

第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）

計画策定の趣旨	背景	<p>平成25年6月14日に閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされました。</p> <p>平成26年3月、高齢者の医療の確保に関する法律に基づく高齢者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・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。</p> <p>その後、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、保険者のデータヘルスの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、「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。」と示されました。</p> <p>このように、全ての保険者にデータヘルス計画の策定が求められて以降、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、標準化の取組の推進や評価指標の設定の推進が進められてきました。当広域連合においても、標準化された計画策定における考え方のフレーム（構造的な計画様式）や評価指標を活用することにより、他の広域連合間の実績等を比較可能にすることで、市町村との連携を含めた、効果的な保健事業の抽出につなげていき、引き続き、被保険者の皆様の健康の保持増進に向けた取組を進めていきます。</p>	
	目的	<p>本計画は、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ことが、高齢者保健事業の最大の目的です。</p> <p>効果的な保健事業の実施により、生涯にわたる健康の保持増進、生活の質（QOL）の維持及び向上が図られ、結果として、医療費の適正化、要介護認定率の低下や介護給付費の減少に資すると考えられています。今後、高齢者の健康保持・フレイル対策の重要性が、益々高まることを踏まえ、きめ細かな保健事業が展開できるよう、令和2年から「高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施」を開始しており、これにより、高齢者の身近な立場で保健事業や介護予防等を実施している市町村と広域連合が連携し、後期高齢者の保健事業について、国民健康保険の保健事業や介護保険の地域支援事業等と継続的かつ一体的に実施する体制の整備を行っているところです。</p>	
計画期間		令和6年度～令和11年度	
関連する他の計画 関連事項・ 関連目標	都道府県健康増進計画	令和6年～令和11年	きょうと健やか21 第4次 ～総合的な府民の健康増進計画～
	都道府県医療費適正化計画	令和6年～令和11年	京都府中期的な医療費の推移に関する見通し
	介護保険事業支援計画	令和6年～令和8年	京都府高齢者健康福祉計画
	国保データヘルス計画	令和6年～令和11年	市町村保健事業実施計画
実施体制 関係者連携	市町村との連携体制	<p>広域連合が保健事業を行う際には、国民健康保険及び介護保険の保険者であり、後期高齢者に対する健康診査等の保健事業を実施している市町村の協力のもと進めることが不可欠であるため、市町村との連携を深め、必要に応じ地域の福祉や介護予防の取組等に繋がられるよう、地域の関係者との連携に配慮して進めていきます。</p>	
	関係者等	<p>当広域連合は、毎年度の各事業の評価指標の達成状況について、学識経験者、医療保険者、医療関係者、被保険者、有識者等で構成される京都府後期高齢者医療協議会等に報告し、いただいた意見を基に、見直し等を進めています。また、必要に応じ、医師会や歯科医師会、薬剤師会等の機関や関係団体等との連携を図りながら保健事業の実施を進めています。</p>	

(1) 基本情報

人口・被保険者		対象者に関する基本情報				(令和5年10月1日時点)	
		全体	%	男性	%	女性	%
人口(人)		2,536,995	—	1,210,746	—	1,326,249	—
被保険者数(人)		410,282	100%	164,380	100%	245,902	100%
65～69歳(人)		620	0.2%	383	0.2%	237	0.1%
70～74歳(人)		1,953	0.5%	1,207	0.7%	746	0.3%
75～79歳(人)		154,928	37.8%	68,632	41.8%	86,296	35.1%
80～84歳(人)		120,662	29.4%	50,785	30.9%	69,877	28.4%
85～89歳(人)		78,665	19.2%	29,276	17.8%	49,389	20.1%
90歳以上(人)		53,454	13.0%	14,097	8.6%	39,357	16.0%

関係者等		計画の実効性を高めるための関係者等との連携
		連携内容
構成市町村	市町村担当課長、一体的実施事業の企画・調整担当者等と、定期的な会議及び情報交換会並びに研修会を実施	
都道府県	一体的実施事業に関連する京都府の関係課と定期的な協議の場を設置するとともに、市町村向けの会議や研修について、京都府と共催で実施しています。	
国保連及び支援・評価委員会	京都府国保連合会と一体的実施事業や市町村の現況等について定期的な協議の場を設置するとともに、市町村向けの会議や研修について、京都府国保連合会と共催で実施している。	
外部有識者	京都府後期高齢者医療協議会(被保険者代表、医療保険関係者、医療関係者、学識経験者等)から、後期高齢者医療制度の基本的事項等について、意見聴取を行っている。	
保健医療関係者	上記協議会の構成員として、医療関係者に参画いただいている。	

(2) 現状の整理

被保険者等の特性	被保険者数の推移	後期高齢者医療制度が発足した平成20年度、被保険者数は275,779人であったが、毎年増加し続けており、令和4年度末時点で団塊の世代の75歳年齢到達等により402,061人となり、平成20年度から約45%増加。
	年齢別被保険者構成割合	75～79歳が154,928人(37.8%)と最も多く(男性68,632人(41.8%)、女性86,296人(35.1%))、団塊の世代が75才に年齢到達したことによるものと考えられる。
	その他	男女別割合、は男性40%、女性が60%となっており、年齢が上がるにつれてこの差は広がる。
前期計画等に係る評価	前期(第2期)に設定したDH計画全体の目標(設定していない場合は各事業の目標)	(1)健康診査受診率:28%以上、(2)健康診査追加項目実施市町村数:26市町村、(3)歯科健診実施市町村数:20市町村以上、(4)健康教育実施市町村数 26市町村、(5)健康相談実施市町村数:26市町村、(6)健診結果に基づく個別の保健指導:26市町村、(7)フレイル対策・重症化予防 26市町村、(8)重複・頻回受診者、重複投薬者への訪問指導、20市町村以上、(9)保健事業と介護予防等の一体的な実施:26市町村、(10)市町村連携強化事業(健康事業) 26市町村、(11)市町村連携強化事業(広報・勧奨事業) 26市町村、(12)KDBシステム推進・支援 26市町村、(13)後発医薬品利用率 86.2%以上
	目標の達成状況	(1)健康診査受診率:23%(令和4年度実績)、(2)健康診査追加項目実施市町村数:26市町村(令和4年度実績)、(3)歯科健診実施市町村数:18市町村(令和4年度実績)、(4)健康教育実施市町村数 25市町村(令和5年12月時点)、(5)健康相談実施市町村数:24市町村(令和5年12月時点)、(6)健診結果に基づく個別の保健指導:22市町村(令和5年12月時点)、(7)フレイル対策・重症化予防 22市町村(令和5年12月時点)、(8)重複・頻回受診者、重複投薬者への訪問指導:18市町村(令和5年12月時点)、(9)保健事業と介護予防等の一体的な実施:22市町村(令和5年12月時点)、(10)市町村連携強化事業(健康事業) 17市町村(令和5年12月時点)、(11)市町村連携強化事業(広報・勧奨事業) 25市町村(令和5年12月時点)、(12)KDBシステム推進・支援 22市町村(令和5年12月時点)、(13)後発医薬品利用率 77.2%(令和5年3月診療分)

※計画内の時点表記のない数値については、令和4年度の数値。

II 健康医療情報等の分析

項目		健康医療情報等の整理	アセスメント	データ出典
被保険者構成の将来推計		令和4年度の府内75歳以上人口は約41万人で、府内人口の約16%を占める。2030年（令和12年）には75歳以上が487,788人になり府内人口の約20%を超えピークを迎える。その後、75歳以上人口は減少に転じるものの、総人口の減少の方が大きいことから、2045年（令和27年）には府内人口の22%が75歳以上となる。 2022年（令和4年） 府内人口：254万人 75歳以上：41万人（約16%） 2030年（令和12年） 府内人口：245万人 75歳以上：48万人（約20%） 2045年（令和27年） 府内人口：217万人 75歳以上：47万人（約22%）	<ul style="list-style-type: none"> 国の統計によると、京都府の65歳以上割合は29.6%と、全国の28.9%を上回っており（令和3年度値）、今後も高齢化率は高まっていく見込み。 医療費についても、令和11年度には20%以上の自然増が見込まれることから、後発医薬品の普及や特定健診・特定保健指導の推進がより重要となってくる。 高齢者自身が積極的に社会との交流を持ち、フレイル対策の観点からも、社会参加を促す環境を整備する必要がある。 	<ul style="list-style-type: none"> 令和5年推計 日本の将来推計人口（国立社会保障・人口問題研究所） 京都府中期的な医療費の推移に関する見直し（第4期）
将来推計に伴う医療費見込み		京都府によると、令和元年度医療費（約9,513億円）を基準年度とした場合、今後の高齢化や医療の高度化による伸びを見込んだ今後の医療費の見直しは、令和11年度で約1兆1,636億円と、令和元年度から約2,123億円（約23.3%）の自然増が見込まれている。		京都府中期的な医療費の推移に関する見直し（第4期）
平均余命 平均自立期間（要介護2以上） 死因別死亡割合	全国平均との比較	<ul style="list-style-type: none"> 全国と比較し、 平均余命は男女共にやや高く、男性で0.7歳、女性で0.6歳高い。 平均自立期間は男性は全国より0.3歳高く、女性は0.1歳低い。 死因別死亡割合は、主な死因は府全体で「がん」50.6%、「心臓病」29.6%、「脳疾患」12.7%、「糖尿病」1.6%、「腎不全」3.4%、「自殺」2.1%。 	<ul style="list-style-type: none"> 健診受診率1位と2位の市町村は「平均余命」と「平均自立期間」が男女共に高い。（健診受診率の低い市町村は、特筆すべき傾向は見られない） 死因別死亡割合では「がん」の次に「心臓病」が多く、健診結果においても「血圧」「肥満」「脂質」など、循環器疾患に繋がる割合が高くなっている。 	KDBシステム [S21_001] 地域の全体像の把握
	構成市町村比較	<ul style="list-style-type: none"> 平均余命 <ul style="list-style-type: none"> 府全体は男性82.4歳、女性88.4歳。 最も高い市町村は、男性84.6歳、女性91.0歳 最も低い市町村は、男性75.0歳、女性86.2歳 平均自立期間 <ul style="list-style-type: none"> 府全体は男性80.4歳、女性84.3歳 最も高い市町村は、男性82.4歳、86.6歳 最も低い市町村は、男性73.3歳、82.6歳 平均自立期間と平均余命の差 <ul style="list-style-type: none"> 府全体男性2.0歳、女性4.1歳 最も差が小さい市町村は、男性1.3歳、女性3.1歳 最も差が大きい市町村は、男性2.6歳、女性5.7歳 死因別死亡割合 <ul style="list-style-type: none"> 「がん」の割合が最も高い市町村は71.1%、最も低い市町村で42.3% 次いで「心臓病」の割合が最も高い市町村は37.5%、最も低い市町村で15.8% 		
	経年変化	<ul style="list-style-type: none"> 平均余命 <ul style="list-style-type: none"> 過去3年間で男性81.9歳→82.4歳と0.5歳上昇、女性は87.3歳→88.4歳と0.9歳上昇 平均自立期間 <ul style="list-style-type: none"> 過去3年間で男性は0.3歳上昇、女性は0.1歳減少。 死因別死亡割合 <ul style="list-style-type: none"> 過去3年間で死因別の割合に大きな変化はない。 		
健康診査 歯科健康診査 健診結果の状況（健康状況）	全国平均との比較	<ul style="list-style-type: none"> 健診実施率は全国と比較し、約5ポイント低い（広域23%、国28%） <国の受診率は参考値> 「オーラルフレイル」という言葉とその意味を知らない方は、70歳代で6割、80歳代で6割強と高い。 	<ul style="list-style-type: none"> 健診受診率の市町村の差は、地域性や実施方法等の理由により、近年固定化している。 市町村国保の健診受診率が高い市町村は、後期高齢者医療の健診受診率も高い傾向にあるが、市町村国保と後期高齢を比べると市町村国保受診率の方が相対的に高い傾向にあり、高齢になると持病等により、医療機関にかかる割合も増え、それに反比例して健診受診率が下がると考えられる。 歯科健診は受診率が低く、未実施市町村も依然として多い。歯科健診を実施している市町村は、健康増進法に規定されている「成人歯科健診」を実施していることから、若年層からの切れ目ない健診実施が受診につながると考えられる。 健康状態不明者は増加傾向であったが、令和4年度は減少に転じている。医療受診率は、新型コロナウイルスによる受診控え等の影響もあり、令和2・3年度は減少傾向にあったが、令和4年度は上昇。介護認定率は昨年度よりも低下、健診は既述のとおり、令和4年度に受診率が増加していることから、医療受診率と健診受診率が影響していると考えられる。（※健康状態不明者とは、医療、介護、健診のいずれにもかかっていない方） 	各市町村からの実績報告、京都府民歯科実態調査
	構成市町村比較	<ul style="list-style-type: none"> 健康診査 <ul style="list-style-type: none"> 最も高い市町村の受診率は54.0%、最も低い市町村は14.2%と、39.8ポイント差がある。 上位10位は54.0%～37.7%、下位10位は14.2%～25.9%。 歯科健診 <ul style="list-style-type: none"> 最も高い市町村の受診率は20%、最も低い市町村は0.7% 未実施市町村が8市町村ある。 		
	経年変化	<ul style="list-style-type: none"> 健康診査 <ul style="list-style-type: none"> 令和元年度から令和4年度比較で0.5ポイント上昇。令和2年度（20.9%）及び令和3年度（20.5%）は減少したが、令和4年度は回復傾向。 歯科健診 <ul style="list-style-type: none"> 令和元年度から令和4年度比較ではほとんど変わらず（2.9%）。ただし、令和2年度及び令和3年度は新型コロナウイルス感染拡大の影響で（R2：0.3%、R3：2.6%）低下したが、回復傾向。 		
	全国平均との比較	(全国値不明につき、比較不能)		
	構成市町村比較	<ul style="list-style-type: none"> 健診結果 <ul style="list-style-type: none"> 生活習慣病の中で最もリスク保有の割合が高いのは、「血圧」で35.9%。 過去3年間で最も「血圧」が上昇しており、4.5ポイント上昇（31.4%（R1）→35.9%（R4））。 市町村別にみると、「血圧」の割合が最も高いのは23/26市町村で、「肥満」の割合が最も高いのは3/26市町村。 全ての市町村で「肝機能」の割合が最も低かった。 		
質問票調査結果の状況（生活習慣）	全国平均との比較	<ul style="list-style-type: none"> 「身近に相談できる人がいる」等、ソーシャルサポートがある方が95%と高く推移。 健康状態が「よい」「まあよい」「ふつう」と回答した方は、9割近くで高く推移しているが減少傾向にあり、一方で「あまりよくない」「よくない」が増加傾向。 「以前と比べて歩く速度が遅い」「この1年間で転んだ」など、運動・転倒リスクを回答した方が73%と高く推移している。 口腔機能リスクがある方は全国より低いが「お茶や汁物でむせる」がR3から増加傾向。 	KDBシステム [S29_001] 健康スコアリング（健診）	
	構成市町村比較			
	経年変化			
健康状態不明者の数	全国平均との比較	(厚労省が集計中、令和6年度中に公表予定)	支援ツール（対象者の抽出）抽出条件No.10	
	構成市町村比較	直近は増加傾向にあったが、令和3年度から令和4年度は減少に転じている。 令和元年度 6,249人 令和2年度 6,355人 令和3年度 7,104人 令和4年度 6,626人		
	経年変化			

広域連合がアプローチする課題と対策

広域連合がアプローチする課題	
A	平均自立期間の延伸
B	自身の健康状態を客観的指標等で把握し、生活習慣病等の重症化予防のための行動（健康診査の受診、通いの場への参加など）がとれる被保険者の増加

医療関係の分析	医療費	全国平均との比較	<ul style="list-style-type: none"> 1人当たりの医療費(※)は、年間855,194円(男性950,439円、女性790,799円)で、全国と比較すると、69,409円高い。 年代別で見ると、90～94歳が1,006,098円と最も高く、75～79歳が727,551円と最も低い。 ※本計画の1人当たり医療費は、全国の性別・年齢構成の平均比率に調整した数値のため、実際の1人当たり医療費とは異なる。 	<ul style="list-style-type: none"> 年齢別の医療費では、年齢が上がるにつれて1人当たり医療費も増加しているが、95歳を超えると減少に転じ、100歳を超えると急激に減少する。 疾病別1人当たりの医療費では、骨折が1位、関節疾患が4位と、疾病により要介護状態に陥ることがある医療費の割合が多く、フレイル対策の必要性が伺える。2位は不整脈となっており、循環器疾患の原因となる生活習慣病の予防にも引き続き取り組む必要がある。 男女別では、どの年代においても男性が女性より一人当たりの医療費は高い。 	KDBシステム【S29_002】健康スコアリング(医療)
		構成市町村比較	1人当たりの医療費が最も高い市町村は、995,463円、最も低い市町村で663,600円と、最大331,863円の差がある。		KDBシステム【S23_001】医療費分液(1)細小分類
		経年変化	1人当たり医療費は、増減を繰り返しつつも増加傾向にあり、5年前と比べて5,765円増加。		
	疾病分類別の医療費	全国平均との比較	<ul style="list-style-type: none"> 医療費の多い疾病は、①骨折、②不整脈、③慢性腎臓病(透析あり)、④関節疾患、⑤糖尿病の順となっている。 全国の順位は①骨折、②慢性腎臓病(透析あり)、③不整脈と、同様の傾向となっており、医療費を上位3つと比較すると、1割～2割程度高くなっている。 		
		構成市町村比較	過去5年間、①骨折、②不整脈、③慢性腎臓病(透析あり)の順位は変わっていない。		
後発医薬品の使用割合	R1:73.2%、R2:74.6%、R3:74.8%、R4:77.2%と、国が当面の目標としている80%に近づいている。	今後も引き続き、被保険者、医療機関等に分かりやすく周知していくことが必要。	厚労省ホームページ		
重複投薬患者割合	同一月内で2医療機関から1つ以上同じ成分の薬剤が処方されている方は1.1%であり、近年は同じ水準。	令和2年度から徐々に取り組む市町村数を増やししながら実施しており、府内全自治体に事業を拡大し引き続き取り組む必要がある。	KDBシステム【S27_013】重複・多剤処方の状況		
介護関係の分析	要介護認定率の状況	全国平均との比較	京都府全体で22.5%であり、全国(19.4%)と比較し、3.1ポイント高い。男女別では、男性が京都府16.7%に対し全国14.1%と、2.6ポイント高い。女性では、京都府26.8%に対し全国23.5%と、3.3ポイント高い。	<ul style="list-style-type: none"> 介護認定率は、男女共に全国平均よりも高く、過去5年間の上昇幅も全国平均より大きいことから、介護予防、フレイル予防等を充実させていく必要がある。 市町村における要介護認定率では、北部地域で高く、南部地域で低い傾向がある。 要介護認定率が高い市町村は、平均余命、平均自立期間が短くなっている傾向がある。 	KDBシステム【S29_003】健康スコアリング(介護)
		構成市町村比較	最も高い市町村は、全体25.9%、男性19.2%、女性34.2% 最も低い市町村は、全体17.3%、男性11.7%。女性21.0%		
		経年変化	平成30年度→令和4年度では、21.5%→22.5%と、5年間で1ポイント上昇している。(全国:平成30年度→令和4年度では、19.2%→19.4% 5年間で0.2ポイントの上昇)		
	介護給付費	全国平均との比較	<ul style="list-style-type: none"> 全国と比較し、1人あたりの介護給付費は京都府25,683円に対して、全国23,727円と1,956円高い。 男女別で見ると、男性で、京都府15,852円に対し全国14,630円と、1,222円高い。女性は、京都府33,040円に対し全国30,712円と、2,328円高い。 		<ul style="list-style-type: none"> 介護給付費においても、男女ともに全国平均よりも高くなっており、過去5年間の上昇幅も全国平均より大きく、介護予防、フレイル予防等を充実させていく必要がある。 女性は男性より平均余命・平均自立期間が長い一方で、「平均余命と平均自立期間の差」、「介護認定率」、「1人当たりの介護給付費」は男性よりも高くなっているなど、要介護状態になる割合や期間の長さ等については、女性が男性を上回っている。
構成市町村比較		1人当たり介護給付費が最も高い市町村は、全体37,778円、男性19,020円、女性52,202円 最も低い市町村は、全体10,374円、男性10,374円、女性23,697円			
経年変化		平成30年度→令和4年度では、24,400円→25,683円、5年間で1人当たりの給付費が1,283円増加。(全国:平成30年度→令和4年度では、23,020円→23,727円、5年間で1人当たりの給付費が707円の増加)			
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)	全国平均との比較	<ul style="list-style-type: none"> 要介護度別有病率(疾病別) 要介護度別の有病率は「要支援2」が最も多く、次いで「要介護2」が多い。逆に有病率が最も少ないのは「要介護5」。 疾病別で見ると「糖尿病」「心臓病」「がん」「筋・骨格」において要支援2が最も多くなっており、「脳疾患」「精神疾患」では要介護5が最も多くなっている。 	<ul style="list-style-type: none"> 要介護認定の有無で比較した場合、心臓病においては、認定有の方が5割以上で、認定無の方より多かったが、高血圧症や糖尿病については、認定無の方が割合が高かった。介護認定を受けていない者においても後期高齢者は何らかの疾患を持っている者が多く、医療との連携が重要であると考えられる。 	<ul style="list-style-type: none"> 要介護認定有 有病率 KDB【S21_001】地域全体像の把握 要介護認定無 有病率 KDB【C24_004】後期高齢者の医療(健診)・介護実況状況CSV帳票 	
	構成市町村比較	<ul style="list-style-type: none"> 要介護認定有無別の有病率(疾病別) 要介護認定「有」の場合、①心臓病(58.4%)、②筋・骨格(54.3%)、③高血圧症(50.8%)の順で有病率が高く、全国との比較では「筋・骨格」が高くなっている。 要介護認定「無」の場合、①高血圧(64.9%)、②脂質異常症(55.4%)、③歯肉炎・歯周疾患(49.8%)の順で有病率が高い。 要介護認定「有」「無」共に、有病率の傾向は、近年同じである。 			
	経年変化				
通いの場の展開状況(箇所数・参加者数等)	全国平均との比較	65歳以上の通いの場の参加率は、京都府は2.5%と、全国平均5.5%を下回るとともに、全国47位で最下位(R3実績)。H29～R2の参加率も45～47位の状況。	<ul style="list-style-type: none"> 通いの場の状況は各市町村が把握している数で算出されており、現状とは異なる可能性があるため、一体的実施等が定着していく中で実績を評価していく必要がある。まずは、市町村が正確に現状を把握しフレイル予防等の活動が展開できることが重要。 通いの場の箇所数や参加率の増加と合わせて、それぞれの高齢者の健康状態や生活状況等に適した通いの場の整備に向けて市町村を支援していく必要がある。 	介護予防・日常生活支援総合事業(地域支援事業)の実施状況に関する調査結果「介護予防に資する住民主体の通いの場の展開状況」	
	構成市町村比較	通いの場が設置されている市町村のうち、65歳以上の参加率が最も多い市町村で22.1%で、最も低い市町村は0.1%と、市町村間で差がみられる。			
	経年変化	H27～R3で、箇所数、参加率共に増加傾向にある。			
介護・医療のクロス分析		<ul style="list-style-type: none"> 外来では「要支援・要介護」の1人当たり医療費が多く、入院では「要介護2以上」の1人当たり医療費が最も多い。 年齢別で見ると、外来は75～84歳、100歳以上は「要介護2以上」が最も1人当たり医療費が多く、85～99歳の間は「要支援・要介護」が最も1人当たり医療費が多くなる。対して入院では、75～99歳までは「要介護2以上」が最も1人当たり医療費が多く、100歳を超えると「介護認定なし」が最も1人当たり医療費が多くなる。 また、1人当たり医療費の額では、「介護認定あり」は入院・外来共に75～79歳が最も多く、年齢が上がるに連れて減少する。对象的に「介護認定なし」は、外来はどの世代も大きく変わらないが、入院は95歳から急激に増加している。 男女別で見ると、男性・女性共に、外来は「要支援・要介護」、入院は「要介護2以上」が1人当たり医療費が多くなるが、女性のみ100歳を超えると、入院の1人当たり医療費は「介護認定なし」が最も高くなる。 	<ul style="list-style-type: none"> 「介護認定あり」の方は、1人当たり医療費が高いことに加えて、75～79歳がピークになる。 対して「介護認定なし」の方は、医療費が「介護認定あり」と比べてどの年代も大幅に低く、医療費が上がり始めるのは95歳を迎えてから。 このことから、75歳に年齢到達する前から、継続した介護予防・フレイル対策、生活習慣病対策を行うことが、結果として1人当たり医療費にも影響が出るものと考えられる。 	KDBシステム【S29003】健康スコアリング(介護)	
				C 被保険者がフレイルリスクを認識し、その予防を行う。	
				D 被保険者自身の適切な受診行動・服薬により、薬剤の重複服薬等による健康被害を防ぐ	

Ⅲ 計画全体

広域連合がアプローチする課題	優先する課題	課題解決に係る取組の方向性	対応する保健事業番号
A 平均自立期間の延伸	✓	<ul style="list-style-type: none"> 健診受診率の向上 低栄養、口腔機能、生活習慣病等の重症化予防の推進 健康状態不明者対策の要する推進 通いの場等への積極的な関与 	1,3,4,5,6,7,9
B 自身の健康状態を客観的指標等で把握し、生活習慣病等の重症化予防のための行動（健康診査の受診、通いの場への参加など）がとれる被保険者の増加	✓	<ul style="list-style-type: none"> 健診受診率の向上（再掲） 歯科健診実施市町村の拡大 ハイリスク者対策の推進 健康状態不明者対策の要する推進（再掲） 	1,2,3,4,5,6,7,8,9
C 被保険者がフレイルリスクを認識し、その予防を行う。	✓	<ul style="list-style-type: none"> 低栄養、口腔機能、生活習慣病等の重症化予防の推進（再掲） 通いの場等への積極的な関与（再掲） 	3,4,5,6,7,9
D 被保険者自身の適切な受診行動・服薬により、薬剤の重複服薬等による健康被害を防ぐ	✓	<ul style="list-style-type: none"> 重複服薬等への指導・相談の取組推進 	8

必要に応じて課題を列挙

課題の解決に資する事業設計

目的・目標		抽出した課題に対して、この計画によって目指す姿（目的）と目標・評価項目																							
計画全体の目的（この計画によって目指す姿）		生活習慣病の発症や重症化の予防及び高齢化等に伴う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※1		目標値※2																					
		2022 (R4)		2024 (R6)			2025 (R7)			2026 (R8)			2027 (R9)			2028 (R10)			2029 (R11)						
		割合	分子	分母	割合	分子	分母	割合	分子	分母	割合	分子	分母	割合	分子	分母	割合	分子	分母	割合	分子	分母			
A 平均自立期間の延伸	健診受診率（健診に代えて人間ドックを受診した方を含む）	24.5%	92,356	377,346	26.0%			27.0%			28.0%			29.0%			30.0%			31.0%					
	B 自身の健康状態を客観的指標等で把握し、生活習慣病等の重症化予防のための行動（健康診査の受診、通いの場への参加など）がとれる被保険者の増加																								
	歯科健診実施市町村数	69.231%	18	26	77%	20	26	85%	22	26	85%	22	26	92%	24	26	92%	24	26	100%	26	26			
A 平均自立期間の延伸	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	92.3%	24	26	96%	25	26	100%	26	26	100%	26	26	100%	26	26	100%	26	26	100%	26	26			
	アウトフット（実施市町村数）	低栄養	38.5%	10	26	42.3%	11	26	50.0%	13	26	57.7%	15	26	65.4%	17	26	73.1%	19	26	76.9%	20	26		
		口腔	3.8%	1	26	11.5%	3	26	19.2%	5	26	26.9%	7	26	34.6%	9	26	42.3%	11	26	50.0%	13	26		
		服薬（重複）	34.6%	9	26	42.3%	11	26	50.0%	13	26	57.7%	15	26	65.4%	17	26	73.1%	19	26	76.9%	20	26		
		重症化予防（糖尿病性腎症）	53.8%	14	26	57.7%	15	26	61.5%	16	26	65.4%	17	26	69.2%	18	26	73.1%	19	26	76.9%	20	26		
		重症化予防（その他身体的フレイルを含む）	34.6%	9	26	42.3%	11	26	50.0%	13	26	57.7%	15	26	65.4%	17	26	73.1%	19	26	76.9%	20	26		
		健康状態不明者	65.4%	17	26	69.2%	18	26	76.9%	20	26	80.8%	21	26	88.5%	23	26	92.3%	24	26	100.0%	26	26		
	A 平均自立期間の延伸	B 自身の健康状態を客観的指標等で把握し、生活習慣病等の重症化予防のための行動（健康診査の受診、通いの場への参加など）がとれる被保険者の増加 C 被保険者がフレイルリスクを認識し、その予防を行う。 D 被保険者自身の適切な受診行動・服薬により、薬剤の重複服薬等による健康被害を防ぐ	アウトカム	低栄養	0.78%	3,152	402,061	0.79%			0.79%			0.78%			0.77%			0.77%			0.76%		
				口腔	2.81%	11,318	402,061	2.78%			2.75%			2.73%			2.71%			2.68%			2.66%		
				服薬（多剤）	3.64%	14,615	402,061	3.37%			3.34%			3.31%			3.29%			3.26%			3.23%		
				服薬（睡眠薬）	1.50%	6,050	402,061	1.49%			1.47%			1.46%			1.45%			1.44%			1.43%		
				身体的フレイル（ロコモ含む）	4.38%	17,604	402,061	4.36%			4.33%			4.29%			4.25%			4.22%			4.18%		
重症化予防（コントロール不良者）				0.79%	3,168	402,061	0.69%			0.69%			0.68%			0.68%			0.67%			0.67%			
重症化予防（糖尿病等治療中断者）				5.84%	23,468	402,061	5.75%			5.7%			5.66%			5.61%			5.56%			5.51%			
重症化予防（基礎疾患保有＋フレイル）				5.05%	20,307	402,061	5.06%			5.01%			4.97%			4.93%			4.89%			4.85%			
重症化予防（腎機能不良未受診者）				0.016%	65	402,061	0.02%			0.02%			0.019%			0.019%			0.019%			0.018%			
健康状態不明者				1.76%	7,072	402,061	1.78%			1.77%			1.75%			1.74%			1.72%			1.71%			
平均自立期間（要介護2以上）	男性80.3歳 女性84.2歳			男性80.8歳 女性84.8歳			男性81.0歳 女性85.0歳			男性81.3歳 女性85.3歳			男性81.5歳 女性85.7歳			男性81.7歳 女性86.0歳									

※1 実績年度が異なる場合には、欄外等に注釈を記載。 ※2 目標値を記載する際には、分母・分子は記載不要。

個別事業及び計画期間における進捗管理

事業番号	事業分類	事業名	直営委託混合	重点・優先	実施年度（市町村数）					
					2024 (R6)	2025 (R7)	2026 (R8)	2027 (R9)	2028 (R10)	2029 (R11)
1	健康診査	健康診査事業	補助	✓	26	→				
2	歯科健康診査	歯科健康診査事業	補助	✓	20	22	22	24	24	26
3	一体的実施	低栄養予防事業	委託	✓	11	13	15	17	19	20
4		口腔機能低下予防事業	委託	✓	3	5	7	9	11	13
5		糖尿病等重症化予防事業	委託	✓	15	16	17	18	19	20
6		生活習慣病等重症化予防事業	委託	✓	11	13	15	17	19	20
7		健康状態不明者対策事業	委託	✓	18	20	21	23	24	26
8		服薬等適正化事業	複合	✓	26	→				
9		健康教育事業（通いの場）	委託	✓	22	23	24	25	26	→

IV 個別事業

事業シート [1]

事業① 健康診査事業

事業の目的	生活習慣病の発症予防と疾病の早期発見・早期治療を図り重症化を予防するため、健康診査受診率の向上を目指す。健康診査の受診を通して、自身の健康状態を把握し健康意識の向上につなげる。
事業の概要	市町村が実施する健康診査事業に係る費用に対し、健康診査事業費補助金を交付。 1 対象者 後期高齢者医療被保険者（長期入院者・施設入所者等、健診対象でない者を除く） 2 実施方法 市町村が健康診査事業を実施。市町村によって、実施時期、実施方法等異なる。 3 補助対象 健診項目 ●必須項目：問診、計測（身長、体重、BMI、血圧）、身体診察、脂質（中性脂肪、HDL、LDL）、肝機能（AST、ALT、γ-GT）、代謝系（空腹時血糖またはヘモグロビンA1c）、尿・腎機能（尿糖、尿蛋白） 医師の判断に基づき選択的に実施する項目：血液検査、心電図検査、眼底検査、血清クレアチニン検査 ●任意項目：尿酸検査、アルブミン検査

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)
アウトプット 評価指標	1	健診受診率 (健診に代えて人間ドックを受診した方を含む)	受診率の算出 健康診査事業費補助金実績報告における健診受診者数・対象者数から算出 健診受診者数／対象者数 受診者数、対象者数に人間ドック受診者を含む。	24.5%	26.0%	27.0%	28.0%	29.0%	30.0%	31.0%

プロセス (方法)	概要	<ul style="list-style-type: none"> 市町村が実施する健康診査事業に係る費用に対し、健康診査事業費補助金を交付 市町村による健診結果に基づく保健指導（保健事業と介護予防等の一体的実施等）
	実施内容	<ol style="list-style-type: none"> 市町村による健康診査事業 ※実施時期、実施方法（集団・個別）等は市町村によって異なる 健診結果に基づく保健指導（保健事業と介護予防等の一体的実施等） 健康診査事業費補助金の交付申請～実績報告 交付決定、交付額の確定、交付
	実施後のフォロー・モニタリング	<ul style="list-style-type: none"> 補助金実績報告、KDB、別途アンケートによる状況把握。 健康診査に係る状況を市町村へフィードバック。（受診率等のデータ提供） 補助単価の見直し等、補助金交付要綱の改正。

ストラクチャー (体制)	概要	<ul style="list-style-type: none"> 市町村による健康診査事業、保健事業 健康診査事業に対する健康診査事業費補助金を交付
	実施内容	<ol style="list-style-type: none"> 広域連合の体制 (1) 担当部署：総務課企画担当 (2) 担当者数：事務職1名（保健師3名） (3) 実施方法：補助金交付 市町村の体制 市町村によって異なる。

IV 個別事業

事業シート [2]

事業② 歯科健康診査事業

事業の目的	歯科健康診査の受診を通して、自身の健康状態を把握し健康意識の向上につなげる。
事業の概要	<p>市町村が実施する歯科健康診査事業に係る費用に対し、健康診査事業費補助金を交付。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 対象者 後期高齢者医療被保険者（長期入院者・施設入所者、対象外年齢等、歯科健診対象でない者を除く） 2 実施方法 市町村が歯科健康診査事業を実施。市町村によって、実施時期、実施方法等異なる。 3 補助対象 咀嚼能力評価、舌機能評価、嚥下機能評価のうち1項目以上を選択し、歯・歯肉の状態、口腔機能等の検査を実施する歯科健康診査に係る経費

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)
アウトプット 評価指標	1	実施市町村数	歯科健診実施市町村数／府内 市町村数	18	20	22	22	24	24	26
	2	歯科健診受診率	歯科健診受診者数／歯科健診 対象者数	2.9%	前年度と比較して維持または増加（※）					

※後期高齢者の歯科健診は全被保険者を対象に実施する市町村は少なく、節目の年齢（75歳など）で実施する市町村が多いことから、各年度で対象者が変わり、経年の数値目標設定に向かない。

プロセス (方法)	概要	<ul style="list-style-type: none"> ・市町村が実施する歯科健康診査事業に係る費用に対し、健康診査事業費補助金を交付 ・市町村による歯科健診結果に基づく保健指導
	実施内容	<ol style="list-style-type: none"> 1 市町村による歯科健康診査事業 ※実施時期、実施方法等は市町村によって異なる 2 歯科健診結果に基づく保健指導 3 健康診査事業費補助金の交付申請～実績報告 4 交付決定、交付額の確定、交付
	実施後のフォロー・モニタリング	<ul style="list-style-type: none"> ・補助金実績報告、別途アンケートによる状況把握。 ・歯科健康診査に係る状況を市町村へフィードバック。（受診率等のデータ提供） ・補助単価の見直し等、補助金交付要綱の改正。

ストラクチャー (体制)	概要	<ul style="list-style-type: none"> ・市町村による歯科健康診査事業、保健事業 ・歯科健康診査事業に対して健康診査事業費補助金を交付
	実施内容	<ol style="list-style-type: none"> 1 広域連合の体制 (1) 担当部署：総務課企画担当 (2) 担当者数：事務職1名（保健師3名） (3) 実施方法：補助金交付 2 市町村の体制 市町村によって異なる。

IV 個別事業

事業シート [3]

事業③ 低栄養予防事業

事業の目的	被保険者が低栄養についての正しい知識を習得し、自らが低栄養状態の改善・悪化防止に取り組むことで、フレイル状態を防止する。
-------	--------------------------------------------------------------

事業の概要	<p>1 対象者 低栄養状態または悪化の可能性がある被保険者 ＜例＞健診結果でBMI\leq20以下かつ質問票⑥（体重変化）にチェックのある者等 ※実施市町村の状況により、抽出条件は異なる。</p> <p>2 実施方法 （1）広域連合から構成市町村への委託で実施。 （2）市町村によって実施体制等は異なる。</p> <p>3 実施内容 実施市町村により異なる。 ＜例＞・管理栄養士による3～6か月を1クールとする計3回の居宅訪問・電話フォロー等 ・対象者の栄養状態、食生活等の把握、アセスメント ・アセスメントに基づく栄養、生活等指導 ・評価指標による評価</p>
-------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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、BMI値が維持・改善できた方の割合 ※体重維持「 $\pm 0.9\text{kg}$ 」、 体重改善「 $+1\text{kg}$ 」	<p>＜評価対象＞ 体重、BMI値維持・改善人数/支援実施人数 ＜方法＞ ①市町村で評価 ②①を集計し広域連合で評価 ＜評価時期＞ 市町村の評価時期により異なる（市町村により、次年度の健診結果が判明する時期が異なる）</p>	未集計 （第3期から開始する指標）	R6実績と比較し、維持又は増加			過去3年の実績等を基に最終年度までの目標値を設定		

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)
アウトプット評価指標	1	対象者のうち支援できた方の割合	<p>＜評価対象＞ 支援実施人数/対象者数 ＜方法＞ ①市町村で評価 ②①を集計し広域連合で評価 ＜評価時期＞ 実施年度の翌年度5月頃</p>	85.2%	85.5%	86.5%	87.5%	88.5%	89.5%	89.8%

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構成市町村に委託して実施
	実施内容	<p>1 市町村が自市町村の健康課題から本事業実施の要否を判断。 2 実施市町村は実施計画を広域連合に提出。 3 広域連合で事業計画の内容を確認し、適当と判断した場合に市町村へ委託。</p>
	実施後のフォロー・モニタリング	<p>1 業務日誌での確認 四半期に市町村から広域連合へ提出される業務日誌により、進捗管理を行う。 2 実績報告 ・事業実施後、市町村から広域連合へ実績報告を提出 ・広域連合が実績内容の確認を行う。</p>

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構成市町村に委託して実施
	実施内容	<p>1 広域連合の体制 （1）担当部署：総務課企画担当 （2）担当者数：事務職2名、保健師3名 2 市町村の体制 （1）担当部署：市町村により異なる。 （2）担当者：管理栄養士、保健師等（常勤・雇上げ等）市町村により異なる。</p>
	実施後のフォロー・モニタリング	実施体制について、必要に応じて市町村と対応について協議・検討を実施する。

IV 個別事業

事業シート [4]

事業④

口腔機能低下予防事業

事業の目的	被保険者が口腔機能低下についての正しい知識を習得し、自らが口腔機能低下・悪化防止に取り組むことで、オーラルフレイル状態を防止する。
事業の概要	<p>1 対象者 口腔機能の低下またはその可能性がある被保険者 ＜例＞質問票④（咀嚼機能）⑤（嚥下機能）のいずれかに該当する者でレセプトで過去1年間歯科受診なしの者 ※実施市町村の状況により、抽出条件は異なる。</p> <p>2 実施方法 （1）広域連合から構成市町村への委託で実施。 （2）市町村によって実施体制等は異なる。</p> <p>3 実施内容 実施市町村により異なる。 ＜例＞・歯科衛生士による3～6か月を1クールとする計3回の居宅訪問・電話フォロー等 ・対象者の口腔状態、食生活等の把握、アセスメント ・アセスメントに基づく口腔、栄養、生活等指導 ・評価指標による評価</p>

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	歯科健診受診率 (口腔機能低下予防事業を 実施している市町村のみ)	<p>＜評価対象＞ 歯科健診または歯科医院受診 人数/支援実施者のうち健診 または歯科医院受診を勧奨し た人数 ＜方法＞ ①市町村で評価 ②①を集計し広域連合で評価 ＜評価時期＞ 実施年度の翌年度6月頃</p>	未集計 (第3期か ら開始する 指標)	R6実績と比較し、維持又は増加			過去3年の実績等を基に最終年度ま での目標値を設定		
	2	口腔機能の改善が確認でき た方の割合	<p>＜評価対象＞ 口腔機能検査、質問票等で口 腔機能の改善が確認できた人 数/支援実施者数 ＜方法＞ ①市町村で評価 ②①を集計し広域連合で評価 ＜評価時期＞ 市町村の評価時期により異な る(市町村により、次年度の 健診結果等が判明する時期が 異なる)</p>	未集計 (第3期か ら開始する 指標)	R6実績と比較し、維持又は増加			過去3年の実績等を基に最終年度ま での目標値を設定		

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)
アウトプット 評価指標	1	対象者のうち支援できた方 の割合	<p>＜評価対象＞ 支援実施人数/対象者数 ＜方法＞ ①市町村で評価 ②①を集計し広域連合で評価 ＜評価時期＞ 実施年度の翌年度5月頃</p>	62.3%	前年度と比較し、維持又は増加			過去3年の実績等を基に最終年度ま での目標値を設定		

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構成市町村に委託して実施
	実施内容	<p>1 市町村が自市町村の健康課題から本事業実施の要否を判断。 2 実施市町村は実施計画を広域連合に提出。 3 広域連合で事業計画の内容を確認し、適当と判断した場合に市町村へ委託。</p>
	実施後のフォロー・モニタリング	<p>1 業務日誌での確認 四半期に市町村から広域連合へ提出される業務日誌により、進捗管理を行う。 2 実績報告 ・事業実施後、市町村から広域連合へ実績報告を提出 ・広域連合が実績内容の確認を行う。</p>

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構成市町村に委託して実施
	実施内容	<p>1 広域連合の体制 (1) 担当部署：総務課企画担当 (2) 担当者数：事務職2名、保健師3名 2 市町村の体制 (1) 担当部署：市町村により異なる。 (2) 担当者：歯科衛生士、保健師等(常勤・雇上げ等)市町村により異なる。</p>
	実施後のフォロー・モニタリング	実施体制について、必要に応じて市町村と対応について協議・検討を実施する。

IV 個別事業

事業シート [5]

事業⑤ 糖尿病性腎症重症化予防事業

事業の目的	被保険者が、糖尿病に対する正しい知識を持ち、自身の健康状態や生活習慣等を見直すとともに適切な医療・保健等のサービスを受けながら重症化を予防する。
-------	--------------------------------------------------------------------------

事業の概要	<p>1 対象者 (1) 後期高齢者健診の結果、糖尿病の所見があるが医療を受けていない者（医療未受診者、治療中断者） (2) 糖尿病治療中であるが、腎機能障害等コントロール不良の者（主治医からの紹介等）</p> <p>2 実施方法 (1) 広域連合から構成市町村への委託で実施 (2) 市町村によって対象者抽出基準、実施体制等は異なる。</p> <p>3 実施内容 市町村により異なる。 <例>・保健師、栄養士等による訪問、電話等での保健指導 ・適切な医療機関への受診勧奨 ・必要時かかりつけ医や地区医師会との連携 ・評価指標により評価</p>
-------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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	受診勧奨対象者のうち受診した方の割合	<評価対象> 受診者数/受診勧奨実施人数 <方法> ①市町村で評価 ②①を集計し広域連合で評価 <評価時期> 実施年度の翌年度6月頃	91.5%	91.75%	92%	92.25%	92.5%	92.75%	93%
	2	治療中断者のうち、健診又は受診につながった方の割合	<評価対象> 受診（医療・健診）者数/治療中断者数 <方法> ①市町村で評価 ②①を集計し広域連合で評価 <評価時期> 実施年度の翌年度6月頃	未集計 (第3期から開始する指標)	R6実績と比較し、維持又は増加			過去3年の実績等を基に最終年度までの目標値を設定		
	3	HbA1c \geq 8.0%の人数・割合	<評価対象> HbA1c \geq 8.0%の人数/健診受診者のうち、医療未受診者 <方法> ①KDBIにより広域連合で評価 <評価時期> 翌年度の健診結果判明後	0.88%	0.85%	0.82%	0.79%	0.76%	0.73%	0.7%

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)
アウトプット評価指標	1	対象者のうち支援できた方の割合	<評価対象> 支援実施人数/対象者数 <方法> ①市町村で評価 ②①を集計し広域連合で評価 <評価時期> 実施年度の翌年度5月頃	69.9%	70%	70.8%	71.6%	72.4%	73.2%	74%

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事業」を構成市町村に委託して実施
	実施内容	1 市町村が自市町村の健康課題から本事業実施の可否を判断。 2 実施市町村は実施計画を広域連合に提出。 3 広域連合で事業計画の内容を確認し、適当と判断した場合に市町村へ委託。
	実施後のフォロー・モニタリング	1 業務日誌での確認 四半期に市町村から広域連合へ提出される業務日誌により、進捗管理を行う。 2 実績報告 ・事業実施後、市町村から広域連合へ実績報告を提出 ・広域連合が実績内容の確認を行う。

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事業」を構成市町村に委託して実施
	実施内容	1 広域連合の体制 (1) 担当部署：総務課企画担当 (2) 担当者数：事務職2名、保健師3名 2 市町村の体制 (1) 担当部署：市町村により異なる。 (2) 担当者：管理栄養士、保健師等（常勤・雇上げ等）市町村により異なる。
	実施後のフォロー・モニタリング	実施体制について、必要に応じて市町村と対応について協議・検討を実施する。

IV 個別事業

事業シート [6]

事業⑥ 生活習慣病等重症化予防事業

事業の目的	被保険者が、生活習慣病に対する正しい知識を持ち、自身の健康状態や生活習慣等を見直すとともに適切な医療・保健等のサービスを受けながら重症化を予防する。
事業の概要	<ol style="list-style-type: none"> 1 対象者 後期高齢者健診の結果、高血圧等の所見がある医療未受診者（※実施市町村の状況により、抽出条件は異なる） 2 実施方法 (1) 広域連合から構成市町村への委託で実施 (2) 市町村によって実施体制等は異なる。 3 実施内容 市町村により異なる 市町村により異なる <例>・保健師、栄養士等による訪問、電話等での保健指導 ・適切な医療機関への受診勧奨 ・必要時かかりつけ医との連携

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	受診勧奨対象者のうち受診した方の割合	<評価対象> 受診者数/受診勧奨実施人数 <方法> ①市町村で評価 ②①を集計し広域連合で評価 <評価時期> 実施年度の翌年度6月頃	59.4%	60%	60.5%	61%	61.5%	62%	63%
	2	収縮期血圧≥160mmHg又は拡張期血圧≥100mmHg以上の人数・割合	<評価対象> 収縮期血圧≥160mmHg又は拡張期血圧≥100mmHg以上の人数/健診受診者のうち、医療未受診者 <方法> ①KDBにより広域連合で評価 <評価時期> 翌年度の健診結果判明後	17.4%	17%	16.6%	16.2%	15.8%	15.4%	15%

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)
アウトプット 評価指標	1	対象者のうち支援できた方の人数・割合	<評価対象> 支援実施人数/対象者数 <方法> ①市町村で評価 ②①を集計し広域連合で評価 <評価時期> 実施年度の翌年度6月頃	85.1%	86%	86.8%	87.6%	88.4%	89.2%	90%

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構成市町村に委託して実施
	実施内容	<ol style="list-style-type: none"> 1 市町村が自市町村の健康課題から本事業実施の要否を判断。 2 実施市町村は実施計画を広域連合に提出。 3 広域連合で事業計画の内容を確認し、適当と判断した場合に市町村へ委託。
	実施後のフォロー・モニタリング	<ol style="list-style-type: none"> 1 業務日誌での確認 四半期に市町村から広域連合へ提出される業務日誌により、進捗管理を行う。 2 実績報告 ・事業実施後、市町村から広域連合へ実績報告を提出 ・広域連合が実績内容の確認を行う。

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構成市町村に委託して実施
	実施内容	<ol style="list-style-type: none"> 1 広域連合の体制 (1) 担当部署：総務課企画担当 (2) 担当者数：事務職2名、保健師3名 2 市町村の体制 (1) 担当部署：市町村により異なる。 (2) 担当者：管理栄養士、保健師等（常勤・雇上げ等）市町村により異なる。
	実施後のフォロー・モニタリング	実施体制について、必要に応じて市町村と対応について協議・検討を実施する。

IV 個別事業

事業シート [7]

事業⑦

健康状態不明者対策事業

事業の目的	被保険者が必要な医療・保健・介護等のサービスにつながり、健康に暮らすこと。
事業の概要	<p>1 対象者 健診、医療受診、介護認定を受けていない被保険者 ＜例＞直近の2年間で健診受診なし、かつレセプト履歴なし、かつ介護認定なしの者等 ※実施市町村の状況により、抽出条件は異なる。</p> <p>2 実施方法 (1) 広域連合から構成市町村への委託で実施。 (2) 市町村によって実施体制等は異なる。</p> <p>3 実施内容 実施市町村により異なる。 ＜例＞・対象者に健康に関するアンケート、質問票等を郵送 ・アンケート結果等により、リスクの高い対象者をアセスメント ・保健師等が高リスク者及びアンケート未回答者を家庭訪問し、健康状態の把握、アセスメントを実施 ・健診受診勧奨、必要に応じて医療、介護サービス等へ接続 ・評価指標により評価</p>

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	健診受診勧奨を実施した方のうち健診受診した方の割合	＜評価対象＞ 健診受診者数/健診受診勧奨実施人数 ＜方法＞ ①市町村で評価 ②①を集計し広域連合で評価 ＜評価時期＞ 市町村の評価時期により異なる（市町村により、次年度の健診時期が異なる）	15.0%	15.25%	15.50%	15.75%	16.0%	16.25%	16.5%
	2	医療・介護サービス等が必要と判断した方のうち医療・介護サービス等につながった者の割合	＜評価対象＞ サービスにつながった人数/医療・介護サービス等が必要と判断した者の人数 ＜方法＞ ①市町村で評価 ②①を集計し広域連合で評価 ＜評価時期＞ 実施年度の翌年度6月頃	50.2%	51.0%	51.4%	51.8%	52.2%	52.6%	53.0%

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)
アウトプット 評価指標	1	健康状態が把握できた方の割合 ※京都市を「含めた」値	＜評価対象＞ 健康状態が把握できた人数/対象者数 ＜方法＞ ①市町村で評価 ②①を集計し広域連合で評価 ＜評価時期＞ 実施年度の翌年度6月頃	7.7%	7.9%	8.1%	8.3%	8.5%	8.7%	8.8%
	2	健康状態が把握できた方の割合 ※京都市を「除いた」値	＜評価対象＞ 健康状態が把握できた人数/対象者数 ＜方法＞ ①市町村で評価 ②①を集計し広域連合で評価 ＜評価時期＞ 実施年度の翌年度6月頃	67.9%	68.0%	68.7%	69.4%	70.1%	70.8%	71.4%
	3	対象者のうち支援できた方の割合 ※京都市を「含めた」値	＜評価対象＞ 支援実施人数/支援が必要な対象者数 ＜方法＞ ①市町村で評価 ②①を集計し広域連合で評価 ＜評価時期＞ 実施年度の翌年度6月頃	7.0%	7.12%	7.24%	7.36%	7.48%	7.6%	7.7%
	4	対象者のうち支援できた者の割合 ※京都市を「除いた」値	＜評価対象＞ 支援実施人数/支援が必要な対象者数 ＜方法＞ ①市町村で評価 ②①を集計し広域連合で評価 ＜評価時期＞ 実施年度の翌年度6月頃	62.3%	62.5%	63.1%	63.7%	64.3%	64.9%	65.6%

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構成市町村に委託して実施
	実施内容	<ol style="list-style-type: none"> 1 市町村が自市町村の健康課題から本事業実施の要否を判断する。 2 実施市町村は実施計画を広域連合に提出する。 3 広域連合で事業計画の内容を確認し、適当と判断した場合に市町村へ委託する。
	実施後のフォロー・モニタリング	<ol style="list-style-type: none"> 1 業務日誌での確認 四半期に市町村から広域連合へ提出される業務日誌により、進捗管理を行う。 2 実績報告 <ul style="list-style-type: none"> ・事業実施後、市町村から広域連合へ実績報告を提出 ・広域連合が実績内容の確認を行う。
	備考	健康状態不明者は、「健診」「医療」「介護」のいずれのサービスも受けていない方であるが、京都市のみ「医療」受診者も対象にしている（＝医療受診者であっても健康状態把握の取組を行う）など、実施方法が異なることから、2通りの指標を設定する。

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構成市町村に委託して実施
	実施内容	<ol style="list-style-type: none"> 1 広域連合の体制 <ol style="list-style-type: none"> (1) 担当部署：総務課企画担当 (2) 担当者数：事務職2名、保健師3名 2 市町村の体制 <ol style="list-style-type: none"> (1) 担当部署：市町村により異なる。 (2) 担当者：保健師等（常勤・雇上げ等）市町村により異なる。
	実施後のフォロー・モニタリング	実施体制について、必要に応じて市町村と対応について協議・検討を実施する。

IV 個別事業

事業シート [8]

事業⑧ 服薬等適正化事業

事業の目的	後期高齢者の重複服薬者に対して、かかりつけ医や薬局等による服薬相談を実施することにより、適正受診、薬手帳の活用等を促し、被保険者の健康増進を図る。
-------	---------------------------------------------------------------------------

事業の概要	<p>1 対象者 85歳未満の被保険者のうち、2箇所以上の医療機関から同じ成分の処方薬が14日以上処方されている方</p> <p>2 実施方法 対象者に対して重複服薬内容の通知を行い、かかりつけ医又は薬剤師が服薬相談を案内するとともに、希望に応じて京都府薬剤師会の薬剤師の訪問指導を実施。</p> <p>3 実施内容</p> <ul style="list-style-type: none"> 対象者へ重複服薬の情報を広域連合から通知 対象者はかかりつけ医や薬局に通知書を持参し服薬について相談 本人の希望、又は必要に応じ訪問等による服薬相談（薬局薬剤師） かかりつけ医や薬局から相談結果の報告
-------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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	対象者のうち、服薬状況が改善した方の人数・割合	<評価対象> 重複服薬が改善した人数/通知人数 <方法> レセプトより服薬状況を確認し改善状況を評価 <評価時期> 実施年度の翌年度7月頃	64.2%	R6実績と比較し、維持又は増加			過去3年の実績等を基に最終年度までの目標値を設定		

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)
アウトプット評価指標	1	実施市町村数	実施市町村数 ※政令指定都市の京都市は、令和7年度以降、全行政区での実施を目指す。	18	26	26 (※)	26 (※)	26 (※)	26 (※)	26 (※)

プロセス (方法)	概要	広域連合が、一体的実施におけるハイリスクアプローチとして、直営で実施（国保連合会及び薬剤師会に一部委託）。
	実施内容	2カ所以上の医療機関より同じ成分の処方薬14日以上重複している被保険者のうち85歳未満の者をレセプトから国保連合会で抽出し、薬剤師会で選定し、①から④を実施。 ①対象者へ重複服薬の情報を広域連合から通知。 ②対象者はかかりつけ医や薬局に通知書を持参し服薬について相談。 ③本人の希望、又は必要に応じ訪問等による服薬相談（薬局・薬剤師） ④かかりつけ医や薬局から相談結果の報告
	実施後のフォロー・モニタリング	・相談を受けた医師及び薬剤師に対して、相談内容及び結果（重複がすでに解消されている等）を回答いただく。 ・レセプトにて、服薬状況の変化（改善したか）を追跡

ストラクチャー (体制)	概要	広域連合が、一体的実施におけるハイリスクアプローチとして、直営で実施（国保連合会及び薬剤師会に一部委託）。
	実施内容	広域連合の体制 (1) 担当部署：総務課企画担当 (2) 担当者数：事務職2名、保健師2名
	実施後のフォロー・モニタリング	実施結果について、市町村ごとに取りまとめ、京都府医師会及び地区医師会並びに京都府薬剤師会にフィードバックし、意見聴取のうえ、次年度の事業実施に反映する

Ⅳ 個別事業

事業シート [9]

事業⑨ 健康教室等（一体的実施 ポピュレーションアプローチ）

事業の目的	被保険者が自身の健康状態に関心を持ち、生活習慣病重症化予防、フレイル予防等の行動をとること。
-------	------------------------------------------------

事業の概要	<ol style="list-style-type: none"> 1 対象者 被保険者（通いの場等に参加している者） 2 実施方法 (1) 広域連合から構成市町村への委託で実施 (2) 市町村によって通いの場の選定、実施体制等は異なる 3 実施内容 ・フレイル等に関する健康教育を実施 ・質問票等により支援が必要な者を把握し、必要なサービスにつなぐ (健診や医療受診勧奨、介護サービス等連携)
-------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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	後期高齢者の質問票において、ハイリスク該当者の割合が全国平均より下回る項目数の減少。 <全国平均未達の項目> ・健康リスクなし ・心の健康リスクなし ・運動・転倒リスクなし ・体重変化リスクなし	<評価対象> 質問票の項目において、左記のハイリスク該当者の割合が全国平均を下回っている項目 <方法> ①広域連合で評価 <評価時期> 実施年度の翌年度6月頃	4	3	3	2	2	1	0

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)
アウトプット 評価指標	1	ポピュレーションアプローチを実施した通いの場の数 (行政が関与した数)	<評価対象> 実施箇所数 <方法> ①市町村で評価 ②①を集計し広域連合で評価 <評価時期> 実施年度の翌年度5月頃	694	700	707	714	721	728	735
	2	ポピュレーションアプローチに参加した高齢者の人数 (65歳以上)	<評価対象> 参加人数 <方法> ①市町村で評価 ②①を集計し広域連合で評価 <評価時期> 実施年度の翌年度5月頃	22,078	23,604	24,312	25,041	25,793	26,567	27,364

プロセス (方法)	概要	広域連合が一体的実施のポピュレーションアプローチとして構成市町村に委託して実施
	実施内容	<ol style="list-style-type: none"> 1 市町村が自市町村の健康課題から本事業実施の要否及び内容を判断する。 2 実施市町村は実施計画を広域連合に提出する。 3 広域連合で事業計画の内容を確認し、適当と判断した場合に市町村へ委託する。
	実施後のフォロー・モニタリング	<ol style="list-style-type: none"> 1 業務日誌での確認 四半期に市町村から広域連合へ提出される業務日誌により、進捗管理を行う。 2 実績報告 ・事業実施後、市町村から広域連合へ実績報告を提出 ・広域連合が実績内容の確認を行う。

ストラクチャー (体制)	概要	広域連合が一体的実施のポピュレーションアプローチとして構成市町村に委託して実施
	実施内容	<ol style="list-style-type: none"> 1 広域連合の体制 (1) 担当部署：総務課企画担当 (2) 担当者数：事務職2名、保健師3名 2 市町村の体制 (1) 担当部署：市町村により異なる。 (2) 担当者：管理栄養士、保健師等（常勤・雇上げ等）市町村により異なる。
	実施後のフォロー・モニタリング	実施体制について、必要に応じて市町村と対応について協議・検討を実施する。

V その他

データヘルス計画の評価・見直し	<ul style="list-style-type: none">●各年度評価 毎年度、各事業についての評価指標の達成状況を評価するとともに、学識経験者、医療保険者、医療関係者、被保険者、有識者等で構成される京都府後期高齢者医療協議会に状況等を報告のうえ、いただいた意見を踏まえ、必要に応じた見直しの検討を実施●計画の見直し・最終評価 (1) 中間見直し 計画期間が6年と長期間になることから、後期高齢者医療を取り巻く社会情勢の変化や市町村の状況、実施事業の取組状況等が変化することを勘案し、計画開始から2年毎に一定の見直しを図ることとする。 (2) 最終評価 令和12年度に計画最終年度である令和11年度の数値等が固まるため、計画に掲げた目的・目標の達成状況の最終評価を行う。
データヘルス計画の公表・周知	<ul style="list-style-type: none">・京都府後期高齢者医療広域連合WEBサイト掲載・京都府内市町村、関係機関への周知
個人情報の取扱い	<ul style="list-style-type: none">・事業実施に当たり、個人情報の保護に関する法律を遵守し、個人情報を適正に取扱う。・保健事業を外部事業者へ委託し、分析等のために健診結果やレセプトデータ等を当該事業所に渡す場合には、個人データの盗難・紛失等を防ぐための物理的な安全措置等に留意して委託仕様書等を作成するなど、個人情報の管理について、万全の対策を講じる。・個人情報取扱い事業者に対しては、個人情報の保護に関する法律に定める義務（データの正確性の確保、安全管理措置、従業員の監督、委託先の監督）の遵守により、個人情報の適切な管理及び慎重な取扱いの確保を求める。
地域包括ケアに係る取組	市町村の地域差、地理条件などにより健康課題が異なることから、KDBデータ等の情報分析・専門的知見による研修会などを通じて、健康課題の把握の推進を図り、関係機関と連携した事業実施に取り組んでいく。
その他留意事項	<ul style="list-style-type: none">・ 中間評価及び最終評価に加えて、保健事業の進捗状況や国における法令・制度改正など、必要に応じて、適宜、計画内容の追加及び修正を行い、柔軟に対応していく。