岩手県後期高齢者医療広域連合
第２期 保健事業実施計画
（データヘルス計画）

平成 30 年 3 月　岩手県後期高齢者医療広域連合

目　次

第Ⅰ章　保健事業実施計画の策定（基本的事項）………………… p.1

1　計画策定の背景と目的

2　計画の期間

3　計画の位置づけ（他計画との関係）

4　計画の推進体制

5　計画の運用

6　対象者の階層化と事業のイメージ

第Ⅱ章　岩手県の高齢者の状況　……………………………… p.3

1　岩手県後期高齢者医療広域連合の概要

2　岩手県の人口と高齢者の状況

3　平均寿命と健康寿命

4　死因の状況

5　介護保険との関係

6　岩手県の特徴

第Ⅲ章　医療費と疾病の状況　……………………………… p.11

1　岩手県後期高齢者医療費の動向

2　疾病状況

3　医療費と疾病の特徴

第Ⅳ章　これまでの取り組みと評価及び課題　………………… p.17

1　事業の概要

2　後期高齢者健康診査事業

3　歯科健康診査事業

4　長寿・健康増進事業

5　医療費通知事業

6　健康増進啓発（広報等）事業

7　重複・頻回受診者訪問指導事業

8　生活習慣病重症化予防事業

9　長期未受診者訪問等指導事業

10　目標に対する評価

第Ⅴ章　保健事業の目指すべき方向と目標値　………………… p.36

1　目指すべき方向

2　目標値

第Ⅵ章　保健事業計画　……………………………………… p.40

1　後期高齢者健康診査事業

2　歯科健康診査事業

3　長寿・健康増進事業

4　健康増進啓発（広報等）事業

5　重複・頻回受診者、重複投薬者等訪問指導事業

6　糖尿病性腎症重症化予防事業

7　低栄養改善訪問指導事業

第Ⅶ章　その他　…………………………………………… p.50

1　計画の公表・周知

2　運用上の留意事項

〔巻末付録〕　用語解説………………………………………… p.51

第Ⅰ章　保健事業実施計画の策定（基本的事項）

1　計画策定の背景と目的

岩手県後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）では、「日本再興戦略」（平成 25 年６月 14 日閣議決定）において、全ての健康保険組合に対し、加入者の健康保持増進のための事業計画の策定が求められたことを受け、「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」に基づき、平成 27 年３月に「保健事業実施計画（第１期）」を策定しました。同計画は、平成 27 年度から平成 29 年度までを計画期間としたことから、当該期間の満了を迎えるにあたり、次期計画となる「第２期保健事業実施計画」を策定することとしました。

第２期計画では、第１期計画で目指すべき方向として掲出した「健康寿命の延伸」を全体目標に据え、「生活習慣病の重症化の予防」を重点事項として継承していきます。さらに、新たに示された「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン」（平成 29 年４月暫定版）を踏まえ、「心身機能の低下防止」を重点事項に設定し、フレイル（虚弱）[注1]に着目した取り組みの強化を図ります。生活習慣病の重症化の予防や心身機能の低下防止に重点を置くことにより健康寿命の延伸が期待でき、結果として医療費の適正化に資することとなります。

また、これまでも広域連合と構成市町村が連携し、ポピュレーションアプローチ[注2]から重症化予防まで網羅的に保健事業を進めてきたところですが、さらに、被保険者をリスク別に分けてターゲットを絞った事業の展開が重要であることから、第２期計画においては、これまでの取り組みの評価と課題を整理し、今後の事業の方向性と広域連合及び構成市町村の役割を明確化し、保健事業の効果的かつ効率的な推進を図ります。

2　計画の期間

本計画の期間は、平成 30 年度から平成 35 年度（2023 年度）までの６年間とします。

なお、計画期間の中間年である平成 32 年度（2020 年度）に、中間評価及び見直しを行います。また、法令改正や社会情勢の著しい変化等があった場合には、必要に応じて随時見直しを行うこととします。

3　計画の位置づけ（他計画との関係）

本計画は、広域連合の基本計画である「第３次広域計画」に基づき策定します。

また、国の「健康日本 21（第二次）」の基本指針を踏まえるとともに、岩手県の「健康いわて 21 プラン（第２次）」及び構成市町村の健康増進計画や国民健康保険事業実施計画との整合性に配慮します。

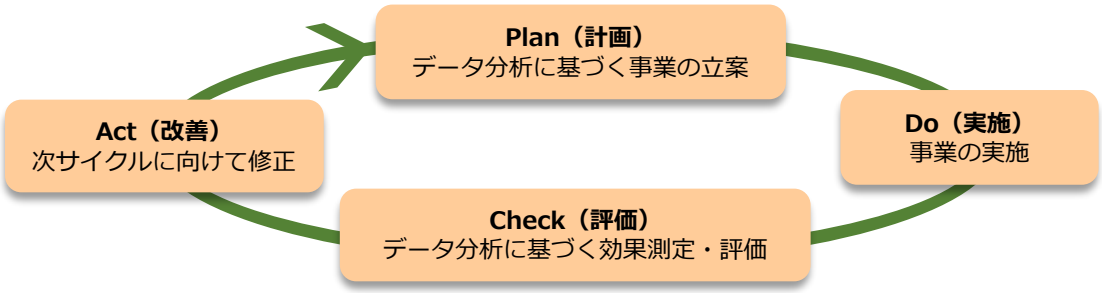
4　計画の推進体制

計画の策定にあたっては、岩手県後期高齢者医療広域連合業務運営委員会保健事業部会において、構成市町村や関係機関からの意見や助言を得て素案を作成し、岩手県後期高齢者医療広域連合業務運営委員会及び運営協議会の協議を経て策定したものです。

保健事業は、広域連合と構成市町村とが情報共有・連携を図り、協力体制で実施します。また、毎年度の実施状況については、業務運営委員会及び保健事業部会等で報告をします。

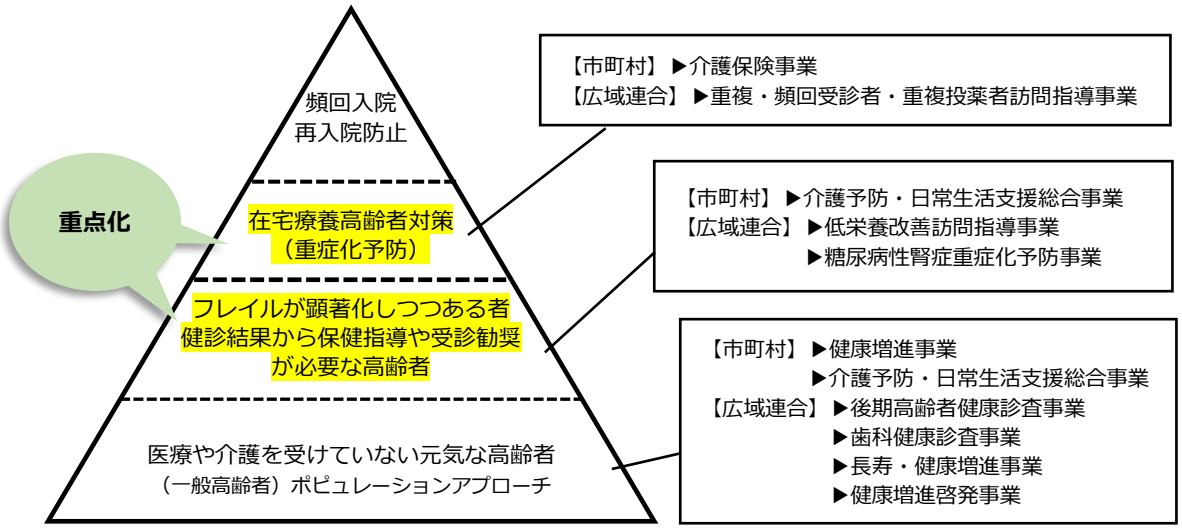
5　計画の運用

本計画は、事業の効果的かつ効率的な実施を図るため、健康診査データやレセプトデータ等を活用し、PDCA サイクルに沿って運用します。



6　対象者の階層化と事業のイメージ

広域連合及び構成市町村は、対象者の特性を踏まえた幅広い事業を展開しています。後期高齢者は、保健と医療及び介護等の複合的なニーズを併せ持つことから、相互の協力と連携が何より重要です。



（高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドラインより引用）

第Ⅱ章　岩手県の高齢者の状況

1　岩手県後期高齢者医療広域連合の概要

広域連合は、平成 29 年４月１日現在、33 市町村で構成され、被保険者は 213,213 人となっています。後期高齢者医療制度が発足した平成 20 年度と平成 28 年度の被保険者数を比較すると、25,868 人増加しています。年齢階層別では、79 歳以下は減少し、80 歳以上が増加しています。

【図表Ⅱ-１】被保険者数（平成 29 年４月１日現在）

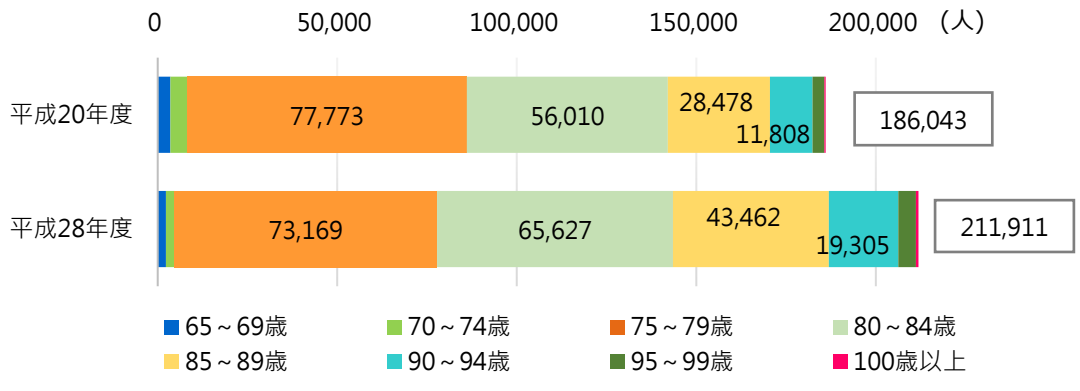
被保険者数	213,213 人
（再）65 歳～74 歳	4,522 人
（再）75 歳以上	208,691 人
構成市町村数	33 市町村

〔出典〕図表Ⅱ-１～３
岩手県後期高齢者医療広域連合 事業月報

【図表Ⅱ-２】市町村別被保険者数（平成 29 年４月１日現在）　（人）

市町村名	被保険者数	市町村名	被保険者数	市町村名	被保険者数
盛岡市	37,818	八幡平市	5,613	住田町	1,524
宮古市	10,412	奥州市	21,958	大槌町	2,301
大船渡市	7,355	滝沢市	5,302	山田町	3,056
花巻市	17,315	雫石町	3,173	岩泉町	2,356
北上市	12,635	葛巻町	1,586	田野畑村	704
久慈市	5,876	岩手町	2,940	普代村	611
遠野市	6,255	紫波町	4,910	軽米町	1,989
一関市	23,283	矢巾町	3,053	野田村	854
陸前高田市	4,214	西和賀町	1,786	九戸村	1,364
釜石市	7,318	金ケ崎町	2,621	洋野町	3,302
二戸市	5,337	平泉町	1,524	一戸町	2,868

【図表Ⅱ-３】岩手県の被保険者数と年齢構成の比較



※各年度、４月～３月の平均人数

2　岩手県の人口と高齢者の状況

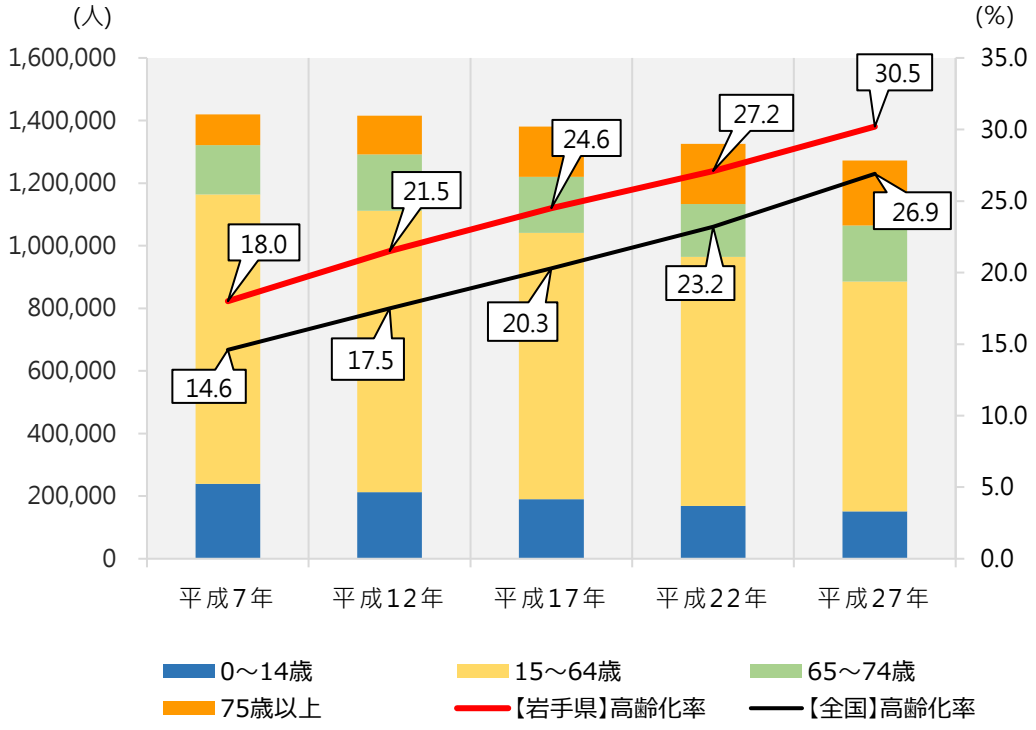
（1）人口と高齢者の動向

本県の総人口のピークは、昭和 36 年の 144 万 9,324 人でしたが、以降は減少傾向が続き、平成 27 年は 127 万 9,594 人となっています。

平成 7 年からの推移をみると、64 歳以下の著しい減少により、総人口は約 14 万人減少しました。64 歳以下の減少とは対照的に、65 歳以上は約 13 万人増加しており、うち 75 歳以上は約 11 万人の増加です。そのため、高齢化率は上昇し、全国よりも 3～4 ポイント高い状況で推移しています。

平成 29 年 10 月現在、本県の高齢化率は 31.9%で、さらに上昇しました。市町村別の高齢化率は、最高値 49.3%、最低値 23.3%と市町村間で 2 倍以上の開きがあります。

【図表Ⅱ-４】岩手県人口の年齢構成と高齢化率の推移



〔出典〕岩手県調査統計課「岩手県人口移動報告年報」（国勢調査）

平成 27 年国勢調査の後期高齢者の世帯状況では、単独世帯の割合が 14.5%（全国 19.8%）、施設等世帯が 10.3%（全国 10.6%）、親族または非親族の同居人がいる世帯は 75.2%（全国 69.6%）となっています。

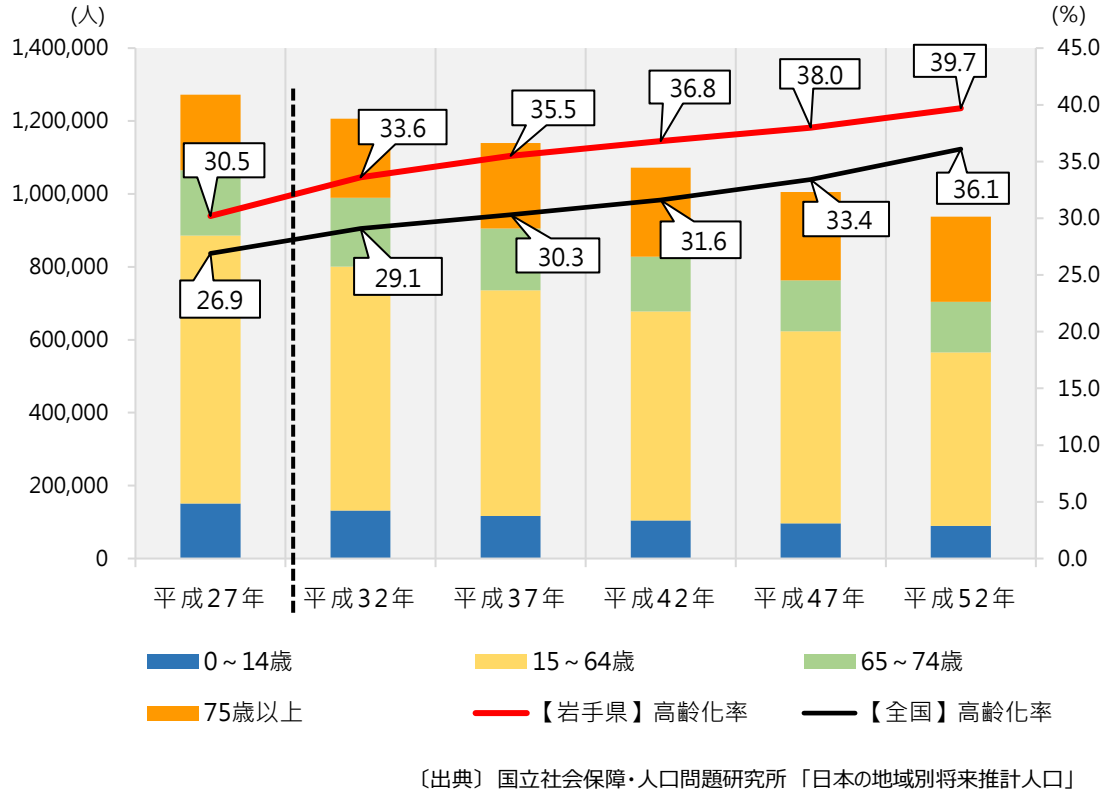
単独世帯の割合は全国に比べて低いものの、平成 7 年から平成 27 年までの後期高齢者人口が 2.1 倍の増加に対し、3.9 倍増加しています。

（2）将来推計人口

日本の総人口は、平成 20 年の 1 億 2,808 万人をピークに減少に転じ、平成 60 年（2048 年）には 1 億人を割り 9,913 万人に減少すると見込まれています。

本県の総人口は、今後も減少が続き平成 52 年（2040 年）には 100 万人を割る見通しです。高齢化はますます進行し、平成 52 年（2040 年）の高齢化率は 39.7%に達すると見込まれています。高齢化率は、本県はすでに 30%を超えていますが、全国は平成 37 年（2025 年）に 30%を超える見込みであり、全国に比べて 10 年早く進行しています。

【図表Ⅱ-５】岩手県の推計人口と高齢化率の推移



〔出典〕国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」

3　平均寿命と健康寿命

図表Ⅱ-６は、平均寿命[注3]と健康寿命[注4]及び平均寿命と健康寿命の差を、平成 16 年と平成 25 年で比較したものです。

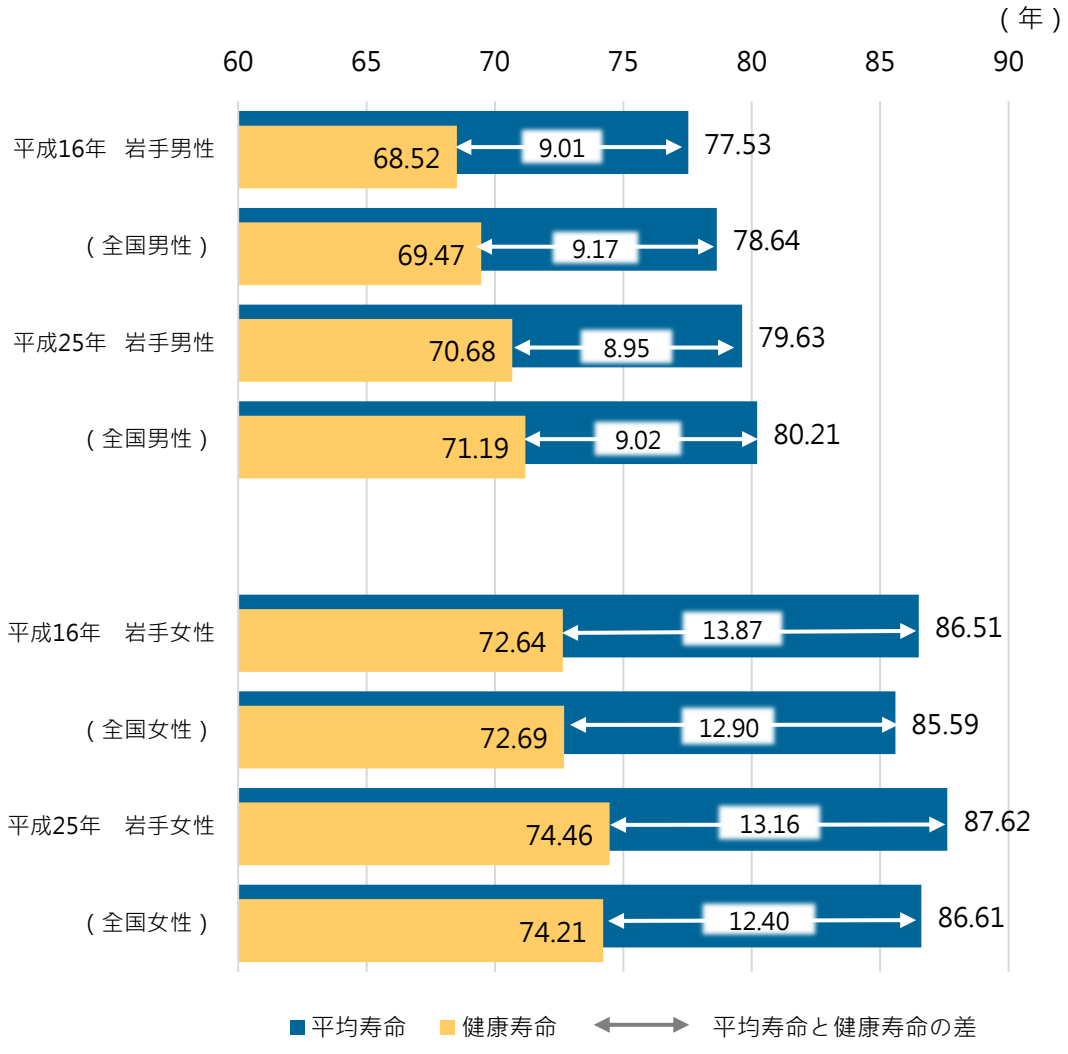
本県の男性は、平均寿命及び健康寿命とも全国より短く、女性は、平均寿命が全国よりも長く、健康寿命はほぼ全国並みに推移しています。

平均寿命と健康寿命の差は、「日常生活に制限のある不健康な期間」を意味しますが、平成 25 年の本県男性は 8.95 年で、全国より「不健康な期間」が短く、女性は 13.16 年で、全国より長くなっています。

健康寿命の延伸は、「平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加」が目指す姿であることから、平均寿命と健康寿命の増加分を年次比較でみると、本県男性は、平均寿命が 2.1 年、健康寿命が 2.16 年で、健康寿命の増加分が僅かながら上回っています。女性は、平均寿命が 1.11 年、健康寿命が 1.82 年で、女性も健康寿命の増加分が上回っています。

平成 29 年 12 月に発表された平成 27 年の全国の平均寿命は、男性が 80.77 歳、女性は 87.01 歳となっています。今後も平均寿命は伸びる予測であり、健康寿命の延伸への取り組みはますます重要になります。

【図表Ⅱ-６】　平均寿命と健康寿命



〔出典〕岩手県統計年鑑／厚生労働省大臣官房統計情報部簡易生命表
厚生労働科学研究補助金「健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究」

4　死因の状況

年齢調整死亡率[注5]からみた死因順位は、全国と本県は同様の傾向を示しており、悪性新生物、心疾患、脳血管疾患の三大死因が上位を占め、第４位が肺炎です。

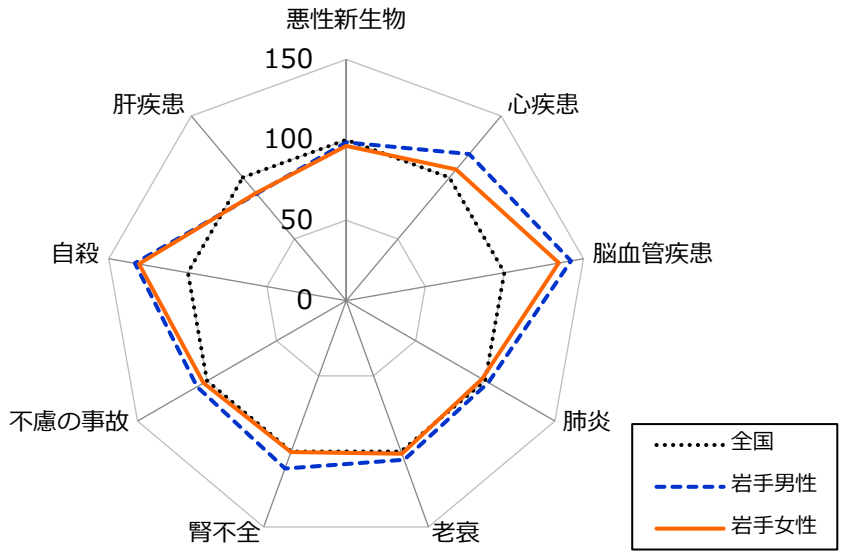
平成 27 年の 75 歳以上の死因は、第１位から第４位までは上記と同様で、第５位が老衰となっています。

【図表Ⅱ-７】年齢調整死亡率からみた死因順位（全年齢／人口 10 万対）

区　分		第１位	第２位	第３位	第４位	第５位
平成７年	全国	悪性新生物	脳血管疾患	心疾患	肺炎	不慮の事故
	岩手県	悪性新生物	脳血管疾患	心疾患	肺炎	不慮の事故
平成 12 年	全国	悪性新生物	心疾患	脳血管疾患	肺炎	不慮の事故
	岩手県	悪性新生物	脳血管疾患	心疾患	肺炎	自殺
平成 17 年	全国	悪性新生物	心疾患	脳血管疾患	肺炎	自殺
	岩手県	悪性新生物	心疾患	脳血管疾患	肺炎	自殺
平成 22 年	全国	悪性新生物	心疾患	脳血管疾患	肺炎	自殺
	岩手県	悪性新生物	心疾患	脳血管疾患	肺炎	自殺
平成 27 年	全国	悪性新生物	心疾患	脳血管疾患	肺炎	自殺
	(再) 75 歳以上	悪性新生物	心疾患	肺炎	脳血管疾患	老衰
	岩手県	悪性新生物	心疾患	脳血管疾患	肺炎	自殺
	(再) *75* 歳以上	悪性新生物	心疾患	脳血管疾患	肺炎	老衰

〔出典〕厚生労働省 人口動態特殊報告

【図表Ⅱ-８】標準化死亡比（SMR）平成20年～平成24年

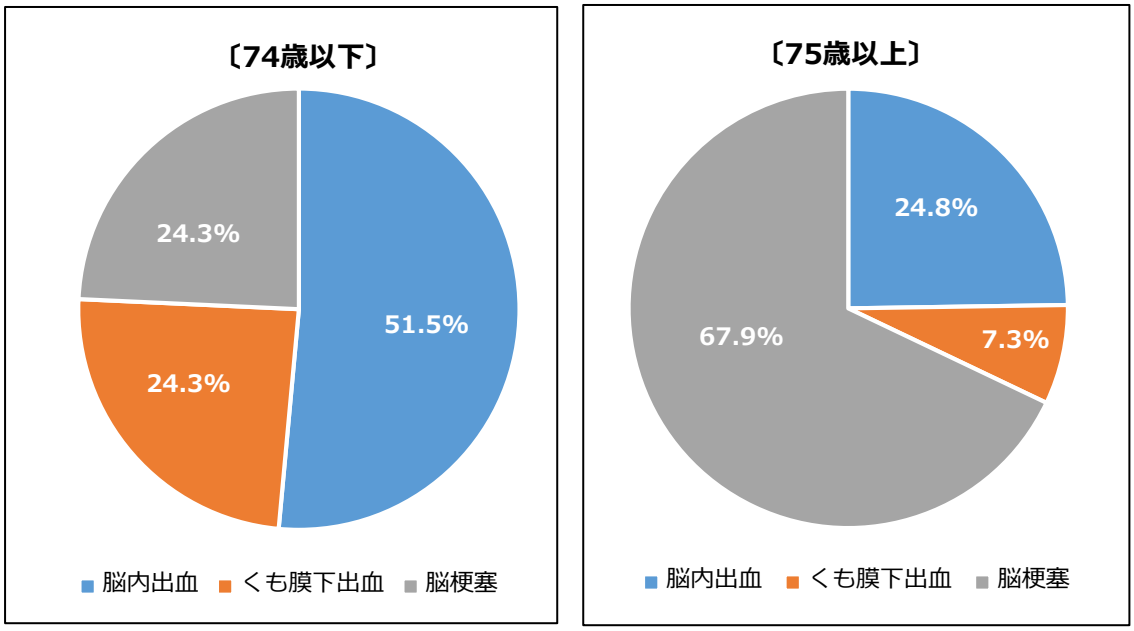


〔出典〕 厚生労働省 人口動態特殊報告　　※不慮の事故は東日本大震災分を除外

図表Ⅱ-8の標準化死亡比（SMR）[注6]による全国との比較では、全国平均の 100 を超える脳血管疾患と自殺の高さが目立っています。脳血管疾患は、男性が 1.4 倍、女性は 1.3 倍と高く、自殺は男女とも 1.3 倍と高くなっています。また、男性の心疾患が約 1.2 倍、腎不全が 1.1 倍と高い様相を示しています。悪性新生物については、男女とも全国平均より僅かに低くなっています。

本県は、脳血管疾患による死亡率が高いことから、脳血管疾患の内訳について図表Ⅱ-9に示しました。脳血管疾患は、脳梗塞・脳内出血・くも膜下出血に大別されますが、74 歳以下と 75 歳以上では、様相が大きく異なっています。74 歳以下は、脳内出血が半数を占めているのに対し、75 歳以上では脳内出血の割合が減少し、脳梗塞が 7 割近くを占めています。

【図表Ⅱ-9】岩手県の死因　脳血管疾患の内訳（平成 27 年）



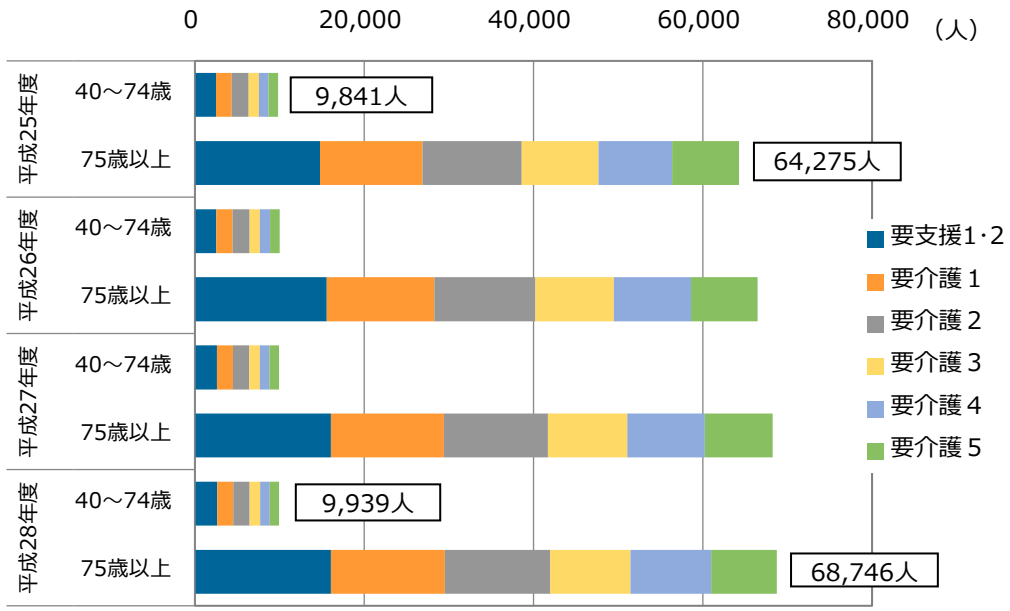
〔出典〕岩手県 平成 27 年保健福祉統計
※脳血管疾患のうち、脳内出血・くも膜下出血・脳梗塞の合計を 100%として計算

5　介護保険との関係

要介護（要支援）認定者の約７割を 75 歳以上が占め、高齢者の増加に比例して認定者も増加し、平成 25 年度からは 4,569 人増加しています。

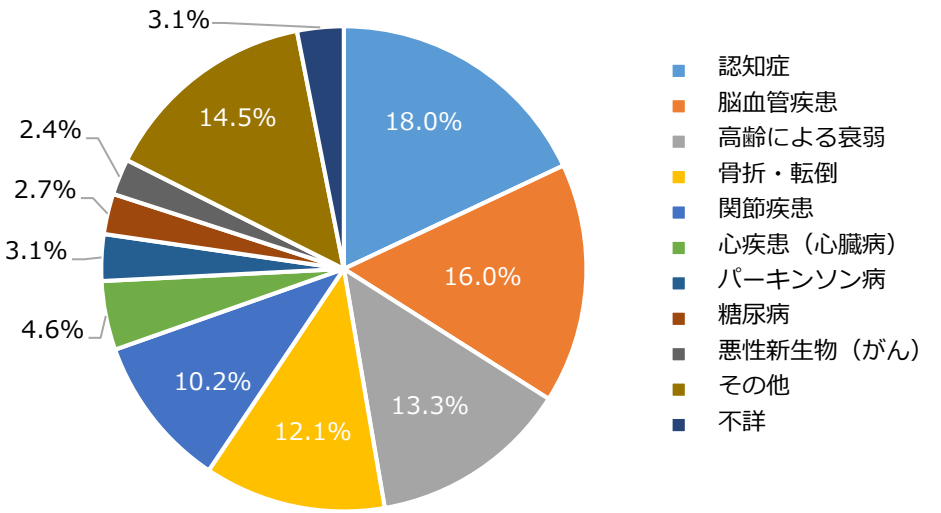
要介護度別では、平成 28 年度状況をみると、比較的軽度の状態にあたる要支援１・２から要介護１までが約４割を占めています。

【図表Ⅱ-10】要介護（要支援）認定者の状況



〔出典〕国保データベース（KDB）システム（平成29年９月現在）

【図表Ⅱ-11】介護が必要になった原因（全国・平成28年）



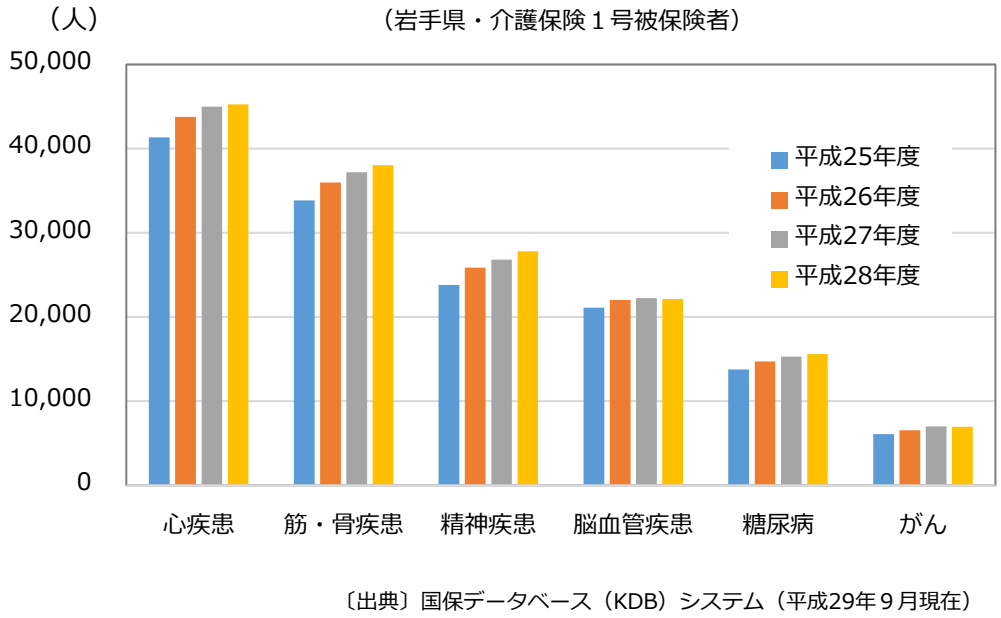
〔出典〕平成28年国民生活基礎調査

図表Ⅱ-11 は、平成 28 年の国民生活基礎調査から「介護が必要になった原因」の全国の状況を示しています。認知症、脳血管疾患、高齢による衰弱が約半数近くを占め、次いで

骨折・転倒及び関節疾患の順に多くなっています。比較的軽度の状態にあたる要支援１・２でみた場合は、関節疾患、骨折・転倒、高齢による衰弱が上位を占めています。

図表Ⅱ-12 は、本県の要介護（要支援）認定者が有する疾患を示しています。心疾患が最も多くなっていますが、高齢者は加齢に伴い動脈硬化が進んでいる場合が多く、それによって血圧も上昇し心臓への負担も大きくなるため、さまざまな心疾患を発症します。要介護（要支援）認定者は、介護が必要になった直接的な原因とともに、さまざまな疾患を複合的に有している場合が少なくありません。

【図表Ⅱ-12】要介護（要支援）認定者の有病状況



〔出典〕国保データベース（KDB）システム（平成29年９月現在）

※疾患は重複あり。また、介護が必要になった原因と異なります。

6　岩手県の特徴

人口動態からみた本県の特徴を、次のようにまとめました。

① 64 歳以下の人口減少により総人口は減少していますが、高齢者人口は増加しています。

② 高齢者人口は、平成 32 年（2020 年）頃まで増加をしたのち減少に転じ、総人口はますます減少すると見込まれています。

③ 高齢化率は、全国予測値の 10 年先と等しく、10 年早く高齢化が進んでいます。

④ 高齢化率の市町村間の格差が大きく、最高値と最低値では２倍以上の開きがあります。

⑤ 男性に比べ女性は長生きですが、「不健康な期間」を長く過ごしています。

⑥ 平均寿命と健康寿命の差では、男女とも健康寿命の増加分が平均寿命の増加分を上回っています。

⑦ 脳血管疾患や心疾患は、死因及び要介護（要支援）者の有病状況からも、健康の阻害要因となっています。

第Ⅲ章　医療費と疾病の状況

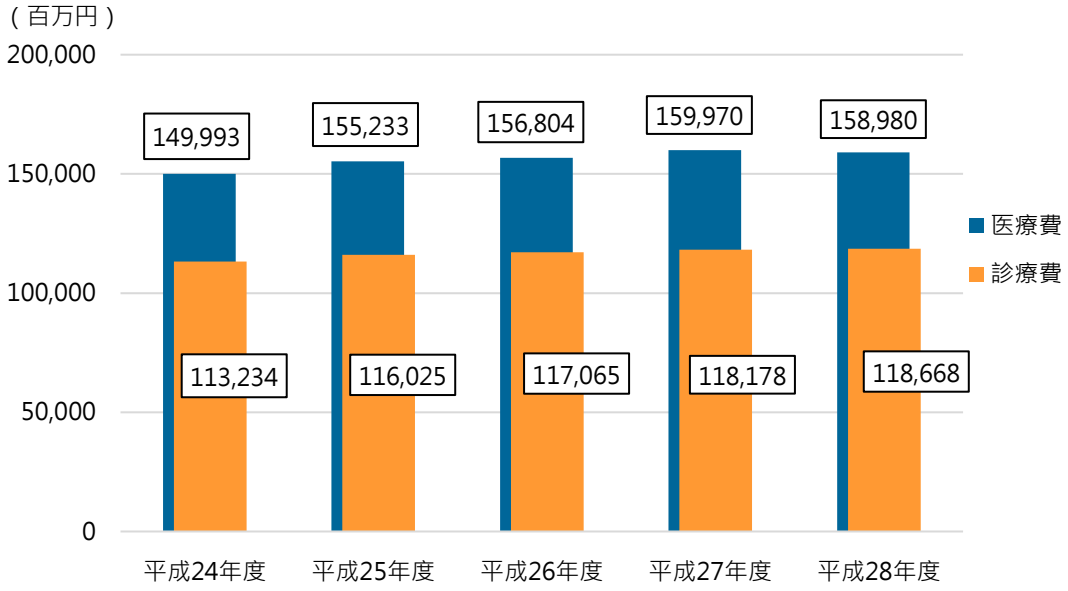
1　岩手県後期高齢者医療費の動向

（1）医療費の推移

医療費の総額は、平成 20 年度から増加し続けてきましたが、平成 28 年度は診療報酬の改定により前年度比 0.6%減の 1,589 億 8 千万円となっています。

医療費総額のうち、診療費が７割以上を占めています。

【図表Ⅲ-１】岩手県後期高齢者の医療費の推移



〔出典〕後期高齢者医療事業状況報告

※「医療費」は、医科・歯科・調剤・訪問看護・その他療養費にかかる総額をいいます。
「診療費」は、医療費のうち医科と歯科にかかる金額の再掲です。

（2）一人当たりの医療費の推移

【図表Ⅲ-２】一人当たり医療費の推移（総額）

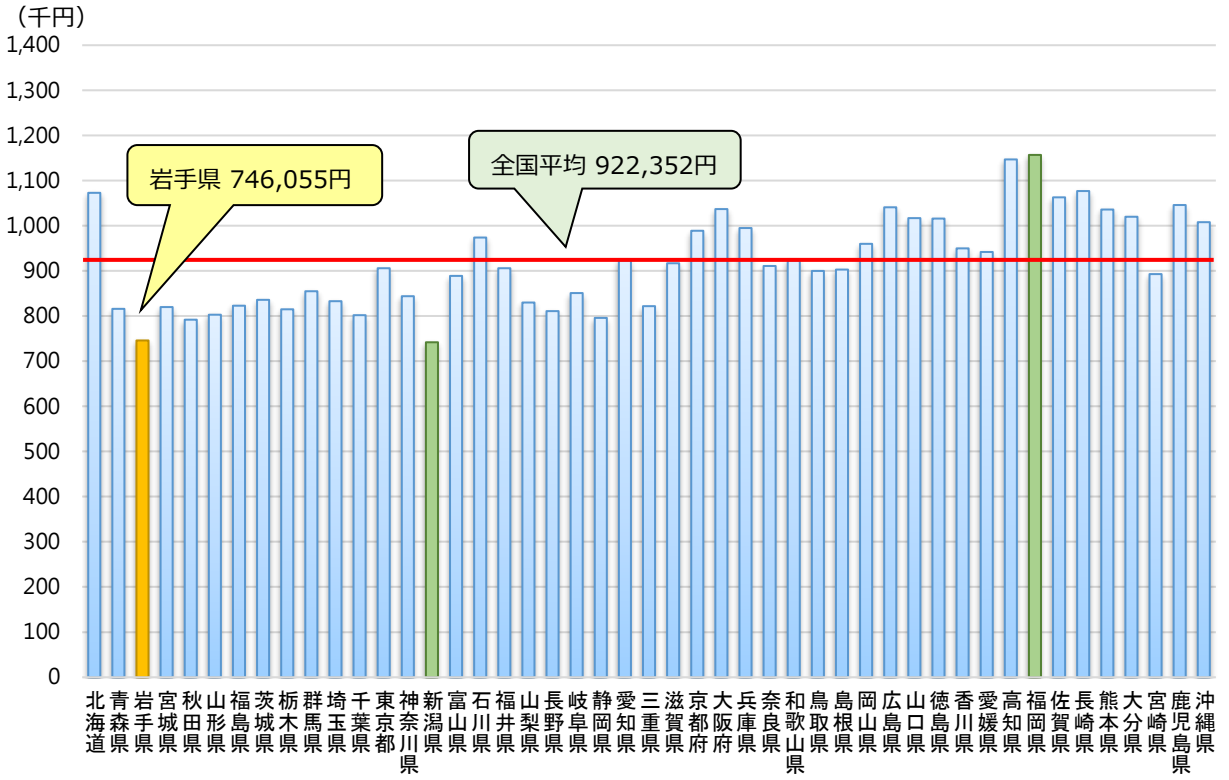
区　分		平成 24 年度	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
医療費（円）	岩手県	741,990	755,759	756,773	762,767	746,055
	全　国	907,497	919,610	923,576	941,240	922,352
伸び率（%） (対前年度比)	岩手県	0.1	1.8	0.1	0.8	△2.2
	全　国	△0.2	1.3	0.4	1.9	△2.0

〔出典〕国民健康保険中央会

一人当たりの医療費も増加を続けていましたが、平成 28 年度は平成 25 年度を下回りました（図表Ⅲ-２）。

一人当たりの医療費の全国比較では、本県は全国平均より約 17 万円少なく、最も低い新潟県に次ぐ低さとなっています。最も医療費が高いのは、福岡県です（図表Ⅲ-３）。

【図表Ⅲ-３】都道府県別の一人当たり医療費（平成28年度）



〔出典〕国民健康保険中央会

一人当たりの医療費の内訳は、入院は平成 25 年度を境に低下傾向で推移しており、入院外は増減の波がある中で平成 28 年度は前年度を下回っています。歯科は、僅かずつ上昇傾向にあります。診療費以外は、平成 28 年度は前年度を下回っており、診療報酬改定の影響を受けている様相がみえています。

【図表Ⅲ-４】一人当たりの医療費内訳の推移　（円）

区　分			平成 24 年度	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
診療費	医　科	入　院	327,355	328,550	328,242	323,545	322,330
		入院外	210,504	213,232	212,551	215,469	211,984
	歯　科		23,868	24,247	24,816	25,288	25,097
診療費以外			183,311	192,167	193,543	201,578	191,610
合　計			745,038	758,196	759,152	765,880	751,021

〔出典〕後期高齢者医療事業状況報告

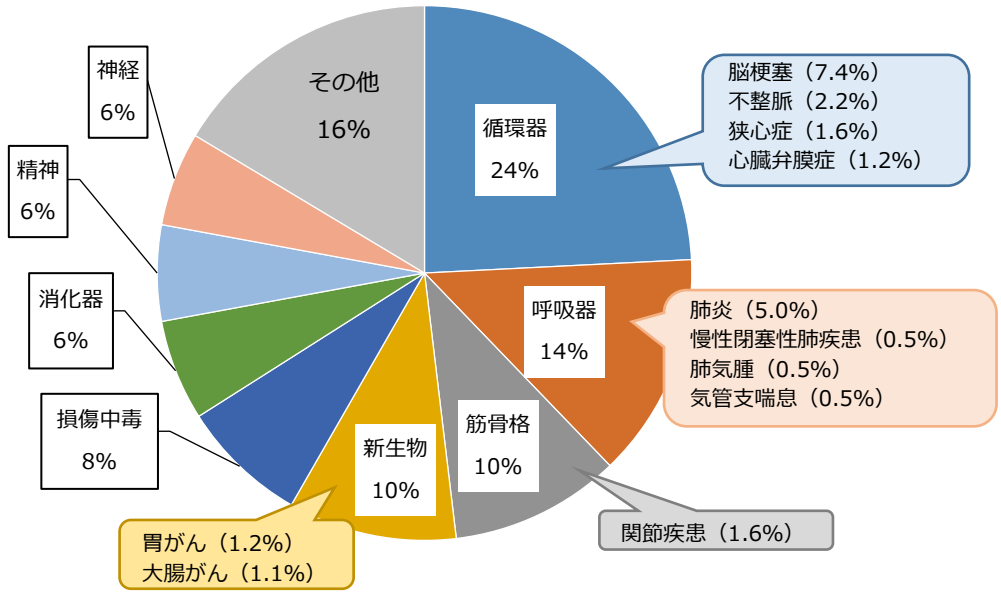
2　疾病状況

平成 28 年度の入院及び入院外医療費の状況をみると、入院では、循環器、呼吸器の順に高く、疾病では、脳梗塞と肺炎の割合が高くなっています。

入院外でも循環器は最も高く、筋骨格、尿路性器と続きます。疾患別では、高血圧、糖尿病、腎不全で透析ありの順に高くなっています。

【図表Ⅲ-５】大分類別医療費（医科：入院）～平成28年度～

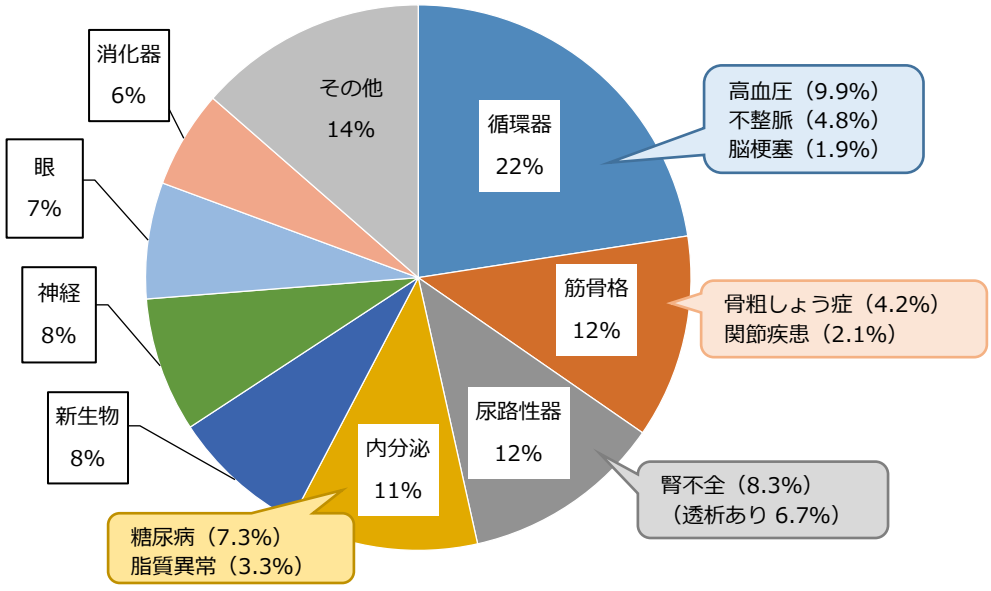
※入院医療費全体を100%として計算



〔出典〕国保データベース（KDB）システム（平成29年９月現在）

【図表Ⅲ-６】大分類別医療費（医科：入院外）～平成28年度～

※入院外医療費全体を100%として計算



〔出典〕国保データベース（KDB）システム（平成29年９月現在）

入院及び入院外医療費の合計に占める疾患別の割合では、高血圧症が経年的に高く、次いで脳梗塞、慢性腎不全（透析あり）、糖尿病が上位を占めています（図表Ⅲ-７）。

生活習慣病全体のレセプト分析でみても、高血圧症や脳血管疾患等の生活習慣病保有者は、被保険者全体の７割を超え、中でも高血圧症の多さが際立っています。また、人工透析については、人数は少ないものの医療費では常に上位にあり、一人当たりにかかる医療費の高さが見てとれます（図表Ⅲ-８）。

【図表Ⅲ-７】入院及び入院外医療費の合計に占める疾病別割合の推移

順位	平成 26 年度		平成 27 年度		平成 28 年度	
	疾病	割合（%）	疾病	割合（%）	疾病	割合（%）
1 位	高血圧症	6.6	高血圧症	6.1	高血圧症	5.5
2 位	脳梗塞	5.4	脳梗塞	4.9	慢性腎不全（透析あり）	4.8
3 位	慢性腎不全（透析あり）	4.7	慢性腎不全（透析あり）	4.7	脳梗塞	4.4
4 位	糖尿病	4.2	糖尿病	4.3	糖尿病	4.3
5 位	関節疾患	3.2	不整脈	3.2	不整脈	3.6
6 位	肺炎	2.9	関節疾患	3.1	関節疾患	3.2
7 位	骨折	2.9	骨粗しょう症	2.8	骨粗しょう症	2.9
8 位	不整脈	2.8	骨折	2.7	骨折	2.8
9 位	骨粗しょう症	2.3	肺炎	2.6	肺炎	2.4
10 位	前立腺がん	1.9	前立腺がん	2.1	前立腺がん	2.0

〔出典〕国保データベース（KDB）システム（平成 29 年９月現在）

※入院及び入院外医療費の合計を 100%として計算

【図表Ⅲ-８】生活習慣病全体のレセプト分析

区分		平成 26 年５月		平成 27 年５月		平成 28 年５月		平成 29 年５月	
		人数	割合（%）	人数	割合（%）	人数	割合（%）	人数	割合（%）
生活習慣病保有者		148,653	73.7	151,638	74.5	155,134	75.0	157,113	74.8
再掲	高血圧症	106,560	71.7	109,822	72.4	112,337	72.4	113,536	72.3
	脳血管疾患	40,243	27.1	41,576	27.4	42,132	27.2	42,049	26.8
	糖尿病	40,435	27.2	41,936	27.7	43,502	28.0	44,805	28.5
	虚血性心疾患	25,711	17.3	25,954	17.1	25,873	16.7	25,593	16.3
	人工透析	811	0.5	853	0.6	903	0.6	931	0.6

〔出典〕国保データベース（KDB）システム（平成 29 年９月現在）

※ 生活習慣病保有者の割合(%)：被保険者数に占める割合

※ 再掲の割合(%)：生活習慣病に占める疾患別の割合（疾患別人数は重複あり）

3　医療費と疾病の特徴

高齢者は、加齢により高血圧リスクが高まるため、高血圧症保有者及び医療費の割合が高くなることは否めません。むしろ適切な治療により血圧をコントロールすることは、重症化予防の視点からは必要な状況といえます。

脳血管疾患のレセプト分析では、脳血管疾患対象者の約８割が高血圧症を保有しており、高血圧症は単独または他の因子と重なることで血管に大きなダメージを与え脳血管疾患の発症リスクを高めることから、高齢者の脳血管疾患の予防には高血圧症の管理が重要です。

【図表Ⅲ-９】脳血管疾患のレセプト分析

区分		平成 26 年５月		平成 27 年５月		平成 28 年５月		平成 29 年５月	
		人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)
脳血管疾患対象者		40,243	19.9	41,576	20.4	42,132	20.4	42,049	20.0
再掲	高血圧症	31,851	79.1	33,198	79.8	33,846	80.3	33,781	80.3
	虚血生心疾患	7,872	19.6	8,008	19.3	7,907	18.8	7,684	18.3
	糖尿病	11,961	29.7	12,574	30.2	12,962	30.8	13,212	31.4
	脂質異常症	18,590	46.2	19,781	47.6	20,479	48.6	20,868	49.6

〔出典〕国保データベース（KDB）システム（平成 29 年９月現在）

※ 脳血管疾患対象者の割合(%)：被保険者数に占める割合

※ 再掲の割合(%)：脳血管疾患に占める疾患別の割合（疾患別人数は重複あり）

人工透析のレセプト分析では、人工透析対象者は年々増加しており、糖尿病の重症化による移行が約４割を占めています。人工透析対象者の一人当たり医療費の高さや人工透析に移行した場合の身体的負担及び日常生活への制限等生活の質を考慮すると、重症化を防止し人工透析に移行させないことが重要です。

【図表Ⅲ-10】人工透析のレセプト分析

区分	平成 26 年５月		平成 27 年５月		平成 28 年５月		平成 29 年５月	
	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)
人工透析対象者	811	0.4	853	0.4	903	0.4	931	0.4
(再) 糖尿病	352	43.4	349	40.9	386	42.7	400	43.0

〔出典〕国保データベース（KDB）システム（平成 29 年９月現在）

※ 人工透析対象者の割合(%)：被保険者数に占める割合

※ 再掲の割合(%)：人工透析に占める糖尿病の割合

次に、図表Ⅲ-11 の新規人工透析導入者の状況をみると、毎年度 280 人前後で推移しています。適切な治療を受けずに糖尿病を放置した場合、糖尿病の発症から 20 年～30 年で

腎不全に進行するケースが多いと言われていることからも、若い年代からの糖尿病の管理が大変重要であり、また、後期高齢者においては、糖尿病の重症化を防止することが重要です。

【図表Ⅲ-11】新規人工透析導入者の状況　（人）

年齢	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
64 歳～69 歳	74	56	68	64
70 歳～74 歳	35	30	19	28
小計	109	86	87	92
75 歳～79 歳	91	83	87	94
80 歳～84 歳	55	57	62	53
85 歳～89 歳	26	43	35	33
90 歳～94 歳	6	4	10	9
95 歳～99 歳	2	0	0	0
100 歳以上	0	0	0	0
小計	180	187	194	189
合計	289	273	281	281

〔出典〕岩手県後期高齢者広域連合　特定疾病新規認定者

※後期高齢者医療制度での人工透析による特定疾病新規認定者の人数で、前保険者での認定は考慮していません。

※年齢は認定時点での年齢であり、障害認定による申請は 64 歳の場合があります。

第Ⅳ章　これまでの取り組みと評価及び課題

1　事業の概要

第１期計画では、次の事業について取り組みを行いました。図表Ⅳ-１は事業の概要について、それぞれの事業の実施状況と評価及び課題は次ページからとなります。

【図表Ⅳ-１】事業の概要

事業名	開始	事業の目的	事業の概要	記載ページ
後期高齢者健康診査事業	平成20年度	健康の保持・増進及び生活習慣病等の早期発見による重症化予防を図ります。	全被保険者を対象に、広域連合と市町村との共同による実施。実施方法等は、各市町村の定めによります。	18
歯科健康診査事業	平成22年度	口腔機能の低下や歯周病を起因とする疾病の予防及び重症化の予防を図ります。	前年度 75 歳の誕生日を迎えた被保険者を対象に、広域連合と市町村との共同による実施。実施方法等は、各市町村の定めによります。	24
長寿・健康増進事業	平成21年度	市町村等が主体となって実施する被保険者の健康増進を図る取り組みの推進を図ります。	市町村等が主体となって実施する被保険者の健康増進を図る取り組みに対し、経費の助成を行います。	26
医療費通知事業	平成20年度	後期高齢者医療制度への理解を深め、医療費の適正化を図ります。	被保険者ごとに１年間分の医療費の金額を被保険者に通知し、医療費節減に効果のある健康づくりや適正受診の啓発に関する情報提供を行います。	27
健康増進啓発(広報等)事業	平成22年度	被保険者の健康意識の啓発を図ります。	新聞やテレビなどのメディア等を通じて、被保険者の健康増進のための情報を発信します。	28
重複・頻回受診者訪問指導事業	平成22年度	適正受診を促し、医療費の適正化を図るとともに、健康づくりの意識啓発を図ります。	同一疾病で一定数以上の受診がある重複受診者や、１か月に同じ医療機関を一定数以上受診している頻回受診者等に対し、適正受診を促すとともに、薬に頼らず食事や運動等の健康づくりへの意識啓発を図るため、保健師等による訪問指導を行います。	29
生活習慣病重症化予防事業	平成28年度	疾病の重症化や発症リスクの高い患者の早期発見と、適切な受診を促し重症化の防止を図ります。	健診結果から、腎不全や人工透析へ移行する可能性が高い者に対し、適切な医療につながるよう通知の送付による受診勧奨を行います。	30
長期未受診者訪問等事業	平成29年度	受療中断による重症化や低栄養状態等からの要介護状態への移行防止を図ります。	健診結果から、低栄養傾向にある者に対し、管理栄養士等が訪問による栄養指導を行い、低栄養状態の改善を図ります。	33

2　後期高齢者健康診査事業

（1）実施状況

後期高齢者健康診査（以下「健診」という。）は、岩手県後期高齢者医療広域連合後期高齢者健康診査事業実施要綱に基づき、構成市町村と健診の共同実施に関する協定を締結し実施しています。

健診受診者は増加しており、対象者数からみた受診率は目標値を超えています。全国平均との比較でも、本県は高い状況にあります。

【図表Ⅳ-２】　後期高齢者健康診査　受診状況の推移

区分		平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
対象者数（人）　（※1）		113,866	112,815	115,462	118,287
受診者数（人）　（※2）		44,359	45,841	50,532	51,816
受診率（%）		38.9	40.6	43.7	43.8
第１期計画の目標値（%）		－	－	40.0	42.5
受診率比較（※3）	岩手県	20.9	21.6	24.1	23.9
	全国	16.8	18.3	20.6	21.2

〔出典〕岩手県後期高齢者医療広域連合

（※1）除外対象者を除外した人数

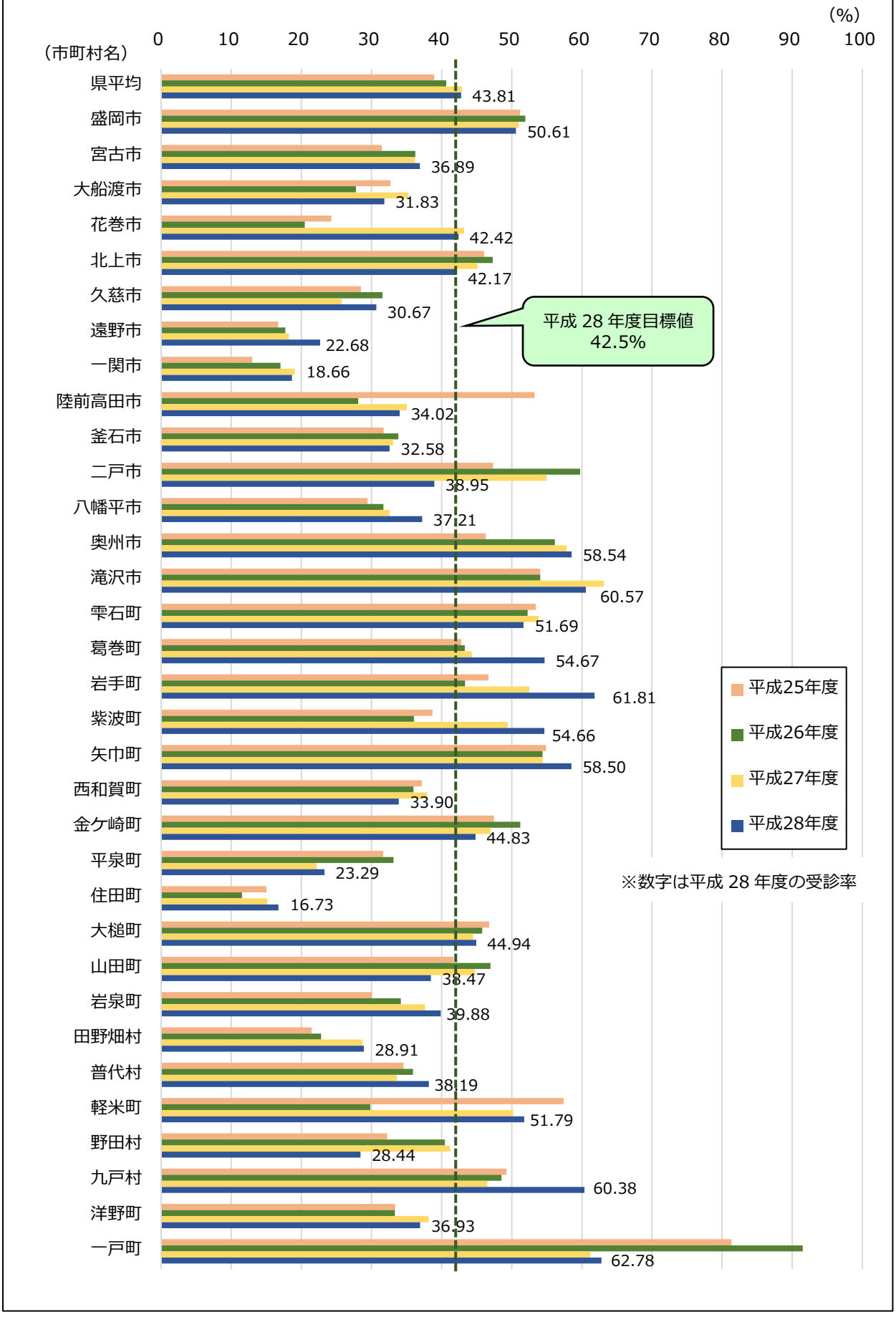
（※2）受診者数には人間ドック受診者を含む

（※3）被保険者数からみた受診率〔出典：国保データベース（KDB）システム〕

図表Ⅳ-３に示す市町村別受診率の平成 28 年度状況をみると、13 市町村が目標値を超え、半数以上の市町村は目標値以下でした。受診率の市町村格差が大きく、最高値が 62.8%に対し、最低値は 16.7%と 46 ポイントの開きがあります。

年次推移を追ってみると、受診率が高い市町村は経年的に高く、低い市町村は経年的に低い傾向にあることから、平成 29 年度は受診率の低い２市町に対し聞き取りを行いました。その結果、除外対象者の捉え方と除外者数への反映が不十分であったことや、集団健診の実施期間と実施会場の面で利便性向上への工夫が必要であること等を確認しています。

【図表Ⅳ-３】 後期高齢者健康診査 市町村別受診率の推移



（２）健診結果

図表Ⅳ-４は、平成 28 年度健診結果とレセプトの突合から、判定値の重症度により指導レベルを階層化したものです。このうち、（A）受診勧奨判定値のうち重症度の高いレベルありの 238 人は、医療受診を勧める必要がある者です。その内容（図表Ⅳ-5）は、血圧が最も多く、脂質、腎機能、血糖などが指摘されています。

また、同じく重症度の高いレベルにある（B）の 7,001 人は、生活習慣病を有し医療機関を受診中ではあるものの健診結果では重症度が高いレベルの判定であった者です。内容（図表Ⅳ-5）は、血圧、腎機能、血糖が多くなっています。

健診未受診者のうち医療を受けていない（C）未受診者は、被保険者全体の 4.7%にあたる 9,871 人です。

【図表Ⅳ-４】 平成 28 年度 後期高齢者健康診査結果の判定状況

<table>
<tr><td rowspan="8">健診対象者
211,686 人</td><td rowspan="6">健診受診者
51,112 人</td><td rowspan="3">医療未受診者
1,185 人</td><td rowspan="2">受診勧奨判定値あり
778 人</td><td>（A）
受診勧奨判定値のうち
重症度の高いレベルあり
238 人</td></tr>
<tr><td>受診勧奨判定値のうち
重症度の高いレベルなし
540 人</td></tr>
<tr><td>受診勧奨判定値なし
407 人</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="3">医療受診者
（生活習慣病）

47,224 人</td><td rowspan="2">受診勧奨判定値あり
28,469 人</td><td>（B）
受診勧奨判定値のうち
重症度の高いレベルあり
7,001 人</td></tr>
<tr><td>受診勧奨判定値のうち
重症度の高いレベルなし
21,468 人</td></tr>
<tr><td>受診勧奨判定値なし
18,755 人</td><td></td></tr>
<tr><td>医療受診者
（その他）
2,703 人</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">健診
未受診者
160,574 人</td><td>医療受診者
（150,703 人）
のうち
生活習慣病保有者
144,588 人</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>（C）未受診者
9,871 人</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

〔出典〕国保データベース（KDB）システム（平成 29 年 11 月現在）

※平成 29 年 3 月末にレセプトが存在する者を「医療受診者」、存在しない者を「医療未受診者」として計上しています。

【図表Ⅳ-５】 （A）・（B）受診勧奨判定値のうち重症度の高いレベルありの内容 （人）

区分	実人数	血圧	脂質	腎機能	血糖	肝機能	尿酸	貧血
A	238	168	46	25	17	6	6	4
B	7,001	2,951	512	2,393	1,259	176	170	293

（重複あり）

【参考】受診勧奨判定値のうち重症度の高いレベルの基準値

項目		基準値
血糖	空腹時血糖	≧140 mg/dl
	ヘモグロビン A1c	≧7.4 %
血圧	収縮期血圧	≧160 mmHg
	拡張期血圧	≧100 mmHg
脂質	LDL コレステロール	≧180mg/dl
	中性脂肪	≧1000mg/dl
肝機能	GOT	≧101ＩU/L
	GPT	≧301ＩU/L
	γ－GTP	≧301ＩU/L
貧血	血色素	男性 10.1ｇ/dl　女性 9.1ｇ/dl
腎機能	尿蛋白	≧２＋
	eGFR	＜40
尿酸	尿酸	≧9.0

〔出典〕国保データベース（KDB）システム

【図表Ⅳ-６】（A）受診勧奨判定値のうち重症度が高いレベルにある者の状況 （人）

市町村名	重症度の高いレベルの人数	医療機関を受診した者	市町村名	重症度が高いレベルの人数	医療機関を受診した者
盛岡市	21	5	紫波町	8	1
宮古市	11	1	矢巾町	1	0
大船渡市	7	0	西和賀町	1	1
花巻市	28	4	金ケ崎町	2	1
北上市	10	0	平泉町	1	1
久慈市	8	1	住田町	1	0
遠野市	2	0	大槌町	3	2
一関市	29	3	山田町	2	0
陸前高田市	8	0	岩泉町	8	2
釜石市	15	0	田野畑村	2	0
二戸市	7	2	普代村	1	0
八幡平市	6	0	軽米町	0	0
奥州市	19	1	野田村	1	0
滝沢市	6	0	九戸村	0	0
雫石町	21	9	洋野町	1	0
葛巻町	2	1	一戸町	4	1
岩手町	2	1	合計	238	37

〔出典〕重症度の高いレベルの人数：国保データベース（KDB）システム

医療機関を受診した者：平成 29 年９月現在のレセプト情報から広域連合が計上

（A）受診勧奨判定値のうち重症度の高いレベルにある者の市町村別人数とその後の受診状況では、平成 29 年９月現在のレセプト情報から 37 人（受診率 15.5%）の受診が確認できました（図表Ⅳ-６）。

（3）実施評価と課題

図表Ⅳ-２で示した健診受診率では、目標値を超えて推移しており、後期高齢者医療制度の開始当初に比べ２倍に増加しました。全国平均との比較でも、全国を上回る水準となっています。平成 29 年度は、目標値をやや下回る見込みです。

市町村間の受診率格差の是正については、直ぐに改善の効果が期待できるものと市町村の事情により短期間での改善が難しい内容もあるため、広域連合は、今後も市町村の事情を把握しつつ、市町村に対してできる支援を一緒に考えていく必要があります。

次に、計画策定にあたり、広域連合が市町村を対象に実施した、「高齢者を対象とした保健事業及び介護予防事業に係る調査」（以下「調査」という。）を踏まえ、健診結果の通知方法や医療受診が必要な「要受診者」への勧奨方法等のあり方について考察します。

市町村の健診体制は、個別健診が２市町、集団健診が 30 市町村、個別健診と集団健診の併用が１市です。図表Ⅳ-７は、集団健診を実施している 31 市町村の状況をまとめたものです。

【図表Ⅳ-７】高齢者を対象とした保健事業及び介護予防に係る調査

項　目	内　容	市町村数
結果説明会の開催	開催あり	11
	開催なし	20
結果通知と説明の方法	郵送のみ	17
	結果は郵送し結果説明会で説明を行っている	9（重複あり）
	結果は郵送し地区健康相談で説明を行っている	4（重複あり）
	結果説明会で結果を渡し説明を行っている	2
要受診者への勧奨方法	郵送	16
	結果は郵送し電話で受診勧奨を行っている	8
	訪問により結果説明と受診勧奨を行っている	7

〔出典〕岩手県後期高齢者医療広域連合

健診結果は、29 市町村が郵送による通知を行っています。郵送は、結果を速やかに通知するためには効率的な方法ですが、通知内容の理解が困難な高齢者もいることを想定し、個別に説明を受ける機会の提供も必要です。結果説明会等の開催によりそうした機会を設けている市町村は 14 市町村で、17 市町村は郵送による通知のみとなっています。

また、医療機関への受診が必要な「要受診者」に対しては、電話での受診勧奨が８市町村、訪問による受診勧奨は７市町村でした。市町村の指導対象者と図表Ⅳ-６の「重症度の高いレベルの者」が一致しているかは情報の共有を行っていないため不明ですが、医療機関を受診した者の割合が 15.5%と低く、受診者の中には疾病を発症し受診に至った者もおり、健診結果があまり活かされていない状況が推測されます。

健診結果を理解し受診行動につながるためには、理解度に応じた動機付けが必要であり、結果説明会や訪問等による個別対応が理想であることから、今後は同方法での実施が増えることが望まれます。

また、健診結果を活用した重症化予防への取り組みを進めるにあたっては、対象者の選定や指導後の評価方法を標準化し、市町村との情報共有を図る必要があります。情報共有には全市町村が配備している国保データベース（ＫＤＢ）システムの活用が最も有効ですが、調査では「KDB システムをよく活用している」と回答した市町村は約３割であり、今後は全市町村に活用を促し、情報の共有と階層化による指導の優先順位を意識した取り組みを進めることが必要です。

3　歯科健康診査事業

（1）実施状況

歯科健康診査（以下「歯科健診」という。）は、岩手県後期高齢者医療広域連合歯科健康診査事業実施要綱に基づき、構成市町村と歯科健診の共同実施に関する協定書を締結し実施しています。

歯科健診は、平成 22 年度から開始し、平成 25 年度までは生活習慣病との相関に着目し、脳血管疾患、糖尿病、心疾患のり患者を対象として試行的に実施しましたが、平成 26 年度からは、口腔機能に係る所見の早期発見と口腔機能維持の早期からの動機付けのために、前年度 75 歳を迎えた被保険者を対象者として実施しています。

歯科健診の受診率は、平成 26 年度に対象者の見直しを行ったことにより受診率は上昇しましたが、以降は伸び悩んでおり目標値には達していません。

【図表Ⅳ-８】歯科健康診査 受診状況の推移

区分	平成 24 年度	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
対象者数（人）	8,602	4,804	14,556	13,209	14,463
受診者数（人）	459	206	1,671	1,192	1,482
受診率（%）	5.3	4.2	11.4	9.0	10.2
目標値（%）	–	–	–	12.0	14.0

〔出典〕岩手県後期高齢者医療広域連合

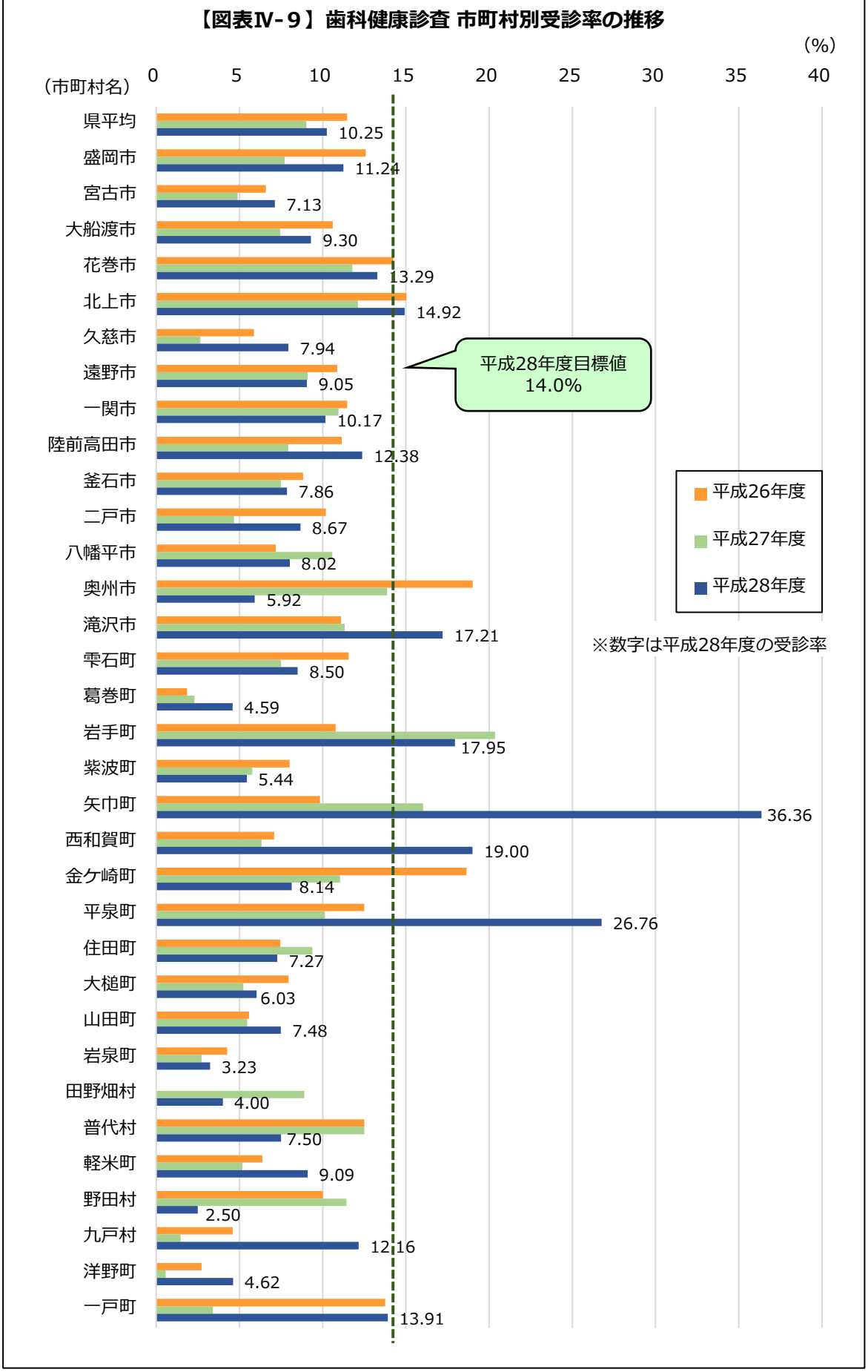
（2）実施評価と課題

75 歳の節目に歯科健診を受けることは、フレイルや重症化予防の観点から重要であり、今後も現行の対象者で実施していくことが望ましいと考えます。また、受診率の向上については、今後も引き続き取り組みの強化を図る必要があります。

図表Ⅳ-９の市町村別受診率の推移をみると、平成 28 年度の受診率が前年度比２倍と急激な伸びを示している市町村があります。対象者数（母数）の差異はありますが、当該市町村の受診者は２倍に増加しており、個別通知や広報掲載の工夫、健診医療機関へポスターを掲示する等の周知に努めています。広域連合は、こうした好事例や市町村の取り組みを集約し、各市町村が事業に活かせるよう情報提供していくことが重要です。

また、歯科健診に関心を持ち受診行動につなげるためには、75 歳以前の歯科健診への関心や受診意欲が重要であり、市町村が実施する成人歯科健診と後期高齢者の歯科健診とを連動させ、生涯を通じた歯科健診の重要性が伝わるような周知方法の検討等、受診者を増やすための取り組みを強化していくことが重要です。

【図表Ⅳ-９】歯科健康診査 市町村別受診率の推移



4　長寿・健康増進事業

（1）実施状況

市町村等が主体となって実施する被保険者の健康増進を図る次の取り組みに対し、市町村等からの申請を受けて費用の助成を行い、取り組みの推進を図りました。

【図表Ⅳ-10】長寿・健康増進事業実施市町村及び団体数の推移

区　分	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
運動・健康施設等の利用助成	2	3	3	3	3
スポーツ大会等への助成	1	2	1	1	1
健康教育・健康相談事業	1	1	1	2	2
人間ドック利用助成事業	10	10	11	11	11
健康診査事業（追加項目の実施）	4	3	4	4	6
その他必要と認められる事業（※）	1	1	0	0	0
実施市町村等（延数）	19	20	20	21	23
（再）実施市町村（実数）	11	11	13	13	14

※長寿歯科健康診査事業

（2）実施評価と課題

実施市町村に偏りがあり、事業を活用したあらたな取り組みを行う市町村が増えていないのが実情です。平成 30 年度からは、国においては補助内容の見直しが図られる予定であり、特定の被保険者が利用する事業からより広い範囲の被保険者が活用することを意図とした内容にシフトしていく傾向にあります。

今後、当該事業の活用を促すにあたっては、事業の活用事例の紹介を行う等により、活用しやすい事業体系で有意義に活用してもらえるよう工夫をし、周知徹底を図ることが重要です。

また、調査によると、各市町村の保健事業担当部署において、生活習慣病の予防や健康づくりをテーマとした健康教育、低栄養やロコモティブシンドローム[注7]予防を目的とした教室等ポピュレーションアプローチが実施されており、介護予防担当部署においても、「介護予防･日常生活支援総合事業」により、高齢者を対象とした介護予防事業を様々な形で実施されています。

5　医療費通知事業

（1）実施状況

広域連合が保有するレセプトデータを活用し、年１回、被保険者ごとの過去１年間に保険診療を受けた医療費の通知を作成し、被保険者に送付しました。

被保険者の増加に伴い、送付数も増えています。

【図表Ⅳ-11】医療費通知件数の推移

年度	送付数
平成 25 年度	193,006　件
平成 26 年度	195,425　件
平成 27 年度	197,414　件
平成 28 年度	200,232　件
平成 29 年度	203,441　件

（2）実施評価と課題

誰もが安心して医療にかかることができる「国民皆保険制度」が今後も安定的に維持されるためには、被保険者が制度を上手に利用することが重要です。

医療費通知は、こうした視点に立ち制度の理解を深める機会として、また、被保険者が医療の利用の仕方や健康づくりを意識する機会として有効であることから、今後も継続して実施していく必要があります。

なお、本事業は、「第３次広域計画」の位置づけに準じ、今後は「医療費適正化の取り組み」の中で実施評価を行います。

6　健康増進啓発（広報等）事業

（1）実施状況

広域連合が実施主体となり、被保険者の健康づくり意識の啓発を図るため、次の内容を実施しました。

平成 27 年度までは、主にメディアを通じた健康情報の提供を行い、さらに、毎年度、新たに後期高齢者医療制度に加入した被保険者を対象に、制度の概要や健康づくりに関する内容を網羅した「健康づくりのしおり」を作成し送付しました。

【図表Ⅳ-12】健康増進啓発（広報）事業の実施内容

年　度	内　容
平成 24 年度	■テレビ番組の製作・放送 ・番組タイトル：「元気がイチバン！」 ・放送時期：平成 25 年３月（計４回シリーズで放送） ・内容：生活不活発病予防をテーマに、軽スポーツの紹介等 ■健康づくりのしおり 18,000 部作成し、新規資格取得者へ送付
平成 26 年度	■テレビ CM：30 秒／200 本・120 秒／40 本 ラジオ CM：30 秒／200 本・５分／10 本・30 分／１本 ■新聞：記事体広告 10 段及び記事下広告から５段 ■広報誌：広報誌やポスターを関係機関あて送付（県内 2,176 か所） ■健康づくりのしおり 18,000 部作成し、新規資格取得者へ送付
平成 27 年度	■テレビ番組の製作・放送 ・番組タイトル：「元気が一番通信」 ・放送時期：平成 27 年 10 月（２回）／平成 27 年 12 月（１回）／ 平成 28 年２月（２回） ・内容：健康診査受診啓発、口腔内の衛生向上、高齢期の運動、低栄養の予防と冬の入浴法、室内でできる運動の紹介等 ■健康づくりのしおり 18,000 部作成し、新規資格取得者へ送付
平成 28 年度	健康づくりのしおり 18,000 部作成し、新規資格取得者へ送付
平成 29 年度	健康づくりのしおり 18,000 部（見込み）作成し、新規資格取得者へ送付

（2）実施評価と課題

今後も制度の周知や健康づくりへの意識啓発は重要であり、継続的な取り組みが必要です。

7　重複・頻回受診者訪問指導事業

（1）実施状況

市町村への委託は「手上げ方式」とし、受託可能な市町村からの申し出により委託を行っていますが、受託市町村は年々減少の傾向にあります。

【図表Ⅳ-13】重複・頻回受診者訪問指導事業委託状況

年度	委託市町村	訪問人数	改善率	効果額（※）
平成 25 年度	花巻市・滝沢市・岩手町	82 人	30.5%	28,671 円
平成 26 年度	花巻市・滝沢市・岩手町・住田町	101 人	47.1%	78,663 円
平成 27 年度	花巻市・岩手町	23 人	60.9%	17,686 円
平成 28 年度	花巻市	26 人	76.9%	49,587 円
平成 29 年度	花巻市	22 人 (見込み数)		

（※）１人１か月当たりの額

（２）実施評価と課題

第１期計画では、平成 27 年度の委託見込みを３市町としていましたが、結果は２市町に留まり、平成 28 年度からは１市のみとなりました。

実施市町村が多い年度は実績も上がっており、受託市町村を増やすことは重要ですが、受託した場合の事務量の増大や訪問指導を実施する保健師等の専門職の人員不足等から、受託市町村を増やすことは難しい状況になっています。今後の安定的かつ効率的な事業運営のためには、訪問指導実施者の確保が重要な課題となっています。

本事業は、「第３次広域計画」においては、「医療費適正化の取り組み」の位置づけですが、重複・頻回受診者が抱える健康上の問題については、個別的な対応による健康の維持管理への助言が必要であることから、保健事業の中でも取り組みを継続します。

8　生活習慣病重症化予防事業

（1）実施状況

平成 28 年度から、糖尿病リスクが高い未治療及び治療中断者の症状悪化による腎不全からの人工透析への移行を防止するため、「糖尿病性腎症重症化予防事業」として開始しました。

【平成 28 年度】

平成 27 年度健診結果から、次の抽出条件に該当する者の中からリスクが 2 つ以上重複する重症度の高い者を抽出し、さらに、レセプト情報により糖尿病治療中の者を除外し、対象者として選定しました。

◆**抽出条件**（次の条件に該当する者の中で、リスクが重複する重症度の高い者を抽出）

① ヘモグロビン A1c（NGST）6.5%以上
② 空腹時血糖 126mg/dl（随時血糖 200mg/dl）以上
③ eGFR（推算糸球体濾過量）50ml/分/1.73 ㎡以下
④ 尿蛋白 2＋以上

◆**対象者の選定**

【健診結果】　⇒　【レセプト情報】　⇒　【市町村判断】　⇒【広域連合】

<table>
<tr><td rowspan="3">抽出条件該当者
（94 人）</td><td rowspan="2">候補者
（64 人）</td><td>対象適
（39 人）</td><td>事業対象者
（39 人）</td></tr>
<tr><td>対象外
（市町村が支援中等）
（25 人）</td><td></td></tr>
<tr><td>糖尿病治療中の者を除外
（30 人）</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

◆**実施と結果**

対象者に選定した 39 人に受診勧奨通知を送付し、通知の送付から約 3 か月後のレセプト情報で、糖尿病の新規医療につながった者 1 人を確認しました。

なお、レセプト情報の確認により、対象者の中に糖尿病以外の慢性腎不全等で医療機関管理中の者が含まれていたことから、結果の評価を行うにあたってはこの者を除外することとし、評価対象者を 19 人としました。

結果は、糖尿病の新規医療受診率は 5.3%でした。

【平成 29 年度】

平成 29 年 11 月に、岩手県が「岩手県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」（以下「プログラム」という。）を策定し、特定健診データを活用する場合の推奨基準が明確化されました。後期高齢者においては、「対象者の選定基準に合わせた一律のプログラムではなく、個人の状況に合わせて（中略）包括的な対応が必要である。」と記されています。

広域連合では、プログラムや「糖尿病診療のガイドライン 2016」及び「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開に向けて」〔平成 29 年 7 月 10 日／重症化予防（国保・後期広域）ワーキンググループ〕等を参考に、基準値及び対象者の選定条件を次のように設定しました。

◆基準値

① 尿蛋白 2 ＋以上

② ヘモグロビン A1c（NGSP）7.0%以上、または空腹時血糖 130mg/dl 以上

③ ヘモグロビン A1c（NGSP）7.4%以上、または空腹時血糖 140mg/dl 以上

◆対象者の選定条件

①医療機関受診歴なし：基準値①かつ②に該当する者、または③に該当する者

②医療機関受診歴あり：腎不全や人工透析及び糖尿病歴の記載がなく、基準値①かつ②に該当する者、 または③に該当者する者

◆実施方法

平成 28 年度の健診結果から、選定条件①の該当者 8 人、②の該当者 113 人を抽出し、平成 30 年 1 月に個別通知を送付しました。

選定条件①の該当者については、平成 29 年 11 月現在のレセプト情報から医療機関未受診であることを確認し、受診勧奨通知を送付しました。

選定条件②は、健診結果の階層化（P.20 図表Ⅳ-４）でみると、医療機関受診者の中にも重症度の高い者が相当あることから、とくに腎不全や人工透析及び糖尿病歴がなく重症度の高い者が自己判断で受診を中断しないよう、継続受診を促すための通知を送付しました。

事業の実施評価は、選定条件①の医療機関未受診者の医療機関受診率をもって行うこととし、通知送付から約３か月後のレセプト情報により受診の確認を行います。

（２）実施評価と課題

平成 28 年度は、開始初年度であったことから、模索しながらの実施となりました。

平成 29 年度は、プログラムの策定により基準が標準化されたことから、後期高齢者の

重症化予防の方向性を見出すことができました。

対象者への受診勧奨は、通知の送付による方法をとっていますが、プログラムでは個別の状況に応じた関わりが望ましいとされ、また、「保険者努力支援制度」（保険者インセンティブ）の本格導入等もあり、医療機関未受診者に対しては個別面談や戸別訪問による受診勧奨に切り替えていく必要があります。

今後、個別面談や戸別訪問へ切り替えていくためには、保健師等の専門職の確保は必至ですが、新たな人材確保は困難であるため、市町村の健診事後指導体制の一環としての実施が最良の方法と考えられます。「後期高齢者健康診査事業」の項では、要受診者に対し訪問等で個別に対応している市町村は少ない状況を確認しましたが、事業の重要性と今後の安定的な運営には市町村との共同体制は欠かせず、喫緊の課題として取り組む必要があります。

なお、平成 29 年度の実施評価については、岩手県後期高齢者医療広域連合業務運営委員会等で報告を行います。

9　長期未受診者訪問等事業

（1）実施状況

平成 29 年度から「低栄養改善訪問指導事業」として、民間業者への業務委託により実施しました。低栄養傾向にある者に対し管理栄養士等が訪問指導を行い、低栄養状態の改善を図り、フレイルから要介護状態への移行を防止する取り組みです。

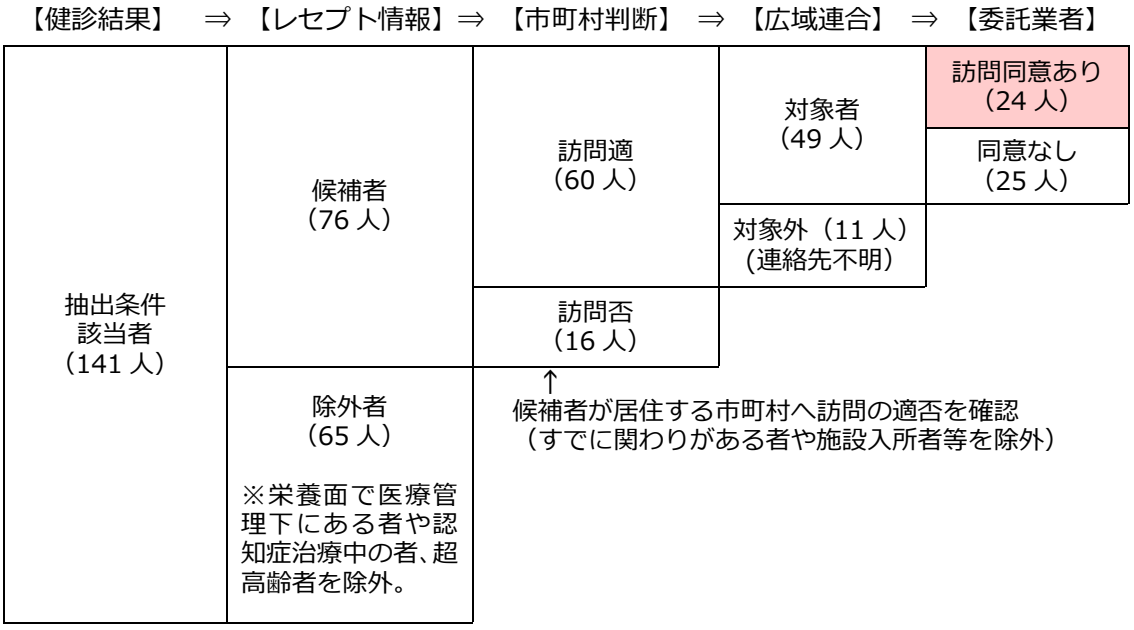
■抽出条件

①平成 27 年度と平成 28 年度健康診査結果から、体重が 4kg 以上減少している者

②平成 28 年度の健康診査結果から、BMI（体格指数）が 18.5 未満の者

■対象者の選定

抽出条件に該当する者を抽出し、次の手順で訪問対象者を選定しました。



■実施方法

訪問は、対象者一人に対し、概ね３か月に１回、全３回実施します。栄養面や生活上等の課題を明らかにし、取り組み目標を定め改善を図ります。訪問終了後は、対象者が居住する市町村の介護予防事業等の利用を勧め、引き続き市町村による支援が継続されるよう市町村へつなぎます。

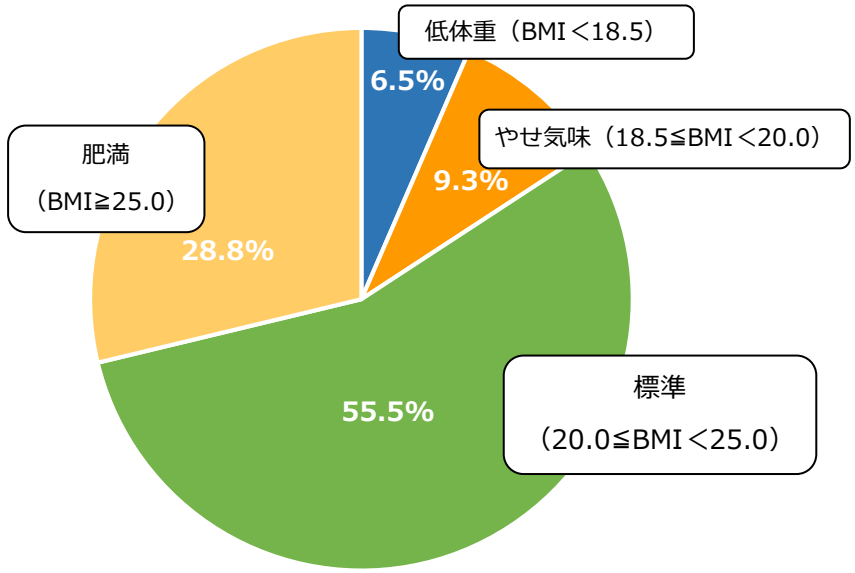
評価指標は、初回訪問から３回目の訪問が終了するまでの６か月間で、体重が１kg 以上増加していることと設定しました。

■参 考

肥満度は、BMI（体格指数）を指標として評価されます。平成 28 年度の健診結果から BMI（体格指数）の状況をみると、受診者の 6.5%が低体重（BMI＜18.5）の域にあります。

高齢者は、肥満よりもむしろ低栄養が死亡リスクを高めるといわれており、低栄養の改善が重要です。

【図表Ⅳ-14】BMI（体格指数）の状況（平成28年度健診）



BMI（体格指数）の計算式 ： 体重〔Kg〕÷（身長〔m〕×身長〔m〕）

（２）実施評価と課題

第１期計画では、「長期未受診者訪問指導事業」として事業の必要性を述べており、当事業はこの趣旨を受けて具体化に至ったものです。

平成 29 年度は、委託業者からの訪問完了報告を受けたのち、事業の実施評価を行い、岩手県後期高齢者医療広域連合業務運営委員会等で報告を行います。

また、当事業の実施にあたっては、「かかりつけ医」との連携が重要であるため、岩手県医師会報で周知を図った他、訪問対象者の「かかりつけ医」に宛てた協力依頼通知を作成し、対象者が各々「かかりつけ医」に持参するよう取り計らいました。

事業の実施に係る課題として、個別の訪問指導が実施できる民間業者が少なく、今後の安定的な事業運営が不安な状況にあります。当該事業の性質から、市町村が行う介護予防事業等との連携が望ましいと考えますが、協力体制については今後の検討課題です。

10　目標に対する評価

（1）事業評価

事業の実施については、広域連合が直営で実施する事業のほか、市町村の健康増進事業や介護予防事業との連携が欠かせないため、各市町村の実施をもって実績とする指標も用いています。

評価は、目標値を「A：達成」・「B：未達成」の２段階評価とし、A 評価が６事業、B 評価が５事業という結果でした。A 評価の「健康教育」及び「健康相談」は、広域連合及び市町村がポピュレーションアプローチとして実施している事業であり、今後も継続して実施していきます。B 評価の「健康診査」及び「保健指導」については、健診後の指導体制や健診結果を活用した事業の実施等、市町村との共通認識のもと事業内容の充実と向上にむけた取り組みを強化していきます。

【図表Ⅳ-15】目標値一覧

〔評価〕 A：達成　　B：未達成　　（上段：実績値／下段：目標値）

事業名		目標指標（出典）	実施期間の目標値と実績			評価
			H27 年度	H28 年度	H29 年度	
健康診査	後期高齢者健康診査	受診率（%）（広域連合）	43.7	43.8	(※) 44.5	B
			40.0	42.5	45.0	
	歯科健康診査	受診率（%）（広域連合）	9.0	10.2	(※) 11.0	B
			12.0	14.0	16.0	
健康教育	生活習慣病の重症化予防に関する健康教育	実施市町村数（実）（広域連合調査）	10	20	24	A
			–	1	2	
	心身機能低下防止に関する健康教育	実施市町村数（実）（広域連合調査）	14	20	19	A
			–	2	3	
	健康増進啓発小冊子の作成及び配布	実施市町村数（実）（広域連合調査）	33	33	33	A
			33	33	33	
健康相談	高齢者一般に対する健康相談	実施市町村数（実）（広域連合調査）	33	33	33	A
			33	33	33	
保健指導	受診勧奨等、重症化予防の保健指導	実施市町村数（実）（市町村報告）	21	21	21	B
			24	25	26	
	健康状態を把握できていない者への指導	実施市町村数（実）（市町村報告）	4	4	4	B
			5	6	6	
	重症・頻回受診者への指導委託	委託市町村数（実）（広域連合）	2	1	1	B
			6	7	8	
その他	医療費通知事業	実施市町村数（実）（広域連合）	33	33	33	A
			33	33	33	
	市町村への長寿・健康増進補助事業	実施市町村数（延）（広域連合）	20	21	23	A
			14	16	18	

(※)は見込み値

（2）総括評価

第１期計画では、保健事業が目指す方向の明確化や未実施事業への着手により、第２期計画への事業充実に向けた基盤が整えられたと評価します。

第Ⅴ章　保健事業の目指すべき方向と目標値

1　目指すべき方向

前章までは、本県における後期高齢者の状況を確認し、また、第１期計画の評価を行い、課題が明らかになりました。これらを踏まえ、今期計画での目指すべき方向や目標を本章で、事業計画については次章に示します。

（1）全体目標

健康寿命の延伸（日常生活に制限のない期間の延伸）

本県は、県民の約３人に１人が高齢者で、全国に比べて約 10 年早く高齢化が進行しています。男性の健康寿命は 70.68 歳、女性は 74.46 歳であり、後期高齢者の多くは 75 歳前から「何らかの健康上の問題で日常生活に制限のある期間」を過ごしていることになります。健康寿命の延伸については、「健康日本 21（第二次）」の中心課題であり、「健康いわて 21 プラン（第２次）」においても全体目標として掲出されています。

高齢者が心身とも健康で生きがいを持てる社会であるために、できるだけ長く自立した日常生活を送ることができるよう「健康寿命の延伸」を本計画の全体目標に設定します。

（2）重点目標

◆生活習慣病の重症化の予防

① 脳血管疾患のり患者の減少を図ります。

② 糖尿病の悪化による糖尿病性腎症を防ぎ、人工透析への移行を防止します。

◆心身機能の低下防止

① 低栄養状態にある者の改善を図り、フレイル（虚弱）への移行を防止します。

◆生活習慣病の重症化の予防

① 脳血管疾患のり患者の減少を図ります。

脳血管疾患は、脳梗塞・脳内出血・くも膜下出血に大別されますが、脳内出血の発症には高血圧が大きく関与し、脳梗塞についても心疾患や脂質異常及び高血圧等が重複すると発症のリスクが高まります。本県は、平成 22 年に脳血管疾患による死亡が男女とも全国ワースト１位になったことから、「健康いわて 21 プラン（第２次）」では、「脳卒中（脳血管疾患）死亡率全国ワースト１からの脱却」を掲出しています。

後期高齢者は、脳血管疾患による死亡率が高く、また有病者も年々増加していることか

ら、健診結果を活用した重症化予防の取り組みとして、高血圧の重症度が高い未治療者や受療中断者を治療ルートにつなぎ、脳血管疾患全体のり患者の減少を図ります。

② 糖尿病の悪化による糖尿病性腎症を防ぎ、人工透析への移行を防止します。

人工透析の原因疾患の約半数は糖尿病で、糖尿病の悪化による糖尿病性腎症からの人工透析への移行が問題となっています。国を挙げて取組んでいる課題であり、「健康いわて 21 プラン（第２次）」においても、「糖尿病性腎症からの新規人工透析導入患者の減少」を掲出しています。

後期高齢者においても慢性腎不全による人工透析は医療費の上位を占めており、本計画の重点目標に設定し取り組みを強化します。

◆心身機能の低下防止

① 低栄養状態にある者の改善を図り、フレイル（虚弱）への移行を防止します。

後期高齢者は、加齢に伴う食欲の低下等から低栄養状態を招きフレイルへ移行することが指摘されており、「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン（平成 29 年４月暫定版）」では、フレイルに着目した取組が重要であるとされています。「健康いわて 21 プラン（第２次）」においても、「低栄養傾向の高齢者の割合の増加の抑制」を掲出しています。

心身機能の低下により社会活動への参加が減少し、閉じこもりや孤食になり、意欲や認知機能の低下を招く等の悪循環を引き起こしますが、適切な介入により進行を防止し生活機能の維持向上が可能であることから、低栄養状態の改善を図るための取り組みを強化します。

2　目標値

（1）全体目標の評価指標

<table>
<tr><th>指標</th><th colspan="2">現状値（平成 25 年）</th><th>目標値</th></tr>
<tr><td rowspan="2">健康寿命の延伸　（年）

※日常生活に制限のない期間の平均の延伸</td><td>男性</td><td>健康寿命　70.68 年
平均寿命　79.63 年
差（不健康な期間）8.95 年</td><td rowspan="2">平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加

※（健康寿命の増加分）／（平均寿命の増加分）＞ 1</td></tr>
<tr><td>女性</td><td>健康寿命　74.46 年
平均寿命　87.62 年
差（不健康な期間）13.16 年</td></tr>
<tr><td colspan="4">【参考】健康寿命と平均寿命の増加分（平成 16 年⇒平成 25 年）
〔男性〕健康寿命 2.16 年・平均寿命 2.1 年／2.16 年÷2.1 年＝1.03 年＞ 1
〔女性〕健康寿命 1.82 年・平均寿命 1.11 年／1.82 年÷1.11 年＝1.64 年＞1</td></tr>
</table>

〔出典〕岩手県統計年鑑／厚生労働省大臣官房統計情報部簡易生命表／厚生労働科学研究補助金「健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究」

（2）重点目標の評価指標

	指標	出典・現状値の根拠	現状値	目標値
1	脳血管疾患有病者の割合の減少	KDB システム 現状値：脳血管疾患のレセプト分析（平成 29 年 5 月）	20.0%	現状値より減少
2	75 歳以上の新規人工透析導入者数の減少	広域連合 現状値：新規人工透析導入者数（平成 28 年度）	189 人	現状値より減少
3	低体重の者の割合の減少	後期高齢者健康診査 現状値：平成 28 年度健診 BMI（体格指数）＜18.5 の者の割合	6.5%	現状値より減少

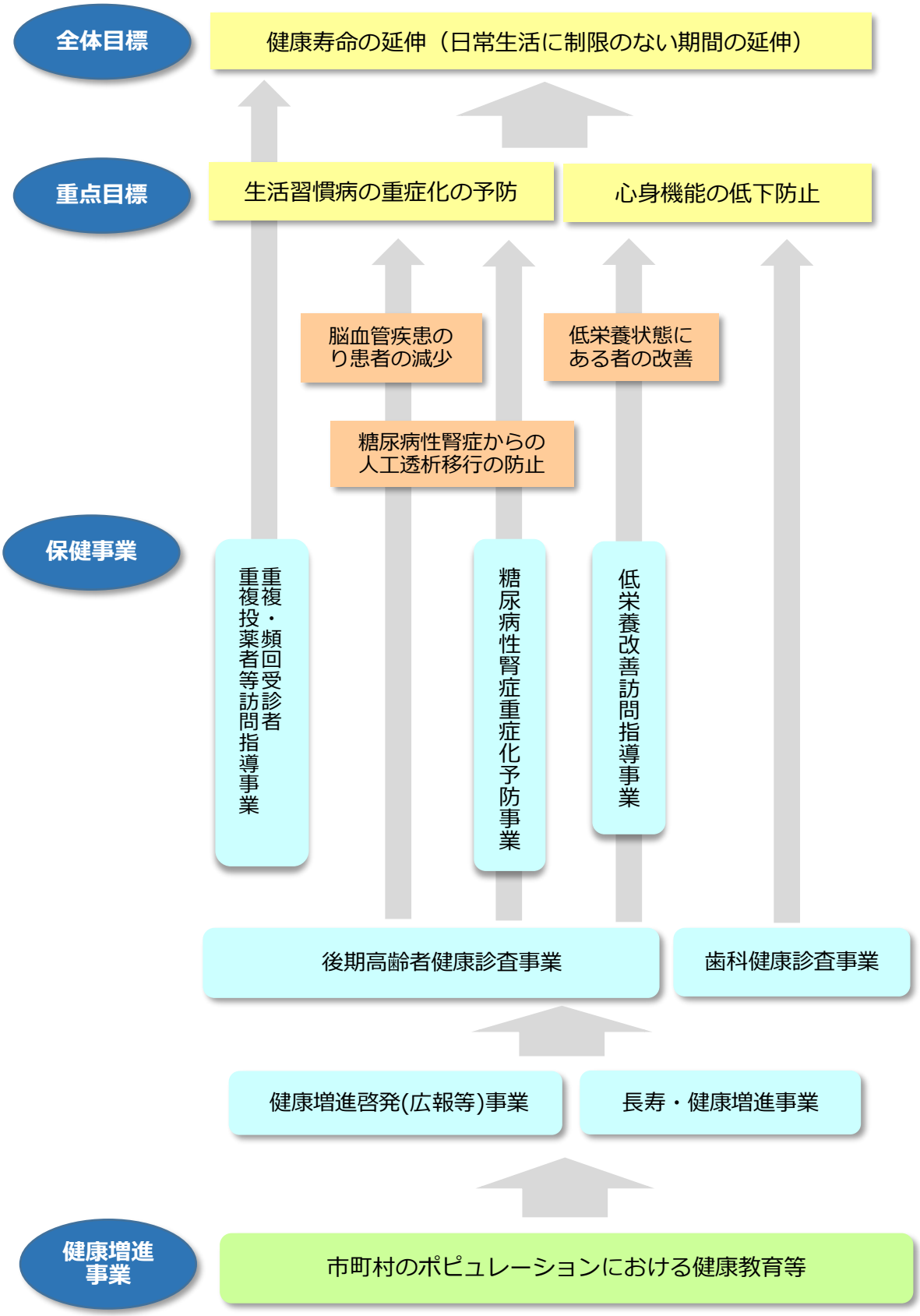
※目標値は、平成 32 年度（2020 年度）に実績評価を行い具体的な数値を設定します。

（3）事業ごとの評価指標

	事業名	評価指標	現状値 (平成 29 年度)	目標値
1	後期高齢者健康診査事業	健診受診率（%）	44.5% (見込み値)	50.0%
		受診勧奨判定値のうち重症度の高いレベルにある医療未受診者の医療受診率（%）	15.5%	21.5%
2	歯科健康診査事業	歯科健診受診率（%）	11.0% (見込み値)	17.0%
3	長寿・健康増進事業	実施市町村数（実数）	14 市町村	33 市町村
4	健康増進啓発（広報等）事業	実施回数	年 1 回	年 1 回
5	重複・頻回受診者、重複投薬者等訪問指導事業	重複・頻回受診者訪問指導の実施市町村数（実数）	1 市町村	4 市町村
		重複・多剤投薬指導対象者数（人）	200 人	現状値より減少
6	糖尿病性腎症重症化予防事業	医療機関未受診者の受診勧奨後の医療機関受診率(%)	5.3% (平成 28 年度)	70.0%
		75 歳以上の新規人工透析導入者数の減少	189 人 (平成 28 年度)	現状値より減少
7	低栄養改善訪問指導事業	訪問指導の実施により体重が 1 kg 以上増加した者の割合（%）	30% (見込み値)	50%

※目標値の「現状値より減少」としている目標値については、平成 32 年度（2020 年度）に実績評価を行い具体的な数値を設定します。

【図表Ⅴ-１】目標と事業の相関（体系）図



第Ⅵ章　保健事業計画

1　後期高齢者健康診査事業

岩手県後期高齢者医療広域連合後期高齢者健康診査事業実施要綱に基づき、構成市町村と健診の共同実施に関する協定書を締結し実施します。

目　的	健康の保持・増進及び生活習慣病等の早期発見による重症化の予防を図ります。
対象者	全被保険者を対象とします。 （病院等に６か月以上継続して入院している者や障がい者支援施設・養護老人ホーム等に入所・入居している被保険者等、一部除外規定があります。）
実施主体	広域連合及び構成市町村
実施方法	・年度を単位とし、一人の対象者について年１回とします。 ・健診の形態（集団または個別）や健診期間及び受診に係る費用負担等の実施に係る必要事項は、各市町村の定めによります。
健診項目	〔必須項目〕 ① 既往歴の調査（服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査を含む） ② 自覚症状及び他覚症状の有無の検査（理学的検査：身体診察） ③ 身体測定（身長・体重・BMI） ④ 血圧測定 ⑤ 肝機能検査（GOT・GPT・γ-GTP） ⑥ 血中脂質検査（中性脂肪・HDL コレステロール・LDL コレステロール） ⑦ 血糖検査（ヘモグロビン Ａ１ｃ・空腹時血糖） ⑧ 尿検査（尿糖・尿蛋白） ※貧血検査・心電図検査・眼底検査・血清クレアチニン検査を追加で実施する場合は、「長寿･健康増進事業」で国の交付金の範囲内で経費の助成を行います。

【取り組みの方向】

（1）健診受診率の向上に向けた取り組み

健診受診率は、概ね順調に伸びていますが、市町村間格差の是正を図るため、受診率が低い市町村の引き上げに努めます。また、健診の「未受診者」への受診を促し、受診率の向上を図ります。

広域連合は、受診率が低い市町村の実態把握を継続し、課題解決にむけ市町村と共同で取り組みます。

市町村は、受診率低迷の要因を分析し、広域連合とともに受診率の向上に向けた取組を強化します。また、健診の「未受診者」に対する受診啓発の広報活動に努めます。

（2）受診勧奨判定値のうち重症度の高いレベルにある医療未受診者への受診勧奨の強化と、脳血管疾患のり患者の減少への取り組み

健診結果で「受診勧奨判定値のうち重症度の高いレベルあり」の内容では、血圧を指摘されている者が多いことから、血圧高値の医療未受診者を治療ルートへつなぎ、脳血管疾患の発症を防止し、重点目標に掲げた「脳血管疾患のり患者の減少」を図ります。

広域連合は、対象者の選定と重症度の状況について市町村へ情報提供し、受診勧奨後の受診状況をレセプトから確認します。

市町村は、対象者に対し訪問による健康状態の把握と受診勧奨を行うものとし、実施可能な市町村から実施していきます。

（3）医師会及び医療機関との連携

健診結果から、医療受診者の中にも「受診判定値のうち重症度が高いレベルあり」の者は相当数いるため、かかりつけ医に対しても健診結果を活用した指導や助言の実施についての協力を要請する必要があります。

広域連合は、健診結果を活用した重症化予防への取組について、医師会及び医療機関へ周知を図り、理解と協力を求めます。

【評価指標】

（1）健診受診率

〔目標値〕平成 35 年度（2023 年度）の健診受診率：50.0%

〔現状値〕平成 29 年度の健診受診率：44.5%（見込み値）

【図表Ⅵ-１】健診受診率の実績と今後の目標

年度	27	28	29	30	31	32	33	34	35
受診率（%）	43.7	43.8	44.5	45.0	46.0	47.0	48.0	49.0	50.0

※平成 29 年度は見込み値

（2）受診勧奨判定値のうち重症度の高いレベルにある医療未受診者の医療受診率

〔目標値〕平成 35 年度（2023 年度）の医療受診率：21.5%

〔現状値〕平成 29 年度医療受診率：15.5%（238 人中 37 人受診）

【図表Ⅵ-２】医療受診率の実績と今後の目標

年度	29	30	31	32	33	34	35
受診率（%）	15.5	16.5	17.5	18.5	19.5	20.5	21.5

2　歯科健康診査事業

岩手県後期高齢者医療広域連合歯科健康診査事業実施要綱に基づき、構成市町村と歯科健診の共同実施に関する協定書を締結し実施します。

目　的	口腔機能の低下や歯周病を起因とする疾病の予防及び重症化の予防を図ります。
対象者	前年度 75 歳の誕生日を迎えた被保険者を対象とします。 （病院等に６か月以上継続して入院している者や障がい者支援施設・養護老人ホーム等に入所・入居している被保険者を除きます。）
実施主体	広域連合及び構成市町村
実施方法	・年度を単位とし、一人の対象者について年１回とします。 ・市町村から対象者へ通知を送付し、受診勧奨を行います。 ・健診の形態や健診期間及び受診に係る費用負担等の実施に係る必要事項は、各市町村の定めによります。
健診項目	〔健診項目〕 ① 問診 ② 口腔清掃及び口腔衛生指導 ③ 歯石沈着及び歯周疾患の検査 ④ 不正咬合の検査 ⑤ 口腔粘膜疾患の検査 ⑥ 義歯不適合の検査 ⑦ 反復唾液嚥下テスト

【取り組みの方向】

（1）受診率向上への取り組み

歯科健診への関心を高めるため、市町村が実施する成人歯科健診と後期高齢者の歯科健診を一体化し、生涯を通じた歯科健診の重要性が伝わるような周知方法の検討や、歯科健診の内容がイメージし易い『呼称』を用いての実施や周知を検討します。

【評価指標】

（1）歯科健康診査の受診率

〔目標値〕平成 35 年度（2023 年度）の歯科健診受診率：17.0%

〔現状値〕平成 29 年度の歯科健診受診率：11.0%（見込み値）

【図表Ⅵ-３】歯科健診受診率の実績と今後の目標

年度	27	28	29	30	31	32	33	34	35
受診率（%）	9.0	10.2	11.0	12.0	13.0	14.0	15.0	16.0	17.0

※平成 29 年度は見込み値

3　長寿・健康増進事業

市町村等が主体となって実施する被保険者の健康増進を図る取り組みに対し、市町村からの申請を受け、国の交付金の範囲内で経費の助成を行い取り組みの推進を図ります。

健康増進や社会参加活動等に関する事業	心身の健康増進や交流のきっかけづくりを目的に実施される社会参加活動等への事業に対し、市町村等が負担する経費を助成します。
健康教育・健康相談等の啓発事業	市町村が行う被保険者を対象とした生活習慣病の予防や健康づくりのための健康教育や健康相談及び保健指導等の実施に対して、市町村が負担する経費を助成します。
病気の早期発見及び予防のための事業	・後期高齢者健康診査事業で、追加項目の貧血検査・心電図検査・眼底検査・血清クレアチニン検査を実施する市町村に対して、市町村が負担する経費を助成します。 ・人間ドックを実施する市町村に対して、市町村が負担する経費を助成します。

【取り組みの方向】

（1）事業の周知への取り組み

市町村における事業担当課が多岐に渡るため、必要な担当課に事業の内容が周知されるよう周知徹底を図ります。また、実施市町村が偏っていることから、未実施市町村への周知に努めます。

広域連合は、事業の実施例を提示する等により、事業内容を分かりやすく周知するよう努めます。

市町村は、関係担当課間の連携を強化し、事業の推進を図ります。

【評価指標】

（1）事業の実施市町村数

〔目標値〕平成 35 年度（2023 年度）の実施市町村数（実数）：33 市町村

〔現状値〕平成 29 年度の実施市町村等数（実数）：14 市町村

【図表Ⅵ-４】長寿・健康増進事業実施市町村数の実績と今後の目標

年度	29	30	31	32	33	34	35
実施市町村数（実数）	14	17	20	23	26	29	33

4　健康増進啓発（広報等）事業

広域連合が実施主体となり、被保険者の健康づくり意識の啓発を図ります。

健康意識の啓発	高齢者の健康の保持・増進への関心を引くとともに、知識等の普及啓発を図るための小冊子を作成し、新規資格取得者へ配布します。

【取り組みの方向】

（1）啓発内容の充実

広域連合は、健康づくりやフレイルから生活習慣病の重症化予防まで、高齢者が理解しやすい冊子の作成に努め充実を図ります。

【評価指標】

（1）実施回数

〔目標値〕平成 35 年度（2023 年度）の実施回数（実数）：年１回

〔現状値〕平成 29 年度の実施回数（実数）：年１回

5　重複・頻回受診者、重複投薬者等訪問指導事業

重複受診や頻回受診者へ訪問し、上手な医者のかかり方を指導するとともに、健康相談を通じて健康の保持増進を図ります。

また、平成 30 年度から、重複投薬及び多剤投薬者への訪問指導を民間業者への業務委託により実施します。薬の正しい薬の飲み方やお薬手帳の活用を指導するとともに、かかりつけ薬剤師・薬局の普及を図ります。

事業の目的	適正な受診及び服薬を促し、健康の保持増進を図るとともに、医療費の適正化を図ります。
対象者	広域連合が保有する前年度のレセプトデータから次に該当する者を対象とします。 ➢**重複受診者：** 3 か月連続して、 1 か月に同一疾患でのレセプトを 4 枚以上保有するもの者 ➢**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 15 回以上の者 ➢**重複投薬者：** 3 か月連続して、 1 か月に同一薬剤または同様の効果効能を持つ薬剤を複数の機関から処方されている者 ➢**多剤投薬者：**15 剤以上服用している者
実施主体	広域連合
実施形態	構成市町村及び民間業者への委託
実施方法	① 原則、訪問による指導とし、回数は対象者一人につき 1 回とします。 ② 訪問実施者は、保健師または看護師及び薬剤師とします。 ③ 訪問指導では、受診状況を十分に聞き、適正な受診や健康づくりへの啓発及びかかりつけ薬剤師・薬局の普及を行います。

【取り組みの方向】

（1）重複・頻回受診者訪問指導の受託市町村の拡大への取り組み

事業の充実を図るためには、受託市町村を増やすことが必至であり、受託市町村を拡大するための取り組みを強化します。

広域連合は、事業の理解を得るために、事業に係る説明会等を開催し周知を図るとともに、過去に実施の実績がある市町村の再受託が可能となるよう個別に要請を行う等、受託市町村の拡大に努めます。

市町村は、受託にかかる検討を行い、受託可能な市町村から事業を実施します。

（2）重複・多剤投薬者訪問指導の実施（新規）

平成 30 年度から、民間業者への業務委託による薬剤師の訪問指導を実施します。投薬に関する指導は、専門職である薬剤師の実施が望ましく、また、かかりつけ薬剤師・薬局の普及を図る機会としても重要です。

広域連合は、事業の委託及び実施運営上について、調整や指導管理を行います。

【評価指標】

（1）重複・頻回受診者訪問指導の実施市町村数

〔目標値〕平成 35 年度（2023 年度）の実施市町村数（実数）：４市町村

〔現状値〕平成 29 年度の実施市町村数（実数）：１市町村

※第 1 期計画での実施市町村の最大数が 4 市町村

（2）重複・多剤投薬者訪問指者数

〔目標値〕平成 35 年度（2023 年度）の重複・多剤投薬指導者数：現状値より減少

〔現状値〕平成 29 年度の医療データから対象に該当する者を試算：200 人

※目標値は、平成 32 年度（2020 年度）に実績評価を行い具体的な目標値を設定します。

6　糖尿病性腎症重症化予防事業

糖尿病の悪化による「糖尿病性腎症」からの人工透析への移行を防止するため、本計画では重点目標に設定し事業の推進を図ります。

事業の目的	糖尿病または糖尿病性腎症が疑われ、医療機関受診がない者については受診勧奨を、すでに医療機関を受診している者には、適切な医療が継続されるよう継続受診を促し、人工透析への移行防止を図ります。
対象者の抽出	事業実施年度の前年度健診結果から、対象者を選定します。 **➢基準値** ① 尿蛋白２＋以上 ② ヘモグロビン A1c（NGSP）7.0%以上、または空腹時血糖 130mg/dl 以上 ③ ヘモグロビン A1c（NGSP）7.4%以上、または空腹時血糖 140mg/dl 以上 **➢対象者の選定条件** ① 医療機関受診歴なし：基準値①かつ②に該当する者、または③に該当する者 ② 医療機関受診歴あり：腎不全や人工透析及び糖尿病の記載がなく、基準値①かつ②に該当する者、または③に該当する者
実施主体	広域連合
実施形態	広域連合と構成市町村との共同（健診事後指導の一環として実施）
実施方法	① 対象者の選定条件①については、構成市町村の健診事後指導対象として、実施可能な市町村から訪問による受診勧奨等を実施します。 ② ①で訪問が困難な場合は、受診勧奨通知を送付します。 ③ 訪問及び通知の送付から約３か月後のレセプトを確認し、医療機関の受診状況を確認します。 ④ 対象者の選定条件②については、既に医療機関管理下にあることから、継続的な受診を促す通知を送付します。

【取り組みの方向】

（1）対象者の選定条件の市町村との共有及び標準化を図ります。

健診事後指導の対象者は、各々の市町村の基準で実施されていますが、当事業の対象者については、広域連合が設定した基準値や対象者の選定条件を共有し、標準化を図ります。

（2）受診勧奨通知の送付から訪問指導への転換と指導の充実を図ります。

プログラムでは、個別の状況に応じた関わりが望ましいとされていることから、医療

機関未受診者に対しては、受診勧奨通知の送付から訪問による受診勧奨への転換を図る必要があります。

当事業の対象者は、健診結果の階層化でみると「受診勧奨判定値のうち重症度が高いレベル」の該当者でもあることから、市町村の健診事後指導の対象者としての実施が望ましく、実施可能な市町村からの実施を進めていきます。

広域連合は、調査結果から、訪問による受診勧奨を実施している市町村と協議を行い、実施にむけた取組を進め充実を図ります。

市町村は、訪問実施の可否の検討、実施不可の場合は今後の実施に向けた検討等に努めます。

【評価指標】

（1）医療機関未受診者の受診勧奨後の医療機関受診率

〔目標値〕平成 35 年度（2023 年度）の医療受診率：70.0%

〔現状値〕平成 28 年度の医療受診率：5.3%（医療未受診者 19 人中、受診 1 人）

【図表Ⅵ-５】 医療機関と今後の目標

年度	28	29	30	31	32	33	34	35
医療受診率（%）	5.3	10.0	20.0	30.0	40.0	50.0	60.0	70.0

※平成 29 年度は見込み値

（2）75 歳以上の新規人工透析導入者の減少

〔目標値〕平成 35 年度（2023 年度）：現状値より減少

〔現状値〕平成 28 年度の 75 歳以上の新規人工透析導入者数：189 人

※目標値は、平成 32 年度（2020 年度）に実績評価を行い具体的な目標値を設定します。

7　低栄養改善訪問指導事業

「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン（平成 29 年４月暫定版）」では、フレイル（虚弱）に着目した取組が重要であるとされていることから、本計画では重点目標に設定し推進を図ります。

事業の目的	フレイル（虚弱）から要介護状態に移行する可能性の高い低栄養状態にある被保険者に対し、訪問による栄養指導を実施することで低栄養状態を改善し、要介護状態への移行防止を図ります。
対象者の抽出	健診結果から、BMI（体格指数）が低体重（BMI＜18.5）に該当する者のうち、医療未受診者で重症度の高い者から対象とする。
実施主体	広域連合
実施形態	民間業者への委託
実施方法	①　訪問実施者は、業者所属の管理栄養士や保健師等とします。 ②　支援期間は６か月間とし、原則３回の訪問を実施します。 ③　初回訪問時に、問診や基本チェックリストにより食事や生活面等のアセスメントを行い、被保険者と共に６か月間に取り組む目標と取り組み内容を立案します。 ④　２回目以降の訪問時には、取り組み状況の確認を行い、適宜修正や助言を行い、６か月後に最終評価を行います。

【取り組みの方向】

（1）安定的な実施体制づくり

訪問指導を委託できる民間業者が限定され、訪問可能な専門職も少ないため、人材の確保が最も重要です。実施可能な業者等の開拓や市町村への委託も検討しつつ、安定的な体制づくりに努めます。

【評価指標】

（1）訪問指導の実施により体重が１kg 以上増加した者の割合

〔目標値〕平成 35 年度（2023 年）：50%

〔現状値〕平成 29 年度（見込み値）：30%

第Ⅶ章　その他

1　計画の公表・周知

策定した計画については、広域連合のホームページに掲載するとともに、構成市町村及び関係団体等に配布します。

また、計画の概要について、各市町村の広報やホームページへの掲載を依頼し、周知を図ります。

2　運用上の留意事項

（1）市町村との連携

広域連合は、当計画の実施主体及び進行管理を行い、保健事業の推進にあたっては市町村の意見を十分に聴取し、事業の目的等に認識の共有を図るよう努めます。

保健事業の実施は、各市町村の制度担当課及び保健事業担当課の協力のもと行うこととします。

（2）関係機関との連携

「健康いわて 21 プラン」の実施主体である岩手県と共同で行うことが見込まれる事業については、県との共同、協力のもと実施するものとします。

また、計画にかかる助言、指導等については、岩手県及び医師会等の団体に依頼します。

（3）保健事業担当者等への説明会の開催＜新規＞

本計画の推進にあたり、市町村との連携強化を図ることを目的に、保健事業担当者等を対象とした説明会を開催します。

（4）個人情報の保護

事業の実施にあたっては、被保険者の住所・氏名等のほか、疾病や健康診査の数値等の個人情報を扱うことになることから、次の個人情報の保護に関する条例に基づき留意の上取り扱うこととします。

・岩手県後期高齢者医療広域連合個人情報保護条例
・岩手県後期高齢者医療広域連合個人情報保護条例施行規則
・岩手県後期高齢者医療広域連合個人情報保護管理規程

〔巻末付録〕　用語解説

注１（P.1）　**フレイル（虚弱）**

加齢に伴い筋力や活動が低下している状態で、移動能力やバランス、運動処理能力、認知機能、栄養状態、持久力、日常生活の活動性、疲労感など広範な要素が含まれます。（2014年５月日本老年医学会が提唱）

注２（P.1）　**ポピュレーションアプローチ**

疾患を発生しやすいリスクを持った人を対象に絞り込んで対処していく方法が「ハイリスクアプローチ」であるのに対し、ハイリスクと考えられなかった大多数の中にもより多くの潜在的なリスクを抱えた人たちが存在すると考え、対象を一部に限定しないで集団全体へアプローチをし、全体としてリスクを下げていこうという考え方。

注３（P.5）　**平均寿命**

出生直後における平均余命（０歳平均余命）のこと。

注４（P.5）　**健康寿命**

健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間のこと。

注５（P.7）　**年齢調整死亡率**

死亡数を人口で除した死亡率を「粗死亡率」といいますが、死因は年齢構成の影響を受けるため、高齢者の多い地域は高く、若年者の多い地域では低くなる傾向があります。このような年齢構成の異なる地域間の比較ができるように、年齢構成を調整した死亡率を年齢調整死亡率といいます。年齢調整死亡率を用いることによって、年齢構成の異なる集団について、年齢構成の相違を気にすることなくより正確に地域比較や年次比較ができます。

注６（P.８）　**標準化死亡比（SMR）**

標準とする人口集団（全国）と同じ年齢階級別死亡率を持つとした場合、その集団で何人の死亡が発生するかを予測し（これを期待値といいます）、実際に観察された死亡数を期待値で割った値です。国の平均を 100 としており、標準化死亡比が 100 以上の場合は国の平均より死亡率が高いと判断され、100 以下の場合は死亡率が低いと判断されます。

注７（P.26）　**ロコモティブシンドローム**

骨、関節、筋肉などの運動器の働きが衰える「運動器の障害」によって自立度が低下し、要介護になるリスクの高い状態をいいます。

岩手県後期高齢者医療広域連合

第２期保健事業実施計画（データヘルス計画）

平成 30 年度～平成 35 年度（2023 年度）

【問合せ先】

岩手県後期高齢者医療広域連合事務局

〒020-8510　岩手県盛岡市山王町 ４番１号岩手県自治会館４階

TEL：〔代表〕019-606-7500　〔担当直通〕019-606-7507

FAX：019-606-7505

E-mail：soumu@iwate-kouiki.jp