保健事業実施計画

第3期データヘルス計画

－令和6～11年度(2024～2029)－

島根県後期高齢者医療広域連合

令和６年３月

目次

第１章　基本的事項 …… 3

第２章　現状の整理 …… 5

第３章　健康課題の整理 …… 35

第４章　保健事業について …… 47

第５章　その他 …… 73

【 資料編 】 …… 75

第１章　基本的事項

■ 計画策定の趣旨（背景と目的）

平成26年3月31日付厚生労働省告示第141号「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、後期高齢者医療広域連合は、健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（データヘルス計画）を策定した上で、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとされました。

また、令和2年7月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2020（骨太方針2020）」においては、保険者におけるデータヘルス計画の標準化等の取組の推進が掲げられ、令和3年12月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画 改革工程表2021」においては、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を検討するとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適切なKPIの設定を推進する。」ことが示されました。

島根県後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合 」という。）においても、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として19市町村（8市10町1村）の連携・協力のもと、平成28年度に第1期データヘルス計画を策定、平成30年3月に第2期データヘルス計画を策定し、保健事業の効果的かつ効率的な実施を図ってきました。

令和6年度からの第3期データヘルス計画では、健康診査の結果やレセプトデータ等の健康・医療情報等を活用して分析することで、被保険者の生涯にわたる健康の保持増進、生活の質（QOL）の維持及び向上を図るための効果的な高齢者保健事業を実施することを目的とします。

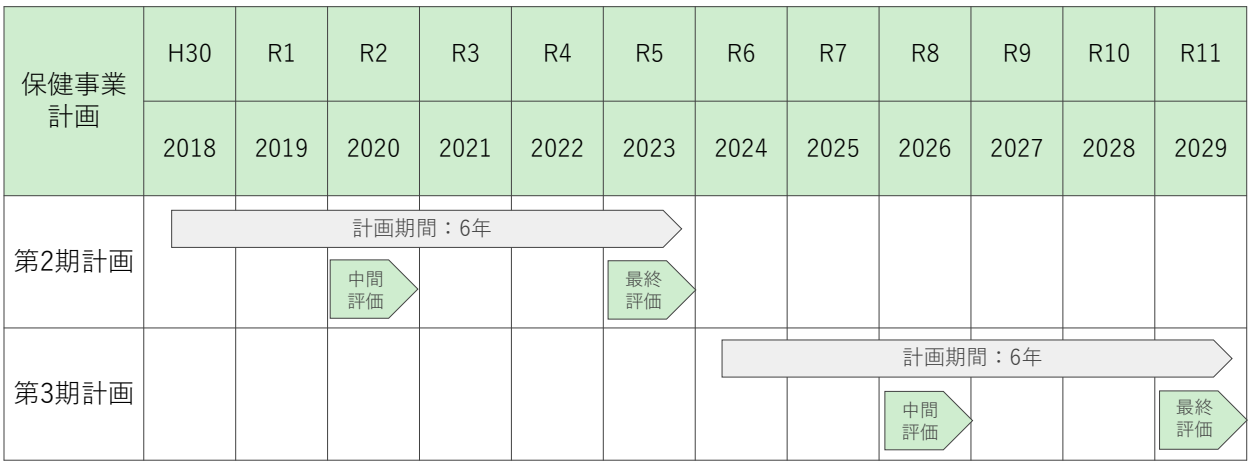
■ 計画の位置づけ（関連する他計画）

本計画は、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、広域連合が効果的かつ効率的な保健事業を実施するため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用します。また、「21世紀における第三次国民健康づくり運動（健康日本 21（第三次））」に示された基本方針を踏まえるとともに、県及び市町村の関係する計画等との整合性を考慮して策定します。

第3次健康長寿しまね推進計画（島根県健康増進計画）	令和6年度 ～ 令和11年度	基本目標：①平均寿命を延ばす、②65歳の平均自立期間を延ばし、二次医療圏の格差を減らす 1 住民主体の地区ごとの健康づくり活動の促進 2 生涯を通じた健康づくりの推進 3 疾病の早期発見、合併症予防・重症化防止 4 多様な実施主体による連携のとれた効果的な運動の推進
第4期島根県医療費適正化計画	令和6年度 ～ 令和11年度	基本的な考え方 ・医療費適正化に向けた具体的な取組は、住民の生活の質の維持・向上を確保しつつ、住民の視点に立った良質かつ適切な医療のサービスが提供されるよう、医療そのものの効率化を目指す ・住民の医療費の負担が将来的に過大なものとならずに、だれもが安心して医療サービスを受け続けることができるよう、中長期的に医療費の適正化を進める
第9期島根県介護保険事業支援計画	令和6年度 ～ 令和8年度	総合目標：誰もが住み慣れた地域で自分らしく 暮らし続けることができる社会の実現 各重点推進事項と主な方策 1 介護予防の推進と高齢者の社会参加、2 生活支援の充実 3 適正な介護サービスと住まいの確保、4 介護人材確保・介護現場革新 5 医療との連携、6 認知症施策の推進
国保データヘルス計画	令和6年度 ～ 令和11年度	各市町村で実施されている国保保健事業と介護予防事業、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施等と連携することにより、健康の保持増進、生活の質（QOL）の維持及び向上を図り、医療費の適正化につなげる。

■ 計画期間

本計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。令和8年度に中間評価を実施し、必要に応じて第3期データヘルス計画の見直しを行います。



■ 実施体制及び関係者の連携

本計画を実施するためには、市町村、島根県、島根県国民健康保険団体連合会（以下、「国保連」という。）及び島根県医師会、島根県歯科医師会、島根県薬剤師会等の関係機関との連携が不可欠となります。

本計画の推進にあたっては、医療や健診などのデータを活用し、地域の健康課題に沿った保健事業の実施に努め、市町村や県などの関係機関と連携を図り、計画の実効性を高めていきます。

関係団体	役割、連携内容
構成市町村	・ブロック会議（県内6ブロック）を開催し、市町村の担当者と広域連合が保健事業の推進に向けた調整、協議及び進捗管理を行う。市町村の現状や課題を把握し、今後の保健事業の展開に役立てる。 ・KDBシステムや保健指導情報連携システム、FOCUSシステムを活用して、被保険者の医療・健診情報を共有する。医療費分析や各事業実績を作成し、市町村へ提供する。 ・高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の推進のため、市町村担当者を対象とした会議の開催や調整、進捗管理を行う。
島根県	・県が国保を中心とした医療費分析や基盤整備等の市町村支援をしており、後期高齢者にも継続する健康課題については効率的・効果的な対策となるよう県と連携する。 ・高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施における市町村への支援体制検討会議を開催する。
国保連及び 支援・評価委員会	・国保・後期高齢者ヘルスサポート事業の支援を受けて、広域連合の各種事業をより有効に展開する。 ・国保連主催の研修会（高齢者の保健事業の推進に係る研修会等）へ参画する。
外部有識者	・懇話会を開催し、幅広く意見を聴取し、今後の事業に役立てる。 ・医師会、歯科医師会、薬剤師会等関係機関や団体と保健事業の実施に向けた調整、協議を行う。
保健医療関係者	・島根県保険者協議会に参画し島根県及び県内保険者が一体となって情報を共有し、課題を協議する。
その他	・広域連合事務局内に設置した保健事業等連絡会議を開催し、事業報告を行うとともに今後の課題について協議する。

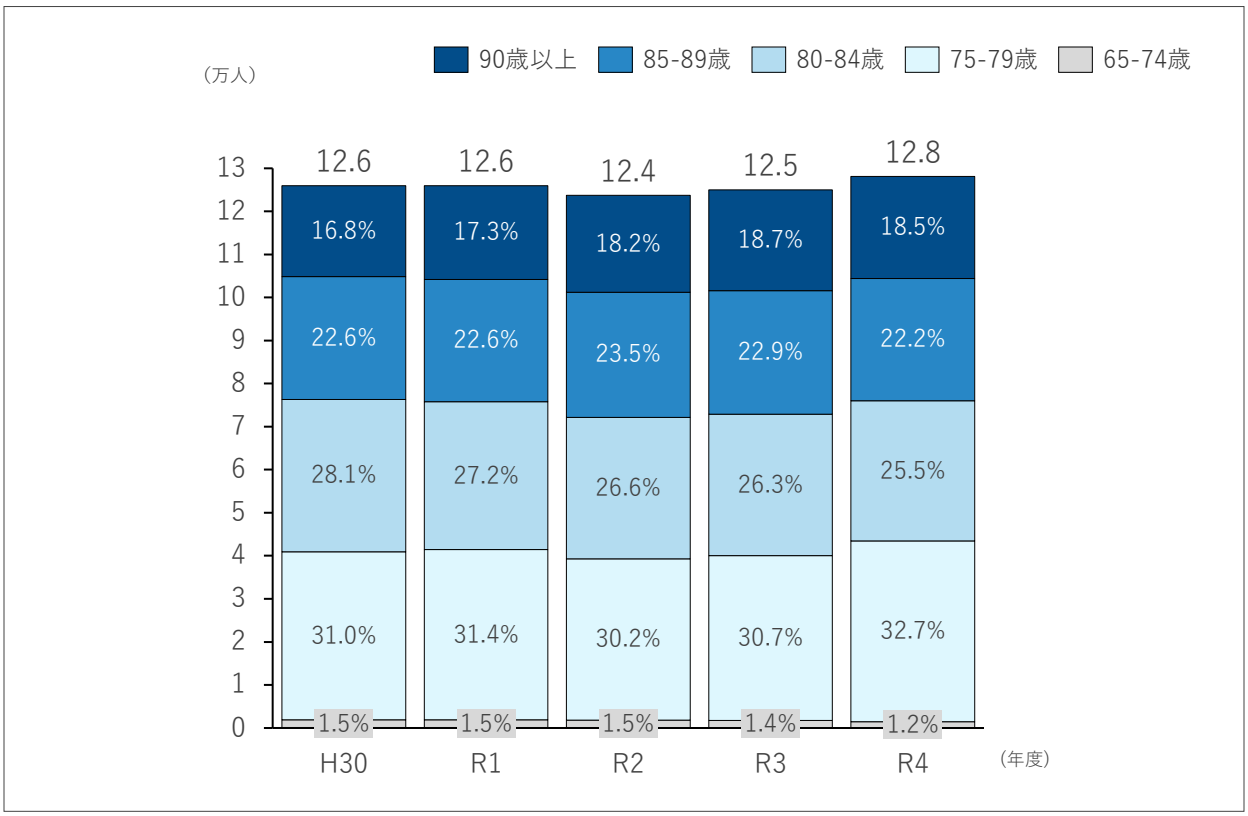
第２章　現状の整理

■ 後期高齢者医療の現状

（１）島根県の後期高齢者を取り巻く現状

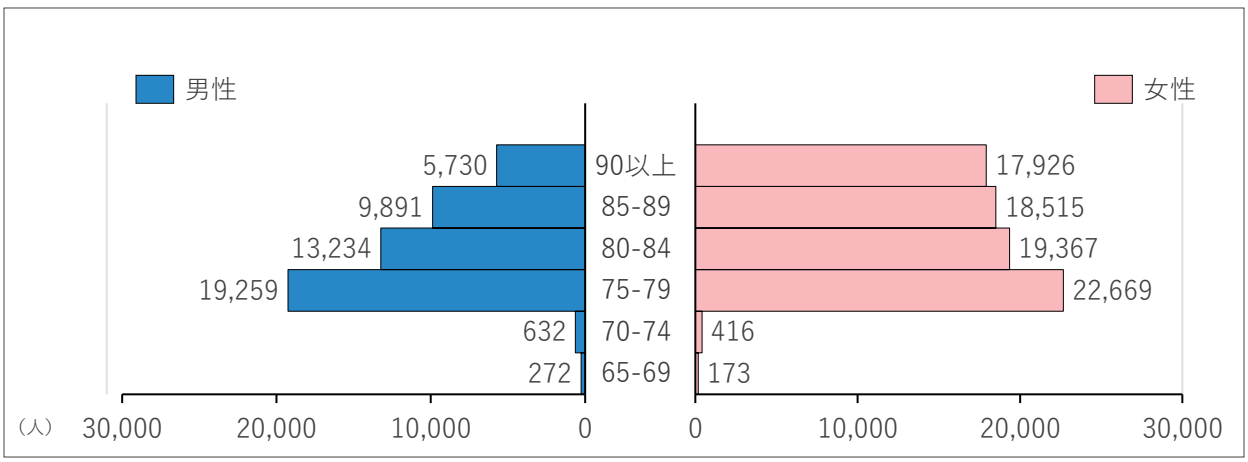
島根県後期高齢者医療の被保険者数は年々増加しており、令和4年度には約12.8万人で平成30年度と比較して約0.2万人増加しており、今後も増加傾向が続くと考えられます。男性は約4.9万人（38.3%）、女性は約7.9万人（61.7%）となっています。

図表1　島根県の後期高齢者被保険者数の推移



出典： KDB_S21_006_被保険者構成

図表2　男女年齢階層別被保険者構成

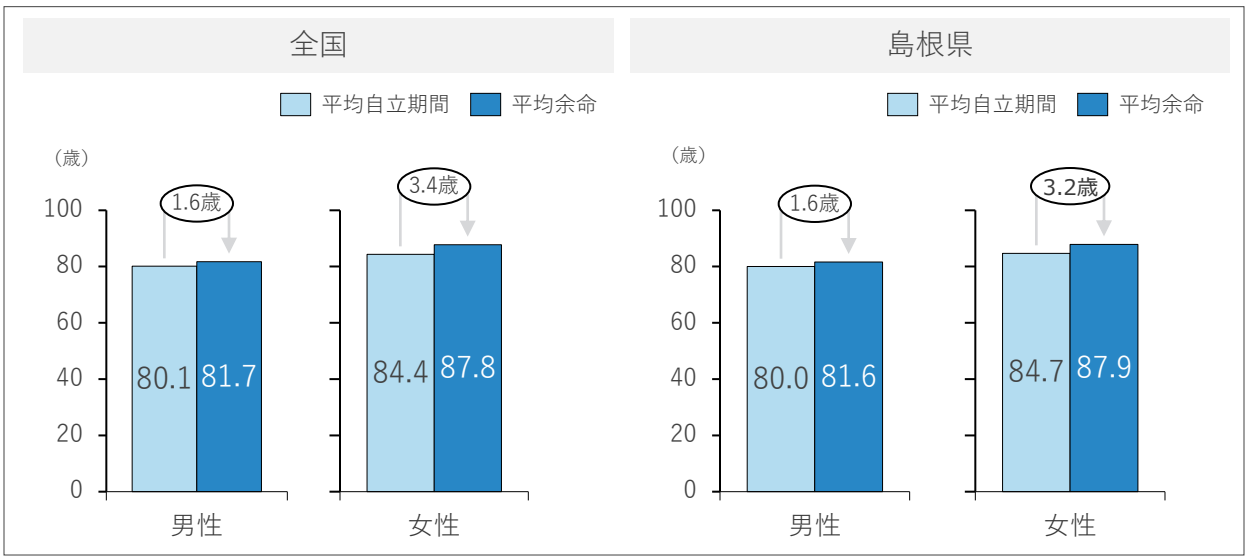


出典： KDB_S21_006_被保険者構成

島根県の平均自立期間は、男性80.0歳、女性84.7歳と男性は全国とさほど変わらず、女性は平均自立期間がやや高い状況です。平均余命と平均自立期間の差は男性1.6歳、女性3.2歳と、全国と比較して男性は同程度、女性は低くなっています。市町村別の状況は図表4のとおりです。

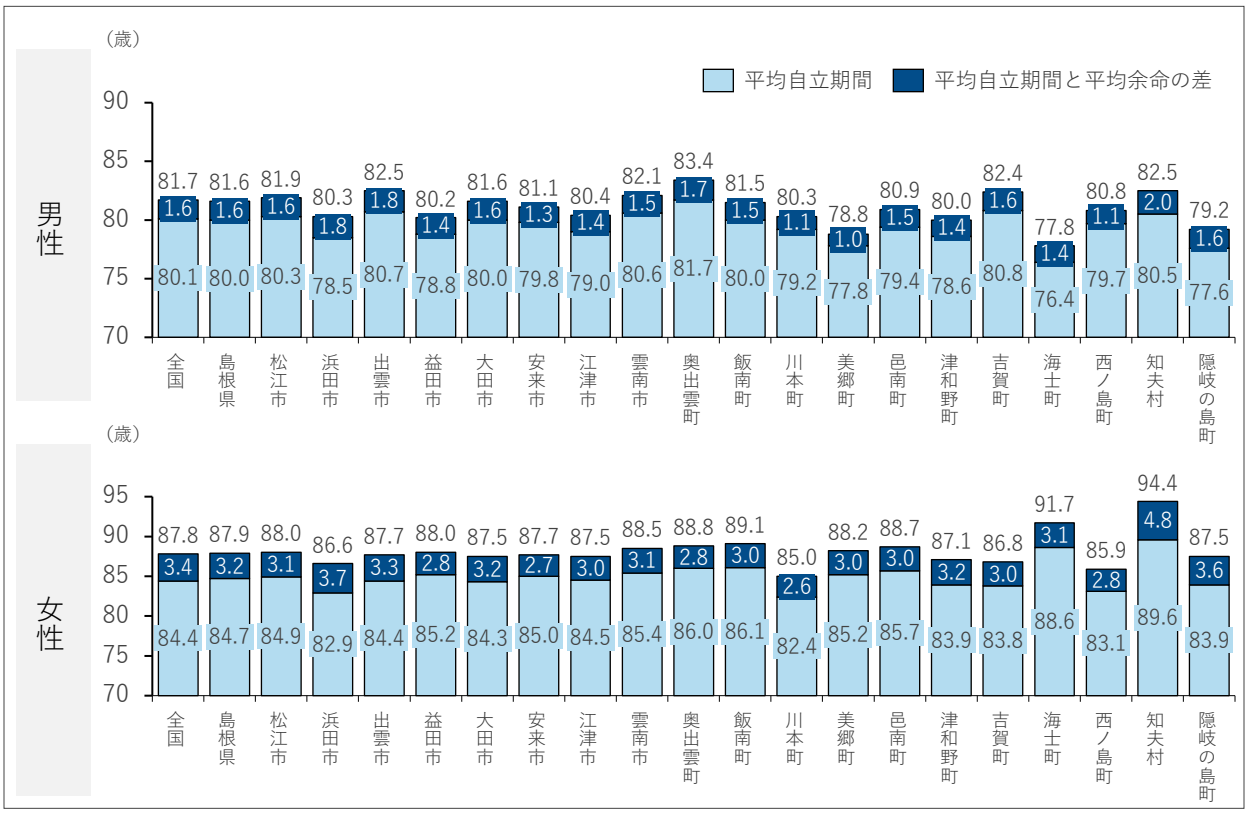
この差は日常生活に何らかの制限があり医療費や介護給付費を必要とする期間と考えられることから、被保険者の健康増進への取組を推進し、健康寿命の延伸を目指していくことが課題となります。

図表3　平均余命（0歳時点の平均余命）と平均自立期間



出典：KDB_S21_001_地域の全体像の把握

図表4　平均余命と平均自立期間　市町村別



出典：KDB_S29_004_健康スコアリング（保険者等一覧）

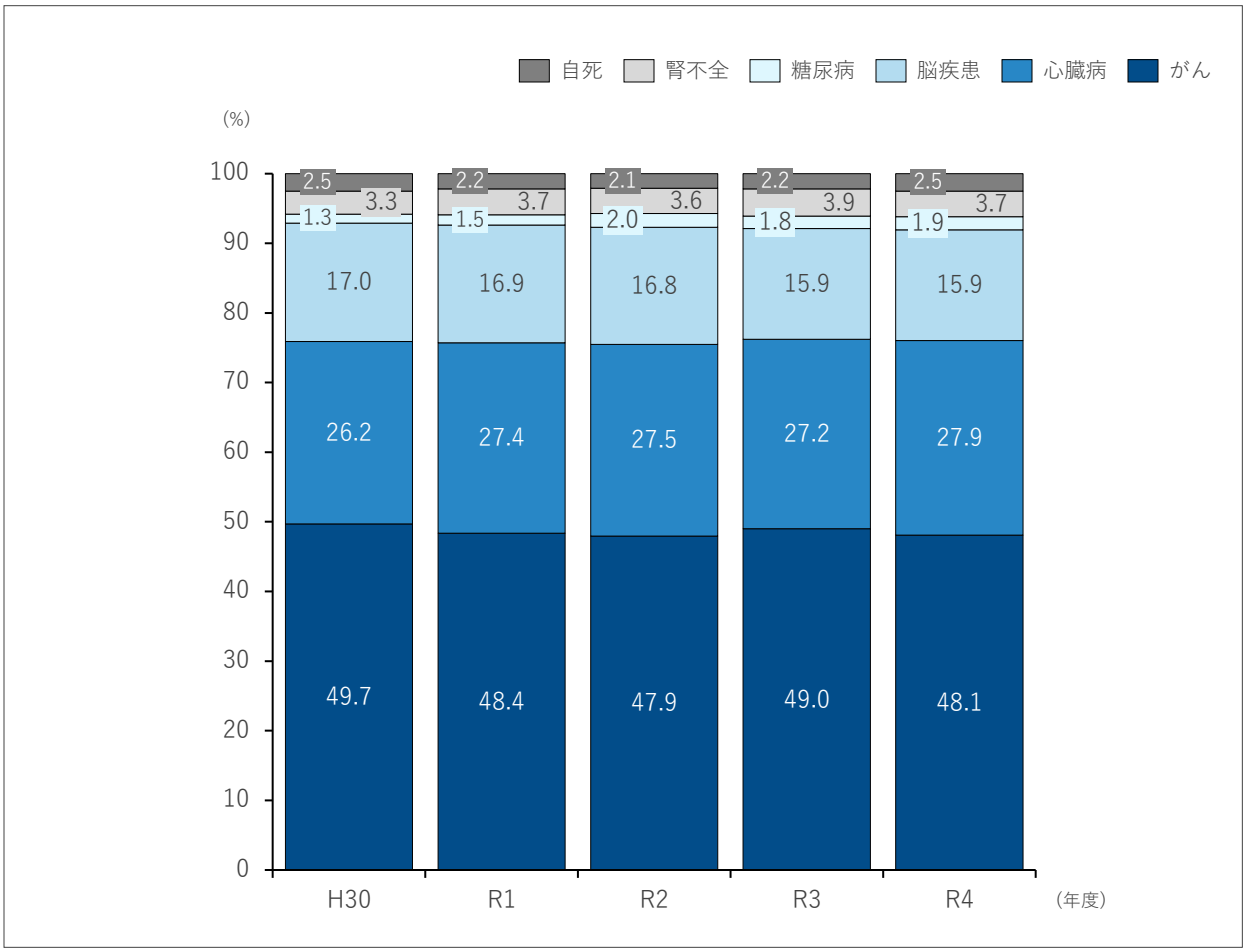
死因割合は、がんが48.2％と最も高く、次いで心臓病28.0％、脳疾患15.9％となっており、全国よりもがんは－2.4ﾎﾟｲﾝﾄ、心臓病は＋0.5ﾎﾟｲﾝﾄとなっています。平成30年度からの経年でみると、心臓病が増加傾向、脳疾患は減少傾向、がんは増減を繰り返しながら減少傾向となっています。

図表5　令和4年度の死因割合（全国比較）　（%）

令和4年度	島根県の死因割合	全国の死因割合	全国の死因割合との差
がん	48.2	50.6	-2.4
心臓病	28.0	27.5	0.5
脳疾患	15.9	13.8	2.1
糖尿病	1.9	1.9	0.0
腎不全	3.7	3.6	0.1
自死	2.5	2.7	-0.2

出典： KDB_S21_001_地域の全体像の把握

図表6　死因割合の経年推移



出典： KDB_S21_001_地域の全体像の把握

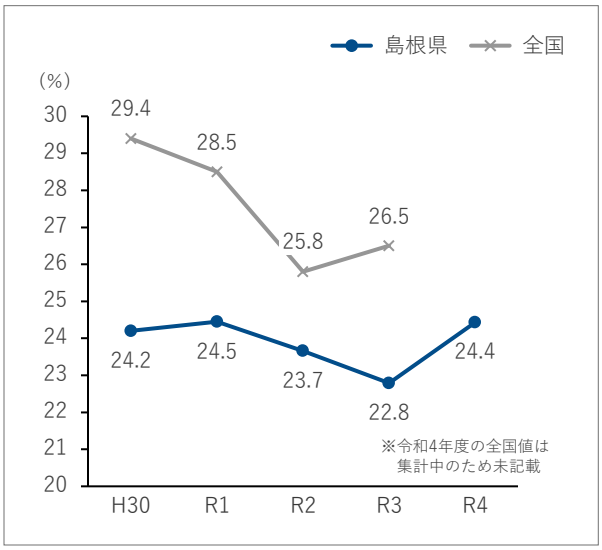
（2）健康診査の状況

後期高齢者の健診受診率は、新型コロナウイルス感染症等により令和3年度まで減少し、令和4年度では例年並みに回復し、概ね横ばい傾向となっていますが、全国と比較すると低い水準となっています。

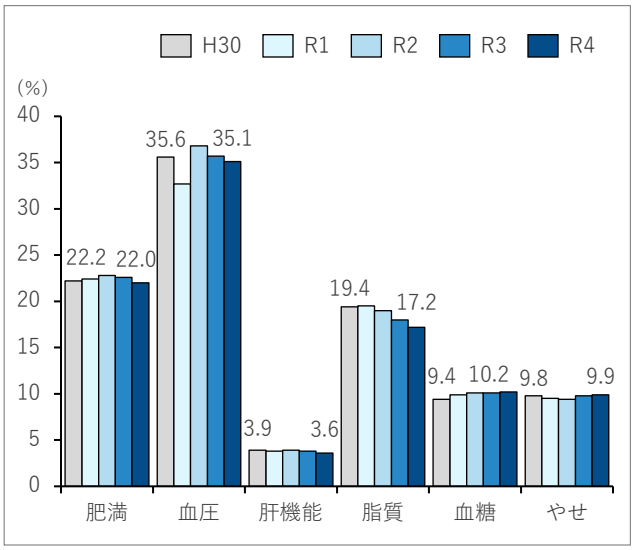
健診の有所見者割合では、血圧、肥満の順に高く、また経年でみると肥満、血糖、やせは横ばい傾向もしくは増加傾向、脂質は減少傾向となっています。

市町村の中で健診受診率が最も高いのは海士町（47.9%）で、県平均（24.4%）より高い市町村は、10市町村であり、継続して健診受診率向上を推進する施策を実施します。

図表7　健診受診率（経年）

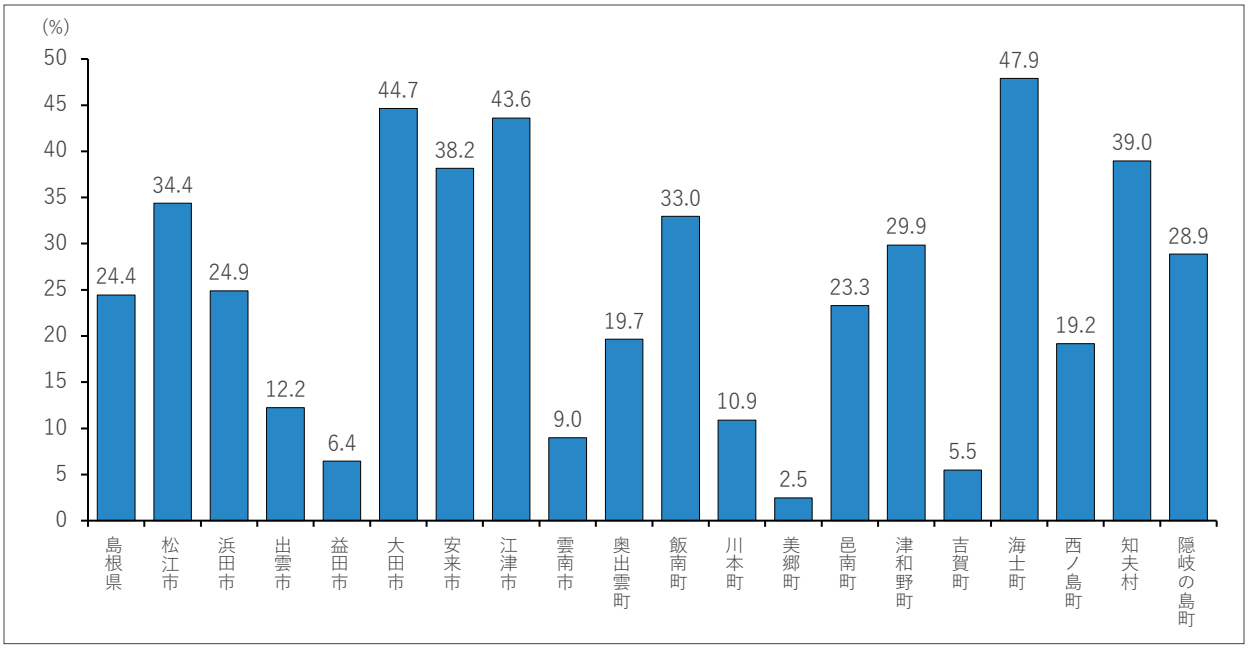


図表8　有所見者割合（経年）



出典：島根県後期高齢者医療広域連合資料、全国高齢者医療・国民健康保険主管課（部）長及び後期高齢者医療広域連合事務局長会議（令和5年4月14日保険局高齢者医療課説明資料）
KDB_S29_001_健康スコアリング（健診）

図表9　令和4年度　健診受診率

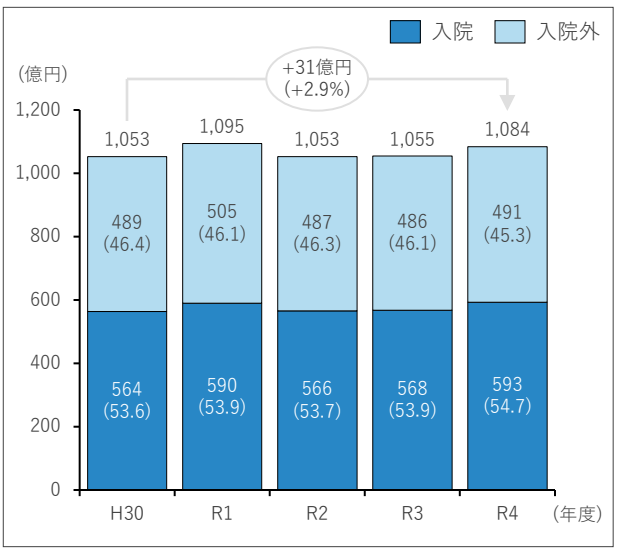


出典：令和4年度健診業務委託管理表

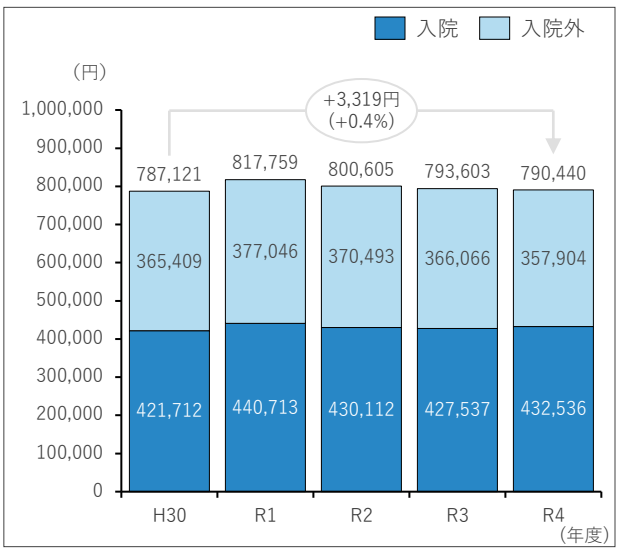
（3）医療費の動向

令和4年度の総医療費は平成30年度と比較して増減を繰り返しやや増加傾向となっており、平成30年度と比較して入院では29億円 、入院外では2億円増加しています。また被保険者数も増加していることから、被保険者一人当たり医療費は令和2年度以降横ばいで推移しています。一人当たり医療費を診療区分別でみると、入院外はやや減少傾向ですが、入院は増減を繰り返しながら横ばい傾向になっています。

図表10　総医療費（経年）



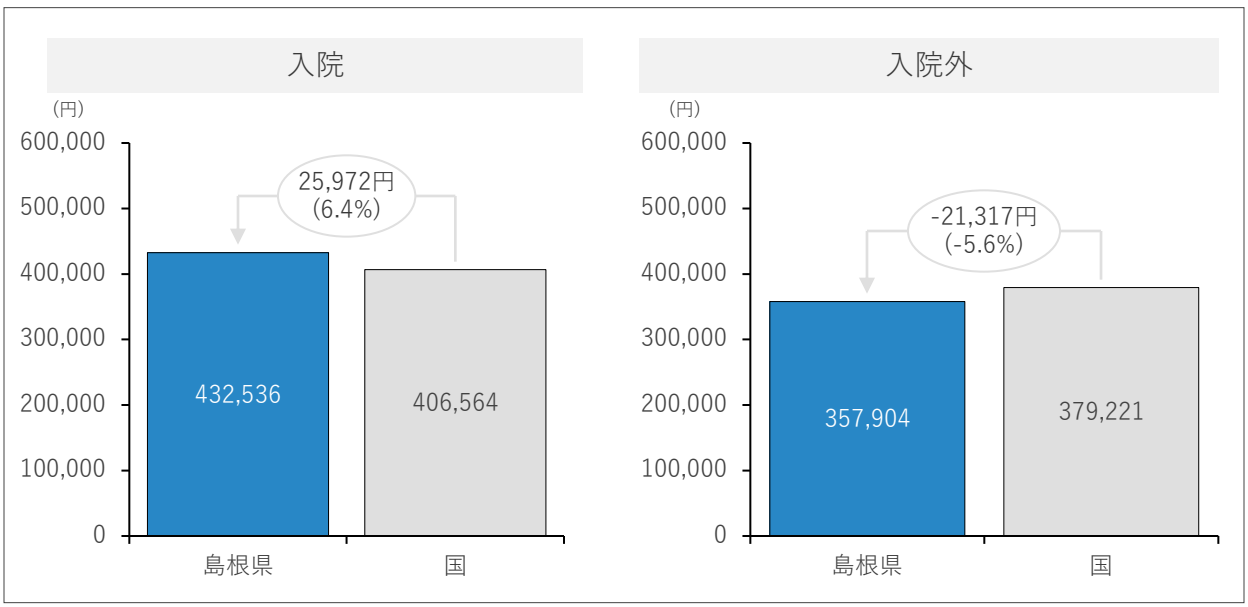
図表11　被保険者一人当たり医療費（経年）



出典： KDB_S29_002_健康スコアリング（医療）

令和4年度の被保険者一人当たり医療費を全国と比較してみると、入院は高く、入院外は低い結果となっています。入院では約6.4%高く、入院外では約5.6%低くなっています。

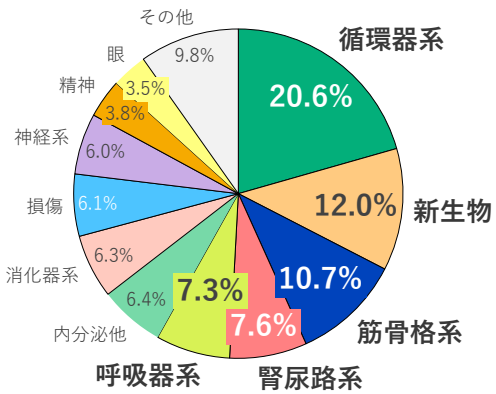
図表12　令和4年度　被保険者一人当たり医療費（全国比較）



出典： KDB_S29_002_健康スコアリング（医療）【令和4年度】

令和4年度の医療費を疾病分類別（大分類）にみると、最も医療費割合が高いのは「循環器系の疾患」次いで「新生物」 「筋骨格系」の順に医療費が高い傾向となっています。医療費構成比上位5疾患の医療費で医療費全体の58.2%を占めています。

図13　疾病分類（大分類）による医療費構成割合及び経年推移

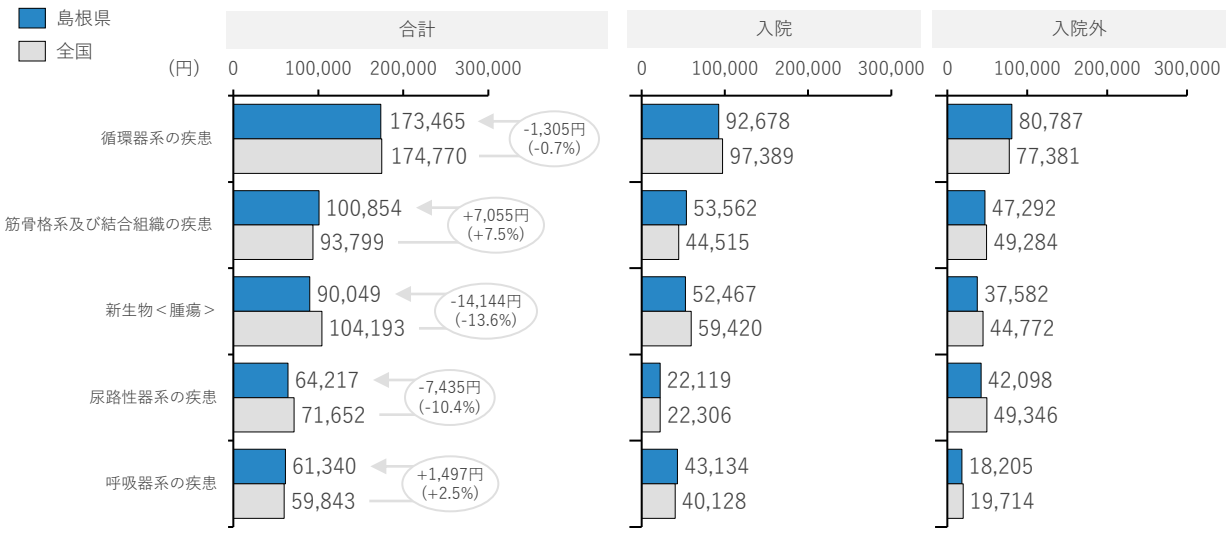


医療費構成割合 上位5位 （令和4年度）	58.2%

単位：百万円

大分類（R4年度高い順）		H30		R1		R2		R3		R4		H30-R4増減
		医療費	順位	医療費	順位	医療費	順位	医療費	順位	医療費	順位	
1	循環器系の疾患	21,349	1	22,484	1	21,672	1	22,052	1	22,218	1	869
2	新生物＜腫瘍＞	10,938	3	11,809	3	11,780	2	12,193	2	12,918	2	1,980
3	筋骨格系及び結合組織の疾患	12,148	2	12,413	2	11,667	3	11,400	3	11,534	3	-614
4	尿路性器系の疾患	8,423	4	8,964	4	8,563	4	8,255	4	8,225	4	-198
5	呼吸器系の疾患	8,268	5	8,651	5	7,352	5	7,473	5	7,857	5	-412
6	内分泌、栄養及び代謝疾患	6,627	7	6,861	7	6,819	7	7,068	6	6,919	6	293
7	消化器系の疾患	6,244	9	6,529	9	6,425	9	6,517	9	6,848	7	604
8	損傷、中毒及びその他の外因の影響	6,460	8	6,619	8	6,702	8	6,579	8	6,577	8	117
9	神経系の疾患	7,247	6	7,480	6	7,181	6	6,795	7	6,478	9	-770
10	精神及び行動の障害	4,343	10	4,385	10	4,318	10	4,301	10	4,116	10	-228

図14　令和4年度　疾病分類（大分類）1人当たり医療費推移_上位5位



出典： KDB_ S23_002_医療費分析（大分類）

令和4年度の医療費を疾病分類別（中分類）にみると、最も医療費割合が高いのは「その他の心疾患」次いで「腎不全」「その他の悪性新生物＜腫瘍＞」「骨折」の順に医療費が高い傾向となっています。入院における医療費上位疾病を市町村別でみたところ、多くの市町村で「骨折」が高い結果となっています。

図表15　疾病分類（中分類）による医療費経年推移

単位：百万円

中分類		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		平成30年度－令和4年度増減
		医療費	順位	医療費	順位	医療費	順位	医療費	順位	医療費	順位	
1	その他の心疾患	9,493	1	10,574	1	10,582	1	11,055	1	11,402	1	1,909
2	腎不全	6,007	2	6,341	2	6,072	2	5,911	2	5,817	2	-190
3	その他の悪性新生物＜腫瘍＞	4,658	4	5,028	4	5,147	4	5,153	4	5,378	3	719
4	骨折	5,197	3	5,394	3	5,376	3	5,299	3	5,119	4	-78
5	糖尿病	4,008	6	4,126	6	4,130	5	4,253	5	4,395	5	387
6	その他の消化器系の疾患	3,689	8	3,875	7	3,962	6	4,134	6	4,339	6	650
7	その他の呼吸器系の疾患	3,879	7	4,131	5	3,694	7	3,902	7	4,063	7	184
8	高血圧性疾患	4,042	5	3,843	8	3,630	8	3,451	8	3,394	8	-649
9	その他（上記以外のもの）	3,614	9	3,492	10	3,279	9	3,245	10	3,336	9	-278
10	脳梗塞	3,326	10	3,512	9	3,223	10	3,269	9	3,210	10	-116
11	その他の神経系の疾患	2,427	15	2,579	14	2,742	12	2,756	12	2,875	11	448
12	その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	2,173	16	2,176	16	2,092	16	2,475	14	2,841	12	668
13	骨の密度及び構造の障害	3,040	11	3,329	11	3,136	11	2,801	11	2,765	13	-275
14	その他の眼及び付属器の疾患	2,512	13	2,663	13	2,557	13	2,531	13	2,561	14	50
15	関節症	2,434	14	2,436	15	2,133	15	2,045	15	1,975	15	-459
16	気管、気管支及び肺の悪性新生物＜腫瘍＞	1,579	23	1,842	20	1,801	20	1,887	16	1,908	16	329
17	脊椎障害（脊椎症を含む）	2,081	17	2,092	17	1,939	17	1,817	18	1,812	17	-269
18	症状、徴候及び異常臨床所見・異常、検査所見で他に分類されないもの	1,765	20	1,804	21	1,830	19	1,674	21	1,726	18	-39
19	虚血性心疾患	2,064	18	1,961	19	1,873	18	1,709	20	1,709	19	-355
20	アルツハイマー病	2,724	12	2,732	12	2,285	14	1,882	17	1,657	20	-1,066

出典： KDB_S23_004_疾病別医療費分析（中分類）【令和4年度】

令和4年度の医療費を疾病分類別（細小分類）にみると、入院における市町村別の医療費上位疾病は、多くの市町村で「骨折」「脳梗塞」が高く、入院外では、「糖尿病」「高血圧症」「不整脈」が高い結果となっています。

図表16　令和4年度　疾病分類（細小分類）医療費【入院】上位5位

No.	市町村名	1位	2位	3位	4位	5位
1	松江市	骨折	脳梗塞	不整脈	関節疾患	肺炎
2	浜田市	骨折	脳梗塞	統合失調症	不整脈	関節疾患
3	出雲市	骨折	脳梗塞	不整脈	骨粗しょう症	関節疾患
4	益田市	骨折	脳梗塞	統合失調症	関節疾患	大腸がん
5	大田市	骨折	脳梗塞	統合失調症	不整脈	関節疾患
6	安来市	骨折	脳梗塞	関節疾患	不整脈	骨粗しょう症
7	江津市	骨折	脳梗塞	心臓弁膜症	統合失調症	うつ病
8	雲南市	骨折	脳梗塞	関節疾患	不整脈	慢性腎臓病（透析あり）
9	奥出雲町	骨折	関節疾患	慢性腎臓病（透析あり）	不整脈	脳梗塞
10	飯南町	骨折	不整脈	関節疾患	慢性腎臓病（透析あり）	統合失調症
11	川本町	脳梗塞	骨折	認知症	統合失調症	関節疾患
12	美郷町	骨折	関節疾患	肺炎	慢性腎臓病（透析あり）	不整脈
13	邑南町	骨折	脳梗塞	関節疾患	肺炎	骨粗しょう症
14	津和野町	骨折	脳梗塞	慢性腎臓病（透析あり）	関節疾患	不整脈
15	吉賀町	骨折	関節疾患	肺炎	脳梗塞	統合失調症
16	海士町	骨折	脳梗塞	骨粗しょう症	関節疾患	緑内障
17	西ノ島町	骨折	関節疾患	脳梗塞	不整脈	クモ膜下出血
18	知夫村	骨折	関節疾患	うつ病	統合失調症	前立腺がん
19	隠岐の島町	骨折	不整脈	関節疾患	心臓弁膜症	脳梗塞

出典：　KDB_S23_001_医療費分析(1)細小分類【令和4年度】

図表17　令和4年度　疾病分類（細小分類）医療費【入院外】上位5位

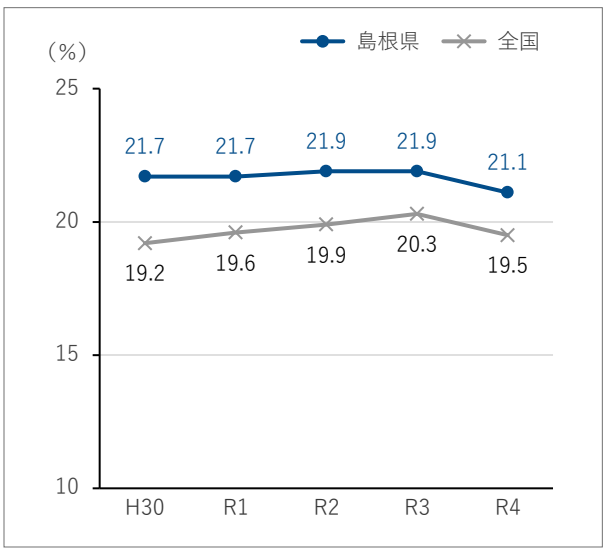
No.	市町村名	1位	2位	3位	4位	5位
1	松江市	糖尿病	高血圧症	不整脈	慢性腎臓病（透析あり）	脂質異常症
2	浜田市	糖尿病	高血圧症	骨粗しょう症	不整脈	慢性腎臓病（透析あり）
3	出雲市	慢性腎臓病（透析あり）	糖尿病	高血圧症	不整脈	関節疾患
4	益田市	糖尿病	高血圧症	不整脈	前立腺がん	関節疾患
5	大田市	糖尿病	高血圧症	慢性腎臓病（透析あり）	不整脈	関節疾患
6	安来市	糖尿病	高血圧症	不整脈	慢性腎臓病（透析あり）	関節疾患
7	江津市	糖尿病	高血圧症	慢性腎臓病（透析あり）	脂質異常症	不整脈
8	雲南市	高血圧症	糖尿病	不整脈	関節疾患	慢性腎臓病（透析あり）
9	奥出雲町	高血圧症	不整脈	糖尿病	貧血	関節疾患
10	飯南町	糖尿病	不整脈	緑内障	関節疾患	高血圧症
11	川本町	糖尿病	不整脈	高血圧症	関節疾患	緑内障
12	美郷町	高血圧症	糖尿病	不整脈	緑内障	脂質異常症
13	邑南町	糖尿病	高血圧症	関節疾患	慢性腎臓病（透析あり）	不整脈
14	津和野町	高血圧症	糖尿病	不整脈	脂質異常症	関節疾患
15	吉賀町	不整脈	高血圧症	糖尿病	関節疾患	骨粗しょう症
16	海士町	不整脈	高血圧症	膵臓がん	関節疾患	糖尿病
17	西ノ島町	骨粗しょう症	関節疾患	不整脈	高血圧症	糖尿病
18	知夫村	肺がん	糖尿病	高血圧症	不整脈	骨粗しょう症
19	隠岐の島町	不整脈	高血圧症	糖尿病	関節疾患	前立腺がん

出典：　KDB_S23_001_医療費分析(1)細小分類【令和4年度】

（4）介護関係の動向

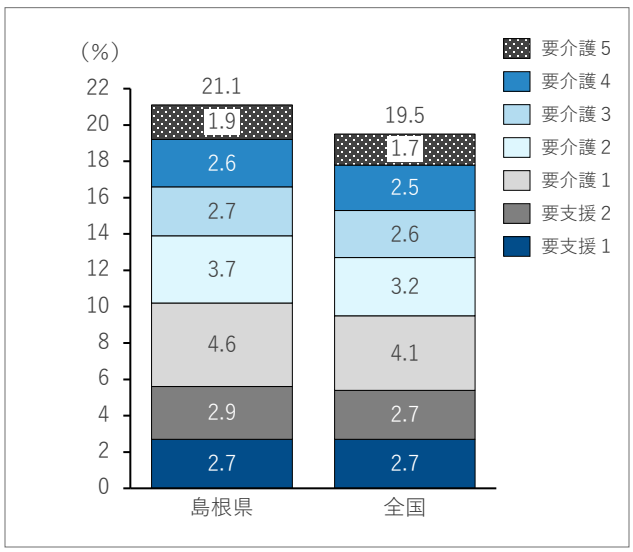
要介護認定率は、21.1％と全国(19.5%)と比較して1.6ﾎﾟｲﾝﾄ高くなっています。要介護度別の認定率では要介護1、要介護2の順に割合が高く、要支援2から要介護5の認定率は全国と比較して高い結果となっています。

図18　介護認定率（経年）



出典： KDB_S29_003_健康スコアリング（介護）

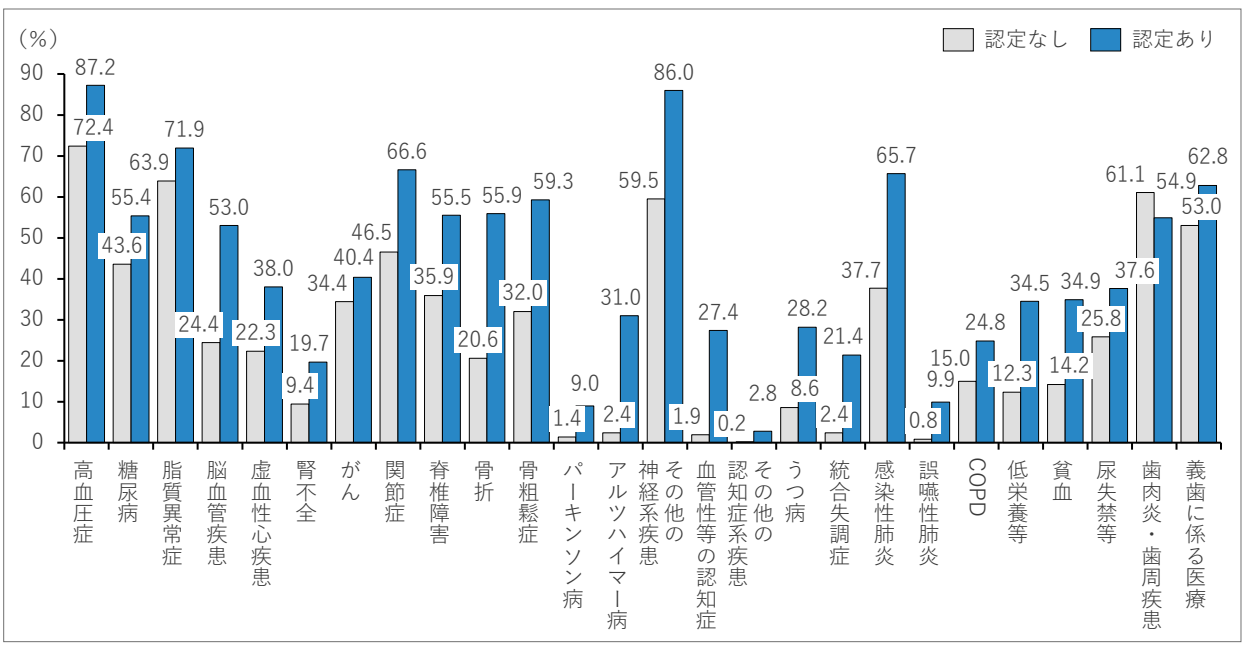
図19　介護度別認定率（経年）



出典： KDB_S29_003_健康スコアリング（介護）

介護に関連する疾病を認定有無別にみると、歯肉炎・歯周疾患以外の疾病は要介護認定ありの方が有病率が高くなっています。要介護認定有無別で有病率の差が大きい疾病は、骨折、脳血管疾患、アルツハイマー病となっています。

図20　要介護認定有無別の有病率（疾病別）



出典： KDB_S24_004_後期高齢者の医療（健診）・介護突合状況

■ 前期計画の振り返り

１．前期計画等に係る考察

広域連合では、第2期データヘルス計画及びその中間評価に基づき、後期高齢者医療に関する様々な取り組みを計画的に推進してきました。第2期データヘルス計画における目標の達成状況を客観的に評価し、保健事業の実施状況や数値目標の達成状況、課題も踏まえ、今後の方向性の検証等を行いました。

（１）前期計画の目標

【計画目標】
健康寿命の延伸

【めざすところ】
・被保険者が住み慣れた地域で自立した生活をできるだけ長く過ごすことができる
・医療費の適正化

【保健事業の方針】
ア．高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の推進
（目標）全市町村での事業開始

イ．生活習慣病や低栄養などの重症化リスク者の早期発見と早期介入
（目標）重症化リスク者の早期発見と早期介入
（ア）低栄養防止対策事業（維持・改善した指導実施者割合90％以上）
（イ）糖尿病性腎症等重症化予防対策事業（医療につながった人の割合50％以上）
（ウ）その他の重症化予防対策事業（要受診者の医療機関受診率80％以上）

ウ．健診・歯科口腔健診の受診率向上
（目標）健診・歯科口腔健診の受診率向上
（ア）健康診査事業（健診受診率28％以上）
（イ）歯科口腔健診事業（歯科口腔健診受診率18％以上）
（ウ）長寿・健康増進事業（ドック受診者数）

エ．適正受診・適正服薬行動の推進
（目標）適正受診・服薬行動による医療費の適正化
（ア）重複頻回受診、重複投薬者等への訪問事業（効果額）
（イ）多剤服用者（ポリファーマシー）対策事業（啓発した回数）
（ウ）後発医薬品（ジェネリック）利用促進事業（ジェネリック使用割合80％以上）

2．個別保健事業の振り返り

（1）高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の推進

ア．取組の概要

人生100年時代を見据え、高齢者一人ひとりに対してデータ分析の結果から高齢者の健康課題を把握するとともに、効果的かつ効率的できめ細かな保健事業と介護予防を実施するため、令和2年度より市町村へ委託をして実施しています。

イ．事業の評価及び課題

・年々実施市町村は増加している
・本事業は広域連合の重点施策の内の一つであり、令和6年度に全市町村での事業実施を目指しているが、「企画・調整等を行う医療専門職」の確保が難しいこともあり、令和6年度に全市町村での事業実施は難しい状況であるため、国との意見交換等を通して対応を検討
・小規模の町村では1人の保健師等が多くの業務を抱えていることもあり、本事業に取り組む余力がない。そのため、広域連合からの支援や、負担の少ない方法で本事業が実施できるような方法を検討する必要がある

ウ．最終評価等

計画内容と実績		令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
事業を実施する市町村数	目標	ー	対前年度増	対前年度増	対前年度増
	実績	3市町村	5市町村	10市町村	13市町村

評価指標	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
ハイリスクアプローチの実施市町村数	**3市町村**	**5市町村**	**10市町村**	**13市町村**
低栄養防止・生活習慣病等の重症化予防の取組市町村数	3市町村	5市町村	9市町村	11市町村
事業数（低栄養防止）	3市町村	5市町村	7市町村	10市町村
事業数（口腔機能防止）	1市町村	2市町村	2市町村	2市町村
事業数（適正服薬）	-	-	-	-
事業数（糖尿病性腎症重症化予防）	-	3市町村	4市町村	4市町村
事業数（その他生活習慣病重症化予防）	2市町村	1市町村	2市町村	1市町村
重複頻回受診等対策取組市町村数	-	1市町村	-	-
健康不明者対策取組市町村数	1市町村	2市町村	3市町村	7市町村
ポピュレーションアプローチの実施市町村数	**3市町村**	**5市町村**	**10市町村**	**13市町村**
健康教育・相談	1市町村	5市町村	5市町村	7市町村
フレイル状態の把握	2市町村	5市町村	4市町村	5市町村
気軽に相談できる環境づくり	-	1市町村	1市町村	-
その他複合的取組	-	-	5市町村	7市町村

評価	
ストラクチャー	・市町村、県、国保連など関係機関との連携体制 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施における市町村への支援体制検討会議を開催（年2回） ブロック会議を開催（年1回） ・予算確保 必要な経費は、当初予算で計上 国が交付する後期高齢者医療財政調整交付金（特別調整交付金）を活用
プロセス	・セミナー、研修会の開催 企画調整担当者会の開催 ・市町村の取組状況把握 例年11月頃に実施状況調査を実施 ・質問票の活用への働きかけ ブロック会議（年1回）で市町村へ質問票の活用を啓発 ・県・国保連との連携会議の開催 県主催の意見交換会への参加 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施における市町村への支援体制検討会議を開催
アウトプット	・開始にかかる事業説明回数 市町村に対しては、ブロック会議（年1回）で意見交換を実施。また、令和5年度において未実施市町村に対してヒアリングを実施 ・セミナー、研修会に参加した市町村数：令和4年度実施10市町村全参加 ・質問票及びそれに準じたものを活用して参加者の健康状態を把握した通いの場等の数：80.9％
アウトカム	・事業を実施する市町村数 令和2年度：3/19市町村 令和3年度：5/19市町村 令和4年度：10/19市町村 令和5年度：13/19市町村 ・質問票及びそれに準じたものを活用して参加者の健康状態を把握した通いの場等の割合 令和2年度：100％ 令和3年度：100％ 令和4年度：100％ 令和5年度：事業実施中（12月時点）

（2）低栄養防止事業（フレイル対策）

ア．取組の概要

歯科口腔健診結果から抽出した低栄養対象者へ訪問指導を実施し、被保険者の健康保持、医療費の適正化を図ります。

イ．事業の評価及び課題

・広域連合からの補助を得て実施する市町村は減少している。それに伴い、市町村へ情報提供している歯科口腔健診結果から抽出した低栄養リスク者は減少している
・高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施のハイリスクアプローチ項目の一つであり、単独補助から一体的実施への事業移行を働きかけていく必要がある

ウ．最終評価等

計画内容と実績		令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
体重、BMＩ、及び口腔機能が維持・改善した指導実施者の割合	目標	90%	90%	90%	90%
	実績	28.2%	38.6%	46.4%	ー

評価指標	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
実施市町村数（一体的実施も含む）	12市町村	8市町村	9市町村	10市町村
訪問指導数	103人	70人	140人	ー

評価	
ストラクチャー	・市町村との連携体制 例年6月に島根県後期高齢者医療保健事業補助金交付要綱を制定し、市町村に対し、各事業の支援制度について情報提供を実施していたが、令和4年度に行った令和5年度事業実施意向調査における市町村からの回答より、令和5年度は実施市町村が無しとなったため、令和5年度の交付要綱から除外 ・予算確保 必要な経費は当初予算で計上。 令和元年度までは後期高齢者医療制度事業費補助金を活用し、令和2年度以降は後期高齢者医療財政調整交付金（特別調整交付金）を活用 ・高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施 令和2年度より、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施による委託事業を開始。実施市町村へ後期高齢者医療財政調整交付金（特別調整交付金）を活用し事業委託
プロセス	・市町村の取組状況の把握 毎年9月・12月に次年度の実施意向を全市町村へ調査 実施年度の5月に所要額及び実施内容の詳細等を調査 ・市町村への情報提供 例年6月に島根県後期高齢者医療保健事業補助金交付要綱を制定し、市町村に対し、各事業の支援制度について情報提供を実施していたが、令和4年度に行った令和5年度事業実施意向調査における市町村からの回答より、令和5年度は実施市町村が無しとなったため、令和5年度の交付要綱から除外
アウトプット	＜一体的実施による結果も含む＞ ・歯科口腔健診結果から抽出したリスク者数 令和2年度：309人（個別事業：227人、一体的実施：82人） 令和3年度：314人（個別事業：206人、一体的実施：108人） 令和4年度：411人（個別事業：24人、一体的実施：387人） ・訪問指導者数 令和2年度：103人（個別事業：64人、一体的実施：39人） 令和3年度：70人（個別事業：18人、一体的実施：52人） 令和4年度：140人（個別事業：16人、一体的実施：124人） ・介入前後の評価指標の変化数（維持・改善） 令和2年度　体重・BMI（評価できた市町村のみ集計） 維持・改善：29人（個別事業：12人、一体的実施：17人） 令和3年度　体重・BMI 維持・改善：27人（個別事業：8人、一体的実施：19人） 令和4年度　体重・BMI（一体的実施は市町村の評価指標あり） 維持・改善：65人（個別事業：16人、一体的実施：49人） ・事業を実施する市町村数 令和2年度：12/19市町村 令和3年度：8/19市町村 令和4年度：9/19市町村 令和5年度：10/19市町村
アウトカム	・体重、BMＩ、及び口腔機能が維持・改善した指導実施者の割合 令和2年度：28.2% 令和3年度：38.6% 令和4年度：46.4%

（3）糖尿病性腎症等重症化予防対策事業

ア．取組の概要

糖尿病性腎症の患者及び未受診者であって、生活習慣の改善により重症化の予防が期待される被保険者に対し、保健指導・受診勧奨等を実施し被保険者の健康保持、医療費の適正化を図ります。
・ハイリスク者への保健指導
・未受診者・受診中断者への受診勧奨

イ．事業の評価及び課題

・健診結果から抽出した本事業対象者数は、減少傾向にある
・市町村へ委託をし、令和元年度から開始した事業で令和4年度は4市町村が実施している事業対象者のうち、指導を受けた人は令和4年度は15人だった
・一体的実施事業の開始に伴い、低栄養防止事業と同様に今後の事業展開について検討が必要
・後期高齢者医療に加入してから人工透析が開始となるケースもあり、医療費適正化の観点からも対策を推進する必要が高い事業だが、市町村の取組数、実際に指導を受けた人は少ない

ウ．最終評価等

計画内容と実績		令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
医療につながった人の割合	目標	50%	50%	50%	50%
	実績	100%	100%	100%	ー
参加者の健診等数値改善割合	目標	50%	50%	50%	50%
	実績	結果なし	66.7%	83.3%	ー

評価指標		令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
実施市町村数		4市町村	6市町村	6市町村	5市町村
事業対象者数		1,123人	194人	158人	ー
実施人数		1人	7人	15人	ー
	保健指導	0人	1人	11人	ー
	受診勧奨	1人	2人	4人	ー

評価	
ストラクチャー	・医師会などの関係機関との連携、協力体制の構築 令和3年度に県が主催する糖尿病対策圏域合同連絡会議が、コロナウイルスの影響で書面会議に変更となり開催され参加 ・予算確保 必要な予算は、当初予算で計上している ・高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施 令和2年度より、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施による委託事業を開始。実施市町村へ後期高齢者医療財政調整交付金（特別調整交付金）を活用し事業委託
プロセス	・市町村への情報提供 前年度健診結果から抽出したリスク者名簿及び人工透析患者状況をKDBシステム等から抽出し、市町村へ提供
アウトプット	＜一体的実施による結果も含む＞ ・実施市町村数 令和2年度：4/19市町村 令和3年度：6/19市町村 令和4年度：6/19市町村 令和5年度：5/19市町村 ・健診結果から抽出したリスク者数 令和2年度：1,123人（個別事業：1,123人、一体的実施：0人） 令和3年度：194人（個別事業：176人、一体的実施：18人） 令和4年度：154人（個別事業：128人、一体的実施：26人） ・指導実施者数 令和2年度：1人（個別事業：1人、一体的実施：0人） 令和3年度：7人（個別事業：3人、一体的実施：4人） 令和4年度：15人（個別事業：6人、一体的実施：9人）
アウトカム	＜個別事業のみ（一体的実施を含まない）＞ ・医療につながった人 令和2年度：100%（1人） 令和3年度：100%（3人） 令和4年度：100%（6人） ・参加者の健診等数値改善割合 令和2年度：健診結果なし 令和3年度：66.7%（2人/3人） 令和4年度：83.3%（5人/6人）

（4）その他の重症化予防対策事業

ア．取組の概要

後期高齢者医療健康診査受診者で「要治療」「要精検」等、医療機関への受診を指導されたにも関わらず、その後1回も医療機関に受診していない被保険者への受診勧奨を実施することで、重症化リスクの早期治療を目的とします。

イ．事業の評価及び課題

・広域連合の直営事業で、健診の結果、要治療・要精検などの判定者のうち、医療につながっていない人を対象(平成24年度開始)　とした受診勧奨を実施している
・下半期においては、受診勧奨後の受診率が低くなっており、受診勧奨対象者の見直しや受診に繋がらない要因を分析する必要がある

ウ．最終評価等

計画内容と実績		令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
受診勧奨対象者の医療機関受診率	目標	80%	80%	80%	80%
	実績	65.3%	51.1%	40.0%	ー

評価指標	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
受診勧奨者数	49人	47人	50人	43人
勧奨後の医療機関受診数	32人	24人	20人	ー

評価	
ストラクチャー	・例年9月下旬に前年度の健康診査結果及び歯科口腔健康診査結果データを更新し、システムで対象者を抽出 ・専任の会計年度任用職員（保健師）を雇用 ・必要な経費は、当初予算で計上している ・国が交付する後期高齢者医療財政調整交付金（特別調整交付金）を活用
プロセス	・前々年度の健診受診及び医療受診状況から対象者を抽出 ・対象者へ受診勧奨文を送付。或いは、市町村で訪問・電話等により保健指導を行う ・受診勧奨後から翌年度の健診・医療受診状況の確認を実施
アウトプット	・対象者への受診勧奨数 令和2年度：49人 令和3年度：47人 令和4年度：50人 令和5年度：43人 ・勧奨者の医療機関受診数 令和2年度：32人 令和3年度：24人 令和4年度：20人
アウトカム	・受診勧奨対象者の医療機関の受診率 令和2年度：65.3%（男性：65.4%、女性：65.2%） 令和3年度：51.1%（男性：64.7%、女性：43.3%） 令和4年度：40.0%（男性：45.5%、女性：35.7%）

（5）健康診査事業

ア．取組の概要

被保険者の健康の保持・増進、生活習慣病等の重症化予防及び被保険者のQOL（生活 の質）の維持・確保を目的とします。市町村への委託事業としており、19市町村で集団健診と個別健診で実施しています。

イ．事業の評価及び課題

・市町村へ委託し、生活習慣病の発病予防と重症化予防を目的に実施している
・コロナ禍の影響もあり、受診者数は一時減少したが、令和4年度は増加という結果となった
・受診率が向上はしているが市町村間の受診率には開きがある
・市町村間の受診率の開きの原因を探り、改善に向けた検討を行う必要がある

ウ．最終評価等

計画内容と実績		令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
健診受診率	目標	28%	28%	28%	28%
	実績	23.66%	22.79%	24.43%	―
健診未受診者の健診受診率	目標	10%	10%	10%	10%
	実績	6.9%	7.9%	8.8%（直営） 21.9%（委託）	―

評価指標	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
受診者数	27,506人	26,124人	28,357人	実施中
健診未受診者への受診勧奨通知数（直営）	978人	1,099人	1,140人	990人
勧奨後の健診受診者数（直営）	67人	87人	100人	実施中

評価	
ストラクチャー	・市町村など関係機関との連携 全市町村と業務委託契約を締結 勧奨時期・方法・通知内容・対象者を市町村の要望に応じて対応 年度当初に対象外施設、長期入院者等のデータを業務委託を実施する市町村に情報提供し、業務委託を実施する市町村において対象者の選定 ・予算確保 専任の会計年度任用職員（保健師）を雇用 必要な経費は、当初予算で計上している ・高齢者の特性を踏まえた健診実施体制の構築 市町村による健診会場の増設、健診会場への送迎バス利用
プロセス	・高齢者の特性を踏まえた健診内容の検討 特定健診に踏まえて実施 ・関係機関と意見交換する機会の設定 ブロック会議（年1回）を開催 ・受診勧奨対象者の抽出、勧奨内容の見直し ①医療機関未受診者：前年度健診結果をもとに医療受診状況を確認し、対象者を抽出 ②健診未受診者：前々年度の健診受診及び医療受診状況から対象者を抽出 ①②受診勧奨後～翌年度の健診・医療受診状況の確認を実施
アウトプット	・実施市町村 全市町村 ・広域連合による健診周知の回数 毎年度健診ポスターを送付 ・健診未受診者への受診勧奨通知数 令和2年度：978人 令和3年度：1,099人 令和4年度：1,140人（直営）+741人（委託） 令和5年度：990人（直営）+1,809人（委託） ・勧奨後の健診受診者数 令和2年度：67人 令和3年度：87人 令和4年度：100人（直営）+162人（委託）
アウトカム	・健診受診率 令和2年度：23.66％ 令和3年度：22.79％ 令和4年度：24.43％ ・健診未受診者の健診受診率 令和2年度：6.9％ 令和3年度：7.9％ 令和4年度：8.8％（直営）、21.9％（委託）

（6）歯科口腔健診事業

ア．取組の概要

口腔機能の低下予防や誤嚥性肺炎等の疾病予防を通じて、フレイルを予防し、被保険者の健康の保持・増進を図ることを目的とする。対象者は実施年度に76歳～85 歳に到達する被保険者とし、広域連合の直営事業として実施している。歯科口腔健診として、歯科医院へ受診する通常健診と在宅で受診する訪問健診を実施しています。

イ．事業の評価及び課題

・令和2年度受診者数7,462人（受診率10.64％）、令和3年度受診者数6,969人（受診率10.36％）、令和4年度受診者数7,902人（受診率11.56％）となっている
・コロナ禍の影響もあり、受診者数は一時減少したが、令和4年度は増加という結果となった
・被保険者数の増加によることと、県内の歯科医院が対象者へ声掛けを行うことにより、受診者数が増加したことが考えられる
・令和5年度からLEDOデジ化システムが導入されることにより、歯科医院においてより効率的に健診を実施できるようになるため、受診者の受け入れキャパシティーも広がり、更なる受診者数の増加が期待できる
・一方で、訪問健診の受診者は増加しつつあるものの依然として全体数からみると少ない状況にある
・また、訪問健診を実施する歯科医療機関も減少しているため、歯科医師会の協力を仰ぎながら訪問健診の受診者数増加と訪問健診実施歯科医療機関の増加を目指したい

ウ．最終評価等

計画内容と実績		令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
健診受診率	目標	18%	18%	18%	18%
	実績	10.64%	10.36%	11.56%	―

評価指標	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
受診者数	7,462人	6,969人	7,902人	実施中
訪問健診受診者数	7人	11人	14人	実施中
実施歯科医療機関数	226件	228件	227件	227件 （12月時点）

評価	
ストラクチャー	・県内の歯科医療機関及び市町村との連携 県内の健診実施歯科医療機関に対して、健診開始前の5月に研修会を実施している 島根県歯科医師会地域福祉部会で年に数回健診についての意見交換を行っている（令和2年度 4回、令和3年度 4回、令和4年度 5回） 市町村に対して、受診者の健診結果を提供している （6月～12月の受診者全員の結果を提供） ・島根県介護支援専門員協会との連携 訪問健診受診者のうち、事後措置が必要と判断された方の健診結果と事後措置確認票を当該受診者のケアプランを管理している居宅介護支援事業所へ送付し、事後措置への反映を依頼している ・予算確保 後期高齢者医療制度事業費補助金及び後期高齢者医療財政調整交付金（特別調整交付金）を活用している
プロセス	・歯科医師会や市町村などの関係機関と意見交換する機会の設定 県内の健診実施歯科医療機関に対して、健診開始前の5月に研修会を実施している 6月～8月にかけて、県内を6つのブロックに分けたブロック会議を開催し、会議の場で健診についての意見交換を行った ・介護支援専門員協会への依頼 訪問健診受診者の健診結果を送付する旨及び事後措置への反映を依頼 ・対象者の抽出 実施年度内に76歳～85歳になる者のうち、特定施設入所者、長期入院者等を除外して対象者を抽出 ・受診券の発行、通知 対象者に対して、受診券、健診実施医療機関一覧表、啓発チラシ（市町村ごとに内容異なる）を送付している
アウトプット	・関係機関との協議回数 歯科医師会地域福祉部会と協議 ・受診券通知数、再発行数 対象者全員に対して発送 ・啓発した回数 受診券等発送時の1回のみ
アウトカム	・歯科口腔健診受診率 令和2年度　10.64％ 令和3年度　10.36％ 令和4年度　11.56％

（7）長寿・健康増進事業

ア．取組の概要

被保険者の健康づくりのための事業（人間ドック・脳ドック）について、後期高齢者医療財政調整交付金（特別調整交付金）を原資として市町村への補助を実施しています。

イ．事業の評価及び課題

・医科健診、歯科口腔健診を主としているため、ドックの受診者数は少ないが、市町村からの意見では被保険者に非常に人気のあるものということを把握している
・しかしながら、国の交付金が打ち切られている現状で広域連合単独の費用で補助を出すのは厳しいため、令和5年度で市町村への補助を終了する
・ドックの代わりに医科健診と市町村が行うがん検診を併用して被保険者の健康維持・増進に努める
・そのためには、医科健診の受診者数を増やすことが必要なため、今後は受診勧奨を重点的に取り組む必要性がある

ウ．最終評価等

計画内容と実績		令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
結果の入力割合	目標	100%	100%	100%	100%
	実績	100%	100%	100%	ー

評価指標	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
実施市町村数	7市町村	7市町村	7市町村	7市町村
ドック受診者数	619人	703人	682人	実施中

評価	
ストラクチャー	・予算確保 令和2年度をもって国の交付金が終了したため、令和3年度から国のインセンティブ交付金を活用している
プロセス	・補助金による実施支援 令和3年度に実施した事業実施意向調査に基づき広域連合へ報告した所要額（計画額）を上限とし、市町村からの実績報告に基づき上限額内であれば満額を補助している （令和2年度、令和3年度、令和4年度ともに実施の7市町村へ満額補助） ※令和2年度は広域連合から市町村へ満額補助、国から広域連合へは一部補助）
アウトプット	・ドックの受診者数 令和2年度：619人 令和3年度：703人 令和4年度：682人
アウトカム	・結果の入力割合 100%（令和2年度～令和4年度）

（8）重複頻回受診、重複投薬者等への訪問事業

ア．取組の概要

重複頻回受診及び重複投薬に該当する被保険者が、必要以上に医療機関受診や医薬品を使用している状態を解消することで、被保険者の健康保持と医療費の適正化を図ることを目的とし、民間事業者を活用して委託により実施しています。

イ．事業の評価及び課題

・本事業は重複受診・頻回受診状態にある者のみに相談指導を行っており、重複投薬のみに該当するものは除外している
・令和3年度、令和4年度はコロナの影響もあり、電話による相談指導を行った
・相談指導の性質上訪問による対面形式で行った方が効果が期待できるが、島根県の特徴として東西の人口格差（東>西）により、西部で事業を行う保健師が確保しづらい状況がある
・電話による相談指導であればそのような問題が解決できるため、より多くの者に相談指導が行える
・令和3年度と令和4年度で効果額に大きな差が出ているが、電話による相談指導でも効果が期待できることが分かったため、今後は電話による相談指導を主として実施する方が良いと考える
・また、重複投薬のみに該当する者は除外しているが、抽出基準に沿って候補者を抽出した場合重複投薬のみに該当するものが圧倒的に多いため、今後は、薬剤師会と協力し、重複投薬または多剤服用者を対象とした事業に切り替える必要性がある

ウ．最終評価等

計画内容と実績		令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
指導を実施した人の適正受診の割合	目標	80%	80%	80%	80%
	実績	85.3%	39.2%	53.3%	―
効果額（総額と1人あたり額）	目標	実数	実数	実数	実数
	実績	9,581,976円（8,586円/1人）	3,731,520円（5,980円/1人）	7,906,752円（8,904円/1人）	―

評価指標		令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
保健指導実施人数		109人	57人	80人	実施中
	重複受診	32人	32人	33人	実施中
	頻回受診	77人	25人	49人	実施中
	重複投薬	2人	2人	4人	実施中
医療費削減額（1人ひと月あたり）		8,586円	5,980円	8,904円	実施中
	重複受診	4,580円	2,781円	5,184円	実施中
	頻回受診	10,442円	10,086円	11,066円	実施中
	重複投薬	957円	2,822円	2,999円	実施中

評価	
ストラクチャー	・医師会、薬剤師会等の関係機関との連携、協力体制の構築 現時点で体制構築できていない ・予算確保 後期高齢者医療財政調整交付金（特別調整交付金）を活用している （補助率1/2） ・広域連合直営及び市町村への委託で実施 市町村委託：令和2年度・令和3年度は出雲市と川本町が広域連合からの委託により実施 ※令和3年度のみ出雲市は一体的実施の事業として実施 広域連合直営：令和2年度・令和3年度は出雲市と川本町以外の市町村は広域連合の直営で実施。令和4年度以降は市町村委託なしで広域連合直営でのみ実施
プロセス	・対象者抽出、効果判定の事務委託 重複受診：同一疾病でレセプトが3件以上の者 頻回受診：同一医療機関での受診が15日以上の者 重複投薬：同系医薬品の投与日数合計が60日を超える者 （令和2年度 136人、令和3年度 143人、令和4年度 150人、令和5年度 148人） ※効果判定は国保連へ委託 ・相談指導 対象者に対して10月～12月に相談指導を実施 ※相談指導は外部事業者へ委託
アウトプット	・実施市町村数(一体的実施も含む) 令和2年度：15市町村（広域連合13市町村+出雲市、川本町） ※川本町は対象者なし 令和3年度：15市町村（広域連合実施13市町村+出雲市） ※川本町は対象者なし 令和4年度：14市町村（広域連合実施14市町村）※川本町は対象者なし 令和5年度：15市町村（広域連合実施のみ） ・対象者の抽出数と訪問等指導実施数 令和2年度：広域連合　対象者136人、指導実施者89人、110回（延べ） 出雲市　対象者81人、指導実施者20人　20回（1人1回） 令和3年度：広域連合　対象者143人　指導実施数57人、108回（延べ） 出雲市　対象者21人　指導実施数39回（延べ） 令和4年度：広域連合　対象者150人　指導実施数80人、134回（延べ） 令和5年度：広域連合　対象者148人　相談指導実施中（12月時点） ・啓発回数 広域連合、出雲市（令和2年度）：1人につき1回の訪問指導 広域連合（令和3年度、令和4年度、令和5年度）：1人につき2回の電話による相談指導を実施 出雲市（令和3年度）：1人につき2回の相談指導
アウトカム	・指導を実施した人の適正受診の割合 広域連合 令和2年度：85.3%（93人※出雲市含む） 令和3年度：39.2%（56人） 令和4年度：53.3%（80人） 出雲市 令和3年度：14.3%（3人） ・効果額(総額と1人あたり額) 広域連合のみ 令和2年度：9,581,976円（8,586円/1人）※出雲市含む 令和3年度：3,731,520円（5,980円/1人） 令和4年度：7,906,752円（8,904円/1人）

(9) 多剤服用者(ポリファーマシー)対策事業

ア．取組の概要

多剤併用及び重複処方等に該当する被保険者が、必要以上の医薬品を使用している状態でおきる副作用などの有害事象を減らすことで、被保険者の健康を保持と医療費の適正化を目的とし、保険証台紙への啓発記事を掲載する事業を実施しています。

イ．事業の評価及び課題

・広域連合が直営で実施しており、保険証送付時に啓発を行っている
・被保険者へ広く啓発できる機会を捉えて実施できている
・今後は、多剤服用者のレセプトデータ等を専門的に分析し、より効果的なアプローチを検討する必要があるため、薬剤師会とのさらなる連携や協力体制の構築につとめる必要がある

ウ．最終評価等

計画内容と実績		令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
啓発した回数 （保険証台紙啓発件数）	目標	実施なし	―	前年度比増	前年度比増
	実績		1回 （122,622件）	1回 （125,383件）	1回 （128,407件）

評価指標	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
啓発記事掲載件数（保険証台紙）	―	122,622件	125,383件	128,407件
ポリファーマーシーリスク者 （6剤以上）	―	50,762人	―	―
ポリファーマーシーリスク者 （20剤以上）	―	610人	―	―

評価	
ストラクチャー	・関係機関との連携、協力体制の構築 薬剤師会との連携に向けて、令和4年度末に会議を設け、協力体制の構築に向けて一歩前進した。令和5年度以降も継続して会議の場を設ける等の薬剤師会と継続して検討する場を確保
プロセス	・啓発方法、内容の検討 現状の啓発方法に加えて、新たな方法や内容について、内部に留まらず関係機関（薬剤師会）と検討している ・現状把握のための情報収集と課題抽出 薬剤師会からのヒアリングによって情報収集ができ、課題整理に向かい協議を開始している
アウトプット	・啓発内容等の協議回数 令和2年度・令和3年度：なし 令和4年度：年1回 令和5年度：年1回（11月末時点）
アウトカム	・啓発した回数 令和3年度：年1回 令和4年度：年1回 令和5年度：年1回

（10）後発医薬品(ジェネリック)利用促進事業

ア．取組の概要

患者負担額の軽減と医療費の削減を図るため、後発医薬品(ジェネリック)差額通知を実施し、後発医薬品(ジェネリック)の使用を促進します。

イ．事業の評価及び課題

・患者負担額の軽減と医療費の削減を図るため、後発医薬品(ジェネリック)差額通知を実施し、後発医薬品(ジェネリック)の使用を促進する

ウ．最終評価等

計画内容と実績		令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
ジェネリックの使用割合	目標	80%	80%	80%	80%
	実績	83.1%	83.6%	84.5%	―

評価指標	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
差額通知件数	13,763件	13,897件	9,928件	―

評価	
ストラクチャー	・国保連合会へ後発医薬品(ジェネリック)差額通知作成事務を業務委託し、対象者抽出、通知書の作成・発送、報告書の作成を実施している ・国保連合会が主催する保険者協議会で使用率向上のための検討を行っている
プロセス	・県内各市町村別に毎年5月診療分より自己負担額の軽減効果が見込める者（100円以上）の被保険者のデータを抽出
アウトプット	・通知件数 令和2年度　13,763件 令和3年度　13,897件 令和4年度　 9,928件
アウトカム	・ジェネリック使用割合（9月診療） 令和2年度　83.1％ 令和3年度　83.6％ 令和4年度　84.5％

第３章　健康課題の整理

■ 広域連合がアプローチする課題

課題A

・平均自立期間が短い市町村の改善
・健診受診により健康状態を把握し、健康状態を維持、重度化防止（悪化の遅延）する被保険者の増加
➡平均自立期間の延長

健康医療情報等の整理（根拠となる分析結果等）

【平均余命、平均自立期間（要介護2以上）等、死因別死亡割合】

(1)全国平均との比較

	男性		女性	
	県	全国	県	全国
平均余命	81.6歳	81.7歳	87.9歳	87.8歳
平均自立期間	80.0歳	80.1歳	84.7歳	84.4歳
平均余命と平均自立期間の差	1.6歳	1.6歳	3.2歳	3.4歳

・全国の死因割合の差
脳疾患が2.1ﾎﾟｲﾝﾄ、心臓病が0.5ﾎﾟｲﾝﾄ、腎不全が0.1ﾎﾟｲﾝﾄ全国より高い
がんが2.4ﾎﾟｲﾝﾄ、自死が0.2ﾎﾟｲﾝﾄ全国より低い
糖尿病は全国と同程度

(2)構成市町村比較

①男性

	男性	
	最も高い市町村	最も低い市町村
平均余命	83.4歳（奥出雲町）	77.8歳（海士町）
平均自立期間	81.7歳（奥出雲町）	76.4歳（海士町）

	男性	
	差が小さい市町村	差が大きい市町村
平均余命と平均自立期間の差	1.0歳（美郷町）	2.0歳（知夫村）

②女性

	女性	
	最も高い市町村	最も低い市町村
平均余命	94.4歳（知夫村）	85.0歳（川本町）
平均自立期間	89.6歳（知夫村）	82.4歳（川本町）

	男性	
	差が小さい市町村	差が大きい市町村
平均余命と平均自立期間の差	2.6歳（川本町）	4.8歳（知夫村）

③死因

	最も高い市町村	最も低い市町村
死因割合（がん）	68.2%（海士町）	27.8%（美郷町）
死因割合（心臓病）	38.9%（吉賀町）	18.2%（海士町）
死因割合（脳疾患）	25.9%（美郷町）	11.4%（隠岐の島町）

<table>
<tr><td>健康医療情報等の整理（根拠となる分析結果等）</td><td>(3)経年変化
・平均自立期間
令和4年度は平成30年度と比較して男性0.5歳上昇、女性0.5歳上昇

・過去5年間で増減した死因割合
<table><tr><th></th><th>平成30年度</th><th>令和4年度</th><th>増減</th></tr><tr><td>がん</td><td>49.7%</td><td>48.1%</td><td>↘</td></tr><tr><td>心臓病</td><td>26.2%</td><td>27.9%</td><td>↗</td></tr><tr><td>脳疾患</td><td>17.0%</td><td>15.9%</td><td>↘</td></tr><tr><td>糖尿病</td><td>1.3%</td><td>1.9%</td><td>↗</td></tr><tr><td>腎不全</td><td>3.3%</td><td>3.7%</td><td>↗</td></tr><tr><td>自死</td><td>2.5%</td><td>2.5%</td><td>→</td></tr></table></td></tr>
<tr><td>アセスメント</td><td>・平均余命と平均自立期間のポイント差が全国平均より男性は同等で女性は0.2歳低い。
・男女ともに、知夫村、浜田市、出雲市、で平均自立期間と平均余命の差が県平均を上回っている
・平均自立期間と平均余命の差が県平均より下回り、かつ平均余命が県平均より高い地域は男性で雲南市、女性では松江市、益田市、雲南市、奥出雲町、飯南町、美郷町邑南町、海士町である
・男女とも上記の項目が県平均より高い雲南市においては、要介護認定ありの有病率割合が、疾病別に見て概ね低い傾向にある。要介護認定ありの有病率が高く、要介護認定の悪化に影響のある疾病を予防することが重要となる。要介護度別の有病率をみると、筋・骨格は介護度の悪化とともに有病率が下がってはいるものの、要介護3以上の対象者では過去5年間で有病率が上昇しており、要介護5では平成30年度から5ポイント上昇している</td></tr>
<tr><td>課題解決に係る取組の方向性</td><td>・構成市町村ごとの平均自立期間のモニタリングと結果の共有
・一体的実施の進捗管理と実施継続に向けた支援</td></tr>
<tr><td>対応する保健事業</td><td>P48　№1～8に該当する事業</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>課題B</td><td>・県内における健診受診率が低い市町村の改善
・県内における歯科健診受診率が低い市町村の改善
➡被保険者が自身の健康の維持・増進のため、健康状態を把握する被保険者の増加
➡適切な医療、保健事業等へつなげるため、健診受診率、歯科健診受診率の向上</td></tr>
<tr><td>健康医療情報等の整理
（根拠となる分析結果等）</td><td>【健康診査・歯科健康診査の実施状況】
(1)全国平均との比較
・令和3年度の健診受診率は全国26.5%に対し、県は22.8%と低い

(2)構成市町村比較
①健診受診率（令和4年度）　※市町村比較は広域連合が保有するデータで比較
<table>
<tr><th></th><th>最も高い市町村</th><th>最も低い市町村</th></tr>
<tr><td>健診受診率</td><td>47.9%（海士町）</td><td>2.5%（美郷町）</td></tr>
</table>
・上位5位は38.2～47.9%、下位5位は2.5～10.9%
・県平均（24.4%）より高い市町村は、高い順に海士町、大田市、江津市、知夫村、安来市、松江市、飯南町、津和野町、隠岐の島町、浜田市

②歯科健診受診率（令和4年度）　※市町村比較は広域連合が保有するデータで比較
<table>
<tr><th></th><th>最も高い市町村</th><th>最も低い市町村</th></tr>
<tr><td>歯科健診受診率</td><td>23.4%（川本町）</td><td>4.3%（隠岐の島町）</td></tr>
</table>
・上位5位は20.1～23.4%、下位5位は4.3～9.9%
・県平均（11.6%）より高い市町村は、高い順に川本町、大田市、知夫村、津和野町、西ノ島町、吉賀町、益田市、海士町、邑南町、美郷町、出雲市

(3)経年変化
健診受診率
<table>
<tr><th></th><th>令和元年度</th><th>令和2年度</th><th>令和3年度</th><th>令和4年度</th></tr>
<tr><td>健診受診率</td><td>24.5%</td><td>23.7%</td><td>22.8%</td><td>24.4%</td></tr>
</table>
・男性：80歳以上で増加傾向（90歳以上で令和3年度→令和4年度の増加率が高い）
・女性：80歳以上で増加傾向（80-84歳で令和3年度→令和4年度の増加率が高い）</td></tr>
</table>

アセスメント	・健康診査受診率が全国平均と比較して低い傾向にある。特に男女とも75-79歳において全国平均より受診率が低い。一方で当県では国保の特定健診受診率は全国平均より高いことから、後期高齢者加入以降の健診を受ける仕組み等切り替えに要因がないか分析が必要である。また、国保と連携した受診率向上の取組が重要
課題解決に係る取組の方向性	・後期高齢者医科健診、歯科健診の受診勧奨の強化 ・歯科健診LEDOデジ化の推進 ・医師会、歯科医師会との連携強化
対応する保健事業	P48　№1、2に該当する事業

課題C

・被保険者が腎症に至らない、至るのを遅らせることが必要（糖尿病性腎症重症化予防の取組の推進）
➡被保険者が健康状態に応じて、適時適切に医療等にかかり、重度化防止の行動をとる被保険者数の増加
・ポリファーマシーの専門的な現状把握と対策が必要
➡薬剤の適正な服用により有害事象の発生減少と二次的な疾患の予防

健康医療情報等の整理（根拠となる分析結果等）

【健診結果・歯科健診結果の状況（健康状況）】

(1)全国平均との比較

・令和4年度の有所見（生活習慣病リスク保有者）の状況では、全国（100ポイント）に対し、肥満は108ポイント、血圧は100ポイント、肝機能は104ポイント、脂質は115ポイント、血糖は107ポイント、やせは86ポイント

(2)構成市町村比較

	最も高い市町村	最も低い市町村
有所見の状況（肥満）	192ポイント（吉賀町）	84ポイント（海士町）
有所見の状況（血圧）	123ポイント（雲南市）	71ポイント（海士町）
有所見の状況（肝機能）	200ポイント（川本町、美郷町）	65ポイント（津和野町）
有所見の状況（脂質）	200ポイント（知夫村）	66ポイント（美郷町）
有所見の状況（血糖）	200ポイント（川本町、美郷町、吉賀町）	89ポイント（大田市）
有所見の状況（やせ）	200ポイント（川本町）	33ポイント（美郷町）

(3)経年変化

・有所見割合の変化

	男性			女性		
	平成30年度	令和4年度	増減	平成30年度	令和4年度	増減
肥満	23.0%	22.8%	↘	21.8%	21.6%	↘
血圧	32.5%	31.9%	↘	37.3%	37.0%	↘
肝機能	6.6%	6.0%	↘	2.4%	2.3%	↘
脂質	16.3%	14.5%	↘	21.1%	18.7%	↘
血糖	12.2%	13.0%	↗	7.9%	8.6%	↗
やせ	7.1%	7.2%	↗	11.4%	11.5%	↗

【質問票調査結果の状況（生活習慣）】

(1)全国平均との比較

・令和4年度の質問票調査結果の状況では、全国（100ポイント）に対し
健康状態は99ポイント、心の健康状態は100ポイント、食習慣は102ポイント、口腔機能98ポイント、
体重変化99ポイント、運動・転倒70ポイント、認知機能93ポイント、喫煙107ポイント、社会参加94ポイント、
ソーシャルサポート99ポイント

健康医療情報等の整理（根拠となる分析結果等）

(2)構成市町村比較
・質問票の状況

	最も高い市町村	最も低い市町村
健康状態	103ﾎﾟｲﾝﾄ（吉賀町）	90ﾎﾟｲﾝﾄ（西ノ島町）
心の健康状態	102ﾎﾟｲﾝﾄ（出雲市）	89ﾎﾟｲﾝﾄ（美郷町）
食習慣	106ﾎﾟｲﾝﾄ（美郷町）	93ﾎﾟｲﾝﾄ（川本町）
口腔機能	116ﾎﾟｲﾝﾄ（美郷町、知夫村）	88ﾎﾟｲﾝﾄ（川本町）
体重変化	106ﾎﾟｲﾝﾄ（知夫村）	93ﾎﾟｲﾝﾄ（川本町）
運動・転倒	131ﾎﾟｲﾝﾄ（知夫村）	48ﾎﾟｲﾝﾄ（飯南町）
認知機能	118ﾎﾟｲﾝﾄ（西ノ島町）	89ﾎﾟｲﾝﾄ（松江市、隠岐の島町）
喫煙	110ﾎﾟｲﾝﾄ（奥出雲町）	86ﾎﾟｲﾝﾄ（吉賀町、知夫村）
社会参加	107ﾎﾟｲﾝﾄ（知夫村）	86ﾎﾟｲﾝﾄ（飯南町）
ソーシャルサポート	102ﾎﾟｲﾝﾄ（川本町、知夫村）	88ﾎﾟｲﾝﾄ（西ノ島町）

(3)経年変化
・リスクなし割合の変化

	男性			女性		
	令和2年度	令和4年度	増減	令和2年度	令和4年度	増減
健康状態	89.4%	89.5%	↗	87.8%	88.1%	↗
心の健康状態	91.4%	91.2%	↘	90.3%	90.6%	↗
食習慣	96.3%	96.2%	↘	93.5%	96.2%	↗
口腔機能	61.2%	61.2%	→	56.8%	57.8%	↗
体重変化	86.4%	86.5%	↗	86.8%	87.2%	↗
運動・転倒	22.4%	22.7%	↗	15.6%	16.5%	↗
認知機能	63.9%	66.4%	↗	60.9%	62.5%	↗
喫煙	60.0%	57.2%	↘	97.3%	97.1%	↘
社会参加	84.8%	83.8%	↘	81.3%	80.5%	↘
ソーシャルサポート	94.2%	92.9%	↘	95.2%	94.7%	↘

アセスメント

・有所見の状況を見ると、全国と比較して「やせ」のスコアが低い傾向にある
・血糖リスクは全国よりも低いが、経年のリスク保有者割合を見ると男女とも「血糖」「やせ」のリスク保有割合がやや増加傾向にある。特に「やせ」はフレイルに繋がるリスクが上がるため今後対策が必要と考えられ、高齢者質問票の結果においても、「運動・転倒」リスクありの割合が全国と比較して高いことから、身体的フレイルに関連する疾患対策（骨折や骨粗鬆症など）を軸とした対策を推進する必要がある

課題解決に係る取組の方向性

・効果的な対象者の抽出と行動変容に繋がる保健事業（勧奨通知や保健事業）の工夫
・ポリファーマシー対策の推進

対応する保健事業

P48　№3～8、11に該当する事業

<table>
<tr><td>課題D</td><td>・県内における健康状態不明者の割合が高い市町村の改善
・未治療によるコントロール不良者や治療中断者の適切な受診等への支援の位置づけを再検討
・健康状態不明者へのアウトリーチの実施スキームの検討（再検討）</td></tr>
<tr><td>健康医療情報等の整理（根拠となる分析結果等）</td><td>

【健康状態不明者の数】

(1)構成市町村比較

	最も高い市町村	最も低い市町村
健康状態不明者の割合	2.3%（隠岐の島町）	0%（知夫村）

(2)経年変化

・健康状態不明者の割合は過去3年間で8.9%上昇

・健康状態不明者数

	男性			女性		
	令和2年度	令和4年度	増減	令和2年度	令和4年度	増減
75歳-79歳	381人	449人	↗	399人	456人	↗
80歳-84歳	230人	259人	↗	264人	310人	↗
85歳-89歳	88人	76人	↘	166人	136人	↘
90歳以上	43人	44人	↗	94人	89人	↘

</td></tr>
</table>

アセスメント	・健康状態不明者の割合が過去3年で増加していることから、継続して状態不明者への介入が必要とされる
課題解決に係る取組の方向性	・健康状態不明者へのアウトリーチの強化 ・未治療によるコントロール不良者や治療中断者の適切な受診等への支援強化
対応する保健事業	P48　№7、8、12に該当する事業

課題E

・入院1人当たり医療費に影響を及ぼす循環器（その他の心疾患）、脳血管疾患及び骨折医療費の減少
・介護認定者における有病率が高い疾病（高血圧、心臓病、筋・骨格など）、認定の有無に有病率の差がある骨折、脳血管疾患、低栄養等、貧血の発症予防と重症化予防の実施

健康医療情報等の整理（根拠となる分析結果等）

【医療費】

(1)全国平均との比較

・1人当たり医療費（入院外）は357,904円で、全国(379,221円)より低い
・1人当たり医療費（入院）は432,536円で、全国(406,564)より高い
・1日当たり医療費（入院外）は16,699円で、全国(16,573円)より0.8%(126円)高い
・1日当たり医療費（入院）は34,893円で、全国(35,976円)より3.0%(1,083円)低い

(2)構成市町村比較

年齢調整値の1人当たり医療費

	最も高い市町村	最も低い市町村
1人当たり医療費（入院外）	367,454 円（海士町）	348,341円（津和野町）
1人当たり医療費（入院）	453,711 円（海士町）	421,677 円（知夫村）

・1人当たり医療費（入院）が高い海士町、西ノ島町、飯南町では入院率が高い傾向にある

(3)経年変化

	平成30年度	令和4年度	増減
1人当たり医療費（入院外）	365,409円	357,904円	－7,505円（－2.1%）
1人当たり医療費（入院）	421,712円	432,536円	+10,824円（+2.6%）
1日当たり医療費（入院外）	15,274円	16,699円	+1,425円（+9.3%）
1日当たり医療費（入院）	30,498円	34,893円	+4,395円（+14.4%）

【疾病分類別の医療費】

(1)全国平均との比較

①疾病分類（大分類）

・医療費構成割合上位5位は58.2%を占め、全国(60.2%)より低い
循環器系20.6%、新生物12.0%、筋骨格系10.7%、腎尿路7.6%、呼吸器系7.3%
・上位3疾病の1人当たり医療費

	県	全国
循環器系の疾患	173,465円	174,770円
筋骨格系及び結合組織の疾患	100,854円	93,799円
新生物	90,049円	104,193円

②疾病分類（中分類）

・上位3疾病の1人当たり医療費

	県	全国
その他の心疾患	89,019円	84,480円
腎不全	45,416円	55,421円
その他の悪性新生物	41,985円	40,955円

(2)構成市町村比較

疾病分類（細小分類）

	入院			入院外		
	骨折	脳梗塞	関節疾患	糖尿病	高血圧症	不整脈
1位	18市町村	1市町村	－	9市町村	4市町村	3市町村
2位	1市町村	11市町村	5市町村	5市町村	10市町村	3市町村
3位	－	1市町村	5市町村	3市町村	3市町村	7市町村
4位	－	1市町村	4市町村	－	1市町村	4市町村
5位	－	2市町村	4市町村	2市町村	1市町村	2市町村

健康医療情報等の整理（根拠となる分析結果等）

(3)経年変化　平成30年度と比較した令和4年度の医療費

・疾病分類（大分類）

		平成30年度	令和4年度	増減
医療費上位3疾病	循環器系の疾患	21,349百万円	22,218百万円	+869百万円
	新生物	10,938百万円	12,918百万円	+1,980百万円
	筋骨格系及び結合組織の疾患	12,148百万円	11,534百万円	−614百万円
他増加幅の大きい疾病	特殊目的用コード	0	1,573百万円	+1,573百万円
	神経系の疾患	7,247百万円	6,478百万円	−770百万円

・疾病分類（中分類）

		平成30年度	令和4年度	増減
医療費上位3疾病	その他の心疾患	9,493百万円	11,402百万円	+1,909百万円
	腎不全	6,007百万円	5,817百万円	−190百万円
	その他の悪性新生物＜腫瘍＞	4,658百万円	5,378百万円	+719百万円
他増減幅の大きい疾病	その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	2,173百万円	2,841百万円	+668百万円
	アルツハイマー病	2,724百万円	1,657百万円	−1,066百万円

【後発医薬品の使用割合】

・後発医薬品の使用割合は令和5年3月時点で85.8％

・過去4年間で7.7ﾎﾟｲﾝﾄ増加となっている

【重複投薬患者割合、多剤投薬患者割合】

令和5年3月診療分では、

・重複投薬（2機関以上で重複処方が発生）患者数は1,102人（約0.9％）となっている

・多剤投薬（同月内6剤以上、15日分処方以上）患者数は56,609人（44.2％）となっている

【要介護認定率の状況】

(1)全国平均との比較

・要介護認定率は21.1%で、全国(19.5%)より高い

・介護度別要介護認定率

	県	全国
要支援1	2.7%	2.7%
要支援2	2.9%	2.7%
要介護1	4.6%	4.1%
要介護2	3.7%	3.2%
要介護3	2.7%	2.6%
要介護4	2.6%	2.5%
要介護5	1.9%	1.7%

(2)構成市町村比較

・要介護認定率（65歳以上）（県平均：21.2％）

	最も高い市町村	最も低い市町村
認定率	25.7％（津和野町）	19.4％（奥出雲町）

(3)経年変化

・要介護認定率は令和3年度まで上昇。令和4年度は減少している。対前年度0.8ﾎﾟｲﾝﾄ減少

・すべての要介護度が対前年度で減少している

【介護給付費】

(1)全国平均との比較

・1人当たり介護給付費（居宅）は16,394円で、全国(15,157円)より高い

・1人当たり介護給付費（施設）は10,901円で、全国(8,570円)より高い

健康医療情報等の整理（根拠となる分析結果等）

(2)構成市町村比較

	最も高い市町村	最も低い市町村
1人当たり介護給付費（居宅）	19,172円（隠岐の島町）	7,886円（吉賀町）
1人当たり介護給付費（施設）	19,448円（吉賀町）	3,069円（知夫村）

(3)経年変化

	平成30年度	令和4年度	増減
1人当たり介護給付費（居宅）	16,276円	16,394円	+118円（+0.7%）
1人当たり介護給付費（施設）	11,177円	10,901円	-276円（-2.5%）

【要介護度別有病率（疾病別）要介護認定有無別の有病率（疾病別）】

(1)全国平均との比較

・要介護認定者の有病状況

	県	全国
糖尿病	25.6%	24.3%
高血圧症	59.6%	53.3%
脂質異常症	37.6%	32.6%
心臓病	67.6%	60.3%
脳疾患	26.2%	22.6%
がん	12.3%	11.8%
筋・骨格	59.1%	53.4%
精神	43.2%	36.8%
認知症	27.4%	24.0%
アルツハイマー病	19.2%	18.1%

(2)経年変化

介護認定ありの有病率の経年比較

	平成30年度	令和4年度	増減
合併症等（脳血管疾患）	46.4%	53.0%	+6.6
合併症等（虚血性心疾患）	35.4%	38.0%	+2.6
合併症等（腎不全）	13.8%	19.7%	+5.9
関節症	57.9%	66.6%	+8.7
脊椎障害	47.6%	55.5%	+7.9
骨折	41.1%	55.9%	+14.8
骨粗鬆症	48.8%	59.3%	+10.5
アルツハイマー病	23.2%	31.0%	+7.8
その他の神経系疾患	77.0%	86.0%	+9.0
誤嚥性肺炎	6.7%	9.9%	+3.2
慢性閉塞性肺疾患（COPD）	21.7%	24.8%	+3.1
低栄養等	23.6%	34.5%	+10.9
貧血	27.6%	34.9%	+7.3

【通いの場の展開状況（箇所数・参加者数等）】

(1)全国平均との比較（令和3年度）

・実施箇所数は2,130箇所（国平均2,635箇所　※123,890/47都道府県）
参加人数は29,537人（国平均41,990人　1,973,552/47都道府県）

<table>
<tr><td>健康医療情報等の整理（根拠となる分析結果等）</td><td>
(2)構成市町村比較
・実施箇所数及び参加人数（令和３年度）
<table>
<tr><th></th><th>最も高い市町村</th><th>最も低い市町村</th></tr>
<tr><td>実施箇所数</td><td>428箇所（浜田市）</td><td>1箇所（海士町）</td></tr>
<tr><td>参加人数</td><td>4,749人（松江市）</td><td>10人（海士町）</td></tr>
</table>
(3)経年変化
・実施箇所数と参加人数の経年比較
<table>
<tr><th></th><th>令和元年度</th><th>令和2年度</th><th>令和3年度</th></tr>
<tr><td>実施箇所数</td><td>1,702箇所</td><td>2,007箇所</td><td>2,130箇所</td></tr>
<tr><td>参加人数</td><td>24,597人</td><td>27,304人</td><td>29,537人</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>アセスメント</td><td>
〈医療関係の分析〉
・医療費の3要素別に経年で見てみると、受診率、一件当たりの日数はやや減少しているが、一日当たりの医療費は増加傾向となっている
・1人当たりの医療費を全国と比較すると、入院外は低いが、入院は高い
・疾病中分類における医療費構成割合の上位5位を1人当たり医療費にして全国と比較すると、その他の心疾患、その他の悪性新生物＜腫瘍＞、骨折が高い
・入院1人当たり医療費もその他の心疾患、その他の悪性新生物＜腫瘍＞、骨折が全国より高い
・入院外ではその他の心疾患が高い
・循環器においては循環器病対策推進基本計画の目標達成に向けた取組みが必要と捉えた対象者群の選定が必要とされる
・市町村別でみると、多くの市町村で骨折、脳梗塞が入院の医療費の上位を占めている。
・入院外は、糖尿病、高血圧症、不整脈が医療費の上位を占めている
・多剤投薬患者（同月内6剤以上、15日分処方以上）割合が、被保険者の内4割を超えており、ポリファーマシーの現状をより専門的に分析し、課題を整理して対策を検討する必要がある

〈介護関係の分析〉
・全国よりも認定率は高い。中でも要介護2から5の割合が高い
・全国と比較すると当県は介護費が高くなっており、特に施設の介護給付費が高くなっている
・介護認定者の有病状況をみると、糖尿病、高血圧症、脂質異常症、心臓病、脳疾患、がん、筋・骨格、精神、認知症、アルツハイマー病が全国よりも高くなっており、特に高血圧、心臓病、筋・骨格は全国との差が大きい
・要介護認定有無別の有病率を見ると、差が大きいものは骨折、脳血管疾患、アルツハイマー病、低栄養等、貧血となっている。これらのことから、要介護認定に影響が大きい疾病であると考えられる。一方、上記のような病気をきっかけに活動量の低下が起こり「廃用症候群」などにつながることも懸念されるため、上記疾病の発症予防と併せ、すでに発症している罹患者への啓発や重症化予防対策も必要と考えられる
・市町村によって傾向が異なるが、特に骨折医療費は全国平均よりも高い傾向を示している。併せて高齢者における骨折の要因疾患の1つである骨粗鬆症においても、介護認定有無別で比較すると認定者の割合が高い。過去5年間の有病率の上昇は骨折、骨粗鬆症が上位に位置しており、今後の事業介入の検討が必要と考える
</td></tr>
<tr><td>課題解決に係る取組の方向性</td><td>
・重症化予防すべき事業対象者の把握
・構成市町村における個別事業の推進
・一体的実施の進捗管理と実施継続に向けた支援
・地域連携による積極的な周知啓発
・関係機関との連携強化
</td></tr>
<tr><td>対応する保健事業</td><td>P48　№3～8に該当する事業</td></tr>
</table>

第４章　保健事業について

■ 計画全体の目標、評価指標

目標		評価項目（共通評価指標）	計画策定時実績	目標値					
			2022年度（R4）割合	2024年度（R6）	2025年度（R7）	2026年度（R8）	2027年度（R9）	2028年度（R10）	2029年度（R11）
健診受診率の向上 健康状態不明者の減少	アウトプット	健診受診率	24.8%	25.6%	26.0%	30.4%	30.8%	31.2%	31.6%
		歯科健診実施市町村数・割合	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
生活習慣の改善 重症化の予防 フレイルの予防		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数・割合	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
一体的実施の推進 実施市町数の増加	アウトプット	低栄養	36.8%	57.9%	63.2%	68.4%	73.7%	78.9%	84.2%
		口腔	10.5%	15.8%	21.1%	26.3%	31.6%	36.8%	42.1%
		服薬(重複・多剤)	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	5.3%	10.5%	15.8%
		重症化予防 (糖尿病性腎症)	21.1%	26.3%	31.6%	36.8%	42.1%	47.4%	52.6%
		重症化予防(その他身体的フレイルを含む)	10.5%	5.3%	21.1%	31.6%	42.1%	52.6%	63.2%
		健康状態不明者	15.8%	47.4%	68.4%	73.7%	73.7%	78.9%	78.9%
一体的実施の推進 ハイリスク者割合の減少	アウトカム	低栄養	0.94%	0.94%	0.94%	0.94%	0.94%	0.94%	0.94%
		口腔	4.11%	4.11%	4.11%	4.11%	4.11%	4.11%	4.11%
		服薬(多剤)	3.79%	3.79%	3.79%	3.79%	3.79%	3.79%	3.79%
		服薬(睡眠薬)	2.21%	2.21%	2.21%	2.21%	2.21%	2.21%	2.21%
		身体的フレイル (ロコモ含む)	1.90%	1.90%	1.90%	1.90%	1.90%	1.90%	1.90%
		重症化予防 (コントロール不良者)	0.60%	0.60%	0.60%	0.60%	0.60%	0.60%	0.60%
		重症化予防 (糖尿病等治療中断者)	7.77%	7.77%	7.77%	7.77%	7.77%	7.77%	7.77%
		重症化予防 (基礎疾患保有＋フレイル)	5.93%	5.93%	5.93%	5.93%	5.93%	5.93%	5.93%
		重症化予防 (腎機能不良未受診者)	0.02%	0.02%	0.02%	0.02%	0.02%	0.02%	0.02%
		健康状態不明者	1.47%	1.43%	1.41%	1.38%	1.36%	1.34%	1.32%
		平均自立期間（要介護２以上）男性	80.1歳	維持	維持	維持	維持	維持	維持
		平均自立期間（要介護２以上）女性	85.0歳						
健診受診率の向上	アウトカム	75-84歳の健診受診率	25.3% (R4実績)	前年度増	前年度増	30.5%	31.8%	33.1%	34.4%

■ 実施保健事業一覧

事業番号	事業分類	事業名称	直営 委託 混合	重点・ 優先度
1	健康診査	健康診査事業	委託	✓
2	歯科健診	歯科健診事業	直営	✓
3	一体的実施	低栄養	委託	
4		口腔	委託	
5		服薬（重複・多剤等）	直営	
6		重症化予防（糖尿病性腎症）	委託	✓
7		重症化予防 （その他、身体的フレイルを含む）	委託	✓
8		健康状態不明者	委託	
9	重複頻回重複投薬者対策	重複・頻回受診者、重複投薬者への相談指導事業	直営	
10	後発医薬品推進	後発医薬品（ジェネリック）利用促進事業	直営	
11	ポリファーマシー対策	ポリファーマシー対策事業	直営	
12	その他の重症化予防	その他の重症化予防	混合	

■ 個別保健事業の実施方法等

1．健康診査事業

（1）事業の目的

被保険者の健康の保持・増進、生活習慣病等の重症化予防及び被保険者のQOL(生活 の質)の維持・確保を目的とする

（2）事業の概要

【健康診査】
1　対象者　島根県の後期高齢者医療被保険者
2　実施方法　市町村に委託して、個別・集団健診による健康診査を実施
3　実施内容　検査項目
【基本項目】1.問診　2.身体測定　3.理学的検査　4.血圧測定　5.脂質検査　6.血糖検査　7.肝機能検査　8.尿検査
【追加項目】1.貧血検査　2.心電図検査　3.眼底検査　4.血清クレアチニン検査

【健診未受診者への受診勧奨】
1　直営によるもの
前々年度の健康診査未受診者の内、前年度未受診者且つ前々年度若しくは前年度に医科受診が全くない者に対して受診勧奨通知を実施
2　委託によるもの
前年度の健康診査受診状況とレセプトデータからデータ分析を行い、勧奨対象者の特性に合わせた受診勧奨通知を実施

（3）実施方法

プロセス（方法）	概要	【健康診査】委託契約を結び実施市町村への健康診査の実施を委託 【未受診者への受診勧奨】広域連合からの受診勧奨通知を実施
	実施内容	【健康診査】 周知勧奨：市町村へ健康づくりリーフレットを配布し、周知に活用いただく 実施形態：個別健診及び集団健診を市町村ごとの実施期間で実施 実施場所：実施市町村 実施項目：【基本項目】 1.問診　2.身体測定　3.理学的検査　4.血圧測定　5.脂質検査　6.血糖検査 7.肝機能検査　8.尿検査 【追加項目】 1.貧血検査　2.心電図検査　3.眼底検査　4.血清クレアチニン検査 実施期間：実施市町村ごとに実施期間を設定 1. 広域連合から市町村へ健康診査事業の委託 （前年度）３月：委託契約事務 ４月：委託契約締結 2.市町村による健康診査事業の実施 ４月～３月：健康診査事業実施※実施方法（直営・委託）や実施期間等については、市町村により異なる 必要に応じて、各市町村において受診勧奨を実施 【健診未受診者への受診勧奨】 １．直営によるもの 前々年度の健康診査未受診者の内、前年度未受診者且つ前々年度若しくは前年度に医科受診が全くない者に対して受診勧奨通知を実施 ２．委託によるもの 前年度の健康診査受診状況とレセプトデータからデータ分析を行い、勧奨対象者の特性に合わせた受診勧奨通知を実施
	実施後のフォロー・モニタリング	実施市町村へ健診にかかる実施状況調査を実施 1.当該年度10月頃：受診者数見込の確認 2.年度末：受診者数の把握
	備考	

ストラクチャー（体制）	概要	【健康診査】委託契約を結び実施市町村への健康診査の実施を委託 【未受診者への受診勧奨】直営、委託による事業実施
	実施内容	【健康診査】 構成市町村 ⇒健康診査の実施、実施状況調査への協力 かかりつけ医 ⇒患者への呼びかけや個別健診の実施 医師会、国保連合会 ⇒みなし健診の導入、受診勧奨（受診率向上）に向けた検討 【健診未受診者への受診勧奨】 ・保健指導情報連携システムの稼働時期 例年9月下旬に前年度の健康診査結果及び歯科口腔健康診査結果データを更新 ・市町村との連携 勧奨時期、方法、通知内容、対象者を市町村の要望に応じて対応。 ・必要な人員、事業予算 専任の会計年度職員（保健師）を雇用 ・必要経費は、当初予算で計上
	実施後のフォロー・モニタリング	各組織からのアプローチの結果を踏まえた健診受率の把握
	備考	財源：後期高齢者医療制度事業費補助金 後期高齢者医療財政調整交付金（特別調整交付金）

（4）評価指標

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値 2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム評価指標	1	県受診率	当該年度の受診者数/対象者数（被保険者数-対象除外者数）	24.8%(R4実績)	25.6%	26.0%	30.4%	30.8%	31.2%	31.6%
	2	県受診率（75歳～84歳）	当該年度の受診者数/対象者数（被保険者数-対象除外者数）	25.3%(R4実績)	前年度増	前年度増	30.5%	31.8%	33.1%	34.4%
	3	受診者数	当該年度の受診者数	28,357人	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増
	4	健診未受診者の健診受診率	健診未受診者の健診受診者数/健診未受診者数	8.8%	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増
アウトプット評価指標	1	健診周知の実施（広域連合）	当該年度健診周知の実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施
	2	健診周知の実施（市町村）	当該年度健診周知の実施	－	実施	実施	実施	実施	実施	実施
	3	みなし健診	当該年度実績	－	－	導入検討	導入検討	導入	導入	導入
	4	健診未受診者への受診勧奨通知の実施	（評価対象） 当該年度の健診未受診者数 （評価方法） KDBシステムより抽出	741通(委託) 1,140通(直営)	実施	実施	実施	実施	実施	実施
	5	受診券発行市町村数	翌年度市町村実施計画より	11市町村	12市町村	13市町村	14市町村	15市町村	17市町村	19市町村
	6	勧奨後の健診受診者数	（評価対象） 当該年度勧奨後の健診受診者数 （評価方法） KDBシステムより抽出	100人	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増

2．歯科口腔健康診査事業

（1）事業の目的

76歳から85歳の被保険者に対して口腔機能評価、栄養状態評価を行い、口腔の状態や機能を把握し適切な事後措置を行うことによって高齢者の健康と生活機能の維持増進に寄与する

（2）事業の概要

1　対象者
76歳～85歳の被保険者（一部除外あり）

2　実施内容（広域連合直営事業（受診券発送等の一部事務は市町村委託））
県内19市町村で通常健診（個別健診・集団健診）と訪問健診で実施
広域連合から健診実施年度の対象者へ受診券と実施医療機関一覧表、受診啓発チラシ（市町村毎に内容異なる）を送付
※一部の市町村では訪問健診対象者である旨を記載したチラシも同封
LEDOデジ化システムでの受診者へは健診結果通知に「お口年齢」を表示　※令和5年度より開始

（3）実施方法

プロセス（方法）	概要	対象者へは受診券と実施医療機関一覧表、受診啓発チラシ、訪問健診案内チラシを送付 健診結果を市町村へ送付し、低栄養事業等に活用 訪問健診受診者は、健診結果を受診者のケア管理をしている介護事業所へ送付しケアプランへの反映を依頼
	実施内容	周知勧奨：対象者へ受診券と実施医療機関一覧表、受診啓発チラシ、訪問健診案内チラシを送付 実施形態：通常健診（個別健診・集団健診）と訪問健診 実施場所：県内の歯科医療機関のうち、健診実施協力の意向を示した歯科医療機関 実施項目：歯・歯肉の状態、口腔衛生状態の検査、口腔機能の評価 実施期間：6月から12月（市町村によって異なる） 結果提供：健診結果を市町村へ送付、低栄養防止事業等に活用 （歯科医院でも健診結果の控えを保管） 訪問健診受診者へは結果を受診者のケア管理をしている介護事業所へ送付し、ケアプランへの反映の有無を回答してもらう
	実施後のフォロー・モニタリング	健診結果をもとに、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の低栄養・口腔機能低下予防の事業の対象者抽出に活用
	備考	
ストラクチャー（体制）	概要	島根県歯科医師会及び非会員へ健診実施を委託し、市町村へは受診券発送などの一部事務を委託
	実施内容	歯科医療機関（歯科医師会会員・非会員）：通常健診の実施 市町村：受診券の発送、再発行、訪問健診対象者選定
	実施後のフォロー・モニタリング	歯科医療機関からの健診結果送付による低栄養状態者の把握、結果取りまとめによる受診者数の把握
	備考	財源：後期高齢者医療制度事業費補助金 後期高齢者医療財政調整交付金（特別調整交付金）

（4）評価指標

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム評価指標	1	受診者数の増加	当該年度の受診者数	7,902人	12,100人	12,800人	13,200人	13,500人	13,500人	13,600人
	2	県平均受診率増加	当該年度の受診者数/対象者数	11.56%(R4実績)	16%	16%	16%	16%	16%	16%
	3	LEDOデジ化導入歯科医院割合	LEDOデジ化システム導入歯科医院割合	25.2%(58/230)	30%	34%	42%	45%	48%	50%
アウトプット評価指標	1	受診率の高い市町村の受診勧奨における好事例の横展開	市町村との協議回数	1回	1回	1回	1回	1回	1回	1回
	2	受診勧奨	通いの場等において高齢者の質問票を活用し、受診勧奨を行った市町村数	-	19市町村	19市町村	19市町村	19市町村	19市町村	19市町村
	3	歯科医師会との連携	LEDOデジ化システム導入歯科医院数増加に向けた協議回数	1回(11月末時点)	2回	2回	2回	2回	2回	2回

3．高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施事業

（1）事業の目的

高齢者が安心して暮らせる地域社会を支えるため、高齢者の特性を踏まえたきめ細やかな保健事業と介護予防を一体的且つ効率的、効果的に行う。

（2）事業の概要

1　より身近な立場からきめ細やかな住民サービスを提供するために市町村に委託して実施
2　医療専門職を中心にデータ分析を行い、健康課題等を把握し、関係者と共有
3　地域に必要な事業全体のコーディネートや企画調整・分析を行うため、市町村に保健師等を配置
4　高齢者に対する個別的支援（ハイリスクアプローチ）や通いの場等への関与（ポピュレーションアプローチ）等を行うため、医療専門職を配置
・高齢者に対する個別的支援や通いの場等への関与等を行うため、日常生活圏域に保健師、通いの場に、保健医療の視点からの支援が積極的に加わることで、通いの場や住民主体の支援の場で、専門職による健康相談等を受けられる
・フレイル状態にある者等を、適切に医療サービスに接続

（3）実施方法

プロセス（方法）	概要	広域連合が高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施を実施する市町村へ事業委託
	実施内容	実施形態：1.実施市町村へ事業委託 2.実施市町村において「企画・調整を担当する医療専門職」を設置 【ハイリスクアプローチ】 ①低栄養②重症化予防（糖尿病性腎症重症化予防）③重症化予防（その他） ④健康状態不明者対策　⑤重複頻回・多剤投薬等⑥口腔 【ポピュレーションアプローチ】 ①健康教育・健康相談②フレイル状態の把握③気軽に相談できる環境づくり ④複合的取組 ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチからそれぞれ一つずつ項目を選択し実施 3.市町村に基本方針の提出依頼（変更時） 4.市町村に実施計画書作成依頼、取りまとめ 実施場所：実施市町村 実施項目：低栄養、糖尿病性腎症重症化予防、健康状態不明者対策、服薬、口腔、身体的フレイル 健康教育・健康相談、フレイル状態の把握、気軽に相談できる環境づくり、複合的取組 実施期間：本年度1年間
	実施後のフォロー・モニタリング	1.中間報告（実施年度の10月頃） （1）市町村に事業の進捗状況の報告を依頼 （2）広域連合は進捗状況に応じて、市町村へのヒアリング等を実施 2.実績報告・評価（実施翌年度４月） （1）市町村に事業実績・評価の報告を依頼 （2）市町村の報告内容を確認
	備考	一体的実施の推進のため、実施市町村間で一体的実施の制度・保健事業の方法・データ分析・評価・事例検討・情報共有を行うために、県内を6ブロックに分けたブロック会議、企画調整担当者との会議を年1回実施する

ストラクチャー（体制）	概要	実施市町村へ事業実施を委託し、構成市町村と連携して保健指導及び受診勧奨を実施
	実施内容	構成市町村 ⇒広域連合から事業委託 かかりつけ医、かかりつけ歯科医 ⇒実施市町村により取組の準備時・実施時・評価時に情報提供・助言・実施協力 医師会、歯科医師会、薬剤師会、栄養士会、歯科衛生士会 ⇒①実施市町村により事業の企画時・実施時・評価時に情報提供・助言・実施協力 ②広域連合より県医師会・県歯科医師会・県薬剤師会・県栄養士会へ年1回情報提供・実施協力依頼 包括支援センター ⇒通いの場等への支援 大学・有職者 ⇒事業の評価 再委託先機関 ⇒保健指導、電話等による支援
	実施後のフォロー・モニタリング	市町村から実績報告を受ける
	備考	財源：後期高齢者医療財政調整交付金（特別調整交付金）

（4）評価指標

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム評価指標	1	質問票及びそれに準じたものを活用して参加者の健康状態を把握した通いの場等の割合	実績報告書より （評価方法） 健康状態を把握した通いの場等の数/当該年度実施計画時の通いの場等の数	80.9%	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増
アウトプット評価指標	1	通いの場等の数	実施計画書より	756箇所	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増
	2	ブロック会議開催	県内6ブロックで会議開催	1回	1回	1回	1回	1回	1回	1回
	3	情報共有の回数	企画調整担当者会の開催	1回	1回	1回	1回	1回	1回	1回
	4	事業を実施する市町村数	当該年度実施市町村数	13市町村	19市町村	19市町村	19市町村	19市町村	19市町村	19市町村

４．低栄養防止対策事業

（１）事業の目的

被保険者が低栄養状態の改善・悪化防止に取り組むことで、フレイル状態になることを防ぐ

（２）事業の概要

１　対象者
　低栄養におちいる又は悪化する可能性のある者
（例）BMI≦20以下かつ６か月で２～３kg以上体重減少がある者　等
※実施市町村の実態に応じて、対象者の条件は変化する

２　実施内容（実施市町村によって異なる）
（例）・管理栄養士等による３か月を１クールとする指導（初回：訪問、中間：電話、最終：訪問　等）
・対象者の栄養状態・食生活等の確認、体重測定を実施
・低栄養について説明、保健指導。本人と相談の上、目標を立案する

（３）実施方法

プロセス（方法）	概要	広域連合が一体的実施のハイリスクアプローチとして、低栄養に関わる相談・指導を実施する市町村に委託して実施する
	実施内容	実施形態：1.実施市町村へ事業委託 2.実施市町村において「企画・調整を担当する医療専門職」を設置 ハイリスクアプローチ・ポピュレーションアプローチ 3.市町村に実施計画書作成依頼、取りまとめ 実施内容（実施市町村によって異なる） （例）・管理栄養士等による３か月を１クールとする指導（初回：訪問、中間：電話、最終：訪問　等） ・対象者の栄養状態・食生活等の確認、体重測定を実施 ・低栄養について説明、保健指導。本人と相談の上、目標を立案する
	実施後のフォロー・モニタリング	1.中間報告（実施年度の10月頃） （１）市町村に事業の進捗状況の報告を依頼 （２）広域連合は進捗状況に応じて、市町村へのヒアリング等を実施 ２.実績報告・評価（実施翌年度４月） （１）市町村に事業実績・評価の報告を依頼 （２）市町村の報告内容を確認
	備考	

ストラクチャー（体制）	概要	広域連合が一体的実施のハイリスクアプローチとして、低栄養に関わる相談・指導を実施する市町村に委託して実施する
	実施内容	構成市町村 ⇒広域連合から事業委託 かかりつけ医、かかりつけ歯科医 ⇒実施市町村により取組の準備時・実施時・評価時に情報提供・助言・実施協力 医師会、歯科医師会、薬剤師会、栄養士会、歯科衛生士会 ⇒①実施市町村により事業の企画時・実施時・評価時に情報提供・助言・実施協力 ②広域連合より県医師会・県歯科医師会・県薬剤師会・県栄養士会へ年1回情報提供・実施協力依頼 包括支援センター ⇒通いの場等への支援 大学・有職者 ⇒事業の評価 再委託先機関 ⇒保健指導、電話等による支援
	実施後のフォロー・モニタリング	市町村から実績報告を受ける
	備考	

（4）評価指標

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度（R6）	2025年度（R7）	2026年度（R8）	2027年度（R9）	2028年度（R10）	2029年度（R11）
アウトカム評価指標	1	体重が維持（±0.9ｋｇ）・改善（+1ｋｇ）できた者の割合	（評価対象） 体重維持・改善人数/支援実施人数 （評価方法） 初回面談時と最終面談時に体重測定 （評価時期） 実施年度末	75.36% （R4実績）	維持	維持	維持	維持	維持	維持
	2	1年後の要介護認定の状況割合	（評価対象） 1年後の要介護認定者数/支援実施人数 （評価方法） 抽出から1年後の介護認定状況をKDB等から抽出	R5年度末評価実績値 （R4年度支援実施者の1年後状況）	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	3	ハイリスク者（低栄養）割合	対象者数/被保険者数 （KDBより抽出）	0.94%	0.94%	0.94%	0.94%	0.94%	0.94%	0.94%
アウトプット評価指標	1	体重が維持（±0.9ｋｇ）・改善（+1ｋｇ）できた者の割合が目標値を達成した市町村割合	（評価対象） 目標値を達成した市町村数/実施市町村数 （評価方法） 広域連合において評価	R5年度 実施市町村の割合	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増
	2	支援対象者のうち、支援できた者の割合	（評価対象） 支援実施人数/対象者数 （評価方法） 市町村において評価 （評価時期） 実施年度末	35.2% （R4実績） 一体的ハイリスク者を対象者とした場合の割合：14.6%	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増
	3	実施市町村割合	（評価対象） 実施市町村数/市町村数 （評価方法） 広域連合において評価 （評価時期） 実施年度末	52.6% （10/19）	57.9% （11/19）	63.2% （12/19）	68.4% （13/19）	73.7% （14/19）	78.9% （15/19）	84.2% （16/19）

5. 糖尿病性腎症重症化予防事業

（1）事業の目的

糖尿病を抱える被保険者について、個別訪問・保健指導・受診勧奨を行い腎症もしくは透析に至るような重症化の予防を図る

（2）事業の概要

1　対象者
糖尿病かつ腎機能低下の所見がある者、糖尿病のコントロール不良者や治療中断者への対策
（例）ヘモグロビンA1c7.0%以上かつ蛋白尿（＋）以上の者　等
※実施市町村の実態に応じて、対象者の条件は変化する

2　実施内容（実施市町村によって異なる）
（例）・保健師等による3～6か月を1クールとする指導（初回：訪問、中間2回：電話、最終：訪問　等）
・対象者の健診結果（検査結果等）、健康状態・食生活・運動習慣等の聞き取り、保健指導

（3）実施方法

プロセス（方法）	概要	広域連合が一体的実施のハイリスクアプローチとして、糖尿病性腎症重症化予防に関する取組を実施する市町村に委託して実施する
	実施内容	実施形態：1.実施市町村へ事業委託 2.実施市町村において「企画・調整を担当する医療専門職」を設置 ハイリスクアプローチ・ポピュレーションアプローチ 3.市町村に実施計画書作成依頼、取りまとめ 実施内容（実施市町村によって異なる） （例）・保健師等による3～6か月を1クールとする指導（初回：訪問、中間2回：電話、最終：訪問　等） ・対象者の健診結果（検査結果等）、健康状態・食生活・運動習慣等の聞き取り、保健指導
	実施後のフォロー・モニタリング	1.中間報告（実施年度の10月頃） （1）市町村に事業の進捗状況の報告を依頼 （2）広域連合は進捗状況に応じて、市町村へのヒアリング等を実施 2.実績報告・評価（実施翌年度４月） （1）市町村に事業実績・評価の報告を依頼 （2）市町村の報告内容を確認
	備考	
ストラクチャー（体制）	概要	広域連合が一体的実施のハイリスクアプローチとして、糖尿病性腎症重症化予防に関する取組を実施する市町村に委託して実施する
	実施内容	構成市町村 ⇒広域連合から事業委託 かかりつけ医、かかりつけ歯科医 ⇒実施市町村により取組の準備時・実施時・評価時に情報提供・助言・実施協力 医師会、歯科医師会、薬剤師会、栄養士会、歯科衛生士会 ⇒①実施市町村により事業の企画時・実施時・評価時に情報提供・助言・実施協力 ②広域連合より県医師会・県歯科医師会・県薬剤師会・県栄養士会へ年1回情報提供・実施協力依頼

ストラクチャー（体制）	実施内容	包括支援センター ⇒通いの場等への支援 大学・有職者 ⇒事業の評価 再委託先機関 ⇒保健指導、電話等による支援
	実施後のフォロー・モニタリング	市町村から実績報告を受ける
	備考	

（4）評価指標

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度（R6）	2025年度（R7）	2026年度（R8）	2027年度（R9）	2028年度（R10）	2029年度（R11）
アウトカム評価指標	1	HbA1cの維持（±0.5%）・改善（-0.6以上）かつ尿蛋白（-）の維持ができた者の割合	（評価対象） 体重維持・改善人数/支援実施人数 （評価方法） 初回面談時と最終面談時に体重測定 （評価時期） 実施年度末	R5年度末評価実績値（R4年度支援実施者の1年後状況）	R6年度1年目8割	R6年度2年目7割	R6年度3年目6割			
						R7年度1年目8割	R7年度2年目7割	R7年度3年目6割		
							R8年度1年目8割	R8年度2年目7割	R8年度3年目6割	
								R9年度1年目8割	R9年度2年目7割	R9年度3年目6割
									R10年度1年目8割	R10年度2年目7割
										R11年度1年目8割
	2	ハイリスク者（コントロール不良者）数	KDB支援ツールより抽出	777	前年度減	前年度減	前年度減	前年度減	前年度減	前年度減
	3	ハイリスク者（糖尿病等治療中断者）数	KDB支援ツールより抽出	10,027	前年度減	前年度減	前年度減	前年度減	前年度減	前年度減
	4	ハイリスク者（コントロール不良者）割合	KDB支援ツールより抽出	0.60%	0.60%	0.60%	0.60%	0.60%	0.60%	0.60%
	5	ハイリスク者（糖尿病等治療中断者）割合	KDB支援ツールより抽出	7.77%	7.77%	7.77%	7.77%	7.77%	7.77%	7.77%
アウトプット評価指標	1	HbA1cの維持（±0.5%）・改善（-0.6以上）かつ尿蛋白（-）の維持ができた者の割合が目標値を達成した市町村割合	（評価対象） 目標値を達成した市町村数/実施市町村数 （評価方法） 広域連合において評価	R5年度実施市町村の割合	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増
	2	支援対象者のうち、支援できた者の割合	（評価対象） 支援実施人数/対象者 （評価方法） 市町村において評価 （評価時期） 実施年度末	34.61% (R4実績) 一体的ハイリスク者を対象者とした場合の割合：	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増
	3	実施市町村割合（ハイリスクアプローチ）	（評価対象） 実施市町村数/市町村数 （評価方法） 広域連合において評価 （評価時期） 実施年度末	21.1% (4/19)	26.3% (5/19)	31.6% (6/19)	36.8% (7/19)	42.1% (8/19)	47.4% (9/19)	52.6% (10/19)

6. 健康状態不明者対策

（1）事業の目的

被保険者が適切な医療・介護等のサービスにつながり、健康状態を保つ

（2）事業の概要

1　対象者
健診・医療・介護に関する情報がない者
（例）直近2年間において、健診情報なし、かつレセプトデータなし、かつ要介護認定なしの者　等
※実施市町村の実態に応じて、対象者の条件は変化する

2　実施内容（実施市町村によって異なる）
（ハイリスクアプローチ例）
・保健師等の訪問による健康状態の把握、アセスメント
・健診受診勧奨、及び必要に応じて医療・介護サービス等への接続支援
（ポピュレーションアプローチ例）
・通いの場等において、健診受診の啓発を実施又は健診や医療・介護に関する情報がない者に対して高齢者の質問票等を用いて健康状態を把握し、必要なサービスへ繋げる

（3）実施方法

プロセス（方法）	概要	広域連合が一体的実施のハイリスクアプローチとして、健康状態不明者対策を実施する市町村に委託して実施する
	実施内容	実施形態：1.実施市町村へ事業委託 2.実施市町村において「企画・調整を担当する医療専門職」を設置 ハイリスクアプローチ・ポピュレーションアプローチ 3.市町村に実施計画書作成依頼、取りまとめ 実施内容（実施市町村によって異なる） （ハイリスクアプローチ例） ・保健師等の訪問による健康状態の把握、アセスメント ・健診受診勧奨、及び必要に応じて医療・介護サービス等への接続支援 （ポピュレーションアプローチ例） ・通いの場において、健診受診の啓発を実施又は健診や医療・介護に関する情報がない者に対して高齢者の質問票等を用いて健康状態の把握し、必要なサービスへ繋げる
	実施後のフォロー・モニタリング	1.中間報告（実施年度の10月頃） （1）市町村に事業の進捗状況の報告を依頼 （2）広域連合は進捗状況に応じて、市町村へのヒアリング等を実施 2.実績報告・評価（実施翌年度4月） （1）市町村に事業実績・評価の報告を依頼 （2）市町村の報告内容を確認
	備考	

ストラクチャー（体制）	概要	広域連合が一体的実施のハイリスクアプローチとして、健康状態不明者対策を実施する市町村に委託して実施する
	実施内容	構成市町村 ⇒広域連合から事業委託 かかりつけ医、かかりつけ歯科医 ⇒実施市町村により取組の準備時・実施時・評価時に情報提供・助言・実施協力 医師会、歯科医師会、薬剤師会、栄養士会、歯科衛生士会 ⇒①実施市町村により事業の企画時・実施時・評価時に情報提供・助言・実施協力 ②広域連合より県医師会・県歯科医師会・県薬剤師会・県栄養士会へ年1回情報提供・実施協力依頼 包括支援センター ⇒通いの場等への支援 大学・有職者 ⇒事業の評価 再委託先機関 ⇒保健指導、電話等による支援
	実施後のフォロー・モニタリング	市町村から実績報告を受ける
	備考	

（4）評価指標

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度（R6）	2025年度（R7）	2026年度（R8）	2027年度（R9）	2028年度（R10）	2029年度（R11）
アウトカム評価指標	1	健康状態不明者への介入を行った市町村数（ハイリスク・ポピュレーションアプローチ）	ハイリスクまたはポピュレーションアプローチにおいて、健康状態不明者への介入を行った市町村数 ＊今後各市町村の評価指標を加味して新たな評価指標を検討	8 市町村	9 市町村	10 市町村	11 市町村	12 市町村	13 市町村	14 市町村
	2	ハイリスク者(健康状態不明者)割合	（対象者数/被保険者数(KDBより抽出）	1.47%	1.43%	1.41%	1.38%	1.36%	1.34%	1.32%
アウトプット評価指標	1	健診状態不明者の分析をしている市町村数	分析を実施した市町村数	令和5年度の市町村数	前年度増・維持	前年度増・維持	前年度増・維持	前年度増・維持	前年度増・維持	前年度増・維持
	2	支援対象者のうち、支援できた者の割合	（評価対象） 支援実施人数/対象者数 （評価方法） 市町村において評価 （評価時期） 実施年度末	93.2% (R4実績) 一体的ハイリスク者を対象者とした場合の割合： 71.9%	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増
	3	実施市町村割合（ハイリスクアプローチ）	実績報告書より	15.8% (3/19)	47.4% (9/19)	68.4% (13/19)	73.7% (14/19)	73.7% (14/19)	78.9% (15/19)	78.9% (15/19)

7. 口腔機能低下予防事業

（1）事業の目的

被保険者が口腔機能低下防止を通して、低栄養状態及びフレイル状態に陥ることを防ぐ

（2）事業の概要

1　対象者
　口腔機能の低下またはその恐れがある者
（例）咀嚼機能又は嚥下機能の低下がみられる者　等
※実施市町村の実態に応じて、対象者の条件は変化する

2　実施内容（実施市町村によって異なる）
（ハイリスクアプローチ例）
・保健師等による3か月を1クールとする指導（初回：訪問、中間：電話、最終：訪問　等）
・対象者の口腔の状態・食生活の聞き取り、保健指導
（ポピュレーションアプローチ例）
・通いの場等において、口腔機能低下の予防に係る情報提供又は高齢者の質問票等を用いて咀嚼・嚥下機能が低下している恐れがある者を把握し、必要な措置へ繋げる（歯科治療・歯科健診等）

（3）実施方法

プロセス（方法）	概要	広域連合が一体的実施のハイリスクアプローチとして、口腔に関わる相談・指導を実施する市町村に委託して実施する
	実施内容	実施形態：1.実施市町村へ事業委託 2.実施市町村において「企画・調整を担当する医療専門職」を設置 ハイリスクアプローチ・ポピュレーションアプローチ 3.市町村に実施計画書作成依頼、取りまとめ 実施内容（実施市町村によって異なる） （ハイリスクアプローチ例） ・保健師等による3か月を1クールとする指導（初回：訪問、中間：電話、最終：訪問　等） ・対象者の口腔の状態・食生活の聞き取り、保健指導 （ポピュレーションアプローチ例） ・通いの場等において、口腔機能低下の予防に係る情報提供又は高齢者の質問票等を用いて咀嚼・嚥下機能が低下している恐れがある者を把握し、必要な措置へ繋げる（歯科治療・歯科健診等）
	実施後のフォロー・モニタリング	1.中間報告（実施年度の10月頃） （1）市町村に事業の進捗状況の報告を依頼 （2）広域連合は進捗状況に応じて、市町村へのヒアリング等を実施 2.実績報告・評価（実施翌年度4月） （1）市町村に事業実績・評価の報告を依頼 （2）市町村の報告内容を確認
	備考	

ストラクチャー（体制）	概要	広域連合が一体的実施のハイリスクアプローチとして、口腔に関わる相談・指導を実施する市町村に委託して実施する
	実施内容	構成市町村 ⇒広域連合から事業委託 かかりつけ医、かかりつけ歯科医 ⇒実施市町村により取組の準備時・実施時・評価時に情報提供・助言・実施協力 医師会、歯科医師会、薬剤師会、栄養士会、歯科衛生士会 ⇒①実施市町村により事業の企画時・実施時・評価時に情報提供・助言・実施協力 ②広域連合より県医師会・県歯科医師会・県薬剤師会・県栄養士会へ年1回情報提供・実施協力依頼 包括支援センター ⇒通いの場等への支援 大学・有職者 ⇒事業の評価 再委託先機関 ⇒保健指導、電話等による支援
	実施後のフォロー・モニタリング	市町村から実績報告を受ける
	備考	

（4）評価指標

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度（R6）	2025年度（R7）	2026年度（R8）	2027年度（R9）	2028年度（R10）	2029年度（R11）
アウトカム評価指標	1	口腔機能低下予防を行った市町村数（ハイリスク・ポピュレーションアプローチ）	ハイリスクまたはポピュレーションアプローチにおいて、口腔機能低下予防を行った市町村数	8 市町村	19 市町村	19 市町村	19 市町村	19 市町村	19 市町村	19 市町村
	2	1年後の要介護認定の状況割合	（評価対象） 1年後の要介護認定者数/支援実施人数 （評価方法） 抽出から1年後の介護認定状況をKDB等から抽出	R5年度末評価実績値（R4年度支援実施者の1年後状況）	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	3	ハイリスク者(口腔)割合	対象者数/被保険者数(KDBより抽出)	4.11%	4.11%	4.11%	4.11%	4.11%	4.11%	4.11%
アウトプット評価指標	1	実施体制づくりをしている市町村数	（評価方法） 歯科医師、歯科衛生士、言語聴覚士等と協議・相談等を行う	令和5年度の市町村数	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増
	2	支援対象者のうち、支援できた者の割合	（評価対象） 支援実施人数/対象者数 （評価方法） 市町村において評価 （評価時期） 実施年度末	11.2% （R4実績） 一体的ハイリスク者を対象者とした場合の割合： 17.8%	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増
	3	実施市町村割合（ハイリスクアプローチ）	実施市町村数/市町村数	10.5% (2/19)	15.8% (3/19)	21.1% (4/19)	26.3% (5/19)	31.6% (6/19)	36.8% (7/19)	42.1% (8/19)

8. 身体的フレイル予防事業

（1）事業の目的

被保険者が、自身の身体状態に気付き、身体的フレイルを防止する

（2）事業の概要

【市町村が実施すること】
1　対象者
　身体的フレイルのリスクがある者
（例）後期高齢者の質問票で健康状態および歩行速度に該当する者　等
※実施市町村の実態に応じて、対象者の条件は変化する

2　実施内容（実施市町村によって異なる）
（例）・保健師等による3カ月を1クールとする指導（初回：訪問、中間：電話、最終：訪問　等）
・対象者の健康状態・食生活・運動習慣の聞き取り、保健指導
・KDBで介護・診療・健診情報により、生活習慣、関節疾患の治療歴等を参照し、必要時受診をすすめる
・介護予防教室、通いの場、地域活動等を把握し、必要に応じて情報提供や事業につなぐ

【広域連合が実施すること】
骨折対策について、県と協議し、事業実施に向けた検討を行う

（3）実施方法

プロセス（方法）	概要	広域連合が一体的実施のハイリスクアプローチとして、身体的フレイル対策を実施する市町村に委託して実施する
	実施内容	実施形態：1.実施市町村へ事業委託 2.実施市町村において「企画・調整を担当する医療専門職」を設置 ハイリスクアプローチ・ポピュレーションアプローチ 3.市町村に実施計画書作成依頼、取りまとめ 実施内容（実施市町村によって異なる） （例）・保健師等による3カ月を1クールとする指導（初回：訪問、中間：電話、最終：訪問　等） ・対象者の健康状態・食生活・運動習慣の聞き取り、保健指導 ・KDBで介護・診療・健診情報により、生活習慣、関節疾患の治療歴等を参照し、必要時受診をすすめる ・介護予防教室、通いの場、地域活動等を把握し、必要に応じて情報提供や事業につなぐ
	実施後のフォロー・モニタリング	1.中間報告（実施年度の10月頃） （1）市町村に事業の進捗状況の報告を依頼 （2）広域連合は進捗状況に応じて、市町村へのヒアリング等を実施 2.実績報告・評価（実施翌年度4月） （1）市町村に事業実績・評価の報告を依頼 （2）市町村の報告内容を確認
	備考	

ストラクチャー（体制）	概要	広域連合が一体的実施のハイリスクアプローチとして、身体的フレイル対策を実施する市町村に委託して実施する
	実施内容	構成市町村 ⇒広域連合から事業委託 かかりつけ医、かかりつけ歯科医 ⇒実施市町村により取組の準備時・実施時・評価時に情報提供・助言・実施協力 医師会、歯科医師会、薬剤師会、栄養士会、歯科衛生士会 ⇒①実施市町村により事業の企画時・実施時・評価時に情報提供・助言・実施協力 ②広域連合より県医師会・県歯科医師会・県薬剤師会・県栄養士会へ年1回情報提供・実施協力依頼 包括支援センター ⇒通いの場等への支援 大学・有職者 ⇒事業の評価 再委託先機関 ⇒保健指導、電話等による支援
	実施後のフォロー・モニタリング	市町村から実績報告を受ける
	備考	

（4）評価指標

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム評価指標	1	ポピュレーションアプローチにおいて身体的フレイルの取組を実施する市町村数	実績報告書より	4 市町村	7 市町村	17 市町村	18 市町村	19 市町村	19 市町村	19 市町村
	2	通いの場等において身体的フレイルの評価を実施している市町村数	実績報告書より		2 市町村	10 市町村	11 市町村	12 市町村	13 市町村	14 市町村
	3	ハイリスク者(身体的フレイル)割合	対象者数/被保険者数(KDBより抽出)	1.90%	1.90%	1.90%	1.90%	1.90%	1.90%	1.90%
アウトプット評価指標	1	実施体制づくりをしている市町村数	（評価方法） 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、健康運動指導士と協議・相談等を行う	令和5年度の市町村数	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増
	2	支援対象者のうち、支援できた者の割合	（評価対象） 支援実施人数/対象者数 （評価方法） 市町村において評価 （評価時期） 実施年度末	-	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増
	3	実施市町村割合（ハイリスクアプローチ）	実施市町村数/市町村数	10.5% (2/19)	5.3% (1/19)	21.1% (4/19)	31.6% (6/19)	42.1% (8/19)	52.6% (10/19)	63.2% (12/19)

9. その他の重症化予防

（1）事業の目的

腎機能や血圧等のコントロール不良である者を医療機関へつなげ、重症化を予防する。

（2）事業の概要

1．直営によるもの
当該年度の健診の結果、要精密検査、要治療者が翌年度まで医療機関未受診だった者への受診勧奨通知を行う（糖尿病を除く）

2．委託によるもの
市町村へ委託する
高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施のハイリスクアプローチとして実施
①未治療による腎機能や血圧等のコントロール不良者への支援
②治療中断者への支援

（3）実施方法

プロセス（方法）	概要	広域連合からの受診勧奨通知を実施
	実施内容	1.直営によるもの 当該年度の健診の結果、要精密検査、要治療者が翌年度まで医療機関未受診だった者への受診勧奨通知を実施 2.委託によるもの 実施形態：1.実施市町村へ事業委託 2.実施市町村において「企画・調整を担当する医療専門職」を設置 ハイリスクアプローチ・ポピュレーションアプローチ 3.市町村に実施計画書作成依頼、取りまとめ
	実施後のフォロー・モニタリング	1.直営によるもの 受診勧奨の翌年度の健康診査・医療受診状況の確認を実施 2.委託によるもの 1.中間報告（実施年度の10月頃） （1）市町村に事業の進捗状況の報告を依頼 （2）広域連合は進捗状況に応じて、市町村へのヒアリング等を実施 2.実績報告・評価（実施翌年度4月） （1）市町村に事業実績・評価の報告を依頼 （2）市町村の報告内容を確認
	備考	1.直営によるもの 19市町村の勧奨対象者に対して、同様の通知を行う方法について、検討 ・対象者の抽出については、KDBシステムやfocus等既存のシステムを活用し、国保連と検討 ・勧奨対象者については、みなし健診の導入やレセプト分析も踏まえ、医師会、国保連、市町村と検討して決定

ストラクチャー（体制）	概要	直営、委託による事業実施
	実施内容	1.直営によるもの ・保健指導情報連携システムの稼働時期 例年9月下旬に前年度の健康診査結果及び歯科口腔健康診査結果データを更新 ・市町村との連携 勧奨時期、方法、通知内容、対象者を市町村の要望に応じて対応 ・必要な人員、事業予算 専任の会計年度職員（保健師）を雇用 必要経費は、当初予算で計上 国が交付する後期高齢者医療財政調整交付金（特別調整交付金）を活用 2.委託によるもの 構成市町村　⇒広域連合から事業委託 かかりつけ医、かかりつけ歯科医 ⇒実施市町村により取組の準備時・実施時・評価時に情報提供・助言・実施協力 医師会、歯科医師会、薬剤師会、栄養士会、歯科衛生士会 ⇒①実施市町村により事業の企画時・実施時・評価時に情報提供・助言・実施協力 ②広域連合より県医師会・県歯科医師会・県薬剤師会・県栄養士会へ年1回情報提供・実施協力依頼 包括支援センター　⇒通いの場等への支援 大学・有職者　⇒事業の評価 再委託先機関　⇒保健指導、電話等による支援
	実施後のフォロー・モニタリング	
	備考	1.直営によるもの 財源：後期高齢者医療財政調整交付金（特別調整交付金）

（4）評価指標

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム評価指標	1	医療機関未受診者の医療機関の受診率	(評価対象) 医療機関未受診者の医療機関受診者数/健診後医療機関未受診者数 （評価方法） 広域連合において評価 （評価時期） 翌年度末	40.0%	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増
	2	ハイリスク者(腎機能不良未受診者)割合	対象者数/被保険者数 (KDBより抽出)	0.02%	0.02%	0.02%	0.02%	0.02%	0.02%	0.02%
アウトプット評価指標	1	健診後医療機関未受診者への受診勧奨通知(直営)	（評価対象） 当該年度健診後医療機関未受診者 （評価方法） KDBシステムより抽出	通知実施 (R4:50人)	通知実施	通知実施	通知実施	通知実施	通知実施	通知実施
	2	コントロール不良者又は治療中断者へのアプローチ 実施市町村割合	（評価対象） 実施市町村数/市町村数 （評価方法） 広域連合において評価 （評価時期） 実施年度末	5.2% (1/19)	10.5% (2/19)	10.5% (2/19)	15.7% (3/19)	15.7% (3/19)	21.0% (4/19)	21.0% (4/19)

10. 服薬指導（ポリファーマシー対策）事業

（1）事業の目的

多剤併用及び重複処方等に該当する被保険者が、必要以上の医薬品を使用して いる状態でおきる副作用などの有害事象を減らすことで、被保険者の健康を保持と医療費の適正化を目的とする

（2）事業の概要

1　対象者
多剤併用及び重複処方等に該当する被保険者

2　実施内容
保険証台紙への啓発記事を掲載することで、必要以上の医薬品を使用している状態でおきる副作用などの有害事象の減少を図る
効果的かつ専門的なレセプト分析により対象者を抽出して通知し、薬剤師等による専門的な指導・相談を実施

（3）実施方法

プロセス（方法）	概要	1.県内全体に効果的に実施するための薬剤師会や効果的かつ専門的な業者への委託を検討 2.広域連合が一体的実施のハイリスクアプローチとして、重複・頻回受診者・重複投薬者等への相談・指導を実施する市町村に委託して実施 3.被保険者証の発行にあわせて啓発記事を掲載
	実施内容	・啓発方法、内容の検討 現状の啓発方法に加えて、新たな方法や内容について、内部に留まらず関係機関（薬剤師会）と検討 ・現状把握のための情報収集と課題抽出 薬剤師会からのヒアリングによって情報収集し、課題整理に向かい協議を実施
	実施後のフォロー・モニタリング	1.服薬指導・相談事業の運用開始にあわせて、効果評価指標とフォロー・モニタリングの方法についても検討
	備考	
ストラクチャー（体制）	概要	1.県内全体に効果的に実施するために薬剤師会や効果的かつ専門的な業者への委託を検討 2.広域連合が一体的実施のハイリスクアプローチとして、重複・頻回受診者・重複投薬者等への相談・指導を実施する市町村に委託して実施 3.啓発内容、方法について、懇話会や薬剤師会との協議といった関係者との会議を開催
	実施内容	・関係機関との連携、協力体制の構築 薬剤師会との連携に向けて、会議の場を設ける等の薬剤師会と課題を共有し、対策を検討する場を確保 ・業務委託 事業実施の際は指導業務は薬剤師会との委託契約を検討する。また、レセプト分析業務や個別通知等事務業務については、より効果的かつ専門的な業者委託を検討
	実施後のフォロー・モニタリング	薬剤師会を中心とした関係機関との連携を図り、協議の中で効果的に実施するための体制について確認
	備考	

（4）評価指標

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム評価指標	1	服薬指導・相談事業実施		—	—	—	事業実施			
	2	事業開始後、設定		—	—	—	%	%	%	%
	3	ハイリスク者（多剤）割合	対象者数/被保険者数(KDBより抽出)	3.79%	3.79%	3.79%	3.79%	3.79%	3.79%	3.79%
	4	ハイリスク者（睡眠薬）割合	対象者数/被保険者数(KDBより抽出)	2.21%	2.21%	2.21%	2.21%	2.21%	2.21%	2.21%
アウトプット評価指標	1	服薬指導・相談事業実施		—	—	—	事業実施	事業実施	事業実施	事業実施
	2	実施市町村数	当該年度実施市町村数	—	—	—	—	1市町村	2市町村	3市町村
	3	県薬剤師会との協議	薬剤師会と協議を実施したか	実施年3回	実施	実施	実施	実施	実施	実施
	4	被保険者証へ啓発記事掲載 ※中間評価時に方法を見直す	広域連合が被保険者証に啓発記事を掲載したか ※2025年度以降は、資格確認証又は資格情報のお知らせ通知	128,407件	記事掲載	記事掲載	記事掲載			
	5	支援対象者のうち、支援できた者の割合	（評価対象） 支援実施人数/対象者数 （方法） 広域連合において評価ただし、一体的実施の場合は市町村において評価 （評価時期） 実施年度末	0	0	0	事業検討後、設定	前年度増	前年度増	前年度増
	6	実施市町村割合	実施市町村数/市町村数	0	0	0	0	5.3%(1/19)	10.5%(2/19)	15.8%(3/19)

11. 重複頻回受診、重複投薬者等への相談指導事業

（1）事業の目的

重複・頻回受診、重複投薬にある被保険者に対し、健康を保持するための相談、日常生活指導及び受診に関する指導並びに服薬指導等の適切な指導を行い、被保険者の適正な受診を促し傷病の早期治癒及び健康の保持増進を図ると共に医療費の適正化を図る

（2）事業の概要

1　対象者
県内市町村の被保険者から重複受診（かつ重複投薬）、頻回受診（かつ重複投薬）状態にある者

2　実施内容（広域連合直営事業（市町村独自で実施を希望する場合は委託））
保健師等の医療専門職による相談指導を実施　※相談指導は外部事業者に委託し、外部事業者の医療専門職にて実施
※離島に位置する市町村もあり医療専門職による訪問が難しいため、より幅広く多数の対象者を選定し相談指導を実施するために原則電話による相談指導を実施

（3）実施方法

プロセス（方法）	概要	国保連からのデータを基に広域連合が対象者を抽出し、事業者へ提供（約250名） 事業者で電話番号調査を行い連絡先が判明した者のうち、年齢等でさらに絞り込みを行い最終的な指導対象者を決定（約150名） 指導対象者へ事前の案内通知を送付し、10月～12月にかけて相談指導を実施
	実施内容	対象者150名のうち、相談指導の優先度が高い75名に向けて事前の案内文書を送付 送付から約１週間後に本人へ相談指導（1回目） ※この際に本人に連絡が取れない、または本人が相談指導辞退の意向を示した場合は、次の対象者へ案内文書を送付 １回目の相談指導から約1か月後にその後の受診状況、行動変容等を聞き取り（2回目） 相談指導終了後、相談指導実施者のレセプトデータを分析し重複・頻回受診状態が解消しているか測定（レセプト分析期間は相談指導実施期間内のもの）
	実施後のフォロー・モニタリング	事業実施後に個人に向けて新たなフォローは行わない 国保連による効果測定でレセプトデータの変容等をモニタリング
	備考	
ストラクチャー（体制）	概要	広域連合から国保連へ対象者抽出と効果測定を委託 広域連合から事業者へ相談指導業務を委託 市町村へは相談指導を実施する対象者リストを事前に提供
	実施内容	広域連合と国保連とは事務代行業務委託契約を締結 広域連合と事業者とは業務委託契約を締結 ※契約は単価契約（相談指導1回につき） 市町村とは契約なし。ただし、市町村独自の方法で事業を実施する場合は、広域連合と委託契約を締結

ストラクチャー（体制）	実施後のフォロー・モニタリング	事業者から実績報告を受ける 市町村へ実績の提供は行わない
	備考	財源：後期高齢者医療財政調整交付金（特別調整交付金） 本事業は対象者抽出の際に重複受診、重複受診かつ重複投薬、重複受診かつ頻回受診、頻回受診、頻回受診かつ重複投薬状態の5種類いずれかの状態にある者を対象者として設定しており、重複投薬のみに該当する者は対象外としている しかし、対象者リストの中で最も多いのは重複投薬のみに該当するものである 以上の状況を踏まえ、今後は重複投薬状況にある者を重点的に相談指導を行う方向にシフトチェンジすることでより大きな医療費適正効果が見込まれる 服薬状況の把握・指導には専門的な知識が必要となるため、薬剤師会の協力をいただき、将来的には服薬状況の改善に重きをおいた事業に切り替えることが必要かと考える

（4）評価指標

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値	
					2024年度（R6）	2025年度（R7）
アウトカム評価指標	1	指導実施者のうち適正受診状態になった者の割合	効果測定者のレセプトデータを分析	82.5% (R4実績)	80%	80%
	2	指導実施者のうち適正受診状態になった者の数	効果測定者のレセプトデータを分析	66人 (R4実績)	60人	60人
	3	行動変容率 （重複・頻回受診状態は解消されていないが、行動変容があった者の割合）	効果測定者のレセプトデータを分析	92.5% (R4実績)	90%	90%
アウトプット評価指標	1	実施市町村数	対象者の属する市町村	15 市町村 (R4実績)	19 市町村	19 市町村
	2	対象者数	抽出基準に該当した者	75人 (R4実績)	75人	75人
	3	指導回数	対象者への相談指導の回数	2回 (R4実績)	2回	2回

12. 後発医薬品（ジェネリック）利用促進事業

（1）事業の目的

患者負担額の軽減と医療費の削減を図るため、後発医薬品(ジェネリック)の使用を促進する

（2）事業の概要

後発医薬品(ジェネリック)差額通知の実施
後発医薬品(ジェネリック)希望カードの配付
国保連合会が主催する保険者協議会で使用率向上のための検討

（3）実施方法

プロセス（方法）	概要	差額通知作成のためのデータ抽出を実施 被保険者への幅広い周知・広報を実施 ジェネリック医薬品希望カードを被保険者へ配付
	実施内容	データ抽出：自己負担額の軽減効果が見込める者（100円以上）を選定 対象期間：毎年5月診療 実施形態：ホームページや全被保険者へ送付するリーフレットにジェネリック医薬品に関する情報を掲載 保険証等の台紙の余白を利用してジェネリック医薬品希望カードを作成し配付
	実施後のフォロー・モニタリング	差額通知対象者の把握
	備考	

ストラクチャー（体制）	概要	国保連合会へ委託し、差額通知の作成・発送、報告書の作成を実施 国保連合会が主催する保険者協議会で使用率向上のための検討を実施
	実施内容	国保連委託　：差額通知書の作成及び発送、毎年10月診療で薬剤費削減効果を算出し報告 保険者協議会：使用率向上に向け課題や情報共有を図り、啓発を効率的に実施できる体制を構築
	実施後のフォロー・モニタリング	市町村別のジェネリック使用割合、効果額等の把握
	備考	財源：後期高齢者医療財政調整交付金（特別調整交付金）

（4）評価指標

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度（R6）	2025年度（R7）	2026年度（R8）	2027年度（R9）	2028年度（R10）	2029年度（R11）
アウトカム評価指標	1	ジェネリックの使用割合	厚労省からの情報提供	84.5%	維持	85%	90%	90%	90%	90%
					※既に国の目標値である80％を達成しているため、今後の国の数値目標を踏まえて検討					
アウトプット評価指標	1	差額通知実施の有無		通知実施（9,928件）	通知実施	通知実施	通知実施	通知実施	通知実施	通知実施

第５章　その他

■ データヘルス計画の評価・見直し

【毎年度】
・個別保健事業の実績、進捗状況を把握
・必要に応じて、翌年度の個別保健事業の見直し

【中間評価】
・令和8年度に実施
・令和7年度までの個別保健事業の実績、評価指標の目標達成度の確認
・計画全体及び個別保健事業の目標値の見直し
・個別保健事業の継続及び見直し、新規保健事業の検討

【最終評価】
・令和11年度に実施
・令和10年度までの個別保健事業の実績、令和11年度途中までの保健事業の進捗状況の確認、評価指標の目標達成度の確認
・健診・医療等のデータ分析による健康課題の把握
・次期データヘルス計画における計画全体及び個別保健事業の目標等を検討
・新たな目標等を達成するための個別保健事業について検討

■ データヘルス計画の公表・周知

本計画は、広域連合のホームページに掲載して公表・周知するものとします。また、関係団体を通じて、医療機関等に対し保健事業の目的等の周知を図ります。

■ 個人情報の取扱い

保健事業の実施にあたっては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドライン及び広域連合の関係例規等に基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取り扱いが確保されるよう措置を講じる。

■ 地域包括ケアに係る取組

広域連合は、市町村や島根県医師会、島根県歯科医師会、島根県薬剤師会、地域の医療関係団体等と連携した健康づくりに関する事業等を進めています。

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業では、各市町村に委託して実施しており、それぞれの健康課題に合わせた保健事業に取り組んでいます。また各取組においては、市町村の国保・後期・介護・保健部門及び郡市医師会や地域の医療機関等、国保連、島根県と連携しながら事業を推進しています。

用語解説

アウトカム	事業を実施したことによる成果を目標の達成度で評価すること
アウトプット	実施量を立案した計画の実施率や開催回数で評価すること
HbA1c	血液中のブドウ糖とヘモグロビンが結合したもので、糖尿病の診断に用いられる指標のこと ※過去1～2か月間の平均的な血糖値がわかる
健康状態不明者	健診未受診かつ介護認定無しかつ医療機関未受診者である者
後発医薬品（ジェネリック医薬品）	先発医薬品の特許が切れた後に、先発医薬品と治療学的に同等であるものとして製造販売が承認された薬品のこと。一般的に研究開発に要する費用が低く抑えられることから、先発医薬品に比べて薬価が安く、医療費を抑える効果があることから、使用が促進されている
国保データベース（KDB）システム	国保連合会が保険者の委託を受けて行う各種業務を通じて管理する「健診」「医療」「介護保険」等の情報を活用し、統計情報や「個人の健康に関する情報を提供し、保険者の効率的かつ、効果的な保健事業をサポートすることを目的として構築されたシステム
BMI	体重と身長の関係から算出される、肥満度を表す体格指数のこと ※BMI指数＝体重（kg）÷（身長（m）の2乗）
PDCAサイクル	Plan（計画）⇒Do（実施）⇒Check（評価）⇒Action（改善）を繰り返し、効率的に事業を改善するサイクルのこと
１人当たり医療費	医療費総額を加入者数で割ったものであり、医療費の集団比較や異なる時点での比較等において用いる
フレイル	年齢を重ねることによりからだや心のはたらき、社会的なつながりが弱くなった状態のこと。健康な状態と要介護の中間的な状態で、要介護になる危険性が高いが、適切なケアを行うことでフレイルの進行を防ぎ、健康な状態に戻ることが可能だといわれている。
平均自立期間	平均自立期間は、あと何年自立した生活が期待できるかを示したもので、健康寿命の考え方に基づく指標。日常生活が要介護ではなく、自立して暮らせる生存期間の平均を指し、要介護とは「要介護2～5」と規定されることが多い
平均余命	ある年齢の者が、あと平均して何年生きられるかを示した数
ポピュレーションアプローチ	保健事業の対象者を一部に限定せず集団全体へ働きかけることにより、集団全体の健康障害リスクを少しづつ軽減させ、良い方向にシフトさせること
ポリファーマシー	必要以上の医薬品を使用することにより、薬の相互作用や飲み間違い・飲み忘れ等により正しく薬を飲めなくなることなどから引き起こされる有害事象のこと（単純に服用する薬の数が多いことではない）
レセプト	診療報酬明細書のこと ※医療機関が医療費の保険負担分の支払いを保険者に請求するために発行するもの
LEDOデジ化システム	後期高齢者歯科口腔（LEDO）健康診査デジタル化システムの略称。紙で作成していた健診・問診票をシステムに入力し結果通知の際に過去の結果との経年比較や、受診者のお口年齢などを表示してより有意義な事後措置を行えるように構築したシステム

資料編