

岩手県後期高齢者医療広域連合 第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）概要版

第1章 基本的事項

本計画では、健康診査の結果やレセプトデータ等の健康・医療情報を活用して分析し、高齢者の特性を踏まえた効果的かつ効率的な保健事業を推進することで、被保険者の健康の維持・増進と生活の質（QOL）の維持及び向上を図り、高齢者が健やかに日常生活を送ることができるよう、「健康寿命」の延伸を目指します。

計画期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

第2章 現状の整理（前期計画の評価）

- ・前期計画の評価は、評価困難を除く指標で約6割が改善以上という結果でした。
- ・令和2年度の間評価時の見直し以降、新型コロナウイルス感染症の影響のあるなかで、「一体的実施」の開始により、構成市町村及び関係機関との連携・協力して保健事業を実施し、事業はおおむね順調に推進されていると評価します。
- ・今後、一体的実施において、各個別保健事業に取り組む市町村数の増加と、全ての日常生活圏域での実施を促し、生活習慣病の重症化予防やフレイル予防に取り組むことで、健康寿命の延伸につなげていく必要があります。（評価Dについては、本計画において、一体的実施で取り組み改善を目指す）

【前期（第2期）に設定した計画全体の目標】

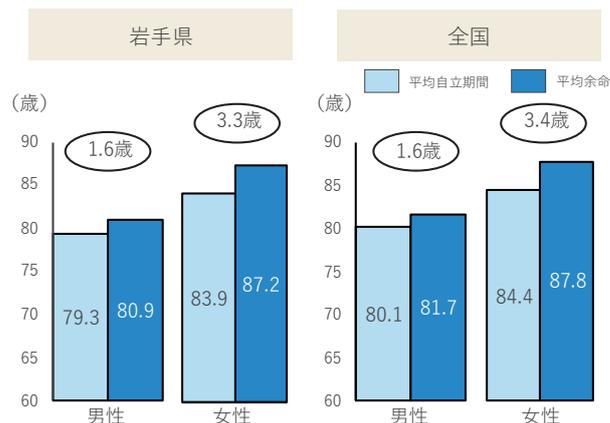
全体目標	重点目標	目指すべき方向	指標	基準値 (a)	目標値	実績 (b)	増減 (b-a)	評価
健康寿命の延伸 (日常生活に制限のない期間の延伸)	1. 生活習慣病の重症化の予防	(1) 脳血管疾患の罹患者の減少を図る	① 脳血管疾患有病者の割合の減少	20.0%	16.4%	17.0%	-3.0%	B
		糖尿病の悪化による糖尿病性腎症を 방지、人工透析への移行を防止する	② 75歳以上の新規人工透析の導入者数の減少	189人	170人	219人	30人	D
	2. 心身機能の低下防止	(3) 低栄養状態にある者の改善を図り、フレイルへの移行を防止する	③ 低体重の者の割合の減少	6.5%	5.9%	7.0%	0.5%	D

【個別保健事業の目標達成状況】

事業名	評価指標	基準値 (a)	目標値	実績 (b)	増減 (b-a)	評価
後期高齢者健康診査事業	④ 後期高齢者健診受診率	27.0%	32.1%	29.1%	2.1%	B
	⑤ 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%	7.4%	-8.1%	D
歯科健康診査事業	⑥ 歯科健診受診率	12.6%	38.7%	19.7%	7.1%	B
長寿・健康増進事業	⑦ 実施市町村数	14市町村	33市町村	16市町村	2市町村	B
健康増進啓発（広報等）事業	⑧ 実施回数	年1回	年1回	年1回	なし	A
重複・多剤投薬者等訪問指導事業	⑨ 被保険者に対する基準該当者の割合	22.0%	19.5%	抽出基準の見直しにより評価困難		E
重複・頻回受診者訪問指導事業	⑩ 重複・頻回受診者訪問指導の実施市町村数	1市町村	—	一体的実施で評価することになり、評価指標としては廃止		廃止
糖尿病性腎症重症化予防事業	⑪ 医療機関未受診者の受診勧奨後の医療機関受診率	5.3%	—			
	⑫ 75歳以上の新規人工透析導入者数の減少	189人	—			
低栄養改善訪問指導事業	⑬ 訪問指導の実施により体重が1kg以上増加した者の割合	80.0%	—			
保健事業と介護予防の一体的実施	⑭ 一体的実施の委託市町村数	6市町村	27市町村	23市町村	17市町村	B

被保険者数、平均余命と平均自立期間

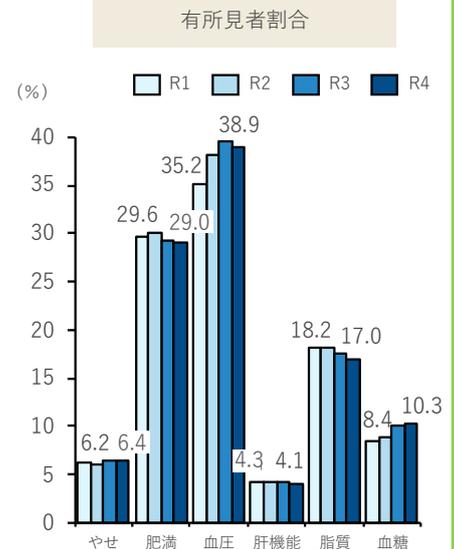
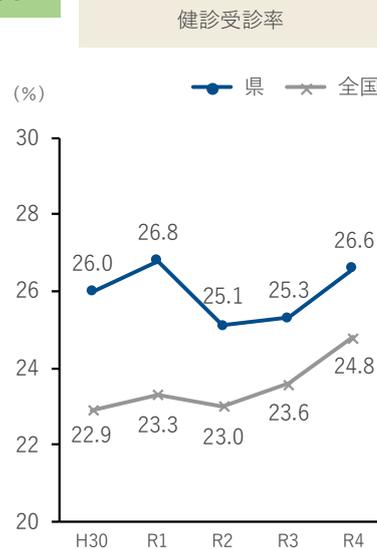
- ・今後、75歳以上の高齢者人口の増加に伴い被保険者数の増加が予測されることから、医療費の増加が見込まれます。
- ・平均余命及び平均自立期間は延伸しているが、平均余命と平均自立期間の差（自立していない期間の平均）が横ばいであることから、この期間を短縮するための取組が必要です。
- ・死因別死亡割合で脳疾患が減少傾向にあるものの全国に比べ高く、引き続き生活習慣病予防及び重症化予防、フレイル予防の取組が必要です。



出典：KDB_S21_001_地域の全体像の把握

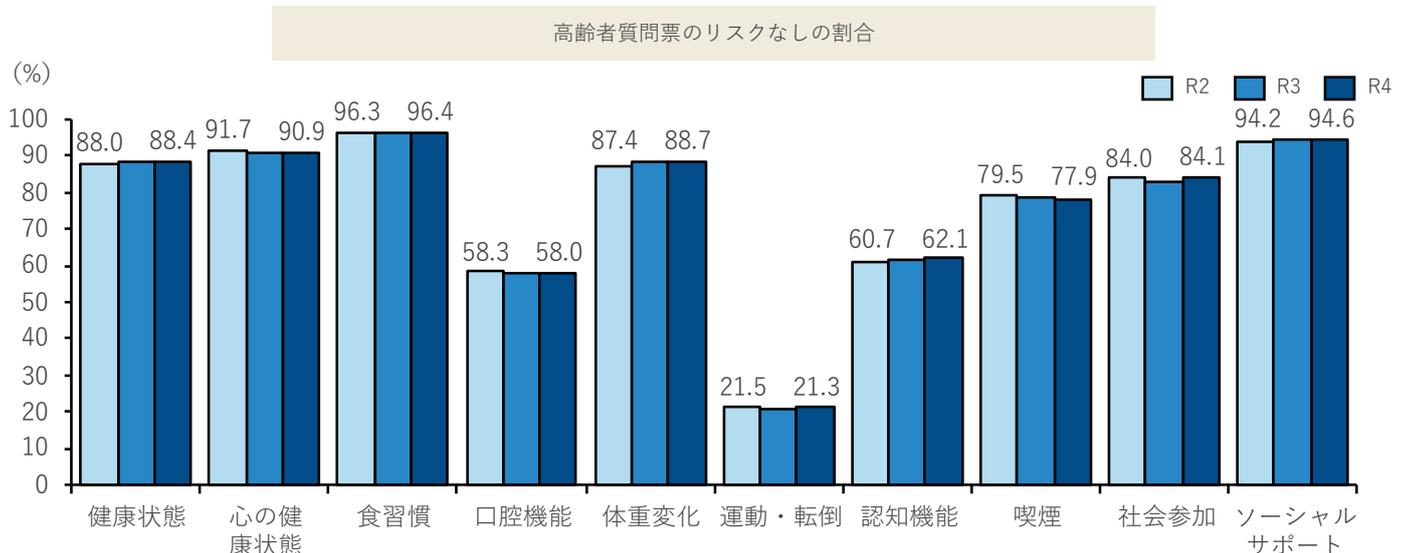
健康診査・歯科健康診査・質問票の分析

- 健康診査受診率は全国平均と比較して高いものの約 7 割が未受診となっています。市町村間の差があることから、健康診査を推進する更なる取組が必要です。
- 歯科健診受診率は 20%程度で推移しており、市町村間の差があることから、歯科健康診査を推進する更なる取組が必要です。



出典：KDB_P21_003_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題、KDB_P29_001_健康スコアリング（健診）

- 健診結果から「血圧・血糖」の生活習慣病保有者の割合が増加していることから重症化予防の対策が必要です。
- 高齢者質問票から「認知機能、運動・転倒、口腔機能」のリスクなしの割合が低くフレイル対策が必要です。



出典：KDB_P29_001_健康スコアリング（健診）【令和 2 年度～令和 4 年度】

医療費の分析

- 入院医療費では、脳梗塞・骨折が最も多く、フレイルや要介護状態への移行を防ぎフレイル対策が必要です。
- 入院外医療費では、糖尿病、慢性腎臓病（透析あり）などが増加していることから、生活習慣病を適切にコントロールし、人工透析への移行、脳血管疾患等の発症への重症化を防ぐ対策が必要です。
- 多剤投薬では、約 4 割の者が該当しており残薬を減らすとともに、転倒等の薬物有害事象防止に向けた取組が必要です。

介護関係の分析

- 要介護認定率・施設 1 人当たりの介護給付費は、全国平均と比較して高いことから、被保険者の QOL（生活の質）の維持・向上のためフレイル・介護予防の取組は引き続き重要です。
- 要介護認定者の有病率では、脳疾患、アルツハイマー病が全国平均より高く要介護度が重度化しやすいことから生活習慣病の重症化を予防する取組が必要です。

広域連合がアプローチする課題・取組の方向性

平均自立期間の延伸及び平均余命と平均自立期間の差（自立していない期間の平均）の短縮

計画全体の目標として、「健康寿命の延伸」のため効果的な高齢者保健事業を展開します。保健事業の主軸として、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業における取組を推進します。

被保険者が、健康・維持増進のため自身の健康状態を経年的に把握

健康状態を把握するため、市町村と協力し健診受診を促す取組を推進します。

生活習慣病の重症化予防対策の推進

生活習慣病の重症化により生活機能の低下を防ぐため、健康診査の有所見者などに対し効果的な保健事業を実施します。

包括的なフレイル対策の推進

フレイルの要因となる「認知機能低下、運動機能低下、口腔機能低下」などの予防・進行を防ぐため、市町村と連携し、国保事業と接続した一体的実施の取組を支援します。

適切な服薬・受診行動による健康の保持増進

多剤投薬者等へ適切な服薬支援を行うとともに、転倒等の薬物有害事象を防止するため、市町村と連携し一体的実施の取組を支援します。

健康寿命の延伸

目指す姿

生活習慣病をはじめとする疾病の発症や重症化の予防及び心身機能の低下を防止し、できる限り長く在宅で自立した生活を送ることのできる高齢者を増やす

第4章

保健事業について（計画全体の目標、評価指標）

全体目標	健康寿命(平均自立期間)の延伸
計画全体の目的 (この計画によって目指す姿)	生活習慣病をはじめとする疾病の発症や重症化の予防及び心身機能の低下を防止し、できる限り長く在宅で自立した生活を送ることのできる高齢者を増やす

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)	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	29.1%	31.4%	31.9%	32.4%	33.0%	33.5%	34.0%
		歯科健診実施市町村数・割合	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		歯科健診受診率	19.7%	20.2%	20.7%	21.2%	21.7%	22.2%	22.7%
		質問票を活用したハイリスク者把握に基づく保健事業を実施している市町村数・割合	8市町村 (24.2%)	8市町村 (24.2%)	10市町村 (30.3%)	12市町村 (36.4%)	14市町村 (42.4%)	17市町村 (51.5%)	20市町村 (60.6%)
一体的実施の推進 実施市町村数の増加	アウト プット	低栄養	7市町村	8市町村	9市町村	10市町村	12市町村	14市町村	16市町村
		口腔	5市町村	8市町村	10市町村	12市町村	14市町村	17市町村	20市町村
		服薬(重複・多剤)	1市町村	1市町村	2市町村	3市町村	4市町村	5市町村	6市町村
		重症化予防 (糖尿病性腎症)	4市町村	9市町村	10市町村	11市町村	13市町村	15市町村	17市町村
		重症化予防(その他身体的フレイルを含む)	7市町村	12市町村	16市町村	20市町村	24市町村	28市町村	33市町村
		健康状態不明者	13市町村	30市町村	31市町村	32市町村	33市町村	33市町村	33市町村
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	0.73%	0.71%	0.70%	0.69%	0.68%	0.67%	0.66%
		口腔	4.78%	4.76%	4.75%	4.74%	4.73%	4.72%	4.71%
		服薬(多剤)	3.10%	3.08%	3.07%	3.06%	3.05%	3.04%	3.03%
		服薬(睡眠薬)	1.90%	1.88%	1.87%	1.86%	1.85%	1.84%	1.83%
		身体的フレイル (ロコモ含む)	5.82%	5.62%	5.52%	5.42%	5.32%	5.22%	5.12%
		重症化予防 (コントロール不良者)	0.95%	1.11%	1.19%	1.19%	1.11%	1.03%	0.95%
		重症化予防 (糖尿病等治療中断者)	7.02%	10.62%	12.42%	12.42%	10.62%	8.82%	7.02%
		重症化予防 (基礎疾患保有+フレイル)	6.26%	6.06%	5.96%	5.86%	5.76%	5.66%	5.56%
		重症化予防 (腎機能不良未受診者)	0.030%	0.028%	0.027%	0.026%	0.025%	0.024%	0.023%
		健康状態不明者	1.74%	1.55%	1.40%	1.30%	1.20%	1.10%	1.00%
		平均自立期間 (要介護2以上)	男性 79.3 歳 女性 83.9 歳	男性 79.6 歳 女性 84.2 歳	男性 79.7 歳 女性 84.3 歳	男性 79.9 歳 女性 84.5 歳	男性 80.0 歳 女性 84.6 歳	男性 80.2 歳 女性 84.8 歳	男性 80.3 歳 女性 84.9 歳

第5章

その他（データヘルス計画の評価・見直し）

本計画の目的及び目標の達成状況については、設定した評価指標に基づき、毎年度評価及び進捗確認を行い、必要に応じて事業の実施内容、方法等の見直しを行います。

令和8年度に事業実績に基づく中間評価を行い、必要に応じて実施体制・目標値等の見直しを行い、本計画の最終年度（令和11年度）に最終評価を行います。