

第3期データヘルス計画

I 基本的事項			
計画策定の趣旨	背景	令和4年の高齢化率は29.0%であり、超高齢者社会である我が国の政策は、21世紀初頭より長寿を目指すことから予防・健康づくりを重視する政策に変わりつつある。平成25年6月に閣議決定された「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「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取り組みを求めるとともに、市町村国保が同様の取り組みを行うことを推進する。」と掲げられた。またこれを受け、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」(厚生労働省告示)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高齢者保健事業の実施を図るための(中略)高齢者保健事業の実施計画を策定した上で、高齢者保健事業の実施及び評価を行うこと。」と定められた。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)」及び令和4年12月の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2022」等において、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、標準化の取り組みの推進や評価指標の設定の推進が進められている。 第3期データヘルス計画では、第1期及び第2期計画における実施結果、並びにコロナ禍で明らかとなった課題等を踏まえ、PDCAサイクルに沿った高齢者保健事業の展開、達成すべき目標やその指標等を策定する。	
	目的	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ため、効果的かつ効果的な保健事業を実施することにより、生涯にわたる健康の保持増進、生活の質(QOL)の維持及び向上を図るとともに、医療費の適正化、要介護認定率の低下及び介護給付費の減少に資することを目的とする。	
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17年	【施策】 ○広く県民にフレイル(虚弱)予防の知識の普及・啓発を図る。 ○市町村が地域の実情に応じた効果的なフレイル予防対策を行えるよう、学識経験者やリハビリテーション専門職、栄養士、歯科衛生士等からなるフレイル予防アドバイザーを派遣し、栄養改善、口腔機能低下予防、運動機能の向上、社会参加等のフレイル予防に向けた市町村の取り組みを支援する。 ○高齢者よい歯のコンクールを開催する。
	都道府県医療費適正化計画	令和6年～令和11年	【目標】全市町村で、フレイル状態を把握しフレイル予防を実施する。 【施策】後期高齢者医療広域連合と市町村による保健事業と介護予防の一体的な実施の効果的な取り組みを目指す。
	介護保険事業支援計画	令和6年～令和8年	【目標】高齢者が可能な限り自立した生活を送るための介護予防の推進 【市町村への支援内容】通いの場における介護予防事業の取り組みを支援
	国保データヘルス計画	令和6年～令和11年	【連携内容】 前期高齢者のデータ連携ならびに、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施において連携して実施する。
実施体制 関係者連携	市町村との連携体制	健康課題の明確化や保健事業の効果検証等のため、県内の全体的な状況と構成市町村別の状況等の必要な情報を共有し、連携を図るとともに保健事業への協力を求める。	
	関係者等	・外部有識者等(学識経験者、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会等の保健医療関係者等) ・健康保険組合等の他の医療保険者 ・国民健康保険団体連合会及び国民健康保険団体連合会に設置される保健事業支援・評価委員会 ・山梨県	

(1) 基本情報

人口・被保険者		対象者に関する基本情報					(2023年3月31日時点)
		全体	%	男性	%	女性	%
人口(人)		791,146		386,556		404,590	
被保険者数(人)		136,555	17.3%	55,119	14.3%	81,436	20.1%
65～69歳(人)		271	0.2%	165	0.3%	106	0.1%
70～74歳(人)		645	0.5%	373	0.7%	272	0.3%
75～79歳(人)		48,168	35.3%	22,185	40.2%	25,983	31.9%
80～84歳(人)		38,587	28.3%	16,655	30.2%	21,932	26.9%
85～89歳(人)		27,217	19.9%	10,007	18.2%	17,210	21.1%
90歳以上(人)		21,667	15.9%	5,734	10.4%	15,933	19.6%

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		75歳到達により他の医療保険から後期高齢者医療制度に新たに参加することから、市町村国保等の他の医療保険者に、健康・医療情報の分析結果の共有、保健事業の連携等について協力を求める。
都道府県		・国民健康保険から移行した被保険者に対し、国民健康保険において実施していた保健事業を継続的に行えるよう、連携及び協力を求める。 ・県内の健康課題を共有し、ともに事業の取り組み結果に対する評価や効果的な取り組みの分析等を行えるよう、連携及び協力を求める。 ・一体的実施の円滑な推進の支援のため、都道府県単位の医療関係団体等が、広域連合又は市町村の実施する高齢者保健事業に対して技術的な援助等を行えるよう、連携及び協力を求める。
国保連及び支援・評価委員会		【国民健康保険団体連合会】 広域連合によるKDB等のデータ分析の質を高めるために、ニーズをくみ上げた迅速な帳票の改修、職員向け研修の充実等について、連携及び協力を求める。 【支援・評価委員会】 個別の保健事業の実施支援等のノウハウや幅広い専門的知見を活用した支援・評価が受けられるよう、連携及び協力を求める。
外部有識者		・被保険者の健康課題を共有し、連携及び協力を求める。 ・職員向け研修への参画を求める。
保健医療関係者		・意見交換や情報提供を日常的に行えるよう、連携及び協力を求める。 ・保健医療に係る専門的見地からの支援について、連携及び協力を求める。
その他		【被保険者】 ・被保険者等の意見を広く聴取する場として設置する懇談会等において、意見交換や情報提供を行い、連携及び協力を求める。

(2) 現状の整理

被保険者等の特性	被保険者数の推移	○令和元年度と令和4年度を比較 ・全体:5,695人増加(増加率4.4%) ・男性:3,224人増加(増加率6.2%) ・女性:2,471人増加(増加率3.1%)
	年齢別被保険者構成割合	○最も高い割合を占める年齢階層:75～79歳(35.3%) ○男性において、最も高い割合を占める年齢階層:75～79歳(40.2%) ○女性において、最も高い割合を占める年齢階層:75～79歳(31.9%)
	その他	○令和元年度と令和4年度を比較 ・最も変動した市町村:甲斐市 14.0%増加
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)	第2期データヘルス計画全体の目標 ①健康寿命の延伸 ②医療費の適正化
	目標の達成状況	①平成25年と令和元年の健康寿命を比較すると、男性は1.05年、女性は0.96年延伸した。 ②平成28年度と令和3年度の医療費を比較すると、21,259円増加した。 第2期データヘルス計画では、「健康寿命の延伸」「医療費の適正化」を重点目標とし、保健事業を推進した。健康診査事業、糖尿病性腎症重症化予防事業、健康増進事業(健康教室)において、それぞれ設定した目標を達成した。一方で、全体としては目標を達成していたが、市町村毎の目標達成率にばらつきが見られた。 第3期データヘルス計画では、前期計画にて一定の成果があった保健事業を引き続き推進するとともに、各市町村の状況を考慮し、広域連合における保健事業の実施体制やプロセス等の改善及び見直しを行う必要がある。

※計画様式(I～V)は、東京大学「データヘルス計画標準化ツール ②」を改変して作成。

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年度から令和7年度までは、1年間で3,500人から4,500人程度の急激な増加が見込まれる。また、75歳から79歳までの被保険者が占める割合がさらに増加する。 令和8年度以降は年間150人程度の緩やかな増加となる。	令和2年度及び3年度は1945年前後の出生減のため被保険者数の増加は少量であったが、1947年～1950年生まれの方が75歳に到達し、被保険者数の急激な増加となる。被保険者数の増加に加え、医療技術の高度化による医療費の増大を見込んでいる。	図表6 図表7 図表8 図表9	
将来推計に伴う医療費見込み		被保険者数が急激な増加を見せる令和4年度から令和6年度までは、前年度比103%～106%の割合で増加が見込まれている。		図表8 図表9	
平均余命 平均自立期間(要介護2以上)等 死因別死亡割合	全国平均との比較	全国と比較し ○平均余命(男性81.8年、女性88.2年):男性は0.1年長く、女性は0.4年長い。 ○平均自立期間(男性80.1年、女性84.5年):男性は同程度、女性は0.1年長い。 ○平均余命と平均自立期間の差(男性1.7年、女性3.7年):男性は0.1年長く、女性は0.3年長い。 ○主な死因 ・がん(48.1%)は2.5pt低い。 ・心臓病(27.5%)は同程度。 ・脳疾患(15.7%)は1.9pt高い。 ・糖尿病(2.1%)は0.2pt高い。 ・腎不全(4.0%)は0.4pt高い。 ・自殺(2.5%)は0.2pt低い。	【平均余命、平均自立期間※】 ・男女ともに、平均余命、平均自立期間のいずれも全国平均よりも長い、もしくは同程度である。同じく男女ともに、平均余命の全国平均との差のほうが平均自立期間の全国平均との差よりも大きいため、日常生活に制限があるとされている”平均余命と平均自立期間の差”も全国平均より長くなっている。平均余命と平均自立期間の差は男性1.7年に対して女性3.7年であり、全国と同じく女性のほうが長い。 ・構成市町村比較によると、男女ともに、平均余命が長い市町村において、平均余命と平均自立期間の差が長い傾向にあった。また、男性の平均余命、平均自立期間が長い市町村のほうが、千人当たり入院率が比較的低い傾向がみられた。 ・平均余命、平均自立期間を令和元年度と比較すると、その差をほぼ保ったまま、いずれも男女ともに延伸している。 ※平均自立期間…日常生活動作が自立している期間(要介護2以上になるまでの期間)の平均。健康寿命の指標の一つ。	図表10	KDB 「地域の全体像の把握」
	構成市町村比較	○平均余命(男性81.8年、女性88.2年) ・【男性】最も長い市町村:小菅村(88.2年)、最も短い市町村:富士川町(79.2年) ・【女性】最も長い市町村:小菅村(91.5年)、最も短い市町村:早川町(84.9年) ○平均自立期間(男性80.1年、女性84.5年) ・【男性】最も長い市町村:小菅村(85.2年)、最も短い市町村:富士川町(78.1年) ・【女性】最も長い市町村:山中湖村(87.8年)、最も短い市町村:早川町(81.8年) ○平均余命と平均自立期間の差(男性1.7年、女性3.7年) ・【男性】最も長い市町村:小菅村(3.0年)、最も短い市町村:道志村(0.9年) ・【女性】最も長い市町村:西桂町(6.0年)、最も短い市町村:忍野村、鳴沢村(2.6年)		図表11	KDB 「地域の全体像の把握」
	経年変化	経年変化(令和元年度と令和4年度を比較) ○平均余命は男性0.3年延伸、女性0.5年延伸。 ○平均自立期間は男性0.3年延伸、女性0.4年延伸。		図表12	KDB 「地域の全体像の把握」
	健康診査・歯科健康診査の実施状況	【健康診査】 令和4年度において22.67%であり、全国平均(24.59%)と比較してと比較し1.92pt低い。 【歯科健康診査】 100%の市町村で実施している都道府県もあるなか、15市町村の実施にとどまっている。			
健康診査 歯科健康診査 健康診査結果・歯科健康診査結果の状況(健康状況) 健康診査 歯科健康診査 質問票の分析	構成市町村比較	【健康診査】 最も高い市町村:早川町(53.41%) 最も低い市町村:富士河口湖町(8.01%) 45.4ptの差がある。 40%以上 3市町村 30%以上40%未満 7市町村 20%以上30%未満 8市町村 10%以上20%未満 8市町村 10未満 1市町村 【歯科健康診査】 15市町村で実施し、そのうちで9市町村で口腔機能評価を実施している。	【健診結果】 ・健診受診率は全国と比べて低く、上位と下位の市町村の格差があり、その差が45.4ptとかなり開いている。受診率が高い地域は、国民保険の健診受診率も高く、低い地域は国民保険の受診率も低値地域である。 ・経年で見ると、平成30年度7.1%から令和4年度22.67%と上昇がみられるが、20%未満の市町村が8市町村と全体の3分の1を占めている。	図表15 図表16 図表17 図表19	後期高齢者医療制度補助金における後期高齢者医療健康診査事業実施報告書
	経年変化	【健康診査】 全市町村において実施されており、受診率は年々増加している。 【歯科健康診査】 実施市町村は、年々増加している。			
	全国平均との比較	【健診結果】 リスクありの割合を全国と比較し ○肥満(20.9%)は2.8pt低い。 ○血圧(46.0%)は10.8pt高い。 ○肝機能(3.4%)は0.4pt低い。 ○脂質(20.0%)は0.2pt高い。 ○血糖(10.2%)は0.8pt低い。 ○やせ(8.9%)は0.3pt高い。		図表20	KDB 「健康スコアリング(健診)」
	構成市町村比較	【健診結果】 リスクありの割合 ○肥満(20.9%) 最も高い市町村:忍野村(38.1%)、最も低い市町村:早川町(15.8%) ○血圧(46.0%) 最も高い市町村:丹波山村(67.6%)、最も低い市町村:甲府市(34.5%) ○肝機能(3.4%) 最も高い市町村:富士河口湖町(4.8%)、最も低い市町村:小菅村、丹波山村(0.0%) ○脂質(20.0%) 最も高い市町村:道志村(26.7%)、最も低い市町村:富士河口湖町(14.1%) ○血糖(10.2%) 最も高い市町村:大月市(14.5%)、最も低い市町村:丹波山村(5.9%) ○やせ(8.9%) 最も高い市町村:甲斐市(10.6%)、最も低い市町村:丹波山村(2.9%)		図表21	KDB 「健康スコアリング(健診)」
	経年変化	【健診結果】 リスクありの割合の経年変化(令和元年度と令和4年度を比較) ○肥満は0.6pt減少。 ○血圧は1.8pt増加。 ○肝機能は0.2pt減少。 ○脂質は2.2pt減少。 ○血糖は1.3pt増加。 ○やせは0.5pt増加。		図表22	KDB 「健康スコアリング(健診)」
			※国との比較の性・年齢調整値…計画様式Ⅱ 集計資料【図表4(参考)】参照 ※構成市町村比較の性・年齢調整値…計画様式Ⅱ 集計資料【図表5(参考)】参照		

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	優先する課題
A	健康状態の把握 ・国と比べても健診の受診率が低く、健康状態の把握及び健康状態不明者の減少のため、健診受診率のさらなる向上が必要である。 特に、健診の受診率の低い地域で受診率を向上させる必要がある。	✓
B	フレイル状態の把握・理解 ・高齢者の質問票より、フレイル対策が必要と考えられる回答をした対象者が存在する。 ➢口腔機能の低下(咀嚼:28.7%、嚥下:19.4%) ➢運動習慣なし:43.7% ➢歩行速度の低下:56.2% ➢1年以内に転倒あり:15.9% ・要介護(支援)認定者は全体では28.8%、男性では21.6%、女性では33.8%存在する。 ・疾病別の医療費を比較すると、「骨折」が最も高い。	✓
C	重症化するリスクの把握・理解 ・医療費及び患者数上位において、生活習慣に関係する疾病が多くを占めている。一方で、生活習慣病の重症化リスクがあるにもかかわらず、適切な受診につながっていない健診異常値放置者、生活習慣病治療中断者が存在する。 令和4年度の「IX.循環器系の疾患」の状況は ➢医療費19,175,215,223円(18.2%) ➢患者数117,808人(レセプト件数1,751,023) ・透析患者のうち、生活習慣を起因とする糖尿病から透析に至った患者が最も多く、令和4年度に新規透析患者となった者255人のうち173人であった。	✓
D	適正受診等の推進 ・重複・多剤服薬は、医療費の負担増や、薬物有害事象、副作用の発生等につながるおそれがある。分析期間における重複服薬者数は7,738人、長期多剤服薬者数は24,234人である。	
E	医療費の適正化 ・後発医薬品の使用割合は国の目標である80.0%を超えているが、上昇幅が減少している。	

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	
	質問票調査結果の状況(生活習慣)	全国平均との比較	適正な生活習慣を有する者の割合を全国と比較し ○健康状態(92.2%)は2.2pt高い。 ○心の健康状態(93.1%)は1.9pt高い。 ○食習慣(96.2%)は1.6pt高い。 ○口腔機能(60.7%)は0.2pt高い。 ○体重変化(89.3%)は1.0pt高い。 ○運動・転倒(26.9%)は0.1pt高い。 ○認知機能(73.5%)は4.9pt高い。 ○喫煙(70.3%)は6.8pt低い。 ○社会参加(89.0%)は1.9pt高い。 ○ソーシャルサポート(96.3%)は1.2pt高い。	【質問票調査の状況】 ※本項目では、健康診査における「後期高齢者の質問票」の回答状況より、適正な生活習慣を有する者の割合について比較している(数値が高いほうが望ましい結果となる)。 ・10項目のうち、喫煙に関する1項目のみ全国平均を下回っており、性・年齢調整値と比較した場合も同様である。喫煙に関する適正者(喫煙習慣がないと回答した人)の割合は性・年齢調整値で全国平均より2.3pt低い。 ・市町村別の状況をみると、社会参加に関する適正者の割合が高い市町村のほうが、運動・転倒リスクに関する適正者の割合が高い傾向がみられた。また、関係性までは今回の集計データの範囲内では読み取れないものの、食習慣の適正者の割合が高い市町村のほうが、医療費及び外来医療費に占める糖尿病の構成比が低いという傾向がみられた。口腔機能、認知機能、喫煙、社会参加について、適正者の割合が最も高い市町村と最も低い市町村の差が20pt以上ある。性・年齢調整値では、性・年齢調整前の実績値と比較して全項目で市町村差は小さくなるが、喫煙に関する適正者の割合は性・年齢調整値でも16.5ptの開きがあり、性別、年齢構成の差を考慮しても、比較的市町村差が大きい傾向にあるといえる。 ・経年変化をみると、健康状態、食習慣、運動・転倒リスク、喫煙、ソーシャルサポートに関する適正者の割合が減少傾向にある。うち、喫煙に関する適正者の割合については令和2年度と比較して2.2pt減少しており、最も減少幅が大きい。前述のとおり、喫煙に関する適正者の割合は性・年齢調整値でも全国平均を下回っていることから、引き続き状況の確認と禁煙支援に係る取り組みの検討等が必要であると考えられる。社会参加に関連する適正者の割合はコロナ禍の影響による落ち込みがあったと考えられるが、令和2年度と比較して1.1pt増加して89.0%となっており、改善傾向にあるといえる。	図表23	KDB 「健康スコアリング(健診)」
		構成市町村比較	適正な生活習慣を有する者の割合 ○健康状態(92.2%) 最も高い市町村:忍野村(96.5%)、最も低い市町村:早川町(88.3%) ○心の健康状態(93.1%) 最も高い市町村:鳴沢村(97.1%)、最も低い市町村:丹波山村(86.2%) ○食習慣(96.2%) 最も高い市町村:早川町(100.0%)、最も低い市町村:鳴沢村(91.3%) ○口腔機能(60.7%) 最も高い市町村:西桂町(68.9%)、最も低い市町村:道志村(48.5%) ○体重変化(89.3%) 最も高い市町村:道志村(94.1%)、最も低い市町村:南部町(85.5%) ○運動・転倒(26.9%) 最も高い市町村:富士河口湖町(34.4%)、最も低い市町村:小菅村(16.7%) ○認知機能(73.5%) 最も高い市町村:丹波山村(86.2%)、最も低い市町村:大月市(0.0%) ○喫煙(70.3%) 最も高い市町村:丹波山村(82.8%)、最も低い市町村:小菅村(58.3%) ○社会参加(89.0%) 最も高い市町村:鳴沢村(94.2%)、最も低い市町村:丹波山村(65.5%) ○ソーシャルサポート(96.3%) 最も高い市町村:丹波山村(100.0%)、最も低い市町村:小菅村(91.7%)		図表24	KDB 「健康スコアリング(健診)」
		経年変化	適正な生活習慣を有する者の割合の経年変化(令和2年度と令和4年度を比較) ○健康状態は0.7pt減少。 ○心の健康状態は0.2pt増加。 ○食習慣は0.6pt減少。 ○口腔機能は0.1pt増加。 ○体重変化は0.6pt増加。 ○運動・転倒は0.4pt減少。 ○認知機能は1.2pt増加。 ○喫煙は2.2pt減少。 ○社会参加は1.1pt増加。 ○ソーシャルサポートは0.2pt減少。		図表25	KDB 「健康スコアリング(健診)」
	健康状態不明者の数		健康状態不明者は2,460人で、令和元年度と令和4年度を比較すると、178人増加している。	※国との比較の性・年齢調整値…計画様式Ⅱ 集計資料【図表7(参考)】参照 ※構成市町村比較の性・年齢調整値…計画様式Ⅱ 集計資料【図表8(参考)】参照	図表27	「一体的実施・KDB活用支援ツール」 抽出条件(10)健康状態不明者
	医療費	全国平均との比較	全国と比較し ○1人当たり入院医療費(375,300円)は31,264円低い。 ○1人当たり外来医療費(350,912円)は28,309円低い。 ○1人当たり歯科医療費(29,463円)は3,733円低い。	【1人当たり医療費】 ・被保険者1人当たりの医療費を全国と比較したところ、入院、外来、歯科いずれにおいても全国平均を下回る。入院医療費の性・年齢調整値は全国平均を3,220円上回る。外来医療費、歯科医療費は性・年齢調整値でも全国平均を下回るが、その差は性・年齢調整前の実績値での差と比較し小さくなっている。 ※性・年齢調整値…計画様式Ⅱ 集計資料【図表12(参考)】参照 ・市町村別の状況をみると、入院医療費において、最も高い市町村と最も低い市町村の1人当たり医療費の差が170,238円である。外来医療費の市町村差は181,007円であるため、外来医療費のほうが市町村差が大きいことがわかる。また、入院医療費、外来医療費、歯科医療費のいずれにおいても、入院率・受診率が高い市町村において1人当たり医療費が高い傾向にあり、入院率・受診率が1人当たり医療費に与える影響が大きいことが示唆されている。特に歯科医療費においてその傾向が顕著であった。 【医療費の経年変化】 ・令和元年度から令和4年度にかけての経年変化をみると、新型コロナウイルス感染症の感染拡大による最初の緊急事態宣言が発出された令和2年度に減少しているが、経年推移としては微増傾向にある。令和元年度と比較した場合の医療費の伸び率(5.1%)は被保険者数の伸び率(5.0%)とほぼ同程度であり、被保険者数の増加による影響の範囲内に収まっているといえる。診療種別にみると、歯科医療費について伸び率が14.9%で最も高く、医療費合計の伸び率を大きく上回っている。入院医療費の伸び率が7.3%、外来医療費の伸び率が7.5%で、いずれも医療費合計の伸び率を上回っている。調剤医療費は唯一減少傾向にあり、令和元年度と比較して6.0%減少している。	図表28	KDB 「健康スコアリング(医療)」
		構成市町村比較	○1人当たり入院医療費(375,300円) ・最も高い市町村:笛吹市(434,210円)、最も低い市町村:小菅村(263,972円) ・最も高い市町村と最も低い市町村の差:170,238円 ○1人当たり外来医療費(350,912円) ・最も高い市町村:西桂町(429,976円)、最も低い市町村:道志村(248,969円) ・最も高い市町村と最も低い市町村の差:181,007円 ○1人当たり歯科医療費(29,463円) ・最も高い市町村:小菅村(43,003円)、最も低い市町村:早川町(14,200円) ・最も高い市町村と最も低い市町村の差:28,803円		図表29	KDB 「健康スコアリング(医療)」
		経年変化	○医療費合計:令和4年度1,102億8,535万円は、令和元年度より53億2,455万円増加。 ○入院医療費:令和4年度547億7,238万円は、令和元年度より37億1,698万円増加。 ○外来医療費:令和4年度322億7,787万円は、令和元年度より22億6,175万円増加。 ○歯科医療費:令和4年度42億8,121万円は、令和元年度より5億5,563万円増加。 ○調剤医療費:令和4年度189億5,390万円は、令和元年度より12億980万円減少。		図表30	KDB 「健康スコアリング(医療)」

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	
医療関係 の分析	疾病分類別の医療費	全国平均との比較	○疾病別医療費(カッコ内は医療費合計に占める構成比) ・医療費1位は「骨折」(5.4%)、2位は「関節疾患」(4.3%)、3位は「慢性腎臓病(透析あり)」(4.2%) ・国の医療費1位は「骨折」(4.7%)、2位は「慢性腎臓病(透析あり)」(4.6%)、3位は「不整脈」(4.3%) ○疾病別入院医療費(カッコ内は入院医療費合計に占める構成比) ・入院医療費1位は「骨折」(10.0%)、2位は「脳梗塞」(5.4%)、3位は「関節疾患」(4.1%) ・国の入院医療費1位は「骨折」(8.4%)、2位は「脳梗塞」(5.4%)、3位は「関節疾患」(3.5%) ○疾病別外来医療費(カッコ内は外来医療費合計に占める構成比) ・外来医療費1位は「糖尿病」(7.4%)、2位は「慢性腎臓病(透析あり)」(6.4%)、3位は「高血圧症」(5.7%) ・国の外来医療費1位は「糖尿病」(7.4%)、2位は「慢性腎臓病(透析あり)」(6.6%)、3位は「高血圧症」(5.9%)	【疾病別医療費】 (医療費全体) ・上位10疾病を国と比較すると、国と同じく「骨折」の医療費が最も高い。10位に国の上位10疾病に存在しない「統合失調症」が位置している。国の9位には当広域連合の上位10疾病に存在しない「肺がん」が位置している。 ・医療費1位の「骨折」が医療費全体に占める構成比5.4%は、国(4.7%)と比べて高い。次いで医療費2位の「関節疾患」が医療費全体に占める構成比は4.3%で国(3.9%)と比べて高く、順位も国の2つ上である。医療費3位の「慢性腎臓病(透析あり)」が医療費全体に占める構成比は4.2%で、国(4.6%)より低く、順位も国の1つ下である。国の医療費3位「不整脈」は当広域連合では5位に位置しており、構成比3.9%も国の4.3%と比較して低い。 ・上位3疾病についての経年変化をみると、「骨折」は医療費、構成比ともに令和元年度より減少しており、「関節疾患」は医療費は増加で構成比は横ばい、「慢性腎臓病(透析あり)」は医療費は増加で構成比は減少している。。令和元年度では「骨折」「慢性腎臓病(透析あり)」「関節疾患」の順であったが、令和2年度以降では「関節疾患」の医療費が「慢性腎臓病(透析あり)」の医療費を上回り、2位と3位の順位が逆転している。	図表31 図表32 図表33	KDB 「医療費分析(1)細小分類」
		構成市町村比較	○疾病別医療費(1位:「骨折」) ・医療費合計に占める「骨折」の構成比が最も高い市町村:小菅村(9.7%) ・医療費合計に占める「骨折」の構成比が最も低い市町村:丹波山村(1.3%) ○疾病別入院医療費(1位:「骨折」) ・入院医療費合計に占める「骨折」の構成比が最も高い市町村:小菅村(19.4%) ・入院医療費合計に占める「骨折」の構成比が最も+低い市町村:丹波山村(2.4%) ○疾病別外来医療費(1位:「糖尿病」) ・外来医療費合計に占める「糖尿病」の構成比が最も高い市町村:鳴沢村(9.8%) ・外来医療費合計に占める「糖尿病」の構成比が最も低い市町村:早川町(4.0%)	(入院医療費) ・上位10疾病を国と比較すると、国と同じく「骨折」の医療費が最も高い。9位、10位に国の上位10疾病に存在しない「パーキンソン病」、「大腸がん」が位置している。国の8位、10位には当広域連合の上位10疾病に存在しない「心臓弁膜症」、「認知症」が位置している。 ・医療費1位の「骨折」が入院医療費全体に占める構成比10.0%は国(8.4%)に比べて高い。次いで入院医療費2位の「脳梗塞」が入院医療費全体に占める構成比は5.4%で、国と同程度である。医療費3位の「関節疾患」が入院医療費全体に占める構成比は4.1%で、国(3.5%)より高い。 ・上位3疾病についての経年変化をみると、「骨折」「脳梗塞」は医療費、構成比ともに令和元年度より減少している。「関節疾患」は医療費、構成比ともに令和元年度より増加している。	図表34 図表35 図表36	KDB 「医療費分析(1)細小分類」
		経年変化	経年変化(令和元年度と令和4年度を比較) ○疾病別医療費 ・令和元年度の医療費1位は「骨折」(58億4,510万円)、2位は「慢性腎臓病(透析あり)」(43億8,717万円)、3位は「関節疾患」(43億2,001万円) ・令和4年度の医療費1位は「骨折」(57億5,494万円)、2位は「関節疾患」(45億7,652万円)、3位は「慢性腎臓病(透析あり)」(44億31万円) ○疾病別入院医療費 ・令和元年度の入院医療費1位は「骨折」(55億6,296万円)、2位は「脳梗塞」(29億5,991万円)、3位は「関節疾患」(18億6,143万円) ・令和4年度の入院医療費1位は「骨折」(54億7,998万円)、2位は「脳梗塞」(29億5,229万円)、3位は「関節疾患」(22億4,182万円) ○疾病別外来医療費 ・令和元年度の外来医療費1位は「糖尿病」(34億5,925万円)、2位は「高血圧症」(32億5,799万円)、3位は「慢性腎臓病(透析あり)」(31億192万円) ・令和4年度の外来医療費1位は「糖尿病」(37億9,663万円)、2位は「慢性腎臓病(透析あり)」(32億5,061万円)、3位は「高血圧症」(28億8,176万円)	(外来医療費) ・上位10疾病を国と比較すると、国と同じく「糖尿病」の医療費が最も高い。構成比が異なるのみで上位10疾病の疾病構成及び順位は国と同一である。 ・医療費1位の「糖尿病」が外来医療費全体に占める構成比7.4%は国と同程度である。次いで医療費2位の「慢性腎臓病(透析あり)」が外来医療費全体に占める構成比6.4%は、国(6.6%)より低い。医療費3位の「高血圧症」が外来医療費全体に占める構成比5.7%は国(5.9%)より低い。 ・上位3疾病についての経年変化をみると、「糖尿病」「慢性腎臓病(透析あり)」は医療費、構成比ともに令和元年度より増加している。「高血圧症」は令和元年度より医療費、構成比ともに減少している。令和元年度では「糖尿病」「高血圧症」「慢性腎臓病(透析あり)」の順であったが、令和2年度以降では「慢性腎臓病(透析あり)」の医療費が「高血圧症」を上回り、2位と3位の順位が逆転している。	図表37 図表38 図表39	KDB 「医療費分析(1)細小分類」
	後発医薬品の使用割合		令和4年9月診療分の後発医薬品使用割合は80.5%であり、平成30年9月診療分(69.2%)と比較して11.3pt、令和2年9月診療分(78.3%)と比較して2.2pt増加している。	【後発医薬品の使用割合】 国が定める目標値80%を達成している。平成30年9月からの4年間で11.3pt増加しており、1年当たり約2.8ptの増加となるが、令和2年9月からは2年間で2.2ptの増加にとどまっている。		
	重複投薬患者割合 多剤投薬患者割合		被保険者に占める割合 ○重複投薬患者(2医療機関以上で、重複処方が発生した薬剤数が1以上)は0.79%である。 ・最も高い市町村:西桂町(1.40%)、最も低い市町村:道志村(0.00%) ○多剤投薬患者(処方日数が1日以上の薬剤数が15以上)は2.91%である。 ・最も高い市町村:早川町(3.91%)、最も低い市町村:丹波山村(0.67%)	【重複投薬患者割合、多剤投薬患者割合】 重複投薬、多剤投薬のいずれにおいても、患者割合が高い市町村において被保険者1人当たりの外来医療費が高い傾向がみられた。重複投薬、多剤投薬は医療費適正化に向けての阻害要因であるのみならず、副作用や薬物有害事象の発生につながるおそれがあり、重複投薬、多剤投薬の防止に向けての取り組みが必要である。	図表41 図表43	KDB 「重複・多剤処方の状況」

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	
	要介護認定率の状況	全国平均との比較	全国と比較し ○要介護認定率(16.9%)は2.6pt低い。 ○要支援1の認定率(0.9%)は1.8pt低い。 ○要支援2の認定率(1.6%)は1.1pt低い。 ○要介護1の認定率(3.1%)は1.0pt低い。 ○要介護2の認定率(3.8%)は0.6pt高い。 ○要介護3の認定率(3.4%)は0.8pt高い。 ○要介護4の認定率(2.5%)は同程度。 ○要介護5の認定率(1.6%)は0.1pt低い。	【要介護認定率】 ・要介護認定率を全国と比較すると、全体では2.6pt低く、要介護度別にみると、要介護2、要介護3において全国平均を上回るほかは、全国平均と同程度、もしくは下回っている。要介護1以下においていずれも全国平均を1pt以上下回っており、比較的要介護度が低い認定者の割合が全国に比べて低いことが、全体の要介護認定率が全国平均を下回るという結果に影響していると推察される。経年変化をみると、令和元年度と比較し、全体の要介護認定率は0.1pt増加している。要介護度別にみてもいずれも0.2pt以内の増減に収まっており、大きな変化はみられなかった。 ・市町村別の状況をみると、要介護認定率が高い市町村においては、千人当たり入院率が高く、逆に1日当たり入院医療費は低い傾向にあった。また、同じく要介護認定率が高い市町村のほうが、施設サービスの1人当たりの介護給付費が高い傾向がみられた。	図表44	KDB 「健康スコアリング(介護)」
		構成市町村比較	○要介護認定率(16.9%) ・最も高い市町村:身延町(20.6%)、最も低い市町村:鳴沢村(12.2%) ○要支援1の認定率(0.9%) ・最も高い市町村:上野原市(2.1%)、最も低い市町村:鳴沢村(0.0%) ○要支援2の認定率(1.6%) ・最も高い市町村:南部町(2.3%)、最も低い市町村:鳴沢村(0.2%) ○要介護1の認定率(3.1%) ・最も高い市町村:大月市(4.5%)、最も低い市町村:中央市(1.6%) ○要介護2の認定率(3.8%) ・最も高い市町村:甲府市(4.9%)、最も低い市町村:山中湖村(2.6%) ○要介護3の認定率(3.4%) ・最も高い市町村:早川町(5.7%)、最も低い市町村:山中湖村(1.7%) ○要介護4の認定率(2.5%) ・最も高い市町村:小菅村(4.6%)、最も低い市町村:山中湖村(1.5%) ○要介護5の認定率(1.6%) ・最も高い市町村:身延町(2.8%)、最も低い市町村:鳴沢村(0.7%)		図表45	KDB 「健康スコアリング(介護)」
		経年変化	経年変化(令和元年度と令和4年度を比較) ○要介護認定率(16.9%)は0.1pt増加。 ○要支援1の認定率(0.9%)は0.1pt増加。 ○要支援2の認定率(1.6%)は変化なし。 ○要介護1の認定率(3.1%)は0.2pt増加。 ○要介護2の認定率(3.8%)は変化なし。 ○要介護3の認定率(3.4%)は0.1pt減少。 ○要介護4の認定率(2.5%)は変化なし。 ○要介護5の認定率(1.6%)は0.1pt減少。		図表46	KDB 「健康スコアリング(介護)」
	介護給付費	全国平均との比較	全国と比較し ○居宅サービスの1人当たり介護給付費(14,378円)は779円低い。 ○施設サービスの1人当たり介護給付費(9,704円)は1,134円高い。 ※1人当たり介護給付費…65歳以上の介護給付費の合計を65歳以上の人口の合計で除算して算出。	【介護給付費】 ・1人当たり介護給付費について、居宅サービスでは国の平均を下回り、施設サービスでは国の平均を上回っている。 ・令和元年度からの経年変化をみると、居宅サービス、施設サービスともに、介護給付費の合計額は増加傾向であるが1人当たり介護給付費はほぼ横ばいであり、65歳以上人口の伸びと同程度の伸びに収まっているといえる。	図表47	KDB 「健康スコアリング(介護)」
		構成市町村比較	○居宅サービスの1人当たり介護給付費(14,378円) ・最も高い市町村:甲府市(19,663円)、最も低い市町村:早川町(7,883円) ○施設サービスの1人当たり介護給付費(9,704円) ・最も高い市町村:小菅村(25,791円)、最も低い市町村:甲斐市(5,293円)		図表48	KDB 「健康スコアリング(介護)」
		経年変化	経年変化(令和元年度と令和4年度の比較) ○居宅サービス:令和4年度の介護給付費424億2,444万円は令和元年度より12億719万円増加しており、1人当たり介護給付費は266円減少している。 ○施設サービス:令和4年度の介護給付費286億3,350万円は令和元年度より7億4,052万円増加しており、1人当たり介護給付費は206円減少している。		図表49	KDB 「健康スコアリング(介護)」

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	
介護関係 の分析	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	【要介護認定者の有病率】 全国と比較し ○糖尿病(23.9%)は0.4pt低い。 ○高血圧症(52.0%)は1.3pt低い。 ○脂質異常症(28.9%)は3.7pt低い。 ○心臓病(59.2%)は1.1pt低い。 ○脳疾患(21.2%)は1.4pt低い。 ○がん(11.5%)は0.3pt低い。 ○筋・骨格(51.9%)は1.5pt低い。 ○精神(37.1%)は0.3pt高い。 (再掲)認知症(24.1%)は0.1pt高い。 ○アルツハイマー病(19.0%)は0.9pt高い。	【要介護認定有無別有病率】 ・疾病の集計要件が一部異なるため、単純比較はできないが、要介護(支援)状態に至る要因に関連性が高い疾病についてみると、いずれの疾病においても要介護者の有病率が要介護認定なしの者の有病率より高く、脳疾患(脳血管疾患)、筋・骨格(筋骨格系疾患)、アルツハイマー病の有病率については10pt以上の差があった。 ○要介護認定者の有病率 ・精神、認知症、アルツハイマー病の有病率が全国平均を上回っている。糖尿病、脂質異常症、がんの有病率が令和元年度より増加している。要介護(支援)状態に至る要因に関連性が高い疾病についての経年変化をみると、いずれも令和元年度と比較して減少している。 ・市町村別の状況をみると、要介護認定者の高血圧症の有病率が高い市町村のほうが、女性の平均余命、平均自立期間が短い傾向がみられた。また、要介護認定者の心臓病の有病率が高い市町村、要介護認定者の筋・骨格の有病率が高い市町村においても同様の傾向であった。また、要介護認定率が高い市町村において、要介護認定者の筋・骨格、がんの有病率が高いという傾向がみられた。	図表50	KDB 「地域の全体像の把握」
		構成市町村比較	要介護(支援)状態に至る要因 [※] に関連性が高い疾病について比較(※参考:2022年(令和4年)国民生活基礎調査) 【要介護認定者の有病率】 ○脳疾患:21.2% 最も高い市町村:身延町(30.1%) ○筋・骨格:51.9% 最も高い市町村:早川町(63.5%) ○精神:37.1% 最も高い市町村:早川町(50.3%) (再掲)認知症:24.1% 最も高い市町村:身延町(32.5%) ○アルツハイマー病:19.0% 最も高い市町村:市川三郷町(23.3%) 【要介護認定なしの者の有病率】 ○合併症等(脳血管疾患):10.5% 最も高い市町村:身延町(15.0%) ○筋骨格系疾患:36.7% 最も高い市町村:身延町(48.9%) ○精神・神経系疾患:35.3% 最も高い市町村:身延町(43.3%) (再掲)アルツハイマー病:2.4% 最も高い市町村:鳴沢村(4.5%) (再掲)血管性等の認知症:0.7% 最も高い市町村:丹波山村(1.8%) (再掲)その他の認知症系疾患:0.1% 最も高い市町村:早川町(0.5%) 【要介護度別の有病率】 ※1号被保険者 ○脳疾患 要支援1の有病率:16.5% 最も高い市町村:山中湖村(25.5%) 要支援2の有病率:16.9% 最も高い市町村:道志村(45.8%) 要介護1の有病率:19.6% 最も高い市町村:中央市(29.3%) 要介護2の有病率:20.4% 最も高い市町村:身延町(27.3%) 要介護3の有病率:21.7% 最も高い市町村:身延町(35.2%) 要介護4の有病率:24.2% 最も高い市町村:早川町(49.0%) 要介護5の有病率:27.5% 最も高い市町村:甲斐市(37.3%) ○筋・骨疾患 要支援1の有病率:62.2% 最も高い市町村:早川町(92.2%) 要支援2の有病率:68.4% 最も高い市町村:早川町(84.1%) 要介護1の有病率:52.9% 最も高い市町村:丹波山村(75.8%) 要介護2の有病率:55.2% 最も高い市町村:身延町(63.5%) 要介護3の有病率:49.1% 最も高い市町村:丹波山村(61.2%) 要介護4の有病率:46.8% 最も高い市町村:早川町(75.5%) 要介護5の有病率:39.2% 最も高い市町村:早川町(90.5%) ○精神疾患 要支援1の有病率:24.0% 最も高い市町村:身延町(42.7%) 要支援2の有病率:21.4% 最も高い市町村:道志村(45.8%) 要介護1の有病率:37.6% 最も高い市町村:南部町(48.0%) 要介護2の有病率:35.2% 最も高い市町村:身延町(47.4%) 要介護3の有病率:42.7% 最も高い市町村:早川町(54.4%) 要介護4の有病率:42.5% 最も高い市町村:早川町(69.6%) 要介護5の有病率:47.4% 最も高い市町村:早川町(97.6%)	○要介護認定なしの者の有病率 ・要介護認定なしの者における精神疾患の有病率が高い市町村のほうが、1人当たり外来医療費が高いという傾向がみられた。また、要介護認定なしの者における脳疾患の有病率が高い市町村においては、要介護認定なしの被保険者1人当たりの入院医療費が高い傾向にあった。 ・要介護(支援)状態に至る要因に関連性が高い疾病について令和2年3月診療分と令和5年3月診療分を比較すると、その他の認知症系疾患の有病率が0.01pt増加しているのを除いてはいずれも減少している。 【要介護度別の有病率】 ・脳疾患は要介護度が上がるにつれて有病率が高くなっており、精神疾患についてもそれに近い傾向がみられるのに対し、筋・骨疾患は要支援1、要支援2において有病率が高い。 ・令和元年度と比較し、脳疾患の有病率は要介護度を問わず減少している。筋・骨疾患の有病率は、要介護3以上で増加、要介護2以下で減少している。精神疾患の有病率は、要介護5で増加し、要介護4以下ではいずれも減少している。	図表51 図表52 図表55	KDB 「地域の全体像の把握」 「後期高齢者の医療(健診)・介護 突合状況」 「要介護(支援)者有病状況」
		経年変化	要介護(支援)状態に至る要因 [※] に関連性が高い疾病について比較(※参考:2022年(令和4年)国民生活基礎調査) 【要介護認定者の有病率】(令和元年度と令和4年度の比較) ○脳疾患は2.3pt減少。 ○筋・骨格は0.1pt減少。 ○精神は1.6pt減少。 (再掲)認知症は0.9pt減少。 ○アルツハイマー病は1.2pt減少。 【要介護認定なしの者の有病率】(令和2年3月診療分と令和5年3月診療分の比較) ○合併症等(脳血管疾患)は1.1pt減少。 ○筋骨格系疾患は0.4pt減少。 ○精神神経系疾患は1.2pt減少。 (再掲)アルツハイマー病は0.4pt減少。 (再掲)血管性等の認知症は0.006pt減少。 (再掲)その他の認知症系疾患は0.01pt増加。 【要介護度別の有病率】(令和元年度と令和4年度の比較) ※1号被保険者 ○脳疾患 要支援1は3.1pt減少、要支援2は2.8pt減少、要介護1は2.0pt減少、要介護2は1.9pt減少、要介護3は2.4pt減少、要介護4は2.1pt減少、要介護5は1.4pt減少。 ○筋・骨疾患 要支援1は0.6pt減少、要支援2は1.4pt減少、要介護1は2.6pt減少、要介護2は0.7pt減少、要介護3は0.8pt増加、要介護4は1.2pt増加、要介護5は0.9pt増加。 ○精神疾患 要支援1は1.8pt減少、要支援2は3.1pt減少、要介護1は2.2pt減少、要介護2は1.7pt減少、要介護3は1.2pt減少、要介護4は0.5pt減少、要介護5は0.7pt増加。		図表53 図表54 図表57	KDB 「地域の全体像の把握」 「後期高齢者の医療(健診)・介護 突合状況」 「要介護(支援)者有病状況」

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	
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	○令和3年度 通いの場の箇所数 全国:123,890箇所 山梨県:732箇所 ○令和3年度 参加者実人数別、通いの場の箇所数(割合) 1人～20人 全国:80% 山梨県:89% ○令和3年 開催頻度別、通いの場の箇所数(割合) 週1回以上 全国:40.6% 山梨県:37.0% 月1回以上 全国:31.6% 山梨県:48.4% ○令和3年度 主な活動内容別 通いの場の箇所数(割合) 上位5 全国:1.体操(運動)55.8%、2.趣味活動16.5%、3.茶話会14.6%、4.認知症予防4.1%、5.会食2.63% 山梨県:1.体操(運動)44.8%、2.趣味活動20.5%、3.茶話会15.8%、4.ボランティア活動7.65%、5.会食3.83% ○令和3年度 参加者実人数 全国:1,973,552人 山梨県:9,517人	【通いの場の展開状況】 ・山梨県は国と比べると、小規模の通いの場が多く、週1回以上実施している所は少ない。月1回以上で実施している通いの場が多い。 ・国と比べると、体操(運動)の通いの場よりも、趣味活動や茶話会、ボランティア活動、会食等を実施している通いの場が多い。 ・経年で見ると、令和元年は国も県も、通いの場の箇所も利用者も多かったが、令和2年度、コロナの影響からか、かなり激減している。令和3年度は回復傾向にあるがコロナ前には戻っていない。 ・県内の市町村で比較すると、必ずしも人口の多い市町村で通いの場が多いわけではなく、地域で通いの場の数に差がある。被保険者1人当たりの割合として、山中湖村や大月市、鳴沢村で割合が高く、山梨市や富士吉田市、富士河口湖町、道志村は割合が低い、その為、通いの場の数が少ないと利用者も少なくなる傾向にあり、山梨市や道志村の利用者は少なく、笛吹市・南アルプス市・大月市で利用者が多い。 ・通いの場として、週1回以上実施しているのは、南アルプス市が一番多く、月1回以上実施では大月市が一番多い。人口が多いものの、甲府市の通いの場のほとんどは小規模のもので、会場数も多くないことから、市民の多くが利用できていない可能性がある。 ・自治体によって、通いの場の活動に差があり、運動(体操)は南アルプス市、趣味活動は笛吹市、茶話会・ボランティア活動は大月市、会食は甲府市で多く開催されている。自治体ごとに工夫し、地域の特性に合った活動をしていると考えられる。	図表59 図表61 図表64 図表66	令和3年度 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(令和3年度実施分)に関する調査結果	
	構成市町村比較	○令和3年度 通いの場の箇所数 上位5市町村と下位5市町村 甲府市:98箇所、大月市:95箇所、笛吹市:82箇所、南アルプス市:64箇所、北杜市:56箇所 道志村、小菅村、丹波山村:1か所、山梨市、早川町:2箇所 ○令和3年度 被保険者1人当たりの通いの場の割合(%) 上位5市町村と下位5市町村 県平均:0.55% 山中湖村:3.1%、大月市:1.9%、鳴沢村:1.5%、身延町:1.1%、昭和町:0.8% 山梨市:0.03%、富士吉田市:0.08%、富士河口湖町:0.31%、道志村:0.32%、甲府市:0.32% ○令和3年度 参加者実人数 上位5市町村と下位5市町村 笛吹市:1,114人、南アルプス市:996人、大月市:950人、甲府市:897人、甲斐市:799人 山梨市:14人、道志村:15人、丹波山村:17人、早川町:18人、小菅村:26人 ○令和3年度 各条件の通いの場の多い上位3市町村 ・週1回以上開催:南アルプス市(64箇所)、笛吹市(37箇所)、身延町(32箇所) ・月1回以上開催:大月市(79箇所)、甲府市(71箇所)、北杜市(35箇所) ・1～20人規模:甲府市(96箇所)、大月市(94箇所)、笛吹市(71箇所) ・21人～40人規模:南アルプス市(11箇所)、甲斐市、笛吹市(9箇所) ・主な活動内容 体操(運動):南アルプス市(63箇所)、趣味活動:笛吹市(51箇所) 茶話会:大月市(39箇所)、ボランティア活動:大月市(40箇所)、会食:甲府市(20箇所)	図表69 図表70 図表71 図表73 図表76 図表78			
	経年変化	○通いの場の箇所数 令和元年 令和2年 令和3年 全国: 128,768箇所 113,882箇所 123,890箇所 山梨県: 983箇所 657箇所 732箇所 ○令和3年度 参加者実人数 令和元年 令和2年 令和3年 全国: 2,374,726人 1,884,745人 1,973,552人 山梨県: 14,798人 8,844人 9,517人				
介護・医療のクロス分析			【要介護認定有無別 1人当たりの入院医療費】 ○要介護認定あり(要介護2以上) ・971,854円で国より165,691円低い。 ・最も高い市町村:山中湖村(1,230,525円) ○要介護認定あり(要支援・要介護) ・838,704円で国より14,215円低い。 ・最も高い市町村:笛吹市(1,038,638円) ○要介護認定なし ・158,076円で国より1,209円低い。 ・最も高い市町村:身延町(200,393円) 要介護認定あり(要介護2以上)と要介護認定なしの医療費の差 ・要介護認定あり(要介護2以上)の1人当たりの入院医療費は要介護認定なしの6.1倍(国:7.1倍)。 【要介護認定有無別 1人当たりの外来医療費】 ○要介護認定あり(要介護2以上) ・402,950円で国より59,415円低い。 ・最も高い市町村:鳴沢村(635,626円) ○要介護認定あり(要支援・要介護) ・418,663円で国より61,834円低い。 ・最も高い市町村:鳴沢村(578,530円) ○要介護認定なし ・282,666円で国より3,456円低い。 ・最も高い市町村:昭和町(322,462円) 要介護認定あり(要介護2以上)と要介護認定なしの医療費の差 ・要介護認定あり(要介護2以上)の1人当たりの外来医療費は要介護認定なしの1.4倍(国:1.6倍)。	【要介護認定有無別医療費】 ○1人当たりの入院医療費 ・要介護認定あり(要介護2以上)、要介護認定あり(要支援、要介護)、要介護認定なしのいずれでも国の平均を下回っている。性・年齢調整値で比較すると、要介護認定なしの1人当たり医療費は国の平均を3,795円上回る。要介護認定あり(要介護2以上)、要介護認定あり(要支援、要介護)はどちらも性・年齢調整値でも国の平均を下回るが、要介護認定あり(要介護2以上)では国との差が26,368円で、性・年齢調整前の国との差(165,691円)より小さくなるのに対し、要介護認定あり(要支援、要介護)では、性・年齢調整値の国との差(17,669円)のほうが、性・年齢調整前の国との差(14,215円)より大きくなっている。要介護認定あり(要介護2以上)の1人当たりの入院医療費は要介護認定なしの1人当たりの入院医療費の6.1倍であり、国(7.1倍)と比較して要介護認定有無による医療費の差が小さくなっている。後述する外来医療費と比べると、入院医療費のほうが要介護認定有無による医療費の差が大きい傾向にある。 ○1人当たりの外来医療費 ・要介護認定あり(要介護2以上)、要介護認定あり(要支援、要介護)、要介護認定なしのいずれにおいても国の平均を下回っている。要介護認定あり(要介護2以上)、要介護認定あり(要支援、要介護)は性・年齢調整値で比較した場合でも国の平均を下回るが、その差は小さくなっている。要介護認定なしの1人当たり医療費の性・年齢調整値は国の平均を984円上回っている。 ・要介護認定あり(要介護2以上)の1人当たりの外来医療費は要介護認定なしの1人当たりの外来医療費の1.4倍であり、国(1.6倍)と比較して要介護認定有無による医療費の差が小さい。 ※性・年齢調整値…計画様式Ⅱ 集計資料【図表43(参考)】参照	図表81 図表82	KDB 「健康スコアリング(介護)」

※課題抽出時と作成後にチェック

関連する他の計画を踏まえた 広域連合の取り組み	課題抽出時:① 関連する他の計画の関連事項や目標について確認	
	課題抽出時:② ①を踏まえ、後期のDH計画で取り組むことを確認	
	作 成 後:③ ②の取り組みについて市町村や取り組みを実行していく上で連携が必要になる関係者等に共有したか確認	



後期データヘルス計画における取り組みの方向性

被保険者自身が健康状態の把握・理解ができるようになることで、より早い医療機関の受診、その他必要な介護サービス等に繋げる。

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	課題解決に係る取り組みの方向性	対応する保健事業番号
A	健康状態の把握 ・国と比べても健診の受診率が低く、健康状態の把握及び健康状態不明者の減少のため、健診受診率のさらなる向上が必要である。 特に、健診の受診率の低い地域で受診率を向上させる必要がある。	✓	健康診査受診率の向上及び歯科健康診査受診率の向上並びに健康状態不明者対策に取り組むと共に健診受診率の市町村格差の解消を図る。	1・2・9・14
B	フレイル状態の把握・理解 ・高齢者の質問票より、フレイル対策が必要と考えられる回答をした対象者が存在する。 ➢口腔機能の低下(咀嚼:28.7%、嚥下:19.4%) ➢運動習慣なし:43.7% ➢歩行速度の低下:56.2% ➢1年以内に転倒あり:15.9% ・要介護(支援)認定者は全体では28.8%、男性では21.6%、女性では33.8%存在する。 ・疾病別の医療費を比較すると、「骨折」が最も高い。	✓	低栄養、口腔機能低下又は身体的フレイルの恐れがある者に関わる相談・指導等の支援を行い、また、全体への知識の普及に取り組む。	3・4・6・10・14
C	重症化するリスクの把握・理解 ・医療費及び患者数上位において、生活習慣に関連する疾病が多くを占めている。一方で、生活習慣病の重症化リスクがあるにもかかわらず、適切な受診につながっていない。健診異常値放置患者、生活習慣病治療中断者が存在する。 令和4年度の「IX. 循環器系の疾患」の状況は ➢医療費19,175,215,223円(18.2%) ➢患者数117,808人(レセプト件数1,751,023) ・透析患者のうち、生活習慣を起因とする糖尿病から透析に至った患者が最も多く、令和4年度に新規透析患者となった者255人のうち173人であった。	✓	糖尿病その他生活習慣病の重症化予防に関わる相談・指導等の支援を行い、また、全体への知識の普及に取り組む。	7・8・11・12・14
D	適正受診の推進 ・多剤服薬等は、医療費の負担増や、薬物有害事象(ポリファーマシー)、副作用の発生等につながるおそれがある。分析期間における重複服薬患者数は7,738人、長期多剤服薬患者数は24,234人である。		重複投薬・多剤投与者等への健康相談・指導等の支援を行い、また、全体への知識の普及に取り組む。	5・13
E	医療費の適正化 ・後発医薬品の使用割合は国の目標である80.0%を超えているが、上昇幅が減少している。		後発医薬品の使用を促進する差額通知書を送付し、また、全体への知識の普及に取り組む。	15

目的・目標		被保険者が自立して日常生活を送るために健康寿命を延伸する。																							
計画全体の目的 (この計画によって目指す姿)		生涯を通した健康づくりを推進し、様々な保健事業を通して、被保険者が住み慣れた地域で健康で自立した日常生活を送ることができるよう支援をする。																							
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		
健診受診率の向上 健診受診率の市町村格差の是正	アウトプット	健診受診率	22.67%	28,038	123,676	23.00%				23.50%				24.00%				24.50%				25.00%			
		歯科健診実施市町村数・割合	55.56%	15	27	62.96%	17	27	66.67%	18	27	70.37%	19	27	74.07%	20	27	77.78%	21	27	81.48%	22	27		
		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	96.30%	26	27	100%	27	27	100%	27	27	100%	27	27	100%	27	27	100%	27	27	100%	27	27		
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	11.11%	3	27	18.52%	5	27	25.93%	7	27	33.33%	9	27	40.74%	11	27	48.15%	13	27	51.85%	14	27		
		口腔	7.41%	2	27	11.11%	3	27	14.81%	4	27	18.52%	5	27	22.22%	6	27	25.93%	7	27	33.33%	9	27		
		服薬(重複・多剤)	11.11%	3	27	3.70%	1	27	3.70%	1	27	7.41%	2	27	7.41%	2	27	11.11%	3	27	14.81%	4	27		
		重症化予防(糖尿病性腎症)	14.81%	4	27	11.11%	3	27	18.52%	5	27	25.93%	7	27	33.33%	9	27	40.74%	11	27	51.85%	14	27		
		重症化予防(その他身体的フレイルを含む)	3.70%	1	27	22.22%	6	27	25.93%	7	27	29.63%	8	27	33.33%	9	27	37.04%	10	27	40.74%	11	27		
		健康状態不明者	18.52%	5	27	55.56%	15	27	55.56%	15	27	59.26%	16	27	59.26%	16	27	62.96%	17	27	62.96%	17	27		
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	0.56%	769	136,555	0.5%以下			0.5%以下			0.5%以下			0.5%以下			0.5%以下			0.5%以下				
		口腔	2.32%	3,166	136,555	2.3%以下			2.3%以下			2.3%以下			2.3%以下			2.3%以下			2.3%以下				
		服薬(多剤)	2.93%	3,998	136,555	2.9%以下			2.9%以下			2.9%以下			2.9%以下			2.9%以下			2.9%以下				
		服薬(睡眠薬)	0.92%	1,254	136,555	0.9%以下			0.9%以下			0.9%以下			0.9%以下			0.9%以下			0.9%以下				
		身体的フレイル(ロコモ含む)	2.83%	3,859	136,555	2.8%以下			2.8%以下			2.8%以下			2.8%以下			2.8%以下			2.8%以下				
		重症化予防(コントロール不良者)	0.85%	1,167	136,555	0.8%以下			0.8%以下			0.8%以下			0.8%以下			0.8%以下			0.8%以下				
		重症化予防(糖尿病等治療中断者)	7.32%	9,992	136,555	7.0%以下			7.0%以下			7.0%以下			7.0%以下			7.0%以下			7.0%以下				
		重症化予防(基礎疾患保有＋フレイル)	3.48%	4,751	136,555	3.5%以下			3.5%以下			3.5%以下			3.5%以下			3.5%以下			3.5%以下				
		重症化予防(腎機能不良未受診者)	0.01%	13	136,555	0.01%以下			0.01%以下			0.01%以下			0.01%以下			0.01%以下			0.01%以下				
		健康状態不明者	1.80%	2,460	136,555	1.8%以下			1.8%以下			1.8%以下			1.8%以下			1.8%以下			1.8%以下				
後発医薬品使用割合の増加	アウトカム	平均自立期間(要介護2以上)	(男性) +80.1年 (女性) +84.6年			(男性) +80.1年以上 (女性) +84.6年以上			(男性) +80.1年以上 (女性) +84.6年以上			(男性) +80.1年以上 (女性) +84.6年以上			(男性) +80.1年以上 (女性) +84.6年以上			(男性) +80.1年以上 (女性) +84.6年以上			(男性) +80.1年以上 (女性) +84.6年以上				
		後発医薬品使用割合(数量シェア)	80.50%			前年度以上			前年度以上			前年度以上			前年度以上			前年度以上			前年度以上				

※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		✓						
2	健康診査	歯科健康診査事業		✓						
3	一体的な実施	低栄養予防事業	委託	✓						
4	一体的な実施	口腔機能低下予防事業	委託	✓						
5	一体的な実施	重複投薬・多剤投与者等指導事業	委託	✓						
6	一体的な実施	身体的フレイル予防事業	委託	✓						
7	一体的な実施	糖尿病性腎症重症化予防	委託	✓						
8	一体的な実施	その他生活習慣病重症化予防	委託	✓						
9	一体的な実施	健康状態不明者	委託	✓						
10		低栄養予防事業	直営							
11		糖尿病性腎症重症化予防	直営							
12		その他生活習慣病重症化予防	直営							
13		重複投薬・多剤投与者等指導事業	直営							
14	一体的な実施	通いの場等への積極的な関与	委託							
15		後発医薬品利用促進事業	直営							

必要に応じて課題
を列挙

課題の解決 に資する事業設計

IV 個別事業

事業シート

事業① 健康診査事業

事業の目的	多くの被保険者が健康診査を受診することにより、自身の健康状態を把握・理解し、生活習慣を維持・改善する行動を実践できるようになることで、生活習慣病の早期発見及び重症化の予防を図る。
事業の概要	1 対象者 後期高齢者医療被保険者 ※ただし、特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第1条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める者は対象外 2 実施方法 (1) 広域連合が、管内市町村に補助金を交付することにより実施する。 (広域連合が実施主体となり市町村へ委託する形とすることが望ましい) (2) 市町村によって、周知方法、実施体制(直営、医療機関委託等)等が異なっている。 3 実施内容 (1) 検査項目 ア 必須項目：既往歴等の調査(副薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査を含む)、自覚症状及び他覚症状の有無の検査、身長及び体重の検査、BMI及び血圧の測定、肝機能検査(AST、ALT、γ-GT)、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)へモグロビンA1c又は空腹時血糖、尿中の糖及び蛋白の有無の検査 イ 詳細項目：貧血検査、心電図検査、眼底検査、血清クレアチニン検査 ウ 任意項目：市町村が独自に実施 4 健診結果の活用 健診結果を基に、生活習慣病等の発症・重症化のリスクが高い者に対し、市町村の実情に応じて以下のような取組を行う。 (1) リスクを軽減するための生活習慣及び行動等に関して、保健師・管理栄養士・歯科衛生士等の医療専門職による保健指導を行う。 (2) リスクに対応する適切な医療につながるよう、医療機関への受診を勧奨する。 5 受診率の向上 広域連合及び市町村はホームページ、広報誌等による情報発信など受診率の向上に取り組む。 広域連合は、健康診査未受診の被保険者に対し個別に受診勧奨を行う市町村へ補助金等を交付することにより、財政支援を行う。

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	健康状態不明者の割合	【評価対象】【方法】 一体的実施支援ツール 【評価時期】 翌年度8月	1.80%	1.8%以下	1.8%以下	1.8%以下	1.8%以下	1.8%以下	1.8%以下

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	健康診査受診率	【評価対象】 健診受診人数/(被保険者人数－対象除外者人数) 【方法】 後期高齢者医療制度補助金における後期高齢者医療健康診査事業実施報告書 【評価時期】 健診実施の翌年度の5月	22.67%	23.00%	23.50%	24.00%	24.50%	25.00%	25.50%
	2	通いの場等、住民の集まる機会に健診受診勧奨を行う市町村数・割合	【評価対象】 健診受診勧奨を行う市町村数/構成市町村 【方法】 市町村への聞き取り 【評価時期】 健診実施の翌年度の5月	把握していない	27市町村 100%	27市町村 100%	27市町村 100%	27市町村 100%	27市町村 100%	27市町村 100%
	3	健康診査受診率25.0%未満の市町村数	【評価対象】 健康診査受診率25.0%未満の市町村数 【方法】 後期高齢者医療制度補助金における後期高齢者医療健康診査事業実施報告書 【評価時期】 健診実施の翌年度の5月	14市町村 51.8%	12市町村 44.4%	12市町村 44.4%	11市町村 40.7%	11市町村 40.7%	10市町村 37.0%	10市町村 37.0%
	4	一体的事業において取組を行った市町村数	【評価対象】 健康状態不明者対策の取組を実施した市町村数 【評価方法】 実績報告書 【評価時期】 当該年度3月	5市町村 18.5%	15市町村 55.6%	15市町村 55.6%	16市町村 59.3%	16市町村 59.3%	17市町村 63.0%	17市町村 63.0%
	5	質問票を活用したハイリスク者把握に基づく保健事業を実施している市町村数・割合	【評価対象】 保健事業を実施している市町村数/構成市町村 【方法】 市町村への聞き取り 【評価時期】 健診実施の翌年度の5月	把握していない	27市町村 100%	27市町村 100%	27市町村 100%	27市町村 100%	27市町村 100%	27市町村 100%

プロセス (方法)	概要	1 広域連合が市町村に補助金を交付する形で実施 2 市町村は、直接実施又は地域の医療機関等に委託する等の方法で健康診査を実施 3 健診結果を基にした保健指導等は、主に一体的な実施事業として市町村が実施
	実施内容	1 広域連合から市町村へ健康診査事業実施計画調査（前年度1月～3月） 当該年度の受診者の目標及び実施方法について調査を行う。 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、未受診者への個別勧奨等、各市町村において受診勧奨を実施。 3 健診結果に基づいた保健指導 対象者・実施方法については、市町村により異なる。 4 受診率向上の取組 市町村のホームページ、広報誌等による情報発信、市町村の各地区での集団健診の実施、休日における実施等、受診率の向上に取り組んでいる。
	実施後のフォロー・モニタリング	1 当該年度12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	市町村の後期高齢者医療担当を通じ、関係課と連携する。
	実施内容	山梨県、国保連合会及び各医療関係団体並びに各事業者等と連携を図り、企画・実施する。
	実施後のフォロー・モニタリング	市町村の後期高齢者医療担当を通じ、関係課と連携する。
	備考	

IV 個別事業

事業シート

事業② 歯科健康診査事業

事業の目的	多くの被保険者が歯科健康診査を受診することにより、自身の歯や口腔の健康状態を把握・理解し、生活習慣を維持・改善する行動を実践できるようになることで、口腔機能の維持、オーラルフレイルの予防を図る。
事業の概要	1 対象者 後期高齢者医療被保険者 ※ただし、特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第1条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める者は対象外 2 実施方法 (1) 広域連合が、管内市町村に補助金を交付することにより実施する。 (広域連合が実施主体となり市町村へ委託する形とすることが望ましい) (2) 市町村によって、周知方法、実施体制（直営、医療機関委託先等）等が異なっている。 3 実施内容 後期高齢者を対象とした歯科健診マニュアル（厚生労働省医政局歯科保健課）に基づき実施する。 4 健診結果の活用 健診結果を基に、生活習慣病等の発症・重症化のリスクが高い者に対し、市町村の実情に応じて以下のような取り組みを行う。 (1) リスクを軽減するための生活習慣及び行動等に関して、保健師・歯科衛生士等の医療専門職による保健指導を行う。 (2) リスクに対応する適切な医療につながるよう、医療機関への受診を勧奨する。

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	口腔機能低下者の割合	【評価対象】【方法】 一体的実施支援ツール 【評価時期】 翌年度8月	2.32%	2.3%以下	2.3%以下	2.3%以下	2.3%以下	2.3%以下	2.3%以下

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	歯科健康診査受診率	【評価対象】 健診受診人数/（被保険者人数－対象除外者人数） 【方法】 後期高齢者医療制度補助金における後期高齢者医療歯科健康診査事業実施報告書 【評価時期】 健診実施の翌年度の5月	2.34%	3.00%	3.20%	3.40%	3.60%	3.80%	4.00%
	1	歯科健康診査実施する市町村数・割合	【評価対象】 歯科健康診査受診を実施する市町村数 【方法】 後期高齢者医療制度補助金における後期高齢者医療歯科健康診査事業実施報告書 【評価時期】 健診実施の翌年度の5月	15市町村 55.6%	17市町村 63.0%	18市町村 66.7%	19市町村 70.3%	20市町村 74.1%	21市町村 77.8%	22市町村 81.5%
	2	通いの場等、住民の集まる機会に健診受診勧奨を行う市町村数・割合	【評価対象】 健診受診勧奨を行う市町村数/歯科健診を実施する市町村 【方法】 市町村への聞き取り 【評価時期】 健診実施の翌年度の5月	把握していない	歯科健診を実施している全市町村において実施		19市町村 100%	20市町村 100%	21市町村 100%	22市町村 100%

プロセス (方法)	概要	1 市町村は、直接実施又は地域の医療機関等に委託する等の方法で健康診査を実施する。 2 広域連合が市町村に補助金を交付する。
	実施内容	1 広域連合から市町村へ歯科健康診査事業実施計画調査（前年度1月～3月）当該年度の受診者の目標及び実施方法について調査を行う。 2 市町村による歯科健康診査事業の実施 4月～3月：歯科健康診査事業実施 ※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、未受診者への個別勧奨等、各市町村において受診勧奨を実施。 3 歯科健診結果に基づいた保健指導 対象者・実施方法については、市町村により異なる。 4 受診率向上の取り組み 市町村のホームページ、広報誌等による情報発信、受診が可能な医療機関の拡充等、受診率の向上に取り組んでいる。
	実施後のフォロー・モニタリング	1 当該年度12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	市町村の後期高齢者医療担当を通じ、関係課と連携する。
	実施内容	山梨県、国保連合会及び各医療関係団体並びに各事業者等と連携を図り、企画・実施する。
	実施後のフォロー・モニタリング	市町村の後期高齢者医療担当を通じ、関係課と連携する。
	備考	

IV 個別事業

事業シート

事業③、⑩ 低栄養予防事業

事業の目的	低栄養による心身機能の低下と考えられる者を対象に、訪問栄養相談・助言等を行い、被保険者自身が健康状態を把握・理解することで、低栄養状態の防止を図る。
事業の概要	●高齢者の保健事業と介護予防の一体的事業により、市町村に委託し実施する。（事業③） ◇市町村は、事業の推進体制や具体的な事業内容等を定めた基本方針を策定する。また、KDBシステム等を活用して地域の健康課題の把握・分析を行うとともに事業の企画・調整を行う。事業の計画に基づき、医療専門職が個別訪問等の支援を実施し、事業実施後に評価等を行う。 ◇広域連合は、市町村が円滑に上記事業を実施できるよう、市町村職員の知識習得等を目的として研修会及び意見交換会の開催並びに相談・助言を行うとともに、データ分析を行い、事業に有用なデータを提供する。また、関係職能団体等へ情報提供し、健康課題や事業のねらいについて相談するなど、地域連携体制の構築に努める。 ●広域連合が民間事業者へ委託し、市町村と連携して実施する。（事業⑩） BMI20以下かつ体重が前年度より2kg以上減少している者（診療報酬等で栄養指導が実施されている者及び施設入所中など栄養のコントロールが行われている者並びにがん患者は除く。）を対象とし、管理栄養士が訪問及び相談・指導を3回（初回、中間、最終）実施する。

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	低栄養ハイリスク者の割合	【評価対象】【方法】 一体的実施支援ツール 【評価時期】 翌年度8月	0.56%	0.5%以下	0.5%以下	0.5%以下	0.5%以下	0.5%以下	0.5%以下
	2	口腔機能低下者の割合	【評価対象】【方法】 一体的実施支援ツール 【評価時期】 翌年度8月	2.32%	2.3%以下	2.3%以下	2.3%以下	2.3%以下	2.3%以下	2.3%以下
	3	身体的フレイルハイリスク者の割合	【評価対象】【方法】 一体的実施支援ツール 【評価時期】 翌年度8月	2.83%	2.8%以下	2.8%以下	2.8%以下	2.8%以下	2.8%以下	2.8%以下

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	一体的事業において取り組みを行った市町村数・割合	【評価対象】 フレイル（低栄養）予防の取り組みを実施した市町村数 【評価方法】 実績報告書 【評価時期】 当該年度3月	3市町村 11.1%	4市町村 14.8%	6市町村 22.2%	8市町村 29.6%	10市町村 37.0%	12市町村 44.4%	14市町村 51.9%
	2	一体的実施事業におけるハイリスクアプローチ「低栄養」介入率	【評価対象】 事業実施者数／事業対象者 【評価方法】 実績報告書 【評価時期】 当該年度3月	把握していない	中間評価により目標値を設定する。					

プロセス（方法）	概要	一体的な実施事業において市町村が実施	広域連合が事業者へ委託し実施
	実施内容	7月、1月 担当者研修会 10月～12月 市町村へのヒアリング及び書類の確認 11月～3月 申請書提出に向けた計画書の作成相談及び調整	6月中旬：訪問対象者を選定（市町村と連携） 8月下旬：通知の発送 9月下旬～1月上旬：訪問栄養相談・指導の実施 3月下旬：訪問指導報告書及び業務完了報告書の作成
	実施後のフォロー・モニタリング	翌10月～12月 実施市町村に対しヒアリングを実施し確認	翌5月：受診勧奨及び訪問指導による効果の測定、報告 市町村への情報提供
	備考		

ストラクチャー（体制）	概要	市町村の後期高齢者医療担当を通じ、関係課と連携する。
	実施内容	山梨県、国保連合会及び各医療関係団体並びに各事業者等と連携を図り、企画・実施する。
	実施後のフォロー・モニタリング	市町村の後期高齢者医療担当を通じ、関係課と連携する。
	備考	

IV 個別事業

事業シート

事業④

口腔機能低下予防事業

事業の目的	オーラルフレイル及び口腔機能の低下が認められる者を対象に相談・助言等を行い、被保険者自身が健康状態を把握・理解することで、歯科受診につなげ、口腔機能の低下防止を図る。
事業の概要	●高齢者の保健事業と介護予防の一体的事業により、市町村に委託し実施する。 ◇市町村は、事業の推進体制や具体的な事業内容等を定めた基本方針を策定する。また、KDBシステム等を活用して地域の健康課題の把握・分析を行うとともに事業の企画・調整を行う。事業の計画に基づき、医療専門職が通いの場への積極的関与を実施し、事業実施後に評価等を行う。 ◇広域連合は、市町村が円滑に上記事業を実施できるよう、市町村職員の知識習得等を目的として研修会及び意見交換会の開催並びに相談・助言を行うとともに、データ分析を行い、事業に有用なデータを提供する。また、関係職能団体等へ情報提供し、健康課題や事業のねらいについて相談するなど、地域連携体制の構築に努める。

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	口腔機能低下者の割合	【評価対象】【方法】 一体的実施支援ツール 【評価時期】 翌年度8月	2.32%	2.3%以下	2.3%以下	2.3%以下	2.3%以下	2.3%以下	2.3%以下
	2	低栄養ハイリスク者の割合	【評価対象】【方法】 一体的実施支援ツール 【評価時期】 翌年度8月	0.56%	0.5%以下	0.5%以下	0.5%以下	0.5%以下	0.5%以下	0.5%以下
	3	身体的フレイルハイリスク者の割合	【評価対象】【方法】 一体的実施支援ツール 【評価時期】 翌年度8月	2.83%	2.8%以下	2.8%以下	2.8%以下	2.8%以下	2.8%以下	2.8%以下

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	一体的事業において取り組みを行った市町村数	【評価対象】 フレイル（口腔）予防の取り組みを実施した市町村数 【評価方法】 実績報告書 【評価時期】 当該年度3月	2市町村 7.4%	3市町村 11.1%	4市町村 14.8%	5市町村 18.5%	6市町村 22.2%	7市町村 25.9%	8市町村 29.6%
	2	一体的実施事業におけるハイリスクアプローチ「口腔」介入率	【評価対象】 事業実施者数／事業対象者 【評価方法】 実績報告書 【評価時期】 当該年度3月	把握していない	中間評価により目標値を設定する。					

プロセス (方法)	概要	一体的な実施事業において市町村が実施
	実施内容	7月、1月：担当者研修会 10月～12月：市町村へのヒアリング及び書類の確認 11月～3月：申請書提出に向けた計画書の作成相談及び調製
	実施後のフォロー・モニタリング	翌10月～12月：実施市町村に対しヒアリングを実施し確認
	備考	

ストラクチャー (体制)	概要	市町村の後期高齢者医療担当を通じ、関係課と連携する。
	実施内容	山梨県、国保連合会及び各医療関係団体並びに各事業者等と連携を図り、企画・実施する。
	実施後のフォロー・モニタリング	市町村の後期高齢者医療担当を通じ、関係課と連携する。
	備考	

IV 個別事業

事業シート

事業⑤、⑪ 重複投薬・多剤投与者等指導事業

事業の目的	重複服薬・多剤投与傾向にある者を対象に、療養上の日常生活に関する指導及び服薬に関する訪問指導並びに診に関する指導を行うことにより、被保険者の健康保持・増進や適正服薬及び適正受診並びに医療費の適正化を図る。
事業の概要	●高齢者の保健事業と介護予防の一体的事業により、市町村に委託し実施する。（事業⑤） ◇市町村は、事業の推進体制や具体的な事業内容等を定めた基本方針を策定する。また、KDBシステム等を活用して地域の健康課題の把握・分析を行うとともに事業の企画・調整を行う。事業の計画に基づき、医療専門職が通いの場への積極的関与を実施し、事業実施後に評価等を行う。 ◇広域連合は、市町村が円滑に上記事業を実施できるよう、市町村職員の知識習得等を目的として研修会及び意見交換会の開催並びに相談・助言を行うとともに、データ分析を行い、事業に有用なデータを提供する。また、関係職能団体等へ情報提供し、健康課題や事業のねらいについて相談するなど、地域連携体制の構築に努める。 ●広域連合が対象者を抽出し、訪問指導等を市町村へ委託し実施する。（事業⑪） 重複受診者：2か月連続して、同一疾病での1か月当たりのレセプト枚数が2枚以上 頻回受診者：3か月連続して、同一医療機関での1か月あたりの受診回数が15回以上 重複投薬者：3か月連続して、2機関以上の投薬

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（多剤20）ハイリスク者の割合	【評価対象】【方法】一体的実施支援ツール【評価時期】翌年度8月	2.93%	2.9%以下	2.9%以下	2.9%以下	2.9%以下	2.9%以下	2.9%以下
	2	服薬（睡眠薬）ハイリスク者の割合	【評価対象】【方法】一体的実施支援ツール【評価時期】翌年度8月	0.92%	0.9%以下	0.9%以下	0.9%以下	0.9%以下	0.9%以下	0.9%以下

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	一体的事業において取り組みを行った市町村数	【評価対象】重複頻回受診者への保健指導の取り組みを実施した市町村数【評価方法】実績報告書【評価時期】当該年度3月	3市町村11.1%	2市町村7.4%	2市町村7.4%	3市町村11.1%	3市町村11.1%	4市町村14.8%	4市町村14.8%
	2	一体的実施事業におけるハイリスクアプローチ「重複・頻回受入者等訪問指導」介入率	【評価対象】事業実施者数／事業対象者【評価方法】実績報告書【評価時期】当該年度3月	把握していない	中間評価により目標値を設定する。					

プロセス（方法）	概要	一体的な実施事業において市町村が実施	広域連合が市町村へ委託し実施
	実施内容	7月、1月 担当者研修会 10月～12月 市町村へのヒアリング及び書類の確認 11月～3月 申請書提出に向けた計画書の作成相談及び調整	6月～3月（毎月） 対象者リストを市町村へ送付 市町村において訪問指導を実施 実施報告書の提出
	実施後のフォロー・モニタリング	翌10月～12月 市町村に対しヒアリングを実施し確認	翌10月：訪問指導による効果の測定、報告 市町村への情報提供
	備考		

ストラクチャー（体制）	概要	市町村の後期高齢者医療担当を通じ、関係課と連携する。
	実施内容	山梨県、国保連合会及び各医療関係団体並びに各事業者等と連携を図り、企画・実施する。
	実施後のフォロー・モニタリング	市町村の後期高齢者医療担当を通じ、関係課と連携する。
	備考	

個別事業

事業シート

事業⑥

身体的フレイル予防事業

事業の目的	筋力や筋肉量の低下等が認められる者を対象に、相談・助言等を行い、被保険者自身が健康状態を把握・理解することで、筋力や筋肉量の低下防止を図る。
事業の概要	●高齢者の保健事業と介護予防の一体的事業により、市町村に委託し実施する。 ◇市町村は、事業の推進体制や具体的な事業内容等を定めた基本方針を策定する。また、KDBシステム等を活用して地域の健康課題の把握・分析を行うとともに事業の企画・調整を行う。事業の計画に基づき、医療専門職が通いの場への積極的関与を実施し、事業実施後に評価等を行う。 ◇広域連合は、市町村が円滑に上記事業を実施できるよう、市町村職員の知識習得等を目的として研修会及び意見交換会の開催並びに相談・助言を行うとともに、データ分析を行い、事業に有用なデータを提供する。また、関係職能団体等へ情報提供し、健康課題や事業のねらいについて相談するなど、地域連携体制の構築に努める。

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	身体的フレイルハイリスク者の割合	【評価対象】【方法】一体的実施支援ツール【評価時期】翌年度8月	2.83%	2.8%以下	2.8%以下	2.8%以下	2.8%以下	2.8%以下	2.8%以下

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	一体的事業において取り組みを行った市町村数	【評価対象】身体的フレイルの取り組みを実施した市町村数【評価方法】実績報告書【評価時期】当該年度3月	0市町村0%	1市町村3.7%	2市町村7.4%	3市町村11.1%	4市町村14.8%	5市町村18.5%	6市町村22.2%
	2	一体的実施事業における「身体的フレイル」介入率	【評価対象】事業実施者数／事業対象者【評価方法】実績報告書【評価時期】当該年度3月	把握していない	中間評価により目標値を設定する。					

プロセス(方法)	概要	一体的な実施事業において市町村が実施
	実施内容	7月、1月：担当者研修会 10月～12月：市町村へのヒアリング及び書類の確認 11月～3月：申請書提出に向けた計画書の作成相談及び調製
	実施後のフォロー・モニタリング	翌10月～12月：実施市町村に対しヒアリングを実施し確認
	備考	

ストラクチャー(体制)	概要	市町村の後期高齢者医療担当を通じ、関係課と連携する。
	実施内容	山梨県、国保連合会及び各医療関係団体と連携を図り、企画・実施する。
	実施後のフォロー・モニタリング	市町村の後期高齢者医療担当を通じ、関係課と連携する。
	備考	

IV

個別事業

事業シート

事業⑦、⑫

糖尿病性腎症重症化予防事業

事業の目的		糖尿病性腎症のリスクが高いと考えられる者を対象に保健指導を実施し、被保険者自身が健康状態を把握・理解し、糖尿病性腎症の重症化を予防するための行動をとれるようになることで、糖尿病コントロール及び糖尿病性腎症の重症化の予防を図る。								
事業の概要		●高齢者の保健事業と介護予防の一体的事業により、市町村に委託し実施する。（事業⑦） ◇市町村は、事業の推進体制や具体的な事業内容等を定めた基本方針を策定する。また、KDBシステム等を活用して地域の健康課題の把握・分析を行うとともに事業の企画・調整を行う。事業の計画に基づき、医療専門職が通いの場への積極的関与を実施し、事業実施後に評価等を行う。 ◇広域連合は、市町村が円滑に上記事業を実施できるよう、市町村職員の知識習得等を目的として研修会及び意見交換会の開催並びに相談・助言を行うとともに、データ分析を行い、事業に有用なデータを提供する。また、関係職能団体等へ情報提供し、健康課題や事業のねらいについて相談するなど、地域連携体制の構築に努める。 ●広域連合が民間事業者へ委託し、市町村と連携して実施する。（事業⑫） 診療報酬明細書より生活習慣病の受診を中断していると考えられる者に対し、受診勧奨通知を送付する。送付後受診行動が見られない者は、訪問指導対象者として電話連絡の後、保健指導を実施する。								
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	糖尿病コントロール不良者の割合	【評価対象】【方法】 一体的実施支援ツール 【評価時期】 翌年度8月	0.85%	0.8%以下	0.8%以下	0.8%以下	0.8%以下	0.8%以下	0.8%以下
	2	糖尿病治療中断者の割合	【評価対象】【方法】 一体的実施支援ツール 【評価時期】 翌年度8月	7.32%	7.3%以下	7.3%以下	7.3%以下	7.3%以下	7.3%以下	7.3%以下
	3	糖尿病保有かつフレイル状態者の割合	【評価対象】【方法】 一体的実施支援ツール 【評価時期】 翌年度8月	3.48%	3.5%以下	3.5%以下	3.5%以下	3.5%以下	3.5%以下	3.5%以下
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	一体的実施事業において取り組みを行った市町村数	【評価対象】 糖尿病性腎症重症化予防の取り組みを実施した市町村数 【評価方法】 実績報告書 【評価時期】 当該年度3月	4市町村 14.8%	4市町村 14.8%	6市町村 22.2%	8市町村 29.6%	10市町村 37.0%	12市町村 44.4%	14市町村 51.9%
	2	一体的実施事業におけるハイリスクアプローチ「糖尿病性腎症重症化予防」介入率	【評価対象】 事業実施者数／事業対象者 【評価方法】 実績報告書 【評価時期】 当該年度3月	把握していない	中間評価により目標値を設定する。					
プロセス(方法)	概要		一体的な実施事業において市町村が実施			広域連合が民間事業者へ委託し実施				
	実施内容		7月、1月：担当者研修会 10月～12月：市町村へのヒアリング及び書類の確認 11月～3月：申請書提出に向けた計画書の作成相談及び調整			6月中～下旬：受診勧奨対象者を選定（市町村と連携） 7月下旬：受診勧奨通知の発送 12月中旬：受診勧奨効果報告書の作成 1月上旬：訪問指導対象者を選定（市町村と連携） 2月下旬：訪問指導案内通知書の郵送及び訪問指導対象者への電話勧奨開始 3月下旬：訪問指導報告書及び業務完了報告書の作成				
	実施後のフォロー・モニタリング		翌10月～12月：実施市町村に対しヒアリングを実施し確認			翌8月：受診勧奨及び訪問指導による効果の測定、報告市町村への情報提供				
	備考									
ストラクチャー(体制)	概要		市町村の後期高齢者医療担当を通じ、関係課と連携する。							
	実施内容		山梨県、国保連合会及び各医療関係団体並びに各事業者等と連携を図り、企画・実施する。							
	実施後のフォロー・モニタリング		市町村の後期高齢者医療担当を通じ、関係課と連携する。							
	備考									

IV 個別事業

事業シート

事業⑧、⑬ その他生活習慣病重症化予防事業

事業の目的	生活習慣病のリスクが高いと考えられる者を対象に保健指導を実施し、被保険者自身が健康状態を把握・理解し、生活習慣病の重症化を予防するための行動をとれるようになることで、基礎疾患コントロール及び生活習慣病の重症化の予防を図る。
事業の概要	●高齢者の保健事業と介護予防の一体的事業により、市町村に委託し実施する。（事業⑧） ◇市町村は、事業の推進体制や具体的な事業内容等を定めた基本方針を策定する。また、KDBシステム等を活用して地域の健康課題の把握・分析を行うとともに事業の企画・調整を行う。事業の計画に基づき、医療専門職が通いの場への積極的関与を実施し、事業実施後に評価等を行う。 ◇広域連合は、市町村が円滑に上記事業を実施できるよう、市町村職員の知識習得等を目的として研修会及び意見交換会の開催並びに相談・助言を行うとともに、データ分析を行い、事業に有用なデータを提供する。また、関係職能団体等へ情報提供し、健康課題や事業のねらいについて相談するなど、地域連携体制の構築に努める。 ●広域連合が民間事業者へ委託し、市町村と連携して実施する。（事業⑬） 診療報酬明細書より生活習慣病の受診を中断していると考えられる者に対し、受診勧奨通知を送付する。送付後受診行動が見られない者は、訪問指導対象者として電話連絡の後、保健指導を実施する。

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	コントロール不良者(血糖を除く)の割合	【評価対象】【方法】 一体的実施支援ツール 【評価時期】 翌年度8月	0.85%	0.8%以下	0.8%以下	0.8%以下	0.8%以下	0.8%以下	0.8%以下
	2	治療(糖尿病を除く)中断者の割合	【評価対象】【方法】 一体的実施支援ツール 【評価時期】 翌年度8月	7.32%	7.3%以下	7.3%以下	7.3%以下	7.3%以下	7.3%以下	7.3%以下
	3	基礎疾患(糖尿病を除く)保有かつフレイル状態者の割合	【評価対象】【方法】 一体的実施支援ツール 【評価時期】 翌年度8月	3.48%	3.5%以下	3.5%以下	3.5%以下	3.5%以下	3.5%以下	3.5%以下
	1	腎機能不良未受診者の割合	【評価対象】【方法】 一体的実施支援ツール 【評価時期】 翌年度8月	0.01%	0.01%以下	0.01%以下	0.01%以下	0.01%以下	0.01%以下	0.01%以下

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	一体的事業において取り組みを行った市町村数	【評価対象】 生活習慣病重症化予防の取り組みを実施した市町村数 【評価方法】 実績報告書 【評価時期】 当該年度3月	1市町村 3.7%	6市町村 22.2%	7市町村 25.9%	8市町村 29.6%	9市町村 33.3%	10市町村 37.0%	11市町村 40.7%
	2	一体的実施事業におけるハイリスクアプローチ「その他生活習慣病重症化予防」介入率	【評価対象】 事業実施者数／事業対象者 【評価方法】 実績報告書 【評価時期】 当該年度3月	把握していない	中間評価により目標値を設定する。					

プロセス (方法)	概要	一体的な実施事業において市町村が実施	広域連合が民間事業者へ委託し実施
	実施内容	7月、1月：担当者研修会 10月～12月：市町村へのヒアリング及び書類の確認 11月～3月：申請書提出に向けた計画書の作成相談及び調整	6月中～下旬：受診勧奨対象者を選定（市町村と連携） 7月下旬：受診勧奨通知の発送 12月中旬：受診勧奨効果報告書の作成 1月上旬：訪問指導対象者を選定（市町村と連携） 2月下旬：訪問指導案内通知書の郵送及び訪問指導対象者への電話勧奨開始 3月下旬：訪問指導報告書及び業務完了報告書の作成
	実施後のフォロー・モニタリング	翌10月～12月：実施市町村に対しヒアリングを実施し確認	翌8月：受診勧奨及び訪問指導による効果の測定、報告市町村への情報提供
	備考		

ストラクチャー (体制)	概要	市町村の後期高齢者医療担当を通じ、関係課と連携する。
	実施内容	山梨県、国保連合会及び各医療関係団体並びに各事業者等と連携を図り、企画・実施する。
	実施後のフォロー・モニタリング	市町村の後期高齢者医療担当を通じ、関係課と連携する。
	備考	

個別事業

事業シート

事業⑨

健康状態不明者対策事業

事業の目的	健康状態が把握できていない者に対しアウトリーチ等により健康状態等を把握し、必要な支援を行うため、適切な市町村等の部署、病院その他の関係機関へ接続を図る。
事業の概要	●高齢者の保健事業と介護予防の一体的事業により、市町村に委託し実施する。 ◇市町村は、事業の推進体制や具体的な事業内容等を定めた基本方針を策定する。また、KDBシステム等を活用して地域の健康課題の把握・分析を行うとともに事業の企画・調整を行う。事業の計画に基づき、医療専門職が通いの場への積極的関与を実施し、事業実施後に評価等を行う。 ◇広域連合は、市町村が円滑に上記事業を実施できるよう、市町村職員の知識習得等を目的として研修会及び意見交換会の開催並びに相談・助言を行うとともに、データ分析を行い、事業に有用なデータを提供する。また、関係職能団体等へ情報提供し、健康課題や事業のねらいについて相談するなど、地域連携体制の構築に努める。

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	健康状態不明者の割合	【評価対象】【方法】 一体的実施支援ツール 【評価時期】 翌年度8月	1.80%	1.8%以下	1.8%以下	1.8%以下	1.8%以下	1.8%以下	1.8%以下
	2	健康診査受診率	【評価対象】 健診受診人数/（被保険者人数－対象除外者人数） 【方法】 後期高齢者医療制度補助金における後期高齢者医療健康診査事業実施報告書 【評価時期】 健診実施の翌年度の5月	22.67%	23.00%	23.50%	24.00%	24.50%	25.00%	25.50%

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	一体的事業において取り組みを行った市町村数	【評価対象】 健康状態不明者対策の取り組みを実施した市町村数 【評価方法】 実績報告書 【評価時期】 当該年度3月	5市町村 18.5%	15市町村 55.6%	15市町村 55.6%	16市町村 37.0%	16市町村 37.0%	17市町村 70.3%	17市町村 70.3%
	2	一体的実施事業におけるハイリスクアプローチ「健康状態不明者」介入率	【評価対象】 事業実施者数/事業対象者 【評価方法】 実績報告書 【評価時期】 当該年度3月	把握していない	中間評価により目標値を設定する。					

プロセス(方法)	概要	一体的な実施事業において市町村が実施
	実施内容	7月、1月：担当者研修会 10月～12月：市町村へのヒアリング及び書類の確認 11月～3月：申請書提出に向けた計画書の作成相談及び調製
	実施後のフォロー・モニタリング	翌10月～12月：実施市町村に対しヒアリングを実施し確認
	備考	

ストラクチャー(体制)	概要	市町村の後期高齢者医療担当を通じ、関係課と連携する。
	実施内容	山梨県、国保連合会及び各医療関係団体と連携を図り、企画・実施する。
	実施後のフォロー・モニタリング	市町村の後期高齢者医療担当を通じ、関係課と連携する。
	備考	

個別事業		事業シート								
事業⑭		通いの場等への積極的関与								
事業の目的		通いの場等へ積極的に関与することにより、高齢者の社会活動への参加、健康の保持・増進及び介護予防の充実を図る。								
事業の概要		●高齢者の保健事業と介護予防の一体的事業により、市町村に委託し実施する。 ◇市町村は、事業の推進体制や具体的な事業内容等を定めた基本方針を策定する。また、KDBシステム等を活用して地域の健康課題の把握・分析を行うとともに事業の企画・調整を行う。事業の計画に基づき、医療専門職が通いの場への積極的関与を実施し、事業実施後に評価等を行う。 ◇広域連合は、市町村が円滑に上記事業を実施できるよう、市町村職員の知識習得等を目的として研修会及び意見交換会の開催並びに相談・助言を行うとともに、データ分析を行い、事業に有用なデータを提供する。また、関係職能団体等へ情報提供し、健康課題や事業のねらいについて相談するなど、地域連携体制の構築に努める。								
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	低栄養ハイリスク者の割合	【評価対象】 【方法】 一体的実施支援ツール 【評価時期】 翌年度8月	0.56%	0.5%以下	0.5%以下	0.5%以下	0.5%以下	0.5%以下	0.5%以下
	2	オーラルフレイル・口腔機能低下者の割合	【評価対象】 【方法】 一体的実施支援ツール 【評価時期】 翌年度8月	2.32%	2.3%以下	2.3%以下	2.3%以下	2.3%以下	2.3%以下	2.3%以下
	3	身体的フレイルハイリスク者の割合	【評価対象】 【方法】 一体的実施支援ツール 【評価時期】 翌年度8月	2.83%	2.8%以下	2.8%以下	2.8%以下	2.8%以下	2.8%以下	2.8%以下
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	一体的実施事業において「フレイル」に関する取り組みを行った市町村の数	【評価対象】 フレイルに関する取り組みを実施した市町村数 【評価方法】 実績報告書 【評価時期】 当該年度4月	10市町村 37.0%	令和6年度の実施状況を鑑み、目標を設定する。。					
	2	通いの場等への積極的関与を実施した箇所数	【評価対象】 取り組みを実施した通いの場等の箇所数 【評価方法】 実績報告書 【評価時期】 当該年度4月	把握していない	中間評価により目標値を設定する。					
	3	実施した通いの場等へ参加した人数	【評価対象】 取り組みに参加した者の人数 【評価方法】 実績報告書 【評価時期】 当該年度4月	把握していない	中間評価により目標値を設定する。					
プロセス(方法)	概要		一体的な実施事業において市町村が実施							
	実施内容		7月、1月：担当者研修会 10月～12月：市町村へのヒアリング及び書類の確認 11月～3月：申請書提出に向けた計画書の作成相談及び調製							
	実施後のフォロー・モニタリング		翌10月～12月：実施市町村に対しヒアリングを実施し確認							
	備考									
ストラクチャー(体制)	概要		市町村の後期高齢者医療担当を通じ、関係課と連携する。							
	実施内容		山梨県、国保連合会及び各医療関係団体と連携を図り、企画・実施する。							
	実施後のフォロー・モニタリング		市町村の後期高齢者医療担当を通じ、関係課と連携する。							
	備考		通いの場等において使用した「後期高齢者質問票」の活用について、効果的に事業に活用するための体制の構築について推進するものとする。							

個別事業

事業シート

事業⑮

後発医薬品利用促進事業

事業の目的	後発医薬品の使用を促進することにより、被保険者負担の軽減及び医療費の適正化を図る。
事業の概要	●後発医薬品利用差額通知を送付する。 1 対象者 後発医薬品に変更した場合に200円以上の差額が認められる先発医薬品の調剤を受けた被保険者 2 実施方法 広域連合が事業者へ委託して実施 3 実施内容 広域連合電算処理システムから出力される帳票又は国民健康保険団体連合会から提供される帳票を使用し、対象者リストを作成 差額通知書の専用用紙を調製し、印刷して対象者へ送付

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	後発医薬品使用割合（数量シェア）	【評価対象】 後発医薬品使用割合（数量シェア3月診療分） 【方法】 厚生労働省による保険者別の後発医薬品の使用割合 【評価時期】 翌年度10月頃	80.50%	前年度以上	前年度以上	前年度以上	前年度以上	前年度以上	前年度以上

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	通知送付回数	【評価対象】 後発医薬品利用差額通知書の送付回数 【方法】 特別調整交付金の事業実施結果報告書 【評価時期】 翌年度6月	2回	2回	2回	2回	2回	2回	2回
	2	差額通知書を送付したことによる後発医薬品への切り替え率	【評価対象】 後発医薬品に切り替えた者の数／差額通知書を送付した者の数 【方法】 特別調整交付金の事業実施結果報告書 【評価時期】 翌年度6月	26.12%	中間評価により目標値を設定する。					

プロセス（方法）	概要	広域連合が民間事業者へ委託し実施
	実施内容	4月：広域連合が民間事業者と委託契約を締結 民間事業者が電算処理を行い、対象者を抽出し、差額通知書を作成 広域連合が作成された差額通知書を対象者へ送付 翌年6月：広域連合が、全体の事業評価を実施
	実施後のフォロー・モニタリング	国民健康保険団体連合会から提供される帳票により事業の効果を検証
	備考	

ストラクチャー（体制）	概要	広域連合が民間事業者へ委託し実施する。
	実施内容	山梨県、山梨県薬剤師会、山梨県医師会及び国民健康保険団体連合会等と連携を図り、企画・実施する。
	実施後のフォロー・モニタリング	山梨県、山梨県薬剤師会、山梨県医師会及び国民健康保険団体連合会等と連携を図り、情報共有を行う。
	備考	

V その他

データヘルス計画 の評価・見直し	【評価の時期】 最終評価のみならず、設定した評価指標に基づき、進捗確認のため令和8年度に中間評価を行い、次期計画の円滑な策定に向けて、計画の最終年度である令和11年度上半期に仮評価を行う。 【評価方法・体制】 計画は、中長期的な計画運営を行うものであることを踏まえ、短期では評価が難しいアウトカム(成果)による要素を含めた評価を行う。評価は、KDBシステム等も活用し、可能な限り数値を用いて行う。また、評価に当たっては、保健事業を委託している市町村との連携・協力体制の整備に努める。 【計画に盛り込む個別の保健事業に係る評価】 計画に盛り込んだ個別の保健事業の実施状況等については、計画における目標等を踏まえた評価指標を個別に設定し、毎年度、評価を行った上で、必要に応じて翌年度の保健事業の実施内容等の見直しを行う。
データヘルス計画 の公表・周知	計画は、広報、ホームページ等で公表するとともに、地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会等の関係団体経由で医療機関等に配布し広く周知を図る。また、目標の達成状況等の公表に努め、計画の円滑な実施等について広く意見を求めるものとする。
個人情報の取扱い	個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、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扱いが確保されるよう措置を講じる。なお、個人情報の取扱いについては、「個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン(行政機関等編)」を参照する。
地域包括ケアに係 る取り組み	データヘルス計画の推進に当たり、広域連合は事業の実施主体となるだけでなく、構成市町村との連携のもと、市町村が実施する保健事業の後方支援を行う。高齢者の心身の特性に応じたきめ細かな保健事業を実施するには、国民健康保険及び介護保険の保険者である市町村との連携強化が不可欠であり、地域で一体となって、介護予防や生活支援とともに推進することが重要となる。令和2年4月から「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」が本格施行となり、被保険者一人一人の暮らしを地域全体で支える地域共生社会の実現に向けて、地域包括ケアシステムの充実・強化が推進されている。地域包括ケアとは、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、介護が必要な状態になっても可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるように支援する仕組み(システム)のことである。当広域連合においては、地域包括ケアシステムの充実・強化に向けて、以下の取り組みを実施する。 ①地域で被保険者を支える連携の促進 ・市町村や地域の医療・介護関係者の取り組みの支援・協力 ②課題を抱える被保険者の分析 ・KDBシステムデータなどを活用してハイリスク群のターゲット層を性・年齢階層・日常生活圏域等に着眼して抽出し、関係者と共有
その他留意事項	