ジェネリック医薬品希望カードの配布 ・ジェネリック医薬品差額通知
アウトプット (事業実施量／どれだけやって)	25.0%	・ジェネリック医薬品差額通知者の切替率 (切替者数/通知者数)(発送ごとの切替率)
アウトカム (成果／その結果どうなったか)	ジェネリック医薬品差額通知による切替者の医療費の削減	・ジェネリック医薬品差額通知の発送による1年間の切替効果額(発送ごとの効果額)

ストラクチャー：保健事業を実施するための仕組みや体制 プロセス：事業の目的や目標達成に向けた過程（手順）や活動状況
アウトプット：目的・目標達成のために行われる事業の結果 アウトカム：事業の目的や目標の達成度、または成果

【実 績】※中間見直し後の目標（評価指標）に基づく実績

項目		H28(2016) 現状※	H30(2018) ※	R01(2019) ※	R02(2020) 見直し	R03(2021)	R04(2022)	R05(2023)
ストラクチャー	計 画	1 回			前年度の協議内容を踏まえた必要な回数	前年度の協議内容を踏まえた必要な回数	前年度の協議内容を踏まえた必要な回数	前年度の協議内容を踏まえた必要な回数
	実 績		2 回	2 回	2 回	2 回		
プロセス	計 画	実施			実施	実施	実施	実施
	実 績		実施	実施	実施	実施		

項目		H28(2016) 現状※	H30(2018) ※	R01(2019) ※	R02(2020) 見直し	R03(2021)	R04(2022)	R05(2023)
アウトプット	計 画				25.0%	25.0%	25.0%	25.0%
	実 績	1回目 16.0% 2回目 23.4%	1回目 24.8% 2回目 23.8%	1回目 23.1% 2回目 22.1%	1回目 49.2% 2回目 21.4%	1回目 27.7% (11 か月間) 2回目 23.7% (7 か月間)		
アウトカム	計 画				医療費 の削減	医療費 の削減	医療費 の削減	医療費 の削減
	実 績	1 回目 329,637 千円 2 回目 290,626 千円	1 回目 215,422 千円 2 回目 175,991 千円	1 回目 158,796 千円 2 回目 152,163 千円	1 回目 1,098,171 千円 2 回目 167,915 千円	1 回目 168,950 千円 (11 か月間) 2 回目 79,290 千円 (7 か月間)		

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

【令和3年度実績の評価】

5:大きく上回る達成 4:上回る達成 3:おおむね達成 2:下回る未達成 1:大きく下回る未達成

項 目	評 価	説 明
ストラクチャー	3	・ R3：2回 保険者協議会等にて効果的な啓発方法を検討
プロセス	3	・ 市町村広報誌等による広報とともに、ジェネリック医薬品希望カードの配布や差額通知事業（年2回）を実施
アウトプット	未評価	差額通知者の切替率 ・ R3.9月発送：27.7%（11 か月間の暫定値） ・ R4.1月発送：23.7%（7 か月間の暫定値）
アウトカム	未評価	差額通知の発送による1年間の切替効果額 ・ R3.9月発送：47,593通 168,950千円の削減効果（11 か月間の暫定値） ・ R4.1月発送：45,391通 79,290千円の削減効果（7 か月間の暫定値） ※各月の発送者には重複している者もいるため、上記削減額には二重で金額が計上されている者も含む

【特記事項】

--

（参 考：中間見直し前の目標・実績）

【目 標】

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

【実 績】

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

第2期データヘルス計画保健事業 目標管理・評価シート

【基本事項】

事業番号	4
事業名	高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施
区 分	令和2年度から新規
大目標	1 生活習慣病の重症化予防 2 加齢に伴う心身機能の低下防止 3 必要な受診・その他サービスの利活用による医療費の適正化
中長期的目標	1－①人口透析導入者の増加抑制、②脳血管疾患の増加抑制、③重症化する被保険者の増加抑制 2－①生活に支障のない期間の維持 3－①健康状態が不明な高齢者の減少、②重複受診者割合の増加抑制、③頻回受診者割合の増加抑制、④服薬相談が必要な被保険者割合の増加抑制
短期的目標	#1 糖尿病・高血圧・CKD未治療者の減少 #2 自ら健康づくりに取り組む高齢者の増加 #3 口腔機能の維持・改善者の増加 #4 栄養改善・維持を図れる者の増加 #5 適切な受診行動・服薬行動がとれる者の増加 #7 健康状態が不明な高齢者の減少
目 的	フレイル状態など高齢者の多様な課題に対して、ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチの両面から支援し、フレイル予防に取り組む市町村を増やす。
対象者	すべての被保険者
事業内容	KDBシステムを活用した地域の健康課題の分析・対象者の把握や関係機関と連携しながらのハイリスクアプローチ・ポピュレーションアプローチを行う市町村を支援する。

【目 標】

項 目	目 標	評 価 指 標
ストラクチャー (実施体制／誰がどういう体制で)	市町村との連携体制構築	・市町村との連携 ・予算の確保
プロセス (実施過程／どのように)	市町村における効果的な事業の実施	市町村における円滑な事業の実施 ・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 ・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
アウトプット (事業実施量／どれだけやって)	次年度新たに事業開始する市町村数	・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）
アウトカム (成果／その結果どうなったか)	26 市町村 (健康寿命延伸プランにより、令和6年度までに全市町村実施とする)	・事業実施市町村数

ストラクチャー：保健事業を実施するための仕組みや体制 プロセス：事業の目的や目標達成に向けた過程（手順）や活動状況
アウトプット：目的・目標達成のために行われる事業の結果 アウトカム：事業の目的や目標の達成度、または成果

【実績】

項目		R1(2019) 現状	H30(2018)	R01(2019)	R02(2020)	R03(2021)	R04(2022)	R05(2025)
ストラクチャー	計画	保健事業 担当者連 絡会議に おいて意 見交換の 実施	—	—	実施	実施	実施	実施
	実績		—	—	実施	実施		
プロセス	計画	実施	—	—	実施	実施	実施	実施
	実績		—	—	実施	実施		
アウトプット	計画	4 市町村	—	—	6 市町村	10 市町村	6 市町村	4 市町村
	実績		—	—	12 市町村	6 市町村		
アウトカム	計画	—	—	—	4 市町村	10 市町村	20 市町村	26 市町村
	実績		—	—	4 市町村	16 市町村		

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

【令和3年度実績の評価】

5:大きく上回る達成 4:上回る達成 3:おおむね達成 2:下回る未達成 1:大きく下回る未達成

項目	評価	説明
ストラクチャー	3	・市町村との事前協議等を踏まえ、実施予定市町村に係る必要な財源を確保
プロセス	3	・保健事業担当者連絡会議等を通じて、独自に作成した基本的な方針の記載例や健康診査結果有所見者状況のデータ等を情報提供
アウトプット	3	・令和2～3年度に事業開始した16市町村に加え、令和4年度新たに事業開始する6市町村を個別に支援
アウトカム	4	・令和3年度までに16市町村が事業開始

【特記事項】

--

〈第2期〉 保健事業実施計画 (データヘルス計画) 中間見直し版



令和3年3月

新潟県後期高齢者医療広域連合

目 次

第1章 基本的事項

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

第2章 計画の評価・見直し

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

第3章 中間評価

1 第2期データヘルス計画の取組	12
2 中間評価	13

第4章 中間見直し後の事業計画

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

第5章 計画の公表・周知等

1 計画の公表・周知	40
2 個人情報の取扱い	40

資料編	41 (注)
-----------	--------

(注) 本配布資料では、資料編は省略しています。

第 1 章 基本的事項

1 計画策定の目的と背景

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2 計画の位置付け

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

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

3 計画の名称と計画期間

計画の名称：第 2 期 保健事業実施計画(データヘルス計画)

計 画 期 間：平成 30 年度～令和 5 年度(6 年間)

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

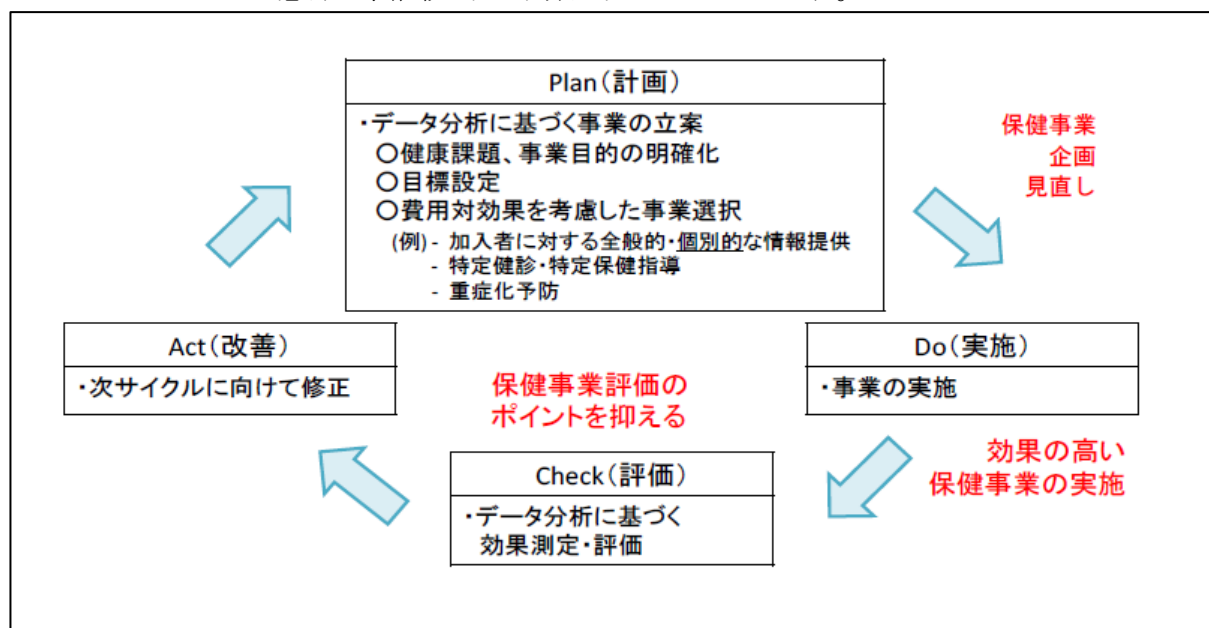
見直しにあたっては、計画策定時の現状の分析・分析結果に基づく健康課題を踏まえつつ、事業計画を重点的に見直しました。

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

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

4 計画のサイクル

PDCA サイクルを意識し、継続的に事業を実施していきます。



「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第2版」より

5 関係者連携・実施体制

(1) 関係者との連携

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

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

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

(2) 実施体制

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

【主な実施体制・関係者連携の場】

○医療懇談会

実施主体:新潟県後期高齢者医療広域連合

参 加 者:被保険者を代表する委員 3名以内

保険医又は保険薬剤師を代表する委員 3名以内

学識経験者その他の有識者を代表する委員 2名以内

被用者保険等その他の医療保険者を代表する委員 2名以内

行政関係者 2名以内

○市町村担当課長会議

実施主体:新潟県後期高齢者医療広域連合

参 加 者:市町村後期高齢者医療担当課長

○保健事業担当者連絡会議

実施主体:新潟県後期高齢者医療広域連合

参 加 者:市町村後期高齢者医療担当

保健事業担当

介護保険担当

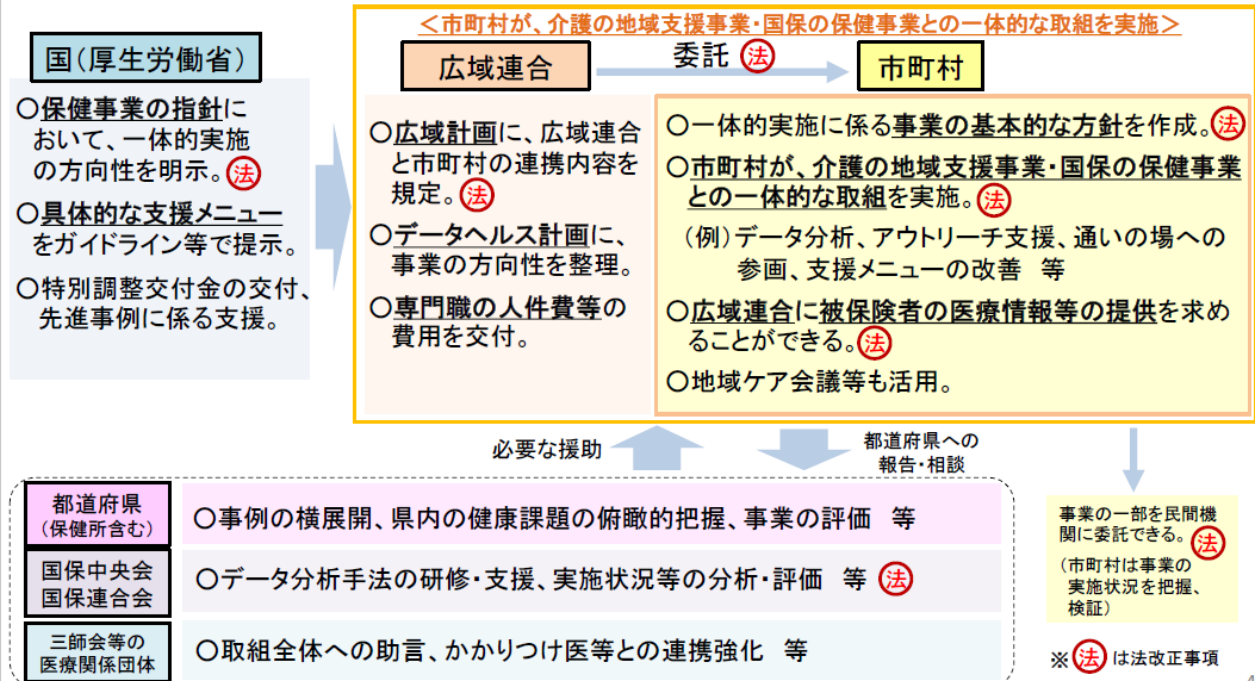
6 高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施

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

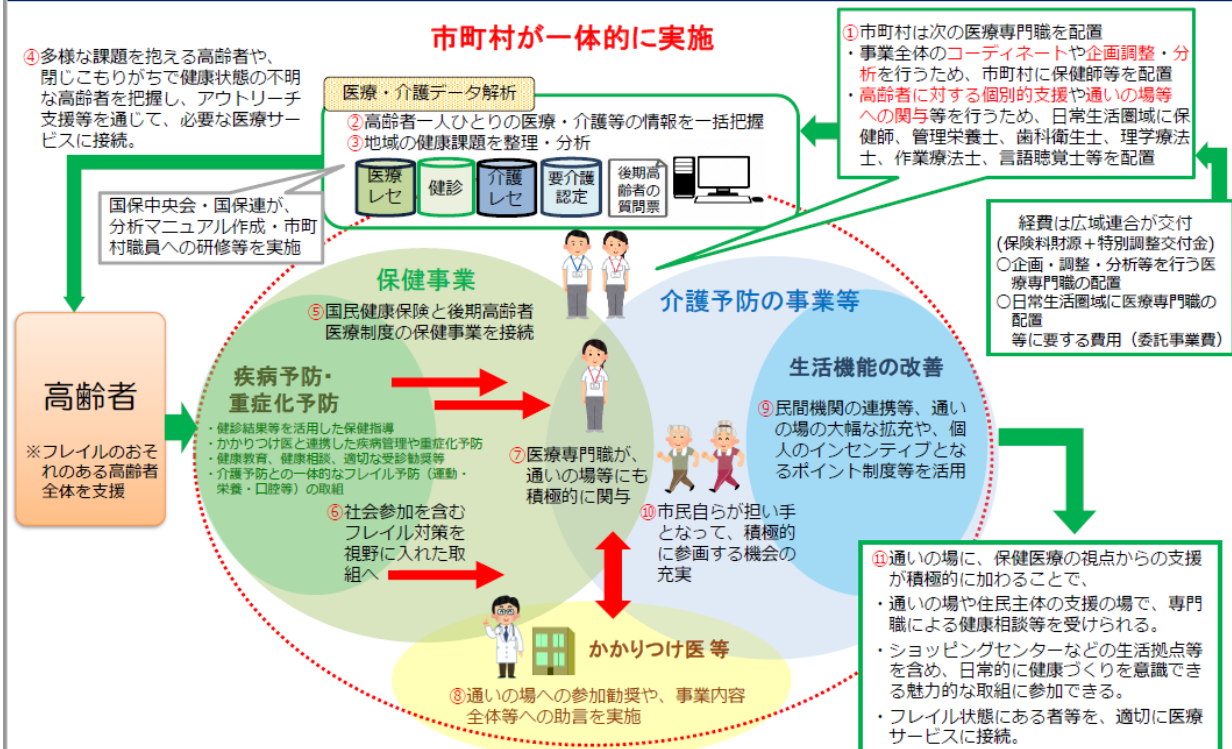
この点において、市町村は、市民に身近な立場からきめ細かな住民サービスを提供することができ、介護保険や国民健康保険の保険者であるため保健事業や介護予防についてもノウハウを有しています。このことから、高齢者の心身の特性に応じてきめ細かな保健事業を進めるため、保健事業の一部については、広域連合から市町村に委託し市町村が実施します。広域連合は、必要な経費の負担や情報提供などにより、市町村を支援します。

高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施（スキーム図）

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



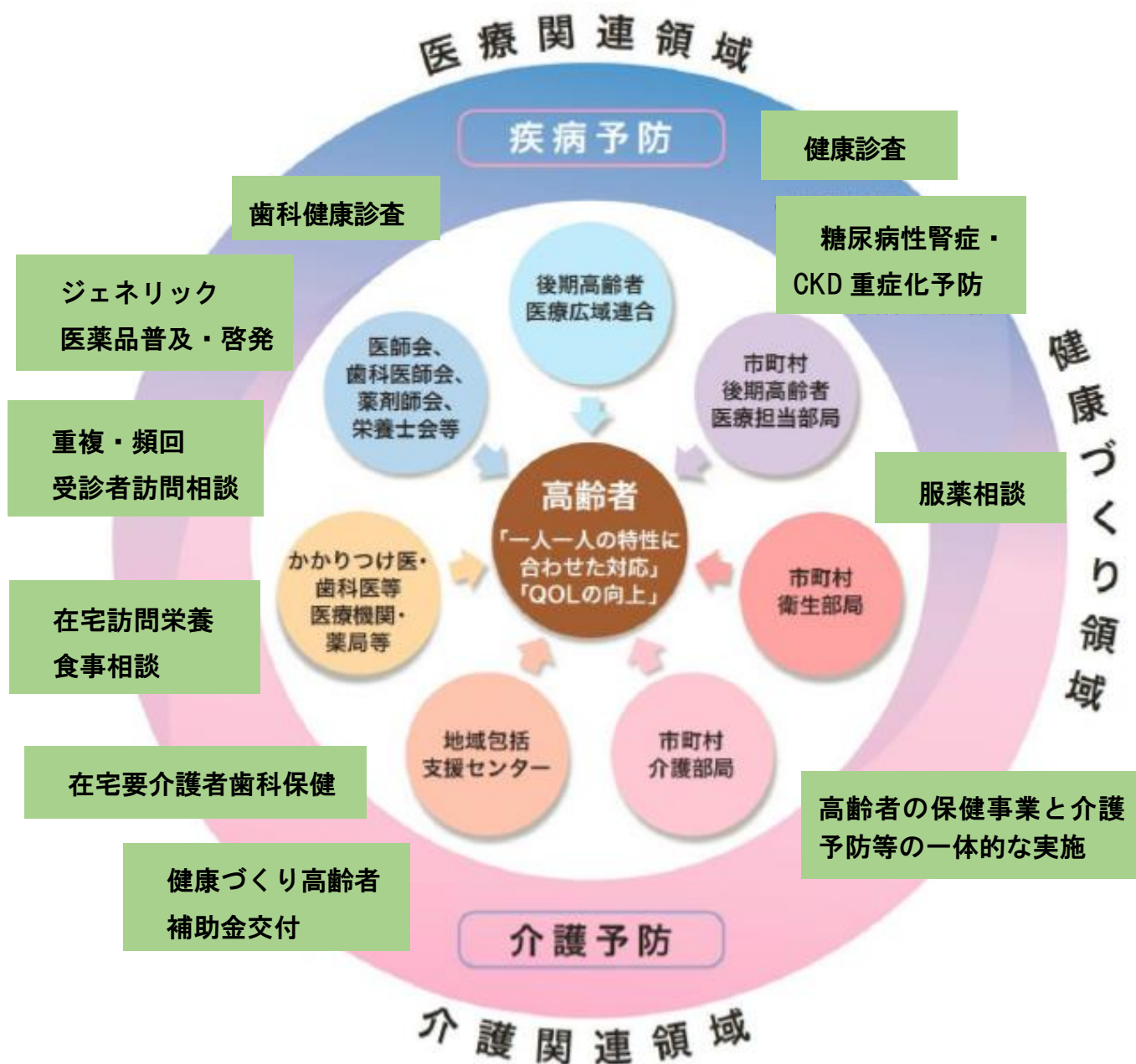
高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施（市町村における実施のイメージ図）



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

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

【新潟県後期高齢者医療広域連合 データヘルス計画実施体制図】



「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第2版」より抜粋し改変

第 2 章 計画の評価・見直し

1 計画の評価・見直し

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

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

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

保健事業評価の視点

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

「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第2版」より

第 3 章 中間評価

1 第2期データヘルス計画の取組

【第2期データヘルス計画の体系図】

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

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

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

【目標達成に向けた取組】

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

2 中間評価

第2期データヘルス計画における中間評価を行いました。

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

短期的な目標の中間評価

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

中長期的な目標の中間評価

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

中間評価を踏まえて見直した主な内容

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

第 4 章 中間見直し後の事業計画

1 第2期データヘルス計画(中間見直し後)の取組

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

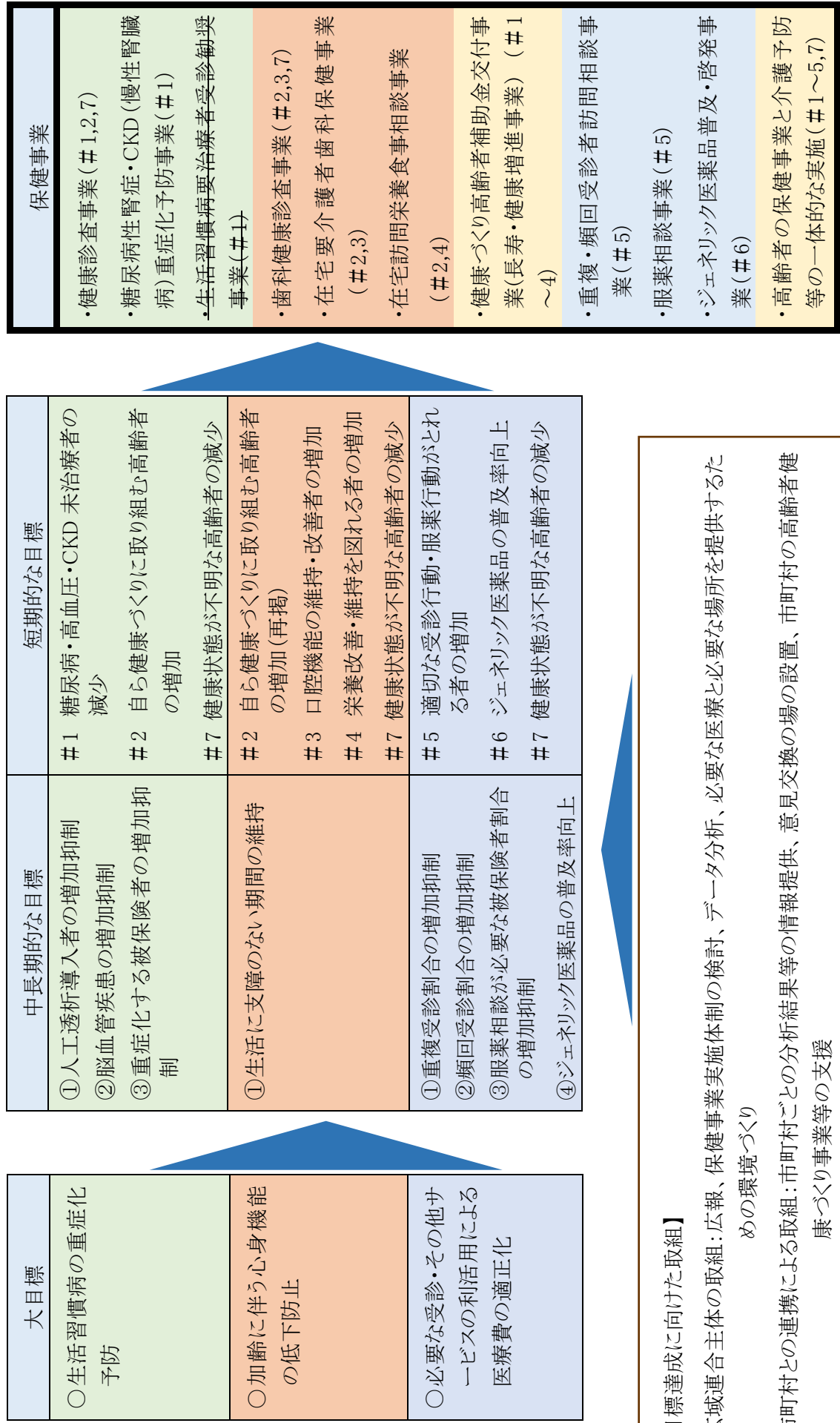
健康課題の設定
○ 生活習慣病の重症化予防 生活習慣病の患者数が多く、特に高血圧疾患は患者数全体に対して 70.1%が罹患しています。高血圧疾患や糖尿病等の生活習慣病は、脳梗塞、腎不全の増悪の要因となりますが、これらの疾患は医療費が高く、自己負担の増加をもたらします。生活習慣病は、後期高齢者になる以前からの課題であることから、市町村事業との連続性を意識した重症化予防の取組が必要です。 重症化予防の取組は、未治療者に対する医療機関への受診勧奨や、専門職による保健相談が考えられます。
○ 心身機能の低下防止 骨折、肺炎、アルツハイマー病、歯科疾病(う蝕を含む)、低栄養、関節症等、心身機能が低下して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

保健事業の実施

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

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

【第2期データヘルス計画の体系図】(中間見直し後)



【目標達成に向けた取組】

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

保健事業名：健康診査事業（継続）

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

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

態が不明な高齢者の減少(追加)

参照データ(資料編⑤⑦⑨)

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

保健事業名：糖尿病性腎症・CKD(慢性腎臓病)重症化予防事業(継続)

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

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

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

保健事業名： 歯科健康診査事業（継続）

大目標

中長期的な目標

短期的な目標

事業目的

対象者

事業内容

加齢に伴う心身機能の低下防止

・生活に支障のない期間の維持

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

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。

実施年度に76歳・80歳に達する被保険者（除外者を除く）

広域連合が主体となり、市町村への業務委託により実施する。

対象者に歯科健康診査を実施し、歯や歯肉の状態や口腔清掃状況等の要治療者に対して、適切な医療

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

につなげる。

参照データ(資料編⑪⑱)

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

保健事業名：在宅要介護者歯科保健事業(継続)

大目標

中長期的な目標

短期的な目標

事業目的

対象者

事業内容

加齢に伴う心身機能の低下防止

・生活に支障のない期間の維持

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

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

・歯科医師及び歯科衛生士等による訪問歯科健診

・歯科健診結果の通知と口腔ケア指導及び健康教育

・その他必要な相談及び援助

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

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

参照データ(資料編⑨)

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

保健事業名：在宅訪問栄養食事相談事業(継続)

大目標

中長期的な目標

短期的な目標

事業目的

対象者

事業内容

加齢に伴う心身機能の低下防止

・生活に支障のない期間の維持

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

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

・訪問栄養相談を行う管理栄養士の育成研修

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

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

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

)

参照データ(資料編⑨)

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

保健事業名：健康づくり高齢者補助金交付事業(長寿・健康増進事業)(継続)

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

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

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

費用助成 ・その他、被保険者の健康増進のために必要と認められる事業等

参照データ(資料編⑨)

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

保健事業名：重複・頻回受診者訪問相談事業(継続)

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

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

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

参照データ(資料編⑫⑬)

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

保健事業名：服薬相談事業(継続)

大目標 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、日常3ヶ月連続して同月中に2医療機関以上受診しており、重複投薬や併用禁忌薬剤処方の方の状況が疑われ、広域連合が主体となって、関係機関との協議により、効果的な実施体制を検討する。
 対象者 ・薬剤師による薬に関する訪問相談の実施 ・適正な受診やかかりつけ医、かかりつけ薬局を持つこと
 事業内容

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

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

に関する意識啓発

参照データ(資料編⑬⑭)

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

保健事業名：ジェネリック医薬品普及・啓発事業（継続）

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

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

減と医療費の適正化を図る。

小冊子、ホームページ等への掲載

減される可能性のある被保険者にハガキで通知

参照データ(資料編⑭⑮⑰)

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

保健事業名： 高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施(令和2年度より新

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

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

規)

による医療費の適正化

活に支障のない期間の維持・健康状態が不明な高齢者の減少
の増加抑制

機能の維持・改善者の増加 #4 栄養改善・維持を図れる者の増加

の両面から支援し、フレイル予防に取り組む市町村を増やす。

スクアプローチ・ポピュレーションアプローチを行う市町村を支援する。

続への取組

等の健康教育・健康相談等の積極的な関与

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

2 目標達成に向けた取組

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

(1) 広域連合主体の取組

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

(2) 市町村との連携による取組

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

(3) その他関係機関との連携による取組

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

3 新型コロナウイルス感染症対策

保健事業の実施にあたっては、下記に十分に配慮して行います。

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

第 5 章 計画の公表・周知等

1 計画の公表・周知

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

2 個人情報の取扱い

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

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

〈第2期〉保健事業実施計画（データヘルス計画）中間見直し版「正誤表」

正	誤
P18 健康診査事業 表中の「アウトカム」について。 「目標値」の修正及びそれに伴う「計画変更後の実績値」等の修正。 ※詳細は別紙のとおり	※詳細は別紙のとおり
P31 重複・頻回受診者訪問相談事業 表中の「アウトプット・目標値」について。 R1【計画変更後の実績】〔重複〕<u>24.7%</u>	R1【計画変更後の実績】〔重複〕<u>24.8%</u>
P59 資料編⑪人工透析者の状況 ※詳細は別紙のとおり	※詳細は別紙のとおり

(正)

		スタート時	変更		現状値 (H28)	H30	R1	R2	R3	R4	R5
(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】	評価値	86.3%	【計画】 87.0%	【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%
	目標値	受診勧奨判定値該当での医療に結びついた割合50.0%	50.0%		【計画変更後の現状値】 45.5%	【実績】 87.6% 【計画変更後の実績】 46.3%	【実績】 87.0% 【計画変更後の実績】 45.8%	【実績】	【実績】	【実績】	【実績】

(誤)

		スタート時	変更		現状値 (H28)	H30	R1	R2	R3	R4	R5
(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】	評価値	86.3%	【計画】 87.0%	【計画】 87.6%	【計画変更】 85.0%	【計画変更】 85.0%	【計画変更】 85.0%	【計画変更】 85.0%
	目標値	受診勧奨判定値該当での医療に結びついた割合90.0%	90.0%		【計画変更後の現状値】 87.3%	【実績】 87.6% 【計画変更後の実績】 87.9%	【実績】 87.0% 【計画変更後の実績】 87.5%	【実績】	【実績】	【実績】	【実績】

第3次広域計画の改定について

1 第3次広域計画の改定の方向性について

（方向性の事務局案については、第1回担当課長会議（4月22日開催）、医療懇談会（7月21日開催）、広域連合議会（8月24日開催）において説明済み）

- (1) 現計画の計画期間について、国の医療費適正化計画や県の地域保健医療計画、保健事業実施計画の計画期間及び広域連合の財政運営期間（保険料改定）との整合を図るため、1年延長するもの

【改定後の計画期間】

平成30年4月～令和6年3月（6か年）

- (2) 次期（第4次）計画以降も、整合的な取組が必要な国や県の各種計画等の期間を勘案し、6か年を単位として見直しを行うこととするもの

2 第3次広域計画の改定内容について

（改定案【資料5－2】及び新旧対照表【資料5－3】参照）

～主な改定内容～

- (1) 「これまでの作成経過と今回改定の趣旨」の項目を追加し、期間延長に係る理由等を記載（資料5－2 2ページ）
- (2) 「第3次広域計画の期間及び改定に関すること」について、改定の方向性を踏まえた内容に修正（同 7ページ）
- (3) 各種計画等に係る用語説明を追加（同 7ページ）

3 今後のスケジュール（予定）

- ・11月29日 医療懇談会に案を説明し、意見を聴く
- ・12月14日～パブリックコメントを実施（1か月程度）し、住民意見を公募
- 1月6日まで （市町村窓口、広域連合ホームページ、報道棚入れなどで周知）
- ・令和5年1月 市町村担当課長会議にて最終案を提示する
医療懇談会にて最終案を提示する
- ・令和5年2月 広域連合議会2月定例会に提案し、議決

(案)

新潟県後期高齢者医療広域連合 第3次広域計画

(令和5年4月 一部改定版)

【平成30年度～令和5年度】
(2018年度～2023年度)



新潟県後期高齢者医療広域連合

※変更箇所は、下線が引かれた部分及び太枠で囲まれた部分

【 目次 】

1	広域計画の趣旨	1
2	これまでの作成経過と今回改定の趣旨	2
3	第3次広域計画の項目	3
4	第3次広域計画の基本方針	4
5	広域連合及び関係市町村が行う事務に関する事	5
6	第3次広域計画の期間及び改定に関する事	7
資料編		
資料1	後期高齢者医療制度	9
資料2	被保険者の状況	11
資料3	後期高齢者医療給付費の状況	13
資料4	広域連合と関係市町村における高齢者の保健事業と介護予防の 一体的な実施イメージとそれぞれの役割	15
資料5	新潟県後期高齢者医療広域連合規約	16

1 広域計画の趣旨

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

2 これまでの作成経過と今回改定の趣旨

広域連合におきましては、平成19年11月に第1次広域計画を作成、その後、平成25年3月に第2次広域計画、平成30年3月には第3次広域計画を作成し、後期高齢者医療に係る様々な施策等を実施してきました。また、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」の取組を推進するため、令和2年4月の開始に合わせ、保健事業に関する事項について一部改定を行いました。

現在の広域計画の期間が令和4年度で満了となる中、新型コロナウイルスの感染拡大や、世代間の負担の適正化を図るため一定以上の所得がある方を対象とした窓口負担割合2割の導入（令和4年10月から）、また、マイナンバーの医療保険分野における活用など、後期高齢者医療を取り巻く状況は目まぐるしく変化しています。

こうした状況に対応するためには、国・県等の各種計画や諸施策との調和を図りながら事業を推進するとともに、今後も引き続き、関係市町村と緊密に連携・協力し安定的な事業運営を行っていく必要がありますが、国の医療費適正化計画や県の地域保健医療計画などの次期計画の計画期間は令和6年度からとなっていることから、これら各種計画等との調和を図るため、この度、第3次広域計画の計画期間を1年延長し期間の整合を図ることとしました。

3 第3次広域計画の項目

第3次広域計画に記載する項目は、新潟県後期高齢者医療広域連合規約第5条で定められている次の項目とします。

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

4 第3次広域計画の基本方針

第3次広域計画の基本方針は、次のとおりとします。

- (1) 高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）をはじめとする関係法令に則るとともに、関係機関における高齢者の保健福祉、医療及び介護に関する諸施策との調和を図りながら事業を推進します。
- (2) 広域連合と関係市町村が互いに協調・協力し合うとともに、住民の意見を十分に反映しながら、住民サービスの向上に努めます。
- (3) 広域化によるスケールメリットを十分に活かして、医療給付の財政基盤を強化し、後期高齢者の医療を適正にかつ安定的に確保します。
- (4) 住民の利便性に配慮しながら、広域連合と関係市町村がその役割を明確にすることにより、事務処理の効率化を図ります。

5 広域連合及び関係市町村が行う事務に関すること

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

(1) 被保険者の資格管理に関すること

広域連合は、被保険者台帳による被保険者資格の管理及び被保険者証等の交付決定をします。

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

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

(2) 医療給付の事務に関すること

広域連合は、医療給付の審査・支払及びレセプトの点検・保管等を行います。

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

(3) 保険料の賦課及び徴収に関すること

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

関係市町村は、保険料の徴収及び保険料に関する申請の受付を行います。

(4) 保健事業に関すること

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

高齢者は複数の慢性疾患に加え、認知機能や社会的つながりが低下するといったいわゆるフレイル状態になりやすい等、疾病予防と生活機能維持の両面にわたるニーズを有する特性があります。

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

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

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

(5) その他

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

6 第3次広域計画の期間及び改定に関すること

第3次広域計画は、総合的な取組が必要な国の医療費適正化計画や県の地域保健医療計画、広域連合の保健事業実施計画の計画期間及び財政運営期間を勘案し、計画期間を1年延長し、平成30年度から令和5年度までとし、その後も各種計画等との整合を図りながら見直しを行います。

ただし、第3次広域計画の期間内において、広域連合長が変更の必要があると認めたときは、広域連合議会の議決を経て、改定を行うものとします。

区分	2018 H30	2019 R1	2020 R2	2021 R3	2022 R4	2023 R5
第3次広域計画	5か年計画					1年延長
国・医療費適正化計画	6か年計画					
県・地域保健医療計画	6か年計画					
広域連合・保健事業実施計画	6か年計画					
広域連合・財政運営期間	2か年		2か年		2か年	

<用語の説明>

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

資 料 編

資料１ 後期高齢者医療制度

- （１）仕組み
- （２）財源構成

資料２ 被保険者の状況

- （１）新潟県全体の被保険者数の推移
- （２）新潟県内市町村別

資料３ 後期高齢者医療給付費の状況

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

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

資料５ 新潟県後期高齢者医療広域連合規約

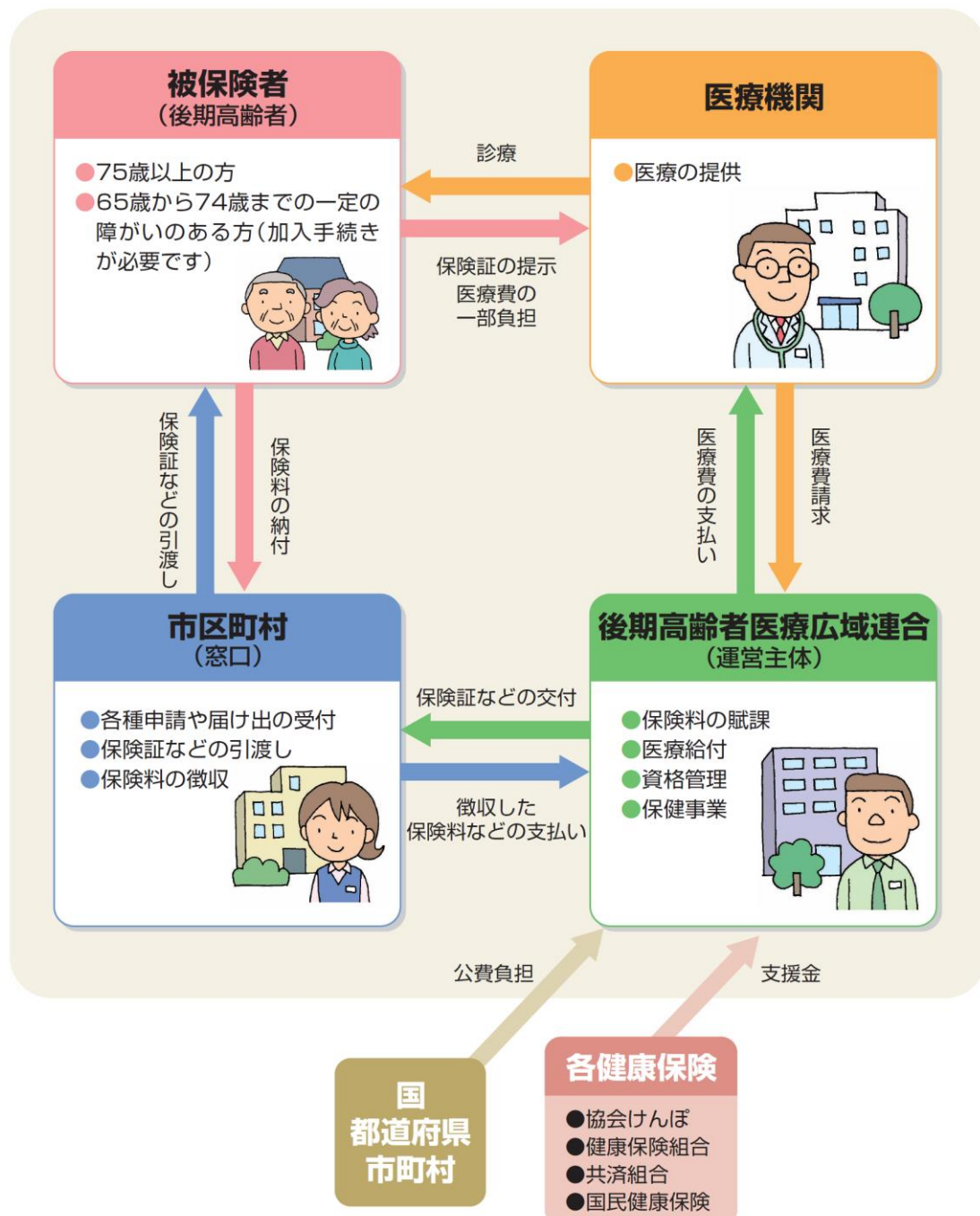
資料 1

後期高齢者医療制度

(1) 仕組み

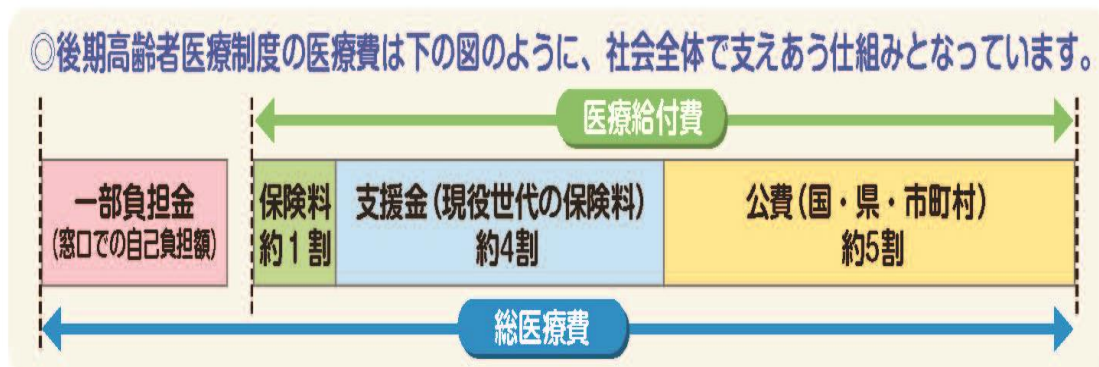
後期高齢者医療制度は、75歳以上の後期高齢者と、65歳から74歳までの一定の障がいのある方を対象とした医療制度です。

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



(2) 財源構成

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



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

資料 2

被保険者の状況

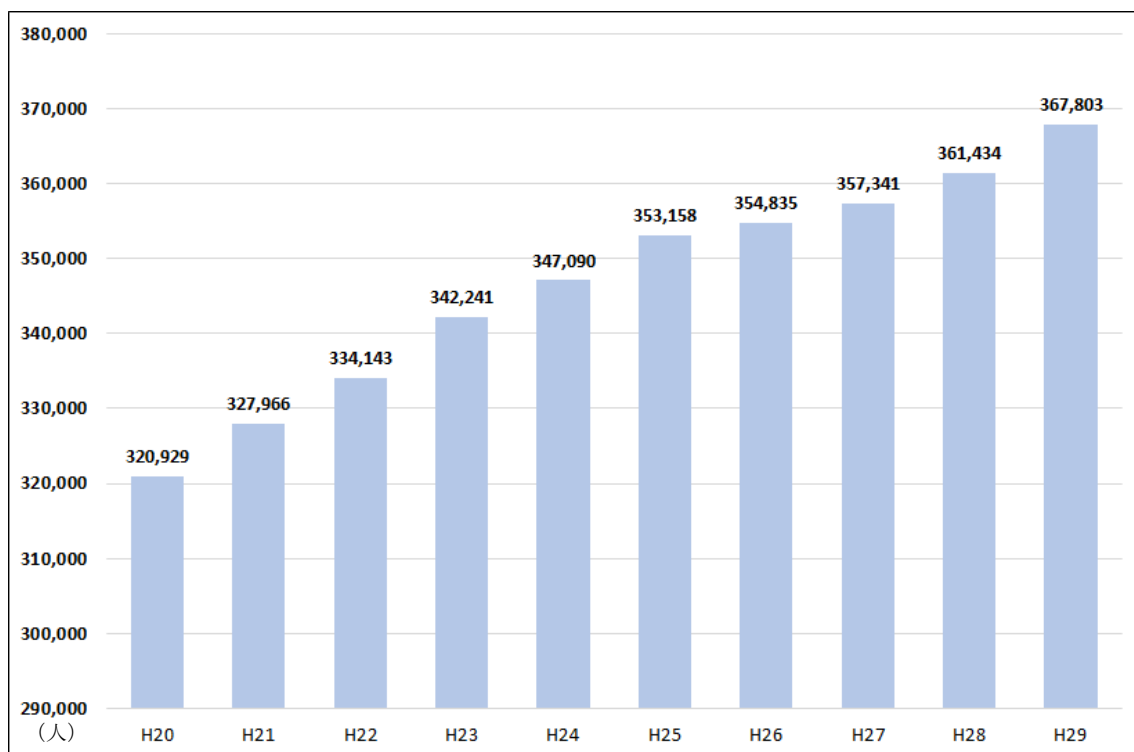
(1) 新潟県全体の被保険者数の推移

【実績値】

	平成 20 年度	平成 21 年度	平成 22 年度	平成 23 年度	平成 24 年度
被保険者数（人）	320,929	327,966	334,143	342,241	347,090
対前年度比（％）	—	102.19	101.88	102.42	101.42

	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
被保険者数（人）	353,158	354,835	357,341	361,434	367,803
対前年度比（％）	101.75	100.47	100.70	101.15	101.76

* 被保険者数は、各年度 4 月 1 日現在



(2) 県内市町村別（平成 29 年 4 月 1 日現在）

市町村名	被保険者数（人）	対前年度比（％）	新潟県全体に占める 構成比（％）
新潟市	109,958	102.77	29.90
長岡市	42,185	101.54	11.47
三条市	15,776	102.11	4.29
柏崎市	14,772	100.19	4.02
新発田市	15,887	101.46	4.32
小千谷市	6,268	100.40	1.70
加茂市	5,078	100.77	1.38
十日町市	11,311	101.04	3.08
見附市	6,540	101.84	1.78
村上市	12,635	100.72	3.44
燕市	12,148	103.23	3.30
糸魚川市	9,484	102.83	2.58
妙高市	6,360	101.45	1.73
五泉市	9,196	100.88	2.50
上越市	31,642	101.63	8.60
阿賀野市	7,225	101.35	1.96
佐渡市	13,769	99.59	3.74
魚沼市	7,168	101.30	1.95
南魚沼市	9,684	100.49	2.63
胎内市	5,150	102.00	1.40
聖籠町	1,665	100.91	0.45
弥彦村	1,216	103.05	0.33
田上町	2,005	103.08	0.55
阿賀町	3,354	99.47	0.91
出雲崎町	1,100	97.43	0.30
湯沢町	1,496	103.24	0.41
津南町	2,459	98.01	0.67
刈羽村	746	101.08	0.20
関川村	1,402	98.59	0.38
粟島浦村	124	104.20	0.03
計	367,803	101.76	100.00

資料 3

後期高齢者医療給付費の状況

(1) 新潟県全体の後期高齢者医療給付費及び一人当たり医療給付費の推移

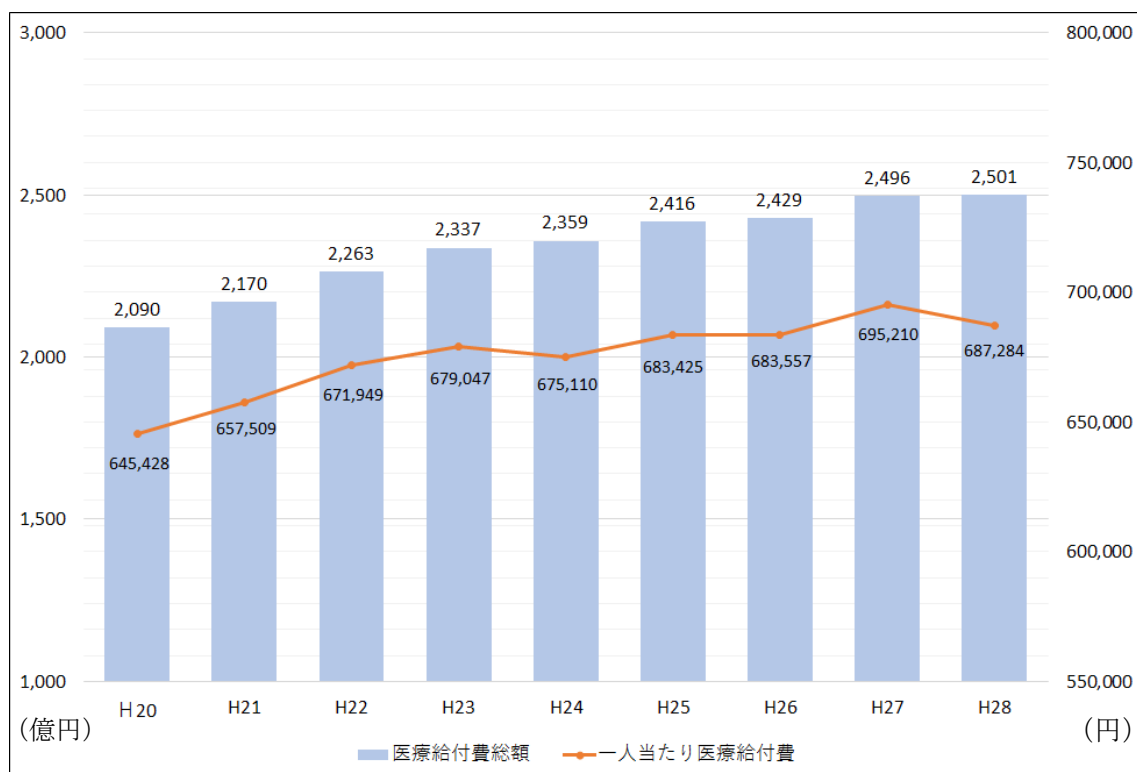
【実績値】

	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度
医療給付費総額（億円）	2,090	2,170	2,263	2,337	2,359
対前年度比（％）	-	103.83	104.29	103.25	100.92
一人当たり医療給付費（円）	645,428	657,509	671,949	679,047	675,110
対前年度比（％）	-	101.87	102.20	101.06	99.42

	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
医療給付費総額（億円）	2,416	2,429	2,496	2,501
対前年度比（％）	102.45	100.54	102.74	100.21
一人当たり医療給付費（円）	683,425	683,557	695,210	687,284
対前年度比（％）	101.23	100.02	101.70	98.86

* 平成20年度分は、後期高齢者医療制度が平成20年4月に施行されたため、老人保健制度の3月診療分と後期高齢者医療制度の4月診療分～2月診療分の合計値

* 一人当たり医療給付費は年間平均被保険者数により算出

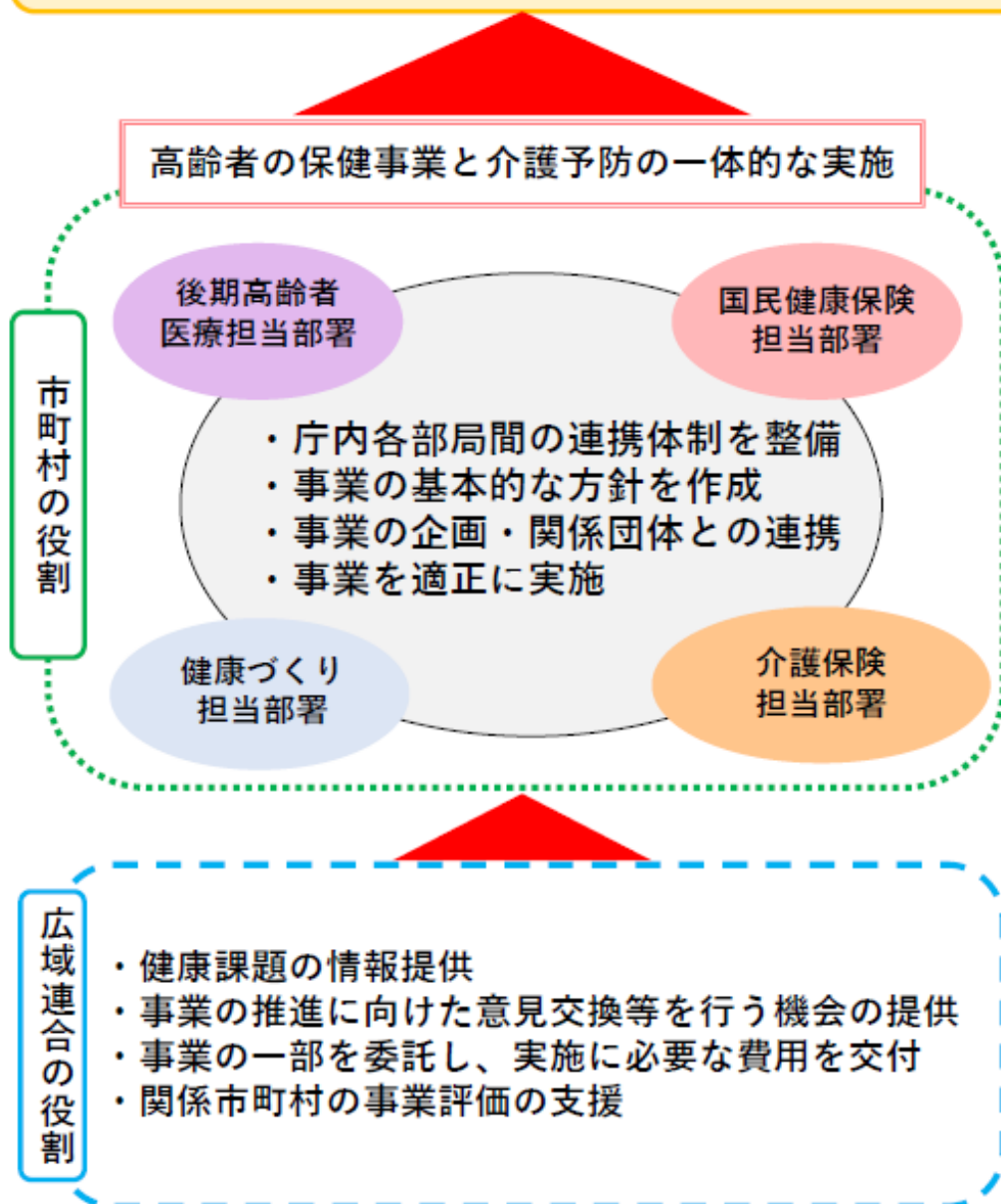


(2) 県内市町村別

市町村名	平成28年度				一人当たり医療給付費の推移		
	医療給付費 総額 (千円)	対前年 度比 (%)	一人当たり 医療給付費 (円)	対前年 度比 (%)	平成27 年度	平成26 年度	平成25 年度
新潟市	82,072,479	102.05	758,610	99.64	761,376	748,218	748,408
長岡市	27,301,718	99.27	654,137	98.10	666,838	648,492	645,189
三条市	10,587,497	101.72	679,513	99.87	680,422	673,526	673,399
柏崎市	9,929,271	100.30	677,535	99.15	683,344	661,290	661,559
新発田市	9,756,506	101.15	619,264	100.07	618,838	611,334	618,727
小千谷市	4,163,728	98.60	668,442	98.43	679,129	630,365	641,782
加茂市	3,299,712	96.34	651,731	95.48	682,578	675,721	684,682
十日町市	6,420,822	98.57	571,197	98.33	580,903	588,801	605,238
見附市	4,334,159	99.38	670,404	97.65	686,507	659,803	667,080
村上市	8,857,411	98.56	704,871	98.05	718,916	697,757	678,548
燕市	7,864,968	105.30	658,928	102.06	645,610	630,644	640,602
糸魚川市	6,394,667	102.43	680,428	100.40	677,708	639,592	656,037
妙高市	4,262,196	95.89	676,110	95.10	710,970	715,802	723,431
五泉市	6,057,637	101.19	660,449	100.32	658,344	649,641	641,198
上越市	20,925,049	96.79	668,917	95.87	697,700	696,969	700,210
阿賀野市	4,781,201	98.66	668,512	98.59	678,071	655,915	654,300
佐渡市	8,989,348	97.11	652,111	98.32	663,281	652,837	644,743
魚沼市	4,450,777	100.54	625,636	100.18	624,537	662,752	635,398
南魚沼市	6,418,985	101.84	665,939	101.71	654,760	678,514	673,586
胎内市	3,488,582	96.18	684,573	95.14	719,536	689,566	659,078
聖籠町	1,053,589	90.27	635,458	89.83	707,383	643,140	651,629
弥彦村	676,096	93.89	564,354	91.38	617,609	647,686	633,920
田上町	1,273,778	107.75	644,625	104.59	616,356	628,407	666,097
阿賀町	2,294,401	102.08	680,629	102.47	664,194	668,293	685,052
出雲崎町	661,618	92.08	590,730	93.39	632,522	618,346	667,107
湯沢町	822,309	102.73	557,498	99.67	559,340	584,299	555,987
津南町	1,312,198	87.39	528,473	89.11	593,027	586,233	577,879
刈羽村	477,146	94.11	642,189	93.22	688,872	621,690	572,006
関川村	1,106,814	104.20	784,418	105.23	745,437	694,088	729,645
粟島浦村	78,850	115.89	641,058	107.41	596,829	577,019	597,652
計	250,113,512	100.21	687,284	98.86	695,210	683,557	683,425

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

健康寿命の延伸



資料 5

新潟県後期高齢者医療広域連合規約

平成19年2月27日
新潟県市町村第1401号

(広域連合の名称)

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

(広域連合を組織する地方公共団体)

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

(広域連合の区域)

第3条 広域連合の区域は、新潟県の区域とする。

(広域連合の処理する事務)

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

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

(広域連合の作成する広域計画の項目)

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

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

(広域連合の事務所)

第6条 広域連合の事務所は、新潟市内に置く。

(広域連合の議会の組織)

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

2 広域連合の議会は、関係市町村の議会の議員により組織する。

(広域連合議員の選挙の方法)

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

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

(広域連合議員の任期)

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

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

3 広域連合の議会の解散があったとき、又は広域連合議員に欠員が生じたときは、前条の規定

により、速やかにこれを選挙しなければならない。

(広域連合の議会の議長及び副議長)

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

2 議長及び副議長の任期は、広域連合議員の任期による。

(広域連合の執行機関の組織)

第11条 広域連合に広域連合長及び副広域連合長 1 人を置く。

2 広域連合に会計管理者を置く。

(広域連合の執行機関の選任の方法)

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

2 前項の選挙は、第15条の選挙管理委員会が定める場所において行うものとする。

3 広域連合長が欠けたときは、速やかにこれを選挙しなければならない。

4 副広域連合長は、関係市町村の長のうちから、広域連合長が広域連合の議会の同意を得てこれを選任する。

5 会計管理者は、広域連合長の補助機関である職員のうちから、広域連合長が命ずる。

(広域連合の執行機関の任期)

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

(補助職員)

第14条 第11条に定める者のほか、広域連合に必要な職員を置く。

(選挙管理委員会)

第15条 広域連合に選挙管理委員会を置く。

2 選挙管理委員会は、4 人の選挙管理委員をもってこれを組織する。

3 選挙管理委員は、関係市町村の議会の議員及び長の選挙権を有する者で、人格が高潔で、政治及び選挙に関し公正な識見を有するもののうちから、広域連合の議会においてこれを選挙する。

4 選挙管理委員の任期は、4 年とする。

(監査委員)

第16条 広域連合に監査委員 2 人を置く。

2 監査委員は、広域連合長が、広域連合の議会の同意を得て、人格が高潔で、地方公共団体の財務管理、事業の経営管理その他行政運営に関し優れた識見を有する者（次項において「識見を有する者」という。）及び広域連合議員のうちから、それぞれ 1 人を選任する。

3 監査委員の任期は、識見を有する者のうちから選任される者にあつては 4 年とし、広域連合議員のうちから選任される者にあつては広域連合議員の任期による。ただし、後任者が選任されるまでの間は、その職務を行うことを妨げない。

(広域連合の経費の支弁の方法)

第17条 広域連合の経費は、次に掲げる収入をもって充てる。

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

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

(市町村長協議会)

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

2 市町村長協議会の運営に関する事項は、条例で定める。

(補則)

第19条 この規約の施行に関し必要な事項は、広域連合長が規則で定める。

附 則

(施行期日)

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

(経過措置)

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

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

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

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

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

附 則（平成20年3月31日新潟県市町村第1357号）

この規約は、平成20年4月1日から施行する。

附 則（平成22年3月30日新潟県市町村第1370号）

この規約は、平成22年3月31日から施行する。

附 則（平成25年2月8日新潟県知事に届出）

この規約は、平成25年4月1日から施行する。

別表第1（第4条関係）

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

別表第2（第17条関係）

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

備考

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

第 3 次広域計画

平成30年 3月 策定

令和2年 4月 一部改定

令和5年 4月 一部改定

新潟県後期高齢者医療広域連合

新潟県後期高齢者医療広域連合第3次広域計画の一部改定

新旧対照表

新	旧
新潟県後期高齢者医療広域連合第3次広域計画	新潟県後期高齢者医療広域連合第3次広域計画
表 紙	
新潟県後期高齢者医療広域連合 第3次広域計画 (令和5年4月 一部改定版) 【平成30年度～令和5年度】 (2018年度～2023年度) (略)	新潟県後期高齢者医療広域連合 第3次広域計画 (新設) 【平成30年度～令和4年度】 (2018年度～2022年度) (略)
目 次	
【目次】 1 広域計画の趣旨 1 2 これまでの作成経過と今回改定の趣旨 2 3 第3次広域計画の項目 3 4 第3次広域計画の基本方針 4 5 広域連合及び関係市町村が行う事務に関すること 5 6 第3次広域計画の期間及び改定に関すること 7 資料編 資料1 後期高齢者医療制度 9 資料2 被保険者の状況 11 資料3 後期高齢者医療給付費の状況 13 資料4 広域連合と関係市町村における高齢者の保健事業と介護予防の 一体的な実施イメージとそれぞれの役割 15 資料5 新潟県後期高齢者医療広域連合規約 16	【目次】 1 広域計画の趣旨 1 (新設) 2 第3次広域計画の項目 2 3 第3次広域計画の基本方針 3 4 広域連合及び関係市町村が行う事務に関すること 4 5 第3次広域計画の期間及び改定に関すること 6 資料編 資料1 後期高齢者医療制度 8 資料2 被保険者の状況 10 資料3 後期高齢者医療給付費の状況 12 資料4 広域連合と関係市町村における高齢者の保健事業と介護予防の 一体的な実施イメージとそれぞれの役割 14 資料5 新潟県後期高齢者医療広域連合規約 15

新	旧
本文	
1 広域計画の趣旨 新潟県後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）が作成する広域計画は、地方自治法（昭和22年法律第67号）第291条の7及び新潟県後期高齢者医療広域連合規約（平成19年新潟県市町村第1401号）第5条の規定に基づき、広域連合及び新潟県内全市町村（以下「関係市町村」という。）が相互に役割を分担し、連絡調整を図りながら、後期高齢者医療制度の事務を総合的かつ計画的に実施するために定めるものです。 <u>（削除）</u> 2 これまでの作成経過と今回改定の趣旨 <u>広域連合におきましては、平成19年11月に第1次広域計画を作成、その後、平成25年3月に第2次広域計画、平成20年3月には第3次広域計画を作成し、後期高齢者医療に係る様々な施策等を実施してきました。また、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」の取組を推進するため、令和2年4月の開始に合わせ、保健事業に関する事項について一部改定を行いました。</u> <u>現在の広域計画の期間が令和4年度で満了となる中、新型コロナウイルスの感染拡大や、世代間の負担の適正化を図るため一定以上の所得がある方を対象とした窓口負担割合2割の導入（令和4年10月から）、また、マイナンバーの医療保険分野における活用など、後期高齢者医療を取り巻く状況は目まぐるしく変化しています。</u> <u>こうした状況に対応するためには、国・県等の各種計画や諸施策との調和を図りながら事業を推進するとともに、今後も引き続き、関係市町村と緊密に連携・協力し安定的な事業運営を行っていく必要がありますが、国の医療費適正化計画や県の地域保健医療計画などの次期計画の計画期間は令和6年度からとなっていることから、これら各種計画等との調和を図るため、この度、第3次広域計画の計画期間を1年延長し期間の整合を図ることとしました。</u>	1 広域計画の趣旨 新潟県後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）が作成する広域計画は、地方自治法（昭和22年法律第67号）第291条の7及び新潟県後期高齢者医療広域連合規約（平成19年新潟県市町村第1401号）第5条の規定に基づき、広域連合及び新潟県内全市町村（以下「関係市町村」という。）が相互に役割を分担し、連絡調整を図りながら、後期高齢者医療制度の事務を総合的かつ計画的に実施するために定めるものです。 <u>広域連合におきましては、平成19年11月に第1次広域計画を作成、その後、平成25年3月に第2次広域計画を作成し、後期高齢者医療に係る様々な施策等を実施してきました。</u> <u>現在の広域計画の期間が平成29年度で満了となることに伴い、今後も引き続き、関係市町村と緊密に連携・協力し、さらに安定的な事業運営を行っていくために、平成30年度からの新潟県後期高齢者医療広域連合第3次広域計画（以下「第3次広域計画」）を作成します。</u> <u>（新設）</u>

新	旧
<u>3 第3次広域計画の項目</u> (略) <u>4 第3次広域計画の基本方針</u> (略) <u>5 広域連合及び関係市町村が行う事務に関すること</u> (略) <u>6 第3次広域計画の期間及び改定に関すること</u> 第3次広域計画は、<u>整合的な取組が必要な国の医療費適正化計画や県の地域保健医療計画、広域連合の保健事業実施計画の計画期間及び財政運営期間を勘案し、計画期間を1年延長し、平成30年度から令和5年度までとし、その後も各種計画等との整合を図りながら見直しを行います。</u> ただし、第3次広域計画の期間内において、広域連合長が変更の必要があると認めたときは、広域連合議会の議決を経て、改定を行うものとします。 <u>(図表略)</u> <u><用語の説明></u> ・<u>医療費適正化計画：高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、国民の高齢期における適切な医療の確保を図る観点から、住民の健康増進や医療費の適正化を総合的かつ計画的に推進するため、国及び都道府県が作成する計画</u> ・<u>地域保健医療計画：都道府県医療費適正化計画と、医療法（昭和23年法律第205号）に基づく医療計画（国が定める医療提供体制の確保を図るための基本的な方針に即して、地域の実情に応じた医療提供体制の確保を図るための計画）とを一体として、新潟県が作成する計画</u> ・<u>保健事業実施計画：保健事業の実施等に関する指針（厚生労働省告示）に基づき、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、効果的かつ効率的な保健事業をPDCAサイクルで実施するため、医療保険の保険者が医療費適正化計画等関連する計画との期間を勘案し策定する計画</u>	<u>2 第3次広域計画の項目</u> (略) <u>3 第3次広域計画の基本方針</u> (略) <u>4 広域連合及び関係市町村が行う事務に関すること</u> (略) <u>5 第3次広域計画の期間及び改定に関すること</u> 第3次広域計画の期間は、<u>平成30年度から令和4年度までとし、その後は5か年を単位として見直しを行います。</u> ただし、第3次広域計画の期間内において、広域連合長が変更の必要があると認めたときは、広域連合議会の議決を経て、改定を行うものとします。 <u>(新設)</u> <u>(新設)</u>

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

第3次広域計画の改定について 【参考資料】

新潟県後期高齢者医療広域連合

広域計画とは

広域計画は、地方自治法第284条第3項及び第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総合的かつ計画的に行うために策定するもの

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5年3月**

(参考) 根拠法令等

◆地方自治法（抜粋）

（組合の種類及び設置）

第284条 地方公共団体の組合は、一部事務組合及び広域連合とする。

2 （略）

3 普通地方公共団体及び特別区は、その事務で広域にわたり処理することが適当であると認めるものに関し、広域にわたる総合的な計画（以下「広域計画」という。）を作成し、その事務の管理及び執行について広域計画の実施のために必要な連絡調整を図り、並びにその事務の一部を広域にわたり総合的かつ計画的に処理するため、その協議により規約を定め、前項の例により、総務大臣又は都道府県知事の許可を得て、広域連合を設けることができる。この場合においては、同項後段の規定を準用する。

4 （略）

（広域計画）

第291条の7 広域連合は、当該広域連合が設けられた後、速やかに、その議会の議決を経て、広域計画を作成しなければならない。

2 広域計画は、第291条の2第1項又は第2項の規定により広域連合が新たに事務を処理することとされたとき（変更されたときを含む。）その他これを変更することが適当であると認められるときは、変更することができる。

3 広域連合は、広域計画を変更しようとするときは、その議会の議決を経なければならない。

4 広域連合及び当該広域連合を組織する地方公共団体は、広域計画に基づいて、その事務を処理するようにしなければならない。

◆新潟県後期高齢者医療広域連合規約（抜粋）

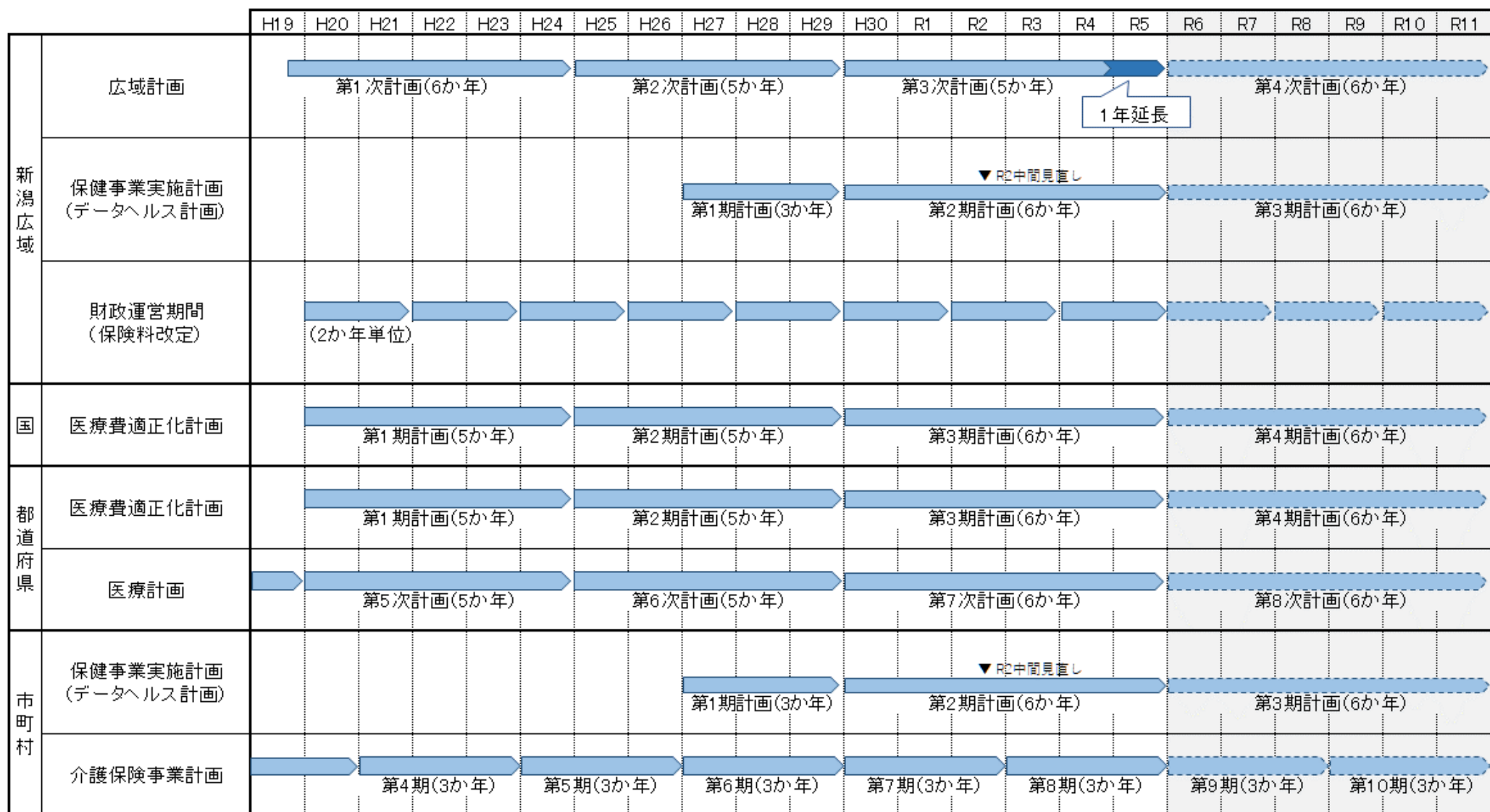
（広域連合の作成する広域計画の項目）

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

(1) 後期高齢者医療制度の実施に関連して広域連合及び関係市町村が行う事務に関すること。

(2) 広域計画の期間及び改定に関すること。

(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

(参考) 関連する主な計画の概要

	医療費適正化計画	医療計画	保健事業実施計画 (データヘルス計画)
計画の位置付け	国民の高齢期における適切な医療の確保を図る観点から、住民の健康増進や医療費の適正化を総合的かつ計画的に推進するための計画	国が定める医療提供体制の確保を図るための基本的な方針に即して、地域の実情に応じた医療提供体制の確保を図るための計画	レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、効果的かつ効率的な保健事業をPDCAサイクルで実施するための計画
作成主体	国、都道府県	都道府県	医療保険の保険者
根拠法令等	高齢者の医療の確保に関する法律 第8条、第9条	医療法 第30条の4	保健事業の実施等に関する指針 (厚生労働省告示)
計画期間	6 かん	6 かん (一部は3 かんごとに調査、分析及び評価を行い、必要に応じて見直し)	原則 6 かん (都道府県の医療費適正化計画や医療計画等との整合性を考慮)
計画に定める 主な内容	➤ 住民の健康の保持の推進や医療の効率的な提供の推進に関し国・都道府県が達成すべき目標、目標達成するために国・都道府県が取り組むべき施策に関する事項及び目標達成のため保険者、後期高齢者医療広域連合、医療機関その他の関係者の連携及び協力に関する事項 ➤ 各都道府県の医療計画（地域医療構想）に基づく事業の実施による病床機能の分化・連携の推進の成果や特定健診・保健指導の推進、後発医薬品の使用促進等による医療費適正化の効果を踏まえた計画期間における国・都道府県の医療費の目標に関する事項	➤ 生活習慣病等の疾病の治療・予防に係る事業や救急医療・災害時医療・へき地医療・周産期医療・小児医療等の事業及び居宅等における医療の確保に関して都道府県において達成すべき目標及び医療連携体制に関する事項 ➤ 地域医療構想に関する事項 ➤ 外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項 ➤ 医師及び医療従事者の確保に関する事項 ➤ 療養病床等に係る基準病床数に関する事項	➤ 実施体制・関係者連携等の基本的事項 ➤ 現状の整理（前期計画等に係る考察等） ➤ 健康・医療情報の分析及び分析結果に基づく健康課題の把握 ➤ 保健事業の目的・目標の設定 ➤ 保健事業の実施内容 ➤ 計画の評価・見直しに関する事項

※新潟県は、都道府県医療費適正化計画と医療計画を一体とした「地域保健医療計画」を策定しています。

(参考) 各広域連合における広域計画策定状況

※新潟広域調べ（各広域連合のホームページ公表内容を基に作成）

		最新計画	開始年度	終了年度	計画期間 (年)
●	北海道	第3次	H30	R5	6
●	青森県	第3次	H30	R5	6
●	岩手県	第3次	H29	R5	7
	宮城県	第4次	R4	R8	5
	秋田県	第4次	R3	R7	5
●	山形県	第3次	H30	R5	6
	福島県	第3次	H30	R4	5
	茨城県	第4次	R4	R8	5
●	栃木県	第3次	H30	R5	6
	群馬県	第3次	H30	R4	5
●	埼玉県	第4次	R4	R11	8
	千葉県	第4次	R4	R8	5
	東京都	第2期	H30	R9	10
	神奈川県	第4次	R4	R13	10
	新潟県	第3次	H30	R4	5
	富山県	第4次	R4	R8	5
	石川県	第4次	R4	R7	4
	福井県	第4次	R4	R8	5
	山梨県	第4次	R3	R7	5
	長野県	第3次	H29	R7	9
●	岐阜県	第3次	H30	R5	6
●	静岡県	第3次	H30	R5	6
	愛知県	第4次	R4	R8	5

●…国県の計画等と期間(終期)が整合する計画数(16)

		最新計画	開始年度	終了年度	計画期間 (年)
	三重県	第4期	R4	R8	5
●	滋賀県	第4次	R2	R5	4
●	京都府	第4次	R2	R5	4
	大阪府	第4次	R4	R8	5
	兵庫県	第3次	H30	R4	5
	奈良県	第4次	R4	R8	5
	和歌山県	第4次	R4	R8	5
	鳥取県	第3次	R2	R6	5
	島根県		H22	制度が廃止されるまで	
	岡山県	第4次	R3	R7	5
	広島県	第4次	R2	大きな制度改正が行われるまでの間	
●	山口県	第2次	R2	R11	10
●	徳島県	第3次	H30	R5	6
	香川県	第3次	H30	R4	5
●	愛媛県	第3次	H30	R5	6
●	高知県	第3次	H30	R5	6
●	福岡県	第3次	H30	R5	6
●	佐賀県	第4次	R1	R5	5
	長崎県	第3次	R2	R6	5
	熊本県	第4次	R3	R7	5
	大分県	第4次	R3	R7	5
	宮崎県	第4次	R4	R8	5
	鹿児島県	第4次	R4	R8	5
	沖縄県	第3次	H30	R4	5