

1 第3期データヘルス計画の趣旨

後期高齢者医療制度は、団塊の世代の加入等により被保険者が増加している中、被保険者ができる限り長く自立した日常生活を送ることができるよう、健康の保持・増進の取組を推進することが重要となっております。

山梨県の健康寿命は全国でも上位に位置し、一人当たり医療費も全国平均を下回っています。これは、さまざまな関係者によって県内の各地域間で強いつながりが形成され、それぞれの地域の特性に合わせた住民に対する保健活動が実施できていることによるものです。後期高齢者医療制度の被保険者が、自身の健康状態を把握・理解することで、早期の医療機関の受診、介護福祉サービスその他必要な支援に繋がり、これまで以上に生涯にわたる健康の保持増進、生活の質(QOL)の維持及び向上が図られます。また、被保険者の健康の保持増進等は、医療費の適正化、要介護認定率の低下及び介護給付費の減少にも繋がります。

これらのことから、山梨県後期高齢者医療広域連合は、国が示した保健事業実施指針に基づき、第2期に引き続き被保険者のさらなる健康寿命の延伸を目指すため、第3期データヘルス計画(令和6年度～令和11年度)を策定しました。

本計画は、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」の取組を中心に、標準化された計画様式及び共通評価指標を活用し、広域連合間及び構成市町村間での実績等を比較することで、より効果的な保健事業を推進します。

2 各データ分析から見える現状

(1) 基本的事項

◆後期高齢者人口の将来推計

令和4年度末の被保険者数は、約137,000人であり、年々増加しています。令和8年度までは急激に増加していきませんが、その後は緩やかな増加に変化していく見込みです。

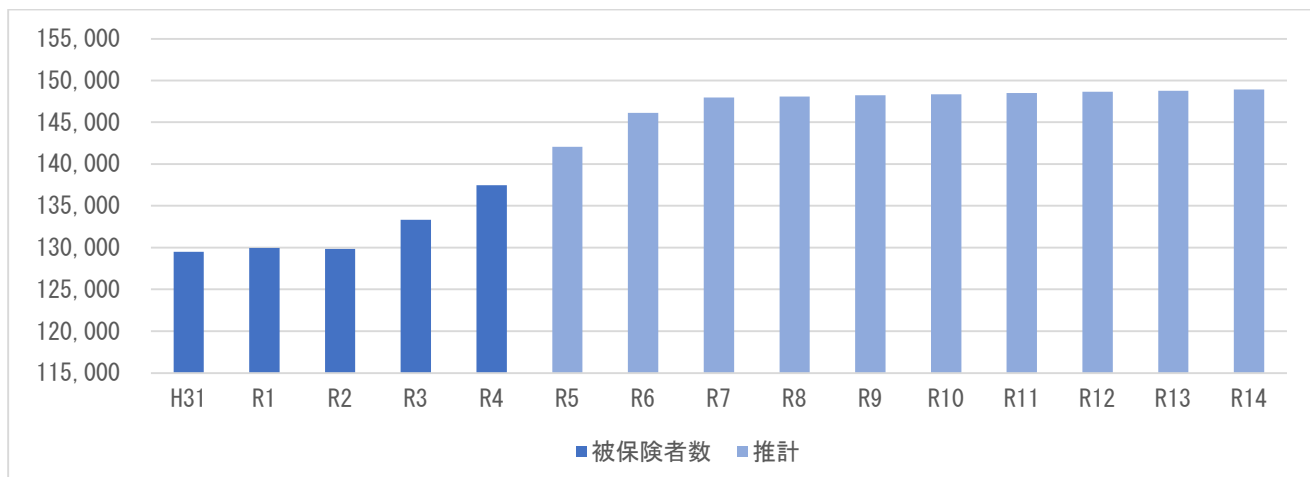
◆平均寿命と平均自立期間、死亡の現状

平均寿命と平均自立期間は全国と比較し同程度又は高い状況です。

平均寿命と平均自立期間の差は、女性は3.7年、男性は1.7年になり全国と比較し大きくなっています。

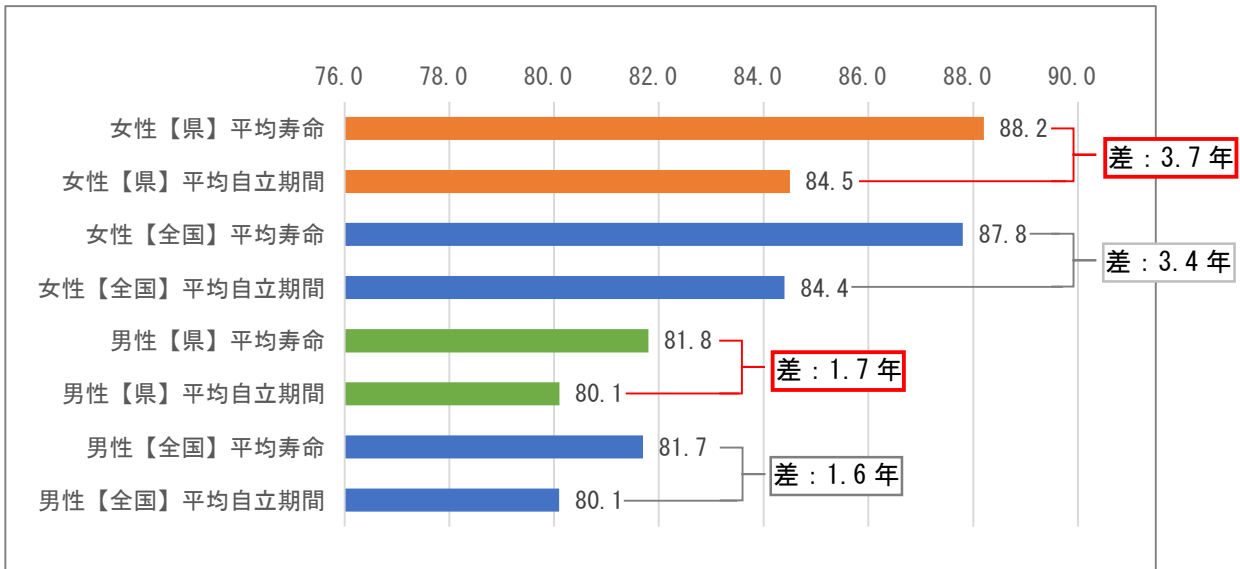
心疾患(死亡原因第2位)と**脳血管疾患**(死亡原因第4位)の両者を合わせた循環器病は、悪性新生物に次ぐ死亡原因となっています。

【図1】被保険者数の推移と将来推計



【出典】後期高齢者医療制度事業月報A表

【図2】 平均寿命と平均自立期間の差(令和4年度)



【出典】 KDBシステム「地域の全体像の把握」

【図3】 令和4年度 死亡原因

	1位		2位		3位		4位		5位	
山梨県	悪性新生物	22.6%	心疾患	14.1%	老衰	12.5%	脳血管疾患	7.2%	肺炎	4.4%
全国	悪性新生物	24.6%	心疾患	14.8%	老衰	11.4%	脳血管疾患	6.9%	肺炎	4.7%

【出典】 令和4年度山梨県人口動態統計

(2) 健康診査・歯科健康診査に関する分析

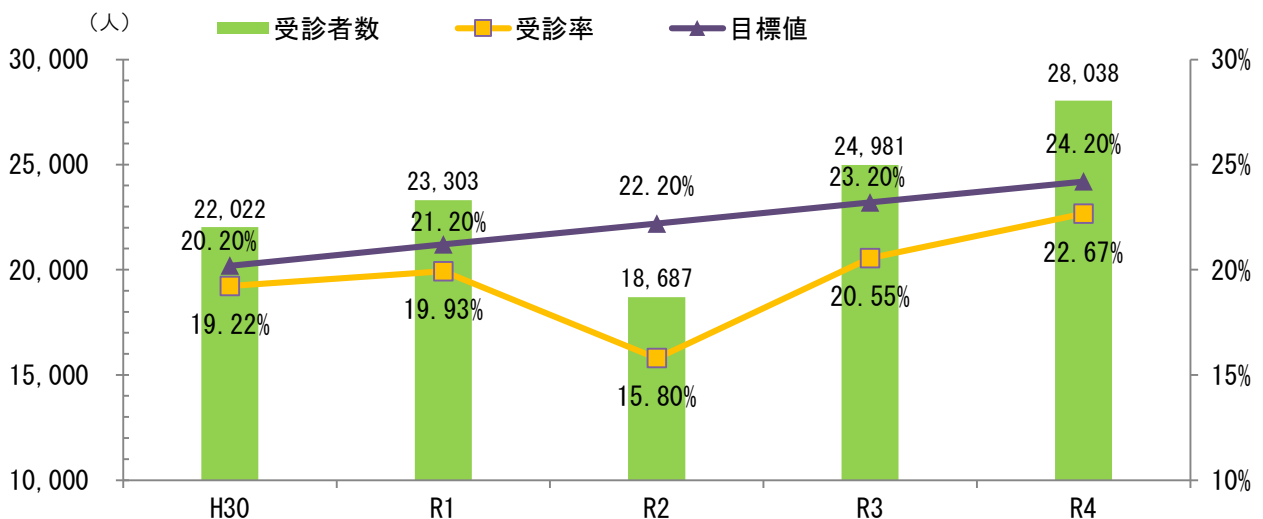
◆健康診査

健康診査受診率は、第2期データヘルス計画で設定した目標値に達していません。

有所見者割合が高い項目は、「やせ」「血圧」「脂質」です。「やせ」は全国、山梨県ともに上昇傾向が見られます。「血圧」は令和2年度をピークに減少していますが、全国と比較すると高い値です。

後期高齢者質問票でフレイルリスクに該当する回答が多い項目は、「固いものが食べにくくなった」「お茶等でむせることがある」「歩く速度が遅くなった」「運動習慣なし」「1年以内に転倒したことがある」です。

【図4】 後期高齢者健康診査受診率



【出典】 後期高齢者制度事業補助金実績報告

【図5】健診項目別 生活習慣病リスク該当者

		やせ	血圧	血糖	脂質	肝機能	腎機能 (eGFR)
R1	山梨県	8.4%	44.2%	8.9%	22.2%	3.6%	2.5%
	全国	8.2%	32.2%	10.0%	22.2%	3.9%	10.1%
R2	山梨県	8.7%	51.4%	10.0%	22.2%	3.7%	6.1%
	全国	8.1%	35.9%	10.6%	22.2%	4.1%	11.2%
R3	山梨県	8.5%	49.0%	9.7%	21.9%	3.6%	8.0%
	全国	8.3%	35.6%	10.8%	21.6%	4.0%	11.1%
R4	山梨県	8.9%	46.0%	10.2%	20.0%	3.4%	8.0%
	全国	8.6%	35.2%	11.0%	19.8%	3.8%	11.3%

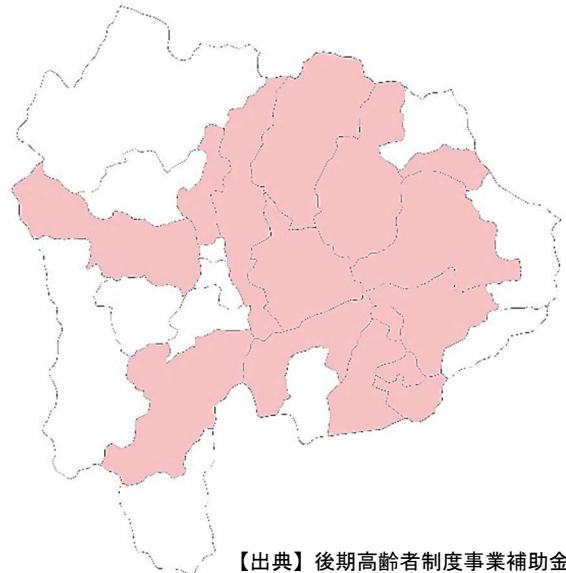
【出典】やせ～肝機能：KDB システム「健康スコアリング(健診)」
腎機能：KDB システム「厚生労働省様式(様式 5-2)健診有所見者状況」

◆歯科健康診査

歯科健康診査受診率は、第2期データヘルス計画で設定した目標値：3.15%に対して令和4年度：2.34%となっており目標値に達していません。

令和4年度における実施市町村は、15市町村でした。そのなかで、口腔機能評価を行っているのは9市町村です。

【図6】歯科健康診査実施状況



【出典】後期高齢者制度事業補助金実績報告

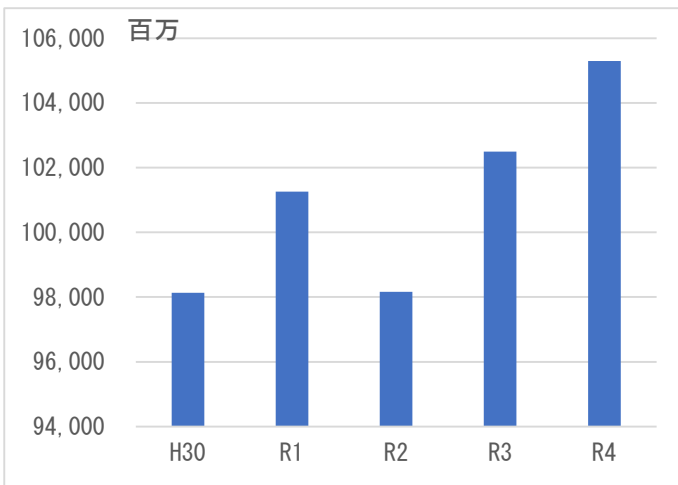
(3) 医療に関する分析

◆医療費

医療費は年々増加しています。

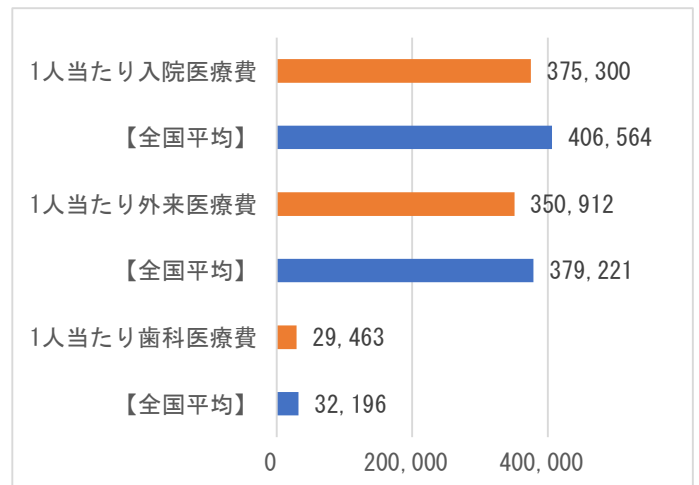
1人当たり医療費は全国と比較し低くなっています。

【図7】後期高齢者医療 医療費



【出典】KDB システム「健康スコアリング(医療)」

【図8】1人当たりの医療費

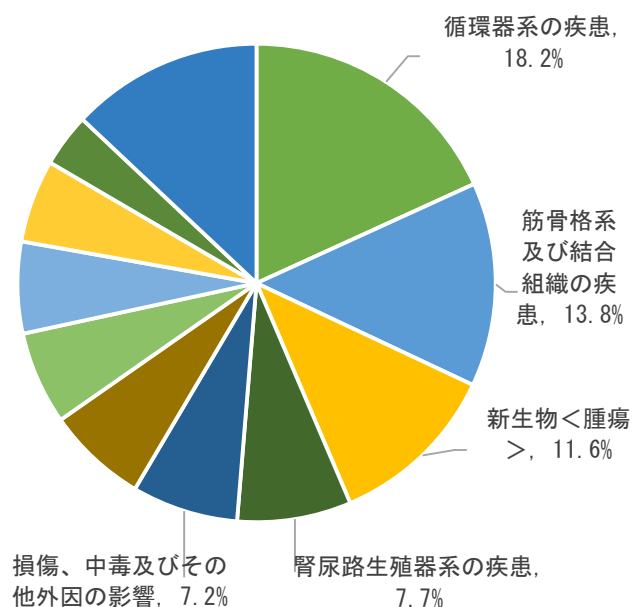


【出典】KDB システム「健康スコアリング(医療)」

◆疾病別医療費

令和4年4月から令和5年3月診療分までの医療費を疾病分類別にみると、「Ⅸ. 循環器系の疾患」が最も多く、18.2%を占めています。次に「ⅩⅢ. 筋骨格系及び結合組織の疾患」13.8%、「Ⅱ. 新生物<腫瘍>」11.6%となっています。さらに細かく分類すると、骨折に係る医療費がもっと高くなっています。

【図9】疾病大分類別医療費割合

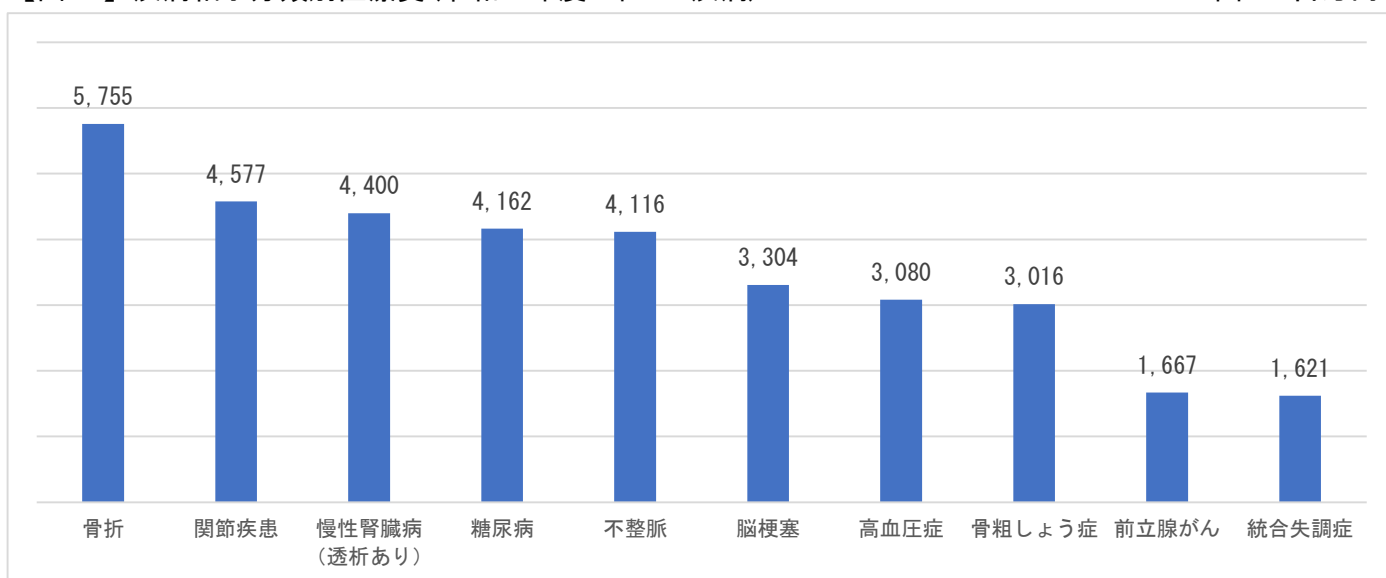


疾病大分類(上位10疾病)		総医療費に占める割合
1	循環器系の疾患	18.2%
2	筋骨格系及び結合組織の疾患	13.8%
3	新生物<腫瘍>	11.6%
4	腎尿路生殖器系の疾患	7.7%
5	損傷、中毒及びその他外因の影響	7.2%
6	消化器系の疾患	6.8%
7	内分泌、栄養及び代謝疾患	6.3%
8	神経系の疾患	6.2%
9	呼吸器系の疾患	5.6%
10	眼及び付属器の疾患	3.6%
その他(11~19位の疾病)		13.0%

【出典】令和4年4月から令和5年3月診療分までの診療報酬明細書

【図10】疾病細小分類別医療費(令和4年度上位10疾病)

単位：百万円

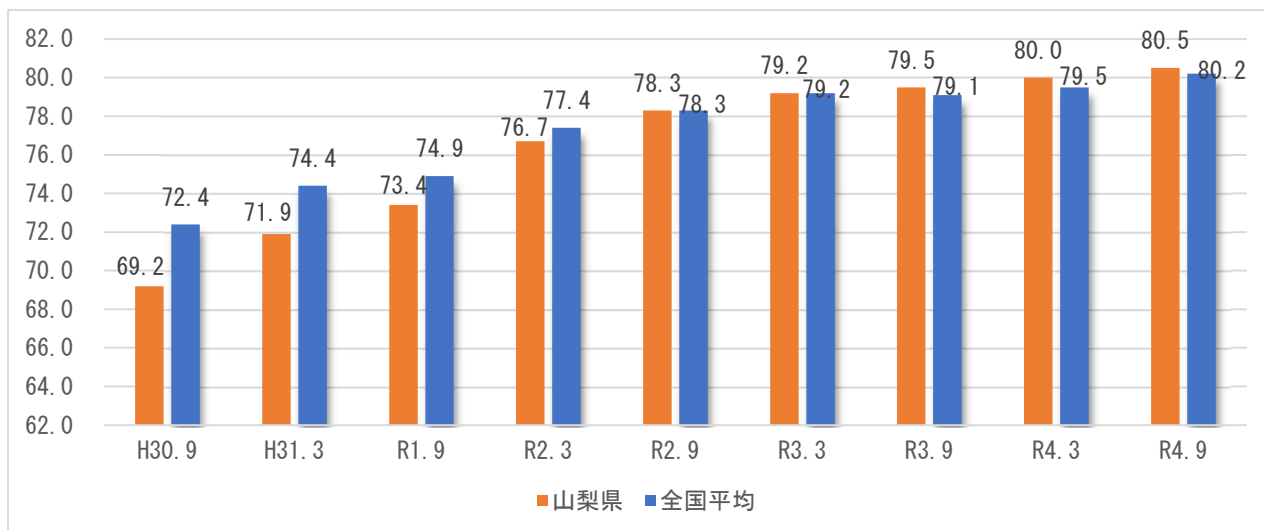


【出典】KDB システム「医療費分析(1)細小分類」

◆ジェネリック医薬品

ジェネリック医薬品の使用割合(数量シェア)は年々増加し、全国平均及び国の定める目標値(80.0%)を上回りました。平成30年9月診療分と令和4年9月診療分を比較すると11.3ポイント増加しているが、令和2年9月診療分と比較すると2.2ポイントの増加となっています。

【図11】ジェネリック医薬品の使用割合(数量シェア)



【出典】厚生労働省 保険者別の後発医薬品の使用割合

(4) 介護保険に関する分析

◆介護認定率・介護給付費

介護認定率は令和元年度から令和4年度までを比較すると横ばいで推移しています。

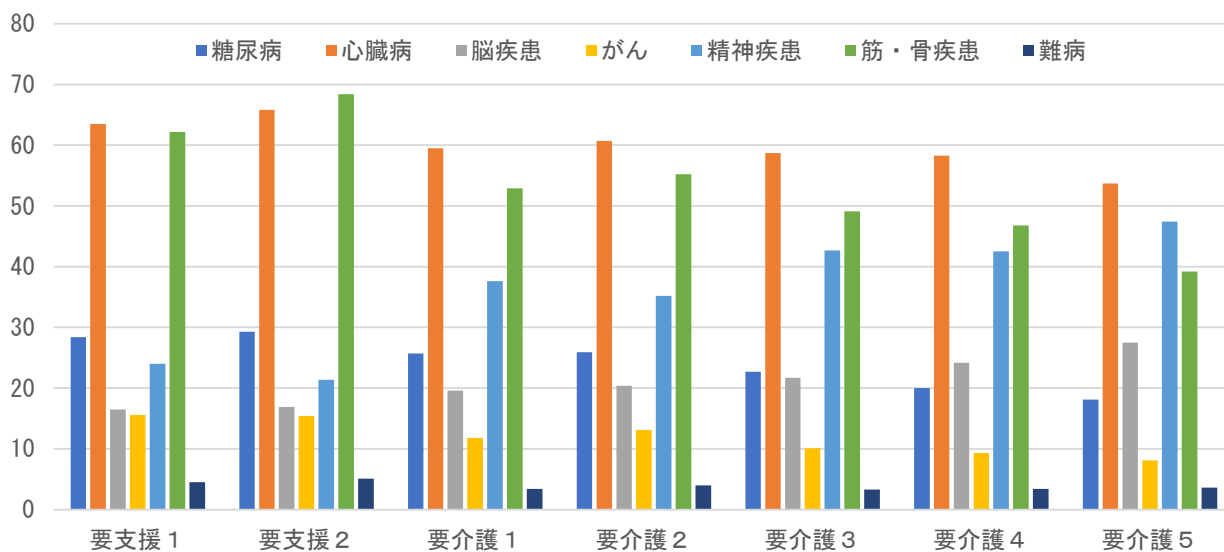
介護給付費は年々上昇傾向にあります。1人当たりの居宅サービス費は全国より低くなっています。

◆要介護(要支援)者の保有する疾患

介護認定につながった主な要因として、生活習慣病の重症化とフレイル状態が考えられます。

どの介護度を見ても、「心臓病」及び「筋・骨格系疾患」を保有する割合が高いです。

【図12】介護度別保有疾病割合



【出典】KDB システム「要介護(支援)者有病状況」

3 第3期データヘルス計画の目的

被保険者が自立して日常生活を送るために健康寿命を延伸する。

4 広域連合がアプローチする健康課題

健康課題	目標	課題解決に係る取組の方向性
<p>国と比べても健診の受診率が低く、健診受診率の向上が必要である。</p> <p>特に、健診の受診率の低い地域で受診率を向上させる必要がある。</p>	<p>被保険者が、健診・歯科健診を受診することで自身の健康状態を把握できるようになる。</p>	<p>健康診査受診率の向上及び歯科健康診査受診率の向上並びに健康状態不明者対策に取り組むと共に健診受診率の市町村格差の解消を図る。</p>
<p>高齢者の質問票より、フレイル対策が必要と考えられる回答をした被保険者は口腔機能の低下(咀嚼 28.7%、嚥下 19.4%)運動習慣なし 43.7%存在し、また、疾病別の医療費を比較すると、「骨折」が最も高いことからフレイルにつながるおそれがあり対策が必要である。</p>	<p>被保険者が、自身の健康状態を把握し、フレイル・オーラルフレイル予防のための行動ができるようになる。</p>	<p>低栄養、口腔機能低下又は身体的フレイルの恐れがある者に関わる相談・指導等の支援を行い、また、全体への知識の普及に取り組む。</p>
<p>医療費及び患者数上位において、生活習慣に関係する疾病が多くを占め、透析患者のうち、生活習慣を起因とする者は6割を超えており、重症化リスクがある者で、適切な受診につながっていない者の糖尿病その他生活習慣病等の重症化を予防する必要がある。</p>	<p>被保険者が、自身の健康状態を把握し、糖尿病その他生活習慣病の重症化を予防するための行動ができるようになる。</p>	<p>糖尿病その他生活習慣病の重症化予防に関わる相談・指導等の支援を行い、また、全体への知識の普及に取り組む。</p>
<p>重複服薬者数は 7,738 人、長期多剤服薬者数は 24,234 人であり、多剤服薬等は、医療費の負担増や、薬物有害事象(ポリファーマシー)等につながるおそれがあるため、適切な服薬を促し、ポリファーマシーの発生を予防する必要がある。</p>	<p>被保険者が、適正服薬等の行動をとることができるようになる。</p>	<p>重複投薬・多剤投与者等への健康相談・指導等の支援を行い、また、全体への知識の普及に取り組む。</p>
<p>後発医薬品使用割合が 80%を超えている現状を維持するとともに、被保険者の負担の軽減と医療費の適正化を図る必要がある。</p>	<p>被保険者が、自ら後発医薬品を希望する等の行動をとることができるようになる。</p>	<p>後発医薬品の使用を促進する差額通知書を送付し、また、全体への知識の普及に取り組む。</p>

5 実施する保健事業（個別事業）

事業番号	一体的	事業名	目的
1		健康診査事業	多くの被保険者が健康診査を受診することにより、自身の健康状態を把握・理解し、生活習慣の維持・改善する行動を実践できるようになることで、生活習慣病の早期発見及び重症化の予防を図ります。
2		歯科健康診査事業	多くの被保険者が歯科健康診査を受診することにより、自身の歯や口腔の健康状態を把握・理解し、生活習慣の維持・改善する行動を実践できるようになることで、口腔機能の維持、オーラルフレイルの予防を図ります。
3 10	◎	低栄養予防事業	低栄養による心身機能の低下が認められる者を対象に、訪問栄養相談・助言等を行い、被保険者自身が健康状態を把握・理解することで、低栄養状態の防止を図ります。
4	◎	口腔機能低下予防事業	オーラルフレイル（口腔機能の低下等）が認められる者を対象に相談・助言等を行い、被保険者自身が健康状態を把握・理解することで、歯科受診につなげ、口腔機能の低下防止を図ります。
5 11	◎	重複投薬・多剤投与者等指導事業	重複投薬・多剤投与傾向にある者を対象に、療養上の日常生活に関する指導及び服薬に関する訪問指導並びに受診に関する指導を行うことにより、被保険者の健康保持・増進や適正服薬及び適正受診並びに医療費の適正化を図ります。
6	◎	身体的フレイル予防事業	筋力や筋肉量の低下等が認められる者を対象に相談・助言等を行い、被保険者自身が健康状態を把握・理解することで、筋力や筋肉量等の低下防止を図ります。
7 12	◎	重症化予防事業 （糖尿病性腎症）	糖尿病性腎症のリスクが高いと考えられる者を対象に、保健指導を実施し、被保険者自身が健康状態を把握・理解し、糖尿病性腎症の重症化を予防するための行動をとれるようになることで、糖尿病コントロール及び糖尿病性腎症の重症化の予防を図ります。
8 13	◎	重症化予防事業 （その他生活習慣病）	生活習慣病のリスクが高いと考えられる者を対象に、保健指導を実施し、被保険者自身が健康状態を把握・理解し、生活習慣病の重症化を予防するための行動をとれるようになることで、基礎疾患コントロール及び生活習慣病の重症化の予防を図ります。
9	◎	健康状態不明者対策事業	健康状態が把握できていない者を対象に、アウトリーチ等により健康状態等を把握し、必要な支援を行うため、適切な市町村等の部署、病院その他の関係機関へ接続を図ります。
14	◎	通いの場等への積極的関与	積極的な通いの場等への関与により、高齢者の社会活動への参加、健康の保持・増進及び介護予防の充実を図ります。
15		後発医薬品利用促進事業	後発医薬品の使用を促進することにより、被保険者負担の軽減及び医療費の適正化を図ります。

※「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」の取組として実施するものに【◎】を付けています。

6 個別事業における評価指標一覧

1 健康診査事業

項目	No.	共通	評価指標	計画策定時 実績	短期目標 目標値の考え方	目標 (R11年度目標)
Oc	1	◎	健康状態不明者の割合	1.80% (R4実績)	計画策定時の 該当者割合以下	1.8%以下
Op	1	◎	健康診査受診率	22.67% (R4実績)	0.5%/年 増加	25.5%
	2		通いの場等、住民の集まる機会に健診受診 勧奨を行う市町村数・割合	把握していない	全市町村において 実施	27市町村 100%
	3		健康診査受診率25.0%未満の市町村数・割 合	14市町村 (R4実績)	1市町村/2年 減少	10市町村
	4	◎	一体的実施事業実施市町村数・割合 「健康状態不明者」	5市町村 (R4実績)	1市町村/2年 増加	17市町村 70.4%
	5	◎	質問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	把握していない	全市町村において 実施	27市町村 100%

2 歯科健康診査

項目	No.	共通	評価指標	計画策定時 実績	短期目標 目標値の考え方	目標 (R11年度目標)
Oc	1	◎	口腔機能低下者の割合	2.32% (R4実績)	計画策定時の 該当者割合以下	2.3%以下
Op	1		歯科健康診査受診率	2.34% (R4実績)	0.2%/年 増加	4.00%
	2	◎	歯科健康診査を実施する市町村数・割合	15市町村55.56% (R4実績)	1市町村/年 増加	22市町村 81.5%
	3		通いの場等、住民の集まる機会に健診受診 勧奨を行う市町村数・割合	把握していない	歯科健診を実施し ている全市町村に おいて実施	22市町村 100%

3、10 低栄養予防事業

項目	No.	共通	評価指標	計画策定時 実績	短期目標 目標値の考え方	目標 (R11年度目標)
Oc	1	◎	低栄養ハイリスク者の割合	0.56% (R4実績)	計画策定時の 該当者割合以下	0.5%以下
	2	◎	口腔機能低下者の割合	2.32% (R4実績)	計画策定時の 該当者割合以下	2.3%以下
	3	◎	身体的フレイルハイリスク者の割合	2.83% (R4実績)	計画策定時の 該当者割合以下	2.8%以下
Op	1	◎	一体的実施事業実施市町村数・割合 「低栄養」	3市町村 11.11% (R4実績)	2市町村/年 増加	14市町村 51.9%
	2		ハイリスクアプローチ 「低栄養」実施者割合	把握していない	中間評価により 目標値を設定	

4 口腔機能低下予防事業

項目	No.	共通	評価指標	計画策定時 実績	短期目標 目標値の考え方	目標 (R11年度目標)
Oc	1	◎	口腔機能低下者の割合	2.32% (R4実績)	計画策定時の 該当者割合以下	2.3%以下
	2	◎	低栄養ハイリスク者の割合	0.56% (R4実績)	計画策定時の 該当者割合以下	0.5%以下
	3	◎	身体的フレイルハイリスク者の割合	2.83% (R4実績)	計画策定時の 該当者割合以下	2.8%以下
Op	1	◎	一体的実施事業実施市町村数・割合 「口腔」	2市町村7.41% (R4実績)	1市町村/年 増加	8市町村 29.6%
	2		ハイリスクアプローチ 「口腔」実施者割合	把握していない	中間評価により 目標値を設定	

5、1 1 重複投薬・多剤投与者等指導事業

項目	No.	共通	評価指標	計画策定時実績	短期目標 目標値の考え方	目標 (R11年度目標)
0c	1	◎	服薬（多剤）ハイリスク者の割合	2.93% (R4実績)	計画策定時の 該当者割合以下	2.9%以下
	2	◎	服薬（睡眠薬）ハイリスク者の割合	0.92% (R4実績)	計画策定時の 該当者割合以下	0.9%以下
0p	1	◎	一体的実施事業実施市町村数・割合 「重複投薬・多剤投与者等訪問指導」	3市町村 11.11% (R4実績)	1市町村/2年 増加	4市町村 14.8%
	2		ハイリスクアプローチ 「重複投薬・多剤投与者等訪問指導」実施者割合	把握していない	中間評価により 目標値を設定	

6 身体的フレイル予防事業

項目	No.	共通	評価指標	計画策定時実績	短期目標 目標値の考え方	目標 (R11年度目標)
0c	1	◎	身体的フレイルハイリスク者の割合	2.83% (R4実績)	計画策定時の 該当者割合以下	2.8%以下
0p	1	◎	一体的実施事業実施市町村数・割合 「身体的フレイル」	0市町村 0% (R4実績)	1市町村/年 増加	6市町村 22.2%
	2		ハイリスクアプローチ 「身体的フレイル」実施者割合	把握していない	中間評価により 目標値を設定	

7、1 2 重症化予防事業（糖尿病性腎症）

項目	No.	共通	評価指標	計画策定時実績	短期目標 目標値の考え方	目標 (R11年度目標)
0c	1		糖尿病のコントロール不良者の割合	0.85% (R4実績)	計画策定時の 該当者割合以下	0.8%以下
	2		糖尿病治療中断者の割合	7.32% (R4実績)	計画策定時の 該当者割合以下	7.3%以下
	3		糖尿病保有かつフレイル状態者の割合	3.48% (R4実績)	計画策定時の 該当者割合以下	3.4%以下
0p	1	◎	一体的実施事業実施市町村数・割合 「糖尿病性腎症重症化予防」	4市町村 14.81% (R4実績)	2市町村/年 増加	14市町村 51.9%
	2		ハイリスクアプローチ 「糖尿病性腎症重症化予防」実施者割合	把握していない	中間評価により 目標値を設定	

8、1 3 重症化予防事業（その他生活習慣病）

項目	No.	共通	評価指標	計画策定時実績	短期目標 目標値の考え方	目標 (R11年度目標)
0c	1		コントロール不良者(血糖を除く)の割合	0.85% (R4実績)	計画策定時の 該当者割合以下	0.8%以下
	2		治療(糖尿病を除く)中断者の割合	7.32% (R4実績)	計画策定時の 該当者割合以下	7.3%以下
	3		基礎疾患(糖尿病を除く)保有かつフレイル 状態者の割合	3.48% (R4実績)	計画策定時の 該当者割合以下	3.4%以下
	4	◎	腎機能不良未受診者の割合	0.01% (R4実績)	計画策定時の 該当者割合以下	0.01%以下
0p	1	◎	一体的実施事業実施市町村数・割合 「その他生活習慣病重症化予防」	1市町村 3.70% (R4実績)	1市町村/年 増加	11市町村 40.7%
	2		ハイリスクアプローチ 「その他生活習慣病重症化予防」実施者割合	把握していない	中間評価により 目標値を設定	

9 健康状態不明者対策事業

項目	No.	共通	評価指標	計画策定時 実績	短期目標 目標値の考え方	目標 (R11年度目標)
0c	1	◎	健康状態不明者の割合	1.80% (R4実績)	計画策定時の 該当者割合以下	1.8%以下
	2	◎	健康診査受診率	22.67% (R4実績)	0.5%/年 増加	25.5%
0p	1	◎	一体的実施事業実施市町村数・割合 「健康状態不明者」	5市町村18.52% (R4実績)	1市町村/2年 増加	19市町村 70.4%
	2		ハイリスクアプローチ 「健康状態不明者」実施者割合	把握していない	中間評価により 目標値を設定	

1.4 通いの場等への積極的関与

項目	No.	共通	評価指標	計画策定時 実績	短期目標 目標値の考え方	目標 (R11年度目標)
0c	1	◎	低栄養ハイリスク者の割合	0.56% (R4実績)	計画策定時の 該当者割合以下	0.5%以下
	2	◎	口腔機能低下者の割合	2.32% (R4実績)	計画策定時の 該当者割合以下	2.3%以下
	3	◎	身体的フレイルハイリスク者の割合	2.83% (R4実績)	計画策定時の 該当者割合以下	2.80%以下
0p	1		一体的実施事業において「フレイル」に関する取組を行った市町村の数	10市町村 37.0% (R4実績)	全市町村において 実施	27市町村 100%
	2		実施した通いの場の数	把握していない	中間評価により 目標値を設定	
	3		通いの場へ参加した人数	把握していない	中間評価により 目標値を設定	

1.5 後発医薬品利用促進事業

項目	No.	共通	評価指標	計画策定時 実績	短期目標 目標値の考え方	目標 (R11年度目標)
0c	1		後発医薬品使用割合(数量シェア)	80.50% (R4実績)	前年度以上の 使用割合	
0p	1		通知送付回数	2回 (R4実績)	現状維持	2回
	2		差額通知書を送付したことによる後発医薬品への切り替え率	26.12% (R4実績)	中間評価により 目標値を設定	

評価指標について

- ※【0c】アウトカム指標：実施したことによる目標の達成状況の評価します。
- ※【0p】アウトプット指標：目標達成のために実施した保健事業の量を示します。
- ※【◎】は、第3期データヘルス計画から設定された、国の定めた共通評価指標です。

本広域連合のデータヘルス計画は、中間評価等の時期に限らず、
国及び県並びにその他関係団体の方針等が変更となったときには適宜見直しを行います。